

تعیین رابطه ذهن آگاهی و سرمایه روانشناختی با سلامت روانی در معلمان ابتدایی شیروان

هادی احمدی^۱

آسیه رمضان زاده^۲

چکیده

پژوهش حاضر به منظور تعیین اثربخشی آموزش تاب آوری بر بهبود کیفیت زندگی و سرسختی روانشناختی زنان سرپرست خانوار انجام شد. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد شهرستان کرمانشاه در سال ۱۳۹۷ بودند. از میان این زنان ۳۰ نفر به روش هدفمند در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. جهت گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (QFQ) و سرسختی روانشناختی اهاوز (AHI) مورد استفاده قرار گرفت. بعد از انجام پیش آزمون، گروه آزمایش در ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای، آموزش تاب آوری بر اساس نظریه هندرسون را دریافت کرد. آنگاه پس آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که آموزش تاب آوری باعث افزایش معنادار میانگین نمرات مولفه‌های کیفیت زندگی (به جز مولفه‌های سلامت جسمانی و سلامت محیط) و سرسختی روانشناختی در زنان سرپرست شده است ($p < 0/001$).

واژه‌گان کلیدی: ذهن آگاهی، سرمایه روانشناختی، سلامت روان، معلمان ابتدایی.

۱- دانش آموخته کارشناس ارشد تحقیقات آموزشی دانشگاه تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

Hdahmadi9@gmail.com

۲- کارشناس ارشد مدیریت آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، بجنورد، ایران

مقدمه

سلامت روانی عبارت است از سازش فرد با جهان اطرافش و هدف بهداشت روانی تامین سلامت فکر و روان افراد جامعه است تا در سایه‌ی این سلامتی بتواند زندگی پر باری داشته باشد (شیرانی و همکاران، ۱۳۸۹). سلامت روانی در یک تعامل دو طرفه از سویی از نتایج انتخاب و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و متناسب با تغییر و تنش محسوب می‌شود و از سوی دیگر خود زمینه ساز فضای روانی سالمی است که در پرتو آن شناخت صحیح و ارزیابی درست موقعیت تنش زا جهت انتخاب راهکارهای مقابله‌ای مؤثر، میسر می‌شود (غضنفری و قدم پور، ۱۳۸۷). دانش سلامت روان، معلمان را قادر خواهد ساخت بدانند تا چه حد آنها می‌توانند دانش آموزان را از نظر نظم و انضباط و فعالیت علمی، کمک دهند و ارتباط بین معلمان و دانش آموزان صمیمی تر، مفید و مؤثر خواهد شد. (آتکینسون و شیففرین^۱، ۲۰۱۱). بختیارپور (۲۰۰۳) اشاره میکنند که در ۴۴ درصد معلمان مشکلات سلامت روان وجود دارد که تحت تأثیر عواملی همچون مطالبات شغلی و فشار کاری است و شیوع اختلالات روانی در معلمان با فشار کاری زیاد، ۱/۵ برابر معلمان با فشار کاری کم بود (بختیارپور، ۲۰۰۳).

از مواردی که بر سلامت روان تاثیر دارد ذهن آگاهی است. ذهن آگاهی به ما یاری می‌دهد تا این نکته را درک کنیم که هیجانات منفی^۲ ممکن است رخ دهد. اما آنها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند. (امانوئل^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). ذهن آگاهی به عنوان یک کیفیت درونی و ذاتی در بسیاری از جنبه‌های زندگی و بدون هیچ گونه آموزش رسمی صورت می‌گیرد (آلبرخت و همکاران^۴، ۲۰۱۲). ریانه و دسی نشان دادند که ذهن آگاهی به افراد در تعدیل الگوهای رفتاری منفی و افکار اتوماتیک و تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با

1 Atkinson, R.C. & R.M. Shiffrin

2 Negative emotions

3 Emmanuel

4 Albrecht et al

سلامتی کمک می کند (جانکین^۱، ۲۰۱۷). ذهن آگاهی از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات می تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد نماید (برون^۲، ۲۰۱۳).

لطف الله زاده و قمری کیوی (۱۳۹۳) در پژوهش خود با عنوان تعیین نقش ذهن آگاهی در پیش بینی سلامت روانشناختی معلمان انجام داد. نتایج نشان داد که مؤلفه های ذهن آگاهی شامل: مشاهده گری، توصیف بدون برجسب، عملکرد همراه با آگاهی و پذیرش بدون قضاوت، رابطه مثبت و معنی داری با زیر مقیاس های سلامت روان (GHQ) دارند همچنین تحلیل داده ها با استفاده از روش رگرسیون چندگانه نشان داد که مؤلفه های ذهن آگاهی به صورت معنی داری سلامت روان را پیش بینی می کنند. همچنین در پژوهش برغمدی؛ اسدی و موسی زاده (۱۳۹۵) با عنوان تعیین تاثیر ذهن آگاهی بر سلامت روان در نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست در شهر گرگان نشان داد که که ذهن آگاهی تاثیر مثبت معنا داری در سلامت روان داشته است. ناپولی^۳ در سال ۲۰۱۴، یک تحقیق کیفی روی سه معلم انجام داد. نتایج کسب شده از این تحقیق نشان داد که با استفاده از رویکرد آموزش ذهن آگاهی، در توانایی مدیریت تعارض، فشار روانی و اضطراب این معلمان در کلاس درس بهبودی حاصل شده است.

از دیگر متغیرهای تاثیر گذار بر سلامت روان سرمایه روانشناختی است که با ویژگی هایی مانند باور فرد به توانایی هایش برای دستیابی به موفقیت، داشتن پشتکار در پیگیری اهداف، ایجاد استادهای مثبت درباره خود و تحمل کردن مشکلات تعریف می شود (صحت، محمودزاده، آشنا و پارسا^۴، ۲۰۱۵). خودکارآمدی، امیدواری خوش بینی و تاب آوری از مؤلفه های سرمایه روانشناختی به شمار می روند (نورمن، نیمنیچت و پیژن^۵، ۲۰۱۰).

1 Junkin

2 Brown

3 Napoli

4 Sehhat, S., Mahmoudzadeh, S.M., Ashena, M., & Parsa, S.

5 Norman, Nimnicht & Pigeon

خودکارآمدی به معنای باور و اطمینان فرد به توانایی هایش برای رسیدن به موفقیت در انجام وظایف است (مسعودی علوی^۱، ۲۰۱۴). تاب آوری نشانگر سرسختی بوده و به این معنی می باشد که افراد در شرایط سخت، چقدر سازنده عمل می کنند. (سوتویک^۲ و همکاران، ۲۰۱۴). هم چنین افراد خوش بین، اتفاقات مثبت رخ داده در زندگی را به عوامل دائمی و شخصی ربط می دهند و رویدادهای ناخوشایند را به موقتی نسبت می دهد. امیدواری نیز حالتی است که افراد را قادر می سازد که اهدافی واقعی، قابل دسترس و قابل پیش بینی را برای خود مشخص سازند و در جهت رسیدن به آنها تلاش می کنند (کریستین، کلورا، تاهیر^۳، ۲۰۱۳).

کنگ^۴ (۲۰۱۵) در پژوهشی تحت عنوان نقش ذهن آگاهی بر سرمایه روانشناختی بیماران نشان داد که ذهن آگاهی با افزایش امیدواری و خوش بینی و به طور کلی بهبود سرمایه روانشناختی افراد در موقعیت‌های بالینی همچون بیمارستان و موقعیت‌های غیربالینی مانند مراکز آموزشی همراه است. علینژاد و روزبهانی (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان رابطه سرمایه روانشناختی و سلامت روانی دبیران زن نشان داد که بین سرمایه روانشناختی با سلامت روانی دبیران زن دوره دوم متوسطه رابطه معکوس و نسبتاً ضعیفی وجود دارد. با توجه به یافته‌های پژوهش، میتوان نتیجه گرفت که با تقویت سرمایه روانشناختی تاحدودی میتوان وضعیت سلامت روان دبیران را در این جامعه آماری بهبود بخشید. همچنین در پژوهش رنجبرسودجانی و شاه محمدی بنی (۱۳۹۴) با عنوان تعیین رابطه ی بین سرمایه روانشناختی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه فرهنگیان نتیجه گرفتند که رابطه معنی دار بین سلامت روان و سرمایه روانشناختی بود $p < 0/005$ نتایج رگرسیون چندگانه نیز نشان داد که مولفه های سرمایه ای روانشناختی خودکارآمدی، امیدواری، خوش بینی

1 Masoudi Alavi

2 Southwick SM

3 Christens BD, Collura JJ, Tahir F.

4 Keng

نقش تعیین کننده ای در تبیین متغیر سلامت روان دارند. براون ، جرج برانک^۱ (۲۰۱۵) در پژوهشی تحت عنوان تاثیر سلامت روان بر توانمندی روانشناختی به نتایجی رسیدند که بیانگر وجود ارتباط مثبت بین سلامت معنوی با با امیدآوری و خوشبینی در افرادی که با موقعیت های دشوار هم چون بیماری یا سالمندی مواجه هستند، هم خوان است.

در همین زمینه بندورا^۲، (۲۰۱۰) معتقد است که داشتن مهارت ها و دستاوردهای قبلی افراد پیش بینی کننده های مناسبی برای عملکرد آینده افراد نیستند، بلکه باور انسان دربارهی توانایی های خود در انجام آنها بر چگونگی عملکرد خویش موثر است، در پژوهشی نشان داده شده است که داشتن خودکارآمدی بالا منجر به تعهد و عملکرد بهتر شغلی می شود.

همچنین در پژوهش خشایار و کوهی نژاد (۱۳۹۵) با عنوان تعیین تاثیر هوش اخلاقی بر سلامت روانی با توجه به نقش میانجی سرمایه روانشناختی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد قاین انجام شد که نتایج آزمون تمامی فرضیات را مورد تایید می دهد.

با توجه به آشفتگی های موجود در محیط آموزش و پرورش ، مدیران امیدوار برای رشد سازمان حیاتی به نظر می رسند و بدون آنها می توان گفت هیچ سازمانی نمی باید. مدیر امیدوار را نمی توان همان مدیر خوبی دانست که وظایف کلاسیک و سنتی مدیریتی خود مانند برنامه ریزی، سازماندهی و کنترل را انجام می دهد و صرفا دارای مهارتهای ادراکی، انسانی و فنی است (کیسی و اسکات ۳، ۲۰۰۶). این پژوهش ها نشان میدهند کسانی که سطحی از ویژگی سخت کوشی دارند، راهبردهایی را برای مقابله با استرس زها انتخاب می کنند که پیامد آن حفظ و بهبود سلامت روان آنهاست. اگرچه این رویکردهای سنتی هنوز برای داشتن یک مدیریت مؤثر الزامی هستند، اما برای پارادایم جدید و محیط رقابتی امروز کافی نیستند. مزیت ایجاد امید در سازمان این است که رقبا نمی توانند به

1 Brown & George & Bronk

2 Bandura

3 Casey, P, J., & Scott, k.

سادگی از آن تقلید کنند و می‌توان آن را به مثابه یک مزیت رقابتی پایدار در نظر داشت. مدیران و رهبران دارای تفکر مثبت، روابط میان - فردی مؤثر تری دارند و تصمیمات آنها از کیفیت بالایی برخوردار است و در گردآوری و استفاده از اطلاعات توانایی بالایی دارند (پیشاپ، ۲۰۰۲). پژوهش‌های انجام شده در ارتباط با سلامت روان و عوامل مؤثر و پیش‌بینی که می‌توانند در تبیین سلامت روان نقش داشته باشند، بیشتر در حوزه سازمانی انجام شده است؛ در حالی که با توجه موارد ذکر شده و اهمیت سلامت روان در عملکرد افراد به خصوص در محیط‌های آموزشی، هدف از پژوهش حاضر این است که آیا بین تعیین رابطه ذهن آگاهی و سرمایه روانشناختی با سلامت روانی در معلمان ابتدایی ناحیه ۲۱ شیروان رابطه وجود دارد؟

به همین منظور، این مقاله در پی آزمودن فرضیه‌های ذیل می‌باشد:

بین ذهن آگاهی و سرمایه روانشناختی با سلامت روانی در معلمان ابتدایی ناحیه ۲۱ شیروان رابطه معناداری وجود دارد.

بین ذهن آگاهی با سلامت روانی در معلمان ابتدایی ناحیه ۲۱ شیروان رابطه معناداری وجود دارد.

بین سرمایه روانشناختی با سلامت روانی در معلمان ابتدایی ناحیه ۲۱ شیروان رابطه معناداری وجود دارد.

متغیرهای ذهن آگاهی و سرمایه روانشناختی می‌توانند سلامت روان معلمان ابتدایی ناحیه ۲۱ شیروان را به‌طور معناداری پیش‌بینی کند.

روش پژوهش، جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش تحقیق از نوع بنیادی و از آن جهت که این مقاله به بررسی روابط میان متغیرها می‌پردازد (روابط مستقیم و غیر مستقیم) در دسته تحلیل مسیر (پژوهش‌های توصیفی) قرار

می‌گیرد؛ و از آن جهت که به بررسی رابطه بین متغیرها می‌پردازد از نوع پژوهش‌های همبستگی محسوب می‌شود؛ جامعه هدف در این تحقیق تمامی معلمان دوره ابتدایی ناحیه ۱ و ۲ شهر شیروان در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۷ تشکیل می‌دهند که تعداد آنها ۱۸۱۴ نفر هستند.

جدول ۱ جامعه آماری

جنس	ناحیه/نوع منطقه	ابتدایی
زن	ناحیه ۱ (روستایی)	۳۶۹
	ناحیه ۲ (شهری)	۵۴۴
مرد	ناحیه ۱ (روستایی)	۲۵۸
	ناحیه ۲ (شهری)	۳۳۳

در این تحقیق به علت مناطق گوناگون (روستایی و شهری) و متناسب با هر دو جنس (مونث و مذکر) از نمونه گیری تصادفی طبقه ای با انتساب متناسب استفاده شده است که در آن نسبت فراوانی هر طبقه از نمونه، با نسبت آن طبقه در جامعه آماری یکسان است (جدول کروجسی و مورگان (۱۹۷۰))؛ بنابراین حجم کلی نمونه برابر با ۳۱۷ نفر از مقطع ابتدایی بر مبنای ناحیه ۱ (روستایی) و ناحیه ۲ (شهری) و بر مبنای جنسیت می باشد.

جدول ۲- نمونه آماری

جنس		ابتدایی
زن	روستایی	۷۵
	شهری	۱۰۱
مرد	روستایی	۶۲
	شهری	۷۹

ابزار جمع آوری داده‌ها

زرزردر این پژوهش از ترتیب پرسشنامه ذهن آگاهی بائر و همکاران (۲۰۱۰)، مقیاس سرمایه روانشناختی لوتانز (۲۰۰۷)، سلامت روان گلدبرگ (GHQ-۲۸) استفاده شده است؛ پایایی هر چهار پرسشنامه به کمک روش ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۵۶ و ۰/۷۱ بدست آمد. در زیر اطلاعات مربوط به پرسشنامه‌ها آورده شده است.

پرسشنامه ذهن آگاهی بائر و همکاران (FFMQ):

پرسشنامه شش وجهی ذهن آگاهی بائر و همکاران (FFMQ) در اصل یک مقیاس خودسنجی ۳۹ آیتمی است که شامل پنج وجه می‌باشد. این پرسشنامه در سال ۱۳۹۴ توسط دهقانی و همکاران هنجاریابی شده و سوالات آن به ۳۱ سوال تقلیل یافته است. همچنین تعداد عامل‌های این پرسشنامه از پنج عامل به ۶ عامل افزایش یافت و چنین نامگذاری شدند: توصیف تجارب دورنی، تمرکز و توجه آگاهانه، عدم ارزیابی و قضاوت در مورد تجارب درونی، مشاهده افکار، احساسات و حواس بدنی، عملکرد آگاهانه، و تنظیم واکنش به رویدادها. عامل تنظیم واکنش به رویدادها در هنجاریابی ایرانی به عنوان یک عامل جدید اضافه شد. در این پرسشنامه بالاترین نمرهای که فرد می‌تواند اخذ نماید 155، و پایینترین نمره 31 می‌باشد. اگر نمره فرد به 155 نزدیک باشد نشانگر آن خواهد بود که وی ذهن آگاهی بالایی دارد و برعکس اگر به نمره 31 نزدیک باشد ذهن آگاهی او پایین است. نمره هریک از خرده مقیاسها نیز بر حسب نمرهای که در سوالات مختص به همان زیرمقیاس بدست آمده محاسبه میشود. یقیناً نمره بالا در هر زیرمقیاس نشانه قدرت فرد در آن زیر مقیاس است و برعکس.

۲- مقیاس سرمایه روانشناختی لوتانز (2007) (PCQ)

روایی پرسشنامه در مطالعات مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. لوتانز (۲۰۰۷) با استفاده از تحلیل عاملی و معادلات ساختاری نسبت خوبی در این آزمون را ۲۴/۶ و آماره‌های CFI و RMSEA این مدل را ۰/۹۷ و ۰/۰۸ گزارش کرده است که روایی عاملی آزمون

مورد تأیید قرار گرفته است. پایایی پرسشنامه در ایران توسط بهادری خسروشاهی و همکاران (۱۳۹۱) بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شده است. این پرسشنامه ۲۴ سؤالی و شامل چهار خرده مقیاس امیدواری، تاب آوری، خوش بینی و خودکارآمدی است که در آن هر خرده مقیاس شامل ۶ گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) لیکرت پاسخ می دهد. برای محاسبه نمره سرمایه روانشناختی ابتدا نمره هر خرده مقیاس محاسبه می شود و از جمع نمرات خرده مقیاس ها نمره سرمایه روانشناختی حاصل می گردد.

۳- سلامت روان (۲۸-GHQ):

برای تعیین سلامت روانی از مقیاس ۲۸ سؤالی سلامت روانی گلدبرگ (۲۸-GHQ) استفاده شده است. این آزمون ۲۸ سؤال دارد که چهار زیرمقیاس را در برمی گیرد _ هر زیرمقیاس هفت سؤال دارد). سیستم نمره گذاری سؤالات از ۰ تا ۳ را در برمی گیرد. نمره هر فرد در هر زیرمقیاس از ۰ تا ۲۱ متغیر است. نمره ۰ تا ۷ نشانه وضع وخیم پاسخگو است. ۷ تا ۱۴ وضعیت در آستانه بیماری را نشان می دهد و نمره ۱۴ تا ۲۱ نشانگر وضع سلامتی پاسخگو است. نمره کلی هر فرد از حاصل جمع نمرات چهار زیرمقیاس به دست می آید. فردی که در مجموع از چهار زیرمقیاس نمره ۰ تا ۲۸ دریافت می کند وضعیت وخیمی دارد نمره ۲۸ تا ۵۶ وضعیت در آستانه بیماری پاسخگو را نشان می دهد و فردی که نمره ۵۶ تا ۸۴ را کسب می کند از وضعیت سلامتی خوبی برخوردار است. تقوی، در ایران ضریب پایایی این پرسشنامه را با سه روش دوباره سنجی، تصفی، و آلفای کرونباخ به ترتیب ۷۰ درصد، ۹۳ درصد، و ۹۰ درصد گزارش کرده است. همچنین این محقق برای مطالعه روایی پرسشنامه از سه روش روایی همزمان، همبستگی خرده آزمون های این پرسشنامه با نمره ی کل و تحلیل عوامل استفاده کرده است. روایی همزمان از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه میدلسکس ضریب همبستگی ۰,۵۵ را نتیجه داده است. ضرایب

همبستگی بین خرده آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۷۲ درصد تا ۸۷ درصد متغیر بوده است.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات در این پژوهش عبارت است از: آمار توصیفی شامل (توزیع فراوانی، میانگین، انحراف معیار و محاسبه شاخص‌های مرکزی و....) با کمک نرم افزار SPSS^۱ نسخه ۲۳ و همچنین از آزمون‌های استنباطی شامل ضریب همبستگی پیرسون، آزمون t، f فیشر و رگرسیون گام به گام بوده است.

یافته‌ها

داده‌های توصیفی

شاخص‌های توصیفی شامل کمینه و بیشینه نمرات، میانگین و انحراف استاندارد سایر متغیرهای پژوهش (متغیرهای فاصله‌ای) در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهشی (فاصله‌ای)

نمره آگامی	سریه	روانشناختی	سلامت روان	
۴۹	۴۲	32	کمترین	
۱۳۲	۱۳۱	79	بیشترین	
۸۱,۹۴	87.64	47.12	میانگین نمره	
۳,۸۳	4.14	3.06	انحراف استاندارد	

جدول بالا نشان می دهد که معلمین مقطع ابتدایی (نمونه) از سلامت روان نسبتاً ضعیفی برخوردار می باشند، چرا که میانگین نمرات کسب شده آنها (47.12) از میانگین استاندارد (نمره برش) پرسشنامه (۵۶) پایین تر بوده و این شرایط در خصوص متغیر ذهن آگاهی نیز صدق می کند به این معنا که نمونه مورد نظر دارای میانگین نمره ذهن آگاهی کمتری (۸۱,۹۴) نسبت به نمره برش پرسشنامه استاندارد (۹۳) می باشد، ولی در خصوص مولفه سرمایه روانشناختی این مقدار در حدود متوسط است زیرا میانگین کسب شده (۸۷,۶۴) نسبت به میانگین پرسشنامه (۸۴) زیاد متفاوت نمی باشد.

بررسی فرضیه های پژوهش

بنابر یافته های حاصل از تحلیل مسیر فرضیه های اول تا سوم پژوهش مورد بررسی قرار گرفت:

۱- بین ذهن آگاهی با سلامت روانی در معلمان ابتدایی ناحیه ۱ و ۲ شیروان رابطه معناداری وجود دارد.

از آنجا که ماتریس همبستگی مبنای محاسبه رگرسیون و نیز تجزیه و تحلیل مدل های علی است، ماتریس همبستگی کلیه مولفه های شش گانه متغیر ذهن آگاهی با سلامت روان در جدول ۴ آمده است. طبق این جدول تمامی روابط زیرمولفه های ذهن آگاهی و خود این متغیر با متغیر سلامت روان نشان داده شده است:

جدول ماتریس همبستگی مولفه های شش گانه متغیر ذهن آگاهی با سلامت روان

۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱					
۰.۳۳*	۱				
۰.۲۳*	۰.۳۳*	۱			
۰.۲۳*	۰.۲۳*	۰.۲۳*	۱		
۰.۲۳*	۰.۲۳*	۰.۲۳*	۰.۲۳*	۱	
۰.۲۳*	۰.۲۳*	۰.۲۳*	۰.۲۳*	۰.۲۳*	۱
۰.۲۳*	۰.۲۳*	۰.۲۳*	۰.۲۳*	۰.۲۳*	۰.۲۳*

نشان می‌دهد بیشترین میزان همبستگی در میان متغیرهای پژوهشی از آن سلامت روان با مولفه "تنظیم واکنش به رویدادها" (از مولفه های ذهن آگاهی) به میزان (۰/۳۰) می‌باشد، که این میزان همبستگی متوسط و مثبت می‌باشد همچنین میزان ارتباط سلامت روان با ذهن آگاهی (۰/۲۷) همبستگی معنادار و نسبتاً کم و مثبت بوده، بدین معنا که با افزایش میزان مولفه ذهن آگاهی معلمان سلامت روان آنها نیز افزایش می‌یابد و برعکس؛ همچنین همبستگی بین سلامت روان با زیر مولفه "مشاهده افکار، احساسات و حواس بدنی" (از مولفه های ذهن آگاهی) به میزان (۰/۰۹) معنادار نمی‌باشد. در حالت کلی فرضیه اول تحقیق مبنی بر ارتباط ذهن آگاهی با سلامت روانی در معلمان ابتدایی ناحیه ۲ او شیروان تایید می‌گردد.

۲- بین سرمایه روانشناختی با سلامت روانی در معلمان ابتدایی ناحیه ۲ او شیروان رابطه معناداری وجود دارد.

جهت اثبات این فرضیه نیز از ماتریس همبستگی (همبستگی پیرسون) استفاده گردید. نتایج جدول در زیر آمده است:

جدول - ماتریس همبستگی مولفه های سرمایه روانشناختی با سلامت روان

	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱- سلامت روان						
۲- سرمایه روانشناختی						
۳- امیدواری	۰.۲۰**					
۴- تاب آوری	۰.۲۶**	۰.۱۰*				
۵- خوش بینی	۰.۲۱**	۰.۱۴**	۰.۲۵**			
۶- خودکارآمدی	۰.۲۵**	۰.۱۱**	۰.۱۷**	۰.۱۱**		

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد بیشترین میزان همبستگی در میان متغیرهای پژوهشی از آن سلامت روان با زیر مولفه "امیدواری" (از مولفه های سرمایه شناختی) به میزان (۰/۶۱) می‌باشد، که این میزان همبستگی بسیار بالا و مثبت و معنادار می‌باشد همچنین میزان همبستگی بین سلامت روان با سرمایه شناختی (۰/۵۹) بوده که همبستگی معناداری و زیاد و مثبت بوده، بدین معنا که با افزایش میزان مولفه سرمایه شناختی در معلمان ابتدایی سلامت روان آنها نیز افزایش می‌یابد و برعکس؛ بنابراین در حالت کلی نیز می‌توان گفت فرضیه دوم تحقیق مبنی بر ارتباط سرمایه شناختی با سلامت روانی در معلمان ابتدایی ناحیه ۱ و ۲ شیروان تایید می‌گردد.

۳- متغیرهای ذهن آگاهی و سرمایه روانشناختی می‌توانند سلامت روان معلمان ابتدایی ناحیه ۱ و ۲ شیروان را به‌طور معناداری پیش‌بینی کند.

جهت پاسخگویی به این فرضیه از رگرسیون گام به گام استفاده شد که نتایج آن در جدول آمده است.

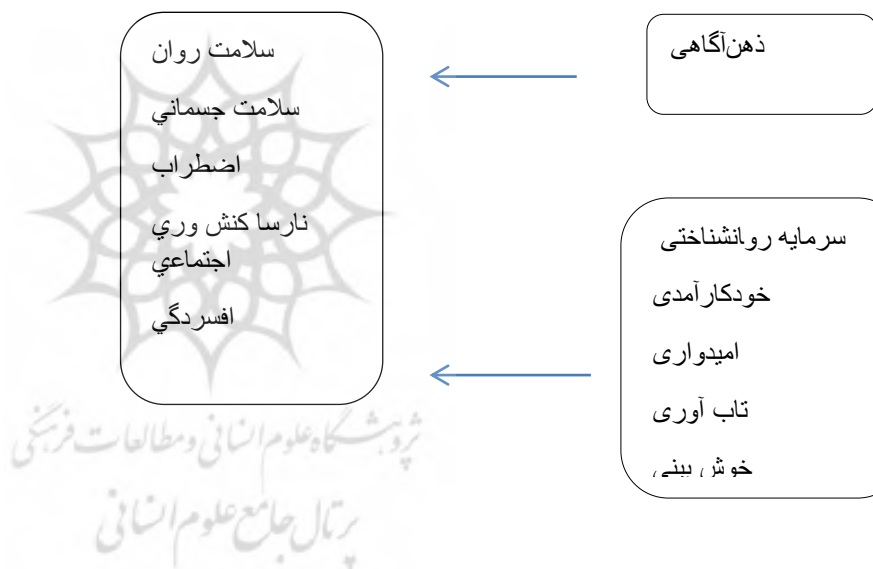
جدول - خلاصه مدل‌های رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه های آماری سلامت روان بر حسب ذهن آگاهی و سرمایه روانشناختی

مدل	متغیر	B	SEB	β	t	sig	F	R	R2	Adj R2
1	سرمایه روانشناختی	12	1.00	.59	14.67	.000	215.34	.59	.35	.35
2	سرمایه روانشناختی	12	1.00	.56	14.21	.000	121.3	.61	.38	.38
	ذهن آگاهی	.01	.02	.17	4.24	.000				

** تمامی مقادیر F در سطح $P = 0/01$ معنادار هستند.

نتایج جدول نشان می‌دهد که سلامت روان بوسیله ذهن آگاهی و سرمایه روانشناختی قابل پیش بینی است. در بهترین مدل (۲) پیش بینی سلامت روان از متغیرهای سرمایه روانشناختی ($\beta = 0.56$) و ذهن آگاهی ($\beta = 0.17$) می‌تواند ۳۸ درصد از واریانس سلامت روان را به صورت نسبتاً خوبی پیش بینی نمایند. بر این اساس فرضیه سوم مبنی بر تعیین قدرت پیش بین سلامت روان از روی ذهن آگاهی و سرمایه روانشناختی قابل تایید است.

ترسیم نمودار مسیر می‌تواند به درک بهتر روابط کمک کند:



نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین ارتباط ذهن آگاهی و سرمایه روانشناختی با سلامت روانی در معلمان ابتدایی ناحیه ۱ و ۲ شیروان بوده است که نتایج نشان می‌دهد، اثر مستقیم

ذهن آگاهی بر سلامت روان معنادار بوده است. همچنین سرمایه روانشناختی بر سلامت روان اثر مستقیم مثبت (رابطه قوی) دارد.

فرضیه اول: بین ذهن آگاهی با سلامت روانی در معلمان ابتدایی ناحیه ۱ و ۲ شیروان رابطه معناداری وجود دارد.

اثر مستقیم ذهن آگاهی بر سلامت روان مثبت و معنادار بود. بدین صورت فرضیه اول محقق تایید می شود. باتوجه به این امر که ذهن آگاهی به عنوان فرآیند توجه کردن به تجارب لحظه به لحظه و همچنین به عنوان ترکیب خودتنظیمی توجه با نگرش کنجکاوانه، پذیرا بودن، و پذیرش تجارب فرد توصیف شده است. همچنین چنانکه کابات زین^۱ (۲۰۱۳) می گوید ذهن آگاهی به معنای توجه کردن به طریقی خاص، معطوف به هدف، در زمان حال و بدون قضاوت و پیشداوری است. منطق ذهن آگاهی، حفظ مهارت هاست که به شخص این امکان را می دهد که به صورت هدفمند از هدایت خودکار^۲ که طی فرایند نشخوار فکری عادت شده شکل می گیرد، رها شود (خوش لهجه، ۱۳۹۰). این ارتباط را این گونه نیز می توان تبیین نمود که ذهن آگاهی باعث می شود هر فعالیتی که فرد در آن درگیر است به چشم انداز وسیعی در فهم وجود خودش منجر شود و افراد را قادر می کند به موقعیتها با تفکر پاسخ دهند و تکانشی عمل نکنند (خوش لهجه، ۱۳۹۰).

تحقیقات نشان داده است که درمان ذهن آگاهی به عبارت دیگر ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس^۳ (MBSR) و ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی^۴ (MBCT) می تواند درد را کاهش داده، علائم را کم کند، و سلامت جسمانی کلی را در جمعیت های بالینی با وضعیت های سلامتی مختلف افزایش دهد (نگتسان^۵ و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین تحقیقات نشان داده است که افرادی که در برنامه های ذهن آگاهی شرکت کردند نشخوار فکری

1 - Kabat Zin

2 - Automated Guided

3 - Mindfulness-based stress reduction

4 - Mindfulness-based Cognitive Therapy

5 - Ngtsan

کمتری را در واکنش به رویدادهای زندگی گزارش کردند (مکود^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). پژوهش‌های بسیاری از رابطه بین ذهن آگاهی و سلامت روان، حمایت میکنند (بشارت، ۱۳۸۹). لطف الله زاده و قمری کیوی (۱۳۹۳) در پژوهش خود با عنوان تعیین نقش ذهن آگاهی در پیش بینی سلامت روان معلمان انجام داد. نتایج نشان داد که مؤلفه های ذهن آگاهی شامل: مشاهده گری، توصیف بدون برچسب، عملکرد همراه با آگاهی و پذیرش بدون قضاوت، رابطه مثبت و معنی داری با زیر مقیاس های سلامت روان (GHQ) دارند همچنین تحلیل داده ها با استفاده از روش رگرسیون چندگانه نشان داد که مؤلفه های ذهن آگاهی به صورت معنی داری سلامت روان را پیش بینی می کنند. همچنین در پژوهش برغمندی؛ اسدی و موسی زاده (۱۳۹۵) با عنوان تعیین تاثیر ذهن آگاهی بر سلامت روان در نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست در شهر گرگان نشان داد که که ذهن آگاهی تاثیر مثبت معنا داری در سلامت روان داشته است. ناپولی^۲ در سال ۲۰۱۴، یک تحقیق کیفی روی سه معلم انجام داد. نتایج کسب شده از این تحقیق نشان داد که با استفاده از رویکرد آموزش ذهن آگاهی، در توانایی مدیریت تعارض، فشار روانی و اضطراب این معلمان در کلاس درس بهبودی حاصل شده است.

فرضیه دوم: بین سرمایه روانشناختی با سلامت روانی در معلمان ابتدایی ناحیه ۱ و ۲ شیروان رابطه معناداری وجود دارد.

نتایج نشان می دهد بین سرمایه روانشناختی با سلامت روانی مثبت و معنادار می باشد بدین معنا که با افزایش میزان مؤلفه سرمایه شناختی در معلمان ابتدایی سلامت روان آنها نیز افزایش می یابد و برعکس؛ بنابراین در حالت کلی نیز می توان گفت فرضیه دوم تحقیق مبنی بر ارتباط سرمایه شناختی با سلامت روانی در معلمان ابتدایی ناحیه ۱ و ۲ شیروان تایید می گردد.

1 -Mckood

2 Napoli

در پژوهش کنگ^۱ (۲۰۱۵) عنوان نقش ذهن آگاهی بر سرمایه روانشناختی بیماران نشان داد که ذهن آگاهی با افزایش امیدواری و خوشبینی و به طور کلی بهبود سرمایه روانشناختی افراد در موقعیت‌های بالینی همچون بیمارستان و موقعیت‌های غیربالینی مانند مراکز آموزشی همراه است.

در تبیین این مورد می‌توان گفت سرمایه روانشناختی به عنوان یک سازه حالت گونه که ریشه در روانشناسی مثبت نگر به طور کل و پس از آن رفتار سازمانی مثبت نگر دارد و از چهار سازه‌ی خودکارآمدی، خوشبینی، امیدواری و تاب آوری تشکیل شده است که بیشترین ارتباط را با مقوله سلاکت روان خواهد داشت؛ به عنوان مثال سلیگمن (۱۹۹۸) دریافت که خوشبینی به طور معنی دار و مثبتی با عملکرد نمایندگان فروش بیمه رابطه دارد. همچنین افراد با امیدواری بالا توانایی بسیاری در ایجاد مسیریابی برای رسیدن به اهدافشان دارند. این منبع روانشناختی به طور مداوم این امید را ایجاد می‌کند همچنین افرادی که امید بالایی دارند، وظایفشان را طوری چارچوب بندی و تنظیم می‌کنند که آنها را برای رسیدن به موفقیت در وظایفی که در دست دارند بسیار با انگیزه نگه می‌دارد (آوی^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). آنهایی که در مولفه امید بالا هستند، برای رسیدن به اهداف و خرده اهداف از برنامه ریزی‌های احتمالی در هنگام که با موانع پیش بینی نشده مواجه می‌شوند، استفاده می‌کنند و به طور پیش بینانه و پیش دستانه ای مسیرهای چند گانه ای را برای دستیابی به اهداف تعیین شده، شناسایی می‌کنند (اشنایدر، ۲۰۱۰). به عبارت دیگر، امید از اراده برای موفقیت و توانایی شناخت، تبیین و دنبال کردن راه رسیدن به موفقیت، تشکیل شده است (آشنایدر، ۲۰۱۰، به نقل از لوتانز، آوولیو، آوی و نورمن، ۲۰۱۷). علینژاد و روزبهانی (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان رابطه سرمایه روانشناختی و سلامت روانی دبیران زن نشان داد که بین سرمایه روانشناختی با سلامت روانی دبیران زن دوره دوم متوسطه رابطه

1 Keng

2 Avey

معکوس و نسبتاً ضعیفی وجود دارد. با توجه به یافته‌های پژوهش، میتوان نتیجه گرفت که با تقویت سرمایه روانشناختی تاحدودی میتوان وضعیت سلامت روان دبیران را در این جامعه آماری بهبود بخشید. سرانجام به نظر می‌رسد هر کدام از این قابلیت‌های سرمایه روانشناختی، نقش منحصر به فردی در پیامدهای کارکنان دارند. مثلاً کسانی که در کارآمدی سرآمد هستند، مقدار تلاش بیشتری را در وظیفه به کار می‌برند. در مجموع کسانی که سرمایه روانشناختی بالایی دارند، امیدوار هستند که با داشتن ارائه و مسیرهای جایگزین، اهدافشان را به سرانجام رسانند، به طور واقعی درباره دستیابی به پیامدهای مثبت، خوش بین هستند، باور کارآمد بودن دارند و این که آنها می‌توانند یک تفاوت مثبت در محیط کاری خود ایجاد کنند و از سختی‌ها دور شوند (آوی، هیوجز و همکاران، ۲۰۰۸).

همچنین در پژوهش رنجبرسودجانی و شاه محمدی بنی (۱۳۹۴) با عنوان تعیین رابطه‌ی بین سرمایه روانشناختی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه فرهنگیان نتیجه گرفتند که که رابطه معنی دار بین سلامت روان و سرمایه روانشناختی بود نتایج رگرسیون چندگانه نیز نشان داد که مولفه‌های سرمایه‌ای روانشناختی خودکارآمدی، امیدواری، خوش بینی نقش تعیین کننده‌ای در تبیین متغیر سلامت روان دارند. براون، جرج برانک^۱ (۲۰۱۵) در پژوهشی تحت عنوان تاثیر سلامت روان بر توانمندی روانشناختی به نتایجی رسیدند که بیانگر وجود ارتباط مثبت بین سلامت معنوی با امیدواری و خوشبینی در افرادی که با موقعیت‌های دشوار هم‌چون بیماری یا سالمندی مواجه هستند، هم‌خوان است. در تبیین یافته‌های بالا می‌توان به این مورد نیز اشاره کرد که سرمایه روانشناختی با چندین سازه مثبت با ثبات تر و مربوط تر، همگرا است. برای مثال یک سازه چند بعدی مشابه اما صفت گونه، خود ارزشیابی‌های محوری می‌باشد، که شامل عزت نفس، خودکارآمدی کلی؛ جایگاه مهار و ثبات هیجانی میباشد. خود ارزشیابی‌های محوری، ارزشیابی‌هایی از خود به صورت بنیادی و ناخودآگاه می‌باشد که به طور کلی بر ارزیابی‌ها و رفتارهای افراد

هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌ها تحت تاثیر آن است (جاج و بونو، ۲۰۱۱). شباهت‌های مفهومی بین مولفه‌های سرمایه روانشناختی و خودارزشیابی‌های محوری مشهود است (مثلاً خودکارآمدی کلی و ویژه، جایگاه مهار و خوشبینی، ثبات هیجانی و تاب‌آوری) همانند سرمایه روانشناختی، تحقیقات از ارزشیابی‌های محوری به عنوان یک سازه محوری که از چهار مشخصه صفت گونه تشکیل شده است. حمایت می‌کند (جاج و بونو، ۲۰۱۱). تاکنون یافته‌های تجربی از اعتبار همگرا و افتراقی بین سرمایه روانشناختی و خودارزشیابی‌های محوری حمایت می‌کنند (لوتانز، اوولویو و همکاران، ۲۰۱۷). سطوح بالای ظرفیت‌های سرمایه روانشناختی مثل امیدواری و خوشبینی نشان داده‌اند که هیجان‌ات مثبت را به وجود می‌آورند (اشنایدر، هریس^۱ و همکاران، ۱۹۹۱). به عنوان یک پیامد فرعی ارزیابی‌های مثبت و احتمالات افزایش یافته‌ی موفقیت و رسیدن به اهداف (آوی، لوتانز و یوسف، ۲۰۰۹).

فرضیه سوم: متغیرهای ذهن آگاهی و سرمایه روانشناختی می‌توانند سلامت روان معلمان ابتدایی ناحیه ۲۱ شیروان را به‌طور معناداری پیش‌بینی کند.

نتایج نشان می‌دهد که سلامت روان بوسیله ذهن آگاهی و سرمایه روانشناختی قابل پیش‌بینی است. در بهترین مدل (۲) پیش‌بینی سلامت روان از متغیرهای سرمایه روانشناختی ($\beta = 0.17$) و ذهن آگاهی ($\beta = 0.56$) می‌تواند ۳۸ درصد از واریانس سلامت روان را به صورت نسبتاً خوبی پیش‌بینی نمایند. بر این اساس فرضیه سوم مبنی بر تعیین قدرت پیش‌بین سلامت روان از روی ذهن آگاهی و سرمایه روانشناختی قابل تایید است؛ سرمایه روانشناختی در حفظ سلامت، افزایش عملکرد با وجود وضعیت فشارزا و کیفیت زندگی مؤثر است. افراد سرسخت قدرت کنترل بر وقایع زندگی را دارند و به جای دوری از مشکلات آنها را به عنوان فرصت پیشرفت ارزیابی می‌کنند. به عبارت دیگر افراد سرسخت نه تنها خود را قربانی تغییر

نمیبندارند، بلکه خود را عامل تعیین کننده نتایج حاصل از تغییر میدانند (بهامین^۱ و همکاران، ۲۰۱۲). در پژوهش‌هایی چون دلاهایج^۲ و همکاران (۲۰۱۰)، بشارت (۱۳۸۹) و فیض و همکاران (۱۳۹۰) همبستگی بین سرمایه روانشناختی و سلامت روان مورد تأیید واقع شد. از سوی دیگر پژوهش‌های پیشین (نی و همکاران، ۲۰۱۰؛ ژانگ^۳ و همکاران، ۲۰۱۰؛ غضنفری و قدم پور، ۱۳۸۷؛ موسوی نسب و تقوی، ۱۳۹۶؛ کافی و موسوی، ۱۳۹۶؛ گودرزی و معینی رودبالی، ۱۳۹۸۵) مؤید رابطه بین سرمایه روانشناختی و سلامت روان است. این پژوهش‌ها نشان می‌دهند کسانی که سطحی از ویژگی سخت‌کوشی دارند، راهبردهایی را برای مقابله با استرس‌زها انتخاب می‌کنند که پیامد آن حفظ و بهبود سلامت روان آنهاست. بنابراین، به نظر می‌رسد بر اساس نتایج این تحقیقات سرمایه روانشناختی رابطه مستقیم و غیرمستقیمی بر سلامت روان داشته باشند.

در چند دهه اخیر، شاهد استفاده فزاینده‌ای از مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی بوده ایم که مهارت‌های ذهن آگاهانه برای ارتقای سلامت روانی و به طور کلی سلامتی را آموزش می‌دهند. ذهن آگاهی، نوع خاصی از توجه است که توسط کابات-زین معرفی شده است (کابات-زین، ۲۰۱۳، ۴). سالترمن^۵ (۲۰۱۴) ذهن آگاهی را توجه کردن با مهربانی و کنجکاوی بر اینجا و اکنون، و سپس انتخاب رفتار مناسب برای پاسخ دهی به جای عکس‌العمل نشان دادن، تعریف می‌کند. پژوهش‌های مختلف، من جمله پژوهش کینگستون و همکاران^۶ (۲۰۱۷) نشان می‌دهند که ذهن آگاهی با سلامت روانی همبسته است و با وجود این متغیر نشانه‌های روان‌نژندی کاهش می‌یابد. ذهن آگاهی یک عامل زیربنایی مهم برای رسیدن به رهایی از مشکلات روحی و روانی محسوب می‌شود، زیرا که ذهن آگاهی روشی مؤثر و قوی برای خاموش کردن و توقف فشارهای دنیا و فشارهای روحی و

1 Bahamin

2 Delahajj

3 Zhang

4 Kabat -Zinn

5 Saltzman

6 Kingston

ذهنی افراد میباشد؛ و اینکه در نتیجه افزایش سلامت روان، اضطراب، افسردگی، عاطفه منفی و نشانه‌های عدم سلامتی کاهش یافته و عزت‌نفس، خوشبینی و عاطفه مثبت افزایش مییابد. همچنین میتوان با افزایش ذهن آگاهی افراد، سلامت روان آنها را افزایش داد. ذهن آگاهی به تجربیات وضوح و روشنی میبخشد و به افراد میآموزد تا لحظه به لحظه زندگی خود را تجربه کنند، همین امر باعث کاهش نشانه‌های منفی سلامتی و افزایش سلامت روان میشود (موسوی نژاد؛ بیجاری؛ اسماعیلیان و جوان، ۱۳۹۴).

یحیایی؛ خوارزمی و مجیدی (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش مهارت های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهزیستی روانشناختی و افزایش خوش بینی در زنان مبتلا به سرطان پستان نشان داد آموزش مهارت های ذهن آگاهی در بهزیستی روانشناختی و افزایش خوش بینی زنان مبتلا به سرطان پستان اثربخش است. همچنین در پژوهش نجفی؛ بادان فیروز؛ ناجی و شیخی (۱۳۹۶) با عنوان نقش تاب آوری، کنترل روانشناختی والدین و ذهن آگاهی در پیش بینی افسردگی نوجوانان نشان داد که تاب آوری، ابعادی از ذهن آگاهی چون عدم قضاوت و مشاهده و نیز بعدی از کنترل روان شناختی والدین یعنی کنترل وابسته مدار می تواند افسردگی را پیش بینی کنند. بنابراین از آنجایی که اختلالات خلقی باعث ایجاد مشکلات فراوانی در سلامت جسمی، عملکرد روانی و کیفیت زندگی نوجوانان می شود، لزوم مورد توجه قرار دادن ویژگی های روانشناختی و آموزش مهارت های تاب آوری و ذهن آگاهی می تواند در ارتقای سلامت روانی و هم چنین روش مقابله نوجوانان با مشکلات روانی نقش مهمی ایفا کند. بنابراین تحقیقات نشان می دهد که مراقبه ذهن آگاهی مردم را قادر می سازد تا انعطاف پذیری شناختی^۱ بیشتری داشته باشند و واکنش خودکار^۲ کمتری نشان دهند (مور و مالینوسکی^۳، ۲۰۰۹؛ سیگل، ۲۰۰۸). یک گروه از شواهد رو به گسترش نشان می دهد که ذهن آگاهی نقش عمده‌ای

1 - Cognitive flexibility

2 - Automatic reaction

3 - Moore & malonvisky

در انعطاف پذیری در واکنش درمحدوده گوناگونی از موقعیت‌های ارتباط میان فردی موثر است (بیشاب و همکاران، ۲۰۱۴؛ لاکي و همکاران، ۲۰۱۷). بائر (۲۰۱۳) پذیرش را به عنوان کیفیت اصلی همه برنامه‌های بالینی مبتنی بر ذهن آگاهی توصیف کرده است. بر خلاف دیگر رویکردهای بالینی که بر تلاش برای تغییر همه نشانه‌های ناخوشایند تأکید می‌کنند، رویکردهای مبتنی بر ذهن آگاهی تکنیک‌های مختلفی را برای افزایش پذیرش محرک نامطلوب یا دردناک آموزش می‌دهند. این پذیرش، شرکت کنندگان در برنامه‌های ذهن آگاهی را تشویق می‌کند تا با ناخوشی‌های اجتناب ناپذیر سازگار شوند و از رفتارهای اجتنابی و احتمالاً آسیب‌زننده پیش‌گیری کنند.



منابع

- ۱) برغمندی، مرضیه؛ جوانشیر اسدی و حسن موسی زاده (۱۳۹۵). «تعیین تاثیر ذهن آگاهی بر سلامت روان در نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست در شهر گرگان»، **سومین کنفرانس بین المللی نوآوری های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری**، تهران، موسسه آموزش عالی نیکان.
- ۲) خشایار، شهلا و کوهی نژاد (۱۳۹۵). «تعیین تاثیر هوش اخلاقی بر سلامت روانی با توجه به نقش میانجی سرمایه روانشناختی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد قاین»، **اولین کنفرانس بین المللی نوآوری و تحقیق در علوم تربیتی، مدیریت و روانشناسی**، تهران، مرکز مطالعات و تحقیقات اسلامی سروش حکمت مرتضوی
- ۳) رنجبرسودجانی، یوسف و رضا شاه محمدی بنی (۱۳۹۴). «تعیین رابطه‌ی بین سرمایه روانشناختی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه فرهنگیان»، **سومین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی**، تهران، تحقیقات اسلامی سروش مرتضوی، مرکز راهکارهای دستیابی به توسعه پایدار.
- ۴) شیرانی، ناهید؛ غلامرضا، احمدی و احمد، شعبانی (۱۳۸۹). «جو سازمانی دانشگاه صنعتی اصفهان و ارتباط آن با سلامت روان دانشجویان در سال تحصیلی ۸۸-۸۹»، **دانش و پژوهش در علوم تربیتی-برنامه ریزی درسی**، شماره ۲۳، پاییز، صص ۱۲۳-۱۴۸.
- ۵) علیزاد، سیده رخساره و مهدی روزبهانی (۱۳۹۶). «رابطه سرمایه روانشناختی و سلامت روانی دبیران زن»، **پنجمین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی، آسیب های اجتماعی و فرهنگی ایران**، تهران، انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین.
- ۶) غضنفری، فیروزه و قدم پور، عزت اله (۱۳۸۷). «تعیین رابطه راهبردهای مقابله ای و سلامت روانی در ساکنین شهر خرم آباد»، **فصلنامه اصول بهداشت روانی**، سال دهم، بهار، شماره ۳۷، صص ۴۷-۵۴.
- ۷) کرین، ربکا (۱۳۹۰). **شناخت در مانی مبتنی بر ذهن آگاهی**، ترجمه خوش لهجه، انیسی، تهران: بعثت.

۸) لطف الله زاده، معصومه و حسین قمری کیوی (۱۳۹۳). «تعیین نقش ذهن آگاهی در پیش بینی سلامت روانشناختی معلمان»، **اولین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی آسیب های اجتماعی و فرهنگی ایران**، تهران، مرکز مطالعات و تحقیقات اسلامی سروش حکمت مرتضوی، انجمن علمی توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین.

۹) موسوی نژاد، محمود؛ وحید بیجاری؛ مصیب اسماعیلیان و رضا جوان (۱۳۹۴). «ذهن آگاهی و تأثیر آن بر سلامت روان»، **دومین همایش ملی راهکارهای توسعه و ترویج علوم تربیتی، روانشناسی، مشاوره و آموزش در ایران**، تهران، انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین.

۱۰) میلانی فر، بهروز (۱۳۹۰). **بهداشت روانی**، تهران: قومس

۱۱) نجفی، محمود؛ علی بادان فیروز؛ احمدعلی ناجی و محمدرضا شیخی (۱۳۹۶). «نقش تاب آوری، کنترل روانشناختی والدین و ذهن آگاهی در پیش بینی افسردگی نوجوانان»، **چهارمین کنفرانس بین المللی روانشناسی علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی**، گرجستان-شهر تفلیس، آکادمی بین المللی علوم گرجستان.

۱۲) یحیایی، پروانه؛ فهیمه خوارزمی و محبوبه مجیدی (۱۳۹۷). «اثربخشی آموزش مهارت های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهزیستی روانشناختی و افزایش خوش بینی در زنان مبتلا به سرطان پستان»، **ششمین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی، آسیب های اجتماعی و فرهنگی ایران**، تهران، انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین.

۱۳) یوسف زاده، محمد رضا؛ یعقوبی، ابوالقاسم؛ رشیدی، معصومه (۱۳۹۱). «تأثیر آموزش مهارت‌های فراشناختی بر خود کارآمدی دانش آموزان دختر دوره متوسطه»، **روان شناسی مدرسه**، ۱(۳)، صص ۱۱۸-۱۳۳.

14) Atkinson, R.C. & R.M. Shiffrin (2011). "Human Memory: A Proposed System and its Control Processes"; In K. E. Spence & I. T. Spence (Eds.); Psychology of Learning and Motivation ; New York: Academic, Vol. 2, pp. 89-195.

15) Avey, JB. Wernsing, TS. & Luthans, F. (2018). Can positive employees help positive organizational change? Impact of psychological capital and

- emotions on relevant attitudes and behaviors. *J Appl Behav Sci.* 44(1):48-70. Baily TC, Snyder CR. (2017). Satisfaction with life and hope: a look at age and marital status. *Psychol Rec.* 57(2):233-40.
- 16) Bakhtiarpour P. A study of the mental health of Isfahan province school teachers in the academic year 2000-2001. *danesh va pezhouheshin psychology* 2003; 5(16): 79-98.
- 17) Bandura A. (2010). An agentic perspective on positive psychology. In: SJ Lopez, editor. *Positive psychology: Expecting the best in people*. New York: Praeger.
- 18) Bateman, T. S, & Organ, D. W. (1983). "Job satisfaction and the good soldier: The relationship between affect and employee citizenship". *Academy of Management Journal*, 26, 587-595.
- 19) Beckman, P. (2002). Strategy instruction. *Eric Digest*.
- 20) Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64, 71–83.
- 21) Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, I., Anderson, N., Carmody, J., ... Devins, G. (2014). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241.
- 22) Brown, A. L. (2013); "Knowing When, Where and How to Remember: A Problem of Metacognition"; In R. Glaser (Ed.); *Advances in Instructional Psychology*; Hillsdale, N J: Lawrence Erlbaum Associates, Vol.1, pp. 77-165.
- 23) Brown, A. L.(1978); "Knowing When, Where and How to Remember: A Problem of Metacognition"; In R. Glaser (Ed.); *Advances in Instructional Psychology*; Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Vol.1, pp. 77-165.
- 24) Burke, S., and Collins, K.M. (2001). "Gender differences in leadership styles and management skills", *Women in Management Review*, Vol. 16, No.5.pp 244-256.
- 25) Casey, P, J., & Scott, k. (2006) .Environmental concern and behavior in an Australian sample within anecocentric – anthropocentric framework. *Australian Journal of Psychology*, 58(2), pp.57-67.
- 26) Chris D. Frith (2012).The role of metacognition in human social interactions *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2012 August 5; 367(1599): 2213–2223.
- 27) Christens BD, Collura JJ, Tahir F. Critical hopefulness: a person-centered analysis of the intersection of cognitive and emotional empowerment. *Am J Community Psychol* 2013; 52(1- 2):170-84.
- 28) Grossman, P. (2008). On measuring mindfulness in psychosomatic and psychological research. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 405–408.

- 29) Kabat-Zinn, J. (2013). Mindfulness- based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144–156.
- 30) Kamdar, D., McAllister, D. J., & Turban, D. B. (2006). “All in a day’s work”: How follower individual differences and justice perceptions predict OCB role definitions and behavior. *Journal of Applied Psychology*, 91, 841–855.
- 31) Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clinical Psychology Review* 2011; 31(6): 1041–1056.
- 32) Main M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) models of attachment: Findings and directions for future research, in: P. Harris, J. Stevenson-Hinde & C. Parkes, editors, *Attachment across the life cycle*. New York: Routledge; pp. 127-59.
- 33) Markman, E. M. (1977); “Realizing that you Don’t Understand: A Preliminary Investigation”; *Child Development*, 48, pp. 98–992.
- 34) Masoudi Alavi N. Self-Efficacy in Nursing Students. *Nurs Midwifery Stud* 2014; 3(4): e25881. Southwick SM, Bonanno GA, Masten AS, Panter-Brick C, Yehuda R. Resilience definitions,
- 35) Napoli, M. (2014). Mindfulness training for teachers: A pilot program. *Complementary Health Practice Review*, 9(1), 31 –42.
- 36) Norman, S. M.; Avey, J. B.; Nimmicht, J. L. and Pigeon, N.G. (2010). “The interactive effects of psychological capital and organizational identity on employee organizational citizenship and deviance behavior”. *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 17(4), 380-391.
- 37) Schraw G, Moshman D. Metacognitive theories. *Educ Rev Psychol*. 1995; 7(4):351-71.
- 38) Schultz, P. W., Shriver, C., Tabanico, J. J., & Khazian, A. M. (2004). Implicit connections with nature. *Journal of Environmental Psychology*, 24, 31–42.
- 39) Sehhat, S., Mahmoudzadeh, S.M., Ashena, M., & Parsa, S. (2015). Positive psychological capital: The role of Islamic work ethics in Tehran public organizations. *Iranian Journal of Management Studies*, 8(4), 545-566.
- 40) Sheinker. J .Whetstone. P. Holder. Ch. The International Journal of Learning, Volume 15, Issue 8, pp.205-212.
- 41) theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *Eur J Psychotraumatol* 2014; 5(10): 1- 10.