

بررسی مقایسه‌ای و رابطه بین تیپ‌های شخصیتی (A,B,C,D)، مکانیسم‌های مقابله‌ای و نشانگان بالینی زنان خودمعرف برای غربالگری و زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز درمانی اصفهانی

احمد غضنفری^۱، محمد قاسمی^۲، مژگان سلیمی^۳

^۱ هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات چهارمحال و بختیاری

^۲ هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات چهارمحال و بختیاری

^۳ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات چهارمحال و بختیاری

چکیده

مقاله حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای رابطه تیپ‌های شخصیتی (A/B/C/D)، مکانیسم‌های مقابله‌ای و نشانگان بالینی زنان خود معرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان در مراکز درمانی اصفهان صورت گرفت. نمونه این پژوهش شامل ۲۰۰ نفر (۱۰۰ نفر سرطانی و ۱۰۰ نفر زنان خود معرف) بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای تحلیل داده‌ها از روش t مستقل، تحلیل واریانس یک‌طرفه، همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که تیپ‌های شخصیتی زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان تفاوت معناداری وجود دارد. مقایسه میانگین‌ها نشان داد که زنان مبتلا به سرطان سینه نسبت به زنان خودمعرف دارای تیپ الف بالاتری هستند. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که زنان مبتلا به سرطان پستان نسبت به زنان خودمعرف دارای تیپ ب پایین‌تری هستند. نتایج نشان داد که نشانگان بالینی زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان در نشانگان بالینی تفاوت معناداری وجود دارد. مقایسه میانگین‌ها نشان داد که زنان مبتلا به سرطان پستان نسبت به زنان خودمعرف از نشانگان بیشتری برخوردارند و زنان مبتلا به سرطان پستان نسبت به زنان خودمعرف در مؤلفه‌های جسمی، حساسیت، افسردگی، اضطراب و فوبیا از نشانگان بیشتری برخوردارند و زنان مبتلا به سرطان پستان نسبت به زنان خودمعرف در مؤلفه وسواس نمره پایین‌تری دارند و در مؤلفه‌های پرخاشگری و روان‌پریشی تفاوتی بین دو گروه وجود ندارد.

واژه‌های کلیدی: تیپ‌های شخصیتی (A/B/C/D)، مکانیسم‌های مقابله‌ای، نشانگان بالینی، سرطان پستان، غربالگری سرطان پستان

مقدمه

سرطان‌ها طیف وسیعی از بیماری‌هایی هستند که هر یک از آن‌ها سبب شناسی، برنامه درمانی و پیش‌آگهی ویژه‌ی خود را دارد. سرطان بعد از بیماری‌های قلبی و عروقی دومین علت مرگ و میر در جوامع انسانی است. (یومسا^۱، میزان بروک^۲ و همکاران، ۲۰۱۲). در میان انواع سرطان‌ها، سرطان پستان^۳ شایع‌ترین، کشنده‌ترین و از نظر عاطفی و روانی تاثیرگذارترین سرطان بین زنان است (انجمن سرطان آمریکا، ۲۰۱۳).

براساس گزارش انجمن سرطان آمریکا تخمین زده می‌شود که ۲۳۰۴۸۰ مورد جدید سرطان پستان مهاجم و ۳۹۹۷۰ مورد مرگ در ایالات متحده در سال ۲۰۱۱ رخ می‌دهد. سرطان پستان در ایران در راس سرطان‌های زنان قرار دارد و ۲۵٫۴ درصد کل بدخیمی‌ها را شامل می‌شوند. سن بروز سرطان پستان در ایران همچون در کشورهای در حال توسعه، پایین‌تر از کشورهای پیشرفته است و شایع‌ترین سن مرگ و میر ناشی از این بیماری بین ۳۵-۴۴ سالگی است. تداوم افزایش مرگ از سرطان پستان در زنان ایرانی تا حدودی به علت میزان استفاده پایین رفتار غربالگری^۵ سرطان پستان و تشخیص دیررس بیماری است (مودی، حسن زاده، شهنازی، چرکزی، شریفی راد، ۱۳۹۰).

سرطان پستان عمده‌ترین چالش و مشکل بهداشتی و روانشناختی در بین زنان سراسر دنیاست (مودی، و همکاران، ۱۳۹۰). از این رو بررسی و ترغیب زنان برای رفتار غربالگری سرطان پستان به صورت خود معرف موثر است. و نیز بررسی تفاوت‌های شخصیتی و عوامل روان‌شناختی ممکن است زیر بنای جلوگیری از مرگ و میر زنان در اثر ابتلا به بیماری‌های مختلف مخصوصا سرطان پستان باشد (هاشمی و همکاران، ۱۳۹۲). دسترسی به منابع مناسب در فرد مبتلا به سرطان پستان بر سازگاری با بیماری بهتر اثر می‌گذارد و نیز در پیشگیری از ایجاد و به تعویق انداختن بیماری موثر است.

آمار جهانی حاکی از افزایش میزان بروز سرطان پستان و افزایش سریعتر آن در کشورهای در حال توسعه می‌باشد که تاکنون از میزان پایین سرطان پستان بر خوردار بوده‌اند. در کشور ایران نیز با وجود اینکه فعالیت‌های محدودی در زمینه ثبت سرطان انجام گردیده، سرطان پستان به عنوان شایع‌ترین بدخیمی در بین زنان ایرانی ۱۰ سال زودتر از کشورهای پیشرفته است. شایع‌ترین سن ابتلا در ایران ۴۵-۵۴ سال می‌باشد (اصغرnia و همکاران، ۱۳۹۲).

هیچ پژوهشی به طور اختصاصی رفتار غربالگری سرطان پستان را با استفاده از ابزار روا و پایا در ایران مطالعه نکرده است، در واقع متغیرهایی که روی پذیرش رفتار مورد نظر تاثیر می‌گذارند، هنوز به طور کامل شناخته شده نیستند، تعیین و شناخت چنین متغیرهایی می‌تواند به پیشبرد مداخلات موثر برای پذیرش و تداوم رفتار کمک کننده باشد (مودی و همکاران، ۱۳۹۰). از اهداف این مقاله می‌توان به تعیین میزان تفاوت تیپ‌های شخصیتی زنان خود معرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه به مراکز درمانی اصفهان، تعیین میزان نشانگان بالینی زنان خود معرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه به مراکز درمانی اصفهان، تعیین میزان مکانیسم‌های مقابله‌ای زنان خود معرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه به مراکز درمانی اصفهان، تعیین میزان تفاوت بین ویژگی‌های شخصیتی زنان خود معرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه به مراکز درمانی

¹ -Boomsma cancer

¹ -American cancer

² -Meezenbrok

³ - Breast cancer

⁴ -American cancer society

⁵ -Screening

اصفهان، تعیین میزان تفاوت بین مکانیسم‌های مقابله‌ای زنان خود معرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه به مراکز درمانی اصفهان. تعیین میزان تفاوت بین نشانگان بالینی زنان خود معرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه به مراکز درمانی اصفهان، تعیین میزان رابطه ویژگی‌های شخصیتی و نشانگان بالینی زنان خود معرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه به مراکز درمانی اصفهان نام برد. از آنجایی که تا بحال پژوهش‌های اندکی در خصوص تیپ‌های مختلف و راهبردهای مقابله‌ای و نشانگان بالینی صورت گرفته است و با توجه به این که تاکنون طبق اطلاعات پژوهشگر، پژوهش علمی و معتبری در رابطه با مقایسه تیپ‌های چندگانه، راهبردهای مقابله‌ای و نشانگان بالینی در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان که معرف غربالگری سرطان پستان هستند، نمونه‌ی ایرانی منتشر نگردیده است. و همچنین پژوهشگر با این هدف که با بررسی و مقایسه تیپ‌های چند گانه و مکانیسم‌های مقابله‌ای و نشانگان بالینی در زنان خود معرف و زنان مبتلا به سرطان پستان در مراکز درمانی بتوان شرایط لازم را برای ترغیب، پیشگیری، شناسایی، آگاهی، آموزش و کاهش ویژگی‌های شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای و نشانگان بالینی زنان خود معرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا را فراهم آورد و نیز باعث کاهش و کنترل این بیماری در زنان شود. در راستای دستیابی به چنین اهدافی، مقاله حاضر در صدد بررسی و مقایسه‌ای تیپ‌های شخصیتی (A/B/C/D)، مکانیسم‌های مقابله‌ای و نشانگان بالینی زنان خود معرف برای غربالگری و زنان مبتلا به سرطان پستان است.

مبانی نظری

سرطان

سرطان بیماری پیچیده ناتوان کننده و شایع است که در بسیاری از کشورهای جهان از جمله کشور ما به عنوان دومین عامل زیستی - پزشکی مرگ و میر، پس از بیماری‌های قلبی و عروقی محسوب می شود (احدی وهمکاران، ۱۳۹۰). افرادی که دچار این بیماری می شوند با تهدید و چالش‌های فراوانی شامل مشکلات غیر قابل پیش بینی روبرو می شوند و به دنبال آن‌ها تغییراتی در خانواده، کار و زندگی اجتماعی آن‌ها بوجود می آید. سرطان پستان، ناشی از رشد خارج از قاعده سلول‌های غیر طبیعی در پستان در تمام دنیا این بیماری شایعترین سرطان در بانوان و یکی از قابل درمانترین آنهاست. مانند تمام انواع سرطان، سرطان پستان از یک سلول آغاز می شود. سلولها، کوچکترین اجزای ساختمانی موجود زنده هستند. که می توانند در بدن به طور مستقل فعالیت می کنند. مشاهدات بالینی موید وجود زیر گروههایی از زنان هستند که نسبت به جمعیت عمومی در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به کارسینوم پستان قرار دارند. عوامل خطر زای شناخته شده، به شرح زیر هستند: افزایش یافتن سن؛ عوامل ژنتیکی و سایر عوامل مربوط به سابقه ی خانوادگی سرطان پستان؛ عوامل هورمونی و مربوط به باروری از قبیل منارک زودرس، یائسگی دیررس، دیر هنگام بودن اولین حاملگی یا نولپاز بودن و مصرف هورمونهای آگروژن؛ عوامل محیطی واز جمله عوامل تغذیه ای ونحوه ی زندگی در جوامع توسعه یافته ی غربی؛ برخی از یافته‌های پاتولوژیک خاص در داخل بافت پستان از جمله سرطان قلی و سایر ضایعات پیش بدخیم؛ و برخی از بدخیمی های دیگر از قبیل کاسینوم های تخمدان و اندومتر^۶. شناسایی این عوامل خطرزا، غربالگری مناسب و پیگیری بالینی هر بیمار را امکان پذیر می سازد (رایان، برکوویتز، باربیری^۷، ۱۹۹۵، قاضی جهانی، وحید دستجردی، اقصی، ۱۳۸۵).

^۶-Endometrial

^۷-Ryan , Berkowitz & Barbieri

ویژگی های روان شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان

در زندگی بشر سرطان بیماری هراس انگیز است که تشخیص و درمان آن از نظر جسمانی و روانی چالش انگیز است. به همین دلیل فرد مبتلا به سرطان خود را در پایان خط زندگی تصور می کند و آمیدی به درمان ندارد. با وجود اینکه پیشرفتهای تکنولوژی و علوم پزشکی انسان را قادر به غلبه بر بسیاری از سرطانها کرده است، اما به دلیل پیش آگهی بد به این بیماری در گذشته تصور انسان از سرطان همواره مرگ همراه بوده است. نگرانی عمده افراد که با تشخیص سرطان روبه رو می شوند به دلیل ترس از عود بیماری، طول درمان و درمان های بکار رفته، مرگ زودرس واز دست دادن روابط و فعالیتهای اجتماعی است (استنتون^۸، ۲۰۰۶).

غربالگری

سرطان پستان یک بیماری شایع و وحشت انگیز در جهان است. اگر چه پیشرفتهای اخیر در زمینه بیولوژی مولکولی در حال روشن کردن علل سرطان پستان هستند، اما هنوز راهی برای پیشگیری از این سرطان وجود ندارد. تشخیص زود هنگام، همچنان زیر بنای تلاشهای تلاشهای انجام شونده در جهت کاستن از مرگ و میر سرطان پستان را تشکیل می دهد. این هدف یعنی تشخیص زود هنگام سرطان پستان، به پیدایش برنامه هایی برای غربالگری منجر گردید که به منظور کشف سرطانهای پستان در مراحل ابتدایی طراحی شده بودند، زیرا تصور بر این بود که در این مرحله درمان بیشترین تاثیر را بر روی پیامد بالینی اعمال می کند (رایان و همکاران، ۱۹۹۵). مطالعات نشان می دهد که تشخیص زود هنگام می تواند منجر به ۸۵ درصد شانس بقا شود تشخیص به موقع سرطان پستان یکی از مهمترین مسائلی بود است که محققان همیشه در پی آن بوده اند (ابدان و همکاران، ۱۳۹۲).

حتی با وجود اختلاف نظرهای موجود، هنوز توافقاتی در مورد غربالگری سرطان پستان در تجربه بالینی حال حاضر، وجود دارد. SBE^۹ (خودآزمایی پستان توسط خود فرد) ماهانه باید در مورد تمامی زنان مورد تشویق قرار گیرد. بعد از ۴۰ سالگی معاینه ی فیزیکی سالانه توسط یک متخصص امور بهداشتی پیشنهاد می شود، اما برخی از محققین اعتقاد دارند که این کار باید از ۳۵ سالگی یا حتی زودتر آغاز شود. غربالگری ماموگرافیک بعد از ۵۰ سالگی هر ۱-۲ سال یکبار پیشنهاد می شود و تا هنگامی که زن از وضعیت سلامتی خوبی برای تحمل اکسیژون^{۱۰} توده یا اختلال دیگر در زیر بی حسی موضعی برخوردار باشد، باید این کار ادامه پیدا کند (رایان و همکاران، ۱۳۸۵). غربالگری سرطان و تشخیص به موقع آن یکی از راههای موثر در کاهش مرگ و میر و کاهش هزینه ها می باشد. استراتژی های به موقع شامل آگاهی از علائم و نشانه های زودرس، انجام خودآزمایی پستان، غربالگری با معاینه بالینی پزشک و ماموگرافی می باشد (مودی و همکاران، ۱۳۹۰).

انواع غربالگری سرطان پستان

-خودآزمایی پستان توسط خود شخص (SBE)

غالب سرطانهای پستان ابتدا پیش از پزشک توسط خود بیمار تشخیص داده می شوند، به نظر می رسد خودآزمایی پستان باید به عنوان یک روش مخصوص مورد قبول در کشورهایی که سرطان پستان یک مشکل بزرگی است و سرویس های

⁸-Stanton

⁹-Beast Self Examination by the Person(SBE)

¹⁰-Excision

ماموگرافی اغلب گران است، توسعه یابد. خودآزمایی ماهیانه پستان بهترین روش قابل انجام و در دسترس برای تشخیص هرگونه موارد غیر طبیعی پستان است. لذا مهم است که هر زنی عادت کند، خودآزمایی را انجام دهد (بنائیان و همکاران، ۱۳۸۴).

با توجه به این که خودآزمایی پستان هنوز به عنوان یک روش مطرح غربالگری سرطان پستان مطرح می باشد و افرادی که توده ای در پستان می یابند به احتمال بیشتری برای معاینه بعدی می کنند، لذا این روش غربالگری در مطالعات جدید نیز اهمیت دارد (نجارگلایی، عبادی فرداذر، ریماز، ۱۳۹۲).

-معاینه فیزیکی توسط پزشک و کارکنان بهداشتی

معاینه فیزیکی پستان ها، شامل مشاهده ی پوست، لمس پستان ها، معاینه نوک پستان از نظر ترشح و سپس عقده های لنفاوی زیر بغلی و فوق ترقوه ای است. معاینه هر دو پستان باید در هر دو وضعیت خوابیده به پشت و نشسته انجام داده شود. اگر یک ناحیه ی غیرطبیعی شناسایی شود، باید توصیفی دقیق از اندازه، شکل، قوام، حساسیت و موقعیت آن به ثبت برسد. ترسیم دیاگرام ضایعه، در مراجعه ی بعدی به آن فوق العاده مفید واقع می شود (رایان و همکاران، ۱۳۸۵).

-روش های ماموگرافی

در حال حاضر ماموگرافی بهترین روش تشخیص قابل استفاده و در دسترس برای تشخیص توده های پستان می باشد و می تواند توده ها را قبل از اینکه قابل لمس باشند تشخیص بدهد (بندل، بل، لاندون^{۱۱}، ۲۰۰۳ ایدار و همکاران، ۱۳۹۲). ماموگرافی به شیوه ای امروزی، نخست در اواخر دهه ی ۱۹۵۰ در مرکز سرطان ام دی اندرسون دانشگاه تگزاس توسط باب ایگن^{۱۲} ابداع گردید. ماموگرافی یک عکس رادیو گرافی ساده از پستان و ابزاری برای کشف زودرس سرطان های غیرقابل لمس است. ماموگرافی می تواند سرطان پستان راه قبل از آن قابل لمس شود، شناسایی کند. همه زنان ۴۰ ساله و بیشتر باید هر دو سال یکبار ماموگرافی انجام دهند. زنانی که افراد درجه یک آن ها (یعنی مادر و خواهرشان) مبتلا به سرطان باشند باید از ۳۵ سالگی ماموگرافی سالانه انجام دهند بهترین زمان انجام ماموگرافی هفته اول قاعدگی است (مدیچ، مارتل^{۱۳}، ۲۰۰۶ شیشه گر، ۱۳۸۹).

شخصیت

شخصیت یک واژه متداول در ادبیات فارسی است که دارای معانی متعددی می باشد و معادل واژه Personality^{۱۴} در انگلیسی و personalita^{۱۵} در فرانسه است که از واژه persona برخاسته است. و این واژه در ادبیات انگلیسی به معنای نقاب و ماسک است و اشاره شی ای دارد که هنر پیشگامان قدیم تئاتر یونان هنگام ایفای نقش بر چهره می گذاشتند و نمایانگر نقش آنان بوده و به مرور گسترده شده و نقش آنان را نیز در بر گرفت. پس شخصیت در ابتدا اشاره به سطحی اجتماعی دارد که فرد در ایفای نقش های زندگی آن را ایفا می کند می توان گفت که شخصیت به ویژگی های اجتماعی که فرد با آن در جامعه ظاهر می

^{۱۱}-Bindil & Bell & Landoll

^{۱۲}-Bob Eagan

^{۱۳}-Medtech & Hartell

^{۱۴}-Personality-Personal

^{۱۵}-Personalita

شود گفته می شود همچنین شخصیت اشاره به بر جسته ترین و مسلط ترین ویژگی های فرد دارد (فیست و فیست، ۱۳۹۲). شخصیت شامل کل وجود فرد است و وضع عمومی بدن، مهارت ها، رغبت ها، امیدها، وضع ظاهر، احساسات، هیجان ها، عادت ها، هوش، خصوصیات اخلاقی، فعالیت، اعتقادات و افکار فرد را در بر می گیرد (معمارزاده و مهرنیا، ۱۳۸۷). عوامل متعددی از جمله وراثت، محیط، احساسات، خاطرات، نگرش ها، ارزشهای هشیار و ناهشیار در شکل گیری شخصیت آدمی تاثیر گذار می باشد (شولتز و شولتز^{۱۶}، ۱۳۹۲).

از رویکردهای مرتبط با شخصیت

* رویکرد روان کاوی

نخستین رویکرد درباره شخصیت در واپسین سالهای قرن نوزده توسط فروید مطرح شد. نظریه پردازی های فروید چنان با اهمیت و گسترده بود که نه تنها در روانشناسی بلکه در فرهنگ، جامعه نیز نفوذ پیدا کرده به گونه ای که ان را انقلاب شبیه آنچه داروین با نظریه تکامل ارائه کرده دانسته اند. تقریباً تمام نظریه های شخصیت که در سالهای پس از فروید روی کار آمدند. مدیون دیدگاه او هستند. در واقع نظریه های بعدی شخصیت یا در مقام گسترش و پالایش او به وجود آمدند و یا در مقام مخالفت بوجود آمدند (شاملو، ۱۳۸۴).

* رویکرد رفتاری

رویکرد رفتاری که در کارهای اسکینر^{۱۷} (۱۹۵۷) و به تبعیت از بنیان گذاران واتسون^{۱۸} (۱۹۱۳) منعکس شده است که توجه خود را به رفتار عینی قابل مشاهده و محرک بیرونی معطوف می دارد. اسکینر می کوشد تا شخصیت انسان را از طریق پژوهش در آزمایشگاه به جای درمانگاه مطالعه کند مخالف روان کاوی است. (پروین و جان، ۱۳۸۶).

* رویکرد یادگیری اجتماعی

رویکرد یادگیری اجتماعی که بیستر در کارهای راتر^{۱۹} (۱۹۵۴) و بندورا^{۲۰} (۱۹۷۳) مشاهده بسط رویکرد رفتارگرایی اسکینز است. آن ها نیز روان کاوی را رد و بر رفتار عینی تاکید می ورزند ولی نکته اختلاف آن ها این است که به متغیرهای شناختی اعتقاد دارند، چیزی که در نظام اسکینز مطلقاً جایی ندارد (شولتز و شولتز، ۱۳۹۲).

* رویکرد تحلیل عاملی صفات

رویکرد تحلیل عاملی صفات که بیشتر در کارهای الپورت، کتل، ایزنک تجلی یافته است بر این عقیده است که شخصیت شامل مجموعه ای از صفت ها یا کیفیات متمایز کننده یک شخص است که می توان آن ها را از طریق تحلیل عاملی (نوعی روش آماری پیشرفته) مشخص نموده. با توجه به اینکه این نظریه ها بر نقش صفت های بنیادی در ساختار شخصیت تاکید دارند، به آن ها نظریه شخصیت نیز می گویند (ناظم، ایران پناه، منشی، ۱۳۹۲).

¹⁶ -Schultz & Schultz

¹⁷ -Skinner

¹⁸ -Wason

¹⁹ -Rater

²⁰ -Bendura

***رویکرد شناختی**

رویکرد شناختی در شخصیت بر شیوه‌هایی که مردم توسط آن‌ها به شناخت محیط و خودشان می‌پردازند، تاکید می‌ورزد. اینکه آن‌ها چگونه ادراک می‌کنند، ارزیابی می‌کنند، تصمیم می‌گیرند و مسائل را حل می‌کنند. این رویکرد در کارهای بسیاری از روان‌شناسان شناخت گرا بخصوص در کارهای جورج کلی منعکس شده است (ناظم و همکاران، ۱۳۹۲).

***رویکرد انسان‌گرایی**

رویکرد انسان‌گرایی که بیشتر در کارهای ابراهام مزلو^{۲۱} (۱۹۴۳) و کارل راجرز^{۲۲} منعکس شده است. آن‌ها با رویکردهای روان-کاوی و رفتارگرایی مخالف بودند این رویکرد و نظریه‌پردازان آن به فضایل و آرزوهای انسان، اراده آزاداگاهانه و خودشکوفایی تاکید دارند. آن‌ها تصویری زیبا و خوش بینانه از ماهیت انسان معرفی می‌کنند، بر عکس روان‌کاوی (شولتز و شولتز، ۱۳۹۲).

***رویکرد زیست‌شناختی**

نظریه زیست‌شناختی شخصیت، جایگاه ویژه‌ای در متون روان‌شناسی جهان دارد اما به نظر می‌رسد در متون فارسی، توجه شخصیت از دیدگاه زیستی، به استثنای تلاش‌های پراکنده، همواره مورد غفلت بوده است. گرایش ذهنی (به ویژه روان‌کاوی) در تحلیل رفتار آدمی، سالهای متمادی گرایش غالب در میان روان‌شناسان جهان و ایران بوده است. هر چند این گرایش، در چند دهه اول قرن بیستم، در کشورهای غربی نیز بر حوزه علوم رفتاری سایه افکند بود؛ اما پس از دهه‌های ۱۹۶۰ تا ۱۹۵۰ به تدریج جای خود را به گرایش‌های زیست‌شناختی شخصیت بر پایه‌های علمی محکمی تکیه زده است؛ پایه‌هایی که بدون تلاش و فشاری افرادی مثل ایزنک، جفری گری، نیومن، رابرت کلونینجر^{۲۳} و دیگران نمی‌توانست شکل گیرد (ایزنک، ۱۹۷۶؛ ایزنک، ۱۹۵۲؛ گری، ۱۹۹۱، شولتز، شولتز، ۱۳۹۲).

***رابطه وراثت با شخصیت**

امروز، روشهای مختلفی برای تعیین سهم وراثت در شخصیت به کار برده می‌شود. هدف تکنیک‌ها بررسی شباهت‌های ژنتیکی و مشترک در ارتباط‌های نسبی و ارائه مدل ریاضی برای ساختار توارثی انسان‌ها است. روشهایی مانند شجره نامه یک نفر از یک دودمان به عنوان فرد شاخص تعیین می‌شود سپس اطلاعات تمامی بستگان جمع‌آوری می‌شود تا میزان ظهور ویژگی‌های فرد شاخص با دیگران را بدست آورند (پروین و جان، ۱۳۸۶). بررسی علمی شخصیت در سلامت نیز به شناسایی الگوهای مختلف شخصیتی منجر شده است که بعضی از این الگوها به عنوان تیپ‌های شخصیتی مستعد برخی بیماری‌های روانی-جسمی و روان‌تنی مفهوم‌سازی شده‌اند.

²¹ -Abrahan Maslow

²² -Carl Rogers

²³ -Eysenck , Jeffry Gery , Neuman & Rabbert Kloninjer

تیپ (سنخ) شخصیت

به طور کلی تیپ یا سنخ، طبقه یا گروهی است که واجد بودن یا نشان دادن ویژگی های معین شناخته می شود، فرد یا چیزی که واجد این خصوصیات است. نماینده سنخ است به عبارت دیگر یک تیپ، الگوی صفات یا خصوصیتی است که قابل استفاده به عنوان ملاک برای طبقه بندی افراد یا اشیاء گروها است (پور افکاری، ۱۳۸۵).

هر تیپی ذخایر خاصی از نگرش ها و مهارت هایی در جهت غلبه بر مشکلات و وظایف محیطی دارد. از آن جا که تیپ های مختلف دارای علایق و حالات مزاجی متفاوتی هستند مایل اند که خود را با افراد و موضوعات مخصوص احاطه کنند و در جستجوی مسائلی هستند که با علائق، صلاحیت ها و طرز تفکرشان نسبت به جهان متجانس باشد (حسینیان و یزدی، ۱۳۸۶). برای شناخت شخصیت افراد، روان شناسان ابعاد مختلف شخصیت را بررسی و آن ها را به تیپ های شخصیتی متفاوت تقسیم کرده اند. ارائه این تیپ بندی می تواند به ما کمک کند تا در برنامه ریزی های مختلف از این مولفه ها استفاده کنیم به این جهت از دیرباز مسئله تعیین تیپ های شخصیتی افراد و کمک به رشد آن ها در جهت مفید مورد توجه جوامع متمدن بوده است (گروسی فرشی، ۱۳۸۷).

نظریه های تیپ های شخصیتی**-نظریه اتورانک^۱**

رانک براساس تمایلات هسته ای در انسان، تیپ های شخصیتی سه گانه ای ارائه می دهد. این تیپ های شخصیتی براساس کیفیت تضاد یا تعارض است. اول افرادی هستند که از دیگران می گریزند و تنهایی و گوشه گیری را اختیار می کنند (تیپ نروتیک یا روان نژند). دسته دوم افرادی هستند که به دیگران روی می آورند و تمام وجود خود را در دیگران می بینند (تیپ معتدل). و سوم افرادی که توانسته اند هر دو به تمایل را بپذیرند، یعنی هم به دیگران وابسته باشند و هم اینکه نوعی استقلال شخصیتی داشته باشند (دارابی، ۱۳۸۸).

-نظریه یونگ^{۲۴}

یونگ شخصیت را به تیپ های متضاد رفتاری مرتبط می داند که معمولاً یکی بر دیگری برتری دارد. تیپ شناسی یونگ شامل دو نگرش درون گرایی و برون گرایی و چهار کارکرد است که به صورت جفت قطب مخالف قرار دارند و شامل: حس، درک، شهودی، تفکر و احساس می شود. اگر چه تمام این کارکردها در هر فردی وجود دارد، ولی برخی غالب هستند. البته این کارکردها به صورت ذاتی تعیین می شوند (کریمی، ۱۳۸۹).

-نظریه مایرز -بریگز^{۲۵}

این نظریه براساس نظریه ها و گفته های یونگ است. مایرز وبریگز با پذیرش الگوی یونگ آن را کامل تر کردند. این نظریه به شناخت ابعاد شخصیت پرداخته است. این نظریه با بیان چهار کارکرد روانشناختی، دو قطبی به ۱۶ تیپ شخصیتی رسیده است.

²⁴ -Yong²⁵ -Myers -Briggs

چهار کارکرد روانشناختی عبارتند از: برون گرایی در مقابل درون گرایی، حسی در مقابل شهودی، عقلانی در برابر احساسی و با ساختار در برابر منعطف (عابدی، باغبان، نیل فروشان، حکیمیان، ۱۳۹۱).

-نظریه الپورت

الپورت برای خصوصیات پیرامونی شخصیت از اصطلاح صفت استفاده می کند. او ابتدا صفات شخصی را به کاربرد اما بعدها به جای آن اصطلاح آمادگی شخصی را مورد استفاده قرار داد. به اعتقاد الپورت صفات را به دوروش می توان بررسی قرار داد. اول روشی است که منجر به شناخت صفات مشترک می شود که الپورت نام آن را هنجارنگری گذاشت. از سوی دیگر الپورت به جنبه های انحصاری و منحصر به فرد اشخاص نیز توجه دارد و روش های بررسی اینگونه صفات را رویکرد فردنگری نامید. به اعتقاد الپورت تعداد معینی از صفات، خصوصیات اصلی شخصیت افراد را بیان می کنند که نام آن را صفات مرکزی نامید. از سوی دیگر صفاتی هستند که نقش زیادی در شخصیت و رفتار ندارد این گونه صفات را، صفات ثانویه نامید. صفات اصلی در همه افراد یکسان نیست بلکه از فردی به فرد دیگر متغییر است (برگر، ۱۹۹۳، ص ۱۹۵).

-نظریه کارن هورنای^{۲۶}

هورنای افراد را به سه گروه تقسیم می کند، اول تیپ فروتن یا مهر طلب، دوم تیپ جدا شده یا انزوا طلب و سوم تیپ متخاصم یا برتری. این تیپ های شخصیتی شامل افرادی میشود که به نیازهای نرووتیک پرداخته اند و در واقع از اضطراب اساسی برخوردار بودند و می توان تیپ چهارم را در نظریه هورنای اضافه کرد که تیپ رشد یافته و فاقد اضطراب اساسی است و دارای نیازهای نرووتیک نیست که همان تیپ سالم است (فیست و فیست، ۱۳۹۲).

انواع تیپ های شخصیتی

*تیپ شخصیتی A

گفته می شود که یک رو یه مبل به شخصیت تیپ A پی برد. هنگامی که او برای تعویض رویه های صندلی به مطب پزشکی مراجعه کرد که تخصص وی درمان بیمارانی بود که به حمله قلبی مبتلا شده بودند، متوجه شد که جلوی نشیمن صندلی ها پوشیده شده بودند، نه عقب آنها (روزنهان و سیلگمن، ترجمه؛ سید محمدی، ۱۳۹۲). افراد دارای تیپ شخصیتی A سعی دارند که همه جنبه های زندگی و حتی آنهایی را که قابل کنترل نیستند را به کنترل خود در آورند. و در این زمینه دچار هیجان و جوش و خروش زیادی می شوند (مقصودی و نخعی، ۱۳۹۲).

همچنین شواهد همگرایی بدست آمده از چندین تحقیق بزرگ حاکی است که افراد دارای الگوی رفتاری تیپ A بیشتر در معرض خطر ابتلا به پرتنش و مشکلاتی که میزان مرگ و میر را در آنها افزایش می دهند قرار دارند. افراد تیپ A به موقعیت های استرس زا به صورت انفجاری واکنش نشان می دهند و آنها با انجام این کار در سرتاسر بدنشان اثرهایی را به کار می اندازند و سیستم عصبی سمپاتیک افراد تیپ A در حالت هشدار قرار دارد که بر اندام های حساس بدن فشار فیزیولوژی وارد می کند (مظاهری، ضرابیان، صمدی، ۱۳۸۷).

²⁶ -Karen Daniesen Horney

* تیپ شخصیتی B

مردمان سنخ B کسانی اند که ویژگی های رفتاری سنخ A را ندارند، بدون احساس گناه آرامش دارند، وبدون برانگیختگی وتشویش کار می کنند، گرفتار فوریت های زمانی و ناشکیبایی حاصل از ان نیستند و آسان به خشم نمی آیند(اتکینسون وهمکاران، ۱۳۹۱). افراد تیپ B برخلاف افراد تیپ A رفتار می کنند آن ها کمتر خشمگین می شوند و حتی به هنگام خشم، موقعیت را با واقع بینی بیشتر می پذیرند (رمضانی نژاد، همتی نژاد، صیاد، ۱۳۸۹) به طور خلاصه عمده ترین ویژگی های الگوی رفتاری B عبارتند از:

هرگز از فوریت زمان رنج نمی برند.

رقابت جویی شدید وجه طلبی در آن ها پیدا نمی شود.

بازی را به عنوان تفریح می نگرد و در کارها به کیفیت توجه دارند.

دارای آرامش بدون احساس گناه هستند.

گرایشی به ارزیابی خود بر اساس تعداد کارها وموقعیتها یشان ندارند.

در هر زمان به یک کار فکر می کنند نه به چند کار و یک کار را عملی می سازند.

سخن دیگران را به ندرت قطع می کنند.

این افراد به ندرت مشتش خود را گره می زنند ویا انگشت خود را به نشانه تایید گفته هایشان بالا می برند.

این افراد استعداد کمتری جهت ابتلا به فشار خون دارند.

به علت انعطاف پذیر بودنشان واقع بین هستند.

این افراد اشتباهات خود را پذیرفته و آن را فرصتی برای آموزش می بینند.

این افراد حتی در مواقع که حوادث کاملاً در کنترل شان نیست خود را کنترل می کنند (مقصودی وهمکاران، ۱۳۹۲).

* تیپ شخصیتی C

پژوهشهای انجام شده در زمینه تیپ های شخصیتی و بیماری های مرتبط با آن در حیطه روان شناسی سلامت این سوال پیش می آید که آیا یک الگوی شخصیتی که مستعد سرطان باشد وجود دارد؟ این ایده را برای نخستین بار پزشک یونانی به نام گالن مطرح کرد. شخصیت مستعد سرطان به سوی افسردگی متمایل است و از بازخورد نامیدانه ای برخوردار است وهمچنین هیجانات، خصوصاً هیجانات منفی را ابراز نمی کند. این الگوی رفتاری، تیپ شخصیتی را شکل می دهد که تیپ شخصیتی C نامیده می شود. تیپ شخصیتی C با ویژگی های کلی ذیل مشخص می شوند: سرکوبی عواطف و هیجانات، ناتوانی در غلبه بر رفتارهای روانی- عصبی، تسلیم پذیری، مهربانی بیمارگون، پذیرندگی، رفتارهای همکاری کننده و همناگر، صبوری مفرط، منطقی بودن و کنترل شدید تظاهرات هیجانی (ضد تهییج) (جعفری و همکاران، ۱۳۸۸)

در هر و هوس در پژوهشی نشان دادند که افراد دارای تیپ شخصیتی C از خصوصیات نظیر نکته بینی و حساس بودن، استفاده از مکانیسم دفاعی انکار، نافعالی هیجانی، اهمیت دادن بیشتر به نیاز دیگران تا خودشان برخوردارند. (جعفری و همکاران،

۱۳۸۸)

اشمیتز^{۲۷} (۱۹۹۲) در تحقیقی بین تیپ C و تحلیل قوای جسمانی، تنش عضلانی، شکایات معده بی-روده‌یی، آمادگی برای عفونت و آلرژی ارتباط معناداری پیدا کرد و یا تیموشاک و همکاران (۲۰۰۸) طی تحقیقی مطرح کردند افراد تیپ C علاوه بر این که سطح عملکرد دستگاه ایمنی ضعیف تری دارند، دچار تپش قلب نیز هستند.

* تیپ شخصیتی D

تیپ‌های شخصیتی مختلفی با توجه به اثرات آن‌ها بر تندرستی تا کنون مشخص گردیده اند. اخیراً یک سازه شخصیتی جدید یعنی تیپ D یا شخصیت درمانده مطرح گردید. این سازه نخستین بار در مطالعه دنولت، سپس توسط بر استارت مطرح گردید. اساس نظری این تیپ از شخصیت حاصل یک بررسی رو بیماران قلبی در بلژیک بود که دران نقش ویژگی‌های شخصیتی رادر پیامدهای بیماری قلبی مورد مطالعه قرار گرفت (دنولت، ۱۹۹۸) سازه‌ی نظری تیپ شخصیتی D از بطن نظریه‌ی شخصیت و شواهد تجربی شامل مطالعات تحلیل عاملی و تحلیل خوشه‌ای به دست آمده است. نقش آسیب‌زایی این تیپ شخصیتی در ابعاد روان‌شناختی و فیزیولوژی مبتنی بر دو ویژگی کلی و ثابت شخصیتی است. این ویژگی‌ها شامل عواطف منفی و بازداری اجتماعی (سلطانی و همکاران، ۱۳۹۲). در دهه گذشته مطالعات انجام شده در مورد تاثیر تیپ شخصیتی D بر روی مسائل بالینی و روان‌شناختی پیشرفت زیادی کرده است. علاقه به بررسی تیپ شخصیتی D به عنوان ریسک فاکتور در جمعیت عمومی به جای بیماران قلبی افزایش یافته است. تیپ شخصیتی D ممکن است به عنوان یک عامل سایکوپاتولوژی سوء تعبیر شود. با این وجود، تیپ شخصیتی D نرمال است که در جمعیت عمومی نیز یافت می‌شود. افراد با تیپ D استرس‌های بین فردی بالایی را تجربه می‌کند و فرد آگاهانه سعی در سرکوب این هیجانات دارد (بخشایش، دهقانی، ۱۳۹۱).

مکانیسم‌های مقابله‌ای

مقابله را تلاش‌های شناختی و رفتاری برای پیشگیری، نظم بخشیدن و فرو نشانیدن تنیدگی اطلاق می‌گردد. بر این مبنا دو عملکرد گسترده برای مقابله در نظر گرفته اند: (۱) تغییر مداوم ارتباط فرد - محیط (مقابله متمرکز بر مسئله) (۲) کنترل هیجانات تنش‌زا و فشارآور و یا برانگیختگی فیزیولوژی (مقابله هیجان‌مدار) (لازاروس و فکلمن، به نقل از؛ کلینکه، ترجمه محمدخانی، ۱۳۹۰). سازوکارهای مقابله، رفتارهایی هستند که واکنش‌های اعضای بدن در مقابل آن‌ها پاسخ تطبیق نشان می‌دهد و به عنوان اشکال غلبه شناخته می‌شوند. رفتارهای غلبه و فائق آمدن یا تاثیرگذار است یا غیر موثر و بستگی به این دارد که تا چه حد بتواند عامل فشارزا کم کند یا تحریک کند (حکیمیان و همکاران، ۱۳۹۲).

پژوهش‌های بسیاری نیز در این باره انجام شده است. نقطه آغاز بیشتر این پژوهشها، فرضیات پیشنهادی لازاروس (۱۹۶۶) در مورد تجزیه و تحلیل استرس و رویارویی (مقابله) است. با وجود توصیف‌های فراوانی که در مورد مفهوم مقابله ذکر شده است. اما هنوز سردرگمی زیادی در مورد تعریف و توصیف رویکرد‌های ارزیابی مقابله وجود دارد (هاشمی و همکاران، ۱۳۹۱). در سال‌های اخیر تلاش‌های زیادی برای حل این سردرگمی در ادبیات پژوهشی در خصوص مفهوم و وابسته‌های مقابله و مدل‌های اندازه‌گیری آن به انجام رسیده است.

²⁷ -Eshmeitz

مدل های نظری در مورد منابع و فرآیندهای مقابله

اگر چه منابع رفتار مقابله‌ای، نقش ارزنده ای را در تئوری های معاصر درباره استرس بازی می کند، با این حال درباره فرایند های ویژه ای که مردم در سازگاری خود با شرایط استرس زا زندگی مورد استفاده قرار می دهند، اطلاعات کمی در دست است. چهار دیدگاه در مورد منابع و فرآیندهای مقابله مشخص شده است، عبارت است از :

نظریه روان تحلیل گری و روانشناسی خود

فریود معتقد است که فرایند های ایگو به حل تعارضات بین تکانه های فرد و فشارهای بیرونی کمک می کنند. عملکرد این فرایند ها این است که از طریق توأمند ساختن افراد به ابراز تکانه های جنسی و پرخاشگرانه بدون شناسایی معنای واقعی آن‌ها، تنش را کاهش می دهند. فرایند های ایگو یا همان مکانیسم‌های دفاعی هستند و در جهت کاهش تنش عمل می کنند و ماهیت کارکردی دفاعی و هیجان مدارانه دارند. نهایتاً روانشناسان ایگو بر فرایند های متمرکز بر واقعیت خالی از تعارض محیط ایگو مثل: توجه، ادراک، حافظه تاکید کرده اند (یزد خواستی و همکاران، ۱۳۹۲).

دیدگاه های چرخه زندگی

روان تحلیل گری و روان شناسی خود علاوه بر تاکید بر فرایند های دفاعی و مقابله، مبدای را برای فرمول بندی دیدگاه های رشدی فراهم کرده است که بر افزایش تدریجی منابع فردی در طول زندگی فرد تاکید داراین دیدگاه فرض می کند که حل مناسب انتقال ها و بحران هایی که در هر نقطه سیکل زندگی رخ می دهد. منجر به منابع مقابله‌ای می شود که می توانند به حل بحران های بعدی کمک می کند. رویارویی موفق با استرسورهای محیطی احساس کارامدی و وحدت ایگو را شکل می دهد. این فرمول بندی ها مجموعه ای از روش ها را بوجود می آورد تا منابع مقابله عمومی مثل عزت نفس، هویت خود، کفایت انگیزش، نیازهای جدید و رفتارهای جستجوی محرک را ارزیابی کنند. همچنین منابع مقابله می توانند به افراد کمک کنند تا از طریق پیش بینی از استرسورهای اجتماعی مورد نظر اجتناب کنند (منشی و همکاران، ۱۳۹۲).

نظریه تحولی و اصلاح رفتار

دیدگاه تحولی داروین در زمینه انطباق، مبنایی را برای یک رویکرد رفتاری که نقطه مقابل روان تحلیل گری وابسته به عوامل درون فردی و شناختی است، فراهم کرده است. این رویکرد بر فعالیت های رفتاری حل مسئله تاکید دارد چرا که این فعالیت ها در بقا نوع مهم هستند. مفاهیم اولیه رفتارگرایی سنتی بر جنبه های کار کردی رفتار حل مسئله تاکید داشتند. گرچه شیوه های درمانی بالینی اخیر، ابعاد شناختی را نیز در بر می گیرد. رفتارگرایی شناختی هم به مهارت حل مسئله و هم به ارزیابی شناختی فرد از معنای واقعی تاکید دارند. مقابله موفق انتظار خود کارامدی بعدی را افزایش می دهد که به نوبه خود منجر به کوشش های جدی می شود تا فرد بر تکالیف تهدیدآمیز غلبه کند. روش های اندازه گیری که از این رویکرد نشات گرفته اند. نوعاً راهبردهای مقابله‌ای اندازه می گیرند که با موقعیت های خاص سر و کار دارند، گرچه تکنیک های کمی هم به سبک های مقابله عمومی مربوطند (حکیمیان و همکاران، ۱۳۹۲).

دیدگاه های فرهنگی و اجتماعی - بوم شناختی

گذشته از تاکید سازگاران رویکرد حل مسئله از لحاظ رفتاری، رویکرد تکاملی بر ارتباط بین ارگانسیم ها یا گروهی از ارگانسیم ها، محیط متمرکز است. سازگاری با شرایط محیط فیزیکی و فرهنگی از طریق اقدامات همکاری کنند. جوامع انسانی تسهیل می شود که برای سازگاری با محیط ضروری هستند. مفهوم منابع مقابله محیطی نیز از این دیدگاه نشأت گرفته است. این چهارچوب نظری معتقد است که وقایع زندگی نوعاً از ترکیب عوامل فردی و محیطی به وجود می آیند، وقایع زندگی شامل هم استرسورهای نسبتاً کوتاه مدت و مشخص و هم استرسورهای دراز مدت و فشارهای مزمن زندگی می باشد (یزد خواستی و همکاران، ۱۳۹۲).

سلامت روان و نشانگان بالینی

مفهوم سلامت روان و بیماری روانی در طول زمان تغییرات و دگرگونی هایی زیادی داشته است. ارسطو در کتاب اخلاق می گوید: هر انسان به اندازه ای سالم است که توانسته است کنشهای بشری خود را توسعه دهد. از آنجا که بشر بالاترین عملکرد هوشی را دارد، پس بهترین زندگی، زندگی خردمندانه است و سلامت روانی یعنی نوعی زندگی که استدلال بر آن کاملاً حکومت می کند. ارسطو بیماری روانی را در قالب نظریه مزاج تبیین می کند. بدین معنا که روان نژندی نتیجه عدم تعادل بین اخلاط چهارگانه (سودا، صفرا، بلغم، دموی). (خدارحمی، ۱۳۷۴) مفهوم طبیعت گرانه سلامت روانی توسط ارسطو در طی قرون وسطی نادیده گرفته شد. از قرن هفدهم تا شانزدهم سلامت روانی پرهیزکاری^{۲۸} Piety تعریف می شد و روان نژندی نیز نوعی انفعال پذیری شیطانی^{۲۹} Demonic محسوب گردید. پس از قرن شانزدهم سلامت روانی مجدداً به صورت طبیعت گرانه تعریف شد و همزمان با رنسانس روان پزشکی در اواخر قرن نوزدهم و پدیدار شدن روان نژندی سلامت روانی نوعاً به صورت فقدان بیماری تعریف گردید (محمودی بروجنی، کجباف و همکاران، ۱۳۹۲).

ارزیابی نشانگان بالینی

ارزیابی علائم روانی و نشانگان بالینی اولین بار جهت نشان دادن جنبه های روان شناختی بیماران جسمی و روانی طرح ریزی گردید. فرم اولیه آزمون در سال (۱۹۷۲) توسط دراگوتیس، لیپمن^{۳۰} معرفی شد. سپس در سال (۱۹۸۴) توسط دراگوتیس و همکاران مورد تجدید نظر قرار گرفت. در این فرم گروه نشانگان بالینی مثل شکایت جسمانی، وسواس اجباری، حساسیت روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان پریشی را می توان مورد ارزیابی قرارداد (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۸ و هادوی، یزدانی، خداوی، ۱۳۹۳).

اضطراب: اضطراب آمیزه پیچیده نا خوشایند و شناختی هایی است که بیشتر به سمت آینده گرایش دارد و پراکنده تر از ترس است و نه تنها عناصر شناختی /ذهنی بلکه عناصر فیزیولوژیکی و رفتاری هم دارد. در DSM-IV هفت نوع اصلی اضطراب را مشخص می کند. که شامل: اختلال های فوبیک، اختلال های وحشت زدگی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال استرس پس از آسیب، اختلال وسواس فکری و عملی (باچرو همکاران، ۲۰۰۷).

²⁸ -Piety²⁹ -Demonic³⁰ -Derogatis & Lipman

پرخاشگری: رفتار تهاجمی و خشونت بار یا هدف آسیب رساندن و ایجاد درد ورنج در سایر افراد، آسیب رساندن به اشیا یا حیوانات یا رفتار توأم با تحقیر تلقی شده است. علل ایجاد پرخاشگری به جزء بخش غریزی آن اموخنتی است و ناشی از آموزش اجتماعی و عرف جامعه است (کاپلان و سادوک^{۳۱}، ۲۰۰۰).

افسردگی: رایجترین اختلال روانی روانی است و اخیراً به شدت رو به افزایش نهاده است. افسردگی سرماخوردگی بیماری روانی است. تقریباً همه، حداقل به صورت خفیف احساس افسردگی کرده اند. چهارنشانه در افسردگی وجود دارد نشانه‌های خلقی یا هیجانی، نشانه‌های فکری یا شناختی، نشانه‌های انگیزشی و نشانه‌های جسمانی. هر چه نشانه‌های بیشتری داشته باشند و هر چه یک مجموعه از نشانه‌ها شدیدتر باشد بیشتر می‌توان مطمئن بود که او به افسردگی مبتلا است.

ترس: برخلاف نگرانی‌های مبهمی که در اختلال اضطراب فراگیر دیده می‌شود، در اختلال‌های هراس، ترسها کاملاً اختصاصی هستند وقتی کسی ترس شدید در برابر محرک یا موقعیتی نشان می‌دهد که دیگران آن را خطرناک نمی‌دانند، در این حالت می‌گویند که شخص دچار هراس (فوبی) است. در این موارد شخص می‌داند که ترس او غیر منطقی است با این حال احساس اضطراب می‌کند و تنها چیزی که این اضطراب را رفع می‌کند اجتناب او از شیء یا موقعیت ترس آور است. ترس‌ها همراه با افزایش سن تغییر می‌کند. ترس‌ها ممکن است ناشی تجارب ترس آور باشد یا احتمالاً از راه مشاهده اموخته شده باشند و یا علت برخی هراس‌ها نیز احتمالاً این است که پاداش به دنبال دارد. در نظریه روان‌کاوی فرض بر این است که هراس‌ها به عنوان دفاعی در برابر تکانه‌هایی ظاهر می‌شوند که به نظر شخص ممکن است خطر زا باشند (اتکینسون و همکاران ۱۳۹۲).

حساسیت بین فردی: حساسیت بین فردی در زمینه تعاملات اجتماعی توصیف شده است. حساسیت بین فردی به عنوان حساسیت عمومی نسبت به بازخورد اجتماعی، نگرانی افزایش یافته در ارتباط با دیگران، ترس از بی‌کفایتی شخصی و مورد انتقاد قرار گرفتن و سوء تعبیر رفتار افراد دارای این صفات به عنوان افراد دارای اشتغال ذهنی افراطی درباره روابط بین فردی، گوش به زنگ و حساس به جنبه‌های تعاملات بین فردی توصیف شده اند (وجودی، عطارد، پور شریفی، ۱۳۹۳).

افکار پارانوییدی: بی‌اعتمادی و سوء ظن فراگیر به دیگران به طوری که انگیزه‌های آن‌ها به صورت بدخواهانه برداشت شود. در اوایل بزرگسالی شروع می‌شود و در موقعیت‌های مختلف وجود دارد. آن‌ها معمولاً حالت دفاعی به خود می‌گیرند، توهین و تحقیرها را نمی‌بخشند و به سرعت با عصبانیت واکنش نشان می‌دهند (برشتاین، بوسداو سیور^{۳۲} ۱۹۹۵، میلر^{۳۳} و همکاران، ۲۰۰۱؛ به نقل از باچر و همکاران، ۲۰۰۷).

روان‌پریشی: ویژگی اصلی که اختلال روان‌پریشی را مشخص می‌کند شامل هذیان‌ها، توهمات، تفکر آشفته، رفتار حرکتی بسیار اشفته یا نابهنجار و نشانه‌های منفی است. هذیان‌ها عقاید ثابتی هستند که با وجود شواهد مغایر، پذیرای تغییر نیستند محتوای آن‌ها می‌تواند انواع موضوعات را در بر داشته باشد مثل: (هذیان‌گزند و آسیب، هذیان ارجاعی-جسمانی، هذیان بزرگ منشی، ..). توهمات تجربیات شبه ادراک هستند که بدون محرک بیرونی روی می‌دهند. آن‌ها واضح و روشن هستند از نیرو و تاثیر بهنجار برخوردارند و تحت کنترل ارادی نیستند. تفکر اشفته آن‌ها از گفتار فرد استنباط می‌شود، امکان دارد فرد از یک موضوع به موضوع دیگر جابجا شود. نشانه‌های منفی در بخش قابل ملاحظه‌ای از بیماری مرتبط با اسکیزوفرنی را توجیه کند. ولی در اختلال روان‌پریشی دیگر کمتر بر جسته است. اختلال روان‌پریشی کوتاه مدت است ۹ درصد موارد روان‌پریشی

³¹ -Kaplan & Saduk

³² -Berishtain & Bosda & Siver

³³ -Miler

اولین شروع را تشکیل می دهند و این اختلال در زنان دو برابر مردان شایع تر است (DSM-5)، انجمن روانپزشکی امریکا، (۲۰۱۳).

وسواس فکری و عملی: وسواس های فکری، افکار، امیال با تصورات عود کننده و مداوم هستند که به صورت مزاحم و ناخواسته تجربه می شوند. در حالی که وسواس عملی رفتارها یا اعمال ذهنی مکرر هستند که فرد احساس می کند در پاسخ به وسواس فکری یا بر طبق مقرراتی که باید با قاطعیت اجرا شوند، وادار به انجام دادن آنها می شوند. وسواس فکری و عملی و اختلالات مربوط به آن از این نظر با اشتغال ذهنی و تشریفات که از لحاظ رشدی بهنجار هستند تفاوت دارد که افراطی هستند یا بعد از دوره های متناسب با رشد ادامه می یابد در حالی که محتوای خاص وسواس فکری و عملی در افراد تفاوت دارد. اما برخی از ابعاد نشانه ها در OCD مشترک هستند (DSM-5، انجمن روانپزشکی امریکا، ۲۰۱۳).

اختلال جسمانی شکل: نشانه جسمانی و اختلال مربوط جایگزین اختلال جسمانی شکل شده است و شامل یک یا تعدادی بیشتری نشانه های جسمانی که ناراحت کننده هستند یا به اختلال قابل ملاحظه در زندگی روزمره منجر می شوند. افراد مبتلا به نشانه های جسمانی معمولاً نشانه های متعدد، جاری دارند که ناراحت کننده هستند یا به ناراحتی قابل ملاحظه ای در زندگی روزانه منجر می شود. افراد مبتلا به اختلال نشانه جسمانی گرایش دارند نگرانی خیلی زیادی در مورد بیماری داشته باشند. آنها نشانه های جسمانی خود را زیاد از حد تهدید کننده، زیان آور یا مشکل ساز ارزیابی می کنند. شیوع این اختلال در جمعیت بزرگسال در ۵ تا ۷ درصد است. زنان بیشتر از مردان از نشانه های جسمانی خبر می دهند. در نتیجه شیوع این اختلال احتمالاً در زنان بالاتر از مردان است (DSM-5، انجمن روان پزشکی امریکا، ۲۰۱۳).

پیشینه تحقیق

نور بالا، رمضان زاده، عابدی نیا، تقی زاده و حقی الهی (۱۳۸۷). در بررسی ۱۵۰ نفر نابارور در درمانگاه نا باروری مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولی عصر و ۱۵۰ زن بارور در درمانگاه بیمارستان امام خمینی با روش نمونه گیری ساده انتخاب و اطلاعات لازم بوسیله پرسشنامه SCL-90-R و ایزنک بررسی شد. نتایج حاصل با توجه به شیوع اختلالات روانی در زنان نابارور، نیاز به توجه جدی متخصص در زمینه درمان های روانی این گروه از بیماران می باشد و استفاده از درمان های روانشناختی خصوصاً روان درمانی حمایتی باید در چهارچوب درمان های ناباروری مورد توجه قرار گیرد. ۴۴،۰ زنان نابارور ۲۸،۷ زنان بارور مبتلا به اختلالات روانی بودند. و بالاترین نمره زنان نابارور در آزمون SCL-90-R در مقیاس های افکار پارانوییدی، افسردگی، حساسیت روابط بین فردی و کمترین آنها در مقیاس های روان پریشی و ترس مرضی بود. زنان نابارور در مقیاس های حساسیت روابط بین فردی، افسردگی، ترس مرضی، افکار پارانوییدی و روان پریشی با زنان بارور تفاوت معنی داری داشتند.

جعفری، سهرابی، جمهری و نجفی (۱۳۸۸) رابطه تیپ شخصیتی C، منبع کنترل و سخت رویی در بیماران مبتلا به سرطان و افراد عادی را بررسی کردند. بدین منظور ۶۰ نفر بیماران سرطانی از طریق نمونه گیری در دسترس بیمارستان امام خمینی تهران را با ۶۰ نفر از کارکنان اداری دانشگاه به روش تصادفی انتخاب و بررسی کردند. نتایج حاصل نشان داد که تیپ شخصیتی C و منبع کنترل در زنان و مردان مبتلا به سرطان بالا بوده و میزان سخت رویی در این افراد پایین است.

ابراهیمی سرین دیرج، اسماعیل پور و باباپور (۱۳۸۹) پژوهشی با هدف بررسی رابطه ابعاد شخصیت هگزاگو با تیپ شخصیتی C صورت گرفته است. جامعه آماری تمامی دانشجویان دانشگاه ازاد اسلامی تبریز را شامل می شود. این تحقیق از نوع همبستگی می باشد. که یافته های پژوهشی نشان داد که تیپ شخصیتی C با ابعاد برون گرایی و گشودگی به تجربه دارای

همبستگی منفی و معنی دار است. هم چنین از بین ابعاد شخصیت هگزاکو، ابعاد برون گرایی و تهییج پذیری توانستند تیپ C را پیش بینی نمایند.

طی بررسی رابطه تیپ‌های شخصیتی (A/B) و روش های مقابله با استرس در ورزشکاران که توسط رضانی نژاد، همتی نژاد و صیاد(۱۳۸۹) انجام شد که یافته‌های تحقیق نشان داد که ورزشکاران برای مقابله با استرس بیشتری از سبک مقابله‌ای مسأله مدار و کمتر از سبک مقابله‌ای شهودی استفاده می کردند. بین تیپ شخصیتی (A/B) و هیج یک از روش های مقابله، رابطه معنی داری مشهود نبود. همچنین رابطه معنی داری بین هیج یک از روش های مقابله با استرس و نوع رشته ورزشی (گروهی - انفرادی)، جنسیت و سن ورزشکاران مشاهده نشد. بنابراین به نظر می رسد که تیپ شخصیتی A/B و ویژگی های فردی سن و جنسیت نمی تواند پیش بینی کننده نوع روش مقابله با استرس در این ورزشکاران باشد.

حمزه، بیرامی و هاشمی نصرت ابادی(۱۳۹۰) با توجه به اهمیت سرطان به عنوان یکی از اصلی ترین دلایل مرگ ومیر و تاثیر عوامل روانشناختی در بروز آن. به مطالعه، مقایسه برخی از عوامل از جمله: ویژگی های شخصیتی، هیجانات منفی و سبک های مقابله در زنان سالم وزنان مبتلا به سرطان پرداختند. در این پژوهش تعداد ۸۳ نفر از زنان مبتلا به سرطان و ۸۵ نفر از افراد سالم از طریق همتاسازی با گروه بیمار انتخاب شدند. نتایج حاصل بین دو گروه از نظر هیجانات منفی، ویژگی های شخصیتی و سبک های مقابله‌ای هیجان مدار ومسأله مدار تفاوت دیده شد.که نتیجه حاصل اینکه زنان مبتلا به سرطان نمره برون گرایی پایین تر را کسب کردند ونسبت به افراد سالم در زندگی، هیجانات منفی (خشم، اضطراب وافسردگی) بیشتری را تجربه می کنند و بیشتر از سبک های مقابله‌ای هیجان مدار و در موارد کمتر از سبک مقابله‌ای مسأله مدار کمتر استفاده می کنند.

نان یو، چین، زیهان و لی یو^{۳۴} (۲۰۱۱) در طی بررسی که بر روی ۱۱۷ نفر از بیماران چینی قلبی -کرونی انجام دادند به سنجش در تیپ شخصیتی D، راهبردها، ادراک کردن سلامتی آنها پرداختند. که نتایج حاصل وجود دارد. تفاوتی در سختی تنگی سرخرگ های کرونری بین تیپ‌های غیر D، تیپ‌های شخصیتی D بیماران، وجود ندارد. تحلیل نشان می‌دهد که راهبردهای مقابله‌ای واسطه تداعی بین تیپ شخصیتی D و سختی ادراک از بیماری است. و پذیرش -کناره گیری راهبردها وساطت ارتباط بین تیپ شخصیتی D و افزایش بعد از کنترل برای سن و جنس و متغیرهای بالینی .

التمایر^{۳۵} و همکاران، (۲۰۱۳) نیم رخ متابولیسمی در افراد دارای عاطفه منفی و بازداری اجتماعی با مطالعه ای مبتنی بر جمعیت بر روی تیپ شخصیت D بررسی نموده اند.این مطالعه مسیرهای زیست شیمیایی، جدیدی را شناسایی نمود که با شخصیت تیپ D در ارتباط اند و نشان می‌دهد.که کاربست رویکرد های متابولیسمی در مطالعات جمعیتی می تواند مکانیسم‌هایی را که می توانند در بیماری و سلامت روان شناختی نقش داشته باشد اشکار کند.

در پژوهشی که توسط (چینگ، کانگ، چانگ، ویی^{۳۶}، ۲۰۱۳) بررسی شد عواملی از روانشناختی نگهداری از بیمار و ناتوان مداخله در ویژگی های شخصیتی و کیفیت در زندگی از بیماران سرطان مری. نتایج نشان داد که ویژگی های شخصیتی به دقت وابسته به کیفیت زندگی بودند. در پی نگهداری مردم بیمار و ناتوان روانشناختی مداخله عمده فاکتور بودند روان رنجوری، روان پریشی یا خلق ناپایدار و پایداری شخصیتی.

³⁴-Naliu& Nam

³⁵-Altmayr

³⁶-Cheng& Kang& Wei& Chang

زوتو، لوکوب^{۳۷} وهمکاران، (۲۰۱۳) بررسی کردند، راهبرد تیپ شخصیتی C و گزارش خود، حالت سلامتی و سلامتی وابسته رفتارشان در بین ۲۱۲ دانشجوی سال اول دندانپزشکی که نتایج حاصل نشان دهنده معنی دار بودن بین خراب کردن دندان و سلامتی دندان و راهبردهای مقابله ناسازگارانه و تیپ شخصیتی C.

جیم سین، پیترا روسادو، گونزالیز و ویرا^{۳۸} (۲۰۱۴) در پژوهشی ادراک زنان در غربالگری سرطان پستان. زمینه یابی غربالگری زنان اسپانیایی را انجام دادند. که به بررسی سنجیدن دانش، منابع اطلاعاتی، نگرش و ضربه روانی - اجتماعی این زنان اسپانیایی شرکت کننده در غربالگری سرطان پستان پرداختند که نتایج حاصل بعد از اجرای پرسشنامه به این صورت است که فقط تعداد اندکی از زنان دانش کافی داشته و میانگین زنان بهتر تحصیل کرده و زنان بدون سابقه نمره بالایی مثبت کاذب داشتند. عمده منابع اطلاعاتی از تلویزیون، جراید، کمک مستندسازان، فامیل و دوستان در بیشتر شرکت کننده ها بودند.

مطالعه حاضر از مودن نقش جنسیت، تیپ شخصیتی D در واکنش پذیری قلبی - عروقی به استرس هست. توسط از مودن الگوی هایی برای انطباق قلبی - عروقی بوسیله عود کننده آزمایشگاهی مبنی بر فشار روانی بودند. که این انطباق برای پاسخ قلبی - عروقی به فشارهای عودکننده امتحان شد توسط اندازه گیری تغییرات فشارهای خون دیاستولیک و سیستولیک و ضربان قلب. زنان شرکت کننده و مردان غیر تیپ شخصیتی D قلبی - عروقی خوگیری را به عودکننده فشار روانی نشان دادند. و برای مردان با تیپ شخصیتی D با قلبی - عروقی حساس کردن اشکار بود. نتایج دلالت کردن تیپ شخصیتی D پاسخ های قلبی - عروقی ناسازگارانه است و مخصوصا در مردان مستقیما با مکانیسم های روان تنی و بیماری زایی قلبی - عروقی جلوه داد (هاوارد، هوگاس^{۳۹}، ۲۰۱۴).

در پژوهشی دانشمندان چینی (هان، هو، لو، زیگو لیو، زاو، لوپز، ماو^{۴۰}، ۲۰۱۴) به تعیین سبک های مقابله ای خانواده مراقب از بیماران سرطان مری، و بررسی ارتباط بین افسردگی و سبک های مقابله ای و حمایت اجتماعی پرداختند. از ۳۰۱ خانواده مراقب بیماران بستری شده بوسیله سرطان مری دعوت کردند به پاسخ دادن به مجموعه از ۴ پرسشنامه شامل: دموگرافی اجتماعی، پرسشنامه تحقیق اپیدمیولوژی افسردگی، پرسشنامه راهبرد های فرم کوتاه و مقیاس چند بعدی ادراک حمایت اجتماعی. نتایج حاصل در سبک راهبرد های مثبت، مراقبان مرد بیشتر از مراقبان زن از راهبردهای مسئله مدار استفاده کردند. اما برای راهبردهای منفی هر دو مردان و زنان مراقب از سبک راهبرد های ناسازگارانه استفاده کردند. همبستگی معناداری بین سبک راهبردهای هیجانی، راهبردهای انطباقی، راهبردهای ناسازگارانه، افسردگی، حمایت اجتماعی وجود دارد.

چتلن، مک، چان^{۴۱}، (۲۰۱۵) در پژوهشی غربالگری ماموگرافی هست اثر بخش در کاهش مرگ و میر به واسطه سرطان پستان، این موضوع نیست بلکه ایا ماموگرافی اثر بخش است. با بررسی و مجادله ها با دیگر روش های غربالگری سرطان پستان مثل تصاویر ملکولی سرطان پستان، تصاویر مغناطیسی فراصوتی و تصاویر مغناطیسی شدید صدا به این نتیجه رسیدند که بهر حال موضوع تکمیلی کیفیت تصاویر مورد استفاده در بهبود یافتن تشخیص سرطان پستان بودند. ماموگرافی هنوز باقیمانده به عنوان استاندارد طلایی برای غربالگری سرطان پستان.

در پژوهشی بیماری های مزمن علت عمده مرگ و میر در سرتاسر جهان هستند. راهبردها به وسیله تشخیص و مدیریت بیماری های مزمن برای فرد و خانواده می تواند چالش انگیز باشد. روشهای راهبردها شامل: راهبردهای مسأله مدار و راهبردهای هیجان

³⁷-Zetu & Locob

³⁸-J.Sem,Baena-Rosado&Gonzalez&Vera

³⁹-Harvard&Hogus

⁴⁰-Han &Hu& Liu&Luo&Zhao &Lopez&Mao

⁴¹-CHeltlen &Mack &CHan

مدار هستند. قطع ارتباط، راهبردهای متمرکز، راهبرد ارتباطی و چگونه کنار بستگی دارد به تغییرات فردی مثل گرایش به بازداری هیجانی، نظارت بر اطلاعات و اعتقادات بیماران راهبردهای کم ممکن است سلامت جسمانی را از طریق طولانی شدن بیماری واسترس بدتر کند. توانایی مقابله‌ای می‌تواند موجب انطباق فرد برای اسان کنار آمدن با بیماری مزمن و همراه بیمار و فامیل (کامرون، والی^{۴۲}، ۲۰۱۵).

روش تحقیق

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای است. این پژوهش به مقایسه و رابطه تیپ‌های شخصیتی، مکانیسم‌های مقابله‌ای و نشانگان بالینی با در نظر گرفتن متغیرهای جمعیت شناختی (سن، مقطع تحصیلات، تعداد فرزندان، شغل، تاهل) مورد بررسی قرار گرفته است. در این مقاله برای جمع‌آوری اطلاعات، ابتدا به مرکز تحقیقات و پیشگیری و غربالگری سرطان پستان بیمارستان سیدالشهدا در اصفهان مراجعه و بعد از هماهنگی نمونه‌های زنان خود معرف در دسترس مراجعه کننده به مرکز تحقیقات انتخاب شدند. در ضمن باهماهنگی نیز با همین مرکز تحقیقات و پیشگیری سرطان پستان نمونه‌های در دسترس زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه به همین بیمارستان و درمانگاه نیز انتخاب شدند. پس از بیان اهداف تحقیق برای هر یک از آزمودنی‌ها و جلب رضایت آنان و ارائه توضیح لازم در مورد اینکه نامی از افراد در پرسشنامه ذکر نمی‌شود، پرسشنامه‌ها در اختیار آن‌ها قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد که به دقت سوالات را مطالعه نموده و پاسخ‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب نمایند و سوالی را تا حد امکان بی‌جواب نگذارند. این نمونه‌ها در بهار و تابستان سال ۱۳۹۴ جمع‌آوری شدند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها:

فرضیه اول: بین ویژگی‌های شخصیتی زنان خود معرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز درمانی اصفهان تفاوت وجود دارد.

جدول ۱- نتایج آزمون t مستقل تیپ‌های شخصیتی زنان خود معرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به

سرطان پستان

متغیرها	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	df	Sig.
تیپ الف	بیمار	۱۰۰	۹/۵۲	۸/۵۳	۲/۰۴۸	۱۹۸	۰/۰۴۲
	خود معرف	۱۰۰	۷/۱۲	۸/۰۳			
تیپ ب	بیمار	۱۰۰	۳/۷۲	۴/۶۶	-۱/۹۸۷	۱۹۸	۰/۰۴۸
	خود معرف	۱۰۰	۵/۱۴	۵/۴۱			
تیپ سی	بیمار	۱۰۰	۱۴/۹۸	۷/۳۲	۲/۷۰۳	۱۹۸	۰/۰۰۷
	خود معرف	۱۰۰	۱۲/۶۹	۴/۲۵			
تیپ دی	بیمار	۱۰۰	۱۸/۸۰	۸/۴۲	۲/۱۳۹	۱۹۸	۰/۰۳۴
	خود معرف	۱۰۰	۱۶/۵۲	۶/۵۲			

⁴²-Cameron & Wally

بر اساس جدول ۱ نتایج آزمون t مستقل تیپ‌های شخصیتی نشان داد تفاوت معناداری بین زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان در تیپ‌های شخصیتی وجود دارد ($t=2/11$, $p < 0/03$). مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که زنان مبتلا به سرطان پستان نسبت به زنان خودمعرف دارای تیپ الف بالاتری هستند. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که زنان مبتلا به سرطان پستان نسبت به زنان خودمعرف دارای تیپ ب بالاتری هستند. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که زنان مبتلا به سرطان پستان نسبت به زنان خودمعرف دارای تیپ سی بالاتری هستند. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که زنان مبتلا به سرطان پستان نسبت به زنان خودمعرف دارای تیپ دی بالاتری هستند.

فرضیه دوم: بین مکانیسم‌های مقابله‌ای زنان خود معرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز درمانی اصفهان تفاوت وجود دارد.

جدول ۲- نتایج آزمون t مستقل مکانیسم‌های مقابله‌ای زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا

به سرطان پستان

متغیرها	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	df	Sig.
سبک مقابله هیجان مدار	بیمار	۱۰۰	۴۵/۳۲	۱۵/۱۱	3.103	۱۹۸	۰/۰۰۲
	خودمعرف	۱۰۰	۴۰/۰۳	۷/۸۸			
سبک مقابله مساله مدار	بیمار	۱۰۰	۳۳/۱۰	۱۳/۰۰	-۴/۷۹۵	۱۹۸	۰/۰۰۰
	خودمعرف	۱۰۰	۴۱/۹۴	۱۳/۰۶			

بر اساس جدول ۲ نتایج آزمون t مستقل سبک های مقابله‌ای نشان داد تفاوت معناداری بین زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان در سبک های مقابله‌ای وجود دارد ($t=2/11$, $p < 0/03$). مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که زنان مبتلا به سرطان پستان نسبت به زنان خودمعرف از سبک هیجان مدار بیشتری استفاده می‌کنند و برعکس زنان خود معرف از سبک مقابله‌ای مساله مدار بیشتر استفاده می‌کنند.

فرضیه سوم: بین نشانگان بالینی زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز درمانی اصفهان تفاوت وجود دارد.

جدول ۳- نتایج آزمون t مستقل نشانگان بالینی و مؤلفه‌های آن در زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان

و زنان مبتلا به سرطان پستان

متغیرها	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	df	Sig.
نشانگان	بیمار	۱۰۰	۱۰۵/۵۷	۵۵/۳۳	۲/۱۱۰	۱۹۸	۰/۰۳۶
	خودمعرف	۱۰۰	۸۹/۸۶	۴۹/۸۳			
جسمی	بیمار	۱۰۰	۱۸/۰۱	۱۱/۲۳	۲/۲۳۶	۱۹۸	۰/۰۰۱
	خودمعرف	۱۰۰	۱۳/۴۸	۸/۳۵			
وسواس	بیمار	۱۰۰	۱۳/۳۶	۸/۶۸	-۲/۰۰۱	۱۹۸	۰/۰۴۷

			۷/۸۳	۱۵/۷۰	۱۰۰	خودمعرف	
۰/۰۱۸	۱۹۸	۲/۳۸۷	۷/۸۳	۱۳/۰۴	۱۰۰	بیمار	حساسیت
			۶/۰۲	۱۰/۶۸	۱۰۰	خودمعرف	
۰/۰۳۶	۱۹۸	۲/۱۱۴	۱۱/۴۵	۱۹/۲۳	۱۰۰	بیمار	افسردگی
			۱۰/۸۸	۱۵/۸۹	۱۰۰	خودمعرف	
۰/۰۲۲	۱۹۸	۲/۳۰۴	۸/۲۶	۱۱/۴۵	۱۰۰	بیمار	اضطراب
			۶/۶۲	۹/۰۱	۱۰۰	خودمعرف	
۰/۷۰۳	۱۹۸	۰/۳۸۱	۴/۷۸	۵/۵۸	۱۰۰	بیمار	پرخاشگری
			۴/۰۸	۵/۳۴	۱۰۰	خودمعرف	
۰/۰۴۸	۱۹۸	۱/۹۸۶	۶/۶۳	۵/۸۲	۱۰۰	بیمار	فوبیا
			۴/۶۵	۴/۲۱	۱۰۰	خودمعرف	
۰/۰۲۳	۱۹۸	-۲/۲۹۶	۴/۸۲	۶/۹۲	۱۰۰	بیمار	پارانویا
			۵/۲۶	۸/۵۶	۱۰۰	خودمعرف	
۰/۸۶۰	۱۹۸	-۰/۱۷۷	۶/۸۶	۷/۸۳	۱۰۰	بیمار	روان پریشی
			۵/۹۱	۷/۹۹	۱۰۰	خودمعرف	

بر اساس جدول ۳ نتایج آزمون t مستقل نشانگان بالینی نشان داد تفاوت معناداری بین زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان در نشانگان بالینی وجود دارد ($t=2/11$ ، $p=0/03$) مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که زنان مبتلا به سرطان پستان نسبت به زنان خودمعرف از نشانگان بالینی بیشتری برخوردارند و زنان مبتلا به سرطان پستان نسبت به زنان خودمعرف در مؤلفه‌های جسمی، حساسیت، افسردگی، اضطراب و فوبیا از نشانگان بیشتری برخوردارند و زنان مبتلا به سرطان پستان نسبت به زنان خودمعرف در مؤلفه وسواس نمره پایین‌تری دارند و در مؤلفه‌های پرخاشگری و روان‌پریشی تفاوتی بین دو گروه وجود ندارد.

فرضیه چهارم: بین ویژگی‌های شخصیتی و مکانیسم مقابله‌ای زنان خود معرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز درمانی اصفهان رابطه وجود دارد.

جدول ۴- ضرایب همبستگی پیرسون ویژگی‌های شخصیتی و مکانیسم مقابله‌ای زنان خودمعرف برای غربالگری

سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان

متغیرها	تیپ A	تیپ B	تیپ C	تیپ D
مکانیسم هیجان مدار	۰/۱۲	-۰/۰۶	**۰/۴۵	۰/۰۰۵
مکانیسم مساله مدار	-۰/۰۷	۰/۰۷	-۰/۰۱	-۰/۰۶

$$P < 0/01^{***} < P < 0/05^{**}$$

به منظور بررسی رابطه میان متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی و مکانیسم مقابله‌ای از آزمون معناداری همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج مندرج در جدول (۴) نشان‌دهنده نتایج این تحلیل می‌باشد. یافته‌ها نشان می‌دهد بین تیپ شخصیتی C و

مکانیسم مقابله‌ای هیجان محور ($I= ۰/۴۵$) رابطه معناداری وجود دارد. در حالیکه با سایر تیپ‌های شخصیتی رابطه معناداری وجود ندارد. برای تعیین سهم تیپ شخصیتی C در تبیین میزان واریانس متغیر مکانیسم مقابله‌ای هیجان محور از روش تحلیل رگرسیون استفاده شد.

جدول ۵- نتایج خلاصه مدل تجزیه و تحلیل رگرسیون مکانیسم مقابله‌ای هیجان محور بر اساس تیپ شخصیتی C زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان

مدل	R	مجذور R	R تنظیم شده	انحراف معیار خطای تخمینی
تیپ شخصیتی C	۰/۲۱	۰/۰۴	۰/۰۴	۱۲/۰۵

با مشاهده نتایج جدول ۵ میتوان گفت که متغیر تیپ شخصیتی C می‌تواند تغییرات مکانیسم مقابله‌ای هیجان محور را در زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان تبیین کند. و سهم این متغیر در تبیین واریانس مکانیسم مقابله‌ای هیجان محور بر اساس R تنظیم شده ۰/۰۴ می‌باشد.

جدول ۶- نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه تجزیه و تحلیل رگرسیون مکانیسم مقابله‌ای هیجان محور بر اساس تیپ شخصیتی C زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان

مدل	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
	رگرسیون	۱۳۹۸/۲۵	۱	۱۳۹۸/۲۵	۹/۶۲	۰/۰۰۲
تیپ شخصیتی C	باقیمانده	۲۸۷۶۵/۶۱	۱۹۸	۱۴۵/۲۸		
	کل	۳۰۱۶۳/۸۷	۱۹۹			

بر اساس جدول شماره ۶ برای تعیین تاثیر متغیر تیپ شخصیتی C به عنوان متغیر پیش بین و مکانیسم مقابله هیجان مدار در زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان تحلیل شدند. طبق جدول بالا مدل معنی دار به دست آمد ($F=۹/۶۲, p<۰/۰۰۲$).

جدول ۷- نتایج تجزیه و تحلیل رگرسیون مکانیسم مقابله‌ای هیجان محور بر اساس تیپ شخصیتی C زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان

مدل	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد		Sig	T
	B	ان. معیار خطا	بتا			
ثابت	۳۱/۶۰	۳/۶۷			۰/۰۰۰۱	۸/۶۱
تیپ شخصیتی C	۰/۲۷	۰/۰۸	۰/۲۱		۰/۰۰۲	۳/۱۰

با توجه به ضرایب حاصل از تحلیل رگرسیون مکانیسم مقابله‌ای هیجان محور در جدول شماره ۷ میتوان گفت که مکانیسم مقابله‌ای هیجان محور از طریق تیپ شخصیتی C ($\beta= ۰/۲۱$) قابل پیش بینی است.

فرضیه پنجم: بین ویژگیهای شخصیتی و نشانگان بالینی زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز درمانی اصفهان رابطه وجود دارد.

جدول ۸- ضرایب همبستگی پیرسون و ویژگیهای شخصیتی و نشانگان بالینی زنان خودمعرف

برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان

متغیرها	تیپ A	تیپ B	تیپ C	تیپ D
نشانگان بالینی	**۰/۴۱	**۰/۲۸	**۰/۲۲	**۰/۴۷

$P < ۰/۰۱$ ** $P < ۰/۰۵$ *

به منظور بررسی رابطه میان متغیرهای ویژگیهای شخصیتی و مکانیسم مقابله‌ای از آزمون معناداری همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج مندرج در جدول (۴-۱۴) نشاندهنده نتایج این تحلیل می باشد. یافته ها نشان می‌دهد بین نشانگان بالینی و تیپ شخصیتی A ($r=۰/۴۱$)، B ($r=-۰/۲۸$)، C ($r=۰/۲۲$) و D ($r=۰/۷۴$) رابطه معناداری دارد. برای تعیین سهم تیپهای شخصیتی در تبیین میزان واریانس متغیر نشانگان بالینی محور از روش تحلیل رگرسیون استفاده شد.

جدول ۹- نتایج خلاصه مدل تجزیه و تحلیل رگرسیون نشانگان بالینی بر اساس تیپهای شخصیتی زنان

خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان

مدل	R	مجذور R	Rتنظیم شده	انحراف معیار خطای تخمینی
تیپهای شخصیتی	۰/۵۶	۰/۳۱	۰/۳۰	۴۴/۴۰

با مشاهده نتایج جدول ۹ میتوان گفت که متغیرو ویژگی های شخصیتی می‌تواند تغییرات نشانگان بالینی را در زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان تبیین کند. و سهم این متغیر در تبیین واریانس نشانگان بالینی بر اساس R تنظیم شده ۰/۳۰ می باشد.

جدول ۱۰- نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه تجزیه و تحلیل رگرسیون نشانگان بالینی بر اساس تیپهای

شخصیتی زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان

مدل	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
رگرسیون		۱۷۶۸۶۴/۲۸	۴	۴۴۲۱۵/۵۷	۲۲/۴۲	۰/۰۰۰۱
تیپهای شخصیتی	باقیمانده	۳۸۴۵۰۴/۴۶	۱۹۵	۱۹۷۱/۸۱		
	کل	۵۶۱۳۶۶/۷۵	۱۹۹			

بر اساس جدول شماره ۱۰ برای تعیین تاثیر متغیرهای تیپ شخصیتی به عنوان متغیر پیش بین و نشانگان بالینی به عنوان متغیر ملاک در زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان تحلیل شدند. طبق جدول بالا مدل معنی دار به دست آمد.

$(F=۲۲/۴۲, p<۰/۰۰۰۱)$.

جدول ۱۱- نتایج تجزیه و تحلیل رگرسیون نشانگان بالینی براساس تیپهای شخصیتی زنان خودمعرف برای

غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان

Sig	T	ضرایب استاندارد		مدل
		ضرایب استاندارد	ان. معیار خطا	
۰/۰۰۰۱	۴/۲۲		۲۰/۳۷	ثابت
۰/۰۰۰۱	۴/۲۶	۰/۵۲	۰/۷۸	تیپ شخصیتی A
۰/۰۵	۱/۹۳	۰/۲۳	۱/۲۶	تیپ شخصیتی B
۰/۰۷	۱/۸۰	۰/۱۰	۰/۳۲	تیپ شخصیتی C
۰/۰۰۰۱	۵/۶۱	۰/۳۴	۰/۲۸	تیپ شخصیتی D

با توجه به ضرایب حاصل از تحلیل رگرسیون نشانگان بالینی در جدول شماره ۱۱ می توان گفت که نشانگان بالینی از طریق تیپ شخصیتی A ($\beta = ۰/۵۲$) و تیپ شخصیتی D ($\beta = ۰/۳۴$) قابل پیش بینی است.

فرضیه ششم: بین مکانیسم مقابله‌ای و نشانگان بالینی زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز درمانی اصفهان رابطه وجود دارد.

جدول ۱۲- ضرایب همبستگی پیرسون مکانیسم‌های مقابله و نشانگان بالینی زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان

پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان

متغیرها	مکانیسم مقابله هیجان مدار	مکانیسم مقابله مساله مدار
نشانگان بالینی	۰/۲۲**	۰/۱۹**

به منظور بررسی رابطه میان متغیرهای نشانگان بالینی و مکانیسم مقابله‌ای از آزمون معناداری همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج مندرج در جدول ۱۲ نشاندهنده نتایج این تحلیل میباشد. یافته ها نشان می دهد بین نشانگان بالینی و مکانیسم مقابله‌ای هیجان مدار ($r = ۰/۲۲$) و مکانیسم مقابله‌ای مساله مدار ($r = -۰/۱۹$) رابطه معناداری وجود دارد. برای تعیین سهم مکانیسم‌های مقابله‌ای در تبیین میزان واریانس متغیر نشانگان بالینی محور از روش تحلیل رگرسیون استفاده شد.

جدول ۱۳- نتایج خلاصه مدل تجزیه و تحلیل رگرسیون نشانگان بالینی بر اساس مکانیسم‌های مقابله‌ای زنان

خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان

مدل	R	مجذور R	R تنظیم شده	انحراف معیار خطای تخمینی
مکانیسم‌های مقابله‌ای	۰/۲۶	۰/۰۷	۰/۰۶	۵۱/۴۶

با مشاهده نتایج جدول ۱۳ میتوان گفت که متغیر مکانیسم مقابله‌ای می تواند تغییرات نشانگان بالینی را در زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان تبیین کند. و سهم این متغیر در تبیین واریانس نشانگان بالینی بر اساس R تنظیم شده ۰/۰۶ می باشد.

جدول ۱۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه تجزیه و تحلیل رگرسیون نشانگان بالینی براساس مکانیسم‌های مقابله‌ای زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان

مدل	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
	رگرسیون	۳۹۵۹۱/۹۹	۲	۱۹۷۹۵/۹۹	۷/۴۷	۰/۰۰۱
مکانیسم‌های مقابله‌ای	باقیمانده	۵۲۱۷۷۴/۷۶	۱۹۷	۲۶۴۸/۶۰		
	کل	۵۶۱۳۶۶/۷۵	۱۹۹			

بر اساس جدول شماره ۱۴ برای تعیین تاثیر متغیرهای مکانیسم مقابله‌ای به عنوان متغیر پیش بین و نشانگان بالینی به عنوان متغیر ملاک در زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان تحلیل شدند. طبق جدول بالا مدل معنی دار به دست آمد ($F=7/47, p<0/001$).

جدول ۱۵- نتایج تجزیه و تحلیل رگرسیون نشانگان بالینی براساس مکانیسم‌های مقابله‌ای زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان

Sig	T	ضرایب غیر استاندارد		مدل
		ضرایب استاندارد	ان. معیار خطا	
۰/۰۰۰۱	۴/۶۰		۱۸/۵۱	ثابت
۰/۰۰۸	۲/۶۶	۰/۱۸	۰/۳۰	مکانیسم مقابله هیجان مدار
۰/۰۳	-۲/۱۵	-۰/۱۵	۰/۲۷	مکانیسم مقابله مساله مدار

با توجه به ضرایب حاصل از تحلیل رگرسیون نشانگان بالینی در جدول شماره ۱۵ می توان گفت که نشانگان بالینی از طریق مکانیسم مقابله‌ای هیجان مدار ($\beta=0/18$) و مکانیسم مقابله‌ای مساله مدار ($\beta=-0/15$) قابل پیش بینی است.

فرضیات ویژه:

فرضیه اول: بین ویژگیهای شخصیتی زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز درمانی اصفهان برحسب متغیرهای جمعیت شناختی تفاوت وجود دارد.

جدول ۱۶- نتایج تحلیل واریانس نمرات تیپ‌های شخصیتی زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان

مبتلا به سرطان پستان بر حسب سن

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
تیپ شخصیتی A	درون گروهی	۳۷/۹۲	۳	۱۲/۶۴	۰/۱۷	۰/۹۱
	برون گروهی	۱۳۸۴۳/۶۰	۱۹۶	۶۳/۷۰		
	کل	۱۳۸۸۱/۵۲	۱۹۹			
تیپ شخصیتی B	درون گروهی	۵۴/۶۲	۳	۱۸/۲۰	۰/۶۹	۰/۵۵
	برون گروهی	۵۱۰۴/۴۰	۱۹۶	۲۶/۰۴		
	کل	۵۱۵۹/۰۲				
تیپ شخصیتی C	درون گروهی	۳۲۹/۶۹	۳	۱۰۹/۸۹	۱/۱۵	۰/۳۲
	برون گروهی	۱۸۶۸۷/۱۹	۱۹۶	۹۵/۳۴		
	کل	۱۹۰۱۶/۸۸	۱۹۹			
تیپ شخصیتی D	درون گروهی	۴۷۵/۳۷	۳	۱۵۸/۴۵	۱/۲۷	۰/۲۸
	برون گروهی	۲۴۴۴۶/۶۱	۱۹۶	۱۲۴/۷۲		
	کل	۲۴۹۲۱/۹۹	۱۹۹			

در جدول با اجرای آزمون تحلیل واریانس، میانگین ویژگی‌های شخصیتی بر حسب متغیر جمعیت‌شناسی پژوهش یعنی سن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد سن در گروه نمونه باعث تغییرات معناداری نشده است.

جدول ۱۷- نتایج تحلیل واریانس نمرات تیپ‌های شخصیتی زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان

مبتلا به سرطان پستان بر حسب وضعیت اشتغال

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
تیپ شخصیتی A	درون گروهی	۲/۴۰	۲	۱/۲۰	۰/۰۱	۰/۹۸
	برون گروهی	۱۳۷۸۹/۱۱	۱۹۷	۷۰/۴۵		
	کل	۱۳۸۸۱/۵۲	۱۹۹			
تیپ شخصیتی B	درون گروهی	۲۸/۲۳	۲	۱۴/۱۱	۰/۵۴	۰/۵۸
	برون گروهی	۵۱۳۰/۷۸	۱۹۷	۲۶/۰۴		
	کل	۵۱۵۹/۰۲	۱۹۹			
تیپ شخصیتی C	درون گروهی	۵۸/۱۷	۲	۲۹/۰۸	۰/۳۰	۰/۷۴

		۹۶/۲۳	۱۹۷	۱۸۹۵۸/۷۰	برون گروهی	
			۱۹۹	۱۹۰۱۶/۸۸	کل	
۰/۰۹	۲/۳۶	۲۹۱/۸۹	۲	۵۸۳/۷۸	درون گروهی	تیپ شخصیتی D
		۱۲۳/۵۴	۱۹۷	۲۴۳۳۸/۲۱	برون گروهی	
			۱۹۹	۲۴۹۲۱/۹۹	کل	

در جدول بالا با اجرای آزمون تحلیل واریانس، میانگین ویژگی های شخصیتی بر حسب متغیر جمعیت شناسی پژوهش یعنی وضعیت اشتغال مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد وضعیت اشتغال در گروه نمونه باعث تغییرات معناداری نشده است. جدول ۱۸- نتایج تحلیل واریانس نمرات تیپ های شخصیتی زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان

مبتلا به سرطان پستان بر حسب تحصیلات

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
تیپ شخصیتی A	درون گروهی	۳۴۷/۸۱	۳	۱۱۵/۹۳	۱/۶۷	۰/۱۷
	برون گروهی	۱۳۵۳۳/۷۰	۱۹۶	۶۹/۰۵		
	کل	۱۳۸۸۱/۵۲	۱۹۹			
تیپ شخصیتی B	درون گروهی	۱۳۴/۴۲	۳	۴۴/۸۰	۱/۷۴	۰/۱۵
	برون گروهی	۵۰۲۴/۵۹	۱۹۶	۲۵/۶۳		
	کل	۵۱۵۹/۰۲	۱۹۹			
تیپ شخصیتی C	درون گروهی	۴۱۷/۱۱	۳	۱۷۲/۳۷	۲/۹۳	۰/۰۵
	برون گروهی	۱۸۱۹۹/۷۶	۱۹۶	۹۲/۸۵		
	کل	۱۸۶۱۶/۸۷	۱۹۹			
تیپ شخصیتی D	درون گروهی	۲۹۵/۱۵	۳	۹۹/۷۲	۱/۰۵	۰/۱۱
	برون گروهی	۲۳۶۲۶/۸۳	۱۹۶	۱۲۰/۵۴		
	کل	۲۳۹۲۱/۹۹	۱۹۹			

در جدول با اجرای آزمون تحلیل واریانس، میانگین ویژگی های شخصیتی بر حسب متغیر جمعیت شناسی پژوهش یعنی تحصیلات مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد تحصیلات در گروه نمونه باعث تغییرات معناداری نشده است.

جدول ۱۹- نتایج تحلیل واریانس نمرات تیپ‌های شخصیتی زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان بر حسب تعداد فرزند

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
تیپ شخصیتی A	درون گروهی	۱۳۷/۸۷	۳	۴۵/۹۴	۰/۶۵	۰/۵۸
	برون گروهی	۱۳۷۴۳/۶۷	۱۹۶	۷۰/۱۲		
	کل	۱۳۸۸۱/۵۲	۱۹۹			
تیپ شخصیتی B	درون گروهی	۱۶۵/۸۴	۳	۵۵/۲۸	۲/۱۷	۰/۰۹
	برون گروهی	۴۹۹۳/۱۷	۱۹۶	۲۵/۴۷		
	کل	۵۱۵۹/۰۲	۱۹۹			
تیپ شخصیتی C	درون گروهی	۱۸۲/۰۲	۳	۶۰/۶۷	۰/۶۳	۰/۵۹
	برون گروهی	۱۸۸۳۴/۸۴	۱۹۶	۹۶/۰۹		
	کل	۱۹۰۱۶/۸۸	۱۹۹			
تیپ شخصیتی D	درون گروهی	۷۲۱/۶۳	۳	۲۴۰/۵۴	۱/۹۴	۰/۱۲
	برون گروهی	۲۴۲۰۰/۳۵	۱۹۶	۱۲۳/۴۷		
	کل	۲۴۹۲۱/۹۹	۱۹۹			

در جدول با اجرای آزمون تحلیل واریانس، میانگین ویژگی‌های شخصیتی بر حسب متغیر جمعیت‌شناسی پژوهش یعنی تعداد فرزندان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد تعداد فرزندان در گروه نمونه باعث تغییرات معناداری نشده است. فرضیه دوم: بین نشانگان بالینی زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز درمانی اصفهان بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی تفاوت وجود دارد.

جدول ۲۰- نتایج تحلیل واریانس نمرات نشانگان بالینی زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان بر حسب سن

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
نشانگان بالینی	درون گروهی	۱۸۳۰/۲۶	۳	۶۱۰/۰۸	۰/۲۱	۰/۸۸
	برون گروهی	۵۵۹۵۳۹/۴۹	۱۹۶	۲۸۵۴/۷۷		
	کل	۵۶۱۳۶۶/۷۵	۱۹۹			

در جدول با اجرای آزمون تحلیل واریانس، میانگین نشانگان بالینی بر حسب متغیر جمعیت‌شناسی پژوهش یعنی سن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد سن در گروه نمونه باعث تغییرات معناداری نشده است.

جدول ۲۱- نتایج تحلیل واریانس نمرات نشانگان بالینی زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان

مبتلا به سرطان پستان بر حسب تحصیلات

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
نشانگان بالینی	درون گروهی	۱۷۵۴۳/۷۴	۳	۵۸۴۷/۹۱	۲/۱۰	۰/۱۰
	برون گروهی	۵۴۳۸۲۳/۰۱	۱۹۶	۲۷۷۴/۶۰		
	کل	۵۶۱۳۶۶/۷۵	۱۹۹			

در جدول ۲۱ با اجرای آزمون تحلیل واریانس، میانگین نشانگان بالینی بر حسب متغیر جمعیت شناسی پژوهش یعنی تحصیلات مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد تحصیلات در گروه نمونه باعث تغییرات معناداری نشده است.

جدول ۲۲- نتایج تحلیل واریانس نمرات نشانگان بالینی زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان

مبتلا به سرطان پستان بر حسب وضعیت اشتغال

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
نشانگان بالینی	درون گروهی	۱۱۰۴۴/۸۳	۲	۵۵۲۲/۴۱	۱/۹۷	۰/۱۴
	برون گروهی	۵۵۰۳۲۱/۹۱	۱۹۷	۲۷۹۳/۵۱		
	کل	۵۶۱۳۶۶/۷۵	۱۹۹			

در جدول ۲۲ با اجرای آزمون تحلیل واریانس، میانگین نشانگان بالینی بر حسب متغیر جمعیت شناسی پژوهش یعنی وضعیت اشتغال مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد وضعیت اشتغال در گروه نمونه باعث تغییرات معناداری نشده است.

جدول ۲۳- نتایج تحلیل واریانس نمرات نشانگان بالینی زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان

مبتلا به سرطان پستان بر حسب تعداد فرزندان

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
نشانگان بالینی	درون گروهی	۲۰۷۵۸/۶۸	۳	۶۹۲۲/۸۹	۲/۵۱	۰/۰۶
	برون گروهی	۵۴۰۵۹۸/۰۷	۱۹۶	۲۷۵۸/۱۵		
	کل	۵۶۱۳۶۶/۷۵	۱۹۹			

در جدول ۲۳ با اجرای آزمون تحلیل واریانس، میانگین نشانگان بالینی بر حسب متغیر جمعیت شناسی پژوهش یعنی تعداد فرزند مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد تعداد فرزندان در گروه نمونه باعث تغییرات معناداری نشده است. فرضیه سوم: بین مکانیسم مقابله‌ای زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز درمانی اصفهان بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی تفاوت وجود دارد.

جدول ۲۴- نتایج تحلیل واریانس نمرات مکانیسم‌های مقابله‌ای زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان بر حسب سن

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
مکانیسم مقابله هیجان مدار	درون گروهی	۳۰۳/۲۶	۳	۱۰۱/۰۸	۰/۶۶	۰/۵۷
	برون گروهی	۲۹۸۶۰/۶۰	۱۹۶	۱۵۲/۳۵		
	کل	۳۰۱۶۳/۸۷	۱۹۹			
مکانیسم مقابله مساله مدار	درون گروهی	۱۱۷۵/۳۸	۳	۳۹۱/۷۹	۲/۱۱	۰/۱۰
	برون گروهی	۳۶۳۸۶/۵۳	۱۹۶	۱۸۵/۶۴		
	کل	۳۷۵۶۱/۹۲	۱۹۹			

در جدول ۲۴ با اجرای آزمون تحلیل واریانس، میانگین مکانیسم‌های مقابله‌ای بر حسب متغیر جمعیت‌شناسی پژوهش یعنی سن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد سن در گروه نمونه باعث تغییرات معناداری نشده است.

جدول ۲۵- نتایج تحلیل واریانس نمرات مکانیسم‌های مقابله‌ای زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان بر حسب تحصیلات

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
مکانیسم مقابله هیجان مدار	درون گروهی	۸۲۳/۷۹	۳	۲۷۴/۵۹	۱/۸۳	۰/۱۴
	برون گروهی	۲۹۳۴۰/۰۸	۱۹۶	۱۴۹/۶۹		
	کل	۳۰۱۶۳/۸۷	۱۹۹			
مکانیسم مقابله مساله مدار	درون گروهی	۷۴/۶۳	۳	۲۴/۸۷	۰/۱۳	۰/۹۴
	برون گروهی	۳۷۴۸۷/۲۸	۱۹۶	۱۹۱/۲۶		

			۱۹۹	۳۷۵۶۱/۹۲	کل	
--	--	--	-----	----------	----	--

در جدول ۲۵ با اجرای آزمون تحلیل واریانس، میانگین مکانیسم‌های مقابله‌ای بر حسب متغیر جمعیت شناسی پژوهش یعنی تحصیلات مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد تحصیلات در گروه نمونه باعث تغییرات معناداری نشده است.

جدول ۲۶- نتایج تحلیل واریانس نمرات مکانیسم‌های مقابله‌ای زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و

زنان مبتلا به سرطان پستان بر حسب وضعیت اشتغال

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
مکانیسم مقابله هیجان مدار	درون گروهی	۱۶۶/۰۶	۲	۸۳/۰۳	۰/۵۴	۰/۵۸
	برون گروهی	۲۹۹۹۷/۸۱	۱۹۷	۱۵۲/۲۷		
	کل	۳۰۱۶۳/۸۷	۱۹۹			
مکانیسم مقابله مساله مدار	درون گروهی	۵۸۹/۸۹	۲	۲۹۴/۹۴	۱/۵۷	۰/۲۱
	برون گروهی	۳۶۹۷۲/۰۳	۱۹۷	۱۸۷/۶۷		
	کل	۳۷۵۶۱/۹۲	۱۹۹			

در جدول ۲۶ با اجرای آزمون تحلیل واریانس، میانگین مکانیسم‌های مقابله‌ای بر حسب متغیر جمعیت شناسی پژوهش یعنی وضعیت اشتغال مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد وضعیت اشتغال در گروه نمونه باعث تغییرات معناداری نشده است.

جدول ۲۷- نتایج تحلیل واریانس نمرات مکانیسم‌های مقابله‌ای زنان خودمعرف برای غربالگری سرطان پستان و

زنان مبتلا به سرطان پستان بر حسب تعداد فرزندان

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
مکانیسم مقابله هیجان مدار	درون گروهی	۱۲۷۲/۰۵	۳	۴۲۴/۰۱	۲/۸۷	۰/۰۵
	برون گروهی	۲۸۸۹۱/۸۲	۱۹۶	۱۴۷/۴۰		
	کل	۳۰۱۶۳/۸۷	۱۹۹			

۰/۶۹	۰/۴۸	۹۲/۸۳	۳	۲۷۸/۵۱	درون گروهی	مکانیسم مقابله مساله مدار
		۱۹۰/۲۲	۱۹۶	۳۷۲۸۳/۴۰	برون گروهی	
			۱۹۹	۳۷۵۶۱/۹۲	کل	

در جدول ۲۷ با اجرای آزمون تحلیل واریانس، میانگین مکانیسم‌های مقابله‌ای برحسب متغیر جمعیت‌شناسی پژوهش یعنی تعداد فرزندان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد تعداد فرزندان در گروه نمونه باعث تغییرات معناداری نشده است.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه اول: بین ویژگی‌های شخصیتی زنان خود معرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز درمانی اصفهان تفاوت وجود دارد.

با توجه به یافته‌های جدول (۶-۷) نتیجه گرفته شد که بین ویژگی‌های شخصیتی زنان خود معرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز درمانی اصفهان تفاوت معناداری وجود دارد.

به این معنا که زنان مبتلا به سرطان پستان نسبت به زنان خود معرف دارای تیپ‌های شخصیتی (A/C/D) بالاتر و تیپ شخصیتی B در آن‌ها پایین تر است. نتایج این تحقیق با یافته‌های پژوهش‌های حمزه، بیرامی و هاشمی نصرت ابادی، (۱۳۹۰) و جعفری و همکاران، (۱۳۸۸) هم سواست. براساس نتایج حاصل از این یافته‌ها نشان می‌دهد که تیپ‌های A با ویژگی‌های ورقابت جو بودن و خصومت و احساس فوریت زمان، تیپ‌های C در برابر فشارهای روانی درمانده و به سرکوب هیجان‌ات خود در برابر فشارهای زندگی، و تیپ‌های D با ویژگی‌های بازداری اجتماعی و عاطفه منفی ممکن است در موقعیت‌های بیشتری که نمی‌توانند اعمال را کنترل کنند، دچار خصومت، درماندگی، ناکامی و واکنش‌های اضطراری طولانی می‌شوند، که همه آن‌ها می‌توانند به خطر زیاد برای تعیین و ابتلا به بیماری و سرطان در بین زنان مورد بررسی کمک کنند. تیپ‌های B با ویژگی‌های آرام و خون سرد بودن و احساس فوریت زمان نمیکنند کمتر مستعد برای سرطان پستان در بین زنان هستند و این یافته‌ها نشان دهنده این است که تیپ‌های شخصیتی در بین افراد می‌توانند پاسخ ایمنی بدن را تغییر داده و از این رو خطر ابتلا به این بیماریها و سرطان را ایجاد کنند.

فرضیه دوم: بین مکانیسم‌های مقابله‌ای زنان خود معرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز درمانی اصفهان تفاوت وجود دارد.

با توجه به یافته‌های جدول (۶-۸) نتیجه گرفته شد بین مکانیسم‌های مقابله‌ای زنان خود معرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز درمانی اصفهان تفاوت معناداری وجود دارد.

به این معنا که زنان مبتلا به سرطان پستان از مکانیسم‌های هیجان مدار بیشتر از مکانیسم‌های مساله مدار استفاده میکنند و زنان خود معرف از مکانیسم‌های مساله مدار بیشتر استفاده می‌کنند نتایج این تحقیق با یافته‌های پژوهش‌های کامرون و والی (۲۰۱۵)، حمزه و بیرامی (۱۳۹۰)، بیرامی و نعمتی (۱۳۸۸) همسو است. استراتژی‌های سبک‌های مقابله‌ای توانایی شناختی و رفتاری هستند که توسط افرادی که با استرس مواجهه اند به کار گرفته می‌شود. واکنش افراد نسبت به فشار روانی و هیجان

های منفی و سبک های مقابله‌ای که برای مواجهه با آن‌ها بر می‌گزینند نیز ممکن افراد را مستعد ابتلا به بیماری (از جمله سرطان) نماید (کوپر، اگوچا و شلدون، ۲۰۰۰؛ به نقل از بیرامی، نعمتی سوگلی تپه، ۱۳۸۷)، می‌توان به درستی نتایج حاصله اطمینان نمود.

فرضیه سوم: بین نشانگان بالینی زنان خود معرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز درمانی اصفهان تفاوت وجود دارد.

با توجه به یافته‌های جدول (۴-۸) نتیجه گرفته شد که بین نشانگان بالینی زنان خود معرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز درمانی اصفهان تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین فرضیه سوم پژوهش تایید می‌شود.

بدین معنا که شکایات جسمانی، فوبیا، حساسیت بین فردی، اضطراب، افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان به طور معنا داری بالاتر از زنان خود معرف برای غربالگری است اما وسواس در زنان مبتلا به سرطان پستان به طور معنا داری پایین تر از زنان خود معرف برای غربالگری است، و روان پریشی، پرخاشگری تفاوتی معنا داری بین دو گروه مشاهده نشد. نتایج این تحقیق با یافته‌های کامرون ووالی (۲۰۱۵) وهان و همکاران (۲۰۱۴) ولطفی کاشانی وهمکاران (۲۰۱۵) همسو است. این نتایج به این معنا است که زنان مبتلا به بیماری واز جمله سرطان پستان در مواجهه با بیماری‌ها بیشتر از نشانه‌هایی که باعث به هم خوردن سلامت روانی آن‌ها میشود استفاده می‌کنند، ودر زنان خود معرف بیشتر نشانه‌ی وسواس دیده شد که این به معنی این است که زنان خود معرف خود مراقبتی بیشتری را برای سلامتی خودشان انجام می‌دهند. کاهش علائم روانی موضوعی است که باید در رابطه با بیماری‌هایی مانند سرطان که پیامدهای مستقیم و غیر مستقیم روانشناختی دارد، مد نظر گرفت.

فرضیه چهارم: بین ویژگی‌های شخصیتی و مکانیسم مقابله‌ای زنان خود معرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز درمانی اصفهان رابطه وجود دارد.

با توجه به یافته‌های جدول (۴-۱۰)، (۴-۱۱) نتیجه گرفته شد که بین ویژگی‌های شخصیتی و مکانیسم مقابله‌ای زنان خود معرف برای غربالگری سرطان و زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه معناداری وجود دارد.

که بدین معنا که بین تیپ‌های شخصیتی C و مکانیسم‌های مقابله‌ای هیجان محور رابطه معنا داری وجود دارد ودر حالیکه با سایر تیپ‌های شخصیتی رابطه معنا داری نشان داده نشد ($F=9.62$; $p<0.002$). که این نتایج تحقیق با پژوهش‌های تیوشاک و همکاران (۲۰۰۸)، زوتو و همکاران (۲۰۱۳) همسو است. یعنی نشان می‌دهد که این افراد با ویژگی‌های تیپ شخصیتی C بعد از مواجهه با موقعیت‌های فشار واسترس زا مدت زمان طولانی تری صرف بهبودی می‌کنند، وسطح عملکرد دستگاه ایمنی ایشان ضعیف تر می‌باشد. البته تحقیقات نان یو و همکاران (۲۰۱۱)، سلطانی و همکاران (۱۳۹۲) که تیپ شخصیتی D و راهبردهای مقابله‌ای در کیفیت زندگی بیماران قلبی بررسی کردند که نشان داد آموزش مهارت‌های مرتبط با سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه، تیپ شخصیتی، مدیریت استرس می‌تواند سبب بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی شود. که این نشان دهنده این مطلب است که تیپ شخصیتی C با ویژگی‌های کلی ذیل مشخص می‌شوند: سرکوبی عواطف و هیجانات، ناتوانی در غلبه بر رفتارهای روانی-عصبی، تسلیم پذیری، مهربانی بیمارگون، پذیرندگی، رفتارهای همکاری کننده وهمنواگر، صبوری مفرط، منطقی بودن و کنترل شدید تظاهرات هیجانی (ضد تهییج) از عوامل بسیار مهم در نشان دادن مکانیسم‌های ناسازگارانه هیجان محور در مواجهه با موقعیت‌های فشار از جمله بیماری و سرطان هستند.

فرضیه پنجم: بین ویژگیهای شخصیتی و نشانگان بالینی زنان خود معرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز درمانی اصفهان رابطه وجود دارد.

یافته‌های حاصل از جداول (۴-۱۴)، (۴-۱۵) نشان می‌دهد بین ویژگی شخصیتی و نشانگان بالینی زنان خود معرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد که این تحقیق با پژوهش‌های هان و همکاران (۲۰۱۴) همسو است.

این بدین معناست که زنان با تیپ‌های شخصیتی متفاوت می‌توانند نشانگان بالینی متفاوتی را از خود نشان دهند می‌توان گفت که نشانگان بالینی از طریق تیپ شخصیتی A و تیپ شخصیتی D قابل پیش بینی تر است. که زنان مبتلا به سرطان پستان با تیپ‌های شخصیتی مخصوصا A/D بیشترین نشانه‌های بالینی مثل اضطراب، افسردگی، حساسیت بین فردی... را از خود نشان می‌دهند و زنان خود معرف نیز هیجانات و سواس را نشان می‌دهند. در این رابطه باید بیان کرد افراد با علائم روانی مخصوص به آن ویژگی‌های شخصیتی در شرایط‌های مختلف خود را نشان می‌دهند.

فرضیه ششم: بین مکانیسم‌های مقابله‌ای و نشانگان بالینی زنان خود معرف برای غربالگری سرطان پستان و زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز درمانی اصفهان رابطه وجود دارد.

یافته‌ها حاصل از جداول (۴-۱۸)، (۴-۱۹) نشان می‌دهد بین مکانیسم‌های مقابله‌ای و نشانگان بالینی زنان خود معرف برای غربالگری سرطان و زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه معناداری وجود دارد.

نتایج حاصل از این تحقیق با پژوهش‌های عسگری و بنایی (۱۳۹۱)، لطفی کاشانی و همکاران (۲۰۱۵) همسو است. که این بدین معناست که می‌توان گفت که نشانگان بالینی از طریق مکانیسم‌های مقابله‌ای هیجان مدار و مکانیسم‌های مقابله‌ای مسأله مدار قابل پیش بینی است. طی پژوهشی تاثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای با استرس و مکانیسم‌های مقابله‌ای بر سلامت روان دانشجویان دختر را انجام دادند که نتایج حاصل از این آموزش و پژوهش که آموزش مکانیسم‌های مقابله‌ای تاثیر بیشتری نسبت به آموزش مهارت‌های مقابله‌ای با استرس بر سلامت روان و خرده مقیاس‌های آن دارد و این یافته‌ها یعنی آموزش مکانیسم‌های مقابله‌ای در کاهش اضطراب و رنج و پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان نیز اثر بخش بوده است. که نشان دهنده‌ی درستی معنادار بودن این رابطه بین مکانیسم‌های مقابله‌ای و نشانگان بالینی است.

بر اساس نتایج تحقیق حاضر پیشنهادات زیر ارایه می‌گردد:

بررسی سایر عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان، کیفیت زندگی و... زنان مبتلا به سرطان پستان.

در نظر گرفتن شدت بیماری، به عنوان متغییر تعدیل کننده راهبردهای حل مسأله، مکانیسم‌های دفاعی و... می‌تواند موضوعی برای پژوهش‌های بعدی باشد

در پژوهش‌های بعد علاوه بر پرسشنامه‌های خود گزارشی با تعداد سوالات کمتر، از مصاحبه بالینی نیز استفاده گردد.

منابع

۱. ابراهیمی، معصومه و نجارپوریان، سمانه. (۱۳۹۱). مقایسه ویژگی های شخصیتی و سبک های مقابله‌ای زنان مبتلا به سرطان با زنان سالم، فصلنامه شخصیت و تفاوت های فردی، سال اول، شماره دوم، صص: (۶۸-۷۸)
۲. اتکینسون، ریتا. ال؛ اتکینسون، ریچارد سی؛ اسمیت، ادوارد ای؛ بم، داریل ج؛ هوکسما سوزان، نولن. (۱۳۹۱). متن کامل زمینه روان شناسی هیلگارد، ترجمه: براهینی، محمد؛ بیرشک، بهروز؛ بیک، مهرداد؛ زمانی، رضا؛ شاملو، سعید؛ شهرارای، مهرناز؛ کریمی، یوسف؛ گاهان، نیسان؛ محی الدین مهدی؛ هاشمیان، کیانوش. انتشارات رشد
۳. باچر، جیمز؛ مینکا، سوزان؛ هولی، جیل. (۲۰۰۷). *اسیب شناسی روانی*، ترجمه: سید محمدی، یحیی؛ ویراست سیزدهم، نشر ارسباران
۴. بخشایش، علیرضا؛ دهقانی، فهیمه. (۱۳۹۲). بررسی تیپ شخصیتی D، سبک های مقابله‌ای و سلامت عمومی، فصلنامه علمی - پژوهشی دانشگاه شاهد، دوره جدید، شماره ۹
۵. جمالیان، رضا. (۱۳۸۰). سرطان شناسی بالینی، دستیار دانشکده پزشکی دانشگاه تهران
۶. حمزه، سهیلا؛ بیرامی، منصور؛ هاشمی، تورج. (۱۳۹۰). مقایسه ی صفات شخصیتی، تجربه ی هیجانات منفی و سبک های مقابله‌ای در زنان سالم و مبتلا به سرطان، مجله ی علمی پژوهشی علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره ۱۹، شماره ۵، صص: (۶۲۶-۶۲۷)
۷. رنجبرنوشیری، فرزانه؛ محمود، علیلو؛ مجید، مجمر؛ سامره، قدرتی؛ یلدا، نجارمبارکه ی، مهسا. (۱۳۹۲). مقایسه راهبردهای مقابله با استرس، کمالگرایی و خودکارآمدی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد و افراد بهنجار، فصلنامه اعتیاد پژوهی مواد، سال هفتم، شماره ۲۵.
۸. رضانی نژاد، رحیم؛ همتی نژاد، مهرعلی؛ صیاد، مسعود. (۱۳۸۹). رابطه تیپهای شخصیتی (A/B) و روش های مقابله با استرس در ورزشکاران، نشریه علمی-پژوهشی، فصلنامه علوم ورزش، سال سوم، شماره پنجم، صص: (۱۱-۲۸)
۹. رحمتی نجار کلایی، فاطمه؛ عبادی فرد اذر، فرید؛ ریماز، شهناز. (۱۳۹۱). اثر آموزش بر باورهای غربالگری سرطان پستان در دانشجویان دختر، مجله زنان ایران مامائی و نازایی، دوره پانزدهم، شماره بیست و سوم، صص: (۱۰-۱۷)
۱۰. روزنهان. دیویدال؛ سلیگمن مارتین ای. پی. (۱۳۹۲). روان شناسی نابهنجاری، ترجمه: سید محمدی یحیی، نشر ساوالان
۱۱. کاملی، دینا؛ حجت، کاوه؛ جاجرمی، محمود؛ عابدی، عبدالعلی؛ کاملی، طیبه. (۱۳۹۲). مقایسه مؤلفه‌های شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای در مردان مبتلا به اعتیاد به مواد مخدر و افراد غیر معتاد. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، سال پنجم، شماره چهاردهم، صص: (۸۱۳-۸۱۹)
۱۲. هاشمی، تورج؛ پیمان نیا، بهرام. (۱۳۹۲). رابطه تیپ شخصیتی D و استرس ادراک شده با رفتار بهداشتی در زنان مبتلا به سرطان سینه، مجله روان پرستاری، دوره ۱، شماره ۴، صص: (۳۶-۴۴)
۱۳. یعقوبی جویباری، ع؛ پیام. (۱۳۹۲). سرطان پستان راهنمایی بالینی و خانواده ها، تهران: انتشارات ارجمند
۱۴. یزدخواستی، فریبا؛ عابدی، احمدرضا؛ سجاد پور، سید حامد. (۱۳۹۲). اثر بخشی هنر درمانی با رویکرد نقاشی بر راهبردهای مقابله‌ای و ترس دانش آموزان پایه های اول و دوم ابتدایی شهرستان بجنورد، پایان نامه دانشگاه اصفهان، گروه روانشناسی، ارشد بالینی

15. 10-Lazarus, S,& Folkman,S(1984).Stress,appraisal and coping, new yourk springer
16. 11-Manuela Ursaru ,Lrina Crumpei, Gabriel Crumpei.(2014).Quality of life and religious coping in woman with breast cancer, 4th wold conference on psychology , counseling guidance (WCPCG-2013) (Procedia-Social and Behavioral scienes), volum 114, 21 February, Pp:322-326
17. Alison chetln , Julie mack, Tiffany chan. (2015).Breast cancer screening controversies :who, when, why and how? Clinical Lmaging,Available on line 3 june,inpress ,Corrected proof –Not tousers
18. Irina Zetu,Mihnea Lacob,Alexandrinal Dumitescu,Liviu Zetu.(2013).Type c coping,self-reported oral Health Status and oral Health –related Behaviors,Volume 78,13 May,Pp:491-495
19. J.Sem,Baena-Canada,PetraRosada-Varela,JuanNieto-Vera,MacarenaGonzalez-Guerrero.(2014).Womens perception of breast cancer screening .spanish screening programme survey, volum ,23,Issue 6,December,Pp:883-888
20. Kate Fa asse, Keith J.Petie.(2015). Stress, Coping and Health,International Encyclopedia ofthe Social &Behavioral Sciences(second Edition) ,Pp: 551-555
21. Michal Panek, Tadeusz Pietras and Drzej Witusik , Lukasz Wieteska, Beata Malachowska, Lukasz Mokros, Woj Ciechfendler ,Janusz Szemraj ,Piotr Kuna.(2015). I dentification and association of relationships between selected personal and environmental factors and formal components of tempermanent and strategies of coping with stress in asthmatic patients,Physiology& Behavior Elsevier, volum 149 ,October, Pp;269-278
22. Qiao-mei cheng ,Cun-quan kong ,Shu-ying chang ,Ai-huan wei.(2013).Effect of psychological nursing intervention on personality characteristics and quality of life of patients with esophageal cancer, volum:37,Issue :3,June
23. Stanton,A.L.(2006).Psychosocial concernsan and Interventions for cancer survivors .Jour of clin.oncol,24(32):5132-5173
24. Xiao-nailiu and Jianxin, Xiao-nam Yn,Zhashebgchen.(2011).Coping Mediates the association between type Dpersonality and perceived Health in chinse patients with coronery heart disease; Journal of Behavioral medicine,18(3);277-284
25. Yanhong Han,Deying Ha,Yilan Liu,Caihong Luo,Jing Zhao,Videta Lopez,Jing Mao.(2014).Coping styles and social support among depressed Chinese family caregivers of patients with esophageal cancer,Jonrnal of oncology Nursing,Volume 18,Issue:6,December,Pp:571-577