

Predicting Health Locus of Control in Women through Optimism and Mindfulness

Mehri Baloochi Bidokhi¹, Afroz Mousavi², Mahdi Moshki^{3*}, Mahmoud Panahi Urban⁴

1.M.A in clinical psychology, Social Development & Health Promotion Research Centre, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

2.PhD sport psychology, Department of Physical Education and Sport Sciences, Faculty of Human Sciences, International University of Imam Reza, Mashhad, Iran

3.Associate Professor of Health Education & health Promotion, Department of Public Health, School of Health; Social Development & Health Promotion Research Centre, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

4. Assistant professor of psychology. Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Payam Noor, Gonabad, Iran.

Abstract

Health locus of control (HLOC) refers to expectancies regarding whether health is controlled by one's own actions, or powerful external agents. The aim of present study was to investigate the role of optimism and mindfulness as two psychological factors in women's health locus of control. This was a descriptive study, correlational one, in which one hundred and sixty women of all women referred to health centers in Gonabad city, were selected *quota* sampling randomly. They completed life Orientation Test (LOT), five act mindfulness questionnaire, and multidimensional health locus of control (MHLC). Based on the findings, there was a significant positive correlation between internal health locus of control and optimism. The result of step by step regression showed that mindfulness could explain negatively 25 percents of variance of external health locus of control. Also optimism and non-judgment specified positively 6 percents of variance of internal health locus of control. So optimism and mindfulness can enhance internal health locus of control and reduce external health locus of control in women.

Key Words: Optimism, Mindfulness, health locus of control, women.

*. drmoshki@gmail.com

پیش‌بینی کانون کنترل سلامت زنان براساس خوش‌بینی و ذهن آگاهی

مه‌ری بلوچی بیدختی، افروز موسوی، مهدی مشکی*، محمود پناهی شهری

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

Mrs.baloochi@yahoo.com

دکترای روانشناسی ورزشی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بین‌المللی امام رضا (ع)، تهران، ایران.

afrooz2d1386@yahoo.com

دانشیار آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت؛ مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت،

دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

drmoshki@gmail.com

استادیار روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه پیام نور، گناباد، ایران.

gonabad-psy@yahoo.com

چکیده

کانون کنترل سلامت، میزان باور و اعتقاد فرد به این امر است که سلامت او در کنترل عوامل درونی یا بیرونی است. پژوهش حاضر به منظور بررسی نقش خوشبینی و ذهن آگاهی به عنوان دو مؤلفه روانشناختی بر کانون کنترل سلامت در زنان صورت گرفت. این پژوهش، مطالعه همبستگی توصیفی بود و آزمودنی‌ها شامل صد و شصت نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهرستان گناباد بودند که با روش سهمیه‌ای تصادفی انتخاب شدند و پرسش‌نامه بازنگری شده جهت گیری زندگی، پنج‌وجهی ذهن آگاهی و کانون کنترل سلامت را پاسخ دادند. براساس یافته‌ها، بین خوشبینی و کانون کنترل سلامت درونی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت. نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نیز نشان دادند عمل با آگاهی، ۲۵ درصد از تغییرات کانون کنترل بیرونی سلامت را به صورت منفی تبیین می‌کند و خوش‌بینی و غیرقضاوتی بودن نیز قادر به تبیین ۶ درصد واریانس کنترل درونی سلامت به صورت مثبت بوده‌اند؛ بنابراین، خوشبینی و ذهن آگاهی باعث افزایش کنترل درونی سلامت و کاهش کنترل بیرونی سلامت در زنان می‌شود.

واژگان کلیدی: خوش‌بینی، ذهن آگاهی، کانون کنترل سلامت، زنان

مقدمه

سلامت، نیاز اساسی انسان است که فرد پیوسته برای رسیدن به آن تلاش می‌کند. زوتر، هال و مورای (۲۰۱۰) سلامت را توان مستمر جسمی، هیجانی، ذهنی و اجتماعی فرد برای مقابله با محیطی تعریف کرده‌اند که در آن به سر می‌برد. براساس این تعریف، سلامتی صرفاً به نبود بیماری جسمی و ناتوانی اطلاق نمی‌شود؛ بلکه صحت کامل جسمی، روانی و اجتماعی انسان است. با این نگاه جامع به سلامت، نبود برنامه‌ریزی‌های بلندمدت و جامع، حامل پیامدهای بسیار ناگوار و نگران‌کننده‌ای خواهد بود (بانگ، ۲۰۱۰).

زنان در انجام مسئولیت برای تأمین بهداشت و سلامت جامعه نقش مهم و مؤثری را به عهده دارند؛ زیرا آنان نه تنها مسئول سلامت خودند، بیشترین مراقبت را برای سلامت و بهداشت خانواده خود انجام می‌دهند. سلامت زنان از سویی به دلیل ویژگی‌های بیولوژیکی و نقش باروری آنها و از سویی دیگر به دلیل نقش محوری و اساسی آنها در ارائه مراقبت‌های سلامت در خانواده و جامعه با مردان متفاوت است و اهمیت ویژه‌ای دارد (احمدی و باباشاهی، ۱۳۹۱).

از بین ابعاد مختلف سلامت، کانون کنترل سلامت، میزان باور و اعتقاد فرد به این امر است که سلامت او در کنترل عوامل درونی یا بیرونی است. بر اساس این، افراد باور دارند خودشان، افراد قدرتمند یا شانس بر سلامت یا بیماری آنها تأثیر می‌گذارد (والستون، والستون، و دولیس، ۱۹۷۸). کانون درونی کنترل سلامت با آگاهی و نگرش مثبت وضعیت روانشناختی رفتارهای بهداشتی و سلامت همگام می‌شود. در مقابل، کانون بیرونی کنترل سلامت بیشتر با رفتارهای سلامتی منفی و وضعیت روانشناختی ضعیف همراه می‌شوند (والستون، ۲۰۰۵).

افراد با کانون کنترل سلامتی از نوع بیرونی معتقدند پیامدهای معین در زندگی آنها به واسطه نیروهایی مانند پزشکان، شانس، سرنوشت و بخت و اقبال تعیین می‌شوند. در مقابل افرادی که دارای کانون کنترل سلامت درونی‌اند، معتقدند پیامدهای معین در زندگی در نتیجه رفتار و اعمال آنها است. به عبارت دیگر، تعیین‌کننده سلامتی آنها به‌طور مستقیم اعمال و رفتارهای آنان است (رحیمیان، ۱۳۸۸). اینکه فرد باور داشته باشد کنترل خاصی بر سلامتی خود دارد (کنترل درونی)، خودبه‌خود تأثیر مثبت رفتاری و روانی بر فرد می‌گذارد. برعکس، کانون کنترل بیرونی موجب احساس درماندگی و تنهایی و مقابله نامطلوب فرد با بیماری خواهد شد (والستون، ۲۰۰۵). کانون کنترل سلامت، یکی از مؤلفه‌های روانشناختی در ادراک افراد از میزان کنترل خود بر وقایع مختلف زندگی است (هاسلدن، پاول، دریمنان، و کاردینگ، ۲۰۰۹). باورهای فردی مربوط به سلامت، بیماری و مراقبت‌های بهداشتی اهمیت زیادی دارند؛ به دلیل آنکه روی کارکرد هیجانی و رفتاری زنان تأثیر بسزایی دارد (زاکی، ۲۰۱۶). برای اینکه زنان به این باور برسند که کنترل درونی بر سلامتی خود دارند، به بعضی ویژگی‌ها و صفات شخصیتی مطلوب نیازمندند. خوش‌بینی، از جمله سازه‌هایی است که در سال‌های اخیر برای پیش‌بینی سلامت افراد توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده است (بهراد، کلاتری، مولوی، ۱۳۹۱). خوش‌بینی، صفت شخصیتی نسبتاً پایدار تعریف شده است که نوع رفتارهای فرد را تعیین می‌کند (شیر، کارور، و بریجز، ۲۰۰۱). بررسی‌ها نشان داده‌اند خوش‌بینی با رفتارهای معطوف به ارتقای سلامت و کاهش خطر سلامتی ارتباط دارد (اسنایدر و لویز، ۲۰۰۲). آموزش خوش‌بینی نقش مهمی در حفظ و ارتقای سلامت روانی دانشجویان دارد (بهراد و

ذهن آگاهی، فرد را به ایجاد رابطه‌ی اساساً متفاوت با تجربه‌ی احساس‌های درونی و حوادث بیرونی با ایجاد آگاهی لحظه‌به‌لحظه و جهت‌گیری رفتاری مبتنی بر مسئولیت عاقلانه به جای واکنش‌پذیری خودکار قادر می‌سازد؛ بنابراین افرادی که دارای سطوح بالای ذهن آگاهی‌اند، تفکرات خودآیند منفی کمتری نشان می‌دهند و معتقدند قادرند خود را از چنین تفکراتی رها کنند (فریون، ایوانز، ماراج، دوزیس، پاتریچ، ۲۰۰۶).

محققان کوشیده‌اند ذهن آگاهی را در ارتباط با سازه‌های بنیادین یا آسیب‌شناختی بررسی کنند. براساس این مطالعات، ذهن آگاهی به کاهش آشفتگی روانشناختی و استرس (کارمودی، بائر، ۲۰۰۸) قادر است و احتمال عود افسردگی (سندرس و لم، ۲۰۱۰)، و روان رنجور خویی و اضطراب (براون و ریان، ۲۰۰۳) را نیز کاهش می‌دهد. همچنین ذهن آگاهی دارای تأثیر مثبت بر بهزیستی (کارمودی و بائر، ۲۰۰۸) نیز است. به طور کلی افزایش ذهن آگاهی با افزایش بهزیستی روانشناختی، توافق، گشودگی، وجدان‌مندی و کاهش نشانه‌های درد همراه است (واکر و کولوسیمو، ۲۰۱۱؛ زیدان، گوردون، مرچانت، و گولکاسیان، ۲۰۱۰).

شواهد و ادبیات پژوهش نشان‌دهنده‌ی اثرات مفید آموزش ذهن آگاهی بر سلامت جسمی (کولز، سویر، و والچ، ۲۰۰۹) و روانی (نریمانی، زاهد و گلپور، ۱۳۹۱) است. افزایش ذهن آگاهی با افزایش بهزیستی جسمانی و بهزیستی روانشناختی همراه است (مورونه، لینچ، گریکو، تیندل، و وینر، ۲۰۱۰)، در واقع ذهن آگاهی پیش‌بینی‌کننده‌ی مستقیم و مثبت سلامت روانی است (هاول، دیگدون، و بورو، ۲۰۱۰). براساس مطالعه‌ی سالفی (۲۰۱۶) روی دانشجویان، ذهن آگاهی پیش‌بینی‌کننده‌ی کانون کنترل درونی است و دانشجویان با ویژگی ذهن آگاهی، کانون کنترل درونی بیشتری

همکاران، ۱۳۹۱). در بسیاری از پژوهش‌ها خوشبینی یکی از همبسته‌های سلامت جسمانی در نظر گرفته شده است (سگستروم، ۲۰۰۷)؛ حتی خوشبینی در حفظ سلامت جسمانی و بهبود علائم جسمانی پس از ابتلا به بیماری‌ها و جراحی‌ها نیز نقش داشته است (ریرو، سیلوا، مینزیس، و فالکو، ۲۰۰۷).

علاوه بر خوش‌بینی، ذهن آگاهی نیز نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت روان دارد و با بهزیستی ذهنی و بهزیستی روانشناختی رابطه‌ی مثبت دارد (براون و ریان، ۲۰۰۳، فالکن استورم، ۲۰۱۰). براساس نظر کابات زین، ذهن آگاهی کیفیتی از هشیاری و به معنای توجه به لحظه‌ی کنونی، توجهی هدفمند و بدون قضاوت است. ذهن آگاهی روشی است که برای زندگی بهتر، تسکین دردها و غنابخشی و معنادهی زندگی به کار می‌رود (سیگل، ۲۰۱۰). براساس نظر اسکوتز، ریس، پریس، و اسکوتز (۲۰۱۰)، احتمالاً تمرین‌های ذهن آگاهی به سوگیری مثبت منجر می‌شوند. سوگیری مثبت، فرآیند ارزیابی شناختی است که با استفاده از آن، افراد هم به محرک‌های مثبت‌تر توجه می‌کنند و هم محرک‌های خنثی را بیشتر با واژه‌های هیجانی مثبت ارزیابی می‌کنند.

ذهن آگاهی مؤلفه‌های مختلفی دارد که شامل مشاهده (مانند مشاهده‌ی احساسات، شناخت‌ها، هیجانات، صداها و بوها)، توصیف (نام‌گذاری تجربه‌های بیرونی با استفاده از کلمات)، عمل با آگاهی (عمل کردن با حضور ذهن کامل در هر لحظه است)، غیرقضاوتی بودن به تجربه‌ی درونی (آگاهی از افکار و احساسات بدون قضاوت کردن درباره‌ی آنها)؛ و غیرواکنشی بودن به تجربه‌ی درونی (واکنش‌نداشتن درباره‌ی تجربه‌های درونی و اجازه آمد و شد دادن به افکار و احساسات درونی بدون آنکه فرد با آنها درگیر باشد) است (احمدوند، حیدری نسب، و شعیری، ۱۳۹۱).

طرفی کانون کنترل سلامت، متغیر مؤثر در تبیین مشکلات سلامتی و توسعه و پیشرفت رفتارهای سلامتی شناخته می‌شود (مالکرن، دراهوتا، هامیلتون، ۲۰۰۵)، با توجه به تأثیر مثبت کانون کنترل سلامت بر خودارزیابی سلامت زنان (ژانگ و جنگ، ۲۰۱۷)، بررسی نقش خوش‌بینی و ذهن‌آگاهی به‌عنوان دو مؤلفه روانشناختی بر کانون کنترل سلامت زنان ضروری است؛ زیرا سلامت زنان سلامت خانواده و سلامت جامعه را نیز در بر می‌گیرد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی است که در آن نقش خوش‌بینی و ذهن‌آگاهی در کانون کنترل سلامت زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهرستان گناباد در سال ۱۳۹۲ بررسی شده است. جامعه آماری پژوهش، تمامی زنانی‌اند که به هر دلیل اعم از مراقبت کودک، واکسیناسیون، بارداری، معاینه پزشکی، انجام آزمایشات و غیره به مراکز بهداشت مراجعه می‌کنند و دارای پرونده بهداشتی در این مراکز هستند. با استعلام از معاونت بهداشتی مشخص شد در حدود ۱۲۰۰۰ پرونده بهداشتی در کل شهرستان وجود دارد. حجم نمونه، پس از اجرای مقدماتی و محاسبه واریانس جامعه با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه (سرمد، بازرگانی و حجازی، ۱۳۹۱) محاسبه شد. درنهایت با در نظر گرفتن ریزش احتمالی و همچنین برای بیشتر کردن دقت پژوهش، حجم نمونه ۱۶۰ نفر برآورد شده است. روش نمونه‌گیری مورد استفاده تصادفی سهمیه‌ای بوده است که در ابتدا از تمامی مراکز بهداشتی درمانی شهرستان گناباد، چهار مرکز (۱، ۲، ۳ و ۴) در مرحله نخست اول شدند.

دارند؛ ولی تا کنون تأثیر ذهن‌آگاهی بر کانون کنترل سلامت بررسی نشده است. مطالعه زاکی (۲۰۱۶) نیز نشان داد زنان باردار با کانون کنترل درونی سلامت گرایش بیشتری به پایبندی به رژیم ضد فشار خون دارند و همچنین ذهن‌آگاهی تأثیر مثبتی بر تغییر کانون کنترل فرد دارد (بگات، ۲۰۱۶). در ایران کانون کنترل سلامت بیشتر روی دانشجویان جمعیت غیربالینی (مشکی، غفرانی پور، آزاد فلاح، و حاجی زاده، ۱۳۸۷) بررسی شده است. در جمعیت مادران باردار مبتلا به دیابت مشخص شد ۴۶ درصد از آنها، دارای منبع درونی پایین و ۵۴ درصد دارای منبع درونی بالا هستند. در این پژوهش از ابعاد کنترل سلامت، منبع کنترل بیرونی پزشکی از بیشترین فراوانی برخوردار بود (ضرابی، رحمت نژاد، و باستانی، ۱۳۹۲).

براساس مطالعه سارجنت کاکس و آنستی (۲۰۱۵) ارتباط مثبتی بین کانون کنترل درونی سلامت و ادراک سلامت وجود دارد؛ با توجه به اینکه کانون کنترل درونی سلامت به‌عنوان ویژگی مثبت شخصیتی بر بهزیستی روانشناختی فرد تأثیر مثبت می‌گذارد و ذهن‌آگاهی نیز تأثیر مثبتی بر بهزیستی دارد (هامارتا، اوزیسیل، دنیز، و دیلماک، ۲۰۱۳)، ذهن‌آگاهی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده خوبی برای کانون کنترل سلامت نیز باشد. آگاهی از کانون کنترل، یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های شخصیتی، تأثیر زیادی در افزایش سلامتی زنان دارد (بگات، ۲۰۱۶). با توجه به اینکه خوش‌بینی نقش مثبتی در کانون کنترل درونی فرد دارد (گوارنرا و ویلیامز، ۱۹۸۷) و ذهن‌آگاهی نیز یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده کانون کنترل درونی است (سالفی، ۲۰۱۶)، این دو عامل می‌توانند بر کانون کنترل سلامت نیز تأثیرگذار باشند. به طور کلی ویژگی خوش‌بینی و ذهن‌آگاه بودن به‌صورت توجه هشیارانه بدون قضاوت نقش مهمی در حفظ سلامتی دارد. از

دانش آموز پیش‌دانشگاهی با فاصله ۱۰ روز ۰/۷۰ بود. آزمون دارای ۱۰ ماده است که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود تا میزان توافقشان را برای هر یک از ماده‌ها براساس یک نوع مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای درجه‌بندی کنند که دامنه‌ای از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۴ (کاملاً موافقم) دارد. گزینه‌های مدنظر عبارتند از: کاملاً موافقم (نمره ۴)، نسبتاً موافقم (نمره ۳)، نظری ندارم (نمره ۲) و نسبتاً مخالفم (نمره ۱) کاملاً مخالفم (نمره ۰). این مقیاس شامل ۳ ماده درباره خوش‌بینی، ۳ ماده درباره بدبینی به علاوه ۴ ماده «پرکننده» است. پس از معکوس کردن نمرات حاصل از سؤالات بدبینی، مجموع نمرات ماده‌های خوش‌بینی و بدبینی، نمره کلی خوش‌بینی محاسبه می‌شود. نمره‌های بیشتر در مجموع بازتاب گرایش بیشتر به انتظار نتایج مثبت‌تر در مقابل نتایج منفی‌تر است.

پرسش‌نامه پنج‌وجهی ذهن آگاهی^۲: این ابزار، مقیاس خودسنجی ۳۹ آیتی است که بائر و همکاران (۲۰۰۸) آن را با تلفیق گویه‌هایی از پرسش‌نامه ذهن آگاهی فریبرگ (باچلد، گراسمن و والاش، ۲۰۰۲) مقیاس هشیاری و توجه ذهن آگاه (بروان و ریان، ۲۰۰۳)، مقیاس ذهن آگاهی کنچوکی (بائر، اسمیت، و آلن، ۲۰۰۴)، مقیاس تجدیدنظر شده ذهن آگاهی شناختی و عاطفی (کومر، فلدمن؛ هیز، ۲۰۰۸) و پرسش‌نامه ذهن آگاهی سوتامپتون (چادویک، همبر، ماد، لیلی، و دگنان، ۲۰۰۷) با استفاده از رویکرد تحلیل عاملی تحول داده‌اند. عامل‌های به‌دست‌آمده بائر، اسمیت، هاپکینز، کریتمایر، و تونی (۲۰۰۶) این چنین نام‌گذاری شد: مشاهده، عمل با آگاهی، غیرقضاوتی بودن به تجربه درونی، توصیف و غیرواکنشی بودن. همبستگی بین این عوامل، متوسط و در همه موارد معنادار است (نوسر، ۲۰۱۰). پرسش‌نامه

سپس در مرحله بعد به نسبت تعداد زنان مراجعه‌کننده به هر مرکز، با توجه به تعداد سهمیه آن اقدام به نمونه‌گیری تصادفی براساس روزهای هفته شد؛ به این صورت که روز اول هفته مرکز بهداشت شماره ۴، روز دوم مرکز شماره ۱، روز سوم مرکز شماره ۲، روز چهارم مرکز شماره ۳. سپس مجدد این چرخه تکرار شد تا سهمیه هر مرکز کامل شد. همچنین هنگام نمونه‌گیری دو معیار ورود به نمونه‌گیری، داشتن سن بالای هجده سال و داشتن تحصیلات دست‌کم پنجم ابتدایی رعایت شد.

ابزار سنجش: در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شده‌اند: پرسش‌نامه بازنگری‌شده جهت‌گیری به زندگی^۱: این آزمون نسخه کوتاه‌شده آزمون جهت‌گیری به زندگی شیر و کارور (۱۹۸۵) است که مانند نسخه اصلی آن با تأکید بر اصل ایجاز، سازه روانشناختی خوش‌بینی به صورت تک‌عاملی مفهوم‌سازی شده است. این آزمون شامل ده ماده است که ۳ ماده از آن طرز تلقی خوشبینانه و ۳ ماده آن طرز تلقی بدبینانه را می‌سنجد (شیر، کارور، و بریجز، ۱۹۹۴). شیر و کارور (۱۹۸۵) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۷۹ با فاصله چهار هفته را برای یک گروه از دانشجویان گزارش کرد. کجاف، عریضی و خدابخشی (۱۳۸۵) این ابزار را روی نمونه ایرانی هنجاریابی شد. برای تعیین روایی هم‌گرایی این آزمون در ایران از همبستگی آزمون با پنج عامل مقیاس ناامیدی بک استفاده شد. معناداری عامل اول، چهارم، پنجم و نمره کلی مقیاس ناامیدی بک با مقیاس خوش‌بینی - بدبینی نشان‌دهنده اعتبار این پرسش‌نامه است. در پژوهش موسوی نسب و تقوی (۱۳۸۵) پایایی بازآزمایی این پرسش‌نامه روی ۲۷

پنج وجهی ذهن آگاهی براساس نتایج همسانی درونی عامل‌ها مناسب بود و ضریب آلفا در گستره‌ای بین ۰/۷۵ (در عامل غیرواکنشی بودن) تا ۰/۹۱ (در عامل توصیف) قرار داشت. همبستگی بین عامل‌ها متوسط و در همه موارد معنی‌دار بود که در طیفی بین ۰/۱۵ تا ۰/۳۴ قرار داشت (نوسر، ۲۰۱۰).

در مطالعه‌ای که روی اعتباریابی و پایایی این پرسش‌نامه در ایران انجام گرفت، ضرایب همبستگی آزمون - باز آزمون در نمونه ایرانی بین ۰/۵۷ تا ۰/۸۴ مشاهده شد. همچنین ضرایب آلفا بین ۰/۵۵ تا ۰/۸۳ به دست آمد (احمدوند، ۱۳۹۰). آلفای به‌دست‌آمده در این پژوهش برای عامل‌ها از این قرار است: توصیف ۰/۷۲، عمل با آگاهی ۰/۸۵، مشاهده ۰/۷۲، قضاوت نکردن به تجربه درونی ۰/۶۱، واکنش نداشتن به تجربه درونی ۰/۶۲.

آزمودنی باید در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) میزان موافقت یا مخالفت خود را بیان کند. دامنه نمرات در این مقیاس ۳۹ تا ۱۹۵ است. بعضی آیتم‌های آن مانند عمل با آگاهی، قضاوت نکردن و برخی از گویه‌های (۱۲، ۱۶، ۲۲) توصیف، وارونه نمره‌گذاری می‌شوند. از جمع نمرات هر زیر مقیاس یک نمره کلی به دست می‌آید که نشان می‌دهد هرچه نمره بیشتر باشد، ذهن آگاهی هم بیشتر است.

پرسش‌نامه چندوجهی کانون کنترل سلامت؛ والستون و همکاران (۱۹۷۸) این پرسش‌نامه را طراحی کردند و متشکل از سه فرم است (A, B, C) که فرم C برای استفاده در شرایط بیماری طراحی شده است و فرم‌های A, B مقیاس‌های کانون کنترل سلامت عمومی‌اند و هر یک از این دو فرم در برگیرنده سه زیر مقیاس شامل کانون کنترل درونی (IHLC)^۲، کانون

کنترل سلامت بیرونی قدرت دیگران (PHLC)^۳ و کانون کنترل سلامت بیرونی شانس (CHLC)^۴ هستند. هر یک از این دو فرم مجموعاً ۱۸ ماده دارند. ۶ ماده باور افراد را برای کنترل درونی و ۱۲ ماده دیگر برای سنجش باور افراد درباره تأثیر عواملی چون شانس قدرت دیگران، پزشکان و افراد دیگر در نظر گرفته شده است که بیان‌کننده کنترل بیرونی است (والستون و همکاران، ۱۹۷۸). در این پژوهش فرم B استفاده شده است. در ایران در مطالعه‌ای روی روایی و پایایی این پرسش‌نامه، ضرایب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های I, P و C به ترتیب عبارت بودند از ۰/۷۰، ۰/۷۵ و ۰/۶۹. همچنین آلفای به‌دست‌آمده در این پژوهش برای کنترل سلامت درونی ۰/۶۲، کنترل سلامت بیرونی (قدرت دیگران) ۰/۶۵ و کنترل سلامت بیرونی (شانس) ۰/۶۰ است (مشکی، غفرانی پور، آزادفلاح و حاجی‌زاده، ۲۰۰۷). هر ماده مقیاس دارای شش گزینه (کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) است. نمره فرد بین ۶ تا ۳۶ برای هر خرده آزمون متغیر خواهد بود. خرده آزمون کانون کنترل سلامت شامل عامل درونی (۶ گویه)، عامل بیرونی شانس (۶ گویه)، و عامل بیرونی قدرت دیگران یا افراد مؤثر (۶ گویه) است.

روش اجرا و تحلیل: به منظور تحلیل داده‌های حاصل از پژوهش، علاوه بر استفاده از شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی آمار توصیفی از روش‌های آمار استنباطی همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام (برای پیش‌بینی کانون کنترل سلامت به‌عنوان متغیر ملاک از طریق مؤلفه‌های ذهن آگاهی و خوش‌بینی) استفاده شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار اس.پی.اس-۲۰ انجام گرفته است. با توجه به اینکه چند متغیر مستقل در این پژوهش وجود دارد،

3. powerful other health locus Of control
4. chance health locus of control

1. multidimensional health locus of control (MHLC)
2. internal health locus of control

از پاسخ‌گویان، خانه‌دار و تنها حدود ۱۹ درصد در ادارات دولتی مشغول به کارند و ۱۰/۶ درصد دارای مشاغل آزادند. همچنین ۵ درصد نیز قشر دانشجوی را تشکیل می‌دهند. میانگین شاخص سن ۳۳/۱۱ سال به دست آمده است و بیشترین رده سنی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهرستان گناباد نیز ۲۵ تا ۳۵ سال بود.

براساس نتایج شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش، در میان خرده‌مقیاس‌های ذهن آگاهی، مقوله «مشاهده» دارای بیشترین میانگین (۲۸/۱۴) و مقوله «عمل با آگاهی» دارای بیشترین انحراف استاندارد (۶/۸۰) است. در ابعاد کانون کنترل سلامت، مقوله «کانون کنترل درونی» دارای بیشترین میانگین (۲۸/۶۶) و کمترین انحراف استاندارد (۳/۸۵) است. برای بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهشی از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شده است.

برای بررسی اثرات آن بر متغیر وابسته از روش رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد. به عبارتی با این روش مشخص می‌شود از بین متغیرهای پیش‌بین موجود، کدام متغیر به بهترین وجهی متغیر ملاک را پیش‌بینی می‌کند، سهم هر متغیر چقدر است و در کل با همدیگر چقدر قادر به پیش‌بینی‌اند.

یافته‌ها

نتایج پاسخ‌گویان بر حسب ویژگی‌های دموگرافیک (تأهل، سطح تحصیلات، شغل و سن) نشان می‌دهند از ۱۶۰ نفر نمونه بررسی شده، بیشتر افراد یعنی حدود ۹۵ درصد را متأهلین در برگرفته‌اند و تنها حدود ۳ درصد، مجرد و نزدیک به ۲ درصد مطلقه یا بیوه‌اند. سطح سواد بیشتر پاسخ‌گویان، دیپلم و لیسانس است و تنها حدود ۳ درصد پاسخ‌گویان، تحصیلات فوق لیسانس دارند. همچنین ۹ درصد از پاسخ‌گویان نیز تحصیلات ابتدایی یا فوق دیپلم داشته‌اند. ۶۵/۶ درصد

جدول ۱. نتایج تحلیل ماتریس همبستگی خوش‌بینی و مؤلفه‌های ذهن آگاهی با کانون کنترل سلامت

توصیف	عمل با آگاهی	غیرقضاوتی بودن	بی‌واکنشی	مشاهده	ذهن آگاهی کل	خوش‌بینی	شانس	افراد مؤثر	کنترل درونی
توصیف	۱								
عمل با آگاهی	۰/۳۹**								
غیرقضاوتی بودن	۰/۲۱**	۰/۵۱**							
بی‌واکنشی	۰/۲۴**	۰/۰۵	۰/۰۱						
مشاهده	۰/۱۵	-۰/۰۷	-۰/۲۶**	۱					
ذهن آگاهی کل	۰/۷۱**	۰/۷۳**	۰/۵۱**	۰/۴۱**	۱				
خوش‌بینی	۰/۱۹*	۰/۲۷**	۰/۰۶	۰/۲۸**	۰/۳۹**	۱			
شانس	-۰/۲۶**	-۰/۵۱**	-۰/۲۹**	-۰/۰۳	-۰/۴۳**	-۰/۱۲	۱		
افراد مؤثر	-۰/۰۷	-۰/۱۳	-۰/۲۰*	۰/۰۷	-۰/۰۸	۰/۰۷	۰/۳۶**	۱	
عوامل درونی	۰/۰۳	۰/۰۸	۰/۱۶*	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۱۹*	۰/۰۷	۰/۲۳**	۱

* ضریب همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنی دار است، ** ضریب همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی دار است

با توجه به نتایج جدول ۱، بعد «کانون کنترل درونی» از ابعاد کانون کنترل سلامت با متغیر خوش‌بینی

در مرحله بعد با استفاده از تحلیل رگرسیون، تغییرات متغیرهای وابسته (ابعاد کانون کنترل سلامت) با متغیرهای مستقل (ابعاد پرسش‌نامه ذهن آگاهی و خوش‌بینی)، پیش‌بینی شد و سهم هر یک از متغیرهای مستقل در تبیین متغیرهای وابسته بررسی شد. برای بررسی کانون کنترل بیرونی سلامت (شانس) براساس متغیرهای پیش‌بین یعنی مؤلفه‌های ذهن آگاهی و خوش‌بینی (متغیرهای مستقل) از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. تنها متغیر وارد شده به مدل از مؤلفه‌های ذهن آگاهی، متغیر عمل با آگاهی است که بیشترین همبستگی را با متغیر ملاک (شانس) دارد و سهم معنی داری در پیش‌بینی مدل داشته‌اند؛ بنابراین بقیه مؤلفه‌ها حذف شده‌اند.

رابطه و همبستگی مستقیمی دارد (۰/۱۹). ابعاد «شانس» و «افراد مؤثر» با متغیر خوش‌بینی رابطه معنی داری نداشت. همچنین نتایج همبستگی نشان می‌دهند مقوله‌های «توصیف»، «عمل با آگاهی» و «غیرقضاوتی بودن» از ابعاد ذهن آگاهی، با مقوله «شانس» از ابعاد کانون کنترل سلامت، به ترتیب همبستگی و رابطه معکوسی به میزان ۲۶ درصد، ۵۱ درصد و ۲۹ درصد را دارند که در این میان، همبستگی بعد عمل با آگاهی نسبت به بقیه شدت بیشتری دارد. از طرفی مقوله «غیرقضاوتی بودن» با مقوله «افراد مؤثر» همبستگی معکوسی به میزان ۲۰ درصد را دارد و بقیه ابعاد هیچ گونه رابطه‌ای با یکدیگر در سطح معنی داری ۰/۰۵ و ۰/۰۱ ندارند.

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون کانون کنترل سلامت درونی و بیرونی براساس خوش‌بینی و ذهن آگاهی

متغیر ملاک	گام‌ها	متغیر پیش‌بین	R	مجذور R	F	B	Beta	t	p
کانون کنترل بیرونی سلامت (شانس)	۱	عمل با آگاهی	۰/۲۶	۰/۲۵	۵۴/۲۱	-۰/۳۶	-۰/۵۱	-۷/۳۶	۰/۰۱
کانون کنترل بیرونی سلامت (افراد مؤثر)	۱	غیرقضاوتی بودن	۰/۰۴	۰/۰۳	۶/۵۳	-۰/۲۲	-۰/۲۰	-۲/۵۶	۰/۰۱
کانون کنترل درونی سلامت	۱	خوش‌بینی	۰/۰۳	۰/۰۳	۵/۶۱	۰/۲۶	۰/۲۰	۲/۵۳	۰/۰۱
سلامت	۲	غیرقضاوتی بودن	۰/۰۶	۰/۰۵	۵/۱۹	-۰/۱۴	-۰/۱۷	-۲/۱۶	۰/۰۱

بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون، متغیر «عمل با آگاهی»، ۲۵ درصد از تغییرات متغیر «شانس» را توجیه می‌کند و مابقی این تغییرات (۷۵ درصد) که به مجذور کمیت خطا معروف است، از متغیرهای خارج از مدل تأثیر می‌گیرد. نتایج تحلیل واریانس رگرسیون به منظور بررسی وجود رابطه خطی بین دو متغیر عمل با آگاهی و شانس نیز معنی دار است ($P < 0/01$). بر اساس این، یک واحد انحراف معیار تغییر مؤلفه «عمل با آگاهی» موجب ۰/۵۱ انحراف معیار تغییر در شانس می‌شود. ضریب مدل رگرسیون نشان می‌دهد متغیر عمل با آگاهی، اثر معکوس معنی داری بر افراد مؤثر دارد.

ضریب همبستگی بین دو متغیر افراد مؤثر و غیرقضاوتی بودن، مقدار ۰/۲۰ به دست آمد که همبستگی ضعیفی است. با توجه به اینکه ضریب تعیین تعدیل شده مقدار ۰/۰۳ است، متغیر «غیرقضاوتی بودن»، ۳ درصد از تغییرات متغیر «افراد مؤثر» را توجیه می‌کند. نتایج تحلیل واریانس رگرسیون به منظور بررسی وجود رابطه خطی بین دو متغیر افراد مؤثر و غیرقضاوتی بودن نیز معنی دار است ($P < 0/05$). ضریب مدل رگرسیون نشان می‌دهد متغیر غیرقضاوتی بودن، اثر معکوس معنی داری بر افراد مؤثر دارد.

می‌یابد. این نتیجه با مطالعه مالکرن و همکاران (۲۰۰۵)؛ هامارتا و همکاران (۲۰۱۳)؛ و سارجنت - کاکس و آنستی (۲۰۱۵) همسو است. با توجه به ارتباط مثبت بین کانون کنترل درونی سلامت و ادراک سلامت (سارجنت - کاکس و آنستی، ۲۰۱۵)، خوش‌بینی نقش مثبتی در کانون کنترل درونی فرد دارد. در مقابل، خوش‌بینی بر کانون کنترل بیرونی تأثیر منفی دارد (گوارنرا و ویلیامز، ۱۹۸۷). از طرفی جنسیت و سن نیز می‌تواند بر نوع نگرش و باور سلامت تأثیرگذار باشد (سارجنت - کاکس و آنستی، ۲۰۱۵)؛ در این مطالعه نیز، زنان نمونه پژوهش را تشکیل دادند؛ بنابراین ویژگی خوش‌بینی نقش مهمی در باور سلامت آنان داشته است. به عبارت دیگر، اگر ادراکات عادی انسان با مفهوم مثبت از خود و کنترل شخصی و دیدگاه خوش‌بینانه درباره آینده همراه شود، نه تنها در کنترل مسائل روزانه زندگی به فرد کمک می‌کند، نخستین اثر توانمندی‌های فرد در زمینه خوش‌بینی، کاهش مشکلات روانی و هیجانی، افزایش میزان سلامت روانی و در نتیجه باور سلامتی آنهاست.

براساس نتایج دیگر پژوهش، بین عمل با آگاهی، توصیف و غیرقضاوتی بودن از ابعاد ذهن‌آگاهی با کانون کنترل بیرونی سلامت (شانس) رابطه معکوس و معنی‌داری وجود داشت. انجام عمل با حضور ذهن کامل، بدون قضاوت نسبت به افکار و احساسات و توانایی نامگذاری تجربه‌های بیرونی با کلمات باعث می‌شود زنان درباره سلامت خود باور کمتری به شانس داشته باشند. همچنین بین غیرقضاوتی بودن و کنترل سلامت افراد مؤثر نیز رابطه معکوس و معناداری وجود داشت. به عبارتی قضاوت‌نداشتن نسبت به افکار و احساسات باعث اعتقاد و باور کمتری به تأثیر دیگران در سلامتی می‌شود. در این راستا در یافته‌هایی مشابه، احمدوند (۱۳۹۱) بین غیرقضاوتی بودن و روان‌رنجور

تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام برای متغیر ملاک (متغیر وابسته) «کنترل درونی سلامت» بر اساس متغیرهای پیش‌بینی یعنی مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی و خوش‌بینی (متغیرهای مستقل) نشان داد در مجموع طی دو گام، دو مؤلفه «خوش‌بینی» و «غیرقضاوتی بودن» وارد مدل شده‌اند و بقیه ابعاد سهم معنی‌داری در پیش‌بینی مدل نداشته و حذف شده‌اند. براساس ترتیب اهمیت متغیرهای پیش‌بین در تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام، در مدل اول متغیر «خوش‌بینی» و با ورود متغیر «غیرقضاوتی بودن» در مدل دوم، در مجموع این دو متغیر قادر به تبیین ۶ درصد واریانس کنترل درونی سلامت بوده‌اند. نتایج تحلیل واریانس رگرسیون به‌منظور بررسی وجود رابطه خطی بین متغیر کنترل درونی سلامت و مؤلفه‌های پیش‌بین نیز به لحاظ آماری معنی‌دار است ($P < 0/05$).

در بهترین مدل پیش‌بینی، یک انحراف معیار تغییر هم‌زمان در متغیرهای «خوش‌بینی» و «غیرقضاوتی بودن» به ترتیب باعث ۰/۲۰ و ۰/۱۷ انحراف معیار تغییر در کنترل درونی سلامت می‌شوند و می‌توانند ۶ درصد از واریانس متغیر «کانون کنترل درونی سلامت» را پیش‌بینی کنند. ضرایب مدل رگرسیون نشان می‌دهند متغیر خوش‌بینی اثر مستقیم معنی‌دار و متغیر غیرقضاوتی بودن، اثر معکوس معنی‌داری بر کنترل درونی سلامت دارد.

بحث

هدف از پژوهش حاضر، بررسی نقش خوش‌بینی و ذهن‌آگاهی به‌عنوان دو مؤلفه روانشناختی بر کانون کنترل سلامت زنان بود. نتایج همبستگی نشان دادند بین خوش‌بینی و کانون کنترل درونی سلامت در زنان رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. این نکته را چنین می‌توان شایان توجه قرار داد که هرچه خوش‌بینی زنان بیشتر باشد، کانون کنترل درونی سلامت نیز افزایش

خوبی ارتباط معکوس و معناداری به دست آورد که با یافته این پژوهش همسو است. همچنین این یافته در راستای یافته‌های کارمودی و بائر (۲۰۰۷)، هاول و همکاران (۲۰۱۰) براون و ریان (۲۰۰۳) نیز است.

براساس نتایج تحلیل رگرسیون، خوش‌بینی نیز به‌طور معناداری کانون کنترل درونی سلامت را تبیین می‌کند. در واقع خوشبین‌ها بیشتر به کانون کنترل درونی سلامت خودشان معتقدند و از راهبردهای تغییر جنبه‌های کنترل‌پذیر عوامل فشارزا و بازسازی مثبت بهره می‌گیرند که در این راستا با یافته‌های ژانگ و جنگ (۲۰۱۷)، شی‌یر و همکاران (۲۰۰۱) و موسوی نسب و تقوی (۱۳۸۴) همخوانی دارد. کانون کنترل درونی سلامت، نقش مهمی در مکانیسم‌های روانشناختی سلامت زنان دارد؛ به دلیل آنکه احساس کنترل داشتن همراه با ادراک و نگرش مثبت باعث ارزیابی بهتر از سلامت می‌شود (ژانگ و جنگ، ۲۰۱۷). باور و دانش زنان درباره سلامت و بیماری باعث مدیریت بهتر سلامتی می‌شود که ناشی از خودکارآمدی بالاست (زاک، ۲۰۱۶)؛ در نتیجه، داشتن ویژگی خوش‌بینی با ایجاد باور و نگرش مثبت زمینه‌ساز باور سلامتی و کنترل درونی سلامت است. پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

غیرقضاوتی بودن از ابعاد ذهن آگاهی نیز به‌طور معناداری کانون کنترل درونی سلامت را تبیین می‌کند؛ بدین معنا که پذیرش بدون قضاوت و غیرارزیابانه نسبت به تجربه درونی باعث درونی‌تر شدن کنترل سلامت می‌شود که با یافته‌های نریمانی و همکاران (۱۳۹۱)، بگات (۲۰۱۶) همسو است. ذهن آگاهی با ایجاد آگاهی نسبت به کانون کنترل فرد تأثیر مثبتی بر کانون کنترل درونی فرد می‌گذارد (بگات، ۲۰۱۶)؛ بنابراین زنان با ویژگی غیرقضاوتی بودن، احساس تسلط بیشتری بر سلامتی خود دارند.

بین ذهن آگاهی و کانون کنترل بیرونی شانس رابطه معکوس و معناداری به دست آمده است. این نتیجه نشان می‌دهد افراد با ذهن آگاهی بالاتر، اعتقاد کمتری به کانون کنترل سلامت بیرونی شانس دارند. در پژوهش‌های مشابه این یافته با یافته‌های نریمانی و همکاران (۱۳۹۱) مبنی بر رابطه ذهن آگاهی و سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و سلامت روانی، همخوانی دارد. در یافته‌های آنان نشان داده شد باورهای افراد در خصوص میزان کنترلی که می‌توانند بر موقعیت‌های فشارزا اعمال کنند و نیز احساس خودکفایتی آنان برای فائق آمدن بر مشکلات و رویدادهای آزاردهنده، بر میزان برانگیختگی هیجانی و عملکردهای فردی تأثیرگذار است و افراد ذهن آگاه از نشانه‌های منفی روانشناختی کمتری برخوردارند. همچنین این نتیجه با نتایج براون و همکاران (۲۰۰۴) و فالکن استورم (۲۰۱۰) مبنی بر رابطه مثبت بین ذهن آگاهی با سلامت روانی و بهزیستی روانشناختی و بهزیستی ذهنی، همسو است.

در ارتباط با ذهن آگاهی و کانون کنترل سلامت بیرونی همان‌طور که یافته‌ها نشان دادند عمل با آگاهی، کانون کنترل سلامت شانس را تبیین کرد. به عبارت دیگر، افرادی که ذهن آگاهی بالایی دارند، به‌خصوص در ارتباط با بعد عمل با آگاهی و غیرقضاوتی بودن، از دانش و بینش مناسبی درباره فرایندهای شناختی و توانمندی‌های خود برخوردارند و کمتر به عواملی چون شانس و سرنوشت معتقدند. همچنین غیرقضاوتی بودن نیز توانست کانون کنترل سلامت افراد مؤثر را تبیین کند؛ به این معنی که افرادی که بدون قضاوت و ارزیابی‌اند، افراد مؤثر بیرونی نقش کمتری در کنترل سلامت آنان دارند. در این ارتباط ذهن آگاهی موجب افزایش آگاهی فرد نسبت به خود، دیگران و موقعیت در زمان کنونی می‌شود و این افزایش آگاهی می‌تواند

افزایش پیدا کند تا کانون کنترل درونی سلامت در آنان تقویت شود.

ذهن آگاهی به عنوان تمرین روانشناختی درونی، در تعامل با دنیا و افراد کمک می‌کند تا تمرکز و توجه بدون افکار اضطرابی داشته باشیم (سالفی، ۲۰۱۶)؛ همچنین ذهن آگاهی موجب افزایش آگاهی فرد نسبت به خود، دیگران و موقعیت در زمان کنونی می‌شود و این افزایش آگاهی نشان می‌دهد افزایش نشانه‌های سلامتی و سازگاری می‌تواند به موازات این توانمندی‌ها ایجاد شود. با توجه به یافته‌های این پژوهش افراد دارای ذهن آگاهی و خوش‌بینی به نقش عواملی چون شانس و افراد دیگر (مؤثر) در سلامتی خود اعتقاد کمتری دارند. در این راستا سالفی (۲۰۱۶) نیز نشان داد ذهن آگاهی پیش‌بینی‌کننده کانون کنترل درونی است؛ از این رو، برگزاری برنامه‌های آموزشی مناسب با محوریت آموزش ذهن آگاهی برای کاهش کنترل بیرونی شانس برای زنان که در سلامت جامعه نقش عمده‌ای دارند، ضروری به نظر می‌رسد.

با توجه به اجرای این پژوهش در گناباد، تعمیم نتایج به سایر نقاط کشور با رعایت احتیاط صورت گیرد. از طرفی نمونه پژوهش بهتر است در افراد بیمار با گروه‌های سنی مختلف نیز صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش آتی تأثیر ذهن آگاهی و خوش‌بینی بر کانون کنترل سلامت به صورت مداخله‌ای ارزیابی شود. از طرفی کارگاه‌هایی با محوریت ارتقای خوش‌بینی و ذهن آگاهی در زنان، برای داوطلبان سلامت در مراکز بهداشت کمک‌کننده است.

منابع

احمدوند، ز. حیدری نسب، ل. شعیری، م. (۱۳۹۱). «تبیین بهزیستی روانشناختی براساس مؤلفه‌های ذهن آگاهی». فصلنامه روانشناسی سلامت، ۲(۹۱)،

نشان‌دهنده افزایش نشانه‌های سلامتی و سازگاری باشد. نریمانی و همکاران (۱۳۹۱) نیز نشان دادند دو بعد از ابعاد ذهن آگاهی یعنی عمل با آگاهی و غیرقضاوتی بودن سلامت روانی را تبیین می‌کند که با نتایج این پژوهش همسو است. به دلیل تأثیر غیرقضاوتی بودن و عمل با آگاهی در سلامت روان، این دو بعد نقش تعیین‌کننده‌ای در پیش‌بینی کانون کنترل سلامت نیز دارند. به نظر می‌رسد ابعاد دیگر ذهن آگاهی مانند توصیف، مشاهده احساسات و بی‌واکنشی به تجربه درونی، باید پژوهش‌های دقیق‌تری به صورت آموزشی صورت گیرد. قضاوت‌نداشتن نسبت به افکار و احساسات همراه با حضور ذهن کامل به نحو بهتری بر میزان باور زنان نسبت به کنترل سلامتشان تأثیر می‌گذارد.

مطالعات نشان داده است عمل با آگاهی با روان رنجور خویی در تضاد است (احمدوند و همکاران، ۱۳۹۱). همچنین ذهن آگاهی با عاطفه منفی و روان رنجور خویی ارتباط منفی و با توافق و گشودگی ارتباط مثبت دارد (بائر و همکاران، ۲۰۰۶). بین ذهن آگاهی و بهزیستی ذهنی نیز ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد (هامارتا و همکاران، ۲۰۱۳). به طور کلی براساس مطالعات، ذهن آگاهی با افزایش حالات خلقی مثبت و بهزیستی ذهنی (فالکن استورم، ۲۰۱۰) می‌تواند پیش‌بینی‌کننده کانون کنترل درونی سلامت باشد (سالفی، ۲۰۱۶).

با توجه به اینکه بررسی‌ها نشان داده‌اند خوش‌بینی با رفتارهای معطوف به ارتقای سلامتی و کاهش خطر سلامتی ارتباط دارد و همچنین نتایج این پژوهش مبنی بر تأثیر مثبت خوش‌بینی بر کنترل درونی سلامت و به دلیل اینکه هدف تمامی آموزش دهندگان بهداشت و سلامت، ایجاد کنترل درونی در افراد است، لازم است کوشش شود خوش‌بینی به هر طریق ممکن در زنان

- نریمانی، م. زاهد، ع. و گلپور، ر. (۱۳۹۱). «رابطه ذهن‌آگاهی، سبک‌های مقابله‌ای و هوش هیجانی با سلامت روانی در دانشجویان». *فصلنامه علوم تربیتی*. ۵ (۱۹)، ۹۱-۱۰۵.
- Baer, R. A.; Smith, G. T. & Allen, K. B. (2004), "Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills", *Assessment*, 11, 191-206.
- Baer, R. A.; Smith, G. T.; Lykins, E.; Button, D.; Krietemeyer, J.; Sauter, S.; Walsh, E.; Duggan, D.; Williams, M. G. (2008), "Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Meditating and non meditating Samples", *Assessment*, 15 (3), 329-342.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of *mindfulness*. *Assessment*, 13 (1), 27-45.
- Bhagat, V. (2016). Studying locus of control and role of psycho-education, breathing exercise and mindfulness in changing the direction of locus of control among medical students. *International Journal of Humanities and Social Science Invention*. 5 (11), 57-59.
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003), "The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological wellbeing", *Journal of personality and Social psychology*, 84, 822- 848.
- Bunge, M. (2010). *The mind-body problem. In Matter and Mind* (pp. 143-157). Springer Netherlands.
- Buchheld, N., Grossman, P., & Walach, H. (2002). Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for Meditation and Meditation Research*. 1(1), 11° 34.
- Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(1), 23-33.
- احمدوند، زهرا. (۱۳۹۰) «وارسی اعتبار و پایایی پرسش‌نامه پنج‌وجهی ذهن‌آگاهی (FFMQ) در نمونه‌های غیربالینی ایرانی». پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد.
- احمدی، ب. باباشاهی، س. (۱۳۹۱). «مدیریت سلامت زنان، توسعه سیاست‌ها و تحقیقات و خدمات». *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۱۲ (۴۷)، ۲۹-۵۹.
- بهراد، م. کلانتری، م. و مولوی، ح. (۱۳۸۸). «اثربخشی آموزش خوشبینی بر سلامت روان، مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان». ۱۴ (۹)، ۱۱۰-۱۰۷.
- سرمدی، ز. بازرگان، ع. حجازی، ا. (۱۳۹۱). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*. تهران: آگاه.
- ضرابی، ر. رحمت‌نژاد، ل. و باستانی، ف. (۱۳۹۲). «منبع کنترل سلامت در زنان مبتلا به دیابت بارداری». *مجله پرستاری و مامایی ارومیه*. ۱۱ (۱)، ۸۲-۷۲.
- رحیمیان، ا. (۱۳۸۸). *روانشناسی بالینی سلامت*، تهران: دانژه.
- کجباف، م. عریضی، ح. ر. و خدابخشی، م. (۱۳۸۵). «هنجاریابی، پایایی و روایی خوش‌بینی و بررسی رابطه بین خوش‌بینی، خودتسلط‌یابی و افسردگی در شهر اصفهان». *مطالعات روانشناختی*، ۲ (۲-۱)، ۶۵-۵۱.
- مشکی، م. غفرانی پور، ف. آزاد فلاح، پ. و حاجی‌زاده، ا. (۱۳۸۷). «بررسی تأثیر برنامه آموزشی با به‌کارگیری عزت نفس و باورهای کنترل سلامت بر ارتقای سلامت روان دانشجویان». *فیض*، ۱۲ (۴۸)، ۳۸-۴۵.
- موسوی‌نسب، سم، و تقوی، سم. (۱۳۸۵). «خوش‌بینی - بدبینی و راهبردهای کنار آمدن: پیش‌بینی سازگاری روانشناختی در نوجوانان». *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۲ (۴)، ۳۸۹-۳۸۰.

- family income. *Children's Health Care*, 34(1), 47-59.
- Morone, N. E.; Lynch, Ch. S.; Greco, C. M.; Tindle, H. A.; Weiner, D. K. (2008), "I Felt Like a New Person, "The effects of mindfulness Meditation on older adults with chronic pain: Qualitative Narrative Analysis of diary entries", *The Journal of pain*, 9 (9), p 841-848.
- Moshki, M., Ghafranipour, F., Hajizadeh, E. Azadfallah, P., (2007). Validity and reliability of the multidimensional health locus of control scale for college students. *BMC Public Health*, 7, 295-300.
- Neuser, N. J. (2010). *Examining the factors of mindfulness: A confirmatory factor analysis of the five facet mindfulness questionnaire* (Doctoral dissertation). Retrieved from <http://commons.pacificu.edu.proxy.library.adelaide.edu.au/spp/128>
- Ribero, J. P, Silva, A. M, Meneses, R. F & Falco, C. (2007). Relationship between optimism, disease variables, and health perception and quality of life in individuals with epilepsy. *Epilepsy Behav*, 11: 33-38.
- Sanders, W. A., & Lam, D. H. (2010). Ruminative and mindful self-focused processing modes and their impact on problem solving in dysphoric individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), 747-753.
- Sargent-Cox, K. A., & Anstey, K. J. (2015). The relationship between age-stereotypes and health locus of control across adult age-groups. *Psychology & Health*, 30(6), 652° 670.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (2001). *Optimism, pessimism, and psychological well-being*. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 189-216). Washington, DC: American Psychological Association.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health psychology*, 4(3), 219.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 879-889.
- Chadwick, P.; Hember, M.; Mead, S.; Lilley, B. & Dagnan, D. (2007), *Responding mindfull to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ)*, Unpublished manuscript, University of Southampton Royal South Hants Hospital, U.K.
- Falkenstrom, F. (2010). *Studying mindfulness in experienced mediators: A quasi experimental approach*, *Personality and Individual Differences*. 48, 305-315.
- Frewen, A. P., Evans, E. M., Maraj, N., Dozois, D. J. A. & Partridge, K. (2006). Letting go: Mindfulness and negative automatic thinking. *Cognitive Therapy and Research*, 54, 376-387.
- Guarnera, S., & Williams, R. L. (1987). Optimism and locus of control for health and affiliation among elderly adults. *Journal of Gerontology*, 42(6), 594-595.
- Hamarta, E., δ zye il, Z., Deniz, M., & Dilmac, B. (2013). The prediction level of mindfulness and locus of control on subjective well-being. *International Journal of Academic Research*, Part B, 5(2), 145-150..
- Haselden, K., Powell, T., Drinnan, M. I. K. E., & Carding, P. (2009). Comparing health locus of control in patients with spasmodic dysphonia, functional dysphonia and nonlaryngeal dystonia. *Journal of Voice*, 23(6), 699-706.
- Howell, A. J.; Digdon, N.; Buro, K. (2010), "Mindfulness predicts sleep-related self-regulation and well-being", *Personality and Individual Differences*, 48, 419-42.
- Kohls, N., Sauer, S., & Walach, H. (2009). Facets of mindfulness° Results of an online study investigating the Freiburg mindfulness inventory. *Personality and Individual Differences*, 46(2), 224-230.
- Kumar, S., Feldman, G., & Hayes, A. (2008). Changes in mindfulness and emotion regulation in an exposure-based cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 32(6), 734.
- Malcarne, V. L., Drahota, A., & Hamilton, N. A. (2005). Children's health-related locus of control beliefs: ethnicity, gender, and

- scales. *Journal of Health Psychology*, 10(5), 623-631.
- Zautra, Alex J., Hall, John Stuart, & Murray, Kate E. (2010). Resilience: A new definition of health for people and communities. In Reich, John W., Zautra, Alex J., & Hall, John Stuart (Eds.) *Handbook of Adult Resilience*. The Guildford Press, New York, pp. 3-30.
- Zaky, N H. (2016). The Relationship between Health Locus of Control, Knowledge and Adherence to Antihypertensive Regimen among Woman with Preeclampsia. *American Journal of Nursing Research*, 4 (2), 34-43.
- Zeidan, F., Gordon, N. S., Merchant, J., & Goolkasian, P. (2010). The effects of brief mindfulness meditation training on experimentally induced pain. *The Journal of Pain*, 11(3), 199-209.
- Zhang, A. & Jang, Y. (2017). The Role of Internal Health Locus of Control in Relation to Self-Rated Health in Older Adults, *Journal of Gerontological Social Work*, 60:1, 68-78.
- Schütze, R., Rees, C., Preece, M., & Schütze, M. (2010). Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. *Pain*, 148(1), 120-127.
- Segerstrom, S. C. (2007). Optimism and resources: Effects on each other and on health over 10 years. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 772-786.
- Siegel, R. D. (2010). *The mindfulness Solution (every day practices for everyday problems)*, New York: Guilford.
- Snyder, C. R., & Lopez, J. (2002). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Sulphey, M. M. (2016). Is Mindfulness a Predictor of Locus of Control? *Journal of Applied Management and Investments*, 5(2), 121-130.
- Walker, L., Colosimo, K. (2011). "Mindfulness, self-compassion and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination", *Personality and Individual Differences*, 50. 222-227.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education monographs*, 6(1), 160-170.
- Wallston, K. A. (2005). The validity of the multidimensional health locus of control