

رابطه‌ی تیپ شخصیتی D و خوددلسوزی با رفتارهای بهداشتی در زنان مبتلا به سرطان سینه: نقش تعدیل‌کننده‌ی استرس ادراک‌شده

The Relationship between D Type Personality and Self-Compassion with Health Behaviors in Women with Breast Cancer: Moderating Role of Perceived Stress

Sadaf Bagheri¹, Farhad Mohammadi Masiri^{2*},
Leila Sadat Mirsefi Fard³, Khadijeh Moradi⁴

صدف باقری^۱، فرهاد محمدی مصیری^{۲*}،
لیلا السادات میرصفی فرد^۳، خدیجه مرادی^۴

1. M. A. in General Psychology, Islamic Azad University of Kashan Branch, Kashan
2. Assistant professor, Department of Psychology, Islamic Azad University of Kashan Branch, Kashan
3. M. A. in General Psychology, Islamic Azad University of Kashan Branch, Kashan
4. Ph.D. in Educational Psychology, Islamic Azad University of Semnan Branch, Semnan

- ۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشان، کاشان
- ۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشان، کاشان
- ۳- دانشجوی کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشان، کاشان
- ۴- دکترای تخصصی روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، سمنان

Abstract

Cancer remains one of the most important illnesses of the present century and is the second leading cause of death after cardiovascular disease despite significant advances in medical science. The study aimed to investigate the relationship between D type personality and self-compassion with health behaviors in women with breast cancer taking into account the moderating role of perceived stress. The study population consisted of all women with breast cancer who referred to Imam Hossein Hospital. The research sample size consisted of 70 patients who were selected using convenience sampling method. The research tools were Denollet D type personality questionnaire, Neff self-compassion questionnaire, Logas health status questionnaire and Cohen et al perceived stress questionnaire. Data were analyzed using statistical methods of correlation between variables, or structural correlation in structural equation modeling. Data were analyzed using Amos software. The results of the study show that the proposed model has a suitable fit (RMSEA=0/05), thus there is a significant correlation between self-compassion, D type personality and perceived stress with the health behaviors of women with breast cancer referring to medical hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences ($\alpha=0.01$). The regression coefficient between self-compassion and health behaviors with the highest correlation was positive. Also, the relationship of perceived stress with positive health behaviors was positive. While personality D showed a negative relationship with health care behaviors. The results of this study showed that D type personality, self-efficacy and perceived stress have a significant role in predicting health behaviors. By focusing on these structures, we can achieve more stable and better therapeutic results in the prevention and treatment of breast cancer patients.

Keywords:

D Type Personality, Self-Compassion, Perceived Stress, Health Behaviors, Cancer

چکیده

با وجود پیشرفت‌های قابل‌توجه علم پزشکی، سرطان همچنان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگ‌ومیر بعد از بیماری‌های قلب و عروق مطرح است. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه‌ی تیپ شخصیتی D و خوددلسوزی با رفتارهای بهداشتی در زنان مبتلا به سرطان سینه با در نظر گرفتن نقش تعدیل‌کننده‌ی استرس ادراک‌شده انجام گرفت. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل کلیه‌ی زنان مبتلا به سرطان سینه‌ی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های پزشکی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر تهران بود. نمونه‌ی پژوهش شامل ۷۰ نفر بیمار مبتلا به سرطان سینه‌ی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام حسین (ع) تهران بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه‌های تیپ شخصیتی D دنولت، مقیاس خوددلسوزی نف، وضعیت بهداشتی لاگ کاس و پرسشنامه‌ی استرس ادراک‌شده‌ی کوهن و همکاران انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری همبستگی بین متغیرها، یا روابط ساختاری در الگوبایی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار AMOS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که مدل پیشنهادی، برازش مناسبی دارد (RMSEA=۰/۰۵)؛ بنابراین بین خوددلسوزی، شخصیت D و استرس ادراک‌شده با رفتارهای بهداشتی زنان مبتلا به سرطان سینه، رابطه‌ی معناداری وجود داشت ($P<۰/۰۱$) که بیشترین مقدار ضریب همبستگی بین خوددلسوزی و رفتارهای بهداشتی بود. هم‌چنین رابطه‌ی استرس ادراک‌شده با رفتارهای بهداشتی مثبت بود. درحالی‌که شخصیت D با رفتارهای مراقبت‌های بهداشتی رابطه‌ی منفی نشان داد. تیپ شخصیتی D قادر به پیش‌بینی رفتارهای مراقبت‌های بهداشتی زنان از طریق استرس ادراک‌شده بود. نتایج پژوهش نشان داد که تیپ شخصیتی D، خوددلسوزی و استرس ادراک‌شده در پیش‌بینی رفتارهای بهداشتی نقش معناداری دارند. با تمرکز بر این سازه‌ها می‌توان در زمینه‌ی پیشگیری و درمان بیماران مبتلا به سرطان سینه به نتایج درمانی پایدارتر و بهتری دست یافت.

کلیدواژه‌ها:

تیپ شخصیتی D، خوددلسوزی، استرس ادراک‌شده، رفتارهای بهداشتی، سرطان

■ ■

* نویسنده مسئول: فرهاد محمدی مصیری

نشانی: کاشان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشان، گروه روان‌شناسی

تلفن: ۰۵۵۴۰۰۵۵-۰۳۱ (+۹۸)

پست الکترونیک: mohammadi.m@gmail.com

مقدمه

طبق مطالعات در ایران میزان بروز و شیوع سرطان سینه بالا است و دومین علت مرگ ناشی از سرطان در بین زنان است. پیامد و اثر بیماری سرطان سینه در زنان یک تجربه‌ی غافلگیرکننده و نگران‌کننده است. در واقع با آگاهی یافتن از داشتن بیماری بدخیم تهدیدکننده‌ی حیات، درک افراد از زندگی تغییر می‌کند. به‌طوری‌که تحقیقات متعددی نشان داده است رابطه‌ی تنگاتنگی میان سرطان و بهزیستی روان‌شناختی وجود دارد و باعث بروز عارضه‌های روانی متعددی می‌شود؛ اما به‌تازگی مشخص شده است که استرس‌های روانی تأثیر عمیقی در سرعت بخشیدن به پیشرفت و رشد انواع مختلف سرطان دارد (مگنتو، مانوسل، چلبوسکی، گوس و ریچاردسون، ۲۰۱۷).

اکثر بیماری‌های انسانی از جهاتی با استرس ارتباط دارند و هر چه استرس شدیدتر و طولانی‌تر باشد، عوارض منفی روان‌شناختی و فیزیولوژیکی بیشتری دارد. بررسی ارتباط مستقیم استرس - بیماری مشکل است چراکه نمی‌توان آزمودنی‌ها را به آزمایشگاه برد و آن‌ها را با استرس و رهایی مواجه کرد و انتظار داشت پیامد فوری آن مشاهده شود. لذا شواهد مربوطه به ارتباط استرس - بیماری به‌طور مستقیم و استنتاجی به دست آمده‌اند (هچ و همکاران، ۲۰۱۶). در یکی از روندهای پژوهشی غالب در قلمرو مطالعاتی استرس، به‌جای تمرکز بر اندازه‌گیری عینی عوامل استرس‌زا، بر ارزیابی ذهنی استرس زندگی تأکید می‌شود (آرس، لبل و بایلاجیو، ۲۰۱۴). در این روند تأکید می‌شود که اثر عوامل استرس‌زای زندگی بر افراد مختلف بر اساس ادراک آن‌ها از عوامل استرس‌زا متفاوت است (هویت، فلیت و ماچر، ۲۰۱۵). استرس ادراک‌شده به ارزیابی فرد از ویژگی‌های غیرقابل‌پیش‌بینی بودن و غیرقابل‌کنترل بودن عوامل استرس‌زا اشاره می‌کند (گلدن کروس و همکاران، ۲۰۱۵). استرس ادراک‌شده به‌مثابه‌ی یک چالش فراگیر، حجم فراوانی از پژوهش‌ها را در ملل مختلف به خود اختصاص داده است. در شرایط فعلی، مواجهه با مطالبات زندگی و به‌تبع آن فراخوانی سطوح متمایزی از تجارب تنیدگی‌زا در موقعیت‌های بیماری، امری اجتناب‌ناپذیر است (هیستاد، اید، لابرگ، جانسون و بارتون، ۲۰۱۶).

عامل روان‌شناختی مهمی که در رابطه با بروز و پیشرفت بیماری‌ها ارتباط دارد استرس است (کوردووا، ریبا و اسپیگل، ۲۰۱۷). بر اساس مدل باور تندرستی، شدت استرس ادراک‌شده، یکی از مؤلفه‌های اساسی تبیین‌کننده‌ی احتمال اتخاذ راهبرد مقابله توسط افراد در موقعیت‌های استرس‌زا محسوب می‌شود. در صورت بالا بودن شدت استرس ادراک‌شده، باور فرد در زمینه‌ی میزان جدی بودن استرس بیشتر می‌شود. به‌احتمال زیاد فرد زمانی اقدام به اتخاذ راهبردهای مقابله خاص می‌کند که به تأثیرات فیزیکی، روان‌شناختی و اجتماعی منفی

ناشی از استرس و پیامدهای مهم آن (برای مثال تغییر روابط اجتماعی، کاهش استقلال، درد و رنج، ناتوانی و حتی مرگ) باور داشته باشد (آندرسون، گرال، وست بروک، بیسوپ، کارسون، ۲۰۱۷). این امر شبیه خوددلسوزی^۱ است. افزایش خوددلسوزی باعث بهبود بهزیستی با گذشت زمان می‌شود. از طرف دیگر استرس ادراک‌شده‌ی پایین و خوددلسوزی اندک مانع از انجام رفتارهای بهداشتی در مقابله با سرطان می‌شود (کوردووا، ریبا و اسپیگل، ۲۰۱۷).

خوددلسوزی تعمیم احساس دلسوزی به خود در مواقع شکست، احساس نالایق بودن یا به‌طور کلی احساس رنج و سختی است. بر اساس نظریه نف خوددلسوزی شامل تعامل بین سه مؤلفه خودمهربانی^۲ در مقابل خودقضاوتی^۳، نوع‌دوستی^۴ در مقابل انزوا^۵ و ذهن‌آگاهی^۶ در مقابل تشخیص افراطی^۷ (نف، ۲۰۱۲) است. خوددلسوزی مستلزم این است که فرد زمانی که آسیب می‌بیند، شکست می‌خورد یا احساس بی‌کفایتی می‌نماید به‌جای آن که رنجی را که متحمل شده نادیده بگیرد یا خود را به باد انتقاد بگیرد، نسبت به خودش مهربان باشد و خود را درک نماید (نف، ۲۰۱۲). نیکلاس، شپارد، فورسیت، ارل وین (۲۰۱۵) در تحقیقی نشان دادند که خوددلسوزی به‌عنوان یک پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی برای کیفیت زندگی، افسردگی و اضطراب است و نتیجه گرفتند که خوددلسوزی یک فاکتور مهم سلامت روان می‌باشد. نف (۲۰۱۶) در پژوهشی با عنوان خوددلسوزی و عملکرد روان‌شناختی انطباقی نشان دادند که افزایش در خوددلسوزی با افزایش تندرستی و بهزیستی شناختی مرتبط است.

تادیوس^۸ و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای دریافتند که خوددلسوزی بر رفتارهای بهداشتی زنان مبتلا به سرطان تأثیر معناداری دارد. این مطالعه تأثیر خوددلسوزی را بر رفتارهای بهداشتی شامل داشتن رژیم غذایی مناسب، ورزش کردن، دوری از مواد مخدر و... را نشان داد (به نقل از هاستد، ادی، لابرگ، جانسون، بارتن، ۲۰۱۶).

از طرف دیگر به نظر می‌رسد که تفاوت‌های شخصیتی عامل مهمی است که منجر به واکنش‌های متفاوت در مقابل استرس می‌گردد و ممکن است زیربنای مرگ‌ومیر انسان‌ها در اثر ابتلا به بیماری‌های مختلف به‌خصوص سرطان باشد. در واقع در درمان بیماری‌های مختلف جسمانی و ارتقاء سطح سلامت افراد، تغییر ویژگی‌های

1. Self-Compassion
2. Self-Kindness
3. Self-judgment
4. Kindness
5. Retreat
6. Mindfulness
7. Extreme Detection
8. Thaddeus

(برای مثال تغییر روابط اجتماعی، کاهش استقلال، درد و رنج، ناتوانی و حتی مرگ) باور داشته باشد (آندرسون و همکاران، ۲۰۱۷).

از سوی دیگر مطالعات سازمان جهانی بهداشت در رفتارهای بهداشتی ۳۵ کشور جهان نشان داد که کیفیت زندگی و سلامتی افراد به رفتار شخصی آن‌ها بستگی دارد (هاستد و همکاران، ۲۰۱۶). رفتارهای بهداشتی به آن دسته از رفتارها گفته می‌شود که بر سلامت افراد تأثیر می‌گذارد. جستجوی اطلاعات مربوط به موضوع سلامت، مراجعه به پزشک یا دندان‌پزشک برای معاینه‌ی عمومی، ایمن‌سازی، ورزش کردن، رژیم غذایی مناسب، بستن کمربند ایمنی در هنگام رانندگی، برقراری روابط جنسی سالم و حساس شدن نسبت به وضعیت بیماری خود از جمله رفتارهای بهداشتی هستند. در مجموع، مطالعات متعددی از رابطه‌ی بین استرس و رفتارهای بهداشتی در بروز انواع بیماری‌ها حکایت می‌کند (گرم، ۲۰۱۴).

هم‌چنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند، درمان طولانی، توانایی زنان را در برقراری نقش اجتماعی به‌عنوان زن خانه‌دار یا شاغل، وضعیت آینده و امکان بازگشت به کار، دچار مشکل می‌سازد. سطح بالای استرس، تأثیر منفی طولانی‌مدت بر خودباوری زنان داشته که تأثیر بسیار بد و مهمی در عملکرد خانواده، زناشویی و پایین آمدن سطح کیفی زندگی می‌گذارد (ویلیامز و همکاران، ۲۰۱۶).

متغیر وابسته‌ی پژوهش در این پژوهش رفتارهای بهداشتی است که احتمال می‌رود به‌واسطه‌ی استرس ادراک‌شده تحت تأثیر تیپ شخصیتی D و خوددلسوزی باشد. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که میزان آسیب‌پذیری روان‌شناختی افراد دارای خوددلسوزی بالا در مقایسه با افراد دارای خوددلسوزی پایین بیشتر است (علی پور، ۲۰۱۴). در بیماران سرطانی و سایر بیماری‌های مزمن، خوددلسوزی وابسته به بیماری است. در برخی مطالعات نشان داده شده است که خوددلسوزی مستقیماً بر فرایندهای فیزیولوژیک مرتبط با آرترواسکلروز تأثیر دارد (هاسون و همکاران، ۲۰۱۳). مردان با فشارخون بالا که خوددلسوزی سطح بالایی داشتند، سطح ایپی نفرین خونشان مانند افراد گروه کنترل بود درحالی‌که در مردان مبتلا به فشارخون بالا، با خوددلسوزی پایین سطح ایپی نفرین بالاتر بود (سل و همکاران، ۲۰۱۵). کینگ (۲۰۱۶) نتیجه‌گیری کرد که خوددلسوزی با شدت و نتایج سرطان و پذیرش و مشارکت در برنامه‌ی بازتوانی رابطه‌ی مستقیم دارد. شواهدی وجود دارد که خوددلسوزی و یا نقصان شفقت به خود یک عامل خطر ساز مستقل در بیماری‌های سرطانی است خوددلسوزی با بروز بیماری سرطان و میزان مرگ‌ومیر ناشی از این بیماری ارتباط دارد. اثرات خوددلسوزی نیز در پیش‌آگهی بیماران سرطانی مورد توجه قرار گرفته است که این چالش نیاز به بررسی دارد (هاچت و همکاران، ۲۰۱۶).

با توجه به نقش تیپ شخصیتی D، خوددلسوزی و استرس

شخصیتی منفی که در بروز بیماری‌ها نقش دارند و هم‌چنین توجه بر جنبه‌های مثبت شخصیتی که باعث مقاومت افراد می‌شود، کاملاً ضروری است (دمینگ و همکاران، ۲۰۱۷). شخصیت از نظر دنلوت^۱ (۲۰۱۵) اشاره به ساختارها و فرآیندهایی دارد که زمینه‌ساز تجربه و رفتار فردی است و با توجه به ساختار شخصیتی هر فردی رفتار و هیجان ویژه‌ای را هنگام مواجهه با رویدادهای استرس‌آمیز از خود نشان می‌دهند (هاسون، دنلوت، اولینز، مولس، ۲۰۱۳). تیپ شخصیتی D برآمده از دیدگاه دنلوت (۲۰۱۵) است که در طبقه‌بندی ابعاد شخصیتی آدمی موفق بوده و به‌عنوان عامل تعیین‌کننده‌ی آشفستگی هیجانی در بیماران روان‌تنی از جمله مبتلایان به بیماری سرطان، دارای دو مؤلفه‌ی عاطفه‌ی منفی و بازداری اجتماعی است که مورد تأیید قرار گرفته است. ورن و همکاران (۲۰۱۶) با ۶ تا ۱۰ سال مطالعه‌ی پیگیر در افراد مبتلا به بیماری کرون قلبی نشان دادند، تیپ شخصیتی D مستقل از عوامل دیگر، پیش‌بینی‌کننده‌ی معنادار حوادث قلبی و غیر قلبی مثل سرطان، علائم خستگی حیاتی و عاطفه‌ی افسرده‌وار است. هم‌چنین در پژوهشی دیگر ویلیامز و همکاران (۲۰۱۶) اثرات مکانیسم‌های تیپ شخصیتی D را بر رفتارهای مربوط به تندرستی و حمایت اجتماعی بررسی کردند. نتایج این پژوهش نشان داد که بیماران دارای تیپ شخصیتی D به انجام رفتارهای بهداشتی ناسازگارانه نظیر سیگار کشیدن، ورزش نکردن و داشتن یک رژیم غذایی بد تمایل بیشتری دارند. تیپ شخصیتی D نسبت به بیماران غیر تیپ D به‌صورت معناداری نمرات زیاده‌تری در مقیاس وضعیت بهداشتی داشتند. متغیر مرتبط دیگر با رفتارهای بهداشتی، استرس ادراک‌شده^۲ است. استرس ادراک‌شده به ارزیابی فرد از ویژگی‌های غیرقابل‌پیش‌بینی بودن و غیرقابل‌کنترل بودن عوامل استرس‌زا اشاره می‌کند (گلدن کروس و همکاران، ۲۰۱۴). تحقیقات نشان داده است که پایین بودن استرس ادراک‌شده مانع از انجام رفتارهای بهداشتی در مقابله با سرطان می‌شود (گرم، ۲۰۱۴). در این دیدگاه تأکید می‌شود که اثر عوامل استرس‌زای زندگی بر افراد مختلف بر اساس ادراک آن‌ها از عوامل استرس‌زا متفاوت است (آرس، لیبیل و بیل-جو، ۲۰۱۴). پاسخ فرد در واکنش به بیماری‌های سخت همچون سرطان، برحسب آن که یک موقعیت ویژه را به‌صورت استرس‌زا ادراک کند یا خیر، تغییر می‌کند (هاستد و همکاران، ۲۰۱۶). در صورت بالا بودن شدت استرس ادراک‌شده، باور فرد در زمینه‌ی میزان جدی بودن استرس بیشتر می‌شود. به‌احتمال زیاد فرد زمانی اقدام به اتخاذ راهبردهای مقابله‌ی خاص می‌کند که به تأثیرات فیزیکی، روان‌شناختی و اجتماعی منفی ناشی از استرس و پیامدهای مهم آن

1. Denollet
2. perceived stress

ادراک شده در بیماری سرطان سینه، هدف پژوهش حاضر تعیین ارتباط تیپ شخصیتی D و خوددلسوزی از طریق نقش واسطه‌ای استرس ادراک شده با رفتارهای بهداشتی بیماران سرطان سینه است.

روش

روش این پژوهش، توصیفی و طرح پژوهش همبستگی از نوع تحلیل مسیر است. در این پژوهش، روابط میان متغیرها در قالب مدل علی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی زنان مبتلا به سرطان سینه‌ی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام حسین (ع) شهر تهران بود. از بین بیماران مبتلا به سرطان سینه‌ی مراجعه‌کننده‌ی روزانه به بیمارستان که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند (داشتن سرطان سینه، حداقل ۶ ماه و حداکثر ده سال از تاریخ جراحی گذشته باشد، سن بین ۶۵-۱۸ سال، حداقل تحصیلات سیکل)، جامعه‌ی آماری پژوهش انتخاب شد که شامل کلیه‌ی بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان مذکور در بازه زمانی ۶ ماهه بود. حجم جامعه در این بازه‌ی زمانی ۸۵ نفر بود. حجم نمونه بعد از مطالعات مقدماتی طبق فرمول حجم نمونه کرجسی و مورگان^۱ (خوی‌نژاد، ۲۰۱۵) و همچنین با روش نمونه‌گیری در دسترس ۷۰ نفر انتخاب شد.

ابزار پژوهش

برای جمع‌آوری اطلاعات از چهار مقیاس تیپ شخصیتی D^۲ خوددلسوزی، استرس ادراک شده و وضعیت بهداشتی استفاده شد.

مقیاس تیپ شخصیتی D^۲

مقیاس تیپ شخصیتی D توسط دنلوت (۲۰۰۵) تدوین شده است و ۱۴ گویه دارد و مؤلفه‌های عاطفه‌ی منفی^۳ (۷ گویه) و بازداری اجتماعی^۴ (۷ گویه) را می‌سنجد. هر آزمودنی به این مقیاس به صورت «هرگز» (۵)، «بندرت» (۴)، «گاهی اوقات» (۳)، «اغلب اوقات» (۲) و «همیشه» (۱) پاسخ می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های عاطفه‌ی منفی و بازداری اجتماعی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۸ به دست آمده است. ضریب اعتبار هم‌زمان این مقیاس با مقیاس تیپ شخصیتی ۰/۶۳ گزارش شده است (دنلوت، ۲۰۰۵). نف، میجر و دنلوت (۲۰۱۶) ضریب آلفای کرونباخ کل این آزمون را ۰/۸۶ و برای خرده‌مقیاس‌های عاطفه‌ی منفی ۰/۸۲ و بازداری اجتماعی ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند. آلفای کرونباخ این مقیاس را هاشمی و پیمان‌نیا (۲۰۱۴)، ۰/۸۲ و ابوالقاسمی،

تقی پور و نریمانی (۲۰۱۲)؛ ۰/۸۷ گزارش نموده‌اند.

مقیاس خوددلسوزی (SCS^۵) (نف، ۲۰۰۳)

برای اندازه‌گیری سازه‌ی خوددلسوزی از مقیاس شفقت بر خود نف (۲۰۰۳) استفاده شد که متشکل از ۲۶ گویه است و به صورت لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس ۶ مؤلفه دارد که عبارت‌اند از مهربانی با خود (۵ گویه)، قضاوت در مورد خود (۵ گویه)، مشترکات انسانی (۴ گویه)، انزوا (۴ گویه)، به هوشمندی (۴ گویه) و فزون همانندسازی (۴ گویه). میانگین نمرات شش مؤلفه با هم جمع شده و یک نمره‌ی کلی شفقت به خود حاصل می‌شود. در تحقیق نف (۲۰۰۳) تحلیل عامل تأییدی روی این مقیاس انجام شد و یک عامل منفرد سطح بالا یافت گردید که همبستگی درونی این شش مؤلفه را تبیین می‌کند. تحقیقات گوناگون بیانگر این است که این ابزار از اعتبار هم‌زمان، همگرا و تمیزی خوبی برخوردار است و دارای پایایی بازآزمایی عالی است (نف، ۲۰۰۳؛ نف و همکاران، ۲۰۱۲). نف (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ نسخه‌ی اولیه‌ی این آزمون را ۰/۹۲ گزارش کرده است. ضریب همبستگی این مقیاس و مقیاس حرمت خود روزنبرگ در ایران ۰/۸۵ به دست آمده است (قربانی و همکاران، ۲۰۱۱). انجدانی (۲۰۱۰) آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۰ گزارش کرد. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۳ به دست آمد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های مهربانی با خود ۰/۷۹، قضاوت در مورد خود ۰/۷۸، مشترکات انسانی ۰/۷۶، انزوا، ۰/۷۷، به هوشمندی ۰/۷۹ و فزون همانندسازی ۰/۸۰ محاسبه گردید. خرده‌مقیاس‌های منفی یعنی قضاوت در مورد خود، انزوا و فزون همانندسازی برعکس نمره‌گذاری می‌شوند.

پرسشنامه‌ی استرس ادراک شده (PSS-14^۶)

میزان استرس ادراک شده (PSS-14) با استفاده از مقیاس استرس ادراک شده‌ی کوهن و همکاران (۱۹۸۳) سنجیده شد. این مقیاس دارای ۱۴ ماده است که برای سنجش استرس عمومی درک شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود. افکار و احساسات درباره‌ی حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس تجربه‌شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. همچنین این مقیاس، عوامل خطرزا در اختلالات رفتاری را بررسی کرده و فرایند روابط تنش‌زا را نشان می‌دهد. پرسشنامه بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از هیچی (۰) تا خیلی زیاد (۴) نمره‌گذاری می‌شود. عبارات ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۳ به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (هیچی = ۴ تا خیلی زیاد = ۰). کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین نمره ۵۶ است. نمره‌ی

1. Kerjcie & Morgan
2. Personality Type D scale
3. Negative affection
4. Social inhibition

5. Self-Compassion Scale
6. Perceived Stress Scale

شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کجی کشیدگی
خوددلسوزی	۲۰/۵۰	۲/۶۲	-۰/۱
تیپ شخصیت D	۳۱/۳۵	۳/۷۲	-۰/۱۲
استرس ادراک شده	۱۹/۷۸	۵/۴۲	-۰/۳۲
مراقبت‌های بهداشتی	۲۵/۱۸	۴/۶۸	-۰/۱۴

برازش مدل پژوهش از طریق تحلیل معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مربوط به شاخص‌های برازندگی مدل موردنظر در ادامه تشریح شده و در جدول شماره ۳ نیز به‌طور خلاصه نشان داده شده است.

۱- بر اساس نتایج جدول (۳) مجذور کای (χ^2) برابر با ۶۸ بود که معنادار بود. لذا نتایج همبستگی قابل اعتماد است.

۲- نسبت χ^2/df در پژوهش حاضر برابر ۲/۲۷ است که کوچک بوده و نشان‌دهنده‌ی برازش قابل قبول برای مدل اصلاحی است.

۳- مقدار شاخص جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) در مدل برابر با ۰/۰۵۹ بود که نمایانگر برازش الگوی پژوهش است. هر قدر مقدار شاخص RMSEA به صفر نزدیک‌تر باشد بیانگر برازش بهتر مدل با داده‌ها است؛ اما شاخص‌های بعدی، برازش یک الگوی معین را با الگوی مبنایی، الگویی که در آن معمولاً هیچ کوواریانس میان متغیرها وجود ندارد، مقایسه می‌کنند. هر چه تفاوت به ۱ نزدیک‌تر باشد، برازش بهتر است و مقدار ۰/۹ معمولاً به‌عنوان برازشی نیکو تلقی می‌شود (ارشدی، ۲۰۰۷).

۴- شاخص نیکویی برازش (GFI) برابر ۰/۹۸ بود که بیانگر برازندگی مدل است.

۵- شاخص نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI) نیز برابر با ۰/۹۴ بود که با توجه به بالا بودن آن به میزان حدنصاب، از قابلیت قبول برخوردار است.

۶- شاخص برازندگی افزایشی (IFI) برابر با ۰/۹۲ بوده و مقدار شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) نیز برابر با ۰/۹۸ بود که بیانگر نیکویی برازش مدل پژوهش است.

۷- شاخص بنتلر-بونت یا شاخص نرم‌شده‌ی برازندگی (NFI) برابر ۰/۹۷ است که نشانگر برازندگی مدل است. با توجه به شاخص‌های بالا، می‌توان نتیجه گرفت که الگوی پژوهش از نیکویی برازش قابل قبولی برخوردار است. در نتیجه، جهت

بالتر نشان‌دهنده‌ی استرس ادراک‌شده‌ی بیشتر است. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در دو مطالعه ۰/۸۵ و ۰/۸۶ به‌دست آمده است (کوهن و همکاران، ۱۹۹۴). آلفای کرونباخ این مقیاس را هاشمی و پیمان نیا (۲۰۱۴)، ۰/۸۹ و منگلیان شهر بابکی و همکاران (۲۰۱۱)؛ ۰/۹۱ گزارش نموده‌اند.

مقیاس وضعیت بهداشتی^۱

برای سنجش رفتارهای بهداشتی از مقیاس وضعیت بهداشتی لوگ و کاسا^۲ (۱۹۹۸) استفاده شد. این پرسشنامه به عنوان ابزاری استاندارد شده برای سنجش کارکردی و بهتر شدن مراقبت‌های اولیه‌ی افراد در بیماری‌های مزمن توسعه یافته است. این پرسشنامه ۳۶ گویه دارد که محدودیت‌های فعالیت (۹ گویه)، مشکلات سلامتی فیزیکی (۴ گویه)، مشکلات سلامت جسمانی (۴ گویه)، فعالیت‌های اجتماعی (۵ گویه)، انرژی و امراض (۹ گویه)، سلامت عمومی (۵ گویه) را اندازه‌گیری می‌کند. پرسشنامه بر اساس طیف ۴ درجه‌ای لیکرت از هیچ‌وقت (۱) تا همیشه (۵) نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۴ گزارش شده است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه را مروتی و همکاران (۲۰۱۲)، ۰/۹۲؛ آزادبخت و همکاران (۲۰۱۴)، ۰/۸۶ و حیدری (۲۰۱۶)؛ ۰/۸۹ گزارش نموده‌اند.

یافته‌ها

در جدول شماره (۱) اطلاعات جمعیت شناختی نمونه‌ی پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱. فراوانی مربوط به سن و تحصیلات آزمودنی‌ها

متغیر	فراوانی	درصد	
سن	۲۵-۲۰	۹	۱۲/۸
	۳۰-۲۵	۱۲	۱۷/۲
	۳۵-۳۰	۱۷	۲۴/۳
	۴۰-۳۵	۲۲	۳۱/۵
	۴۵-۴۰	۱۰	۱۴/۲
	کل	۷۰	۱۰۰٪
	تحصیلات	زیر دیپلم	۱۵
دیپلم		۲۱	۳۰٪
لیسانس		۱۷	۲۴/۳
فوق لیسانس		۱۰	۱۴/۲
دکتری		۷	۱۰٪
کل	۷۰	۱۰۰٪	

در جدول شماره (۲) اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه

1. Health status Scale
2. Loge & Kasha

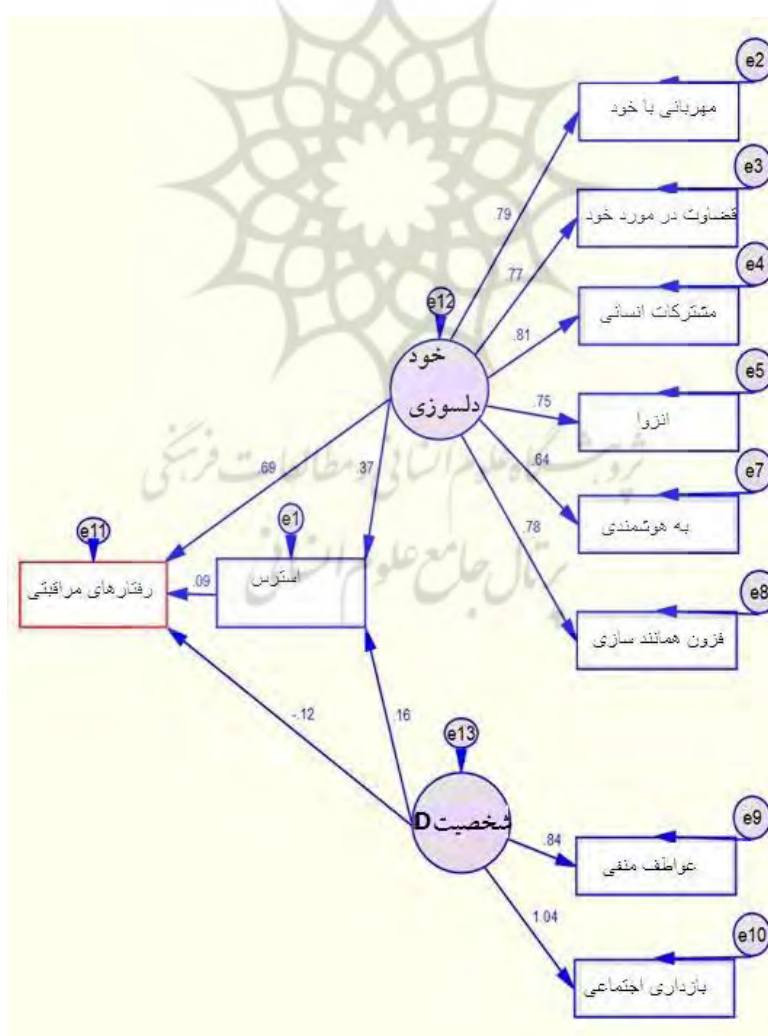
خوددلسوزی، رفتارهای بهداشتی زنان مبتلا به سرطان سینه نیز افزایش می‌یابد. همچنین ضرایب غیرمستقیم خوددلسوزی با رفتارهای بهداشتی از طریق استرس ادراک شده برابر ۰/۳۷ و ۰/۹ است که در مجموع ۰/۴۶ درصد می‌شود. این کاهش در ضرایب همبستگی خوددلسوزی با رفتارهای بهداشتی از طریق استرس ادراک شده (نسبت به اثر مستقیم که برابر ۰/۶۹ بود) می‌تواند به دلیل اثر تعدیلی استرس ادراک شده بر رفتارهای بهداشتی باشد. در مورد بررسی رابطه‌ی خوددلسوزی با استرس ادراک شده مشخص شد که رابطه‌ی در حد ۰/۳۷ بین خوددلسوزی و استرس ادراک شده وجود دارد.

بررسی رابطه‌ی بین متغیرها می‌توان به مقادیر همبستگی به‌دست‌آمده در نمودار و شکل ۲ اعتماد کرد.

با توجه به شکل شماره ۱ که رابطه‌ی بین خوددلسوزی و شخصیت D را با رفتارهای بهداشتی به‌واسطه و بی‌واسطه‌ی استرس ادراک شده نشان می‌دهد، می‌توان مشاهده کرد که بین دو متغیر پیش‌بین مدل (شامل خوددلسوزی و شخصیت D) با مراقبت‌های بهداشتی به ترتیب رابطه‌ی مستقیمی در حد ۰/۶۹ و ۰/۱۲- وجود دارد که این مقدار رابطه به خاطر برازش مدل بر اساس مقدار خی دو در سطح $\alpha=0/01$ معنادار است. این رابطه بیانگر اثر مثبت و معنادار خوددلسوزی بر رفتارهای مراقبت‌های بهداشتی است؛ یعنی با افزایش

جدول ۳. شاخص‌های نیکویی برازش یا برازندگی تحلیل عامل تأییدی مدل

شاخص‌ها	χ^2	p	df	χ^2/df	NFI	IFI	GFI	AGFI	CFI	RMSEA
مدل اولیه	۱۲۲/۰۸	۰/۰۰۰	۳۱	۳/۹۷	۰/۸۹	۰/۹۶	۰/۹۳	۰/۸۸	۰/۹۶	۰/۰۹۱
مدل اصلاحی	۶۸/۱۳	۰/۰۰۰	۳۰	۲/۲۷	۰/۹۷	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۹۴	۰/۹۸	۰/۰۵۹



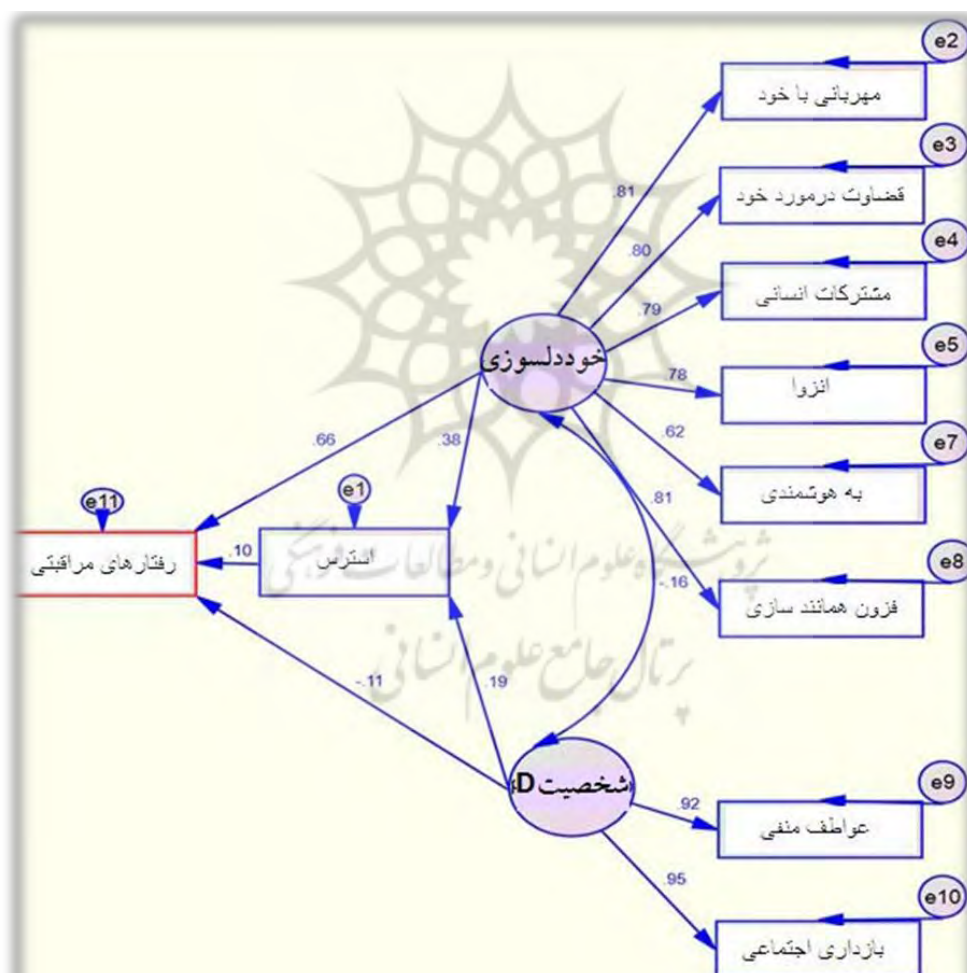
شکل ۱. الگوی اولیه‌ی رابطه‌ی خوددلسوزی و شخصیت D و استرس ادراک شده با رفتارهای بهداشتی

مثبت ۰/۱۹ درصدی داشته و استرس ادراک شده نیز اثر شخصیت را بر رفتارهای مراقبتی تسهیل می کند و مقدار همبستگی مستقیم را از ۰/۱۰- به ۰/۲۹ می رساند؛ رابطه‌ی خوددلسوزی با تیپ شخصیتی D، معکوس و برابر با ۰/۱۶- بود که این همبستگی دوسویه بوده و در این مدل کنترل شده است.

با توجه به جدول شماره ۴ که شاخص‌های برازندگی مدل اصلاحی شکل ۲ را به طور خلاصه نشان می دهد، می توان نتیجه گرفت که اکثر شاخص‌ها در سطح مطلوبی بوده و مدل اصلاحی از برازندگی قابل قبولی برخوردار است و می توان مقادیر همبستگی را تفسیر کرد.

بر اساس شکل شماره ۲ (الگوی اصلاح شده)، در بررسی نقش مستقیم شخصیت D بر رفتارهای مراقبت‌های بهداشتی مشخص شد که همبستگی منفی ۰/۱۱- درصدی بین شخصیت D و رفتارهای مراقبت‌های بهداشتی وجود دارد. بدین معنا که با افزایش شخصیت D، از میزان مراقبت‌های بهداشتی کاسته می شود. در نتیجه می توان گفت که بین تیپ شخصیتی D با رفتارهای مراقبتی زنان مبتلا به سرطان سینه رابطه وجود دارد. در بررسی رابطه‌ی تیپ شخصیتی D با استرس ادراک شده مشخص شد که میزان رابطه ۰/۱۹ است که با توجه به برازندگی مدل می توان گفت معنادار است.

درحالی که تیپ شخصیتی D با استرس ادراک شده، همبستگی



شکل ۲. الگوی اصلاح شده‌ی رابطه‌ی خوددلسوزی و شخصیت D و استرس ادراک شده با رفتارهای بهداشتی

جدول ۴. مقادیر همبستگی رگرسیون خوددلسوزی، شخصیت D و استرس ادراک شده با رفتارهای بهداشتی

P	C.R.	S.E.	Estimate	متغیرهای پیش‌بین	متغیرهای ملاک
***	۶/۹۳۶	۰/۲۲۷	۰/۵۷۵	خوددلسوزی	استرس ادراک شده
***	۳/۳۲۴	۰/۰۷۸	۰/۲۶۳	شخصیت D	استرس ادراک شده
***	۱۵/۴۹	۰/۰۵۰	۰/۷۶۶	خوددلسوزی	فزون همانندسازی متعالی
۰/۰۲۳	۲/۱۳۶	۰/۰۹۱	۰/۱۹۳	استرس ادراک شده	رفتارهای بهداشتی
***	۱۳/۳۹	۰/۴۸۰	۶/۳۸۴	خوددلسوزی	رفتارهای بهداشتی
***	-۳/۳۷۸	۰/۱۳۳	-۰/۴۵۱	شخصیت D	رفتارهای بهداشتی
***	۷/۸۱۴	۰/۱۵۰	۱/۱۶۸	شخصیت D	بازداری اجتماعی
			۱/۰۰۰	شخصیت D	هیجان‌ناز منفی
			۱/۰۰۰	خوددلسوزی	مهربانی با خود
***	۱۵/۲۵۰	۰/۰۵۸	۰/۸۹۱	خوددلسوزی	قضاوت درباره خود
***	۱۶/۲۱۶	۰/۰۶۵	۱/۰۵۷	خوددلسوزی	مشترکات انسانی
***	۱۸/۱۷۳	۰/۰۴۸	۰/۸۷۳	خوددلسوزی	انزوا
***	۱۲/۳۵۶	۰/۰۵۹	۰/۷۲۷	خوددلسوزی	ذهن آگاهی

بحث

با رفتارهای مراقبت‌های بهداشتی، مقدار همبستگی برابر با (۰/۱۲-) است که بر اساس آن می‌توان گفت از نظر زنان مبتلا به سرطان سینه رابطه‌ی معنادار مستقیم و معکوسی بین سطح رفتارهای مراقبت‌های بهداشتی و شخصیت D وجود دارد. یافته‌های پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های ورن و همکاران (۲۰۱۶) و ویلیامز و همکاران (۲۰۱۶) هماهنگ و همسو است. نتایج پژوهش مبین آن بود که خوددلسوزی و تیپ شخصیتی D، به‌واسطه‌ی استرس ادراک شده پیش‌بینی‌کننده‌ی رفتارهای بهداشتی هستند. این یافته با یافته‌های پژوهش‌هایی که در این زمینه صورت گرفته است همخوانی دارد (ابوالقاسمی، تقی پور و نریمانی؛ ۲۰۱۲؛ آزادبخت و همکاران، ۲۰۱۴؛ هاشمی و پیمان نیا، ۲۰۱۴). ابوالقاسمی و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهش خود نشان دادند که تیپ شخصیتی D و خوددلسوزی می‌تواند تغییرات مربوط به رفتارهای بهداشتی را در بیماران کرونر قلبی با و بدون جراحی به‌صورت معناداری پیش‌بینی کنند؛ این در صورتی است که در افراد سالم فقط تیپ شخصیتی D بود که رفتارهای بهداشتی را پیش‌بینی می‌کرد. همچنین نتایج نشان داد که بین این دو گروه از نظر خوددلسوزی تفاوت معناداری وجود دارد. مطالعه‌ی کینگ (۲۰۱۶) نشان داد که خوددلسوزی با شدت و نتایج سرطان و پذیرش و مشارکت در برنامه‌ی بازتوانی رابطه‌ی مستقیم دارد. شواهدی وجود دارد که نقصان شفقت به خود یا خوددلسوزی یک عامل خطر ساز مستقل در بیماری‌های سرطانی است. خوددلسوزی با بروز بیماری سرطان و میزان مرگ‌ومیر ناشی از این بیماری ارتباط دارد. اثرات خوددلسوزی نیز در پیش‌آگهی بیماران سرطانی مورد توجه قرار گرفته است که این چالش نیاز به بررسی دارد (روزگارتن، اورت-گامر و وللمن سن، ۲۰۱۶). در خصوص نقش واسطه‌ای استرس ادراک شده

هدف اصلی پژوهش حاضر، تعیین رابطه‌ی تیپ شخصیتی D و خوددلسوزی با رفتارهای بهداشتی در زنان مبتلا به سرطان سینه با در نظر گرفتن نقش تعدیل‌کننده‌ی استرس ادراک شده بود.

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که همبستگی معنادار و مثبتی بین خوددلسوزی و مراقبت‌های بهداشتی وجود دارد. بدین معنی که بعضی از رفتارهای مراقبت‌های بهداشتی زنان مبتلا به سرطان سینه متأثر از خوددلسوزی آن‌ها افزایش می‌یافت و چون مدل پیشنهادی برآزش داشت بر اساس این مقدار همبستگی می‌توان گفت خوددلسوزی قادر به پیش‌بینی درصد قابل توجهی از واریانس (۰/۶۶) مربوط به رفتارهای مراقبت‌های بهداشتی زنان مبتلا به سرطان است. یافته‌های پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های گرم (۲۰۱۴)؛ نف (۲۰۱۶) و کوردووا، ریبا و اسپیکل (۲۰۱۷) هماهنگ و همسو است. در تبیین رابطه‌ی خوددلسوزی و مراقبت‌های بهداشتی می‌توان گفت خوددلسوزی به دلیل داشتن مؤلفه‌های مهربانی با خود، ذهن آگاهی، داشتن مشترکات انسانی و گریز از انزوا باعث افزایش رفتارهای بهداشتی در زنان مبتلا شود. همچنین ممکن است دلسوزی به خود و بخشایش خود، به‌عنوان دو ویژگی شخصیتی مثبت، باعث افزایش رفتارهای بهداشتی زنان شود. همچنین نتایج نشان داد که بین استرس ادراک شده و مراقبت‌های بهداشتی زنان مبتلا به سرطان سینه، رابطه‌ی معناداری وجود داشت. یافته‌های پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های کوردووا، ریبا و اسپیکل (۲۰۱۷)؛ مگنتو و همکاران (۲۰۱۷) و هیچ و همکاران (۲۰۱۶) هماهنگ و همسو است. از طرف دیگر نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در مورد رابطه‌ی شخصیت D

(دنلوت، ۲۰۱۵). عاطفه منفی با درد قفسه‌ی سینه در غیاب بیماری کرونر قلبی مرتبط بوده است اما با کرونر قلبی واقعی نیز ارتباط دارد؛ بنابراین عاطفه منفی ممکن است هم به‌عنوان یک متغیر مداخله‌گر و هم به‌عنوان یک عامل خطر واقعی عمل کند. بازداری اجتماعی با تمایل پایدار به بازداری تجربیات هیجانی و رفتاری در تعاملات اجتماعی مشخص می‌شود. افراد دارای بازداری اجتماعی بالا بیشتر تمایل دارند که از طریق کنترل بیش‌ازحد خود بیانگری (عدم ابراز و تصریح عقاید و خصوصیات خود) از واکنش‌های منفی دیگران جلوگیری کنند (ایمونا، میجر و دنلوت، ۲۰۱۶).

در پایان شایان ذکر است که با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، نظر به این که از بین مؤلفه‌های خوددلسوزی، مهربانی با خود بیشترین نقش را در سلامتی بیماران مبتلا به سرطان سینه داشت، پیشنهاد می‌شود در راستای تقویت شرایط منجر به مهربانی با خود و همانندسازی با خود، برای ناآل شدن به مراقبت‌های بهداشتی بهتر اقدامات لازم صورت گیرد. هم‌چنین با توجه به نقش متغیرهای خوددلسوزی، تیپ شخصیتی D و استرس ادراک‌شده در رفتارهای بهداشتی، با تمرکز بر این سازه‌ها می‌توان در زمینه‌ی پیشگیری و درمان بیماران مبتلا به سرطان سینه به نتایج درمانی پایدارتر و بهتری دست یافت. پیشنهاد می‌شود در راستای تعدیل نقش استرس زیاد و افزایش ادراک استرس واقعی در افرادی که متوجه خطر سرطان خود نیستند مداخلات و آموزش‌های لازم داده شود تا به بهبود مراقبت‌های بهداشتی در زنان مبتلا به سرطان سینه کمک شود. یکی از محدودیت‌های این پژوهش این بود که دستیابی به زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های پزشکی وابسته به علوم پزشکی تهران با توجه به پراکنده بودن جامعه و نمونه با محدودیت همراه بود. هم‌چنین این پژوهش صرفاً محدود به زنان مبتلا به سرطان سینه‌ی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های پزشکی وابسته به علوم پزشکی تهران بود و کنترل برخی متغیرها از جمله سن، تحصیلات، پیشینه افراد، وضعیت اقتصادی، اجتماعی آزمودنی‌ها مشکل بود.

در رابطه‌ی بین تیپ شخصیتی D و خوددلسوزی می‌توان گفت که تفاوت‌های شخصیتی و عوامل روان‌شناختی عوامل مهمی هستند که منجر به واکنش‌های متفاوت در مقابل استرس می‌گردند و ممکن است زیربنای مرگ‌ومیر انسان‌ها در اثر ابتلا به بیماری‌های مختلف به‌خصوص سرطان باشند. درواقع در درمان بیماری‌های مختلف جسمانی و ارتقاء سطح سلامت افراد، تغییر ویژگی‌های شخصیتی منفی که در بروز بیماری‌ها نقش دارند و هم‌چنین توجه بر جنبه‌های مثبت شخصیتی که باعث مقاومت افراد می‌شود، کاملاً ضروری است (دمینگ و همکاران، ۲۰۱۷). تیپ شخصیتی D برآمده از دیدگاه دنلوت (۲۰۱۵) است که در طبقه‌بندی ابعاد شخصیتی آدمی موفق بوده و به‌عنوان عامل تعیین‌کننده‌ی آشفتگی هیجانی در بیماران روان‌تنی از جمله مبتلایان به بیماری سرطان، دارای دو مؤلفه‌ی عاطفه منفی و بازداری اجتماعی است که مورد تأیید قرار گرفته است. محققان معتقدند که استرس به‌طور غیرمستقیم و از طریق تغییر الگوی رفتاری فرد باعث بیماری می‌شود و امکان دارد فقط در افرادی منجر به بیماری شود که آسیب‌پذیری اولیه دارند. استرس یا آسیب‌پذیری هیچ‌کدام به‌تنهایی برای ایجاد بیماری کافی نیستند. به‌علاوه به نظر می‌رسد افرادی که می‌توانند شرایط منفی زندگی را کنترل نمایند، ایمنی بیشتری نسبت به بیماری نشان می‌دهند تا آن‌هایی که قادر به مواجهه با موقعیت‌های فشارزای زندگی نیستند. ویلیامز و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهشی نشان دادند که بیماران دارای تیپ شخصیتی D به انجام رفتارهای بهداشتی ناسازگارانه نظیر سیگار کشیدن، ورزش نکردن و داشتن یک رژیم غذایی بد تمایل بیشتری دارند. در تبیین نقش تیپ شخصیتی D می‌توان گفت که نقش بالقوه‌ی تیپ شخصیتی D به‌عنوان عامل تعیین‌کننده‌ی آشفتگی‌های هیجانی در بیماران سرطانی مورد تأیید قرار گرفته است. تیپ شخصیتی D دارای دو مؤلفه‌ی عاطفه منفی و بازداری اجتماعی است. عاطفه منفی با تمایل به بیان هیجان‌های منفی مشخص می‌شود. افراد دارای عاطفه منفی بالا، بیشتر تمایل به تجارب عاطفه منفی در همه‌ی اوقات، صرف‌نظر از موقعیت دارند

References

- Abolghasemi, A. Taghipour, M. Narimani, M. (2012). [The relationship between type D personality, self-compassion, and social support with health behaviors in coronary heart diseases (Persian)]. *Journal of Health Psychology*, 1 (1), 2-1.
- Alipour, Sh. (2014). [The relationship between personal values, resilience in mental well-being of patients with breast cancer (Persian)] [MSC Thesis]. Tehran: University of Tehran.
- Andersen, B.L., Goral, N.G., Westbrook, T.D., Bishop, B., Carson, W.E. (2017). Trajectories of stress, depressive symptoms, and immunity in cancer survivors: Diagnosis to 5 years. *Clinic Cancer Research*, 23(1), 52-61. [DOI:10.1158/1078-0432.CCR-16-0574] [PMid:27407091 PMCID:PMC5217183]
- Angdani, F. (2010). [The relationship between coping strategies and self-compassion in women with breast cancer(Persian)] [MSC Thesis]. Tehran, University of Tehran.
- Ares, I., Libel, S., Biela Jew, C. (2014). The impact of motherhood on perceived stress, illness intrusiveness and fear of cancer recurrence in young breast cancer survivors over time, *Journal Health Psychology*, 29(6),651-70. [DOI: 10.1080/08870446.2014.881998] [PMid:24410202]
- Arshadi, F. (2007). [The matching process in women with cancer (Persian)] [PhD Thesis in Nursing, school of nursing and midwifery]. Tehran University of Medical Sciences.
- Azadbakht, M., Garmaroudi, Gh. R., Taheri Tanjani, P., Safaf, R., Shojaeizadeh, D., Ghiyavandi, A. (2014). [Health promoting self-care behaviors and related factors (Persian)]. *Journal of Community Education and Health*, 1 (2), 16-16.
- Bernice, B., Chen, M. (2012). Testing for the factorial validity, replication, and invariance of a measuring instrument: A paradigmatic application based on the Maslach Burnout Inventory. *Multivariate Behavioral Research*, 29 (7), 289-311. [DOI:10.1207/s15327906mbr2903_5] [PMid:26765139]
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviors*, 21 (13), 385-96. [DOI:10.2307/2136404]
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1994). Perceived stress scale. *Measuring stress: A guide for health and social scientists. Journal Education Research*, 22(9), 2124-2132.
- Cordova, M. J., Reba, M. B., & Spiegel, D. (2017). Post-traumatic stress disorder and cancer. *The Lancet Psychiatry*, 25 (11), 43-54. [DOI:10.1016/S2215-0366(17)30014-7]
- Deeming, G.T., Albitz, C., Monnin, K., Renzhofer-Pappada, H.T., Nalepa, E., Boehm, M.L., Mitchell, C. (2017). Personality and psychological distress among older adult, long-term cancer survivors. *Journal Psychosis - Oncology*, 35(1),17-31. [DOI:10.1080/07347332.2016.1225145] [PMid:27541961]
- Denollet, J. (2005). Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosis Medical*, 67(1), 89-97. [DOI:10.1097/01.psy.0000149256.81953.49] [PMid:15673629]
- Emona, W., Meijer, R., Denollet, J. (2016). Negative affectivity and social inhibition in cardiovascular disease: Evaluating Type-D personality and its assessment using item response theory. *Journal Psychosis Research*, 63 (22),27-39. [DOI:10.1016/j.jpsychores.2007.03.010] [PMid:17586335]
- Germen, C.K. (2014). The relationship between self-compassion and emancipation from negative thoughts and health care, *Journal of Research*, 53(3), 121-131.
- Ghorbani, H. Nagipour, L. Zare Bahram Abadi, M. Taghi Lu, P. (2011). [Comparison of Imagination, Self-Compassion, and Quality of Life in Women with Breast Cancer (Persian)]. *Journal of Studies*, 10 (4), 62-41.
- Golden-Cruets, D.M., Thornton, L.M., Wells-Di Gregorio, S., Frierson, G. M., Jim, H.S., Germen, C.K. (2014). The mindful path to self-compassion: Freeing yourself from destructive thoughts and emotions. Guilford Press.
- Hashemi, L. Peymania, M. (2014). [The relationship between type D personality and perceived stress with health behaviors in women with breast cancer (Persian)]. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*, 2 (1), 119-226.
- Hasson, O., Denollet, J., Orleans, S., Molls, F. (2013). Satisfaction with information provision in cancer patients and the moderating effect of Type D personality. *Journal Psychosis-Oncology*, 22(9), 2124-32. [DOI:10.1002/pon.3267] [PMid:23423829]
- Hecht, F., Pessoa, C. F., Gentile, L. B., Rosenthal, D., Carvalho, D. P., & Fortunato, R. S. (2016). The role of oxidative stress on breast cancer development and therapy. *Tumor Biology*, 37(4), 4281-4291. [DOI:10.1007/s13277-016-4873-9] [PMid:26815507]
- Hewitt, P.L., Flit, G.L., & Mosher, S.W. (2015). The Perceived stress scale: Factor structure and relation to depression symptoms in a psychiatric sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 14 (6), 247-257. [DOI:10.1007/BF00962631]
- Heydari, F. (2016). [The relationship between coping strategies and psychological well-being in women with breast cancer (Persian)] [MSc Thesis]. Tehran, Tehran University.
- Husted, S.W., Edie, J., Lab erg, J.C., Johnsen, B.H., Barton, P.T. (2016). Academic stress and health: Exploring the moderating role of personality hardiness. *Journal Education Research*, 53(5),421-29. [DOI:10.1080/00313830903180349]
- Khoynezhad, Gh.R. (2015). *Research Methods in Educational Sciences*, Tehran, Samt Publication.
- King, N. A. (2016). Coping humor, stress, and cognitive appraisals. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 25 (1), 81-96. [DOI:10.1037/h0078791]
- Lauby-Secretan, B., Scoccianti, C., Loomis, D., Benbrahim-Tallaa, L., Bouvard, V., Bianchini, F., Straif, K. (2015). Breast-cancer screening-viewpoint of the IARC Working Group. *New England Journal Medical*, 372(24), 2353-58. [DOI:10.1056/NEJMSr1504363] [PMid:26039523]
- Loge, J.H., Kassa, S. (1998). Short form(SF-36) Health survey: Normative data from the general; Norwegian population Scand. *Journal Social Medical*, 26 (12), 250-8. [DOI:10.1080/14034949850153347]
- Magneto, O., Maun sell, E., Chlebowski, R., Goss, P., Tu, D., & Richardson, H. (2017). Factors Associated with Early Discontinuation of Study Treatment in the Mammary Prevention. 3 Breast Cancer Chemoprevention Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 34 (11), 234-51.
- Mangolian Shar Babaki, P., Shah Nazari, J., Mahmoudi, M.,

- Farrokhzadeh, J. (2011). [The effect of a self-care education program on perceived communication, practice, and perceived stress in patients with heart failure (Persian)]. Iranian Journal of Medical Education, 11 (6), 38-56.
- Morovati Sharif Abad, M.A., Naderian, H., Soleiman Saleh Abadi, H., Mazlumi, M. (2012). [Evaluation of self-care predisposing factors and their relationship with self-care behaviors in patients with rheumatoid arthritis(Persian)]. Journal of Life Sciences, 15 (3), 39-51.
- Neff, K.D. (2003). The science of self-compassion. Compassion and wisdom psychotherapy, 39 (14):79-92. [DOI:10.1037/t10178-000]
- Neff, K.D. (2012). The science of self-compassion. Compassion and wisdom psychotherapy, 39 (14),79-92.
- Neff, K.D. (2016). Self-compassion; Mindfulness in Positive Psychology, The Science of Meditation and Wellbeing, 37 (23), 241-253.
- Nicholas, T.V., Sheppard, S.C., Forsyth, J.P., Earle wine, M. (2015) Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and Quality of life in mixed anxiety and depression, Journal Anxiety Disorder, 25 (13), 123-130. [DOI:10.1016/j.janxdis.2010.08.011] [PMid: 20832990]
- Rosengarten, A., Orth-Gomer, K., Wilhelm Sen, L. (2016). Socioeconomic differences in health indices, social networks and mortality among Swedish men a study of men born in 2001, Journal Sociology Medical, 26(4), 272-280.
- Sill, E. L., Thomson, N. B., Dillard, T. A., Halo, Z., Sadek, R. F., Khleif, S. N., & Schroeder, C. (2015). Free Lung Cancer Screening Trends Toward a Twofold Increase in Lung Cancer Prevalence in the Underserved Southeastern United States. Southern medical journal, 110(3), 188-194. [DOI:10.14423/SMJ.0000000000000619] [PMid:28257543]
- Stewart, B., Wild, C.P. (2016). World cancer report.
- Williams, L., O'Connor, R.C., Howard, S., Hughes, B. M., Johnston, D.W., Hay, J. L., Greeley, M. A. (2016). Type-D personality mechanisms of effect: the role of health-related behavior and social support, Journal Psychosis Research, 64(1), 63-69. [DOI:10.1016/j.jpsychores.2007.06.008] [PMid:18158001]
- Wren, A. A., Somers, T. J., Wright, M. A., Goetz, M. C., Leary, M. R., Fras, A. M., Keefe, F. J. (2016). Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: relationship of self-compassion to adjustment to persistent pain, Journal of pain and symptom management, 43(4), 759-770. [DOI:10.1016/j.jpainsymman.2011.04.014] [PMid:22071165]

