بررسی قدرت پیشگویی کنندگی نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده بر قصد زوجین نابارور در حل مشکل ناباروری

مریم علیزاده[۱]، محمدرضا میری[۲]، نرگس معاشری[۳]، مرضیه عطایی[۴]، میترا مودی[۵]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: ناباروری یکی از مشکلات عمده پزشکی در دنیای امروز به شمار می‌رود که میزان آن در سراسر دنیا در حال افزایش است. ناباروری بر مردان و زنان سنین باروری تأثیر می‌گذارد. همچنین، زوجین را در معرض مشکلات عاطفی و روانی فراوانی قرار می‌دهد. نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده یکی از مدل‌هایی است که فرایند اصلی پذیرش رفتارهای مناسب را توضیح می‌دهد. مطالعه حاضر با هدف بررسی قدرت پیشگویی کنندگی نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده بر قصد زوجین نابارور در حل مشکل ناباروری طراحی شد.

روش‌ها: در این مطالعه توصیفی- تحلیلی، ۶۴ نفر از زوجین نابارور مراجعه کننده به مطب متخصصان زنان و نازایی شهر بیرجند، در سال ۱۳۹۴ مورد بررسی قرار گرفتند. افراد به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه محقق ساخته منطبق با سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده بود. روایی پرسش‌نامه با استفاده از نظرات ۱۰ نفر از متخصصان و پایایی آن نیز به وسیله ضریب Cronbach's alpha تأیید گردید. برای تعیین چگونگی ارتباط سازه‌ها، از ضریب همبستگی Pearson و جهت تعیین سهم هر یک از سازه‌ها، از روش آنالیز رگرسیون استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < ۰/۰۵۰$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین سنی زوجین شرکت کننده ۵/۲۴ ± ۳۰/۶۸ سال بود. همبستگی مثبت و معنی‌داری بین تمام متغیرهای مدل رفتار برنامه‌ریزی شده با قصد مشاهده گردید ($P < ۰/۰۵۰$). نتایج آنالیز رگرسیون مشخص نمود که سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، ۳۶ درصد واریانس قصد را پیشگویی می‌کند. سازه‌های کنترل رفتار درک شده ($\beta = ۰/۴۶۵$) و نگرش ($\beta = ۰/۲۸۹$)، به ترتیب بهترین پیشگویی کننده قصد حل مشکل ناباروری بودند ($P < ۰/۰۵۰$).

نتیجه‌گیری: نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده می‌تواند قصد حل مشکل ناباروری را در زوجین پیشگویی نماید.

واژه‌های کلیدی: مدل رفتار برنامه‌ریزی شده، ناباروری، قصد، زوجین نابارور

ارجاع: علیزاده مریم، میری محمدرضا، معاشری نرگس، عطایی مرضیه، مودی میترا. **بررسی قدرت پیشگویی کنندگی نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده بر قصد زوجین نابارور در حل مشکل ناباروری.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۵؛ ۱۲ (۲): ۲۰۱-۱۹۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۸/۱۲ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱/۲۳

مقدمه

ناباروری یکی از مهم‌ترین بحران‌های دوران زندگی است که منجر به بروز مشکلات روانی و تجربیات استرس‌زای جدی برای افراد می‌شود (۱). مشکل ناباروری در دنیای امروز به صورت یک نگرانی اجتماعی درآمده است و می‌تواند ضربه روانی شدیدی به زوجین وارد سازد و منجر به عدم تعادل روانی زوجین، طلاق و قطع رابطه بین آنان گردد (۲). نابارور به زوجی اطلاق می‌شود که حداقل یک سال از تصمیم آن‌ها برای فرزندار شدن بدون استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری گذشته باشد، اما موفق نشده باشند و برای درمان اقدام کرده‌اند و از سوی پزشک متخصص، تشخیص ناباروری برای آنان داده شده باشد (۴، ۳، ۱). ناباروری یکی از مشکلات عدیده پزشکی دنیای امروز به شمار می‌رود؛ به گونه‌ای که میزان آن در جهان از سال ۱۹۵۵تاکنون، ۵۰ درصد افزایش یافته است (۵، ۱). مطالعات فراوانی در سراسر جهان، میزان شیوع ناباروری را در جوامع مختلف مورد بررسی قرار داده و نتایج متفاوتی را گزارش کرده‌اند. این میزان در چین، ۹ درصد و در انگلستان، ۳۵ درصد برآورد شده است (۳). میانگین کلی ناباروری در ایران ۱۳/۲ درصد عنوان شده است (۱).

نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد که امروزه میزان ناباروری در کشورهایی که میزان باروری بالایی داشته‌اند، رو به افزایش است (۳). مواجه شدن با ناباروری بر زندگی مردان و زنان تأثیر بسزایی دارد. زوجین نابارور، به ویژه در برخی از جوامع سنتی، علاوه بر محرومیت از داشتن فرزند، با چالش‌های فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی مختلفی مواجه می‌شوند و این معضل افراد مبتلا را در معرض مشکلات عاطفی- روانی و فشارهای خانوادگی زیادی قرار می‌دهد (۶، ۲). پدیده ناباروری به خصوص در فرهنگ ما و با توجه به نقش مؤثر والدین و اطرافیان در زندگی زوجین، ابعاد عمیق‌تری به خود می‌گیرد (۷) و زندگی آن‌ها را با سلسله فعالیت‌های پر زحمت درمانی، مشکلات مربوط به

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
۲- دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت ،دانشکده بهداشت، گروه آموزش بهداشت وارتقاء سلامت ،دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند،ایران
۳- مربی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و گروه بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
۴- متخصص زنان و زایمان و نازایی، گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
۵- استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
نویسنده مسؤول: محمدرضا میری
Email: miri_moh2516@yahoo.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-31]

تمایل جنسی و روابط زناشویی، کاهش صمیمیت زوجین، احساس گناه، ناامیدی، افسردگی، کاهش احساس عزت نفس و رضایت زوجین و احساس خلأ مواجه می‌کند (۸) و حتی باعث ایجاد تحول روان‌شناختی در آنان می‌گردد (۹). ملایی‌نژاد و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که تنیدگی ناشی از ناباروری، موجب بروز اختلالاتی در روابط زناشویی و کاهش رضایت از زندگی در زنان نابارور می‌گردد (۱۰). نورانی و همکاران نیز در مطالعه خود دریافتند که نیمی از افراد نابارور، تغییر در روابط جنسی و ۷۵ درصد آن‌ها تغییرات خلق را تجربه کرده‌اند (۵). همچنین، نتایج تحقیق آقامحمدیان شعرباف و همکاران نشان داد که ناباروری به عنوان یک عامل استرس‌زا، ارتباط انکارناپذیری با تفکرات غیر منطقی مانند کمال‌گرایی دارد و تأثیر منفی بر عملکرد جنسی افراد می‌گذارد (۱۱).

با توجه به این که قشری از افراد جامعه دچار ناباروری هستند و در زندگی با مسایلی از قبیل بدرفتاری، بی‌توجهی، محرومیت اجتماعی و جدایی روبه‌رو می‌شوند، شناخت مسایل و مشکلات این قشر و توجه به آثار اجتماعی و فردی ناباروری، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ مانند نگرش افراد به این موضوع که می‌تواند بر جنبه‌های مختلف زندگی افراد تأثیرگذار باشد. جنبه‌های مختلف روان‌شناختی مربوط به ناباروری همچون اندوه، استرس، مشکلات جنسی و... به وفور مورد مطالعه قرار گرفته‌اند و لازم است که قدرت باورها و نگرش‌ها و هنجارهای انتزاعی و کنترل افراد بر روی رفتارهایی که منجر به ایجاد قصد و رفتار مناسب برای روبه‌رو شدن با این مشکل می‌شود، بررسی گردد.

زوجین برای حل مشکل ناباروری، سه راه‌حل پیش رو دارند؛ ابتدا هر زوجی به سراغ راه‌های درمانی موجود می‌رود و درمان را تا جایی که امکان دارد، ادامه می‌دهد، اما گاهی دیگر ادامه درمان ممکن نیست و زوجین یا باید به زندگی بدون فرزند ادامه دهند و یا کودکی را به فرزند خواندگی قبول کنند. مطالعات فراتحلیل نظریه رفتار برنامه‌ریزی، نشان داده است که سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده به خوبی قصد و رفتار بعد از آن را پیش‌بینی می‌کند. توجه به اهمیت نگرش در تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، می‌تواند چارچوب نظریه‌ای مفیدی برای پیش‌بینی رفتار در این زوجین جهت بهترین عملکرد در زندگی آن‌ها و احساس رضایت بیشتر آن‌ها باشد. این مدل، ارتباط بین رفتار و باورها، نگرش‌ها و قصد یا تمایلات را شناسایی می‌کند و قصد رفتار را به عنوان مهم‌ترین پیش‌بینی کننده رفتار معرفی می‌نماید (۱۲).

بر اساس مدل رفتار برنامه‌ریزی شده، قصد انجام یک رفتار توسط سه عامل «نگرش نسبت به رفتار، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتار درک شده» پیش‌بینی می‌شود. نگرش نشان دهنده میزان مطلوبیت یا عدم مطلوبیت یک رفتار از نظر یک فرد می‌باشد که دو عامل باورهای فردی و ارزیابی رفتار موجب شکل‌گیری آن می‌شود (۱۳). هنجار انتزاعی به این مسأله اشاره دارد که فشارهای اجتماعی درک شده، ممکن است باعث شود که فرد رفتار خاصی را انجام دهد یا ندهد (۱۵، ۱۴). همچنین، زوجین تحت تأثیر افراد مختلف جامعه مانند والدین خود، همسر، پزشک و... قرار می‌گیرند (۱۳). کنترل رفتار درک شده نیز سختی یا آسانی متصور در خصوص اجرای یک رفتار ویژه است و حدس زده می‌شود که هم به طور مستقیم و هم به طور غیر مستقیم بر رفتار تأثیر می‌گذارد (۱۵، ۱۴) و درجه‌ای از احساس فرد در مورد این است که انجام یا عدم انجام یک کار تا چه حد در کنترل ارادی فرد قرار دارد. از منظر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، می‌توان با اندازه‌گیری قصد رفتاری، به پیش‌بینی رفتار دست یافت. قصد رفتاری، یکی از اساسی‌ترین سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده می‌باشد که از طریق آن می‌توان فهمید افراد چقدر میل دارند کاری را انجام دهند و چقدر تلاش می‌کنند تا برای اجرای رفتار خاصی برنامه‌ریزی نمایند (۱۳). با توجه به اهمیت موضوع و عدم انجام پژوهشی در مورد قصد حل مشکل ناباروری بر مبنای نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در زوجین نابارور، پژوهش حاضر با هدف به کارگیری این نظریه در پیش‌بینی میزان قصد حل مشکل ناباروری در زوجین نابارور انجام شد.

روش‌ها

در این مطالعه توصیفی- تحلیلی که به صورت مقطعی انجام گردید، زوجین نابارور مراجعه کننده به مطب متخصصان زنان و زایمان شهر بیرجند در سال ۱۳۹۴ مورد بررسی قرار گرفتند. جامعه آماری متشکل از ۶۴ نفر (۳۲ زوج) بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیار انتخاب نمونه‌ها شامل حداقل یک سال اقدام به بارداری و عدم موفقیت در بارداری و تأیید ناباروری توسط متخصصان زنان و تمایل به شرکت در مطالعه بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه محقق ساخته منطبق بر سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بود؛ به طوری که سازه نگرش شامل ۲۴ سؤال (به طور مثال، مشکل نازایی برای ما اهمیتی ندارد، من بدون فرزند هم می‌توانم در کنار همسرم زندگی خوبی داشته باشم، ما با درمان می‌توانیم به این مشکل فایق آییم و...) و سازه هنجارهای انتزاعی شامل ۱۴ سؤال (به طور مثال، برخورد اطرافیان و دوستانم باعث شده است که روی مشکل نازایی خیلی حساس شوم، همسرم مرا برای پیگیری درمان تشویق می‌کند، خانواده همسرم فکر می‌کنند که من مشکل ناباروری دارم، پزشک متخصص زنان در ادامه روند درمان و سازگاری با همسرم تأثیرگذار است و...) بود که به صورت طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای در نظر گرفته شد و در جملات منفی و مثبت به ترتیب بالاترین نمره به گزینه «کاملاً مخالفم» و «کاملاً موافقم» اختصاص داشت. سازه قصد شامل ۳ سؤال (آیا می‌توانید زندگی بدون فرزند را ادامه دهید؟، آیا قصد ادامه درمان را دارید؟ و آیا در آینده قصد فرزند خواندگی را دارید؟) و سازه کنترل رفتار درک شده شامل ۵ سؤال (من و همسرم در مورد راه‌های درمان توافق داریم. من با فرزند خواندگی می‌توانم به سازگاری خودم کمک کنم. با وجود مشکلی که دارم، توانایی ایجاد روابط خوب و سازگار را با همسرم دارم و...) به صورت گزینه‌های بلی و خیر بود.

روایی محتوای پرسش‌نامه با استفاده از نظرات ۱۰ نفر از متخصصان آموزش بهداشت و اپیدمیولوژی و پایایی آن با محاسبه ضریب Cronbach's alpha (α = ۰/۹۱) تأیید گردید. بعد از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی (ضریب همبستگی Pearson و آنالیز رگرسیون) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < ۰/۰۵$ به عنوان سطح معنی‌داری کلیه آزمون‌ها در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

جامعه آماری مطالعه، ۳۲ زوج نابارور (۳۲ زن و ۳۲ مرد) بودند که در سال ۱۳۹۴ مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سن زوجین شرکت کننده در مطالعه ۵/۲۴ ± ۳۰/۶۸ سال بود (زنان ۵/۱۰ ± ۲۹/۳۱ سال و مردان ۵/۰۰ ± ۳۲/۰۶

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-31]

سال). نتایج مرتبط با تحصیلات و مدت ناباروری در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی زوجین نابارور مورد مطالعه بر حسب متغیرهای دموگرافیک

متغیر	دامنه	تعداد (درصد)
تحصیلات	زیر دیپلم	۲۲ (۳۴/۴)
	دیپلم	۱۹ (۲۹/۷)
	فوق دیپلم	۷ (۱۰/۹)
	کارشناسی و بالاتر	۱۶ (۲۵/۰)
مدت ناباروری (سال)	۱-۳	۲۲ (۳۴/۴)
	۴-۶	۱۶ (۲۵/۰)
	۷-۹	۱۶ (۲۵/۰)
	۱۰-۱۲	۴ (۶/۳)
	۱۳-۱۵	۰ (۰)
	۱۶-۱۹	۲ (۳/۱)
	۲۰-۲۳	۴ (۶/۳)

نتایج مرتبط با بررسی همبستگی سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در جدول ۲ آمده است.

بر اساس نتایج آزمون همبستگی، بین کنترل رفتار درک شده، نگرش و هنجارهای انتزاعی با قصد حل مشکل ناباروری ارتباط مثبت و مستقیمی وجود داشت.

نتایج آنالیز رگرسیون در رابطه با قصد حل مشکل ناباروری بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، نشان داد که متغیرهای کنترل رفتار درک شده، نگرش و هنجارهای انتزاعی در مجموع، ۳۶ درصد قصد حل مشکل ناباروری را پیش‌بینی کرده‌اند و کنترل رفتار درک شده، قوی‌ترین پیشگویی کننده قصد رفتاری بود و نگرش در مرحله بعدی قرار گرفت (جدول ۳).

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین قدرت پیشگویی کنندگی نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده بر قصد حل مشکل ناباروری زوجین نابارور انجام شد. در این پژوهش قصد بر سه محور «قصد ادامه درمان، قصد ادامه زندگی بدون فرزند و قصد فرزند خواندگی» تعیین گردید و با توجه به این که مطالعه‌ای در زمینه رفتارهای مرتبط با حل مشکل ناباروری بر طبق نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده انجام نشده است؛ بنابراین، در بحث با سایر مطالعات انجام شده مبتنی بر این نظریه مقایسه صورت خواهد گرفت. در این مطالعه، سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در مجموع حدود ۳۶ درصد قابلیت پیش‌بینی قصد حل مشکل ناباروری را داشتند که نشان می‌دهد نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده می‌تواند به عنوان الگوی مناسبی برای پیش‌بینی قصد در این زوجین استفاده شود. در مطالعه نورانی سعدالدین و همکاران نیز نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، ۳۶ درصد توان پیش‌بینی کنندگی را داشت (۱۶) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت.

با توجه به این که قصد رفتاری افراد می‌تواند متأثر از عوامل مختلفی باشد، در مطالعه حاضر کنترل رفتار درک شده اولین و قوی‌ترین سازه مرتبط با قصد شناخته شد. بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، یافته‌های تحقیق حاضر در کنترل رفتاری یعنی درجه‌ای از احساس فرد در مورد این که انجام یا عدم انجام یک رفتار تا چه حد تحت کنترل اراده فرد است (۱۷)، با نتایج مطالعات نورانی سعدالدین و همکاران (۱۶) و هاتفنیا و نیک‌نامی (۱۸) همسو می‌باشد. بعد از کنترل رفتار درک شده، نگرش (β = ۰/۲۸۵) به عنوان یکی دیگر از متغیرهای پیشگویی کننده قصد بود. نگرش نشان دهنده میزان مطلوبیت یا عدم مطلوبیت یک رفتار از نظر یک فرد می‌باشد (۱۳). در واقع، چنانچه فرد احساس کند که می‌تواند بر عوامل خارجی مؤثر بر این مشکل غلبه نماید، قصد وی برای حل مشکلات ناشی از ناباروری افزایش خواهد یافت و راحت‌تر با مشکلات و عوارض ناشی از ناباروری برخورد می‌نماید که این نتایج با یافته‌های پژوهش نورانی سعدالدین و همکاران (۱۶) مشابهت داشت.

هنجارهای انتزاعی در مطالعه حاضر با نتایج مطالعه نورانی سعدالدین و همکاران که در آن هنجارهای انتزاعی، پیشگویی کننده معنی‌دار قصد نبود (۱۶)، همخوانی داشت، اما این نتایج با یافته‌های تحقیق رحمتی نجارکلایی و همکاران که در آن هنجارهای انتزاعی، پیشگویی کننده معنی‌دار قصد بود (۱۹)، همسو نبود. شاید یکی از دلایل این اختلاف و عدم همخوانی، فاصله میان درک فرد از عوامل بیرونی و واقعیت موجود در این سازه و همچنین، موضوع و ویژگی‌های جمعیت مورد مطالعه و تمرکز بیشتر زوجین بر روی درمان باشد.

در مطالعه حاضر، سازه‌های نگرش، کنترل رفتار درک شده و هنجارهای انتزاعی با قصد حل مشکل ناباروری همبستگی مثبتی داشت که با نتایج مطالعات نورانی سعدالدین و همکاران (۱۶) و Higgins و Conner (۲۰) هم‌راستا می‌باشد. قصد در زوجین نابارور مطالعه حاضر، بر مبنای ادامه درمان ناباروری، ادامه زندگی بدون فرزند و فرزندخواندگی بود که همگی در راستای حل مشکلات ناشی از ناباروری در این زوجین می‌باشد و می‌توان گفت که قصد مرحله پیش از عمل است و طی این مرحله، فرد آمادگی لازم را برای رفتارهای مناسب و سالم دارد، اما همیشه قصد منجر به رفتار نمی‌گردد؛ چرا که عوامل خارجی و یا داخلی (مانند هنجارهای انتزاعی) در طول زمان منجر به تغییراتی در فرد برای انجام یک رفتار سالم می‌شود. به منظور تبدیل قصد در زوجین نابارور به رفتار مناسب، باید به نگرش و هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری توجه بیشتری کرد.

جدول ۲. ضریب همبستگی بین متغیرهای تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده

سازه‌های نظریه	نگرش	هنجارهای انتزاعی	کنترل رفتار درک شده	قصدرفتاری
نگرش		۰/۶۴۰**	۰/۳۴۲**	۰/۴۲۳**
هنجارهای انتزاعی			۰/۳۳۶**	۰/۳۰۲*
کنترل رفتار درک شده				۰/۵۵۱**
قصد رفتاری				

*معنی‌داری در سطح ۰/۰۵۰؛ **معنی‌داری در سطح ۰/۰۱۰

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-31]

جدول ۳. آنالیز رگرسیون خطی سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بر قصد حل مشکل ناباروری در زوجین نابارور

متغیر	ضریب مسیر	بتای استاندارد	P	
نگرش	۰/۰۱۵	۰/۲۸۹	۰/۰۳۰	R^2 = ۰/۳۶
هنجارهای انتزاعی	-۰/۰۰۳	-۰/۰۳۹	۰/۷۷۳	
کنترل رفتار درک شده	۰/۲۸۲	۰/۴۶۵	۰/۰۰۱	

حل مشکلات زوجین نابارور با توجه به سیاست‌های جمعیتی موجود، می‌تواند به تداوم زندگی آن‌ها کمک شایانی کند. بنابراین، انجام مطالعات کامل‌تر با به کارگیری نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده پیشنهاد می‌گردد. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به عدم وجود یک مرکز ناباروری در بیرجند و سازماندهی دقیق این بیماران اشاره کرد که دسترسی به آن‌ها را دشوار می‌سازد. بدیهی است که انجام مطالعه با حجم بیشتر، می‌تواند برآورد دقیق‌تری از قصد این زوجین ارایه دهد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نگرش و کنترل رفتار درک شده، قوی‌ترین و هنجار ذهنی ضعیف‌ترین پیشگویی کننده در قصد است. بنابراین، می‌توان با ایجاد یک نگرش مثبت، اثرات منفی ناباروری را کاهش داد. با توجه به تأثیر نگرش و کنترل رفتار درک شده بر روی قصد، توصیه می‌شود تا متخصصان و مسؤولان کشور توجه بیشتر خود را نسبت به این زوجین اعمال نمایند. همچنین، طراحی پژوهش‌های گسترده‌تر در این زمینه توصیه می‌شود؛ چرا که به دلیل کمبود مطالعات، امکان مقایسه پژوهش حاضر با تحقیقات مشابه کار شده در زمینه نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده میسر نبود.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با کد b۹۴۰۲ بود. بدین وسیله نویسندگان از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی بیرجند به جهت حمایت مالی طرح و همچنین، از پزشکان متخصص زنان و نازایی شهر بیرجند به خصوص سرکار خانم دکتر نرگس ناصح، کلیه زوجین محترم شرکت کننده در مطالعه و تمامی افرادی که به نوعی در انجام این پژوهش همکاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Direkvand Moghadam A, Delpisheh A, Sayehmiri K. The prevalence of infertility in iran, a systematic review. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2013; 16(81): 1-7. [In Persian].
2. Jonaidy, Noorani Sadodin S, Mokhber N, Shakeri MT. Comparing the marital satisfaction in infertile and fertile women referred to the public clinics in Mashhad in 2006-07. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2009; 12(1): 7-16. [In Persian].
3. Hosseini J, Emadedin M, Mokhtarpour H, Sorani M. Prevalence of primary and secondary infertility in four selected provinces in Iran, 2010-2011. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2012; 15(29): 1-7. [In Persian].
4. Akhtari E, Bioos S, Sohrabvand F. Infertility in Iranian traditional medicine from hakim mohammad azam khan point of view. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2015; 18(148): 18-23. [In Persian].
5. Nourani S, Joneidy E, Shakeri MT, Mokhber N. Comparison of quality of life in fertile and infertile women referred to the public clinics in Mashhad. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2012; 15(7): 24-31. [In Persian].
6. Mohammadi MR, Khalaj Abadi Farahani F. Emotional and psychological problems of infertility and strategies to overcome them. Reprod Infertil 2000; 32(2): 33-9. [In Persian].
7. Abbasi Molid H, Ghamarani A, Fatehi Zadeh M. The pathology of Iranian infertile couples life. Teb Tazkiyeh 2009; 18(1-2): 8-20. [In Persian].
8. Ezzati A, Nouri R, HasaniJ. Structural relationship model between social support, coping strategies, stigma and depression in infertile women in Tehran, Iran, 2010. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2013; 16(45): 20-8. [In Persian].
9. Mazaheri MA, Kayghobadi F, Faghihi Imani Z, Ghashang N, Pato M. Problem solving strategies and marital adjustment in infertile and fertile couples. J Reprod Infertil 2001; 2(4): 22-32. [In Persian].
10. Mollaiynezhad M, Jafarpour M, Jahan Far SH, Jamshidee R. Infertility related stress and marital life in iranian infertile women who referred to Isfahan infertility treatment clinic. J Reprod Fertil 2001; 2(1): 26-39. [In Persian].
11. Aghamohammdian Sharbaf HR, Zarezade Kheibari Sh, Horouf Ghanad M, Hokm Abadi ME. The Relationship between Perfectionism and Sexual Function in Infertile Women. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2014; 17(97): 9-17. [In Persian].
12. Vafaeenajar A, Masihabadi M, Moshki M, Ebrahimipour H, Tehrani H, Esmaily H, et al. Determining the Theory of Planned Behavior's Predictive Power on Adolescents' Dependence on Computer Games. Journal of Health Education and Health Promotion 2014; 2(4): 303-11. [In Persian].
13. Peyman N, Samiee RoudiK. The effect of education based on the theory of planned behavior on caries prevention of permanent teeth in fifth grade students in Khaf City. J Mashad Dent Sch 2015; 39(2): 123-36. [In Persian].
14. Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi I, Mohammadi Zeidi B. The Impact of health education based on theory of planned behavior on the prevention of aids among adolescents. Iran J Nurs 2012; 25(78): 1-13. [In Persian].
15. Sadeghi R, Khanjani N. Impact of educational intervention based on theory of planned behavior (TPB) on the AIDS-

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-31]

preventive behavior among health volunteers. Iran J Health Educ Health Promot 2015; 3(1): 23-31. [In Persian].
16. Nourani Saadodin S, Goudarzi M, Peyman N, Esmaily H. Prediction of intrauterine device insertion among women of childbearing age based on the theory of planned behavior. Iran J Obstet Gynecol Infertil 1993; 16(45): 13-9. [In Persian].
17. Karimy M, Niknami Sh, Heidarnia AR, Hajizadeh I. Measuring constructs of Theory of Planned Behavior (TPB) regarding Cigarette use among adolescents. Behbood J 2015; 16(8): 617-25. [In Persian].
18. Hatefnia E, Niknami S. Survey of Factors affecting to predict mammography in employed women aged 35 years and older based on the Theory of planned behavior. J Health Syst Res 2013; 9(10): 1062-70. [In Persian].
19. Rahmati Najarkolaei F, Eshraghi T, Dopeykar N, Zamani O. Determinants of delivery type selection by using theory of planned behaviors (TPB). J Urmia Nurs Midwifery Fac 2014; 12(4): 305-13. [In Persian].
20. Higgins A, Conner M. Understanding adolescent smoking: The role of the theory of planned behaviour and implementaion intenions. Psychology, Health & Medicine 2003; 8(2): 173-86.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-31]

Journal of Health System Research Received: 03.11.2015

Vol. 12, No. 2, Summer 2016 Accepted: 11.04.2016

Evaluation of the Predictive Power of the Theory of Planned Behavior on the Intention of Infertile Couples to Solve the Problem of Infertility

Maryam Alizadeh[1], Mohammad Reza Miri[2], Narges Moasheri[3], Marzeyeh Ataee[4], Mitra Moodi[5]

Original Article

Abstract

Background: Today, infertility is a major medical problem and its prevalence is increasing worldwide. Infertility affects men and women of reproductive ages. In addition, infertile couples encounter many emotional and mental problems. The Theory of Planned Behavior is a theory that explains the process of adopting appropriate behaviors. The aim of this study was to determine the predictive power of the Theory of Planned Behavior on the intention of infertile couples to solve the problem of infertility.

Methods: This descriptive-analytical study was conducted on 64 infertile couples referred to obstetrics and gynecologist clinics of Birjand, Iran, in 2015. The study participants were selected through convenience sampling. The data gathering tool was a researcher-made questionnaire in accordance with constructs of the Theory of Planned Behavior. The validity and reliability of the questionnaire were approved using the opinions of 10 experts and Cronbach's alpha ($\alpha = 0.91$), respectively. Data were analyzed in SPSS software. The Pearson correlation coefficient was used to determine the relationship between the constructs and regression analysis was used to determine the predictive power of each construct. All P values of less than 0.05 were considered significant.

Findings: The mean age of the subject was 30.68 ± 5.24 years. Significant positive correlations were observed between all variables of the Theory of Planned Behavior and intention ($P < 0.05$). Regression analysis revealed that the constructs of the Theory of Planned Behavior predict 36% of the variance in intention. Perceived behavioral control ($\beta = 0.465$) and attitude ($\beta = 0.289$) were, respectively, the most significant predictors of the intention to solve the infertility problem ($P < 0.05$).

Conclusion: The Theory of Planned Behavior can predict the intention to solve the infertility problem.

Keywords: Theory of planned behavior, Infertility, Intention, Infertile couples

Citation: Alizadeh M, Miri MR, Moasheri N, Marzeyeh Ataee, Moodi M. **Evaluation of the Predictive Power of the Theory of Planned Behavior on the Intention of Infertile Couples to Solve the Problem of Infertility.** J Health Syst Res 2016; 12(2): 196-201.

1- MSc Student, Social Determinants of Health Research Center AND Department of Health Education and Promotion, School of Health, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
2- Associate Professor, Social Determinations of Health Research Center AND Department of Health Education and Promotion, School of Health, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
3- Lecturer, Social Determinants of Health Research Center, Department of Health, School of Health, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
4- Gynecologist, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
5- Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Department of Public Health, School of Health, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
Corresponding Author: Mohammad Reza Miri, Email: miri_moh2516@yahoo.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-31]