



## فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در مشاوره

پژوهش بالینی آسیب‌شناسی روانی درباره اختلالات روانی ناشی از تشخیص سرطان با تأکید بر نقش میانجی ذهنی‌سازی در ارتباط بین ابعاد شخصیتی و اختلالات بالینی  
رضا عبدی<sup>۱</sup>، علی‌اصغری<sup>۲</sup>

30

دوره ۸، شماره ۳، پیاپی ۳۰  
پاییز ۱۴۰۴

مقاله علمی

تاریخ دریافت:  
۱۴۰۴/۰۶/۰۵  
تاریخ پذیرش:  
۱۴۰۴/۰۹/۰۸  
صص: ۲-۲۲

شاپا چاپی: ۲۶۷۶-۵۳۲۲



Q4

### چکیده

هدف پژوهش حاضر با هدف بررسی آسیب‌شناسی روانی ناشی از تشخیص سرطان با تأکید بر نقش میانجی ذهنی‌سازی در رابطه بین ابعاد شخصیتی و اختلالات بالینی، در جامعه بیماران سرطانی شهر ارومیه اجرا شد. مطالعه حاضر از نوع توصیفی-همبستگی و در چارچوب یک پژوهش بالینی بر روی ۱۷۰ بیمار مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی ارومیه در سال ۱۴۰۳ انجام گرفت. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت (NEO-FFI)، مقیاس ذهنی‌سازی (RFQ) و سیاهه علائم بالینی (SCL-۹۰-R) بود. داده‌ها با روش‌های آماری توصیفی، همبستگی پیرسون، آزمون t مستقل و مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) تحلیل شدند. نتایج نشان داد روان‌رنجوری بالاترین همبستگی مثبت با اختلالات روانی ( $t=0.64, p<0.001$ ) و ذهنی‌سازی همبستگی منفی و معنادار با آسیب‌شناسی روانی ( $t=-0.53, p<0.001$ ) داشت. همچنین، بیماران با ذهنی‌سازی بالا سطوح کمتری از آسیب‌شناسی روانی را تجربه کردند. در مدل‌یابی معادلات ساختاری، نقش میانجی ذهنی‌سازی در ارتباط بین روان‌رنجوری و اختلالات روانی تأیید شد (اثر غیرمستقیم  $\beta=0.12, p<0.01$ ) و شاخص‌های برازش مدل ( $CFI=0.94, RMSEA=0.06$ ) مناسب ارزیابی شدند. در مجموع، یافته‌های این پژوهش بیانگر آن است که صفات شخصیتی و ظرفیت ذهنی‌سازی بیماران تأثیر معناداری بر آسیب‌شناسی روانی ناشی از تشخیص سرطان دارند.

**کلیدواژه‌ها:** پنج عامل بزرگ شخصیت، ذهنی‌سازی، آسیب‌شناسی روانی، سرطان، مدل‌یابی معادلات ساختاری.

۱. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.  
۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز. (نویسنده مسئول) [Psycho2016.clinical@gmail.com](mailto:Psycho2016.clinical@gmail.com)

## مقدمه

سرطان به‌عنوان یکی از شایع‌ترین و چالش‌برانگیزترین بیماری‌های غیرواگیر عصر حاضر، نه‌تنها بار قابل توجهی بر سلامت جسمی بیماران وارد می‌کند، بلکه عوارض روانی و عاطفی شدیدی را نیز به دنبال دارد. (دیناپولی، کولوکا، دی کاپوا، والتینی<sup>۱</sup>، ۲۰۲۱). در دهه‌های اخیر، رشد شیوع سرطان در شهر ارومیه و سایر مناطق ایران، افزایش نگرانی‌ها نسبت به تبعات روانی فرایند تشخیص و درمان این بیماری را برجسته‌تر کرده است (شلکنز، زوانبرگ، وان در لی<sup>۲</sup>، ۲۰۲۴). تشخیص سرطان غالباً برای بیمار آغاز دوره‌ای از بحران، اضطراب، افسردگی، احساس ناتوانی و اختلالات مختلف روانی محسوب می‌شود که اغلب کیفیت زندگی، امید به زندگی و حتی روند درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کاظمی، غضنفری، مشهدی‌زاده و احمدی، ۱۴۰۱).

مطالعات متعدد نشان داده‌اند که بیماران سرطانی، نسبت به عموم مردم، از سطوح بالاتری از آسیب‌شناسی روانی مانند افسردگی، اضطراب، علائم شبه‌سایکوتیک، مشکلات خواب و اختلالات تطابقی رنج می‌برند (کارگر نیاول، فتوکیان، غفاری، ساروی و خیرخواه، ۱۴۰۳). واکنش‌های روانی به تشخیص سرطان، متأثر از عوامل متعدد فردی، روان‌شناختی و زیست‌محیطی است. در این میان، نقش تفاوت‌های فردی، به ویژه ویژگی‌های شخصیتی و مهارت‌های شناختی همچون ظرفیت ذهنی‌سازی، اهمیت فزاینده‌ای یافته است (جیمز-لبایگ، آیمریک، برانا، رولان، کاسیسدو، گونزالس تورس، کاتالان<sup>۳</sup>، ۲۰۲۴). یکی از سازوکارهای کلیدی که می‌تواند در شدت و مدل‌سازی اختلالات روانی بیماران سرطانی مؤثر باشد، «ذهنی‌سازی» است؛ مهارتی که به فرد این امکان را می‌دهد تا به صورت پویا افکار، احساسات و مقاصد خود و دیگران را درک و مدیریت کند. ارتقای ذهنی‌سازی می‌تواند به‌عنوان یک عامل تسهیل‌گر در سازگاری روانی بیماران نقش ایفا کند و چگونگی تعامل صفات شخصیتی با پیامدهای بالینی تشخیص سرطان را دگرگون سازد (کوچ، کاپلان، تانریوردی<sup>۴</sup>، ۲۰۲۴).

۱ Dinapoli, Colloca, Di Capua, Valentini

۲ Schellekens, Zwanenburg, van der Lee

۳ Jimenez-Labaig, Aymerich, Braña, Rullan, Cacicedo, González-Torres, Catalan

۴ Koç, Kaplan, Tanrıverdi

تیبین دقیق مکانیزم‌های روان‌شناختی مؤثر بر آسیب‌شناسی روانی بیماران سرطانی، به ویژه تمرکز بر ظرفیت ذهنی‌سازی، زمینه را برای طراحی مداخلات بالینی هدفمند و متناسب با ویژگی‌های فردی بیماران هموار می‌سازد (قربانی، قزلباش، علیزاده و خسروی، ۱۴۰۰). امروزه رویکردهای نوین روان‌شناسی سلامت، بر برنامه‌های مبتنی بر شناخت و تنظیم هیجان تأکید متمرکز کرده‌اند که در این میان، ذهنی‌سازی یکی از مؤلفه‌های کلیدی و کمتر بررسی شده است (فورتین، لبلانک، الگبیلی، کوردووا، مارین، برونِت<sup>۱</sup>، ۲۰۲۱). بررسی این سازوکار در جامعه ایرانی، به ویژه بیماران سرطانی شهر ارومیه که با شرایط ویژه‌ای از نظر منابع اجتماعی، فرهنگی و درمانی مواجه هستند، گامی نو در جهت بهبود کیفیت مداخلات مددکاری و ارتقای سلامت روان این بیماران قلمداد می‌شود (لین، ژوو، لیو، جی یانگ<sup>۲</sup>، ۲۰۲۵).

یافته‌های بالینی و پژوهشی موید آن است که شدت اختلالات روانی در بیماران مبتلا به سرطان الزاماً یکسان نبوده و برخی بیماران توانایی بیشتری در سازگاری روانی و کاهش آسیب‌پذیری از خود نشان می‌دهند. این تفاوت‌ها غالباً ناشی از عوامل شخصیتی همچون روان‌رنجوری، برون‌گرایی یا وظیفه‌شناسی است. شخصیت رگه‌های نسبتاً پایدار است که باعث می‌شود افراد به شیوه‌های خاصی رفتار کنند. شواهدی وجود دارد که ویژگی‌های شخصیتی مستعد تغییر در طول زمان هستند (کورک<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵؛ نقل از مهرورزان، نجاتی و عرب‌زاده، ۱۳۹۹). با این حال، هنوز مشخص نیست که چگونه ظرفیت ذهنی‌سازی می‌تواند به عنوان یک عامل میانجی، ارتباط میان ابعاد شخصیت و اختلالات روانی بالینی را تبیین کند. پرسش اصلی این است که آیا ذهنی‌سازی می‌تواند با تعدیل اثرات منفی صفات شخصیت، شدت آسیب‌شناسی روانی را کاهش دهد؟ و تا چه میزان مداخلات مبتنی بر ذهنی‌سازی می‌تواند در انتخاب راهبردهای درمانی و حمایتی اثربخش برای بیماران سرطانی ایران مؤثر باشد؟

بر این اساس، اهداف اصلی پژوهش حاضر عبارتند از: بررسی شدت اختلالات روانی در بیماران سرطانی شهر ارومیه؛ تحلیل نقش ابعاد شخصیتی در بروز اختلالات بالینی پس از تشخیص سرطان و تبیین نقش میانجی ذهنی‌سازی در رابطه بین ابعاد شخصیتی و اختلالات

<sup>۱</sup> Fortin, Leblanc, Elgbeili, Cordova, Marin, Brunet

<sup>۲</sup> Lin, Lin, Zhou, Liu, Liu, Jiang

<sup>۳</sup> Quirk

روانی بالینی بیماران سرطانی.

در سطح بین‌المللی، پژوهشگران متعددی رابطه بین سطح ذهنی‌سازی و تطابق روانی با شرایط پس از تشخیص سرطان را برجسته ساخته‌اند. باستانی، اسماعیلی، زندی فر و حقانی، (۱۴۰۲) تأکید دارند که ضعف ذهنی‌سازی، فرد را در مقابل بحران‌هایی نظیر ابتلا به سرطان آسیب‌پذیرتر می‌سازد و زمینه را برای واکنش‌های هیجانی منفی و اختلالات روانی فراهم می‌کند. پژوهش کارسیونه<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۳) نیز نشان داد مداخلات مبتنی بر ارتقاء ذهنی‌سازی در بیماران مزمن (از جمله سرطان) نه تنها سلامت روان، بلکه روابط بین‌فردی و رضایت زندگی را افزایش می‌دهد. همچنین حسینی پور ابرده و نیکنام، (۱۴۰۰) بیان کردند بیماران دارای سطح ذهنی‌سازی بالا، مدیریت بهتر استرس‌های مربوط به درمان را دارند و میزان افسردگی و اضطرابشان، حتی در شرایط دشوار، کمتر بوده است. مطالعات فورتین و همکاران (۲۰۲۱)، واکر، شو، جونز، راویندران<sup>۲</sup>، (۲۰۲۱) و بشرپور، محمدنژاد و عبادی، (۱۴۰۳) با رویکرد فراتحلیلی نشان می‌دهد که پیامدهای روان‌شناختی اولیه و ثانویه تشخیص سرطان بر حسب تفاوت‌های شناختی و شخصیتی، شدت و گستره متفاوتی می‌یابند و این مهم، لزوم مداخلات چندوجهی مبتنی بر ذهنی‌سازی و تاب‌آوری را برجسته می‌سازد. پژوهش کوچ و همکاران (۲۰۲۴) و فلاح، فتحی، فلاح فراغه، نصیریانی و محراب بیگ، (۱۴۰۳) نیز اثربخشی مداخلات مبتنی بر تله‌هلت روان‌درمانی راه دور را در مدیریت مشکلات روان‌شناختی بیماران زن مبتلا به سرطان پستان تأیید نموده و بر ضرورت پرداختن به ابعاد شناختی-هیجانی به عنوان عامل مداخله‌گر کلیدی در بهبود کیفیت زندگی این بیماران تأکید می‌کند.

«آیا ظرفیت ذهنی‌سازی می‌تواند نقش میانجی در ارتباط بین ابعاد شخصیتی و اختلالات روانی ناشی از تشخیص سرطان در بیماران سرطانی شهر ارومیه ایفا کند و به کاهش شدت آسیب‌شناسی روانی آنان کمک نماید؟»

<sup>۱</sup> Carcione

<sup>۲</sup> Walker, Xue, Jones, Ravindran

## روش

این مطالعه از نوع توصیفی-همبستگی و با رویکرد بالینی-کاربردی است. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای ذهنی‌سازی در پیوند بین ابعاد شخصیتی و آسیب‌شناسی روانی در بیماران سرطانی، به دنبال فهم عمیق‌تر سازوکارهای روان‌شناختی مؤثر در بروز یا کاهش اختلالات بالینی در این گروه ویژه صورت گرفته است. در طراحی این تحقیق، به مبانی رویکرد پژوهش‌های کمی و مطالعه روابط میان متغیرهای چندگانه توجه شده و متغیرها به صورت غیرآزمایشی مورد مقایسه و تحلیل قرار گرفتند.

جامعه آماری پژوهش شامل بیماران تشخیص‌داده‌شده به انواع سرطان، مراجعه‌کننده به مراکز درمانی تخصصی شهر ارومیه (از جمله بیمارستان امام خمینی و مراکز تخصصی شیمی‌درمانی و پرتودرمانی) در بازه زمانی مهر ۱۴۰۳ تا تیر ۱۴۰۴ بود. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن بالای ۱۸ سال، اطلاع روشن از تشخیص پزشکی و دارا بودن رضایت آگاهانه. از مجموع جامعه هدف، نمونه‌ای مشتمل بر ۱۷۰ نفر (زن و مرد) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردید. معیار حذف شامل وجود اختلال نورولوژیک شدید یا بیماری روان‌پزشکی درمان‌نشده قبلی بود. به دلیل محدودیت‌های دسترسی، تلاش شد تنوع سنی، نوع سرطان، و وضعیت تأهل در نمونه رعایت شود.

برای جمع‌آوری داده‌ها از سه ابزار استاندارد و معتبر استفاده گردید:

۱. پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت: فرم کوتاه پرسشنامه شخصیتی نئو<sup>۱</sup> توسط کاستا<sup>۲</sup> و مک‌کری<sup>۳</sup> (۱۹۹۲) طراحی شده و به سنجش پنج بعد اصلی شخصیت شامل روان‌رنجوری<sup>۴</sup>، برون‌گرایی<sup>۵</sup>، گشودگی به تجربه<sup>۶</sup>، توافق‌پذیری<sup>۷</sup> و وظیفه‌شناسی<sup>۸</sup> می‌پردازد. این فرم شامل ۶۰ سؤال است که هر یک از ابعاد فوق

<sup>۱</sup> NEO Five-Factor Inventory= NEO-FFI

<sup>۲</sup> Costa

<sup>۳</sup> McCrae

<sup>۴</sup> Neuroticism

<sup>۵</sup> Extraversion

<sup>۶</sup> Openness to Experience

<sup>۷</sup> Agreeableness

<sup>۸</sup> Conscientiousness

توسط ۱۲ سؤال اندازه‌گیری می‌شود. پاسخ‌ها بر روی مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» نمره‌گذاری می‌شوند. نسخه فارسی این پرسشنامه توسط گنجی (۱۳۸۰) ترجمه و اعتباریابی شده و روایی سازه و همگرایی آن در نمونه‌های ایرانی تأیید شده است. پایایی آزمون به روش آلفای کرونباخ برای ابعاد مختلف در پژوهش‌های داخلی بین ۰,۶۸ تا ۰,۸۳ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، ضرایب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای ابعاد روان‌رنجوری، برون‌گرایی، گشودگی، توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی به ترتیب ۰,۸۱، ۰,۷۸، ۰,۷۲، ۰,۷۵ و ۰,۸۰ به دست آمد.

۲. **مقیاس ذهنی‌سازی:** این پرسشنامه توسط فوناگی<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۶) برای سنجش ظرفیت ذهنی‌سازی افراد طراحی شده است و شامل ۸ سؤال است که دو بعد اصلی «اطمینان در ذهنی‌سازی»<sup>۳</sup> و «ابهام ذهنی‌سازی»<sup>۴</sup> را ارزیابی می‌کند. پاسخ‌ها در مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» نمره‌گذاری می‌شوند. نسخه فارسی آن توسط سپهریان و همکاران (۱۳۹۸) ترجمه و هنجاریابی شده و روایی محتوایی و سازه آن با روش تحلیل عاملی تأیید گردیده است. پایایی آلفای کرونباخ برای کل مقیاس در نسخه ایرانی ۰,۷۶ و برای دو بعد آن به ترتیب ۰,۷۲ و ۰,۷۴ گزارش شده است. در مطالعه حاضر، پایایی کل مقیاس ۰,۷۹ به دست آمد.

۳. **چک لیست علائم بالینی:** این ابزار توسط دروگاتیس<sup>۵</sup> و همکاران (۱۹۷۳) ساخته شده و یکی از رایج‌ترین پرسشنامه‌های خودسنجی آسیب‌شناسی روانی است که ۹ بعد شامل افسردگی، اضطراب، خصومت، وسواس-اجباری، حساسیت بین‌فردی، شکایت جسمانی، ترس مرضی، افکار پارانویید و روان‌پریشی را می‌سنجد. این چک

۱ Reflective Functioning Questionnaire-RFQ

۲ Fonagy

۳ Certainty about Mental States

۴ Uncertainty about Mental States

۵ Symptom checklist=SCL-۹۰-R

۶ Derogatis

لیست شامل ۹۰ سؤال است و هر سؤال بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای از «هیچ» تا «به شدت» نمره‌گذاری می‌شود. افزون بر نمرات ابعادی، شاخص کلی شدت اختلالات روانی<sup>۱</sup> نیز ارائه می‌گردد. نسخه فارسی این ابزار توسط دادفر و محمدخانی (۱۳۸۰) اعتباریابی شده و روایی همگرا و افتراقی آن مطلوب گزارش گردیده است. پایایی آلفای کرونباخ برای کل مقیاس در نمونه ایرانی ۰,۹۶ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰,۷۷ تا ۰,۹۰ بوده است. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰,۹۴ محاسبه شد.

پیش از آغاز مطالعه، کلیه هماهنگی‌های لازم با سازمان‌های درمانی ذی‌ربط صورت گرفت و مجوزهای اخلاقی لازم اخذ گردید. پس از ارائه توضیحات کامل شفاهی و کتبی درباره اهداف و مراحل پژوهش، رضایت‌نامه آگاهانه از شرکت‌کنندگان دریافت شد. پرسشنامه‌ها توسط بیماران به صورت خودگزارشی، در محیط درمانگاه یا به‌طور تلفنی (با توجه به شرایط جسمانی و درمانی افراد) تکمیل گردید. پژوهشگر در تمام مراحل اجرا به پرسش‌های شرکت‌کنندگان پاسخ داده و دستورالعمل‌های مربوط به محرمانگی اطلاعات و نحوه تکمیل ابزارها را تشریح کرد. برای حفظ کیفیت داده‌ها و ایجاد فرصت برابر برای شرکت بیماران، فرآیند گردآوری داده‌ها در چندین نوبت و بر اساس ظرفیت مراکز درمانی انجام شد. تمامی داده‌های جمع‌آوری شده فاقد هرگونه مشخصه هویتی بوده و صرفاً با کد پژوهشی ثبت شده‌اند. پس از گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری در دو سطح توصیفی و استنباطی صورت گرفت. در مرحله نخست، شاخص‌های آماری شامل میانگین، انحراف معیار و دامنه برای تمامی متغیرها محاسبه شد. به‌منظور آزمون فرضیه‌ها و بررسی روابط میان متغیرها، از ضریب همبستگی پیرسون و مدلیابی معادلات ساختاری<sup>۲</sup> با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و AMOS نسخه ۲۴ استفاده گردید. برای ارزیابی معناداری اثرات غیرمستقیم، روش بوت‌استرپ به‌کار رفت و شاخص‌های برازش مدل از جمله CFI و RMSEA گزارش شد. سطح معناداری در تمامی تحلیل‌ها  $P < 0,05$  در نظر گرفته شد. این پژوهش بر اساس اصول اخلاقی تحقیقات پزشکی و

<sup>۱</sup> Global Severity Index= GSI

<sup>۲</sup> Structural Equation Modeling= SEM

با رعایت کد اخلاق وزارت بهداشت انجام شد. تمامی اطلاعات فردی و نتایج آزمون‌ها کاملاً محرمانه باقی ماند و صرفاً جهت اهداف علمی مورد استفاده قرار گرفت. حفظ کرامت انسانی و رعایت اصل عدم آسیب به مشارکت‌کنندگان، از اولویت‌های اصلی پژوهش بود. هیچ‌گونه پاداش یا اجبار مالی برای شرکت در مطالعه در نظر گرفته نشد و بیماران در هر مرحله امکان انصراف از ادامه همکاری را داشتند.

### یافته‌ها

#### نتایج توصیفی نمونه پژوهش

در این بخش به توصیف آماری ویژگی‌های مهم نمونه‌های آماری پرداخته می‌شود.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش (n = ۱۷۰)

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
روان‌رنجوری	۲۸,۶	۷,۴	۱۳	۴۶
برون‌گرایی	۲۳,۱	۶,۲	۱۰	۳۹
وظیفه‌شناسی	۲۶,۹	۶,۵	۹	۴۲
ذهنی‌سازی کل	۲۷,۵	۵,۹	۱۲	۴۱
کل اختلالات روانی SCL-۹۰	۱,۹۴	۰,۷۱	۰,۸	۳,۶

توجه:  $p < ۰/۰۵$  و  $p < ۰/۰۱$  \*\*\*

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، بیشترین میانگین مربوط به روان‌رنجوری (۲۸,۶) و پس از آن وظیفه‌شناسی (۲۶,۹) است. میزان کلی اختلالات روانی در این گروه (۱,۹۴) بالاتر از نرم جمعیتی گزارش شده برای جمعیت سالم ایرانی است که بیانگر بار زیاد آسیب‌شناسی روانی در بیماران سرطانی ارومیه است. پراکندگی نسبتاً بالای نمرات نشان از ناهمگونی روانی-شخصیتی بیماران دارد.

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرهای اصلی پژوهش

متغیر	روان‌رنجوری	برون‌گرایی	وظیفه‌شناسی	ذهنی‌سازی	اختلالات روانی
روان‌رنجوری	۱	-۰,۲۲	-۰,۳۵	-۰,۵۱	۰,۶۴
برون‌گرایی	-۰,۲۲	۱	۰,۲۸	۰,۳۱	-۰,۲۹
وظیفه‌شناسی	-۰,۳۵	۰,۲۸	۱	۰,۳۸	-۰,۳۸
ذهنی‌سازی	-۰,۵۱	۰,۳۱	۰,۳۸	۱	-۰,۵۳
اختلالات روانی	۰,۶۴	-۰,۲۹	-۰,۳۸	-۰,۵۳	۱

$P < 0.05$  |  $P < 0.01$  |  $P < 0.001$

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، روان‌رنجوری ارتباط قوی و مثبت با اختلالات روانی دارد ( $r=0.64, p<0.001$ )، در حالی که ذهنی‌سازی رابطه معکوس و معنی‌داری با اختلالات روانی ( $r=-0.53$ ) و روان‌رنجوری دارد. وظیفه‌شناسی و برون‌گرایی نیز رابطه منفی با آسیب‌شناسی روانی دارند و نشان‌دهنده نقش محافظتی این ابعاد شخصیتی‌اند. این یافته‌ها فرضیه اصلی پژوهش را تأیید می‌کند.

جدول ۳: مقایسه میانگین اختلالات روانی در گروه‌های ذهنی‌سازی پایین و بالا

گروه ذهنی‌سازی	میانگین اختلالات روانی	انحراف معیار	تعداد
پایین ( $n=85$ )	۲,۳۴	۰,۶۴	۸۵
بالا ( $n=85$ )	۱,۵۰	۰,۵۹	۸۵
(آزمون مستقل)	۶,۹۱	$P<0.001$	

در مجموع بر پایه تحلیل واریانس، افراد دارای ذهنی‌سازی بالا به طور معناداری از سطوح پایین‌تری از آسیب‌شناسی روانی برخوردار بودند (۱,۵ در مقابل ۲,۳۴). سطح تفاوت بر اساس

آزمون تی معنادار و بسیار قابل توجه بود و گویای نقش بنیادین ذهنی‌سازی در تاب‌آوری بیماران تلقی می‌شود.

جدول ۴: ضرایب مسیر مدل مفهومی پژوهش (مدل میانجی‌گری)

مسیر	بتا ( $\beta$ )	ارزش t	سطح معنی‌داری (p)
روان‌رنجوری → اختلالات روانی	۰,۵۱	۸,۷۶	۰,۰۰۱ <
روان‌رنجوری → ذهنی‌سازی	۰,۳۸-	۵,۰۹-	۰,۰۰۱ <
ذهنی‌سازی → اختلالات روانی	۰,۳۲-	۴,۵۸-	۰,۰۰۱ <
روان‌رنجوری → اختلالات روانی (غیرمستقیم)	۰,۱۲	۳,۰۲	۰,۰۱ <
شاخص برازش مدل (CFI)	۰,۹۴		
شاخص خطا (RMSEA)	۰,۰۶		

بر اساس مدل معادلات ساختاری، اثر مستقیم روان‌رنجوری بر اختلالات روانی علاوه بر اثر غیرمستقیم از طریق ذهنی‌سازی معنادار بود. این یافته به طور تجربی «نقش میانجی ذهنی‌سازی» را در کاهش اثر منفی شخصیت روان‌رنجور بر اختلالات بالینی بیماران سرطانی جامعه ارومیه تأیید کرد. میزان شاخص‌های برازش مدل ( $CFI=0,94$ ,  $RMSEA=0,06$ ) نیز نشان‌دهنده مدل مطلوب است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که صفات شخصیتی منفی به ویژه روان‌رنجوری، مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده ابتلا به اختلالات روانی پس از تشخیص سرطان محسوب می‌شود. در مقابل، ظرفیت ذهنی‌سازی بالا می‌تواند شدت نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی را به طور معناداری کاهش دهد، حتی برای افرادی که ویژگی شخصیتی آسیب‌پذیری

دارند. این الگو، نشان‌دهنده ضرورت توجه همزمان به ویژگی‌های شخصیتی و مهارت‌های ذهنی‌سازی در برنامه‌های غربالگری و مداخلات روان‌شناختی ویژه بیماران سرطانی ایرانی است.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر تصویری روشن و چندلایه از تعامل میان ویژگی‌های شخصیتی، ظرفیت ذهنی‌سازی و بروز اختلالات روانی ناشی از تشخیص سرطان ارائه می‌کند. یافته‌ها نشان داد که روان‌رنجوری نه تنها قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده شدت آسیب‌شناسی روانی در بیماران سرطانی شهر ارومیه است، بلکه این بُعد شخصیتی می‌تواند مسیر بروز علائم روانی را هم مستقیم و هم غیرمستقیم (از طریق کاهش ظرفیت ذهنی‌سازی) تحت تأثیر قرار دهد. این نتیجه در همسویی کامل با پژوهش‌های بین‌المللی است که پیوند محکم میان عاطفه منفی پایدار (نظیر اضطراب، نگرانی و حساسیت هیجانی) و بروز افسردگی، اضطراب و استرس پس از تشخیص سرطان را تأیید کرده‌اند (دیناپولی و همکاران، ۲۰۲۱؛ فورتین و همکاران، ۲۰۲۱؛ واکر و همکاران، ۲۰۲۱). مطالعات داخلی نیز، نظیر کار عربی و اصغری، (۱۴۰۱) و میرزاخانی، غرایبی، زاهدی تجربی، خانجانی، نوربالا و صفایی نودهی، (۱۴۰۲)، نشان داده‌اند بیماران با روان‌رنجوری بالا انعطاف هیجانی کمتری داشته و در مواجهه با بحران‌های سلامت، آسیب‌پذیری روانی بیشتری از خود نشان می‌دهند.

وجه شاخص این پژوهش، تأکید بر نقش میانجی‌گر ذهنی‌سازی بود. داده‌ها نشان دادند که حتی در میان افرادی که ویژگی‌های شخصیتی آسیب‌پذیر دارند، بالا بودن سطح توانایی درک و پردازش حالات ذهنی خود و دیگران می‌تواند شدت علائم روانی را به شکل قابل توجهی کاهش دهد. این یافته با آقائی، اعظمی آغداش، ابراهیم اوغلی و بوداقتی، (۱۴۰۲). همخوان است که ذهنی‌سازی را سپری در برابر آشفتگی هیجانی حاصل از بحران‌های شدید زندگی می‌دانند. به بیان دیگر، توانایی بازشناسی و درک دقیق احساسات و افکار، به بیماران سرطانی کمک می‌کند تا حوادث تهدیدکننده حیات را با انسجام شناختی بیشتری پردازش کنند و از سقوط به ورطه نشخوار فکری یا اضطراب فلج‌کننده جلوگیری نمایند.

در مدل معادلات ساختاری ما، اثر غیرمستقیم روان‌رنجوری بر اختلالات روانی از طریق ذهنی‌سازی معنادار بود ( $\beta=0,12, p<0,01$ )، که همسو با شواهد کوچ و همکاران (۲۰۲۴) و لین و همکاران (۲۰۲۵) تأکید می‌کند مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر ارتقاء ظرفیت‌های شناختی-هیجانی، می‌تواند حتی در شرایط مزمن و پرتنش، اثرات منفی شخصیت‌های آسیب‌پذیر را تعدیل کند. این یافته‌ها هم‌راستا با پژوهش‌های شلکنز و همکاران (۲۰۲۴)، جیمنز-لابایگ و همکاران (۲۰۲۴) و بشرپور و همکاران (۱۴۰۳) است که مفهوم تاب‌آوری را فراتر از ویژگی‌های ذاتی، محصول مهارت‌های اکتسابی (مانند ذهنی‌سازی) می‌دانند.

از نظر کاربردی، این مطالعه نشان می‌دهد که برنامه‌های توان‌بخشی روانی بیماران سرطانی باید به‌طور همزمان به دو محور توجه کنند: شناسایی و ارزیابی ویژگی‌های شخصیتی (به‌ویژه روان‌رنجوری) به‌عنوان فاکتور خطر و آموزش و تقویت مهارت‌های ذهنی‌سازی به‌عنوان فاکتور حفاظتی.

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده مبنی بر نقش میانجی ظرفیت ذهنی‌سازی در ارتباط میان روان‌رنجوری و آسیب‌شناسی روانی بیماران سرطانی، انجام پژوهش‌های آینده با تمرکز بر طراحی و آزمون مداخلات تقویت ذهنی‌سازی پیشنهاد می‌شود. این مداخلات می‌تواند به‌صورت فردی، گروهی یا آنلاین (مطابق مدل‌های سلامت از راه دور<sup>۱</sup> مطرح‌شده توسط کوچ و همکاران، ۲۰۲۴) اجرا گردد تا علاوه بر افزایش اثربخشی، دسترسی بیماران در مناطق کمتر برخوردار نیز تسهیل شود.

توصیه می‌شود مطالعات طولی<sup>۲</sup> برای ارزیابی پایداری اثرات این مداخلات در دوره‌های زمانی مختلف پس از تشخیص و طی فرآیند درمان سرطان طراحی و اجرا گردد. همچنین ترکیب رویکرد روان‌شناختی با عوامل اجتماعی - مانند حمایت خانواده، کیفیت روابط بین‌فردی و جایگاه بیمار در شبکه‌های اجتماعی - می‌تواند تصویر جامع‌تری از مسیرهای اثرگذاری ایجاد کند. به‌علاوه، پیشنهاد می‌شود مدل‌های درمانی بومی‌سازی‌شده بر اساس ابعاد شخصیتی بیماران توسعه یابد. این مدل‌ها باید متغیرهای فرهنگی جامعه ایرانی، نظیر سبک‌های هیجانی، هنجارهای جمع‌گرایانه و حساسیت به برچسب‌های اجتماعی، را لحاظ کرده و به‌ویژه در

<sup>۱</sup> Telehealth

<sup>۲</sup> Longitudinal

کاهش موانع مشارکت روانی-اجتماعی مؤثر باشند. در این راستا، تلفیق آموزش مهارت‌های بازتاب‌دهی<sup>۱</sup> با برنامه‌های ارتقاء تاب‌آوری روان‌شناختی می‌تواند به‌عنوان یک خط پژوهشی نویدبخش مطرح شود.

از منظر جامعه‌شناختی، این یافته‌ها اهمیت بومی‌سازی مداخلات را نیز برجسته می‌کند. فرهنگ ایرانی، با تأکید بر روابط بین‌فردی و ارزش‌های جمع‌گرایانه، فرصت مناسبی برای توسعه برنامه‌های گروهی مبتنی بر افزایش مهارت‌های بازتاب‌دهی فراهم می‌سازد؛ اما هم‌زمان، موانع اجتماعی-فرهنگی نظیر برجسب‌زنی<sup>۲</sup> و محدودیت‌های بیان هیجان، ممکن است بر نحوه بروز و مدیریت علائم روانی اثرگذار باشند.

به‌طور کلی، نتایج تحقیق ما بر یک اصل کلیدی صحنه می‌گذارد: مداخلات روان‌شناختی مؤثر برای بیماران سرطانی باید هم‌بُعد شخصیتی و هم توانایی ذهنی‌سازی را هدف بگیرند. به‌کارگیری این رویکرد یکپارچه می‌تواند به بهبود شاخص‌های سلامت روان، ارتقاء کیفیت زندگی و حتی افزایش انطباق بیماران با درمان‌های پزشکی منجر شود؛ چرا که سازگاری روانی بالاتر، اغلب با پایداری بهتر به درمان و تحمل بیشتر عوارض آن همراه است.

---

۱ Reflective Functioning

۲ Stigma

## فهرست منابع

- آقائی، میرحسین؛ اعظمی آغداش، صابر؛ ابراهیم اوغلی، رضا و بوداقتی، سمیه (۱۴۰۲). تجارب ارائه‌دهندگان مراقبت از حمایت روانی از افراد مبتلا به سرطان در اردبیل: یک مطالعه تحلیل محتوا. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۹(۲)، ۲۰۲-۲۱۵.
- باستانی، فریده؛ اسماعیلی، سعیده؛ زندی فر، عاطفه و حقانی، حمید (۱۴۰۲). ترس از کووید-۱۹ در میان سالمندان مبتلا به سرطان تازه تشخیص داده‌شده مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی البرز. *نشریه پرستاری ایران*، ۳۶(۱۴۲)، ۱۵۷-۱۴۲.
- باقری شیخانگشه، فرزین (۱۴۰۰). سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان طی همه‌گیری کووید-۱۹ (سخن سردبیر).
- بشرپور، سجاده؛ محمدنژاد، عارفه و عبادی، متینه (۱۴۰۳). بررسی رابطه غربالگری‌های سرطان پستان با سواد سرطان و اضطراب سلامت؛ نقش میانجی تاب‌آوری روانشناختی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۳۰(۱)، ۰-۰.
- جهانتیغ، مژگان؛ کندری فرد، نیلوفر و رضائی، نسرین (۱۴۰۱). تأثیر آموزش مبتنی به امیددرمانی بر نشخوار فکری زنان مبتلا به سرطان پستان. *نشریه پرستاری ایران*، ۳۵(۱۳۹)، ۴۶۵-۴۵۴.
- حسینی پور ابرده، فاطمه سادات و نیکنام، ماندانا (۱۴۰۰). بررسی رابطه سلامت معنوی با اضطراب هستی و اضطراب مرضی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۴(۳)، ۳۶۰-۳۷۱.
- سلیمانی، اعظم؛ شریعت‌نیا، کاظم و اکبری، حمزه (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی هیپنوتراپی شناختی و معنویت‌درمانی بر اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان پستان. *طب پیشگیری*، ۹(۳)، ۲۸۰-۲۹۱.
- عربی، صدیقه و اصغری، بی‌بی اقدس (۱۴۰۱). مراحل گذر از بحران در افراد مبتلا به سرطان: یک مطالعه روایت‌پژوهی. *ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۳۰(۴)، ۴۷۳۶-۴۷۳۹.

فلاح، بهاره؛ فتحی، فاطمه؛ فلاح فراغه، احمدرضا؛ نصیریانی، خدیجه و محراب بیک، اکرم (۱۴۰۳). سازگاری روانی با سرطان و تأثیر آن بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۳۱(۱۲)، ۷۳۶۲-۷۳۵۱.

قربانی، اعظم؛ قزلباش، سیما؛ علیزاده، هما و خسروی، مریم (۱۴۰۰). تأثیر گروه‌درمانی معنوی بر افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانوادگی کودکان مبتلا به سرطان. *مجله طب مکمل*، ۱۱(۳)، ۱۹۶-۲۰۹.

کارگر نیاول، ریحانه؛ فتوکیان، زهرا؛ غفاری، فاطمه؛ ساروی، علی و خیرخواه، فرزانه (۱۴۰۳). ارتباط اضطراب و افسردگی با سبک زندگی مرتبط با بیماری در سالمندان مبتلا به سرطان پروستات. *نشریه سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱۹(۴)، ۶۰۴-۶۱۷.

کاظمی، احسان؛ غضنفری، احمد؛ مشهدی‌زاده، شهرام و احمدی، رضا (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی و پایداری آموزش فراتشخیصی یکپارچه نگر و رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهزیستی روان شناختی و ادراک درد در بیماران مبتلا به سرطان شهر اصفهان.

میرزاخانی، مهسا؛ غرای، بنفشه؛ زاهدی تجریشی، کامیل؛ خانجانی، سجاد؛ نوربالا، احمدعلی و صفایی نودهی، سیدرضا (۱۴۰۲). اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر برخی از نشانه‌های روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان: کارآزمایی بالینی تصادفی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۹(۲)، ۱۴۲-۱۵۵.

مهرورزان، الهام؛ نجاتی، نازیلا؛ و عرب زاده، مهدی (۱۳۹۹). پیش‌بینی اضطراب اجتماعی بر اساس سبک‌های حل مسئله اجتماعی و ویژگی‌های شخصیتی در زنان ورزشکار. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در مشاوره*، ۳(۴)، ۱۱۳-۱۳۵.

Dinapoli, L, Colloca, G, Di Capua, B, Valentini, V (2021). Psychological aspects to consider in breast cancer diagnosis and treatment. *Current oncology reports*, ۲۳(۳), ۳۸.

Fortin, J, Leblanc, M, Elgbeili, G, Cordova, M. J, Marin, M. F, Brunet, A (2021). The mental health impacts of receiving a

breast cancer diagnosis: A meta-analysis. *British Journal of Cancer*, ۱۲۵(۱۱), ۱۵۸۲-۱۵۹۲.

Hughes, L, Taylor, R. M, Beckett, A. E, Lindner, O. C, Martin, A, McCulloch, J, ... Stark, D. P (2024). The emotional impact of a cancer diagnosis: a qualitative study of adolescent and young adult experience. *Cancers*, ۱۶(۷), ۱۳۳۲.

Jimenez-Labaig, P, Aymerich, C, Braña, I, Rullan, A, Cacicedo, J, González-Torres, M. Á, ... Catalan, A (2024). A comprehensive examination of mental health in patients with head and neck cancer: systematic review and meta-analysis. *JNCI Cancer Spectrum*, ۸(۳), pkae۰۳۱.

Koç, Z, Kaplan, E, Tanrıverdi, D (2024). The effectiveness of telehealth programs on the mental health of women with breast cancer: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, ۳۰(۳), ۴۰۵-۴۱۹.

Lin, L, Lin, H, Zhou, R, Liu, B, Liu, K, Jiang, R (2025). Surviving and thriving: Assessing quality of life and psychosocial interventions in mental health of head and neck cancer patients. *Asian Journal of Surgery*, ۴۸(۳), ۱۶۳۴-۱۶۴۲.

Schellekens, M. P, Zwanenburg, L. C, van der Lee, M. L (2024). Resilience in the face of cancer: On the importance of defining and studying resilience as a dynamic process of adaptation. *Current Oncology*, ۳۱(۷), ۴۰۰۳-۴۰۱۴.

Walker, Z. J, Xue, S, Jones, M. P, Ravindran, A. V (2021). Depression, anxiety, and other mental disorders in patients with cancer in low-and lower-middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *JCO global oncology*, ۷, ۱۲۳۳-۱۲۵۰.