فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۱، شماره ۱۵، زمستان سال ۱۴۰۰

رابطه منبع کنترل درونی و ذهن آگاهی با سلامت روان دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه

روح‌اله بابالویی[۱]، علیرضا جعفری[۲]، امیر حسین خوشنام[۳]

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه منبع کنترل درونی و ذهن آگاهی با سلامت روان دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه شهرستان رباط کریم بود. روش مورد استفاده در این پژوهش بر حسب هدف کاربردی و از نظر گردآوری داده ها توصیفی و از نوع همبستگی بود. در این پژوهش جامعه آماری را کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه شهرستان رباط کریم تشکیل می‌داد و از این میان با استفاده از روش تصادفی خوشه‌ای نمونه‌ای به اندازه ۹۰ نفر انتخاب شد. به منظور گردآوری اطلاعات از سه پرسشنامه استاندارد منبع کنترل راتر (۱۹۶۶)، ذهن آگاهی براون و رایان (۲۰۰۳) و سلامت روان گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۲) استفاده شد. به منظور سنجش پایایی پرسشنامه‌ها از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار این ضریب برای هر یک از پرسشنامه‌ها بالای ۰.۷ به دست آمد؛ همچنین به منظور سنجش روایی از روایی محتوا استفاده شد که برای این منظور پرسشنامه‌ها به تائید متخصصین مربوطه رسید. تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS در دو بخش توصیفی و استنباطی (آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره) انجام پذیرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین منبع کنترل درونی با سلامت روانی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. بدین معنا دانش آموزانی که منبع کنترل درونی دارند از سلامت روانی بیشتر برخوردارند. بین ذهن آگاهی با سلامت روانی رابطه معنادار وجود دارد. بدین معنا دانش‌آموزانی که ذهن آگاهی دارند از سلامت روانی بیشتر برخوردارند. به منظور پیش بینی سلامت روان دانش آموزان براساس منبع کنترل درونی و ذهن آگاهی از روش همزمان تحلیل رگرسیون چندمتغیری استفاده شد. متغیر پیش بین منبع کنترل درونی، قادر به پیش بینی سلامت روان است. لازم به ذکر است در این مدل ذهن آگاهی معنادار نبود.

واژگان کلیدی: منبع کنترل، ذهن آگاهی، سلامت روان، دانش‌آموزان

[۱] کارشناسی ارشد.گروه مشاوره.واحد ابهر.دانشگاه آزاد اسلامی.ابهر .ایران
[۲] استادیار گروه مشاوره .واحد ابهر .دانشگاه آزاد اسلامی ،ابهر .ایران (نویسنده مسئول)
[۳] استادیار گروه مشاوره .واحد ابهر .دانشگاه آزاد اسلامی.ابهر .ایران

[Downloaded from jnip.ir on 2025-12-25]

مقدمه

در دهه‌های گذشته بهداشت و سلامت جسمانی در اولویت یک کشورها قرار داشت و یکی از شاخص‌های توسعه محسوب می‌شد، ولی امروزه بهداشت و سلامت روانی از اهمیت برابر یا بالاتری برخوردار است. به همین دلیل سازمان بهداشت جهانی در سال‌های اخیر بهداشت و سلامت روانی را در دستور کار کشورهای عضو قرار داده و اهداف، برنامه‌ها و شعارهای خود را بر این موضوع مهم متمرکز کرده است (نصراصفهانی و عطاری مقدم، ۱۳۹۶). یکی از علت‌های این اولویت و اهمیت این است که علی رغم پیشرفت‌های سریع و شگفت انگیز در زمینهٔ دانش و فناوری و توانایی بشر برای تسلط بر نیروهای طبیعی به منظور تأمین رفاه و آسایش خویش به نظر می‌رسد، نه فقط احساس آرامش و آسایش انسان نسبت به گذشته بیشتر نشده است، بلکه پیچیدگی‌های اخیر نگرانی‌ها و مسائل روحی و روانی جدیدی را نیز به ارمغان آورده است مطالعه این نگرانی‌ها و مسائل روحی و روانی جدید در مدارس و بین دانش‌آموزان به خصوص در مراحل رشدی حساس و پر تنش، مثل نوجوانی از اهمیت بیشتری برخوردار است؛ زیرا نوجوانی دوره‌ای است که از نظر جسمی و روانشناختی تحولات بسیاری را به همراه دارد. روان‌شناسان از این دوره با عنوان‌هایی مثل دوره بحرانی، دوره طوفانی و تنش، دوره تعارض با خانواده و جامعه یاد کرده‌اند که خود به خود مشکلاتی را برای نوجوانان ایجاد می‌کند. اضافه شدن پیچیدگی‌های جامعه صنعتی به مشکلات رشدی این دوره موجب به مخاطره انداختن سلامتی نیروهای بالقوه جامعه می‌شود (اوریلی[1] و همکاران، ۲۰۱۹). دوران کودکی و نوجوانی از مهم‌ترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت فرد پایه‌ریزی می‌شود، اغلب اختلال‌ها و ناسازگاری‌های فردی پس از دوران نوجوانی از کمبود توجه به این دوران حساس و عدم هدایت صحیح روند رشد و تکامل فرد ناشی می‌شود. این مشکلات یکی از چالش‌های اصلی فراروی بهداشت عمومی در کشورهای در حال توسعه محسوب می‌شود. با این وجود در مقایسه با مشکلات جسمی مانند امراض عفونی و مشکلات تغذیه، کم‌تر مورد مطالعه و پایش قرار گرفته است (پاتل[2] و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین، امروزه دانش آموزان در هر کشوری به علت این که سرمایه آن کشور محسوب می‌شوند و نقش اساسی در آینده کشور ایفا می‌کنند، مورد توجه ویژه برنامه‌ریزان و سیاست گزاران قرار می‌گیرند. اهمیت این نقش در این است که دانش آموزان نه تنها بخش اصلی متخصصان حوزه‌های مختلف، بلکه بدنه اصلی مدیران هر کشوری را تشکیل خواهند داد. با عنایت به اینکه بدون فراهم نمودن بستری امن و عاری از تنش زمینه پیشرفت برای دانش‌آموزان مهیا نخواهد شد. لذا لازم است به سلامت روان این گروه توجه ویژه‌ای شود، چرا که سلامت روانی آنها تضمین کننده سلامت حال و آینده کشور است (مرز آبادی و همکاران، ۱۳۹۳). بنابراین پرداختن به سلامت روان دانش‌آموزان نوجوان یکی از محورهای مهم و پایه برای بهداشت و سلامت روانی جامعه است. مطالعات نشان می‌دهد که اگر دانش‌آموزی مشکلات و تضادهای روانی داشته باشد، قدرت سازگاری با محیط مدرسه، معلمان، دوستان، خانواده و جامعه را نخواهد داشت و مشکلات او روز به روز گسترده‌تر می‌شود (حیدری، ۱۳۹۷).

1. O'Reilly
2. Patel

[Downloaded from jnip.ir on 2025-12-25]

شواهد موجود و یافته‌های مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که شیوع و فراوانی مسائل و مشکلات روانشناختی به خصوص در بین نوجوانان در حال گسترش است (اسمیت و راتر[1]، ۱۹۹۵). در حالی که در گزارش سازمان بهداشت جهانی[2] (۲۰۰۵) از وضعیت سلامت روانی جامعه ایران، میزان شیوع اختلالات روانی برابر ۲۱/۹ درصد عنوان شده است. در آخرین بررسی شیوع‌شناسی بیماری‌های روانی در سال‌های ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰ شیوع اختلال‌های روانی در ایران ۲۳/۶ درصد گزارش شده است. در جمعیت عمومی تحقیق‌های؛ رئیسون، میری، دستجردی و شریف زاده (۱۳۹۱) و احمدوند، سپهرمنش، قریشی، عصاریان، موسوی و همکاران (۱۳۸۹) درباره شیوع اختلالات روانی[3] در بیرجند و کاشان نشان‌دهنده شیوع نسبتاً بالای اختلالات روانی است، به طور مثال در بیرجند ۵۵ درصد جمعیت از اختلالات روانی رنج می‌برند.

در جمعیت دانش آموزی؛ معروفی و یوسف زاده (۱۳۹۱) گزارش کردند که ۸۱/۶ درصد از دانش‌آموزان دختر دوره پیش دانشگاهی همدان مشکوک به اختلالات روانی هستند. عبدی خطیبی (۱۳۹۱) از تحقیق خود نتیجه گرفتند که ۶۳/۳ درصد از دانش‌آموزان منطقه اهر دارای علائم اختلالات روانی هستند و بیشترین شیوع به ترتیب مربوط به پارانویا(۷۶/۳ درصد)، وسواس و اجبار(۶۷/۶ درصد) و افسردگی(۶۳/۷ درصد) می‌شود. مقوله سلامت روان روز به روز اهمیت بیشتری می‌یابد. تیلور و لانگ[4] (۲۰۰۶)، در پژوهش به این نتیجه رسیدند که امروزه آمار مبتلایان به اختلالات روانی در میان قشر جوان در مقایسه با سالهای قبل رو به فزونی است. از طرفی، منبع کنترل به عنوان یکی از ویژگی‌های شخصیتی به بسیاری از جنبه‌های رفتاری افراد جامعه تأثیرگذار است. منبع کنترل درونی یعنی اعتقاد فرد به توانایی‌ها و استعدادهای درونی در حل مسئله یا عدم‌اعتقاد به شانس و عوامل قدرتمند بیرونی در نتیجه برخورداری غیرمنفعلانه با شرایط محیطی است (نوویکی و استریکلند[5]، ۱۹۷۳). چگونگی جستجوی اطلاعات در محیط و شیوه‌ی پردازش اطلاعات در رابطه با وقایع و مسائل زندگی است (لو[6]، ۱۹۸۲). یکی از وجوه قابل مطالعه و مهم شخصیت بررسی مکان کنترل در افراد است، منبع کنترل توانایی شناختی است که بر پایه‌ی آن فرد با انجام رفتار مشخص در موقعیتی معین پاداش‌ها را به دست می‌آورد و یا ممکن است به دلیل نقص شناخت قادر به اعمال چنین کنترلی بر رویدادها را نداشته باشد (لونسون[7]، ۱۹۸۱؛ به نقل از ویلکینسون[8]، ۲۰۰۷). مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که احساس کنترل شخصی با سلامت جسمی و روانی در طول دوره زندگی مرتبط است (بندورا[9] و همکاران، ۱۹۹۹). بطور مشخص نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد مردمی که احساس می‌کنند می‌توانند بر وقایعی که در زندگیشان رخ می‌دهد مؤثر باشند نسبت به افرادی که چنین باوری ندارند و معتقدند کوشش‌های آن‌ها در دنیای بیرونی تاثیری ندارد، بهره بیشتری از سلامتی می‌برند (کراوس و شاو[10]، ۲۰۰۰؛ به نقل از احمدی، ۲۰۲۰).

---

1. Smith, D. J., & Rutter, M.
2 World Health Organization= WHO
3.Psychopathy
4. Taylor, J., & Lang, A. R
5. Nowicki, S., & Strickland, B. R
6.low
7.Levenson
8. Wilkinson
9.Bandura
10. Kraus and Shaw

[Downloaded from jnip.ir on 2025-12-25]

افراد دارای منبع کنترل درونی معتقدند که رویدادهای مثبت زندگی در نتیجه نقشه‌ریزی دقیق و کوشش پیگیر خود آنها بدست می‌آید، در صورتی که افراد دارای منبع کنترل بیرونی بین رفتار خود و رویدادها هیچگونه رابطه علت و معلولی نمی‌بینند و برای کوشش‌های خود ارزشی قائل نمی‌شوند. آن‌ها به کنترل زندگی خود به دست خویش در حال و آینده چندان ایمانی ندارند. در مقابل افراد معتقد به منبع کنترل درونی بر این باورند که کنترل زندگی خود را شخصاً در دست دارند و برای مهارتها و توانایی‌های خود ارزش قائل می‌شوند. همچنین شواهدی در دست است حاکی از اینکه این افراد از سلامت روانی بیشتری برخوردارند و اینکه منبع کنترل بر پیامدهای عاطفی یا هیجانی ناشی از بازده‌های پیشرفت تأثیر دارد (سیف، ۱۳۸۶).

از سوی دیگر، ذهن آگاهی شکلی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آئین‌های مذهبی شرقی دارد (تر- اوست[1] و همکاران، ۲۰۲۱). کابات – زین[2] (۲۰۱۵)، ذهن آگاهی را توجه کردن به شیو ه‌ای خاص، هدفمند، در زمان کنونی و بدون قضاوت و پیش‌داوری تعریف کرده است. در ذهن آگاهی، فرد در هر لحظه از شیوه ذهنی خود آگاه می‌شود و پس از آگاهی روی دو شیوه ذهن، یکی انجام دادن و دیگری بودن، یاد می‌گیرد ذهن را از یک شیوه به شیوه دیگر حرکت دهد که مستلزم آموزش راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرایند توجه است (سگال، ویلیامز و تیزدل[3]، ۲۰۱۸). ذهن آگاهی به عنوان مبنایی برای درمان‌های روان شناختی، نظارتی پایدار بر شرایط جاری است. نوعی از آگاهی را که بر اثر توجه روی هدف، در لحظه جاری و بدون استنتاج لحظه به لحظه وجود دارد (کابات – زین، ۲۰۱۵). به عبارت دیگر، ذهن آگاهی تعمقی غیرعمد بر روی وقایع حاضر و جاری بوده، به عنوان نوعی آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از آنچه اکنون در حال وقوع است، تعریف می‌گردد(هیز و ویلسون[4]، ۲۰۰۳؛ رایان و براون، ۲۰۰۳؛ به نقل از رایان[5]، ۲۰۱۹). افراد ذهن آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می‌کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجان‌ها و تجربه‌ها، اعم از خوشایند و ناخوشایند دارند (براون[6] و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین، ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از مارپیچ فروکاهنده خلق منفی، فکر منفی، گرایش به پاسخ‌های نگران کننده و رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود (سگال و همکاران، ۲۰۱۸).

با توجه به تحقیقات صورت گرفته داخلی و خارجی که در سطور بالا به آنها اشاره شد به نظر می‌رسد منبع کنترل درونی وذهن آگاهی به خصوص در دانش آموزان مقطع متوسطه کشورمان از مقبولیت و تأثیرگذاری در سلامت روان برخوردار نبوده است. نتایج پژوهش‌های پیشین معرف وجود ارتباط بین منبع کنترل، ذهنی آگاهی با سلامت روانی است؛ بدین معنا که افرادی که از لحاظ منبع کنترل درونی‌ترند و ذهن آگاهی بالاتری دارند از سلامت روان بالاتری برخوردارند، در این پژوهش نیز به بررسی رابطه بین منبع کنترل، ذهن آگاهی با سلامت روان پرداخته شده است. از این رو در پژوهش حاضر به دنبال پاسخ این سؤال هستیم که «چه رابطه‌ای بین منبع کنترل درونی و ذهن آگاهی با سلامت روان دانش‌آموزان پسر

---

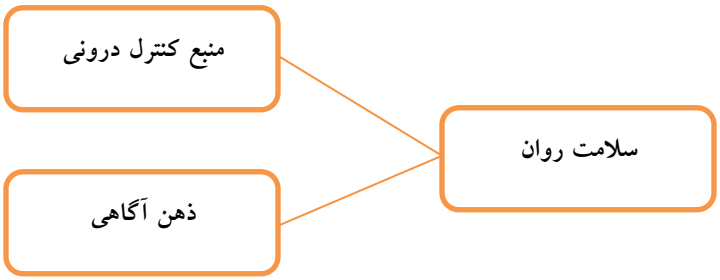
[1]. Ter Avest
[2]. Kabat-Zinn
[3]. Segal, Z. V., Williams, M., & Teasdale, J
[4]. Hayes, S. C., & Wilson, K. G
[5]. Rayan
[6]. Brown

[Downloaded from jnip.ir on 2025-12-25]

مقطع متوسطه وجود دارد؟». با توجه به این سوال و با استفاده از پژوهش‌های صورت گرفته گذشته، فرضیه‌های پژوهشی ذیل تدوین گردید:

- بین منبع کنترل درونی با سلامت روان دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه رابطه وجود دارد.
- بین ذهن آگاهی با سلامت روان دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه رابطه وجود دارد.
- منبع کنترل درونی و ذهن آگاهی، سلامت روان دانش‌آموزان را پیش بینی می‌کند.

در نهایت مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ ارائه شده است:



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش(منبع کنترل راتر (۱۹۶۶)، ذهن آگاهی براون و رایان (۲۰۰۳؛ به نقل از وارقز و شارما، ۲۰۲۱)، سلامت روان گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۲)

روش‌شناسی

روش مورد استفاده در این پژوهش بر حسب هدف کاربردی و از نظر گردآوری داده ها توصیفی و از نوع همبستگی بود. در این پژوهش جامعه آماری را کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه شهرستان رباط کریم که تعداد آنها بالغ بر ۲۰۰۰ نفر بود تشکیل می‌داد و از این میان با استفاده از روش تصادفی خوشه‌ای نمونه‌ای به اندازه ۹۰ نفر انتخاب شد. به منظور گردآوری اطلاعات از سه پرسشنامه استاندارد منبع کنترل راتر (۱۹۶۶)، ذهن آگاهی براون و رایان (۲۰۰۳؛ به نقل از وارقز و شارما[1]، ۲۰۲۱) و سلامت روان گلدبرگ و هیلر[2] (۱۹۷۲) استفاده شد که در جدول (۱) شاخص‌های آن به نمایش گذاشته شده است. به منظور سنجش روایی از روایی محتوا استفاده شد که برای این منظور پرسشنامه‌ها به تائید متخصصین مربوطه رسید. همچنین به منظور سنجش پایایی پرسشنامه‌ها از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار این ضریب برای هر یک از پرسشنامه‌ها بالای ۰.۷ به دست آمد. پرسشنامه‌ی مذکور در میان گروهی از دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه شهرستان رباط کریم توزیع گردید و پس از دریافت پرسشنامه‌ها با توجه به آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره) تجزیه و تحلیل صورت گرفت.

جدول ۱: سازه‌های پژوهش و ابعاد و گویه‌ها

سازه‌های اصلی	ابعاد	منبع گردآوری داده‌ها	منابع	گویه‌های مربوط به هر مؤلفه	آلفای کرونباخ

[1]. Varghese, P. J., & Sharma, S. S
[2]. Goldberg and Hillier

[Downloaded from jnip.ir on 2025-12-25]

منبع کنترل درونی	-	دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه شهرستان رباط کریم	راتر(۱۹۶۶)	۲۰-۲۱-۲۳-۲۵-۲۹-۲-۶-۷-۹-۱۶-۱۷-۱۸	۰.۸۱
ذهن آگاهی	-		براون و رایان(۲۰۰۳)	۱-۱۵	۰.۸۷
سلامت روان	علائم جسمانی		گلدبرگ و هیلر(۱۹۷۲)	۱-۷	۰.۷۹
	علائم اضطراب و اختلال خواب			۸-۱۴	
	سه کارکرد اجتماعی			۱۵-۲۱	
	علائم افسردگی			۲۲-۲۸	

یافته‌ها

آزمون فرضیه‌ها

در این قسمت فرضیه‌های پژوهش با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و آزمون رگرسیون چند متغیره محاسبه می‌شود.

آزمون فرضیه اول: بین منبع کنترل درونی با سلامت روانی دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه شهرستان رباط‌کریم رابطه وجود دارد.

برای تعیین رابطه بین منبع کنترل درونی با سلامت روانی به منظور به دست آوردن ضریب همبستگی بین دو مقیاس، پرسشنامه‌ها بر روی ۹۰ نفر از دانش‌آموزان اجرا شد ضرایب همبستگی بین دو مقیاس در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: همبستگی پیرسون منبع کنترل درونی با سلامت روانی

متغیر	سلامت روان r همبستگی
منبع کنترل درونی	۰/۴۱۱**

**P <۰/۰۱

با توجه به یافته جدول فوق، بین منبع کنترل درونی با سلامت روانی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. بدین معنا دانش آموزانی که منبع کنترل درونی دارند از سلامت روانی بیشتر برخوردارند.

آزمون فرضیه دوم: بین ذهن آگاهی با سلامت روانی دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه شهرستان رباط‌کریم رابطه وجود دارد.

برای تعیین رابطه بین ذهن آگاهی با سلامت روانی به منظور به دست آوردن ضریب همبستگی بین دو مقیاس، پرسشنامه‌ها بر روی ۹۰ نفر از دانش آموزان اجرا شد ضرایب همبستگی بین دو مقیاس در جدول ۳ ارائه شده است.

[Downloaded from jnip.ir on 2025-12-25]

جدول ۳: همبستگی پیرسون منبع ذهن آگاهی با سلامت روانی

متغیر	سلامت روان r همبستگی
ذهن آگاهی	۰/۲۴۱*

***P <۰/۰۵**

با توجه به یافته جدول بالا، بین ذهن آگاهی با سلامت روانی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد، بدین معنا دانش‌آموزانی که ذهن آگاهی دارند از سلامت روانی بیشتر برخوردارند.

آزمون فرضیه سوم: منبع کنترل درونی و ذهن آگاهی، سلامت روان دانش‌آموزان را پیش‌بینی می‌کند.

به منظور پیش‌بینی سلامت روان دانش‌آموزان براساس منبع کنترل درونی و ذهن آگاهی از روش همزمان تحلیل رگرسیون چندمتغیری استفاده شد. برای این منظور نتایج آزمون رگرسیون در مورد فرضیه سوم پژوهش در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴: خلاصه جدول ضرایب رگرسیون برای پیش بینی سلامت روان دانش آموزان

مدل	متغیر	B	انحراف معیار	Beta	آماره t	Tolerance	VIF
همزمان	ثابت	۲۹/۹۱۲	۷/۶۷۹				
	منبع کنترل درونی	۱/۱۲۷	۰/۲۹	۰/۳۷۹	۳/۸۸۱**	۰/۹۶۵	۱/۰۳۶
	ذهن آگاهی	-۰/۲۰۶	۰/۱۱۸	-۰/۱۷۰	-۱/۷۴۳	۰/۹۶۵	۱/۰۳۶

** >P۰/۰۱

همانطور که در جدول فوق ملاحظه گردید، مقدار Tolerance و VIF محاسبه شده برای هر متغیر مستقل، نشان می‌دهد مفروضه هم خطی چندمتغیره رعایت شده است. متغیر پیش بین منبع کنترل درونی قادر به پیش بینی سلامت روان است. آزمون معناداری t در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است. ضریب رگرسیون منبع کنترل درونی (۰/۳۷۹) رابطه مثبت معنی دار با سلامت روان دارد.

لازم به ذکر است در این مدل ذهن آگاهی معنادار نبود.

بحث و نتیجه‌گیری

تمامی تلاش‌هایی که در روند انجام یک کار پژوهشی صورت می‌گیرد، در واقع برای دستیابی به نتایج مطلوب و پیشنهادهایی برای پژوهش است. چرا که هدف از انجام پژوهش، یافتن راه‌حل برای مشکلاتی است که وجود دارد و دغدغه پژوهشگر بوده و باعث انجام پژوهش شده است. گاهی این مشکلات هر چند در ظاهر کوچک و ناچیز بوده ولی هزینه و انرژی زیادی در جامعه هدر داده و کارآیی و اثربخشی را کاهش می‌دهند و مانع رسیدن به نتایج مورد نظر و ارزشمند می‌گردند. از طریق پژوهش می‌توان این مشکلات و راه حل‌های رفع آن‌ها را پیش‌بینی و مهیا کرد و اقدامات مناسب را انجام داد تا در نهایت

[Downloaded from jnip.ir on 2025-12-25]

کارآیی و نتایج مثبت افزایش یابد. لذا این پژوهش با توجه به اهمیت موضوع، رابطه منبع کنترل درونی و ذهن آگاهی با سلامت روان دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه شهرستان رباط کریم را مورد بررسی قرار داد، که در ادامه براساس فرضیه‌های موجود در پژوهش به بحث و نتیجه‌گیری می‌پردازیم:

یافته‌ی اول نشان داد که همبستگی بین کل نمرات آزمون منبع کنترل درونی با سلامت روان، رابطه‌ای مثبت و معنی‌دار است. به بیان دیگر افرادی که از لحاظ منبع کنترل درونی‌تر هستند از سلامت روانی بالاتری برخوردارند؛ که این نتیجه با نتایج تحقیقات برقی و علیپور (۱۳۸۸)، یایاری، مرادی و یحیی‌زاده (۱۳۸۶)، احمدی (۲۰۲۰)، کلی و استاک[1] (۲۰۰۰)، الیزه[2] و همکاران (۱۹۹۸)، همسو بود. در تبیین یافته حاضر می‌توان چنین مطرح نمود که کانون کنترل درونی با واقع بینی، شناخت و منطقی بودن همراه است، در حالی که کانون کنترل بیرونی احساساتی بودن، عدم شناخت و غیرمنطقی بودن در برابر حوادث یا علل رفتارها را به همراه دارد (کریمی، ۱۳۹۸). افراد دارای منبع کنترل درونی معتقدند که رویدادهای مثبت زندگی در نتیجه نقشه‌ریزی دقیق و کوشش پیگیر خود آنها بدست می‌آید، در صورتی که افراد دارای منبع کنترل بیرونی بین رفتار خود و رویدادها هیچگونه رابطه علت و معلولی نمی‌بینند و برای کوششهای خودارزشی قائل نمی‌شوند. آن‌ها به کنترل زندگی خود به دست خویش در حال و آینده چندان ایمانی ندارند. در مقابل افراد معتقد به منبع کنترل درونی بر این باورند که کنترل زندگی خود را شخصاً در دست دارند و برای مهارتها و توانایی‌های خود ارزش قائل می‌شوند. همچنین شواهدی در دست است حاکی از اینکه این افراد از سلامت روانی بیشتری برخوردارند و اینکه منبع کنترل بر پیا مدهای عاطفی یا هیجانی ناشی از بازده‌های پیشرفت تأثیر دارد (سیف، ۱۳۸۶). همچنین مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که احساس کنترل شخصی با سلامت جسمی و روانی در طول دوره زندگی مرتبط است (بندورا، ۱۹۹۵). افرادی که دارای منبع کنترل درونی هستند، به خصوص در وظایف عملی و هوشی دارای موفقیت بالاتری هستند. بعلاوه درونی‌ها تمایل دارند که در عین استقلال، در امور با دیگران همکاری کنند، آن‌ها در مقایسه با بیرونی‌ها، نگرش مطلوب‌تری نسبت به مراجع قدرت دارند، مهارت‌های انطباقی درونی‌ها در موقعیت‌های اجتماعی تمایل به سازگاری بالاتری دارد و به طور کلی سلامت روانی آنها بهتر از بیرونی‌هاست (مارچاند[3] و همکاران، ۲۰۱۵).

یافته‌ی دوم نشان داد که همبستگی بین کل نمرات آزمون ذهن آگاهی با سلامت روان، رابطه‌ای مثبت و معنی‌دار است. به بیان دیگر دانش‌آموزانی که دارای ذهن آگاهی هستند از سلامت روانی بیشتری برخوردارند؛ که این نتیجه با نتایج پژوهش‌های سگال، ویلیامز و تیزدل (۲۰۱۸)، دوان[4] (۲۰۱۶)، کابات زین (۲۰۱۵)، براون و ریان (۲۰۰۳؛ به نقل از رایان، ۲۰۱۹)، همسو بود.

یافته‌های این پژوهش با آنچه در نظریه سگال و همکاران (۲۰۱۸) بیان می‌شود هماهنگ است. طبق نظریه سگال، ذهن افراد در مورد وقایعی که اتفاق می افتد تفسیر و استنباط می‌کند و باعث واکنش‌ها و احساسات پایداری می‌شود. در افرادی که از سلامت روان پایین‌تری برخوردارند ذهن، دائماً به سمت افکار ناراحت کننده و منفی است که این خود باعث سلامت روانی کمتری می‌شود، به نظر می‌رسد ذهن آگاهی بالا به افراد کمک می‌کند تا بتوانند با توجه متمرکز بر روی محرک‌های

1. Kelley, T. M., & Stack, S. A
2. Elise
3. Marchand
4. Duan

[Downloaded from jnip.ir on 2025-12-25]

خنثی و آگاهی قصدمندانه روی جسم و ذهن، سلامت روانی بالاتری را تجربه کنند، و نگرانی در مورد گذشته و آینده را رها کنند و ذهن خود را از حالت خودکار خارج کنند؛ یعنی با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حاضر و برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمد اطلاعات افراد از سلامتی روانی بالاتری برخوردار خواهند شد. افزون بر این وقتی که فرد احساس آرامش عمیق حاصل از ذهن آگاهی را در عمق وجود خویش درک کند دیگر از خود نمی‌پرسد که معنا و هدف زندگی چیست؟ به وضوح خواهد فهمید که آرامش، عشق و لذت همگی در درون خودش است. در خواهد یافت که همه رنج‌ها ودردها و اندوه موجود در دنیا بخاطر آن است که بشر در درک و استفاده از این منبع درونی آرامش و عشق و شادی خود را محروم ساخته است. خواهد فهمید احساسات بد و ناخوشایندی که بعضی اوقات وجودش را فرا می‌گیرند به خاطر دیدن دنیا از پنجره‌های اشتباه است. وقتی درک کند که هدفش دسترسی عمیق‌تر به منابع درون وجود خودش است و این نه تنها به خاطر خودش، بلکه به خاطر همه انسان‌هایی که اطرافش هستند، آن زمان زندگی برایش معنایی زیبا و عمیق خواهد داشت.

در لحظه حال بودن لذت بردن از لحظه حاضر مهمترین تکنیک بکار برده شده در این روش می‌باشد.در ذهن آگاهی فرد با دلی باز و قلبی مطمئن به همه افکار و احساسات و هیجانات و عادتها و واکنش‌ها، اجازه خود نمایی و عرض‌اندام می‌دهد. در عین حال خودش را به افکار و احساسات و ایده‌ها و تخیلاتش نمی‌چسباند و آنها را با خودش یکی نمی‌داند؛ یعنی هویت خودش را از آنها طلب نمی‌کند. برای فرد ذهن آگاه فکر یک چیز است وواقیت زندگی یک چیز دیگر و فکر الزاماً واقیت زندگی نیست. ذهن آگاهی به آنها کمک می‌نماید هیجانهای منفی خود را بهتر مدیریت کنند. مهارتهای مقابله سازگارانه تری کسب کنند و قادر به ارزیابی مجدد استرسورها (برای مثال، جنگیدن با مشکل را فرصتی برای رشد نه تهدید) باشند. در تبیین دیگر این فرضیه باید گفت کاری که پر آگاهی انجام می‌دهد این است که یک قدم از همه افکار چه مثبت و چه منفی فاصله می‌گیرد. افکار افکار هستند و واقعیت نیستند. فرد نمی‌تواند افکار را به طور کامل کنترل کند همه کاری که از دستش بر می‌آید این است که افکار را نگاه کند از آنها فاصله بگیرد و واکنش خود به خودی نسبت به افکارش را متوقف کند. هر چه بتواند این کار را بیشتر انجام دهد احساس تحت کنترل بودن بیشتری پیدا می‌کند. ذهن آگاهی موجب افزایش نگرش پذیرشی و شفقت نسبت به خود، دیگران و طبیعت می‌شود. داشتن نگرش پذیرشی موجب می‌شود که فرد بدون قضاوت و تعبیر و تفسیر حوادث و تجارب درونی خود را بپذیرد و تلاشی برای تغییر، اجتناب یا حذف آنها انجام ندهد. شفقت به مثابه داشتن عشق بی قید و شرط نسبت به انسانها و اشیا و توانایی پذیرش همه بخش‌های (چه خوش آیند وچه نا خوش آیند) خودمان، دیگران و زندگی توصیف می‌شود. پرورش روح شفقت به مثابه گذر گاهی در غلبه بر هیجان‌های منفی و رشد ارتباط با دیگران است (هاداش[1] و همکاران، ۲۰۱۶).

یافته‌ی سوم نشان داد که منبع کنترل درونی پیش بینی کننده معنی دار سلامت روان است و می‌توان گفت افرادی که از لحاظ منبع کنترل درونی‌اند، از سلامت روانی بالایی برخوردارند؛ که این نتیجه با نتایج تحقیقات، بابیوردی (۱۳۷۸)، برقی و علیپور (۱۳۸۸)، یایاری، مرادی و یحیی‌زاده (۱۳۸۶)، سیف (۱۳۸۶)، کلی و استاک (۲۰۰۰)، همسو بوده است.

[1]. Hadash

[Downloaded from jnip.ir on 2025-12-25]

مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که احساس کنترل شخصی با سلامت جسمی و روانی در طول دوره زندگی مرتبط است (بندورا[1]، ۱۹۹۵). بطور مشخص نتایج پژوهشها نشان می‌دهد مردمی که احساس می‌کنند می‌توانند بر وقایعی که در زندگیشان رخ می‌دهد مؤثر باشند نسبت به افرادی که چنین باوری ندارند و معتقدند کوشش‌های آن‌ها در دنیای بیرونی تاثیری ندارد، بهره بیشتری از سلامتی می‌برند (مندس-سانتوس[2] و همکاران، ۲۰۲۰). کنترل یعنی توان هدایت یا اعمال قدرت یا بازداری رفتار خود یا دیگران، احساس کنترل داشتن، احساس مطلوبی است که در بهداشت روانی فرد نقش مهمی بازی می‌کند حتی اگر این احساس توهمی بیش نباشد (کریمی، ۱۳۹۸). افراد دارای منبع کنترل درونی معتقدند که رویدادهای مثبت زندگی در نتیجه نقشه ریزی دقیق و کوشش پیگیر خود آنها بدست می‌آید و بر این باورند که کنترل زندگی خود را شخصاً در دست دارند و برای مهارتها و توانایی‌های خود ارزش قائل می‌شوند. همچنین شواهدی در دست است حاکی از اینکه این افراد از سلامت روانی بیشتری برخوردارند واینکه منبع کنترل بر پیامدهای عاطفی یا هیجانی ناشی از بازده‌های پیشرفت تأثیر دارد (سیف، ۱۳۸۶). مطالعات متعددی نشان داده‌اند که درونی‌ها نسبت به بیرونی‌ها احتمال بیشتری برای جستجو اطلاعات دارند، به عبارت دیگر، این خصوصیت از این مفهوم نظری ناشی می‌شود که درونی‌ها خودشان را بیشتر مسئول نتایج رفتارشان می‌دانند، بنابراین آنها خواستار اطلاعات هستند تا شانس خود را در مورد نتایج مطلوب بهبود بخشند و در اجتناب از نتایج نامطلوب بهتر عمل کنند. بعلاوه درونی‌ها تمایل دارند که در عین استقلال، در امور با دیگران همکاری کنند، آن‌ها در مقایسه با بیرونی‌ها، نگرش مطلوب‌تری نسبت به مراجع قدرت دارند، مهارتهای انطباقی درونی‌ها در موقعیت‌های اجتماعی تمایل به سازگاری بالاتری دارد و به طور کلی سلامت روانی آنها بهتر از بیرونی‌هاست. درباره متغیر ذهن آگاهی می‌توان گفت در این تحقیق این متغیر پیش‌بینی‌کننده سلامت روان نبوده است و این نتیجه با نتایج تحقیقات شاپیرو[3] و همکاران (۲۰۰۸)، استافین[4] و همکاران (۲۰۰۶)، گروسمن، نایمن، اسچمیت و والاچ[5] (۲۰۰۴)، همسو بود.

براساس یافته‌های پژوهش، پیشنهادهایی در ادامه ارائه می‌گردد:

- ✓ جهت ارتقاء سطح سلامت روانی، به خانواده‌ها پیشنهاد می‌شود با انجام رفتارهای مثبت و بازخوردهای سازنده ادراکات مثبت و سازش یافته‌ای را در نوجوانان و جوانان تقویت کنند تا بهتر و موثرتر بتوانند بین ابعاد مختلف سلامت روان خودشان، شناخت‌ها، عواطف و رفتارها تعادل برقرار کنند.
- ✓ پیشنهاد می‌شود که مراکز مشاوره مدارس و آموزش و پرورش برنامه‌های آموزشی و درمانی در جهت تغییر و تقویت توانایی ذهن آگاهی با هدف پیشگیری و ارتقاء سطح سلامت روانی به صورت فوق برنامه یا در کنار برنامه‌های مشاوره‌ای برای دانش‌آموزان اجرا نمایند.

---

1. Bandura
2. Mendes-Santos
3. Shapiro
4. Ostafin
5. Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H

[Downloaded from jnip.ir on 2025-12-25]

- ✓ با توجه به معنادار شدن رابطه منبع کنترل، ذهن آگاهی با سلامت روانی نوجوانان، به روانشناسان و مشاوران که در حوزه سلامت روانی فعالیت می‌کنند، پیشنهاد می‌شود که در برگزاری کارگاه‌های آموزشی- درمانی و فعالیت‌های مشاوره‌ای و درمانی برای نوجوانان که درگیر این مشکلات(منبع کنترل بیرونی،ذهن آگاهی کم) هستند، بکوشند.
- ✓ با توجه به اینکه این مطالعه بر روی دانش‌آموزان پسر انجام شده است پیشنهاد می‌شود، در پژوهش جداگانه‌ای با نمونه انتخاب شده از بین دختران دانش‌آموز و یا نمونه پژوهش از هر دو جنس تشکیل شده باشد تا تعمیم‌پذیری نتایج بیشتر گردد.

منابع

احمدوند، افشین؛ سپهرمنش، زهرا؛ قریشی، فاطمه؛ عصاریان، فاطمه؛ موسوی، غلامعباس، ساعی رضوان و همکاران. (۱۳۸۹). بررسی شیوع اختلالات روانی در جمعیت عمومی شهر کاشان در سال۱۳۸۷ .*مجله اپیدمیولوژی ایران*. ۶ (۲): ۱۶-۲۴.

بابیوردی، علی.(۱۳۷۸)، بررسی رابطه بین منبع کنترل و سلامت روان دانشجویان مراجعه کننده مراکز مشاوره دانشگاه تبریز در پنج دهم سال دو ۷۸-۷۷. تهران. *پایاننامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم*.

برقی، زیبا و علیپور، احمد. (۱۳۸۸)، بررسی رابطه سلامت روان با باورهای مذهبی، منبع کنترل و خوش بینی استادان دانشگاه، *معرفت در دانشگاه اسلامی ۴۳*، سال ۱۳، شماره ۳.

حیدری، پویا، (۱۳۹۷)، رابطه بین سبک یادگیری و انگیزش تحصیلی با سلامت روانی دانش آموزان، *کنفرانس ملی دستاوردهای نوین جهان در تعلیم و تربیت، روانشناسی، حقوق و مطالعات فرهنگی - اجتماعی، خوی*.

رئیسون، محمدرضا؛ میری، محمدرضا؛ دستجردی، رضا و شریف زاده، غلامرضا. (۱۳۹۱). بررسی شیوع اختلالات روانی در شهر بیرجند- سال ۱۳۸۸ .*مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*. ۱۹ (۱): ۸۱-۸۷.

سیف، علی اکبر. (۱۳۸۶). روانشناسی پرورشی: روانشناسی یادگیری و آموزش. تهران: انتشارات آگاه.

کریمی، یوسف. (۱۳۹۸). *روانشناسی شخصیت*، تهران: نشر ویرایش.

مرزآبادی، اسفندیار آزاد؛ فتحی آشتیانی، علی؛ احمدی زاده، محمد جواد؛ انیسی، جعفر و زمانی نسب، روح‌اله. (۱۳۹۳). رابطه سلامت جسمی، روانی و معنویت با خودکارآمدی در کارکنان نظامی. *مجله طب نظامی*. دوره ۱۶، شماره ۴، صص: ۲۱۷-۲۲۳.

معروفی، یحیی و یوسف‌زاده، محمدرضا. (۱۳۹۱). رابطه بین مهارت های تفکر انتقادی و سلامت روانی دانش‌آموزان دختر دوره پیش دانشگاهی شهر همدان. *مجله پزشکی بالینی ابن سینا*. دوره ۱۹، شماره ۱، صص: ۵۳-۶۱.

نصراصفهانی، مهدی و عطاری مقدم، جعفر. (۱۳۹۶). تدوین پیشنویس قانون سلامت روان. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. دوره ۲۳، شماره ۱، صص: ۵۰-۶۷.

یایاری، فریدون؛ مرادی، علیرضا و یحیی‌زاده، سلیمان. (۱۳۸۶). رابطه هوش هیجانی و منبع کنترل با سلامت روان شناختی در بین دانشجویان دانشگاه مازندران. *مطالعات روان شناختی*. دوره ۳، شماره ۱، صص: ۲۱-۳۹.

Adelman, H. S., & Taylor, L. (1999). Mental health in schools and system restructuring. *Clinical psychology review*, *19*(2), 137-163.

Ahmadi, S. (2020). A Cross-cultural Study of Work Ethic and its Relationship with Locus of Control among the Iranian and Italian Employees. *Journal of Applied Sociology*, *31*(2), 41-54.

Bandura, A., Freeman, W. H., & Lightsey, R. (1999). Self-efficacy: The exercise of control.

Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological inquiry*, *18*(4), 211-237.

[Downloaded from jnip.ir on 2025-12-25]

Duan, W. (2016). Mediation role of individual strengths in dispositional mindfulness and mental health. *Personality and Individual Differences*, *99*, 7-10.

Elise, R. H., Bryan, H., & KATHLEEN, C. (1998). Adolescent Health: The Relationships Betwen Health Locus of Control, Beliefs and Behaviours. *Guidance & Counseling*, *13*(3), 23-30.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, *57*(1), 35-43.

Hadash, Y., Plonsker, R., Vago, D. R., & Bernstein, A. (2016). Experiential self-referential and selfless processing in mindfulness and mental health: Conceptual model and implicit measurement methodology. *Psychological assessment*, *28*(7), 856.

Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (2003). Mindfulness: method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*(2), 161.

Kabat-Zinn, J. (2015). Mindfulness. *Mindfulness*, *6*(6), 1481-1483.

Kelley, T. M., & Stack, S. A. (2000). THOUGHT RECOGNITION, LOCUS OF CONTROL. *Adolescence*, *35*, 139.

Marchand, A., Durand, P., Haines, V., & Harvey, S. (2015). The multilevel determinants of workers' mental health: results from the SALVEO study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *50*(3), 445-459.

Mendes-Santos, C., Andersson, G., Weiderpass, E., & Santana, R. (2020). Mitigating COVID-19 impact on the portuguese population mental health: the opportunity that lies in digital mental health. *Frontiers in public health*, *8*, 599.

Nowicki, S., & Strickland, B. R. (1973). A locus of control scale for children. *Journal of consulting and clinical psychology*, *40*(1), 148.

O'Reilly, M., Dogra, N., Hughes, J., Reilly, P., George, R., & Whiteman, N. (2019). Potential of social media in promoting mental health in adolescents. *Health promotion international*, *34*(5), 981-991.

Ostafin, B. D., Chawla, N., Bowen, S., Dillworth, T. M., Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2006). Intensive mindfulness training and the reduction of psychological distress: A preliminary study. *Cognitive and Behavioral Practice*, *13*(3), 191-197.

Patel, V., Flisher, A. J., Nikapota, A., & Malhotra, S. (2008). Promoting child and adolescent mental health in low and middle income countries. *Journal of child psychology and psychiatry*, *49*(3), 313-334.

Rayan, A. (2019). Mindfulness, self-efficacy, and stress among final-year nursing students. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, *57*(4), 49-55.

Segal, Z. V., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications.

Shapiro, S. L., Oman, D., Thoresen, C. E., Plante, T. G., & Flinders, T. (2008). Cultivating mindfulness: effects on well-being. *Journal of clinical psychology*, *64*(7), 840-862.

Smith, D. J., & Rutter, M. (1995). *Psychosocial disorders in young people: time trends and their causes*. Academia Europaea/John Wiley.

Taylor, J., & Lang, A. R. (2006). Psychopathy and Substance Use Disorders.

Ter Avest, M. J., Schuling, R., Greven, C. U., Huijbers, M. J., Wilderjans, T. F., Spinhoven, P., & Speckens, A. E. M. (2021). Interplay between self-compassion and affect during Mindfulness-Based Compassionate Living for recurrent depression: An Autoregressive Latent Trajectory analysis. *Behaviour research and therapy*, *146*, 103946.

[Downloaded from jnip.ir on 2025-12-25]

Varghese, P. J., & Sharma, S. S. (2021). Depression Among Adolescents In Relation To Spiritual Intelligence And Mindfulness. *MIER Journal of Educational Studies Trends and Practices*, 72-81.

Wilkinson, W. W. (2007). The structure of the Levenson locus of control scale in young adults: Comparing item and parcel indicator models. *Personality and Individual Differences*, *43*(6), 1416-1425.

World Health Organization. Department of Mental Health, Substance Abuse, World Health Organization, World Health Organization. Dept. of Mental Health, Substance Abuse. Mental Health, World Health Organization. Mental Health Evidence, & Research Team. (2005). *Mental health atlas 2005*. World Health Organization.

[Downloaded from jnip.ir on 2025-12-25]