

بررسی رابطه بین سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای دانش‌آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه شهر تهران

دکتر زهره خسروی*

مریم آقاجانی**

چکیده

هدف: این پژوهش به منظور بررسی رابطه بین سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای دانش‌آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه شهر تهران انجام شده است. روش: نمونه‌ای که مورد بررسی قرار گرفت شامل ۱۹۱ دانش‌آموز بودند. جهت انتخاب نمونه پژوهش ابتدا منطقه ۷ شهر تهران به جهت انسجام نسبی بافت فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی (طبق پیشنهاد اداره کل آموزش و پرورش شهر تهران) انتخاب شد. سپس از بین مدارس دولتی دخترانه این منطقه، یک دبیرستان به طور تصادفی انتخاب شد. بدین ترتیب کلیه دانش‌آموزان سال اول مقطع متوسطه دبیرستان مذکور به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. پس از آن پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ) و پرسشنامه منبع کنترل بر روی نمونه پژوهش ($N = 191$) اجرا و سپس نمرات حاصل از اجرای پرسشنامه‌های مذکور با استفاده از روشهای آماری استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس یکطرفه ANOVA و آزمون t دو گروه مستقل) مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج و یافته‌های حاصل نشان داد که بین سلامت روان و شیوه مقابله‌ای و همچنین بین منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. اما بین سلامت روان و منبع کنترل ارتباط مثبت و معناداری وجود ندارد. در ضمن یافته‌های جانبی پژوهش نیز بیانگر این امر است که بین سطح تحصیلات مادر، اشتغال مادر و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان با سلامت روان و شیوه مقابله‌ای آنان ارتباط معناداری وجود دارد.

کلید واژه: سلامت روان، منبع کنترل، شیوه مقابله‌ای، نوجوانان.

* دانشیار دانشگاه الزهرا (س) E-mail: Zohreh_Khosravi@yahoo.com

** کارشناس ارشد روانشناسی

در مورد بهداشت روانی^۱ دو تعریف مورد توجه قرار می‌گیرد: در تعریف اول، منظور از بهداشت روانی عبارت از رشته‌ای تخصصی از بهداشت عمومی است که در زمینه کاهش بیماری‌های روانی در یک جامعه فعالیت می‌نماید و بررسی انواع مختلف اختلالات روانی و عوامل مؤثری که در بروز آنها نقش دارند، در قلمروی کار این علم می‌باشد. شناخت علت ایجادکننده اختلالات روانی قدم اول برنامه‌ریزی برای اقدامات پیشگیرانه به حساب می‌آید. پس از شناخت علت‌های ایجاد کننده اختلالات روانی، وظیفه متخصصان این رشته مطالعه راه‌های از بین بردن علت‌های مزبور و یا غلبه بر آنها می‌باشد. از آنجائیکه عوامل زیستی، روانی و اجتماعی در بروز اختلالات روانی نقش دارند، روش‌های پیشگیری از این اختلال‌ها نیز چند بعدی است و باید از ابعاد گوناگون مورد توجه قرار گیرد. در تعریف دوم، بهداشت روانی به معنای سلامت فکر است و به منظور نشان دادن وضع مثبت و سلامت روانی است که خود می‌تواند نسبت به ایجاد سیستم با ارزشی در مورد ایجاد تحرک، پیشرفت و تکامل در حد فردی، ملی و بین‌المللی کمک نماید. زیرا زمانی که سلامت روانی شناخته شد، نسبت به دستیابی به آن اقدام می‌شود و راه برای تکامل فردی و اجتماعی هموار می‌گردد. (حسینی، ۱۳۷۸).

طبق نظر «وایت»^۲ (۲۰۰۱) افراد دارای سلامت روان، چندین ویژگی دارند که عبارتند از:

۱- پذیرش خود و دوست داشتن خویش: این ویژگی در برگیرنده دو مفهوم خودپنداره (تصورى که فرد از خودش دارد) و عزت نفس (پذیرش و قبول خود) است. چنانچه این دو مفهوم همراه با هم باشند، تکمیل کننده اولین بخش از سلامت روانی (پذیرش و دوست داشتن خود) هستند. ۲- برقراری روابط با دیگران: زمانی که فرد خودپنداره و عزت نفس مثبتی داشته باشد و خود را بپذیرد و دوست داشته‌باشد، آنگاه بخوبی خواهد توانست با دیگران ارتباط مناسب برقرار کند. ۳- مقابله با نیازهای زندگی: مقابله با نیازها و احتیاجات زندگی و کنترل الزامات و چالش‌های زندگی

1- Mental Health

2- White

بخشی از سلامت روانی است. این الزامات از جانب والدین، خانواده، دوستان، مدرسه، فعالیت‌ها، مشاغل و غیره می‌باشد. نکته اساسی در این زمینه موضوع مدیریت استرس است. زمانی که افراد تحت استرس هستند، باید مهارت‌های مقابله‌ای لازم را داشته باشند تا بدین وسیله بتوانند، اثرات استرس بر جسم و روان را کاهش دهند. چنانچه استرس مدیریت شود (کاهش یابد و یا کنترل شود) و مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر موجود باشد. قطعاً فرد بهتر قادر خواهد بود تا با نیازها و چالش‌های زندگی مقابله نماید. ۴- بروز مناسب هیجانات: افراد باید بتوانند هیجانات خود را شناسایی کنند و آن احساسات را به طور مناسب بروز دهند. در غیر این صورت سلامت روان خود فرد و همچنین دیگران در معرض آسیب قرار خواهد گرفت.

منظور از منبع کنترل^۱ این است که شخص تا چه اندازه باور دارد که می‌تواند بر زندگی خود اثر داشته باشد. مفهوم منبع کنترل برای تقویت یک ساختار روانی است که از تئوری یادگیری اجتماعی «راتر»^۲ (۱۹۵۴) نشأت می‌گیرد. منبع کنترل می‌تواند درونی یا بیرونی 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. (گنجی، ۱۳۷۹)

مشاهده‌ی تفاوتی که افراد در برداشت‌هایشان از میزان کنترلی که بر زندگی‌شان دارند، سال‌هاست که توجه روانشناسان را به خود جلب کرده است. افرادی که مسئولیت وقایعی را که برایشان اتفاق می‌افتد، می‌پذیرند، درونی‌ها نامیده می‌شوند، زیرا آنها دارای منبع کنترل درونی هستند و برعکس کسانی که معتقدند بیشتر مسائلی که برایشان اتفاق می‌افتد خارج از کنترل‌شان است، بیرونی‌ها نامیده می‌شوند زیرا آنها دارای منبع کنترل بیرونی هستند. لازم به ذکر است که منبع کنترل افراد براساس یادگیری و تجارب فرد در جریان رشد، ایجاد می‌شود. مطلب مهم‌تر اینکه چون منبع کنترل مبتنی

1- Locus of control

2- Rotter

بر ادراکات فرد از زندگی است، لذا می‌توان آن را مجدداً ارزیابی کرد و تغییر داد. (کلینکه^۱
ترجمه: محمد خانی، ۱۳۸۰)

«راتر» (۱۹۶۶) به نقل از همان منبع مطرح کرده است که افراد درونی به باورهای زیر
بیشتر معتقدند:

- ۱- سرانجام، افراد در دنیا احترامی را که شایسته آن هستند بدست می‌آورند.
 - ۲- موفقیت نتیجه تلاش زیاد است و شانس نقش کمتری در موفقیت افراد دارد.
 - ۳- بدبختی‌های افراد نتیجه اشتباهات خودشان است. ۴- کسانی که نمی‌توانند کاری کنند که دیگران آنها را دوست داشته باشند، نمی‌دانند که چگونه با دیگران همراه شوند.
 - ۵- رابطه مستقیمی بین سخت درس خواندن و نمره گرفتن وجود دارد.
- افراد بیرونی نیز بیشتر به باورهای زیر اعتقاد دارند:

- ۱- متأسفانه بیشتر اوقات ارزش فرد هر قدر هم که باشد، ناشناخته می‌ماند.
- ۲- بدست آوردن یک شغل خوب بیشتر بستگی به شرایط زمانی و مکانی دارد.
- ۳- بسیاری از رویدادهای ناخوشایند در زندگی مردم تا اندازه‌ای به علت بدشانسی است.
- ۴- هر قدر هم که سعی خودمان را بکنیم، باز هم بعضی‌ها از ما خوششان نمی‌آید.
- ۵- سعی زیاد از حد برای راضی کردن مردم چندان فایده‌ای ندارد، اگر قرار است آنها از آدم خوششان بیاید، می‌آید.

«لازاروس و فولکمن»^۲ (۱۹۹۲) معتقدند مقابله با بحران عبارت از تلاش‌های فکری و رفتاری مستمری است که برای برآوردن نیازهای خاص درونی و بیرونی به کار می‌رود. این احتیاجات ممکن است مطابق و یا افزون بر منابع و امکانات فرد باشد. (به نقل از اکبرزاده، ۱۳۷۶). در تعریف دیگری از «لازاروس و فولکمن» (۱۹۸۴) به نقل از «ری و همکاران»^۳ (۱۹۹۸) مقابله یا کنار آمدن با بحران عبارتست تلاش‌های رفتاری و شناختی جهت کنترل فشارها هستند.

1- Klienke

2- Lazarus & Folkman

3- Reeh et.al

در چندین تحلیل، شیوه‌های مقابله‌ای^۱ در سه طبقه بزرگ گروه‌بندی شدند: ۱- مقابله مثبت (حل مسأله دقیق و روشن، جستجوی کمک، جستجوی اطلاعات) ۲- مقابله معمولی و عادی (ارزیابی، حل مسأله مبهم و غیردقیق و پذیرش کنترل هیجانی درونی) ۳- مقابله منفی (عدم آگاهی، فقدان یک راهبرد مناسب، فرار، تخلیه هیجانی نامناسب). نتایج نشان می‌دهند که حل مسأله دقیق پیامدهای بهتری به دنبال دارد در حالیکه پاسخ‌های مقابله‌ای هیجانی با نتایج نامطلوبی در ارتباط است. بنابراین باید بر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر و مثبت تأکید شود. (به نقل از کولینز و موویرای،^۲ ۱۹۹۹)

در دوره‌ی نوجوانی تغییرات عمده‌ای در همه ابعاد زندگی (جسمانی، روانی، شناختی و اجتماعی) نوجوان رخ می‌دهد و از مهمترین و بحرانی‌ترین دوره‌های رشد است. از آنجا که، کسب احساس هویت از مهمترین رویدادهای نوجوانی است و با سلامت روانی ارتباط مستقیم دارد. به طوری که تحقیقات نشان می‌دهد، رشد هویت موفق در دوره نوجوانی با سطح رشد خود،^۳ رشد تفکر صوری یا انتزاعی، رشد سطوح تکامل یافته قضاوت اخلاقی و منبع کنترل درونی ارتباط مثبت دارد. همچنین نوجوانان دارای هویت موفق به طور کلی از لحاظ روانی، سازگاری سالم و خوبی دارند و با مسائل به نحو مناسبی کنار می‌آیند. آنان کارآمدی شخصی بالایی دارند و اضطرابشان پایین است. (واترمن،^۴ ۱۹۹۲ به نقل از اکبرزاده ۱۳۷۶). بنابراین دستیابی به هویت موفق، نوجوانان را از بسیاری از مشکلات بهداشت روانی مصون نگه می‌دارد.

طبق یافته‌های گوناگون نوجوانی دوره مهم و اساسی است که در عزت نفس تغییرات و دگرگونی‌هایی ایجاد می‌شود. این دوره از رشد یک ماهیت انتقالی منحصر به فرد دارد (اکلس و دیگران،^۵ ۱۹۹۳ به نقل از کواتمن و واتسون^۶ ۲۰۰۱) و مستلزم سازگاری‌ها و

-
- 1- Coping styles
 - 2- Collins & Mowbray
 - 3- Ego
 - 4- Waterman
 - 5- Eccles et.al
 - 6- Qutman & Watson

تغییراتی در شناخت خود است که به نظر می‌رسد موجب تغییر در عزت نفس می‌شود. (ویگفیلد و اکلس^۱، ۱۹۹۴ به نقل از همان منبع). افرادی که دارای عزت نفس بالایی هستند، بهبود افزایش‌دهی در کیفیت زندگی خویش تجربه می‌کنند، از طرف دیگر افراد دارای عزت نفس پایین در معرض بسیاری از اختلالات رفتاری و عاطفی مانند اضطراب، عدم انگیزش، رفتار خودکشی‌گرا، اختلالات خوردن، بزهکاری و افسردگی قرار می‌گیرند. (هارتر^۲، ۱۹۹۰ به نقل از همان منبع).

بدین ترتیب عزت نفس به عنوان جنبه مهمی از سلامت روان محسوب می‌شود و این موضوع در دوره نوجوانی، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. لازم به توضیح است که پژوهش‌های گوناگونی در مورد ارتباط بین ابعاد مختلف سلامت روان، منبع کنترل و شیوه‌های مقابله‌ای انجام شده است که به برخی از آنها اشاره می‌شود:

«اپستین و کموریتا»^۳ (۱۹۷۱) به نقل از بیابانگرد (۱۳۷۸) با انجام تحقیقی دریافتند که آزمودنی‌هایی که عزت نفس پایین و متوسط دارند به طور معناداری دارای منبع کنترل درونی در مواجهه با شرایط استرس‌زا بوده و بیشتر از افراد دارای منبع کنترل بیرونی و آنانی که دارای عزت نفس بالا هستند، دارای منبع کنترل درونی می‌باشند. «پوپ و سوزان»^۴ (۱۹۷۷) به نقل از قاسمی (۱۳۷۵) طی مطالعاتی به این نتیجه رسیدند که افراد دارای منبع کنترل بیرونی، عمل می‌کنند و داشتن منبع کنترل درونی به عنوان یک ویژگی شخصیتی می‌تواند بخشی از تأثیرات استرس را کنترل کند و فرد را در موضع مقابله با تهدید یا استرس قدرتمندتر سازد. «جو»^۵ (۱۹۷۲) به نقل از بیابانگرد (۱۳۷۰) نتیجه گرفت که افراد دارای منبع کنترل بیرونی برخلاف درونی‌ها، دارای اضطراب بیشتر، عزت نفس کمتر، کم اعتمادتر، پرخاشگرتر و کم بینش‌تر هستند.

- 1- Wigfied & Eccles
- 2- Harter
- 3- Epstein & Komorita
- 4- Pope & Susan
- 5- Joe

درواقع از لحاظ سلامت روانی مشخص شده است که، درونی‌ها سازگاری بهتری دارند و کمتر از بیرونی‌ها نگران هستند. اعتقاد بیرونی نشانه‌ای از اختلالات روانی مانند افسردگی و اسکیزوفرنیا می‌باشد و افراد درونی برعکس بیرونی‌ها مستقل‌تر و دارای پیشرفت هستند. (قاسمی، ۱۳۷۵)

براساس گفته‌های «لازاروس» به نقل از همان منبع افرادی که دارای منبع کنترل بیرونی هستند در مقایسه با درونی‌ها احساس درماندگی بیشتر، اضطراب بیشتر و استرس افزون‌تری دارند.

«فیتز»^۱ (۱۹۶۷) بیان کرد که بیرونی‌ها در مقیاس اضطراب و فشار روانی نمرات بالاتری از درونی‌ها دارند. همچنین به نظر «فانلی»^۲ (۱۹۷۲) زنان دارای منبع کنترل بیرونی در آزمون اضطراب پیشرفت تحصیلی، اضطراب بیشتری نسبت به زنان درونی از خود نشان می‌دهند. (به نقل از ساموئل بال.^۳ ترجمه: مسدد، ۱۳۷۳؛ امین یزدی، صالحی فدردی، ۱۳۷۸)

«فازز»^۴ (۱۹۷۸) به نقل از قاسمی (۱۳۷۵) ادعا نمود که درونی‌ها از سلامت روانشناختی بهتری نیز برخوردارند. به بیان روشن‌تر، کمتر مضطرب می‌شوند، کمتر به بیماری‌های روانی مبتلا می‌شوند و از سازش یافتگی روانشناختی بهتری در ارتباط با موقعیت‌های اجتماعی و فردی و کلیه ابعاد زندگی برخوردار هستند.

«کوپر اسمیت»^۵ (۱۹۶۷)، «گیفور، کالن، پوپوویچ و پاول»^۶ (۱۹۹۰)، «ریدلورن»^۷ (۱۹۹۵) و بیابانگرد (۱۳۷۰) بین عزت نفس و منبع کنترل درونی رابطه‌ی قوی و مثبت یافتند. (به نقل از میرهاشمیان، ۱۳۷۷)

-
- 1- Feather
 - 2- Faneli
 - 3- Samuel Ball
 - 4- Farez
 - 5- Cooper Smith
 - 6- Giffor, Kallen, Popowich & Powell
 - 7- Reid Lorene

در گزارش پژوهشی «راتر» (۱۹۷۵) ارتباط خطی بین منبع کنترل درونی- بیرونی و نشانه‌های روانی بیان شد و بدین ترتیب، آنهایی که گرایش به منبع کنترل درونی دارند، نسبت به افراد دارای منبع کنترل بیرونی نشانه‌های کمتری را از خود نشان می‌دهند. چنین یافته‌هایی در سالهای بعد نیز توسط پژوهشگران دیگر مورد تأیید قرار گرفت. در پژوهش دیگری توسط «هولدر ولوی»^۱ (۱۹۸۸) که با استفاده از مقیاس -R۹۰SCL- انجام شد، نتایج نشان داد که افراد دارای منبع کنترل بیرونی سطوح بالاتری از پریشانی روانی را، نشان می‌دهند. همچنین بررسی‌های «استریکند»^۲ (۱۹۷۸) نشان داد که افراد مورد بررسی مضطرب و افسرده، گرایش به منبع کنترل بیرونی داشته‌اند. (بیان‌زاده، زمانی منفرد، حیدری پهلویان و همکاران، ۱۳۷۸)

همچنین ارتباط بین منبع کنترل سلامتی نوجوانان و سلامت روانی آنان نیز شرح داده شده است، به طور مثال «کوپرا- فرای، سالتز، جونز و دیکسون»^۳ (۱۹۹۱) دریافتند که افراد دارای منبع کنترل سلامتی درونی بالا (افراد) که خود را مسؤول اولیه سلامتی خویش می‌دانند، استرس و افسردگی کمتری دارند در حالیکه افراد دارای منبع کنترل سلامتی بیرونی (افرادیکه عوامل مافوق کنترل شخصی خویش مانند تصادفات، ویروس و بیماری را مسؤول اولیه وضعیت سلامتی خود می‌دانند) اضطراب، افسردگی، بزهکاری اجتماعی و نشانه‌های سایکوتیک بیشتری دارند. درضمن درونی‌ها عزت نفس بالاتری دارند و کمتر رفتارهای ناسالم، از آنان سر می‌زند، در حالیکه بیرونی‌ها عزت نفس پایین‌تری دارند. (به نقل از ری و همکاران، ۱۹۹۸)

در کل داده‌های مربوط به افسردگی، استرس، اضطراب و عزت نفس پیشنهاد می‌کنند که نوجوانان دارای منبع کنترل سلامتی درونی، سلامت روانی بالاتری نسبت به بیرونی‌ها دارند. (ری و همکاران، ۱۹۹۸)

1- Holder & Levi

2- Strickand

3- Kopera-Frye, Saltz, Jones & Dixon

«ری، هیبرت و همکاران»^۱ با تحقیق بر روی ۴۸۰ دانش‌آموز به این نتیجه رسیدند که دانش‌آموزان دارای منبع کنترل سلامتی درونی، خودشان را از لحاظ جسمانی و روانی سالم‌تر تلقی می‌کنند.

«فورن هام و همکاران»^۲ (۱۹۹۴) به نقل از نجفی (۱۳۷۹) به این نتیجه دست یافته‌اند که افراد دارای منبع کنترل بیرونی عزت نفس پایین‌تر و افسردگی بالاتری داشتند. «کلی»^۳ (۲۰۰۰) نیز مطرح نمود که نتایج تحقیق نشان داده است که منبع کنترل یک پیش‌بینی کننده معنادار و قوی در مورد سلامت عمومی و رضایت خاطر از زندگی نوجوانان است.

«زوبین و اسپرینگ»^۴ (۱۹۷۷) اشاره کرده‌اند که بهبود مهارت‌های مقابله‌ای در زمینه تعامل اجتماعی، آسیب‌پذیری در مقابل اسکیزوفرنیا را کاهش می‌دهد. (داردن و گیتتر^۵ ۱۹۹۶) «آمیرکهام»^۶ (۱۹۹۴ و ۱۹۹۰)، «پارکر و ایندler»^۷ (۱۹۹۰) سه نوع راهبرد مقابله‌ای حل مسأله، جستجوی حمایت اجتماعی و اجتناب را مطرح ساختند. به نظر ایشان، راهبردهای مقابله‌ای نقش مهمی را در سلامت روانی و جسمانی فرد در طول موقعیت‌های استرس‌آور زندگی‌اش ایفا می‌کنند. (به نقل از اسپانگنبرگ و ترون،^۸ ۱۹۹۹)

همچنین «کامپاس»^۹ (۱۹۸۷) اظهار می‌دارد که بین وقایع زندگی که فشار به همراه دارند و اختلالات دوران نوجوانی همبستگی متوسطی وجود دارد، که در این بین، مهارت‌های مقابله‌ای اهمیت ویژه‌ای دارند. وی به دو نوع مهارت مقابله‌ای اشاره می‌کند:

-
- 1- Reeh, Hiebert et.al
 - 2- Furnham et.al
 - 3- Kelley
 - 4- Zubin & Spring
 - 5- Darden & Ginter
 - 6- Amirkham
 - 7- Parker & Endler
 - 8- Spangenberg & Theron
 - 9- Compas

متمرکز بر مشکل و متمرکز بر هیجان. در اغلب موارد گرایش متمرکز بر مشکل، کارآمدی بیشتر دارد و با سلامت روانی نوجوانان همبستگی دارد. (به نقل از احمدی زاده، ۱۳۷۳) نوجوانانیکه راهبردهای مقابله‌ای مؤثر را ندارند بیشتر در معرض خطر رشد مشکلات سلامت روانی و جسمانی قرار دارند. (دیکسون، هپلر و آندرسون،^۱ ۱۹۹۱ به نقل از ری و همکاران، ۱۹۹۸)

همچنین سبک زندگی ناسالم با تلاش‌های مقابله‌ای در زندگی که بیشتر مربوط به ارزیابی شناختی و شیوه مقابله‌ای در رفتارهای ناسالم است، ارتباط تنگاتنگ دارد. بویژه یک رابطه معنادار بالایی با درماندگی در حل مسأله وجود دارد. پس رفتار ناسالم و سبک زندگی ناسالم نتیجه خلاقیت کمتر در حل مسأله و اطمینان کمتر به توانایی در حل مسأله است. اینگونه افراد، احساس درماندگی بیشتری دارند. آنان منبع کنترل بیرونی‌تری دارند، از اخلاق حرفه‌ای پایین‌تری برخوردارند، زیاده‌طلب هستند، احساس کنترل و مهارت کمتری تجربه می‌کنند، از حمایت اجتماعی و تحمل جسمانی کمتری برخوردارند، تحریک‌پذیری بیشتری دارند و اسنادهای درونی، ثابت و کلی بیشتری دارند. در حالیکه تصویر رفتار و سبک زندگی سالم، کاملاً متفاوت است، اینگونه افراد شیوه مقابله‌ای و ارزیابی شناختی مثبت‌تری دارند، احساس درماندگی آنان کمتر است، خلاقیت بیشتری در حل مسأله دارند، کمتر زیاده‌طلب هستند، بیشتر در آرزوی مقام و منزلت بالاتری هستند و نمرات بالاتری در کنترل زندگی و مهارت در زندگی دارند. همچنین نگرش مثبت‌تری به سلامتی و ورزش دارند، کمتر از مشکلات فرار می‌کنند و بیشتر با آنها روبرو می‌شوند، حمایت بیشتری دریافت می‌کنند و از نظر هیجانی کمتر تحریک‌پذیرند. بنابراین رفتار سالم، سلامتی را پیش‌بینی می‌کند و همچنین ارزیابی شناختی و شناخت‌هایی که در رفتارهای سالم و ناسالم نقش دارند در فرایند استرس و سلامتی نقش مهمی را ایفا می‌کنند. در نتیجه می‌توان گفت سلامت روانی و جسمانی افراد هم تحت تأثیر ارزیابی شناختی و هم شیوه مقابله‌ای آنان قرار دارد. (کاسیدی،^۲ ۲۰۰۰)

1- Dixon, Hepper & Anderson

2- Cassidy

«توتیز»^۱ (۱۹۹۵) به نقل از «یونگر و همکاران»^۲ (۱۹۹۸) معتقد است استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و مثبت اثرات منفی استرس را کاهش می‌دهد.

«بیلیگز و موس»^۳ (۱۹۸۴) دریافتند که مقابله متمرکز بر حل مسأله و کنترل هیجانی با نابهنجاری‌های شدید، کمتر مرتبط است. به طور مشابه «آلدوین و رونسون»^۴ (۱۹۸۷) دریافتند که فعالیت متمرکز بر مسأله یک عامل حفاظت‌کننده در مقابل استرس است. (به نقل از کولینز و موویرای، ۱۹۹۹)

«ویتالیانو و دیگران»^۵ (۱۹۹۰) نیز به نقل از همان منبع دریافتند که مقابله متمرکز بر مشکل با خلق افسرده، ارتباط منفی دارد. البته این ارتباط منفی زمانی است که استرس دریافت شده، قابل تغییر ادراک شود اما زمانیکه استرسور غیر قابل تغییر ادراک شده باشد، ارتباطی وجود ندارد.

بنابراین اغلب گزارش شده است که مقابله متمرکز بر مشکل مؤثرتر و سازگارانه‌تر از مقابله متمرکز بر هیجان است. به این دلیل که این نوع مقابله، موقعیت استرس‌آور را تغییر می‌دهد. استفاده از راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر هیجان احتمال افسردگی و ضعف جسمانی را افزایش می‌دهد در حالیکه راهبردهای متمرکز بر مشکل عامل حفاظت‌کننده در مقابل افسردگی و ضعف سلامت جسمانی است. (بارون و دیگران، ۱۹۹۴ به نقل از یونگر و دیگران، ۱۹۹۸)

«استپتو و واردل»^۶ (۲۰۰۱) معتقدند که منبع کنترل درونی بالا با افزایش احتمال رفتارهای سالم، ارتباط مثبت دارد. «لفکورت و دیویدسون کاتز»^۸ (۱۹۹۱) (به نقل از «کلینکه»، ترجمه: محمد خانی، ۱۳۸۰) معتقدند که افراد دارای منبع کنترل بیرونی غالباً ضعیف مقابله

-
- 1- Thoits
 - 2- Unger et.al
 - 3- Billings & Moos
 - 4- Aldwin & Revenson
 - 5- Vitaliano et.al
 - 6- Barron et.al
 - 7- Steptoe & Wardle
 - 8- Lefkourt & Davidson-Katz

می‌کنند، زیرا هنگام ارزیابی اولیه رویدادهای زندگی، امید کمتری دارند که بتوانند کاری انجام دهند.

تحقیقات و پژوهش‌های فوق و دیگر پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه بیانگر ارتباط بین سه متغیر سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای است. پژوهش حاضر نیز در این راستا و با اهداف زیر انجام شده است:

۱- بررسی رابطه بین شیوه مقابله‌ای مسأله مدار و سلامت روان.

۲- بررسی رابطه بین درونی‌تر شدن منبع کنترل و سلامت روان.

۳- بررسی رابطه بین شیوه مقابله مسأله مدار و درونی‌تر شدن منبع کنترل.

فرضیات پژوهش عبارت بودند از:

الف: بین شیوه مقابله‌ای مسأله مدار و سلامت روان ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد.

ب: بین درونی‌تر شدن منبع کنترل و سلامت روان ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد.

ج: بین شیوه مقابله‌ای مسأله مدار و درونی‌تر شدن منبع کنترل ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد.

روش:

پژوهش حاضر از نوع تحقیق همبستگی است که با هدف بررسی رابطه بین سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای دانش‌آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه شهر تهران انجام شده است. در این راستا جهت انتخاب نمونه از بین مناطق آموزش و پرورش شهر تهران، منطقه ۷ به دلیل انسجام نسبی بافت فرهنگی و اقتصادی - بنا به پیشنهاد اداره کل آموزش و پرورش شهر تهران - انتخاب شد. در مرحله بعدی از بین دبیرستان‌های دخترانه دولتی این منطقه، یک دبیرستان به طور تصادفی انتخاب شد. پس از آن کلیه دانش‌آموزان سال اول دبیرستان مذکور، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند.

که حجم آن ۱۹۱ دانش‌آموز است. در این مرحله «پرسشنامه سلامت عمومی «گلدبرگ»^۱ (GHQ-28) جهت بررسی سلامت روان دانش‌آموزان و «پرسشنامه منبع کنترل (لونسون)^۲ جهت مشخص ساختن جهت‌گیری درونی و بیرونی منبع کنترل آنان بر روی ۱۹۱ دانش‌آموز اجرا شد.

ابزارهای اندازه‌گیری در پژوهش حاضر به شرح ذیل بودند:

۱- پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28):

«گلدبرگ» (۱۹۷۲)، پرسشنامه سلامت عمومی را برای سرند اختلالات روانی غیر سایکوتیک در مراکز درمانی و جامعه طراحی و تدوین نموده‌است. فرم اصلی این پرسشنامه مشتمل بر ۶۰ سؤال است که آزمودنی باید پاسخ‌های خود را بین چهار درجه «خیر، کمی، زیاد و خیلی زیاد» و یا «بیشتر از همیشه، مثل همیشه، کمتر از همیشه و خیلی بیشتر از همیشه» مشخص کند. فرم‌های کوتاه‌تر ۱۲، ۲۰، ۲۸، ۳۰ و ۴۴ ماده‌ای این مقیاس نیز تهیه شده است. (هندرسون، ۱۹۹۰^۳ به نقل از اوتادی، ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی که توسط «گلدبرگ و هیلیر»^۴ (۱۹۷۹) معرفی شده است، استفاده گردید. هدف این پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماری روانی نیست بلکه منظور اصلی آن ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت است. در واقع فرم ۲۸ ماده‌ای این پرسشنامه دارای این مزیت است که برای تمامی افراد جامعه طراحی شده است. پرسشنامه مذکور دارای چهار مقیاس می‌باشد که هر یک ۷ سؤال دارد. چهار مقیاس مذکور عبارتند از:

- ۱- مقیاس نشانگان جسمانی (A)
- ۲- مقیاس نشانگان اضطرابی (B)
- ۳- مقیاس نارسانا کنش‌وری اجتماعی (C)

1- General Health Questionnaire Goldberg (GHQ-28)

2- Locus of control Questionnaire, Levenson

3- Handerson

4- Goldberg & Hillier

۴- مقیاس نشانگان افسردگی (D)

(استورا^۱، ۱۹۹۱، ترجمه: دادستان، ۱۳۷۷).

با توجه به روش‌های مختلف نمره‌گذاری این پرسشنامه، در پژوهش حاضر از روش یا مدل ساده «لیکرت»^۲ جهت نمره‌گذاری استفاده گردید. لازم به توضیح است که هر چه نمره آزمودنی بالاتر باشد، از سلامت روان پایین‌تری برخوردار است.

۲- پرسشنامه منبع کنترل لونسون

پرسشنامه دیگری که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، پرسشنامه منبع کنترل لونسون بود. این پرسشنامه دارای سه مقیاس I، P و C است. مقیاس I که تحت عنوان «مقیاس درونی» از آن نام برده می‌شود، مربوط به توانایی فرد در کنترل امور زندگی‌اش است. مقیاس P، تحت عنوان «مقیاس افراد قدرتمند» است و بدین معنا که فرد تا چه میزان معتقد است که آنچه در زندگی‌اش رخ می‌دهد نتیجه دیدگاه و اعمال افراد قدرتمند است، یا در نتیجه توانمندی خود فرد است و مقیاس C تحت عنوان «عامل شانس» است که میزان اعتقاد فرد به شانس و تصادف در زندگی‌اش را می‌سنجد. در واقع لونسون (۱۹۷۳) سه مقیاس خود را با توجه به مقیاس L-E راتر ارائه داده است (فراهانی، کوپر، جین، ۱۳۷۴)^۳ و این پرسشنامه دارای ۲۴ سؤال می‌باشد. لازم به توضیح است که کسب نمره بالا در مقیاس‌های I، P و C نشانگر جهت‌گیری بیرونی منبع کنترل می‌باشد.

پیشینه تحقیقاتی نشان داده است که عمده‌ترین شیوه‌های مقابله‌ای شامل شیوه مقابله‌ای متمرکز بر مسأله، شیوه مقابله‌ای متمرکز بر هیجان و جسمانی‌سازی مقابله می‌باشد. مقابله مسأله مدار شامل تلاش‌هایی است که برای انجام کارهای سازنده و انتخاب بهترین راه حل ممکن به منظور تغییر شرایط استرس‌زا صورت می‌پذیرد. شیوه

1- Stora

2- Likert

3- Farahani, Cooper & Jin

مقابله‌ای هیجان‌مدار تلاش‌هایی است که جهت تنظیم و کنترل عکس‌العمل‌های هیجانی در مورد رویداد استرس‌زا صورت می‌گیرد. جسمانی‌سازی مقابله نیز بدین معناست که فردی که از این نوع شیوه مقابله‌ای استفاده می‌کند، هنگام برخورد با مشکل دچار علائم جسمانی (مانند سردرد، تپش قلب، تهوع، بی‌خوابی و...) می‌شود. از این رو در این پژوهش شیوه مقابله‌ای نوجوانان به عنوان یک امر حاشیه‌ای مورد بررسی قرار گرفته است. بدین منظور سه ماده دیگر در رابطه با عمده‌ترین شیوه‌های مقابله‌ای (متمرکز بر مسأله، متمرکز بر هیجان و جسمانی‌سازی مقابله) تحت عنوان مقیاس شیوه مقابله‌ای به پرسشنامه منبع کنترل لونسون اضافه شد. همچنین با استناد به طرح تحقیقی خسروی (۱۳۷۸) با موضوع «بررسی عوامل فشارزای شغلی اعضای هیأت علمی دانشگاه الزهرا(س) و رضایت شغلی آنان» نتایج نشان داده است که سه متغیر مذکور به خوبی می‌توانند موارد عمده شیوه‌های مقابله‌ای را مورد سنجش قرار دهند و در واقع می‌توان گفت که دارای بیشترین توان سنجش شیوه‌های مقابله‌ای هستند. لازم به توضیح است که کسب نمره بالا در مقیاس شیوه مقابله‌ای، نشانگر شیوه مقابله‌ای نامناسب و هیجان‌مدار است.

پس از اجرای پژوهش و نمره‌گذاری آزمونها، نتایج بدست آمده، با استفاده از روش آماری ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس یکطرفه (ANOVA) و آزمون t دو گروه مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در ضمن پایایی^۱ و اعتبار^۲ پرسشنامه‌های پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ^۳، بدست آمده و به شرح ذیل است:

- 1- Reliability
- 2- Validity
- 3- Cronbach

جدول ۱- نتایج پایایی حاصل از آلفای کرونباخ از دو پرسشنامه پژوهش

پایایی: آلفای کرونباخ	مقیاسها
۰/۶۹	A
۰/۷۸	B
۰/۶۲	C
۰/۹۲	D
۰/۸۲	جمع کل مقیاس‌های فوق
۰/۲۲	I
۰/۶۲	C
۰/۵۹	P
۰/۶۳	جمع کل مقیاس‌های فوق
۰/۶۷	مقیاس شیوه مقابله‌ای

یافته‌ها

نتایج و یافته‌های حاصل از داده‌های پژوهش در جداول ۲، ۳، ۴، ۵، ۶ و ۷ نشان داده شده است.

نتایج ضرایب همبستگی در جدول (۲) نشان می‌دهد که بین برخی از مقیاس‌های سلامت روان، منبع کنترل و شیوه‌های مقابله‌ای، روابط معناداری وجود دارد. از جمله به موارد ذیل اشاره می‌شود:

بین مقیاس، نشانگان جسمانی (A) با مقیاس، نشانگان اضطرابی (B)، مقیاس افسردگی (D)، جمع کل مقیاس‌های آزمون سلامت عمومی، شیوه جسمانی‌سازی مقابله در سطح $P < 0/001$ ، شیوه هیجانی مقابله در سطح $P < 0/01$ و جمع کل مقیاس شیوه مقابله‌ای در سطح $P < 0/001$ ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. بدین معنا که هر گونه افزایش و کاهش در میزان نمره مقیاس نشانگان جسمانی (A) همراه با افزایش و کاهش در میزان نمرات مقیاس‌های مذکور است و بالعکس.

بین مقیاس نشانگان اضطرابی (B) نیز با مقیاس کارکرد و کنش اجتماعی (C)، مقیاس افسردگی (D)، جمع کل مقیاسهای آزمون سلامت عمومی، شیوه هیجانی مقابله و جمع کل مقیاس شیوه مقابله‌ای در سطح $P < 0/001$ ، ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. بدین معنا که هر گونه افزایش و کاهش در میزان نمره مقیاس نشانگان اضطرابی (B) همراه با افزایش و کاهش در میزان نمرات مقیاس‌های مذکور و بالعکس است.

همچنین بین مقیاس کارکرد و کنش اجتماعی (C) با مقیاس افسردگی (D)، جمع کل مقیاس‌های آزمون سلامت عمومی، مقابله مسأله مدار در سطح $P < 0/001$ و جمع کل مقیاس شیوه مقابله‌ای در سطح $P < 0/01$ ، ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. بدین معنا که هر گونه افزایش و کاهش در میزان نمره مقیاس کارکرد و کنش اجتماعی (C) همراه با افزایش و کاهش در میزان نمرات مقیاس‌های مذکور و بالعکس همراه است.

بین مقیاس نشانگان افسردگی (D) با جمع کل مقیاس‌های آزمون سلامت عمومی در سطح $P < 0/001$ ، شیوه جسمانی‌سازی مقابله، مقابله مسأله مدار در سطح $P < 0/001$ ، ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. بدین معنا که هر گونه افزایش و کاهش در میزان نمره مقیاس افسردگی (D) همراه با افزایش و کاهش در میزان نمرات مقیاس‌های مذکور و بالعکس است.

به طور کلی بین جمع کل مقیاس‌های آزمون سلامت عمومی با شیوه جسمانی‌سازی مقابله و شیوه هیجانی مقابله در سطح $P < 0/001$ ، مقابله مسأله مدار در سطح $P < 0/01$ ، ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. یعنی هر گونه کاهش یا افزایش در میزان نمره جمع کل مقیاس‌های آزمون سلامت عمومی با کاهش یا افزایش در میزان نمرات مقیاس‌های مذکور و بالعکس است.

بین مقیاس توانایی درونی (I) با مقیاس شانس (C) و مقیاس تأثیر دیدگاه افراد قدرتمند P در سطح $P < 0/001$ ، ارتباط منفی و معناداری وجود دارد. بدین معنا که افزایش در میزان نمره مقیاس توانایی درونی (I) همراه با کاهش در میزان نمرات دو مقیاس مذکور است و کاهش در میزان نمره‌ی مقیاس توانایی درونی (I) همراه با افزایش در میزان نمرات دو مقیاس مذکور است.

همچنین بین مقیاس توانایی درونی (I) با مقابله مسأله مدار در سطح $P < 0/01$ ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. بدین معنا که هر گونه کاهش یا افزایش در میزان نمره مقیاس توانایی درونی (I) با کاهش یا افزایش در نمره شیوه مقابله مسأله مدار و بالعکس همراه است.

بین مقیاس شانس (C) با مقیاس تأثیر دیدگاه افراد قدرتمند (P) و شیوه هیجانی مقابله در سطح $P < 0/001$ ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. یعنی هر گونه کاهش یا افزایش در میزان نمره مقیاس شانس (C) با کاهش یا افزایش میزان نمره در دو مقیاس مذکور همراه است.

همچنین بین مقیاس تأثیر دیدگاه افراد قدرتمند (P) با شیوه جسمانی سازی مقابله در سطح $P < 0/01$ ، ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. بدین معنا که هر گونه کاهش یا افزایش در میزان نمره مقیاس تأثیر دیدگاه افراد قدرتمند (P) همراه با کاهش و افزایش در میزان نمره شیوه جسمانی سازی مقابله می باشد و بالعکس.

در ضمن بین شیوه جسمانی سازی مقابله با شیوه هیجانی مقابله و جمع کل مقیاس شیوه مقابله ای در سطح $P < 0/001$ ، ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. و بین شیوه هیجانی مقابله و مقابله مسأله مدار با جمع کل مقیاس شیوه مقابله ای در سطح $P < 0/001$ ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. بدین معنا که هر گونه افزایش یا کاهش در میزان نمرات مذکور منجر به افزایش یا کاهش در میزان نمرات دیگر می شود و بالعکس.

همانگونه که ملاحظه می شود بین اکثر مقیاس ها با یکدیگر ارتباط معناداری وجود دارد. به طور کلی با توجه به یافته های فوق دو نکته قابل اهمیت است: نکته اول اینکه بین جمع کل مقیاس های آزمون سلامت عمومی با کلیه مقیاس های A، B، C و D این آزمون، شیوه جسمانی سازی مقابله، شیوه هیجانی مقابله، مقابله مسأله مدار و جمع کل مقیاس شیوه های مقابله ای، ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. نکته قابل توجه دیگر اینکه بین مقیاس های آزمون سلامت عمومی و مقیاس های منبع کنترل هیچگونه ارتباط معناداری مشاهده نشد.

جدول (۳) نشان‌دهنده ضرایب همبستگی بین مقیاس‌های سلامت روان منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای با عملکرد تحصیلی (معدل کتبی) دانش‌آموزان است. نتایج نشان می‌دهد که عملکرد تحصیلی (معدل کتبی) دانش‌آموزان تنها با شیوه جسمانی‌سازی مقابله و جمع کل مقیاس شیوه مقابله‌ای در سطح $P < 0/01$ ارتباط منفی و معناداری دارد. بدین معنا که دانش‌آموزانی که عملکرد تحصیلی بالاتری داشته‌اند، در شیوه جسمانی‌سازی مقابله و جمع کل مقیاس شیوه مقابله‌ای، نمرات پایین‌تری کسب نموده‌اند. در واقع دانش‌آموزان مذکور، در مقابله با مشکلات کمتر دچار علائم جسمانی مانند سردرد، احساس تهوع، تپش قلب، بی‌خوابی و... می‌شوند، کمتر دچار علائم هیجانی مانند خشم و عصبانیت و... می‌شوند و بیشتر از مقابله مسأله‌مدار استفاده می‌کنند.

جدول (۴) نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه (ANOVA) بین میانگین‌های سطح تحصیلات مادر در سه گروه بی‌سواد و زیر دیپلم، دیپلم و فوق دیپلم و لیسانس و بالاتر را با مقیاس‌های سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای دانش‌آموزان نشان می‌دهد. همانگونه که نتایج نشان می‌دهد در نسبت F حاصل از میانگین شیوه هیجانی مقابله در سطح $P < 0/01$ معنادار است. این بدان معناست که بین نمره‌های شیوه هیجانی مقابله و تحصیلات مادر در گروه‌های بی‌سواد و زیر دیپلم، دیپلم و فوق دیپلم و لیسانس و بالاتر در سطح تعیین شده تفاوت معناداری وجود دارد. جهت تعیین دقیق محل تفاوت مشاهده شده، مقایسه میانگین‌های گروهها به روش آزمون تعقیبی شفه^۱ نشان داد که بین میانگین نمره شیوه هیجانی مقابله در گروه مادران دارای سطح تحصیلات بی‌سواد و زیر دیپلم با میانگین نمرات گروههای دیگر در سطح $0/01$ تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی دانش‌آموزانی که مادرانشان دارای تحصیلات بی‌سواد و زیر دیپلم هستند در مقابله با مشکلات، بیشتر دچار علائم هیجانی مانند خشم و عصبانیت و... می‌شوند.

جدول (۵) نشانگر نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه (ANOVA) بین میانگین‌های سطح تحصیلات پدر در سه گروه بی‌سواد و زیر دیپلم، دیپلم و فوق دیپلم و لیسانس و بالاتر

و مقیاس‌های سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای دانش‌آموزان است. همانگونه که نتایج نشان می‌دهد در نسبت F حاصل از کلیه مقیاس‌ها نسبت معناداری وجود ندارد. به عبارت دیگر بین میانگین‌های سطح تحصیلات پدر در سه گروه مذکور و مقیاس‌های سلامت روان، منبع کنترل و شیوه‌های مقابله‌ای، تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول (۶) نشان‌دهنده نتایج تحلیل واریانس یکطرفه (ANOVA) بین میانگین‌های شغل پدر در سه گروه شغلی کارمند و فرهنگی، آزاد و کارگر با مقیاس‌های سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای دانش‌آموزان می‌باشد. همانگونه که نتایج نشان می‌دهد در نسبت F حاصل از کلیه مقیاس‌ها، معناداری وجود ندارد. به عبارت دیگر بین میانگین‌های شغل پدر در سه گروه مذکور و مقیاس‌های سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول (۷) نشان‌دهنده میانگین، انحراف استاندارد، خطای استاندارد، مقدار t بدست آمده و سطح معناداری t بین دو گروه مادران خانه‌دار و شاغل در مقیاس‌های سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای دانش‌آموزان است. همانگونه که نتایج t دو گروه مستقل نشان می‌دهد، در مقیاس‌های نشانگان اضطرابی (B)، کارکرد و کنش اجتماعی (C)، نشانگان افسردگی (D) و جمع کل مقیاس‌های آزمون سلامت عمومی بین میانگین‌های دو گروه دانش‌آموزان دارای مادران خانه‌دار و شاغل، تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر میانگین نمرات دانش‌آموزانی که دارای مادران خانه‌دار هستند، در مقیاس‌های مذکور بالاتر است. این بدان معناست که دانش‌آموزان دارای مادران خانه‌دار از سلامت روان پایین‌تری نسبت به دانش‌آموزان دارای مادران شاغل برخوردارند. همچنین بین میانگین‌های دو گروه دانش‌آموزان دارای مادران شاغل و خانه‌دار در نمره مقابله مسأله‌مدار، تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنا که دانش‌آموزان دارای مادران شاغل بیشتر از دانش‌آموزان دارای مادران خانه‌دار، از مقابله مسأله‌مدار استفاده می‌کنند.

همانگونه که ملاحظه شد از نتایج ضرایب همبستگی بین مقیاس‌های سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای چنین بر می‌آید که بین اکثر مقیاس‌ها همبستگی معناداری وجود دارد. به طوری که بین مقیاس‌های سلامت روان و شیوه‌های مقابله‌ای نیز همبستگی معناداری وجود دارد. این بدان معناست که بین دو متغیر مذکور ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین بین مقیاس‌های منبع کنترل و انواع شیوه‌های مقابله‌ای همبستگی معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر بین دو متغیر منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای ارتباط معناداری وجود دارد. در ضمن بین مقیاس‌های آزمون سلامت عمومی (نشانگان جسمانی، نشانگان اضطرابی، کارکرد و کنش اجتماعی و نشانگان افسردگی) نیز ارتباط مثبت و معناداری مشاهده شده است. به طوری که ضرایب همبستگی بین مقیاس‌ها اکثراً بالای $r=0/60$ می‌باشد. همین‌طور بین مقیاس‌های آزمون منبع کنترل (توانایی درونی، اعتقاد به شانس و تأثیر دیدگاه افراد قدرتمند) نیز ارتباط معناداری مشاهده شد. همانگونه که ملاحظه می‌شود بین شیوه جسمانی‌سازی مقابله، شیوه‌های هیجانی مقابله و جمع کل مقیاس شیوه مقابله‌ای نیز ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. بنابراین نتایج نشانگر ارتباط مستقیم و مثبت بین متغیرهای پژوهش (سلامت روان و شیوه مقابله‌ای، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای) می‌باشد، که البته علیرغم انتظار پژوهش، بین دو متغیر سلامت روان و منبع کنترل، ارتباط معناداری مشاهده نشده است.

بدین ترتیب فرضیه (۲) پژوهش مورد تأیید قرار نگرفت. نکته قابل توجه دیگر این بود که در هر دو پرسشنامه، بین مقیاس‌ها ارتباط کاملاً معناداری مشاهده شد، بطوریکه ضرایب همبستگی قابل قبول و رضایت‌بخشی بخصوص در آزمون سلامت عمومی، به دست آمده است. در ضمن با توجه به نتایج همبستگی این آزمون می‌توان نتیجه گرفت که درجه همبستگی بین هر زیر مقیاس آزمون سلامت عمومی با نمره کل مقیاس‌های آزمون بیشتر از درجه همبستگی بین زیر مقیاس‌ها است. این موضوع به‌خصوص در مورد مقیاس‌های نشانگان افسردگی، نشانگان اضطرابی و نشانگان جسمانی صدق می‌کند. این امر نشان دهنده اهمیت افسردگی و اضطراب در تشخیص نشانگان اختلال‌های روانی است.

در ضمن مشاهده شد که نتایج یافته‌های جانبی نشان دهنده ارتباط منفی و معنادار عملکرد تحصیلی (معدل کتبی) دانش‌آموزان با شیوه جسمانی‌سازی مقابله و جمع کل مقیاس شیوه مقابله‌ای است. بدین معنا که دانش‌آموزانی که معدل کتبی بالاتری داشتند در شیوه جسمانی‌سازی مقابله و جمع کل مقیاس شیوه مقابله‌ای نمرات پایین‌تری کسب کردند، یعنی در مقابله با مشکلات کمتر دچار علائم جسمانی مانند سردرد، احساس تهوع، تپش قلب، بی‌خوابی و... می‌شوند و بیشتر از مقابله مسأله‌مدار استفاده می‌کنند. همچنین نتایج تحلیل واریانس یکطرفه (ANOVA)، حاکی از آن است که تحصیلات مادر در گروه بی‌سواد و زیر دیپلم با شیوه هیجانی مقابله ارتباط معناداری دارد. بدین معنا که دانش‌آموزان دارای مادران بی‌سواد و زیر دیپلم در مقابله با مشکلات بیشتر دچار حالات هیجانی مانند، خشم، عصبانیت و... می‌شوند. لازم به ذکر است که بین میانگین‌های تحصیلات پدر با مقیاس‌های سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای، ارتباط معناداری مشاهده نشد. در ضمن بین نوع شغل پدر و مقیاس‌های مذکور نیز ارتباط معناداری حاصل نگردید. ولیکن بین وضعیت اشتغال مادر و مقیاس‌های اضطراب، نارساکنش‌وری اجتماعی، افسردگی و جمع کل مقیاس‌های سلامت عمومی و همچنین شیوه مقابله‌ای مسأله‌مدار ارتباط معناداری بدست آمد. بدین معنا که دانش‌آموزان دارای مادران شاغل، نمرات پایین‌تری در مقیاس‌های مذکور کسب نمودند، یعنی به عبارت دیگر، اضطراب، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی کمتری در مقایسه با دانش‌آموزان دارای مادران خانه‌دار، نشان دادند و در کل از سلامت روان بالاتری برخوردار هستند. در ضمن در هنگام مقابله با مشکلات بیشتر از شیوه مقابله‌ای مسأله‌مدار استفاده می‌کردند.

جداول ۲، ۳، ۴، ۵، ۶ و ۷ که بیانگر توضیحات فوق می‌باشند به ترتیب در صفحات بعدی ترسیم شده‌اند.

جدول ۲: ضرایب همبستگی بین مقیاس‌های سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای دانش‌آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه شهر تهران ۱۹۱ n

منبع کنترل	A	B	C	D	جمع کل مقیاس‌های سلامت عمومی	I	C	P	شیوه مقابله‌ای	شیوه مقابله هیجانی	شیوه مقابله مسئله‌مدار	جمع کل مقیاس‌های سلامت عمومی
نشاگان جسمانی A	۱	** ۰/۵۸۵۵	۰/۱۳۸۵	** ۰/۴۰۶۹	** ۰/۶۱۸۷	۰/۱۱۷۷	۰/۰۴۶۳	-۰/۱۰۴۱	** ۰/۲۲۸۲	* ۰/۱۷۴۴	۰/۱۲۵۳	** ۰/۲۴۹۶
نشاگان اضطرابی B	-	۱	** ۰/۳۵۱۵	** ۰/۴۲۳۰	** ۰/۶۳۷۸	۰/۱۳۵۵	۰/۰۷۱۳	-۰/۰۲۹۳	** ۰/۲۲۸۸	** ۰/۲۲۸۸	۰/۱۵۹۰	** ۰/۳۳۲۱
کارکرد و کنش اجتماعی C	-	-	۱	* ۰/۱۶۸۹	** ۰/۲۷۲۲	۰/۰۰۲۶	۰/۰۶۱۷	۰/۰۸۷۶	۰/۰۹۹۱	۰/۱۱۴۵	۰/۱۳۳۴	* ۰/۱۷۲۰
نشاگان افسردگی D	-	-	-	۱	** ۰/۶۶۸۸	۰/۱۲۸۶	۰/۱۴۷۹	۰/۰۲۴۵	* ۰/۱۷۲۰	۰/۱۶۶۲	۰/۱۹۴۹	** ۰/۳۳۳۷
جمع کل مقیاس‌های سلامت عمومی	-	-	-	-	۱	۰/۰۷۲۱	۰/۱۵۲۲	۰/۰۲۳۴	** ۰/۲۲۶۸	** ۰/۲۴۰۷	* ۰/۳۱۶۶	** ۰/۳۰۷۹
مقیاس توانایی درونی I	-	-	-	-	-	۱	** -۰/۳۳۳۴	** -۰/۲۶۹۸	** -۰/۰۷۸۵	** -۰/۰۵۸۰	* ۰/۱۷۸۹	-۰/۰۱۳۷
مقیاس شانس C	-	-	-	-	-	-	۱	** ۰/۵۷۶۵	** ۰/۱۶۸۴	** ۰/۲۷۷۰	۰/۰۸۵۵	۰/۲۷۵۶
مقیاس دیدگاه افراد قدرتمند P	-	-	-	-	-	-	-	۱	* ۰/۱۷۹۲	۰/۰۹۱۴	-۰/۰۶۲۸	۰/۱۲۹۴
شیوه جسمانی‌سازی مقابله	-	-	-	-	-	-	-	-	۱	** ۰/۵۱۳۲	۰/۰۰۵۷	** ۰/۸۱۵۸

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA) بین میانگین‌های سطح تحصیلات مادر در سه گروه بی‌سواد و زیر دیپلم، و دیپلم و فوق دیپلم و لیسانس و بالاتر با مقیاس‌های سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای دانش‌آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه تهران $n = 191$

احتمال F	نسبت F	MS میانگین مجزورات	SS مجموع مجزورات	D.F درجه آزادی	منابع تغییر مقیاس‌ها
۰/۳۱۲۶	۱/۱۷۰۲	۲۳/۵۷۹۸	۴۷/۱۵۹۶	۲	A نشانگان جسمانی
۰/۲۵۵۲	۱/۳۷۵۸	۴۳/۹۸۵۲	۷۸/۹۷۰۴	۲	B نشانگان اضطرابی
۰/۷۶۱۸	۰/۲۷۲۵	۱۶/۲۸۸۶	۳۲/۵۷۷۱	۲	C کارکرد و کنش اجتماعی
۰/۲۶۶۰	۱/۳۳۳۶	۴۲/۷۴۷۸	۸۵/۴۹۵۵	۲	D نشانگان افسردگی
۰/۲۱۶۳	۱/۵۴۳۹	۳۱۰/۴۷۵۸	۶۲۰/۹۵۱۷	۲	جمع کل مقیاس‌های آزمون سلامت عمومی
۰/۷۰۹۸	۳/۴۳۴	۶/۷۳۹۸	۱۳/۴۷۹۶	۲	I مقیاس توانایی درونی
۰/۴۰۶۴	۰/۹۰۴۸	۴۹/۵۳۸۳	۹۹/۰۷۶۵	۲	C مقیاس اعتقاد به شانس
۰/۱۶۷۸	۱/۸۰۲۱	۱۰۰/۱۵۷۴	۲۰۰/۳۱۴۸	۲	P مقیاس دیدگاه افراد قدرتمند
۰/۲۱۲۷	۱/۵۶۰۶	۵/۵۵۶۱	۱۱/۱۱۲۲	۲	شیوه جسمانی‌سازی مقابله
* ۰/۰۲۴۷	۳/۷۷۳۲	۱۱/۰۲۵۴	۲۲/۰۵۰۸	۲	شیوه هیجانی مقابله
۰/۷۹۶۲	۰/۲۲۸۱	۰/۲۵۰۵	۰/۵۰۰۹	۲	مقابله مسأله‌مدار
۰/۱۱۲۳	۲/۲۱۲۶	۲۴/۸۸۲۴	۴۹/۷۶۴۸	۲	جمع کل مقیاس شیوه مقابله

* $P < 0/01$

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA) بین میانگین‌های سطح تحصیلات پدر سه گروه بی‌سواد و زیر دیپلم، دیپلم و فوق دیپلم و لیسانس و بالاتر با مقیاس‌های سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای دانش‌آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه تهران $n = 191$

مقیاس‌ها	منابع تغییر	D.F درجه آزادی	SS مجموع مجدورات	MS میانگین مجدورات	نسبت F	احتمال F
A نشانگان جسمانی	۲	۱۲/۴۳۱۶	۶/۲۱۵۸	۰/۴۳۶۶	۰/۶۴۶۹	
B نشانگان اضطرابی	۲	۴۸/۰۴۲۵	۲۴/۰۲۱۲	۰/۷۹۴۵	۰/۴۵۳۴	
C کارکرد و کنش اجتماعی	۲	۲۳/۰۱۳۱	۱۱/۵۰۶۵	۰/۱۸۸۸	۰/۸۲۸۱	
D نشانگان افسردگی	۲	۱۰۳/۷۹۱۲	۵۱/۸۹۵۶	۰/۷۲۲۹	۰/۴۸۶۸	
جمع کل مقیاس‌های آزمون سلامت عمومی	۲	۳۲۸/۹۸۲۳	۱۶۴/۴۹۱۱	۰/۷۹۸۸	۰/۴۵۱۴	
I مقیاس توانایی درونی	۲	۲۲/۷۴۰۸	۱۱/۳۷۰۴	۰/۵۶۸۶	۰/۵۶۷۳	
C مقیاس اعتقاد به شانس	۲	۳۸/۲۸۳۶	۱۹/۱۴۱۸	۰/۳۴۵۶	۰/۷۰۸۳	
P مقیاس دیدگاه افراد قدرتمند	۲	۶۷/۶۲۱۷	۳۳/۸۱۰۸	۰/۶۴۰۲	۰/۵۲۸۴	
شیوه جسمانی‌سازی مقابله	۲	۱/۹۵۰۳	۰/۹۷۵۲	۰/۲۶۵۵	۰/۷۶۷۱	
شیوه هیجانی مقابله	۲	۲/۷۲۷۳	۱/۳۶۳۶	۰/۴۴۹۶	۰/۶۳۸۶	
مقابله مسأله‌مدار	۲	۱/۵۳۴۴	۰/۷۶۷۲	۰/۶۷۸۷	۰/۵۰۸۶	
جمع کل مقیاس شیوه مقابله	۲	۱۴/۰۶۷۹	۷/۰۳۳۹	۰/۵۹۶۷	۰/۵۵۱۷	

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA) بین میانگین‌های شغل پدر در سه گروه شغلی کارمند و فرهنگی، آزاد و کارگر با مقیاس‌های سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای دانش‌آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه تهران $n = 191$

مقیاس‌ها	منابع تغییر	D.F درجه آزادی	SS مجموع مجذورات	MS میانگین مجذورات	نسبت F	F احتمال
A نشانیگان جسمانی	۲	۲۳/۲۶۲۸	۱۱/۶۳۱۴	۰/۶۵۶۹	۰/۵۲۰۹	
B نشانیگان اضطرابی	۲	۱۶۹/۴۵۶۰	۸/۲۲۸۰	۰/۳۹۲۳	۰/۶۷۶۶	
C کارکرد و کنش اجتماعی	۲	۴/۹۱۹۰	۲/۴۵۹۵	۰/۲۰۱۲	۰/۸۱۸۱	
D نشانیگان افسردگی	۲	۲۹/۳۰۱۲	۱۴/۶۵۰۶	۰/۱۳۴۷	۰/۸۷۴۱	
جمع کل مقیاس‌های آزمون سلامت عمومی	۲	۲۱۱/۷۵۷۴	۱۰۵/۸۷۸۷	۰/۴۶۹۷	۰/۶۲۶۶	
I مقیاس توانایی درونی	۲	۵۴/۶۶۴۰	۲۷/۳۳۲۰	۱/۳۴۴۷	۰/۲۶۵۶	
C مقیاس اعتقاد به شانس	۲	۱۰۹/۶۴۰۷	۵۴/۸۲۰۴	۰/۹۷۲۸	۰/۳۸۱۸	
P مقیاس دیدگاه افراد قدرتمند	۲	۱۹۷/۴۲۱۱	۹۸/۷۱۰۶	۲/۱۵۰۱	۰/۱۲۲۲	
شیوه جسمانی‌سازی مقابله	۲	۹/۳۲۴۹	۴/۶۶۲۴	۱/۲۹۲۱	۰/۲۷۹۶	
شیوه هیجانی مقابله	۲	۰/۸۷۰۰	۰/۴۳۵۰	۰/۱۳۴۴	۰/۸۷۴۴	
مقابله مسأله‌مدار	۲	۰/۹۴۴۲	۰/۴۷۲۱	۰/۴۹۰۲	۰/۶۱۴۰	
جمع کل مقیاس شیوه مقابله	۲	۳/۱۸۷۳	۱/۵۹۳۶	۰/۱۳۷۹	۰/۸۷۱۴	

* $P < 0/01$

جدول ۷: میانگین، انحراف استاندارد، خطای استاندارد، سطح معناداری و مقدار t بدست آمده بین دو گروه مادران خانه‌دار ($n = ۱۶۷$) و شاغل ($n = ۲۴$) در مقیاس‌های سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله دانش‌آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه شهر تهران ($n = ۱۹۱$)

احتمال F	نسبت F	خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	گروهها	منابع تغییر	مقیاسها
۰/۶۶۸	۰/۴۳	۰/۳۵۵	۴/۵۸۸	۵/۵۶۸۹	خانه‌دار	A	نشانیگان جسمانی
		۰/۱۵۹	۴/۲۰۸	۵/۱۶۶۷	شاغل		
* ۰/۰۳۶	۲/۱۶	۰/۴۵۹	۵/۹۲۹	۶/۵۷۴۹	خانه‌دار	B	نشانیگان اضطرابی
		۰/۶۶۴	۳/۲۵۳	۴/۸۳۳۳	شاغل		
* ۰/۰۰۱	۳/۵۴	۰/۶۲۸	۸/۱۱۲	۷/۷۷۸۴	خانه‌دار	C	کارکرد و کنش اجتماعی
		۰/۴۹۱	۲/۴۰۴	۴/۹۵۸۳	شاغل		
* ۰/۰۲۱	۲/۳۷	۰/۶۸۰	۸/۷۸۳	۵/۷۱۲۶	خانه‌دار	D	نشانیگان افسردگی
		۰/۷۸۵	۳/۸۴۸	۳/۲۵۰۰	شاغل		
* ۰/۰۴۴	۲/۰۸	۱/۱۲۶	۱۴/۵۵۳	۲۳/۴۷۳۱	خانه‌دار	جمع کل مقیاسهای آزمون سلامت عمومی	
		۴/۲۶۰	۱۱/۰۷۳	۱۸/۲۰۸۳	شاغل		
۰/۹۰۷	-۰/۱۲	۰/۳۴۲	۴/۴۲۰	۹/۰۸۹۸	خانه‌دار	I	مقیاس توانایی درونی
		۰/۹۴۰	۴/۶۰۶	۹/۲۰۸۳	شاغل		
۰/۴۳۹	-۰/۷۸	۰/۵۶۵	۷/۳۰۶	۱۹/۹۵۲۱	خانه‌دار	C	مقیاس اعتقاد به شانس
		۱/۶۶۸	۸/۱۷۰	۲۱/۳۳۳۳	شاغل		
۰/۹۸۹	۰/۰۱	۰/۵۵۹	۷/۲۱۸	۱۹/۵۲۶۹	خانه‌دار	P	مقیاس دیدگاه افراد قدرتمند
		۱/۸۷۸	۹/۱۹۸	۱۹/۵۰۰۰	شاغل		
۰/۹۰۵	۰/۱۲	۰/۱۴۸	۱/۹۱۸	۳/۲۵۵۵	خانه‌دار	شیوه جسمانی‌سازی مقابله	
		۱/۳۵۳	۱/۷۳۲	۳/۲۹۱۷	شاغل		

ادامه جدول ۷

احتمال F	نسبت F	خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	گروهها	منابع تغییر
						مقیاسها
۰/۶۳۰	۰/۴۹	۰/۱۳۲	۱/۷۱۰	۳/۶۵۸۷	خانه‌دار	شیوه هیجانی مقابله
		۰/۳۹۰	۱/۹۱۱	۳/۴۵۸۳	شاغل	
* ۰/۰۰۳	۳	۰/۰۸۶	۱/۱۰۷	۰/۴۵۵۱	خانه‌دار	شیوه مقابله مسأله‌مدار
		۰/۰۶۹	۰/۳۳۸	۰/۱۲۵۰	شاغل	
۰/۵۷	۰/۵۶	۰/۲۶	۳/۴۱	۷/۲۹	خانه‌دار	جمع کل مقیاس شیوه مقابله
		۰/۶۵	۳/۲۰	۶/۸۷	شاغل	

$$* P < 0/01$$

بحث و تبیین یافته‌ها:

بررسی یافته‌های پژوهش فرضیه مبنی بر ارتباط مثبت و معنادار بین شیوه مقابله مسأله‌مدار و سلامت روان را مورد تأیید قرار می‌دهد. نتایج تحقیقات گوناگون نشان می‌دهد که بین دو متغیر مذکور ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد که به برخی از آنها اشاره می‌شود:

«زوبین و اسپرینگ»^۱ (۱۹۷۷) به نقل از «داردن و گینتر»^۲ (۱۹۹۶) بهبود مهارت‌های مقابله‌ای را در کاهش آسیب‌پذیری در مقابل بیماری اسکیزوفرنی مؤثر دانسته‌اند. «آمیرکهام»^۳ (۱۹۹۰ و ۱۹۹۴)، «پارکر و ایندler»^۴ (۱۹۹۰) و «دیکسون و همکاران»^۵ (۱۹۹۱) نقش راهبردهای مقابله‌ای را در سلامت جسمانی و روانی در موقعیت‌های

- 1- Zubin & spring
- 2- Darden & Ginter
- 3- Amirkham
- 4- Parker & Endler
- 5- Dixon et.al

استرس آور زندگی مؤثر تلقی نمودند. همچنین «کامپاس»^۱ (۱۹۸۷) آموزش مهارت مقابله‌ای مسأله‌مدار را در افزایش سازگاری کودکان و نوجوانان مؤثر دانست. «بیلینگز و موس»^۲ (۱۹۸۴) دریافتند که مقابله متمرکز بر حل مسأله و کنترل هیجانی، با نابهنجاری‌های روانی شدید، کمتر مرتبط است. «آلدوین و رونسون»^۳ (۱۹۸۷) معتقدند که فعالیت متمرکز بر حل مسأله یک عامل حفاظتی در مقابل استرس است. «یونگر و همکاران»^۴ (۱۹۹۸) نیز آموزش مهارت‌های مقابله‌ای حل مسأله را در کنترل استرس و سلامت جسمانی و روانی مؤثر دانسته‌اند. «ویتالیانو و دیگران»^۵ (۱۹۹۰) دریافتند که مقابله متمرکز بر مشکل با خلق افمرده ارتباط منفی دارد. همچنین «بارون و دیگران»^۶ (۱۹۹۴) نیز راهبرد متمرکز بر مسأله را عامل حفاظتی در مقابل افسردگی و ضعف سلامت جسمانی می‌داند.

همانگونه که ملاحظه می‌شود، نتایج تحقیقات فوق، تأیید کننده یافته پژوهش حاضر است. بدین معنا که همبستگی بالا و مطلوب دو متغیر مذکور در پژوهش حاضر با نتایج فوق کاملاً هماهنگی و مطابقت دارد. بنابراین با توجه به تأیید فرضیه فوق و نتایج تحقیقات متعدد می‌توان گفت که برخورداری از شیوه مقابله‌ای مسأله‌مدار پیش‌بینی کننده سلامت روان فرد می‌باشد.

در ضمن یافته پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین درونی‌تر شدن منبع کنترل و سلامت روان ارتباط مثبت و معناداری وجود ندارد. بنابراین فرضیه (۲) پژوهش مورد تأیید قرار نگرفته است. در حالیکه تحقیقات متعددی بیانگر ارتباط بین دو متغیر مذکور می‌باشند، که به برخی از آنها اشاره می‌شود:

-
- 1- Campas
 - 2- Billings & Moos
 - 3- Aldwin & Revenson
 - 4- Unger et.al
 - 5- Vitaliano et.al
 - 6- Barron et.al

«فیتز»^۱ (۱۹۶۷) بیان کرد که افراد دارای منبع کنترل بیرونی در مقیاس اضطراب و فشار روانی نمرات بالاتری نسبت به درونی‌ها کسب می‌کنند. «کوپر»^۲ (۱۹۸۳)، «لفقورت»^۳ (۱۹۸۲)، «کلی»^۴ (۱۹۸۶) و «میریس»^۵ (۱۹۸۸) معتقدند که افراد دارای منبع کنترل درونی، کمتر به اختلالات روانی مانند افسردگی و اختلالات اضطرابی دچار می‌شوند. «هولدر و لوی»^۶ (۱۹۸۸) معتقدند که افراد دارای منبع کنترل بیرونی سطوح بالاتری از پریشانی روانی را نشان می‌دهند. همچنین «استریکند»^۷ (۱۹۷۸) و «ری و همکاران»^۸ (۱۹۹۸) معتقدند که افراد دارای منبع کنترل درونی، اضطراب، افسردگی و استرس کمتری در مقایسه با افراد دارای منبع کنترل بیرونی نشان می‌دهند. «گیفور و همکاران»^۹ (۱۹۹۰)، «ریدلورن»^{۱۰} (۱۹۹۵)، «کوپر اسمیت»^{۱۱} (۱۹۶۷)، بیابانگرد (۱۳۷۰)، «فورن هام و همکاران» (۱۹۹۴)، «تیلر، کندی و دیگران»^{۱۲} (۱۹۹۵) و «ری و همکاران» (۱۹۹۸) بین منبع کنترل درونی و عزت نفس بالا ارتباط معناداری مشاهده کرده‌اند. «کلی» (۲۰۰۰) نیز معتقد است که منبع کنترل یک پیش‌بینی‌کننده قوی و معنادار در مورد سلامت عمومی و رضایت خاطر از زندگی نوجوانان است. تحقیقات متعدد دیگری نیز در تأیید نتایج فوق، ارتباط بین منبع کنترل درونی و سلامت روانی را مطرح نموده‌اند در حالیکه در پژوهش حاضر ارتباط معناداری بین دو متغیر مذکور مشاهده نشده است. بدین معنا که نتایج همبستگی بین دو متغیر، بیانگر

-
- 1- Feather
 - 2- Cooper
 - 3- Lefqourt
 - 4- Kelley
 - 5- Mirris
 - 6- Holder & Levi
 - 7- Strickand
 - 8- Reeh et.al
 - 9- Giffer et.al
 - 10- Reidlorene
 - 11- Cooper Smith
 - 12- Tyler & Kennedy et.al

عدم ارتباط معنادار است. در رابطه با علل عدم ارتباط معنادار بین متغیرهای مذکور در پژوهش حاضر می‌توان گفت با توجه به بررسی‌های عمیق و همه‌جانبه پژوهشگر، عواملی همچون ابهام سؤالات پرسشنامه منبع کنترل برای برخی از آزمودنی‌ها و نیز اعتقاد عمیق برخی از آنان به تأثیر عوامل بیرونی مانند اعتقاد به شانس در زندگی، بر نتایج پژوهش اثرگذار بوده‌اند. بنابراین در واقع علت اساسی این امر ابهام برخی سؤالات پرسشنامه منبع کنترل و در نتیجه بی‌دقتی آزمودنی‌ها در پاسخگویی به آزمون است. چرا که برخی جملات آنچنان که باید، برای آزمودنی‌ها قابل فهم نبود و منجر به سؤالات پی در پی آنان می‌شد و علیرغم تلاش پژوهشگر در جهت رفع ابهامات احتمالاً نتایج پژوهش، تحت تأثیر این امر قرار گرفته است. در نتیجه می‌توان گفت در صورتی که عوامل مذکور بر نتایج پژوهش تأثیر نگذارند، نتایج مورد انتظار حاصل خواهد شد.

بررسی و تحلیل فرضیه سوم پژوهش مبنی بر ارتباط مثبت و معنادار بین شیوه مقابله‌ای مسأله‌مدار و درونی‌تر شدن منبع کنترل، نشانگر تأیید ارتباط معنادار و مثبت بین متغیرهای مذکور می‌باشد. تحقیقات متعددی از جمله تحقیقات «لفکورت و دیویدسون-کاتز»^۱ (۱۹۹۱) و همچنین «کلینکه» نشانگر آن است که افراد دارای منبع کنترل بیرونی از شیوه‌های مقابله‌ای مثبت‌تری در حل مسأله استفاده می‌کنند. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود نتایج تحقیقات قبلی با یافته پژوهش حاضر مطابقت دارد. بنابراین با توجه به نتایج و یافته‌ها می‌توان گفت برخورداری از منبع کنترل درونی پیش‌بینی‌کننده قوی و معناداری جهت استفاده از شیوه مقابله مسأله‌مدار است.

همان‌گونه که از نتایج و یافته‌های جانبی بر می‌آید، بین سطح تحصیلات مادر و شیوه مقابله‌ای دانش‌آموزان ارتباط معناداری وجود دارد. بدین معنا که هر چه سطح تحصیلات مادر بالاتر باشد، دانش‌آموزان از شیوه مقابله‌ای مثبت‌تری (شیوه مقابله مسأله‌مدار) استفاده می‌کنند. همچنین شاغل بودن مادر با سلامت روان دانش‌آموزان ارتباط معناداری دارد. بدین معنا که دانش‌آموزان دارای مادران شاغل از سلامت روان بالاتری

1- Lefqourt & Davidson-Katz

برخوردارند و در ضمن در مقابله با مشکلات بیشتر از شیوه مقابله‌ای مسأله مدار استفاده می‌کنند. یکی دیگر از یافته‌های جانبی، ارتباط معنادار و مثبت بین عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان با شیوه مقابله‌ای آنان می‌باشد. این امر نشانگر آن است که دانش‌آموزان دارای عملکرد تحصیلی (معدل کتبی) بالاتر، بیشتر از شیوه مقابله‌ای مسأله مدار استفاده می‌کنند و هنگام مقابله با مشکلات کمتر دچار علائم جسمانی (مانند سردرد، تپش قلب، بی‌خوابی، تهوع و...) و علائم هیجانی (مانند خشم، عصبانیت و...) می‌شوند. در تبیین مطلب فوق می‌توان گفت که یافته‌های جانبی پژوهش حاضر مبنی بر ارتباط معنادار بین سطح تحصیلات مادر، شاغل بودن مادر و برخورداری از عملکرد تحصیلی بالاتر با سلامت روان و شیوه مقابله‌ای مسأله مدار، نشانگر اهمیت و تأثیر شرایط فرهنگی، خانوادگی و اجتماعی مطلوب بر افزایش سطح سلامت روان می‌باشد. بطوریکه اکثر یافته‌های پژوهشی دیگر نیز معتقدند که برخورداری از شرایط فرهنگی، اجتماعی و خانوادگی مطلوب و مناسب می‌تواند پیش‌بینی کننده خوبی برای سلامت روان باشد. به طور کلی هر چند یافته‌های فوق در این پژوهش به صورت جانبی مورد بررسی قرار گرفته‌اند اما به هر حال نتایج و یافته‌های حمایت کننده از فرضیات پژوهش هستند که بیانگر بررسی عمیق‌تر و وسیع‌تر پیرامون موضوع است.

بنابراین با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و یافته‌های تحقیقات متعدد دیگر می‌توان گفت که افراد دارای سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی، کسانی هستند که احساس می‌کنند سرنوشت زندگی خویش را خودشان بر عهده دارند، زندگی خود را مسؤولانه و به طور مؤثر کنترل می‌نمایند، با موفقیت با موانع و مشکلات زندگی خویش مقابله می‌کنند و با ایمان و توکل بر خداوند متعال مسیر تکامل را طی می‌نمایند و روز به روز به کمال مطلوب نزدیک‌تر می‌شوند. همه ما با نگاهی دقیق به اطراف خویش می‌توانیم دریابیم که اکثر افرادی که در ابعاد گوناگون زندگی به موفقیت‌هایی دست یافتند، از ویژگی‌های فوق برخوردار هستند.

منابع:

- ۱- احمدی‌زاده، محمد جواد، (۱۳۷۳)، «بررسی اثربخشی آموزش مهارت حل مسأله بر برخی از ویژگی‌های شخصیتی نوجوانان تحت پوشش مراکز شبانه‌روزی بهزیستی». پایان نامه ارشد: روانشناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- ۲- استورا، اچ. ب (۱۹۹۱)، تنیدگی یا استرس، ترجمه: دادستان، پریخ. (۱۳۷۷). چاپ اول. تهران، انتشارات رشد.
- ۳- اکبرزاده، نسرین (۱۳۷۶)، گذر از نوجوانی به پیری. چاپ اول. تهران، ناشر: مؤلف.
- ۴- امین یزدی، امیر؛ صالحی فدردی، جواد (۱۳۷۸) «بررسی رابطه سبک اسنادی با استرس ادراک شده». مجله علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد. سال اول. شماره ۲.
- ۵- اوتادی، مریم (۱۳۸۰) «تأثیر اشتغال زنان بر سلامت روان همسرانشان» پایان‌نامه ارشد: راهنمایی و مشاوره. دانشگاه الزهراء(س).
- ۶- بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۷۸). روشهای افزایش عزت نفس در کودکان و نوجوانان. چاپ پنجم، تهران. انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.
- ۷- بیان‌زاده، سید اکبر؛ زمانی منفرد، افشین؛ حیدری پهلویان، احمد و همکاران (۱۳۷۸) «بررسی وضعیت سلامت روانی کارکنان یک مجتمع صنعتی». فصلنامه اندیشه و رفتار. سال چهارم. شماره ۴.
- ۸- حسینی، سید ابوالقاسم (۱۳۷۸). «مفاهیم و اهداف بهداشت روانی». فصلنامه علمی- پژوهشی اصول بهداشت روانی. سال اول. شماره اول.
- ۹- فراهانی، محمد نقی؛ کوپر، ام: جین. پی (۱۳۷۴). «مکان کنترل یک بعدی است یا چند بعدی؟» داده‌هایی براساس ترجمه‌های فارسی مقیاس L-E راتر و مقیاسهای P، I و C لونسون». پژوهشهای روانشناختی. دوره ۳. شماره ۳ و ۴.

- ۱۰- قاسمی، طاهره (۱۳۷۵). «بررسی ارتباط بین منبع کنترل و شیوه‌های مقابله و نیمرخ‌های روانی دختران در نظام جدید آموزش و پرورش در شهر تهران». پایان نامه ارشد: روانشناسی. دانشگاه الزهرا(س).
- ۱۱- کلینکه، ال. کریس (۱۳۸۰) مهارت‌های زندگی. ترجمه: محمد خانی، شهرام. چاپ اول، جلد ۱، تهران، انتشارات سپند هنر.
- ۱۲- گنجی، حمزه (۱۳۷۹). بهداشت روانی، چاپ سوم، تهران، انتشارات ارسباران.
- ۱۳- میرهاشمیان، حمیرا (۱۳۷۷). «تأثیر اعتقادات مذهبی در شکل‌گیری منبع کنترل و نیمرخ روانی دانشجویان دانشگاه‌های تهران». پایان‌نامه ارشد: روانشناسی، دانشگاه الزهرا(س).
- ۱۴- نجفی، فرحناز (۱۳۷۹). «بررسی و مقایسه میزان عزت بدنی و اضطراب دانشجویان دانشگاه الزهرا(س) به عنوان یک دانشگاه تک جنسیتی با دانشجویان دختر دانشگاه‌های مختلط دولتی». پایان نامه ارشد: روانشناسی. دانشگاه الزهرا(س).

- 1- Cassidy. T. (2000). "stress, healthiness and health behaviors: an exploration of the role of life events, daily hassles cognitive appraisal and the coping process." *Journal of counseling psychology Quarterly*. 13 (3), 19-293.
- 2- Collins. M. E; Mowbray. C. T. (1999). "Measuring coping strategies in an educational intervention for individuals with psychiatric ..." *Journal Health & Social work*. 24 (4). 12-279.
- 3- Darden. C. A; Ginter. E. J. (1996). "Lifeskills development Scale -adolescence form". *Journal of mental health counseling*. 18 (2). 22-142.
- 4- Kelley. T. M. (2000). "Thought recognition, locus of control and adolescent well-Being." *Journal of adolescence*.
- 5- Quatman. T. ; watson. C. M. (2001). "Gender differences in adolescent self-esteem: An exploration of domains." *Journal of genetic psychology*. 162 (1). 25-93.

- 6- Reeh. H. E; Hiebert. B; et.al (1998). "Adolescence health: The relationship between health locus of control, beliefs and behaviors." *Journal of Guidance & counseling*. 13 (53). 7-23.
- 7- Spangenberg. J, J; Theron. J. C. (1999). "Stress and coping Strategies in Spouses of depressed patients." *Journal of psychology*. 133 (3). 10-253.
- 8- Steptoe. A; Wardle. J. (2001). "Locus of control and health behavior revised: A multi-Variate analysis of young adults from 18 countries." *British Journal of psychology*. 22. (4). 14-659.
- 9- Unger. J. B.; Kipk. M. D.; et.al (1998). "Stress, coping and social support among homeless youth." *Journal of Adolescence research*. 13 (2). 24-134.
- 10- White. J. (2001). "Mental health concepts and skill. SK online." Salem-Keizer public schools.

Archive of SID