

مقایسه تنظیم خلق منفی، رفتار شخصی و شیوه زندگی در بیماران سرطانی، قلبی و افراد عادی

*علی افشاری^۱، احمد اسمعیلی^۲

۱. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه مراغه، مراغه، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه مراغه، مراغه، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۳/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۰۱)

Comparison of Negative Mood Regulation, Personal Behavior and Life Style in Cancer Patients, Heart Patients and Normal People

*Ali Afshari¹, Ahmad Esmaili²

1. Associate Professor, Department of Psychology, University of Maragheh, Maragheh, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, University of Maragheh, Maragheh, Iran.

Original Article

(Received: Jun. 05, 2021 - Accepted: Dec. 22, 2021)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: The purpose of this study was to compare negative mood regulation, personal behavior and lifestyle in cancer patients, heart and normal patients. **Method:** This is a causal-comparative study. The statistical population of the study included all cancer patients who referred to medical centers of Urmia city during the first 3 months of 2018. 75 cancer patients, 75 heart patients and 75 normal people were selected through the available sampling method. responded to Negative Settlement Questionnaires for Katanazar and Mirens (1990), Pender's Lifestyle Life Questionnaire, and Personal Inventory of Collins and Associates (1973). The data were analyzed using by ANOVA analysis method. **Findings:** The results of ANOVA analysis showed that there was a significant difference between the groups of cardiac patients and normal people with cancer patients of negative mood regulation, personal behavior and life style ($p < 0.01$). Also, there was no significant difference between negative mood regulation, personal behavior and lifestyle of cardiac patients and normal people ($p < 0.01$). **Conclusion:** The results showed that cancer patients experience more problems in regulating negative mood, personal behavior and lifestyle than cardiac patients and normal people.

Keywords: Negative Mood Regulation, Personal Behavior, Lifestyle, Cancer Patients, Cardiac Patients.

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف مقایسه تنظیم خلق منفی، رفتار شخصی و شیوه زندگی در بیماران سرطانی، قلبی و عادی انجام شد. پژوهش حاضر از نوع کاربردی و علی-مقایسه‌ای است. روش: جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران سرطانی و قلبی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی سطح شهر ارومیه در ۳ ماهه اول سال ۱۳۹۷ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۷۵ نفر از بیماران سرطانی، ۷۵ نفر بیمار قلبی و همچنین ۷۵ نفر افراد عادی، به‌عنوان نمونه آماری پژوهش انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه تنظیم خلق منفی کاتانزار و میرنز (۱۹۹۰)، پرسشنامه شیوه زندگی پندر (۲۰۰۸) و پرسشنامه رفتار شخصی کولینز و همکاران (۱۹۷۳) بود. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد در تنظیم خلق منفی، رفتار شخصی و شیوه زندگی بین بیماران قلبی و افراد عادی با بیماران سرطانی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p < 0.01$). همچنین بین تنظیم خلق منفی، رفتار شخصی و شیوه زندگی بیماران قلبی و افراد عادی تفاوت معنی‌دار وجود ندارد ($p > 0.01$). نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان گفت که بیماران سرطانی نسبت به بیماران قلبی و افراد عادی مشکلات بیشتری در تنظیم خلق منفی، رفتار شخصی و شیوه زندگی تجربه می‌کنند.

واژگان کلیدی: تنظیم خلق منفی، رفتار شخصی، شیوه زندگی، بیماران سرطانی، قلبی.

*نویسنده مسئول: علی افشاری

*Corresponding Author: Ali Afshari

Email: a_afshari@maragheh.ac.ir

مقدمه

یکی دیگر از بیماری‌های مزمن حدود نیمی از بیماری‌ها را به خود اختصاص داده است. به طوری که پیش‌بینی شده تا سال ۲۰۳۰، از هر ۱۰ مرگ در جهان ۷ مرگ به علت بیماری‌های مزمن باشد. در این میان، بیماری‌های قلبی-عروقی و سرطان بیشترین سهم را به خود اختصاص داده‌اند (فوکس، رودن، آبوایس، دنبرگ، مک درموت و همکاران^۱، ۲۰۱۰). اختلالات قلبی-عروقی در شمار اساسی‌ترین مشکلات بهداشتی قرار دارند؛ به طوری که امروزه در زمره بیماری‌های مزمن و با فراوانی بالای مرگ‌ومیر می‌باشند (لوکارینن و هنتینن^۲، ۲۰۰۶). بر این اساس از هر سه مورد مرگ یک مورد آن به علت اختلال قلبی-عروقی می‌باشد. فشار خون بالا، چربی بالای خون، دیابت، چربی دور شکم، سیگار، سبک زندگی ناسالم و عوامل روانی اجتماعی در بیش از ۹۰٪ موارد عامل بیماری‌های عروق کرونری معرفی شده‌اند (هوفمن و اسمیتز^۳، ۲۰۰۸). شواهد نشان می‌دهد که افزایش بیماری قلبی عروقی تحت تأثیر صنعتی شدن زندگی، شهرنشینی و سبک زندگی ناسالم به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه است (گالیکسون، بورل، وسبی، لاندن، تاس و ارسود^۴، ۲۰۱۱).

یکی از عوامل روان‌شناختی که در سلامتی و زندگی بیماران قلبی و سرطانی تأثیر می‌گذارد، تنظیم خلق منفی^۵ آن‌ها می‌باشد (جنس، مور و بوکو^۶، ۲۰۱۱). هیجان نقش مهمی در جنبه‌های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی

بیماری‌های مزمن حدود نیمی از بیماری‌ها را به خود اختصاص داده است. به طوری که پیش‌بینی شده تا سال ۲۰۳۰، از هر ۱۰ مرگ در جهان ۷ مرگ به علت بیماری‌های مزمن باشد. در این میان، بیماری‌های قلبی-عروقی و سرطان بیشترین سهم را به خود اختصاص داده‌اند (فوکس، رودن، آبوایس، دنبرگ، مک درموت و همکاران^۱، ۲۰۱۰). اختلالات قلبی-عروقی در شمار اساسی‌ترین مشکلات بهداشتی قرار دارند؛ به طوری که امروزه در زمره بیماری‌های مزمن و با فراوانی بالای مرگ‌ومیر می‌باشند (لوکارینن و هنتینن^۲، ۲۰۰۶). بر این اساس از هر سه مورد مرگ یک مورد آن به علت اختلال قلبی-عروقی می‌باشد.

فشار خون بالا، چربی بالای خون، دیابت، چربی دور شکم، سیگار، سبک زندگی ناسالم و عوامل روانی اجتماعی در بیش از ۹۰٪ موارد عامل بیماری‌های عروق کرونری معرفی شده‌اند (هوفمن و اسمیتز^۳، ۲۰۰۸). شواهد نشان می‌دهد که افزایش بیماری قلبی عروقی تحت تأثیر صنعتی شدن زندگی، شهرنشینی و سبک زندگی ناسالم به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه است (گالیکسون، بورل، وسبی، لاندن، تاس و ارسود^۴، ۲۰۱۱).

5. Saegrove
6. Negative Mood
7. Jensen, Moore, & Bockov

1. Fowkes, Rudan, Rudan, Aboynas, Denenberg & McDermott
2. Lukkarinen & Hentinen
3. Hofmann & Smits
4. Gulliksson, Burell, Vessby, Lundin, Toss & Svärdsudd

به‌عنوان عوامل خطر ساز در مردان و زنان به‌صورت متفاوت پیدا شد. مقایسه مردان و زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر نشان داد که بین افسردگی و بروز بیماری عروق کرونر در زنان ارتباط وجود دارد، ولی در ارتباط با اضطراب و بیماری عروق کرونر، جنسیت نقشی ندارد (اکبری، محمود علیلو و اصلان آبادی، ۱۳۷۸).

از جمله عوامل دیگر تأثیرگذار بر افراد مبتلا به بیماری سرطان و مشکلات قلبی، رفتار شخصی^۳ فرد است. مفهوم رفتار شخصی، از ابعاد مختلف قابل بررسی است. اصطلاح رفتار شخصی در ارتباط با رفتارهای عینی بکار می‌رود و شامل مجموعه فردی الگوهای تفکر، انگیزش و عواطف می‌باشد. روان‌شناسان رویکردهای گوناگونی را برای درک پیچیدگی شخصیت انسان ارائه داده‌اند (سبتم، ۱۳۹۶). مدی^۴ (۱۹۷۲) بیان می‌دارد که رفتارهای شخصی، مجموعه‌ای پایدار از ویژگی‌ها و گرایش‌ها است که مشابهت‌ها و تفاوت‌های رفتار روان‌شناختی افراد (افکار، احساسات و اعمال) را که دارای تداوم زمانی بوده و ممکن است به‌واسطه فشارهای اجتماعی و زیست‌شناختی موقعیت‌های بلاواسطه شناخته شوند یا به‌آسانی درک شوند، مشخص می‌کند. در این ارتباط می‌توان گفت افرادی هستند که در آن‌ها صفاتی مانند تلاش برای انجام بیشترین کار در کمترین زمان ممکن، پرخاشگری، جاه‌طلبی، رقابت‌جویی دائمی، عدم بردباری که به الگوی رفتاری تیپ A معروف هستند با افزایش خطر بیماری‌های قلبی مواجه هستند (عیسی زادکان و

و رویدادهای استرس‌زا ایفا می‌کند (بهرامی و همکاران، ۱۳۹۴). نظریه‌های معاصر هیجان بر نقش و اهمیت هیجان در مهیا کردن پاسخ‌های فیزیولوژیک، رفتاری و حرکتی، تسهیل تصمیم‌گیری، ارتقای حافظه برای حوادث مهم و تعاملات بین فردی تأکید دارند (جنس و همکاران، ۲۰۱۱). کاتانزارو و میرنزا^۱ (۱۹۹۰) مفهوم تنظیم خلق منفی را به‌عنوان باورهای مربوط به توانایی فرد در به پایان رساندن و یا کاهش دادن خلق‌وخوی منفی از طریق تلاش‌های خود فرد تعریف می‌کنند. تنظیم خلق منفی منعکس‌کننده این اعتقاد و باور است که وقتی افراد خلق‌وخوی بد دارند، می‌توانند با انجام دادن کارهایی احساس بهتری داشته باشند و یا با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مختلف، خلق منفی خود را خنثی کنند (نریمانی، پرزور و بشیرپور، ۱۳۹۴).

تحقیقات هیجان و سلامتی نیز بر این دیدگاه که هیجان‌ها مستقیماً به سبب‌شناسی و پیشرفت بیماری کمک می‌کنند، تمرکز کرده‌اند (امیری، قراویسی و قاسمی قشلاق، ۱۳۹۵). از نظر دونکر^۲ (۲۰۰۰) هیجان منفی با بیماری قلبی و دیابت مرتبط است. نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان داد که بیماری کرونر قلب از نظر تجربه هیجان‌های منفی (خشم و خصومت، افسردگی و اضطراب) و بازداری در ابراز این هیجان‌ها در تعاملات اجتماعی خود، تفاوت معناداری با گروه سالم دارند. علاوه بر این یافته‌هایی در حمایت از نقش خشم و خصومت

3. Personal Behavior
4. Meddi

1. Catanzaro & Mearns
2. Donker

زندگی شامل رفتارهایی مانند عادات غذایی، خواب و استراحت، فعالیت بدنی و ورزش، کنترل وزن، ایمن‌سازی در مقابل بیماری، سازگاری با استرس و توانایی استفاده از حمایت‌های خانواده و جامعه است (لوک، لکچیر، ماسون و دیکسون^۷، ۲۰۰۶). شیوه زندگی باید به صورت یک ترکیب پیچیده از کار و عادت‌های رفتاری در افراد و گروه‌ها مورد توجه قرار گیرد، به خصوص با توجه به شالوده فرهنگی و شرایط اقتصادی - اجتماعی و شخصیت آن‌ها. با اینکه ما به نقش محیط زندگی کاملاً واقف هستیم، ولی افراد تصمیمات زیادی می‌گیرند که بر سلامت آن‌ها تأثیرگذار است. مفاهیم تغییرات رفتاری، شکل‌گیری عادت‌ها و گسترش سبک زندگی، اساس پرمعنا برای ایفای نقش آموزش بهداشت و ارتقای سلامت به وجود می‌آورد (وحیدیان و همکاران^۸، ۲۰۱۰). بر اساس تحقیقات انجام شده در آمریکا ۵۳٪ از علل بیماری‌ها به شیوه زندگی ارتباط دارد. با توجه به شواهد زیادی که نشانگر وجود رابطه میان شیوه زندگی افراد و ابتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی است، ضرورت تأکید بر تعدیل سبک زندگی، به عنوان عامل مهمی در تعیین پیش‌آگهی و عوارض این بیماری، کاملاً برجسته و قابل توجه است. برای مثال، ترک سیگار بعد از آنفارکتوس میوکارد، خطر مجدد آن را تا ۳۵٪ کاهش می‌دهد (بالجانی، رحیمی، حیدری و عظیم پور، ۱۳۹۶). شیوه زندگی صحیح باید از دوران کودکی پایه‌ریزی شود، اما هرگز برای تغییر در آن و ایجاد عادات سالم هیچ‌وقت

همکاران، ۱۳۹۰). علاوه بر این از نظر دلت و رامبس (۲۰۰۱) یک نوع تیپ شخصیتی که اخیراً به عنوان پیش‌بینی کننده در بیماری‌های قلبی - عروقی مطرح شده است، تیپ شخصیتی D است. یک الگوی رفتاری که در آن افراد هیجان‌های منفی زیادی مثل افسردگی، خشم، خصومت، اضطراب را تجربه می‌کنند و در عین حال از ابراز آن خودداری می‌کنند (عیسی زادگان و همکاران، ۱۳۹۰). در این الگوی رفتاری دو ویژگی وجود دارد: عواطف منفی^۱ و بازداری اجتماعی^۲؛ که تمایل فرد به تجربه احساسات منفی در اوقات و موقعیت‌های مختلف است و افراد با نمره بالا در این مؤلفه بیشتر احساس دلگرفتگی، اضطراب و تحریک‌پذیری تجربه می‌کنند. این افراد نسبت به خود دارای دیدگاه منفی بوده و بیشتر به دردهای دنیا توجه دارند (دنولت^۳، ۲۰۰۵). نتایج حاکی از آن است که سطوح بالای خشم و خصومت با فشار خون بالا، رسوب ناهنجار کلسیم در دیواره‌های عروق کرونر و با فعالیت‌های بیشتر پلاکت‌های خون که نقش مهمی در انسداد و عروق کرونر دارند ارتباط دارد (فردلیسون^۴، ۲۰۰۴). دو عامل مؤثر روان‌شناختی بخشش و تیپ شخصیتی D در میزان امید در بیماران مبتلا به عروق کرونری مورد تأکید قرار می‌دهد (لوکارینن و هنتینن^۵، ۲۰۰۶)

یکی دیگر از عوامل مؤثر در سلامتی بیماران سرطانی و قلبی، شیوه زندگی^۶ می‌باشد. شیوه

7. Lock, Lecouturier, Mason, Dickinson
8. Vahidian

1. Negative Affectivity
2. Social Inhibition
3. Denollet
4. Fredrilsson
5. Lukkarinen, & Hentinen
6. Life Style

روش

پژوهش حاضر بر اساس هدف از نوع کاربردی و پژوهش علی - مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران سرطانی و قلبی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی امید، انجمن حمایت از بیماران سرطانی و بیمارستان سید الشهداء، بیمارستان طالقانی و کلینیک‌های خصوصی و سایر مراکز آموزشی و درمانی در سطح شهر ارومیه در ۳ ماهه اول سال ۱۳۹۷ می‌باشد. جهت انجام نمونه‌گیری، با مراجعه به مراکز مذکور تعداد ۷۵ نفر از بیماران سرطانی، ۷۵ نفر بیمار قلبی و همچنین ۷۵ نفر افراد عادی انتخاب شدند. بدین‌صورت که انتخاب نمونه بیماران مبتلا به سرطان و بیماری قلبی، از بین افراد مراجعه‌کننده به مراکز ذکرشده و بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس بود و انتخاب نمونه در افراد عادی نیز به‌صورت در دسترس از بین دانشجویان دانشگاه‌ها، ادارات و مکان‌های عمومی مانند پارک، کتابخانه و ... بود.

پرسشنامه‌هایی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند عبارت‌اند از:

پرسشنامه تنظیم خلق منفی (NMR): یک مقیاس ۳۰ سؤالی است که توسط کاتانزار و میرنز (۱۹۹۰) تدوین شده است. این پرسشنامه انتظار کلی برای کاهش خلق منفی را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) اندازه‌گیری می‌کند. نمره بالا در این پرسشنامه نشانگر این باور قوی است که فرد می‌تواند خلق منفی خود را با استفاده از روش‌های غیر دارویی کاهش دهد. تحلیل عاملی نشان داد

دیر نیست، از طرفی، تطابق و سازگاری با حمله قلبی فرآیندی پویاست و نیازمند تعدیل برخی رفتارها و شیوه زندگی بیمار است (محمدی و همکاران، ۱۳۸۹). نتیجه پژوهش‌ها نشان می‌دهد ۷/۶۳ درصد مردان و ۴/۶۱ درصد زنان حداقل یکی از عوامل خطرزای بیماری قلبی مثل فشار خون، استفاده از سیگار، کلسترول خون بالاتر از حد معمول، چاقی و دیابت شیرین را دارا هستند (استامر، هاسلباخ و املانج، ۲۰۰۶). این آمار نشانگر ضرورت تغییر در سبک زندگی به منظور حذف عوامل خطرآفرین بیماری قلبی است (محمدی و همکاران، ۱۳۸۹).

مطالعات نشان می‌دهد بین شیوه زندگی افراد و بروز سرطان ارتباط مستقیمی وجود دارد، به‌طوری‌که در بروز سرطان‌های شایعی همچون پستان، پروستات و کولون نقش سبک زندگی از سایر دلایل پررنگ‌تر است (وینبرگ و کاماروف، ۲۰۰۸). استعمال دخانیات، چاقی، کم‌تحرکی، تغذیه ناسالم، آلودگی‌های آب، هوا و عفونت‌های مزمن ویروسی از جمله عوامل خطرزای اصلی در بروز انواع سرطان‌ها می‌باشند (ویجایوریا و کریستال دنوینگر، ۲۰۱۵).

با توجه به مطالب ذکرشده، هدف پژوهش حاضر مقایسه تنظیم خلق منفی، رفتار شخصی و شیوه زندگی در بیماران سرطانی، قلبی و عادی شهرستان ارومیه بود.

1. Stürmer, Hasselbach & Amelang
2. Weinbreg & Komaroff
3. Vijayvergia & Crystal Denlinger

تا ۲۰۸ نمره امتیازدهی می‌شود. در سطح‌بندی نمره سبک زندگی، نمره زیر ۱۰۰ ضعیف و از نمره ۱۰۰ تا ۱۵۰ متوسط و از نمره ۱۰۵ تا ۲۰۸ خوب به حساب می‌آید. در زیر مقیاس‌ها نمره کمتر از ۱۸ ضعیف، از نمره ۱۹ تا ۲۷ متوسط و بالاتر از ۲۷ خوب دسته‌بندی می‌شوند. میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۴ و میزان آلفای کرونباخ بین ۰/۷۹ - ۰/۹۴ برای ۶ زیر مقیاس این پرسشنامه گزارش شده است (پندر، ۲۰۰۸)

پرسشنامه رفتار شخصی کولینز و همکاران (PBI): مقیاس رفتار شخصی، آزمونی ۲۹ سؤالی است که به وسیله کولینز، مارتین، آشمور و راس^۴ (۱۹۷۳) برای سنجش ابعاد سبک‌های مهارگری ساخته شد. سؤال‌های این مقیاس، چهار بعد متمایز مهارگری شامل دیگر فرمان (OD)، خود فرمان (ID)، فاقد تکلف در رفتار (LC) و پیش‌بینی پذیر رفتار (PR) را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس رفتار شخصی در پژوهش‌های خارجی، مورد تأیید قرار گرفته است (بشارت، ۱۳۸۶). در فرم فارسی این مقیاس که در نمونه‌ای متشکل از ۵۳۲ دانشجوی دانشگاه تهران اجرا شد، ضریب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های دیگر فرمان، خود فرمان، فاقد تکلف در رفتار و پیش‌بینی پذیری رفتار به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۰، ۰/۸۶ و ۰/۹۳ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است، ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۱۲۳ نفر از آزمودنی‌ها با فاصله دو تا

که مقیاس NMR تک‌بعدی است و با ابزارهای سنجشی اضطراب، افسردگی، حالات هیجانی و پاسخ‌های مقابله‌ای همبستگی دارد (لیورز، توربرگ، دبی، هوانگ و رجینالد، ۲۰۰۸). روایی تفکیکی آن با مطوبیت اجتماعی، افسردگی و منبع کنترل ثابت شده است (مایر و سالوی^۲، ۱۹۹۷) همچنین کاتانزا و میرنز (۱۹۹۰) در پژوهش‌هایی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ تا ۰/۹۲ برای این پرسشنامه بدست آورده‌اند.

پرسشنامه ارزیابی شیوه زندگی پندر^۳ (PHPM): این پرسشنامه بر اساس مدل ارتقاء دهنده سلامت پندر (۲۰۰۸) طراحی شده است. الگوی مذکور برای تعیین این‌که افراد تا چه حد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی را انجام می‌دهند، ارائه گردیده است. پرسشنامه شامل ۵۲ سؤال در دو قسمت اصلی و ۶ زیرمجموعه است. دو قسمت اصلی شامل رفتارهای ارتقاء سلامت و سلامت روانی - اجتماعی است. قسمت رفتارهای ارتقاء سلامت شامل مجموعه‌های زیر است: احساس مسئولیت در قبال سلامت فردی، فعالیت بدنی، عادات غذایی. قسمت سلامت روانی - اجتماعی شامل موارد زیر است: رشد معنوی، ارتباطات بین فردی، مدیریت استرس. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (همیشه، اغلب، بعضی‌اوقات و هیچ‌گاه) تنظیم شده است. در محاسبه نمره به عملکرد مثبت بر اساس مقیاس مذکور به ترتیب امتیاز ۴، ۳، ۲ و ۱ تعلق می‌گیرد. نمره کل شیوه زندگی از حداقل ۵۲

1. Lyvers, Thorberg, Dobie, Huang & Reginald
2. Mayer & Salovey
3. Pender Health Promotion Model

4. Collins, Martin, Ashmore & Ross

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، بالاترین میانگین مربوط به تنظیم خلق منفی با $102/93$ و انحراف استاندارد $22/138$ است و پایین‌ترین نمره مربوط به فعالیت جسمی با $16/79$ و انحراف استاندارد $5/573$ است.

چهار هفته برای سنجش پایایی باز آزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای زیر مقیاس‌های دیگر فرمان، خود فرمان، فاقد تکلف در رفتار و پیش‌بینی پذیری رفتار به ترتیب $r = 0/87$ ، $r = 0/81$ ، $r = 0/77$ و $r = 0/84$ در سطح $p = 0/001$ معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس است (بشارت، ۱۳۸۸).

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	زیرمقیاس	میانگین	انحراف استاندارد
ابعاد شیوه زندگی	مسئولیت‌پذیری در برابر سلامتی	21/027	5/686
	فعالیت جسمی	16/79	5/573
	تغذیه	21/45	3/762
	تعالی معنوی	25/15	5/130
	روابط بین فردی	25/13	5/230
	مدیریت استرس	19/59	4/540
	نمره کل	129/120	20/854
رفتار شخصی		85/45	8/920
تنظیم خلق منفی		102/93	22/138

همان‌طور که مشاهده می‌گردد در تنظیم خلق منفی بین سه گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/01$).

جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس تک متغیره اثرات گروه بر تنظیم خلق منفی را نشان می‌دهد.

جدول ۲. تحلیل واریانس تک اثرات گروه بر تنظیم خلق منفی

منابع	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	Sig	ضریب اتا
گروه	تنظیم خلق منفی	25059/222	2	12529/611	33/275	0/000	0/23
خطا		79827/867	212	376/547			
کل		23829/000	215				

جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس تک متغیره اثرات گروه بر رفتار شخصی را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌گردد در رفتار شخصی بین سه گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/01$).

در ادامه جهت بررسی تفاوت‌های بین گروهی از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. جدول ۵ نتایج آزمون شفه جهت مقایسه میانگین‌های افتراقی نمره‌های رفتار شخصی در دو گروه درمانی با گروه کنترل را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌گردد بین دو گروه بیمار قلبی با سرطانی و افراد عادی با سرطانی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/01$)؛ اما بین دو گروه بیمار قلبی و عادی در رفتار شخصی تفاوت معنی‌دار نیست ($P > 0/05$).

در ادامه جهت بررسی تفاوت‌های بین گروهی از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. جدول ۳ نتایج آزمون شفه جهت مقایسه میانگین‌های افتراقی نمره‌های تنظیم خلق منفی در دو گروه درمانی با گروه کنترل را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌گردد بین دو گروه بیمار قلبی با سرطانی و افراد عادی با سرطانی تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($P < 0/01$) اما بین دو گروه بیمار قلبی و عادی در تنظیم خلق منفی تفاوت معنی‌دار نبود ($P > 0/05$) بنابراین افراد بیمار سرطانی، قلبی و سپس عادی نمرات بیشتری در استفاده از تنظیم خلق منفی داشتند.

جدول ۳. نتایج آزمون شفه جهت مقایسه میانگین‌های افتراقی سه گروه

متغیر	گروه‌ها (I)	گروه‌ها (J)	تفاوت میانگین‌ها (J-I)	خطای استاندارد	سطح معناداری
تنظیم خلق منفی	سرطان	قلبی	-۲۲/۸۵۳*	۳/۱۶۸	۰/۰۰۰
	عادی	قلبی	-۲۲/۴۱۳*	۳/۱۶۸	۰/۰۰۰
سرطان	عادی	سرطان	۲۲/۸۵۳*	۳/۱۶۸	۰/۰۰۰
	عادی	عادی	۰/۴۴۰	۳/۲۸۸	۰/۹۹۱
عادی	سرطان	سرطان	۲۲/۴۱۳*	۳/۲۸۸	۰/۰۰۰
	قلبی	سرطان	-۰/۴۴۰	۳/۲۸۸	۰/۹۹۱

جدول ۴. تحلیل واریانس تک اثرات گروه بر رفتار شخصی

منابع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین	F	Sig	ضریب اتا
گروه	رفتار شخصی	۲۰۰۸/۸۱۷	۲	۱۰۰۴/۴۰۸	۱۴/۱۷۶	۰/۰۰۰	۰/۱۲
خطا		۷۹۸۲۷/۸۶۷	۲۱۲	۳۷۶/۵۴۷			
کل		۲۳۸۲۹/۰۰۰	۲۱۵				

جدول ۶ نتایج تحلیل واریانس تک متغیره اثرات گروه بر شیوه زندگی را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌گردد در شیوه زندگی بین سه گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/01$). در ادامه جهت بررسی تفاوت‌های بین گروهی از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد.

جدول ۷ نتایج آزمون شفه جهت مقایسه میانگین‌های افتراقی میانگین‌های افتراقی نمره‌های شیوه زندگی در دو گروه درمانی با گروه کنترل را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌گردد بین دو گروه بیمار قلبی با سرطانی و افراد عادی با سرطانی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/01$)؛ اما بین دو گروه بیمار قلبی و عادی در شیوه زندگی تفاوت معنی‌دار بدست نیامد ($P > 0/05$).

جدول ۵. نتایج آزمون شفه جهت مقایسه میانگین‌های افتراقی

متغیر	گروه‌ها (I)	گروه‌ها (J)	تفاوت میانگین‌ها (J-I)	خطای استاندارد	سطح معناداری
رفتار شخصی	سرطان	قلبی	۶/۳۴۶*	۱/۳۷۴	۰/۰۰۰
		عادی	۶/۳۴۶*	۱/۴۲۶	۰/۰۰۰
	قلبی	سرطان	۲۲/۸۵۳*	۱/۳۷۴	۰/۰۰۰
		عادی	۰/۴۴۰	۱/۴۲۶	۰/۹۹۵
	عادی	سرطان	۲۲/۴۱۳*	۱/۴۲۶	۰/۰۰۰
		قلبی	-۰/۴۴۰	۱/۴۲۶	۰/۹۹۵

جدول ۶. تحلیل واریانس تک اثرات گروه بر شیوه زندگی

منابع	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	Sig	ضریب اتا
گروه	شیوه زندگی	۱۱۴۴۵/۴۴۵	۲	۵۷۲۲/۷۲۲	۱۴/۸	۰/۰۰۰	۰/۱۲
خطا	شیوه زندگی	۸۱۶۰۷/۴۱۱	۲۱۲	۳۸۴/۹۴۱			
کل	شیوه زندگی	۳۶۷۷۵۷۹/۰۰۰	۲۱۵				

جدول ۷. نتایج آزمون شفه جهت مقایسه میانگین‌های افتراقی

متغیر	گروه‌ها	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
شیوه زندگی	سرطان	قلبی	-۱۷/۴۱۳*	۳/۲۰۳	۰/۰۰۰
		عادی	-۹/۹۸۷*	۳/۳۲۴	۰/۰۱۲
	قلبی	سرطان	۱۷/۴۱۳*	۳/۲۰۳	۰/۰۰۰
		عادی	۷/۴۲۶	۳/۳۲۴	۰/۹۹۵
	عادی	سرطان	۹/۹۸۷*	۳/۳۲۴	۰/۰۰۰
		قلبی	-۷/۴۲۶	۳/۳۲۴	۰/۹۹۵

نتیجه‌گیری و بحث

نتایج تحلیل واریانس تک متغیره اثرات گروه بر تنظیم خلق منفی، نشان داد در تنظیم خلق منفی بین سه گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین نتایج آزمون شفه نشان داد بین دو گروه بیمار قلبی با سرطانی و افراد عادی با سرطانی تفاوت معنی‌دار وجود دارد؛ اما بین دو گروه بیمار قلبی و عادی در تنظیم خلق منفی تفاوت معنی‌دار بدست نیامد؛ بنابراین افراد بیمار قلبی و سپس عادی و سرطانی نمرات بیشتری در استفاده از تنظیم خلق منفی داشتند. این یافته با پژوهش‌های عیسی زادگان (۱۳۹۴) و قیاس وند و قربانی (۱۳۹۳) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تطبیق و سازگاری روان‌شناختی تا حد زیادی به تنظیم خلق و عواطف بستگی دارد. اکثر اختلالات روان‌شناختی به واسطه یک آشفتگی هیجانی مشخص می‌شوند و این آشفتگی‌ها به‌طور زیر بنایی با کارکرد معیوب در تنظیم هیجانی مرتبط می‌گردد. در زندگی انسان تجربه هیجان‌های منفی گریزناپذیر است. در همین ارتباط بدون تردید در زندگی روزمره پتانسیل قابل‌توجهی برای دشواری در تنظیم هیجانی وجود دارد و تنظیم هیجانی یکی از مهم‌ترین تکالیف برای سلامت جسمی و روان‌شناختی است (محمدی و همکاران، ۱۳۸۹). در واقع عواطف در خدمت اهداف هستند و تنظیم عواطف از طریق مهار و مدیریت هیجان‌های ناخوشایند و دردآور به دستیابی به اهداف کمک می‌کنند (امین‌آبادی، خداپناهی و دهقانی، ۱۳۹۰). به‌طورکلی بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند

که خلق‌های منفی مانند افسردگی، پرخاشگری، اضطراب و استرس، تأثیر منفی بسزایی روی عملکرد سیستم ایمنی دارند. اختلال عملکرد و تضعیف سیستم ایمنی باعث افزایش آسیب‌پذیری فرد نسبت به بیماری‌هایی مانند عفونت‌های سیستم تنفسی، افزایش لیپیدهای سرم، تشدید درد و کاهش تطبیق با دردهای مزمن و افزایش خطر مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی و سایر عوامل می‌گردد (کردستانی و قمری، ۱۳۹۶). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که بیماران دیابتی نسبت به افراد عادی در تنظیم خلق منفی خود با مشکل مواجه هستند (قیاسوند و قربانی، ۱۳۹۳).

در تبیین یافته به‌دست‌آمده مبنی بر تفاوت بین تنظیم خلق منفی در بیماران سرطانی با بیماران قلبی و افراد عادی می‌توان به نحوه استفاده از رویکردهای مقابله با عواطف و خلق منفی مانند استرس و اضطراب اشاره کرد. تفاوت‌های مهمی در شیوه‌های ادراک افراد و پاسخ به رویدادهای محیطی و حتی رویدادهایی که به‌صورت درونی ایجاد شده‌اند، وجود دارد. تفاوت‌های افراد در شناخت، عاطفه، خلق و رفتار نقش عمده‌ای در تعدیل مشکلات روانی- جسمی دارند (استملر، ۲۰۰۳). در واقع بیماران سرطانی در مقایسه با افراد عادی و حتی بیمار قلبی بیشتر از سبک‌های مقابله‌ای منفی برای خلق منفی استفاده می‌کنند. آن‌ها ترجیح می‌دهند بیشتر از سبک‌های هیجان مدار و اجتنابی به‌جای سبک‌های مقابله‌ای مساله مدار استفاده نمایند. همچنین بیماران سرطانی، استرس و سبک‌های مقابله‌ای شامل جستجوی

الگوهای تفکر، انگیزش و عواطف می‌دانند. روان‌شناسان رویکردهای گوناگونی را برای درک پیچیدگی شخصیت انسان ارائه داده‌اند (سبتم، ۱۳۹۶). بسیاری از محققان معتقدند که وجود تفاوت‌های فردی و ویژگی‌های شخصیتی متفاوت واکنش افراد را نسبت به موقعیت‌ها و فشارها متمایز می‌گرداند.

در تبیین یافته به دست آمده می‌توان گفت که الگوهای رفتار شخصی سبک‌های مهارگری و ابعاد دیگر فرمان، خود فرمان، فقدان تکلف و پیش‌بینی پذیری رفتار را در می‌گیرد. افراد دیگر فرمان احساس می‌کنند که باید انتظارات دیگران را برآورده سازند و در کنترل جهت زندگی خود احساس ناتوانی می‌کنند. افراد خود فرمان دارای یک نقشه درونی هستند که رفتار آن‌ها را هدایت می‌کند. در سومین بعد، افراد با ویژگی‌هایی مثل خلاقیت و آزادمنشی توصیف می‌شوند. چهارمین بعد، به توانایی خود در معنی بخشیدن به جهان اشاره دارد (پسیلبالکان، اوزکوتوک و ارداهان، ۲۰۱۰). در این استا می‌توان گفت که بیماران سرطانی به دلیل مشکلات روان‌شناختی گسترده که می‌تواند ناشی از شیمی‌درمانی، رادیوتراپی، درمان‌های دارویی و مراجعات مکرر به محیط ناخوشایند بیمارستان، باعث می‌شود آن‌ها دچار مشکلات رفتاری و روانی گسترده در ابعاد رفتار شخصی شوند. آن‌ها به دلیل مشکلات ذکر شده، الگوهای رفتاری نامطلوبی که حاکی از تنش‌های عواطف و روانی آن‌ها است از خود بروز دهند. نشانگان اختلالات روانی در بیماران سرطانی بالا

حمایت اجتماعی، ارزیابی مثبت مجدد، کنار آمدن رویارویانه، دوری جویی، خویش‌داری، گریز و اجتناب ضعیف‌تری نسبت به افراد عادی دارند که این فرایند باعث می‌شود آن‌ها نتوانند در مقایسه با افراد عادی و حتی بیمار قلبی خلق منفی را به‌طور منطقی تنظیم کنند (جوان، ۲۰۰۰).

نتایج تحلیل واریانس تک متغیره اثرات گروه بر رفتار شخصی، نشان داد در تنظیم خلق منفی بین سه گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین نتایج آزمون شفه نشان داد بین دو گروه بیمار قلبی با سرطانی و افراد عادی با سرطانی تفاوت معنی‌دار وجود دارد؛ اما بین دو گروه بیمار قلبی و عادی در رفتار شخصی تفاوت معنی‌دار نبود؛ بنابراین بیماران سرطانی افراد بیمار قلبی و سپس عادی نمرات بیشتری در استفاده از تنظیم خلق منفی دارند.

نتایج به دست آمده با یافته‌های (عباسپور و اسمعیلی، ۱۳۹۴) مبنی بر اینکه بین تیپ شخصیتی D در افراد مبتلا به سرطان، قلبی و افراد سالم تفاوت وجود دارد؛ با یافته‌های که نشان داد بین الگوهای رفتار شخصی بین زنان سرطانی و افراد عادی تفاوت وجود داشت، همخوان بود (چاین، تن، لیم لایئو، یانگ و وانگ، ۲۰۰۵).

در این راستا قابل ذکر است که مفهوم رفتار شخصی، از ابعاد مختلف قابل بررسی است. اصطلاح رفتار شخصی در ارتباط با رفتارهای عینی بکار می‌برند و شامل مجموعه فردی

1. Joanne
2. Chin, Tan, Lim, Lau, Yong & Wong

3. Yesilbalkan, Ozkutuk, & Ardahan,

سایر دلایل پررنگ‌تر است (وینبرگ و کماروف، ۲۰۰۸).

در تبیین یافته به‌دست‌آمده مبنی بر پایین‌تر بودن نمره شیوه زندگی در بیماران سرطانی در مقایسه با بیماران قلبی و افراد عادی می‌توان به تبعات و پیامدهای سرطان مراجعه کرد که سرطان بر سبک زندگی بیماران در درجات مختلف تأثیر می‌گذارد. سبک زندگی این بیماران در ابعاد مختلفی دچار تغییر می‌شود. استفاده مکرر در داروها و مداخلات پزشکی نامطلوب، تغییر وضعیت روانی و جسمانی در اکثر عمده مسائل و مشکلاتی روانی و عاطفی ناشی از ابتلا به بیماری، اقدامات تشخیصی و درمانی، استرس، درد، افسردگی و آثار بیماری بر روابط خانوادگی، زناشویی، اجتماعی، مشکلات اقتصادی ناشی از بیماری، مسائل تغذیه‌ای و عوارض ناشی از درمان بر شیوه زندگی آن‌ها تأثیر گذاشته و باعث می‌شود نسبت به سایر گروه‌ها شیوه زندگی نامطلوب‌تری داشته باشند (چادهری و همکاران^۳، ۲۰۱۳).

سپاسگزاری

از بیماران سرطانی و قلبی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی امید و مسئولین انجمن حمایت از بیماران سرطانی و بیمارستان سید الشهداء، بیمارستان طالقانی و کلینیک‌های خصوصی و سایر مراکز آموزشی و درمانی ارومیه که در این پژوهش ما را یاری دادند قدردانی می‌شود.

است. نشانگان جسمانی سازی و افسردگی در بیماران سرطانی به دلیل این مشکلات ناشی از درمان‌های این بیماران نیز بالا است که بر شکل‌گیری رفتارهای نامطلوب نقش دارد (یاغجیان، ولین، چانگ و کلدیتز^۱، ۲۰۱۴).

نتایج تحلیل واریانس تک متغیره اثرات گروه بر شیوه زندگی نشان داد در تنظیم خلق منفی بین سه گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین نتایج آزمون شفه نشان داد بین دو گروه بیمار قلبی با سرطانی و افراد عادی با سرطانی تفاوت معنی‌دار وجود داشت؛ اما بین دو گروه بیمار قلبی و عادی در شیوه زندگی تفاوت معنی‌دار نبود؛ بنابراین افراد بیمار قلبی و سپس عادی و سرطانی نمرات بیشتری در استفاده از تنظیم خلق منفی داشتند.

یافته به‌دست‌آمده با نتایج پژوهش (حامد نیا و خرمی، ۱۳۹۴) مبنی بر اینکه بین کیفیت زندگی، جهت‌گیری زندگی و رضایت زندگی بیماران سرطانی و قلبی-عروقی و افراد عادی تفاوت وجود دارد و ب نتایج (لی^۲ و همکاران، ۲۰۱۳) که نشان داد بیماران مبتلا به سرطان شیوه زندگی مرتبط با سلامت ضعیف‌تری نسبت به جمعیت عادی داشتند، همخوان بود و با یافته‌های (کردستانی و قمری، ۱۳۹۶) مبنی بر تفاوت بین کیفیت زندگی در بیماران قلبی و افراد عادی تفاوت معنی‌دار وجود داشت غیرهمخوان بود. در این راستا می‌توان گفت که بین شیوه زندگی افراد و بروز سرطان ارتباط مستقیمی وجود دارد، به‌طوری‌که در بروز سرطان‌های شایعی همچون پستان، پروستات و کولون نقش سبک زندگی از

منابع

- اکبری، م؛ محمود علیلو، م و اصلان‌آبادی، ن. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر هیجان‌های منفی، بازداری اجتماعی و نقش عامل جنسیت در بروز بیماری کرونری قلبی. مطالعات روانشناختی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهراء. ۴ (۱). ۲۵-۳۲.
- امیری، س؛ قره ویسی، س و قاسمی قشلاق، مهسا. (۱۳۹۵). تأثیر القای هیجان مثبت و منفی بر ضربان قلب و فشارخون بیماران مزمن سرطانی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد.* ۲۴ (۶)، ۴۴۹-۴۵۹.
- امین‌آبادی، ز؛ خداپناهی، م ک؛ دهقانی، م. (۱۳۹۰). بررسی ساختار عاملی و اعتباریابی پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی. *مجله علوم رفتاری*، ۵ (۴)، ۳۶۶-۳۷۲.
- بالجانی، ا؛ رحیمی، ژا؛ امانپور، ال؛ سلیمی، ص و پرخاشجو، م. (۱۳۹۰). تأثیر مداخلات پرستاری در ارتقای خودکارآمدی و کاهش عوامل خطر عروقی در بیماران قلبی عروقی. *مجله حیات*. ۱۷ (۱): ۴۵-۵۴.
- بشارت، م ع. (۱۳۸۶). شخصیت و سبک‌های مقابله با استرس. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*. ۲ (۷)، ۲۵-۴۹.
- بشارت، م ع؛ کرمی، س و اژه‌ای، ج. (۱۳۸۹). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی کمال‌گرایی و مهارگری در دانش‌آموزان مدارس تیزهوش و عادی. *فصلنامه کودکان استثنایی*. ۳۵، ۶۵-۸۰.
- بهرامی، ب؛ بهرامی، ع؛ مشهدی، ع و کارشکی، ح. (۱۳۹۴). نقش راهکارهای کنترل شناختی هیجان در کیفیت زندگی بیماران سرطانی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*. ۵۸ (۲)، ۹۶-۱۰۵.
- سبتام، م. (۱۳۹۶). مقایسه ابعاد شخصیت، تنظیم هیجان و سبک‌های مقابله‌ای در زوجین با عاطفه مثبت و منفی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد واحد لاهیجان.
- سجادیان، ا ال؛ حقیقت، ش؛ منتظری، ع؛ کاظم نژاد، ا و علوی فیلی، ا. (۱۳۹۰). سازگاری در بیماران مبتلا به سرطان پستان قبل و بعد از درمان. *فصلنامه علمی پژوهشی بیماری‌های پستان ایران*. ۴ (۳)، ۵۲-۵۸.
- عباسپور، پ؛ اسمعیلی، ا. (۱۳۹۴). مقایسه سرسختی روانی، الگوی رفتاری تیپ A و تیپ شخصیتی D در بیماران سرطانی و قلبی و افراد عادی شهر ارومیه، سومین کنفرانس بین‌المللی پژوهش در علوم و تکنولوژی.
- عیسی زادگان، ع؛ آقایان زاده، ه و شیخی، س. (۱۳۹۴). مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، خوشبینی و رضایت از زندگی در بین افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی و گوارشی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۳ (۵)، ۴۴۰-۴۵۰.
- قیاسوند، م و قربانی، م. (۱۳۹۳). مقایسه نظم جویی شناختی هیجانی و خلق منفی بین افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ و افراد سالم، دومین کنفرانس ملی روانشناسی و علوم رفتاری،

- تهران، موسسه اطلاع‌رسانی نارکیش.
- چهره بر تبعیت از رژیم غذایی بیماران پس از سکته قلبی. فصلنامه حیات. ۱۶ (۳ و ۴)، ۷۷-۸۵.
- نریمانی، م؛ پرزور، پ و بشرپور، س. (۱۳۹۴). مقایسه تنظیم خلق منفی و بیانگری هیجانی در دانش آموزان با و بدون اختلال یادگیری خاص. مجله ناتوانی‌های یادگیری. ۱۶، ۱۲۵-۱۴۱.
- کردستانی، د؛ قمری، ق. (۱۳۹۶). مقایسه تاب‌آوری، سبک زندگی و کیفیت زندگی در بین بیماران قلبی عروقی و افراد سالم. فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ۱۹ (۵)، ۷۱-۸۱.
- محمدی، م؛ معماری، ا؛ ال؛ شبان، م؛ مهران، ع؛ یاوری، پ و سالاریفر، م. (۱۳۸۹). مقایسه تأثیر دو روش آموزش رایانه‌ای و چهره به assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychism Med*; 67: 89-97.
- Drwel, J. (2008). The relationship of negative mood regulation expectancies with rumination and distraction. *psychological Reports*, 102(3), 709 _ 717.
- Chaudhry, SI., McAvay, G., Chen, S., Whitson, H., Newman, AB., Krumholz, HM, et al. (2013). Risk factors for hospital admission among older persons with newly diagnosed heart failure: findings from the Cardiovascular Health Study. *Journal of the American College of Cardiology*. 61(6):635-42.
- Chin, T., Tan, SH., Lim, SE., Lau, WP., Yong, SW., Wong, SC. (2005). Acceptance, motivators and barriers in attending breast cancer genetic counseling in Asians, *Cancer detec pre*. 29, (5), 412 _ 418.
- Fowkes, FGR., Rudan, D., Rudan, I., Aboyans, V., Denenberg, JO., McDermott, MM. (2013). Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2000 and 2010: a systematic review and analysis. *The Lancet*. 382(9901):1329-40.
- Collins, B. E., Martin, J. C., Ashmore, R. D., & Ross, L. (1973). "Somatic dimensions of internal-external metaphor in theories of personality". *Journal of Personality*, 41, 472-492. Fahlman.
- Denollet J. (2005). DS14: standard Fredrilsson, M. (2004). Hostility and sex differences in the magnitude, intensity and expression in patients

- with coronary heart disease. *International Journal of psychophysiology*. 60: 274-93.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54.
- Gulliksson, M., Burell, G., Vessby, B., Lundin, L., Toss, H., Svärdsudd, K. (2011). Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy vs standard treatment to prevent recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart disease: Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care project (SUPRIM). *Archives of Internal Medicine*. 171(2):134-40.
- Jensen, MP., Moore, MR., Bockow, TB. (2011). Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in persons with physical disorders: a systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92, 146 – 160.
- Joanne, k. (2000). Community health promotion challenges for practice. Bailliere Tindall first edition. 9.(۱۱) ,
- Lee JA., Kim, SY., Kim, Y., Oh, J., Kim, HJ., Jo, DY., Kwon, TG., Park, JH. (2013). Comparison of Health-related Quality of Life Between Cancer Survivors Treated in Designated Cancer Centers and the General Public in Korea. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 44, 2, 1, 141–152.
- Lock, CA., Lecouturier, J., Mason, JM., Dickinson, HO. (2006). Lifestyle interventions to prevent osteoporotic fractures: a systematic review. *Osteoporosis international*. 17(1):20-8.
- Lukkarinen, H., Hentinen, M. (2006). Treatments of coronary artery disease improve quality of life in the long term. *Nursing research*. 55(1):26-33.
- Lyvers, M., Thorberg, FA., Dobie, A., Huang, J., & Reginald, p. (2008). Mood and Interpersonal Functioning in smokers. *Journal of substance Use*. 13, (5), 308 _ 318.
- Mayer, J. D. & Salovey, P. (1997). "What is emotional intelligence?", Educational Implication, Network: Basic book. 3-31.
- Pender N. (2008). Health promotion in nursing practice 3rd edition. Stamford, CT: Appleton & Lange.

- Stemmler, G. (2003). Methodological considerations in the psychological study of emotion. In Davidson, R.J., Scherer, K.R., Golsmith, H. (Eds) handbook of effective sciences. Oxford university press New York. 225 _ 255.
- Stürmer, T., Hasselbach, P., and Amelang, M. (2006). Personality, lifestyle, and risk of cardiovascular disease and cancer: follow-up of population-based cohort. *BMJ*. 10; 332(7554): 1359.
- Vahedian Azimi, A., Alhani, F., Ahmadi, F., Kazemnejad, A. (2010). Effect of family-centered empowerment model on the life style of myocardial infarction patients. *Iran J Crit Care Nurs*.2(4):1-2 .
- Vijayvergia, N., Crystal Denlinger, S. (2015). Lifestyle Factors in Cancer Survivorship: Where We Are and Where We Are Headed. Department of Medical Oncology, Fox Chase Cancer Center, 333 Cotman Ave, Philadelphia, PA 19111, USA; 5, 243-263.
- Weinbreg RA, Komaroff AL. (2008). Your lifestyle, your genes, and cancer. *News Week* .151(26): 40-3.