

تدوین مدل بهزیستی روانشناختی با توجه به ذهن آگاهی و احساس مسئولیت در دانش آموزان

زینب اسمعیلی^۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی برآزش مدل بهزیستی روانشناختی با توجه به ذهن آگاهی و احساس مسئولیت در دانش آموزان می‌باشد. جامعه‌ی پژوهش را دانش آموزان دختر و پسر دبیرستانی منطقه نه تهران تشکیل می‌دهد. به این منظور ۲۵۰ دانش آموز با روش نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی ذهن آگاهی پنج وجهی (FFMQ)، پرسشنامه‌ی بهزیستی روانشناختی ریف، پرسشنامه مسئولیت پذیری نعمتی استفاده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل مسیر با نرم افزار Amos مورد ارزیابی قرار گرفت. مدل پیشنهادی بر اساس پرسش‌های پژوهش به آزمون گذاشته شد. نتایج به دست آمده نشان داد مدل بعد از یک سری اصلاحات از برآزش مناسبی برخوردار است. یافته‌های به دست آمده نشان داد مسئولیت پذیری بر بهزیستی روانشناختی تأثیر معناداری دارد. همچنین ذهن آگاهی بر بهزیستی روانشناختی نیز تأثیر معناداری دارد. این پژوهش گام مهمی جهت شناخت عوامل مؤثر بر بهزیستی روانشناختی است.

واژه‌گان کلیدی: بهزیستی روانشناختی، ذهن آگاهی، مسئولیت پذیری، دانش آموز.

مقدمه

امروزه علم روان‌شناسی از تمرکز صرف بر آسیب‌شناسی فاصله گرفته و رویکرد روانشناسی مثبت‌نگر نیز در سرحوله کار پژوهشگران این عرصه قرار گرفته است؛ یکی از مؤلفه‌های مثبت این حوزه، بهزیستی روان‌شناختی است (هایز^۱ و جوزف^۲، ۲۰۰۳). بهزیستی روان‌شناختی شامل دریافت‌های فرد از میزان هماهنگی بین اهداف معین و ترسیم شده یا پیامدهای عملکردی است که در فرایند ارزیابی‌های مستمر به دست می‌آید و به رضایت درونی و نسبتاً پایدار در توالی زندگی منجر می‌شود (کول^۳، ۲۰۰۲). در دهه‌های گذشته ریف و همکارانش (۱۹۸۹) الگوی بهزیستی روان‌شناختی را با تأکید بر اینکه سلامت مثبت چیزی فراتر از فقدان بیماری است، ارائه کردند؛ در این دیدگاه بهزیستی به معنای تلاش برای استعلا و ارتقا است که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد متجلی می‌شود. بهزیستی روان‌شناختی که از روانشناسی مثبت مشتق شده است که هدف روانشناسی مثبت، سرعت بخشیدن به یک تغییر بزرگ در روانشناسی با بهبود چیزهای ارزش‌دار در زندگی برای ساختن ویژگی‌های مثبت می‌باشد. در این رویکرد، به مطالعه ویژگی‌های مثبت انسانها و راهبردهای استفاده از حداکثر استعدادهای ذاتی و محیطی برای بهره‌مندی از حالت‌های روانی سالم و زندگی سازنده بیش از پیش تأکید می‌شود. تسریع بهبود عملکرد و اصلاحات اشتباهات گذشته در جهت ساختن خصوصیات مثبت می‌باشد که شامل بهزیستی، خرسندی و رضایت در گذشته و امید و خوشبینی برای آینده و خوشحالی در حال است (سلیگمن^۴ و سیگزینت^۵، ۲۰۰۰).

¹ Hayes

² Joseph

³ Cole

⁴ Seligman

⁵ Csikszenti

تلاش‌های به عمل آمده به منظور تبیین مفهوم بهزیستی بر نقش شاخص‌های بهزیستی در دو سطح برون فردی و درون فردی متمرکز است (کانو^۱ و ریمپلا^۲، ۲۰۰۲). ذهن آگاهی یکی از این متغیرهای درون فردی است. ذهن آگاهی هوشیاری است که وقتی به شیوه‌های خاصی به تجربه‌مان توجه می‌کنیم پدیدار می‌شود (کرین، ۲۰۰۸؛ ترجمه جعفری، خانی پور و محمدخانی، ۱۳۹۱). برنتلی^۳ (۲۰۰۵) ذهن آگاهی را به عنوان هشیاری در نظر می‌گیرد که غیر قضاوتی، دوستانه و در پی افزودن یا کم کردن چیزی از تجربه نمی‌باشد. ذهن آگاهی می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی را در تنظیم رفتاری ایفا کند (ریان^۴، ۲۰۰۰). بسیاری از نظریه‌های آسیب شناسی روانی و روان‌درمانی اهمیت آگاهی، حضور و مشاهده گری را در سلامت روان و بهزیستی روانشناختی مورد بحث قرار داده‌اند (بروین^۵، واستون^۶، کارسی^۷، هایمن^۸، دایسون^۹، ۱۹۹۸). به عبارت دیگر، ذهن آگاهی از طریق ترکیب سر زندگی و واضح دیدن تجربیات می‌تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد نماید (براون^{۱۰} و ریان، ۲۰۰۳). لینگ کینگ^{۱۱} و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهش خود نشان دادند ذهن آگاهی اثرات مثبتی بر قدرت سازگاری و رضایت از زندگی، عزت نفس، توانایی همدردی و احساس خودمختاری دارد. در همین راستا فالکنستروم^{۱۲} (۲۰۱۰) نشان داد ذهن آگاهی با بهزیستی ذهنی و روان شناختی و سلامت روانی رابطه‌ی مثبت دارد.

¹ Konu

² Rimpela

³ Brantley

⁴ Ryan

⁵ Brewin

⁶ Waston

⁷ McCarthy

⁸ Hyman

⁹ Dayson

¹⁰ Brown

¹¹ Lingkung

¹² Falkenstrom

یکی دیگر از متغیرهایی که بنظر می‌رسد با بهزیستی روانشناختی در ارتباط است، مسئولیت‌پذیری افراد می‌باشد. گلاسر (۱۹۶۷) معتقد است مشکل انسان‌ها و ناهنجاری‌های آنها از نپذیرفتن مسئولیت است زیرا آنها نمی‌توانند نیازهای اساسی خود را به طور صحیح ارضا کنند. ساند^۱ (۲۰۰۸) در پژوهش خود نشان داد آموزش مفاهیم مسئولیت، آزادی و ارزش و کاربرد آنها، تسکین دهنده‌ی آلام و استرس در بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد. در همین راستا نتایج پژوهش صفرزاده و مشاک (۱۳۹۳) نشان داد بین مسئولیت‌پذیری و احساس بهزیستی ذهنی رابطه معنی‌داری وجود دارد. همچنین جوانمرد، عربی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهش خود نشان دادند ویژگی‌های شخصیتی نظیر مسئولیت‌پذیری، بهزیستی روان‌شناختی افراد را افزایش می‌دهد.

به دلیل کمبود تحقیقات در مورد مسئولیت‌پذیری انجام مطالعاتی از این دست، ضروری بنظر می‌رسد. بنابراین توجه به اثرات مسئولیت‌پذیری بر رفتار نوجوانان و از سویی دیگر در نظر گرفتن اهمیت سه مقوله‌ی بهزیستی روان‌شناختی، ذهن‌آگاهی و احساس مسئولیت و نقش هر کدام از این متغیرها در سلامت نوجوانان، محقق را بر آن داشت تا به پژوهش در این زمینه بپردازد. از آن جایی که تحقیقی در خصوص ارتباط متغیرهای مذکور به طور همزمان یافت نشد، خلاء پژوهشی در این حوزه احساس می‌شود. لذا در قالب یک مدل، پژوهش حاضر به این پرسش می‌پردازد که آیا مدل بهزیستی روانشناختی بر اساس مسئولیت‌پذیری و ذهن‌آگاهی از برازش مناسبی برخوردار است؟

روش پژوهش

این پژوهش با توجه به هدف آن از نوع تحقیقات بنیادی و از لحاظ شیوه‌ی گردآوری داده‌ها و تحلیل آنها به روش توصیفی و از نوع طرح‌های همبستگی و روش مدل‌یابی معادلات ساختاری می‌باشد. با توجه به اینکه هدف پژوهش حاضر آزمون پرسش و الگوی

^۱ Sand

نظری ارائه شده است، در پی تدوین روابط بین متغیرهای زیر بنایی بهزیستی روانشناختی، ذهن آگاهی و مسئولیت پذیری است، و کاربرد نتیجه در درجه‌ی اول در یک زمینه‌ی خاص مطرح نیست. همچنین از آنجا که هدف آن توصیف کردن شرایط پدیده‌ها و متغیرهای مورد بررسی و شناخت بیشتر شرایط موجود است، در زمره‌ی پژوهش‌های توصیفی قرار می‌گیرد.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل دانش آموزان دبیرستانی شهر تهران منطقه ۹ با جنسیت دختر و پسر در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ می‌باشد. روش نمونه‌گیری بر اساس تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انجام شد. به این صورت که از جامعه‌ی آماری دانش آموزان دختر و پسر مقطع متوسطه مشغول به تحصیل در کلیه‌ی دبیرستان‌های منطقه نه (حدوداً ۵۰ مدرسه) لیست شدند، چهار مدرسه به روش قرعه‌کشی به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس از هر مدرسه، چهار کلاس به صورت تصادفی (قرعه‌کشی) انتخاب و پرسشنامه‌ها در بین دانش آموزان توزیع شد.

ابزار اندازه‌گیری

پرسشنامه‌ی بهزیستی روانشناختی ریف

این پرسشنامه توسط ریف (۱۹۸۹) ساخته شده است. در این مقیاس‌ها پاسخ به هر سؤال بر روی یک طیف شش درجه‌ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) مشخص می‌شود. هر مقیاس شامل ۱۴ سؤال بوده که ابعاد بهزیستی روان‌شناختی مدل ریف مشتمل بر، روابط مثبت با دیگران، استقلال، تسلط محیطی، رشد فردی، هدف در زندگی، پذیرش خود، را ارزیابی می‌کند. از بین کل سؤالات ۴۴ سؤال به صورت مستقیم و ۴۰ سؤال به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. آلفای کرونباخ به دست آمده در مطالعه‌ی ریف (۱۹۸۹)،

برای رشد شخصی (۰/۸۷) ارتباط مثبت با دیگران (۰/۹۱)، پذیرش خود (۰/۹۳)، هدفمندی در زندگی (۰/۹۰)، و تسلط بر محیط (۰/۹۰)، خودمختاری (۰/۸۶) گزارش شده است. در مطالعات ایرانی نیز ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های فوق به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۳، ۰/۶۸، ۰/۷۵، ۰/۷۶، ۰/۷۷، گزارش شده است (مشهدی فراهانی، ۱۳۸۷). کلانترکوشه و نواربافی (۱۳۹۱)، ۰/۹۲ آلفای کرونباخ این پرسشنامه را گزارش کردند. بر اساس گزارش کلانترکوشه و نواربافی (۲۰۱۲) پرسشنامه مذکور از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است. در این تحقیق نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمده است.

پرسشنامه‌ی ذهن آگاهی پنج وجهی (FFMQ)

این پرسشنامه ابزاری است که بر اساس مطالعه تحلیل عاملی روی پنج پرسشنامه‌ی ذهن آگاهی، شامل آگاهی از توجه (MAAM)، پرسشنامه‌ی ذهن آگاهی فرایبورگ (FMI)، مقیاس ذهن آگاهی عاطفی و شناختی (CMAS) و پرسشنامه‌ی ذهن آگاهی (MQ) ساخته شده است. تحلیل‌ها پنج عاملی را شناسایی کرده است که جنبه‌های مختلف ذهن آگاهی را ارزیابی می‌کند. این عوامل شامل مشاهده، توصیف، عمل از روی آگاهی، عدم قضاوت درباره‌ی تجربه‌ی درونی است. این عوامل از طریق یک پرسشنامه‌ی خود-گزارشی ۳۹ سوالی اندازه‌گیری می‌شود. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از "هرگز یا خیلی به ندرت صحیح است" تا "اغلب اوقات یا همیشه صحیح است" کدگذاری می‌شوند (هاسکر، ۲۰۱۰). مقیاس‌های پنج وجهی از همسانی درونی بالایی دامنه‌ی آلفا از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰ برخوردار است (بایر، اسمیث، هایکنز، کریت میر و تونی، ۲۰۰۶).

بر اساس نتایج، همسانی درونی عامل‌ها مناسب بود و ضریب آلفا در گستره‌ای بین ۰/۷۵ (در عامل غیر واکنشی بودن) تا ۰/۹۱ (در عامل توصیف) قرار داشت. همبستگی بین عامل‌ها متوسط و در همه موارد معنی دار بود و در طیفی بین ۰/۱۵ تا ۰/۳۴ قرار داشت (نتوسر، ۲۰۱۰). همچنین در مطالعه‌ای که بر روی اعتبار یابی و پایایی این پرسشنامه در

ایران انجام گرفت، اعتبار مناسب (ضرائب آلفا بین ۰/۸۳-۰/۵۵) و روایی مناسب این پرسشنامه را در نمونه‌های غیر بالینی ایرانی گزارش کرده‌اند. بین ۵ عامل شخصیت به استثنای عامل روان رجورخویی همبستگی مثبت و معنادار گردید. همچنین بین تمام ابعاد بهزیستی روانشناختی و ذهن آگاهی همبستگی مثبت مشاهده گردید، در حالی که با تمام نشانه‌های اختلال وارسی شده در SCL-25 همبستگی منفی مشاهده گردید (احمدوند، حیدری نسب و شعیری ۱۳۹۲).

پرسشنامه مسئولیت پذیری نعمتی

این پرسشنامه توسط نعمتی (۱۳۸۷)، ساخته و هنجاریابی شده است. نمره گذاری‌ای پرسشنامه بدین ترتیب بوده است که هر عبارت شامل پنج گزینه (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف). نمره گذاری از سیستم ۱ تا ۵ پیروی می‌کند. از بین کل سؤالات ۳۰ سؤال به صورت مستقیم و ۲۰ سؤال به صورت معکوس پاسخ داده می‌شود. ضرایب همبستگی بدست آمده در مطالعه‌ی نعمتی (۱۳۸۷) برای خودمدیریتی (۰/۷۸)، نظم پذیری (۰/۸۶)، قانونمندی (۰/۸۰)، امانت داری (۰/۵۵)، وظیفه شناسی (۰/۵۳)، وظیفه شناسی (۰/۵۳)، سازمان یافتگی (۰/۶۰)، پیشرفت گرایی (۰/۵۲) گزارش شده است که همه نشان دهنده پایایی مطلوب و مناسب آزمون بوده است. ضریب آلفای کرانباخ کل آزمون ۰/۹۲. گزارش شده است که نشان دهنده‌ی پایایی مناسب آزمون بودند.

روش اجرای پژوهش

در ابتدا معرفی نامه‌ای جهت اجرای تحقیق از دانشکده مرکز تخصصی آزاد برای آموزش و پرورش صادر گردید. سپس پرسشنامه‌ها تنظیم و بر اساس روش نمونه گیری در بین دانش آموزان توزیع می‌گردد. در ابتدای کار برای جلب اعتماد و ایجاد انگیزه اهمیت کار پژوهشی و محرمانه بودن کلیه‌ی اطلاعات بیان می‌شود. پس از جمع آوری کلیه

پرسشنامه، بازیابی، کدگذاری و استخراج داده‌ها صورت گرفت. سپس مدل فرضی ارائه شده با روش تحلیل مسیر و با استفاده از نرم افزار آموس مورد آزمون قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش

از نظر خصوصیات جمعیت شناختی ۵۰ درصد از جامعه پژوهش را زنان و ۵۰ را مردان تشکیل می‌دادند. ۲۶ درصد افراد ۱۵ ساله، ۳۷/۶ درصد ۱۶ ساله، ۳۳/۲ درصد ۱۷ ساله و ۳/۲ درصد ۱۸ ساله بودند.

جدول ۱: ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

شاخص آماری	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
خودمختاری	۲۵۰	۵۱/۹۷	۱۰/۰۸
تسلط بر محیط	۲۵۰	۵۷/۰۶	۱۰/۵۷
رشد شخصی	۲۵۰	۶۳/۱۷	۹/۵۳
روابط مثبت	۲۵۰	۵۰/۸	۱۳/۴۸
هدفمندی	۲۵۰	۶۳/۳۷	۱۲/۶۰
پذیرش خود	۲۵۰	۵۵/۳۱	۱۰/۲۸
بهبودی روانشناختی	۲۵۰	۳۵۰/۷۰	۴۴/۶۵
مشاهده	۲۵۰	۲۸/۱۹	۶/۳۱
توصیف	۲۵۰	۲۲/۹۳	۴/۳۶
عمل گرایی	۲۵۰	۲۵/۵۲	۶/۱۴
عدم قضاوت	۲۵۰	۲۱/۷۲	۶/۴۶
عدم واکنش	۲۵۰	۲۲/۲۸	۳/۷۷
ذهن آگاهی	۲۵۰	۱۲۰/۶۶	۱۲/۰۱
نظم پذیری	۲۵۰	۳۶/۵۰	۶/۴۳
خودمدیریتی	۲۵۰	۳۳/۲۸	۶/۳۸
قانون مندی	۲۵۰	۴۱/۴۷	۱۰/۰۴

۴/۰۱	۲۰/۵۸	۲۵۰	امانت داری
۲/۶۳	۱۵/۰۱	۲۵۰	وظیفه شناسی
۴/۴۳	۱۸/۵۸	۲۵۰	سازمان یافتگی
۳/۲۵	۱۵/۶۲	۲۵۰	پیشرفت گرایی
۲۱/۵۷	۱۸۱/۰۷	۲۵۰	مسئولیت پذیری

همانگونه که نتایج یافته‌های توصیفی نشان می‌دهد، از میان مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی، بیشترین میانگین مربوط به هدفمندی و از میان مقیاس‌های ذهن آگاهی بیشترین میانگین مربوط به مشاهده می‌باشد. در بکارگیری روش آماری، ابتدا با استفاده از آزمون آماری کولموگروف اسمیرنوف نرمال بودن داده‌ها مورد آزمون قرار گرفت تا نوع روش آماری (پارامتری، غیرپارامتری) که باید استفاده شود مشخص می‌گردد، و در صورت نرمال بودن داده‌ها یکی از مهم‌ترین پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک برقرار می‌باشد.

جدول ۲ آزمون کولموگروف اسمیرنوف تک نمونه‌ای

شاخص آماری	Z	sig	سطح معناداری
مقیاس			
ذهن آگاهی	۱/۲۵	۰/۰۹	۰/۰۵
مسئولیت پذیری	۰/۸۹	۰/۴۰	۰/۰۵
بهزیستی روانشناختی	۱/۲۴	۰/۰۹	۰/۰۵

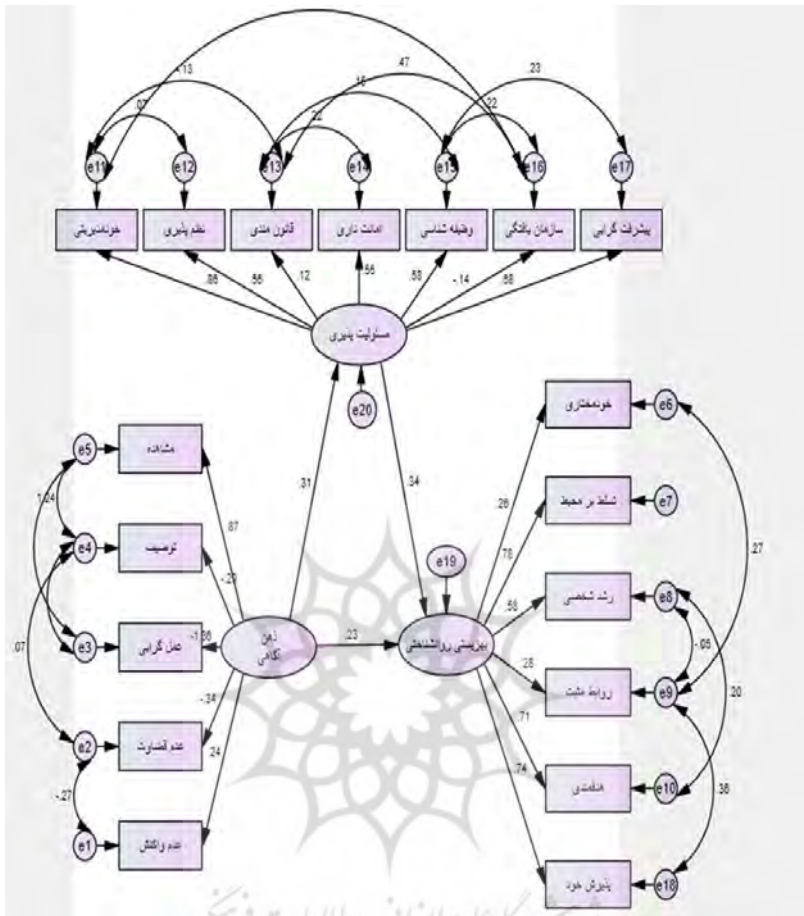
با توجه به نتایج جدول و سطوح معناداری بدست آمده هر یک از متغیرهای پژوهش که بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد، داده‌های تمام متغیرها نرمال است. به منظور پاسخ به پرسش اصلی پژوهش مبنی بر اینکه آیا مدل تبیین بهزیستی روانشناختی براساس ذهن آگاهی و مسئولیت پذیری با داده‌های تجربی برازش دارد؟" از تحلیل مسیر و نرم افزار اموس بهره برده شده است. در جدول ۳ مهم‌ترین شاخص‌های آزمون برازش مدل مفهومی پژوهش گزارش شده است.

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل

شاخص‌های برازش	χ^2/df	RMSEA	NFI	NNFI	CFI	GFI	AGFI
مقدار اولیه	۴/۵۶	۰/۱۷	۰/۸۶	۰/۸۴	۰/۸۱	۰/۹۰	۰/۸۵
مقدار اصلاح شده	۲/۴۷	۰/۰۹	۰/۹۰	۰/۹۳	۰/۹۰	۰/۹۵	۰/۸۹
حدمجاز	کمتر از ۳	کمتر از ۰/۱	بیشتر از ۰/۹	بیشتر از ۰/۹	بیشتر از ۰/۹	بیشتر از ۰/۹	بیشتر از ۰/۹

با توجه به اینکه هر یک از شاخص‌های به دست آمده برازش مدل به تنهایی دلیل برازندگی مدل و یا عدم برازندگی آن نیستند، نیاز است که این شاخص‌ها را در کنار یکدیگر و با هم تفسیر کرد. مقدارهای اولیه به دست آمده برای این شاخص‌ها، نشان می‌دهد که الگوی اولیه در جهت تبیین و برازش از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست و مدل نیازمند اصلاحات است. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، پس از اصلاحات انجام شده، شاخص‌های برازش مدل از وضعیت مطلوبی برخوردار شده‌اند و بنابراین پاسخ به فرضیات پژوهش بلامانع می‌باشد.

در ادامه مدل نهایی (اصلاح شده) در حالت ضرایب استاندارد مسیر (β) گزارش شده است.



شکل ۱. ضرایب استاندارد شده مسیرهای مدل نهایی تبیین بهزیستی روانشناختی

آزمون ضرایب مسیر شکل ۲ نشان می‌دهد کلیه ضرایب استاندارد شده مسیر (اثرات مستقیم متغیرهای برون زا بر بهزیستی روانشناختی)، در سطح ۹۵ درصد اطمینان معنادار بوده است ($p < 0.05$).

نکته دیگری که در شکل ۱ بایستی مورد توجه قرار داد مثبت بودن ضرایب مسیر می‌باشد، که نشانگر تأثیر مستقیم مثبت این متغیرها می‌باشد به طوریکه با افزایش آنها میزان بهزیستی روانشناختی افزایش می‌یابد.

سؤال اساسی دیگری که این پژوهش به دنبال آن است، مربوط به اندازه اثر غیرمستقیم ذهن آگاهی بر بهزیستی روانشناختی به صورت غیر مستقیم از طریق متغیر میانجی گر میانجی مسئولیت‌پذیری می‌باشد. نتایج آزمون اثرات غیر مستقیم با استفاده از نرم افزار Amos نشان داد رابطه ذهن آگاهی با بهزیستی روانشناختی به صورت غیر مستقیم معنادار نمی‌باشد ($p > 0.05$).

بحث و نتیجه گیری

نتایج تحلیل‌های آماری نشان داد مدل تبیین بهزیستی روانشناختی براساس ذهن آگاهی و مسئولیت‌پذیری با داده‌های تجربی برازش دارد. به منظور تبیین این یافته پژوهش باید به چارچوب تلاش‌های به عمل آمده به منظور تبیین مفهوم بهزیستی روانشناختی در سطح درون فردی تمرکز کرد. ذهن آگاهی می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی را در تنظیم رفتاری ایفا کند. همسو با نتایج این پژوهش، بسیاری از نظریه‌های آسیب‌شناسی روانی و روان‌درمانی اهمیت آگاهی، حضور و مشاهده گری را در سلامت روان و بهزیستی روانشناختی مورد بحث قرار داده‌اند. برای مثال احمدوند، حیدری نسب و شعیری (۱۳۹۱) نشان دادند ذهن آگاهی پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی برای بهزیستی روانشناختی است و $0/42$ واریانس آن را تبیین می‌کند. همچنین همبستگی‌های بدست آمده بین تمام ابعاد بهزیستی روانشناختی و نمره کل ذهن آگاهی مثبت و معنادار بوده و افزایش ذهن آگاهی با افزایش بهزیستی روانشناختی همراه بود. به علاوه براساس نتایج این پژوهش و همسو با نتایج پژوهش براون و ریان (۲۰۰۳) می‌توان گفت ذهن آگاهی از طریق ترکیب سرزندگی و

واضح دیدن تجربیات می تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد نماید. ذهن آگاهی اثرات مثبتی بر قدرت سازگاری و رضایت از زندگی، عزت نفس، توانایی همدردی و احساس خودمختاری دارد. در همین راستا فالکنستروم (۲۰۱۰) نیز نشان داد ذهن آگاهی با بهزیستی ذهنی و روان شناختی و سلامت روانی رابطه‌ی مثبت دارد.

مسئولیت پذیری متغیر دیگری است که در چارچوب مدل پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. در تبیین این بخش از مدل بایستی گفت مشکل انسانها و بخشی از کاهش بهزیستی آنها از نپذیرفتن مسئولیت است زیرا آنها نمی-توانند نیازهای اساسی خود را به طور صحیح ارضا کنند. همسو با این یافته پژوهش ساند (۲۰۰۸) در پژوهش خود نشان داد آموزش مفاهیم مسئولیت، آزادی و ارزش و کاربرد آنها، تسکین دهنده‌ی آلام و استرس در بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد. در همین راستا نتایج پژوهش صفرزاده و مشاک (۱۳۹۳) نشان داد بین مسئولیت پذیری و احساس بهزیستی ذهنی رابطه معنی داری وجود دارد. همچنین همسو با این یافته، جوانمرد، عریضی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهش خود نشان دادند ویژگی‌های شخصیتی نظیر مسئولیت پذیری، بهزیستی روان شناختی افراد را افزایش می‌دهد. بر این اساس بایستی نتیجه گرفت در مجموع و با در نظر گرفتن پیشینه پژوهش مدل پژوهشگر به درستی تعریف و در نتیجه تحلیل‌های آماری نیز آن را تأیید نمود. تحلیل‌های آماری نشان داد ذهن آگاهی اثر مستقیمی بر مسئولیت پذیری داشته است. این یافته با یافته‌های مطالعات صفرزاده و مشاک (۱۳۹۳) و در داخل کشور، و گارسیا-الاندت و همکاران (۲۰۱۳)، در خارج از کشور همسو است.

این یافته را می توان در چهارچوب نظریه گلاسر تبیین کرد. گلاسر معتقد است که فرد غیر مسئول نه برای خود ارزش قائل است و نه برای دیگران و در نتیجه خود را رنج می‌دهد و دیگران را آزرده خاطر می‌کند (پروچاسکا و نور کراس، ۱۹۹۹؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۰). تمرکز بر بعد مسئولیت، هسته اساسی کار تعلیم و تربیت و روان درمانی است و پذیرش مسئولیت به مثابه‌ی نشانه‌ی بارز سلامت روانی تلقی می‌شود. از نظر گلاسر، اکثر

بیماران به انحراف و بیماری خود اعتراف دارند، زیرا می‌دانند که جامعه آن‌ها را طرد کرد است و با دیگران متفاوت هستند، بیماران رفتارشان به طریقی است که مانع ارضای نیازهایشان می‌شود و آن‌ها در صددند که به علت نادرستی رفتارشان پی ببرند. بنابراین قضاوت شخص درباره‌ی درست و نادرست بودن رفتارش و داشتن ذهن آگاهی الزامی است و تا چنین قضاوتی صورت نگیرد تغییری هم در رفتار پدیدار نخواهد شد. به بیان دیگر از ویژگی‌های افراد مسئولیت پذیر می‌توان به این موارد اشاره کرد: داشتن اعتماد به نفس، فعال بودن و پویایی، قبول شکست‌ها در صورت ناکامی به جای مقصر دانستن دیگران یا توجیه شکست‌ها، تلاش برای جبران ناکامی‌ها، انعطاف پذیر بودن در صورت لزوم، پاسخگو بودن درباره امور محوله، هدفمند کردن فعالیت‌ها، برنامه‌ریزی برای دسترسی به اهداف از قبل تعیین شده. بعد از برنامه‌ریزی برای عملی کردن برنامه‌ها، باید از طریق کنترل ذهن از آشفتگی فکری جلوگیری کرد. بنابراین ذهن آگاهی و کنترل ذهن مهم‌ترین راه کنترل زندگی است و دسترسی به اهداف از قبل تعیین شده را تسهیل می‌کند. شاد بودن و ایجاد روحیه نشاط در خود، خانواده و اجتماع نشان دهنده میل به زندگی است و برای سلامت جسم و ذهن لازم است.

همچنین به طور کلی مسئولیت پذیری را می‌توان شامل ۷ عامل خودمدیریتی، نظم پذیری، قانون مندی، امانت داری، وظیفه شناسی، سازمان یافتگی، پیشرفت گرایی دانست (نعمتی، ۱۳۸۷).

صفرزاده و مشاک (۱۳۹۳) نیز رابطه هوش معنوی و مسئولیت پذیری با احساس بهزیستی ذهنی در دانشجویان را مورد بررسی قرار دادند. نتایج پژوهش نشان داد که بین هوش معنوی و مسئولیت پذیری با احساس بهزیستی ذهنی رابطه معنی داری وجود دارد، در عین حال تحلیل رگرسیون نشان داد که مسئولیت پذیری و هوش معنوی به ترتیب پیش بینی کننده مناسبی برای متغیر ملاک احساس بهزیستی ذهنی می‌باشند.

همسو با نتایج این پژوهش، در یک پژوهش دیویدسون، کابات زین، شوماخر، روزنکراز، مولر و ساتورلی (۲۰۰۳) نشان دادند که در حالت ذهن آگاهی، افزایش فعالیت نیمکره چپ دیده می‌شود؛ و این امر نیز باعث افزایش تجربه هیجان‌های مثبت می‌شود. همچنین در تبیین این یافته باید گفت به طور کلی داشتن حضور ذهن به رویدادها و تجربیات در فردی که خود کنترلی و سخت کوشی بالا دارد، می‌تواند برای سلامت روانی کمک کننده باشد. در واقع حضور ذهن باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روانشناختی مثبت و موجب بهبود قابلیت‌های فردی در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی و علاقه به این فعالیت‌ها، و در نهایت افزایش بهزیستی روانشناختی می‌شود. همسو با نتایج این پژوهش باولین و بائر (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای نشان دادند که ذهن آگاهی با بهزیستی رابطه‌ای مثبت و با پریشانی عمومی رابطه‌ای منفی دارد؛ همچنین تعدیل کننده بین خود کنترلی و علائم روان شناختی می‌باشد. همچنین لینگ کینگ، اسماسکی و رابینز (۲۰۱۰) گزارش کرده‌اند که ذهن آگاهی اثرات مثبتی بر قدرت سازگاری و رضایت از زندگی، عزت نفس، توانایی همدردی و احساس خودمختاری دارد.

تحلیل‌های آماری نشان داد مسئولیت پذیری اثر مستقیمی بر بهزیستی روانشناختی داشته است. درباره‌ی اهمیت مسئولیت در درمان‌های وجودی زیاد صحبت شده و این که گاهی افراد با اضطراب وجودی مسئول بودن در برابر این که چه کسی می‌خواهد باشند، مواجه می‌شوند. هوشیاری و انتخاب از ویژگی‌های منحصر به فرد انسان است. ما باید خود روابط و دنیا آگاه باشیم و تصمیمات خود را به رسمیت بشناسیم. تصمیم گرفتن مستلزم آن است که جرات داشته باشیم مسئولیت عمل خود را بپذیریم. برتبارت و همکاران (۲۰۱۵) پژوهشی به منظور بررسی اثربخشی روان‌درمانی متمرکز بر معنا، در ناراحتی‌های روانشناختی و بهزیستی معنوی در بیماران با تشخیص سرطان پیشرفته، انجام دادند. نتایج بیانگر آن بود که گروه آزمایش کاهش معناداری در ناراحتی‌های روان شناختی و بهبودی در بهزیستی معنوی از خود نشان داده بودند. ساندر (۲۰۰۸) در پژوهشی به بررسی چالش‌ها و مسائل

مربوط به بیماران مبتلا به سرطان پرداخت و با استفاده از مفاهیم فرانکل (مسئولیت، آزادی و ارزش) نشان داد که آموزش این مفاهیم و کاربرد آن‌ها، تسکین دهنده‌ی آلام و استرس آنان می‌باشد. جارسما، پل، رانچر و ساندرمن (۲۰۰۷) تأثیر معنادرمانی (رابطه با خدا، تعهد به زندگی، انصاف در زندگی، هدف محوی و روابط با دیگران) را در ارتباط با مسائل بیماران مبتلا به سرطان بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که تجربه‌ی معنا در زندگی رابطه مثبت و معناداری با بهزیستی روانشناختی و رابطه منفی با استرس دارد. شعاع کاظمی و سعادت‌تی (۱۳۸۹) در پژوهشی به بررسی تأثیر آموزش ابعاد معنادرمانی (مسئولیت، آزادی، ارزش‌ها و ..) بر کاهش ناامیدی زنان مبتلا به سرطان پرداختند. یافته‌های پژوهش نشان داد که این مداخله توانسته میزان ناامیدی گروه زنان سرطانی را کاهش دهد.



منابع

- 1) Allport, G. W. (1961) Pattern and growth in personality. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- 2) Bandura, A. (1977). Social learning theory. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- 3) Brantley, J(2005). Mindfulness-based stress Reduction In S.M. Orsillo & L.Roemer (Eds), Acceptance and mindfulness- based approaches to anxiety. Conceptualization and treatment , 131-145, New York: Springer.
- 4) Branstrom, R. Kvillemo, P & Moskowitz , J.T (2012). A Randomized Study of the Effects of Mindfulness Training on Psychological Well-being and Symptoms of Stress in Patients Treated for Cancer at 6-month Follow-up. Journal of Behavioral Medicine, 19(4), 535-542.
- 5) Brewin, C.R., Waston, M., McCarthy, S., Hyman, P., Dayson, D. (1998). Intrusive memories and depression in cancer patients. J Behav Res Ther. 36(12): 31-42.
- 6) Brown, K.W. Ryan, R.M., & Creswell, J.D. (2007). Addressing Fundamental Questions About Mindfulness. Psychological Inquiry. 18(4): 272-281.
- 7) Cole K (2002). Well-being, psychological capital, and unemployment. Health Psychol.33(3):122-39.
- 8) Davidson, R. J., Kabat-zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. Psychosomatic Medicine, 65:564-570.
- 9) Falkenstrom, F. (2010). Studying Mindfulness in Experienced Mediators: A Quasi- Experimental Approach. Personality and Individual Differences, 48, 305-310.
- 10) Hayes, N., Joseph, S. (2003). Big 5 correlates of Three measures of subjective well-being. Personality and Individual Differences, 18, 663-668.
- 11) Howell, A. J., Digdon, N., Buro, K. (2010), "Mindfulness predicts sleep-related self regulation and well-being", Personality and Individual Differences, 48, 419-424.
- 12) Javanmard,S.H.,Arizi, M. R., & Nouri, A. (2014). Structural equation modeling in explaining the relationship among psychological well-being, personality, and family work conflict. Research in Family Health, 8(2), 13-22.
- 13) Konu, A., Rimpela, M. (2002).Well-being in schools: A conceptual model. Health promotion, 17, 79-81.

- 14) Lingkung, S.H., Smoski, M., Robins, J.(2011). Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Journal of clinical psychological review*, 31, 1041-1056.
- 15) Martens ,L., Addington, J. (2000). The psychological well-being of family members of individual with schizophrenia, *Journal sco Psychiatry Epidemiol*, 36, 128-133.
- 16) Maslow, A. (1968) *Toward a psychology of being*, 2nd ed.. New York: Van Nostrand.
- 17) Miles , T. Jeremy, G.G. (2008). *Mindfulness with Children and Adolescents: Effective Clinical Application*. *Clinical Child Psychol Psychiatry*; 13 , 395- 401.
- 18) Ryff, C.D. (1989), Happiness is everything or is it? Exploration on the meaning of psychological well – being, *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 1069-1081.
- 19) Ryan, R.M. Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of Research on hedonic and eudaimonic well-being. *journal Annual Reviw of psychology*, 52, 66-141.
- 20) Ryff, C.D. Keyes, C.L. (1995), The structure of Psychological well–being revisited, *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- 21) Ryff,C. D., & Singer, B.H. (1996). Psychological well-being: Meaning, Measurement and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 14-23.
- 22) Ryff, C.D. singer, B.H. & Love, G.D. (2004). Positive health: connecting well-being with biology, *philosophical transaction of the royal society of London*, 359. 1384-1394.
- 23) Sand, L(2008). *Existential challenges and coping in palliative cancer care, experiences of patients and family member*. Thesis for doctoral degree, karolinska institutet Stockholm
- 24) Safar Zadeh, s.,& Moshak, R.(2014). The relationship between spiritual intelligence and responsibility with sense of mental well-being in students. *International conference on the religious thoughts and culture*. The cultural engeneering leadership center of The General Culture Council of Boushehr province.
- 25) Seligman,E.P.,Csikszenti, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*,5,14-55.