

## تحلیل رابطه ساختاری بهزیستی ذهنی بر مبنای سختکوشی روانشناختی

### با میانجی‌گری تنظیم هیجانی در زنان مبتلا به سرطان پستان

نسیم ارزانی<sup>۱</sup>

حمیدرضا حاتمی<sup>۲</sup>

فریبرز باقری<sup>۳</sup>

شکوه‌السادات بنی‌جمالی<sup>۴</sup>

پذیرش نهایی: ۱۳۹۶/۰۷/۱۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۲/۰۹

#### چکیده

هدف پژوهش بررسی رابطه ساختاری بهزیستی ذهنی بر مبنای سختکوشی روانشناختی با میانجی‌گری تنظیم هیجانی در زنان مبتلا به سرطان پستان است. این پژوهش به لحاظ هدف، کاربردی، و از نظر روش جزء پژوهش‌های توصیفی از نوع همبستگی است که به شیوه معادلات ساختاری انجام گرفته است. جامعه آماری شامل تمام زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستانهای شهر تهران بود و ۱۰۰ نفر از کسانی که به بیمارستان هفتم تیر مراجعه کرده بودند با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های بهزیستی ذهنی کبیز و ماگیارمو، سختکوشی روانشناختی اهواز (AHI) و تنظیم ساخت هیجان گارنفسکی بود. داده‌ها با روش حداقل مجذورات جزئی تجزیه و تحلیل شد و نتایج نشان داد الگوی پژوهش از روایی، پایایی و کیفیت مناسبی برخوردار است. این الگو توانست ۵۰ درصد از واریانس بهزیستی ذهنی را در بیماران مبتلا به سرطان پستان تبیین کند و روابط ساختاری مفروض معنادار به دست آمد. در مجموع می‌توان از این الگو به منظور تعدیل مشکلات روانشناختی و جلوگیری از پیشرفت آن در بیماران مبتلا به سرطان پستان استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: بهزیستی ذهنی، سختکوشی روانشناختی، تنظیم هیجانی، حداقل مجذورات جزئی.

۱ - دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

nasim\_arzani@yahoo.com

۲ - نویسنده مسئول: دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه جامع امام حسین(ع)، تهران، ایران

hhatami83@yahoo.com

۳ - دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه علوم و تحقیقات، تهران، ایران

f.bagheri@srbiau.ac.ir

۴ - دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه الزهراء(س)، تهران، ایران

drbanijaymali@alzahra.ac.ir

## مقدمه

افزایش چشمگیر میزان ابتلا به سرطان در طول چند دهه اخیر از یک سو و پیشرفتهای پزشکی از سوی دیگر موجب افزایش امید در این بیماران می‌شود. با توجه به تمامی بارهای منفی که به این بیماران تحمیل می‌شود، لازم است اقداماتی در جهت بهبودی روحیه این بیماران در نظر گرفته شود. بهزیستی ذهنی یکی از مهمترین عوامل روانی است که در زندگی روانی تمامی افراد بویژه بیماران نقش بسیار مهمی دارد، لذا یافتن عوامل مؤثر بر این مسئله و کاربست آنها در آینده از طریق متغیرهایی همچون سختکوشی روانشناختی، ذهن آگاهی و تنظیم هیجان لازم و ضروری است (بریبارت<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۵).

بر اساس آخرین آمار مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی ایران، میزان ابتلا به سرطان پستان در زنان ایرانی ۲۷/۵ در هزار نفر است؛ یعنی سالانه بیش از ۸ هزار مورد جدید سرطان پستان در ایران تشخیص داده می‌شود (اکبری، ۲۰۱۱). تشخیص و درمان سرطان پستان به تغییر در عملکرد جنسی، تصویر خود منفی، مشکلات ارتباطی و از دست دادن لیبدو منجر می‌گردد و بدین طریق اثر مهمی بر بهزیستی افراد می‌گذارد (کیسان، وایت، کوپر و ویتا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴).

از اواخر قرن بیستم با پیدایش رویکرد روانشناسی مثبت، گرایش پژوهشها برای تبیین پدیده‌های روانشناختی به سمت تواناییها و ویژگیهای مثبت انسان بوده است. سازه بهزیستی معمولاً تحت عنوان بهزیستی روانشناختی، بهزیستی اجتماعی و بهزیستی ذهنی مورد بررسی قرار می‌گیرد. دینر، لوکاس و اویشی<sup>۳</sup> (۲۰۰۲) بهزیستی ذهنی را ارزیابی افراد از زندگی خود تعریف می‌کنند. این ارزیابیها شامل واکنشهای هیجانی افراد به رخدادها، خلق آنها و قضاوتهای آنها درباره میزان رضایتشان از زندگی است (دینر، ۱۹۸۴؛ دینر و لوکاس، ۱۹۹۹). فردی که از لحاظ بهزیستی ذهنی در حالت مطلوب قرار دارد، خود را در تسلط بر زندگی توانا می‌داند؛ توانایی کنترل تنش و احساسات منفی را دارد و وضعیت زندگی را نیز قابل تغییر می‌یابد؛ بنابراین او خواهان زندگی کردن است؛ چرا که آینده را خوب می‌داند (کرمانی و همکاران، ۱۳۹۰).

فشار روانی مؤلفه مهم دیگری است که این بیماران با آن روبه‌رو هستند. شواهد محکمی هست که تنش و ابتلا به بیماری رابطه دو سویه دارد. تنش می‌تواند به پیامدهای منفی متفاوتی از قبیل بیماریهای جسمی، اختلالات روانی یا احساس فرسودگی در اشخاص منجر شود (کابات -

1 - Breitbart

2 - Kissane, White, Cooper, &amp; Vitetta

3 - Diener, Oishi, &amp; Lucas

زین و هان<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). فولکمن و لازاروس<sup>۲</sup> (۱۹۹۱)، تنش را این گونه تعریف کرده‌اند: «رابطه اختصاصی بین شخص و محیطی است که در آن تنش ارزیابی شده از حد امکان فرد فراتر می‌رود و سلامت او را در معرض خطر قرار می‌دهد». نظریه شناختی هیجانی، بیان کرده است که تنشزا بودن رویدادها، پدیده‌ای اساساً شخصی است و کارکرد تعامل فرد با محیط و ارزیابی او از وقایع بالقوه تهدیدکننده و چالش‌برانگیز است (لازاروس، ۱۹۹۹). بنابراین در این رویکرد، فرض این است که فشار روانی در صورتی ایجاد می‌شود که شخص موقعیتی را چالش‌برانگیز و طاقت‌فرسا ارزیابی کند یا منابع کافی برای سازگاری با این موقعیت در اختیار نداشته باشد (لازاروس، ۱۹۹۹). از سویی آگاهی از ابتلا به سرطان می‌تواند باعث افزایش فشار روانی در فرد شود؛ از جمله ویژگیهای شخصیتی مهمی که به نظر می‌رسد عملکرد را در موقعیت تنشزا همچون محیط‌های درمانی، تحت تأثیر قرار دهد و مانع تأثیر عوامل مزاحم شود سختکوشی روانشناختی است؛ نقش و اهمیت سختکوشی روانشناختی که به عنوان ویژگی شخصیتی محافظت‌کننده در برابر فشارهای زندگی و یا «تنش زندگی»<sup>۳</sup> در پژوهشهای متعدد نشان داده شده است (بیسلی، تامپسون و دیویدسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳). سختکوشی روانشناختی در میان عوامل مؤثر بر مقابله با فشارهای روانی به عنوان یک ویژگی شخصیتی مقاوم‌ساز، امروزه مورد توجه است و بسیاری معتقدند می‌تواند افراد مبتلا به بیماریهای حاد را در برابر فشارهای روانی ناشی از بیماری مقاوم سازد (وانس، استراتزیک و ماستن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸).

مفهوم سختکوشی نشان می‌دهد که فرد حتی با داشتن زندگی دردناک می‌تواند سلامت روان خود را حفظ کند. سختکوشی روانشناختی<sup>۶</sup> عامل بسیار مهمی در چگونگی کنار آمدن فرد با تنش ناشی از بیماری است. سختکوشی روانشناختی ویژگی شخصیتی است که نشاندهنده مقاومت و ایستادگی شخص در رویارویی با موقعیت تنشزا است (نریمانی، ابوالقاسمی، زاهد و محمودی، ۱۳۹۱). افراد سختکوش می‌توانند بر انواع تأثیرات ناگوار خستگی‌های جسمانی و عاطفی ناشی از فعالیتهای شغلی چیره شوند و سلامت روان خود را حفظ کنند (انزلیچت، آرونسون، گود و مک‌کی<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶).

1 - Kabat-Zinn, & Hanh

2 - Folkman & Lazarus

3 - life stress

4 - Beasley, Thompson, & Davidson

5 - Vance, Struzick, & Masten

6 - Psychological Hardiness

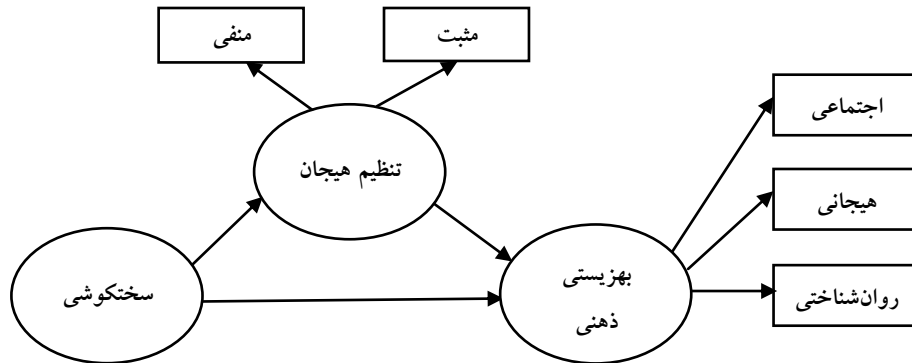
7 - Inzlicht, Aronson, Good, & McKay

تشخیص سرطان ممکن است ناگهانی و غیر قابل انتظار باشد. بنابراین بیماری و درمان آن می‌تواند تهدیدهایی برای زندگی شخص ایجاد کند و واکنش هیجانی شدیدی چون ترس و ناامیدی را برانگیزد (ساویر، آبر و فیلد<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). یکی از مهمترین مسائل برای مقابله با بیماری، داشتن روحیه و امید به غلبه است. افراد دچار اختلال در تنظیم هیجان، دچار افسردگی می‌شوند و به مرور بهزیستی روانی خود را از دست می‌دهند. افراد افسرده، دیگر برای زنده ماندن تلاش نمی‌کنند و فرصتهای زندگی کردن در باقیمانده عمر را از دست می‌دهند (جوشانلو و همکاران، ۲۰۰۶). هیجان در جنبه‌های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای تنش‌زا نقش مهمی ایفا می‌کند (گارنفسکی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). تنظیم هیجان را می‌توان ساختاری بسیار قوی در نظر گرفت که توانایی دستکاری فرایندهای جسمی و روانی را دارد و هم‌چنین باعث بهبود و افزایش بهزیستی می‌شود (گراس<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸؛ گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۲).

با توجه به مسائل و مشکلاتی که از نظر جسمی و روانی بر پیکره بیماران وارد می‌شود، انسانی و معقولانه است که راه‌ها و روشهایی برای کاهش این اندوه و آلام جسمی و روانی آنان سنجیده و فراهم شود. بنابراین می‌توان با شناخت و درک عمیقتر از چگونگی پیش‌بینی بهزیستی ذهنی بر مبنای سختکوشی روانشناختی با میانجیگری تنظیم هیجانی در زنان مبتلا به سرطان پستان، گامهایی برای افزایش سازگاری آنان با وضعیت جدید زندگی برداشت.

هدف پژوهش بررسی رابطه ساختاری بهزیستی ذهنی بر مبنای سختکوشی و میانجی‌گری تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به سرطان پستان است. در این پژوهش فرض این است که بهزیستی ذهنی در زنان مبتلا به سرطان پستان تحت تأثیر سختکوشی روانشناختی است. فرض این است که سختکوشی روانشناختی به دو شیوه بر بهزیستی ذهنی این بیماران تأثیر می‌گذارد: یکی به شیوه مستقیم و دیگری غیر مستقیم؛ به عبارت دیگر سختکوشی روانشناختی هم به طور مستقیم بر بهزیستی ذهنی تأثیر می‌گذارد و هم به شیوه غیر مستقیم از طریق میانجی که در این پژوهش تنظیم هیجانی است. سختکوشی ابتدا بر تنظیم هیجانی تأثیر می‌گذارد و از طریق تنظیم هیجانی بر بهزیستی ذهنی تأثیر می‌گذارد (تأثیر غیر مستقیم). الگوی مفهومی پژوهش در شکل ۱ به نمایش درآمده است.

1 - Sawyer, Ayers, & Field  
2 - Garnefski  
3 - Gross



شکل ۱: الگوی ساختاری بهزیستی ذهنی بر مبنای سختکوشی با میانجی‌گری تنظیم هیجان

## روش

هدف پژوهش، کاربردی است؛ زیرا یافته‌های پژوهش می‌تواند به بیماران کمک کند تا بهزیستی ذهنی خود را ارتقا ببخشند. از لحاظ روش تحقیق در زمره تحقیقات توصیفی و همبستگی از نوع معادلات ساختاری قرار دارد. از نظر جمع‌آوری اطلاعات جزء تحقیقات پیمایشی دسته‌بندی می‌شود. جامعه آماری شامل تمام زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستانهای شهر تهران بود. طبق نظریه بارکلای و همکاران حداقل حجم نمونه لازم برای استفاده از روش PLS برای هر متغیر بین ۱۵ تا ۲۰ نفر کفایت می‌کند (داوری و رضازاده، ۱۳۹۲)؛ لذا ۱۰۰ نفر از کسانی که به علت سرطان پستان به بیمارستان شهدای هفتم تیر مراجعه کرده بودند به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و ابزارهای پژوهش روی آنان اجرا شد. اطلاعات با استفاده از نرم افزار smart pls مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابزارهای این پژوهش به این شرح است:

مقیاس بهزیستی ذهنی: مقیاس بهزیستی ذهنی توسط کی‌یز و ماگیارمو (۲۰۰۳) برای سنجش بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی به کار می‌رود که از ۴۵ سؤال تشکیل شده است. ۱۲ سؤال اول به بهزیستی هیجانی مربوط است. ۱۸ سؤال بعدی به بهزیستی روانشناختی، و در نهایت ۱۵ سؤال بعدی به بهزیستی اجتماعی مربوط است. نمره‌گذاری این مقیاس به صورت طیف لیکرت ۵ تایی است. اعتبار درونی زیرمقیاس بهزیستی هیجانی در بخش مثبت ۰/۹۱ و بخش هیجان منفی ۰/۷۸ بود. زیرمقیاسهای بهزیستی روانشناختی و اجتماعی دارای اعتبار درونی متوسط از ۰/۴ تا ۰/۷ و اعتبار مجموع هر دو این مقیاسها ۰/۸ و بیشتر بود (کی‌یز و ماگیارمو، ۲۰۰۳). پایایی مقیاس بهزیستی ذهنی و زیرمقیاسهای بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی

به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۶، ۰/۶۴ و ۰/۷۶ است (گلستانی بخت، ۱۳۸۶). آلفای کرونباخ برای هر یک از این موارد به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۶، ۰/۸۰ و ۰/۶۴ محاسبه شده که حاکی از همسانی درونی مطلوب مقیاس است (گلستانی بخت، ۱۳۸۶). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد که نشانه پایایی مناسب آزمون است.

پرسشنامه سرسختی روانشناختی اهواز: این پرسشنامه را کیامرثی (۱۳۷۷) تهیه و اعتباریابی کرده است. این پرسشنامه یک مقیاس خود گزارشی ۲۷ ماده‌ای است. این ابزار به صورت طیف لیکرت ۴ تایی از ۰ (هرگز) تا ۳ (بیشتر اوقات) نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش کیامرثی (۱۳۷۶) ضرایب آلفای کرونباخ کل آزمودنیها برابر با ۰/۷۶، برای آزمودنیهای دختر ۰/۷۴ و برای پسران برابر با ۰/۷۶ به دست آمد. برای بررسی روایی همزمان، این پرسشنامه همزمان با چهار پرسشنامه خودشکوفایی مزلو، مقیاس اعتبار سازه‌ای سختکوشی، مقیاس افسردگی اهواز و پرسشنامه اضطراب به گروه‌هایی از دانشجویان داده شد. ضرایب همبستگی بین نمره‌های سختکوشی و اضطراب ۰/۵۵-، بین نمره‌های سختکوشی و افسردگی ۰/۶۲-، بین نمره‌های سختکوشی و خودشکوفایی ۰/۵۵ بود. نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین نمره‌ها در مقیاس اعتبار سازه‌ای سختکوشی و پرسشنامه سختکوشی روانشناختی اهواز نشان داد که ضرایب همبستگی معنادار است (رحیمیان بوگر و اصغرزاده، ۱۳۸۷). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد که نشانه پایایی مناسب آزمون است.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) تدوین شده است. این پرسشنامه چند بعدی و ابزار خود گزارشی است که ۳۶ ماده، و فرم ویژه بزرگسالان و کودکان دارد. مقیاس تنظیم شناختی هیجان ۹ راهبرد ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز دوباره مثبت، تمرکز دوباره بر برنامه‌ریزی، ارزیابی دوباره مثبت، دیدگاه پذیر، فاجعه انگاری و سلامت دیگران را ارزیابی می‌کند. هر چهار پرسش یک عامل را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. فرد واکنش خود را نسبت به تجربه تنش‌زای اخیر زندگی در طیف ۵ تایی نمره‌گذاری می‌کند. گارنفسکی و همکاران اعتبار و روایی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند. فرم فارسی این مقیاس به وسیله سامانی و صادقی (۱۳۸۶) مورد اعتباریابی قرار گرفته است. ضریب آلفا برای خرده مقیاسهای این پرسشنامه به وسیله گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. برای بررسی روایی همگرا و واگرایی این پرسشنامه در ایران از مقیاس افسردگی، اضطراب، تنش که شامل ۲۱ پرسش مدرج چهار نمره‌ای (از کاملاً شبیه

من تا متفاوت از من) است که سه عامل افسردگی، تنش و اضطراب را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در این مقیاس هر یک عامل، اختلال هیجانی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد که نشانه پایایی مناسب آزمون است.

### یافته‌ها

در این پژوهش ۱۰۰ زن مبتلا به سرطان پستان شرکت کردند که سن آنها ۲۵ سال و بیشتر بود. بیشترین درصد پاسخگویان (۴۴ درصد) در دامنه سنی ۳۶ تا ۴۵ سال و کمترین درصد پاسخگویان (۱۲ درصد) در دامنه سنی ۲۵ تا ۳۵ سال بودند. ۸۵ درصد پاسخگویان متأهل و ۵/۵ درصد آنها مجرد بودند و ۱۰ درصد آنها نیز وضعیت تأهل خود را گزارش نکردند. بیشترین درصد پاسخگویان (۴۵ درصد) دارای تحصیلات دیپلم و کمترین درصد آنها کاردانی (۱ درصد) بودند. میانگین و انحراف استاندارد متغیرها و مؤلفه‌هایشان در جدول ذیل گزارش شده است:

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

| متغیر        | مؤلفه              | میانگین | انحراف استاندارد |
|--------------|--------------------|---------|------------------|
| بهزیستی ذهنی | هیجانی             | ۲/۸۱    | ۰/۶۲             |
|              | روانشناختی         | ۱/۶۵    | ۰/۲۷             |
|              | اجتماعی            | ۱/۸۶    | ۰/۳۶             |
| تنظیم هیجان  | تنظیم هیجان مثبت   | ۳/۴۲    | ۰/۵۹             |
|              | تنظیم هیجان منفی   | ۳/۴۷    | ۰/۵۳             |
| سختکوشی      | سختکوشی روانشناختی | ۱/۸۷    | ۰/۳۷             |

مطابق جدول در میان مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی، بهزیستی هیجانی و بین مؤلفه‌های تنظیم هیجان، تنظیم هیجان مثبت مقدار بیشتری دارد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش حداقل مجزورات جزئی (PLS) استفاده شد که نتایج آن در جدولهای ۲ و ۳ گزارش شده است. جدول ۲ شامل نتایج کلی و جدول ۳ شامل تأثیرات متغیرهاست.

جدول ۲: نتایج مربوط به روایی، پایایی و کیفیت الگو

| متغیر       | افزونگی<br>با روایی متقاطع | اشتراک<br>با روایی متقاطع | پایایی<br>مرکب | متوسط واریانس<br>استخراج شده | ضریب<br>تعیین |
|-------------|----------------------------|---------------------------|----------------|------------------------------|---------------|
| بهبودی ذهنی | ۰/۳۰                       | ۰/۳۲                      | ۰/۶۶           | ۰/۶۶                         | ۰/۵۰          |
| سختکوشی     | ۰/۱۷                       | ۰/۱۷                      | ۰/۳۴           | ۰/۳۴                         |               |
| تنظیم هیجان | ۰/۰۴                       | ۰/۵۰                      | ۰/۸۸           | ۰/۸۸                         |               |

متغیر سختکوشی روانشناختی، که شامل ۲۷ شاخص بود به دلیل زیاد بودن تعداد شاخصها، شاخصهایش به حالت پنهان در آمده است؛ با وجود این بار عاملی شاخصهای ۸، ۱۰، ۱۳، ۱۷ و ۲۱ در الگوی اندازه گیری سختکوشی روانشناختی از ۰/۴۰ کمتر بود که از الگو حذف شد و الگو با ۲۲ شاخص مورد بررسی قرار گرفت. علاوه بر این، بارهای عامل متغیر بهبودی ذهنی، که شامل مؤلفه‌های بهبودی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی و بارهای عاملی متغیر تنظیم شناختی هیجان، که شامل مؤلفه‌های تنظیم شناختی مثبت و تنظیم شناختی منفی است از ۰/۴ بیشتر بود که در سطح ۰/۹۵ معنی دار شد. در مجموع این الگو توانسته است ۰/۵۰ از واریانس متغیر بهبودی ذهنی را در بیماران مبتلا به سرطان پستان تبیین کند. با توجه به مقدار قابل قبول شاخص پایایی مرکب که ۰/۷ است، اعتبار مرکب الگوی اندازه گیری متغیرهای پنهان پژوهش بجز سختکوشی از میزان قابل قبولی برخوردار است. برای روایی همگرایی الگوی اندازه گیری از میانگین واریانس استخراج شده استفاده شد که با توجه به مقدار قابل قبول برای این شاخص (۰/۵)، متغیر بهبودی ذهنی و تنظیم هیجان روایی همگرایی قابل قبولی داشت. علاوه بر این برای بررسی کیفیت الگوی اندازه گیری انعکاسی از شاخصهای اشتراک با روایی متقاطع و افزونگی با روایی متقاطع استفاده شد. مقادیر مثبت این شاخص نشاندهنده کیفیت مناسب الگوی اندازه گیری است. مقادیر مثبت افزونگی با روایی متقاطع نیز نشاندهنده کفایت الگوی ساختاری است. به منظور تجزیه و تحلیل روابط بین متغیرها تأثیرات مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.



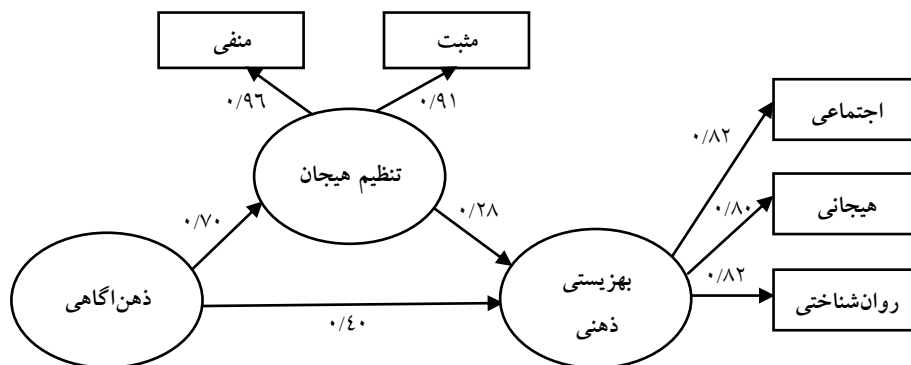
جدول ۳: تأثیرات مستقیم، غیر مستقیم و کل متغیرهای مورد بررسی

| متغیر مستقل |         | متغیر وابسته |         | تأثیر مستقیم |         | تأثیر غیر مستقیم |         | تأثیر کل    |         |
|-------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|------------------|---------|-------------|---------|
| تأثیر       | آماره t | تأثیر        | آماره t | تأثیر        | آماره t | تأثیر            | آماره t | تأثیر       | آماره t |
| سختکوشی     | ۰/۷۰    | بهزیستی ذهنی | ۳/۸۹**  | ۰/۱۹         | ۱/۹۸*   | ۰/۸۹             | ۴/۵۶**  | تنظیم هیجان | ۲/۰۸*   |
| تنظیم هیجان | ۰/۲۸    | بهزیستی ذهنی | ۲/۰۸*   | -            | -       | ۰/۲۸             | ۲/۰۸*   | سختکوشی     | ۲/۷۱**  |
| سختکوشی     | ۰/۴۰    | تنظیم هیجان  | ۲/۷۱**  | -            | -       | ۰/۴۰             | ۲/۷۱**  |             |         |

\*\* معنادار در سطح ۰/۰۱

\* معنادار در سطح ۰/۰۵

همان طور که در جدول مشاهده می‌شود، تأثیر مستقیم و غیر مستقیم سختکوشی با میانجی‌گری تنظیم هیجان بر بهزیستی ذهنی در سطح ۰/۰۱ و ۰/۰۵ معنادار به دست آمده است. به‌طور کلی تأثیر سختکوشی بر بهزیستی ذهنی معنادار است. تأثیر مستقیم و کل تنظیم هیجان بر بهزیستی ذهنی در سطح ۰/۰۵ معنادار به دست آمده است. در شکل ۲ ضرایب مسیر الگوی پژوهش نشان داده شده است.



شکل ۲: الگوی ساختاری بهزیستی ذهنی بر مبنای متغیر سختکوشی با میانجی‌گری متغیر تنظیم هیجان

### بحث و نتیجه‌گیری

مقدار تأثیر مستقیم متغیر سختکوشی روانشناختی بر بهزیستی ذهنی برابر ۰/۷۰ و مقدار تأثیر غیر مستقیم سختکوشی روانشناختی بر بهزیستی ذهنی با میانجی‌گری متغیر تنظیم شناختی هیجانی برابر ۰/۱۹ است و مجموع کل تأثیر مستقیم و غیر مستقیم آن برابر ۰/۸۹ است؛ به عبارتی سختکوشی روانشناختی با میانجی‌گری تنظیم شناختی هیجان ۱۹ درصد از واریانس متغیر بهزیستی

ذهنی در بیماران مبتلا به سرطان پستان را تبیین می‌کند و کل الگو توانسته است ۵۰ درصد از واریانس متغیر بهزیستی ذهنی را در بیماران مبتلا به سرطان پستان تبیین کند. نتایج تحقیق کوباسا (۱۹۸۲) و فلورین و همکاران (۱۹۹۵) نشان داد که سختکوشی با سلامت بدنی و روانی رابطه مثبت دارد و به عنوان یک منبع مقاومت درونی، تأثیرات منفی تنش را کاهش می‌دهد و از بروز اختلالاتهای بدنی و روانی پیشگیری می‌کند. نتایج تحقیق کیامرثی (۱۳۸۵) نشان داد افراد با سختکوشی زیاد، از عزت نفس بیشتری برخوردارند و با اطمینانی که نسبت به خود و توانایی خویش دارند از هر گونه ارزیابی منفی می‌پرهیزند. افراد سختکوش، توانایی کنترل محیط و مقابله کردن با تغییرات محیطی را دارا هستند و تغییرات محیطی را عاملی برای رشد و نمو خود قلمداد می‌کنند. در مجموع می‌توان این گونه یافته‌ها را تبیین کرد که افراد با سختکوشی زیاد، رفتارهای مقابله سازگارانه بیشتر و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه را کمتر مورد استفاده قرار می‌دهند و نکات بهداشتی را به‌طور مثبت‌تر و بیشتر به کار می‌برند. ویژگی شخصیت سختکوش نگرش درونی خاصی را به وجود می‌آورد که شیوه رویارویی افراد با مسائل مختلف زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هم‌چنین سختکوشی باعث می‌شود که فرد فشار روانی را به صورت واقع‌بینانه و با بلند نظری مورد توجه قرار دهد. نتایج تحقیق موریرا و کناوارو (۲۰۱۰) نشان داد که زنان مبتلا به سرطان پستان، خود را پیش از ابتلا به بیماری با بعد از درمان مقایسه می‌کنند و این مقایسه می‌تواند باعث کاهش عواطف مثبت و عدم سختکوشی روانشناختی به‌منظور از بین بردن و برطرف کردن بیماری خود در آنان شود. بنابراین، افرادی که تنظیم شناختی هیجانی مناسبی ندارند، دچار مشکلاتی در احساس بهزیستی کلی، عملکرد بهینه و مدیریت فردی هستند (ناری، ۲۰۱۳). مشکل بهزیستی ذهنی در این بیماران می‌تواند باعث شود آنان نسبت به درمان خود توجه کافی نشان ندهند و دستور پزشک را چندان جدی نگیرند. آنان برای بهبودی تلاش زیادی نمی‌کنند و در واقع خودشان با این کار، سلامت خود را بدتر می‌کنند (رضایی و همکاران، ۱۳۹۱). این در حالی است که فردی از لحاظ بهزیستی ذهنی در حالت مطلوب قرار دارد که خود را در تسلط بر زندگی توانا می‌داند؛ بنابراین آنان خواهان زندگی کردن هستند؛ چرا که آینده را خوب و امیدوار کننده می‌دانند (کرمانی و همکاران، ۱۳۹۰). این افراد بیشتر در حل مشکل خود متمرکز شده‌اند؛ از سوی دیگر در رویارویی با تشخیص و درمان سرطان، پریشانی کمتر و تطابق بیشتری را نشان می‌دهند. البته حتی در صورت عدم امکان درمان و بهبودی، این بیماران سعی می‌کند اهداف جدید مانند صرف وقت بیشتر با خانواده را انتخاب کنند و به نوعی از فرصت باقیمانده بهره بهتری ببرند.

پژوهش روی نمونه‌های مختلف نشان می‌دهد که افرادی که استفاده مداوم از بازداری هیجانی را گزارش می‌کنند، هیجان‌ات منفی بیشتری را حس می‌کنند؛ تجربه هیجان‌ات مثبت کمتری دارند؛ نشانه‌های افسردگی را بیشتر گزارش می‌کنند و احساس رضایت کمی از زندگی دارند (گراس و جان، ۲۰۰۳). بنابراین بازاریابی هیجان از طریق کاهش تجربه‌های منفی هیجان و افزایش هیجان‌ات مثبت و تعدیل رویدادهای تنشزا، باعث می‌شود بهزیستی ذهنی افراد افزایش یابد. در صورتی که طبق آنچه بیان شد، بازداری هیجان از طریق افزایش هیجان‌ات منفی، کاهش هیجان‌ات مثبت و افسردگی و اضطراب بیشتر موجب کاهش احساس رضایت از زندگی و بهزیستی ذهنی می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت این احتمال هست که افراد هم با کاهش و هم با افزایش هیجان‌ات، هیجان‌ات منفی و مثبت خویش را تنظیم کنند. بررسی نشان می‌دهد که افراد سعی می‌کنند هیجان‌ات منفی (از قبیل خشم، غمگینی و اضطراب) را در جهت کاهش آنها با تمرکز بر تنظیم جنبه‌های تجربی و رفتاری هیجان تنظیم کنند (گراس و همکاران، ۲۰۰۶). این تنظیم هیجان ضمنی، همیشه ماهیت اجتماعی دارد و هر چند افراد هیجان‌ات مثبت (به عنوان مثال کاهش شادکامی در جهت سازگاری اجتماعی) را تنظیم نمی‌کنند، این هیجان‌ات را نسبت به هیجان‌ات منفی کمتر گزارش می‌کنند. با استفاده از این الگو، می‌توان به طراحی و ارائه برنامه‌ای به منظور پیشگیری و مداخله در مورد فشارهای روانی افراد مبتلا به سرطان پستان پرداخت تا با توانمندسازی افراد در مقابله با وضعیت دشوار روانشناختی خود از پیشروی بیماری جلوگیری کرد. هم‌چنین این برنامه می‌تواند به منظور بهبود تعاملات فرد بیمار با خانواده و آرام سپری کردن دوره بیماری مؤثر باشد و نیز با توجه به تعداد نمونه و طرح مسئله نسبتاً جدید این الگو پیشنهاد می‌گردد تا پژوهشگران بعدی به توسعه و یا اصلاح این الگو کمک کنند.

#### منابع

- احمدوند، زهرا؛ حیدری نسب، لیلا؛ شعیری، محمدرضا (۱۳۹۲). واری اعتبار و روایی پرسشنامه پنج وجهی ذهن آگاهی در نمونه‌های غیر بالینی ایرانی. *مجله علوم رفتاری*. شماره ۳: ۲۲۹ تا ۲۳۷.
- داوری، علی؛ رضازاده، آرش (۱۳۹۲). *مدل‌سازی معادلات ساختاری با نرم‌افزار pls*. تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- رحیمیان بوگر، اسحق؛ اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روانشناختی و خودتاب‌آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. شماره ۱: ۶۲ تا ۷۰.

رضایی، آذرمیدخت؛ رفاهی، ژاله؛ احمدی‌خواه، محمدعلی (۱۳۹۱). اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی بیماران سرطانی. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*. شماره ۷: ۳۷ تا ۴۲.

سامانی، سیامک؛ صادقی، لادن (۱۳۸۹). کفایت شاخص‌های روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان. *روشها و مدل‌های روان‌شناختی*. شماره ۱: ۵۱ تا ۶۲.

کیامرثی، آذر؛ ابوالقاسمی، عباس (۱۳۸۵). *روانشناسی سختکوشی*. اردبیل: انتشارات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل.

کرمانی، زهرا؛ خدائپناهی، محمدکریم؛ حیدری، محمود (۱۳۹۰). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امید اسنایدر. *روان‌شناسی کاربردی*. شماره ۳: ۷ تا ۲۳.

گلستانی بخت، طاهر (۱۳۸۶). *ارایه الگوی بهداشت روانی ذهنی و شادمانی در جمعیت شهر تهران*. رساله دکتری تخصصی. دانشگاه الزهرا.

نریمانی، محمد؛ ابوالقاسمی، عباس؛ زاهد، عادل؛ محمودی، حدیثه (۱۳۹۱). سختکوشی در نوجوانان فاقد و واجد والدین. *فصلنامه رفاه اجتماعی*. شماره ۴: ۲۶ تا ۱۲.

- Akbari, M. E. (2011). *Cancer and Emotion; The Scope of Psycho-Socio-Oncology: At the Time of Treatment*.
- Beasley, M., Thompson, T., & Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual differences*, 34(1), 77-95.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Applebaum, A., Kulikowski, J., & Lichtenthal, W. G. (2015). Meaning-centered group psychotherapy: An effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 33(7), 749-754..
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E., & Lucas, R. E. (1999). Personality and subjective well-being. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 213-229). New York: Russell Sage Foundation.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2009). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. *Oxford handbook of positive psychology*, 2, 187-194.
- Florian, V., Mikulincer, M., & Taubman, O. (1995). Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping. *Journal of personality and social psychology*, 68(4), 687.
- Folkman, S., Lazarus, R. S. (1991). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 50(3), 571.
- Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non- clinical sample. *European journal of personality*, 16(5), 403-420.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348.
- Gross, J.J., Richards, J. M. & John, O. P. (2006). Emotion regulation in everyday life. In D. K. Snyder, J. A. Simpson, & J. N. Hughes(Eds.), *Emotion regulation in couples and*

- families: pathways to dysfunction and health. Washington, DC: American psychological Association. PP. 13-35.
- Inzlicht, M., Aronson, J., Good, C., & McKay, L. (2006). A particular resiliency to threatening environments. *Journal of Experimental Social Psychology*, 42(3), 323-336
- Joshanloo, M., Rostami, R., & Nosratabadi, M. (2006). Examining the factor structure of the Keyes' comprehensive scale of well-being. *Journal of Iranian psychologists*, 9, 35-51.
- Kabat-Zinn, J., & Hanh, T. N. (2009). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delta.
- Kissane, D., White, K., Cooper, K., & Vitetta, L. (2004). Psychosocial impact in the areas of body image and sexuality for women with breast cancer.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: a prospective study. *Journal of personality and social psychology*, 42(1), 168.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A newsynthesis*. New York: Springer.
- Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2010). A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 263-270.
- Neary, T. J. (2013). *The Effects of Mindfulness Meditation and Resonant Frequency Breath Training on Emotion Regulation and Physiological Responses \_ A dissertation Presented to (Doctoral dissertation, Indiana State University)*.
- Sawyer, A., Ayers, S., & Field, A. P. (2010). Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer or HIV/AIDS: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 436-447.
- Vance, D. E., Struzick, T. C., & Masten, J. (2008). Hardiness, successful aging, and HIV: Implications for social work. *Journal of gerontological social work*, 51(3-4), 260-283.