

## نقش خودمهارگری در نحوه پاسخدهی به استرس ناشی از سرطان سینه

زهرا سالاری راد

کارشناس ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی، علوم و تحقیقات تهران

نیما قربانی (نویسنده مسئول)

استاد دانشگاه تهران (info@nimaghorbani.com)

فریبرز باقری

دانشیار دانشکده روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، علوم و تحقیقات تهران

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ دریافت: آبان ۹۴

تاریخ پذیرش: دی ۹۴

### چکیده

گسترش فزاینده سرطان سینه در میان زنان و اثرات روان‌شناختی ناشی از اطلاع به ابتلا، شدت بدخیمی، و دورنمای بدخیم آن، یکی از مهم‌ترین شاخص‌های زنانگی می‌تواند استرس بالایی را در بیمار رقم بزند. در این پژوهش ۱۱۶ نفر (۸۵ بیمار مبتلا به سرطان سینه - ۳۱ فرد سالم) مورد بررسی قرار گرفتند. برای این مطالعه آینده‌نگر مقیاس خودمهارگری، استرس ادراک‌شده (PSS)، و سلامت عمومی (GHQ) بکار گرفته شد. نتایج و یافته‌ها نشان داد فرآیند خودمهارگری نقش تعدیل‌کننده‌ی در ارتباط بین استرس ناشی از سرطان سینه و شاخص‌های سلامت روان دارد. در پایان این یافته‌ها بر مبنای اهمیت خودمهارگری در سلامت مورد بحث قرار گرفتند.

**واژه‌های کلیدی:** سرطان سینه، خودمهارگری، استرس ادراک‌شده، سلامت روان.

### مقدمه

نحوه تعامل کنش‌های جان و تن، شکل دهنده‌ی بهنجاری و نابهنجاری‌های روانی و طبّی است. در میان مولفه‌های زیستی و روان‌شناختی، برخی از این متغیرها می‌توانند تاثیرگذاری متفاوت و شگرفی را داشته باشند. سرطان و استرس از آن جمله بیماری‌ها و مشکلات فیزیولوژیکی و روان‌شناختی آسیب‌زایی هستند که عامل تغییرپذیری عظیمی در سیستم روان‌شناختی تلقی می‌شوند. طبق الگوی بیماری‌پذیری ارثی- استرس<sup>۱</sup>، افراد با آمادگی (بیماری‌پذیری ارثی) متولد می‌شوند، و وقتی در معرض میزانی از تنش قرار می‌گیرند ابتلا صورت خواهد گرفت

<sup>1</sup> diathesis - stress model

(هالجن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۰). بدین ترتیب میزان استرس و تاثیرپذیری آن، پیش‌بینی کننده‌ی وقوع مشکلات و بیماری است. در بین متغیرهای روان‌شناختی که در میزان استرس دخالت دارد می‌توان به خودشناسی انسجامی (قربانی، ۱۳۹۲)، بهوشیاری (قربانی و قاسمی‌پور، ۱۳۸۹)، شفقت خود (قربانی و همکاران، ۲۰۱۲)، و خودمهارگری (قربانی و مهری، ۱۳۹۱) اشاره کرد.

سرطان به یک گروه از بیماری‌هایی که از رشد سلولی غیرطبیعی کنترل نشده بوجود می‌آید، اطلاق می‌شود. اگر این سلول‌های سرطانی به رشد خود ادامه دهند بافت‌های سالم اطراف را با دخالت در کارکرد طبیعی آن ناحیه، از بین می‌برند. انواع سرطان از انواع متفاوت سلول ناشی می‌شود و در میزان رشد، علائم و پاسخ به درمان فرق می‌کنند. سرطان سینه شایع‌ترین سرطان در زنان ایرانی است (نیک‌منش، ۱۳۹۲). این نوع سرطان ناشی از رشد مهار نشده‌ی سلول‌های غیر طبیعی است که در آن سلول‌ها بدون هیچ کنترلی رشد کرده و بیش از حد طبیعی تقسیم می‌شوند و توده‌هایی موسوم به تومور را ایجاد می‌کنند، این توده‌ها اغلب بدون درد بوده و به صورت توده سفیدی در قسمت فوقانی و خارجی سینه شروع می‌شوند (کالین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳؛ به نقل از پدram، ۱۳۸۹).

یکی از مفاهیم شناخته شده در زمینه سلامت روان خودمهارگری است که از دل خودنظم‌دهی زاده می‌شود. خودنظم‌دهی، به تمرین کنترل بر خود به منظور بازگرداندن «خود» به مسیر استانداردهای ترجیحی گفته می‌شود (وهس و بایمستر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). خودمهارگری به تنظیم رفتارهای خودمان در یک موقعیت مربوط است. این سازه به منظور نظارت موثر، تلاش دارد، تا تصویر خوبی از خود بر دیگران داشته باشیم (لوین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲). خودمهارگری انعکاس تفاوت‌های فردی در تمایلات است که شکل مشخصی در مدیریت احساسات و عواطف به خود می‌گیرد (اشنایدر<sup>۵</sup>، ۱۹۷۴؛ به نقل از تات<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸). خودمهارگری ویژگی بسیاری از اختلالات راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)<sup>۷</sup> است. برخی پژوهشگران معتقدند مشکلات روانی هم می‌توانند از کنترل کم یا زیاد ناشی شوند (تانگنی<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). طبیعت آسیب‌زای نقص خودمهارگری نسبتاً واضح است و یک طبقه‌ی تشخیصی با نام ((اختلالات کنترل تکانه<sup>۹</sup>)) دلالت دارد. از سوی دیگر، بخشی از مشکلات روانشناختی که ادعا می‌شود ناشی از مهارگری زیاد است، وسواس فکری عملی<sup>۱۰</sup> و بی‌اشتهایی عصبی<sup>۱۱</sup> است (تانگنی و همکاران، ۲۰۰۴). این دو وجه خودمهارگری ممکن است اثرات متفاوتی بر سلامت و اختلال روانی بگذارد (سرافراز و قربانی، ۱۳۹۱؛ بشارت و محمدی مصیری، ۱۳۹۱).

گذار از سلامت به بیماری با استرس سرعت می‌یابد. استرس حالتی است که قطعاً یا احتمالاً سبب آشفته‌ی کارکردهای روان‌شناختی یا فیزیولوژیک بهنجار فرد می‌شود. استرس مجموعه واکنش‌های روانی زیستی

<sup>1</sup> Halgin

<sup>2</sup> Caline

<sup>3</sup> Vehse & baumeister

<sup>4</sup> Lewine

<sup>5</sup> schneider

<sup>6</sup> Tate

<sup>7</sup> Diagnostic and Statistical Manual

<sup>8</sup> Tangeny

<sup>9</sup> impulsive disorders

<sup>10</sup> OCD

<sup>11</sup> anorexia nevrosia

به خطر یا تهدید بقا (واقعی، نمادین، یا تصویری) است. طی سالهای ۱۹۲۰ تا ۱۹۳۰ والتر کانون<sup>۱</sup> (۱۹۴۵-۱۸۷۵) اولین مطالعه جامع و منظم را در زمینه ارتباط استرس با بیماری‌ها انجام داد. او نشان داد که تحریک دستگاه عصبی خودمختار، به ویژه دستگاه سمپاتیک، ارگانیزم را برای پاسخ به "ستیز یا گریز" آماده می‌کند؛ این پاسخ با افزایش فشار خون، طپش قلب<sup>۲</sup>، و افزایش برون‌ده قلب مشخص می‌شود. این پاسخ برای حیوانی که قصد فرار از خطر یا مقابله با آن را دارد مفید است؛ ولی هیچ کدام از این پاسخ‌ها برای انسان متمدن ضروری نیستند، و به همین دلیل استرس باعث بروز بیماری می‌شود (به‌عنوان مثال یک اختلال قلبی \_ عروقی ایجاد می‌کند) (سادوک و سادوک، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۲). بعد روان‌شناختی استرس بر ادراک و ارزیابی ارگانیزم از آسیب احتمالی ناشی از رویارویی با تجارب محیطی برانگیزاننده تاکید می‌کند. اثرگذارترین مدل فرایند ارزیابی به وسیله لازاروس<sup>۳</sup> و فولکمن<sup>۴</sup> پیشنهاد شده است. در این مدل فرض می‌شود که ارزیابی اولیه به عوامل پیشاینده ادراک از ویژگی‌های موقعیت محرک و ساختار روانشناختی فرد وابسته است (لازاروس<sup>۵</sup>، ۱۹۹۹؛ صفایی و شگری، ۱۳۹۳). استرس ادراک‌شده اشاره به باور فرد در زمینه میزان جدی بودن استرس دارد (به نقل از هاشمی، ۱۳۹۲). همچنین تایید شده است که، هر چه فرد رخداد‌های استرس‌زای بیشتری را تجربه کند، به احتمال بیشتری دچار انواع اختلالات می‌شود (سلیگمن<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). در این پژوهش بدنبال بررسی نقش تعدیل‌کننده خودمهارگری در نحوه پاسخدهی به استرس ناشی از سرطان سینه هستیم. بدین ترتیب در پی آنیم که بدانیم آیا خودمهارگری می‌تواند نقش تعدیل‌کننده‌ی در استرس ادراک‌شده ناشی از سرطان سینه داشته باشد.

## روش

### نمونه

در این پژوهش از روشی پس‌رویدادی استفاده شد. جامعه‌ی آماری این پژوهش برای گروه بیماران مبتلا به سرطان سینه، «زنان مراجعه‌کننده به کلینیک بیمارستان خاتم‌الانبیاء در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۳ و نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۴» بود. برای گروه غیربیمار، جامعه‌ی آماری را «مراجعه‌کنندگان به محل مذکور در بهار و تابستان ۱۳۹۴» تشکیل می‌داد. در این پژوهش دو گروه آزمایشی و کنترل وجود داشت که براساس روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده‌اند. حجم گروه نمونه برای جامعه مبتلا سرطان سینه ۸۵ نفر و برای گروه سالم ۳۱ نفر (در مجموع ۱۱۶ نفر) تعیین شده و قابل ذکر است که در جهت تلاش برای افزایش پایایی و دقت اندازه‌گیری، همسانی گروه آزمایش و کنترل رعایت شده است. در جریان این پژوهش تعداد ۱۳۰ پرسشنامه توزیع شد؛ اما به علت برخی محدودیت‌ها، در نهایت ۱۴ پرسشنامه از روال و پیگیری پژوهشی خارج شد.

<sup>1</sup> Canon

<sup>2</sup> Tachycardia

<sup>3</sup> Lazarus

<sup>4</sup> Folkman

<sup>5</sup> Lazarose

<sup>6</sup> silgman

## ابزارها

**مقیاس خودمهارگری<sup>۱</sup> (SCS):** مقیاس خودمهارگری توسط تانگنی و همکاران (۲۰۰۴) برای سنجش میزان کنترل فرد بر خود ساخته شده است. در ابتدا این مقیاس شامل ۹۳ ماده بوده است که همگی حوزه‌های شکست خودمهارگری به ویژه کنترل بر افکار، هیجانات، تکانه‌ها، تنظیم عملکرد و کنارگذاشتن عادات را دربرمی‌گرفت. از میان این ۹۳ ماده در نهایت ۳۶ ماده که بالاترین همبستگی را با نمره کل آزمون کسب کرده بودند به عنوان مقیاس خودمهارگری انتخاب شدند. نتیجه تحلیل عاملی، وجود ۵ عامل را در این مقیاس نشان داده است: انضباط شخصی، گرایش به اعمال هدفمند و غیرتکانشی، عادات سالم، خودتنظیمی به منظور حفظ اخلاق شغلی، قابلیت اعتماد (قربانی، ۱۳۹۰). اعتبار درونی این مقیاس در دو مطالعه جداگانه به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۹ گزارش شده است. همچنین پایایی آزمون و بازآزمون این مقیاس ۰/۸۷ به دست آمده است. اعتبار درونی این مقیاس در پژوهش قربانی، واتسون، رضازاده، و کانینگهام (۲۰۱۰) ۰/۸۰ گزارش شده است (قربانی و مهری، ۱۳۹۱).

**مقیاس سلامت روان (GHQ):** مقیاس سلامت روان یک پرسشنامه‌ی غربالگری مبتنی بر روش خود-گزارش دهی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد (گلدبرگ، ۱۹۷۸). این پرسشنامه‌ی ۲۸ ماده‌ی که سئوالات آن در برگیرنده چهار خرده مقیاس است که هر یک از آنها خود شامل ۷ سؤال است. محاسبات آماری پرسشنامه‌ی سلامت عمومی نشان می‌دهد که همبستگی خرده مقیاس‌ها با عامل کلی برای خرده مقیاس‌های شکایت‌های جسمانی ۰/۷۹، اضطراب ۰/۹۰، ناسازگاری اجتماعی ۰/۷۵، و افسردگی شدید ۰/۶۳ است. (گلدبرگ، ۱۹۷۸، به نقل از قدرتی، ۱۳۹۱).

**مقیاس استرس ادراک شده:** مقیاس استرس ادراک شده در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن و همکاران تهیه شده و دارای سه نسخه ۴، ۱۰، ۱۴ ماده‌ای است که برای سنجش استرس عمومی ادراک شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود و افکار و احساسات درباره حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ گزارش شده است و بطور کلی ملاکهای روایی این مقیاس تحت تاثیر سن و جنس قرار نمی‌گیرد (کوهن و همکاران، ۱۹۸۳). این مقیاس توسط قربانی و همکاران (۲۰۰۲) در پژوهشی بین فرهنگی، ضریب آلفای برابر با ۰/۸۱، برای آزمودنی‌های ایرانی و ضریب آلفای برابر با ۰/۸۶، برای آزمودنی‌های ایالات متحده نشان داده شده است (به نقل از قربانی و قاسمی پور، ۱۳۸۵).

## یافته‌ها

در این پژوهش فرضیه ارتباط بین استرس ناشی از سرطان سینه و شاخص‌های سلامت روان، فرآیندهای خودشناسی نقش تعدیل‌کننده دارند، مورد تایید قرار گرفت.

آن‌چنان که جدول ۱ نشان می‌دهد، ۲ مدل مورد آزمون قرار داده شد که در هر دو مدل استرس ادراک شده به عنوان متغیر وابسته وارد تحلیل رگرسیون شده است. شاخص‌های سلامت روان (سلامت عمومی) به ترتیب در مدل ۱ به عنوان متغیر مستقل وارد تحلیل شد و خودمهارگری نیز در مدل ۲ به عنوان متغیر پیش‌بین وارد تحلیل شد.

<sup>1</sup> Self-Control Scale (SCS)

در این پژوهش مشخص شد که ضریب آلفای کرونباخ خودمهارگری ۰/۷۵، استرس ادراک شده ۰/۸۸، و سلامت عمومی ۰/۸۳ بود که نشان دهنده درجه پایایی مناسب است. همچنین مشخص شد میانگین خودمهارگری در بیماران ۴۸/۶، و در گروه غیربیماران ۴۸/۸۷، و انحراف استاندارد به ترتیب ۱۱/۶۸ و ۹/۰۸ گزارش شد.

از آنجا که سلامت عمومی خود به تنهایی دارای ۴ زیرمقیاس است، در تحلیل رگرسیونی دیگری به جای متغیر کلی سلامت عمومی از زیرمقیاس‌های آن به همراه خودمهارگری به عنوان متغیر مستقل بهره بردیم. با توجه به مقدار  $p$  برای مدل ۲ (۰,۷۷۲) نتیجه می‌شود که این مدل رگرسیونی به لحاظ آماری معنادار نیست و لذا علائم جسمانی نمی‌تواند به عنوان متغیر مستقل در مدل رگرسیونی وارد شود.

نتایج نشان می‌دهد خودمهارگری با حذف علائم جسمانی از مدل و بهره‌گیری از متغیرهای روان‌شناختی سلامت عمومی (اضطراب، افسردگی و عملکرد اجتماعی) می‌تواند رابطه سلامت عمومی و استرس ادراک شده ناشی از سرطان سینه را تعدیل نماید، به گونه‌ای که با ورود خودمهارگری به تحلیل، میزان تبیین متغیر وابسته بیش از ۴ درصد افزایش می‌یابد.

جدول شماره ۱) آزمون معناداری مدل‌های ۱ و ۲ (مستقل ۱: سلامت عمومی، مستقل ۲: سلامت عمومی و خودمهارگری)

| P    | F تغییر | تفاضل $R^2$ ها | $R^2$ تعدیل شده | $R^2$ | R   | متغیرهای مستقل               |
|------|---------|----------------|-----------------|-------|-----|------------------------------|
| .000 | 140.06  | .55            | .55             | .55   | .74 | سلامت عمومی (GHQ)            |
| .000 | 17.84   | .06            | .61             | .61   | .78 | سلامت عمومی (GHQ) خودمهارگری |

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نتایج نشان داد که در ارتباط بین استرس ناشی از سرطان سینه و شاخص‌های سلامت روان، خودمهارگری نقش تعدیل‌کننده دارند. برای تایید این فرضیه، استرس ادراک شده به عنوان متغیر وابسته و شاخص‌های سلامت روان به عنوان متغیرهای مستقل مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج حاصل نشان می‌دهد که از میان متغیرهای مختلف مورد پژوهش، تنها سلامت عمومی است که نقش تعدیل‌کننده‌ی برای استرس ادراک شده دارد. در تبیین این نتیجه می‌توان چنین گفت که از میان سه شاخص سلامت عمومی (میزان اضطراب، افسردگی، و عملکرد اجتماعی) توانایی تعدیل کردن میزان استرس ادراک شده را خواهند داشت. بالطبع افرادی که اضطراب و افسردگی پایینی دارند و از عملکرد مطلوب اجتماعی برخوردارند این توانایی را دارند که بتوانند در شرایط بحرانی به علت مدیریت بحران، استرس کمتری را تجربه کنند. اما شاخص دیگر سلامت عمومی که علائم جسمانی است، اثری بر تعدیل و کنترل استرس ادراک شده ندارند. هرچند انتظار می‌رفت که نشانه‌های جسمانی به منزله‌ی مکانیزم‌های دفاعی هیستریکی

عمل کنند و میزان استرس را متاثر سازند، اما در این بیماران نشانه‌های جسمانی عملاً کنش کاهندگی اضطراب را نداشته است.

همچنین، در بررسی استرس ادراک‌شده به‌عنوان متغیر وابسته و خودمهارگری به‌عنوان متغیر مستقل، مشخص شد که این متغیر نقش تعدیل‌کننده‌ی برای استرس ادراک‌شده دارد. استدلال محقق برای تبیین این یافته وابسته به تعریف نظری خودمهارگری است. فعالیت این سازه وابسته به رخدادهای محیطی است و با لحاظ این تعریف، فعال شدن استرس و خودمهارگری، پاسخی به خطرات و شرایط محیطی محسوب می‌شود. بدین ترتیب استرس و خودمهارگری هر دو نوعی واکنش به شرایط محیطی است که البته طبق نظریه تعیین‌گری<sup>۱</sup> می‌تواند نقش علی و معلولی داشته باشند. بدین ترتیب که با وجود خطر تهدیدکننده حیات، استرس راه‌اندازی می‌شود و در نتیجه خودمهارگری نیز برای کنترل کردن این شرایط فعال می‌شود. در تبیین دقیق‌تری در مورد توانایی خودمهارگری در کنترل استرس می‌توان گفت که خودمهارگری توانایی کنترل پاسخ‌های اتوماتیک‌وار و همیشگی است و اتفاقاً استرس نیز نوعی پاسخ اتوماتیک و همیشگی است.

در مورد ارتباط خودمهارگری و استرس می‌توان چنین اظهار کرد که، خودمهارگری با توانایی کنترل و مهار خود و محیط مرتبط است و میزان پایین این سازه و عدم توانایی مهار شرایط، می‌تواند ایجادکننده استرس است. باید یادآور شد که استرس در تعریف، واکنش در هنگام رخدادهای تنش‌زایی است که بقا را تهدید می‌کند و البته بالاتر از قدرت کنترل و مقابله فرد است. بدین ترتیب دور از ذهن نیست که استرس زمانی اتفاق بیفتد که ما احساس کنیم کنترلی بر خود و شرایط نداریم. در نهایت و به گفته هافمن (۲۰۱۳) کسانی خودمهارگری بالاتری دارند، تعارض کمتر و در نتیجه استرس پایین‌تری دارند. به صورت دقیق‌تر، شخصی که از خودمهارگری بالایی برخوردار است، زندگی روزمره خود را از طریق برنامه‌ریزی و کنترل پیشگیرانه (محتاطانه) به گونه‌ای تنظیم می‌کند که از بروز تعارض‌های در میان اهدافش جلوگیری کند. کسی که زندگی و فعالیت‌های روزمره خود را به گونه‌ای تنظیم می‌کند که از تعارض‌های درونی در بین اهدافش جلوگیری کند، می‌تواند بصورت بهتری به احساسات مربوط به ناراحتی و هیجانی خود، پایان دهد و معمولاً شادتر است. با این وجود، ویژگی خودمهارگری از بروز تعارض‌ها، حتی تعارض‌های نسبتاً شدید، جلوگیری نمی‌کند. تمامی افراد دارای تعارض‌هایی هستند، اما داشتن ویژگی خودمهارگری بیشتر باعث می‌شود تا تکرار این تعارض‌ها کمتر صورت پذیرد و شخص را قادر سازد تا آنها را به گونه بهتری مدیریت کند.

اگرچه نتایج این مطالعه جالب است اما محدودیت‌های آن نیز باید در نظر گرفته شود: تعداد اندک نمونه در دسترس اعتبار بیرونی پژوهش را به چالش می‌کشد. از آنجایی که مرحله بیماری، وضعیت بیماری مثل متاستاز سرطان یا عود بیماری و نوع درمان دریافت شده (جراحی، شیمی‌درمانی، و پرتودرمانی) در ملاک‌های ورود لحاظ نشده بود؛ تعمیم نتایج به افرادی که از نظر متغیرهای مذکور با نمونه آماری حاضر متفاوت هستند، باید با رعایت احتیاط انجام شود. استنباط از نتایج و تعمیم‌پذیری اطلاعات حاصل از نمونه‌گیری در دسترس، هر پژوهشی را با محدودیت مواجه خواهد کرد. دشواری در هم‌تاسازی گروه‌های آزمایشی و کنترل به دلیل هزینه زمانی بالا از دیگر محدودیت‌های طرح حاضر بود.

<sup>۱</sup> Determinist

## منابع

- بشارت، محمدعلی (۱۳۹۱) نقش خودمهارگری، کیفیت رابطه با والدین و محیط مدرسه در سلامت روانی و رفتارهای ضداجتماعی نوجوانان. روان شناسی تحولی. ۳۲، ۳۹۷-۴۰۴
- پدرام (۱۳۸۹) اثر بخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر درمان اختلالات اضطرابی، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه. فصلنامه فصلنامه علمی - پژوهشی زن و جامعه. ۴. ۶۱-۶۷
- سادوک، بنیامین؛ سادوک، ورجینیا (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی کاپلان. ترجمه رضاعی. تهران: ارجمند ۱۳۸۷.
- صفایی، مریم. شکری، امید (۱۳۹۳). سنجش استرس در بیماران سرطانی: روایی عاملی مقیاس استرس ادراک شده در ایران. مجله روان پرستاری. ۱. ۱۳-۲۲
- قربانی، ن (۱۳۹۲). من به روایت من. نشر بینش نو.
- قربانی (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان خودمهارگری: ظرفیتی واحد یا دو وجهی؟. پژوهش در سلامت روانشناختی. قربانی، نیما. سعیدی، ضحی (۱۳۹۳) اثر القای شفقت خود و حرمت خود بر میزان تجربه شرم و گناه. روانشناسی معاصر. ۸ - ۹۱ - ۱۰۲
- قربانی و قاسمی پور (۱۳۸۹) بهوشیاری و نیازهای بنیادی روانشناختی در بیماران قلبی - عروقی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۲ - ۱۵۴ - ۱۶۲
- قربانی و خضری مقدم (۱۳۹۱) اثربخشی کاهش استرس بهوشیاری محور (MBSR) بر علایم روان شناختی بیماران مولتیپل اسکلروزیس (MS). تحقیقات علوم رفتاری، ۷. ۵۹۷ - ۶۰۹
- قربانی و بشارت (۱۳۹۳) خودشناسی انسجامی فرزندان را براساس ویژگی های فرزندپروری والدین. فصلنامه خانواده پژوهی. ۳۷. ۶۵-۷۸
- مردانی، مرجان. شهرکی، عزیز (۱۳۸۹). ارتباط سلامت روانی و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد. ۲. ۱۱۱-۱۱۷
- brown, k. w., rayan., R.m. (2003). The benefits of being present: minfullness and its role in psychological well-bing. Journal of personality and social psychology, 84 (4), 822-848.
- Gilbert, P., & Proctor, S. (2005). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. Unpublished manuscript.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Therapies for shame and self-attacking, using cognitive, behavioural, emotional imagery and compassionate mind training. In P. Gilbert (Ed.), Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy (pp. 263-325). London: Routledge.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Zhuo, C., & Norballa, F. (2012). Self-Compassion in Iranian Muslims: Relationships with Integrative Self-Knowledge, Mental Health, and Religious Orientation. International Journal for the Psychology of Religion, 22, 2.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Rezazadeh, Z., & Cunningham, C. J. L. (2011). Dialogical Validity of Religious Measures in Iran: Relationships with Integrative Self-Knowledge and Self-Control of the Perfect Man (Ensan-e-Kamel). Archive for the Psychology of Religion, 33, 93-113.

- Ghorbani, N., Watson, P. J., Mousavi, A., Chen, Z. (2011). Integrative Self-Knowledge and the Harmony of Purpose Model in Iranian Autoimmune Patients. *Electronic Journal of Applied Psychology*, 7, 2, 1-8.
- Lazarus RS. *Stress and emotion: A new synthesis*. London, UK: Free Association Books.1999.
- Neff Kristin D. Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being. *Social and Personality Psychology Compass* 5/1 (2011): 1–12.
- Neff Kristin D. MCGEHEE P. Self-compassion and Psychological Resilience Among Adolescents and Young Adults. *Self and Identity*, 9: 225–240, 2010
- Neff Kristin D. Kirkpatrick Kristin L. Rude Stephanie S. Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality* 41 (2007) 139–154
- Neff Kristin D. & Costigan Andrew P | (2014). Self-Compassion, Wellbeing, and Happiness. *Psychologie in Österreich* 2/3
- Seligman m M,E,P. walker ,E ,F, & Rosenhan ,D ,L (2002) *Relaxtion psychology*.(4 th ed/0. New York: W.W. Norton & company.
- Tangney June P. (2004). High Self-Control Predicts Good Adjustment, Less Pathology, Better Grades, and Interpersonal Success. *Journal of Personality* 72:2, April.

## Self-Control role in responding to the stress of breast cancer

**Zahra Salari Rad**

**Nima Ghorbani**

Professor of Tehran University

**Fariborz Bagheri**

assistant\_professor of Azad Islami University

### Abstract

Evidence of several psychological consequences due to know the disease, intensity, and the medicament future. This disease as a one of the problem criteria of femininity can cause high stress. In this study 116 persons (85 patients and 31 non patients) were investigated. In a prospective way, self-control scale, perceived stress scale, general health questioner were administered and the results showed that self-control as a moderating role in the relationship of stress and breast cancer. The results were discussed according to importance of self-control in health.

**Key Word:** Breast Cancer, Self-Control, Perceived Stress, General Health