



بررسی جایگاه مهار سلامت در خانم‌های نابارور و ارتباط آن با برخی اطلاعات جمعیت شناختی

خانم‌های مراجعه کننده به مرکز باروری و ناباروری امید خلیج فارس بوشهر

مهستی گنججو^{۱*}، فرامرز کوشش^۲

^{۱*} مربی گروه تکنولوژی جراحی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

^۲ مربی گروه هوشبری، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

(دریافت: ۱۳۹۶/۱۰/۱۸ - پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۲۶)

چکیده

مقدمه: جایگاه مهار سلامت یک مفهوم روان شناختی است که منعکس کننده باورهای فرد در خصوص محدوده یا گستره‌ای است که در آن پیامدهای زندگی انسان بوسیله‌ی رفتار وی تبیین می‌شود. ناباروری به عنوان یک مشکل اساسی در زنان، نیازمند یک نگاه ویژه و کمک‌های حرفه‌ای به آن‌هاست. در این موقعیت حساس از زندگی زوج نابارور، نقش پیش بینی رفتارهای بهداشتی آن‌ها در پیگیری درمان قابل توجه است.

هدف: این مطالعه با هدف تعیین مؤلفه‌های سه گانه جایگاه کنترل سلامت در زنان نابارور و ارتباط این مؤلفه‌ها با برخی از ویژگی‌های مردم شناختی آنها انجام شده است.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است. جامعه پژوهش را ۲۰۰ نفر از خانم‌های نابارور مراجعه کننده به مرکز باروری و ناباروری امیدخلیج فارس بوشهر که شرایط ورود به پژوهش را داشتند تشکیل دادند. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل فرم مشخصات جمعیت شناختی و پرسشنامه چند وجهی جایگاه کنترل سلامت بود. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها به وسیله نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۸ مورد تجزیه تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه، بیشترین میانگین امتیازها مربوط به مؤلفه باور درونی با میانگین و انحراف معیار $4/47 \pm$ بود. میانگین و انحراف معیار امتیاز مؤلفه افراد مؤثر و شانس به ترتیب $4/8 \pm$ و $23/66 \pm$ و $5/12 \pm$ و $18/08 \pm$ بود. نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمرات مؤلفه باور درونی در زنانی که تحصیلات دانشگاهی داشتند بیشتر از بقیه گروه‌های تحصیلی و در زنانی که تحصیلات سیکل داشتند کمتر از دیگر گروه‌های تحصیلی بوده است. همچنین میانگین نمرات مؤلفه شانس زنانی که تحصیلات ابتدایی داشتند به صورت معناداری بیشتر از زنانی بود که تحصیلات دانشگاهی داشتند ($P < 0/05$). میانگین نمرات مؤلفه باور درونی در زنانی که وضعیت اقتصادی خانواده آن‌ها متوسط بود به صورت معناداری بیشتر از زنانی بود که از وضعیت اقتصادی ضعیف برخوردار بودند ($P = 0/049$). آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین مؤلفه‌ی شانس و سن، همبستگی آماری مستقیم و معنی‌دار وجود دارد ($P = 0/03$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج، زنان نابارور شهر بوشهر که برای درمان مراجعه می‌کردند دارای میانگین نمره بالاتری از محور کنترل درونی نسبت به محور کنترل بیرونی بودند. از میان متغیرهای جمعیت شناختی مشخص‌ترین ارتباط بین سطح تحصیلات و جایگاه کنترل سلامت دیده شد؛ بنابراین آموزش می‌تواند افراد را به سمت محور درونی سلامت سوق دهد و شاید این مسئله باعث می‌شود افراد با سطح آموزش بهتر، مسائل مرتبط با سلامت را بهتر مدیریت کنند.

کلید واژه‌ها: جایگاه مهار سلامت، خانم‌های نابارور، مقیاس چند وجهی جایگاه مهار سلامت

مقدمه

باروری و تولید مثل جزئی از حیات خانواده، دنباله و امتداد رشته هستی انسان و به عنوان هدفی مقدس و بنیادی، همواره از ارزش و قداست خاصی برخوردار بوده و هست. (۱) سازمان بهداشت جهانی ناباروری را به عنوان یک مشکل مهم بهداشت باروری مطرح کرده است. تجربه‌ی ناباروری که برخی آن را بحران ناباروری نام نهاده‌اند با استرس فیزیکی، اقتصادی، روان شناختی و اجتماعی همراه است که تمام جنبه‌های زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این رویداد تنش جدی در زندگی محسوب شده و ضربه‌ی روانی شدیدی بر زوجین وارد می‌سازد. از نظر روان شناسی ناباروری یک عامل تهدید کننده سلامتی است. (۲)

طبق تعریف بالینی نازایی اولیه توسط سازمان بهداشت جهانی، یک زوج، زمانی نازا تلقی می‌شوند که طی ۱ سال مقاربت بدون پیشگیری، باروری نداشته باشند. (۳) هرچند در نگاه اول، ناباروری یک وضعیت بالینی است؛ ولی تشخیص آن می‌تواند تأثیر زیادی بر عملکرد هیجانی زوجین درگیر با این مشکل بر جای بگذارد. علاوه بر بعد روانی، ناباروری سایر جنبه‌های زندگی فرد شامل ابعاد اجتماعی و اقتصادی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. (۴) دیدگاهی که افراد نابارور در مورد مشکل خود دارند و رفتاری که در مقابل این مشکل به عنوان یک مسئله مرتبط با سلامت اتخاذ می‌کنند می‌تواند زندگی آنان را تحت تأثیر قرار دهد.

رفتارهای مرتبط با سلامتی دربرگیرنده طیف وسیعی از

الگوهای رفتاری، عملکرد و عادات انسان در ارتباط با حفظ، بازبایی و ارتقای سلامت هستند. در میان عوامل شناختی، باورهای عمومی قابل‌کنترلی که با سلامت انسان ارتباط دارند، معمولاً در چارچوب نظریه جایگاه کنترل سلامت مفهوم‌سازی شده‌اند. این باورها به‌عنوان عاملی بسیار مهم و تعیین‌کننده بر رفتارهای مرتبط با سلامتی شناخته شده‌اند؛ به عبارت دیگر اعتقادات و باور انسان‌ها در مورد قابل‌کنترل بودن آنچه برایشان اتفاق می‌افتد فلسفه اساسی در درک زندگی توسط آن‌ها در جهان هستی است. (۵) در این میان جایگاه کنترل سلامت یک مفهوم روان‌شناختی است که منعکس‌کننده باورهای فرد در خصوص محدوده یا گستره‌ای است که در آن پیامدهای زندگی انسان به وسیله‌ی رفتار وی تبیین می‌شود. (۶)

جولیان بی روتر، برای اولین بار ساختار اولیه جایگاه کنترل سلامت را از نظریه یادگیری اجتماعی خود اقتباس کرد. روتر در نظریه جایگاه کنترل سلامت عنوان کرد که یادگیری در انسان بر اساس تقویت عملکرد گذشته او انجام می‌شود؛ به عبارت دیگر جایگاه کنترل سلامت انتظارات عمومی افراد را در خصوص علت پاداش‌ها یا تنبیهات نشان می‌دهد و مشخص می‌کند که فرد چه کسی یا چیزی را مسئول آنچه برای او اتفاق افتاده است می‌داند. (۷، ۸) روتر برای نخستین بار اصطلاح جایگاه کنترل را به‌طور علمی مطرح کرد. جایگاه کنترل به ادراکی گفته می‌شود که انسان از علیت نتایج رفتار خود دارد. بر اساس مطالعات گاردنر و وارن (۱۹۷۸) جایگاه مهار با درجه‌ی پذیرش مسئولیت فردی انسان به‌عنوان

نتیجه‌ی رفتار وی در ارتباط است. پذیرش حوادث به‌عنوان پیامد رفتار خودمان در قالب کنترل داخلی و پذیرش حوادث به‌عنوان نتیجه‌ی عملکرد دیگران و ارتباط دادن حوادث به شانس، بخت و اقبال، قضا و قدر به‌عنوان جایگاه مهار خارجی توضیح داده می‌شود. (۹)

بیش از ۲۵ سال است که مقیاس چندوجهی جایگاه کنترل سلامت (Multidimensional Health Locus Control) MHLC^۱ به عنوان یکی از کاراترین ابزارهای سنجش اعتقاد مربوط به سلامت مورد استفاده واقع شده است. جایگاه مهار کنترل سلامت به عنوان یک ساختار مهم در فهم و پیش بینی رفتارهای بهداشتی شناخته شده است. جایگاه درونی کنترل سلامت به طور مثبتی با آگاهی و نگرش، وضعیت روان شناختی، رفتارهای بهداشتی، سلامت و بهداشت بهتر، همراه و همگام می‌شود. درمقابل، بیشتر منابع بیرونی جایگاه کنترل سلامت (بخصوص افراد قدرتمند و بانفوذ یا بخت و اقبال) با رفتارهای بهداشتی منفی در وضعیت روان‌شناختی ضعیف همراه می‌شوند. (۱۰) در حال حاضر، جایگاه مهار سلامت به‌عنوان یک متغیر مؤثر در توسعه و پیشرفت رفتارهای بهداشتی و ظرفیت درمانی و تبیین مشکلات بهداشتی شناخته می‌شود. علی‌رغم اهمیت جایگاه کنترل سلامت مطالعات محدودی در این زمینه به‌خصوص روی افراد نابارور انجام گرفته است.

در مطالعه‌ی معروفی‌زاده و همکاران (۲۰۱۶) که به منظور روان‌سنجی ابزار سنجش جایگاه کنترل سلامت در زنان و

مردان نازا انجام شد نمره محور کنترل درونی بیش از نمره محور کنترل خارجی گزارش گردید. در این مطالعه بین محور کنترل درونی با سطح تحصیلات ارتباط آماری معنی‌دار دیده نشد؛ اما بین نمره محور کنترل خارجی و سطح تحصیلات ارتباط آماری معنی‌دار گزارش گردید. در این مطالعه همچنین بین سن و مؤلفه محور کنترل درونی و افراد مؤثر به ترتیب ارتباط آماری معنی‌دار مستقیم و معکوس دیده شد. (۱۱)

در مطالعه‌ای که توسط عمانی و همکاران روی ۳۱۰ فرد نازا در ایران انجام شد، محور کنترل درونی ارتباط معکوس با اضطراب و افسردگی داشت. (۱۲)

ایسکانداریسیا و همکارانش در مطالعه‌ای که به بررسی مقایسه‌ای جایگاه کنترل سلامت در خانم‌های مبتلا به سرطان سینه و خانم‌های سالم پرداختند، به این نتیجه رسیدند که خانم‌های مبتلا به سرطان سینه امتیازهای بالاتر در جایگاه کنترل خارجی و امتیاز پایین‌تری در جایگاه کنترل داخلی در مقایسه با خانم‌های سالم داشتند. (۱۳)

تاکارل و همکارانش هم جایگاه مهار سلامت را در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و خانواده درجه اول آن‌ها بررسی کردند که نتایج تحقیق نشان داد، بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی دارای جایگاه کنترل خارجی بودند. (۱۴)

چناری و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه خود نشان دادند که بیشترین نمره در کارکنان علوم پزشکی مربوط به زیر مقیاس محور کنترل درونی و کمترین نمره مربوط به زیر مقیاس شانس بوده است. (۱۵) کوهن در مطالعه‌ی خود که

^۱. Multidimensional Health Locus Control (MHLC)

با هدف، ارتباط محور کنترل سلامت و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت انجام داد، نشان داد که جمعیت عرب شرکت‌کننده در پژوهش از میزان کمتر کنترل درونی و میزان بالای محور کنترل بیرونی نسبت به جمعیت یهودی برخوردار بودند. (۱۶)

مرور متون نشان می‌دهد که مطالعات اندکی در زمینه جایگاه کنترل سلامت در افراد نابارور و ارتباط آن با عوامل دموگرافیک انجام شده است و نتایج مطالعات انجام شده نیز در یک راستا نمی‌باشد. از آنجا که درمان ناباروری در بسیاری موارد نیازمند درمان طولانی است، طولانی بودن این روند و نیز پرتنش بودن آن، زوجین را در بسیاری موارد از ادامه‌ی درمان منصرف می‌سازد. از طرف دیگر با توجه به مشخص بودن ارتباط محور کنترل سلامت با رفتار ارتقا دهنده سلامت، به نظر می‌رسد مدیریت و انتخاب درمان ناباروری هم به‌عنوان یک رفتار مرتبط با سلامت از این قاعده مستثنی نیست. اطلاع از این مسئله که در زنان نابارور کدام محور کنترل سلامت غالب است و همچنین بررسی این مسئله که در افراد نابارور میزان کنترل درونی یا بیرونی با کدام خصوصیات جمعیت شناختی در ارتباط هست حائز اهمیت است. در دست بودن اطلاعات زمینه‌ای در خصوص جایگاه مهار سلامت به‌عنوان پایه‌ای برای طراحی مداخلات برنامه‌های سلامت مهم و تأثیرگذار است. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین مؤلفه‌های سه‌گانه جایگاه مهار سلامت و ارتباط این مؤلفه‌ها با برخی از ویژگی‌های مردم شناختی ازجمله میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، امید به درمان، وضعیت

اقتصادی در زنان نابارور شهر بوشهر انجام شد.

روش مطالعه

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است. جامعه پژوهش را خانم‌های نابارور مراجعه کننده به مرکز باروری و ناباروری امید خلیج فارس بوشهر تشکیل می‌دادند. حجم نمونه با احتساب انحراف معیار مؤلفه جایگاه مهار سلامت برابر با ۰/۷۸ با توجه به مطالعات پیشین (۱۵)، خطای نوع اول ۰/۰۵ و دقت ۰/۱۵ انحراف معیار، تعداد ۱۸۰ نفر محاسبه گردید که با احتساب ریزش نمونه تعداد ۲۰۰ نفر برآورد گردید. به این ترتیب جامعه پژوهش را ۲۰۰ نفر از خانم‌های ناباروری که شرایط ورود به پژوهش را داشتند و در فاصله تیرماه تا آذرماه سال ۱۳۹۵ به مرکز باروری و ناباروری امید خلیج فارس بوشهر مراجعه کرده بودند، تشکیل دادند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: ۱. تشخیص ناباروری اولیه بر اساس پرونده مددجو ۲. سن ۱۸ تا ۴۸ سال ۳. حداقل مدت زمان ازدواج دو سال ۴. ایرانی بودن ۵. حداقل سواد خواندن و نوشتن ۶. تنها همسر بودن ۷. نداشتن سابقه‌ی بیماری‌های جسمانی (بیماری‌های قلبی-عروقی، کلیوی، دیابت، موارد بدخیمی) ۸. نداشتن تاریخچه‌ی ابتلا به بیماری‌های روانی خاص (اسکیزوفرنی، پارانوئید، افسردگی، بیماری دوقطبی، وسواس) و اقامت در استان بوشهر بود. لازم به توضیح است که تشخیص این بیماری‌ها بر اساس خود گزارش دهی مددجویان بوده است.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل فرم جمع‌آوری مشخصات فردی و جمعیت شناختی واحدهای پژوهش از قبیل سن، تحصیلات، وضعیت اقتصادی خانواده (ملاک وضعیت اقتصادی خود اظهاری واحدهای پژوهش بوده است) مدت‌زمان ازدواج، طول مدت درمان، علت نازایی و دیگر مشخصات جمعیت شناختی بود. جهت سنجش محورهای کنترل سلامت از فرم "ب" پرسشنامه استاندارد سنجش جایگاه کنترل سلامت چندوجهی (MHLC) استفاده شد. نسخه "ب" این ابزار به پیشگویی رفتارهای بهداشتی مبتنی بر باورهای افراد می‌پردازد که شامل ۱۸ گویه در قالب ۳ مؤلفه (۶ گویه برای هر مؤلفه) هست. پاسخ‌دهی به گویه‌ها به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای بود. گزینه‌ها شامل کاملاً مخالفم (امتیاز ۱)، مخالفم (امتیاز ۲)، کمی مخالفم (امتیاز ۳)، کمی موافقم (امتیاز ۴)، موافقم (امتیاز ۵) و کاملاً موافقم (امتیاز ۶) می‌شدند. در نتیجه نمره فرد از ۶ تا ۳۶ برای هر مؤلفه متغیر خواهد بود.

در مجموع این پرسشنامه محورهای سه‌گانه شامل محور کنترل درونی (ILOC)، افراد مؤثر (دیگران) (ELOC) و شانس (CLOC) را می‌سنجد. پایایی و روایی این پرسشنامه توسط دکتر مشکی و همکاران ایشان سنجیده شده و مورد تأیید قرار گرفته است. (۱۷، ۱۸) متغیرهای مستقل شامل مشخصات مردم شناختی و متغیرهای وابسته در این مطالعه مؤلفه‌های سه‌گانه جایگاه کنترل سلامت بودند.

پژوهشگر پس از کسب مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر و دریافت معرفی نامه کتبی از

معاونت پژوهشی، خود را به مرکز باروری و ناباروری امید بوشهر معرفی نمود. سپس با کسب اجازه از ریاست این مرکز فرآیند نمونه‌گیری را شروع کرد. پژوهشگر و همکاران با مراجعه‌های مداوم به کلینیک ناباروری امید، ضمن توضیح اهداف پژوهش، خانم‌هایی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب می‌کردند. به خانم‌هایی که شرایط و تمایل ورود به مطالعه را داشتند توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش داده می‌شد. در ادامه جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، به آن‌ها اطمینان داده می‌شد که اطلاعات پرسشنامه محرمانه باقی خواهند ماند و شرکت در پژوهش اختیاری می‌باشد. سپس به هر کدام از خانم‌ها فرصت داده می‌شد که در فضای اختصاصی پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. ارائه و دریافت پرسشنامه‌ها توسط محقق و همکاران اجرا گردید و اگر در حین اجرای مطالعه سؤال یا سوالاتی توسط شرکت کنندگان مطرح می‌شد به سؤالات آن‌ها پاسخ داده می‌شد. حداقل یک نفر از افراد گروه پژوهش در طول تکمیل پرسشنامه‌ها توسط خانم‌های شرکت کننده در پژوهش در کلینیک حضور داشتند تا در صورت لزوم به سؤالات شرکت کنندگان پاسخ دهند و ضمناً پرسشنامه تکمیل شده را تحویل بگیرند.

پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها به وسیله نرم افزار SPSS ویرایش ۱۸ مورد تجزیه تحلیل آماری قرار گرفت. برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های آماری همچون تعداد، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شده است. برای بررسی اهداف از آزمون‌های تحلیلی ضریب همبستگی

معیار $28/41 \pm 5/92$ بود و کمترین و بیشترین میزان سن همسران واحدهای پژوهش به ترتیب ۲۲ و ۵۰ سال با میانگین و انحراف معیار $33/17 \pm 6/38$ بود. کمترین میزان مدت ازدواج زنان نابارور ۲ سال و بیشترین میزان ۲۷ سال با میانگین و انحراف معیار $5/67 \pm 4/48$ بود.

مشخصات جمعیت شناختی خانم‌های شرکت کننده در پژوهش با ذکر تعداد و درصد در جدول شماره یک آورده شده است.

پیرسون، آزمون t مستقل و تحلیل واریانس یک طرفه (آزمون تعقیبی توکی) استفاده شده است. در مطالعه‌ی حاضر، در تمام آزمون‌ها سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

در مجموع ۲۰۰ خانم در فاصله زمانی مرداد تا آذر ماه ۱۳۹۵ وارد این طرح پژوهشی شدند. بر اساس اطلاعات به دست آمده، کمترین و بیشترین میزان سن واحدهای پژوهش به ترتیب ۱۸ و ۴۲ سال با میانگین و انحراف

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات مردم شناختی واحدهای پژوهش

نام متغیر	تعداد	درصد	
میزان تحصیلات	ابتدایی	۳۲	۱۶
	سیکل	۴۲	۲۱
	دیپلم	۶۸	۳۴
	دانشگاهی	۵۸	۲۹
وضعیت اشتغال	خانه دار	۱۶۳	۸۱/۵
	کارمند	۲۰	۱۰
	سایر موارد	۱۷	۸/۵
محل سکونت	شهر	۱۴۷	۷۳/۵
	روستا	۵۳	۲۶/۵
سابقه استفاده از درمان‌های ناباروری	دارد	۱۴۶	۷۳
	ندارد	۵۴	۲۷
امید به درمان ناباروری	زیاد	۷۳	۴۹/۳
	متوسط	۵۱	۳۴/۹
	کم	۲۳	۱۵/۸
تمایل به داشتن فرزند	خیلی زیاد	۱۵۳	۷۶
	زیاد	۳۷	۱۸/۵
	متوسط	۱۱	۵/۵
وضعیت اقتصادی خانواده	خوب	۲۶	۱۳
	متوسط	۱۲۵	۶۳/۵
	ضعیف	۴۹	۲۴/۵

میانگین و انحراف معیار نمره مؤلفه سه گانه جایگاه کنترل سلامت و همچنین حداقل و حداکثر نمره این سه مؤلفه در جدول شماره ۲ گنجانده شده است. نتایج نشان داد که بیشترین امتیاز مربوط به مؤلفه باور درونی و کمترین امتیاز مربوط به مؤلفه شانس می‌باشد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های سه گانه جایگاه کنترل سلامت در واحدهای پژوهش

متغیر	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار
باور درونی	۲۰۰	۱۱	۳۶	۲۷/۳۱	۴/۴۷
افراد مؤثر	۲۰۰	۱۰	۳۵	۲۳/۶۶	۴/۸
شانس	۲۰۰	۷	۳۴	۱۸/۰۸	۵/۱۲

به صورت معنی داری بیشتر از زنانی بود که میزان تحصیلات آن‌ها سیکل و دیپلم بود. تفاوت آماری معنی داری در مؤلفه افراد مؤثر در سایر وضعیت‌های تحصیلی دیده نشد. میانگین نمرات مؤلفه شانس زنانی که میزان تحصیلات آن‌ها ابتدایی بود به صورت معنی داری بیشتر از زنانی بود که میزان تحصیلات آن‌ها دیپلم و دانشگاهی بود. تفاوت آماری معنی داری در مؤلفه شانس در سایر وضعیت‌های تحصیلی دیده نشد.

از سوی دیگر تفاوت آماری معنی داری در میانگین مؤلفه باور درونی جایگاه مهار سلامت زنان نابارور شهر بوشهر با توجه به وضعیت اقتصادی خانواده وجود داشت. میانگین نمرات مؤلفه باور درونی زنانی که وضعیت اقتصادی خانواده آن‌ها متوسط بود به صورت معنی داری بیشتر از زنانی بود که از وضعیت اقتصادی ضعیف برخوردار بودند. با توجه به نتایج پژوهش بین مؤلفه‌های جایگاه مهار سلامت و محل سکونت، وضعیت اشتغال، سابقه استفاده از درمان‌های ناباروری و امید به درمان و تمایل به داشتن

به منظور تعیین ارتباط مؤلفه‌های سه گانه جایگاه مهار سلامت با متغیرهای جمعیت شناختی در زنان نابارور شهر بوشهر از آزمون آماری تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه (آزمون تعقیبی توکی) و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. با توجه به نتایج آزمون تحلیل واریانس، تفاوت آماری معنی داری در میانگین مؤلفه‌های سه گانه جایگاه مهار سلامت زنان نابارور شهر بوشهر با توجه به میزان تحصیلات وجود دارد. برای مشخص شدن تفاوت در سطوح مختلف تحصیلی از آزمون توکی برای مقایسه‌های دو به دو استفاده شد و مشخص گردد که بیشترین میانگین نمرات مؤلفه باور درونی مربوط به زنانی است که میزان تحصیلات آن‌ها دانشگاهی بود و کمترین میانگین نمره مربوط به زنان با میزان تحصیلات سیکل بود که این تفاوت میانگین‌ها از لحاظ آماری معنی دار می‌باشد. تفاوت آماری معنی داری در مؤلفه باور درونی در سایر وضعیت‌های تحصیلی دیده نشد. میانگین نمرات مؤلفه افراد مؤثر، در زنانی که میزان تحصیلات آن‌ها ابتدایی بود

فرزند ارتباط معنی دار وجود نداشت. نتایج مقایسه نمرات مؤلفه سه‌گانه مهار سلامت بر حسب عوامل جمعیت شناختی در جدول شماره ۳ آورده شده است.

آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین مؤلفه‌ی شانس و سن، همبستگی آماری مستقیم و معنی‌دار وجود دارد. $r=0/003$ (P) بین دو زیر مقیاس مهار درونی $(P=0/367)$ و افراد مؤثر $(P=0/211)$ با سن ارتباط آماری معنی‌دار دیده نشد.

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره مؤلفه‌های سه‌گانه جایگاه مهار سلامت بر حسب عوامل جمعیت شناختی

نام متغیر	بآور درونی			افراد مؤثر		شانس
	انحراف معیار \pm میانگین			انحراف معیار \pm میانگین		انحراف معیار \pm میانگین
تحصیلات	ابتدایی	۲۷/۵۳ \pm ۳/۹۹	۲۶/۱۳ \pm ۵/۷۳	۲۱/۰۹ \pm ۵/۳۷		
	سیکل	۲۶/۲۹ \pm ۵/۱۹	۲۱/۷۹ \pm ۴/۴۱	۱۸/۷۴ \pm ۵/۴		
	دیپلم	۲۶/۶۶ \pm ۴/۶۱	۲۲/۷۹ \pm ۴/۲۲	۱۷/۲۸ \pm ۴/۷۷		
	دانشگاهی	۲۸/۶۹ \pm ۳/۶۸	۲۴/۶۹ \pm ۴/۴۷	۱۶/۸۸ \pm ۴/۵۳		
	P	۰/۰۲۵	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱		
وضعیت اشتغال	خانه دار	۲۷/۱۷ \pm ۴/۶۱	۲۳/۶۶ \pm ۴/۸۷	۱۸/۲۹ \pm ۵/۰۱		
	کارمند	۲۷/۳۵ \pm ۳/۱۲	۲۲/۸۵ \pm ۴/۶۵	۱۷/۵۵ \pm ۴/۹۳		
	سایر موارد	۲۸/۶۵ \pm ۴/۴۳	۲۴/۶۵ \pm ۴/۳۹	۱۶/۶۵ \pm ۶/۳۵		
	P	۰/۴۳۱	۰/۵۲۸	۰/۴۰۲		
محل سکونت	شهر	۲۷/۳۵ \pm ۴/۵	۲۳/۷۶ \pm ۴/۶۷	۱۸/۳۳ \pm ۵/۱۸		
	روستا	۲۷/۲۱ \pm ۴/۴۳	۲۳/۴۲ \pm ۵/۲۱	۱۷/۴ \pm ۴/۹۵		
	P	۰/۸۴۵	۰/۶۶	۰/۲۸۵		
وضعیت اقتصادی	خوب	۲۶/۸۸ \pm ۴/۹۷	۲۲/۶۵ \pm ۴/۵۴	۱۷/۸۵ \pm ۴/۹۱		
	متوسط	۲۷/۸۸ \pm ۴/۲۳	۲۳/۹۱ \pm ۴/۹۵	۱۷/۹۳ \pm ۵/۲۵		
	پایین	۲۶/۰۸ \pm ۴/۶۲	۲۳/۵۷ \pm ۴/۵۹	۱۸/۵۹ \pm ۴/۹۶		
	P	۰/۰۴۹	۰/۴۷۵	۰/۷۲۳		
امید به درمان	زیاد	۲۸/۱ \pm ۴/۵	۲۴/۲۸ \pm ۴/۰۸	۱۸/۳۵ \pm ۵/۶۷		
	متوسط	۲۶/۹ \pm ۴/۴۱	۲۳/۵۹ \pm ۵/۲۷	۱۷/۷۱ \pm ۳/۶۱		
	کم	۲۶/۲۲ \pm ۴/۲۲	۲۳/۸۷ \pm ۵/۵۳	۱۹/۱۳ \pm ۵/۱۴		
	P	۰/۱۳۵	۰/۷۲۷	۰/۵۰۶		

بحث

در تمامی فرهنگ‌ها نیاز اجتماعی برای تولید مثل وجود دارد و ناباروری به صورت بالقوه به عنوان یک حادثه‌ی تنش‌زا، توانایی ایجاد آشفتگی و آسیب به زندگی، خانواده و فامیل را دارد. دیدگاه افراد در مورد علت ایجاد این بیماری و رویکرد آن‌ها در مورد رفتار بهداشتی که در مواجهه با این مشکل اتخاذ می‌کنند می‌تواند بر زندگی آنان اثرگذار باشد. پژوهش حاضر به منظور تعیین مؤلفه‌های سه گانه جایگاه مهار سلامت و ارتباط این مولفه‌ها با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در زنان نابارور شهر بوشهر انجام شد.

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره مؤلفه باور درونی در شرکت کنندگان بیش از دو مؤلفه دیگر می‌باشد. البته لازم به توضیح است که میانگین مؤلفه افراد مؤثر نیز نزدیک به میانگین مؤلفه باور درونی بود. یافته‌های این مطالعه با نتایج حاصل از مطالعه معروفی‌زاده و همکاران (۲۰۱۶) که در جامعه‌ای از زنان و مردان نابارور میانگین بالاتری از محور کنترل درونی نسبت به دو مؤلفه دیگر را گزارش نمودند هم‌خوانی دارد. (۱۱) مطالعات در مورد محور کنترل سلامت در بیماران حاکی از آن است که در بیماران مبتلا به سرطان پستان یا بیماران مبتلا به اختلال روانی میانگین نمره کنترل خارجی بیشتر از نمره محور کنترل درونی می‌باشد (۱۳، ۱۴) که با نتایج پژوهش حاضر همسو نمی‌باشد که این اختلاف می‌تواند منتج از تفاوت در جامعه پژوهش باشد. از یک سو از نظر اغلب افراد ناباروری یک بیماری محسوب نمی‌شود و نکته دوم این که جامعه

پژوهش حاضر را خانم‌های ناباروری تشکیل می‌دهند که جهت درمان به مرکز ناباروری مراجعه نموده بودند که این معرف همه افراد نابارور نمی‌باشد. در صورت امکان گسترش جامعه پژوهش به نمونه‌هایی که معرف کلیه افراد نابارور جامعه باشند می‌تواند نتایج دقیق‌تری را ارائه دهد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که محور کنترل سلامت با سطح تحصیلات در ارتباط می‌باشد به گونه‌ای که نمره محور کنترل درونی در افراد با تحصیلات دانشگاهی و نمره افراد مؤثر و شانس یعنی محور خارجی در افراد با تحصیلات پایین بیشتر بود که این یافته با مطالعه کواهارا و همکارانش (۲۰۰۴) که نشان دادند افراد با تحصیلات زیر دیپلم میزان بالاتری از محور کنترل شانس و افراد مؤثر را نسبت به محور کنترل داخلی دارند هم سو می‌باشد. (۱۹) معروفی‌زاده و همکاران (۲۰۱۶) نیز نشان دادند که در افراد نابارور با تحصیلات پایین‌تر نمره محور کنترل خارجی یعنی شانس و افراد مؤثر بیشتر است که با یافته‌های پژوهش حاضر همسو می‌باشد. در مطالعه ذکر شده نمره محور درونی در افراد با تحصیلات بالا بیشتر بود اما این تفاوت نمره از نظر آماری معنی‌دار نبود که با نتایج مطالعه حاضر همسو نمی‌باشد. (۱۱) میروفسکی (۲۰۱۷) دستاوردهای تحصیلی، مهارت‌ها و توانمندی‌هایی که در خلال تجربیات آموزشی آموخته می‌شوند را در سلامت مؤثر می‌داند. به عقیده او طیفی از علل وجود دارند که به واسطه آن‌ها تحصیلات به شکل غیرمستقیم بر سلامت تاثیر می‌گذارند. او معتقد است که تحصیلات فرد موجب ارتقاء توانایی سازندگی وی و نیز شکلی از کنترل درونی

بر روی حوادث زندگی می‌گردد. (۲۰)

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین مؤلفه شانس و سن ارتباط آماری معنی‌دار وجود دارد ولی بین دو مؤلفه دیگر و سن ارتباط آماری معنی‌دار دیده نشد. در مطالعه برگلوند و همکاران (۲۰۱۴) بین محور کنترل درونی و سن ارتباط معکوس و بین افراد مؤثر و سن ارتباط آماری مستقیم وجود داشت، اما بین محور شانس و سن ارتباطی دیده نشد که با نتایج مطالعه حاضر همسو نمی‌باشد. (۲۱) در مطالعه معروفی‌زاده و همکاران (۲۰۱۶) بین محور کنترل درونی و سن ارتباط مستقیم و بین افراد مؤثر و سن ارتباط آماری معکوس وجود داشت اما بین محور شانس و سن ارتباطی دیده نشد که با نتایج مطالعه حاضر همسو نمی‌باشد. (۱۱) این ناهماهنگی در نتایج مطالعات می‌تواند ناشی از جامعه پژوهش و حجم نمونه، ابزار استفاده شده و متدولوژی پژوهش باشد. انجام مطالعات بیشتر می‌تواند دستیابی به یک هماهنگی جهت شناخت گروه‌های سنی و تحصیلی که هر یک از محورهای کنترل سلامت را با احتمال بیشتری دارند مؤثر باشد. برگلوند و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که سن و تحصیلات با واسطه‌گری محور کنترل سلامت می‌توانند وضعیت سلامت فرد را تحت تأثیر قرار دهند. (۲۱) بنابراین توجه به این دو مقوله و ارتباط آن با محور کنترل سلامت در برنامه‌ریزی و مدیریت سلامت زنان نابارور حائز اهمیت است.

از نظر ارتباط بین وضعیت اقتصادی و جایگاه مهار سلامت تنها یک ارتباط حد مرزی بین محور کنترل درونی و

وضعیت اقتصادی دیده شد، بدین صورت که در افراد با وضعیت اقتصادی متوسط نمره محور کنترل درونی بیشتر بود. همچنین بین وضعیت اشتغال و محل سکونت با مؤلفه سه گانه جایگاه کنترل سلامت ارتباط آماری معنی‌دار وجود نداشت. در مطالعه‌ی پورتینگا و همکاران (۲۰۰۸) که با هدف بررسی جایگاه مهار سلامت و تفاوت‌های اجتماعی- اقتصادی در خودگزارشی سلامت بر روی ۱۲۴۰۸ نفر از شهروندان گارفیلی انگلستان انجام شد، نشان داد که افرادی که از موقعیت پایین‌تر اقتصادی و اجتماعی برخوردارند و نیز افراد ناتوان و بازنشسته از سطح پایین‌تری از محور کنترل داخلی و سطح بالاتر شانس برخوردار هستند (۲۲)، که جز در مورد ارتباط مؤلفه کنترل درونی با وضعیت اقتصادی اجتماعی این مطالعه با مطالعه حاضر همسو نمی‌باشند. همچنین در مطالعه کواهارا بین وضعیت اشتغال و جایگاه کنترل سلامت ارتباط آماری معنی‌دار دیده شد (۱۹) که با مطالعه حاضر همسو نمی‌باشند که عدم هماهنگی می‌تواند ناشی از حجم بالای نمونه مطالعه پورتینگا و همچنین مطالعه کواهارا باشد و همچنین جامعه پژوهش مطالعه ذکر شده مردم عادی می‌باشند و شامل مردان و زنان می‌باشند و منحصر به زنان نابارور نبوده‌اند.

با توجه به نتایج پژوهش بین مؤلفه‌های سه گانه جایگاه مهار سلامت و سابقه استفاده از درمان‌های ناباروری و امید به درمان ارتباط معنی‌دار وجود نداشت که با مطالعه معروفی‌زاده (۲۰۱۶) و همکاران که نشان دادند شکست در درمان ناباروری با جایگاه مهار سلامت ارتباط ندارد همسو

می‌باشد. (۱۱) بووین و همکارانش دریافتند که اطلاعات موجود در خصوص عواملی که موجب قطع درمان‌های ناباروری می‌شوند مشخص کننده تاثیرات متقابل مددجو و همسر وی، همچنین گروه درمانی و محیط بر یکدیگر هستند، یعنی در واقع قطع درمان که نشانه‌ای از ناامیدی به درمان است تحت تأثیر عوامل مختلف می‌باشد. نکته دیگر این که جامعه پژوهش حاضر افرادی هستند که جهت درمان به مراکز مراجعه نموده‌اند بنابراین در اغلب آنان امید به درمان در حد متوسط و زیاد بوده است که این می‌تواند روی ارتباط جایگاه سلامت با امید به درمان تأثیرگذار باشد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبرو بوده است، از جمله این که جامعه پژوهش حاضر را زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری تشکیل می‌دادند، بنابراین نتایج مطالعه قابل تعمیم به همه زنان نابارور نمی‌باشد. محدودیت دیگر مطالعه مقطعی بودن آن است که این نیز تعمیم‌پذیری نتایج را کاهش می‌دهد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج، زنان نابارور شهر بوشهر که برای درمان مراجعه می‌کردند دارای میانگین نمره بالاتری از محور کنترل درونی نسبت به محور کنترل بیرونی بودند. از میان متغیرهای جمعیت شناختی مشخص‌ترین ارتباط بین

سطح تحصیلات و جایگاه کنترل سلامت دیده شد. بنابراین آموزش می‌تواند افراد را به سمت محور درونی سلامت سوق دهد و شاید این مسئله هست که باعث می‌شود افراد با سطح آموزش بهتر، مسائل مرتبط با سلامت را بهتر مدیریت کنند. با توجه به محدود بودن مطالعه در زمینه جایگاه کنترل سلامت در زنان نابارور انجام مطالعات بیشتر و همچنین مقایسه زنان نابارور با زنان بارور از لحاظ جایگاه کنترل سلامت پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی، بررسی ارتباط محورهای کنترل سلامت و کیفیت زندگی در زنان نابارور شهر بوشهر می‌باشد که در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر با شماره ۴۴۶۱ به تصویب رسیده است. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر و همکاران ایشان، مسئولین و کارکنان محترم مرکز باروری و ناباروری امید خلیج فارس بوشهر که فرصت این پژوهش را در اختیار ما گذاشتند و نیز دانشجویان رشته تکنولوژی جراحی خانم‌ها امیری و دهقان ابنوی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند و همچنین کلیه مراجعین که با حوصله و صبر فراوان پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند کمال تشکر را داریم.

References:

1. Shahnoshi M, Karimi Z. Social consequences of infertility in the isfahan. *journal of social science of azad university of shooshtar*. 2010;4 (11):171-89.
2. Sadeghian A, Heidarianpour A, Abed F. Comparison of mental health problems among infertile men and women referred into Fatemieh hospital infertility clinic in Hamedan. *journal of science research of Arak university of medical sciences* 2006; 9 (2): 31-39.
3. Rashidi B, Hosseini S, Pooya Beigi, Ghazizadeh M, Farahani MN. Infertility Stress: The Role of Coping Strategies, Personality Trait, and Social Support. *Journal of Family and Reproductive Health*. 2011;Vol. 5(4):101-8.
4. Alizadeh T, Farahani M, Shahrarai M, Alizadegan SH. The relationship between self esteem and locus of control and infertility stress in women and men. *Journal of Reproduction and Infertility*. 2005; 6(2): 194-204.
5. Marks LI. Deconstructing locus of control: Implications for practitioners. *Journal of Counseling & Development*. 1998; 76(3): 251-60.
6. Cobb-Clark DA, Kassenboehmer SC, Schurer S. Healthy habits: The connection between diet, exercise, and locus of control. *Journal of Economic Behavior & Organization*. 2014;98:1-28.
7. Wallston KA. The importance of placing measures of health locus of control beliefs in a theoretical context. *Health Education Research*. 1991; 6(2): 251-2.
8. Serin NB, Serin O, Şahin FS. Factors affecting the locus of control of the university students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010;2(2):449-52.
9. Gardner DC, Warren SA. *Careers and Disabilities: A Career Education Approach*. 1978.
10. Moshki M, Ghofranipour F, Azadfallah P, Hajizadeh E. Reliability and validity of the multidimensional health locus of control (FORM B) scale in Iranian medical students. *ofoghe danesh*. 2006; 12(1):33-42.
11. Maroufizadeh S, Omani Samani R, Amini P, Navid B. Factor structure, reliability, and validity of the Levenson's Locus of Control Scale in Iranian infertile people. *Journal of health psychology*. 2016: 1359105316666659.
12. Omani Samani R, Maroufizadeh S, Navid B, Amini P. Locus of control, anxiety, and depression in infertile patients. *Psychology health medicine*. 2017; 22(1): 44-50.
13. Iskandarsyah A, de Klerk C, Suardi DR, Sadarjoen SS, Passchier J. Health Locus of Control in Indonesian Women with Breast Cancer: a Comparison with Healthy Women. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2014;15(21):9191-7.
14. Thakral S, Bhatia T, Gettig EA, Nimgaonkar VL, Deshpande SN. A comparative study of health locus of control in patients with schizophrenia and their first degree relatives. *Asian Journal of Psychiatry*. 2014; 7(1): 34-7.

15. Chenary R, Noroozi A, Tahmasebi R, SaeedFiroozabadi M. Association between Health Locus of Control and Health Promotion Behaviors among Employees Bushehr University of Medical Sciences in 2013-14. *Tebe jonoob*. 2016;19(5): 877-87.
16. Cohen M, Azaiza F. Health-promoting behaviors and health locus of control from a multicultural perspective. *Ethnicity and Disease*. 2007; 17(4): 636-42.
17. Moshki M, Tavakolizadeh J, Bahri N. The Relationship between Health Locus of Control and Life Style in Pregnant Women. *Armaghan Ddanesh*. 2010; 15(2): 161-70. ۲۰۱۰:۱۶۱-۷۰-۱۵
18. 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.
19. Kuwahara A, Nishino Y, Ohkubo T, Tsuji I, Hisamichi S, Hosokawa T. Reliability and validity of the Multidimensional Health Locus of Control Scale in Japan: relationship with demographic factors and health-related behavior. *The Tohoku journal of experimental medicine*. 2004; 203(1): 37-45.
20. Mirowsky J. *Education, social status, and health*: Routledge; 2017.
21. Berglund E, Lytsy P, Westerling R. The influence of locus of control on self-rated health in context of chronic disease: a structural equation modeling approach in a cross sectional study. *BMC Public Health*. 2014; 14: 492.
22. Poortinga W, Dunstan FD, Fone DL. Health locus of control beliefs and socio-economic differences in self-rated health. *Preventive medicine*. 2008; 46(4): 374-

*Original Article***its relationship with some Health locus of control in infertile women and demographic characteristics in Bushehr Omid Persian Gulf Fertility and Infertility Center****M. Ganjoo^{*1}, F.Kushesh²**^{1*} Coach of Surgical Technology Group, Faculty of Paramedicine, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran² Coach of Anesthesiology, Faculty of Paramedicine, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran**(Received: 8Jan, 2018- Accepted: 17Mar, 2018)****Abstract**

Introduction: Health locus of control is a psychological concept reflecting the individual's opinion about how one's life events could be explicated by one's actions. Infertility, as a basic problem for women, needs a special consideration and professional help. Predicting infertile couple's health behaviors has a significant role in treatment follow-up at this sensitive stage of their life.

Objective: The current study aimed to determine the three components of health locus of control in infertile women and the relationship between these components and some demographic characteristics of these infertile women in Bushehr Omid Persian Gulf Fertility and Infertility Center.

Method: This cross-sectional analytical study recruited 200 infertile women who met the inclusion criteria, and were selected by convenience sampling. Data were collected by a demographic and Multidimensional Health Locus of Control Form B questionnaire, and were analyzed in SPSS version 18.

Results: Based on the findings of this study, the highest mean score pertained to internal belief component (27.31 ± 4.47), and the lowest to chance component (18.08 ± 5.12). The mean score related to the internal belief of the women with higher education was significantly higher than that in other women. The mean score related to chance in women with elementary education was significantly higher than that in women with high school diploma and higher education ($p < 0.005$). The mean score related to internal belief in women with moderate economic status was significantly higher than that in women with low economic status. Pearson's correlation test showed a significant and direct relationship between chance and age ($P = 0.003$).

Conclusion: According to these results, infertile women who attended the clinic in Bushehr had a higher mean score in internal locus of control than in external locus of control. The most prominent relationship was observed between the level of education and health locus of control. Therefore, training can lead people toward the internal locus of control. This can help people with better education to manage health-related problems better.

Keywords: Health Locus of Control, Infertile Women, Multidimensional Health Locus of Control