

## تحلیل رابطه ساختاری بهزیستی ذهنی بر مبنای ذهن آگاهی و سختکوشی روانشناختی با میانجی‌گری تنظیم هیجانی در زنان مبتلا به سرطان پستان

نسیم ارزانی<sup>۱</sup>

فریبرز باقری<sup>۲</sup>

حمیدرضا حاتمی<sup>۳</sup>

شکوه السادات بنی جمالی<sup>۴</sup>

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۲/۰۹

پذیرش نهایی: ۱۳۹۶/۰۵/۰۳

### چکیده

این پژوهش به منظور بررسی رابطه ساختاری بهزیستی ذهنی بر مبنای ذهن آگاهی و سختکوشی روانشناختی و میانجی‌گری تنظیم هیجانی در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. پژوهش به لحاظ هدف، کاربردی، و از نظر روش‌شناسی جزء پژوهش‌های توصیفی و همبستگی است که به شیوه معادلات ساختاری انجام شده 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 کیز و ماگیارمو، ۵ عاملی ذهن آگاهی، سختکوشی روانشناختی اهواز (AHI)، تنظیم ساخت هیجان گارنفسکی اجرا شد. داده‌ها با روش حداقل مجذورات جزئی تجزیه و تحلیل شد و نتایج نشان داد الگوی پژوهش از روایی، پایایی و کیفیت مناسبی برخوردار است. الگو توانست ۵۲ درصد از واریانس بهزیستی ذهنی را در بیماران مبتلا به سرطان پستان تبیین کند که 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 بهره جست.

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

۱ - دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران nasim\_arzani@yahoo.com

۲ - دانشیار دانشگاه علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران f.bagheri@srbiau.ac.ir

۳ - نویسنده مسئول: دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه جامع امام حسین(ع)، تهران، ایران hhatami83@yahoo.com

۴ - دانشیار دانشگاه الزهراء(س)، تهران، ایران drbanijamali@alzahra.ac.ir

## مقدمه

امروزه با تغییرات اجتماعی و صنعتی، الگوی ابتلا به بیماریها تغییر کرده است. در نتیجه بیماریهای مزمن، مهمترین مشکلات سلامت و روانشناختی جوامع به شمار می‌رود که خود منابع عمده تنیدگی، تلقی می‌شود و هزینه‌های اقتصادی زیادی را بر جامعه تحمیل می‌کند. این بیماریها انواع متعددی دارد که یکی از مهمترین آنها سرطان<sup>۱</sup> است (علی‌پور، ۱۳۹۰). سرطان یا چنار بیماری است که در آن سلولهای بدن در یک تومور بدخیم به طور غیر عادی تقسیم و تکثیر می‌شود و بافتهای سالم را نابود می‌کند. سلولهای سرطانی از ساز و کارهای عادی تقسیم و رشد سلولها جدا می‌افتد (وود<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). سرطان پستان به صورت تغییرات خارج از کنترل سلولها در بافت پستان تعریف می‌شود که این رشد غیر طبیعی در غدد تولیدکننده شیر (لوبولها) یا در مجاری ایجاد می‌شود که لوبولها را به نوک پستان مرتبط می‌سازد (داکت) (آلرد<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰).

طبق آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ایران در سال ۱۳۸۸، ۷۵۸۲ مورد سرطان پستان در زنان گزارش شده است که ۲۳ درصد کل سرطانها را شامل می‌شود. سن ابتلا به این سرطان در زنان ایرانی در مقایسه با زنان کشورهای پیشرفته حدود ده سال کمتر است. در سالهای اخیر یکی از موضوعات بسیار مهمی که در مورد بیماران سرطانی در کنار میزان بقای طول عمر این بیماران مطرح شده، کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان است (الیس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). رشد روزافزون سرطان در چند دهه اخیر و تأثیرات زیانبار آن بر تمامی ابعاد جسمی، عاطفی، معنوی، اجتماعی و اقتصادی، سبب شده است که علاوه بر مردم، توجه متخصصان نیز بیش از پیش به این بیماری معطوف شود و آنها سرطان را مشکل بهداشتی عمده قرن معرفی کنند.

مشکلات در بهزیستی ذهنی<sup>۵</sup> این بیماران می‌تواند باعث شود تا آنان نسبت به درمان خود توجه کافی نشان ندهند و دستورهای پزشکان را چندان جدی نگیرند. آنان برای بهبودی تلاش زیادی نمی‌کنند و درواقع، خودشان با این کار وضعیت سلامت خود را بدتر می‌کنند (رضایی و همکاران، ۱۳۹۱)؛ این در حالی است که 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

1 - Cancer

2 - Wood

3 - Allred

4 - Ellis

5 - Subjective well - being

اوضاع زندگی را نیز قابل تغییر می‌یابد. بنابراین او خواهان زندگی کردن است؛ چرا که آینده را خوب می‌داند (کرمانی و همکاران، ۱۳۹۰). این افراد در رویارویی با تشخیص و درمان سرطان، پریشانی کمتر و تطابق بیشتری را نشان می‌دهند و در مراحل درمان نیز در تحمل درمانها و عوارض مختلف آنها مثل ریزش مو، اضافه وزن، خستگی، حالت تهوع و غیره، مقاومت بیشتری نشان می‌دهند. البته حتی در صورت عدم درمان و بهبودی، این بیماران سعی می‌کنند اهداف جدید مانند صرف وقت بیشتر با خانواده را انتخاب کنند و به نوعی از فرصت باقیمانده، بهره بهتری ببرند (بیجاری، قنبری و آقا محمدیان، ۱۳۸۸). امروزه پژوهشگران بر این باورند که بهزیستی ذهنی، رضایت از زندگی، ارتباط اجتماعی حمایت‌گرانه سالمتر و در نهایت سلامت روانی و جسمی بهتر رادر بر دارد (اوستیر، مارکیدس، بلک و گودوین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). مداخلات روانشناختی با کاهش تنشهای روانی به دنبال ارتقای سلامت روان این افراد است. همان طور که می‌دانیم حتی در صورت بهبودی جسم، اگر روان دستخوش تنش و آسیب باشد، نمی‌توان از سلامت کلی سخن گفت. شیوع زیاد و سن کم سرطان پستان، ضرورت توجه به آن را چندین برابر می‌کند (استاگل و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱).

بهزیستی بیشتر علاوه بر اینکه افراد را به کارهای بهتر در سلامت رهنمون می‌سازد با قویتر کردن پاسخ ایمنی و تحمل درد در واکنش‌پذیری روانشناختی هنگام بیماریها کمک می‌کند. هم‌چنین بهزیستی به صورت مثبت بر پیامدهای کوتاه مدت و بلند مدت سلامت و کنترل بیماریها و سندرمها تأثیر دارد (لیبومیراسکی، تکاج و دی‌ماتئو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). سلامت، ابعاد عینی و ذهنی دارد که به بعد ذهنی آن کمتر توجه شده است. فریش<sup>۴</sup> معتقد است که مطالعه احساس ذهنی بهزیستی افراد و جوامع و ارتقای آن بزرگترین چالش علمی بشر بعد از افزایش و پیشرفت در زمینه فناوری، پزشکی و ثروت است (فریش، ۲۰۰۶). در واقع ویژگی مهمی که فرد واجد سلامت باید از آن برخوردار باشد، احساس بهزیستی ذهنی است (کرمی، مکریه، محمدی فر و یزدانی، ۲۰۰۲). از سوی دیگر بهزیستی ذهنی و ذهن آگاهی<sup>۵</sup> رابطه تنگاتنگی دارد (مالینوفسکی و لیم<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵؛

1 - Ostir, Markides, Black, & Goodwin

2 - Stagl

3 - Lyubomirsky, Tkach, & DiMatteo

4 - Frisch

5 - Mindfulness

6 - Malinowski, & Lim

کارمودی و بیرا<sup>۱</sup>، (۲۰۰۸). دکیسر، ریز، لیجسن، لیسن و دوولف<sup>۲</sup> (۲۰۰۸) با مطالعه مهارت‌های ذهن‌آگاهی و رفتار درون فردی نشان دادند که چهار مؤلفه از مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی (مشاهده‌گری، توصیف، عمل همراه با آگاهی و پذیرش بدون قضاوت) با مهارت‌های ذهن‌آگاهی همبستگی مثبت و زیادی دارد؛ هم‌چنین این مؤلفه‌ها با توصیف و تشخیص بهتر احساسات بدنی و اضطراب و آشفتگی کمتر همراه است. در بررسی تأثیر مراقبه ذهن‌آگاهی بر کاهش درد مزمن در بیماران، مورون، لینچ، گریکو، تیندل و وینر دریافتند با آموزش مراقبه ذهن‌آگاهی در این بیماران، درد مزمن آنها کاهش، کیفیت خواب آنها بهبود، و نیز میزان توجه فراگیر این افراد به طور معناداری افزایش یافته است.

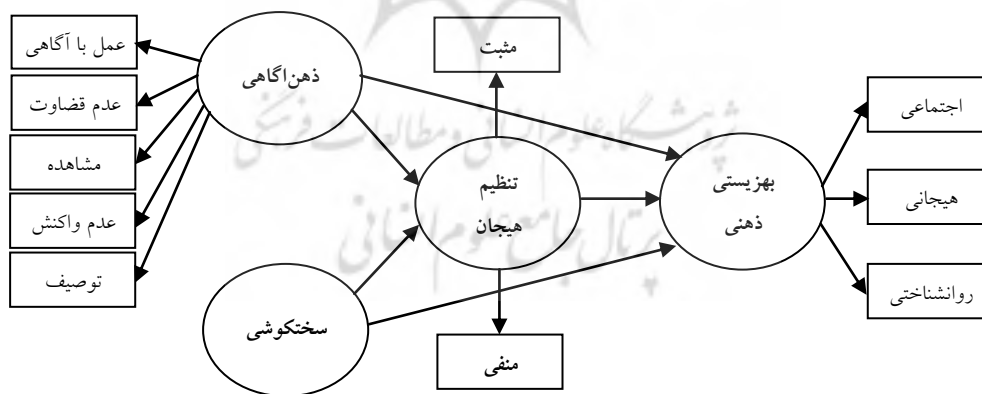
بهبودی ذهنی معمولاً با ویژگی‌های شخصیتی افراد در هم تنیده است به این معنی که برخی از افراد به‌رغم وضع تنیدگی‌زای شدید، می‌توانند از زندگی خود لذت ببرند؛ تندرستی خود را حفظ کنند و یا حتی بهبود بخشند. فردی که در جامعه‌ای مدرن زندگی می‌کند با پرهیز از بسیاری از تغییرات زندگی که فشارزا است، ممکن است فرصت زندگی بارور را از دست بدهد؛ بنابراین توصیه به پرهیز از فشار روانی در بسیاری از موقعیت‌ها ممکن است به رکود زندگی فرد منجر شود (کوباسا، مادی و خان<sup>۳</sup>، ۱۹۸۲). بررسی‌ها گویا است که سختکوشی<sup>۴</sup> با سلامت جسمی و روانی رابطه مثبت دارد و به عنوان یک منبع مقاومت درونی، تأثیرات منفی تنش را کاهش می‌دهد و از بروز اختلالات جسمی و روانی پیشگیری می‌کند (فلورین، میکولینسی و یابمن<sup>۵</sup>، ۱۹۹۵).

یکی از عوامل روانشناختی که در سلامت و کیفیت زندگی این بیماران نقش مؤثری دارد، هیجان است. هیجان در جنبه‌های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای تنش‌زا نقش مهمی ایفا می‌کند. مهارت تنظیم هیجان<sup>۶</sup> برای حفظ سلامت روان ضروری است. سرکوبی طولانی مدت تنظیم هیجان و اختلال در بیان عاطفی با بروز بیشتر و سریعتر پیشرفت سرطان ارتباط دارد (مک‌کنا<sup>۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۹). متخصصان معتقدند افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجان‌اتشان در برابر وقایع زندگی نیستند، بیشتر از دیگران دچار آسیب‌های روانی می‌شوند

- 
- 1 - Carmody, & Baer
  - 2 - Dekeyser, Raes, Leijssen, Leysen, & Dewulf
  - 3 - Kobasa, Maddi, & Kahn
  - 4 - Psychological hardiness
  - 5 - Florian, Mikulincer, & Taubman
  - 6 - Emotional regulation
  - 7 - Kenna

(نولن - هوکسما<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). می‌توان گفت از یک سو استفاده از راهکارهای سازگارانه به منظور تنظیم هیجانات در تعدیل تنشهای ادراکی مؤثر است و مانع ابتلا به بیماریهای مزمن می‌شود و از سوی دیگر، استفاده از راهکارهای ناسازگارانه در تنظیم هیجان، سبب بروز برخی آسیبهای روانی نظیر افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و خشونت می‌گردد و از این طریق با اثرگذاری بر میزان تنش دریافتی و کاهش کارایی سامانه ایمنی، فرد را مستعد ابتلا به بیماریهای جسمانی حاد و مزمن نظیر سرطان می‌کند (سوزان<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳).

هدف پژوهش بررسی رابطه ساختاری بهزیستی ذهنی با ذهن آگاهی و 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 دو متغیر ذهن آگاهی و سختکوشی روانشناختی است. فرض این است که این دو متغیر (ذهن آگاهی و سختکوشی روانشناختی) به دو شیوه بر بهزیستی ذهنی این بیماران تأثیر می‌گذارد: یکی مستقیم و دیگری غیر مستقیم؛ به عبارت دیگر ذهن آگاهی و سختکوشی روانشناختی هم مستقیم بر بهزیستی ذهنی تأثیر می‌گذارد و هم غیر مستقیم از طریق یک میانجی که در این پژوهش تنظیم هیجان است. به این صورت که ذهن آگاهی و سختکوشی ابتدا بر تنظیم هیجانی تأثیر می‌گذارد؛ سپس از طریق تنظیم هیجانی بر بهزیستی ذهنی تأثیر می‌گذارد (تأثیر غیر مستقیم). الگوی مفهومی پژوهش در شکل ۱ به نمایش درآمده است.



شکل ۱: الگوی ساختاری بهزیستی ذهنی بر اساس ذهن آگاهی و سختکوشی با میانجی‌گری تنظیم هیجان

## روش

این پژوهش در زمره تحقیقات کاربردی است؛ زیرا یافته‌های آن می‌تواند به بیماران کمک کند تا بهزیستی ذهنی خود را ارتقا ببخشند و از لحاظ روش 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 مراجعه کننده 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 نمونه مورد بررسی ۱۰۰ نفر از افرادی 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 نرم‌افزار smart pls مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابزارهای این پژوهش به شرح ذیل 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 و 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 هیجان 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 شد 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 ۵ عاملی ذهن‌آگاهی: پرسشنامه ذهن‌آگاهی (FFMQ) مقیاس خودسنجی ۳۹ عنوانی است که توسط بائر و همکاران (۲۰۰۶) از طریق تلفیق گویه‌هایی از پرسشنامه ذهن‌آگاهی فریبرگ (FMI) والش و همکاران (۲۰۰۶)، مقیاس هوشیاری و توجه ذهن آگاه (MAAS) براون

و ریان (۲۰۰۳) و مقیاس ذهن آگاهی کنجوکی (KIMS) بائر و اسمیت (۲۰۰۴) با استفاده از رویکرد تحلیل عاملی تحول یافته است. نمره‌گذاری به صورت مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (هرگز و یا بسیار کم) تا ۵ (اغلب یا همیشه) بود و از جمع نمره‌های هر زیر مقیاس یک نمره کلی به دست می‌آید که نشان می‌دهد هرچه نمره بیشتر باشد، ذهن آگاهی هم بیشتر است. همسانی درونی عاملها مناسب بود و ضریب آلفا در گستره‌ای بین ۰/۷۵ (در عامل غیر واکنشی بودن) تا ۰/۹۱ (در عامل توصیف) قرار دارد. همبستگی بین عاملها متوسط و در همه موارد معنی‌دار بود و در طیفی بین ۰/۱۵ تا ۰/۳۴ قرار داشت (نوسر، ۲۰۱۰ به نقل از احمدوند، حیدری نسب و شعیری، ۱۳۹۲). هم‌چنین در مطالعه‌ای که در مورد اعتباریابی و پایایی این پرسشنامه در ایران انجام گرفت، ضرایب همبستگی آزمون - باز آزمون پرسشنامه در نمونه ایرانی بین  $I=0/57$  (مربوط به عامل غیر قضاوتی بودن) و  $I=0/84$  (عامل مشاهده) مشاهده شد. هم‌چنین ضرایب آلفا در حد قابل قبولی بین ۰/۵۵ (مربوط به عامل غیر واکنشی بودن) و ۰/۸۳ (مربوط به عامل توصیف) به دست آمد (احمدوند و همکاران، ۱۳۹۲). در این پژوهش ضریب آلفای کرونیباخ ۰/۸۵ به دست آمده که نشانه پایایی مناسب آزمون است.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) تدوین شده است. این پرسشنامه چندبعدی و ابزاری خودگزارشی 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، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌انگاری 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 زندگیش 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 واگرای 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 اضطراب‌زا مورد ارزیابی قرار می‌دهد در این مقیاس هر یک عامل اختلال هیجانی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونیباخ ۰/۷۱ 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 آمده 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) با تحصیلات دیپلم و کمترین درصد آنها کاردانی (۱ درصد) بودند. میانگین و انحراف استاندارد متغیرها و مؤلفه‌های آنها 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
ذهن آگاهی	مشاهده	۳/۶۹	۰/۶۷
	توصیف	۳/۲۳	۰/۵۸
	عمل همراه با آگاهی	۳/۱۴	۰/۸۱
	عدم قضاوت نسبت به تجربه درونی	۲/۸۲	۰/۷۳
	عدم واکنش نسبت به تجربه درونی	۳/۱۷	۰/۶۸
تنظیم هیجان	تنظیم هیجان مثبت	۳/۴۲	۰/۵۹
	تنظیم هیجان منفی	۳/۴۷	۰/۵۳
سختکوشی	سختکوشی روانشناختی	۱/۸۷	۰/۳۷

یافته‌های جدول ۱ حاکی از این است که از میان مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی، بهزیستی هیجانی؛ در میان مؤلفه‌های ذهن آگاهی، مؤلفه مشاهده؛ و بین مؤلفه‌های تنظیم هیجان، تنظیم هیجان منفی از بیشترین فراوانی برخوردارند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش حداقل مجزورات جزئی (PLS) استفاده شد که نتایج آن در جداول 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 با روایی متقاطع ( $H^2$ )	اشتراک با روایی متقاطع ( $F^2$ )	پایایی مرکب	متوسط واریانس استخراج شده	ضریب تعیین
بهزیستی ذهنی	۰/۱۱	۰/۱۱	۰/۷۲	۰/۴۵	۰/۵۲
ذهن آگاهی	۰/۳۰	۰/۳۲	۰/۸۵	۰/۶۶	
تنظیم هیجان	۰/۱۶	۰/۱۶	۰/۸۶	۰/۲۴	
سختکوشی	۰/۲۳	۰/۵۴	۰/۹۳	۰/۸۸	

بارهای عاملی متغیر ذهن آگاهی، که شامل مؤلفه‌های عمل همراه با آگاهی، عدم قضاوت نسبت به تجربه درونی، مشاهده و عدم واکنش نسبت به تجربه درونی است از ۰/۴ بیشتر بود که در

سطح ۰/۹۵ معنادار شد؛ ولی برای مؤلفه توصیف مقدار بار عامل کمتر از ۰/۴ به دست آمد که از الگو حذف شد. متغیر سختکوشی روانشناختی، که شامل ۲۷ شاخص بود به دلیل زیاد بودن تعداد شاخص‌ها، شاخص‌های آن به حالت پنهان در آمده است. با وجود این بار عاملی، شاخص‌های ۸، ۱۰، ۱۳، ۱۷ و ۲۱ در الگوی اندازه‌گیری سختکوشی روانشناختی از ۰/۴۰ کمتر بود که از الگو حذف شد و الگو با ۲۲ شاخص مورد بررسی قرار گرفت. در مجموع، الگو توانسته است ۵۲٪ از واریانس متغیر بهزیستی ذهنی را در بیماران مبتلا به سرطان پستان تبیین کند. با توجه به مقدار قابل قبول برای شاخص پایایی مرکب که ۰/۷ است، اعتبار مرکب الگوی اندازه‌گیری متغیرهای پنهان پژوهش از میزان قابل قبولی برخوردار است. برای روایی همگرایی الگوی اندازه‌گیری از میانگین واریانس استفاده شد که با توجه به مقدار قابل قبول برای این شاخص (۰/۵)، متغیر سختکوشی روانشناختی و بهزیستی ذهنی روایی، همگرایی قابل قبولی نداشت. علاوه بر این برای بررسی کیفیت الگوی اندازه‌گیری انعکاسی از شاخص‌های اشتراک با روایی متقاطع و افزونگی با روایی متقاطع استفاده شد. مقادیر مثبت این شاخص نشان‌دهنده کیفیت مناسب الگوی اندازه‌گیری است. مقادیر مثبت افزونگی با روایی متقاطع نیز نشان‌دهنده کفایت الگوی ساختاری است. به منظور تجزیه و تحلیل روابط بین متغیرها، تأثیرات مستقیم، غیر مستقیم و کل متغیرها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳: تأثیرات مستقیم، غیر مستقیم و کل متغیرها

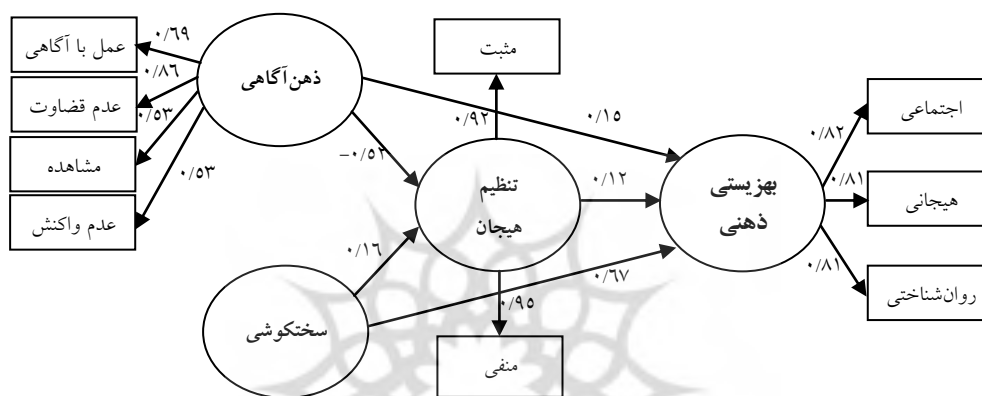
متغیر مستقل	متغیر وابسته	تأثیر مستقیم		تأثیر غیر مستقیم		تأثیر کل	
		تأثیر	آماره t	تأثیر	آماره t	تأثیر	آماره t
ذهن آگاهی	بهزیستی ذهنی	۰/۱۵	۲/۵۶**	۰/۰۶	۱/۹۷*	۰/۲۱	۲/۷۶**
سختکوشی	بهزیستی ذهنی	۰/۶۷	۱۰/۷۴**	۰/۰۱	۱/۲۳	۰/۶۸	۱۰/۷۶**
تنظیم هیجان	بهزیستی ذهنی	۰/۱۲	۲/۲۲*	-	-	۰/۱۲	۲/۲۲**
ذهن آگاهی	تنظیم هیجان	-۰/۵۲	۸/۶۱**	-	-	-۰/۵۲	۸/۶۱**
سختکوشی	تنظیم هیجان	۰/۱۶	۲/۶۱**	-	-	۰/۱۶	۲/۶۱**

\*\* معنادار در سطح ۰/۰۱

\* معنادار در سطح ۰/۰۵

همان طور که در جدول مشاهده می‌شود، تأثیر مستقیم و غیر مستقیم ذهن آگاهی بر بهزیستی ذهنی در سطح ۰/۰۱ و ۰/۰۵ معنادار به دست آمده است. همچنین تأثیر کل ذهن آگاهی بر

بهزیستی ذهنی معنادار است. تأثیر مستقیم سختکوشی بر بهزیستی ذهنی معنی دار شده اما تأثیر غیر مستقیم آن معنادار به دست نیامده است. به طور کلی تأثیر سختکوشی بر بهزیستی ذهنی معنادار است. تأثیر مستقیم و کل تنظیم هیجان بر بهزیستی ذهنی در سطح  $0/01$  معنادار به دست آمده است. هم چنین در مورد روابط واسطه‌ای مشاهده می‌شود که تأثیر مستقیم و کل ذهن آگاهی و سختکوشی بر تنظیم هیجان معنی دار به دست آمده است. در شکل ۲ ضرایب مسیر الگوی پژوهش نشان داده شده است.



شکل ۲: الگوی ساختاری بهزیستی ذهنی بر اساس ذهن آگاهی و سختکوشی با میانجی‌گری تنظیم هیجان

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق نشان می‌دهد که مقدار تأثیر مستقیم متغیر ذهن آگاهی بر بهزیستی ذهنی برابر  $0/20$  و مقدار تأثیر مستقیم سختکوشی روانشناختی بر بهزیستی ذهنی برابر  $0/62$  است. علاوه بر این، مقدار تأثیر غیر مستقیم متغیر ذهن آگاهی بر بهزیستی ذهنی با میانجی‌گری تنظیم شناختی هیجانی برابر  $0/05$  است. مجموع کل تأثیر مستقیم و غیر مستقیم آن برابر  $0/25$  است. مقدار تأثیر غیر مستقیم متغیر سختکوشی روانشناختی بر بهزیستی ذهنی با میانجی‌گری تنظیم شناختی هیجان برابر  $0/02$  است که مجموع کل تأثیر مستقیم و غیر مستقیم آن برابر  $0/64$  است. در مجموع می‌توان گفت که الگو توانسته است ۵۲ درصد از واریانس متغیر بهزیستی ذهنی را در بیماران مبتلا به سرطان پستان تبیین کند. نتایج تحقیق مهری نژاد، خسروانی شریعتی و حسین آبادی شاپوری (۱۳۸۹) نشان داد که زنان مبتلا به سرطان پستان، میزان بیشتری از تنیدگی را احساس

می‌کنند. آنان حوادث را بسیار تهدیدکننده‌تر از زنان سالم می‌پندارند. بحرانهای ناشی از سرطان، سبب عدم تعادل و ناهماهنگی فکر، جسم و روان آنان می‌شود که این حالت برای بیمار حس یأس و ناامیدی ایجاد می‌کند (برنارد و همکاران، ۲۰۰۸). بنابراین، مهارت تنظیم هیجان برای حفظ بهزیستی ذهنی و سلامت روان ضروری است و سرکوبی طولانی مدت تنظیم هیجان و اختلال در بیان عاطفی با بروز بیشتر و سریعتر پیشرفت سرطان ارتباط دارد؛ به عنوان مثال یافته‌هایی مبنی بر رابطه قوی بین احساس منفی و کیفیت زندگی در سرطان وجود دارد که لزوم مداخلات زود هنگام برای کمک به زنان سرطانی به منظور درک بهتر توانایی احساسات منفی بویژه آنهایی را نشان می‌دهد که به نفرت مربوط است و سرکوبی عاطفی بهزیستی ذهنی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (مالیگان، ۲۰۱۲)؛ بنابراین، می‌توان گفت از یک سو استفاده از راهکارهای سازگارانه به منظور تنظیم هیجان‌ات در تعدیل تنشهای ادراکی مؤثر است و مانع ابتلا به بیماریهای مزمن می‌شود و از سوی دیگر، استفاده از راهکارهای ناسازگارانه در تنظیم هیجان سبب بروز برخی آسیبهای روانی نظیر افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و خشونت می‌گردد و از این طریق با اثرگذاری بر میزان تنش دریافتی و کاهش کارایی سامانه ایمنی، فرد را مستعد ابتلا به بیماریهای جسمانی حاد و مزمن نظیر سرطان می‌کند (سوزان، ۲۰۰۳). علاوه بر این، افراد مبتلا به سرطان از راهکارهای ناسازگارانه نظیر نشخوارگری و فاجعه‌سازی بیشتر استفاده می‌کنند و در نتیجه متحمل افسردگی و عواطف منفی بیشتری می‌شوند. هم‌چنین بیمارانی که بیشتر قادر به فکر کردن درباره موضوعات خوشایند بودند و پیوسته احساسات و افکار منفی مرتبط با تجربه سرطان را در ذهن نمی‌آورند از میزان سلامت بیشتری برخوردار بودند. تمرکز مثبت، راهکار مؤثری برای کاهش تأثیرات منفی و بروز نتایج مثبت است (اسکرووز، کرایچ، گارنفسکی، ۲۰۰۸). نتایج تحقیق مدی (۲۰۰۲) نشان داد که سختکوشی با سلامت بدنی و روانی رابطه مثبت دارد و به عنوان یک منبع مقاومت درونی، تأثیر منفی تنش را کاهش می‌دهد و از بروز اختلالهای بدنی و روانی پیشگیری می‌کند. بنابراین، سختکوشی روانشناختی موجب احساس عزت نفس بیشتر و در نهایت، مقاومت آنها در برابر فشار روانی و بیماریهای جسمانی می‌شود (سوبرامانیا و همکاران، ۲۰۰۹). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که ذهن آگاهی به طور فزاینده‌ای هم در سلامت روان و هم در زمینه سلامت جسمی کاربرد مؤثری دارد و تمرین ذهن آگاهی می‌تواند نگرش به درد را کاهش دهد و امکانی را فراهم آورد که درد به رنج منجر نشود. اکبری، نفیسی و جمشیدی‌فر (۱۳۹۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نمره‌های تنش ادراک شده بیماران مبتلا به سرطان

پستان مؤثر است. به نظر می‌رسد قبل از اینکه نگرشهای ناکارآمد افراد بر اثر افزایش فشار روانی افزایش پیدا کند، میزان ذهن آگاهی افراد، بین فشار روانی و نگرش ناکارآمد میانجی‌گری می‌کند. در تأیید این بحث، بریتون، شاهار، سزپ سنول و یاکوس (۲۰۱۲) نشان دادند چنانچه افراد در حالت ذهن آگاهی مطلوبی قرار گیرند به دلیل افزایش ظرفیتهای پذیرش افکار و عواطف دیگر فرصت زیادی برای جذب افکار و نگرش منفی و ناکارآمد باقی نمی‌ماند و از این طریق پردازش هیجانی و نگرش ناکارآمد آنان، کاهش می‌یابد و بهزیستی ذهنی آنان افزایش پیدا می‌کند.

نتایج تحقیق نشان داد که مقدار تأثیر متغیر ذهن آگاهی بر بهزیستی ذهنی برابر ۰/۲۱ است؛ به عبارتی ذهن آگاهی و مؤلفه‌های مرتبط با آن می‌تواند ۲۴ درصد از متغیر بهزیستی ذهنی را در بیماران مبتلا به سرطان پستان تبیین کند. نتایج این تحقیق همسان با نتایج تحقیق اوست (۲۰۰۸) و زیدان، جانسون، دیاموند، دیوید و گولکاسیان (۲۰۱۰) است. تحقیق اوست نشان داد که ذهن آگاهی با آرامش ذهنی و روانشناختی و سلامت روان رابطه مثبتی دارد. مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یکی از درمانهای شناختی - رفتاری نسل سوم یا موج سوم قلمداد می‌شود. ذهن آگاهی مهارتی است که به ما اجازه می‌دهد که در زمان حال، حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت کننده است دریافت کنیم. بنابراین، وقتی بیماران مبتلا به سرطان پستان نسبت به زمان حال آگاه شوند، دیگر توجه آنها به گذشته یا آینده درگیر نمی‌شود. بنابراین از آنجا که بیشتر مشکلات بیماران مبتلا به سرطان پستان ناشی از تمرکز بر گذشته خود است از مشکلات روحی و روانی آنان کاسته خواهد شد (کابات - زین، ۲۰۰۲). هم‌چنین باید گفت که بهزیستی ذهنی با پریشانی روانی (اسچیر و نیوکامب، ۱۹۹۳)، اضطراب و افسردگی و اختلالات روانی رابطه منفی دارد (دیبیتس و همکاران، ۱۹۹۳؛ کلای، ۲۰۰۸؛ اسمیت و زاتورا، ۲۰۰۴).

نتایج تحقیق نشان داد که مقدار تأثیر متغیر سختکوشی روانشناختی بر بهزیستی ذهنی در زنان مبتلا به سرطان پستان برابر ۰/۶۸ است؛ به عبارتی سختکوشی روانشناختی و شاخصهای مرتبط با آن می‌تواند ۴۷ درصد از متغیر بهزیستی ذهنی را در بیماران مبتلا به سرطان پستان تبیین کند. نتایج تحقیق کوباسا (۱۹۸۳) 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 اختلالات بدنی و روانی پیشگیری می‌کند. نتایج تحقیق کیامرثی (۱۳۷۶) 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 عامل رشد و نمو خود قلمداد می‌کنند. در مجموع می‌توان این‌گونه یافته‌ها را تبیین کرد که افراد با سختکوشی زیاد، رفتارهای مقابله سازگارانه بیشتر و رفتارهای مقابله ناسازگارانه را کمتر مورد استفاده قرار می‌دهند و نکات بهداشتی را به طور 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.

مقدار تأثیر غیر مستقیم ذهن آگاهی بر بهزیستی ذهنی با میانجی‌گری متغیر تنظیم شناختی هیجانی برابر ۰/۰۶ است؛ به عبارتی متغیر میانجی در رابطه بین ذهن آگاهی و بهزیستی ذهنی تأثیر چندانی ندارد. نتایج تحقیق اویشی (۲۰۰۲) نشان داد که 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. علاوه بر این، لازاروس (۱۹۹۹) معتقد است تنش‌زا بودن رویدادها، پدیده‌ای اساساً شخصی است و کارکرد تعامل فرد با محیط و ارزیابی او از وقایع بالقوه تهدید کننده و چالش برانگیز است. بنابراین در این رویکرد، فرض این است که تنش در صورتی ایجاد می‌شود که شخص موقعیتی را چالش برانگیز و طاقت فرسا ارزیابی کند یا منابع کافی برای سازگاری با این موقعیت در اختیار نداشته باشد.

یافته بعدی به تأثیر غیر مستقیم سختکوشی روانشناختی بر بهزیستی ذهنی با میانجی‌گری متغیر تنظیم شناختی هیجانی مربوط است. 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 به منظور 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 در 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 خود با این کار وضعیت سلامتی خود را بدتر می‌کنند.

## منابع

- احمدوند، زهرا؛ حیدری‌نسب، لیلا؛ شعیری، محمدرضا (۱۳۹۲). واری اعتبار و روایی پرسشنامه پنج وجهی ذهن آگاهی در نمونه‌های غیر بالینی ایرانی. *مجله علوم رفتاری*. ش ۳: ۲۳۷ - ۲۲۹.
- اکبری، محمد اسماعیل؛ نفیسی، ناهید؛ جمشیدی‌فر، زهرا (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان پستان. *مجله اندیشه و رفتار*. ش ۲۷: ۱۶ - ۷.
- بیجاری، هانیه؛ قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی؛ آقامهدیان شعیب، حمیدرضا (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *مطالعات تربیتی و روان شناسی*. ش ۱: ۱۷۲ - ۱۴۸.
- داوری، علی؛ رضازاده، آرش (۱۳۹۲). *مدل‌سازی معادلات ساختاری با نرم افزار pls*. تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- رحیمیان بوگر، اسحاق؛ اصغر نژاد، فرید؛ اصغری، علی (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روانشناختی و خودتاب‌آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ش ۱: ۷۰ - ۶۲.
- رضایی، آذرمیدخت؛ رفاهی، ژاله؛ احمدی‌خواه، محمدعلی (۱۳۹۱). اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی بیماران سرطانی. *روشها و مدل‌های روانشناختی*. ش ۷: ۴۶ - ۳۷.
- سامانی، سیامک؛ صادقی، لادن (۱۳۸۹). کفایت شاخص‌های روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان. *روشها و مدل‌های روانشناختی*. ش ۱: ۶۲ - ۵۱.
- علی‌پور، علی (۱۳۹۰). *معرفی روانشناسی سلامت*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه پیام نور تهران.
- کرمانی، زهرا؛ خداپناهی، محمدکریم؛ حیدری، محمود (۱۳۹۰). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امید اسنایدر. *فصلنامه کاربردی*. ش ۳: ۲۳ - ۷.
- کیامرئی، آذر؛ ابوالقاسمی، عباس (۱۳۸۵). *روانشناسی سختکوشی*. اردبیل: انتشارات علمی.
- گلستانی‌بخت، طاهر (۱۳۸۶). *ارایه الگوی بهداشت روانی ذهنی و شادمانی در جمعیت شهر تهران*. رساله دکتری تخصصی. دانشگاه الزهرا.
- مهری‌نژاد، سیدابوالقاسم؛ خسروانی‌شریعتی، سیده هدی؛ حسین‌آبادی شاپوری، مریم (۱۳۸۹). مقایسه تنیدگی (Stress) تجربه شده در زنان مبتلا به سرطان سینه (Breast Cancer) و زنان سالم. *مجله روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*. ش ۵۶: ۴۳ - ۴۹.

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
- Allred, D. C. (2010). Ductal carcinoma in situ: terminology, classification, and natural history. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs*, 2010(41), 134.
- Britton, W. B., Shahar, B., Szepeswol, O., & Jacobs, W. J. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy improves emotional reactivity to social stress: results from a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 43(2), 365-380.

- Burnard, P., Edwards, D., Bennett, K., Tothova, V., Baldacchino, D., Bara, P., & Myteveli, J. (2008). A comparative, longitudinal study of stress in student nurses in five countries: Albania, Brunei, the Czech Republic, Malta and Wales. *Nurse Education Today*, 28(2), 134-145.
- Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of behavioral medicine*, 31(1), 23-33.
- Debats, D. L., Van der Lubbe, P. M., & Wezeman, F. R. (1993). On the psychometric properties of the Life Regard Index (LRI): A measure of meaningful life: An evaluation in three independent samples based on the Dutch version. *Personality and individual differences*, 14(2), 337-345.
- Dekeyser, M., Raes, F., Leijssen, M., Leysen, S., & Dewulf, D. (2008). Mindfulness skills and interpersonal behaviour. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1235-1245.
- 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.
- Ellis a . by albert ellis consult , translate by firoozbakht Tehran : rasa ( 2010 ) . 135 – 37 .
- 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.
- Frisch, M. B. (2005). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. John Wiley & Sons.
- Kabat Zinn, J. (2003). Mindfulness based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.
- Kállay, E. (2008). Investigation of the relationship between religious growth, positive affect, and meaning in life in a sample of female cancer patients. *Cognition, Brain, Behavior*, 12(2), 161-182.
- Keyes, C. L., & Magyar-Moe, J. L. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being. *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*, 411-425.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: a prospective study. *Journal of personality and social psychology*, 42(1), 168.
- KORMI, N., Mocrine, A., Mohammadifar, M., & Yazdani, E. (2002). *The Study of Happiness & Well Being And The Role of Different Factors For Them Among Students of Tehran University*.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A newsynthesis*. New York: Springer.
- Lyubomirsky, S., Tkach, C., & DiMatteo, M. R. (2006). What are the differences between happiness and self-esteem. *Social Indicators Research*, 78(3), 363-404.
- Maddi, S. R. (2002). The story of hardiness: Twenty years of theorizing, research, and practice. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 54(3), 173..
- Malinowski, P., & Lim, H. J. (2015). Mindfulness at work: Positive affect, hope, and optimism mediate the relationship between dispositional mindfulness, work engagement, and well-being. *Mindfulness*, 6(6), 1250-1262.
- McKenna, M. C., Zevon, M. A., Corn, B., & Rounds, J. (1999). Psychosocial factors and the development of breast cancer: a meta-analysis.
- Moreira, H., & Canavaro, 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.
- Mulligan, M. M. (2012). Object relations, emotion regulation patterns, and quality of life in women diagnosed with breast cancer. Adelphi University, The Institute of Advanced Psychological Studies.



- 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).
- Ostir, G. V., Markides, K. S., Black, S. A., & Goodwin, J. S. (2000). Emotional well being predicts subsequent functional independence and survival. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(5), 473-478.
- Scheier, L. M., & Newcomb, M. D. (1993). Multiple dimensions of affective and cognitive disturbance: Latent-variable models in a community sample. *Psychological Assessment*, 5(2), 230.
- Schroevers, M., Kraaij, V., & Garnefski, N. (2007). Goal disturbance, cognitive coping strategies, and psychological adjustment to different types of stressful life event. *Personality and Individual Differences*, 43(2), 413-423.
- Segerstrom, S. C. (2003). Individual differences, immunity, and cancer: lessons from personality psychology. *Brain, behavior, and immunity*, 17(1), 92-97.
- Segerstrom, S. C. (2003). Individual differences, immunity, and cancer: lessons from personality psychology. *Brain, behavior, and immunity*, 17(1), 92-97.
- Smith, B. W., & Zautra, A. J. (2004). The role of purpose in life in recovery from knee surgery. *International journal of behavioral medicine*, 11(4), 197-202.
- Stagl, J. M., Bouchard, L. C., Lechner, S. C., Blomberg, B. B., Gudenkauf, L. M., Jutagir, D. R., ... & Antoni, M. H. (2015). Long term psychological benefits of cognitive behavioral stress management for women with breast cancer: 11 year follow up of a randomized controlled trial. *Cancer*, 121(11), 1873-1881.
- Subramanian, S., & Vinothkumar, M. (2009). Hardiness personality, self-esteem and occupational stress among IT professionals. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 35, 48-56.
- Wood, w , muss , h (2007 ) . *nancer : principles & practice of oncology vol 2 , 7th edition Philadelphia , Lippincott Williams & wilkins .*
- Zeidan, F., Johnson, S. K., Gordon, N. S., & Goolkasian, P. (2010). Effects of brief and sham mindfulness meditation on mood and cardiovascular variables. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16(8), 867-873.