دوماهنامه طبّ جنوب
پژوهشکده زیست- پزشکی خلیج فارس
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال نوزدهم، شماره ۵، صفحه ۸۸۷– ۸۷۷ (آذر و دی ۱۳۹۵)

Iran South Med J 2016; 19(5): 877-887

بررسی ارتباط بین محور کنترل سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۹۳–۱۳۹۲

رقیه چناری [۱]، آزیتا نوروزی [۲و۳*]، رحیم طهماسبی [۳و۴]، ملیحه سعیدفیروزآبادی [۳]

[۱] گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
[۲] گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
[۳] بخش ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج‌فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
[۴] بخش آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

(دریافت مقاله: ۹۳/۱۰/۱۶- پذیرش مقاله: ۹۴/۸/۱۲)

چکیده

زمینه: با وجود اینکه کار یک منبع بسیار مهم برای امرار معاش و احراز موقعیت‌های اجتماعی است، در عین حال می‌تواند به سلامت فرد نیز آسیب وارد کند. هدف از مطالعه حاضر بررسی ارتباط بین محور کنترل سلامت با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی بوشهر می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی- تحلیلی به روش مقطعی بر روی ۲۰۸ نفر از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی بوشهر با نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. جمع‌آوری اطلاعات با پرسشنامه‌های استاندارد سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و محور کنترل سلامت چندوجهی انجام شد. تحلیل آماری داده‌ها به وسیله نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۰ انجام و از شاخص‌های توصیفی و آزمون آماری رگرسیون خطی استفاده گردید.

یافته‌ها: از بین مدل‌های رگرسیونی مربوط به رفتار ارتقاء دهنده سلامت و ابعاد شش‌گانه آن، تنها مدل مربوط به کل رفتار و ابعاد فعالیت فیزیکی و روابط بین فردی معنادار بود. از بین عوامل دموگرافیک و محور کنترل سلامت تنها محور کنترل درونی، تبیین کننده رفتار ارتقاء دهنده سلامت بود و ۳/۲ درصد تغییرات رفتار ارتقاء دهنده سلامت را تبیین می‌نمود (۳/۲ درصد $=R^2$). هیچ‌یک از محورهای کنترل سه گانه تبیین کننده بُعد فعالیت فیزیکی نبود در حالی‌که محور کنترل درونی تبیین کننده مثبت و محور شانس تبیین کننده منفی بُعد روابط بین فردی بود و ۴/۹ درصد تغییرات روابط بین فردی را تبیین می‌نمودند (۴/۹ درصد $=R^2$).

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر محور کنترل درونی بر رفتار ارتقاء دهنده سلامت و روابط بین فردی با اجرای برنامه‌های مشاوره‌ای باید سعی در درونی کردن محور کنترل افراد نمود تا با ارتقاء رفتارهای مربوط به سلامت گامی در جهت بهبود سلامت کارمندان برداشت.

واژگان کلیدی: محور کنترل سلامت، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، بوشهر، کارکنان ستادی

*بوشهر، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

E-mail: azitanoroozi@yahoo.com

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.5.877]

مقدمه

مفاهیم کار و زندگی بیشترین و قوی‌ترین پیوند را با فرد و جامعه دارند و ایجاد تعادل بین آنها از ارزش و اهمیت بالایی برخوردار است (۱). با وجود اینکه کار یک منبع بسیار مهم برای امرار معاش و احراز موقعیت‌های اجتماعی است، در عین حال می‌تواند به نارضایتی و تحلیل قوای جسمانی نیز منجر شود. محیط کار از محرک‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی تشکیل شده است که هر کدام از آنها می‌توانند عامل ایجاد خستگی و دلتنگی به حساب آیند و این استرس‌ها و فشارها می‌تواند بر رفاه فیزیکی و روحی- روانی، سلامتی و عملکرد آن به صورت نامطلوب تأثیرگذار باشد (۲). اختلالات اسکلتی عضلانی نیز یکی از عوامل شایع آسیب‌های شغلی و ناتوانی در کشورهای صنعتی و در حال توسعه می‌باشد (۳).

وضعیت بدنی نامطلوب، اگرچه یک ناهنجاری به ظاهر فیزیکی است ولی می‌تواند تأثیرات زیاد و جبران‌ناپذیری بر روی عملکرد قلب و عروق، دستگاه گردش خون و تنفس، دستگاه گوارش، سیستم اعصاب مرکزی، کارکرد بیومکانیکی عضلات، کاهش عملکرد روانی حرکتی و به طور کلی کیفیت زندگی افراد داشته باشد. حرفه کارمندی یکی از شغل‌های کم تحرک و از دسته شغل‌های پرکاربرد در جامعه ایران می‌باشد که می‌تواند تمامی مضرات کم تحرکی را در پی داشته باشد. درحالی‌که به نسبت سایر مشاغل توجه کمتری به آسیب‌ها و ناهنجاری‌های این طیف از جامعه شده و اکثر مطالعات در سایر مشاغل انجام شده است (۴).

بر طبق تئوری‌های نظریه‌پردازان، سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت تأثیرات مثبتی بر کیفیت زندگی دارد، به طوری که افراد با سبک زندگی ارتقاء دهنده، سالم‌تر بوده و بار بیماری و ناتوانی کمتری خواهند داشت (۵). پروفسور پندر (Pender) ارتقاء سلامت را فرآیندی پویا و مثبت می‌داند که شامل رفتارهای سبک زندگی سالم یعنی فعالیت جسمانی، تغذیه، رشد معنوی، روابط بین فردی، مدیریت استرس و مسئولیت سلامتی می‌باشد (۶). در مطالعه‌ای که بر روی ۱۱۷ مرد بازنشسته و ۱۳۵ جانباز مسن بالای ۶۵ سال انجام شده بود، مشخص گردید که رابطه مثبتی بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی وجود دارد (۵). سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۲ مطرح کرده که ۶۰ درصد کیفیت زندگی و سلامت افراد بستگی به رفتار ارتقاء دهنده سلامت و شیوه زندگی آنها دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که انتخاب شیوه زندگی سالم ممکن است شیوع و شدت بیماری‌های مزمن را کاهش داده، کیفیت زندگی و سلامتی را افزایش دهد و از هزینه مراقبت بهداشتی بکاهد (۷).

محور کنترل سلامت[1] از مفاهیمی است که می‌تواند رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی را پیش‌بینی کند (۳). محور کنترل سلامتی در واقع درجه اعتقاد فرد به این امر است که سلامت او تحت کنترل عوامل درونی یا عوامل بیرونی است. کسانی که محور کنترل سلامتی از نوع بیرونی[2] دارند به این امر معتقدند که پیامدهای معین و حوادث رخ داده در زندگی آنها به واسطه نیروهایی مانند پزشکان، شانس، سرنوشت و بخت و اقبال تعیین می‌گردند. در عوض افرادی که محور کنترل سلامت از نوع درونی[3] دارند به این امر معتقدند که پیامدها و حوادث معین، در نتیجه رفتار و اعمال خود آنها می‌باشد و تعیین‌کننده سلامتی آنها به طور

[1] Health locos of control
[2] External health locus of control
[3] Internal health locus of control

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]
[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.5.877]

مستقیم اعمال و رفتارهای آنان می‌باشد (۸). در مطالعه مک کیبی (MacCabe) و همکاران که بر روی مراقبین انجام شد، ارتباط بین ابعاد درونی و بیرونی محور کنترل سلامت با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مثبت و معنادار بود (۹). اما در مطالعه اسپیرات (Esperat) و همکاران (۱۰) که جهت بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در بین زنان باردار انجام شد، محور کنترل سلامت پیشگویی کننده معنادار رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نبود.

با توجه به تأثیر مشکلات جسمی و روانی بر کیفیت زندگی و اثر بهینه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بر روی کیفیت زندگی انسان‌ها و از جمله کارمندان و از طرف دیگر تأثیر محور کنترل سلامت بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و نیز تناقضاتی که در مطالعات پیشین به چشم می‌خورد، ما بر آن شدیم تا مطالعه‌ای با هدف تعیین ارتباط بین محور کنترل سلامت با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت کارکنان ستادی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر انجام دهیم تا از اطلاعات آن جهت انجام مداخلات به منظور ارتقاء کیفیت زندگی کارکنان استفاده شود و کارکنان با رضایت بیشتری به انجام وظایف خود بپردازند.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی (cross-sectional) است. جامعه پژوهش را کلیه کارکنان دانشگاه علوم پزشکی بوشهر (پرسنل شاغل در کلیه معاونت‌های دانشگاه به استثنای مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌ها) تشکیل می‌دادند. میانگین ساعات کاری در کارکنان مزبور ۸ ساعت در روز است که انجام امور اداری توسط این افراد اکثراً به صورت نشسته و به اصطلاح پشت میزنشینی انجام می‌شود. نمونه‌گیری از کارمندان به روش آسان انجام شد، به این صورت که با در دست داشتن معرفی‌نامه از طرف معاونت پژوهشی دانشگاه به هر کدام از معاونت‌های دانشگاه علوم پزشکی مراجعه و اجازه انجام پژوهش از هر کدام از معاونت‌ها گرفته شد. سپس با مراجعه به محل کار کارکنان، اهداف مطالعه برای ایشان توضیح داده می‌شد که در صورت تمایل به انجام مطالعه، از بین هر کدام از واحدهای اداری (کارگزینی، آموزش، دبیرخانه، حسابداری و غیره.) تعدادی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پرسشنامه در اختیار ایشان قرار داده می‌شد. حجم نمونه در این مطالعه، با توجه به میزان ضریب تعیین مدل پیشگویی کننده رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در مطالعات پیشین که تقریباً ۰/۵۳ گزارش گردیده (۹)، در سطح خطای ۰/۰۵ و توان آزمون ۹۰ درصد، تعداد ۱۹۸ نفر حداقل اندازه نمونه تعیین شد که جهت افزایش توان آزمون تعداد ۲۰۸ پرسشنامه تکمیل شد. معیار ورود در این مطالعه اشتغال به کار در بخش‌های اداری دانشگاه (به استثنای مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌ها) و تمایل به شرکت در مطالعه و معیار خروج نیز عدم تمایل فرد جهت تکمیل پرسشنامه بود. جمع‌آوری اطلاعات به صورت خود گزارشی و با تکمیل ۳ پرسشنامهٔ اطلاعات دموگرافیک کارمندان (سن، سابقه کار، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال)، نسخه ترجمه شده مقیاس سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت دو (II) (۱۱) و پرسشنامه استاندارد محور کنترل سلامت چند وجهی (MHLC) (۱۲) انجام شد.

مقیاس سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت دو (II) توسط والکر، سچریست و پندر طراحی شده و شامل ۵۲ سؤال با مقیاس لیکرت ۴ سطحی از هرگز (۱

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.5.877]

نمره) تا همیشه (۴ نمره) می‌باشد. این پرسشنامه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را در ۶ بُعد شامل مسئولیت‌پذیری سلامتی، فعالیت فیزیکی، تغذیه، رشد معنوی، روابط بین فردی و مدیریت استرس اندازه‌گیری می‌نماید. نمرات بالاتر نشان‌دهنده وضعیت مطلوب‌تر کارمندان از نظر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت می‌باشد. پایایی این ابزار بر اساس شاخص آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش شده است (۱۱).

جهت سنجش محور کنترل سلامت از پرسشنامه استاندارد محور کنترل سلامت چند وجهی (MHLC) فرم B استفاده شد که شامل ۱۸ سؤال با مقیاس لیکرت ۶ سطحی (کاملاً مخالف، تقریباً مخالف، کمی مخالف، کمی موافق، تقریباً موافق، کاملاً موافق) بوده و سه بُعد محور کنترل درونی، بیرونی و شانس را مورد سنجش قرار می‌دهد. محور کنترل درونی (Internal HLC) درجه اعتقاد فرد به این امر که عوامل داخلی و رفتارهایش مسئول بیماری و سلامت او می‌باشند، بوده، محور کنترل بیرونی (External PHLC) درجه اعتقاد فرد به اینکه سلامت او به‌وسیله افراد دیگر تعیین می‌شود و محور کنترل شانس (Chance HLC) شامل درجه اعتقاد فرد به این امر که سلامت او وابسته به شانس، بخت، اقبال و سرنوشت او می‌باشد، است. هر یک از محورها توسط ۶ سؤال سنجیده می‌شوند. روایی و پایایی این ابزار توسط مشکی و همکاران سنجیده و تأیید شده است (۱۲).

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی به محرمانه ماندن اطلاعات پرسشنامه تأکید شد. همچنین به کارمندان اطمینان خاطر داده شد که شرکت در مطالعه و پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه هیچ ارتباطی با موقعیت شغلی ایشان نخواهد داشت.

پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها به وسیله‌ی نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۰ بوسیله شاخص‌های توصیفی و رگرسیون خطی چندگانه مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. سطح معنی‌داری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ درنظر گرفته شده است.

یافته‌ها

از کل ۲۰۸ کارمند مورد مطالعه، تعداد ۸۶ نفر (۴۱/۳ درصد) مرد و ۱۱۴ نفر (۵۴/۸ درصد) زن بودند و ۸ نفر (۳/۹ درصد) جنسیت خود را ذکر نکردند. میانگین سنی این افراد ۷/۲۳±۳۵/۵۵ و میانگین سابقه کار آنها ۷/۴۳±۱۱/۷۷ بود. سایر اطلاعات دموگرافیک این افراد در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱) توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک افراد تحت مطالعه

نام متغیر		تعداد	درصد
سن	≤۲۵	۱۳	۶/۲
	۲۶-۳۵	۹۳	۴۴/۷
	۳۶-۴۵	۷۳	۳۵/۱
	≥ ۴۶	۱۹	۹/۱
	بدون پاسخ	۱۰	۴/۸
سابقه کار	≤۵	۴۶	۲۲/۱
	۶ -۱۰	۴۸	۲۳/۱
	۱۱ -۱۵	۴۰	۱۹/۲
	۱۶ -۲۰	۳۲	۱۵/۴
	≥ ۲۱	۲۹	۱۳/۹
	بدون پاسخ	۱۳	۶/۲
وضعیت تأهل	مجرد	۴۴	۲۱/۲
	متأهل	۱۵۴	۷۴
	بدون پاسخ	۱۰	۴/۸
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۲	۱
	دیپلم	۲۴	۱۱/۵
	کاردانی	۳۳	۱۵/۹
	کارشناسی	۱۰۵	۵۰/۵
	کارشناسی ارشد	۳۲	۱۵/۴
	دکترا (PhD)	۶	۲/۹
	بدون پاسخ	۶	۲/۹
وضعیت اشتغال	رسمی	۷۵	۳۶/۱
	پیمانی	۳۵	۱۶/۸
	قرارداد	۸۲	۳۹/۴
	شرکتی	۱	۰/۵
	سایر وضعیت‌ها	۲	۱
	بدون پاسخ	۱۳	۶/۲

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.5.877]

ابتدا با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنف وضعیت توزیع داده‌ها بررسی شد که کلیه داده‌ها نرمال بودند. ضرایب همبستگی پیرسون بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و شش زیرمقیاس آن با سه بُعد محور کنترل سلامت در جدول ۲ نشان داده شده است. بر این اساس تنها بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با بُعد محور کنترل درونی ارتباط مثبت و معنادار آماری (r=۰/۲۳) در سطح ۰/۰۱ دیده شد.

جدول ۲) ضرایب همبستگی پیرسون بین شش بعد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با محور کنترل سلامت

متغیرها	رشد معنوی	روابط بین فردی	مدیریت استرس	تغذیه	فعالیت فیزیکی	مسئولیت‌پذیری	رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت
محور کنترل درونی	۰/۳۰۵**	۰/۲۳۵**	۰/۲۱۷**	۰/۰۸۸	۰/۱۲۰	۰/۱۲۲	۰/۲۳۵**
محور کنترل شانس	-۰/۱۶۵*	۰/۱۶۰*	۰/۰۲۲	۰/۱۶۴*	۰/۱۱۱	-۰/۰۱۶	-۰/۰۷۲
محور کنترل بیرونی	۰/۰۱۵	۰/۰۸۶	۰/۱۲۸	-۰/۰۲۲	۰/۱۱۳	۰/۲۱۰**	۰/۱۱۹

(P<۰/۰۱) ** (P<۰/۰۵)*

در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار و دامنه تغییرات) نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و زیر مقیاس‌های آن و ابعاد سه‌گانه‌ی محور کنترل سلامت آورده شده است. از بین زیر مقیاس‌های رفتار ارتقاء دهنده سلامت بیشترین نمره مربوط به زیر مقیاس رشد معنوی (۳/۰۴) و کمترین نمره مربوط به زیرمقیاس فعالیت فیزیکی (۲/۰۵) می‌باشد. از بین ابعاد محور کنترل سلامت نیز بیشترین نمره مربوط به زیرمقیاس محور کنترل درونی (۴/۷۸) و کمترین نمره مربوط به زیرمقیاس محور کنترل شانس (۲/۹۵) است.

جدول ۳) شاخص‌های توصیفی رفتار ارتقاء دهنده سلامت و محور کنترل سلامت و ابعاد آنها در کارمندان

شاخص	ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت			
	میانگین	انحراف معیار	بیشترین مقدار	کمترین مقدار
رفتار ارتقاء دهنده سلامت	۲/۶۴	۰/۴۰	۳/۶۰	۱/۴۸
مسئولیت‌پذیری سلامتی	۲/۴۴	۰/۵۲	۳/۸۹	۱/۱۱
فعالیت فیزیکی	۲/۰۵	۰/۶۴	۳/۷۵	۱/۰۰
تغذیه	۲/۸۳	۰/۴۷	۴/۰۰	۱/۰۰
مدیریت استرس	۲/۵۱	۰/۵۵	۵/۰۰	۱/۲۰
روابط بین فردی	۲/۸۹	۰/۴۴	۳/۸۹	۱/۵۰
رشد معنوی	۳/۰۴	۰/۵۳	۴/۰۰	۱/۴۴
محور کنترل درونی	۴/۷۸	۰/۷۸	۹/۸۳	۲/۲۰
محور کنترل بیرونی	۳/۹۳	۰/۹۴	۹/۱۷	۱/۶۷
محور کنترل شانس	۲/۹۵	۰/۹۵	۵/۶۷	۱/۰۰

جهت تعیین عوامل پیشگویی‌کننده رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، ابعاد سه‌گانه محور کنترل سلامت (محور درونی، بیرونی و شانس) و متغیرهای دموگرافیک به عنوان متغیرهای مستقل و رفتار ارتقاء دهنده و ابعاد آن به عنوان متغیرهای وابسته وارد مدل‌های رگرسیونی چندگانه‌ی جداگانه‌ای شدند (در جدول ۴ تنها متغیرهای معنادار نشان داده شده‌اند). از میان این مدل‌های رگرسیونی، مدل‌های مربوط به رفتار ارتقاء سلامت، بُعد فعالیت فیزیکی، رشد معنوی و روابط بین فردی معنادار بود و در مدل مربوط به رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت عوامل دموگرافیک و محور کنترل سلامت ۵/۹ درصد تغییرات رفتار کلی ارتقاء دهنده سلامت (R^2=۰/۰۵۹) را تبیین می‌کردند. همچنین عوامل دموگرافیک و محور کنترل سلامت ۱۰/۲ درصد تغییرات فعالیت فیزیکی (R^2=۰/۱۰۲)، ۱۲/۴ درصد تغییرات رشد معنوی (R^2=۰/۱۲۴) و ۵/۱ درصد تغییرات روابط بین فردی (R^2=۰/۰۵۱) را تبیین می‌کرد. از میان فاکتورها و ابعاد سه‌گانه وارد شده در مدل رگرسیونی رفتارهای ارتقاء دهنده، تنها بُعد محور کنترل درونی اثر مستقیم بر رفتار ارتقاء

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.5.877]

دهنده داشت و با افزایش ۱ واحد در بُعد محور کنترل درونی، رفتار ارتقاء دهنده سلامت کارمندان به اندازه ۰/۱ واحد افزایش پیدا می‌کرد (B=۰/۰۹).

در مدل رگرسیونی مربوط به فعالیت فیزیکی تنها فاکتور جنسیت بر فعالیت فیزیکی اثر مستقیم داشت به‌طوری که مردان فعالیت فیزیکی بیشتری نسبت به زنان داشتند (B=۰/۳۷۵).

در مدل رگرسیونی مربوط به بُعد روابط بین فردی بُعد محور کنترل درونی (B=۰/۱۰۲) و شانس (B=-۰/۰۷۵) بر روابط بین فردی تأثیر داشت که با افزایش ۱ واحد در بُعد محور کنترل درونی روابط بین فردی به اندازه ۰/۱ واحد افزایش و با افزایش ۱ واحد در محور کنترل شانس، روابط بین فردی در کارکنان به میزان ۰/۰۷ واحد کاهش نشان می‌داد.

در مدل رگرسیونی مربوط به بُعد رشد معنوی، محور کنترل درونی (B=۰/۱۸۰) و شانس (B=-۰/۰۸۵) بر رشد معنوی در کارمندان اثر داشت که با افزایش ۱ واحد در بُعد محور کنترل درونی و شانس، رشد معنوی در کارکنان به ترتیب به اندازه ۰/۲ واحد افزایش و ۰/۰۸ واحد کاهش نشان می‌داد (جدول ۴).

جدول ۴) برآورد ضرایب رگرسیونی مربوط به اثرات عوامل دموگرافیک و ابعاد محور کنترل بر رفتارهای ارتقاء سلامت

متغیر وابسته	متغیر مستقل	B	β	P.value	R^2
رفتار ارتقاء دهنده سلامت	محور درونی	۰/۰۸۸	۰/۱۷۱	۰/۰۲۹*	۰/۰۵۹
	محور بیرونی	۰/۰۲۱	۰/۰۵۰	۰/۵۳۰	
	محور شانس	-۰/۰۴۱	-۰/۰۹۴	۰/۲۱۶	
فعالیت فیزیکی	سن	۰/۰۱۴	۰/۱۵۵	۰/۲۴۲	۰/۱۰۲
	جنس	۰/۳۷۵	۰/۲۹۱	۰/۰۰۰*	
روابط بین فردی	محور درونی	۰/۱۰۳	۲/۳۱۶	۰/۰۲۲*	۰/۰۵۱
	محور بیرونی	۰/۰۲۳	۰/۰۴۸	۰/۵۴۲	
	محور شانس	-۰/۰۷۵	-۲/۰۶۸	۰/۰۴۰*	
رشد معنوی	محور درونی	۰/۱۸۰	۰/۲۵۸	۰/۰۰۱*	۰/۱۲۴
	محور بیرونی	-۰/۰۴۶	-۰/۰۸۱	۰/۲۸۸	
	محور شانس	-۰/۰۸۵	-۰/۱۴۶	۰/۰۴۹*	

* (P<۰/۰۵)

بحث

بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه رفتار ارتقاء دهنده سلامت در کارمندان در سطح متوسط بود و بدترین وضعیت مربوط به رفتار فعالیت بدنی بود، درحالی‌که از بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بیشترین نمره بوسیله زیر مقیاس رشد معنوی کسب شده بود. همچنین از بین ابعاد محور کنترل سلامت، محور کنترل درونی اثر مستقیم و مثبتی بر رفتار ارتقاء سلامت نشان داد به‌طوری که افرادی که خود را مسئول سلامت خویش می‌دانستند رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را بیشتر انجام می‌دادند. محور کنترل شانس نیز اثر معکوسی بر رفتار ارتقاء دهنده اعمال می‌کرد.

در مطالعه انجام شده بین بُعد محور کنترل درونی با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ارتباط مثبت و معنادار آماری دیده شد. در مطالعه هلمر (Helmer) و

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]
[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.5.877]

همکاران (۱۳) در دانشجویان آلمانی نیز اعتقاد بیشتر به منبع کنترل درونی با انجام بیشتر رفتارهای سلامتی مرتبط بود. همچنین در مطالعه مک‌کیبی (۹) ارتباط بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با محور کنترل درونی مثبت و معنادار بود. اینگونه به نظر می‌رسد هرچه اعتقادات افراد در رابطه با مسئولیت خود در رابطه با سلامت بیشتر باشد یا به عبارتی محور کنترل سلامتی‌شان درونی‌تر شود، بیشتر رفتارهای مربوط به سلامت را انجام می‌دهند.

در این مطالعه بیشترین و کمترین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده به ترتیب مربوط به ابعاد رشد معنوی و فعالیت فیزیکی بود. در مطالعه کالاگان (Callaghan) در سالمندان (۱۴)، سالیر (Salyer) (۱۵) در دریافت‌کنندگان عمل قلب و چا (Cha) (۱۶) در زنان مهاجر کره‌ای نیز نتایج مؤید یافته‌های اخیر بود.

اما در مطالعه لی و وانگ (Lee & Wang) (۱۷) که جهت بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان انجام شد، بالاترین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده مربوط به زیر مقیاس رشد معنوی و پایین‌ترین نمره مربوط به مسئولیت‌پذیری سلامتی بود. می‌توان چنین نتیجه گرفت که در مطالعه اخیر جامعه مورد بررسی کارمندان بودند که هر دو جنس زن و مرد را شامل می‌شدند. اما مطالعه لی و وانگ تنها در زنان انجام شده که مسلماً به لحاظ تفاوت جنسیتی و بالتبع تفاوت در فعالیت‌های روزمره با نتایج مطالعه ما همخوانی ندارد.

در مطالعه‌ی اخیر از بین عوامل دموگرافیک و محور کنترل سلامت، محور کنترل درونی پیشگویی کننده رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بود. اما در مطالعه گرافیو و سیلوستری (Graffico & Silvestr) (۱۸) که با هدف بررسی ارتباط بین محور کنترل سلامت دانش‌آموزان دبیرستانی و فاکتورهای مرتبط با سلامتی آن‌ها انجام شد، نتایج هیچ ارتباط معناداری بین فاکتورهای مرتبط با سلامت و محور کنترل سلامت درونی و بیرونی را نشان نداد. همچنین در مطالعه اسپیرات (Esperat) و همکاران (۱۰) نیز محور کنترل سلامت به عنوان پیشگویی کننده رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بارداری در میان افراد تحت بررسی شناخته نشد. شاید تفاوت در گروه‌های مورد بررسی علت چنین تناقضی باشد. چون مطالعه گرافیو بر روی دانش‌آموزان انجام شده که در این سن هنوز اعتقادات و نگرش‌های آنها راجع به رفتارهای مرتبط با سلامتی نوسانات زیادی داشته و شاید بیشتر متأثر از همسالان آن‌ها باشد. در مطالعه اسپیرات نیز خانم‌های باردار به‌دلیل وضعیت خاص جسمانی‌شان و سختی‌هایی که در طی این دوره متحمل می‌شوند ممکن است اعتقادات مرتبط با سلامتی‌شان بسیار متغیر باشد. بنابراین این یافته نشان‌دهنده ضرورت انجام مطالعات بیشتر در این زمینه می‌باشد.

در این مطالعه محور کنترل سلامت پیشگویی‌کننده رفتار فعالیت فیزیکی کارمندان نبود. اما کرامر (Cramer) و همکاران (۱۹) در مطالعه خود بر روی بیماران بخش داخلی به این نتیجه دست یافتند که ارتباط بین محور کنترل سلامت درونی با خودکارآمدی ورزشی معنادار و معکوس بوده است. همین‌طور در مطالعه کوهن و آزیزا (Cohen & Azaiza) (۲۰) ارتباط بین محور کنترل سلامت درونی و بیرونی با فعالیت فیزیکی معنادار بود. شاید علت این تفاوت در نحوه نگرش فرد به انجام رفتار فعالیت فیزیکی باشد. از آنجا که انجام

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.5.877]

این رفتار در جامعه ایرانی بسیار تحت تأثیر حمایت اطرافیان و محیط فرهنگی اطراف است می‌توان چنین اظهار داشت که برای انجام رفتار فعالیت فیزیکی عواملی غیر از اعتقادات محور کنترلی از جمله امکانات محیطی مناسب، تأثیر گروه همسانان، خودکارآمدی و غیره. می‌بایست فراهم باشند که فرد به انجام رفتار فعالیت فیزیکی رغبت نشان دهد، لذا کنترل فرد عامل چندان مهمی برای این رفتار در جامعه ایرانی محسوب نمی‌شود.

در این مطالعه محور کنترل سلامت درونی با تأثیر مثبت و محور کنترل شانس با تأثیر منفی به عنوان پیشگویی کننده‌های روابط بین فردی در کارمندان شناسایی شد. همین‌طور در مطالعه واندروورت (Vandervoort) (۲۱) که در فلوریدا انجام شد محور کنترل سلامت شانس با رفتار خصومت در دانشجویان چند فرهنگی مرتبط بود. اما در مطالعه استورم (Storms) (۲۲) جهت بررسی اثر تعدیل کننده محور کنترل در ارتباط بین ناکامی‌های سازمانی با عملکرد رفتاری، افراد با منبع کنترل بیرونی احتمال بیشتری در پاسخ به ناکامی داشتند. شاید بتوان گفت جهت بررسی موارد روانشناختی از جمله ناامیدی در سازمان‌ها، محور کنترل بیرونی نقش مؤثرتری را بازی می‌کند.

در مطالعه ما محور کنترل سلامت درونی و شانس به ترتیب اثر مثبت و منفی بر رشد معنوی کارمندان داشتند. در مطالعه ربانی باوجدان و همکاران (۲۳) نیز محور کنترل درونی با سلامت روانی ارتباط معناداری نشان داد. از طرفی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که رابطه مثبت و معناداری بین معنویت و سلامت روان وجود دارد. بنابراین چنین بیان می‌شود که هرچه سلامت روان فرد بیشتر باشد به موازات آن سلامت معنوی نیز بالاتر خواهد بود.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این مطالعه پایین بودن فعالیت فیزیکی را در جامعه کارمندان بوشهر تأیید می‌کند. همچنین در این مطالعه مشخص شد که محور کنترل سلامت درونی و شانس در انجام رفتارهای ارتقاء دهنده کارمندان نقش قوی‌تری دارند. لذا پیشنهاد می‌شود متولیان امر جهت درونی کردن اعتقادات مرتبط با سلامتی کارمندان خصوصاً در رابطه با رفتار فعالیت فیزیکی برنامه‌هایی در آموزش‌های حین خدمت بگنجانند و در کنار آن برای ترغیب کارمندان به انجام این رفتارها در برنامه‌ها و مسابقات فرهنگی- ورزشی مشوق‌هایی برای افراد در نظر بگیرند.

عدم همکاری کارمندان جهت تکمیل پرسشنامه، پاسخگویی ناقص به سؤالات و بعضاً گم شدن تعدادی از پرسشنامه‌ها به‌دلیل کار زیاد اداری از محدودیت‌های مطالعه حاضر بود. از طرفی به دلیل عدم دسترسی به مطالعات مشابه در این مورد بر روی کارکنان امکان مقایسه بین یافته‌ها وجود نداشت که ضرورت انجام مطالعات بیشتر بر روی این قشر خاص از جامعه را بیشتر مشخص می‌نماید. همچنین این مطالعه بر روی کارمندان بوشهر انجام شد و ممکن است به دلیل شرایط خاص آب و هوایی و تفاوت در شرایط کاری نتایج این مطالعه قابل تعمیم به دیگر جوامع کارمندی نباشد. بنابراین برای دستیابی به نتایج دقیق‌تر و تعمیم بهتر نتایج در جامعه کارمندان ایران، پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابهی بر

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.5.877]

روی کارمندان سایر ادارات در دیگر استان‌ها نیز انجام گیرد.

سپاس و قدردانی

این مطالعه حاصل پروژه تحقیقاتی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر به شماره ثبت ۲۰/۷۱/۴۴۶۹دپ می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر و کلیه کارمندان محترمی که با وجود کمبود وقت در تکمیل پرسشنامه‌ها نهایت همکاری را مبذول داشتند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

References:

1.Alavi Arjmand N, Kashaninia Z, Hosseini MA, et al. Effect of Stress Management on Job Stress and Work-Family Conflict among Nurses. Hayat 2012; 18(4): 81-91. (Persion)

2.Abdollahpour I, Salimi Y, Nedjat S. Quality of life and effective factors on it among governmental staff in Boukan city. Urmia Med J 2011; 22(1): 40-7. (Persion)

3.Barzideh M, Choobineh AR, Tabatabaei HR. Job stress dimensions and their relationship to musculoskeletal disorders in nurses. Health Syst Res 2012; 8(7): 1365-75. (Persion)

4.Daneshjoo A, Dadgar H. The prevalence of low back pain and its relationship with physical activity, age And BMI in Fars Payam-e Noor university staff. J Res Rehabil Sci 2011; 7(3): 302-10. (Persian)

5.Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. Int J of Nursing Studies 2006; 43(3): 293-300.

6.Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 4th ed. Upper Saddle River. New Jersey: Prentic Hall, 2002, 49-56.

7.Hosseini M, Yaghmaei F, Hosseinzade S, et al. Psychometric Evaluation Of The Health Promoting Life Style Profile 2. Payesh 2012; 11(6): 849-56. (Persian)

8.Guarnaccia CA. Optimism, Health locus of control, and quality of life women with initial versus recurrent breast cancer [dissertation]. University of North Texas, American, 2001.

9.McCabe BW, Hertzog M, Grasser CM, et al. Practice of health-promoting behaviors by nursing home residents. West J Nurs Res 2005; 27(8): 1000-16.

10.Esperat C, Feng D, Zhang Y, et al. Health behaviors of low-income pregnant minority women. West J Nurs Res 2007; 29(3): 284-300.

11.Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics. Nurs Res 1987; 36(2): 76-81.

12.Moshki M, Ghofranipour F, Azadfallah P, et al. Validity and reliability of the multidimensional health locus of control (Form B) scale in Iranian medical students. Horizon Med Sci 2006; 12(1): 33-42. (Persian)

13.Helmer SM, Krämer A, Mikolajczyk RT. Health-related locus of control and health behaviour among university students in North Rhine Westphalia, Germany. BMC Res Notes 2012; 5(1): 703.

14.Callaghan DM. The influence of growth on spiritual self-care agency in an older adult population. J Gerontol Nurs 2006; 32(9): 43-51.

15.Salyer J, Sneed G, Corley MC. Lifestyle and health status in long-term cardiac transplant recipients. Heart & Lung: Heart Lung 2001; 30(6): 445-57.

16.Cha C. Health promotion and related factors among Korean goose mothers. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci) 2010; 4(4): 205-15.

17.Lee FH, Wang HH. A preliminary study of a health-promoting lifestyle among Southeast

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.5.877]

Asian women in Taiwan. Kaohsiung J Med Sci 2005; 21(3): 114-20.
18.Graffeo LC, Silvestri L. Relationship between Locus of Control and Health-Related Variables. Education 2006; 126(3): 593-6.
19.Cramer H, Lauche R, Moebus S, et al. Predictors of health behavior change after an integrative medicine inpatient program. Int J Behav Med 2014; 21(5): 775-83.
20.Cohen M, Azaiza F. Health-promoting behaviors and health locus of control from a multicultural perspective. Ethn Dis 2007; 17(4): 636-42.
21.Vandervoort DJ, Luis PK, Hamilton SE. Some correlates of health locus of control among multicultural individuals. Current Psychol 1997; 16(2): 167-78.
22.Storms PL, Spector PE. Relationships of organizational frustration with reported behavioural reactions: The moderating effect of locus of control. J Occup Psychol 1987; 60(3): 227-34.
23.Bavojdan MR, Towhidi A, Rahmati A. The Relationship between Mental Health and General Self-Efficacy Beliefs, Coping Strategies and Locus of Control in Male Drug Abusers. Addict Health 2012; 3(3-4): 111-8.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.5.877]

Original Article

Association between Health Locus of Control and Health Promotion Behaviors among Employees' Bushehr University of Medical Sciences in 2013-14

R. Chenary [1], A. Noroozi [2, 3], R. Tahmasebi [3, 4], M. SaeedFiroozabadi [3]*

[1] Department of Health Education, School of Public Health, University of Medical Sciences Ilam, Ilam, Iran
[2] Department of Health Education, School of Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
[3] The Persian Gulf Tropical Medicine Research Center, The Persian Gulf Biomedical Research Institute, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
[4] Department of Biostatistics, School of Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

(Received 6 Jan, 2015 Accepted 3 Nov, 2015)

Abstract

Background: Work is an important source for establishing livelihoods and social occasions; however, it can also damage on person's health. The aim of the present study was to study of association between health locus of control and health promoting behaviors among employees of Bushehr University of Medical Sciences.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted on 208 employees of Bushehr University of Medical Sciences by using convenience sampling method. Data were collected by using standard questionnaires of health-promoting lifestyle and multidimensional health locus of control. Data analysis done by SPSS software version 20. Descriptive indicators and linear regression test was used.

Results: Among regression models which related to health promoting behavior and its six dimensions, only there was a significant association between total behavior, physical activity and interpersonal relationship dimensions. Between demographic factors and health locus of control only internal health locus of control explained the health promoting behavior and it explained health promoting behavior changes within 3.2% (R^2=3.2%). None of the three health locus of control explained physical activity dimensions, while internal health locus of control explained interpersonal relation dimension positively and chance locus of control explained interpersonal relation dimension negatively and explained interpersonal relation changes within 4.9% (R^2=4.9%).

Conclusion: Due to the effect of internal health locus of control on health promotion behavior and interpersonal relationships, we should try to internalize locus of control by performing counseling programs to step toward improving employee health by improving behaviors related to health.

Key words: Health locus of control, Health promotion behavior, Bushehr, employee.

©Iran South Med J. All rights reserved.

Cite this article as: Chenary R, Noroozi A, Tahmasebi R, SaeedFiroozabadi M. Association between Health Locus of Control and Health Promotion Behaviors among employees' Bushehr University of Medical Sciences in 2013-14. Iran South Med J 2016; 19(5): 877-887.

Copyright © 2016 Chenary, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

Address for correspondence: Department of Health Education, Department of Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran. E.mail: azitanoroozi@yahoo.com

Website: http://bpums.ac.ir
Journal Address: http://ismj.bpums.ac.ir

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.5.877]