

کانون کنترل سلامت در بیماران دارای ضربان‌ساز داخل قلبی: یک مطالعه توصیفی

یاسر مرادی^۱، علی خضری^{۲*}، مولود رادفر^۳، وحید علی‌نژاد^۴

تاریخ دریافت ۱۴۰۲/۰۵/۱۷ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۶/۲۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: تعبیه یک جسم خارجی در داخل قلب یک اتفاق بزرگ در زندگی فرد به حساب می‌آید و باعث تغییر در میزان کنترل فرد بر محیط و انتخاب‌هایش می‌شود. بنابراین مشخص نمودن صحیح کانون یا منبع کنترل می‌تواند نقش مهمی در تدوین راهبردهایی جهت مشارکت این بیماران در رفتارهای سلامتی مفید و اتخاذ راهبردهای مقابله‌ای فعال را داشته باشد. با توجه به اهمیت فهم مؤلفه‌های کانون سلامت و نبود مطالعه‌ای مشابه بر روی این بیماران، مطالعه حاضر باهدف تعیین کانون کنترل سلامت در بیماران با پیس میکر دائمی قلبی مراجعه‌کننده به درمانگاه دیس ریتمی مرکز سیدالشهدا شهرستان ارومیه در بین سال‌های ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲ انجام شده است.

مواد و روش کار: در این مطالعه توصیفی ۳۵۰ نفر از بیماران دارای پیس میکر دائمی قلبی مراجعه‌کننده به درمانگاه دیس ریتمی مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدا ارومیه به روش در دسترس انتخاب‌شده و به تکمیل پرسشنامه پرداختند. جهت گردآوری داده‌ها از فرم مشخصات جمعیت شناختی و نیز مقیاس چندوجهی کانون کنترل سلامت (MHLC) استفاده شد. این پژوهش در یک بازه زمانی ۱۰ ماهه انجام گرفت و کلیه داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از آمار توصیفی مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد، بیشترین میانگین نمره از بین مؤلفه‌های کانون کنترل سلامت به ترتیب مربوط به مؤلفه‌های کنترل بیرونی ($28/90 \pm 4/77$) و درونی ($5/33 \pm 26/03$) بود. همچنین کمترین میانگین نمره مربوط به کانون کنترل بیرونی شانس ($17/76 \pm 6/78$) بود.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت کانون کنترل سلامت بیماران دارای ضربان‌ساز داخلی قلب عمدتاً از نوع کنترل بیرونی افراد قدرتمند است. به گمان این بیماران، سلامتی و برنامه مراقبتی و پیامدهای معین در سلامت فردی آنان در دست کادر درمان و پزشکان و متخصصین مربوطه است و نقش آن‌ها را در زمینه سلامتی خودشان پررنگ‌تر احساس می‌کنند.

کلیدواژه‌ها: کانون کنترل سلامت، بیمار، ضربان‌ساز داخل قلبی

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و یکم، شماره ششم، پی‌درپی ۱۶۷، شهریور ۱۴۰۲، ص ۴۴۵-۴۳۶

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه تلفن: ۰۴۴۳۲۷۵۴۹۶۲

Email: khezriali7@gmail.com

مقدمه

انجمن قلب آمریکا^۵ در سال ۲۰۱۸، تعداد ۵۳۸۹۵ مورد مرگ در اثر آریتمی‌ها رخ داده‌است (۳). در میان اختلالات ریتمی، به رادی آریتمی‌ها^۶ (تعداد ضربان قلب کمتر از ۶۰ در دقیقه در بزرگسالان (۴) به‌عنوان یکی از اختلالات ریتم قلب است که عموماً در اثر اختلال ضربان‌سازی در گره سینوسی-دهلیزی^۷، نقص هدایتی در

اختلالات ریتم یک مشکل اپیدمیولوژیکی و مرتبط با سلامتی عمومی در سطح جهان محسوب می‌شود (۱)؛ از طرفی مرگ ناگهانی قلبی که به دنبال آریتمی‌های مرگبار به وجود می‌آید یکی از علل مرگ‌ومیر در سرتاسر جهان است (۲). بر اساس گزارش کمیته آمار

^۱ دکتری تخصصی پرستاری، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران

^۲ کارشناسی ارشد روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران (نویسنده مسئول).

^۳ دکتری تخصصی پرستاری، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران

^۴ دکتری تخصصی آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران

^۵ American Heart Association

^۶ Bradyarrhythmias

^۷ Sinoatrial (SA) Node

پیامدهای معین در سلامت فردی آن‌ها به‌واسطه افراد دیگر مانند پزشکان و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی تعیین می‌شوند؛ و در عوض افرادی که دارای کانون کنترل سلامت درونی هستند، معتقدند که پیامدهای معین در سلامت فردی، نتیجه رفتار، اعمال و انتخاب‌های خودشان بوده و تعیین‌کننده سلامتی آن‌ها است؛ و در نهایت افرادی که دارای کانون کنترل سلامت شانس بیشتری هستند، باور دارند که پیامدهای معین در سلامت فردی، نتیجه شانس، سرنوشت و بخت و اقبال بوده و تعیین‌کننده سلامتی آن‌ها است (۱۱، ۱۶).

مارتون^۶ و همکاران در مطالعه خود بر نقش کانون کنترل سلامت بر ترجیحات و اولویت‌های افراد در زمینه مراقبت‌های بهداشتی تأکید داشتند؛ به طوری که نوع کانون غالب می‌توانست نقش‌های فعال، مشارکتی و منفعل را در تصمیم‌گیری‌های بالینی و پزشکی بیماران القاء نماید (۱۷). از آنجایی که منبع کنترل عاملی قدرتمند بر رفتار انسان است تشخیص آن، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را قادر می‌سازد تا اثربخشی داروها و روش‌های درمانی تجویز شده برای بیماران را به‌طور مؤثرتری ارزیابی کنند و اطمینان حاصل کنند که یک رژیم‌درمانی مؤثر حفظ شده و از هزینه‌های غیرضروری اجتناب می‌نمایند (۱۸).

کانون کنترل سلامت علاوه بر اینکه نقش مهمی در ایجاد رفتارهای ارتقادهنده سلامتی در بیماران بازی می‌کند، در تولید فرایندهای شناختی و مهارت‌هایی مانند حل مسئله و تصمیم‌گیری نیز تأثیرگذار بوده و باعث به وجود آمدن دانش و تجربه جدید می‌شود. و این تصمیم‌گیری باعث می‌شود که بخشی از پروسه درمان را به دست گرفته و با انتخاب‌هایش در روند درمان سهم مهمی داشته باشد. بنابراین تعیین و مشخص نمودن منبع کنترل سلامت در بیمار اهمیت ویژه‌ای دارد. با توجه به‌مرور متون و بررسی تحقیقات انجام شده، کانون کنترل سلامت در بیماری‌های مختلف از بعد کنترل درونی تا بعد کنترل بیرونی در نوسان بوده است. طوریکه در بعضی از بیماران، کانون کنترل از نوع کنترل درونی و در برخی دیگر کانون کنترل از نوع کنترل بیرونی غالب بوده است. با توجه به اهمیت فهم ابعاد کانون کنترل سلامت و نبود پژوهشی در این ارتباط بر روی بیماران با ضربان‌ساز داخل قلبی، مطالعه حاضر باهدف تعیین ابعاد کانون کنترل سلامت در بیماران با ضربان‌ساز دائمی قلبی مراجعه‌کننده به درمانگاه دیس ریتمی مرکز سیدالشهدا در سال ۲۰۰۲-۱۴۰۱ انجام شد.

گره دهلیزی-بطنی^۱ و یا سیستم پورکنژ^۲ است که غالباً به دنبال ورزش حرفه‌ای، افزایش سن، عوارض دارویی، ژنتیک، بروز ایسکمی‌های حاد قلبی و یا تشنج به وجود می‌آید (۴، ۵). یکی از راه‌های مؤثر برای اصلاح این اختلالات، کاشت ضربان‌ساز داخلی قلب (پیس میکر^۳) است (۵). جایگذاری پیس میکر دائمی قلبی^۴ یک پروسیجر حیاتی و نجات‌دهنده، بخصوص در بیماران با به رادی آریتمی قلبی است (۶). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۸)، در کل دنیا تعداد سه میلیون نفر با پیس میکر زندگی می‌کنند و سالیانه حدود ششصد هزار ضربان‌ساز دائمی برای بیماران تعبیه می‌شود (۷).

گذشتن یک جسم خارجی در داخل قلب به‌عنوان یک اتفاق بزرگ در زندگی فرد به‌حساب آمده و تعبیه ضربان‌ساز قلبی اغلب برای بیمار از نظر روانی و جسمی دشوار است (۸). از سمتی مداخلات الکتریکی که جهت درمان آریتمی و مشکلات قلبی مورد استفاده قرار می‌گیرد، بدون عارضه نیست. ضربان‌سازها نیز عوارضی از جمله عفونت محل قرارگیری ضربان‌ساز، عوارض مربوط به لیدها و مشکلات روانی ناشی از اتکالی بیماران به وجود این دستگاه جهت ادامه حیات را دارند. از طرف دیگر اغلب بیماران برای تغییرات عمده‌ای که در زندگی‌شان ایجاد شده است آماده نیستند (۹). مشکلات متعدد در انجام کارهای معمول زندگی، معمولاً موجب ایجاد احساس ضعف و ناتوانی بیماران می‌شود. از آنجایی که مهم‌ترین بخش روند درمان، بر عهده خود بیمار است؛ به نظر می‌رسد کانون کنترل سلامت نقش مهمی را در رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و سبک مقابله‌ای در این بیماران داشته که تا به امروز چندان مورد توجه و مطالعه قرار نگرفته است (۱۰).

کانون کنترل سلامت عبارت است از درجه باور و اعتقاد فرد به این امر که سلامت او تحت کنترل عوامل درونی یا بیرونی است (۱۱). انجمن روان‌پزشکی آمریکا کانون کنترل سلامت را این‌گونه تعریف می‌کند: سازه‌ای است که برای دسته‌بندی جهت‌گیری‌های انگیزشی پایه افراد و درک میزان کنترل آن‌ها بر شرایط زندگی‌شان استفاده می‌شود (۱۲). کانون کنترل سلامت^۵ به دلیل تأثیر بر روی سطح خود مراقبتی افراد، به‌عنوان یکی از مفاهیم حائز اهمیت در بیماران مزمن بوده و مفهومی است که به منبع حاکم بر رفتار فرد اشاره دارد و بین طیفی از درونی تا بیرونی در نوسان است (۱۳)، کانون کنترل سلامت به‌صورت چندبعدی به عوامل درونی، بیرونی و شانس نسبت داده می‌شود (۱۵)؛ بدین‌صورت که کسانی که کانون کنترل سلامتی از نوع بیرونی دارند به این امر معتقدند که

⁴ Permanent pacemaker implantation

⁵ Health Locus of Control (HLCoC)

⁶ Marton

¹ atrioventricular (AV) Node

² Purkinje Fibers

³ Pacemakers

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی است که به بررسی ابعاد کنترل کانون سلامت در بیماران با پیس میکر دائمی قلبی مراجعه‌کننده به درمانگاه دیس ریتمی مرکز سیدالشهدا در سال ۱۴۰۱-۰۲ پرداخته است. این پژوهش در یک بازه‌ی زمانی ۱۰ ماهه انجام شد. جامعه‌ی آماری شامل ۳۵۰ نفر از بیماران دارای پیس میکر قلبی مراجعه‌کننده به درمانگاه دیس ریتمی مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدا ارومیه بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس از میان افراد حائز شرایط ورود به مطالعه انتخاب شدند. حجم نمونه در این مطالعه بر اساس یک مطالعه پایلوت با انحراف معیار ۸/۵، فاصله اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۸۰ درصد و دقت آزمون یک بر اساس فرمول زیر حدوداً ۲۸۰ نفر برآورد گردید که با احتساب ریزش تقریبی ۲۰ درصد، تعداد ۳۵۰ نفر در این مطالعه شرکت نمودند.

$$n = \frac{Z^2 1 - \frac{\alpha}{2} * \sigma^2}{\delta^2} = \frac{1.96^2 * 8.5^2}{1} \sim 280$$

این مطالعه، به شکل مقطعی انجام گرفت. پژوهشگر پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و دریافت شناسه اخلاق IR.UMSU. REC.1401.394، همراه با معرفی‌نامه از دانشگاه به محیط پژوهش که درمانگاه دیس ریتمی بیمارستان سیدالشهدا ارومیه بود، مراجعه نموده و سپس با کسب اجازه از مسئولین مرکز و هماهنگی با مسئول درمانگاه، اقدام به جمع‌آوری اطلاعات بیماران دارای پیس میکر مراجعه‌کننده به این مرکز نمود. با توجه به اینکه درمانگاه فقط در شیفت صبح باز بود، پژوهشگر در روزهای دوشنبه الی چهارشنبه به درمانگاه مراجعه و اقدام به نمونه‌گیری به صورت در دسترس از بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه نموده است. نمونه‌گیری از بیستم بهمن ماه ۱۴۰۱ به مدت دو ماه به طول انجامید. پژوهشگر ضمن مراجعه به درمانگاه دیس ریتمی، پس از معرفی خود به واحدهای پژوهش، توضیح اهداف پژوهش و جلب همکاری آنان، فرم رضایت‌نامه را در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار داد. پس از مطالعه فرم رضایت آگاهانه توسط واحدهای پژوهش، توضیحات لازم در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها به مشارکت‌کنندگان داده شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل برای شرکت در مطالعه، سپری شدن حداقل ۳ ماه از تعبیه پیس میکر دائمی قلبی، داشتن هوشیاری کامل (آگاه به زمان و مکان)، توانایی درک و تکلم به زبان فارسی، داشتن سواد حداقل خواندن و نوشتن بود. ملاک خروج از پژوهش عدم پاسخ به بیش از ۲۰ درصد کل گویه‌ها بود.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه فرم مشخصات جمعیتی شناختی و مقیاس کانون کنترل سلامت چندبعدی والس‌تون و دیولیس^۱ (۱۹۷۸) بود (۱۹). این پرسشنامه که دارای ۱۸ گویه در سه خرده مقیاس (کنترل درونی سلامت، کنترل سایرین قدرتمند و سلامت شانس) است، برای سنجش منبع کنترل سلامت و باورها و افکار افراد در این زمینه ساخته شده و به پیشگویی رفتار بهداشتی مبتنی بر اعتقادات فردی کمک می‌کند. هر مقیاس شامل شش گویه است که با استفاده از مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم = ۱ امتیاز، تقریباً مخالف = ۲ امتیاز، کمی مخالف = ۳ امتیاز، کمی موافق = ۴ امتیاز، تقریباً موافق = ۵ امتیاز، کاملاً موافقم = ۶ امتیاز) اندازه‌گیری می‌شود.

کانون کنترل درونی^۲ (I): شامل درجه اعتقاد فرد به این امر که عوامل داخلی و رفتارهایش مسئول بیماری و سلامت او می‌باشند (گویه‌های ۱ - ۶). دامنه نمرات در این بعد مابین ۶ تا ۳۶ است که نمره بیشتر در این قسمت نشانه کنترل درونی بیشتر و نمره کمتر نشانه کنترل درونی کمتر است.

کانون کنترل (افراد قدرتمند)^۳ (P): شامل درجه اعتقاد فرد به این امر که سلامت او به وسیله افراد دیگر تعیین می‌شود (گویه‌های ۷ - ۱۲). دامنه نمرات در این بعد هم مابین ۶ تا ۳۶ است که نمره بیشتر در این قسمت نشانه کنترل بیرونی بیشتر و نمره کمتر نشانه کنترل بیرونی کمتر است.

کانون کنترل بیرونی شانس^۴ (C): شامل درجه اعتقاد فرد به این امر است که سلامت او وابسته به شانس و بخت و اقبال و سرنوشت او است (گویه‌های ۱۳ - ۱۸). دامنه نمرات در این بعد هم مابین ۶ تا ۳۶ است که نمره بیشتر در این قسمت نشانه کنترل شانس بیشتر و نمره کمتر نشانه کنترل شانس کمتر است (۲۰).

مقیاس چندوجهی کانون کنترل سلامت یک آزمون استاندارد بوده که از اعتبار و روایی قابل قبولی برخوردار است و روایی و پایایی آن در مطالعات خارجی و همچنین در ایران مورد تأیید قرار گرفته است. نسخه چینی این ابزار توسط لی و همکاران^۵ روان‌سنجی شده و آلفای کرونباخ (ضریب همبستگی داخلی) برای نسخه چینی مقیاس کنترل سلامت ۰/۸۰ و برای دو نسخه خرده مقیاس خارجی و داخلی به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۶ گزارش نمودند (۲۱). در ایران مشکی و همکاران روایی این ابزار را با سه روش روایی محتوا، هم‌زمان و سازه بررسی کرده‌اند. همچنین برای هر یک از مؤلفه‌های درونی، بیرونی و شانس این ابزار به ترتیب ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۷۰، ۰/۷۵ و ۰/۶۹ محاسبه شدند (۲۲). در مطالعه حاتم لو و

⁴ Chance

⁵ Ulili et al.

¹ Wallston & DeVellis

² Internal

³ Powerful Other

ماندن اطلاعات افراد شرکت‌کننده در پژوهش اطمینان داده شد. همچنین شماره تماس محقق در اختیار واحدهای پژوهش گذاشته شد تا در صورت نیاز با محقق ارتباط برقرار نمایند. در نهایت داده‌های گردآوری‌شده توسط محقق با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد بررسی و تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۵۰ نفر از بیماران دارای ضربان‌ساز داخل قلبی مراجعه‌کننده به درمانگاه دیس ریتمی مرکز قلب سیدالشهدا ارومیه شرکت کردند. اکثریت آنان مرد (۵۸ درصد) و متأهل (۷۶/۹ درصد) بودند. بیشتر نمونه‌های مورد پژوهش دارای سطح تحصیلات ابتدایی (۴۶ درصد) و از لحاظ وضعیت اشتغال، شاغل (۲۸/۸ درصد) بودند. همچنین ۸۶/۹ درصد آن‌ها در شهر سکونت داشته و بقیه در روستا زندگی می‌کردند (جدول شماره ۱).

همکاران نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ ثبات درونی برای مؤلفه‌های درونی، بیرونی و شانس به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۶۵ و ۰/۹۰ گزارش گردید (۲۳). در مطالعه ایی دیگر که توسط حریفی و همکاران در سال ۲۰۲۰ در تهران انجام شد، پایایی هر بعد را در گروه هدف مورد ارزیابی مجدد قرار داد و ضرایب آلفای کرونباخ را برای منبع داخلی ۴۷/۵ برای منبع قدرت دیگران ۵۹/۲ و برای منبع شانس ۵۸/۶ گزارش کرد (۲۴). در مطالعه حاضر پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۴۲ مورد تأیید قرار گرفته است.

پرسشنامه‌های بی‌نام پس از اخذ رضایت مکتوب از بیماران برای شرکت در این مطالعه در اختیار آنان قرار گرفت. ابتدا پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و سپس پرسشنامه کانون کنترل سلامت به صورت نسخه چاپی و کاغذی به بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه دیس ریتمی بیمارستان سیدالشهدا داده شد. از مشارکت‌کنندگان درخواست شد که در حضور پژوهشگر (نویسنده مسئول) با دقت و صداقت پرسشنامه‌ها را تکمیل نموده و به آن‌ها در خصوص محرمانه

جدول (۱): توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک بیماران شرکت‌کننده در مطالعه

متغیر	فراوانی	درصد
جنس	مرد	۲۰۳
	زن	۱۴۷
وضعیت تأهل	مجرد	۸
	متأهل	۲۶۹
	مطلقه	۱۰
	بیوه	۶۳
محل سکونت	شهر	۳۰۴
	روستا	۴۶
وضعیت اشتغال	شاغل	۹۹
	خانه‌دار	۹۸
	بازنشسته	۹۷
	بیکار	۵۶
سطح تحصیلات	ابتدایی	۱۸۲
	راهنمایی	۵۶
	متوسطه	۷۸
	دانشگاهی	۳۴
پوشش بیمه‌ای	دارد	۳۲۳
	ندارد	۲۷
تحصیل کرده در خانواده	بله	۲۸۷
	خیر	۶۳
نحوه زندگی	با خانواده	۱۵۲
	صرفاً با همسر	۱۰۷

متغير	فراوانى	درصد
وضعيت اقتصادى	صرفاً با فرزند	۱۴/۹
	تنها	۱۱/۱
فعاليت	خوب	۹/۱
	متوسط	۶۵/۱
	بد	۲۵/۷
دخانيات	منظم	۵۲
	نامنظم	۴۸
سابقه مصرف مشروبات الكل	بله	۱۶
	خير	۸۰
	ترک کرده	۴
سابقه مصرف مخدر	بله	۴
	خير	۹۵/۷
	ترک کرده	۰/۳
سابقه بيمارى طبي ديگر	بله	۲/۶
	خير	۹۷/۱
	ترک کرده	۰/۳
	دارد	۳۸/۳
	ندارد	۶۱/۷

ماه و مدت زمان تعبيه ضريان ساز $50/61 \pm 73/21$ ماه بود. همچنين ميانگين تعداد فرزند بيماران برابر با $1/94 \pm 3/76$ گزارش گرديد (جدول ۲).

همچنين ميانگين سن نمونه هاى مورد پژوهش در اين مطالعه $12/86 \pm 64/38$ سال، مدت زمان ابتلا به بيمارى $5/29 \pm 100/73$.

جدول (۲): ميانگين و انحراف معيار مشخصات دموگرافيك كمى بيماران شركت كننده در مطالعه

متغير	حداقل	حداكثر	ميانگين	انحراف معيار
سن (سال)	۲۰	۹۳	۶۴/۳۸	۱۲/۸۶
مدت زمان ابتلاى بيمارى (ماه)	۶	۳۶۰	۱۰۰/۷۳	۵/۲۹
مدت زمان تعبيه ضريان ساز (ماه)	۴	۲۶۴	۷۳/۲۱	۵۰/۶۱
تعداد فرزند	۰	۱۰	۳/۷۶	۱/۹۴

كنترل بيرونى افراد قدرتمند ($4/77 \pm 28/90$) و كنترل درونى ($5/33 \pm 26/03$) بود. همچنين كمترين ميانگين نمره مربوط به كانون كنترل بيرونى شانس ($6/78 \pm 17/76$) بود (جدول ۳).

بر طبق نتايج به دست آمده از مطالعه حاضر، بيشترين ميانگين نمره از بين ابعاد كانون كنترل سلامت به ترتيب مربوط به ابعاد

جدول (۳): تعيين ميانگين نمره ابعاد كانون كنترل سلامت در بيماران با ضريان ساز دائمي قلبى

متغير	دامنه نمرات	حداقل	حداكثر	ميانگين	انحراف معيار
كانون كنترل درونى	۶-۳۶	۶	۳۶	۲۶/۰۳	۵/۳۳
كانون كنترل بيرونى افراد قدرتمند	۶-۳۶	۶	۳۶	۲۸/۹۰	۴/۷۷
كانون كنترل بيرونى شانس	۶-۳۶	۶	۳۶	۱۷/۷۶	۶/۷۸

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر، که باهدف تعیین ابعاد کانون کنترل سلامت در بیماران دارای ضربان‌ساز داخل قلبی انجام شد نشان داد که بیشترین و کمترین نمره به ترتیب مربوط به ابعاد کنترل بیرونی افراد قدرتمند و کنترل بیرونی شانس بود. بنابراین می‌توان چنین بیان نمود که به گمان بیشتر نمونه‌های شرکت‌کننده در این پژوهش، سلامتی و برنامه مراقبتی آن‌ها در دست کادر درمان و پزشکان و متخصصین مربوطه است و نقش آن‌ها را در زمینه سلامتی خودشان پررنگ‌تر احساس می‌کنند. کانون کنترل سلامت وابسته به افراد مهم از جمله پزشک، تیم درمان و افراد حمایت‌گر خانواده می‌تواند به‌عنوان منابع کنترل بیرونی در شرایط بیمار نقش مؤثری داشته باشد. هنگامی که بیمار به تخصص و مهارت تیم درمان اعتماد دارد، استرس کمتری را تجربه می‌کند. از سویی دیگر داشتن حمایت روانی-اجتماعی همواره عاملی مؤثر در کیفیت زندگی به شمار می‌رود و زمانی که بیماران خانواده خود را حمایت‌گر بدانند، کیفیت زندگی مطلوب‌تری را تجربه می‌کنند (۲۵). یافته‌های پژوهش حاضر نقش منبع کنترل سلامت وابسته به افراد مهم را تأیید می‌کند. این یافته از مطالعه حاضر همسو با مطالعه اسدی پویا و همکاران است که در آن اکثریت بیماران دارای کانون کنترل بیرونی بودند. با این وجود در تناقض با یافته مطالعه حاضر در مطالعه اسدی و همکاران کمترین میانگین برای کنترل سلامت درونی گزارش گردید. در مطالعه اسدی و همکاران بیماران مبتلا به صرع درک ضعیفی از کانون کنترل درونی و درعوض از منبع کنترل سلامت بیرونی درک عمیق‌تری داشتند. احتمالاً این بدان معنی است که این بیماران ممکن است به دلیل ماهیت بیماری خود (صرع)، سطوح پایین‌تری از مشارکت در رفتارهای سلامتی مفید و راهبردهای مقابله‌ای فعال را داشته باشند (۲۶).

نتایج مطالعه مرادی و همکاران نشان داد که در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، میانگین نمره کانون کنترل درونی و کنترل دیگران به ترتیب بیشترین نمره را دارا بودند (۲۷). در یک مطالعه دیگر که توسط ویجی کومار بودو^۱ و همکاران انجام گردید، افراد مبتلا به صرع در زیرمقیاس شانس نمرات بالاتر و در زیرمقیاس کنترل درونی نمرات پایین‌تری نسبت به گروه کنترل داشتند. در نمرات کانون کنترل بیرونی بین دو گروه تفاوتی وجود نداشت. نکته قابل‌توجه در این مطالعه این بود که بیماران صرعی با کنترل ضعیف تشنج دارای نمره کانون کنترل بیرونی افراد قدرتمند بالاتر و نمرات کانون کنترل درونی پایین‌تری بودند. افراد مبتلا به صرع درک پایینی از منبع

کنترل درونی و درک بالایی از منبع کنترل شانس داشتند. این بدان معنی است که بیمار صرعی احساس می‌کند که شانس نقش مهمی در کنترل بیماری آن‌ها دارد (۲۸).

در مطالعه کارن دوپلت و همکاران^۲ درباره نقش کانون کنترل سلامت در بیماران سرطانی، مشخص گردید که اکثریت بیماران شرکت‌کننده در مطالعه دارای کانون کنترل بیرونی افراد قدرتمند بودند. بیماران دارای کنترل بیرونی صرفاً توصیه‌های انکولوژیست را می‌پذیرفتند، به دیگران قدرتمند مانند خاخم و عضو خانواده تکیه می‌کردند و به سرنوشت ایمان زیادی داشتند. در مقابل بیماران با کنترل درونی که در اقلیت بودند، درباره مسائل با پزشک بحث و مذاکره کرده و در حال جستجوی اطلاعات و خواندن هر مطالعه جدید منتشر شده مرتبط با بیماری خود بودند و در صورت لزوم درمان خودشان را انتخاب می‌کردند (۲۹). در مطالعه امیجی و همکاران^۳ با عنوان تأثیر کانون کنترل سلامت در تبعیت از رژیم‌درمانی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون، نتایج تفاوت معنی‌داری را بین بیماران با کنترل درونی و کنترل بیرونی برای پایداری به رژیم‌درمانی نشان داد. طوری که افراد با منبع کنترل درونی بیشتر از افراد با منبع بیرونی به رژیم‌درمانی خود پایبند بودند. بیماران با کنترل درونی به دنبال اطلاعات در زمینه بیماری خود بودند، خود را مسئول حفظ یا بهبود سلامت جسمانی خود می‌دانستند، و اطلاعات بیشتری درباره شرایطی که باعث ضعف سلامتی می‌شود، داشتند و به احتمال زیاد گام‌هایی برای کنترل بیماری خود مانند ترک سیگار و کاهش وزن اضافی بر می‌داشتند و در نتیجه به اختلالات قلبی و عروقی کمتری به دنبال پرفشاری خون دچار شوند (۳۰).

ریداوت^۴ و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که کانون کنترل سلامت در بیماران تحت عمل جراحی عروق کرونر قلب به‌صورت دوره‌ای در نوسان است. یعنی بیماران در دوره قبل از عمل جراحی، برای کنترل رفتارهای سلامتی خود بیشتر به منابع بیرونی و دیگران وابسته‌اند در حالیکه بعد از دوره عمل، توجه این بیماران بیشتر متوجه منابع درونی است (۳۱). بنابراین ضروری است پرسنل ارائه دهنده خدمات بهداشتی-درمانی به‌ویژه پرستاران، با آگاهی از نوسان کانون کنترل سلامت در دوره‌های متفاوت درمانی، اطلاعات و آموزش‌های کافی در خصوص تقویت بعد کانون کنترل درونی و تکیه به توانایی‌های خود و خودکنترلی به بیماران ارائه و بر نقش اساسی خود بیمار (منابع درونی) در فرآیند تغییر رفتارهای خودمراقبتی تأکید نمایند (۳۲، ۳۳).

³ Omeje et al.

⁴ Rideout

¹ Vijay Kumar Boddu

² Keren Dopelt et al.

مشکلات و محدودیت‌های پژوهش:

شرایط روحی واحدهای پژوهش به جهت وضعیت خاص بیماری آن‌ها و نیز داشتن مشکلات فردی در زمان پاسخ به پرسشنامه روی نحوه پاسخ دهی آن‌ها به سؤالات تأثیر داشت که از کنترل پژوهشگر خارج بود. خودداری واحدهای پژوهش از بیان بعضی از اطلاعات مورد پژوهش که با بیان اینکه پاسخها محرمانه خواهد ماند تاحدودی کنترل گردید.

محدودیت دیگر که ممکن است بر نتایج پژوهش تأثیرگذار باشد، استفاده از ابزارهای خودگزارش دهی بود. بر اساس مطالعات روش خودگزارش دهی همیشه روش قابل اعتمادی برای بررسی موضوعات مورد نظر نیست و ممکن است برخی از بیماران جنبه‌هایی از واقعیت را جور دیگر گزارش نمایند که این موضوع نیز با برقراری ارتباط مناسب با بیمار و اطمینان دادن به وی در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات در نزد پژوهشگر تا حدودی کنترل گردید.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه می‌تواند، زمینه‌ساز طراحی و انجام مطالعات مداخله‌ای در راستای بهبود خودکنترلی (منبع درونی) در بیماران و همچنین نقش ارائه‌دهندگان خدمات درمانی - مراقبتی (تیم درمانی اعم از پزشک، پرستار و...) و خانواده و اطرافیان بیمار (منبع بیرونی) در فرایند درمان و سلامت بیماران دارای ضربان‌ساز دائمی قلبی باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه توصیفی منتج از پایان‌نامه با کد اخلاق IR.UMSU.REC.1401.394 از کمیته محترم اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه است که در شهر ارومیه در سال ۱۴۰۱-۰۲ انجام شد. از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه جهت حمایت از طرح و کلیه کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References:

- Pallangyo P, Mgopa L, Millinga J, Bhalia S, Hemed NR, Mkojera Z, et al. Suicide Attempt Following Pacemaker Implantation in an Eighty-Three-Year-Old Male: A Case Report. *J Med Cases* 2019;10(12):345-7. <https://doi.org/10.14740/jmc3383>
- Patel MH, Sampath S, Kapoor A, Damani DN, Chellapuram N, Challa AB, et al. Advances in Cardiac Pacing: Arrhythmia Prediction, Prevention and Control Strategies. *Front Physiol* 2021;12. <https://doi.org/10.3389/fphys.2021.783241>
- Kusumoto FM, Schoenfeld MH, Barrett C, Edgerton JR, Ellenbogen KA, Gold MR, et al. 2018 ACC/AHA/HRS Guideline on the Evaluation and Management of Patients With Bradycardia and Cardiac Conduction Delay: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *Circulation* 2019;140(8):e382-e482. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000721>
- Wung SF. Bradyarrhythmias: Clinical Presentation, Diagnosis, and Management. *Crit Care Nurs Clin* North Am 2016;28(3):297-308. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2016.04.003>
- Onakpoya UU, Ojo OO, Eyekepegba OJ, Oguns AE, Akintomide AO. Early experience with permanent pacemaker implantation at a tertiary hospital in Nigeria. *Pan Afr Med J* 2020;36:177. <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.36.177.24425>
- Wang PJ, Hayes DL. 119 - Implantable Pacemakers. In: Zipes DP, Jalife J, Stevenson WG, editors. *Cardiac Electrophysiology: From Cell to Bedside (Seventh Edition)*: Elsevier; 2018. p. 1139-49. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-44733-1.00119-X>
- Health Quality O. Remote Monitoring of Implantable Cardioverter-Defibrillators, Cardiac Resynchronization Therapy and Permanent Pacemakers: A Health Technology Assessment. *Ont Health Technol Assess Ser* 2018;18(7):1-199.
- Torabi M, AliAkbari F, Aien F, Deriss F. The Effect of Family-Centered Empowerment Model on the Quality of Life of the Patients With Permanent Pacemaker in Chamran Hospital in Isfahan. *J Clin Nurs Midwifery* 2018;7(3):218-25.

9. Ataee E, Haghjoo M, Dalvandi A, Bakhshandeh H. Effect of self-care education on quality of life among patients with permanent pacemaker. *Iran J Cardiovasc Nurs* 2013;1(4):40-7.
10. Zou H, Tian Q, Chen Y, Cheng C, Fan X. Coping Styles Mediate the Relationship Between Self-esteem, Health Locus of Control, and Health-Promoting Behavior in Chinese Patients With Coronary Heart Disease. *J Cardiovasc Nurs* 2017;32(4):331-8. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000357>
11. Halse I, Bjørkløf GH, Engedal K, Selbæk G, Barca ML. Locus of Control and Its Associations with Depressive Symptoms amongst People with Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2021;50(3):258-65. <https://doi.org/10.1159/000517936>
12. American Psychological Association (APA). locus of control 2023 [Available from: <https://dictionary.apa.org/locus-of-control>.
13. Rydlewska A, Krzysztofik J, Libergal J, Rybak A, Banasiak W, Ponikowski P, et al. Health locus of control and the sense of self-efficacy in patients with systolic heart failure: a pilot study. *Patient Prefer Adherence* 2013;7:337. <https://doi.org/10.2147/PPA.S41863>
14. Sharif SP. Locus of control, quality of life, anxiety, and depression among Malaysian breast cancer patients: The mediating role of uncertainty. *Eur J Oncol Nurs* 2017;27:28-35. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.01.005>
15. Wallston KA, Strudler Wallston B, DeVellis R. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Educ Monogr* 1978;6(1):160-70. <https://doi.org/10.1177/109019817800600107>
16. 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(1):492. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-492>
17. Marton G, Pizzoli SFM, Vergani L, Mazzocco K, Monzani D, Bailo L, et al. Patients' health locus of control and preferences about the role that they want to play in the medical decision-making process. *Psychol Health Med* 2021;26(2):260-6. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1748211>
18. Omeje O, Nebo C. The influence of locus control on adherence to treatment regimen among hypertensive patients. *Patient Prefer Adherence* 2011:141-8. <https://doi.org/10.2147/PPA.S15098>
19. Kesavayuth D, Poyago-Theotoky J, Tran DB, Zikos V. Locus of control, health and healthcare utilization. *Economic Modelling*. 2020;86:227-38. <https://doi.org/10.1016/j.econmod.2019.06.014>
20. Darnikowska J, Jędrzejczak B, Dziki A, Mik M. Health locus of control among patients operated on for colorectal cancer. *Pol Przegl Chir* 2021;93(0):1-6. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0015.3457>
21. Li Y, Kong D, Wang W, Zhu Y, Liu X. Psychometric properties of the Chinese version of the recovery locus of control (RLOC) Scale among patients with myocardial infarction. *Nurs Open* 2020;7(6):1815-21. <https://doi.org/10.1002/nop2.568>
22. 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(1):1-6. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-295>
23. Hatamloo Sadabadi M, Poursarifi H, Babapur Khairuddin J. The role of health locus of control in self-care behaviors in patients with type II diabetes. *Med J Tabriz Univ Med Sci* 2011;33(4):17-21.
24. Harifi S, SeyedAlinaghi S, Qorbani M, Mahmoodi Z. The relationship between social roles and psychosocial adjustment in women with HIV: A structural equation model. *Brain Behav* 2021;11(1):e01943. <https://doi.org/10.1002/brb3.1943>
25. Soltani S, Hassani F, Golshani F, Koochak ER. Predicting the Quality of Life by Health Locus of Control and Illness Perception in Patients with

- Cardiovascular Diseases. *Mid East J Disabil Stud* 2021;11(1):0-0.
26. Asadi-Pooya AA, Schilling CA, Glosser D, Tracy JJ, Sperling MR. Health locus of control in patients with epilepsy and its relationship to anxiety, depression, and seizure control. *Epilepsy Behav* 2007;11(3):347-50. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2007.06.008>
27. Moradi Y, Al Shara SA, Namadi F, Mollazadeh F. The relationship between health locus of control and self-efficacy in patients with heart failure. *Nurs Midwifery Stud* 2022;11(1):31.
28. Boddu VK, Rebello A, Chandrasekharan SV, Rudrabhatla PK, Chandran A, Ravi S, et al. How does "locus of control" affect persons with epilepsy? *Epilep Behav* 2021;123:108257. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2021.108257>
29. Dopelt K, Bashkin O, Asna N, Davidovitch N. Health locus of control in cancer patient and oncologist decision-making: An exploratory qualitative study. *PLoS One* 2022;17(1):e0263086. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263086>
30. Omeje O, Nebo C. The influence of locus control on adherence to treatment regimen among hypertensive patients. *Patient Pref Adherence* 2011;5:141-8. <https://doi.org/10.2147/PPA.S15098>
31. Rideout A, Tolmie E, Lindsay G. Health locus of control in patients undergoing coronary artery surgery-changes and associated outcomes: a seven-year cohort study. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2017;16(1):46-56. <https://doi.org/10.1177/1474515116636501>
32. Hekmatpou D, Mohammadi E, Ahmadi F, Arefi S, Rafie M. The Effectiveness of Applying "Making Sensitivity to Re-admission Caring Model. *Razi J Med Sci* 2010;17(75):33-50.
33. Indelicato L, Mariano V, Galasso S, Boscari F, Cipponeri E, Negri C, et al. Influence of health locus of control and fear of hypoglycaemia on glycaemic control and treatment satisfaction in people with Type 1 diabetes on insulin pump therapy. *Diabet Med* 2017;34(5):691-7. <https://doi.org/10.1111/dme.13321>

HEALTH LOCUS OF CONTROL IN THE PATIENTS WITH PERMANENT CARDIAC PACEMAKERS: A DESCRIPTIVE STUDY

Yaser Moradi¹, Ali Khezri^{2*}, Moloud Radfar³, Vahid Alinejad⁴

Received: 08 August, 2023; Accepted: 12 September, 2023

Abstract

Background & Aim: Embedding a foreign body inside the heart is considered a significant event in a person's life and causes a change in the level of control a person has over the environment and his choices. Therefore, correctly identifying the center or source of control can play an essential role in formulating strategies for the participation of these patients in useful health behaviors and adopting active coping strategies. Considering the importance of understanding the dimensions of the health locus of control and the lack of a similar study on these patients, the present study was conducted to determine the health locus of control in the patients with a permanent cardiac pacemaker who were referred to the dysrhythmia clinic of Seyed al-Shohadah Center in Urmia, Iran between 2022 and 2023.

Materials & Methods: In this descriptive-analytical study, 350 patients with permanent cardiac pacemakers referred to the dysrhythmia clinic of Seyyed al-Shohada Teaching Hospital in Urmia were selected using convenience sampling, and they completed the questionnaire. Demographic questionnaire and Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) were used to collect data. This research was conducted over ten months, and all data was analyzed by SPSS software version 22 using descriptive statistics.

Results: The results of this study showed that the highest mean scores among the dimensions of health locus of control belongs to external (28.90 ± 4.77) internal (26.03 ± 5.33) controls. Also, the lowest mean score was related to chance (17.76 ± 6.78).

Conclusion: It can be concluded that the center of health control of the patients with internal pacemakers is mainly from external control of powerful people. According to these patients, their health and care plan and definite consequences are controlled by medical staff, doctors, and specialists, and the patients feel that they have more prominent role in their health.

Keywords: Health Locus of Control, Patient, Permanent Cardiac Pacemaker

Address: Urmia School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Iran

Tel: +984432754962

Email: khezriali7@gmail.com

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Assistant Professor, Patient Safety Research Center, Clinical Research Institute, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.

² Master of Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Professor of Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Assistant Professor, Biostatistics, Patient Safety Research Center, Clinical Research Institute, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran