

Assessing Preliminary Feasibility of Health Care Empowerment Questionnaire among Women in Reproductive Age Based on the Theory of Planned Behavior

Sabouri M¹, Tol A², Shakibazadeh E^{*3}, Yaseri M⁴, Mohebbi B⁵

1. MSc student in Health Education, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Ph.D., MPH, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Associate Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5. MD, Associate Professor, Rajaie Cardiovascular Medical and Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +9821429333056, Fax: +982142933072, E-mail: shakibazadeh@tums.ac.ir

Received: Aug 13, 2019 Accepted: Jul 2, 2020

ABSTRACT

Background & objectives: One of the most important requirements in the health fields is the availability of standard measurement tools to assess the health status. This study aimed to design and determine the validity and reliability of health care empowerment questionnaire among women in reproductive age based on the theory of planned behavior.

Methods: This cross-sectional study was performed on 488 married women (15-49 years old) using self-administered questionnaire that were selected by multistage random sampling method in south health centers affiliated to Tehran university of medical sciences in 2018. The validity of the questionnaire was determined using content, criterion and face validity, and its reliability was determined using Cronbach's alpha and Wilcoxon test using SPSS-24 software.

Results: In order to evaluate the validity, four questions with less content validity indices were modified and the necessary changes were made. Then, their validity steps were repeated and desired values, i.e., the content validity ratio more than 0.62 and content validity index more than 0.79, were obtained. The reliability was calculated in the value greater than 0.7. Test-retest reliability and internal consistency of the theory-based questionnaire of health care empowerment were acceptable ($\alpha=0.96$). The content validity index and content validity ratio were also satisfactory (CVI=87%, CVR=% 89).

Conclusion: This theory-oriented questionnaire can be used as a valid and reliable tool for assessing the health care empowerment among married women in reproductive age.

Keywords: Health Care Empowerment, Women in Reproductive Age; Validity; Reliability; Theory of Planned Behavior

امکان سنجی اولیه پرسشنامه توانمندی دریافت مراقبت سلامت در زنان متأهل سنین باروری مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده

مریم صبوری^۱، آذر طل^۲، الهام شکیبازاده^{۳*}، مهدی یاسری^۴، بهرام محبی^۵

۱. کارشناسی ارشد، آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳. دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴. دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۵. دانشیار، گروه قلب و عروق، مرکز تحقیقات مداخلات قلبی و عروقی، مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۲۱۴۲۹۳۳۳۰۵۶ فکس: ۰۲۱۴۲۹۳۳۰۷۲ ایمیل: shakibazadeh@tums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: یکی از نیازهای مهم در عرصه سلامت، وجود ابزارهای اندازه‌گیری استاندارد به‌منظور ارزشیابی وضعیت سلامت است. پژوهش حاضر با هدف طراحی و تعیین روایی و پایایی ابزار تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در رابطه با توانمندی دریافت مراقبت سلامت در زنان متأهل سنین باروری انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی با استفاده از پرسشنامه خودایفا با شرکت ۴۸۸ زن متأهل (۴۹-۱۵ ساله) با روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای از مراکز بهداشتی درمانی جنوب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۷ انجام شد. روایی پرسشنامه با استفاده از روش‌های روایی صوری، محتوا و ملاک، و پایایی آن با استفاده از روش‌های آلفای کرونباخ و آزمون ویلکاکسون تحت نرم‌افزار SPSS-24 تعیین شد.

یافته‌ها: پس از بررسی نتایج روایی، چهار سؤالی که شاخص روایی محتوایی آن‌ها کمتر از حد مجاز بود، اصلاح شدند و تغییرات لازم در آن‌ها صورت گرفت. سپس مراحل روایی آن‌ها تکرار شد تا مقدار مطلوب، یعنی نسبت روایی محتوا بیش از ۰/۶۲ و شاخص روایی محتوا بیشتر از ۰/۷۹ حاصل گردد. پایایی سؤالات نیز با مقدار بیشتر از ۰/۷ تأیید شد. پایایی آزمون- باز آزمون و همسانی درونی پرسشنامه تئوری محور توانمندی دریافت مراقبت سلامت قابل قبول بود (۰/۹۶ = α). شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا (CVR=۸۹٪، CVI=۸۷٪) نیز قابل قبول بود.

نتیجه‌گیری: این پرسشنامه تئوری محور به‌عنوان یک ابزار روا و پایا می‌تواند وسیله مناسبی جهت سنجش توانمندی دریافت مراقبت سلامت در جمعیت زنان متأهل سنین باروری باشد.

واژه‌های کلیدی: توانمندی دریافت مراقبت سلامت، زنان سنین باروری، روایی، پایایی، تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده

پذیرش: ۹۹/۴/۱۲

دریافت: ۹۸/۵/۲۲

مقدمه

که نقش محوری در موضوع سلامت در خانواده دارند همواره مرکز توجه بوده‌اند و از طرف دیگر، سلامت زنان تضمین‌کننده سلامت کودکان و خانواده‌ها است (۲). توانمندی زنان یک عامل مهم

امروزه مفهوم توانمندی در علوم سلامت بر مسئولیت‌پذیری فردی و توانایی افراد بر حفظ سلامتی خود متمرکز است (۱). زنان به‌عنوان افرادی

برای دستیابی به توسعه ملی، ثبات جمعیتی و رفاه اجتماعی است و باید به گونه‌ای باشد که به آن‌ها قدرت تصمیم‌گیری و انتخاب و اختیار آزادانه درباره چگونگی و کیفیت دریافت مراقبت سلامت در حوزه‌های مختلف سلامت برای خود و خانواده‌شان را بدهد تا بتوانند نقش و مسؤولیت خود را به بهترین شکل اجرا نمایند (۳). توانمندی دریافت مراقبت سلامت می‌تواند در طیفی از مکان‌های مراقبت سلامت برای اندازه‌گیری توانایی شخص در تصمیم‌گیری در مورد خدمات مراقبت سلامت، تعامل موفق با افراد حرفه‌ای سلامت و انتخاب روش‌های منطقی مرتبط با سلامت به کار رود. چنین ارزیابی در درک توانایی افراد برای مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت خود و نهایتاً احساس این‌که در فرآیند تصمیم‌گیری با افراد حرفه‌ای سلامت به‌طور مشترک تصمیمی اتخاذ نموده‌اند دارای اهمیت می‌باشد (۴). مراقبت سلامت به کلیه خدماتی اطلاق می‌شود که در مراکز بهداشتی- درمانی توسط کارکنان و با هدف آموزش سلامت و ارائه خدمات بهداشتی به مراجعه‌کنندگان ارائه می‌شود و موجب حفظ و ارتقای سلامت، آگاهی‌دادن درباره شرایط بیماری، مداخلات پزشکی و انتخاب‌های درمان می‌شود و چون افراد را برای مراقبت بهتر از خود توانمند می‌سازند دارای اهمیت است (۵). عواملی نظیر فقر، وابستگی اقتصادی، انواع خشونت علیه زنان، اختیار محدود در زندگی، نداشتن تأثیر در تصمیم‌گیری، نداشتن آگاهی و گسترده بودن دامنه نیازهای زنان به مراقبت‌های سلامت، اثرات نامطلوبی بر سلامت زنان گذارده‌اند (۶). بر همین اساس، تأکید بیشتر بر توانمندی زنان در دریافت مراقبت‌های سلامت وجود دارد (۷).

از آنجایی که الگوهای مطالعه رفتار می‌توانند در بررسی دیدگاه‌های مردم نسبت به رفتارهای بهداشتی حائز اهمیت باشند (۸)، مروری بر مطالعات انجام‌شده در رابطه با توانمندی دریافت مراقبت سلامت در زنان نشان می‌دهد که عواملی همچون

وضعیت اجتماعی و اقتصادی زنان و قدرت تعامل همسران آن‌ها، درجه کنترل و قدرت تصمیم‌گیری به عنوان ابعاد توانمندی در دریافت مراقبت سلامت مؤثر هستند (۵)، همچنین نگرش‌ها، نرم‌های انتزاعی به عنوان مهم‌ترین پیشگویی‌کننده قصد رفتار مراقبت سلامت در زنان هستند (۹). این عوامل جزو سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده می‌باشد. به نظر می‌رسد این عوامل می‌توانند با ابعاد توانمندی دریافت مراقبت سلامت ارتباط داشته باشند. تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در سال ۱۹۸۸ توسط آجزن^۱ از توسعه تئوری عمل منطقی مطرح و معرفی شد (۱۰). این تئوری (۱۱) چارچوب مفهومی مطالعه حاضر می‌باشد. این نظریه از سازه‌های نگرش، هنجار انتزاعی، کنترل رفتاری درک‌شده و قصد رفتاری برای پیش‌بینی رفتار موردنظر استفاده می‌کند. طبق متون مربوط به این نظریه قصد رفتاری تابعی از نگرش فرد نسبت به انجام رفتار، هنجار ذهنی (ادراک فرد از انتظار نزدیکانش در مورد انجام رفتار) و کنترل رفتاری درک‌شده (درجه‌ای از احساس فرد در مورد انجام و یا عدم انجام یک رفتار و بیان ارادی بودن آن) هست (۱۱). آجزن (۱۰) در یک مطالعه مروری در مورد سودمندی تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده برای پیش‌بینی قصد و رفتار، دریافت که میزان قابل‌توجهی از واریانس قصد، می‌تواند به واسطه سه سازه تئوری تخمین زده شود (از ۱۸ تا ۸۸٪).

از آنجایی که مطالعه‌ای در زمینه اعتبارسنجی پرسشنامه تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در رابطه با توانمندی دریافت مراقبت سلامت زنان متأهل سنین باروری در دسترس نبود، پژوهش حاضر با هدف امکان‌سنجی اولیه پرسشنامه توانمندی دریافت مراقبت سلامت در زنان متأهل سنین باروری مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در تهران سال ۱۳۹۷ انجام شد.

^۱ Ajzen

روش کار

نمونه‌های این مطالعه مقطعی ۴۸۸ زن متأهل سنین باروری (۴۹-۱۵ سال) مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی جنوب تابعه دانشگاه علوم بهداشتی تهران در سال ۱۳۹۷ بود. روش نمونه‌گیری در این مطالعه چندمرحله‌ای بود. حوزه جغرافیایی مرکز بهداشت جنوب تهران، ۳۱ مرکز بهداشتی با ۱۷۹۴۲۸ نفر جمعیت تحت پوشش داشت که با نمونه‌گیری خوشه‌ای شش مرکز انتخاب شدند و از میان مراجعان هر مرکز منتخب، ۸۲-۸۰ نمونه به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. شرط ورود به مطالعه سواد خواندن و نوشتن و علاقه‌مند به شرکت در مطالعه بود. همچنین عدم تمایل به همکاری به‌عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. قبل از شروع جمع‌آوری اطلاعات، اهداف پژوهش برای افراد توضیح داده شد و رضایت‌نامه کتبی توسط آنها تکمیل گردید. به افراد تحت مطالعه اطمینان داده شد که اطلاعات به‌صورت محرمانه باقی می‌ماند. لازم به ذکر است طبق بررسی متون، حجم نمونه با در نظر گرفتن تعداد سوالات (۴۴ سوال) و درصد ریزش مجموعاً ۴۸۴ نفر محاسبه گردید (۱۲). با در نظر گرفتن احتمال عدم تکمیل تعدادی پرسشنامه یا عدم همکاری لازم، تعداد ۴۹۰ پرسشنامه تکثیر و توزیع شد و بعد از تکمیل پرسشنامه توسط خود مراجعین، تعداد ۴۸۸ عدد از آنها وارد مرحله تجزیه و تحلیل آماری شد.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پس از انجام مطالعه کتابخانه‌ای و مشاوره با صاحب‌نظران و اخذ راهنمایی از آنان ساخته شد. بدین ترتیب در مرحله اول ۵۵ سؤال در حیطه مراقبت سلامت ارائه‌شده در مراکز بهداشتی تدوین شد و در اختیار سه تن از صاحب‌نظران قرار گرفت و در مرحله بعد گروه تحقیق بر اساس بررسی و برگزاری شش جلسه که در آن به بررسی سوالات از لحاظ مطابقت با خدمات ارائه‌شده در مراکز بهداشتی و در چارچوب سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده و همچنین مطابقت

سوالات هر سازه به ترتیب شماره با سوالات زیرسازه‌های آن با همان شماره (متناظراً)، از لحاظ محتوا و موضوع پرداخته شد و در نهایت به طراحی پرسشنامه‌ای بر مبنای مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت مشتمل بر ۵۰ سؤال اقدام نمودند. برای تعیین روایی محتوایی پرسشنامه طراحی‌شده، از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. در روش کیفی، فرم پایلوت آماده‌شده در اختیار ۶ نفر از استادان صاحب‌نظر در زمینه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، جامعه‌شناسی و بهداشت باروری قرار گرفت و از ایشان درخواست شد تا پرسشنامه را بر اساس استفاده از کلمات مناسب، رعایت دستور زبان و امتیازدهی مناسب بررسی و بازخورد لازم را ارائه دهند.

در بررسی روایی محتوا به شیوه کمی دو شاخص نسبت روایی محتوا^۱ و شاخص روایی محتوا^۲ محاسبه گردید. برای تعیین نسبت روایی محتوا، در خصوص ضرورت و یا عدم ضرورت هر آیتم از ۱۰ متخصص امر نظرخواهی شد که پرسشنامه را از نظر موضوعات زیر مورد بررسی قرار دهند و اینکه کدام سوالات ضرورت دارد که در پرسشنامه وجود داشته باشند، کدام سوالات مفید ولی غیرضروری است و کدام سوالات بهتر است حذف شوند، بررسی گردد و مقادیر CVR بالاتر از ۰/۶۲ بر اساس جدول لاوشه (۱۳) موردپذیرش قرار گرفت. برای تعیین شاخص روایی محتوا، معیارهای مرتبط بودن، وضوح و سادگی هر آیتم بررسی و مقادیر بالاتر از ۰/۷۹ مورد پذیرش قرار گرفت. در بررسی روایی ملاک پرسشنامه محقق ساخته بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده با پرسشنامه استاندارد توانمندی دریافت مراقبت سلامت گانگن^۳ (۴) مورد بررسی قرار گرفت.

^۱ Content Validity Ratio^۲ Content Validity Index^۳ Gagnon

کرونباخ، محاسبه گردید. مقدار ضریب برابر و یا بیشتر از ۰/۷ مناسب در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت کنندگان در پژوهش، $33/6 \pm 7/1$ سال بود. جدول ۱ توزیع متغیرهای دموگرافیک را نشان می‌دهد.

در نهایت پس از جمع‌آوری داده‌ها، پایایی پرسشنامه با استفاده از روش‌های آلفای کرونباخ به صورت سازه‌ای و آزمون ویلکاکسون انجام شد. در آلفای کرونباخ پرسشنامه میان ۳۰ نفر از زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی مورد مطالعه توزیع شد و پس از گردآوری و استخراج داده‌ها مقدار ضریب آلفای

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناختی زنان متأهل سنین باروری شرکت کننده در مطالعه

متغیرهای جمعیت شناختی	گروه بندی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی (%)	متغیرهای جمعیت شناختی	گروه بندی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی (%)
سن (سال)	۲۷-۱۸	۱۰۲	۲۰/۹	شغل همسر	شاغل کارمند	۱۶۵	۳۳/۸
	۳۷-۲۸	۲۴۹	۵۱		شاغل غیر کارمند	۲۷۹	۵۷/۲
	۴۹-۳۸	۱۳۷	۲۸/۱		بیکار	۱۷	۳/۵
					بازنشسته	۲۷	۵/۵
شغل	شاغل کارمند	۶۸	۱۳/۹	قومیت	فارس	۲۹۶	۶۰/۷
	شاغل غیر کارمند	۱۹	۳/۹		ترک	۹۱	۱۸/۶
	خانه دار	۳۹۰	۷۹/۹		لر	۲۸	۵/۷
	دانشجو	۱۱	۲/۳		کرد	۳۲	۶/۶
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۷۸	۱۶	بعد خانوار	گیلک	۲۶	۵/۳
	دیپلم	۲۱۸	۴۴/۷		سایر	۱۵	۳/۱
	تحصیلات دانشگاهی	۱۹۲	۳۹/۳		۲	۴۸	۹/۸
	بی سواد	۷	۱/۴		۳	۱۹۱	۳۹/۱
سطح تحصیلات همسر	زیر دیپلم	۱۰۷	۲۱/۹	بیشتر از ۴ نفر	۴	۱۹۶	۴۰/۲
	دیپلم	۲۰۹	۴۲/۸		۵۳	۵۳	۱۰/۹
	تحصیلات دانشگاهی	۱۶۵	۳۳/۸				

نتایج نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوای پرسشنامه در جدول ۲ و نتایج مربوط به روایی ملاک در جدول ۳ ارائه شده است.

نتایج CVI حاکی از آن بود که تمامی سؤالات به جز سؤال ۵ هنجار انتزاعی نمره بالاتر از ۰/۷۹ داشتند لذا مناسب تشخیص داده شدند و سؤال ۵ با $CVI = 0.73$ که در محدوده ۷۰ تا ۷۹ درصد نیاز به اصلاح و بازنگری داشت (۱۳) و پس از نظرخواهی از متخصصین امر و اصلاح در قسمت وضوح و سادگی

عدد CVI به ۸۰ درصد رسید و قابل قبول شد. نتایج CVR حاکی از آن بود که تمامی سؤالات (به جز سؤال ۵ نگرش، ۵ باور رفتاری، ۵ ارزشیابی پیامد رفتاری، ۵ باور هنجاری، ۵ انگیزش برای اطاعت و ۵ کنترل رفتاری درک شده) مساوی یا بزرگتر از عدد جدول لاوشه (۰/۶۲) بودند. این مطلب حاکی از آن بود که سؤالات مهم و ضروری در این ابزار به کار گرفته شده بود و شش سؤال ذکر شده در بالا که غیر ضروری بودند از مجموع سؤالات حذف شدند.

جدول ۲. شاخص روایی محتوایی پرسشنامه توسط شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا، بعد از اصلاح و بازنگری

CVR	CVI (%)	سؤالات	
۱	۸۷	۱. سؤالات مربوط به موضوع سلامتی خود را بپرسم.	(سؤالات قصد
۰/۸	۹۰	۲. توضیحات بیشتری در مورد موضوع سلامتی خود درخواست نمایم.	رفتاری)
۰/۸	۸۰	۳. غربالگری متناسب باسن خود را انجام دهم.	قصد دارم در طول
۰/۸	۸۳	۴. از آموزش‌های داده‌شده نهایت استفاده را ببرم.	ماه آینده با یک
۰/۸	۹۳	۵. به‌طور منظم به مراکز مراجعه کرده و خدمات مراقبت سلامت دریافت کنم.	متخصص مشورت کنم و:
۱	۸۰	۱. توانمندی من، در دریافت مراقبت سلامت باعث تشخیص به‌موقع بیماری احتمالی‌ام می‌شود.	(سؤالات نگرش
۰/۸	۸۷	۲. توانمندی من، در دریافت مراقبت سلامت از بیماری‌های زنان مثل عفونت و بیماری قارچی پیشگیری می‌کند.	نسبت به رفتار)
۱	۹۳	۳. مراجعه به مرکز جهت دریافت مراقبت سلامت وقت مرا هدر می‌دهد.	به نظر من:
۰/۸	۹۳	۴. توانمندی من، در مشورت با یک متخصص سلامت باعث یافتن پاسخ سؤالاتم می‌شود.	
۱	۸۳	۱. خدمات ارائه‌شده در زمینه بهداشت باروری باعث پیشگیری از بیماری‌های زنان (مانند بیماری قارچی، عفونت) و بهبود سلامتی‌ام خواهد شد.	(سؤالات باورهای
۱	۸۳	۲. با مراجعه به مرکز، اطلاعات لازم در مورد بهداشت باروری و بیماری‌های زنان دریافت خواهم کرد.	رفتاری)
۰/۸	۹۰	۳. با درخواست توضیحات بیشتر در زمینه مراقبت سلامت نیازهای سلامتی من رفع خواهد شد.	من باور دارم که
۱	۹۰	۴. دریافت اطلاعات سلامت موجب آگاهی کامل من در مورد نوع خدمت دریافت می‌شود.	
۱	۹۳	۱. پیشگیری از بیماری‌های زنان در ارتقای سلامت من مسئله است.	(سؤالات ارزشیابی
۱	۹۳	۲. اطلاعات داده‌شده در زمینه بهداشت باروری برای تصمیم‌گیری‌های شخصی من مسئله است.	پیمادهای رفتاری)
۰/۸	۸۷	۳. رفع نیازهای سلامت موجب احساس آرامش و دوری از استرس در من، مسئله ست.	
۱	۸۷	۴. آگاهی در مورد نوع خدمت دریافتی موجب افزایش کارایی و بهبود وضعیت سلامت من مسئله است.	
۱	۹۰	۱. اگر مراقبت سلامت مورد نیاز را دریافت کنم خانواده‌ام خشنودتر می‌شوند.	(سؤالات هنجار
۰/۸	۸۰	۲. اگر مراجعه به مرکز برای دریافت خدمت مراقبت سلامت را داشته باشم خانواده‌ام خشنود می‌شوند.	انتزاعی)
۰/۸	۸۷	۳. اگر فرزند سالمی به دنیا بیاورم خانواده‌ام به من افتخار می‌کنند.	من فکر می‌کنم که
۱	۸۷	۴. اگر توضیحات لازم در زمینه مراقبت سلامت را جدی بگیرم مراقبان سلامت خشنود می‌شوند.	
۱	۸۳	۵. اگر بتوانم سلامت مطلوب خود را حفظ کنم خانواده‌ام دچار گرفتاری می‌شوند.	
۰/۸	۹۰	۱. استفاده از مراقبت سلامت را مفید می‌دانند.	(سؤالات باورهای
۰/۸	۸۷	۲. دریافت مراقبت سلامت را عاملی مهم در توانمندی من می‌دانند.	هنجاری)
۰/۸	۸۷	۳. آموزش‌های ارائه‌شده در مراکز بهداشتی را عاملی برای تصمیم‌گیری صحیح در مورد سلامتی می‌دانند.	من معتقدم که
۰/۸	۸۰	۴. نوع ارائه خدمات و هزینه مراجعه به مراکز بهداشتی را عاملی مهم در استفاده از این خدمات می‌دانند.	خانواده و دوستان من
۱	۹۰	۱. در زمینه‌ی مفید بودن استفاده از خدمات سلامت برای من مهم است.	(سؤالات انگیزش
۰/۸	۸۳	۲. در توانمند شدن دریافت مراقبت سلامت برای من مهم است.	برای پیروی)
۰/۸	۸۰	۳. در تصمیم‌گیری صحیح در مورد سلامتی برای من مهم است.	فکر می‌کنم نظر
۰/۸	۸۰	۴. در مورد نوع ارائه خدمات و هزینه آن برای من مهم است.	خانواده و دوستانم
۰/۸	۸۷	۱. عمل کردن، به اندازه کافی بر اساس آموزش‌های داده‌شده در مورد سلامت باروری کار آسانی است.	(سؤالات کنترل
۰/۸	۹۷	۲. رعایت موارد آموزش داده‌شده برای پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های زنان مثل عفونت و بیماری قارچی کار آسانی است.	رفتاری درک‌شده)
			احساس می‌کنم برای من

۳. رعایت موارد آموزش داده شده در پیشگیری از بیماری‌هایی غیر واگیر مثل دیابت، سرطان، چاقی و بیماری قلبی و عروقی کار آسانی است.	۸۷	۰/۸
۴. استفاده از آموزش داده شده جهت رسیدن به سطح سلامتی قابل قبول کار آسانی است.	۸۳	۰/۸
۱. دریافت خدمات سلامت را در ارتقای سلامتی‌ام بدانم برای دریافت صحیح خدمات اقدام می‌کنم.	۹۰	۱
۲. مشورت با یک متخصص برای دریافت نیازهای سلامتی‌ام را بدانم جهت مراجعه برای دریافت مشاوره‌ها اقدام می‌کنم.	۹۰	۱
۳. آگاهی در مورد نوع خدمت سلامت را بدانم، موجب افزایش مراجعه من به مرکز می‌شود.	۹۰	۱
۴. توضیحات مربوط به سلامتی‌ام را بدانم جهت مراجعه برای دریافت آن اقدام می‌کنم.	۹۰	۰/۸
۵. انتخاب‌های صحیح در سلامتی‌ام را بدانم دقت بیشتری در مورد آن بکار می‌برم.	۹۰	۱
۱. چون تأثیر آموزش در ارتقای سلامتی را می‌دانم توان بیشتری جهت مراجعه برای دریافت صحیح خدمات در خود احساس می‌کنم.	۹۳	۱
۲. چون تأثیر مشورت با یک متخصص برای دریافت نیازهای سلامتی‌ام را می‌دانم تمایل بیشتری جهت مشورت با او در خود احساس می‌کنم.	۹۳	۱
۳. با آگاهی در مورد نوع خدمت سلامت، قدرت بیشتری جهت مراجعه به مراکز در خود احساس می‌کنم.	۹۳	۱
۴. چون تأثیر توضیحات مربوط به سلامتی‌ام را می‌دانم توان بیشتری جهت درخواست توضیحات بیشتر در خود احساس می‌کنم.	۹۳	۰/۸
۵. چون تأثیر انتخاب‌های صحیح در سلامتی‌ام را می‌دانم دقت بیشتری در انتخاب‌هایم به کار می‌برم.	۹۳	۰/۸
کل	۸۷	۰/۸۹

جدول ۳. ضریب همبستگی پیرسون بین سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده و حیطه‌های ابزار استاندارد توانمندی دریافت مراقبت سلامت

سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	میانگین
نگرش	۱													۸۳/۴ ± ۱۴/۱
باور رفتاری	۰/۶۲۷**	۱												۸۲/۱ ± ۱۵/۴
ارزشیابی پیامدهای رفتار	۰/۵۵۵**	۰/۶۲۵**	۱											۸۶ ± ۱۳/۱
هنجار انتزاعی	۰/۴۶۲**	۰/۵۰۸**	۰/۵۵۴**	۱										۸۴/۹۲ ± ۱۴/۲
باور هنجاری	۰/۴۵۴**	۰/۴۶۴**	۰/۴۹۳**	۰/۶۲۶**	۱									۸۳/۰۴ ± ۱۴/۴
انگیزه برای اطاعت	۰/۳۹۹**	۰/۴۵۳**	۰/۳۹۹**	۰/۶۰۷**	۰/۵۹۷**	۱								۸۱/۵۰ ± ۱۶
کنترل رفتاری درک شده	۰/۳۲۰**	۰/۳۶۳**	۰/۳۹۷**	۰/۳۸۳**	۰/۳۶۳**	۰/۳۶۹**	۱							۷۶/۲۱ ± ۱۸/۰۶
باور کنترل	۰/۴۷۰**	۰/۵۱۹**	۰/۴۹۲**	۰/۵۲۰**	۰/۵۷۶**	۰/۵۰۰**	۰/۴۵۸**	۱						۸۲/۷۴ ± ۱۴/۴
قدرت درک شده	۰/۴۸۶**	۰/۵۱۵**	۰/۴۹۷**	۰/۴۹۴**	۰/۵۲۰**	۰/۴۸۷**	۰/۴۶۱**	۰/۶۹۳**	۱					۸۲/۲۹۵ ± ۱۳/۸
قصد رفتاری	۰/۵۵۳**	۰/۴۳۷**	۰/۳۷۵**	۰/۳۶۹**	۰/۳۷۳**	۰/۳۶۸**	۰/۲۵۶**	۰/۳۶۳**	۰/۴۰۰**	۱				۷۹/۳۹ ± ۱۷/۹
بعد درجه کنترل	۰/۱۸۵**	۰/۱۵۱**	۰/۱۷۱**	۰/۰۷۹	۰/۱۲۰**	۰/۱۳۵**	۰/۱۱۲*	۰/۲۱۶**	۰/۲۷۹**	۰/۲۲۶**	۱			۴۵/۳۴ ± ۲۹/۴
بعد درجه تعامل	۰/۱۵۷**	۰/۱۵۰**	۰/۱۷۱**	۰/۰۴۸**	۰/۱۴۳**	۰/۰۸۷	۰/۱۴۷**	۰/۱۸۳**	۰/۲۴۵**	۰/۱۵۰**	۰/۷۱۲**	۱		۴۸/۳۵ ± ۲۷/۹
بعد درجه تصمیم‌گیری	۰/۱۸۷**	۰/۱۹۰**	۰/۲۱۹**	۰/۱۳۱**	۰/۱۸۶**	۰/۱۹۷**	۰/۱۵۹**	۰/۲۵۳**	۰/۲۸۲**	۰/۱۸۴**	۰/۶۲۹**	۰/۶۶۵**	۱	۴۷/۵۸ ± ۲۸/۹

** همبستگی در سطح ۰/۰۱ و * همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد.

ضریب همبستگی پیرسون نیز نشان داد که تمامی سازه‌های مدل به‌جز بعد درجه کنترل توانمندی دریافت مراقبت با بعد هنجار انتزاعی؛ و بعد درجه تعامل توانمندی دریافت مراقبت با انگیزه برای اطاعت با هم ارتباط آماری معنی‌داری دارند.

پایایی به تکرارپذیری یا استحکام نمره‌ها از یک ارزیابی به ارزیابی دیگر اشاره می‌کند. دو روش جهت آزمون پایایی تحقیق وجود دارد (۱۴، ۱۵):

الف) همسانی درونی^۱: با توجه به اینکه پرسشنامه‌هایی که مفاهیم پیچیده را اندازه‌گیری می‌کنند دارای چندین بعد و زیرمقیاس هستند، محققین باید اطمینان حاصل نمایند که آیتم‌های موجود در یک زیرمقیاس دارای همسانی بوده و خصوصیت مشابهی را می‌سنجند. برای رسیدن به این هدف در مطالعه

حاضر از آلفای کرونباخ (ضریب آلفا^۲) استفاده شد. آلفای کرونباخ معرف میزان تناسب گروهی از آیتم‌ها است که یک سازه را می‌سنجد. برای آلفا حداقل سطح ۰/۷ توصیه می‌شود (۱۶، ۱۷) که در مطالعه حاضر برای هر حیطه بین ۰/۵۸ تا ۰/۹۳ و مقدار آلفای کل پرسشنامه ۰/۹۶ بود (جدول ۴).

ب) ثبات^۳: مفهوم ثبات به معنای کسب نمرات یکسان در گروهی از افراد در دو مرحله زمانی متفاوت است. ارزیابی ثبات از طریق روش آزمون-بازآزمون و محاسبه همبستگی درون طبقه‌ای^۴ (ICC) انجام گرفت. میزان قابل قبول همبستگی درون طبقه‌ای ۰/۴ است (۱۸) که در مطالعه حاضر برای همه سازه‌ها بالاتر از ۰/۴ بود.

جدول ۴. نتایج پایایی پرسشنامه نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر اساس همسانی درونی و ثبات

سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده	تعداد سؤالات	همسانی درونی ()	ثبات (ICC)
قصد رفتاری	۵	۰/۹۳	۰/۶۷
نگرش نسبت به رفتار	۴	۰/۵۸	۰/۷۹
باور رفتاری	۴	۰/۸۱	۰/۷۸
ارزشیابی پیامد رفتاری	۴	۰/۸۸	۰/۷۳
هنجار انتزاعی	۵	۰/۷۸	۰/۹۱
باور هنجاری	۴	۰/۸۷	۰/۸۵
انگیزه برای اطاعت	۴	۰/۹۲	۰/۷۵
کنترل رفتاری درک‌شده	۴	۰/۸۴	۰/۸۹
باور کنترل	۵	۰/۹۰	۰/۸۰
قدرت درک‌شده	۵	۰/۹۴	۰/۶۷

بحث

هدف اصلی از پژوهش حاضر امکان‌سنجی اولیه پرسشنامه توانمندی دریافت مراقبت سلامت در زنان متأهل سنین باروری مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بود. از آنجایی که مطالعه‌ای در رابطه با توانمندی دریافت مراقبت سلامت در زنان با سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در دسترس

نبود بحث مطالعه با نتایج خود مطالعه مطرح می‌شود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که پرسشنامه تهیه‌شده دارای روایی محتوایی و ملاک مناسبی است. هدف از انجام روایی تعیین توانایی یک ابزار برای سنجش آنچه برای اندازه‌گیری آن طراحی‌شده است می‌باشد (۱۹).

² Equivalence

³ Stability

⁴ Internal Correlation Coefficient

¹ Internal Consistency

یکی از روش‌های تعیین روایی، تعیین روایی محتوی و ملاک است. برای روایی محتوا دو شاخص نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا محاسبه گردید نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا (CVR=%۸۹، CVI=%۸۷) نیز قابل قبول بود (۱۳).

جهت تعیین روایی ملاک، پرسشنامه تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده با ابزار استاندارد گائون (۴) سنجیده شد، این ابزار استاندارد شامل ۱۰ سؤال در ۳ حیطه قدرت تصمیم‌گیری، قدرت تعامل و درجه کنترل است. روایی و پایایی نسخه فارسی این ابزار در ایران، توسط محبی و همکاران در سال ۱۳۹۵ ارزیابی و مورد تأیید قرار گرفت (۲۰). نتایج روایی نشان داد که تمامی سازه‌های مدل به‌جز بعد درجه کنترل توانمندی دریافت مراقبت با بعد هنجار انتزاعی؛ و بعد درجه تعامل توانمندی دریافت مراقبت با انگیزه برای اطاعت با هم ارتباط آماری معنی‌داری دارند، به این صورت که بقیه سازه‌ها در رابطه با توانمندی دریافت مراقبت سلامت قابل اعتماد و معتبر است، با این حال باید اذعان داشت که طراحی دقیق سؤالاتی که سازه‌ای خاص را بدون خطا بسنجد مشکل است.

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که پرسشنامه تهیه‌شده دارای پایایی مناسب است. وجود پایایی در یک ابزار نشان‌دهنده دقت یا صحت اندازه‌گیری است (۱۹). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ برای هر حیطه بین ۰/۵۸ تا ۰/۹۳ و مقدار آلفای کل پرسشنامه ۰/۹۶ بود. حداقل سطح آلفای ۰/۷ توصیه می‌شود (۱۷، ۱۸). بررسی بوردیویچ و همکاران در پنج کشور اروپایی همسانی درونی تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده را ۰/۸۹-۰/۵۲ نشان داد (۲۱). شریفی راد و همکاران نیز در نتایج مطالعه خود در رابطه با تغذیه انحصاری با شیر مادر، مقادیر ضریب آلفای کرونباخ برای سازه‌های نگرش و هنجارهای ذهنی را به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۱ گزارش نمودند (۲۲). لاوتون^۱ و همکاران در

نتایج مطالعه خود، مقادیر ضریب آلفای کرونباخ سازه‌های نگرش، هنجارهای ذهنی و قصد رفتاری را به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۶ و ۰/۹۶ گزارش نموده‌اند (۲۳) که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. نتایج مطالعه سعدالدین و همکاران در رابطه با پیش‌بینی رفتار IUD گذاری با تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده نشان داد ضریب آلفای کرونباخ برای سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده ۰/۹۴-۰/۷۵ بود که همسو با نتایج مطالعه حاضر بود (۲۴). همچنین جعفرپور و همکاران نیز در مطالعه خود در رابطه تعیین تاثیر مداخله آموزش سلامت مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در رابطه با فعالیت فیزیکی، میانگین آلفای کرونباخ سازه‌های پرسشنامه تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده را ۰/۸۸ گزارش نمودند (۲۵) که با مطالعه حاضر همسو می‌باشد.

بررسی کارون^۲ و همکاران در رابطه با تأثیر برنامه آموزشی در تعویق روابط جنسی در نوجوانان با استفاده از تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده نشان داد سازه باور کنترل رفتاری تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده دارای ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹-۰/۸۸ بود (۲۶) که با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

از محدودیت‌های این مطالعه خود گزارش‌دهی رفتار و قصد رفتار بود که با توجه به نگرش، هنجار ذهنی و کنترل رفتار درک‌شده افراد در مورد موضوع مورد مطالعه صورت می‌گیرد و امکان دارد افراد واقعیت‌ها را بیان نکنند، هرچند که پژوهشگران مطالعه تلاش نمودند با توجیه موضوع مورد مطالعه، تأکید بر محرمانه‌بودن اطلاعات نمایند و اعتماد آنان را جلب نمایند.

نتیجه‌گیری

به‌صورت کلی یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد ابزار مورد بررسی از روایی و پایایی مطلوب جهت ارزیابی

² Caron

¹ Lawton

سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده برای توانمندی دریافت مراقبت سلامت در زنان متأهل سنین باروری برخوردار است. نتایج این پژوهش ممکن است تعمیم‌پذیر به کل زنان متأهل سنین باروری نباشد اما تا حدودی می‌تواند به ترسیم نقشه راه برای سیاست‌گذاران حوزه سلامت کمک نماید. با توجه به نوآوردن موضوع و عدم استفاده از ابزار مذکور در سایر مطالعات امید است نتایج این پژوهش بتواند راهگشای مناسبی برای انجام مطالعات مداخلاتی ارتقایی در حوزه توانمندی زنان در دریافت مراقبت‌های سلامتی باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران بود (کد طرح: ۳۹۳۹۷؛ کد اخلاق: IR.TUMS.SPH.REC.۱۳۹۷، ۰۱۷). بدین‌وسیله نویسندگان از معاونت آموزشی و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران به دلیل حمایت مادی و معنوی و تمامی کسانی که در این پژوهش شرکت نمودند قدردانی می‌نمایند.

References

- 1-Kameda Y, Shimada K. Development of an empowerment scale for pregnant women. Journal of the Tsuruma Health Science Society Kanazawa University, 2008;32(1), 39-48.
- 2-Management and Planning Organization of Iran (MPO). The First Millennium Development Goals Report. 1 st Edition, MPO and UN: Tehran, 2004.
- 3-Kohan S, Simbar M, Taleghani F. Role of family planning services in empowering women: a qualitative study. Hakim research journal. 2012;15(1):68-7.
- 4- Gagnon M, Hibert R, Dubé M, Dubois MF. Development and validation of an instrument measuring individual empowerment in relation to personal health care: The Health Care Empowerment Questionnaire (HCEQ). Am J Health Promot 2006; 20:429-35.
- 5- Tol, A., Mohebbi, B., Shakibazadeh, E., Yaseri, M., and Sabouri, M. Predictors of empowerment of reproductive-age women referring to health centers in south Tehran to receive health care services. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research, 2018; 16(2), 164-179.
- 6- Janghorban, R., Taghipour, A., Latifnejad Roudsari, R. and Abbasi M. Women's Empowerment in Iran: A Review Based on the Related Legislations. Global Journal of Health Science, 2014; 6(4), pp.226-235.
- 7- Jennings L, Na M, Cherewick M, Hindin M, Mullany B, Ahmed S. Women's empowerment and male involvement in antenatal care: analyses of Demographic and Health Surveys (DHS) in selected African countries. BMC pregnancy and childbirth. 2014;14(1):297. doi.org/10.1186/1471-2393-14-297.
- 8- Besharati F, Hazavehei SMM, Moeini B, Moghimbeigi A. Effect of educational interventions based on theory of planned behavior (TPB) in selecting delivery mode among pregnant women referred to Rasht health centers. Journal of Zanzan University of Medical Sciences and Health Services, 2011;19(77), 10.
- 9-Sabouri M, Tol A, Hajimiri K, Shakibazadeh E, Yaseri M, Mohebbi B. Determinants of health care empowerment among married women in reproductive age based on Theory of Planned Behavior. JNE. 2019; 8 (5) :10-18.
- 10- Sharma M. Theory of reasoned action and theory of planned behavior. In: Text Book of Theoretical Foundations of Health Education and Health Promotion. 2nd ed. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers; 2016. p. 130-6
- 11- Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH, Schaalma HC, Markham CC, et al. Behavior-oriented theories used in health promotion. In: Text Book of Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. p. 79-84.
- 12- Streiner DL, Norman GR. Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use, 5th ed. Oxford (UK): Oxford University Press. 2015.p.74.

- 13- Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psych* 1975; 28: 563-75.
- 14- Gwet KL. Handbook of inter-rater reliability: The definitive guide to measuring the extent of agreement among raters. Advanced Analytics LLC 2014. p. 225-281.
- 15- Webb NM, Shavelson RJ, Haertel EH. Reliability coefficients and generalizability theory. *Handbook of Statistics* 2006; 26: 81-124.
- 16- Mallery, P., and George, DSPSS for Windows step by step: a simple guide and reference. Allyn, Bacon, Boston, (2003).p.53-56.
- 17- Mohammadbeigi, A., Mohammadsalehi, N., and Aligol, M. Validity and reliability of the instruments and types of measurements in health applied researches. *Journal of Rafsanjan university of medical sciences*, 2015 ;13(12), 1153-1170.
- 18- Najafi F, Kheyri B. Investigating the Impact of Country of Origin on Customer Behavior: Investigation of the Moderating Roles of Product Involvement and Product Familiarity on Product Evaluation and Customer Behavioral Intentions. *J Marketing Management* 2013; 17: 37-60.
- 19- Ghazanfari Z. The effectiveness of a theory-based behavior change intervention to increase and maintain physical activity in female diabetic patients in Tehran, Iran[dissertation]. Tehran: Tarbiat modares university; 2010.
- 20- Mohebbi B, Tol A, Shakibazadeh E, Yaseri M, Sabouri M, Agide FD. Testing Psychometrics of Healthcare Empowerment Questionnaires (HCEQ) among Iranian Reproductive Age Women: Persian Version. *Ethiop J Health Sci*. 2018;28(3):341-346.
- 21- De Bourdeaudhuij I, Klepp KI, Due P, Rodrigo CP, de Almeida M, Wind M, et al. Reliability and validity of a questionnaire to measure personal, social and environmental correlates of fruit and vegetable intake in 10- 11-year-old children in five European countries. *Public Health Nutr*. 2005;8(2):189-200.
- 22- Sharifirad GR, Golshiri P, Shahnazi H, Barati M, Hassanzadeh A. The impact of educational program based on BASNEF model on breastfeeding behavior of pregnant mothers in Arak. *J Arak Univ Med Sci*. 2010; 13(1): 63-70.
- 23- Lawton R, Ashley L, Dawson Sh, Waiblinger D, Conner M. Employing an extended Theory of Planned Behavior to predict breastfeeding intention, initiation, and maintenance in White British and South-Asian mothers living in Bradford. *Br J Health Psychol*. 2012; 17(4): 854-71.
- 24- Nourani Saadodin, Sh. Goudarzi, M. Peyman, N and Esmaily, H. Prediction of Intrauterine Device Insertion among Women of Childbearing Age based on the Theory of Planned Behavior. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 2013; 16 (45). p. 13-19.
- 25- Jafarpour K, Arastoo A, Gholammnia-Shirvani Z, Saki O, Araban M. The effect of health education intervention based on the theory of planned behavior to promote physical activity in women's health volunteers of Shushtar health centers. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2016;19(37):62-74.
- 26- Caron F, Godin G, Otis J, Lambert LD. Evaluation of a theoretically based AIDS/STD peer education program on postponing sexual intercourse and on condom use among adolescents attending high school. *Health Educ Res* 2004;19:185-97.