

وضعیت کانون کنترل بر سلامت و ارتباط آن با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در جمعیت بالای پانزده سال شهر بندرعباس

تیمور آقاملایی^۱ / صدیقه السادات طوافیان^۲ / امین قنبر نژاد^۳

چکیده

مقدمه: کانون کنترل بر سلامت عبارت است از درجه باور و اعتقاد فرد به این امر که سلامت او تحت کنترل عوامل درونی یا عوامل بیرونی است. هدف این مطالعه تعیین وضعیت کانون کنترل بر سلامت و ارتباط آن با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در جمعیت بالای ۱۵ سال شهر بندرعباس بود.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۱ در جمعیت بالای ۱۵ سال بندرعباس انجام شد. پرسشنامه والستون و پرسشنامه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در اختیار ۸۳۰ نفر قرار گرفت و ۶۸۷ نفر آنها را به طور کامل تکمیل کردند. جهت پیش بینی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت از روی مؤلفه‌های کانون کنترل سلامت از رگرسیون چند متغیره استفاده شد.

یافته ها: میانگین سن افراد مورد مطالعه ($SD=12/1$) $34/3$ سال و $49/8$ درصد آنها مرد بودند. بین میانگین امتیاز کانون کنترل درونی، شانس و قدرت دیگران اختلاف آماری معناداری وجود داشت ($p<0.001$). کمترین میانگین مربوط به کانون کنترل شانس ($21/3$)، و بالاترین میانگین مربوط به قدرت دیگران ($30/3$) و کانون کنترل درونی ($30/3$) بود. بر اساس تحلیل رگرسیون، کانون کنترل درونی ($\beta=0/23, p<0/001$) و قدرت دیگران ($\beta=0/29, p<0/001$) بطور معنی داری متغیر پاسخ یعنی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را تبیین می کنند.

نتیجه گیری: بر اساس نتایج این مطالعه به نظر می رسد برای ارتقاء رفتارهای سلامتی باید بیشتر بر باورهای افراد مبنی بر تأثیر عوامل درونی و توانایی خودشان و همچنین تأثیر افراد مهم بر کنترل عوامل بیرونی، محیطی و شانس تمرکز نمود و آنها را تقویت کرد.

کلیدواژه ها: کانون کنترل، کنترل درونی، شانس، قدرت دیگران، ارتقاء سلامت

• وصول مقاله: ۹۲/۳/۱۸ • اصلاح نهایی: ۹۲/۱۰/۱۶ • پذیرش نهایی: ۹۲/۱۲/۷

۱. دانشیار گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران
۲. دانشیار گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران؛ نویسنده مسئول (tavafian@modares.ac.ir)
۳. مربی گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

مقدمه

کانون کنترل بر سلامت عبارت است از درجه باور و اعتقاد فرد به این امر که سلامت او تحت کنترل عوامل درونی یا عوامل بیرونی است. منبع کنترل در اشخاص مختلف متفاوت است. راتر و همکاران در سال ۱۹۶۶ برای اولین بار مفهوم کانون کنترل را مطرح کردند. کانون کنترل بیان کننده ادراک افراد از توانایی‌های خود برای اعمال کنترل بر محیط پیرامون است [۱]. افرادی که معتقدند کانون کنترل درونی دارند، بر این باورند که بر محیط خویش احاطه و کنترل دارند و عموماً افرادی فعال هستند و رفتارهای سازنده از خود نشان می‌دهند [۲]. در حالی که افراد با کانون کنترل بیرونی معتقدند که زندگی آن‌ها به صورت کامل تحت کنترل محیط و عوامل خارج از کنترل فرد می‌باشد. این دسته از افراد موفقیت و شکست‌های خود را به عواملی همچون شانس، قدرت دیگران، سرنوشت و غیره نسبت می‌دهند و در اغلب موارد مسؤلیت رفتار خود را بر عهده نمی‌گیرند. افراد با کانون کنترل بیرونی، افرادی واکنشی هستند و در واقع منتظرند دیگران آن‌ها را حرکت دهند و از موقعیت‌هایی که تنش‌زا است دوری می‌کنند [۳].

کانون کنترل بر سلامت از نظریه یادگیری اجتماعی نشأت گرفته است که انتظارات افراد و چگونگی رابطه آن‌ها با تقویت کننده‌ها را مورد توجه قرار می‌دهد. فرد با کانون کنترل درونی بر سلامت، با احتمال بیشتری معتقد است که تقویت کننده‌ها موکول به تلاش‌های خود او است، در حالی که افراد دارای کانون کنترل بیرونی بر سلامت، احتمالاً چنین تصور می‌کنند که زندگی آن‌ها به طور وسیعی توسط نیروهای خارجی همچون سرنوشت یا سایر افراد نیرومند تعیین می‌شود. افراد بدبین و آن‌هایی که فکر می‌کنند کنترل کمی بر سلامت خود دارند، در مقایسه با افرادی که دارای احساس قوی تر کنترل هستند، عادات سلامتی ضعیف‌تر و بیماری‌های بیشتری دارند و احتمال کمتری دارد که گام‌های فعالی برای درمان بیماری بردارند. بیماران دارای کانون کنترل درونی

احتمال بیشتری دارد که در تغییر رفتارهای پیشگیری کننده درگیر شوند و تمایل بیشتری دارند تا اطلاعات بیشتری درباره بیماری شان به دست آورند و برای اتخاذ رفتارهایی که به سلامتی منتهی می‌شود دارای انگیزش قوی‌تری هستند [۴]. افرادی که در موقعیتی خاص خود را با کفایت می‌یابند، قادر به کنترل بر آن موقعیت هم هستند، اما افرادی که خود را با کفایت نمی‌دانند حتی هنگامی که در موردی خاص فرصت مناسب وجود دارد، قادر به بهره‌گیری از این فرصت نیستند [۵].

کانون کنترل در دوران کودکی بیشتر از نوع بیرونی است و با گذشت زمان، به خصوص در دوران بزرگسالی به نوع درونی گرایش می‌یابد [۶]. در تبیین این مطلب چنین ادعا می‌شود که نوع کانون کنترل با ساختارهای ادراکی و شناختی فرد رابطه‌ای مستقیم دارد، بدین معنا که چون در دوران کودکی این ساختارها در حال شکل‌گیری بوده و هنوز استحکام نیافته است، کانون کنترل بیرونی نمایان‌تر است و در دوران بزرگسالی چون ساختارهای ادراکی و شناختی استحکام یافته‌اند، کانون کنترل درونی آشکارتر می‌شود [۷، ۸] که البته این موضوع به فرهنگ‌های جوامع مرتبط است. با توجه به موارد ذکر شده و این که در این مورد در ایران مطالعه‌ای جمعیتی به دست نویسندگان نرسیده بود، پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت کانون کنترل بر سلامت و ارتباط آن با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در جمعیت بالای ۱۵ سال شهر بندرعباس انجام شد.

روش کار

جمعیت مورد مطالعه این پژوهش مقطعی افراد بالای ۱۵ سال ساکن شهر بندرعباس بودند. حجم نمونه ۸۳۰ نفر برآورد شد. افرادی وارد مطالعه شدند که قادر به پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه باشند. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود. در مرحله اول مناطق مختلف شهری به عنوان خوشه در نظر گرفته شد، در مرحله بعد با توجه به ساختار سنی

کند که چقدر رفتارهای خاص ارتقاء دهنده سلامت را انجام می‌دهد. امتیاز سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و امتیاز هر کدام از حیطه‌ها با استفاده از میانگین پاسخ‌ها برای کل پرسشنامه و برای هر کدام از حیطه‌ها محاسبه می‌شود. حداقل امتیاز کل پرسشنامه ۵۲ و حداکثر آن ۲۰۸ است. والکر و هیل پولرسکی برای کل این ابزار آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و برای شش حیطه آن طیف ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ را گزارش نموده‌اند [۱۱]. در مطالعه‌ای که در ایران توسط محمدی زیدی و همکاران به منظور استاندارد سازی نسخه فارسی این پرسشنامه انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۲ و برای حیطه‌ها از ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ گزارش شده است [۱۲].

افراد شرکت کننده در مطالعه در مورد هدف تحقیق کاملاً توجه شدند و رضایت آن‌ها برای شرکت در مطالعه اخذ گردید.

داده‌های به دست آمده کد گذاری و وارد برنامه آماری SPSS19 شد. جهت مقایسه مؤلفه‌های کانون کنترل بر سلامت در افراد مورد بررسی از Repeated Masseurs ANOVA، مقایسه کانون کنترل بر سلامت در مردان و زنان از t-test، مقایسه کانون کنترل بر سلامت با تحصیلات از آنالیز واریانس یک طرفه، همبستگی سن با کانون کنترل بر سلامت از ضریب همبستگی پیرسون و جهت پیش بینی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت از روی مؤلفه‌های کانون کنترل سلامت از رگرسیون چند متغیره استفاده شد. ضمناً پیش شرط‌های انجام این آزمون‌ها برقرار بود.

یافته‌ها

در مجموع پرسشنامه‌ها در اختیار ۸۳۰ نفر از افراد بالای ۱۵ سال قرار گرفت و پس از تکمیل جمع آوری شد. ۶۸۷ پرسشنامه به طور کامل تکمیل شده بودند (نرخ پاسخدهی ۸۲/۸ درصد) که مورد تحلیل قرار گرفتند. میانگین سن افراد مورد مطالعه ۳۴/۳ سال با انحراف معیار ۱۲/۱ و دامنه آن از ۱۵ تا ۸۲ سال متغیر بود. ۴۹/۸ درصد آن‌ها مرد و ۵۰/۲ درصد زن بودند (جدول ۱).

جمعیت به صورت نمونه گیری طبقه‌ای نسبتی درون هر خوشه، نمونه مورد نیاز انتخاب شد.

جهت تعیین وضعیت کانون کنترل بر سلامت از پرسشنامه والستون استفاده شد. این پرسشنامه شامل فرم‌های A، B و C است. در این مطالعه از فرم A پرسشنامه استفاده شد که توصیه شده در مطالعات جمعیتی مناسب‌تر است. فرم A پرسشنامه مشخص کننده سه حیطه، کانون کنترل درونی، شانس و قدرت دیگران است. پرسشنامه مذکور دارای ۱۸ سؤال است. هر کدام از حیطه‌ها دارای شش سوال و دامنه امتیاز هر کدام از حیطه‌ها نیز بین شش تا ۳۶ است. همه گزینه‌ها در مقیاس شش گزینه‌ای لیکرت از خیلی موافق (شش) تا خیلی مخالف (یک) می‌باشد. امتیاز بالاتر در هر حیطه نشان دهنده کنترل درونی یا بیرونی بیشتر، شانس بیشتر و تأثیر بیشتر افراد قدرتمند (دکتر و ...) می‌باشد. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط مشکئی و همکاران مورد بررسی و تأیید قرار گرفته و ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های کانون کنترل درونی، شانس و قدرت دیگران به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۶۹ و ۰/۷۵ به دست آمده است [۹]. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های کانون کنترل درونی، شانس و قدرت دیگران به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۷۵ و ۰/۷۴ به دست آمد.

جهت تعیین وضعیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت از پرسشنامه Health-Promoting Lifestyle (HPLPII) Profile II استفاده شد. نسخه اصلاح شده HPLP است که به وسیله والکر و همکاران ارائه شده است و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت را با تمرکز بر کارهای ابتکاری و ادراک فرد، که در راستای حفظ یا افزایش سطح تندرستی، خودشکوفایی و رضایتمندی فردی عمل می‌کنند، اندازه گیری می‌کند [۱۰]. این پرسشنامه دارای ۵۲ سؤال است که بر اساس مقیاس لیکرت طراحی شده و شامل حیطه‌های روابط بین فردی، رفتارهای تغذیه‌ای، مسؤلیت فردی سلامتی، ورزش، کنترل استرس و رشد معنوی است. در این پرسشنامه از پاسخگو خواسته می‌شود تا بر روی طیف پاسخ لیکرتی چهار نقطه‌ای (هرگز، گاهی اوقات، اغلب و همیشه) مشخص

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک افراد بالای ۱۵ سال مورد مطالعه

متغیر	میانگین	انحراف معیار	تعداد	درصد
سن (سال)	۳۴/۳	۱۲/۱		
جنس				
مرد			۳۴۲	۴۹/۸
زن			۳۴۵	۵۰/۲
وضعیت تأهل				
مجرد			۱۴۷	۲۱/۴
متأهل			۵۴۰	۷۸/۶
تحصیلات				
زیر دیپلم			۲۸۲	۴۱/۰
دیپلم			۲۲۳	۳۲/۵
دانشگاهی			۱۸۲	۲۶/۵

کنترل شانس و بالاترین میانگین مربوط به کانون کنترل درونی و کانون کنترل قدرت دیگران بود. در هیچ کدام از مؤلفه‌های کانون کنترل بر سلامت شامل کانون کنترل بر سلامت درونی، شانس و قدرت دیگران بین مردان و زنان اختلاف معنی دار آماری وجود نداشت (جدول ۲).

میانگین امتیاز کانون کنترل درونی ($SD=1/42$)، $30/3$ ، کانون کنترل شانس ($SD=6/53$) و $21/5$ و کانون کنترل قدرت دیگران ($SD=5/12$) $30/3$ بود. بر اساس آزمون Repeated Maseurs ANOVA بین میانگین امتیاز کانون کنترل درونی، شانس و قدرت دیگران اختلاف آماری معناداری وجود داشت ($p < 0/001$). کمترین میانگین مربوط به کانون

جدول ۲: مقایسه کانون کنترل بر سلامت در مردان و زنان مورد بررسی (t-test)

کانون کنترل	جنس	میانگین	انحراف معیار	p.value
درونی	مرد	۳۰/۴	۴/۰۴	۰/۵۴
	زن	۳۰/۲	۴/۱۱	
شانس	مرد	۲۱/۷	۶/۳	۰/۴۲
	زن	۲۱/۳	۶/۸	
قدرت دیگران	مرد	۳۰/۲	۵/۱	۰/۶۲
	زن	۳۰/۴	۴/۸	

داشتند. همچنین افراد با تحصیلات دانشگاهی در مقایسه با افراد با تحصیلات دیپلم، و افراد با تحصیلات دیپلم در مقایسه با افراد با تحصیلات کمتر از دیپلم، کمتر به قدرت دیگران در تعیین سرنوشت سلامت‌شان باور داشتند (جدول ۳).

در مؤلفه‌های کانون کنترل بر سلامت شانس و قدرت دیگران بین افراد با تحصیلات کمتر از دیپلم، دیپلم و دانشگاهی اختلاف معنی دار آماری وجود داشت. افراد با تحصیلات دانشگاهی در مقایسه با افراد با تحصیلات کمتر از دیپلم یا دیپلم، کمتر به شانس در تعیین سرنوشت سلامتشان باور

جدول ۳: مقایسه کانون کنترل بر سلامت بر حسب تحصیلات (ANOVA)

کانون کنترل	تحصیلات	میانگین	انحراف معیار	p.value
درونی	زیر دیپلم	۳۰/۶	۴/۲	۰/۲۲
	دیپلم	۳۰/۲	۴/۰۱	
	دانشگاهی	۲۹/۹	۳/۹	
شانس	زیر دیپلم	۲۲/۸	۶/۲	۰/۰۰۰
	دیپلم	۲۱/۵	۶/۵	
	دانشگاهی	۱۹/۴	۶/۶	
قدرت دیگران	زیر دیپلم	۳۱/۳	۴/۷	۰/۰۰۰
	دیپلم	۳۰/۲	۴/۶	
	دانشگاهی	۲۸/۷	۵/۵	

به منظور پاسخ به این سؤال که آیا بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کانون کنترل بر سلامت رابطه وجود دارد یا خیر؟، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج نشان داد که بین مؤلفه‌های کانون کنترل بر سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت رابطه معنی دار وجود دارد. کانون کنترل درونی با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت رابطه مثبت معنی دار ($r=0/36, p<0/001$)، کانون کنترل شانس با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت رابطه مثبت معنی دار ($r=0/13, p<0/001$) و کانون کنترل قدرت دیگران نیز با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت رابطه مثبت معنی دار ($r=0/40, p<0/001$) داشت. در ادامه برای مشخص کردن میزان تبیین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بر اساس کانون کنترل سلامت و مؤلفه‌های آن از روش آماری تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد.

به منظور پاسخ به این سؤال که آیا بین سن و کانون کنترل بر سلامت رابطه وجود دارد یا خیر؟، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج نشان داد که بین کانون کنترل بر سلامت درونی و قدرت دیگران با سن رابطه معنی دار وجود دارد. کانون کنترل درونی با سن رابطه مثبت معنی دار ($r=0/13, p<0/001$) و کانون کنترل قدرت دیگران نیز با سن رابطه مثبت معنی دار ($r=0/16, p<0/001$) داشت، به این صورت که با بالا رفتن سن، باور به کانون کنترل درونی و قدرت دیگران افزایش می‌یابد. میانگین کل امتیاز رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در افراد مورد بررسی ($SD=22/14$) $141/2$ از ماکزیمم امتیاز 208 و دامنه آن از 84 تا 206 متغیر بود.

جدول ۴: پیش بینی متغیر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت از روی مؤلفه‌های متغیر کانون کنترل سلامت

متغیرها	B	انحراف استاندارد	Beta	سطح معنی داری
ضریب ثابت	۵۶/۹۱	۶/۱۰		۰/۰۰۰
کانون کنترل درونی	۱/۲۷	۰/۲۱	۰/۲۳	۰/۰۰۰
کانون کنترل شانس	-۰/۰۵	۰/۱۲	-۰/۰۱	۰/۶۶
کانون کنترل قدرت دیگران	۱/۳۱	۰/۱۷	۰/۲۹	۰/۰۰۰

کنترل بر سلامت (شامل کانون کنترل درونی، شانس و قدرت دیگران) تبیین می‌شود ($R^2=0/21$). با توجه به ضرایب β مندرج در جدول (۴) از بین مؤلفه‌های متغیر پیش بینی، کانون

بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون با متغیر وابسته رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و متغیرهای پیش بینی کانون کنترل سلامت، 21 درصد از تغییرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت توسط کانون

کنترل درونی ($p < 0/001$ و $\beta = 0/23$) و کانون کنترل قدرت دیگران ($p < 0/001$ و $\beta = 0/29$) به طور معنی داری متغیر پاسخ یعنی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را تبیین می کنند. با افزایش نمرات کانون کنترل درونی و قدرت دیگران رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نیز افزایش می یابد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد کانون کنترل بر سلامت مربوط به کانون کنترل درونی و قدرت دیگران بیشترین تأثیر را بر ارتقاء رفتارهای سلامتی داشت در حالیکه شانس و عدم کنترل عوامل بیرونی دارای کمترین تأثیر و قدرت پیش بینی کننده بود. بر اساس این یافته‌ها افرادی که کانون کنترل سلامتی از نوع بیرونی دارند بر این اعتقاد هستند که پیامدهای معین و حوادث رخ داده در زندگی آن‌ها به واسطه نیروهایی مانند پزشکان، شانس، سرنوشت و بخت و اقبال تعیین می گردد در حالی که افرادی که دارای کانون کنترل سلامتی از نوع درونی هستند به این امر معتقدند که پیامدها و حوادث معین در نتیجه رفتار و اعمال خود آن‌ها می باشد و تعیین کننده سلامتی آن‌ها به طور مستقیم اعمال و رفتارهای خودشان می باشد [۱۳]. بر همین اساس نتایج این مطالعه نیز نشان داد افراد سلامتی خود را بیشتر مرتبط با اعمال و رفتارهای خود و افراد قدرتمندی مانند پزشکان می دانند و در مقایسه با این موارد کمتر شانس و اقبال را در سلامت خود دخیل می دانند. هر چند بر اساس نتایج به دست آمده در این مطالعه، باورهای غلط مرتبط به شانس و اقبال در تعیین سلامتی را نیز نباید کم اهمیت دانست.

در این پژوهش هیچ کدام از مؤلفه‌های کانون کنترل بر سلامت بین مردان و زنان متفاوت نبود این در حالی است که در مطالعه کواهارا و همکاران [۱۴] امتیازات کانون کنترل شانس و قدرت دیگران در زنان بالاتر از مردان بود و در مطالعه کوهن و آرایزا [۱۵] زنان کانون کنترل درونی پایین تری در مقایسه با مردان داشتند، اما از نظر کانون کنترل خارجی (شانس و قدرت دیگران) تفاوتی بین مردان و زنان مشاهده نشد.

در این تحقیق افراد با تحصیلات کمتر از دیپلم در مقایسه با افراد با تحصیلات دیپلم و دانشگاهی بیشتر معتقد به نقش عوامل بیرونی و شانس در تعیین سلامتی بودند. کواهارا [۱۴]، والسون [۱۶] و گالانوس [۱۷] هم در تحقیقات خود به این یافته رسیدند. همچنین بر اساس یافته‌های این مطالعه افراد تحصیلکرده و دانشگاهی در مقایسه با افراد با تحصیلات کمتر و بی سواد، بیشتر به نقش عوامل درونی و توانایی افراد در تعیین سلامتی اعتقاد دارند که در این رابطه مطالعه کوهن و آرایزا [۱۵] نیز نشان داد که هر چه تحصیلات بیشتر باشد امتیازات کانون کنترل درونی و غلبه بر مؤلفه‌های شانس و قدرت دیگران بیشتر است.

همچنین نتایج این مطالعه حاکی است با بالا رفتن سن باور به کانون کنترل درونی و قدرت دیگران افزایش می یابد، اما کانون کنترل شانس با سن ارتباط نداشت. نتایج مطالعه گروتز و همکاران که در جمعیت بزرگسال آلمان انجام شد نشان داد با بالا رفتن سن نمرات کانون کنترل قدرت دیگران و شانس افزایش می یابد [۱۸]. نتایج مطالعه حاضر در مؤلفه قدرت دیگران با نتایج مطالعه گروتز و همکاران همخوانی دارد، اما در مؤلفه شانس همخوانی ندارد. یکی از دلایل این عدم همخوانی را می توان به تفاوت در باورها و ارزش‌های فرهنگی دو جامعه نسبت داد. نتایج مطالعه کواهارا و همکاران در ژاپن نشان داد با بالا رفتن سن، امتیاز تمام مؤلفه‌های کانون کنترل بر سلامت افزایش می یابد [۱۴] که مؤید نتایج مطالعه حاضر در مؤلفه‌های کانون کنترل درونی و قدرت دیگران می باشد.

بر اساس نتایج این مطالعه افزایش نمرات کانون کنترل درونی و قدرت دیگران رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در شش بعد شامل روابط بین فردی، رفتارهای تغذیه ای، مسؤولیت فردی سلامتی، فعالیت فیزیکی، کنترل استرس و رشد معنوی را افزایش می دهد که در زمینه کانون کنترل بر سلامت درونی نتیجه تحقیق حاضر با تحقیقات مشابه [۱۹،۲۰] همسو است، یعنی هر چه کانون کنترل بر سلامت درونی قوی تر باشد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و پیشگیری از بیماری در آن‌ها بیشتر است. در این زمینه می توان گفت چون افراد دارای

حاضر مطابقت دارد، اما بین نتایج به دست آمده در مؤلفه‌های شانس و قدرت دیگران بین دو مطالعه همخوانی وجود ندارد. کانون کنترل بر سلامت به عنوان یک متغیر مؤثر بر توسعه و پیشرفت رفتارهای بهداشتی شناخته می‌شود. کانون کنترل سلامت درونی به طور مثبت با آگاهی و نگرش، وضعیت روانشناختی، رفتارهای بهداشتی و سلامت و بهداشت بهتر همراه می‌شود. در مقابل بیشتر منابع بیرونی کنترل سلامت (به خصوص افراد قدرتمند و شانس و اقبال) با رفتارهای بهداشتی منفی و وضعیت روانشناختی ضعیف همراه می‌شوند. شوارتز در پژوهشی نشان داد که کانون کنترل درونی سلامت در پیشگیری از بیماری و امیدواری نسبت به زندگی مؤثر است [۲۰].

کانون کنترل سلامت افراد مورد بررسی بیشتر درونی یا تحت تأثیر افراد قدرتمند (دکتر و ...) است و شانس در سطح پایین تر قرار دارد. افرادی که کانون کنترل درونی قوی تری داشتند، میزان رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در آنها بیشتر بود. افزایش آگاهی افراد مورد بررسی در زمینه تعیین کننده‌های سلامت و توانمند سازی آنها و ایجاد باورهای مثبت در زمینه سلامت به منظور تقویت کانون کنترل درونی سلامت و افزایش رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت توصیه می‌شود.

از محدودیت‌های این مطالعه این است که فقط در جامعه شهری انجام شد، لذا پیشنهاد می‌شود در آینده مطالعاتی در جامعه روستایی نیز انجام شود. همچنین داده‌های این مطالعه از طریق خود گزارش دهی است که ممکن است خطاهایی در صحت گزارش وجود داشته باشد ولی بهر حال این مطالعه در حجم نمونه خوبی انجام شده است که میزان این خطا را کاهش می‌دهد.

تشکر و قدردانی

از کلیه شرکت کنندگان که با بیان نظرات خود ما را در انجام این پژوهش یاری کردند صمیمانه سپاسگزاریم.

کنترل درونی سلامت باور دارند که سلامتی در دست خود آنهاست تا شانس و اقبال، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بیشتری اتخاذ می‌کنند. همچنین نشان داده شده است افرادی که به لحاظ کانون کنترل درونی امتیاز بیشتری کسب می‌کنند، تمایل بیشتری به در پیش گرفتن رفتارهایی دارند که موجب پیشگیری از بیماری‌ها می‌شود و در مقایسه با افراد دارای کانون کنترل بیرونی به میزان بیشتری به رفتارهای پیشگیرانه‌ای مانند رعایت عادات غذایی خوب و انجام معاینات پزشکی می‌پردازند [۲۱]. نتایج مطالعه گروتز و همکاران [۱۸] در جمعیت بزرگسال آلمان نشان داد افرادی که نمرات بالاتری در کانون کنترل شانس دریافت کردند، از ورزش و فعالیت جسمی کمتری برخوردار بودند، کمتر از دندان‌هایشان محافظت می‌کردند و کمتر در جستجوی اطلاعات سلامت بودند. در مطالعه هولم با عنوان اعتقادات سلامتی، کانون کنترل بر سلامت و رفتار ماموگرافی در زنان مشخص شد که کانون کنترل بر سلامت به عنوان پیش بینی کننده رفتار ماموگرافی به شمار نمی‌رود [۲۲]. در مطالعه استپتو و واردل در مورد کانون کنترل بر سلامت و رفتارهای سلامت در ۱۸ کشور اروپایی، افراد با امتیاز بالاتر کانون کنترل درونی در مقایسه با افرادی که امتیاز پایین تری در این مؤلفه کسب کردند، میزان رفتارهای سلامتی بیشتری داشتند. همچنین امتیاز بالاتر کانون کنترل شانس با کاهش رفتارهای مرتبط با سلامت همراه بود [۲۳] که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. همچنین نتایج مطالعه نورمن و همکاران نشان داد که هر چه امتیاز کانون کنترل بر سلامت درونی بیشتر باشد، امتیاز رفتارهای مرتبط با سلامت از جمله ورزش و تبعیت از رژیم غذایی مناسب هم بالاتر است، به عبارت دیگر با بالا رفتن کانون کنترل بر سلامت درونی، میزان رفتارهای مرتبط با سلامت (ورزش و رژیم غذایی مناسب) بیشتر می‌شود، در صورتی که با بالا رفتن کانون کنترل بر سلامت شانس و قدرت دیگران میزان رفتارهای سلامت کاهش می‌یابد [۲۴]. نتایج این مطالعه در مؤلفه کانون کنترل درونی با نتایج مطالعه

References

1. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied* 1966; 80(1): 1-28.
2. DeMello LR, Imms T. Self-esteem, locus of control and coping styles and their relationship to school attitudes of adolescents. *Psychological studies* 1999; 44(1-2): 24-34.
3. Gomez R. Locus of control and avoidant coping: Direct, interactional and mediational effects on maladjustment in adolescents. *Personality and Individual Differences* 1998; 24(3): 325-34.
4. Aghamolaei T. Health Education: Hormozgan University of Medical Sciences; 2008. [Persian]
5. Chen G, Gully SM, Eden D. Validation of a new general self-efficacy scale. *Organizational Research Methods* 2001; 4(1): 62-83.
6. Kulas H. Locus of control in adolescence: a longitudinal study. *Adolescence* 1996; 31(123): 721-9.
7. Skinner EA, Zimmer-Gembeck MJ, Connell JP, Eccles JS, Wellborn JG. Individual differences and the development of perceived control. *Monographs of the society for Research in Child Development* 1998; 254(63): 2-3.
8. Weisz JR, Stipek DJ. Competence, contingency, and the development of perceived control. *Human Development*. 1982; 25(4): 250-81.
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. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing research* 1987; 36(2): 76-81.
11. Walker S, Hill-Polerecky D. Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II, University of Nebraska Medical Center 1996.
12. Mohammadi ZI, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi ZB. Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2012; 21(1): 103-113. [Persian]
13. Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education & Behavior* 1978; 6(1): 160-70.
14. 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.
15. Cohen M, Azaiza F. Health-promoting behaviors and health locus of control from a multicultural perspective. *Ethnicity and Disease*. 2007; 17(4): 636.
16. Wallston KA, Wallston BS. Health locus of control scales. Research with the locus of control construct 1981; 1: 189-243.

17. Galanos AN, Strauss RP, Pieper CF. Sociodemographic correlates of health beliefs among black and white community dwelling elderly individuals. *The International Journal of Aging and Human Development* 1994; 38(4): 339-50.
18. Grotz M, Hapke U, Lampert T, Baumeister H. Health locus of control and health behaviour: results from a nationally representative survey. *Psychology, health & medicine* 2011; 16(2): 129-40.
19. Ozolins AR, Stenström U. Validation of health locus of control patterns in Swedish adolescents. *Adolescence* 2002; 38(152): 651-7.
20. Schwartz S. *Abnormal psychology: A discovery approach*. London: Mayfield Publishing Company; 2000.
21. Hatamloo Sadabadi M, Babapour Kheiroddin J. The role of health locus of control on self-care behaviors in patients with type II Diabetes. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences* 2011; 33(4):17-22.
22. Holm CJ, Frank DI, Curtin J. Health beliefs, health locus of control, and women's mammography behavior. *Cancer Nursing* 1999; 22(2): 149-56.
23. Steptoe A, Wardle J. Locus of control and health behaviour revisited: a multivariate analysis of young adults from 18 countries. *British journal of Psychology* 2001; 92(4): 659-72.
24. Norman P, Bennett P, Smith C, Murphy S. Health locus of control and health behaviour. *Journal of Health Psychology* 1998; 3(2): 171-80.

Health Locus of Control and Its Relation with Health-Promoting Behaviors among People over 15 in Bandar Abbas, Iran

Aghamolaei T¹/ Tavafian SS²/ Ghanbarnejad A³

Abstract

Introduction: Health locus of control is defined as the extent of one's belief that his/her health is controlled by internal or external factors. The aim of this study was determining the health locus of control and its relation with the health-promoting behaviors among people over 15 in Bandar Abbas, Iran.

Methods: This cross-sectional study was conducted in 2012. To collect data, Form A of Wallston questionnaire and health-promoting lifestyle profile II (HPLP II) were used. Out of 830 questionnaires, 687 were completed. Multiple regression analysis was used to predict health-promoting behaviors through health locus of control dimensions.

Results: The mean age of participants was 34.3 (SD=12.1) and 49.8% of them were male. There was a significant difference between internal health locus of control, chance, and powerful others ($p<0.001$). The Least and the most mean scores belonged to chance (21.35) and both powerful others (30.31) and internal health locus of control (30.32), respectively. Based on regression analysis, internal locus of control ($\beta=0.23$, $p<0.001$) and powerful others ($\beta=0.29$, $p<0.001$) significantly predict health-promoting behaviors.

Conclusion: The findings suggest that to improve health behaviors of the individuals, internal control and significant others should be focused in educational intervention programs.

Keywords: Locus of control, Internal control, Chance, Powerful others, Health Promotion

• Received: 8/June/2013 • Modified: 1/Jan/2014 • Accepted: 26/Feb/2014

1. Associate Professor of Public Health Department, Research Center for Social determinants of Health Promotion, School of Health, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

2. Associate Professor of Health Education Department, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran; Corresponding author (tavafian@modares.ac.ir)

3. Instructor of Public Health Department, Research Center for Social determinants of Health Promotion, School of Health, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran