مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه
دوره ۶. شماره ۳. پاییز ۱۳۹۷

مقاله پژوهشی

عوامل موثر بر دریافت مراقبت های پیش از بارداری در بین مزدوجین زن شرکت کننده در کلاس های آموزش قبل از ازدواج: کاربرد نظریه رفتار برنامه ریزی شده

عذرا غفوری[1]، امیر پاکپور[2]، زینت جورابچی[3*]

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
۲. گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
۳. گروه بهداشت مادر و کودک و مامایی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

چکیده

زمینه و هدف: برای کاهش عوارض ناشی از بارداری و زایمان، شناسایی موثرترین راه ارائه خدمات یکپارچه حائز اهمیت است. مطالعه حاضر با هدف ارزیابی عوامل موثر بر دریافت مراقبت های پیش از بارداری با کاربرد نظریه رفتار برنامه ریزی شده در بین مزدوجین زن شرکت کننده در کلاس های آموزش قبل از ازدواج انجام شده است.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی – تحلیلی به روش مقطعی در سال‌های ۱۳۹۶ – ۱۳۹۷ انجام شد. جامعه مورد مطالعه زنان شرکت کننده در کلاس‌های آموزش قبل از ازدواج بود که ۱۵۰ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. برای ابزار کار پرسشنامه ای در چارچوب نظریه رفتار برنامه ریزی طراحی شد. آمار توصیفی، رگرسیون خطی و آزمون تحلیل واریانس یک طرفه با نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

نتایج: میانگین سنی شرکت کنندگان۵/۹۶ ±۲۴/۶۷ سال بود. میانگین نمره مربوط به نگرش ۵/۸۸ ± ۴۱/۰۱، هنجارهای ذهنی (۴/۹۲)±۵۳/ ۲۵، کنترل رفتاری درک شده۴/۹۴± ۲۴/۷۷ و قصد رفتاری افراد۵/۸۵ ± ۳۲/۰۶ به دست آمد. در مرحله اول نگرش بیشترین پیش گویی کننده قصد رفتاری بود و در مرحله دوم ترکیب کنترل رفتاری درک شده با نگرش قصد انجام رفتار را ۱۲٪ افزایش داد ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: زنان به اهمیت مراقبت های پیش از بارداری نگرش مثبتی دارند، ولی کنترل رفتاری درک شده در آن ها پایین است. تقویت کنترل رفتاری درک شده، قصد رفتاری را افزایش میدهد. هم چنین آموزش مردان در این زمینه سبب افزایش هنجارهای ذهنی مثبت خواهد شد.

کلید واژه‌ها:
مراقبت پیش از بارداری، تئوری رفتار برنامه ریزی شده، هنجارهای انتزاعی

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه محفوظ است.

مقدمه

مراقبت پیش از بارداری شامل مجموعه ای از مداخلات قبل از بارداری است که می تواند جنبه پیشگیرانه و درمان داشته باشد. هدف از انجام مراقبت این است که، عوارض نامطلوب بارداری کاهش یابد (۱). مرکز کنترل بیماری ها اهداف مراقبت پیش از بارداری را افزایش آگاهی، نگرش و رفتار زنان و مردان در مورد سلامت قبل از بارداری و کاهش خطرات مشخص شده

*آدرس نویسنده مسئول: قزوین، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه بهداشت مادر و کودک و مامایی
آدرس پست الکترونیک: zjourabchi@qums.ac.ir

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2024-03-29]

بر اساس پیامد نامطلوب حاملگی قبلی می داند (۲). از نظر سازمان بهداشت جهانی"مراقبت پیش از بارداری ارائه مداخلات بهداشتی، اجتماعی و رفتاری به زنان و زوج ها قبل از قصد بارداری است" (۳). در کشورهای در حال توسعه ارایه مراقبت های پیش از بارداری اغلب توسط متخصصین مراقبت های بهداشتی به صورت جدی انجام نمی پذیرد و مداخلات بهداشتی با هدف بهبود مراقبت های باروری که بطور انحصاری در دوران بارداری اجرا می شوند، اغلب محدود می باشند. لذا زنانی که باردار می شوند، آن دسته از خطرات بهداشتی را که در دوران پیش از ازدواج تجربه می کنند، در دوران بارداری هم متحمل می شوند که می تواند در مراقبت پیش از بارداری مورد توجه قرار بگیرد (٤). مهم ترین اهداف بهداشتی ملی در بسیاری از کشورها اولویت بندی مرگ و میر نوزادان و مادران می باشد که در راستای این اهداف در ایالات متحده نتایج بارداری و شاخص های سلامت بهبود چشمگیری داشته است (٥). در ایران بر اساس آمار ارائه شده از مرگ و میر مادران در سال ۱۳۹۳ از وزارت بهداشت و درمان ۷٤ ٪ از موارد مرگ و میر دارای عوامل خطر از جمله بیماری زمینه ای بودند که ٦۲ ٪ آنها مراقبت پیش از بارداری را که در رفع مشکل کمک کننده است دریافت نکرده بودند. درصدی هم در موعد مقرر برای دریافت مراقبت مراجعه نکرده بودند (٦). یکی از چالش های موجود در زمینه مراقبت های پیش از بارداری، عدم مشارکت منظم زنان در مراقبت ها می باشد. فقدان "فرهنگ آماده سازی برای بارداری" سبب می شود برخی از زنان از مشکلات سلامتی قبل از بارداری آگاهی کمی داشته باشند (۷). عوامل دیگری مانند عدم دانش کافی و عدم درک عوارض هم منجر به عدم پذیرش زنان از دریافت مراقبت های پیش از بارداری می شوند. این افراد نگرش مثبتی نسبت به مراقبت های پیش از بارداری دارند ولی به دلیل ناآگاهی از عوامل خطرساز دوران بارداری، به دنبال دریافت مراقبت نیستند (۸). همچنین سرمایه گذاری برای در دسترس بودن مراقبت های پیش از بارداری می تواند، تاثیر مثبتی بر افزایش دریافت مراقبت داشته باشد که این امر مستلزم افزایش خدمات در مراکز بهداشتی و درمانی می باشد (۹). با بهره گیری از مطالب فوق به منظور بهبود بیشتر نتایج بارداری، باید متعهد به بهبود سلامت پیش از ازدواج و ارائه مراقبت های پیش از بارداری به همه زنان در سنین باروری بود. با وجود اینکه در حال حاضر دانش کافی و شواهد موجود برای اقدام توسط ارایه دهندگان خدمات بهداشتی وجود دارد، لازم است تلاش های بیشتری برای شناسایی بهترین شیوه ها و موثرترین راه ارائه خدمات یکپارچه صورت بگیرد (٥). یکی از این شیوه ها می تواند استفاده از اصول آموزش بهداشت مبتنی بر نظریه و الگو باشد. از جمله این الگوها می توان از تئوری رفتار برنامه ریزی شده نام برد. این الگو هم عوامل زمینه ای و هم عوامل واسطه ای در بروز رفتار را ارزیابی می کند. در این الگو باید سه سازه نگرش نسبت به رفتار، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک شده را تعیین و با بررسی ارتباط این سازه ها با قصد رفتار، مداخله مناسب طراحی کرد. باید توجه داشته باشیم که وزن های نسبی این سه سازه در جوامع مختلف ممکن است متفاوت باشد.

تئوری رفتار برنامه ریزی شده در سال ۱۹۹۱ توسط آیزن و با هدف تعیین رابطه بین باورها، نگرش ها، قصد رفتاری و رفتار معرفی شد و در آن عوامل شناختی تعیین کننده انگیزه برای انجام رفتار مورد بررسی قرار گرفت. طبق این نظریه قصد رفتاری توسط سه عامل هدایت می شود: اعتقاد به عواقب احتمالی رفتار (باورهای رفتاری)، اعتقاد در مورد انتظارات و هنجارهای دیگران (باورهای هنجاری) و باورهایی در مورد وجود عواملی که ممکن است تسهیل کننده یا مانع بروز رفتار (باورهای کنترلی) باشند (۱۰). نخستین عاملی که بر روی قصد اثر دارد "نگرش نسبت به رفتار" است. عامل دوم تاثیر گذار بر روی قصد "هنجارهای ذهنی" و سومین عامل تاثیر گذار بر روی قصد رفتار "کنترل رفتاری درک شده "می باشد. بسیاری ازمداخلات آموزشی که تاکنون برای ترغیب به مراقبت پیش از بارداری استفاده می شوند هیچ مبنای تئوری صریح ندارند (۱۱). قصد رفتاری که حاصل نگرش و هنجارهای ذهنی و

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2024-03-29]

کنترل رفتاری می باشد، پیش زمینه مهمی برای انجام رفتار محسوب می شود (۱۲). مطالعه ای از Bukje; vanderzee و همکاران (۲۰۱٤) در هلند با عنوان "آگاهی از مشاوره پیش از بارداری در بین زنانی که برنامه ریزی برای بارداری دارند" انجام شد. این پژوهش از سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی برای پیش بینی رفتار زنان استفاده کرده است. در این مطالعه نتیجه گیری شد که، هنجارهای ذهنی در زمینه دریافت مراقبت اصلاح شود. توجه به این نکته لازم است که، عوارض ناشی از بارداری و زایمان علت مرگ حدود نیم میلیون مادر در سال است و این موضوع خود بر مرگ حداقل ۱/۵میلیون نوزاد در هفته اول زندگی و ٤ میلیون مرده زایی تاثیر دارد (۱۰). مهم ترین اهداف بهداشتی ملی در بسیاری از کشورها اولویت بندی مرگ و میر نوزادان و مادران می باشد که در راستای این اهداف در ایالات متحده نتایج بارداری و شاخص های سلامت بهبود چشمگیری داشته است (۵)، در مطالعه هنری و همکاران، سازه های نگرش، کنترل رفتاری درک شده و قصد رفتاری به عنوان پیش گویی کننده های مهم در دریافت مراقبت بارداری گزارش گردیدند (۱۱). مطالعه حاضر با هدف ارزیابی عوامل موثر بر دریافت مراقبت های پیش از بارداری با کاربرد نظریه رفتار برنامه ریزی شده در بین مزدوجین زن شرکت کننده در کلاس های آموزش قبل از ازدواج انجام شده است.

روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی می باشد که، از بهمن سال ۱۳۹٦ لغایت مرداد ۱۳۹۷ به طول انجامیده است. جامعه مورد مطالعه را مزدوجین زن شرکت کننده در کلاس های آموزش قبل از ازدواج تشکیل می دادند. حجم نمونه با استفاده از فرمول ذیل ۱۵۰ نفر تعیین شد.

$$n = \frac{\sigma^2 Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}{d^2}$$

در این مطالعه، نمونه‌های مورد بررسی به صورت تصادفی ساده با استفاده از کارت های شماره گذاری شده انتخاب شدند. معیار های ورود به مطالعه شامل رضایت شرکت در مطالعه، محدوده سنی ۱۸ تا ٤۰ سال، عدم ابتلا به بیماری مانع از بارداری و تمایل به بارداری حداکثر یکسال از شروع مطالعه بود. در ابتدای مطالعه با مراجعه به کتب و مقالات علمی معتبر در پایگاه های اطلاعاتی پرسشنامه ای مطابق با اهداف پژوهش و در چارچوب نظریه رفتار برنامه ریزی شده تهیه شده است. این پرسشنامه بر اساس ساختار اصلی پرسشنامه آیژن (۱۳) طراحی شده است و در طراحی آن از پرسشنامه پژوهش هنری و همکاران (۱۱) و نیز مطالعه پائول جی (۱٤) ایده گرفته شده است. پرسشنامه دارای ۲ بخش می باشد. بخش اول حاوی سوالات مربوط به اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم حاوی گویه های مربوط به ارزیابی نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک شده و قصد رفتاری می باشد. جهت تعیین روایی ابزار پژوهش از روش روایی صوری، روایی محتوایی، روایی سازه و روایی ملاک استفاده می شود (۱۵). در پژوهش حاضر برای اعتبار سنجی ابزار از روش روایی صوری و محتوایی به صورت کیفی استفاده شده است. در این فرایند از ده تن از متخصصین رشته های مختلف علوم پزشکی از قبیل آموزش بهداشت، بهداشت باروری، بهداشت جامعه و مامایی در دانشگاه قزوین بهره گرفته شده است. پس از جمع آوری نظر متخصصین در رابطه با مطلوب بودن عبارات به لحاظ وضوح، پرهیز از به کار گیری واژه های تخصصی، ساده تر کردن و قابلیت درک بیشتر سوالات، تغییرات ابزار مورد بررسی و توجه قرار گرفت. در پژوهش حاضر به منظور تعیین پایایی پرسشنامه از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شده است. پایایی سازه نگرش با ضریب ۰/۷۱، هنجارهای ذهنی با ضریب ۰/٦۳، کنترل رفتاری درک شده با ضریب ۰/۷۱ و قصد رفتاری با ضریب ۰/۸۳ برآورد شد.

اندازه گیری مستقیم سازه نگرش نسبت به رفتار، با ارزیابی کلی رفتار از دیدگاه افراد و اعتقادات آنها در مورد فواید مراقبت پیش از بارداری قابل انجام بود. به عنوان مثال: مراقبت پیش از بارداری برای سلامت مادر و کودک ضروری است. ارزیابی هنجارهای ذهنی تعیین کننده باور افراد درباره این موضوع

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2024-03-29]

بود که بیشتر مردم رفتار مورد نظر را تائید یا رد می کنند. به عنوان مثال: نظرات خانواده همسرم در مورد مراقبت پیش از بارداری در تصمیم من تاثیر دارد.

کنترل رفتاری درک شده با ارزیابی توانایی زنان در غلبه بر موانع دریافت مراقبت قابل اندازه گیری بود. برای نمونه: با وجود هزینه بر بودن برخی از خدمات مراقبت پیش از بارداری، برای در یافت مراقبت مراجعه خواهم کرد.

قصد مخاطب نسبت به دریافت مراقبت پیش از بارداری، با اندازه گیری تصمیم نهایی افراد برای دریافت مراقبت قابل ارزیابی بود. به عنوان مثال: من قصد دارم حداقل یکبار در طول سال برای دریافت مراقبت پیش از بارداری مراجعه نمایم. دامنه گویه قصد رفتاری بین ۱ تا ۳۵ تعیین شده است. ارزیابی قطعی هر بخش از پرسشنامه در نهایت با مقیاس " خوب یا بد" با توجه به درصد پاسخ ها تعیین می شد. به علت ارتباط نزدیک مطالعه ما به مطالعه Rosnani Kasim (۱۶) درصد نمرات ۰ تا ۴۹/۹ ٪ برای هر سازه به عنوان مقیاس ضعیف و ۵۰ تا ۱۰۰ درصد به عنوان مقیاس خوب در نظر گرفته شد. مجموع پاسخ های افراد با دامنه بالا برای هر گویه به عنوان ۱۰۰ درصد در نظر گرفته شده است. سازه نگرش با استفاده از مقیاس دو قطبی "موافقم و مخالفم" و با طیف امتیاز دهی اندازه گیری می شد. . به پاسخ کاملا موافقم امتیاز۵، موافقم امتیاز٤، نظری ندارم امتیاز ۳، مخالفم امتیاز۲ و کاملا مخالفم امتیاز۱ تعلق می گرفت. میانگین ۱۱ گویه نگرش نسبت به رفتار را ارزیابی می کرد. دامنه نمره گویه نگرش از ۱ تا ۵۵ برآورد شده است. هنجارهای ذهنی ۷گویه به خود اختصاص می داد. این بخش نیز با استفاده از مقیاس "زیاد و کم" با طیف امتیاز دهی قابل قابل ارزیابی بود. برای پاسخ بسیار زیاد امتیاز ۵، زیاد امتیاز٤، نسبتا امتیاز ۳، کم امتیاز ۲و بسیار کم امتیاز ۱ تعلق می گرفت. دامنه گویه هنجار های ذهنی از ۱ تا ۳۵ تعیین شده است. کنترل درک شده بر روی رفتار با ۷ گویه و با استفاده از مقیاس دو قطبی "مطمئن و نا مطمئن" با طیف امتیاز دهی، قابل انجام بود. به پاسخ کاملا مطمئنم امتیاز ۵، مطمئنم امتیاز ٤، نمی دانم امتیاز۳، نامطمئنم امتیاز۲ و اصلا مطمئن نیستم امتیاز ۱ تعلق می گرفت. دامنه گویه کنترل رفتاری درک شده از ۱ تا ۳۵ تعیین شده است. اندازه گیری قصد رفتاری، با مقیاس دو قطبی "احتمال دارد و احتمال ندارد" با طیف امتیاز دهی و با مجموع ۷ گویه قابل انجام بود. به پاسخ قطعا امتیاز۵، به احتمال زیاد امتیاز ٤، ممکن است امتیاز ۳، بعید است امتیاز ۲ و اصلا امتیاز ۱ تعلق می گرفت. مشارکت در پژوهش حاضر داوطلبانه و با اخذ رضایت نامه بود. و پرسش نامه ها بدون نام تهیه شدند. اطلاعات حاصل از نمونه های پژوهشی کاملا محرمانه بوده است. در بکارگیری از منابع علمی نهایت دقت حقوق ادبی رعایت و همچنین حفظ امانت در برگرداندن مطالب به زبان فارسی با ذکر منبع صورت گرفته است. پرسشنامه ها در کلاس های مشاوره قبل از ازدواج و در حضور محقق انجام می شد. در صورت لزوم به ابهامات شرکت کنندگان پاسخ داده می شد. داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف نرمال بودن داده ها تایید شد. آمارهای توصیفی میانگین (انحراف معیار) و آزمون تحلیل واریانس یک طرفه برای متغیرهای تئوری رفتار برنامه ریزی شده و مشخصات دموگرافیک مورد استفاده قرار گرفت. برای تعیین قدرت پیشگویی سازه نگرش، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک شده در قصد رفتاری از آنالیز رگرسیون خطی استفاده شد.

نتایج

در مجموع ۱۵۰ نفر از زنان شرکت کننده در کلاس های آموزش قبل از ازدواج، در مطالعه شرکت کردند که در محدوده سنی ۱۸ تا ٤۰ سال قرار داشتند. میانگین سنی شرکت کنندگان در این مطالعه ۵/۹۶± ۲٤/٦۷ بود. ۱۰٤نفر (٦۸/۵ ٪) از افراد تحصیلات دبیرستان و دانشگاهی داشتند. از نظر سطح تحصیلات بیشترین گروه در سطح تحصیلات دبیرستان و دیپلم و کمترین سطح تحصیلات در گروه ابتدایی بودند. ۲۲/٤٪(۳٤نفر) افراد شاغل بودند. ۱۰/٦(۱نفر) درصد از مشارکت

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2024-03-29]

کنندگان مبتلا به بیماری زمینه ای بودند که مانع از بارداری ایشان می شد. ۱۹نفر(۱۲/۵ ٪) از شرکت کنندگان کارمند بودند. خصوصیات دموگرافیک شرکت کنندگان در جدول شماره ۱ ارایه شده است.

جدول ۱. خصوصیات فردی– اجتماعی شرکت کنندگان در مطالعه

متغیر		تعداد	درصد
گروه سنی	۱۸–۲۵	۹۵	۳۱/۷
	۲۵–۳۰	۲۹	۹/۷
	۳۰–۳۵	۱۵	۵
	۳۵–۴۰	۱۱	۳/۷
تحصیلات	ابتدایی	۱۸	۱۱/۸
	راهنمایی	۲۷	۱۷/۸
	دبیرستان و دیپلم	۷۰	٤٦/۱
	دانشگاهی و حوزوی	۳٤	۲۲/٤
شغل	خانه دار	۱۱٦	۷٦/۳
	کارمند، کارگر، آزاد	۳٤	۲۲/٤

میانگین نمره مربوط به نگرش ۵/۸۸±۴۱/۰۱ به دست آمد که در واقع ۷٤/۵٦ ٪ نگرش مثبت نسبت به مراقبت پیش از بارداری داشتند. نتایج حاصل از ارزیابی یکی از گویه های نگرش در پرسشنامه نشان داد که، در مجموع ۸۹/۵ ٪ از شرکت کنندگان قویا دریافت مراقبت پیش از بارداری را برای سلامت مادر و کودک ضروری دانستند. میانگین نمره مربوط به هنجارهای ذهنی۴/۹۲ ± ۲۵/۵۳ بود. هنجارهای ذهنی تاثیر گذار بر دریافت مراقبت در قالب جداول شماره ۲ و ۳ ارایه شده است. میانگین نمره مربوط به سازه کنترل رفتاری درک شده ٤/۹٤ ± ۲٤/۷۷ محاسبه شد، در نهایت میانگین نمره قصد رفتاری افراد (۵/۵۸)± ۳۲/۰٦ به دست آمد. (جدول شماره۲). پس از بررسی قدرت پیش گویی سازه های تاثیر گذار بر روی قصد رفتاری، برای انجام مطالعات بعدی بسته آموزشی مبتنی بر سازه های تاثیر گذار بر روی رفتار طراحی خواهد شد تا بروز رفتار در افراد را ارزیابی کنیم.

ارتباط میانگین نمرات سازه های تاثیر گذار بر روی رفتار با برخی از مشخصات دموگرافیک ارزیابی شد. بر اساس آزمون آنالیز واریانس یک طرفه اختلاف معنی داری از نظر نگرش به مراقبت پیش از بارداری در گروه ها یافت نشد(p=۰/۹). هم چنین بر اساس آزمون آنالیز واریانس یکطرفه اختلاف معناداری نمره نگرش و قصد رفتاری در سطوح مختلف سطح تحصیلات داشتند که نتایج آزمون تعقیبی نشان داد اختلاف بین سطح ابتدایی وتحصیلات دبیرستان می باشد (p<۰/۰۰۱) (جدول شماره ٤).

به منظور تعیین سازه یا سازه های مورد نظری که بیشترین پیشگویی کننده قصد افراد برای انجام رفتار بودند، از روش رگرسیون خطی چند گانه بهره گرفته شد. در مرحله اول نگرش افراد به اهمیت مراقبت های پیش از بارداری با ضریب ۰/۱۹ بیشترین پیش گویی کننده قصد رفتاری بود و در مرحله دوم ترکیب کنترل رفتاری درک شده با نگرش قصد انجام رفتار را با ضریب ۰/۳۰(۱۲ درصد) افزایش می داد p<۰/۰۰۱ (جدول شماره۵).

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2024-03-29]

جدول ۲. نمرات مربوط به سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده در دریافت مراقبت پیش از بارداری

متغیر	میانگین ± انحراف معیار
نگرش	٥/٨٨ ± ٤٤/٠١
هنجارهای ذهنی	٤/٩٢ ± ٢٥/٥٣
کنترل رفتاری درک شده	٢٤/٧٧ ±٤/٩٤
قصد رفتاری	٣٢/٠٦±٥/٥٨

جدول ۳. نمره هنجارهای ذهنی افراد برای دریافت مراقبت پیش از بارداری

نوع هنجارهای ذهنی		میانگین ± انحراف معیار
هنجارهای تاکیدی	همسر	٢/٣٨± ٧/٤٣
	سایر اعضای خانواده خانم	٢/١٢±٧/٥٧
	خانواده همسر	٢/١٤±٥/٨٤
	پرسنل بهداشتی	٢/٠٨±٨/٠٨
هنجارهای توصیفی	دوستان	٢/٣٨±٥/٧٩
	سایر زنان	٢/٢٩±٥/٣
	افراد تاثیر گذار در رادیو و تلویزیون	٢/٤٧±٥/٩٣
	شبکه های اجتماعی	٢/٤٦±٥/٥

جدول ۴. ارتباط سازه های تاثیر گذار بر روی رفتار بر اساس مشخصات دموگرافیک

متغیر		نگرش	هنجارهای ذهنی	کنترل رفتاری	نگرش
		میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار
گروه سنی	١٨-٢٥	٤٠/٨٠±٥/٧٨	٢٥/٥٢±٤/٩١	٢٤/٢٩±٤/٩٣	٣١/٧٨±٥/٥٨
	٢٥-٣٠	٦/٣٦±٤١/٥٢	٢٥/٢٨±٤/٤	٢٥/٣٨±٥/٢٤	٣١/٩٧±٦/٠٦
	٣٠-٣٥	٤١/٦٧±٦/٣٨	٢٥/٤±٦/٢٤	٢٥/٦±٥/٠٤	٣٢/٧٨±٥/٣١
	٣٥-٤٠	٤٠/٦٧±٥/٢٥	٢٦/٥٥±٤/٨٦	٢٦/٠٩±٤/١٥	٣٣/٦٤±٤/٩٦
	ANOVA	P=٠/٩	P=٠/٩	P=٠/٤٧	P=٠/٠٧
تحصیلات	ابتدایی	٣٥/٧٨±٣/٥٢	٢٥/٠٦±٤/٤٥	٢٥/١١±٤/٩٣	٣٠/٣٩±٦/٥
	راهنمایی	٤٠/١٥±٥/١٥	٢٥/٣٧±٤/٧٩	٢٤/٩٣±٤/٣٢	٣٣/٥٢±٤/٨٤
	دبیرستان و دیپلم	٢٣/٨٥±٥/٢٤	٢٥/٧٦±٥/٤	٢٣/٣٨±٥/٢٥	٣١/٠٦±٥/٨
	دانشگاهی و حوزوی	٤٤/٦٨±٥/٠٣	٢٥/١٨±٤/٠٩	٢٦/٣٨±٤/٥٧	٣٣/٩٤±٤/٥٧
	ANOVA	P=٠/٠٠٠	P=٠/٣٨	P=٠/١٨	P=٠/٠٤
شغل	خانه دار	٤٠/٢٦±٥/٦٤	٢٥/٦٦±٥/٢١	٢٤/٢٨±٤/٩٣	٣١/٥٥±٥/٦٣
	کارمند	٤٤/٩٥±٦/٤٦	٢٤/٥٨±٣/٨٩	٢٦/٢٦±٤/٠٨	٣٣/٩٥±٤/٧٣
	آزاد	٤١/٥٧±٥/١٤	٢٦/١٤±٣/٤٦	٢٦/٦٤±٤/٢٩	٣٣/٣٦±٥/٩١
	ANOVA	P=٠/٠٠٩	P=٠/٥٢	P=٠/١٧	P=٠/١٩

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2024-03-29]

جدول ۵. رگرسیون چند گانه برای پیش گویی قصد دریافت مراقبت پیش از بارداری بر اساس سازه های تئوری

متغیر پیش بین گام ها		خطای استاندارد(β)	رگرسیون (R^2)	مقدار F	درجه آزادی	سطح معناداری
گام اول	نگرش	۰/۴۵	۰/۱۹	۳۷/۹۷	۱۴۸/۱	P<۰/۰۰۱
گام دوم	نگرش	۰/۳۶	۰/۳	۳۳/۹۹	۱۴۷/۲	P<۰/۰۰۱
	کنترل رفتاری درک شده	۰/۳۴				

بحث

مطالعه حاضر نشان داد که اکثر زنان نگرش خوبی نسبت به مراقبت پیش از بارداری دارند(۷۴/۵۶٪) تنها تعداد اندکی نگرش منفی نسبت به آن داشتند (۱۵/۱٪). Rosnah در مطالعه خود نشان داد که، موفقیت در دریافت مراقبت پیش از بارداری تا حد زیادی بستگی به نگرش و تمایل زنان دارد (۱۷). در این مطالعه فقط، ۲/۶٪ از شرکت کنندگان با اهمیت مراقبت پیش از بارداری به عنوان رکن اساسی در جهت سلامت مادر و کودک موافق نبودند. میانگین نگرش مثبت به مراقبت های پیش از بارداری در افراد مورد مطالعه بالا بود و در مقایسه با مطالعه Frey و Files (۸) که در آن ۹۸/۶٪ شرکت کنندگان اهمیت مراقبت پیش از بارداری را درک کرده بودند تفاوت زیادی ندارد. ۸۴ ٪ از شرکت کنندگان با اطمینان زیاد قصد دریافت مراقبت پیش از بارداری قبل از اقدام به بارداری را داشتند. با استفاده از آنالیز واریانس یک طرفه درگروه های سنی مختلف در میانگین نمره نگرش اختلاف معناداری یافت نشد. همچنین در مقایسه نمره نگرش نسبت به سطوح تحصیلات اختلاف معناداری در زنان با تحصیلات ابتدایی نسبت به سایر گروه ها یافت شد. علت این امر می تواند دانش کم این گروه و برخورد کمتر آن ها با امکانات بهداشتی باشد. در نتیجه لازم است آموزش های بهداشتی پیش از بارداری برای این گروه از افراد بیشتر مورد توجه قرار گیرد. سطح تحصیلی متوسطه و بالاتر جزء سطوح تحصیلی تاثیر گذار بر قصد مراقبت های پیش از بارداری و دوران بارداری می باشد (۱۸). مطالعه ای در سال ۲۰۱۱ نشان داده بود که افرادی که تحصیلات بالاتری دارند نسبت به افرادی که تحصیلات پایین تری دارند، نگرش مثبتی به مراقبت پیش از بارداری دارند (۱۹). زنان کارمند نسبت به سایر گروه ها نگرش بالایی نسبت به مراقبت پیش از بارداری داشتند. در مطالعه ای در سال ۲۰۱۰ نشان داده شد که درصد بیشتری از افرادی که برای دریافت خدمات مراقبت های پیش از بارداری مراجعه می کنند، شاغل هستند (۲۰). هم چنین اشتغال و سطح تحصیلات بالا می تواند در افزایش سطح دسترسی به اطلاعات بهداشتی در مورد مراقبت پیش از بارداری موثر باشد (۱۶). این مورد می تواند به علت کنترل رفتاری بالایی باشد که افراد شاغل نسبت به مراقبت پیش از بارداری در خود احساس می کنند. اکثر شرکت کنندگان (۸۴ درصد) مکان های دولتی مانند پایگاه های بهداشتی را در اولویت برای دریافت مراقبت پیش از بارداری قرار دادند. علت این امر می تواند ناشی از این باشد که مکان های دولتی به راحتی قابل دسترس عموم مردم هستند و خدمات بهداشتی به صورت یکپارچه و بدون تعصب به افراد ارایه می شود. از طرفی دیگر امکانات بهداشتی خصوصی برای افراد می‌تواند هزینه های بالایی در بر داشته باشد. در مطالعه Rosnani Kasim و همکاران دریافت خدمات مربوط به مراقبت پیش از بارداری در مراکز دولتی ۹۱/۹ درصد نظر پاسخ دهندگان را به خود اختصاص داده بود (۱۶).

افرادی که برای شرکت کنندگان از اهمیت بالایی برخوردارند، می توانند در تصمیم آن ها برای دریافت مراقبت پیش از بارداری تاثیر گذار باشند. مواردی از این قبیل در راستای هنجارهای تاکیدی افراد می باشند. در مطالعه حاضر ۷۸ درصد از افراد توصیه های مراکز بهداشتی و اعضای تیم بهداشتی را در تصمیم گیری برای در یافت مراقبت پیش از بارداری دخیل دانستند. در نتیجه ارایه خدمات یکپارچه بهداشتی رایگان به تمام زنان سنین باروری در افزایش سطح سلامت دوران

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2024-03-29]

باروری موثر می باشد. ۵۸ درصد از شرکت کنندگان نظر همسر را به عنوان هنجار ذهنی تاثیر گذار برای مراقبت پیش از بارداری انتخاب کرده بودند. با توجه به این امر مشارکت مردان در مداخلات آموزشی قبل از ازدواج و دوران ازدواج می تواند در کاهش عوارض دوران بارداری و زایمان موثر باشد (۸). هنجارهای توصیفی افراد در دریافت مراقبت پیش از بارداری نظرات سایر زنان و شبکه های اجتماعی شامل اینترنت و تلگرام می باشند که در این مطالعه به ترتیب ۲۱/۷٪ و ۲۶/۳٪ را به خود اختصاص دادند.

کنترل رفتاری درک شده نشان می دهد که انگیزه یک فرد به وسیله درک او از میزان دشواری رفتارها و میزان موفقیت وی در انجام یا عدم انجام یک رفتار تحت تاثیر قرار می گیرد. در مطالعه حاضر ۲۳٪ از شرکت کنندگان قویا دریافت مراقبت پیش از بارداری را تحت کنترل خود می دانستند. ۵۳/۳٪ از پاسخ دهندگان کنترل رفتاری ضعیفی برای دریافت مراقبت در آن ها مشاهده شد که این امر نیازمند رفع موانعی است که دریافت مراقبت پیش از بارداری در افراد را غیر ممکن می سازد. از جمله این موانع می تواند هزینه های انجام برخی خدمات مانند آزمایشات روتین، نداشتن وقت کافی و مشغله زیاد باشد. سه عامل نگرش، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک شده در ایجاد قصد رفتاری تاثیر گذار است. در مطالعه حاضر ۶۵/۱ درصد از افراد قصد دریافت مراقبت پیش از بارداری در آینده نزدیک را داشتند و در صورتی که پایگاه های بهداشتی ارایه دهنده خدمات سلامت، پیگیری مستمر این افراد در دوران عقد و بلافاصله پس از ازدواج را بر عهده بگیرند، در ایجاد رفتار بهداشتی مطلوب در این افراد تاثیر بسزایی خواهند داشت. تقریبا ۸۰ درصد پاسخ دهندگان در صدد برنامه ریزی برای بارداری در طی یک سال آینده بودند که این امر می تواند بازتابی از کاربرد روش هایی برای پیشگیری از بارداری بدون برنامه ریزی در کشور ما باشد. همچنین این مرحله زمانی نیز می تواند جهت مشاوره برای دریافت مراقبت پیش از بارداری به کار گرفته شود. در مطالعه بوکجی وندرزی و همکاران نشان داده شدکه زمان مشاوره برای ارایه روش های پیشگیری از بارداری فرصت مناسبی جهت مشاوره برای دریافت مراقبت پیش از بارداری به زوج ها ارایه می دهد (۸).

در مطالعه ای از Spence و همکاران (۲۰۱۰) با هدف سنجش دانش و نگرش نسبت به مراقبت پیش از بارداری در زنان مبتلا به دیابت نشان داده شد که اکثر زنان از برنامه ریزی برای بارداری آگاهی دارند ولی مراقبت پیش از بارداری اغلب اوقات تنها توسط افرادی دریافت می شود که برای اولین بار قصد بارداری دارند (۲۱). در نتیجه ارائه آموزش های لازم به زوج های شرکت کننده در کلاس های آموزش ازدواج می تواند قصد رفتاری آن ها را برای بروز رفتار تقویت نماید.

۷۷٪ از مشارکت کنندگان خواستار دریافت مشاوره برای آگاهی از زمان مناسب بارداری بودند که این امر خود می تواند فرصت مناسبی برای ارایه مراقبت پیش از بارداری باشد. ۵۶/۶ ٪ از زنان شرکت کننده در مطالعه قصد دریافت مراقبت پیش از بارداری در حضور پزشک متخصص زنان بودند. در راستای این مورد اعضای تیم بهداشتی می توانند در مواقع نیاز به اقدامات تخصصی و پر خطر بودن زنان در دوره پیش از بارداری نظیر سن بالای ۳۵ سال، سقط مکرر، ناهنجاری های دستگاه تناسلی و... ایشان را به سطوح بالاتر ارجاع نمایند.

ارزیابی تاثیر متغیر های پیش بین در بروز قصد رفتاری نشان داد که در درجه اول، نگرش افراد به مراقبت های پیش از بارداری و در درجه بعدی کنترل رفتاری درک شده ای که افراد در خود احساس می کنند بهترین پیش بینی کننده قصدرفتار برای دریافت مراقبت پیش از بارداری بودند. با استناد به این مطالعه در می یابیم که زنان نسبت به اهمیت مراقبت های پیش از بارداری نگرش مثبتی دارند ولی کنترل رفتاری درک شده در آن ها پایین است. در نتیجه لازم است مداخلاتی طراحی شود که کنترل رفتاری درک شده افراد را تقویت نماید تا قصد رفتاری برای دریافت مراقبت پیش از بارداری در آن ها افزایش یابد هم چنین جهت افزایش هنجارهای ذهنی مثبت در زنان آموزش مردان در جهت افزایش دانش و آگاهی نسبت به

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2024-03-29]

مراقبت های پیش از بارداری در مراکز آمادگی برای ازدواج انجام پذیرد. ما پیشنهاد می کنیم در آینده پژوهش هایی انجام شود که در راستای بررسی موانع دریافت مراقبت پیش از بارداری در ایران از نظر تیم بهداشتی باشد چرا که از بین بردن این موانع می تواند در راستای افزایش کنترل رفتاری درک شده زنان باشد. همچنین مطالعاتی برای طراحی بسته آموزشی مراقبت های پیش از بارداری مبتنی بر عوامل تاثیر گذار بر دریافت مراقبت صورت پذیرند.

محدودیت های انجام پژوهش: بیشترین گروه سنی شرکت کننده در کلاس های آموزش قبل از ازدواج را گروه سنی زیر ۱۸ سال تشکیل می داد و این امر نمونه گیری برای پژوهش را دچار مشکل می کرد. به دلیل محدوده سنی تعیین شده برای بارداری موفق و کاهش عوارض بارداری امکان شرکت گرو ه های سنی زیر ۱۸ سال و بالای ٤٠ سال در مطالعه وجود نداشت. هم چنین به دلیل پراکندگی جغرافیایی نمونه های پژوهش، پیگیری نمونه ها برای تکمیل پرسشنامه ها با مشکل مواجه می شد و در صورت عدم مراجعه برای تکمیل پرسشنامه جز معیار ریزش قرار می گرفتند.

نتیجه‌گیری

با استناد به مطالعه حاضر در می یابیم که، برای تمام افراد مشارکت کننده در کلاس های آموزش قبل از ازدواج مشاوره برای دریافت مراقبت پیش از بارداری صورت پذیرد. به دلیل این که، مراکز مشاوره ازدواج برای اکثر زوج ها می تواند به عنوان اولین مکان دریافت آموزش های بهداشتی در رابطه با مراقبت پیش از بارداری باشد. از جهتی دریافت مراقبت پیش از بارداری صرفا افراد را ملزوم به باردار شدن نمی نماید. چه بسا افرادی که همزمان با روش پیشگیری نامطمئن بارداری ناخواسته را تجربه می کنند که متعاقب آن عوارض ناشی از بارداری ناخواسته از جمله سقط عفونی در آن ها افزایش می یابد. هم چنین با مشارکت دادن افراد مهم به عنوان هنجار های ذهنی در آموزش های پیش از بارداری، می توان قصد رفتاری افراد برای دریافت مراقبت پیش از بارداری را افزایش داد. و در اختیار گذاشتن خدمات دولتی رایگان می تواند در تقویت کنترل رفتاری افراد و در نتیجه انجام رفتار تاثیر مثبتی داشته باشد. هم چنین با مطالعه حاضر در می یابیم که زنان نسبت به اهمیت مراقبت های پیش از بارداری نگرش مثبتی دارند ولی کنترل رفتاری درک شده ضعیفی برای قصد رفتاری و در نهایت بروز رفتار دارند. لازم است مداخلاتی طراحی شود که در جهت تقویت کنترل رفتاری و در نهایت بروز رفتار در آ ن ها باشد. هم چنین در جهت تاثیر مثبت هنجارهای ذهنی، آموزش مردان در جهت افزایش دانش و آگاهی نسبت به مراقبت های پیش از بارداری در مراکز آمادگی برای ازدواج انجام پذیرد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر با شناسه اختصاصی IR.QUMS.REC.1396.436 و هم چنین ثبت در مرکز کارآزمایی بالینی ایران با کد پیگیری IRCT20171019036878N3 انجام شد. بدینوسیله از مدیران محترم دانشگاه علوم پزشکی قزوین بخصوص ریاست محترم شبکه بهداشت و درمان تاکستان آقای دکتر جلال رحمانی و مربی مرکز مشاوره ازدواج سرکار خانم لیلا رحمانی و کلیه افرادی که در پژوهش ما مشارکت داشته اند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافعی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2024-03-29]

References

1. Cunningham FG, .Bloom SL. williams obestetric. 23rd ed. Ansarri, editor. America: Golban; 2010. 108 p.

2. Curtis MG, Hillard PJA, Atrash HK, Brann A, Dolan SM, Lang Dunlop A, et al. Committee on Gynecologic Practice. 2017;1–2.

3. Fowler J, Hughes J. Preconception Counseling. 1st ed. Hughes J, editor. StatPearls. StatPearls Publishing; 2017. 87 p.

4. Hemsing N, Greaves L, Poole N. Preconception Health Care Interventions: A Scoping Review. Sex Reprod Healthc. 2017;14:24–32.

5. Atrash HK, Johnson K, Adams M, Cordero JF, Howse J. Preconception care for improving perinatal outcomes: The time to act. Matern Child Health J. 2006;10(SUPPL. 7):3–11.

6. Torki N. preconception care. In: preconcaption care. Tehran: Medical uneversity Tehran; 2014. p. 1.

7. Tuomainen H, Cross-Bardell L, Bhoday M, Qureshi N, Kai J. Opportunities and challenges for enhancing preconception health in primary care: qualitative study with women from ethnically diverse communities. 2013;3(2977):1–7.

8. van der Zeea B, de Beaufort ID, Steegers EAP, Denktaş S. Perceptions of preconception counselling among women planning a pregnancy: A qualitative study. Fam Pract. 2013;30(3):341–6.

9. Poels M, Koster MPH, Franx A, van Stel HF. Parental perspectives on the awareness and delivery of preconception care. BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17(1):324.

10. Laopaiboon M, Lumbiganon P, Intarut N, Mori R, Ganchimeg T, Vogel JP, et al. Advanced maternal age and pregnancy outcomes: a multicountry assessment. BJOG. 2014;121 Suppl:49–56.

11. Fatemeh Honari, Mohammadreza Miri. Evalution the effect of educational intervention based on Theory of planned Behavior on prenatal care of addicated pregnant women. J Birhand Med Sci. 2016;23(1):4.

12. Shannon GD, Alberg C, Nacul L, Pashayan N. Preconception healthcare and congenital disorders: Systematic review of the effectiveness of preconception care programs in the prevention of congenital disorders. Matern Child Health J. 2014;(18):1354–79.

13. Ajzen I. Theory of Planned Behaviour Questionnaire. Meas Instrum Database Soc Sci. 2013;2–9.

14. Bixenstine PJ, Cheng TL, Cheng D, Connor KA, Mistry KB. Association Between Preconception Counseling and Folic Acid Supplementation Before Pregnancy and Reasons for Non-Use. Matern Child Health J. 2015;19(9).

15. A.Mohammadbeigi, N.Mohammadsalehi, M.Aligoli. Validity and Reliability of the Instruments and Types of Measurment in Health Applied Researches. J RafsanjanUniv Med Sci. 2015;13(10):1153–70.

16. Kasim R, Draman N, Kadir AA. Knowledge , Attitudes and Practice of Preconception Care among Women Attending Maternal Health Clinic in Kelantan. 2016;8(4):57–68.

17. Rosnah S, Wn WA. Persediaan Sebelum Kehamilan Di Kalangan Etnik India Di Semenyih Selangor Pre-Pregnancy Care Among the Indian Ethnic Group in Semenyih, Selangor. J Community Health. 2010;16(2):29–35.

18. Ruechukondamrong A, Panichkul P. Preconception Attitude of Reproductive-age Women with Underlying Diseases at Phramongkutklao Hospital. R Thai Army Med J. 2011;64(3):121–30.

19. Rodgers AF, Herman WH, Sereika SM, Hannan M. Impact of a Preconception Counseling Program for Teens With Type 1 Diabetes ... Library (Lond). 2010;33(4).

20. Mkandawire P, Atari O, Kangmennaang J, Arku G, Luginaah I, Etowa J. Pregnancy intention and gestational age at first antenatal care (ANC) visit in Rwanda. Midwifery. 2018 Jan 1;68:30–8.

21. Spence M, Alderdice FA, Harper R, McCance DR, Holmes VA. Education and Psychological Aspects An exploration of knowledge and attitudes related to pre-pregnancy care in women with diabetes. Diabet Med. 2010;27(12):1385–91.

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2024-03-29]

Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences
2018, Volume 6, No.3: 60-70.

Original article

Factors affecting preconception care in married women participating in premarital educational courses: Application of planned behavior theory

Ozra Ghafoori [1], Amir Pakpour[2], Zinat Jourabchi[* 3]

1. Student Research Committee, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

2. Department of Health Education and Promotion, School of Health, Social Determinants of Health Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

3. Department of Maternal and child & Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical and Health Sciences, Qazvin, Iran

***Corresponding author*: zjourabchi@qums.ac.ir**

Keywords:

Preconception care,

Theory of Planned Behavior,

subjective norms

©2018 Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. All rights reserved.

Abstract

Background & Aim: To reduce the complications of pregnancy and childbirth, it is necessary to identify the most effective way to provide integrated services. Therefore, the present study was conducted to evaluate the factors affecting the delivery of prenatal care using the theory of planned behavior.

***Methods*:** This descriptive - analytic cross - sectional study was conducted in 2018-2019. The study population included women who participated in pre-marriage training classes, of which 150 were randomly selected. For the tool, a questionnaire was developed in the framework of planning behavior theory. Descriptive statistics, linear regression and univariate analysis of variance were performed using SPSS software version 22.

***Results*:** The mean age of participants was 24.67 ± 5.96 years. The mean score for attitude was 41.01 ± 5.88, the mean score for subjective norms 25.53 ± 4.92, mean score for perceived behavioral control 24.77 ± 4.94, and mean score The behavioral intention of individuals was 32.06 ± 5.85. In the first stage, attitude was the most predictive of behavioral intention, and in the second stage, the combination of perceived behavioral control with an attitude of intention to do behavior increased by 12% (p = 0.0001).

***Conclusion*:** Women have a positive attitude towards the importance of preconception care, but their perceived behavioral control is low. Strengthening perceived behavioral control increases behavioral intent. Moreover, training men in this area will increase the positive mental norms.

How to Cite this Article: Ghafoori O, Pakpour A, Jourabchi Z. Factors affecting preconception care in married women participating in premarital educational courses: Application of planned behavior theory. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2018;6(3):60-70.

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2024-03-29]