

### تحلیلی بر رابطه بین منبع کنترل و سلامت روان در بین دانشجویان

حمید لشکرگیر\* و محمد هادی یاراحمدی

#### چکیده

سلامت روان، علاوه بر اثرپذیری از ویژگی‌های محیطی، با ویژگی‌های توانمندساز درونی یا منابع درونی قدرت ارتباط دارد. برخورداری از این منابع درونی توانایی فرد را با وجود شرایط ناگوار و پیشامدهای منفی، برای رشد سازگارانه خود افزایش می‌دهد؛ از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین منبع کنترل و سلامت روان در بین دانشجویان انجام گرفت. روش تحقیق، از نوع مطالعات توصیفی-همبستگی و پیمایش بود. جامعه آماری، دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد یزد می باشند؛ که تعداد ۳۰۰ نفر به عنوان حجم نمونه با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار تحقیق پرسشنامه سلامت روان (GHQ) ۱۹۷۲ دیوید گلدبرگ و مقیاس منبع کنترل راتر (۱۹۶۶) بود. داده‌های به دست آمده؛ با استفاده از نرم-افزار SPSS مورد پردازش و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که، بین نوع منبع کنترل با سلامت روانی در بین دانشجویان رابطه معنادار آماری وجود دارد. بین دانشجویان دختر و پسر از نظر میزان افسردگی اختلاف معناداری وجود نداشت؛ بین دانشجویان دختر و پسر از نظر میزان اختلال در کارکرد اجتماعی اختلاف معناداری وجود داشت؛ بین دانشجویان دختر و پسر از نظر منبع کنترل اختلاف معناداری وجود دارد؛ دانشجویان پسر از منبع کنترل درونی تر، و دانشجویان دختر از منبع کنترل بیرونی تری برخوردار می باشند. بین دانشجویان دختر و پسر از نظر سلامت روانشناختی اختلاف معناداری وجود نداشت. بنابراین توجه به منبع کنترل به منظور ارتقای سلامت روانی مردم جامعه به ویژه دانشجویان از اهمیت بسیاری برخوردار است.

**کلیدواژه‌ها:** منبع کنترل، سلامت روان، جنسیت، دانشجو.

#### مقدمه

برای تضمین سلامت<sup>۱</sup> یک انسان، توجه به چهار بعد (جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی) الزامی است. این ابعاد با یکدیگر ارتباط متقابل (دوسویه) دارند، در نتیجه بروز هر عارضه و اختلالی در هریک از ابعاد چهارگانه مذکور می تواند بقیه ابعاد وجودی انسان را تحت تاثیر قرار دهد. در سالیان اخیر رویکرد آسیب شناختی به مطالعه سلامتی انسان مورد انتقاد قرار گرفته است. بر خلاف این دیدگاه که سلامتی را به عنوان نداشتن بیماری تعریف می کند، رویکردهای جدید بر "خوب بودن" به جای "بد یا بیمار بودن" تأکید می‌کنند. از این منظر، عدم وجود نشانه‌های بیماری‌های روانی، شاخص سلامتی نیست. بلکه سازگاری، شادمانی، اعتماد به نفس و ویژگی های مثبتی از این دست نشان دهنده سلامت بوده و هدف اصلی فرد در زندگی، شکوفاسازی قابلیت‌های خود است. نظریه‌هایی مانند نظریه خودشکوفایی مازلو، کارکرد کامل (راجرز) و انسان بالغ یا بالیدگی (آلپورت) در شکل بندی مفهوم سلامتی روانشناختی<sup>۲</sup> این فرض بنیادین را پذیرفته و از آن بهره جسته اند (ریف، ۲۰۰۴). به دنبال ظهور این نظریه ها و جنبش روانشناسی مثبت که در سلامتی روانی بر وجود ویژگی‌های مثبت و رشد

<sup>1</sup> Health

<sup>2</sup> Mental health

توانایی های فردی تأکید داشتند، گروهی از روانشناسان به جای اصطلاح سلامتی روانی از بهزیستی روانی- اجتماعی استفاده کرده اند. زیرا معتقدند این واژه بیشتر روانشناختی ابعاد مثبت را به ذهن متبادر می کند (میکائیلی، ۱۳۸۹).

در همین زمینه سازمان جهانی بهداشت اعلام کرده که از هر ۴ نفر یک نفر در برخی از مراحل زندگی خود اختلال روانی را تجربه می کند (رستمی و همکاران، ۱۳۹۴). در حال حاضر در سرتاسر جهان حدود ۴۵۰ میلیون نفر از مردم دنیا از مشکلات روانی، عصبی و رفتاری رنج می برند و اختلالات روانی مسئول کمی بیش از یک درصد مرگ و میرها می باشند. ۱۱ درصد بار کلی بیماری های جهان بر عهده همین عوامل می باشد. پیش بینی می شود تا سال ۲۰۳۰، میزان اختلالات روانی و عصبی حدود ۵۰ درصد افزایش یابد و حدود ۱۵ درصد کل بار جهانی بیماریها را شامل شود که این میزان افزایش در سهم نسبی، حتی بیش از افزایش بیماری های قلبی و عروقی خواهد بود. مطالعات انجام شده در کشور نیز میزان شیوع اختلالات روانی را بین ۱۱/۹ تا ۳۰/۲ درصد گزارش کرده اند (نوربالا، ۱۳۹۳). علاوه بر عوامل محیطی تاثیرگذار بر سلامت روانی، معلوم گردیده است که ویژگیهای شخصیتی<sup>۱</sup> و از جمله منبع کنترل افراد بر روی سلامت ادراک شده آنها تاثیر می گذارد (محمدی و همکاران، ۱۳۹۴). در همین خصوص؛ پژوهشگران چنین بر آورد کرده اند که شخصیت هفتاد و پنج درصد از مردم در فرهنگ کنونی جامعه تحت تأثیر عوامل بیرونی شکل می پذیرد تا عوامل درونی (کریمی نیا و همکاران، ۱۳۸۴). اساساً اگر فرد مسئولیت حالتهای عاطفی خود را در لحظات حال متوجه یا چیزی خارج از وجود خود براند معنایش این است که تحت نظارت نیروهای بیرونی قرار دارد به این معنی که اگر از فرد سوال شود «چرا حالتان بد است» جواب می دهد. والدینم با من بد رفتاری می کنند «بد شانس آورده ام و غیره»؛ همچنین بپرسند چرا خوشحال هستید؟ جواب می دهند. برخی دوستانم با من خوب هستند «شانس به من رو کرده است». و در این موارد فرد اشخاص یا اشیایی دیگر را مسبب چگونگی امود خود دانسته یعنی از بیرون نظارت می شوند. شخصی که از درون هدایت می شود، کسی است که مسئولیت حالتهای خود را بر دوش خودش می گذارد. اگر از این افراد، آن سوالها را بنماییم چنین پاسخ هایی خواهند داد. «من در حال حاضر دارای آنچنان توان فکری نیستم که از اندوهگین شدن جلوگیری کنم» «برداشت من غلط است» به این ترتیب فرد از کلمه «من» استفاده می کند با این وجود یک چهارم از مردم مسئولیت حالات و کنترل خویش را خود به عهده می گیرند و سه چهارم دیگر عوامل بیرونی را مورد سرزنش قرار می دهند و به این طریق رویدادها مواجه می شوند.

بنابراین یا افراد دارای منبع کنترل درونی هستند یعنی موفقیت ها و شکست های خود را عموماً به شخص خود نسبت می دهند، افراد دارای منبع کنترل بیرونی هستند که این افراد موفقیت ها و شکست های خود را معمولاً به عوامل بیرونی از خود نسبت می دهند (کریمی، ۱۳۸۸: ۱۲۵) همچنین افراد بیرونی به نشانگان و نشانه هایی که از محیط پیرامون بر می آید بیشتر حساس بوده و به آن توجه زیادتری نشان می دهند و در حالیکه افراد با منبع کنترل درونی به این نشانه های ظرفیت زیاد توجه نمی کنند؛ گفته شده که افراد با منبع کنترل درونی اضطراب کمتر و اعتماد به نفس بیشتری دارند آمادگی بیشتری برای پذیرفتن مسئولیت اعمالشان دارند و از سلامت روانی و جسمانی بیشتری برخوردارند. سلامت روان نیز با ویژگی های توانمندساز درونی یا منابع درونی قدرت ارتباط دارد. برخورداری از این منابع درونی توانایی فرد را، با وجود شرایط ناگوار و پیشامدهای منفی، برای رشد سازگارانه خود افزایش می دهد تا سلامت روان خود را حفظ نماید (جکلون، ۱۹۹۷ به نقل از بشارت، ۱۳۸۶). رسانی (۱۹۹۹) سلامت روان را حالت ذهنی، همراه با سلامت هیجانی نسبتاً رها شده از نشانه های اضطراب و ناتوانی در برقراری روابط سازنده، مقابله با خواسته ها و محرک های تنش زای زندگی می داند. براساس نظر روانشناسان یکی از

<sup>1</sup> Personality characteristics

<sup>2</sup> Locus of Control

عواملی که باعث ارتقاء سلامت روان افراد می‌شود و نقش پیش‌بینی کننده‌ای در این زمینه دارد، منبع کنترل می‌باشد (طهرانی و همکاران، ۱۳۹۱).

مفهوم منبع کنترل، در چارچوب نظریه راتر ارائه شده است. راتر در بیان مفهوم منبع کنترل به دو بعد فرضی درونی و بیرونی اشاره دارد. گروهی که موفقیت‌ها و شکست‌های خود را عموماً به شخص خود (کوشش یا توانایی شخصی) نسبت می‌دهند، افراد دارای منبع کنترل درونی نامیده شده‌اند و گروه دوم که موفقیت‌ها و شکست‌های خود را معمولاً به عوامل بیرون از خود (بخت و اقبال یا دشواری موقعیت‌ها) نسبت می‌دهند، افراد دارای منبع کنترل بیرونی نام گرفته‌اند (یوسفی و همکاران، ۱۳۸۸). منبع کنترل، به نگرش فرد به اینکه پاداش‌ها و نتایج موجود در زندگی توسط خودش (منبع کنترل درونی) یا توسط نیروهای بیرونی (منبع کنترل بیرونی) تعیین می‌شود، اشاره دارد (اولیور و همکاران، ۲۰۰۶). کسانی که منبع کنترل درونی دارند، معتقدند که سازندگان اصلی زندگی خود هستند، اما کسانی که منبع کنترل بیرونی دارند، معتقدند که آنچه بر سر آنها می‌آید اصولاً محصول شانس، تصادف و یا نتیجه اعمال دیگر افراد است (خسروی و آقاجانی، ۱۳۹۰). بنابراین فرضیات راتر، افرادی که دارای کنترل بیرونی هستند دارای ادراک مثبت یا منفی از حوادث و رویدادهایی هستند که ارتباطی با رفتار فرد ندارد و قوای کنترل فردی است. راتر این افراد را معتقد به شانس یا برونی فرض می‌کند در بعد دیگر کنترل درونی قرار دارند. این کنترل فردی است راتر این افراد را معتقد به مهارت یا درونی فرض می‌کند (راتر، ۱۹۷۲: ۲۸). به بیان دیگر اشخاص دارای منبع کنترل درونی باور دارند که کارآمدی، تدبیر، سخت‌کوشی، احتیاط و مسئولیت‌پذیری به پیامدهای مثبت خواهد انجامید و رفتارشان نقش مهمی در افزایش برون‌داد‌های خوب و کاهش برون‌داد‌های بد دارد. برعکس افرادی که منبع کنترل بیرونی دارند، رویدادهای مثبت یا منفی را پیامد رفتار خود نمی‌دانند بلکه آن را به شانس، سرنوشت، نفوذ افراد قدرتمند و عوامل محیطی ناشناخته مهار نشدنی نسبت می‌دهند. در نتیجه بر این باورند که برون‌داد‌های بد یا خوب با رفتار خود آنها ارتباط نداشته و از کنترل آنها خارج است (حیدری پهلویان و همکاران، ۱۳۸۷ و محمدی و همکاران، ۱۳۹۴)؛ بنابراین منبع کنترل در افراد بر سلامت روانی آنها تأثیرگذار است. علاوه بر متغیر منبع کنترل، متغیر جنسیت نیز بر سلامت روان افراد تأثیرگذار است؛ روان‌شناسان و جامعه‌شناسان عقیده دارند که با در نظر گرفتن نقش‌های کلیشه‌ای پسران بیشتر از دختران در اضطراب هستند، «چرا که جامعه تا حدی نسبت به نشان دادن بعضی از رفتارهای مردانه از جانب زنان از خود انعطاف نشان می‌دهند.» (شاملو، ۱۳۹۸). در بحث راجع به سلامت روانی عوامل متعددی هستند که می‌توانند بر میزان سلامت روانی تأثیر گذار باشند. مثلاً عواملی همچون سن، جنس، نوع اشتغال و طبقه اجتماعی - اقتصادی و متغیرهای فردی و محیطی؛ که البته در این تحقیق ما به بررسی جنسیت و منبع کنترل در بین دانشجویان می‌پردازیم. بنابراین با توجه مطالب مطرح شده در این مطالعه به (مقایسه و بررسی رابطه بین منبع کنترل و سلامت روان در بین دانشجویان دختر و پسر) می‌پردازیم.

3

### روش شناسی

روش تحقیق حاضر به لحاظ ماهیت از نوع مطالعات توصیفی - همبستگی و به لحاظ اجرا از نوع پیمایش (مطالعات مبتنی بر پرسشنامه) می‌باشد. همچنین به منظور تکمیل اطلاعات از مطالعات و یافته‌های کتابخانه‌ای نیز استفاده شده است. جامعه آماری دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد یزد می‌باشند؛ که تعداد ۳۰۰ نفر (۱۵۰ دانشجوی دختر و ۱۵۰ دانشجوی پسر) به عنوان حجم نمونه مورد بررسی قرار گرفتند و به منظور یافتن نمونه‌های مورد بررسی از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای استفاده شده است. ابزار تحقیق پرسشنامه می‌باشد؛ شامل:

**پرسشنامه منبع کنترل راتر:** این پرسشنامه که برای سنجش منبع کنترل کاربرد دارد، در سال ۱۹۶۶، توسط «راتر» برای سنجش انتظارات افراد درباره منبع کنترل تدوین و طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۲۹ ماده است که هر ماده

دارای یک جفت سؤال (الف و ب) می‌باشد. این آزمون ارتباطی با هوش و جنسیت ندارد و برای سنجش منبع کنترل در بزرگسالان یکی از پرستفاده‌ترین آزمون‌ها است (کاکاوند، ۱۳۸۱). 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 می‌باشد. افرادی که نمره ۹ یا بیشتر بگیرند، واجد منبع کنترل بیرونی و افرادی که نمره کمتر از ۹ بگیرند، دارای منبع کنترل درونی خواهند بود. ضریب روایی این مقیاس در نمونه‌های ایرانی با روش کودر-ریچاردسون، ۰/۷ بوده است (ابراهیمی‌قوام، ۱۳۷۰). متوسط ضرایب پایایی این مقیاس با روش های تصنیف و کودر ریچاردسون در بسیاری از پژوهش‌ها بیشتر از ۰/۷ بوده است (بیابانگرد، ۱۳۷۰). غضنفری (۱۳۷۱) مقدار ضریب پایایی را برای نمونه‌های ایرانی با روش کودر ریچاردسون ۰/۷ به دست آورده است. ابراهیمی‌قوام (۱۳۷۰) پایایی پرسشنامه منبع کنترل راتر را در نمونه دانش‌آموزان با روش باز آزمایی مجدد ۰/۷۳ به دست آورده است (مؤفق، ۱۳۷۵).

**مقیاس استاندارد سلامت روان (GHQ) ۲۸ سوالی:** به منظور سنجش سلامت روانی از پرسشنامه فرم ۲۸ سوالی (GHQ) استفاده می‌شود. پرسشنامه سلامت روانی (GHQ) در سال ۱۹۷۲ توسط دیوید گلدبرگ و به منظور شناسایی اختلالات روانی در مراکز و محیط‌های مختلف تدوین شده است. سوالات پرسشنامه که به بررسی وضعیت روانی فرد در چهار هفته اخیر می‌پردازد، در بر گیرنده نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات نا بهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده می‌باشد. گلدبرگ (۱۹۷۲) برای انتخاب سوالات بر روی چهار حوزه کار کرده است اولین حوزه افسردگی است، دومین حوزه اضطراب و احساس آشفتگی روان شناختی می‌باشد، سومین حوزه رفتار قابل مشاهده عینی است که سوالاتی مربوط به اختلال در کارکرد اجتماعی در اینجا منظور شده است و چهارمین حوزه مربوط به است که دربرگیرنده طیف گسترده‌ای از «خود بیمار انگاری» GHQ می‌باشد. در انتخاب سوالاتی «عضوی» سوالاتی به ظاهر مقیاس اضطراب آشکار تیلور، CMI، MMPI از پرسشنامه‌های و سیاهه شخصیت مادزلی آیزنک استفاده شده است. نهایتاً ۱۴۰ سوال مقدماتی انتخاب شد. پرسشنامه با سوالات جسمانی شروع می‌شود و هر چه به جلوتر برویم جنبه روان پزشکی سوالات بیشتر می‌شود. دلیل این کار این بوده که وجود چنین سوالاتی در ابتدای پرسشنامه ممکن است آزمودنیها را برآشفته کند به گونه‌ای که حاضر به ادامه همکاری نشوند. برای بررسی پرسشنامه، سه گروه ۱۰۰ نفری بهنجار، بیماران خفیف و بیماران شدید (مجموعاً ۳۰۰ نفر) انتخاب و فرم اولیه ۹۳ سوال برگزیده، بر روی آنها اجرا و پس از تحلیل سوالات ۵ شد. تحلیل مولفه‌های اصلی ۶ بر روی ۹۳ سوال صورت گرفت ولی چون نظر بر این بود که پرسشنامه مورد پذیرش طیف گسترده‌ای از جامعه باشد، ۶۰ سوال که دارای بهترین شیب خطی و فزاینده بودند انتخاب شدند (گلدبرگ، ۱۹۷۲) این پرسشنامه به صورت فرمهای ۳۰، ۲۸، ۳۰ و ۱۲ سوالی است که فرم ۲۸ سوالی (GHQ28) و فرم ۱۲ سوالی آن هم در ایران و هم در سایر کشورها کاربرد دارد.

این پرسشنامه ۴ خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی را در بر می‌گیرد. یکی از این خرده مقیاسها دارای ۷ سوال می‌باشند. سوالاتی هر مقیاس به ترتیب پشت سر هم آمده است به گونه‌ای که از سوال ۱ تا ۷ مربوط به مقیاس نشانه‌های جسمانی، از سوال ۸ الی ۱۴ مربوط به مقیاس اضطراب، از سوال ۱۵ الی ۲۱ مربوط به مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی و از سوال ۲۲ الی ۲۸ مربوط به مقیاس افسردگی می‌باشند. روایی این آزمون به میزان ۸۶،۵ درصد گزارش شده است (یعقوبی ۱۳۷۴) مطالعات مختلف نشانگر پایایی بالای ۰،۸ این آزمون می‌باشد (چونگ و اسپیرز، ۱۹۹۴، یعقوبی ۱۳۷۴) روش نمره گذاری GHQ بدین ترتیب است که از گزینه الف تا د نمره ۰، ۱، ۲، ۳، ۰، تعلق می‌گیرد در نتیجه نمره هر فرد در هر یک از خرده مقیاسها از ۰ تا ۲۱ و در کل از ۰ تا ۸۴ است. نمرات هر مقیاس به طور جداگانه محاسبه و پس از آن نمرات مقیاسها با هم جمع و نمره کلی بدست می‌آید. نتیجه گیری و تفسیر: آزمون پرسشنامه سلامت عمومی یکی از قویترین آزمون‌ها برای غربالگری افراد سالم و بیمار می‌باشد که اجرای آن آسان می‌باشد.

جدول (۱): نمرات برش در هر یک از خرده مقیاس های پرسشنامه سلامت عمومی

| خرده مقیاس ها    | نمرات در خرده مقیاس ها | نمرات در کل پرسشنامه |
|------------------|------------------------|----------------------|
| هیچ یا کمترین حد | ۰-۶                    | ۰-۲۲                 |
| خفیف             | ۷-۱۱                   | ۲۳-۴۰                |
| متوسط            | ۱۲-۱۶                  | ۴۱-۶۰                |
| ضعیف             | ۱۷-۲۱                  | ۶۱-۸۴                |

با توجه به داده های جدول می توان گفت نمره ۱۷ به بالا در هر زیر مقیاس و نمره ۴۱ به بالا در مقیاس کلی وخامت وضع آزمودنی را نشان می دهد.

داده های به دست آمده از طریق پرسشنامه با استفاده از نرم افزار SPSS مورد پردازش و تحلیل قرار گرفت.

یافته های تحقیق:

یافته های توصیفی:

نمونه ی آماری بررسی شده در این تحقیق، دانشجویان دانشگاه آزاد یزد بودند؛

5

جدول (۲): توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس جنسیت

| جنسیت               | فراوانی | درصد  |
|---------------------|---------|-------|
| مرد                 | ۱۵۰     | ۵۰/۰  |
| زن                  | ۱۴۹     | ۴۹/۷  |
| موارد خطا (Missing) | ۱       | ۰/۳   |
| جمع                 | ۳۰۰     | ۱۰۰/. |

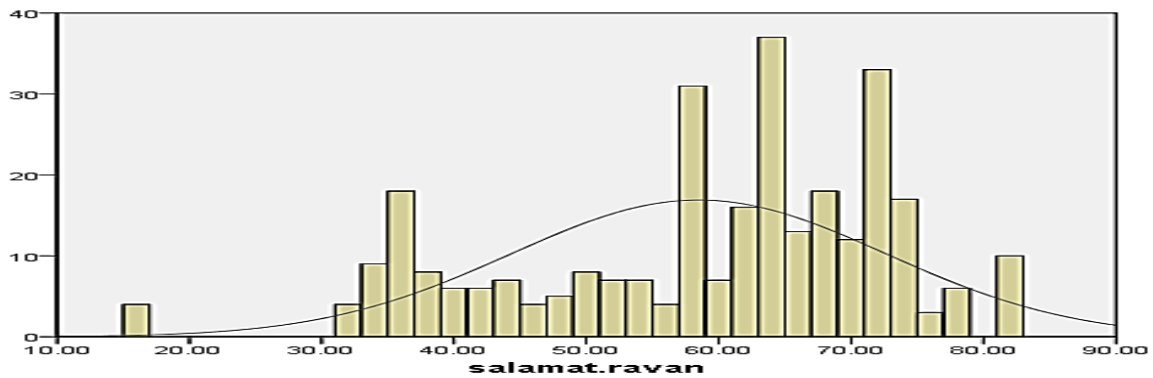
جدول (۳): توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس سن

| سن                  | فراوانی | درصد  |
|---------------------|---------|-------|
| ۱۸-۲۰ سال           | ۱۰۷     | ۳۵/۷  |
| ۲۱-۲۳ سال           | ۱۰۳     | ۳۴/۳  |
| ۲۴-۲۶ سال           | ۴۰      | ۱۳/۳  |
| ۲۷-۲۹ سال           | ۳۶      | ۱۲/۰  |
| ۳۰ سال به بالا      | ۱۰      | ۳/۳   |
| موارد خطا (Missing) | ۴       | ۱/۳   |
| جمع                 | ۳۰۰     | ۱۰۰/. |

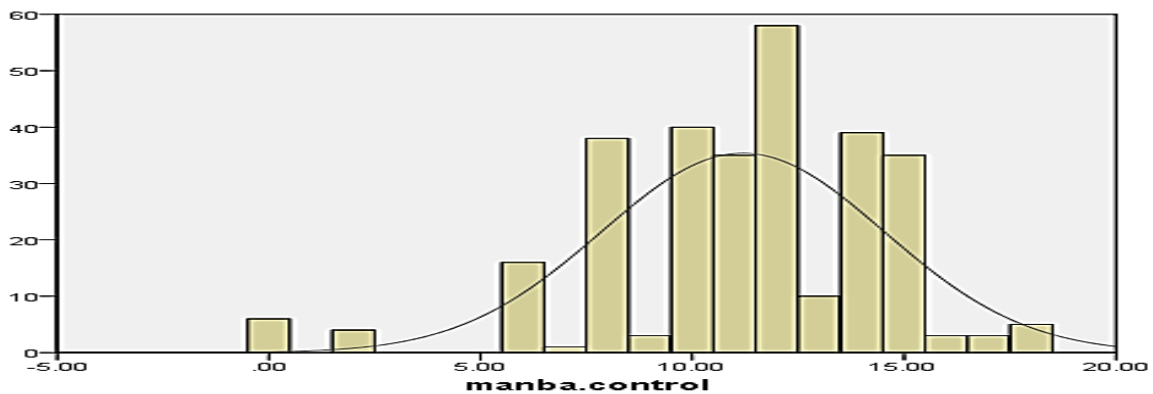
جدول (۴): توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس مقطع تحصیلی

| مقطع تحصیلی         | فراوانی | درصد  |
|---------------------|---------|-------|
| کاردانی             | ۴       | ۱/۳   |
| کارشناسی            | ۲۱۳     | ۷۲/۰  |
| کارشناسی ارشد       | ۶۵      | ۲۲/۰  |
| دکترا               | ۱۴      | ۴/۷   |
| موارد خطا (Missing) | ۴       | ۱/۳   |
| جمع                 | ۳۰۰     | ۱۰۰/. |

6



نمودار (۱): توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس سلامت روان



نمودار (۲): توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس منبع کنترل

فرضیات تحقیق (یافته های استنباطی)

یافته ی اصلی: بین منبع کنترل و سلامت روان در دانشجویان دختر و پسر رابطه وجود دارد.

جدول (۵): ضریب همبستگی بین متغیر نوع منبع کنترل با سلامت روانی در بین دانشجویان

| متغیر مستقل | متغیر وابسته | ضریب همبستگی | sig   | n   |
|-------------|--------------|--------------|-------|-----|
| منبع کنترل  | سلامت روانی  | -۰/۲۵۷       | ۰/۰۲۵ | ۲۹۶ |

بنابراین نتایج آزمون همبستگی با توجه به مقدار آزمون ( $r = -0.257, p < 0.05$ ) نشان داد که بین نوع منبع کنترل با سلامت روانی در بین دانشجویان رابطه و همبستگی معکوس و معنادار آماری وجود دارد. به عبارت بهتر هر چه دانشجویان از منبع کنترل درونی تر برخوردار هستند، از میزان سلامت روانشناختی در سطح بالاتری برخوردار می باشند؛ و بالعکس. هر چه دانشجویان از میانگین بالاتری در منبع کنترل برخوردار هستند و منبع کنترل بیرونی تری دارند؛ از میزان سلامت روان شناختی در سطح پایین تری برخوردار هستند. بنابراین؛ در بین دانشجویان؛ منبع کنترل درونی تر، با سلامت روانشناختی بیشتری همراه است.

یافته های فرعی: مقایسه سلامت روانی و ابعاد آن و نوع منبع کنترل در بین دانشجویان دختر و پسر

جدول (۶): مقایسه میزان افسردگی در بین دانشجویان دختر و پسر

| متغیر گروه بندی | متغیر وابسته             | N فراوانی | M میانگین | T      | sig   |
|-----------------|--------------------------|-----------|-----------|--------|-------|
| دانشجویان پسر   | افسردگی                  | ۱۵۰       | ۴/۵۳۳     | ۰/۳۳۴  | ۰/۷۳۸ |
| دانشجویان دختر  |                          | ۱۴۹       | ۴/۳۴۹     |        |       |
| دانشجویان پسر   | اضطراب                   | ۱۵۰       | ۶/۶۶۶     | -۰/۸۶۲ | ۰/۳۳۹ |
| دانشجویان دختر  |                          | ۱۴۹       | ۷/۱۰۷     |        |       |
| دانشجویان پسر   | اختلال در کارکرد اجتماعی | ۱۵۰       | ۸/۶۸۰     | ۲/۲۵۱  | ۰/۰۲۵ |
| دانشجویان دختر  |                          | ۱۴۹       | ۷/۸۶۵     |        |       |
| دانشجویان پسر   | نشانه های جسمانی         | ۱۵۰       | ۵/۵۵۷     | ۱/۲۱۲  | ۰/۲۲۷ |
| دانشجویان دختر  |                          | ۱۴۹       | ۶/۱۱۳     |        |       |
| دانشجویان دختر  | منبع کنترل               | ۱۴۹       | ۱۱/۷۴۶    | ۲/۹۸۸  | ۰/۰۰۳ |
| دانشجویان پسر   |                          | ۱۵۰       | ۱۰/۶۰     |        |       |
| دانشجویان پسر   | سلامت روانشناختی         | ۱۵۰       | ۵۸/۰۰۶    | -۰/۶۸۳ | ۰/۴۹۵ |
| دانشجویان دختر  |                          | ۱۴۹       | ۵۹/۱۲۰    |        |       |

با توجه به مقدار آزمون ( $T_{(297)} = 0.334, p > 0.05$ ) بین دانشجویان دختر و پسر از نظر میزان افسردگی اختلاف معنادار آماری وجود نداشت؛ و فرضیه تحقیق رد می گردد. با توجه به مقدار آزمون ( $T_{(297)} = 0.339, p > 0.05$ ) بین دانشجویان دختر و پسر از نظر میزان افسردگی اختلاف معنادار آماری وجود نداشت؛ و فرضیه تحقیق رد می گردد. با توجه به مقدار آزمون ( $T_{(297)} = 2.251, p < 0.05$ ) بین دانشجویان دختر و پسر از نظر میزان اختلال در کارکرد اجتماعی اختلاف معنادار آماری وجود داشت؛ و فرضیه تحقیق تایید می گردد. به عبارت بهتر؛ با توجه به خرده نتایج و میانگین های به دست آمده؛ دانشجویان

پسر از اختلال در کارکرد اجتماعی بیشتری نسبت به دانشجویان دختر برخوردار می‌باشند. با توجه به مقدار آزمون ( $t > 0.05$ )، بین دانشجویان دختر و پسر از نظر میزان نشانه‌های جسمانی اختلاف معنادار آماری وجود نداشت. با توجه به مقدار آزمون ( $T_{(297)} = 1/212p$ )، بین دانشجویان دختر و پسر از نظر منبع کنترل اختلاف معنادار آماری وجود دارد؛ و فرضیه تحقیق تایید می‌گردد. هر چه میانگین منبع کنترل کمتر باشد، به این معناست که فرد از منبع کنترل درونی تری برخوردار است؛ و بالعکس؛ میانگین بالاتر نشان دهنده منبع کنترل بیرونی تر است. به عبارت بهتر؛ با توجه به خرده نتایج تحقیق؛ دانشجویان پسر از منبع کنترل درونی تر، و دانشجویان دختر از منبع کنترل بیرونی تری برخوردار می‌باشند.

با توجه به مقدار آزمون ( $T_{(297)} = -0.694, p < 0.05$ ) بین دانشجویان دختر و پسر از نظر سلامت روانشناختی اختلاف معنادار آماری وجود ندارد؛ و فرضیه تحقیق رد می‌گردد. به عبارت بهتر؛ دانشجویان دختر و پسر از نظر سلامت روانشناختی تفاوت چندانی با یکدیگر ندارند؛ البته با توجه به میانگین‌های تحقیق، سلامت روانشناختی دختران اندکی از میانگین سلامت روانشناختی پسران بیشتر است، اما این اختلاف از نظر آماری معنادار نیست.

جدول (۷): توزیع فراوانی دانشجویان دختر بر حسب میزان سلامت روانشناختی

| متغیر                   | کم درصد        | متوسط درصد     | زیاد درصد      |
|-------------------------|----------------|----------------|----------------|
| سلامت روانشناختی دختران | ۲۰ (۱۳/۴)      | ۸۳ (۵۵/۷)      | ۴۶ (۳۰/۹)      |
| سلامت روانشناختی پسران  | ۲۲ (۱۴/۷ درصد) | ۴۶ (۳۰/۷ درصد) | ۸۲ (۵۴/۷ درصد) |

8

جدول (۸): آزمون میزان سلامت روانی دانشجویان دختر

| متغیر                      | مقدار آزمون کای دو | sig   | d.f | n   |
|----------------------------|--------------------|-------|-----|-----|
| سلامت روانی دانشجویان دختر | ۴۰/۳۶۲             | ۰/۰۰۰ | ۲   | ۱۴۹ |
| سلامت روانی دانشجویان پسر  | ۳۶/۴۸۰             | ۰/۰۰۰ | ۲   | ۱۵۰ |

به طور کلی میزان سلامت روانشناختی در بین دانشجویان دختر به این شرح است: ۵۵/۷ درصد از پاسخگویان سلامت روانشناختی متوسط دارند؛ ۱۳/۴ درصد از پاسخگویان سلامت روانشناختی کم و ۳۰/۹ درصد از پاسخگویان نیز سلامت روانشناختی بالایی دارند. نتایج آزمون (کای اسکور تک نمونه ای) ( $X^2_{(2)} = 40.362; p < 0/05$ ) نشان داد، که توزیع متغیر در بین پاسخگویان معنادار می‌باشد. فرضیه تحقیق تایید شد.

میزان سلامت روانشناختی در بین دانشجویان پسر به این شرح است: ۳۰/۷/۰ درصد از پاسخگویان سلامت روانشناختی متوسط دارند؛ ۱۴/۷ درصد از پاسخگویان سلامت روانشناختی کم و ۵۴/۷ درصد از پاسخگویان نیز سلامت روانشناختی بالایی دارند. نتایج آزمون (کای اسکور تک نمونه ای) ( $X^2_{(2)} = 36.480; p < 0/05$ ) نشان داد، که توزیع متغیر در بین پاسخگویان معنادار می‌باشد. فرضیه تحقیق تایید شد.



### بحث و نتیجه گیری

ریف (۱۹۸۹) سلامت روانی را بر مبنای زندگی آزمائی و به معنای شکوفا سازی توانمندی های انسانی مفهوم سازی کرده و خاطر نشان کرد که این دیدگاه در بردارنده ملاکهای مشابه و مکمل سلامت روان شناختی مثبت هستند. ابعاد نظری سلامت روان شناختی مثبت در دیدگاه اخیر شامل: استقلال، تسلط محیطی، رشد فردی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود می باشد. سلامت روانی مقوله ای بسیار حائز اهمیت است چرا که تأثیر روح و روان بر عملکرد جسمانی بر هیچ کس پوشیده نیست. در این راه بزرگان مذهبی ما و همچنین دانشمندان علوم پزشکی از دیر باز بر مبحث سلامت روان تأکید داشته اند. در جوامع کنونی و بویژه با ورود به قرن بیست و یکم اکثریت قریب اتفاق افراد به اصول بهداشتی مربوط به ابعاد مختلف جسمانی خویش آگاهی دارند به والدین از طریق رسانه های گروهی و به فرزندان از طریق آموزشگاهها این مهم توصیه و سفارش می شود. ولی اکثریت جامعه متاسفانه به امر بسیار مهم بهداشت روانی خود و فرزندان اهمیت نمی دهند و بهتر آنکه بیان نمائیم آگاهی ندارند. در حالی که بر حسب آمارهای کشورهای مختلف تعداد افراد مبنی بر مشکلات و معضلات روانی رو به فزونی است. یکی از مفاهیم ویژه و پر اهمیت در نظریه یادگیری اجتماعی راتر منبع یا مکان کنترل است. این مفهوم دارای دو بعد کنترل درونی و بیرونی است. بنابر فرضیات راتر، افرادی که دارای کنترل بیرونی هستند دارای ادراک مثبت یا منفی از حوادث و رویدادهایی هستند که ارتباطی با رفتار فرد ندارد و قوای کنترل فردی است. راتر این افراد را معتقد به شانس یا برونی فرض می کند.

9

یافته های صالحی، سلیمانی زاده، باقری یزدی و عباس زاده در سال ۱۳۸۶ در پژوهشی خود اثربخشی، منبع کنترل و سلامت روان را در دانشجویان پزشکی شهر بندرعباس مورد مقایسه قرار دادند که نتایج آن نشان داد بین سلامت روان و منبع کنترل رابطه معنی داری وجود دارد؛ که با نتایج پژوهش ما همسو می باشد. همچنین یافته های پژوهش نقیبی و همکاران (۱۳۹۲) نیز نشان داد که، دانشجویان با کنترل بیرونی، شکایات جسمانی بیشتر، مشکل اضطراب و اختلال خواب بیشتر و کارکرد اجتماعی ضعیف تر داشته و بیشتر مبتلا به افسردگی می شوند. این تفاوت در تمام موارد از لحاظ آماری معنادار بوده است؛ که این یافته های نیز با نتایج پژوهش ما همسو می باشد. همچنین یافته های تحقیق ما با نتایج پژوهش های (مرادی و همکاران (۱۳۹۴)؛ محمدی و همکاران (۱۳۹۴)؛ فروتن و همکاران (۱۳۹۳)؛ یوسفی و محمدخانی (۱۳۹۲)؛ اعتمادی و همکاران (۱۳۹۰)؛ فایرز و همکاران (۲۰۰۲)؛ ماهون و تاکلسون (۲۰۰۸) و پژوهش کوپر، فرای، سالتر، جونز و دیکسون در سال ۲۰۰۲) در خصوص اثربخشی نوع منبع کنترل (درونی یا بیرونی) بر میزان سلامت روانشناختی در بین نمونه های مختلف همسو می باشد. همچنین در پژوهش ما بین منبع کنترل دانشجویان دختر و پسر نیز اختلاف معناداری دیده شد؛ که با نتایج تحقیق روز و همکاران (۱۹۹۶) همخوانی ندارد. در این تحقیق بین منبع کنترل دختر و پسر تفاوت معناداری دیده نشد. اما یافته های ما با نتایج اصفهانی و همکاران (۱۳۸۹) همخوانی دارد. البته در یافته های پژوهش مرادی و همکاران (۱۳۹۴)؛ بین منبع کنترل دانشجویان زن و مرد تفاوت معناداری وجود نداشت؛ که با یافته های پژوهش ما همسو نمی باشد؛ و این اختلاف در نتایج نیز می تواند ناشی از متغیرهای مداخله گر و ناشی از تفاوت بین نمونه های مورد بررسی باشد. پژوهش مرادی و همکاران (۱۳۹۴) در بین دانشجویان متاهل دانشگاه آزاد واحد اهواز انجام گرفته است.

همچنین یافته های پژوهش ما نشان داد که بین میزان سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر اختلاف معنادار آماری وجود ندارد. اما یافته های پژوهش یوسفی و محمدخانی (۱۳۹۲) نشان داد که، بین جنسیت و سلامت روانی افراد مورد مطالعه رابطه معنی داری وجود داشته است و زنان از سلامت روانی کمتری نسبت به مردان برخوردار بودند؛ که با یافته های پژوهش ما همسو نیست. البته یافته های پژوهش مرادی و همکاران (۱۳۹۴) نشان داد که، بین سلامت روان دانشجویان زن و مرد تفاوت معناداری وجود ندارد؛ که با یافته های پژوهش ما همسو می باشد. به طور کلی؛ منبع کنترل می تواند بیرونی و یا درونی

باشد، کسانی که منبع کنترل درونی دارند، معتقدند که سازندگان اصلی زندگی خود هستند، اما کسانی که منبع کنترل بیرونی دارند معتقدند که آنچه بر سر آنها می‌آید اصولاً محصول شانس، تصادف و یا نتیجه اعمال افراد دیگر است. کواتمن (۲۰۰۴) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که افراد دارای منبع کنترل بیرونی بر خلاف درونی‌ها دارای اضطراب بیشتر، عزت نفس کمتر، کم اعتمادتر، پرخاشگر و با بینش کمتر می‌باشند و در واقع افراد دارای سلامت روانی دارای سازگاری بهتری هستند و کمتر از افراد دارای منبع کنترل بیرونی نگران می‌شوند. منبع کنترل به میزان اعتقاد فرد در مورد کسب پاداش از طریق کوشش شخصی اطلاق می‌شود. افرادی که از منبع کنترل درونی برخوردارند بر این باورند که اداره سرنوشت آنها در دست خودشان است. دانشجویانی که این خصوصیت را دارند، معتقدند که غرامت آنها بستگی به عادات مطالعه خودشان دارد. افرادی که از منبع کنترل بیرونی برخوردارند، بر این باورند که سرنوشتشان در دست دیگران است. دانشجویانی که این ویژگی را دارند، معتقدند که نمرات آنها بسته بخت و اقبال یا حال و هوای مدرس است.

مفهوم منبع کنترل دقیقاً معادل مفهوم اراده و آزادیست. این امکان وجود دارد که فرد معتقد باشد اعمالش اموری آزاد و عاری از جبر است و دومین حال، تمامی آن اعمال ناموثر واقع خواهد شد. با وجود این منبع کنترل درونی با احساس مهار هشیار بر زندگی ارتباط مشخص و آشکاری دارد. افرادی که دارای متغیرهای شخصیتی موسوم به منبع کنترل درونی هستند، معتقدند که تقویت، تاثیر و کنترل داشته باشند و خود را حاکم بر سرنوشت خود ببینند اینان به توانایی خود در مهار کردن رویدادهای زندگی یعنی منبع داخلی نظارت و کنترل باور دارند. افراد دارای منبع کنترل درونی، اعتقاد دارند که کنترل کافی بر زندگی خود و رویدادهای آن داشته و مطابق همین باور رفتار می‌کنند. تحقیق نشان داده است که آنها در تکالیف خود عملکرد بهتری دارند. کمتر تحت نفوذ دیگران قرار می‌گیرند و برای مهارت‌ها و پیشرفت‌های خود ارزش والاتری قائل هستند. اینان نسبت به قرنیه‌های محیطی که می‌توانند برای هدایت رفتار خود از آنها استفاده کنند. هشیارترند به علاوه آنها بیشتر از افراد دارای منبع کنترلی بیرونی برای قبول مسئولیت اعمال خود آمادگی دارند. تحقیقات مقدماتی حاکی از آن است که افراد دارای منبع کنترل درونی از بهداشت روانی، بهتری برخوردار هستند.

در همین خصوص؛ بارون، ویرن (۱۹۹۱) بر این باورند که افراد دارای منبع کنترل بیرونی در موقعیتهای رقابتی بیشتر به تسلیم شدن گرایش دارند، اما در هنگام همکاری بخوبی افرادی کنترل درونی دارند رفتار می‌کنند. افراد با منبع کنترل درونی در چالش‌های اجتماعی بر برون دادهای خود بیشتر اعمال نفوذ می‌کنند و در برابر فشار همرنگی ایستادگی می‌کنند. اما افراد با منبع کنترل بیرونی مهار کمتری بر رویدادها دارند و در موقعیت‌های فشارزا خود را ناتوان می‌بینند. همچنین افراد بیرونی به نشانگان و نشانه‌هایی که از محیط پیرامون بر می‌آید بیشتر حساس بوده و به آن توجه زیادتری نشان می‌دهند، در حالیکه افراد با منبع کنترل درونی به این نشانه‌های ظریف زیاد توجه نمی‌کنند یا در برابر آنها واکنشی نشان نمی‌دهند. همچنین همبسته‌های رفتاری کسانی که منبع کنترلشان بیشتر درونی می‌باشد همانند همبسته‌های رفتاری کسانی است که انگیزه موفقیت‌طلبی و پیشرفت در آنها بالا است. بنابراین توجه به منبع کنترل (درونی یا بیرونی) به منظور ارتقای سلامت روانی مردم جامعه به ویژه قشر جوان و دانشجویان دختر و پسر از اهمیت بسیاری برخوردار است.

### فهرست منابع

- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). تاب آوری، آسیب پذیری و سلامت روانی. مجله علوم روانشناختی. ۶ (۲۴): ۳۷۳-۳۸۳.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۷). بررسی پایلی،روایی و تحلیل عاملی مقیاس سخت کوشی،مجله تربیت بدنی- حرکت، شماره ۳۵، صص ۳۱-۴۶.

- حیدری پهلویان احمد، محبوب حسین، ضرابیان محمد کاظم. رابطه منبع کنترل درونی- بیرونی با افسردگی و عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۱۳۷۸؛ ۴ (۴): ۲۳-۳۲
- خسروی، زهره و آقاجانی، مریم. (۱۳۹۰). بررسی رابطه سلامت روان، متبع کنترل و شیوه های مقابله ای دانش آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه شهر تهران. مطالعات زنان، ۱۱ (۱): ۱-۱۲.
- رستمی، مهدی؛ مهدی قزلسفلو، هادی محمدلو، الهام قربانیان (۱۳۹۴). پیش بینی سلامت روانی بر مبنای شفقت خود، هویت و خودشناسی دانشجویان. فصلنامه آموزش، مشاوره و رواندرمانی. دوره ۴، شماره ۱۵، پاییز، صفحه ۳۰-۴۴.
- شاملو، سعید (۱۳۹۸). آسیب شناسی روانی. تهران: مرکز انتشارات رشد.
- صالحی لیلی، سلیمانی زاده لاله، باقری یزدی سیدعباس، عباس زاده عباس (۱۳۸۶). رابطه بین اعتقادهای مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین. ۱۱ (۱)
- طهرانی، طیبیه حسن؛ ناهید کرمی کبیر، دکتر فاطمه چراغی، مهدی بکائیان، یاسمن یعقوبی (۱۳۹۱). بررسی ارتباط هوش هیجانی با سلامت روان و پیشرفت تحصیلی در دانشجویان پرستاری دانشکده نیشابور. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا. ۲۰ (۳): ۳۵-۴۵.
- فروتن، محمدرضا؛ باقریان مهنوش، کاظمیان سمیه (۱۳۹۳). بررسی قدرت هوش هیجانی، سبک های مقابله با تنش و منبع کنترل در پیش بینی سلامت عمومی دانشجویان. اولین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران.
- کرمی نیا، رضا، سلیمی، حسین، امیری، ماندانا و میرزمانی، محمود. (۱۳۸۴)، بررسی تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد منطقی- عاطفی بر منبع کنترل و پیشرفت تحصیلی دانشجویان، فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری، شماره ۲، پاییز و زمستان، ص ۶۱-۶۸.
- کریمی، یوسف (۱۳۸۸)، روانشناسی اجتماعی، تهران، نشر ارسباران.
- میکائیلی منیع، فرزانه، احمدی خویی، شاهپور، زارع، حسین (۱۳۸۹). بررسی مقایسه ای اثربخشی آموزش سه مهارت زندگی بر سلامت عمومی دانشجویان سال اول. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره ۲۱ شماره ۵.
- نوربالا، احمدعلی (۱۳۹۳). ارتقاء سلامت روان از نیاز تا هشدار. نشریه ابن سینا: دوره ۱۶، شماره ۱-۲ (مسلسل ۴۶-۴۷). از صفحه ۴ تا صفحه ۵.
- یوسفی، حسین، و باقری، فریبرز (۱۳۸۸). مقایسه ی رابطه ی بین سخت رویی، باورهای خودکارآمدی و راهبردهای خودتنظیمی عاطفی در دانش آموزان دختر. فصل نامه ی اندیشه و رفتار مجله روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، دوره چهارم، شماره ۱۴.
- یوسفی؛ فایق و محمد خانی، مونا (۱۳۹۲). بررسی میزان سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان و رابطه آن با متغیرهای سن، جنس و رشته تحصیلی آنان. مجله دانشکده پزشکی. دوره ۵۶، شماره ۶ - شماره پیاپی ۶: ۳۵۴-۳۶۱.
- Oliver JE, Jose PE, Brough P. Confirmatory Factor Analysis of the Work Locus of Control Scale. Educational and Psychological Measurement. 2006;66(5): 835-851.
- Quatman ,T. (2004). Differences in adolescent self esteem an exploration of domains. Journal of genetic psychology: 162(1),25-93.
- Rotter GB. [Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement]. Psychol Monogr 1966; 80: 70-150.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, Psychological Monographs, 80, 1-28.



- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081
- Ryff, C. D., Keyes, C. L. M., & Hughes, D. L. (2004). Status inequalities, perceived discrimination and eudaimonic well-being: Do the challenges of minority life hone purpose and growth? *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 275-291.