

رابطه بین منبع کنترل سلامت و کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته آموزش و پرورش

سیمین اسلامی

گروه روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

Simin.eslami@yahoo.com

رمضان حسن زاده

گروه روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

rhassanzadehd@Yahoo.com

چکیده

یکی از دوره‌های حساس و مهم در زندگی انسان‌ها دوره سالمندی است. توجه به مسائل این دوره از جمله موضوع کیفیت زندگی سالمندان و عوامل مؤثر بر آن، نظیر حمایت‌های اجتماعی از اهمیت بسزایی برخوردار است. هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین منبع کنترل سلامت و کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته آموزش و پرورش است. روش پژوهش، توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری کلیه سالمندان بازنشسته آموزش و پرورش شهر بابل در سال 1395 است. روش نمونه‌گیری غیر تصادفی و در دسترس است که حجم نمونه بر طبق جدول کرجسی و مورگان 160 نفر انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از دو پرسشنامه چندوجهی منبع کنترل سلامت و فرم کوتاه شده کیفیت زندگی و برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. نتایج حاکی از آن است بین منبع کنترل سلامت درونی و کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته آموزش و پرورش رابطه معناداری وجود دارد، ($p\text{-value} < 0/05$). افزایش کنترل سلامت درونی (مراقبت سالمندان از سلامتی خود) باعث افزایش کیفیت زندگی آنان خواهد شد. همچنین بین منبع کنترل سلامت بیرونی و کیفیت زندگی افراد بازنشسته آموزش و پرورش رابطه معناداری وجود دارد؛ ($p\text{-value} < 0/05$) این رابطه معنادار نشان می‌دهد؛ عواملی مانند شانس و مراقبت دیگران از قبیل پزشک و خانواده فرد، تأثیر مستقیمی در کیفیت زندگی سالمندان دارد؛ بنابراین هرچه کنترل سلامت بیرونی فرد بیشتر باشد متعاقباً سلامتی فرد بیشتر شده، فرد احساس می‌کند که اهمیت زیادی برای دیگران دارد و در نتیجه زندگی شادتری خواهد داشت.

کلمات کلیدی: منبع کنترل سلامت بیرونی، منبع کنترل سلامت درونی، کیفیت زندگی، سالمندان.

مقدمه

جمعیت جهان به سرعت در جهت سالمندی است و بخش بزرگی از این تغییر در قرن اول هزاره سوم و در کشورهای در حال توسعه در حال شکل‌گیری است عمر طولانی یکی از دستاوردهای قرن بیست و یکم است و پدیده پیر شدن جمعیت جهان

به دلایل کاهش میزان مرگومیر ناشی از پیشرفت‌های علوم پزشکی، بهداشت و آموزش و پرورش و در نتیجه افزایش نرخ امید به زندگی است (منشی پور و همکاران، 1395). علت توجه همه‌جانبه به سالمندان این است که این افراد دارای مشکلات عدیده سلامتی می‌باشند، عمده‌ترین مصرف‌کننده خدمات بهداشتی درمانی هستند و به دنبال این افزایش جمعیت، انتظار می‌رود اکثر تخت‌های بخش‌های داخلی - جراحی توسط سالمندان اشغال شود (محمودی و همکاران، 1391). سلامتی حق اساسی هر انسان و یک هدف اجتماعی است و تمام دولت‌ها و حکومت‌ها موظف به تأمین سلامت افراد می‌باشند. تغییر در الگوی بیماری‌ها که کاهش میزان بیماری‌های عفونی و افزایش طول عمر و بیماری‌های مزمن را به همراه داشته، منجر به افزایش توجه به مفاهیم سلامتی و کیفیت زندگی طی دهه‌های گذشته گردید. اهمیت کیفیت زندگی و وضعیت سلامتی تا حدی است که صاحب‌نظران تمرکز مراقبت‌های بهداشتی قرن حاضر را بهبود کیفیت زندگی و وضعیت سلامت دانسته‌اند (اسدی نوقابی و همکاران، 1391) بنابراین کنون کنترل سلامت به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های باور بهداشتی، از جمله عوامل دیگری است که به نظر می‌رسد با پیروی از درمان افراد در ارتباط باشد (مروتی، شریف‌آباد و همکاران، 2009، به نقل از زاهد نژاد و همکاران، 1391). بررسی فرایند سالمندی موضوعی مهم در جوامع در حال توسعه است. طبق شواهد علمی در نیمه اول قرن بیست و یکم، جمعیت به‌سرعت در حال پیر شدن است. انتظار می‌رود تا سال (2050) نرخ رشد سالمندی از 8 درصد به 19 درصد برسد، در حالی که تعداد کودکان از 33 درصد به 22 درصد خواهد رسید. تعداد سالمندان در ایران در سال 2050 به رقم 26 میلیون و 393 هزار نفر، یعنی 26 درصد از کل جمعیت میان‌سال می‌رسد و به‌زودی به جمع کشورهای با ترکیب جمعیتی پیر خواهد پیوست و مسئله مهم شناسایی تغییرات جمعیت است. کشورهای توسعه‌یافته به تدریج سالمند شدند و با مسائل بیکاری و پایداری نظام‌های بازنشستگی مواجه شدند در حالی که کشورهای در حال توسعه با مسائل عدم توسعه و نیز مسائل مربوط به سالمندان روبه‌رو هستند (کاردونا و همکاران، 2016). نتایج تحقیقات نشان داد کیفیت زندگی سالمندان در حد متوسط است (سعیدی مهر و همکاران، 1395). اختلالات روانی مانند افسردگی، اضطراب و پریشانی، کاهش حافظه، تغییر الگوی خواب، احساس تنهایی و انزوای اجتماعی از جمله مشکلات شایع در افراد بالای 65 سال است (حیدری و همکاران، 1392). سالمندانی که دارای کیفیت بالاتری در زندگی، عزت‌نفس مطلوب‌تر و افسردگی پایینی بودند، احساس تنهایی در آن‌ها کمتر بود (ماریا و پیوتر اولیز، 2014). آموزش شیوه زندگی سالم باعث بهبود کیفیت زندگی افراد شده (فرهادی و همکاران، 1392) و محیطی که سالمندان در آن زندگی می‌کنند نقش مهمی در وضعیت سلامتی آن‌ها دارد (صیدی، 1393). موضوع سالخورده‌گی مربوط به یک یا چند منطقه جغرافیایی خاص نیست. همه کشورها و مناطق جغرافیایی دنیا البته با تفاوت‌هایی با این موضوع روبرو هستند. این موضوع زندگی همه افراد صرف‌نظر از جنسیت و سن و سال را تحت تأثیر قرار می‌دهد. زمان در برنامه‌ریزی کشورها برای مدیریت صحیح این موضوع اهمیت اساسی دارد و برنامه‌ریزی برای سالمندان بایستی موضوعاتی مانند سلامت جسمی و روانی، پیامدهای تغییرات اقتصادی، بهبود کیفیت و استانداردهای زندگی سالمندان و ارتقای شرایط اجتماعی را در نظر بگیرد. در صورت عدم تحقق سالمندی سالم، افزایش امید به زندگی و طول عمر بیشتر می‌تواند بی‌نتیجه و حتی برای فرد سالمند و جامعه امری مخاطره‌آمیز باشد؛ بنابراین ضرورت برنامه‌ریزی و به‌کارگیری سیاست‌های پیشگیرانه و درمانی برای حفظ و ارتقای سطح سلامت کاملاً الزامی است. همچنین حمایت‌های هدفمند از مطالعات سالمندی یک امر ضروری است؛ بنابراین پژوهشی تخصصی در این زمینه لازم و ضروری است که تحقیق حاضر در صدد بررسی وضعیت کیفیت زندگی سالمندان می‌باشد و سؤال اصلی این است که آیا بین منبع کنترل سلامت و کیفیت زندگی سالمندان، رابطه وجود دارد؟

پیشینه تحقیق

شعبانی و همکاران (2017) در مطالعه‌ای با عنوان «رابطه بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی سالمندان» به تعیین و بررسی رابطه بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی میان سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندی در سال 2015 پرداختند. یافته‌ها نشان داد نمره میانگین خودکارآمدی شخصی، 17/68 (4) و نمره میانگین کیفیت زندگی، 27/88 (9/80) بود. همبستگی معنی‌داری بین خودکارآمدی و متغیرهای جمعیت شناختی مانند سن، جنس یا پایگاه اقتصادی وجود نداشت ولی همبستگی معنی‌داری بین تحصیلات و خودکارآمدی شخصی و همچنین سن و تحصیلات دیده شد و از طرفی هیچ همبستگی معنی‌داری بین کیفیت زندگی و جنس و پایگاه اقتصادی وجود نداشت. طبق نتایج بررسی فوق، خودکارآمدی سالمندان و کیفیت زندگی‌شان پایین بوده و خودکارآمدی میان سالمندان ساکن در خانه سالمندان به بهبود در کیفیت زندگی‌شان منجر شد.

نجاتی و عشایری (1387) پژوهشی با عنوان «کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان شهرستان کاشان» به روش توصیفی-مقطعی انجام دادند. آزمودنی‌های پژوهش شامل 389 سالمند (196 مرد و 193 زن) 60 ساله و بالاتر شهرستان کاشان بودند. نمره کیفیت فعالیت فیزیکی افراد موردبررسی 59 (زنان 57، مردان 66) و نمره درک کلی از سلامت در زنان سالمند 55.5، در مردان 65.7 و در کل 60.7 بود. نمره ایفای نقش جسمی آزمودنی‌ها 51 (زنان 47.5، مردان 54.5)، نمره فعالیت اجتماعی 78.2 (78 در زنان، 78.4 در مردان) و نمره ایفای نقش عاطفی 61.8 (زنان 61.2، مردان 62.4) بود. نمره سلامت روانی در زنان سالمند 91.4، در مردان 97.3 و در کل 94.4 و نمره درد جسمی 61.7 (زنان 57.2، مردان 66.1) و نتیجه اینکه سالمندان شهرستان کاشان از کیفیت زندگی مطلوب‌تری نسبت به مناطق دیگر کشور برخوردار بودند.

شعبانی بهار و همکاران (1389) پژوهشی با عنوان «تعیین ارتباط بین منبع کنترل و سلامت عمومی دانشجویان پسر ورزشکار و غیر ورزشکار دانشگاه تهران» انجام دادند. نمونه آماری تحقیق، 206 نفر از دانشجویان پسر ورزشکار و غیر ورزشکار 18-25 سال دانشگاه تهران بودند. نتایج نشان داد بین منبع کنترل و سلامت عمومی دانشجویان ورزشکار و غیر ورزشکار تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). بین منبع کنترل و سلامت عمومی با سابقه ورزشی دانشجویان ورزشکار رابطه معناداری مشاهده نشد ($p < 0/05$) از طرفی بین منبع کنترل و میزان سلامت عمومی دانشجویان پسر ورزشکار رابطه مثبت و معناداری مشاهده شد؛ بنابراین دانشجویان پسر ورزشکار از نظر منبع کنترل، درونی‌تر و به لحاظ سلامت عمومی، وضعیت بهتری نسبت به دانشجویان پسر غیر ورزشکار داشتند.

هوپی و همکاران (2016) در پژوهشی با عنوان «کیفیت زندگی در سالمندان دریافت‌کننده خدمات مراقبتی مبتلابه بیماری‌های مزمن در چین» انجام دادند. یافته‌ها نشان داد میانگین نمرات طیف سنجش سلامت جسم و روان 17.50 ± 14 ، 16.49 ± 70.06 و 18.51 ± 62.22 بوده و نمرات عملکرد جسمانی و دردهای جسمی مراقبت‌کنندگان نیز بالاتر بود در حالی که نمرات محدودیت‌های نقشی منجر به مسائل جسمی، سلامت کلی، کارکرد اجتماعی، سلامت روان و محدودیت‌های نقشی منجر به مشکلات عاطفی پایین‌تر بود. سن مراقبت‌کنندگان، اثرات ادراک مراقبت‌کنندگان بر زندگی اجتماعی، سن سالمندان، وضعیت تأهل و نمرات فعالیت‌های زندگی روزمره نیز رابطه معنی‌دار با سلامت فیزیکی داشت. در مجموع سن مراقبت‌کنندگان، استطاعت مالی و اثرات ادراک‌شده مراقبت بر مراقبت‌کنندگان، وضعیت تأهل سالمندان، رابطه معنی‌داری با سلامت روانی‌شان داشت.

زاو و همکاران (2016) پژوهشی با عنوان «سبک‌های سازگاری واسطه روابط بین عزت‌نفس، منابع کنترل سلامتی و رفتار سالم در کشور چین» باهدف ارزیابی رفتار بهبوددهنده سلامتی، عزت‌نفس و کنترل سلامتی و سبک‌های سازگار کننده در 272 بیمار بستری‌شده (60 سال به بالا و 61 درصد مرد) در بخش قلب پرداختند. نشان داد که میانگین رفتار بهبوددهنده سلامتی 2.57 بود. 38.2 درصد (104 نفر) کمتر از 2.5 نمره بوده و عزت‌نفس، سبک سازگاری، تداوم بیماری و درآمد ماهانه رابطه مثبت با رفتار ترویج سلامتی داشت که 47 درصد واریانس آن را تبیین کرد. نتایج نشان داد مواجهه با بیماری نقش تعدیل‌کننده و واسطه را در رابطه بین عزت‌نفس، کنترل درونی سلامتی و رفتار بهبوددهنده سلامتی ایفا نمود و طبق نتایج به‌دست‌آمده سالمندان

سرطانی مشکلات جسمی و روانی متعدد داشتند که ناتوانی جسمی آن‌ها را تشدید می‌کرد که ترویج مراقبت از خود توسط گروه سالمندان سرطانی برای مدیریت مالی از رویه‌های مهم جامعه است.

لی (2016) پژوهشی با عنوان «ناتوانی و کیفیت زندگی در مراکز نگهداری سالمندان مطالعه موردی در کره» بر روی 1776 بیمار سالمند سرطانی 65 ساله از روی داده‌های ثانویه توسط پیمایش سلامت انجام داد. نتایج تحقیق نشان داد سالمندان سرطانی مشکلات جسمی و روانی متعدد داشتند که ناتوانی جسمی آن‌ها را تشدید می‌کرد. ترویج مراقبت از خود توسط گروه سالمندان سرطانی برای مدیریت مالی از رویه‌های مهم جامعه است.

فرضیه‌های پژوهش

1. بین منبع کنترل سلامت درونی و کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته آموزش و پرورش رابطه وجود دارد.
2. بین منبع کنترل سلامت بیرونی و کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته آموزش و پرورش رابطه وجود دارد.

متغیرهای پژوهش

منبع کنترل سلامت

کانون کنترل بر سلامت عبارت است از درجه باور و اعتقاد فرد به این امر که سلامت او تحت کنترل عوامل درونی یا عوامل بیرونی است. منبع کنترل در اشخاص مختلف متفاوت است (آقا مولایی و همکاران، ۱۳۹۲). کنترل را می‌توان اعمال قدرت، هدایت، یا بازداری اعمال و رفتار دیگران یا خود تعریف کرد (کریمی، ۱۳۸۳). منظور از منبع کنترل سلامت در پژوهش حاضر، نمره‌ای است که آزمودنی‌ها از پرسشنامه چندوجهی منبع کنترل سلامت (MHLC) کسب می‌نمایند. مقیاس MHLC شامل 2 فرم 18 عبارتی و سه زیرمقیاس با معیار شش‌گانه لیکرت است:

- 1- منبع کنترل سلامت درونی (IHLC) شامل درجه اعتقاد فرد به این امر که عوامل داخلی و رفتارهایش مسئول بیماری و سلامت او است
- 2- منبع کنترل سلامت مربوط به افراد مؤثر (PHLC) شامل درجه اعتقاد فرد به این امر که سلامت او به وسیله افراد دیگر تعیین می‌شود.
- 3- منبع کنترل سلامت مربوط به شانس (CHLC): شامل درجه اعتقاد فرد به این امر است که سلامت او وابسته به شانس، بخت، اقبال و سرنوشت او است.

کیفیت زندگی

کیفیت زندگی، ادراک افراد از موقعیت‌های زندگی خود در زمینه‌های فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، است؛ ادراک و دریافتی که افراد پیرامون اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق خود دارند (گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۶). کیفیت زندگی یک احساس خوب بودن است که از رضایت یا عدم رضایت از جنبه‌های زندگی فرد، ناشی می‌شود و حوزه‌های سلامتی و کار، اقتصادی-اجتماعی، روحی-روانی و خانوادگی را شامل می‌شود (سامارکو^۱، ۲۰۰۱). کیفیت زندگی یک جریان فعال و چندوجهی از ادراکات، نگرش‌ها و تغییرات رفتاری است که از مجموع تجربیات گوناگونی که در طی زندگی اتفاق می‌افتند، حاصل می‌شود (لی^۲، ۱۹۹۷). در پژوهش حاضر منظور از کیفیت زندگی، نمره‌ای است که آزمودنی‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی 12 سؤالی (فرم کوتاه، SF-12) کسب می‌نمایند.

روش تحقیق

1 -Samarco

2 - Lee

روش پژوهش حاضر با توجه به هدف توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد و جزء پژوهش‌های کاربردی و از بعد زمانی مقطعی در بازه‌ی بهمن 1395 تا تیر 1396 می‌باشد نمونه آماری به شیوه نمونه‌گیری هدفمند بر اساس معیار ورود و خروج به نمونه انتخاب شدند و نمونه آماری پژوهش حاضر به تعداد 180 نفر با توجه به بررسی پیشینه‌های تحقیقاتی در ارتباط با جامعه هدف که تعداد 272 نفر بازنشستگان اداره آموزش و پرورش در سال 1395 بوده، بر طبق جدول کرجسی و مورگان انتخاب شدند. روش گردآوری داده‌ها به این‌گونه است که ابتدا به مطالعات کتابخانه‌ای پرداخته شد که به بررسی مبانی نظری و جمع‌آوری پیشینه کافی، همچنین با استفاده از کتاب‌ها و مقالات، مجلات و سایت‌های اطلاعاتی شبکه اینترنت انتخاب گردید و در گام دوم با توجه به روش میدانی به تعیین روش آماری و به استفاده از ابزار پرسشنامه، در هر یک از مراحل کار پژوهشی پرداخته شد. در این پژوهش از دو پرسشنامه چندوجهی منبع کنترل سلامت (فرم الف) و پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی - فرم کوتاه (SF-12) استفاده شد.

یافته‌ها

از بین 160 نفر شرکت‌کننده نیمی از پاسخگویان زنان و نیمی دیگر شامل مردان بودند. بازه سنی افراد بین 65 تا 85 سال بود. با استفاده از داده‌های گردآوری‌شده، فرضیه‌های پژوهش مورد آزمون قرار گرفتند که شرح آن به‌صورت زیر است:

فرضیه 1: بین منبع کنترل سلامت درونی و کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته آموزش و پرورش رابطه وجود دارد.

با استفاده از تحلیل عاملی پرسشنامه منبع کنترل سلامت (18 سؤالی) به دو مؤلفه منبع کنترل سلامت درونی (که شامل سؤالات 1-6-8-12-13-17) و مؤلفه منبع کنترل سلامت بیرونی (که شامل سؤالات 2-3-4-5-7-9-10-11-14-15-16-18) است، تقسیم می‌شود. حال به‌منظور سنجش وجود رابطه بین مؤلفه منبع کنترل سلامت درونی و کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه از تحلیل همبستگی پیرسون استفاده گردید.

جدول شماره 1: آزمون پیرسون به‌منظور سنجش وجود رابطه بین منبع کنترل سلامت درونی و کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه

متغیر	منبع کنترل سلامت درونی	کیفیت زندگی
منبع کنترل سلامت درونی	1	0/252
	سطح معناداری (p-value)	0/001
	حجم نمونه	160
کیفیت زندگی	0/252	1
	سطح معناداری (p-value)	0/001
	حجم نمونه	160

با توجه به جدول شماره 1 ضریب همبستگی محاسبه‌شده (0/252) است که نشان می‌دهد بین منبع کنترل سلامت درونی و کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته آموزش و پرورش رابطه معناداری وجود دارد ($p\text{-value} < 0/05$). از سوی دیگر وجود همبستگی مثبت بین آن‌ها نشان‌دهنده این است که افزایش کنترل سلامت درونی (مراقبت خود افراد از سلامتی‌شان) باعث افزایش کیفیت زندگی آن‌ها خواهد شد و این مسئله واضح است که هر چه انسان تلاش بیشتری در جهت مراقبت از سلامتی خود انجام دهد زندگی پرنشاطتری خواهد داشت.

فرضیه 2: بین منبع کنترل سلامت بیرونی و کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته آموزش و پرورش رابطه وجود دارد.

به‌منظور پاسخ به این فرضیه نیز از تحلیل همبستگی پیرسون استفاده شد.

جدول شماره ۲: جدول دوطرفه آزمون پیرسون به منظور سنجش وجود رابطه بین منبع کنترل سلامت بیرونی و کیفیت زندگی افراد

مورد مطالعه

متغیر	منبع کنترل سلامت بیرونی	کیفیت زندگی
منبع کنترل سلامت بیرونی	1	0/325
		0/025
	160	160
کیفیت زندگی	0/325	1
	0/025	
	160	160

با توجه به جدول شماره 2 ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شده (0/325) است که نشان می‌دهد بین منبع کنترل سلامت بیرونی و کیفیت زندگی افراد بازنشسته آموزش و پرورش رابطه معناداری وجود دارد ($p\text{-value} < 0/05$). وجود رابطه معنادار نشان می‌دهد عواملی از قبیل شانس و مراقبت دیگران از قبیل پزشک و خانواده از فرد، تأثیر مستقیمی در کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه دارد؛ بنابراین هرچه کنترل سلامت بیرونی از فرد بیشتر باشد، متعاقباً سلامتی فرد بیشتر شده و فرد احساس می‌کند اهمیت زیادی برای دیگران دارد؛ بنابراین زندگی شادتری خواهد داشت.

جدول ۳: ضرایب رگرسیونی و آزمون t برای بررسی اثر معناداری مؤلفه‌ها در پیش‌بینی کیفیت زندگی افراد

مدل	ضرایب استاندارد	T	p-value
ثابت		12/017	0/000
کنترل درونی	0/321	0/966	0/035
کنترل بیرونی	-0/232	-1/635	0/014

با توجه به جدول شماره 3 و ملاحظه مقادیر سطح معناداری ($p\text{-value}$)، مؤلفه‌های کنترل سلامت درونی و کنترل سلامت بیرونی تأثیر معناداری در پیش‌بینی کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته آموزش و پرورش دارند ($p\text{-value} < 0/05$) به این معنا که با داشتن مقادیر این دو متغیر می‌توان کیفیت زندگی افراد را پیش‌بینی کرد بنابراین با داشتن اطلاعات مربوط به مؤلفه‌های کنترل سلامت درونی، کنترل سلامت می‌توان کیفیت زندگی این افراد را پیش‌بینی کرد.

فرضیه شماره 1 «بین منبع کنترل سلامت درونی و کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته آموزش و پرورش رابطه وجود دارد» نتایج نشان داد که این فرضیه تأیید می‌شود یعنی هر چه خود مراقبتی افراد از سلامتشان بیشتر باشد آرامش و در نتیجه کیفیت زندگی آنان بالاتر خواهد رفت. این نتیجه با نظریه راتر (1966) در مورد اینکه هرچه منبع کنترل درونی تر باشد، فرد خود را عامل بزرگ‌تری برای موفقیت‌ها و شکست‌هایش می‌داند در نتیجه به سرمایه‌های وجودی خود بیشتر اهمیت داده و تلاش بیشتری برای

موفقیت به خرج می‌دهد و به دنبال این مسئله از سلامت روان بالاتری برخوردار خواهد بود، همسو می‌باشد و با نتایج پژوهش‌های (انتصارفومنی و سمندری، 1395)، (حسن‌زاده و همکاران، 1385) و (شعبانی و بهار، 1389) منطبق است.

فرضیه شماره 2 «بین منبع کنترل سلامت بیرونی و کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته آموزش‌وپرورش رابطه معناداری وجود دارد» نتایج نشان داد رابطه معناداری بین این دو متغیر برقرار است یعنی عواملی از قبیل شانس و مراقبت دیگران در کنترل سلامت فرد، توانسته تأثیر مثبتی در کیفیت زندگی افراد تحت مطالعه داشته باشد. این فرضیه تا حدی با نظر راتر (1966) از این جهت که اعتقاد داشت افرادی که دارای تمرکز بیرونی هستند، بیشتر مبتلا به اختلالات روانی می‌شوند، ناهم‌سو می‌باشد ولی با نظر والس‌تون و همسرش که معتقد بودند محور کنترل سلامتی، درجه اعتقاد فرد به این امر است که سلامت او تحت عوامل درونی است یا بیرونی، همسو می‌باشد که نتایج تحقیق (مظفری و همکاران، 1395) و (حسن‌زاده و همکاران، 1385) نیز با فرضیه فوق هم‌جهت است.

نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر سعی گردید تا ارتباط بین دو متغیر کیفیت زندگی، منبع کنترل سلامت برای داده‌های مربوط به افراد بازنشسته آموزش‌وپرورش بررسی شود. در بخش توصیف داده‌ها مشاهده شد که پنجاه درصد افراد مورد مطالعه در این پژوهش را زنان و نیمی را مردان تشکیل می‌دهند. همچنین ملاحظه شد که اکثریت قریب به اتفاق افراد بازنشسته آموزش‌وپرورش دارای کیفیت زندگی خوب و متوسط هستند. بیش از نیمی از افراد تحت مطالعه دارای امتیاز بالا در حیطه کنترل سلامت درونی خود هستند به این معنا که این افراد خود مراقب سلامتی خود هستند. همچنین اکثریت افراد دارای امتیاز بالا در حیطه کنترل سلامت بیرونی هستند یعنی اکثریت افراد شانس و تأثیر افراد دیگر را دارای نقش مؤثری در سلامتی خود می‌دانند.

منابع

- آقاملائی، تیمور. طوافیان، صدیقه السادات. قنبر نژاد، امین، وضعیت کانون کنترل بر سلامت و ارتباط آن با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در جمعیت بالای پانزده سال شهر بندرعباس، مدیریت سلامت، دوره 16، شماره 17، 1393: 55-7.
- اسدی نوقایی، احمدعلی، الحانی، فاطمه. پیروی، حمید، سلامت در سالمندان: یک مطالعه مروری، نشریه مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران، نشریه پرستاری ایران، دوره 78، شماره 25، 1391: 2-71.
- انتصار فومنی، غلامحسین و لطف‌الله سمندری، رابطه خود کارآمدی با منبع کنترل و سلامت روانی در بین دانشجویان رشته روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان، کنفرانس جهانی روانشناسی و علوم تربیتی، حقوق و علوم اجتماعی در آغاز هزاره سوم، شیراز، پژوهش شرکت ایده بازار صنعت، 1395.
- حسن‌زاده، حسن. تولیتی، سید منصور. حسینی، سید حمزه. داوری، فرزانه، ارتباط میان منبع کنترل سلامت و رفتارهای بهداشتی، مجله علمی- پژوهشی وزارت بهداشت شماره 46، 1385: 277-281.
- حیدری، سعیده. محمدقلی زاده، لیللا. اسداللهی، فرزانه. عابدینی، زهرا، بررسی وضعیت سلامت سالمندان شهر قم، مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، دوره 4، شماره 7، 1392: 71-80.
- زاهد نژاد، هادی. پور شریفی، حمید. بابا پور، جلیل، بررسی ارتباط خطای حافظه، کانون کنترل سلامت و رابطه پزشک بیمار با پیروی از درمان در مبتلایان به دیابت نوع II، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره 83، شماره 20، 1391: 249-258.
- سعیدی مهر، سعید. گراوندی، سحر. ایزدمهر، آزاده. محمدی، محمدجواد، رابطه کیفیت زندگی با علائم افسردگی در سالمندان، مجله سالمند، دوره 1، شماره 11، 1395: 98-90.

شعبانی بهار، غلامرضا. یلفانی، علی. قارلقلی، سجاد، تعیین ارتباط بین منبع کنترل و سلامت عمومی دانشجویان ورزشکار و غیر ورزشکار دانشگاه تهران، نشریه مدیریت ورزشی، دوره 7، شماره 2، 1389: 43-59.

صیدی، زهرا، بررسی مقایسه‌ای وضعیت شناختی، سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان و ساکن منازل شخصی شهر تهران، فصلنامه نسیم تندرستی، 1393.

فرهادی، اکرم، فروغان، مهشید، محمدی، فرحناز. صحرانورد، محسن، تأثیر اجرای برنامه‌ی آموزش شیوه‌ی زندگی سالم بر کیفیت زندگی سالمندان روستایی شهرستان دشتی، مجله سالمندی ایران، دوره 30، شماره 8، 1392: 35-43.

کریمی، یوسف، 1383، روان‌شناسی اجتماعی (آموزش و پرورش) تهران

محمودی، قهرمان. نیاز آذری، کیومرث. طاهره صنعتی، طاهره. (1391). ارزیابی سبک زندگی در سالمندان، فصلنامه سلامت خانواده، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، (1) 3: 45-50.

مظفری، نظیر. فتح‌آبادی، جلیل و فاطمه باقریان، بررسی رابطه پایگاه‌های هویت و منبع کنترل با سلامت روانی، اولین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران، قم، دبیرخانه دائمی کنفرانس، موسسه بین‌المللی مطالعات و توسعه علم خاورمیانه، 1395.

منشی پور، سیده مهسا، مختاری لاکه، نسرین. رأفت، فاطمه. کاظم نژاد لیلی، احسان، عوامل مرتبط با کیفیت زندگی زنان یائسه شهر رشت، پرستاری و مامایی جامع‌نگر، دوره 79، شماره 26، 1395: 88-80.

نجاتی، وحید. عشایری، حسن (1387). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان شهرستان کاشان، مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، دوره 1، شماره 14، 1387: 61-56.

ب: منابع انگلیسی

Farzianpour, Fereshteh. Arab و Mohammad. Rahimi Foroushani, Abbas. Morad, Esmaeil, Mehran, Zali (2016) Evaluation of the Criteria for Quality of Life of Elderly Health Care Centers in Tehran Province, Iran, *Global Journal of Health Science*, 8(7):68-76.

Hui Xie, Cheng Cheng, Yisheng Tao, Jie Zhang, Delprino Robert, Jihui Jia and Yonggang Su (2016) Quality of life in Chinese family caregivers for elderly people with chronic diseases, *Health and Quality of Life Outcomes*, <https://hql.o.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-016-0504-9>

Johari, N., Manaf, Z. A., Ibrahim, N., Shahar, S., & Mustafa, N. (2016). Predictors of quality of life among hospitalized geriatric patients with diabetes mellitus upon discharge. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 1455.

king, C.R, Hinds. S. (1998) Qol from nursing and patient Perspective. Massachusetts: Jones & Bartlett publisher.

Lee, M. K. (2016). Disability and quality of life in community-dwelling elderly cancer survivors: Case-control study in the Korean population. *European Journal of Oncology Nursing*, 24: 22-28.

Shaabani1, Javad. Rahgoi, Abolfazl. Nourozi1, Kian. Rahgozar, Mahdi. Shaabani, (2017) The Relationship Between Self-Efficacy and Quality of Life Among Elderly People, *Iranian Journal of Ageing*, 11 (4):518-527.

World Health Organization (1996) Measuring Quality of life.

Zou, H., Tian, Q., Chen, Y., Cheng, C., & Fan, X. (2016). Coping Styles Mediate the Relationship Between Self-esteem, Health Locus of Control, and Health-Promoting Behavior in Chinese Patients With Coronary Heart Disease. *The Journal of cardiovascular nursing*