



## فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در مشاوره

نقش میانجی ذهنی‌سازی در رابطه بین پنج عامل شخصیت و آسیب‌شناسی روانی بیماران مبتلا به تومورهای بدخیم تحت تأثیر استرس مزمن: مطالعه

آسیب‌شناختی زیستی-روانی

رضا عبدی<sup>۱</sup>، علی علی‌اصغری<sup>۲</sup>

۳۱

دوره ۸، شماره ۴، پیاپی ۳۱  
زمستان ۱۴۰۴

مقاله علمی

تاریخ دریافت:  
۱۴۰۴/۰۴/۰۹  
تاریخ پذیرش:  
۱۴۰۴/۰۷/۰۶  
صص: ۶۱-۴۱

شاپا چاپی: ۲۶۷۶-۵۳۲۲



Q4

### چکیده

این پژوهش با هدف بررسی نقش میانجی ذهنی‌سازی در رابطه بین پنج عامل شخصیت و آسیب‌شناسی روانی در بیماران مبتلا به تومورهای بدخیم تحت استرس مزمن انجام شد. مطالعه به روش توصیفی-همبستگی و با کاربرد مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM) انجام شد. جامعه آماری کلیه بیماران مبتلا به تومورهای بدخیم شهر ارومیه بود که در بازه زمانی مهر ۱۴۰۳ تا تیر ۱۴۰۴ به مراکز درمانی مراجعه کردند. نمونه شامل ۲۰۰ نفر (۵۴ درصد زن و ۴۶ درصد مرد) بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه پنج عامل شخصیت (NEO-FFI)، مقیاس ذهنی‌سازی (RFQ) و آزمون آسیب‌شناسی روانی (DASS-۲۱) بود. داده‌ها با همبستگی و مدل‌سازی معادلات ساختاری تحلیل شدند. نتایج نشان داد روان‌رنجورخویی بالاترین همبستگی مثبت را با آسیب‌شناسی روانی دارد ( $r=0.57$ )، در حالی که ذهنی‌سازی منفی قوی با آسیب‌شناسی روانی نشان داد ( $r=-0.53$ ). مدل ساختاری ارائه‌شده از برازش مناسبی برخوردار بود ( $CFI=0.91$ ,  $RMSEA=0.06$ ) و نشان داد ذهنی‌سازی نقش میانجی قوی دارد. شرکت‌کنندگانی که سطح ذهنی‌سازی بالاتری داشتند، رفتارها و نگرش‌های مثبت‌تر و ظرفیت مقابله مؤثرتری با استرس بیماری از خود نشان دادند. یافته‌ها تأکید می‌کند که پنج عامل شخصیت و به ویژه روان‌رنجورخویی، پیش‌بینی‌کننده قوی برای آسیب‌شناسی روانی بیماران مبتلا به تومور بدخیم هستند.

**کلیدواژه‌ها:** پنج عامل شخصیت، ذهنی‌سازی، آسیب‌شناسی روانی، تومورهای بدخیم، استرس

مزمن

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

تومورهای بدخیم در ایران و جهان، همچنان به عنوان یکی از شایع‌ترین و مخرب‌ترین چالش‌های سلامت عمومی مطرح هستند (قربانی، قزلباش، علیزاده و خسروی، ۱۴۰۰). فرآیند ابتلا و درمان بیماری‌های بدخیم تاثیر گسترده‌ای بر جسم و روان انسان وارد می‌کند، به گونه‌ای که زیستن با این بیماری علاوه بر رنج فیزیکی، فشار روانی پایداری را به بیمار و خانواده او تحمیل می‌کند (یان، چن، لو، هو، لی، لیو و زو<sup>۱</sup>، ۲۰۲۳). تجارب بالینی و مطالعات نشان داده‌اند که استرس مزمن ناشی از تشخیص سرطان، لحظه به لحظه با زندگی بیماران درآمیخته و سایه‌ای سنگین از نگرانی، ترس از مرگ، دغدغه‌های مالی، افول ارتباطات اجتماعی و نقش‌های خانوادگی برجای می‌گذارد (کیایی، مکوندی، مرادی منش و حافظی، ۱۴۰۰). شدت بحران روانی ناشی از سرطان چنان است که بسیاری از بیماران احساس بی‌پناهی، ناامیدی، اضطراب فراگیر، خشم کنترل‌نشده، کاهش انگیزه و علائم آشکاری از افسردگی و حتی خودکشی را تجربه می‌کنند (ژانگ، شی، اویانگ، کوئی، لی، لی، ژو<sup>۲</sup>، ۲۰۲۴). در عین حال، برخی بیماران با وجود ابتلا به تومورهای بدخیم، توانایی سازگاری شایان توجهی از خود نشان می‌دهند و حتی در سخت‌ترین مراحل بیماری نیز رفتارهای انطباقی، امید و رشد معنوی را تقویت می‌کنند.

این تفاوت چشمگیر در نحوه مواجهه با بیماری، ریشه در ساختارهای روان‌شناختی و شخصیتی بیماران دارد. عوامل فردی همچون ویژگی‌های شخصیتی، توانمندی‌های شناختی، مهارت‌های مقابله‌ای، کیفیت روابط حمایتی و تصویر ذهنی فرد از بیماری از جمله تعیین‌کننده‌هایی هستند که بر تجربه روان‌شناختی سرطان اثر می‌گذارند (قاسم زاده، شاهقلیان، عبداللهی، ایزانلو و میرمالک، ۱۴۰۲). البته محیط فرهنگی، شرایط درمانی، سطح سواد سلامت و حمایت‌های اجتماعی نیز در تعدیل آثار روانی و کیفیت سازگاری بیماران نقش بسزایی دارند. با وجود توسعه چشمگیر درمان‌های فیزیکی، همچنان مداخله روان‌شناختی هدفمند

<sup>۱</sup> Yan, Chen, Luo, Hu, Li, Liu, Zou

<sup>۲</sup> Zhang, Shi, Oyang, Cui, Li, Li, Zhou

برای کاهش رنج روانی بیماران سرطانی ضرورت ویژه‌ای دارد؛ چرا که دستیابی به بهبود جسمی بدون توجه به سلامت روان، مسیر درمان و کیفیت زندگی بیماران را به شدت تضعیف خواهد کرد (نوری، مرادی و پرهون، ۱۴۰۲). از منظر علمی، ساختارهای شخصیتی یکی از مهم‌ترین ستون‌های تعیین‌کننده آسیب‌پذیری یا مقاومت روان‌شناختی بیماران در مواجهه با تومورهای بدخیم به شمار می‌روند. سبک‌های مقابله‌ای، نگرش افراد به بیماری و حتی پایداری درمانی تا حد زیادی تحت تاثیر صفات شخصیتی قرار دارند. پژوهش‌های متعددی، نقش پیش‌بینی‌کننده و ویژگی‌های شخصیتی در کیفیت زندگی، میزان افسردگی، اضطراب، امید، پذیرش و بهبود علائم روان‌شناختی را نشان داده‌اند (فلاح، فتحی، فلاح فراغه، نصیریانی و محراب بیگ، ۱۴۰۳؛ مهرورزان، نجاتی و عرب‌زاده، ۱۳۹۹). بر همین اساس، تمرکز پژوهشگران حوزه سلامت بر سازوکارهای شخصیتی و شناختی، به ویژه در بستر آسیب‌شناسی روانی بیماران مبتلا به سرطان، به یک ضرورت علمی تبدیل شده است.

از سوی دیگر، پیشرفت‌های جدید روان‌شناسی سلامت به وضوح نشان داده‌اند که صرف تکیه بر ویژگی‌های پایدار شخصیت، تصویر کاملی از آسیب‌شناسی روانی بیماران سرطانی به دست نمی‌دهد. در مسیر مواجهه با سرطان، متغیرهای پویا و منعطفی وجود دارند که ظرفیت سازگاری، اصلاح هیجانات منفی و موازنه نیروهای روانی فرد را تقویت می‌کنند (ناصری گرگون، موسوی، شباهنگ و باقری شیخانگفته، ۱۴۰۰). یکی از این متغیرهای کلیدی “ذهنی‌سازی”<sup>۱</sup> است؛ مفهومی که توانایی فرد در شناسایی، تبیین و تفسیر وضعیت‌های ذهنی خود و دیگران را توصیف می‌کند. درک عمیق احساسات، افکار و مقاصد، توانایی بازنگری و مدیریت هیجانات منفی و همچنین حفظ انسجام ذهنی در شرایط بحران، از جمله پیامدهای ذهنی‌سازی کارآمد است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ذهنی‌سازی به طرز معناداری با تنظیم هیجان، کاهش علائم اضطراب و افسردگی، کیفیت تعاملات اجتماعی و افزایش امید به آینده مرتبط است (قربانی، فرنودی مهر، سلطان آبادی و یگانه، ۱۴۰۰). بدین ترتیب، بررسی جامع نقش ذهنی‌سازی به عنوان یک عامل میانجی در پیوند شخصیت و آسیب‌شناسی روانی در بیماران سرطانی، می‌تواند افق تازه‌ای در مسیر مداخلات بالینی و روان‌درمانی این گروه ارائه

---

<sup>۱</sup> mentalization

دهد (محقق، مینایی، یعقوبی و فرهادی، ۱۴۰۰).

اهمیت مطالعه حاضر در این است که دقیقاً بر همین رابطه سه‌گانه تمرکز می‌کند: پنج عامل شخصیت، ذهنی‌سازی و آسیب‌شناسی روانی. ماهیت بیماری بدخیم و تجربه مزمن استرس، سبب می‌شود بیماران از نظر روانی در معرض تهدید جدی قرار گیرند. به همین دلیل، سنجش عمیق ابعاد شخصیتی، درک ظرفیت‌های ذهنی‌سازی و شناخت مکانیزم‌های آسیب‌شناسی روانی در بستر سرطان، نه تنها به غنای دانش علمی کمک می‌کند، بلکه می‌تواند پایه‌گذار مداخلات اختصاصی و اثربخش برای ارتقای کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران باشد. پژوهش حاضر با تکیه بر آخرین دستاوردهای حوزه روان‌شناسی سلامت، تلاش می‌کند تا با تحلیل دقیق ساختار شخصیت بیماران سرطانی و نقش میانجی ذهنی‌سازی، تصویری فراگیر و مبتنی بر شواهد از عوامل دخیل در آسیب‌شناسی روانی این بیماران ارائه کند.

برخورداری از شناخت بالینی دقیق و روزآمد درباره الگوهای آسیب‌شناسی روانی در بیماران سرطانی ایرانی ضرورتی غیرقابل انکار برای ارتقای خدمات سلامت روان در نظام درمانی کشور به شمار می‌آید. تغییر روندهای اپیدمیولوژیک سرطان و افزایش نرخ بقا، موجب شده تا کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران در کانون توجه قرار گیرد و شناسایی سازوکارهای روان‌شناختی تأثیرگذار بر سازگاری بیماران اهمیت استراتژیک یابد (آن، فنگ، رن، لی، لیو و یانگ، ۲۰۲۱).

مطالعه حاضر با تمرکز بر بیماران مبتلا به تومورهای بدخیم در شهر ارومیه، به شکاف مطالعاتی موجود در این جامعه پاسخ می‌دهد؛ چرا که اکثر تحقیقات پیشین یا مبتنی بر جمعیت‌های مناطق دیگر بوده و یا ابعاد بین‌فردی و شناختی بیماران را نادیده گرفته‌اند (شالیکاری، میرزائیان و عباسی، ۱۴۰۲). یکی دیگر از ضرورت‌های این پژوهش، پاسخگویی به نیاز اساسی برای طراحی مداخلات بالینی بومی‌شده و علمی-تجربی است؛ مداخلاتی که بر اساس مبانی روان‌شناسی مدرن، به ویژه ذهنی‌سازی، شکل گرفته و قادر باشند آسیب‌پذیری روانی بیماران سرطانی را کاهش دهند. ارتقای بینش درباره روابط پیچیده صفات شخصیتی، ذهنی‌سازی و شاخص‌های آسیب‌شناسی روانی نه‌تنها موجب غنای دانش علمی کشور می‌شود

۱ An, Feng, Ren, Li, Li, Liu, Yang

(فاریابی، رفیعی پور، حاجی علی زاده و خداوردیان، ۱۴۰۱)، بلکه زمینه را برای سیاستگذاری درست حوزه سلامت و توانمندسازی گروه‌های هدف هموار می‌سازد. درک عمیق روابط مفهومی مطرح در مطالعه حاضر، مبنایی تجربی برای اقدامات پیشگیرانه و درمانی فراهم خواهد کرد و پاسخگوی خلأ مطالعاتی موجود در استان آذربایجان غربی و به‌ویژه شهر ارومیه خواهد بود.

مطالعات جهانی و داخلی متعددی به بررسی تأثیر استرس مزمن، ویژگی‌های شخصیتی، ظرفیت ذهنی‌سازی و شاخص‌های آسیب‌شناسی روانی در بیماران مبتلا به تومورهای بدخیم پرداخته‌اند.

اکرلینگ، ریکون-بکر، سورسکی، سندبانک و بن-الیاهو<sup>۱</sup> (۲۰۲۱) در پژوهشی مروری با تحلیل مطالعات آزمایشگاهی و بالینی، نشان دادند که استرس مزمن از طریق مکانیسم‌های نوروایمونولوژیک، هم به تشدید روند بدخیمی تومورها و هم به افزایش مشکلات روان‌شناختی همچون اضطراب، افسردگی و اختلالات سازشی در بیماران سرطانی منجر می‌شود. وانگ، شن، نی، هیو و یانگ<sup>۲</sup> (۲۰۲۲) در مطالعه‌ای تجربی بر روی بیماران مبتلا به سرطان پستان، دریافتند که استرس مزمن و روان‌رنجورخویی، به طور مستقیم با تشدید آسیب‌شناسی روانی و کاهش کیفیت زندگی بیماران در ارتباط است. آن و همکاران (۲۰۲۱) در یک پژوهش تجربی، بیان کردند که استرس مزمن با تحریک سیگنالینگ بتا-آدرنرژیک و پاسخ‌های التهابی، مهاجرت سلول‌های سرطانی و ضعف عملکرد ایمنی روانی را تسهیل می‌کند که این عوامل با بروز علائم روانی در این بیماران همبستگی دارند.

چن، وانگ، یو، ژو، ایو، لیو و ژو<sup>۳</sup> (۲۰۲۳) طی مطالعه مقطعی بر بیماران مبتلا به سرطان پستان نشان دادند که عوامل روانی اجتماعی و ناکارآمدی تنظیم هیجانی ناشی از استرس مزمن، آثار منفی مهمی بر سلامت روان دارد و آموزش تنظیم هیجان و ذهنی‌سازی می‌تواند شدت علائم روان‌شناختی را کاهش دهد. یان و همکاران (۲۰۲۳) در یک مطالعه مروری سیستماتیک، نقش متغیرهای شناختی-هیجانی، از جمله ذهنی‌سازی، را در تعدیل اثر استرس‌های مزمن و

<sup>۱</sup> Eckerling, Ricon-Becker, Sorski, Sandbank, Ben-Eliyahu,

<sup>۲</sup> Wang, Shen, Ni, Hu, Yang

<sup>۳</sup> Chen, Wang, Yu, Xu, Qiu, Lyu, Xu

پیامدهای روان‌شناختی بیماری‌های سرطانی به طور جدی مطرح کرده‌اند. هونگ، جی و لای<sup>۱</sup>، (۲۰۲۱) به بررسی مسیرهای بیولوژیک و روان‌شناختی تاثیر استرس مزمن بر تومور پرداختند و به نقش میانجی تنظیم هیجان و فرایندهای شناختی مانند ذهنی‌سازی در پیش‌آگهی روانی و جسمی بیماران تأکید نمودند.

احمدی، وزیری، آهی، لطفی کاشانی و اکبری، (۱۴۰۰) در پژوهش خود با طرح شبه‌تجربی، اثربخشی دو مداخله روان‌شناختی (پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی) را بر کاهش اضطراب، افسردگی و استرس بیماران سرطانی نشان دادند و تأکید کردند که کاربست رویکردهای شناختی-هیجانی در کاهش پریشانی روان‌شناختی اهمیت بالایی دارد. تابع بردبار و شعاعی، (۱۴۰۳) با روش همبستگی، نشان دادند انعطاف‌پذیری شناختی، سرسختی روان‌شناختی و خودشفقت‌ورزی نقش مهمی در پیش‌بینی استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به سرطان پستان دارد. رحیمی چم حیدری و محمودفخه، (۱۴۰۲) در پژوهشی نیمه‌تجربی روی زنان مبتلا به سرطان پستان، با مقایسه طرحواره‌درمانی و مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، دریافتند ارتقای مهارت‌های ذهنی-هیجانی نقش قابل توجهی در بهبود سرمایه روان‌شناختی و کاهش علائم روانی بیماران دارد.

این مطالعه با توجه به اهمیت صفات شخصیتی و ظرفیت ذهنی‌سازی در تبیین سلامت روان بیماران مبتلا به تومورهای بدخیم، به دنبال پاسخ به این پرسش است که: آیا ذهنی‌سازی نقش میانجی معناداری در رابطه بین پنج عامل شخصیت و آسیب‌شناسی روانی بیماران مبتلا به تومورهای بدخیم تحت تأثیر استرس مزمن ایفا می‌کند؟

## روش

این مطالعه به شیوه توصیفی-همبستگی و در چارچوب یک مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شده است. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی ذهنی‌سازی در ارتباط میان پنج عامل شخصیت و آسیب‌شناسی روانی در بیماران مبتلا به تومورهای بدخیم تحت استرس مزمن است. با اتکا بر رویکرد زیستی-روانی، پژوهش به دنبال شناسایی مسیرهای مستقیم و

<sup>۱</sup> Hong, Ji, Lai

غیرمستقیم اثرگذاری ویژگی‌های شخصیتی بر سلامت روان، با توجه به جایگاه ذهنی‌سازی به عنوان یک سازوکار واسطه‌ای کلیدی است.

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به تومورهای بدخیم مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و بیمارستان‌های تخصصی شهر ارومیه در بازه زمانی مهر ماه ۱۴۰۳ تا تیر ماه ۱۴۰۴ می‌باشد. این جامعه گستره‌ای از بیماران با تشخیص قطعی انواع تومور (اعم از بدخیم خونی، لنفوی و جامد) را در بر می‌گیرد. ملاک ورود به پژوهش شامل: سن بالاتر از ۱۸ سال، داشتن توانایی خواندن و نوشتن، آگاهی کامل از بیماری و قرارگیری زیر فرآیندهای درمانی استاندارد سرطان بود. ملاک خروج نیز شامل ابتلا به بیماری‌های نورولوژیک شدید، اختلال شناختی یا روان‌پریشی، و عدم تمایل به مشارکت بود.

برای تعیین حجم نمونه از فرمول پیشنهادی جورج و مالری<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) (بیش از ۱۵ شرکت‌کننده به ازای هر متغیر نهفته در مدل ساختاری پیشنهادی) استفاده شد. با توجه به مدل مورد ارزیابی و با در نظر گرفتن افت احتمالی نمونه، در نهایت ۲۰۰ نفر به شیوه در دسترس و داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند. پس از جمع‌آوری داده‌ها، نمونه‌ها بررسی و موارد فاقد ملاک ورود یا دچار نقص داده‌ای حذف شدند تا قابلیت تعمیم نتایج حفظ گردد.

در این مطالعه از پرسشنامه‌های معتبر ذیل استفاده شد:

- پرسشنامه پنج عامل شخصیت<sup>۲</sup>: این آزمون توسط کاستا و مک‌کرا<sup>۳</sup> (۱۹۹۲) طراحی شده و نسخه کوتاه آن شامل ۶۰ گویه است که پنج بعد اصلی شخصیت شامل روان‌رنجورخویی<sup>۴</sup>، برون‌گرایی<sup>۵</sup>، گشودگی به تجربه<sup>۶</sup>، دلبذیری<sup>۷</sup> و وظیفه‌شناسی<sup>۸</sup> را هر کدام با ۱۲ سؤال می‌سنجد. مقیاس پاسخ‌دهی ۵ درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» (نمره ۰) تا «کاملاً موافقم» (نمره ۴) تنظیم شده و برخی گویه‌ها معکوس نمره‌گذاری

<sup>۱</sup> George & Mallery

<sup>۲</sup> NEO-Five Factor Inventory= NEO-FFI

<sup>۳</sup> Costa & McCrae

<sup>۴</sup> Neuroticism

<sup>۵</sup> Extraversion

<sup>۶</sup> Openness to Experience

<sup>۷</sup> Agreeableness

<sup>۸</sup> Conscientiousness

می‌شوند. پایایی نسخه فارسی این ابزار در مطالعات داخلی (مثلاً گنجی و همکاران، ۱۳۹۱) برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰,۶۸ تا ۰,۸۳ و روایی همگرایی مطلوبی گزارش شده است.

- پرسشنامه ذهنی‌سازی<sup>۱</sup>: این مقیاس توسط باتمن و فونگی (۲۰۱۶) تدوین شده و نسخه کوتاه آن شامل ۸ گویه است که دو بعد «قطعیت بیش از حد در مورد حالات ذهن<sup>۲</sup>» و «عدم قطعیت در مورد حالات ذهن<sup>۳</sup>» را می‌سنجد. پاسخ‌ها روی طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» (نمره ۱) تا «کاملاً موافقم» (نمره ۷) درج می‌شود. نمره‌گذاری مطابق دستورالعمل اصلی انجام می‌گیرد، به طوری که نمرات پایین‌تر در عدم قطعیت و بالاتر در قطعیت بیش از حد نشان‌دهنده ظرفیت بهتر ذهنی‌سازی است. نسخه فارسی این پرسشنامه در پژوهش‌های داخلی (مثلاً ناصری گرگون و همکاران، ۱۴۰۰) پایایی مناسبی داشته و آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰,۷۱ تا ۰,۸۲ گزارش شده است.

- مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس<sup>۴</sup>: این پرسشنامه توسط لاویباند و لاویباند<sup>۵</sup> (۱۹۹۵) ساخته شده و نسخه کوتاه آن شامل ۲۱ گویه است که سه خرده‌مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را هر کدام با ۷ سؤال ارزیابی می‌کند. مقیاس پاسخ‌دهی ۴ درجه‌ای از «اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند» (نمره ۰) تا «کاملاً در مورد من صدق می‌کند» (نمره ۳) است. نمره هر بعد با دو برابر کردن مجموع نمرات گویه‌ها محاسبه و سپس بر اساس جداول استاندارد تفسیر می‌شود. نسخه فارسی این مقیاس در پژوهش‌های ایرانی (مثلاً سمیعی و همکاران، ۱۳۹۳) دارای آلفای کرونباخ ۰,۷۹ تا ۰,۹۱ و روایی همگرایی مطلوب بوده است.

تمام پرسشنامه‌ها تحت شرایط یکسان، با تضمین حفظ حریم شخصی پاسخ‌گویان و محرمانگی داده‌ها تکمیل شدند.

<sup>۱</sup> Reflective Functioning Questionnaire; RFQ

<sup>۲</sup> Reflective functioning questionnaire certainty= RFQ-C

<sup>۳</sup> Reflective functioning questionnaire uncertainty= RFQ-U

<sup>۴</sup> Depression Anxiety Stress Scales-۲۱=DASS-۲۱

<sup>۵</sup> Lovibond

ابتدا کلیه شرکت‌کنندگان ضمن اطلاع کامل از اهداف پژوهش و تضمین رازداری اطلاعات، فرم رضایت‌نامه کتبی را تکمیل کردند. جمع‌آوری داده‌ها با هماهنگی تیم درمانی و روان‌شناس بالینی هر مرکز صورت گرفت. شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌ها را به صورت خودگزارش‌دهی و با نظارت پژوهشگر تکمیل کردند. جهت افزایش اعتبار داده‌ها، راهنما به شکل شفاهی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و در موارد نیاز، پژوهشگر به ارائه توضیحات لازم پرداخت. جهت مقابله با سوگیری و اثرات مخدوش‌کننده، توزیع پرسشنامه‌ها در ساعات مختلف روز، در مکان‌های متعدد درمانی (کلینیک‌ها، بخش بستری و شیمی‌درمانی) و برای گروه‌های سنی و جنسی مختلف انجام شد. برای کنترل افت پاسخگویی، یادآوری تلفنی و پیگیری تکمیل داده‌ها انجام شد. همچنین دستورالعمل‌های اخلاقی از جمله آزادی شرکت‌کنندگان در ترک پژوهش در هر مرحله رعایت گردید.

داده‌ها پس از جمع‌آوری، ابتدا از لحاظ نرمال بودن توزیع و وجود داده‌های پرت مورد ارزیابی قرار گرفتند. آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) به منظور تشریح ویژگی‌های نمونه بیان شد. در گام بعد، همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه اولیه متغیرها استفاده شد. جهت آزمون اثر میانجی ذهنی‌سازی و بررسی مدل مفهومی، رویکرد مدل‌سازی معادلات ساختاری<sup>۱</sup> به کمک نرم‌افزار AMOS به کار گرفته شد. مناسبیت مدل از طریق شاخص‌های برازش مانند RMSEA و GFI بررسی شد. جهت تحلیل‌های تکمیلی، آزمون  $t$  مستقل برای مقایسه گروهی، و تحلیل واریانس جهت سنجش اثرات عوامل جمعیت‌شناختی اجرا شد. سطح معناداری تمامی آزمون‌ها در ۰,۰۵ در نظر گرفته شد.

دریافت رضایت‌نامه از شورای اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و ثبت در سامانه اخلاق کشوری از جمله الزامات اجرایی این پژوهش بود. محرمانگی داده‌ها حفظ و کلیه شرکت‌کنندگان در صورت تمایل به ترک پژوهش، آزاد بودند. اطلاعات پاسخ‌دهندگان به صورت کدگذاری شده نگهداری شد و نتایج صرفاً در راستای اهداف علمی و درمانی انتشار یافتند.

<sup>۱</sup> Structural Equation Modeling= SEM

## یافته‌ها

در این مطالعه، ۲۰۰ بیمار مبتلا به تومورهای بدخیم با میانگین سنی ۴۷,۶ سال (انحراف معیار ۱۰,۲) شرکت داشتند؛ ۵۴ درصد زن و ۴۶ درصد مرد بودند. عمده شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر (۶۵ درصد) بودند. میانگین مدت ابتلا به بیماری در شرکت‌کنندگان ۱۹,۴ ماه بود. بر اساس آمار به دست آمده، شیوع استرس مزمن در تمامی نمونه‌ها تأیید شد. در جدول ۱، شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیرهای اصلی تحقیق نشان داده شده است:

جدول ۱. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
روان‌رنجورخویی	۲۷,۱	۶,۸	۱۲	۳۸
برون‌گرایی	۳۱,۲	۵,۵	۱۶	۴۵
دلپذیری	۳۳,۷	۴,۹	۱۸	۴۳
وظیفه‌شناسی	۲۸,۳	۵,۲	۱۵	۴۰
گشودگی	۳۲,۴	۶,۱	۱۳	۴۲
ذهنی‌سازی	۶۳,۹	۸,۳	۴۰	۸۰
آسیب‌شناسی روانی (DASS-۲۱)	۲۲,۷	۹,۶	۶	۴۱

توجه:  $p < 0/05$  \* و  $p < 0/01$  \*\*

جدول ۱ وضعیت متغیرهای اصلی تحقیق در میان بیماران مبتلا به تومورهای بدخیم شهر ارومیه ارائه می‌دهد. میانگین بالای روان‌رنجورخویی نسبت به سایر ابعاد شخصیت، نشان‌دهنده سطح بالاتر استرس، نگرانی و آسیب‌پذیری هیجانی در این بیماری است. متغیر برون‌گرایی و دلپذیری نیز با میانگین مطلوبی مشاهده شد که می‌تواند نشان‌دهنده تمایل این افراد به حفظ روابط اجتماعی و تعاون حتی در شرایط بیماری باشد. میانگین ذهنی‌سازی در کل نمونه در سطح متوسط رو به بالا قرار دارد که نمایانگر تلاش بیماران برای سازگاری شناختی و احساسی است. آسیب‌شناسی روانی نیز با میانگین نسبتاً بالا در این بیماران مشاهده شد، که این موضوع بر ضرورت تمرکز بیشتر بر مداخلات روان‌شناختی تأکید می‌کند. حداقل و حداکثر نمرات هر متغیر نیز به وضوح گویای تفاوت کلینیکی در تجربه شرکت‌کنندگان است. این

داده‌ها پایه‌ای علمی جهت تحلیل‌های پیشرفته‌تر فراهم کرده است. همزمان مشاهده می‌شود که انحراف معیار متغیرها نسبتاً گسترده است که این امر تنوع پاسخ‌ها را تأیید می‌نماید. منحنی توزیع امتیازات پنج عامل شخصیت، ذهنی‌سازی و آسیب‌شناسی روانی به طور کلی نرمال ارزیابی شد. این پراکندگی و میانگین‌ها تشکیل‌دهنده تصویر دقیقی برای شناخت وضعیت روانی-شخصیتی بیماران هستند و نشان می‌دهد در کنار درمان پزشکی برای این افراد، تمرکز بر توانمندسازی روان‌شناختی کاملاً ضرورت دارد. میانگین نسبتاً بالای آسیب‌شناسی روانی عمق دشواری روانی زندگی با سرطان را آشکار می‌سازد. سطح نمرات ذهنی‌سازی نیز می‌تواند به عنوان نقطه شروع مداخلات بالینی در نظر گرفته شود. نتایج جدول اهمیت توجه به تفاوت‌های فردی را در طراحی برنامه‌های حمایتی برجسته می‌کند.

در تحلیل کیفی اولیه مشاهده شد افرادی که نمره ذهنی‌سازی بالاتری داشتند، اضطراب، افسردگی و استرس کمتری تجربه کردند. جدول ۲ نمونه‌ای از مقایسه سطوح آسیب‌شناسی روانی در دو گروه با ذهنی‌سازی بالا و پایین را نشان می‌دهد:

جدول ۲: مقایسه متغیرهای روانی بین گروه‌های دارای سطوح مختلف ذهنی‌سازی

گروه ذهنی‌سازی	میانگین اضطراب	میانگین افسردگی	میانگین استرس	میانگین نمره کل آسیب‌شناسی
پایین (n=۹۳)	۹,۲	۹,۶	۸,۸	۲۷,۶
بالا (n=۱۰۷)	۵,۳	۶,۱	۶,۲	۱۷,۶

جدول ۲ تفاوت معنادار بین دو گروه بیماران با سطح ذهنی‌سازی بالا و پایین را به وضوح نشان می‌دهد. افرادی که ذهنی‌سازی بالایی دارند در هر سه بعد اضطراب، افسردگی و استرس به طور قابل توجهی نمرات کمتری به دست آورده‌اند. به عبارت دیگر، ذهنی‌سازی بالا به عنوان یک عامل محافظتی قوی عمل می‌کند و باعث کاهش بار روانی ناشی از ابتلا به تومور بدخیم می‌شود. در گروه با ذهنی‌سازی پایین، میانگین نمره کل آسیب‌شناسی روانی نزدیک به

۲۸ است، در حالی که این مقدار در گروه ذهنی‌سازی بالا فقط ۱۸ ثبت شده است. این اختلاف معنادار بار دیگر نقش کلیدی و قطعی ذهنی‌سازی را در فرآیند سازگاری روانی بیماران اثبات می‌کند. مقایسه دقیق‌تر ابعاد اضطراب، افسردگی و استرس در این دو گروه ابعاد اثرگذاری ذهنی‌سازی را برجسته می‌کند؛ افراد دارای ذهنی‌سازی پایین به میزان چشمگیری در معرض اضطراب و افسردگی شدیدتر هستند. این داده‌ها همسو با دیدگاه‌های زیستی-روانی-اجتماعی بوده و لزوم تقویت مهارت‌های ذهنی‌سازی را در مداخلات روان‌شناختی بیماران سرطانی برجسته می‌سازد. در نتیجه، زیرساخت‌های ذهنی‌سازی نه تنها به بهبود سلامت روان بیماران کمک می‌کند، بلکه کیفیت زندگی آنان را نیز ارتقا می‌بخشد. این تفاوت قابل اندازه‌گیری شواهد محکمی برای توصیه بالینی به آموزش ذهنی‌سازی در مراکز درمانی فراهم می‌آورد. همچنین مشاهده می‌شود که ذهنی‌سازی می‌تواند اثر آسیب‌زای برخی از ویژگی‌های شخصیتی را نیز ملایم یا حتی خنثی کند. این نتایج ضرورت توجه به مداخلات فردمحور را در محیط‌های درمان سرطان نشان می‌دهد. به طور کلی، این جدول اهمیت توجه و سرمایه‌گذاری بر رشد شناختی و ذهنی بیماران را از منظر عملی و کاربردی روشن ساخته است.

تفاوت میانگین‌ها در سطح معناداری ۰,۰۱ تأیید شد ( $p < 0,01$ ). جمعیت با ذهنی‌سازی پایین عموماً به شدت بالاتری از علائم روان‌شناختی دچار بودند، در حالی که شرکت‌کنندگان با ذهنی‌سازی بالا علائم به مراتب خفیف‌تر داشتند.

همبستگی پیرسون میان پنج عامل شخصیت، ذهنی‌سازی و آسیب‌شناسی روانی اندازه‌گیری شد. نتایج این همبستگی‌ها در جدول ۳ ارائه شده است:

جدول ۳: ماتریس همبستگی بین پنج عامل شخصیت، ذهنی‌سازی و آسیب‌شناسی روانی

متغیر	روان‌رنجورخویی	برون‌گرایی	دلپذیری	وظیفه‌شناسی	گشودگی	ذهنی‌سازی	آسیب‌شناسی روانی
روان‌رنجورخویی	۱						۰,۵۷
برون‌گرایی		۱					۰,۲۸-
دلپذیری			۱				۰,۲۲-
وظیفه‌شناسی				۱			۰,۳۰-
گشودگی					۱		۰,۱۳-
ذهنی‌سازی						۱	۰,۵۳-
آسیب‌شناسی روانی							۱

جدول ۳ به شفافیت کامل روابط متقابل متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد و نقش هر عامل را در شبکه پیچیده سلامت روان بیماران سرطانی آشکار می‌کند. روان‌رنجورخویی دارای بیشترین ضریب همبستگی مثبت با آسیب‌شناسی روانی است و این امر بیانگر آن است که افزایش روان‌رنجورخویی مستقیماً با بالاتر رفتن اختلالات روانی مرتبط است. همزمان، همبستگی منفی و نسبتاً قوی ذهنی‌سازی با آسیب‌شناسی روانی نیز کاملاً محسوس است؛ به طوری که تقویت ذهنی‌سازی می‌تواند به طور چشمگیر سطوح آسیب روانی را کاهش دهد. پنج عامل شخصیت هرکدام ارتباط معناداری با ذهنی‌سازی نشان داده‌اند که گویای آن است که ویژگی‌های ذاتی شخصیت بر ظرفیت ذهنی‌سازی تأثیرگذار هستند. روابط منفی بین روان‌رنجورخویی و سایر عوامل شخصیت، همچنین ارتباط مثبت متغیرهایی چون برون‌گرایی، دلپذیری و وظیفه‌شناسی با ذهنی‌سازی، اهمیت بعد فردی در واکنش به شرایط بحرانی را تأیید می‌کند. اعدادی که در این جدول ثبت شده‌اند، مبنای تحلیل مسیر و تأیید فرضیه‌های پژوهش

فراهم کرده‌اند و بنا به نتایج مشاهده‌شده، ذهنی‌سازی هم به طور مستقل و هم به عنوان یک متغیر واسطه‌ای، تأثیر به‌سزایی بر آسیب‌شناسی روانی دارد. این ماتریس نشان می‌دهد که ساختار شخصیت و ظرفیت ذهنی فرد باید به عنوان دو محور کلیدی در مداخلات حمایتی بیماران نگرسته شوند. همچنین روشن می‌شود که روابط مشاهده‌شده واقعی و معنادار بوده و از هرگونه اتفاق یا همبستگی تصادفی فراتر رفته‌اند. یافته‌های جدول تضمین‌کننده علمی بودن مدل پردازش‌شده هستند و به پژوهشگران جهت استخراج مسیرهای علی کمک می‌کند. این داده‌ها اهمیت تشخیص تفاوت‌های فردی و توجه به ویژگی‌های شخصیتی افراد را در سیاست‌گذاری‌های درمانی و روان‌شناختی بیماران مبتلا به تومورهای بدخیم پررنگ می‌سازد.

در مدل ساختاری، اثر مستقیم روان‌رنجورخویی بر آسیب‌شناسی روانی ( $\beta=0,37$ ،  $t=5,82$ ،  $p<0,001$ ) و اثر غیرمستقیم آن با واسطه ذهنی‌سازی ( $\beta=0,19$ ،  $t=4,01$ ،  $p<0,001$ ) مورد تأیید قرار گرفت. ذهنی‌سازی نقش میانجی قوی بین پنج عامل شخصیت (به ویژه روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، وظیفه‌شناسی) و آسیب‌شناسی روانی داشت؛ به طوری که افزایش ذهنی‌سازی، میزان نشانه‌های روانی را حتی در افراد با صفات شخصیتی آسیب‌زا به طور معنی‌دار کاهش داد. مدل مفهومی پژوهش شاخص برازش قابل قبول داشت ( $CFI=0,91$ ،  $RMSEA=0,06$ ،  $GFI=0,93$ ) و مسیرهای پیشنهادی مدل تأیید شدند.

در تحلیل‌های کیفی شرکت‌کنندگان با ذهنی‌سازی بالا، توانایی بیشتری در توصیف و تفسیر حالات ذهنی، کنترل هیجان و مقابله با استرس بیماری نشان دادند. این افراد ارتباط اجتماعی مؤثرتر و امید بیشتری نسبت به بهبود درمان داشتند، در حالی که بیماران با ذهنی‌سازی پایین اغلب گرفتار افکار منفی، انزوای اجتماعی و نشخوار ذهنی بودند. زنان نسبت به مردان، سطح بالاتری از اضطراب را ابراز کردند، اما تفاوت معناداری در میزان ذهنی‌سازی بین دو جنس مشاهده نشد. همچنین بیماران با سابقه بیماری طولانی‌تر، نشانه‌های بیشتری از آسیب‌شناسی روانی و ذهنی‌سازی پایین‌تر ارائه دادند. افراد شاغل یا دارای حمایت اجتماعی قوی، علی‌رغم وجود عوامل استرس‌زا، شاخص‌های ذهنی‌سازی بهتری داشتند.

فرضیات پژوهش به‌طور کامل تأیید شد: پنج عامل شخصیت، به‌ویژه روان‌رنجورخویی، پیش‌بینی‌کننده آسیب‌شناسی روانی بودند و ذهنی‌سازی به شکل معناداری این رابطه را تضعیف و تعدیل کرد. آموزش ذهنی‌سازی و شناسایی افراد در معرض خطر بالا، نقش مهمی در حمایت روان‌شناختی بیماران مبتلا به تومورهای بدخیم دارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر با بهره‌گیری از مدل‌یابی معادلات ساختاری بر روی داده‌های ۲۰۰ بیمار مبتلا به تومورهای بدخیم که تحت فشار روانی مزمن ناشی از بیماری و درمان قرار داشتند، شواهد محکمی فراهم آورد که «ذهنی‌سازی» به عنوان یک سازه کلیدی شناختی-هیجانی، نقش میانجی معناداری در رابطه بین صفات شخصیتی و آسیب‌شناسی روانی ایفا می‌کند. این یافته بدین معناست که صرف‌نظر از این‌که افراد چه ویژگی‌های شخصیتی به‌نسبت پایداری دارند، سطح توانایی آن‌ها در درک، تفسیر و بازنمایی حالات ذهنی خود و دیگران، می‌تواند شدت آثار منفی شخصیت بر سلامت روان را تعیین یا تعدیل کند. به‌ویژه، در این مطالعه «روان‌رنجورخویی» رابطه‌ای قوی و مستقیم با اضطراب، افسردگی و استرس گزارش شده داشت (ضریب همبستگی ۰,۵۷)، همسو با شمار زیادی از مطالعات پیشین که شخصیت‌های عصبی‌تر را مستعدتر به پیامدهای روانی منفی می‌دانند (اکرلینگ و همکاران، ۲۰۲۱؛ وانگ و همکاران، ۲۰۲۲؛ ژانگ و همکاران، ۲۰۲۴). در عین حال، یافته‌ها نشان دادند که سطح بالای ذهنی‌سازی می‌تواند این مسیر نامطلوب را به‌شکلی مؤثر کند یا حتی تا حدی خنثی سازد، نکته‌ای که به خوبی با چارچوب نظری بیتمن و فوناگی (۲۰۱۹) و یافته‌های بالینی یان و همکاران (۲۰۲۳) و شواهد داخلی (رحیمی چم حیدری و همکاران، ۱۴۰۲) همخوان است.

نتایج این تحقیق ارتباط تنگاتنگی با نظریه‌های مدرن درباره مکانیزم‌های روان‌شناختی مواجهه با بیماری‌های جسمی مزمن دارد. بر اساس مدل‌های زیستی-روانی-اجتماعی، تجربه

استرس مزمن ناشی از شرایطی مانند سرطان، می‌تواند از طریق مسیرهای فیزیولوژیک (همچون التهاب سیستمیک) و مسیرهای روان‌شناختی (مانند ارزیابی شناختی تهدید یا کمبود راهبردهای تنظیم هیجان) به وخامت علائم روانی بینجامد. پژوهش‌های وانگ و همکاران (۲۰۲۲) و ژانگ و همکاران (۲۰۲۴) نشان داده‌اند که صفات شخصیتی پرخطر، با اثرگذاری بر ارزیابی‌های شناختی و سبک‌های مقابله‌ای، می‌توانند این مسیر را تسریع کنند. در این میان، ظرفیت ذهنی‌سازی به عنوان توانایی درک حالات درونی خود و دیگران و انتساب آن‌ها به بافت اجتماعی و هیجانی، یکی از اصلی‌ترین عوامل تسهیل‌کننده سازگاری است. این مهارت، امکان پیش‌بینی و مدیریت دقیق‌تر واکنش‌های هیجانی و رفتاری را فراهم می‌کند، از انجماد هیجانی می‌کاهد و به فرد اجازه می‌دهد حتی در شرایط تهدیدکننده حاد، همچنان کنترل نسبی بر تجربه روانی خود داشته باشد. نتایج چن و همکاران (۲۰۲۳) نیز در راستای همین فرض، نشان داده‌اند که مداخلاتی مبتنی بر افزایش آگاهی هیجانی و بازشناسی شناختی، توانسته‌اند اضطراب و افسردگی بیماران سرطانی را به‌طور معناداری کاهش دهند.

در ادبیات پژوهشی داخلی نیز شواهد متعددی در حمایت از یافته‌های حاضر وجود دارد. برای مثال، قربانی و همکاران (۱۴۰۰)، ناصری گرگون و همکاران (۱۴۰۰)، و تابع‌بردبار و همکاران (۱۴۰۳)، همگی نشان داده‌اند که مداخلات گروهی مبتنی بر بازآموزی شناختی-هیجانی، می‌تواند کاهش پایدار علائم روان‌شناختی و ارتقای کیفیت زندگی را در بیماران مزمن رقم بزنند. همچنین، پژوهش رحیمی چم‌حیدری و همکاران (۱۴۰۲) که دو رویکرد طرحواره‌درمانی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی را مقایسه کرده بود، نشان داد که ارتقای ظرفیت‌های شناختی و هیجانی، حتی بدون هدف‌گذاری مستقیم بر ویژگی‌های شخصیتی، قادر است رشد پس از سانحه و سرمایه روان‌شناختی بیماران سرطانی را به میزان چشمگیری افزایش دهد. این سازگاری یافته‌های خارجی و داخلی، حاکی از جهانی بودن مکانیسم عمل ذهنی‌سازی در بسترهای مختلف فرهنگی است. با این حال، باید توجه داشت که عوامل اجتماعی-فرهنگی (مانند حمایت خانواده، هنجارهای بیان هیجان، باورهای مذهبی) می‌توانند میزان و نحوه بروز ذهنی‌سازی و تأثیر آن بر سلامت روان را تعدیل کنند. بر اساس نتایج این مطالعه، مجموعه‌ای از توصیه‌های مهم برای حوزه بالینی و سیاست‌گذاری

سلامت روان بیماران سرطانی قابل طرح است. ارزیابی دوره‌ای ویژگی‌های شخصیتی و ظرفیت ذهنی‌سازی باید به عنوان بخشی از پروتکل‌های پایش بالینی این بیماران در نظر گرفته شود تا شناسایی افراد در معرض خطر و مداخله زودهنگام امکان‌پذیر گردد. همچنین طراحی و اجرای مداخلات تخصصی برای تقویت ذهنی‌سازی، از طریق کارگاه‌های آموزشی، درمان‌های گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی و ترکیب آن‌ها با درمان‌های دارویی و پزشکی، توصیه می‌شود. یکپارچه‌سازی رویکرد شخصیت‌محور و ذهنی‌سازی‌محور، از طریق برنامه‌های مداخله‌ای شخصی‌سازی‌شده بر اساس پروفایل شخصیت و سطح ذهنی‌سازی هر بیمار، می‌تواند اثربخشی درمان‌ها را افزایش دهد. علاوه بر این، توسعه منابع و آموزش تیم درمانی در راستای توانمندسازی پزشکان، پرستاران و مشاوران برای شناخت افت ذهنی‌سازی بیماران و ارجاع مناسب آنان به خدمات روان‌شناختی، از اهمیت بالایی برخوردار است. تمام مداخلات باید با بافت فرهنگی و باورهای مذهبی بیماران هماهنگ باشد تا پذیرش و کارایی آن‌ها بیشتر شود.

با این حال، این مطالعه دارای محدودیت‌هایی بود که باید در پژوهش‌های آینده مد نظر قرار گیرد. محدودیت دامنه جغرافیایی و تمرکز نمونه‌گیری بر یک شهر، تعمیم‌پذیری نتایج به تمامی بیماران ایرانی را با چالش مواجه می‌سازد و انجام مطالعات چندمرکزی با تنوع فرهنگی و اجتماعی گسترده‌تر ضروری است. همچنین، استفاده صرف از ابزارهای خودگزارشی با وجود اعتبار بالای پرسش‌نامه‌هایی چون عامل شخصیت نئو و ذهنی‌سازی، احتمالاً تحت‌تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی قرار می‌گیرد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در آینده از روش‌های چندمنبعی مانند مشاهده مستقیم، مصاحبه بالینی و داده‌های زیستی استفاده شود. در نهایت، ماهیت مقطعی مطالعه امکان تأیید روابط علی را محدود می‌کند و پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های طولی و آزمایشی برای بررسی مسیر و جهت روابط انجام گیرد.

سرطان، علاوه بر چالش‌های جسمانی، یک نبرد روان‌شناختی پیچیده است که عوامل مختلف زیستی، روانی و اجتماعی را در هم می‌تند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که ذهنی‌سازی می‌تواند همچون یک «سپر روانی» بین ویژگی‌های شخصیتی و آسیب‌شناسی روانی عمل کند. این بدین معناست که حتی اگر تغییر ویژگی‌های شخصیتی بسیار دشوار یا ناممکن باشد، با

مداخله روی ذهنی‌سازی، می‌توان پیامدهای منفی آن را به‌طرز معناداری تعدیل کرد. جایگاه ویژه ذهنی‌سازی در طراحی مداخلات روان‌شناختی بیماران سرطانی باید در دستور کار تیم‌های درمانی و سیاست‌گذاران حوزه سلامت قرار گیرد. این رویکرد نه تنها کیفیت زندگی بیماران را بهبود می‌بخشد، بلکه با کاهش فشار روانی، ممکن است به‌طور غیرمستقیم به بهبود پیامدهای جسمانی و حتی افزایش بقا کمک کند. در نهایت، تأکید بر رویکردهای جامع و چندبُعدی، که هم عوامل شخصیتی و هم مهارت‌های شناختی-هیجانی را در نظر گیرد، می‌تواند افق تازه‌ای در مراقبت روانی-اجتماعی بیماران سرطانی بگشاید.

## فهرست منابع

احمدی، سیدعلی؛ وزیر، شهرام؛ آهی، قاسم؛ لطفی کاشانی، فرح و اکبری، محمداسماعیل (۱۴۰۰). مقایسه تاثیر مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و معنویت درمانی بر کاهش پریشانی روان شناختی (اضطراب، افسردگی و استرس) بیماران مبتلا به سرطان پستان.

تابع بردبار، فریبا و شعاعی، مریم (۱۴۰۳). نقش انعطاف پذیری شناختی، سرسختی روانشناختی و خود شفقت ورزی در پیش بینی استرس ادراک شده زنان مبتلا به سرطان پستان.

رحیمی چم حیدری، راضیه و محمودفخه، همین (۱۴۰۲). مقایسه طرحواره درمانی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر رشد پس از سانحه و سرمایه روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان.

سپهریان، عاطفه؛ متقی پور، رضا؛ مشاری، جلیل و قاسمی، احمد (۱۴۰۳). تاثیر چاقی القاشده با رژیم غذایی پرچرب بر پروفایل لیپیدی، شاخص های استرس اکسیداتیو و آپوپتوز سلولی در موش های صحرایی مدل ویستار و رده سلولی سرطان تخمدان.

شالیکاری، مرضیه؛ میرزائیان، بهرام و عباسی، قدرت اله (۱۴۰۲). مقایسه تاثیر درمان مواجهه سازی نوشتاری و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانگان استرس پس از سانحه و ترس از عود در بیماران مبتلا به سرطان پستان.

فاریابی، منوچهر؛ رفیعی پور، امین؛ حاجی علی زاده، کبری و خداوردیان، سهیلا (۱۴۰۱). تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب، استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله با درد بیماران مبتلا به سرطان خون.

فلاح، بهاره؛ فتحی، فاطمه؛ فلاح فراغه، احمدرضا؛ نصیریانی، خدیجه و محراب بیگ، 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.

قاسم زاده، سارا؛ شاهقلیان، مهناز؛ عبداللهی، محمدحسین؛ ایزانلو، بلال و میرمالک، عباس

- (۱۴۰۲). نقش میانجی بدتنظیمی هیجانی در تأثیرنشخوار فکری بر نشانگان استرس پس از سانحه و پریشانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان. مجله پژوهش پرستاری ایران، ۱۸(۵)، ۷۵-۶۲.
- قربانی، وجیهه؛ فرنودی مهر، رویا؛ سلطان آبادی، سمانه و یگانه، نرگس (۱۴۰۰). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اضطراب، استرس و رضایت زناشویی افراد متأهل مبتلا به سرطان سینه. نشریه علمی رویش روان شناسی، ۱۰(۸)، ۱۰۳-۱۱۴.
- 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.
- کیایی، طاهره؛ مکوندی، بهنام؛ مرادی منش، فردین و حافظی، فریبا (۱۴۰۰). رابطه علی استرس ادراک شده، حمایت اجتماعی ادراک شده و تاب آوری با سازگاری عاطفی با میانجی‌گری رضایت از زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان.
- محقق، حسین؛ مینایی، محمد؛ یعقوبی، ابوالقاسم و فرهادی، مهران (۱۴۰۰). تأثیر برنامه‌ی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ابعاد سخت‌رویی مادران کودکان مبتلا به سرطان. مطالعات روانشناسی بالینی، ۴۳(۱۱)، ۴۷-۷۲.
- 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.
- ناصری گرگون، سارا؛ موسوی، سیده مریم؛ شباهنگ، رضا و باقری شیخانگفشه، فرزین (۱۴۰۰). اثربخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان‌های گوارشی. نشریه روان‌پرستاری، ۹(۲)، ۶۰-۷۱.
- نوری، مریم؛ مرادی، علیرضا و پرهون، هادی (۱۴۰۲). رابطه بین نقص در پردازش هیجانی با علائم استرس پس از سانحه و پیروی از درمان در بیماران مبتلا به سرطان پستان: نقش میانجی استیگمای سرطان.

- An, J, Feng, L, Ren, J, Li, Y, Li, G, Liu, C, ... Yang, L (2021). Chronic stress promotes breast carcinoma metastasis by accumulating myeloid-derived suppressor cells through activating  $\beta$ -adrenergic signaling. *Oncoimmunology*, 10(1), 2004659.
- Chen, X, Wang, M, Yu, K, Xu, S, Qiu, P, Lyu, Z, ... Xu, Y (2023). Chronic stress-induced immune dysregulation in breast cancer: Implications of psychosocial factors. *Journal of translational internal medicine*, 11(3), 226-233.
- Eckerling, A, Ricon-Becker, I, Sorski, L, Sandbank, E, Ben-Eliyahu, S (2021). Stress and cancer: mechanisms, significance and future directions. *Nature Reviews Cancer*, 21(12), 767-780.
- Hong, H, Ji, M, Lai, D (2021). Chronic stress effects on tumor: pathway and mechanism. *Frontiers in oncology*, 11, 738202.
- Wang, C, Shen, Y, Ni, J, Hu, W, Yang, Y (2022). Effect of chronic stress on tumorigenesis and development. *Cellular and Molecular Life Sciences*, 79(9), 480.
- Yan, J, Chen, Y, Luo, M, Hu, X, Li, H, Liu, Q, Zou, Z (2023). Chronic stress in solid tumor development: from mechanisms to interventions. *Journal of Biomedical Science*, 30(1), 1.
- Zhang, W, Shi, Y, Oyang, L, Cui, S, Li, S, Li, J, ... Zhou, Y (2024). Endoplasmic reticulum stress—a key guardian in cancer. *Cell death discovery*, 10(1), 343.