



Determinants of Health Care Empowerment among Married Women in Reproductive Age Based On Theory of Planned Behavior

Maryam Sabouri¹ , Azar Tol¹ , KHadijeh Hajimiri² , Elham Shakibazadeh^{1,*} , Mehdi Yaseri³ , Bahram Mohebbi⁴ 

¹ Department of Health Education and Promotion, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Zanzan University of Medical Sciences, Zanzan, Iran

³ Department of Epidemiology and Biostatistics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Rajaie Cardiovascular Medical and Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Elham Shakibazadeh, Department of Health Education and Promotion, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: shakibazadeh@tums.ac.ir

Received: 05 Nov 2019

Accepted: 16 Dec 2019

Abstract

Introduction: The optimal level of women's capability can empower them to make the decision independently of the main issues of their health. This study aimed to identify the determinants of health care empowerment based on the Theory of Planned Behavior among married women in the reproductive age of southern Tehran.

Methods: In this analytical cross-sectional study, 488 married women in reproductive ages which had attended in health care centers in southern Tehran in 2019. Data collecting instruments were three-part questionnaires including demographic information, researcher-made questionnaire based on the Theory of Planned Behavior and Healthcare Empowerment Questionnaires (HCEQ). Data were analyzed using mean, standard deviation, Pearson correlation coefficient and path analysis using fit indices in the SPSS-24 and AMOS-22.

Results: The mean age of participants was 33.6 ± 7.1 . Subjective norm ($P < 0.001$, $\beta = 0.18$) in comparison to attitude ($P < 0.001$, $\beta = 0.62$) had greater predictive power for intention behavior. According to the results of path analysis, 30% of the variance of behavioral intention, 0.03 of the variance of decision dimension, 0.02 of the variance of interaction dimension, and 0.05 of the variance of control degree were explained using the model constructs, and the study results revealed that the attitude and subjective norm constructs were the best predictors of health care delivery behavior ($P < 0.001$).

Conclusions: The results show that the perceived behavioral control and behavioral intention are not reliable predictors of health care empowerment among married women in reproductive age. Other psychological, social, and cultural determinants should be investigated to find the main determinants to improve women's healthcare empowerment.

Keywords: Health Care Empowerment, Married Women, Reproductive Age, Theory of Planned Behavior

© 2020 Iranian Nursing Scientific Association (INA)



تعیین کننده‌های توانمندی دریافت مراقبت سلامت در زنان متأهل در سنین باروری بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده

مریم صبوری^۱ ID، آذر طل^۱ ID، خدیجه حاجی میری^۲ ID، الهام شکیبازاده^{۱*} ID، مهدی یاسری^۳ ID، بهرام محبی^۴ ID

^۱ گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۲ گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

^۳ گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۴ مرکز تحقیقات مداخلات قلبی و عروقی، مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: الهام شکیبازاده، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. ایمیل: shakibazadeh@tums.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۹/۲۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۸/۱۴

چکیده

مقدمه: سطح مطلوب توانمندی زنان، موجب قدرت بخشی به آنان برای تصمیم گیری مستقلانه درباره موضوعات اساسی زندگی می گردد. هدف از این مطالعه، تعیین عوامل مؤثر در توانمندی دریافت مراقبت سلامت بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده، در زنان متأهل در سنین باروری بود.

روش کار: در مطالعه مقطعی تحلیلی حاضر، ۴۸۸ نفر از زنان متأهل در سنین باروری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی جنوب تهران در سال ۱۳۹۸، جامعه پژوهش را تشکیل دادند. ابزار گردآوری داده‌ها، یک پرسشنامه سه قسمتی شامل اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه محقق ساخته مبتنی بر تئوری رفتار برنامه ریزی شده و پرسشنامه استاندارد توانمندی دریافت مراقبت سلامت بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری از جمله میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی پیرسون تحت نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ و آنالیز مسیر با استفاده از شاخص‌های برازش مدل تحت نرم افزار Amos نسخه ۲۲ تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین سن شرکت کنندگان در پژوهش، $33/6 \pm 7/1$ سال بود. نگرش ($\beta = 0/62$ ، $P < 0/001$) نسبت به هنجار ذهنی ($\beta = 0/18$ ، $P < 0/001$) از قدرت پیشگویی کننده بالاتری برای پیش بینی قصد رفتار برخوردار بود. بر اساس نتایج تحلیل مسیر، ۳۰ درصد از واریانس قصد رفتاری و ۰/۰۳ حیطه تصمیم گیری، ۰/۰۲ حیطه تعامل و ۰/۰۵ واریانس حیطه درجه کنترل توسط سازه‌های مدل تبیین گردید. نتایج مطالعه نشان داد سازه نگرش و هنجار ذهنی بهترین پیش گویی کننده قصد رفتار دریافت مراقبت سلامت بودند ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که بعد کنترل رفتاری در گذشته، نقشی در تبیین رفتار دریافت مراقبت سلامت نداشت و قصد رفتاری نقش کم رنگی در تبیین رفتار دریافت مراقبت سلامت در زنان متأهل در سنین باروری داشت. این موضوع نشان می دهد که توجه به سایر عوامل روانشناختی، اجتماعی و فرهنگی در فرآیند اخذ تصمیم برای دریافت مراقبت سلامت در زنان متأهل سنین باروری ضروری است.

کلیدواژه‌ها: توانمندی دریافت مراقبت سلامت، زنان متأهل، سنین باروری، تئوری رفتار برنامه ریزی شده

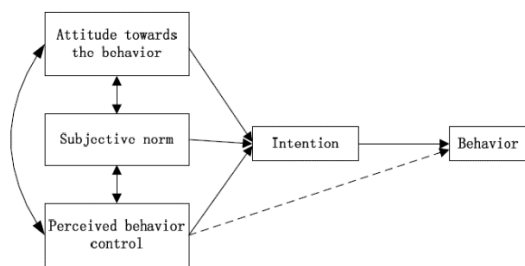
تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

سلامت زنان از اولویت‌های هر جامعه‌ای است که دارای ابعاد گوناگون فردی، خانوادگی و اجتماعی است. زنان آسیب پذیرتر از مردان هستند. این موضوع علاوه بر ویژگی‌های ساختاری تحت تأثیر عوامل دیگری نیز قرار دارد [۱]. توانمندی زنان به معنای قدرت بخشیدن به آنان برای تصمیم گیری مستقل درباره موضوعات مهم زندگی است که باعث دستیابی آنان به فرصت‌ها و انتخاب‌هایی می شود که منجر به تأثیر مثبت بر سرانجام زندگی می گردد. توانمندی زنان هدف سوم از اهداف توسعه هزاره است و در اهداف توسعه پایدار نیز مورد توجه قرار گرفته است [۲]. توانمندی، محدوده وسیعی از توانمندی‌های فردی تا اجتماعی را شامل می شود که منجر به ارتقای آگاهی و آزادی زنان

سلامت زنان از اولویت‌های هر جامعه‌ای است که دارای ابعاد گوناگون فردی، خانوادگی و اجتماعی است. زنان آسیب پذیرتر از مردان هستند. این موضوع علاوه بر ویژگی‌های ساختاری تحت تأثیر عوامل دیگری نیز قرار دارد [۱]. توانمندی زنان به معنای قدرت بخشیدن به آنان برای تصمیم گیری مستقل درباره موضوعات مهم زندگی است که باعث دستیابی آنان به فرصت‌ها و انتخاب‌هایی می شود که منجر به تأثیر مثبت بر سرانجام زندگی می گردد. توانمندی زنان هدف سوم از اهداف توسعه هزاره است و در اهداف توسعه پایدار نیز مورد توجه قرار گرفته است [۲]. توانمندی، محدوده وسیعی از توانمندی‌های فردی تا اجتماعی را شامل می شود که منجر به ارتقای آگاهی و آزادی زنان

نظریه‌ها و الگوها باید در طراحی برنامه‌های مربوط به دریافت مراقبت سلامت مد نظر قرار گیرند [۱۱] الگوهای مطالعه‌ی رفتار می‌توانند در بررسی دیدگاه‌های مردم نسبت به رفتارهای بهداشتی حائز اهمیت باشند [۱۲] از آنجایی که عوامل زیادی روی رفتار تاثیرگذار می‌باشند برای تبیین دقیق‌تر رفتار، باید آن عوامل در قالب تئوری بررسی شود تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده (Theory of Planned Behavior)، در سال ۱۹۹۱ توسط Ajzan, Fishein بسط داده شد [۱۳] طبق نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده قصد، تعیین‌کننده اصلی رفتار است. قصد تحت تأثیر سه سازه مستقل نگرش، هنجار انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده است. نگرش، ارزشیابی مثبت یا منفی فرد را از انجام یک رفتار منعکس می‌کند. هنجار انتزاعی اشاره به این مسئله دارد که فشارهای اجتماعی درک شده ممکن است باعث شود فرد رفتار خاصی را انجام دهد یا ندهد و سرانجام، کنترل درک شده، سختی یا آسانی متصور در خصوص اجرای یک رفتار ویژه است و حدس زده می‌شود که هم به‌طور مستقیم و هم به‌طور غیرمستقیم بر رفتار مؤثر است [۱۴] از نظر Conner و Armitag پس از مرور سایر تئوری‌ها و مدل‌ها، نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده کامل‌ترین و مناسب‌ترین تئوری برای مطالعه رفتار است [۱۵] نمای شماتیک تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در شکل ۱ نمایش داده شده است [۱۶].



شکل ۱. نمای شماتیک تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده-آیزن (Sharma M, Romas JA.2017)

با توجه به مطالب یاد شده در زمینه اهمیت توانمندی دریافت مراقبت سلامت از یک سو و در نظر گرفتن این مهم که توانمندی به مانند هر رفتار دیگر تحت تأثیر عوامل و تغییرات بسیاری قرار می‌گیرد و همچنین اهمیت یافتن عواملی که بتواند در درک توانایی افراد برای مسؤولیت پذیری در قبال سلامت خود و احساس این‌که در فرآیند تصمیم‌گیری با افراد حرفه‌ای سلامت مشترکاً تصمیمی اتخاذ نموده‌اند کمک نماید [۳]، این مطالعه با هدف تعیین عوامل مؤثر بر توانمندی دریافت مراقبت سلامت در زنان متأهل سنین باروری مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی جنوب تهران بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در سال ۱۳۹۸ انجام گرفت.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی تحلیلی بود که با مشارکت ۴۸۸ زن متأهل سن باروری (۴۹-۱۵ سال) ساکن تهران که به مراکز بهداشتی و درمانی جنوب تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران به منظور دریافت مراقبت سلامت در سال ۹۸ مراجعه داشتند انجام گرفت. حجم نمونه بر اساس مطالعه طل و همکاران و بر اساس متغیر تعامل محاسبه شد، مدل مطالعه شامل ۱۰ سازه (متغیر پنهان بود) و شامل ۵۵ متغیر قابل

می‌شود [۳] توانمندی زنان یک عامل مهم برای دستیابی به توسعه‌ی ملی، ثبات جمعیتی و رفاه اجتماعی است و باید به‌گونه‌ای باشد که به آن‌ها قدرت تصمیم‌گیری و انتخاب و اختیار آزادانه درباره‌ی 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 [۴].

توانمندسازی توسط سازمان جهانی بهداشت و سازمان‌های مرتبط دیگر در سراسر جهان، به‌عنوان یک مفهوم اصلی و جدایی‌ناپذیر از مقوله ارتقای سلامت شناخته‌شده است Zimmerman. توانمندسازی را قدرت و توانایی روان‌شناختی به‌عنوان فرآیندی که شامل اجزای فردی، تعاملی و رفتاری است، معرفی کرده است [۵] 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 مسؤولیت‌پذیری در قبال سلامت خود و نهایتاً احساس این‌که در فرآیند تصمیم‌گیری با افراد حرفه‌ای سلامت به‌طور مشترک تصمیمی اتخاذ نموده‌اند دارای اهمیت می‌باشد [۲].

مراقبت سلامت به کلیه خدماتی گفته می‌شود که در مراکز بهداشتی-درمانی توسط کارکنان و با هدف آموزش سلامت به مراجعه‌کنندگان ارائه می‌شود و موجب حفظ و ارتقای سلامت، آگاهی دادن درباره شرایط بیماری، مداخلات پزشکی و انتخاب‌های درمان می‌شود و چون افراد را برای مراقبت بهتر از خود توانمند می‌سازند دارای اهمیت است [۶] از جمله مراقبت‌های ارائه‌شده در مراکز، می‌توان به مراقبت‌های دوران قبل از بارداری و بارداری که جزو ضروری‌ترین خدمات ارائه‌شده در مراکز و پایگاه‌های بهداشتی درمانی می‌باشد و در قانون اساسی جمهوری اسلامی استفاده از این خدمات حق مسلم آحاد جامعه است اشاره کرد [۷] ارائه خدمات مراقبت سلامت به‌خصوص پیش‌رشد کودک، مراقبت‌های دوران بارداری، دسترسی به روش‌های مطمئن و سالم جلوگیری از بارداری برای ایجاد فاصله‌گذاری مناسب بین فرزندان و جلوگیری از حاملگی‌های ناخواسته، بستر مناسبی برای سلامت خانواده‌ها به‌ویژه زنان ایجاد می‌نماید [۸].

بیانیه‌های بین‌المللی، توانمندی زنان را به‌عنوان یک پیش‌نیاز جهت ارتقای بهداشت باروری مطرح کرده است از طرفی، مشکلات باروری یکی از علل مهم منتهی‌شونده به بیماری و مرگ زنان در سنین باروری در سراسر دنیا است. تحصیلات پایین، نابرابری جنسیتی و وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایین از عوامل ناتوانی زنان در تصمیم‌گیری است [۲] زنان فقیر به‌خصوص در کشورهای درحال توسعه از حاملگی‌های ناخواسته، بیماری، عفونت‌های قابل‌انتقال از راه تماس جنسی مانند ایدز، خشونت وابسته به جنس و سایر مشکلات مربوط به سیستم باروری و رفتارهای جنسی رنج می‌برند. همچنین در مطالعه صورت گرفته در ایران [۹] توانمندی زنان در حد متوسط و پایین بیان شده است پس توجه به توانمندسازی زنان که نیمی از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند و سهم مؤثری در پرورش افراد جامعه دارند امری مهم و سازنده برای ساختن آینده جامعه است بر همین اساس، تأکید بیشتر بر توانمندی زنان در دریافت مراقبت‌های سلامت وجود دارد [۱۰].

مشاهده بود. در این محاسبه، نمره افراد در هر یک از ابعاد عددی بین ۰ تا ۱۰۰ در نظر گرفته شد [۶].

به منظور تعیین تعداد نمونه از فرمول حجم نمونه $n = \frac{Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}}{d} \times \sqrt{\frac{p \times q}{n}}$

$$\frac{Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}}{d} \times \sqrt{\frac{p \times q}{n}}$$

با $\alpha = 5\%$ ، $1-\beta = 95\%$ ، $d = 10/5$ ،

$d = 5$ ، $Deff = 2/1$ استفاده شد و تعداد نمونه مورد نیاز ۴۸۴ نفر برآورد شد. با در نظر گرفتن احتمال عدم تکمیل تعدادی پرسشنامه یا عدم همکاری لازم، تعداد ۴۹۰ پرسشنامه تکثیر و توزیع شد که تعداد ۴۸۸ عدد از آنها وارد مرحله تجزیه و تحلیل آماری شد.

حوزه جغرافیایی مرکز بهداشت جنوب تهران، ۳۱ مرکز بهداشتی دارد. ابتدا با نمونه گیری خوشه‌ای شش مرکز انتخاب شدند و نمونه‌ها به صورت تصادفی از مراکز منتخب انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل تمایل به شرکت در مطالعه، سواد خواندن و نوشتن و ملاک‌های خروج عدم تمایل به تکمیل پرسشنامه و شرکت در مطالعه بود.

ابزار جمع آوری داده‌ها در مطالعه حاضر شامل سه بخش بود؛ بخش اول، پرسشنامه جمعیت شناختی شامل ۱۳ سؤال در مورد مشخصات فردی (سن، وضعیت شغلی، میزان تحصیلات، قومیت، تعداد فرزندان، سابقه بیماری، وضعیت اقتصادی، دفعات مراجعه به مرکز و نوع خدمت دریافتی) بود. بخش دوم، سئوال‌ات مربوط به سازه‌های تئوری رفتار برنامه ریزی شده بود. این بخش از پرسشنامه محقق ساخته بود که پس از انجام مطالعه کتابخانه‌ای و مشاوره با صاحب‌نظران و اخذ راهنمایی از آنان تدوین گردید بدین ترتیب در مرحله اول ۵۵ سؤال در حیطه مراقبت سلامت ارائه شده 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 چندین جلسه به طراحی پرسشنامه‌ای بر مبنای مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت مشتمل بر ۵۰ سؤال اقدام نمودند روایی و پایایی ابزار سنجیده شد و در نهایت از ۵۰ سؤال ۴۴ سؤال در پرسشنامه باقی ماند. این پرسشنامه، پیامد اولیه را سنجیده است و دارای سه سازه اصلی است که هر سازه، دارای دو زیرسازه می‌باشد. همه سازه‌ها و زیرسازه‌ها با مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای سنجیده شده‌اند. قصد رفتاری، توسط ۵ سؤال ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) اندازه گیری شد. نمره نهایی با محاسبه میانگین نمرات مربوط به ۵ سؤال مذکور به دست آمد. بالاترین نمره نشان‌دهنده قصد رفتاری بیشتر است. سنجش نگرش نسبت به رفتار، هنجار ذهنی و کنترل رفتاری درک شده به دو روش مستقیم و غیرمستقیم انجام شد. سنجش مستقیم نگرش نسبت به رفتار توسط ۴ سؤال با استفاده از لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) انجام شد. نمره نهایی بر اساس محاسبه میانگین نمره ۴ سؤال مذکور محاسبه شد. سنجش غیرمستقیم نگرش نسبت به رفتار، شامل باورهای رفتاری (۴ سؤال، کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) و ارزشیابی پیامدهای رفتار (۴ سؤال، کاملاً مهم تا کاملاً بی‌اهمیت) به صورت سئوال‌ات ۵ گزینه‌ای بود. نمره حاصل از این دو در هم ضرب شد و نمره نهایی مربوط به اندازه غیرمستقیم نگرش به دست آمد. سنجش مستقیم هنجارهای ذهنی، توسط ۵ سؤال در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) صورت گرفت. نمره نهایی بر اساس محاسبه میانگین سئوال‌ات مذکور به دست آمد. سنجش

غیرمستقیم هنجار ذهنی، باورهای هنجاری (۴ سؤال) و انگیزش برای پیروی (۴ سؤال) اندازه‌گیری شد. سنجش باورهای هنجاری و انگیزش برای پیروی متناظر هر یک از باورهای هنجاری به صورت سئوال‌ات ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) طرح شد. سپس نمره حاصل از این دو در هم ضرب شد و نمره نهایی مربوط به اندازه غیرمستقیم هنجار ذهنی به دست آمد. سنجش مستقیم کنترل رفتاری درک شده، توسط ۴ سؤال (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) ارزیابی شد که توانایی کنترل فرد بر رفتار را می‌سنجید. این سئوال‌ات نیز به صورت ۵ گزینه‌ای بود. نمره نهایی بر اساس محاسبه میانگین نمره ۴ سؤال مذکور به دست آمد. سنجش غیرمستقیم کنترل رفتاری درک شده، با باورهای کنترلی (۵ سؤال از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) و قدرت درک شده (۵ سؤال از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) به صورت سئوال‌ات ۵ گزینه‌ای اندازه‌گیری شد به عنوان مثال نمونه سؤال برای باور کنترل بدین صورت بود: " معتقدم اگر تأثیر دریافت خدمات سلامت را در بهبود وضعیت سلامتی‌ام مؤثر بدانم برای دریافت صحیح خدمات اقدام می‌کنم " و نمونه سؤال قدرت درک شده؛ "چون تأثیر آموزش در ارتقای سلامتی را می‌دانم توان بیشتری جهت مراجعه برای دریافت صحیح خدمات در خود احساس می‌کنم". نمره حاصل از این سؤال باورهای کنترل و قدرت درک شده در هم ضرب شد و نمره نهایی مربوط به اندازه غیرمستقیم سازه کنترل رفتار درک شده به دست آمد. برای تعیین روایی محتوایی پرسشنامه طراحی شده، از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. در روش کیفی، فرم پایلوت آماده شده در اختیار ۶ نفر از استادان صاحب‌نظر 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 و شاخص روایی محتوا 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 سئوال‌ات ضرورت دارد که در پرسشنامه وجود داشته‌باشند، کدام سئوال‌ات مفید ولی غیرضروری است و کدام سئوال‌ات بهتر است حذف شوند بررسی گردد و مقادیر CVR بالاتر از ۰/۶۲ بر اساس جدول لاوشه مورد پذیرش 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. و در نهایت CVI: ۸۷٪ و CVR: ۸۹٪ بدست آمد پایایی این ابزار توسط ۳۰ نفر از مراجعان به مراکز بهداشتی درمانی جنوب تهران در دو زمان (صفر و ۲ هفته بعد)، که در مطالعه اصلی وارد نشدند، تکمیل گردید. پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به صورت بخشی و همچنین به صورت کلی اندازه گیری شد و نتایج به این قرار شد: برای سازه قصد رفتاری ۰/۹۳، سازه نگرش نسبت به رفتار ۰/۰۶، زیرسازه باور رفتاری ۰/۸۱، زیرسازه ارزشیابی پیامدهای رفتار ۰/۸۸، سازه هنجار ذهنی ۰/۷۸، زیرسازه باور هنجاری ۰/۸۷، زیرسازه انگیزه برای اطاعت ۰/۹۲، سازه کنترل رفتاری درک شده ۰/۸۴، زیرسازه باور کنترل ۰/۹۰، زیرسازه قدرت درک شده ۰/۹۴ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۶ محاسبه شد. بخش سوم، پرسشنامه توانمندی دریافت مراقبت سلامت را اندازه گیری می‌کرد که توسط پرسشنامه استاندارد Health Care

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناختی زنان متأهل در سنین باروری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی جنوب تهران در سال ۱۳۹۸

فراوانی مطلق	فراوانی نسبی، %
سن	
۱۸ - ۲۷ سال	۱۰۲
۲۸ - ۳۷ سال	۲۴۹
۳۸ - ۴۹ سال	۱۲۷
شغل	
شاغل کارمند	۶۸
شاغل غیر کارمند	۱۹
خانه دار	۳۹۰
دانشجو	۱۱
تحصیلات	
زیر دیپلم	۷۸
دیپلم	۲۱۸
تحصیلات دانشگاهی	۱۹۲
تحصیلات همسر	
بی سواد	۷
زیر دیپلم	۱۰۷
دیپلم	۲۰۹
تحصیلات دانشگاهی	۱۶۵
شغل همسر	
شاغل کارمند	۱۶۵
شاغل غیر کارمند	۲۷۹
بیکار	۱۷
بازنشسته	۲۷
قومیت	
فارس	۲۹۶
ترک	۹۱
لر	۲۸
کرد	۳۲
گیلک	۲۶
سایر	۱۵
زندگی با همسر	
بله	۴۸۳
خیر	۵
بعد خانوار	
۲	۴۸
۳	۱۹۱
۴	۱۹۶
بیشتر از ۴ نفر	۵۳
مرگ کودک	
خیر	۴۱۹
در دوران جنینی	۶۰
بعد از تولد	۹
سابقه بیماری	
ندارد	۴۱۲
بیماری مزمن دارد	۶۸
بیماری حاد دارد	۸
درآمد	
کاملاً کفاف زندگی را می دهد	۹۹
تا حدودی کفاف زندگی را می دهد	۳۰۸
اصلاً کفاف زندگی را نمی دهد	۸۱
نوع مراقبت دریافتی	
خدمات تنظیم خانواده	۶۶
انجام چکاب	۱۴۹
پایش رشد	۲۷۳
فواصل مراجعه به مرکز بهداشتی بر حسب ماه	
۱ - ۲ ماه یکبار	۲۲۰
۳ - ۴ ماه یکبار	۱۲۷
۵ - ۶ ماه یکبار	۸۱
بیشتر از ۶ ماه یکبار	۶۰

همانطور که نتایج جدول شماره ۲ نشان می دهد از بین سازه ها و زیرسازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده، سازه هنجار ذهنی مستقیم (۱۴/۳ ± ۸۴/۹) و زیرسازه ارزشیابی پیامدهای رفتاری (۱۳/۲ ± ۸۶)، بیشترین میانگین و انحراف معیار را به خود اختصاص دادند. از بین حیطه های توانمندی دریافت مراقبت سلامت، درجه تعامل بیشترین میانگین و انحراف معیار (۲۷/۹ ± ۴۸/۴) را به خود اختصاص داد که بیانگر تعامل موفق با افراد حرفه ای سلامت می باشد. ضریب همبستگی

Empowerment Questionnaire Gagnon (HCEQ)

همکاران (۲۰۰۶) مورد بررسی قرار گرفت [۱۳]. این ابزار شامل ۱۰ سؤال در ۳ حیطه قدرت تصمیم گیری، قدرت تعامل و درجه کنترل است در دو بخش پاسخ دهی میزان درک و میزان اهمیت که پیامد نهایی را می سنجد، به عنوان مثال سؤال یک پرسشنامه توانمندی دریافت مراقبت سلامت بدین صورت بود: آیا در طول ۶ ماه گذشته شما و یا نزدیکانتان، نیاز به دریافت هرگونه مراقبت سلامت داشته اید؟ و در طول ۶ ماه گذشته، این موضوع چقدر برایتان اهمیت داشته است: که در دو بخش پاسخ دهی میزان درک و میزان اهمیت با لیکرت ۴ درجه ای اصلاً کمی، زیاد، بسیار زیاد سنجیده می شد. روایی و پایایی نسخه فارسی این ابزار در ایران، توسط محبی و همکاران در سال ۱۳۹۵ ارزیابی و مورد تأیید قرار گرفت، در یک نمونه ۵۴۹ نفری از زنان در سنین باروری همبستگی درونی (α = ۰/۷۸۷) و برای سه حیطه توانمندی شامل قدرت تصمیم گیری (α = ۰/۶۲)، قدرت تعامل (α = ۰/۷۱) و درجه کنترل (α = ۰/۷۶) بود [۱۶]. نمره دهی این ابزار به این نحو است که امتیاز هر سؤال حاصل ضرب نمره دو بخش امتیاز میزان درک و امتیاز میزان اهمیت می باشد. حداقل نمره هر سؤال یک و حداکثر ۱۶ می باشد. امتیاز سؤالات هر حیطه باهم جمع بسته شده و نمره کلی هر حیطه را به دست می دهد. ماهیت این ابزار به گونه ای است که نمره حیطه ها باهم جمع نمی شود و نمره کلی نداریم. لازم به توضیح است حداکثر و حداقل امتیاز هر حیطه به این شرح می باشد: قدرت تصمیم گیری (۴۸ - ۳)، قدرت تعامل (۵۴ - ۴) و درجه کنترل (۴۸ - ۳). هرچه فرد در هر بعد توانمندتر باشد، امتیاز بیشتری کسب می نماید.

طراحی مطالعه در کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران تصویب گردید کد تصویب: (IR.TUMS.SPH.REC ۱۳۹۷، ۰۱۷) در راستای رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از ارائه اطلاعات کافی در خصوص مطالعه به تمام شرکت کنندگان، از آن ها رضایت نامه کتبی جهت شرکت در مطالعه اخذ شد. به شرکت کنندگان در مطالعه در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات شخصی آنان اطمینان داده شد. در بخش اول داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ با استفاده از آمار توصیفی از جمله ضریب همبستگی پیرسون، میانگین، انحراف معیار برای توصیف سازه های مدل استفاده شد. در بخش دوم آتالیز مسیر داده ها با استفاده نسخه ۲۲ نرم افزار Amos با استفاده از شاخص های برازش مدل از قبیل شاخص مجذور کای دو تقسیم بر درجه آزادی (χ²/df)، شاخص برازش مقایسه ای (CFI) و جذر مربع میانگین خطای تقریب (RMSEA)، شاخص نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI) و شاخص برازش هنجار شده (NFI) مورد تحلیل قرار گرفت. در همه آزمون ها سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سن افراد شرکت کننده در مطالعه ۳۳/۶ ± ۷/۱ بود. بیشتر زنان مورد مطالعه خانه دار (۷۹/۹٪) بودند. بیشتر آنان دارای مدرک دیپلم (۴۴/۷٪) بودند و ۳۹/۳٪ تحصیلات دانشگاهی داشتند. از نظر قومیت، اکثر زنان (۶۰/۷٪) شرکت کننده در مطالعه فارسی زبان بودند. جدول ۱ مشخصات افراد مورد مطالعه را نشان می دهد.

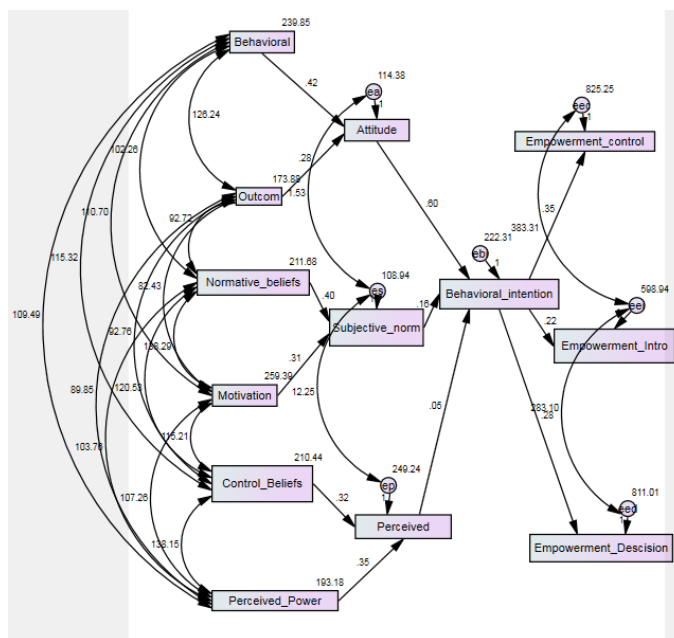
معنی داری دارند (جدول ۲). نتایج که در جدول ۳ ارائه شده نشان می‌دهد که بعد از حذف سازه کنترل رفتاری درک شده، تمام سازه‌های مدل از برازش خوبی برخوردار شدند.

پیرسون نیز نشان داد که تمامی سازه‌های مدل به جز بعد درجه کنترل توانمندی دریافت مراقبت با بعد هنجار ذهنی؛ و بعد درجه تعامل توانمندی دریافت مراقبت با انگیزه برای پیروی با هم ارتباط آماری

جدول ۲. آماره‌های توصیفی و همچنین ماتریکس همبستگی پیرسون بین سازه‌ها و زیر سازه‌هایی مدل رفتار برنامه ریزی شده

ریزی شده	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	میانگین ± انحراف معیار
نگرش	۱													۱/۱۴ ± ۴/۸۲
باور رفتاری	۰۰/۶۲۷	۱												۴/۱۵ ± ۱/۸۲
ارزشیابی پیامدهای رفتار	۰۰/۵۵۵	۰۰/۶۲۵	۱											۱/۱۳ ± ۸۶
هنجار ذهنی	۰۰/۴۶۲	۰۰/۵۰۸	۰۰/۵۵۴	۱										۱۴۲ ± ۹۲/۸۴
باور هنجاری	۰۰/۴۵۴	۰۰/۴۶۴	۰۰/۴۶۴	۰۰/۴۶۴	۱									۱۴۴ ± ۸۲/۰۴
انگیزه برای اطاعت	۰۰/۳۹۹	۰۰/۴۵۳	۰۰/۳۹۹	۰۰/۶۰۷	۰۰/۵۹۷	۱								۱۶ ± ۸۱/۵۰
کنترل رفتاری درک شده	۰۰/۳۲۰	۰۰/۳۶۳	۰۰/۳۹۷	۰۰/۳۸۳	۰۰/۳۶۳	۰۰/۳۶۹	۱							۱۸۰/۶ ± ۷۶/۳۱
باور کنترل	۰۰/۴۷۰	۰۰/۵۱۹	۰۰/۴۹۲	۰۰/۵۲۰	۰۰/۵۷۶	۰۰/۵۰۰	۰۰/۴۵۸	۱						۱۴۴ ± ۸۲/۷۴
قدرت درک شده	۰۰/۴۸۶	۰۰/۵۱۵	۰۰/۴۹۷	۰۰/۴۹۴	۰۰/۵۲۰	۰۰/۴۸۷	۰۰/۴۶۱	۰۰/۶۹۳	۱					۱۳۸ ± ۸۲/۹۵
قصد رفتاری	۰۰/۵۵۳	۰۰/۴۲۷	۰۰/۳۷۵	۰۰/۳۶۹	۰۰/۳۷۲	۰۰/۳۶۸	۰۰/۲۵۶	۰۰/۳۶۳	۰۰/۴۰۰	۱				۱۷/۹ ± ۷/۳۹
بعد درجه کنترل	۰۰/۱۸۵	۰۰/۱۵۱	۰۰/۱۷۱	۰/۰۷۹	۰۰/۱۲۰	۰۰/۱۲۵	۰/۰۱۱۲	۰۰/۲۱۶	۰۰/۲۹۹	۰۰/۲۲۶	۱			۲۹/۴ ± ۴۵/۳۴
بعد درجه تعامل	۰۰/۱۵۷	۰۰/۱۵۰	۰۰/۱۷۱	۰۰/۰۴۸	۰۰/۱۴۳	۰/۰۸۷	۰۰/۱۴۷	۰۰/۱۸۳	۰۰/۲۴۵	۰۰/۱۵۰	۰۰/۱۷۲	۱		۹/۳۷ ± ۳۵/۴۸
بعد درجه تصمیم‌گیری	۰۰/۱۸۷	۰۰/۱۹۰	۰۰/۲۱۹	۰۰/۱۲۱	۰۰/۱۸۶	۰۰/۱۹۷	۰۰/۱۵۹	۰۰/۱۵۳	۰۰/۲۸۲	۰۰/۱۸۴	۰۰/۲۴۹	۰۰/۱۶۵	۱	۹/۲۸ ± ۵۸/۴۷

**همبستگی در سطح ۰/۰۱ و *همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنی دار می‌باشد.



شکل ۲. نمودار تحلیل مسیر مدل اولیه مفروض پیشگویی‌کننده‌های توانمندی دریافت مراقبت سلامت در زنان متأهل در سنین باروری مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی جنوب تهران بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده با ضرایب استاندارد

برخوردار نیستند (جدول ۲). لذا در مرحله بعد، این سازه از مدل حذف و برازش مدل مجدداً مورد بررسی قرار گرفت (شکل ۳). تمام شاخص‌های مدل پس از اعمال اصلاحات از برازش مناسبی برخوردار شد (جدول ۳).

نتایج تحلیل مسیر مدل نهایی نشان می‌دهد که نگرش نسبت به توانمندی استفاده از مراقبت سلامت تأثیر مثبتی بر قصد رفتاری دریافت مراقبت سلامت دارد. به ازای هر واحد افزایش در نگرش نسبت به دریافت خدمات، ۰/۶۲ واحد به قصد رفتاری دریافت مراقبت سلامت اضافه می‌گردد. همچنین نتایج نشان داد هنجار ذهنی تأثیر مثبتی بر قصد رفتاری داشت اما این تأثیر ضعیف بود؛ به طوری که هر واحد افزایش در هنجارهای ذهنی منجر به ۰/۱۸ واحد افزایش در قصد رفتاری دریافت مراقبت سلامت می‌گردد. قصد رفتاری دریافت مراقبت سلامت نیز با ابعاد

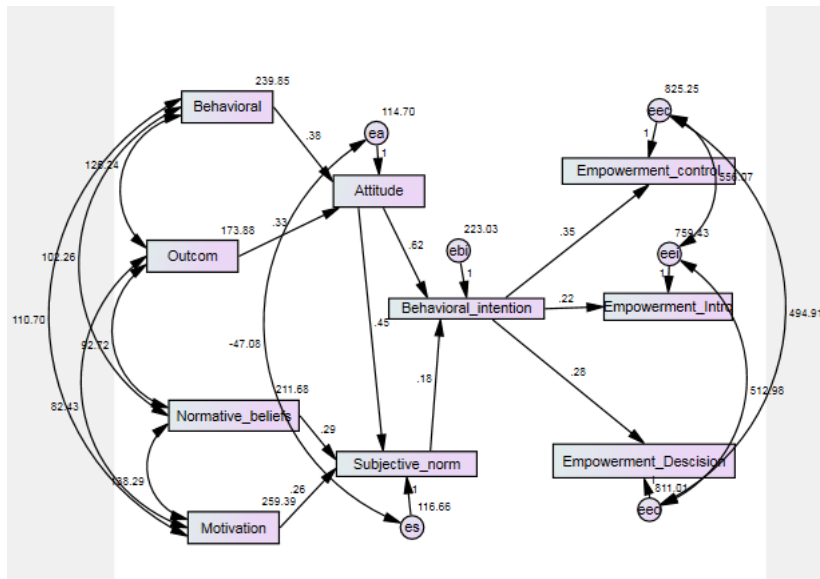
نتایج حاصل از آزمون مدل

رابطه بین متغیرهای پیش‌بینی و نتیجه و جهت همبستگی آن‌ها در مدل مفروض اولیه در شکل ۲ ارائه شده است. شاخص‌های برازش مدل اولیه و مقادیر قابل قبول در جدول ۲ نمایش داده شده است. در معادلات ساختاری، مقادیر بارهای عاملی در مدل‌های ساختاری کمتر از ۰/۱۰، حدود ۰/۳۰، و بیش از ۰/۵۰، بدون در نظر گرفتن علامت آن، به عنوان بار عاملی ضعیف، متوسط و خوب پذیرفته می‌شود [۱۷].

همانطور که شکل ۲ نشان می‌دهد بار عاملی سازه کنترل رفتاری درک شده ۰/۰۵ بود و ارتباط این سازه با سازه قصد رفتاری در سطح خطای ۰/۰۵ معنادار نبود. همچنین پس از بررسی شاخص‌های برازش مدل مشخص گردید هیچکدام از شاخص‌های مدل از برازش مناسبی

می‌گردد. در مجموع ۳۰ درصد از واریانس قصد رفتاری و ۰/۰۳ واریانس حیطه تصمیم‌گیری، ۰/۰۲ حیطه تعامل و ۰/۰۵ واریانس حیطه درجه کنترل توسط سازه‌های مدل تبیین گردید.

مختلف توانمندی دریافت مراقبت سلامت ارتباط مثبتی داشت که به ترتیب هر واحد افزایش قصد رفتار منجر به افزایش ۰/۳۵ واحد در حیطه درجه کنترل، ۰/۲۸ واحد افزایش در حیطه قدرت تصمیم‌گیری و ۰/۲۲ واحد افزایش در حیطه قدرت تعامل توانمندی دریافت مراقبت سلامت



شکل ۳. نمودار تحلیل مسیر نهایی پیشگویی‌کننده‌های توانمندی دریافت مراقبت سلامت در زنان متأهل سنین باروری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی جنوب تهران بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده با ضرایب استاندارد

جدول ۳. شاخص‌های نیکویی برازش مدل اولیه و نهایی

شاخص‌های برازش مدل	میزان قابل قبول	میزان مدل اولیه	میزان مدل نهایی
شاخص مجذور کای دو تقسیم بر درجه آزادی	≥ 0.3	۴۴/۸	۷/۲
شاخص نیکویی برازش (GFI)	≤ 0.9	۸۹/۰	۹۷/۰
شاخص برازش هنجار شده (NFI)	≤ 0.9	۸۶/۰	۹۶/۰
شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)	≤ 0.9	۸۷/۰	۹۷/۰
شاخص نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI)	≤ 0.9	۸۰/۰	۹۴/۰
جذر مربع میانگین خطای تقریب (RMSEA)	≥ 0.1	۱۲۵/۰	۰۶/۰

GFI: Goodness of fit index; NFI: Normed fit index; CFI: Comparative fit index; AGFI: Adjusted goodness-of-fit index; RMSEA: Root mean square error of approximation

بحث

توانمندی استفاده از مراقبت سلامت، تأثیر مثبتی بر قصد رفتار دریافت مراقبت سلامت دارد و قصد رفتار دریافت مراقبت سلامت، منجر به انجام این رفتار و توانمندی در این حیطه است. این موضوع نیز با مطالعه حاجی پور و همکاران که دریافتند نگرش مثبت در زندگی می‌تواند در بالا بردن سطح توانمندی زنان مؤثر باشد همسو است [۱۹].

نتایج مطالعه حاضر حاکی از این امر بود که بعد کنترل رفتاری درک شده نقشی در تبیین رفتار دریافت مراقبت سلامت نداشت و وقتی این سازه از مدل حذف شد تمام شاخص‌های مدل نیز پس از اعمال اصلاحات از برازش مناسبی برخوردار شد و قصد رفتاری نقش کم رنگی در تبیین رفتار دریافت مراقبت سلامت در زنان متأهل سنین باروری داشت. این نتیجه با مطالعه جواد زاده و همکاران [۲۰] و عالمی و همکاران [۲۱] که نشان دادند سازه کنترل رفتاری درک شده بهترین پیش‌گویی کننده قصد و رفتار آزمودنی‌ها است همخوانی نداشت. به نظر می‌رسد که این تناقض به این دلیل باشد که سازه کنترل رفتاری درک شده به وجود یا فقدان تسهیل‌کننده‌ها یا موانع رفتار بستگی دارد و طیف گسترده‌ای از واسطه‌های بالقوه شخصی و زیست محیطی را شامل می‌شود.

پژوهش حاضر به جهت مشخص کردن تعیین‌کننده‌های توانمندی دریافت مراقبت سلامت در زنان متأهل سنین باروری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی جنوب تهران بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده در سال ۱۳۹۸ طراحی و اجرا شد. نتایج مطالعه در دو بخش کلی بحث خواهد شد که بخش اول مباحث مربوط به سازه‌های تئوری رفتار برنامه ریزی شده و بخش دوم حیطه‌های توانمندی دریافت مراقبت سلامت در زنان را شامل می‌شود.

نتایج مطالعه نشان داد سازه نگرش و هنجار ذهنی بهترین پیش‌گویی کننده قصد رفتار دریافت خدمات سلامت بودند. نگرش نسبت به هنجار ذهنی از قدرت پیشگویی کننده بالاتری برای پیش‌بینی قصد رفتار برخوردار بود. این موضوع با مطالعه محمدی زیدی که به منظور بررسی پیش‌بینی کننده‌های رفتار با استفاده از تئوری رفتار برنامه ریزی شده بر روی ۲۲۲ کارگر انجام شد هم خوانی دارد. آن مطالعه نشان داد که هنجارهای ذهنی به صورت غیرمستقیم بر قصد و انجام رفتار تأثیرگذار است [۱۸] همچنین نتیجه مطالعه ما نشان داد که نگرش نسبت به

نتیجه‌گیری

در مجموع از نتایج مطالعه حاضر می‌توان چنین استنباط کرد که نگرش و هنجار ذهنی افراد نسبت به توانمندی استفاده از مراقبت سلامت، تأثیر مثبتی بر قصد رفتار دریافت مراقبت سلامت در زنان دارد که بر همین اساس می‌توان مداخلات مبتنی بر مدل و تئوری، با توجه به این مقوله‌ها، برای افزایش قصد دریافت مراقبت سلامت انجام داد، همچنین از آنجایی که قصد رفتار مقدم بر انجام رفتار و در واقع تعیین کننده اصلی رفتار است موجب بهبود و ارتقای سلامت و توانمندی برای دریافت مراقبت سلامت نیز می‌شود. از این رو توصیه می‌گردد مسئولان و سیاست‌گذاران حوزه سلامت در کنار ارائه خدمات مراقبت سلامت، به توانمند کردن افراد جامعه برای دریافت و استفاده از این مراقبت‌ها، به وسیله برنامه‌های آموزشی مدل و تئوری محور توجه نمایند؛ از سویی دیگر با توجه به نوآورانه بودن موضوع پژوهش امید است این نتایج بتواند راهگشای انجام مطالعات مداخلاتی ارتقایی در حوزه توانمندی زنان در دریافت مراقبت‌های سلامتی آنان باشد مطالعه مداخله‌ای در راستای توانمند کردن افراد در چارچوب تئوری احتمال اتخاذ یک رفتار را بیشتر می‌کند و با افزایش توانایی و قابلیت‌های افراد از طریق افزایش آگاهی و آموزش به آن‌ها، آنان را در حفظ و بهبود سلامتی کمک می‌نماید.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت با عنوان بررسی اثر یک مداخله بر افزایش توانمندی دریافت مراقبت سلامت در زنان متأهل سنین باروری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی جنوب تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران: کاربرد نظریه رفتار برنامه ریزی شده است (کد تصویب طرح: ۳۹۳۹۷) که 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.

تضادمنافع

محققان تأکید می‌نمایند در انجام، استخراج و گزارش نتایج این مطالعه هیچ گونه تضاد منافی وجود نداشته است.

References

1. Rezaee N, Salsali M, Jahantigh M. Identification of women's health dimensions: a review on qualitative studies. *Iranian j nurs res.* 2015;10(3):118-30.
2. Kiani Z, Simbar M, Dolatian M, Zaeri F. Relationship between structural social determinants of health and women's empowerment in reproductive health. *J Sch Public Health Inst Public Health Res.* 2015;13(2):1-15.
3. Gagnon M, Hibert R, Dube 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(6):429-35. doi: 10.4278/0890-1171-20.6.429 pmid: 16871823
4. Kohan S, Simbar M, Taleghani F. Role of family planning services in empowering women: a qualitative study. *Hakim res j.* 2012;15(1):68-77.
5. Cyril S, Smith BJ, Renzaho AM. Systematic review of empowerment measures in health promotion. *Health Promot Int.* 2016;31(4):809-26. doi: 10.1093/heapro/dav059 pmid: 26137970
6. Tol A, Mohebbi B, Shakibazadeh E, Yaseri M, Sabouri M. Predictors of Empowerment of Reproductive-Age Women Referring to Health Centers in South Tehran to Receive Health Care Services. *J Sch Public Health Inst Public Health Res.* 2018;16(2):164-79.
7. Nikpour S, Shahpourian F, HajiKazemi E, Hosseini F, Safdari M. The relationship between women's satisfaction with prenatal care services and characteristics of the women and the provision of services. *Iran j nurs.* 2007;20(49):15-27.
8. Shakerinejad G, Hidarnia A, Motlagh ME, Karami K, Montazeri A, Tavousi M. Improving oral contraceptive

تمامی سازه‌های مدل به جز بعد درجه کنترل توانمندی دریافت مراقبت با بعد هنجار ذهنی و بعد درجه تعامل توانمندی دریافت مراقبت با انگیزه برای اطاعت با هم ارتباط آماری معنی داری داشتند که برای توجیه این مورد دلایل زیر را می‌توان عنوان کرد: مطابق با مطالعه Gagnon و همکاران [۲]، توانایی کنترل و قدرت تعامل افراد، درک توانایی آنها برای مسئولیت پذیری در قبال سلامت خود است که این حیطه با هنجارهای ذهنی که عبارت است از تحت تأثیر قرارگرفتن اشخاص در جامعه توسط افراد متفاوت مانند بستگان، کادر درمان و رهبران دینی و انگیزه برای اطاعت؛ انگیزه‌هایی که باعث عمل کردن بر اساس افکار دیگران می‌شود، در تضاد است.

تاکنون مطالعه‌ای که بر تئوری رفتار برنامه ریزی شده با موضوع توانمندی دریافت مراقبت سلامت و تأثیر سازه‌های این تئوری بر حیطه‌های توانمندی پرداخته باشد بدست نیامد. در مطالعه‌های انجام شده پیشین نظیر مطالعه فروزانفر و همکاران [۹]، مطالعه kwaguchi و همکاران [۲۲]، مطالعه Sujatha و همکاران [۲۳]، تنها به بررسی سطح تحصیلات، حمایت اجتماعی درک شده با توانمندی دریافت مراقبت سلامت پرداخته شده است. مطالعه ما نشان داد که قصد رفتار دریافت مراقبت سلامت با ابعاد مختلف توانمندی دریافت مراقبت سلامت ارتباط مثبتی داشت. به ترتیب هر واحد افزایش قصد رفتار منجر به افزایش ۰/۳۵ واحد در حیطه درجه کنترل، ۰/۲۸ واحد افزایش در حیطه قدرت تصمیم‌گیری و ۰/۲۲ واحد افزایش در حیطه قدرت تعامل توانمندی دریافت مراقبت سلامت شد. در مجموع، ۳۰ درصد از واریانس قصد رفتاری و ۰/۰۳ واریانس حیطه تصمیم‌گیری، ۰/۰۲ حیطه تعامل و ۰/۰۵ واریانس حیطه درجه کنترل توسط سازه‌های مدل تبیین شد. چون ماهیت ابزار به گونه‌ای است که حیطه‌های توانمندی دریافت مراقبت سلامت با هم جمع بسته نمی‌شوند واریانس کمتری توسط سازه‌های مدل تبیین می‌گردد. پژوهش حاضر در هنگام اجرا با محدودیت‌هایی مواجه بوده است که استفاده کنندگان از نتایج این مطالعه باید آنها را مد نظر داشته باشند از جمله می‌توان به خودگزارشی بودن جمع آوری اطلاعات، با سواد بودن زنان و انجام این پژوهش در مراکز بهداشتی جنوب تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران اشاره نمود که نتایج این پژوهش ممکن است تعمیم پذیر به کل زنان متأهل در سنین باروری نباشد اما تا حدودی می‌تواند به ترسیم نقشه راه برای سیاست‌گذاران حوزه سلامت کمک نماید.

- pill continuation: application of the Theory of Planned Behavior. *Payesh (Health Monitor)*. 2013;12(4):375-83.
9. Froozanfar S, Majlessi F, RAHIMI FA, POURREZA A. Assesment of the relationship between empowerment and reproductive behavior. *Daneshvar med*. 2012;18(99).
 10. 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 Childbirth*. 2014;14:297. doi: 10.1186/1471-2393-14-297 pmid: 25174359
 11. Ghaffarifar S, Ghofranipour F, Ahmadi F, Khoshbaten M. Why Educators Should Apply Theories and Models of Health Education and Health Promotion to Teach Communication Skills to Nursing and Medical Students. *Nurs Midwifery Stud*. 2015;4(4):e29774. doi: 10.17795/nmsjournal29774 pmid: 26835468
 12. Besharati F, Hazavehei S, 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. *J Adv Med Biomed Res*. 2011;19(77):94-106.
 13. Keramat A, Masoumi S, Shobeiri F, Raei M, Andarzgoo M, Babazadeh R. Effectiveness of educational program related to persuade women for breast feeding based on theory of planned behavior (TPB). *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*. 2013;21(2):21-31.
 14. Sharma M. *Theoretical foundations of health education and health promotion*: Jones & Bartlett Publishers; 2016.
 15. Armitage CJ, Arden MA. Exploring discontinuity patterns in the transtheoretical model: An application of the theory of planned behaviour. *Br J Health Psychol*. 2002;7(Pt 1):89-103. doi: 10.1348/135910702169385 pmid: 14596720
 16. Mohebibi 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):341-6. doi: 10.4314/ejhs.v28i3.12 pmid: 29983534
 17. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*: Guilford publications; 2015.
 18. Mohammadi-Zeidi I, Heydarnia A, Niknami S. Predicting Factors of Worker Behavior for Proper Working Posture Based on Planed Behavior Theory. *Armaghan Danesh J*. 2008;13(3):4.
 19. HajiPour L, HOSSEINI TM, TAGHI ZZ, Behzadi Z. Empowerment of pregnant women. *J Holistic Nurs Midwifery*. 2016;25(81):24-16.
 20. Sharifirad G, Mostafavi F, Reisi M, Mahaki B, Javadzade H, Heydarabadi A, et al. Predictors of Nurses' Intention and Behavior in Using Health Literacy Strategies in Patient Education Based on the Theory of Planned Behavior. *Mater Soc Med*. 2015;27(1). doi: 10.5455/msm.2014.27.23-26
 21. Alami A, Rezaeian-Kochi M-H, Moshki M. Application of Theory of Planned Behavior in Predicting Intention and Action of Preventing Tobacco Use among Students of Gonabad University of Medical Sciences. *Iranian J Health Educ Health Promot*. 2016;3(4):340-8.
 22. Kawaguchi L, Fouad NAM, Chiang C, Elshair IHH, Abdou NM, El Banna SR, et al. Dimensions of women's empowerment and their influence on the utilization of maternal health services in an Egyptian village: a multivariate analysis. *Nagoya j med sci*. 2014;76(1-2):161.
 23. Sujatha DS, Reddy GB. Women's education, autonomy, and fertility behaviour. *Asia Pacific J Soc Sci*. 2009;1(1):35-50.