



بررسی اثربخشی مدل مداخله سرمایه روانشناختی (PCI) بر سلامت کارشناسان شاغل در شرکت ایران خودرو دیزل

احمد علیپور^۱، نیلا آخوندی^۲، غلامرضا صرامی فروشانی^۳، مجید صفاری نیا^۴، مژگان آگاه هریس^۵

تاریخ پذیرش: ۹۲/۰۲/۳۰

تاریخ ویرایش: ۹۲/۰۲/۱۸

تاریخ دریافت: ۹۱/۰۸/۱۲

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مدل مداخله سرمایه روانشناختی (PCI) بر سلامت روان کارشناسان شاغل انجام شد. **روش بررسی:** پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون است. جامعه آماری کارشناسان شاغل در شرکت ایران خودرو دیزل به تعداد ۶۵۰ نفر بود. از بین آن‌ها ۶۰ نفره شیوه نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند و با گمارش تصادفی در دو گروه ۳۰ نفری قرارداد شدند. ابزار سنجش پرسشنامه سلامت عمومی بود. ابتدا این پرسشنامه به صورت پیش آزمون اجرا شد و برنامه آموزشی بر مبنای مدل مداخله سرمایه روانشناختی در ۱۰ جلسه دو ساعته برای گروه آزمایش برگزار گردید. مدل مداخله سرمایه روانشناختی موسوم به PCI است که جهت ارتقای سرمایه روانشناختی با تمرکز بر هر کدام از مؤلفه‌های امید، خوش بینی، خودکارآمدی و استقامت ارائه شده است. در پایان دوره شرکت‌کنندگان دوباره با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های پژوهش با نرم افزار SPSS و آزمون تی مستقل تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل نشان داد با استفاده از مدل مداخله ای لوتانز و همکاران در نمرات گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معنی‌داری به وجود آمده است. به این ترتیب که سلامت روان و خرده مقیاس‌های کارکرد اجتماعی، اضطراب و افسردگی بهبود یافته است اما تفاوت معنی‌داری در زیر مقیاس نشان‌های جسمانی مشاهده نشد. **نتیجه‌گیری:** در نتیجه می‌توان گفت استفاده از مدل مداخله ای لوتانز بر بهبود سلامت روان و زیر مقیاس‌های اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: برنامه مداخله ای لوتانز، سلامت، کارشناس.

مقدمه

داشته و اختلال در آن زمینه ساز بروز بسیاری از بیماری‌های روانی و جسمی است [۲]. به همین دلیل پژوهشگران درصدد یافتن راه‌هایی جهت ارتقاء سلامت روان هستند. از جمله می‌توان به پژوهش‌هایی اشاره کرد که متوجه نقش سازه‌های مثبتی مانند امید و خوشبینی در سلامت روان شده و در نتیجه پایانی خود استفاده از برنامه‌های آموزشی مبتنی بر مؤلفه‌های مثبت را جهت ارتقاء سلامت روان توصیه کرده‌اند [۱ و ۳]. مدل مداخله‌ای سرمایه روانشناختی یا (PCI: Psychological Capital Intervention) یک مدل مداخله‌ای است که بر رشد و پرورش مؤلفه‌های مثبت تأکید دارد. این مدل مداخله‌ای توسط لوتانز و همکاران به منظور ارتقاء سرمایه روانشناختی افراد تولید و به آزمون گذاشته شده

امروزه سلامت روان تنها به معنی فقدان بیماری روانی نیست بلکه به معنی توانایی ایجاد هماهنگی بین ارزش‌ها، علایق، آرزوها و مشکلات و توانایی بهره برداری صحیح و به موقع از فرصت‌ها نیز هست. سلامت روان با تمایل به رشد و شکوفایی مرتبط است و نشان‌دهنده توانایی عشق ورزیدن و خلق کردن و احساس شایستگی است. از نظر سازمان بهداشت جهانی سلامت روانی عبارت است از توانایی در حل مشکلات و تضادهای زندگی، توانایی به برقراری رابطه اثرگذار با دیگران و قابلیت هماهنگ شدن یا اصلاح محیط‌های زندگی به نحوی که زمینه رشد فرد را فراهم سازد [۱]. از این رو سلامت روان افراد و سازمان‌ها اهمیت بسیاری

۱- استاد تمام گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲- نویسنده مسئول) مربی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. danravan20@yahoo.com

۳- استادیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی(تربیت معلم)، تهران، ایران.

۴- استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۵- عضو هیئت علمی، مربی رشته روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

شاخص‌های مرتبط با آن بررسی نشده است. در صورتی که با توجه به نقش سازه‌های مثبت در ارتقاء سلامت روان [۱ و ۳] و با توجه به تأکید این مدل مداخله‌ای بر سازه‌های مثبتی مانند امید، خوشبینی، خودکارآمدی و استقامت ممکن است بتواند بر ارتقاء سلامت روان مؤثر باشد. بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی مدل مداخله‌ای و راهکارهای آموزشی لوتانز و همکاران (۲۰۰۷) [۴] بر سلامت روان است. در صورت اثربخش بودن می‌توان از این مدل و روش‌های آموزشی ارائه شده جهت ارتقاء سطح سلامت روان استفاده کرد.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی بوده و در آن از طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش شامل کارشناسان شاغل در شرکت ایران خودرو دیزل به تعداد ۶۵۰ نفر بود. فرمول محاسبه حجم نمونه و مقادیر عددی متغیرها عبارتند از:

$$d = \frac{|\mu_1 - \mu_0|}{\sigma} = \frac{2/5}{4/67} = 0/535 \left[\frac{z_{1-\alpha} + z_{1-\beta}}{d} \right]^2 = \left[\frac{1/645 + 0/84}{0/536} \right]^2 = \frac{2/485}{0/536} = 4/636^2 = 21/4943$$

با استفاده از رابطه بالا تعداد تقریبی ۲۲ به دست آمد که با توجه به امکان ریزش اعضای نمونه و خدشه وارد آمدن بر نتایج در نهایت برای هر گروه ۳۰ عضو (در مجموع ۶۰ عضو) با روش نمونه‌گیری تصادفی منظم انتخاب شده و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایشی و کنترل قرار داده شدند. معیارهای ورود به مطالعه دارا بودن مدرک تحصیلی لیسانس و سمت کارشناسی در شرکت ایران خودرو دیزل و شرایط خروج نمونه‌ها از مطالعه سابقه مشکلات روانی، تحت درمان‌های روانپزشکی و روانشناختی قرار داشتن و و شرکت در کمتر از ۷ جلسه مداخله بود.

است [۴]. سرمایه روانشناختی عبارت است از مجموعه‌ای از صفات و توانمندی‌های مثبت افراد و سازمان‌ها که می‌تواند مانند یک منبع قوی در رشد و ارتقا فرد و سازمان نقش داشته باشد. امیدواری، خوشبینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری مؤلفه‌های سرمایه روانشناختی هستند [۵]. امید حالتی انگیزشی است و سه مؤلفه عاملیت، طرح و هدف دارد [۶]. خوشبینی اسناد درونی بالنسبه ثابت و کلی در مورد حوادث مثبت است. خودکارآمدی به معنی اطمینان داشتن به توانایی‌های مورد نیاز در دستیابی به موفقیت و باور به داشتن قدرت در غلبه بر تکالیف چالش‌انگیز است و تاب‌آوری را ظرفیت روانی مثبت برای برگشت، جهش از مصیبت و تغییر مثبت در جهت پیشرفت تعریف کرده‌اند که فرد را برای پذیرش مسئولیت آماده می‌کند [۷]. در مدل مداخله‌ای لوتانز برنامه‌هایی جهت ارتقای سرمایه روانشناختی با تمرکز بر هر کدام از مؤلفه‌های سرمایه روانشناختی در نظر گرفته شده است. به عنوان مثال در سازه امید برنامه‌هایی به منظور آموزش هدف‌گزینی درست، مفید و قابل دستیابی ترتیب داده شده است. سپس چگونگی تعیین و به کارگیری گذرگاه‌های متعدد در تحقق اهداف مطرح می‌شود. در ارتباط با خوشبینی برنامه‌هایی به منظور تشخیص و تفکیک خوش بینی واقعی از خوش بینی غیرواقعی و افزایش سطح اسنادهای مثبت به عمل می‌آید. خودکارآمدی از طریق برنامه‌هایی مانند بازخورد، تقویت مثبت و تقویت جانشینی زمینه مناسب جهت کسب تجربه موفق فراهم آمده و از طریق بازخورد، تقویت مثبت، آموزش از طریق سرمشق‌گیری و تقویت جانشینی افزایش می‌یابد. همچنین اقداماتی جهت تقویت استقامت به ویژه از طریق آموزش سرسختی صورت می‌گیرد باور به توانایی بر تأثیرگذاری نتایج رویدادها و استفاده از فرصت‌ها جهت رشد و ارتقاء صورت می‌گیرد [۴].

این مدل آموزشی تاکنون در چند موسسه آموزشی و خدماتی به آزمون گذاشته شده و نتایج مثبتی در ارتقای سطح سرمایه روانشناختی داشته است [۸، ۹، ۱۰]. اما کارایی این مدل مداخله‌ای بر سلامت روان و

به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شده‌است. این پرسشنامه توسط گلدنبرگ (Goldenberg) با هدف شناسایی وضعیت سلامت با تأکید بر مسائل روان‌شناختی و اجتماعی تدوین شده و بررسی روایی آن در چندین پژوهش از ۰/۷۸ تا ۰/۹۵ گزارش شده است [۱۰]. در ایران ضرایب

جدول ۱- سرفصل موضوعات و مطالب درج شده در مدل آموزشی لوتانز

جلسه	خرده مقیاس	سرفصل مطالب
اول	امید	ارائه تعاریفی از امید و ناامیدی و ویژگی‌های افراد امیدوار
	خوشبینی	ارائه تعاریفی از مفاهیمی مانند خوش بینی، بدبینی، خوش بینی واقعی و خوش بینی غیر واقعی و وجه تمایز بین آن‌ها
	خودکارآمدی	ارائه تعاریفی از مفهوم خودکارآمدی و بحث در خصوص ویژگی‌های افراد خودکارآمد
	استقامت	ارائه تعاریفی از مفاهیم استقامت و تاب‌آوری و بحث در خصوص ویژگی‌های افراد تاب‌آور و مقاوم
دوم	امید	بررسی میزان امید و رضایت از زندگی شرکت‌کنندگان و ایجاد انگیزه
	خوشبینی	آشنایی با مفهوم درماندگی آموخته شده و نقش آن در خوش بینی و بدبینی
	خودکارآمدی	بحث در خصوص نقش درماندگی آموخته شده در کاهش خودکارآمدی
	استقامت	ارائه تعاریفی از مفهوم سرسختی و معرفی مؤلفه‌های آن (تعهد، چالش و کنترل)
سوم	امید	آگاه ساختن شرکت‌کنندگان از نقش اهداف در ایجاد و افزایش امید
	خوشبینی	آشنا ساختن شرکت‌کنندگان با فرایند اسناد و مفهوم مکان کنترل
	خودکارآمدی	بررسی ارتباط بین انگیزه، اراده و اعتماد به نفس با خودکارآمدی و استفاده از تکنیک بازخورد
	استقامت	تمرکز بر مؤلفه تعهد و استفاده از تکنیک‌هایی جهت ارتقاء آن
چهارم	امید	آشنایی شرکت‌کنندگان با چگونگی دست یافتن به اهدافی روشن و قابل دستیابی
	خوشبینی	آشنایی اعضا با اسنادهای درونی، بیرونی، کلی، خاص، پایدار و ناپایدار و نقش هر کدام در خوش بینی
	خودکارآمدی	بررسی و بحث در خصوص چگونگی افزایش اعتماد به نفس و خودکارآمدی و استفاده از تکنیک بازخورد مثبت
	استقامت	تمرکز بر مؤلفه چالش، چگونگی تبدیل مشکلات به چالش‌ها و افزایش تمایل به روبه‌رو شدن با آن‌ها
پنجم	امید	آموزش چگونگی تفسیم یک هدف بزرگ به اهدافی کوچک تر به منظور افزایش احتمال تحقق آن‌ها
	خوشبینی	آشنایی اعضا با نقش اسنادها در خوش بینی
	خودکارآمدی	استفاده از تکنیک تصویرسازی ذهنی به منظور ایجاد تجارب مثبت و تقویت آن به منظور افزایش خودکارآمدی
	استقامت	تمرکز بر مؤلفه کنترل و بحث در خصوص چگونگی افزایش احساس کنترل بر زندگی
ششم	امید	آگاه ساختن شرکت‌کنندگان با چگونگی فرمول بندی اهدافی روشن و عینی
	خوشبینی	آموزش چگونگی ایجاد و گسترش اسنادهای مثبت درونی
	خودکارآمدی	استفاده از تکنیک تقویت جانشینی از طریق ارائه نمونه‌های جهانی و منطقه‌ای از افراد خودکارآمد به منظور
	استقامت	آشنایی شرکت‌کنندگان با راهبردهای مسئله محور و هیجان محور و نقش آن‌ها در افزایش استقامت
هفتم	امید	آشنا ساختن اعضا با نقش تعیین اهداف روزانه در تحقق اهداف بزرگ و چگونگی انجام آن
	خوشبینی	استفاده از تکنیک تحلیل وقایع ناخوشایند به ناخوشایندتر به منظور ارتقا سطح خوش بینی
	خودکارآمدی	آشنایی شرکت‌کنندگان با روش‌های علمی حل مسئله و نقش کاربردی آن‌ها در افزایش سطح خودکارآمدی
	استقامت	آشنایی بیشتر با راهبردهای مستقیم یا مسئله محور و تشویق اعضا به استفاده بیشتر از این راهبردها
هشتم	امید	آشنا ساختن اعضا با چگونگی استفاده از گذرگاه‌های متعددی در تحقق هدف
	خوشبینی	استفاده از تکنیک تحلیل وقایع ناخوشایند و تعیین پیامدهای مثبت این وقایع به منظور ارتقا سطح خوش بینی
	خودکارآمدی	دعوت از فردی موفق و خودکارآمد به منظور استفاده از الگوهای عینی در افزایش سطح خودکارآمدی
	استقامت	آشنایی بیشتر با راهبردهای غیر مستقیم یا هیجان محور و استفاده از آن‌ها در صورت لزوم و در شرایط استرس بالا
نهم	امید	آشنا ساختن اعضا با چگونگی تبدیل موانع به چالش‌هایی جهت تحقق اهداف
	خوشبینی	توجه و تمرکز بر استعدادها و توانایی‌های فردی و محیطی به منظور افزایش سطح خوش بینی
	خودکارآمدی	استفاده از تقویت مستقیم و تقویت جانشینی از طریق بحث در خصوص موفقیت‌های پیشین به منظور افزایش خودکارآمدی بحث در خصوص نقش مکان
	استقامت	کنترل در سرسختی و استفاده از تکنیک خودگویی‌های مثبت جهت افزایش سطح استقامت
دهم	امید	مرور یادگرفته‌های جلسات پیشین و تمرین عملی به منظور افزایش سطح امید
	خوشبینی	مرور یادگرفته‌های جلسات پیشین و تمرین عملی به منظور افزایش سطح خوش بینی
	خودکارآمدی	مرور یادگرفته‌های جلسات پیشین و تمرین عملی به منظور افزایش سطح خودکارآمدی
	استقامت	مرور یادگرفته‌های جلسات پیشین و تمرین عملی به منظور افزایش سطح استقامت

اعضای دو گروه و کسب میزان بالایی اطلاعات از محتوای جلسات مداخله وجود نداشت. با وجود این در جلسه‌ای که به منظور جمع آوری داده‌های پس آزمون تشکیل شد سؤالاتی از اعضای گروه‌ها مبنی بر میزان ارتباطشان با یکدیگر طی چند ماه گذشته به عمل آمد، نتایج نشان داد اعضا ارتباط اندکی با یکدیگر داشتند که نشان‌دهنده عدم امکان تبادل اطلاعات در حجم بالا و ایجاد تورش است.

به منظور آزمون فرضیه پژوهش ابتدا نمرات دو گروه در پیش آزمون مقایسه شده سپس پردازش‌های آماری بر اساس تفاضل شاخص‌ها در مرحله اول (پیش‌آزمون) و مرحله دوم (پس‌آزمون) انجام پذیرفت. از آنجا که کاهش در نمرات سلامت روان به معنای تأثیر مثبت مداخله تلقی می‌شود مبنای محاسبات سنجش اول منهای سنجش دوم است. بر این اساس، گروهی اثربخش خواهد بود که میانگین تفاضل‌های شرکت‌کنندگان آن گروه کوچک‌تر باشد. با توجه به وجود متغیرهای وابسته فاصله‌ای - نسبی و متغیر اسمی دوحالته و از آن جا که برای تحلیل آماری داده‌ها در طرح پیش آزمون و پس آزمون در شرایطی که اثر متغیر مستقل قوی باشد از t نمرات اختلافی استفاده می‌شود [۱۳] جهت آزمون فرضیه از آزمون t نمونه‌های مستقل (t Test) استفاده شده و ($p \leq 0/005$) است. در پایان داده‌ها با نرم افزار SPSS16 تحلیل شدند.

یافته‌ها

جدول ۲ برخی از ویژگی‌های دموگرافیک اعضای گروه‌ها را نشان می‌دهد.

شاخص‌های توصیفی دو گروه قبل از مداخله در جدول ۳ ارائه شده است

میانگین و انحراف معیار ابعاد پرسشنامه در هر کدام از گروه‌ها در جدول ۴ ارائه شده است

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری بین سرمایه روانشناختی و مؤلفه‌های کارکرد اجتماعی، اضطراب و افسردگی ($p < 0/05$) در دو گروه آزمون و کنترل وجود داشت. اما بین سرمایه‌ی

بازآزمایی، تصنیفی و آلفا کرونباخ برای این پرسشنامه به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش شده است و روایی هم‌زمان با دو ابزار متفاوت به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۵۸ به دست آمده است. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش آلفا کرونباخ و تصنیفی (اسپیرمن، براون و گاتمن) با روش نمره‌گذاری لیکرت ۰/۹۲، ۰/۸۱ و ۰/۸۱ تعیین شده است [۱۱]. بررسی نوربالا (۲۰۰۹) نیز نشان داد بین زیرمقیاس‌های این پرسشنامه با کل آزمون همبستگی بالایی وجود دارد [۱۲]. تا کنون در پژوهش‌های بسیاری از این پرسشنامه استفاده شده و آن را ابزار مناسب و معتبری می‌دانند [۱۰].

پس از روشن ساختن اهداف پژوهش برای اعضای گروه نمونه و جلب همکاری آن‌ها پرسشنامه سلامت روان به منظور برآورد اولیه وضعیت سلامت روان اجرا شد. سپس اعضای گروه نمونه با گمارش تصادفی و با اندازه‌های برابر به گروه‌های آزمایشی و کنترل تقسیم شدند سپس گروه آزمایش در ۱۰ جلسه دو ساعته با ساختارهای آموزشی مدل لوتانز و همکاران [۴] آموزش دیدند. از آن جا که سرمایه روانشناختی دارای ۴ مؤلفه است در مدل آموزشی لوتانز برنامه‌های جداگانه‌ای به منظور ارتقاء هر کدام از مؤلفه‌ها در نظر گرفته شده است. به منظور تحقق بهتر اهداف در برنامه‌ی آموزشی مطابق با مدل لوتانز از رسانه‌هایی مانند اسلایدهایی حاوی متن و تصویر استفاده شده است. عناوین و سرفصل مطالب ارائه شده در جدول ۱ درج شده است.

در این پژوهش افراد در یک گروه ۳۰ نفره با هم آموزش داده شدند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در اولین جلسه دوره آموزشی اعلام شد نتایج به دست آمده از داده‌ها محرمانه بوده و تحلیل آن‌ها صرفاً به شکل گروهی انجام می‌پذیرد. شایان ذکر است که در طی ارائه دوره اعضای گروه کنترل تحت هیچ‌گونه مداخله‌ای قرار نگرفتند و از آن جا که شرکت ایران خودرو دیزل بسیار وسیع بوده و دارای فضای فیزیکی حدود چهار هزار کیلومتر است و با توجه به این که اعضای گروه‌ها از بین کارشناسان کل این شرکت انتخاب شده بود امکان برقراری ارتباط مستمر بین



جدول ۲- ویژگی‌های دموگرافیک اعضای گروه‌ها

ویژگی	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
جنسیت	۲۴	۸۰	۲۶	۸۶/۶۶
مرد	۶	۲۰	۴	۱۳/۳۳
زن	۱۷	۵۶/۶	۱۹	۶۳/۳۳
نوع استخدام	۱۳	۴۳/۳۳	۱۱	۳۶/۶۶
رسمی	۱۳	۴۳/۳۳	۱۶	۵۳/۳۳
قراردادی	۱۷	۵۶/۶۶	۱۴	۴۶/۶۶
سابقه کار	بیشتر از ۱۰ سال	۱۳	بیشتر از ۱۰ سال	۱۳
کمتر از ۱۰ سال	۱۷	۵۶/۶۶	۱۴	۴۶/۶۶

جدول ۳- شاخص‌های توصیفی پرسشنامه سلامت روان و زیر مقیاس‌ها در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نشانه‌های جسمانی	۱۸/۹۶۶۷	۳/۴۱۸۸۵	۱۷/۶۶۶۷	۳/۸۸۹۲۷
کارکرد اجتماعی	۱۶/۹	۴/۰۴۵۸۶	۱۷/۹۳۳۳	۳/۶۴۷۷۰
اضطراب	۱۵/۲۶۶۷	۳/۱۰۶۵۴	۱۵/۴۳۳۳	۳/۶۳۵۷۸
افسردگی	۱۷/۱	۳/۸۵۳۷۹	۱۶/۸۶۶۷	۳/۸۳۹۳
نمره کل	۶۸/۲۳۳۳	۱۱/۷۲۸۷۸	۶۷/۹	۹/۶۷۸۸۱

جدول ۴- مقایسه میانگین و انحراف معیار سلامت روان و مؤلفه‌های آن بین دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله
نشانه‌های جسمانی	۱۸/۹۷±۳/۴۲	۱۸/۳۷±۴/۰۶	۱۷/۶۷±۳/۸۹	۱۷/۲۳±۳/۵۹
کارکرد اجتماعی	۱۶/۹±۴/۰۵	۱۱/۱±۳/۶۱*	۱۷/۹۳±۳/۶۵	۱۷/۶۳±۳/۱۰
اضطراب	۲۷/۲۷±۳/۱۱	۱۰/۶±۲/۵۱*	۱۵/۴۳±۳/۶۴	۱۵/۴۷±۳/۶۱
افسردگی	۱۷/۱±۳/۸۵	۸/۲۳±۲/۱۴*	۱۶/۷۳±۳/۸۴	۱۶/۷۳±۳/۶۵
نمره کل	۶۸/۲۳±۱۱/۷۳	۴۸/۳±۷/۲۷*	۶۷/۹±۹/۶۷	۶۷/۰۶±۹/۱۹

ارزش‌ها میانگین و انحراف استاندارد هستند.

نتیجه‌ی آزمون t زوجی نسبت به قبل از مداخله $p < 0/01$

نتیجه‌ی آزمون t مستقل در مقایسه با گروه کنترل $p < 0.01$

پس آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر اجرای برنامه مداخله‌ای مطابق با مدل و ساختارهای آموزشی لوتانز بر سلامت روان کارشناسان تأثیر مثبت داشته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های کل (۲۰۰۷) و آوی و همکاران (۲۰۱۰) همخوانی دارد [۱۴ و ۱۵]. همچنین در پژوهش ژائو و هو نیز (۲۰۰۹) عنوان شد که رشد سرمایه روانشناختی به ویژه مؤلفه تاب‌آوری برای ارتقای سلامت روانی افراد مناسب است [۱۶]. درارتباط با مؤلفه‌های سلامت روان نتایج حاصل از مطالعه نشان داد میانگین نمره پس آزمون گروه آزمایش

روانشناختی و نشانه‌های جسمانی تفاوت معنی‌داری نبود ($p > 0/05$). این امر نشان‌دهنده تأثیر مثبت مداخله سرمایه روانشناختی مطابق با الگوی لوتانز بر سلامت روان بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر، به بررسی اثربخشی مدل مداخلاتی لوتانز بر ارتقاء سلامت روان کارشناسان شاغل در مراکز صنعتی پرداخته است. نتایج نشان می‌دهد بین نمرات سلامت روان گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون و

[۲۴] و رضایی و همکاران (۱۳۹۰) درمان‌شناختی و رفتاری مدیریت استرس را عامل مؤثری در کاهش شکایات جسمی اعلام کردند [۲۵]. اما خلعتبری و عزیززاده حقیقی (۱۳۹۰) پس از آموزش مهارت‌های زندگی تغییر معنی‌داری در زیر مقیاس نشانه‌های جسمانی سلامت مشاهده نکردند [۲۶].

علت تفاوت‌ها می‌تواند این باشد که مشاهده کاهش میزان نشانه‌های بدنی به عوامل دیگری از جمله زمان بیشتر جهت رویت شواهد وابسته است و با توجه به اینکه طرح پیگیری در این پژوهش‌ها گنجانده نشده است احتمال می‌رود تأثیر نشانه‌های بدنی مشخص نشده باشد این مطلبی است که پژوهش‌های پیشین نیز به آن اشاره کرده‌اند [۲۶].

در نتیجه‌گیری پایانی می‌توان گفت از آن جا که مفهوم سرمایه روانشناختی به تازگی در متون علمی مطرح شده پژوهش‌های بسیاری نیاز است تا بتوان نتایج محکم تری ارائه داد اما به طور کلی یافته‌های این پژوهش شواهدی فراهم کرد که نشان داد استفاده از مدل مداخلاتی و روش لوتانز موجب ارتقاء سطح سلامت روان کارشناسان شاغل شده‌است. بنابراین با توجه به اثربخشی این برنامه می‌توان پیشنهادی زیر را ارائه داد: با توجه به تأثیر سرمایه روانشناختی در متغیرهایی مانند سلامت روان باید مسئولین نهادها و سازمان‌ها بیشتر از پیش در جریان نقش و اهمیت سرمایه روانشناختی قرار بگیرند و دوره‌هایی مطابق با مدل مداخلاتی لوتانز در محیط‌های کاری برگزار شود. از نظر پژوهشی توصیه می‌شود این پژوهش را با دوره پیگیری در میان کارکنان در سازمان‌ها و رده‌های دیگر انجام دهند تا میزان ثبات و بقاء تأثیرات ایجاد شده مشخص شود. همچنین با توجه به این که متغیرهایی مانند استرس و افسردگی از مؤلفه‌های مهم مرتبط با سلامت روان هستند پیشنهاد می‌شود اثربخشی این مدل مداخله‌ای بر روی افراد خاصی که از اضطراب و افسردگی بالا رنج می‌برند نیز بررسی شود. در پایان باید در حوزه محدودیت‌های پژوهش به این مسأله اشاره کرد که نتایج حاصل از این پژوهش مربوط به

در زیر مقیاس اختلال کارکرد اجتماعی در مقایسه با گروه کنترل کاهش معنی‌داری داشته به عبارت دیگر سطح سلامت روان افراد در زیر مقیاس کارکرد اجتماعی افزایش یافته است. پژوهش‌های لوتانز و همکاران (۲۰۰۷)، کومیز و همکاران (۲۰۰۹)، لوتانز و همکاران (۲۰۰۸a)، لوتانز و همکاران (۲۰۰۸b) و آوی و همکاران (۲۰۱۱) نیز بین سرمایه روانشناختی با عملکرد کاری و عملکرد اجتماعی رابطه مستقیم و مثبت به دست آورده‌اند [۵،۱۹،۱۸،۱۷،۴] و سین و لیومیرسکی (۲۰۰۹) نشان دادند روان‌درمانی‌هایی که بر مؤلفه‌های مثبت تأکید دارند در افزایش بهزیستی ذهنی و عملکرد اجتماعی آزمودنی‌ها اثر گذارند [۲۰]. علاوه بر این لوتانز و همکاران (۲۰۰۶) و لوتانز و همکاران (۲۰۱۰) این مدل و روش مداخله‌ای را در افزایش سطح عملکرد مثبت مناسب دانسته‌اند [۸و۴].

یافته دیگر پژوهش تأثیر چشم‌گیر این روش بر اضطراب و افسردگی است. نتایج حاصل از مطالعه نشان می‌دهد میانگین نمره پس‌آزمون گروه آزمایش در زیر مقیاس اضطراب و افسردگی در مقایسه با گروه کنترل کاهش معنی‌داری داشته است. این یافته با پژوهش لوتانز و همکاران (۲۰۰۶) و آوی و همکاران (۲۰۰۹) همسو است [۲۲و۲۱] و هودگز (۲۰۱۰) با توجه به یافته‌های پژوهش خود اعلام کرد با استفاده از اجرای برنامه‌های مداخله‌ای می‌توان سرمایه‌ی روانشناختی را بهبود بخشید [۲۳].

اما در ارتباط با خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی تفاوت‌ها معنی‌دار نبود. در ادبیات پژوهشی پیشین شواهدی از تعیین اثربخشی برنامه مداخله‌ای لوتانز بر مؤلفه‌هایی مانند شکایات جسمانی به دست نیامد. همچنین از آن جا که این برنامه مداخله‌ای اولین بار است که در ایران اجرا شده است برای مقایسه‌ی نتایج با یافته‌های پژوهش‌های انجام شده، پیشینه‌ی داخلی وجود نداشت اما از بررسی نتایج برنامه‌های مداخله‌ای مشابه دیگر نتایج متفاوتی به دست آمد. از جمله این که ویکتوریا و همکاران (۲۰۰۹) آموزش مهارت‌های زندگی را در کاهش نشانه‌های جسمانی مؤثر دانسته‌اند

11. Rezaei S, Salehi I, Yousefzadeh Chabok S, Moosavi HA, Kazemnejad E. Factor Structure, Clinical Cut off Point and Psychometric Properties Of 28- Items Version for General Health Questionnaire in Patients with Traumatic Brain Injury. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*; 2011, 78: 56-70.

12. Noorbala AA, Mohammad K, Bagheri Yazdi SA. The Validation of General Health Questionnaire- 28 as a Psychiatric Screening Tool. *Hakim Res J*; 2009, 11(4): 47-53.

13. Sharify AP, Sharify N. *Research Methods for Behavioral Sciences*, Tehran: Sokhan.2008

14. Cole KD. Good for the Soul: The Relationship between Work, Wellbeing, and Psychological Capital, [Thesis] Ph.D. Australia: in Economics at the University of Canberra; 2007.

15. Avey JB, Luthans F, Smith R, Palmer NF. Impact of positive psychological capital on employee well-being over time. *Journal of Occupational Health*; 2010, 15:17-28.

16. Zhao Z, Hou J. The Study on Psychological Capital Development of Entrepreneurial Team. *International Journal of Psychological Studies*; 2009, 1(2): 35-40.

17. Combs G, Luthans F, Griffith J. Learning motivation and transfer of Human capital development: Implications from psychological capital, London New York: Published in The Peak Performing Organization, Rutledge/Taylor & Francis. 2009.

18. Luthans F, Avey JB, Avolio BJ, Petera JL. Experimental Analysis of a Web Based Training Intervention to Develop Positive Psychological Capital. *Academy of Management. Learning & Education*; 2008, 7(2): 209-221.

19. Luthans F, Norman SM, Avolio BJ, Avey JB. The mediating role of psychological capital in the supportive organizational climate - employee performance relationship. *Journal of Organizational Behavior*; 2008, 29: 219-238.

20. Sin N, Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptom with positive psychology intervention: A practice friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*; 2009, 65 (3): 467-487.

21. Luthans F, Avey J B, Avolio B J, Norman S M, & Combs G J. Psychological capital development: Toward a micro intervention. *Journal of Organizational Behavior*; 2006, 27:387-393.

22. Avey J B, Luthans F, & Jensen S. Psychological capital: A positive resource for combating stress and turnover. *Human Resource*

کارشناسان شاغل در یک سازمان صنعتی است که عمدتاً از سطح سلامت نسبتاً مناسبی برخوردار بوده‌اند لذا در تعمیم یافته‌های آن به کارکنان شاغل در دیگر سازمان‌ها و افراد با مشکلات خاص جوانب احتیاط در نظر گرفته شود.

منابع

1. Lamers SM. Positive mental health: Measurement, relevance and implications. [Thesis]. Netherland: University of Twente; 2012.

2. Prince M, Patel V, Saxena S, et al. No health without mental health. *Lancet*; 2007, (370): 859-77.

3. Slade M. Mental illness and well-being: The central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*; 2010, (10): 26-39.

4. Luthans F, Youssef CM, Avolio B J. *Psychological capital: Developing the human competitive edge*, United Kingdom: Oxford University Press. 2007.

5. Avey JB, Reichard RJ, Luthans F, Mhatre KH. Meta-analysis of the impact of positive psychological capital on employee attitudes, behaviors, and performance. *Human resource development quarterly*; 2011, 22 (2):127-152.

6. Geraghty A, Wood AM, Hyland M E. Dissociating the facets of hope: Agency and pathways predict dropout from unguided self-help therapy in opposite directions. *Journal of Research in Personality*; 2010, 44: 155-158.

7. Luthans F, Avolio BJ, Avey JB, Norman SM. Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*; 2007, 60: 541-572.

8. Luthans F, Avey JB, Avolio BJ, Peterson SJ. The Development and Resulting Performance Impact of Positive Psychological Capital. *Human resource development quarterly*; 2010, 21(1): 41-67.

9. Luthans F, Avey JB, Avolio BJ, Petera JL. Experimental Analysis of a Web Based Training Intervention to Develop Positive Psychological Capital. *Academy of Management. Learning & Education*; 2008, 7(2): 209-221.

10. Jackson C. The General Health Questionnaire. *Occupational Medicine*; 2007, 57:79.



Management; 2009, 48: 677-693.

23. Hodges TD. An experimental study of the impact of psychological capital on performance, engagement, and the contagion effect, [Thesis] Dissertation for the degree of doctor of Philosophy. Nebraska: Interdepartmental Area of Business (Management) University of Nebraska – Lincoln; 2010.

24. Victoria W, Karina W, Rainer KS. The life skills program IPSY: Positive influences on school bonding and prevention of substance misuse. *Journal of Adolescence*; 2009, 32(6): 1391-1401.

25. Rezaei F, Kajbaf MB, Vakili Zarch N, Dehghani F. Effectiveness of Cognitive Behavioral Stress Management Therapy in General Health of Asthmatic Patients. *Knowledge & Health*; 2011, 6(3):9-15.

26. Khalatbari J, Azizzadeh Haghghi F. strategies with stress training on mental health of girl students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*; 2011, 2(44): 29-37.

The Effectiveness of Psychological Capital Intervention model (PCI) on the mental health in the experts working in Iran Khodro Diesel co

A. Alipor¹, N. Akhondy², G.R. Sarami Foroshany³, M. Saffarinia⁴
M. Agah Heris⁵

Received: 2012/11/12

Revised: 2013/05/08

Accepted: 2013/05/20

Abstract

Background and aims: This study aimed to investigate the effectiveness of psychological capital intervention model (PCI) on mental health of the experts working.

Methods: the research was partially quasi-experimental with pretest-posttest design. Statistical population included 650 experts working in Iran Khodro Diesel Co. 60 people were selected using random sampling method and were randomly assigned in two groups of 30 samples. General Health Questionnaire was used as measurement tool. First, this questionnaire was used as pretest and quasi-experimental group received psychological capital intervention model in 10 two-hour sessions. Psychological capital intervention model is known as PCI which promote psychological capital with focus on components of hope, optimism, self-efficiency, and perseverance. Participants were Completed General Health Questionnaire after intervention again. Data was analyzed using SPSS software and independent t-test.

Results: analysis showed after implementation of psychological capital intervention model (PCI), there was a significant difference between the scores of control and quasi-experimental groups. The mental health and subscale of social function, anxiety and depression have improved, while there was no significant difference in concluded of physical symptoms.

Conclusion: It can be stated that psychological capital intervention model has been effective on mental health improvement and subscales of anxiety, social function and depression.

Keywords: Psychological Capital Intervention model (PCI), Health, Expert.

1. Professor of Department of Psychology, University of Payame Noor, Tehran, Iran.

2. **(Corresponding author)** Lecturer of Department of Psychology, University of Payame Noor, Tehran, Iran. danravan20@yahoo.com

3. Assistant Professor of Department of Education & Psychology, University of Kharazmi, Tehran, Iran.

4. Assistant Professor of Department of Psychology, University of Payame Noor, Tehran, Iran.

5. Lecturer of Department of Psychology, University of Payame Noor, Tehran, Iran.