

مقایسه نیمرخ شخصیتی، تحمل ابهام و مقابله مذهبی در افراد مبتلا به سرطان خون و

افراد سالم

*فرشته پورمحسنی کلوری^۱، آیدا شجاعی مقدم^۲، عیسی جعفری^۳، مهري مولايی^۴

۱. دانشیار، گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
۲. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
۴. دکتری، گروه روانشناسی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی اردبیل، اردبیل، ایران.
(تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۱۱/۱۱ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۲/۰۸)

Comparison of personality Profiles, Tolerance for Ambiguity and Religious Coping in Leukemia Patients and Healthy People

*Fereshteh Pourmohseni Koluri¹, Ayda Shojaei moghadam², Isa Jafari³, Mehri Mowlaie⁴

1. Associate Professor, Department of Psychology, University of Payem Noor, Tehran, Iran.
2. M.A in Psychology, University of Payem Noor, Tehran, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology, University of Payem Noor, Tehran, Iran.
4. Ph.D, Department of Psychology, Young Researchers and Elite Club, Ismaciz Azad University of Ardabil, Ardabil, Iran.

Original Article

(Received: Jan. 31, 2019 - Accepted: Feb. 27, 2020)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: Leukemia is one of the most common cancers, with high prevalence and has many psychological and social consequences for the patient and various factors contribute to its formation and exacerbation. The purpose of this study was to investigate and compare the personality profile, tolerance for ambiguity and religious coping in patients with leukemia and healthy people. **Method:** The method of this study was casual-comparison. The statistical population included all patients with leukemia who were admitted to Valiasr, Shams, Shahriar and Shahid Ghazi hospitals in Tabriz. The sample consisted of two groups of 50 patients and their caregivers who were selected by available sampling method. In terms of age, sex and educational levels, they were matched together. Neo-PI (McCrae and Costa, 1985), tolerance for ambiguity (McLin, 1993) and religious coping (Pargament, 2000) scales were used to collect the data. Data were analyzed using multivariate analysis of variance (MANOVA). **Findings:** The results of data analysis showed that there is a significant difference between personality profile, tolerance of ambiguity and religious coping among people with leukemia and healthy people. The results showed that patients with leukemia had higher scores than healthy people in neuroticism, lower tolerance for ambiguity, negative religious coping, and also healthy subjects in the variables of extraversion, openness to experience, agreeableness, conscientiousness, Positive religious coping scores and high tolerance for ambiguity were higher than those with leukemia ($P < 0/01$). **Conclusion:** According to the results of the present research, it can be concluded that some personality traits and adaptive and maladaptive religious copings can affect the symptoms of the disease and its effective coping and help clinicians to develop therapeutic interventions to help these patients more effectively.

Keywords: Cancer, Personality Profile, Spiritual Coping, Tolerance for Ambiguity.

چکیده

مقدمه: سرطان خون یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها است. شیوع بالایی داشته، پیامدهای روانی و اجتماعی زیادی برای بیمار به همراه دارد و عوامل مختلفی در شکل‌گیری و تشدید آن نقش دارند. پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه نیمرخ شخصیتی، تحمل ابهام و مقابله مذهبی بیماران مبتلا به سرطان خون و افراد سالم انجام گرفت. روش: روش پژوهش، علی‌مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به سرطان خون بستری در بیمارستان‌های ولی‌عصر، شمس، شهريار و شهيد قاضي شهر تبريز بودند؛ نمونه پژوهش شامل دو گروه ۵۰ نفری از بیماران و همراهان آن‌ها بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند و به لحاظ سن، جنس، تأهل و سطح تحصیلات باهم هم‌تا شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه نئو (مک کری و کاستا، ۱۹۸۵)، تحمل ابهام (مک لین، ۱۹۹۳) و مقیاس مقابله مذهبی (پارگامنت، ۲۰۰۰)، استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها: نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بین نیمرخ شخصیتی، تحمل ابهام و مقابله مذهبی بین افراد مبتلا به سرطان خون و افراد سالم تفاوت معنی‌داری وجود دارد، افراد مبتلا به سرطان خون در روان‌رنجوری، تحمل ابهام پایین و مقابله مذهبی منفی نمرات بالاتری نسبت به افراد سالم کسب کردند و افراد سالم نیز در متغیرهای برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق-پذیری، باوجدان بودن، مقابله مذهبی مثبت و تحمل ابهام بالا نمرات بالاتری نسبت به افراد مبتلا به سرطان خون داشتند ($p < 0/01$). نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه‌گیری کرد که برخی ویژگی‌های شخصیتی و راهکارهای مقابله‌ای مذهبی سازگارانه و ناسازگارانه برخورد با بیماری می‌تواند بر علائم بیماری و مقابله مؤثر با آن تأثیر گذاشته و به متخصصان بالینی در تدوین مداخلات درمانی جهت درمان مؤثرتر به این بیماران کمک نماید.

واژگان کلیدی: تحمل ابهام، سرطان، مقابله مذهبی، نیمرخ شخصیتی.

*نویسنده مسئول: فرشته پورمحسنی کلوری

*Corresponding Author: Fereshteh Pourmohseni Koluri

Email: fpmohseni@yahoo.com

مقدمه

آگاهی از ابتلا به بیماری بدخیم تهدیدکننده حیات، درک افراد از زندگی تغییر می‌کند. به طوری که تحقیقات نشان داده است رابطه تنگاتنگی میان سرطان و حالات روان‌شناختی وجود دارد (دومالون-کاماریا^{۱۶}، پریچارد^{۱۷}، هاتچینسون^{۱۸} و ویلسون^{۱۹}، ۲۰۱۸). هرچند سرطان، پیامدهای روان‌شناختی زیانباری را به دنبال دارد، اما پژوهش‌ها حاکی از آن هستند که فشارهای روانی تأثیر عمیقی در سرعت بخشیدن به پیشرفت و رشد انواع مختلف تومورهای بدخیم دارند، بدون اینکه نقشی در بروز و ساختار آن‌ها داشته باشند؛ سرطان، تغییرات، فشارها و تأثیرات متفاوتی بر زندگی بیمار و خانواده وی می‌گذارد.

بیماری سرطان با برخی از ویژگی‌های شخصیتی در ارتباط است و شخصیت ممکن است در شکل‌گیری و بروز سرطان تأثیر داشته باشد (ناکایا^{۲۰}، سوبونو^{۲۱}، هوسوکاوا^{۲۲}، نیشینو^{۲۳}، اوهکوبو^{۲۴} و هوزاوا^{۲۵}، ۲۰۰۳). به بیان کلی پژوهش‌ها پیرامون نقش شخصیت در بیماری سرطان نشان می‌دهند که سه خصیصه بازداری هیجان‌ها، سرکوب و ناهمسانی واکنش یا دوسوگرایی در بروز سرطان نقش دارند (اسودی کرمانی، اشرفیان، زینالی، ایمانی و شبانلویی،

سرطان خون (لوکیمیا) یکی از شایع‌ترین بیماری‌های بدخیم در بزرگسالان جوان است و تقریباً ۸ درصد از کل سرطان‌ها را تشکیل می‌دهد و به‌عنوان پنجمین سرطان شایع جهان شناخته شده است (جمال^۱، تون^۲، ریس^۳، هوی^۴، ویر^۵ و سنتر^۶، ۲۰۰۸). سرطان خون یک بیماری مزمن و مقاوم است که زندگی فرد را در تمام ابعاد جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی، معنوی، اقتصادی و خانوادگی تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (اسملترز^۷، بیر^۸ و هینکل^۹، ۲۰۰۸). تحقیقات نشان داده است که چنین تشخیصی می‌تواند مشکلات عاطفی عمیقی همچون افسردگی (کچی^{۱۰}، اوکویاما^{۱۱}، آکیزوکی^{۱۲}، آزوما^{۱۳}، ساگاوا^{۱۴}، فروکاوا^{۱۵} و همکاران، ۲۰۰۶؛ قربانی، علی پور، علی‌اکبری دهکردی، ۱۳۹۶) نگرانی، اضطراب و جهت‌گیری منفی نسبت به آینده و عدم تحمل ابهام در این بیماران ایجاد کند (اثنی‌عشری، محمدخانی، حسن‌آبادی، ۱۳۹۶). علی‌رغم پیشرفت‌های علم پزشکی، همچنان بیماری سرطان به‌طور چشمگیری رو به گسترش است. آگاهی از ابتلا به سرطان برای هر فردی، تجربه‌ای غافل‌گیرکننده و نگران‌کننده است. در واقع با

1. Jemal
2. Thun
3. Ries
4. Howe
5. Weir
6. Center
7. Smeltzer
8. Bare
9. Hinkle
10. kechi
11. Okuyama
12. Akizuki
13. Azuma
14. Sagawa
15. Furukawa

16. Dumalaon-Canaria
17. Prichard
18. Hutchinson
19. Wilson
20. Nakaya
21. Tsubono
22. Hosokawa
23. Nishino
24. Ohkubo
25. Hozawa

دنولت^{۱۹}، ازندام^{۲۰} و مولس^{۲۱}، ۲۰۱۷). در بین تحقیقات مربوط به پنج عامل شخصیتی، باوجدان بودن^{۲۲} بالا و روانرنجوری^{۲۳} پایین با سلامت جسمانی همراه بوده است، اما تحقیقات بسیار معدودی در نمونه‌های مربوط به سرطان خون انجام شده است (استریکهوسر^{۲۴}، زل^{۲۵}، کریزان^{۲۶}، ۲۰۱۷). به‌عنوان مثال، باوجدان بودن و وظیفه‌شناسی^{۲۷} یک عامل تعیین‌کننده رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت مانند ورزش، رژیم غذایی مناسب، استفاده کمتر از سیگار، مواد مخدر و رفتارهای ایمن جنسی (باگ^{۲۸} و رابرتز^{۲۹}، ۲۰۰۴) بوده و با سلامت ادراک‌شده بهتر و مرگ‌ومیر کمتر (لئو^{۳۰} و رابرتز^{۳۱}، ۲۰۱۵) مرتبط است. روان‌رنجوری نیز با رفتارهای منفی سلامتی مانند ورزش کمتر، رژیم غذایی نامناسب و استفاده بیشتر از مواد مخدر (هاکولینن^{۳۲}، هینتسانن^{۳۳}، مونافو^{۳۴}، ویرتانن^{۳۵}، بتی^{۳۶} و جوکلا^{۳۷}، ۲۰۱۵) همراه بوده است.

با توجه به اینکه علائم سرطان خون همچون ضعف عمومی، احساس خستگی مزمن، عفونت‌های مکرر، تورم غدد لنفاوی، تب شدید و

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماران سرطانی دارای ویژگی‌هایی چون انکار و سرکوب هیجانات به‌خصوص خشم، تسلیم‌ناپذیری، عدم اظهار وجود و دفاعی بودن هستند (حشمتی، ناصری، پرنیان خوی، ۱۳۹۷) و در این افراد، اختلالات هیجانی، افسردگی و اضطراب و حالت‌های خصمانه بیشتر گزارش شده است (ژو^۱، مندونکا^۲، آبل^۳، هامیلتون^۴، والتر^۵، جانسون^۶، ۲۰۱۸). همچنین بیماران سرطانی، روان‌رنجوری و درون‌گرایی بالایی دارند (والکر^۷، چن^۸، پیک^۹، میرلی^{۱۰}، توماس^{۱۱} و هانگ^{۱۲}، ۲۰۱۷). برخی از پژوهش‌ها نیز به این نتیجه دست یافته‌اند که عوامل شخصیتی به همراه شرایط زندگی از جمله تجارب منفی و نحوه‌ی مقابله با آن‌ها بر ابتلا به سرطان و نحوه‌ی درمان و نتیجه‌گیری از آن تأثیر می‌گذارند (دی کلرک^{۱۳}، دی فرویت^{۱۴}، کوت^{۱۵} و بنویت^{۱۶}، ۲۰۰۴). از طرفی ویژگی‌های شخصیتی، پیش‌بینی‌کننده خوبی برای مدت زنده ماندن فرد پس از ابتلا به سرطان است که از بین این ویژگی‌ها، خصیصه برون‌گرایی^{۱۷} از قدرت پیش‌بینی‌کنندگی بیشتری برخوردار است (هاسون^{۱۸}،

19. Denollet
20. Ezendam
21. Mols
22. Conscientiosness
23. Neuroticism
24. Strickhouser
25. Zell
26. Krizan
27. Aggreableness
28. Bogg
29. Roberts
30. Luo
31. Roberts
32. Hakulinen
33. Hintsanen
34. Munafu
35. Virtanen
36. Batty
37. Jokela

1. Zhou
2. Mendonca
3. Abel
4. Hamilton
5. Walter
6. Johnson
7. Walker
8. Chen
9. Paik
10. Mirly
11. Thomas
12. Hung
13. De Clercq
14. De Fruyt
15. Koot
16. Benoit
17. Extraversion
18. Husson

بیماری را بهتر تحمل کنند (هیلن^۵، گوچیل^۶، استراوت^۷، اسمتس^۸، هان^۹، ۲۰۱۷)؛ بنابراین افراد دارای عدم تحمل ابهام بالا، زمانی که با علائم مبهم روبرو می‌شوند احتمالاً آشفتگی روان‌شناختی بیشتری را تجربه می‌کنند. در یک مطالعه، در ارتباط بین سرطان ریه و عدم تحمل ابهام، به این نتیجه دست یافتند که استرس ادراک‌شده بیشتر و بهزیستی هیجانی پایین در بیماران مبتلا به سرطان ریه، با سطوح بالای عدم تحمل ابهام و ادراک بالای ابهام مرتبط با بیماری در ارتباط است (کوریتا^{۱۰}، گارون^{۱۱}، استانتون^{۱۲}، میروویتز^{۱۳}، ۲۰۱۳).

عامل مهم دیگری که به‌عنوان یک مؤلفه بسیار اساسی در سازگاری و مقابله مؤثر بیماران با سرطان شناخته شده است، معنویت و مذهب است.

مقابله مذهبی به دو صورت مثبت و منفی دیده می‌شود. گروهی که هنگام رویارویی با حوادث، آن را آزمایش الهی می‌پندارند و به خداوند و مذهب، خوش‌بین هستند، از سبک مقابله مذهبی مثبت و گروه دیگر که این حوادث را تنبیه الهی یا مداخله شیطان و عوامل منفی دیگر در نظر می‌گیرند، از سبک مقابله مذهبی منفی استفاده می‌کنند (احمدی، حسین و محمد، ۲۰۱۸). به‌عبارتی دیگر، مقابله مذهبی، متکی بر

کاهش وزن چه در سطح خفیف و چه تهدیدکننده زندگی، برای برخی از بیماران، موقعیت ابهام‌برانگیزی بوده و باعث مشکلاتی در سازگاری فرد می‌شوند، بنابراین اگر بیمار، موقعیت ابهام‌برانگیز و عدم اطمینان را غیرقابل قبول بداند و با بیماری سختی مواجه شود که بسیار مبهم است، ممکن است دچار نگرانی آسیب‌زایی شود (بوهر^۱ و دوگاس^۲، ۲۰۰۲). یک مطالعه تجربی نشان داد، افراد دارای عدم تحمل ابهام بالا در مقایسه با افراد با عدم تحمل ابهام پایین، زمانی که با شرایطی با ابهام بالا مواجه می‌شدند، نگرانی بیشتری را تجربه می‌کردند (روسن^۳ و کوپر^۴، ۲۰۰۹). تحمل ابهام پذیرفتن عدم قطعیت به‌عنوان بخشی از زندگی، توانایی ادامه حیات با دانش ناقص و تمایل به آغاز فعالیتی مستقیم بدون آن است که شخص بداند آیا موفق خواهد شد یا خیر (آنتونیک، ۲۰۰۹؛ به نقل از حسینی، کراسکیان موجمباری، فردوسی‌پور، ۱۳۹۲). تحمل ابهام، مؤلفه‌ای مهم و دارای شواهد تجربی و پژوهشی در بررسی سلامت، مراقبت سلامتی و دیگر ابعاد مهم زندگی است، به‌گونه‌ای که ظرفیت بیماران و متخصصان مراقبت سلامت در تحمل ابهام می‌تواند تا اندازه‌ای باشد که هر دو بتوانند ارتباط درمانی را به‌خوبی شکل دهند، اطلاعات فراوانی درباره بیماری جستجو کرده و تغییر و تعدیل دهند و در تصمیمات درمانی مشترک شریک باشند و شرایط بوجود آمده توسط

5. Hillen
6. Gutheil
7. Strout
8. Smets
9. Han
10. Kurita
11. Garon
12. Stanton
13. Meyerowitz

1. Buhr
2. Dugas
3. Rosen
4. Knauper

از سوی دیگر، با توجه به اینکه، سالیانه تعداد زیادی از افراد در سراسر دنیا مبتلا به سرطان تشخیص داده می‌شوند و این بیماری، مشکلات فردی، شغلی، تحصیلی و اجتماعی فراوانی را برای بیماران و مراقبین آنان به دنبال دارد، بنابراین مطالعه عواملی که بر سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان، تأثیرات مثبت داشته باشند، ضرورت دارد. پژوهش حاضر به دنبال بررسی تفاوت بین نیمرخ شخصیتی، تحمل ابهام و مقابله مذهبی افراد مبتلا به سرطان خون و افراد سالم است؟

روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات علی‌مقایسه‌ای است. جامعه پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به سرطان خون بستری در بیمارستان‌های ولی‌عصر، شمس، شهریار و شهید قاضی شهر تبریز و همراهان آنها بودند. از دو جامعه بیماران سرطانی و غیرسرطانی، دو گروه ۵۰ نفری به‌عنوان نمونه پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه افراد غیرسرطانی به لحاظ سن، جنس، تأهل و سطح تحصیلات با گروه بیماران سرطانی هم‌تا شدند. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش عبارت بودند از: داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، دریافت تشخیص سرطان خون، مبتلا نبودن به دیگر بیماری‌ها و اختلالات روان‌پزشکی، گذشتن حداقل یک ماه از تشخیص بیماری. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: عدم تمایل به شرکت در پژوهش، عدم درک سؤالات پرسشنامه و نداشتن سواد خواندن

باورها و فعالیت‌های مذهبی است و از این راه، در کنترل استرس‌های هیجانی و ناراحتی‌های جسمانی به افراد کمک می‌کند (نیک منش و کلانتری، ۱۳۹۵). بستری شدن‌های مکرر و متعدد، درمان‌های فیزیکی سخت، احساس تنهایی، اضطراب و افسردگی، باعث می‌شود که مکانیزم‌های سازگاری قبلی فرد کافی نباشد و فرد متوسل به استفاده از مکانیزم‌های مذهبی شود. چنانچه که برای بسیاری از بیماران که با بیماری تهدیدکننده زندگی مواجهه می‌شوند، مذهب و مکانیزم‌های مقابله‌ای مذهبی/معنوی، مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی آنها می‌تواند باشد (عاطف وحید، نصر اصفهانی، صابری، ناجی اصفهانی، شجاعی و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین معنویت و مذهب می‌تواند برای این بیماران، منبع مهمی از حمایت و امید را جهت مقابله بهتر با بیماری فراهم سازد (بوسینگ^۱، فیشر^۲، اوسترمن^۳، متیسن^۴، ۲۰۰۸).

در کل با توجه به مطالب ذکرشده، برخی از ویژگی‌های شخصیتی در بروز و تشدید بیماری سرطان نقش مهمی را ایفاء می‌کند. چنانچه تحقیقات نیز بر این یافته صحه گذاشته‌اند، از سویی دیگر، برخی ویژگی‌های شخصیتی به همراه شرایط سخت بیماری منجر به تحمل ابهام پایین در بیماران شده و به‌نوعی باعث شکل‌گیری بحران معنوی در زندگی آنها می‌شود؛ بنابراین بررسی شخصیت و معنویت در این بیماران درخور اهمیت فراوان است.

1. Büssing
2. Fischer
3. Ostermann
4. Matthiessen

برون‌گرایی (۰/۹۱)، گشودگی نسبت به تجربه (۰/۷۱)، توافق‌پذیری (۰/۷۸) و باوجدان بودن (۰/۷۵) به دست آورد. سواری و بشلیده (۱۳۸۹) پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۰ گزارش کردند. همچنین حسینی و لطیفیان (۱۳۸۸) شواهد مطلوبی درباره روایی سازه این پرسشنامه بدست آوردند. در پژوهش‌های خارجی نیز، دوان، اونسورس، دونوان، لو (۲۰۱۷) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ به دست آوردند که نشان از پایایی مناسب این پرسشنامه می‌باشد. در پژوهش حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۹ بدست آمد.

۲) پرسشنامه تحمل ابهام مک‌لین (TA): مقیاس تحمل ابهام مک‌لین (۱۹۹۳) از ۲۲ ماده و به منظور ارزیابی میزان تحمل ابهام تشکیل شده است. پاسخ به این مقیاس بر روی طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس از همسانی درونی مناسب با آلفای کرونباخ ۰/۹۰ برخوردار بوده و همبستگی آن با پرسشنامه بلا تکلیفی ۰/۵۷ گزارش شده است که بیانگر روایی سازه مطلوب آن است (ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۴). همچنین، اونیل^۱، دمارکو^۲، پشکین^۳، راجرز^۴، ریسپولی^۵، برون^۶ (۲۰۰۶) در پژوهش خود، پایایی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۹۴ به دست آوردند که نشان از پایایی مناسب این ابزار می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در

و نوشتن، ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی مزمین. روش اجرا بدین صورت بود که پس از انتخاب نمونه آماری، ابتدا هدف پژوهش، محرمانه ماندن پاسخ‌ها و داوطلبی بودن شرکت در پژوهش برای تک‌تک بیماران توضیح داده شد. سپس کسانی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند به پرسشنامه‌های صفات شخصیتی ۵ عاملی، مقابله مذهبی و تحمل ابهام پاسخ دادند. پژوهشگر در کنار بیماران حضور داشت تا اگر سؤالاتی در مورد پاسخ به پرسشنامه‌ها داشتند، پاسخ دهد. گروه سالم به لحاظ سن، جنس، سطح تحصیلات و تأهل با بیماران هم‌تا بودند. داده‌های بدست آمده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در پژوهش حاضر از پرسشنامه‌های صفات شخصیتی ۵ عاملی، تحمل ابهام و مقابله مذهبی استفاده شد که در زیر توضیحات مربوط به هر یک ارائه شده است.

۱) پرسشنامه صفات شخصیتی ۵ عاملی (NEO-PI): این پرسشنامه توسط مک کری و کاستا (۱۹۸۷) برای اندازه‌گیری صفات شخصیتی طراحی شده است. این پرسشنامه ۶۰ آیتمی، ۵ صفت بزرگ شخصیتی را ارزیابی می‌کند که عبارت‌اند از روان‌رنجوری، برون‌گرایی، گشودگی نسبت به تجربه، توافق‌پذیری و باوجدان بودن. شیوه نمره‌گذاری سؤالات بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (=۰) تا کاملاً موافقم (=۴) صورت می‌گیرد. کیامهر (۱۳۸۱) ضریب همبستگی این آزمون را با آزمون ۲۴۰ سؤالی نئو برای ۵ عامل روان‌رنجوری (۰/۷۵)،

1. O'neill
2. Demarco
3. Peshkin
4. Rogers
5. Rispoli
6. Brown

جهت بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه، در مطالعه‌ای مقدماتی، مقیاس جهت‌گیری مذهبی به‌عنوان مرجع برای بررسی روایی همزمان، مورد استفاده قرار گرفت. همبستگی بین نمرات حاصل از کاربرد همزمان دو مقیاس به میزان ۰/۶ به دست آمد. برای ارزیابی اعتبار آزمون، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده است. این ضریب در زیر مقیاس «مقایسه مذهبی مثبت» ۰/۸۶ و در زیر مقیاس «مقایسه مذهبی منفی» ۰/۶۵ بدست آمد (بهرامی و تاشک، ۱۳۸۳). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۰ بود.

یافته‌ها

برای بررسی فرضیه اصلی پژوهش از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده گردید. قبل از ارائه نتایج آمار استنباطی، یافته‌های جمعیت‌شناختی پژوهش ارائه می‌شود.

پژوهش حاضر، ۰/۹۰ بدست آمد. ۳) پرسشنامه مقابله مذهبی (RC). این مقیاس توسط پارگامنت (۲۰۰۰)، ساخته شده است. فرم کوتاه ۱۴ سؤالی برگرفته از فرم اصلی و بلند آن مشخص‌کننده سبک‌های مقابله‌ای مثبت و منفی است. هر یک از مقیاس‌های مثبت و منفی شامل ۷ ماده آزمون مقابله مذهبی هستند. شیوه نمره‌گذاری از صفر برای هیچ‌وقت تا ۳ برای همیشه صورت می‌گیرد. مقابله مذهبی مثبت سبک‌هایی از مواجه‌شدن با رویدادهای منفی زندگی است که در آن فرد با بهره‌گیری از ارزیابی‌ها و تفسیرهای مثبت مرتبط با یاری پروردگار به استقبال رویدادها می‌رود؛ اما در شکل مقابله منفی، فرد رابطه اجتنابی و نامطمئن با خدا برقرار می‌نماید و برای مثال معتقد است که خدا او را در لحظه‌های سخت تنها خواهد گذاشت.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد مطالعه

گروه بیمار	گروه سالم	گروه‌ها	متغیر وابسته
انحراف	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
۷/۶۶۴	۴۰/۵۲	۳/۵۳۶	۲۵/۳۲
۳/۷۹۳	۲۲/۳۴	۶/۰۳۸	۴۰/۵۲
۳/۹۸۴	۲۴/۱۴	۶/۱۱۶	۳۸/۶۸
۳/۸۳۹	۲۶/۵۲	۶/۰۱۴	۳۶/۳
۴/۰۴۸	۲۴/۲۴	۳/۰۹۶	۳۸/۶۶
۱۰/۴۹۳	۷۴/۴۲	۸/۹۳	۵۲/۲۰
۲/۸۴۲	۹/۶۲	۳/۳۲۳	۱۳/۱۸
۴/۳۹۷	۱۳/۸۲	۵/۱۲	۹/۰۲
			روان رنجور
			برون‌گرایی
			گشودگی به
			توافق پذیری
			باوجدان بودن
			تحمل ابهام
			مقابله مذهبی
			مقابله مذهبی

نتایج آزمون لوین نشان داد که واریانس نمرات در متغیرهای پژوهش در دو گروه مورد مطالعه معنادار نیست و بدین ترتیب شرط همگنی واریانس برقرار است. همچنین، نتایج نشان‌دهنده این می‌باشد که ماتریس واریانس-کوواریانس گروه‌ها در متغیرهای وابسته باهم برابرند؛ بنابراین مفروضه‌های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری برقرار است. در ادامه نتایج حاصل از تحلیل واریانس چندمتغیری برای آزمون فرضیه پژوهش در جدول ۲ آمده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره موجود در جدول ۲ نشان می‌دهد که در هر چهار شاخص آماره اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی که معنی‌داری تفاوت میانگین نمرات را به صورت کلی نشان می‌دهند، تفاوت گروه‌های بیمار و سالم ($p < 0/01$) معنی دار است و دو گروه مورد مطالعه حداقل از نظر یکی از متغیرهای شخصیت، تحمل ابهام و مقابله مذهبی تفاوت معناداری دارند.

نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره ارائه شده در جدول ۳ نشان می‌دهد که هر پنج ویژگی شخصیتی، تحمل ابهام و مقابله مذهبی در افراد مبتلا به سرطان و افراد سالم تفاوت معناداری دارند ($p < 0/0001$).

نتایج نشان می‌دهد که در گروه بیماران سرطانی، بیشترین فراوانی مربوط به زنان با سن کمتر از ۵۰ سال بوده (۱۴ نفر) و کمترین فراوانی نیز مربوط به زنان بالای ۷۰ سال (۱ نفر) می‌باشد. همچنین در گروه سالم، بیشترین فراوانی مربوط به زنان کمتر از ۵۰ سال بوده (۱۹ نفر) و زن یا مرد بالای ۷۰ سال نیز در گروه وجود ندارد. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش نیز در جدول ۱ ارائه شده است.

باتوجه به شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه موجود در جدول ۱ مشهود است که گروه بیمار در مقایسه با گروه سالم نمرات بیشتری در روان رنجوری و مقابله مذهبی منفی نسبت به افراد سالم کسب کرده‌اند و در بقیه ویژگی‌های شخصیتی، تحمل ابهام و مقابله مذهبی مثبت، افراد سالم، نمرات بیشتری به دست آوردند.

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیره جهت بررسی پیش فرض‌های آزمون، از آزمون‌های ام باکس که شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس را بررسی می‌کند و آزمون لون که شرط همگنی و برابری واریانس را مورد بررسی قرار می‌دهد، استفاده شد که هیچ‌یک از این آزمون‌ها معنادار نبودند ($p > 0/05$).

جدول ۲. نتایج معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری

F	P	ارزش	آزمون	
۰/۰۰۰	۱۳۴/۶۶۷	۰/۹۳۱	پیلایی-بارتلت	گروه
۰/۰۰۰	۱۳۴/۶۶۷	۰/۰۶۹	لامبدای ویلکز	
۰/۰۰۰	۱۳۴/۶۶۷	۱۳/۴۶۷	اثر هتلینگ	
۰/۰۰۰	۱۳۴/۶۶۷	۱۳/۴۶۷	بزرگترین ریشه روی	

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری ویژگی‌های شخصیتی، تحمل ابهام و مقابله مذهبی مثبت و منفی در دو گروه بیمار و سالم

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	
ویژگی‌های روان رنجوری	۵۷۷۶	۱	۵۷۷۶	۱۶۲/۱۲۸	۰/۰۰۰	۰/۶۲۳	ویژگی‌های
برون‌گرایی	۵۰۲۶/۸۱۰	۱	۵۰۲۶/۸۱۰	۱۹۷/۷۰۷	۰/۰۰۰	۰/۶۶۹	شخصیتی
گشودگی به تجربه	۲۵۸۵/۲۹۰	۱	۲۵۸۵/۲۹۰	۱۹۸/۳۸۳	۰/۰۰۰	۰/۶۶۹	
توافق‌پذیری	۴۷۴۷/۲۱۰	۱	۴۷۴۷/۲۱۰	۱۸۶/۴۶۵	۰/۰۰۰	۰/۶۵۵	
باوجدان بودن	۵۱۹۸/۴۱۰	۱	۵۱۹۸/۴۱۰	۱۹۴/۱۲۳	۰/۰۰۰	۰/۶۶۵	
	۱۲۳۴۳/۲۱۰	۱	۱۲۳۴۳/۲۱۰	۱۳۰/۰۱۰	۰/۰۰۰	۰/۵۷۰	تحمل ابهام
مثبت	۳۱۶/۸۴۰	۱	۳۱۶/۸۴۰	۳۳/۱۳۲	۰/۰۰۰	۰/۲۵۳	مقابله مذهبی
منفی	۵۷۶	۱	۵۷۶	۲۵/۲۸۶	۰/۰۰۰	۰/۲۰۵	

نتیجه‌گیری و بحث

و پژوهش حاضر با هدف مقایسه نیمرخ شخصیتی، تحمل ابهام و مقابله مذهبی بیماران مبتلا به سرطان خون و افراد سالم انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد که در نیمرخ شخصیتی، بیماران مبتلا به سرطان خون در متغیر روان‌رنجوری، نمره بالاتری نسبت به افراد سالم کسب کردند و در متغیرهای برون‌گرایی، توافق‌پذیری، باوجدان بودن و گشودگی به تجربه، افراد سالم نسبت به بیماران نمره بالاتری کسب کردند. نتایج این یافته همسو با یافته‌های سایر پژوهش‌ها همچون رافعی و همکاران (۱۳۸۹) و زینالی و همکاران (۱۳۹۱) و ناهمسو با تحقیق روکفوت^۱، هورگر^۲، توریانو^۳، دوبراستین^۴ (۲۰۱۹) بود. تحقیق روکفورت و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که بین باوجدان بودن بالا و روان‌رنجوری پایین با سلامت جسمانی بالا و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، رابطه مثبت وجود دارد، درحالی‌که برون‌گرایی، گشودگی به تجربه و توافق‌پذیری، ارتباط کمی با سلامت علی‌رغم تشخیص سرطان داشت. اکرمی و همکاران (۲۰۰۹) نیز در تحقیق خود دریافتند که برخی ویژگی‌های شخصیت، دلایلی برای سلامت حتی در موقعیت‌های سخت و تهدیدکننده همچون زندگی با سرطان دارد. در تبیین نتایج؛ این نکته مطرح است که بیماران مبتلا به سرطان با روان‌رنجوری بالا مشکلاتی در تنظیم هیجان منفی دارند که خود را در مدیریت رفتارهای ناسالم (رژیم نامناسب و ضعیف و اجتناب از ورزش) نشان می‌دهد (روکفورت و همکاران، ۲۰۱۸). روان‌رنجوری با اضطراب، افسردگی و سایر بدکارکردی‌های روان‌شناختی و جسمانی در ارتباط است و باعث فعال شدن عواطف و احساسات منفی شده و مانع از این می‌شود که عواطف مثبت که نقش اساسی در سلامت

پژوهش حاضر با هدف مقایسه نیمرخ شخصیتی، تحمل ابهام و مقابله مذهبی بیماران مبتلا به سرطان خون و افراد سالم انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد که در نیمرخ شخصیتی، بیماران مبتلا به سرطان خون در متغیر روان‌رنجوری، نمره بالاتری نسبت به افراد سالم کسب کردند و در متغیرهای برون‌گرایی، توافق‌پذیری، باوجدان بودن و گشودگی به تجربه، افراد سالم نسبت به بیماران نمره بالاتری کسب کردند. نتایج این یافته همسو با یافته‌های سایر پژوهش‌ها همچون رافعی و همکاران (۱۳۸۹) و زینالی و همکاران (۱۳۹۱) و ناهمسو با تحقیق روکفوت^۱، هورگر^۲، توریانو^۳، دوبراستین^۴ (۲۰۱۹) بود. تحقیق روکفورت و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که بین باوجدان بودن بالا و روان‌رنجوری پایین با سلامت جسمانی بالا

1. Rochefort
2. Hoerger
3. Turiano
4. Duberstein

برابر ابهام مقابله مناسبی نداشتند و تحمل پایینی از خود نشان دادند، سطوح بالایی از آشفتگی را تجربه کردند.

در نهایت یافته آخر پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به سرطان نسبت به افراد سالم از مقابله مذهبی منفی استفاده می‌کنند. این نتیجه یا نتایج تحقیقات اورسارو^۱، کرومپی^۲، کرومپی^۳ (۲۰۱۴) و احمدی و همکاران (۲۰۱۸) همسو می‌باشد. هرچند تحقیقات در مورد نقش مقابله معنوی/مذهبی در مقابله سازگاران با سرطان با نتایج متناقضی همراه است، محققان به این نتیجه دست یافته‌اند که استفاده از مذهب و راهبردهای معنوی به‌عنوان یک منبع مقابله ممکن است در بیماران مبتلا به سرطان به دلیل ماهیت زندگی تهدیدکننده‌شان رایج باشد، اما به این یافته نیز تأکید کرده‌اند که راهبردهای مقابله‌ای مذهبی/معنوی کارکردهای چندگانه‌ای در سازگاری طولانی‌مدت با سرطان دارد، از جمله منجر به افزایش عزت‌نفس بیمار شده، احساس هدفمندی و معنا را در زندگی آنان فراهم می‌کند و با ایجاد حس امیدواری منجر به احساس سبکی هیجانی می‌گردد (تون بویل^۴، استیگال^۵، کشتگار^۶، نیومن^۷، ۲۰۰۵). در تحقیق اورسارو و همکاران (۲۰۱۴) نیز نشان داده شد که زنان مبتلا به سرطان سینه از راهبردهای مقابله‌ای مذهبی منفی در سازگاری با سرطان استفاده می‌کنند.

روان‌شناختی دارند، جایگزین عواطف منفی شوند (روکفورت و همکاران، ۲۰۱۸).

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که در بیماران مبتلا به سرطان، تحمل ابهام نسبت به افراد سالم پایین است. این یافته با نتایج تحقیقات اونیل و همکاران (۲۰۰۶) همسو می‌باشد. ابتلا به سرطان با افسردگی، اضطراب، خشم، نگرانی و درد همراه است و این علائم نیز ارتباط مستقیمی با تحمل پایین ابهام دارد (حسینی و همکاران، ۱۳۹۲). از سویی دیگر با توجه به اینکه افراد سالم در برون‌گرایی، دلپذیر بودن، توافق‌پذیری و باوجدان بودن نمرات بالایی کسب کردند، در تحمل ابهام نیز نمرات بالایی به دست آوردند. این یافته با نتایج پژوهش حسینی و همکاران (۱۳۹۲) نیز همسو می‌باشد. تحقیقات آن‌ها نشان داد که رابطه مثبت و معناداری بین برون‌گرایی و دلپذیر بودن با تحمل ابهام وجود دارد؛ بنابراین به نظر می‌رسد که وجود هیجان‌های مثبت، ارتباط اجتماعی و قدرت سازگاری بالا، توانایی تحمل ابهام را بالا می‌برد، مؤلفه‌ای که در بیماران مبتلا به سرطان پایین بوده است. مطابق با مدل لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴)، ابهام و عدم اطمینان و کاهش آن نقش اساسی در آشفتگی‌های روان‌شناختی متعاقب دریافت نتیجه آزمایش مربوط به سرطان ایفاء می‌کند. در این وضعیت و در زمان مواجهه شدن بیماران با نتایج تست‌های ناآشنا، ابهام می‌تواند استرس‌زا باشد چراکه هیچ‌گونه اطلاعات و آگاهی در مورد رفتار درست و مطمئن به بیمار نمی‌دهد. در واقع بیمارانی که بر این باور بودند که بیماری سرطان‌شان گسترش پیدا خواهد کرد و در

1. Ursaru
2. Crumpeib
3. Crumpei
4. Thuné-Boyle
5. Stygall
6. Keshtgar
7. Newman

بهداشت در جهت بهبود وضعیت روانی بیماران باشد. توصیه می‌شود مهارت‌های مقابله مذهبی در بیمارستان‌ها به بیماران سرطانی آموزش داده شود افرادی که دارای ویژگی‌های شخصیتی آسیب‌پذیر در مقابل سرطان هستند، شناسایی گردند و راهکارهایی جهت مقابله با ویژگی‌های شخصیتی آسیب‌زننده به آنان آموزش داده شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود در بیمارستان‌ها، آموزش‌های لازم در زمینه تحمل ابهام وجود داشته باشد تا بیماران بتوانند با راهکارهای مناسب با بیماری خود مواجهه گردند.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند تا از تمامی بیمارانی که در فرایند پژوهش، پژوهشگران را یاری نمودند و همکاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی را نمایند.

ترس از مواجهه مجدد با سرطان، اضطراب، تأثیرات طولانی مدت درمان‌های فیزیکی، از دست دادن حمایت خانواده و اضطراب مرگ ممکن است از عواملی باشند که با کیفیت پایین زندگی و استفاده از مقابله‌های مذهبی منفی در بیماران سرطانی همراه باشد (کاپیلو، رگینا، کونینگام، کاف، اردوس، ۲۰۰۷).

پژوهش حاضر همانند دیگر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی نیز می‌باشد که بدان‌ها اشاره می‌شود. با در نظر گرفتن نمونه پژوهشی مطالعه حاضر به عنوان بیماران سرطانی، در تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر بیماران سرطانی باید جانب احتیاط رعایت شود. با توجه به مقطعی بودن مطالعه حاضر، انجام مطالعات طولی جهت بررسی و تأثیر طولانی مدت تر ویژگی شخصیتی بر بیماری سرطان در مراحل مختلف بیماری ضروری به نظر می‌رسد.

یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند راهگشا و راهنمای مدیران و مسئولین بیمارستان‌ها و وزارت

منابع

اثنی عشری، ش؛ محمدخانی، ش؛ حسن‌آبادی، ح.ر. (۱۳۹۶). مدل شناختی اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان: نقش متغیرهای شناختی و فراشناختی. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت، ۶(۱)، ۸۵-۶۶.

اسودی کرمانی، ا؛ اشرفیان، پ؛ زینالی، ش؛ ایمانی، م و شبانلوئی، ر. (۱۳۸۸)، بررسی نیمرخ شخصیتی بیماران مبتلا به سرطان و مقایسه آن با افراد عادی، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، ۱۶(۳)، ۲۶-۳۰.

- بهرامی احسان، ه و تاشک، ا. (۱۳۸۳). ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان و رازیایی مقیاس جهت‌گیری مذهبی. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، ۳۴(۲)، ۴۱-۶۳.
- حسینی، س؛ کراسکیان موجمباری، ا؛ فردوسی پور، ع. (۱۳۹۲). سهم پنج عامل اصلی شخصیت در پیش‌بینی تحمل ابهام. *اندیشه و رفتار*، ۸(۳۰)، ۱۷-۲۶.
- حسینی، فو لطیفیان، م. (۱۳۸۸). پیش‌بینی جهت‌گیری هدف با استفاده از پنج عامل بزرگ شخصیت در میان دانشجویان دانشگاه شیراز. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۵(۱)، ۷۳-۹۴.
- حشمتی، ر؛ ناصری، ا؛ پرنیان خوی، م. (۱۳۹۷). نقش سرکوبگری عاطفی و توانمندی ایگو در پیش‌بینی مصرف و عدم مصرف سیگار در بیماران مبتلا به سرطان. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۷(۴)، ۱۹-۷.
- قربانی، م؛ علی پور، ا؛ علی‌اکبری دهکردی، م. (۱۳۹۶). اثربخشی مداخلات رویکرد مثبت‌گرا بر افسردگی، عزت‌نفس، امید به زندگی و تصویر بدنی زنان ماستکتومی شده. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۶(۳)، ۱۵۱-۱۶۷.
- نریمانی، م و ابوالقاسمی، ع. (۱۳۸۴). *آزمونهای روان‌شناختی*. اردبیل: انتشارات باغ رضوان.
- نیک منش، ز و کلانتری، ن. (۱۳۹۶). نقش شیوه‌های مقابله مذهبی در بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار شهرستان هشتروند. *فصلنامه علمی - پژوهشی زن و جامعه*، ۸(۲)، ۱۱۵-۱۲۸.
- Ahmadi, F., Hussin, N.A. M., & Mohammad, M.T. (2018). Religion, Culture and Meaning-Making Coping: A Study among Cancer Patients in Malaysia. *Journal of Religion and Health*, 1-16.
- Akechi, T., Nakano, T., Okamura, H., Ueda, S., Akizuki, N., Nakanishi, T., et al. (2001). Psychiatric disorders in cancer patients: Descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals. *Japanese journal of clinical*

- oncology*, 31, 188–194.
- Akrami, N., Ekehammar, B., Bergh, R., Dahlstrand, E., Malmsten, S. (2009) Prejudice: The person in the situation. *Journal of Research in Personality* 43(5), 890–897.
- Ando, M., & Morita, T. (2010). Efficacy of the structured life review and the short-term life review on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Health*, 2(4), 342-346.
- Atef-vahid, M.K., Nasr-Esfahani, M., Saberi Esfeedvajani, M., Naji-Isfahani, H., Shojaei, M.R., Yasavoli, M, M. (2011). Quality of life, religious attitude and cancer coping in a sample of Iranian patients with cancer. *Journal of Research in Medical Sciences*, 16(7), 928–937.
- Bogg T., & Roberts B.W. (2004) Conscientiousness and health-related behaviors: A meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological Bulletin*, 130(6), 887–919.
- Bogg, T., & Roberts, B.W. (2004) Conscientiousness and health-related behaviors: A meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological Bulletin*, 130(6), 887–919.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therap*, 40, 931–945.
- Büssing, A., Fischer, J., Ostermann, T., Matthiessen, P. F. (2008). Reliance on God's help, depression and fatigue in female cancer patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38(3), 357-372.
- Cappiello, M., Regina, S., Cunningham, M., Knobf, T., Erdos, D. (2007). Breast cancer survivors: information and support after treatment. *Clinical nursing research*, 16, 278-293.
- De Clercq, B., De Fruyt, F., Koot, H. M., & Benoit, Y. (2004). Quality of life in children surviving cancer: A personality and multi-informant perspective. *Journal of pediatric psychology*, 29(8), 579-590.

- Dumalaon-Canaria, J. A., Prichard, I., Hutchinson, A. D., & Wilson, C. (2018). Fear of cancer recurrence and psychological well-being in women with breast cancer: The role of causal cancer attributions and optimism. *European journal of cancer care*, 27(1), e12579.
- Dwan, T., Ownsworth, T., Donovan, C., & Lo, A.H.Y. (2017). Reliability of the NEO Five Factor Inventory short form for assessing personality after stroke. *International psychogeriatrics*, 29(7), 1157-1168.
- Hakulinen, C., Hintsanen, M., Munafo, M. R., Virtanen, M., Batty, G. D., Jokela, M. (2015). Personality and smoking: Individual-participant meta-analysis of nine cohort studies. *Addiction*, 110(11), 1844–1852.
- Hillen, M. A., Gutheil, C. M., Strout, T. D., Smets, E. M. A., Han, P. K. J. (2017). Tolerance of uncertainty: Conceptual analysis, integrative model, and implications for healthcare. *Social Science & Medicine*, 180, 62-67.
- Husson, O., Denollet, J., Ezendam, N. P., & Mols, F. (2017). Personality health behaviors, and quality of life among colorectal cancer survivors: Results from the profiles registry. *Journal of psychosocial oncology*, 35(1), 61-76.
- Jemal, A., Thun, M. J., Ries, L. A., Howe, H. L., Weir, H. K., Center, M. M., et al. (2008). Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2005, featuring trends in lung cancer, tobacco use, and tobacco control. *Journal of National Cancer Institute*, 100, 1672–1694.
- kechi, T., Okuyama, T., Akizuki, N., Azuma, H., Sagawa, R., Furukawa, T. A., Uchitomi, Y. (2006). Course of psychological distress and its predictors in advanced non-small cell lung cancer patients. *Psychooncology*, 15(6), 463–473.
- Kurita, N., Garon, E. B., Stanton, A. L., Meyerowitz, B. E. (2013). Uncertainty and psychological adjustment in patients with lung cancer. *Psychooncology*, 22(6), 1396–1401.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

- Luo, J., & Roberts, B. W. (2015). Concurrent and longitudinal relations among conscientiousness, stress, and self-perceived physical health. *Journal of Research in Personality*, 59, 93–103.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1987). Validation of the Five-Factor Model of Personality across Instruments and Observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 81-90.
- McLain, D. L. (1993). The MSTAT-I: a new measure of an individual's tolerance for ambiguity. *Educ. Psychological Measurement*, 53, 183-189.
- O'neill, S. C., Demarco, T., Peshkin, B. N., Rogers, S., Rispoli, J., Brown, K. (2006). Tolerance for Uncertainty and Perceived Risk among Women Receiving Uninformative BRCA1/2 Test Results. *American Journal of Medical Genetics Part C(Seminars in Medical Genetics)*, 142, 251–259.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., Perez, L. M. (2000). The Many Methods of Religious Coping: Development and Initial Validation of the RCOPE. *Journal of clinical psychology*, 56(4), 519–543.
- Rocheftort, C., Hoerger, M., Turiano, N. A., Duberstein, P. (2019). Big Five personality and health in adults with and without cancer. *Journal of Health Psychology*, 24(11), 1949-1504.
- Rosen, N. O., & Knauper, B. (2009). A little uncertainty goes a long way: state and trait differences in uncertainty interact to increase information seeking but also increase worry. *Health Commun*, 24, 228–238.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. (2008). *Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing*. 11th ed. Philadelphia: Williams and Wilkins;Brunner and.
- Strickhouser, J. E., Zell, E., Krizan, Z. (2017). Does personality predict health and well-being? A meta synthesis. *Health Psychology*, 36(8), 797–810.
- Strout, T., Hillen, M., Gutheil, C., Anderson, E., Hutchinson, R., Ward, H. (2018). Tolerance of uncertainty: A systematic review of health and healthcare-related outcomes. *Patient Education and*

Counseling, 101 (9), 1518-1537.

Thuné-Boyle, I. C., Stygall, J. A., Keshtgar, M. A., Newman, S. P. (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine* 63(1), 151-164.

Ursaru, M., Crumpeib, I., Crumpei, G. (2014). Quality of Life and Religious Coping in Women with Breast Cancer. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 114, 322-326.

Walker, S. J., Chen, Y., Paik, K., Mirly, B., Thomas, C. R., & Hung, A. Y. (2017). The Relationships Between Spiritual Well-Being, Quality of Life, and Psychological Factors Before Radiotherapy for

Prostate Cancer. *Journal of religion and health*, 56(5), 1846-1855.

Zhou, Y., Mendonca, S. C., Abel, G. A., Hamilton, W., Walter, F. M., Johnson, S., & Lyratzopoulos, G. (2018). Variation in 'fast-track' referrals for suspected cancer by patient characteristic and cancer diagnosis: evidence from 670 000 patients with cancers of 35 different sites. *British journal of cancer*, 118(1), 24.

Nakaya, N., Tsubono, Y., Hosokawa, T., Nishino, Y., Ohkubo, T., Hozawa, A., et al. (2003). Personality and the Risk of Cancer. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 95(11), 799-805.