

Structural modeling of relationship between mindfulness and psychological well-being based on mediating role of cognitive emotion regulation strategies in women with breast cancer

S. Salajegheh¹, S. Emamipour^{2*} & K. Nematolah Zadeh Mahani¹

1. Department of Psychology, Faculty of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Zarand, Iran

2*. Department of Psychology, Faculty of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Abstract

Aim: The purpose of study was to determine the mediator role of cognitive emotion regulation in the relationship between mindfulness and psychological well-being in women with breast cancer. **Method:** The research method was correlational and the statistic population were all women with breast cancer or under the auspices of the Yas Charity Foundation and Jawad Alamea Specialty Clinic in Kerman city with at least once undergone surgery in 2017, with the quantity of 413. Among which 215 people were selected through targeted sampling and individually answered to Mindful Attention Awareness Scale by Brown & Ryan (2003), Garnefski, Kraaij, & Spinhoven Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (2001) and Ryff Psychological Well-Being Scale (1989). After exclusion of 14 distortion questionnaires and 1 outlier data the data was analyzed using structural equation modeling. **Results:** The results showed that in the $P=0.001$ level the total and direct path coefficient between mindfulness and psychological well-being ($\beta=0.384$) and positive cognitive emotion regulation strategies and psychological well-being ($\beta=0.582$) is significant and positive cognitive emotion regulation strategies mediates the relationship between mindfulness and psychological well-being variables ($\beta=0.259$). **Conclusion:** These results suggest that mindfulness can affect the mental well-being of women with breast cancer by the use of positive strategies cognitive emotion regulation; therefore it is recommended that women with breast cancer be treated in environments full of calmness and adequate support and by providing services such as mindfulness so that they can promote their psychological well-being using positive cognitive regulation strategies.

Key words: breast cancer, cognitive regulation, emotion, mental well-being, mindfulness

Citation: Salajegheh, S., Emamipour, S., & Nematolah Zadeh Mahani, K. (2019). Structural modeling of relationship between mindfulness and psychological well-being based on mediating role of cognitive emotion regulation strategies in women with breast cancer. *Quarterly of Applied Psychology*, 13(1): 77-98.

Received: 29 May 2018
Accepted: 13 November 2018

Corresponding author:
Soo.Emamipour@iauctb.ac.ir

الگوی ساختاری روابط بین ذهن آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی بر اساس نقش میانجیگر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در زنان دچار سرطان سینه

سوزان سلاجقه^۱، سوزان امامی پور^{۲*} و کاظم نعمت الله زاده ماهانی^۲

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، واحد زرنده، دانشگاه آزاد اسلامی، زرنده، ایران
۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران

چکیده

هدف: هدف پژوهش تعیین نقش میانجیگر تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ذهن آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی زنان دچار سرطان سینه بود. **روش:** روش پژوهش همبستگی و جامعه آماری تمام زنان دچار سرطان سینه تحت نظر انجمن یاس و درمانگاه تخصصی جوادالائمه در شهر کرمان با حداقل دارای یکبار سابقه جراحی در سال ۱۳۹۶ به تعداد ۴۱۳ نفر بود. از میان آن‌ها به روش نمونه برداری هدف مند ۲۱۵ نفر انتخاب شدند و به‌طورانفرادی به مقیاس ذهن آگاهی، توجه و هشیاری براون و ریان (۲۰۰۳)، تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی، کراج و اسپینهون (۲۰۰۱) و بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹) پاسخ دادند. پس از کنار گذاشتن ۱۴ پرسشنامه مخدوش و ۱ داده پرت، داده‌ها با روش الگویابی معادله‌های ساختاری تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که در سطح $P = 0/001$ ضریب مسیر کل و مستقیم بین ذهن آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی ($= 0/384$) و راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روان‌شناختی ($= 0/582$) معنادار است و راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان ارتباط بین دو متغیر ذهن آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی را میانجیگری می‌کند ($= -0/259$). **نتیجه‌گیری:** این نتایج بیانگر آن است که ذهن آگاهی می‌تواند بر بهزیستی روان‌شناختی زنان دچار سرطان سینه از طریق به‌کارگیری راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان تأثیرگذار باشد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که درمان زنان دچار سرطان سینه در محیط‌هایی مملو از آرامش و حمایت کافی و با ارائه خدماتی مانند ذهن آگاهی صورت گیرد تا آن‌ها بتوانند با استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی مثبت، بهزیستی روان‌شناختی خود را ارتقا دهند.

کلیدواژه‌ها: بهزیستی روان‌شناختی، تنظیم شناختی، ذهن آگاهی، سرطان سینه، هیجان

استناد به این مقاله: سلاجقه، سوزان، امامی پور، سوزان، و نعمت الله زاده ماهانی، کاظم. (۱۳۹۸). الگوی ساختاری روابط بین ذهن آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی بر اساس نقش میانجیگر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در زنان دچار سرطان سینه. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۱(۱) (پیاپی ۴۹): ۷۷-۹۸.

مقدمه

سرطان یک اصطلاح عمومی برای گروه بزرگی از بیماری‌هایی است که می‌تواند هر قسمت از بدن را درگیر کند (موهان، سگال و گیتی قریشی، ۱۳۹۶). سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در زنان است و می‌تواند اثرات عمیقی بر کارکردهای مختلف زنان در زندگی داشته باشد (شهید ثالث، حسن زاده، سجادی و آل داوود، ۱۳۹۶؛ صناعی، موسوی، مرادی، پرهون و صناعی، ۱۳۹۵). در ایران ۱۶ درصد از کل سرطان‌ها در هر دو جنس مردان و زنان مربوط به سرطان پستان است و رتبه اول را در بین زنان ایرانی دارد (فتح الهی شورابه، تاروردی زاده و کیهانی، ۱۳۹۶) و موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی در آن‌ها می‌شود. سرطان پستان بیماری مزمنی است که تشخیص و درمان آن با مشکلات روان‌شناختی زیادی همراه است که لزوم استفاده از درمان روان‌شناختی را بیشتر می‌نماید (نوروزی و هاشمی، ۱۳۹۶). بیماران دچار سرطان در مورد زنده ماندن خود نگران هستند؛ درد می‌کشند و این امر به‌طور جدی می‌تواند؛ بر وضعیت روانی آن‌ها تأثیرگذار باشد. بر همین اساس است که گفته می‌شود که سرطان فقط یک رویداد با پایانی معین نیست؛ بلکه موقعیتی دائمی و مبهم است که با تأثیرات دیررس و تأخیری ناشی از بیماری، درمان و مسائل روان‌شناختی مربوط به آن مشخص می‌شود (موهان و همکاران، ۱۳۹۶).

با توجه به بالا رفتن میزان بقا، مبتلایان به سرطان پستان نسبت به مبتلایان دیگر سرطان‌ها، مدت طولانی‌تری را با بیماری و عوارض و استرس‌های ناشی از آن سپری می‌کنند که این امر خود می‌تواند بر بهزیستی روان‌شناختی این گروه اثرگذار باشد (آهوپی، فرامرزی و حسن زاده، ۱۳۹۶؛ باوادی، پورشریفی و لطفی کاشانی، ۱۳۹۴). اولین بار لازاروس و فولکمن^۱ ۱۹۸۴ نظریه تنیدگی روان‌شناختی را ارائه و بیان کردند که تنیدگی نتیجه ارزیابی فرد از موقعیت است و تجربه مشترک میان فرد و محیط، چالشی است که منابع و بهزیستی او را تهدید می‌کند (آذری آستانه، حاتمی و هاشمی رزینی، ۱۳۹۵). در دو دهه گذشته فهم و درک افراد از بهزیستی و چگونگی ارتقای آن تغییر و تکامل یافته است (هاجمن و میراندا، ۲۰۱۸). بهزیستی تجارب هیجانی، تجربه هیجان‌ها و خلق مثبت و منفی و نیز ارزیابی افراد از زندگی خود است و شامل رضایت از زندگی نیز می‌شود (لاهن، ۲۰۱۷) و به معنای تلاش برای استعلا و ارتقاء زندگی است که با تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد متجلی می‌شود (نظری و کربلایی محمد میگونی، ۱۳۹۶).

تنظیم هیجانی را می‌توان به‌طور کلی به‌عنوان توانایی پاسخ دادن به مقتضیات مداوم تجارب محیطی با طیف وسیعی از هیجان‌ها تعریف کرد که به شیوه‌ای که به لحاظ اجتماعی قابل قبول و به قدر کافی انعطاف‌پذیر باشد؛ می‌تواند واکنش‌های خود به خودی و نیز توانایی به تأخیر انداختن

1. Lazarus & Folkman

اینگونه واکنش‌ها را در مواقع نیاز ایجاد کند (هو، کیم، لی و چاء، ۲۰۱۷). تنظیم شناختی هیجان عامل تبیین‌کننده سلامت و آماج مفیدی در مداخله‌های رفتاری است (عبدی، عبادپور و فتحی، ۱۳۸۹). تنظیم شناختی هیجان را می‌توان شیوه شناختی مدیریت اطلاعات هیجانی تحریک شده تعریف کرد (پاتهورف، گارنفسکی، میکلسوس، دامینگوز-سانچز، مارتینز و همکاران، ۲۰۱۶) و می‌توان آن را به‌عنوان توانایی فرد برای انتقال هیجان و یا طرح‌ریزی سازوکارهای مدارا برای مدیریت هیجان در نظر گرفت (سوپلی، اسکوبان، شاو و پروت، ۲۰۰۹). در واقع تنظیم شناختی هیجان‌ها به معنای سرکوب کردن آن‌ها نیست؛ بلکه شامل فرایندهای نظارت و تغییر تجربه‌های هیجانی شخص است (اسماعیلی، طباطبایی و افروز، ۱۳۹۴). به عقیده گارنفسکی، کوپمان، کرایج و کات (۲۰۰۹) افراد در مواجهه با شرایط تنیدگی از راهبردهای تنظیم هیجانی متنوعی استفاده می‌کنند که از میان این راهبردها می‌توان به راهبردهای منفی شامل نشخوار فکری، سرزنش خود، سرزنش دیگران، تلقی فاجعه آمیز و راهبردهای مثبت شامل تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مثبت مجدد، پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و توسعه دیدگاه اشاره کرد (سامانی و صادقی، ۱۳۸۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که راهبردهای منفی و ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان تأثیر مخربی بر سلامت روان و کیفیت زندگی نوجوانان و بزرگسالان جوان دارد. تعدادی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که رابطه نیرومندی بین استفاده از راهبردهای شناختی خاص و آسیب‌شناسی روانی وجود دارد. به‌طور کلی، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد؛ در درمان نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی می‌توان راهبردهای شناختی تنظیم هیجان را هدف درمان قرار داد (ایزدپناه، اسچوماچر، آرنس، استوپساک و همکاران، ۲۰۱۶؛ پاتهورف و همکاران، ۲۰۱۶). پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که راهبردهای شناختی و رفتاری منفی به‌عنوان شکلی از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه که با هدف کاهش استرس به کار گرفته می‌شوند؛ در واقع نپرداختن به منبع اصلی استرس است و شامل عدم درگیری شناختی به‌عنوان مثال از طریق سرکوب افکار، عدم درگیری رفتاری از طریق کناره‌گیری اجتماعی، انکار و یا سوء مصرف مواد برای مقابله می‌شود که در افرادی که تجربه آسیب بیشتری دارند؛ به کار گرفته می‌شود (یولمام، پیتز-هاگن و ریلیا، ۲۰۱۴).

سیاح، اولی پور، اردمه، شهیدی و یعقوبی عسکرایاد (۱۳۹۳) دریافتند که راهبردهای پذیرش و فاجعه‌انگاری تنظیم هیجان بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت روان هستند. تقوایی، مسجدی و جعفری (۱۳۹۴) پیشنهاد کردند سرطان پستان و عواقب آن، افراد دچار سرطان را دچار آشفتگی-های هیجانی می‌کند و لزوم تنظیم هیجان و اصلاح راهبردهای تنظیم هیجانی را در آن‌ها برای اجتناب از سرزنش خود و دیگران، نشخوار فکری، تلقی فاجعه آمیز را مطرح می‌سازد. در پژوهش بالزوروتی، بیاسونی، ویلانی، پروناس و ولوتی (۲۰۱۶) راهبردهای مثبت نظیر ارزیابی مثبت مجدد و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی با بهزیستی ذهنی و روان‌شناختی رابطه مثبت و راهبردهای منفی

نظیر نشخوار فکری، تلقی فاجعه آمیز و خودسرزنشگری رابطه منفی با آن داشتند. با توجه به یافته‌های احمدوند، حیدری نسب و شعیری (۱۳۹۱) در مورد تأثیر بهزیستی روان‌شناختی در کاهش تنش و تنیدگی می‌توان انتظار داشت که با افزایش ذهن آگاهی^۱، بهزیستی روان‌شناختی نیز افزایش یابد و از میزان تنش و بیماری‌های جسمانی و روانی مرتبط با آن کاسته شود.

ذهن آگاهی به معنای توجه عمدی و تمرکزی پذیرا و بدون قضاوت به رخ دادن افکار، هیجان‌ها و احساسات در زمان حال است (شیدایی اقدم و فاطمی پور، ۱۳۹۶). نتایج پژوهش نریمانی، آریاپوران، ابوالقاسمی و احدی (۱۳۹۰) نیز حاکی از اثربخشی آموزش‌های ذهن آگاهی و تنظیم هیجان بر بهبود نشانه‌های جسمانی و سلامت روان بود. نتایج به دست آمده از پژوهش بابایی نادینلویی، میکاییلی منیع، پزشکی، بافنده و عبدی (۱۳۹۶) نیز نشان داد که می‌توان با آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی و فرا هیجان، مهارت‌های تنظیم هیجانی شناختی را بهبود بخشید تا فرد از طریق آگاهی از هیجان‌هایش بتواند بهتر از آن‌ها استفاده کند و عملکرد خود را بهبود بخشد.

از آنجا که مداخله‌های روان‌شناختی مستلزم بررسی عمیق و همه جانبه عوامل اثرگذار بر بهزیستی روان‌شناختی است؛ بنابراین بررسی عوامل اثرگذار بر بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به سرطان ضروری است و این امر بر اهمیت و ضرورت انجام پژوهش حاضر می‌افزاید. از این رو با نگاهی بر مطالبی که بیان شد پژوهش حاضر به اجرا در آمد تا به سؤال‌های زیر پاسخ دهد.

۱. آیا رابطه ذهن آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی زنان دچار سرطان سینه را تنظیم شناختی هیجانی مثبت می‌تواند میانجیگری کند؟
۲. آیا رابطه ذهن آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی زنان دچار سرطان سینه را تنظیم شناختی هیجانی می‌تواند میانجیگری کند؟
۳. آیا می‌توان بهزیستی روان‌شناختی زنان دچار سرطان سینه را بر اساس ذهن آگاهی آن‌ها پیش بینی کرد؟
۴. آیا بهزیستی روان‌شناختی زنان دچار سرطان سینه را می‌توان بر اساس تنظیم شناختی هیجانی مثبت آن‌ها پیش بینی کرد یا بر اساس تنظیم شناختی هیجانی منفی آن‌ها؟

روش

روش پژوهش از نوع همبستگی و جامعه آماری تمام زنان دچار سرطان سینه شهر کرمان تحت نظر متخصص آنکولوژی یا تحت پوشش موسسه خیریه یاس و درمانگاه تخصصی جوادالائمه با حداقل یکبار سابقه جراحی در طول بیماری در سال ۱۳۹۶ به تعداد ۴۱۳ نفر بود. با استفاده از

1. mindfulness

نمونه برداری هدفمند و با توجه به پیشنهاد استیونس^۱ (۱۹۹۶)؛ نقل از مایرز، گامست و گوارینو، (۲۰۰۶) در الگویابی معادله‌های ساختاری، نسبت ۱۵ آزمودنی به ازای هر متغیر مشاهده شده و طبق پیشنهاد میشل^۲ (۱۹۹۳)؛ نقل از مایرز و همکاران، (۲۰۰۶) نسبت ۱۰ تا ۲۰ آزمودنی به ازای هر متغیر مشاهده شده لازم است و با توجه به احتمال ریزش ۲۱۵ نفر از زنان دچار سرطان سینه انتخاب شد. ملاک‌های ورود شامل گذشت حداقل یک و حداکثر پنج سال از بیماری، سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال و حداقل تحصیلات سیکل برای توانایی پاسخگویی و درک پرسشنامه‌ها و معیارهای خروج شامل معلولیت و بیماری‌های جسمانی مزمن، بیماری‌های شدید روانی همزمان، دریافت روان‌درمانی یا داروهای روانپزشکی در طول مدت زمان بیماری و انصراف افراد از ادامه همکاری بود.

ابزار پژوهش

۱. **مقیاس ذهن آگاهی، توجه و هشیاری**^۳. این مقیاس ۱۵ عبارتی توسط براون و ریان (۲۰۰۳) ساخته شده و دارای ۳ خرده مقیاس است. عدم تمرکز با سؤال‌های ۱ تا ۳، واکنشی بودن با سؤال‌های ۴ تا ۸ و غیرهشیار بودن با سؤال‌های ۹ تا ۱۵ در طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از تقریباً هرگز = ۱ تا تقریباً همیشه = ۶ ارزیابی می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و با محاسبه روایی سازه ساختاری تک عاملی را گزارش کردند. قربانی، واتسون و ویتینگتون (۲۰۰۹) برای این ابزار در نمونه‌ای ایرانی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و همبستگی آن را با مقیاس‌های اضطراب و افسردگی کستلو و کامری^۴ ۱۹۶۷ برابر با ۰/۳۳- و ۰/۳۶- گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۸۲ به دست آمد.

۲. **پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان**^۵. این پرسشنامه ۳۶ گویه‌ای توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون (۲۰۰۱) ساخته شده و شامل ۹ خرده مقیاس است. تمرکز مثبت مجدد با سؤال‌های ۴، ۱۳، ۲۲ و ۳۱، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی با سؤال‌های ۵، ۱۴، ۲۳ و ۳۲، ارزیابی مجدد مثبت با سؤال‌های ۶، ۱۵، ۲۴ و ۳۳، دیدگاه‌پذیری با سؤال‌های ۷، ۱۶، ۲۵، ۳۴، پذیرش با سؤال‌های ۲، ۱۱، ۲۰ و ۲۹، راهبردهای غیر انطباقی مانند سرزنش خود با سؤال‌های ۱، ۱۰، ۱۹ و ۲۸، سرزنش دیگران با سؤال‌های ۹، ۱۸، ۲۷ و ۳۶، نشخوار فکری با سؤال‌های ۳، ۱۲، ۲۱ و ۳۰ و فاجعه‌سازی با سؤال‌های ۸، ۱۷، ۲۶ و ۳۵ در طیف لیکرت از هرگز = ۱ تا همیشه = ۵ ارزیابی می‌شود و هر ۴ عبارت ۱ عامل می‌سند. حسنی (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۷۶

1. Stevens
2. Mishel
3. Mindful Attention Awareness Scale
4. Costello & Comrey
5. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

تا ۰/۹۲ گزارش کرده است. نتایج تحلیل مؤلفه‌های اصلی در پژوهش حسنی (۱۳۹۰) از الگوی ۹ عاملی اصلی این پرسشنامه حمایت و ۷۴ درصد از تغییرات را تبیین کرد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۸۴ به دست آمد.

۳. مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف-نسخه کوتاه! این مقیاس ۱۸ گویه‌ای توسط ریف (۱۹۸۹) ساخته شد و دارای ۶ خرده مقیاس است. پذیرش خود با گویه‌های ۲، ۸ و ۱۰، رابطه مثبت با دیگران با گویه‌های ۳، ۱۱ و ۱۳، خودمختاری با گویه‌های ۹، ۱۲ و ۱۸، زندگی هدفمند با گویه‌های ۵، ۴ و ۱۶، رشد شخصی با گویه‌های ۷، ۱۵ و ۱۷ و تسلط بر محیط با گویه‌های ۱، ۴ و ۶ در طیف لیکرت از کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۶ سنجیده می‌شود (ریف، ۱۹۸۹). بیانی، کوچکی و بیانی (۱۳۸۷) ضریب پایایی کل مقیاس را به روش بازآزمایی برابر با ۰/۸۲ و با خرده مقیاس‌های پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط برابر با ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۰، ۰/۷۸ و ۰/۷۷ و روایی همگرای آن را نیز بر اساس رابطه آن با مقیاس رضایت از زندگی دینر، امانز، لارسن و گریفین^۲ ۱۹۸۵، پرسشنامه شادکامی آکسفورد^۳ آرگیل، مارتین و کروسلند^۴ ۱۹۸۹ و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ^۵ ۱۹۶۵ مطلوب گزارش کردند. در پژوهش خانجانی، شهیدی، فتح آبادی، مظاهری و شکری (۱۳۹۳) نتایج تحلیل عاملی تأییدی تک‌گروهی نشان داد که در کل نمونه و در دو جنس، الگوی شش عاملی این مقیاس (پذیرش خود، تسلط بر محیط، رابطه مثبت با دیگران، زندگی هدفمند، رشد شخصی و استقلال) از برازش خوبی برخوردار است. در پژوهش آن‌ها ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۷۱ گزارش شد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۷۸ به دست آمد.

شیوه اجرا. با مراجعه به مسئولان انجمن یاس و درمانگاه تخصصی جوادالائمه و صحبت با پزشکان متخصص اجازه ورود و مصاحبه با بیماران کسب و هر روز در نوبت صبح به انجمن یاس و نوبت عصر به درمانگاه جوادالائمه مراجعه شد. بعد از مصاحبه با بیماران همکاری آن‌ها جلب و از اینکه به سرطان سینه دچار هستند و مورد جراحی قرار گرفته‌اند اطمینان حاصل شد. برای اجرای آزمون‌ها در سالن‌های انتظار و به دور از حضور دیگر بیماران ابتدا یک نسخه که حاوی اطلاعات فردی شامل سن، میزان تحصیلات و مدت زمان بیماری بود طراحی و به همراه پرسشنامه‌ها به آزمودنی‌ها به صورت فردی ارائه شد. در حین تکمیل پرسشنامه‌ها به سؤال‌ها آن‌ها پاسخ داده و

1. Ryff Psychological Well-Being Scale-Short Form
2. Diener, Emmons, Larsen & Griffin
3. Oxford Happiness Inventory
4. Argyle, Martin & Crossland
5. Rosenberg Self-Steem Scale

ابهامات آن‌ها رفع می‌شد. موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت و پس از کنار گذاشتن ۱۴ پرسشنامه مخدوش و ۱ داده پرت، داده‌های ۲۰۰ زن دچار سرطان سینه با استفاده از روش الگویابی معادله‌های ساختاری و نرم افزار ایموس تحلیل شد.

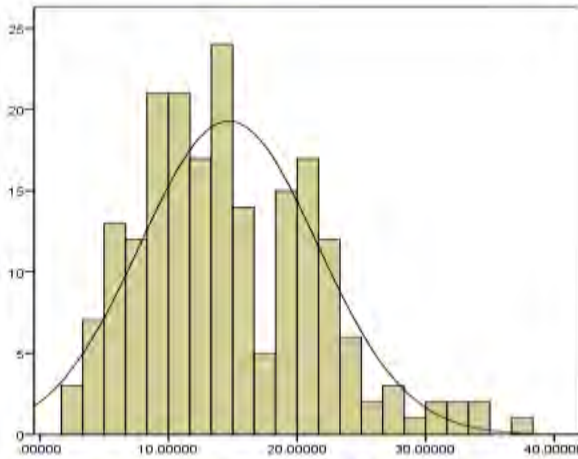
یافته‌ها

از ۲۰۰ زن دچار سرطان سینه ۴۷ نفر (۲۳/۵ درصد) از آن‌ها کمتر از ۳۰ سال، ۷۰ نفر (۳۵ درصد) ۳۱ تا ۴۰ سال و ۸۳ نفر (۴۱/۵ درصد) بالاتر از ۴۱ سال داشتند. میانگین و انحراف معیار سن آن‌ها به ترتیب ۳۹/۴۷ و ۹/۹۹ بود. از این تعداد ۳۵ نفر (۱۷/۵ درصد) مجرد و ۱۶۵ نفر (۸۲/۵) متأهل؛ ۱۱۵ نفر شاغل (۵۷/۵ درصد) و ۸۵ نفر غیر شاغل (۴۲/۵ درصد) بودند. میزان تحصیلات ۴۰ نفر (۲۰ درصد) زیر دیپلم، ۴۵ نفر (۲۲/۵ درصد) دیپلم، ۱۲ نفر (۶ درصد) فوق دیپلم، ۷۸ نفر (۳۹ درصد) لیسانس و ۲۲ نفر (۱۱ درصد) فوق لیسانس یا بالاتر بود. ۱۲۳ نفر (۶۱/۵ درصد) از شرکت‌کننده‌ها اعلام کردند که کمتر از ۱۲ ماه از ابتلا آن‌ها به سرطان سینه می‌گذرد و ۴۱ نفر (۲۰/۵ درصد) این زمان را ۱۳ تا ۲۴ ماه و ۳۶ نفر (۱۸ درصد) بیشتر از ۲۵ ماه گزارش کردند.

جدول ۱. کشیدگی، چولگی، عامل تورم واریانس و ضریب تحمل متغیرهای پژوهش

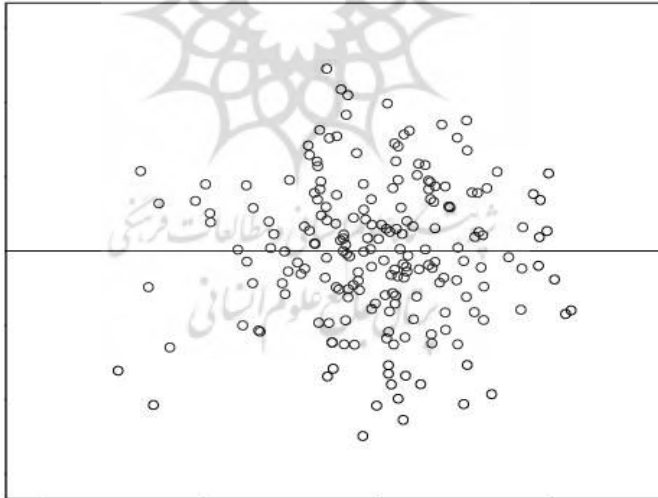
متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	تورم واریانس	دوربین واتسون
ذهن آگاهی-عدم تمرکز	۸/۸۶	۳/۳۵	۰/۵۲۴	-۰/۳۰۲	۰/۵۴۱	۱/۸۴۹	۱/۸۲۹
ذهن آگاهی-واکنشی	۱۶/۷۲	۶/۳۸	۰/۲۷۱	-۰/۷۸۹	۰/۴۶۲	۲/۱۶۳	
ذهن آگاهی-غیرهشیاری	۱۶/۱۸	۴/۸۳	-۰/۰۸۵	-۰/۴۱۰	۰/۵۷۶	۱/۷۳۶	
پذیرش	۱۳/۲۶	۳/۴۶	-۰/۲۲۱	-۰/۱۶۱	۰/۶۳۹	۱/۵۶۵	
تمرکز مجدد مثبت	۱۳/۵۵	۳/۴۷	-۰/۱۰۸	-۰/۲۷۶	۰/۳۴۲	۲/۹۲۵	
تمرکز مجدد بر برنامه	۱۴/۳۰	۳/۶۹	-۰/۴۲۸	-۰/۴۶۵	۰/۳۱۵	۳/۱۷۵	
ارزیابی مجدد مثبت	۱۴/۰۹	۴/۰۰	-۰/۳۴۰	-۰/۵۸۶	۰/۲۰۳	۴/۹۲۹	
دیدگاه‌گیری	۱۳/۶۸	۳/۴۲	-۰/۲۰۰	-۰/۴۳۵	۰/۴۰۰	۲/۴۹۸	
سرزنش خویش	۱۱/۷۱	۴/۰۶	-۰/۰۸۶	-۰/۳۲۰	۰/۶۷۸	۱/۴۷۶	
سرزنش دیگران	۱۰/۶۲	۴/۲۳	۰/۲۸۹	-۰/۴۷۳	۰/۶۹۶	۱/۴۳۶	
نشخوارگری	۱۳/۲۲	۳/۰۳	-۰/۲۷۳	۰/۰۸۶	۰/۵۰۷	۱/۹۷۲	
فاجعه‌پنداری	۱۱/۸۲	۳/۲۷	۰/۰۳۱	-۰/۰۵۱	۰/۵۸۴	۱/۷۱۲	
بهزیستی روان‌شناختی	۶۸/۵۲	۱۲/۰۷	-۰/۳۴۲	۰/۳۴۷	متغیر ملاک	متغیر ملاک	

در جدول ۱، محدوده ± 2 مقادیر کشیدگی و چولگی همه متغیرها بیانگر برقراری مفروضه توزیع طبیعی داده‌های تک متغیری و مقادیر ضریب تحمل و عامل تورم واریانس به ترتیب بزرگتر از ۰/۱ و کوچکتر از ۱۰ بیانگر برقراری مفروضه هم خطی بودن داده‌های پژوهش حاضر است.



شکل ۱. نمودار هیستوگرام برای بررسی مفروضه توزیع طبیعی چند متغیری

شکل ۱ هیستوگرام داده‌های فاصله مهلبوبایس را نشان می‌دهد و بیانگر آن است که مفروضه توزیع طبیعی چند متغیری برقرار و داده‌های نمره‌های متغیرهای پژوهش، شکلی طبیعی دارند.



شکل ۲. پراکندگی واریانس‌های استاندارد شده برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها

شکل ۲ پراکندگی واریانس‌های استاندارد شده خطاها را نشان می‌دهد و بیانگر آن است که مفروضه همگنی واریانس‌ها در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار است.

جدول ۲. ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	عدم تمرکز	واکنشی بودن	غیرهشیار بودن	پذیرش	تمرکز مجدد مثبت	تمرکز مجدد بر برنامه
عدم تمرکز	-					
واکنشی بودن	-.۱۵۴*	-				
غیرهشیار بودن	-.۲۶۲**	-.۲۳۷**	-			
پذیرش	.۱۷۰	.۱۶۴*	.۰۹۸	-		
تمرکز مجدد مثبت	.۲۴۵**	.۴۱۱**	.۳۷۹**	.۵۳۲**	-	
تمرکز مجدد بر برنامه	.۳۰۳**	.۳۵۰**	.۴۶۹**	.۳۵۲**	.۶۶۳**	-
ارزیابی مجدد مثبت	.۳۶۰**	.۴۴۳**	.۵۱۱**	.۴۳۴**	.۷۵۵**	.۷۷۲**
دیدگاه‌گیری	.۱۸۴**	.۲۸۰**	.۳۰۱**	.۴۷۴**	.۵۶۰**	.۶۰۵**
سرزنش خویش	-.۱۷۰*	-.۳۴۷**	-.۳۴۸**	.۰۵۲	-.۱۳۹*	-.۰۲۷
سرزنش دیگران	-.۲۱۵**	-.۱۸۶**	-.۳۰۵**	-.۰۸۸	-.۱۹۰**	-.۱۵۵*
نشخوارگری	-.۲۱۲**	-.۱۷۴*	-.۲۳۱**	.۱۶۶*	.۰۲۱	-.۰۶۰
فاجعه‌پنداری	-.۱۹۳**	-.۲۲۴**	.۳۰۲**	.۱۷۵*	.۰۶۷	-.۰۵۱
بهزیستی روان‌شناختی	.۳۶۳**	.۴۹۵**	.۵۵۷**	.۲۳۱**	.۵۱۲**	.۵۶۵**

ادامه جدول ۲. ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	ارزیابی مجدد مثبت	دیدگاه‌گیری	سرزنش خویش	سرزنش دیگران	نشخوارگری	فاجعه‌پنداری
ارزیابی مجدد مثبت	-					
دیدگاه‌گیری	.۷۰۷**	-				
سرزنش خویش	-.۱۳۲	.۰۵۰	-			
سرزنش دیگران	-.۲۸۲**	-.۱۵۶*	.۲۳۴**	-		
نشخوارگری	-.۰۳۵	.۲۰۳**	.۴۱۲**	.۴۴۶**	-	
فاجعه‌پنداری	.۰۰۷	.۱۸۹**	.۳۲۱**	.۲۸۰**	.۵۴۲**	-
بهزیستی روان‌شناختی	.۵۹۷**	.۴۱۹**	.۱۵۰*	-.۲۳۴**	-.۰۷۹	-.۰۶۶

* $P < .05$ ** $P < .01$

جدول ۲ نشان می‌دهد که از بین راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان، راهبرد پذیرش ($P = .001$)، تمرکز مجدد مثبت ($P = .001$)، تمرکز مجدد بر برنامه ($P = .002$)، ارزیابی مجدد مثبت ($P = .001$) و دیدگاه‌گیری ($P = .001$) به صورت مثبت با بهزیستی روان‌شناختی و از بین راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان، راهبرد سرزنش خویش ($P = .045$) و سرزنش دیگران ($P = .001$) به صورت منفی با بهزیستی روان‌شناختی همبسته هستند.

جدول ۳. شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی، الگوهای اندازه‌گیری و ساختاری متغیرهای ذهن آگاهی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روان‌شناختی

شاخص‌های برازندگی	مجذور کا	سطح معناداری	مجذور کای شده ^۱	ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب ^۲	شاخص نکویی برازش ^۳	شاخص نکویی برازش تطبیقی ^۴	شاخص نکویی تطبیقی ^۵
تحلیل عاملی تأییدی	-	-	۱/۵۰	۰/۵۰	۰/۹۲۳	۰/۹۲۱	۰/۸۸۹
الگوی اندازه‌گیری	۱۱۰/۰۰	۰/۰۶۰	-	۰/۰۸۰	۰/۹۲۰	۰/۸۷۰	۰/۹۳۷
الگوی ساختاری	۱۵۵/۱۴	۰/۰۶۵	-	۰/۰۷۴	۰/۹۱۸	۰/۸۷۲	۰/۹۴۲

طبق جدول ۳، الگوی ۱۵ گویه‌ای مقیاس بهزیستی روان‌شناختی-پس از حذف گویه‌های اول، نهم و دهم- با داده‌های گردآوری شده برازش دارد. شاخص‌های برازندگی حاصل از آزمون الگوی اندازه‌گیری و ساختاری پژوهش نیز با داده‌های گردآوری شده برازش قابل قبول دارد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی حاکی از آن است که نشانگرهای هریک از سه متغیر مکنون ذهن آگاهی، راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان از توان قابل قبولی برای اندازه‌گیری آن‌ها برخوردارند.

جدول ۴. ضرایب مسیر کل و مستقیم بین متغیرهای پژوهش در الگوی ساختاری

مسیرها	b	S.E
ضرایب مسیر کل		
ذهن آگاهی ← بهزیستی روان‌شناختی	-۱/۹۶۵	۰/۵۰۰
ضرایب مسیر مستقیم		
ذهن آگاهی ← بهزیستی روان‌شناختی	-۰/۶۳۹	۰/۴۳۰
راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی ← بهزیستی روان‌شناختی	۴/۵۴۱	۱/۰۶۵
راهبردهای منفی تنظیم هیجانی ← بهزیستی روان‌شناختی	-۰/۶۶۰	۰/۳۹۱
ذهن آگاهی ← راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی	-۰/۲۸۱	۰/۰۸۹
ذهن آگاهی ← راهبردهای منفی تنظیم هیجانی	۰/۰۷۴	۰/۰۸۱
ضرایب مسیر غیرمستقیم		
ذهن آگاهی ← بهزیستی روان‌شناختی	-۱/۳۲۶	۰/۳۲۱

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

در جدول ۴ ضرایب مسیر کل بین ذهن آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی منفی، ضریب مسیر مستقیم بین راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روان‌شناختی مثبت و ضریب

1. Normed Chi Square
2. Root Mean Square error of Approximation
3. Goodness of Fit Index
4. Adjusted Goodness of Fit Index
5. Comparative Fit Index

مسیر غیرمستقیم بین ذهن آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی منفی است ($P = 0/001$). لازم به ذکر است که نمره‌های بالاتر در مقیاس ذهن آگاهی نشان دهنده ذهن آگاهی کمتر است؛ به همین جهت ضریب مسیر کل و ضریب مسیر غیرمستقیم آن با بهزیستی روان‌شناختی منفی شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که راهبردهای تنظیم هیجان رابطه بین ذهن آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی را میانجی‌گری می‌کند و این میانجی‌گری به‌واسطه راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی صورت می‌گیرد. این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش‌های بابایی نادینلویی و همکاران (۱۳۹۶)، تقوایی و همکاران (۱۳۹۴)، سیاح و همکاران (۱۳۹۳)، نریمانی و همکاران (۱۳۹۰)، بالزوروتی و همکاران (۲۰۱۶)، پراکاش، هوساین و اسپیردا (۲۰۱۵)، کروک (۲۰۱۵)، کسی، اندو و اویشی (۲۰۱۶) و موکسنس و لازرویز (۲۰۱۶) هم راستا است.

در تبیین اثر مستقیم ذهن آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان دچار سرطان می‌توان گفت که تمایل همیشگی و مداوم به تجربه افکار و احساس‌های ناراحت‌کننده که در مورد زنان سرطانی احتمالاً مشکلات مرتبط با بیماری‌شان را در بردارد و اجتناب و ممانعت از تجربه‌های مرتبط با آن، در ارتباط با طیف گسترده‌ای از مشکلات است (آفتاب، ۱۳۹۵). در پژوهش‌های روان‌درمانی، ذهن آگاهی به‌عنوان حالت ارتقاء دهنده تفکر خودآگاهی برای بهبود بهزیستی در نظر گرفته می‌شود. زیرا ذهن آگاهی، کیفیتی از هشیاری و به معنای توجه هدفمند و بدون قضاوت به لحظه کنونی است که بسیاری از مؤلفه‌های سلامت روان و بهزیستی را با خود همراه دارد و منجر به کاهش تنش و افزایش کیفیت زندگی در بیماران دچار بیماری‌های مزمن می‌شود (آقایوسفی، اورکی، زارع و ایمانی، ۱۳۹۲؛ پسندیده و ابوالعالی، ۱۳۹۵) و فرد را قادر به درک و پردازش رویدادهایی که در پیرامونش اتفاق می‌افتد؛ می‌سازد تا بتواند تصمیم‌های عاقلانه‌ای بگیرد و بهترین واکنش را در برابر شرایط دشوار زندگی از خود نشان دهد (شیتزا، ۱۳۹۲). در واقع ذهن آگاهی شکلی از مراقبه است که فرد از طریق آن می‌تواند بدون قضاوت و پیشداوری و با ترکیب خودتنظیمی و توجه با نگرشی کنجکاوانه تجارب خویش را بپذیرد و با توجه به طریقی خاص، معطوف به هدف و در زمان حال به تجارب لحظه به لحظه خویش توجه کند. مفهوم ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا بپذیرند که اگرچه هیجان‌های منفی در زندگی همه انسان‌ها وجود دارد؛ اما، این هیجان‌ها بخش ثابتی از شخصیت و روند زندگی نیستند. پذیرش این مساله فرد را قادر می‌سازد که به جای واکنش غیرارادی به هیجان‌ها و رویدادهای برانگیزاننده، به آن‌ها آگاهانه واکنش نشان دهد و به گونه‌ای

کارآمدتر با زندگی رابطه برقرار کند. افراد دارای ذهن آگاهی بالا تمایل دارند که در زمان حال زندگی کنند؛ نسبت به تجارب زمان حال آگاه باشند و این تجارب را بدون قضاوت و ارزیابی بپذیرند (دهقانی، اسماعیلیان، اکبری، حسونود و نیک منش، ۱۳۹۳) و از طریق آگاهی، ارتباط بدون قضاوت در مورد اشیاء، جاری شدن افکار، احساسات، هیجان‌ها و حس‌های بدنی که شامل احساسات بدنی دردناک و ناراحتی‌های هیجانی است؛ با خود و محیط ارتباط برقرار کنند (مؤمنی، شهیدی، موتابی و حیدری، ۱۳۹۶).

ذهن آگاهی به فرد اجازه می‌دهد تا نظاره‌گر شناخت‌ها و هیجان‌های خود از منظر ناظر بیرونی جدای از هر دو جهان خارج و خود باشد (فاسبیندر، اسپویگر، مارتیوس، برندی-واید و آرنتر، ۲۰۱۶) و با ارتقای وضوح و شفافیت تجربه جاری، تماس حسی نزدیک‌تری با تجارب لحظه به لحظه زندگی خویش داشته باشد و با منعطف سازی صافی‌های ذهنی مستقیماً سلامت روان خود را ارتقاء و به محرک‌های تهدیدآمیز هیجانی واکنش کمتری نشان دهد. این امر با پاسخ‌های هماهنگ‌تر مرکز حافظه هیجانی و فعالیت بیشتر مرکز تفکر و کنترل، تأیید و مشخص شده است که ذهن آگاهی سبب بازسازی سریع‌تر حالت‌های خُلقی منفی و توجه ذهن آگاهانه به حالت‌های جسمانی در کوتاه مدت نیز سبب کاهش ناراحتی‌های جسمانی می‌شود و فواید رفتاری بسیاری نیز دارد (قربانی، ۱۳۹۲). به همین جهت در این پژوهش الگوی ساختاری پژوهش نشان داد که ذهن آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان دچار سرطان اثر مستقیم دارد. همانطور که اصغری، قاسمی جوبنه، حسینی صدیق و جامعی (۱۳۹۵) نشان دادند؛ زنان دچار سرطان که دارای ذهن آگاهی هستند؛ به واسطه استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجانی و به دلیل ساز و کار نهفته آن همچون مشاهده‌گری بدون داوری، افزایش آگاهی و حضور در لحظه حال، پذیرش تجارب و خودداری از اجتناب، توانایی بیشتری برای مقابله با شرایط پرتنش همچون سرطان را پیدا می‌کنند؛ زیرا ذهن آگاهی توجه به بدن را افزایش می‌دهد. افزون بر این، در پژوهش‌هایی که از ذهن آگاهی استفاده می‌کنند؛ تأکید بر تعامل بین فرایندهای بدنی، شناختی و هیجانی است (میچالیک، برگ و هایدنچیچ، ۲۰۱۲).

ذهن آگاهی با افزایش توجه به هر دو محرک‌های درونی/بدنی و محرک‌های بیرونی، باعث می‌شود که فرد موضعی مشاهده‌گرانه و انطباقی نسبت به تجارب درونی خود پیدا کند و شفقت و رزانه، با ملایمت، بدون ممانعت، بدون اجتناب یا کنترل تجارب به محرک‌ها پاسخ دهد و از این جهت فاصله‌ای روان‌شناختی ما بین مشاهده خود و هیجان‌های خود به وجود آورد و قادر به تنظیم هیجان‌ها به نحوی شود که پیامدهای هیجانی خود را به حداقل برساند (گریکاسی، پاپایانی، سیوگدایت، تیونینک و جاب، ۲۰۱۵). فرایندهای هیجانی به‌طور کلی به‌عنوان پاسخ‌هایی که توسط انسان ارائه می‌شوند و برای سازگاری با مطالبه‌ها و نیازهای مختلف ضروری هستند؛ نگریسته

می‌شوند (کوهن، ایکهوف، اسپچلر، لایرد، فوکس و همکاران، ۲۰۱۴؛ لابر، ۲۰۱۵). در این میان، فرایندهای شناختی هیجانی به افراد کمک می‌کند که هیجان‌ها و احساس‌های خود را تنظیم کنند و مغلوب شدت هیجان‌های خود نشوند (حسنی، ۱۳۹۰). همانگونه که تروی (۲۰۱۲) اظهار می‌دارد؛ افراد در مواجهه با رویدادهای تنش‌زا، از راهبردهای تنظیم هیجان متفاوتی برای اصلاح یا تعدیل تجربه هیجانی خود استفاده می‌کنند.

پذیرش، یکی از این راهبردها و راهبرد مثبتی است که سبب می‌شود که فرد نسبت به تجربه‌ها و تمایلات درونی خود گشوده باشد تا در تماس با تجربه‌هایی که ممکن است ناخوشایند باشند؛ قرار بگیرد (طاهری فر، فردوسی، موتابی، مظاهری و فتی، ۱۳۹۴). از میان سایر راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجانی می‌توان به تمرکز مجدد به برنامه‌ریزی که با افکار مربوط به مراحل که باید طی شوند تا نحوه اداره کردن وقایع منفی مشخص شود؛ اشاره کرد. توسعه دیدگاه راهبرد مثبت دیگر و شامل افکاری است که از شدت وقایع می‌کاهد و یا بر نسبی بودن آن هنگامی که با دیگر وقایع مقایسه می‌شود؛ اشاره دارد. راهبرد دیگر، ارزیابی مجدد مثبت است که فرد در مواجهه با شرایط ناگوار به تجارب ارزشمند ناشی از رویارویی با شرایط می‌پردازد و تأکید بر سازنده بودن این شرایط دارد (دومارادزکا و فاجکووسکا، ۲۰۱۸). پژوهشگران ارزیابی مجدد شناختی را به‌عنوان راهبردی انطباقی فرض می‌کنند و اعتقاد دارند؛ از آنجایی که تأثیر مستقیمی بر ارزیابی‌ها می‌گذارد؛ افراد می‌توانند با بهره‌گیری از آن، واکنش هیجانی خود را به رویدادهای تنش‌زا برای بهبود عملکردشان تغییر دهند (شریفی باستان، یزدی و زهرایی، ۱۳۹۵). بدیهی است با تقلیل معانی منفی حاصل از رویدادها با استفاده از راهبرد مثبت دیدگاه‌گیری (دومارادزکا و فاجکووسکا، ۲۰۱۸)، توجه انعطاف‌پذیرتر و کمتر به فرایندهای شناختی نارکارآمد محدود می‌شود؛ در نتیجه، کنترل بهبود یافته به شخص اجازه می‌دهد که محرک‌های بالقوه تهدیدکننده را بدون شکل‌گیری نارکارآمد شناختی و یا پردازش‌های شناختی سوگیرانه پردازش کند (بختیاری و عابدی، ۱۳۹۱).

ذهن آگاهی باعث می‌شود که زنان دچار سرطان سینه احساسات و نشانه‌های بیماری خود، میزان تهدیدآمیز بودن بیماری سرطان سینه و نیز معانی ضمنی پیامدهای آن را با ارزیابی مجدد، طی راهبرد دیدگاه‌گیری بپذیرند. قبول و پذیرش این احساسات باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به گزارش این نشانه‌ها در آن‌ها می‌شود. در نهایت فرد دچار سرطان سینه ذهن آگاهانه‌تر و با تمرکز بر برنامه‌ریزی‌های شناختی و هیجانی که تصمیم‌های درست درمانی را در پی دارد؛ می‌تواند با پیامدهای هیجانی ناشی از بیماری‌اش مقابله کند.

با یک جمع‌بندی، از یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که زنان دچار سرطان سینه هرچه ذهن آگاهی بالاتری داشته باشند؛ بهزیستی روان‌شناختی بالاتری را تجربه و در تنظیم شناختی هیجان از راهکارهای مثبت استفاده می‌کنند و می‌توانند به بهزیستی روانی بالاتری دست

پیدا کنند. بینش و مهارت‌ها از طریق تمرین‌های ذهن آگاهی فراگرفته می‌شوند و سپس از آن برای مقابله با تنش‌زها و شکایاتی که افراد مطرح می‌کنند؛ استفاده می‌شود. از آنجایی که ذهن آگاهی هم عملکرد جسمانی و هم عملکرد ذهنی را تقویت می‌کند؛ می‌توان انتظار داشت که فرد با تمرکز بر ذهن آگاهی نگرش مثبت‌تری نسبت به توانایی‌های خود پیدا کند و در کنار آمدن با پیامدهای هیجانی به‌طور موفقیت‌آمیزی عمل کند (شیخ الاسلامی و سید اسماعیلی، ۱۳۹۳)، بنابراین پیشنهاد می‌شود که درمان زنان دچار سرطان سینه در محیط‌هایی مملو از آرامش و حمایت کافی و با ارائه خدماتی مانند ذهن آگاهی صورت گیرد تا زمینه برای به‌کارگیری راهبردهای تنظیم شناختی مثبت و ارتقای بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها فراهم شود.

هر پژوهشی اگرچه در ماهیت به دنبال ارتباط بین عوامل و میزان تأثیر آن است؛ به‌رحال در بطن خود مجموعه محدودیت‌هایی را نیز در برخواهد داشت. این پژوهش که به‌صورت مقطعی انجام شد؛ محدودیت‌هایی را در زمینه تفسیرها و اسناد علت‌شناسی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کند که باید در تعمیم نتایج در نظر گرفته شود. در پژوهش حاضر از روش نمونه برداری غیرتصادفی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌هایی با طرح آزمایشی با نمونه برداری تصادفی و نیز پژوهش‌های طولی جهت استنباط رابطه علت و معلولی در مورد متغیرهای این پژوهش و سایر متغیرها صورت گیرد و در پژوهش‌های آتی از بهره‌گرفته شود.

سپاسگزاری

از مسئولان موسسه خیریه یاس و درمانگاه تخصصی جوادالائمه و بیماران دچار سرطان سینه که انجام این پژوهش را میسر ساختند؛ تشکر و قدردانی می‌شود. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه نویسنده اول در مقطع دکتری در رشته روان‌شناسی عمومی است.

منابع

- احمدوند، زهرا، حیدری نسب، لیلا، و شعیری، محمدرضا. (۱۳۹۱). تبیین بهزیستی روان‌شناختی بر اساس مؤلفه‌های ذهن آگاهی. *روان‌شناسی سلامت*، ۱(۲): ۶۹-۶۰.
- آذری آستانه، حمیده، حاتمی، محمد، و هاشمی رزینی، هادی. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش تنیدگی‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش تنیدگی حرفه‌ای و تنیدگی زندگی مادران شاغل. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۰(۴ پی‌پی ۴۰): ۴۵۱-۴۲۷.
- اسماعیلی، سمیرا، طباطبایی، موسی، و افروز، غلامعلی. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و کنترل توجه در افراد معتاد. *پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۶(۳): ۱۴۳-۱۳۳.

الگوی ساختاری روابط بین ذهن آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی ...

اصغری، فرهاد، قاسمی جوبنه، رضا، حسینی صدیق، مریم السادات، و جامعی، مینو. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان دارای همسر معتاد. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۷(۲): ۱۱۵-۱۳۲.

آفتاب، رؤیا. (۱۳۹۵). نقش میانجیگر دشواری‌های بین فردی در رابطه بین اجتناب تجربی با افسردگی و اضطراب. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۰(۴ پایایی ۴۰): ۵۲۳-۵۴۲.

آقایوسفی، علیرضا، اورکی، محمد، زارع، مریم، و ایمانی، سعید. (۱۳۹۲). اثربخشی ذهن آگاهی بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در سو مصرف‌کنندگان مواد. فصلنامه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۷(۳): ۱۷-۲۶.

آهوپی، خدیجه، فرامرزی، محبوبه، و حسن‌زاده، رمضان. (۱۳۹۶). بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به سرطان پستان و رابطه آن با هوش هیجانی. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، ۱۹(۸): ۲۷-۲۰.

بابایی نادینلویی، کریم، میکاییلی منیع، فرزانه، پزشکی، هانا، بافنده، حسن، و عبدی، حنا. (۱۳۹۶). رابطه ذهن آگاهی و فرا هیجان در پیش بینی تنظیم هیجانی-شناختی پرستاران تازه‌کار. نشریه پرستاری ایران، ۳۰(۵): ۲۲-۱۱.

باوادی، بیتا، پورشرفی، حمید، و لطفی کاشانی، فرح. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کس بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه بیماری‌های پستان ایران، ۸(۴): ۵۱-۴۱.

بختیاری، آزاده، و عابدی، احمد. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر الگوی فراشناختی ذهن آگاهی انفعالی بر افسردگی پس از زایمان. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۶(۲ پایایی ۲۲): ۲۴-۹.

بیانی، علی‌اصغر، گودرزی، حسین، و کوچکی، عاشورمحمد. (۱۳۸۷). رابطه ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزاد شهر (۸۶ - ۱۳۸۵). دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۰(۱ و ۲): ۱۶۴-۱۵۳.

پسندیده، راحله، و ابوالمعالی الحسینی، خدیجه. (۱۳۹۵). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش بهزیستی. فصلنامه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۱۱(۱): ۱۶-۷.

تقوایی، داوود، مسجدی، عباس، و جعفری، مهدی. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان دیالکتیک بر سرزنش خود و دیگران، نشخوارگری و فاجعه‌سازی زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۹(۱): ۶۷-۷۶.

حسینی، جعفر. (۱۳۹۰). خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان. مجله روان‌شناسی بالینی، ۳(۷): ۸۳-۷۳.

خانجانی، مهدی، شهیدی، شهریار، فتح‌آبادی، جلیل، مظاهری، محمدعلی، و شکری، امید. (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. مجله اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۸(۳۲): ۳۶-۲۷.

دهقانی، محسن، اسماعیلیان، نسرين، اکبری، فاطمه، حسنون، مرجان، و نیک منش، احسان. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی پرسشنامه پنج وجهی ذهن آگاهی/اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۱۹(۱): ۷۷-۸۷.

سامانی، سیامک، و صادقی، لادن. (۱۳۸۹). بررسی کفایت روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان. *مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۱۱(۱): ۵۱-۶۲.

سیاح، مهدی، اولی پور، علیرضا، اردمه، علی، شهیدی، شکوه، و یعقوبی عسگرآباد، اسماعیل. (۱۳۹۳). پیش بینی سلامت روان و عملکرد تحصیلی دانشجویان از طریق راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز. *توسعه آموزش جندی‌شاپور*، ۵(۱): ۳۷-۴۴.

شرفی باستان، فرنگیس، یزدی، سیده منور، و زهرایی، شقایق. (۱۳۹۵). نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و عاطفه مثبت و منفی در پیش بینی تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان. *روان پرستاری*، ۴(۲): ۳۸-۴۹.

شهید ثالث، سودابه، حسن زاده، ملیحه، سجادی، سیده سانیا، و آل داوود، سید امیر. (۱۳۹۶). بررسی مقایسه‌ای اختلالات کارکرد جنسی در زنان مبتلا به سرطان پستان: گزارش مورد-شاهدی. *مجله دانشکده پزشکی*، ۷۵(۵): ۳۵۷-۳۵۰.

شیتزر، ملانی گوردون. (۱۳۹۲). *رفتار درمانی دیالکتیکی برای تنظیم هیجان‌ها و رفتارهای ناشی از آن*. ترجمه شیرین ایزدی و مهناز غیائی. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۹).

شیخ الاسلامی، علی، و سید اسماعیلی، نسترن. (۱۳۹۳). مقایسه تأثیر روش‌های آموزشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و مهارت‌های مطالعه بر اضطراب امتحان دانش‌آموزان. *فصلنامه روان‌شناسی مدرسه*، ۳(۲): ۱۰۴-۱۲۱.

شیدایی، اقدم شوان، و فاطمی پور، حمیدرضا. (۱۳۹۶). تأثیر آموزش توجه آگاهی بر کاهش اضطراب امتحان دانشجویان. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۱۲(۱): ۶۷-۷۶.

صناعی، هاله، محمد موسوی، سید علی، مرادی، علیرضا، پرهون، هادی، و صناعی، هادی. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی، استرس ادراک‌شده و جهت‌گیری به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۱۱(۴): ۵۷-۶۶.

طاهری فر، زهرا، فردوسی، سیما، موتابی، فرشته، مظاهری، محمدعلی، و فتی، لادن. (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای نارسایی راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین شدت هیجان منفی و انگیزش ایمنی با نشانه‌های اضطراب فراگیر. *روان‌شناسی معاصر*، ۱۰(۲): ۵۱-۶۶.

عبدی، سلمان، باباپور خیرالدین، جلیل، و فتحی، حیدر. (۱۳۸۹). رابطه سبک‌های تنظیم هیجان شناختی و سلامت عمومی دانشجویان. *سالنامه پژوهش علوم سلامت و نظامی*، ۸(۴): ۲۶۴-۲۵۸.

فتح الهی شورابه، فضل‌الله، تاروردی‌زاده، بهمن، و کیهانی، مزگان. (۱۳۹۶). تأثیر هشت هفته تمرین مقاومتی روی برخی از عوامل آنژیوژنز در زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*، ۲۰(۳): ۹-۱۷.

قربانی، نیما. (۱۳۹۲). من به روایت من. تهران: انتشارات بینش نو.

مؤمنی، فرشته، شهیدی، شهریار، موتابی، فرشته، و حیدری، محمود. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیرهای میانجی اختلال اضطراب فراگیر. *پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۸(۱): ۴۹-۶۶.

موهان، جیتندرا، سگال، مینا، و گیتی قریشی، اشرف السادات. (۱۳۹۶). مقایسه استرس و سبک‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به سرطان و افراد سالم. *مجله اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۱۲(۱): ۷۷-۸۶.

نریمانی، محمد، آریا پوران، سعید، ابوالقاسمی، عباس، و احدی، بتول. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش‌های ذهن آگاهی و تنظیم هیجان بر بهزیستی جسمانی و روان‌شناختی جانبازان شیمیایی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (بهبود)*، ۱۵(۵): ۳۴۷-۳۴۷.

نظری، راضیه، و کربلایی محمد میگونی، احمد. (۱۳۹۶). الگوی ساختاری کمال‌گرایی، بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری زناشویی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۱(۳): ۴۳-۴۱۱.

نوروزی، حسن، و هاشمی، الهام. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نظم جوی هیجانی بیماران مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه علمی-پژوهشی بیماری‌های پستان ایران*، ۱۰(۲): ۳۸-۴۸.

References

- Arvidsdotter, T., Marklund, B., Taft, C., & Kylén, S. (2015). Quality of life, sense of coherence and experiences with three different treatments in patients with psychological distress in primary care: a mixed-methods study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 15(1): 132-138.
- Balzarotti, S., Biassoni, F., Villani, D., Prunas, A., & Velotti, P. (2016). Individual differences in cognitive emotion regulation: Implications for subjective and psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 17(1): 125-143.
- Brown, K., & Ryan, R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4): 822-48.
- Domaradzka, E., & Fajkowska, M. (2018). Cognitive emotion regulation strategies in anxiety and depression understood as types of personality. *Frontiers in Psychology*, 9(1): 856-860.
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O., & Arntz, A. (2016). Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Frontiers in Psychology*, 7(1): 1373.

- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, 30(1): 1311-1327.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., & Weathington, B. L. (2009). Mindfulness in Iran and the United States: Cross-Cultural structural complexity and parallel relationships with psychological adjustment. *Current Psychology*, 28(4): 211-219.
- Grecucci, A., Pappaianni, E., Siugzdaite, R., Theuninck, A., & Job, R. (2015). Mindful Emotion Regulation: Exploring the Neurocognitive Mechanisms behind Mindfulness. *BioMed research international*, 20(1): 670-714.
- Hojman, D. A., & Miranda, Á. (2018). Agency, Human Dignity, and Subjective Well-being. *World Development*, 101(Supplement C): 1-15.
- Huh, H. J., Kim, K. H., Lee, H. K., & Chae, J. H. (2017). The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Journal of affective disorders*, 213(1): 44-50.
- Izadpanah, S., Schumacher, M., Arens, E. A., Stopsack, M., Ulrich, I., Hansenne, M., Grabe, H. G., Barnow, S. (2016). Adolescent harm avoidance as a longitudinal predictor of maladaptive cognitive emotion regulation in adulthood: The mediating role of inhibitory control. *Journal of Adolescence*, 52(3): 49-59.
- Kase, T., Endo, S., & Oishi, K. (2016). Process linking social support to mental health through a sense of coherence in Japanese university students. *Mental Health & Prevention*, 4(3): 124-129.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*, 2nd edition. New York & London: Guilford press.
- Kohn, N., Eickhoff, S. B., Scheller, M., Laird, A. R., Fox, P. T., & Habel, U. (2014). Neural network of cognitive emotion regulation--an ALE meta-analysis and MACM analysis. *Neuroimage*, 87(1): 345-355.
- Kohn, N., Eickhoff, S. B., Scheller, M., Laird, A. R., Fox, P. T., & Habel, U. (2013). Neural network of cognitive emotion regulation--an ALE meta-analysis and MACM analysis. *NeuroImage*, 87(1): 345-355.
- Krok, D. (2015). The mediating role of optimism in the relations between sense of coherence, subjective and psychological well-being among late adolescents. *Personality and Individual Differences*, 85(Supplement C): 134-139.
- LaBar, K. S. (2015). Emotion. In A. W. Toga (Ed.), *Brain Mapping* (pp. 619-624). Waltham: Academic Press.
- Luhmann, M. (2017). Using big data to study subjective well-being. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 18(Supplement C): 28-33.
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2006). *Applied multivariate research, design and interpretation*. London: Sage publication.
- Michalak, J., Burg J., & Heidenreich T. (2012). Do not forget your body: Mindfulness, embodiment, and the treatment of depression. *Mindfulness*, 3(3): 190-199.

- Moksnes, U. K., & Lazarewicz, M. (2016). The association between self-esteem and sense of coherence in adolescents aged 13° 18years-The role of sex and age differences. *Personality and Individual Differences*, 90(Supplement C): 150-154.
- Potthoff, S., Garnefski, N., Miklósi, M., Ubbiali, A., Domínguez-Sánchez, F. J., Martins, E. C., Witthöft, M., Kraai, V. (2016). Cognitive emotion regulation and psychopathology across cultures: A comparison between six European countries. *Personality and Individual Differences*, 98(1): 218-224.
- Prakash, R. S., Hussain, M. A., & Schirda, B. (2015). The role of emotion regulation and cognitive control in the association between mindfulness disposition and stress. *Psychology and Aging*, 30(1): 160-171.
- Ryff, C. D. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12(1): 35-55.
- Supplee, L. H., Skuban, E. M., Shaw, D. S., & Prout, J. (2009). Emotion regulation strategies and later externalizing behavior among European American and African American children. *Development and Psychopathology*, 21(2): 393-415.
- Troy, A. S. (2012). *Cognitive reappraisal ability as a protective factor resilience to stress across time and context*. Doctoral Dissertation of Philosophy. University of Denver.
- Ullman, S. E., Peter-Hagene, L. C., & Relyea, M. (2014). Coping, emotion regulation, and self-blame as mediators of sexual abuse and psychological symptoms in adult sexual assault. *Journal of child sexual abuse*, 23(1): 74-93.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان

شماره	عبارت‌ها	۱	۲	۳	۴	همیشه
۱	احساس می‌کنم؛ در مورد آن اتفاق ناگوار و یا شرایط تنیدگی زا خودم مقصرم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲	فکر می‌کنم؛ مجبورم آنچه که اتفاق افتاده است را بپذیرم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳	به احساساتم درباره تجربه ناگواری که داشته‌ام؛ فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۴	به چیزهای بهتر از آنچه تجربه کرده‌ام؛ فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۵	به کارهای خوبی که می‌توانم انجام دهم؛ فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۶	به این فکر می‌کنم که می‌توانم؛ از این شرایط چیزهایی یاد بگیرم.	۱	۲	۳	۴	۵
۷	به این فکر می‌کنم که از این بدتر هم می‌توانست اتفاق بیفتد.	۱	۲	۳	۴	۵
۸	به این فکر می‌کنم که اتفاقی که برایم افتاده بدتر از چیزی است که بر سر دیگران آمده است.	۱	۲	۳	۴	۵
۹	احساس می‌کنم؛ دیگران مقصر این اتفاق هستند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰	حس می‌کنم؛ مسئول آن اتفاق ناگوار و یا شرایط تنیدگی زا خودم هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱	فکر می‌کنم؛ مجبورم شرایط پیش آمده را بپذیرم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲	افکار و احساسی که در جریان اتفاق ناگوارم تجربه داشته‌ام ذهن مرا به خود مشغول می‌کند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳	به چیزهای خوبی فکر می‌کنم که پیش از آن به آن‌ها نپرداخته‌ام.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴	به این فکر می‌کنم که چگونه می‌توانم با شرایط پیش آمده به بهترین نحو کنار بیایم.	۱	۲	۳	۴	۵

۵	۴	۳	۲	۱	به این فکر می‌کنم که می‌توانم؛ بعد از این اتفاق فرد قوی‌تری باشم.	۱۵
۵	۴	۳	۲	۱	به این فکر می‌کنم که دیگران شرایط بدتر از این را هم تجربه کرده‌اند.	۱۶
۵	۴	۳	۲	۱	مرتب به میزان فاجعه آمیز بودن تجربه‌ای که داشته‌ام فکر می‌کنم.	۱۷
۵	۴	۳	۲	۱	احساس می‌کنم دیگران مسئول این اتفاق هستند.	۱۸
۵	۴	۳	۲	۱	به اشتباه‌هایی که در آن شرایط مرتکب شده‌ام فکر می‌کنم.	۱۹
۵	۴	۳	۲	۱	فکر می‌کنم؛ نمی‌توانم در مورد اتفاق رخ داده چیزی را عوض کنم.	۲۰
۵	۴	۳	۲	۱	تمایل دارم؛ دلیل احساساتی را که در جریان اتفاق ناگوار داشته‌ام بفهمم.	۲۱
۵	۴	۳	۲	۱	در عوض فکر کردن به آن اتفاق ناگوار به چیزهای خوشایند فکر می‌کنم.	۲۲
۵	۴	۳	۲	۱	به این فکر می‌کنم که چگونه می‌توانم شرایط را عوض کنم.	۲۳
۵	۴	۳	۲	۱	به این فکر می‌کنم که این شرایط ناگوار می‌تواند؛ ابعاد مثبتی هم داشته باشد.	۲۴
۵	۴	۳	۲	۱	به این فکر می‌کنم که این اتفاق در مقایسه با اتفاق‌های دیگر خیلی هم بد نبوده است.	۲۵
۵	۴	۳	۲	۱	فکر می‌کنم اتفاقی که برایم رخ داده بدتر از آن چیزی است که می‌توانست برای کسی اتفاق بیفتد.	۲۶
۵	۴	۳	۲	۱	به اشتباه‌های دیگران که باعث این اتفاق شد؛ فکر می‌کنم.	۲۷
۵	۴	۳	۲	۱	فکر می‌کنم که علت اصلی این اتفاق‌های ناگوار و شرایط تنیدگی‌ها خودم هستم.	۲۸
۵	۴	۳	۲	۱	فکر می‌کنم؛ باید یاد بگیرم با آن زندگی کنم.	۲۹
۵	۴	۳	۲	۱	گرفتار احساساتی هستم که شرایط ناگوار برایم ایجاد می‌کنند.	۳۰
۵	۴	۳	۲	۱	به تجارب خوب فکر می‌کنم.	۳۱
۵	۴	۳	۲	۱	به نقشه‌ای برای عملکرد بهتر فکر می‌کنم.	۳۲
۵	۴	۳	۲	۱	به ابعاد مثبت مساله فکر می‌کنم.	۳۳
۵	۴	۳	۲	۱	به خودم می‌گویم در زندگی اتفاق‌های ناگواری وجود دارد که باید با آن روبرو شد.	۳۴
۵	۴	۳	۲	۱	مدام به میزان وحشتناکی شرایط پیش آمده فکر می‌کنم.	۳۵
۵	۴	۳	۲	۱	حس می‌کنم؛ علت اصلی این اتفاق دیگران هستند.	۳۶

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف- نسخه کوتاه

کاملاً موافقم	تا حدودی موافقم	کمی موافقم	کمی مخالفم	تا حدودی مخالفم	کاملاً مخالفم	عبارت‌ها	نمره
۶	۵	۴	۳	۲	۱	وقتی جریان زندگی خود را مرور می‌کنم؛ از آنچه روی داده است؛ خشنود می‌شوم.	۱
۶	۵	۴	۳	۲	۱	حفظ روابط صمیمی برای من مشکل است و احساس ناکامی می‌کنم.	۲
۶	۵	۴	۳	۲	۱	نیازهای زندگی روزمره، اغلب مرا از پای در می‌آورد.	۳
۶	۵	۴	۳	۲	۱	من برای حال زندگی می‌کنم و واقعاً به آینده فکر نمی‌کنم.	۴
۶	۵	۴	۳	۲	۱	من بسیاری از مسئولیت‌های زندگی روزانه‌ام را به خوبی مدیریت می‌کنم.	۵
۶	۵	۴	۳	۲	۱	فکر می‌کنم داشتن تجارب جدیدی که تفکر فرد را درباره خود و جهان به چالش می‌کشد مهم است.	۶
۶	۵	۴	۳	۲	۱	بیشتر جنبه‌های شخصیت خود را دوست دارم.	۷
۶	۵	۴	۳	۲	۱	افراد مرا به‌عنوان فردی بخشنده و علاقه‌مند به صرف وقت با دیگران، می‌شناسند.	۸
۶	۵	۴	۳	۲	۱	به نظرهای خود اطمینان دارم؛ اگرچه آن‌ها برخلاف نظر جمع باشد.	۹
۶	۵	۴	۳	۲	۱	روابط خیلی گرم و همراه با اعتماد زیادی را با دیگران تجربه نکرده‌ام.	۱۰
۶	۵	۴	۳	۲	۱	بعضی‌ها بی‌هدف، زندگی خود را سپری می‌کنند؛ اما من از آن دسته از افراد نیستم.	۱۱
۶	۵	۴	۳	۲	۱	برای من، زندگی یک فرایند مستمر یادگیری، تغییر و رشد است.	۱۲
۶	۵	۴	۳	۲	۱	گاهی احساس می‌کنم که همه آن‌چه را باید در زندگی انجام دهم؛ انجام داده‌ام.	۱۳
۶	۵	۴	۳	۲	۱	مدت‌هاست از تلاش برای ایجاد بهبودها و تغییرات زیاد در زندگی‌ام دست کشیده‌ام.	۱۴
۶	۵	۴	۳	۲	۱	خودم را آنگونه که فکر می‌کنم مهم است؛ قضاوت می‌کنم؛ نه بر اساس ارزش‌هایی که برای دیگران مهم است.	۱۵

مقیاس ذهن آگاهی، توجه و هشیاری

ردیف	عبارت‌ها	توجه همیشگی	توجه زیاد	توجه کم	توجه زیاد	توجه کم	توجه زیاد	توجه کم
۱	من بعضی حالت‌های عاطفی را تجربه می‌کنم که در آن لحظه نسبت به آن بی‌خبرم و بعد از مدتی متوجه آن می‌شوم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	
۲	من به خاطر بی‌دقتی، بی‌توجهی و یا فکر کردن به مساله دیگر، چیزی را می‌شکتم یا می‌ریزم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	
۳	برایم دشوار است که روی وقایع جاری و در حال روی دادن، تمرکز داشته باشم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	
۴	دوست دارم در هنگام پیاده رفتن، به‌سرعت به سمت مقصد بروم و به اطراف و چیزهایی که می‌توانم در طول راه تجربه کنم؛ توجه نمی‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	
۵	من تا وقتی که درد یا ناراحتی جسمی طاقت من را تمام نکند؛ تمایلی به توجه به آن ندارم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	
۶	من نام افراد را تقریباً به محض اینکه برای اولین بار به من گفته می‌شود؛ فراموش می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	
۷	به نظر می‌رسد که من «به‌صورت خودکار» بدون آگاهی از اینکه چه فعالیتی را انجام می‌دهم؛ به کار می‌پردازم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	
۸	من بدون توجه به کار، عجولانه آن را انجام می‌دهم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	
۹	من آنقدر روی هدف متمرکز می‌شوم که از کاری که در حال حاضر برای رسیدن به آن هدف انجام می‌دهم؛ غافل می‌شوم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	
۱۰	من بسیاری از کارها را به‌صورت خودکار بدون توجه به اینکه دارم چه کار می‌کنم؛ انجام دهم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	
۱۱	من بعضی وقت‌ها در حین انجام کار متوجه می‌شوم که به‌صورت ناآگاه در حال گوش دادن به مکالمه فرد یا افراد دیگر هستم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	
۱۲	من بعضی وقت‌ها متوجه می‌شوم که در حال پیاده‌روی در مسیری هستم که تعجب می‌کنم در آنجا چه کار می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	
۱۳	من به‌شدت در گذشته یا در آینده سیر (فکر) می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	
۱۴	من خود را در حال کاری می‌بینم بدون آنکه به آن توجهی داشته باشم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	
۱۵	من بدون اینکه متوجه باشم چی می‌خورم؛ می‌خورم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی