رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۱۱، شماره پیاپی ۸۰، بهمن ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(11), 2023

نقش میانجی سرمایه روان شناختی در رابطه بین ذهن آگاهی و سلامت روان زنان باردار

The mediating role of psychological capital in the relationship between mindfulness and mental health of pregnant women

زهرا جواهری محمدی
کارشناسی ارشد، مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان-شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.
رویا رسولی (نویسنده مسئول)
دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.
مه سیما پورشهریاری
دانشیار، گروه گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان-شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی سرمایه روانشناختی در رابطه بین ذهن آگاهی و سلامت روان زنان باردار بود. روش پژوهش توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را زنان باردار ۱۸ الی ۴۰ سال شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ تشکیل دادند. تعداد ۲۰۰ زن باردار به روش نمونه‌گیری دردسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار پژوهش عبارت بودند از: مقیاس سلامت روانی (MHI-۲۸) بشارت (۱۳۸۸)، پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی (PCQ) لوتانز و همکاران (۲۰۰۷) و پرسشنامه پنج عاملی ذهن‌آگاهی (FFMQ) بائر و همکاران (۲۰۰۶). از تحلیل معادلات ساختاری برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. نتایج نشان داد که مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار است و مولفه‌های عمل همراه با آگاهی و عدم قضاوت با اندازه اثر ۰/۱۴ و ۰/۰۷ اثر غیر مستقیم معناداری بر سلامت روان به واسطه سرمایه روان‌شناختی دارد (P<۰/۰۵) ولی سه مولفه مشاهده، توصیف و عدم واکنش اثر غیرمستقیم معناداری را نشان ندادند (P>۰/۰۵). همچنین نتایج نشان داد که مولفه‌های توصیف و عدم واکنش از متغیر ذهن‌آگاهی به همراه سرمایه روان‌شناختی به ترتیب با اندازه اثرهای ۰/۱۸، ۰/۲۲ و ۰/۲۹ اثر مستقیم معناداری بر سلامت راون زنان باردار دارند (P<۰/۰۵). این نتایج نشان می‌دهد که سرمایه روان‌شناختی با توجه به نقش ذهن‌آگاهی می‌تواند تبیین کننده سلامت روان در زنان باردار باشد.

واژه‌های کلیدی: ذهن‌آگاهی، زنان باردار، سرمایه روان‌شناختی، سلامت روان.

Zahra Javaheri Mohammadi
Master's Degree, Family Counseling, Counseling Department, Faculty of Education and Psychology, AlZahra University, Tehran, Iran.
Roya Rasouli*
Associate professor, Department of counseling, faculty of Education and psychology, AlZahra University, Tehran, Iran. r.rasouli@alzahra.ac.ir
Meh Sima Pourshahriari
Associate Professor, Counseling Department, Faculty of Education and Psychology, AlZahra University, Tehran, Iran.

Abstract

The present study aimed to investigate the mediating role of psychological capital in the relationship between mindfulness and the mental health of pregnant women. The research method was a descriptive correlation. The statistical population of the research included pregnant women aged 18 to 40 in Tehran in 2021-2022. A total of 200 pregnant women were selected by convenience sampling method. The research instruments were: Mental Health Scale (28-MHI) Besharat (2009), Psychological Capital Questionnaire (PCQ) Luthans et al. (2007), and the Five Factors Mindfulness Questionnaire (FFMQ) Bauer et al. (2006). Structural equation analysis was used to analyze the data. The results showed that the research model has a good fit and components of action with knowledge and lack of judgment with an effect size of 0.14 and 0.07 have a significant indirect effect on mental health due to psychological capital (P<0.05), but the three components of observation, description, And lack of reaction did not show a significant indirect effect (P <0.05). The results also showed that the components of description and non-response of the mindfulness variable along with psychological capital with the effects of 0.18, 0.22, and 0.29, respectively, have a significant direct effect on the mental health of pregnant women (P< 0/05). These results show that psychological capital, considering the role of mindfulness, can explain mental health in pregnant women.

Keywords: Mindfulness, Pregnant women, Psychological capital, Mental health.

نوع مقاله : پژوهشی	دریافت : دی ۱۴۰۱	پذیرش: دی ۱۴۰۱	ویرایش نهایی: بهمن ۱۴۰۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-30]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.2.9]

مقدمه

بارداری یک دوره بسیار خاص و پیچیده در زندگی زنان است که تغییرات همراه با آن نه تنها در سطح بیولوژیکی / فیزیولوژیکی بلکه در عملکرد روانی و اجتماعی نیز مشاهده می‌شود (بجلیکا[1] و همکاران، ۲۰۱۸). علاوه بر این، حاملگی همراه با یکسری دلهره‌ها و نگرانی‌های پیرامون فرزندآوری و فرزندپروری است که می‌تواند سلامت روان زنان را تهدید کند (ساوری[2] و همکاران، ۲۰۲۱). در یک دیدگاه متعال سلامت روان نه معادل با عدم بیماری روان‌شناختی و نه معادل با بهزیستی و سلامت کامل روانی دانسته شده است. در این دیدگاه سلامت روانی به عنوان یک وضعیت اولیه مطلوب قلمداد می‌شود که فرد از لحاظ روان‌شناختی قادر به ارائه یک تصویر مطلوب از خود در زندگی را دارد (الیسون[3] و همکاران، ۲۰۱۸). سازمان بهداشت جهانی[4] (۲۰۱۴) سلامت روان را به صورت وضعیتی از سلامتی تعریف می‌کند که در آن فرد پتانسیل‌های خود را درک می‌کند، می‌تواند با استرس‌های عادی زندگی کنار بیاید، می‌تواند به طور مولد و ثمربخش کار کند و قادر است به خود و جامعه کمک نماید. نتایج یک بررسی اخیرا نشان داده که از هر پنج زنی که برای مراقبت‌های زایمانی ثبت نام می‌کنند، یک نفر مشکل سلامت روان دارد (ساوری و همکاران، ۲۰۲۱). در مطالعه‌ای که بر روی زنان باردار ایرانی صورت گرفت نتایج نشان داد که حداقل ۱۷ درصد از این زنان دارای مشکلات سلامت روان هستند و ۵ درصد از آنها مشکلات حاد و شدید سلامت روان را دارند (ماجانی و همکاران، ۱۳۹۷). این وضعیت در شرایط حاضر به نظر حادتر می‌رسد، چرا که با شیوع ویروس عفونی کووید -۱۹ در دسامبر ۲۰۱۹ از شهر ووهان چین و متعاقبا گسترش شیوع آن به اکثر نقاط جهان از جمله ایران، تاثیرت مخربی بر سلامت روان برجای گذاشته است. در این میان نتایج یک مطالعه نشان داده است که زنان باردار با توجه به عدم دسترسی به حمایت‌های اجتماعی و نگرانی از ابتلا به کووید – ۱۹ از جمله گروهای آسیب‌پذیر از لحاظ سلامت روان در دوران شیوع کووید -۱۹ هستند (شهیاد و محمدی، ۱۳۹۹).

سلامت روان بسیار گسترده است و عوامل مختلفی مانند اجتماعی، اقتصادی، روانی، فیزیولوژیکی، رفتاری، محیطی، ژنتیکی[5] و اپی ژنتیکی[6] بر آن تاثیر می‌گذارند (مایر-لیندنبرگ[7]، ۲۰۱۴). به نظر می‌رسد که ذهن آگاهی عملکرد سیستم پاراسمپاتیک را در زنان باردار بهبود می‌بخشد و تعدیل کننده قوی سیستم عصبی سمپاتیک در دوران بارداری است (موتوکریشنان[8] و همکاران، ۲۰۱۶). ذهن آگاهی به گرایش مشخص فرد برای حفظ آگاهی از لحظه حال به شیوه غیر واکنشی و بدون قضاوت اشاره دارد. ویژگی حواس ذهن آگاهانه بیانگر آگاهی متمرکز بر زمان حال و بدون قضاوت است (مدودو[9] و همکاران، ۲۰۱۷). ذهن آگاهی را می‌توان هم به عنوان یک عامل تاب‌آوری روان‌شناختی (یعنی داشتن آن از شروع آسیب روانی جلوگیری می‌کند) و هم به عنوان یک عامل خطر (یعنی فقدان آن ممکن است حساسیت به آسیب روانی را افزایش دهد) مفهوم سازی کرد (تامپسون[10] و همکاران، ۲۰۱۱). بر این اساس، ذهن‌آگاهی سازه مهمی در درک وضعیت سلامت روان محسوب می‌گردد (کارپنتر[11] و همکاران، ۲۰۱۹). در همین راستا نتایج برخی از مطالعات نشان می‌دهد که افزایش ذهن‌آگاهی می‌تواند به واسطه تاثیری که بر توانمندی‌های روان‌شناختی دارد، منجر به بهبود وضعیت روانی افراد گردد (مالینوسکی و لیم[12]، ۲۰۱۵؛ علی[13] و همکاران، ۲۰۲۱). بر همین اساس شناخت متغیرهای واسطه میان ذهن‌اگاهی و وضعیت روانی افراد می‌تواند در شناخت بهتر اثر این متغیر و غنی کردن مداخله‌های مبتنی بر آن کمک کننده باشد (کرسول[14]، ۲۰۱۷). علاوه بر این با وجود نتایج اثربخش آموزش ذهن‌آگاهی بر بهبود مولفه‌های سلامت روان در زنان باردار، ولی پایداری در نتایج اثربخش مشاهده نمی‌شود (سبحانی و همکاران، ۱۳۹۸؛ شاهویی و همکاران، ۱۳۹۸). بر همین اساس شناسایی متغیرهای میانجی می‌تواند زمینه غنی شدن مداخله‌های ذهن‌آگاهی برای

1 Bjelica
2 Savory
3 Ellison
4 World Health Organization
5 Genetics
6 Epigenetics
7 Meyer-Lindenberg
8 Muthukrishnan
9 Medvedev
10 Thompson
11 Carpenter
12 Malinowski & Lim
13 Ali
14 Creswell

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.2.9]

زنان باردار را فرآهم آورد. در همین راستا به نظر می‌رسد که سرمایه روان‌شناختی از عوامل مرتبط و ارتقاء بخش سلامت روان است (دلوروسو و استوکوا[1]، ۲۰۱۵).

سرمایه روانشناختی یک سازه برگرفته از رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا است، که بیانگر یک حالت روانشناسی مثبت و واقع‌گرا نسبت به زندگی است و شامل چهار مولفه امید، خوشبینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی است. هرکدام از این سازه‌ها به‌عنوان یک ظرفیت روان‌شناسی مثبت در نظر گرفته می‌شوند و وابسته به حالت و قابلیت رشد بوده که با پیامدهای عملکردی ارتباط دارند (لوتانز[2] و همکاران، ۲۰۱۵). امید و خوشبینی مولفه‌های هستند که می‌توانند به گسترش رشد در شرایط چالش‌برانگیز کمک کنند و تاب‌آوری به سازگاری و مقابله کارآمد کمک می‌کنند و در نهایت خودکارامدی همراه با افزایش حس توانمندی است و می‌تواند به بهزیستی عمومی فرد کمک کند (سانتیسی[3] و همکاران، ۲۰۲۰). به نظر می‌رسد که سرمایه روان‌شناختی بتواند به افراد در مواجهه با بحران‌ها و چالش‌هایی نظیر بارداری کمک کند، چرا که منجر به بروز منابع و استعدادهای مثبت، نگاه خوشبینانه و برخورد سازگارانه با چالش‌ها و رویدادهای محیطی و خانوادگی می‌گردد (لوتانز و همکاران، ۲۰۱۵). وضعیت مثبت روان‌شناختی و متقابلا تعامل مثبت با محیط، خود و دیگران می‌تواند زمینه رشد سرمایه‌های روان‌شناختی را فرآهم آورند (کارمونا – هالتی[4] و همکاران، ۲۰۱۹). در همین رابطه ذهن‌آگاهی می‌تواند نشخوارهای آزاردهنده و راهبردهای منفی مانند اجتناب از رویدادها را کاهش دهد و بستر لازم جهت عملکرد روان‌شناختی مطلوب را فرآهم آورد (گلدبرگ[5] و همکاران، ۲۰۱۸). اگرچه پژوهش‌ها به صورت مستقیم این مورد که سرمایه روان‌شناختی میانجی رابطه ذهن‌اگاهی با سلامت روان است را موررد مطالعه قرار نداده‌اند، با این حال نشان داده شده که ذهن‌اگاهی به واسطه افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی می‌تواند منجر به رفتارهای مثبت گردد (علی و همکاران، ۲۰۲۱). علاوه بر این نتایج برخی مطالعات تا حدودی می‌توانند حاکی از وجود روابط ساختاری میان این متغیرها باشد، چرا که برخی پژوهش‌های از یک سو حاکی از رابطه ذهن‌اگاهی با سرمایه روان‌شناختی (مالینوسکی و لیم، ۲۰۱۵؛ قاسمی‌جوبنه و همکاران، ۱۳۹۴) و از سویی دیگر بیانگر رابطه سرمایه روان‌شناختی با سلامت روان (راچ[6] و همکاران، ۲۰۱۴؛ بری[7] و همکاران، ۲۰۱۶) بوده‌اند.

در مجموع با توجه به آنچه که گفته شد، به نظر می‌رسد که سلامت روان در زنان باردار با توجه به فشارها و استرس‌های ناشی از بارداری و سلامت فرزند در معرض چالش و خطر زیادی قرار دارد و این می‌تواند هم برای مادر و هم برای جنین خطرآفرین باشد. بر همین اساس شناسایی متغیرهای مرتبط و تبیین کننده سلامت روان زنان باردار می‌تواند یک مسئله اساسی در نظام سلامت جوامع مختلف باشد. با توجه به اینکه شناسایی متغیرهای میانجی می‌تواند به غنی شدن و تهیه مداخلات کارآمدتر و کوتاه مدت کمک کند، بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی سرمایه روان شناختی در رابطه بین ذهن آگاهی و سلامت روان زنان باردار بود.

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی_همبستگی با استفاده از تحلیل معادلات ساختاری بود. جامعه پژوهش شامل زنان باردار ۱۸ الی ۴۰ سال شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بود. با توجه به پیشنهادات گارور و منتزر[8] (۱۹۹۹) حجم نمونه مورد نیاز جهت تحلیل معادلات ساختاری، ۲۰۰ نفر برآورد شد. نمونه‌گیری به صورت دردسترس بود. بدین صورت که نسخه‌های چاپی و فرم آنلاین پرسشنامه تهیه شد و در شبکه‌های اجتماعی مجازی (اینستاگرام، تلگرام و واتساپ) و بصورت حضوری در دسترس جامعه مورد مطالعه قرار گرفت. نسخه‌های چاپی در سالن‌های انتظار بیمارستان آبان و حضرت زینب در اختیار نمونه پژوهش قرار گرفت و برای برخی که امکان پاسخگویی نداشتند، لینک آنلاین پاسخگویی برای آنها ارسال گردید که در زمان مناسب پاسخ دهند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از؛ رضایت از شرکت در پژوهش، عدم سابقه طلاق، عدم مصرف داروهای روانپزشکی، عدم دریافت آموزش‌ها و درمان‌های روانشناختی و بودن در ماه

1 Dello Russo & Stoykova
2 Luthans
3 Santisi
4 Carmona-Halty
5 Goldberg
6 Roche
7 Barry
8 Garver & Mentzer

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.2.9]

سوم بارداری. عدم پاسخگویی به حداقل ۵ درصد از گویه‌های هر پرسشنامه، ملاک خروج از پژوهش بود. علاوه بر رضایت آگاهانه، محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات شرکت‌کنندگان دیگر ملاحظه اخلاقی پژوهش بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون و همچنین تحلیل معادلات ساختاری استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از دو نرم افزار تحلیل آماری SPSS نسخه ۲۵ و AMOS نسخه ۲۴ صورت گرفت.

ابزار سنجش

سیاهه سلامت روانی[1] (MHI-۲۸): سیاهه سلامت روانی توسط بشارت (۱۳۸۸)، از فرم کوتاه مقیاس ۳۴ مادّه‌ای سلامت روانی (ویت و ویر[2]، ۱۹۸۳) اقتباس شده است و با ۲۸ مادّه دو وضعیت بهزیستی روانشناختی (ماده‌های ۱ تا ۱۴) و درماندگی روانشناختی (مادهای ۱۵ تا ۲۸) را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمرهٔ ۱ تا ۵ می‌سنجد. بشارت (۱۳۸۸) ضرایب آلفای کرونباخ برای بهزیستی و درماندگی روانشناختی در نمونه های بیمار و بهنجار از ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ محاسبه کرد. ضرایب پایایی بازآزمایی با فاصله دو هفته نیز به همین ترتیب از ۰/۸۵ تا ۰/۹۱ به دست آمد. روایی همزمان سیاهه سلامت روانی بر حسب ضرایب همبستگی زیر مقیاس‌های این ابزار با نمره کلی پرسشنامه سلامت عمومی بررسی شد. این ضرایب برای بهزیستی روانشناختی ۰/۸۷- و برای درماندگی روانشناختی ۰/۸۸ محاسبه و در سطح ۰/۰۱ تایید شد. نتایج مربوط به روایی تفکیکی مقیاس سلامت روانی نیز نشان داد که این مقیاس می تواند افراد دو گروه بیمار و بهنجار از لحاظ سلامت روان را متمایز کند (P<۰/۰۵). در پژوهش حاضر پایایی این سیاهه به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ بود.

پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی (PCQ)[3]: این پرسشنامه توسط لوتانز و همکاران (۲۰۰۷) ساخته شده و شامل ۲۴ سوال و چهار خرده مقیاس امیدواری (گویه‌های ۷ تا ۱۲)، تاب‌آوری (گویه‌های ۱۸ تا ۲۴)، خوش بینی (گویه‌های ۱۳ تا ۱۸) و خودکارآمدی (گویه‌های ۱ تا ۶) است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه‌ای کاملا مخالفم تا کاملا موافقم پاسخ می‌دهد. لوتانز و همکاران (۲۰۰۷) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در دامنه‌ی ۰/۸۹ تا ۰/۶۶ به دست آوردهند و روایی همگرایی پرسشنامه با مقیاس خودارزیابی که منبع کنترل، عزت نفس و خودکارآمدی را می‌سنجید مطلوب گزارش شده است (r=۰/۳۲ و P<۰/۰۱). علیپور و همکاران (۱۳۹۳) در نمونه‌ی ایرانی پایایی را به روش آلفای برای چهار خرده مقیاس پرسشنامه و نمره کل آن بین ۰/۸۵ تا ۰/۸۹ گزارش داده‌اند. همچنین روایی سازه مدل چهار عاملی پرسشنامه توسط تحلیل عاملی تایید شد که بیشترین بار عاملی گویه‌ها ۰/۸۴ بود. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه و خرده مقیاس‌های آن به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ بدست آمد.

پرسشنامه پنج عاملی ذهن‌آگاهی (FFMQ)[4]: پرسشنامه پنج عاملی ذهن آگاهی شامل ۳۹ گویه است که توسط بائر[5] و همکاران (۲۰۰۶) ساخته شده است. این پرسشنامه پنج عامل ذهن آگاهی را می‌سنجد: مشاهده، توصیف، عمل با آگاهی، عدم قضاوت در مورد تجارب درونی و عدم واکنش به تجارب درونی. نمره هر زیرمقیاس برحسب مجموع ارزش گزینه‌های هر مادّه (هرگز =۱؛ به ندرت =۲؛ گاهی =۳؛ اغلب =۴؛ همیشه =۵) محاسبه می‌شود. سازندگان آلفای کرونباخ نمره کل ذهن آگاهی و خرده مقیاس‌های آن بالاتر از ۰/۷۰ گزارش داده و نشان دادند که پرسشنامه روایی پیش‌بین معناداری در پیش‌بینی علائم روان‌شناختی دارد و خرده مقیاس‌های پرسشنامه با مقیاس سرکوب فکری و ناگویی هیجانی مقدار همبستگی ۰/۱۶ تا ۰/۶۸ دارد (P<۰/۰۵) که بیانگر روای همگرا و واگرای پرسشنامه است. تمنایی‌فر و همکاران (۱۳۹۵) پایایی بازآزمایی بعد از گذشت دو هفته در نمونه ۵۸ نفری را در مقیاس‌های پرسشنامه بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۶ و کل پرسشنامه ۰/۸۹ گزارش دادند و نشان دادند که پرسشنامه از روایی سازه مطلوبی برخوردار است (RMSEA=۰/۰۷) و تبیین کننده ۴۹ درصد از واریانس است. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه و خرده مقیاس‌های آن به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۸ بدست آمد.

یافته‌ها

1 Mental Health Inventory
2 Veit & Ware
3 Psychological Capital Questionnaire (PCQ)
4 Five Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ)
5 Baer

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.2.9]

دامنه سنی شرک‌کننده‌گان در پژوهش ۲۰ تا ۴۰ سال و مدت زمان ازدواج ۲ تا ۱۹ سال بود. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان به ترتیب ۳۲/۹۳ ± ۵/۰۱ و میانگین و انحراف معیار مدت زمان ازدواج به ترتیب ۷/۵۵ ± ۴/۸۱ بود. همچنین فراوانی (درصد فراوانی) سطح تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم، کاردانی، کارشناسی و کارشناسی ارشد و بالاتر برای گروه شرکت‌کنندگان به ترتیب ۲۴ (۱۲درصد)، ۹ (۴/۵ درصد)، ۹۹ (۴۹/۵ درصد) و ۶۸ (۳۴ درصد) بدست آمد. در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی به همراه ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون ارائه شده است.

جدول ۱. نتایج شاخص‌های توصیفی و آزمون همبستگی پیرسون جهت بررسی رابطه متغیرها

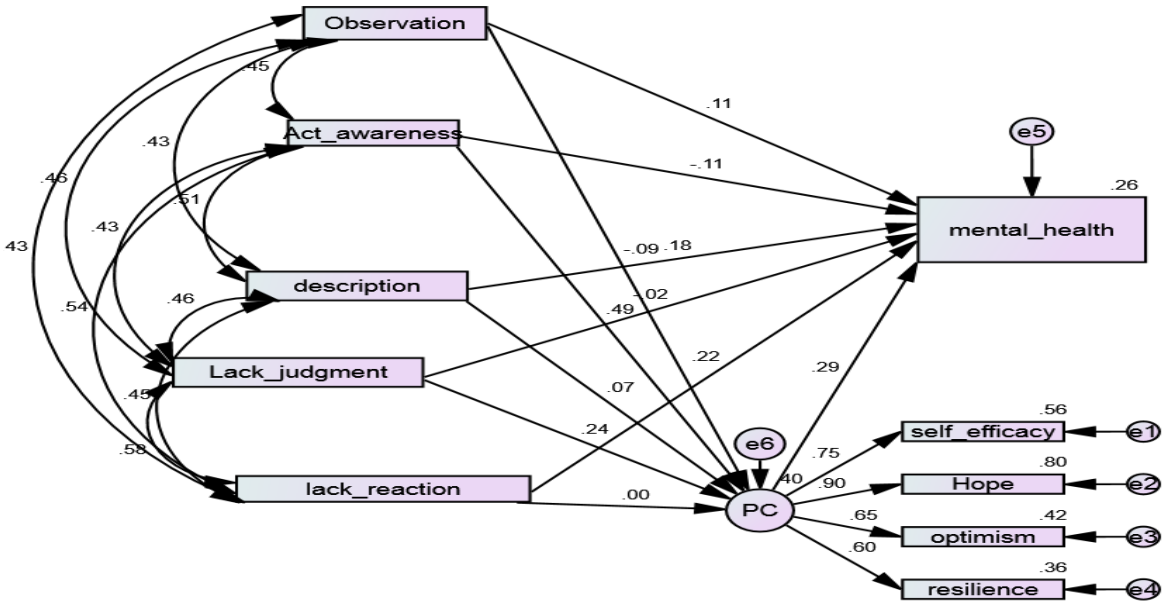
متغیر		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
ذهن آگاهی	۱-مشاهده	۱									
	۲-توصیف	۰/۴۳**	۱								
	۳-عمل همراه آگاهی	۰/۴۵**	۰/۵۱**	۱							
	۴-عدم قضاوت	۰/۴۶**	۰/۴۶**	۰/۴۳**	۱						
	۵-عدم واکنش	۰/۴۳**	۰/۴۵**	۰/۵۴**	۰/۵۸**	۱					
سرمایه روانشناختی	۶-خودکارآمدی	۰/۲۷**	۰/۲۶**	۰/۴۴**	۰/۳۸**	۰/۲۳**	۱				
	۷-امیدواری	۰/۲۲**	۰/۳۷**	۰/۵۴**	۰/۴۱**	۰/۴۰**	۰/۶۶**	۱			
	۸-خوش‌بینی	۰/۲۱**	۰/۳۱**	۰/۴۲**	۰/۲۶**	۰/۲۵**	۰/۵۳**	۰/۵۵**	۱		
	۹-تاب‌آوری	۰/۰۹	۰/۱۰	۰/۲۶**	۰/۱۴*	۰/۱۳	۰/۴۱**	۰/۵۶**	۰/۴۶**	۱	
	۱۰-سلامت روان	۰/۳۱**	۰/۳۸**	۰/۳۱**	۰/۳۲**	۰/۳۹**	۰/۳۱**	۰/۳۸**	۰/۱۷*	۰/۲۱**	۱
	میانگین	۲۰/۳۰	۲۱/۰۳	۲۰/۹۲	۲۳/۱۱	۲۱/۱۳	۱۵/۳۰	۱۵/۲۲	۱۶/۱۴	۱۶/۳۳	۶۶/۲۸
	انحراف معیار	۴/۳۲	۷/۰۸	۹/۹۳	۷/۸۶	۸/۲۴	۶	۵/۵۴	۳/۴۴	۴/۸۳	۱۶/۱۵
	کجی	۱/۰۶	۰/۱۷	۰/۵۳	۰/۱۱	-۰/۰۴	۰/۷۷	۰/۶۸	۰/۰۸	۰/۸۷	۰/۴۸
	کشیدکی	۰/۹۶	-۰/۸۲	-۰/۸۹	-۰/۶۳	-۱/۲۴	۰/۲۸	۰/۴۶	۰/۲۰	۰/۶۳	-۰/۵۳

نتایج بدست آمده از آزمون همبستگی پیرسون در جدول ۱ نشان داد که سلامت روان با هر پنج مولفه ذهن‌آگاهی (شامل مشاهده، توصیف، عمل همراه با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش) و سه مولفه سرمایه روان‌شناختی (شامل خودکارآمدی، امیدواری و تاب‌آوری) رابطه مثبت و معناداری در سطح ۰/۰۱ و با مولفه خوش‌بینی از متغیر سرمایه روان‌شناختی در سطح ۰/۰۵ رابطه مثبت و معناداری دارد. همچنین نتایج نشان داد که سه مولفه خودکارآمدی، امیدواری و خوشبینی سرمایه روان‌شناختی با هر پنج مولفه ذهن‌آگاهی رابطه مثبت و معناداری دارد (P=۰/۰۱) و مولفه تاب‌آوری سرمایه روان‌شناختی نیز با دو مولفه عمل همراه با آگاهی (P=۰/۰۱) و عدم قضاوت (P=۰/۰۵) رابطه مثبت و معناداری دارد، ولی با سه مولفه مشاهده، توصیف و عدم واکنش متغیر ذهن‌اگاهی رابطه معناداری (P>۰/۰۵) ندارد.

با توجه به اینکه شاخص کجی و کشیدگی بدست آمده برای متغیرهای پژوهش در جدول ۱ همگی در محدوده ۱+ تا ۱- قرار دارند، بنابراین شکل توزیع متغیرها در شرایط تقریبا نرمالی قرار دارند. علاوه بر مقادیر گزارش شده در جدول ۱، مقادیر آماره تحمل برای متغیرها بیشتر از ۰/۴۰ و همچنین مقادیر آماره VIF همگی کم‌تر از ۱۰ بود، بنابراین میزان هم خطی میان متغیرهای پیش بین پژوهش نگران کننده نبود. همچنین مقدار بدست آمده برای آزمون دوربین واتسون برابر با ۱/۹۳ بود و بین مقدار مناسب ۱/۵ الی ۲/۵ قرار داشت. بنابراین

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.2.9]

می‌توان گفت که فرض استقلال مقادیر خطا نیز از یکدیگر رعایت شده است. در شکل ۱ مدل برازش شده پژوهش ارائه شده است.



پی‌نوشت ۲: مشاهده=Observation، عمل آگاهانه=Act_awareness، توصیف=description، عدم قضاوت=Lack_judgment، عدم واکنش=lack_reaction، سرمایه روان‌شناختی= PC، خودکارآمدی=self_efficacy، امید=Hope، خوش‌بینی=optimism، تاب‌آوری=resilience، سلامت روان=mental_health

شکل ۱. نگاره مدل برازش شده پژوهش در حالت استاندارد

در شکل ۱ مدل ساختاری پژوهش به صورت بررسی نقش میانجی سرمایه روان‌شناختی در رابطه میان ذهن‌آگاهی و سلامت روان زنان باردار در محیط نرم‌افزار AMOS به همراه ضرایب مسیر آن رائه شده است. در این مدل، پنج مولفه متغیر ذهن‌آگاهی نقش متغیر برون‌زا (مستقل) را دارند و متغیر سلامت روان نیز نقش متغیر درون‌زا (وابسته) را دارد. متغیر سرمایه‌های روان‌شناختی نیز در قالب یک متغیر مکنون تعریف شده که چهار خرده مقیاس آن نقش آشکار کننده دارند. در جدول ۲ معناداری ضریب مسیرهای مستقیم مدل ارائه شده پژوهش بررسی شده است.

جدول ۲. نتایج اثرات مستقیم مدل پژوهش

مسیر	اندازه اثر غیر استاندارد	اندازه اثر استاندارد	حد پایین	حد بالا	مقدار تی	P
اثر مستقیم مشاهده بر سلامت روان	۰/۴۲	۰/۱۱	-۰/۰۳	۰/۲۵	۱/۵۱	۰/۱۶
اثر مستقیم توصیف بر سلامت روان	۰/۴۲	۰/۱۸	۰/۰۵	۰/۳۱	۲/۴۱	۰/۰۳
اثر مستقیم عمل همراه با آگاهی بر سلامت روان	-۰/۱۸	-۰/۱۱	-۰/۲۴	۰/۰۷	-۱/۲۱	۰/۳۸
اثر مستقیم عدم قضاوت بر سلامت روان	-۰/۰۴	-۰/۰۲	-۰/۱۸	۰/۱۱	-۰/۲۶	۰/۷۰
اثر مستقیم عدم واکنش بر سلامت روان	۰/۴۳	۰/۲۲	۰/۰۸	۰/۳۷	۲/۶۵	۰/۰۱
اثر مستقیم سرمایه روان‌شناختی بر سلامت روان	۱/۰۳	۰/۲۹	۰/۱۱	۰/۴۳	۳/۲۶	۰/۰۱
اثر مستقیم مشاهده بر سرمایه روان‌شناختی	-۰/۰۹	-۰/۰۸	-۰/۲۱	۰/۰۳	-۱/۱۴	۰/۲۱
اثر مستقیم توصیف بر سرمایه روان‌شناختی	۰/۰۴	۰/۰۷	-۰/۰۹	۰/۱۸	۰/۸۷	۰/۵۶
اثر مستقیم عمل همراه با آگاهی بر سرمایه روان‌شناختی	۰/۲۲	۰/۴۹	۰/۳۵	۰/۶۳	۵/۷۰	۰/۰۰۹
اثر مستقیم عدم قضاوت بر سرمایه روان‌شناختی	۰/۱۴	۰/۲۴	۰/۱۰	۰/۳۶	۲/۹۱	۰/۰۱
اثر مستقیم عدم واکنش بر سرمایه روان‌شناختی	-۰/۰۰۱	-۰/۰۰۲	-۰/۱۳	۰/۱۸	-۰/۰۲	۰/۹۳

نتایج بدست آمده از جدول ۲ نشان داد که مولفه‌های توصیف و عدم واکنش از متغیر ذهن‌آگاهی به همراه متغیر سرمایه روان‌شناختی به ترتیب با اندازه اثرهای ۰/۱۸ (P=۰/۰۳)، ۰/۲۲ (P=۰/۰۱) و ۰/۲۹ (P=۰/۰۱) اثر مستقیم معناداری بر سلامت راون زنان باردار دارند.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.2.9]

این درحالی بود که مولفه‌های مشاهده، عمل همراه با ذهن‌اگاهی و عدم قضاوت به ترتیب با اندازه اثر استاندارد شده ۰/۱۱ (P=۰/۱۶)، ۰/۱۱- (P=۰/۳۸) و ۰/۰۴- (P=۰/۷۰) اثر مستقیم معناداری بر سلامت روان نداشتند. همچنین نتایج نشان داد که عمل همراه با آگاهی و عدم قضاوت به ترتیب با اندازه اثرهای استاندارد شده ۰/۴۹ (P=۰/۰۰۹) و ۰/۲۴ (P=۰/۰۱) اثر مستقیم معناداری بر سرمایه روان‌شناختی دارند. این درحالی بود که اثر مستقیم مولفه‌های مشاهده، توصیف و عدم واکنش به ترتیب با اندازه اثر استاندارد شده ۰/۰۹-(P=۰/۲۱)، ۰/۰۴ (P=۰/۵۶) و ۰/۰۰۱ (P=۰/۹۳) بر سرمایه روان‌شناختی معنادار نبود. در ادامه و در جدول ۳ ضرایب اثرات غیرمستقیم مولفه‌های ذهن‌آگاهی بر سلامت روان زنان باردار به واسطه سرمایه روان‌شناختی ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون بوت استراپ جهت بررسی نقش میانجی سرمایه روان‌شناختی در رابطه مولفه‌های ذهن‌آگاهی و سلامت روان

مسیر		اندازه اثر غیر استاندارد	اندازه اثر استاندارد	حد پایین	حد بالا	P
ذهن-آگاهی	مشاهده_سرمایه روان‌شناختی _ سلامت روان	۰/۰۹-	۰/۰۲-	۰/۰۸-	۰/۰۰۷	۰/۱۹
	توصیف_سرمایه روان‌شناختی _ سلامت روان	۰/۰۴	۰/۰۲	۰/۰۲-	۰/۰۶	۰/۴۸
	عمل همراه با آگاهی_سرمایه روان‌شناختی _ سلامت روان	۰/۲۲	۰/۱۴	۰/۰۶	۰/۲۴	۰/۰۰۵
	عدم قضاوت_سرمایه روان‌شناختی _ سلامت روان	۰/۱۴	۰/۰۷	۰/۰۲	۰/۱۴	۰/۰۱
	عدم واکنش_سرمایه روان‌شناختی _ سلامت روان	۰/۰۰۱	۰/۰۱	۰/۰۴-	۰/۰۶	۰/۹۳

نتایج بدست آمده از آزمون بوت استراپ در جدول ۳ نشان داد که مولفه‌های عمل همراه با آگاهی و عدم قضاوت با اندازه اثر استانداردشده ۰/۱۴ (P=۰/۰۰۵) و ۰/۰۷ (P=۰/۰۱) اثر غیر مستقیم مثبت و معناداری بر سلامت روان به واسطه سرمایه روان‌شناختی دارد. به عبارتی این دو مولفه ذهن‌آگاهی به واسطه افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی، به صورت معناداری منجر به افزایش سلامت روان در زنان باردار می‌شوند. ولی سه مولفه مشاهده، توصیف و عدم واکنش به ترتیب با اندازه اثر استاندارد شده ۰/۰۲- (P=۰/۱۹)، ۰/۰۲ (P=۰/۴۸) و ۰/۰۱ (P=۰/۹۳) اثر غیرمستقیم معناداری را نشان ندادند (P>۰/۰۵).

در جدول ۴ شاخص‌های برازش مدل اصلاح شده پژوهش ارائه شده است.

جدول ۴. شاخص های برازش مدل پژوهش

شاخص	χ^2/df	RMSEA	NFI	IFI	CFI	GFI	AGFI
ملاک برازش	≥۳ *	≥۰/۱۰ *	≤۰/۹۰*	≤۰/۹۰*	≤۰/۹۰*	≤۰/۹۰*	≤۰/۹۰*
آمارۀ پژوهش حاضر	۲/۲۸	۰/۰۸	۰/۹۴	۰/۹۷	۰/۹۷	۰/۹۰	۰/۸۸

برای برازندگی مدل هر مقدار شاخص برازندگی تقسیم x^2 بر درجه آزادی کوچکتر از ۳ باشد، برازندگی مدل بهتر است. مقدار بدست آمده در پژوهش حاضر ۲/۲۸ بود که حاکی از برازش تقریبی مدل بود. همچنین به طور کلی هرچه مقدار IFI، CFI، GFI و AGFI به یک نزدیکر باشد و برابر و یا بالاتر از ۰/۹۰ باشد، حاکی از برازش مطلوب مدل دارد. با توجه به اینکه مقادیر بدست آمده برای چهار شاخص ذکر شده به غیر از AGFI در پژوهش حاضر برابر یا بالاتر از ۰/۹۰ بوده، بنابراین بر اساس این شاخص‌ها مدل پژوهش برازش مطلوبی دارد. برای شاخص RAMSEA نیز مقدار ۰/۰۸ بیانگر برازش مطلوب است که برای مدل پژوهش حاضر برابر با ۰/۰۸ بود. به طور کلی نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که مقدار بدست آمده برای شاخص‌های برازش به غیر از AGFI در سطح مطلوبی قرار دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی سرمایه روان شناختی در رابطه بین ذهن آگاهی و سلامت روان زنان باردار بود. نتایج نشان داد که مولفه توصیف ذهن‌آگاهی بر سلامت روان زنان باردار اثر مستقیم معناداری دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های احمدوند و همکاران (۱۳۹۲)، بری و همکاران (۲۰۱۶)، راچ و همکاران (۲۰۱۴)، صدیق ارفعی و حسام‌پور (۱۳۹۴) و قاسمی‌پور و روشن (۱۳۹۸) همسو بود.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.2.9]

در تبیین این یافته می‌توان گفت که توصیف در ذهن‌اگاهی بیانگر نام‌گذاری تجربه‌های بیرونی با کلمات است (بائر و همکاران، ۲۰۰۶). نامگذاری و به کلمه درآوردن تجارب بیرونی با توجه به اینکه منجر به شناخت و بینش بیشتر از تجارب و توانایی‌های فردی می‌گردد، احتمالا بتواند به افزایش سلامت روان در زنان باردار گردد. به عبارتی دیگر توصیف دقیق تجربه‌های مرتبط با بارداری در زنان احتمالا منجر به این شود که زنان باردار درک روشن و واقع‌بینانه‌ای از بارداری خود و چالش‌های آن بدست آورند و برپایه این شناخت اقدام‌های سازنده‌تر و واقع‌بینانه‌ای از خود نشان دهند که سلامت روان آنها را ارتقا می‌دهد. با توجه به اینکه این اقدام‌ها و بینش‌ها مبتنی بر توصیف دقیق تجربه بارداری در زنان است احتمالا بتواند در جهت غلبه بر چالش‌ها و وظایف مرتبط با بارداری عمل کند و منجر به افزایش سلامت روان در آنها گردد. بنابراین می‌توان گفت که مولفه توصیف ذهن‌آگاهی احتمالا با توجه به اینکه به شناخت و افزایش درک زنان باردار از شرایط خود می‌گردد، احتمالا توانسته باشد به این زنان کمک کند به شیوه‌ای موثرتر با استرس‌ها و چالش‌های بارداری کنار بیایند و سلامت روان بالاتری را تجربه کنند.

همچنین نتایج بیانگر اثر مستقیم مولفه عدم قضاوت بر سلامت روان زنان باردار بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های یعقوبی و همکاران (۱۳۹۸)، قاسمی‌پور و روشن (۱۳۹۸)، بری و همکاران (۲۰۱۶) و راچ و همکاران (۲۰۱۴) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در حالت عدم قضاوت افراد اجازه آمد و رفت به افکار و احساس‌های درونی را بی‌آنکه با آن‌ها گیر شود، می‌دهد (بائر و همکاران، ۲۰۰۶). در زنان باردار احساس‌های ناخوشایند مرتبط با تجارب ناگهانی و ناگوار قبلی عموما یک عامل خطر برای حفظ توانمندی فعلی فرد و سلامت روان محسوب می‌گردد (کینگ[1] و همکاران، ۲۰۱۰). بر همین اساس می‌توان این استدلال را مطرح کرد که عدم واکنش و درگیر نشدن با این احساس‌ها و تجارب درونی، احتمالا این فرصت را برای زنان باردار فرآهم می‌آورد که بر تجربه بارداری و راه‌های مقابله با چالش‌های آن متمرکز شد و با پدید آوردن نتایج مثبت و خوشایند، سلامت روان بالاتری را تجربه کنند. به عبارتی دیگر درگیر شدن و واکنش نشان دادن به تجارب ناخوشایند درونی باعث می‌گردد که انرژی و توجه فردی، صرف این واکنش‌ها گردد. بنابراین عدم درگیر شدن با این تجارب باعث می‌شود که توجه و تمرکز فرد در جهت رفاه و آسایش روانی و جسمی زنان باردار عمل کند.

همچنین بخشی از یافته‌های پژوهش حاضر نیز بیانگر این بود که مولفه‌های عمل همراه با آگاهی بر سلامت روان به واسطه سرمایه روان‌شناختی اثر غیرمستقیم دارد. این یافته با نتایج یعقوبی و همکاران (۱۳۹۸)، بری و همکاران (۲۰۱۶) و راچ و همکاران (۲۰۱۴) همسو بود. عمل توأم با هوشیاری دربرگیرنده عمل کردن با حضور ذهن کامل در هر لحظه است و در تضاد با عمل مکانیکی است که در هنگام وقوع ذهن فرد در جای دیگری است (بائر و همکاران، ۲۰۰۶). در چنین حالتی می‌توان این احتمال را داد که متمرکز بودن ذهن بر لحظه حال باعث گردد که توجه زنان باردار بر سرمایه‌های روان‌شناختی خود در جهت انجام عملکرد مناسب افزایش پیدا کند. در همین رابطه نیز بیان شده است که سلامت روان حالتی از بهزیستی است که فرد توانایی‌های خود را درک می‌کند و می‌تواند با استرس‌های زندگی کنار بیاید (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴). بنابراین می‌توان گفت که مولفه عمل همراه با آگاهی ذهن‌آگاهی احتمالا با توجه به اینکه به شناخت و افزایش درک زنان باردار از توانایی‌ها و سرمایه‌های روان‌شناختی می‌گردد، احتمالا توانسته باشد به این زنان کمک کند به شیوه‌ای موثرتر با استرس‌ها و چالش‌های بارداری کنار بیایند و سلامت روان بالاتری را تجربه کنند. به عبارتی دیگر تمرکز بر تجربه‌های مرتبط با بارداری در زنان در زمان حال احتمالا منجر به این شود که زنان باردار درک روشن و واقعبینانه‌ای از بارداری خود و چالش‌های آن بدست آورند و برپایه این تمرکز بهه توانمندی‌های روان‌شناختی خود توجه کنند و با بهره‌گیری از آنها اقداماتی سازنده‌ای انجام دهند که به سلامت روان آنها کمک می‌کند.

همچنین نتایج نشان داد که عدم قضاوت نیز به واسطه سرمایه‌روان‌شناختی بر سلامت روان زنان باردار اثر غیرمستقیم معناداری دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های قاسمی جوبنه و همکاران (۱۳۹۵)، علی و همکاران (۲۰۲۱)، نظری چافجیری و زربخش‌بحری (۱۳۹۹)، راچ و همکاران (۲۰۱۴) و سلوراج و بهات[2] (۲۰۱۸) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که غیر قضاوتی بودن به تجربه درونی شامل حالت غیر قضاوتی داشتن نسبت به افکار و احساسات است (بائر و همکاران، ۲۰۰۶). عدم قضاوت احساس‌ها و تجارب درونی باعث می‌شود که هیجان‌ها و افکار ناخوشایند ناشی از قضاوت منفی تولید نگردد. عدم رشد و گسترش احساس‌ها و افکار منفی احتمالا این فرصت را برای زنان باردار فرآهم می‌آورد تا بر چالش‌ها و استرس‌های ملموس بارداری متمرکز گردند و با انرژی بیشتری در جهت حل و فصل آنها اقدام کنند. به عبارتی دیگر عدم قضاوت تجارب ناخوشایند درونی باعث می‌گردد که انرژی و توجه فردی که مرکز ثقل سرمایه‌های

1 King
2 Selvaraj & Bhat

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.2.9]

روان‌شناختی است، صرف این واکنش‌ها نگردد و این فرصت فرآهم گردد که توجه و انرژی سرمایه‌های روان‌شناختی در جهت بهبود شرایط و افزایش سلامت روان خرج گردد.

در نهایت نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مولفه مشاهده ذهن‌آگاهی اثر مستقیم و غیرمستقیم معناداری بر سلامت روان زنان باردار ندارد. این امر تا حدودی می‌تواند ناشی از اثر مشترکی باشد که بین مولفه‌های ذهن‌آگاهی وجود دارد و در تحلیل معادلات ساختاری این اثر مشترک با استفاده از رسم پیکان دو جهته کنترل می‌گردد. در همین رابطه نیز بیان شده از است که پذیرش و توجه بر زمان عامل مشترک حالت‌ها و تمرین‌های ذهن‌آگاهی است (سگال و همکاران، ۲۰۱۳). اگرچه نتایج همبستگی نشان داد که مولفه مشاهده با سلامت روان زنان باردار رابطه معناداری دارد، اما در مدل پژوهش اثر معناداری بر سلامت روان نداشت. این امر احتمالا تا حدودی ناشی از این باشد که با کنترل شدن عامل مشترک این مولفه با مولفه‌های دیگر در مدل پژوهش، اثر معناداری برای این مولفه مشاهده نگردید. علاوه بر این باید توجه کرد که مولفه مشاهد بیانگر مشاهده رویدادهای درونی و بیرونی است (بائر و همکاران، ۲۰۰۶). این مشاهده شاید برای زنان باردار نتواند اثرات مفیدی در پی داشته باشد، چرا که در دوران بارداری تغییرات مشهود مختلفی در ظاهر بدن، زنانگی، عواطف و تمایلات جنسی رخ دهد که می‌تواند منبع استرس باشد (بجلیکا و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین میل به مشاهده این تغییرات اگرچه ممکن است همراه با افزایش ذهن‌آگاهی واثر مثبت بر سلامت روان باشد، اما می‌تواند همراه با پیامدهای منفی ناشی از نگرانی‌های پیرامون بدشکلی بدنی و عملکرد جنسی نیز باشد. این امر از آن جهت امکان‌پذیر است که نمونه مورد مطالعه مداخله ذهن‌آگاهی دریافت نکرده‌اند که لزوما درگیر مشاهده بدون قضاوت شوند.

در مجموع نتایج بدست آمده نشان داد سرمایه روان‌شناختی در رابطه میان دو مولفه عمل همراه با آگاهی و عدم قضاوت با سلامت روان زنان باردار نقش میانجی معناداری دارد و دو مولفه توصیف و عدم واکنش به تجارب درونی به صورت مستقیم بر سلامت روان زنان باردار اثر مستقیم معناداری دارد. پیشنهاد می‌شود متولیان و سازمان‌های خدمات رسان به زنان باردار استفاده از آموزش‌های مرتبط با ذهن‌اگاهی و سرمایه روان‌شناختی را در برنامه‌های ارتقاء سلامت روان زنان باردار لحاظ کنند.

با این حال نباید از محدودیت‌های پژوهش غافل شد. یکی از محدودیت‌های عمده پژوهش حاضر این بود که نمونه مورد مطالعه شامل زنان باردار ۱۸ الی ۴۰ بود، بنابراین نتایج بدست آمده محدود به این گروه سنی از زنان است. همچنین عدم استفاده از نمونه‌گیری تصادفی دیگر محدودیت پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی نمونه‌های سنی به غیر از ۱۸ تا ۴۰ سال نیز مورد بررسی قرار گیرد تا تعمیم‌پذیری نتایج به دیگر گروه‌های سنی نیز مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

احمدوند، ز؛ حیدری نسب، ل. و شعیری، م. (۱۳۹۲). تبیین بهزیستی روانشناختی براساس مؤلفه های ذهن آگاهی. *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۱ (۲)، ۶۰-۶۹. 20.1001.1.23221283.1391.1.2.6.5

بشارت، م. ع. (۱۳۸۸). پایایی و روایی فرم ۲۸ سوالی مقیاس سلامت روانی در جمعیت ایرانی. *مجله علمی پزشکی قانونی*، ۱۵ (۲ (مسلسل ۵۴))، ۷۸-۹۱. http://sjfm.ir/article-1-185-fa.html

تمنایی‌فر، ش؛ اصغرنژاد، ع؛ میرزایی، م. و سلیمانی، م. (۱۳۹۵). ویژگی های روان سنجی پرسشنامه پنج عاملی ذهن آگاهی. *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*، ۱۲ (۴۷)، ۳۲۱-۳۲۹. 10.22075/jcp.2019.17050.1634

سبحانی، ا؛ باباخانی، ن؛ آل بویه، م. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس و ادراک کاهش درد، در زنان مبتلا به کمردردهای مزمن پس از زایمان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۵ (۳)، ۲۶۶-۲۷۷. 10.32598/ijpcp.25.3.266

شاهویی، ر؛ کریمی، ا؛ شریفی، ش؛ صوفی‌زاده، ن. و خان پور، ف. (۱۳۹۸). بررسی اثر بخشی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر اضطراب زنان باردار. *فصلنامه پرستاری، مامایی و پیراپزشکی*، ۵ (۳)، ۸۳-۹۴. http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-271-fa.html

شهیاد، ش. و محمدی، م. (۱۳۹۹). آثار روان‌شناختی گسترش بیماری کووید-۱۹ بر وضعیت سلامت روان افراد جامعه: مطالعه مروری. *مجله طب نظامی*، ۲۲ (۲)، ۱۸۴-۱۹۲. 21.231283.1399.1.2.16.5

صدیق ارفعی، ف. و حسامپور، ف. (۱۳۹۴). رابطه ذهن‌آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان مادران کودکان کم‌توان ذهنی. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۴ (۴)، ۵۲-۴۲. 10.30491/JMM.22.2.184

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.2.9]

علیپور, ا؛ آخوندی، ن؛ صرامی فروشانی, غ. و اعراب شیبانی, خ. (۱۳۹۳). اعتباریابی و بررسی ساختار عاملی پرسشنامه سرمایه روانی در کارشناسان شرکت ایران خودرو دیزل. مطالعات روان‌شناختی, ۱۰(۳), ۹۵-۱۱۰. 10.22051/psy.2015.1781

قاسمی پور، ی. و روشن، ب. (۱۳۹۸). نقش ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی در پیش بینی سلامت روان مادران دارای کودک کم توان ذهنی. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۶ (۱)، ۱۸۷-۱۷۶. 10.29252/jcmh.6.1.15

قاسمی جوبنه، ر؛ زهراکار، ک؛ همدمی، م. و کریمی، ک. (۱۳۹۵). نقش سلامت معنوی و ذهن آگاهی در سرمایه روانشناختی دانشجویان. *پژوهش در آموزش علوم پزشکی*, ۸(۲), ۲۷-۳۶. 10.18869/acadpub.rme.8.2.27

ماجانی، خ؛ افخمی، ف؛ محمدی، ا. و نقیبی، ا. (۱۳۹۷). بررسی سلامت روان در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر ساری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۸ (۱۶۲)، ۸۵-۷۷. http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-11246-fa.html

نظری چافجیری، م؛ ابوالقاسمی، ش. و زربخش بحری، م. ر. (۱۳۹۹). رابطه سبک های دلبستگی و سرمایه روان شناختی با افسردگی از طریق میانجی‌گری طرحواره های ناسازگار اولیه در افراد دچار آسیب شنوایی . *فصلنامه علمی پژوهشی سلامت اجتماعی*، ۸(۴)، ۲۴-۳۸. https://doi.org/10.22037/ch.v8i4.31490

یعقوبی, ا؛ نادری پور, ح؛ یارمحمدی واصل, م. و محققی, ح. (۱۳۹۸). تبیین بهزیستی روانشناختی بر اساس ذهن آگاهی، نیاز به شناخت و سرمایه های روانشناختی در دانشجویان. *فصلنامه روان شناسی تربیتی*, ۱۵(۵۲), ۲۱۷-۲۳۷. https://doi.org/10.22054/jep.2019.35337.2381

Ali, M., Khan, A. N., Khan, M. M., Butt, A. S., & Shah, S. H. H. (2021). Mindfulness and study engagement: mediating role of psychological capital and intrinsic motivation. *Journal of Professional Capital and Community*.7(2), 144-158. https://doi.org/10.1108/JPCC-02-2021-0013

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. 10.1177/1073191105283504

Barry, K., Woods, M., Martin, A., Sterling, C., & Warnecke, E. (2016). Daily mindfulness practice increases psychological capital and reduces depression in doctoral students. *Computers in Human Behavior*, *87*, 247-253. 10.1016/j.chb.2018.06.006

Bjelica, A., Cetkovic, N., Trninic-Pjevic, A., & Mladenovic-Segedi, L. (2018). The phenomenon of pregnancy—A psychological view. *Ginekologia polska*, *89*(2), 102-106. 10.5603/GP.a2018.0017

Carmona-Halty, M., Schaufeli, W. B., & Salanova, M. (2019). Good relationships, good performance: the mediating role of psychological capital–a three-wave study among students. *Frontiers in Psychology*, *10*, 306. 10.3389/fpsyg.2019.00306

Carpenter, J. K., Conroy, K., Gomez, A. F., Curren, L. C., & Hofmann, S. G. (2019). The relationship between trait mindfulness and affective symptoms: A meta-analysis of the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Clinical psychology review*, *74*, 101785. 10.1016/j.cpr.2019.101785

Creswell, J. D. (2017). Mindfulness interventions. *Annual review of psychology*, *68*, 491-516. 10.1146/annurev-psych-042716-051139

Dello Russo, S., & Stoykova, P. (2015). Psychological capital intervention (PCI): A replication and extension. *Human Resource Development Quarterly*, *26*(3), 329-347. 10.1002/hrdq.21212

Ellison, M. L., Belanger, L. K., Niles, B. L., Evans, L. C., & Bauer, M. S. (2018). Explication and definition of mental health recovery: A systematic review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *45*(1), 91-102. 10.1007/s10488-016-0767-9.

Garver, M. S., & Mentzer, J. T. (1999). Logistics research methods: employing structural equation modeling to test for construct validity. *Journal of business logistics*, *20*(1), 33-41. 10.1016/j.jhtm.2018.03.002

Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, *59*, 52-60. 10.1016/j.cpr.2017.10.011

King, N., Chambers, J., O'Donnell, K., Jayaweera, S. R., Williamson, C., & Glover, V. A. (2010). Anxiety, depression and saliva cortisol in women with a medical disorder during pregnancy. *Archives of women's mental health*, *13*(4), 339-345. 10.1007/s00737-009-0139-5

Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel psychology*, *60*(3), 541-572. 10.1111/j.1744-6570.2007.00083.x

Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2015). *Psychological capital and beyond*. Oxford University Press, USA.

Malinowski, P., & Lim, H. J. (2015). Mindfulness at work: Positive affect, hope, and optimism mediate the relationship between dispositional mindfulness, work engagement, and well-being. *Mindfulness*, *6*(6), 1250-1262. doi.org/10.1007/s12671-015-0388-5

Medvedev, O. N., Krägeloh, C. U., Narayanan, A., & Siegert, R. J. (2017). Measuring mindfulness: Applying generalizability theory to distinguish between state and trait. *Mindfulness*, *8*(4), 1036-1046. 10.1007/s12671-015-0388-5

Meyer-Lindenberg, A. (2014). Social neuroscience and mechanisms of risk for mental disorders. *World Psychiatry*, *13*(2), 143. 10.1002/wps.20121

Muthukrishnan, S., Jain, R., Kohli, S., & Batra, S. (2016). Effect of mindfulness meditation on perceived stress scores and autonomic function tests of pregnant Indian women. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, *10*(4), 1-8. 10.7860/JCDR/2016/16463.7679

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.2.9]

Roche, M., Haar, J. M., & Luthans, F. (2014). The role of mindfulness and psychological capital on the well-being of leaders. *Journal of occupational health psychology*, *19*(4), 476-489. 10.1108/DLO-10-2014-0188

Santisi, G., Lodi, E., Magnano, P., Zarbo, R., & Zammitti, A. (2020). Relationship between psychological capital and quality of life: The role of courage. *Sustainability*, *12*(13), 5238. 10.3390/su12135238

Savory, N. A., Hannigan, B., John, R. M., Sanders, J., & Garay, S. M. (2021). Prevalence and predictors of poor mental health among pregnant women in Wales using a cross-sectional survey. *Midwifery*, *103*, 103103. 10.1016/j.midw.2021.103103

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression.* 2nd Edn New York. *NY:* Guilford Press.

Selvaraj, P. R., & Bhat, C. S. (2018). Predicting the mental health of college students with psychological capital. *Journal of Mental Health*, *27*(3), 279-287. 10.1080/09638237.2018.1469738

Thompson, R. W., Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (2011). Conceptualizing mindfulness and acceptance as components of psychological resilience to trauma. *Trauma, Violence, & Abuse*, *12*(4), 220-235. 10.1177/1524838011416375

WHO, V. (2014). *Mental health: a state of well-being.* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178879/9789241565011_eng.pdf

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-30]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.2.9]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-30]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.2.9]