مقاله اصیل پژوهشی

بررسی مهار درونی درک‌شده زنان باردار زنجانی درباره پیامدهای بارداری و عوامل مرتبط با آن (سال ۸۹-۱۳۸۸)

اعظم ملکی[۱]، الهه احمدنیا[۲]

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اهمیت اعتقادات و باور زنان به تأثیرگذاری پیامد بارداری، تعیین میزان مهار درونی درک‌شده زنان باردار درباره پیامدهای بارداری‌شان ضروری به نظر می‌رسد. مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان مهار درونی درک‌شده زنان باردار زنجانی درباره پیامدهای بارداری‌شان انجام شد.

روش تحقیق: در این مطالعه توصیفی- تحلیلی (از نوع مقطعی)، مهار درونی ۳۶۱ زن باردار زنجانی با استفاده از نمونه‌گیری آسان مورد ارزیابی قرار گرفت. به منظور کسب اطلاعات لازم از پرسشنامه‌ای شامل مشخصات فردی، سؤالاتی درباره اسیدفولیک و مهار درونی استفاده شد و پایایی آن از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ مورد تایید قرار گرفت (۰/۷۵). داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آنالیز واریانس یک‌طرفه، تی، ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون لجستیک و جدول فراوانی در سطح معنی‌داری $P<0/05$ تجزیه و تحلیل شدند. حداقل نمره قابل قبول برای مهار درونی خوب ۲۰ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: کمتر از نیمی از زنان باردار (۴۱/۳٪) دارای مهار درونی درک‌شده خوب بودند. میانگین مهار درونی با سابقه پیامد نامطلوب بارداری، مصرف و داشتن آگاهی درباره اسیدفولیک، پاریتی، شغل و تحصیلات مادر ارتباط معنی‌داری داشت. همبستگی مهار درونی با آگاهی درباره اسیدفولیک، مثبت ($r=0/30$، $P=0/002$) و با پاریتی منفی ($r=-0/20$، $P=0/0001$) بود. در آنالیز رگرسیون لجستیک چند متغیره، تحصیلات و آگاهی درباره اسیدفولیک با مهار درونی ارتباط معنی‌داری را نشان داد.

نتیجه‌گیری: با توجه به این که بیشتر زنان باردار از مهار درونی پایینی برخوردار بودند و این موضوع از عوامل فردی مثل تحصیلات متأثر بود، برنامه‌ریزی برای تقویت مهار درونی زنان در برنامه‌های آموزشی قبل و حین بارداری، بخصوص در افراد بی‌سواد، ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: مهار داخلی- خارجی، نتیجه آبستنی، آبستنی، درک

مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی-پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم‌پزشکی بیرجند. ۱۳۹۱؛ ۹ (۲): ۱۱۴-۱۲۱

دریافت: ۱۳۹۱/۰۱/۱۵ اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۰۳/۲۷ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۴/۰۴

[۱] نویسنده مسؤول، کارشناس ارشد مامایی، مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ایران
آدرس: زنجان- بلوار پروین اعتصامی- دانشگاه علوم پزشکی زنجان- دانشکده پرستاری و مامایی زنجان- گروه مامایی
تلفن: ۰۲۴۱۷۲۷۲۵۱۳ پست الکترونیکی: malekia41@yahoo.com
[۲] کارشناس ارشد مامایی، مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ایران

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

مقدمه

امروزه با وجود آن که تعداد زیادی از مادران باردار از مراقبت‌های دوران بارداری استفاده می‌کنند، تغییر رفتار و توجه به توصیه‌های پزشک در تعداد کمی از آنان دیده می‌شود؛ به طوری که در بیشتر کشورها، میزان پیامدهای نا مطلوب بارداری در دو دهه گذشته افزایش پیدا کرده است؛ شیوع زایمان پره‌ترم از سال ۱۹۸۳ تا سال ۲۰۰۶ از ۹/۶٪ به ۱۲/۸٪ و کم‌وزنی از ۶/۸٪ به ۸/۳٪ افزایش پیدا کرده است (۱)؛ بنابراین پیامدهای نامطلوب حاملگی شامل زایمان زودرس و کم‌وزنی هنوز هم مشکل عمده بهداشت عمومی، در بیشتر کشورهای جهان باقی مانده است (۲). پیشگیری از پیامدهای نامطلوب بارداری یکی از اهداف مهم بهداشت عمومی است. روش‌های کلّی که مرتبط با مهار پیامدهای حاملگی اجرا می‌شود، بیشتر روی رفتارهای خاص یا خدمات خاص متمرکز می‌باشد؛ مانند تشویق برای شروع زودتر مراقبت‌های پیش از تولّد، ترک سیگار در طیّ حاملگی، مصرف اسیدفولیک در سنین باروری و استفاده از خدمات تنظیم خانواده برای پیشگیری از حاملگی در سنین نوجوانی یا فاصله‌گذاری بین حاملگی‌ها (۳). در این رابطه محققان دریافته‌اند که عوامل روان‌شناختی و درونی در ایجاد انواع اختلالات روانی، جسمانی، اجتماعی و معنوی دخالت دارند. تعریف سازمان جهانی بهداشت از مفهوم ارتقای سلامت، فرایند توانمندسازی افراد در جهت افزایش مهار بر سلامتی خود و بهبود آن می‌باشد (۴). یکی از مفاهیمی که می‌تواند رفتار بهداشتی افراد را پیش‌بینی کند، مفهوم مهار درونی است. مدارک نشان می‌دهد برخی از زنان در طیّ حاملگی به راحتی خود را با حاملگی وفق می‌دهند و قادر به کاهش بسیاری از این خطرات هستند؛ در حالی که برخی دیگر این طور نیستند (۵). اگر زنان معتقد نباشند که پیامدهای سلامتی و بهداشتی‌شان وابسته به رفتارشان است، نمی‌توان انتظار داشت که سبک زندگی و رفتارهای غیر بهداشتی‌شان را تغییر بدهند و خود ر ا مسؤول سلامت خود و نوزادشان بدانند (۷،۶).

مفهوم مهار درونی ابتدا از نظریه Rotter نشأت گرفته و دربرگیرنده عقاید افراد و نشان‌دهنده رابطه بین فعالیت و پیامدهای ناشی از آن می‌باشد و عامل مهمّی در مهار درک‌شده افراد بر روی رفتار بهداشتی است؛ به طوری که افراد دارای مهار درونی قوی، ممکن است بیشتر قادر به مهار وقایع آینده با اصلاح رفتارها و اعمال خود باشند (۸) که در زمینه سلامتی این امر می‌تواند شامل تشویق در زمینه تغییر رفتارهای پرخطر و یا استفاده از خدمات مراکز بهداشتی، درمانی باشد. کسانی که محور مهار سلامت از نوع بیرونی دارند، به این امر معتقدند که پیامدهای معین و حوادث رخداده در زندگی آنها به واسطه نیروهایی مانند پزشکان، شانس، سرنوشت و بخت و اقبال تعیین می‌گردد و افرادی که محور مهار سلامتی از نوع درونی دارند، به این امر معتقدند که پیامدها و حوادث معین در نتیجه رفتار و اعمال خود آنها و تعیین‌کننده سلامت آنها به طور مستقیم اعمال و رفتارهای آنان می‌باشد (۹)؛ بنابراین برای ارتقای مراقبت‌های بارداری توجه به ساختارهای اعتقادی و باور زنان در مورد تحت تأثیر قرار دادن پیامد بارداری‌شان نیاز بیشتری احساس می‌شود و زنان تا زمانی که مهار درونی بالایی را احساس نکنند، آموزش‌های سلامتی، تبلیغات بهداشتی در جهت اتخاذ رفتارهای سالم که مراقبت‌های بارداری جزئی از آن است، تأثیر چندانی نخواهد داشت (۱۰،۳)؛ به طوری که میزان بالای حاملگی ناخواسته در زنان فقیر و کم‌سواد که مهار درونی پایینی دارند، اتفاق می‌افتد (۳). این نظریه در سایر مطالعات مرتبط با سلامتی از جمله درمان سرطان (۱۱) و افزایش تبعیت از رژیم درمانی به کار رفته است (۱۲).

با این که در دهه گذشته تحقیقاتی در خصوص مهار درونی انجام شده است، مدارک کمی در مورد چگونگی تعامل مهار درونی زنان باردار با عوامل زمینه‌ای و فرهنگی وجود دارد و این که باورهای مهار درونی در چه زمانی و مکانی سودمند است، نیاز به تحقیقات بیشتری دارد.

با توجه به اهمیت پیشگیری اولیه در سلامت مادر و نوزاد و مؤثربودن ساختارهای اعتقادی و باور زنان در مورد تحت تأثیر قراردادن پیامد بارداری و با اذعان به این که ماماها در جایگاه خوبی برای بالابردن میزان مراجعات و هدفمند کردن آموزش‌ها و مراقبت‌های بارداری قرار دارند، هم‌چنین با توجه به در دسترس نبودن مطالعه مشابه و برای درک بهتر از وضعیت مهار درونی درک‌شده زنان باردار ایرانی، مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان مهار درونی درک‌شده زنان باردار زنجانی درباره پیامدهای بارداری‌شان انجام شد.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

روش تحقیق

در این مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی، مهار درونی درک‌شده زنان باردار زنجانی درباره پیامدهای بارداری و عوامل مرتبط با آن در سال ۸۹-۱۳۸۸ بررسی شد.

در این تحقیق جامعه پژوهش شامل تمامی زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، درمانی شهر زنجان بود و در مجموع ۳۶۱ زن باردار، دارای پرونده بهداشتی و سواد خواندن و نوشتن با استفاده از نمونه‌گیری آسان طیّ چهار ماه مراجعات معمول مادران باردار از ده مرکز بهداشتی، درمانی شهرستان زنجان انتخاب شدند.

داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای که شامل مشخصات فردی، سابقه پیامدهای نامطلوب بارداری، اطلاعات درباره اسیدفولیک (۵ سؤال) و سؤالات مربوط به مهار درونی (۵ سؤال) بود، جمع‌آوری شد؛ در طراحی پرسشنامه از مطالعات مشابه استفاده گردید (۳). سؤالات مهار درونی دارای پنج گویه در مقیاس لیکرت بود. پاسخ‌ها به صورت «کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم» امتیازبندی شده بود. برای کسانی که نسبت به موضوع مورد نظر از نامناسب‌ترین وضعیت مهار درونی برخوردار بودند، نمره ۱ و برای کسانی که نسبت به موضوع مورد نظر از بهترین وضعیت برخودار بودند، نمره ۵ استفاده شد؛ کمترین و بیشترین نمره مهار درونی بین ۱۰ تا ۲۵ متغیر بود؛ حداقل نمره قابل قبول برای مهار درونی درک‌شده زنان ۲۰ در نظر گرفته شد. با محاسبه نقطه برش ۲۰ نمرات ۱۰-۱۹ به عنوان مهار درونی پایین و ۲۰-۲۵ به عنوان مهار درونی خوب در نظر گرفته شد. با وجود این که روایی سؤالات مهار درونی در مطالعه مشابه مورد تایید قرار گرفته بود (۳)، سؤالات پس از ترجمه از نظر محتوی توسط اساتید بررسی و همسانی درونی آن از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (۰/۷۵) مورد تایید قرار گرفت.

با توجه به این که مصرف اسیدفولیک به عنوان یک رفتار بهداشتی قابل ارزیابی متأثر از مهار درونی در نظر گرفته شده بود، آگاهی و نحوه مصرف زنان باردار درباره اسیدفولیک سنجیده و ارتباط آن با مهار درونی بررسی شد؛ بدین منظور به هر پاسخ صحیح آگاهی یک نمره تعلق گرفت و با احتساب میانه آگاهی در دو سطح خوب و ضعیف تقسیم‌بندی شد.

شرکت هر یک از واحدهای پژوهش در تحقیق آگاهانه، اختیاری و با رضایت کتبی بود.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری آنالیز واریانس یک‌طرفه و تی در سطح معنی‌داری P<۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند. برای بررسی ارتباط بین مهار درونی با مشخصات فردی، ابتدا نمرات مهار درونی با محاسبه نقطه برش ۲۰ به دو گروه تقسیم شد؛ سپس ارتباط آن با متغیرهای مستقل با استفاده از رگرسیون لجستیک بررسی گردید.

یافته‌ها

نتایج بدست آمده، حاصل آنالیز اطلاعات و داده‌های مربوط به ۳۶۱ نفر و موارد کمتر مربوط به عدم پاسخ می‌باشد. میانگین سنّ مادر و سنّ حاملگی به ترتیب۵/۵۴±۲۶/۶۲ سال و ۱۰/۶۰±۲۴/۲۶ هفته بود. ۵۴ نفر (۱۵٪) با همسر خود نسبت فامیلی داشتند، ۲۹۹ نفر (۸۲/۹٪) خانه‌دار بودند و ۳۳ نفر (۹/۱٪) سابقه تولّد نوزاد با فاصله کمتر از سه سال داشتند. ۲۰۷ نفر (۵۷/۲٪) دارای سابقه حداقل یک حاملگی بالای ۲۰ هفته بودند؛ این افراد در حاملگی قبلی خود بیشتر سابقه زایمان سزارین (۱۸/۸٪)، خونریزی دوران بارداری (۶/۸٪) و زایمان زودرس (۶/۳٪) را ذکر کردند؛ همچنین حدود ۲۰ نفر (۱۰٪) از افراد مورد پژوهش دارای سابقه بیش از یک پیامد نامطلوب بارداری بودند.

بیشتر زنان در گروه سنّی ۲۱-۳۰ سال، دارای تحصیلات متوسطه تا دیپلم و در سه ماه سوم بارداری بودند (جدول ۱).

جدول ۱- فراوانی مشخصات جمعیت‌شناختی زنان باردار زنجانی (۸۹-۱۳۸۸) (۳۶۱ نفر)

متغیر		فراوانی	درصد
سنّ مادر (سال):	≤۲۰	۴۷	۱۳/۱
	۲۱-۳۰	۲۳۳	۶۴/۹
	≥۳۱	۷۹	۲۲/۰
سنّ حاملگی (هفته):	≤۱۴	۸۲	۲۲/۷
	۱۵-۲۸	۱۳۶	۳۷/۷
	≥۲۹	۱۴۳	۲۹/۶
تحصیلات:	ابتدایی و راهنمایی	۱۲۱	۳۳/۶
	دبیرستان و دیپلم	۱۴۷	۴۰/۸
	دانشگاهی	۹۲	۲۵/۶

* فراوانی کمتر از ۳۶۱ مربوط به عدم پاسخ می‌باشد.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

۱۷۸ نفر (۴۹/۳٪) نسبت به اسیدفولیک آگاهی خوبی داشتند و ۳۲۱ نفر (۸۹/۲٪) در حاملگی اخیر خود ویتامین (مولتی ویتامین- اسیدفولیک و آهن) مصرف می‌کردند؛ حدود ۱۹۱ نفر (۶۰/۳٪) اسیدفولیک را به تنهایی یا همراه با مولتی ویتامین یا آهن مصرف می‌کردند.

میانگین مهار درونی درک‌شده زنان ۲/۷۴±۱۸/۹۵ بود. با در نظر گرفتن نقطه برش، ۵۸/۷٪ از زنان دارای مهار درونی پایین و ۴۱/۳٪ دارای مهار درونی خوب بودند.

بررسی تفکیکی سؤالات مهار درونی درک‌شده زنان باردار نشان داد که بیشتر زنان، باور درونی خوبی نسبت به مهار پیامد بارداری خود داشتند و خود را مسؤول سلامت نوزادشان می‌دانستند (جدول ۲).

مطابق جدول ۳، میانگین مهار درونی با سابقه پیامد نامطلوب بارداری، مصرف و آگاهی درباره اسیدفولیک، پاریتی، شغل و تحصیلات مادر ارتباط معنی‌داری داشت؛ به طوری که بیشترین درصد مهار درونی خوب مربوط به افراد با تحصیلات متوسطه به بالا، شاغل، زایمان نکرده، عدم وجود سابقه پیامد نامطلوب بارداری و مصرف اسیدفولیک یا داشتن آگاهی خوب نسبت به اسیدفولیک بود؛ در حالی که ارتباط آن با سنّ مادر و سنّ حاملگی معنی‌دار نبود (P>۰/۰۵).

مهار درونی زنان باردار با آگاهی درباره اسیدفولیک همبستگی مثبت (r=۰/۳۰، P=۰/۰۰۲) و با پاریتی همبستگی منفی (r=-۰/۲۰، P=۰/۰۰۰۱) داشت. در آنالیز رگرسیون لجستیک چند متغیره تحصیلات و آگاهی درباره اسیدفولیک با مهار درونی ارتباط معنی‌داری نشان داد؛ به طوری که آگاهی درباره اسیدفولیک و تحصیلات بالا شانس داشتن باور درونی خوب را افزایش می‌دادند (جدول ۴).

بحث

پذیرفتن و عمل‌کردن به توصیه‌های بهداشتی در دوران بارداری، افزایش مهارت زنان برای مهار عوامل خطر با اصلاح شیوه زندگی، نیازمند تقویت مهار درونی زنان می‌باشد؛ به عبارت دیگر پذیرفتن این مطلب که پیامدهای سلامتی و بهداشتی‌شان وابسته به رفتارشان می‌باشد.

با وجود این که درصد زیادی از مادران باردار از مراقبت‌های دوران بارداری استفاده می‌کنند اما تغییر رفتار و توجه به توصیه‌های پزشک در تعداد کمی از آنان دیده می‌شود. یکی از عوامل مؤثر در ایجاد انگیزه برای تغییر رفتار، مهار درونی افراد می‌باشد. در مطالعه حاضر حدود ۴۲٪ از زنان دارای مهار درونی خوب بودند که تحصیلات بالا و داشتن آگاهی درباره اسیدفولیک شانس داشتن مهار درونی خوب را افزایش می‌داد.

باستانی در مطالعه‌ای که با هدف تأثیر آموزش قبل از لقاح بر آگاهی و محور مهار سلامت در خصوص تغذیه مناسب در زنان انجام داد، به اثربخشی مداخله آموزشی بر شاخص‌های مرتبط با رفتار تغذیه‌ای از جمله مصرف اسیدفولیک و افزایش آگاهی و محور مهار سلامت در گروه آزمون اشاره کرد که تاییدکننده ارتباط آگاهی با مهار درونی می‌باش(۱۳).

در تحقیق Weisman و همکاران که با هدف درک زنان از مهار پیامدهای بارداری انجام شد، ۴۵٪ از زنان در مرحله قبل از بارداری دارای مهار درونی خوب بودند که به طور معنی‌داری با سنّ مادر، تحصیلات بالا، زندگی با همسر و سلامت فیزیکی و روانی خوب ارتباط معنی‌داری نشان داد؛ به طوری که زنان ۳۵-۴۵ ساله نسبت به زنان ۱۸-۳۵ ساله مهار درونی بالاتری داشتند؛ در حالی که با داشتن یا نداشتن سابقه پیامد نامطلوب بارداری ارتباط معنی‌داری نشان نداد (۳).

میزان مهار درونی خوب در مطالعه حاضر تقریباً با نتایج مطالعه فوق همخوانی دارد. در مطالعه حاضر ارتباط مهار درونی با پیامد نامطلوب نشان می‌دهد داشتن حاملگی نامطلوب قبلی بخوبی نتوانسته مهار درونی زنان را متأثر کند؛ به عبارتی دیگر این زنان باور ندارند که ممکن است در حاملگی‌های بعدی تجربه نامطلوب بارداری دوباره تکرار شود تا آنها را ملزم به اصلاح یا تقویت رفتار بهداشتی در جهت ارتقای سلامت‌شان در مرحله قبل از بارداری کند؛ با توجه به این که بیشتر پیامدهای نامطلوب بارداری قابل پیشگیری، در حاملگی‌های بعدی تکرار می‌شود، تقویت ساختارهای اعتقادی زنان به صورت برگزاری کلاس‌های آموزشی بخصوص در افرادی که تحصیلات بالا ندارند، می‌تواند عامل مشوقی برای قبول توصیه‌های بهداشتی و تغییر رفتار باشد.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

جدول ۲- فراوانی مطلق و نسبی وضعیت مهار درونی درک‌شده زنان باردار به تفکیک سؤالات

سؤالات	کاملاً موافقم.		موافقم.		بی‌نظر		مخالفم.		کاملاً مخالفم.	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
من می‌توانم کارهای زیادی برای اطمینان از سالم به دنیا آمدن فرزندم انجام دهم.	۱۰۲	۲۸/۳	۱۷۷	۴۹/۰	۶۹	۱۹/۱	۱۰	۲/۸	۳	۰/۸
من می‌توانم کارهای خیلی کمی که سلامت بچه‌ام را در زمان تولّد در معرض خطر قرار می‌دهد، انجام دهم.	۴۷	۱۳/۰	۱۰۸	۲۹/۹	۹۳	۲۵/۸	۸۶	۲۳/۸	۲۷	۷/۵
به عنوان مادر وظیفه دارم از سالم به دنیا آمدن فرزندم اطمینان حاصل نمایم.	۱۸۷	۵۱/۸	۱۴۷	۴۰/۷	۲۲	۶/۱	۳	۰/۸	۲	۰/۶
برای اطمینان از سالم به دنیا آمدن فرزندم در آینده می‌توانم کارهایی را قبل از این که او را حامله شوم، انجام دهم.	۱۲۶	۳۴/۹	۱۶۹	۴۶/۸	۵۹	۱۶/۳	۵	۱/۴	۲	۰/۶۰
کاری وجود ندارد، من بتوانم انجام دهم تا مطمئن شوم بچه‌ام سالم به دنیا می‌آید.	۸	۲/۲	۴۶	۱۲/۷	۱۰۸	۲۹/۹	۱۴۰	۳۸/۸	۵۹	۱۶/۴

جدول ۳- مقایسه میانگین مهار درونی مادران باردار با متغیرهای زمینه‌ای

متغیر	زیرگروه‌ها	میانگین و انحراف از معیار	سطح معنی‌داری
پاریتی*	۰	۱۹/۴۸±۲/۶۰	۰/۰۰۰۱
	≥۱	۱۸/۳۷±۲/۷۹	
سابقه پیامد نامطلوب*	دارد.	۱۸/۵۸±۲/۸۴	۰/۰۰۳
	ندارد.	۱۹/۴۵±۲/۵۲	
آگاهی درباره اسید فولیک*	خوب	۱۹/۶۹±۲/۶۲	۰/۰۰۰۱
	ضعیف	۱۸/۲۴±۲/۶۸	
مصرف اسید فولیک*	دارد.	۱۹/۲۹±۲/۷۶	۰/۰۴
	ندارد.	۱۸/۶۷±۲/۷۵	
شغل مادر*	خانه‌دار	۱۸/۸۱±۲/۷۷	۰/۰۲
	شاغل	۱۹/۶۵±۲/۵۳	
تحصیلات**	ابتدایی و راهنمایی	۱۷/۶۶±۲/۴۶	۰/۰۰۰۱
	متوسطه و دیپلم	۱۹/۲۱±۲/۸۱	
	دانشگاهی	۲۰/۲۱±۲/۷۴	

* آزمون تی **آنالیز واریانس یک‌طرفه

جدول ٤- ارتباط باور درونی با برخی از عوامل زمینه‌ای*

مشخصات	درصد شانس	سطح اطمینان ٪۹۵	سطح معنی‌داری
پاریتی	۰/۵۱	۰/۲۳-۱۳/۱	۰/۱
سابقه پیامد نامطلوب	۰/۸۸	۰/۴۰-۱/۹۱	۰/۷۵
آگاهی درباره اسید فولیک	۱/۵۲	۱/۰۵-۲/۲۰	۰/۰۲
شغل مادر	۰/۷۷	۰/۳۹-۱/۵۲	۰/۴
تحصیلات	۲/۱۸	۱/۵۱-۳/۱۴	۰/۰۰۰۱

* آنالیز رگرسیون لجستیک

در مطالعه حاضر بیش از ۷۷٪ از زنان معتقد بودند که «من می‌توانم کارهای زیادی برای اطمینان از سالم به دنیا آمدن فرزندم انجام دهم.» و حدود ۸۲٪ اعتقاد داشتند که «برای اطمینان از سالم به دنیا آمدن فرزندشان در آینده می‌توانند کارهایی را قبل از این که او را حامله شوند، انجام دهند.» در مطالعه Weisman و همکاران به ترتیب ۶۷٪ و ۵۴٪ از زنان به سؤالات فوق جواب موافق داده بودند (۳) که کمتر از نتایج مطالعه حاضر می‌باشد و می‌تواند متأثر از مسائل فرهنگی و

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

اجتماعی باشد و تا حدودی نشان‌دهنده زیادبودن انگیزه افراد در مطالعه حاضر برای تغییر رفتار در جهت رسیدن به پیامد مطلوب بارداری باشد؛ این که چقدر باورهای فوق می‌تواند در عمل منجر به عملکرد درست بشود، متأثر از آموزش افراد برای تقویت مهار درونی است؛ یعنی اعتقاد درونی به این که واکسن زدن، خوردن اسیدفولیک، ترک سیگار یا مهار بیماری‌های مزمن و انجام فعالیت فیزیکی و ... می‌تواند سلامت او و نوزادش را بهبود بخشد. در مطالعه حاضر مصرف اسیدفولیک به عنوان یک رفتار مرتبط با باور درونی در نظر گرفته شد؛ در افرادی که باور درونی بالایی داشتند میزان مصرف اسیدفولیک زیاد بود.

بررسی وضعیت مهار درونی درک‌شده زنان باردار مبتلا به ایدز نشان داد، میزان استفاده از مراقبت‌های پیش از تولّد و کاهش رفتارهای پرخطر در افرادی که مهار درونی بالایی برخوردار بودند، بیشتر بود (۱۴)؛ Hillemeier و همکاران، در مطالعه خود با هدف توانمندسازی بهداشتی زنان از طریق آموزش، در جهت بهبود سلامت زنان در مرحله قبل از بارداری گزارش کردند که زنان در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد، پس از باردارشدن به طور معنی‌داری مهار درونی بالایی برای خوردن غذاهای سالم، رعایت بهداشت تغذیه، افزایش فعالیت‌های فیزیکی و مصرف مولتی‌ویتامین در طیّ بارداری داشتند و عوامل افزایش‌دهنده مهار درونی توجه به برچسب‌های غذایی قبل از استفاده، مهار تنش با انجام ورزش‌های آرام‌سازی یا ارتباط معنوی، مصرف اسیدفولیک یا مولتی‌ویتامین ذکر شده بود (۶) که نشان می‌دهد مهار درونی بالا با تغییر رفتار زنان برای مهار پیامدهای نامطلوب بارداری مرتبط می‌باشد.

Tinsley و همکاران، در تحقیق مشابهی گزارش کردند که مهار درونی زنان در طیّ حاملگی با قبول توصیه‌های بهداشتی و پیامد بارداری‌شان ارتباط معنی‌داری داشته است؛ به طوری که زنان با مهار درونی بالا، واقعیت‌های مربوط به پیامدهای حاملگی و زایمان را بهتر قبول می‌کردند (۱۵)؛ در حالی که در مطالعه Kruse و همکاران، ارتباط معنی‌داری بین میزان مهار درونی زنان با رفتارهای مرتبط با بارداری گزارش نشد (۱۶) و با نتایج مطالعات فوق همخوانی ندارد.

در مطالعه حاضر حدود ۴۹/۹٪ از زنان معتقد بودند که «من می‌توانم کارهای خیلی کمی که سلامت بچه‌ام را در معرض خطر قرار می‌دهد، انجام دهم.» اعتقاد داشتن به این که مادر می‌تواند کارهایی را هرچند به ضرر بچه باشد، انجام دهد، می‌تواند از جنبه‌های مختلف مورد بحث قرار گیرد. این که مادر به علت ابتلا به برخی از بیماری‌ها مجبور به خوردن دارو یا انجام روش تشخیصی است که با احتمال آسیب جزئی در جنین همراه می‌باشد؛ به توصیه پزشک عمل می‌کند که نشان‌دهنده اعتماد به پزشک در جهت رسیدن به سلامتی می‌باشد و می‌تواند متأثر از مهار درونی بالا باشد اما در مقابل زنانی هستند که با انجام برخی از رفتارهای پرخطر نظیر کشیدن سیگار، مصرف مشروبات الکلی و ... با وجود مطلع‌بودن از مضرّ بودن آنها برای جنین، او را در معرض آسیب قرار می‌دهند؛ به عبارتی دیگر حق داشتن زندگی سالم را از فرزند خود سلب می‌کنند که این یک عامل خطر مهمّ و هشدار دهنده برای متأثرکردن مهار درونی خوب می‌باشد که باید در برنامه‌ریزی‌های آموزشی مورد توجه ویژه قرار گیرد. عمل نکردن به توصیه‌های بهداشتی دوران بارداری توسط زنان نیز می‌تواند به عنوان عملی در نظر گرفته شود که سلامت مادر و نوزاد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ۹۲/۵٪ از زنان در مطالعه حاضر معتقد بودند که به عنوان مادر وظیفه دارند از سالم به دنیا آمدن فرزندشان اطمینان حاصل نماید.

در مطالعه Weisman و همکاران ۶۰٪ از زنان، موافق این باور بودند (۳) که کمتر از نتایج مطالعه حاضر می‌باشد و می‌تواند متأثر از مسائل اعتقادی و مذهبی، توجه به اهمیت خانواده و مادر در مکتب مقدس اسلام باشد و نشانگر تعامل نزدیک با باور درونی است. توجه کارکنان بهداشتی به این امر می‌تواند آنان را در آموزش زنان برای پذیرفتن و عمل کردن به توصیه‌های بهداشتی در دوران بارداری، افزایش مهارت برای مهار عوامل خطر با اصلاح شیوه زندگی و تقویت مهار درونی یاری کند.

نتیجه‌گیری

با توجه به این که بیشتر زنان باردار در مطالعه حاضر مهار درونی پایینی داشتند که متأثر از عوامل فردی مثل تحصیلات بود، برنامه‌ریزی برای تقویت مهار درونی زنان در برنامه‌های آموزشی قبل و حین بارداری بخصوص در افراد بی‌سواد و کم‌سواد ضروری به نظر می‌رسد.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

تقدیر و تشکر

پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، کارکنان درمانگاه‌های شهرستان زنجان و مادران باردار که دلسوزانه ما را در اجرای تحقیق همکاری نمودند، اعلام می‌دارند.

منابع:

1- Anderson JE, Ebrahim S, Floyd L, Atrash H. Prevalence of risk factors for adverse pregnancy outcomes during pregnancy and the preconception period--United States, 2002-2004. Matern Child Health J. 2006; 10 (5 Suppl): S101-6.

2- Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births: Preliminary data for 2006. National Vital Statistics Reports. 2006; 56: 1-18.

3- 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. Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health. 2008;18(1):17-25.

4- Stanhope M, Lancaster J. Community & public health nursing. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2004.

5- Huizink AC, de Medina PG, Mulder EJ, Visser GH, Buitelaar JK. Coping in normal pregnancy. Ann Behav Med. 2002; 24 (2): 132-40.

6- Hillemeier MM, Downs DS, Feinberg ME, Weisman CS, Chuang CH, Parrott R, et al. Improving women's preconceptional health: findings from a randomized trial of the Strong Healthy Women intervention in the Central Pennsylvania women's health study. Womens Health Issues. 2008;18 (6 Suppl):S87-96.

7- Wulandari LP, Klinken Whelan A. Beliefs, attitudes and behaviours of pregnant women in Bali. Midwifery. 2011; 27 (6): 867-71.

8- Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological monographs. 1966; 80 (1): 1-28.

9- 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.

10- Weisman CS, Hillemeier MM, Chase GA, Dyer AM, Baker SA, Feinberg M, et al. Preconceptional health: risks of adverse pregnancy outcomes by reproductive life stage in the Central Pennsylvania Women's Health Study (CePAWHS). Womens Health Issues. 2006;16 (4): 216-24.

11- Gili M, Roca M, Ferrer V, Obrador A, Cabeza E. Psychosocial factors associated with the adherence to a colorectal cancer screening program. Cancer Detect Prev. 2006; 30 (4): 354-60.

12- Kirkcaldy BD, Siefen RG, Merbach M, Rutow N, Brähler E, Wittig U. A comparison of general and illness-related locus of control in Russians, ethnic German migrants and Germans. Psychol Health Med. 2007; 12 (3): 364-79.

13- Bastani F. Effect of education about preconception care on awareness and health locus of control about healthy nutrition in women attending premarital counseling centers. Iran Nursing Journal. 2010; 23 (64): 59-71. [Persian]

14- Kornfield SL, Jiang A, Geller PA. The Moderating Effect of Maternal-Fetal Attachment on the Relationship Between Health Related Locus of Control and Prenatal Health Behaviors: Implications for HIV Risk Reduction During Pregnancy. Gender Medicine. 2012; 9 (1, Supplement): S98.

15- Tinsley BJ, Trupin SR, Owens L, Boyum LA. The significance of women's pregnancy-related locus of control beliefs for adherence to recommended prenatal health regimens and pregnancy outcomes. J Reprod Infant Psychol. 1993; 11(2): 97-102.

16- Kruse J, Zweig S, LeFevre M. Health locus of control and behaviors related to pregnancy. Fam Med. 1988; 20 (6): 422-25.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

Abstract *Original Article*

Pregnant Women's perceived internal control of pregnancy outcomes and its related factors

A. Maleki[1], E. Ahmadnia[2]

Background and Aim: Considering the importance of the beliefs and perception of women about affecting pregnancy outcome, determining pregnant women's perceived internal control of pregnancy outcomes and their related factors seems to be necessary. The present study was done to determine Zanjani pregnant women's perceived internal control regarding the outcomes of pregnancy.

Materials and Methods: In this descriptive-analytical and cross-sectional study, internal control of 361 pregnant women was investigated using convenience sampling. Data collection was done by means of a questionnaire covering demographic status, folic acid use and questions regarding internal control. Reliability of the questionnaire was approved through Keronbach α coefficient (0.75). The gathered data was analysed at the significant level $P<0.05$ using SPSS software, one-way variance analysis test, T test, Pearson's coefficient test, logistic regression, and frequency distribution table. The least acceptable point for internal control was taken 20.

Results: Less than half of pregnant women (14.3%) had high internal control. Having adverse pregnancy outcome, taking of and having knowledge about folic acid, parity, type of job, and education level of mothers had a significant relationship with mean of internal control. There was a positive correlation between internal control and knowledge about folic acid ($P=0.002$, $r=0.30$); nevertheless, it was negative with parity ($P=0.0001$, $r=0.20$). Logistic regression multivariable analysis revealed that there was a significant relationship between education and knowledge about folic acid with internal control.

Conclusion: Regarding that the majority of pregnant women had a low internal control influenced by demographic factors such as education, planning to improve internal control of women before and during pregnancy through instructional programmes-especially with respect to illiterate women- is necessary.

Keywords: Internal-External Control; Pregnancy Outcome; Pregnancy; Perception

Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2012; 9 (2):114-121

Received: April 3, 2012 Last Revised: June 16, 2012 Accepted: June 24, 2012

[1] *Corresponding Author, Instructor, Faculty of Nursing & Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran*
malekia41@yahoo.com
[2] *Instructor, Faculty of Nursing & Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran*

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]