

Modeling the Role of the Mediator of Mindfulness in the Relationship between the Basic Mental Needs and Physical Health of Medical Students

Ebrahim Aryani Ghizghapan ^{1,*}, Manizhe Hashemi Mehr ², Ghasem Rahimi Aval ³, Seyedeh Fatemeh Zaegamean ⁴

¹ Doctoral Student of Educational Administration, Faculty of Education Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

² M.A of Educational Psychology, Faculty of Education Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

³ Doctoral Student of Educational Administration, Faculty of Education Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

⁴ Doctoral Student of Educational Administration, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran

Received: 07 May 2018

Accepted: 16 Jul 2018

Keywords:

Mindfulness
Basic Mental Needs
Physical Health
Students
Medical Sciences University

© 2018 Baqiatallah University
of Medical Sciences

Abstract

Introduction: The purpose of this study was modeling the role of the mediator of Mindfulness in the relationship between the basic mental needs and Physical health of medical students.

Methods: Methodology of the research in terms of the main strategy, was quantitative, in terms of the strategy, was field, and in terms of analytical, was descriptive-Correlation. The statistical population was students of Ardabil University of Medical Sciences during the academic year 2017-2018. The sampling method was random. The sample size according to the Kregci-Morgan model and with error $\alpha = 0.05$, was considered 240 persons. To collect data, the Mindfulness Knowledge Questionnaire (FFMQ) by Baer et al. (2006), basic mental needs (PNS) by Dyes and Ryan (2000), and the Physical Health Index (PHC) of Boardman (2004) were used. Validity of the tools was confirmed by the professors of education and psychology. Data were analyzed using two software's SPSS vs. 22 and lisrel. 8.50 and analyzed by structural equation modeling.

Results: The results showed that the proposed model had suitable fit ($\chi^2/df = 1.49$, GFI = 0.92, AGFI = 0.92, CFI = 0.91, NFI = 0.93, RMSEA = 0.046) and the component of basic mental needs has a direct and indirect effect through the component of mindfulness on Physical health ($P < 0.05$).

Conclusions: Basic mental needs by mediating mindfulness are important components in the development and improvement of students' physical health. Therefore, attention to the factors of mindfulness and basic psychological needs to advance goals and efforts to push students toward effectiveness recommended and stressed.

مدلسازی نقش میانجی ذهن آگاهی در رابطه بین نیازهای بنیادی روانی و سلامت جسمانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی

ابراهیم آریانی قیزقاپان^{۱*}، منیژه هاشمی مهر^۲، قاسم رحیمی اول^۳، سیده فاطمه ضیغمیان^۴

^۱ دانشجوی دکتری مدیریت آموزشی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
^۳ دانشجوی دکتری مدیریت آموزشی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
^۴ دانشجوی دکتری مدیریت آموزشی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مدلسازی نقش میانجی ذهن آگاهی در رابطه بین نیازهای بنیادی روانی و سلامت جسمانی دانشجویان انجام گرفت.

روش کار: این پژوهش از نظر راهبرد اصلی، کمی، از نظر راهکار اجرایی، میدانی و از نظر تکنیک تحلیلی، توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری را دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۷ تشکیل می‌داد. روش نمونه‌گیری از نوع اتفاقی (در دسترس) بود. حجم نمونه با توجه به مدل کرجسی-مورگان و با در نظر گرفتن خطای $\alpha = 0.05$ ، $n = 240$ نفر در نظر گرفته شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های ذهن آگاهی (FFMQ) بائر و همکاران (۲۰۰۶)، نیازهای بنیادی روانی (PNS) دسی و رایان (۲۰۰۰) و فهرست سلامت جسمانی (PHC) بوآردمن (۲۰۰۴) استفاده شد. روایی ابزارها با نظر اساتید علوم تربیتی و روانشناسی تأیید گردید. داده‌ها با استفاده از دو نرم افزار SPSS 22 و vs. 8.50 lisrel و با روش مدل معادلات ساختاری تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مدل ارائه شده از برازش مناسب و مطلوبی برخوردار است ($GFI = 0.92$ ، $\chi^2/df = 1/49$)، $AGFI = 0.91$ ، $CFI = 0.93$ ، $NFI = 0.96$ ، $RMSEA = 0.046$) و مؤلفه نیازهای بنیادی روانی به صورت مستقیم و غیر مستقیم از طریق مؤلفه ذهن آگاهی بر سلامت جسمانی تأثیر معنی‌دار دارد ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: نیازهای بنیادی روانی با واسطه‌گری ذهن آگاهی مؤلفه‌هایی مهم در توسعه و بهبود سلامت جسمانی دانشجویان است. از اینرو توجه به عوامل ذهن آگاهی و نیازهای بنیادی روانی جهت پیشبرد اهداف و تلاش جهت سوق دادن دانشجویان به سمت اثربخش بودن توصیه و تأکید می‌شود.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۲/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۴/۲۵

واژگان کلیدی:

ذهن آگاهی

نیازهای بنیادی روانی

سلامت جسمانی

دانشجویان

دانشگاه علوم پزشکی

تمامی حقوق نشر برای

دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله

(عج) محفوظ است.

مقدمه

و نیازهای روانشناختی می‌باشند [۳]. برخورداری از تکنیک‌های ذهن آگاهی و رفع نیازهای بنیادی روانی باعث افزایش توانمندی افراد در سازش با انواع موقعیت‌های تنش‌زا، مدیریت موثرتر چنین موقعیت‌هایی و همچنین باعث افزایش اعتماد به نفس و متعاقباً سلامت در ابعاد روانی و جسمانی می‌گردد [۴].

در سال‌های اخیر درمانگری‌های مبتنی بر ذهن آگاهی مانند برنامه کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی [۵]، شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی برای کاهش عود افسردگی [۶]، رفتاردرمانگری دیالکتیک برای درمان اختلال شخصیت مرزی [۷]، درمانگری مبتنی بر پذیرش و پایبندی [۸] و نیز شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی برای اختلال وسواس فکری عملی [۹] مورد توجه قرار گرفته است. ذهن آگاهی به عنوان توجه هدفمند، غیر قضاوتی و لحظه به لحظه به تجارب فعلی تعریف شده است [۵]. افزون بر آن، شواهد روزافزون از اثربخشی درمانگری‌های مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان گستره‌ای از

سلامت امروزه به عنوان مفهومی مطرح است که متأثر از عوامل جسمانی، روانی و اجتماعی است و جوامع در هر برهه‌ای از زمان تلاش نموده‌اند تا سطح سلامت جامعه را ارتقا دهند [۱]. از طرفی دیگر امروزه دانشجویان، در هر کشوری به علت این که سرمایه بالقوه آن کشور محسوب شده و نقشی اساسی در آینده کشور ایفا می‌کنند، مورد توجه ویژه برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران قرار می‌گیرند. اهمیت این نقش در این است که دانشجویان نه تنها بخش اصلی متخصصان حوزه‌های مختلف، بلکه بدنه اصلی مدیران هر کشوری را نیز تشکیل خواهند داد. با عنایت به این که بدون فراهم نمودن بستری امن و عاری از تنش زمینه پیشرفت برای دانشجویان فراهم نخواهد شد، لذا لازم است به سلامت این گروه از ابعاد مختلف جسمانی و روانی توجه ویژه‌ای شود، چرا که سلامت آنان در ابعاد جسمانی و روانی سلامت آینده کشور است [۲]. از جمله سازه‌های روانشناختی که تأثیر گذاری آن‌ها بر کیفیت زندگی در تحقیقات مورد تأیید قرار گرفته است، سازه‌های ذهن آگاهی

کرده‌اند. Kenneps (۲۰۰۶) برای پیشگیری از عود بیماری ۹ اصل زیربنایی و در آن میان، خودشناسی را مورد توجه قرار داده است [۲۷]. اکثر مطالعات بر ارزیابی کارآمدی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی متمرکز شده‌اند. بر این اساس، در سال‌های اخیر مداخلات مبتنی بر آموزش ذهن آگاهی با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد و نیز کاهش نشخوار فکری و افسردگی مرتبط بوده است [۲۸]. ذهن آگاهی رفتار خود تنظیمی و حالات هیجانی مثبت، بهزیستی، معنویت و سلامتی را به صورت مثبت و معنی‌داری پیش بینی می‌کند و از طریق اثر روی کاهش هیجانات منفی، تنظیم خلق و خوی بد و پذیرش خود نقش به سزایی در پیشگیری و تعدیل نشانه‌های افسردگی دارد [۲۹]. تحقیقات نشان داده است که ذهن آگاهی مبتنی بر برنامه‌های کاهش استرسی با بهبود فرایندهای عاطفی و خلقی، کارکرد سیستم دفاعی بدن، بهزیستی جسمانی و روانی، مرتبط است. در مجموع می‌توان گفت از جمله روش‌های مؤثر برای بهبود سازگاری روانشناختی و کاهش مشکلات رفتاری جوانان و نوجوانان، رویکردهای مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد [۳۰]. این رویکرد باعث ارتقاء سلامت جسمی افراد و همچنین رشد هیجانی اجتماعی آنان می‌شود [۳۱]. شواهد تجربی قابل توجهی از این رویکرد حمایت کرده و اخیراً به عنوان یک روش مؤثر برای بهبود سلامت شناخته شده و مباحثی پیرامون سودمندی‌های بالقوه تمرینات ذهن آگاهی بر افزایش سلامت عمومی مطرح شده است [۳۰، ۳۲، ۳۳]. علی‌رغم تحقیقات مرتبط با کارایی ذهن آگاهی و نیازهای اساسی روانشناختی، پژوهش‌های کمی وجود دارد که اثربخشی استفاده از ذهن آگاهی و رضای نیازهای بنیادی روانشناختی را در سلامت جسمانی دانشجویان بررسی کرده باشند [۳۴]. به نظر می‌رسد ذهن آگاهی و رضای نیازهای بنیادی روانشناختی نیز به دلیل ساختار شناختی و در عین حال انعطاف پذیر و غیر قضاوتی که از آن برخوردار است، نه فقط توانایی لازم برای تبیین عمیق‌تر رابطه شناخت - عاطفه را دارند، بلکه ابعاد جدیدی از پیوند بین ذهن - بدن را مشخص می‌کنند [۵، ۳۵-۳۷].

همچنین یکی از علل افزایش پژوهش‌های روان شناختی پزشکی پیرامون مولفه‌هایی همچون ذهن آگاهی و نیازهای روانشناختی، این است که می‌تواند ابعاد جدیدی از رابطه ذهن - بدن را مشخص سازد [۳۸]. Post, Wade (۲۰۱۰) معتقدند که اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی به علت دخالت دادن باورهای معنوی مراجعان در فرآیند درمان است [۳۹]. برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به نحو معناداری موجب افزایش ذهن آگاهی و سلامت و نیز کاهش استرس و علائم فیزیکی و روانشناختی آن می‌شود. زمان صرف شده در تمرین‌های مراقبه مانند یوگا نیز با ارتقاء ذهن آگاهی و سلامت مرتبط است [۴۰]. بنابراین، می‌توان ذهن آگاهی را یک عامل مؤثر برای افزایش و بهبود سلامت در نظر گرفت [۶، ۴۱، ۴۲]. همچنان که ادبیات پژوهشی مربوط در زمینه ذهن آگاهی و نیازهای بنیادی روانی نشان می‌دهد، توجه گسترده به مفهوم روانشناختی ذهن آگاهی و نیازهای بنیادی روانشناختی در سال‌های اخیر بیشتر معطوف به مطالعات بالینی در این زمینه است و مروری بر این مطالعات نشان می‌دهد که در روان درمانی و شناخت درمانی، ذهن آگاهی و نیازهای بنیادی روانشناختی مورد توجه خاصی بوده و ارتقا آن به عنوان یک هدف درمانی مطرح است. با وجود این، مکانیزم‌های تأثیرگذاری درمان‌های مبتنی بر ذهن

اختلال‌ها مانند اضطراب، بهبود سلامت و بهزیستی حمایت می‌کنند [۱۰]. با اینکه افراد ذهن آگاه افکار منفی را تجربه می‌کنند، راحت‌تر می‌توانند این افکار را رها و بر روش‌های سالم ارتباط با تجارب درونی تمرکز کنند [۱۱، ۱۲]. در این راستا بسیاری از پژوهش‌ها سعی کرده‌اند اثربخشی مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی و نیازهای اساسی روانی بر مؤلفه‌های جسمانی، شناختی و عاطفی و نیز مؤلفه‌های ذهن آگاهی و ماهیت آن را بررسی کنند [۱۳]. دلایل متعددی برای گسترش ابزارهای ارزیابی مولفه‌هایی همچون ذهن آگاهی و نیازهای بنیادی روانشناختی وجود دارد. برای بررسی مکانیزم‌های زیربنایی مداخلات ذهن آگاهی و نیازهای بنیادی روانی تحقیقات باید اجزای فعال در مداخلات مانند اجزای رفتاری شناختی و نیز ساختار زیربنایی عوامل را بشناسد [۱۴]. با اینکه تاریخچه تجربی در مورد مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی و نیازهای بنیادی روانی در حال توسعه است [۱۵]، پژوهش‌های کمی فرایند ذهن آگاهی و نیازهای بنیادی روانی و اثربخشی آن‌ها را بر متغیرهایی همچون سلامت جسمانی بررسی کرده‌اند. در راستای نیازهای روانی قابل ذکر است در صورتی که نیازهای بنیادی روانشناختی برآورده شوند احساس اعتماد به خود و خودارزشمندی در افراد شکل می‌گیرد [۱۶]. براساس یافته‌های پژوهشی، ارضای نیازهای بنیادی روانشناختی موجب رضایت از زندگی و بهزیستی بالای افراد می‌شود [۱۷]. در همین رابطه Diseth و همکاران (۲۰۱۲) معتقدند که نیازهای بنیادی روانی ممکن است با رضایت از زندگی به صورت مستقیم رابطه داشته باشند [۱۸].

ذهن آگاهی به معنای توجه کردن به شیوه‌ای هدفمند در زمان حال و خالی از قضاوت است [۱۹، ۲۰]. Kabat-Zinn تعریف خود از ذهن آگاهی را به صورت مفهوم سازی کیفی ارتقا بخشید و نشان داد که چگونه یک فرد از سلامت خود در فرایند ذهن آگاهی مراقبت کند [۵]. Shapiro, Schwartz, Bonner (۱۹۹۸) کیفیت‌های ذهن آگاهی را عبارت از: غیر قضاوتی، پذیرش، صبر، اعتماد، باز بودن، رهاسازی، آرامی، سخاوت، همدلی، سپاسگزاری، مهربانی عاشقانه، و ملایمت دانسته‌اند [۲۱]. از سوی دیگر محققانی همچون Poormajed و همکاران (۱۳۹۰) بیان داشته‌اند که یکی از عوامل تأثیرگذار بر سلامت افراد، میزان پذیرش و ارزیابی مثبت افراد از خود می‌باشد. چگونگی حصول عزت نفس حاصله از این قضاوت رابطه تنگاتنگی با عوامل پیرامونی فرد همچون ذهن آگاهی و نیازهای بنیادی روانشناختی وی دارد [۲۲]. ارتباط بین فرایندهای روانی و جسمانی در بسیاری از تحقیقات مورد تأکید قرار گرفته است و طب روان - تنی دامنه وسیعی از بیماری‌ها را در بر گرفته است [۲۳]. گسترش دامنه بیماری‌های روان - تنی در حدی است که امروزه تأثیر عوامل روانشناختی در پیدایش تمام بیماری‌ها را حائز اهمیت می‌دانند [۲۴]. یکی از متغیرهای روان شناختی مؤثر بر بیماری‌های جسمانی فرایندهای خودشناختی است. شواهد پژوهشی متعدد، بر نقش مثبت خود آگاهی در مدیریت تنیدگی و مقابله مؤثر، تأکید دارند [۲۵]. همچنین توجه به خود سازش یافته و آگاهی از فرایندهای درونی و نیازهای بنیادی درونی یکی از مباحثی است که در امر پیشگیری و درمان بیماری‌ها مورد توجه قرار گرفته است [۲۳، ۲۶]. بسیاری از پژوهشگران جهت درمان بیماری‌ها و کنار آمدن با وقایع تنیدگی‌زای محیطی به فرایندهای خود شناختی توجه

کاهش اضطراب امتحان، افزایش مهارت‌های اجتماعی و عملکرد تحصیلی، به این نتیجه رسید که این درمان علاوه بر بهبود عملکرد دانشگاهی و افزایش مهارت‌های اجتماعی منجر به کاهش اضطراب امتحان و اضطراب حالت-صفت شده است [۵۲].

در تحقیقی که Sarrazin, Guillet, Cury (۲۰۰۱) انجام دادند نشان دادند که نیاز به استقلال و نیاز به تعلق و وابستگی با جهت‌گیری پیشرفت مبتنی بر خود، همبستگی منفی و معناداری دارد [۴۸]. Jung (۲۰۱۰) در پژوهش خود به این نتایج رسید که آموزش فردی برای سلامت روانی مفید است و اثرات مثبت آن رفاه اجتماعی را موجب می‌شود. همچنین هم آموزش فردی و هم آموزش گروهی باعث ارتقاء سلامت جسمانی می‌شوند و تأثیرات مثبت بر رفاه اقتصادی و اجتماعی می‌گذارند [۲۲].

در راستای ضرورت و اهمیت پژوهش حاضر می‌توان گفت شناسایی مسائل و مشکلات دانشجویان در محیط دانشگاه از بعد نیازهای فیزیولوژیکی و روانشناختی، می‌تواند بسیار مؤثر واقع شود؛ زیرا درک نیازهای دانشجویان از جمله نیاز به سلامت جسمانی و تلاش جهت حل آن همواره از موارد مورد تأکید آن‌ها در این دوره حساس بوده است. از سویی دیگر با مشخص شدن نقش ذهن آگاهی و نیازهای بنیادی روانی در پیش بینی سلامت جسمانی دانشجویان، می‌توان از این روش در کنار سایر روش‌ها برای بهبود و ارتقای سلامت جسمانی دانشجویان استفاده کرد و همچنین در کاهش هزینه‌های درمانی مشکلات ناشی از اضطراب و استرس و ... کمک شایانی به دانشجویان نمود و متعاقباً باعث رشد، علاقه و بهبود مشارکت آنان در فعالیت‌های علمی و پژوهشی شد. به طور خلاصه می‌توان گفت از سویی شناسایی متغیرهای روان شناختی همچون ذهن آگاهی و نیازهای بنیادی روانی، مرتبط با سلامت و بیماری جسمانی مورد توجه پژوهشگران قلمروهای روانشناسی و سلامت بوده است [۵۳].

از سویی دیگر یکی از عمده مسائلی که ذهن آدمی را از ابتدای تاریخ تاکنون به خود مشغول کرده و کنجکاو وی را برانگیخته، شناخت عوامل مؤثر در ایجاد بیماری و راه‌های حصول سلامت بوده است که در این راستا با توجه به رشد فکری بشر در دوره‌های مختلف نظریات متعددی مطرح شده است. همچنین در راستای رابطه بین مولفه‌های ذهن آگاهی و نیازهای روانشناختی با سلامت جسمانی لازم به ذکر است که این نگرش که عوامل روانی و محیطی به طور مؤثری بر سلامت تأثیر می‌گذارد از زمان باستان شناخته شده است [۵۴].

با توجه به این که اکثر مطالعات انجام شده مربوط به کشورهای صنعتی است و پژوهش‌های انجام شده در ایران به بررسی وضعیت سلامت در یک گروه شغلی خاصی پرداخته‌اند و بررسی گسترده‌ای که به اکثر گروه‌های شغلی پوشش دهد و رابطه بین مولفه‌های روانی همچون ذهن آگاهی و نیازهای بنیادی روانی را تعیین کند، به ندرت صورت گرفته است؛ تحقیق حاضر به دنبال این است که آیا نیازهای بنیادی روانی با سلامت جسمانی دانشجویان رابطه معنی‌دار دارد؟ و آیا ذهن آگاهی دانشجویان در ارتباط این دو مؤلفه نقش میانجی مؤثر دارد؟ بر اساس آنچه ذکر گردید، مدل مفهومی زیر ترسیم و مورد آزمون قرار گرفت (تصویر ۱).

آگاهی و نیازهای روانشناختی زمینه پژوهشی بسیار مهمی است که در مطالعات آتی پیرامون ذهن آگاهی و نیازهای روانشناختی می‌تواند مورد توجه فراوان قرار گیرد [۱۴]. لازم به ذکر است تلاش‌های اخیر در راستای تبدیل مفهوم ذهن آگاهی به مفهومی ساده و قابل فهم، سه مؤلفه مهم و عمده را برشمرده که عبارتند از: تعمد، توجه و نگرش [۴۰].

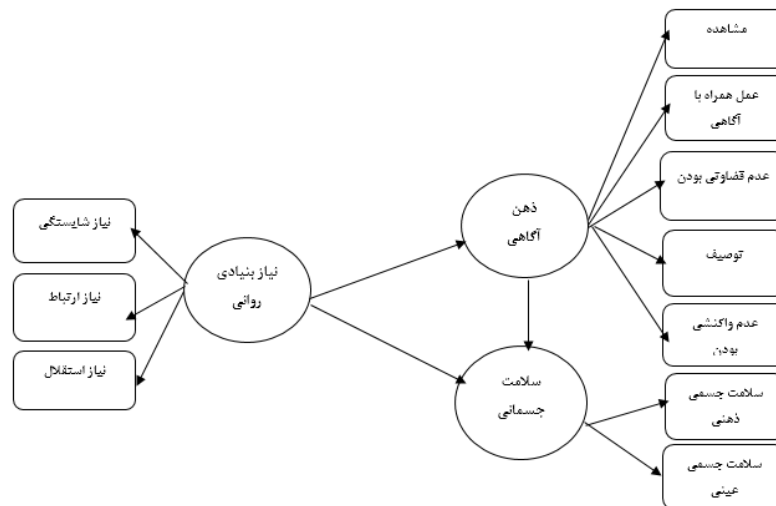
Sattarpoor و همکاران (۱۳۹۴) در تحقیق خود نشان دادند که نمره افسردگی قبل از مداخله و بعد از مداخله آموزش ذهن آگاهی تغییر کرده است و بعد از مداخله ذهن آگاهی، میزان افسردگی کاهش یافته است [۴۳]. علاوه بر این مروری بر ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد Ghazanfari و همکاران (۱۳۹۵) در تحقیق خود نشان دادند که آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت عمومی تأثیر گذار است [۳۴]. Shahmohammadi و همکاران (۱۳۸۶) در تحقیق خود نشان دادند که خودشناسی و عامل‌های آن به طور کلی بر سلامت جسمانی مؤثرند [۲۵].

Pakizeh, Nazari (۱۳۹۴) در تحقیق خود نشان دادند که سلامت عمومی دانش آموزان گروه کنترل که آموزش ذهن آگاهی دریافت کرده بودند به نسبت گروه گواه بالاتر بود [۲]. Ahmadvand و همکاران (۱۳۹۱) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که ذهن آگاهی پیش بینی کننده‌ای قوی برای بهزیستی روانشناختی است [۴۴]. Akhbarati, Bashedoost (۱۳۹۵) در مطالعه خود نشان دادند که بین متغیر نیازهای بنیادی روانی با بهزیستی دانش آموزان رابطه و همبستگی وجود دارد [۴۵].

Kabat-Zinn (۲۰۰۵) نیز در طی مطالعات خود نشان داده است که متغیر ذهن آگاهی بر سلامت روانی و سلامت جسمانی تأثیر دارد [۳۵]. Beirami, Abdi (۱۳۸۸) نیز در تحقیق خود که به بررسی اثر ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب دانش آموزان پرداختند نشان دادند که آموزش ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب دانش آموزان تأثیر گذار است [۴۶]. Narimani و همکاران (۱۳۹۰) نیز در تحقیق خود نشان دادند که آموزش ذهن آگاهی باعث تفاوت در سطح سلامت روان افراد شده است و بنابراین ذهن آگاهی بر سلامت روان مؤثر است [۴۷].

Ghorbani Sefidehkan, Hosein Sabet (۱۳۹۵) نیز در تحقیق خود نشان دادند که نیازهای بنیادی روانی می‌توانند بر آسیب شناسی افسردگی تأثیر گذار باشند [۴۸]. Azargoon, Kajbaf (۱۳۹۰) نیز در مطالعه خود نشان دادند که ذهن آگاهی روشی اثربخش در زمینه کاهش نگرش ناکارآمد دانشجویان است [۴۹]. Ferrando (۲۰۰۵) در پژوهشی به این نتیجه رسید که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب صفت دانشجویان تأثیر معناداری دارد [۵۰].

Paterniti (۲۰۰۷) در پژوهشی تحت عنوان مقایسه اثربخشی برنامه مبتنی بر ذهن آگاهی با مهارت‌های مطالعه در درمان اضطراب امتحان دانشجویان، به این نتیجه رسید که هر دو روش در کاهش اضطراب امتحان مؤثر است، اما شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اثربخشی معنادار بیشتری نسبت به آموزش مهارت‌های مطالعه در کاهش اضطراب امتحان داشت [۵۱]. Beauchemine, Hutchins, Patterson (۲۰۰۸) در پژوهشی تحت عنوان تأثیر ذهن آگاهی بر



تصویر ۱: مدل مفهومی تحقیق

روش کار

عبارت. امتیازبندی برای این مقیاس شامل ۷ درجه است که امتیاز ۱ برای پاسخ «اصلاً درست نیست» و امتیاز ۷ برای گزینه «کاملاً خوب است» در نظر گرفته شده است. در این مقیاس عبارت‌های ۴، ۱۱، ۲۰، ۳، ۱۵، ۱۹، ۷، ۱۶، ۱۸ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. در مطالعه حاضر پایایی کلی این ابزار در ضریب آلفای کرونباخ $\alpha = 0/81$ به دست آمد و روایی محتوایی آن نیز توسط سه تن از اساتید روانشناسی و علوم تربیتی و یک متخصص تحقیقات آموزشی بررسی و تأیید گردید. سلامت جسمی دانشجویان نیز با استفاده از فهرست سلامت جسمانی (PHC) Buardman (۲۰۰۴) اندازه‌گیری شد. فهرست سلامت جسمانی Buardman (۲۰۰۴) یک فرم خودگزارش دهی استاندارد است که از سه قسمت تشکیل شده است. سلامت جسمانی با ترکیب سه نمره بر اساس پاسخ‌های آزمودنی‌ها به دست می‌آید. قسمت اول شامل فهرستی از بیماری‌هاست و از آزمودنی خواسته می‌شود در صورت ابتلا به هر یک از بیماری‌هایی که در لیست آمده است، مقابل آن علامت گذاری کنند و اگر بیماری فرد در فهرست نباشد، در قسمت سایر موارد قید شود. تعداد پاسخ‌های فرد از نمره کل کم می‌شود و باقی مانده به عنوان نمره فرد در این قسمت در نظر گرفته می‌شود. در قسمت دوم، پاسخ فرد به سؤال «به نظر شما چقدر بیماری با فعالیت‌های شغلی و روزانه شما تداخل می‌کند؟» در دامنه ۵ درجه‌ای از خیلی زیاد تا خیلی کم، درجه‌بندی می‌شود. در قسمت سوم مصرف سیگار نیز به عنوان یک رفتار پر خطر در قالب دو سؤال مورد بررسی قرار می‌گیرد و پاسخ مثبت به آن به منزله یک نمره منفی تلقی می‌شود. در نهایت این سه نمره به نمرات استاندارد تبدیل شده و مجموع آنها نمره فرد در سلامت جسمی عینی را نشان می‌دهد. ارزش‌های بالاتر نشانگر سلامت بهتر است. در بخش دوم، از فرد خواسته می‌شود سلامت جسمانی خود را به صورت کلی در دامنه ۵ درجه‌ای از بسیار خوب تا خیلی ضعیف درجه بندی کند. این نمره نیز به نمره استاندارد تبدیل شده، معرف سلامت جسمی ادراک شده (ذهنی) فرد است. پرسشنامه سلامت جسمانی (PHC) Buardman (۲۰۰۴) به طور وسیعی در جامعه شناسی پزشکی و پژوهش‌های مربوط به سلامت عمومی به کار

این پژوهش از نظر راهبرد اصلی، کمی، از نظر هدف، کاربردی، از نظر راهکار اجرایی، میدانی، از نظر تکنیک تحلیلی، توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش را دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۷، در رشته‌های مختلف تشکیل می‌داد. با رعایت ملاحظات اخلاقی از جمله اخذ رضایت از شرکت کنندگان جهت شرکت در تحقیق، محرمانه ماندن اطلاعات افراد، عدم اجبار در ادامه دادن روند کار، در دسترس بودن محقق جهت پاسخگویی به سؤالات و کسب مجوز اجرای پژوهش از دانشگاه به توزیع پرسشنامه در بین دانشجویان، اقدام گردید. روش نمونه‌گیری از نوع اتفاقی (در دسترس) بود. حجم نمونه با توجه به جدول Kregci-Morgan و با در نظر گرفتن خطای $\alpha = 0/05$ ، ۲۴۰ نفر در نظر گرفته شد که از این تعداد، ۲۳۸ پرسشنامه به صورت کامل پاسخ داده شده و قابل تحلیل بود و پرسشنامه‌های دیگر ناقص و مخدوش بودند و جهت جلوگیری از هر نوع خطا از تحلیل خارج شدند. در تحقیق حاضر میزان ذهن آگاهی دانشجویان با استفاده از پرسشنامه ذهن آگاهی (FFMQ) Baer و همکاران (۲۰۰۶) اندازه گیری شد. این پرسشنامه دارای ۳۹ گویه می‌باشد و در طیف لیکرت پنج درجه‌ای (همیشه، اغلب، برخی مواقع، به ندرت و هرگز) تدوین شده است. دارای پنج زیر مقیاس مشاهده، توصیف، عمل همراه با آگاهی، عدم قضاوت و زیر مقیاس عدم واکنش می‌باشد. پایایی کلی این ابزار با ضریب آلفای کرونباخ $\alpha = 0/95$ به دست آمد. روایی محتوایی ابزار نیز توسط سه تن از اساتید روانشناسی و علوم تربیتی و یک متخصص تحقیقات آموزشی تأیید گردید. نیازهای بنیادی روانی دانشجویان با استفاده از پرسشنامه نیازهای بنیادی روانی (PNS) Dys, Ryan (۲۰۰۰) اندازه‌گیری شده است. مقیاس نیازهای بنیادین روانی (PNS) در سال ۲۰۰۰ توسط Dys, Ryan به منظور ارزیابی ارضاء نیازهای روانی ساخته شد و در داخل کشور ویژگی‌های روانسنجی (روایی و پایایی) آن مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. این آزمون شامل ۲۱ عبارت و ۳ خرده مقیاس است. خرده مقیاس‌ها عبارتند از: نیاز برای شایستگی دارای ۶ عبارت، نیاز برای وابستگی یا ارتباط دارای ۸ عبارت و نیاز برای استقلال یا خودمختاری شامل ۷

مربوط به ابزارهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است. در نهایت قبل از پرداختن به تحلیل اصلی، نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف تک نمونه‌ای بررسی و تأیید گردد و داده‌های جمع آوری شده با استفاده از دو نرم افزار SPSS vs. 22 و lisrel 8.50 و با روش مدل معادلات ساختاری تجزیه و تحلیل گردید.

می‌رود. در داخل کشور در تحقیق Bazazyan, Besharat (۱۳۸۸) روایی محتوایی آن تأیید شده و پایایی آن برابر با ۰/۸۲ گزارش شده است [۱]. در تحقیق حاضر نیز روایی محتوایی ابزار با نظر سه تن از اساتید روانشناسی و علوم تربیتی و یک متخصص تحقیقات آموزشی تأیید شد و برای پایایی نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و در نهایت پایایی کل پرسشنامه برابر $\alpha = 0/69$ به دست آمد. سایر اطلاعات

جدول ۱: متغیرها و گویه‌های آن و پایایی مربوط به هر متغیر

متغیر	تعداد گویه	شماره گویه‌ها	پایایی در ضریب آلفای کرونباخ
سلامت جسمانی	۱۵	۱-۱۵	۰/۶۹
سلامت جسمانی ذهنی	۴	۱۵-۱۴-۱۳-۱۲	۰/۵۳
سلامت جسمانی عینی	۱۱	۱۱-۱	۰/۶۲
نیازهای بنیادی روانی	۲۱	۱-۲۱	۰/۸۱
نیاز شایستگی	۶	۱۹-۱۵-۱۳-۱۰-۵-۳	۰/۶۱
نیاز ارتباط	۸	۲۱-۱۸-۱۶-۱۲-۹-۷-۶-۲	۰/۸۱
نیاز استقلال	۷	۲۰-۱۷-۱۴-۱۱-۸-۴-۱	۰/۶۱
ذهن آگاهی	۳۹	۱-۳۹	۰/۹۵
مشاهده	۸	۳۶-۳۱-۲۶-۲۰-۱۵-۱۱-۶-۱	۰/۷۸
عمل همراه با آگاهی	۸	۳۸-۳۴-۲۸-۲۳-۱۸-۱۳-۸-۵	۰/۸۲
عدم قضاوتی بودن	۸	۳۹-۳۵-۳۰-۲۵-۱۷-۱۴-۱۰-۳	۰/۷۸
توصیف	۸	۲۷-۲۲-۱۲-۷-۲-۳۷-۱۶-۳۲	۰/۷۹
عدم واکنشی بودن	۷	۳۳-۲۴-۲۹-۲۱-۱۹-۹-۴	۰/۸۳

یافته‌ها

مشغول به تحصیل بودند. در جدول ۲، اندازه‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای تحقیق گزارش شده است.

از تعداد ۲۳۸ نفر که به صورت کامل به پرسشنامه پاسخ داده بودند ۶۱/۳ درصد مذکر (۱۴۶ نفر) و ۳۸/۷ درصد مؤنث (۹۲ نفر) بودند که در مقاطع تحصیلی کاردانی (۱۰/۱ درصد) و لیسانس (۸۹/۹ درصد)

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اصلی تحقیق (n = 203)

زیرمقیاس	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت جسمانی		
سلامت جسمانی ذهنی	۳/۲۳	۰/۹۳
سلامت جسمانی عینی	۱۴/۹۷	۱/۲۲
نیازهای بنیادی روانی		
نیاز شایستگی	۲۲/۱۵	۴/۶۲
نیاز ارتباط	۳۱/۰۷	۴/۶۹
نیاز استقلال	۲۴/۹۶	۴/۸۴
ذهن آگاهی		
مشاهده	۲۵/۱۰	۴/۹۱
عمل همراه با آگاهی	۲۵/۵۱	۴/۹۰
عدم قضاوتی بودن	۲۵/۵۷	۴/۸۴
توصیف	۲۵/۴۷	۴/۶۸
عدم واکنشی بودن	۲۲/۵۸	۴/۶۱

شامل عمل همراه با آگاهی، عدم قضاوتی بودن، توصیف و عدم واکنشی بودن، مثبت و در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی‌دار است ولی با خرده مقیاس مشاهده معنی‌دار نیست. هم‌چنین همبستگی بین خرده مقیاس سلامت جسمی عینی با خرده مقیاس عدم قضاوتی بودن و عدم واکنشی بودن، مثبت و در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی‌دار است ولی با خرده مقیاس‌های مشاهده، عمل همراه با آگاهی و توصیف معنی‌دار نیست.

طبق جدول ۲، ملاحظه می‌گردد که در بین زیر مقیاس‌های سلامت جسمانی، زیر مقیاس سلامت جسمانی عینی با $14/97 \pm 0/93$ ، در بین زیر مقیاس‌های نیاز بنیادی روانی، بعد نیاز ارتباط با $31/07 \pm 4/69$ و در بین زیر مقیاس‌های ذهن آگاهی، زیر مقیاس عدم واکنشی بودن با $22/58 \pm 4/61$ بالاترین مقدار میانگین را دارا می‌باشند. نتایج ماتریس همبستگی جدول ۳ نشان می‌دهد که همبستگی بین خرده مقیاس سلامت جسمی ذهنی، با خرده مقیاس‌های ذهن آگاهی

قضایوتی بودن، توصیف و عدم واکنشی بودن) مثبت و در سطح اطمینان ۹۹ درصد، معنی دار است.

به منظور تبیین الگوی ارتباطی بین نیازهای بنیادی روانی و سلامت جسمانی با میانجی‌گری ذهن آگاهی از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

تصویر ۲ مدل آزمون شده تحقیق در حالت ضرایب استاندارد و تصویر

۳ مدل آزمون شده تحقیق در حالت ضرایب معنی داری (t-value) را نشان می‌دهد.

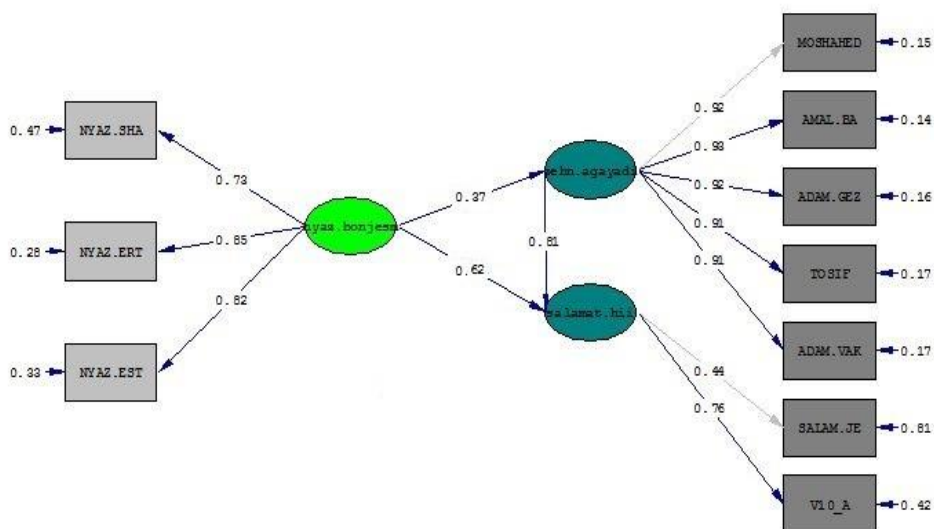
همبستگی بین خرده مقیاس سلامت جسمی ذهنی، با ابعاد نیازهای بنیادی روانی شامل نیاز شایستگی و نیاز استقلال در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی‌دار است ولی با نیاز ارتباط معنی‌دار نیست. هم‌چنین همبستگی بین خرده مقیاس سلامت جسمی عینی، با نیاز شایستگی و نیاز ارتباط در سطح اطمینان ۹۹ درصد، معنی‌دار است ولی با نیاز استقلال معنی‌دار نیست.

علاوه بر این ماتریس همبستگی نشان می‌دهد که همبستگی بین ابعاد نیازهای بنیادی روانی شامل نیاز شایستگی، نیاز ارتباط و نیاز استقلال با خرده مقیاس‌های ذهن آگاهی (مشاهده، عمل همراه با آگاهی، عدم

جدول ۳: ماتریس همبستگی بین خرده مقیاس‌های نیاز بنیادی روانی، ذهن آگاهی و سلامت جسمانی

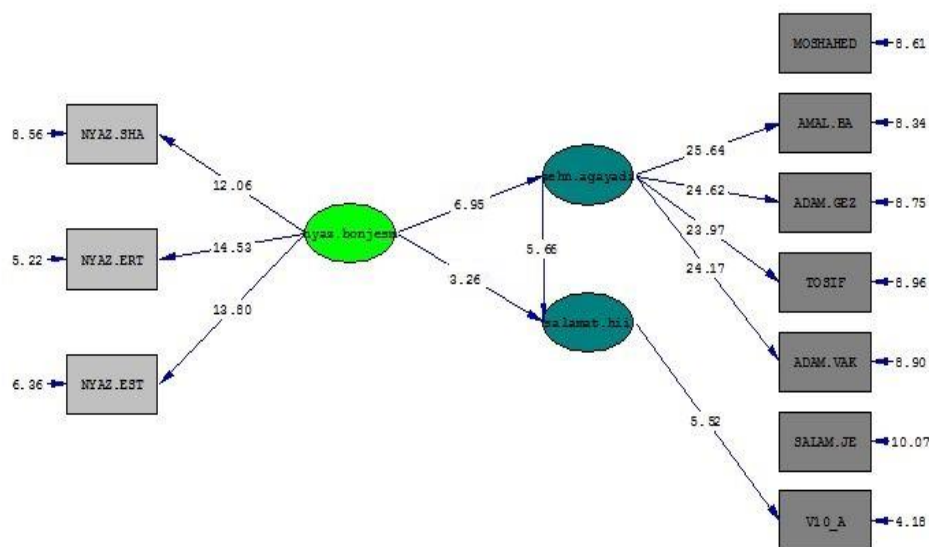
عدم واکنشی بودن	توصیف	عدم قضایوتی بودن	عمل همراه با آگاهی	مشاهده	نیاز استقلال	نیاز ارتباط	نیاز شایستگی	سلامت جسمی عینی	سلامت جسمانی ذهنی
									سلامت جسمی ذهنی
									۱
								۱	۰/۳۸۶**
							۱	۰/۲۱۴**	۰/۲۱۱**
						۱	۰/۶۸۲**	۰/۲۳۳**	۰/۱۴۳
					۱	۰/۷۳۱**	۰/۷۴۲**	-۰/۱۴۸	۰/۲۰۱**
				۱	۰/۲۵۵**	۰/۲۳۲**	۰/۲۶۳**	۰/۱۲۲	۰/۰۱۱
			۱	۰/۳۶۱**	۰/۵۵۱**	۰/۴۶۴**	۰/۴۲۱**	۰/۱۳۱	۰/۲۲۱**
		۱	۰/۵۱۱**	۰/۵۴۳**	۰/۴۳۱**	۰/۲۱۲**	۰/۴۲۸**	۰/۲۳۰**	۰/۲۸۲**
	۱	۰/۶۳۱**	۰/۶۵۳**	۰/۵۶۱**	۰/۳۵۴**	۰/۳۸۴**	۰/۵۲۵**	۰/۱۴۴	۰/۵۲۴**
۱	۰/۶۵۴**	۰/۵۷۲**	۰/۴۸۹**	۰/۴۸۲**	۰/۳۶۴**	۰/۳۵۹**	۰/۴۲۰**	۰/۲۷۴**	۰/۶۳۲**

P < ۰/۰۱ ** , P < ۰/۰۵ *



Chi-Square=47.97, df=32, P-value=0.00000, RMSEA=0.046

تصویر ۲: مدل آزمون شده تحقیق در حالت ضرایب استاندارد



Chi-Square=47.97, df=32, P-value=0.00000, RMSEA=0.046

تصویر ۳: مدل آزمون شده تحقیق در حالت ضرایب معنی داری (t-value)

خی (x^2) ، مجذور خی ۲ بر درجه آزادی (x^2/df) شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI)، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص نرم شده برازندگی (NFI) یا همان شاخص Bentler-Bonett و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) در جدول ۵ ارائه شده است.

مرور دقیق شاخص‌های نیکویی برازش الگوی ساختاری (جدول ۵) نشان می‌دهد که الگوی ساختاری آزمون واسطه‌گری ذهن آگاهی در رابطه بین نیازهای بنیادی روانی و سلامت جسمانی، از برازش مطلوبی برخوردار است.

در جدول ۴ نتایج مربوط به پیش بینی سلامت جسمانی دانشجویان توسط نیازهای بنیادی روانی با واسطه‌گری ذهن آگاهی گزارش شده است. طبق جدول ۴ ملاحظه می‌گردد که نیازهای بنیادی روانی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیر مستقیم، با میانجی‌گری ذهن آگاهی با سلامت جسمانی رابطه معنادار و مثبت دارد ($P < 0.05$). همچنین نتایج حاصل از ضرایب معنی‌داری نشان داد که مقادیر t به‌دست آمده برای تمامی متغیرهای مورد مطالعه از ۱/۹۶ بزرگ‌تر بوده و در نتیجه روابط این متغیرها با عامل‌های مربوطه معنی‌دار است. نتایج مربوط به شاخص‌های برازش الگوی ساختاری آزمون واسطه‌گری ذهن آگاهی در رابطه بین نیازهای بنیادی روانی و سلامت جسمانی برای هر یک از شاخص‌های پیشنهادی Hu, Bentler (۱۹۹۹) شامل مجذور

جدول ۴: ضرایب تأثیر نیازهای بنیادی روانی بر سلامت جسمانی از طریق ذهن آگاهی دانشجویان

مسیر فرضیه	ضریب استاندارد	آماره t	نتیجه
نیازهای بنیادی روانی - روی - سلامت جسمانی	۰/۶۲	۳/۲۶	رابطه معنادار و مثبت است.
نیازهای بنیادی روانی - روی - ذهن آگاهی	۰/۳۷	۶/۹۵	رابطه معنادار و مثبت است.
ذهن آگاهی - روی - سلامت جسمانی	۰/۸۱	۵/۶۶	رابطه معنادار و مثبت است.

جدول ۵: شاخص‌های برازش مدل آزمون شده پژوهش

شاخص‌های مربوط به برازش مدل	مقدار به‌دست آمده	دامنه مورد قبول	نتیجه برازش
مجذور خی	۴۷/۹۷ ($P < 0.000$)	۳ (معنی‌دار نبودن از لحاظ آماری)	عدم تأیید
خی دو بر درجه آزادی	۱/۴۹	$x^2/df < 3$	تأیید مدل
نیکویی برازش	۰/۹۲	$GFI > 0.90$	تأیید مدل
شاخص نیکویی برازش انطباقی	۰/۹۲	$AGFI > 0.90$	تأیید مدل
شاخص برازش مقایسه‌ای	۰/۹۱	$CFI > 0.90$	تأیید مدل
شاخص برازش هنجار شده (بنتلر-بونت)	۰/۹۳	$NFI > 0.90$	تأیید مدل
خطای ریشه مجذور میانگین تقریب	۰/۰۴۶	$RMSEA < 0.10$	تأیید مدل

نتیجه گیری

Kabat-Zinn (۲۰۰۵) که در طی مطالعات خود نشان داده است متغیر ذهن آگاهی بر سلامت روانی و سلامت جسمانی تأثیر دارد [۳۵]؛ با یافته‌های ghorbani sefidehkan, hosen sabet (۱۳۹۵) مبنی بر اینکه نیازهای بنیادی روانی می‌تواند بر آسیب شناسی افسردگی تأثیر گذار باشند [۴۸] و با یافته ghaseemipoor و همکاران (۱۳۹۰) مبنی بر اینکه مصاحبه انگیزشی در ارضاء نیازهای بنیادی روانی بیماران عروق کرونر مؤثر است و ارضای این نیازها به کنترل بهتر عوامل خطر بیماری قلبی عروقی کمک می‌کند [۵۸] همخوان و همسو است. در راستای همخوانی مشاهده شده می‌توان گفت نیازهای بنیادی روانی و ذهن آگاهی و مؤلفه‌های پنجگانه آن در محیط‌های مختلفی فارغ از نوع افراد و سن افراد بر سلامت در ابعاد مختلف روانی و جسمانی اثر می‌گذارد و بنابراین همخوانی مشاهده شده معقول و منطقی به نظر می‌رسد. اگرچه در این راستا سابقه پژوهشی چندانی به صورت مستقیم در دست نیست، اما به صورت غیر مستقیم یافته پژوهش حاضر مبانی نظری و پژوهشی موجود در زمینه ارتباط بین عوامل روانی همچون نیازهای بنیادی روانی و ذهن آگاهی و سلامت جسمی را مورد تأیید قرار می‌دهد.

به طور کلی می‌توان گفت سلامت جسمانی یکی از مباحث بسیار مهم است که توجه به آن برای رشد و پیشرفت هر فردی ضرورت دارد. به نظر می‌رسد از جمله عواملی که در حفظ سلامت جسمانی مؤثرند برخورداری از منابع شناختی (ذهن آگاهی) است. یعنی دانش درباره رفتارهای سالم و مهارت برنامه‌ریزی برای تغییر رفتارهای ناسالم خویشتن و آگاهی از خود با سلامت جسمی افراد مرتبط است. بنابراین فقدان ذهن آگاهی و در نتیجه برخورداری نبودن از اطلاعات کافی در مورد خود باعث رفتارهای خطرناک شده و در نتیجه سلامت جسمانی را کاهش می‌دهد. بر همین اساس مسئولین می‌توانند با شناخت عوامل مؤثر بر سلامت جسمانی دانشجویان، در راستای فراهم آوری سلامت دانشجویان اقدام کنند. علاوه بر این توجه به ابعاد روانی همچون نیازهای بنیادی روانی و ذهن آگاهی در کنار عواملی همچون ورزش کردن و تغذیه مناسب برای ارتقای سلامت اهمیت پیدا می‌کند. در نهایت با توجه به افزایش روزافزون اهمیت عوامل روانی از جمله نیازهای بنیادی روانی و ذهن آگاهی در سازمان‌ها و همچنین تأثیر این عوامل روانی بر سلامت جسمانی ذهنی و عینی دانشجویان، بر لزوم توجه به عوامل ذهن آگاهی و نیازهای بنیادی روانی جهت پیشبرد اهداف سازمانی و به تبع آن تلاش جهت سوق دادن دانشجویان به سمت اثربخش بودن توصیه و تأکید می‌شود و پیشنهاد می‌گردد در دانشگاه، اقداماتی جهت آشناسازی دانشجویان برای استفاده مفید و علمی از ذهن آگاهی و مولفه‌های آن صورت گیرد و در زمینه نیازهای بنیادی روانی دانشجویان؛ زمینه‌سازی و آموزش در دانشگاه‌ها جهت شناخت و تقویت انگیزه‌ها و قابلیت‌های دانشجویان و همچنین تدوین برنامه‌های آموزشی متناسب با نیازهای بنیادی دانشجویان، ایجاد و گسترش مراکز پژوهش و توسعه بهره‌گیری از توانایی‌های دانشجویان، مورد توجه قرار گیرد. از جمله محدودیت‌های اصلی این پژوهش در جریان جمع آوری داده‌ها، عدم اعتقاد و علاقه برخی از دانشجویان به تحقیق و موضوع تحقیق بود و همین امر روند گردآوری داده‌ها را کند ساخت.

پژوهش حاضر با هدف تبیین نقش میانجی ذهن آگاهی در ارتباط بین نیازهای بنیادی روانی و سلامت جسمانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل انجام گرفت. در مطالعه حاضر قبل از تحلیل داده‌ها به کمک روش آماری مدل‌یابی معادلات ساختاری، همسو با پیشنهاد Kline (۲۰۰۵) و Meyers, Gamest, Goarin (۲۰۰۶) مفروضه‌های بهنجاری تک متغیری (Univariate normality) - به کمک برآورد مقادیر چولگی (skew) و کشیدگی (kurtosis) - بهنجاری چندمتغیری (Multivariate normality) و مقادیر پرت- با روش فاصله Mahalanobis آزمون و تأیید شدند [۵۶، ۵۵]. علاوه بر این، نتایج مربوط به پراکندگی مشترک بین متغیرهای مشاهده شده که در جدول همبستگی (جدول ۲) گزارش شده است، نشان می‌دهد که مفروضه‌های خطی بودن (linearity) و هم خطی چندگانه (Multicollinearity) رعایت شده است. در نهایت در مطالعه حاضر، برای مدیریت داده‌های گمشده از روش بیشینه انتظار (Expectation maximization) استفاده شد. همچنین برای برآورد مدل از روش بیشینه احتمال (Maximum likelihood) استفاده شد. لازم به ذکر است ماهیت پیچیده و چندبعدی مدل منتخب، استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری را گریز ناپذیر می‌کند. طبق دیدگاه Weston, Gore (۲۰۰۶) اگرچه روش آماری معادلات ساختاری با دیگر روش‌های کمی پرکاربردی مانند تحلیل رگرسیون و تحلیل واریانس قابل مقایسه است، اما در مقایسه با این روش‌ها، تفاوت‌هایی هم دارد [۵۷]. اول، در حالی که در دیگر مدل‌های خطی کلی، سازه‌ها فقط به کمک یک مقدار ارائه می‌شوند و امکانی برای شمول خطای اندازه‌گیری ندارند، در روش معادلات ساختاری ضمن این‌که محقق از اندازه‌های چندگانه برای هر سازه واحد استفاده می‌کند، این روش امکان برآورد خطای ویژه هر اندازه را هم فراهم می‌کند. این تفاوت از این جهت مهم است که امکان آزمون روایی سازه را برای عوامل مختلف فراهم می‌آورد. دوم، در این روش، تفسیر معناداری نتایج نه تنها نیازمند برآورد آماره‌های چندگانه است، بلکه قضاوت درباره برازندگی مدل مفروض با داده‌های مشاهده شده استفاده از شاخص‌های نیکویی برازش مختلف را هم گریز ناپذیر می‌کند.

نتایج تجزیه و تحلیل نشان داد که نیازهای بنیادی روانی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیر مستقیم و از طریق واسطه‌گری مؤلفه ذهن آگاهی بر سلامت جسمانی دانشجویان مؤثر است. این یافته با نتایج تحقیق ghazanfari و همکاران (۱۳۹۵) مبنی بر اینکه آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت عمومی تأثیر گذار است [۳۴]؛ shahmohamadi و همکاران (۱۳۸۶) مبنی بر اینکه خودشناسی و عامل‌های آن به طور کلی بر سلامت جسمانی مؤثرند [۲۵]؛ pakizeh, nazari (۱۳۹۴) مبنی بر اینکه سلامت عمومی دانش آموزانی که آموزش ذهن آگاهی دریافت کرده بودند به نسبت دانش آموزانی که این نوع آموزش‌ها را دریافت نکرده‌اند، بالاتر است [۲]؛ با یافته narimani و همکاران (۱۳۹۰) مبنی بر اینکه ذهن آگاهی بر سلامت روان مؤثر است [۴۷]؛ با نتیجه تحقیق Ferrando (۲۰۰۵) مبنی بر اینکه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب صفت دانشجویان و نهایتاً سلامت آنان تأثیر معناداری دارد [۵۰]؛ با یافته‌های

خود را در راستای غنای مقاله ارائه می‌نمایند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

تعارض در منافع

بین نویسندگان مقاله و دفتر دو ماهنامه علمی- پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی هیچگونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

References

1. Besazian S, Besharat M. [Comparison of emotional intelligence, mental health and physical health of different occupations]. *Appl Psychol J*. 2009;3(1):7-26.
2. Clement A, Nazari M. The effect of mindfulness and emotional regulation on the general health of high school girl students in Yasouj. *Jundishapur Educ Dev J*. 2015;6(2):158-65.
3. Kaviani H, Javaheri F, Behayeei H. [The Effectiveness of Knowledge Based Cognitive Therapy Based on Mindfulness on Conscious Negative Thoughts, Ineffective Attitudes, Depression and Anxiety: A 60-Day Follow-up]. *Cogn Sci J*. 2008;25:49-59.
4. Baer RA. Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clin Psychol Sci Pract* 2006;10(2):125-43. doi: 10.1093/clipsy.bpg015
5. Kabat-Zinn J. *coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. New York: Hyperion; 2003.
6. Segal Z, Williams J, Teasdale J. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press; 2012.
7. Linehan M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press; 2004.
8. Hayes S, Strosahl K, Wilson K. *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Guilford Press; 2003.
9. Fairfax H. The use of mindfulness in obsessive compulsive disorder: suggestions for its application and integration in existing treatment. *Clin Psychol Psychother*. 2008;15(1):53-9. doi: 10.1002/cpp.557 pmid: 19115428
10. Ludwig DS, Kabat-Zinn J. Mindfulness in medicine. *JAMA*. 2008;300(11):1350-2. doi: 10.1001/jama.300.11.1350 pmid: 18799450
11. Frewen PA, Evans EM, Maraj N, Dozois DJA, Partridge K. Letting Go: Mindfulness and Negative Automatic Thinking. *Cogn Ther Res* 2007;32(6):758-74. doi: 10.1007/s10608-007-9142-1
12. Cardaciotto L, Herbert JD, Forman EM, Moitra E, Farrow V. The assessment of present-moment awareness and acceptance: the Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*. 2008;15(2):204-23. doi: 10.1177/1073191107311467 pmid: 18187399
13. Bishop SR. What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosom Med*. 2002;64(1):71-83. pmid: 11818588
14. Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *J Clin Psychol*. 2006;62(3):373-86. doi: 10.1002/jclp.20237 pmid: 16385481
15. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2004;57(1):35-43. doi: 10.1016/S0022-3999(03)00573-7 pmid: 15256293
16. Chen K-C, Jang S-J. Motivation in online learning: Testing a model of self-determination theory. *Comput Hum Behav* 2010;26(4):741-52. doi: 10.1016/j.chb.2010.01.011
17. Sheldon KM, Niemiec CP. It's not just the amount that counts: balanced need satisfaction also affects well-being. *J Pers Soc Psychol*. 2006;91(2):331-41. doi: 10.1037/0022-3514.91.2.331 pmid: 16881768
18. Diseth A, Danielsen AG, Samdal O. A path analysis of basic need support, self-efficacy, achievement goals, life satisfaction and academic achievement level among secondary school students. *Educ Psychol* 2012;32(3):335-54. doi: 10.1080/01443410.2012.657159
19. Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clin Psychol Sci Pract* 2006;10(2):144-56. doi: 10.1093/clipsy.bpg016

سیاسگزاری

در پایان از دانشجویانی که با همکاری صمیمانه خود، امکان انجام تحقیق حاضر را فراهم نمودند و از داوران گرامی نیز که وقت ارزشمند خود را صرف مطالعه و بررسی این مقاله می‌نمایند و نظرات سودمند

20. Cardaciotto L. *Assessing mindfulness: develop of a bi-dimensional measure of awareness and acceptance*. USA: University of Drexel; 2005.
21. Shapiro SL, Schwartz GE, Bonner G. Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *J Behav Med*. 1998;21(6):581-99. doi: 10.1023/a:1018700829825 pmid: 9891256
22. Pourmajd M, Sabagh S, Scientific M. [Investigating the relationship between health and health (physical, psychological, social, and spiritual) through moderating variables of social support and self-esteem]. *J Sociol Stud*. 2011;14(13):7-18.
23. Ghorbani N, Watson PJ, Morris RJ. Personality, stress and mental health: evidence of relationships in a sample of Iranian managers. *Pers Individ Differ* 2000;28(4):647-57. doi: 10.1016/s0191-8869(99)00128-2
24. Pajares F. Self-Efficacy Beliefs, Motivation, and Achievement in Writing: A Review of the Literature. *Read Writ Q* 2010;19(2):139-58. doi: 10.1080/10573560308222
25. Shah Mohammadi K, Ghorbani N, Basharat M. [The Role of self-knowledge in defensive and physical health styles]. *J Iran Psychol*. 2007;3(10):154-6.
26. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosom Med*. 2003;65(4):564-70. pmid: 12883106
27. Nixon CT, Frost AG. The study habits and attitudes inventory and its implications for students' success. *Psychol Rep* 1990;66(3_suppl):1075-85.
28. Paul NA, Stanton SJ, Greeson JM, Smoski MJ, Wang L. Psychological and neural mechanisms of trait mindfulness in reducing depression vulnerability. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2013;8(1):56-64. doi: 10.1093/scan/nss070 pmid: 22717383
29. Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychol Inq* 2007;18(4):211-37. doi: 10.1080/10478400701598298
30. Turpyn CC, Chaplin TM. Mindful Parenting and Parents' Emotion Expression: Effects on Adolescent Risk Behaviors. *Mindfulness (N Y)*. 2016;7(1):246-54. doi: 10.1007/s12671-015-0440-5 pmid: 27087861
31. Duncan LG, Bardacke N. Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Education: Promoting Family Mindfulness During the Perinatal Period. *J Child Fam Stud*. 2010;19(2):190-202. doi: 10.1007/s10826-009-9313-7 pmid: 20339571
32. Coatsworth JD, Duncan LG, Greenberg MT, Nix RL. Changing Parent's Mindfulness, Child Management Skills and Relationship Quality With Their Youth: Results From a Randomized Pilot Intervention Trial. *J Child Fam Stud*. 2010;19(2):203-17. doi: 10.1007/s10826-009-9304-8 pmid: 24013587
33. Rayan A, Ahmad M. Effectiveness of mindfulness-based interventions on quality of life and positive reappraisal coping among parents of children with autism spectrum disorder. *Res Dev Disabil*. 2016;55:185-96. doi: 10.1016/j.ridd.2016.04.002 pmid: 27107368
34. Masoumeh F, Hosseini Raghaghani N, Moradiani K, Mehrabi M, Panahi H. [The Effectiveness of Mental Health-Based Mentoring Program with General Health of Mothers with a Child with Disobedience Obsessive Disorder]. *Urmia Medical J*. 2016;27(7):630-41.
35. Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clin Psychol Science Pract* 2006;10(2):144-56. doi: 10.1093/clipsy.bpg016

36. Praissman S. Mindfulness-based stress reduction: a literature review and clinician's guide. *J Am Acad Nurse Pract.* 2008;20(4):212-6. doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00306.x pmid: 18387018
37. Shonin E, Van Gordon W, Slade K, Griffiths MD. Mindfulness and other Buddhist-derived interventions in correctional settings: A systematic review. *Aggr Viol Behav.* 2013;18(3):365-72. doi: 10.1016/j.avb.2013.01.002
38. Giluk TL. Mindfulness, Big Five personality, and affect: A meta-analysis. *Pers Individ Differ.* 2009;47(8):805-11. doi: 10.1016/j.paid.2009.06.026
39. Post BC, Wade NG. Religion and spirituality in psychotherapy: a practice-friendly review of research. *J Clin Psychol.* 2009;65(2):131-46. doi: 10.1002/jclp.20563 pmid: 19132737
40. Nejati V, Zabihollah A, Nik Farajm M. [The relationship between mindfulness and sustained and selective attention functions]. *J Cogn Behav Sci.* 2012;2(2):31-42.
41. Weber B, Jermann F, Gex-Fabry M, Nallet A, Bondolfi G, Aubry JM. Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: a feasibility trial. *Eur Psychiatry.* 2010;25(6):334-7. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.03.007 pmid: 20561769
42. Mars TS, Abbey H. Mindfulness meditation practise as a healthcare intervention: A systematic review. *Int J Osteopath Med.* 2010;13(2):56-66. doi: 10.1016/j.ijosm.2009.07.005
43. Stearupour F, Ahmadi E, Sadeghzadeh S. [The Effectiveness of Mindfulness Education on Depression Depression Symptoms in Students]. *J Gorgan Univ Med Sci.* 2016;17(3):81-8.
44. Ahmadvand Z, Heidari Nasab L, Shoori M. [Explaining Psychological Well-being Based on the Components of Mindfulness]. *J Psychol Health.* 2012;20:60-9.
45. Ahkbarati F, Bashar Doust S. [The prediction of well-being based on family functions and students' basic psychological needs]. *Third International Conference on Psychology and Education 2017.* p. 374-9.
46. Beyrami M, Abdi R. [The Effect of Teaching Mental Awareness Techniques on Students' Anxiety Test]. *J Educ Sci.* 2009;2(6):35-54.
47. Narimani M, Aryapouran S, Abolqasemi A, Ahadi B. [Comparing the Effectiveness of Mindfulness and Exercise Setting on the Mental Health of Veterans]. *Q Clin Psychol.* 2011;4(8):61-72.
48. Ghorbani Sefidehkhani M, Hossein Sabet F. [Correlation between attachment indices and satisfaction of basic psychological needs with depression (path analysis)]. *J Pajhwahand.* 2016;21(1):13-20.
49. Azargan H, Kajbaf M. [The Effectiveness of Mindfulness Education on Decreasing Dysfunctional Attitudes and Self-Concept Thoughts in Depressed Students of Isfahan University]. *J Psychol Health.* 2011;14(1):79-94.
50. Ferrando S. Mindfulness based cognitive therapy for trait anxiety. *J Psychol.* 2005;22:1-12.
51. Paterniti A. Comparing the efficacy of a mindfulness-based program to a skills-training program in the treatment of test anxiety. England: University of Island; 2007.
52. Beauchemin J, Hutchins TL, Patterson F. Mindfulness Meditation May Lessen Anxiety, Promote Social Skills, and Improve Academic Performance Among Adolescents With Learning Disabilities. *Complement Health Pract Rev* 2008;13(1):34-45. doi: 10.1177/1533210107311624
53. Basharat M, Askari A, Ali Bakhshi Z. [Perfectionism and physical health; the mediating effect of positive and negative emotions]. *J Transform Psychol.* 2011;7(26):123-36.
54. Karampour R, Georgian F. [Social factors affecting the tendency of women to maintain physical health]. *J Sociol Stud Iran.* 2014;3(10):63-74.
55. Kline R. Principles and practices of structural equation modeling. New York: Guilford; 2005.
56. Meyers L, Gamest G, Goarin A. Applied multivariate research, design and interpretation. Thousand Oaks. London: Sage Publication; 2006.
57. Weston R, Gore PA. A Brief Guide to Structural Equation Modeling. *Counsel Psychol* 2016;34(5):719-51. doi: 10.1177/0011000006286345
58. Ghasemipour Y, Bahrami Ehsan H, Ghahremanlonejad S, Pursorifi H. [Effectiveness of Motivational Interview on Satisfaction of Basic Psychological Needs in Patients with Coronary Artery Disease]. *J Clin Psychol.* 2012;2(3):41-53.