

Locus of Control and Its Relation with Health Promoter Behaviors in Students of Malayer Islamic Azad University

Afshari M¹, Ebrahimi Khah M², Nemati Amir A³, Tavasoli S⁴, Kangavari M⁵, Afshari M*⁶

1. MSc of Business Management, Malayer Branch, Islamic Azad University, Hamadan, Iran.

2. MSc of Health Education, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Iran.

3. MSc of Financial Management, Malayer Branch, Islamic Azad University, Hamadan, Iran.

4. BSc student of Nursing, Tuyserkan Branch, Islamic Azad University, Hamadan, Iran.

5. MSc Student of Occupational Health, (Student Research committee) Department of occupational health engineering, school of health Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

6. MSc, PhD student of Health Education and Health promotion, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +988138380315, Fax: +988138380509, E-mail: afshari_m20@yahoo.com

Received: Jul 7, 2015

Accepted: Feb 24, 2016

ABSTRACT

Background & objectives: Health promoter behaviors as background factors are effective to prevent diseases. Scientists and researchers believe that the health is controlled by many factors including locus of control. This study aimed to determine the locus of control situation and its relationship with health promoter behaviors in students of Islamic Azad University of Malayer.

Methods: This descriptive-analytical and cross-sectional study was conducted in 2014 on 260 students of Islamic Azad University of Malayer using the convenience sampling method. "Locus of health control condition questionnaire" and "health promoter behaviors questionnaire" were used to collect data. The data finally were analyzed using SPSS-16.

Results: The mean age of participants was 28.83 years. There was statistically significant relationship between focus of internal control and chance with students' gender. There was no statistically significant correlation between others' power of locus of control and gender. There was also statistically significant relationship between health promoter behaviors and economic status and students' educational discipline ($p=0.00$). 25% of health promoter behaviors changes were explained by the locus of health control.

Conclusion: In order to promote health behaviors, it should be more emphasis on students' beliefs to influence their internal factors and their ability to control own health status as well as to enable the students to strengthen their internal control locus of health.

Keywords: Locus of Control; Health Promoter Behaviors; Students.

کانون کنترل و ارتباط آن با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملایر

معصومه افشاری^۱، ماریا ابراهیمی خواه^۲، امین نعمتی امیر^۳، سحر توسلی^۴، مهدی کنگاوری^۵، مریم افشاری^{۶*}

۱. کارشناس ارشد مدیریت بازرگانی گرایش بازاریابی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملایر، همدان، ایران ۲. کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران ۳. کارشناس ارشد مدیریت بازرگانی گرایش مالی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملایر، همدان، ایران ۴. دانشجوی کارشناسی پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد توپسرکان، همدان، ایران ۵. دانشجوی کارشناسی ارشد مهندسی بهداشت حرفه ای (کمیته تحقیقات دانشجویی)، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران ۶. دانشجوی دوره دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

* نویسنده مسئول، تلفن: ۰۸۱۳۸۳۸۰۳۱۵، فکس: ۰۸۱۳۸۳۸۰۵۰۹، ایمیل: afshari_m20@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به عنوان عامل زمینه‌ای در پیشگیری از بیماری‌ها موثر می‌باشند. اما در بین دانشمندان و پژوهشگران اعتقادی وجود دارد که بیان می‌کند، سلامتی تحت کنترل عوامل مختلفی از جمله کانون کنترل می‌باشد. این مطالعه با هدف تعیین وضعیت کانون کنترل و ارتباط آن با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملایر اجرا گردید.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بود که در سال ۱۳۹۳ با مشارکت ۲۶۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملایر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه وضعیت کانون کنترل بر سلامت و پرسشنامه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت استفاده شد. در نهایت داده‌ها با استفاده از SPSS-16 تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: میانگین سن شرکت‌کنندگان ۲۸/۸۳ سال بود. بین کانون کنترل درونی و شانس با جنسیت دانشجویان ارتباط آماری معنی‌دار بود، اما بین کانون کنترل قدرت دیگران و جنسیت ارتباط آماری معنی‌دار نبود. همچنین بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی و وضعیت اقتصادی و رشته تحصیلی دانشجویان ارتباط آماری معنی‌دار بود ($p=0/00$). ۲۵ درصد از تغییرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت توسط کانون کنترل بر سلامت تبیین می‌شد.

نتیجه‌گیری: برای ارتقاء رفتارهای سلامتی باید بیشتر بر اعتقادات و باورهای دانشجویان مبنی بر تأثیر عوامل درونی و توانایی خودشان بر کنترل وضعیت سلامتی تأکید نمود و دانشجویان را جهت تقویت کانون کنترل درونی سلامت توانمند کرد.
واژه‌های کلیدی: کانون کنترل، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، دانشجویان

پذیرش: ۹۴/۱۲/۵

دریافت: ۹۴/۴/۱۶

مقدمه

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت یکی از مهمترین روش‌هایی می‌باشد که مردم توسط آن می‌توانند سلامتی خود را افزایش دهند (۱)، همینطور این رفتارها یکی از معیارهای عمده تعیین‌کننده سلامت می‌باشد که به عنوان عامل زمینه‌ای در عدم ابتلاء به بسیاری از بیماری‌ها شناخته شده است (۲). رفتارهای

ارتقاءدهنده سلامت عبارتند از هرگونه اقدامی که برای افزایش و یا نگهداری سطح سلامتی صورت بگیرد (۳). ارتقاء سلامت «علم و هنر تغییر شیوه زندگی به منظور رسیدن به کمال مطلوب» است و شامل رفتارهایی مانند، تغذیه مناسب، ورزش منظم، پرهیز از رفتارهای پرخطر و مواد مخدر، محافظت در برابر حوادث، تشخیص به موقع بیماری، کنترل

عواطف و افکار، کنار آمدن با استرس و مشکلات، استقلال و سازگاری و اصلاح روابط بین فردی می‌باشد (۴). مطالعه سازمان بهداشت جهانی در مورد رفتارهای سلامتی در ۳۵ کشور جهان نشان داد که نزدیک به ۶۰ درصد سلامت افراد بستگی به رفتار و شیوه زندگی آن‌ها دارد (۵). با توجه به اینکه رفتارهای سلامتی توسط افراد صورت می‌گیرد، اما در این میان اعتقادی وجود دارد که بیان می‌کند، سلامتی تحت کنترل عوامل مختلفی می‌باشد (۶). یکی از این عوامل کانون کنترل می‌باشد که به اعتقاد افراد در مورد چگونگی کنترل بر سلامتی اشاره دارد. به عبارت دیگر، کانون کنترل، نظامی از اعتقادات است که بر اساس آن فرد موفقیت‌ها و شکست‌های خود را بر حسب توانایی‌ها و ضعف‌هایش ارزیابی می‌کند (۷). دو نوع جهت گیری در زمینه کانون کنترل در افراد وجود دارد. برخی افراد جهت گیری درونی پیدا می‌کنند، با این اعتقاد که تبحر، سخت کوشی، احتیاط و رفتار مسئولیت پذیر، به پیامد مثبت می‌انجامد. بر عکس؛ عدم مهارت، عدم تلاش و رفتار غیر مسئولانه، به پیامدهای منفی منجر خواهد شد (۸). از سوی دیگر، برخی افراد جهت گیری بیرونی پیدا می‌کنند. با این اعتقاد که رویدادها از طریق شانس، قدرت دیگران و عوامل ناشناخته و غیر قابل کنترل تعیین می‌شوند. به نظر این افراد، رفتار و نتیجه از یکدیگر مستقل اند و چون به باور آنان، نتایج به باور مربوط نمی‌شود، نتیجه خارج از کنترل شخصی آنان است (۹-۷). کانون کنترل در دوران کودکی بیشتر از نوع بیرونی است و با گذشت زمان، به خصوص در دوران بزرگسالی به خصوص در دوران جوانی به نوع درونی گرایش می‌یابد (۱۰-۱۳). دوره‌های حیاتی است که به عنوان یک دوره پویا شناخته شده است (۱۴). حدود نیمی از جمعیت کشور را جوانان که اکثراً هم دانشجو می‌باشند، تشکیل می‌دهند (۴). افراد جوان در شکل گرفتن نسل آینده و ارتقاء سلامت اجتماع مهم هستند چون

در مرحله نسبتاً سالمی از زندگی در نظر گرفته می‌شوند، در تلاش‌های ارتقاء سلامت در سراسر جهان به عنوان یک اولویت در نظر گرفته نمی‌شوند. این در حالی است که آنان به ندرت به مهارت‌های زندگی یا اجتماعی برای سلامتی فکر می‌کنند. در این دوره با پیشرفت از نظر جسمی، روانی، اجتماعی و جنسی افراد جوان به تدریج مسئولیت سلامتی‌شان را می‌پذیرند. این دوره انتقالی بهترین زمان برای ایجاد رفتارهای سالم است (۱۵). در بعد جهانی محققان نشان دادند که دانشجویان زیادی در رفتارهای پر خطر مانند استعمال الکل، استفاده از تنباکو، عدم فعالیت فیزیکی، رژیم غذایی ناسالم درگیر می‌شوند (۱۶). لذا دانشجویان باید از رفتارهای بهداشتی صحیح آگاه باشند تا بتوانند آن را در جهت بهبود سلامت و کیفیت زندگی خود به کار ببندند (۴). در سال‌های اخیر جمعیت دانشجویی کشور، به ویژه در دانشگاه‌های آزاد اسلامی رشد قابل ملاحظه‌ای داشته است. بنابراین شناسایی فاکتورهای مؤثر در پذیرش رفتارهای سالم در این قشر دارای اهمیت می‌باشد. تحقیق شبان و همکاران نشان داد که ۵۷ درصد دانشجویان پزشکی و ۵۴/۹ درصد دانشجویان غیر پزشکی دارای رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سطح خوب بودند و مابقی وضعیت نامطلوب داشتند (۱۷). در مطالعات انجام شده در کشور، وضعیت دانشجویان از نظر فعالیت فیزیکی و مسئولیت پذیری سلامت و تغذیه در سطح نامطلوبی گزارش شده است (۱۸، ۱۹). با توجه به مطالعات فوق اغلب مطالعات در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور صورت گرفته است و در دانشگاه‌های آزاد اسلامی پژوهش‌های کمتری انجام پذیرفته است. دانشجویان در تمامی این دانشگاه‌ها و رشته‌های مختلف تحصیلی در آینده عهده‌دار تامین، حفظ و ارتقاء سلامت جامعه خواهند بود، باید به دقت مراقبت شوند تا بتوانند نقش خود را به عنوان یک نیروی تحصیل کرده و متخصص به خوبی ایفا

کنند، زیرا ورود به دانشگاه مقطع بسیار حساسی در زندگی نیروهای کارآمد و فعال جوان در هر کشوری محسوب می‌شود و غالباً با تغییرات زیادی در روابط اجتماعی و انسانی همراه است (۲۱،۲۰). بنابراین به دلیل اهمیت شناسایی فاکتورهای موثر در پذیرش رفتارهای سالم در قشر دانشجوی، سخت تر بودن تغییر عادات ناسالم پذیرفته شده در دوران جوانی و همینطور در معرض خطر بودن دانشجویان برای انجام رفتارهای پر خطر به علت دور بودن از شرایط خانوادگی، این مطالعه با هدف تعیین وضعیت کانون کنترل و ارتباط آن با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملایر اجراء گردید.

روش کار

مطالعه حاضر، یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد که در فاصله زمانی سه ماهه فصل زمستان سال ۱۳۹۳، بر روی ۲۶۰ نفر از دانشجویان با هدف وضعیت کانون کنترل بر سلامت و ارتباط آن با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملایر صورت پذیرفت. دانشجویان به صورت نمونه‌گیری در دسترس جهت ورود به مطالعه انتخاب شدند. در این تحقیق از آنجا که جامعه آماری کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملایر بودند و با توجه به این که تعداد دانشجویان، نامحدود بودند، لذا جهت محاسبه حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شد (۲۲). با استفاده از فرمول کوکران حجم نمونه ای معادل ۲۶۷ نفر، با احتمال خطای ۰/۰۵ به دست آمد. از طریق نمونه‌گیری در دسترس نسبت به تکمیل پرسشنامه‌ها از دانشجویان اقدام گردید. پرسشنامه‌ها توسط دانشجویان در محیط‌های کلاس درس و از طریق خودگزارش دهی تکمیل گردید. معیار ورود به مطالعه دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملایر بودند و معیار خروج از

مطالعه ابتلاء به بیماری‌های مزمن، صعب‌العلاج، معلولیت و ناتوانی بود. جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسشنامه صورت گرفت. در ابتدا سوالات دموگرافیک شامل سن، جنس، رشته تحصیلی، وضعیت اقتصادی و ارزیابی از وضعیت سلامتی در پرسشنامه جهت بررسی قرار داده 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. فرم A پرسشنامه مشخص کننده سه حیطه کانون کنترل درونی (به عنوان مثال: من مسئول حفظ سلامتی خودم هستم)، شانس (به عنوان مثال: سلامتی من تا حد زیادی ناشی از خوش شانس است) و قدرت دیگران (به عنوان مثال: خانواده ام نقش زیادی در بیماری یا سلامتی من ایفا می‌کنند). است. پرسشنامه ذکر شده دارای ۱۸ سوال است. هر کدام از حیطه‌ها دارای شش سوال و دامنه امتیاز هر کدام از حیطه‌ها نیز بین ۶ تا ۳۶ می‌باشد. همه گزینه‌ها در مقیاس شش گزینه ای لیکرت از کاملاً موافقم (شش) تا کاملاً مخالفم (یک) می‌باشد. امتیاز بالاتر در هر حیطه نشان دهنده کنترل درونی یا بیرونی بیشتر، شانس بیشتر و تاثیر بیشتر افراد قدرتمند می‌باشد. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط مشکي 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 (۲۳). همچنین ابزار دیگر جهت جمع‌آوری داده‌های رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی در مطالعه استفاده از پرسشنامه محقق ساخته بر اساس مدل ارتقاء سلامت پندر بود. پرسشنامه مورد نظر برای مشخص کردن این موضوع بود که دانشجویان تا چه حد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی را انجام می‌دهند. پرسشنامه یک ارزیابی چند بعدی از رفتارهای ارتقاء سلامت در دانشجویان فراهم می‌کند. به این ترتیب که فراوانی

سلامت بر روی مؤلفه‌های کانون کنترل سلامت از رگرسیون چند متغیره استفاده شد.

یافته‌ها

از نظر ویژگی‌های دموگرافیک میانگین سن دانشجویان ۲۸/۸۳ سال با انحراف معیار ۶/۱۰ بود. میزان تحصیلات والدین شرکت کنندگان در مطالعه به ترتیب برای پدران و مادران سطح تحصیلات ابتدایی بود (به ترتیب ۲۶/۹٪ و ۱۹/۶٪). ۵۰/۸ درصد دانشجویان کتاب‌های غیردرسی هم زمان با درس خود مطالعه نمی کردند. دانشجویان شرکت کننده به صورت روزانه دو ساعت از تلویزیون (۲۹/۲٪)، چهار ساعت از اینترنت (۲۵٪) و سه ساعت از بازی‌های رایانه ای (۳۶/۵٪) استفاده می کردند.

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک افراد مورد مطالعه

متغیر	تعداد (درصد)
جنس	مرد (۵۷/۳٪)
	زن (۴۲/۷٪)
رشته تحصیلی	مدیریت (۳۲/۷٪)
	حسابداری (۲۰/۴٪)
	جغرافیا (۱۸/۱٪)
	حقوق (۱۶/۵٪)
	عمران (۶/۵٪)
	کامپیوتر (۵/۸٪)
وضعیت اقتصادی	عالی (۰٪)
	خوب (۱۶/۹٪)
	متوسط (۷۵/۴٪)
	ضعیف (۷/۷٪)
ارزیابی از وضعیت سلامتی	خوب (۲۷/۳٪)
	کمی خوب (۲۱/۵٪)
	متوسط (۱۰٪)
	کمی بد (۲۳/۵٪)
بد (۱۷/۷٪)	

جدول ۱ ویژگی‌های دموگرافیک افراد مورد مطالعه را نشان می‌دهد، ۵۷/۳ درصد شرکت کنندگان در مطالعه، دانشجویان مرد بودند. از نظر رشته تحصیلی ۳۲/۷ درصد دانشجویان شرکت کننده رشته مدیریت با گرایش‌های مختلف بودند. وضعیت

به کارگیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی را در شش بعد حمایت اجتماعی (برای مثال: در مورد مشکلاتم با دیگران صحبت می‌کنم)، رشد روحی (برای مثال: در جهت اعتقاد به هدف دار بودن زندگی تلاش می‌کنم)، مسئولیت پذیری سلامتی (برای مثال: غذاهای بدون مواد افزودنی را انتخاب می‌کنم)، رفتارهای تغذیه ای (برای مثال: سه وعده غذای منظم در روز می‌خورم)، فعالیت بدنی (برای مثال: به صورت روزانه حرکات ورزشی کششی انجام می‌دهم)، مدیریت استرس (برای مثال: به رخدادهای دور از انتظار واکنش مناسب نشان می‌دهم) اندازه گیری می کند. این پرسشنامه حاوی ۴۰ سوال است و در مقابل هر سوال ۵ پاسخ وجود دارد که به صورت هرگز (۱)، به ندرت (۲)، معمولاً (۳)، گاهی اوقات (۴) و همیشه (۵) نمره گذاری شد. محدوده ی نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده ی سلامتی بین ۴۰ تا ۲۰۰ است و برای هر بعد نمره جداگانه قابل محاسبه است. شاخص آلفای کرونباخ هم برای کل مقیاس و هم برای زیرمقیاس‌های آن محاسبه گردید. شاخص آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۹ محاسبه شد و برای بعد حمایت اجتماعی (۰/۷۳)، بعد رشد روحی (۰/۷۱)، مسئولیت پذیری سلامتی (۰/۷۴)، رفتارهای تغذیه ای (۰/۷۹)، فعالیت بدنی (۰/۷۶) و مدیریت استرس (۰/۷۰) محاسبه گردید. دانشجویان شرکت کننده در مطالعه در مورد هدف انجام پژوهش توجیه شدند. جهت ورود به مطالعه و رعایت ملاحظات اخلاقی از دانشجویان رضایت آگاهانه کسب گردید. در مطالعه حاضر کلیه دانشجویان که پرسشنامه را تکمیل نمودند ۲۶۰ نفر بودند (میزان پاسخدهی دانشجویان در این مطالعه ۹۷/۴ درصد بود)، و ۲/۶ درصد به علت عدم رضایت آگاهانه از مطالعه خارج شدند. داده‌های به دست آمده با استفاده از SPSS-16 و با استفاده از آزمون‌های ANOVA، تی مستقل، همبستگی پیرسون و جهت پیش‌بینی رفتارهای ارتقاء دهنده

وضعیت کانون کنترل با رشته تحصیلی افراد مورد مطالعه نشان می‌دهد، بین کانون کنترل درونی، شانس و قدرت دیگران و رشته تحصیلی دانشجویان ارتباط آماری معنی‌دار بود ($p=0/00$). وضعیت کانون کنترل با وضعیت اقتصادی افراد مورد مطالعه نشان می‌دهد، بین کانون کنترل درونی و قدرت دیگران با وضعیت اقتصادی ارتباط آماری معنی‌دار نبود، اما بین کانون کنترل شانس و وضعیت اقتصادی ارتباط آماری معنی‌دار بود ($p=0/008$). وضعیت کانون کنترل با ارزیابی از وضعیت سلامتی شرکت کنندگان نشان می‌دهد، بین کانون کنترل درونی، شانس و قدرت دیگران و ارزیابی از وضعیت سلامتی دانشجویان ارتباط آماری معنی‌دار بود ($p=0/00$).

جدول ۳ محدوده‌ها، میانگین‌ها و انحراف معیار رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی به طور کلی و زیر مقیاس‌های آن را نشان می‌دهد، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در دانشجویان مورد مطالعه با میانگین $142/02$ و انحراف معیار $64/18$ بود و زیر مقیاس‌های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی که شامل حمایت‌های اجتماعی با میانگین $23/90$ و انحراف معیار $4/35$ ، رشد روحی با میانگین $31/41$ و انحراف معیار $4/23$ ، مسئولیت‌پذیری سلامتی با میانگین $27/92$ و انحراف معیار $4/38$ ، مدیریت استرس با میانگین $24/55$ و انحراف معیار $6/24$ ، رفتارهای تغذیه‌ای با میانگین $21/14$ و انحراف معیار $4/58$ و فعالیت بدنی با میانگین $11/11$ و انحراف معیار $3/42$ بود.

آزمون همبستگی پیرسون در بین برخی از متغیرها نشان داد، بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی و جنسیت دانشجویان شرکت کننده در مطالعه ارتباط آماری معنی‌دار وجود ندارد ($p=0/19$). همچنین بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی و وضعیت اقتصادی و رشته تحصیلی دانشجویان ارتباط آماری معنی‌دار می‌باشد ($p=0/00$). اما بین رفتارهای ارتقاء دهنده

اقتصادی $75/4$ درصد افراد شرکت کننده در مطالعه، در سطح متوسط بود. در نهایت $27/3$ درصد دانشجویان شرکت کننده وضعیت خود را از نظر سلامت در حد سلامت خوب گزارش دادند. از مجموع 260 نفر دانشجوی شرکت کننده در مطالعه، 51 درصد دانشجویان دارای وضعیت کانون کنترل درونی، 20 درصد دارای کانون کنترل شانس و 30 درصد دارای کانون کنترل قدرت دیگران بودند. نتایج جدول ۲ وضعیت کانون کنترل با جنسیت افراد مورد مطالعه را نشان می‌دهد، شرکت کنندگانی که کانون کنترل درونی داشتند، در مردان میانگین $27/69$ و انحراف معیار $5/08$ و برای زنان میانگین $31/81$ و انحراف معیار $3/62$ بود. همچنین شرکت کنندگانی که کانون کنترل شانس داشتند، در مردان میانگین $14/75$ و انحراف معیار $2/47$ و در زنان میانگین $16/81$ و انحراف معیار $3/69$ بود. در نهایت شرکت کنندگانی که وضعیت کانون کنترل قدرت دیگران داشتند، در مردان میانگین $17/25$ و انحراف معیار $1/88$ و برای زنان میانگین $18/39$ و انحراف معیار $2/14$ بود. بین وضعیت کانون کنترل درونی و جنسیت دانشجویان ارتباط آماری معنی‌دار بود ($p=0/03$). همچنین وضعیت کانون کنترل شانس و جنسیت دانشجویان ارتباط آماری معنی‌دار بود ($p=0/00$). اما بین وضعیت کانون کنترل قدرت دیگران و جنسیت دانشجویان ارتباط آماری معنی‌دار نبود ($p=0/64$).

جدول ۲. مقایسه کانون کنترل بر سلامت بر حسب جنسیت دانشجویان مورد بررسی

کانون کنترل	جنس	میانگین	انحراف معیار	p.value
درونی	مرد	27/69	5/08	0/03
	زن	31/81	3/62	
شانس	مرد	14/75	2/47	0/00
	زن	16/81	3/69	
قدرت دیگران	مرد	17/25	1/88	0/64
	زن	18/39	2/14	

سلامتی و وضعیت سلامتی دانشجویان ارتباط آماری معنی‌دار نبود ($p=0/216$).

جدول ۳. محدوده‌ها، میانگین‌ها و انحراف معیار رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی به طور کلی و زیر مقیاس‌های آن

نام متغیر	محدوده امکان پذیر	محدوده مشاهده شده	Mean±SD
رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت	۰-۴۰	۷۷-۱۷۷	۱۴۲/۰۲ ± ۶۴/۱۸
حمایت‌های اجتماعی	۷-۳۵	۱۶-۳۳	۲۳/۹۰ ± ۴/۳۵
رشد روحی	۸-۴۰	۱۳-۴۰	۳۱/۴۱ ± ۴/۲۳
مسئولیت پذیری سلامتی	۸-۴۰	۹-۳۴	۲۷/۹۲ ± ۴/۳۸
مدیریت استرس	۷-۳۵	۷-۳۴	۲۴/۵۵ ± ۶/۲۴
رفتارهای تغذیه‌ای	۶-۳۰	۱۰-۲۷	۲۱/۱۴ ± ۴/۵۸
فعالیت بدنی	۴-۲۰	۴-۱۸	۱۱/۱۱ ± ۳/۴۲

جدول ۴ بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون با متغیر وابسته رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و متغیرهای پیش‌بینی کانون کنترل سلامت نشان می‌دهد، ۲۵ درصد از تغییرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت توسط کانون کنترل بر سلامت تبیین می‌شود. با توجه به ضرایب مندرج در جدول ۴ از بین مؤلفه‌های متغیر پیش‌بینی، کانون کنترل درونی ($p<0/001$) و

($p=0/25$) و کانون کنترل شانس ($p<0/001$) و ($p=0/31$) به طور معنی‌داری متغیر پاسخ یعنی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را تبیین می‌کنند. با افزایش نمرات کانون کنترل درونی و کانون کنترل شانس رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نیز افزایش می‌یابد.

جدول ۴. پیش‌بینی متغیر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت از روی مؤلفه‌های متغیر کانون کنترل سلامت

متغیرها	B	انحراف استاندارد	Beta	سطح معنی داری
ضریب ثابت	۵۴/۲۳	۵/۹۰		۰/۰۰
کانون کنترل درونی	۲/۰۲	۰/۲۴	۰/۲۵	۰/۰۰
کانون کنترل شانس	۱/۳۶	۰/۱۹	۰/۳۱	۰/۰۰
کانون کنترل قدرت دیگران	-۰/۰۷	۰/۱۳	-۰/۰۲	۰/۵۹

بحث

آنچه نتایج نشان داد، گویای این موضوع می‌باشد که در مطالعه‌ی حاضر بین وضعیت کانون کنترل درونی و کانون کنترل شانس با جنسیت تفاوت آماری معنادار وجود دارد. نتیجه به دست آمده همسو با نتیجه مطالعه میرزایی و همکاران، هم‌چنین با مطالعه خدیوی و همکاران که در دانش‌آموزان در تبریز انجام شد، همخوانی داشت (۲۵،۲۴). به طوری که میتوان احتمال داد جنسیت (مرد و زن) بر روی نگرش افراد در زمینه منبع کنترل درونی و شانس تأثیر گذار می‌باشد. همچنین طبق نتایج مطالعه حاضر از نظر کانون کنترل قدرت دیگران بین مردان و

زنان تفاوت معنادار مشاهده نشد. مطالعه باقرزاده و همکاران با نتایج مطالعه حاضر تطابق داشت (۲۶). این نتیجه گویای این مطلب می‌باشد که علاوه بر جنسیت عوامل دیگری نیز بر افراد تأثیر می‌گذارد، عواملی همچون سطح تحصیلات، سن، عوامل فرهنگی و اجتماعی و هنجارهای انتزاعی هم می‌توانند نقش داشته باشند.

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل یافته‌های آماری نشان می‌دهد که تفاوت معنادار بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در مردان و زنان وجود ندارد. در مطالعه‌ی ای که در هنگ کنگ توسط کای^۱ و همکاران

¹ Choi

بر روی دانشجویان پرستاری انجام گرفت، نتایج مشابه یافته‌های مطالعه حاضر گزارش شد (۲۷). همچنین مطالعه مطلق و همکاران نتایجی همسو با مطالعه حاضر گزارش داده است (۲۸). احتمالاً این مورد می‌تواند دلیلی باشد که انجام رفتارهای ارتقا دهنده سلامت فقط به جنسیت افراد مرتبط نیست و یکسری از عوامل دیگر در این مورد تأثیر می‌گذارند. اما در مطالعه ای که توسط نوروزی نیا و همکاران بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی البرز انجام گرفت، بین دو جنس اختلاف معنادار مشاهده شد (۱۹). جهت تبیین این عدم تطابق می‌توان بیان نمود که چون جامعه پژوهش در هر دو مطالعه متفاوت بوده است احتمالاً بر نتایج اثر گذاشته است.

در مطالعه حاضر میانگین سنی افراد شرکت کننده ۲۸/۸۳ سال بود که با توجه به وضعیت دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملایر تحصیلات اکثریت این افراد دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد بودند. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و وضعیت اقتصادی-اجتماعی همبستگی معنی‌دار وجود دارد، نتایج در راستای مطالعه آزاد بخت و همکاران بود (۲۹). به طوری که می‌توان نتیجه گرفت وضعیت اقتصادی بهتر بر انجام رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی تأثیر گذاشته و سبب افزایش این رفتارها می‌گردد. اما با نتیجه مطالعه نوروزی نیا و همکاران همخوانی نداشت (۱۹). در مطالعه حاضر بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت؛ رشته تحصیلی و وضعیت اشتغال ارتباط معنی‌دار وجود داشت که با مطالعه مطلق و همکاران همخوانی داشت (۲۸)، همچنین بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی با ارزیابی از وضعیت سلامت دانشجویان ارتباط آماری معنی‌دار مشاهده شد که با مطالعات مشابه همخوانی نداشت (۱۵،۶). درباره این موضوع می‌توان ذکر کرد دانشجویانی که در ابتدا وضعیت سلامتی خود را مطلوب بیان کردند،

وضعیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی بهتری نسبت به سایرین در این بخش گزارش دادند. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بین کانون کنترل درونی و رفتارهای ارتقای سلامت ارتباط آماری معنادار وجود دارد که با نتایج مطالعه ای که در خصوص ارتباط بین کانون کنترل و رفتارهای بهداشتی انجام شد همخوانی دارد (۳۰). نتایج این مطالعه نشان داد کانون کنترل درونی و شانس بیشترین تأثیر را بر ارتقاء رفتارهای سلامتی داشت در حالیکه کانون کنترل قدرت دیگران دارای کمترین تأثیر و قدرت پیش بینی کننده بود. در مطالعه آقاملایی و همکاران که در جمعیت بالای ۱۵ سال شهر بندرعباس انجام شد کانون کنترل درونی و قدرت دیگران بیشترین تأثیر را بر ارتقاء رفتارهای سلامتی داشت در حالی که شانس و عدم کنترل عوامل بیرونی دارای کمترین تأثیر و قدرت پیش بینی کننده بود (۳۱). بر اساس نتایج این مطالعه افزایش نمرات کانون کنترل درونی و شانس؛ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را افزایش می‌دهد که در زمینه کانون کنترل بر سلامت درونی نتیجه تحقیق حاضر با تحقیقات مشابه (۳۲،۳۳) همسو می‌باشد، یعنی هرچه کانون کنترل بر سلامت درونی قوی تر باشد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و پیشگیری از بیماری در آن‌ها بیشتر است. در این زمینه می‌توان گفت چون افراد دارای کنترل درونی سلامت باور دارند که سلامتی در دست خود آن‌ها است تا شانس و اقبال، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بیشتری اتخاذ می‌کنند. همچنین نشان داده شد، 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 پیشگیرانه ای مانند رعایت عادات غذایی خوب و انجام معاینات پزشکی می‌پردازند (۶). از محدودیت‌های مطالعه این بود

که فقط در گروه دانشجویان انجام شد، لذا پیشنهاد می‌شود در آینده مطالعاتی در گروه‌های دیگر جامعه نیز انجام شود. همچنین داده‌های این مطالعه از طریق خود گزارش دهی است که ممکن است خطاهایی در صحت گزارش وجود داشته باشد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج این مطالعه سطح رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دانشجویان را متوسط نشان داد، بنابراین جهت ارتقاء رفتارهای سلامتی باید در برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت توجه بیشتری به سلامت دانشجویان و ارتقاء رفتارهای

سلامتی آنان داشت. به طور خلاصه، با مشارکت و همکاری سایر بخش‌ها همچون رسانه‌های جمعی، نظام سلامت کشور می‌توان برنامه‌های جامعی برای بهبود و ارتقای سطح رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دانشجویان اجرا کرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از همکاری پرسنل دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملایر که در جمع‌آوری داده‌ها محققین را یاری رساندند، تشکر و قدردانی به عمل آورند.

References

- 1- Morovati Sharif Abad MA, Ghofranipour F, Heidarnia A. Perceived religious support of the health promoting behavior and performance of behaviors in the elderly 65 years and older city of Yazd. *J Med Sci Yazd*. 2003; 1(45): 28-23.
- 2- Andrews GA. Promoting health and functioning in an aging population. *British medical journal*. 2001; 322: 728-729.
- 3- Saffari M, Shojaeizadeh D, Ghofranipour F, Heydarnia A, Pakpour A. Health education & promotion: Theories, models & methods. 1st ed. Tehran: Sobhan Publisher. 2010: 7-9.
- 4- Ansari W, Stock C, John J, Deeny P, Phillips C, Snelgrove Sh, Adetunji H, et al. Health promoting behaviours and lifestyle characteristics of students at seven universities in the UK. *Cent Eur J Public Health*. 2011; 19 (4): 197-204.
- 5- Morowati Sharif Abad M, Mazloomi Mahmoodabad S, Baghianimoghadam MH, Tonekaboni N. Relationships between locus of control and adherence to diabetes regimen in a sample of Iranian. *Int J Diabetes Dev Ctries*. 2010; 30(1): 27-32.
- 6- 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.
- 7- Cloutier Laffrey S, Isenberg M. The relationship of internal locus of control, value placed on health, perceived importance of exercise, and participation in physical activity during leisure. *International journal of nursing studies*. 2007; 40: 453-459.
- 8- Hosseini M, Yaghmaei F, Hosseinzadeh S, Alavie Majd H, Sarbakhsh P, Tavousi M. Psychometric "health promotion lifestyle profile 2" The Urban Health Center. *Payesh Journal*. 2013; 11(6):849-56.
- 9- Shabani Bahar GH, Yalfani A, Gharloghi S. The Relationship between Locus of Control (LOC) and General Health (GH) in Athletes and Non-Athlete Male Students in Tehran University. *Journal of sport management*. 2010; 2(7): 43-59.
- 10- 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.
- 11- Cohen M, Azaiza F. Health-promoting behaviors and health locus of control from a multicultural perspective. *Ethnicity and Disease*. 2007; 17(4): 636.
- 12- Kuwahara A, Nishino Y, Ohkubo T, Tsuji I, Hisami chi 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.

- 13- Chen G, Gully SM, Eden D. Validation of a new general self-efficacy scale. *Organizational Research Methods*. 2001; 4(1): 62-83.
- 14- Regina L T, Lee A J, Yuen L. Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. *Public Health Nursing*. 2005; 22(3): 209-220.
- 15- Can G, Ozdilli K, Erol O, Unsar S, Tulek Z, Savaser S, Ozcan S, Durna Z. Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey. *J Nursing Health Sci*. 2008; 10(4): 273-80.
- 16- Von Ah D, Ebert S, Ngamvitroj A, Park N, Kang DH. Predictors of health behaviors college students. *J Advanced Nursing*. 2004; 48(5): 463-74.
- 17- Shaban M, Mehran A, Taghlili F. Relationship between perception of health concept and health promoting behaviors: A comparative study among Tehran university medical and non-medical Students. *Hayat*. 2007; 13(3): 27-36.
- 18- Tol A, Tavasoli A, Shariferad Gr, Shojaezadeh D. The relation between health-promoting lifestyle and quality of life in undergraduate students at school of health, Isfahan University of Medical Sciences. *Health System Research*. 2011; 7(4):442-8.
- 19- Norouzi Nia R, Aghabarari M, Kohan M, Karimi M. Health promotion behaviors and its correlation with anxiety and some students' demographic factors of Alborz University of Medical Sciences. *Journal of Health Promotion Management*. 2013; 2(4):39-49.
- 20- Ansari H, Bahrami L, Akbarzadeh L, Bakhshani N. General health and some related factors of Zahedan University of Medical Sciences. *Tabibe Shargh*. 2006; 9(4): 295-304.
- 21- Lee R L, Loke A J. Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. *Public Health Nursing*. 2005; 22 (3): 209-220.
- 22- Momeni M. Data were analyzed using SPSS. First Edition, Publication Ketab now. 2007.
- 23- 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.
- 24- Mirzaei Alavijeh M, Rajaei N, Rezaei F, Hasanpoor S, Pirouzeh R, Babaei Borzabadi M. Comparison of self-esteem, locus of control and their relationship with university students' educational status at Shahid Sadoughi University of Medical Sciences- Yazd. *The Journal of Medical Education and Development*. 2012; 7 (1):58-70.
- 25- Khadivi A, Vakili Mafakheri A. A survey of relationship between achievement motivation, locus of control, self – concept and high school grader science students academic achievement the five regions of Tabriz. *Journal of Educational sciences*. 2011; 13(4):45-66.
- 26- Bagher Zadeh Ladari R, Sadeghi M, Haghshenas M, Mousavi S, Yazdani Cherati J. Study of the Relationship Between Locus of Control and Academic Achievement Among Students of Mazandaran University of Medical Sciences. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2010; 20(77): 30-35.
- 27- Choi H, Wai H. The health-promoting lifestyles of undergraduate nurses in Hong Kong. *Journal of Professional Nursing*. 2002; 18(2): 101-111.
- 28- Motlagh Z, Mazloomt Mahmoodabad S, Momayyezi M. Study of Health-promotion behaviors among university of medical science students. *Journal of Tabib shargh*. 2011; 13(4): 29-34.
- 29- Azad Bakht M, Garmaroudi GH, Taheri Tanjani P, Sahaf R, Shojaeijadeh D, Gheisvandi E. Health Promoting Self-Care Behaviors and Its Related Factors in Elderly: Application of Health Belief Model. *Journal of Education and Community Health*. 2014; 1(2):20-29.
- 30- 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.
- 31- Aghamolaei T, Tavafian S, Ghanbarnejad A. Health Locus of Control and Its Relation with Health-Promoting Behaviors among People over 15 in Bandar Abbas, Iran. *Journal of Health Administration*. 2014; 17 (55):7-16.
- 32- Ozolins AR, Stenstrom U. Validation of health locus of control patterns in Swedish adolescents. *Adolescence*. 2002; 38(152): 651-7.
- 33- Schwartz S. *Abnormal psychology: A discovery approach*. London: Mayfield Publishing Company. 2000: 10-15.