

مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای زنان مبتلا به سرطان با زنان سالم

سهیلا حمزه*

معصومه ایراهیمی**

سمانه نجارپوریان***

چکیده

با وجود پیشرفت‌های قابل توجه پزشکی، سرطان همچنان به عنوان یکی از مهمترین بیماری‌های قرن حاضر مطرح است که علاوه بر عوامل زیستی و ژنتیکی، عوامل روانشناختی نیز در بروز و تشدید آن نقش دارد. از این رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای در زنان سالم و مبتلا به سرطان انجام شد. روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی مقایسه‌ای بود که ۸۳ نفر از زنان مبتلا به سرطان و ۸۵ نفر از افراد سالم از طریق همتاسازی با گروه بیمار انتخاب و سپس پرسشنامه‌های ویژگی‌های شخصیتی آیزنک و سبک‌های مقابله‌ای فولکمن و لازاروس بر روی گروه‌های مورد مطالعه اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. بین دو گروه مورد مطالعه زنان (سرطانی-سالم) از نظر ویژگی‌های شخصیتی، سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و مسأله‌مدار تفاوت دیده شد. زنان مبتلا به سرطان نسبت به افراد سالم کمتر برون‌گرا و بیشتر نوروگرا بودند و در پس‌یکوزگرایی تفاوتی مشاهده نشد. همچنین زنان مبتلا به سرطان از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار بیشتر و از سبک‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار کمتر استفاده می‌کردند. با شناخت عوامل روانی مؤثر 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 را افزایش داد.

کلید واژه‌ها: سرطان، ویژگی‌های شخصیت، سبک‌های مقابله‌ای

* کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی solyhamzeh@yahoo.com

** هیات علمی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، استهبان esmaeilimasomeh@yahoo.com

*** استادیار گروه مشاوره دانشگاه هرمزگان

مقدمه

هر چه بشر به سمت تکمیل آگاهی‌های علمی خود در مورد پدیده‌ها و فرایندهای انسانی پیش می‌رود به وحدت و یکپارچگی جنبه‌های زیستی، روانی، اجتماعی بیشتر پی می‌برد (مورتی^۱)، ۱۹۹۵ به نقل از پورشهباز، (۱۳۷۲). عرصه چنین وحدتی به طور سنتی بیشتر در پزشکی روانی بوده است و بر این باور استوار است که عوامل اجتماعی و روان شناختی در آسیب شناسی و ابقای بسیاری از بیماری‌ها و درمان آن‌ها مؤثر است.

سرطان یکی از مهمترین مشکلات سلامتی در جهان و از اصلی‌ترین دلایل مرگ و میر در میان زنان و مردان می‌باشد. مطالعات در زمینه این بیماری به خصوص در زمینه سبب شناسی آن طیف گسترده‌ای دارد و عوامل گوناگون زیستی، محیطی و روانی جداگانه و در تعامل با هم در رابطه با این بیماری مورد بررسی قرار گرفته‌اند. یکی از عوامل روانی که نقش مهمی در ایجاد سرطان بازی می‌کند، شخصیت است. باور بر این است که بعضی از صفات شخصیتی در بعضی از بیماران سرطانی متداول است. این صفات مکانیزم‌های مقابله‌ای هستند که در پاسخ به محرکات محیطی و جهت انطباق با محیط به کار گرفته شده است و گاهی به طور ضمنی به عنوان یک تیپ شخصیتی در نظر گرفته می‌شوند. تیپ مستعد ابتلا به سرطان یکی از فرضیه‌هایی است که در رابطه با عوامل روان شناختی خطر ساز ابتلا به سرطان مطرح شده است که ابتدا با انکار و بازداری هیجانانگیز به ویژه خشم و اجتناب از تعارضات و سپس با جامعه‌پذیری مفرط، تسلیم‌پذیری و صبوری مفرط، افراط در منطقی بودن و کنترل شدید هیجانانگیز مشخص می‌شود. (آیزینک^۲، ۱۹۹۴). پژوهش‌های کیسن^۳ و آیزینک که برای اولین بار در سال ۱۹۶۲ بر روی شخصیت بیماران مبتلا به سرطان ریه انجام شد به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا برون‌گرا تر و روان‌رنجوری بیشتری دارند.

لوی^۴ و همکارانش در سال ۱۹۸۵ گزارش کردند: بی‌عاطفگی، افسردگی، رفتارهایی شبیه فرسودگی، خستگی مفرط با وضعیت زیستی ضعیف‌تر در بین زنانی که سرطان اولیه پستان دارند همبسته بوده است. (گاچل^۵، ۱۹۹۸ ترجمه خوی نژاد، ۱۳۷۷).

هورنای^۱ و آدلر^۲ در سال ۱۹۹۱ در یک مطالعه جهت بررسی فرضیه شخصیت مستعد ابتلا به سرطان بر روی ۱۱ ویژگی تمرکز کردند که شامل موارد زیر می‌باشد: انکار و سرکوبی، سبک زندگی خشک

¹-Murti

¹-Eysenck

³-Kissen

⁴-Loy

⁵-Gachel

و راحت برای دیگران، خود پنداره ضعیف، باورهایی به دین و اقتدا، کاهش برون ریزی عواطف، گرایش به رنجش و خشم، روابط بین فردی آسیب پذیر، قربانی کردن خود و اتهام به خود، تمایلات جنسی منع شده، خودپنداره فوق العاده اخلاقی.

از طرف دیگر در بسیاری از مطالعات سایر متغیر های شخصی که ارزیابی محرک های تنش زا را تحت تأثیر قرار می دهند، مورد توجه قرار گرفته است که یکی از این متغیرها سبک های مقابله یا الگوهای رفتاری می باشد. به نظر می رسد این گونه سبک ها، نحوه ارزیابی رویدادها و نوع مقابله مورد نیاز را تحت تأثیر قرار می دهند. (اگنس^۳، ۲۰۰۹) کار بر روی تعدادی از این ابعاد - واپسرانی، حساس کردن، بر انگیزختگی خواهی، سرنوشت کردن (گزینش) و انکار نشان داده است، که افرادی که در این زمینه ها با یکدیگر متفاوتند نمی توانند موقعیت ها را یکسان تفسیر کنند. از مدت های طولانی در مورد کنترل هیجان ها به عنوان یک عامل روانی مهم که روی بهبودی در بیماران سرطانی تأثیر می گذارد، بحث شده است. (راینو^۴ و همکاران، ۲۰۰۴).

گیلبار^۵ در مطالعه ای در سال ۲۰۰۵ بر روی ۶۴ زن مبتلا به سرطان پستان به بررسی ارتباط بین راهبرد های مقابله ای مسأله مدار و هیجان مدار و منابع مقابله ای (منابع درونی یعنی اسناد های شخصی، سن و تحصیلات، و حمایت های اجتماعی غیر رسمی) پرداختند. نتایج نشان دادند رابطه مثبت و معنی داری بین راهبرد هیجان مدار و سطح درماندگی وجود دارد. (بیماران دارای راهبرد هیجان مدار درماندگی بیشتری داشتند).

واتسون^۶، پتینگل^{۱۱} (۱۹۸۴) نشان دادند که افراد مبتلا به سرطان پستان نسبت به گروه کنترل گرایش بیشتری دارند تا عکس العمل های عاطفی خود به خصوص خشم را کنترل، و برای پاسخ به استرس از سبک مقابله ای سرکوب گرایانه و بازدارنده استفاده کنند. نتایج یافته های دیمیلینگ و واگنر^{۱۲} (۲۰۰۶) نشان داد که کمترین نوع از مکانیزم های مقابله ای به کار برده شده توسط افراد سرطانی عبارتند از پذیرش و برنامه ریزی و بیشترین میزان عبارتند از انکار و فرار. انکار، با اضطراب بیشتر، افسردگی و نگرانی های مربوط به سرطان همبسته است.

⁵-Hurmy

⁶-Adler

³-Agnes

⁸-Rainbow

⁹-Gilbar

¹⁰-Watson

¹¹-Pettingale

¹²-Demiling & Wagner

کوال^۱ در یک مطالعه کیفی در سال ۲۰۰۷ به بررسی عواطف بیماران سرطانی پرداخت و با این سؤال که آیا بیماران سرطانی در مورد احساساتشان صحبت می‌کنند یا آن‌ها را بازدار می‌کنند، به بررسی پرداختند. نتایج یافته آنها نشان داد: اجتناب شناختی، دوری‌گزینی، عادی‌سازی^۲، یافتن معنی و زندگی در حال و حمایت از سوی خانواده و دوستان در بیماران سرطانی دیده شد. لتو^۳ و اوجانن^۴ (۲۰۰۷) نشان دادند بازدارنده‌ی خوشم، ناامیدی، گزارش خیلی مثبت از کیفیت زندگی احتمال زنده ماندن را کاهش می‌دهند. در حالی که انکار و در نظر نگرفتن تشخیص، پیش‌گویی کننده طول عمر بیشتر در بیماران سرطانی می‌باشد.

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

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر با توجه به ماهیت موضوع از نوع تحقیقات توصیفی - مقایسه‌ای است.

جامعه و نمونه آماری: جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی شهر تهران با تشخیص سرطان تشکیل می‌دهند. نمونه آماری در این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به سرطان 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. تعداد پرسشنامه‌های مورد قبول و دارای اعتبار که توسط بیماران پر شد و تصحیح شد ۸۳ مورد بود، که این تعداد، نمونه ما را در این پژوهش تشکیل دادند. تعداد افراد گروه مقایسه (افراد سالم) ۸۵ نفر می‌باشد که این افراد از بین ملاقات کنندگان و همراهان بیماران انتخاب و از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی (سن، تأهل، تحصیلات و طبقه اجتماعی - اقتصادی) با گروه بیمار هم‌تا شدند.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش برای گردآوری اطلاعات از ۲ پرسشنامه تجدید نظر شده شخصیت آیزنک و سبک‌های مقابله‌ای لازاروس و فولکمن استفاده شد. پرسشنامه تجدید نظر شده شخصیت آیزنک یک

^۱-Kvale

^۲-Normalization

^۳-Lehto

^۴-Ojanen

پرسشنامه خود سنجی ۱۰۶ سئوالی است که برای سنجش ابعاد نوروزگرایی (N)، برون‌گرایی (E) و روان‌پیش‌گرایی (P) به کار می‌رود. آیزنک و همکارانش، ضریب پایایی ۰/۹۰ در مردان و ۰/۸۰ در زنان را برای مقیاس برون‌گرایی (E)، ۰/۷۸ در مردان و ۰/۷۶ در زنان را برای مقیاس روان‌پیش‌گرایی و ۰/۸۸ در مردان و ۰/۸۵ در زنان را برای مقیاس نوروزگرایی گزارش کردند.

ذوالجناحی و وفایی (۱۳۸۵) 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، نوروزگرایی و روان‌پیش‌گرایی به ترتیب برابر با ۰/۹۲، ۰/۸۹ و ۰/۷۲ به دست آوردند.

پرسشنامه بعدی چک لیست سبک‌های مقابله‌ای می‌باشد که توسط لازاروس و فولکمن (۱۹۸۵) تهیه شده و شامل ۶۶ ماده است که ۸ سبک مقابله‌ای مسئله‌محور و هیجان‌محور بودن آنها را اندازه‌گیری می‌کند. لازاروس ثبات درونی ۰/۷۹ تا ۰/۶۶ را برای هر یک از سبک‌های مقابله‌ای گزارش کرده است. هر یک از الگوها عبارتند از ۱- مقابله رویارویی ۲- دوری‌گزینی یا فاصله‌گیری ۳- خویش‌تنداری ۴- جستجوی حمایت‌های اجتماعی ۵- مسئولیت‌پذیری ۶- فرار یا اجتناب ۷- مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی شده ۸- ارزیابی مجدد مثبت. این الگوهای هشتگانه به دو دسته سبک‌های مسئله‌محور (حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی شده، ارزیابی مجدد مثبت) و هیجان‌محور (رویارویی، دوری‌گزینی، فرار یا اجتناب و خویش‌تنداری) تقسیم شده است.

یافته‌ها

در بخش یافته‌های تحقیق، برخی متغیرهای جمعیت‌شناسی در نمونه آماری مورد بررسی قرار گرفت؛ این متغیرها شامل وضعیت تحصیلی و سن می‌باشد. داده‌ها به صورت جدول توزیع فراوانی، درصد فراوانی و فراوانی تراکمی بیان شده است.

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

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

کل نمونه مورد تحقیق که شامل ۱۶۸ نفر بود (۸۵ سالم و ۸۳ بیمار). از گروه ۸۵ نفری سالم: ۱۱/۸ درصد دارای تحصیلات ابتدایی، ۱۴/۱ درصد دارای تحصیلات سیکل و راهنمایی، ۵۴/۱ درصد دارای تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم، ۱۶/۵ درصد دارای تحصیلات لیسانس و ۳/۵ درصد دارای تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر بودند که در جدول ۱ مشاهده می‌شود. از گروه ۸۳ نفری بیمار: ۲۸/۹ درصد دارای تحصیلات ابتدایی، ۱۹/۳ درصد دارای تحصیلات سیکل و راهنمایی، ۴۳/۴ درصد فوق دیپلم و دیپلم، ۶ درصد لیسانس و ۲/۴ درصد فوق لیسانس و بالاتر بودند.

جدول ۲. جدول میانگین سن در دو گروه سالم و بیمار

گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
سالم	۳۲/۴۰	۳۸/۶	۸۵
بیمار	۲۰/۱	۲۲/۴۷	۸۳

کل نمونه مورد تحقیق ۱۶۸ نفر بود، (۸۵ سالم و ۸۳ بیمار) که در دامنه سنی ۶۰-۱۹ سال قرار داشتند؛ میانگین سنی افراد سالم ۳۲/۴ و افراد بیمار ۲۰/۱ سال بود که در جدول ۲ قابل مشاهده است.

جدول ۳. یافته‌های توصیفی سبک‌های مقابله‌ای، ویژگی شخصیتی در دو گروه زنان مبتلا به سرطان و افراد سالم

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار	سالم	۳۵/۱۴	۳/۷	۸۵
	بیمار	۴۳/۴۶	۱۰/۱۶	۸۳
سبک‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار	سالم	۵۶/۸۵	۳/۹۷	۸۵
	بیمار	۴۵/۱۴	۹/۲۵	۸۳
نوروزگرایی برون‌گرایی	سالم	۷/۴۷	۱/۸۸	۸۵
	بیمار	۱۲/۸۷	۶/۱۴	۸۳
	سالم	۱۵/۵۲	۳/۰۶	۸۵
	بیمار	۱۳/۵۳	۴/۴۱	۸۳

در این قسمت مشاهده می‌کنیم که میانگین سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار، در بیماران بیشتر و سبک‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار، در افراد سالم بیشتر است.

میانگین نوروگرایی در زنان بیمار بیشتر از گروه سالم و میانگین برون‌گرایی در زنان سالم بیشتر از زنان بیمار است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای سبک‌های مقابله‌ای، ویژگی شخصیتی در دو گروه زنان بیمار و سالم

منابع تغییر	متغیرهای مقایسه‌ای	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	سبک مسأله‌مدار	۵۷۶۲/۵۷	۱	۵۷۶۲/۵۷	۱۱۴/۴۴	۰/۰۰۱
	سبک هیجان‌مدار	۲۹۱۳/۰۱	۱	۵۰/۳	۲۹۱۳/۰۱	/۰۰۱
	نوروگرایی	۱۲۲۸/۶	۱	۱۲۲۸/۶	۶۰/۰۶	۰/۰۰۱
	برون‌گرایی	۱۶۷/۸۶	۱	۱۶۷/۸۶	۱۱/۶۵	۰/۰۰۱

مطابق مندرجات جدول ۴ چنین استنباط می‌شود که تفاوت گروه‌های مورد مطالعه (سرطانی و سالم) در ویژگی شخصیتی نوروگرایی از نظر آماری معنا دار است و با توجه به میانگین بالاتر در گروه بیمار نتیجه می‌گیریم که گروه بیمار هیجان‌منفی بیشتری را تجربه می‌کنند.

مطابق مندرجات جدول ۴ چنین استنباط می‌شود که تفاوت گروه‌های مورد مطالعه (سرطانی و سالم) در صفت شخصیتی برون‌گرایی از نظر آماری معنا دار است از آنجا که میانگین گروه بیمار بزرگتر است، لذا نتیجه می‌گیریم که گروه سالم برون‌گراترند. مطابق مندرجات جدول ۴ چنین استنباط می‌شود که تفاوت گروه‌های مورد مطالعه (سرطانی و سالم) در سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار از نظر آماری معنا دار است. از آنجا که میانگین گروه بیمار نسبت به گروه سالم بزرگتر است، لذا نتیجه می‌گیریم که گروه بیمار از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار بیشتر استفاده می‌کنند.

مطابق مندرجات جدول ۴ چنین استنباط می‌شود که تفاوت گروه‌های مورد مطالعه (سرطانی و سالم) در سبک‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار از نظر آماری معنا دار است. چرا که میانگین گروه سالم نسبت به

گروه بیمار بزرگتر است؛ لذا نتیجه می‌گیریم که گروه سالم از سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار بیشتر استفاده می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که در صفات شخصیتی زنان سالم و مبتلا به سرطان تفاوت وجود دارد و زنان مبتلا به سرطان درونگراتر هستند. نتایج این پژوهش یافته‌های کیسن و آیزنگ (۱۹۶۲)، ایمایی و همکارانش (۲۰۰۱)، کاوان و انگدال (۱۹۹۵) را مبنی بر اینکه بین خصوصیات شخصیتی بیماران مبتلا به سرطان و سالم تفاوت وجود دارد را تأیید می‌کند. ولی برخلاف نتایج پژوهش‌های کیسن و آیزنگ (۱۹۶۲) نتایج این پژوهش نشان داد افراد مبتلا به سرطان درونگراتر هستند و این در جهت تأیید یافته‌های ایمایی و همکارانش است مبنی بر اینکه افراد درون‌گرای نا‌پایدار هیجانی نسبت به افراد برون‌گرای پایدار سبک زندگی نا سالم تر و دفاع ایمونولوژیکی ضعیف‌تری دارند که آن‌ها را مستعد ابتلا به سرطان می‌سازد.

در تبیین این یافته می‌توان با توجه به ارتباط مستقیم برون‌گرایی و عاطفه مثبت توضیح داد: 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 (آیزنگ، ۱۹۸۵؛ مایر و همکاران، ۱۹۸۹). 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 در زنان مبتلا به سرطان نوروزگرایی بالاتر از زنان سالم است و 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 فان و همکارانش (۲۰۰۸) همسو می‌باشد و همچنین یافته‌های آگوستین و همکارانش (۲۰۰۸) (در پژوهش خود نتیجه‌گیری کردند افرادی که در زندگی هیجان‌ات منفی بیشتری را تجربه می‌کنند در صورت مستعد بودن به سرطان زودتر به این بیماری مبتلا می‌شوند) را تأیید می‌کند و با یافته‌های عطاری و همکارانش (۱۳۸۰) همسو می‌باشد. نتیجه این که تجربه‌ی رویدادهای تنش‌زا در زندگی زنان سرطانی، منجر به ایجاد هیجان‌ات منفی چون خشم، اضطراب و افسردگی شده و با توجه به اثر تضعیف‌کننده استرس بر روی سیستم ایمنی (طبق فرضیه استرس - آسیب‌پذیری) آن‌ها مستعد ابتلا به این بیماری با منشأ روانی و اثرات فیزیولوژیایی 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 هیجان‌مدار و افراد سالم از سبک‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار بیشتر استفاده می‌کنند. نتایج این پژوهش یافته‌های واتسون و پتینگل را مبنی بر عدم رویارویی مؤثر و مقابله مستقیم بیماران سرطانی با استرس و سرکوب کردن عکس‌العمل‌های عاطفی آن‌ها را تأیید می‌کند. همچنین یافته‌های موریس و گریپر (۱۹۸۵) را مبنی بر این که بیماران سرطانی از سبک دفاعی انکار استفاده می‌کنند؛ تأیید می‌شود زیرا سبک انکار نیز از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار است. با این حال نتایج این پژوهش یافته‌های کاور و پرو (۱۹۹۳) را مبنی بر وجود تفاوت، در سبک مقابله‌ای ارزیابی مجدد مثبت، تأیید نمی‌کند. با توجه به اینکه سبک‌های مقابله‌ای عامل میانجی بین استرس و اختلال روانی و جسمانی هستند و اغلب پژوهش‌ها مقابله هیجانی را به عنوان مؤثرترین واسطه رابطه استرس و بیماری معرفی کرده‌اند (غضنفری و قدم‌پور، ۱۳۸۷)، بروز بیماری‌های استرس‌مدار 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 هیجان‌مدار نه تنها در تغییر موقعیت نقش نداشته بلکه ممکن است به طولانی شدن آن منجر شوند که این به تداوم نشانه‌های بیماری دامن می‌زند (پاک‌نهام، ۲۰۰۴).

همچنین در تأیید این یافته غضنفری و همکارانش در پژوهشی نشان دادند که افزایش استفاده از راهبرد هیجان‌مدار با افزایش اضطراب، آسیب جسمانی و افسردگی مطابق و کاهش استفاده از راهبرد هیجان‌مدار با افزایش اختلال در عملکرد اجتماعی مطابقت دارد. به این ترتیب شیوه هیجان‌مدار بیشتر بر علائم جسمانی و خلقی مؤثر است در حالی که شیوه مسأله‌مدار بیشتر بر تعاملات فردی و عملکرد اجتماعی فرد تأثیر می‌گذارد. بنابراین راهبرد هیجان‌مدار در بیماران سرطانی آن‌ها را از درگیری مستقیم و مؤثر 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 تأثیر قرار می‌دهد.

بنابراین با توجه به نتایج پژوهش حاضر و پژوهش‌های روانشناختی صورت گرفته در مورد بیماران مبتلا به سرطان چنین می‌توان نتیجه گرفت که عوامل روانشناختی در استعداد ابتلا، بروز و نحوه رویارویی و روند بهبودی سرطان مؤثر می‌باشند.

منابع

فارسی

گاجل. رابرت. جی. بام، آندرو. کرانتس، دیوید. اس (۱۹۹۸). زمینه روان شناسی تندرستی، ترجمه غلامرضا خوی نژاد (۱۳۷۷)، انتشارات آستان قدس رضوی. چاپ اول.

پور شهباز، عباس (۱۳۷۲). رابطه بین ارزیابی میزان استرس، رویدادهای زندگی و تیپ شخصیتی در بیماران مبتلا به سرطان خون. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی تهران.

ذوالجناحی، وفایی مریم، (۱۳۸۵) رابطه بین تیپ های شخصیتی با سیستم های بازداری رفتاری و فعال ساز رفتاری. فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز، سال اول، شماره ۲ و ۳: ۱۲۳-۱۴۴.

عطاری پارسایی، فریده؛ گلچین، مهری؛ اسودی کرمانی، ایرج (۱۳۸۰) بررسی ارتباط مشخصات فردی، اجتماعی، سبک زندگی و عوامل تنش زا با سرطان پستان در زنان. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، سال ۳۵، شماره ۵۰، ۱۵-۲۱.

غضنفری، فیروزه؛ قدم پور، عزت الله (۱۳۸۷)، بررسی راهبرد های مقابله ای و سلامت روان ساکنین شهر خرم آباد. فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال دهم، شماره ۳۷ صفحه ۴۷-۵۴.

لاتین

Agnes del, Rosario (2009). Personality and coping among woman survivors of breast cancer. *journal of Sciences and Philosophy*, 17:73-100

Augustine A . Larsen R. Walker M. Fisher E. (2008). Personality predictors of time course for lung cancer onset. *journal of Research in personality*, 42:1448-1455.

Caver C ,Pozo C , Harris D S, Noriega V , Scheier M F , Robinson DS, Ketchman A S Moffat J r , Clark K C. (1993). How Coping Mediates the Effect of Optimism on Distress :A Study of Woman With Early Stage Breast Cancer. *journal of personality and social psychology*, 65(2):375-390.

Demiling G . Wagner L . Bowman K . Sterns S. Kercher K. Kahan B(2006). Coping among older –Adult , long-term cancer survivors. *psycho-oncology*, 15:143-159

Engel(1977). The need For a new medical Model : A challenge For biomedical. *Science* 8;196(4286):129-36

Eysenck H. J.Smoking (1994) .Personality and stress: psychosocial Factors in the Prevention of Cancer and Coronary Heart disease .New York :Springer Verlag:124-160.

- Eysenck, . H. J., and Eysenck ,M .W .(1985). *personality and individual differences: A natural science approach*. Pelanum Press, New York. :Springer: 1-24
- Fann R ,Thomas-Rich A ,Katon J, Kowley , Mapping M ,Gregor B .GralowJ. (2008). Major depression after breast cancer a review of epidemiology and treatment *General Hospital Psychiatry*, 30(2): 112-12.
- Gilbar O . (2005). Breast cancer : How do Israeli Women cope ? A cross-sectional sample. *journal of Families ,system & Health* , 23:161-171.
- Imai K .Nakachi k. (2001). Personality types, lifestyle and sensivity to mental stress in association with NK activity . *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 204(1), 67-73.
- Kavan G .M. Engdhal B &Kay S (1995).Colon cancer personality factor ,predictive of onset and stage of presentation. *journal of psychosomatic research*, 39 (8) :1031-1039.
- kissen. D. M, Eysenck, H. J. (1962). Personality in male lung cancer patients .*psychsomatic Research*, 6: 123-7.
- Kvale K. (2007). Do cancer patient always want to talk a bout difficult emotion ? A qualitative study of cancer inpatient communication needs. *European journal of oncology*, 11(4), 320:327.
- Lazarus RS, Folkman S .(1984). *Stress, appraisal and coping* .New York :Spring, 127-139.
- Lehto U. Ojanen M . Dyba T . Aromaa A. Kellokumpu-Lehtinen p .(2007). Baseline psychosocial predictors of survival in localized melanoma .*journal of psychosomatic Research*, 63.(1): 9-15.
- Meyer G.J. Shack J.R.(1989). Structorial Convergence of Mood and personality :Evidence for Old and new Direction *Journal of personality and social psychology* .57,691-706.
- Morris T. Greer.Pettingale K. W, Watson, M. (1985) Patterns of expression of anger and their Research psychological Correlates in Woman with breast cancer. *Journal of psychosom*, 25(2): 111-7.
- Pakenham K. (2004). Coping with multiple sclerosis. *Development of a measure psychology health and Medicen*, 6: 411-428.
- Rainbow T. H. Ho ,Cecilial .W.Chaw. and Samuel .M.y. (2004). Emotional control in Chinese female cancer survivors. *Journal of Psycho -oncology*, 13: 808-817.
- Watson M. Pettingale, K . Greer S (1984) .Emotional control and automatic arousal in breast cancer patient .*psychosomatic research*, 28(6): 467-474.