

Research Paper

The Relations of Locus of Control and Behavioral Approach and Inhibition Systems to General Health in Elderly Nursing Home Residents in Dubai

*Majid Saffarinia¹, Atousa Mehdizadeh²

1. Department of Psychology, Payame Nour University, Tehran, Iran.

2. Student of Health Psychology, International Branch, Payame Nour University, Dubai, United Arab Emirates.



Citation: Saffarinia M, Mehdizadeh A. [The Relations of Locus of Control and Behavioral Approach and Inhibition Systems to General Health in Elderly Nursing Home Residents in Dubai (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2020; 15(1):104-117. <https://doi.org/10.32598/sija.13.10.410>

doi <https://doi.org/10.32598/sija.13.10.410>



Received: 01 Mar 2017

Accepted: 12 Jun 2019

Available Online: 01 Apr 2020

Key words:

Locus of control, Behavioral approach system, Behavioral inhibition system, General health; Elderlies, Elderly home

ABSTRACT

Objectives This article aimed to study the relations of locus of control and behavioral approach/inhibition systems to general health in elderly nursing home residents in Dubai.

Methods & Materials In a cross-sectional study, 100 elderlies (60 male and 40 female) living in two nursing homes in Dubai were selected through categorized sampling. Participants completed the Locus of Control Scale (LCS), the Carver and White's BIS/BAS Scales and the Goldberg's General Health Questionnaire (GHQ). Data were analyzed by Pearson's correlation and multiple regression using SPSS software V. 21.

Results The Mean±SD of the ages of the men and women were 62.10±11.08 and 61.12±10.76, respectively. Also, the Mean±SD of internal locus of control, external locus of control, behavioral activation System (BAS), Behavioral Inhibition System (BIS) and general health were 4.32±3.21, 5.51±3.98, 29.66±5.79, 8.45±5.83, and 15.08±12.64, respectively. The results showed that all BAS subscales, BIS, and internal and external locus of control were related significantly to general health ($P<0.01$). BAS and its subscales correlated with depression ($P<0.05$, $P<0.01$). BIS and internal and external locus of control were connected to all subscales of general health ($P<0.01$).

Conclusion Elderlies with external control and behavioral inhibition systems are at increased risk for mental health problems, while those with BAS and internal locus of control have a better mental health.

Extended Abstract**1. Introduction**

The increase in the elderly population is such that it has been called the silent revolution [1]. According to the World Health Organization, when a country over the age of 60 reaches more than 7%, that country will be considered elderly [2]. According to the 2006 and 2011 censuses, Iran has become an elderly country with 7.2% and 8.2% of people over the age of 60, respectively.

The aim of this study was to answer the question of whether there is a significant relationship between the source of control and behavioral activation/inhibition systems with general health in the elderly living in nursing homes in Dubai. To answer this question, the following hypotheses were proposed: 1. The source of internal and external control has a significant relationship with general health and its subscales in the elderly; 2. Behavioral Activation/Inhibition (BIS/BAS) systems have a significant relationship with general health and its subscales in the elderly.

*** Corresponding Author:**

Majid Saffarinia, PhD.

Address: Department of Psychology, Payame Nour University, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 4931710

E-mail: m.saffarinia@yahoo.com

2. Methods & Materials

The present study was a cross-sectional descriptive-correlational study. The statistical population included all the elderly living in a nursing home in Dubai. There were 153 Iranian elderly people living in two centers in Dubai that provided 24-hour services and accommodation to the Iranian elderly, of which 100 elderly people were selected by stratified sampling method according to the inclusion and exclusion criteria. Participants completed the Rutter's control source questionnaire [4], the Carver & White's Behavioral Activation/Inhibition Systems Scales [5], and the Goldberg General Health Questionnaire (GHQ) [6]. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and multivariate regression using SPSS software V. 21.

Inclusion criteria included expressing desire and submitting written consent to participate in the study, being over 65 years old, having literacy, not having psychological disorders according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, according to the psychiatrist. Exclusion criteria included reluctance to participate in the study, illiteracy, and withdrawal. In this study, in order to observe ethical principles, participants were asked to complete the questionnaires of their own free will, and if they did not wish, there was no obligation for them. They were also told that these questionnaires were in line with the research and that their information would remain confidential. They were also told that they did not need to write their name when filling out the questionnaire.

3. Results

The Mean±SD of age of male and female participants were 62.10±11.08 and 61.12±10.76, respectively. Also,

the M±SD of the scores of internal control source, external control source, behavioral activation system, behavioral inhibition system, and general health were 4.32±3.21, 5.51±3.98, 29.66±5.79, 8.45±5.83, 15.08±12.64 respectively. Demographic characteristics showed that 25% of the elderly had middle school education, 55% had a diploma and 20% had a bachelor's degree or higher. Among the elderly, 68% were married and 32% were divorced. A total of 70% of the samples lived in a nursing home for less than 5 years, 16% for 5-10 years, and 14% for more than 10 years. Statistical assumptions such as normality of statistical data and independence of errors in regression were observed.

The results of examining the relationship between internal and external control source, behavioral activation system and its subscales, and behavioral inhibition system with general health and its subscales are shown in Table 1. The results of this study showed that the source of external control ($r=0.50$) and internal control ($r=-0.48$), and three subscales of behavioral activation system including hedonism subscale ($r=-0.24$), drive subscale ($r=0.27$), and reward subscale ($r=-0.24$), and behavioral inhibition system ($r=0.38$), had significant correlations with general health ($P<0.01$). Behavioral activator system and its subscales had a significant inverse relationship with depression ($P<0.01$, $P<0.05$). The source of internal and external control and behavioral inhibition system were significantly associated with all four subscales of general health including "depression", "anxiety and insomnia", "social dysfunction" and "physical symptoms" ($P<0.01$) (Table 1).

According to the results obtained from the study of these relationships, both research hypotheses were confirmed. General health prediction model based on control source and behavioral activation and inhibition systems showed

Table 1. Relationships between internal and external control source, activation systems and its subscales, and general health behavioral inhibition system and its subscales

Variables	Total General Health and Its Subscales					
	Total Health	Depression	Anxiety and Insomnia	Social Dysfunction	Physical Symptoms	
Source of control	Source of internal control	-0.48*	-0.58*	-0.32*	-0.55*	-0.24*
	Source of external control	0.50*	0.44*	0.56*	0.24*	0.55*
General behavioral activation system and its subscales	Behavioral activation system	0.17	-0.20**	0.04	0.08	0.16
	Activation system, hedonism	-0.24*	-0.22**	-0.11	-0.18	-0.20**
	Activation system, drive	-0.27*	-0.28*	-0.14	-0.15	-0.22**
	Activation system, reward	-0.24*	-0.24*	-0.01	-0.16	-0.22
Behavioral inhibition system	0.38*	-0.34*	0.23*	0.39*	0.42*	

* $P<0.01$; ** $P<0.05$

that internal control source (Beta=0.59, $t=4.26$, $P<0.001$) (in reverse) and external control source (Beta=-0.39, $t=-3.23$, $P<0.01$), behavioral inhibition system (Beta=0.39, $t=5.43$, $P<0.01$), activation system subscale including drive (in reverse) (Beta=-24.2, $t=-2.75$, $P<0.01$) were able to significantly explain 36% of the variance of general health ($R^2=0.36$, $F=10.71$). Also, the behavioral activation system and its subscales, including hedonism and reward, could not significantly predict general health.

4. Conclusion

Behavioral activation and inhibition systems and source of control are effective on the general health of the elderly. The more external the source of control, the less general health, and the more internal the source of control, the better the public health [7, 8]. Also, according to Gray's theory of personality [9], it can be said that the elderly with behavioral inhibition system are likely to have less mental health, and the elderly in whom the behavioral activation system is more active have more hope, ecstasy and happiness and have a positive attitude towards stressors. They use an effective solution in dealing with the stressors, and as a result, their mental health is at a desirable level.

Therefore, the elderly with a source of external control and behavioral inhibition system are at greater risk for mental health problems, while the elderly with a behavioral activation system and a source of internal control have better mental health. Elderly people placed in nursing homes have less social and economic support and a greater need for care, thus putting their general health at risk. Strengthening the source of internal control and directing them to behavioral activities can help the elderly live their lives in high mental health.

This research faced limitations such as: 1. Cultural differences in the elderly might call into question the power of generalization to other societies; 2. This study was a cross-sectional study; 3. In this study, self-report scales were used; responding to self-report scales could be influenced by personal biases.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

All ethical principles are considered in this article. The participants were informed about the purpose of the research and its implementation stages; they were also assured about the confidentiality of their information; moreover, they were free to leave the study whenever they wished, and if desired, the research results would be available to them.

Funding

This research did not receive any grant from funding agencies in the public, commercial, or non-profit sectors.

Authors' contributions

Both authors contributed equally in preparing all parts of the research.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgements

We sincerely appreciate the Managers and Instructors of the Dubai Elderly Centers who were helped us in this research.

رابطه منبع کنترل و سیستم‌های فعال‌ساز و بازداری رفتاری با سلامت عمومی در سالمندان ساکن خانه‌های سالمند شهر دبی

* مجید صفاری نیا^۱، آتوسا مهدی‌زاده^۲

۱. گروه روانشناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.

۲. گروه روانشناسی سلامت، واحد امارات، دانشگاه پیام‌نور، دبی، امارات متحده عربی.

حکیده

تاریخ دریافت: ۱۱ اسفند ۱۳۹۵

تاریخ پذیرش: ۲۲ خرداد ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: ۱۳ فروردین ۱۳۹۹

اهداف: پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه منبع کنترل و سیستم‌های فعال‌ساز/بازداری رفتاری با سلامت عمومی در سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان شهر دبی بود.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه مقطعی، ۱۰۰ نفر از سالمندان (۶۰ مرد و ۴۰ زن) در دو خانه سالمندان به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان پرسش‌نامه منبع کنترل، مقیاس‌های سیستم‌های فعال‌ساز و سیستم‌های بازداری رفتاری کارور و وایت و پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره تجزیه و تحلیل و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ بررسی شدند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان مرد و زن به ترتیب $62/10 \pm 11/08$ و $61/10 \pm 12/76$ بود. همچنین میانگین و انحراف استاندارد نمرات منبع کنترل درونی، منبع کنترل بیرونی، سیستم فعال‌ساز رفتاری، سیستم بازداری رفتاری و سلامت عمومی به ترتیب $43/32 \pm 23/21$ ، $5/51 \pm 23/98$ ، $29/66 \pm 5/79$ ، $8/45 \pm 5/83$ ، $12/64 \pm 15/08$ بود. نتایج نشان داد که هر سه زیرمقیاس سیستم‌های فعال‌ساز رفتاری، سیستم بازداری رفتاری، منبع کنترل بیرونی و درونی به شکل معناداری با سلامت عمومی در سطح معناداری ($P < 0/01$) مرتبط بودند. سیستم‌های فعال‌ساز و سه زیرمقیاس آن با زیرمقیاس سلامت عمومی شامل افسردگی در سطوح معناداری ($P < 0/01$ و $P < 0/05$) مرتبط بودند. سیستم‌های بازداری رفتاری منبع کنترل درونی و بیرونی با همه چهار زیرمقیاس سلامت عمومی در سطح معناداری ($P < 0/01$) رابطه معناداری داشتند.

نتیجه‌گیری: سالمندان دارای منبع کنترل بیرونی و سیستم‌های بازداری رفتاری، در معرض خطر بیشتری در ارتباط با مشکلات سلامت روان هستند، در حالی که سالمندان با سیستم‌های فعال‌ساز رفتاری و منبع کنترل درونی، سلامت روان بهتری دارند.

کلیدواژه‌ها:

منبع کنترل، سیستم فعال‌ساز رفتاری، سیستم بازداری رفتاری، سلامت عمومی، سالمندان، خانه سالمند

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی [۴]. سلامت^۳ را وضعیت مطلوب فیزیکی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری تعریف می‌کند. با این تعریف به نظر می‌رسد که سلامت یکی از ارکان مهم سلامت جامعه باشد. اختلالات روان‌شناختی در سالمندان به دلیل محرومیت‌های مختلف اجتماعی، پایین بودن کیفیت زندگی^۴، اختلالات شناختی^۵، ناتوانی و افزایش خطر اختلالات جسمی^۶ متداول است [۵]. تقریباً ۱۰ درصد از سالمندان در مطالعات مختلف دچار افسردگی^۷ بوده‌اند [۶]. مطالعه‌ای که در

افزایش روزافزون جمعیت سالمندان^۱ در دنیا تا اندازه‌ای است که با عنوان انقلاب ساکت توصیف شده است [۱]. در سال ۲۰۱۱ تعداد سالمندان نزدیک به ۸۰۰ میلیون نفر (۱۱ درصد جمعیت کل جهان) برآورد شده که در سال ۲۰۵۰ این تعداد به ۲ میلیارد نفر (۲۲ درصد) خواهد رسید [۲]. بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی^۲ زمانی که جمعیت بالای ۶۰ سال کشوری به بیش از ۷ درصد برسد، آن کشور سالمند خواهد بود [۳]. ایران طبق سرشماری سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰، به ترتیب با داشتن ۷/۲ و ۸/۲ درصد افراد بالای ۶۰ سال به کشوری سالمند تبدیل شده است [۲].

3. Health
4. Life quality
5. Cognitive disorders
6. Physical disorders
7. Depression

1. Elderlies
2. World Health Organization (WHO)

* نویسنده مسئول:

دکتر مجید صفاری نیا

نشانی: تهران، دانشگاه پیام‌نور تهران، گروه روانشناسی.

تلفن: +۹۸ (۹۱۲) ۴۹۳۱۷۱۰

پست الکترونیکی: m.saffarinia@yahoo.com

می‌تواند به عنوان احساس واسطه‌ای و مهم در ادراک شناختی از خطر بیماری باشد. بر اساس مطالعات، رابطه منفی معنی‌داری بین منبع کنترل درونی و ابعاد سلامت همچون افسردگی، سازگاری تحصیلی و اجتماعی وجود دارد [۱۴]. پژوهش‌ها نشان‌دهنده آن است که افراد با منبع کنترل بیرونی نسبت به افراد با منبع کنترل درونی بیشتر دچار اختلالات روانی می‌شوند؛ برای مثال، برخی پژوهش‌ها نشان داده است که افراد دارای منبع کنترل بیرونی دارای درجه بالاتری از اضطراب و افسردگی بوده و عزت‌نفس پایین‌تری نسبت به گروه مقابل دارند [۱۵].

وجود ارتباط علمی بین ویژگی‌های شخصیتی و به دنبال آن توسعه بیماری‌ها یکی از فرضیاتی بود که در چارچوب طب روان تنی^{۱۶} به وجود آمد [۱۶]. در سال‌های اخیر، رویکردهای روانی-فیزیولوژیکی^{۱۷} به شخصیت، پیشرفت بسزایی داشته‌اند. در این زمینه نظریه حساسیت به پاداش^{۱۸} جفری گری^{۱۹} یکی از تأثیرگذارترین مدل‌های زیست‌شناختی شخصیت محسوب می‌شود [۱۷]. مدل اولیه گسترده زیستی-روانی شخصیت^{۲۰} به عنوان سیستم حساسیت به تقویت^{۲۱} شناخته شده و روی این مسئله تأکید دارد که رفتار و عواطف به وسیله تفاوت‌های فردی در سیستم فعال‌ساز رفتاری^{۲۲} و سیستم بازداری رفتاری^{۲۳} مشخص می‌شود [۱۸]. سیستم بازداری رفتاری و فعال‌ساز رفتاری مبتنی بر حساسیت افراد به پاداش و تنبیه هستند [۱۹]. سیستم بازداری رفتاری به محرک‌های جدید، محرک‌های ترس ذاتی و محرک‌های آزارنده شرطی با برون‌شدهای توقف رفتار^{۲۴}، اجتناب منفعل^{۲۵}، افزایش برانگیختگی^{۲۶} و افزایش توجه^{۲۷} پاسخ می‌دهد. سیستم فعال‌ساز رفتاری به محرک‌های غیرشرطی و شرطی^{۲۸} خوشایند با برون‌شدهای اجتناب فعال پاسخ می‌دهد [۲۰، ۲۱، ۲۲]. بیماری‌های روان‌شناختی ناشی از اختلال عملکرد یکی از سیستم‌ها یا تعاملات آن‌هاست؛ همچنین تفاوت در فعالیت سیستم بازداری رفتاری و سیستم فعال‌ساز رفتاری موجب ایجاد ابعاد شخصیت به نام اضطراب، روان‌رنجورخویی و عاطفه منفی (مرتبط با کارکرد سیستم بازداری رفتاری) و تکانش‌گری^{۲۹}

سال ۲۰۱۱ انجام شد، نشان داد که علائم اختلالات روانی در سالمندان با افراد جوان‌تر متفاوت است و شیوع اختلالات روانی در سالمندان بیش از آن چیزی است که قبلاً گمان می‌رفت وجود داشته باشد [۵]. اضطراب^۸ یکی از شایع‌ترین اختلالات در تمامی سنین به خصوص سالمندان (۱۷/۲ درصد) است. این میزان بیش از شیوع افسردگی در آن‌ها گزارش شده است [۷]. مطالعه‌ای که روی سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان تهران انجام شده است، نشان می‌دهد که میزان افسردگی ۳۲/۵ درصد، اضطراب ۱۸/۳ درصد و اختلالات روان‌تنی^۹ ۲۷/۵ درصد بود [۸].

منبع کنترل^{۱۰} از جمله عواملی است که می‌تواند در ارتباط با سلامت باشد. منبع کنترل خصیصه‌ای شخصیتی است که ابتدا راتر^{۱۱} [۹] در راستای تئوری یادگیری اجتماعی^{۱۲} آن را مطرح کرد و به درجه کنترلی اشاره دارد که افراد تصور می‌کنند بر رویدادهای زندگی دارند؛ به عبارت دیگر نظامی از اعتقادات است که بر اساس آن فرد موفقیت‌ها و شکست‌های خود را ارزیابی می‌کند. راتر منبع کنترل را عبارت از انتظار کلی فرد از نتایج یک رویداد تعریف می‌کند که یا در درون یا در فراسوی (بیرون) کنترل و فهم شخصی وی وجود دارد. از یک سو، افراد با خصیصه شخصیتی منبع کنترل بیرونی^{۱۳} رویدادها را خارج از کنترل خود ادراک می‌کنند و نتایج و برآیندهای رویداد را به شانس، بخت یا تحت کنترل دیگران نیرومند نسبت می‌دهند یا معتقدند که رویدادها به دلیل پیچیدگی‌های زیاد در محیط، غیرقابل پیش‌بینی هستند. افراد با خصیصه شخصیتی منبع کنترل درونی^{۱۴} بر این باورند که رویدادها به رفتار و خصیصه نسبتاً دائمی‌شان بستگی دارند. چنین افرادی باور دارند که می‌توانند از طریق پاداش‌ها، توانایی‌ها، مهارت‌ها و خصیصه‌هایشان بر نتایج اثر بگذارند [۱۰]؛ از سوی دیگر، بیماری و احساس بیماری و سلامت کلی ما تحت تأثیر همین افکار است [۱۱]. در مجموع، نتایج مطالعات حاکی از آن است که سلامت اختصاصی و عمومی جسمانی و روانی ما تحت تأثیر افکار و احساساتمان در مورد شدت، میزان و جهت کنترل ما روی وقایع بیرونی است. از آنجاکه پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد با منبع کنترل درونی، بهتر از اشخاص با منبع کنترل بیرونی به مقابله با رویدادهای استرس‌زا می‌پردازند یا با آن‌ها سازگار می‌شوند [۱۲]. پس منبع کنترل افراد بسته به اینکه درونی یا بیرونی باشد، می‌تواند بر سلامت تأثیر داشته باشد. مطالعه گلدوینگ^{۱۵} و همکاران [۱۳] نشان داد که منبع کنترل درونی

16. Psychoanalytic medicine

17. Psycho-physiological approaches

18. Gray

19. Sensitivity to reinforcement

20. Biological-psychological personality

21. Reinforcement Sensitivity Theory (RST)

22. Behavioral Activation System (BAS)

23. Behavioral Inhibition System (BIS)

24. Outputs of behavior cessation

25. Passive avoidance

26. Increasing excitability

27. Increasing attention

28. Unconditional and conditional stimuli

29. Impulsivity

8. Anxiety

9. Psychosomatics

10. Locus of control

11. Rotter

12. Social learning theory

13. External locus of control

14. Internal locus of control

15. Goldzweig

روش مطالعه

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه سالمندان مقیم سرای سالمند شهر دبی تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری طبقه‌ای بود. از میان تعداد ۱۵۳ نفر سالمند ایرانی ساکن این دو مرکز موجود در شهر دبی که به صورت شبانه‌روزی و اقامتی به سالمندان ایرانی خدمات ارائه می‌داد، ۱۰۰ نفر با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود در پژوهش شامل داشتن تمایل و رضایت‌نامه کتبی شرکت در پژوهش، دارا بودن سن بالای ۶۵ سال، دارا بودن سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به اختلالات روان‌شناختی مطابق با راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی پنجم^{۳۲} بنا به تشخیص روان‌پزشک بود. معیارهای خروج نیز شامل مایل نبودن به شرکت در مطالعه، نداشتن سواد خواندن و نوشتن و انصراف از مطالعه بود.

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های خود گزارش‌دهی زیر استفاده شد:

پرسش‌نامه منبع کنترل^{۳۳}: این پرسش‌نامه را که برای سنجش منبع کنترل کاربرد دارد، راتر [۹] برای سنجش انتظارات افراد درباره منبع کنترل تدوین و طراحی کرده است. این پرسش‌نامه دارای ۲۹ ماده است که هر ماده یک جفت سؤال (الف و ب) دارد. این آزمون ارتباطی با هوش و جنسیت ندارد و برای سنجش منبع کنترل در بزرگسالان یکی از پرستفاده‌ترین آزمون‌هاست [۲۹]. ۲۳ ماده، جنبه‌های درونی و بیرونی منبع کنترل را می‌سنجد و ۶ ماده دیگر، برای پوشیده نگه داشتن منظور آزمون طرح شده است. آزمودنی، یکی از جملات الف یا ب را بایستی انتخاب کند. یکی از دو جمله هر ماده مربوط به کنترل بیرونی و دیگری مربوط به کنترل درونی است. روایی این مقیاس در نمونه‌های ایرانی با روش کودر-ریچاردسون، ۰/۷ بوده است [۳۰]. ابراهیمی قوام [۳۰] پایایی پرسش‌نامه منبع کنترل راتر را در نمونه دانش‌آموزان با روش بازآزمایی مجدد ۰/۷۳ به دست آورده است. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۸۵ به دست آمد.

مقیاس‌های سیستم‌های فعال‌ساز و بازداری رفتاری کارور و وایت^{۳۴} [۳۱]: این مقیاس شامل ۲۴ پرسش خودگزارش‌دهی است. مقیاس بازداری رفتاری در این پرسش‌نامه شامل ۷ آیتم است که حساسیت بازداری رفتاری یا پاسخ‌دهی به تهدید و اضطراب هنگام رویارویی با نشانه‌های تهدید را اندازه می‌گیرد.

برون‌گرایی^{۳۰} و عاطفه مثبت (مرتبط با فعالیت سیستم فعال‌ساز رفتاری) می‌شود که مستقل از همدیگر هستند [۲۲]. سیستم فعال‌ساز رفتاری از جهتی با امید و تسکین در ارتباط است. این سیستم فرد را به مقابله و تلاش در جهت رفع موانع و جستجوی اهداف مطلوب سوق می‌دهد، اما غلبه و حساسیت زیاد، سیستم بازداری رفتاری فرد را بیشتر به درماندگی و افسردگی سوق می‌دهد [۲۴]. لی، زو و چن^{۳۱} [۲۵] با استفاده از یک معادله ساختاری نشان دادند که سیستم بازداری رفتاری، فاجعه‌سازی، نشخوار فکری و ارزیابی مجدد مثبت کمتر را برای افسردگی پیش‌بینی می‌کند.

برخی از مطالعات نیز به بررسی نقش این سیستم‌ها در ارتباط سلامت افراد پرداخته‌اند. پینتو-مزا و همکاران [۲۶] نشان دادند که بیماران افسرده در سیستم بازداری رفتاری، نمرات بالاتری را نسبت به افراد بهنجار کسب کرده‌اند. تاجیک‌زاده و همکاران [۲۷] در بررسی خود نشان دادند که رابطه بین علائم افسردگی با سیستم فعال‌ساز / بازداری رفتاری جالب توجه است. نتایج این پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به افسردگی اساسی نسبت به افراد بهنجار سیستم بازداری قوی‌تر و سیستم فعال‌ساز ضعیف‌تری دارند. مؤذن و همکاران [۲۸] نشان دادند که مردان مبتلا به بیماری کرونری قلب در مقایسه با افراد سالم، سیستم بازداری رفتاری غالب و فعال‌تری دارند. بنا بر نظریه آسیب‌شناسی روانی مبتنی بر نظر گری می‌توان گفت که شاید بی‌نظمی سیستم‌های فعال‌ساز و بازداری رفتاری یکی از عوامل دخیل در سلامت سالمندان باشد. بر اساس آنچه گذشت و وجود خلأ دانش علمی پیرامون متغیرهای تحقیق حاضر در حوزه سالمندی و همچنین افزایش تقریبی سالمندان ایرانی شهر دبی در دهه اخیر، ضروری است تا بررسی همه جانبه‌ای روی مؤلفه‌های روان‌شناختی سالمندان صورت گیرد تا بتوان با برنامه‌ریزی‌های مؤثر برای این افراد دوران مفید و سالمی را رقم زد. پژوهش حاضر به بررسی رابطه منبع کنترل درونی و بیرونی، سیستم فعال‌ساز رفتاری و زیرمقیاس‌های آن (سائق، پاسخ‌دهی به پاداش، جستجوی سرگرمی) و سیستم بازداری رفتاری با سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های آن (نشانه‌های جسمانی، افسردگی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در اجتماعی) در سالمندان ساکن خانه سالمند شهر دبی پرداخت. در این راستا فرضیه‌های زیر تدوین شد: ۱- منبع کنترل درونی و بیرونی با سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های آن در سالمندان رابطه معنادار دارد؛ ۲- سیستم‌های فعال‌ساز و بازداری رفتاری با سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های آن در سالمندان رابطه معنادار دارد.

32. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5)

33. Locus of Control Scale (LCS)

34. Behavioral Approach/Inhibition Systems Scales (BAS/BIS – Scales)

30. Extroversion

31. Li, Xu & Chen

همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره تجزیه و تحلیل شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شد.

در این پژوهش برای رعایت اصول اخلاقی از شرکت‌کنندگان خواسته شد که با میل و رغبت خود پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کنند و در صورت مایل نبودن هیچ مانعی نیست؛ همچنین به آن‌ها گفته شد که این پرسش‌نامه‌ها در راستای کار تحقیقی است و اطلاعات آن‌ها نزد ما محرمانه باقی می‌ماند. به آن‌ها گفته شد که هنگام پر کردن پرسش‌نامه نیازی به نوشتن نام خود نیست. این دانشگاه پیام نور واحد دبی این تحقیق را از لحاظ اخلاقی تأیید کرده است.

یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه مورد مطالعه در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

مشخصات جمعیت‌شناختی ارائه‌شده در جدول شماره ۱ نشان داد که ۲۵ درصد از سالمندان دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۵۵ درصد تحصیلات دیپلم و ۲۰ تحصیلات لیسانس یا بالاتر هستند. از میان سالمندان، ۶۸ درصد متأهل و ۳۲ مطلقه بودند. از نمونه‌های مورد مطالعه، ۷۰ درصد زیر ۵ سال، ۱۶ درصد تا ۱۰ سال و ۱۴ درصد بالاتر از ۱۰ سال در خانه سالمندان اقامت داشتند.

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن داده‌های آماری، آزمون کولموگروف-اسمیرنوف^{۳۷} به کار رفت و نتایج آن در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

نتایج غیرمعنی‌دار این آزمون برای نمرات متغیرهای مورد

37. Kolmogorov-Smirnov test

مقیاس سیستم فعال‌ساز رفتاری شامل ۱۳ آیتم است و حساسیت سیستم فعال‌ساز رفتاری را اندازه می‌گیرد و این مقیاس شامل ۳ زیرمقیاس دیگر مشتمل بر سائق (۴ آیتم)، پاسخ‌دهی به پاداش (۵ آیتم)، جستجوی سرگرمی (۴ آیتم) است. کارور و وایت [۳۱] ثبات درونی مقیاس بازدارنده رفتاری معادل ۰/۷۳ و ثبات درونی ۳ زیر مقیاس سائق، پاسخ‌دهی به پاداش و جستجوی سرگرمی را به ترتیب معادل ۰/۷۶، ۰/۷۳ و ۰/۶۶ محاسبه کرده‌اند. در مطالعه عطری و همکاران [۳۲] ثبات درونی مقیاس بازدارنده رفتاری معادل ۰/۴۷ و ثبات درونی مقیاس سیستم فعال‌ساز رفتاری ۰/۴۷ و زیرمقیاس‌های آن یعنی سائق، پاسخ‌دهی به پاداش و جستجوی سرگرمی به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۷۳ و ۰/۱۸ به دست آمده است. در مطالعه حاضر، آلفای کرونباخ سیستم فعال‌ساز و بازدارنده رفتاری به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسش‌نامه سلامت عمومی^{۳۵}: متن اصلی پرسش‌نامه را گلدبرگ^{۳۶} [۳۳] طراحی کرده است. از این ابزار می‌توان برای بررسی سلامت عمومی روان‌شناختی استفاده کرد [۳۴]. نسخه ۲۸ سؤالی این پرسش‌نامه برای تمام افراد جامعه طراحی شده و دارای ۴ خرده‌مقیاس (نشانه‌های جسمانی، افسردگی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در اجتماعی) است که هر کدام ۷ سؤال دارد. روش نمره‌گذاری به روش لیکرت است. حداکثر نمره آزمودنی با این روش ۸۴ خواهد بود. بر اساس فراتحلیل پژوهش‌ها متوسط حساسیت پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۴ و متوسط ویژگی آن برابر با ۰/۸۲ است [۳۵]. ضریب همسانی درونی مربوط به نمرات خام و استانداردشده بر مبنای آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۳ به دست آمده است [۳۵]. در پژوهش ما، آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۸۸ به دست آمد.

در پژوهش حاضر، داده‌های تحقیق با استفاده از روش

35. General Health Questionnaire (GHQ)

36. Goldberg

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی

متغیرها	تعداد (درصد)
تحصیلات	زیر دیپلم (۲۵)
	دیپلم (۵۵)
	لیسانس و بالاتر (۲۰)
وضعیت تاهل	متاهل (۶۸)
	مطلقه (۳۲)
مدت اقامت در خانه سالمندان	زیر ۵ سال (۷۰)
	۵ تا ۱۰ سال (۱۶)
	۱۰ سال به بالا (۱۴)

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهشی

متغیرها	میانگین ± انحراف استاندارد
منبع کنترل	درونی ۴/۳۲ ± ۳/۲۱
	بیرونی ۵/۵۱ ± ۳/۹۸
سیستم فعال ساز رفتاری کلی و زیرمقیاس‌های آن	سیستم فعال ساز رفتاری ۱۹/۱۵ ± ۳/۳۵
	سیستم فعال ساز-جستجوی لذت ۱۰/۸۲ ± ۲/۸۳
	سیستم فعال ساز-سائق ۱۰/۴۹ ± ۳/۰۷
	سیستم فعال ساز-پاسخ‌دهی به پاداش ۱۴/۶۳ ± ۴/۳۶
سیستم بازدارنده رفتاری	۸/۴۵ ± ۵/۸۳
سلامت عمومی کلی و زیرمقیاس‌های آن	سلامت عمومی کلی ۱۵/۰۸ ± ۱۲/۶۴
	افسردگی ۴/۷۵ ± ۵/۴۵
	اضطراب و بی‌خوابی ۷/۴۸ ± ۴/۸۸
	اختلال در کارکرد اجتماعی ۸/۳۲ ± ۳/۸۸
	نشانه‌های جسمانی ۸/۸۰ ± ۳/۹۸

سالمند

جدول ۳. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهشی

متغیرها	F	sig.
منبع کنترل	درونی ۱/۶۶	۰/۰۸
	بیرونی ۱/۸۷	۰/۱۰
سیستم فعال ساز رفتاری کلی و زیرمقیاس‌های آن	سیستم فعال ساز رفتاری کلی ۲/۵۳	۰/۱۸
	سیستم فعال ساز-جستجوی لذت ۲/۵۴	۰/۱۸
	سیستم فعال ساز-سائق ۲/۱۲	۰/۱۵
	سیستم فعال ساز-پاسخ‌دهی به پاداش ۲/۰۹	۰/۱۲
سیستم بازدارنده رفتاری	۰/۹۹	۰/۰۶
سلامت عمومی کلی و زیرمقیاس‌های آن	سلامت عمومی کلی ۱/۲۳	۰/۱۶
	افسردگی ۱/۰۱	۰/۱۵
	اضطراب و بی‌خوابی ۱/۲۰	۰/۱۶
	اختلال در کارکرد اجتماعی ۰/۹۷	۰/۱۲
	نشانه‌های جسمانی ۱/۱۷	۰/۱۴

سالمند

شد. نتایج این آزمون در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

بررسی استقلال خطاها (پیش‌فرض اجرای رگرسیون) با استفاده از آزمون دوربین-واتسون نشان‌دهنده استقلال خطاها در مدل‌های رگرسیونی بود (جدول شماره ۴). همچنین در این تحقیق داده‌های گمشده وجود نداشت.

فرضیه اول: منبع کنترل درونی و بیرونی با سلامت عمومی و

پژوهش در سطح معنی‌داری $p < 0/05$ نشان از نرمال بودن متغیرها داشت (جدول شماره ۳).

یکی از مفروضاتی که در رگرسیون مدنظر قرار می‌گیرد، استقلال خطاها (تفاوت بین مقادیر واقعی و مقادیر پیش‌بینی شده توسط معادله رگرسیون) از یکدیگر است. به منظور بررسی استقلال خطاها از یکدیگر از آزمون دوربین-واتسون^{۳۸} استفاده

38. Durbin-watson

جدول ۴. نتایج دوربین واتسون برای بررسی استقلال خطاها

مقدار آماره	متغیرهای پیش‌بین	منبع کنترل
۱/۶۵	درونی	
۱/۸۰	بیرونی	
۱/۹۹	سیستم فعال‌ساز رفتاری کلی	
۱/۹۹	سیستم فعال‌ساز-جستجوی لذت	سیستم فعال‌ساز رفتاری کلی و زیرمقیاس‌های آن
۱/۹۹	سیستم فعال‌ساز-سائق	
۱/۹۹	سیستم فعال‌ساز-پاسخ‌دهی به پاداش	
۱/۷۰	سیستم بازداری رفتاری	

سالمند

جدول ۵. روابط بین منبع کنترل درونی و بیرونی، سیستم‌های فعال‌ساز و زیرمقیاس‌های آن، و سیستم بازداری رفتاری با سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های آن

سلامت عمومی کلی و زیرمقیاس‌های آن					متغیرها
نشانه‌های جسمانی	اختلال در کارکرد اجتماعی	اضطراب و بی‌خوابی	افسردگی	سلامت عمومی کلی	
-۰/۲۳*	-۰/۵۵*	-۰/۳۲*	-۰/۵۸*	-۰/۴۸*	منبع کنترل درونی
-۰/۵۵*	۰/۲۳*	۰/۵۶*	۰/۴۴*	۰/۵۰*	منبع کنترل بیرونی
۰/۱۶	۰/۰۸	۰/۰۴	-۰/۲۰**	۰/۱۷	سیستم فعال‌ساز رفتاری
-۰/۲۰**	-۰/۱۸	-۰/۱۱	-۰/۲۲**	-۰/۲۴*	سیستم فعال‌ساز-جستجوی لذت
-۰/۲۲*	-۰/۱۵	-۰/۱۴	-۰/۲۸*	-۰/۲۷*	سیستم فعال‌ساز-سائق
-۰/۲۲	-۰/۱۶	-۰/۰۱	-۰/۲۳*	-۰/۲۳*	سیستم فعال‌ساز-پاسخ‌دهی به پاداش
۰/۴۳*	۰/۳۹*	۰/۲۳*	۰/۳۳*	۰/۳۸*	سیستم بازداری رفتاری

سالمند

* $P < 0.05$

وجود دارد ($P < 0.01$). سیستم فعال‌ساز رفتاری و زیرمقیاس‌های آن رابطه معکوس معناداری با افسردگی داشتند ($P < 0.01$). منبع کنترل درونی و بیرونی و سیستم بازداری رفتاری به شکل معناداری با همه چهار زیرمقیاس سلامت عمومی شامل افسردگی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و نشانه‌های مرتبط بودند ($P < 0.01$) (جدول شماره ۵). بنابراین با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، هر دو فرضیه تحقیق تأیید شد.

پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس متغیرهای پیش‌بین

برای بررسی پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس متغیرهای پیش‌بین، روش رگرسیون هم‌زمان استفاده شد. نتایج این بررسی در جدول شماره ۶ نشان داده شده است.

مدل پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس منبع کنترل و سیستم‌های فعال‌ساز و بازداری رفتاری در جدول شماره ۶ ارائه شد. در این مدل، سلامت عمومی به عنوان متغیر ملاک و منبع کنترل درونی و بیرونی و سیستم‌های فعال‌ساز و بازداری

زیرمقیاس‌های آن در سالمندان رابطه معنادار دارد.

فرضیه دوم: سیستم فعال‌ساز و زیرمقیاس‌های آن و سیستم بازداری رفتاری با سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های آن در سالمندان رابطه معنادار دارد.

برای بررسی این فرضیات از روش ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج این بررسی در جدول شماره ۵ نشان داده شده است.

جدول شماره ۵ نتایج بررسی ارتباط بین منبع کنترل درونی و بیرونی، سیستم فعال‌ساز رفتاری و زیرمقیاس‌های آن و نیز سیستم بازداری رفتاری با سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های آن را نشان می‌دهد. نتایج این تحلیل نشان داد که منبع کنترل بیرونی ($r = 0.50$) و درونی ($r = 0.48$)، سه زیرمقیاس سیستم فعال‌ساز رفتاری شامل جستجوی لذت ($r = 0.24$)، سائق ($r = 0.27$) و پاسخ‌دهی به پاداش ($r = 0.24$)، سیستم بازداری رفتاری ($r = 0.38$)، با سلامت عمومی کلی ارتباطات معناداری

جدول ۶. پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس منبع کنترل و سیستم‌های فعال‌ساز/بازداری رفتاری

متغیرهای پیش‌بین	r	r ²	F	بتا	t	سطح معناداری
منبع کنترل درونی				۰/۳۹	۳/۲۳	۰/۰۱*
منبع کنترل بیرونی				-۰/۵۹	-۴/۲۶	۰/۰۰۱**
سیستم فعال‌ساز رفتاری				-۰/۱۷	-۱/۹۱	۰/۱۲
سیستم فعال‌ساز-جستجوی لذت	۰/۶۰	۰/۳۶	۱۰/۷۱	-۰/۱۲	-۱/۴۱	۰/۱۶
سیستم فعال‌ساز-سائق				-۰/۳۴	-۲/۷۵	۰/۰۱*
سیستم فعال‌ساز-پاسخ‌دهی به پاداش				-۰/۰۶	-۰/۶۹	۰/۴۹
سیستم بازداری رفتاری				۰/۳۹	۵/۳۴	۰/۰۱*

P<۰/۰۱*

P<۰/۰۰۱**

سالمند

کنترل داشته باشند و در مقایسه با افراد با منبع کنترل بیرونی، به احتمال بیشتری، از استراتژی‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار^{۴۱} فعالانه استفاده می‌کنند؛ همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد با منبع کنترل درونی، بهتر از اشخاص با منبع کنترل بیرونی به مقابله با رویدادهای استرس‌زا می‌پردازند یا با آن‌ها سازگار می‌شوند [۱۲]. به عبارت دیگر افراد دارای منبع کنترل درونی در مقایسه با افراد دارای کنترل بیرونی در برخورد با تکالیف پیش رو کارآمدتر، با پشتکارتر و از لحاظ شناختی، فعال‌تر و قابل‌انعطاف‌تر و در یادگیری قوانین لازم برای مسائل ضروری، کارآمدتر هستند. علاوه بر این، آن‌ها در مقایسه با افراد دارای کنترل بیرونی در صدد جمع‌آوری اطلاعات بیشتری هستند و سعی می‌کنند پیامدهای بیرونی را کنترل کنند [۳۷]. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد دارای کنترل درونی، رفتار خود را تحت تأثیر نیروهای درونی می‌دانند و مسئولیت اعمال خود را می‌پذیرند؛ بنابراین افراد دارای منبع کنترل درونی به سبب درک و پذیرش مسئولیت نسبت به پیامدهای اعمال خویش و تلاش و امید برای رسیدن به موفقیت از سلامت روانی بالایی برخوردارند.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که زیرمقیاس‌های سیستم فعال‌ساز رفتاری به طور معکوسی با سلامت عمومی و بعضی از زیرمقیاس‌های آن ارتباط دارند. به عبارت دیگر هر قدر سیستم فعال‌ساز رفتاری در سطح بالایی باشد، سلامت عمومی پایین نظیر افسردگی، اضطراب، اختلال در کار اجتماعی و نشانه‌های بدنی، کمتر قابل‌مشاهده خواهند بود. پیامدهای نظام فعال‌ساز رفتاری نیز عبارت از تقویت رفتار فعلی، خلق مثبت، سوگیری توجه^{۴۲} به سمت منبع پاداش و افزایش برانگیختگی است. این پیامدها، رفتار پاداش گرفته را حفظ و تقویت کرده، تماس فضایی و زمانی با پاداش را نزدیک‌تر می‌سازند [۳۸]. دپاسکالیس^{۴۳} و

رفتاری، به عنوان متغیرهای پیش‌بین به طور هم‌زمان وارد معادله رگرسیون شدند. نتایج بیانگر این بود که منبع کنترل درونی (Beta=۰/۵۹، t=۴/۲۶، P<۰/۰۰۱) (به صورت معکوس) و بیرونی (Beta=۰/۳۹، t=۳/۲۳، P<۰/۰۱)، سیستم بازداری رفتاری (Beta=۰/۳۹، t=۵/۴۳، P<۰/۰۱)، زیرمقیاس سیستم فعال‌ساز شامل سائق (به صورت معکوس) (Beta=-۰/۲۴، t=-۲/۷۵، P<۰/۰۱، t=۳۶) توانستند ۳۶ درصد از واریانس سلامت عمومی را به شکل معنی‌داری تبیین کنند (F=۱۰/۷۱، R²=۰/۳۶)؛ همچنین سیستم فعال‌ساز رفتاری و زیرمقیاس‌های آن شامل جستجوی لذت و پاسخ‌دهی به پاداش نتوانستند سلامت عمومی را به شکل معنی‌داری پیش‌بینی کنند (جدول شماره ۶).

بحث

هدف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه منبع کنترل و سیستم‌های فعال‌ساز/بازداری رفتاری با سلامت عمومی در سالمندان مقیم سرای سالمند در شهر دیب بود.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که منبع کنترل درونی به شکلی منفی و منبع کنترل بیرونی به شکل مثبت با سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های آن همبستگی دارند. به عبارت دیگر هر چه منبع کنترل فرد، بیرونی باشد، سلامت عمومی کمتر خواهد بود و هر چه منبع کنترل فرد، درونی باشد، سلامت عمومی در سطح بالا و بهتری خواهد بود. این یافته با تحقیقات پیشین هم‌سو بود [۱۴، ۱۳]. پژوهش حاضر از جهاتی با پژوهش‌های محققان گذشته همچون بندورا^{۳۹} و همکاران [۱۱] نیز هم‌سو است، چراکه محققان مذکور به نقش منبع کنترل در سلامت کلی افراد اشاره کرده‌اند. در تبیین این یافته می‌توان بر اساس نظریه لازاروس و فولکمن^{۴۰} [۳۶] استدلال کرد که افراد با منبع کنترل درونی بر این باورند که می‌توانند نتایج رویدادها را تحت

41. Problem-oriented coping strategies

42. Attention bias

43. De pascalis

39. Bandura

40. Lazarus & Folkman

پاپز^{۴۹} و کرتکس حدقه‌ای-پیشانی^{۵۰} قرار دارد. این ساختارها موجب افزایش برانگیختگی و سطوح توجه و نیز تجربه عواطف منفی می‌شود [۴۴] و با نظام‌هایی که اضطراب در آن نقش دارد، هم‌پوشی دارد. در نتیجه، سیستم بازداری رفتاری فعال با احساس اضطراب، نگرانی و نشخوار فکری^{۵۱} مطابقت دارد [۴۵]. تحقیقات نشان داده است که فعالیت بیش از اندازه سیستم بازداری، منجر به صفات شخصیتی اضطرابی، حساسیت بالا به محرک‌های تهدیدکننده و رفتارهای مرتبط با اضطراب مثل نگرانی و نشخوار فکری می‌شود [۴۵-۴۱]. اضطراب ایجاد شده سبب نوعی گرایش محتاطانه می‌شود. گرایشی که از طریق بازداری رفتارهای غالب، افزایش وارسی، پیش‌بینی و یادآوری تهدید مشخص و از طریق نگرانی، نشخوار ذهنی و برانگیختگی تجربه می‌شود [۴۶]؛ از این رو فعالیت سیستم بازداری به احساس نگرانی و نشخوار فکری منجر می‌شود [۴۵]. همچنین، گری و مک‌نوگان^{۵۲} معتقدند که حساسیت سیستم بازداری رفتاری، پیشگویی‌کننده استرس‌های هیجانی منفی شخص بدون توجه به طبیعت استرس‌زها است و بازداری رفتاری به نظر می‌رسد پیش‌بینی‌کننده شخص در کنار آمدن نافع و ضعیف باشد؛ بنابراین با توجه به نظریه شخصیت گری [۲۳] می‌توان چنین نتیجه گرفت که سالمندان دارای نظام بازداری رفتاری غالب، احتمالاً به بیماری‌های جسمانی و مشکلات روان‌شناختی بیشتری مبتلا می‌شوند و سلامت روانی کمتری دارند.

نتیجه‌گیری نهایی

مطالعه حاضر نشان داد که سیستم فعال‌ساز و منبع کنترل درونی با سلامت روانی بالا در سالمندان مرتبط است و سیستم بازداری رفتاری و منبع کنترل بیرونی با سلامت روانی پایین ارتباط دارد. با توجه به یافته‌های تحقیق حاضر می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که سیستم‌های فعال‌ساز و بازداری رفتاری و منبع کنترل روی سلامت عمومی سالمندان مؤثر هستند. به طور کلی چون سالمندانی که به خانه سالمندان سپرده می‌شوند، حمایت اجتماعی و اقتصادی کمتری در شهر دبی دارند و نیاز به نگهداری و مراقبت از آن‌ها به‌مرور بیشتر می‌شود، سلامت عمومی آن‌ها در معرض خطر قرار می‌گیرد. تقویت منبع کنترل درونی و جهت‌دهی آنان به سمت فعالیت‌های رفتاری می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا دوران انتهایی زندگی خود را به بهترین نحو و با سلامت روانی بالا سپری کنند. پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران حوزه سلامت زیر نظر متخصصان حاضر در خانه‌های سالمندان آموزش‌های شناختی-رفتاری برای بهبود سلامت روان سالمندان با توجه به منبع کنترل و سیستم‌های فعال‌ساز و بازداری رفتاری

همکاران [۳۹] نیز نشان داده‌اند که سیستم فعال‌ساز رفتاری موجب حرکت به سوی هدف، پاسخ‌دهی نسبت به محرک‌های پاداش‌دهنده و فرار از تنبیه می‌شود و تجربه عواطف مثبتی همچون امیدواری، شادمانی و سرخوشی را به دنبال دارد. البیوت و تراش^{۴۴} [۴۰] نشان دادند که سیستم فعال‌ساز رفتاری یک سائق قوی برای سوق دادن به رفتار و تلاش برای بازدهی مثبت است. حساسیت این سیستم نمایانگر زودانگیختگی فرد است [۴۱] و به نظر می‌رسد که برای تجاری نظیر امید، وجد و شادی پاسخ‌گو باشد. فرض بر این است که سیستم فعال‌ساز رفتاری دلیل بنیادی صفت زودانگیختگی است و با انگیزش، برون‌گردی و جستجوی احساس مرتبط است [۴۱، ۴۲]؛ بنابراین می‌توان گفت سالمندانی که سیستم فعال‌ساز رفتاری در آن‌ها فعال‌تر است، امید، وجد و شادی بیشتری دارند و در برابر استرسورها و وضعیت‌های ناخوشایند دیدگاه مثبت‌تری دارند و راهکار مؤثرتر و کارآمدی در مواجهه با مسائل و مشکلات به کار می‌گیرند و در نتیجه همیشه سلامت روان آنان در سطح مطلوب‌تری قرار دارد. به‌علاوه، آیزنگ^{۴۵} [۴۳] معتقد است که در افراد برون‌گرا فعالیت سیستم فعال‌ساز بالا و فعالیت سیستم بازداری پایین است. در نتیجه می‌توان استنباط کرد که سالمندان با سیستم فعال‌ساز رفتاری فعال از برون‌گرایی بیشتری برخوردارند و روابط اجتماعی خود را با دیگر سالمندان حفظ کرده‌اند و در نتیجه کمتر دچار انزوای اجتماعی می‌شوند و مشکلات سلامت روان نظیر افسردگی و اضطراب کمتری دارند.

یافته‌های این تحقیق نشان داد که سیستم بازداری رفتاری به شکل مثبتی با سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های آن مرتبط است. به‌عبارت‌دیگر، هر قدر فعالیت سیستم بازداری رفتاری در فرد بیشتر باشد، سلامت عمومی ضعیف در سطح بالاتری خواهد بود. در نتیجه سالمندانی که دارای سیستم بازداری رفتاری هستند، سلامت عمومی کمتری دارند و نشانه‌های افسردگی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علائم جسمانی در آنان بروز می‌کند. این یافته با نتایج قبلی همسو است [۲۴-۲۷]. پور محمد رضای تجربی و میر زمانی با فقی [۲۴] نشان دادند که حساسیت زیاد سیستم بازداری رفتاری، افراد را به احساس درماندگی و افسردگی سوق می‌دهد. تحقیقات گری [۲۳] نشان می‌دهد که بیماری‌های روان‌شناختی همچون تکانش‌گری و اضطراب، ناشی از فعالیت بالای سیستم بازداری رفتاری در افراد است. نورواناتومی^{۴۶} سیستم بازداری رفتاری در نظام جداری-هیپوکامپی^{۴۷}، ساقه مغز^{۴۸}، مدار

44. Elliot & Thrash

45. Eysenck

46. Neuroanatomy

47. Hypocompost septor system

48. Brainstem

49. Papez circuit

50. Bonfire-frontal cortex

51. Rumination

52. McNaughton

در سالمندان اتخاذ کنند؛ همچنین پیشنهاد می‌شود که تحقیقات آینده به بررسی باورهای شناختی سالمندان در ارتباط با سلامت پیردازند؛ علاوه بر این پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران نقش عواملی مانند سطح تحصیلات، نژاد، عوامل فرهنگی سالمندان ساکن خانه سالمندان را در رابطه سیستم‌های فعال ساز / بازداری رفتاری و منبع کنترل با سلامت عمومی را مطالعه و بررسی کنند. این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود: ۱- وجود تفاوت‌های فرهنگی موجود در سالمندان ممکن است قدرت تعمیم‌دهی به سایر جوامع را زیر سؤال ببرد؛ ۲- این مطالعه یک مطالعه مقطعی بود؛ ۳- به دلیل استفاده از مقیاس‌های خودگزارش‌دهی، پاسخ‌دهی به مقیاس‌های خودگزارش‌دهی می‌تواند تحت تأثیر سوگیری‌های شخصی قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین همه شرکت کنندگان در جریان روند پژوهش بودند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد.

حامی مالی

این پژوهش هیچگونه کمک مالی از سازمان‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

هر دو نویسنده در آماده‌سازی این مقاله مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از مدیران و مربیان مراکز سالمندی دبی که ما را در انجام این تحقیق یاری کردند، صمیمانه قدردانی می‌نماییم.

References

- [1] Harrefors C, Savenstedt S, Axelsson K. Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: An interview study with healthy elderly couples in Northern Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2009; 23(2):353-60. [DOI:10.1111/j.1471-6712.2008.00629.x] [PMID]
- [2] Noroozian M. The Elderly population in Iran: An ever growing concern in the health system. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2012; 6(2):1-6.
- [3] Sahyoun NR, Statistics NCFH. Trends in causes of death among the elderly. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics; 2001; (1):1-10. [DOI:10.1037/e620692007-001]
- [4] World Health Organization. World health organization constitution; Basic documents. Geneva: World Health Organization; 1948.
- [5] Skoog I. Psychiatric disorders in the elderly. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2011; 56(7):387-97. [DOI:10.1177/070674371105600702] [PMID]
- [6] Barua A, Ghosh M, Kar N, Basilio M. Prevalence of depressive disorders in the elderly. *Annals of Saudi Medicine*. 2011; 31(6):620-4. [DOI:10.4103/0256-4947.87100] [PMID] [PMCID]
- [7] Kirmizioglu Y, Doğan O, Kuğu N, Akyüz G. Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009; 24(9):1026-33. [DOI:10.1002/gps.2215] [PMID]
- [8] Sharifzadeh G, Moodi M, Akhbari H. [Investigating Health Status of Older People Supported by Imam (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2010; 5(3):52-9. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-279-fa.pdf>
- [9] Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*. 1966; 80(1):1-28. [DOI:10.1037/h0092976] [PMID]
- [10] Masudniya E. [The relationship between locus of control and coping strategies in Yazd University Students (Persian)]. *Psychological Research*. 2007; 3(4):123-42.
- [11] Bandura A. Perceived self-efficacy: Exercise of control through self-belief. *Annual Series of European Research in Behavior Therapy*. 1988; 2:27-59.
- [12] Benson LT, Deeter TE. Moderators of the relation between stress and depression in adolescents. *Journal of School Counselor*. 1992; 39(3):189-94.
- [13] Goldzweig G, Hasson-Ohayon I, Alon S, Shalit E. Perceived threat and depression among patients with cancer: The moderating role of health locus of control. *Psychology, Health & Medicine*. 2016; 21(5):601-7. [DOI:10.1080/13548506.2016.1140902] [PMID]
- [14] Njus DM, Brockway JH. Perceptions of competence and locus of control for positive and negative outcomes: Predicting depression and adjustment to college. *Personality and Individuals Differences*. 1999; 26(3):531-48. [DOI:10.1016/S0191-8869(98)00169-X]
- [15] Nofarsti A, TalebianSharif J. [Study of the Relationship of Locus of Control with Anxiety and its Variation among those with Internal and External Locus of Control (Persian)]. *Asrara*. 2003; 9(4): 65-74.
- [16] Leclerc J, Rahn M, Linden W. Does Personality Predict blood pressure over a 10 year period? *Personality and Individuals Differences*. 2006; 40(6):1313 -21. [DOI:10.1016/j.paid.2005.11.015]
- [17] Cooper A, Gomez R, Aucote H. The Behavioral Inhibition System and Behavioral Approach System (BIS/BAS) scales: Measurement and structural in variance across adults and adolescents. *Personality and Individuals Differences*. 2007; 43(2):295-305. [DOI:10.1016/j.paid.2006.11.023]
- [18] Kimbrel NA, Meyer EC, DeBeer BB, Mitchell JT, Kimbrel AD, Nelson-Gray RO, Morissette SB. Reinforcement sensitivity and social anxiety in combat veterans. *Personality and Individual Differences*. 2016; 98:171-5. [DOI:10.1016/j.paid.2016.04.008] [PMID] [PMCID]
- [19] Pyhala R, Raikonen K, Pesonen AK, Heinonen K, Hovi P, Eriksson JG, et al. Behavioral inhibition and behavioral approach in young adults with very low birth weight-The Helsinki study of very low birth weight adults. *Personality and Individuals Differences*. 2009; 46(2):106-10. [DOI:10.1016/j.paid.2008.09.013]
- [20] Forozesh Yekta F, Azad Fallah P, Najafi SR. [The activity of the berain/behavioral systems and Introversion / extroversion in patients with rheumatoid arthritis (Persian)]. *Journal of Psychology*. 2002; 6(4): 391-375.
- [21] Pickering A, Corr P. JA Gray's Reinforcement Sensitivity Theory (RST) of personality. *The Sage Handbook of Personality Theory and Assessment*. 2008; 1:239-56. [DOI:10.4135/9781849200462.n11]
- [22] Gray JA, McNaughton N. *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the function of the septo-hippocampal system*. Oxford, England: Oxford University Press; 2003. [DOI:10.1093/acprof:oso/9780198522713.003.0010] [PMID]
- [23] Gray JA. Framework for a taxonomy of psychiatric disorders. In S. H. M. V. Goozen, N. E. V. Poll & J. Sergeant (Eds.), *Emotions: Essays on emotion theory*. New Jersey: Erlbaum; 1994.
- [24] PorMohammad Rezaie Tajrishi M, MirZamani Bafghi, SM. [The relationships between the activity of brain/behavioral systems, social support and depression (Persian)]. *Social Welfare Quarterly*. 2007; 26: 223-45.
- [25] Li Y, Xu Y, Chen Z. Effects of the Behavioral Inhibition System (BIS), Behavioral Activation System (BAS), and emotion regulation on depression: A one-year follow-up study in Chinese adolescents. *Psychiatry Research*. 2015; 230(2):287-93. [DOI:10.1016/j.psychres.2015.09.007] [PMID]
- [26] Pinto-Meza A, Caseras X, Soler J, Puigdemont D, Perez V, Torrubia R. Behavioral inhibition and behavioral activation systems in current and recovered major depression participants. *Personality and Individuals Differences*. 2006; 40(2):215-26. [DOI:10.1016/j.paid.2005.06.021]
- [27] Tajikzadeh F, Sadeghi R, Mehrabizade Honarmand M, Davoudi I. [The Brain/ Behavioral Systems, Perfectionism and Depression Symptoms among the University Students (Persian)]. *Psychological Research*. 2015; 11(3):119-40. [DOI:10.17795/whb-29177]
- [28] Moazen S, Azad-Fallah P, Safi M. Comparison of brain/behavioral systems activity and dimensions of perfectionism in coronary heart disease and normal subjects. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2009; 3(2):113-9.

- [29] Kakavand E. [Relationships locus of control (internal-external) to public health in soldiers (Persian)]. [MA. Thesis]. Tehran: Tarbiyat Moalem University; 2006.
- [30] Iman N, Mohammad H. [The Effects of Social Skill on Anxiety and Self-esteem Among Second Grade Girl's High School in Baghmalek (Persian)]. *Journal Of Social Psychology (New Findings In Psychology)*. 2008; 2(6):95-116. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=187958>
- [31] Carver CS, White TL. Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: the BAS/BIS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1994; 67(2):319-33. [DOI:10.1037/0022-3514.67.2.319]
- [32] Atri Fard M, Azad Fallah P, Ezhei J. The activity of brain/behavior systems and prone to sham and guilt. *Iranian Journal of psychology. Motivation and Emotion*. 2006; 10(1):3-21.
- [33] Goldberg DP. *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. London: Oxford University Press; 1972.
- [34] Abolghasemi A, Narimani M. *Psychological tests*. Ardabil: Publication of Bagh Rezvan; 2005.
- [35] BabaNazari L, Kafi SM. [A comparative study of women's health and demographic factors associated with it in different periods of pregnancy (Persian)]. *Journal of Research in Psychological Health*. 2007; 1(2):44-52.
- [36] Lazarus RS, Folkman S. *Stress Appraisal and coping*. New York. Springer; 1984.
- [37] Farahani MN Rotter,s social learning theory, the explanation of locus of control. *Educational Research*. 1998; 5(1):21-35.
- [38] Smillie LD, Dalgleish LI, Jackson CJ. Distinguishing between learning and motivation in behavioral tests of the reinforcement sensitivity theory of personality. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2007; 33(4):476-89 [DOI:10.1177/0146167206296951] [PMID]
- [39] De Pascalis V, Varriale V, D'Antuono L. Event-related components of the punishment and reward sensitivity. *Clinical Neurophysiology*. 2010; 121(1):60-76. [DOI:10.1016/j.clinph.2009.10.004] [PMID]
- [40] Elliot AJ, Thrash TM. Approach and avoidance temperament as basic dimensions of personality. *Journal of Personality*. 2010; 78(3):865-906. [DOI:10.1111/j.1467-6494.2010.00636.x] [PMID]
- [41] Heponiemi T, Keltikangas-Järvinen L, Puttonen S, Ravaja N. BIS/BAS sensitivity and self-rated affects during experimentally induced stress. *Personality and Individual Differences*. 2003; 34(6):943-57. [DOI:10.1016/S0191-8869(02)00079-X]
- [42] Knyazev GG, Slobodskoj-Plusnin JY. Behavioural approach system as a moderator of emotional arousal elicited by reward and punishment cues. *Personality and Individual Differences*. 2007; 42(1):49-59. [DOI:10.1016/j.paid.2006.06.020]
- [43] Eysenck HJ. *The biological basis of personality*. New Jersey: Transaction Publishers; 1967.
- [44] Heponiemi T. [Physiological and emotional stress reactions: The effects of temperament and exhaustion (Swedish)]. Sweden: University of Helsinki; 2004.
- [45] van der Linden D, Taris TW, Beckers DG, Kindt KB. Reinforcement sensitivity theory and occupational health: BAS and BIS on the job. *Personality and Individual Differences*. 2007; 42(6):1127-38. [DOI:10.1016/j.paid.2006.07.029]
- [46] Booth C, Hasking P. Social anxiety and alcohol consumption: The role of alcohol expectancies and reward sensitivity. *Addictive Behaviors*. 2009; 34(9):730-36. [DOI:10.1016/j.addbeh.2009.04.010] [PMID]