

ارتباط باورهای کنترل سلامت و سبک

زندگی در زنان باردار

چکیده:

مقدمه و هدف: باورهای کنترل سلامت یکی از عمده‌ترین شاخص‌های اعتقاد بهداشتی برای طرح‌ریزی برنامه‌های آموزش بهداشت محسوب می‌شود و به عنوان یک ساختار در فهم و پیش‌بینی رفتارهای بهداشتی شناخته شده است. از آنجایی که باورهای کنترل سلامت پیشگویی کننده رفتارهای بهداشتی هستند، لذا در دوران بارداری اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کنند. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط باورهای کنترل سلامت و سبک زندگی در دوران بارداری انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه تحلیلی از نوع مقطعی است که در سال ۱۳۸۷ در دانشگاه علوم پزشکی گناباد انجام شد. تعداد ۱۱۵ خانم باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی گناباد به روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای غیر احتمالی، در این مطالعه شرکت داده شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها مشتمل بر سه پرسشنامه: مشخصات فردی، مقیاس باورهای کنترل سلامت چند بعدی و پرسشنامه سبک زندگی در دوران بارداری بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس یک طرفه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سنی واحدهای پژوهش ۲۷/۲۰± سال و میانگین سن بارداری آنها ۶/۲۳± هفته بود. ۵/۸۳ درصد خانم‌ها خانه‌دار، ۷/۴۱ درصد آنان دیپلم و ۸/۵۴ درصد نخست باردار بودند. بالاترین نمرات کسب شده از مقیاس باورهای کنترل سلامت به ترتیب مربوط به ابعاد باوردرونی، باور افراد مؤثر و باورشانس بود. همچنین آزمون‌های آماری ارتباط معنی‌داری بین بعد باوردرونی کنترل سلامت و ابعاد تغذیه و ایمنی از سبک زندگی در دوران بارداری را نشان دادند ($p < / 0.05$).

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که باور کنترل سلامت درونی در زنان باردار شهر گناباد از دو معیار دیگر بالاتر بوده است، با این وجود می‌توان با بهره‌گیری از روش‌های آموزشی مناسب، تفکر مبنی بر باورهای کنترل سلامت به ویژه باور کنترل درونی سلامت در زنان باردار که جزو گروه‌های پرخطر محسوب می‌شوند، تقویت شود.

واژه‌های کلیدی: باورهای کنترل سلامت، سبک زندگی، زنان باردار

* مهدی مشکی

** جهانشیر تولکی‌زاده

*** نرجس بحری

* دکترای تخصصی آموزش بهداشت، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گناباد، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت عمومی، عضو مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت دکترای تخصصی روان‌شناسی تربیتی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گناباد، دانشکده بهداشت، گروه علوم پایه، عضو مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت *** کارشناس ارشد آموزش مامایی، مربی دانشگاه علوم پزشکی گناباد، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی، عضو مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت

تاریخ وصول: ۱۳۸۹/۲/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۲/۱۰

مؤلف مسئول: نرجس بحری

پست الکترونیک: nargesbahri@yahoo.com

مقدمه

افراد دارای منبع کنترل درونی خود را مسئول سلامتی خویش می‌دانند، در حالی که افراد دارای منبع کنترل سلامتی بیرونی، عوامل مافوق کنترل شخصی خویش مانند؛ تصادفات، ویروس‌ها و بیماری‌ها را مسئول اولیه وضعیت سلامتی خویش می‌دانند(۱). در این رابطه شواهدی مبنی بر این که اضطراب و افسردگی با منبع کنترل بیرونی در ارتباط است و بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب اجتماعی و اختلال هراس به طور معنی‌داری در مقایسه با گروه کنترل، نمرات بالاتری در منبع کنترل بیرونی دارند ذکر شده است(۶).

ری و همکاران^(۴)(۱۹۹۸) گزارش کردند که دانش‌آموزان دارای منبع کنترل سلامتی درونی، خودشان را از لحاظ جسمانی و روانی سالم‌تر تلقی می‌کنند(۷).

کلی و استاک^(۵)(۲۰۰۰) نیز بر اساس نتایج تحقیق خود عنوان نمودند که منبع کنترل یک پیش‌بینی کننده معنی‌دار و قوی در مورد سلامت عمومی و رضایت خاطر از زندگی در نوجوانان است(۸).

استپتو و واردل^(۶)(۲۰۰۱) نیز معتقدند که منبع کنترل درونی بالا با افزایش احتمال رفتارهای سالم و مثبت، ارتباط دارد(۹). در همین راستا مطالعه‌ها نشان می‌دهند که منبع کنترل سلامت با تغییرات رژیم غذایی

سال‌ها است که تفاوت افراد در برداشت آنها از میزان کنترلی که بر زندگی خود دارند، توجه روان‌شناسان را به خود جلب کرده است و بر همین اساس بود که مفهوم منبع کنترل یا جایگاه مهار^(۱)، به عنوان یک ساختار روانی بر پایه تئوری یادگیری اجتماعی راتر^(۲) در سال ۱۹۵۴ شکل گرفت(۱). باورهای کنترل سلامت^(۳)، اعتقاد فرد به این امر است که سلامت وی تا چه حد تحت کنترل عوامل درونی و یا بیرونی می‌باشد(۲). باورهای کنترل سلامت یکی از عمده‌ترین مقیاس‌ها و شاخص‌های اعتقاد بهداشتی برای طرح‌ریزی برنامه‌های آموزش بهداشت محسوب می‌شود(۳) و به عنوان یک ساختار در فهم و پیش‌بینی رفتارهای بهداشتی شناخته شده است(۴).

ساختار اولیه باورهای کنترل سلامت از نظریه راتر در سال ۱۹۹۶ اقتباس شده است. بر این اساس یادگیری در فرد بر پایه تقویت‌های گذشته انجام می‌شود و طی آن افراد انتظارات خاص و عمومی را در خود شکل می‌دهند. باورهای کنترل متغیری مهم در علوم اجتماعی است و انتظارات عمومی افراد در مورد علت پاداش‌ها و یا تنبیهات را نشان می‌دهد(۵).

باورهای کنترل سلامت می‌توانند درونی یا بیرونی باشند. کسانی که باور درونی دارند معتقدند که سازندگان اصلی زندگی خود هستند، اما کسانی که باور بیرونی دارند معتقدند که آنچه بر سر آنها می‌آید، اصولاً محصول شانس، تصادف و یا نتیجه اعمال افراد دیگر است(۵).

1-Locus of Control
2-Rotter
3- Health Locus of Control
4-Reeh et al
5-Kelly & Stack
6- Steptoe & Wardel

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه تحلیلی از نوع مقطعی است که در سال ۱۳۸۷ در دانشگاه علوم پزشکی گناباد انجام شد. ۱۱۵ زن باردار با استفاده از روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای غیر احتمالی^(۱) و بر اساس نسبت مادران تحت پوشش از چهار مرکز بهداشتی-درمانی موجود در شهر گناباد، انتخاب شدند. این زنان جهت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری مراجعه کرده و مایل به شرکت در پژوهش بوده و زمان کافی جهت پاسخ به پرسشنامه‌ها را داشتند. حجم نمونه در فاصله اطمینان ۹۵ درصد، توان آزمون ۹۵ درصد، $d=0/05$ و $p=0/07$ جهت اطمینان بیشتر و با در نظر گرفتن ریزش احتمالی نمونه‌ها، ۱۱۵ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش شامل پرسشنامه‌های زیر بودند؛ پرسشنامه مشخصات دموگرافیک مشتمل بر ۱۲ سؤال در خصوص مشخصات فردی، سابقه مامایی و مشخصات بهداشت باروری خانم‌های باردار بود. ابزار جایگاه مهار سلامت چند وجهی ابزاری برای سنجش باورهای کنترل سلامت که به پیشگویی رفتارهای بهداشتی مبتنی بر باورهای افراد می‌پردازد. در این پژوهش از نسخه الف این مقیاس استفاده شد. این مقیاس مشتمل بر ۳ بعد باور کنترل سلامت درونی^(۳) (۶ عبارت)، باور

و رفتارهای مرتبط با کاهش وزن ارتباط دارد و به طور کلی منبع کنترل با رفتارهای بهداشتی در ارتباط می‌باشد^(۱۰).

از جمله مهم‌ترین موقعیت‌هایی که رفتارهای سالم بهداشتی اهمیت ویژه‌ای می‌یابند، دوران بارداری است. بارداری به عنوان یکی از مهم‌ترین بحران‌ها مادر باردار را در شرایط استرس‌زا و پر تنش قرار می‌دهد. با شروع بارداری تغییرات شگرفی در بدن مادر ایجاد می‌شود که او را تبدیل به فردی جدید با خصوصیات جدید جسمانی و روانی می‌نماید که حتی باعث تغییر در رفتارهای بهداشتی و سبک زندگی وی می‌شود^(۱۱). سبک زندگی در طی دوران بارداری اثرات ماندگار طولانی مدت روی سلامت مادر و کودک دارد و رفتارهای بهداشتی، یک بخش مهم ولاینفک از سبک زندگی و تعیین کننده سلامتی افراد است^(۱۲). همان‌گونه که بررسی‌های پیشین نشان داده‌اند باورهای کنترل سلامت در اتخاذ رفتارهای بهداشتی سالم یا ناسالم نقش عمده‌ای ایفا می‌نمایند. بنابراین می‌توان گفت که نوع باورهای کنترل سلامت در دوران حساس بارداری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است^(۸ و ۶).

از آنجایی که نوع باورهای کنترل سلامت می‌تواند پیشگویی کننده رفتارهای بهداشتی زن باردار بوده و اثرات ماندگار و بسیار مؤثری بر سلامت مادر و جنین برجای بگذارد، لذا این مطالعه با هدف بررسی ارتباط باورهای کنترل سلامت و سبک زندگی در دوران بارداری انجام شد.

1-Improbability Quota Sampling
2-Multidimensional Health Locus of Control Scales (MHLCS)
3- Internal Health Locus of Control (IHLC)

زندگی در هر بعد می‌باشد. جهت تهیه این ابزار از پرسشنامه سبک زندگی عمومی استاندارد شده به عنوان مبنا استفاده شد (۱۵)، سپس بر اساس شرایط دوران بارداری و متون علمی تغییراتی در آن صورت گرفت و نظرات افراد متخصص در این پرسشنامه اعمال گردید. در مرحله بعدی این پرسشنامه مقدماتی به وسیله ۴۰ زن باردار تکمیل و بر اساس ارزیابی‌های انجام شده بر روی آنها، اشکالات پرسشنامه از لحاظ صوری و فهم مطلب اصلاح شد و روایی آن پس از تأیید چند نفر از اعضای هیئت علمی، با استفاده از روش روایی محتوی مورد تأیید قرار گرفت. جهت تعیین پایایی پرسشنامه سبک زندگی دوران بارداری از روش آزمون مجدد استفاده شد و پایایی آن با $r=0/78$ مورد تأیید قرار گرفت.

در مرحله جمع‌آوری اطلاعات پس از اخذ رضایت افراد واجد شرایط شرکت در پژوهش، ۳ فرم پرسشنامه مشخصات فردی، مقیاس باورهای کنترل سلامت چند بعدی و پرسشنامه سبک زندگی در دوران بارداری به وسیله واحدهای پژوهش تکمیل شدند.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS^(۳) و آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون^(۴) و آنالیز واریانس یک طرفه^(۵) تجزیه و تحلیل شدند.

کنترل سلامت افراد مؤثر^(۱) (۶ عبارت) و باورکنترل سلامت شانس^(۲) (۶ عبارت) است. نمره‌بندی این ابزار برای هر عبارت بین ۱ تا ۶ و نمره کل در هر بعد بین ۶ تا ۳۶ می‌باشد (۱۳).

روایی و پایایی نسخه فارسی این مقیاس به وسیله مشکي و همکاران (۲۰۰۷) در بین دانشجویان مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (۱۴)، ولی در این پژوهش با توجه به جمعیت هدف، مجدداً روایی و پایایی آن مورد بررسی قرار گرفت. جهت تعیین پایایی این مقیاس پس از بحث و تبادل نظر با متخصصین، تغییراتی در پرسشنامه اعمال گردید. پس از تکمیل مقیاس اصلاح شده به وسیله ۳۵ زن باردار ضریب آلفای کرونباخ برای بعد باورکنترل سلامت درونی ($r=0/79, p<0/001$)، بعد باور کنترل سلامت افراد مؤثر ($r=0/67, p<0/001$) و بعد باور کنترل سلامت شانس ($r=0/69, p<0/001$) به دست آمد. همچنین با استفاده از روش آزمون مجدد که با فاصله ۴ هفته در مورد ۳۵ خانم باردار انجام شد، ضریب پایایی برای بعد باورکنترل سلامت درونی ($r=0/97, p<0/0001$)، بعد باور کنترل سلامت افراد مؤثر ($r=0/73, p<0/003$) و بعد باور کنترل سلامت شانس ($r=0/78, p<0/007$) محاسبه گردید.

پرسشنامه سبک زندگی دوران بارداری یک ابزار پژوهشگر ساخته و دارای ۲۶ سؤال است که در ۵ بعد عادات غذایی (۵ سؤال)، مصرف دخانیات (۷ سؤال)، فعالیت بدنی و تندرستی (۳ سؤال)، کنترل استرس (۵ سؤال) و ایمنی (۶ سؤال) تقسیم‌بندی می‌شود. نمره هر یک از سؤالات بین ۰ تا ۲ بوده و کسب نمرات بالاتر بیانگر مطلوب‌تر بودن سبک

1- Powerful Health Locus of Control (PHLC)
2-Chance Health Locus of Control (CHLC)
3-Statistical Package for Social Sciences
4-Pearson's Correlation
5-One way ANOVA

یافته‌ها

نتایج حاصل از این مطالعه در بررسی مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش نشان داد که میانگین سن آنها 27 ± 20 سال، میانگین سن حاملگی 37 ± 22 هفته و میانگین سن اولین حاملگی آنها $37 \pm 22/58$ سال بود. همچنین میانگین سن ازدواج واحدهای پژوهش $33 \pm 20/19$ سال بود. $41/7$ درصد تحصیلاتی در سطح دیپلم داشته و $83/5$ درصد آنها خانه‌دار بودند. میانگین سن همسران واحدهای پژوهش $54 \pm 30/54$ سال، تحصیلات $42/6$ درصد آنها در سطح دیپلم بوده و $54/8$ درصد از آنها شغل آزاد داشتند.

در ارتباط با ابزار جایگاه مهار سلامت چند وجهی، نتایج نشان داد که میانگین نمره بعد باور کنترل درونی سلامت $42 \pm 27/75$ ، میانگین نمره بعد باور کنترل افراد مؤثر $25 \pm 27/39$ و میانگین بعد باور کنترل شانس $41 \pm 19/28$ بود.

نتایج آزمون همبستگی پیرسون در بررسی ارتباط بین ابعاد باورهای کنترل سلامت و ابعاد سبک زندگی نشان داد که بین باور کنترل سلامت درونی و بعد عادات غذایی از سبک زندگی ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/04$). دیگر نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین باور کنترل سلامت درونی و بعد ایمنی از سبک زندگی نیز رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$). در مورد سایر ابعاد باورهای کنترل سلامت و ابعاد سبک

زندگی ارتباط معنی‌داری یافت نشد ($p < 0/05$)

(جدول ۱).

نتایج آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه در بررسی ارتباط ابعاد سه گانه مقیاس باورهای کنترل سلامت و مشخصات دموگرافیک مشخص نمود که میانگین نمره بعد باور درونی کنترل سلامت در سطوح مختلف سنی مادران باردار اختلاف معنی‌داری دارد ($p < 0/01$). بر این اساس باور کنترل سلامت در زنان بارداری که به ویژه در محدوده سنی $25-26$ سال قرار داشتند، بیشتر از نوع درونی بود. همچنین نتایج آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد که میانگین نمره باور کنترل سلامت شانس در سطوح مختلف تحصیلات مادر، اختلاف آماری دارد ($p < 0/01$). بر این اساس باور کنترل سلامت زنان بارداری که تحصیلات دیپلم داشتند، بیشتر به منبع شانس و اقبال متکی بود. دیگر نتایج آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه بیان‌گر آن بود که میانگین نمره بعد کنترل سلامت شانس در سطوح مختلف شغل مادران اختلاف معنی‌داری دارد ($p < 0/01$). بر این اساس باور کنترل سلامت زنان خانه‌دار بیشتر از نوع شانس بود. همچنین میانگین نمره بعد کنترل سلامت شانس در سطوح مختلف میزان تحصیلات همسر اختلاف معنی‌داری داشت ($p < 0/01$). بین سایر متغیرهای مربوط به مشخصات دموگرافیک و ابعاد سه گانه باورهای کنترل سلامت ارتباط معنی‌داری یافت نشد (جدول ۲).

معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/01$) و از طرفی باور کنترل سلامت در زنان نخست باردار بیشتر از نوع درونی بود (جدول ۳). همچنین آزمون همبستگی پیرسون فقط بین باورهای کنترل سلامت درونی با شانس ارتباط منفی معنی‌داری نشان داد ($r = -0/362, p < 0/01$).

نتایج آزمون همبستگی پیرسون در بررسی ارتباط بین ابعاد باورهای کنترل سلامت و متغیرهای زمینه‌ای حاکی از آن بود که بین باور کنترل سلامت درونی و تعداد بارداری‌های قبلی ارتباط معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$) و باور کنترل سلامت در زنان نخست باردار بیشتر از نوع درونی بود. بین باور کنترل سلامت شانس و تعداد بارداری‌های قبلی رابطه

جدول ۱: بررسی ارتباط همبستگی بین باورهای کنترل سلامت و ابعاد سبک زندگی در دوران بارداری

ابعاد سبک زندگی	باور کنترل سلامت	درونی	افراد مؤثر	شانس
عادات غذایی	-0/209*		0/075	-0/057
مصرف دخانیات	0/169		0/006	-0/017
فعالیت بدنی و تندرستی	0/117		0/025	-0/164
کنترل استرس	0/175		0/097	0/179
ایمنی	0/262**		-0/034	-0/045

$p < 0/01^{**}, p < 0/04^*$

جدول ۲: نتایج آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه بین ابعاد باورهای کنترل سلامت و متغیرهای دموگرافیک

متغیر	باور کنترل سلامت		باور درونی		باور شانس	
	آماره فیش	مجدور میانگین	آماره فیش	مجدور میانگین	آماره فیش	مجدور میانگین
سن مادر	3/392	36/72*	1/094	19/71	2/032	38/20
تحصیلات مادر	1/643	18/57	0/141	2/62	8/449	130/50*
شغل مادر	1/677	19/33	0/487	8/93	4/014	72/45*
تحصیلات همسر	0/729	8/65	0/547	10/08	3/406	60/01*
شغل همسر	0/163	1/95	1/298	23/29	1/929	36/69

$p < 0/01^*$

جدول ۳: بررسی ارتباط همبستگی بین ابعاد باورهای کنترل سلامت و برخی از متغیرها

متغیر	باور کنترل سلامت	درونی	افراد مؤثر	شانس
سن ازدواج	-0/054		-0/084	-0/064
سن اولین بارداری	-0/144		-0/059	-0/116
تعداد بارداری‌های قبلی	-0/258*		-0/121	0/392*
فاصله بارداری فعلی و قبلی	0/178		-0/091	-0/141
سن بارداری	-0/005		-0/043	-0/125
تعداد فرزندان	0/117		-0/066	-0/176

$p < 0/01^*$

بحث و نتیجه‌گیری

باورهای کنترل سلامت به عنوان یک عامل مهم و اثرگذار بر رفتارهای بهداشتی شناخته شده‌اند (۷-۹). این مطالعه با هدف بررسی ارتباط با باورهای کنترل سلامت و سبک زندگی در زنان باردار انجام شد.

نتایج پژوهش حاضر در بررسی ابعاد باورهای کنترل سلامت نشان داد که بالاترین میانگین نمرات در بین زنان باردار به ترتیب مربوط به ابعاد باور کنترل سلامت درونی، باور کنترل سلامت افراد مؤثر و باور کنترل سلامت شانس بود.

در مطالعه‌ای که به وسیله وی و مارتین^(۱) (۲۰۰۶) به منظور روان‌سنجی بخشی از ابزار جایگاه مهارت سلامت در زنان باردار چینی انجام شد، نتایج نشان داد میانگین نمرات مؤلفه‌های باورهای کنترل سلامت در زنان باردار تحت مطالعه به ترتیب مربوط به باور شانس، باور افراد مؤثر از جمله؛ پزشک و کادر بهداشتی - درمانی و باور درونی بود، هرچند که به طور خاص، باور شانس در بین زنان باردار خانه‌دار و یا با داشتن تحصیلات دیپلم بیشتر بود (۱۶).

نتایج پژوهش لیندکوویست و آبرگ^(۲) (۲۰۰۲) با هدف بررسی ارتباط مؤلفه‌های جایگاه مهارت سلامت بر توقف سیگار کشیدن در میان زنان باردار، نشان داد که باور درونی سلامت بالاترین میانگین نمرات را در میان جایگاه کنترل سلامت زنان باردار به ویژه در بین جوان‌ترها و نخست‌زاهای دارد که با یافته‌های این مطالعه همخوانی و همراهی می‌کند. وی گزارش کرد

زنان بارداری که خواب بدتری داشتند دارای جایگاه بیرونی مهارت سلامت بودند و مؤلفه‌های باور سلامت بر توانایی عدم سیگار کشیدن زنان باردار تأثیری نداشت (۱۷). همچنین در مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی عوامل خطر و فاکتورهای محافظتی در حاملگی‌های ناخواسته میان نوجوانان تفاوت قابل توجهی میان باور درونی و باور بیرونی مهارت سلامت در دو گروه نوجوانان باردار و غیر باردار مشاهده نشد (۱۸).

یافته‌های به دست آمده در این پژوهش نیز بین باورهای کنترل سلامت بیان‌کننده همبستگی معنی‌دار و منفی بین باور درونی با باور شانس و عدم همبستگی بین باور درونی و باور افراد مؤثر بودند که در مطالعه‌های قبلی به صراحت مطرح شده است (۱۹ و ۱۳، ۲)، اما بین باورهای شانس و افراد مؤثر بر طبق شرایط پیش‌گفت، همبستگی معنی‌داری وجود نداشت که این یافته با بررسی‌های ذکر شده همخوان و مطابق نیست. این وضعیت می‌تواند نشان‌دهنده اعتقاد بیشتر و قوی‌تر این گروه از جمعیت زنان باردار به باور درونی سلامت نسبت به سایر باورها باشد.

نتایج حاصل از پژوهش حاضر در بررسی ارتباط بین ابعاد باورهای کنترل سلامت و سبک زندگی در دوران بارداری نشان داد که بین باور کنترل سلامت درونی و ابعاد تغذیه و ایمنی از سبک زندگی در دوران بارداری رابطه معنی‌داری وجود

1- Wy & Martin
2-Lindqvist & Aberg

محدودیت زمانی در گردآوری داده‌ها، کمبود منابع و مطالعه‌های داخلی در زمینه این موضوع پژوهشی، ویژگی و شرایط فرهنگی - اجتماعی نمونه‌ها از محدودیت‌های پژوهش حاضر به شمار می‌روند. با وجود این، بر اساس یافته‌های این پژوهش باور کنترل سلامت درونی در زنان باردار شهر گناباد از دو معیار دیگر بالاتر بوده است.

پیشنهاد می‌شود با بهره‌گیری از روش‌های آموزشی مناسب، تفکر مبنی بر باورهای کنترل سلامت به ویژه باور کنترل درونی سلامت در زنان باردار که جزو گروه‌های پرخطر محسوب می‌شوند، تقویت شود. همچنین آموزش و اطلاع‌رسانی کافی به پرسنل مراقبتی و زنان باردار در زمینه به کارگیری تکنیک‌های مقابله با استرس و انجام فعالیت‌های جسمانی صحیح و منظم، امری ضروری به نظر می‌رسد.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران لازم می‌دانند مراتب سپاس‌گزاری خود را از همکاری، هماهنگی و مشارکت مراکز بهداشتی - درمانی گناباد، همچنین همکاری عزت کمالی رهنی، فرزانه پورعلی، معصومه میر بیدختی و تمامی واحدهای پژوهش اعلام نمایند.

دارد. حسن‌زاده و همکاران (۲۰۰۶) نیز در مطالعه‌ای ارتباط معنی‌داری را مبنی بر تأثیر منبع کنترل درونی بر تغذیه، خواب و استراحت در دانشجویان گزارش کرده‌اند (۲۰).

نتایج مطالعه اسپرینگر و همکاران^(۱) (۱۹۹۴) نشان داد زنان باردار که باور درونی بالاتری داشتند دارای تغذیه سالم‌تری بودند (۲۱). نتیجه تحقیق دیگری که به وسیله فالولز و گابریلسون^(۲) (۲۰۰۵) انجام شد نیز نشان داد ارتباط قوی و مثبتی بین باور درونی زنان باردار و عادات غذایی مطلوب آنها وجود دارد (۲۲).

در پژوهش حاضر ارتباط معنی‌داری بین باور کنترل سلامت درونی و بعد فعالیت جسمانی مشاهده نشد، در حالی که حسن‌زاده و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه خود ارتباط مثبتی را بین منبع کنترل درونی و ورزش گزارش نمودند (۲۰). این نکته را چنین می‌توان مورد توجه قرار داد که با توجه به یافته‌های به دست آمده، نمونه‌های این مطالعه در عین داشتن اعتقاد بیشتر به کنترل درونی سلامت، به بعد فعالیت جسمانی و تندرستی از سبک زندگی سالم اهتمام ویژه‌ای نداشته‌اند.

در تحقیق حاضر، بین باور درونی کنترل سلامت و مؤلفه کنترل استرس از سبک زندگی ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد در حالی که حسن‌زاده و همکاران (۲۰۰۶) ارتباط معنی‌داری را بین باور کنترل درونی سلامت و کنترل استرس نشان دادند.

1-Springer et al
2-Fowles & Gabrielson

The Relationship between Health Locus of Control and Life Style in Pregnant Women

Moshki M^{*},
Tavakolizadeh J^{**},
Bahri N^{***}.

^{*}Assistant Professor of Health Education, Department of Public Health, School of Health; Social Development & Health Promotion Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

^{**}Assistant Professor of Psychology, Department of Basic Sciences; Social Development & Health Promotion Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

^{***}MSc in Midwifery Education, Department of Midwifery, School of Nursing & Midwifery; Social Development & Health Promotion Research Center Gonabad University of Medical Science, Gonabad, Iran.

Received: 01/05/2010

Accepted: 31/05/2010

Corresponding Author: Bahri N
Email: nargesbahri@yahoo.com

ABSTRACT:

Introduction & Objective: Health control beliefs account for one of the most important indicators of health beliefs for planning health educational programs. It's also known as a main structure in understanding and predicting health behaviors. In addition, health control beliefs are predictor of health behaviors. Thus, they play a basic role in the pregnancy period. This study was conducted to assess the relationship between health controls beliefs and life style in the pregnancy period.

Materials & methods: This cross-sectional analytical study was conducted at Gonabad University of Medical Sciences in 2008. The samples were 115 pregnant women referring to therapeutic – health centers of Gonabad, Iran, that were selected by simple random sampling. Measurement tools were consisted of three questionnaires: personal information inventory, multi-dimensional scale of health control beliefs and life styles questionnaire in pregnancy period. The collected data were analyzed using One-way ANOVA by the SPSS software.

Results: The mean age and pregnancy age of the samples were 20 ± 2.7 year's and 23 ± 6 weeks respectively. 83.5 percent of the women were householders, 41.7 percent had diploma and 54.8 percent were experiencing their first pregnancy. The highest scores of health control belief scale were related to internal belief, effective person belief and chance belief dimensions respectively. In addition, statistical analysis showed significant relationship between dimension of internal belief of health control and dimensions of nutrition and safety from life style in pregnancy period.

Conclusion: The present study showed that health internal control belief is higher, in comparison to other two criteria, in pregnant women of Gonabad. However, thinking based health control beliefs, especially internal health control beliefs, can be strengthened by using appropriate teaching methods in pregnant women, as part of high risk group.

Key words: Health control belief, life style, pregnancy

REFERENCES

1. Khosravi Z, Aghagani M. Relationship between mental health, locus of control and coping mechanism of junior girl's students in Tehran high schools. *Women Studies* 1382; 1(1):19-54 [In Persian].
2. Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Educ Monogr* 1978; 6(2):160-70.
3. Wallston KA. Assessment of control in health-care settings. In: Steptoe A, Apples A (editors). *Stress personal control and health*. 1st ed. Chicester England: Wiley; 1989; 85-105.
4. Malcarne V, Drahota A, Hamilton N. Children's health-related locus of control beliefs: ethnicity, gender and family income. *Child Health Care* 2005; 34(1):47-59.
5. Brown KMC. Health locus of control [monograph on the internet]. University of south florida; 1999 january[cited 14 May 2005]. Available from: URL: http://www.hsc.usf.edu/kmbrown/locus_of_control-overview.htm.
6. Davidson A, Boyle C, Lauchlan F. Scared to Lose Control? General and Health Locus of Control in Females With a Phobia of Vomiting. *Journal of Clinical Psychology* 2008; 64(1): 30-9.
7. Reeh E, Hiebert B, Cairns K. Adolescent health: The relationships between health locus of control, beliefs, and behaviors. *Guidance and Counselling* 1998; 13(3): 23-9.
8. Kelley TM, Stack SA. Thought recognition, locus of control and adolescent well-being. *Journal of Adolescence* 2000; 35(139):531-50.
9. Steptoe A, Wardle J. Locus of control and health behaviour revisited: a multivariate analysis of young adults from 18 countries. *Br J Psychol* 2001; 92(4): 659-72.
10. Kanan P. The relationship between health locus of control, social support and foot care behaviors in diabetic foot ulcer patients. Master's thesis of nursing science, Mahidol University, 2006.
11. Varney H, Kriebs J, Carolyn G. *Varney's Midwifery*. Jones and Bartlett publisher inc; 4th ed. USA; Boston; 2003; 176.
12. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. *Williams obstetrics*. 23th ed. Mc Graw Hill: Professional; 2009; 675-6.
13. Wallston KA. The validity of the multidimensional health locus of control scales. *Health Psychol* 2005; 10 (5): 623-31.
14. 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; 7:295.
15. Taylor C, Lillis C, Lemone P, Lynn P. *Fundamental of nursing: The art and science of nursing care*. 5th ed. Lippincott: Williams & Wilkins; 2005; 342
16. Wy IP, Martin CR. The Chinese version of the multidimensional health locus of control scale form C in pregnancy. *Psychosomatic Research* 2006; 61(6):821-7.
17. Lindqvist R, Aberg H. Locus of control in relation to smoking cessation during pregnancy. *Scand J Public Health* 2002; 30(1):30-5.
18. Lipovsek V, Karim AM, Gutiérrez EZ, Magnani RJ, Castro Gomez Mdel C. Correlates of adolescent pregnancy in La Paz, Bolivia: findings from a quantitative-qualitative study. *Adolescence* 2002; 37(146): 335-52.
19. Luszczynska A, Schwarzer R. Multidimensional health locus of control: comments on the construct and its measurement. *J Health Psychol* 2005; 10(5): 633-42.
20. Hasanzadeh R, Toliati M, Hoseini H, Davari F. Relationship between health locus of control and health behavior. *Psychiatry and clinical psychology* 2006; 12(3):281-77 [In Persian].
21. Springer NS, Bogue EL, Arnold M, Yankou D, Oakley D. Nutrition locus of control and dietary behaviors of pregnant women. *Appl Nursing Research* 1994; 7(1):28-31.
22. Fowles E, Gabrielson M. First trimester predictors of diet and birth outcomes in low-income pregnant women. *J Community Health Nurs* 2005; 22(2): 117-30.
23. Ghasemi T. The Relationship between locus of control, coping mechanisms and psychiatric profiles of Tehran girls' student in new educational system, Master's thesis in psychology, Alzahra University, 1998.