

طراحی و تعیین روایی و پایایی پرسش‌نامه تاثیر مدل اعتقاد بهداشتی در استفاده کنندگان از دو روش تنظیم خانواده قرص و کاندوم

محمد اسلامی^۱، دکتر علیرضا حیدرنیا^۲، دکتر آبتین حیدرزاده^۳، دکتر فرخنده امین شکروی^۴، محمد اسماعیل مطلق^۵

تاریخ دریافت 1389/05/05 تاریخ پذیرش 1389/08/07

چکیده

پیش زمینه و هدف: ابزارهای سنجش و پرسش‌نامه‌هایی که در تحقیق‌ها بکار گرفته می‌شوند تا از طریق آن‌ها میزان دستیابی به اهداف پژوهش اندازه‌گیری شوند، خود باید استاندارد باشند تا با آن‌ها بتوان تاحد ممکن ضمانت نتایج بدست آورده را تضمین نمود. مطالعه حاضر با هدف استانداردسازی و تعیین روایی و پایایی پرسش‌نامه برای سنجش مفاهیم مدل اعتقاد بهداشتی برای گیرندگان خدمت دو روش پیشگیری از بارداری قرص و کاندوم بکار گرفته شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه با بررسی متون اقدام به جمع‌آوری تعدادی از پرسش‌نامه‌های بکار گرفته شده در تحقیق‌های مربوط به سلامت باروری و تنظیم خانواده که مدل اعتقاد بهداشتی در آن‌ها بکار گرفته شده بود، شد. سپس پرسش‌نامه اولیه تدوین و در مرحله اول اعتبار ظاهری و محتوایی آن با بهره‌گیری از Expert opinion ارزیابی شد و در مرحله بعد قابلیت فهم آن توسط مشتری با انجام مطالعه راهنما بر روی ۲۰ نفر انجام شد و در مراحل سوم و چهارم پایایی پرسش‌نامه با بهره‌گیری از روش آزمون-آزمون مجدد و محاسبه معیارهای نمونه‌برداری برای تضمین کیفیت، آلفای کرونباخ با استفاده از نرم‌افزار STATA انجام شد. برای ارایه نمودن نتایج از آمار توصیفی استفاده شد.

یافته‌ها: در مرحله اعتباریابی ابزار سه آیت از پرسش‌نامه کاندوم و چهار آیت از پرسش‌نامه قرص حذف و پرسش‌نامه‌ها برای ارزیابی قابلیت درک توسط مشتریان در اختیار ۲۰ نفر از افراد قرار داده شد که با استفاده از معیارهای تضمین کیفیت حداقل ۸۰ درصد سوالات قابل قبول تشخیص داده شدند. پس از انجام اصلاحات لازم، پرسش‌نامه‌ها در اختیار ۳۰ نفر از مشتریان دریافت کننده خدمات قرار داده شد و به فاصله ۱۵ روز مجدداً همین افراد مورد پرسش‌گری قرار گرفتند و نتایج برای تضمین کیفیت مورد ارزیابی قرار گرفتند و سؤالاتی که دارای نقص بودند اصلاح شده و دوباره پرسش‌نامه بر روی ۳۰ داوطلب دیگر آزمون شد و پس از ۱۵ روز دوباره روی این ۱۵ نفر آزمون شد و نتایج برای تضمین کیفیت مورد ارزیابی قرار گرفتند.

بحث و نتیجه‌گیری: در بیشتر مطالعات، تهیه ابزار استاندارد برای انجام مطالعه یکی از اساسی‌ترین اقدامات برای انجام بررسی است. این امر باتوجه به حساسیت موجود در اغلب موارد نیازمند زمانی طولانی برای طی مراحل استانداردسازی است. ولی با مرور دقیق مستندات و تجربیات انجام شده و بهره‌گیری از ابزاری که پایایی و روایی آن‌ها پیش از این تایید شده است، این زمان قابل کوتاه‌تر شدن است.

نتایج این مطالعه نشانگر روایی و پایایی قابل قبول پرسش‌نامه طراحی شده در سنجش اجرا مدل اعتقاد بهداشتی برای خدمات تنظیم خانواده است.

کلیدواژه‌ها: تنظیم خانواده، الگوی اعتقاد بهداشتی، پرسش‌نامه، روایی، پایایی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و یکم، شماره پنجم، ص ۳۹۰-۳۸۲، بهمن و اسفند ۱۳۸۹

آدرس مکاتبه: تهران، بزرگراه جلال آل احمد، دانشگاه تربیت مدرس، گروه آموزش بهداشت، تلفن: ۰۲۱-۶۶۷۰۰۰۷۱

Email: hidarnia@modares.ac.ir

مقدمه

مادر و کودک، خانواده‌ها و در نهایت جامعه است. همچنین نقش تنظیم خانواده در بهبود شاخص‌های توسعه‌ای هر کشوری ثابت شده است. تنظیم خانواده با دادن قدرت تصمیم‌گیری به خانواده‌ها به آن‌ها کمک می‌کند که از خطرهای ناشی از بارداری‌های پرخطر و ناخواسته مرتبط با زایمان‌های

برپایه مستندات موجود ملی و بین‌المللی اعم از قانون تنظیم خانواده و جمعیت (۱)، قانون برنامه‌های توسعه کشور (۲)، اهداف توسعه هزاره MDGs و برنامه عمل ICPD، تنظیم خانواده سیاست و ابزاری مهم در راه دستیابی به اهداف سلامت نوزاد،

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت دانشگاه تربیت مدرس

^۲ دانشیار گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه گیلان

^۴ استادیار گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

^۵ دانشیار بیماری‌های کودکان، معاونت امور بهداشتی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

در سنین کمتر از ۱۸ سال و بیشتر از ۳۵ سال، زایمان‌های با فاصله کمتر از سه سال و زایمان‌های بیشتر از چهار بار پیشگیری نمایند. بر همین اساس تنظیم خانواده نقش بسیار مهمی در بهبود شاخص‌های مرگ مادر (۳) ناشی از بارداری و زایمان، مرگ نوزادان و مرگ کودکان کمتر از پنج سال (۴) ایفا می‌نماید. افزایش آگاهی جامعه در زمینه برنامه‌های تنظیم خانواده و اهداف سلامت نگر آن، درک کامل منافع و معایب بهره‌گیری از روش‌های پیشگیری از بارداری و استفاده درست از روش‌های در دسترس می‌تواند ارتقای شاخص‌های تنظیم خانواده را به دنبال داشته باشد (۵). بهره‌گیری از مدل‌ها و الگوهای آموزش سلامت می‌تواند با بهینه‌سازی آموزش‌ها و تغییر نگرش‌ها در جامعه در این راستا تأثیری قابل توجه داشته باشد. رایج آموزش‌ها و خدمات تنظیم خانواده با بهره‌گیری از الگوهای آموزش سلامت می‌تواند سبب افزایش اثربخشی این آموزش‌ها، با به‌کارگیری اصول آموزشی مرتبط گردد (۶).

جمعیت واجدین شرایط بهره‌گیری از خدمات تنظیم خانواده به استناد سرشماری‌های انجام شده سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ در کشور رو به افزایش گذاشته و با توجه به هرم سنی و جمعیتی کشور، این سیر افزایشی در سال‌های آینده نیز ادامه خواهد یافت (۸،۷). همچنین پوشش تنظیم خانواده براساس بررسی‌های انجام شده در فواصل زمانی سال‌های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۴ افزایش یافته که این واقعیت در کنار افزایش جمعیت واجد شرایط یادشده، سبب افزایش بیشتر مراجعه کنندگان برای دریافت خدمات برنامه می‌گردد (۱۰،۹). بدیهی است که مانند هر برنامه بهداشتی و پیشگیری دیگر، تصور افزایش منابع، به ویژه منابع انسانی به موازات افزایش جمعیت نیازمند خدمت امری سهل‌الوصول نخواهد بود. محدودیت منابع و نیروهای انسانی باید سبب شود که برنامه‌ریزان و سیاست‌گزاران نهایت سعی خود را برای استفاده بهینه از منابع موجود و در راستای تامین نیازهای جامعه گیرنده خدمت بکار گیرند.

پژوهشی که این مطالعه بخشی از آن را تشکیل می‌دهد به دنبال بهره‌گیری و استفاده بهینه از منابع موجود، به ویژه منابع نیروی انسانی در امر تنظیم خانواده است. کاهش بار مراجعه، در صورتی‌که در شاخص‌ها تأثیر منفی ایجاد نکند، می‌تواند یکی از راه‌های استفاده بهینه از منابع انسانی به شمار آید. بدیهی است که چنین تحقیقی در صورت موفقیت خواهد توانست که برخی از مشکلات موجود در استفاده بهینه از منابع انسانی را برطرف نماید. برای این که بتوان به نتایج این تحقیق اعتماد نمود و پس از

انجام تحقیق نسبت به بهره‌گیری از نتایج آن اقدام کرد، باید این تحقیق از مراحل روشن، مشخص و کاملاً علمی پیروی نماید. در هر تحقیق، ابزار تحقیق وسیله‌ای است که از طریق آن محقق اطلاعات مورد نیاز را با نهایت دقت و کم‌ترین میزان اشتباه جمع‌آوری نموده و در ادامه با انجام تجزیه و تحلیل‌های مرتبط نتیجه‌گیری‌های لازم را انجام می‌دهد. بنابراین ابزار تحقیق یکی از اساسی‌ترین اجزای تحقیق به‌شمار آمده و لازم است که مراحل استاندارد شدن را به خوبی طی کرده باشد. همچنین افرادی که می‌خواهند با این ابزار اطلاعات مورد نیاز را جمع‌آوری نمایند نیز باید، آموزش استاندارد کار با این ابزار را فرا گرفته باشند.

هدف از مطالعه حاضر اندازه‌گیری روایی صوری و محتوایی و تکرار پذیری پرسش‌نامه و ابزار تدوین شده بوده است. این متن دلایل استفاده نکردن از پرسش‌نامه موجود و احیاناً مشابه را بررسی نموده و همچنین تکرارپذیری^۱ و روایی صوری^۲ ابزار تهیه شده را تشریح می‌نماید.

همان‌گونه که عنوان شد، برای کاهش بار مراجعه استفاده کنندگان از آن دسته از روش‌های پیشگیری از بارداری که در حال حاضر همراهه برای دریافت خدمت مورد نیاز به واحدهای ارایه خدمت مراجعه می‌نمایند، در راستای بهره‌گیری بهینه از نیروی انسانی موجود ارایه کننده خدمت و نیز افزایش رضایت گیرندگان و ارایه کنندگان خدمت، مداخله گسترده‌ای برنامه ریزی شده است. این مداخله در نظر دارد تا با بهره‌گیری از الگوی اعتقاد بهداشتی^۳، شاخص‌ها و متغیرهای مورد نظر را در گروه‌های واجد شرایط اندازه‌گیری نموده و تغییرات آن‌ها را تجزیه و تحلیل نماید. طبیعتاً آنچه که پیش و پس از مداخله در گروه‌های شاهد و مداخله براساس ابزار تدوین شده مورد بررسی قرار خواهد گرفت، باید هم‌خوانی کاملی با سازه‌ها و مفاهیم الگوی به کار گرفته شده داشته باشد.

ساختارهای الگوی اعتقاد بهداشتی که در این تحقیق و طبیعتاً در تدوین پرسش‌نامه مورد استفاده قرار گرفته‌اند به شرح زیر می‌باشند (۱۱):

۱. حساسیت درک شده^۴

حساسیت درک شده نشان دهنده باور فرد درباره احتمال بروز یک تهدید برای سلامتی و ایجاد یک مشکل بهداشتی است. میزان حساسیت افراد نسبت به بیماری‌ها متفاوت است و به ادراک و نگرش آن‌ها درباره خطر بیماری بستگی دارد. فرد تا چه حد خود را در معرض ابتلای به یک بیماری حساس می‌داند؟ این بعد از

¹ Repeatability

² Face validity

³ Health Belief Model

⁴ Perceived susceptibility

مدل به درک شخص از در معرض خطر بودن ابتلای به بیماری اشاره دارد.

با توجه به این‌که استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری صرفاً در راستای پیشگیری از بروز بارداری‌های پرخطر و ناخواسته انجام می‌شود، فرد با توجه به شرایط خود، شانس خود را در قبال باردار شدن (بارداری ناخواسته و پرخطر) ارزیابی می‌کند.

۲. شدت درک شده^۱

این سازه به شدت، وخامت و جدیت بیماری می‌پردازد. درک افراد درباره خطر ابتلای به یک بیماری متفاوت است. این بعد مدل ارزشیابی از نتایج بالینی پزشکی است که براساس آن میزان مرگ و میر، ناتوانی، درد ناشی از بیماری بررسی و بر مبنای علایم یادشده شدت بیماری تعیین می‌شود. ابتلای به بیماری ممکن است که نتایج اجتماعی مانند: تاثیر بر کار، زندگی خانوادگی، و در نهایت بر روابط اجتماعی داشته باشد. از این رو فرد جدی بودن بیماری را درک کرده که منجر به رفتار پیشگیری کننده می‌شود.

در زمینه بارداری‌های ناخواسته و پرخطر، فرد با مقایسه موارد رخ داده شده و نیز اطلاعات کسب نموده از منابع مختلف، شدت مشکلات و پیامدهایی را که در صورت بارداری ناخواسته یا پرخطر برای او ایجاد خواهد شد ارزیابی می‌کند.

۳. منافع درک شده^۲

وقتی فرد پذیرفت که ممکن است به بیماری و مخاطرات آن مبتلا شود، رفتار بهداشتی پیشنهادی را انجام می‌دهد. منافع رفتار توصیه شده بیشتر از هزینه‌ها و ناراحتی‌های عمل نکردن به آن است. فرد پی می‌برد که رفتاری را انتخاب کند که بیشترین سود (فردی، خانوادگی، اجتماعی و...) را داشته و در دسترس باشد. پس دو شرط سودمندی و امکان پذیر بودن را برای رفتار قابل شده‌اند. استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری نیز از این دو عامل پیروی می‌نماید. فرد با توجه به شرایط خود، یکی از روش‌های در دسترس پیشگیری از بارداری را برای جلوگیری از بارداری‌های ناخواسته یا پرخطر انتخاب می‌نماید.

۴. موانع درک شده^۳

این سازه جنبه‌های منفی بالقوه درک شده را که مانع برای انجام یک رفتار خواهند بود، در بر می‌گیرد. توضیح این‌که جنبه‌های منفی بالقوه رفتار در رفتار فرد اثر دارد. این جنبه‌ها عبارتند از:

- هزینه - سود^۴: تجزیه و تحلیل فرد از این‌که رفتار بهداشتی تا چه میزان به سود او است. آیا ارزش هزینه پرداخت شده یا وقتی را که به آن اختصاص داده است دارد؟

- آثار جانبی^۵: ممکن است بطور بالقوه ناخوشایند، دردناک، ناراحت کننده، نامناسب و وقت گیر باشد که این‌ها مانعی برای رفتار بوده و در انجام یا عدم انجام آن اثر دارند. اگر موانع درک شده قوی‌تر از منافع درک شده باشند، انجام رفتار بهداشتی غیرمحمتمل خواهد بود.

هرکدام از روش‌های پیشگیری از بارداری، موانع خاص خود از قبیل هزینه‌ها (از نظر میزان‌های پرداخت، صرف وقت و...) و عوارض جانبی در پی خواهد داشت. بزرگی این موانع می‌تواند عامل تعیین کننده‌ای در استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری بطور کلی و یا استفاده از روش خاص باشد.

۵. ارزیابی خودکارآمدی

خودکارآمدی یک نقش اساسی در جوامع انسانی دارد. قضاوت درباره خود درباره توانمندی‌های عملی، از تعیین کننده‌های اولیه رفتار، الگوهای فکری و واکنش‌های احساسی آن‌ها در موقعیت‌های چالش برانگیز است. از آنجایی‌که عمل براساس قضاوت نادرست فرد از توانمندی‌های شخصی خود می‌تواند پیامدهای ناخوشایندی داشته باشد، ارزیابی دقیق فرد از توانمندی‌های شخصی خود از ارزش عملی بالایی برخوردار است.

قضاوت درست یا نادرست از خودکارآمدی، برپایه ۴ منبع اصلی اطلاعات است. این چهار منبع عبارتند از تجربیات موفق عملکردی، تجربیات غیر مستقیم برای قضاوت درباره توانمندی خود فرد در مقایسه با عملکرد دیگران، توانمندی‌های خاص فرد در زمینه تاثیر کلامی و انواع تاثیرهای اجتماعی مربوطه و موقعیت فیزیولوژیکی که افراد در آن توانمندی‌ها، نقاط قوت و نقاط ضعف خود را قضاوت می‌کنند. این منابع مختلف اطلاعات در خودارزیابی از کارآمدی باید به دنبال هم تجزیه و تحلیل شده و از طریق افکار ارجاع شده به خود فرد سنجیده شوند.

بدیهی است در طول مدت استفاده از روش پیشگیری از بارداری، مصرف کننده روش با برخی دشواری‌ها روبرو خواهد شد. توانمندی فرد برای حل مشکلاتی که با آن‌ها روبرو می‌شود و حل این مشکلات عامل تعیین کننده‌ای در استفاده از روش و تداوم بهره گیری از آن خواهد بود.

موارد و روش‌ها

این مطالعه با جستجو درباره پرسش‌نامه‌های مشابه‌ای که می‌توانست تسهیل‌گر انجام فعالیت مورد نظر باشد آغاز شد. با توجه به جدید بودن موضوع تحقیق و با توجه به این‌که تحقیق مشابهی براساس جستجوهای انجام شده در مکان دیگری یافت

¹ Perceived severity

² Perceived benefits

³ Perceived barriers

⁴ Cost-benefit

⁵ Side effects

نشد، سعی بر جمع آوری پرسشنامه‌هایی متمرکز شد که رابطه سازه‌های یادشده با پیشگیری از بارداری و روش‌های مورد بحث در این تحقیق (کاندوم و قرص) را مد نظر قرار داده باشند. در این راستا پرسشنامه‌های فراوانی با جستجو در بانک‌های اطلاعاتی Elsevier, Ovid, CHIPTS, Health belief model و Self efficacy, Condom و Pill و Family planning جمع آوری شد (۱۲-۱۸). در تحقیق‌های انجام شده در داخل کشور، زمینه‌های مشابهی که بتواند منبعی برای در اختیار دادن پرسشنامه‌های تدوین شده مبتنی بر اصول مورد نظر باشد (رابطه حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی در ارتباط با استفاده از کاندوم و قرص در راستای پیشگیری از بارداری)، مشاهده نگردید. دو گروه دلایل یادشده نیز از مواردی بود که مجری تحقیق را ناگزیر از ایجاد یک پرسشنامه و ابزار جدید به همین منظور می‌ساخت.

در کنار ترجمه سوالات پرسشنامه‌های جمع آوری شده، با توجه به تفاوت فرهنگی موجود بین جامعه ایرانی و جامعه‌های استفاده کننده از پرسشنامه‌ها، با تغییر محتوی برخی از سوال‌ها و بکارگیری عبارتهایی متناسب، اقدامات لازم برای بومی سازی سوالات نیز صورت گرفت.

در مرحله بعد طراحی اولیه پرسشنامه تحقیق انجام شد. با توجه به این که این پرسشنامه برای تحقیق بر روی دو روش کاندوم و قرص از نظر کاهش بار مراجعه مورد استفاده قرار خواهد گرفت، با توجه به تفاوت‌های موجود در دو روش از نظر: عوارض شایع جانبی، مشکلات شایع در استفاده از روش در گیرندگان خدمت، آنچه که گیرندگان روش باید به آن اشراف داشته و در زمان‌های لازم آن را به کار بندند و... دو پرسشنامه مجزا برای تخصصی نمودن سوالات تا حد امکان و طراحی سوالات متناسب با اجزا خدمت در نظر گرفته شدند.

۱. ابزار سنجش آسیب‌پذیری درک شده در موارد عدم پیشگیری از بارداری: این ابزار در هر دو پرسشنامه طراحی شده اولیه برای قرص و کاندوم شامل هفت سوال بود که در پنج مورد از مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت شامل موارد موافقم، تاحدی موافقم، نظری ندارم، تاحدی مخالفم، مخالفم و در دو مورد دیگر از گزینه‌های خیلی زیاد، زیاد، نه زیاد و نه کم، کم، بسیار کم بهره می‌گرفت. در هر دو مورد طیف نمره گذاری از ۱ برای موافقم یا خیلی زیاد و ۵ برای مخالفم یا بسیار کم تعیین شده بود. برای سایر مقیاس‌های با امتیاز گذاری لیکرت امتیازدهی در دامنه پاسخ‌های موافقم، تاحدی موافقم، نظری ندارم، تاحدی مخالفم، مخالفم قرار داشته و با اعداد ۵-۱ تعیین شد.

۲. ابزار سنجش شدت درک شده در موارد عدم پیشگیری از بارداری: این ابزار در هر دو پرسشنامه طراحی شده اولیه برای قرص و کاندوم شامل هشت سوال بود که از مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت بهره می‌گرفت.

۳. ابزار سنجش منافع درک شده در موارد عدم پیشگیری از بارداری: این ابزار در هر دو پرسشنامه طراحی شده اولیه برای قرص و کاندوم شامل ۱۲ سوال بود. هفت سوال از این ۱۲ سوال برای هر دو پرسشنامه مشترک بوده و پنج سوال باقیمانده اختصاصاً برای روش مربوطه تدوین شده بود. همه این سوالات از مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت بهره می‌گرفت.

۴. ابزار سنجش موانع درک شده در موارد عدم پیشگیری از بارداری: این ابزار در هر دو پرسشنامه طراحی شده برای قرص و کاندوم شامل ۱۰ سوال بود. پنج سوال از این ۱۰ سوال برای هر دو پرسشنامه مشترک بوده و پنج سوال باقیمانده اختصاصاً برای روش مربوطه تدوین شده بود. همه سوالات از مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت بهره می‌گرفت.

۵. ابزار سنجش خودکارآمدی در موارد عدم پیشگیری از بارداری: این ابزار در پرسشنامه طراحی شده اولیه برای قرص شامل ۱۱ سوال و در کاندوم شامل ۱۰ سوال بود. این دو گروه از سوال‌ها کاملاً متفاوت بوده و در اغلب موارد از مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت بهره می‌گرفت.

در مرحله اول پرسشنامه‌های طراحی شده برای ارزیابی روایی صوری و Content validity به منظور بهره گیری از Expert panel در اختیار ۱۵ نفر از متخصصان و اساتید آموزش بهداشت و سلامت باروری و تنظیم خانواده قرار گرفت. پرسشنامه‌ها پس از اعمال پیشنهادها و نظریه‌های اصلاحی متخصصان یادشده مورد بازنگری اولیه قرار گرفت. پس از انجام این بازنگری در مرحله دوم، برای ارزیابی اعتبار صوری و قابلیت درک پرسشنامه توسط مشتریان، پرسشنامه‌ها در اختیار ۲۰ نفر از مراجعه کنندگان (زنان همسر دار ۴۹-۱۰ ساله مراجعه کننده برای خدمات تنظیم خانواده) به مراکز ارائه خدمات تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی و درمانی شهری، روستایی، خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های بهداشتی شهرستان سمنان در نیمه دوم سال ۱۳۸۷ قرار گرفت و تطابق درک آن‌ها از پرسش‌ها با هدف مجری طرح به صورت بلی و خیر کدگذاری و وارد رایانه شد و با استفاده از ملاک تضمین کیفیت (LQAS) مورد ارزیابی قرار گرفت (۱۹-۲۱).

در مرحله سوم پایایی پرسشنامه با بهره گیری از روش آزمون-آزمون مجدد با اجرای پرسش‌گری از طریق پرسشنامه بر روی ۳۰ نفر مراجعه کننده به مراکز ارائه خدمات تنظیم خانواده و

تکرار آن در فاصله ۱۵ روز و محاسبه معیارهای نمونه برداری برای تضمین کیفیت (LQAS)، آلفای کرونباخ با استفاده از نرم افزار STATA انجام شد. سپس سوالات دارای پایایی ضعیف (معیار LQAS کم‌تر از ۸۵ درصد) مورد بازبینی و اصلاح قرار گرفت و در مرحله چهارم پایایی پرسش‌نامه با بهره‌گیری از روش آزمون - آزمون مجدد با اجرای پرسشگری از طریق پرسش‌نامه بر روی ۳۰ نفر مراجعه کننده به مراکز ارائه خدمات تنظیم خانواده و تکرار آن در فاصله ۱۵ روز و محاسبه معیارهای نمونه برداری برای تضمین کیفیت (LQAS)، آلفای کرونباخ با استفاده از نرم افزار STATA انجام شد و در نهایت پرسش‌نامه برای انجام پرسشگری در سطح وسیع مورد تایید قرار گرفت. برای ارائه نمودن نتایج از آمار توصیفی استفاده شد.

یافته‌ها

در اولین مرحله پیشنهادی گروه خبرگان مبنی بر همگن کردن شیوه امتیاز دهی در محدودی از سوالات و نیز حذف و اضافه شدن برخی از سوالات در پرسش‌نامه‌ها انجام شد و تغییری-رات به این شرح لحاظ شدند: افزایش تعداد پرسش‌های ابزار حساسیت درک شده در دو پرسش‌نامه قرص و کاندوم از هفت سوال به هشت سوال، کاهش تعداد پرسش‌های ابزار شدت درک شده در هر دو پرسش‌نامه از هشت سوال به هفت سوال، ثابت ماندن تعداد سوال‌ها در هر دو پرسش‌نامه منافع درک شده در ۱۲ سوال، کاهش تعداد سوال‌های ابزار موانع درک شده از ده سوال به هشت سوال کاهش و کاهش تعداد پرسش‌های ابزار خودکارآمدی در سوال‌های مربوط به قرص از ۱۱ سوال به هشت سوال و سوال‌های مربوط به کاندوم از ۱۲ سوال به هفت سوال.

در مرحله دوم با استفاده از ملاک تضمین کیفیت و در دو سطح حداکثر ۵ درصد خطای قابل قبول (۶/۷۵ و ۶/۷۴ درصد سوالات قابل قبول به ترتیب در پرسش‌نامه‌های کاندوم و قرص) و حداکثر ۱۵ درصد خطای قابل قبول (۹/۸۲ و ۴/۸۶ درصد سوالات قابل قبول به ترتیب در پرسش‌نامه‌های کاندوم و قرص)، سوالاتی که در هر حیطه قابلیت فهم و درک ناکافی داشتند مشخص شدند که کم‌ترین قابلیت فهم در سوالات بخش سنجش تهدیدها و موانع وجود داشت (جداول ۱ و ۲). در نهایت پس از اصلاح و بازنگری سوالات دو پرسش‌نامه در این مرحله تعداد سوالات پرسش‌نامه‌ها (بدون در نظر گرفتن بخش دموگرافیک که به طور ثابت شامل ۱۸ سوال بود) در پرسش‌نامه کاندوم از ۴۷ سوال به ۴۱ سوال (۵۹ سوال کل پرسش‌نامه) و در پرسش‌نامه قرص از ۴۸ سوال به ۴۳ سوال (۶۱ سوال کل پرسش‌نامه) کاهش یافت.

در مرحله سوم بهترین پایایی درونی و تکرارپذیری پس از بخش دموگرافیک (پایایی ۱۰۰ درصد و کاپا ۱) در هر دو پرسش‌نامه کاندوم و قرص، در بخش‌های خودکارآمدی (آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۵۷ و ۰/۶۷۳) و منافع درک شده (آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۱۶ و ۰/۶۴۱) مشاهده شد (جداول ۳ و ۴). و کم‌ترین پایایی در بخش‌های موانع و تهدیدهای درک شده مشاهده شد (آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۲۰۹ و ۰/۱۲۸) در نهایت پس از انجام اصلاحات نهایی نتایج مرحله چهارم بررسی پرسش‌نامه نشانگر افزایش تکرارپذیری و پایایی درونی پرسش‌نامه کاندوم در کل (آلفای کرونباخ از ۰/۴۵۲ به ۰/۷۲۵) و قرص در کل (آلفای کرونباخ از ۰/۶۴۲ به ۰/۷۸۴) و تکرارپذیری هر یک از حیطه‌های پنج‌گانه مطالعه به تفکیک در هر دو پرسش‌نامه بود. (جداول ۵ و ۶)

جدول شماره (۱): نتایج بررسی میدانی جهت سنجش روایی صوری و قابلیت خوانایی پرسش‌نامه کاندوم

کل	تعداد سوالاتی که روایی صوری آن‌ها حداقل قابل قبول را دارد		حیطه سوالات پرسش‌نامه
	با معیار حداکثر ۱۵ درصد خطا	با معیار حداکثر ۵ درصد خطا	
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۱۸ (۱۰۰٪)	۱۸ (۱۰۰٪)	۱۸ (۱۰۰٪)	دموگرافیک
۸ (۱۰۰٪)	۷ (۸۷٫۵٪)	۵ (۶۲٫۵٪)	حساسیت درک شده
۷ (۱۰۰٪)	۵ (۷۱٫۴٪)	۴ (۵۷٫۱٪)	تهدید
۹ (۱۰۰٪)	۹ (۱۰۰٪)	۹ (۱۰۰٪)	منافع
۹ (۱۰۰٪)	۶ (۶۶٫۶٪)	۶ (۶۶٫۶٪)	موانع
۸ (۱۰۰٪)	۷ (۸۷٫۵٪)	۷ (۸۷٫۵٪)	خودکارآمدی
۵۹ (۱۰۰٪)	۵۲ (۸۲٫۹٪)	۴۹ (۷۵٫۶٪)	کل

جدول شماره (۲): نتایج بررسی میدانی جهت سنجش روایی صوری و قابلیت خوانایی پرسشنامه قرص

حیطه سوالات پرسشنامه	تعداد سوالاتی که روایی صوری آن‌ها حداقل قابل قبول را دارد		کل
	با معیار حداکثر ۵ درصد خطا	با معیار حداکثر ۱۵ درصد خطا	
تعداد سوالات پرسشنامه	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
دموگرافیک	۱۸ (۱۰۰٪)	۱۸ (۱۰۰٪)	۱۸ (۱۰۰٪)
حساسیت درک شده	۴ (۵۰٪)	۷ (۸۷٫۵٪)	۸ (۱۰۰٪)
تهدید	۵ (۷۱٫۴٪)	۵ (۷۱٫۴٪)	۷ (۱۰۰٪)
منافع	۱۱ (۹۱٫۶٪)	۱۱ (۹۱٫۶٪)	۱۲ (۱۰۰٪)
موانع	۳ (۳۷٫۵٪)	۵ (۶۲٫۵٪)	۸ (۱۰۰٪)
خودکارآمدی	۵ (۶۲٫۵٪)	۷ (۸۷٫۵٪)	۸ (۱۰۰٪)
کل	۴۴ (۷۴٫۶٪)	۵۱ (۸۶٫۴٪)	۵۹ (۱۰۰٪)

جدول شماره (۳): نتایج بررسی میدانی مرحله سوم جهت سنجش پایایی و تکرار پذیری پرسشنامه کاندوم

حیطه سوالات پرسشنامه	تعداد سوالات پرسشنامه در این حیطه در این مرحله	قابلیت تکرار پذیری (بر اساس معیار تضمین کیفیت)			آماره آلفای کرونباخ
		عالی (کمتر از ۵ درصد خطا)	قابل قبول (بین ۵ تا ۱۵ درصد خطا)	بیش از ۱۵ درصد خطا	
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
دموگرافیک	۱۸	۱۸ (۱۰۰٪)	۰	۰	۰٫۵۹۴
حساسیت درک شده	۸	۳ (۳۷٫۵٪)	۳ (۳۷٫۵٪)	۲ (۲۵٪)	۰٫۳۵۶
تهدید	۷	۱ (۱۴٫۳٪)	۲ (۲۸٫۶٪)	۴ (۵۷٫۱٪)	۰٫۷۱۶
منافع	۹	۷ (۷۷٫۸٪)	۱ (۱۱٫۱٪)	۱ (۱۱٫۱٪)	۰٫۲۰۹
موانع	۹	۱ (۱۱٫۱٪)	۴ (۴۴٫۴٪)	۴ (۴۴٫۴٪)	۰٫۷۵۷
خودکارآمدی	۸	۴ (۵۰٪)	۴ (۵۰٪)	۰	۰٫۴۵۲
کل	۵۹	۳۴ (۵۷٫۶٪)	۱۴ (۲۳٫۷٪)	۱۱ (۱۸٫۷٪)	

¥: در مورد سوالات با پاسخ متنی آلفای کرونباخ قابل تعیین نیست

جدول شماره (۴): نتایج بررسی میدانی مرحله سوم جهت سنجش پایایی و تکرار پذیری پرسشنامه قرص

حیطه سوالات پرسشنامه	تعداد سوالات پرسشنامه در این حیطه در این مرحله	قابلیت تکرار پذیری (بر اساس معیار تضمین کیفیت)			آماره آلفای کرونباخ
		عالی (کمتر از ۵ درصد خطا)	قابل قبول (بین ۵ تا ۱۵ درصد خطا)	بیش از ۱۵ درصد خطا	
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
دموگرافیک	۱۸	۱۸ (۱۰۰٪)	۰	۰	۰٫۴۳۴
حساسیت درک شده	۸	۲ (۲۵٪)	۱ (۱۲٫۵٪)	۵ (۶۲٫۵٪)	۰٫۱۲۸
تهدید	۷	۱ (۱۴٫۳٪)	۱ (۱۴٫۳٪)	۵ (۷۱٫۴٪)	۰٫۶۴۱
منافع	۱۲	۳ (۲۵٪)	۴ (۳۳٫۳٪)	۵ (۴۱٫۷٪)	۰٫۲۰۲
موانع	۸	۰ (۰٪)	۶ (۷۵٪)	۲ (۲۵٪)	۰٫۶۷۳
خودکارآمدی	۸	۳ (۳۷٫۵٪)	۲ (۲۵٪)	۳ (۳۷٫۵٪)	۰٫۶۴۲
کل	۶۱	۲۷ (۴۴٫۳٪)	۱۴ (۲۲٫۹٪)	۲۰ (۳۲٫۸٪)	

¥: در مورد سوالات با پاسخ متنی آلفای کرونباخ قابل تعیین نیست.

جدول شماره (۵): نتایج بررسی میدانی مرحله چهارم جهت سنجش پایایی و تکرار پذیری پرسش‌نامه کاندوم

حیطه سوالات پرسش‌نامه	تعداد سوالات پرسش‌نامه در این حیطه در این مرحله	قابلیت تکرار پذیری (براساس معیار تضمین کیفیت)			آماره آلفای کرونباخ
		عالی (کم‌تر از ۵ درصد خطا)	قابل قبول (بین ۵ تا ۱۵ درصد خطا)	بیش از ۱۵ درصد خطا	
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
دموگرافیک	۱۸	۱۸ (۱۰۰)	۰	۰	۰٫۶۷۱
حساسیت درک شده	۸	۳ (۳۷٫۵)	۵ (۶۲٫۵)	۰	۰٫۴۶۵
تهدید	۷	۱ (۱۴٫۳)	۴ (۵۷٫۱)	۲ (۲۸٫۶)	۰٫۷۸۹
منافع	۹	۷ (۷۷٫۸)	۲ (۲۲٫۲)	۰	۰٫۷۴۵
موانع	۹	۳ (۳۳٫۳)	۵ (۵۵٫۶)	۱ (۱۱٫۱)	۰٫۷۳۲
خودکارآمدی	۸	۴ (۵۰)	۴ (۵۰)	۰	۰٫۷۲۵
کل	۵۹	۳۶ (۶۱٫۱)	۲۰ (۳۳٫۹)	۳ (۵)	

¥: در مورد سوالات با پاسخ متنی آلفای کرونباخ قابل تعیین نیست

جدول شماره (۶): نتایج بررسی میدانی مرحله چهارم جهت سنجش پایایی و تکرار پذیری پرسش‌نامه قرص

حیطه سوالات پرسش‌نامه	تعداد سوالات پرسش‌نامه در این حیطه در این مرحله	قابلیت تکرار پذیری (براساس معیار تضمین کیفیت)			آماره آلفای کرونباخ
		عالی (کم‌تر از ۵ درصد خطا)	قابل قبول (بین ۵ تا ۱۵ درصد خطا)	بیش از ۱۵ درصد خطا	
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
دموگرافیک	۱۸	۱۸ (۱۰۰)	۰	۰	۰٫۵۱۱
حساسیت درک شده	۸	۲ (۲۵)	۵ (۶۲٫۵)	۱ (۱۲٫۵)	۰٫۴۷۶
تهدید	۷	۱ (۱۴٫۴)	۳ (۴۲٫۸)	۳ (۴۲٫۸)	۰٫۷۵۷
منافع	۱۰	۴ (۴۰)	۶ (۶۰)	۰	۰٫۸۰۹
موانع	۸	۱ (۱۲٫۵)	۷ (۸۷٫۵)	۰	۰٫۷۸۱
خودکارآمدی	۸	۳ (۳۷٫۵)	۵ (۶۲٫۵)	۰	۰٫۷۸۴
کل	۵۹	۲۹ (۴۹٫۲)	۲۶ (۴۴٫۱)	۴ (۶٫۷)	

¥: در مورد سوالات با پاسخ متنی آلفای کرونباخ قابل تعیین نیست

بحث

در این مطالعه برای تعیین پایایی و تکرار پذیری و روایی صوری و قابلیت خوانایی دو پرسش‌نامه قرص و کاندوم تحقیق صورت گرفت، پیش از ورود به این مرحله ابزار اولیه طراحی شده در اختیار ۱۵ نفر از متخصصان قرار گرفت.

بدیهی است که گستره استفاده از متخصصان برای بررسی محتواهای علمی در موضوعات مختلف مورد بررسی متفاوت خواهد بود، طبیعی است که در موضوعات محدودتر ممکن است به تنوع کم‌تری از تخصص‌ها احتیاج بوده ولی در موضوعات با ابعاد گسترده‌تر، بهره‌گیری از جمع متنوع‌تری از متخصصان و اساتید نقشی تعیین‌کننده ایفا خواهد نمود، با توجه به این‌که تنظیم

خانواده و پیشگیری از بارداری از موضوعاتی است که ابعاد مختلف اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی، فرهنگی، زمینه سواد، و... در کنار اتخاذ رفتار مناسب در بر می‌گیرد، در این بررسی علمی فقط به متخصصان آموزش بهداشت بسنده نشد و نقطه نظرهای پیشنهادی گروهی از متخصصان شامل متخصصان آموزش بهداشت، علوم پرستاری، ارتباطات بهداشتی، پزشکی اجتماعی و متخصصان آمار حیاتی مورد استفاده قرار گرفت. این تنوع سبب شد که ابزار اولیه پرسشگری با دیدگاه‌ها و نقطه نظرهای متفاوت مورد مذاقه قرار گیرد.

این تجربه مفید به سایر همکاران محقق در زمینه‌های که از ابعاد گسترده‌ای برخوردار هستند، پیشنهاد می‌گردد.

براساس جداول شماره‌های یک و دو نشان می‌دهد که هر دو پرسش‌نامه به میزان بالایی و بیش ۷۵ درصد با ۵ درصد خطا (۶/۷۵) درصد برای قرص و ۶/۷۶ درصد برای کاندوم) و بیش از ۸۰ درصد (۹/۸۲) درصد برای کاندوم و ۴/۸۶ درصد برای قرص) با ۱۵ درصد خطا از روایی صوری و قابلیت خوانایی برخوردار هستند. تنها سازه‌ای که در این دو پرسش‌نامه از میزان کم‌تر از ۷۰ درصد برخوردار است، سازه موانع بوده که در زمان آنالیز مورد دقت قرار خواهد گرفت.

در زمینه اعتماد سنجی علمی برای تعیین پایایی و تکرار پذیری نیز جداول پنج و شش نشان می‌دهد که پرسش‌نامه از میزان اعتماد علمی مناسبی (آلفای کرونباخ بیشتر از ۰/۷) برخوردار بوده است. طبیعتاً در مورد سازه‌هایی که میزان اعتماد کم‌تری را به خود اختصاص داده‌اند، براساس سوالات مربوطه در زمان آنالیز نتایج دقت لازم بعمل خواهد آمد.

مورد دیگر رخ داده در این بررسی، تکرار دفعات آزمایش و بررسی پرسش‌نامه در محیط ارایه خدمت برای دستیابی به ابزاری با حداکثر پاسخگویی می‌باشد. اگر چه این فرآیند تکرار زمان قابل توجهی را در این تحقیق به خود اختصاص داده است، ولیکن محقق با اطمینان خاطر بیشتری قادر به جمع بندی نتایج و تجزیه و تحلیل‌ها و نتیجه گیری‌های نهایی خواهد بود. بدیهی است که در پژوهش‌هایی با زمینه‌های قوی‌تر کاربردی این امر از حساسیتی بیشتری برخوردار خواهد بود. با توجه به این‌که یکی از اهداف نهایی این بررسی، ارایه نتایج آن به سیستم اجرایی برنامه‌های سلامت و پیشنهاد بهره‌گیری از آن خواهد بود، نهایی سازی پرسش‌نامه در پی آزمون محیطی آن به دفعات بیشتر صورت گرفته است.

برای تعیین اعتماد علمی در این مطالعه، در بخش سنجش روایی صوری و قابلیت خوانایی دو پرسش‌نامه ارزیابی انجام شده

References:

1. Population and family planning law adopted in Parliament in 1372 and the Guardian Council constitution (Persian). Available from URL; <http://www2.tamin.org.ir/web/sso/law/e4>.
2. First, Second, Third and Fourth Economic, Social and Cultural Development Plan in Islamic Republic of Iran (Persian). Available from URL; <http://www.tbzmed.ac.ir/news/tose.htm>.
3. UN Millennium Project. Investing in development: a practical plan to achieve the millennium development goals. New York: United Nations Development Programme; 2005.
4. United Nations. Programme of action of International conference on population and development, Cairo, 1994. New York: UN; 1994.
5. Cynthia S, Heidi Bart J, Nicolene H. Care for post abortion complications: Saving women's lives, Population reports, Series L No 10, 1997; 12-23.
6. Setty Venogupal V, Upadhyay UD. Birth spacing three to five saves lives, Population reports, Series L No 13, 2002.
7. Sherris Jacqueline D, Quillin Wayne F. Population education in schools, Population reports, Series M No 6, 1982.
8. Asfia A, Shojaei-zadeh D. Application of health belief model in prevention of unwanted pregnancy among women living in south health region of Tehran. Teb-va-tazkieh, 1383; 54: 56-62. (Persian)
9. Statistical Center of Iran. Population and housing census. Available from: <http://www.sci.org.ir/portal/faces/public/census75/census75.natayej>
10. Statistical Center of Iran. Population and housing census. Available from: <http://www.sci.org.ir/portal/faces/public/census85/census85.natayej>.
11. Ministry of Health and Medical Education- Bureau of population and family health. Population and health in the Islamic Republic of Iran- DHS, Oct 2000. Tehran: MOHME and UNICEF; 2000.
12. Iranian Ministry of Health and Medical Education- Family Health & Population. Excel file of the monitoring and evaluation indicators at public health facilities (IMES) by district 26 Nov 2006 [cited 2007 10 Jan]; Available from: <http://www.fhp.hbi.ir/e-books/IMES/Analyziz/IMES-U-M-2sh.zip>.

13. Heidarnia A. Mabahehi dar farayandeh amoozesheh behdasht. 1st Ed. Harayaneh Tehran publishers; 1382 (Persian).
14. Dana D, DeHart C, John C, Birkimer. Sexual Risks Scale Perceived Susceptibility (SRSP), 1997.
15. Lux KM, Petosa R. Health Belief Model - Self-Efficacy for Sexual Discussion (HBMSD), 1994.
16. Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Peña BM. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the international index of erectile function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. Int J Impot Res 1999; 11: 319-26.
17. Linda J, Brafford H, Kenneth H, Beck. Condom use self efficacy scale (CUSES), 1994.
18. Sherer M, Maddux JE, Mercadante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. General Self-Efficacy - Sherer (GSESH), 1998.
19. Myatt MA, "Sample LQ - A sample size calculator for community-based triage surveys using lot quality assurance sampling", Brixton Health / ICEH, Llanidloes / London, UK, 2001.
20. Khoshbin S, Heidarzadeh A, Azemikhah A. Modern system of logistic processes Monitoring of Reproductive Health Programs. 1st Ed. Harayaneh Tehran publishers; 1382; 31-32 (Persian).
21. Valadez JJ, Brown LD, Vargas WV, Morley D. Using lot quality assurance sampling to assess measurements for growth monitoring in a developing country's primary health care system. Int J Epidemiol. 1996;25(2):381-87.