ORIGINAL ARTICLE

Effect of Transtheoretical Model-based Education on Women Attitudes and Stages of Change toward Childbearing Behavior

Maryam Ansari Majd[1],
Farideh Khalajabadi Farahani[2],
Abolhassan Naghibi[3],
Mahmood Moosazadeh[4],
Soghra Khani[5]

[1] MSc Student in Midwifery Counseling, Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Associate Professor, Institute of Comprehensive and Specialized Population Studies and Management of the Country, Tehran, Iran
[3] Assistant Professor, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] Assistant Professor, Health Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[5] Associate Professor, Department of Reproductive Health and Midwifery, Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received February 2, 2019 ; Accepted May 13, 2019)

Abstract

Background and purpose: Childbearing is of great importance in social issues. This study was conducted to determine the effect of transtheoretical model-based education on women attitudes and stages of childbearing behavior change.

Materials and methods: This clinical trial was performed using multi-stage random sampling in 75 women of reproductive age (38 in intervention group and 37 in control group) selected from nine health centers in Amol, Iran 2017. The intervention group attended five educational sessions, and then received online weekly trainings for six months while, the control group received routine education. Attitudes toward childbearing and stages of change in childbearing behavior were evaluated before, at 3 and 6 months after the education.

Results: Mean scores for women attitude before, at 3 and 6 months after education were 171.81±22.55, 179.12±22.55, and 177.39±20.54 in intervention group and 166.31±19.37, 165.85±21.49, and 165.07±18.37 in control group, respectively. Findings indicated significant improvements in women attitude toward childbearing ($P < 0.001$). But, frequency of women at different stages of childbearing behavior in intervention group was not significantly different from that of the controls ($P = 0.281$).

Conclusion: Transtheoretical model-based education improved women attitudes toward childbearing, but failed to change the stages of childbearing behavior. Given the multiplicity of factors in childbearing, such findings were predictable. Therefore, it is necessary to carry out studies with longer pre-pregnancy consultations and increase in number of samples.

(Clinical Trials Registry Number: IRCT2017083131117N4)

Keywords: childbearing, transtheoretical model, education, women attitude, change behavior stages

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29 (174): 134-147 (Persian).

* **Corresponding Author: Soghra Khani –** Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: s.khani@mazums.ac.ir)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و نهم شماره ۱۷۴ تیر سال ۱۳۹۸ (۱۴۷-۱۳۴)

تاثیر برنامه آموزشی مبتنی بر مدل فرانظریه ای بر نگرش و مراحل تغییر رفتار فرزندآوری در زنان

مریم انصاری مجد[۱] فریده خلج آبادی فراهانی[۲] ابوالحسن نقیبی[۳] محمودموسی زاده[۴] صغری خانی[۵]

چکیده

سابقه و هدف: فرزندآوری در حوزه مسائل اجتماعی اهمیت زیادی دارد. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر برنامه آموزشی مبتنی‌برمدل فرانظریه‌ای بر نگرش و مراحل تغییر رفتار فرزندآوری در زنان انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه کارآزمایی بالینی، نمونه‌گیری به روش تصادفی چندمرحله ای بر روی ۷۵ زن سنین باروری (۳۸ نفر گروه آزمون و۳۷ نفر گروه کنترل) در ۹ مرکز جامع سلامت شهری آمل درسال ۱۳۹۶ انجام‌شد. گروه آزمون، آموزش مبتنی برمدل فرانظریه‌ای را در ۵ جلسه حضوری و سپس به مدت ۶ ماه، آموزش هفتگی غیرحضوری آنلاین را دریافت‌کردند. گروه کنترل، آموزش روتین دریافت‌نمودند. نگرش به فرزندآوری و مراحل تغییر رفتار فرزندآوری بر اساس مدل فرانظریه‌ای در نمونه‌ها قبل، ۳ و۶ ماه بعد ازآموزش ارزیابی‌شدند.

یافته‌ها: میانگین نمرات نگرش زنان در گروه آزمون در مرحله قبل، ۳ ماه و ۶ ماه بعد از آموزش برابر ۲۲/۵۵ ± ۱۷۱/۸۱، ۲۲/۵۵ ± ۱۷۹/۱۲ و ۲۰/۵۴ ± ۱۷۷/۳۹ و درگروه کنترل، در مراحل فوق به‌ترتیب برابر ۱۹/۳۷ ± ۱۶۶/۳۱، ۲۱/۴۹ ± ۱۶۵/۸۵ و ۱۸/۳۷ ± ۱۶۵/۰۷ بود. آزمون‌های آماری نشانگر ارتقاء معنی‌دار نگرش زنان پس ازآموزش بود (P <۰/۰۰۱). فراوانی افراد در مراحل مختلف رفتار فرزندآوری گروه آزمون نسبت به کنترل ارتقاء یافت ولی این میزان معنادار نبود(P=۰/۲۸۱).

استنتاج: آموزش مبتنی‌بر مدل فرانظریه‌ای، نگرش زنان نسبت به فرزندآوری را بهبودبخشید ولی مراحل رفتار فرزندآوری را تغییرنداد. با توجه به چندعاملی بودن فرزندآوری و تعداد کم نمونه در این مطالعه، دست‌یابی به چنین نتیجه‌ای قابل پیش‌بینی‌است. لذا نیاز به انجام مطالعه با مشاوره پیش از بارداری طولانی‌تر و تعداد نمونه‌های بیش‌تر براساس مدل فرانظریه‌ای است.

شماره ثبت کارآزمایی بالینی : IRCT۲۰۱۷۰۸۳۱۳۱۱۱۷N۴

واژه های کلیدی: فرزندآوری، مدل فرانظریه ای، آموزش، نگرش زنان، مراحل تغییر رفتار

مقدمه

باروری ازمهم‌ترین پدیده‌های تعیین‌کننده تغییرات و نوسانات جمعیت به شمار می‌آید(۴-۱) این مساله می‌تواند متاثر از سبک زندگی افراد و محیط اطراف آن‌ها(۵،۱)، ارزش‌ها، هنجارهای اجتماعی(۶،۲،۱) آداب

مولف مسئول: صغری خانی- ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری E-mail: s.khani@mazums.ac.ir

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. دانشیار، عضو هیئت علمی مؤسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی جمعیت کشور، تهران، ایران

۳. استادیار، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۴. استادیار، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۵. دانشیار ، گروه بهداشت باروری و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت : ۱۳۹۷/۱۱/۱۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۳۹۷/۱۲/۱۲ تاریخ تصویب : ۱۳۹۸/۲/۲۳

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

و رسوم یک جامعه، متوسط سن ازدواج، میزان ازدواج(۱)، باورها، نگرش، منافع و مضرات فرزندآوری برای افراد باشد(۶). یک میل جهانی نسبت به تاخیر در فرزندآوری به وجود آمده است(۶-۴۸) و این مساله در حال حاضر به عنوان یک هنجار، پذیرفته شده است(۵). اغلب کشورهای توسعه یافته یا در حال توسعه با افزایش روند شهرنشینی و کاهش نرخ موالید تا سطح جانشینی و حتی پایین ترازآن مواجه هستند(۹). روند باروری کل در سراسرجهان و خصوصا کشورهای پیشرفته کاهش یافته است(۸). ایران در چند دهه اخیر، افت شدیدی در نرخ‌های باروری خود داشته است(۱۰)، به صورتی که میزان باروری کل ازحدود ۷/۷ فرزند به ازای هر زن درسال ۱۳۴۵ به ۲/۱۷ درسال ۱۳۷۹(۱۲،۱۱) و در سال ۱۳۹۰ به ۱/۸ فرزند به ازای هر زن در سال رسیده است(۱۳). میزان باروری در اکثر استان‌های کشور به زیرسطح جایگزینی رسیده است(۱۰). بر طبق گزارش مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵، مازندران با نرخ باروری ۱/۵۱ دومین استان از نظر میزان باروری پایین در کشور محسوب می‌شود(۱۴). از جمله عوامل عمده‌ی زمینه ساز کاهش باروری می‌توان به افزایش میزان تحصیلات(۱۷-۱۵) و اشتغال زنان(۶،۱۸،۱۹)، فردگرایی(۱۳)، تغییر سبک زندگی(۱۶)، بازاندیشی در ارزش فرزند، تغییر نگرش از فرزندآوری به فرزندپروری(۲۰) و ناآگاهی در مورد خطرات تأخیر در باروری اشاره کرد(۶،۱۵). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که مشکلات مادر و نوزاد در پی افزایش سن باروری و تاخیر در فرزندآوری، می‌تواند این زنان را در گروه پرخطر قراردهد. تاخیر در فرزندآوری حتی می‌تواند در نهایت منجر به ناباروری ناخواسته شود و فرد، فرصت فرزندآوری را برای همیشه ازدست دهد(۲). نگرش، از مهم‌ترین عوامل نقش آفرین در موضوع فرزندآوری و مکانیسمی است که زمان والد شدن را در بسیاری از نظریه های مرتبط با فرزندآوری تحت تاثیر قرار می‌دهد(۲). هرچه نگرش نیرومندتر باشد، اثرآن بر رفتار بیش‌تراست. نگرش، در واقع آمادگی برای پاسخ به یک حالت است و این مساله برای قصد وعمل مهم است(۲۱). نگرش مثبت نسبت به فرزندآوری باعث فرزندآوری زودهنگام و به تعداد بیش‌تر می‌شود، درحالی که نگرش منفی دراین رابطه ازجمله عوامل کاهش اقدام به باروری است. در ضمن اولین عامل مهم در شکل‌گیری قصد و تصمیم فرد جهت باروری، نگرش اوست و نگرش مثبت پیش شرط قصد مثبت جهت فرزندآوری می باشد(۲).

الگوها و نظریه‌ها، راهنماهایی برای فعالیت‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت هستند(۲۲). دلایل استفاده از مدل‌های آموزش بهداشت به جای آموزش معمول را می‌توانیم این گونه برشماریم که شامل امکان درک بهتر و عمیق‌تر رفتار با کمک مدل‌های آموزش بهداشت و ترسیم چارچوب مفهومی و علمی برای مطالعه تغییر رفتار، جلوگیری از بروز انحراف در طراحی و اجرای برنامه آموزشی، تدوین و ترسیم اهداف پژوهشی- آموزشی به صورت دقیق و کاربردی می شود. یکی از این مدل ها، مدل فرانظریه ای است. این مدل درسال ۱۹۸۰ توسط Prochaska و DiClemente گسترش یافت. مدل فرانظریه‌ای شامل ۴ سازه مراحل تغییر، فرآیند تغییر، خودکارآمدی و موازنه تصمیم‌گیری است(۲۳). اثربخشی این تئوری بر مواردی مانند تغییرات رژیم غذایی(۲۴)، ورزش و فعالیت بدنی(۲۵)، پیشگیری از بارداری و بیماری‌های مقاربتی(۲۶)، ترک سیگاروالکل(۲۷) و غربالگری سرطان پستان و سرویکس(۲۸) درمطالعات مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. با جستجوی انجام شده توسط گروه مطالعه درمنابع فارسی و انگلیسی این آموزش‌ها تاکنون در قالب مدل فرانظریه ای جهت تشویق به فرزندآوری صورت نگرفته است. این در حالی است که در رابطه با برخی موضوعات مرتبط با سلامت باروری با استفاده ازاین مدل مطالعاتی انجام شده ولی تناقضاتی در رابطه با اثربخشی این مدل دیده شده است. به طوری که در مطالعات مداخله‌ای مبتنی بر برنامه آموزشی طراحی شده

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

براساس این تئوری و موضوع پیشگیری از بیماری‌های منتقله از راه جنسی (STIs) در مبتلایان به ایدز، در سال ۱۹۹۶ نتیجه کار مثبت بوده(۲۹) ولی درمطالعه دیگری با این موضوع درسال ۲۰۱۳ آموزش مبتنی بر مدل فرانظریه ای جهت پیشگیری ازبیماری ایدز و سایر بیماری‌های منتقله از راه جنسی (STIs) تأثیری نداشته است(۳۰). در اکثرمطالعات مبتنی برمدل، پس ازمداخله آموزشی صرفا تغییرات سازه‌های مختلف مدل، قبل و بعد از مداخله سنجیده می‌شود اما در مطالعه حاضر برآن شدیم تا نگرش افراد را قبل و بعد ازآموزش بسنجیم، تا تغییرات سازه‌ها را منطقی تر تفسیر کنیم، البته در راستای این هدف مطالعات مشابهی نیز صورت گرفته که متغیری چون آگاهی(۳۱) را در رابطه با تغییرات رفتاری افراد در ارتباط با رفتار بهداشتی مورد نظر سنجیده‌اند. با عنایت به تاثیرنگرش بر تغییر رفتار افراد، شاید بتوان با آموزش مناسب، زمینه را جهت تصمیم‌گیری منطقی زنان در رابطه با باروری فراهم ساخت. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی برمدل فرانظریه‌ای برنگرش و مراحل تغییر رفتار فرزندآوری در زنان انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی با طراحی موازی بود که با کد ۳۱۱۲ در شورای پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران تصویب شد و با کد IRCT2017083131117N4 در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران به ثبت رسید.

این مطالعه بر روی ۷۵ زن سنین باروری مراجعه کننده به مراکز منتخب جامع سلامت شهری آمل انجام شد. نمونه گیری به صورت تصادفی چند مرحله ای، بین ۹ مرکز جامع سلامت شهری آمل که در چهار ناحیه شهری قرار داشتند، به صورت تصادفی و به روش قرعه کشی انجام شد. از هرناحیه شهری یک مرکز به عنوان گروه آزمون و یک مرکز به صورت تصادفی به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. به علت عدم تامین تعداد نمونه های مورد نیاز در گروه آزمون، یک مرکز به صورت تصادفی و بدون درنظرگرفتن ناحیه شهری به صورت تصادفی انتخاب و نمونه‌گیری با تهیه لیست افراد ازطریق سامانه الکترونیکی یکپارچه بهداشت (سیب) انجام شد. پس ازتهیه لیست کلی، با استفاده از نرم افزار Random Allocator، افراد در دو گروه به صورت تصادفی انتخاب شدند. شماره ردیف هر فرد در لیست استخراجی از سامانه یکپارچه بهداشت (سیب) مبنا قرارگرفت و پس از اعلام شماره پیشنهادی توسط نرم افزار Random Allocator، با فرد مورد نظر تماس حاصل و ضمن توضیح شرایط و اهداف مطالعه، دعوت به همکاری گردید. برای تعیین حجم نمونه از نتایج مطالعه Hsiu-Hung Wang استفاده شد(۳۲). حجم نمونه با لحاظ نمودن سطح اطمینان ۹۵ درصد، توان آزمون ۹۰ درصد، جهت دو دامنه آزمون و با استفاده از فرمول مقایسه بین دو میانگین در نرم افزار G-power برابر ۵۸ نفر (۲۹ نفر در گروه مداخله و ۲۹ نفر در گروه کنترل) تعیین و جهت پیشگیری از اثرمنفی ریزش نمونه‌ها، با لحاظ نمودن ۳۰ درصد افزایش حجم نمونه، درنهایت ۳۸ نفر وارد هرگروه شدند. پس از اتمام نمونه‌گیری یک نفر از گروه کنترل به علت مشکلات جسمی شدید ناشی از تصادف اتومبیل قادر به همکاری با گروه نبود و به ناچار از مطالعه حذف شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سواد خواندن و نوشتن، تأهل، زندگی با همسر، محدوده‌ی سنی ۳۵-۱۸ سال، باروربودن، داشتن حداکثر ۲ فرزند، گذشت حداقل دو سال از ازدواج، استفاده از روش پیشگیری از بارداری، فاصله بارداری بیش از ۳ سال با بارداری قبلی، عدم برنامه‌ریزی برای بارداری فعلی یا بعدی علی‌رغم تمایل به داشتن فرزند و دسترسی به تلفن همراه و شبکه‌های مجازی مجاز، قرارداشتن در گروه‌های پیش تفکر، تفکر و آمادگی نسبت به رفتار فرزندآوری براساس مدل فرانظریه‌ای بود و معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم شرکت در بیش از یک جلسه آموزشی، عدم تمایل

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

فرد یا همسرش جهت مشارکت در طرح، تشخیص ناباروری حین پژوهش، تعارضات شدید زناشویی، قرارداشتن در طبقه اقتصادی- اجتماعی پایین، انجام عمل سزارین به تعداد سه بار یا بیش‌تر، تشخیص ابتلاء به بیماری مزمن و تشخیص هرنوع ممنوعیت جهت فرزندآوری بوده است. تغییر در نگرش به فرزندآوری پیامد اولیه و ارتقاء مراحل تغییر رفتار فرزندآوری، پیامد ثانویه مطالعه حاضر به شمار می‌آید. جهت انجام این مطالعه از پنج پرسشنامه: اطلاعات دموگرافیک، نگرش نسبت به فرزندآوری، مراحل تغییررفتار فرزندآوری (مبتنی برمدل فرانظریه‌ای)، تعارضات زناشویی و سنجش وضعیت اقتصادی- اجتماعی استفاده شد.

۱) اطلاعات دموگرافیک: شامل سه قسمت اطلاعات جمعیت شناختی (سن زن، سن همسر، تعداد فرزند، سن آخرین فرزند، وضعیت مسکن) و بخش دوم اطلاعات جامعه شناختی (تحصیلات زن، تحصیلات همسر، شغل زن، شغل همسر، درآمد ماهیانه، طول مدت زندگی مشترک، زندگی با همسر) و بخش سوم برخی اطلاعات طبی (بیماری زمینه‌ای، ناباروری، سوابق بارداری‌های قبلی) بود.

۲) نگرش به فرزندآوری: این پرسشنامه توسط فاطمه موسوی و همکار با ۶۴ گویه در سال ۱۳۹۱ طراحی شده بود(۳۳). همه سوالات در یک جهت نمره گذاری نشده بود و برخی گویه‌ها (۱،۵،۶،۷،۹،۱۲،۱۴،۱۸،۲۰، ۲۱،۲۶،۲۷،۳۲،۴،۳۹،۴۱،۴۲،۴۴،۴۹،۵۰،۵۹،۶۲،۶۳) به صورت معکوس نمره‌گذاری شده بودند. افرادی که نمرات بالاتر از ۱۸۰داشتند نگرششان مثبت بود وافرادی که نمرات آن‌ها زیر ۱۸۰ بود نگرش منفی داشتند. پرسشنامه فوق چون فقط در یک مطالعه مورد استفاده قرار گرفته بود، جهت استفاده دراین مطالعه مجددا روایی و پایایی شد که در نهایت با انجام تغییرات، پرسشنامه‌ای شامل ۵۷ سوال تنظیم شد که با مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت (کاملا موافقم تا کاملا مخالفم) تنظیم گردید. جهت روایی محتوایی ابزار از نظرات ده تن از متخصصین در حوزه‌های مختلف بهداشت و سلامت باروری، مامایی، روانپزشکی و آموزش بهداشت استفاده شد. جهت پایایی آن، آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه روی یک گروه ۴۰ نفری برابر با ۸۰ درصد به دست آمد.

۳) پرسشنامه تعارضات زناشویی: نسخه‌ی تجدید نظرشده پرسشنامه Marital Conflict Questioner (MCQ) که توسط طاهره براتی وهمکار در سال (۱۳۷۹) با هشت خرده مقیاس کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، جدا کردن امور مالی از یکدیگر و ارتباط موثر تنظیم شده بود،۵۴ پرسش داشت‌که با مقیاس لیکرت (همیشه تا هرگز) تنظیم شده بود. گزینه هرگز ۱ امتیاز و گزینه‌ی همیشه ۵ امتیاز داشت. سوالات ۳، ۱۱، ۱۴، ۲۶، ۳۰، ۳۳، ۴۵، ۴۷، ۵۴ به صورت معکوس نمره‌گذاری شده بودند. حداکثر نمره کل پرسشنامه ۲۷۰ و حداقل آن ۵۴ بود. کسانی که میانگین نمرات کسب شده آن‌ها در دامنه ۷۹ تا ۱۴۹ بود روابط زناشویی بهنجار داشتند و وارد مطالعه شدند. روایی پرسشنامه به صورت محتوایی ارزیابی شد و جهت پایایی آن، آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه روی یک گروه ۲۷۰ نفری برابر با ۹۶ درصد به دست آمد(۳۴).

۴) پرسشنامه سنجش وضعیت اقتصادی- اجتماعی، چهارمین پرسشنامه مورد استفاده دراین مطالعه، که شامل چهار مولفه (وضعیت مسکن، سطح درآمد، سطح تحصیلات و طبقه اقتصادی) بود. مقیاس امتیازدهی این پرسشنامه لیکرت (خیلی پایین تا خیلی بالا) بود. گزینه خیلی پایین با نمره ۱ و خیلی بالا با نمره ۵ بود. افرادی که حداقل نمره پرسشنامه را کسب کرده بودند و در طبقه اقتصادی- اجتماعی خیلی پایین قرار داشتند وارد مطالعه نشدند. پرسشنامه توسط ایوب اسلامی وهمکاران درسال ۱۳۹۲ (۳۵) طراحی شده بود. روایی محتوایی ارزیابی و پایایی آن با میزان آلفای کرونباخ ۸۶ درصدارزیابی و تایید شد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

۵) پرسشنامه مراحل تغییر رفتار فرزندآوری (مبتنی برمدل فرانظریه‌ای): این پرسشنامه شامل پنج سوال است که توسط تیم تحقیق مطالعه حاضر با استفاده از مرور متون طراحی و پس از ارزیابی روایی و پایایی برای اولین بار در مطالعه حاضر استفاده شد. جهت روایی محتوایی این ابزار از نظرات ده تن از متخصصین در حوزه‌های مختلف بهداشت و سلامت باروری، مامایی، روانپزشکی و آموزش بهداشت استفاده شد. جهت پایایی آن، آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه روی یک گروه ۴۰ نفری برابر با ۷۰ درصد به‌دست آمد. سازه مراحل تغییر رفتار، توزیع فراوانی افراد را براساس مراحل مختلف رفتاری مشخص می‌کند. در این سازه، به ترتیب سوالات با این مضامین مطرح شدند: ۱) قصد اقدام به فرزندآوری تا بیش از شش ماه آینده (مرحله پیش تفکر)، ۲) قصد فرزندآوری تا کم‌تر از شش ماه آینده (مرحله تفکر)، ۳) قصد فرزندآوری تا یک ماه آینده (مرحله آمادگی)، ۴) اقدام به فرزندآوری کم‌تر از شش ماه در حال حاضر (مرحله عمل)، ۵) اقدام به فرزندآوری بیش از شش ماه در حال حاضر (مرحله حفظ).

جهت انجام مطالعه ابتدا رضایت کتبی از زنان اخذ شد و فرم رضایت‌کتبی همسر به آنان داده شد تا به منزل برده و پس از امضای همسر بازگردانند و با رضایت رضایت هر دو زوج، مراحل بعدی کار اجرا شد. افراد طبق تعریف مراحل رفتار فرزندآوری بر اساس مدل فرانظریه‌ای و پس از تکمیل پرسشنامه‌های پیش‌آزمون و مشخص شدن گروه رفتاری مورد آموزش قرار گرفتند. گروه آزمون طی ۵ جلسه با فواصل هفتگی و با شیوه‌های مختلف آموزش شامل سخنرانی به همراه نمایش اسلاید، پرسش و پاسخ، بحث گروهی، جلسات گروه‌های کوچک (BUZZ) و نمایش فیلم کوتاه توسط پژوهشگر مسوول طرح، آموزش دیدند. بر این اساس در مرحله پیش آزمون و مشخص شدن گروه رفتاری هر فرد، تعداد افراد هر یک از مراحل پیش تفکر، تفکر، آمادگی و حفظ در گروه آزمون مشخص شد. افراد واقع در مراحل پیش تفکر، تفکر و آمادگی وارد مطالعه شدند. بر این اساس درمرحله پیش‌آزمون در گروه مداخله ۲۲ نفر در گروه پیش تفکر، ۱۰ نفر در گروه تفکر و ۶ نفر در گروه آمادگی بودند و در گروه کنترل نیز ۲۲ نفر در گروه پیش تفکر، ۷ نفر در گروه تفکر و ۸ نفر در گروه آمادگی قرار گرفته و هر کدام در کلاس‌های اختصاصی خود آموزش دیدند. کلاس‌های آموزشی در پنج جلسه (جدول شماره ۱) در دو هفته متوالی برگزار گردید و در پایان هر جلسه بروشور آموزشی با محتوای خلاصه‌ی مطالب ارائه شده در آن جلسه در اختیار گروه آزمون قرار گرفت.

پس از اتمام مداخله آموزشی حضوری در گروه آزمون، پیام‌های آموزشی، هرهفته از طریق شبکه‌های مجازی مجاز به افراد گروه آزمون ارسال شد. پس از اتمام جلسات آموزشی و تا پایان پروژه، شرکت‌کنندگان در گروه آزمون در صورت نیاز (به صورت تلفنی یا ازطریق پیامک یا شبکه‌های مجازی مجاز) آموزش و مشاوره دریافت کردند. کلیه آموزش‌ها توسط پژوهشگر مسوول طرح با مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی ارایه شد. گروه کنترل نیز آموزش‌های رایج جهت ترویج فرزندآوری براساس سیاست‌های جدید

جدول شماره ۱: محتوای جلسات آموزشی گروه های مختلف رفتار فرزندآوری براساس مدل فرانظریه ای

گروه های مختلف مراحل تغییر رفتار بر اساس مدل فرانظریه ای	دوره زمانی برنامه مداخله	محتوای برنامه آموزش
گروه پیش تفکر	دو جلسه هر کدام به مدت ۶۰ دقیقه	جلسه اول: اهمیت فرزندآوری از دیدگاه جامعه شناسی، آگاهی از فواید فرزندآوری و عواقب تاخیر در فرزندآوری جلسه دوم: قطع روش های پیشگیری از بارداری، سبک زندگی سالم قبل از بارداری
گروه تفکر	دو جلسه هر کدام به مدت ۶۰ دقیقه	جلسه اول: قطع روش های پیشگیری از بارداری، سبک زندگی سالم(بخش اول) جلسه دوم: سبک زندگی سالم (بخش دوم)، مشاوره ی پیش از لقاح
گروه آمادگی	یک جلسه به م دت ۶۰ دقیقه	تاکید بر مشاوره ی پیش از لقاح، مراحل رشد جنین، توجه به سلامت مادر و جنین و بحث تراتوژن ها، آموزش علایم بارداری و چگونگی مواجهه با آن، اهمیت غربالگری های جنین در طی بارداری، مراقبت های صحیح بارداری جهت فرزندآوری

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

جمعیتی را طبق دستورالعمل وزارت بهداشت از مرکز مربوطه دریافت کردند و در صورت نیاز به‌صورت حضوری در مرکز بهداشت یا تماس تلفنی، مشاوره مورد نیاز را دریافت نمودند. آموزش روتین وزارت بهداشت دراین رابطه شامل توزیع پنج کتابچه آموزشی تحت عناوین ذیل بود: سن و ناباروری، شیوه زندگی و ناباروری، تخمدان پلی کیستیک و ناباروری، اندومتریوز و ناباروری، مشکلات و پیامدهای تک فرزندی. پس از اتمام پروژه، کلیه مطالب آموزشی ارائه شده در گروه آزمون، در اختیارگروه کنترل نیز قرار گرفت و مشارکت کنندگان در گروه کنترل نیز یک ماه مشاوره آموزشی رایگان (مطابق با آموزش‌های گروه مداخله) از پژوهشگر طرح دریافت نمودند. هر دو گروه آزمون و کنترل در دو مرحله و در مدت ۳ و ۶ ماه پس از اتمام برنامه‌ی آموزشی حضوری مجددا پرسشنامه‌های نگرش به فرزندآوری و پرسشنامه مراحل تغییر رفتار فرزندآوری مبتنی برمدل فرانظریه‌ای را تکمیل کردند و مورد ارزشیابی قرار گرفتند.

جهت تجزیه و تحلیل آماری از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. بررسی وضعیت نرمال بودن متغیرها با استفاده از آزمون چولگی-کشیدگی انجام شد. سپس با استفاده از روش‌های مبتنی بر آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی (سن زن، سن همسر و سن آخرین فرزند) و برای متغیرهای کیفی (سطح تحصیلات زن وهمسر، وضعیت مسکن، سطح درآمد) از شاخص‌های فراوانی مطلق و نسبی جداول مربوطه تنظیم شد. برای مقایسه متغیرهای کمی در هریک از گروه‌های آزمون و کنترل از آزمون تی مستقل وجهت متغیرهای کیفی ازآزمون‌های دقیق فیشر وکای دو استفاده گردید. جهت مقایسه‌ی میانگین نمرات نگرش به فرزندآوری قبل و بعد از مداخله، در هر کدام از دوگروه آزمون وکنترل از آزمون آماری تی زوجی و جهت بررسی تغییرات نمرات نگرش به صورت بین گروهی و درون گروهی ازآزمون repeated measures ANOVA استفاده شد. جهت بررسی تغییرات فراوانی افراد در مراحل مختلف رفتار فرزندآوری به صورت بین گروهی و درون گروهی از آزمون GEE (Generalized Estimating Equation) استفاده شد. سطح معنی‌داری برای کلیه آزمون‌ها کم‌تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

جدول شماره ۲ ویژگی‌های دموگرافیک زنان مورد مطالعه در گروه‌های آزمون و کنترل را نشان می‌دهد. همان طور که مشاهده می‌شود، گروه آزمون و کنترل از نظر ویژگی‌های دموگرافیک توزیع یکسانی داشته و اختلاف معنی‌داری نداشتند. به طوری که اکثریت افراد مورد مطالعه در گروه آزمون و کنترل دارای یک فرزند بودند. سطح تحصیلات اکثریت زنان در هر دو گروه، تحصیلات دانشگاهی و اکثریت همسران در گروه آزمون دارای تحصیلات دیپلم و در گروه کنترل تحصیلات دانشگاهی بوده است. اکثریت خانم‌ها در هر دو گروه، خانه‌دار و شغل همسر اکثر زنان در هر دو گروه آزاد می‌باشد. افراد گروه آزمون دارای مسکن اجاره‌ای و اکثریت گروه کنترل مالک خانه بودند. هم‌چنین اکثریت افراد دو گروه دارای درآمد ماهیانه بین یک تا دو میلیون می‌باشند. اغلب افراد دو گروه در بارداری‌های قبلی به روش سزارین زایمان نکرده‌اند و اغلب آنان در حال حاضر با روش طبیعی از بارداری پیشگیری می‌کنند. اکثریت زنان گروه آزمون و کنترل در بارداری‌های قبلی مشکل زایمان نداشتند.

متغیرهای تعداد فرزندان، سن و سطح تحصیلات زن و همسر، شغل زن و همسر، وضعیت مسکن،وضعیت درآمد ماهیانه،استفاده ازروش سزارین در بارداری‌های قبلی، نوع روش پیشگیری از بارداری، مشکلات در بارداری و یا زایمان قبلی بررسی شد و دو گروه مداخله و کنترل از نظر همه این متغیرها مشابه بودند. برای آزمون نرمال یا عدم نرمال بودن متغیرنگرش زنان در

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

پیش‌آزمون و پس‌آزمون ازآزمون چولگی-کشیدگی استفاده شده است. مقدار چولگی متغیرها بین [۲،۲-] و مقدار کشیدگی بین[۳،۳-] است، پس متغیرها نرمال می‌باشند و توزیع داده‌های گردآوری شده نرمال است. در جدول شماره ۳، میانگین و انحراف معیار نمرات نگرش زنان در دو گروه آزمون و کنترل در مرحله قبل از آموزش و سه ماه و شش ماه بعد از آموزش نشان داده شده است. نگرش زنان گروه آزمون نسبت به گروه کنترل، قبل از آموزش (P=۰/۲۶) سه ماه (P=۰/۰۱۱) و شش ماه (P=۰/۰۰۸) بعد ازآموزش، بهبودی معناداری را نشان می‌دهد.

نمرات نگرش زنان در دو گروه در فاصله زمانی قبل و سه ماه بعد از آموزش تفاوت معنی داری داشت (بهبود یافته بود) (P=۰/۰۰۲)، در حالی که نمرات نگرش زنان بین دو گروه آزمون و کنترل بین سه ماه و شش ماه بعد ازآموزش (P=۰/۴۱۴۱) و قبل و شش ماه بعد از آموزش (P=۰/۰۵۲) تغییر معناداری نداشت. با توجه به مقایسه درون گروهی نگرش زنان در گروه آزمون (P=۰/۰۱۱) و در گروه کنترل (P=۰/۷۵۹) و نیز مقایسه بین گروهی (P <۰/۰۰۱) مشخص شد، آموزش مبتنی بر مدل فرانظریه‌ای بر نگرش زنان نسبت به فرزندآوری در مقایسه با گروه کنترل تأثیر دارد. جدول شماره ۴، فراوانی افراد براساس مراحل مختلف رفتار فرزندآوری مبتنی برمدل فرانظریه‌ای قبل، سه و شش ماه بعد از آموزش را نشان می‌دهد.

همان‌طورکه در جدول شماره ۴ مشخص است، سازه مراحل تغییر رفتار فرزندآوری در زنان گروه آزمون نسبت به گروه کنترل، قبل از آموزش (P=۰/۶۷۰)، سه ماه(P=۰/۸۲۶) و شش ماه (P=۰/۱۴۸) بعد ازآموزش، ارتقاء یافته است ولی این میزان معنی دار نبود. با توجه به مقایسه درون گروهی مراحل تغییر رفتار در گروه آزمون (P<۰/۰۰۱) و در گروه کنترل (P=۰/۰۸۴) مرحله رفتاری زنان گروه آزمون درسطح درون گروهی به میزان معنی‌داری بهبود یافته است. نتایج سطوح معنی‌داری قبل تا سه ماه (P=۰/۵۳۰) سه تا شش ماه (P=۰/۸۵۲) و قبل تا شش ماه بعد ازآموزش (P=۰/۱۰۰) و مقایسه بین گروهی (P=۰/۲۸۱) نشان داد که آموزش مبتنی بر مدل فرانظریه‌ای بر مراحل رفتاری زنان گروه آزمون نسبت به گروه کنترل تاثیر ندارد.

جدول شماره۲: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک زنان سنین باروری شرکت کننده در مداخله آموزشی مبتنی بر مدل فرانظریه ای به تفکیک در دو گروه آموزش و کنترل

متغیرها / گروه	آزمون N=38 تعداد (درصد)	کنترل N=37 تعداد (درصد)	سطح معنی داری
تعداد فرزندان			
بدون فرزند	۱۰ (۲۶/۳)	۱۳ (۳۵/۱)	۰/۳۸۳
یک فرزند یا بیش تر	۲۸ (۷۳/۷)	۲۴ (۶۴/۹)	
سطح تحصیلات			
زیر دیپلم	۳ (۷/۹)	۵ (۱۳/۵)	
دیپلم	۱۷ (۴۴/۷)	۱۳ (۳۵/۱)	۰/۶۰۱
دانشگاهی	۱۸ (۴۷/۴)	۱۹ (۵۱/۴)	
تحصیلات همسر			
زیر دیپلم	۹ (۲۳/۷)	۱۱ (۲۹/۷)	
دیپلم	۱۵ (۳۹/۵)	۱۰ (۲۷)	۰/۵۱۷
دانشگاهی	۱۴ (۳۶/۸)	۱۶ (۴۳/۲)	
شغل زن			
خانه‌دار	۲۸ (۷۳/۷)	۲۵ (۶۷/۶)	
کارمند	۲ (۵/۳)	۵ (۱۳/۵)	۰/۵۳۱
سایر	۷ (۱۸/۹)	۸ (۲۱/۱)	
شغل همسر			
کارمند	۸ (۲۱/۱)	۴ (۱۱/۸)	۰/۳۸۹
آزاد	۳۰ (۷۸/۹)	۳۳ (۸۸/۲)	
وضعیت مسکن			
مالک	۱۶ (۴۲/۱)	۱۹ (۵۱/۴)	
مستأجر	۱۸ (۴۷/۴)	۱۵ (۴۰/۵)	۰/۷۴۳
زندگی با خانواده همسر	۴ (۱۰/۵)	۳ (۸/۱)	
وضعیت درآمد ماهیانه			
زیر یک میلیون	۷ (۱۸/۴)	۵ (۱۳/۵)	
یک تا دو میلیون	۲۴ (۶۳/۲)	۲۷ (۷۳)	۰/۵۹۱
بالای دو میلیون	۷ (۱۸/۴)	۵ (۱۳/۵)	
استفاده ازروش سزارین در بارداری های قبلی			
هیچ بار	۲۵ (۶۵/۸)	۲۷ (۷۳)	۰/۵۰۰
یک بار یا بیش تر	۱۳ (۳۴/۲)	۱۰ (۲۷)	
نوع روش پیشگیری از بارداری			
روش جلوگیری طبیعی	۲۵ (۶۵/۸)	۲۹ (۷۸/۴)	
کاندوم	۱۱ (۲۸/۹)	۷ (۱۸/۹)	۰/۵۰۵
سایر	۲ (۵/۳)	۱ (۲/۷)	
مشکلات در بارداری و یا زایمان قبلی			
بدون مشکل	۲۶ (۶۸/۴)	۲۴ (۶۴/۹)	
سقط	۳ (۷/۹)	۴ (۱۰/۸)	۰/۱۴۹
زایمان سخت	۶ (۱۵/۸)	۲ (۵/۴)	
سایر	۳ (۷/۹)	۷ (۱۸/۹)	
سن زن (انحراف معیار ±میانگین)	۲۹/۳۷±۳/۲۳	۲۸/۸۹±۳/۵۵	۰/۵۷۲
سن همسر (انحراف معیار ±میانگین)	۳۳/۸۷±۳/۴۶	۳۲/۸۹±۴/۲۸	۰/۳۳۵
سن آخرین فرزند (انحراف معیار ±میانگین)	۵/۴۷±۴/۵۱)	۴/۲۶±۳/۹۶	۰/۳۴۴

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار نمره های نگرش به رفتار فرزندآوری در گروه های آموزش و کنترل در مراحل قبل، ۳ ماه و ۶ ماه بعد از مداخله آموزشی مبتنی بر مدل فرانظریه ای

متغیر	گروه	قبل از آموزش		سه ماه بعد از آموزش		شش ماه بعد از آموزش		P value	سطح معنی داری
		(انحراف معیار ±میانگین)	سطح معنی داری	(انحراف معیار ±میانگین)	سطح معنی داری	(انحراف معیار ±میانگین)	سطح معنی داری	درون گروهی	بین گروهی
نگرش	آزمون	۱۷۱/۸۱ ± ۲۲/۵۵	۰/۲۶	۱۷۹/۱۲ ± ۲۲/۵۵	۰/۰۱۱	۱۷۷/۳۹ ± ۲۰/۵۴	۰/۰۰۸	۰/۰۱۱	<۰/۰۰۱
	کنترل	۱۶۶/۳۱ ± ۱۹/۲۷		۱۶۵/۸۵ ± ۲۱/۴۹		۱۶۵/۰۷ ± ۱۸/۳۷		۰/۷۵۹	

جدول شماره ۴: توزیع افراد براساس سازه مراحل تغییر رفتار فرزندآوری دردو گروه آموزش و کنترل قبل و سه و شش ماه بعد از مداخله آموزشی مبتنی بر مدل فرانظریه ای

گروه	قبل از آموزش			سه ماه بعد از آموزش			شش ماه بعد از آموزش			سطح معنی داری	سطح معنی داری
	مرحله رفتاری	تعداد (درصد)	سطح معنی داری	مرحله رفتاری	تعداد (درصد)	سطح معنی داری	مرحله رفتاری	فراوانی (درصد)	سطح معنی داری	درون گروهی	بین گروهی
آزمون	پیش تفکر	۲۲ (۵۷/۸)		پیش تفکر	۲۱ (۵۶/۷)		پیش تفکر	۱۷ (۴۴/۷)			
N=38	تفکر	۱۰ (۲۸/۹)		تفکر	۶ (۱۵/۷)		تفکر	۴ (۱۰/۵)		<۰/۰۰۱	
	آمادگی	۶ (۱۵/۷)		آمادگی	۱ (۲/۶)		آمادگی	۵ (۱۳/۱)			
				عمل	۱۰ (۲۶/۳)	۰/۸۲۶	عمل	۱۲ (۳۱/۵)	۰/۱۴۸		۰/۲۸۱
کنترل	پیش تفکر	۲۲ (۵۹/۴)	۰/۶۷۰	پیش تفکر	۲۳ (۶۲/۱)		پیش تفکر	۲۱ (۵۶/۷)			
N=37	تفکر	۷ (۱۸/۹)		تفکر	۵ (۱۳/۵)		تفکر	۵ (۱۳/۵)		۰/۰۸۴	
	آمادگی	۸ (۲۱/۶)		آمادگی	۲ (۵/۴۰)		آمادگی	۰ (۰)			
				عمل	۷ (۱۸/۹)		عمل	۱۱ (۲۹/۷)			

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر برنامه آموزشی مبتنی برمدل فرانظریه‌ای برنگرش زنان نسبت به فرزندآوری انجام شد. افزایش آگاهی و اطلاعات افراد در قالب آموزش، می‌تواند نگرش آن‌ها را تحت تاثیر قرار دهد(۳۶). در مرور متون، مطالعه‌ای مشابه با هدف مطالعه حاضر یافت نشد، لذا جهت بحث پیرامون نتایج این مطالعه به بررسی مطالعات آموزش محورمبتنی بر مدل فرانظریه‌ای که با هدف تغییر نگرش در حوزه‌های مرتبط با بهداشت و سلامت باروری صورت گرفته بود، پرداخته شد و پس از آن نتایج مطالعات مبتنی برمدل فرانظریه‌ای درحیطه‌های مرتبط، با هدف ارزیابی تغییرات مراحل رفتار، بررسی شدند. همان‌طورکه نتایج مطالعه ما نشان داد نگرش نسبت به فرزندآوری در زنان پس از آموزش مبتنی برمدل فرانظریه ای بهبود یافت ولی آموزش مبتنی بر این مدل نتوانست مراحل رفتاری زنان نسبت به فرزندآوری را ارتقاء دهد.

یافته‌های مطالعه ما نشان داد که آموزش مبتنی برمدل فرانظریه‌ای می‌تواند تاثیر مثبتی بر نگرش زنان نسبت به فرزندآوری و باروری ایجاد کند. طبق جستجوی انجام شده توسط تیم پژوهش، مطالعه مشابهی با این هدف انجام نشده است لیکن بررسی رفتارهای بهداشتی مشابه درحیطه سلامت باروری درسال ۱۳۹۰ (۳۷)، نشان می‌دهد که آموزش مبتنی بر مدل فرانظریه‌ای می‌تواند درایجاد نگرش مثبت نسبت به انجام فعالیت فیزیکی مناسب در زنان سنین باروری و در دوران بارداری موثرباشد. برطبق مطالعه ای درسال ۱۳۹۳ (۳۸)، آموزش برمبنای این مدل می‌تواند باعث ارتقاء نگرش افراد نسبت به انجام غربالگری پاپ اسمیر و حفظ سلامت باروری زنان شود. هم چنین براساس مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۷ (۳۹)، آموزش مبتنی براین مدل توانست دیدگاه افراد را نسبت به استفاده از روش دوگانه پیشگیری از بارداری جهت کاهش خطر بروز بارداری ناخواسته و بیماری‌های مقاربتی (STIs) تغییر دهد و زنان را به استفاده از کاندوم توسط همسرانشان ترغیب نماید. با توجه به تاثیرگذار بودن این مداخلات بر زنان می‌توان تا حدودی در حوزه رفتارهای باروری در گروه هدف زنان با اطمینان بیش‌تری ازاین مدل آموزش بهداشت استفاده نمود. یافته‌های این مطالعه نشان داد که نگرش زنان نسبت به باروری و فرزندآوری پس از آموزش ارتقاء پیدا کرد. از جمله مطالعاتی که در جمعیت زنان و با موضوعات مرتبط با باروری بدون استفاده از مدل‌های

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

آموزش بهداشت صورت گرفت، می‌توان به مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۱ با محوریت فرزندآوری زنان انجام شده بود، اشاره کرد که نتایج آن همسو با نتایج مطالعه ما بود(۳۲).

هم چنین مطالعه دیگری در سال ۲۰۱۵ تاثیر مثبت آموزش بر نگرش زنان نسبت به سلامت و بهداشت باروری را نشان داد(۴۰) و مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۴ با موضوع تاثیر آموزش بر نگرش زنان نسبت به بهداشت باروری نیز همسو با نتایج مطالعه ما بود(۴۱). مطالعه غیرهمسو با مطالعه حاضر و نیز مطالعه‌ای که در آن آموزش، مبتنی بر مدل فرنظریه‌ای انجام شده باشد، در جستجوی انجام شده توسط نویسندگان، یافت نشد. می‌توان این طور نتیجه گرفت که آموزش می‌تواند بر نگرش زنان در حوزه‌های مرتبط با موضوع باروری موثر باشد ولی به علت تعداد کم پژوهش‌های آموزش محور با هدف تغییر نگرش نسبت به این موضوع، جهت پذیرش این فرضیه نیاز به بررسی مطالعات بیش‌تری است.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که آموزش مبتنی بر مدل فرانظریه‌ای می‌تواند مراحل رفتار زنان نسبت به فرزندآوری را ارتقاء دهد ولی این تغییر معنادار نبود. نتایج مطالعات مبتنی براین مدل در حیطه های مرتبط با سلامت باروری نظیر مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۵ (۴۲)، با هدف بهبود فعالیت‌های ورزشی دردوران بارداری و مطالعه‌ی دیگری که درسال ۲۰۱۰ با هدف تشویق به مصرف مولتی ویتامین و اسید فولیک در زنان درراستای حفظ سلامت باروری(۴۳) انجام گرفت، باعث ارتقاء مراحل اقدام به رفتار بهداشتی مورد نظر شدند. با توجه به این که زنان درجهت ارتقاء مرحله رفتاری نسبت به فرزندآوری سالم، نیازمند انجام مراقبت‌های قبل از بارداری به مدت سه ماه قبل از اقدام می‌باشند، لذا جهت مقایسه نتایج این مطالعات با دیگر مطالعات و بحث پیرامون آن نیاز است مداخله‌ی مبتنی برمدل فرانظریه‌ای بر رفتار فرزندآوری و یا رفتاری مشابه که نیازمند شروع ارایه آموزش پیش بارداری در فاصله‌ی زمانی بیش از ۳ ماه باشد مورد بررسی قرارگیرد. یکی دیگر از علل عدم تأثیر آموزش مبتنی بر مدل فرانظریه‌ای بر مراحل تغییر رفتار، می‌تواند به علت تعداد کم نمونه در هر گروه باشد (تخمین تعداد نمونه در این مطالعه بر اساس تغییر نگرش نسبت به فرزندآوری صورت گرفته بود). لذا پیشنهاد می‌شود مطالعه مداخله ای بعدی با تعداد نمونه بیش‌تر انجام شود. از سوی دیگر این یافته می‌تواند تأییدی بر پیچیدگی و چندعاملی بودن فرزندآوری باشد(۴۴). یکی از مهم‌ترین این عوامل، فاکتورهای اقتصادی است(۳۳) که حل آن‌ها از طریق مداخله پژوهشی امکان‌پذیر نیست.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به دوره‌ی کوتاه پیگیری شش ماهه (مطابق با مدل فرانظریه‌ای) اشاره کرد. هدف این مطالعه ترغیب افراد درجهت اقدام به رفتار بهداشتی فرزندآوری سالم بود که در صورت تصمیم و قصد انجام آن، نیاز به یک دوره زمانی بیش از سه ماهه جهت مراقبت‌های قبل ازبارداری می باشد.

از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به این نکته اشاره کرد که این مطالعه طبق جستجوی تیم تحقیق اولین مطالعه مداخله‌ای مبتنی بر مدل فرانظریه‌ای با هدف تغییر نگرش زنان نسبت به فرزندآوری می‌باشد و از این لحاظ که استان مازندران دومین استان بعد ازاستان گیلان از نظر نرخ پایین باروری در کشور ایران می‌باشد(۱۴)، اهمیت این کار را نمایان می‌سازد. از دیگر نقاط قوت این کار آموزش و حمایت گروه آزمون طی شش ماه به‌صورت غیرحضوری و هم‌چنین ارزیابی افراد در دوره پیگیری سه وشش ماهه می‌باشد که با توجه به تعریف مراحل مختلف رفتاری براساس مدل فرانظریه ای امکان تفسیر بهتر نتایج مطالعه را در فواصل زمانی مختلف فراهم می‌آورد. با توجه به این که جهت آموزش افراد در این مطالعه یک بسته آموزشی مبتنی برمدل فرانظریه‌ای با محوریت فرزندآوری و برحسب نیازهای آموزشی مطرح شده توسط مشارکت‌کنندگان درپژوهش طراحی شده است، از این مرجع می‌توان با توجه به نتایج مثبت ایجاد شده درتغییرنگرش افراد نسبت به موضوع فرزندآوری استفاده کرد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

آموزش مبتنی برمدل فرانظریه‌ای، نگرش زنان نسبت به فرزندآوری را بهبود بخشید ولی نتوانست مراحل رفتاری زنان نسبت به فرزندآوری را تغییر دهد، لذا با توجه به نیاز به صرف زمانی سه ماهه جهت انجام مراقبت‌های قبل ازبارداری با هدف فرزندآوری سالم و تعداد نمونه‌های کم دراین مطالعه، به نظر می‌رسد جهت تغییر رفتار فرزندآوری، نیاز به آموزش با مدت زمان و تعداد نمونه‌های بیش‌تر و نیز اجرای سایر سیاست‌های کشوری حمایت کننده از این سیاست جدید جمعیتی می‌باشد.

سپاسگزاری

این مقاله استخراج شده ازپایان نامه ی مقطع کارشناسی ارشد مشاوره درمامایی تحت حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مازندران با کد .۳۱۱۲ می باشد. از مشارکت کنندگان گرامی، همکاران محترم مراکز جامع سلامت شهری آمل که درتهیه لیست نمونه‌ها همکاری داشتند و ریاست محترم وقت بیمارستان امام رضا (ع) آمل، جهت دراختیارگذاردن سالن اجتماعات بیمارستان در راستای برگزاری کلاس‌های آموزشی این طرح، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

References

1. Keshavarz H, Haghighian M, Dinan KT. A Study on the Factors Influencing the Space between Marriage and Having Children (Case Study: Married Women of 20-49 in Isfahan). Jnl Applied Sociology 2013; 24(2): 111-125 (Persian).
2. Baezzat F, Ghozlojeg AA, Marzbani Y, Karimi A, Azarnewshan B. Psychometric evaluation of Persian version of Attitude to Fertility and Childbearing Scale. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2017; 15(1): 37-47 (Persian).
3. Khadivzade T, Arghavani E. Religious Beliefs and fertility preferences among Engaged couples, Referring to premarital counseling centers of Mashhad, Iran. Journal of Midwifery and Reproductive Health 2014; 2(4): 238-245.
4. Piltan, Rahmanian. Investigating Factors Affecting the Tendency toward Childbearing among Married Men and Women (Case of Study: Men and Women aged 25 to 45 years Old in Jahrom). Jnl of Iranian Social Development Studies 2015; 7(2): 121-134 (Persian).
5. Pandolfi E, Gonfiantini MV, Gesualdo F, Romano M, Carloni E, Mastroiacovo P, et al. A cohort study of a tailored web intervention for preconception care. BMC Med Inform Decis Mak 2014; 14(1): 33.
6. Cooke A, Mills TA, Lavender T. 'Informed and uninformed decision making'—Women's reasoning, experiences and perceptions with regard to advanced maternal age and delayed childbearing: A meta-synthesis. Int J Nurs Stud 2010; 47(10): 1317-1329.
7. Hosseini H, Bagi B. Women's Autonomy and Fertility Ideals Among Kurdish Women In the City of Mahabad. Woman in Development & Politics 2012; 10(4): 57-78 (Persian).
8. Mobasheri M, Alidousti M. Determination of the Most Important Factors Influencing the Fertility Patterns of Single Child and Without Child Families in Shahr-e-kord City in 2013. SJIMU 2013; 21(6) :63-70 (Persian).
9. Balasch J, Gratacós E. Delayed childbearing: effects on fertility and the outcome of pregnancy. Curr Opin Obstet Gynecol 2012; 24(3): 187-193.
10. Shavazi mjA, khajesalehi Z. An Assessment on the Impact of Women's Autonomy, Education and Social Participation on

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

Childbearing Intention in Sirj an City. Women in Development & Politics 2013; 11(1): 45-64 (Persian).

11. Khadivzadeh T, Arghavani E, Shakeri MT. Attitude to government incentives on childbearing and its relationship with fertility preferences of couples referred to health centers has premarital counseling center in Mashhad. J Mazandaran Univ Med Sci 2015; 24(120): 1-13 (Persian).
12. Khadivzadeh T, Arghavani E, Shakeri MT. Relationship between fertility Motivations and Preferences in Couples. Iranian Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility 2014; 17(114): 8-18 (Persian).
13. Shahabadi Z, Saraie H, Farahani FK. Role of individualism on fertility intention among women who are alot to marry (the case of neishabour city). Jnl Population Association of Iran 2014; 18(16): 29-54 (Persian).
14. Statistical Center of Iran. (2018). Population and Housing Census of 1395. Available from: https://www.amar.org.ir/Portals/0/News/1397/n-koli-95.pdf (Persian).
15. Behboudi-Gandevani S, Ziaei S, Khalajabadi-Farahani F. Delayed child bearing: New serious challenge in Iran. J Res Med Sci 2013; 18(1): 83 (Persian).
16. Gandevani SB, Ziaee S, Farahani FK. A Review of the Impact of Different Social Policy Incentives to Accelerate Population Growth Rate. Women's Health Bulletin 2014; 1(1): 1-5 (Persian).
17. Shahabadi Z, Saraie H, KhalajAbadi Farahani F. The investigation of attitude toward studying continuation after marriage and its effect on parening decision (the studying of women who are about to marriage in Nayshabour town). Journal of Social Sciences 2016; 22(71): 126-162 (Persian).
18. Brzozowska Z. Fertility and education in Poland during state socialism. Demographic Research 2014; 31: 319-336.
19. Peterson BD, Pirritano M, Tucker L, Lampic C. Fertility awareness and parenting attitudes among American male and female undergraduate university students. Hum Reprod 2012; 27(5): 1375-1382.
20. Daniluk JC, Koert E. Fertility awareness online: the efficacy of a fertility education website in increasing knowledge and changing fertility beliefs. Hum Reprod 2015; 30(2): 353-363.
21. Sharifirad GH, Mohebbi S, Sharifirad M, Jahangiri L. Attitude and Attitude survey of health education. Tehran: Asar sobhan; 2011; (Persian).
22. Hatami H, EftakharArdabil H, Majlesi F, Nozadi M, Parizadeh SMJ. Comprehensive public health. 2th ed. Tehran: Arjmand; 2009. (Persian).
23. Glanz K, Rimer B, Viswanath K. Health behavior and health education. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2012.
24. Di Noia J, Prochaska JO. Mediating variables in a transtheoretical model dietary intervention program. Health Educ Behav 2010; 37(5): 753-762.
25. Romain AJ, Attalin V, Sultan A, Boegner C, Gernigon C, Avignon A. Experiential or behavioral processes: which one is prominent in physical activity? Examining the processes of change 1 year after an intervention of therapeutic education among adults with obesity. Patient Educ Couns 2014; 97(2): 261-268.
26. Horowitz SM. Applying the transtheoretical model to pregnancy and STD prevention: a review of the literature. Am J Health Promot 2003; 17(5): 304-328.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

27. Brick LA, Redding CA, Paiva AL, Velicer WF. Intervention effects on stage transitions for adolescent smoking and alcohol use acquisition. Psychology of addictive Behaviors 2017; 31(5): 614-624.
28. Bayik Temel A, Daghan S. Effect of structured training programme on the knowledge and behaviors of breast and cervical cancer screening among the female teachers in Turkey. BMC Womens Health 2017; 17(1): 123.
29. Bradley-Springer L. Patient education for behavior change: Help from the transtheoretical and harm reduction models. J Assoc Nurses AIDS Care 1996; 7(supp1): 23-33.
30. Lopez LM, Tolley EE, Grimes DA, Chen M, Stockton LL. Theory-based interventions for contraception. Cochrane Database Syst Rev 2013(8): Cd007249.
31. Rahimi A, Hashemzadeh M, Zare-Farashbandi F, Naeini AMA, Hasanzadeh A. The effect of nutrition education course on awareness of obese and overweight female 1st-year High School students of Isfahan based on transtheoretical model of behavioral change. J Educ Health Promot 2018; 7(1): 76.
32. Wang HH, Lin ML, Yang YM, Tsai HM, Huang JJ. The effects of group health education on childbearing knowledge, attitude, and behaviour among Southeast Asian immigrant women in Taiwan. Midwifery 2012; 28(6): 754-759.
33. Moosavi F, Bashi MG. A Study of Attitudes towards Childbearing in Young Families of Qazvin City. Women and Family Studies. 2014; 1(2): 111-134 (Persian).
34. Sanaei B, Alagheband S, Falahati S, Hooman A. Family and marriage scales .2thed. Tehran: Besat; 2009. (Persian).
35. Islami a, Mahmoudi A, Khabiri M, Razavi MN. The role of socio-economic conditions in the citizens' motivation for participating in public sports. Applied Research Sports Management 2013; 2(7): 89-104 (Persian).
36. Mirhaydri M, Rezaei M, Karimi Z, Ghazvinian L, Saghfipour A, Ghazvinian M. The Effects of Pre-marriage Education on their reproductive health among Couples participating in marriage classes of Qom, 2016. Jnl of Health Breeze 2016; 5(1): 7-17 (Persian).
37. Solhi M, Ahmadi L, Taghdisi MH, Haghani H. The Effect of Trans Theoretical Model (TTM) on exercise behavior in pregnant women referred to dehaghan rural health center in. Iranian Journal of Medical Education 2012; 11(8): 942-950 (Persian).
38. Ghahremani M, Alami A, Moghaddam M, Moodi M. Screening for Cervical Cancer: An Educational Intervention Based on Transtheoretical Models and Health Belief in Women of Gonabad Iran .Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2018; 21(5): 22-32 (Persian).
39. Peipert JF, Redding CA, Blume JD, Allsworth JE, Matteson KA, Lozowski F, et al. Tailored intervention to increase dual-contraceptive method use: a randomized trial to reduce unintended pregnancies and sexually transmitted infections. Am J Obstet Gynecol 2008; 198(6): 630. e1-. e8.
40. Koh MS, Han SJ. Effect of Mother-Child Health Improvement Education for the Community of Luwero District in Uganda. Advanced Science and Technology Letters 2015: 14-16.
41. Zhu C, Geng Q, Chen L, Yang H, Jiang W. Impact of an educational programme on reproductive health among young migrant

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

female workers in Shenzhen, China: an intervention study. Int J Behav Med 2014; 21(4): 710-718.

42. Haakstad LA, Voldner N, Bo K. Stages of change model for participation in physical activity during pregnancy. J Pregnancy 2013; 2013: 193170.
43. Milan JE, White AA. Impact of a stage-tailored, web-based intervention on folic acid-containing multivitamin use by college women. Am J Health Promot 2010; 24(6): 388-395.
44. Tavousi M, Motlagh ME, Eslami M, Haerimehrizi A, Hashemi A, Montazeri A. Fertility desire and its correlates: a pilot study among married citizens living in Tehran, Iran. Payesh 2015; 14(5): 697-702 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]