

The role of alexithymia and mindfulness in predicting depression and anxiety in women with cancer

Mohammad Narimani¹, Setareh Jani², Roonak Rezaei³

1-Professor, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardebil, Iran.

2- PhD Student of Psychology, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran (Corresponding Author). E-mail: jani_s11@yahoo.com

3- Master of Clinical Psychology, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

Received: 10/11/2019

Accepted: 12/02/2020

Abstract

Introduction: Depression and anxiety in cancer patients are associated with a variety of cognitive and personality variables such as alexithymia and mindfulness.

Aim: The present study aimed to investigate the role of alexithymia and mindfulness in predicting depression and anxiety in women with cancer.

Method: The research method is correlational and predictive. The statistical population consisted of all female patients with cancer covered by Arezoo Charity Institute in Pars Abad (1979). 120 women with cancer were selected through purposive sampling from the statistical population and participated in this study. The data were collected using Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and analyzed by SPSS-20 software, Pearson correlation coefficient and stepwise regression analysis.

Results: The findings of this study showed that alexithymia and mindfulness can predict depression and anxiety in women with cancer significantly ($P < 0.01$).

Conclusion: Alexithymia and mindfulness are important factors in the depression and anxiety of cancer patients. Therefore, it is necessary to emphasize psychological interventions focused on these variables in educational, prevention and treatment programs of these patients.

Keywords: Alexithymia, Anxiety, Cancer, Depression, Mindfulness

How to cite this article : Narimani M, Jani S, Rezaei R. The role of alexithymia and mindfulness in predicting depression and anxiety in women with cancer. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2020; 7 (1): 78-89 .URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-867-fa.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and build up the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

نقش ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی در پیش‌بینی افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سرطان

محمد نریمانی^۱، ستاره جانی^۲، روناک رضائی^۳

۱. استاد، گروه روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (مؤلف مسئول).

ایمیل: jani_s11@yahoo.com

۳. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه آموزشی روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۱/۲۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۸/۱۹

چکیده

مقدمه: افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به سرطان با متغیرهای شخصیتی و شناختی متعددی از جمله ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی در ارتباط است.

هدف: پژوهش حاضر بررسی نقش ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی در پیش‌بینی افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سرطان انجام بود.

روش: روش پژوهش حاضر، همبستگی و از نوع پیش بینی است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران زن مبتلا به سرطان تحت پوشش موسسه خیریه آرزو در شهرستان پارس آباد (۱۳۹۷) بود. ۱۲۰ زن مبتلا به سرطان با روش نمونه‌گیری هدفمند از بین جامعه آماری به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در مطالعه حاضر شرکت کردند. داده‌های مطالعه با استفاده از مقیاس‌های ناگویی خلقی تورنتو (بشارت، ۲۰۰۷)، ذهن آگاهی، توجه و هوشیاری براون و ریان (۲۰۰۳) و اضطراب و افسردگی بیمارستان اسنایت (۱۹۸۳) جمع‌آوری و با آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی قادر هستند تا افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سرطان را به طور معنی‌دار پیش‌بینی کنند ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی از عوامل مهم دخیل در افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به سرطان می‌باشند؛ بنابراین ضروری است که در برنامه‌های آموزشی، پیشگیری و درمانی این بیماران بر مداخلات روان‌شناختی متمرکز به این متغیرها، تأکید گردد.

کلید واژه‌ها: اضطراب، افسردگی، سرطان، ذهن آگاهی، ناگویی هیجانی

مقدمه

سرطان^۱ نوعی بیماری است که با رشد کنترل نشده سلولی و تهاجم به بافت‌های موضعی سیستماتیک مشخص می‌شود (هالت، ۲۰۰۲). با پیشرفت علم پزشکی، تشخیص سرطان برابر مرگ حتمی و قریب‌الوقوع نیست؛ اما صرف تشخیص، باعث ایجاد مشکلات عاطفی و هیجانی عمیق مانند اضطراب و افسردگی در بیماران می‌گردد (حیدری راد، یاراحمدی، حیدری راد و شفایی، ۲۰۱۸). در بیماران مبتلا به سرطان، سطح اضطراب^۲ و افسردگی^۳ بیماران، قابل توجه و حائز اهمیت بالینی است. (میلیگان، مارتینز، آل، احمد و همکاران، ۲۰۱۸). در مطالعه حاجی سید طبایی، رحمتی نژاد و صحت (۲۰۱۵) علائم افسردگی ۴۷٪، علائم اضطراب ۵۱/۵٪ و در مطالعه جیمز-فونسکا، کالدرون، هرناوندز، رامون و همکاران (۲۰۱۸) علائم اضطراب ۴۹/۸٪، علائم افسردگی ۳۶/۶٪ بود. افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به سرطان با متغیر-های شخصیتی و شناختی متعددی از جمله ناگویی هیجانی و ذهن‌آگاهی در ارتباط است. ناگویی هیجانی سازه‌ای است متشکل از دشواری در شناسایی احساس‌ها، دشواری در توصیف آن‌ها و جهت‌گیری فکری بیرونی. عقیده بر این است که ناگویی هیجانی عاملی خطرناک برای بسیاری از اختلال‌های روان‌پزشکی است؛ زیرا افراد مبتلا به این عارضه بسیار سخت تحت فشارهای جسمانی هیجان‌هایی هستند که به کلام در نمی‌آیند. این نارسایی مانع تنظیم هیجان‌ها می‌شود و سازگاری موفقیت‌آمیز را مشکل می‌سازد (راح، کیم و کیم، ۲۰۱۱). مطالعات نشان می‌دهد که بین ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به سرطان و افراد سالم تفاوت معناداری وجود دارد (معمدی و

عارفی، ۲۰۱۸؛ سیدطبایی، رحمتی نژاد، محمدی و اکبری، ۲۰۱۸) و شدت سرطان یک پیش‌بین قابل توجه از نمره ناگویی هیجانی است (مادوگال، هان، شاکارا میشر، ۲۰۱۸). پژوهش‌های متعدد حاکی از ارتباط مستقیم ناگویی هیجانی با افسردگی (سونکایا، اونال و امیر، ۲۰۱۹؛ هامایده، ۲۰۱۷؛ فیتز، والنسیا و سیلانی، ۲۰۱۸) و اضطراب (هامایده، ۲۰۱۷؛ فیتز و همکاران، ۲۰۱۸) است. در بیماران مبتلا به سرطان نیز ناگویی هیجانی با کاهش سازگاری هیجانی (مارازو، سیدلی، ریزو، مارینارو و همکاران، ۲۰۱۶) و افزایش افسردگی و اضطراب (خو، یوان و تانگ، ۲۰۱۷) بیماران رابطه مستقیمی دارد. در مطالعه پاپویس، زیپوسکی، بارجکویس و جلینسیس (۲۰۱۸) آن دسته از بیماران مبتلا به سرطان سینه که ناگویی هیجانی بالایی داشتند نسبت به بیمارانی که معیارهای تشخیصی ناگویی هیجانی را برآورده نمی‌کردند، نشانه‌های افسردگی و اضطراب بیشتری داشتند. در مطالعه اکانلی، کارابولوتلو، آسی کاراکاش، شاهین آلتون و همکاران نیز (۲۰۱۸) ۵۰/۵٪ از بیماران مبتلا به سرطان دارای ناگویی هیجانی بودند که این بیماران نسبت به افراد دیگر نتایج منفی بیماری خود را بیشتر درک می‌کردند و احساسات منفی آن‌ها در مورد بیماری شدیدتر بود.

یکی دیگر از متغیرهایی که با اضطراب و افسردگی ارتباط دارد، ذهن‌آگاهی است. ذهن‌آگاهی به عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه که در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد تعریف شده است که به فرد امکان می‌دهد تا به جای آنکه به رویدادها به طور غیرارادی و بی تأمل پاسخ دهد، با تفکر و تأمل پاسخ دهد (بروان و ریان، ۲۰۰۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ذهن‌آگاهی با

¹- Cancer

²- Anxiety

³- Depression

اضطراب و افسردگی رابطه معکوس معنی‌دار دارد (مایر، پولاک و رمرسوال، ۲۰۱۹). در بیماران مبتلا به سرطان نیز ذهن آگاهی کمتر، پیش‌بین معنی‌داری برای اختلالات هیجانی و علائم روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب است (لام، لیم، کوا، گریوا و همکاران، ۲۰۱۷؛ مایر و همکاران، ۲۰۱۹؛ زانگ، زانگ، بائو و خو، ۲۰۱۹؛ زانگ، گاه، لی، بائو و همکاران، ۲۰۱۷). هم‌چنین در پژوهش‌های متعدد، تأثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی و اضطراب پس از زایمان (شولمن، دثوک، ریان و برئو و همکاران، ۲۰۱۸)، کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب (پرپلکین، آنتونس، باچلر، رمیلارد و همکاران، ۲۰۱۹) و کاهش افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سرطان (وئورتن، دالتون، الساس، ساموند و همکاران، ۲۰۱۳) نشان داده است.

مطالعه حاجی سید جوادی، تاجیک‌زاده، بیات، اشراقی و همکاران (۲۰۱۸) نیز نشان داد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به سرطان، مؤثرتر از درمان فراشناختی است. با وجود اینکه سابقه پژوهشی مطالعه حاضر نشان می‌دهد که افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به سرطان توسط ذهن آگاهی و ناگویی هیجانی ارتباط دارد؛ اما تعداد این گونه مطالعات محدود است که تعداد این مطالعات، در کشور ما بسیار محدودتر است. با توجه به اینکه در حال حاضر با افزایش شانس زنده ماندن بیماران مبتلا به سرطان در نتیجه تحولات در درمان، کاهش مشکلات عملکردی و افزایش کیفیت زندگی این بیماران، در سطح جهانی بیش از پیش اهمیت یافته است و درمان نشدن این علائم می‌تواند در کنترل علائم، سازگاری، تعامل اجتماعی و

کیفیت زندگی این بیماران مشکلاتی ایجاد کند، بررسی عوامل مرتبط با افسردگی و اضطراب این بیماران حائز اهمیت است و کمک خواهد کرد تا مداخلات روان‌شناختی مهمی را در جهت افزایش عوامل روانی مانند امید، خوش‌بینی و ارتقا سطح سلامت این بیماران و پیشگیری و درمان افسردگی و اضطراب این بیماران داشته باشیم. علاوه بر این، انجام این مطالعه در بافت فرهنگی ایران نیز بسیار حائز اهمیت است چرا که عوامل فرهنگی در اضطراب و افسردگی افراد، اهمیت خاصی دارد؛ بنابراین مطالعه حاضر در پی آن است تا روشن کند که آیا می‌توان افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سرطان در ایران را نیز بر اساس ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی پیش‌بینی کرد یا خیر؟

روش

روش پژوهش حاضر، همبستگی و از نوع پیش‌بینی بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران زن مبتلا به سرطان تحت پوشش موسسه خیریه آرزو در شهرستان پارس-آباد (۱۳۹۷) بود (N=۴۲۸). در تحقیقات همبستگی برای بیان چگونگی رابطه، حداقل حجم نمونه ۳۰ نفر پیشنهاد شده است (گنز، دزموند، لیدهام، رولند و همکاران، ۲۰۰۲)؛ اما در پژوهش حاضر برای افزایش اعتبار بیرونی نتایج تحقیق، ۱۲۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد. بعد از هماهنگی معیار ورود به پژوهش شامل محدوده سنی ۱۸ - ۶۰ سال، گذشت حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری، داشتن تحصیلات حداقل سیکل برای پاسخ به پرسشنامه‌ها، عدم سابقه مصرف داروی روان‌پزشکی در شش ماه اخیر، عدم ابتلای هم‌زمان به بیماری مزمن دیگر، کم‌توانی ذهنی و عدم سوء‌مصرف مواد بود که از طریق پرونده بیمار و

هم‌زمان این مقیاس نیز برحسب همبستگی بین زیر مقیاس‌های آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و تأیید شد (بشارت، ۲۰۰۷).

پرسشنامه ذهن‌آگاهی، توجه و هوشیاری^۲: این آزمون توسط براون و ریان (۲۰۰۳) طراحی شده است. این پرسشنامه ۱۵ سؤال به صورت لیکرت نمره گذاری می‌شود. حداقل نمره ذهن‌آگاهی ۱۵ و حداکثر آن ۹۰ است. روایی این مقیاس مطلوب است (براون و ریان، ۲۰۰۳) و همسانی درونی آن در مطالعه قربانی و واتسون (۲۰۰۵) بر روی نمونه ایرانی ۰/۸۱ و نمونه آمریکایی ۰/۸۲ گزارش شده است (عرب قانعی، هاشمیان، مجتبائی، مجدآرا و همکاران، ۲۰۱۷). در پژوهش عرب قانعی و همکاران (۲۰۱۷) نیز مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۰ بود.

مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان^۳: این ابزار توسط اسنایت (۱۹۸۳) ساخته شده است و شامل ۱۴ سؤال برای سنجش افسردگی (۷ سؤال) و اضطراب (۷ سؤال) در بیماران جسمی، روانی و حتی افراد سالم است. هر سؤال به وسیله یک مقیاس چهار نمره‌ای امتیازدهی می‌شود. حداکثر امتیاز برای هر یک از زیر مقیاس‌های افسردگی و اضطراب ۲۱ است. امتیاز بالای ۱۱ در هر دو زمینه نشانه وجود یک اختلال روان‌پزشکی جدی، ۱۰-۸ بینابینی و ۷-۰ طبیعی محسوب می‌شود. پایایی پرسشنامه بر حسب آلفای کرونباخ برای هر یک از زیر مقیاس‌های اضطراب و افسردگی در نمونه بالینی ایرانی به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۷۰ گزارش شده است. روایی همگرا با دو پرسشنامه اضطراب و افسردگی بک برای زیر مقیاس افسردگی ۰/۷۰ و برای زیر مقیاس اضطراب ۰/۷۲

خود گزارشی آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت. پس از توضیحات لازم به بیماران و کسب رضایت از بیماران، پرسشنامه‌ها اجرا شد. برای اجرای پژوهش و جمع‌آوری داده‌ها، ابتدا با مسئولین موسسه خیریه آرزو هماهنگی‌های لازم به عمل آمد، سپس با بررسی پرونده‌های بیماران تحت پوشش و سپس با تماس با بیمارانی که معیارهای اولیه مطالعه را برآورده می‌کردند، آن دسته از بیمارانی که معیارهای پژوهش را برآورده می‌کردند و هم چنین تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند با روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند و پرسشنامه‌ها بر روی ایشان اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد و داده‌ها با بیست و دومین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

ابزار

مقیاس ناگویی خلقی تورنتو^۱: یک آزمون ۲۰ سؤالی است که سه زیر مقیاس دشواری در تشخیص احساس‌ها، دشواری در توصیف احساس‌ها و تفکر عینی را در اندازه پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا نمره ۵ می‌سنجد. در نسخه فارسی این مقیاس، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیر مقیاس دشواری در تشخیص احساس‌ها، دشواری در توصیف احساس‌ها و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی بازآزمایی مقیاس ناگویی خلقی-۲۰ در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ برای ناگویی هیجانی کل و زیر مقیاس‌ها تأیید شد. روایی

² - Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)

³ - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

¹ - Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

گزارش شده است (کاوایانی، صیفوریان، شریفی و ابراهیم خانی، ۲۰۰۹). آگاهی ۴۸/۷۷ (±۱۲/۸۲)، افسردگی ۱۱/۰۱ (±۳/۹۵) و اضطراب ۱۰/۵۷ (±۴/۴۴).

برای تعیین رابطه ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی با افسردگی و اضطراب از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱ درج شده است.

یافته‌ها
تعداد ۱۲۰ زن مبتلا به سرطان در پژوهش حاضر شرکت داشتند که میانگین (انحراف معیار ±) متغیرها در آن‌ها به شرح زیر بود: ناگویی هیجانی ۴۷/۹۹ (±۱۱/۳۴)، ذهن

جدول ۱ میزان همبستگی ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی با افسردگی و اضطراب

متغیرها	(۱)	(۲)	(۳)	(۴)
(۱) ناگویی هیجانی	۱			
(۲) ذهن آگاهی	-۰/۲۰*	۱		
(۳) افسردگی	۰/۳۳**	-۰/۳۲**	۱	
(۴) اضطراب	۰/۳۱**	-۰/۳۴**	۰/۲۶**	۱

P < ۰/۰۵* P < ۰/۰۱**

از تحلیل رگرسیون چند گانه گام به گام استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ و ۳ ارائه شده است.

برای تحلیل بیشتر داده‌ها و جهت تعیین سهم ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی در پیش‌بینی افسردگی و اضطراب

جدول ۲ نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه افسردگی بر اساس ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی

متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	R اصلاح شده	خطای معیار تخمین	F معنی داری	B خطای معیار	Beta	t معنی داری
گام ۱	۰/۳۳۸	۰/۱۱۴	۰/۱۰۷	۴/۴۸	۱۵/۲۴	۰/۱۳۱	۰/۳۳۸	۳/۹۰
گام ۲	۰/۴۲۹	۰/۱۸۴	۰/۱۷۰	۴/۳۲	۱۳/۱۶	-۰/۱۰	-۰/۲۶۹	-۳/۱۵

گام ۱- متغیر پیش‌بین: ناگویی هیجانی
گام ۲- متغیر پیش‌بین: ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی
گام ۳- متغیر پیش‌بین: ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی و اضطراب

گام ۱- متغیر پیش‌بین: ناگویی هیجانی
جدول ۲ نشان می‌دهد که آلکسی تایمیا و ذهن آگاهی، افسردگی را به طور معنی‌دار، معنی‌دار پیش‌بینی می‌کنند

گام ۲- متغیر پیش‌بین: ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی
گام ۳- متغیر پیش‌بین: ناگویی هیجانی و اضطراب
تیین واریانس افسردگی به ترتیب ۱۱ و ۷ درصد است.

جدول ۳ نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه اضطراب بر اساس ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی

متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	R اصلاح شده	خطای معیار تخمین	F معنی داری	B خطای معیار	Beta	t معنی داری
گام ۱	۰/۳۴۶	۰/۱۲۰	۰/۱۱۲	۴/۱۸	۰/۸/۱۶	-۰/۱۲۰	-۰/۳۴۶	-۴/۰۱
گام ۲	۰/۴۲۷	۰/۱۸۲	۰/۱۶۸	۴/۰۵	۱۳/۰۲	۰/۰۹۲	۰/۲۵۵	۲/۹۸

گام ۱- متغیر پیش‌بین: ذهن آگاهی
گام ۲- متغیر پیش‌بین: ذهن آگاهی و ناگویی هیجانی

هیجان‌ات منفی می‌شود. بیمارانی که قادر به شناسایی هیجان‌ات منفی و تنظیم آن نیستند مشکلات زیادی را در زمینه سازگاری بهتر با شرایط استرس‌زای بیماری تجربه خواهند کرد. علاوه بر این، در این بیماران دشواری در شناسایی و توصیف هیجان با متغیرهایی نظیر رفتارهای غیر انطباقی بیماری و حساسیت بالا نسبت به تجربه درد و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسالم برای مدیریت هیجان‌ات منفی ارتباط دارد که به نوبه خود سازگاری مناسب با شرایط بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کاتز، مارتین، پاگک و کالری، ۲۰۰۹).

یافته دیگر پژوهش حاضر در زمینه ارتباط مستقیم ناگویی هیجانی با اضطراب نیز با مطالعات هامایده (۲۰۱۷)، فیتز و همکاران (۲۰۱۸)، مارازو و همکاران (۲۰۱۶)، خو و همکاران (۲۰۱۷)، پاپویس و همکاران (۲۰۱۸) و اکانلی و همکاران (۲۰۱۸) همسو بود. در این زمینه می‌توان مطرح کرد که ناگویی هیجانی که با تفکر عینی، قدرت تجسم محدود، کاهش خیال‌پردازی‌ها و تمرکز بر امور ساده، سطحی، عینی و خارجی مشخص می‌شود، می‌تواند به عنوان جایگزینی مکمل برای مکانیسم جبران تلقی شود. بر این اساس فرد در امتداد اجتناب‌گری از عواطف دردناک مبتنی بر تهییج‌های فیزیولوژیک از طریق تفکر عینی، هرچه بیشتر از دنیای درونی و واقعیت‌های نگران‌کننده ذهنی فاصله می‌گیرد و سدسازی خود در مقابل فشارهای ناشی از این عواطف دردناک را تکمیل می‌کند. شواهد نشان می‌دهد اضطراب می‌تواند ناشی از حالت‌های واپس‌رونده رشد هیجانی باشد و بنابراین به فراخوانی ویژگی‌های ناگویی هیجانی منجر شود؛ به عبارت دیگر، افراد دارای علائم اضطرابی، هیجان‌های خود را کمتر می‌پذیرند و بیشتر از راهبردهای منع و سرکوبگری

جدول ۳ نشان می‌دهد که ذهن‌آگاهی و آلکسی تایمیا، اضطراب را به طور معنی‌دار، معنی‌دار پیش‌بینی می‌کنند ($P < 0.01$) که سهم هر یک از این متغیرها در تبیین واریانس اضطراب به ترتیب ۱۲ و ۶ درصد است.

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش ناگویی هیجانی و ذهن‌آگاهی در پیش‌بینی افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سرطان انجام شد که یافته‌ها نشان داد، ناگویی هیجانی و ذهن‌آگاهی با افسردگی و اضطراب بیماران رابطه معنی‌دار دارند ($P < 0.01$) و قادر به پیش‌بینی معنی‌دار میزان افسردگی و اضطراب این بیماران می‌باشند. نتیجه مطالعه حاضر در باب ارتباط مستقیم و معنی‌دار ناگویی هیجانی و افسردگی با مطالعات سونکایا و همکاران (۲۰۱۹)، هامایده (۲۰۱۷)، فیتز و همکاران (۲۰۱۸)، مارازو و همکاران (۲۰۱۶)، خو و همکاران (۲۰۱۷)، پاپویس و همکاران (۲۰۱۸) و اکانلی و همکاران (۲۰۱۸) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت، از آنجا که توانایی ضعیف در شناسایی و ابراز هیجان‌ها، ظرفیت پایین خیال‌پردازی و تفکر عینی از ویژگی‌های اساسی ناگویی هیجانی است و سرکوبی عواطف، توانایی کاهش یافته برای ابراز هیجانی به دیگران و خلق پایین و ناراحتی نیز از ویژگی‌های اساسی در علائم افسردگی است، پس بین این دو مؤلفه به لحاظ نظری می‌توان ارتباط برقرار کرد (هایفانتیس، پیکا، آلمیرودی، کامپلتس و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان در شناخت و توصیف هیجان‌ات خود ناتوان هستند. این ناتوانی که به‌ویژه در زمینه شناسایی هیجان‌ات وضوح بیشتری دارد، باعث شکست فرد در تنظیم

استفاده می‌کنند (گریر، سالیس، تمل، لنیس و همکاران، ۲۰۱۱).

از دیگر سو یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه ارتباط معکوس و معنی‌دار ذهن آگاهی با افسردگی و اضطراب با نتایج مطالعات لام و همکاران (۲۰۱۷)، مایر و همکاران (۲۰۱۹) زانگ و همکاران (۲۰۱۹)، شولمن و همکاران (۲۰۱۸)، پرپلکین و همکاران (۲۰۱۹)، وئورتزن و همکاران (۲۰۱۳)، حاجی سید جوادی و همکاران (۲۰۱۸) همسو بود.

در تبیین رابطه بین ذهن آگاهی با افسردگی، می‌توان گفت که ذهن آگاهی بالاتر، افراد را قادر می‌سازد الف) محتواهای مخرب و الگوهای عاداتی ذهن را شناسایی کنند، ب) این گونه اطلاعات را به شیوه‌ای غیر قضاوتی مورد پردازش قرار دهند تا توانایی‌شان برای انتخاب بین گزینه‌های مختلف تسهیل شود. این رویکرد انعطاف‌پذیری فعالیت‌های شناختی را افزایش می‌دهد و نشخوار فکری، بیش‌تعمیمی در حافظه سرگذشتی و ارزیابی‌های خود انتقادگرایانه را کاهش و فرایندهای شناختی مفید مانند مشاهده گری غیر قضاوتی محتواهای ذهنی را افزایش می‌دهد؛ بنابراین برای افت خلق افسرده مفید واقع می‌شود. هم‌چنین ذهن آگاهی نوعی کنترل فرایند توجه است که منجر به ایجاد آگاهی فراشناختی می‌شود. فرایندهای فراشناختی اجازه توسعه نوعی حالت تمرکز زدایی از افکار را فراهم می‌کنند. در این حالت افکار به جای اینکه ضرورتاً بازنمایی‌های مستقیمی از واقعیت تعبیر شود به عنوان رویدادهای ذهنی گذرا ادراک می‌شوند. یکی از مزایای چنین شیوه‌ای برای توجه کردن، ایجاد مفهومی برای توجه کردن، ایجاد مفهومی انعطاف‌پذیرانه از خود و برقراری رابطه‌ای روان

تر و سالم تر با محتواهای ذهن است (ایوانفسکی و مالمی، ۲۰۰۷). در اصل توانایی ذهن آگاهی بالا، باعث می‌شود که افراد بهتر بتوانند مهارت‌های عاداتی را از حالت تصلب خارج و با جهت دادن منابع پردازش اطلاعات به طرف اهداف خنثای توجه، مانند تنفس یا حس لحظه، شرایط را برای تغییر آماده کنند؛ بنابراین، به کار گرفتن مجدد توجه به این شیوه از افزایش یا ماندگاری افسردگی جلوگیری می‌کند و باعث می‌شود چرخه‌های پردازش معیوب کمتر در دسترس قرار گیرند و شانس گستردگی افسردگی کاهش می‌یابد (تیزدل و همکاران، ۲۰۰۰). رابطه معکوس ذهن آگاهی با اضطراب را نیز چنین می‌توان تبیین کرد که بهبود اضطراب به دلیل کاهش نشخوار ذهنی در اثر ذهن آگاهی صورت می‌گیرد (رامیل، گلدین، کارمونا و مک گوئید، ۲۰۰۴). مهارت‌های ذهن آگاهی، افراد را از فرایندهای نشخوار ذهنی نجات می‌دهد و از بازگشت و بروز اضطراب جلوگیری می‌کند (لورد، راتر و لی-کاتور، ۱۹۹۴). ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا موقعیت‌هایی را که باعث اضطراب و استرس می‌شود را شناسایی کنند، شناخت بهتری نسبت به خود پیدا کنند، نقاط ضعف و قوت خود را بشناسند و سپس راهبردهای مقابله‌ای لازم برای کنترل اضطراب و استرس را دریافت کنند در نتیجه استرس و اضطراب پیوسته کاهش می‌یابد (مستوبایشی، هوساکا و ایزومی، ۲۰۰۴). سگال و ویلیام^۱ (۴۰) نیز معتقدند که روش شناخت-درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، عنصر اصلی بالا بردن خودآگاهی لازم برای توانمندسازی و پاسخ‌های مطلوب در شرایط بحرانی برای جلوگیری از تجربه

^۱ Segal & Wiliam

- increasing assertiveness among anxious students. *J Urmia Univ Med Sci*, 28(2),119-129.
- Besharat MA. (2007). Reliability and factorial validity of Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychol Rep*, 101 (1), 209-20.
- Brown KW & Ryan RM. (2003). "The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological wellbeing". *Journal of Personality and Social Psychology*,84, 822-848.
- Fietz J, Valencia N & Silani G. (2018). Alexithymia and autistic traits as possible predictors for traits related to depression, anxiety, and stress: A multivariate statistical approach. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24 (4),901-908.
- Ganz PA, Desmond KA, Leedham B, Rowland JH, Meyerowitz BE & Belin TR. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: A follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, 94, 39-49.
- Greer JA, Solis JM, Temel JS, Lennes IT, Prigerson HG, Maciejewski PK, et al. (2011). Anxiety disorders in long-term survivors of adult cancers. *Psychosomatics*, 52(2),417-23.
- Haji Seyed Javadi T, Tajikzadeh F, Bayat H, Eshraghi N, Roshandel Z, & et al. (2018). Comparison of Effectiveness of the Mindfulness-Based Cognitive Therapy and the Metacognition Treatment on Anxiety, Depression and Stress Among Breast Cancer Patients, 5(2),62-66.
- Hamaideh SH. (2017). Alexithymia among Jordanian university students: Its prevalence and correlates with depression, anxiety, stress, and demographics. *Psychiatric Care*, 54(2),274-280.
- Heidarirad F, Yarahmadi M, Heidarirad H, Shafeie M. (2018). Evaluation of Prevalence of Depression and Its Related Factors among Women with Breast Cancer Referred to the Radiotherapy Center of Tawhid Hospital of Sanandaj, Iran in 2017. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*. 4(2): 39-49.

اضطراب است و همواره به عنوان یک محرک قوی دائمی پیش گیرنده عمل می کند.

نتیجه گیری

بنابراین مطالعه حاضر نشان داد که بین ذهن آگاهی و ناگویی هیجانی با افسردگی و اضطراب زنان دارای سرطان رابطه وجود دارد و این دو متغیر نقشی معنی دار در پیش بینی افسردگی و اضطراب این زنان دارند. با توجه به یافته های مطالعه حاضر، می توان مهارت های کاهش ناگویی هیجانی و افزایش ذهن آگاهی را در کنار داروهای درمانی به عنوان روان درمانی که در این زنان بحث بسیار مهمی است به ایشان ارائه داد تا واکنش مناسبی در شرایط پرتنش داشته، از فشار موقعیت بکاهند و سلامت روحی و سازگاری خود را افزایش دهند. از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به استفاده از ابزار خود گزارشی (تاثیر گذار در سوگیری ارائه اطلاعات توسط آزمودنی ها) و در نظر نگرفتن متغیرهایی همچون وضعیت اقتصادی-اجتماعی، میزان برخورداری از حمایت اجتماعی و خانوادگی بود که امید هست در پژوهش های بعدی مورد توجه پژوهش گران قرار گیرد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمامی افرادی که با حضور خود در این پژوهش ما را یاری کردند، سپاسگزاری به عمل می آید. مطالعه حاضر بدون حمایت مالی خاصی انجام شده است و با منافع نویسندگان ارتباطی ندارد.

References

- Arab Ghaeni M, Hashemian K, Mojtabei M, Majd Ara E, Aghabeiki A. (2017). The effect of mindfulness training (MBSR) on the

- and Developmental Disorders, 1994, 24, 659-685.
- Marrazzo G, Sideli L, Rizzo R, Marinaro AM, Mule A, Marrazzo A, Cascia CLA, Barbera DLA. (2016). Quality of life, alexithymia, and defence mechanisms in patients affected by breast cancer across different stages of illness. *Journal of Psychopathology*, 22, 141-148.
- Matsubayashi H, Hosaka T & Izumi S. (2004). Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husband support and feelings of stress. *Gen Hosp Psychiatry*, 2004, 26(5): 398-404.
- Maudgal S, Han W, Shukla Mishra V. (2018). Alexithymia in Breast Cancer Patients and Their Sisters in Seoul. *Journal of Global Oncology*, 4(2).
- Mayer B, Polak MG, Remmerswaal D. (2019). Mindfulness, Interpretation Bias, and Levels of Anxiety and Depression: Two Mediation Studies. *Mindfulness*. 10(1): 55-65.
- Milligan F, Martinez F, Aal SHMA, Ahmed SA, Joby B, Matalam JS, Nair SS, De Leon Maxion A, Sayed S & Melepeedikayil SS. (2018). Assessing anxiety and depression in cancer patients. *British Journal of Nursin*, 27(10), 18-23.
- Motamedi M, Arefi M. (2018). Investigating Alexithymia among Women with and Without Thyroid Cancer in Isfahan. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 5(2), 104-11.
- Nanni MG, Caruso R, Travado L, Ventura C, Palma A, Berardi AM, Meggiolaro E, Ruffilli F, Martins C, Kissane D, Grassi L. (2018). Relationship of demoralization with anxiety, depression, and quality of life: A Southern European study of Italian and Portuguese cancer patients. *Psychooncology*, 27(11), 2616-2622.
- Okanli A, Karabulutlu EY, Asi Karakaş S, Şahin Altun O, Yildirim N. (2018). Alexithymia and perception of illness in patients with cancer. *European Journal of Cancer Care (Engl)*, 27(3).
- Perepelkin J, Antunes K, Boechler L, Remillard AJ, Mildenerger L. (2019). Providing
- Holt J. (2002). Exploration of the concept of hop in the Dominican Republic. *Journal of Advanced Nursing*. 32(5), 1116-25.
- Hyphantis T, Paika V, Almyroudi A, Kampletsas ED, & Pavlidis N. (2011). Personality variables as predictors of early non-metastatic colorectal cancer patients' psychological distress and health-related quality of life: a one-year prospective study. *The Journal of Psychosomatic Research*. 70(5), 411-21.
- Ivanovski B & Malhi GS. (2007). The Psychological and Neurophysiological Concomitants of Mindfulness Forms of Meditation. *Acta Neuropsychiatrica*, 19, 76-91.
- Jimenez-Fonseca P, Calderón C, Hernández R, Ramón Y, Cajal T, Mut M, Ramchandani A, Donnay O, Carmona-Bayonas A. (2018). Factors associated with anxiety and depression in cancer patients prior to initiating adjuvant therapy. *Clinical and Translational Oncology*, 20(11), 1408-1415.
- Jitendra M, Meena M, Giti Ghoreishi A. (2017). Comparison of stress and coping styles in patients with cancer And healthy people. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 11(45), 77-88.
- Katz J, Martin AL, Page MG, Calleri V. (2009). Alexithymia and fear of pain independently predict heat pain intensity ratings among undergraduate university students. *Pain Research and Management*, 14(4), 299-305.
- Kaviani H, Seyfourian H, Sharifi V, Ebrahimkhani N. (2009). Reliability and validity of Anxiety and Depression Hospital Scales (HADS): Iranian patients with anxiety and depression disorders. *Tehran Univ Med Sci*, 67(5). [Persian].
- Lam KFY, Lim HA, Kua EH, Griva K, Mahendran R. (2017). Mindfulness and cancer patients' emotional states: A latent profile analysis among newly diagnosed cancer patients. *Mindfulness*. 9(2), 521-533.
- Lord C, Rutter M & Le Couteur A. (1994). Autism diagnostic interview-Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism*

- Shirin Z. (2018). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on the dysfunctional beliefs, self-talk and self-management of cancer. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 12(48), 57-66.
- Shulman B, Dueck R, Ryan D, Breau G, Sadowski I, Misi Sh. (2018). Feasibility of a mindfulness-based cognitive therapy group intervention as an adjunctive treatment for postpartum depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 235, 61-67.
- Sonkaya AR, Unal E, Emir C. (2019). The Relationship between Alexithymia and Depression in Patients with Multiple Sclerosis. *EURASIAN JOURNAL OF MEDICAL INVESTIGATION*, 3(2), 169-172.
- Teasdel JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby J & Lau MA. (2000). Prevention of relapse in major depression by mindfulness based cognitive therapy. *Consulting and clinical psychology*, 2000, 68: 615-623.
- Würtzen H, Dalton SO, Elsass P, Sumbundu AD, Steding-Jensen M, Karlsen RV, Andersen KK, Flyger HL, Pedersen AE, Johansen C. (2013). Mindfulness significantly reduces self-reported levels of anxiety and depression: results of a randomised controlled trial among 336 Danish women treated for stage I-III breast cancer. *European Journal of Cancer*, 49(6), 1365-73.
- Xu R, Yuan X, Tang Q. (2017). Alexithymia and negative emotions in cancer patients: Mediating effects of intrusive thoughts. *Iranian Journal of Basic Medical Sciences*, 42(12), 1401-140.
- Zhong M, Goh PH, Li D, Bao J, Xu W. (2017). Dispositional mindfulness as a moderator between perceived stress and psychological symptoms in Chinese digestive tract cancer patients. *Journal of Health Psychology*.
- Zhong M, Zhang Q, Bao J, Xu W. (2019). Relationships Between Meaning in Life, Dispositional Mindfulness, Perceived Stress, and Psychological Symptoms Among Chinese Patients With Gastrointestinal Cancer. *mindfulness meditation for patients with depression and anxiety in a community pharmacy: A pilot study. Journal of the American Pharmaceutical Association*, 59(2), 258-264.
- Popovic D, Žipovski J, Brajković L, Jelinić K. (2018). Depression and Anxiety among Women Suffering from Breast Cancer: Role of Individual's Defense Mechanisms and Alexithymia. *Psycho-Oncology: Abstracts of the 20th World Congress of Psycho-Oncology*, 29 October - 2 November 2018, Hong Kong Wiley and Sons. 150-150.
- Ramel W, Goldin PR, Carmona PE, McQuaid JR. (2004). The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28(4), 433-455.
- Roh D, Kim WJ, Kim CH. (2011). Alexithymia in obsessive-compulsive disorder: clinical correlates and symptom dimensions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199 (9), 690-5.
- Sadoughi M, Mehrzad V, Mohammad Salehi Z. (2017). The Relationship between Anxiety, Depression, and Quality of Life among Breast Cancer Patients in Seyedoshohada Hospital in Isfahan in 2016: The Mediating Role of Resilience. *J Rafsanjan Univ Med Sci*, 16(5): 395-408. [Persian].
- Segal Z, Gemar M, Williams S. (1999). Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(1), 3-10.
- Segal ZV, & Wiliam JM. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford press.
- SeyedTabaee SR, Rahmatinejad P, Mohammadi D, Akbari V. (2018). Psychological Defense Mechanisms and Alexithymia in Cancer Patients. *Aristotle University Medical Journal*, 7(2), 141-150.

The Journal of Nervous and Mental Disease
207(1),34-37.