

باور زنان استفاده‌کننده از روش نزدیکی منقطع نسبت به قرص‌های پیشگیری از بارداری برای تهیه ابزار با کاربرد تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده

پروین رهنما^۱، علیرضا حیدرنیا^۲، علی منتظری^۳، فرخنده امین‌شکروی^۴، انوشیروان کاظم‌نژاد^۵، ژایلا سلطان‌احمدی^۶

چکیده

مقدمه: هدف این مطالعه ساختن ابزاری برای سنجش سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده است. در این راستا تحقیق کیفی صورت می‌گیرد تا عناصر اصلی تئوری به وسیله مصاحبه کشف شود.

روش: این یک مطالعه کیفی می‌باشد که بر اساس راهنمای ارایه شده توسط پدید آورنده نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده انجام شد. جامعه پژوهش را زنانی تشکیل دادند که به مراکز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران مراجعه کردند. روش اجرای آن به این ترتیب بود که با افراد گروه مورد پژوهش بر اساس اصول ارایه شده، مصاحبه اکتشافی به عمل آمد. پس از جمع‌آوری اطلاعات، کد گذاری و تجزیه و تحلیل اطلاعات به صورت مجزا برای هر مصاحبه انجام گرفت. در این مطالعه نگرش غیر مستقیم، هنجارهای اجتماعی غیر مستقیم و کنترل رفتاری درک‌شده غیر مستقیم تعیین گردید. مدت هر یک از مصاحبه‌های انجام شده به طور متوسط ۳۵-۴۰ دقیقه بود.

یافته‌ها: برای تعیین نگرش غیر مستقیم ابتدا باورهای رفتاری و بر اساس آن گویه مورد نظر تدوین شد. به دنبال انجام این مرحله، گویه مربوط به ارزیابی از نتایج نیز تدوین گردید. همچنین هنجارهای انتزاعی به صورت غیر مستقیم به دست آمد که در طی آن باورهای هنجاری و انگیزه برای پیروی تعیین گردید. به دنبال تعیین هر یک از آن‌ها، گویه‌های مربوطه تدوین گردید. باورهای کنترلی نیز بر اساس مصاحبه به دست آمد. سؤال‌های مربوط به قصد نیز بر اساس راهنمای ارایه شده تدوین شد. در این مطالعه ۱۰ گویه مربوط به نگرش غیر مستقیم (۵ گویه باورهای رفتاری و ۵ گویه ارزیابی باورها)، ۱۰ گویه مربوط به هنجارهای اجتماعی غیر مستقیم (۵ گویه باورهای هنجاری و ۵ گویه انگیزه برای پیروی)، ۴ گویه مربوط به کنترل رفتاری درک‌شده غیر مستقیم و در نهایت ۲ گویه جهت تعیین قصد رفتاری استخراج گردید.

نتیجه‌گیری: در طی انجام مطالعه اکتشافی عقاید رفتاری، منابع فشار اجتماعی (افراد یا گروه‌های مرجع) و قدرت عقاید کنترلی در گروه مورد پژوهش تعیین گردید. جهت ارایه مشاوره مؤثر، پرسنل بهداشتی باید نسبت به باورهای زنان در ارتباط با قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری اطلاعات کافی داشته باشند.

کلید واژه‌ها: تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری، نزدیکی منقطع، تحقیق کیفی

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ پذیرش: ۹۱/۰۶/۰۸

تاریخ دریافت: ۹۱/۰۴/۰۵

ارجاع: پروین رهنما، علیرضا حیدرنیا، علی منتظری، فرخنده امین‌شکروی، انوشیروان کاظم‌نژاد، ژایلا سلطان‌احمدی. **باور زنان استفاده‌کننده از روش نزدیکی منقطع نسبت به قرص‌های پیشگیری از بارداری برای تهیه ابزار با کاربرد تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده.** مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۱؛ ۱ (۳): ۲۰۲-۲۱۳.

۱- استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۲- دانشیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳- استاد پژوهش، گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

۴- استادیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت‌مدرس، تهران، ایران

۵- استاد، گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت‌مدرس، تهران، ایران

۶- مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

مقدمه

بر اساس پیش‌بینی سازمان ملل، جمعیت جهان در سال ۲۰۲۵ به حدود هشت میلیارد نفر و در سال ۲۰۵۰ به بیش از نه میلیارد نفر افزایش خواهد یافت. بر اساس برآورد سازمان ملل، ایران در حال حاضر هجدهمین کشور پر جمعیت جهان است (۱). از عوامل اثرگذار بر رشد جمعیت، استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در جامعه است. نتایج خصوصیات جمعیتی و سلامتی در ایران بیانگر آن است که ۷۳/۸ درصد از جمعیت ۱۵-۴۹ ساله همسر دار در کشور، یکی از روش‌های پیشگیری از بارداری را به کار می‌برند. از میان آن‌ها ۵۵/۹ درصد از روش‌های مدرن و ۱۷/۸ درصد از نزدیکی منقطع به عنوان روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند. بعد از قرص‌های خوراکی، نزدیکی منقطع شایع‌ترین روش به کار برده شده می‌باشد (۲).

میزان وقوع حاملگی ناخواسته در روش نزدیکی منقطع و قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری متفاوت است. بر اساس مطالعه‌های انجام شده، میزان شکست واقعی در روش نزدیکی منقطع بین ۱۵-۲۸ درصد در سال است. میزان واقعی شکست پیشگیری از بارداری با قرص‌های خوراکی ۲-۸ درصد است و با استفاده صحیح میزان شکست آن ۰/۳ درصد است (۳، ۴). بسیاری از حاملگی‌های ناخواسته به دلیل عدم کاربرد روش‌های پیشگیری از بارداری، به کارگیری نامرتب یا کاربرد روش‌هایی با اثربخشی پایین مثل روش نزدیکی منقطع است (۵). نتایج بر اساس داده‌های بررسی ویژگی‌های جمعیتی و بهداشتی در ایران بیانگر آن است که در مواردی که حاملگی ناخواسته همزمان با به کارگیری روش‌های پیشگیری از بارداری اتفاق افتاده است، روش‌های سنتی بیشترین میزان را (۳۲/۶ درصد) به خود اختصاص داده است. همچنین بیشتر زنان در شهر قبل از حاملگی از نزدیکی منقطع استفاده می‌کردند (۶).

نتایج در یک مطالعه انجام شده در تهران بیانگر آن بود که ۳۷/۲ درصد علت حاملگی‌های ناخواسته مربوط به افرادی است که از نزدیکی منقطع به عنوان روش پیشگیری از بارداری

استفاده می‌کردند (۷). نتایج در یک مطالعه انجام شده در ترکیه بیانگر آن است که یک مورد از هر چهار زن، حاملگی خود را به دلیل ناخواسته بودن ختم می‌کند (۸). زنانی که از نزدیکی منقطع استفاده می‌کنند، ترجیح می‌دهند در صورت حامله شدن اقدام به سقط نمایند تا این که روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری را به کار ببرند (۹).

علت حاملگی‌های ناخواسته در ۵۹ درصد مراجعین مراکز بهداشتی شمال تهران و ۳۵ درصد مراجعین بیمارستان‌های علوم پزشکی ایران، روش نزدیکی منقطع اعلام گردید. برآورد میزان شکست در ارتباط با همه روش‌های پیشگیری از بارداری نشان داد که در مناطق شهری بیشترین میزان شکست مربوط به روش سنتی است.

مرور جامعی روی اثربخشی مشاوره در مجموعه کلینیکی برای پیشگیری از حاملگی ناخواسته بیانگر آن است که هیچ راهنمای قوی برای ارایه به کارمندان بهداشتی جهت عملکرد کلینیکی مناسب در رابطه با مددجویان ایجاد نشده است. در این رابطه پیشنهاد می‌شود که کوشش‌های اثربخش و مداخلات مشاوره‌ای اساسشان روی تئوری‌های تغییر رفتار باشد (۱۰). عواملی که بر به کارگیری روش‌های پیشگیری از بارداری اثر می‌گذارند، ناشناخته هستند. از این رو ارتقای روش‌های پیشگیری از بارداری در زوجینی که از نزدیکی منقطع استفاده می‌کنند، نیاز به مداخلات آموزشی تئوری محور دارد.

از تئوری‌های مهم مورد استفاده در سطوح سلامتی می‌توان به تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده اشاره نمود. این تئوری به طور موفقیت‌آمیزی در دامنه وسیعی از رفتارهای بهداشتی از قبیل رفتارهای تغذیه‌ای، فعالیت‌های فیزیکی، رفتارهای جنسی امن و قصد زن‌ها در به کارگیری قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری به کار برده شده است. عناصر مهم و برجسته‌ای که در انتخاب روش پیشگیری از بارداری مطرح است، باور افراد را در بر می‌گیرد. این باورها شامل باورهای رفتاری، باورهای هنجاری و باورهای کنترلی می‌باشد. بر اساس این تئوری، قصد رفتاری اصلی‌ترین تعیین‌کننده رفتار می‌باشد. قصد رفتاری خود

تحت تأثیر سه متغیر نگرش‌ها نسبت به رفتار، نرم‌های انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده است (۱۵-۱۱).

توسعه فعالیت تنظیم خانواده در کشورهای مختلف دارای چهار مرحله می‌باشد (۱۶). وضعیت کنونی ایران که پوشش تنظیم خانواده آن به بیش از ۵۰ درصد رسیده است، همچنان حاملگی ناخواسته و عواقب ناشی از آن بالا می‌باشد. از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین باور زنان استفاده کننده از روش نزدیکی منقطع نسبت به قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری جهت تهیه ابزار بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده انجام گردید (۱۷). چنانچه ابزار مورد نظر ایجاد شود، می‌توان در مراحل بعدی عناصری که قادر به پیشگویی رفتار در افراد مورد مطالعه می‌باشند را تعیین نمود. سپس مداخلات آموزشی جهت ایجاد و ارتقای رفتار ایجاد نمود.

روش

این یک مطالعه کیفی بر مبنای الگوی ارایه شده توسط Ajzen مبتکر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده می‌باشد. با توجه به نظر Ajzen در خصوص ساختن ابزار بر اساس سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده مبنی بر باور افراد همگون با مخاطبین اصلی تحقیق، این مطالعه طراحی و اجرا شد.

از آن جایی که تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده پرسش‌نامه استاندارد ندارد، این مرحله از مطالعه جهت تدوین پرسش‌نامه بر اساس پیشنهاد پدید آورنده نظریه طراحی و اجرا گردید. در طی انجام مصاحبه اکتشافی باورهای برجسته افراد به دست آمد که شامل باورهای رفتاری، باورهای هنجاری و باورهای کنترلی نسبت به قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری بود (۲۰-۱۸).

نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بود. نمونه‌ها از بین زنانی که به مراکز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران مراجعه می‌کردند، تمایل به حاملگی نداشتند، از روش نزدیکی منقطع برای پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند و ممنوعیتی نیز برای دریافت قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری

نداشتند، انتخاب شدند. بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده تعداد نمونه برای انجام مطالعه اکتشافی حداقل ۲۵ نفر برای انجام مصاحبه و تعیین باورها بود (۲۱). در این مطالعه نمونه‌گیری تا زمان اشباع اطلاعات و عدم دستیابی به داده‌های جدید ادامه یافت.

برای رعایت اخلاق پژوهش و با توجه به موضوع مورد مطالعه، جهت حفظ رازداری به افراد تحت مطالعه توضیح کافی در مورد اهمیت هدف مصاحبه‌ها داده شد و رضایت آن‌ها اخذ گردید. به دلیل مطرح شدن سؤال‌ها پیرامون روش‌های پیشگیری از بارداری و عدم تمایل مشارکت‌کنندگان نسبت به استفاده از ضبط صوت، از کلیه مصاحبه‌ها یادداشت‌برداری صورت گرفت. در مصاحبه‌ها با طرح سؤال‌ها نیمه ساختار یافته سعی شد که به عمق نگرش و باور افراد در خصوص نتایج مصرف قرص‌های ضد بارداری، افراد تأثیرگذار در مصرف قرص‌ها و موانع و تسهیل کننده‌های مصرف قرص‌های خوراکی دست یافت.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل محتوا استفاده شد. تحلیل داده‌ها از همان مصاحبه اول و به موازات انجام مصاحبه‌ها شروع شد (تحلیل همزمان). به این صورت که یادداشت‌ها چندین بار مطالعه شد تا از متن کلی یک درک کلی به دست آید. سپس متن، خط به خط خوانده شد. با خواندن خط به خط مصاحبه‌ها و آنالیز آن‌ها درون مایه‌های اصلی خارج و کد گذاری شد. پس از طبقه‌بندی آن‌ها سه مضمون اصلی شامل باورهای رفتاری، باورهای هنجاری و باورهای کنترلی به دست آمد. انجام این مرحله، اساس علمی و عملی برای انجام مداخله تئوری محور است (۲۲).

مدت هر یک از مصاحبه‌های انجام شده به طور متوسط ۳۵-۴۰ دقیقه بود. جهت اعتباربخشی به نتایج خواندن مکرر مصاحبه‌ها و استفاده از نظرات همکاران در ۵ مصاحبه اول صورت گرفت که طی دو روز انجام شد. همچنین جهت افزایش پایایی نتایج، از نظر یک ناظر خارجی استفاده شد که ارتباطی با پژوهش نداشت. به این معنی که هماهنگی در کد گذاری بین آن‌ها بیش از ۸۰ درصد مشاهده شد. در این مطالعه نگرش غیر

ساله با دارا بودن ۳ فرزند ذکر کرد که «دو سال بعد از آخرین زایمانم رگلم به هم خورد و هم‌هانش خونریزی داشتم، رفتم دکتر که بهم قرص داد که رگلم مرتب شد و راحت شدم».

جدول ۱. توزیع فراوانی و شاخصهای آماری خصوصیات جمعیتی و باروری نمونه های مورد پژوهش (تعداد=۵۰)

تعداد	درصد	
۲۵-۱۹	۱۲	۲۴
۳۰-۲۶	۱۵	۳۰
۳۵-۳۱	۱۴	۲۸
۴۵-۳۶	۹	۱۸
میانگین سن	۳۰/۷	
انحراف معیار	۶	
ابتدایی و متوسطه	۳۶	۷۲
بالا تر	۱۴	۲۸
جمع	۵۰	۱۰۰
۴-۱	۱۸	۳۶
۹-۵	۲۱	۴۲
۱۳-۱۰	۱۱	۲۲
میانگین	۶/۱	
انحراف معیار	۴/۴	
ندارد	۴۱	۸۲
دارد	۹	۱۸
جمع	۵۰	۱۰۰
۱	۲۰	۴۰
۲	۲۸	۵۶
۳	۲	۴
میانگین	۱/۶	
انحراف معیار	۰/۵	

ب: باورهای رفتاری منفی

مضرات و زیان‌های مربوط به قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری توسط تمامی افراد شرکت‌کننده در مطالعه بیان شد. زن ۴۰ ساله با ۲ فرزند و یک حاملگی ناخواسته ناشی از استفاده از روش نزدیکی منقطع بیان کرد که «به محض این که قرص می‌خورم، دلم به هم می‌خوره و هم‌هانش می‌خوام داد بزنم، نمی‌دونم چم می‌شه، اولش هم که هم‌هانش لکه

مستقیم، هنجارهای اجتماعی غیر مستقیم و کنترل رفتاری درک‌شده غیر مستقیم تعیین گردید (۲۳، ۲۴).

راهنمای مصاحبه:

مصاحبه از سؤال‌های ساده نظیر سن، میزان تحصیلات، شغل، سابقه مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری و مدت استفاده از روش نزدیکی منقطع شروع شد و با سؤال‌های پیچیده‌تر ادامه یافت. سؤال‌های مطرح شده در ارتباط با نگرش غیر مستقیم افراد و به عبارتی باورهای رفتاری افراد شامل مزایا و مضرات قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری بود. همچنین از افراد درخواست شد تا چنانچه مطلب دیگری در ارتباط با قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری دارند، مطرح نمایند.

سؤال‌های مطرح شده در ارتباط با هنجارهای غیر مستقیم افراد و به عبارتی باورهای هنجاری شامل این بود که آیا هیچ فرد یا گروهی می‌باشد که مصرف قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری را تأیید یا رد کند. همچنین در انتهای این بخش از مصاحبه از فرد مصاحبه شونده درخواست شد که چنانچه مطلب دیگری در رابطه با سؤال مذکور دارد، می‌تواند بیان نماید.

سؤال‌ها در ارتباط با باورهای کنترلی شامل این بود که چه عواملی مانع استفاده شما از قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری می‌گردد. چه عواملی می‌تواند استفاده از قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری را برای شما تسهیل نماید.

یافته‌ها

نمونه‌گیری در این مطالعه جهت اشباع داده‌ها تا ۵۰ نفر ادامه یافت. میانگین سن زنان در این مطالعه $(\chi^2 = 6)$ ۳۰/۷ مشاهده شد. نتایج به دست آمده از مرحله اول مطالعه دلالت بر آن داشت که میانگین مدت استفاده افراد از نزدیکی منقطع ۶ سال است و در ۱۸ درصد موارد، وقوع حاملگی ناخواسته را گزارش کردند (جدول ۱). نتایج در سه طبقه قرار گرفت.

۱-۱ نگرش

الف: باورهای رفتاری مثبت

مزایای مرتبط با قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری در بین زنان مورد مطالعه بسیار کم و به ندرت مطرح شد. یک زن ۳۵

ب: موانع رفتار

در بین افراد مورد مطالعه رفتارهایی که نیاز به اقدام خاصی توسط مددجو نداشت، مقبول‌تر بود. در ارتباط با قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری موانع متعددی مطرح گردید. یک زن ۲۸ ساله با یک فرزند بیان داشت که «کسی که می‌خواهد قرص بخورد، خیلی باید حواسش جمع باشد. هر شب باید سر موقع بخورد. من هم که /وقتدر سرم شلوعه که می‌ترسم یادم بره، یک شب هم که یادت بره حامله می‌شی». یک زن ۳۵ ساله با سه فرزند بیان داشت که «قرص خوردن کار خیلی سختیه. من که نمی‌تونم، حتماً باید بری دکتر. هر شب بخوری. سر ساعت باشه».

۲-۱ ساخت گویه‌های پرسش‌نامه برای تعیین باورهای رفتاری

پاسخ‌های ثبت شده به صورت باورهای رفتاری استخراج گردید. این پاسخ‌ها به ترتیب از بیشترین میزان فراوانی به کمترین میزان لیست گردید. مرحله بعد، باورهای رفتاری که دارای فراوانی بیشتری بودند، به مجموعه‌ای از عبارات تبدیل شد. این عبارات منعکس‌کننده باورهایی هستند که ممکن است رفتار هدف در جمعیت مورد نظر را تحت تأثیر قرار دهد. جهت پوشش کافی پرسش‌نامه در ارتباط با باورهای جمعیت، ۷۵ درصد از همه باورهای بیان شده به ترتیب فراوانی وارد پرسش‌نامه گردید. به عنوان نمونه (باور رفتاری) اگر من قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری را بخورم موهای زاید در بدنم رشد می‌کند. پاسخ‌ها در طیف لیکرتی ۵ قسمتی از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم بیان شد (جدول ۲).

بینی دارم». زن ۳۳ ساله با یک فرزند بیان کرد که «قرص که می‌خوری اصلاً آدم را خشک می‌کنه، خونریزی آدم کم می‌شه. حتماً بعدش هم زن بیچاره نازا می‌شه».

۱-۲ هنجارهای انتزاعی

الف: هنجارهای تأکیدی

تأیید یا عدم تأیید افراد می‌تواند نقش مهمی در استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری داشته باشد. یک زن ۳۷ ساله با دو فرزند بیان کرد که «هادر می‌گه که قرص خیلی ضرر داره. اون‌هایی هم که می‌خورن مجبورن و چاره‌ای ندارن. تو که می‌تونی نباید قرص بخوری. شوهرم هم راضی نیست من قرص بخورم. وقتی اون باهام راه می‌یاد، چرا من قرص بخورم».

ب: هنجارهای توصیفی

از عوامل دیگر مؤثر بر انتخاب روش‌های پیشگیری از بارداری این است که آیا افراد دیگر از روش مذکور به عنوان روش پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند یا خیر. یک زن ۲۳ ساله با یک فرزند بیان کرد که «هیچ کدام از همکلاسی‌هایم قرص نمی‌خورن، جاریم هم که خیلی مواظب خودش. اصلاً قرص نمی‌خوره و خودشون جلوگیری می‌کنن».

۱-۳ کنترل رفتاری درک‌شده

الف: تسهیل‌کننده رفتار

بعضی موارد، استفاده راحت از قرص‌ها و عدم تداخل با نزدیکی را از موارد تسهیل‌کننده رفتار بیان کردند. یک زن ۴۳ ساله با دو فرزند بیان کرد که «قرص خوبیش این که نمی‌خواد آدم کار خاصی بکنه و دردسر نداره، آدم هول و ولا نداره. اگه آب هم نباشه می‌ره پایین (قابلیت بلع داشتن)».

جدول ۲. باورهای رفتاری

ردیف	سوال نگرش نسبت به قرص	کاملاً موافقم موافقم نه موافقم نه مخالفم کاملاً مخالفم
۱	اگر قرص بخورم وزنم زیاد می‌شود.	
۲	در صورتیکه من قرص بخورم به بیماری اعصاب مبتلا می‌شوم.	
۳	اگر من قرص بخورم موهای زائد در بدنم رشد می‌کند	
۴	خوردن قرص باعث نازایی در من می‌شود.	
۵	اگر من قرص بخورم دچار حاملگی ناخواسته می‌شوم.	
۶	مصرف کردن قرص دوره‌های قاعدگی من را مرتب می‌کند.	
۷	مصرف کردن قرص باعث لکه بینی در من می‌شود.	

جدول ۳. ارزیابی باورهای رفتاری

ردیف	ارزیابی نگرش	بسیار ناخوشایند	ناخوشایند	نظری ندارم	خوشایند	بسیار خوشایند
۱	اضافه وزن برای من					
۲	بیماری اعصاب برای من .					
۳	در آوردن موهای زائد برای من ..					
۴	نازائی برای من .					
۵	حاملگی ناخواسته برای من					
۶	تنظیم قاعدگی برای من					
۷	وقوع لکه بینی برای من .					

ب- ارزیابی نتایج و ساخت گویه‌های پرسش‌نامه برای ارزیابی نتایج

جهت ارزیابی و تعیین گویه‌های مربوط به ارزیابی نتایج در رابطه با هر یک از باورهای مطرح شده عباراتی به صورت جملات ناقص بیان شد تا شرکت‌کننده بتواند ارزیابی مثبت یا منفی نسبت به باورها را تعیین نماید. (ارزیابی نتایج) در آوردن موهای زائد برای من پاسخ‌ها در طیف لیکرتی ۵ قسمتی از بسیار ناخوشایند ۱ تا بسیار خوشایند ۵ مطرح شد (جدول ۳).

۲-۲ ساخت گویه‌های پرسش‌نامه برای تعیین باورهای هنجاری

کلیه مراحل در این مرحله مشابه مرحله تعیین غیر مستقیم نگرش است. گویه‌ها ممکن است منعکس‌کننده افراد مهمی باشند که فکر می‌کنند فرد باید رفتار را انجام دهد. این مورد تحت عنوان هنجارهای تأکیدی (Injunctive norms) در

نظر گرفته شد. افرادی نیز به صورت واقعی رفتاری را انجام می‌دهند که این مورد نیز تحت عنوان هنجارهای توصیفی (Descriptive norms) منظور شد. گویه مربوط به هنجارهای تأکیدی همسر استفاده از قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری را تأیید می‌کند.

گویه مربوط به هنجارهای توصیفی اکثر آشنایان و دوستان من از قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند. پاسخ‌ها در دو مورد فوق شامل طیف لیکرتی از کاملاً موافقم ۱ تا کاملاً مخالفم ۵ است (جدول ۴). هر یک از منابع فشار اجتماعی به عباراتی در مورد اهمیت منابع مختلف فشاری تبدیل گردید. به این ترتیب که شرکت‌کننده قدرت انگیزه برای پیروی از هر یک از افراد یا گروه‌های مرجع را تعیین می‌نمود.

جدول ۴. باورهای هنجاری

ردیف	سوال	کاملاً موافقم	موافقم نه موافقم نه مخالفم	مخالفم	کاملاً مخالفم
۱	مادرم و خانواده ام فکر می‌کنند من باید از قرصهای پیشگیری از بارداری استفاده کنم.				
۲	پزشک و کارمندان بهداشتی فکر می‌کنند من باید از قرصهای پیشگیری از بارداری استفاده کنم.				
۳	همسر استفاده از قرصهای خوراکی پیشگیری از بارداری را تأیید می‌کند.				
۴	اکثر افرادی که برای من مهم هستند از قرصهای خوراکی پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند.				
۵	اکثر آشنایان و دوستانم استفاده از قرصهای خوراکی را تأیید می‌کنند				

جدول ۵. انگیزه برای اطاعت

ردیف سوال	بسیارمهم	مهم	فرقی نمی‌کند	بی‌اهمیت	بسیار بی‌اهمیت
۱	نظر مادر و خانواده ام برای من .				
۲	نظر پزشک و کارمندان بهداشتی برای من				
۳	نظر همسر من ...				
۴	استفاده قرص‌های پیشگیری از بارداری توسط افراد مهم برای من				
۵	تأیید مصرف قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری توسط آشنایان و دوستانم برای من.				

ب- تعیین انگیزه برای پیروی و ساخت گویه‌های پرسش‌نامه برای انگیزه برای پیروی

گویه مربوط به انگیزه برای پیروی (هنجارهای تأکیدی) تأیید همسر برای مصرف قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری برای من

گویه مربوط به انگیزه برای پیروی (هنجارهای توصیفی) مصرف قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری توسط آشنایان و دوستانم برای من

پاسخ‌ها در دو مورد فوق شامل طیف لیکرتی از بسیار بی‌اهمیت ۱ تا بسیار مهم ۵ بوده است (جدول ۵).

۲-۳ ساخت گویه‌های پرسش‌نامه برای تعیین باورهای کنترلی

مراحل انجام شده در این قسمت مشابه مراحل قبل بود و باورهای کنترلی به مجموعه‌ای از عبارات تبدیل شد. این عبارات باورهایی را منعکس می‌کردند که مشکلات مربوط به انجام رفتار هدف را مطرح می‌نمود. جهت کوتاه کردن پرسش‌نامه، کم کردن زمان برای تکمیل پرسش‌نامه و بر اساس نظر Ajzen می‌توان فقط گزینه‌های مربوط به باور را در پرسش‌نامه‌ها قرار داد و از قسمت مربوط به ارزیابی

صرف‌نظر نمود. از این رو در این قسمت فقط به باورهای کنترلی اکتفا گردید.

گویه‌های مربوط به باورهای کنترلی به صورت زیر مطرح شد.

استفاده از قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری سخت است، چون روزانه باید از آن استفاده کنم.

پاسخ‌ها در یک طیف لیکرتی ۵ قسمتی از کاملاً موافقم ۱ تا کاملاً مخالفم ۵ تعیین گردید (جدول ۶).

۵- قصد رفتاری

سؤال‌های مربوط به قصد بر اساس راهنمای ارایه شده تعیین شد و از گویه‌های تعیین‌کننده قصد عمومی استفاده گردید (جدول ۷).

بحث

ایران در سال‌های اخیر موفقیت‌های چشمگیری در زمینه تنظیم خانواده و کاهش باروری داشته است. با وجود این تحول و دگرگونی که در عملکرد تنظیم خانواده مشاهده می‌شود، درصد قابل توجهی از حاملگی‌ها ناخواسته است. یکی از دلایل مهم آن به کارگیری روش منقطع است.

جدول ۶. باورهای کنترلی

ردیف سوال	کاملاً موافقم	موافقم	نه موافق نه مخالفم	مخالفم	کاملاً مخالفم
۱	اگر هم بخواهم به دلیل عوارض جانبی زیاد قرص‌های پیشگیری از بارداری نمی‌توانم از آنها استفاده کنم.				
۲	استفاده از قرص‌های خوراکی خارج از توان من است.				
۳	برای من آسان است که از قرص‌های پیشگیری از بارداری استفاده کنم، حتی اگر مجبور باشم به درمانگاه بروم.				
۴	استفاده از قرص‌های پیشگیری از بارداری سخت است چون باید روزانه از آن استفاده کنم.				

جدول ۷. قصد

سوال	کاملاً درست است	تاحدی درست است	نمی‌دانم	درست نیست	اصلاً درست نیست
۱	من قصد دارم در سه ماه آینده از قرص‌های خوراکی ضد حاملگی استفاده کنم				
۲	من تصمیم گرفته‌ام در سه ماه آینده از قرص استفاده کنم.				

همچنین تحلیل داده‌های بررسی تحولات باروری ایران نشان داد که استفاده‌کنندگان از روش نزدیکی منقطع از لحاظ ویژگی‌های جمعیتی و اجتماعی تفاوت بارزی نداشتند. بنابراین علت انتخاب روش مذکور می‌تواند علل دیگری داشته باشد که در این مطالعه سعی شد به آن پرداخته شود.

بر اساس مرور مطالعه‌ها آن چه که به طور بارزی در انتخاب روش‌های پیشگیری از بارداری مؤثر است، باور افراد است. در نتیجه در این مطالعه تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده که یک تئوری باور محور است، مورد استفاده قرار گرفت. از آن جا که گروه مورد مطالعه تمایل به حاملگی نداشتند، استفاده از قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری که کمترین میزان شکست و بالاترین میزان استفاده در کشور را داشت، به عنوان روش مدرن پیشگیری از بارداری در این مطالعه منظور گردید.

مطالعه‌ای در ترکیه در زمینه باور افراد نسبت به قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری انجام شد. این مطالعه نشان داد که زنان باور داشتند چنانچه از قرص‌های خوراکی استفاده کنند، دچار تنگی نفس، عفونت، رشد موهای زاید، ابتلا به سرطان، اختلالات هورمونی و نازایی خواهند شد. اگر چه درمان کیست تخمدان به عنوان مزیت این روش مطرح شد (۲۵).

Nettleman و همکاران مطالعه‌ای روی زنانی انجام دادند که نزدیکی آن‌ها بدون استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری بود. آن‌ها چهار مضمون را به عنوان دلایل خود بر شمردند. این مضامین عبارت از دلایل مربوط به روش، دلایل مربوط به شریک جنسی، دلایل مربوط به مصرف‌کننده، دلایل مربوط به هزینه و در دسترس بودن روش‌های

پیشگیری از بارداری بود (۲۶).

در مطالعه انجام شده توسط Libbus و Kridli باورهای رفتاری استخراج شده شامل ابتلا به سرطان، ابتلا به واریس، ایجاد درد، عوارض جانبی شدید، افزایش وزن، نازایی و ناهنجاری‌های جنینی گزارش شد. همچنین در این مطالعه مزیت‌ها شامل تنظیم سیکل قاعدگی، کنترل تعداد فرزندان و مراقبت فردی بود (۲۷).

باورهای بی‌شماری می‌تواند زمینه‌ساز ایجاد نگرش افراد نسبت به رفتار مورد نظر باشد و در برنامه آموزشی گنجانده شود. مزیت تعیین آن‌ها در این بخش از مطالعه نسبت به سایر مطالعه‌های که نگرش را به صورت گسترده و عمومی (نگرش مستقیم) تعیین می‌کردند، این است که باورهای زمینه‌ای گروه پژوهش مشخص گردید. بنابراین مواردی که باید تأکید برنامه آموزشی بر آن باشد، تعیین شد. در نتیجه علاوه بر صرفه‌جویی در زمان، برنامه مذکور می‌تواند اثربخشی بیشتری داشته باشد.

مطالعه‌های انجام شده بیانگر آن است که نگرش مثبت و منفی نسبت به قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری وجود دارد (۲۲)؛ در حالی که نتایج مطالعه فعلی نشان داد که باورهای منفی و غلط درباره عوارض قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری در افراد گروه مورد پژوهش برجسته است. این باورها شامل افزایش وزن، نازایی، رشد موهای زاید، بیماری اعصاب و لکه بینی بود. همان طور که مشاهده می‌شود، در ارتباط با بعضی باورها اشتراک وجود دارد. باورهای رفتاری مثبت در این مطالعه فقط یک مورد بود. آن هم تنظیم قاعدگی بود که توسط افراد مطرح شد. بنابراین آن چه که باید به طور اخص مورد نظر باشد، این است که علاوه بر تصحیح باورها در ارتباط با قرص‌های خوراکی پیشگیری از

بارداری، نسبت به ارایه اثرات مفید آن‌ها نیز در برنامه آموزشی اقدام شود.

افرادی که از نزدیکی منقطع استفاده می‌کردند، معتقد بودند که در این روش نیازی به انجام مشاوره برای استفاده از آن را ندارند (۱۳). از این رو به نظر می‌رسد که در این گروه از افراد جامعه، تأیید دیگران که در واقع جزء شبکه‌های اجتماعی آن‌ها قرار می‌گیرند، می‌تواند در تصمیم‌گیری آن‌ها مؤثر باشد. از آن جا که هنجارهای انتزاعی از باورهای هنجاری سرچشمه می‌گیرد، تعیین هنجارهای غیر مستقیم (به عنوان منابع فشار اجتماعی) که در مطالعه حاضر انجام شد، از نقاط قوت این مطالعه محسوب می‌شود. فرد زمانی که به این ادراک برسد که افراد مهم از نظر او، انجام رفتار را انتظار دارند، رفتار را انجام می‌دهد. در مطالعه حاضر افراد تأثیرگذار که عقیده و توصیه آن‌ها از نظر زنان مهم بود، مشخص شد. نکته قابل توجه این است که هیچ یک از افراد گروه مورد پژوهش بیان نکردند که باورهای مذهبی آن‌ها مخالف مصرف قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری می‌باشد.

نتیجه مطالعه‌ای که در زمینه مصرف قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری انجام شد، نشان داد که مادر، دوستان، همسایه‌ها، همسر و رهبران مذهبی به عنوان افراد مرجع در نظر گرفته شدند (۲۲). در مطالعه دیگری که بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در اتیوپی انجام شد، هنجارهای توصیفی مطرح شده در طی انجام مطالعه اکتشافی در ارتباط با کاربرد روش‌های پیشگیری از بارداری شامل والدین، شریک جنسی، معلمین، خواهر یا برادر و دوستان آن‌ها بودند (۲۸).

باورهای هنجاری در مطالعه انجام شده در تانزانیا بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در مورد کاندوم بیانگر آن بود که شش مرجع شامل شریک جنسی، دوستان نزدیک، معلمین، والدین، رهبران مذهبی و همچنین خواهر یا برادر، افراد را تحت تأثیر قرار می‌داد (۲۹). در مطالعه‌ای که توسط Kridli و Libbus انجام شد، نتایج نشان داد که حمایت همسر پیشگیری از بارداری را تسهیل می‌کند. از آن جایی که تأیید همسران نقش مهمی در تصمیم‌گیری در مورد کاربرد

روش‌های تنظیم خانواده دارد، پیشنهاد شد که آن‌ها نیز در جلسات آموزشی مدنظر قرار گیرند (۳۰).

درک کنترل فرد بر رفتار برای انجام موفقیت‌آمیز آن مورد نیاز و از متغیرهای مهم پیش‌بینی کننده رفتار است. هر زمان که فرد نسبت به انجام یک رفتار از اعتقادات کنترلی قوی برخوردار باشد و احساس کند که رفتار مورد نظر تحت کنترل ارادی او است، آن رفتار را انجام خواهد داد. برعکس، اگر از اعتقادات کنترلی قوی نسبت به بازدارنده‌های رفتاری برخوردار باشد یا سطح نازلی از کنترل بر رفتار را ادراک کند؛ به طوری که حتی با وجود تأیید دیگران، قصد برای انجام آن رفتار را نخواهد کرد (۱۲).

بنابراین با توجه به موارد مطرح شده، در تدوین برنامه آموزشی باید مشخص گردد که باورهای کنترلی که مانع استفاده افراد از قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری می‌شود، شامل چه مواردی است. از این رو در مطالعه حاضر تلاش شد تا در واقع موانع و تسهیلات استفاده از قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری تعیین شود. سپس بر اساس آن‌ها اقدام به تدوین برنامه آموزشی شد. 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 هیچ یک از افراد عدم دسترسی به درمانگاه‌های تنظیم خانواده را به عنوان مانع ذکر نکردند.

Van و Robinson مطالعه‌ای با استفاده از تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در ارتباط با دختران اتیوپیایی انجام دادند. در این مطالعه باورهای کنترلی شامل خجالت از بحث کردن درباره روش‌های پیشگیری از بارداری، بالا بودن قیمت روش‌های پیشگیری از بارداری، عدم تمایل شریک جنسی، مصرف مواد و احساس خجالت از تهیه روش‌های پیشگیری از بارداری بود (۲۳). همچنین در مطالعه دیگری که بر اساس تئوری مذکور جهت استخراج باورهای کنترلی در ارتباط با قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری انجام شد، مشکل بودن مصرف قرص‌های

خوراکی پیشگیری از بارداری به دلیل استفاده روزانه، عوارض جانبی و سخت بودن استفاده از آن‌ها گزارش شد (۲۲).

همان گونه که ملاحظه می‌شود، در ارتباط با مصرف قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری در مواردی، باورهای کنترلی مشابه مطالعه حاضر می‌باشد. چنانچه رفتار به صورت کلی یعنی روش‌های پیشگیری از بارداری مطرح شود، باورها تفاوت بیشتری را نشان می‌دهد. یکی از نکاتی که در تئوری مذکور به وضوح مطرح است، تعیین یک رفتار خاص به جای رفتارهای کلی می‌باشد؛ چرا که در این صورت نتایج بهتری عاید محقق خواهد شد. از این رو در مطالعه حاضر مصرف قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری به عنوان رفتار در نظر گرفته شد.

اگر چه یادداشت‌برداری به صورت کامل صورت گرفت، ولی این می‌تواند جزء محدودیت‌های مطالعه باشد که امکان ضبط مصاحبه‌ها توسط محقق وجود نداشت.

نتیجه‌گیری

با توجه به استخراج باورهای برجسته افراد گروه مورد مطالعه درباره عقاید رفتاری، منابع فشار اجتماعی (افراد یا گروه‌های

مرجع) و قدرت عقاید کنترلی، در واقع اطلاعات اساسی درباره پایه شناختی افراد به دست آمد. بر این اساس آن پرسش‌نامه مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده ایجاد شد. در مرحله بعد می‌توان پایایی و اعتبار پرسش‌نامه را سنجید و مهم‌ترین عوامل پیشگویی کننده قصد و رفتار استفاده از قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری را تعیین و بر اساس آن مداخله آموزشی را طراحی نمود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از اعضای محترم شورای پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس به دلیل حمایت و پشتیبانی از اجرای این پژوهش ابراز می‌نمایند. طراحی، نحوه اجرای و نمونه‌گیری آن توسط خانم دکتر پروین رهنما، راهنمایی طرح مذکور توسط آقای دکتر حیدرنیا، محاسبات آماری توسط آقای دکتر کاظم‌نژاد، مشاوره طرح توسط دکتر امین‌شکروی انجام گردید. جناب آقای دکتر منتظری در تمام مراحل انجام طرح در زمینه طراحی، اجرا، مرور مطالعه‌ها انجام شده و بررسی و اظهار نظر در مورد اطلاعات به دست آمده، مشاوره ارایه دادند.

References

1. Population reference bureau. World population data sheet. [cited 2003]; Available from: URL: http://demografia.rcm.upr.edu/world_pob/World_pop_2003.pdf
2. Abbasi-Shavazi MJ, Khademzadeh A. Reasons for choosing withdrawal method among women at reproductive ages in Rasht, Iran. J Reprod Infertil 2004; 5(4): 323-9.
3. Kippley JF, Kippley SH. The art of natural family planning. 4th ed. Cincinnati, OH: Couple to Couple League International; 1996.
4. Audet MC, Moreau M, Koltun WD, Waldbaum AS, Shangold G, Fisher AC, et al. Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs an oral contraceptive: a randomized controlled trial. JAMA 2001; 285(18): 2347-54.
5. Petersen R, Payne P, Albright J, Holland H, Cabral R, Curtis KM. Applying motivational interviewing to contraceptive counseling: ESP for clinicians. Contraception 2004; 69(3): 213-7.
6. Abbasi-Shvazi A, Hussein-Chavoshi M, Delavar B. Unwanted pregnancies and its determinants in Iran. Journal of Reproduction and Infertility 2004; 5(17): 62-7.
7. Rahnama P, Hidarnia A, Amin SF, Kazemnejad A, Ghazanfari Z, Montazeri A. Withdrawal users' experiences of and attitudes to contraceptive methods: a study from Eastern district of Tehran, Iran. BMC Public Health 2010; 10: 779.
8. Yanikkerem E, Acar H, Elem E. Withdrawal users' perceptions of and experience with contraceptive methods in Manisa, Turkey. Midwifery 2006; 22(3): 274-84.
9. Yurdakul M, Vural G. Reasons for using traditional methods and role of nurses in family planning. Contraception 2002; 65(5): 347-50.
10. Moos MK, Bartholomew NE, Lohr KN. Counseling in the clinical setting to prevent unintended pregnancy: an evidence-based research agenda. Contraception 2003; 67(2): 115-32.

11. Povey R, Conner M, Sparks P, James R, Shepherd R. Application of the theory of planned behavior to two dietary behaviors: roles of perceived control and self-efficacy. *British Journal of Health Psychology* 2000; 5(2): 121-39.
12. Hagger MS, Chatzisarantis NL, Biddle SJ. The influence of autonomous and controlling motives on physical activity intentions within the Theory of Planned Behaviour. *Br J Health Psychol* 2002; 7(Part 3): 283-97.
13. White KM, Terry DJ, Hogg MA. Safer sex behavior: the role of attitudes, norms, and control factors. *Journal of Applied Social Psychology* 1994; 24(24): 2164-92.
14. Peyman N, Oakley D. Effective contraceptive use: an exploration of theory-based influences. *Health Educ Res* 2009; 24(4): 575-85.
15. Butler JT. Principles of health education and health promotion. 3rd ed. Belmont, CA: Wadsworth; 2000.
16. Rahnema P, Hidarnia A, Kazemnejad A, Aminshokr F, Montazeri A. Reasons for withdrawal use as contraception: A qualitative study. *Payesh* 2010; 9(3): 261-67. [In Persian].
17. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. 4th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2005.
18. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1991; 50: 179-211.
19. Rahnema P, Hidarnia A, Amin Shokravi F, 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; 10: 289.
20. 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; 20(3): 173-98.
21. Francis JJ, Eccles MP, Johnston M, Walker A, Grimshaw J, Foy R, et al. Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour. [cited 2004 May]; Available from: URL: http://pages.bangor.ac.uk/~pes004/exercise_psych/downloads/tpb_manual.pdf
22. Hagger MS, Chatzisarantis NLD, Biddle SJH. A meta-analytic review of the theories of reasoned action and planned behavior in physical activity: predictive validity and contribution of additional variables. *Journal of Sport & Exercise Psychology* 2002; 24(1): 3-32.
23. Van Den Bossche F, Robinson L. Contraceptive self-efficacy in adolescents: a comparative study of male and female contraceptive practices. *J Sex Educ Ther* 1997; 22(2): 23-9.
24. White KM, Terry DJ, Troup C, Rempel LA. Behavioral, normative and control beliefs underlying low-fat dietary and regular physical activity behaviors for adults diagnosed with type 2 diabetes and/or cardiovascular disease. *Psychol Health Med* 2007; 12(4): 485-94.
25. Ay P, Hidiroglu S, Topuzoglu A, Ucar MS, Kose OO, Save D. Do perceived health risks outweigh the benefits of modern contraceptives? A qualitative study in a suburban population in Istanbul, Turkey. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2007; 12(2): 154-61.
26. Nettleman M, Brewer J, Ayoola A. Reasons for unprotected intercourse in adult women: a qualitative study. *J Midwifery Womens Health* 2007; 52(2): 148-52.
27. Kridli SA, Libbus K. Establishing reliability and validity of an instrument measuring Jordanian Muslim women's contraceptive beliefs. *Health Care Women Int* 2002; 23(8): 870-81.
28. Fekadu Z, Kraft P. Expanding the theory of planned behaviour: the role of social norms and group identification. *J Health Psychol* 2002; 7(1): 33-43.
29. Lugoe W, Rise J. Predicting Intended Condom Use among Tanzanian Students using the Theory of Planned Behaviour. *J Health Psychol* 1999; 4(4): 497-506.
30. Libbus K, Kridli S. Contraceptive decision making in a sample of Jordanian Muslim women: delineating salient beliefs. *Health Care Women Int* 1997; 18(1): 85-94.

Salient Beliefs Relevant to Oral Contraceptives Among Withdrawal Users for Development of A Belief-Based Questionnaire: Applying the Theory of Planned Behavior

Parvin Rahnema¹, Alireza Hidarnia², Ali Montazeri³,
Farkhondeh Amin Shokravi⁴, Anoushiravan Kazemnejad⁵, Jila Soltan Ahmadi⁶

Received date: 25.06.2012

Accept date: 29.08.2012

Abstract

Introduction: The aim of this study was to elicit the salient beliefs relevant to OCs among withdrawal user for development of a belief- based questionnaire.

Method: This was a qualitative study. A sample of women attending a health care center in Tehran, Iran was entered into the study. Face-to face interviews were conducted to collect data. Content analysis was performed to analyze the data.

Results: In this study determined TPB constructs including indirect attitude (behavioral beliefs, outcome evaluations), indirect subjective norms (normative beliefs, motivation to comply), indirect perceived behavior control and behavioral intention. The attitude scale had 10 items; five items on beliefs about the outcome of using OCs and 5 items on evaluation of a given belief. The subjective norms scale included 10 items; 5 items on beliefs about the expectation of significant others and 5 items that measured motivation to comply with significant others' expectations. The perceived behavioral control scale was comprised of 4 items. The present study measured this variable with two items.

Conclusion: In this elicitation study we found that belief about Oral contraceptives. It seems that health providers should address beliefs that exist about OC and highlight the noncontraceptive health benefits of OC to balance the information provided for women.

Keywords: Theory of Planned Behavior, Oral contraceptives, Withdrawal contraception, Qualitative study

Type of article: Original article

Citation: 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.

1- Assistant Professor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran

2- Associated Professor, Department of Health Education, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

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

4- Assistant Professor, Department of Health Education, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

5- Professor, Department of Biostatistics, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

6- Instructor, Department of Midwifery, Razy School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Corresponding Author: Alireza Hidarnia PhD, Email: hidarnia@modares.ac.ir