

ارتباط کانون کنترل بر سلامت با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در دانش آموزان دبیرستانی شهر بندرعباس

دکتر تیمور آقاملایی^۱، فاطمه درساره^۲، فاطمه پوراحمد گربندی^۳، امین قنبرنژاد^۴

^۱ استاد آموزش بهداشت، ^۲ دانشجوی دکتری پژوهشی، ^۳ کارشناس ارشد آمار زیستی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقای سلامت، ^۴ کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

مجله طب پیشگیری سال دوم شماره دوم تابستان ۹۴ صفحات ۹-۱

چکیده

مقدمه: رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت یکی از بهترین راههایی است که مردم از طریق آن می‌توانند سلامتی خود را حفظ و کنترل نمایند. هدف این مطالعه تعیین ارتباط کانون کنترل بر سلامت با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر بندرعباس بود.

روش‌ها: این مطالعه به صورت مقطعی انجام شد. جهت تعیین وضعیت کانون کنترل بر سلامت از فرم A پرسشنامه والستون و جهت تعیین وضعیت رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت از پرسشنامه *Adolescent Health Promotion Scale* استفاده شد. از تعداد ۳۷۸ پرسشنامه توزیع شده بین دانش‌آموزان ۲۴۲ پرسشنامه به صورت کامل تکمیل شد (*Response rate* = 90.5%) داده‌ها به کمک نرم‌افزار آماری *SPSS 19* و ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: میانگین سن افراد مورد بررسی ($SD=1/1$) ۱۶/۱ سال بود. ۴۴/۷ درصد آنها پسر بودند. بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون ۱۲ درصد از تغییرات رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت توسط کانون کنترل بر سلامت (شامل کانون کنترل درونی، شانس و قدرت دیگران) تبیین می‌شود ($R^2=0/12$ ، $F=15/5$ ، $P<0/001$). از بین مؤلفه‌های متغیر پیش‌بینی، کانون کنترل درونی ($P<0/001$ و $B=0/25$) و قدرت دیگران ($P<0/01$ و $B=0/16$) به طور معنی‌داری متغیر پاسخ یعنی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت را تبیین می‌کنند. با افزایش نمرات کانون کنترل درونی و قدرت دیگران، رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نیز افزایش می‌یابد.

نتیجه‌گیری: تقویت کانون کنترل درونی و توصیه به پیروی از دستورات افرادی مانند پزشکان و متخصصان سلامت جهت افزایش رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در دانش‌آموزان توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: کانون کنترل سلامت، رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، دانش‌آموز، بندرعباس

نویسنده مسئول:

دکتر تیمور آقاملایی

مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در

ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی

هرمزگان

بندرعباس - ایران

تلفن: +۹۸ ۷۶ ۳۳۳۳۸۵۸۳

پس‌الکترونیکی:

teaghamolaei@gmail.com

دریافت مقاله: ۹۴/۱/۳۱ اصلاح نهایی: ۹۴/۲/۲۹ پذیرش مقاله: ۹۴/۴/۲۴

مقدمه:

در این دوره تکاملی، تغییراتی در وضعیت بدن، تفکر و روابط اجتماعی به وجود می‌آید و فرد به تکامل جسمی، روانی و جنسی دست می‌یابد و به تدریج مسئولیت سلامت خود را به عهده می‌گیرد (۴). تغییرات ایجاد شده در دوران نوجوانی، نوجوانان را در معرض خطر گسترش رفتارهای پرخطر بهداشتی قرار می‌دهد (۵). نوجوانان به اندازه بزرگسالان،

در ایران نوجوانان (گروه سنی ۱۱-۱۹ سال) حدود ۱۶ میلیون نفر (۲۷ درصد) از جمعیت کشورمان را تشکیل می‌دهند (۱). نوجوانی دوران منحصر به فردی در زندگی است (۲) و یکی از پرچالش‌ترین دوره‌های رشد انسان به شمار می‌آید (۳).

مطالعات متعدد نشان داده است که انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و بالطبع آن سبک زندگی سالم به طور معنی داری در طولانی کردن عمر و امید به زندگی دخالت دارد (۱۷).

با توجه به این که سالهای نوجوانی، دوره شکل‌گیری ساختار شخصیت فردی و اجتماعی انسان است، بروز نابسامانی‌ها و از جمله آسیب‌پذیری به اختلالات روانی می‌تواند قابلیت‌ها و در نهایت آینده و سرنوشت فرد را تحت تأثیر جدی قرار دهد. از این رو توجه به نیازهای بهداشت روانی نوجوانان از اهمیت خاصی برخوردار است. در کنار تلاشی که برای سلامت جسمی فرزندان می‌کنیم، باید عوامل آسیب رسان به ساختار روحی و روانی آن‌ها را بهتر شناخت تا بتوان راه حل مناسبی را برای پیشگیری و جبران آن‌ها یافت. در این راه، شاید نخستین گام، بررسی میزان شیوع اختلالات و آسیب‌شناسی روانی و شناخت آن‌ها در نوجوانان باشد (۱۸).

همچنین با وجود این باور که اختلالات روانی در دوران نوجوانی بروز نمی‌کند، موجب شده است که بخش عظیمی از نوجوانان که به نوعی از عدم سلامت روان رنج می‌برند، از نظر مسئولین امر سلامت و بهداشت دور مانده و این قشر از جامعه کمترین سهم را در برنامه‌ریزی‌های مربوط به پیشگیری و درمان بیماری‌های روانی داشته باشند (۱۹،۲۰).

از طرف دیگر، اکثر مشکلات بهداشتی، با رفتار انسان ارتباطی تنگاتنگ دارند. نظریه‌ها و الگوهای رفتاری می‌توانند برای درک چگونگی پیشگیری از مشکلات بهداشتی، مورد استفاده قرار گیرند (۲۱). اگر فرد در برخورد با رویدادهای زندگی، توانایی شناسایی شیوه‌های رویارویی سالم را با این رویدادها نداشته باشد، در واکنش فعال نسبت به چالش‌های زندگی، با دشواری روبرو خواهد شد و برای حل مشکلات زندگی خود به رفتارهای انحرافی پناه می‌برد (۲۲). بنابراین اگر بتوان نوع کنترل افراد را مشخص و سپس تکنیک مشاوره را بر پایه آن انتخاب نمود، می‌توان احساس خودکارآمدی را در افراد افزایش داد. با توجه به این مهم، تئوری کانون کنترل سلامت بکار گرفته شد که نوع کنترل افراد را مشخص می‌کند. این تئوری توسط راتر و از تئوری یادگیری اجتماعی بندورا، مشتق شده است (۲۳). راتر در سال ۱۹۶۶، چارچوب منبع کنترل را طراحی نمود و دو نوع کنترل درونی و بیرونی را معرفی کرد. افرادی که منبع کنترل از

بهداشت را موضوع با اهمیتی در زندگی تلقی نمی‌کنند. نگاه آنها به دنیا با نگاه بزرگسالان فرق می‌کند. نوجوانان اغلب رفتارهایی انجام می‌دهند که معمولاً آنها را در معرض خطر بیماری‌های تهدید کننده زندگی قرار می‌دهد. برای مثال، یک چهارم موارد جدید شناخته شده ایدز و عفونت‌های انتقال یافته از طریق جنسی، در میان نوجوانان اتفاق می‌افتد. همچنین در دوران نوجوانی، رفتارهای دیگری مثل سیگار کشیدن، کاهش فعالیت جسمانی و تغذیه نامناسب آغاز می‌شوند، که می‌توانند در آینده منجر به بیماری‌های مزمن گردند (۶). با این وجود سلامت نوجوانان و جوانان به رفتارهای بهداشتی آنها در زندگی بر می‌گردد (۷). بسیاری از صاحب نظران معتقدند مسائل و مشکلات نوجوانان بیشتر رفتاری است. از سوی دیگر تقریباً تمام رفتارهای ناهنجار و به هنجار افراد بزرگسال نیز از دوران نوجوانی پایه‌ریزی می‌شود که این رفتارها می‌توانند بر سراسر زندگی فرد تأثیر بگذارند (۸).

انجام رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت یکی از بهترین راههایی است که مردم از طریق آن می‌توانند سلامتی خود را حفظ و کنترل نمایند (۹). آمار ارائه شده در مورد دلائل اصلی مرگ و میر، بیانگر آن است که ۵۳ درصد از علل مرگ و میرها به سبک زندگی و رفتارهای غیر بهداشتی مربوط می‌باشد (۱۰).

رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت یکی از معیارهای عمده تعیین‌کننده سلامت می‌باشد که به عنوان عامل زمینه‌ای در عدم ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها شناخته شده است و ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها مستقیماً با این رفتارها در ارتباط می‌باشند (۱۱). ارتقاء سلامت تأثیر بالقوه طولانی مدت بر کیفیت زندگی با طولانی‌تر کردن عمر، کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و افزایش تولیدات ملی را دارد (۱۲،۱۳) و شامل رفتارهایی می‌شود که طی آن فرد به تغذیه مناسب، ورزش مرتب، دوری از رفتارهای مخرب، محافظت در برابر حوادث، تشخیص به موقع نشانه بیماری در بعد جسمی، کنترل عواطف و احساسات و افکار و کنار آمدن با استرس و مشکلات در بعد روحی روانی و استقلال، سازگاری، اصلاح روابط بین فردی در بعد اجتماعی می‌پردازد (۱۶-۱۴).

پرسشنامه مشخص‌کننده کانون درونی (Internal)، شانس (Chance) و افراد قدرتمند (Powerful other) می‌باشد. کانون کنترل بر سلامت بیرونی شامل شانس و افراد قدرتمند (دکتر و ...) می‌باشد. پرسشنامه مذکور دارای ۱۸ سؤال است. ۶ سؤال مربوط به کانون کنترل درونی است که دامنه امتیاز آن بین ۳۶-۶ است. همچنین ۶ سؤال مربوط به شانس و ۶ سؤال مربوط به افراد قدرتمند است که امتیاز آنها نیز بین ۳۶-۶ است. همه گزینه‌ها در مقیاس شش گزینه‌ای لیکرت از خیلی موافق (۶) تا خیلی مخالف (۱) می‌باشد. لازم به ذکر است امتیاز بالاتر در هر حیطة نشان‌دهنده کنترل درونی یا بیرونی بیشتر، شانس بیشتر و تأثیر بیشتر افراد قدرتمند (دکتر و ...) می‌باشد. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در ایران مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (۲۸).

جهت تعیین وضعیت رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت از پرسشنامه Adolescent Health Promotion Scale استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۴۰ سؤال می‌باشد که ویژه نوجوانان طراحی شده است و دارای مقیاس ۱ تا ۵ گزینه‌ای لیکرت بوده که میزان انجام رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی را در ۶ بعد شامل حمایت اجتماعی (۷ سؤال)، رشد معنوی (۸ سؤال)، مسئولیت‌پذیری سلامتی (۸ سؤال)، مدیریت استرس (۷ سؤال)، رفتارهای تغذیه‌ای (۶ سؤال) و فعالیت بدنی (۴ سؤال) می‌سنجد (۲۹). اعتبار و پایایی این پرسشنامه در ایران مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (۳۰).

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت مقایسه کانون کنترل بر سلامت و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در دانش‌آموزان پسر و دختر از آزمون آماری t-test و جهت بررسی ارتباط بین کانون کنترل بر سلامت با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چند متغیره استفاده شد.

نتایج:

از تعداد ۳۷۸ پرسشنامه توزیع شده بین دانش‌آموزان ۳۴۲ پرسشنامه به صورت کامل تکمیل شد که مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند (Response rate= 90.5%). میانگین سن افراد مورد بررسی ۱۶/۱ سال با انحراف معیار ۱/۱ و دامنه آن از ۱۴

نوع درونی دارند، معتقدند که تجارب آنها تحت کنترل مهارت‌ها و تلاش‌های آنان می‌باشد و افرادی که منبع کنترل از نوع بیرونی دارند معتقدند که موفقیت‌ها و شکست‌های آنان بر اثر شانس، بخت و اقبال می‌باشد (۲۴). منبع کنترل سلامت در امیدواری و پیشگیری از بیماری افراد نقش دارد و می‌تواند بر تمام ابعاد جسمی، هیجانی، عقلی، اجتماعی، روحی و سلامتی افراد تأثیرگذار باشد (۲۵،۲۶). در آموزش بهداشت، توجه به مفهوم منبع کنترل سلامتی برای ساخت پیام‌های متناسب با جمعیت هدف مهم می‌باشد، چرا که برای ساخت پیام، بایستی تفاوت‌های فردی در شاخص‌های روانشناختی مؤثر بر تصمیم‌گیری؛ در جهت انجام رفتار بهداشتی را در نظر گرفت (۲۷).

بنابراین با توجه به اهمیت رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و شناخت کانون کنترل بر سلامت، هدف این مطالعه تعیین ارتباط کانون کنترل بر سلامت با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر بندرعباس بود

روش کار:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی (Cross-Sectional) است که بر روی دانش‌آموزان دبیرستانی شهر بندرعباس انجام شد. حجم نمونه ۳۷۸ نفر برآورد شد. روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای با حجم متناسب بود، بدین ترتیب که پس از هماهنگی با مسئولین آموزش و پرورش شهر بندرعباس تعداد ده مدرسه (۵ مدرسه پسرانه و ۵ مدرسه دخترانه) به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس در هر مدرسه متناسب با تعداد دانش‌آموزان شاغل به تحصیل در پایه‌های اول تا سوم و پیش‌دانشگاهی، نمونه‌ها انتخاب شدند. لازم به ذکر است که شرکت‌کنندگان در پژوهش در زمینه چگونگی انجام طرح و محرمانه بودن اطلاعات و همچنین هدف از انجام این طرح توجیه شدند. متغیرهایی مانند سن، جنس، پایه تحصیلی، سطح تحصیلات پدر و مادر و سازه‌های منبع کنترل سلامت به عنوان متغیرهای مستقل و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت به عنوان متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گرفتند.

جهت تعیین وضعیت کانون کنترل بر سلامت از پرسشنامه والستون (Wallston) استفاده شد. این پرسشنامه شامل فرم‌های A، B و C می‌باشد. در این مطالعه از فرم A پرسشنامه که در مطالعات جمعیتی مناسب‌تر است، استفاده شد. این

جدول شماره ۳ وضعیت رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت را در کل افراد مورد بررسی و جدول شماره ۴ مقایسه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را در دانش‌آموزان پسر و دختر نشان می‌دهد. در حیطه رفتارهای تغذیه‌ای و ورزش بین دانش‌آموزان پسر و دختر اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت و در این حیطه‌ها وضعیت رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در پسران بهتر از دختران بود. در سایر حیطه‌ها بین دانش‌آموزان پسر و دختر اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت.

به منظور پاسخ به این سؤال که آیا بین رفتارهای ارتقاءدهنده 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 درونی و قدرت دیگران با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت رابطه معنی‌دار وجود دارد. کانون کنترل درونی با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت رابطه مثبت معنی‌دار ($P < 0.001$) و کانون کنترل قدرت دیگران نیز با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت رابطه مثبت معنی‌دار ($P < 0.001$, $r = 0.36$) داشت.

تا ۱۸ سال متغیر بود. ۴۴/۷ درصد آنها پسر و بقیه دختر بودند و بیشترین درصد آنها (۳۳ درصد) در پایه دوم مشغول به تحصیل بودند.

جدول شماره ۱ وضعیت کانون کنترل بر سلامت را در کل افراد مورد بررسی و جدول شماره ۲ مقایسه کانون کنترل بر سلامت را در دانش‌آموزان پسر و دختر نشان می‌دهد. کانون کنترل بر سلامت دانش‌آموزان مورد بررسی بیشتر از نوع درونی است تا بیرونی و در کانون کنترل سلامت بیرونی نیز افراد در مقایسه با قدرت دیگران کمتر به شانس باور داشتند. بین دانش‌آموزان دختر و پسر از نظر کانون کنترل سلامت اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت.

جدول شماره ۱- میانگین و انحراف معیار وضعیت کانون

کانون کنترل	میانگین	انحراف معیار
درونی	۲۸/۴	۴/۵
شانس	۲۱/۶	۶/۴
قدرت دیگران	۲۶/۲	۵/۴

جدول شماره ۲- مقایسه وضعیت کانون کنترل بر سلامت در دانش‌آموزان پسر و دختر

کانون کنترل	جنس	پسر		دختر		t	P
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
درونی		۲۸/۳	۴/۹	۲۸/۴	۴/۲	-۰/۱۱	۰/۹۱
شانس		۲۱/۴	۶/۷	۲۱/۸	۶/۲	-۰/۵۹	۰/۵۵
قدرت دیگران		۲۶/۳	۵/۴	۲۶/۱	۵/۴	-۰/۳۱	۰/۷۵

در ادامه برای مشخص کردن میزان تبیین رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت بر اساس کانون کنترل سلامت و مؤلفه‌های آن از تحلیل رگرسیون چند متغیره استفاده شد.

بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون با متغیر وابسته رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و متغیرهای پیش‌بینی کانون کنترل سلامت، ۱۲ درصد از تغییرات رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت توسط کانون کنترل بر سلامت (شامل کانون کنترل درونی، شانس و قدرت دیگران) تبیین می‌شود ($R^2 = 0.12$, $F = 15.0$, $P < 0.001$).

جدول شماره ۳- میانگین و انحراف معیار وضعیت رفتارهای

ارتقاءدهنده سلامت در دانش‌آموزان مورد بررسی

رفتار	میانگین	انحراف معیار
رفتارهای تغذیه‌ای	۳/۶۳	۰/۶۹
حمایت اجتماعی	۳/۴۲	۰/۶۸
مسئولیت‌پذیری سلامتی	۳/۴۳	۰/۷۱
رشد معنوی	۴/۱۴	۰/۶۳
ورزش	۲/۸۹	۰/۹۸
مدیریت استرس	۳/۶۷	۰/۷۳
کل	۳/۵۷	۰/۴۷

جدول شماره ۴- مقایسه وضعیت رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در دانش‌آموزان پسر و دختر

P	t	دختر		پسر		جنس	رفتار
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۰۰۰	۴/۱۵	۰/۶۳	۳/۵۰	۰/۷۳	۳/۸۱		رفتارهای تغذیه‌ای
۰/۱۴	-۱/۴۵	۰/۷۰	۳/۴۷	۰/۶۵	۳/۳۶		حمایت اجتماعی
۰/۰۶	۱/۹۲	۰/۷۰	۳/۳۶	۰/۷۲	۳/۵۱		مسئولیت‌پذیری سلامتی
۰/۷۴	-۰/۳۲	۰/۵۶	۴/۱۵	۰/۷۱	۴/۱۳		رشد معنوی
۰/۰۰۰	۹/۴۳	۰/۸۲	۳/۴۹	۰/۹۴	۳/۳۹		ورزش
۰/۷۷	-۰/۲۸	۰/۶۷	۳/۶۸	۰/۸۰	۳/۶۶		مدیریت استرس

جدول شماره ۵- پیش‌بینی متغیر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت از روی مؤلفه‌های کانون کنترل بر سلامت

متغیرها	B	انحراف استاندارد	Beta	سطح معنی داری
ضریب ثابت	۲/۵۵	۰/۱۶۷		۰/۰۰۰
کانون کنترل درونی	۰/۰۲۶	۰/۰۰۶	۰/۲۵	۰/۰۰۰
کانون کنترل شانس	-۰/۰۰۵	۰/۰۰۴	-۰/۰۶	۰/۳۶
کانون کنترل قدرت دیگران	۰/۰۱۴	۰/۰۰۶	۰/۱۶	۰/۰۱

پزشکان را در این موضوع دخیل دانسته و در مقایسه با این موارد کمتر شانس و اقبال را در سلامت خود دخیل می‌دانند. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه‌ای که در جمعیت بزرگسال بندرعباس انجام شد، همخوانی دارد (۳۲).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، در هیچ کدام از مؤلفه‌های کانون کنترل بر سلامت بین دانش‌آموزان پسر و دختر اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت. این نتایج با نتایج مطالعه کواهارا و همکاران (۳۳) که در آن نمرات کانون کنترل شانس و قدرت دیگران در زنان بالاتر از مردان بود، همخوانی ندارد. همچنین در مطالعه کوهن و ازیزا (۳۴) زنان کانون کنترل درونی پایین‌تری در مقایسه با مردان داشتند، اما از نظر کانون کنترل خارجی (شانس و قدرت دیگران) اختلاف آماری معنی‌داری بین مردان و زنان مشاهده نشد. تفاوت در ساختار فرهنگی، باورها و ارزش‌های جوامع می‌تواند از دلایل احتمالی بعضی از این اختلافات باشد.

در مورد ارتباط بین کانون کنترل بر سلامت و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد از بین مؤلفه‌های متغیر پیش‌بینی، کانون کنترل درونی و کانون کنترل قدرت دیگران به طور معنی‌داری رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت را به طور کلی و در شش بعد شامل روابط بین فردی، رفتارهای تغذیه‌ای، مسئولیت فردی سلامتی، فعالیت فیزیکی، کنترل استرس

با توجه به ضرایب B مندرج در جدول شماره ۵ از بین مؤلفه‌های متغیر پیش‌بینی، کانون کنترل درونی ($P < ۰/۰۰۱$) و $B = ۰/۲۵$ و قدرت دیگران ($P < ۰/۰۱$ و $B = ۰/۱۶$) به طور معنی‌داری متغیر پاسخ یعنی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت را تبیین می‌کنند. با افزایش نمرات کانون کنترل درونی و قدرت دیگران، رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نیز افزایش می‌یابد.

بحث و نتیجه‌گیری:

همانگونه که نتایج نشان داد کمترین میانگین کانون کنترل بر سلامت مربوط به شانس و بالاترین آن مربوط به کانون کنترل درونی و قدرت دیگران بود. افرادی که کانون کنترل سلامتی از نوع بیرونی دارند، بر این اعتقادند که پیامدهای معین و حوادث رخ داده در زندگی آنها به واسطه نیروهایی مانند پزشکان، شانس، سرنوشت و بخت و اقبال تعیین می‌گردد. در عوض 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 می‌باشد و تعیین‌کننده سلامتی آنها به طور مستقیم اعمال و رفتارهای آنها می‌باشد (۳۱). بر اساس نتایج مطالعه حاضر افراد سلامتی خود را بیشتر مرتبط با اعمال و رفتارهای خود می‌دانند و بعد از آن افراد قدرتمندی مانند

در مطالعه هالم کانون کنترل بر سلامت پیش‌بینی‌کننده رفتار ماموگرافی نبود (۳۹). در مطالعه استیتو و واردل افراد با نمره بالاتر کانون کنترل درونی در مقایسه با افرادی که نمره پایین‌تری در این مؤلفه کسب کردند، میزان رفتارهای سلامتی بیشتری داشتند. همچنین نمره بالاتر کانون کنترل شانس با کاهش رفتارهای مرتبط با سلامت همراه بود (۴۰) که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. نتایج مطالعه نورمن و همکاران نشان داد که هرچه نمره کانون کنترل بر سلامت درونی بیشتر باشد، نمره 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 بیشتر می‌شود و بالعکس با بالا رفتن کانون کنترل بر سلامت شانس و قدرت دیگران میزان رفتارهای سلامت کاهش می‌یابد (۴۱).

با توجه به نتایج این مطالعه تقویت کانون کنترل درونی و توصیه به پیروی از دستورات افرادی مانند پزشکان و متخصصان سلامت جهت افزایش رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در دانش‌آموزان و نوجوانان توصیه می‌شود.

و رشد معنوی تبیین می‌کنند، به طوری که با افزایش نمرات کانون کنترل درونی و قدرت دیگران رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نیز افزایش می‌یابد. در زمینه کانون کنترل بر سلامت درونی نتیجه تحقیق حاضر با تحقیقات مشابه (۲۵،۳۲،۳۵،۳۶) هم‌خوانی دارد، یعنی هرچه کانون کنترل بر سلامت درونی قوی‌تر باشد، رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و پیشگیری از بیماری در آنها بیشتر 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 و ارتقای سلامت می‌شود و در مقایسه با افراد دارای کانون کنترل بیرونی به میزان بیشتری به رفتارهای پیشگیری‌کننده مانند رعایت عادات غذایی خوب و انجام معاینات پزشکی می‌پردازند (۳۷). نتایج مطالعه گروتز و همکاران (۳۸) نشان داد افرادی که نمرات بالاتری در کانون کنترل شانس دریافت می‌کنند، از ورزش و فعالیت جسمی کمتری برخوردار بودند، کمتر از دندان‌هایشان محافظت می‌کردند و کمتر در جستجوی اطلاعات سلامت بودند.

References

منابع

1. Malek Afzali H. Basic training in reproductive health. Tehran: Family Planning Association of the Islamic Republic of Iran; 2001.
2. Salmaani Barough N, Pashaeypour S, Rezaiepour A, Kazemnejad A. Study of quality of snacking in adolescents (12-18 years old). Hayat. [Research]. 2006;12(4):21-9.
3. Mahan LK, Escott-Stump S. Krause's food, nutrition, & diet therapy. 2004.
4. Hosein-Nejad M, Aziz-zadeh-Forozi M, Mohammad-Alizadhe S, Haghdoost A. Role of Self Efficacy Predictors in Nutritional Behaviors of Kerman High School Female Students in 2006-2007 Academic Year. The Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. [Original article]. 2008;16(3):49-56.
5. Rezaiepour A, Youssefi F, Mahmoudi M, Shakeri M. Relationship between Adolescents' Nutritional and Physical Activity Behaviors with their Perceptions about Parents' Lifestyle Behaviors. Hayat. [Research]. 2007;13(3):17-25.
6. Stanhope M, Lancaster J. Community health nursing: Process and practice for promoting health: Mosby Year Book; 1992.
7. Brener ND, Collins JL, Kann L, Warren CW, Williams BI. Reliability of the youth risk behavior survey questionnaire. American Journal of Epidemiology. 1995;141(6):575-80.
8. Amini K, Amini A, Madani H, Pourmemari M, Fallah R. Investigation of Oral and Dental-Care Procedures in High School Students of Zanjan Province - 2005. ZUMS Journal. [Original]. 2006;14(54):47-55.

9. Shabbidar S, Fathi B, Shirazifard NM. Effects of clinical nutrition education on glycemic control outcomes in type 2 diabetes. *Int J Diab Dev Ctries*. 2006;26(4):157.
10. Shaban M, Mehran A, Taghili 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.
11. Aghamolaei T, Eftekhar H, Mohammad K. Application of health belief model to behavior change of diabetic patients. *Payesh*. 2005;4(4):263-9.
12. Aggleton P, Chalmers H. *Nursing models and nursing practice* 2000.
13. Tabari R. *Nursing models and nursing practice*. Boshra; 2004. p. 83-100.
14. Ahmadi Abhari A, Mirzaei E. *An invitation to health*. Tehran: Ketabkhane Farvardin; 1997.
15. Andrews GR. Promoting health and function in an ageing population. *BMJ : British Medical Journal*. 2001;322(7288):728-9.
16. Habibi A, Neekpoor S, Seyedolshohda M, Haghani H. Health promotion behaviours and Quality of life among elderly people: A crosssectional survey 2006. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*. [article]. 2008;8(1):29-36.
17. Mahmoudi A. Effects of self care planning on reduction of A1C hemoglobin in adults with diabetes mellitus. *MEDICAL SCIENCES JOURNAL*. 2006;16(3):171-6.
18. Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American journal of Psychiatry*. 1998;155(6):715-25.
19. Hacker K, Drainoni M-L. Mental health and illness in Boston's children and adolescents: one city's experience and its implications for mental health policy makers. *Public health reports*. 2001;116(4):317.
20. Potts Y, Gillies ML, Wood SF. Lack of mental well-being in 15-year-olds: an undisclosed iceberg? *Family practice*. 2001;18(1):95-100.
21. Luquis RR, Garcia E, Ashford D. A qualitative assessment of college students' perceptions of health behaviors. *American Journal of Health Studies*. 2003;18(2/3):156-64.
22. Kann L, Kinchen SA, Williams BI, Ross JG, Lowry R, Grunbaum JA, et al. Youth risk behavior surveillance—United States, 1999. *Journal of School Health*. 2000;70(7):271-85.
23. Kleinke CL. *Coping with life challenges*. 2nd Edition ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company; 1998.
24. Taylor MC, Boss MW. Locus of control and course completion in adult basic education. *Adult Literacy and Basic Education*. 1985;9(1):18-23.
25. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*. 1966;80(1):1.
26. Schwarz S. *Abnormal Psychology*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company; 2000.
27. Grantz M. Do you have the power to succeed? Locus of control and its impact on education. Retrieved from <http://miavx1.muohio.edu/~psybersite/control/education.htm>; 1999.
28. 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):295.
29. Chen M-Y, Lai L-J, Chen H-C, Gaete J. Development and validation of the short-form adolescent health promotion scale. *BMC public health*. 2014;14(1):1106.
30. Tavaffian Ss, Aghamolaei T. Assessing Lifestyle of high school students in Bandar Abbas, Iran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2014;11(3):83-93.
31. Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education & Behavior*. 1978;6(1):160-70.
32. 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):0-.

33. 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.
34. Cohen M, Azaiza F. Health-promoting behaviors and health locus of control from a multicultural perspective. *Ethnicity and Disease*. 2007;17(4):636.
35. Malcarne VL, Drahota A, Hamilton NA. Children's health-related locus of control beliefs: ethnicity, gender, and family income. *Children's Health Care*. 2005;34(1):47-59.
36. Ozolins AR, Stenstrom U. Validation of health locus of control patterns in Swedish adolescents. *Adolescence*. 2003;38(152):651.
37. Hatamloo Sadabadi M, Poursharifi H, 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.
38. 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.
39. Holm CJ, Frank DI, Curtin J. Health beliefs, health locus of control, and women's mammography behavior. *Cancer Nursing*. 1999;22(2):149-56.
40. 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.
41. Norman P, Bennett P, Smith C, Murphy S. Health locus of control and health behaviour. *Journal of Health Psychology*. 1998;3(2):171-80.

Relation between health locus of control with health-promoting behaviors of high school students in Bandar Abbas, Iran

T. Aghamolaei, PhD¹ F. Darsareh, MSc² F. Pourahmad Garbandi, MSc³ A. Ghanbarnejad, MSc⁴

Professor Department of Health Education¹, PhD by Research Student², Instructor of Biostatistics³, Social PDeterminants on Health Promotion Research Center, MSc of Midwifery⁴, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

(Received 20 Apr, 2015 Accepted 15 Jul, 2015)

ABSTRACT

Introduction: Health promoting behaviors is one of the best ways that people can protect and maintain their health. The aim of this study was to determine the relationship between health locus of control with health promoting behaviors among high school students in Bandar Abbas, Iran.

Methods: This was a cross-sectional study. To collect data, from A of Wallston questionnaire and Adolescent Health Promotion Scale were used. Out of 378 questionnaire. 342 were completed (Response rate=90.5%). Data were analyzed by SPSS 19 Software. Pearson correlation and multiple regression analysis were used to analyze and predict health promoting behaviors through health locus of control dimensions.

Results: The mean age of participants was 16.1 (SD=1.1) and 44.7% of them were male. Based on regression analysis, 12% of health promoting behaviors changes were explained by health locus of control dimensions ($R^2 = 12\%$, $F= 15.5$, $P<0.001$). Internal locus of control ($B=0.25$, $P<0.001$) and powerful others ($B=0.16$, $P<0.001$) significantly predict health promoting behaviors.

Conclusion: For increasing the health promoting behaviors in students, improvement of internal locus of control and advising to follow the instructions of physicians and health experts is recommended.

Key words: Health Locus of Control, Health Promoting Behaviors, Student, Bandar Abbas.

Correspondence:

T. aghamolaei, PhD.

Social Determinants in
Health Promotion Research
Center, Hormozgan
University of Medical
Sciences.

Bandar Abbas, Iran

Tel: +98 76 33338583

Email:

teaghamolaei@gmail.com