

قصد برقراری رابطه جنسی بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده (TPB) در زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهری مشهد ۱ در سال ۱۳۹۰

حسین ابراهیمی پور^۱، زینب جلمبادانی^{۲*}، نوشین پیمان^۳، حبیب ا... اسماعیلی^۴، علی وفایی نجار^۵

۱. استادیار، گروه بهداشت و مدیریت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۲. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۳. استادیار، گروه بهداشت و مدیریت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۴. دانشیار، گروه آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۵. دانشیار، گروه بهداشت و مدیریت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد * نویسنده مسئول. تلفن: ۰۵۱۱۸۵۴۶۳۳ فکس: ۰۵۱۱۸۵۱۷۵۰۵ ایمیل: jalambadaniz@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: بیش از نیمی از مشکلات جنسی که باعث نابودی زندگی و روابط زناشویی می‌شود، به علت آگاهی ناکافی یا عقاید نادرست در مورد روابط جنسی ایجاد می‌شود. تئوری رفتار برنامه ریزی شده، یکی از تئوری‌های مهمی است که فرایند اصلی پذیرش رفتارهای بهداشتی را توضیح می‌دهد. این مطالعه، تئوری رفتار برنامه ریزی شده را در پیش‌بینی قصد عملکرد جنسی زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد ۱ در سال ۱۳۹۰ مورد بررسی قرار داد.

روش کار: در این مطالعه توصیفی- تحلیلی که به صورت مقطعی انجام شد، ۲۰۰ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد ۱ در سال ۱۳۹۰ مورد بررسی قرار گرفتند. روایی این پرسشنامه از طریق پانل خبرگان و پایایی آن بوسیله آلفای کرونباخ و آزمون- بازآزمون تعیین شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-11.5 و آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز رگرسیون، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: طبق نتایج همبستگی مثبت معنی‌داری بین تمام متغیرهای تئوری رفتار برنامه ریزی شده با قصد و عملکرد جنسی مشاهده گردید ($p < 0/05$). در آنالیز رگرسیون مشخص گردید که نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتار درک شده در مجموع ۰/۴۵ واریانس قصد عملکرد جنسی را پیشگویی می‌کنند که در بین این متغیرها، اثر هنجارهای انتزاعی بیش از سایر متغیرها بود ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش، ضروری است دست اندرکاران بهداشتی به آموزش جنسی صحیح اهمیت داده و استفاده از تئوری رفتار برنامه ریزی به عنوان الگویی برای ارتقاء عملکرد جنسی زنان بکار رود.

واژه‌های کلیدی: آموزش جنسی، تئوری رفتار برنامه ریزی، عملکرد جنسی

پذیرش: ۹۲/۶/۱۹

دریافت: ۹۲/۲/۹

مقدمه

ارتباط تنگاتنگی با مشکلات اجتماعی از قبیل جرائم، تجاوزات جنسی، بیماری‌های روانی و طلاق دارد. همچنین عصبی بودن، بروز دردهای زیر دل و کمردردها، ناتوانی در تمرکز فکری و حتی ناتوانی در انجام امور روزمره نیز از دیگر عواقب عدم موفقیت در ارضاء غریزه جنسی است (۱). در حالی که عملکرد جنسی مطلوب عاملی برای تحکیم

غریزه جنسی یکی از مهمترین نیازهای انسان است که موجب بقای نسل و تولید مثل می‌گردد و محققین آن را به عنوان زیربنای تشکیل خانواده پذیرفته و ارضای آن را بسیار مهم و ضروری می‌دانند. تحقیقات نشان می‌دهند نارسائی‌های جنسی

خانواده و پایه‌ای برای به‌دست‌آوردن و تثبیت یک فرهنگ استوار است. چه بسا زوج‌هایی که دارای نارسایی جنسی بوده و خود از تأثیر نارسایی بر مشکلات زندگی زناشویی و نقش آن در ایجاد ارتباط ضعیف، اعتماد به نفس پایین و افسردگی در خود و همسرشان غافل می‌باشند (۱). در مطالعه‌ای در ترکیه شایع‌ترین اختلالات جنسی در زنان عبارت بودند از: ۶۰/۳ درصد میل جنسی، ۴۳ درصد مرحله برانگیختگی جنسی، ۳۸ درصد رطوبت جنسی، ۴۵/۸ درصد رضایت جنسی، ۳۶/۸ درصد مقاربت دردناک گزارش شد (۲). در مطالعه‌ای دیگر شیوع اختلالات عملکرد جنسی در زنان اندازه‌گیری شد. شایع‌ترین اختلالات جنسی زنان سنین ۴۳ تا ۵۸ سال، عبارت بودند از: اشکال در میل جنسی (۲۲ درصد)، اختلال در مرحله انگیختگی (۳۵ درصد) و اختلال در رسیدن به ارگاسم یا رضایت کامل (۳۹ درصد) و نزدیکی دردناک (۱۲/۸ درصد) (۳). گشتاسی در مطالعه‌ای در کهکیلویه و بویر احمد در سال ۱۳۸۶ نشان داد شیوع اختلال میل جنسی در زنان ۳۵/۱ درصد، تحریک ۳۱/۶ درصد، ارگاسم ۳۴/۵ درصد و درد هنگام مقاربت ۳۴/۹ درصد می‌باشد (۴). آمارهای ذکرشده دلیل بر اهمیت توجه به سلامت جنسی بوده، چرا که غریزه جنسی از نیازهای ذاتی انسان است. به طوری که مزو این نیاز را در رده نیازهای جسمانی یا نیازهای حیاتی اولیه قرار داده است (۵). در زمینه رابطه جنسی نیز می‌توان گفت که اگرچه زندگی زناشویی سعادتمندانه فقط تا اندازه‌ای مربوط به رابطه جنسی است، ولی این رابطه ممکن است از مهمترین علل خوشبختی یا عدم خوشبختی در زندگی زناشویی باشد، زیرا اگر این رابطه قانع‌کننده نباشد، منجر به احساس محرومیت، ناکامی و عدم احساس ایمنی، به خطر افتادن سلامت روان و در نتیجه از هم پاشیدگی خانواده می‌شود (۶).

بنابراین برنامه‌های آموزش جنسی از جمله مباحثی است که به منظور بالابردن آگاهی و کاهش مسائل

جنسی در تمام سطوح اجتماع مطرح شده است (۷). برای تدوین برنامه آموزش بهداشت جنسی در ایران توجه به جنبه‌های خاص فرهنگی، مذهبی و نیز قوانین، هنجارها و ارزش‌های حاکم بر جامعه و خانواده‌ها ضروری است. همچنین برای موفقیت هر برنامه آموزشی، رسانه، پیام مناسب و نیز انتقال‌دهنده مناسب پیام از اهمیت زیادی برخوردار است (۸).

تئوری که در مطالعه حاضر برای بهبود عملکرد جنسی در زنان انتخاب شده، تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده می‌باشد. تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده توسط آیزن^۱ و فیش‌بین^۲ در سال ۱۹۸۰ ابداع شد. این تئوری، اصلی‌ترین علت یک رفتار را، قصد برای انجام آن رفتار می‌داند. قصد نیز تحت تأثیر نگرش نسبت به رفتار، هنجارهای انتزاعی نسبت به رفتار و احساس کنترل فرد بر آن رفتار (از نظر آسانی و یا سختی کار) می‌باشد. مهمترین تعیین‌کننده رفتار یک فرد، قصد رفتاری اوست. قصد رفتاری فرد، به نگرش او نسبت به رفتار و هنجارهای ذهنی مرتبط با آن رفتار بستگی دارد؛ به عبارت دیگر رفتار یک شخص بستگی به نگرش وی به یک رفتار خاص و چگونگی نظر سایر افراد نسبت به آن رفتار دارد (دیدگاه سایر افراد مهم جامعه)؛ هر دوی این‌ها عواملی هستند که قصد رفتاری یک شخص را و اینکه آیا فرد رفتاری انجام بدهد یا انجام ندهد، تعیین می‌کند. عامل سوم، در کنار دو عامل گفته‌شده مطرح است که به آن کنترل درک‌شده گفته می‌شود. کنترل درک‌شده، مربوط به وجود شرایط و امکانات برای اتخاذ رفتار مورد نظر است. عوامل ذکرشده، تعیین‌کننده رفتار هر فرد هستند و می‌توان با تغییر نگرش افراد، باعث تغییر رفتارهای ناسالم و حرکت آنان به سمت رفتارهای سالم شد (۹-۱۱). با توجه به اهمیت موضوع و عدم انجام

¹ Aizen

² Fishbin

پژوهشی در خصوص قصد برقراری رابطه جنسی بر مبنای تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بر عملکرد جنسی زنان. پژوهش حاضر با هدف به کارگیری تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در پیش‌بینی میزان قصد برقراری عملکرد جنسی زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهری مشهد ۱ در سال ۱۳۹۰ انجام شد.

روش کار

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی که به صورت مقطعی انجام شد، زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی مشهد ۱ در سال ۱۳۹۰ مورد بررسی قرار گرفتند. جامعه آماری شامل ۲۰۰ نفر از زنان متأهل مراجعه‌کننده به واحد تنظیم خانواده پنج مرکز بهداشتی و درمانی وابسته به مرکز بهداشت شهرستان شماره یک مشهد بودند که به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. از هر مرکز بهداشتی و درمانی ۴۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به واحد تنظیم خانواده که معیارهای ورود به مداخله را داشتند، انتخاب شدند. معیارهای انتخاب نمونه‌ها شامل موارد زیر بودند: سن بین ۱۸-۴۹ سال، مراجعه برای دریافت خدمات تنظیم خانواده به مراکز بهداشتی و درمانی مورد پژوهش، تأهل، در حال زندگی با همسر، تمایل به شرکت در مطالعه، باردار نبودن، ایرانی بودن و عدم وجود شرایط خاصی که مانع از ارتباط جنسی معمولشان گردد. داده‌ها از طریق پرسشنامه‌ای که روایی آن از طریق پانل خبرگان و پایایی آن از طریق مطالعه مقدماتی (۲۰ نفر) مورد تایید قرار گرفته بود ($\alpha=0/71-0/95$) جمع‌آوری گردید. پرسشنامه از دو بخش تشکیل شده بود؛ بخش اول شامل متغیرهای سن، سن ازدواج، مدت ازدواج، سن بزرگترین و کوچکترین فرزند، میزان تحصیلات، سابقه زایمان، نوع زایمان،

شغل زن و شغل شوهر و بخش دوم شامل سوالاتی در مورد نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده، قصد رفتاری و آگاهی بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-11.5 و آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز رگرسیون در سطح معنی‌داری ($p<0/05$) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

جامعه آماری مورد بررسی ۲۰۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر مشهد ۱ در سال ۱۳۹۰ بودند که از نظر میزان تحصیلات، اکثر نمونه‌های پژوهش دارای تحصیلات دانشگاهی بودند (۴۴ درصد) و فقط ۱/۵ درصد بیسواد بودند. ۳۸/۵ درصد همسران زنان مورد پژوهش تحصیلات دانشگاهی و فقط ۱ درصد بیسواد بودند. از نظر شغل ۷۲/۵ درصد نمونه‌های پژوهش خانه‌دار بودند. از نظر شغل همسر ۵۵/۵ درصد همسران شغل آزاد داشتند. اکثر نمونه‌های پژوهش (۸۷ درصد) سطح درآمد در حد کفاف و وضعیت سکونت در اکثر نمونه‌های پژوهش (۶۰ درصد) شخصی ذکر شده بود. نوع وسیله پیشگیری از بارداری در اکثر موارد (۷۲ درصد) روش منقطع، از نظر نوع زایمان ۴۷ درصد زایمان طبیعی داشتند. بین تمام اجزای تئوری با قصد و عملکرد جنسی همبستگی معنی‌داری مشاهده گردید. در بین متغیرهای نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتار درک‌شده، هنجارهای انتزاعی بیشترین همبستگی را با قصد نشان داد؛ طبق نتایج آنالیز رگرسیون، متغیرهای نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتار درک‌شده در مجموع ۰/۴۵ واریانس قصد برقراری رابطه جنسی را نشان دادند که در بین این متغیرها، اثر هنجارهای انتزاعی بیش از سایر متغیرها بود ($p<0/05$).

جدول ۱. توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب سطح تحصیلات زن و شوهر، شغل زن و شوهر، سطح درآمد خانواده، وضعیت سکونت، سابقه زایمان، نوع زایمان، فرزند، نوع وسیله پیشگیری از بارداری

متغیر کیفی	تعداد	درصد	متغیر کیفی	تعداد	درصد	
سطح تحصیلات زن	بیسواد	۳	۱/۵	بیسواد	۲	۱/۰
	ابتدایی	۱۸	۹/۰	ابتدایی	۱۵	۷/۵
	راهنمایی	۱۵	۷/۵	راهنمایی	۳۰	۱۵/۰
	دیپلم و دیپلم	۷۶	۳۸/۰	دیپلمستان و دیپلم	۷۶	۳۸/۰
	دانشگاهی	۸۸	۴۴/۰	دانشگاهی	۷۷	۳۸/۵
	کل	۲۰۰	۱۰۰/۰	کل	۲۰۰	۱۰۰/۰
شغل شوهر	دولتی	۵۵	۲۷/۵	دولتی	۲۱	۱۰/۵
	آزاد	۱۱۱	۵۵/۵	آزاد	۳۱	۱۵/۵
	کارگر	۱۱	۵/۵	خانه دار	۱۴۵	۷۲/۵
	کشاورز	۰	۰/۰	سایر	۳	۱/۵
	سایر	۲۳	۱۱/۵	کل	۲۰۰	۱۰۰/۰
	کل	۲۰۰	۱۰۰/۰			
سطح درآمد خانواده	بیشتر از حد کفاف	۹	۴/۵	شخصی	۱۲۱	۶۰/۵
	در حد کفاف	۱۷۴	۸۷/۰	استیجاری	۶۴	۳۲/۰
	کمتر از حد کفاف	۱۷	۸/۵	منزل والدین همسر	۰	۰/۰
	کل	۲۰۰	۱۰۰/۰	منزل والدین زن	۱	۰/۵
				سایر	۱۴	۷/۰
				کل	۲۰۰	۱۰۰/۰
نوع وسیله پیشگیری از بارداری	کاندوم	۴۲	۲۱/۰	دارد	۱۰۸	۵۴/۰
	آمپول تزریقی	۳	۱/۵	ندارد	۹۲	۴۶/۰
	IUD	۹	۴/۵	کل	۲۰۰	۱۰۰/۰
	LD	۲	۱/۰			
	روش منقطع	۱۴۴	۷۲/۰	طبیعی	۵۱	۲۵/۵
	کل	۲۰۰	۱۰۰/۰	سزارین	۳۴	۱۷/۰
			هر دو	۲۳	۱۱/۵	
			کل	۱۰۸	۵۴/۰	

جدول ۲. ضریب همبستگی بین متغیرهای تئوری رفتار برنامه ریزی شده

متغیرها	آگاهی	نگرش	هنجارهای انتزاعی	کنترل رفتار درک شده	قصد رفتاری	عملکرد جنسی
آگاهی	۱					
نگرش	۰/۰۴۳	۱				
هنجارهای انتزاعی	۰/۰۳۴	**۰/۲۶۸	۱			
کنترل رفتار درک شده	۰/۰۰۳	**۰/۱۸۶	**۰/۶۳۵	۱		
قصد رفتاری	۰/۰۴۱	**۰/۲۹۲	**۰/۴۶۹	**۰/۳۱۰	۱	
عملکرد جنسی	۰/۰۱۲	**۰/۲۸۷	*۰/۱۴۳	۰/۰۵۴	۰/۰۱۰	۱

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

انتزاعی ($r = 0.635$ و $p < 0.01$)، قصد رفتاری و هنجارهای انتزاعی ($r = 0.469$ و $p < 0.01$)، عملکرد جنسی و نگرش ($r = 0.287$ و $p < 0.01$) ارتباط

ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین متغیرهای تئوری نظیر نگرش و هنجارهای انتزاعی ($r = 0.268$) و کنترول رفتار درک شده و هنجارهای

معنی‌داری از نظر آماری وجود دارد. از نظر ارتباط متغیرهای نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتار درک شده با قصد رفتاری، هنجارهای انتزاعی بیشترین همبستگی را با قصد رفتاری داشت ($r=0/469$ و $p<0/001$)، همچنین نگرش همبستگی بالایی با عملکرد جنسی داشت ($r=0/287$ و $p<0/01$) (جدول ۲).

بحث

نتایج آنالیز رگرسیون نشان داد که تمام متغیرهای نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتار درک شده می‌توانند قصد برقراری رابطه جنسی را توضیح دهند که در میان آنها هنجارهای انتزاعی بیشترین قدرت پیش‌گویی کنندگی را دارا بود.

موسباچ^۱ و همکاران در پژوهشی اعلام کردند که هنجارهای ذهنی بیشترین قدرت پیش‌بینی‌کنندگی را در میان سایر متغیرهای تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده دارند (۱۲). همچنین ویلیام و همکاران در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که زنانی که نگرش مثبت بیشتر و عقاید و باورهای هنجاری و کنترل بیشتری بر رفتارهای خود داشتند، رابطه جنسی اجباری کمتری را گزارش نمودند (۱۳). عمار و همکاران در مطالعه خود بیان داشتند که هنجارهای انتزاعی اختلاف آماری معنی‌دار و همبستگی مثبتی با شدت درک شده بیماری داشته، و هنجارهای انتزاعی بیشترین قدرت پیش‌بینی‌کنندگی را در قصد استفاده از مراکز مشاوره در میان معلمان دارند (۱۴).

اسر^۲ و همکاران در پژوهشی ابراز داشتند که هنجارهای انتزاعی به همراه کنترل رفتار درک شده ۳۸ درصد از واریانس قصد استفاده از کاندوم را تشکیل می‌دهند (۱۵).

مطالعه حاضر با مطالعه طاووسی و همکاران همخوانی ندارد (۱۶). در مطالعه طاووسی، بین

هنجارهای انتزاعی با قصد رفتاری و رفتار، روابط ضعیف‌تری نسبت به رابطه سازه‌های دیگر برقرار بوده است. علت تفاوت نتایج مطالعه طاووسی با مطالعه حاضر را می‌توان در کاربرد سازه خودکارآمدی به جای سازه کنترل رفتار درک شده در مطالعه طاووسی دانست که در موضوع مصرف مواد مخدر، تأثیرگذاری بیشتری نسبت به سایر سازه‌ها با قصد رفتاری نشان داده بود. کارماک^۳ و همکاران در تحقیقی بیان داشتند هنجارهای انتزاعی ($r=0/544$ ، $p<0/05$) و کنترل درک‌شده ($r=0/627$ ، $p<0/001$) ارتباط معنی‌داری با قصد رابطه جنسی دارند، که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۷).

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که تمام سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده (نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتار درک شده) می‌توانند قصد برقراری رابطه جنسی را در زنان توضیح دهند، که در میان آنها، هنجارهای انتزاعی بیشترین قدرت پیش‌گویی کنندگی را بر قصد جنسی دارا بود. با توجه به قدرت پیش‌بینی‌کنندگی زیادی که هنجارهای انتزاعی در برقراری قصد رابطه جنسی دارند، پیشنهاد می‌گردد هنجارهای انتزاعی زنان مورد بررسی بیشتر قرار گرفته و برنامه آموزشی بر مبنای هنجارهای انتزاعی با توجه زمینه‌های فرهنگی و مذهبی ایران تهیه و به اجرا گذاشته شود. آموزش چنین موضوعاتی در ایران سخت و گاهی امکان‌ناپذیر جلوه می‌دهد و بایستی در طراحی آن هنجارهای فرهنگی و نیازها و خواسته‌های مردم مدنظر قرار گیرد.

محدودیت‌های پژوهش حاضر مربوط به زنان مراکز بهداشتی درمانی شهری می‌باشد که واجد معیارهای ورود و خروج تعریف شده در این پژوهش بودند و قابلیت تعمیم نتایج فقط محدود به جامعه آماری تعریف شده در این پژوهش بود.

¹ Mausbach

² Asare

³ Carmack

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر منتج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده مسئول مقاله است. نویسندگان از تمامی دست‌اندرکاران این مطالعه، اعم از زنان شرکت‌کننده، مسؤولین دانشکده بهداشت مشهد، مرکز بهداشت شماره ۱ مشهد و تمامی افرادی که به

نوعی در این پژوهش ما را یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌نمایند. همچنین از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که تأمین مالی این پایان‌نامه را با کد ۹۰۰۲۰۸ به عهده داشته‌اند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

References

- 1- Bayrami R. The real front, the. Sex during pregnancy (Publications in the Persian). Amyra Lmvmnyn, 2006: p. 3-38.
- 2- Cayan S. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int* 2004. 72: p. 52-70.
- 3- Ponholzer A. Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: prevalence and risk factors. *European urology*, 2005. 47(3): p. 366-375.
- 4- Goshtasebi A. Reproductive correlates of female sexual dysfunctions in Kohgiluyeh- Boyer-Ahmad province: a population-based study [Text in Persian]. *payesh, Journal of the Iranian Institute For health Sciences Research*, 2008. 7(1): p. 67-73.
- 5- Shamlu S. Mental health [Text in Persian]. 2009, Tehran: Entesharat roshd.
- 6- Vandermassen G., Sexual selection: A tale of male and feminist denial. *European Journal of Women's Studies*, 2004. 11(1).
- 7- Zanjani H. Population reproductive health and development. [Text in Persian]. Sanjari. 2000, Tehran.
- 8- Abdel-Tawab N. Integrating issues of sexuality into Egyptian family planning counselling, final report of the project, counselling family planning clients about sexuality and the use of barrier methods: An Explanatory Intervention Study in Egypt. 2000.
- 9- Armitage C.J. Can the theory of planned behavior predict the maintenance of physical activity? *Health Psychol*, 2005. 24(3): p. 235-45.
- 10- Godin G. and G. Kok, The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 1996. 11(2): p. 87-98.
- 11- Tolma, E.L. Examining the theory of planned behavior and the construct of self-efficacy to predict mammography intention. *Health education & behavior*, 2006. 33(2): p. 233.
- 12- Mausbach BT, Semple SJ, Strathdee SA, Patterson TL. Predictors of safer sex intentions and protected sex among heterosexual HIV-negative methamphetamine users: an expanded model of the Theory of Planned Behavior. *AIDS Care*. 2009; 21 (1): 17-24.
- 13- Amar AF. Applying the Theory of Planned Behavior to reporting of forced sex by African-American college women. *Journal of National Black Nurses' Association: JNBNA*, 2009. 20(2): p. 13.
- 14- Omer, S. and J. Haidar. Applicability of the theory of planned behavior in predicting intended use of Voluntary HIV Counseling and Testing services among teachers of Harari Region, Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Development*, 2010. 24(2).
- 15- Asare, M. and M. Sharma, Using the theory of planned behavior to predict safer sexual behavior by Ghanaian immigrants in a large midwestern U.S. city. *Int Q Community Health Educ*, 2009. 30(4): p. 321-35.
- 16- Tavousi M. Modification of Reasoned Action Theory and comparison with the original version by path analysis for substance abuse prevention among adolescents [Text in Persian]. *Medical Journal of Hormozgan*, 2009. 14(1): p. 45-54.
- 17- Carmack CC, Lewis-Moss RK. Examining the theory of planned behavior applied to condom use: the effect-indicator vs. causal-indicator models. *J Prim Prev*. 2009; 30 (6): 659-76.

Intercourse Intention Based on Planned Behavior Theory in Married Women Visiting Healthcare Centers of Mashhad City

Ibrahimipure H¹, Jalambadani Z*², Peyman N¹, Esmaeli H³, Vafae Najjar A¹

1. Assistant Professor, Center for Health Sciences Research, Department of Health and Management, School of Public Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2. MSc. Student in Health Education and Promotion, Department of Health and Management, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran (Correspondent Author)

3 Associate Professor in Department of Biostatistics, School of Public Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +985118514549 Fax: +985118517505 E-mail: jalambadaniz@gmail.com

Received: 29 Apr 2013 Accepted: 10 Sep 2013

ABSTRACT

Background & Objectives: More than half of sexual problems that destruct life and marital relations occur due to insufficient knowledge or mistaken beliefs about sexual relations. Planned behavior model as an important theory explains the main process of health behaviors' acceptance. This study surveys planned behavior model in predicting sexual practices of married women referring to Mashhad1 health centers in 2011.

Methods: This cross-sectional study surveyed 200 women visiting health centers of Mashhad1 in 2011. Validity and reliability of questionnaire used were determined through panel of experts and Cronbach's alpha and test-retest, respectively.

Data were analyzed by SPSS software (version 11.5) using Pierson correlation coefficient and regression analysis.

Results: Based on the results obtained significant correlations were observed between all variables of the planned behavior model and sexual intention and function ($p<0.05$). Regression analysis revealed that attitude, subjective norms, perceived behavioral control predict 0.45 of the variance of sexual intention. Among these variables, the effect of subjective norms was greater than other variables ($p<0.05$).

Conclusion: According to the findings, it is essential that health practitioners to emphasize on proper sex education and use planned behavior theory as a model for promotion of female sexual function.

Keywords: Sex Education; Planned Behavior Theory; Sexual Function.