

تدوین و اعتباریابی پرسشنامه قصد استفاده از قرص‌های پیشگیری از بارداری بر اساس سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در زنان با نزدیکی منقطع

پروین رهنما* علیرضا حیدرنیا** علی منتظری*** فرخنده امین شکروی**** انوشیروان کاظم نژاد*****

چکیده

زمینه و هدف: به منظور دستیابی به مقوله سلامت باروری، ضروری است که نیازسنجی در سطوح مختلف فعالیت‌های بهداشتی و درمانی صورت گیرد که از ملزومات آن، در اختیار داشتن ابزار معتبر و پایا می‌باشد. لذا هدف این مطالعه، تدوین پرسشنامه قصد استفاده از قرص‌های پیشگیری از بارداری با استفاده از نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در زنان با نزدیکی منقطع می‌باشد.

روش بررسی: گویه‌های پرسشنامه که طی مصاحبه‌های کیفی استخراج شده بود، در این مطالعه بر اساس فراوانی آنها انتخاب و سپس به منظور اعتباریابی پرسشنامه مطالعه مقطعی و با نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای با ۲۰۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به ۵ مراکز بهداشتی درمانی غرب و جنوب‌غرب تهران در سال ۱۳۹۰ که از روش نزدیکی منقطع برای پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند، انجام یافت. روایی پرسشنامه با استفاده از روش‌های اعتبار محتوای کمی و کیفی، اعتبار همگرا، اعتبار سازه و پایایی ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ و آزمون-بازآزمون ارزیابی شد و تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی نیز انجام یافت. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار لیزرل و SPSS انجام گرفت.

یافته‌ها: اعتبار و پایایی پرسشنامه از طریق کمی، کیفی، همگرا، آلفای کرونباخ و آزمون-بازآزمون به تایید رسید. در این تحقیق، با انجام تحلیل عاملی ساختار ۳ عاملی شامل نگرش، هنجارهای اجتماعی و کنترل رفتاری درک شده تایید شد. مدل تحلیل عاملی در مطالعه‌ی حاضر نشان داد که سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده قادر به پیشگویی ۳۴٪ تغییرات قصد رفتاری در گروه مورد پژوهش است.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه بیانگر اعتبار و پایایی پرسشنامه قصد استفاده از قرص‌های پیشگیری از بارداری در زنان با نزدیکی منقطع را تایید می‌نماید.

نویسنده مسئول:
علیرضا حیدرنیا؛
دانشکده علوم پزشکی
دانشگاه تربیت مدرس
e-mail:
hidamia@modares.ac
.ir

واژه‌های کلیدی: نزدیکی منقطع، قرص‌های پیشگیری از بارداری، نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده

- دریافت مقاله: خرداد ماه ۱۳۹۲ - پذیرش مقاله شهریور ماه ۱۳۹۲

مقدمه

تاکید روزافزون بر سلامت مادران و فرزندان به‌عنوان هدف‌های اصلی برنامه‌های تنظیم خانواده باعث شده که دامنه فعالیت‌های

بهداشتی و درمانی در سال‌های اخیر بیش‌از پیش گسترش یابد و عنوان کلی‌تر "سلامت باروری" جایگزین عبارت تنظیم خانواده شود (۱). اهمیت مقوله سلامت باروری تا جایی است که امروزه به‌عنوان بخشی از حقوق بشر و با نام حقوق باروری مورد تایید همگان قرار گرفته است. ولی هم‌چنان نیازهای برآورده

* استادیار، گروه مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

** دانشجویار گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

*** استاد پژوهش، گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد

دانشگاهی، تهران، ایران

**** استادیار گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

***** استاد گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

نشده مردم جهان در زمینه تنظیم خانواده بسیار است (۲). بعضی از متخصصان پزشکی، نزدیکی منقطع را به عنوان یک روش غیرموثر پیشگیری از بارداری می دانند (۳). به طور کلی مطالعات انجام یافته، میزان شکست واقعی در روش نزدیکی منقطع را بین ۲۸ - ۱۵٪ در سال می دانند و برای زوج هایی که از روش منقطع به طور صحیح در هر نزدیکی استفاده می کنند، میزان شکست آن ۴ درصد است. در حالی که برای قرص های خوراکی پیشگیری از بارداری میزان واقعی شکست ۲-۸٪ گزارش شده است و با استفاده صحیح میزان شکست آن ۰/۳٪ کاهش می یابد (۴ و ۵). نظریه رفتار برنامه ریزی شده به طور موفقیت آمیزی در دامنه وسیعی از رفتارهای بهداشتی از قبیل قصد زنا در به کارگیری قرص های خوراکی پیشگیری از بارداری (۶) به کار رفته است. توانایی پیشگویی کنندگی نظریه عملکرد منطقی و نظریه رفتار برنامه ریزی شده به طور وسیعی در مقالات آمده است (۷ و ۸). نظریه رفتار برنامه ریزی شده بیشترین استفاده را در رویکردهای اجتماعی، شناختی داشته است و به سبب داشتن سازه هایی که ابعاد مهم تغییر در رفتار را مورد توجه قرار می دهد، می تواند در بررسی باورهایی که در مبنای رفتار انتخاب روش های پیشگیری از بارداری وجود دارد، مورد استفاده قرار گیرد. نظریه رفتار برنامه ریزی شده یکی از مهم ترین نظریه های مطرح شده در ابعاد رفتارهای بهداشتی می باشد. مبدعان این نظریه، فقط به پیش بینی رفتار علاقه مند نبودند، بلکه مایل به درک آن بودند (۹). در نظریه یاد شده قصد رفتاری

اصلی ترین تعیین کننده رفتار می باشد و قصد، تحت تاثیر نگرش افراد نسبت به رفتار، هنجارهای انتزاعی و یا فشار اجتماعی درک شده و کنترل بر رفتار درک شده است. قصد رفتاری بهترین پیش بینی کننده رفتار است و معرف میزان اشتیاق و علاقه و تلاش برای انجام رفتار است (۱۰). نگرش ها در واقع سازمان دهی نسبتاً دایمی باورها در مورد یک پدیده یا موقعیت است که فرد را آماده واکنش در یک جهت می کند (۱۱). هنجارهای اجتماعی عبارت است از برداشت شخصی فرد از فشارهای اجتماعی و یا به عبارتی درک فرد از انتظارات دیگران می باشد (۱۲) و کنترل رفتاری درک شده به درجه ای از احساس فرد در مورد این که انجام یک رفتار تا چه حدی تحت کنترل ارادی وی می باشد، اشاره می کند (۱۳).

تدوین پرسشنامه براساس نظریه یاد شده می تواند باورهای افراد را تعیین نموده و پیش-آیندهای قصد رفتاری و عوامل اثرگذار بر آن را مشخص نماید. بر این اساس می توان محتوای برنامه های آموزشی را برای گروه مورد پژوهش تعیین نمود (۱۴).

به منظور دستیابی به مقوله سلامت باروری، ضروری است که نیازسنجی در سطوح مختلف فعالیت های بهداشتی و درمانی صورت گیرد که از ملزومات آن، در اختیار داشتن ابزار معتبر و پایا می باشد. بدیهی است که استفاده و کاربرد پرسشنامه بدون در نظر گرفتن ملاحظات فرهنگی و اجتماعی خالی از اشکال نیست. از طرفی مروری بر مقیاس های موجود بیانگر آن است که در مورد گروه هدف در این مطالعه، یعنی

شدند. این عبارات منعکس‌کننده باورهایی هستند که ممکن است رفتار هدف در جمعیت مورد نظر را تحت تاثیر قرار دهد. به‌منظور پوشش کافی پرسشنامه در مورد باورهای جمعیت، ۷۵٪ از همه باورهای بیان شده به ترتیب فراوانی وارد پرسشنامه شد. پرسشنامه-ای که براین اساس تدوین گردید، دارای ۱۴ آیتم بود که پاسخ‌ها در طیف لیکرتی ۵ قسمتی از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم بیان شده است. پرسشنامه مذکور دارای ۳ بعد بود که هر یک به‌ترتیب توسط آیتم‌های مرتبط ارزیابی می‌گردید. سنجش نگرش افراد توسط ۵ آیتم، هنجارهای انتزاعی توسط ۵ آیتم و کنترل رفتار درک‌شده توسط ۴ آیتم مورد سنجش قرار گرفت.

در این مطالعه منظور از قصد رفتاری میزان تمایل به استفاده از روش‌های نوین پیشگیری از بارداری می‌باشد که براساس پاسخ سوالات مربوط در پرسشنامه مورد سنجش قرار می‌گیرد. برای اندازه‌گیری قصد رفتاری از دو سوال استفاده شد. برای مثال "من قصد دارم در سه ماه آینده از قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری استفاده کنم". سوالات براساس طیف لیکرتی با حدودی از ۱ (کاملاً صحیح است) تا ۵ (اصلاً درست نیست) سنجش می‌شوند (۱۵).

برای انجام تحلیل عاملی به ازای هر گویه دست‌کم ۵ تا ۱۰ نمونه باید در نظر گرفته شود

افرادی که خواهان فرزند اضافی نیستند، ولی از نوعی روش پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند که میزان حاملگی بالایی در آن گزارش شده است، لذا استخراج باورهای این گروه خاص در جامعه می‌تواند کمک شایانی در طراحی برنامه‌های آموزشی بنماید (۹).

قصد در نظریه عمل منطقی و نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده به‌عنوان مقدمه ضروری و بی‌واسطه برای رفتار معرفی می‌شود. در قالب این نظریه‌ها، هرچه قصد اتخاذ یک رفتار قوی‌تر باشد، موفقیت بیشتری برای انجام آن رفتار مورد انتظار می‌باشد، گرچه قصد لازمه رفتار است، ولی برای انجام رفتار کافی نیست. لذا، هدف این مطالعه تدوین پرسشنامه قصد استفاده از قرص‌های پیشگیری از بارداری با استفاده از نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در زنان با نزدیکی منقطع می‌باشد.

روش بررسی

مطالعه حاضر، قسمتی از یک طرح وسیع-تر می‌باشد که دارای سه قسمت بوده در بخش اول طی مصاحبه‌های اکتشافی بر اساس نظر نظریه‌پرداز رفتار برنامه‌ریزی شده (۱۵)، باورهای زنان استفاده‌کننده از روش نزدیکی منقطع نسبت به قرص‌های پیشگیری از بارداری مورد بررسی قرار گرفته و گویه‌های موردنظر برای تدوین ابزار استخراج شده است (۱۶). در قسمت دوم پاسخ‌های ثبت شده به‌ترتیب از بیشترین میزان فراوانی به کمترین میزان لیست گردید، سپس باورهایی که دارای فراوانی بیشتری بودند، به مجموعه‌ای از عبارات تبدیل

(۱۷، ۱۸). در این مطالعه با توجه به تعداد گویه‌ها تعداد ۱۶۰ نفر کفایت می‌کرد که به دلیل احتمال ریزش نمونه، ۲۰۰ پرسشنامه تکمیل گردید و ۱۸۱ پرسشنامه کامل بود و مورد بررسی قرار گرفت. تعداد نمونه‌های مذکور برای انجام مدل یابی معادلات ساختاری نیز کفایت می‌کند.

در ابتدا به‌طور تصادفی مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران که منطقه غرب و جنوب‌غرب تهران را تحت پوشش قرار می‌دهد، انتخاب گردید. پس از اخذ فهرست مراکز و اختصاص شماره‌ای به هریک از آن‌ها، تعداد ۵ مرکز (مراکز بهداشتی درمانی شهید کاظمیان، سردار جنگل، والفجر، کن و یافت‌آباد) با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شد و نمونه‌ها نیز از بین مراجعه‌کنندگان واجد شرایط به مراکز یاد شده به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. در این مرحله برای بررسی روایی و پایایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوای کمی و کیفی، اعتبار همگرا، اعتبار سازه، و به‌منظور تعیین پایایی ابزار، از روش آلفای کرونباخ و آزمون-باز آزمون، استفاده گردید. نرم‌افزارهای به‌کار رفته در مطالعه حاضر SPSS نسخه ۱۶ و نرم‌افزار لیزرل نسخه ۸ بود. آزمون‌های مورد استفاده همبستگی پیرسون، تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تاییدی بود.

به‌منظور تعیین این‌که آیا مدل تعیین شده به‌وسیله آنالیز عاملی اکتشافی با داده‌ها برازش دارد، از آنالیز عاملی تاییدی استفاده شد. از آنجایی‌که بین سوالات مطرح شده براساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده و سازه‌ها روابط درونی وجود دارد، در نتیجه تکنیک‌های چند متغیره‌ای (Structure Equation Modeling) برای ارزیابی روابط لازم است. در صورتی مدل دارای برازش در نظر گرفته می‌شود که شاخص‌های برازش شامل نسبت کای‌دو (χ^2) به درجه آزادی زیر ۳، برازش مقایسه‌ای یا تطبیقی (Comparative Fit Index: CFI) ۰/۹ یا بالاتر، شاخص برازندگی مطلوب تعدیل شده (Adjusted goodness of fit index: AGFI) بیش از ۰/۸ و جذر میانگین مجذور خطای تقریب (Root Mean Square Error of Approximation) آن کمتر از ۰/۰۸، شاخص‌های مقایسه مدل (Model comparison) شامل شاخص نرمال برازش (Normal Fit Index: NFI)، شاخص غیرنرمال برازش (Non-Normed Fit Index: NNFI) ۰/۹ یا بیشتر باشد (۱۹).

یافته‌ها

در کل ۱۸۱ نفر از افراد به سوالات پاسخ داده و پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. میانگین سن زن‌ها ۳۲/۵ سال (انحراف معیار=۶/۸) بود. اکثر نمونه‌های پژوهش خانه‌دار بودند. در بیش

از نیمی از موارد، طول مدت ازدواج آن‌ها کمتر از ۱۰ سال بود و میانگین مدت ازدواج آن‌ها ۱۱/۵ سال (انحراف معیار=۷/۱) بود. متوسط مدت استفاده از نزدیکی منقطع ۷ سال (انحراف معیار=۶/۱) و میانگین طول مدت استفاده از قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری ۲ سال (انحراف معیار=۲/۸) به دست آمد (جدول شماره ۱).

به منظور تعیین روایی محتوایی گویه‌ها به روش کیفی، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از افرادی که در زمینه آموزش بهداشت و نظریه‌های رفتاری تجربه‌های تحقیقاتی داشته و هم‌چنین افرادی که در زمینه تنظیم خانواده فعالیت نموده و تجربه داشتند قرار گرفت. سپس اصلاحات خواسته شده، برای رسیدن به روایی مطلوب در پرسشنامه اعمال گردید.

برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمی از شاخص نسبت روایی محتوا (Content Validity Index) استفاده شد (۲۰). از هر یک از افراد درخواست گردید که با توجه به هدف تحقیق، در مورد ارتباط آیتم‌های ابزار، اظهار نظر و قضاوت کنند که هر آیتم تا چه حد با سازه‌ای که برای سنجش آن در نظر گرفته شده است، ارتباط دارد و هر یک از آیتم‌ها براساس طیف لیکرتی ۴ قسمتی مورد بررسی قرار گرفت که پاسخ‌ها شامل کاملاً غیر مرتبط (۱) تا کاملاً مرتبط (۴) اندازه‌گیری شد. جمع امتیازات موافق برای هر گویه با رتبه ۳ و ۴ بر تعداد کل متخصصان تقسیم شد و نمره هر آیتم به دست آمد. در صورتی که نمره تعیین شده بیش از ۰/۷۹ باشد، روایی محتوایی مورد تایید است (۲۱) و متوسط شاخص روایی برای کل گویه‌های پرسشنامه ۰/۸ تعیین گردید.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان مورد مطالعه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی منتخب غرب و جنوب تهران در سال ۱۳۹۰

| درصد | تعداد | | |
|------|-------|-----------------|----------------|
| ۶۶/۹ | ۱۲۱ | ≥ 35 | سن زنان (سال) |
| ۳۳/۱ | ۶۰ | ≤ 35 | |
| ۸/۲ | ۱۵ | ابتدایی | میزان تحصیلات |
| ۶۴/۱ | ۱۱۶ | دبیرستان | زنان |
| ۲۷/۶ | ۵۰ | دیپلم و بالاتر | |
| ۵۴/۷ | ۹۹ | کمتر از ۱۰ سال | طول مدت ازدواج |
| ۴۵/۳ | ۸۲ | بیشتر از ۱۰ سال | |
| ۴۵/۳ | ۸۲ | ۰-۱ | تعداد فرزند |
| ۴۰/۳ | ۷۳ | ۲ | |
| ۱۴/۴ | ۲۶ | ≤ 3 | |

جدول ۲- همبستگی میان سوالات و سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده

| عوامل | | | | |
|-------------------|-------------------|-------------------|--|----|
| باورهای کنترلی | باورهای هنجاری | باورهای رفتاری | عوامل | |
| ۰/۲۱** | ۰/۰۳ | ۱ | باورهای رفتاری | |
| ۰/۳۶** | ۰/۰۴ | ۰/۷۷** | ایجاد افزایش وزن | ۱ |
| -۰/۱۷* | ۰/۰۱ | ۰/۷۱** | ایجاد بیماری اعصاب | ۲ |
| ۰/۳۷** | ۰/۰۴ | ۰/۵۵** | درآوردن موهای زاید | ۳ |
| ۰/۱۳ | ۰/۰۸ | ۰/۵۳** | ایجاد نازایی | ۴ |
| ۰/۰۱ | -۰/۰۹ | ۰/۴۲** | وقوع حاملگی ناخواسته | ۵ |
| ۰/۷۶ | | | همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) | |
| ۰/۸۲ | | | پایایی (آزمون مجدد) | |
| ۰/۰۳ | ۱ | ۰/۰۳ | باورهای هنجاری | |
| ۰/۰۲ | ۰/۵۶** | ۰/۱۲ | تایید مادرم | ۶ |
| ۰/۰۵ | ۰/۶۹** | ۰/۰۹ | تایید پزشکان و کارمندان بهداشتی | ۷ |
| ۰/۰۹ | ۰/۷۸** | ۰/۰۸ | تایید همسر | ۸ |
| ۰/۰۳ | ۰/۷۳** | ۰/۰۱ | استفاده افراد مهم از قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری | ۹ |
| -۰/۰۱ | ۰/۷۴** | -۰/۰۵ | تایید آشنایان و دوستان | ۱۰ |
| ۰/۷۱ | | | همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) | |
| ۰/۸۹ | | | پایایی (آزمون مجدد) | |
| ۱ | ۰/۰۳ | ۰/۲۱** | باورهای کنترلی | |
| ۰/۷۲** | ۰/۱۲ | ۰/۲۰** | وجود عوارض ناشی از کاربرد آنها | ۱۱ |
| ۰/۷۲** | -۰/۰۸ | ۰/۱۵* | عدم توانایی | ۱۲ |
| ۰/۶۹** | -۰/۰۴ | ۰/۰۸* | مشکل مراجعه به مراکز بهداشتی | ۱۳ |
| ۰/۶۲** | -۰/۰۱ | ۰/۱۸* | مصرف روزانه قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری | ۱۴ |
| ۰/۷۰ | | | همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) | |
| ۰/۸۰ | | | پایایی (آزمون مجدد) | |

همبستگی را با میانگین بعد مربوط به خود نشان دهد. مقادیر همبستگی ۰/۴ و بالاتر رضایت‌بخش در نظر گرفته می‌شوند. همان‌گونه که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، همبستگی میان سازه‌ها و سوالات مطلوب بود. همچنین نتایج تعیین پایایی ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ و آزمون- بازآزمون در جدول ۲ ارائه گردیده است.

پس از تایید روایی محتوایی، پرسشنامه برای بررسی قابلیت خواندن و فهم آن در اختیار ۱۰ نفر از افراد مورد مطالعه قرار داده شد و تغییرات بسیار جزئی براساس نظرات ارائه شده، در آن انجام گردید.

سپس به منظور تعیین اعتبار همگرا همبستگی بین سوالات و ابعاد پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. انتظار می‌رود که نمره هر یک از سوالات پرسشنامه، بیشترین مقدار

کفایت نمونه‌گیری براساس شاخص KMO (Kaiser - Meyer - Olkin) که در این مطالعه ۰/۶ به دست آمد، مجاز بودن تحلیل عاملی در این مطالعه را تایید کرد. همچنین آزمون کرویت بارتلت مناسب بودن داده‌ها را در سطح ($p < ۰/۰۰۱$) نشان داد. نتایج حاکی از وجود روابط قابل کشف بین متغیرهایی بود که قرار است مورد تحلیل عاملی قرار گیرند. تحلیل مولفه‌های اصلی (Principal Component Analysis) و دوران متعامد واریمکس (Varimax Rotation) جهت شناخت ابعاد مقیاس‌ها به کار برده شدند (جدول شماره ۳). براساس نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، مدل اندازه‌گیری شده شامل سوالات با بار عاملی معنی‌دار است که سازه‌ها شامل باورهای رفتاری (نگرش)، باورهای هنجاری و باورهای کنترلی بودند. بنابراین یافته‌های فوق اعتبار همگرا را تایید می‌نماید. همچنین مدل تحلیل عاملی قادر است ۲۴٪ تغییرات قصد رفتاری را به ازای ۳ عامل استخراج شده توضیح بدهد. در جدول شماره ۴ نتایج مربوط به شاخص‌های برازش در مدل اولیه و مدل اصلاح‌شده در تحلیل عاملی تاییدی ارایه شده است.

آنالیز عاملی تاییدی انجام شده از مدل نشان داد که داده‌ها با سازه‌های پیشنهاد شده برازش کافی ندارند و در بعضی موارد آماره‌های برازش به آستانه مورد قبول نمی‌رسد، لذا با برقراری روابط مورد نیاز بین خطاهای

اندازه‌گیری سوالات (Set Error Covariance) همترازی قوی بین داده‌ها و مدل تایید گردید و مدل اصلاح‌شده ایجاد شد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود در مدل اولیه مجذور خطای تقریب و شاخص برازندگی مطلوب در حد مطلوب نمی‌باشد و معیار پذیرش مدل در آن وجود ندارد ولی با استفاده از شاخص اصلاح (Modification Index) و در نظر گرفتن تناسب معنایی و نظری اقدام به اضافه نمودن مسیر و یا با استفاده از مقادیر T (T value) مبادرت به حذف مسیر گردید تا مدل برازش شده حاصل شد. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود شاخص‌های برازش مدل شامل جذر میانگین مجذور خطای تقریب و شاخص برازندگی مطلوب به ترتیب از ۰/۱۰ و ۰/۷۷ در مدل اولیه به ۰/۰۵ و ۰/۹۰ در مدل اصلاح شده تغییر کرده است. همچنین شاخص‌های مقایسه مدل شامل شاخص برازندگی مقایسه‌ای و شاخص غیر نرمال برازش از ۰/۸۳ و ۰/۶۳ در مدل اولیه به ترتیب به ۰/۹۵ و ۰/۹۰ در مدل اصلاح‌شده تغییر کرده است. علاوه بر آن که شاخص مختصر بودن مدل اصلاح‌شده در مقایسه با مدل عمومی مقرون به صرفه‌تر است و کاهش یافته است. آنالیز عاملی تاییدی این (Confirmatory factor analysis) موضوع را که همه بارهای عاملی در مدل اندازه‌گیری معنی‌دار هستند، تایید می‌کند ($P < ۰/۰۵$). روابط ساختاری نشان داده شده

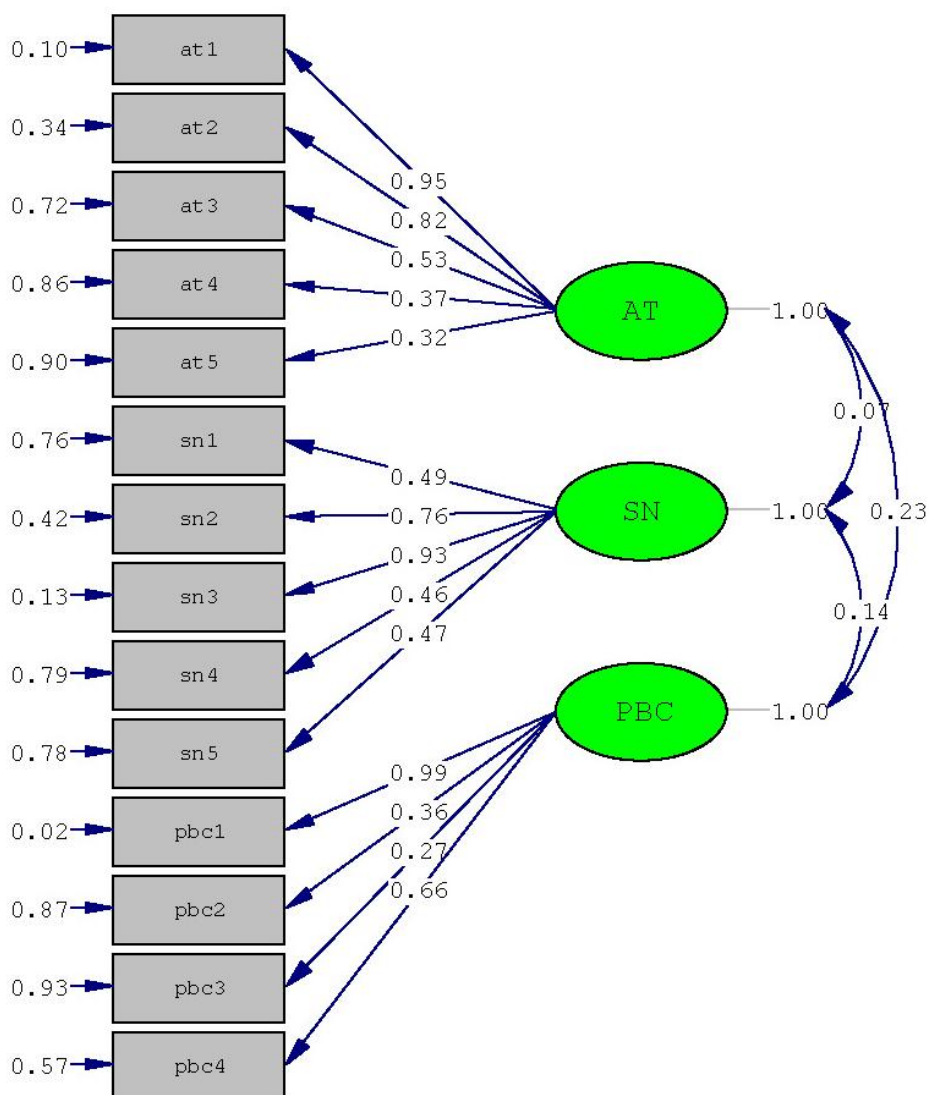
توسط این مدل به صورت مسیره‌های منطقی برای پیش‌بینی قصد (مصرف قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری) پذیرفته شد. ۱ نشان داده شده است. نمایش ارتباطات بین سازه‌های پنهان و سوالات زیربط در تحلیل عاملی تاییدی در شکل

جدول ۳- تحلیل عاملی اکتشافی از باورهای استخراج شده

| عامل‌ها و بار آنها | | | محتوای گویه‌ها | عامل‌ها |
|--------------------|-------------------|-------------------|--|-------------------|
| باورهای کنترلی | باورهای هنجاری | باورهای رفتاری | | |
| | | ۰/۷۶ | ایجاد افزایش وزن | باورهای رفتاری |
| | | ۰/۷۴ | ایجاد بیماری اعصاب | |
| | | ۰/۵۶ | درآوردن موهای زائد | |
| | | ۰/۵۷ | ایجاد نازائی | |
| | | ۰/۵۰ | وقوع حاملگی ناخواسته | |
| | ۰/۴۶ | | تایید مادرم | باورهای هنجاری |
| | ۰/۶۵ | | تایید پزشکان و کارمندان بهداشتی | |
| | ۰/۷۷ | | تایید همسر | |
| | ۰/۷۸ | | استفاده افراد مهم از قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری | |
| | ۰/۷۹ | | تایید آشنایان و دوستان | |
| ۰/۶۹ | | | وجود عوارض ناشی از کاربرد آنها | باورهای کنترلی |
| ۰/۴۹ | | | عدم توانایی | |
| ۰/۷۳ | | | مشکل مراجعه به مراکز بهداشتی | |
| ۰/۷۳ | | | مصرف روزانه قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری | |
| ۲۰/۳۶ | ۲۰/۳۷ | ۲/۸۵ | Eigenvalue | |
| ۳۸/۷ | ۱۸/۳۵ | ۲/۵۷ | % Variance Explained | |
| ۵۰/۴ | ۱۱/۷۵ | ۱/۶۴ | % Cumulative VarianceExplained | |

جدول ۴- مقایسه شاخص‌های برازش در مدل اولیه و مدل اصلاح‌شده در تحلیل عاملی تاییدی

| شاخص‌های برازش | مدل اولیه | مدل اصلاح‌شده |
|--------------------------------------|-----------|---------------|
| کای دو (Chi-Square) | ۲۳۸/۹۹ | ۱۱۴/۳۸ |
| درجه آزادی (Df) | ۷۴ | ۷۰ |
| کای دو/درجه آزادی (Df/Chi-Square) | ۲/۴ | ۱/۶۳ |
| جذر میانگین مجذور خطای تقریب (RMSEA) | ۰/۱ | ۰/۰۵ |
| شاخص برازندگی مطلوب (GFI) | ۰/۷۷ | ۰/۹۰ |
| شاخص برازندگی مطلوب تعدیل شده (AGFI) | ۰/۶۷ | ۰/۸۱ |
| شاخص غیر نرمال برازش (NNFI) | ۰/۶۳ | ۰/۹۰ |
| شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI) | ۰/۸۳ | ۰/۹۵ |
| شاخص مختصر بودن مدل (AIC Model) | ۳۰۰/۹۹ | ۱۸۴/۳۸ |



شکل ۱- نمایش ارتباطات بین سازه‌های پنهان و سوالات زیربیط در تحلیل عاملی تاییدی، مدل اصلاح‌شده

| | |
|-------------------|--------------------------------|
| $at_1 - at_0 =$ | گویه‌های باورهای رفتاری (نگرش) |
| $sn_1 - sn_0 =$ | گویه‌های باورهای هنجاری |
| $Pbc_1 - Pbc_0 =$ | گویه‌های باورهای کنترلی |
| AT | بعد نگرش |
| SN | بعد هنجارهای اجتماعی |
| PBC | بعد کنترل رفتاری درک شده |

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه روان‌سنجی ابزار قصد مصرف قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری مورد سنجش قرار گرفت. در این بخش روایی و پایایی ابزار بررسی شد. در روایی سازه، ابتدا از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد و به تفکیک سه ساختار عاملی استخراج گردید و تحلیل عاملی تاییدی نیز بیانگر آن بود که داده‌های مطالعه با مدل ارایه شده برازش کافی دارد. در مطالعه‌ای که توسط kridli انجام شد چهار سازه شامل باورهای هنجاری، باورهای کنترلی و باورهای رفتاری به تفکیک باورهای رفتاری مثبت و باورهای رفتاری منفی استخراج شد (۲۲). نتایج مطالعه فعلی نشان داد که باورهای منفی و غلط درباره عوارض قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری در افراد گروه مورد پژوهش برجسته است و این باورها شامل افزایش وزن، نازایی، رشد موهای زاید، بیماری اعصاب و لکه‌بینی بود. باورهای استخراج شده در مطالعه Kridli باورهای مذکور شامل ابتلا به سرطان، ابتلا به واریس، ایجاد درد، عوارض جانبی شدید، افزایش وزن، نازایی و ناهنجاری‌های جنینی گزارش شده است (۱۴).

از آن‌جا که افرادی که از نزدیکی منقطع استفاده می‌کنند، معتقد هستند که در این روش نیازی به انجام مشاوره برای استفاده از آن را ندارند (۲۳)، لذا به نظر می‌رسد تعیین هنجارهای غیرمستقیم (به‌عنوان منابع فشار اجتماعی) که در مطالعه حاضر انجام شد، مهم است. نتیجه مطالعه‌ای که در زمینه مصرف قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری انجام شده بود

نشان داد که مادر، دوستان، همسایه‌ها، همسر و رهبران مذهبی به‌عنوان افراد مرجع در نظر گرفته شده بودند (۱۴).

در مطالعه دیگری که براساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در اتیوپی انجام شده بود، هنجارهای توصیفی مطرح شده در طی انجام مطالعه اکتشافی در مورد کاربرد روش‌های پیشگیری از بارداری شامل والدین، شریک جنسی، معلم، خواهر یا برادر و دوستان آن‌ها بودند (۲۴). باورهای هنجاری در مطالعه انجام شده در تانزانیا براساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در مورد کاندوم بیانگر آن بود که شش مرجع شامل شریک جنسی، دوستان نزدیک، معلم، والدین، رهبران مذهبی و همچنین خواهر یا برادر، افراد را تحت‌تاثیر قرار می‌دهد (۲۵).

در مطالعه‌ای که در اردن انجام شده است نتایج نشان داد که حمایت همسر پیشگیری از بارداری را تسهیل می‌کند و از آن‌جایی‌که تایید همسران نقش مهمی در تصمیم‌گیری درمورد کاربرد روش‌های تنظیم خانواده دارد، لذا پیشنهاد شده بود که آن‌ها نیز در جلسات آموزشی شرکت کنند (۲۶).

درک کنترل فرد بر رفتار برای انجام موفقیت‌آمیز آن لازم و از متغیرهای مهم پیش‌بینی‌کننده رفتار است (۲۷). موانع مورد اشاره در مصرف قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری، توسط افراد گروه مورد پژوهش شامل استفاده روزانه، مراجعه به درمانگاه، عوارض جانبی و عدم توانایی بود. نکته مهمی که در این بخش از مطالعه وجود داشت این بود که هیچ‌یک از افراد عدم دسترسی به درمانگاه-

های تنظیم خانواده را به‌عنوان مانع ذکر نکردند. در مطالعه انجام شده توسط Fekadu و Kraft، با استفاده از نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در مورد دختران اتیوپیایی، باورهای کنترلی شامل خجالت از بحث کردن درباره روش‌های پیشگیری از بارداری، بالا بودن قیمت روش‌های پیشگیری از بارداری، عدم تمایل شریک جنسی، احساس خجالت از تهیه روش‌های پیشگیری از بارداری و مصرف مواد بود (۲۸). همچنین مطالعه دیگری که براساس نظریه مذکور به‌منظور استخراج باورهای کنترلی در ارتباط با قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری انجام شده بود، مشکل بودن مصرف قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری را به دلیل استفاده روزانه، عوارض جانبی و سخت بودن استفاده از آن‌ها گزارش کرده است (۱۴).

همچنین از نتایج دیگر این مطالعه این بود که نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده می‌تواند ۳۴٪ تغییرات قصد به‌کارگیری قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری را پیش‌بینی نماید. از این میزان پوشش واریانس و یا به‌عبارت دیگر، میزان پیش‌بینی قصد می‌توان دریافت که کاربرد این نظریه در این گروه از افراد می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد و دارای کاربرد بالقوه‌ای برای پیش‌بینی قصد در افراد گروه مورد مطالعه می‌باشد. در مطالعه‌ای که بر-اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده به‌منظور تعیین سازه‌های پیش‌بینی‌کنندگی قصد و رفتار مصرف قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری انجام شد، نتایج بیان‌گر آن بود که به-ترتیب کنترل رفتاری درک‌شده، هنجارهای

اجتماعی و نگرش منفی و نگرش‌های مثبت می‌تواند قصد افراد را پیش‌گویی کند ولی در مورد رفتار، نگرش‌های منفی، کنترل رفتاری درک‌شده با رفتار ارتباط معنی‌داری داشته و هنجارهای انتزاعی ارتباط معنی‌داری با رفتار افراد نداشت (۱۴). در مطالعه‌ای دیگر به‌منظور تعیین قصد به‌کارگیری روش‌های پیشگیری از بارداری در مورد ۳۵۴ نفر از دختران جوانی که دارای فعالیت جنسی بودند در آدیس‌آبابا انجام شد، نظریه مذکور قادر به پیش‌بینی ۲۷٪ تغییرات قصد در گروه مذکور بود (۲۰). در خاتمه می‌توان به این نکته مهم اشاره کرد که باتوجه به نتیجه تحقیقات متعدد در زمینه کاهش حاملگی‌های ناخواسته، ابزار تهیه شده می‌تواند به‌صورت اعم به دست‌اندرکاران امر بهداشت و تنظیم خانواده در امر مشاوره موفق و کاهش میزان حاملگی ناخواسته که به‌دنبال آن ارتقای کیفیت زندگی عمومی، کاهش صدمات را در خانواده و در کل جامعه به همراه خواهد داشت، یاری نماید و از این راه کمک قابل توجهی به ارتقای سطح سلامت زنان و توانمندسازی زنان که یکی از ارکان مهم جامعه محسوب می‌شوند داشته باشد. محدودیت‌های مطالعه شامل یکسان بودن نمونه‌ها در تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تاییدی می‌باشد که به‌دلیل محدودیت زمان و بودجه، ایجاد شده است. پیشنهاد می‌شود که مطالعه فوق با همین رویکرد و با سطح وسیع‌تری در ارتباط با سایر روش‌های پیشگیری از بارداری در افرادی که از نزدیکی منقطع به‌عنوان روش پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند، صورت گیرد.

منابع

- 1- Ministry of Health. [Demographic and Health Survey (DHS) Iran]. Tehran: Iranian Ministry of Health; 2000. (Persian)
- 2- Jaffer YA, Afifi M, Al Ajmi F, Alouhaishi K. Knowledge, attitudes and practices of secondary-school pupils in Oman: II. reproductive health. *East Mediterr Health J.* 2006 Jan-Mar; 12(1-2): 50-60.
- 3- Creatsas GK. Sexuality: sexual activity and contraception during adolescence. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 1993 Dec; 5(6): 774-83.
- 4- Kippley JF, Kippley SK. *The art of natural family planning.* 4th ed. Cincinnati, OH: The Couple to Couple League International; 1996. P. 146.
- 5- Audet MC, Moreau M, Koltun WD, Waldbaum AS, Shangold G, Fisher AC, Creasy GW. Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs an oral contraceptive: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2001 May 9; 285(18): 2347-54.
- 6- Peyman N, Oakley D. Effective contraceptive use: an exploration of theory-based influences. *Health Educ Res.* 2009 Aug; 24(4): 575-85.
- 7- Albarracin D, Johnson BT, Fishbein M, Muellerleile PA. Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 2001 Jan; 127(1): 142-61.
- 8- Godin G, Kok G. The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. *Am J Health Promot.* 1996 Nov-Dec; 11(2): 87-98.
- 9- Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes.* 1991 Dec; 50(2): 179-211.
- 10- Butler JT. *Principles of health education and health promotion.* 3rd ed. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Co Inc; 2001. P. 233-4.
- 11- Christian J, Armitage CJ. Attitudes and intentions of homeless people towards service provision in South Wales. *Br J Soc Psychol.* 2002 Jun; 41(Pt 2): 219-31.
- 12- Adams J, White M. Are activity promotion interventions based on the transtheoretical model effective? A critical review. *Br J Sports Med.* 2003 Apr; 37(2): 106-14.
- 13- Fishbein M, Stasson M. The role of desires, self-predictions, and perceived control in the prediction of training session attendance. *Journal of Applied Social Psychology.* 1990 Feb; 20(3): 173-198.
- 14- Downs DS, Hausenblas HA. Elicitation studies and the theory of planned behavior: a systematic review of exercise beliefs. *Psychology of Sport and Exercise.* 2005 Jan; 6(1): 1-31.
- 15- Francis J, Eccles MP, Johnston M, Walker AE, Grimshaw JM, Foy R, et al. *Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour: A manual for health services researchers.* Newcastle upon Tyne, UK: Centre for Health Services Research, University of Newcastle upon Tyne, May 2004.
- 16- Rahnema P, Hidarnia A, Montazeri A, Amin Shokravi F, Kazemnejad A, Soltan Ahmadi J. [Salient beliefs relevant to oral contraceptives among withdrawal users for development of a belief-based questionnaire: Applying the theory of planned behavior]. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences.* 2012; 1(3): 202-213. (Persian)
- 17- Kline P. *An easy guide to factor analysis.* London: Routledge; 1994.

- 18- Child D. The essentials of factor analysis. 2nd ed. London: Cassell Education Limited; 1990.
- 19- Bollen KA. Structural equations with latent variables. New York: Wiley; 1989.
- 20- Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. Measurement in nursing and health research. 3rd ed. New York: Springer Publishing Company; 2005.
- 21- Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res*. 1986 Nov-Dec; 35(6): 382-5.
- 22- Kridli SA, Libbus K. Establishing reliability and validity of an instrument measuring Jordanian Muslim women's contraceptive beliefs. *Health Care Women Int*. 2002 Dec; 23(8): 870-81.
- 23- Rahnema P, Hidarnia A, Shokravi FA, Kazemnejad A, Oakley D, Montazeri A. Why Iranian married women use withdrawal instead of oral contraceptives? A qualitative study from Iran. *BMC Public Health*. 2010 May 28; 10: 289.
- 24- Fekadu Z, Kraft P. Expanding the theory of planned behaviour: the role of social norms and group identification. *J Health Psychol*. 2002 Jan; 7(1): 33-43.
- 25- Lugoe W, Rise J. Predicting Intended Condom Use among Tanzanian Students using the Theory of Planned Behaviour. *J Health Psychol*. 1999 Jul; 4(4): 497-506.
- 26- Libbus K, Kridli S. Contraceptive decision making in a sample of Jordanian Muslim women: delineating salient beliefs. *Health Care Women Int*. 1997 Jan-Feb; 18(1): 85-94.
- 27- Ajzen I. Theory of planned behavior (TPB). Available at: <http://people.umass.edu/aizen/faq.html>. Retrieved January 28, 2004.
- 28- Fekadu Z, Kraft P. Predicting intended contraception in a sample of Ethiopian female adolescents: The validity of the theory of planned behavior. *Psychology & Health*. 2001; 16(2): 207-222.

Development of “Intention to Use Oral Contraception” Questionnaire based on Theory of Planned Behavior in women Using Withdrawal Method

Parvin Rahnama*(PhD.) - Alireza Hidarnia** (PhD.) - Ali Montazeri*** (PhD.) - Farkhondeh Amin Shokravi ****(PhD.) - Anoushiravan Kazemnejad***** (PhD.)

Abstract

Received: Jun. 2013
Accepted: Sep. 2013

Background & Aim: Need assessment for promotion reproductive health is important subject and development a questionnaire is essential. Thus the aim of this study was development of questionnaire of intention to use of oral contraception in withdrawal users based on construct of Theory of Planned Behavior (TPB).

Methods & Materials: In-depth interviews were conducted to elicit the salient beliefs relevant to oral contraception among withdrawal users. Then a cross-sectional study carried out in Tehran, Iran for validate of questionnaire. Participants recruited from attending five family planning clinics of public health services in the Eastern district of Tehran, Iran. Validity and reliability was evaluated using concurrent, content validity and Cronbach's alpha and test- retest respectively. Factor structure of the questionnaire was extracted by exploratory factor analysis (EFA). Confirmatory factor analysis (CFA) conducted to assess how well the EFA extracted model fits observed data. The SPSS version 16 and Lisrel programs were used to analyze the data.

Results: Reliability and validity were confirmed. The principal component analysis revealed a three-factor structure for the questionnaire including attitude, subjective norm and perceive behavior control that explained 50.4 percent of the total of variance.

Conclusion: In general, the findings suggest that questionnaire of intention to use of oral contraception in withdrawal users based on Theory of Planned Behavior is a reliable and valid measure.

Corresponding author:
Alireza Hidarnia
e-mail:
hidarnia@modares.ac.ir

Keywords: Withdrawal contraception, Oral contraception, Theory of Planned Behavior

Please cite this article as:

- Rahnama P, Hidarnia A, Montazeri A, Amin Shokravi F, Kazemnejad A. [Development of “Intention to Use Oral Contraception” Questionnaire based on Theory of Planned Behavior in women Using Withdrawal Method]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2013; 19(2): 79-92. (Persian)

*Assistant Professor, Department of Midwifery, Client Education and Management Research Center, Shahed University, Tehran, Iran

**Associate Professor, Department of Health Education, Faculty of Medicine, TarbiatModares University, Tehran, Iran

***Professor, Department of Mental Health, Health Metrics Research Centre, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

****Assistant Professor, Department of Health Education, Faculty of Medicine, TarbiatModares University, Tehran, Iran

*****Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Medicine, TarbiatModeres University, Tehran, Iran