



Modeling Fear of Breast Cancer Recurrence Based on Personality, Cognitive Emotion Regulation, and Psychological Well-Being with the Mediating Role of Illness Perception in Spouses of Military Families

Afsane Mombeyni Abolfath¹ | Sara Saedi² | Nazanin Mashlahi^{3*}

Research Paper

Received:
2025/03/21
Revised:
2025/04/16
Accepted:
2025/04/16
Published:
2025/09/03

ISSN: 2588-5162
E-ISSN: 2645-517X



Abstract

The aim of this study was to determine the structural pattern of Fear of Cancer Recurrence (FCR) in female breast cancer survivors based on personality traits, cognitive emotion regulation and psychological well-being with the mediating role of illness perception. In this descriptive correlation study the statistical population was all women with breast cancer referred to the Cancer Institute of Imam Khomeini Hospital Complex in Tehran whose treatments had been completed. The population of this study included all women with breast cancer who were referred to Cancer Institute for their regular follow up in the spring and summer of 2022. Three hundred patients who satisfied the entry requirements were recruited based on convenience purposive sampling. They completed the questionnaires online for FCR (Simard & Savard, 2009), cognitive emotion regulation short form (Granfski & Kraaij, 2006), psychological well-being short form (Ryff & Keyes, 1995) and brief illness perception (Broadbent et al., 2006). Data were analyzed by using Pearson's correlation coefficient and structural equation modeling analysis. SPSS software (version 26) and AMOS software (version 24) was used for data analysis. The findings indicated that the direction of correlation between the variables at ($p < 0.01$) was in keeping with the theories of the study. Additionally, the model did fit the data. In addition neuroticism, maladaptive strategies of cognitive emotion regulation and illness perception with the positive total path coefficients positively and significantly, and extraversion, conscientiousness, adaptive strategies of cognitive emotion regulation and psychological well-being with the negative total path coefficients negatively and significantly had effect on FCR. Illness perception positively and significantly mediated the effect of neuroticism, maladaptive strategies of cognitive emotion regulation on FCR with the positive indirect path coefficients and negatively and significantly mediated the effect of openness, conscientiousness, adaptive strategies of cognitive emotion regulation and psychological well-being on FCR with the negative indirect path coefficients. The personality traits, the cognitive emotion regulation, psychological well-being, and illness perception explained 64% of the variance in FCR in female breast cancer survivors. Based on these results, more neuroticism and employing of maladaptive strategies of cognitive emotion regulation are associated with a more threatening perception of cancer and lead to higher FCR, higher conscientiousness and openness, employing of more adaptive strategies and higher psychological well-being are associated with a less dangerous perception of illness and lead to a lower FCR.

Keywords: Personality Traits, Cognitive Emotion Regulation, Psychological Well-being, Illness Perception, Breast Cancer.

DOR: 20.1001.1.25885162.1404.16.1.6.5

1. Department of psychology, ShQ. C., Islamic Azad University, Shahre-e Qods, Iran.
2. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of psychology, Bo.C., Islamic Azad University, Borujerd, Iran. sarasaedi@iau.ac.ir
3. Master's student, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Science and Research, Tehran, Iran.

This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution Non-Commercial (CC-BY-NC) license.





مدل یابی ترس از عود از سرطان سینه براساس شخصیت، تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روانی با نقش میانجی ادراک از بیماری در همسران خانواده‌های نظامی



سال شانزدهم
بهار ۱۴۰۴
صص: ۱۶۶-۱۳۹

افسانه ممبینی ابوالفتح^۱ | سارا ساعدی^۲ | نازنین ماشااهی^۳

چکیده

هدف از این مطالعه مدل یابی ترس از عود از سرطان سینه براساس ویژگی‌های شخصیتی، تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روانی با نقش میانجی ادراک از بیماری در همسران خانواده‌های نظامی بود. در این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی جامعه آماری کلیه زنان شفا یافته مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به انستیتو سرطان مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) تهران بودند که درمان آنها تکمیل شده بود. ۳۰۰ بیمار که شرایط ورود را داشتند بر اساس نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. آنها پرسشنامه‌های ترس از عود از سرطان (سیمارد و ساورد، ۲۰۰۹)، فرم کوتاه تنظیم شناختی هیجان (گرانفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶)، فرم کوتاه بهزیستی روانشناختی (ریف و کیز، ۱۹۹۵)، پنج عامل بزرگ شخصیت (کاستا و مک کری، ۲۰۰۳) و ادراک مختصر بیماری (برودبنت و همکاران، ۲۰۰۶) را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مدل‌سازی معادلات ساختاری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS (نسخه ۲۶) و نرم افزار AMOS (نسخه ۲۴) استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که جهت همبستگی بین متغیرها در $(p < 0/01)$ با تئوری‌های پژوهش همخوانی دارد. علاوه بر این، مدل با داده‌ها مطابقت داشت. علاوه بر این، روان رنجورخویی، راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجانی شناختی و ادراک بیماری با ضرایب مسیر کل مثبت مثبت و معنادار و برونگرایی، وظیفه‌شناسی، راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روانشناختی با ضرایب مسیر کل منفی به طور منفی و معنادار تأثیر داشتند. روی FCR ادراک بیماری به طور مثبت و معنی داری تأثیر روان رنجورخویی، راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان را بر FCR با ضرایب مسیر غیر مستقیم مثبت و واسطه منفی و معنادار تأثیر گشودگی، وظیفه‌شناسی، راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روانشناختی بر FCR شد. با ضرایب مسیر غیر مستقیم منفی. ویژگی‌های شخصیتی، تنظیم هیجان شناختی، بهزیستی روانشناختی و ادراک بیماری ۶۴ درصد از واریانس FCR را در زنان نجات یافته از سرطان پستان توضیح می‌دهد. بر اساس این نتایج، روان رنجورخویی بیشتر و بکارگیری راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان با ادراک تهدیدآمیزتری از سرطان همراه بوده و منجر به ترس از عود سرطان بالاتر، وظیفه‌شناسی و گشودگی بالاتر، بکارگیری راهبردهای انطباقی بیشتر و بهزیستی روانشناختی بالاتر می‌شود. درک کمتر خطرناکی از بیماری و منجر به کاهش ترس از عود از سرطان می‌شود. با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود بیماران شفا یافته از سرطان براساس برنامه‌های تنظیم هیجان و منطبق بر خصایص شخصیتی تحت مشاوره‌های انفرادی و گروهی قرار گیرند.

کلیدواژه‌ها: شخصیت، تنظیم شناختی هیجان، بهزیستی روانشناختی، ادراک بیماری، سرطان سینه

DOR: 20.1001.1.25885162.1404.16.1.6.5

مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت:

۱۴۰۴/۰۱/۰۱

تاریخ بازنگری:

۱۴۰۴/۰۱/۲۷

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۴/۰۱/۲۷

تاریخ انتشار:

۱۴۰۴/۰۶/۱۲

شاپا چاپی: ۵۱۶۷-۲۵۸۸
الکترونیکی: ۵۱۷-۲۶۴۵



۱. دانشجوی کارشناسی ارشد گروه روانشناسی، واحد شهرقدس، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرقدس، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.
sarsaedi@iau.ac.ir

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

این مقاله یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت شرایط و ضوابط مجوز (CC BY-NC) Creative Commons Attribution Non-Commercial

Commercial

توزیع شده است.



مقدمه و بیان مسئله

سرطان^۱ به عنوان عامل اصلی مرگ و مانع مهمی برای افزایش امید به زندگی در تمام کشورهای جهان شناخته می شود. افزایش برجستگی سرطان به عنوان عامل اصلی مرگ، تا حدی منعکس کننده کاهش چشمگیر میزان مرگ و میر ناشی از سکته مغزی و بیماری های کرونری قلب نسبت به سرطان در بسیاری از کشورها است. از میان سرطان ها سرطان سینه^۲ عامل اصلی مرگ و میر ناشی از سرطان در زنان است (سانگ^۳ و دیگران، ۲۰۲۱). در ایران نیز از سرطان سینه به عنوان شایع ترین سرطان در زنان نام برده می شود (اکبری، ۱۴۰۱). ترس از عود سرطان (FCR)^۴ یکی از رایج ترین نگرانی ها و بزرگترین مشکل روانی اجتماعی حل نشده در میان بازماندگان سرطان از جمله سرطان سینه است که کیفیت زندگی شامل بهزیستی جسمی، روانی و اجتماعی، احساس سلامتی و همچنین علائم مرتبط با بیماری یا درمان را تحت تاثیر قرار می دهد (وگنر^۵ دیگران، ۲۰۲۰؛ گورملی^۶ و همکاران، ۲۰۲۱).

یکی از عوامل مورد بررسی ویژگی های شخصیتی^۷ است، زیرا تفاوت های فردی در ویژگی های شخصیتی می تواند بر استعداد ابتلا به اختلالات عاطفی و ترس از عود بالا تاثیر بگذارد (وینگ^۸، ۲۰۱۹). همچنین تنظیم هیجانان توسط شناخت یا افکار بطور جدایی ناپذیری با زندگی انسان مرتبط است و به افراد کمک می کند تا کنترل هیجانان خود را در طول یا بعد از تجربه رویدادهای تهدید کننده یا استرس زا حفظ کنند (گارنفسکی و کرایج^۹، ۲۰۰۷). از این رو تنظیم شناختی هیجان^{۱۰} به عنوان یکی دیگر از عوامل موثر بر ترس از عود مورد بررسی قرار می گیرد. مطالعات پیشین رابطه برخی از راهبردهای سازگاران و ناسازگاران تنظیم شناختی هیجان با ترس از عود را مورد تایید قرار داده است (تامی^{۱۱} و دیگران، ۲۰۱۸؛ سزنا پالاس^{۱۲} و دیگران، ۲۰۲۱).

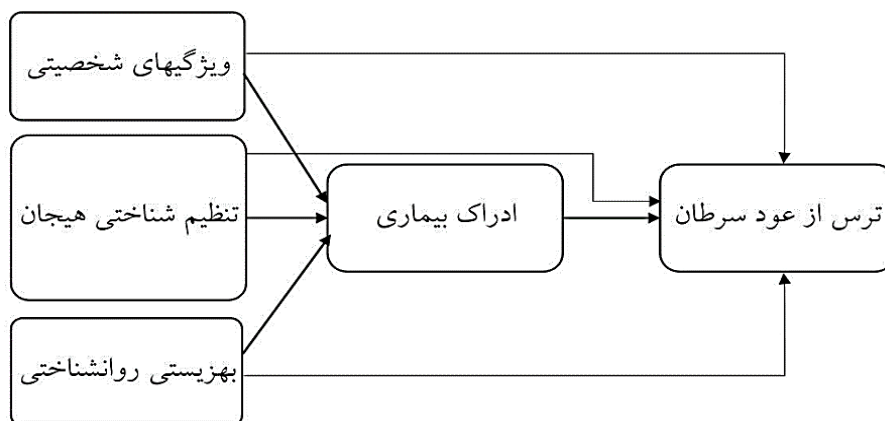
1. cancer
2. breast cancer
3. Sung
4. Fear of Cancer Recurrence (FCR)
5. Vagner
6. Gormly
7. personality traits
8. Wing Lam Ng
9. Garnefski & Kraaij
10. cognitive emotion regulation
11. Tomei
12. Cessna Palas

بهزیستی روان‌شناختی^۱ نیز به‌عنوان ساختاری چند بعدی و پویا که از چارچوبی از ابعاد تشکیل شده است و در آن لذت بردن از تجربیات زندگی و برآوردن نیازهای اساسی ضروری تلقی می‌شود (چری^۲ و دیگران، ۲۰۲۰) از دیگر عوامل مورد بررسی در این پژوهش است که ارتباط آن با ترس از عود مورد مطالعه قرار می‌گیرد. ادراک بیماری^۳ نیز یکی دیگر از عواملی است که اثر آن بر ترس از عود بررسی می‌شود. ادراک بیماری شامل بازنمایی شناختی^۴، بازنمایی عاطفی^۵ و شناخت و فهم کامل بیماری است (موریس^۶ و دیگران، ۲۰۰۲). بیماران با واکنش‌های شناختی و عاطفی بیشتر، ادراک تهدید کننده بیشتری نسبت به بیماری خود دارند که می‌تواند آنها را با ترس از عود بالاتری مواجه کند. برخی از مطالعات انجام شده رابطه میان بعضی از ابعاد ادراک بیماری و ترس از عود را در مبتلایان به سرطان نشان داده است. (شیم^۷ و دیگران، ۲۰۱۸؛ فریمن^۸ و دیگران، ۲۰۱۷).

ترس گذرا از بازگشت سرطان یک تجربه تقریباً همگانی برای بازماندگان سرطان مخصوصاً خانواده‌های نظامی است و اساساً به‌عنوان یک واکنش مناسب به سرطان و پتانسیل تهدید کنندگی آن نسبت به زندگی توصیف می‌شود و می‌تواند انگیزه بیمار را برای پیگیری بیماری خود و به‌کارگیری سبک زندگی سالم افزایش دهد، با این حال، هنگامی که شدت پیدا می‌کند، می‌تواند با اختلال عملکرد، افسردگی و اضطراب، حتی سال‌ها پس از تشخیص همراه باشد (اسکاپیرا^۹ و دیگران، ۲۰۲۱) و برای ۴۰ تا ۷۰ درصد از بازماندگان خانوادگی نظامی این ترس‌ها می‌تواند مزمن و ناتوان کننده شود (فاردل^{۱۰} و دیگران، ۲۰۱۶؛ اسکاپیرا و دیگران، ۲۰۲۱). بر اساس بررسی‌های سیستماتیک اخیر که عمدتاً بر روی بازماندگان سرطان سینه انجام شده است، ۲۲ تا ۸۷ درصد از آنها درجات متوسط به بالای ترس از عود سرطان را گزارش کرده‌اند و بازماندگان جوان تر نسبت به بازماندگان مسن تر بیشتر مستعد ابتلا به این ترس بوده‌اند (ماهيو^{۱۱} و دیگران، ۲۰۱۹). یافته‌های

1. psychological well-being
2. Charry
3. illness perception
4. cognitive representation
5. emotional representation
6. Morris
7. Shim
8. Freeman
9. Schapira
10. Fardell
11. Maheu

جدید نشان داده که ترس از عود یک مسئله مهم در بازماندگانی است که مدت طولانی از ابتلا به بیماریشان می‌گذرد و پتانسیل تبدیل شدن به یک فشار روانی پایدار را دارد، (هیدکامپ^۱ و دیگران، ۲۰۲۱، بان^۲ و دیگران، ۲۰۲۱). خانواده‌های نظامی و همسران بیمار آنان نسبت به جمعیت‌های دیگر متحمل شرایط روانی خاصی هستند به شکلی که این شرایط ممکن است برای سایر زنان بقا یافته از سرطان متصور نباشد. اساساً ماهیت شغل نظامی گری نه‌نهایتاً برای خود فرد نظامی بلکه برای خانواده‌های آنان نیز شرایط سختی به همراه دارد. با توجه به اینکه همسران مبتلا به سینه در خانواده‌های نظامی علاوه بر تحمل شرایط حرفه‌ای متمایز و شیفت‌های کاری همسرانشان به واسطه بیماری سرطان سینه متحمل شرایط روانی خاصی هستند، به‌نظر می‌رسد از نظر روانشناختی نیازمند توجه بیشتری هستند. لذا این پژوهش در پی پاسخ به این سوال است که الگوی ساختاری ترس از عود سرطان بر اساس شخصیت، تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روان‌شناختی و نقش واسطه‌ای ادراک بیماری در در همسران خانواده‌های نظامی با داده‌های تجربی برازش دارد؟



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

1. Heidkamp
2. Ban

مبانی نظری

بر اساس نظریه ریف از بهزیستی روان‌شناختی، بیماران مبتلا به سرطان در صورت نگرش مثبت به خویشتن و شرایط موجود، احساس توانایی غلبه بر مشکلات، هدفمندی و توانایی بهبود شرایط (ریف^۱، ۲۰۱۴) احتمال دارد بتوانند ترس از عود خود را کنترل کنند. به عبارت دیگر، بهزیستی روان‌شناختی در صورت نگرش مثبت مبتلایان به سرطان می‌تواند از عود از سرطان پیشگیری کند و این عامل نقش محافظت‌کننده دارد. ریف (۲۰۱۴) معتقد است نگرش مثبت و سازنده نسبت به رویدادها ذهنیت فرد بیمار را تغییر داده و مکانیسم‌های روانی قدرتمندی برای محافظت روان‌شناختی فراهم می‌آورد.

از سوی دیگر نظریات ادراک بیماری مانند نظریه دوریتو و راکمن (۲۰۱۳) بر این اساس است که می‌توان ادراک از بیماری را با عوامل روان‌شناختی تبیین کرد. نظریات حوزه بهزیستی روان‌شناختی و ادراک از بیماری بر ماهیت بیماری سرطان به عنوان بیماری که اساساً درمان‌زیستی نمی‌تواند از گسترش آن جلوگیری کند تأکید ویژه‌ای دارند. این نظریات بر ماهیت روانی سرطان سینه به عنوان عامل مهمی در بهبودی یا دست‌کم جلوگیری از تسریع بیماری راهبردهای مختلفی را پیشنهاد می‌دهند. به عبارت دیگر، ادراک از بیماری در اغلب موارد براساس ذهنیت فرد بیمار تعدیل می‌شود، بیمارانی که نسبت به بیماری خود ادراک منطقی دارند و از علائم بیماری نگرش‌های تغییر یافته‌ای نمی‌دهند در برخورد با شرایط سخت بیماری می‌توانند به طرز صبورانه و سازگارانه‌تری واکنش نشان دهند.

پیشینه پژوهش

زنان مبتلا به سرطان سینه در طول درمان اثرات نامطلوب جسمی و روانی اجتماعی را تجربه می‌کنند که می‌تواند اثر درمان‌های دریافتی آنها را کاهش دهد و پیش‌آگهی و کیفیت زندگی آنها را بدتر کند (ابرو-گیتان^۲ و همکاران، ۲۰۲۲).

تاتیانا^۳ و دیگران (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای نشان دادند ترس از عود از سرطان سینه نقش موثری در تشدید علائم روانی بیماران بقا یافته از سرطان سینه دارد. این مطالعه نشان داد زنان مبتلا به سرطان

1. Ryff
2. Obrero-Gaitán.
3. Tatyana

سینه بعد از اتمام درمان به شدت تحت تاثیر نگرانی‌های غیرواقعی‌ای قرار می‌گیرند که منشا کاملاً درونی و شخصی دارد. این ترس‌ها ارتباط نزدیکی با ویژگی‌های شخصیتی مانند روان رنجوری دارند.

وگنر و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای نشان دادند ترس از عود از سرطان توسط متغیرهای روانشناختی پیشگیرانه از قبیل برون‌گرایی تعدیل می‌شود. به عبارت دیگر، زنان برون‌گرا و دارای مهارت‌های لازم برای تنظیم هیجان قادرند با ارائه روش‌های منطقی و کارآمد شناختی بر ترس‌های خود غلبه کنند و به بهبود سیستم ایمنی بدنشان کمک کنند.

گورملی و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه‌ای نشان دادند برخی ویژگی‌های شخصیت مانند روان رنجوری و درون‌گرایی ترس از عود از سرطان را پیش‌بینی می‌کند. براساس این یافته‌ها هر چه زنان مبتلا به سرطان سینه درون‌گراتر و روان رنجورتر باشند احتمال عود سرطان سینه بیشتر است.

سزنا و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه‌ای به بررسی تاثیر روش‌های تنظیم هیجان بر اصلاح روش‌های مقابله مبتلایان به سرطان نشان دادند اغلب مبتلایان با آموزش‌های شناختی می‌توانند به بهتر شدن شرایط جسمانی و روانی خود کمک کنند. طبق این مطالعه اغلب افراد مبتلا به سرطان نگرانی‌های غیرواقع‌بینانه‌ای از علائم خود دارند و روش‌های تنظیم هیجان به شدت برای آنها توصیه می‌گردد.

اکبری (۱۴۰۱) در مطالعه‌ای به بررسی عوامل مهم در پیشگیری از عود از سرطان سینه پرداختند. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد برون‌گرایی و وجدان‌مندی به عنوان دو عامل پیشگیرانه نقش محافظتی ایفا می‌کند. همچنین روان رنجورخویی و اضطراب بالا نقش مهمی در احتمال بروز ترس از عود از سرطان دارد.

روش‌شناسی پژوهش

در این پژوهش به منظور بررسی رابطه ترس از عود سرطان با شخصیت، تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روان‌شناختی بر اساس نقش واسطه‌ای ادراک بیماری از روش توصیفی (همبستگی) استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر همه زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به

انستیتو کانسر مجتمع بیمارستانی امام خمینی تهران است که درمان‌های آنها به اتمام رسیده است. در این پژوهش حجم نمونه کافی برای مدل یابی بر اساس فرمول گرین^۱ (گرین^۲، ۱۹۹۱) ۲۳۴ نفر است که با توجه به پرسشنامه‌های مخدوش احتمالی و تعمیم‌دهی بیرونی بهتر، حجم نمونه ۳۰۰ نفر در نظر گرفته شد. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری هدفمند در دسترس از میان زنان بقا یافته از سرطان سینه مراجعه کننده به انستیتو کانسر که درمان‌های آنها پایان یافته بود، انتخاب شدند. ملاک‌های ورود مورد نظر برای شرکت کنندگان در این پژوهش شامل تحصیلات حداقل ابتدایی، همسر نظامی بودن و حداقل سن ۲۲ سال و ملاک‌های خروج شامل عدم رضایت از شرکت در مطالعه و تکمیل ناقص پرسشنامه ها بود.

ابزار گردآوری داده‌ها

پرسشنامه ترس از عود سرطان (سیمارد و ساوارد، ۲۰۰۹): این پرسشنامه دارای ۴۲ سوال با لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز، بندرت، گاهی، اغلب، همیشه) است و ۷ بعد را ارزیابی می‌کند. این ابعاد بترتیب شامل محرک‌ها با ۸ سوال (۱ تا ۸)، شدت با ۹ سوال (۹ تا ۱۷)، پریشانی روانی با ۴ سوال (۱۸ تا ۲۱)، راهبردهای مقابله‌ای با ۹ سوال (۲۲ تا ۳۰)، اختلال عملکرد با ۶ سوال (۳۱ تا ۳۶)، بینش با ۳ سوال (۳۷ تا ۳۹) و اطمینان با ۳ سوال (۴۰ تا ۴۲) است. در هر سوال به گزینه‌های (هرگز، بندرت، گاهی، اغلب و همیشه) بترتیب نمرات (۰، ۱، ۲، ۳ و ۴) تعلق می‌گیرد و سوال ۱۵ برعکس نمره گذاری می‌شود، سپس نمره هر یک از زیرمقیاس‌های ۷ گانه با جمع نمرات ماده‌های هر زیرمقیاس محاسبه می‌شود، نمره کلی از صفر تا ۱۶۸ متغیر است و نمرات بیشتر نشان دهنده ترس از عود بالاتر است. سیمارد و ساوارد (۲۰۰۹) ضریب پایایی مقیاس به روش همابستگی درونی، آلفای کرونباخ را ۰/۹۵ و ضریب روایی آن را به روش روایی همگرا ۰/۶۸ تا ۰/۷۷ گزارش کردند. در هنجاریابی نسخه فارسی آن در جامعه زنان مبتلا به سرطان سینه توسط باطنی^۳ و دیگران (۲۰۱۹) ضریب پایایی به روش همابستگی درونی، آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و به روش بازآزمایی ۰/۹۶ و ضریب روایی آن به روش اعتبار محتوا ۰/۸۰ برآورد شده است.

۱. $N \geq 8k + 50$ (k تعداد متغیر پیش‌بین است). با توجه به ابعاد مختلف چهار متغیر پیش‌بین در این پژوهش $k=23$ است.

$$(8 \times 23) + 50 = 234$$

2. Green
3. Bateni

پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی پنج عاملی نئو^۱ (مک کری و کاستا): این پرسشنامه دارای ۶۰ سوال با لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم، کاملاً موافقم) است و پنج ویژگی بزرگ شخصیتی روان‌رنجوری، برون‌گرایی، گشودگی، توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی را ارزیابی می‌کند، به هر ویژگی ۱۲ سوال تعلق دارد. نمره هریک از ویژگی‌های شخصیتی از صفر تا ۴۸ متغیر است و نمره بیشتر نشان دهنده داشتن آن ویژگی شخصیتی به میزان بیشتر است. مک کری و کاستا (۱۹۸۹) ضریب پایایی مقیاس به روش همابستگی درونی، آلفای کرونباخ را ۰/۶۸ تا ۰/۸۳ و ضریب روایی آن را ۰/۷۵ تا ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. در هنجاریابی نسخه فارسی آن توسط گروسی فرشی دیگران (۱۳۸۰)، ضریب پایایی به روش همابستگی درونی، آلفای کرونباخ برای هر یک از عوامل پنجگانه خرده مقیاس روان‌رنجوری ۰/۸۶، برون‌گرایی ۰/۷۳، گشودگی ۰/۵۶، توافق‌پذیری ۰/۶۸ و وظیفه‌شناسی ۰/۸۷ برآورد شده است.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۲ (کارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶): این پرسشنامه دارای ۱۸ سوال با لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز، گاهی، معمولاً، اغلب، همیشه) است و ۹ راهبرد شناختی راهبردهای سازگارانه شامل پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و کم‌اهمیت شماری و راهبردهای ناسازگارانه شامل سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه‌نمایی و نشخوارگری را ارزیابی می‌کند. به هر بعد، دو سوال اختصاص دارد. سوالات ۱ و ۲ خودسرزنشگری، ۳ و ۴ پذیرش، ۵ و ۶ نشخوارگری، ۷ و ۸ تمرکز مجدد مثبت، ۹ و ۱۰ تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ۱۱ و ۱۲ ارزیابی مجدد مثبت، ۱۳ و ۱۴ کم‌اهمیت شماری، ۱۵ و ۱۶ فاجعه‌نمایی و ۱۷ و ۱۸ دیگر سرزنشگری را می‌سنجد.

در هر سوال به گزینه‌های (هرگز، گاهی، معمولاً، اغلب و همیشه) بترتیب نمرات (۱، ۲، ۳، ۴ و ۵) تعلق می‌گیرد. سپس نمره هر یک از زیرمقیاس‌های ۹ گانه با جمع نمرات دو ماده هر زیرمقیاس محاسبه می‌شود (بشارت، ۱۳۹۵). نمره هریک از زیرمقیاس‌ها از ۲ تا ۱۰ متغیر است و نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر از آن راهبرد شناختی خاص است. با جمع نمرات مولفه‌های راهبردهای سازگارانه و راهبردهای ناسازگارانه بطور جداگانه نمره فرد در استفاده از هر یک از این راهبردها بدست می‌آید، نمره کلی برای راهبردهای سازگارانه از ۱۰ تا ۵۰ و برای راهبردهای

1. NEO Five –Factor Inventory (NEO-FFI)
2. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

ناسازگارانه از ۸ تا ۴۰ متغیر است و نمره بیشتر نشان دهنده استفاده بیشتر از این راهبردها است. گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) ضریب پایایی مقیاس به روش هماهنگی درونی، آلفای کرونباخ را ۰/۶۸ تا ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. در هنجاریابی نسخه فارسی آن توسط محسن آبادی و فتحی آشتیانی (۱۳۹۹) ضریب پایایی به روش هماهنگی درونی، آلفای کرونباخ و بازآزمایی به فاصله ۴ هفته در عامل راهبردهای سازگاران به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۷۷ و در عامل راهبردهای ناسازگاران به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۶ برآورد شده است همچنین همبستگی معنادار نمره راهبردهای سازگاران با افسردگی، اضطراب و استرس بترتیب ۰/۴۸-، ۰/۴۴- و ۰/۴۶- و همبستگی معنادار نمره راهبردهای ناسازگاران با افسردگی، اضطراب و استرس بترتیب ۰/۵۵، ۰/۴۲ و ۰/۴۰ گزارش شده است.

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی^۱ (ریف): این پرسشنامه دارای ۱۸ سوال با لیکرت ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، تا حدی مخالفم، تا حدی موافقم، موافقم، کاملاً موافقم) است و ۶ بعد را ارزیابی می‌کند. نمره هر یک از زیر مقیاس‌های شش‌گانه با جمع نمرات هر زیرمقیاس محاسبه می‌شود و نمره کلی برای هر زیرمقیاس از ۳ تا ۱۸ متغیر است. نمره کلی بهزیستی روان‌شناختی از جمع نمرات زیرمقیاس‌های شش‌گانه بدست می‌آید، از نمره ۱۸ تا ۱۰۸ متغیر است و نمره بیشتر نشان دهنده بهزیستی روان‌شناختی بالاتر است. ریف و سینگر (۲۰۰۶) همبستگی این آزمون را با مقیاس ۸۴ سوالی این پرسشنامه از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. هنجاریابی نسخه فارسی آن توسط خانجانی و دیگران (۱۳۹۳) ضریب پایایی به روش هماهنگی درونی، آلفای کرونباخ در ۶ عامل پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه‌ی مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال بترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۲، ۰/۷۳، ۰/۵۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۶ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ بدست آمده است. همچنین با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی نشان دادند که تمامی عامل‌های پرسشنامه از برازش خوبی برخوردار است.

پرسشنامه مختصر ادراک بیماری^۲ (برودبنت و دیگران): این پرسشنامه شامل ۹ گویه است، سوالات بترتیب از شماره ۱ تا ۸ پیامدها، طول مدت بیماری، کنترل شخصی، کنترل از راه درمان، ماهیت (علائم) بیماری، نگرانی در مورد بیماری، شناخت بیماری و عواطف را می‌سنجند و از ۱ تا

1. Psychological Well-being Scale (PWBI)
2. Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ)

۱۰ نمره گذاری می شوند. نمره دهی این پرسشنامه به این صورت است که دامنه نمرات ۸ سوال اول ۰ تا ۱۰ است و بیماران بر اساس نظر خود، نمره مورد نظر خود را مشخص می کنند، نمره هر سوال نمره بعد مربوطه را مشخص می کند. برودبنت و دیگران (۲۰۰۶) ضریب پایایی مقیاس به روش هماهنگی درونی، آلفای کرونباخ را ۰/۸۰ و به روش بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای سؤالات مختلف، از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش کرده اند. ضریب روایی همزمان مقیاس با پرسشنامه ادراک بیماری تجدیدنظر شده نشان دهنده همبستگی زیرمقیاس ها از ۰/۳۲ تا ۰/۶۳ است. در هنجاریابی نسخه فارسی آن توسط کریمی قاسم آباد^۱ و دیگران (۲۰۲۱) ضریب پایایی به روش هماهنگی درونی، آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و به روش بازآزمایی ۰/۸۲ تا ۰/۹۴ همراه با اعتبار ساخت و اعتبار همزمان خوب با سایر پرسشنامه ها بدست آمده است. همچنین در هنجاریابی توسط مسائلی^۲ و دیگران (۲۰۱۹) آلفای کرونباخ ۰/۷۳ و اعتبار همزمان ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده و در هنجاریابی توسط بزازیان و بشارت^۳ (۲۰۱۰) ضریب پایایی از راه بازآزمایی به فاصله ۴ هفته برای سؤالات از ۰/۵۰ تا ۰/۷۵ همراه با اعتبار ساخت و اعتبار همزمان خوب با سایر پرسشنامه ها بدست آمده است (برودبنت و دیگران، ۲۰۰۶).

سؤالات پژوهش

- ۱- آیا مدل ترس از عود از سرطان سینه براساس شخصیت، تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روانی با نقش میانجی ادارک از بیماری در همسران خانواده های نظامی دارای برآزش است؟
- ۲- آیا ترس از عود از سرطان سینه براساس شخصیت، تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روانی با نقش میانجی ادارک از بیماری در همسران خانواده های نظامی قابل پیش بینی است؟

یافته های پژوهش

۳۸ نفر (۱۲/۷ درصد) از شرکت کنندگان کمتر از ۳۵ سال، ۵۸ نفر (۱۹/۳ درصد) ۳۶ تا ۴۰ سال، ۸۳ نفر (۲۷/۷ درصد) ۴۱ تا ۴۵ سال، ۶۷ نفر (۲۲/۳ درصد) ۴۶ تا ۵۰ سال و ۵۴ نفر (۱۸ درصد) بیشتر از ۵۰ سال داشتند. لازم به ذکر است که میانگین و انحراف استاندارد سن

1. Karimi-Ghasemabad
2. Masaeli1
3. Bazzaziana. & Besharat

شرکت کنندگان به ترتیب ۴۴/۰۶ و ۷/۵۲ سال بود. میزان تحصیلات ۷۹ نفر (۲۶/۳ درصد) از شرکت کنندگان زیر دیپلم، ۱۲۴ نفر (۴۱/۳ درصد) دیپلم، ۷۷ نفر (۲۵/۷ درصد) لیسانس و ۲۰ نفر (۶/۷ درصد) فوق لیسانس و بالاتر بود. ۵۱ نفر (۱۷ درصد) از شرکت کنندگان کمتر از ۱ سال، ۲۰۳ نفر (۶۷/۷ درصد) ۱ تا ۵ سال، ۴۲ نفر (۱۴ درصد) ۵ تا ۱۰ سال و ۴ نفر (۱/۳ درصد) بیشتر از ۱۰ سال به سرطان سینه مبتلا بوده‌اند. جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و ضریب آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	آلفای کرونباخ
شخصیت - روان‌رنجوری	۲۳/۲۰	۵/۷۸	۰/۷۷
شخصیت - برون‌گرایی	۲۸/۲۵	۷/۱۲	۰/۷۲
شخصیت - گشودگی	۲۵/۴۲	۷/۰۲	۰/۶۱
شخصیت - توافق‌پذیری	۳۰/۳۰	۶/۰۷	۰/۶۸
شخصیت - وظیفه‌شناسی	۳۳/۷۳	۷/۹۵	۰/۸۲
تنظیم شناختی هیجان-راهردهای ناسازگارانه	۲۰/۲۲	۴/۹۳	۰/۷۷
تنظیم شناختی هیجان - راهبردهای سازگارانه	۳۳/۳۴	۶/۵۷	۰/۸۲
بهزیستی روان‌شناختی - پذیرش	۱۲/۰۲	۳/۵۳	۰/۷۱
بهزیستی روان‌شناختی - تسلط محیطی	۱۰/۹۶	۳/۲۷	۰/۵۷
بهزیستی روان‌شناختی - روابط مثبت	۱۲/۴۱	۴/۳۰	۰/۶۴
بهزیستی روان‌شناختی - هدفمندی	۱۰/۶۶	۳/۲۷	۰/۶۲
بهزیستی روان‌شناختی - رشد فردی	۱۳/۰۹	۳/۵۴	۰/۵۸
بهزیستی روان‌شناختی - استقلال	۱۱/۰۷	۳/۳۵	۰/۶۱
ادراک بیماری - بازنمایی شناختی	۱۴/۰۷	۳/۵۲	۰/۶۴
ادراک بیماری - بازنمایی عاطفی	۱۰/۲۵	۲/۹۸	۰/۷۵
ادراک بیماری - شناخت بیماری ^۱	۵/۰۲	۲/۹۸	-
ترس از عود سرطان - محرک‌ها	۱۰/۴۴	۲/۸۰	۰/۹۳
ترس از عود سرطان - شدت	۱۵/۲۰	۳/۱۸	۰/۹۱

۱. با توجه به این که مؤلفه شناخت بیماری تنها با یک سوال سنجیده شده است، بنابراین ضریب آلفای کرونباخ برای آن محاسبه نشد.

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و ضریب آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	آلفای کرونباخ
ترس از عود سرطان - پریشانی روانی	۵/۴۳	۱/۲۳	۰/۸۷
ترس از عود سرطان - راهبردهای مقابله‌ای	۱۷/۰۹	۳/۵۵	۰/۸۸
ترس از عود سرطان - اختلال عملکرد	۵/۶۱	۲/۰۹	۰/۹۲
ترس از عود سرطان - بینش	۳/۲۴	۱/۴۱	۰/۸۵
ترس از عود سرطان - اطمینان	۷/۱۴	۲/۱۸	۰/۵۳

جدول ۲. ضریب همبستگی میان مولفه‌های متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای تحقیق	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	
۱. شخصیت روان‌رنجوری	-																						
۲. شخصیت برون‌گرایی	*	-																					

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای تحقیق	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲
۳. شخصیت - گشودگی	*	*	۳	۶	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۴. شخصیت - توافق پذیری	*	*	۳	۵	۷	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۵. شخصیت - وظیفه شناسی	*	*	۳	۸	۶	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای تحقیق	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱	۱	۱	۱	۲	۲	
۶. تنظیم شناختی هیجان - راهبردهای ناسازگارانه	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
۷. تنظیم شناختی هیجان - راهبردهای سازگارانه	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
۸. بهزیستی روان شناختی - پذیرش	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای تحقیق	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	
۹. بهزیستی روان شناختی - تسلط محیطی	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
۱۰. بهزیستی روان شناختی - روابط مثبت	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
۱۱. بهزیستی روان شناختی - هدفمندی	*	*	*	*	*	*	*	*	*	**	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای تحقیق		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	
۱۵. ادراک بیماری - بازنمایی عاطفی	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	**	**	**	**	**	**	*	*	*
۱۶. ادراک بیماری - شناخت بیماری	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	**	**	**	**	**	**	**	*	*	*
۱۷. ترس از عود سرطان - محرکها	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	**	**	**	**	**	**	**	*	*	*
۱۸. ترس از عود سرطان - شدت	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	**	**	**	**	**	**	**	*	*	*

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

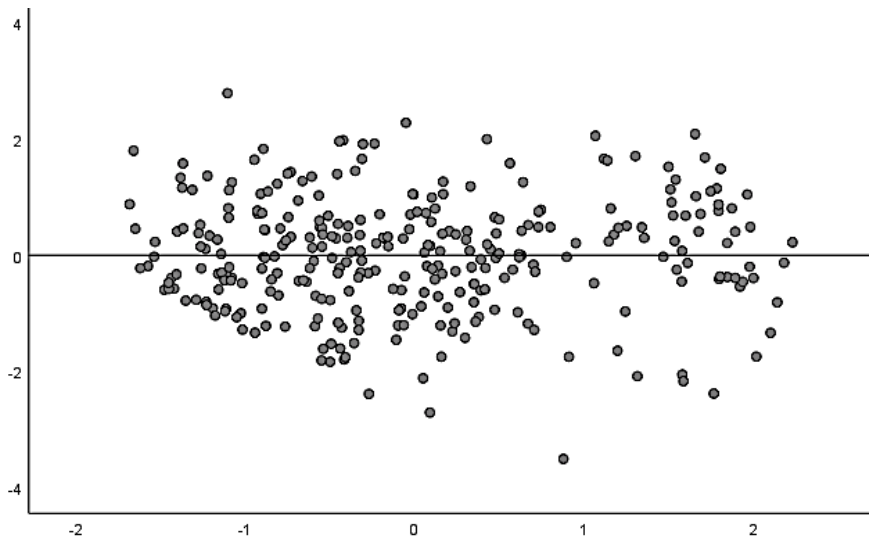
متغیرهای تحقیق		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	
متغیرهای تحقیق	۱	*																						
	۲	*	*																					
	۳	*	*	*																				
	۴	*	*	*	*																			
۱۹. ترس از عود سرطان - پریشانی روانی	۵	*	*	*	*	*																		
	۶	*	*	*	*	*	*																	
	۷	*	*	*	*	*	*	*																
	۸	*	*	*	*	*	*	*	*															
۲۰. ترس از عود سرطان - راهبردهای مقابله‌ای	۹	*	*	*	*	*	*	*	*															
	۱۰	*	*	*	*	*	*	*	*	*														
	۱۱	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*													
	۱۲	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*											
۲۱. ترس از عود سرطان - اختلال عملکرد	۱۳	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*										
	۱۴	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*									
	۱۵	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*								
	۱۶	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*							

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

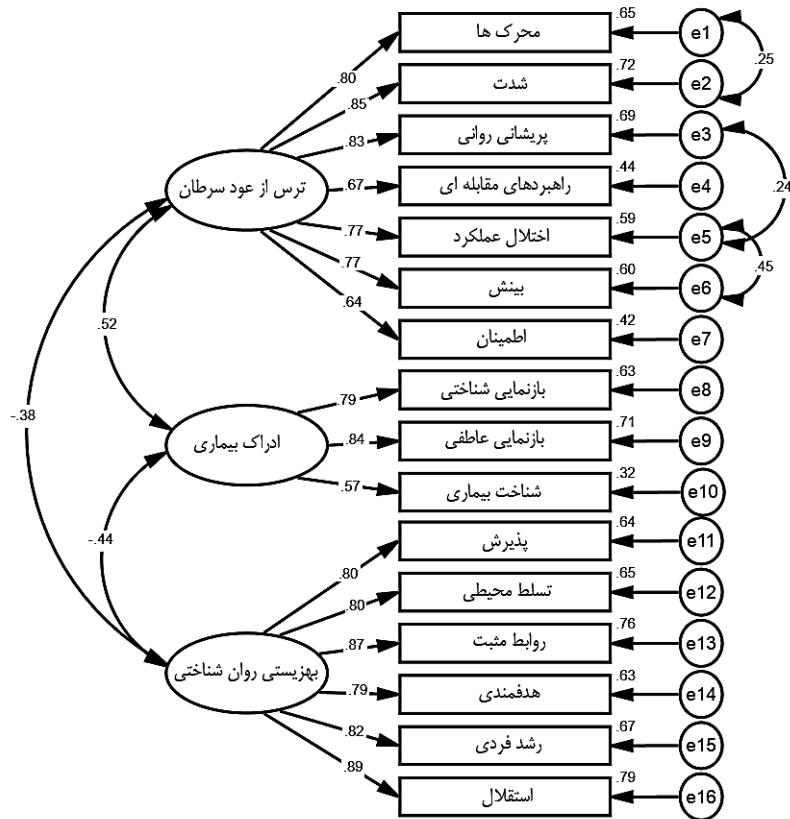
متغیرهای تحقیق	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	
۲۲. ترس از عود سرطان - بیش	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	**	**	**	**	**	**
	۵	۱	۱	۴	۴	۴	۴	۴	۵	۵۵	۴۷	۵۷	۵۵	۴۸	۵۸	
	۰	۹	۸	۱	۰	۰	۰	۰	۰	-	-	-	-	-	-	
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	-	-	-	-	-	-	
	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	-	-	-	-	-	-	
۲۳. ترس از عود سرطان - اطمینان	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	**	**	**	**	**	**
	۴	۳	۲	۳	۴	۴	۴	۴	۴	۴۴	۴۸	۴۲	۴۷	۴۹	۵۱	
	۱	۳	۷	۵	۵	۵	۵	۵	۵	-	-	-	-	-	-	
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	-	-	-	-	-	-	
	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	-	-	-	-	-	-	
P**																
>P* و																
۰/۰۵																

به منظور ارزیابی نرمال بودن توزیع داده‌های تک‌متغیری، کشیدگی و چولگی هر کدام از متغیرها مورد بررسی قرار گرفت. مقادیر کشیدگی و چولگی همه مؤلفه‌ها در محدوده ± 2 قرار دارد. این یافته بیانگر آن است که مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های تک‌متغیری در بین داده‌ها برقرار است. مفروضه همخطی بودن در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار است، به این منظور که پدیده همخطی بین متغیرهای پیش‌بین وجود ندارد. زیرا که مقادیر ضریب تحمل متغیرهای پیش‌بین بزرگتر از ۰/۱ و مقادیر عامل تورم واریانس هر یک از آنها کوچکتر از ۱۰

است. به منظور ارزیابی همگنی واریانس‌ها (مفروضه همگنی واریانس‌ها به این معناست که واریانس خطاها در سطوح مختلف متغیر وابسته یکسان است) نمودار پراکندگی واریانس‌های استاندارد شده خطاها مورد بررسی قرار گرفت. همچنان که در نمودار ملاحظه می‌شود، مفروضه همگنی واریانس در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار بود.



شکل ۲. نمودار پراکندگی واریانس استاندارد شده خطاها



شکل ۳. مدل اندازه گیری با استفاده از داده های استاندارد

جدول ۳ چگونگی برازش مدل اندازه گیری با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی، نرم افزار AMOS 24.0 و برآورد بیشینه احتمال (ML)^۱ ارزیابی شد. جدول ۴ شاخص های برازندگی مدل اندازه گیری را نشان می دهد.

1. Maximum Likelihood (ML)

جدول ۳. شاخص های برازش مدل اندازه گیری

نقطه برش ۱	مدل اندازه گیری اصلاح شده	مدل اندازه گیری اولیه	شاخص های برازندگی
-	۲۳۰/۹۷	۳۲۳/۲۴	مجذور کای ^۲
-	۹۸	۱۰۱	درجه آزادی مدل
کمتر از ۳	۲/۳۶	۳/۲۰	χ^2/df ^۳
۰/۹۰ >	۰/۹۱۴	۰/۸۷۴	GFI ^۴
۰/۸۵۰ >	۰/۸۸۰	۰/۸۳۱	AGFI ^۵
۰/۹۰ >	۰/۹۶۳	۰/۹۳۸	CFI ^۶
۰/۰۸ <	۰/۰۶۷	۰/۰۸۶	RMSEA ^۷

جدول ۴ نشان می دهد به استثنای شاخص برازندگی CFI دیگر شاخص های برازندگی حاصل از تحلیل عاملی تاییدی از برازش قابل قبول مدل اندازه گیری با داده های گردآوری شده حمایت نکردند ($\chi^2/df=۳/۲۰$ ، $CFI=۰/۹۳۸$ ، $GFI=۰/۸۷۴$ ، $AGFI=۰/۸۳۱$ و $RMSEA=۰/۰۸۶$). به همین دلیل شاخص های اصلاح ارزیابی و بر اساس آن با ایجاد کوواریانس بین خطاهای نشانگرهای اختلال عملکرد و بینش (مرحله اول)، محرک ها و شدت (مرحله دوم) و پریشانی روانی و بینش (مرحله سوم) مدل اندازه گیری اصلاح و در نهایت شاخص های برازندگی حاصل شد که نشان می دهد مدل اندازه گیری با داده های گردآوری شده برازش قابل قبول دارد ($\chi^2/df=۲/۳۶$ ، $CFI=۰/۹۶۳$ ، $GFI=۰/۹۱۴$ ، $AGFI=۰/۸۸۰$ و $RMSEA=۰/۰۶۷$). جدول ۴ بارهای عاملی استاندارد و غیر استاندارد مربوط به نشانگرها در مدل اندازه گیری را نشان می دهد.

۱. نقاط برش براساس دیدگاه کلاین (۲۰۱۶)

2. Chi-Square
3. normed chi-square
4. Goodnesxs Fit Inde
5. Adjusted Goodness Fit Index
6. Comparative Fit Index
7. Root Mean Square Error of Approximation

جدول ۴. پارامترهای مدل اندازه گیری پژوهش در تحلیل عاملی تأییدی

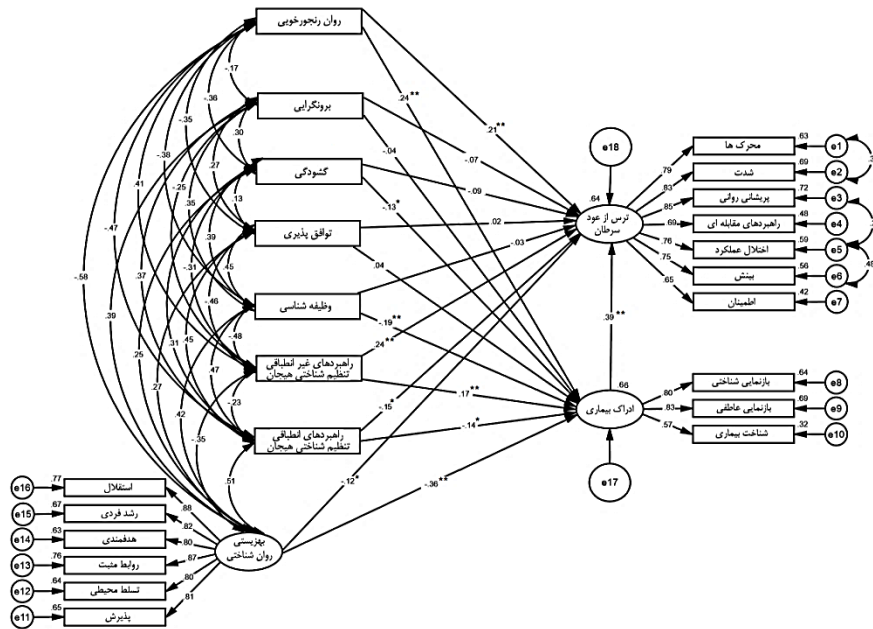
متغیر مکنون- نشان گر	b	β	SE	t
ترس از عود سرطان - محرکها	۱	۰/۸۰۴		
ترس از عود سرطان - شدت	۱/۲۴۰	۰/۸۴۷	۰/۰۶۴	۱۹/۳۲**
ترس از عود سرطان - پرنشانی روانی	۰/۵۶۲	۰/۸۳۲	۰/۰۳۵	۱۶/۱۱**
ترس از عود سرطان - راهبردهای مقابله‌ای	۰/۸۰۲	۰/۶۶۶	۰/۰۶۶	۱۲/۱۶**
ترس از عود سرطان - اختلال عملکرد	۰/۷۴۴	۰/۷۶۹	۰/۰۵۲	۱۴/۴۴**
ترس از عود سرطان - بینش	۰/۴۲۰	۰/۷۷۲	۰/۰۲۹	۱۴/۶۱**
ترس از عود سرطان - اطمینان	۰/۲۸۸	۰/۶۴۴	۰/۰۲۵	۱۱/۶۹**
ادراک بیماری - بازنمایی شناختی	۱	۰/۷۹۲		
ادراک بیماری - بازنمایی عاطفی	۰/۶۶۸	۰/۸۴۲	۰/۰۴۴	۱۵/۲۸**
ادراک بیماری - شناخت بیماری	۰/۲۲۵	۰/۵۶۹	۰/۰۲۳	۹/۷۸**
بهبودی روان شناختی - پذیرش	۱	۰/۸۰۱		
بهبودی روان شناختی - تسلط محیطی	۰/۹۳۰	۰/۸۰۵	۰/۰۵۹	۱۵/۸۳**
بهبودی روان شناختی - روابط مثبت	۱/۳۲۲	۰/۸۷۰	۰/۰۷۵	۱۷/۶۵**
بهبودی روان شناختی - هدفمندی	۰/۹۱۶	۰/۷۹۱	۰/۰۵۹	۱۵/۴۷**
بهبودی روان شناختی - رشد فردی	۱/۰۲۱	۰/۸۱۶	۰/۰۶۳	۱۶/۱۴**
بهبودی روان شناختی - استقلال	۱/۰۵۲	۰/۸۸۸	۰/۰۵۸	۱۸/۱۸**
**P < ۰/۰۱				

جدول ۵ نشان می‌دهد که بزرگترین بار عاملی متعلق به نشانگر استقلال ($\beta=۰/۸۸۸$) و کوچکترین بار عاملی متعلق به نشانگر شناخت بیماری ($\beta=۰/۵۶۹$) است. بدین ترتیب با توجه به این که بارهای عاملی همه نشانگرها بالاتر از ۰/۳۲ بود، می‌توان گفت همه آنها از توان لازم برای اندازه گیری متغیرهای مکنون پژوهش حاضر برخوردارند. لازم به توضیح است که طبق دیدگاه تاباچنیک و فیدل^۱ (۲۰۰۷)، بارهای عاملی ۰/۷۱ و بالاتر از آن عالی، بارهای بین ۰/۶۳ تا ۰/۷۰ خیلی خوب، بارهای بین ۰/۵۵ تا ۰/۶۲ خوب، بارهای بین ۰/۴۵ تا ۰/۵۵ نسبتاً خوب^۲، بارهای بین ۰/۳۲ تا ۰/۴۴ پایین^۳ و بارهای پایین تر از ۰/۳۲ ضعیف محسوب می‌شود.

1. Tabachnick & Fidell

2. fair

3. low



شکل ۴. پارامترهای استاندارد در مدل ساختاری پژوهش

نتیجه گیری و پیشنهادها

هدف از پژوهش حاضر مدل یابی ترس از عود از سرطان سینه براساس شخصیت، تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روانی با نقش میانجی ادراک از بیماری در همسران خانواده‌های نظامی بود. نتایج نشان داد شخصیت، تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روانشناختی در همسران خانواده‌های نظامی هم به صورت مستقیم و هم با میانجی‌گری ادراک بیماری بر ترس از عود سرطان با داده‌های گردآوری شده برازش دارد. این یافته‌ها با نتایج مطالعات وینگ و دیگران (۲۰۱۹)، لیائو و دیگران (۲۰۱۷) و سزنا پالاس و دیگران (۲۰۲۱) همسو است.

در تبیین نقش بهزیستی روانی در ریش بین ترس از عود از سرطان سینه باید اشاره کرد طبق مدل بهزیستی روانشناختی ریف، افراد خوش بین و مثبت اندیش که می‌توانند از نگران‌های اضافی خود را غافل نمایند اغلب موارد در پیشگیری از ترس‌های خود موفق‌ترند. مکانیسم این ارتباط از طریق روشهای معنوی و گرایش به تکنیک‌های ماورالطبیعی مانند دعا، توسل به دین و

باورهای مذهبی قلمداد شده است. طبق این نظریه افرادی که با مصایب سخت و سنگین در زندگی خود مواجه می شوند رو شهای سازگارانه مثبت اندیشی را پیشه کنند می توانند بر نگرانی های وافر این بیماری ها و مصایب غلبه نمایند و حال بهتری را تجربه نمایند. در مطالعه حاضر نیز زنان بقایافته از سرطان سینه اغلب در مواردی که نگاه منطقی و مثبت اندیشانه ای نسبت به اتفاقات و رویدادهای زندگی دارند قابلیت بیشتری در بهبود نشانگان خود نشان دادند. این یافته در مطالعات پیشین نیز به خوبی تکرار شده است و می توان به عنوان شاهد مستقیمی در بهبود وضعیت روان شناختی زنان مبتلا به سرطان سینه در مطالعات بعدی از آن استفاده کرد.

در تبیین نتایج به دست آمده از فرضیه همبستگی ترس از عود از سرطان بر اساس ویژگی های شخصیت باید اشاره کرد بر اساس نظریه های آیزنک و گری^۱ ویژگی های شخصیتی منعکس کننده تفاوت های فردی در کارکرد مغزی است و بر اساس ترسیم سیستم عصب فیزیولوژیایی در نظریه گری، سه سیستم فعال ساز رفتاری (حساسیت به پاداش)، سیستم بازداری رفتاری (حساسیت به تنبیه) و سیستم جنگ و گریز مطرح شده است. از آنجا که سیستم بازداری رفتاری به محرک های آزاردهنده شرطی پاسخ داده و با خلق منفی، سوگیری توجه به سمت منابع تعارض و افزایش برانگیختگی مرتبط است و پایه اضطراب و خلق و عافه منفی است، بنابراین حساسیت بالای سیستم بازداری رفتاری در روان رنجوری نمود پیدا می کند (امیری و حسنی، ۱۳۹۵؛ خسروی و دیگران، ۱۳۹۸). اگر بیمار مبتلا به سرطان از بهزیستی روان شناختی قابل قبولی برخوردار باشد، علی رغم محدودیتهایی که بیماری در او ایجاد کرده، نگرش مثبتی به خود و زندگی دارد، نسبت به فعالیتهای و رویدادهای زندگی علاقه نشان می دهد، فردی هدفمند است، به شکل مؤثر با فعالیتها و رویدادهای زندگی درگیر می شود و بدنبال یافتن معنا برای چالش های زندگی است، احساس تسلط بر محیط و توانایی مدیریت زندگی و مقتضیات آن را دارد و می تواند ابعاد مختلف محیط و شرایط آن را تا حد امکان تغییر دهد و بهبود بخشد، دارای رشد شخصی است و همواره به دنبال بهبود زندگی شخصی خویش از طریق یادگیری و تجربه است (الهام قیاسی، ۱۴۰۰). در مطالعه حاضر نیز زنان بقایافته از سرطان سینه که ویژگی های برون گرایی و مسئولیت پذیری بالایی داشتند اغلب می توانند بر ترس های غیرمنطقی خود غلبه کنند.

1. Gray

در تبیین فرضیه ارتباط ترس از عود از سرطان سینه براساس ادراک از بیماری باید اشاره کرد بر اساس مدل خود تنظیمی لونتال ادراک بیماری دارای بازنمایی شناختی و بازنمایی عاطفی است، بر اساس همین مدل ترس از عود نیز دارای دو سیستم پردازش شناختی و عاطفی است که سیستم شناختی به باورهای بیمار نسبت به سرطان ارتباط دارد و سیستم عاطفی با نگرانی در مورد بازگشت بیماری همراه است (لی جانز، ۱۹۹۷). بنابراین بر اساس این مدل مشترک می‌توان گفت افرادی که بازنمایی شناختی بهتری نسبت به سرطان خود دارند یعنی اعتقاد دارند که بیماری چندان تاثیری در زندگی آنها نداشته، بیماریشان مدت خیلی زیادی ادامه نخواهد یافت، علائم خاصی از بیماری خود احساس نمی‌کنند، بر بیماری خود کنترل دارند و درمان نیز به کنترل و بهبودی بیماری آنها کمک می‌کند و نیز شناخت کامل تری نسبت به بیماری خود دارند. لازم به ذکر است در مطالعه حاضر نیز زنان بقایافته از سرطان سینه در ادراکات خود هرچقدر منطقی تر و مثبت تر می‌اندیشند ترس از عود از سرطان سینه کاهش می‌یابد. این یافته در مطالعات پیشین نیز تکرار شده است.

علی‌رغم نتایج مفید پژوهش حاضر، این پژوهش به صورت مقطعی انجام شده است. بنابراین مانند سایر پژوهش‌های مقطعی، نتیجه‌گیری درباره علیت دشوار خواهد بود. این پژوهش از نوع پرسشنامه‌ای است لذا احتمال پاسخ غیر واقعی در خود گزارش دهی منتفی نیست. محدود بودن نمونه‌ها به انستیتو کانسر مجتمع بیمارستانی امام خمینی تهران نیز از محدودیت‌های این پژوهش است، چون بیماران شرکت کننده در این پژوهش از یک مرکز و از استان تهران بودند. با توجه به نتایج پیشنهاد می‌شود بعد از اتمام درمان‌های اساسی چون جراحی، شیمی‌درمانی و پرتودرمانی، به منظور پیشگیری از شدت یافتن ترس از عود سرطان در زنان مبتلا به سرطان سینه بعد از آخرین مرحله درمانی (اعلام ختم درمان)، پزشکان مربوطه، بیمار را به مراکز روان‌شناسی ارجاع دهند.

قدردانی

بدینوسیله نویسندگان مقاله از کلیه شرکت کنندگان و دست‌اندرکاران حاضر در انستیتو کانسر تشکر و قدردانی به عمل می‌آورد.

فهرست منابع

- . Asgari, Naser, Lotfi Jalalabadi, Mostafa, Mehri, Dariush, & Javashi, Salman. (1402). Identifying and ranking the antecedents of well-being and happiness of military students: A mixed approach. *Military Psychology*, 14(3), 141-167. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.25885162.1402.14.3.6.5>
- Charry, C., Goig, R. & Martínez, I. (2020). Psychological Well-Being and Youth Autonomy: Comparative Analysis of Spain and Colombia. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-11.
- Cessna Palas, J. M., Hyland, K. A., Nelson, A. M., Small, B. J., Jim, H. S. L. & Jacobsen, B. J. (2021). An examination of the relationship of patient modifiable and non-modifiable characteristics with fear of cancer recurrence among colorectal cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 29(2), 869-876.
- Ban, Y., Li, M., Yu, M. & Wu, H. (2021). The effect of fear of progression on quality of life among breast cancer patients: the mediating role of social support. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19, 178, 1-9.
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A. & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209-249.
- Fardell, J. E., Thewes, B., Turner, J., Gilchrist, J., Sharpe, L. & Smith, A B. (2016). Fear of cancer recurrence: a theoretical review and novel cognitive processing formulation. *Journal of Cancer Survivors*. 10(4), 663-673.
- Gormley, M., Knob, M.T., Vorderstrasse, A., Aouizerat, B., Hammer, M., Fletcher, J. & Melkus, J. D. (2021). Exploring the effects of genomic testing on fear of cancer recurrence among breast cancer survivors. *Psycho-oncology*, 30(8), 1322-1331.
- Vagner, I. L., Duffecy, J., Begaie, M., Levine, B. J., Beaumont, J., Duffecy, J., Victorson, D., Gradishar, W., Leach, J., Saphner, T., Sturtz, K., Smith, M. L., Frank Penedo, F., Mohr, D. C. & Cella, D. (2020). Development and refinement of FoRtitude: An eHealth intervention to reduce fear of recurrence (FoR) among breast cancer survivors. *Psycho-oncology*, 29(1), 227-231.
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality & individual differences*, 41(6), 1045-1053.
- Omrani, Seyed Amir, Taheri Kamran, Azadeh, Salehi, Mehdi, Dehghanipour Mojared, Neda, & Ternas, Ghazaleh. (2014). The effectiveness of emotional schema therapy on the psychological, emotional and social well-being of women in the families of martyrs suffering from complex persistent grief disorder. *Military Psychology*, 13(50), 147-165. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.25885162.1401.13.50.8.4>
- Shim, E. J., Lee, J. W. & Min, Y. H. (2018). Does depression decrease the moderating effect of self-efficacy in the relationship between illness perception and fear of progression in breast cancer? *Psycho-oncology*, 27(2), 539-547.
- Schapira, L., Zheng, Y., Gelber, Sh., Poorvu, P., Ruddy, k. j., Tamimi, R. M. & Peppercorn, J. (2022). Trajectories of fear of cancer recurrence in young breast cancer survivors. *Cancer*, 128(2), 335-343.
- Taghvae-Nia, Ali, & Mohammad-Ebrahimi-Jahromi, Sahar. (2019). The mediating role of coping strategies in the relationship between emotional dysregulation and quality of life in

- veterans with post-traumatic stress disorder (PTSD). *Military Psychology*, 10(40), 5-19. <https://doi.org/10.1001.1.25885162.1398.10.40.1.6>
- Maheu, Ch., Hébert, M., Louli, J., Yao, T., Lambert, S. & Cooke, A. (2019). Revision of the fear of cancer recurrence cognitive and emotional model by Lee-Jones et al with women with breast cancer. *Cancer Report*, e1172-12.
- Tomei, Ch., Lebel, S., Maheu, Ch., Lefebvre, M. & Harris, Ch. (2018). Examining the preliminary efficacy of an intervention for fear of cancer recurrence in female cancer survivors: a randomized controlled clinical trial pilot study. *Support Care Cancer*, 26(8), 2751-2762 .
- Morris, R.M., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. & Buick. D. (2002). The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & health*, 17(1), 1-16.
- Freeman, A. L., Janz, N. K., Katapodi, C. M., Zikmund-Fisher, J. B. & Northouse, L. (2017). The relationship between illness representations, risk perception and fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. *Psycho oncology*, 26(9), 1270-1277.
- Heidkamp, P., Breidenbach, C., Hiltrop, K., Kowalski, Ch., Enders, A., Pfaff, H., Weltermann, B., Geiser, F. & Ernstmann, N. (2021). Individual courses and determinants of fear of cancer recurrence in long term breast cancer survivors with and without recurrence. *Supportive Care in Cancer*, 29, 7647-7657.
- Ryff, C.D. (2014), *Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia*. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10-28.
- Wing Lam Ng D., Kwong, A., Suen, D., Chan, M., Or, A., Simon Ng, S., Foo, Ch. Ch., Fielding, B. F. S. & Lam, W. W. T. (2019). Fear of cancer recurrence among Chinese cancer survivors: Prevalence and associations with metacognition and neuroticism. *Psycho-Oncology*, 28(6), 1243-1250.

