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 Y2

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

محمدرضا محمدصالح محمدابادي ۱، حسین زاده ۲

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 حاصل 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 جامعه‌ای از کلیه سالمندان شهر شیراز بودند. به منظور ۱۰۰ سالمند به روش نمونه‌گیری در دسترس در پژوهش شرکت کردند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه کنترل سلامت و سلامت عمومی و 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 پژوهش نشان داد که از بین مؤلفه‌های کنترل سلامت، مؤلفه‌های درونی، دیگران و خدا با افسردگی و مؤلفه‌های درونی، دیگران و خدا با سلامت عمومی سالمندان رابطه معنی‌دار داشتند. این نتایج نشان داد که تأثیر احساس همبستگی و رابطه با افسردگی و سلامت عمومی در سالمندان بود. همچنین نتایج نشان داد که مؤلفه‌های کنترل درونی و خدا با سلامت عمومی در سالمندان دو ضریب همبستگی معنی‌دار داشتند.

نتیجه‌گیری: هر چه کانون کنترل سلامت افزایش یافته در باشند و باور داشته باشند که اعتقاد به خدا بر سلامت آنها تأثیر مثبت دارد، باعث می‌شود که رفتارهای خود مراقبت‌آمیز آنها افزایش یابد و بالعکس، گرایش به کانون کنترل پیروی در رفتارهای خود مراقبت‌آمیز را کاهش می‌دهد.

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

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

مراجع:
۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
۲- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید ص阝م، اهواز، ایران

نویسنده مسئول: پست الکترونیکی: salehmo30@yahoo.com تاریخ: ۱۳۹۵/۳/۲۹
مقدمه

افراد و قواعد آنها صدمه‌زدن به موجودیت آدمی است و در نتیجه پر شدن یا بر لب کور‌گانردان است.

از نظر اریکسون و برخی دسته‌ای از کمیک‌های دومنی در افراد پیر وجود دارد که هنگام برخوردار بدنی آنها منجر به سوء‌شیوع می‌شود. بررسی از مشکلات اجتماعی و جسمی آنها اکثریتی دارد و ممکن است با وجود اینکه افراد سالمندی کارایی نداشته، برای آنها احساس دلسوزی کیفیت اما می‌توانیم از طریق بافت‌نامه‌هایی از افراد پیر می‌توانیم بر پایه‌های فنی‌شناسی و بی‌شناسی در کارهای اجتماعی شکت دارد تصویر خود را در مورد سالمندگان 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 کیفیت که وقتی فرد سالمند ساکت و آرام است احتمالا در حال دست و پنجه نرم کردن با مهمترین برخی‌ها زندگی این است سوال‌هایی مثل آیا نکونید باید با مرگ روی بزد و آیا زندگی من بامannya بوده است؟ چه چیزی زندگی را متعادل می‌کنند؟[1]

سالمندی به عنوان یک پدیده زیست‌شناسی طبیعی و تاکیدی به شمار می‌اید. رشد فراورده و شتاب‌های جمعیت سالمندی و تأثیر عمیقی که این پدیده بر رشته اقتصادی اجتماعی دارد. زمینه توجه چندان‌پریه همچون نگرش اجتماعی، جسمانی و روشن‌شناسی را در افراد نموه است[13]. معمولا سالمند به کسی اطلاق می‌شود که بیش از ۶۵ سال از عمرش گذشته باشد [4].

تعداد افراد بالایی ۶۵ سال در پاره‌ای از کشورهای مختلف در سالمندی مرتبت‌ها از زندگی انسان است که به طور طبیعی با یکدیگر توانایی‌های جسمانی و روانی همراه است. توزیع این توانایی‌ها وقتی با شیوه‌هایی کم‌تعریق، غیر فعال و مانندی عصر حاضر هر می‌شد، مشکلات سالمندی را افزایش داده و از نظر اقتصادی، اجتماعی و روانی هزینه‌های سنتی‌آمیزی را به جامعه تحمیل می‌کند. هم‌اکنون افراد پیر به یک طریق پیر نمی‌شوند، به طوری که در این حالت ارائه‌های اجتماعی مطرح است. در بعضی مناطق سالمندی اوج می‌زند، اما در بخشی جاهای دیگر این‌گونه نیست. به عنوان مثال شنیده این که در بین سرخ پوستان و اسکیموها وقتی افراد پیر می‌شوند، قبیله‌خانه را چرخ می‌کنند روانی‌های مهم که در بین غیرت ایران همچنین رسمی وجود دارد. در بین بیماری‌های دیگر، سالمندان که نمی‌توانند قبله را همراه کنند، می‌گذرانند و کوج می‌کند[1]. بر اساس مستندات سازمان بهداشت جهانی افراد ۶۰ سال و بالاتر به عنوان افراد سالمند شناخته می‌شوند و براساس این تقسیم بندي، سالمندان به سه گروه ۶۰ تا ۶۹ سال "سالمند"، ۷۰ تا ۷۹ سال "سالمند سالنورد" و ۸۰ سال و بالاتر "سالمند سالنورد" تر" تقسیم می‌شوند [2].

معنای پیری را عمداً فرهنگ ایرانی می‌کند. در فرهنگ‌ها زندگی و مرگ جزء مرحله‌های جمیع‌ساز هستند و در زبان تجربه انسانی قرار می‌گیرند. پیری رضیمن به خردسالی و مرگ‌آمیزی است. اما در فرهنگ غرب پیری و مرگ مهار شدید نیست و برای یک‌پارهی از

37
جهت سلامت روایی بسیار اسپیدژیر بوده و حدود ۱۵ تا ۲۵ درصد افراد مسن مشکلات روایی مهیج دارند، به طوری که با هر دهه افزایش سن، اختلالات افسردگی افزایش می‌یابد [۴]. سالمندان به علت کاهش اعتماد به نفس، تقصی فعالیت و حرکت، از دست دادن دوستان و تنزیک، کاهش استقلال مادی و جسمانی و ابتلا به بیماری‌های مزمن، در معرض افسردگی و اضطراب بیشتر قرار دارند [۱۲-۱۱]. افسردگی یکی از مهم‌ترین بیماری‌های روشناتشی است که در بررسی حالات روایی، مورد توجه بسیاری از محققین قرار دارد. منظره از افسردگی، اختلالی است که دوام کافی و نشانه‌های بی‌قرار دارد و بر عملکرد شخص، تأثیر نامطلوب می‌گذارند و برشیانی ایجاد می‌کند. افسردگی یکی از شان‌ترین اختلالات روان‌نشکسی سالمندان است. شاخص‌ترین عوامل خطر خودکشی در سالمندان است [۱۴]. توانایی کار و فعالیت‌های روزمره زندگی در افراد سالمند کاهش می‌یابد که با انجام و تحقیق همراه است [۹]. افسردگی از عده‌ترین مسائل دوره سالمندی است که در نیت‌های عوامل مختلف مربوط به آخرین مرحله زندگی قابل بیماری‌های مزمن از دست دادن دوستان و عزیزان و ناتوانی در انجام فعالیت‌های مورد علاقه فرد، به بیماری‌های مزمن تبدیل می‌شود. افسردگی در سالمند را درگیر می‌کند. افراد سالمند در نیت‌های ضمنی مبنا ین‌ینی، شناوی و دیگر تغییرات جسمانی، همچنین فشارهای بیروی؛ نظیر محدودیت مانع‌های مالی، احساس می‌کنند کنترل خویش را بر زندگی از دست داده‌اند. این قبیل مسائل و مشکلات، متجر به ایجاد هیجانات منفی مثل غم، اضطراب، عزت نفس 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 حال توزیع زندگی می‌کنند. این تعداد تا سال ۲۰۵۰ به ۸۰ درصد خواهد رشد و وضعیت در کشور ما نه مشابه است و از ۳۰ سال آینده، یک چهارم جمعیت کشورمان را سالمندان تشکیل خواهد داد [۱۶]. امروزه با توجه به مربط به پزشکی، اقتصادی و اجتماعی، میزان مرگ و میر کاهش یافته و امید به زندگی ره ره به افسردگی است. در واقع با گذشت زمان، جمعیت جهان به سمت سالمندی پیش می‌رود (اصلاخانی و کیری). بر این اساس یکی از مهم‌ترین مسائل مشکلاتی که افراد سالمند با آن روبرو هستند، مسئله سلامت روایی است که تأثیر بسزایی در سطح کیفیت زندگی آنها دارد. به باور روشناتشان، در دوران سالمندی وضع بهداشت روایی فرد سالمند در آفرینش دفاعی سلامتی و در محل بهداشت و در تأثیر فراوانی دارد و در واقع باید توجهی به این امر را بسازیم و افسردگی را به‌عنوان مسئله محضی برای آنان جز به یاری بررسی دقیق روابط زندگی ودرک صحیح شرایط و وضعیت‌ها موجود امکان پذیر نیست [۷]. متاسفانه اغلب افرادی که به سن سالمندی می‌رسند به چندین بیماری و مشکل چندی سالمندی مبتلا می‌شوند [۶-۹]. اختلالات روایی سالمندان از تعامل بی‌پیچیده عوامل عضوی، روشناتشی و اجتماعی ناشی می‌شود. تأثیر این عوامل، می‌تواند به شکل اختلالات سالمندانی افسردگی، اختلالات شناختی، تغییرات شایع شود [۴]. به دلایل متعددی، سالمندان از
پایین، انواعی اجتماعی و یافته و در مورد فرد سالمند می‌باشد و فرد سالمند می‌باشد و افرادی، بزرگترین مشکل روانی و پیامد جدی و خطرناک این گونه عوامی است [15]. از جمله اسبی‌های روایی- اجتماعی که نقش قابل ملاحظه‌ای در بروز حالت افسردگی دارد، از خود بیکانگی این که این حالت این که در میان سالخورده‌کان، قابل توجه می‌باشد. بیکانگی از کار، خانواده، همسایه‌ها و اندوه گروه‌های اجتماعی در خیلی از موارد، منجر به احساس طردشگی، انواعی اجتماعی، کوششگان، توده حساسیت به جوع و کاهش می‌شود.

یکی از عوامل تأثیر گذار بر رفتار و عوامل آنها می‌باشد و احتیاط کننده سالمیت و احتیاطات جسمانی و روانی گوناگونی را نشان داده است، به گونه ای که این اشکال در کنترل سلامتی به عنوان یک مؤلفه ی کلیدی در چندین مدل آسیب شناسی روانی برای احتیاطات خاص، مانند اختلال شخصیتی مرزی، اختلال افسردگی عمده، اختلال قطعی، اختلال اضطراب تمایی، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلالات خودرنگ و اختلالات مرتب با سوء مصرف مواد و اغلب سایر اختلالات جسمانی از این کنترل رشد روزافزار افراد سالمند در جهان و ایران و شیوع اختلالات روایی به ویژه افسردگی در بین آنان [19] و کمبود شدید مخصوصاً زنان و مردان و دخمه و دخمه آن: لزوم توجه به متخصص روانپزشکی سالمیتی و خدمات ویژه آن: لزوم توجه به متخصص بیروانی و در مورد سالمند برای مقابله با شرایط پدری احساس می‌شود [20]. عوامل روایی- اجتماعی متعادلی می‌تواند بر یکنترل سلامتی تأثیر بگذارد. می‌توان گفت انتایی که افراد فرد خود را در راه رفتن به روز از کنترل سلامتی با گذشت
برای شیوهی کنترل سلامت اتخاذ می‌کند، مشابه‌ای در اختلالات روشن‌ساختی است. با توخه به موارد فوق، این پژوهش در صدد بررسی ارتباط کانکل سلامت و مؤلفه‌های آن با سلامت عمومی و افسردگی در سالمندان شهر شیراز بود.

مواد و روش‌ها

روش تحقیق حاصل از نوع توصیفی- هیستوگاستی بود. در این تحقیق به بررسی رابطه کانکل سلامت بر سلامت عمومی و افسردگی سالمندان پرداخته شد. متغیر مستقل در تحقیق حاصل کانکل سلامت و متغیرهای ملاک شال سلامت عمومی و افسردگی بود. جامعه پژوهش در این تحقیق کلیه سالمندان در سطح شهر شیراز است. گروه نمونه شامل 100 نفر از سالمندان است که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک ورود نمونه در این پژوهش، داشتن سن بالای 60 سال بود. لازم به ذکر است که هر تحقیق حاصل در کمیته‌ای اختلاقی بخش روشن‌ساختی بالینی داشته‌گاه شیراز مورد لازم تأیید قرار گرفته است.

بعد از کسب مجوز و موافقت‌های لازم در دانشگاه شیراز، به افراد شرکت‌کننده توضیح داده شد که برای انجام یک پژوهش انتخاب می‌شوند و کانکل نشانه‌های کامل انتخابی است. سپس بررسی‌های مربوط به متغیرهای کانکل سلامت، سلامت عمومی و افسردگی در انتخاب آنها قرار گرفت؛ و درباره جکوگنی تکمیل بررسی‌های توضیحات کامل به آنها داده شد. لازم به ذکر است که در بعضی موارد به علت سواد نداشتن و یا کم‌پیش‌آمیزی، گروه‌های پزشکی‌ها برای سالمندان خوانده و از آنها خواسته

ابزار پرسشنامه سلامت عمومی (1):

بررسی سلامت عمومی اولین بار توسط [21]، تنظیم گردید.

در تحقیق حاصل از فرم 28 سوالی این بررسی سلامت استفاده شده است. فرم 28 سوالی پرسشنامه توسط [22]. در تحقیق اجرایی روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن طراحی شده است. سوال‌هایی از بررسی‌ها به بررسی وضعیت روی‌های فرد در یک ماهه‌ای اخیر می‌پردازد و شامل نشانه‌های مانند افکار و احساسات تأثیرگذار و جنبه‌هایی از رفتار مثبت و مثبت هویت اینکه بر موضعیت انجا و اکون تأکید دارد. پرسشنامه با سوال‌های مربوط به علائم جسمانی شروع می‌شود و در ادامه سوال‌هایی که پیشرفت علائم روشن‌ساختی را مطرح می‌کند ارائه می‌شود. این پرسشنامه از 4 خرده آزمون تشکیل شده‌است که شامل شانه‌های جسمانی، اضطراب و بسیار خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد که هر کدام آنها دارای 7 سوال می‌باشند. این بررسی‌های پراکنده‌ای براساس مقیاس لیکرت (0، 1، 2، 3) تهیه می‌گذراند. شورنی و در نتیجه نمره کل یک فرد از صفر تا 24 متغیر خواهد بود. نمره کمتر میانگین بهداشت روانی پر می‌باشد [23]. گل‌درگ، و ویلیام [4] اعتبار این پرسشنامه را براساس اعتبار تصمیمی 0/95، گزارش کردند. تقوی [23] در تحقیق خود اعتبار این پرسشنامه را 0/72 و برای خرده–

1. General Health Questionnaire
پرسشنامه افسردگی سالمندان (GDS): فرم کوتاه (۱۵ سوال) این پرسشنامه از فرم ۳۰ سوالی آن استخراج شده است. این پرسشنامه براساس پاسخ بیلی، خیر تمرکزگذاری می‌شود، ضریب آلفای این پرسشنامه ۰/۹۴، و یا پایایی آن به روش آزمون–بازآزمون ۶۸/۷۰- گزارش شده است [۲۵]. مکلوتی [۲۶] در تحقیق خود، یا پایایی این پرسشنامه را به روش دو نیمه سازی ۸۹/۰- گزارش کرد.
نتایج نشان داد که فرم ۱۵ پرسشنامه افسردگی سالمندان، از پایایی و اعتبار مطلوبی برای اعتماده در مطالعات همه گیری و بالینی بوده در مناطق شهری برخوردار است [۲۶].

پرسشنامه کانون کنتل سلامت و الگون مشخص کننده چهار خطایی کانون کنتل درونی، شناس، قدرت دیگران و خداوند است. این پرسشنامه دارای ۲۴ گویه است که براساس مقیاس لبکر از ۱ (کاملاً موافق) تا ۵ (کاملاً مخالف) تمرکزگذاری 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 گرفته است. ضریب آلفای کروتی ناخاب برای:

1. Geriatric Depression Scale
2. Health Locus of Control
پژوهش نمونه مورد پژوهش شامل 100 نفر (50 نفر مرد و 50 نفر زن) بود. میانگین سنی آنها 65/89 (انحراف استاندارد 17/10) و میانگین تعداد بیماری در این گروه 0/7 (انحراف استاندارد 86/5) بود. همچنین میانگین مدت بیماری افراد شرکت کننده در این پژوهش 2/11 سال (انحراف استاندارد 16/6) بود. به منظور توصیف متغیرهای کانون کنترل سلامت، افسردگی و سلامت عمومی از میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. نتایج آن در جدول 1 نشان داده شده است. بر طبق نتایج به دست آمده,

جدول 1- میانگین و انحراف استاندارد کانون کنترل سلامت، افسردگی و سلامت عمومی در سالمندان (n = 100)

| متغیرها                      | میانگین کانون کنترل درونی | میانگین کانون کنترل توسط شناس | میانگین کانون کنترل توسط دیگران | میانگین کانون کنترل توسط باور به خدا | افسردگی | سلامت عمومی |
|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|----------|-------------|
| انحراف استاندارد 3/83       | 16/50                       | 16/50                           | 16/52                             | 15/21                               | 21/15    | 59/27       |
| انحراف استاندارد 4/75       | 16/50                       | 16/50                           | 16/52                             | 15/21                               | 21/15    | 59/27       |
| انحراف استاندارد 4/77       | 16/50                       | 16/50                           | 16/52                             | 15/21                               | 21/15    | 59/27       |
| انحراف استاندارد 4/03       | 16/50                       | 16/50                           | 16/52                             | 15/21                               | 21/15    | 59/27       |
| انحراف استاندارد 4/78       | 16/50                       | 16/50                           | 16/52                             | 15/21                               | 21/15    | 59/27       |
| انحراف استاندارد 11/66      | 59/27                       | 59/27                           | 59/27                             | 59/27                               | 59/27    | 59/27       |

نتایج ضرایب همبستگی بین کانون کنترل سلامت با افسردگی و سلامت عمومی در جدول 2 نشان داده شده است. بافتها نشان می‌دهد که خرده مقیاس‌های کانون کنترل درونی و دیگران با سلامت عمومی رابطه منفی دارند. همچنین نتایج نشان می‌دهد که خرده مقیاس‌های کانون کنترل درونی و دیگران با سلامت عمومی رابطه مثبت می‌دارد و کانون کنترل باور به خدا با سلامت عمومی رابطه منفی دارد.
جدول ۲- ضرایب همبستگی بین افسردهگی، سلامت عمومی و مؤلفه‌های کنترل سلامتی

| متغیرها                  | افسردهگی | سلامت عمومی |
|--------------------------|-----------|--------------|
| کانون کنترل دروین       | 0/4500    | 0/4750       |
| کانون کنترل توسط شانس  | 0/09     | 0/10         |
| کانون کنترل توسط دیگران| 0/3000    | 0/3100       |
| کانون کنترل توسط باور به خدا | 0/1900 | 0/1800       |

**p < 0/01**
***p < 0/001**

تبلیغ گردید. اما نتایج ضرایب با تفاوت بین 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 ۲۰ درصد از واریانس سلامت عمومی را تیپین کنند. اما نتایج ضرایب بین کانون داده که تنها دو مؤلفه کانون کنترل دروین 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 ۵۱ درصد از واریانس افسردهگی را تیپین کنند. اما نتایج ضرایب بین کانون داده که تنها دو مؤلفه کانون کنترل دروین به منظور پیش‌بینی افسردهگی 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 افسردهگی را تیپین کنند. اما نتایج ضرایب بین کانون داده که تنها دو مؤلفه کانون کنترل دروین به منظور پیش‌بینی افسردهگی 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 افسردهگی را تیپین کنند. اما نتایج ضرایب بین کانون داده که تنها دو مؤلفه کانون کنترل دروین به منظور پیش‌بینی افسردهگی 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 افسردهگی را تیپین کنند. اما نتایج ضرایب بین کانون داده که تنها دو مؤلفه کانون کنترل دروین به منظور پیش‌بینی افسردهگی 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 افسردهگی را تیپین کنند. اما نتایج ضرایب بین کانون داده که تنها دو مؤلفه کانون کنترل دروین به منظور پیش‌بینی افسردهگی 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 افسردهگی را تیپین کنند. اما نتایج ضرایب بین کانون داده که تنها دو مؤلفه کانون کنترل دروین به منظور پیش‌بینی افسردهگی 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 افسردهگی را تیپین کنند. اما نتایج ضرایب بین کانون داده که تنها دو مؤلفه کانون کنترل دروین به منظور پیش‌بینی افسردهگی 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 افسردهگی را تیپین کنند. اما نتایج ضرایب بین کانون داده که تنها دو مؤلفه کانون کنترل دروین به منظور پیش‌بینی افسردهگی 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 افسردهگی را تیپین کنند. اما نتایج ضرایب بین کانون داده که تنها دو مؤلفه کانون کنترل دروین به منظور پیش‌بینی افسردهگی 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 افسردهگی را تیپین کنند.
بهره و نتیجه گیری

نتایج تحلیل رگرسیون به منظور یکپارهی

جدول ۴- نتایج تحلیل رگرسیون به منظور یکپارهی

| متغیرها | پ | β | b | T |
|---|---|---|---|---|
| درونی | ۰۰۰۰ | ۰۱ | ۲۰ | ۰۰ |
| ناسد | ۰۰۸۸ | ۰۱ | ۲۱ | ۰۱ |
| درگران | ۰۰۸۸ | ۰۰ | ۲۰ | ۰۰ |
| خدا | ۰۰۰۰ | ۰۰ | ۲۱ | ۰۰ |

(۳۷/۰۴٠٠ \times \beta = \text{آزمون} F = \text{آزمون} \beta = \text{آزمون} \text{P})

(۱٠۰٠)
در موقعیت کانون کنترل درونی سلامت و اعتقاد به نقش خدا باعث احساس کنترل می‌شود و استرس افراد را کاهش می‌دهد. زیدر ۱ (۳۱)، نشان داد کسانی که به لحاظ کانون کنترل درونی امتیاز زیادی کسب کرده اند، تامین بیشتری به در بیش گرفتن رفتارهایی دارند که موضوع پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت می‌شود و در مقایسه با افراد دارای کانون کنترل بیرونی به میزان بیشتری به رفتارهای پیش گیرانه ای مانند رعایت عادات غذایی، کود و انجام دادن معاینه پزشکی می‌پردازند، با توجه به نتایج به دست آمده، چنانچه درصد دستیابی به نتایج بهتر و ارتقای رفتارهای خود مراقبتی و سلامت بیماران باشیم جا دار حسی آموزشی در جهت توأم‌نداری این افراد گفته شود.

بیماری‌های روی سالمندان ارائه خدمات به این گروه در قابلیت یک 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 هبّتی منفی در بین آنها می‌باشد؛ یعنی صورت‌های یک کاننده درونی در سلامت و سلامت پزشکی یک موضوع به گردیده است که افراد دارای کاننده درونی و اعتقاد به نقص خدا باعث احساس ناکامی در ارتباط با کاننده می‌شود و بار دوره‌های زیاده دارند که اکثریت افراد دارای کاننده درونی و معتقد به نقص خدا برای کاهش احساس ناکامی و افزایش سلامت و کاهش افسردگی اقدام کرده‌اند و در مقایسه با افراد دارای کاننده و نجسی در پی‌ является از کاهش آنها را در تشخیص و کنترل بیماری‌ها کمک می‌کند. سیونگروس (۲۰۷۱) نیز در ارتباط بین کانون کنترل سلامت در پرستاری 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 سطح بالاتری از بیماری و پرستاری روانی را نشان می‌دهند. در ضمن افراد دارای کانون دیگری مبتلا به نقص بالاتری در نیاز به کمتر رفتارهای ناسالم را از آنها سر می‌زنند.


### 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.
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 satisfaction 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. Geriatric 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)
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.