مقاله پژوهشی

مقایسه ویژگی‌های شخصیتی، میزان تنیدگی روانی و افسردگی در افراد مبتلا به سرطان و افراد عادی

دکتر زینب خانجانی*[۱]، خدیجه بشیرپور [۲]، جعفر بهادری خسروشاهی[۳]

تاریخ دریافت: 1391/08/24 تاریخ پذیرش: 1391/10/11

چکیده

پیش زمینه و هدف: سرطان یکی از بیماری‌هایی است که عوامل مختلفی در آن نقش دارند که در این میان ویژگی‌های شخصیتی، میزان تنیدگی روانی و افسردگی از عوامل مهم آن می‌باشند؛ لذا هدف پژوهش حاضر مقایسه ویژگی‌های شخصیتی، میزان تنیدگی روانی و افسردگی در افراد مبتلا به سرطان و افراد عادی بود.

مواد و روش کار: این پژوهش از نوع توصیفی علی مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران سرطانی بستری شده در بیمارستان شهید قاضی و بخش سرطانی بیمارستان عالی نسب شهر تبریز بودند و گروه کنترل نیز افراد سالم را شامل می‌شد که از بین کارکنان و معلمان آموزش و پرورش و کارکنان اداره مخابرات از طریق همتاسازی با گروه بیماران انتخاب شدند. نمونه پژوهش نیز شامل ۱۱۱ نفر بود که از این تعداد ۵۵ نفر مبتلا به سرطان و ۵۶ نفر افراد سالم بودند. همچنین برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه جمعیت شناختی محقق ساخته، آزمون ارزیابی تیپ C، آزمون شخصیتی آیزنگ، مقیاس رویدادهای زندگی و پرسشنامه افسردگی زونگ استفاده شد. برای تجزیه تحلیل داده‌ها نیز از روش‌های آماری توصیفی و تحلیل آزمون t استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بیماران مبتلا به سرطان نسبت به افراد سالم در معرض استرس شدیدتری قرار داشتند. همچنین این بیماران در عامل برون گرایی، نمرات پایین‌تر و در عامل روان‌نژندگرایی و در تیپ C نمرات بالاتری نسبت به افراد سالم به دست آوردند. از سویی میزان افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان، بیشتر از افراد سالم بود.

نتیجه گیری: بر اساس یافته‌ها، می‌توان اظهار داشت که ویژگی شخصیتی روان نژندگرایی، رویدادهای استرس‌زای زندگی و افسردگی به عنوان عامل موثر و خطرناک در بروز سرطان‌ها محسوب می‌شوند؛ لذا تلاش جهت کاهش این ویژگی شخصیتی و مواجهه مناسب و منطقی با استرس‌های زندگی و افسردگی ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: ویژگی شخصیتی، تنیدگی روانی، افسردگی، سرطان

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و سوم، شماره ششم، ص ۶۲۷-۶۱۹، بهمن و اسفند ۱۳۹۱

آدرس مکاتبه: آذربایجان شرقی، شهرستان ایلخچی، خیابان ۱۷ شهریور، کوچه اطلس تلفن تماس: ۰۹۱۴۱۰۱۶۴۲۵

Email: jafar. b2010@yahoo.com

مقدمه

علی‌رغم پیشرفت‌های قابل توجه علم پزشکی، همچنان سرطان به عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلب و عروق مطرح است. این بیماری با تغییر شکل غیرطبیعی سلول‌ها و از دست رفتن تمایز سلولی مشخص می‌شود (۱). سرطان به عنوان یک بیماری فلج کننده و صعب‌العلاج در جامعه تلقی می‌شود و فرد متعاقب تشخیص آن دچار اضطراب و افسردگی ناشی از ترس غیر واقعی از مرگ و کاهش انرژی اجتماعی می‌گردد، به طوری که ضرورت بستری مکرر و نگرانی‌های مداوم برای بیماران و خانواده‌های آن‌ها، فرد را به سمت و سوی اختلالات روانی می‌کشاند (۲).

سرطان به طور بالقوه بیماری تهدیدکننده حیات است که اختلالات قابل توجهی برای بیماران در تمام ابعاد زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی ایجاد می‌کند (۳). سرطان به خاطر ارتباطش با ایزوله اجتماعی و مرگ به عنوان یک پدیده اجتماعی شناخته شده است (۴).

[۱] دانشیار و عضو هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول)

[۲] کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه تبریز

[۳] کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه تبریز

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

همچنین بیماری سرطان عملکردهای روزانه، فعالیت‌های اجتماعی را دچار نابسامانی می‌کند (۵). توانایی افراد برای انجام نقش‌های معمول و مسئولیت‌ها را تغییر می‌دهد و نقش‌های جدیدی به وجود می‌آورد. نحوه ارتباط بیماران با همسر، فرزندان، والدین، همکاران، خواهر، برادر و دوستان مانند گذشته نیست. این روابط تغییر یافته به صورت جدایی، افزایش توجه و محبت یا دوری گزیدن و فاصله گرفتن نمایان می‌شود. تحقیقات بسیاری در مورد علل بروز سرطان و افزایش آمار آن با رشد جمعیت انجام شده است. بر اساس نتایج این تحقیقات، فاکتورهایی از قبیل جنس، سن، نژاد، سبک زندگی و عادات غذایی در بروز سرطان موثرند (۶).

در سبب‌شناسی سرطان دیدگاه‌های مختلفی وجود دارد، در یک پژوهش مشخص شد سرطان نتیجه جهش‌های رو به افزایشی است که DNA سلول دست‌کاری می‌کند و این عمل باعث می‌شود که پروتئین‌های ویژه‌ای که توسط این ژن‌های وابسته به سرطان در این مناطق کدگذاری می‌شوند، تغییر بیابند (۷). علاوه بر یافته‌های بیولوژیکی، پژوهش‌های مختلف نیز نشان داده‌اند که بیماری سرطان با برخی از ویژگی‌های شخصیتی رابطه دارد و شخصیت ممکن است در شکل‌گیری بروز سرطان تأثیر داشته باشد (۸). شخصیت، مجموعه‌ی سازمان یافته و واحدی است متشکل از خصوصیات نسبتاً ثابت و با دوام که بر روی هم یک فرد را از افراد دیگر متمایز می‌سازد. نظریه پنج عاملی شخصیت که به پنج عامل بزرگ نیز معروف است از سوی دو روان شناس به نام کاستا و مک کری در اواخر دهه ۸۰ میلادی ارایه شد و در اوایل دهه ۹۰ مورد ارزیابی مجدد قرار گرفت. پنج عامل اصلی یا بزرگ عبارتند از: روان نژندگرایی که از شدت تعلق فرد به یک گروه خاص و تعصب داشتن در این امر که به خشم، کینه، رفتارهای تکانشی و آسیب پذیری از استرس ناشی می‌شود، برونگرایی هیجان‌خواهی و تمایل به داشتن روابط با دوستان و دنیای بیرونی است، تجربه پذیری داشتن تحمل برای اندیشه‌های نو، راه‌های تازه انجام امور و پذیرش تجربه جدید، همسازی اتفاق نظر در انجام کارها، اتحاد و همبستگی با یکدیگر و موافقت و سازگاری با دیگران در انجام امور، وظیفه شناسی مثبت و با اراده بودن، داشتن احساس مسئولیت، اصولی بودن، دارای دقت عمل و پایبند بودن به اصول اخلاقی (۹).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماران سرطانی دارای ویژگی‌هایی چون انکار و سرکوب هیجانات به خصوص خشم، تسلیم ناپذیری، عدم اظهار وجود و دفاعی بودن هستند (۱۰). آیزنک و کوپر[1] در پژوهشی که بیماران سرطانی با افراد سالم مقایسه شده بودند گزارش کردند که بیماران سرطانی نمره‌ی نوروزگرایی و درون‌گرایی بالایی دارند (۱۱). در پژوهشی که آملنگ[2] و همکاران (۲۰۰۴) در مورد شخصیت، بیماری قلبی- عروقی و سرطان انجام دادند، نتایج نشان داد که بیماری قلبی عروقی به طور معنی‌داری توسط فاکتورهای شخصیتی «نااستواری هیجانی»، «کنترل رفتاری»، «رفتار تیپ A» پیش بینی می‌شود، اما سرطان توسط هیچ یک از فاکتورهای شخصیتی پیش بینی نمی‌شود (۱۲). پژوهش هالی[3] (۲۰۰۴) در اندونزی نشان داد که بین روان نژندگرایی و احتمال ابتلا به سرطان رابطه‌ی مثبت و بین برون گرایی و تجربه‌پذیری و احتمال ابتلا به سرطان رابطه‌ی منفی به دست آمد (۱۳). در پژوهشی آینده‌نگر که به مدت هفت سال با عنوان این که آیا شخصیت در ابتلا به سرطان نقش دارد یا نه؟ به طول انجامید. نتایج نشان داد که هیچ ارتباطی بین فاکتورهای روان‌شناختی و زیر مقیاس شخصیتی با خطر سرطان وجود ندارد (۱۴). از طرفی ویژگی‌های شخصیتی پیش‌بینی کننده خوبی برای مدت زنده ماندن فرد پس از عمل در اثر ابتلا به سرطان است که از میان این ویژگی‌ها برون گرایی از قدرت پیش بینی بیشتری برخوردار است (۱۵).

همچنین نتایج تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که عوامل تنیدگی آور می‌تواند به عواملی از قبیل مرگ همسر، طلاق، مرگ یکی از اعضای نزدیک خانواده، بیماری و تغییرات شغلی اشاره دارد. استرس (رویدادهای منفی زندگی) به شرایط یا رویدادهایی گفته می‌شود که فرد در زندگی با آن‌ها روبرو می‌شود؛ ولی با امکانات و توانمندی‌های کنونی فرد هماهنگی ندارد، بنابراین دچار تعارض و کشمکش روانی می‌شود (۱۶). به عبارت دیگر، استرس مجموعه تغییرات انطباقی است که بدن فرد، برای کمک به او جهت تطبیق خود با انواع موقعیت‌های اجتماعی، سیاسی و محیطی ارائه می‌دهد (۱۷). از سویی با توجه به اینکه استرس امکان ابتلاء به عفونت‌های ویروسی را زیاد کرده و باعث کاهش ایمنی بدن می‌شود و از آنجایی که سیستم ایمنی بدن نقش مهمی در ایجاد سرطان دارد؛ بنابراین تنیدگی یا استرس باعث ایجاد سرطان در افراد می‌شود. به طوری که مطالعه وفائی نشان داده است که میانگین نمرات رویدادهای استرس‌زای بیماران مبتلا به سرطان خون بیش از نمرات گروه غیر مبتلا در طول یک سال قبل از بروز بیماریشان بوده است. این نکته بیان می‌دارد که استرس منجر به بروز رفتارهایی می‌شود که خطر سرطان را افزایش می‌دهند (۱۸). در مطالعه‌ای دیگر که ساریفانو[4] (۲۰۰۲) بیماران سرطانی را با افراد سالم مقایسه کرده بودند، نشان داد که بیماران مبتلا به سرطان،

[1] Eysenk & Cooper

[2] Amelang
[3] Hali
[4] Sarafino

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

حوادث فشارزای بیشتری را در یکی دو سال قبل از شروع علایم سرطان داشته‌اند (۱۹). همچنین نتایج لیلبرگ[1] و همکاران بر روی ۱۰۸۰۸ زن نشان داد که بین بروز سرطان پستان با عوامل استرس‌زای زندگی ارتباط وجود دارد، که در این میان نقش عواملی مثل طلاق، مرگ همسر، مرگ خویشاوند نزدیک یا دوست به عنوان عامل استرس زا مهم‌تر بوده است (۲۰).

یکی دیگر از عوامل روانی که تأثیر مستقیمی در بروز سرطان ندارد (در واقع علت اصلی آن نیست) بلکه ممکن است به صورت غیر مستقیم از راه تأثیر بر رفتار انسان، زمینه را برای ابتلاء به سرطان آماده می‌سازد، افسردگی است. افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است. افسردگی بیماری پر عارضه و ناتوان کننده‌ای است که شیوع آن در بیماران سرطانی بیشتر از جمعیت عمومی است (۲۱). افسردگی از جمله بیماری‌های خلقی است که با نشانه‌های خلق پایین، کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی اشتهایی، افکار مرگ و خودکشی، بی خوابی یا پرخوابی، کاهش قابل توجه وزن و اختلال عملکرد مشخص می‌شود (۲۲). مطالعات نشان داده‌اند که سرکوفتی، ناکامی و افسردگی معمولاً با افزایش بافت‌های سرطانی همراه است (۲۳). در مطالعه شکل[2] و همکاران (۱۹۸۹) که بر روی ۲۰۰ کارمند مرد میان سال اجرا شد، نتایج نشان داد که ۱۷ سال بعد تنها نمره افسردگی آزمون MMPI با افزایش خطر مرگ ناشی از سرطان همراه است (۲۴). در پژوهشی هاریس[3] (۲۰۰۳) بر روی ۵۰ نفر که ۲۷ نفر آن‌ها مبتلا به سرطان و ۲۳ نفر آن‌ها سالم بودند، انجام شد، نتایج نشان داد که افراد مبتلا به سرطان نسبت به گروه کنترل از اضطراب و افسردگی بالایی برخوردارند (۲۵). اسپیگل و دیویس[4] در مطالعه‌ای که در مورد افسردگی و سرطان انجام دادند، نتایج آن‌ها نشان داد که افسردگی و سرطان با هم رخ می‌دهند، یا به عبارتی دیگر، یکی از خصوصیات روانی افراد مبتلا به سرطان، افسردگی است (۲۶).

بنابراین چنانکه رابطه بین سرطان و استرس و ویژگی‌های خطرزای شخصیتی مانند ویژگی تیپ C مشخص و محرز گردید، می‌توان با افزایش آگاهی و اطلاع رسانی درست به افراد مستعد و انجام اقدامات مداخله گرانه بالینی مانند آموزش مهارت‌های مقابله با استرس و کاهش رفتارهای پر خطر و ترغیب مردم به تغییر سبک زندگی تا حد زیادی در کاهش احتمال ابتلاء به سرطان نقش موثری ایفا نمود. همچنین چنانکه چنین رابطه‌ای در آزمودنی‌های ایرانی آشکار گردد، می‌بایست در سطح برنامه‌ریزی‌های کلان کشور برای کاهش عوامل استرس زا و واکسینه کردن افراد در معرض خطر استرس، طرح‌های جامع و مدونی را تدارک دید. همچنین با توجه به وجود اهمیت عوامل روان‌شناختی در ایجاد سرطان در ایران تحقیقات اندکی اثرات متقابل و تعاملی بین این چند متغیر را بررسی کرده‌اند، در حالی که احتمال دارد این متغیرها به تنهایی اثر مهمی در سرطان نداشته باشند اما چنانکه در کنار هم قرار گیرند تأثیر یکدیگر را تشدید می‌نمایند؛ لذا به منظور رفع این کمبود در این زمینه، هدف پژوهش حاضر مقایسه ویژگی‌های شخصیتی، میزان تنیدگی روانی و افسردگی در افراد مبتلا به سرطان و افراد عادی بود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع پس رویدادی (علی مقایسه‌ای) بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران سرطانی بستری شده در شهر تبریز در مرداد تا آذر ماه سال ۱۳۸۹ بودند. نمونه پژوهش شامل ۶۰ نفر زن و مرد مبتلا به سرطان که تحصیلات دیپلم به بالا داشته و در طیف سنی ۲۰ تا ۵۰ سال می‌باشند و ۶۰ نفر افراد سالم که مبتلا به سرطان نبوده و در تمام متغیرهای (جنسیت، سن، میزان تحصیلات و تأهل) با گروه آزمایشی همتا شده‌اند. بنابراین آزمودنی‌های اولیه این پژوهش ۱۲۰ نفر بودند، اما به دلیل عدم همکاری تعداد ۹ نفر افت داشته که در نهایت تعداد آزمودنی‌های این پژوهش به ۱۱۱ نفر تقلیل یافته است و پژوهش بر روی این تعداد صورت گرفت. همچنین روش نمونه گیری در این پژوهش از نوع نمونه گیری در دسترس بود که کلیه بیماران سرطانی بستری شده در بیمارستان شهید قاضی و بخش سرطانی بیمارستان عالی نسب را شامل می‌شود و گروه کنترل نیز افراد سالم را شامل می‌شد که از بین کارکنان و معلمان آموزش و پرورش و کارکنان اداره مخابرات از طریق همتاسازی با گروه بیماران انتخاب شدند.

از سویی برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه جمعیت شناختی محقق ساخته استفاده شد. این پرسشنامه توسط محقق ساخته شده و اطلاعات جمعیت شناختی را که شامل مواردی از قبیل جنسیت، سن، وضعیت تأهل، شغل، نوع سرطان و سال ابتلا به سرطان را شامل می‌شد. آزمون ارزیابی تیپ C توسط آیزنگ و همکارانش (۲۷) بر اساس ویژگی‌های شخصیتی و استرس به نام پرسشنامه شخصیت- استرس ساخته شده است. این پرسشنامه بر اساس ویژگی‌های شخصیتی ۶ گروه را از هم متمایز می‌کند: تیپ سرطان، تیپ مستعد بیماری قلبی کرونری، تیپ افرادی که رفتارهای سایکوتیک نشان می‌دهند، تیپ افراد سالم که با رفتارهای خودمختار مشخص می‌شوند، تیپ افرادی که تمایلات

[1] Lillberg
[2] Shekelle
[3] Harris
[4] Spiegel &Davis

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

منطقی و غیر عاطفی نشان می‌دهند و مستعد افسردگی و سرطان هستند، تیپ که کاملاً ضد اجتماعی و مجرم هستند و مستعد اعتیاد دارویی هستند. این پرسشنامه شامل ۱۸۲ سؤال است که آزمودنی‌ها با بلی یا خیر به آن‌ها پاسخ می‌دهند. در این پژوهش از پرسشنامه شخصیت- استرس، قسمت مربوط به تیپ مستعد سرطان استفاده شده است. این تست شامل ۳۵ سؤال می‌باشد. در ضمن اگر فردی از بین ۳۵ سؤال به ۳- ۲ سؤال پاسخ مثبت دهد، نمره وی ۲ خواهد بود و یا اگر فردی از بین ۳۵ سؤال به ۱۸ سؤال یا بیشتر پاسخ مثبت دهد نمره وی ۱۰ خواهد بود. همچنین پس از نمره‌گذاری دو گروه مستعد سرطان و غیر مستعد سرطان تفکیک می‌شوند. همچنین در پژوهش حاضر نیز برای به دست آوردن پایایی این آزمون از روش بازآزمایی در فاصله زمانی ۱۵ روز انجام شد که پایایی ۰/۶۸ به دست آمد که از لحاظ آماری معنی‌دار بود. همچنین از آزمون شخصیتی آیزنگ نسخه اصلاح شده (۲۸) برای بررسی سه عامل نوروزگرایی، برون‌گرایی و روان‌پریشی استفاده شد. این آزمون دارای ۴۸ سؤال بود که ۱۲ سؤال آن مربوط به بعد روان‌پریشی، ۱۲ سؤال آن مربوط به بعد برون‌گرایی و ۱۲ سؤال نیز مربوط به بعد نوروز گرایی است. این پرسشنامه همچنین شامل یک مقیاس دروغ سنجی است که گرایش به خوب نمایی را می‌سنجد و ۱۲ سؤال بعد را شامل می‌شود. در پژوهش حاضر ضریب پایایی این پرسشنامه با روش بازآزمایی را در فاصله زمانی ۱۵ روز برای مقیاس N ۰/۹۱، مقیاس E ۰/۸۸ و مقیاس P ۰/۲۸ به دست آمد.

برای سنجش رویدادهای زندگی از پرسشنامه رویدادهای زندگی هولمز و راهه (مقیاس درجه بندی سازگاری مجدد اجتماعی) استفاده شد که شامل ۴۳ رویداد زندگی با شدتی از ۰ تا ۱۰۰ می‌باشد که بیشترین شدت متعلق به مرگ همسر و کمترین شدت مربوط به تخلفات کوچک قانونی است. این فهرست برای تعیین نوع، تعداد رویدادهای استرس زا و شدت استرس حاصل از تجربه رویدادهای استرس‌زای زندگی بکار رفت که به صورت سؤالات بسته دو گزینه‌ای بلی و خیر بود و بر اساس پاسخ مثبت یا منفی به این سؤالات نمره شدت هر یک از واحدهای پژوهش مشخص گشت و سپس طبق طبقه بندی موجود در این فهرست در یکی از چهار طبقه خیلی خفیف (۱۴۹-۰)، خفیف (۱۹۹-۱۵۰)، متوسط (۲۹۹-۲۰۰) و یا شدید ($^{+}$ ۳۰۰) قرار گرفتند. همچنین با بررسی تعداد جواب‌های مثبت داده شده به رویدادها، نوع و تعداد رویدادها در هر نمونه پژوهش معلوم گردید. این فهرست اولین بار توسط هولمز و راهه در سال ۱۹۶۷ در ۴۳ مورد تنظیم شده است که اعتبار علمی بالای ۹۰% را در بین گروه‌های مختلف به طور جداگانه و ۸۲% را در بین سفید پوستان و سیاه پوستان بدست آورده است (۲۹). پایایی این آزمون نیز با استفاده از روش بازآزمایی محاسبه گردید و همبستگی ۰/۹۵ به دست آمد.

همچنین از پرسش نامه مقیاس خود سنجی استاندارد افسردگی زونگ که شامل ۲۰ سؤال در مورد جنبه‌های مختلف خلق بود انجام گردید. امتیاز بندی وضعیت خلق در این تست عبارتند از: امتیاز کمتر از ۵۰ خلق طبیعی بدون آسیب‌شناسی روانی، ۵۹- ۵۰ افسردگی خفیف تا متوسط، ۶۹ – ۶۰ افسردگی متوسط تا آشکار و بیش از ۷۰ افسردگی شدید محسوب می‌شود. مقیاس خود سنجی زونگ برای سنجش کمی افسردگی به کار می‌رود. تست افسردگی زونگ یک ابزار استاندارد شده جهانی است که توسط ویلیام. ک. زونگ بر اساس یک تعریف علمی در سال ۱۹۶۵ انتشار یافت و تحقیقات متعددی در آمریکا و سایر کشورهای دنیا اعتبار و پایایی آن را توصیف کرده‌اند (۳۰). در این پژوهش نیز پایایی آزمون، تست افسردگی زونگ بر اساس روش بازآزمایی در فاصله زمانی ۱۵ روز، ۰/۹۲ به دست آمد.

از سویی بعد از تهیه پرسشنامه‌ها برای تجزیه تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (آزمون آماری تی مستقل) استفاده شده است.

یافته‌ها

جدول ۱ شاخص‌های آماری آزمودنی‌ها را در متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد.

جدول شماره (۱): میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد بررسی در پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
تیپ C	۸/۹۷	۱/۴۲	۵	۱۰
نوروزگرایی	۶/۵۱	۲/۶۷	۱	۱۲
برونگرایی	۷/۹۹	۲/۸۰	۱	۱۲
روان پریشی	۲/۸۳	۱/۶۲	۰	۱۰
تنیدگی روانی	۶۳/۶۹	۳۷/۵۱	۱۷	۲۳
افسردگی	۳۸/۹۲	۷/۳۴	۲۶	۷۰

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

با توجه به نتایج جدول ۱ تیپ C دارای میانگین ۸/۹۷ و انحراف استاندارد ۱/۴۲ است. همچنین میانگین نوروز گرایی ۶/۵۱ و انحراف استاندارد آن ۲/۶۷ می‌باشد. از سویی میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای برون گرایی و روان پریشی به ترتیب ۷/۹۹ و ۲/۸۰ و ۲/۸۳ و ۱/۶۲ می‌باشد. در تنیدگی روانی نیز میانگین نمرات ۶۳/۶۹ و انحراف استاندارد آن ۳۷/۵۱ است و توزیع دارای کشیدگی مثبت است. همچنین در افسردگی میانگین و انحراف استاندارد به ترتیب ۳۸/۹۲ و ۷/۳۴ می‌باشد.

همچنین به منظور بررسی مقایسه میانگین نمرات ویژگی‌های شخصیتی افراد سرطانی و افراد عادی از آزمون معنی‌داری t برای گروه‌های مستقل استفاده شد. نتایج در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول شماره (۲): نتایج آزمون t برای بررسی ویژگی‌های شخصیتی در افراد سرطانی و افراد عادی

متغیرها	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	T	سطح معنی‌داری
	افراد سرطانی	۵۵	۶/۷۸	۲/۶۰		
نوروزگرایی					۱/۰۴	۰/۲۹
	افراد سالم	۵۶	۶/۲۵	۲/۷۳		
	افراد سرطانی	۵۵	۶/۴۹	۲/۹۱		
برون گرایی					۲/۳۰	۰/۰۲
	افراد سالم	۵۶	۷/۶۹	۲/۵۸		
	افراد سرطانی	۵۵	۳/۱۴	۱/۸۴		
روان پریشی					۲/۰۱	۰/۰۴
	افراد سالم	۵۶	۲/۵۳	۱/۳۳		

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین دو گروه افراد سالم و بیماران سرطانی از لحاظ متغیر نوروز گرایی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در واقع در متغیر نوروز گرایی با توجه به t محاسبه شده (t =۱/۰۴) که در سطح (P =۰/۲۹) معنی‌دار نیست. این نشان می‌دهد که نمرات افراد سالم و بیماران سرطانی در نوروتیزم تفاوت چندانی با یکدیگر ندارند و تقریباً نمرات یکسانی را به دست آورده‌اند. همچنین مطابق با جدول ۲ بین دو گروه افراد سالم و بیماران سرطانی از لحاظ متغیر برون گرایی، مقدار t محاسبه شده (t =۲/۳۰) و در سطح (P =۰/۰۲) تفاوت معنی‌داری وجود دارد و با توجه به پایین بودن میانگین بیماران سرطانی در این متغیر نشان دهنده آن است که بیماران سرطانی از برون‌گرایی پایینی برخوردارند. از سویی بین دو گروه از لحاظ متغیر روان‌پریشی و با توجه به مقدار t محاسبه شده (t =۲/۰۱) و در سطح (P =۰/۰۴) تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ یعنی افراد مبتلا به سرطان در متغیر روان پریشی نمرات بالاتری نسبت به افراد سالم به دست آوردند و از روان پریشی بالایی برخوردارند.

همچنین به منظور بررسی مقایسه میانگین نمرات میزان تنیدگی روانی در بیماران سرطانی و افراد عادی از آزمون معنی‌داری tمستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ درج شده است.

جدول شماره (۳): نتایج آزمون t برای بررسی شدت استرس و تیپ C در افراد سرطانی و افراد عادی

متغیرها	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	T	سطح معنی‌داری
	افراد سرطانی	۵۵	۷۱/۰۵	۴۳/۳۲		
شدت استرس					۲/۰۷	۰/۰۴
	افراد سالم	۵۶	۵۶/۴۶	۲۹/۳۹		
	افراد سرطانی	۵۵	۹/۴۰	۱/۱۸		
تیپ C					۳/۲۵	۰/۰۰۲
	افراد سالم	۵۶	۸/۵۵	۱/۵۳		

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین دو گروه از لحاظ متغیر شدت استرس و با توجه به مقدار t محاسبه شده (t =۲/۰۷) و در سطح (P =۰/۰۴) تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ یعنی افراد مبتلا به سرطان استرس زیادی را چه در گذشته و چه در زمان حال تجربه کرده و می‌کنند که در مقایسه با افراد سالم تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین دو گروه از لحاظ تیپ C با توجه به مقدار t محاسبه شده (t =۳/۲۵) و در سطح (P =۰/۰۰۲) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. یعنی افراد سرطانی در تیپ C نمرات بالاتری را نسبت به افراد سالم کسب کرده‌اند.

از سویی به منظور بررسی مقایسه میانگین نمرات افسردگی در افراد سالم و بیماران سرطانی از آزمون معنی‌داری tمستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ درج شده است.

جدول شماره (۴): نتایج آزمون t برای بررسی افسردگی در افراد سرطانی و افراد عادی

متغیرها	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	T	سطح معنی‌داری
افسردگی	افراد سرطانی	۵۵	۴۰/۲۱	۸/۰۶	۱/۸۵	۰/۰۴
	افراد سالم	۵۶	۳۷/۶۶	۶/۳۸		

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین دو گروه از لحاظ متغیر افسردگی و با توجه به مقدار t محاسبه شده (t =۱/۸۵) و در سطح (P =۰/۰۴) تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ یعنی افراد افسرده در مقایسه با افراد غیر افسرده بیشتر در معرض ابتلاء به سرطان قرار دارند و از طرف دیگر افراد مبتلا به سرطان افسرده‌تر از افراد سالم هستند.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میزان استرس در افراد مبتلا به سرطان بیشتر از افراد عادی است که این یافته با نتایج پژوهش‌های ساریفانو (۱۹)؛ پئیسی[1] (۳۱)؛ هلگسون[2] (۳۲) همسو است. هلگسون و همکاران طی مطالعه ۵ ساله‌ای که بر روی ۴۶۲ زن سوئدی انجام دادند، به صورت ۲۴ ساعته رویدادهای استرس‌آور زندگی واحدهای مورد مطالعه را بررسی کردند. پس از ۵ سال، ۲۱۷ نفر به انواع سرطان‌ها مبتلا شده بودند. در افراد مبتلا به سرطان نمرات رویدادهای استرس‌آور زندگی به طور معنی‌داری بیشتر از افراد غیر مبتلا گزارش شده است (۳۲). در مورد رابطه بین استرس و سرطان مربوط به تغییرات رفتاری است که در اثر استرس در فرد ایجاد می‌شود و بر سلامتی او اثر می‌گذارد. در واقع افرادی که سطح بالایی از استرس را نشان می‌دهند، تمایل زیادی برای انجام رفتارهایی دارند که امکان بیمار شدن و آسیب دیدن آن‌ها را افزایش می‌دهد، به عنوان مثال استرس باعث افزایش مصرف سیگار، الکل و در مقابل کاهش تمرینات ورزشی می‌شود (۱۹). همچنین تبیین دیگر مربوط به تغییرات ایجاد شده در سیستم ایمنی بدن است. در واقع فشار روانی نامناسب در سیستم ایمنی بدن دخالت می‌کند و به این طریق به سلول‌های سرطانی که همیشه در بدن حضور دارند، اجازه رشد و تکثیر می‌دهد. از سویی وظیفه لنفوسیت‌ها یافتن و معدوم کردن سلول‌های بدخیم است. که در این میان استرس باعث می‌شود که توانایی لنفوسیت‌ها کاهش یابد و به این طریق امکان شکل‌گیری تومورهای سرطانی افزایش می‌یابد (۳۳). همچنین از دست دادن شغل، انزوای اجتماعی، مشکلات اقتصادی، صرف وقت زیاد برای شیمی درمانی و یا رادیوتراپی، هزینه‌های مربوط به درمان و عدم کارایی مطلوب از عوامل استرس‌زایی است که می‌تواند بیمار مبتلا به سرطان را مستعد اختلالات روانی کند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که بیماران سرطانی در متغیر تیپ C نمرات بالاتری را کسب می‌کنند که در تبیین این یافته فراریو و زوتی[3] نشان دادند که بیماران سرطانی اختلال‌های هیجانی بیشتری نسبت به مراقبانشان دارند و دارای سطوح بالاتری از خصومت و حالت‌های اضطرابی هستند (۳۴). در تبیین این یافته نیز می‌توان گفت که رابطه تیپ C با سرطان مربوط به افزایش هورمون آدنوکورتیکال است که در اثر ممانعت از ابراز هیجان ایجاد می‌شود. افرادی که هیجانات خود را به جای آنکه آشکارا ظاهر سازند، سرکوب می‌نمایند، استعداد سطوح بالایی از آدنوکورتیکال یا هورمون‌های استرسی دارند که در واقع چنین هورمون‌هایی یک تأثیر منع‌کننده بر دفاع‌های ایمن سازی بدن دارند؛ بنابراین پایین بودن این دفاع‌ها ممکن است ابتلاء به بیماری‌های مختلف و از آن جمله سرطان را تسریع نمایند.

[1] Peacey
[2] Helgesson
[3] Ferrario & Zotti

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

یافته دیگر پژوهش نشان داد که بین بیماران سرطانی در متغیر نوروز گرایی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، اما بیماران سرطانی در متغیر برون‌گرایی در سطح پایین‌تر و در متغیر روان پریشی در سطح بالایی قرار دارند. یعنی بیماران سرطانی درون‌گرا بوده و از ویژگی شخصیتی روان پریشی برخوردارند. این یافته نیز با نتایج پژوهش‌های آیزنگ (۱۱)؛ هالی (۱۳)؛ گلدن[1] (۳۲) همسو بوده و با یافته فراریو و زوتی (۳۴) که نشان داد افراد مبتلا به سرطان نسبت به افراد سالم در مقیاس نوروز گرایی نمرات بالاتری را کسب نموده‌اند، نا همسو است. تبیینی که در مورد بیشتر بودن درون‌گرایی در بیماران سرطانی نسبت به افراد عادی می‌توان ارائه داد می‌تواند 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 همراه با ویژگی‌هایی مانند مردم آمیزی، پیش قدمی و شاد خویی می‌باشد. بنا به دلایل فوق و به علت تنهایی، درون‌گراها احساس استرس بیشتری می‌کنند که خود این می‌تواند زمینه‌ساز ابتلا به سرطان باشد (۳۶). یک تبیین دیگر نیز مربوط به ویژگی فقدان بیان گری و یا حداقل ضعف افراد درون‌گرا در این زمینه است. در واقع افراد درون‌گرا به مراتب کمتر از برون‌گراها قدرت بیان گری و اظهار ناراحتی‌ها، خشم‌ها و هیجانات درونی خود را دارند. به همین دلیل بیشتر مستعد ابتلاء به سرطان هستند، زیرا بیان نکردن هیجانات منفی زمینه ساز ابتلاء به سرطان می‌باشد.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که بیماران مبتلا به سرطان افسرده‌تر از افراد سالم بودند. این یافته با نتایج تحقیقات به امر[2] (۲۳)؛ اسپیگل[3] (۲۶)؛ نورتون[4] (۳۷) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افسردگی می‌تواند موجب روی آوردن به رفتارهای غیر منطقی و ناسالم شود. ظاهراً عدم تایید، ناکامی و افسردگی می‌تواند اثر بدی روی غدد آدرنال بگذارد و توانایی تولید هورمون آن‌ها را که دفاع ایمونولوژیکی موجود زنده را بر عهده دارند، کاهش دهد. بیماران سرطانی دفاع ایمونولوژیکی ضعیفی دارند و نمی‌توانند نبرد موفقیت‌آمیزی در مقابل بافت‌های سرطانی و سرطان‌زا داشته باشند (۲۴). همچنین بر اساس رویکرد روان تحلیل گری اساس افسردگی بر فقدان‌های واقعی و یا خیالی قرار دارد و به نظر می‌رسد که فرد افسرده در معرض تجربه استرس ناشی از فقدان باشد. بنابراین این نوع استرس نیز بر اساس شدت و نوع آن می‌تواند زمینه ساز ابتلاء به سرطان باشد. تبیین احتمالی دیگر بر این فرض محتمل قرار دارد که افسردگی در واقع نوعی پرخاشگری به درون برگشته می‌باشد؛ به عبارت دیگر نوعی گرایش ناهشیار در افراد افسرده به سوی مرگ و آسیب به خود وجود دارد و در واقع سرطان را می‌توان راهی برای تحقق این گرایش ناهشیار قلمداد کرد. بنابراین با توجه به نتایج به دست آمده از این تحقیق، نقش عامل شخصیتی در سلامت روانی و به خصوص در بیماری سرطان آشکار می‌شود، بنابراین آگاه‌سازی مردم به خصوص کسانی که در معرض ابتلاء به این بیماری هستند، از اهمیت وافری برخوردار است. همچنین با توجه به اینکه رویدادهای استرس‌آور زندگی و افسردگی می‌توانند به عنوان عامل مهم و موثر در بروز انواع سرطان به حساب آیند؛ لذا تلاش جهت مواجهه مناسب و منطقی با استرس‌های زندگی از یک سو و کاهش افسردگی از سوی دیگر می‌تواند گامی مهم در جهت مبارزه با تمام بیماری‌ها از جمله سرطان باشد.

سپاسگزاری

نویسندگان از مراکز بیمارستان شهید قاضی و بخش سرطانی بیمارستان عالی نسب تبریز، کارکنان و معلمان آموزش و پرورش و کارکنان مخابرات استان و همچنین بیماران و افرادی که در این پژوهش همکاری کردند، صمیمانه سپاسگزاری می‌نمایند.

[1] Golden
[2] Bammer
[3] Spiegel
[4] Norton

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

References:

1. Hassanpour A, Azari E. Quality of life and related factors in cancer patients. National congress of care in special diseases. Ahvaz; Ahvaz University of Medical Sciences; 2006. (Persian)
2. Bamshad Z, Safikhani F. Assessment of mental health of women with breast cancer. Abstract Book of National congress of care in special diseases. Ahvaz; Ahvaz University of Medical Sciences; 2006. (Persian)
3. Lukman J. Text book of medical surgical nursing. 3st volume. Translated by Ebrahimi N. 1St Publishing Tehran: Aeejeh Publishing; 2002: 285-90.
4. Tan M. Social support and coping in Turkish patients with cancer. Cancer Nurs; 2007: 30(6): 498-504.
5. Courtens AM, Stevens FCJ, Crebolder HFJM, Philipsen H. Longitudinal study and quality of life and social support in cancer patients. Cancer Nurs; 1996: 19(3): 162-9.
6. Dincher TR, Harkness GA. Medical Surgical Nursing. Philadelphia. Harkness and Dincher Publishers; 2000: 239-68.
7. Gibs W. Tragedy of birth. J Shargh; 2001: 1(1): 10-12. (Persian)
8. Demateuoo R. Health psychology. Tehran: Samt; 1999. (Persian)
9. Bagby R, Vachon D, Bulmash EL, Toneatto T, Quilty LC, Costa P. Pathological gambling and fivefactor model of personality. J Affect Disord; 2007: 43(17): 873-90.
10. Hosaka T, Fukunishi I. Development of type C personality, cross cultural application. Psychiatr Behav Sci; 1999: 24(2): 73-6.
11. Eysenk HJ, Cooper CL. Stress, disease and personality: stress research. New York: John Wiley and Sons; 1998.
12. Amelang M, Hasselbach P, Stürmer T. Personality, cardiovascular disease, and cancer: first results from the Heidelberg cohort study of the elderly. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 2004; 12: 102-15.
13. Hali M, Magdalena S. Development of the revised NEO personality inventory for Indonesia: a preliminary study university of Nijmegen. The Netherlands; 2004.
14. Nakaya N, Tsubono Y, Hosokawa T. Personality and the risk of cancer. J National Cancer Inst 2003; 95: 799-805.
15. Sharma A, Sharp DM. National personality predicts post operative stay after colorectal cancer resection. The University of Hall 2007; 10(2): 151-6.
16. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984: 231-457.
17. Cooper C, Payne R. Causes, Coping and Consequences of Stress at Work. New York: John Wiley & Son Ltd; 1994. P. 234-587.
18. Vafaii B. Evaluation of the relation between life stresses and blood neoplastic diseases in males and females aged between 30 and 50]. Med J Tabriz Univ Med Sci; 2000: 34(47): 47-54. (Persian)
19. Sarafino E P. Health Psychology: Biopsychosocial Interactions. United States: John Wiley & Sons, INC; 2002.
20. Lillberg K, Verkasalo PK, Kaprio J, Teppo L, Helenius H, Koskenvuo M. Stressful life events and risk of breast cancer in 10808 women: A cohort study. Am J Epidemiol 2003; 157: 415-23.
21. Zahiroddin AR, Sadighi G. Depression among 100 diabetics referring to university hospitals. J Fac Med 2003; 27(3): 203-7. (Persian)
22. Sadock BJ, Kaplan HI. Synopsis of psychiatry. 9th Ed. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins; 2003.
23. Bammer K, Newberry BH. Stress and cancer. Toronto: Hogrefe; 1982.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

24. Shekelle R A. Shryock P, Ogleby M, Lepper J. Diet, serum cholesterol, and death from coronary heart disease. New Engl J Med 1989; 30(4): 65-70.
25. Harris CA, Zakowski SG. Comparisons of distress in adolescents of cancer patients and controls. Psycho-Oncology; 2003; 12: 173-82.
26. Spiegel D, Giese-Davis J. Depression and cancer: Mechanisms and disease progression. Biol Psychiatry 2003; 54: 269-82.
27. Agajani S. Review and determine the relationship between personality type with coping with stress the students (Dissertation). Tehran: Tarbiat Modares University; 1996. (Persian)
28. Eysenck HJ. Personality and experimental psychology: The unification of psychology and the possibility of a paradigm. J Pers Soc Psychol 1997; 73: 1224-37.
29. Holmes T H, Rahe RH. The social readjustment rating scale. J Psychosomat Res 1967; 11: 213-18.
30. Magsodi Ganje J. A comparative study of adolescent communication problems with parents in selected schools in Isfahan in years 1998. (Dissertation) Isfahan: Mental Health Nursing, University of Medical Sciences; 1999. (Persian)
31. Peacey V, Steptoe A, Davidsdottir S, Baban A, Wardle J. Low levels of breast cancer risk awareness in young women: an international survey. Eur J Cancer 2006; 42: 2585-9.
32. Helgesson O, Cabrera C, Lapidus L, Bengtsson C, Lissner L. Self-reported stress levels predict subsequent breast cancer in a cohort of Swedish women. Eur J Cancer Prevent 2003; 12(5): 377-81.
33. Wellman B. Networks in the Global Village, Boulder, CO: Westview Press; 1999.
34. Ferrario SR, Zotti AM, Ippoliti M, Zotti P. Caregiving-related needs analysis: a proposed model reflecting current research and socio-political developments. Health Soc Care Commun 2003: 11(2): 103-10.
35. Golden D. Depressive symptom after breast cancer surgery: relationship with global cancer related and life event stress. Columbus: The Ohio State University; 2003.
36. Bashirpoor KH. The comparison of personality trait, stress and depression in cancer patients and normal people. (Dissertation) Tabriz: Tabriz University; 2007. (Persian)
37. Norton TR, Monne SL, Rubin S. Prevalence and predictors of psychological distress among women with ovarian cancer. J Clin Oncol 2004; 22: 919-26.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]