

منبع کنترل سلامت در زنان مبتلا به دیابت بارداری

رویا ضرابی^۱، لیلی رحمت نژاد^۲، دکتر فریده باستانی^{۳*}

تاریخ دریافت: 1391/06/15 تاریخ پذیرش: 1391/08/15

چکیده

پیش زمینه و هدف: یکی از مسائلی که بارداری را تحت تأثیر قرار داده و منجر به پیامدهای نامطلوب می‌شود دیابت حاملگی است. در درمان و کاهش عوارض دیابت حاملگی، عوامل روان‌شناختی، همچون منبع کنترل سلامت درونی و برونی از عوامل مهم در میزان حس مسئولیت در کنترل بیماری و حفظ سلامت و خود مراقبتی و خود کنترلی می‌باشد. این پژوهش با هدف تعیین منبع کنترل سلامت (در ابعاد درونی و برونی) در زنان مبتلا به دیابت بارداری انجام شده است.

مواد و روش کار: این پژوهش، یک مطالعه همبستگی توصیفی است. جامعه پژوهش را کلیه مادران باردار مبتلا به دیابت حاملگی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند تشکیل می‌دادند. حجم نمونه پژوهش ۱۰۰ نفر برآورد شد که با روش نمونه‌گیری مستمر از چهار مرکز آموزشی و خدمات درمانی انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود. برای کسب اعتبار علمی ابزار از روش اعتبار محتوا و برای پایایی ابزار از آلفای کرونباخ استفاده شد. داده‌ها با نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. از آزمون ANOVA یک طرفه و T-test استفاده گردید.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌ها ۴۶ درصد از مادران باردار، دارای منبع درونی پایین و ۵۴ درصد دارای منبع درونی بالا و معتقد به تأثیر خود فرد بر سلامتی بودند. لیکن از ابعاد کنترل سلامت، به طور کلی و با محاسبه z-score، منبع کنترل برونی پزشک از بالاترین فراوانی برخوردار بود. از ابعاد منبع بیرونی کنترل سلامتی (شانس، پزشک و دیگران) امتیاز کسب شده از شانس ۵۰ درصد پزشک ۶۱ درصد و دیگران ۵۰ درصد بود.

بحث و نتیجه‌گیری: از آن جایی که فراوان‌ترین بعد منبع کنترل سلامت، اعتقاد به پزشک بود، لذا رسالت سنگین پزشکان و ارتباط درمانی گروه پزشکی با بیماران و مددجویان در تأثیرگذاری بر سلامتی و خود کنترلی آنان مورد تأکید می‌باشد. همچنین با توجه به وجود ارتباط بین منبع کنترل شانس با سطح تحصیلات، به این معنی که با افزایش سطح تحصیلات، میزان اعتقاد به شانس کاهش می‌یافت، به طوری که افراد دانشگاهی، منبع کنترل "شانس" را در حد پایین تری نسبت به اکثر افراد بی سواد، دارا بودند. لذا این نکته می‌بایست به طور جدی در استراتژی‌های آموزش بهداشت و خود مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت حاملگی مد نظر قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: بارداری، منبع کنترل سلامت، دیابت حاملگی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد می باشد.

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره یازدهم، شماره اول، پی در پی 42، فروردین 1392، 72-82

آدرس مکاتبه: تهران، میدان توحید، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تلفن: ۰۲۱-۶۱۰۵۴۳۰۱

Email: faridehbastani@yahoo.com

مقدمه

راستای شناخت عوامل زمینه ساز سلامت مادر و کودک به حساب

آید، در این میان، یکی از مسائلی که پدیده حاملگی را تحت تأثیر قرار داده و می‌تواند منجر به پیامدهای نامطلوب بارداری و حاملگی پر خطر شود، دیابت حاملگی است.

علی‌رغم پیشرفت‌های قابل توجه در زمینه مراقبت و آموزش مادران در دوران بارداری (۱) ابعاد روان‌شناختی زنان باردار به ندرت مورد توجه قرار گرفته است (۲). لذا به نظر می‌رسد

پرداختن به سلامت روان در دوران بارداری توجیهی منطقی در

^۱ کارشناس ارشد مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۲ کارشناس ارشد مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۳ عضو هیات علمی، دانشیار دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (نویسنده مسئول)

عوارض جنینی دیابت حاملگی، شامل جنین بزرگ^۱، زایمان دشوار شانه^۲، شکستگی‌های استخوانی، فلج عصبی، کاهش قند خون و افزایش بیلیروبین می‌باشد. عوارض مادری نیز شامل افزایش بروز پره اکلامپسی^۳، سزارین و بروز دیابت نوع ۲ در آینده است (۳). این عوارض با مراقبت‌های صحیح دوران بارداری و کنترل روند بیماری و تبعیت از رژیم‌های درمانی قابل پیشگیری می‌باشند (۴). در این زمینه، افزایش پیش‌رونده شیوع دیابت در سراسر جهان به عنوان یکی از معضلات بهداشتی مطرح می‌باشد. به طوری که پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ آمار دیابت به دو برابر میزان فعلی آن برسد. این "اپیدمی دیابت" شامل زنان باردار نیز می‌شود (۵). یک تا ۱۴ درصد از زنان باردار، مبتلا به دیابت حاملگی هستند (۶).

از آنجایی که زنان با دیابت حاملگی ۲۵ تا ۴۵ درصد بیشتر در معرض خطر عود در حاملگی بعدی می‌باشند (۷) و به احتمال ۲۰ تا ۵۰ درصد در عرض ۵ تا ۱۰ سال و ۸۰ درصد تا آخر عمر در معرض ابتلا به دیابت نوع ۲ می‌باشند، این شیوع بالا و احتمال عود مجدد اهمیت خاصی داشته و لذا این پدیده را نمی‌توان حالتی موقت و گذرا پنداشت (۸). یکی از رفتارهای بهداشتی در افراد مبتلا به دیابت بارداری، خود مراقبتی و خود مدیریتی در زمینه‌های کنترل قند خون و یا پیشگیری از افزایش وزن بیش از حد و یا چاقی می‌باشد (۹) که در ارتباط تنگاتنگ با خود کنترلی در خصوص سلامت می‌باشد. رسیدن به هدف اساسی "خود کنترلی یک بیماری مزمن" جز با مشارکت فعالانه بیماران میسر نخواهد بود. برای جلب مشارکت افراد لازم است باورها و عقاید مبتلایان را بررسی و تعدیل نمود تا منجر به اصلاح رفتار و اتخاذ سبک زندگی سالم (آن هم به صورت پایدار) گردد (۱۰). تغییر و اصلاح

رفتارهای بهداشتی در افراد می‌تواند منجر به پیشگیری یا به تأخیر انداختن بیماری و عوارض آن گردد. از آنجا که کنترل قند خون با مکانیزم‌های فیزیولوژیکی و روان‌شناختی مرتبط است، متغیرهایی نظیر منبع کنترل سلامت می‌تواند در اعتقادات و بروز رفتارهای بهداشتی افراد دیابتیک نقش ایفا کند (۱۱). منبع کنترل سلامت^۴ عبارت است از باورهای فرد بر اساس تجارب گذشته نسبت به مسائل بهداشتی (۱۲) و داشتن کنترل درونی یا بیرونی بر آن‌ها که به نحوی بتواند بر روی سلامتی تأثیر گذار باشد. افرادی که دارای منبع کنترل درونی هستند، دارای باوری قوی در تصمیم‌گیری رفتارهای بهداشتی بوده و خود را مسئول سلامتی خود می‌دانند. در نقطه مقابل، افرادی که دارای منبع کنترل بیرونی هستند، معمولاً به طور انفعالی عمل نموده و خود را مستقیماً مسئول سلامتی خود ندانسته و همواره به تأثیر قضا و قدر، شانس، پزشک و نیروی قدرتمند دیگران در ارتباط با بیماری یا سلامتی خود معتقدند (۱۳). همچنین، منبع کنترل سلامت یکی از مؤلفه‌های روان‌شناختی در ادراک افراد از میزان کنترل خود بر وقایع مختلف زندگی است (۱۴).

اینکه فرد باور داشته باشد که کنترل خاصی بر روی سلامتی خود داشته (کنترل درونی)، خودبه‌خود تأثیر مثبت رفتاری و روانی بر روی فرد می‌گذارد. بر عکس منبع کنترل بیرونی موجب احساس درماندگی و تنهایی و عدم مقابله مطلوب فرد با بیماری خواهد شد (۱۵). منبع کنترل سلامت، به عنوان یک میانجی یا مدیاتور^۵، بخشی از مسیر بین وضعیت فردی، وضعیت اجتماعی و سلامت را تشکیل می‌دهد (۱۶). فرضیه‌ای که بر مبنای مدل منبع کنترل سلامت مطرح بوده بر این امر استوار است که ارتباط تنگاتنگی بین منبع کنترل سلامت، رفتارهای بهداشتی و حس کنترل و مسئولیت‌پذیری بیماران در روند مراقبت و درمان

¹ macrosomia

² shoulder dystochia

³ pre-eclampsia

⁴ Health Locus of Control

⁵ mediator

بیماری وجود دارد (۱۷) با این که سه دهه از تحقیقات در خصوص منبع کنترل سلامت و نقش آن در مداخلات آموزشی بهداشتی می‌گذرد، مدارک تجربی کمی در مورد چگونگی تعامل منبع کنترل سلامت با عوامل زمینه‌ای جهت کنترل دیابت، وجود دارد که ضرورت انجام مطالعات بیشتر در این ابعاد را مشخص می‌سازد (۱۸). در این زمینه، با کنترل مطلوب قند خون و مسئولیت پذیری بیمار، می‌توان از پیامدهای نامطلوب دیابت بارداری که، شامل زایمان زودرس، مرگ‌ومیر نوزاد، نقایص هنگام تولد و عوارض و مرگ و میر مادری است، پیشگیری نمود. شناخت و نهادینه کردن خود کنترلی، از اهداف مهم بهداشتی در افراد دیابتیک به شمار می‌رود (۱۹)، لذا این پژوهش با هدف تعیین منبع کنترل سلامت در زنان مبتلا به دیابت حاملگی^۱ انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی است. جامعه مورد نظر در این پژوهش کلیه زنان ایرانی‌الصل، ۱۵ تا ۴۹ ساله مبتلا به دیابت بارداری با حاملگی تک قلوئی که در ماه آخر بارداری به سر برده و جهت کنترل بارداری به درمانگاه مامایی مراجعه می‌کردند را شامل می‌شد. روش انجام کار بدین صورت بود که پژوهشگر پس از توضیح هدف پژوهش به مسئولین و همچنین ارائه توضیحاتی در مورد اهداف انجام تحقیق به واحدهای مورد پژوهش و تاکید بر محرمانه بودن اطلاعات و جلب رضایت آگاهانه به صورت کتبی و آزاد گذاشتن نمونه‌ها در رد یا قبول شرکت در پژوهش، اقدام به نمونه گیری در زنان واجد شرایط به روش مستمر نمود. به این صورت که پژوهشگر و کمک پرسشگران به منظور نمونه گیری هر روز در چهار مرکز بهداشتی درمانی پر مراجعه از نظر دیابت بارداری (به عنوان محیط‌های پژوهش) حضور داشته و اقدام به نمونه گیری تا تکمیل شدن حجم نمونه (۱۰۰ بیمار) می‌نمودند.

در این تحقیق، ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای بود که قسمت اول آن سؤالاتی در خصوص مشخصات فردی و قسمت دوم آن سؤالات پرسشنامه منبع کنترل سلامت چند بعدی^۲ تهیه شده توسط والستون^۳، استی-ن^۴ و اسمیت^۴ در سال بود. این پرسشنامه در سال ۲۰۰۷ نیز مورد بازبینی قرار گرفت (۲۰) و توسط مشکی و همکاران هنجار یابی شده است. برای کسب اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها از روش اعتبار محتوا و جهت تعیین اعتماد علمی از آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار این ضریب ۰/۷۱۰ به دست آمد. زمان برای تکمیل پرسشنامه حدود ۱۰ الی ۱۵ دقیقه بود. پرسشنامه منبع کنترل سلامت در خصوص بیماری‌ها شامل ۱۸ سؤال، دامنه نمرات از ۱ تا ۶ در مقیاس لیکرت بوده و پاسخ‌ها به صورت ۱ (به شدت مخالفم) تا ۶ (به شدت موافقم) طبقه بندی شده است.

به طور کلی منبع کنترل سلامت دارای دو بُعد است که عبارتند از: منبع کنترل درونی و بیرونی. منبع کنترل بیرونی، خود به سه زیر گروه شانس، پزشک و دیگران تقسیم می‌شود. در کل، دامنه نمرات برای سؤالات درونی (۱، ۶، ۸، ۱۲، ۱۳ و ۱۷) بین ۶ تا ۳۶ نمره، برای سؤالات شانس (۲، ۴، ۹، ۱۱، ۱۵ و ۱۶) بین ۶ تا ۳۶ نمره، برای سؤالات پزشک (۳، ۵ و ۱۴) بین ۳ تا ۱۸ نمره و برای سؤالات دیگران (۷، ۱۰ و ۱۸) بین ۳ تا ۱۸ نمره در نظر گرفته شده است.

معیار نهایی سنجش منبع کنترل سلامت، بر اساس امتیاز کسب شده از هر یک از ابعاد کنترل سلامت به طور جداگانه می‌باشد. طبق مطالعه اخیر مشکی و همکاران، طبقه بندی افراد بر اساس نمره منبع کنترل سلامت با توجه به میانه گزینه‌ها به دست می‌آید به طوری که نمرات بزرگ‌تر از میانه، منبع کنترل بالا و

^۱ multidimensional

^۲ Wallston

^۳ Stein

^۴ Smith

نمرات کمتر از میانه، منبع کنترل پایین در نظر گرفته می‌شود (۲۱) که در این پژوهش نیز، در توصیف این متغیر در واحدهای مورد پژوهش، عیناً به همین منوال (میانه) مورد ارزیابی قرار گرفت، لیکن در به‌کارگیری آزمون تی-تست از میانگین استفاده شد.

هم چنین، لازم به ذکر است که در رابطه با "تعیین امتیاز ابعاد منبع کنترل سلامت در زنان مبتلا به دیابت حاملگی"، با توجه به این که نمره دهی چهار بعد منبع کنترل سلامت در یک دامنه نبود (منبع کنترل درونی و شانس ۶ تا ۳۶ نمره و منبع کنترل پزشک و دیگران ۳ تا ۱۸ نمره داشتند)، بنا به توصیه والستون، با استفاده از z-score مطلوب است که تمامی ابعاد منبع کنترل سلامت استاندارد می‌شد که این کار صورت گرفت. در این پژوهش دو هدف ویژه مطرح بود، که شامل: ۱) تعیین امتیازات کسب شده از ابعاد مختلف منبع کنترل سلامت در زنان باردار دیابتیک و ۲) تعیین ارتباط هر یک از ابعاد کنترل سلامت با متغیرهای فردی در زنان باردار دیابتیک بود. برای دستیابی به هدف پژوهش، از آمار توصیفی شامل محاسبه شاخص‌های آماری و تنظیم جداول توزیع فراوانی و z-score و از آمار استنباطی، شامل آزمون One way ANOVA و t-test و آزمون شفه استفاده شد و داده‌ها با نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

بر طبق یافته‌های پژوهش، زنان باردار مبتلا به دیابت بارداری تحت مطالعه، دارای میانگین سنی $(30/86 + 6)$ بودند (جدول شماره ۱). ۶۰ درصد از نمونه‌های پژوهش از نظر سطح تحصیلات، بی سواد و یا زیر دیپلم، ۸۸ درصد خانه دار و ۷۸ درصد دارای شاخص توده بدنی نامناسب به صورت چاق و یا افزایش وزن بودند. از نظر وضعیت اقتصادی، ۳۴ درصد ضعیف و ۶۶ درصد وضعیت متوسطی داشتند. هم چنین ۲۷ درصد زنان مورد مطالعه، دارای

نسبت فامیلی نزدیک با همسر و ۴۶ درصد سابقه فامیلی دیابت داشتند. جدول شماره ۲ توزیع فراوانی سایر متغیرهای زمینه‌ای مرتبط با عوامل مرتبط مامایی و جدول شماره ۳ نیز امتیاز ابعاد منبع کنترل سلامت در زنان مبتلا به دیابت حاملگی را با توجه به نمره‌دهی چهار بعد منبع کنترل سلامت نشان می‌دهد.

در خصوص ارتباط هر یک از ابعاد کنترل سلامت با متغیرهای فردی در زنان باردار دیابتیک" جداول شماره ۴ تا ۸ در مواردی که ارتباط معنی‌دار بوده است تدوین شد و مابقی دارای ارتباط معنی‌دار آماری نبودند. لازم به ذکر است که بین منبع کنترل سلامت درونی و تمایل به بارداری $(P=0/034)$ ارتباط معنی‌داری یافت شد (جدول شماره ۳). بدین ترتیب که اکثر افرادی که تمایل به بارداری فعلی نداشتند، از منبع درونی بالایی برخوردار بودند. همچنین ارتباط بین منبع کنترل شانس با سطح تحصیلات در جدول شماره ۴ نشان داده شده است.

نتایج آزمون شفه نیز نشان داد که میانگین امتیاز منبع کنترل توسط شانس مابین گروه بی سواد با زیر دیپلم، دیپلم و دانشگاهی به ترتیب P-value با $0/009$ ، $0/001$ ، $0/001$ و زیر دیپلم با دانشگاهی با $P=0/017$ از نظر آماری دارای اختلاف معنی‌داری است. همچنین بین نمره منبع کنترل بیرونی (شانس) با وضعیت اشتغال $(P=0/026)$ و وضعیت اقتصادی $(P=0/022)$ زنان مبتلا به دیابت حاملگی ارتباط معنی‌داری یافت شد (جدول شماره ۵ و ۶ به ترتیب). همان‌گونه که در جدول شماره ۷ مشخص است بین نمره منبع کنترل بیرونی (شانس) با تعداد زایمان $(P=0/042)$ ارتباط معنی‌داری ملاحظه می‌شود.

نتایج آزمون شفه نشان داد که میانگین نمره منبع کنترل شانس مابین گروه نولی پار (تعداد زایمان صفر) و گروه دارای حداقل دو زایمان با $P=0/05$ دارای اختلاف معنی‌داری است. در مورد منبع کنترل بیرونی (توسط دیگران) و سن (طبق جدول شماره ۸) نتایج آزمون شفه نشان داد که میانگین نمره منبع

کنترل "توسط دیگران" بین گروه سنی ۲۵-۳۵ سال و گروه بیشتر از ۳۵ سال با $P\text{-value} = 0/05$ معنی دار بوده است.

جدول شماره (۱): توزیع سنی زنان مبتلا به دیابت حاملگی مورد پژوهش، سال ۸۷

سن بر حسب سال	فراوانی	درصد
کمتر از ۲۵	۱۸	۱۸
۲۵ - ۳۵	۶۲	۶۲
بیشتر از ۳۵	۲۰	۲۰
جمع	۱۰۰	۱۰۰
حداقل	۱۷	
حداکثر	۴۴	
میانگین و انحراف معیار	۳۰/۸۶ + ۶	

جدول شماره (۲): توزیع فراوانی متغیرهای زمینه‌ای مرتبط با عوامل مامایی در زنان مبتلا به دیابت حاملگی

متغیرهای زمینه‌ای	فراوانی	درصد
شاخص توده‌بدنی قبل از بارداری*	لاغر (کمتر از ۱۹/۸)	۶
	طبیعی (۱۹/۸-۲۵/۹)	۲۴
	دارای اضافه وزن (۲۶-۲۹)	۲۴
	چاق (بیشتر از ۲۹)	۳۹
	جمع	۹۳
تمایل به بارداری	بله	۶۹
	خیر	۳۱
تعداد حاملگی	۱	۲۷
	۲-۴	۶۲
	بیشتر از ۴	۱۱
تعداد زایمان	۰	۳۳
	۱	۳۰
	۲ یا بیشتر	۳۷
سابقه سقط	دارد	۳۱
	ندارد	۶۹
سابقه مرگ جنین	دارد	۱۳
	ندارد	۸۷
سابقه مرگ نوزاد	دارد	۴
	ندارد	۹۶

* ۷ درصد از نمونه‌های پژوهش فاقد اطلاعات قد و وزن در پرونده بودند.

جدول شماره (۳): میانگین و انحراف معیار امتیاز منبع کنترل درونی بر حسب تمایل به بارداری فعلی در زنان مبتلا به دیابت حاملگی

تمایل به بارداری	میانگین	انحراف معیار	آزمون t	درجه آزادی	P-Value
دارد	۲۷/۵۵	۶/۰۸	-۲/۱۵	۹۸	۰/۰۳۴
ندارد	۳۰/۱۹	۴/۶۳			

جدول شماره (۴): میانگین و انحراف معیار امتیاز منبع کنترل بیرونی (توسط شانس) بر حسب سطح تحصیلات زنان مبتلا به دیابت حاملگی

سطح تحصیلات	میانگین	انحراف معیار	آزمون f	درجه آزادی	P-Value
بی سواد	۲۰/۳۰	۶/۱۰	۱۱/۶	۳	۰/۰۰۱
زیر دیپلم	۱۹/۷۰	۵/۳۱			
دیپلم	۱۶/۳۰	۵/۲۱			
دانشگاهی	۱۵/۱۱	۴/۹۱			

جدول شماره (۵): میانگین و انحراف معیار امتیاز منبع کنترل بیرونی (توسط شانس) بر حسب وضعیت اشتغال زنان مبتلا به دیابت حاملگی

وضعیت اشتغال	میانگین	انحراف معیار	آزمون t	درجه آزادی	P-Value
خانه دار	۱۸/۴۰	۷/۸۰	۲/۳	۹۸	۰/۰۲۶
شاغل	۱۳/۰	۵/۸۰			

جدول شماره (۶): میانگین و انحراف معیار امتیاز منبع کنترل بیرونی (توسط شانس) بر حسب وضعیت اقتصادی زنان مبتلا به دیابت حاملگی

وضعیت اقتصادی	میانگین	انحراف معیار	آزمون t	درجه آزادی	P-Value
ضعیف	۲۰/۱۰	۷/۶۵	۲/۳	۹۸	۰/۰۲۲
متوسط	۱۶/۴۰	۷/۳۰			

جدول شماره (۷): میانگین و انحراف معیار امتیاز منبع کنترل بیرونی (توسط شانس) بر حسب تعداد زایمان زنان مبتلا به دیابت حاملگی

تعداد زایمان	میانگین	انحراف معیار	آزمون f	درجه آزادی	P-Value
صفر	۱۴/۲۰	۶/۱۰	۳/۲۷	۲	۰/۰۴۲
۱	۱۸/۶۰	۵/۴۰			
۲ و بیشتر	۱۹/۸۰	۷/۳۰			

جدول شماره (۸): میانگین و انحراف معیار امتیاز منبع کنترل بیرونی (توسط دیگران) بر حسب سن زنان مبتلا به دیابت حاملگی

تعداد زایمان	میانگین	انحراف معیار	آزمون f	درجه آزادی	P-Value
کمتر از ۲۵	۱۲/۲۷	۴/۳۰	۳/۱۲۷	۲	۰/۰۴۸
۲۵-۳۵	۹/۳۰	۵/۱۰			
بیشتر از ۳۵	۱۳/۶۰	۵/۷۰			

بحث و نتیجه گیری

۳۰/۸۶+۶) برای بارداری بودند که این یافته با نتایج پژوهش Pirc

و همکاران و Hjelm و همکاران همخوانی دارد (۲۳،۲۲). در

خصوص سطح تحصیلات، تنها اقلیت زنان مورد مطالعه (۸ درصد)

همان گونه که در نتایج تحقیق اشاره شد، در واقع، حدود نیمی

از نمونه های پژوهش در سنین پر خطر با میانگین سنی

دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. این یافته با پژوهش Hjelm و همکاران (۲۰۰۶) مغایرت دارد، در تحقیق آن‌ها بالغ بر ۵۰ درصد زنان مورد مطالعه، تحصیلات دانشگاهی داشتند. درصد قابل توجهی از نمونه‌های پژوهش (۴۶ درصد) سابقه فامیلی مثبت دیابت را ذکر نموده بودند. نتیجه تحقیقی که توسط Irving و همکاران به دست آمد حاکی از این بود که بروز دیابت حاملگی در زنان با سابقه خانوادگی، شروع زودرس دیابت نوع ۲ (اتوزوم غالب)، ۱۲ درصد و در زنان بدون چنین سابقه‌ای ۱/۵ درصد بود. بنابراین ضرورت غربالگری زنان باردار دارای سابقه فامیلی دیابت زودرس نوع ۲ روشن می‌شود (۲۴).

با توجه به گسترش روزافزون دیابت در ایران، به نظر می‌رسد غربالگری تمامی زنان باردار از نظر دیابت حاملگی، در ۲۴ تا ۲۸ هفتگی و دستورالعمل آن با صلاحدید و کارشناسی از سوی وزارت بهداشت، ضرورت داشته باشد. گرچه این امر موجب تحمیل هزینه‌های مادی بر سیستم بهداشت و درمان خواهد شد، لیکن احتمال هزینه اثربخشی این مداخلات وجود دارد که البته در این زمینه، در آینده یافته‌های پژوهش‌های مرتبط با اقتصاد بهداشت، می‌توانند بسیار راهگشا باشند. یافته پژوهش حاضر در مورد شاخص توده بدنی، نشان دهنده درصد بالای (۷۸ درصد) چاقی و اضافه وزن در زنان باردار دیابتیک می‌باشد. این یافته با نتیجه پژوهش Hutcheon و همکاران (۲۰۰۶) که ۵۰ درصد از نمونه‌ها وزن طبیعی داشتند، همخوانی ندارد (۲۵). ضمن اینکه در این مقاله اشاره می‌شود که زنان چاق یا داری اضافه وزن، بیش از دیگر زنان مستعد عوارض مامایی همچون دیابت بارداری و بستری در مراکز درمانی می‌شوند که به تبع آن احتمال زایمان به طریق سزارین نیز در آنان افزایش می‌یابد که بار مالی قابل ملاحظه‌ای را بر خانواده و جامعه تحمیل می‌نماید. لذا به نظر می‌آید، در مرحله پیش از لقاح، در زنانی که قصد باردار شدن را دارند، کنترل وزن مطلوب با اتخاذ رفتارهای بهداشتی و سبک زندگی سالم ضروری

باشد. از آنجایی که باورهای بهداشتی و استراتژی‌های مقابله با بیماری، در ارتباط تنگاتنگی با کنترل قند خون در بیماران دیابتیک بوده است، حدود نیمی از نمونه‌های پژوهش دارای منبع درونی بالایی بودند، که با نتایج مطالعه Stenstrom، مبنی بر اینکه بیماران دیابتیک که کنترل متابولیک مطلوبی داشته، غالباً از منبع کنترل سلامتی درونی بالاتری برخوردار بودند، همخوانی دارد (۲۶). گرچه این نتیجه با نتایج حاصل از پژوهش توماس و همکاران (۲۰۰۴) مغایرت دارد. در پژوهش توماس Thomas، کمترین امتیاز با منبع درونی مربوط به افراد مبتلا به دیابت بود (۲۷). به طور کلی، افراد با منبع کنترل درونی، در مقابل سلامت خود مسئولیت پذیری بیشتری دارند (۲۸) و به صورت فعالانه‌تر جهت رفع مشکل گام بر داشته و بیشتر در جست و جوی تصمیم گیری‌های درمانی خود می‌باشند (۲۹).

علیرغم این که افراد مورد مطالعه دارای منبع درونی قابل توجهی بودند، بوده‌اند، اما نیمی از آن‌ها به شانس، در ناخوشی و سلامتی اعتقاد داشتند که گاه این امر می‌تواند افراد بیمار را در مراقبت از خود و پیروی از دستورات و رژیم دارویی متزلزل کند. در هر حال این یافته با نتایج تحقیق توماس و همکاران از این جهت که افراد می‌توانند به طور هم زمان تمامی ابعاد منبع کنترل سلامت را دارا باشند، همخوانی داشته است. و از جهت فراوانی آن‌ها نیز تقریباً همسو بوده‌اند (۳۰). در برخی مطالعات ایرانی نیز منبع کنترل درونی با پیامدهای مطلوبی ارتباط داشته است. برای مثال عزت نفس بالا و کاهش استرس در زنان نابارور (۳۱)، و نیز با احساس بخشش و رضایتمندی شغلی در پرسنل دانشگاهی (۳۲) و همچنین با انجام رفتارهای بهداشتی و سلامت عمومی (۳۳) و نیز با پیشرفت تحصیلی در دانش آموزان (۳۴) ارتباط معنی‌دار آماری داشته است. در این پژوهش، میزان اعتقاد به تأثیر خود فرد بر سلامتی، بیشتر از اعتقاد به شانس بود. این یافته مؤید این مطلب است که افراد با منبع کنترل درونی بالا، بیشتر به توصیه‌های

پزشکی عمل می کنند. مطالعات روانشناسی دوران بارداری نشان داده اند که علاقه فزاینده و دلبستگی به فرزند به تدریج در طی روند بارداری افزایش یافته و انگیزه های برای خود مراقبتی و خود کنترلی بیشتر در مادر می گردد (۳۵). این مطلب احتمالاً توجیه کننده منبع کنترل درونی بالا و حس مسئولیت بیشتر برای سلامتی مادران مبتلا به دیابت حاملگی، در این پژوهش است. بین منبع کنترل سلامت درونی و تمایل به بارداری ($P=0/034$ value) ارتباط معنی داری یافت شد (جدول شماره ۳). بدین ترتیب که اکثر افرادی که تمایلی به بارداری فعلی نداشتند، از منبع درونی بالایی برخوردار بودند. این یافته با پژوهش های قبلی در مورد منبع کنترل درونی مغایرت دارد (۳۶، ۳۷). تمامی مطالعات قبلی در زمینه منبع کنترل درونی، بر این باورند که افراد با منبع کنترل درونی بالا دارای حس کنترل قوی در مسائل بهداشتی می باشند. حال آن که در این پژوهش، اکثر افراد با منبع کنترل درونی بالا، تمایلی به بارداری فعلی شان نداشتند. بنا به مطالعه Rosengard و همکاران، زمان پرسش در مورد تمایل یا عدم تمایل به بارداری فعلی از اهمیت خاصی برخوردار است، زیرا نگرش زنان در طول بارداری نسبت به قبل از باردار شدن، متفاوت می شود (۳۸).

بنابراین، با توجه به این که زنان مورد پژوهش ما، از دیابت حاملگی رنج برده، و با توجه به تعریف دیابت حاملگی، که برای اولین بار در زمان بارداری تشخیص داده می شود، چنین ارتباطی دور از انتظار نیست که پس از آگاه شدن از وضعیت بارداری، ابراز عدم تمایل کنند. در مورد ارتباط بین منبع کنترل شانس با سطح تحصیلات، نتایج آزمون شفه نشان داد که میانگین نمره منبع کنترل توسط شانس مابین گروه بی سواد با زیر دیپلم، دیپلم و دانشگاهی و بین زیر دیپلم با دانشگاهی از نظر آماری دارای اختلاف معنی دار است. در پژوهشی که توسط ویزمن و همکاران انجام شد، اکثر افراد تحصیل کرده از منبع کنترل درونی بالایی

برخوردار بودند که با پژوهش حاضر هم خوانی ندارد. در این پژوهش بین منبع کنترل بیرونی (توسط شانس) با وضعیت اشتغال ارتباط معنی داری یافت شد. ($P<0/05$). به عبارتی افراد خانه دار بیشتر از افراد شاغل، به شانس اعتقاد داشتند.

Poortinga و همکاران نیز در پژوهشی در رابطه با منبع کنترل سلامت به این نتیجه دست یافتند که افراد خانه دار دارای منبع کنترل سلامتی برونی "شانس" و "دیگران"، در حد بالایی هستند که یافته های پژوهش حاضر از این نظر نیز با یافته های پژوهش Poortinga هم سو می باشند. همچنین بین منبع کنترل بیرونی (شانس) با تعداد زایمان ارتباط معنی داری ملاحظه شد ($P<0/05$).

نتایج آزمون شفه نشان داد که میانگین نمره منبع کنترل شانس بین گروه نولی پار (تعداد زایمان صفر) و گروه دو زایمان یا بیشتر، دارای اختلاف معنی دار است ($P<0/05$). بدین ترتیب که اکثر زنان نخست زای از منبع کنترل شانس پایینی برخوردار بودند. به عبارتی، زنانی که تا به حال زایمان نکرده بودند، به شانس اعتقاد چندانی نداشتند. بنابراین از آن جایی که زنان نخست زای از سطح تحصیلات بالاتری برخوردار بودند، و در این پژوهش بین منبع کنترل شانس و سطح تحصیلات، ارتباط معکوسی وجود داشت، این احتمال وجود دارد که افراد نخست زای دارای منبع کنترل شانس پایین تری نسبت به زنان چندزا باشند. از سوی دیگر، با توجه به این که ۶۰ درصد از نمونه های پژوهش، دارای سواد پایینی بودند، این قشر از زنان بر طبق مطالعه Oort و همکاران، از منبع کنترل سلامت در بعد "دیگران" بالایی برخوردارند (۳۸). بنابراین توصیه های بهداشتی از سوی دیگران می تواند بر تصمیم گیری ها و تغییر و تعدیل رفتارهای بهداشتی موثر باشد. لذا آموزش بهداشت همگانی و ارتقاء سواد بهداشتی در عموم مردم ضرورت داشته ضمن اینکه این گونه عوامل می بایست در برخی مداخلات بهداشتی برای زنان باردار دیابتیک به طور جدی مد نظر

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه تحت عنوان ارتباط خودکارآمدی، منبع کنترل سلامت و استرس درک شده با پیامدهای بارداری زنان مبتلا به دیابت حاملگی، مراجعه کننده به مراکز آموزشی و خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران، در مقطع کارشناسی ارشد می باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران اجرا شده است.

قرار گیرد. نتایج این مطالعه، شناخت و درک بهتری از ابعاد منبع کنترل سلامت در زنان باردار را ارائه داده و به نظر می رسد که اعضاء نیم بهداشتی درمانی، همچون پرستاران و ماماها، می بایست از نقش این پدیده روان شناختی در خود کنترلی و خود مدیریتی دیابت آگاه شده و در راستای افزایش منبع کنترل درونی و مسئولیت پذیری بیشتر زنان باردار مداخلاتی را بر مبنای تئوری منبع کنترل سلامت انجام داده تا به تبع آن، به نتایج مطلوب بارداری، دست یافت.

References:

1. WHO. The Bulletin series: primary health care 30 years on [Internet]. 2008 [cited 2013 Jan 8]. Available from: http://www.who.int/bulletin/primary_health_care_series/en/index.html
2. WHO. Neurology and public health [Internet]. 2008 [cited 2013 Jan 8]. Available from: http://www.who.int/mental_health/neurology/en/.
3. JuH, RumboldAR, WillsonKJ, CrowtherCA. Borderline gestational diabetes mellitus and pregnancy outcomes. BMC Pregnancy and Childbirth 2008;8(31): 1-7.
4. FarooqMU, AyazA, BahooA, AhmadI. Maternal and neonatal outcomes in gestational diabetes mellitus. Int J Endocrinol Metab 2007;3: 109-15.
5. ZeckW, PanzittT, SchlembachD, LangU, McIntyreD. Management of diabetes in pregnancy: Comparison of guidelines with current practice at Austrian and Australian Obstetric Center. Croat Med J 2007;48(6): 831-41.
6. MurgiaC. Autoimmunity in gestational diabetes mellitus in Sardinia: a preliminary case-control report Reprod Biol Endocrinol 2008;6: 24, 1-6.
7. Freire CM, Nunes Mdo C, Barbosa MM, Longo JR, Nogueira AI, Diniz SS, et al. Gestational Diabetes: A Condition of early diastolic abnormalities in young women. J Am Soc Echocardiogr 2006;19(10): 1251-6.
8. Egeland GM, Skjærven R, Irgens LM. Birth characteristics of women who develop gestational diabetes: population based study. BMJ 2000;321(7260): 546-7.
9. Althuisen E, Poppel M, Seidell JC, Wijden C, Mechelen W. Design of the new life (style) study: a randomized controlled trial to optimize maternal weight development during pregnancy. BMC Public Health 2006;6(168)1-8.
10. Sridhar GR, Madhu K. Psychosocial and cultural issues in diabetes mellitus. Curr Sci 2002;83(12)1556-64.
11. Dishman RK, Motl RW, Sallis JF, Dunn AL, Birnbaum AS, Welk GJ, et al. Self-Management strategies mediate self-efficacy and physical activity. Am J Prev Med 2005;29(1)10-18.
12. Stenström U, Andersson P. Smoking, blood glucose control, and locus of control beliefs in people with Type 1 diabetes mellitus. Diabetes Res Clin Prac 2000;50(2): 103-7.
13. NaidooJ, WillsJ. Health promotion. Foundation for practice. 2nd Ed. Edinburgh: Bailliere Tindall; 2000. P.18,231.
14. Haselden K, Powell T, Drinnan M, Carding P. Comparing Health Locus of Control in Patients with Spasmodic Dysphonia, Functional Dysphonia and Nonlaryngeal Dystonia. J Voice 2008;2(1): 39-47.

15. Stenström U, Andersson P. Smoking, blood glucose control, and locus of control beliefs in people with Type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Res Clin Prac* 2000; 50(2): 103-7.
16. Poortinga W, Dunstan F, Fone D. Health locus of control beliefs and socio-economic differences in self-rated health. *J Prev Med* 2007;1-24.
17. Stenström U, Andersson P. Smoking, blood glucose control, and locus of control beliefs in people with Type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Res Clin Prac* 2000; 50(2): 103-7.
18. Poortinga W, Dunstan F, Fone D. Health locus of control beliefs and socio-economic differences in self-rated health. *J Prev Med* 2007; 1-24.
19. Weisman CS, Hillemeier MM, Chase GA, Misra DP, Chuang CH, Parrott R, et al. Women's perceived control of their birth outcomes in the Central Pennsylvania Women's Health Study: implications for the use of preconception care. *Womens Health Issues* 2008;18(1): 17-25.
20. Wallston K. Conceptualization and operationalization of perceived control [Internet]. 2007 [cited 2013 Jan 8]. Available from: <http://www.vanderbilt.edu/nursing/kwallston/mhlcscal es.htm>
21. Moshki M, Ghofranipour F, Hajizadeh E, Azadfallah P. Validity and reliability of the multidimensional health locus of control scale for college students. *BMC Public Health* 2007 18;7(1): 295.
22. Pirc LK, Owens J A, Crowther CA, Willson K, Blasio MJ, Robinson J. Mild gestational diabetes in pregnancy and the adipoinular axis in babies born to mothers in the ACHOIS randomized controlled trial. *BMC Pediatr* 2007;7(18): 1-7.
23. Hjelm K, Berntorp K, Frid A, Aberg A, Apelqvist J. Beliefs about health and illness in women managed for gestational diabetes in two organisations. *Midwifery* 2008;24(2): 168-82.
24. Irving RR, Mills JL, Choo-Kang EG, Morrison EY, Kulkarni S, Wright-Pascoe R, et al. The burden of gestational diabetes mellitus in Jamaican women with a family history of autosomal dominant type 2 diabetes. *Rev. Panam. Salud Publica* 2008;23(2): 85-91.
25. Hutcheon JA, Platt RW, Meltzer SJ, Egeland GM. Is birth weight modified during pregnancy? Using sibling differences to understand the impact of blood glucose, obesity, and maternal weight gain in gestational diabetes. *Am. J. Obstet. Gynecol* 2006;195(2): 488-94.
26. Stenström U, Andersson P. Smoking, blood glucose control, and locus of control beliefs in people with Type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Res Clin Prac* 2000; 50(2): 103-7.
27. Thomas EM, Kamalanabhan TJ, Vasanthi M. Locus of control among diabetic and non-diabetic patients: A Comparative Study. *Soc Sci J* 2007;8(3): 221-6.
28. Stenström U, Andersson P. Smoking, blood glucose control, and locus of control beliefs in people with Type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Res Clin Prac* 2000; 50(2): 103-7.
29. Schneider A, Koerner T, Mehning M, Wensing M, Elwyn G, Szecsenyi J. Impact of age, health locus of control and psychological co-morbidity on patient's preferences for shared decision making in general practice. *Patient Edu Couns* 2006;61: 292-8.
30. Alizadegan Sh, Shahraray M, Farahani M, Alizad T. The relationship between self esteem and locus of control with infertility related stress of no related infertile men and women. *Journal of Reproduction & Infertility*. 2005; 6(2): 194-204.
31. Zandi Pour T, Najafloei F, Yadegari H. A study on the relationship between locus of control and forgiveness with job satisfaction among Al-Zahra University personnel. *PsychStud* 2007; 2(3-4): 93-107.
32. Jafari M, Shahidi Sh. Comparing locus of control, assertiveness and general health among young

- drug addicts in Iran. *Iran J pf Psychiatry* 2009;4(2): 0-0.
33. Mehrafrouz h, Shahrarai M. Investigating the relationship between attitude and locus of control with academic achievement among male students. *J Edu Psycho* 2002; 9(1-2): 131-6.
34. Siddiqui A, Ha`gglo`fB. Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? *Early Hum Dev* 2000;59: 13-35.
35. Van den Bergh BRH, Mennes M, Oosterlaan J, Stevens V, Stiers P, Marcoen A, et al. High antenatal maternal anxiety is related to impulsivity during performance on cognitive tasks in 14- and 15-year-olds. *Neurosci Biobehav Rev* 2005;29(2): 259-69.
36. Bell R, Quandt S, Arcury Th, McDonald J, Vitolins M. Health locus of control among rural older adults: Associations with demographic, health and preventive health characteristics. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;22(4)69-89.
37. Rosengard C, Phipps MG, Adler NE, Ellen JM. Adolescent pregnancy intensions and pregnancy outcomes: A longitudinal examination. *J Adolesc Health* 2004;35(6): 453-61.
38. Oort FVA, Lenthe FJ, Mackenbach JP. Material, psychosocial, and behavioural factors in the explanation of educational inequalities in mortality in the Netherlands. *J Epidemiol Community Health* 2005;59: 214-20.