

«فصلنامه علوم تربیتی»

سال پنجم - شماره ۱۹ - پاییز ۱۳۹۱

ص.ص. ۹۱-۱۰۵

رابطه ذهن آگاهی، سبک‌های مقابله‌ای و هوش هیجانی با سلامت روانی در دانشجویان

دکتر محمد نریمانی^۱

دکتر عادل زاهد^۲

رضا گل‌پور^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۱۰/۲۹

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۳۹۱/۰۷/۰۸

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه ذهن آگاهی، سبک‌های مقابله‌ای و هوش هیجانی با سلامت روانی بود. برای این منظور نمونه‌ای به تعداد ۴۶۵ آزمودنی از دانشجویان دانشگاه پیام نور استان مازندران انتخاب شدند. از ابزارهای پرسشنامه ذهن آگاهی، سبک‌های مقابله‌ای، هوش هیجانی و مقیاس سلامت عمومی شبرای جمع آوری اطلاعات استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که ذهن آگاهی با سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار رابطه مثبت و معنی دار ($P < 0/01$) و با سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار ($P < 0/01$) رابطه منفی و معنی‌داری دارد. سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار با سلامت روانی (نشانه‌هایی از افکار و احساسات نابهنجار) رابطه منفی و سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار با سلامت روانی (نشانه‌هایی از افکار و احساسات نابهنجار) رابطه مثبت دارد ($P < 0/01$). ذهن آگاهی با سلامت روانی (نشانه‌های نظیر نشانه‌هایی از افکار و احساسات نابهنجار) و هوش هیجانی رابطه ندارد، و نیز بین هوش هیجانی و سلامت روانی رابطه معناداری یافت نشد. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چند متغیری نشان داد که ۷ درصد از واریانس سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار و ۵ درصد از واریانس سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار از طریق ذهن آگاهی تبیین می‌شود. همچنین ۱۰ درصد از واریانس سلامت روانی از طریق سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار و ۱۸ درصد از واریانس سلامت روانی از طریق سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار تبیین می‌شود. این نتایج نشان می‌دهد که سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار پیش‌بینی کننده بهتری برای سلامت روانی از جهت نشانه‌های منفی آن می باشد.

واژگان کلیدی: ذهن آگاهی، سبک‌های مقابله‌ای، سلامت روانی و هوش هیجانی.

۱. استاد دانشگاه محقق اردبیلی.

۲. استاد یار دانشگاه محقق اردبیلی.

۳. دانشجوی دکتری روان شناسی و هیات علمی دانشگاه پیام نور، گروه روان شناسی.

مقدمه

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 را جهت انتخاب راهکارهای مقابله‌ای مؤثر، میسر می‌شود (غضنفری و قدم پور، ۱۳۸۷).

یکی از متغیرهایی که می‌تواند در این امر مثر ثمر باشد و اخیراً اندیشمندان به بررسی آن پرداختند، ذهن آگاهی^۱ است. لانجر^۲ واژه ذهن آگاهی را برای توصیف یک رویکرد تحقیق علمی به کار برد. به نظر لانجر، ذهن آگاهی یک فرایند شناختی خلاق و سازنده است و زمانی که یک فرد سه ویژگی کلیدی را به کار می‌گیرد، آشکار می‌شود. آن سه ویژگی عبارتند از: ۱. خلق یک طبقه بندی جدید ۲. پذیرا بودن اطلاعات جدید و ۳. آگاهی از دید و زوایای دید ژرف‌تر و بیشتر (ساین، لانسین، وینستون، کورت و واهلر^۳، ۲۰۰۵). ذهن آگاهی از طریق آگاهی و هشیاری لحظه به لحظه، مداوم و غیر ارزیابانه نسبت به فرایندهای روانی مشخص می‌شود و شامل آگاهی مداوم از احساسات فیزیکی، ادراکات، عواطف، افکار و تصورات است. ذهن آگاهی از افکار جداناپذیر است (ولز^۴، ۲۰۰۲).

پژوهش‌های مختلفی نشان می‌دهند که ذهن آگاهی با سلامت روانی همبسته است و با وجود این متغیر نشانه‌های روان نژندی کاهش می‌یابد (برای مثال: بیر اسمیت و آلن^۵، ۲۰۰۴؛ جنیس، باون و مارلات^۶، ۲۰۰۵؛ میلر^۷ و همکاران به نقل از وارپلانکن؛ فرایبرگ، وانگ، ترافیمو و وولف^۸، ۲۰۰۷؛ کینگ استون، چادویک، مروون و اسکینر^۹، ۲۰۰۷؛ کارمودی، رید، کریستلر و مرتیام^{۱۰}، ۲۰۰۸) هاول، دیجدان، بارو و شپتیکی^{۱۱} (۲۰۰۸) ذهن آگاهی را در ارتباط با سلامت روانی و کیفیت خواب در نمونه‌ای به تعداد ۳۰۵ فارغ التحصیل دانشگاهی مورد بررسی قرار دادند. یافته‌ها بیانگر آن بود که ذهن آگاهی پیش‌بینی کننده مستقیم و مثبت سلامت روانی است و به طور غیر مستقیم (از طریق میانجی سلامت روانی) خواب را نیز مورد پیش‌بینی قرار می‌دهد. در بررسی چندگانه تأثیر ذهن آگاهی بر استرس، سبک مقابله‌ای و سلامت هیجانی نیز نتایج پژوهش ونستین، براون و رایان^{۱۲} (۲۰۰۹) نشان دادند، افراد با ذهن آگاهی بالا بیشتر به

1. Mindfulness
2. Langer
3. Singh, Lancion., Winton, Curtis & Wahler
4. Wells
5. Bear, smith & Allen,
6. Bown & Marlat
7. Miller et al
8. Varplanken, Friborg, Wang trafimoww & Woolf
9. Kingston, Chadwick. Meron, Danieland & Skinner t
10. Carmody,;Reed, Kristeller, & Merriam
11. Howell, Digdon, Buro, & Sheptycki,
12. Weinstein , Brown& Ryan

ارزیابی استرس پرداخته، کمتر از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی استفاده کرده و مقابله مسئله مدار را گزارش می‌کردند. همچنین پاسخ‌های سازگارانه استرس و راهبردهای مقابله به میزان زیادی با توجه به ارتباط میان ذهن آگاهی و سلامت روانی تعدیل شدند. میت ماسگروبر، بک، هافر و اسپابلر^۱ (۲۰۰۹) نیز در بررسی ذهن آگاهی و فراهیجان در تنظیم هیجانی بیان کردند، نشانه‌های روان شناختی سلامت روانی به میزان زیادی توسط ذهن آگاهی و فراهیجان پیش‌بینی می‌شود و مؤلفه های فوق در تنظیم هیجان‌ات نیز نقش عمده‌ای دارند.

همچنین سبک‌های مقابله‌ای به عنوان کوشش‌هایی برای بالا بردن تناسب بین شخص و محیط و یا به عنوان تلاش‌هایی برای اداره رویدادهایی که استرس‌زا درک می‌شوند، تعریف شده است. دو روش عمده مقابله با استرس شناسایی شده است: مقابله متمرکز بر مسئله و مقابله‌های متمرکز بر هیجان (لازاروس و فالکمن^۲ به نقل از ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۴). در روش مقابله متمرکز بر مسئله، فعالیت‌های مستقیم مبتنی بر محیط است و خود جهت رفع یا تغییر شرایط ارزیابی شده به عنوان تهدید در بر می‌گیرد. اما در مقابله‌های متمرکز بر هیجان، فعالیت‌ها یا افکاری را که برای کنترل احساسات نامطلوب ناشی از شرایط استرس‌زا استفاده می‌شود، شامل می‌شود. نتایج مطالعات نشان می‌دهد، سبک‌های مقابله‌ای با سلامت روانی مرتبط است. بلینگر و موس^۳ (۱۹۸۴) دریافتند که مقابله متمرکز بر حل مسئله و کنترل هیجانی با ناهنجاری‌های شدید، کمتر مرتبط است. به طور مشابه آلدوین و رونسون^۴، (۱۹۸۷) دریافتند که فعالیت متمرکز بر مسأله یک عامل حفاظت کننده در مقابل استرس است (کولینز و موویرا^۵، به نقل از خسروی و آقاجانی، ۱۳۸۱). ویتالیانو^۶ (۱۹۹۰) نیز دریافت که مقابله متمرکز بر مشکل با خلق افسرده، ارتباط منفی دارد. البته این ارتباط منفی زمانی است که استرس دریافت شده، قابل تغییر ادراک شود اما زمانیکه استرس غیر قابل تغییر ادراک شده باشد، ارتباطی وجود ندارد (به نقل از خسروی و آقاجانی، ۱۳۸۱). دان، ساده و کنین^۷ (۲۰۰۴) به بررسی تأثیر استرس بر خواب و نقش کاهش دهنده سبک‌های مقابله‌ای پرداختند. نتایج نشان داد دوره استرس بالا و کاهش زمان خواب به طور معناداری نمره بالایی از مقابله متمرکز بر هیجان را پیش‌بینی می‌کند. در ایران نیز پژوهش‌ها نشان از رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای و سلامت روانی دارد (برای مثال، خسروی و آقاجانی، ۱۳۸۱؛ محمودی، شریعتی و بهنام پور و همکاران، ۱۳۸۱؛ شریفی‌نیا، ۱۳۸۳؛ فرنیاء، خواجه موگهی، شانه ساز و پاک سرشت، ۱۳۸۵؛ بهروزیان و نعمت‌پور،

1. Mitmansgruber ,Beck, Höfer & Schüßler

2. Lasaros & Fulkman

3. Billings & Moos

4. Aldwin & Revenson

5. Collins & Mowbra

6. Vitaliano

7. Daon, Sade & Keinan

(۱۳۸۴). اما نتایج پژوهش‌های بوهنن^۱ به نقل از اخوت، کاویانی و شفیع آبادی؛ اخوت و همکاران (۱۳۸۳) و ثمری، لعلی فاز، عسگری و عباسی (۱۳۸۵) بیان می‌کند که بین این دو مؤلفه رابطه معنی‌داری وجود ندارد. بنابراین به طور کلی اغلب گزارش شده است که مقابله متمرکز بر مشکل مؤثرتر و سازگارانه‌تر از مقابله متمرکز بر هیجان است. به این دلیل که این نوع مقابله موقعیت استرس‌آور را تغییر می‌دهد. استفاده از راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر هیجان احتمال افسردگی و ضعف جسمانی را افزایش می‌دهد در حالیکه راهبردهای متمرکز بر مشکل عامل حفاظت‌کننده در مقابل افسردگی و ضعف سلامت جسمانی است.

همچنین یکی از پدیده‌هایی که در چند دهه‌های اخیر مورد استقبال زیادی قرار داشته است، هوش هیجانی^۲ است، که دلیل این امر توانایی فرضی هوش هیجانی بالاتر در حل مسائل به کاستن از میزان تعارضات بین آنچه که انسان احساس می‌کند با آنچه فکر می‌کند است، یا همان تقابل قدیمی «عقل» و «دل» و مشاهده زندگی شاد و موفقیت‌آمیز کسانی که از تحصیلات عالی برخوردار نیستند ولی به دلیل هوش هیجانی بالا به این خوشبختی دست یافته‌اند، گواه این مسأله است. پژوهش‌های متعددی نشان داده که هوش هیجانی می‌تواند سبب افزایش میزان سلامتی، رفاه، ثروت، موفقیت و عشق و شادی شود (تیرگر، ۱۳۸۳). جین و سینها^۳ (۲۰۰۵) در پژوهش خود نشان دادند که هوش هیجانی با سلامت عمومی رابطه مثبت و معنی‌داری دارد و از پیش‌بینی‌کننده‌های مناسب آن می‌باشد (بنی هاشمیان، صیف و موذن، ۱۳۸۸). زارغان، اسداله‌پور و بخشی‌پور رودسری (۱۳۸۶) در بررسی رابطه هوش هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار با سلامت عمومی دریافتند که هوش هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای حل مسأله با سلامت عمومی رابطه معنی‌داری دارند. خسروی کبیر، موسوی و آقاییوسفی (۱۳۸۸) در پژوهش خود نشان دادند که بین هوش هیجانی و سلامت روانی افراد معتاد و عادی رابطه معنی‌داری وجود دارد. همچنین بنی هاشمیان، صیف و موذن (۱۳۸۸) رابطه بدینی با سلامت عمومی و هوش هیجانی را در دانشجویان دانشگاه شیراز و علوم پزشکی شیراز مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که بین هوش هیجانی و سلامت عمومی دانشجویان رابطه معنی‌داری وجود دارد. نتایج پژوهش‌های دیگر نیز نقش هوش هیجانی را در تعدیل استرس و بهبود سلامت روانی که به کنترل افراد در موقعیت‌های مختلف و در مقابله با استرسورها می‌انجامد، نشان می‌دهد (سیاروجی، چان و بجکار^۴؛ مارنی^۵؛ هولاهان و موس^۶ به نقل از اسمعیلی و همکاران، ۱۳۸۶).

1. Bohnen
2. Emotional intelligence
3. Jeen & Sinha
4. Siaroji, Chan & Bejkar
5. Marney
6. Haluhan & moos

به طور کلی نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد، افراد با ذهن آگاهی بالا، سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار و هوش هیجانی بالا از سلامت روانی مطلوب‌تری برخوردار بوده و نشانه‌های روان شناختی و جسمانی کمتری در ارتباط با سلامت روانی و مؤلفه‌های آن (از جهت آسیب شناختی) دارا می‌باشند. با توجه به مطالعات صورت پذیرفته و نکات ذکر شده، در پژوهش حاضر فرضیه‌های ذیل تدوین شدند:

- بین ذهن آگاهی و سلامت روانی در دانشجویان رابطه مثبت وجود دارد.
- بین سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار و سلامت روانی در دانشجویان رابطه مثبت وجود دارد.
- بین هوش هیجانی و سلامت روانی در دانشجویان رابطه مثبت وجود دارد.
- مؤلفه‌های ذهن آگاهی، سبک‌های مقابله‌ای و هوش هیجانی پیش‌بینی کننده سلامت روانی می‌باشند.

روش

روش پژوهش مطالعه حاضر توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانشجویان پسر و دختر دانشگاه پیام نور استان مازندران در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ را تشکیل می‌دهند. تعداد دانشجویان در جامعه آماری پژوهش ۴۶۰۰۰ دانشجویان پسر و دختر دانشگاه پیام نور استان مازندران می‌باشد که به شیوه تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای و بر اساس جدول مورگان انتخاب شدند. بدین صورت که از میان ۱۶ مرکز و واحد دانشگاه پیام نور استان مازندران ابتدا تعداد ۵ مرکز یا واحد به تصادف انتخاب و سپس نمونه نهایی از دانشجویان این مراکز و واحدها که براساس کلاس‌های درسی دسته بندی شدند، انتخاب گردید.

ابزار

پرسشنامه مهارت‌های ذهن آگاهی کنتاکی^۱: پرسشنامه مهارت‌های ذهن آگاهی کنتاکی توسط بیر، اسمیت و آلن (۲۰۰۴) تدوین شده است. دارای ۳۹ ماده است و برای اندازه‌گیری چهار مؤلفه ذهن آگاهی طراحی شده است که عبارتند از: مشاهده گری، توصیف بدون برچسب، عملکرد همراه با آگاهی و پذیرش بدون قضاوت. سئوالات پرسشنامه بر اساس مقیاس پنج نقطه‌ای لیکرت (هیچ وقت، بندرت تا همیشه یا) درجه بندی شده است. KIMS تا حدود زیادی بر اساس مفهوم بندی رفتار درمانی دیالکتیکی از مهارت‌های ذهن آگاهی ساخته شده است و تمایل افراد به هشیار بودن در طی روز و انجام کارهایی که نیاز به تجربه مراقبه ندارد را بررسی می‌کند. همسانی درونی (ضریب آلفای) آن بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۱ برای چهار مقیاس فرعی توسط بیر و همکاران (۲۰۰۴) گزارش شده است. تحلیل عاملی مقدماتی و قطعی از ساختار چهار عامل حمایت نموده و با بسیاری از متغیرهای دیگر مرتبط بوده است. بررسی‌ها نشان داد که نمرات این مقیاس همبستگی پایین با نمرات حاصل از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی داشته است (بیر، زیر چاپ) در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۶ بدست آمد.

پرسشنامه شیوه‌های مقابله: پرسشنامه مقابله با استرس توسط بیلینگز و موس در سال ۱۹۸۱ به منظور شیوه‌های مقابله با استرس طراحی و تدوین شده است. این مقیاس ۱۹ آیتم دارد و سه راهبرد مقابله شناختی، رفتاری و اجتنابی را می‌سنجد. همچنین این مقیاس دو مقابله هیجان‌مدار و مسأله‌مدار را اندازه‌گیری می‌کند. هر آزمودنی به این مقیاس با انتخاب یکی از گزینه‌ها (هیچوقت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه که به ترتیب از صفر تا سه نمره گذاری می‌شود پاسخ می‌دهد. دامنه نمره آزمودنی بین صفر و ۵۷ متغیر خواهد بود. در پژوهش پور شهباز (۱۳۷۴) ضریب بازآزمایی کل پرسشنامه $r=0/73$ ، مقابله رفتاری $r=0/77$ ، مقابله شناختی $r=0/83$ و مقابله اجتنابی $r=0/60$ بدست آمده است. دهقانی (۱۳۷۲) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را بالای $0/90$ بدست آورده است.

پرسشنامه هوش هیجانی سپهریان: توسط سپهریان (۱۳۸۶) با ۳۶ سؤال تهیه گردیده سعی شده سوالات براساس فرهنگ بومی ایرانی نوشته شوند، مقیاس نمره‌گذاری سوالات از صفر تا ۱۰ انتخاب شود زیرا همانگونه که باید برای بیان احساسات لغات مختلف به کار برده شود، شدت و ضعف احساسات نیز طیفی را در بر می‌گیرد که باید آزمودنی آن را بشناسد و جواب دهد (دلور، اکبر زاده، سپهریان ۱۳۸۷). همبستگی آزمون طراحی شده با آزمون بار - آن ۹۰ سؤالی قابل قبول ($0/75$) بوده است.

مقیاس سلامت عمومی: از جمله ابزارهای مورد استفاده در بررسی سلامت روان افراد جامعه و مطالعات اپیدمیولوژی اختلالات روانی، پرسشنامه سلامت عمومی می باشد که توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ ابداع شده و هدف از طراحی آن کشف و شناسایی اختلالات روانی در افراد جامعه، مراکز درمانی و موقعیت‌های مختلف بوده است. در این پژوهش از فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی (۱۹۸۱ و GHQ-۲۸) که سوالات آن در بر گیرنده ۴ خرده مقیاس می باشد که هر یک از آنها دارای ۷ سؤال هستند استفاده شد. ضریب پایایی این پرسشنامه در تحقیق کلاتر و احمدی (۱۳۵۷) در هر یک از خرده مقیاس‌ها با روش‌های آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب عبارتند از $0/92$ ، $0/88$ و $0/91$ ، $0/83$ و $0/75$ ، $0/69$ و $0/88$ و $0/89$ ($P<0/001$). همچنین اعتبار این پرسشنامه $0/67$ الی $0/76$ و پایایی تنصیف $0/83$ و پایایی بازآزمایی $0/85$ گزارش شده است.

یافته‌های پژوهش

همان گونه قبلاً بیان شد، هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط بین ذهن آگاهی، سبک‌های مقابله‌ای، هوش هیجانی و سلامت روانی می باشد که نتایج داده‌های بدست آمده در ادامه ارائه شده است.

جدول شماره ۱. میانگین و انحراف معیار ذهن آگاهی، سبک‌های مقابله‌ای، سلامت روانی و هوش هیجانی در دانشجویان

متغیر	دختر			پسر			کل		
	SD	X	N	SD	X	N	SD	X	N
ذهن مشاهده	۶/۰۹	۲۸/۵۴	۳۰۹	۶/۰۸	۲۶/۲۶	۱۵۶	۶/۱	۲۷/۹۸	۴۳۶
آگاهی توصیف	۴/۳	۱۷/۷۵	۳۰۹	۴/۳۱	۱۸/۹۸	۱۵۶	۴/۱	۱۸/۸۱	۴۳۶
عملکرد همراه با آگاهی	۳/۹۹	۱۹/۴۶	۳۰۹	۳/۵۷	۱۹/۴۳	۱۵۶	۳/۸۴	۱۹/۴۶	۴۳۶
پذیرش بدون قضاوت	۴/۷	۱۹/۲۲	۳۰۹	۴/۶۹	۱۸/۹۱	۱۵۶	۴/۷	۱۹/۱۴	۴۳۶
کل	۱۳/۴۳	۸۵/۹۶	۳۰۹	۱۲/۹۵	۸۴	۱۵۶	۱۳/۴۵	۸۵/۳۹	۴۳۶
سبک‌های مقابله‌ای	۵/۲۲	۲۰/۰۱	۳۰۹	۵/۸۹	۲۰/۴۱	۱۵۶	۵/۲۱	۲۰/۱۳	۴۶۵
هیجان مدار	۳/۱۶	۱۰/۸۲	۳۰۹	۳/۴۹	۱۰/۴۴	۱۵۶	۳/۲۹	۱۰/۷۳	۴۶۵
سلامت جسمانی	۴/۵۸	۸/۲۶	۳۰۹	۴/۰۵	۷/۰۲	۱۵۶	۴/۴۶	۷/۹۹	۴۶۵
روانی اضطراب	۵/۱۶	۹/۹۷	۳۰۹	۵/۲۵	۹/۷	۱۵۶	۵/۲۱	۱۰/۰۳	۴۶۵
عملکرد اجتماعی	۲/۷۱	۹/۸	۳۰۹	۲/۹۵	۹/۶۶	۱۵۶	۲/۷۶	۹/۸	۴۶۵
افسردگی	۵/۸۸	۶/۲۷	۳۰۹	۶/۰۶	۶/۳۷	۱۵۶	۵/۹۳	۶/۴۱	۴۶۵
کل	۱۴/۱۵	۳۴/۲۵	۳۰۹	۱۲/۸۳	۳۲/۷۵	۱۵۶	۱۴/۱۱	۳۴/۲۳	۴۶۵
هوش هیجانی	۲۵/۸۷	۲۱۲/۷۲	۳۰۹	۲۲۰/۵۴	۸۸/۹۹	۱۵۶	۴۸/۱۸	۲۱۵/۸۶	۴۶۵

جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار ذهن آگاهی سبک‌های مقابله‌ای، سلامت روانی و مؤلفه های آن و هوش هیجانی را در دانشجویان نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار ذهن آگاهی در دانشجویان دختر و پسر و کل دانشجویان به ترتیب، (۱۳/۸۵،۴۳/۹۶)، (۱۳/۸۵،۴۳/۹۶) و (۱۲/۸۴،۹۵) می باشد.

همچنین نتایج بیان می کند که میانگین و انحراف معیار دانشجویان در مؤلفه های سبک‌های مقابله‌ای مسئله مدار در دانشجویان دختر و پسر و کل دانشجویان به ترتیب، (۵/۲۰،۲۰/۰۱)، (۵/۲۰،۸۹/۴۱) و (۵/۲۰،۲۱/۱۳) و هیجان مدار به ترتیب (۳/۱۰،۱۶/۸۲)، (۳/۱۰،۴۹/۴۴) و (۳/۱۰،۲۹/۷۳) می باشد.

جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار سلامت روانی در دانشجویان دختر و پسر و کل دانشجویان به ترتیب، (۱۴/۴۳،۱۵/۲۵)، (۱۲/۳۲،۸۳/۷۵) و (۱۴/۳۴،۱۱/۲۳) می باشد. میانگین و انحراف معیار هوش هیجانی نیز در دانشجویان دختر و پسر و کل دانشجویان به ترتیب، (۲۵/۲۱۲،۸۷/۷۲)، (۲۵/۲۱۲،۸۷/۷۲) و (۲۵/۲۱۲،۸۷/۷۲) می باشد.

جدول شماره ۲. ضرایب همبستگی ذهن آگاهی، سبک‌های مقابله‌ای، هوش هیجانی و سلامت روانی در دانشجویان

متغیر	سبک‌های مقابله‌ای			
	مسأله مدار	هیجان‌مدار	هوش هیجانی	سلامت روانی
ذهن آگاهی	۰/۳۵۱	۰/۰۷۸	۰/۰۳۳	-۰/۰۸۸
مشاهده	***	-	-	-
توصیف	۰/۳۵۷	-۰/۱۷۵	۰/۰۲۸	-۰/۰۶۲
عملکرد همراه با آگاهی	۰/۰۸۵	-۰/۱۸۴	۰/۰۹۸	۰/۱۱۴
پذیرش	۰/۰۵۴	-۰/۲۷۲	۰/۱۰۹	۰/۲۰۵
کل	-۰/۲۵	***	-	**
هوش هیجانی	۰/۲۷۴	-۰/۲۳۰	۰/۰۹۰	-۰/۰۴۲
سلامت روانی	۰/۰۱۱	۰/۰۱۸	---	۰/۰۶۴
	---	۰/۴۲۸	۰/۰۶۴	---
	***	***	-	-

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

جدول شماره ۲ ضرایب همبستگی ذهن آگاهی، سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار و هیجان‌مدار، هوش هیجانی و سلامت روانی در دانشجویان را نشان می‌دهد. همان گونه که مشاهده می‌شود، ذهن آگاهی با سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار رابطه مثبت و معنی دار ($r=0.274$) و با سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار ($r=-0.230$) رابطه منفی و معنی‌داری دارد. اما بین ذهن آگاهی با متغیرهای هوش هیجانی و سلامت روانی رابطه معناداری وجود ندارد. از میان مؤلفه‌های ذهن آگاهی تنها مؤلفه‌های عملکرد همراه با آگاهی و پذیرش بدون قضاوت با سلامت روانی رابطه معنی‌داری دارد ($r=0.114$ و $r=0.205$). همچنین متغیرهای سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار با سلامت روانی رابطه منفی و معنی دار ($r=-0.324$) و سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار با سلامت روانی رابطه مثبت و معنی دار دارد ($r=-0.428$). بین سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار و هیجان‌مدار با هوش هیجانی نیز رابطه معنی دار وجود ندارد.

جدول شماره ۳. نتایج تحلیل واریانس و ضریب رگرسیون چند متغیری مؤلفه‌های ذهن آگاهی با سلامت روانی در دانشجویان با روش ورود

متغیر	متغیرهای پیش‌بین	شاخص	SS	df	ms	F (p)	R	R ²	SE	B	Beta	T (p)
سلامت روانی	عملکرد یا آگاهی	رگرسیون	۷۸۹	۱	۱۱۸۸/۷۸	۶/۰۳۴ (۰/۰۱۴)	۰/۱۱۴	۰/۱۱۳	۱/۶۹	۴/۱۶	۰/۱۱۴	۲/۵۵ (۰/۰۱)
	باقیمانده	باقیمانده	۹۱۰۱۴/۴۰۸	۴۶	۱۹۷/۰۰۱	(
	کل	کل	۳۹	۲	۱۹۷/۰۰۱	(
پذیرش بدون قضاوت	رگرسیون	رگرسیون	۹۲۲۰۳	۳	۱۰/۰۵	۱۰/۱۳ (۰/۰۰۱)	۰/۲۰۵	۰/۴۲	۱/۴۲	۵/۳۷	۰/۱۷۹	۳/۷۵ (۰/۰۰۱)
	باقیمانده	باقیمانده	۳۳۸۲	۴۶	۱۹۴۱	(
	کل	کل	۸۸۳۳۱/۳۸۵	۱	۱۹۴۱	(
سبک مقابله‌ای مسأله مدار	رگرسیون	رگرسیون	۹۲۲۰۳	۳	۱۰/۰۵	۱۰/۱۳ (۰/۰۰۱)	۰/۲۰۵	۰/۱۰	۱/۱۸	-۱/۸۶	۰/۳۲۴	۷/۳۱ (۰/۰۰۱)
	باقیمانده	باقیمانده	۳۳۸۲	۴۵	۱۷۹/۶۷	(
	کل	کل	۸۱۷۵۲	۵	۱۷۹/۶۷	(

								۴۵	۱۲	کل
								۶	۹۱۳۵۸	
۶/۶	۰/۲۸۲	۱/۲۰۷	۱/۸۲	۰/۱۸	۰/۴۲۸	۵۱/۰۴	۸۳۸۶/۴۴	۲	۱/۸۸	سبک رگرسیون
(۰/۰۱)		۱				(۰/۰۰۱)			۱۶۷۷۲	مقابله‌ای
							۱۶۴/۲۸	۴۵	۲/۳۴	هیجان‌مدا باقیمانده
								۴	۷۴۵۸۵	ر
								۴۵	۱/۲	کل
								۶	۹۱۳۵۸	

در جدول فوق تأثیر عملکرد همراه با آگاهی و پذیرش بدون قضاوت بر واریانس سلامت روانی به عنوان متغیرهای پیش بین و سلامت روانی به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین میانگین نمره سلامت روانی با دو مؤلفه ذهن آگاهی ارائه شد. بر اساس این نتایج میزان f مشاهده شده معنی دار است ($P < ۰/۰۱$).

همچنین جدول فوق نشان می‌دهد، با توجه به قابلیت پیش‌بینی عملکرد همراه با آگاهی بر سلامت روانی، تنها ۱ (یک) درصد از واریانس سلامت روانی از طریق این مؤلفه تبیین می‌شود. همان گونه که ملاحظه می‌شود، عملکرد همراه با آگاهی ($B = - ۰/۴۱۶$) می‌تواند تغییرات مربوط به سلامت روانی را پیش‌بینی کند. با توجه به قابلیت پیش‌بینی پذیرش بدون قضاوت بر سلامت روانی، تنها چهار درصد از واریانس سلامت روانی از طریق این مؤلفه تبیین می‌شود. همان گونه که ملاحظه می‌شود، پذیرش بدون قضاوت ($B = - ۰/۵۳۷$) نیز می‌تواند تغییرات مربوط به سلامت روانی را پیش‌بینی کند.

در جدول فوق تأثیر هر یک از مؤلفه‌های سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار و هیجان‌مدار بر واریانس سلامت روانی به عنوان متغیرهای پیش بین و سلامت روانی به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین میانگین نمره سلامت روانی با سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار و هیجان‌مدار ارائه شد. بر اساس این نتایج میزان f مشاهده شده معنی دار است ($P < ۰/۰۱$).

جدول فوق نشان می‌دهد، با توجه به قابلیت پیش‌بینی سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار بر سلامت روانی، ۱۰ (ده) درصد از واریانس سلامت روانی از طریق مؤلفه سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار تبیین می‌شود. همان گونه که ملاحظه می‌شود، سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار به شکل منفی ($B = - ۰/۸۶۱$) می‌تواند تغییرات مربوط به سلامت روانی را پیش‌بینی کند. همچنین ۱۸ (هیجده) درصد از واریانس سلامت روانی از طریق مؤلفه سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار تبیین می‌شود. همان گونه که ملاحظه می‌شود، سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار ($B = ۱/۲$) می‌تواند تغییرات مربوط به سلامت روانی را پیش‌بینی کند.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد که ذهن آگاهی با سلامت روانی (نشانه‌هایی از افکار و احساسات نابهنجار) رابطه ندارد. به عبارتی با بالا بودن ذهن آگاهی از جنبه اپیدمیولوژی اختلالات، نشانه‌هایی نظیر نشانه‌هایی از افکار و احساسات نابهنجار و رفتارهای اجتماعی قابل مشاهده در افراد احتمالاً کمتر است. یافته به دست آمده با نتایج حاصل از یافته‌های پژوهشی دیگر همخوانی دارد (برای مثال: شاپیرو و همکاران، ۲۰۰۳؛

گروسمن، نایمن، اسپچمیت و والاچ^۱، ۲۰۰۴؛ باون و مارلات، ۲۰۰۵؛ کارمودی، رید، کریستلر و مرتیام^۲؛ ۲۰۰۸ هاول، دیجدان، بارو و شپتیکی، ۲۰۰۸ و کاوایانی و همکاران، ۱۳۸۴). نتایج نیز نشان داد دو مؤلفه ذهن آگاهی یعنی عملکرد همراه با آگاهی و پذیرش بدون قضاوت با سلامت روانی همبسته است و تا اندازه ای آن را مورد پیش‌بینی قرار می‌دهد. نتایج به دست آمده از توان پیش‌بینی سلامت روانی از طریق مؤلفه‌های ذهن آگاهی نشان می‌دهد وقتی مردم سعی می‌کنند تا حوادث ویژه گذشته خود را باز یابند، آنها در ابتدا به توصیف‌های سطح بالاتر دست می‌یابند، با استفاده از این توصیف‌ها به مراحل میانی می‌رسند و سپس به سمت توصیف‌هایی با سطوح پایین‌تر یعنی بازنمایی‌های حوادث خاص رهنمون می‌شوند (ریسر^۳، بلک^۴ و آبلسون^۵، ۱۹۸۵). تشخیص حافظه مربوط به زندگی‌نامه شخصی به صورت سلسله مراتب با اطلاعات عمومی بالاتر در سلسله مراتب توصیف‌ها همراه است و موارد جزئی‌تر و اطلاعات خاص در سطوح پایین سلسله مراتب‌اند. مردم به طور عادی قادرند تا از طریق سلسله مراتب، راحت‌تر سطوح مشخص مورد نیاز خود را برای پاسخ دادن مناسب به موقعیت مورد نظر انتخاب کنند (سگال، زیندل، تیزدل و ویلیامز، ۲۰۰۰). به نظر می‌رسد، این افراد از نظر جنبه‌های مختلف ذهن آگاهی نظیر مشاهده امور به آن صورتی که است نه آنچه که در ذهن وی تصور می‌شود، توصیف این مشاهدات بر اساس واقعیت و آنچه که رخ داده، پذیرش اشخاص و رویدادها دچار مشکل هستند و با توجه به چنین نشانه‌هایی در عملکرد خود نیز دچار مشکل‌اند. مثلاً در هنگام فعالیت‌های مختلف در حال حاضر وجود ندارند، تحت تأثیر گذشته و افکار گذشته‌نگر خوداند و یا در آینده سیر می‌کنند.

افرادی که از ذهن آگاهی بالایی برخوردارند از دانش و بینش مناسبی در مورد فرایندهای شناختی و توانمندی‌های خود برخوردارند و همچنین راهبردهای مؤثر برخورد با تکالیف و استفاده از مهارت‌ها را به کار می‌بندند. ذهن آگاهی موجب افزایش آگاهی فرد نسبت به خود، دیگران و موقعیت در زمان کنونی می‌شود و این افزایش آگاهی می‌تواند بیانگر این مسئله باشد که افزایش نشانه‌های سلامتی و سازگاری به موازات این توانمندی‌ها بروز نماید. به عبارتی دیگر افزایش سطح آگاهی و هشیاری فراگیر فرد را نسبت به شرایط خود هشیار نموده تا بتواند تحت هر شرایطی در زمان کنونی حضور داشته و از موقعیت بدست آمده (در فعالیت‌های مختلفی که می‌تواند به عنوان راهبردهای مناسب در جهت سلامتی افراد عمل کند) نهایت استفاده را داشته باشد. افراد با ذهن آگاهی بالا بیشتر به ارزیابی استرس پرداخته، کمتر از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی استفاده کرده و مقابله مسئله مدار را گزارش می‌کنند. همچنین پاسخ‌های

1. Grossman, Niemann, Schmidt & Walach
2. Carmody, Reed, Kristeller & Merriam
3. Reiser
4. Black
5. Abelson

سازگارانه استرس و راهبردهای مقابله به میزان زیادی با توجه به ارتباط میان ذهن آگاهی و سلامت روانی تعدیل می‌شوند.

از یافته‌های دیگر پژوهش حاضر این بود که سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار با سلامت روانی (نشانه‌هایی از افکار و احساسات نابهنجار) رابطه منفی و سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار با سلامت روانی (نشانه‌هایی از افکار و احساسات نابهنجار) رابطه مثبت دارد ($P < 0/01$). در ارتباط با سبک‌های مقابله‌ای و سلامت روانی پژوهش‌های متعددی صورت پذیرفت. غالب این مطالعات نشان دادند که سبک‌های مقابله‌ای با سلامت روانی از جنبه مثبت آن همبستگی مستقیم دارد (به عنوان نمونه: بلینگز و موس؛ آلدوین و رونسون؛ کولینز و مووبر؛ ویتالیانو و دیگران) نقل از خسروی و آقاجانی، ۱۳۸۱؛ براون و ریان، ۲۰۰۳؛ دان و همکاران، ۲۰۰۴؛ کراکت و همکاران، ۲۰۰۷؛ ادنل و همکاران، ۲۰۰۷؛ اسپنیک، کولمن و آرنولد، ۲۰۰۷؛ خسروی و آقاجانی، ۱۳۸۱؛ محمودی و همکاران، ۱۳۸۱؛ شریفی‌نیا، ۱۳۸۳؛ فرنی و همکاران، ۱۳۸۳؛ بهروزیان و نعمت‌پور، ۱۳۸۴).

نتایج به دست آمده از توان پیش‌بینی سلامت روانی از طریق سبک‌های مقابله‌ای در دانشجویان نشان می‌دهد باورهای افراد در خصوص میزان کنترلی که می‌توانند بر موقعیت‌های فشارزا اعمال نمایند و نیز احساس خودکفایتی آنان برای فائق آمدن بر مشکلات و رویدادهای آزار دهنده، بر میزان برانگیختگی هیجانی و عملکردهای فردی در موقعیت‌های مذکور تأثیر گذار است. این یافته‌ها نشانگر آن است که در هنگام رویارویی با وقایع آزار دهنده و استرس‌زا، افرادی که از خود ادراکی مثبت تری برخوردارند و سطوح بالاتری از باورهای کنترل و خودکفایتی را نشان می‌دهند، برانگیختگی هیجانی کم تری را تجربه می‌کنند و به دنبال آن عملکرد آنان در تکالیف شناختی، کم تر دچار تخریب و رکود می‌شود. تدابیر مقابله‌ای، افکار و رفتارهایی هستند که پس از روبه رو شدن فرد با رویداد استرس‌زا به کار گرفته می‌شوند در حالی که منابع مقابله‌ای ویژگی‌های خود شخص هستند که قبل از وقوع استرس وجود دارند، مانند برخورداری از عزت نفس، احساس تسلط بر موقعیت، سبک‌های شناختی، منبع کنترل، خود اثربخشی و توانایی حل مسئله (وفایی پور، به نقل از فهلی، ۱۳۸۴).

دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این بود که بین هوش هیجانی و سلامت روانی (نشانه‌هایی از افکار و احساسات نابهنجار) رابطه معنی دار وجود ندارد. یافته فوق نشان می‌دهد، هر چه افراد از هوش هیجانی بالاتری برخوردار باشند، نشانه‌های افکار و احساسات منفی و نامنعطف را کمتر در خود دارند و در مسائل روزمره از احساسات مثبت برخوردارند. این نتیجه با نتایج حاصل از پژوهش‌های دیگر همخوان است (برای مثال: چاهن؛ بیوندی و پانچر؛ دان؛ لئونارد؛ لوی و هایدن؛ زانرا و همکاران؛ فاترمن، کفی،

1. Chahen
2. Biondi & Pancher
3. Leonard
4. Loy & Hyden

شاپیرو و فیهی؛ استون و همکاران^۲ به نقل از فهلی، (۱۳۸۴). سلامت روانی وضعیتی از بلوغ روان شناختی است که حداکثر اثربخشی و رضایت خاطر بدست آمده از تقابل فردی و اجتماعی که شامل تسلط بر هیجان های خود، آگاهی از ضعف خود و رضایت از خوشی های خود می باشد و سلامت روانی تعادل بین اعضاء و محیط در رسیدن به خودشکوفایی به حساب می آید، همچنین برنامه های آموزشی مهارت های زندگی در زمینه ارتقای سلامت روانی در پیشگیری از بروز هیجانات شدید بسیار مفید و مؤثر بوده است. هیجان های مردم چه مثبت و چه منفی نقش حیاتی در تعادل کارکرد سیستم ایمنی بازی می کنند. پژوهش ها نشان داده است که بدبینی، افسردگی و استرس ناشی از رخدادهای کوچک و بزرگ، با اختلال سیستم ایمنی ارتباط دارند.

در مجموع یافته های پژوهش حاضر خاطر نشان می کند، افراد دارای ذهن آگاهی از نشانه های منفی روان شناختی کمتری برخوردارند، سعی می کنند تا امور را به همان شکلی واقعی که هست و اتفاق می افتد مشاهده و توصیف کنند، از ارزیابی و قضاوت امور بپرهیزند و در فعالیت های روزمره خود با آگاهی و بینش مناسب برخورد کنند. این افراد احتمالاً سبک های مقابله ای فعال و کارآمد را برای برخورد با مسائل بر می گزینند و در برخورد با استرس از رویکرد مسأله مدار که می تواند پیش بینی کننده مناسبی برای سلامت روانی باشد بهره می گیرند. بنابراین با توجه به نتایج پژوهش حاضر و از آنجایی که ذهن آگاهی و سبک های مقابله ای از جمله متغیرهایی هستند که در بهبود سلامت روانی مؤثر بوده و مهارتی هستند که از قابلیت آموزش پذیری برخوردارند، پیشنهاد می شود پژوهش های آتی معطوف به طرح های تجربی مرتبط با آموزش این مهارت ها شود. همچنین از طرف مراکز ذی صلاح شرایط مناسب در جهت آموزش و رشد این مهارت ها برای دانشجویان فراهم شود.

پژوهش حاضر با محدودیت هایی مواجه بود. از جمله این محدودیت ها به ماهیت طرح پژوهشی مربوط است. طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود که از طریق این طرح امکان نتیجه گیری کلی وجود ندارد و رابطه بین متغیرها نیز به صورت غیر علی مورد بررسی قرار می گیرد. همچنین با توجه به این که پژوهش بر روی دانشجویان صورت پذیرفت امکان تعمیم پذیری یافته ها به جوامع دیگر از جمله دانش آموزان و دانشجویان دانشگاه های دیگر وجود ندارد. از طرفی دیگر پژوهش حاضر می تواند زمینه ساز پژوهش های آتی در ارتباط با متغیرهای مورد مطالعه شود.

منابع

ابوالقاسمی، عباس و نریمانی محمد (۱۳۸۴)، **آزمون های روان شناختی**، اردبیل، انتشارات باغ رضوان.
 اخوت، لادن، کاویانی، حسین، شفیع آبادی، عبدالله (۱۳۸۳)، تأثیر آموزش شیوه های مقابله ای بر کاهش استرس کارمندان مرکز تحقیقات و تکنولوژی هسته ای، **تازه های علوم شناختی**، شماره ۴، سال چهارم.

1. Zanra et.al
2. Stephen et.al

اسمعیلی، معصومه، احدی، حسن، دلاور، علی و شفیع‌آبادی، عبدالله (۱۳۸۶)، تأثیر آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی بر سلامت روان، **مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی**، شماره ۲ صفحه ۱۸۵-۱۶۵.

بنی هاشمیان، کورش، صیفا، محمدحسن، موذن منصور (۱۳۸۳)، رابطه بدبینی با سلامت عمومی و هوش هیجانی در دانشجویان دانشگاه شیراز و علوم پزشکی شیراز، **مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل**، شماره ۱۱، ۴۹-۵۶.

بهروزیان، فروزان، نعمت پور، سرور (۱۳۸۴)، بررسی عوامل استرس‌زا، راهبردهای مقابله‌ای و ارتباط آنها با سلامت عمومی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۸۵-۸۴ دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، **مجله علمی پزشکی**، شماره ۶، صفحه ۲۸۴-۲۷۶.

جی کرتیس، انتوانی (۱۳۸۴)، **روان شناسی سلامت**، ترجمه دکتر علی فتحی آشتیانی و هادی عظیمی آشتیانی، تهران، انتشارات بعثت.

تیرگری، عبدالکریم، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، بیان زاده سید اکبر و عابدین، علیرضا (۱۳۸۳)، مقایسه سطوح هوش هیجانی و رضامندی زناشویی و رابطه ساختار آنها در زوجین ناسازگار شهرستان ساری، **مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران (نامه دانشگاه)**، شماره ۱۶۰ (۵۵)، صفحه ۸۷-۷۶.

ثمیری، علی اکبر، لعلی فاز، احمد، عسگری، عباس علی (۱۳۸۵)، بررسی منابع حمایتی و شیوه‌های مقابله با عوامل استرس‌زا در دانشجویان، **فصلنامه اصول بهداشتی**، شماره ۳۱ و ۳۲، سال هشتم، صفحه ۱۰۷-۹۷.

خسروی، زهره، آقاجانی، مریم (۱۳۸۱)، بررسی رابطه بین سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای دانش آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه شهر تهران، **مطالعات زنان (۱)**، صفحه ۱۹-۵۴.

شریفی، رضا (۱۳۸۳)، پیش‌بینی میزان سلامت روانی دانشجویان علوم پزشکی مبتنی بر استرس‌ها و شیوه‌های مقابله‌ای آنان، **مجله طب و تزکیه**، شماره ۵۳، صفحه ۹۸-۸۹.

خسروی کبیر، زهرا، موسوی، سید ولی الله، آقاییوسفی، علیرضا (۱۳۸۸)، مقایسه هوش هیجانی و سلامت روانی در معتادان به مواد مخدر و افراد عادی، **مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان**، دوره هیجدهم، شماره ۷، صفحه ۱۶-۹.

غضنفری، فیروزه و قدم پور (۱۳۸۶)، بررسی راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روانی در ساکنین شهر خرم آباد، **اصول بهداشت روانی**، سال دهم، شماره ۳۷، صفحه ۴۷-۱۵.

زارعان، مصطفی، اسدالله پور، امین و بخشی پور رودسری، عباس (۱۳۸۶)، رابطه هوش هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای با سلامت عمومی، **مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران**، سال سیزدهم، شماره ۲، صفحه ۱۷۲-۱۶۶.

فرنیا، مجید رضا، خواجه موگهی، ناهید، شانه ساز، عبدالامین، پاک سرشت، سیروس (۱۳۸۵)، بررسی مقایسه‌ای، استرس، سبک‌های مقابله‌ای و ارتباط آنها با سلامت عمومی در افراد وابسته به مواد افیونی و غیروابسته به مواد افیونی، **مجله علمی پزشکی**، شماره ۵، ۴۳۵-۴۴۱.

فهللی، ابراهیم (۱۳۸۴)، مهارت‌های مقابله‌ای، **روزنامه همشهری**، شماره ۳۷۹۳، سال سیزدهم، صفحه ۱۰.

کاویانی، حسین، جواهری، فروزانو بحیرایی، هادی (۱۳۸۴)، اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه، **تازه‌های علوم شناختی**، سال ۷، شماره ۱، صفحه ۴۹-۵۹.

محمودی، غلام‌رضا، شریعتی، علی‌رضا، بهنام پور، ناصر (۱۳۸۱)، ارتباط بین کیفیت زندگی و روش‌های مقابله‌ای به کار گرفته توسط بیماران تحت درمان با همودیالیز، **مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان**، شماره ۱۲، سال ۵.

Bear, Ruth, smith, Gregory, T., Allen, Kristin, B. (2004), **Assessment of mindfulness by self-Report the Kentucky in venfory of mindfulness skills**, Assessment. V. 11, no. 3, pp.191-206.

Baer, Ruth (Inpress), **Minfulness Training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review**, Chinal Psychology, Acience.

Byron, N.S.W (2006), **Mindfulness skills**, clinical psychologist, Broderick

C.Patricia (2005), **Minfulness and Coping with Dysphoric Mood, Contrasts with Rumination and Distraction**, Cognitive Therapy and Reasarch, V. 29, pp. 501-210.

Carmody, James, Reed, George, Kristeller, Jean and Merriam, Phillip (2008), **Mindfulness, spirituality, and health relatedsymptoms**, Journal of Psycho somatic Research, Volume 64, Issue 4, pp. 393-403.

Daon, Keren, Sadeh, Avi and Keinan, Giora (2004), **Effects of Stress on Sleep: The Moderating Role of Coping Style**, Journal of Adolescence, Volume 16, Issue 3, pp. 253-266.

Eschenbeck, Heike, Kohlmann, Carl-Walter, Lohaus, Arnold (2007), **Gender Differences in Coping Strategies in Children and Adolescents**, Journal of Individual Differences, Volume 2 , Issue 1, March, pp 18-26.

Grossman, Paul, Niemann, Ludger, Schmidt, Stefan and Walach, Harald (2004), **Mindfulness– based stress reduction and health benefits Ameta– analysis**, Journal of Psychosomatic Research, V57, Issue 1, pp. 35-43.

Howell, Andrew, J., Digdon, Nancy, L., Buro, Karen and Sheptycki, Amanda, R. (2008), **Relations among mindfulness, well-being, and sleep**, Personality and Individual Differences, Volume 45, Issue 8, Pages 773-777.

Janis, Leigh Bowen, Gisarah and Marlatt, Alan (2005), **Spirituality,mindfulness and Substance aduse**, Addictive Behaviors, Issue 30, pp. 1335-1344.

Kingston, Jessica, Chadwick, Paul, Meron, Danieland & Skinner, Apilot, T., chas (2007), **randomized controltrial investigating the effect of mindfulness practice on pain tolerance psychological Well-being and physiological activity**, Psychosomatic Research, V. 62, Issue 3, pp. 247.300.

Crockett, Lisa J., Iturbide, Maria l., Torres Stone, Rosalie, McGinley, Meredit, Raffaelli, Marcela and Carlo, Gustavo (2007), **Acculturative stress, Social Support, and Coping: Relations to Psychological Adjustment Among Mexican American College Students**, Personality and Individual Differences, Volume 7, Issue 1, pp. 113-116.

Mcelfatrck, Stephen, Carson, Jerome, Annett, Judith, Cooper, Cary, Holloway, Frank and Elizabeth, Kuipers (2000), **Assessing coping skills in mental health nurses: is an occupation specific measure better than a generic coping skills scale?**, Personality and Individual Differences, Volume 28, Issue 5, pp. 965-976.

Mitmansgruber, Horst, Beck, N., Thomas, Höfer, Stefan and Schubler, Gerhard (2009), **When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-**

- emotion in emotion regulation**, Personality and Individual Differences, Volume 46, Issue 4, pp. 448-453.
- Odonnell, Katie, Badrick, Ellena, Kumari, Meena and Steptoe, Andrew (2007), **Psychological coping styles and cortisol over the day in healthy older adults**, Psychoneuroendocrinology, Volume 33, Issue 5, pp. 601-611.
- Rogers, Paul, Qualter, Pamela, Phelps, Gemma and Gardner, Kathryn (2006), **Belief in paranormal, coping and emotional intelligence**, Personality and Individual Differences, V.41, Issue 6, Pages 1089-1105.
- Shapiro, L., Shauna, Bootzin, R., Richard, Figueredo, J., Aurelio, Lopez, Ana, Maria and Schwartz, E., Gary (2003), **The efficacy Of mindfulness-based Stress reduction in Treatment Of Sleep disturbance in Women With breast cancer, An exploratory Study**, Journal Of Psychosomatic Research, Volume, 54, Pages 85-91.
- Singh, N., Nirbhay, Lancioni, E., Giulio, Winton, S., V., Alan, Curtis, W., John, Wahler, G., Robert, Sabaavi, Mohamed, Singh, Judy and Kristen, Ma Aleavey (2005), **Mindful Staff increase Learning reduce aggression in adults With developmental disabilities**, Research in developmental Disabilities, Volume 23, Pages 18-28.
- Teasdel, John, D. (1999), **Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders**, clinical psychology and psychotherapy, Vol.6, pp. 146-155.
- Varplanken, Bas, Friborg, oddgeir, Wang, E., Catharina, trafimoww, David, and Woolf, Kristin (2007), **Mentalhabits: metacognitive Reflection on Negative self-Thinking**, Personality and Social Psychology, V. 42, Issue 3, Pages 524-541.
- Wells, Adrian (2002), **GAD, metacognition and mindfulness: an information processing analysis**, Clinical psychology: science and practice, Issue 9, Pages 95-100.
- Weinstein, Netta, Brown, Kirk, W., and Ryan, Richard, M. (2009), **A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being**, Journal of Research in Personality, Volume 43, Issue 3, Pages 374-385
- Segal, V., Williams, G., Mark, Teasdale, D., John, Zindel & Soulsby, Judith (2000), **Mindfulness-Based cognitive Therapy Reduces Overgeneral Autobiographical Memory in formerly Depressed Patients**, Journal Of Psychology, V. 109, Pages 150-155