

نقش ابعاد شخصیتی *HEXACO*، تیپ شخصیتی *D* و هیجانات در کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان

رضا ایل بیگی قلعهنی^{۱*}، عباس ابوالقاسمی^۲، مریم رستمی^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
 ۲- استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
 ۳- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

چکیده

زمینه و هدف: ویژگی ها و ابعاد شخصیتی از جمله عوامل مهم در ایجاد، تداوم و تشدید بسیاری از اختلالات و بیماری ها هستند. باتوجه به اهمیت عوامل موثر بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش ابعاد شخصیتی *HEXACO*، تیپ شخصیتی *D* و هیجانات در پیش بینی کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان انجام شد.

روش ها: مطالعه توصیفی-تحلیلی حاضر بر روی ۱۰۰ نفر از بیماران سرطانی مراجعه کننده به مرکز امام خمینی(ره) شهر تهران در سال ۱۳۹۲ انجام شد. بیماران با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و پرسشنامه های ابعاد شخصیتی *HEXACO*، تیپ شخصیتی *D*، مقیاس عاطفه مثبت و منفی و کیفیت زندگی، را تکمیل کردند. تجزیه و تحلیل داده ها با آزمون های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه با استفاده از نرم افزار *SPSS* ویرایش ۱۸ انجام شد.

نتایج: یافته ها نشان داد که از بین ابعاد تیپ شخصیتی *HEXACO* تهییج پذیری و برونگرایی، در مقیاس عاطفه، عاطفه منفی و در مقیاس تیپ شخصیتی *D* هیجان پذیری منفی می توانند کیفیت زندگی را در افراد مبتلا به سرطان به صورت معنی داری پیش بینی کنند ($p < 0/05$).
نتیجه گیری: گر چه ابعاد شخصیتی *HEXACO*، تیپ شخصیتی *D* و عواطف مثبت و منفی، بخشی از عوامل موثر بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان را پیش بینی می نماید، اما عوامل ناشناخته دیگری هستند که نیاز به مطالعات بیشتر می باشد.
کلمات کلیدی: ابعاد شخصیتی *HEXACO*، تیپ شخصیتی *D*، هیجانات مثبت و منفی، کیفیت زندگی، سرطان

*آدرس نویسنده مسئول: اردبیل، دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی-۰۹۳۸۵۳۵۴۴۸۸

پست الکترونیکی: reza.ilbeigy@gmail.com

مقدمه

صداقت - فروتنی^۴، تهییج‌پذیری^۵، برون‌گرایی^۶، توافق^۷، با وجدان بودن^۸ و گشودگی به تجربه^۹ (۱۱). برخی از پژوهشگران به بررسی نقش ویژگی‌ها و ابعاد شخصیتی در بیماری سرطان پرداخته‌اند و نشان دادند که افراد مبتلا به سرطان در مقیاس روان‌رنجورخویی نمرات بالاتر (۱۲-۱۸) و در مقیاس برون‌گرایی نمرات پایین‌تری می‌گیرند (۱۴، ۱۶-۲۰). هوساکا و فوکونیشی^{۱۰} در پژوهشی نشان دادند بیماران سرطانی دارای ویژگی‌هایی چون انکار و سرکوبی هیجانانگیز به خصوص خشم، تسلیم‌ناپذیری، عدم اظهار وجود و دفاعی بودن هستند (۲۱). فلچر^{۱۱} نشان داد که سه ویژگی شخصیتی بازدارنده هیجانی، سرکوب و ناهمسانی واکنش یا دوسوگرایی، احتمال ابتلا به سرطان را افزایش می‌دهد (۲۲). هالی و مگدالنا^{۱۲} دریافتند که بین گشودگی به تجربه و احتمال ابتلا به سرطان رابطه منفی وجود دارد (۱۶). شواهد تجربی زیادی وجود دارد مبنی بر اینکه صفات شخصیتی در ایجاد، کاهش، یا از بردن علائم اختلالات روانی نقش مهمی را ایفاء می‌کنند (۲۳ و ۲۴). دینر^{۱۳} و همکاران در پژوهشی نشان دادند که عامل‌های شخصیت یکی از مؤلفه‌های اساسی در پیش‌بینی و تبیین رضایت از زندگی است (۲۵). مطالعات نشان داده است که روان‌رنجورخویی و با وجدان بودن در ارتباط با سلامت جسمانی و رفتارهای سلامتی هستند (۲۶).

متغیر دیگر مرتبط با کیفیت زندگی بیماران سرطانی، تیپ شخصیتی D می‌باشد. تیپ شخصیتی D دارای دو مولفه است: ۱- عاطفه منفی که به تمایل تجربه‌ی عواطف منفی در طول زمان و موقعیت‌های مختلف اشاره می‌کند ۲- بازداری اجتماعی که تمایل برای بازداری از بیان این هیجانانگیز در تعاملات اجتماعی است. بیماران دارای تیپ شخصیتی D فقدان نسبی-ای از هیجانانگیز مثبت را نشان دادند که با سطوح پایینی از اعتماد به نفس، عدم رضایت از زندگی و احساس مثبت پایین مشخص می‌شود. نقش تیپ شخصیتی D در بروز و تداوم بیماری‌های قلبی عروقی اثبات شده است (۲۷).

علیرغم پیشرفت‌های قابل توجه علم پزشکی، سرطان به عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قرن حاضر به شمار می‌رود. سرطان دومین عامل مرگ و میر در آمریکا (۱) و سومین علت مرگ ایرانیان به شمار می‌آید (۲). سرطان به طور بالقوه بیماری تهدیدکننده‌ی حیات است و اختلالات قابل توجهی برای بیماران در تمامی ابعاد زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی ایجاد می‌کند (۳). تشخیص سرطان سبب ایجاد اختلال در عملکرد شناختی، ایجاد علائم جسمی و اختلال در مشارکت اجتماعی بیماران می‌شود (۴، ۵). اثرات روانی ناشی از تشخیص سرطان و اثرات جسمی ناشی از درمان‌های آن با بسیاری از عوارض جانبی همراه می‌باشد که اثر منفی بر کیفیت زندگی فرد می‌گذارد (۶). کیفیت زندگی به عنوان چارچوبی برای ارائه خدمات متناسب با جنبه‌های مختلف زندگی و تخصیص منابع، می‌باشد و برخی از پژوهشگران بهبود کیفیت زندگی را به عنوان مهم‌ترین هدف مداخلات درمانی نام می‌برند (۷). کیفیت زندگی یک ساختار چند بعدی دارد که در ابعاد مختلف کنش-وری، شخصیتی، اجتماعی، روانی و عاطفی مورد بررسی قرار می‌گیرد. این پارامترها شاخص‌های مهمی از عملکرد بیمار را بعد از تشخیص و درمان سرطان نشان می‌دهد (۸) بررسی‌ها نشان می‌دهد که مشخصات فردی و زمینه‌ای شامل شخصیت، خلق و خو، وضعیت تاهل، ارتباطات اجتماعی و عوارض طولانی مدت بیماری می‌تواند در کیفیت زندگی موثر باشد (۹). از جمله متغیرهای دخیل در کیفیت زندگی که به جنبه‌های شخصیتی و خلقی افراد می‌پردازد عوامل شخصیتی هگزاگو، تیپ شخصیتی دی^۱ و هیجانانگیز مثبت و منفی^۲ است.

ویژگی‌ها و ابعاد شخصیتی از جمله عواملی هستند که نقش بسزایی در ایجاد، تداوم و تشدید بسیاری از اختلالات و بیماری‌ها دارند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماری سرطان با برخی از ابعاد شخصیتی رابطه دارد و شخصیت ممکن است در شکل-گیری بروز سرطان تاثیر داشته باشد (۱۰). مدل شخصیت که در این پژوهش به کار رفته است مدل ۶ عاملی HEXACO^۳ است که نام اصلی آن از سرواژه‌هایی گرفته شده که عبارتند از:

4. Honesty

5. Emotionality

6. eXtraversion

7. Agreeableness

8. Conscientiousness

9. Openness to experience

10. Hosaka & Fukunishi

11. Felcher

12. Hali & Magdalena

13. Diener

1. D personality type

2. positive and negative emotions

3. HEXACO personality dimensions

را افزایش می‌دهند (۴۲). ویمبرلی^{۱۶} و همکاران نشان دادند دریافت و تجربه‌ی هیجان‌ات مثبت از سوی شریک زندگی، موجب سازگاری روانی و جنسی بهتر در زنان مبتلا به سرطان سینه می‌شود (۴۳). همچنین فردریکسون و لوسادا^{۱۷} نشان داد هیجان مثبت، موجب وسعت توجه و افزایش قدرت، شهود، خلاقیت، شادابی و سلامتی می‌شود (۴۴). چیدا و استپتو^{۱۸} نشان دادند که عواطف مثبت برای بالا بردن ادراک سلامتی در بیماران مزمن نقش مهمی دارد (۴۱). مطالعات نشان داده‌اند که زنان مبتلا به سرطان سینه، هیجان‌ات منفی بیشتری را تجربه می‌کنند (۴۵ - ۴۷).

با توجه به اینکه سرطان می‌تواند جنبه‌های مختلف زندگی بیماران را تحت تاثیر قرار دهد و موجب ناتوانی‌های متعددی در ابعاد فیزیکی و روانی شود و در نظر گرفتن اینکه در مورد نقش ابعاد شخصیتی HEXACO، تیپ شخصیتی *D* و هیجان‌ات مثبت و منفی در زمینه‌ی کیفیت زندگی بیماران سرطانی پژوهش‌های محدودی صورت گرفته است، لذا تعیین نقش متغیرهای حاضر می‌تواند گام ارزنده‌ای در شناسایی تعیین کننده‌های کیفیت زندگی این بیماران و راهکاری برای درمانگران این حیطه باشد. از این رو هدف پژوهش حاضر تعیین نقش ابعاد شخصیتی HEXACO، تیپ شخصیتی *D* و هیجان‌ات در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران سرطانی می‌باشد.

روش‌ها

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران سرطانی (که تشخیص آن‌ها بر اساس ملاک‌های پزشکی مسجل شده بود) شهرستان تهران در سال ۱۳۹۲ تشکیل می‌دهند. به منظور برآورد حجم نمونه با استفاده از پیشینه مطالعات همبستگی، تعداد ۱۰۰ نفر از بیماران سرطانی مراجعه کننده به مرکز درمانی امام خمینی (ره)، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل مسجل شدن تشخیص بیماری سرطان بر مبنای معیارهای پزشکی، محدوده‌ی سنی بین ۲۰ الی ۵۰ سال، سابقه‌ی حداقل ۱ سال از بیماری و آگاهی بیماران از بیماری خویش بود. ابزارهای پژوهش شامل:

با این وجود برخی از پژوهشگران به بررسی نقش تیپ شخصیتی *D* در بیماری سرطان پرداخته‌اند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تیپ شخصیتی *D* یک عامل پیش‌بینی گسترش سرطان می‌باشد (۲۸-۳۰). دنولت^{۱۴} و همکاران نیز نشان دادند بین تیپ *D* و ادراک بیماری در نجات یافتگان سرطان روده بزرگ ارتباط وجود دارد، بدین صورت که افراد تیپ *D* بیماری خود را سخت‌تر، طولانی‌تر و نگران‌کننده‌تر ارزیابی می‌کردند و ادراک منفی‌تری از بیماری خود داشتند (۳۱). مولس^{۱۵} و همکاران نشان دادند تیپ شخصیتی *D* اثر منفی بر روند بهبودی افراد مبتلا به سرطان دارد (۳۲). مولس و همکاران نشان دادند نمرات بالا در تیپ شخصیتی *D* در افراد سرطانی باعث افت معنادار کیفیت زندگی می‌شود (۳۳). همچنین مولس و همکاران نشان دادند که بیماران سرطانی که نمرات بالاتری در تیپ شخصیتی *D* می‌گیرند، وضعیت جسمانی و روانی خود را نامطلوب گزارش می‌کنند و نگرش آن‌ها نسبت به بیماری خود منفی‌تر است (۳۴).

هیجان‌ات مثبت و منفی از دیگر مؤلفه‌های روانشناختی است که باید در این بیماران مورد توجه قرار گیرد (۳۵). هیجان‌های منفی شامل نشانه‌هایی از اضطراب و افسردگی است؛ و شادی و عزت نفس بالا، نمونه‌هایی از هیجان‌ات مثبت می‌باشند (۳۶). امروزه یک تمایز مشخص بین حالت‌های احساساتی بودن وجود دارد که شامل هیجان‌ات مثبت و منفی می‌باشد (۳۷). برخلاف تصور غلط عموم، هیجان‌ات مثبت و منفی می‌توانند در زمان یکسان در درون شخص اتفاق بیافتد (۳۸). با دلالت بر اینکه این هیجان‌ات به صورت وارونه و متضاد هم در انتهای یک پیوستار وجود ندارند (۳۹). در واقع عاطفه مثبت و منفی حالت‌های متضاد احساس کردن نیستند، بلکه این دو خلق حالت‌های مستقل، نه متضاد احساس کردن هستند (۴۰). هرچند مدارک جمع آوری شده اشاره دارد که عواطف مثبت برای بالا بردن ادراک سلامتی در بیماران مزمن خیلی مهم است (۴۱)، اما مطالعه هیجان‌های منفی نیز می‌تواند ارزش خیلی زیادی در پیشگویی و تعدیل پیامدهای سلامتی و عمل کردن مطابق با حالت‌های خلقی داشته باشد (۳۶) شواهد پژوهشی حاکی است که هیجان‌ات مثبت، وضعیت قلب و عروق را پس از یک رویداد عاطفی منفی سریع‌تر بهبود می‌بخشند و عملکرد سیستم ایمنی

¹⁶. Wimberly

¹⁷. Fredrickson & Losada

¹⁸. Chida & Steptoe

¹⁴. Mols

¹⁵. Denollet

نظر گرفته می‌شود. نظر شرکت‌کنندگان در مورد هر یک از این واژه‌ها، با یک مقیاس پنج‌درجه‌ای با استفاده از طیف لیکرت ارزیابی می‌شود. همبستگی درونی و ثبات درونی (ضریب آلفای کرونباخ که توسط سازندگان این مقیاس به دست آمده، برای عاطفه مثبت از ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و برای عاطفه منفی از ۰/۸۴ تا ۰/۸۷ رتبه‌بندی شده است. همبستگی بین عاطفه منفی و مثبت همواره پایین بوده و بین ۰/۱۲- تا ۰/۲۳- گزارش شده است. هر کدام از این عواطف از مواد خاصی تشکیل شده‌اند. برای مثال عاطفه مثبت شامل موارد احساس عزت نفس و سرافرازی، قاطعیت و اشتیاق بوده و عاطفه منفی نیز شامل مواردی از جمله شرم، ترس، خشونت و غیره می‌باشد. در نمونه ایرانی نیز اعتبار این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای عاطفه مثبت ۰/۶۲ و برای عاطفه منفی ۰/۷۶ و روایی همگرایی این مقیاس را برای عاطفه مثبت در دامنه ۰/۳۶ تا ۰/۷۰ و برای عاطفه منفی ر دامنه ۰/۴۰ تا ۰/۷۶ گزارش نمودند (۵۰). همچنین پایایی این مقیاس برای عاطفه مثبت ۰/۸۱ و برای عاطفه منفی ۰/۷۳ به دست آمد.

پرسشنامه شخصیت هگزاکو: این پرسشنامه مدلی از ابعاد عاملی شخصیت است که دارای ۶۰ سؤال می‌باشد و شش بعد: صداقت-تواضع، تهییج‌پذیری، برون‌گرایی، توافق‌پذیری، با وجدان بودن و گشودگی به تجربه را شامل می‌شود که هر بعد دارای ۱۰ سؤال هست. نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت لیکرت می‌باشد، به این صورت که دامنه نمرات بین ۱ الی ۵ است. لی و اشتون آلفای کرونباخ را برای صداقت-تواضع (۰/۹۲)، تهییج‌پذیری (۰/۹۰)، برون‌گرایی (۰/۹۲)، سازگاری (۰/۸۹)، با وجدان بودن (۰/۸۹) و گشودگی به تجربه (۰/۹۰) گزارش کردند (۵۱). همچنین در نمونه ایرانی، پایایی مقیاس ۱۰۰ سوالی این آزمون را برای هر کدام از موله‌های صداقت--تواضع، تهییج‌پذیری، برون‌گرایی، توافق‌پذیری، با وجدان بودن و گشودگی به تجربه را به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۴، ۰/۸۱، ۰/۷۳، ۰/۷۱ و ۰/۷۶ و همبستگی بین ابعاد پرسشنامه شخصیتی NEO و پرسشنامه شخصیتی HEXACO در بالاترین و پایین‌ترین سطح از ۰/۲۸ (برون‌گرایی) تا ۰/۷۴ (توافق‌پذیری) گزارش شده است (۵۲). همچنین در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس در محدوده ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ به دست آمد.

برای اجرای این پژوهش به مرکز درمانی امام خمینی(ره) مراجعه و بیماران با توجه به تشخیص پزشکی انتخاب شدند. بعد

مقیاس کیفیت زندگی: این پرسشنامه شامل ۳۶ سؤال در هشت بعد است که شامل عملکرد جسمانی، محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی، درد جسمانی، سلامت عمومی، احساس نشاط، سلامت روانی، محدودیت عملکرد با توجه به مسائل عاطفی و عملکرد اجتماعی است. به مجموع نمرات ابعاد هشت گانه سلامت، نمرات صفر تا صد تعلق گرفت که نمرات بالاتر، وضعیت سلامت بهتر را نشان می‌دهند. تحلیل همخوانی داخلی نشان داد که به جز مقیاس نشاط، سایر مقیاس‌های گونه فارسی از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردارند. آزمون روایی همگرایی به منظور بررسی فرضیات اندازه‌گیری با استفاده از همبستگی هر سؤال با مقیاس فرضیه سازی شده نیز نتایج مطلوبی را به دست داده و تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده ۰/۴۰ به دست آمد (دامنه‌ی تغییر ضرایب ۰/۵۸ تا ۰/۹۵). اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تایید قرار گرفته است. منتظری، گشتاسبی و وحدانی‌نیا نشان دادند پایایی این آزمون به جز در مقیاس نشاط، در سایر مقیاس‌ها از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردارند. همچنین روایی همگرایی این مقیاس را در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۹۵ گزارش نمودند (۴۸). همچنین در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در محدوده ۰/۶۹ تا ۰/۸۸ به دست آمد.

مقیاس تیپ شخصیتی D : این مقیاس مشتمل بر ۱۶ آیتم است که ۸ آیتم آن هیجان‌پذیری منفی (تمایل به تجربه هیجان‌های منفی) و ۸ آیتم دیگر بازداری اجتماعی (تمایل به عدم ابراز هیجانات در تعاملات اجتماعی) را می‌سنجد. آیتم‌ها بر اساس یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (غلط، نسبتاً غلط، بی‌نظر، نسبتاً درست و درست) درجه‌بندی می‌شوند. ضریب پایایی با استفاده از بازآزمایی برای هیجان‌پذیری منفی معادل ۰/۸۷ و برای بازداری اجتماعی معادل ۰/۸۲ گزارش شده است (۲۹). ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در مطالعه‌ی داخلی نیز مناسب و مطلوب گزارش شده است (۴۹). همچنین در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس برای هیجان‌پذیری منفی ۰/۷۹ و برای بازداری هیجانی ۰/۷۷ به دست آمد.

مقیاس عاطفه مثبت و منفی: این مقیاس شامل ۳۰ سؤال است که توسط واتسون در سال ۱۹۸۸ ارائه شد. برای هر بعد عاطفی تقریباً ۱۵ واژه که توصیف‌کننده احساسات و هیجانات است، در

از هماهنگی با مرکز و کسب رضایت از بیماران، پرسش‌نامه‌های پژوهش به ترتیب کیفیت زندگی، *HEXACO*، تیپ شخصیتی *D* و هیجان‌ات مثبت و منفی در اختیار بیماران قرار گرفت و از آن‌ها درخواست شد که به دقت سوالات را مطالعه کرده و متناسب با وضعیت خود، آن‌ها را تکمیل کنند. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌های پژوهش با روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

نتایج

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد ۵۳ درصد (۵۳ نفر) از گروه مورد مطالعه، مرد و ۴۷ درصد (۴۷ نفر) زن؛ ۳۱ درصد (۳۱ نفر) مجرد و ۶۹ درصد (۶۹ نفر) متأهل، ۲۷ درصد (۲۷ نفر) زیردیپلم، ۲۰ درصد (۲۰ نفر) دیپلم، ۱۹ درصد (۱۹ نفر) فوق دیپلم، ۲۴ درصد (۲۴ نفر) لیسانس و ۱۰ درصد (۱۰ نفر) فوق لیسانس و بالاتر بود. همچنین میانگین سنی و انحراف معیار کل آزمودنی‌ها (۳۹/۲۳، ۴/۲۸)، میانگین سنی و انحراف معیار مردان (۴۱/۷۳، ۴/۵۱) و میانگین سنی و انحراف معیار زنان (۳۸/۱۰، ۳/۸۱)

بود. همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار نمره کل ابعاد شخصیتی *HEXACO* ۱۴۱/۷۴۰ و ۱۴/۴۹۶، میانگین و انحراف معیار نمره کل عواطف مثبت و منفی ۲۷/۵۹۰ و ۴/۶۴۷، میانگین و انحراف معیار نمره کل تیپ شخصیتی *D*، ۴۴/۲۲۰ و ۱۰/۱۲۵ و میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی ۸۹/۵۰۰ و ۱۶/۲۹۱ می‌باشد. برای تعیین تاثیر هر یک از متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی، هیجان‌ات مثبت و منفی و تیپ شخصیتی *D* به عنوان متغیرهای پیش‌بین و کیفیت زندگی به عنوان متغیر ملاک در معادله‌ی رگرسیون به روش گام به گام، تحلیل شدند. در جدول ۳ میزان *F* مشاهده شده معنی‌دار است ($P < 0.001$) و ۲۲ درصد از واریانس کیفیت زندگی این متغیرها تبیین می‌شود و همچنین نتایج نشان داد تهییج‌پذیری ($B = -0.323$)، برونگرایی ($B = 0.281$)، هیجان-پذیری منفی ($B = -0.187$) و هیجان منفی ($B = -0.160$) به ترتیب می‌تواند تغییرات مربوط به کیفیت زندگی را در افراد دارای سرطان، به صورت معنی‌داری پیش‌بینی کند.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد شخصیتی *HEXACO*، تیپ شخصیتی *D*، هیجان‌ات مثبت و منفی و کیفیت زندگی بیماران سرطانی

انحراف معیار \pm میانگین	متغیر	
۲۸/۲۲ \pm ۵/۷۵	صداقت و تواضع	عوامل شخصیتی <i>HEXACO</i>
۲۸/۳۳ \pm ۵/۸۵	تهییج‌پذیری	
۲۷/۷۷ \pm ۶/۷۲	برونگرایی	
۳۱/۶۷ \pm ۷/۹۴	گشودگی به تجربه	
۳۰/۶۵ \pm ۶/۵۷	توافق	
۲۸/۶۸ \pm ۵/۷۳	وجدان	
۱۴۱/۷۴ \pm ۱۴/۴۹	کل	
۱۴/۶۱ \pm ۲/۳۸۲	عاطفه منفی	عواطف مثبت و منفی
۱۲/۹۸ \pm ۳/۰۹۱	عاطفه مثبت	
۲۷/۵۹ \pm ۴/۶۴۷	کل	
۱۹/۹۹ \pm ۴/۴۷۶	بازداری اجتماعی	تیپ شخصیتی <i>D</i>
۲۴/۲۳ \pm ۵/۵۹۱	هیجان‌پذیری منفی	
۴۴/۲۲ \pm ۱۰/۱۲۵	کل	
۸۹/۵ \pm ۱۶/۲۹	کیفیت زندگی	

جدول ۲: ضریب همبستگی ابعاد شخصیتی HEXACO، تیپ شخصیتی D و هیجان‌های مثبت و منفی با کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱ صداقت و تواضع	۱										
۲ تهییج‌پذیری	-۰/۱۰۸	۱									
۳ برونگرایی	*۰/۲۰۹	-۰/۹۹۰	۱								
۴ گشودگی	۰/۲۸۳	-۰/۰۳۲	۰/۱۲۲	۱							
۵ توافق	*۰/۲۵۱	-۰/۳۵۴	*۰/۲۷۸	۰/۱۵۰	۱						
۶ وجدان	۰/۲۶۲	-۰/۳۹۹	۰/۰۹۲	۰/۲۹۵	۰/۱۰۰	۱					
۷ عاطفه منفی	-۰/۱۲۹	۰/۰۱۵	-۰/۲۶۰	۰/۲۰۹	-۰/۰۶۹	-۰/۰۷۹	۱				
۸ عاطفه مثبت	۰/۰۱۹	*-۰/۱۲۷	۰/۲۲۸	۰/۱۵۴	۰/۰۸۱	*-۰/۴۳۲	۰/۱۵۲	۱			
۹ بازاری اجتماعی	-۰/۱۲۰	*۰/۰۸۹	-۰/۰۹۹	*-۰/۰۱۱	-۰/۰۲۸	-۰/۱۰۰	۰/۱۲۵	-۰/۱۲۵	۱		
۱۰ هیجان‌پذیری منفی	-۰/۱۰۷	*۰/۰۶۲	-۰/۰۵۵	-۰/۱۵۹	-۰/۲۰۹	*-۰/۲۶۹	۰/۲۴۱	-۰/۱۱۴	۰/۰۹۹	۱	
۱۱ کیفیت زندگی	۰/۱۱۱	*-۰/۲۸۹	*-۰/۲۳۲	۰/۰۹۷	۰/۱۰۰	۰/۱۳۶	*-۰/۱۱۱	۰/۱۱۶	-۰/۰۸۷	*-۰/۱۱۷	۱

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش ابعاد شخصیتی HEXACO، تیپ شخصیتی D و هیجان‌های مثبت و منفی در پیش‌بینی کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان بود. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که بعد شخصیتی تهییج‌پذیری قادر به پیش‌بینی، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد. این یافته با نتایج برخی از پژوهش‌ها که بیان کردند بعد روان‌رنجورخویی در مقیاس NEO در افراد مبتلا به سرطان بیشتر از افراد عادی است و اثرات سوئی بر سازگاری و روند درمان آن‌ها می‌گذارد، همخوان است (۱۲-۱۸). در تبیین این یافته می‌توان چنین گفت با توجه به اینکه عامل تهییج‌پذیری افرادی را توصیف می‌کند که به واسطه‌ی هیجان‌های منفی از قبیل نگرانی و ناایمنی به زحمت می‌افتند (۵۲)، در هیجان‌زدگی در مقایسه با هم‌تایان

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری برای پیش‌بینی کیفیت

زندگی بیماران سرطانی

متغیرهای پیش‌بین	B	SE	Beta	t(p)
تهییج‌پذیری	-۰/۶۹۳	۰/۲۸۶	-۰/۳۲۳	-۴/۰۰۶**
برونگرایی	۰/۳۸۲	۰/۲۴۴	۰/۲۸۱	۳/۴۹۱**
هیجان‌پذیری منفی	-۰/۶۳۲	۰/۲۷۹	-۰/۱۸۷	-۳/۲۶۱**
هیجان منفی	-۰/۵۰۵	۰/۲۱۵	-۰/۱۶۰	-۳/۰۷۳**

و در هنگام رویارویی با فشارهای روانی، سازوکارهای مقابله‌ای را بکار گیرند (۵۵). در تبیین این یافته می‌توان اشاره کرد که افراد روان‌رنجور دارای عواطف منفی هستند و تمایل بیشتری به تکانشگری و آسیب‌پذیری دارند بنابراین معمولاً سطح سازگاری افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. چنین رفتارهایی موجب کاهش سطح کیفیت زندگی می‌شود. همچنین نتایج پژوهش نشان داد بعد شخصیتی برونگرایی قادر به پیش‌بینی، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد. این یافته با نتایج برخی از پژوهش‌ها که بیان کردند بعد برونگرایی در افراد مبتلا به سرطان کمتر از افراد عادی است و برونگرایی اثرات مثبتی بر سازگاری و روند درمان آن‌ها می‌گذارد، همخوان است (۱۶، ۱۴-۲۰). در تبیین این یافته می‌توان چنین گفت با توجه به اینکه این بعد بسیاری از رفتارهای اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند، آزمودنی‌های برون‌گرا در تعاملات اجتماعی نسبت به افرادی که برون‌گرا نبودند نمره‌ی بیشتری را کسب کرده‌اند. همچنین کنترل و صمیمیت بیشتری را در تعاملات گزارش می‌دهند. دوستان و همسالان افراد برون‌گرا آنان را مهربان، دوستدار تفریح، با محبت و پرحرف قلمداد می‌کنند و نمرات بالا در عامل برونگرایی با تجربه‌ی هیجانات مثبت، ارزیابی مثبت از وضعیت سلامت عمومی، کارکردهای جسمی بهتر و رضایت زندگی بالاتر توأم است (۵۵). ویژگی شخصیت برونگرایی که شامل اجتماعی بودن و صفاتی مثل سرزندگی، شادابی، جرأت‌ورزی، نیاز به با برخی از تحقیقات انجام شده در زمینه‌ی رضایت و کیفیت زندگی همخوان است. همچنین نتایج پژوهش نشان داد هیجان‌پذیری منفی قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد. این یافته با نتایج برخی از پژوهش‌ها همسو می‌باشد (۲۲-۲۴، ۲۶، ۲۷). در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که نمره بالایی در مقیاس هیجان‌پذیری منفی می‌گیرند، علائمی نظیر خستگی و مریض‌احوالی، احساس فشار و سردرد را تجربه می‌کنند که تکرار این علائم بصورت زیاد موجب کاهش کیفیت زندگی افراد می‌شود (۵۶ و ۵۷). همچنین تیپ شخصیتی D از طریق کاهش عواطف مثبت، بازداری اجتماعی و نداشتن حمایت عاطفی از سوی دوستان و آشنایان در مواقع استرس، موجب کاهش رضایت از زندگی، کیفیت زندگی، افزایش اختلالات روانشناختی نظیر افسردگی، خشم، اضطراب و افت عملکرد

خود به جای ثبات داشتن و گرفتن نمره کم، نوسان خلق نشان می‌دهند (۵۳). همچنین می‌توان گفت که تهییج‌پذیری یک ویژگی شخصیتی است که ارتباط تنگاتنگی با کیفیت زندگی دارد و با عدم ثبات عاطفی و عواطف منفی چون ترس، غم، برانگیختگی، عصبانیت، خشم، احساس گناه و نفرت همراه است (۵۴). از آنجا که هیجان‌های مخرب در سازگاری فرد و محیط تأثیر دارند، افرادی که دارای نمره‌های بالا در این شاخص باشند، احتمال بیشتری دارد که دارای باورهای غیر منطقی بوده و قدرت کمتری در کنترل تکانه‌ها و درجه‌های انطباق ضعیف‌تری با دیگران داشته باشند و در هنگام رویارویی با فشارهای روانی، سازوکارهای مقابله‌ای را بکار گیرند (۵۵). در تبیین این یافته می‌توان اشاره کرد که افراد روان‌رنجور دارای عواطف منفی هستند و تمایل بیشتری به تکانشگری و آسیب‌پذیری دارند بنابراین معمولاً سطح سازگاری افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. چنین رفتارهایی موجب کاهش سطح کیفیت زندگی می‌شود. همچنین نتایج پژوهش نشان داد بعد شخصیتی برونگرایی قادر به پیش‌بینی، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد. این یافته با نتایج برخی از پژوهش‌ها که بیان کردند بعد برونگرایی در افراد مبتلا به سرطان کمتر از افراد عادی است و برونگرایی اثرات مثبتی بر سازگاری و روند درمان آن‌ها می‌گذارد، همخوان است (۱۶، ۱۴-۲۰). در تبیین این یافته می‌توان چنین گفت با توجه به اینکه این فعالیت، هیجان و تحرک است بعد بسیاری از رفتارهای اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند، آزمودنی‌های برون‌گرا در تعاملات اجتماعی نسبت به افرادی که برون‌گرا نبودند نمره‌ی بیشتری را کسب کرده‌اند. همچنین کنترل و صمیمیت بیشتری را در تعاملات گزارش می‌دهند. دوستان و همسالان افراد برون‌گرا آنان را مهربان، دوستدار تفریح، با محبت می‌دهند (۵۳). همچنین می‌توان گفت که تهییج‌پذیری یک ویژگی شخصیتی است که ارتباط تنگاتنگی با کیفیت زندگی دارد و با عدم ثبات عاطفی و عواطف منفی چون ترس، غم، برانگیختگی، عصبانیت، خشم، احساس گناه و نفرت همراه است. از آنجا که هیجان‌های مخرب در سازگاری فرد و محیط تأثیر دارند، افرادی که دارای نمره‌های بالا در این شاخص باشند، احتمال بیشتری دارد که دارای باورهای غیر منطقی بوده و قدرت کمتری در کنترل تکانه‌ها و درجه‌های انطباق ضعیف‌تری با دیگران داشته باشند

و هیجان‌های مثبت و منفی ۲۲ درصد از واریانس کیفیت زندگی را تبیین کرده و دارای توان پیش‌بین معناداری بودند. این نتیجه نشان می‌دهد که ۷۸ درصد از واریانس و عوامل باقیمانده، توسط متغیرهای دیگر موثر بر کیفیت زندگی (نظیر عوامل زیست شیمیایی، شناختی، اجتماعی و انگیزشی) تبیین می‌شود. همچنین با توجه به عدم وجود یافته‌های متناظر در پیشینه، از این یافته می‌توان استنباط کرد که که ابعاد شخصیتی، تیپ شخصیتی D و هیجان‌های مثبت و منفی، تاثیرشان بر کیفیت زندگی خیلی قابل ملاحظه نبوده است. لذا برای روشن شدن این نکته لازم است که تحقیقات بیشتری در این زمینه صورت گیرد. در پژوهش‌های نتیجه‌گیری شده است که نمرات بالا در بعد روان‌رنجورخویی کیفیت زندگی را پایین می‌آورد و نمرات بالا در ابعاد برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق و با وجدان بودن کیفیت زندگی را بالا می‌برد (۶۱). همچنین اثرات روانی ناشی از تشخیص سرطان و اثرات جسمی ناشی از درمان‌های آن، همراه با عوارض جانبی، اثر منفی بر کیفیت زندگی گذاشته و باعث کاهش آن می‌گردد (۶).

نتیجه‌گیری

با توجه به محدود بودن نمونه‌ی پژوهش به شهرستان تهران و بررسی بیماران در مقطعی از زمان، می‌بایست در تعمیم یافته‌ها احتیاط کرد. همچنین از آنجا که این بررسی فقط بر روی بیماران سرطانی بوده است، نمی‌توان نتایج را به کل بیماران تعمیم داد. همچنین استفاده‌ی بیماران از داروها نیز احتمالاً نتایج را تحت تاثیر قرار داده است که می‌بایست مورد توجه قرار گیرد. همچنین زیاد بودن تعداد سوالات و استفاده از روش خودگزارشی جهت گردآوری داده‌ها از دیگر محدودیت‌های پژوهش است. همچنین پیشنهاد می‌شود این پژوهش در مناطق و استان‌های دیگر و با اعمال کنترل بیشتری روی ویژگی‌های جمعیت شناختی (سن، جنس، نوع سرطان، تحصیلات و غیره) نیز اجرا شود و نتایج آن مورد مقایسه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه بیمارانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، سپاسگزاری می‌شود.

افراد در فعالیت‌های مختلف می‌شود. افراد با تیپ شخصیتی D رفتارهای مرتبط با سلامت را کمتر ترجیح می‌دهند. این افراد در مقایسه با افراد غیر تیپ شخصیتی D به دلیل نداشتن تفریح و فعالیت‌های لذتبخش، مناسب نبودن تغذیه، عدم رعایت مراقبت‌های بهداشتی و نداشتن تست پزشکی منظم و در مجموع عدم رعایت معیارهای لازم جهت سلامت عمومی، دستخوش کاهش سطح رضایت و کیفیت زندگی می‌شوند (۵۸ و ۵۹). بعلاوه این افراد بطور معناداری سطوح پایین حمایت اجتماعی را از طریق سبک زندگی که در پیش گرفته‌اند، تجربه می‌کنند. با داشتن این نوع از تیپ شخصیتی D، افراد با سبک زندگی آسیب‌زا و رعایت نکردن معیارهای سلامت، بیشتر در معرض اختلالات جسمی و روانی، کاهش به زیستی در ابعاد مختلف اجتماعی و در مجموع کاهش سطح سلامت، رضایت و کیفیت قرار می‌گیرند. همچنین نتایج پژوهش نشان داد عاطفه منفی قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد. این یافته با نتایج پژوهش فریاوو و همکاران که نشان دادند بیماران سرطانی، هیجان‌های منفی و حالات اضطرابی بیشتری را تجربه می‌کنند که بر روند درمان آنان تاثیر می‌گذارد (۱۲)، همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان چنین عنوان کرد، افرادی که میزان بالایی از این خلق و خو را دارند: الف) در تعامل با محیط، استرس و ناراضی‌تری بیشتری تجربه می‌کنند، ب) تمایل دارند شکست‌های خود را بیشتر شرح و بسط دهند، ج) دنیا را به شکل منفی می‌بینند، د) خودپنداره ضعیفی دارند که با ناراضی‌تری در مورد خود و زندگی‌شان مشخص می‌شود (۶۰). افرادی که عاطفه منفی بالا دارند اغلب در روز، استرس بیشتری را تجربه می‌کنند. همچنین در مقابل افزایش استرس، حساس هستند؛ یعنی در برابر رویدادهای فشارزایی که در طول روز با آنها مواجه می‌شوند، آثار تراکمی بیشتری نشان می‌دهند. این نوع نتایج نشان می‌دهند که تنها محیط باعث استرس نمی‌شود. مقدار استرسی که فرد تجربه می‌کند، به تفسیر او از محیط بستگی دارد. این نتایج با این اندیشه همخوان‌اند که شناخت نقش کلیدی در درک خلق و خو و هیجان‌های منفی، مثل اضطراب، ایفا می‌کند و بروز چنین احساساتی، موجب کاهش احساس شادکامی، کیفیت زندگی، سازگاری و رضایت می‌شود. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری نشان داد که ابعاد شخصیتی HEXACO، تیپ شخصیتی D

References

- Holley SK. Evaluating patients distress from cancer related fatigue: an instrument development study. *Oncol Nurs Forum* 2000; 27(9): 1425-1430.
- Ilkhani M. [Practical caring in cancer]. Tehran: Moalef. 1991. [Farsi]
- Montazeri A, Hole DJ, Milroy R, McEwen J, Gillis CR. Does knowledge of cancer diagnosis affect quality of life? A methodological challenge. *BMC Cancer* 2004; 4:21-24.
- Zeighami Mohammadi Sh, Hooshmand P, Kooshyar M, Esmaeeli H. Quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *Journal of Hamedan Nursing and Midwifery* 2009; 16(1):5-10. [Farsi]
- Salehi M, Shariati A, Ahmadi S, Latifi M. Effect of Benson Relaxation Therapy on Quality of Life (QOL) in Breast Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Journal of Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences* 2012;1(1): 1-8. [Farsi]
- Michael M, Tannok L. Measuring health related quality of life in clinical trial evaluated the role of chemotherapy in cancer treatment. *Canadian Medical Association Journal* 1998; 158(13): 1727-1734
- Katschnig H, Krautgartner M, Sartorius N, Gaebel W, Lopez JJ, Maj M. Quality of life: a new dimension in mental health care, *Psychiatry in society*, Wiley 2002: 171-85.
- Sami P. [Bruner & Suddarth textbook of medical surgical nursing- Gynecology breast disease]. Tehran: Boshra, 2001. [Farsi].
- Karimi Vakil A. The relationship between quality of life and religious orientation and anxiety of death. Master's thesis, University of Allameh Tabatabai. Tehran. [Farsi]
- Demateuoo R. [Health psychology]. Tehran: Samt press 1999. [Farsi]
- Lee K, Ashton M. Psychopathy Machiavellianism and narcissism in the five factor model and HEXACO model of personality structure. *Personality and Individual Differences*, 2005, 38: 1571-1582
- Ferrario SR, Zotti AM, Massara A. Combative assessment of psychological and psychosocial characteristic of cancer patients. *Journal of Psycho Anthology* 2003; 22:44-52.
- Golden D. Depressive symptom after breast cancer surgery: relationship with global cancer related and life event stress, Department of Psychology, The Ohio State university, and Columbus 2003.
- Hali M, Magdalena S. Development of the revised NEO personality inventory for Indonesia: A preliminary study university of Nijmegen, The Netherlands 2004.
- Quantana PJ, Zakowski SG. Gender, Neuroticism and emotional expressivity. *Journal of Clinical Psychology* 2005;73:769-776
- Beirami M, Nemati Sogoli Tape F. Comparison of personality dimensions, type C and coping strategies in normal and cancer patients. *Journal of Psychology*, University of Tabriz 2008: 3(12):23-45. [Farsi]
- Asvadi Kermani A, Ashraphian P, Zeinali Sh, Imani M, Shabanloei RA. Study of Cancer Patients' Personality Profile and it's Comparison with that of Normal Persons. *Scientific Journal of Hamedan University of Medical Science* 2008; 16(4): 26-30. [Farsi]
- Khanjani Z, Bashirpour H, Bahadori Khosroshahi J. Comparison of personality characteristics, psychological stress and depression in cancer patients and normal individuals. *Journal of Medical Sciences* 2011; 23(6):619-627. [Farsi]
- Sharma A, Sharp DM. National personality predicts post-operative stay after colorectal cancer resection. *The university of Hall* 2007; 10(2): 151-6.
- Hamzeh S, Beyrami M, Hashemi Nosratabadi T. Comparison of Personality Trait, Negative Experienced Emotions and Coping Styles Between Healthy Women and Those Suffering From Cancer . *Journal of Shahid Sadoughi University Medical Science* 2011; 19(5): 627-36.
- Hosaka T, Fukunishi I. Development of type C personality, cross cultural application. *Psychiatry Behavior Science* 1999;24(2):73-6.
- Felcher B. Work, stress, illness and life expectancy]. *Isfahan : Isfahan university*. 2001.(Farsi)
- Widiger TA, Seidlits L. Personality, psychopathology, and aging. *Research in personality*, 2002, 36: 335-362.
- Widiger TA. Five factor model of personality disorder: Integrating science and practice. *Journal of Research in Personality*, 2005, 39: 67-83.
- Diener E, Oishi S, Lucas RE. Personality, culture and Subjective well-being: Emotional and cognitive evaluation of life. *Annu Rev psychol* 2003, 54: 403-25.
- Sutin AR., Terracciano A, Deiana B, Uda M, Schlessinger D, Lakatta E, Costa PT. Cholesterol,

- trigly cerides, and the five factor model of personality. *Biol Dsychol*, 2010, 84: 186-191.
27. Denollet J. Personality and coronary heart disease: the type-D Scale (DS16). *Annal Behavior Medicine* 1998; 20:209-15.
 28. Denollet J. Type D personality. A potential risk factor defined. *Journal of Psychosom Research* 2003;49:255-66
 29. Hansen PE, Floderus B, Frederiksen K. Personality traits, health behavior, and risk for cancer: a prospective study of Swedish twin court. *Cancer* 2005;103:1082-91.
 30. Paditar S. Type D personality, TH-1 cytokine levels and cytomegalovirus antigenemia in patients undergoing allogeneic hematopoietic stem cell transplant. A thesis presented to the graduate school of the university of florida in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of science. University of Florida. 2010.
 31. Denollet J, Schiffer AA, Spek V. A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes: evidence from research on the type D (distressed) personality profile. *Circulation. Cardiovascular Quality and Outcomes* 2010; 3: 546-557.
 32. Mols F, Holterhues C, Nijsten T, Lonke V, Franse V. Personality is associated with health status and impact of cancer among melanoma survivors. *European Journal of Cancer* 2010; 46:573-590
 33. Mols F, Thong M, Franse Roukema JM, Denollet J. Type D (distressed) personality is associated with poor quality of life and mental health among 3080 cancer survivors. *Journal of Affective Disorders* 2010; 1-9.
 34. Mols F, Denollet J, Kaptein A, Reemst P, Thong M. The association between Type D personality and illness perceptions in colorectal cancer survivors: A study from the population-based PROFILES registry. *Journal of Psychosomatic Research* 2012; 73: 232-239
 35. Reich JW, Zautra AJ, Davis M. «Dimensions of affect relationships: models and their integrative implications». *Review General Psychology* 2003; 7: 66-83.
 36. ressmann SD, Cohen S. «Does positive affect influence health?» *Psychology Bull* 2005; 131: 925-971.
 37. Reich JW, Zautra AJ, Davis M. «Dimensions of affect relationships: models and their integrative implications». *Rev Gen Psychol*, 2003, 7: 66-83.
 38. Larsen JT, McGraw AP, Cacioppo JT. «Can people feel happy and sad at the same time? ». *J Pers Soc Psychol*, 2001, 81: 684-96.
 39. Tellegen A, Watson D, Clark LA. «On the dimensional and hierarchical structure of affect». *Psychol Sc*, 1999, 10: 297-303.
 40. Golden D. Depressive symptom after breast cancer surgery: relationship with global cancer related and life event stress, Department of Psychology, The Ohio State university, and Columbus, OH, USA, 2003
 41. Chida Y, Steptoe A. «Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies ». *Psychosomatic Medicine* 2008;. 70: 741-56.
 42. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, et al. Alterations in the brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomic Medicine* 2003;65(4):564
 43. Wimberly SR, Carver CS, Laurenceau JP, Harris SD, Antoni MH. Perceived partner reactions to diagnosis and treatment of breast cancer: Impact on psychosocial and psychosexual adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005; 73, 300-311.
 44. Fredrickson BL, Losada MF. Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist* 2005;60(7):678-86.
 45. Giese-Davis J, Koopman C, Butler LD, Classen C, Cordova M, Fobair P, Benson J, Kraemer HC, Spiegel D. Change in emotion-regulation strategy for women with metastatic breast cancer following supportive-expressive group therapy. *Journal of Consult. Clinical. Psychology* 2002; 70: 916- 925.
 46. Giese-Davis J, DiMiceli S, Sephton S, Spiegel D. «Emotional Expression and Diurnal Cortisol Slope in Women with Metastatic Breast Cancer in Supportive-expressive Group Therapy.» *Journal of Biological Psychology* 2006;73 (2): 190 198.
 47. Montazeri A, Hole DJ, Milroy R, McEwen J, Gillis CR. Does knowledge of cancer diagnosis affect quality of life? A methodological challenge. *BMC Cancer* 2004; 4:21-24.
 48. Abolghasemi A, Zahed F, Narimani M. Relationship between sense of coherence and type D personality with health in patients with coronary artery disease. *Journal of Mental health* 2008: 11(3). [Farsi]
 49. Sheikholeslami R, Nejati A, Ahmadi S. Component of the anticipated happiness of married women's self-esteem and relationships. *Journal of Women in Culture and the Arts* 2011: 3(1). [Farsi]
 50. Lee K, Ashton M. Psychometric properties of the HEXACO personality inventory. *Multivariate Behavioral Research* 2004; 39(2)329-358

51. Bashiri H. Examine the psychometric properties and standardization HEXACO Personality Inventory. Master Thesis in General Psychology. Mohaghegh Ardebili Univesity 2010. [Farsi]
52. Lee K, Ashton M, Ogunfowora B, Bordage J, Shin KH. the personality bases of socio political attitudes : the role of honesty-humity and openness to experience . *Journal of Research in Personality* 2010; 44: 115–119
53. Clercq DB, Filip DF. Quality of life in children surviving cancer: A personality and multi informant perspective. *Journal Pediatric Psychology* 2004; 29(8):579-90
54. Lee K, Ashton M, Visser D, Pozzeboen J. Phobic tendency within the five factor model and HEXACO model of personality structure. *Journal of Research in Personality* 2008; 42: 734–746
55. Chalambianloo R, Garoosi MT. Relation of NEO-PI-R personality inventory and SCL-90-R: Ability of NEO inventory in mental health evaluation. *Journal of Behavioral Sciences* 2010; 4(1): 51-58
56. Denollet J, VanHeck GL. Psychological risk factors in heart disease. What type D personality is (not) about. *Journal of Psychosom Research* 2001;51:465–8.
57. Denollet J, Vaes J, Rutsaert DL. Inadequate response to treatment in coronary heart disease: Adverse effects of type D personality and younger age on 5 year prognosis and quality of life. *Circulation: Journal of American Heart Associated* 2000; 102:630-635.
58. Pedersen SS, Denollet J. Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: A review. *Eur Journal Card Pre Rehab* 2003;10:241–8.
59. Aquarius AE, Denollet J, Hamming JF, Vries J. Role of disease status and type D personality in outcomes in patients with peripheral arterial disease. *Am J Card* 2005;96: 996-1001
60. Watson D, Clark LA. Affects separable and inseparable: on the hierarchical arrangement of the negative affects. *Journal of Personality Society Psychology* 1984; 62:489–505
61. Hamid N; Zemestani M. Spiritual Intelligence and quality of life in relation to personality characteristics of medical students. *J Hormozgan univ Med Sci* 2012; 17(4):347-355. [Farsi]

Role of HEXACO personality dimensions, D Personality Type and emotions in the quality of life of people suffering from cancer

Reza ilbeigy ghale nei ^{*1}, Abbas Abolghasemi ², maryam rostami ³

1. Ph.D student in General Psychology, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Mohaghegh Ardebili University, Ardebil, Iran.
2. proff, Department of Psychology, School of Education Sciences and Psychology, Gilan University, Rasht, Iran
3. MA in Clinical Psychology, Department of Psychology, School of Education Sciences and Psychology, Mohaghegh Ardebili University, Ardebil, Iran.

****Corresponding address: Ardebil, Mohaghegh Ardebili University, School of Educational Sciences and Psychology, Department of Psychology- 09385354488- reza.ilbeigy@gmail.com***

Abstract

Background and aims: The purpose of the present study was the determination of the role of HEXACO personality dimensions, D Personality Type and positive and negative emotions in the quality of life of people suffering from cancer.

Methods: The present study was a descriptive correlational study. The population of this study involved all the patients suffering from cancer who visited medical centers of Tehran in 2013. Convenient sampling was used in this study. To this end, 100 patients who visited Imam Khomeini Center were selected. They filled Quality of Life Questionnaire, Questionnaire of D Personality Type, Positive and Negative Emotions Scale, and the short form of HEXACO Personality Inventory. The data of the study were analyzed using Pearson Correlation Coefficient and Multiple Regression Analysis.

Results: The results showed that there are significant correlations between emotionality ($r=-0.289$), extroversion ($r=0.232$), negative affection ($r=-.0111$) and negative emotionality ($r=-0.117$); and the quality of life of patients suffering from cancer. In addition, the results of Multiple Regression Analysis showed that 22 percent of the variance of quality of life of patients suffering from cancer was explained by HEXACO Personality Dimensions, positive and negative affections and D Personality Type.

Conclusion: According to the findings, it can be concluded that HEXACO Personality Dimensions, positive and negative emotions and D Personality Type have important roles in the quality of life of people suffering from cancer.

Key words: HEXACO personality dimensions, type D personality, positive and negative emotion, quality of life, cancer