

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

عذرًا غفوری^۱، امیر پاکپور^۲، زینت جورابچی^{۳*}

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 مؤثر 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.

روش ها: این مطالعه توصیفی - تحلیلی به روش مقطعی در سال های ۱۳۹۶ - ۱۳۹۷ انجام شد. جامعه

مورد مطالعه زنان شرکت کننده در کلاس های 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 کننده ۵/۹۶ \pm ۵/۶۷ سال بود. میانگین نمره مربوط به نگرش \pm ۵/۸۸

۴۱/۰۱، هنجرهای ذهنی (۴/۹۲) \pm ۵/۵۳، کنترل رفتاری درک شده \pm ۴/۹۴ \pm ۲۴/۷۷ و قصد رفتاری

افراد $۵/۸۵\pm ۳/۰۶$ 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 ($p<0/001$).

نتیجه گیری: 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 هنجرهای ذهنی مثبت خواهد شد.

کلید واژه ها:

مراقبت پیش از بارداری،
تئوری رفتار برنامه ریزی
شده، هنجرهای انتزاعی

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

مقدمه

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

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

*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

مراقبت داشته باشد که این امر مستلزم افزایش خدمات در مراکز بهداشتی و درمانی می باشد (۹). با بهره گیری از مطالبات 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 دهندهان خدمات بهداشتی وجود دارد، لازم است تلاش های بیشتری برای شناسایی بهترین شیوه ها و موثرترین راه ارائه خدمات یکپارچه صورت بگیرد (۵). 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 آیژن 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 تاثیرگذار بر روی قصد رفتار "کنترل رفتاری درک شده" می باشد. بسیاری از مداخلات 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

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 (۴). 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 ایران بر اساس آمار ارائه شده از مرگ و میر مادران در سال ۱۳۹۳ از وزارت بهداشت و درمان ۷۴٪ از موارد مرگ و میر دارای عوامل خطر از جمله بیماری زمینه ای بودند که ۶۲٪ 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 (۶). یکی از چالش های موجود در زمینه مراقبت های پیش از بارداری، عدم شارکت 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

محدوده سنی ۱۸ تا ۴۰ سال، عدم ابتلا به بیماری مانع از بارداری و تمایل به بارداری حداقل یکسال از شروع مطالعه بود. در ابتدای مطالعه با مراجعه به کتب و مقالات علمی معتبر در پایگاه‌های اطلاعاتی پرسشنامه‌ای مطابق با اهداف پژوهش و در چارچوب نظریه رفتار برنامه ریزی شده تهیه شده است. این پرسشنامه بر اساس ساختار اصلی پرسشنامه آیزن (۱۳) طراحی شده است و در طراحی آن از پرسشنامه پژوهش هنری و همکاران (۱۱) و نیز مطالعه پائول جی (۱۴) ایده گرفته شده است. پرسشنامه دارای ۲ بخش می‌باشد. بخش اول حاوی سوالات مربوط به اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم حاوی گویه‌های مربوط به ارزیابی نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک شده و قصد رفتاری می‌باشد. جهت تعیین روایی ابزار پژوهش از روش روایی صوری، روایی محتوایی، روایی سازه و روایی ملاک استفاده می‌شود (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 رشته‌های 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 واژه‌های تخصصی، ساده‌تر 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 ۷۱/۰، هنجارهای ذهنی با ضریب ۰/۶۳، کنترل رفتاری درک شده با ضریب ۷۱/۰ و قصد رفتاری با ضریب ۸۳/۰ 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

کنترل رفتاری می‌باشد، پیش زمینه مهمی برای انجام رفتار محسوب می‌شود (۱۲). مطالعه‌ای از Bukje; vanderzee و همکاران (۲۰۱۴) در هلند با عنوان "آگاهی از مشاوره پیش از بارداری در بین زنانی که برنامه ریزی برای بارداری دارند" انجام شد. این پژوهش از سازه‌های 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 ۱/۵ میلیون نوزاد در هفته اول زندگی و ۴ میلیون مرد زایی تاثیر دارد (۱۰). مهم ترین اهداف بهداشتی ملی در بسیاری از کشورها اولویت بندی مرگ و میر نوزادان و مادران می‌باشد که در راستای این اهداف در ایالات متحده نتایج بارداری و شاخص‌های سلامت بهبود چشمگیری داشته است (۵)، در مطالعه هنری و همکاران، سازه‌های نگرش، کنترل رفتاری درک شده و قصد رفتاری به عنوان پیش گویی کننده‌های مهم در دریافت مراقبت بارداری گزارش گردیدند (۱۱). مطالعه حاضر با هدف ارزیابی عوامل موثر بر دریافت مراقبت‌های پیش از بارداری با کاربرد نظریه رفتار برنامه ریزی شده در بین مزدوjen زن شرکت کننده در کلاس‌های آموزش قبل از ازدواج انجام شده است.

روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی می‌باشد که، از بهمن سال ۱۳۹۶ لغایت مرداد ۱۳۹۷ به طول انجامیده است. جامعه مورد مطالعه را مزدوjen زن شرکت کننده در کلاس‌های آموزش قبل از ازدواج تشکیل می‌دادند. حجم نمونه با استفاده از فرمول زیل ۱۵۰ نفر تعیین شد.

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

در این مطالعه، نمونه‌های مورد بررسی به صورت تصادفی ساده با استفاده از کارت‌های شماره گذاری شده انتخاب شدند. معیار‌های ورود به مطالعه شامل رضایت شرکت در مطالعه،

امتیاز^۳، نامطمئنم امتیاز^۲ و اصلاً مطمئن نیستم امتیاز^۱ تعلق می‌گرفت. دامنه گویه کنترل رفتاری درک شده از ۱ تا ۲۵ 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 قطعاً امتیازه، به احتمال زیاد ۷ گویه ممکن است امتیاز^۳، بعید است امتیاز^۲ و اصلاً امتیاز امتیاز^۴، ممکن است امتیاز^۳، بعید است امتیاز^۲ و اصلاً امتیاز^۱ تعلق می‌گرفت. مشارکت در پژوهش حاضر داوطلبانه و با اخذ رضایت نامه بود. و پرسش نامه‌ها بدون نام تهیه شدند. اطلاعات حاصل از نمونه‌های پژوهشی کاملاً محترمانه 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. پرسشنامه‌ها در کلاس های مشاوره قبل از اذدواج و در حضور محقق انجام می‌شد. در صورت لزوم به ابهامات شرکت کنندگان پاسخ داده می‌شد. داده‌های 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 داده‌ها 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، هنجرهای 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 کلاس‌های آموزش قبل از اذدواج، در مطالعه شرکت کردند که در محدوده سنی ۱۸ تا ۴۰ سال قرار داشتند. میانگین سنی شرکت کنندگان در این مطالعه $24/67 \pm 5/96$ بود. ۱۰۴ نفر (۶۸/۵٪) 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. ۲۲/۴٪ (۳۴ نفر) افراد شاغل بودند. ۰/۶ (۱۱ نفر) درصد از مشارکت

بود که بیشتر مردم رفتار مورد نظر را تائید یا رد می‌کنند. به عنوان مثال: نظرات خانواده همسرمن 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 دریافت 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 پاسخ‌ها تعیین می‌شد. به علت ارتباط نزدیک مطالعه ما به مطالعه Rosnani Kasim (۱۶) درصد نمرات ۰ تا ۱۰۰ ۴۹/۹٪ برای هر سازه به عنوان مقیاس ضعیف و ۵۰ تا درصد به عنوان مقیاس خوب در نظر گرفته شد. مجموع پاسخ‌های افراد با دامنه بالا برای هر گویه به عنوان ۱۰۰ درصد در نظر گرفته شده است. سازه نگرش با استفاده از مقیاس دو قطبی "موافق و مخالف" و با طیف امتیاز دهی اندازه گیری می‌شد. به پاسخ کاملاً موافق امتیاز^۵، موافق امتیاز^۴، نظری ندارم امتیاز^۳، مخالف امتیاز^۲ و کاملاً مخالف امتیاز^۱ تعلق می‌گرفت. میانگین ۱۱ گویه نگرش نسبت به رفتار را ارزیابی می‌کرد. دامنه نمره گویه نگرش از ۱ تا ۵۵ برآورد شده است. هنجرهای ذهنی ۷ گویه به خود اختصاص می‌داد. این بخش نیز با استفاده از مقیاس "زیاد و کم" با طیف امتیاز دهی قابل ارزیابی بود. برای پاسخ بسیار زیاد امتیاز^۵، زیاد امتیاز^۴، نسبتاً امتیاز^۳، کم امتیاز^۲ و بسیار کم امتیاز^۱ تعیین شده است. دامنه گویه هنجرهای 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 کاملاً مطمئنم امتیاز^۵، مطمئنم امتیاز^۴، نمی‌دانم

خصوصیات دموگرافیک شرکت کنندگان در جدول شماره ۱ ارایه شده است.

کنندگان مبتلا به بیماری زمینه ای بودند که مانع از بارداری ایشان می شد. ۱۹ نفر (۱۲/۵٪) از شرکت کنندگان کارمند بودند.

جدول ۱. خصوصیات فردی-اجتماعی شرکت کنندگان در مطالعه

درصد	تعداد	متغیر	
۳۱/۷	۹۵	۱۸-۲۰	گروه سنی
۹/۷	۲۹	۲۰-۳۰	
۵	۱۵	۳۰-۴۰	
۲/۷	۱۱	۴۰-۴۵	
۱۱/۸	۱۸	ابتدایی	تحصیلات
۱۷/۸	۲۷	راهنما	
۴۶/۱	۷۰	دیپرستان و دیپلم	
۲۲/۴	۲۴	دانشگاهی و حوزوی	
۷۶/۳	۱۱۶	خانه دار	شغل
۲۲/۴	۳۴	کارمند، کارگر، آزاد	

آنالیز واریانس یک طرفه اختلاف معنی داری از نظر نگرش به مراقبت پیش از بارداری در گروه ها یافت نشد ($p=0.9$). 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 و تحصیلات دیپرستان می باشد ($p<0.001$). (جدول شماره ۴).

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 0.19 بیشترین پیش گویی کننده قصد رفتاری بود و در مرحله دوم ترکیب کنترل رفتاری درک شده با نگرش قصد انجام رفتار را با ضریب 0.30 (درصد) افزایش می داد ($p<0.001$). (جدول شماره ۵).

میانگین نمره مربوط به نگرش $41/0.1\pm 5/88$ به دست آمد که در واقع $74/56\%$ 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 $89/5\%$ از شرکت کنندگان قویا دریافت مراقبت پیش از بارداری را برای سلامت مادر و کودک ضروری دانستند. میانگین نمره مربوط به هنجارهای ذهنی $4/92\pm 25/53$ 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 $\pm 4/94$ محاسبه شد، در نهایت میانگین نمره قصد رفتاری افراد $24/77$ به دست آمد. (جدول شماره ۵). 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

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

متغیر	میانگین ± انحراف معیار
نگرش	۵/۸۸ ± ۴۴/۰۱
هنجارهای ذهنی	۴/۹۲ ± ۲۰/۰۳
کنترل رفتاری درک شده	۲۴/۷۷ ± ۴/۹۴
قصد رفتاری	۳۲/۰/۶ ± ۵/۰۸

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

نوع هنجارهای ذهنی	میانگین ± انحراف معیار
همسر	۲/۳۸ ± ۷/۴۳
سایر اعضای خانواده خانم	۲/۱۲ ± ۷/۵۷
خانواده همسر	۲/۱۴ ± ۵/۸۴
پرسنل بهداشتی	۲/۰/۸ ± ۸/۰۸
دوستان	۲/۳۸ ± ۵/۷۹
سایر زنان	۲/۲۹ ± ۵/۳
افراد تاثیر گذار در رادیو و تلویزیون	۲/۴۷ ± ۵/۹۳
شبکه های اجتماعی	۲/۴۶ ± ۵/۰

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

متغیر	نگرش	هنجارهای ذهنی	نگرش	نگرش
	میانگین ± انحراف معیار			
گروه سنی	۱۸-۲۵	۴۰/۸۰ ± ۵/۷۸	۲۵/۵۲ ± ۴/۹۱	۲/۲۸ ± ۵/۰۸
۲۰-۳۰	۶/۳۶ ± ۴۱/۰۲	۲۵/۲۸ ± ۴/۴	۲۵/۳۸ ± ۵/۲۴	۳۱/۹۷ ± ۶/۰۶
۳۰-۳۵	۴۱/۶۷ ± ۶/۲۸	۲۵/۴ ± ۶/۲۴	۲۵/۶ ± ۵/۰۴	۳۲/۷۸ ± ۵/۲۱
۳۵-۴۰	۴۰/۶۷ ± ۵/۲۵	۲۶/۵۰ ± ۴/۸۶	۲۶/۰/۹ ± ۴/۱۵	۳۲/۶۴ ± ۴/۹۶
تحصیلات	ANOVA	P=۰/۹	P=۰/۹	P=۰/۰۷
ابتدایی	۳۵/۷۸ ± ۳/۵۲	۲۵/۰/۶ ± ۴/۴۵	۲۵/۱۱ ± ۴/۹۳	۲۰/۳۹ ± ۶/۰۵
راهنمایی	۴۰/۱۵ ± ۵/۱۰	۲۵/۳۷ ± ۴/۷۹	۲۴/۹۳ ± ۴/۳۲	۳۳/۵۲ ± ۴/۸۴
دبیرستان و دیپلم	۲۳/۸۵ ± ۵/۲۴	۲۵/۷۶ ± ۵/۴	۲۲/۳۸ ± ۵/۲۰	۳۱/۰/۶ ± ۵/۸
دانشگاهی و حوزوی	۴۴/۶۸ ± ۵/۰۳	۲۵/۱۸ ± ۴/۰۹	۲۶/۳۸ ± ۴/۵۷	۳۳/۹۴ ± ۴/۰۷
ANOVA	P=۰/۰۰۰	P=۰/۳۸	P=۰/۱۸	P=۰/۰۴
خانه دار	۴۰/۲۶ ± ۵/۶۴	۲۵/۶۶ ± ۵/۲۱	۲۴/۲۸ ± ۴/۹۳	۳۱/۰/۵ ± ۵/۶۳
کارمند	۴۴/۹۵ ± ۶/۴۶	۲۴/۵۸ ± ۳/۸۹	۲۶/۲۶ ± ۴/۰۸	۳۳/۹۵ ± ۴/۷۳
آزاد	۴۱/۵۷ ± ۵/۱۴	۲۶/۱۴ ± ۳/۴۶	۲۶/۶۴ ± ۴/۲۹	۳۲/۳۶ ± ۵/۹۱
شغل	ANOVA	P=۰/۰۰۹	P=۰/۰۲	P=۰/۰۱

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	P<0.001
نگرش	۰/۴۵	۰/۱۹	۳۷/۹۷	۱۴۸/۱	۰/۰۰۱
نگرش	۰/۳۶	۰/۳	۳۲/۹۹	۱۴۷/۲	P<0.001

کنترل رفتاری درک شده

بحث

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 می تواند هزینه های بالایی در برداشته باشد. در مطالعه Rosnani Kasim (۹۱/۹ درصد) مراقبت خدمات مربوط به مراقبت پیش از بارداری در مراکز دولتی داشتند که در مطالعه Frey (۹۸/۶٪) شرکت کنندگان اهمیت مراقبت پیش از بارداری را درک کردند 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 داشت 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

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 سینی باروری در افزایش سطح سلامت دوران

مطالعه حاضر نشان داد که اکثر زنان نگرش خوبی نسبت به مراقبت پیش از بارداری دارند (۵۶/۷۴٪). تنها تعداد اندکی نگرش منفی نسبت به آن داشتند (۱۰/۱٪). 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 Files Frey و 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 (۸) که در آن ۶/۹۸٪ شرکت کنندگان اهمیت مراقبت پیش از بارداری را درک کردند 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 داشت 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

داده شدکه زمان مشاوره برای ارایه روش‌های پیشگیری از بارداری فرصت مناسبی جهت مشاوره برای دریافت مراقبت پیش از بارداری به زوج‌ها ارایه می‌دهد (۸).

در مطالعه‌ای از Spence و همکاران (۲۰۱۰) با هدف سنجش داشش 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 می‌شود که برای اولین بار قصد بارداری دارند (۲۱). در نتیجه ارائه آموزش‌های لازم به زوج‌های شرکت کننده در کلاس‌های آموزش ازدواج می‌تواند قصد رفتاری آن‌ها را برای بروز رفتار تقویت نماید.

۷۷٪ از مشارکت کنندگان خواستار دریافت مشاوره برای آگاهی از زمان مناسب بارداری بودند که این امر خود می‌تواند 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 می‌توانند در موقع نیاز به اقدامات تخصصی و پر خطر بودن زنان در دوره پیش از بارداری نظیر سن بالای ۳۵ سال، سقط مکرر، ناهنجاری‌های دستگاه تناسلی و... ایشان را به سطوح بالاتر ارجاع نمایند.

ارزیابی تاثیر متغیرهای پیش‌بین در بروز قصد رفتاری نشان داد که در درجه اول، نگرش افراد به مراقبت‌های پیش از بارداری و در درجه بعدی کنترل رفتاری درک شده ای که افراد در خود احساس می‌کنند بهترین پیش‌بینی کننده قصد رفتار برای دریافت مراقبت پیش از بارداری بودند. با استناد به این مطالعه در می‌یابیم که زنان نسبت به اهمیت مراقبت‌های پیش از بارداری نگرش مثبتی دارند ولی کنترل رفتاری درک شده در آن‌ها 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 آن‌ها افزایش یابد هم چنین جهت افزایش هنجارهای ذهنی مثبت در زنان آموزش مردان در جهت افزایش دانش و آگاهی نسبت به

باروری موثر می‌باشد. 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 می‌تواند در کاهش عوارض دوران بارداری و زایمان موثر باشد (۸). هنجارهای توصیفی افراد در دریافت مراقبت پیش از بارداری نظرات سایر زنان و شبکه‌های اجتماعی شامل اینترنت و تلگرام می‌باشند که در این مطالعه به ترتیب ۷/۲۱٪ و ۳/۲۶٪ را به خود اختصاص دارند.

کنترل رفتاری درک شده نشان می‌دهد 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 می‌گیرد. در مطالعه حاضر ۲۳٪ از شرکت کنندگان قویا دریافت مراقبت پیش از بارداری را تحت کنترل خود می‌دانستند. ۵۲/۳٪ از پاسخ‌دهندگان کنترل رفتاری ضعیفی برای دریافت مراقبت در آن‌ها مشاهده شد که این امر نیازمند رفع موانعی است که دریافت مراقبت پیش از بارداری در افراد را غیر ممکن می‌سازد. از جمله این موانع می‌تواند هزینه‌های 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 پایگاه‌های بهداشتی ارایه دهنده خدمات سلامت، پیگیری مستمر این افراد در دوران عقد و بلافارسله پس از ازدواج را بر عهده بگیرند، در ایجاد رفتار بهداشتی مطلوب در این افراد تاثیر بسزایی خواهد داشت. تقریباً ۸۰ درصد پاسخ‌دهندگان در صدد برنامه ریزی برای بارداری در طی یک سال آینده بودند که این امر می‌تواند بازتابی از کاربرد روش‌هایی برای پیشگیری از بارداری بدون برنامه ریزی در کشور ما باشد. همچنین این مرحله زمانی نیز می‌تواند جهت مشاوره برای دریافت مراقبت پیش از بارداری به کار گرفته شود. در مطالعه بوكجي وندرزی و همکاران نشان

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 آن 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.

■ تشكر و قدردانی

پژوهش حاضر براسناسه اختصاصی کارآزمایی بالینی ایران باکد پیگیری 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 نویسندهان گزارش نشده است.

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 گروه های سنی زیر ۱۸ سال و بالای ۴۰ 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.

■ نتیجه گیری

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 ملزم 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

References

1. Cunningham FG, Bloom SL. Williams Obstetrics. 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: preconception 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 Zee 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.

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

Ozra Ghafoori¹, Amir Pakpour², 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

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.