

الگوی ساختاری ذهن آگاهی و کیفیت خواب با میانجیگری بهزیستی روان‌شناختی در دانش‌آموزان دبیرستانی اسماعیل صدری دمیرچی^۱ و حدیث چراغیان^۲

چکیده

از آنجایی که بی‌خوابی بر سلامت روان دانش‌آموزان تاثیر دارد، هدف پژوهش حاضر ارائه‌ی مدل ساختاری ذهن آگاهی و کیفیت خواب با میانجیگری بهزیستی روان‌شناختی می‌باشد. روش پژوهش توصیفی و از نوع طرح‌های همبستگی و روش مدل‌یابی معادلات ساختاری می‌باشد. جامعه‌ی پژوهش را دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان دلفان در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ تشکیل می‌دهد. به این منظور ۲۴۱ دانش‌آموز با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی ذهن آگاهی پنج وجهی، پرسشنامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی ریف، شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ استفاده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل مسیر با نرم افزار Amos مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج به دست آمده نشان داد مدل بعد از یک سری اصلاحات از برازش مناسبی برخوردار است. به علاوه یافته‌ها نشان داد ذهن آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی تاثیر دارند و بهزیستی روان‌شناختی بر کیفیت خواب تاثیر دارد. هم‌چنین بهزیستی روان‌شناختی میانجی بین ذهن آگاهی بر کیفیت خواب می‌باشد. این پژوهش گام مهمی جهت شناخت عوامل موثر بر کیفیت خواب و توسعه‌ی پژوهش در زمینه‌ی مدل می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: ذهن آگاهی، کیفیت خواب، بهزیستی روان‌شناختی، دانش‌آموزان

۱. نویسنده‌ی رابط: استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی e.sadri@uma.ac.ir

۲. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۵/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۱۲/۱

مقدمه

تغییرات هنجار فیزیولوژیک، روان‌شناختی و اجتماعی که در دوران نوجوانی پدید می‌آید با مدت زمان خواب، خواب ناکافی، زمان بندی نامناسب خواب و بی‌خوابی در دوران نوجوانی همراه است. به طوری که نتایج مطالعات نشان داد بیش از ۰/۲۵ از نوجوانان بی‌خوابی دارند. بخشی از این بی‌خوابی مربوط به اوایل به خواب رفتن می‌باشد که معمولترین نوع بی‌خوابی می‌باشد. بخشی در صبح زود و تعدادی دیگر مشکل در نگهداری خواب دارند (کاو، هانگ، وانگ، تسای^۱، ۲۰۰۸). تحقیقات روی جمعیت‌های دانش‌آموزان ایرانی نیز نشان داده ۰/۴۰ از آنان کیفیت خواب^۲ نامطلوب و کم‌خوابی دارند (خاکساری و معصومی، ۱۳۹۱).

خواب شبانه کمتر مرتبط با سطوح بالای اضطراب، افسردگی و خستگی در طول روز می‌باشد. به علاوه میانگین خواب شبانه مرتبط با بهزیستی روان‌شناختی می‌باشد (فولینگی و هاروی^۳، ۲۰۰۶) و خواب آلودگی با نمرات بالا در مقیاس‌های اضطراب و افسردگی همراه است (موری و همکاران ۲۰۰۹). هم‌چنین کیفیت خواب مرتبط با سلامت، تعادل عاطفی، رضایت از زندگی و کمبود خواب مرتبط با احساس تنش، افسردگی، خستگی و گیجی می‌باشد (پیلچر، گینتر و سادواسکای^۴، ۱۹۹۷).

افرادی که خواب مطلوب‌تری دارند سطوح بالاتری از مهارت‌های محیطی، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود دارند (هامیلتون، نلسون، استون و کیتزمن^۵، ۲۰۰۷). مکانیسم‌های بهداشت خواب که ممکن است مرتبط با بهزیستی روان‌شناختی^۶ باشند، ناشناخته‌اند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند فشار روانی و استرس میانجی ارتباط بین خواب و

-
1. Kao, Huang, Wang & Tsai
 2. sleep quality
 3. Fuligni & Hardway
 4. Pilcher, Ginter & Sadowsky
 5. Hamilton, Nelson, Stevens & Kitzman
 6. psychological well-being

بهزیستی روان‌شناختی می‌باشند (باربر، روپرچت و مونز^۱، ۲۰۱۴).

بهزیستی روان‌شناختی شامل دریافت‌های فرد از ارزیابی‌های میزان هماهنگی بین هدف‌های معین و ترسیم شده با پیامدهای عملکردی است که به رضایت درونی و نسبتاً پایدار در توالی زندگی منتهی می‌شود (گلداسمیت، وئوم و دارتی^۲، ۱۹۹۷؛ عطادخت، نوروزی و غفاری، ۱۳۹۲). بهزیستی روان‌شناختی به آنچه فرد برای بهزیستی به آن نیاز دارد اشاره دارد. تحقق هدف‌های فرد، متضمن قانونمندی و تلاش بسیار است و این امر حتی ممکن است در تعارض کامل با شادکامی کوتاه مدت باشد. بهزیستی را نباید معادل با تجربه بیشتر لذت دانست، در عوض، بهزیستی روان‌شناختی دربرگیرنده تلاش برای کمال و تحقق نیروهای بالقوه فرد است (اسماعیلی، بصیری و خیر، ۱۳۹۵، نریمانی، یوسفی و کاظمی، ۱۳۹۳). بهزیستی روان‌شناختی شامل احساس رضایتمندی عمومی از زندگی و احساس مثبت در حوزه‌های مختلف خانواده، شغل و نظیر این موارد است (ریف^۳، ۱۹۸۹). افراد با احساس بهزیستی بالا به طور عمده هیجانات مثبت بیشتری را تجربه و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند از سویی افراد با بهزیستی پایین حوادث و موقعیت‌های زندگی‌شان را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند (مایرز و دینر^۴، ۱۹۹۵). از این منظر کسی دارای سلامت روان‌شناختی تلقی می‌شود که ویژگی‌هایی مانند عزت نفس، ارتباطات اجتماعی گسترده، احساس خودکارآمدی و حس استقلال دارد (ریف و سنیگر^۵، ۱۹۹۸).

بهزیستی روان‌شناختی علاوه بر اینکه با مسائل خواب رابطه دارد با ذهن آگاهی^۶ نیز ارتباط دارد. ذهن آگاهی رویکردی است که ابعاد جدیدی از رابطه‌ی بین ذهن و بدن را مشخص می

1. barber, Rupperecht & Munz
2. Goldsmith, Veum & Darity
3. Ryff
4. Myers & Diener
5. Singer
6. mindfulness

سازد. این رویکرد، رویکردی سیستمی و فشرده برای آرمیدگی، توجه کردن، آگاهی و بینش می‌باشد (کابات-زین^۱، ۲۰۰۳). ذهن آگاهی، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند (براون و رایان^۲، ۲۰۰۳).

تعاریف مختلف از ذهن آگاهی سه ویژگی را منعکس می‌کند: الف) توجه و آگاهی متمرکز بر زمان حال ب) هدفمندی که مربوط به مولفه‌ی انگیزشی توجه و رفتار می‌باشد ج) نگرش، وضعیت توجه فرد را نشان می‌دهد، نظیر علاقه، کنجکاوی، عدم قضاوت، پذیرش و پاسخ دهنده بودن (دانکان، میلر، وامپ و هیوبل^۳، ۲۰۰۹).

ذهن آگاهی به‌عنوان رویکردی غیر قضاوتی، برای کمک به افراد جهت فایق آمدن بر تجارب ناخوشایند مطرح شده است. ذهن آگاهی باعث می‌شود افراد بدون ارزیابی رخدادهای منفی، افکارشان را فرونشانند. می‌توانند تجربه کنند که همه‌ی افکار گذرا و در لحظه هستند و تغییر آن‌ها و اقداماتی که لازم است برای آنها انجام شود نباید انعطاف ناپذیر و قطعی باشد (دال، ویلسون، لوسیانو، هایس^۴، ۲۰۰۵). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند ذهن آگاهی با بهزیستی ذهنی^۵ و روان‌شناختی و سلامت روانی رابطه مثبت دارد (براون و همکاران ۲۰۰۷، کارمودی، رید، کریستلر و مرتیام^۶، ۲۰۰۸، فالکنستروم^۷، ۲۰۱۰؛ تبریزچی و وحیدی، ۱۳۹۴).

وقتی ذهن آگاهی افزایش می‌یابد توانایی ما برای مشاهده کردن حالت‌هایی مثل اضطراب افزایش می‌یابد و دیگر با حالت‌هایی مثل اضطراب و ترس کنترل نمی‌شویم، بلکه می‌توانیم از

1. Kabat-Zinn
2. Brown & Ryan
3. Duncan, Miller, Wampold & Hubble
4. Dahl, Wilson, Luciano & Hayes
5. subjective well-being
6. Carmody, Reed, Kristeller & Merriam
7. Falkenstrom

اطلاعات برخواسته از این حالت‌ها استفاده کنیم و در نتیجه بهزیستی روان‌شناختی خود را افزایش دهیم (کارمودی و بائر^۱، ۲۰۰۷)

ذهن آگاهی پیش‌بینی کننده‌ی قوی برای بهزیستی روان‌شناختی است و ۰/۴۲ از واریانس آن را تبیین می‌کند (بروان و ریان، ۲۰۰۳). ذهن آگاهی بهزیستی روان‌شناختی را به دو صورت مستقیم (با تجربیات غنی) و غیر مستقیم (با بهبود خود تنظیمی رفتار) ارتقاء می‌دهد (بروان و ریان^۲، ۲۰۰۳). به‌علاوه از طریق بهبود کیفیت خواب نیز بهزیستی روان‌شناختی را بهبود می‌بخشد (هاول، دیجدان، بارو و شپتیک^۳، ۲۰۰۸). هم‌چنین همبستگی‌های به‌دست آمده بین تمام ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و نمره‌ی کل ذهن آگاهی رابطه‌ی مثبت وجود دارد و افزایش ذهن آگاهی با افزایش بهزیستی روان‌شناختی همراه بوده (احمدوند، حیدری نسب و شعیری، ۱۳۹۰).

هم‌چنین، پژوهش‌ها رابطه مثبت ذهن آگاهی را با ارزش‌های درونی^۴، خودتنظیمی انطباقی^۵ و میزان پایین مادی‌گرایی^۶ نشان داده‌اند (براون و همکاران، ۲۰۰۷؛ براون و کاسیر^۷، ۲۰۰۵). در پژوهش گیلوک^۸ (۲۰۰۹) نیز مشخص شد که ذهن آگاهی با پنج عامل بزرگ شخصیت، به ویژه روان رنجوری، عاطفه منفی و وظیفه شناسی ارتباط معناداری دارد.

بروان و ریان (۲۰۰۳)، در مطالعه‌ای به بررسی نقش ذهن آگاهی در بهزیستی روان‌شناختی پرداختند. نتایج مطالعه آنها نشان داد که افزایش ذهن آگاهی با افزایش بهزیستی روان‌شناختی همراه است. مورونه^۹ و همکاران (۲۰۰۸)، در مطالعه خود بر روی بیماران با درد مزمن دریافتند

1. Carmody & Baer
2. Brown & Ryan
3. Howell, Digdon, Buro & Sheptycki
4. intrinsic values
5. adaptive self-regulation
6. materialism
7. Brown & Kasser
8. Giluk
9. Morone

که تمرین ذهن آگاهی باعث رشد بهزیستی روان‌شناختی در افراد می‌شود که این امر تأثیر فوری بر خلق و اثرات درازمدت بر کیفیت زندگی دارد. در پژوهش مالیا و فیاکو^۱ (۲۰۱۵) مالیا و فیاکو^۱ (۲۰۱۵) نیز اثر ذهن آگاهی بر بهزیستی افراد بزرگسال سالم نشان داده شد. هم چنین نتایج تحقیقی حاکی از اثربخشی آموزش‌های ذهن آگاهی و تنظیم هیجان بر بهبود علائم جسمانی و سلامت روان بود. ذهن آگاهی باعث می‌شود افراد احساسات و نشانه‌های فیزیکی خود را بپذیرند و قبول این احساسات باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به گزارش این نشانه‌ها در آنان می‌شود. ذهن آگاهی از طریق تکنیک‌هایی مانند تن آرامی، پوشش بدن و ذهن آگاهی تنفس میزان تنش‌های ماهیچه‌ای و بدنی را کاهش می‌دهد. بنابراین آموزش ذهن آگاهی می‌تواند در بهبود سلامت روان مفید واقع شود (نریمانی، آریاپوران، ابوالقاسمی، احدی، ۱۳۹۰).

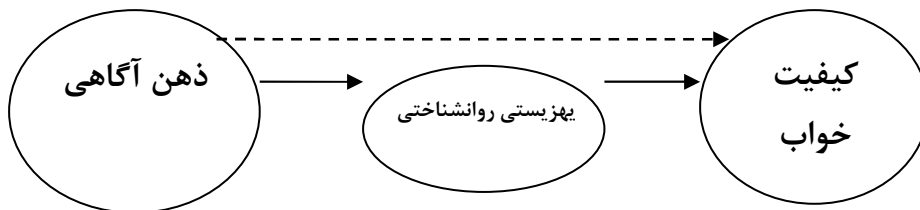
به علاوه گارلند، رولیو، کمپبل، سامولس، کارلسون^۲ (۲۰۱۵) اثرات درمان شناختی و ذهن آگاهی را بر باورهای خواب نامطلوب نشان دادند. لنگاچر و همکاران^۳ (۲۰۱۵) نیز اثرات کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی را بر مولفه‌های خوابی ذهنی و عینی نشان دادند. به علاوه مطالعه بوگوش، فکت و اسکینتا^۴ (۲۰۱۶) نشان داد سطوح بالای ذهن آگاهی مرتبط با کیفیت خواب بهتر از طریق میانجیگری سطوح پایین اضطراب و افسردگی می‌باشد.

با توجه به اهمیت متغیرهای مذکور به خصوص اهمیت کیفیت خواب و نگرانی در مورد آن، جدید بودن ذهن آگاهی و کمبود تحقیقات در رابطه با مدل، ضرورت این پژوهش احساس می‌شود. این پژوهش قصد دارد مدلی با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته ارائه دهد. هدف کلی این مطالعه شناخت و اندازه‌گیری میزان تاثیراتی که ذهن آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی، هم چنین تاثیرات بهزیستی روان‌شناختی بر کیفیت خواب می‌باشد. علاوه بر این اثرات میانجی

1. Mallyal & Fiocco
2. Garland, Rouleau, Campbell, Samuels & Carlson
3. Lengacher et al.
4. Bogusch, Fekete, & Matthew & Skinta.

بهزیستی روان‌شناختی در رابطه بین ذهن آگاهی و کیفیت خواب بررسی می‌شود. بر همین اساس سوال اصلی پژوهش این است که آیا داده‌های حاصل از گروه نمونه با مدل مورد نظر (ارائه‌ی مدل ساختاری ذهن آگاهی و کیفیت خواب با میانجیگری بهزیستی روان‌شناختی) برازش دارد یا نه؟ و بر این اساس فرضیه‌های زیر مطرح است:

- ۱- ذهن آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی تاثیر مستقیم دارد. ۲- بهزیستی روان‌شناختی بر کیفیت خواب تاثیر مستقیم دارد. ۳- ذهن آگاهی به واسطه‌ی بهزیستی روان‌شناختی بر کیفیت خواب تاثیر غیر مستقیم دارد.



شکل ۱. مدل بهزیستی روانی، کیفیت خواب و ذهن آگاهی

روش

روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی و خاص مدل‌یابی معادلات ساختاری است. **جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری:** جامعه‌ی پژوهش دانش‌آموزان دبیرستانی دختر شهرستان دلفان در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ می‌باشد. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و تصادفی ساده استفاده شد؛ بدین صورت که ابتدا با مراجعه به اداره آموزش و پرورش شهرستان دلفان لیست دبیرستان‌های دخترانه شهرستان تهیه گردید. سپس از بین این لیست (۹ دبیرستان) ۵ دبیرستان به شیوه خوشه‌ای انتخاب شدند. سپس با مراجعه به مدارس منتخب و تهیه لیست کلیه دانش‌آموزان هر مدرسه، از هر مدرسه تعداد ۶۰ نفر و جمعاً ۳۰۰ نفر با روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب شد. به تناسب تعداد نمونه ۳-۲ کلاس به صورت تصادفی از هر مدرسه انتخاب و پرسشنامه‌ها در بین دانش‌آموزان توزیع شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها علاوه بر آمار توصیفی از

آزمون همبستگی و خاص مدلیایی معادلات ساختاری استفاده گردید. مدلیایی معادلات ساختاری یک روش تحلیل چندمتغیری بسیار کلی و نیرومند از خانواده رگرسیون چندمتغیری و به بیان دقیقتر، بسط مدل خطی کلی است که به پژوهشگران امکان می‌دهد تا مجموعه‌ای از معادلات را به گونه همزمان مورد آزمون قرار دهد. به منظور گردآوری داده‌ها از چهار پرسشنامه به شرح زیر استفاده شد:

شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ: این مقیاس توسط بایسی و همکارانش^۱ (۱۹۸۹) برای ارزیابی کیفیت خواب و کمک به تشخیص افرادی که خواب خوب یا بد دارند ساخته شده است. این پرسشنامه نگرش بیمار را پیرامون کیفیت خواب خود طی ۴ هفته‌ی گذشته بررسی می‌نماید. این پرسشنامه شامل ۷ خرده مقیاس به شرح: (۱) کیفیت خواب ذهنی^۲، (۲) تاخیر در به خواب رفتن^۳، (۳) طول مدت خواب مفید^۴، (۴) اثربخشی خواب^۵ (بر اساس نسبت طول مدت خواب مفید از کل زمان سپری شده در رختخواب)، (۵) اختلالات خواب^۶، استفاده از داروهای خواب آور^۷ و (۷) اختلال عملکرد در طی روز^۸ می‌باشد. نمره‌ی هر یک از مقیاس‌ها از ۰ تا ۳ در نظر گرفته شده است که به ترتیب بیانگر وضعیت طبیعی، خفیف، متوسط و شدید می‌باشند. حاصل جمع نمرات مقیاس‌های ۷ گانه نمره‌ی کلی فرد را تشکیل می‌دهد که از ۰ تا ۲۱ خواهد بود. نمره‌ی کلی بالاتر از ۵ به معنی نامناسب بودن کیفیت خواب خواهد بود. اعتبار این مقیاس ۰/۸۰ محاسبه شده و پایایی آن که با آزمون مجدد بررسی شده، بین ۰/۹۳ تا ۰/۶۸ گزارش شده است (اگرگون، کارا و انلا^۹،

1. Buysse et al.
2. subjective sleep quality
3. Sleep latency
4. sleep duration
5. Habitual sleep efficiency
6. sleep disturbances
7. use of sleeping medicatin
8. daytime dysfunction
9. Agargun, Kara & Anla

۱۹۹۶). روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران نیز تایید شده است؛ به طوری که در پژوهش انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۸ تا ۰/۸۲ به دست آمده (قرایی و همکاران، ۱۳۸۸). هم‌چنین در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به دست آمده.

پرسشنامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی ریف: این پرسشنامه توسط ریف (۱۹۸۹) ساخته شده. در این مقیاس‌ها پاسخ به هر سوال بر روی یک طیف شش درجه‌ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) مشخص می‌شود. هر مقیاس شامل ۱۴ سوال بوده که ابعاد بهزیستی روان‌شناختی مدل ریف مشتمل بر، روابط مثبت با دیگران، استقلال، تسلط محیطی، رشد فردی، هدف در زندگی، پذیرش خود، را ارزیابی می‌کند. از بین کل سوالات ۴۴ سوال به صورت مستقیم و ۴۰ سوال به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. آلفای کرونباخ به دست آمده در مطالعه‌ی ریف (۱۹۸۹)، برای رشد شخصی (۰/۸۷) ارتباط مثبت با دیگران (۰/۹۱)، پذیرش خود (۰/۹۳)، هدفمندی در زندگی (۰/۹۰)، و تسلط بر محیط (۰/۹۰) و خودمختاری (۰/۸۶) گزارش شده است. در مطالعات ایرانی نیز ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های فوق به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۳، ۰/۶۸، ۰/۷۵، ۰/۷۶، ۰/۷۷، گزارش شده است (مشهدی فراهانی، ۱۳۸۷). کلاترکوشه و نواربافی (۲۰۱۲)، ۰/۹۲ آلفای کرونباخ این پرسشنامه را گزارش کردند. براساس گزارش کلاترکوشه و نواربافی (۲۰۱۲) پرسشنامه مذکور از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است. در این تحقیق نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد.

پرسشنامه‌ی ذهن آگاهی پنج وجهی^۱(FFMQ): این پرسشنامه ابزاری است که براساس مطالعه تحلیل عاملی روی پنج پرسشنامه‌ی ذهن آگاهی، شامل آگاهی از توجه^۲ (MAAM)، پرسشنامه‌ی ذهن آگاهی فرایبورگ^۳ (FMI)، مقیاس ذهن آگاهی عاطفی و شناختی^۴ (CAMS) و

1. five facet mindfulness questionnaire (FFMQ).
2. mindfull attention awareness scale (MAAS)
3. freiburg mindfulness inventory (FMI)
4. cognitive and affective mindfulness scale (CAMS).

پرسشنامه‌ی ذهن آگاهی (MQ) ساخته شده است. تحلیل‌ها پنج عاملی را شناسایی کرده است که جنبه‌های مختلف ذهن آگاهی را ارزیابی می‌کند. این عوامل شامل مشاهده، توصیف، عمل از روی آگاهی، عدم قضاوت درباره‌ی تجربه‌ی درونی است. این عوامل از طریق یک پرسشنامه‌ی خود-گزارشی ۳۹ سوالی اندازه‌گیری می‌شود. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از «هرگز یا خیلی به ندرت صحیح است» تا «اغلب اوقات یا همیشه صحیح است» کدگذاری می‌شوند (هاسکر^۲، ۲۰۱۰). مقیاس‌های پنج وجهی از همسانی درونی بالایی (دامنه‌ی آلفا از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰ می‌باشد) برخوردار است (بایر، اسمیث، هایکنز، کریتمیر و تونی^۳، ۲۰۰۶). ضریب آلفای کرونباخ در این تحقیق ۰/۷۱ به دست آمده است. بر اساس نتایج، همسانی درونی عامل‌ها مناسب بود و ضریب آلفا در گستره‌ای بین ۰/۷۵ (در عامل غیر واکنشی بودن) تا ۰/۹۱ (در عامل توصیف) قرار داشت. همبستگی بین عامل‌ها متوسط و در همه موارد معنی‌دار بود و در طیفی بین ۰/۱۵ تا ۰/۳۴ قرار داشت (نئوسر^۴، ۲۰۱۰). هم‌چنین در مطالعه‌ای که بر روی اعتباریابی و پایایی این پرسشنامه در ایران انجام گرفت، اعتبار مناسب (ضرائب آلفا بین ۰/۸۳-۰/۵۵) و روایی مناسب این پرسشنامه را در نمونه‌های غیر بالینی ایرانی گزارش کرده‌اند. بین ۵ عامل شخصیت به استثنای عامل روان‌رجورخویی همبستگی مثبت و معنادار گردید. هم‌چنین بین تمام ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و ذهن آگاهی همبستگی مثبت مشاهده گردید، در حالی که با تمام نشانه‌های اختلال وارسی شده در SCL-25 همبستگی منفی مشاهده گردید (احمدوند، حیدری‌نسب و شعیری^{۱۳۹۲}). ضریب آلفای کرونباخ در این تحقیق ۰/۷۱ به دست آمده است.

روش اجرا: ابتدا با مراجعه به اداره آموزش و پرورش شهرستان دلفان لیست دبیرستان‌های دخترانه شهرستان تهیه گردید. سپس از بین این لیست (۹ دبیرستان) ۵ دبیرستان به شیوه خوشه‌ای

1. mindfulness questionnaire (MQ)
2. Hasker
3. Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney
4. Neuser

انتخاب شدند. سپس با مراجعه به مدارس منتخب و تهیه لیست کلیه دانش‌آموزان هر مدرسه، از هر مدرسه تعداد ۶۰ نفر و جمعاً ۳۰۰ نفر با روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب شد. به تناسب تعداد نمونه ۲-۳ کلاس به صورت تصادفی از هر مدرسه انتخاب و پرسشنامه‌ها در بین دانش‌آموزان توزیع شد که از کل پرسشنامه‌ها، ۲۴۱ (با توجه به تعداد زیرمؤلفه‌های پرسشنامه‌ها، به صورت هر زیرمؤلفه ۱۵ نفر) پرسشنامه به محقق عودت داده شد. سپس برای نتیجه‌گیری داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

در جدول ۱ مشخصات جمعیت شناختی گروه نمونه ارائه شده و در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه ارائه شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی نمونه مورد مطالعه به تفکیک پایه تحصیلی

P	F	پایه تحصیلی
۳۱/۱	۷۵	اول
۲۱/۹	۵۳	دوم
۹/۵	۲۳	سوم
۳۷/۳	۹۰	پیش‌دانشگاهی
۱۰۰	۲۴۱	مجموع کل

جدول ۲. یافته‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های تحقیق

شاخص آماری	تعداد	M	SD
عمل هوشیارانه	۲۴۱	۲۵/۴۷	۶/۸۲
غیرقضاوتی بودن	۲۴۱	۴۹/۳۴	۸/۴۶
توصیف	۲۴۱	۲۰/۶۴	۶/۰۰
غیرواکنشی بودن	۲۴۱	۲۰/۵۸	۷/۲۷
مشاهده	۲۴۱	۳۱/۸۴	۶/۳۶
کیفیت خواب ذهنی	۲۴۱	۲/۰۵	۰/۸۳
تاخیر در به خواب رفتن	۲۴۱	۱/۵۵	۲/۴۲
طول مدت خواب مفید	۲۴۱	۰/۴۹	۱/۳۱
اثر بخشی خواب	۲۴۱	۱/۲۶	۱/۴۴
اختلالات خواب	۲۴۱	۱/۰۲	۶/۴۵
داروهای خواب	۲۴۱	۰/۶۲	۱/۰۵
اختلال عملکرد	۲۴۱	۰/۸۲	۱/۰۶
وقوع خواب آلودگی	۲۴۱	۷/۶۶	۶/۸۹
پذیرش خود	۲۴۱	۵۴/۳۹	۱۱/۰۹
روابط مثبت	۲۴۱	۵۷/۷۹	۱۰/۰۸
خودمختاری	۲۴۱	۵۷/۸۲	۹/۹۵
تسلط بر محیط	۲۴۱	۵۷/۷۹	۹/۵۹
زندگی هدفمند	۲۴۱	۶۰/۲۴	۱۳/۵۵
رشد شخصی	۲۴۱	۵۸/۸۵	۱۱/۰۹

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که بیشترین میانگین مربوط به متغیر زندگی هدفمند و کمترین میانگین مربوط به متغیر طول مدت خواب مفید می‌باشد.

در ابتدا برای پاسخ به سوال اصلی پژوهش «آیا مدل تبیین بهزیستی روان‌شناختی براساس

کیفیت خواب و ذهن آگاهی با داده‌های تجربی برازش دارد؟» از تحلیل مسیر و نرم‌افزار آموس بهره برده شده است. به طور کلی در کار با برنامه آموس هر یک از شاخص‌های بدست آمده به تنهایی دلیل برازندگی یا عدم برازندگی مدل نیستند و این شاخص‌ها را در کنار هم بایستی تفسیر نمود. همان طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود مقادیرهای بدست آمده برای این شاخص‌ها نشان می‌دهد که در مجموع الگو در جهت تبیین و برازش از وضعیت مناسبی برخوردار نیست و نیاز به اصلاحات دارد. پس از انجام اصلاحات انجام شده شاخص‌های برازش مدل در وضعیت مطلوبی برخوردار شدند و بنابراین پاسخ به فرضیات پژوهش بلامانع می‌باشد.

جدول ۳. شاخص‌های برازش تحلیل مسیر مدل قبل و بعد از اصلاح

نام شاخص	قبل از اصلاح	بعد از اصلاح	حد مجاز
χ^2 df	۱/۸۴	۱/۸۱	کمتر از ۳
ریشه میانگین خطای برآورد ^۱ RMSEA	۰/۰۹	۰/۰۵	کمتر از ۰/۱
CFI ^۲ (برازندگی تعدیل یافته)	۰/۸۵	۰/۹۴	بالاتر از ۰/۹
NFI ^۳ (برازندگی نرم شده)	۰/۷۳	۰/۹۳	بالاتر از ۰/۹
NNFI ^۴ (برازندگی نرم نشده)	۰/۶۶	۰/۹۰	بالاتر از ۰/۹
GFI ^۵ (نیکویی برازش)	۰/۸۶	۰/۹۵	بالاتر از ۰/۹
AGFI ^۶ (نیکویی برازش تعدیل شده)	۰/۸۷	۰/۹۳	بالاتر از ۰/۹

1. Root Mean Square Error Approximation
2. Comparative Fit Index
3. Normed Fit Index
4. Non Normed Fit Index
5. Goodness of Fit Index
6. Adjusted Goodness of Fit Index

همان گونه که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود شاخص‌های برازش مدل پس از اصلاح و ایجاد کوواریانس میان برخی زیر مقیاس‌های متغیرهای ذهن آگاهی، بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت خواب در وضعیت مطلوبی قرار گرفته است.

تبدیل آماره‌ی مجزور خی مدل‌ها به نسبت χ^2/df نشان می‌دهد مقدار یه دست آمده $1/81$ می‌باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت احتمالاً با مدل نظری پژوهش هماهنگی دارد. آماره‌های GFI ، AGF ، CFI به ترتیب $0/95$ ، $0/93$ و $0/94$ می‌باشد که به یک نزدیک می‌باشد که نشانه‌ی برازش مناسب مدل می‌باشد. آماره‌ی $RMSEA$ نیز برابر $0/5$ می‌باشد که مقدار مناسبی به شمار می‌رود. شاخص‌های $NNFI$ ، NFI ، نیز مقدار مناسبی دارند. در نتیجه بر اساس داده‌های به دست آمده در این بررسی مدل پیشنهادی با داده‌ها برازش دارد و مناسب می‌باشد و مورد تایید قرار می‌گیرد. در ادامه به بررسی فرضیه‌های مرتبط با مدل پژوهش پرداخته می‌شود. در جدول ۴ اثرات مستقیم متغیرهای پژوهش در مدل تحلیل مسیر ملاحظه می‌شود.

جدول ۴. مقادیر اثرات مستقیم و غیر مستقیم و ضرایب مسیر در مدل کلی

Sig	P	β	B	نوع اثر	متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین
0/03	2/09	0/44	0/15	مستقیم	بهزیستی روان‌شناختی	ذهن آگاهی
0/04	0/94	-0/23	-0/18	مستقیم	کیفیت خواب	بهزیستی روان‌شناختی
0/04	3/4	-0/33	-0/21	غیر مستقیم از طریق بهزیستی روان‌شناختی	کیفیت خواب	ذهن آگاهی

همان‌طور که در مندرجات جدول ۴ ملاحظه می‌شود عوامل ذهن آگاهی اثر مستقیم بر بهزیستی روان‌شناختی دارد، رابطه‌ی ذهن آگاهی با بهزیستی روان‌شناختی به صورت مستقیم برابر $t=0/94$ و $\beta=0/23$ است. نتایج حاکی از آن است که مولفه‌های ذهن آگاهی $0/15$ از تغییرات بهزیستی

روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کند. بنابراین فرضیه مطرح شده در ارتباط با وجود رابطه مثبت بین عوامل ذهن آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی با ۹۵ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است. نمرات بالا در کیفیت خواب به معنای کیفیت خواب نامناسب می‌باشد. رابطه ی بهزیستی روان‌شناختی با کیفیت خواب به صورت مستقیم برابر ($t = 0/94$ و $\beta = 0/23$) است. نتایج حاکی از آن است که مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی ۰/۱۸ از تغییرات کیفیت خواب را پیش‌بینی می‌کند. بنابراین فرضیه مطرح شده در ارتباط با وجود رابطه بین عوامل بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت خواب با ۹۵ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است. در این پژوهش نمره بالا در پرسشنامه‌ی کیفیت خواب نشانه نامناسب بودن کیفیت خواب می‌باشد و نمره‌ی پایین نشانه‌ی کیفیت خواب مناسب می‌باشد به همین دلیل ضرایب منفی به‌دست آمد. از دیگر نتایج پژوهش اثر غیرمستقیم عوامل ذهن آگاهی بر کیفیت خواب از طریق بهزیستی روان‌شناختی می‌باشد، رابطه‌ی غیرمستقیم ذهن آگاهی با کیفیت خواب به صورت غیر مستقیم برابر ($t = 3/4$ و $\beta = -0/33$) است. بنابراین فرضیه مطرح شده با ۹۵ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به ارائه ی مدل ساختاری ذهن آگاهی و کیفیت خواب با میانجیگری بهزیستی روان‌شناختی پرداخت. نتایج تحلیل نشان داد مدل بعد از یک سری اصلاحات از برازش مناسبی برخوردار است. به علاوه ذهن آگاهی در ارتباط با بهزیستی روان‌شناختی می‌باشد. این مدل هم چنین نشان داد که بهزیستی روان‌شناختی به طور مثبت کیفیت خواب را پیش‌بینی می‌کند. هم چنین ذهن آگاهی با متغیر میانجی بهزیستی روان‌شناختی بر کیفیت خواب تاثیر دارد. حال به بررسی پژوهش‌های همسو با این پژوهش و تبیین آنها پرداخته می‌شود.

یکی از نتایج این پژوهش رابطه‌ی مثبت بین بهزیستی روان‌شناختی و ذهن آگاهی می‌باشد. به عبارتی ذهن آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی تاثیر دارد و به‌طور مثبت می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی کند. نتایج به‌دست آمده از این فرضیه با نتایجی که مورین، کالچی،

استون، سود و برینک^۱ (۲۰۰۸)؛ کارمودی و بائر^۲ (۲۰۰۷)؛ هاول، دیجدان، بارو و شپتیک^۳ (۲۰۰۸)؛ مورونه و همکاران (۲۰۰۸)؛ براون و ریان (۲۰۰۳)؛ سوور، والاچ و کلز (۲۰۱۱)؛ فالکنستروم (۲۰۱۰)؛ نریمانی و همکاران (۱۳۹۰) و احمدوند و همکاران (۱۳۹۱) به‌دست آورده‌اند همسو است.

در پژوهشی تحت عنوان تبیین بهزیستی روان‌شناختی بر اساس مولفه‌های ذهن آگاهی، نتایج نشان داد ذهن آگاهی پیش‌بینی کننده‌ی قوی برای بهزیستی روان‌شناختی است و ۰/۴۲ واریانس آن را تبیین می‌کند. هم‌چنین همبستگی‌های به‌دست آمده بین تمام ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و نمره‌ی کل ذهن آگاهی مثبت و معنادار بوده و افزایش ذهن آگاهی با افزایش بهزیستی روان‌شناختی همراه بوده است (احمدوند و همکاران، ۱۳۹۰).

در پژوهشی تحت عنوان سیستم بازدارنده‌ی رفتاری به‌عنوان میانجی ذهن آگاهی به سوی بهزیستی روان‌شناختی (کلز، سوور و والاچ^۴، ۲۰۱۱)، نتایج اثرات کلی ذهن آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی را نشان داد. به علاوه تاثیر ذهن آگاهی بر سیستم بازدارنده‌ی رفتاری نشان داده شد. هم‌چنین در این مطالعه سیستم بازدارنده‌ی رفتاری مسیر بین ذهن آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی را توضیح داد به صورتی که سیستم بازدارنده‌ی رفتاری به‌عنوان میانجی اثرات ذهن آگاهی می‌باشد. ذهن آگاهی ممکن است باعث تقویت رفتار خودتنظیمی در اشخاصی که افکار خودکار، عادت‌ها و الگوهای رفتاری نا سالم دارند می‌شود و از این طریق بهزیستی روان‌شناختی‌شان را افزایش دهد (ریان و دسی^۵، ۲۰۰۰). در حقیقت وقتی ذهن آگاهی افزایش می‌یابد توانایی ما برای عقب ایستادن و مشاهده کردن حالت‌هایی مثل اضطراب افزایش می‌یابد، در نتیجه ما می‌

-
1. Morin, Collechi, Stone, Sood & Brink
 2. Carmody & Bear
 3. Howell, Digdon, Buro & Sheptycki
 4. Kohls, Sauer & Walach
 5. Ryan & Deci

توانیم خود را از الگوهای رفتاری اتوماتیک رها کنیم و از طریق درک و دریافت مجدد، دیگر با حالت‌هایی مثل اضطراب و ترس کنترل نشویم، بلکه می‌توانیم از اطلاعات برخواسته از این حالت‌ها استفاده کنیم و با هیجانات همراه باشیم و در نتیجه بهزیستی روان‌شناختی خود را افزایش دهیم (شاپیرو، ۲۰۰۶). کارمودی و بائر (۲۰۰۷)، معتقدند که انجام تمرینات ذهن آگاهی باعث رشد عامل‌های مختلف ذهن آگاهی مانند مشاهده، غیر قضاوتی بودن، غیر واکنشی بودن، و عمل توأم با هوشیاری می‌شود. رشد این عامل‌ها نیز خود باعث رشد بهزیستی روان‌شناختی، کاهش استرس و نشانه‌های روان‌شناختی می‌شود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت انجام تمرین‌های ذهن آگاهی منجر به بهبود کارکردهای روان‌شناختی مثل کاهش نشانه‌ها، کاهش استرس و افزایش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود. به علاوه تمرینات تنفسی برنامه‌های ذهن آگاهی گردش خون و جذب اکسیژن و عملکرد سیستم هورمونی را بهبود می‌بخشد. آرام‌سازی و رهاسازی مدیتیشن در این مداخله به تثبیت کردن سیستم عصبی اتونومیک و کنترل عواطف همگی منجر به احساس بهزیستی و سلامتی در فرد می‌شود. افرادی که افزایش حالت ذهن آگاهی را تجربه می‌نمایند نسبت به آنهایی که ذهن آگاهی کمتری دارند، روی لحظه‌ی حال و محرک‌های درونی و بیرونی متمرکز می‌شوند و بنابراین کمتر به مسائل و دغدغه‌های آینده می‌اندیشند.

از دیگر نتایج این پژوهش رابطه‌ی بین بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت خواب می‌باشد. به این صورت که بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت خواب را پیش‌بینی می‌کند. نتایج این فرضیه با پژوهش‌های هاوول، دیجدان، بارو و شپتیکی (۲۰۰۸)؛ هامیلتون، نلسون، استون، کیتزمن (۲۰۰۷)؛ کاو، هانگ، وانگ و تسیا^۱ (۲۰۰۸)؛ باربر، روپرچت، مونز (۲۰۱۴)؛ فولیگنی و هاروی (۲۰۰۶)؛ موری و همکاران (۲۰۰۹)؛ محمدی فرخران، مخیری، توکل، منصور، (۱۳۹۱)؛ حجتی، طاهری،

1. Kao, Huang, Wang & Tsia

حیدری، طاهری (۱۳۸۸)؛ مک کینلی و همکاران^۱(۲۰۱۲)؛ کینگ استون، چادویک، مرون و اسکینر^۲ (۲۰۰۷)؛ کارمودی، رید، کریستلر و مرتیام (۲۰۰۸)؛ استپ تو، دونل، مارموت، واردل^۳ (۲۰۱۴) و پیلچر، گینتر، سادواسکای^۴ (۱۹۹۷) همسو است.

کیفیت خواب نامطلوب احتمال ابتلا به افسردگی و اضطراب را افزایش می‌دهد و توانایی مقابله با تنش‌های روزمره را کم می‌کند. در چنین شرایطی فرد به آسانی برانگیخته و عصبانی می‌شود؛ به علاوه خواب شبانه می‌تواند روی عملکرد شناختی و سطح تمرکز فرد برای پرداختن به فعالیت‌های روزانه موثر باشد. بنابراین مسائل خواب به طور معکوس با بهزیستی روان‌شناختی^۵ مرتبطند (فرهادی نصب و عظیمی، ۱۳۸۸).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند عوامل روانی منفی مانند فشار مالی، حمایت عاطفی کم، تعاملات اجتماعی منفی و استرس مرتبط با مسائل خواب می‌باشند. عاطفه مثبت و بهزیستی روان‌شناختی به طور مستقیم مرتبط با خواب مطلوب می‌باشند و ممکن است میانجی اثرات عوامل خطرزای روانی باشد. به صورتی که با افزایش بهزیستی روان‌شناختی اثرات عوامل خطرزای روانی تعدیل می‌یابد. خواب آشفته احتمالاً با عاطفه مثبت کمتر و کاهش بهزیستی روان‌شناختی همراه است و حالات روان‌شناختی مثبت خواب بهتر را ارتقاء می‌دهد (استپ تو، دونل، مارموت و واردل^۳، ۲۰۱۴).

در پژوهشی تحت عنوان کیفیت خواب در برابر کمیت خواب: ارتباط بین خواب و سلامت، بهزیستی روان‌شناختی، خواب آلودگی در دانشجویان (پیلچر، گینتر، سادواسکای^۴، ۱۹۹۷)، نتایج نشان داد میانگین کیفیت خواب مرتبط با سلامت، تعادل عاطفی، رضایت از زندگی و کمیت

1. McKinley
2. Kingston, Chadwick, Meron & Skinner t
3. Steptoe, Donne, Marmot & Wardle
4. Pilcher, Ginter & Sadowsky
5. well- being
6. Steptoe, Donne, Marmot & Wardle
7. Pilcher, Ginter & Sadowsky

خواب مرتبط با احساس تنش، افسردگی، خستگی و گیجی می‌باشد. به علاوه کیفیت خواب بیشتر مرتبط با خواب آلودگی می‌باشد تا کمیت خواب. به علاوه بی‌خوابی پیش‌بینی کننده‌ی بهزیستی روان‌شناختی ضعیف است (کاو، هانگ، وانگ، تسای، ۲۰۰۸).

یکی از شکایت‌هایی افرادی که مشکل خواب دارند این است که در حالی که در بستر دراز کشیده‌اند، قادر به کنترل افکارشان نیستند، و با خصوصیات نظیر ذهن فعال هنگام خواب، نگرانی و ناتوانی در کنترل افکار توصیف می‌گردند. به نظر می‌رسد افرادی که بهزیستی روان‌شناختی بالاتری دارند پذیرش خود بالاتری دارند و در زمینه‌ی این افکار درگیری ذهنی کمتری دارند. در صورتی که فرد درگیری ذهنی کمتر داشته باشد کمتر به افکار قبل از خواب که مهمترین علت بی‌خوابی است دچار می‌شود. بنابراین فردی که بهزیستی روان‌شناختی بالاتری دارد کیفیت خواب بالاتری دارد.

از دیگر نتایج این پژوهش تاثیر غیر مستقیم ذهن آگاهی بر کیفیت خواب از طریق بهزیستی روان‌شناختی می‌باشد. نتیجه این پژوهش همسو با مطالعه بوگوش، فکت و اسکینتا (۲۰۱۶) می‌باشد که در پژوهش خود نشان داد سطوح بالای ذهن آگاهی مرتبط با کیفیت خواب بهتر، اختلال خواب کمتر از طریق میانجیگری سطوح پایین اضطراب و افسردگی می‌باشد. بنابراین با توجه به تاثیراتی که ذهن آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی دارد و هم چنین تاثیرات بهزیستی روان‌شناختی بر کیفیت خواب، ذهن آگاهی از طریق تقویت بهزیستی روان‌شناختی کیفیت خواب را بهبود می‌بخشد. افرادی که حالات ذهن آگاهی را تجربه می‌نمایند اضطراب و افسردگی کمتر و تحمل درد بالاتری دارند و با آگاهی که نسبت به این حالات دارند بهزیستی روان‌شناختی بالاتری دارند. با توجه به این که افرادی که بهزیستی روان‌شناختی دارند افرادی هدفمند، دارای رشد شخصی، پذیرش بالایی نسبت به خود دارند، روابط مثبتی با دیگران دارند، هم‌چنین خودمختارند و بر محیط تسلط دارند. به نظر می‌رسد افراد با چنین خصوصیات کیفیت خواب مطلوب‌تری دارند. بنابراین

ذهن آگاهی با ارتقای بهزیستی روان‌شناختی بر کیفیت خواب تاثیر می‌گذارد.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش، محدودیت در اعتبار بیرونی پژوهش می‌باشد. جامعه‌ی پژوهش حاضر را دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهرستان دلفان تشکیل می‌دهد که تعمیم دهی آن باید با احتیاط صورت گیرد. محدودیت دیگر این پژوهش مربوط به ابزار پژوهش که امکان تحریف وجود دارد. در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود از روش آزمایشی برای تعیین تاثیرات ذهن آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و متغیرهای دیگر استفاده شود. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود از متغیرهای دیگر که اثر بیشتری بر رابطه‌ی ذهن آگاهی و کیفیت خواب دارند استفاده شود و اثرات میانجی بهزیستی روان‌شناختی بر متغیرهای دیگر سنجیده شود. این مدل روی گروه‌های دیگر مورد پژوهش قرار گیرد تا فهم بهتری از چنین متغیرهایی به دست بیاوریم و امکان مقایسه شان فراهم آید. هم‌چنین از رویکرد ذهن آگاهی توسط مشاوران برای کار با دانش‌آموزان استفاده شود زیرا احتمالاً اثرات مثبتی بر سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی داشته باشد.

منابع

- احمدوند، زهرا؛ حیدری نسب، لیلا و شعیری، محمدرضا (۱۳۹۰). تبیین بهزیستی روان‌شناختی بر اساس مولفه‌های ذهن آگاهی، فصلنامه‌ی روان‌شناسی سلامت، ۱۱(۲)، ۶۹-۶۰.
- تبریزچی، نرگس و وحیدی، زهره (۱۳۹۵). مقایسه‌ی تنظیم هیجان، ذهن آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی در مادران دانش‌آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری، ۴(۴)، ۳۵-۲۱.
- حجتی، حمید؛ طاهری، نورالله؛ حیدری، بهروز و طاهری، فرشته (۱۳۸۸). کیفیت خواب رانندگان اتوبوس شاغل در پایان مسافری شهر گرگان و ارتباط آن با سلامت عمومی در سال ۱۳۸۷. فصلنامه سلامت کار ایران، ۷(۲)، ۲۴-۲۰.
- خاکساری، زهرا و معصومی، الهام (۱۳۹۱). بررسی وضعیت سلامت روان و کیفیت خواب دانش‌آموزان دختر دبیرستانی، کنگره بین‌المللی روانپزشکی کودکان و نوجوانان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تبریز.

قرایی، بنفشه؛ حسن‌زاده، سید مهدی؛ یداللهی، زهرا؛ قلعه‌بندی، میرفرهاد؛ مظاهری، پرویز و صادقی کیا، عباس (۱۳۸۸). بررسی رابطه‌ی سلام روان و کیفیت خواب رانندگان و میزان تصادفات جاده‌ای. مرکز تحقیقات سلامت روان، ۶ (۲)، ۹۷-۱۰۷.

فرهادی نسب، عبدالله و عظیمی، حامد (۱۳۸۷). بررسی الگو و کیفیت ذهنی خواب در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان و ارتباط آن با صفات شخصیتی. مجله‌ی علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، ۱۵ (۱)، ۱۱-۱۵.

عطادخت، اکبر؛ نوروزی، حمید و غفاری، عذرا (۱۳۹۲). تأثیر آموزش حل مسئله‌ی اجتماعی در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری کودکان دارای اختلال یادگیری. مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری، ۳ (۲)، ۹۲-۱۰۸.

محمدی فرخران، الهام؛ مخیری، یاسر؛ توکل، زینب و منصوری، آسیه (۱۳۹۱). بررسی رابطه‌ی کیفیت خواب و سلامت روان در دانشجویان ساکن خوابگاه. فصلنامه‌ی دانش و تندرستی، ۷ (۳)، ۱۱۲-۱۱۷.

نریمانی، محمد؛ یوسفی، فاطمه و کاظمی، رضا (۱۳۹۳). نقش سبک‌های دلبستگی و کیفیت زندگی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری. مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری، ۳ (۴)، ۱۲۴-۱۴۲.

نریمانی، محمد؛ آریاپوران، سعید؛ ابوالقاسمی، عباس و احدی، بتول (۱۳۹۰). مقایسه‌ی اثربخشی آموزش‌های ذهن آگاهی و تنظیم هیجان بر بهزیستی جسمانی و روان‌شناختی جانبازان شیمیایی. مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۱ (۲)، ۹۱-۱۱۷.

- Agargun, M.Y., Kara, H., Anlar, Ö. (1996). Validity and reliability of the Pittsburgh Sleep Quality Index in Turkish sample. *Turk J Psychiat*, 7, 107-15.
- 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.
- Barber, L.K., Rupperecht, B.R., & Munz, D.C. (2014). Sleep Habits May Undermine Well-Being Through the Stressor Appraisal Process. *Journal of Happiness Studies*, 15(2), 285-299.
- Bogusch, L. M., Fekete, E. M., Matthew D. & Skinta, M.D. (2016). Anxiety and Depressive Symptoms as Mediators of Trait Mindfulness and Sleep Quality in Emerging Adults. *Mindfulness*, 7(4), 962-970.
- Brown, B.W., & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.

- Brown, K.W, Ryan, R.M., & Creswell, J.D. (2007). Addressing fundamental questions about Mindfulness, *Psychol Inquiry*, 18(4), 272-281.
- Brown, K.W.& Kasser, T. (2005). Are Psychological and Ecological Well-Being Compatible? The Role of Values, Mindfulness, and Lifestyle. *Social Indicators Research*. 74, 349-368.
- Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., & Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatric Res*, 28 (2). 193-213.
- Carmody, J., & Bear, R.A. (2007). Relationship between mindfulness practice and level of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness stress reduction program. *Behavior*, 31, 23-33.
- Carmody, J., Reed, G., Kristeller, J., & Merriam, Ph. (2008), Mindfulness, spirituality, and health related symptoms. *Journal of Psycho somatic Research*, 64(4), 393-403.
- Dahl, J., Wilson, K.G., Luciano, C., & Hayes, S.C. (2005). Acceptance and commitment therapy for chronic pain. 1st ed. Reno, NV: Context Press.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E. Hubble, M. A. (2009). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Falkenstrom, F. (2010). Studying Mindfulness in Experienced Mediators: A Quasi-Experimental Approach. *Personality and Individual Differences*. 48, 305-310.
- Fulgini, A.J., Hardway, ch. (2006). Daily Variation in Adolescents' Sleep, Activities, and Psychological Well-Being. *journal of Research on Adolescence*, 16(3), 353-378.
- Garland, S.N., Rouleau, C.R., Campbell, T., Samuels, CH., & Carlson, L.E. (2015). The comparative impact of Mindfulness-based cancer recovery (MBCR) and cognitive behavior therapy for insomnia (CBT-I) on sleep and Mindfulness in cancer patients. *Explore (NY)*, 11(6), 445-454.
- Giluk, T.L. (2009). Mindfulness, Big Five Personality, and Affect: A Meta-Analysis. *Personality and Individual Differences*, 47, 805-811.
- Goldsmith, A.Veum, J., Darity, W. (1997). Unemployment, Joblessness, Psychological Well Being and Self Esteem: Theory and Evidence. *Journal of SocioEconomics*, 26, 133-158.
- Hamilton, N.A. Nelson, C.A. Stevens, N. Kitzman, H. (2007). Sleep and psychological well-being. *Social Indicators Research*, 82(1), 147-163.
- Hasker, S.M. (2010). Evaluation of the Mindfulness-Acceptance-Commitment (MAC) Approach for Enhancing Athletic Performance. *Theses and Dissertations*. Paper 913.
- Howell, A.J., Digdon, N.L., Buro, K., & Sheptycki, A.R. (2008). Relations among mindfulness, well-being, and sleep. *Personality and Individual Differences*, 45 (8), 773-777.
- Kabat-zinn, J. (2003). Mindfulness-based intervention in context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology. Science and Practice*, 10(2), 144-156.

- Kalantarkousheh, S. M., & Navarbafi, F. (2012). Reliability and Exploratory Factor Analysis of Psychological Well-Being in a Persian Sample." *Science Series Data Report* 4(1), 10-27.
- Kao, ch-ch., Huang, ch-j., Wang, M-Y. & Tsia, P-Sh. (2008). Insomnia: prevalence and its impact on excessive daytime sleepiness and psychological well-being in the adult Taiwanese population. *Quality of Life Research*, 17(8), 1073-1080.
- Kingston, J., Chadwick, P., Meronc, D., & Skinner, T.C. (2007). A pilot randomized control trial investigating the effect of mindfulness practice on pain tolerance, psychological well-being, and physiological activity. *Psychosom Res*, 62(3), 297-300.
- Kols, N., Sauer, S., & Walach, H. (2009). Facet of mindfulness – Results of an online study investigating the Freiburg mindfulness inventory. *Personality and Individual Differences*, 46, 224-230.
- Lengacher, C.A., Reich, R.R., Paterson, C.L., Jim, H.S., Ramesar, S., Alinat, C.B., Budhrani, P.H., Farias, J.R., Shelton, M.M., Moscoso, M.S., Park, J.Y., Kip, K.E. (2015). The effects of mindfulness-based stress reduction on objective and subjective sleep parameters in women with breast cancer: a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 24(4), 424-432.
- Mallyal, S., & Fiocco, A.J. (2015). Effects of Mindfulness Training on Cognition and Well-Being in Healthy Older Adults. *Mindfulness*, 7(2), 453-465.
- McKinley, sh. Aitken, L.N. Alison, J.A. Leslie, G. Burmeister, E. Elliott, D. (2012). Sleep and other factors associated with mental health and psychological distress after intensive care for critical illness. *Intensive Care Medicine*, 38 (4), 627-633
- Moore, M., Kirchner, H.L., Drotar, D., Johnson, N., Rosen, C., Ancoli-Israel, S., & Redline, S. (2009). Relationships Among Sleepiness, Sleep Time, and Psychological Functioning in Adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(10), 1175-1183.
- Morin, C.M., Collechi, C., Stone, J., Sood, R. & Brink, D. (1999). Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. *AMA*, 281, 991-999.
- Morone, N.E., Lynch, Ch.S., Greco, C.M., Tindle, H.A., & Weiner, D.K. (2008). "I Felt Like a New Person," The effects of mindfulness Meditation on older adults with chronic pain: Qualitative Narrative Analysis of diary entries". *pain*, 9(9), 841-848.
- Myers, D.G., & Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychol Sci*, 6, 10-19.
- Narimani, M., Ariapooran, S., Abolghasemi, A. & Ahadi, B. (2012). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and emotion regulation training in the affect and mood of chemical weapons victims. *Amuj*, 15 (2), 107-118. (Persian).
- Narimani, M., Yosefi, F & Kazemi, R. (2013). The role of attachment styles and quality of life in predicting psychological well-being in adolescents with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 3 (4), 124-142. (Persian).
- Neuser, N.J. (2010). a Examining The Factors of mindfulness: A confirmatory Factor Analysis of the Five Facet mindfulness Questionnaire. *School of professional psychology paper*, 128, 7-23.
- Pilcher, J.J., Ginter, D. R. & Sadowsky, B. (1997). Sleep quality versus sleep quantity: Relationships between sleep and measures of health. well-being, 583-596.

- Pilcher, J.J., Ginter, D.R., & Sadowsky, B. (1997). Sleep quality versus sleep quantity: Relationships between sleep and measures of health. well-being, 42(6), 583-596.
- Ryan, R.M., Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol*, 55 (1), 68-78.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C.D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 19, 1-28.
- Steptoe, A., O'Donnell, K., Marmot, M., Wardle, J. (2007). Positive affect, psychological well-being, and good sleep. *Journal of Psychomatic Research*, 64(4), 409-415.

Modeling of mindfulness and quality of sleep by the mediation of psychological well-being in high school students

E. Sadri Damirchi¹ & H. Cheraghian²

Abstract

Given that insomnia has an effect on the mental health of students, the present study aimed to develop a constructing model of mindfulness and quality of sleep by the mediation of psychological well-being. The study is descriptive/correlational and uses structural equation modeling. The population consisted of high school students in Delfan city during 2013-2014. For this purpose, 241 students were selected by using a multi-stage cluster sampling. To collect the data, we used 5-dimensional Mindfulness Questionnaire, Psychological Well-being Questionnaire, and Pittsburgh Sleep Quality Index. The data were analyzed by Amos using path analysis. The results showed that the model had a good fit after a series of modifications. Further, they revealed the mindfulness effect on psychological well-being and the effect of psychological well-being on quality of sleep. Moreover, psychological well-being was the mediator between mindfulness and quality of sleep. This study is an important step toward understanding the important factors affecting sleep quality and developing research on modeling.

Keywords: Mindfulness, sleep quality, psychological well-being, students

1. Corresponding author: Assistant Professor, Department of Educational Sciences, University of Mohagheh Ardabili (e.sadri@uma.ac.ir)

2. Ph.D. Candidate in Counseling, Department of Educational Sciences, University of Mohagheh Ardabili