The Role of Health Locus of Control in Predicting Depression Symptoms in a Sample of Iranian Older Adults with Chronic Diseases

Mohamadabadi M*[1], Hoseinzade Y[2]

Abstract

Introduction and purpose: The aim of this research was to predict depression and general health based on health locus of control in older adults with chronic diseases.

Materials and Methods: This correlation study used convenience sampling method to collect 100 older adults living in Shiraz city. Research instruments included General Health Questionnaire, Geriatric Depression Scale and Health Locus of Control Questionnaire. To analyze the data, multiple regression methods were applied using SPPS (version 17).

Findings: Regression analysis showed that internal control (β= 0.41, $p< 0.000$) and believe in God (β= -0.20, $p< 0.03$) significantly predicted general health. Additionally, our findings showed that depression can be significantly predicted by internal control (β= 0.37, $p< 0.000$) and believe in God (β= -0.20, $p< 0.04$).

Conclusion: According to our findings, the two components of Internal control and believe in God, in health locus of control variable's, play an important role in predicting general health status and depressive symptoms among older adults.

Key words: Elderly, Depression, Health locus of control, General health

Received: 2016/06/18 Accepted: 2016/09/5

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing.This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License(http://creativecommons.org/licenses/by /4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

1 - MSc in Clinical Psychology , Department of Clinical Psychology, School of Education & Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran, (**Corresponding Author). E-mail:** salehmo30@yahoo.com
2 - MSc in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, School of Education & Psychology, Chamran University, Ahvaz, Iran

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.35]

بررسی کانون کنترل سلامت و رابطه آن با افسردگی و سلامت عمومی در سالمندان شهر شیراز

محمدصالح محمدآبادی*[1]، یحیی حسین‌زاده[2]

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۳/۲۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۵/ ۶/ ۱۳۹۵

چکیده

مقدمه و هدف: سالمندی مرحله‌ای از زندگی انسان است که به طور طبیعی با کاهش توانایی‌های جسمانی و روانی همراه است و عوامل زیادی در این زمینه نقش دارند. هدف از پژوهش حاضر بررسی کانون کنترل سلامت و رابطه آن با افسردگی و سلامت عمومی در سالمندان شهر شیراز بود

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش از نوع همبستگی و جامعه‌ی آماری کلیه سالمندان در شهر شیراز بودند. بدین منظور ۱۰۰ سالمند به روش نمونه‌گیری در دسترس در پژوهش شرکت کردند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه کانون کنترل سلامت والستون، پرسشنامه افسردگی سالمندان و پرسشنامه سلامت عمومی بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون با نرم‌افزار spss نسخه ۱۷ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج ضرایب همبستگی نشان داد که از بین مؤلفه‌های کنترل سلامت، مؤلفه‌های درونی، دیگران و خدا با افسردگی و مؤلفه های درونی، شانس و دیگران با سلامت عمومی سالمندان رابطه معنی‌دار داشتند اما نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که تنها مؤلفه‌های کنترل درونی (β= ۰/۴۱، $p<$ ۰/۰۰۰) و خدا (β= -۰/۲۰، $p<$ ۰/۰۳) پیش‌بینی کننده قوی سلامت عمومی در سالمندان بود و همچنین نتایج نشان داد که دو مؤلفه‌ی کنترل درونی (β= ۰/۳۷، $p<$ ۰/۰۰۰) و خدا (β= -۰/۲۰، $p<$ ۰/۰۴) پیش‌بینی کننده قوی افسردگی نیز بودند.

نتیجه‌گیری: هر چه کانون کنترل سلامت افراد درونی‌تر باشد و باور داشته باشند که اعتقاد به خدا بر سلامتی آنها تأثیر مثبت دارد باعث می‌شود که رفتارهای خود مراقبتی آنها افزایش یابد و بالعکس، گرایش به کانون کنترل بیرونی، رفتارهای خود مراقبتی را کاهش می دهد.

کلید واژه‌ها: سالمندان، افسردگی، کانون کنترل سلامت، سلامت عمومی

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم‌تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
(**نویسنده مسؤول**). **پست الکترونیکی:** salehmo30@yahoo.com
۲- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.35]

مقدمه

سالمندی مرحله‌ای از زندگی انسان است که به طور طبیعی با کاهش توانایی‌های جسمانی و روانی همراه است. نزول این توانایی‌ها وقتی با شیوه زندگی کم‌تحرک، غیر فعال و ماشینی عصر حاضر همراه می‌شود، مشکلات سالمندی را افزایش داده و از نظر اقتصادی، اجتماعی و روانی هزینه‌های سنگینی را به جامعه تحمیل می‌کند. همه افراد پیر به یک طریق پیر نمی شوند؛ به طوری که در این مسئله ارزش های اجتماعی مطرح است. در بعضی مناطق، سالمندی اوج منزلت است، اما در برخی جاهای دیگر اینگونه نیست. به عنوان مثال شنیده ایم که در بین سرخ پوستان و اسکیموها، وقتی افراد پیر می شوند، قبیله خود را ترک می کنند. روایتی هم هست که در بین عشایر ایران هم،چنین رسمی وجود دارد، در بین بویر احمدی ها و بختیاری ها، سالمندانی که نمی توانند قبیله را همراهی کنند، می گذارند و کوچ می‌کنند [١]. بر اساس مستندات سازمان بهداشت جهانی افراد ۶۰ سال و بالاتر به عنوان افراد سالمند شناخته می شوند و براساس این تقسیم بندی، سالمندان به سه گروه ۶۰ تا ۶۹ سال "سالمند" ، ۷۰ تا ۷۹ سال"سالمند سالخورده" و ۸۰ سال و بالاتر "سالمند سالخورده تر" تقسیم می شوند [٢].

معنای پیری را عمدتاً فرهنگ تبیین می‌کند. در فرهنگ‌ها زندگی و مرگ جزء چرخه حیات محسوب شده و در درون تجربه انسانی قرار می‌گیرند. پیری رسیدن به خردمندی و فرزانگی است. اما در فرهنگ غرب پیری و مرگ مهار شدنی نیست و برای بسیاری از افراد وقوع آن‌ها صدمه‌زدن به موجودیت آدمی است و در نتیجه پیر شدن پا بر لب گور گذاردن است.

از نظر اریکسون و برگمن دسته‌ای از کشمکش‌های درونی در افراد پیر وجود دارد که ما هنگام برخورد با آن‌ها متوجه آن نمی‌شویم. ما بر بسیاری از مشکلات اجتماعی و جسمی آن‌ها آگاهی داریم و ممکن است با وجود اینکه افراد سالخورده کارایی ندارند، برای آن‌ها احساس دلسوزی کنیم. اما ما می‌توانیم از طریق یافتن نمونه‌هایی از افراد پیر که مفیدتر و پرانرژی‌تر هستند و بیشتر در کارهای اجتماعی شرکت دارند تصور خود را در مورد سالخوردگان اصلاح کنیم. به هر حال ارزیابی ما از پیری، همچنان براساس رفتار بیرونی آن‌ها است و از بررسی بحران‌های درونی آن‌ها عاجز هستیم. ما نمی‌توانیم درک کنیم که وقتی فرد سالمند ساکت و آرام است، احتمالا در حال دست و پنجه نرم کردن با مهمترین پرسش‌های زندگی‌اش است، سوال‌هایی مثل آیا اکنون باید با مرگ روبرو شوم؟ آیا زندگی من بامعنا بوده است؟ چه چیزی زندگی را معنادار می‌کند؟ [١].

سالمندی به عنوان یک پدیده زیست‌شناختی طبیعی و ناگزیر به شمار می‌آید. رشد فزاینده و شتابان جمعیت سالخورده و تأثیر عمیقی که این پدیده بر شرایط اقتصادی- اجتماعی دارد، زمینه توجه چندجانبه‌ای همچون نگرش اجتماعی، جسمانی و روانشناختی را فراهم نموده است [٣]. معمولا سالمند به کسی اطلاق می‌شود که بیش از ۶۵ سال از عمرش گذشته باشد [٤]. تعداد افراد بالای ۶۵ سال در پاره‌ای از کشورهای مختلف در

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.35]

فواصل ۱۹۸۰ میلادی تا ۲۰۲۵ میلادی، با رشد قابل توجهی در کشورهای آلمان، آمریکا، ژاپن، سوئد و انگلستان همراه بوده است [۵]. براساس برآوردهای انجام شده، بیش از ۶۰ درصد جمعیت سالمندان جهان، در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. این تعداد تا سال ۲۰۵۰ به ۸۰ درصد خواهد رسید. وضعیت در کشور ما نیز مشابه است و طی ۴۰ سال آینده، یک چهارم جمعیت کشورمان را سالمندان تشکیل خواهند داد [٦]. امروزه با توسعه علوم مربوط به پزشکی، اقتصادی و اجتماعی، میزان مرگ و میر کاهش یافته و امید به زندگی رو به افزایش است. در واقع با گذشت زمان، جمعیت جهان به سمت سالمندی پیش می‌رود (اصلانخانی و کیرنی). بر این اساس یکی از مهمترین مسایل و مشکلاتی که افراد سالمند با آن روبرو هستند، مسئله سلامت روانی است که تأثیر بسزایی در سطح کیفیت زندگی آنها دارد. به باور روانشناسان، در دوران سالمندی وضع بهداشت روانی فرد سالمند در آفرینش دقایق خوب و بد تأثیر فراوانی دارد و در واقع باید پذیرفت که رعایت بهداشت روانی سالمندان و ایجاد شرایط زیست محیطی برای آنان جز به یاری بررسی دقیق رویدادهای زندگی شان و درک صحیح شرایط و معضلات موجود امکان پذیر نیست [۷].

متاسفانه اغلب افرادی که به سن سالمندی می‌رسند به چندین بیماری و مشکل جدی سلامتی مبتلا می‌شوند [۹-۸]. اختلالات روانی سالمندان از تعامل پیچیده‌ی عوامل عضوی، روانشناسی و اجتماعی ناشی می‌شود. طبق آمار انستیتو ملی بهداشت روانی، از شایع‌ترین اختلالات سالمندان می‌توان به افسردگی، اختلال شناختی، فوبی اشاره کرد [٤]. به دلایل متعددی، سالمندان از جهت سلامت روانی بسیار آسیب‌پذیر بوده و حدود ۱۵ تا ۲۵ درصد افراد مسن مشکلات روانی مهمی دارند، به طوری که با هر دهه افزایش سن، اختلالات افسردگی افزایش می‌یابد [٤]. سالمندان به علت کاهش اعتماد به نفس، نقصان فعالیت و حرکت، از دست دادن دوستان و نزدیکان، کاهش استقلال مادی و جسمانی و ابتلا به بیماری‌های مزمن، در معرض افسردگی و اضطراب بیشتری قرار دارند [۱۳-۱۲]. افسردگی یکی از مهم‌ترین بیماری‌های روانشناختی است که در بررسی حالات روانی، مورد توجه بسیاری از محققین قرار دارد. منظور از افسردگی، اختلالی است که دوام کافی و نشانه‌های ویژه دارد و بر عملکرد شخص، تأثیر نامطلوب می‌گذارد و پریشانی ایجاد می کند. افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی سالمندان و از شایع‌ترین عوامل خطر خودکشی در سالمندان است [١٤]. توانایی کار و فعالیت‌های روزمره زندگی در افراد سالمند کاهش می‌یابد که با انزوا و تنهایی همراه است [۹].

افسردگی از عمده‌ترین مسائل دوره سالمندی است که در نتیجه عوامل مختلف مربوط به آخرین مرحله زندگی از قبیل بیماری‌های مزمن، از دست‌دادن دوستان و عزیزان و ناتوانی در انجام فعالیت‌های مورد علاقه فرد، بسیاری از سالمندان را درگیر می‌کند. افراد سالمند در نتیجه‌ی ضعف بینایی، شنوایی و دیگر تغییرات جسمانی، همچنین فشارهای بیرونی؛ نظیر محدودیت منابع مالی، احساس می‌کنند کنترل خویش را بر زندگی از دست داده‌اند. این قبیل مسائل و مشکلات، منجر به ایجاد هیجانات منفی مثل غم، اضطراب، عزت نفس

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.35]

پـایین، انـزوای اجتمـاعی و یأس و دل‌مردگی در فرد سالمند می-شود و افسردگی، بزرگتـرین مشکل روانی و پیامد جدی و خطرناک این گونـه عواطـف اســت [۱۵]. از جملـه آسـیب‌هـای روانـی-اجتماعی که نقش قابل ملاحظه‌ای در بروز حالت افسردگی دارد، از خود بیگانگی است و این حالتی است کـه در میـان سـالخوردگان، قابل توجه می‌باشد. بیگانگی از کار، خـانواده، همسـایه‌هـا و انـواع گروه‌های اجتماعی در خیلی از موارد، منجر به احساس طردشدگی، انزوای اجتماعی، گم‌گشتگی، نبود احساس احتـرام بـه خـود و گـاه منجر به خودکشی می‌شود [٦].

یکی از عوامل تأثیر گذار بر رفتار های خود مراقبتی،کانون کنتـرل سلامت است که به اعتقاد افراد در مورد چگـونگی کنتـرل محـیط اشاره دارد. به عبارت دیگر، کانون کنترل، نظامی از اعتقادات است که بر اساس آن فرد موفقیت‌ها و شکسـت‌هـای خـود را برحسـب توانایی‌ها و ضعف‌هـایش ارزیـابی مـی‌کنـد [١٦]. کـانون کنتـرل سلامتی به عنوان یک متغیر مؤثر بر توسعه و پیشـرفت رفتارهـای بهداشتی و ظرفیت درمانی و تبیین مشکلات بهداشتی شناخته می شود. کانون کنترل سلامت عبارت است از درجه باور و اعتقاد فرد به این امر که سلامت او تحت کنترل عوامـل درونـی یـا عوامـل بیرونی است. کسانی که کانون کنترل سلامتی از نوع بیرونی دارند به این امر معتقدند که پیامدهای معین در زندگی آنهـا بـه واسـطه نیروهایی مانند پزشکان، شانس، سرنوشت و بخت و اقبـال تعیـین می شوند و در عوض افرادی کـه دارای کـانون کنتـرل سـلامت درونی هستند معتقدند که پیامـدهای معـین در زنـدگی در نتیجـه رفتار واعمال آنها می باشد و تعیین کننده سلامتی آنهـا بـه طـور مستقیم اعمال و رفتارهای آنان می باشد [۱۷].

سازمان جهانی بهداشت، سلامت عمومی را سلامتی کامـل بـدنی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی تعریف می‌کند. همچنین سلامت عمومی را معادل کلیه‌ی روش‌ها یا تدابیری می-داند که برای جلوگیری از ابتلا به بیماری روانـی بـه کـار مـی‌رود. (فغفوری). باید دانست که روان انسان به طور مستقیم تحت تـأثیر شرایط بدنی و جسمانی اوست و بـه طـور متقابـل جسـم انسـان و اعمال اندام‌ها، تحت تأثیر فضـای روانـی و ذهنـی قـرار مـی‌گیـرد [۱۸].

پـژوهش هـای متعـددی ارتبـاط بـین کـانون کنتـرل سـلامتی و اختلالات جسمانی و روانی گوناگونی را نشان داده اند، به گونه ای که اشکال در کنترل سلامتی به عنوان یـک مؤلفـه ی کلیـدی در چندین مدل آسیب شناسـی روانـی بـرای اخـتلالات خاص،ماننـد اخــتلال شخصــیت مــرزی،اختلال افســردگی عمــده،اختلال دو قطبـــی،اختلال اضـــطراب تعمـــیم یافتـــه،اختلال اضـــطراب اجتماعی،اختلالات خوردن و اختلالات مرتبط با سوء مصرف مـواد و الکل و سایر اختلالات جسمانی ارائه شده است [۱۷].

رشد روزافزون افراد سالمند در جهـان و ایـران و شـیوع اخـتلالات روانـی بـه ویـژه افسـردگی در بـین آنـان [۱۹] و کمبـود شـدید متخصصان روانپزشکی سالمندی و خدمات ویژه آنان؛ لـزوم توجـه به منابع بیرونی و درونـی سـالمند بـرای مقابلـه بـا شـرایط پیـری احساس می‌شود [۲۰]. عوامل روانی- اجتماعی متعددی می‌توانند بر کنترل سلامتی تأثیر بگذارند. می‌توان گفت تـدابیری کـه افـراد

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.35]

برای شیوه‌ی کنترل سلامت اتخاذ می‌کنند، مشابه دیگر اختلالات روانشناختی است. با توجه به موارد فوق، این پژوهش در صدد بررسی ارتباط کانون کنترل سلامت و مؤلفه‌های آن با سلامت عمومی و افسردگی در سالمندان شهر شیراز بود.

مواد و روش‌ها

روش تحقیق حاضر از نوع توصیفی- همبستگی بود. در این تحقیق به بررسی رابطه کانون کنترل سلامت بر سلامت عمومی و افسردگی سالمندان پرداخته شد. متغیر مستقل در تحقیق حاضر کانون کنترل سلامت و متغیرهای ملاک شامل سلامت عمومی و افسردگی بود. جامعه پژوهش در این تحقیق کلیه سالمندان در سطح شهر شیراز است. گروه نمونه شامل۱۰۰ نفر از سالمندان است که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک ورود بیماران در این پژوهش، داشتن سن بالای ۶۰ سال بود. لازم به ذکر است که طرح تحقیق حاضر در کمیته اخلاقی بخش روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز مورد تأیید قرار گرفته است. بعد از کسب مجوزها و موافقت‌های لازم از دانشگاه شیراز، به افراد شرکت‌کننده توضیح داده شد که برای انجام یک پژوهش انتخاب می‌شوند و شرکت آنها در پژوهش کاملاً اختیاری است. سپس پرسشنامه‌های مربوط به متغیرهای کانون کنترل سلامت، سلامت عمومی و افسردگی در اختیار آنها قرار گرفت؛ و درباره چگونگی تکمیل پرسشنامه‌ها توضیحات کاملی به آنها داده شد. لازم به ذکر است که در بعضی موارد به علت سواد نداشتن و یا کم‌بینایی، گویه‌های پرسشنامه‌ها برای سالمندان خوانده و از آنها خواسته میشد که از بین گزینه‌های مطرح شده، گزینه‌ای که بیشترین نزدیکی با پاسخ آنها را دارد انتخاب کنند.

ابزار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ[1]):

پرسشنامه سلامت عمومی اولین بار توسط [۲۱] ، تنظیم گردید. در تحقیق حاضر از فرم ۲۸ سؤالی این پرسشنامه استفاده شده است. فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه توسط [۲۲]. از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن طراحی شده‌است. سؤال-های این پرسشنامه به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماهه‌ی اخیر می‌پردازد و شامل نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهد است که بر موقعیت اینجا و اکنون تأکید دارد. پرسشنامه با سؤال‌های مربوط به علائم جسمانی شروع می‌شود و در ادامه سؤال‌هایی که بیشتر علائم روانپزشکی را مطرح می‌کنند ارائه می‌شود. این پرسشنامه از ۴ خرده آزمون تشکیل شده‌است که شامل نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی-خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد که هر کدام آنها دارای ۷ سؤال می‌باشد. این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت (۰، ۱، ۲، ۳) نمره‌گذاری می‌شود و در نتیجه نمره کل یک فرد از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود. نمره کمتر بیانگر بهداشت روانی بهتر می‌باشد [۲۳]. گلدبرگ و ویلیام [۲٤] اعتبار این پرسشنامه را براساس اعتبار تصنیفی، ۰/۹۵ گزارش کردند. تقوی [۲۳] ، در تحقیق خود اعتبار این پرسشنامه را ۰/۷۲ و برای خرده-

1. General Health Questionniare

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.35]

آزمون‌های علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۶۸، ۰/۵۷ و ۰/۵۸ بدست آورد. همچنین تقوی [۲۳] ، پایایی پرسشنامه مزبور را با استفاده از سه روش دوباره سنجی، تصنیفی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش کرد.

پرسشنامه افسردگی سالمندان (GDS[1]): فرم کوتاه (۱۵ سؤالی) این پرسشنامه از فرم ۳۰ سؤالی آن استخراج شده‌است. این پرسشنامه براساس پاسخ بلی، خیر نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای این پرسشنامه ۰/۹۴ و پایایی آن به روش آزمون- باز آزمون ۰/۸۵ گزارش شده است [۲۵]. ملکوتی [۲٦] ، در تحقیق خود، پایایی این پرسشنامه را به روش دو نیمه سازی ۰/۸۹گزارش کرد. نتایج نشان داد که فرم ۱۵ پرسشنامه افسردگی سالمندان، از پایایی و اعتبار مطلوبی برای استفاده در مطالعات همه گیرشناسی و بالینی بویژه در مناطق شهری برخوردار است [۲٦].

پرسشنامه کانون کنترل سلامت[2] والستون مشخص کننده چهار حیطه‌ی کانون کنترل درونی، شانس، قدرت دیگران و خداوند است. این پرسشنامه دارای ۲۴ گویه است که براساس مقیاس لیکرت از ۱ (کاملاً موافقم) تا ۵ (کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود. این آزمون از اعتبار و روایی قابل قبولی برخوردار است [۱۷]. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط مشکی و همکاران [۲۷] ، مورد بررسی قرار گرفته‌است. ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های کانون کنترل درونی، شانس، قدرت دیگران و خداوند به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۶۹، ۰/۷۵ به دست آمده است [۲۷].

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا از شاخص‌های آمار توصیفی از قبیل میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. سپس از آزمون ضریب همبستگی پیرسون به منظور بررسی رابطه متغیرهای کانون کنترل سلامت، سلامت عمومی و افسردگی استفاده شد. در نهایت، برای بررسی رابطه کانون کنترل سلامت با سلامت عمومی و افسردگی تحلیل رگرسیون مورد استفاده قرار گرفت. تمامی تحلیل‌های مذکور با استفاده از نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS نسخه ۱۷ صورت گرفت.

1. Geriatric Depression Scale
2 . Health Locus of Control

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.35]

یافته‌ها

گروه نمونه مورد پژوهش شامل ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر مرد و ۵۰ نفر زن) بود. میانگین سنی آنها ۶۵/۸۹ (انحراف استاندارد ۵/۱۷) و میانگین تعداد بیماری در این گروه ۱/۰۷ (انحراف استاندارد ۰/۸۶) بود. همچنین میانگین مدت بیماری افراد شرکت کننده در این پژوهش ۲/۱۱ سال (انحراف استاندارد ۱/۶۶) بود. به منظور توصیف متغیرهای کانون کنترل سلامت، افسردگی و سلامت عمومی از میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. نتایج آن در جدول ۱ نشان داده شده است. بر طبق نتایج به دست آمده بالاترین میزان نمره مربوط به سلامت عمومی و افسردگی بود. از بین مؤلفه‌های کانون کنترل سلامت هم مؤلفه‌های کنترل درونی و شانس بیشترین نمره را دارا بودند.

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد کانون کنترل سلامت، افسردگی و سلامت عمومی در سالمندان (*n*= ۱۰۰)

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد
کانون کنترل درونی	۱۶/۵۰	۳/۸۳
کانون کنترل توسط شانس	۱۶/۵۰	۴/۷۵
کانون کنترل توسط دیگران	۱۵/۶۲	۴/۳۷
کانون کنترل توسط باور به خدا	۱۵/۲۱	۴/۰۳
افسردگی	۲۱/۶۶	۲/۴۸
سلامت عمومی	۵۹/۴۷	۱۱/۶۶

نتایج ضرایب همبستگی بین کانون کنترل سلامت با افسردگی و سلامت عمومی در جدول ۲ نشان داده شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که خرده مقیاس‌های کانون کنترل درونی و دیگران با افسردگی رابطه مثبت معنی‌دار و کانون کنترل باور به خدا با افسردگی رابطه منفی معنی‌دار داشتند. هچنین نتایج نشان می‌دهد که خرده مقیاس‌های کانون کنترل درونی و دیگران با سلامت عمومی رابطه مثبت معنی‌دار و کانون کنترل باور به خدا با سلامت عمومی رابطه منفی معنی‌دار دارد.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.35]

جدول ۲- ضرایب همبستگی بین افسردگی، سلامت عمومی و مؤلفه های کنترل سلامتی

متغیرها	افسردگی	سلامت عمومی
کانون کنترل درونی	۰/۴۵**	۰/۴۷**
کانون کنترل توسط شانس	۰/۰۹	-۰/۰۱
کانون کنترل توسط دیگران	۰/۳۰**	۰/۳۱**
کانون کنترل توسط باور به خدا	-۰/۱۹*	-۰/۲۴**

$^{*}p<۰/۰۵$
$^{**}p<۰/۰۱$
$^{***}p<۰/۰۰۱$

به منظور پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس مؤلفه‌های کانون کنترل سلامت، از آزمون تحلیل رگرسیون استفاده شد. نتایج در جدول ۳ نشان داده شده است. نتایج نشان داد که مؤلفه‌های کانون کنترل سلامت توانستند ۳۰ درصد از واریانس سلامت عمومی را تبیین کنند. امّا نتایج ضرایب بتا نشان داد که تنها دو مؤلفه‌ی کانون کنترل درونی (β= ۰/۴۱، $p<$ ۰/۰۰۰) و کانون کنترل باور به خدا (β= -۰/۲۰، $p<$ ۰/۰۳) پیش‌بینی کننده معنادار سلامت عمومی بود.

جدول۳- نتایج تحلیل رگرسیون به منظور پیش‌بینی سلامت عمومی براساس مؤلفه‌های کانون کنترل سلامت (n= ۱۰۰)

متغیرها	T	b	β	P	R^2	F
درونی	۴۲/۴۲	۱/۲۵	۰/۴۱	۰/۰۰۰	۰/۳۰	۵۳/۴۸***
شانس	-۰/۳۲	-۰/۰۷	-۰/۳۲	۰/۷۴		
دیگران	۱/۷۶	۰/۴۳	۰/۱۶	۱/۰۸		
خدا	-۲/۱۵	۰/۵۹	-۰/۲۰	۰/۰۳		

R^2 = ضریب تعیین ؛ F= آزمون F؛ β= ضرایب بتا و p= سطح معناداری. $^{***}p<۰/۰۰۱$

به منظور پیش‌بینی افسردگی بر اساس مؤلفه‌های کانون کنترل سلامت، از آزمون تحلیل رگرسیون استفاده شد. نتایج در جدول ۴ نشان داده شده است. نتایج نشان داد که مؤلفه‌های کانون کنترل سلامت توانستند ۵۱ درصد از واریانس افسردگی را تبیین کنند. امّا نتایج ضرایب بتا نشان داد که تنها دو مؤلفه‌ی کانون کنترل درونی

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.21859/jgn.2.4.35]

(β= ۰/۳۷، p< ۰/۰۰۰) و کانون کنترل باور بـه خـدا (p< ۰/۰۳ ،β= -۰/۲۰) پیش‌بینی کننده معنادار افسردگی بود.

جدول٤- نتایج تحلیل رگرسیون به منظور پیش‌بینی

متغیرها	T	*b*	*β*	*P*	R^2	*F*
درونی	۳/۹	۰/۲۴	۰/۳۷	۰/۰۰۰	۰/۵۱	۴۸/۲۱***
شانس	۰/۸۷	۰/۰۴	۰/۰۸	۰/۳۸		
دیگران	۱/۵۲	۰/۸۳	۰/۱۴	۰/۱۳		
خدا	-۲/۰۸	-۰/۱۲	-۰/۲۰	۰/۰۴		

R^2= ضریب تعیین ؛ F= آزمون F؛ β= ضرایب بتا و p= سطح معناداری. ***p<۰/۰۰۱

(n= ۱۰۰)

افسردگی براساس مؤلفه‌های کانون کنترل سلامت

بحث و نتیجه گیری

نتایج تحلیل رگرسیون در رابطه‌ی متغیر کانون کنترل سلامت با متغیرهای افسردگی و سلامت عمومی نشان داد کـه مؤلفـه-های کنترل درونی و خدا (به طور منفی)، توانستند افسـردگی و سلامت عمومی در سالمندان را پـیش‌بینـی کننـد. نتـایج ایـن تحقیق با مطالعات فرنچ [۲۸] و نـودهی‌مقـدم [۲۹] همسـو است.

بررسی پرسشنامه افسردگی در سالمندان نشـان مـی دهـد کـه ۵۵/۶ درصد از افراد نمونه دچار افسردگی هستند. در ایـن بـین سهم زنان از این کل برابر بود با ۲۲ نفر افسردگی نرمال، ۲۷ نفر افسردگی متوسط و یک نفر هم دچار افسردگی شدید بـود. سهم مردان هم به ترتیب برابر با ۲۳، ۲۵ و ۲ بود.

همانطور که می‌دانیم افسردگی شـایع‌تـرین مشـکل روانـی در سالمندان است که کیفیت زندگی آنها را مختل می‌کنـد و عـدم تشخیص و درمان این اختلال بر زنـدگی شـخص سـالمند اثـر می‌گذارد و باعث مشکلات فراوان و در نهایـت خودکشـی وی می‌شود [۲۸] ، در نتیجه شناسایی و بـه کـارگیری روش‌هـای درمانی در کاهش خطرات برای سالمندان مفید می‌باشد. نتـایج بررســی افســردگی در ســالمندان مــی‌توانــد خــانواده‌هــا و سیاستگزاران را در برنامه‌ریزی‌های آینده و رسـیدن بـه سـطح بالاتری از بهداشت در این گروه یاری نماید و مطالعه افسردگی در این گروه به شناسایی بهتر و بیشتر عوامل خطر و استفاده از انها جهت شناسایی افراد در معـرض خطـر کمـک مـی‌نماینـد [۲۹]. یکی از مسـائل مهـم موفقیـت در جلـوگیری و درمـان

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.35]

بیماری‌های روانی سالمندان ارائه‌ی خدمات به این گروه در قالب یک تیم توانبخشی شامل پزشک متخصص روانپزشک سالمندان، مددکار اجتماعی، پرستاران کاردرمان فیزیوتراپیست و روانشناس می‌باشد [۱۵].

یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر در خصوص ارتباط کانون کنترل سلامت با سلامت عمومی و افسردگی در افراد سالمند نشان دهنده رابطه معنی‌دار بین آنها می‌باشد؛ بدین‌صورت که هر چه کانون کنترل سلامت افراد، درونی و اعتقادشان به خدا مبنی بر تأثیر او بر روی سلامتی بیشتر باشد، رفتارهای خود مراقبتی افزایش می‌یابد و گرایش به کانون کنترل بیرونی، رفتارهای خود مراقبتی را کاهش می‌دهد. در تبیین این امر باید گفت چون افراد دارای کنترل درونی و معتقد به خدا باور دارند که سلامتی، بهداشت و کیفیت در دست خود آنهاست و از لحاظ بهداشتی رفتارهایی را انجام می‌دهند که آنها را در تشخیص و کنترل بیماری کمک می‌کند. سیونگروس[1] [۳۰] ، نیز در ارتباط بین کانون کنترل سلامت دریافتند که افراد دارای کانون کنترل سلامت درونی بالا، استرس و افسردگی کمتری دارند در حالی که افراد دارای کانون کنترل سلامت بیرونی اضطراب و افسردگی بیشتری داشته و سطوح بالاتری از بیماری و پریشانی روانی را نشان می دهند. در ضمن افراد دارای کنترل درونی، عزت نفس بالاتری دارند و کمتر رفتارهای ناسالم، از آنها سر می زند.

در واقع کانون کنترل درونی سلامت و اعتقاد به نقش خدا باعث احساس کنترل می شود و استرس افراد را کاهش میدهد. زیدنر[2] [۳۱] ، نشان داد کسانی که به لحاظ کانون کنترل درونی امتیاز زیادی کسب کرده اند، تمایل بیشتری به در پیش گرفتن رفتارهایی دارند که موجب پیشگیری از بیماری ها و ارتقای سلامت می شود و در مقایسه با افراد دارای کانون کنترل بیرونی به میزان بیشتری به رفتارهای پیش گیرانه ای مانند رعایت عادات غذایی خوب و انجام دادن معاینات پزشکی می پردازند. با توجه به نتایج به دست آمده، چنانچه در صدد دستیابی به نتایج بهتر و ارتقای رفتارهای خود مراقبتی و سلامت بیماران باشیم جا دارد دوره های آموزشی در جهت توانمندسازی این افراد گنجانده شود.

1 . Cvengros

2 . Zeidner

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.35]

References

1. Shamloo S. Mental health. 3rd. Tehran:Development publications; 2002.P.205-207.
2. Mirzaie M. Mortality and morbidity levels and developing a model. Scientific Information Database 1998;1: 107-118. (Persian)

3. Robertson MC, Campbell JA, Gardner MM. Preventing Injury and increase quality of life in older people: A meta analyses of individual-level data. Journal of the American Geriatrics Society. 2004; 14 (20):118-21.

4. Poorjafari H, Abaie HR. Assess and compare the rate of aging in Iran. Congress of aging examining issues in Iran. 2002; 37-41. (Persian)

5. Rahimi A. Exploring the nature of elderly people life style: A grounded theory. Iranian Journal of Ageing. 2016 Jan 15;10(4). (Persian)

6. Allahyari T, Mirgholikhani N. Examine the social factors affecting depression among elderly women in Kahrizak nursing home. Journal of Social Sciences. 2014: 70: 14-18. (Persian)

7. Rezaie S, Manoochehri M. Evaluation and Comparison of mental disorders of ageing living in a nursing home with ageing living in nursing homes in Tehran. Iranian Journal of Ageing. 2008: 3(7). (Persian)

8. Carney J, Faught BE, Hay J, Wade TJ, Corna LM. Physical activity and depressive symptoms in older adults. Journal of Physical Activity and Health. 2005 Jan 1;2(1):98-114.

9. Netz Y, Wu MJ, Becker BJ, Tenenbaum G. Physical activity and psychological well-being in advanced age: a meta-analysis of intervention studies. Psychology and aging. 2005 Jun;20(2):272.

10. Manzoori L, Anahita B, Marasi MR. Depression and associated factors in the elderly Isfahani. Iranian Journal of Ageing. 2010: 4(14): 27-33. (Persian)

11. Ingersoll B, Silverman A, Cooperative group psychotherapy for the aged.Gerontologist.1978; 18(2):201-206.

12. Lang AJ, Stein MB. Anxiety Disorders: How to recognize and treat the medical symptoms of emotional illness.Journal of Geriatrics. 2001; 56(5):24-7, 31-4.

13. Chop WC, Farrell G, Miller WC. Social aspect of aging In. Nursing care of older person. Philadelphia: McGraw Hill; 2001, p. 1115-29.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.35]

14. Bahram ME, Pourvaghar MJ, Akkasheh G. The effect of eight weeks pilates training on reducing depression among elderly male; retired workman. Journal of Nursing elderly. 2014; 1(2). (Persian)

15. WHO. Quality health care for the elderly: mental health and aging. Module 10. 1995; 1-12.

16. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological monographs: General and applied. 1966;80(1):1.

17. Zahednezhad H, Poursharifi J. Relationship between health locus of control, memory, and physician- patient relationship with satisfication of treatment in type II diabetes patients. Journal of Nursing and Midwifery. 2011:9(2). (Persian)

18. Narimani M, Ghafari M, Abolghasemi A, Ganji M. Comparison of locus of control and mental health in professional and non-professional athletes. Harkat Journal. 2006; 30(30): 15-28. (Persian)

19. Ebrahimi A. The relationship between depression of elderly nursing home residents with attitude and practice their religious. Research in Medical Sciences. 2003; 8(1): 94-95. (Persian)

20. Bahrami F, Ramezani farani A. Elderly Mental Health in the Quran and Hadith. Geritric Journal. 2009; 4(11): 70-83. (Persian)

21. Goldberg D. The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. Maudsley Monograph. 1972.
No. 21. Oxford: Oxford University Press.

22. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological medicine. 1979 Feb 1;9(01):139-45.

23. Taghavi MR. Study the validity and reliability of public health questionnaire. Psychology Journal. 2002; 5(4): 381-398. (Persian)

24. Williams P, Goldberg DP. A user's guide to the General Health Questionnaire. Berkshire: NFER, Nelson. 1988.

25. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. Journal of psychiatric research. 1983 Dec 31;17(1):37-49.

26. Malekooti K, Fathollahi P, Mirabzade A, Salavati M, Kahani S. Normalization of the Geriatric Depression Scale (GDS); the form of 15 questions in Iran. Research in Medical Sciences. 2006; 30(4): 361-368. (Persian)

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.35]

27. Moshki M, Ghofranipour F, Azadfallah P, Hajizadeh EB. Validity and reliability of the multidimensional health locus of control (Form B) scale in Iranian medical students. The Horizon of Medical Sciences. 2006 Apr 15;12(1):33-42. (Persian)

28. French DG. Avoiding adverse drug reactions in the elderly patient: issues and strategies. The Nurse practitioner. 1996 Sep 1;21(9):90-107.

29. Nodehi Moghadam A, Ehsanifar F. Study of physical movement disorders among elderly who come to the rehabilitation center of Behzisti of Tehran. Salmand Journal. 2006; 1(2): 123-127. (Persian)

30. Cvengros JA, Christensen AJ, Lawton WJ. Health locus of control and depression in chronic kidney disease: a dynamic perspective. Journal of health psychology. 2005 Sep 1;10(5):677-86.

31. Zeidner, M. Coping with distress and relation between locus of control, emotional intelligence & achievement motive in American nurses. Journal of nursing. (2008); 22: 89- 108.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.35]