

به کارگیری مدل قصد رفتاری در رفتارهای باروری زنان کارمند دانشگاههای شهر بیرجند

دکتر محمدرضا میری^۱ - بی بی نرگس معاشی^۲ - میترا مودی^۳ - زهرا سورگی^۴ - هاجر حسینی^۵

چکیده

زمینه و هدف: رشد شتابان جمعیت در سراسر جهان، مانع اساسی در راه توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی کشورهاست و با توجه به اهمیتی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در برنامه‌های خود به کنترل جمعیت می‌دهد و با توجه به این که زنان کارمند قشر مهمی از جامعه را تشکیل می‌دهند و دارای اعتقادات و باورهای خاص خود می‌باشند، مطالعه الگوی باروری در این زنان براساس مدل قصد رفتاری کاملاً ضروری به نظر می‌رسد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، تمامی زنان کارمند غیر تخصصی شاغل در دانشگاه علوم پزشکی، دانشگاه علوم و دانشگاه آزاد (۱۳۵ نفر) مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه ساختاری بر اساس متغیرهای مدل قصد رفتاری شامل (نگرش، هنجارهای انتزاعی، قصد، رفتار و ...) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمونهای Chi-Square، t مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون لجستیک استفاده گردید و $P \leq 0/05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بین میانگین نمره آگاهی و تحصیلات کارکنان اختلاف معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0/0001$)؛ همچنین همبستگی معنی‌داری بین نمره آگاهی و تعداد فرزندان و سن آنها وجود داشت ($P < 0/0001$)؛ نتیجه آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد که در استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری به ترتیب عوامل تعداد فرزندان، تحصیلات و سن زنان دخالت دارند.

نتیجه‌گیری: آموزشهای تنظیم خانواده با تأکید بر متغیرهای مدل قصد رفتاری با روشهای چهره به چهره، آموزشهای گروهی، اجرای بحث گروهی و تهیه جزوه‌های بهداشتی نقش مؤثری در رفتارهای باروری زنان و خانواده‌ها دارد.

واژه‌های کلیدی: مدل قصد رفتاری؛ کارکنان زن؛ نگرش؛ آگاهی؛ رفتار؛ قصد

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (دوره ۱۲؛ شماره ۳ و ۴؛ سال ۱۳۸۴)

^۱ نویسنده مسؤول؛ استادیار گروه آموزشی بهداشت، آموزشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

آدرس: بیرجند- خیابان غفاری- دانشگاه علوم پزشکی بیرجند- گروه بهداشت

تلفن: ۰۵۶۱-۴۴۴۰۵۵۶ نمابر: ۰۵۶۱-۴۴۴۰۴۴۷ پست الکترونیکی: miri-moh@bums.ac.ir

^۲ کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه؛ عضو هیأت علمی گروه آموزشی بهداشت، آموزشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

^۳ کارشناس ارشد آموزش بهداشت؛ عضو هیأت علمی گروه آموزشی بهداشت، آموزشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

^۴ کارشناس بهداشت عمومی

^۵ کارشناس پرستاری

مقدمه

ترکیبی از نگرش نسبت به رفتار و هنجارهای انتزاعی است. نگرش نسبت به رفتار شامل عقاید فرد و ارزیابی از نتایج رفتار می‌باشد و هنجارهای انتزاعی نیز شامل اعتقادات هنجاری و انگیزه برای اطاعت است (۷۶).

با توجه به رشد بی‌رویه جمعیت و اهمیتی که وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در برنامه‌های خود به کنترل جمعیت می‌دهد و با توجه به این که زنان کارمند قشر مهمی از جامعه را تشکیل می‌دهند و دارای اعتقادات و باورهای خاص خود می‌باشند، مطالعه الگوی باروری در این زنان براساس مدل قصد رفتاری کاملاً ضروری به نظر می‌رسد.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، تمامی زنان کارمند غیرتخصصی شاغل در دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، دانشگاه علوم و دانشگاه آزاد (۱۳۵ نفر) مورد مطالعه و بررسی قرار گرفتند.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، پرسشنامه ساختاری براساس متغیرهای مدل قصد رفتاری شامل ۱۳ سؤال عمومی، ۱۴ سؤال نگرشی، ۱۰ سؤال آگاهی و ۶ سؤال مربوط به قصد رفتاری بود. روایی پرسشنامه به روش اعتبار محتوی سنجیده شد؛ بدین صورت که توسط تعدادی از اعضای هیأت علمی دانشگاه مورد بررسی و بازبینی قرار گرفت و اصلاحات لازم در پرسشنامه داده شد و پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط کارکنان، با آزمونهای آماری آنالیز واریانس یک طرفه، t مستقل، ضریب همبستگی و رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت و $P \leq 0.05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بیشترین میزان تحصیلات کارکنان مورد مطالعه در حد کارشناسی بود؛ همچنین بیشتر آنان دارای مذهب شیعه بودند.

رشد شتابان جمعیت در سراسر جهان مانع اساسی در راه توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی کشورهاست. ماده ۸ قطع‌نامه کنفرانس جهانی جمعیت که در سال ۱۹۹۴ در قاهره برگزار شد، خاطر نشان می‌سازد که برخورداری از استانداردهای بالای بهداشت بخصوص بهداشت باروری از حقوق اولیه بشر است. جهت اجرای این ماده مردان و زنان باید به مراقبتهای بهداشت باروری جامع دسترسی داشته باشند. متأسفانه تعداد زوجینی که در سال‌های اخیر از برنامه‌های تنظیم خانواده استفاده می‌کنند، کاهش یافته و حداقل ۳۵۰ میلیون زوج در سراسر جهان به روشهای تنظیم خانواده، دسترسی ندارند. تحقیقات نشان می‌دهد که ۱۲۰ میلیون زن دیگر در سراسر جهان اگر اطلاعات صحیح در مورد وسایل پیشگیری داشته باشند و این خدمات در دسترس آنها قرار گیرد، از برنامه‌های تنظیم خانواده استفاده خواهند کرد و این در صورتی است که همسر، خانواده، زن و جامعه از آنها حمایت نماید؛ در عین حال هر ساله نیم میلیون زن در اثر عوارض ناشی از حاملگی جان خود را از دست می‌دهند (۱،۲).

با توجه به این که الگوهای مطالعه رفتار می‌توانند در بررسی دیدگاههای مردم نسبت به رفتارهای بهداشتی حائز اهمیت باشند، و نیز بر اساس مطالعات انجام‌شده، یکی از بهترین مدل‌هایی که در ارتباط با نگرش و رفتارهای مربوط به تنظیم خانواده مورد استفاده قرار می‌گیرد، مدل قصد رفتاری* است (۳). این الگو بر مبنای یک تئوری روانشناختی به نام تئوری عمل منطقی (استدلالی) پایه‌گذاری شده است. بر اساس فرضیات این تئوری مردم باید تصمیمات رفتاری خود را بر پایه معقول و منطقی اطلاعات در دسترس اتخاذ نمایند؛ همچنین پیامدها و نتایج عملکرد خود را قبل از اتخاذ تصمیم مورد توجه قرار دهند (۴،۵).

بر اساس الگوی قصد رفتاری، مهمترین تعیین‌کننده رفتار فرد، قصد رفتاری است و قصد فرد برای انجام یک رفتار

* Behavioral Intention Model

هر چه آگاهی افراد به مسائل تنظیم خانواده بیشتر باشد، تعداد فرزندان آنها کمتر است؛ همچنین بین سن و آگاهی همبستگی منفی معنی‌داری مشاهده گردید (جدول ۱). سایر نتایج به دست آمده در جدولهای ۲-۴ ارائه شده است.

جدول ۱- مقایسه میانگین نمره آگاهی نگرش و متغیرهای کمی

متغیرها	سن	سن ازدواج	تعداد فرزندان	سن همسر
نگرشی	R=-۰/۰۹۴	R=۰/۰۳۰	R=۰/۰۹۳	R=۰/۰۴۵
A. Kol	P=۰/۲۸۰	P=۰/۷۲۹	P=۰/۲۸۳	P=۰/۶۰۴
آگاهی	R=-۰/۱۶۴	R=۰/۱۶۱	R=-۰/۱۸۶	R=۰/۱۱۶
K. Kol	P=۰/۰۵۰	P=۰/۰۶۶	P=۰/۰۳۳	P=۰/۱۸۵

در ۱۷/۸٪ از افراد مورد مطالعه، آخرین حاملگی ناخواسته بوده است. ۷۷٪ نیز با همسرشان در رابطه با داشتن فرزند هم عقیده بودند. بیشترین روش استفاده در بین کارکنان به ترتیب اولویت کاندوم، نزدیکی منقطع و IUD بود.

از بین زنانی که از روشهای پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کردند، بیشترین علت عدم استفاده، ترس از عوارض بود که نیاز به آموزش در زمینه روشهای پیشگیری از بارداری کاملاً ضروری می‌نماید. ۵/۹٪ از زنان مورد مطالعه نسبت به روشهای پیشگیری از بارداری آگاهی نداشتند.

بین میانگین نمره آگاهی کارکنان و تعداد فرزندان همبستگی معنی‌داری وجود داشت و نتایج مبین آن است که

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره آگاهی و نگرش کارکنان مورد مطالعه برحسب سطح تحصیلات

نتایج آزمون آماری	سطح تحصیلات		آگاهی و نگرش	
	دیپلم و پایین تر	کارکنان	کارشناس و بالاتر	نتایج آزمون آماری
P=۰/۰۰۰۱ F=۱۰/۴۷	۲/۹۱±۲/۸۴	۶/۰۶±۳/۴۳	۵/۷۸±۳/۴۴	P=۰/۰۰۰۱ F=۱۰/۴۷
P=۰/۰۰۰۱ F=۱۰/۴۷	۵۲/۹۷±۱۲/۵۳	۵۷/۰۹±۱۰/۵۹	۵۵/۵۵±۱۱/۷۱	P=۰/۰۰۰۱ F=۱۰/۴۷

جدول ۳- مقایسه میانگین نمره آگاهی و نگرش کارکنان مورد مطالعه در انتخاب روش پیشگیری از بارداری و هنجارهای انتزاعی (تأثیر دیگران در انتخاب روش پیشگیری از بارداری)

نتایج آزمون آماری	هنجارهای انتزاعی		کارکنان مرکز بهداشت		پزشک		همسر		والدین و دیگر افراد	
	آگاهی و نگرش	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	
P=۰/۵۰ F=۰/۷۸*	آگاهی	۴/۶۶±۳/۲۷	۵/۷۴±۳	۴/۸۸±۳/۵۷	۴/۲۱±۳/۴۶	۵/۷۸±۳/۴۴	۴/۲۱±۳/۴۶	۴/۲۱±۳/۴۶	۴/۲۱±۳/۴۶	
P=۰/۹۷ F=۰/۰۶*	نگرش	۵۵/۷±۱۳/۱۵	۵۶/۳۷±۱۱/۷۲	۵۵/۲۵±۱۰/۶۵	۵۶/۰۷±۶/۴۱	۵۵/۵۵±۱۱/۷۱	۵۶/۰۷±۶/۴۱	۵۶/۰۷±۶/۴۱	۵۶/۰۷±۶/۴۱	

* اختلاف معنی‌دار نمی‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج پژوهش در ۱۷/۸٪ از افراد مورد مطالعه، آخرین حاملگی ناخواسته بوده؛ این عدد با میانگین کشوری (حدود ۳۳٪) (۲) رقم پایین‌تری را نشان می‌دهد که احتمالاً به دلیل سطح تحصیلات کارکنان می‌باشد. می‌توان چنین استنباط نمود که پایین‌تر بودن میزان شیوع حاملگی ناخواسته بین کارکنان ناشی از حاملگی‌های برنامه‌ریزی شده است؛ زیرا به دلیل مشکلاتی که کارکنان با آن روبه‌رو هستند (مشکلات کاری)، حاملگی در سیستم خانواده بیشتر برنامه‌ریزی شده

جدول ۴- مقایسه ارتباط برخی متغیرها و استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری در کارکنان مورد بررسی

متغیرها	آیا از روش پیشگیری استفاده می‌کنید.	t	سطح معنی‌داری
آگاهی	۰/۰۶	۰/۹۵	۰/۹۵
نگرش	۱/۱۶	۰/۲۴	۰/۲۴
سن	۱/۸۹	۰/۰۶	۰/۰۶
تعداد فرزندان	۴/۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
تحصیلات	۲/۴۲	۰/۰۲	۰/۰۲

تحصیلات همسر، اختلاف معنی‌داری مشاهده نگردید؛ نتایج مبین آن است که تحصیلات در نگرش افراد دخالت ندارد، ولی آگاهی با تحصیلات کارکنان و تحصیلات همسرانشان ارتباط داشت؛ بنابراین هر چقدر سطح تحصیلات افراد افزایش یابد، بر آگاهی علمی آنها نسبت به روشهای تنظیم خانواده افزوده می‌شود.

همچنین بر اساس نتایج پژوهش، بین آگاهی و نگرش کارکنان با حاملگی‌های ناخواسته و نیز بین آگاهی و نگرش آنها با تمایل به داشتن فرزند بیشتر، اختلاف معنی‌داری مشاهده نگردید.

در بررسی هنجارهای انتزاعی در مطالعه حاضر، یافته‌ها مبین آن بود که مهمترین افراد تأثیرگذار در انتخاب روشهای پیشگیری از بارداری به ترتیب اولویت کارکنان بهداشت، همسر و کتاب بوده؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در آموزشهای تنظیم خانواده، همسران نیز تحت آموزش قرار گیرند؛ زیرا مطالعات نشان داده است بخصوص در کشورهای جهان سوم همسر به عنوان یک فرد تأثیرگذار می‌تواند از اهمیت زیادی برخوردار باشد (۸).

در بررسی انجام شده بین آگاهی و استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری و همچنین نگرش و استفاده از روشها ارتباط معنی‌داری دیده نشد؛ احتمالاً عوامل دیگری نظیر دیدگاه همسران، برنامه‌های خانواده و موقعیت زنان در این مسأله تأثیر داشته باشد.

طبق یافته‌ها مهمترین عوامل مؤثر بر استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری به ترتیب اولویت تعداد فرزندان، تحصیلات و سن زنان می‌باشد.

بر اساس نتایج این مطالعه موارد زیر پیشنهاد می‌گردد:

- سطح آگاهی از طریق آموزش بخصوص آموزشهای چهره به چهره، آموزشهای گروهی، جزوه، نمایشگاه و ... افزایش یابد.

- سطح نگرش از طریق بحثهای گروهی و دریافت دیدگاههای مردم و نیز از طریق ترویج فرهنگ تنظیم خانواده

است و خانواده‌هایی که کارمند هستند، سعی می‌کنند با توجه به شرایط، اقدام به بارداری کنند.

با توجه به این که در ایران تحقیقات مشابهی در زمینه به کارگیری مدل قصد رفتاری در رفتارهای باروری زنان انجام نشده است، در این قسمت فقط یافته‌های پژوهش حاضر مورد بحث و نتیجه‌گیری قرار می‌گیرد.

طبق یافته‌های پژوهش، ۶۰/۷٪ از کارکنان مایل به داشتن فرزند در آینده نبودند؛ این نتیجه مبین آن است که زنان کارمند در زندگی خانوادگی خود با اولویتهای دیگری غیر از بچه‌دار شدن روبه‌رو هستند.

۷۷٪ از کارکنان با همسر خود در مورد داشتن فرزند هم‌عقیده بودند که نشان‌دهنده مشارکت زن و مرد در برنامه‌ریزی موالید می‌باشد؛ ۶۵/۹٪ کارکنان از یکی از روشهای پیشگیری استفاده می‌کردند که با توجه به درصد پوشش تنظیم خانواده در کل کشور (۵۵٪)، رقم بالاتری را نشان می‌دهد؛ این نتیجه مبین آن است که اشتغال زنان به عنوان یکی از عوامل مهم تأثیرگذار در تنظیم خانواده به شمار می‌رود. بیشترین روش استفاده در بین کارکنان به ترتیب اولویت کاندوم، نزدیکی منقطع و IUD بود؛ این یافته نشان می‌دهد که مردان در تنظیم خانواده مشارکت دارند و با توجه به سیاست سازمان جهانی بهداشت مبنی بر مشارکت مردان در تنظیم خانواده از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۷).

در بررسی نتایج تحلیلی تحقیق، همبستگی منفی معنی‌داری بین میانگین نمره آگاهی کارکنان و تعداد فرزندان مشاهده گردید؛ این یافته مبین آن است که میزان آگاهی افرادی که تعداد فرزندان کمتری دارند نسبت به مسائل تنظیم خانواده بیشتر می‌باشد؛ همچنین همبستگی منفی معنی‌داری میان سن و آگاهی مشاهده گردید و افراد در سنین بالاتر دارای آگاهی‌های کمتری نسبت به تنظیم خانواده بوده‌اند؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد که آموزشها با تأکید بر گروههای سنی بالاتر و بر اساس تئوری آموزش بزرگسالان باشد.

در افراد مورد مطالعه، بین میانگین نمره نگرش و

بخصوص در دو قشر کارمند و کارگر گسترش یابد. اجتماعی حکمفرما شود تا بتوان به یک جمعیت متناسب - آموزشها طوری جهت داده شود که سیاست دو فرزندى دست یافت (۹). بدون در نظر گرفتن جنس در جامعه به عنوان یک ارزش

منابع:

- ۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. سیاست‌های کشوری بهداشت باروری و تنظیم خانواده در ایران. ۱۳۷۵
- ۲- اداره کل بهداشت خانواده، معاونت امور بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. گزارش کشوری برنامه‌های جمعیت و بهداشت باروری و تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران. ۱۳۷۸.
- ۳- شجاعی‌زاده داوود. مدل‌های مطالعه رفتار در آموزش بهداشت. تهران: انتشارات اداره کل ارتباطات و آموزش بهداشت، حوزه معاونت بهداشتی. ۱۳۷۹.
- 4- Terry D, Gallois C, Mccamish M. The Theory of Reasoned Action. 1st ed. Florence: Routledge; 1998.
- 5- Obionu CN. Family planning knowledge, attitude and practice amongst males in a Nigerian urban population. East Afr Med J. 1998; 75 (3): 131-34.
- 6- McCormack BK. Theory of Reasoned Action Behavior Overview. University of South Florida: 1999.
- 7- Ewald BM, Roberts CS. Contraceptive behavior in college-age males related to Fishbein model. ANS Adv Nurs Sci. 1985; 7 (3): 63-69.
- 8- Kim MS, Hunter JE. Relationships among attitudes, behavioral intention and behavior. Communic Res. June 1993; 20 (3): 331-64.
- 9- Read DA. Health Education: A Cognitive Behavioral Approach (The Jones and Bartlett Series in Health Sciences). 1st ed. Sudbury: Jones & Bartlett Publishers; 1996.