مقاله کوتاه
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۲، اسفند ۱۳۹۲، ۱۰۴۲-۱۰۳۳

بررسی جایگاه مهار سلامت در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بوشهر: یک گزارش کوتاه

مهستی گنجو[۱]، فرحناز کمالی[۲]، سیدمحسن هاشمی[۳]، مرتضی نصیری[۴]

دریافت مقاله: ۹۲/۶/۲۰ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۲/۷/۱۷ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۲/۹/۱۸ پذیرش مقاله: ۹۲/۱۰/۱۵

چکیده

زمینه و هدف: جایگاه مهار سلامت، یکی از عمده‌ترین مقیاس‌ها و شاخص‌های اعتقاد بهداشتی برای طرح‌ریزی برنامه‌های آموزش بهداشت محسوب می‌شود که در ارتقاء سلامت و آموزش بهداشت کاربرد بسیار مهمی دارد. هدف از این پژوهش، بررسی جایگاه مهار سلامت در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بوشهر می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۱ بر روی ۲۶۷ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بوشهر که به روش تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند، انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه‌های اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه (ب) مقیاس چند وجهی جایگاه مهار سلامت بود. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های تحلیلی Mann-Whitney، Kruskal-Wallis و ضریب همبستگی Spearman مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در خصوص امتیاز مؤلفه‌های سه گانه جایگاه مهار سلامت، امتیاز محور کنترل داخلی ۵/۳±۲۶/۸، امتیاز محور شانس ۳/۹±۱۶/۹ و امتیاز محور دیگران ۴/۸±۲۱/۹ بود. بر اساس آزمون ضریب همبستگی Spearman بین نمره مؤلفه جایگاه مهار داخلی و مؤلفه دیگران ارتباط آماری مثبت و معنی‌دار مشاهده شد (r_s=۰/۲۲۰ ،p<۰/۰۰۱). در پژوهش حاضر بین سه محور کنترل سلامت با سن، جنس، تعداد فرزندان خانواده، رتبه تولد، تحصیلات پدر و مادر، شغل پدر و مادر و دانشکده محل تحصیل دانشجویان ارتباط معنی‌دار به دست نیامد.

نتیجه‌گیری: از آن‌جا که بیشترین امتیاز کسب شده در دانشجویان مربوط به مؤلفه محور کنترل داخلی و کمترین امتیاز مربوط به مؤلفه محور شانس بوده است، می‌توان چنین نتیجه گرفت که دانشجویان بیشترین و تأثیرگذارترین عامل را بر سلامتی‌شان عملکرد خود و کمترین عامل را شانس می‌دانند.

واژه‌های کلیدی: جایگاه مهار سلامت، مقیاس چند وجهی جایگاه مهار سلامت، دانشجویان علوم پزشکی،

۱- مربی گروه آموزشی پیراپزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.
تلفن: ۰۷۷۱-۴۵۵۰۲۳۵، دورنگار: ۰۷۷۱-۴۵۵۰۲۳۵، پست الکترونیکی: mahastyganjoo@yahoo.com
۲- مربی گروه آموزشی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
۳- مربی گروه آموزشی بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
۴- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.12.6.2]

مقدمه

جایگاه مهار سلامت (Health Locus of Control)، یکی از عمده‌ترین مقیاس‌ها و شاخص‌های اعتقاد بهداشتی برای طرح ریزی برنامه‌های آموزش بهداشت محسوب می‌شود. بیش از ۲۵ سال است که این مقیاس به عنوان یکی از مؤثرترین ابزارهای سنجش عقاید مربوط به سلامت مورد استفاده واقع می‌شود [۱].

ساختار اولیه جایگاه مهار سلامت از نظریه یادگیری اجتماعی Rotter اقتباس شده است. بر اساس این نظریه یادگیری در فرد بر پایه تقویت‌های گذشته انجام می‌شود و طی آن، افراد انتظارات خاص و عمومی را در خود شکل می‌دهند. در فرآیند یادگیری افراد به توسعه اعتقاد در این مورد می‌پردازند که آیا نتایج ایجاد شده به واسطه اعمال و رفتارهای آن‌ها بوده و یا توسط نیروهایی مستقل از خودشان تعیین شده است. به عبارت دیگر جایگاه مهارگری انتظارات عمومی افراد در مورد علت پاداش‌ها یا تنبیهات را نشان می‌دهد و مشخص می‌نماید فرد چه کسی یا چیزی را مسئول آنچه برای او رخ داده است، می‌داند [۳-۲]. در واقع محور کنترل سلامت درجه اعتقاد فرد به این امر است که سلامت وی تا چه حد تحت کنترل عوامل درونی و یا بیرونی می‌باشد [۱].

مفهوم جایگاه مهار سلامت دارای پیوستاری چند بعدی است که دامنه آن به دو قسمت بیرونی و درونی تقسیم‌بندی می‌گردد. در بعد بیرونی، انسان بر این باور است که رفتار او توسط تقدیر، سعادت، خوشبختی یا شرایط خارجی دیگری هدایت می‌شود، در حالی‌که در بعد داخلی فرد بر این باور است که رفتار او توسط تصمیم‌گیری‌ها و تلاش‌های شخصی وی هدایت می‌شود [۴]. افرادی که محور کنترل سلامت از نوع بیرونی دارند به این امر معتقدند که پیامدهای معین و حوادث رخ داده در زندگی آن‌ها به واسطه نیروهایی مانند پزشکان، شانس، سرنوشت، بخت و اقبال تعیین می‌گردند. در حالی‌که افرادی که محور کنترل سلامتی از نوع درونی دارند به این امر معتقدند که پیامدها و حوادث معین در نتیجه رفتار و اعمال خود آن‌ها می‌باشد و تعیین‌کننده سلامت آن‌ها به طور مستقیم اعمال و رفتارهای آن‌ها می‌باشد [۵].

امروزه جایگاه مهار سلامت به عنوان یک متغیر مؤثر بر توسعه و پیشرفت رفتارهای بهداشتی و ظرفیت درمانی و تبیین مشکلات بهداشتی شناخته می‌شود. این مقیاس در ارتقاء سلامت و آموزش بهداشت کاربرد بسیار مهمی دارد و در برنامه‌ریزی‌های بهداشتی می‌توان از آن بهره جست. جایگاه درونی مهار سلامت به طور مثبتی با آگاهی و نگرش، وضعیت روانشناختی، رفتارهای بهداشتی و سلامت و بهداشت بهتر همراه و همگام می‌شود. در مقابل، بیشتر منابع بیرونی جایگاه مهار سلامت (به خصوص، افراد قدرتمند و با نفوذ و بخت و اقبال) با رفتارهای بهداشتی منفی و وضعیت روانشناختی ضعیف همراه می‌شوند [۶].

در مطالعه‌ای که Moshki و همکاران در دانشجویان ورزشکار و غیر ورزشکار دانشگاه علوم پزشکی گناباد انجام دادند، میانگین نمرات مؤلفه‌های مهار سلامت در هر دو گروه را به ترتیب اولویت مربوط به باورهای درونی، افراد مؤثر و شانس گزارش کردند [۷]. همچنین، در مطالعه‌ای دیگر در دانشجویان سال اول دانشگاه گناباد نتایج

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.12.6.2]

نشان‌دهنده بالا بودن مؤلفه کنترل داخلی نسبت به دو مؤلفه شانس و دیگران می‌باشد [۸].

از آن‌جایی که دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی در دوران دانشجویی و نیز بعد از آن در هدایت رفتارهای بهداشتی افراد جامعه نقش به سزایی را ایفا می‌کنند، پی بردن به ابعاد گوناگون جایگاه مهار سلامت در این دانشجویان می‌تواند تا حدودی قضاوت ما را در خصوص نقشی که در آینده در جهت دادن به رفتارهای بهداشتی مددجویانشان بازی می‌کنند را تسهیل نماید. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین جایگاه مهار سلامت در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۳۹۱ انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه مقطعی است که روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۳۹۱ انجام شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل: علاقه مندی به شرکت در پژوهش و در حال تحصیل بودن در سال آخر مقطع کارشناسی پیوسته رشته‌های بهداشت (عمومی و محیط)، پرستاری، مامایی، اتاق عمل، هوشبری و علوم آزمایشگاهی و مقطع دکترای عمومی (پزشکی) دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در زمان انجام پژوهش بود. معیارهای خروج شامل: عدم همکاری در پر کردن پرسش‌نامه و عدم تمایل جهت شرکت در پژوهش بود.

با توجه به حجم جامعه که ۱۰۰۰ نفر بوده است، حجم نمونه ۲۷۸ نفر برآورد گردید. از تعداد ۲۷۸ پرسش‌نامه توزیع شده ۲۶۷ عدد بازگردانده شد. نمونه‌های پژوهش به وسیله نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای از بین دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشکده‌های پیراپزشکی، بهداشت، پرستاری و مامایی و پزشکی انتخاب شدند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه دموگرافیک و اطلاعات فردی و پرسش‌نامه (ب) مقیاس چند وجهی جایگاه مهار سلامت (Multidimensional Health Locus Control) می‌باشد که به پیشگویی رفتار بهداشتی مبتنی بر باورهای افراد می‌پردازد. این پرسش‌نامه شامل سه مؤلفه به شرح زیر می‌باشد:

۱. محور کنترل داخلی (Health Locus Control; IHLC Internal): شامل درجه اعتقاد فرد به این امر که عوامل داخلی و رفتارهایش مسئول بیماری و سلامت او می‌باشند.

۲. محور کنترل افراد مؤثر (Health Locus Control; Powerful others PHLC): شامل درجه اعتقاد فرد به این امر که سلامت او به وسیله افراد دیگر تعیین می‌شود.

۳. محور کنترل شانس (Health Locus Control; CHLC Chance): شامل درجه اعتقاد فرد به این امر است که سلامت او وابسته به شانس، بخت، اقبال و سرنوشت او می‌باشد.

این پرسش‌نامه دارای ۱۸ پرسش در قالب سه مؤلفه ذکر شده (۶ گزینه برای هر پرسش) در مقیاس لیکرت می‌باشد که تمام پرسش‌ها از ۱ تا ۶ نمره‌گذاری می‌شوند. گزینه‌ها شامل کاملاً مخالفم (امتیاز ۱)، مخالفم (امتیاز ۲)، کمی مخالفم (امتیاز ۳)، کمی موافقم (امتیاز ۴)، موافقم (امتیاز ۵) و کاملاً موافقم (امتیاز ۶) بودند. در نتیجه نمره

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.12.6.2]

هر فرد از ۶ تا ۳۶ برای هر خرده آزمون (مؤلفه) متغیر خواهد بود که با یکدیگر جمع نمی‌شوند و به طور مستقل مورد بررسی قرار می‌گیرند. روایی صوری، محتوا، همزمان و سازه و پایایی این پرسش‌نامه به روش‌های دوباره سنجی، آزمون‌های همتا و ثبات درونی در پژوهش Moshki و همکاران مورد تأیید قرار گرفته است [۱].

گروه پژوهش، پس از اخذ مجوز از معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر و اخذ رضایت از دانشجویان، پرسش‌نامه ذکر شده را بین دانشجویان تقسیم نموده و پس از جمع‌آوری و استخراج داده‌ها، تجزیه و تحلیل توسط نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۸ با به کارگیری آمارهای توصیفی از جمله فراوانی، میانگین و انحراف معیار و آزمون‌های تحلیلی Mann-Whitney، Kruskal-Wallis و ضریب همبستگی Spearman مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تمام آزمون‌ها $p<۰/۰۵$ معنادار در نظر گرفته شد.

نتایج

بر اساس نتایج، میانگین و انحراف معیار سنی دانشجویان ۱/۸±۲۰/۸ سال با حداقل سن ۱۸ و حداکثر سن ۳۳ سال بوده است. از این تعداد ۲۱۷ نفر (۸۱/۳٪) زن و ۵۰ نفر (۱۸/۷٪) مرد بودند. از نظر دانشکده به ترتیب ۱۱۳ نفر (۴۲/۳٪)، ۴۴ نفر (۱۶/۴٪)، ۴۹ نفر (۱۸/۵٪) و ۶۱ نفر (۲۲/۸٪) در حال تحصیل در دانشکده‌های پیراپزشکی، بهداشت، پرستاری و مامایی و پزشکی بودند. میانگین و انحراف معیار تعداد فرزندان خانواده و رتبه تولد دانشجویان به ترتیب ۱/۸±۴/۹ و ۲/۷±۳/۲ با حداقل ۱ و حداکثر ۱۰ فرزند بوده است. بر اساس نتایج بین سه محور جایگاه مهار سلامت با سن، جنس، تعداد فرزندان خانواده، رتبه تولد و دانشکده محل تحصیل ارتباط معنی‌دار به دست نیامد ($p>۰/۰۵$).

از نظر سطح تحصیلات پدر، ۲۶/۲٪ (۷۰ نفر) دارای تحصیلات دانشگاهی، ۳۴/۳٪ (۹۲ نفر) دیپلم، ۱۹/۳٪ (۵۲ نفر)، ابتدایی، ۱۴/۱٪ (۳۷ نفر) سیکل و ۶/۱٪ (۱۶ نفر) بی‌سواد بودند. از نظر تحصیلات مادر، ۹/۱٪ (۲۴ نفر) دارای تحصیلات دانشگاهی، ۳۰/۷٪ (۸۲ نفر) دیپلم، ۲۸/۳٪ (۷۶ نفر) ابتدایی، ۱۹/۸٪ (۵۳ نفر) سیکل و ۱۲/۱٪ (۳۲ نفر) بی‌سواد بودند. نتایج نشان داد بین مؤلفه‌های سه گانه جایگاه مهار سلامت و تحصیلات پدر و مادر ارتباط معنی‌دار وجود ندارد ($p>۰/۰۵$). در مورد شغل پدر، ۴۳/۳٪ (۱۱۶ نفر) دارای شغل آزاد، ۲۷/۱٪ (۷۲ نفر) کارمند، ۲۳/۲٪ (۶۲ نفر) بازنشسته، ۴/۲٪ (۱۱ نفر) کارگر و ۲/۲٪ (۶ نفر) بی‌کار بودند. در مورد شغل مادر، ۸۶/۱٪ (۲۲۹ نفر) خانه‌دار، ۷/۷٪ (۲۱ نفر) کارمند، ۳/۷٪ (۱۰ نفر) بازنشسته و ۲/۵٪ (۷ نفر) دارای شغل آزاد بودند. بین مؤلفه‌های سه گانه جایگاه مهار سلامت و شغل پدر و مادر ارتباط معنی‌دار مشاهده نشد ($p>۰/۰۵$).

در خصوص امتیاز مؤلفه‌های سه گانه جایگاه مهار سلامت، در دانشکده‌های پیراپزشکی، پرستاری و مامایی، بهداشت و پزشکی در کل نمونه‌ها بیشترین امتیاز مربوط به محور کنترل داخلی ۵/۳±۲۶/۸، کمترین امتیاز مربوط به محور کنترل شانس ۳/۹±۱۶/۹ و امتیاز بینابین مربوط به محور دیگران ۴/۸±۲۱/۹ بوده است. بر اساس آزمون ضریب همبستگی Spearman بین نمره مؤلفه جایگاه مهار

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.12.6.2]

داخلی و مؤلفه دیگران ارتباط آماری مثبت و معنی‌دار مشاهده شد (r_s=۰/۲۲۰ ،p<۰/۰۰۱). آزمون Kruskal-Wallis تفاوتی را در سه مؤلفه جایگاه مهار سلامت بین دانشکده‌ها نشان نداد (مقدار p برای مؤلفه‌های مهار داخلی، شانس و دیگران به ترتیب ۰/۱۲۳، ۰/۶۹۸ و ۰/۹۰۷).

میانگین امتیازهای سه محور یاد شده به تفکیک چهار دانشکده پیراپزشکی، پزشکی، بهداشت و پرستاری و مامایی در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱- امتیازهای محورهای سه گانه جایگاه مهار سلامت به تفکیک چهار دانشکده پیراپزشکی، پزشکی، بهداشت و پرستاری و مامایی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۳۹۱

دانشکده	محورهای سه گانه	انحراف معیار±میانگین
پیراپزشکی	داخلی	۲۷/۱۹±۵/۱۲
	شانس	۱۶/۷۱±۳/۹۴
	دیگران	۲۲/۰۸±۴/۵۱
پزشکی	داخلی	۲۴ /۸۷±۶/۰۴
	شانس	۱۷/۲۵±۵/۵۴
	دیگران	۲۱/۹۲±۵/۷۷
بهداشت	داخلی	۲۷/۵۰±۵/۴۷
	شانس	۱۷/۵۹±۲/۸۰
	دیگران	۲۱/۶۴±۶/۱۵
پرستاری و مامایی	داخلی	۲۷/۰۸±۵/۲۱
	شانس	۱۶/۹۶±۳/۰۴
	دیگران	۲۱/۹۱±۴/۳۹

بحث

با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش بیشترین امتیاز کسب شده در دانشجویان علوم پزشکی بوشهر مربوط به مؤلفه محور کنترل داخلی و کمترین امتیاز کسب شده مربوط به مؤلفه شانس بود. به عبارتی، دانشجویان به نقش عوامل درونی در کنترل سلامتی خود اعتقاد داشتند و نقش عوامل بیرونی مثل شانس و تقدیر را در حفظ و ارتقای سلامتی خویش کمتر می‌دانستند. در پژوهشی که توسط Moshki و همکاران در دانشجویان

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.12.6.2]

ورزشکار و غیر ورزشکار دانشگاه علوم پزشکی گناباد انجام شد، میانگین نمرات مؤلفه‌های مهار سلامت در گروه ورزشکار به ترتیب اولویت مربوط به باورهای درونی (۲۸/۵۱)، افراد مؤثر (۲۰/۸۹) و شانس (۱۴/۶۷) و در گروه غیر ورزشکار مربوط به باورهای درونی (۲۷/۸۴)، افراد مؤثر (۲۱/۶۴) و شانس (۱۵/۴۸) گزارش شده است که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد [۷]. در همین راستا نتایج مطالعه‌ای دیگر در دانشجویان سال اول دانشگاه گناباد نشان‌دهنده بالا بودن میانگین نمرات مؤلفه کنترل داخلی (۲۶/۳) نسبت به دو مؤلفه شانس (۱۷/۲) و افراد مؤثر (۲۳/۵) می‌باشد [۸]. همچنین،، نتایج مطالعه Heydaripahlavan و همکاران در دانشگاه علوم پزشکی همدان حاکی از بالا بودن نمرات منبع کنترل درونی (۷۲/۰۲٪) در مقابل نمرات کنترل بیرونی (۲۷/۹۸٪) می‌باشد [۹]. علت بالاتر بودن نمرات منبع کنترل درونی در مطالعه Heydaripahlavan در مقایسه با مطالعه حاضر و مطالعه Moshki ممکن است به علت متفاوت بودن ابزار پژوهش باشد. در پژوهش حاضر و مطالعه Moshki از فرم (ب) مقیاس چند وجهی جایگاه مهار سلامت استفاده شده در حالی که در مطالعه Heydaripahlavan از مقیاس سنجش منبع کنترل درونی- بیرونی Rotter استفاده شد.

در تحقیقی که Wallston بر روی نظریه جایگاه مهار سلامت در بیماران دیابتی انجام داد، نتایج نشان می‌دهد که کارکنان خدمات پزشکی سعی داشتند جایگاه مهار سلامت بیماران را از بیرونی به درونی تغییر دهند. طبق نظر آن‌ها، هدف تمامی آموزش دهندگان بهداشت و سلامت، ایجاد کنترل درونی در افراد می‌باشد. بر اساس نتایج پژوهش حاضر نیز دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بوشهر که ارائه‌دهندگان آینده خدمات بهداشتی درمانی هستند بالاترین امتیاز در جایگاه مهار سلامت را به مؤلفه کنترل داخلی داده‌اند که با پژوهش Wallston هم‌خوانی دارد [۳].

بر اساس پژوهش حاضر بین سه محور کنترل سلامت و مشخصات دموگرافیک دانشجویان یعنی سن، جنس، تعداد فرزندان خانواده، رتبه تولد، شغل پدر و مادر، تحصیلات پدر و مادر و دانشکده محل تحصیل ارتباط معنی دار به دست نیامد. این یافته‌ها با نتایج مطالعه Moshki و همکاران در دانشگاه گناباد که نشان دادند ارتباط معنی‌داری بین سن، جنس و تحصیلات پدر و مادر با باورهای مهار سلامت وجود ندارد، همخوانی دارند [۷]. به‌علاوه نتایج مطالعه Toozandejani و همکاران که نشان داد بین مکان کنترل و سن، جنس و رتبه تولد ارتباطی وجود ندارد [۱۰] و همچنین، با نتایج مطالعه Askari و همکاران [۱۱] و Heydaripahlavan و همکاران [۹] که نشان دادند بین نمرات مهار دانشجویان دختر و پسر تفاوت معناداری وجود ندارد در یک راستا است.

در مطالعه‌ای که Serin و همکاران با هدف بررسی عوامل تأثیرگذار بر جایگاه مهار سلامت دانشجویان در ترکیه انجام دادند، نتایج نشان می‌دهد که دانشجویان پسر و دانشجویانی که دارای چهار خواهر و برادر یا بیشتر بودند دارای کنترل داخلی بالاتری نسبت به دانشجویان دختر و دانشجویانی که تعداد افراد خانواده کمتری داشتند، بودند در حالی که در مطالعه حاضر بین دو جنس و میانگین

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.12.6.2]

امتیازهای سه مؤلفه جایگاه مهار سلامت ارتباط معنی‌دار وجود نداشت [۲].

همچنین، نتایج بررسی Strickland بر روی گروهی از دانشجویان آمریکا نشان داد زنان نسبت به مردان گرایش بیشتری به منبع کنترل بیرونی دارند که با نتایج مطالعه حاضر در یک راستا نمی‌باشد [۱۲]. چنین نتایج متفاوتی می‌تواند ناشی از تفاوت فرهنگی در جوامع گوناگون و نقش‌هایی که زنان در مقایسه با مردان در هر جامعه ایفا می‌کنند، باشد.

در پژوهش حاضر ارتباط معنی‌داری بین شغل پدر و مادر با سه حیطه جایگاه مهار سلامت به دست نیامد که البته ممکن است به دلیل دانشگاهی بودن حجم نمونه نیز باشد. در حالی که در پژوهش Poortinga و همکاران که با هدف بررسی باورهای جایگاه مهار سلامت و تفاوت‌های اجتماعی اقتصادی در خودگزارشی سلامت بر روی ۱۲۴۰۸ نفر از شهروندان گارفیلی واقع در ولز انگلستان انجام شد، تفاوت قابل توجهی به لحاظ اجتماعی اقتصادی و مردم شناختی میان سه حیطه جایگاه مهار سلامت وجود داشت. نتایج پژوهش وی نشان داد که افرادی که از موقعیت پایین تر اقتصادی اجتماعی برخوردارند و نیز افراد بازنشسته و ناتوان، سطح پایین‌تری از جایگاه مهار سلامت داخلی و سطح بالاتر شانس و دیگر قدرت‌ها را دارا هستند [۱۳].

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم دقت کافی دانشجویان در تکمیل پرسش‌نامه‌ها و در نتیجه ناقص ماندن اطلاعات مربوط به آن پرسش‌نامه‌ها اشاره کرد. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش باید به کم بودن مطالعات مشابه در ایران اشاره کرد که امکان بحث را کم کرده است. گروه پژوهش پیشنهاد می‌دهند که در پژوهش‌های بعدی ارتباط مؤلفه‌های سه گانه جایگاه مهار سلامت با کیفیت زندگی، سلامت روان، سطح افسردگی و نیز سلامت عمومی دانشجویان علوم پزشکی بررسی شود.

نتیجه‌گیری

از آن جا که بیشترین امتیاز کسب شده در دانشجویان مربوط به مؤلفه محور کنترل داخلی و کمترین امتیاز مربوط به مؤلفه محور شانس بوده است، می‌توان چنین نتیجه گرفت که دانشجویان بیشترین و تأثیرگذارترین عامل را بر سلامتی شان عملکرد خود و کمترین عامل را شانس می‌دانند که با نظریه جایگاه مهار سلامت مطابقت دارد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی بوشهر و دانشجویان عزیزی که با همکاری بی‌دریغشان ما را در به انجام رساندن این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین، از استاد محترم جناب آقای دکتر مشکی که پرسش‌نامه جایگاه مهار سلامت را در اختیار گروه پژوهش قرار دادند و در تمام مراحل اجرای طرح از راهنمایی‌های مفید ایشان بهره بردیم تشکر می‌نماییم.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.12.6.2]

References

[1] Moshki M, Ghofranipour F, Azadfallah P, Hajizadeh E. Validity and Reliability of the Multidimensional Health Locus of Control (Form B) Scale in Iranian Medical Students. *J Ofogh-e-Danesh* 2006; 12(1): 33-41. [Farsi]

2] Serin NB, Serin O, Şahin FS. Factors affecting the locus of control of the university students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2010; 2(2): 449-52.

[3] Wallston KA. The importance of placing measures of health locus of control beliefs in a theoretical context. *Health Education Research* 1991; 6(2): 251-2.

[4] Basak R, Ghosh A. School Environment and Locus of Control in Relation to Job Satisfaction among School Teachers – A Study from Indian Perspective. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2011; 29: 1199-208.

[5] Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R. Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Educ Monogr* 1978; 6(2): 160-70.

[6] Malcarne VL, Drahota A, Hamilton NA. Children's health- related locus of control beliefs: ethnicity, gender, and family income. *Child Health Care* 2005; 34 (1): 47-59.

[7] Moshki M, Noori Sistani M, Noshin P. Association of health locus control theory and self-esteem with physical activity in university students. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2009; 16(3): 142-9. [Farsi]

[8] Moshki M, Ashtarian H. Perceived Health Locus of Control, Self-Esteem, and Its Relations to Psychological Well-Being Status in Iranian Students. *Iranian J Pub Health* 2010; 39(4): 70-7.

[9] Heydaripahlavan A, Mahjoob H, Zarabiyan MK. Relationship between Internal And External Locus of Control And Depression And Academic Perfarmance of Hamedan Medical University Students. *Andisheh va Raftar* 1999; 4(4): 23-31. [Farsi]

[10] Toozandejani H, Nejat H, Karimi M, Kamal Poor N. A survey of locus of control and self-esteem in students. Proceedings of the First Regional Conference on Youth Mental Health. Kashmar, Iran: 2007. [Farsi]

[11] Askari P, Ahmadpoor A, Heydari A. Relationship between Health Locus of Control; Group Popularity and Academic Performance in Students of Azad University of Ahvaz. *Knowledge Res Appl Psychol* 2006; 28(1): 168-78. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.12.6.2]

[12] Strickland BR. Internal external experiences and health related behaviors. *J Consulting Clin Psychol* 1978; 46(2): 1192- 211.

[13] Poortinga W, Dunstan FD, Fone DL. Health locus of control beliefs and socio-economic differences in self-rated health. *Preventive Med* 2008; 46(4): 374-80.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.12.6.2]

Assessment of Health Locus of Control among Students of Bushehr University of Medical Sciences: A Short Report

M. Ganjoo[1], F. Kamali[2], S.M. Hashemi[3], M. Nasiri[4]

Received: 11/09/2013 Sent for Revision: 09/10/2013 Received Revised Manuscript: 09/12/2013 Accepted: 05/01/2014

Background and Objective: Health locus of control is one of the most widely measured parameters of health belief for the planning of health education programs which plays an important role on the health improvements and education. This study was performed to assess health locus of control among the students at Bushehr University of Medical Sciences.

Materials and Methods: This cross sectional study was conducted on 267 students of Bushehr University of Medical Sciences selected by stratified random sampling in 2012. Data were collected by demographic checklist and Form "B" of Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scale. Data were analyzed by descriptive (numbers, mean, percent and standard deviation) and analytic (Mann-Whitney, Kruskal-Wallis and Spearman correlation) tests.

Results: Three dimensions of health locus of control scores were determined to be 26.8±5.3 for internal locus of control, 16.9±3.9 for chance locus of control and 21.9±4.8 for others locus of control. According to spearman correlation test, a positive and significant relationship was found between internal locus of control dimension and others locus of control dimension ($p<0.001$, $r_s=0.220$). Further, it was determined that Health Locus of Control score did not have a significant relation with demographic characteristics such as students' age, gender, number of siblings, birth order, field of study, parent's education, and parent's occupation ($p>0.05$).

Conclusion: Since the most scores were pertaining to internal locus of control dimension and fewer scores were pertaining to chance locus of control dimension, it can be conclude that according to the students the most influential significant factor on students' health is their performance and chance has less influence on their health.

Key words: Health Locus of Control, Multidimensional Health Locus of Control Scale, Medical Students

Funding: This research was funded by Busheher University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Busheher University of Medical Sciences approved the study.

How to cite this article: Ganjoo M, Kamali F, Hashemi SM, Nasiri M. Assessment of Health Locus of Control among students of Bushehr University of Medical Sciences: A Short Report. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2014; 12(12): 1033-42. [Farsi]

1- Academic Member, Dept. of Para Medicine, BushehrUniversity of Medical Sciences,Bushehr, Iran
(Corresponding Author) Tel: (0771) 4550235, Fax: (0771) 4550235, E-mail: mahastyganjoo@yahoo.com
2- Academic Member, Dept. of Nursing and Midwifery School, Bushehr University of Medical Sciences,Bushehr, Iran
3- Academic Member, Dept. of Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
4- MSc Student of Nursing, Nursing and Midwifery School, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.12.6.2]