مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۱۹، شماره ۵، آذر و دی ۱۳۹۰
صفحه: ۶۳۶-۶۲۷

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol. 19, No. 5, Nov-Dec 2011
Pages: 627-636

مقایسه صفات شخصیتی، تجربه هیجانات منفی و سبک‌های مقابله‌ای در زنان سالم و مبتلا به سرطان

سهیلا حمزه*[۱]، منصور بیرامی[۲]، تورج هاشمی نصرت آبادی[۳]

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز
۲- دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز
۳- دانشیارگروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۱۰/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۴/۱۶

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت سرطان به عنوان یکی از اصلی‌ترین دلایل مرگ و میر در جهان و تاثیر عوامل مختلف از جمله عوامل روانشناختی در بروز آن، قصد داریم در این مطالعه به مقایسه برخی از این عوامل از جمله ویژگی‌های شخصیتی، هیجانات منفی و سبک‌های مقابله در زنان سالم و مبتلا به سرطان بپردازیم.

روش بررسی: دراین پژوهش، تعداد ۸۳ نفر از زنان مبتلا به سرطان و ۸۵ نفر از افراد سالم از طریق همتاسازی با گروه بیمار انتخاب و سپس پرسشنامه‌های شخصیتی آیزنک(EPQ-R) و تیپ شخصیتیD(DS14) و سبک‌های مقابله‌ای فولکمن و لازاروس بر روی گروه‌های مورد مطالعه اجرا شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون، تی‌هتلینگ و روش تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد.

نتایج: بین دو گروه مورد مطالعه(زنان سرطانی و سالم) از نظر تجربه هیجانات منفی، ویژگی شخصیتی برون گرایی، سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدارو مسأله مدارتفاوت دیده شد.

نتیجه‌گیری: زنان مبتلا به سرطان نمره برون‌گرایی پایین‌تری را کسب کردند و نسبت به افراد سالم در زندگی، هیجانات منفی (خشم، اضطراب و افسردگی) بیشتری را تجربه می‌کنند و بیشتر از سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار و در موارد کمتری از سبک‌های مقابله‌ای مساله مدار کمتر استفاده می‌کنند.

واژه‌های کلیدی: سرطان، صفات شخصیتی، تجربه هیجانات منفی، سبک‌های مقابله‌ای

*(نویسنده مسئول)؛ تلفن:۰۲۱۷۷۸۴۹۴۴۷، پست الکترونیکی: mstp@tabizu.ac.i

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-09-12]

مقدمه

سرطان نوعی از بیماری است که با رشد کنترل نشده سلولی و تهاجم به بافت‌های موضعی و متاستاز سیستماتیک مشخص می‌شود(۱). علیرغم پیشرفت‌های قابل توجه علم پزشکی، سرطان همچنان به عنوان یکی از مهمترین بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلب و عروق مطرح است. در حال حاضر بیش از ۷ میلیون نفر در جهان در اثر ابتلا به سرطان جان خود را از دست می‌دهند و پیش بینی می‌شود که تعداد مبتلایان تا سال ۲۰۲۰ سالانه از ۱۰ میلیون نفر به ۱۵ میلیون نفر برسد(۲).

با توجه به افزایش میزان شیوع سرطان در جوامع مختلف به نظر می‌رسد که عوامل دیگری به جز عوامل فیزیکی، گرایشات ژنتیکی، محرک‌های فیزیکی و مواد شیمیایی در بروز و افزایش سرطان نقش دارند. تفاوت‌های فردی همچون شخصیت، نقش مهمی در تعدیل ارتباط بین رویدادهای محیطی(استرسورها) و سیستم ایمنی و پیشرفت بیماری‌های مزمن مانند سرطان دارند(۳).

باور بر این است که بعضی از صفات شخصیتی در بعضی از بیماران سرطانی متداول است. این صفات سبک‌های مقابله‌ای هستند که در پاسخ به محرکات محیطی و جهت انطباق با محیط به کار گرفته شده و گاهی به طور ضمنی به عنوان یک تیپ شخصیتی در نظر گرفته شده است. Eysenck نتایج تحقیقات در این زمینه را به این ترتیب خلاصه می‌کند: صفات شخصیتی خاص، بعضی افراد را مستعد ابتلا به سرطان می‌سازد و این صفات عمر افرادی که از سرطان رنج می‌برند را کوتاه می‌کند، درمان روان شناختی پیشگیرانه می‌تواند حداقل در یک زمان، افراد با تیپ شخصیتی C را از رشد کارسینوما باز دارد.

همچنین درمان روانشناختی پیشگیرانه می‌تواند به افرادی که از سرطان غیر قابل جراحی رنج می‌برند کمک کند که نسبت به گروه کنترل، عمر طولانی‌تری داشته باشند(۳).

به دنبال فرضیه تیپ‌های شخصیتی مستعد سرطان؛ و kissen وEysenck در سال ۱۹۶۲ اولین مطالعه مدرن ارتباط بین شخصیت و سرطان را انجام دادند و گزارش دادند که بیماران مبتلا به سرطان ریه احتمالا برونگراتر از گروه شاهد بوده و احتمال کمتری دارد که روان رنجور باشند(۴).

Imai در پژوهش خود گزارش می‌کنند که افراد درونگرای ناپایدار هیجانی نسبت به افراد برونگرای پایدار، سبک زندگی ناسالم‌تری دارند و دفاع ایمونولوژیک ضعیف‌تر آنها را مستعد ابتلا به سرطان می‌سازد(۵).

Canada مطالعه‌ای با بررسی شخصیت در بیماران با ملانومای بدخیم گزارش کردند که شخصیت نمی‌تواند دلیل عود بیماری و زمان زنده ماندن باشد و پیش آگهی ملانومای بدخیم بوسیله بیولوژی بیماری تعیین می‌شود(۶).

علیرغم یافته‌های متناقض در زمینه ارتباط بین عوامل روان‌شناختی چون شخصیت و ابتلا به سرطان؛ نقش استرس در بروز یک سری از بیماری‌ها تحت عنوان اختلالات روان فیزیولوژیایی انکارناپذیر است.

طبق الگوی بیماری پذیری ارثی- استرس؛ افرادی که مبتلا به سرطان می‌شوند هم از نظر سرشتی در برابر بیماری آسیب‌پذیرند و هم استرس لازم برای راه‌اندازی این بیماری را تجربه می‌کنند. شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه تغییرات روانی ایجاد شده در اثر استرس می‌تواند تاثیر مخربی در بروز و عود سرطان داشته باشد(۷).

Leshan در مطالعه‌ای بیش از ۴۰۰ بیمار سرطانی را ۱۲ سال تحت بررسی قرار داد؛ از این تعداد ۷۲٪ رنج از دست دادن عزیزی را بر دوش می‌کشیدند. از دست دادن شخص مورد علاقه در فواصل زمانی مختلف، از چندین ماه تا ۸ سال قبل از شروع بیماری سرطان رخ داده بود(۸).

Hamilton در مطالعه خود با بررسی نقش استرس عاطفی در سبب شناسی سرطان چنین نتیجه می‌گیرد که سرطان می‌تواند ویژگی‌های اختلال روان تنی را داشته باشد(۹).

Fann و همکاران در مطالعه بازنگرانه خود در بررسی شیوع افسردگی زنان مبتلا به سرطان طی ۲۰ سال گذشته نشان دادند که افسردگی در این بیماران مکرر رخ می‌دهد(۱۰).

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-09-12]

Augustine و همکاران نیز در تایید این یافته‌ها در پژوهش خود نتیجه گرفتند که افرادی که در زندگی هیجانات منفی بیشتری را تجربه می‌کنند، اگر مستعد ابتلا به این بیماری باشند زودتر به این بیماری مبتلا می‌شوند(۱۱).

Vafai نیز در تحقیق خود روی۱۰۰ بیمار سرطانی چنین دریافت که استرس‌های زندگی در عود بیماری‌های سرطان خون تاثیر زیادی داشته و مقدار استرس در مردان بیشتر و اوج استرس در هر دو جنس بین سنین ۴۶-۳۴ می‌باشد(۱۲).

همچنین Attar parsae و همکارانش طبق نتایج پژوهش خود گزارش کردند که بیماران مبتلا به سرطان پستان، نسبت به افراد سالم استرس و تنش‌های زندگی بیشتری را در زمان قبل از ابتلا به سرطان تجربه کرده‌اند(۱۳).

علاوه بر نقش استرس و هجانات منفی ناشی از آن در بروز سرطان، مدت‌ها در مورد کنترل هیجان‌ها و نحوه رویارویی با استرس به عنوان یک عامل روانی مهم که در بهبودی بیماران سرطانی تاثیر می‌گذارد، بحث شده است(۱۴).

برای مثال Watsonو همکارانش در مطالعه خود بر روی افراد مبتلا به سرطان پستان گزارش کردند که این گروه نسبت به گروه کنترل تمایل بیشتری به کنترل، عکس‌العمل‌های عاطفی خود به خصوص خشم دادند و برای پاسخ به استرس از سبک مقابله‌ای سرکوب گرایانه و بازدارنده بیشتری استفاده می‌کنند. حالات هیجانی گزارش شده آنها در طول فرایند نشان داد که گروه سرطانی، اضطراب و اختلالات روانی بیشتری را تجربه می‌کنند، ولی تمایل دارند که عکس‌العمل‌های خود را بروز ندهند(۱۵).

Morris و همکاران در مطالعه خود مشاهده کردند که بیماران جوان سرطانی نسبت به دیگران در رویارویی با استرس از سبک انکار استفاده می‌کنند(۱۶).

همچنین Caver و همکاران در مطالعه خود گزارش می‌کنند که پذیرش، ارزیابی مجدد مثبت و استفاده از مذهب، بیشترین سبک‌های مقابله‌ای مورد استفاده بیماران سرطانی بوده و انکار و رفتارهای کناره گیرانه، عکس‌العمل‌های کم کاربردتری بودند. پذیرش و شوخ طبعی کمترین میزان درماندگی، و انکار و دوریگزینی، درماندگی بیشتری را پیش بینی می‌کرد(۱۷).

بنابراین با توجه به رابطه بین عوامل روانی– اجتماعی و سرطان؛ آگاهی از این عوامل(روانی- اجتماعی)، مانند شخصیت که خود شامل ترکیبی از اعمال، افکار، هیجانات و سبک‌های مقابله‌ای می‌باشد به پیش بینی بیماری کمک ارزنده‌ای خواهد کرد.

همچنین با شناخت عوامل روانی موثر در سرطان نه تنها می‌توان از بروز موارد جدید، پیشگیری به عمل آورد بلکه می‌توان با آموزش‌های روانشناختی در کنار درمان‌های طبی به بهبود کیفی زندگی بیماران کمک کرد و سال‌های زنده ماندن را در بیماران مبتلا به سرطان افزایش داد.

هدف این پژوهش مقایسه صفات شخصیتی، تجربه هیجانات منفی و سبک‌های مقابله‌ای در افراد مبتلا به سرطان و سالم می‌باشد.

روش بررسی

این پژوهش از نوع علی- مقایسه‌ای است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده و داده‌ها به کمک نرم افزار SPSS ۱۴ تحلیل شده است. نمونه مبتلایان همه بیماران سرطانی هستند که در طی یک ماه مشخص(اردیبهشت ماه) به بیمارستان امام خمینی شهر تهران جهت معالجه مراجعه کردند(این ماه به صورت تصادفی انتخاب شد).

از بین این افراد تنها به کسانی که دارای سن حداقل ۱۹ سال و حداکثر ۶۰ سال، متاهل، تحصیلات حداقل پنجم ابتدایی و در طبقه اجتماعی- اقتصادی متوسط(بر اساس میزان درآمد ماهانه، سطح تحصیلات و ادعای خود آنها) بودند، پرسشنامه داده شد.

تعداد پرسشنامه‌های مورد قبول و دارای اعتبار که توسط بیماران تکمیل شد ۸۳ مورد بود که این تعداد، نمونه‌های ما را در این پژوهش تشکیل دادند.

تعداد افراد گروه مقایسه(افراد سالم) ۸۵ نفر بودند که این افراد از بین ملاقات کنندگان و همراهان بیماران انتخاب و از

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-09-12]

نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی(سن، تاهل، تحصیلات و طبقه اجتماعی- اقتصادی) با گروه بیمار همتا شدند.

در این افراد گردآوری اطلاعات از سه پرسشنامه تجدید نظر شده شخصیت آیزنک(EPQ)، پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای فولکمن ولازاروس وپرسشنامه تیپ شخصیتی(D) social standard assessment of negative affectivity inhibition and type D personality) استفاده شد.

پرسشنامه تجدید نظر شده شخصیت آیزنک یک پرسشنامه خود سنجی ۱۰۶ سئوالی است که برای سنجش ابعاد(روان رنجور خویی Neuroticism)، برون‌گرایی(Extraversion) و روان پریش‌گرایی(Psychoticism) به کار می‌رود.

Eysenck و همکارانش، ضریب پایایی ۰/۹۰ در مردان و ۰/۸۰ در زنان را برای مقیاس برون گرایی(E)، ۰/۷۸ در مردان و ۰/۷۶ در زنان را برای مقیاس روانپریش گرایی(P)، ۰/۸۸ در مردان و ۰/۸۵در زنان را برای مقیاس نوروزگرایی(N) گزارش کردند(۱۸).

Kaviani در پژوهش خود بر روی دو گروه از آزمودنی‌های شیرازی و تهرانی، ضریب پایایی آزمون تجدید نظر شده آیزنک را با استفاده از روش بازآزمایی برای مقیاس‌های برونگرایی، روان رنجورخویی و روان پریش‌گرایی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۹ و ۰/۷۲ بدست آورد(۱۸).

ابزار بعدی پرسشنامه تیپ شخصیتی D است این پرسشنامه در سال ۱۹۹۸ توسط دنولت طراحی شده است و دو ویژگی کلی که شامل عاطفه منفی و بازداری اجتماعی است را ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه در کل شامل ۱۴ سوال می باشد که ۷ ماده آن مربوط به عاطفه منفی و ۷ ماده دیگر مربوط به بازداری اجتماعی است.

همسانی درونی این مقیاس توسط Denollet ارائه شده است به طوری که همسانی درونی خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۸۸ و خرده مقیاس بازداری اجتماعی ۰/۸۶ می‌باشد.(۱۹)

Zoljanahi و Vafae در مطالعه‌ای همسانی درونی خرده مقیاس عاطفه منفی را ۰/۷۷ و بازداری اجتماعی را ۰/۶۹بدست آوردند(۲۰).

پرسشنامه بعدی چک لیست سبک‌های مقابله‌ای می‌باشد که توسط لازاروس و فولکمن(۱۹۸۵) تهیه شده و شامل ۶۶ ماده است که ۸ سبک مقابله‌ای مسأله محور و هیجان محور را اندازه گیری می‌کند.

لازاروس ثبات درونی ۰/۷۹تا μ=۰/۶۶ را برای هر یک از سبک‌های مقابله‌ای گزارش کرده است هر یک از الگوها عبارتند از ۱- مقابله رویارویی ۲- دوری گزینی یا فاصله گیری ۳- خویشتنداری ۴- جستجوی حمایت‌های اجتماعی ۵- مسؤولیت‌پذیری ۶- فرار یا اجتناب ۷- مشکل گشایی برنامه‌ریزی شده ۸- ارزیابی مجدد مثبت این الگوهای هشتگانه به دو دسته سبک‌های مسأله محور(حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، مشکل گشایی برنامه ریزی شده، ارزیابی مجدد مثبت) و هیجان محور(رویارویی، دوری گزینی، فرار یا اجتناب و خویشتنداری) تقسیم شده است(۲۱).

کلیه بیمارانی که در طی ماه اردیبهشت در بخش‌های سرطان زنان(نوع ۱ و ۲) و سانترال بیمارستان امام خمینی با تشخیص سرطان بستری شده بودند به عنوان نمونه انتخاب و بعد از ارائه اطلاعات، پرسشنامه‌ها در اختیار آنها قرار گرفت تا اقدام به تکمیل آن نمایند.

سپس نمرات افراد در هر دو پرسشنامه محاسبه و با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیره(MANOVA) توسط ویرایش ۱۴ نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

در بخش یافته‌های تحقیق، برخی متغییرهای جمعیت شناسی در نمونه آماری مورد بررسی قرار می‌گیرد؛ این متغییرها شامل وضعیت تحصیلی و سن می‌باشد؛ داده‌ها در این فصل به صورت جدول توزیع فراوانی، درصد فراوانی و فراوانی تراکمی بیان شده است.

کل نمونه مورد تحقیق که شامل ۱۶۸ نفر بود(۸۵ سالم و ۸۳ بیمار) که وضعیت تحصیلی آنها به تفکیک در جدول ۱ ارائه شده است.

در جدول ۲ نیز میانگین سنی نمونه های دو گروه سالم و بیمار ارائه شده است.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-09-12]

جدول ۱: توزیع فراوانی وضعیت تحصیلی در گروه سالم و بیمار

وضعیت تحصیلی	فراوانی		درصد فراوانی		فراوانی تراکمی	
	سالم	بیمار	سالم	بیمار	سالم	بیمار
ابتدایی	۱۰	۲۴	۱۱/۸	۲۸/۹	۱۱/۸	۲۸/۹
سیکل و راهنمایی	۱۲	۱۶	۱۴/۱	۱۹/۳	۲۵/۹	۴۸/۲
فوق دیپلم و دیپلم	۴۶	۳۶	۵۴/۱	۴۳/۴	۸۰	۹۱/۶
لیسانس	۱۴	۵	۱۶/۵	۶	۹۶/۵	۹۷/۶
فوق لیسانس و بالاتر	۳	۲	۳/۵	۲/۴	۱۰۰	۱۰۰

همچنین در جدول ۳ خلاصه‌ای از یافته‌های توصیفی شامل سبک‌های مقابله‌ای، ویژگی شخصیتی برون گرایی و تجربه هیجانات منفی در دو گروه زنان مبتلا به سرطان و افراد سالم ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین سن در دو گروه سالم و بیمار

گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
سالم	۳۲/۴۰	۳۸/۶	۸۵
بیمار	۱۰/۱	۱۲/۴۷	۸۳

جدول ۳: یافته‌های توصیفی سبک‌های مقابله‌ای، ویژگی شخصیتی برون گرایی و تجربه هیجانات منفی در دو گروه زنان مبتلا به سرطان و سالم

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
سبک های مقابله ای هیجان مدار	سالم	۳۵/۱۴	۳/۷	۸۵
	بیمار	۴۳/۴۶	۱۰/۱۶	۸۳
سبک های مقابله ای مسأله مدار	سالم	۵۶/۸۵	۳/۹۷	۸۵
	بیمار	۴۵/۱۴	۹/۲۵	۸۳
هیجانات منفی	سالم	۷/۴۷	۱/ ۸۸	۸۵
	بیمار	۱۲/۸۷	۶/۱۴	۸۳
برون گرایی	سالم	۱۵/۵۲	۳/۰۶	۸۵
	بیمار	۱۳/۵۳	۴/۴۱	۸۳

در این قسمت مشاهده می‌کنیم که میانگین سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار، در بیماران بیشتر و سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار، در افراد سالم بیشتر است.

میانگین هیجانات منفی در زنان بیمار بیشتر از گروه سالم و میانگین برون گرایی در زنان سالم بیشتر از زنان بیمار است. برای پاسخ دادن به فرضیه‌های تحقیق از آزمون پیش فرض لون، تی هتلینگ و تحلیل واریانس چند متغیره(MANOVA) استفاده شد.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-09-12]

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای سبک های مقابله ای، ویژگی شخصیتی برون گرایانه و تجربه هیجانات منفی در دو گروه زنان بیمار و سالم

منابع تغییر	متغیرهای مقایسه‌ای	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	فراوانی	سطح معناداری
گروه	سبک مقابله‌ای مسأله مدار	۵۷۶۲/۵۷	۱	۵۷۶۲/۵۷	۱۱۴/۴۴	۰/۰۰۱
	سبک هیجان مدار	۲۹۱۳/۰۱	۱	۵۰/۳	۲۹۱۳/۰۱	/۰۰۱
	هیجانات منفی	۱۲۲۸/۶	۱	۱۲۲۸/۶	۶۰/۰۶	۰/۰۰۱
	برون گرایی	۱۶۷/۸۶	۱	۱۶۷/۸۶	۱۱/۶۵	۰/۰۰۱
خطا	سبک مقابلهای مسأله مدار	۸۳۵۸/۵۷	۱۶۶	۵۰/۳۵		
	سبک هیجان مدار	۹۶۱۲/۹۸	۱۶۶	۵۷/۹۱		
	هیجانات منفی	۳۳۹۵/۹۷	۱۶۶	۲۰/۴۶		
	برون گرایی	۲۳۹۱/۸۵	۱۶۶	۱۴/۴۱		
کل	سبک مقابله‌ای مسأله مدار	۱۴۱۲۱/۱۴	۱۶۷			
	سبک هیجان مدار	۱۲۵۲۵/۹۹	۱۶۷			
	هیجانات منفی	۴۶۲۴/۵۷	۱۶۷			
	برونگرایی	۲۵۵۹/۷۱	۱۶۷			

مطابق مندرجات جدول ۴ چنین استنباط می‌شود که تفاوت گروه‌های مورد مطالعه(سرطانی و سالم) در هیجانات منفی از نظر آماری معنادار است، زیرا P<۰/۰۰۱(F=۶۰/۰۶) و از آنجا که میانگین گروه بیمار نسبت به گروه سالم بزرگتر است، لذا نتیجه می‌گیریم گروه بیمار، هیجانات منفی بیشتری تجربه می‌کند.

طبق داده‌های این جدول چنین استنباط می‌شود که تفاوت گروه‌های مورد مطالعه(سرطانی و سالم) با صفت شخصیتی برونگرایانه از نظر آماری معنادار است چرا که P<۰/۰۰۱ (F=۱۱/۶۵) است، و با توجه به اینکه میانگین گروه سالم نسبت به گروه بیمار بزرگتر است، لذا نتیجه می‌گیریم که گروه سالم از سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار بیشتری استفاده می‌کنند.

تفاوت گروه‌های مورد مطالعه(سرطانی و سالم) در سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار از نظر آماری نیز معنادار است. زیرا P<۰/۰۰۱ (F=۵۰/۳۰) می‌باشد و با توجه به اینکه میانگین گروه بیمار نسبت به گروه سالم بزرگتر است، می‌توان نتیجه گرفت که گروه بیمار بیشتر از سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار استفاده می‌کنند.

تفاوت گروه‌های مورد مطالعه(سرطانی و سالم) در سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار نیز از نظر آماری معنادار است چرا که P< ۰/۰۰۱ (F=۱۱۴/۴۴) است و با توجه به اینکه میانگین گروه سالم نسبت به گروه بیمار بزرگتر است، لذا نتیجه می‌گیریم که گروه سالم از سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار بیشتری استفاده می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

در یافته اول پژوهش تایید می‌شود که در صفات شخصیتی زنان سالم و مبتلا به سرطان تفاوت وجود دارد و نشان می‌دهد زنان مبتلا به سرطان درونگراتر هستند.

نتایج این پژوهش یافته‌های Eysenck، Kissen و Imai و همکاران kavan , Engdhal را مبنی بر اینکه بین خصوصیات شخصیتی بیماران مبتلا به سرطان و سالم تفاوت وجود دارد را تایید می‌کند ولی برخلاف نتایج پژوهش‌های Kissen و

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-09-12]

Eysenck نتایج این پژوهش نشان داد افراد مبتلا به سرطان درونگراتر هستند و این در جهت تایید یافته‌های Imai و همکاران، مبنی بر اینکه افراد درون‌گرای نا پایدار هیجانی نسبت به افراد برون گرای پایدار سبک زندگی نا سالم‌تری دارند و دفاع ایمونولوژیکی ضعیف‌تر که آنها را مستعد ابتلا به سرطان می‌سازد، است(۲۲).

در تبیین این یافته می‌توان با توجه به ارتباط مستقیم برون‌گرایی و عاطفه مثبت(۲۳،۲۴) این گونه نتیجه گرفت چون زنان مبتلا به سرطان درونگراترند و هیجانات مثبت کمتری را تجربه می‌کنند و کمتر تمایل به شاد بودن دارند احساسات مثبت خود را کمتر بروز داده و منفعل‌تر هستند.

به نظر می‌رسد با توجه به رابطه عواطف و هیجانات و کارکرد سیستم ایمنی، سیستم ایمنی این افراد در رویارویی با استرس ضعیف‌تر عمل کرده و آنها را در برابر بیماری آسیب‌پذیر می‌سازد.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که زنان مبتلا به سرطان هیجانات منفی بیشتری را تجربه می‌کنند که در واقع تجربه بیشتر هیجانات منفی دلیل بر استرس بیشتر در زندگی قبل از ابتلا به سرطان می‌باشد، نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های Fann و همکاران، Augustine و همکاران و Attari و همکاران همخوان می‌باشد.

نتیجه این که تجربه رویدادهای تنش‌زا در زندگی زنان سرطانی، منجر به ایجاد هیجانات منفی چون خشم، اضطراب و افسردگی شده و با توجه به اثر تضعیف کننده استرس بر روی سیستم ایمنی(طبق فرضیه استرس-آسیب پذیری)، آنها مستعد ابتلا به این بیماری با منشأ روانی و اثرات فیزیولوژیکی می‌شوند.

یافته دیگر این پژوهش، در رابطه با نحوه رویارویی این بیماران با استرس و سبک‌های مقابله‌ای آنها بود که نتایج نشان داد بیماران مبتلا به سرطان(نسبت به افراد سالم) از سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار و افراد سالم بیشتر از سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار استفاده می‌کنند.

نتایج این پژوهش یافته‌های Watsonو Pettingale را مبنی بر عدم رویارویی موثر و مقابله مستقیم بیماران سرطانی با استرس و سرکوب کردن عکس‌العمل‌های عاطفی آنها و Morris مبنی بر این که بیماران سرطانی از سبک دفاعی انکار استفاده می‌کنند، تایید می‌شود زیرا سبک انکار نیز از سبک‌های مقابله‌ای هیجان مداراست(۱۵).

در حالی که نتایج این پژوهش یافته‌های Jarret,Ramirez و Caver و همکاران را مبنی بر وجود تفاوت، در سبک مقابله‌ای ارزیابی مجدد مثبت، تایید نمی‌کند(۲۵).

با توجه به اینکه سبک‌های مقابله‌ای عامل میانجی بین استرس و اختلال روانی و جسمانی هستند(۲۶) و اغلب پژوهش‌ها مقابله هیجانی را به عنوان موثرترین واسطه رابطه استرس و بیماری معرفی کرده‌اند(۲۶)، بروز بیماری‌های استرس مدار و نیز وخیم‌تر شدن بیماری و به خطر افتادن سلامت عمومی بیشتر در کسانی دیده می‌شود که پیوسته از مقابله هیجانی استفاده می‌کنند.

راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار نه تنها در تغییر موقعیت نقش نداشته بلکه ممکن است به طولانی شدن آن منجر شوند که این به تداوم نشانه‌های بیماری دامن می‌زند(۲۷).

همچنین در تایید این یافته Ghazanfari و Kadampoor در پژوهشی نشان دادند که افزایش استفاده از راهبرد هیجان مدار با افزایش اضطراب، آسیب جسمانی و افسردگی مطابق و کاهش استفاده از راهبرد هیجان مدار با افزایش اختلال در عملکرد اجتماعی مطابقت دارد(۲۶).

به این ترتیب شیوه هیجان مدار بیشتر بر علایم جسمانی و خلقی موثر است در حالی که شیوه مسأله مدار بیشتر بر تعاملات فردی و عملکرد اجتماعی فرد تاثیر می‌گذارد.

بنابراین راهبرد هیجان مدار در بیماران سرطانی آنها را از درگیری مستقیم و موثر با مشکل باز می‌دارد و توانمندی آنها را برای حل مشکلات در طولانی مدت، کاهش می‌دهد.

این وضعیت باعث اختلال در انسجام فکری و آشفتگی فکری و هیجانی می‌شود؛ آشفتگی فکری و هیجانی امکان شناخت صحیح منبع استرس را به تحلیل می‌برد و سلامت جسمی و روانی را به صورت منفی تحت تاثیر قرار می‌دهد.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-09-12]

بنابراین با توجه به نتایج پژوهش حاضر و پژوهش‌های روانشناختی صورت گرفته در مورد بیماران مبتلا به سرطان به نظر می‌رسد که عوامل روانشناختی در استعداد ابتلا، بروز و نحوه رویارویی و روند بهبودی سرطان موثر می‌باشند.

لازم به ذکر است که محدودیت‌های پژوهش عبارت بودند از:

۱- این پژوهش فقط بر روی بیماران مبتلا به سرطان زن اجرا شده است، لذا قابلیت تعمیم‌دهی به جامعه مردان سرطانی را ندارد.

۲- داده‌های پژوهش حاضر به وسیله پرسشنامه خود سنجی جمع‌آوری شده که همانند تمامی پژوهش‌های گذشته‌نگر، پاسخ آزمودنی‌ها ممکن است دارای سوگیری باشد.

۳- این نمونه‌گیری فقط بر روی بیماران سرطانی زیر ۶۰ سال و بالای ۱۹ سال، متاهل و با سواد انجام گرفته لذا قابلیت تعمیم‌دهی به کل افراد جامعه را ندارد.

این پژوهش بر گرفته از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد با همین عنوان می‌باشد.

منابع:

1- Holt J. ***Exploration of the concept of hop in the dominican republic***. J Adv Nurse 2000; 32(5): 1116-25.

2- Hasanpur Dehkordi A. ***Uality of life related factor in cancer patients.*** Behbood 2006 ; 10(2): 110-19. [Persian]

3- Eysenck HJ. ***Smoking personality and stress: psychosocial factors in the privention of cancer and coronary heart disease.*** New York: Springer Verlag; 1991.p. 124-60.

4- Kissen DM, Eysenck HJ. ***Personality in male lung cancer patients***. Psychsomatice Research 1962; 6(2): 123-7.

5- Imai K, Nakachi k. ***Personality types, lifestyle and sensivity to mental stress in association with NK activity .*** Int J Hyg Environ Health 2001; 204(1): 67-73.

6- Canada LA, Fawzy NW, Fawzy I. ***Personslity and diseas outcome in malignant melanoma***. J Psychosom Res 2005; 58(1): 19-27.

7- Geyer S. ***Life events prior to manifestation of breast cancer: a limited prospective study covering eight years before diagnosis.*** J Psychosom Res 1991; 35(2-3): 355-63.

8- Leshan L. ***You can fight for your life***: emotional factors in the treatment of cancer. Lippincott; 1980.

9- Hamilton J. ***Emotional Stress in the aetiology of cancer.*** British Homoeopathic J 1972; 61(2): 87-98.

10- Fann JR ,Thomas-Rich AM, Katon WJ, Cowley D, Mapping M, Mc Gregor BA, et al. ***Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment.*** General Hospital Psychiatry 2008; 30(2): 112-12.

11- Augustine A, Larsen RJ, Walker MS, Fisher EB. ***Personality predictors of time course for lung cancer onset.*** J Res pers 2008; 42(6): 1448-55.

12- Vafai B. ***Study of the relation between stress of life and lucemy in both sexes and in the age group 30-50years.*** Med J Tabriz Unive Med Sci 2000; 34(47): 47-54.[Persian]

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-09-12]

13- Attar parsaei F, Golchin M, Asvadi I. ***Study of relationship between demographics, life style stressfull life events and breast cancer in women.*** Med J Tabriz Univ Med Sci 2001; 35(50): 15-21.[Persian]

14- Ho RT, Chan CL, Ho SM. ***Emotional control in chinese female cancer survivors.*** J Psycho Oncology 2004; 13(11): 808-17.

15- Watson M, Pettingale K, Greer S. ***Emotional control and automatic arousal in breast cancer patient.*** J Psychosomatic Research 1984; 28(6): 467-74

16- Morris T, Greer S, Pettingle KW, Watson M. ***Patterns of expression of anger and their respsychological correlates in Woman with breast cancer.*** J Psychosom Res 1981: 25(2): 111-7

17- Caver C, Pozo C, Harris DS, Noriega V, Scheier MF, Robinson DS, et al. ***How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of woman with early stage breast cancer.*** J Personality and Social Psychology 1993; 65(2): 375-90.

18- Kaviani H. ***Biological theory of personality***. Tehran: Sana; 2008.p. 233-4.[Persian]

19- Denollet J. ***DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type D personality.***J Psychosomatic Medicine 2005; 67:89-97

20- Zoljanahi E, Vafaei M. ***The relationship between type D personality and behavioral inhibition system and behavioral activation.*** J Psychology of Tabriz Unive 2006; 1(2&3): 123-44.

21- Gargari Badri R. ***Teacher psychological burnout syndrome and coping style***. Ms [Thesis]. Tarbiatmodaress University; 1996.

22- kavan GM, Engdhal B, Key S. ***Colon cancer personality factor,predictive of onset and stage of presentation***. J Psychosomatic Research 1995; 39(8): 1031-9.

23- Eysenck HJ, Eysenck MW. ***Personality and individual differences a natural science approach.*** New York: Pelanum Press; 1985.

24- Meyer GJ, Shack JR, ***Structioral convergence of mood and personality: evidence for old and new direction.*** J Personality And Social Psychology 1989; 57(4): 691-706.

25- Jarrett S, Ramirez A, Richards J, Weinman MA. ***Measuring coping in breast cancer.*** J Psychosomatic Research. September 1992; 36(6): 593-602.

26- Ghazanfari F, Kadampoor A. ***The relationship between mental health and coping strategies in citizenship of Khoramabad city.*** J Fundam Ment Health 2008; 10(37): 47-54.[Persian]

27- Pakenham K. ***Coping with multiple sclerosis: development of a measure.*** Psychology Health and Medicen 2004; 6(4): 411-28.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-09-12]

Comparison of Personality Trait, Negative Experienced Emotions and Coping Styles Between Healthy Women and Those Suffering From Cancer

Hamzeh S(MSc)*[*1], Beyrami M(PhD)[2], Hashemi Nosratabadi T(PhD)[3]

[1,2,3]*Faculty of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran*

Received: 15 Jan 2011 ***Accepted:*** 7 Jul 2011

Abstract

Introduction: Considering the importance of cancer as one of the main causes of mortality in the world and the role of various factors, including psychological ones in its onset. In this study we compared some of these factors such as personality traits, negative experienced emotions and coping styles in healthy women and those with cancer.

Methods: In this study, 83 women with cancer(referred to Imam Khomeini hospital of Tehran in a one-month period) and 85 healthy subjects(selected by using available sampling method and matched with the first group). Then Personality inventory of Eysenck and inventory type D(DS14) and Folkman and Lazarus coping styles on were studied in both groups. Data analysis was performed by T Hoteling test and multivariate analysis of variance(MANOVA).

Results: Two groups of women(cancer- healthy) were significantly different for personality trait of extraversion, negative emotion experiences and emotional-oriented coping and problem-oriented coping.

Conclusion: Women with cancer compared to healthy women experienced more negative emotions and had lower score in extraversion and used more emotion-oriented coping styles and less problem-oriented styles

Keywords: Neoplasms/Prevention and Control; Neoplasms/ Psychology; Neoplasms/ etiology; Emotions; Personality; Adaptation, Psychological

This paper should be cited as:
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***. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci; 19(5): 627-36.

****Corresponding author: Tel:+ 98 21 77849447, Email: mstp@tabizu.ac.ir***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-09-12]