

فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز

سال سوم شماره ۱۲ زمستان ۱۳۸۷

مقایسه ابعاد شخصیت، تیپ C و راهبردهای مقابله‌ای در افراد مبتلا به سرطان و عادی

دکتر منصور بیرامی - عضو هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

فاطمه نعمتی سوگلی تپه - دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه ابعاد شخصیتی، تیپ C و راهبردهای مقابله‌ای بیماران مبتلا به سرطان با افراد سالم صورت گرفت. نمونه این پژوهش شامل ۱۰۰ نفر (۵۰ بیمار سرطانی و ۵۰ فرد سالم) بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه سالم از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن، جنسیت و میزان تحصیلات) با گروه بیمار هم‌تا شدند. جهت گردآوری داده‌ها، از پرسشنامه شخصیتی آیزنک EPQ-RS، پرسشنامه تیپ شخصیتی C و پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن استفاده شد. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل واریانس چندگانه (MANOVA) انجام گرفت. یافته‌های پژوهش نشان دادند که نمره‌های گروه بیمار در بعد روان‌آزده‌گرایی، برون‌گرایی ($P < 0/01$)، روان‌پریش‌گرایی، تیپ C ($P < 0/05$) و راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار ($P < 0/01$) به طور معنی‌داری بیشتر از گروه سالم است. همچنین براساس نتایج به‌دست آمده، بین دو گروه در راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

واژه‌های کلیدی: ابعاد شخصیت، تیپ C، راهبردهای مقابله‌ای، سرطان.

مقدمه

بیماری سرطان دومین عامل برجسته مرگ در کشورهای توسعه یافته و مسئول یک پنجم از مرگ و میرها در کل دنیا به شمار می‌رود. گنجینه‌ای از شواهد وجود دارد که بر ارتباط سرطان با فشار روانی و آن دسته از عوامل هیجانی دلالت دارد که جزء لاینفک جوامع متمدن هستند (فوبایر^۱ و کوردبا^۲، ۱۹۸۲؛ نقل از فلچر، ۱۳۸۱). مطالعات متعدد نشان داده‌اند که هیجان‌های منفی و رویدادهای فشارزای روانی با تضعیف سیستم ایمنی بدن، فرد را مستعد ابتلا به سرطان می‌کنند (بیوندی^۳ و پانچر^۴، ۱۹۹۵؛ لئونارد^۵، ۱۹۹۵؛ دان^۶، ۱۹۹۵؛ لوی^۷ و هیدن^۸، ۱۹۹۱؛ زاترا^۹ و همکاران، ۱۹۹۹). سیستم ایمنی بدن با هدف حفظ محیط داخلی بدن در مقابل تهاجم ارگانیزم‌های عفونت‌زا، دارای تأثیرات متقابل با سیستم‌های دیگر بدن می‌باشد، بنابراین اختلال در عملکرد سایر قسمت‌های بدن، سیستم ایمنی را نیز مختل نموده و ممکن است بر میزان مقاومت بدن نسبت به عفونت‌ها اثر بگذارد (دان، ۱۹۹۵). از جمله عواملی که سیستم ایمنی را متأثر می‌نماید استرس و تجربه مکرر هیجان‌های منفی است. فشار روانی، اعم از عاطفی یا جسمی، سیستم اعصاب مرکزی، خودکار و غدد درون‌ریز را فعال می‌نماید و فعالیت این سیستم‌ها می‌تواند به نوبه خود بر پاسخ ایمنی بدن تأثیر بگذارد (از یزدان دوست و همکاران، ۱۳۷۷).

شخصیت هر فرد به عنوان عاملی تعیین‌کننده که بر تمامی رفتارها و گرایشات انسان سایه می‌افکند، به واسطه صفات و ویژگی‌های ناسازگارانه، می‌تواند او را دچار پاره‌ای از مشکلات و اختلالات روانشناختی و حتی جسمانی کند (سریع‌القدم، ۱۳۸۴). مطالعاتی که به بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی با سرطان با تمرکز بر دو

1- Fobair
3- Biondi
5- Leonard
7- Levy
9- Zautra

2- Cordoba
4- Pancheir
6- Dunn
8- Heiden

بر دو عامل بزرگ شخصیت، یعنی روان‌آزرده‌گرایی و برون‌گرایی در مدل آیزنک^۱ پرداخته‌اند، اغلب، نشان‌دهنده رابطه هر دو عامل با ابتلا به سرطان می‌باشند. افرادی که روان‌آزرده‌گرایی آنها بالا است حوادث استرس‌زای بیشتری را تجربه می‌کنند و افرادی که برون‌گرایی آنها بالا است هم حوادث استرس‌زای بیشتر و هم حوادث لذت بخش بیشتری را تجربه می‌کنند (بولگر^۲ و شیلینگ^۳، ۱۹۹۱؛ سالس^۴، گرین^۵ و هیلیس^۶، ۱۹۹۸). روان‌آزرده‌گرایی، صرف‌نظر از سطح استرس، افراد را برای تجربه هیجان‌های منفی و درماندگی مستعد می‌سازد (بولگر و شیلینگ، ۱۹۹۱؛ واتسون^۷ و هیوورد^۸، ۱۹۹۶)، در حالی که برون‌گرایی آنها را برای تجربه عواطف مثبت مهیا می‌کند (واتسون و کلارک^۹، ۱۹۹۲؛ واتسون، کلارک و کری^{۱۰}، ۱۹۸۸). مطالعات آیزنک (۱۹۹۰) نشان داد که افراد سرطانی در مقایسه با افراد سالم، نمره روان‌آزرده‌گرایی و برون‌گرایی بالاتری داشته‌اند. مقایسه ۵۰ بیمار سرطانی با مراقبان‌شان در پژوهش فراریو^{۱۱}، زوتی^{۱۲} و ماسارا^{۱۳} (۲۰۰۳) نیز نشان داد بیماران، اختلال هیجانی، خصومت و حالت‌های اضطرابی بالایی را نسبت به مراقبان‌شان گزارش کرده‌اند و در مقیاس روان‌آزرده‌گرایی نیز نمرات بالایی کسب کرده‌اند.

کوارتانا^{۱۴} و زاکوسکی^{۱۵} (۲۰۰۵) نیز در بررسی‌های خود به نتایج مشابهی در این زمینه دست یافتند. اما در مطالعه آملانگ^{۱۶}، هاسلباخ^{۱۷} و استورمر^{۱۸} (۲۰۰۴) و ناکایا^{۱۹}

-
- | | |
|----------------|--------------|
| 1- Eysenck | 2- Bolgar |
| 3- Schilling | 4- Suls |
| 5- Green | 6- Hillis |
| 7- Watson | 8- Hubbard |
| 9- Clark | 10- Carey |
| 11- Ferrario | 12- Zotti |
| 13- Massara | 14- Zakowski |
| 15- Quartana | 16- Amelang |
| 17- Hasselbach | 18- Sturmer |
| 19- Nakaya | |

(۲۰۰۳) مبنی بر ارتباط بین فاکتورهای روانشناختی و زیرمقیاس‌های شخصیتی با خطر ابتلا به سرطان، ارتباط معنی‌داری یافت نشد.

برخی پژوهشگران نیز از شخصیت سنخ C به عنوان شخصیت مستعد سرطان یاد می‌کنند. به عقیده آیزنک شخصیت‌های سنخ C دو صفت اصلی دارند: ۱- واکنش در برابر فشار روانی به صورت درماندگی یا ناامیدی^۱ ۲- سرکوبی^۲ واکنش‌های هیجانی در برابر رویدادهای هیجان‌انگیز زندگی (منشئی، ۱۳۷۶). تأثیر سرکوبی و درونی‌سازی هیجان‌ها بر ابتلا به سرطان در پژوهش توماس^۳ (۱۹۷۶؛ به نقل از گارسن^۴، ۲۰۰۴) نشان داده شده است. در این پژوهش طی یک پیگیری ۳۰ ساله بر روی ۹۷۲ دانشجوی پزشکی، مشخص شد افرادی که هیجان‌های منفی خود را ابراز نمی‌کنند احتمال بیشتری دارد به سرطان مبتلا شوند که نتایج پژوهش‌های یکل (۱۳۸۳) و بیکن^۵، رنکر^۶ و کاتلر^۷ (۱۹۷۳؛ به نقل از گارسن، ۲۰۰۴) نیز همسو با یافته‌های این پژوهش می‌باشد.

از سوی دیگر، واکنش افراد نسبت به فشار روانی و هیجان‌های منفی، و راهبردهای مقابله‌ای که برای مواجهه با آنها برمی‌گزینند نیز ممکن است افراد را مستعد ابتلا به بیماری (از جمله سرطان) نماید (کوپر^۸، آگوچا^۹ و شلدون^{۱۰}، ۲۰۰۰).

لازاروس^{۱۱} و فولکمن^{۱۲} (۱۹۸۴) دو شیوه عمومی مقابله متمرکز بر مشکل و مقابله متمرکز بر هیجان را برای مهار استرس مشخص نموده‌اند. مقابله متمرکز بر مشکل، مهارتی است که بر پرداختن به خود مسأله یا موقعیت تمرکز دارد و می‌تواند معطوف به بیرون باشد در صورتی که مقابله متمرکز بر هیجان معطوف به مهار

1- hopelessness	2- repression
3- tomas	4- Garssen
5- Baiken	6- Renneker
7- Cutler	8- Cooper
9- Agocha	10- Sheldon
11- Lazarus	12- Folkman

ناراحتی هیجانی بوده و به عواطفی که با آن موقعیت مرتبط است می‌پردازد نه کنترل خود موقعیت. رینولدز^۱ و همکاران (۲۰۰۰) در مطالعه خود بر روی ۸۰۷ بیمار سیاه پوست و سفید پوست مبتلا به سرطان سینه به این نتیجه دست یافتند که بیماران مبتلا به سرطان در مقایسه با افراد سالم، در مقابله با رویدادهای فشارزای زندگی، از راهبردهای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند. رنسام^۲ و همکاران (۲۰۰۵) و آقاجانی (۱۳۷۶) نیز در مطالعات خود به نتایج مشابه دست یافتند، اما در مطالعه بازنگرانه پتیکرو^۳ (۲۰۰۲)، بین بیماران سرطانی و گروه غیربیمار تفاوتی در به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای مختلف مشاهده نشد.

چنانچه رابطه بین سرطان و ویژگی‌های خطرزای شخصیتی مانند روان‌آزرده‌گرایی، درون‌گرایی و تیپ C و راهبردهای مقابله‌ای مشخص گردد می‌توان با افزایش آگاهی و اطلاع‌رسانی به افراد مستعد و انجام اقدامات مداخله‌گرانه بالینی مانند آموزش مهارت‌های مقابله با استرس و هیجان‌های منفی و کاهش رفتارهای پر خطر و ترغیب مردم به تغییر سبک زندگی، تا حد زیادی در کاهش احتمال ابتلا به سرطان نقش مؤثری ایفا نمود. با توجه به یافته‌های متنوع و گاه متضاد درباره تأثیر عوامل روانشناختی در ابتلا به سرطان، پژوهش حاضر با هدف بررسی ابعاد شخصیتی، تیپ C و راهبردهای مقابله‌ای با احتمال ابتلا به سرطان صورت گرفته است. فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر بررسی شدند: ۱- افراد مبتلا به سرطان در بعد شخصیتی روان‌آزرده‌گرایی نمرات بالاتری نسبت به افراد سالم به دست می‌آورند. ۲- افراد مبتلا به سرطان در بعد شخصیتی برون‌گرایی نمرات پایین‌تری نسبت به افراد سالم به دست می‌آورند. ۳- افراد مبتلا به سرطان در مقیاس تیپ C نمرات بالاتری نسبت به افراد سالم به دست می‌آورند. ۴- افراد مبتلا به سرطان در راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار نمرات بالاتری نسبت به افراد سالم به دست می‌آورند. ۵- افراد مبتلا به

1- Reynolds
3- Petticrew

2- Ransom

سرطان در راهبرد مقابله‌ای مساله‌مدار نمرات پایین‌تری نسبت به افراد سالم به دست می‌آورند. رابطه روان‌پیش‌گرایی و خرده‌مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای نیز در قالب دو پرسش زیر بررسی شدند: ۱- آیا افراد مبتلا به سرطان در بعد روان‌پیش‌گرایی نمرات بالاتری نسبت به افراد سالم به دست می‌آورند؟ ۲- آیا بین خرده‌مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای در دو گروه بیماران مبتلا به سرطان و سالم تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

طرح پژوهشی به کار گرفته شده در این تحقیق با توجه به اهداف، ماهیت و موضوع پژوهش، در مقوله مطالعات علی-مقایسه‌ای (پس‌رویدادی) قرار می‌گیرد. جامعه آماری نیز شامل کلیه بیماران سرطانی بستری شده در بیمارستان‌های شهر تبریز از فروردین تا شهریور ۱۳۸۷ می‌باشد. نمونه پژوهش شامل ۵۰ زن و مرد مبتلا به سرطان با دامنه سنی ۵۰ - ۲۰ سال با تحصیلات دیپلم به بالا بودند که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از بین تمامی بیماران بستری در بیمارستان‌های شهید قاضی و بیمارستان عالی‌نسب شهر تبریز انتخاب شدند. گروه نمونه غیربیمار نیز از میان کارکنان همین بیمارستان‌ها انتخاب و از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (جنسیت، سن، میزان تحصیلات) با گروه بیمار هم‌تا شدند.

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه جمعیت‌شناختی محقق ساخته: به وسیله این پرسشنامه بعضی از اطلاعات دموگرافیک و سوابق افراد از قبیل سن، جنسیت، تأهل، سطح تحصیلات، نوع سرطان، سال ابتلا و سایر بیماری‌ها تلخیص شدند.

نسخه اصلاح شده پرسشنامه شخصیتی آیزنک (EPQ-RS): این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۴۸ سؤالی «بلی» و «خیر» است که برای سنجش سه بعد

شخصیت روان‌آزرده‌گرایی (روان‌آزرده‌گرایی/پایداری هیجانی)، برون‌گرایی (برون‌گرایی/درون‌گرایی) و روان‌پریش‌گرایی در افراد با دامنه سنی ۱۵ تا ۷۰ سال مورد استفاده قرار می‌گیرد. ۱۲ آیتم آن بعد روان‌آزرده‌گرایی (N) ۱۲ آیتم، بعد برون‌گرایی (E) و ۱۲ آیتم، روان‌پریش‌گرایی (P) را می‌سنجد. پرسشنامه مذکور همچنین شامل یک مقیاس دروغ‌سنج می‌باشد که گرایش به خوب‌نمایی را می‌سنجد و ۱۲ آیتم بعدی را شامل می‌شود. EPQ-RS نسخه کوتاه پرسشنامه تجدیدنظر شده شخصیت آیزنک است (بخشی‌پور و باقریان، ۱۳۸۵). ضرایب پایایی این پرسشنامه ۰/۶۲ (مردان)، ۰/۶۱ (زنان) برای مقیاس P، ۰/۸۸ (مردان)، ۰/۸۴ (زنان) برای مقیاس E، ۰/۸۴ (مردان)، ۰/۸۰ (زنان) برای مقیاس N، ۰/۷۷ (مردان)، ۰/۷۳ (زنان) برای مقیاس L، گزارش شده است. همبستگی مقیاس‌های EPQ-RS با فرم بلند (EPQ-R) رضایت بخش می‌باشد و ساختار چهار عاملی نیز بهترین برازش را دارا بوده است (بخشی‌پور و باقریان، ۱۳۸۵). پایایی و اعتبار این آزمون توسط بخشی‌پور و باقریان (۱۳۸۵) بر روی جمعیت ایرانی انجام شده است. پایایی به دست آمده در بررسی آنها برای مقیاس P ۰/۶۷، برای مقیاس E ۰/۸۹، برای مقیاس N ۰/۹۰، برای مقیاس L ۰/۸۹ بود. در بررسی همسانی درونی (آلفای کرونباخ) نیز، برای مقیاس E ۰/۷۷، برای مقیاس N ۰/۷۴، برای مقیاس P ۰/۵۲ و برای مقیاس L ۰/۶۱ به دست آوردند. همچنین این محققان برای بررسی روایی این پرسشنامه از مقیاس‌های NEO-FFI-R استفاده کردند. ضریب همبستگی به دست آمده در تحقیق آنها برای مقیاس برون‌گرایی EPQ-RS با مقیاس برون‌گرایی NEO-FFI-R ۰/۷۰ و برای مقیاس روان‌آزرده‌گرایی EPQ-RS با مقیاس روان‌آزرده‌گرایی NEO-FFI-R ۰/۷۲ به دست آمد (بخشی‌پور و باقریان، ۱۳۸۵).

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس - فولکمن: این پرسشنامه که توسط لازاروس و فولکمن (۱۹۸۵) تهیه شده است شامل ۶۶ ماده است که ۸ روش مقابله‌ای مساله محور و هیجان محور را اندازه‌گیری می‌کند. لازاروس ثبات درونی ۰/۷۹ تا ۰/۶۶ α را برای هر

یک از روش‌های مقابله‌ای گزارش کرده است. آلفای کرونباخ برای مقابله متمرکز بر هیجان ۰/۷۲ و برای مقابله متمرکز برمساله ۰/۷۹ است (به نقل از ارجی، ۱۳۸۷). هر یک از الگوها عبارتند از: **مقابله رویارویی**: این روش شامل مجموعه رفتارهای تهاجمی است که افراد جهت حل مشکل به کار می‌برند و متضمن درجاتی از ابراز خصومت و به کار بردن ریسک در عملکردهاست، این قسمت شامل ۶ ماده (مواد ۴۶، ۳۴، ۲۸، ۱۷، ۷، ۶) است. **دوری گزینی یا فاصله‌گیری**: مجموعه رفتارهای شناختی را ذکر می‌کند که فرد یا گروه برای دوری از منبع ایجادکننده مشکل و یا اجتناب از این منبع در جهت کاهش اهمیت آن به کار می‌برند و شامل ۶ ماده (مواد ۴۴، ۴۱، ۲۱، ۱۵، ۱۳، ۱۲) است. **خوبشنداری**: این روش مجموعه عکس‌عمل‌هایی است که واکنش‌های احساساتی افراد را به هنگام برخورد با منبع ایجادکننده مشکل و ممانعت از ابراز این عکس‌عمل‌ها توسط افراد را در بر می‌گیرد و شامل ۷ ماده (مواد ۶۳، ۶۲، ۵۴، ۴۳، ۳۵، ۱۴، ۱۰) است. **جستجوی حمایت‌های اجتماعی**: تلاش‌های فرد برای کسب حمایت اطلاعاتی، حمایت‌های ملموس و حمایت‌های عاطفی را بازگو می‌نماید. این الگو شامل ۶ ماده (مواد ۴۵، ۴۲، ۳۱، ۲۲، ۱۸) است. **مسئولیت‌پذیری**: این روش شامل مجموعه واکنش‌هایی است که پذیرش نقش فرد در ایجاد مشکل را از طریق تلاش‌های مداوم او در اصلاح موقعیت موجود نشان می‌دهد و شامل ۴ ماده (مواد ۵۱، ۲۹، ۲۵، ۹) است. **فرار - اجتناب**: این روش افکار آرزومندانه یا کوشش‌های رفتاری در جهت فرار یا اجتناب از موقعیت مشکل‌زا را توصیف می‌کند و شامل ۸ ماده (مواد ۵۹، ۵۸، ۵۰، ۴۰، ۳۳، ۱۶، ۱۱) است. **مساله‌گشایی برنامه‌ریزی شده**: این الگو شامل مجموعه افکار و کوشش‌های سنجیده و متمرکز برخورد با مشکل، توأم با بکارگیری رویکردهای تحلیل‌گرایانه برای مشکل‌گشایی می‌باشد که شامل ۶ ماده (مواد ۵۲، ۴۹، ۴۸، ۳۹، ۲۶، ۱) است. **ارزیابی مجدد مثبت**: مجموعه تلاش‌هایی است در جهت ایجاد مفاهیم مثبت که باتوجه به درجه تکامل فردی صورت می‌گیرد. این روش ممکن است ابعاد مذهبی را نیز شامل شود و دارای ۷ ماده (مواد ۵۶، ۳۸، ۳۶، ۳۰، ۲۳، ۲۰، ۶۰) است. این الگوهای هشت‌گانه به دو

دسته روش‌های مساله محور (حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، مشکل‌گشایی برنامه-ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت) و هیجان محور (رویارویی، دوری‌گزینی، فرار - اجتناب و خویشنداری) تقسیم شده است (یدری گرگری، ۱۳۷۴).

آزمون ارزیابی تیپ C: آیزنک و همکارانش براساس ویژگی‌های شخصیتی و استرس، پرسشنامه‌ای بنام پرسشنامه شخصیت - استرس تهیه کرده‌اند. این پرسشنامه بر اساس ویژگی‌های شخصیتی، ۶ گروه را از هم متمایز می‌کند: ۱- تیپ مستعد سرطان، ۲- تیپ مستعد بیماری کرونری قلب، ۳- تیپ دارای رفتار سایکوتیک که بعید است به علت سرطان یا بیماری قلبی از دنیا بروند، ۴- افراد سالم که با خوی پیروی و استقلال مشخص می‌شوند، ۵- تیپ دارای گرایش‌های منطقی و غیرهیجانی که مستعد افسردگی و آرتریت روماتوئید هستند، ۶- تیپ دارای رفتار بزهکارانه و ضداجتماعی که مستعد اعتیاد هستند. این پرسشنامه شامل ۱۸۲ سؤال است که آزمودنی‌ها با «بلی» و «خیر» به آنها پاسخ می‌دهند. در این پژوهش از پرسشنامه شخصیت - استرس قسمت مربوط به تیپ مستعد سرطان که شامل ۳۵ سؤال می‌باشد استفاده شده است. پس از نمره‌گذاری، دو گروه مستعد سرطان و غیرمستعد، تفکیک می‌شوند (نقل از آقاجانی، ۱۳۷۵). بشیر پور (۱۳۸۶) میزان پایایی این آزمون را با روش باز آزمایی ۰/۶۸ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر نیز محقق برای به‌دست آوردن پایایی این آزمون، روش باز آزمایی را در فاصله زمانی دو هفته بر روی ۳۰ نفر انجام داد و پایایی ۰/۷۳ را به دست آورد.

داده‌های پژوهش به کمک روش‌های آمار توصیفی و روش تحلیل واریانس چندگانه (MANOVA) تحلیل شدند.

یافته‌ها

اطلاعات مندرج در جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای ابعاد شخصیت، تیپ C و راهبردهای مقابله‌ای را در دو گروه بیمار و سالم نشان می‌دهد.

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد دو گروه در ابعاد شخصیت، تیپ C و راهبردهای مقابله‌ای

متغیرها	بیماری/سلامت	میانگین	انحراف استاندارد
بعد شخصیتی روان‌آزرده‌گرایی (N)	سالم	۳/۰۸	۱/۹۱
	بیمار	۸/۶۴	۶/۷۹
بعد شخصیتی برون‌گرایی (E)	سالم	۷/۳۲	۳/۸۳
	بیمار	۳/۷۲	۲/۲۱
بعد شخصیتی روان‌پریش‌گرایی (P)	سالم	۲/۷۲	۲/۵۹
	بیمار	۵/۹۶	۹/۶۱
تیپ C	سالم	۶/۵۶	۴/۲۲
	بیمار	۹/۹۶	۹/۶۱
مقابله هیجان مدار	سالم	۳۴	۲۵/۳۱
	بیمار	۵۶/۱۲	۲۰/۲۲
مقابله مسأله مدار	سالم	۴۱/۷۶	۲۷/۲۴
	بیمار	۴۱/۳۶	۱۸/۴۲

جهت بررسی فرضیه‌های ۱، ۲، ۳ و سؤال اول پژوهش از روش آماری مانوا استفاده شده است. قبل از تحلیل مانوا، میزان تطابق متغیرها مورد بررسی قرار گرفت که برای این منظور از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد که نتایج در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول (۲) آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل واریانس چندگانه متغیر شخصیت

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری
لامبدای ویلکز	۰/۴۸	۵/۹۱	۴	۹۵	۰/۰۰۰

آزمون لامبدای ویلکز نشان می‌دهد بین دو گروه، حداقل در یکی از ویژگی‌های شخصیت (روان‌آزرده‌گرایی، برون‌گرایی، روان‌پریش‌گرایی و تیپ C) تفاوت معنی‌دار ($F(۹۵,۴) = ۵/۹۱$ و $P < ۰/۰۱$) وجود دارد، بر این اساس روش آماری مانوا مورد استفاده قرار گرفت. جدول ۳ نتایج آزمون مانوا را جهت تحلیل فرضیه‌های ۱، ۲، ۳ و سؤال اول پژوهش نشان می‌دهد.

جدول (۳) نتایج تحلیل واریانس چندگانه تفاوت نمرات ابعاد شخصیت و تیپ C در افراد سالم و بیمار

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
گروه	N	۷۷۸/۴۱	۱	۷۷۸/۴۱	۳۱/۱۲	۰/۰۰۰
	E	۳۸۸/۰۹	۱	۳۸۸/۰۹	۲۸/۲۳	۰/۰۰۰
	P	۱۸۹/۳۴	۱	۱۸۹/۳۴	۱۲/۵۴	۰/۰۲۳
	C	۲۳۴/۰۹	۱	۲۳۴/۰۹	۴/۰۱	۰/۰۴۸
خطا	N	۲۴۵۱/۳۰	۹۸	۲۵/۰۱		
	E	۱۳۴۶/۹۰	۹۸	۱۳/۷۴		
	P	۱۴۷۹/۲۰	۹۸	۱۵/۰۹		
	C	۵۷۱۹/۶۲	۹۸	۵۸/۳۶		

باتوجه به مندرجات جداول شماره ۱ و ۳ بین دو گروه سالم و بیمار در بعد شخصیتی روان‌آزرده‌گرایی با $F=۳۱/۱۲$ و $P < ۰/۰۱$ تفاوت معنی‌دار وجود دارد و بیماران در بعد روان‌آزرده‌گرایی نسبت به افراد سالم در سطح بالاتری قرار دارند که این یافته، حاکی از تأیید فرضیه اول پژوهش می‌باشد. همچنین اطلاعات مندرج در جداول فوق بیانگر آن است که بین دو گروه در بعد برون‌گرایی نیز با $F=۲۸/۲۳$ و $P < ۰/۰۱$ تفاوت معنی‌دار وجود دارد و بیماران سرطانی در بعد برون‌گرایی نسبت به افراد سالم در سطح پایین‌تری قرار دارند (تأیید فرضیه ۲). براساس داده‌های جدول ۳ دو گروه در بعد شخصیتی روان‌پریش‌گرایی با $F=۱۲/۵۴$ و $P < ۰/۰۵$ تفاوت معنی‌دار دارند که با توجه

به جدول توصیفی شماره ۱ مشخص می‌شود که بیماران مبتلا به سرطان در مقایسه با گروه سالم در بعد روان‌پریش‌گرایی در سطح بالاتری می‌باشند (تأیید سؤال اول پژوهش). جداول شماره ۱ و ۳ همچنین گویای آن است که بین دو گروه سالم و بیمار در تیپ C نیز با $F=4/01$ و $P<0/05$ تفاوت معنی‌دار وجود دارد، و افراد مبتلا به سرطان، در مقیاس تیپ C نمرات بالاتری نسبت به افراد سالم کسب کرده‌اند (تأیید فرضیه ۳).

جدول (۴) آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل واریانس چندگانه راهبردهای مقابله‌ای

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری
لامبدای ویلکز	۲۹/۹۱	۱۶۷/۵۱	۲	۹۷	۰/۰۰۰

نتایج به دست آمده از آزمون لامبدای ویلکز ($F(۲, ۹۷) = ۱۶۷/۵۱$ و $P<0/01$) برای متغیر راهبردهای مقابله‌ای، از آن جهت که معنی‌دار است نتایج قابل اطمینانی است و نشان دهنده تطابق لازم بین متغیرهاست، از همین رو روش آماری مانوا جهت تحلیل فرضیه‌های ۴ و ۵ استفاده شد که نتایج در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

جدول (۵) نتایج تحلیل واریانس چندگانه تفاوت نمرات راهبردهای مقابله‌ای در افراد سالم و بیمار

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
گروه	راهبردهیجان مدار	۴۵۳۹/۱۴	۱	۴۵۳۹/۱۴	۴۷/۳۹	۰/۰۰۰
	راهبرد مسأله مدار	۵۱/۶۲	۱	۵۱/۶۲	۰/۵۸	۰/۴۳۳
خطا	راهبردهیجان مدار	۹۳۸۶/۴۴	۹۸	۹۵/۷۸		
	راهبرد مسأله مدار	۹۲۲۸/۶۶	۹۸	۹۴/۱۷		

نتایج به دست آمده در جدول ۵ نشان می‌دهد که بین دو گروه بیمار و سالم در راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار (فرضیه ۴) با $F=47/39$ و $P<0/01$ تفاوت معنی‌دار وجود دارد و افراد بیمار در مقایسه با افراد سالم، بیشتر از راهبرد هیجان‌مدار استفاده می‌کنند

تأیید فرضیه ۴). اما بین دو گروه از لحاظ به کارگیری راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار (فرضیه ۵) با $F=0/58$ و $P<0/05$ تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

سؤال دوم پژوهش نیز با بهره‌گیری از روش تحلیل واریانس چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در جدول شماره ۶ میانگین و انحراف استاندارد انواع الگوهای مقابله‌ای در دو گروه بیمار و سالم ارائه شده است. جدول شماره ۷ نتایج حاصل از آزمون لامبدای ویلکز را نشان می‌دهد.

جدول (۶) میانگین و انحراف استاندارد دو گروه بیمار و سالم در انواع الگوهای مقابله‌ای

متغیر	گروه/مقیاس		بیمار		سالم	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
جستجوی حمایت اجتماعی	۱۳/۷۳	۳/۸۰	۱۳/۶۸	۳/۴۹		
دوری‌گزینی یا فاصله‌گیری	۱۴/۱۲	۴/۱۲	۹/۵۴	۲/۰۹		
مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی شده	۹/۷۸	۲/۹۸	۱۴/۰۸	۲/۸۲		
ارزیابی مجدد مثبت	۱۲/۸۲	۳/۲۱	۱۳/۲۷	۳/۳۲		
مسئولیت‌پذیری	۸/۱۶	۱/۲۷	۸/۳۹	۱/۴۸		
مقابله رویارویی	۱۳/۹۷	۳/۰۸	۸/۰۷	۱/۱۷		
فرار - اجتناب	۱۴/۴۹	۴/۳۴	۹/۷۸	۲/۰۶		
خویشتنداری	۱۵/۶۲	۴/۸۷	۱۲/۳۲	۳/۲۹		

جدول (۷) آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل واریانس چندگانه انواع الگوهای مقابله‌ای

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری
لامبدای ویلکز	۰/۵۱	۱۰/۹۳	۸	۹۱	۰/۰۰۰

نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که بین دو گروه، حداقل در یکی از انواع الگوهای مقابله‌ای تفاوت معنی‌دار ($F(91, 8) = 10/93$ و $P = 0/01$) وجود دارد. از همین رو جهت تحلیل سؤال دوم پژوهش نیز از روش آماری مانوا استفاده شد که نتایج در جدول شماره ۸ ارائه شده است.

جدول (۸) اثرات بین گروه‌ها

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری
گروه	جستجوی حمایت اجتماعی	۷۸/۴۱	۱	۷۸/۴۱	۰/۷۱	۰/۸۳۵
	دوری‌گزینی یا فاصله‌گیری	۱۳۴/۵۶	۱	۱۳۴/۵۶	۱۵/۰۱	۰/۰۴۵
	مسأله‌گشایی برنامه‌ریزی شده	۲۴۰/۶۱	۱	۲۴۰/۶۱	۲/۶۳	۰/۰۳۸
	ارزیابی مجدد مثبت	۴۹	۱	۴۹	۰/۴۶	۰/۴۹۷
	مسئولیت‌پذیری	۸۹/۴۲	۱	۸۹/۴۲	۰/۹۰	۰/۶۲۵
	مقابله رویارویی	۲۴۹/۸۹	۱	۲۴۹/۸۹	۳/۰۷	۰/۰۲۷
	فرار-اجتناب	۳۶۸/۶۴	۱	۳۶۸/۶۴	۴/۴۳	۰/۰۳۸
	خویشتنداری	۴۳۱/۵۶	۱	۴۳۱/۵۶	۲۵/۸۲	۰/۰۴۴
خطا	جستجوی حمایت اجتماعی	۱۰۸۰۴/۵۰	۹۸	۱۱۰/۲۵		
	دوری‌گزینی یا فاصله‌گیری	۸۷۸/۰۸	۹۸	۸/۹۶		
	مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی شده	۸۹۵۷/۲۰	۹۸	۹۱/۴۰		
	ارزیابی مجدد مثبت	۱۰۴۳۸/۹۶	۹۸	۱۰۶/۵۱		
	مسئولیت‌پذیری	۹۷۳۶/۳۰	۹۸	۹۹/۳۵		
	مقابله رویارویی	۷۹۵۸/۳۶	۹۸	۸۱/۲۰		
	فرار-اجتناب	۸۱۵۴/۵۸	۹۸	۸۳/۲۱		
	خویشتنداری	۱۶۳۷/۵۸	۹۸	۱۶/۷۱		

اطلاعات مندرج در جداول شماره ۶ و ۸ نشان می‌دهد که بین دو گروه در الگوهای مقابله‌ای دوری‌گزینی ($F=15/01$ و $P<0/05$)، فرار-اجتناب ($F=4/43$ و $P<0/05$)، خویشتنداری ($F=25/82$ و $P<0/05$)، رویارویی ($F=3/07$ و $P<0/05$)، و مسأله‌گشایی

برنامه‌ریزی شده ($F=2/63$ و $P<0/05$)، تفاوت معنی‌دار وجود دارد و گروه بیمار در الگوهای دوری‌گزینی، فرار - اجتناب، خویش‌تنداری و رویارویی در سطح بالاتری از گروه سالم و گروه سالم در الگوی مسأله‌گشایی برنامه‌ریزی شده در سطح بالاتری از گروه بیمار قرار دارد. اما بین دو گروه در الگوهای جستجوی حمایت اجتماعی، ارزیابی مجدد مثبت و مسئولیت‌پذیری تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($P<0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های آیزنک (۱۹۹۰)؛ فراریو، زوتی و ماسارا (۲۰۰۳) و کوارتانا و زاکوسکی (۲۰۰۵)، نشان داد که گروه بیمار در بعد شخصیتی روان‌آزرده‌گرایی نمره بالاتری از گروه سالم به دست آوردند که این یافته مغایر با نتایج بررسی‌های ناکایا (۲۰۰۳) و آملانگ، هاسلباچ و استورمر (۲۰۰۴) می‌باشد. افرادی که روان‌آزرده‌گرایی بالایی دارند از یک سو حوادث استرس‌زای بیشتری را تجربه می‌کنند (بولگر و شیلینگ، ۱۹۹۱؛ سالس، گرین و هلیس، ۱۹۹۸) و از سوی دیگر، صرف‌نظر از سطح استرس، برای تجربه هیجان‌های منفی چون اضطراب، افسردگی، احساس گناه، درماندگی و ... که در نظریه آیزنک به عنوان صفات اصلی در عامل روان‌آزرده‌گرایی طبقه‌بندی شده‌اند مستعد هستند (بولگر و شیلینگ، ۱۹۹۱؛ واتسون و کلارک، ۱۹۸۴). هیجان‌ها نقش حیاتی در کارکرد سیستم ایمنی بدن بازی می‌کنند (بیوندی و پانچر، ۱۹۹۵؛ لئونارد، ۱۹۹۵). برخی رخدادهای استرس‌زا با یک بحران آغاز می‌شوند اما پیامدهای هیجانی آنها، برای مدتی به سرکوب فرایندهای ایمنی بدن ادامه می‌دهند. میزان تغییرات، بسته به شدت، مدت و نوع رخداد فرق می‌کند. رخدادهای تکان‌دهنده، طولانی‌مدت و میان‌فردی، باعث ایجاد تغییرات عمیق در سیستم ایمنی و متعاقب آن بروز بیماری (از جمله سرطان) می‌شوند (مارسلند^۱ و همکاران، ۱۹۹۵).

1- Marsland

یافته دیگر پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به سرطان درون‌گراتر از افراد سالم هستند که این یافته پژوهش با نتایج پژوهش‌های آیزنک (۱۹۹۰) و بشیرپور (۱۳۸۶) همسو بوده و مغایر با یافته‌های ناکایا (۲۰۰۳) و آملانگ، هاسلباچ و استورمر (۲۰۰۴) می‌باشد. به نظر می‌رسد تبیین احتمالی این یافته مربوط به این واقعیت باشد که درون‌گراها جامعه طلب نبوده و روابط اجتماعی قوی‌ای با دیگران برقرار نمی‌کنند، آنها اغلب تنهایی را به ارتباط با دیگران ترجیح می‌دهند در حالی که برون‌گرایی جنبه‌ای از شخصیت است که همواره با ویژگی‌هایی مانند مردم‌آمیزی، پیش‌قدمی و شادخویی همراه می‌باشد (کاویانی، ۱۳۸۲). افرادی که دارای این صفات هستند راحت‌تر دیگران را جذب می‌کنند و دارای مهارت‌های اجتماعی بالاتری می‌باشند و در نتیجه احساس تنهایی نمی‌کنند و مهم‌تر از همه دارای شبکه حمایت اجتماعی بالاتری هستند. احتمالاً "درون‌گراها به دلیل ویژگی‌های متضاد با برون‌گرایی از شبکه حمایت اجتماعی ضعیف‌تری برخوردارند، دوستان کمتری دارند، کمتر محبوب دیگرانند و در مشکلات روزمره زندگی به دلایل فوق احساس استرس بیشتری می‌کنند که خود می‌تواند زمینه‌ساز ابتلا به سرطان باشد. تبیین احتمالی دیگر مربوط به ویژگی فقدان بیان‌گری و یا حداقل ضعف افراد درون‌گرا در این زمینه است. افراد درون‌گرا به مراتب کمتر از برون‌گراها قدرت بیان‌گری و اظهار ناراحتی‌ها و هیجانات درونی خود را دارند و به همین دلیل بیشتر مستعد ابتلا به سرطان هستند (آیزنک و کوپر، ۱۹۸۸).

پژوهش حاضر همچنین نشان داد که افراد مبتلا به سرطان در تیپ C نمرات بالاتری نسبت به افراد سالم به دست آورده‌اند. این یافته پژوهش با نتایج بررسی‌های توماس (۱۹۷۶) و بیکن، رنکر و کاتلر (۱۹۷۳) (به نقل از گارسن، ۲۰۰۴) و یکل (۱۳۸۳) همسو می‌باشد. تبیین احتمالی مربوط به تأیید رابطه تیپ C با ابتلا به سرطان، مربوط به افزایش هورمون آدرنوکورتیکال است که در اثر ممانعت از ابراز

هیجان ایجاد می‌شود. افرادی که هیجانات خود را به جای آنکه آشکار سازند، سرکوب می‌نمایند، استعداد ترشح سطوح بالایی از آدرنوکورتیکال یا هورمون‌های استرس دارند. احتمالاً "چنین هورمون‌هایی تأثیر منع‌کننده بر دفاع‌های ایمن‌سازی بدن دارند. پایین بودن این دفاع‌ها ممکن است ابتلا به بیماری‌های مختلف و از جمله سرطان را تسریع نماید (به نقل از آزاد، ۱۳۷۴).

در زمینه راهبردهای مقابله‌ای نیز پژوهش حاضر نشان داد که افراد مبتلا به سرطان در راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار نمرات بالاتری از افراد سالم به دست آورده‌اند که این یافته حاکی از آن است که مبتلایان به سرطان بیشتر از گروه سالم از مقابله‌های هیجان‌مدار استفاده می‌کنند و به جای تمرکز بر مشکل و حل آن بیشتر در پی آن هستند تا پیامدهای هیجان‌های منفی عامل استرس‌زا را مهار کنند، این افراد تحت تأثیر این راهبرد به جای مقابله، از کنار مشکلات رد می‌شوند (کلینکه، ۱۳۸۱)، کمتر در صدد جلب حمایت‌های اجتماعی‌اند، کمتر مشکل را تعریف می‌کنند، توانایی کمتری در یافتن راه‌حل‌های منعطف دارند و به قول لازاروس و همکاران (۱۹۸۴)؛ به نقل از ارجی، (۱۳۸۷) قبل از عمل کردن، کمتر به ارزیابی سود و زیان راه‌حل‌های موجود می‌پردازند و کمتر در صدد اکتساب اطلاعات و جلب حمایت هیجانی دیگران برمی‌آیند. این یافته پژوهش با نتایج پژوهش‌های رینولدز (۲۰۰۰)؛ رنسام و همکاران (۲۰۰۵) و آقاجانی (۱۳۷۶) همسو بوده و مغایر با نتایج بررسی‌های پتیکرو و همکاران (۲۰۰۲) می‌باشد. نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه سالم از لحاظ به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این نتیجه بیان می‌دارد که هر دو گروه به‌طور یکسان از راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار استفاده می‌کنند یعنی به خود مسأله یا موقعیت متمرکز می‌شوند. این یافته را می‌توان چنین تبیین کرد: چون دو گروه در سطح تحصیلات هم‌تا شدند و تقریباً تحصیلات آنها پایین بود، و از آنجائی که براساس پژوهش‌های موجود (زیدنر^۱ و اندلر^۲،

1- Zeidner

2- Endler

۱۹۹۶) افراد با تحصیلات پایین، از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی بیشتر استفاده می‌کنند، بین دو گروه تفاوت معنی‌داری در راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار مشاهده نشد.

تجزیه و تحلیل سؤال اول پژوهش نشان داد که بین دو گروه بیماران مبتلا به سرطان و افراد غیربیمار از لحاظ بعد روان‌پیش‌گرایی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. متأسفانه هیچ پژوهشی در این حیطه یافت نشد. شاید بتوان این یافته را از طریق تأثیری که بر روابط اجتماعی فرد می‌گذارد تبیین کرد. اجتماعی شدن مفهومی است که افراد با نمره P بالا با آن نسبتاً غریبه‌اند (کاوایانی، ۱۳۸۲). به دلیل روابط اجتماعی محدود این افراد با دیگران ممکن است شبکه حمایتی فرد کاهش یابد که این به نوبه خود می‌تواند با افزایش استرس همراه گردد.

نتایج پژوهش حاضر در زمینه تفاوت بین دو گروه از لحاظ الگوهای مختلف راهبردهای مقابله‌ای نشان داد که بیماران مبتلا به سرطان در الگوهای مقابله‌ای دوری‌گزینی یا فاصله‌گیری، فرار-اجتناب و خویش‌تنداری، در سطح بالاتری از افراد سالم قرار دارند که این نتایج حاکی از آن است که این افراد به جای مقابله با مشکل، با اجتناب شناختی (دوری‌گزینی) و رفتاری (فرار-اجتناب) و ممانعت از ابراز عواطف و احساسات (خویش‌تنداری)، با مشکل برخورد می‌کنند، یا از کنار آن رد می‌شوند (کلینکه، ۱۳۸۱) که اینگونه الگوهای مقابله‌ای، هیجان‌های منفی عامل استرس‌زا را کاهش می‌دهند و در کوتاه مدت برای کاهش تنش مؤثرند، اما در دراز مدت مشکلات ثانوی بوجود می‌آورند (مثل بیماری‌های قلبی، سرطان و ...). این مشکلات، اثرات بلندمدت راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد هستند. این الگوهای مقابله‌ای در پژوهش‌ها به صورت مجزا بررسی نشده‌اند اما چون زیر مؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار هستند و پژوهش‌ها نشان داده‌اند که راهبردهای هیجان‌مدار در بین افراد مبتلا به سرطان بیشتر از راهبردهای مسأله‌مدار استفاده می‌شوند (رینولدز و همکاران، ۲۰۰۰؛ رنسام و همکاران،

۲۰۰۵؛ و آفاجانی (۱۳۷۶)، می‌توان نتیجه گرفت که این الگوها نیز در افراد مبتلا به سرطان، بیشتر از گروه سالم است. همچنین این پژوهش نشان داد که الگوی مقابله‌ای مسأله‌گشایی برنامه‌ریزی شده در بین افراد سالم بیشتر از گروه بیمار می‌باشد. مسأله‌گشایی برنامه‌ریزی شده، مجموعه افکار و کوشش‌های سنجیده و متمرکز بر مشکل است که با بکارگیری رویکردهای تحلیل‌گرایانه برای مشکل‌گشایی توأم می‌باشد، بنابراین این الگوی مقابله‌ای در حل مشکل، متمرکز بر موقعیت و واقعیت است و احتمالاً از بروز تنش و تجربه هیجان‌های منفی به هنگام مقابله با رویدادهای تنش‌زا، بازداری می‌کند (رینولدز و همکاران، ۲۰۰۰). بین دو گروه در الگوهای جستجوی حمایت‌های اجتماعی، مقابله رویارویی، ارزیابی مجدد مثبت و مسئولیت‌پذیری تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد. که مغایر با نتایج پژوهش‌های پیشین است (رینولدز و همکاران، ۲۰۰۰؛ رنسام و همکاران، ۲۰۰۵). به نظر می‌رسد تضاد با اکثر یافته‌های قبلی در پژوهش حاضر ناشی از این باشد که دو گروه در سطح تحصیلات هم‌تا شدند و تقریباً تحصیلات آنها پایین بود، و از آنجائی که براساس پژوهش‌های موجود (زیدنر و اندلر، ۱۹۹۶) افراد با تحصیلات پایین، از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی بیشتر استفاده می‌کنند، بین دو گروه تفاوت معنی‌داری در الگوهای مربوط به راهبردهای مسأله‌مدار مشاهده نشد.

محدودیت‌های جامعه آماری پژوهش و نوع پژوهش، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت‌شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کنند که باید در نظر گرفته شوند. به علاوه، مشکلات احتمالی مربوط به اعتبار ابزار مورد استفاده در این پژوهش را نیز نباید از نظر دور داشت.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله : ۸۷/۰۵/۲۸
تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۸۷/۰۷/۲۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۸۷/۰۹/۰۴

References

منابع

- آزاد، حسین (۱۳۷۴). سمینار استرس و بیماری‌های روانی. تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.
- آقاجانی، سیفا... (۱۳۷۶). بررسی ارتباط بین تیپ شخصیتی مستعد سرطان با راهبردهای مقابله با استرس در دانشجویان دانشگاه‌های اردبیل. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده علوم انسانی دانشگاه تربیت مدرس.
- ارجی، اکرم (۱۳۸۷). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی، هیجان‌خواهی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران HIV مثبت معتاد و گروه بهنجار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز.
- بخشی‌پور رودسری، عباس؛ باقریان خسروشاهی، صنم (۱۳۸۵). ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تجدیدنظر شده شخصیت آیزنک-فرم کوتاه (EPQ-RS)، دو فصلنامه انجمن روانشناسی ایران، دوره اول، شماره ۲.
- بدری‌گرگری، رحیم (۱۳۷۴). سندروم روانشناختی فرسودگی شغلی و مکانیزم‌های مقابله‌ای. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس تهران.
- بشیری‌پور، خدیجه (۱۳۸۶). بررسی مقایسه‌ای ویژگی‌های شخصیتی، میزان استرس و افسردگی در افراد مبتلا به سرطان و عادی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز.
- سریع‌القدم، زهرا (۱۳۸۴). مقایسه ابعاد شخصیتی سه‌گانه معتادین مرد خود معرف سازمان بهزیستی شهرستان تبریز و افراد بهنجار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تبریز.

فلچر، بن (۱۳۸۱). کار، فشار روانی، بیماری و امید به زندگی. ترجمه: ابوالقاسم نوری و عباسعلی پورخاقان. اصفهان: انتشارات دانشگاه اصفهان.

کاویانی، حسین (۱۳۸۲). نظریه های زیستی شخصیت. تهران: انتشارات سنا.

کلینکه، کریس. ال (۱۳۸۱). مهارت های زندگی. ترجمه: شهرام محمدخانی. تهران: انتشارات اسپندهنر.

منشئی، غلامرضا (۱۳۷۶). روانشناسی تندرستی. اصفهان: انتشارات غزل.

یزدان دوست، زهرا؛ ملکی، هما؛ حسینی، زینب و پیشگاه، طاهر (۱۳۷۷). تأثیر استرس بر سیستم بدن و ایجاد بیماری های عفونی. فصلنامه دانشکده های پرستاری و مامائی استان گیلان، شماره های ۲۶ و ۲۷.

یکله، معصومه (۱۳۸۳). رابطه ویژگی های شخصیتی تیپ C، استرس و شیوه های مقابله در زنان مبتلا به سرطان سینه و عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تربیت معلم تهران.

Amelang, M., Hasselbach, P., Sturmuer, T. (2004). Personality, Cardiovascular Disease, and Cancer; First Results the Heidelberg Cohort Study of the Elderly. *Journal of Psycho-oncology*, 12, 102-115.

Biondi, M., & Pancher, P. (1995). *Clinical Research Strategies in Psychoimmunology*. A Review of 46 Human Research Studies (1972-1992). New York: Wiley.

Bolger, N., Schilling, E.A. (1991). Personality and the Problems of Everyday Life: The Role of Neuroticism in Exposure and Reactivity to Daily Stressors. *Journal of Personality*, 59, 355-386.

Cooper, M.L. Agocha, V.B., & Sheldon, M.S. (2000). A Motivation Perspective on Risky Behavior: The Role of Personality and Affect Regulatory Process. *Journal of Personality*, 68, 1059-1088.

Dunn, A.J. (1995). *Psychoneuroimmunology: Introduction and General Perspectives*. New York: Wiley.

- Eysenk, H.J. (1990). Personality and Stress as a Causal Factors in Cancer and Coronary Heart Disease. *Journal of Behavior Research*, 45, 877- 991.
- Eysenk, H.J., & Cooper, C.L. (1988). Cancer, Personality and Stress. *Journal of PSychosomatic Research*, 46, 769-787.
- Ferrario, S.R., Zotti, A.M., & Massara, G. (2003). A Comparative Assessment of Psychological and Psuchosocial Characterstics of Cancer Patients and Desir Caregivers. *Journal of Psycho- Onchology*, 12, 1-7.
- Garssen, B. (2004). Psychological Factors and Cancer Development: Evidence After 30 Years of Research. *Journal of Clinical Psychology Reviw*, 24, 315-338.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1985). *Coping and Adaptation*. Mwdicine. Gilford Press.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *The Concept of Coping in Stress, Appraisal, and Coping*. New York. Spinger.
- Leonard, B.E. (1995). *Stress and the Immune System*. New York: Wiley.
- Levy, S.M., & Heiden, L. (1991). Depression, Distress, and Immunity: Risk Factors for Infectious Disease. *The Journal of Stress Medicine*, 7, 45-51.
- Marsland, A.L., Manuck, S.B., Fazzari, T.V., & Rabin, B.S. (1995). Stability of Individual Differences in Cellular Immune Responses to Aacute Psychological Stress. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 57, 295- 298.
- Nakaya, N. (2003). Personality and the Risk of Cancer. *Journal of National Cancer Institute*, 95, 799-821.
- Petticrew, M. (2002). Influence of Psychological Coping on Survival and Recurrence in People with Cancer: Systematic Review. *Journal of Behavioral Medicine*, 9, 325- 33.
- Quartana, P.J., & Zakowski, S.G. (2005). Gender, Neuroticism, and Emotional Expressivity. *Journa of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 769-776.
- Ransom, S., Jacobsen, P., Schmidit, J.E., & Andrykowski, M.A. (2005). Relationship of Problem-focused Coping Strategies to Changes in

- Quality of Life Following Treatment for Early Stage Breast Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 3, 243-253.
- Reynolds, P., Susan, H., Myriam, T., James, J., Peggy, B., & Boyd, V.W. (2000). Use of Coping Strategies and Breast Cancer Survival: Results from the Black/White Cancer Survival Study. *American Journal of Epidemiology*, 10, 940-949.
- Suls, J., Green, P., & Hillis, S. (1998). *Emotional Reactivity to Everyday Problems, Affective Inertia, and Neuroticism*. *Journal of Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 127-136.
- Watson, D., & Clark, L.A. (1992). On Traits and Temperament: General and Specific Factors of Emotional Experience and Their Relation to the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, 60, 441- 476.
- Watson, D., & Clark, L.A., & Carey, G. (1988). Positive and Negative Affectivity and Their Relation to Anxiety and Depression Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346- 353.
- Watson, D., & Hubbard, B. (1996). Adaptational Style and Dispositional Structure: Coping in the Context of the Five-factor Model. *Journal of Personality*, 64, 737-774.
- Zautra, A.J., Okun, M.A., Robinson, S.E., Lee, D., Roth, S.H., & Emmanuel, J. (1999). *Life Stress and Lymphocyte Alterations Among Patients with Rheumatoid Arthritis*. *Journal of Health Psychology*, 8, 1-14.
- Zeidner, R.S., & Endler, N.S. (1996). *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. John Wiley. Sons, Inc.