



بسمه تعالی
جمهوری اسلامی ایران
دانشگاه علوم پزشکی ساوه
معاونت پژوهشی

پرسشنامه طرح تحقیقاتی

نام و نام خانوادگی مجری مسئول: محمود کریمی
نام و نام خانوادگی سایر مجریان:

عنوان طرح: بررسی نگرش و تعیین کننده های باروری زنان: یک مطالعه بر
اساس نظریه عمل منطقی

تاریخ پیشنهاد:

Y محقق گرامی خواهشمند است قبل از تکمیل این پرسشنامه به راهنمای تکمیل پرسشنامه و تذکرات توجه فرمائید.

راهنمای تکمیل پرسشنامه

- ۱- در بیان مسئله باید ماهیت و وسعت مسئله، توصیف سابقه مرتبط با موضوع تحقیق، دلیل انجام این تحقیق، اهمیت موضوع و آنچه محقق تصور می کند با انجام مطالعه در حل مسئله کمک می کند، مطرح شود.
- ۲- در بررسی متون (Literature review) ضمن کنکاش در مطالعات قبلی انجام شده مرتبط با موضوع و بحث مختصری درباره آنها باید منبع مورد استفاده برای هر موضوع ذکر و به فهرست منابع و مآخذ ارجاع داده شود.
- ۳- خلاصه روش اجرای طرح باید حاوی نکات کلیدی روش کار باشد به نحوی که مراحل مختلف را از ابتدا تا انتهای طرح به وضوح ترسیم نماید. ضمناً باید توضیح داده شود که چه داده هایی برای یافتن پاسخ به سوالات تحقیق لازم است و چگونه می خواهیم آنها را جمع آوری و اندازه گیری کنیم. در صورتی که برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه ای استفاده می کنید لطفاً آن را پیوست نمایید.
- ۴- نوع طرح می تواند، بنیادی، کاربردی یا بنیادی - کاربردی باشد.
- ۵- نوع مطالعه می تواند پایه، کارآزمایی بالینی، اپیدمیولوژی توصیفی، مداخله ای، اپیدمیولوژی تحلیلی، کیفی، تولیدی تقسیم بندی نمود.
- ۵-۱- **علوم پایه**: منظور پژوهشهایی است که در جهت گسترش مرزهای دانش بدون در نظر گرفتن استفاده علمی خاص برای کاربرد آن انجام می گیرد.
- ۵-۲- **کارآزمایی بالینی**: یک پژوهش بالینی معمولاً دارای گروه کنترل است که هدف آن شناخت و ارزیابی اثر بخشی یک مداخله بالینی می باشد. مطالعات بالینی قبل و بعد هم شامل این تعریف می شود.
- ۵-۳- **اپیدمیولوژیک توصیفی**: مطالعه Cross-sectional که به منظور بررسی شیوه و بروز و یا شناخت عوامل خطر در جامعه انجام می گیرد.
- ۵-۴- **مداخله ای**: هر گونه مداخله ای که به منظور تغییر در شیوه های مدیریت، ارائه خدمات و یا تغییر در رفتار جامعه و یا تغییر در مدیریت آموزش و پژوهش انجام می شود. این طرحها شامل طرحهای کارآزمایی بالینی نمی باشد.
- ۵-۵- **اپیدمیولوژیک تحلیلی**: پژوهش های از نوع Cohort و Cass-control می باشند.
- ۵-۶- **کیفی**: مطالعه ای است که بر اساس روشهای کیفی انجام می شود.
- ۵-۷- **تولیدی**: پژوهشی است که با بهره گیری از دانش موجود در جهت تولید مواد و وسایل جدید و یا ارتقاء کیفیت آنچه قبلاً تولید شده است می باشد.
- ۵-۸- **مبتنی بر اطلاعات بیمارستانی و درمانگاهی**: پژوهشی است که معمولاً توصیفی است و صرفاً از اطلاعات موجود در پرونده بیماران استفاده می شود.

- ۶- در جدول شماره ۲-۴- منظور از نوع فعالیت ، وظیفه ای است که بر اساس تقسیم کار هر یک از اعضاء شرکت کننده در تهیه، تدوین و اجرای طرح به عهده دارند (مدیریت طرح، تهیه پرسشنامه جمع آوری نمونه انجام آزمایش ...)
- ۷- حق الزحمه مربوط به هزینه پرسنلی و حق تحقیق پژوهشگران بر اساس آئین نامه طرحهای پژوهشی منظور گردد.
- ۸- حق تحقیق محقق و همکاران در جدول ۲-۴ هزینه های پرسنلی منظور گردد.
- ۹- منظور از ملاحظات اخلاقی مجموعه اقداماتی است که محقق به منظور جلوگیری از امکان آسیب و تعرض به حقوق دیگران (جامعه انسانی یا غیر انسانی) انجام می دهد. لازم به ذکر است که مسائل اخلاقی طرح به دلیل اهمیت، در حوزه معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق در پژوهش مورد توجه قرار می گیرند.
- ۱۰- منابع و مآخذ مورد استفاده را با استفاده از یک شیوه استاندارد (مثلاً Vancouver) بنویسید.

تذکرات

- ۱— در مواردیکه اجرای طرح مستلزم همکاری افراد با سازمانهای دیگری باشد، طرح دهنده بایستی امضاء افراد یا موافقتنامه کتبی سازمان مربوط را پیوست این پرسشنامه نماید.
- ۲— طرح تسلیم شده پس از اعلام موافقت نهائی توسط شورای پژوهشی دانشگاه و عقد قرارداد بین معاونت پژوهشی و مجری طرح قابل اجرا خواهد بود.
- ۳— مجری طرح طبق قرارداد ملزم به رعایت کامل مندرجات طرح و ارائه گزارش پیشرفت کار در فواصل زمانی تعیین شده در قرارداد می باشد.
- ۴— چنانچه مجری طرح نیاز به تغییر مندرجات طرح (بودجه — زمان — همکاران و ...) داشته باشد، تغییرات پس از درخواست کتبی مجری و تصویب در شورای پژوهشی قابل اجراء خواهد بود.
- ۵— چنانچه انجام طرح پژوهشی در مرحله ای از پیشرفت آن اعم از اینکه به نتیجه نهائی رسیده یا نرسیده باشد، منجر به کشف یا اختراع و یا تحصیل حقوق شود مجری طرح طرف قرارداد موظف است مراتب را کتباً به معاونت پژوهشی اطلاع دهد. حقوق فوق الذکر که در اثر اجرای طرح تحقیقاتی ایجاد گردیده است طبق قرارداد متعلق به دانشگاه خواهد بود.
- ۶— در صورت تمایل مجری طرح به انتشار یا ارائه نتایج حاصله در داخل یا خارج از کشور، لازم است قبلاً نظر موافق معاونت پژوهشی جلب گردد. بدیهی است که ذکر حمایت مالی و همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه در انتشارات مذکور الزامی خواهد بود.
- ۷— چنانچه مجری در هر مرحله از اجرای طرح از ادامه آن منصرف گردد باید مراتب را کتباً با ذکر دلایل مربوط، به معاونت پژوهشی دانشگاه اعلام تا پس از طرح در شورای پژوهشی بر اساس قرارداد اقدام گردد.
- ۸— رعایت اصول اخلاقی در پژوهش توسط محقق و همکاران الزامی است.
- ۹— کلیه تجهیزات و لوازم که از محل اعتبارات پژوهشی تهیه می شود پس از اتمام طرح بر طبق قرارداد به دانشگاه عودت داده خواهد شد.

بخش اول - اطلاعات مربوط به مجریان و همکاران طرح

۱-۱- مجری مسئول :

نام و نام خانوادگی : محمود کریمی

نشانی و تلفن : ساوه. دانشکده علوم پزشکی ساوه

محل کار: دانشکده پرستاری ساوه

منزل : زرنديه مامونيه

شغل و سمت فعلی: هیات علمی گروه بهداشت

سازمان متبوع: علوم پزشکی ساوه

محل اجرای طرح: ساوه و زرنديه

۱-۲- درجات علمی سوابق تحصیلی مجری مسئول (به ترتیب از لیسانس به بالا) :

درجه تحصیلی	رشته تحصیلی	گرایش	مرتبه علمی	سال دریافت
دکتری	آموزش و ارتقا سلامت	آموزش بهداشت	استادیار	۹۲

۱-۳- مشخصات سایر مجریان :

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	گرایش	مرتبه علمی و محل کار	امضاء
۱	مرضیه عربان	آموزش		استادیار	
۲	فرشته زمانی علویچه	بهداشت آموزش بهداشت		استادیار	

۱-۴- مشخصات همکاران اصلی :

ردیف	م و نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	مرتبه علمی و محل کار	نوع همکاری	امضاء
۱	رقیه خرم	مامایی	مربی	جمع آوری اطلاعات	
۲	مریم حسنی	مامایی	مربی	ورود اطلاعات	
۳	آمنه روشنایی	مامایی	مربی	جمع آوری اطلاعات	
۴	عاطفه محمدی	مامایی	مربی	ورود اطلاعات	

--	--	--	--	--	--

۱- ۵- فهرست پژوهشهای قبلی و مقالات منتشر شده مجری مسئول :

بخش دوم - اطلاعات مربوط به طرح پژوهشی

۱-۲- عنوان طرح پژوهشی:

الف) فارسی : بررسی نگرش و تعیین کننده های باروری زنان: یک مطالعه بر اساس نظریه عمل منطقی

ب) انگلیسی : *Attitude and factors associated with women fertility: A study based on theory of reasoned action.*

۲-۲- نوع طرح:

☐

بنیادی - کاربردی

☐

کاربردی *

☐

بنیادی

۲-۳- مقدمه و معرفی طرح (بیان مسئله) :

امروزه کاهش گرایش به فرزندآوری نیز مانند تاخیر در ازدواج و خیلی از مسایل دیگر، به فهرست مسائل اجتماعی پیوسته است که می بایست مورد بررسی قرار گرفته و راه حلی برای آن پیدا شود زیرا با عنایت به تغییرات گسترده جمعیتی در طی سه دهه گذشته و مسائل و چالش های جمعیتی ناشی از آن، کاهش سطح باروری تاثیر قاطعی بر میزان رشد، ترکیب و ساختار جمعیتی و تعدیل شتاب افزایش تعداد جمعیت خواهد داشت (۱).

فرزندآوری یکی از مهمترین مؤلفه های علم جمعیت و از جمله موضوعاتی است که در حوزه مسائل اجتماعی، توجه زیادی را به خویش معطوف داشته است (۲) کاهش سطح زاد و ولد و باروری علاوه بر تأثیر قاطعی که بر میزان رشد جمعیت و از آن طریق تعدیل شتاب افزایش تعداد جمعیت داشته، بر ترکیب و ساختار جمعیت نیز تأثیر خواهد گذاشت (۳). کاهش مستمر زاد و ولد و انتقال از باروری طبیعی به باروری کنترل شده، به تدریج ساختار سنی

جمعیت را از وضعیت جوانی خارج و به طرف سالخوردگی سوق می دهد (۴). به همین لحاظ، هرم سنی جمعیت ایران که در طول تاریخ به لحاظ تمرکز بیش از ۴۰ درصد از کل جمعیت در سنین کمتر از ۱۵ سال از ساختاری جوان برخوردار بود، در دو دهه اخیر به سبب کاهش باروری تغییر شکل داده است (۵).

به موازات این تحولات، جمهوری اسلامی ایران نیز تغییرات گسترده ای را تجربه کرده، (۶) و میزان باروری در کشور طی سه دهه اخیر رو به کاهش بوده است. به طوری که نتایج سرشماری ها و آمارهای موجود در ایران نشان می دهد که میزان باروری کل از حدود ۷/۷ فرزند برای هر زن در سال ۱۳۴۵ به ۱/۶ فرزند در سال ۱۳۹۰ رسیده است (۷) همچنین میزان باروری کل یا تعداد فرزندان زنده ای که انتظار می رود هر زن در طول دوران باروری خود به دنیا آورد از حدود ۶/۳ در سال ۱۳۶۵ به زیر سطح جایگزینی در سال ۱۳۸۵ کاهش یافته است (۸).

از آغاز شکل گیری تفکر کنترل جمعیت، زنان و رفتار تولید مثل آنها مقصد اصلی سیاستهای کنترل موالید بوده است. بیشترین تمرکز سیاستهای کنترل جمعیت بر زنان، نگرشها و دیدگاه های آنها پیرامون تعدد فرزندان و تلاش برای جهت دار نمودن آنها بوده است (۹). اعمال سیاستهای کنترل موالید موجب تغییرات شگرفی در ساختار جمعیتی جوامع شد که از مهمترین آن می توان به انتقال باروری اشاره کرد، یعنی انتقال از باروری کل سطح بالا به باروری کل سطح جایگزین وزیر جایگزین. این تغییر شگرف با مدت زمان های مختلف و کیفیت های گوناگون در کشورهای مختلف جهان اتفاق افتاد. (۱۰) ایران از آن جمله کشورهایی بود که در اواخر قرن ۲۰ به طور جدی کنترل موالید را تجربه کرد (۱۱).

مطالعات قبلی نشان داده اند که افراد، تصمیم های باروری فردی خود را بر حسب باورها و دیدگاه های خود اخذ می کنند، یعنی تغییر در رفتار باروری ارتباط نزدیکی با تغییر در نظام های ارزشی افراد دارد (۱۲). مطالعه منصوریان (۱۳) و اسلاملو (۱۴) هم نشان داد که تغییر رفتار باروری زوج ها می تواند ناشی از تغییرات عمده در نگرش آن ها در زمینه ایده آل های باروری و فرزند آوری باشد. از همین رو تیم تحقیق تصمیم به بررسی باورهای افراد در این زمینه با استفاده از نظریه عمل منطقی گرفت. نظریه عمل منطقی که به عنوان چارچوب نظری در این مطالعه استفاده شده در سال ۱۹۶۷ توسط در فیشبین و آجزن برای فهم بهتر رابطه میان نگرش، قصد و رفتار بیان شد (۱۵).

بر اساس این تئوری فرد وقتی رفتاری را از خود بروز می دهد که برای او سودآور باشد. هدف نهایی این مدل پیش بینی رفتار است و فرض بر این است که قصد رفتاری تعیین کننده مستقیم رفتار است و بقیه عوامل غیر مستقیم روی رفتار تاثیر می گذارند. ولی باید دانست که قصد لازمه رفتار است ولیکن برای انجام رفتار همیشه کافی نیست و

همواره رابطه قطعی و صددرصدی بین رفتار و قصد نیست. قصد حاصل دو عامل است: الف) نگرش نسبت به رفتار که همان ارزشیابی منفی یا مثبت در مورد انجام یک رفتار است. اعتقاد درباره نتیجه رفتار و ارزیابی از نتایج شکل دهنده نگرشها هستند. اعتقادات زیربنای نگرش بوده و برای یک رفتار ابتدا، ارزشیابی مثبت یا منفی از نتیجه کار بعمل آورده و سپس نسبت به انجام آن اعتقاد مثبت یا منفی پیدا می کند. ب) نرمهای انتزاعی یا فشارهای اجتماعی: افراد در جامعه تحت تاثیر اطرافیان، کارکنان بهداشتی، رهبران مذهبی و غیره هستند و مجبورند خواست خود را بر مبنای نظر دیگران استوار کنند. تغییر نگرش مردم از باورهای غلط بهداشتی با توجه به سطح سواد و فرهنگ، آموزش دهندگان را با مشکلات فراوانی روبرو می کند. بر عکس استفاده از فشارهای اجتماعی افراد دینفوذ و مورد اعتقاد نظیر رهبران مذهبی و سیاسی، ریش سفیدان و کارکنان بهداشتی و غیره در اتخاذ رفتار بهداشتی در کشورهای جهان سوم از اهمیت زیادی برخوردار است (۱۶-۱۸). کار آیی این مدل در ارزیابی و پیشگویی رفتارهایی نظیر مصرف دخانیات، سومصرف مواد، فعالیت جسمانی و... در مطالعات قبلی اثبات شده اما تاکنون مطالعه ای با استفاده از این مدل در حوزه رفتار فرزند اوری انجام نشده لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی نگرش و تعیین کننده های باروری زنان بر اساس نظریه عمل منطقی طراحی و انجام می شود به امید آن که کمکی در بهبود و ارتقای این رفتار داشته باشد.

۴-۲ - بررسی متون Literature Review (در صورت نیاز می توانید از صفحات اضافی استفاده نمائید) :

پژوهش اسلاملو و همکاران با هدف، سنجش نگرش زوجین در آستانه ازدواج در خصوص تعداد و جنس فرزند ایده آل و دلخواه بود و نقش متغیرهای فردی و جمعیت شناختی زوجین بر ترجیحات و نگرش ذهنی آن ها در خصوص ترجیحات باروری تعیین شد. مواد و روش ها :در یک طراحی مقطعی، تعداد ۴۲۰ نفر (۲۱۰ نفر از هر جنس)از مراجعین به مراکز مشاوره قبل از ازدواج ارومیه در سال ۱۳۹۲ مورد بررسی قرار گرفتند .داده ها با استفاده از پرسشنامه ای ساختارمند بدست آمد. تعداد فرزند ایده آل و نیز فرزند دلخواه در اغلب زوج ها کمتر از دو بود که تفاوتی بین دو جنس وجود نداشت . در مورد تمایل برای افزایش تعداد مورد دلخواه فرزندجنس پسر از اولویت بیشتری برای هر دوی زنان و مردان برخوردار بود. سیاست های تشویقی باروری کشوری، برخورداری از تحصیلات دانشگاهی، در حال تحصیل بودن و زندگی در خانوارهای کوچک تر منجر به تمایل به داشتن فرزند کتر می شود. یافته ها تائید کننده تغییر قابل توجه رفتار باروری زوج های ایرانی است که تا حد زیادی ناشی از تغییرات عمده ارزشی و نگرشی آن ها در زمینه ترجیحات باروری شامل تعداد و جنس ایده آل و دلخواه بوده و به نظر می رسد تغییر سیاست های باروری کشور، تأثیر قابل توجهی در تغییر نگرش زوج ها ایجاد نخواهد کرد(12).

مطالعه محمودیان و رضاییان با عنوان زنان کرد و کنش کم فرزند آوری در سال ۹۱ انجام شد این مطالعه کیفی قصد داشت بررسی کند اینکه زنان کم فرزندی را چگونه درک و تفسیر می کنند و چه شرایطی را در این نوع کنش خود دخیل می دانند جای تأمل است .این مطالعه سعی دارد به بازسازی معنایی کم فرزندی در میان زنان کُرد در یکی از شهرهای استان کردستان یعنی شهر سقز بپردازد .با استفاده از رویکرد روش شناختی کیفی و روش نظریه ی زمینه ای داده ها گردآوری، تجزیه و تحلیل و تفسیر شده اند .این مقاله نشان میدهد که خود حمایتی مهمترین مقوله و معنای بی ذهنیتی زنان در استدلال برای کم فرزندآوریشان است(۱۹).

لامپیک و همکاران در مطالعه ای در سال ۲۰۰۶ با عنوان آگاهی ها و دانش باروری، نگرش و قصد فرزندآوری در میان پسران و دختران دانشجو در سوئد انجام دادند در این مطالعه ۲۲۲ دختر و ۱۷۹ پسر شرکت داشتند نتایج مطالعه نشان داد که دختران و پسران دانشجو نگرش مثبتی در مورد فرزندآوری داشتند. اما دختران در مقایسه با

پسران نگرانی هایی در مورد اشتغال و بچه دار شدن داشتند. بیش از ۵۰ درصد دختران قصد باروری بعد از ۳۵ سالگی داشته و آگاهی آنها در مورد پیامدهای بارداری بعد از ۳۰ سالگی کم بود (۵).

رابرت و همکاران در مطالعه ای در سال ۲۰۱۱ با عنوان عوامل موثر بر قصد فرزندآوری در میان ۴۹۵ مردان کانادایی انجام دادند. نتایج نشان داد که تمکین مالی، علاقمندی والدین به بچه، از مهمترین فاکتورهای موثر بر قصد فرزندآوری بوده همچنین با افزایش سن مردان عوامل موثر بر قصد باروری تغییر می کرد (۱۷).

دانیلوک و کارک در سال ۲۰۱۲ در مطالعه ای با عنوان تمایلات و نگرش زنان و مردان بدون بچه به فرزند آوری و باروری. نشان دادند که زوجین تمایل به باروری داشته و در صورت عدم باروری دچار چالش خواهند شد و از روشهای کمک باروری نظیر آی وی اف و... استفاده خواهند کرد (۱۴).

پیترسون و همکاران در مطالعه ای با عنوان آگاهی و نگرش دانشجویان امریکایی نسبت به باروری و والدی انجام دادند. نتیجه گرفتند که باورهای نادرست در مورد حاملگی می تواند سبب تاخیر در باروری شود. لذا نیاز به آموزش برای اصلاح باورها وجود دارد (۴).

فالفورد و همکاران در مطالعه ای با عنوان نقش آگاهی و آسیب پذیری درک شده در قصد باروری در سال ۲۰۱۳ در میان ۱۳۴۵ زن بدون فرزند انجام دادند. بر اساس نتایج بدست آمده قصد باروری در زنان سیگاری پایین تر بود. زنان با آگاهی بالاتر و نمایه توده بدنی بالاتر قصد باروری بیشتر داشتند (۱۵).

چان و همکاران در سال ۲۰۱۵ مطالعه ای با عنوان نگرش و قصد باروری در میان دانشجویان چینی در هنگ کنگ انجام دادند. ۳۶۷ نفر شامل ۲۷۵ زن و ۹۲ مرد شرکت داشتند. ۶۶٪ دانشجویان اعتقادی در مورد اینکه سن موجب کاهش قدرت باروری می شود نداشتند. آنهایی که کمتر تمایل به باروری داشتند و نگران ناباروری نبودند انگیزه کمتری برای حل مشکل باروری خود داشتند (۱).

مطالعه کاشیا با عنوان والدین که فرزند می خواهند: یک مطالعه مقطعی از تعیین کننده های تمایل به فرزندآوری در زوجین اچ آی وی مثبت اوگاندا نشان داد که ۵۹٪ از والدین تمایل به فرزندآوری داشته و این تمایل در بین زنان جوانتر بیشتر بود. در دسترس بودن اطلاعات در مورد وسایل پیشگیری با کاهش تمایل به باروری مرتبط بود (۷).

مطالعه خدیوزاده و همکاران باهدف بررسی ارتباط انگیزه های باروری و ترجیحات باروری در زوجین در آستانه ازدواج انجام شد. در این مطالعه مقطعی بر روی ۵۲۰ زوج مراجعه کننده به مراکز بهداشت پیش از ازدواج در شهر مشهد انجام شد. ابزار گردآوری داده ها در این مطالعه، پرسشنامه اطلاعات فردی، پرسشنامه ترجیحات باروری میلر

بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون های کولموگروف - اسمیرنوف، من ویتنی، رگرسیون چند متغیره و ضریب همبستگی معنی دار در نظر گرفته شد. یافته ها: انگیزه های مثبت باروری مانند دیدگاه سنتی با میل به فرزندآوری، همبستگی معکوس و معناداری و با زمان دلخواه فرزندآوری، همبستگی مثبت و معنی دار داشت. انگیزه های منفی باروری مثل ترس از والد شدن با میل به فرزندآوری، تعداد دلخواه فرزند و زمان دلخواه فرزندآوری ارتباط معنی داری نداشت (۳).

مطالعه شکلیا و همکاران با هدف تعیین رابطه بین ویژگی های جمعیت شناختی افراد نابارور با نگرش آن ها نسبت به روش های نوین کمک باروری انجام شد. این مطالعه همبستگی توصیفی در تابستان سال ۱۳۹۳ بر روی ۲۵۲ زن و مرد نابارور مراجعه کننده به مرکز تحقیقاتی درمانی ناباروری استان یزد انجام شد. افراد به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. اطلاعات توسط پرسشنامه دو قسمتی که حاوی مشخصات فردی و عبارات نگرشی بود، گردآوری شد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری *spss* آنالیز شد. میزان درآمد ماهیانه، سن، مدت زمان ناباروری، طول مدت ازدواج، با نگرش افراد نسبت به روش های کمک باروری نوین ارتباط آماری معنی داری وجود داشت، ولی بین جنسیت، سطح تحصیلات و نوع سکونت با نگرش افراد نسبت به روش های کمک باروری تفاوت معنی داری وجود نداشت. نتیجه گیری: طولانی شدن مدت زمان ازدواج، مدت زمان ناباروری، افزایش سن و وضعیت اقتصادی مناسب، نگرش زنان و مردان نابارور نسبت به روش های کمک باروری را تحت تأثیر قرار می دهد (۲۴).

۲ - ۵ - اهداف و فرضیات (OBJECTIVES & HYPOTHESIS)

۲-۵-۱- هدف اصلی طرح (General Objective)

نگرش و تعیین کننده های باروری زنان بر اساس سازه های نظریه عمل منطقی تعیین خواهد شد.

۲-۵-۲- اهداف ویژه طرح (Specific Objectives)

تعیین عوامل دموگرافیک موثر بر باروری

تعیین نگرش زنان نسبت به باروری و فرزندآوری

تعیین هنجار های اجتماعی موثر بر باروری و فرزندآوری
تعیین و مقایسه میزان رضایت زناشویی زنان
ارزیابی نقش رضایت زناشویی در باروری و فرزندآوری
تعیین قصد زنان نسبت به باروری و فرزندآوری
تعیین قدرت پیش بینی کنندگی سازه های مختلف تئوری عمل منطقی توسعه یافته بر قصد رفتاری زنان

۲-۵-۳- اهداف کاربردی

شناسایی عوامل موثر بر باروری و فرزند آوری
طراحی مداخلات موثر و مناسب برای ارتقا سطح باروری زنان تحت پوشش

۲-۵-۴- فرضیات یا سئوالات پژوهش :

نگرش مثبت نسبت به باروری بر قصد باروری موثر است.
نرم های انتزاعی بر قصد باروری موثر است.
رضایت زناشویی بر قصد باروری موثر است.
نقش عوامل دموگرافیک در فرزندآوری چگونه است؟
قدرت پیش بینی کنندگی سازه های مختلف تئوری عمل منطقی بر قصد رفتار باروری زنان چگونه است؟

۲-۶- روش اجرای طرح و انتخاب نمونه

۲-۶-۱- نوع مطالعه:

- | | | | |
|--|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> پایه | <input type="checkbox"/> کارآزمایی بالینی | <input type="checkbox"/> اپیدمیولوژیک توصیفی | <input type="checkbox"/> مداخله ای |
| <input type="checkbox"/> اپیدمیولوژیک تحلیلی ☺ | <input type="checkbox"/> کیفی | <input type="checkbox"/> تولیدی | |
| <input type="checkbox"/> مبتنی بر اطلاعات بیمارستانی و درمانگاهی | | | |

۲-۶-۲- خلاصه روش اجرای طرح و تکنیکهای مورد استفاده :

در این پژوهش تحلیلی مقطعی جامعه پژوهش شامل زنان متاهل تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی ساوه خواهند بود که یکسال از ازدواج آنها گذشته باشد، بدون فرزند و یا دارای یک فرزند باشند. پس از اخذ مجوز از مسئولین دانشکده علوم پزشکی ساوه و تهیه لیست مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشکده، واحدهای پژوهشی از طریق نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای انتخاب و وارد مطالعه شدند.

اطلاعات با استفاده از پرسشنامه های کتبی شامل اطلاعات جمعیت شناختی و سازه های نظریه عمل منطقی و پرسشنامه رضایت زناشویی تکمیل خواهد گردید. برای طراحی و ساخت پرسشنامه مربوط به متغیرهای نظریه عمل منطقی گروه تحقیق از مطالعات کتابخانه ای و از نمونه پرسشنامه های بکار گرفته در مطالعات قبلی (۳، ۵، ۱۰، ۱۴، ۱۳) استفاده خواهد شد. پرسشنامه رضایت زناشویی نیز از پرسشنامه اینریچ که توسط احمدی و همکاران در ایران روان

سنجی شده استفاده خواهد شد (۱۵). برای ارزیابی روایی صوری پرسشنامه بین ۳۰ نفر از زنان که جزء مطالعه قرار خواهند گرفت توزیع و نظرات اصلاحی آنها دریافت و اعمال خواهد گردید. روایی محتوی پرسشنامه با محاسبه شاخص های نسبت روایی محتوی (CVR) و شاخص روایی محتوی (CVI) تایید می گردد. بدین ترتیب که پرسشنامه مذکور در اختیار ده نفر از اساتید که دارای تخصص و تجربه کافی در زمینه مورد نظر بودند قرار خواهد گرفت، و از آنها خواسته خواهد شد تا پس از بررسی کیفی ابزار بر اساس معیارهای رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، قرار گیری آیتم ها در جای مناسب خود و امتیاز دهی مناسب بازخورد لازم را ارائه دهند سپس اشکالات و ابهامات موجود در پرسشنامه طبق نظرات ایشان اصلاح خواهد شد. با توجه به تعداد پانل خبرگان که ۱۰ نفر می باشند و با توجه به جدول لاوشه معیار بالاتر از ۰/۶۲ برای تأیید نسبت روایی محتوی و معیار بالاتر از ۰/۷۹ برای تأیید شاخص روایی محتوی استفاده خواهد شد. همچنین پایایی پرسش نامه با محاسبه ضریب همبستگی درونی بر روی یک گروه ۳۰ نفری از زنان مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت.

ملاحظات اخلاقی در این مطالعه با برگزاری جلسه برای کلیه شرکت کنندگان در پژوهش در زمینه چگونگی انجام طرح، محرمانه بودن و عدم استفاده ابزاری از اطلاعات و همچنین بیان هدف انجام طرح و اخذ رضایتنامه رعایت شد. داده ها با استفاده از ویرایش ۱۸ نرم افزار SPSS در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل می گردد.

حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران، و پذیرش خطای نمونه گیری ۵ درصد و سطح اطمینان ۹۵ درصد تعداد ۴۰۰

$$n = \frac{Z^2 \times \frac{s^2}{2}}{d^2}$$

نفر تعیین شده که برای افزایش دقت مطالعه ۵۰۰ پرسشنامه توزیع خواهد شد.

نحوه نمونه گیری بدین ترتیب خواهد بود که در مرحله اول از هر یک از بخش های شهرستان های ساوه و زرندیه یک مرکز بهداشتی درمانی شهری و یک مرکز روستایی بصورت تصادفی انتخاب خواهند شد که در مجموع ۴ مرکز شهری و ۴ مرکز روستایی انتخاب می شوند. در مرحله بعدی با توجه به نسبت جمعیت زنان شهری روستایی هر بخش، نسبت نمونه لازم برای هر مرکز مشخص خواهد گردید. در مرحله پایانی با استفاده از پرونده خانوارها و به روش نمونه گیری منظم تعداد نمونه مورد نیاز از هر مرکز انتخاب و وارد مطالعه خواهد شد.

۲-۶-۴- روشهای آماری تجزیه و تحلیل نتایج:

داده ها در نرم افزار **SPSS version 18** و از طریق آزمون های **T Test** ، **ANOVAs** و کای دو انجام خواهد شد .

۲-۶-۵- جدول متغیرها:

مقیاس	تعریف عملی	کیفی		کمی		وابسته	مستقل	مشخصات متغیر
		رتبه ای	اسمی	گسسته	پیوسته			
میانگین نمره نگرش	باورهای مثبت و منفی فرد نسبت به باروری که بر اساس پاسخ به سئوالات مربوطه در پرسشنامه مورد سنجش قرار می گیرد.				✓		✓	نگرش
میانگین نمره پرسشنامه نرم های انتزاعی	تاثیر بهترین دوست، همسر، و سایرین مهم اندازه گیری می کند.				✓		✓	نرم های انتزاعی
میانگین نمره پرسشنامه رضایت زناشویی	تاثیر پرسشنامه رضایت زناشویی اینریچ بر باروری زنان ارزیابی خواهد شد.				✓		✓	رضایت زناشویی

سن	✓	✓			تعداد سالهایی که فرد می گذرد.	بر اساس سال تولد
محل سکونت فعلی	✓		✓		محل که فرد در حال حاضر در آن سکونت دارد.	محل زندگی (شهر+روستا)
وضعیت اشتغال	✓		✓		بر اساس گزینه های خانه دار و شاغل	بر اساس پاسخ داده شده به سوال مربوطه
وضعیت اشتغال همسر	✓		✓		بر اساس گزینه های کارمند، کارگر، آزاد، بیکار	بر اساس پاسخ داده شده به سوال مربوطه
تحصیلات	✓		✓		تعداد سالهایی که فرد گذرانده است.	بر اساس آخرین مدرک تحصیلی کسب شده
تحصیلات همسر	✓		✓		تعداد سالهایی که همسر فرد گذرانده است.	بر اساس آخرین مدرک تحصیلی کسب شده
مدت ازدواج	✓		✓		تعداد سال های ازدواج	تعداد سال های ذکر شده توسط خود فرد
وضعیت منزل	✓		✓		بر اساس گزینه های مستاجر،	بر اساس پاسخ داده شده به سوال مربوطه

	صاحبخانه، سایر							
میانگین نمره پرسشنامه قصدباروری	قصد رفتاری برای فرزند آوری با سوالات مربوطه اندازه گیری می شود				✓	✓		قصدباروری

۷-۲- ملاحظات اخلاقی : (فرم رضایت نامه در صورت وجود ضمیمه گردد) کسب مجوز از معاونت آموزشی دانشگاه
 جلب رضایت شرکت کنندگان و توجیه آنان، تکمیل پرسشنامه های بدون نام، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی
 افراد

۸-۲- زمان لازم برای اجرای کامل طرح :

زمان اجرا																			
ماه ۲۴	ماه ۲۳	ماه ۲۲	ماه ۲۱	ماه ۲۰	ماه ۱۹	ماه ۱۸	ماه ۱۷	ماه ۱۶	ماه ۱۵	ماه ۱۴	ماه ۱۳	ماه ۱۲	ماه ۱۱	ماه ۱۰	ماه ۹	ماه ۸	ماه ۷	ماه ۶	ماه ۵

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

بخش سوم - اطلاعات مربوط به هزینه های انجام طرح

۱-۳- آیا برای این طرح از سازمانهای دیگر درخواست اعتبار شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

در صورت مثبت بودن جواب لطفاً نام سازمان و نتیجه حاصل را ذکر فرمائید.

۳ - ۲- هزینه پرسنلی با ذکر مشخصات کامل هر نوع فعالیت و حق الزحمه آنها :

ردیف	نوع فعالیت	مرتبه علمی	تعداد افراد	ساعات مورد نیاز	حق الزحمه در ساعت	جمع (به ریال)
۱	نگارش و تدوین پروپوزال، نظارت بر اجرای طرح	استادیار	۱	۴۰	۱۵۰۰۰۰	۶۰۰۰۰۰۰
۲	تهیه و اعتباریابی پرسشنامه، نظارت بر طراحی و اجرا پرسشگری	استادیار	۱	۵۰	۱۵۰۰۰۰	۷۵۰۰۰۰۰
۳	ورود داده ها به کامپیوتر	کارشناس	۴	۱۲۰	۵۰۰۰۰	۶۰۰۰۰۰۰
۴	تجزیه و تحلیل داده ها	کارشناس	۲	۴۰	۶۰۰۰۰	۲۴۰۰۰۰۰
۵	نوشتن گزارش نهایی	استادیار	۱	۱۰	۱۵۰۰۰۰	۱۵۰۰۰۰۰
۶		کارشناس	۱	۴۰	۵۰۰۰۰	۲۰۰۰۰۰۰
جمع هزینه های پرسنلی: ۲۵۴۰۰۰۰۰						

۳ - ۳- هزینه آزمایشها و خدمات تخصصی که توسط دیگر مؤسسات صورت می گیرد:

موضوع آزمایش یا خدمات تخصصی	مرکز سرویس دهنده	تعداد کل دفعات	هزینه برای هر دفعه	جمع (ریال)
جمع هزینه های آزمایشها و خدمات تخصصی :				

۳-۴- فهرست وسایل غیر مصرفی که باید از اعتبار این طرح از داخل یا خارج کشور خریداری شود:

ردیف	نام دستگاه	شرکت سازنده یا فروشنده	کشور	آیا در ایران موجود است ؟	تعداد لازم	قیمت واحد	قیمت کل
جمع هزینه های وسایل :							

۳-۵- فهرست مواد و وسایل مصرفی لازم برای اجرای این طرح که باید خریداری شود :

ردیف	نام ماده یا وسیله مصرفی	شرکت سازنده یا فروشنده	کشور	آیا در ایران موجود است ؟	مقدار یا تعداد لازم	قیمت واحد	قیمت کل
۱	کاغذ A4		ایران	بله	۲	۱۰۰۰۰	۲۰۰۰۰
۲	فلش مموری		ایران	بله	۱	۳۰۰۰۰	۳۰۰۰۰
۳	کیک		ایران	بله	۵۰۰	۱۰۰۰۰	۵۰۰۰۰
۴	شیر		ایران	بله	۱۰۰۰۰	۱۰۰۰۰	۵۰۰۰۰
۵	خودکار		ایران	بله	۵۰۰	۵۰۰۰	۵۰۰۰۰
					۱۰۰		
جمع هزینه های وسایل: ۲۰۰۰۰۰۰							

۳-۵ - هزینه مسافرت (در صورت لزوم):

مقصد	تعداد و هدف از مسافرت در مدت اجرای طرح	نوع وسیله نقلیه	تعداد افراد	مبلغ به ریال
مراکز بهداشتی و درمانی تابعه	شناسایی جمعیت هدف، نمونه گیری، پرسشگری، نظارت	تاکسی	۴	۴۵۰۰۰۰۰

جمع هزینه های مسافرت ۴۵۰۰۰۰۰

ریال

۳-۶ - هزینه تایپ و تکثیر

۱	تایپ ، تکثیر و صحافی گزارش نهایی	۷۰۰۰۰۰ ریال
۲	تایپ و تکثیر پرسشنامه (در صورت وجود)	۵۰۰۰۰۰ ریال
جمع هزینه ها		۱۲۰۰۰۰۰ ریال

۳-۷ - هزینه هایی که از سایر سازمانها تامین خواهد شد

۳-۷-۱ - نام سازمان تامین کننده اعتبار، مبلغ و نحوه مصرف آن :

۳-۸ - جمع هزینه های طرح:

۱- هزینه پرسنلی	۲۵۴۰۰۰۰۰
۲- هزینه آزمایشها و خدمات تخصصی	
۳- هزینه وسایل غیر مصرفی	
۴- هزینه وسایل مصرفی	۲۰۰۰۰۰۰
۵- هزینه مسافرت	۴۵۰۰۰۰۰
۶- هزینه تایپ و تکثیر	۱۲۰۰۰۰۰
۷- جمع کل هزینه ها :	۳۳۱۰۰۰۰۰
۸- مبلغ تامین شده توسط سازمانهای دیگر	
۹- باقیمانده اعتبار مورد نیاز که باید توسط معاونت پژوهشی تامین گردد	

صحت مطالب، لیست وسایل و مواد و هزینه های مطالب مندرج در پرسشنامه مورد تایید می باشد.

محل امضای مجری مسئول : محل امضای معاون پژوهشی دانشکده محل امضای معاون پژوهشی دانشگاه :
یا رئیس مرکز تحقیقات :

بخش چهارم - اطلاعات دیگر مربوط به طرح

۴-۱ - مشکلات اجرائی احتمالی در انجام طرح و روش حل مشکلات :
عم همکاری مراکز تابعه که با اخذ مجوز از معاونت بهداشتی حل خواهد شد.

۴-۲ - منابع و مأخذ (References) :

1. Chan, C., T. Chan, et al. (2015). "Intentions and attitudes towards parenthood and fertility awareness among Chinese university students in Hong Kong: a comparison with Western samples." *Human Reproduction* 30(2): 364-372.
2. kaboudi M, Ramezankhani A, Manouchehri H, Hajizadeh H, Haghi M. The decision-making process of childbearing: a qualitative study. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research* 2013;12(5):505-515.
3. Khadivzadeh T, Arghavani E, Shakeri MT. Relationship between Fertility Motivations and Preferences in Couples. *The Iranian journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2014;17(114):8-18.
4. Khadivzadeh T, Latifnejad R, Bahrami M, Taghipour A, Shavazi J. The influence of social network on couples' intention to have the first child. *Iran J Reprod Med* 2013;11 (3):209-218.
5. Lampic C, Svanberg AS, Karlström P, Tyden T. Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics. *Hum Reprod* 2006; 21: 558-64.

6. Khesavarz H, Bahramian M, Mohajerani AA, Hossein pour K. Factors affecting differences in fertility behavior of Resident and migrating tribes of Samirom. *Health system research* 2012;8(3):45-65. (Persian).
7. Keshavarz H, Haghghatian M, TavasoliDinani K. A Study on the Factors Influencing the Space between Marriage and Having Children (Case Study: Married Women of 20-49 in Isfahan). *jas.* 2013; 24 (2) :111-125.
8. Miller WB, Bard DE, Pasta DJ, Rodgers JL. Biodemographic modeling of the links between fertility motivation and fertility outcomes in the NLSY79. *Demography*2010;47(2):393-414.
9. Hosseini H, Bagi B. Socioeconomic, cultural and demographic determinants of childbearing desires among married women attending health centers in Hamedan (2012). *Journal of Kermanshah university of medical science* 2014;18(1):22-29.
9. Sennottec,yeatman s .stability and change in Fertiliy preferences Among young women in Malaw.*Intperspect sex reprodHealth*.march 2012 ;38(1):34-42
10. NouraniSh, Jonaidy E, Shakeri MT, Mokhber N. Sexual Satisfaction in Fertile and Infertile Women Attending State Clinics in Mashad. *J ReprodInfertil.* 2010;10(4):269-277.
11. Mansourian MK, Khoshnevis A. Married women`s attitude and sexual preferences about reproductive practice: Tehran case study. *Hum socsci J Shiraz Univ* 2006; 24(2):129-46.
12. Farrokh-Eslamlou H, Vahabzadeh Z, Moeini R, MoghaddamTabriziF.pre-marriage couples` fertility attitude following recent childbearing persuasive policies Iran. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*, 2013;11(10):836-845.
13. Karimy M, Niknami S, Hidarnia AR, Hajizadeh I. Intention to start cigarette smoking among Iranian male adolescents: usefulness of an extended version of the theory of planned behaviour. *Heart Asia* 2012;4:120-124.
14. Daniluk, J. and E. Koert (2015). "Fertility awareness online: the efficacy of a fertility education website in increasing knowledge and changing fertility beliefs." *Human Reproduction* 30(2): 353-363..
15. B. Fulford L. Bunting I. Tsibulsky and J. Boivin. The role of knowledge and perceived susceptibility in intentions to optimizefertility: findings from the International Fertility Decision-Making Study. *Human Reproduction*, Vol.28, No.12 pp. 3253–3262, 2013
16. Hosseini H, Bagi B. [Culture and childbearing, study of fertility desires of Kurdish women in city of Mahabad (Persian)]. *Women's Strategic Studies*, 2013;15(58):121-61.
17. Abbasi-Shavazi M, Hosseini H. [Ideational changes and its impact on fertility behavior and attitudes of Kurd and Turk women (Persian)]. *Journal of Women in Development and Politics.* 2009;7(2):55-84.
18. Cleland, J. G. Diversity of fertility levels and implications for the future, *Procedia social and behavioral sciences*,2010; 2(3): 6920 -6927.
19. Kerzer, D. & I. White, J.M. Italy's path to very low fertility:The adequacy of economic and second demographic transition theories. *European journal of population*,2008; 27(4):22-28.
20. Lampic, Claudia, et al. (2006), 'Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics', *Human Reproduction*, 21 (2), 558-64.
21. Adhikari R. Demographic, socio-economic, and cultural factors affecting fertility differentials in Nepal.*BMC Pregnancy and Childbirth* 2010, 10:19.
- 22.Sadeghi R, Abbasi-Shavazi MJ. Ethnicity and patterns of marriage in Iran. *Women in Development & Politics* 2005; 3(1): 25-47.
23. Kodzi, I.A., Johnson, D.R., and Casterline, J.B. Examining the predictive values of fertility intentions among Ghanaian women. *Demographic Research*2010; 22(30): 965-984.

24. Shakiba F, Azkhosh M, Dolatshahee B; Younesi J, Eftekhar M. The Relationship between Attitudes toward Modern Assisted Reproductive Technique and Demographic Characteristics of Infertile Cases. *The Iranian journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2013; 16(58):16-23.

تایید نهایی طرح در شورای گروه :

تاریخ :

حاضرین :

امضاء

تایید نهایی طرح در شورای پژوهشی دانشکده:

تاریخ :

حاضرین :

