

مقایسه صفات شخصیتی در بیماران سرطانی افسرده و غیر افسرده

سعید جهانیان¹، دکتر حسن احدی²، دکتر امیر هوشنگ مهریار³
دکتر غلامرضا نفیسی⁴، دکتر علیرضا نیکوفر⁵

چکیده

هدف: این پژوهش به منظور بررسی مقایسه‌ای صفات شخصیتی دو گروه بیمار سرطانی افسرده و غیر افسرده و مقایسه ویژگیهای شخصیتی مبتلایان به انواع سرطان و با هدف تبیین نقش عوامل شخصیتی در افسردگی بیماران سرطانی و بررسی تفاوت‌های شخصیتی در مبتلایان به انواع سرطان انجام شد. روش: روش پژوهش علی-مقایسه‌ای است و در آن 88 نفر از مبتلایان به سرطان‌های معده و روده، سینه، سرو گردن که از مهر ماه تا اسفند ماه سال 1389 به بیمارستان پارس تهران مراجعه کرده‌اند و باروش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار پژوهش مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاری، پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) و آزمون 5 عاملی شخصیت NEO فرم کوتاه (NEO-FFI) بود. اطلاعات دو گروه بیمار سرطانی افسرده و غیر افسرده بر حسب ویژگیهای شخصیتی مورد تحلیل و مقایسه قرار گرفت. یافته‌ها: نتایج نشان داد روان رنجوری (N) در بیماران سرطانی افسرده بیشتر و برونگرایی کمتر است ($P < 0/01$). میزان افسردگی در مبتلایان به انواع سرطان متفاوت نیست و مبتلایان به انواع سرطان در برخی از صفات شخصیت با یکدیگر متفاوتند به این ترتیب که مبتلایان به سرطانهای معده و روده در مقایسه با مبتلایان به سرطانهای سر و گردن روان رنجوری بیشتری نشان می‌دهند ($P < 0/01$). صفت انعطاف‌پذیری (O) در مبتلایان به سرطان سرو گردن بیشتر از مبتلایان به سرطانهای معده و روده است ($P < 0/05$). و در مبتلایان به سرطان سینه بیشتر از مبتلایان به سرطانهای معده و روده است ($P < 0/01$). صفت توافق (A) در مبتلایان به سرطان سینه بیشتر از مبتلایان به سرطان معده و روده است ($P < 0/01$) و در مبتلایان به سرطانهای سرو گردن بیشتر از مبتلایان به سرطانهای معده و روده است ($P < 0/01$). صفت وظیفه‌شناسی (C) نیز در مبتلایان به سرطانهای معده و روده بیشتر از مبتلایان به سرطان سینه است ($P < 0/05$). نتیجه‌گیری: تفاوت‌هایی در برخی از ویژگی‌های شخصیتی در بین افراد مبتلا به سرطان‌های مختلف وجود دارد.

کلیدواژه‌ها:

سرطان، افسردگی، صفات شخصیت

¹ نویسنده مسئول، دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، گروه روان‌شناسی، کرج، ایران.

Email: s.jahanian@yahoo.com

2- دانشگاه علامه طباطبائی، گروه روان‌شناسی، تهران، ایران.

3 - دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

4 - دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، گروه روان‌شناسی، تهران، ایران.

5 - دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

مقدمه

سرطان بیماری پیچیده، ناتوان کننده و شایعی است که ابعاد، پیامدها و عوارض متعدد روانی، زیستی و اجتماعی دارد. این بیماری در بسیاری از کشورهای جهان، از جمله کشور ما دومین عامل زیستی - پزشکی مرگ و میر پس از بیماری‌های قلبی - عروقی است و در حالی که ابعاد زیستی - پزشکی آن مورد توجه و مطالعه بسیاری از متخصصان، صاحب نظران و پژوهشگران قرار داشته، جنبه‌های روانی - اجتماعی آن بویژه در کشور ما کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است.

بیش از 200 نوع سرطان وجود دارد و در سبب شناسی انواع این بیماری به عوامل مختلف اشاره شده است. مهمترین ریسک فاکتورها در این بیماری عبارتند از عوامل ژنتیکی، مواجهه با کارسینوژنها، عوامل نوروایمیون و نوروآندوکراین و همچنین عوامل هیجانی و رفتاری (تیلور، 2009).

بیماران مبتلا به سرطان از مشکلات روانی متعدد از جمله خستگی، اضطراب، ناامیدی و علایم بالینی افسردگی رنج می‌برند. طبق گزارش انجمن سرطان آمریکا (2009) در این کشور در بیش از 25 درصد از مبتلایان به سرطانهای مختلف علائم بالینی افسردگی مشاهده می‌شود و بیماران سرطانی افسرده از درد، ناراحتی و شکایت‌های جسمانی بیشتری رنج می‌برند.

در مطالعات مختلفی که در زمینه ابعاد روانشناختی این بیماری صورت گرفته نقش ویژگیهای شخصیتی همواره مورد توجه پژوهشگران بوده و نتایج متفاوتی به دست آمده است برخی از یافته‌های پژوهشی از نقش ویژگیهای شخصیتی بویژه در بهبود، عود، سیر بیماری، عوارض روانشناختی این بیماری و شیوه مقابله و کنار آمدن با آن حمایت می‌کند. آلیسون و گیچارد (2002) دریافتند که در بین بیماران مبتلا به سرطان معده، افراد خوشبین درد کمتری گزارش می‌کنند و در حوزه‌های مختلف زندگی عملکرد بهتری دارند. در مبتلایان به سرطان سینه، بدبینی پیش بینی کننده پریشانی روانی بیشتر پس از عمل جراحی است. مطالعه رینولد و همکارانش (2005) نشان داد که در بیماران سرطانی بین ابراز هیجانها و افزایش بهبودی بیماری رابطه وجود دارد.

واتسون هم وودهاویلند و بلیس (2005) در یک مطالعه پیگیر 10 ساله با شرکت 587 بیمار سرطانی دریافتند احساس درماندگی و ناامیدی کمتر پیش بینی کننده رهایی سریعتر از این بیماری است و در بیماران ناامید میزان بهبودی کمتر است.

مطالعه پتی کرو، بل، وهانتر (2002) نشان داد که در زنان مبتلا به سرطان سینه روحیه جنگنده با افزایش بهبودی و نجات یافتن از این بیماری همراه است. اما در مطالعه ناکایا و همکارانش (2005) در زمینه ارتباط شخصیت و بهبود سرطان نتایج متفاوتی به دست آمد، در این پژوهش که با استفاده از پرسشنامه شخصیتی آیزنک و پرسشنامه‌ای در مورد شاخص‌ها و عادات پزشکی و مشارکت 41000 نفر صورت گرفت عوامل و ویژگیهای شخصیتی پیش بینی کننده بهبود بیماری نبودند. از مهمترین ویژگیهای این پژوهش این بود که ویژگیهای شخصیتی سالها قبل از بروز سرطان مورد ارزیابی قرار گرفته بودند. در پژوهشهای متعدد از جمله مطالعات زابورا و همکاران (2001) دراگوتیس (1985) فاربر، واینرمن و کوپرز (1983) شیوع اختلالات روانی در بیماران سرطانی را 25 تا 30 درصد گزارش کرده‌اند. همچنین پژوهشها نشان داده است بیماران جوان در مقایسه با بیماران مسن تر افسردگی، اضطراب و پریشانی روانی بیشتری نشان می‌دهند (مور، آلن 1998، اسپیگل 1997، و مالین 1994).

بنابراین عوارض و پیامدهای روانشناختی ابتلا به سرطان از جمله اضطراب و افسردگی در این بیماران شایع است و مشکلات روانشناختی نه تنها کیفیت زندگی بیماران را تهدید می‌کند بلکه سیر بیماری و پیگیری اقدامات درمانی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. ساتین، لیندن و فیلیس (2009) در یک مطالعه فرا تحلیل دریافتند خطر مرگ در بیماران سرطانی که علائم افسردگی را گزارش می‌کنند بیشتر از بیماران غیر افسرده است این مطالعه نشان داد نرخ مرگ و میر در بیمارانی که از علائم افسردگی رنج می‌برند 25 درصد و در بیمارانی که تشخیص افسردگی خفیف یا عمده را دریافت کرده‌اند 39 درصد بیشتر است. شواهدی نیز وجود دارد که نشان می‌دهند بین اجتناب و درماندگی - ناامیدی از یک طرف و عود سرطان از طرف دیگر رابطه وجود دارد (پتی کرو و همکاران، 2002).

روش

روش پژوهش، علی - مقایسه‌ای است.

جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش بیماران سرطانی شهر تهران بود. گروه نمونه 104 نفر از بیماران سرطانی مبتلا به سرطانهای سینه ($n=38$)، سر و گردن ($n=34$) معده و روده ($n=32$) که از مهر ماه تا اسفند ماه سال 89 به بخش رادیو تراپی و شیمی درمانی بیمارستان پارس تهران مراجعه کرده‌اند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت اجرای پژوهش آزمودنی‌ها به صورت فردی با استفاده از مصاحبه بالینی

نیمه ساختاری افسردگی، آزمون افسردگی بک (BDI) و آزمون پنج عاملی شخصیت فرم کوتاه (NEO-FFI) مورد ارزیابی قرار گرفتند. 16 پرسشنامه به دلیل ناقص بودن و عدم اعتبار کافی از مطالعه حذف شدند و در نهایت گروه نمونه به 88 بیمار سرطانی سینه (32= n) سر و گردن (30= n) معده و روده (26= n) کاهش یافت. میانگین سنی گروه نمونه 42/25، بیماران سرطانی افسرده (53= n) 40/8 سال و بیماران غیر افسرده (35= n) 44/51 سال و تعداد زنان گروه نمونه 48 و مردان 40 نفر بود.

1- پرسشنامه شخصیتی NEO-FFI: این مقیاس که فرم کوتاه پرسشنامه 5 عاملی شخصیت (NEO-PI-R) است یک آزمون 60 سئوالی است که پنج عامل اصلی شخصیت شامل روان رنجورگرایی، برون گرایی، انعطاف پذیری، توافق پذیری و وظیفه شناسی را در یک مقیاس 5 درجه‌ای لیکرت می‌سنجد. کاستا و مک کرا ضریب آلفای کرونباخ این آزمون را بین 0/65 برای توافق تا 0/86 برای روان رنجورگرایی گزارش کرده‌اند (کاستا و مک کرا به نقل از فتیحی آشتیانی، 1388).

این آزمون در ایران توسط گروسی (1377) هنجاریابی شده است و پایایی آن با استفاده از روش آزمون - باز آزمون به فاصله 3 ماه برای روان رنجورگرایی 0/83 برون‌گرایی 0/75، انعطاف پذیری 0/80، توافق پذیری 0/79 و وظیفه شناسی 0/79 گزارش شده است. ملازاده (1381) در پژوهشی ضرایب پایایی آزمون - بازآزمون این آزمون را به ترتیب 0/83، 0/78، 0/73، 0/79 و 0/85 برای روان رنجورگرایی، برون گرایی، انعطاف پذیری، توافق و وظیفه‌شناسی به دست آورده و ضریب آلفای کل آزمون را 0/83 گزارش کرده است. این مطالعات بیانگر اعتبار و پایایی مناسب این آزمون است. مک کرا و کاستا نیز معتقدند فرم کوتاه آزمون NEO با فرم کامل آن مطابقت دقیقی دارد. به گونه‌ای که در مقیاسهای 5 گانه فرم کوتاه همبستگی با مقیاسهای فرم بلند بیش از 0/68 است (کاستا و مک کرا به نقل از فتیحی آشتیانی 1388).

2- پرسشنامه افسردگی بک (BDI): این آزمون یکی از معتبرترین آزمونهای سنجش و تشخیص افسردگی بوده و شامل 21 ماده است که علایم مختلف جسمانی، شناختی و هیجانی افسردگی را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. هر ماده 4 گزینه دارد که به صورت 0 تا 3 نمره گذاری می‌شوند و حداکثر نمره در این آزمون 63 است. تعداد مواد نشانه‌های جسمانی، شناختی و هیجانی به ترتیب 5، 8 و 8 ماده است.

در این پژوهش از ویرایش دوم این آزمون (BDI-II) که فرم تجدید نظر شده پرسشنامه افسردگی بک است استفاده شد. این فرم در مقایسه با فرم اولیه با DSM-IV مطابقت

بیشتری دارد. علاوه بر این تمام علائم شناختی افسردگی را مورد سنجش قرار می‌دهد (بک، براون و استیر 2000). این پرسشنامه همانند فرم اولیه از 21 ماده تشکیل شده اما 4 ماده حذف گردیده و سوالات دیگری مطرح شده است. همچنین سوالات 16 و 18 به گونه‌ای مطرح شده‌اند که شدت افسردگی را بطور دقیق تری نشان دهند.

مطالعاتی که به منظور ارزیابی اعتبار و پایایی این آزمون انجام گرفته است حاکی از معتبر بودن این ابزار است. بک، استر و براون (2000) ثبات درونی این آزمون را بطور میانگین 0/86 و ضریب آلفای آن برای گروه بیمار 0/86 و گروه غیر بیمار 0/71 گزارش کرده‌اند. در ایران محمد خانی (1386) ضریب آلفای 0/92 برای بیماران سرپایی و 0/93 برای دانشجویان را گزارش کرده است.

در مطالعه دیگری که روی دانشجویان دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبایی برای بررسی اعتبار و پایایی BDI-II انجام گرفت ضریب آلفای کرونباخ 0/78 و پایایی بازآزمایی 0/73 به دست آمد (غزایی، 1382).

4- مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاری بر اساس DSM-IV-R: برای تشخیص افسردگی در بیماران سرطانی علاوه بر پرسشنامه افسردگی بک از مصاحبه تشخیصی نیز استفاده شد. ملاک‌هایی که در این مصاحبه مد نظر قرار گرفت عبارتند از: فرد در اغلب مواقع طی دو هفته گذشته حداقل 5 مورد از علائم زیر را تجربه کرده به گونه‌ای که حداقل یکی از دو نشانه اول وجود داشته باشد. خلق افسرده در اکثر اوقات، کاهش لذت یا علاقه نسبت به همه یا اغلب فعالیت‌های روزمره، کاهش قابل ملاحظه وزن بدون رژیم غذایی خاصی برای لاغری، کم خوابی یا پرخوابی تقریباً هر روز، کندی روانی - حرکتی، احساس خستگی یا نداشتن انرژی، احساس بی ارزشی یا گناه، کاهش قدرت تمرکز یا تفکر یا احساس بلا تصمیمی تقریباً هر روز، افکار مکرر خودکشی (سادوک، 2007).

در این مصاحبه از سوالات باز- پاسخ در زمینه میزان علاقه و لذت از امور روزمره و فعالیت، اهداف آینده، میزان احساس رضایت، وضعیت خواب، اشتها و میل جنسی و میزان انرژی در فعالیت‌های مختلف نیز مطرح شد تا ارزیابی بالینی کاملتری در خصوص خلق و خوی بیماران سرطانی انجام گیرد.

یافته‌ها

برای پاسخ به این سوال که آیا بیماران سرطانی افسرده و غیر افسرده از ویژگی‌های شخصیتی متفاوتی برخوردارند از روش تحلیل واریانس چند متغیری مقایسه دو گروهی یا

T^2 هاتلینگ استفاده شد. اما قبل از اجرای MANOVA مفروضه‌های این آزمون شامل فقدان داده‌های پرت و نرمال بودن توزیع نمره‌ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد این مفروضه‌ها در بین داده‌ها وجود دارد.

همچنین بررسی مفروضه همگنی واریانس - کو واریانس به وسیله آماره (ام - باکس) نشان داد که ماتریسهای کوواریانس مشاهده شده بین دو گروه یکسان است. از طرف دیگر نتیجه آزمون کرویت بارتلت با درجه آزادی در سطح معنا داری 0/001 برابر 70/58 بوده و نشان می‌دهد سطح قابل قبولی از همبستگی بین متغیرهای شخصیتی وجود دارد. بنابراین آزمون T^2 هاتلینگ روش مناسبی برای مقایسه متغیرهای شخصیتی بین آزمودنی‌های سرطانی افسرده و غیر افسرده است.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری با استفاده از آماره ویلکز لامبدا نشان داد که ترکیب عوامل شخصیتی (روان رنجورخویی، برونگرایی، توافق، انعطاف پذیری و وظیفه شناسی) به صورت معنی داری بین دو گروه افسرده و غیر افسرده متفاوت است. $F(5 و 82) = 12/99$ ، $P = 0/558$ = ویلکز لامبدا، $P = 0/001$.

همانطور که جدول شماره 1 نشان می‌دهد سرطانی‌های افسرده و غیر افسرده در دو عامل شخصیتی روان رنجور خویی $F(1 و 86) = 54/51$ ، $P = 0/001$ تفاوت معنی داری دارند.

جدول 1) تحلیل واریانس چند متغیری و تک متغیری عوامل شخصیتی

MANOVA						منابع تغییرات	
F	df	C	A	O	E	N	نسبت F میانگین مجزورات
12/998**	1	0/790 25/9	1/03 37/19	1/18 25/54	30/87** 1067/87	54/51** 2033/17	
** P < 0/01 * P < 0/05							

بررسی و مقایسه میانگین دو گروه در دو ویژگی شخصیتی روان رنجور خویی و برونگرایی نشان می‌دهد که بیماران سرطانی افسرده در روان رنجور خویی و سرطانی‌های غیر افسرده در برونگرایی نمرات بالاتری کسب کرده‌اند. اما این دو گروه بیمار سرطانی در سایر عوامل شخصیتی شامل انعطاف پذیری، توافق و وظیفه‌شناسی تفاوت معنی‌داری نشان نمی‌دهند.

برای پاسخ به این سوال که آیا شدت افسردگی در مبتلایان به انواع سرطان متفاوت است از تحلیل واریانس یک راه استفاده شد. اما قبل از انجام این آزمون مفروضه‌های آن مبنی بر نرمال بودن توزیع نمره‌ها و همگنی واریانسها در سه گروه بیمار سرطانی (سینه، سر و گردن، معده و روده) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد این مفروضه‌ها بین داده‌ها

برقرار است. تحلیل واریانس شدت افسردگی در سه گروه بیمار سرطانی در جدول 2 آمده است.

جدول 2) تحلیل واریانس یک راهه شدت افسردگی در سه گروه بیمار سرطانی

منابع تغییرات	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	معنی داری
بین گروهها	24/32	2	12/64	0/203	0/817
درون گروهها	5102/115	85	60/025		
کل	5126/443	87			

همانطور که جدول 2 نشان می‌دهد تحلیل واریانس بیانگر آن است که $(F(2) = 0/203, P = 0/817)$ و افسردگی بین سه گروه بیمار سرطانی وجود ندارد.

برای پاسخ به سوال شماره 3 پژوهش مبنی بر اینکه آیا مبتلایان به انواع سرطان از ویژگی‌ها و صفات شخصیتی متفاوتی برخوردارند. برخلاف سوال 1 که در آن 5 متغیر بین دو گروه مقایسه شد نمی‌توان از تحلیل واریانس چند متغیری مقایسه دو گروهی یا T-هاتلینگ استفاده کرد. بنا به توصیه میرز و همکاران در چنین مواردی بهتر است از تحلیل واریانس چند متغیری بین گروهی یک راهه (MANOVA) استفاده شود.

مفروضه‌های نرمال بودن توزیع نمره‌ها و همگنی واریانس‌ها در سه گروه مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد این مفروضه‌ها بین داده‌ها وجود دارد. اما بررسی پرت‌های تک متغیری منجر به حذف اطلاعات یک‌آزمودنی شد. بنابراین اطلاعات 87 آزمودنی مورد تحلیل قرار گرفت. مقدار آماره ام. باکس برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس 99/13 $(F = 3/02, P = 0/001)$ به دست آمد که نشان می‌دهد ماتریس واریانس - کوواریانس متغیرهای شخصیتی در سه گروه همگن نیست. در چنین شرایطی بنا به توصیه‌های میرز و همکاران (2006) بهتر است از اثر پیلایی استفاده شود.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری با استفاده از اثر پیلایی نشان داد متغیرها و عوامل شخصیتی بصورت معنی داری بین سه گروه متفاوت است. $(F(10 و 162) = 6/25, P = 0/001)$ به منظور مقایسه ویژگیهای شخصیتی از تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره 3 آمده است.

جدول 3) تحلیل واریانس چند متغیری و تک متغیری صفات شخصیت

F	df	C	A	O	E	N	منابع
---	----	---	---	---	---	---	-------

نسبت F میانگین مجذورات	3/06* 165/52	1/6 70/18	17/55** 249/06	20/00** 507/67	4/92** 141/88	2	6/25**
------------------------------	-----------------	--------------	-------------------	-------------------	------------------	---	--------

**P < 0/01 * P < 0/05

با توجه به این که ماتریس وارینانس - کوواریانس متغیرها و عوامل شخصیتی در سه گروه همگن نیست از بین آزمونهای تعقیبی برای مقایسه دو به دو گروهها از آزمون تام هن (Tam Hane) استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره 7 آمده است.

جدول 4) آزمون تعقیبی تام هن برای مقایسه دو به دو عواملهای شخصیت در سه گروه بیمار

سرطانی

تفاوت میانگین و سطح معناداری	گروهها		متغیر
2/8	سینه	معدۀ و روده	روان رنجورگرایی
4/91**	سروگردن		
2/12	سروگردن	سینه	
-0/877	سینه	معدۀ و روده	برون گرایی
- 3/07	سروگردن		
-2/19	سروگردن	سینه	
-5/78**	سینه	معدۀ و روده	انعطاف پذیری
-2/21*	سروگردن		
3/57**	سروگردن	سینه	
-8/35**	سینه	معدۀ و روده	توافق
-5/47**	سروگردن		
2/88	سروگردن	سینه	
4/22*	سینه	معدۀ و روده	وظیفه شناسی
1/12	سروگردن		
-3/99	سروگردن	سینه	

**P < 0/01 * P < 0/05

در عامل روان رنجوری (N) بین دو گروه بیمار سرطانی معدۀ و روده ($M = 25/76$) و سروگردن ($M = 20/67$) تفاوت معنی داری ($P < 0/01$) وجود دارد و در عامل برونگرایی (E) بین سه گروه بیمار سرطانی تفاوت معنی داری مشاهده نمی شود. در صفت انعطاف پذیری (O) بین دو گروه بیمار سرطانی معدۀ و روده ($M = 22$) و سروگردن ($M = 23/85$)

تفاوت معنی دار ($P < 0/05$) و همچنین بین بیماران سرطانی معده و روده ($M = 22$) و سینه ($M = 27/87$) تفاوت معنی داری ($P < 0/01$) مشاهده می شود. در صفت توافق (A) بین بیماران مبتلا به سرطانهای سینه ($M = 34/46$) و معده و روده ($M = 26/11$) تفاوت معنی دار ($P < 0/01$) و بین مبتلایان به سرطانهای سروگردن ($M = 31/75$) و معده و روده ($P < 0/01$) وجود دارد. در عامل وظیفه‌شناسی (C) نیز بین مبتلایان به سرطانهای معده و روده ($M = 36/84$) و سینه ($M = 32/62$) تفاوت معنی داری ($P < 0/05$) مشاهده می شود.

بحث

همانگونه که مطرح شد این پژوهش به منظور پاسخ به دو سوال اصلی انجام گرفت: آیا بیماران سرطانی افسرده و غیرافسرده از ویژگی‌ها و صفات شخصیتی متفاوتی برخوردارند؟ آیا صفات شخصیتی مبتلایان به انواع سرطان (سینه، معده و روده، سروگردن) متفاوت است. تحلیل آماری برای پاسخ به سوال اول نشان داد تفاوت‌هایی در صفات شخصیتی بین دو گروه بیمار سرطانی افسرده و غیرافسرده وجود دارد. از آنجا که صفات شخصیت ویژگی‌های نسبتاً پایدار و بادوامی هستند (تراسیانو، کاستا و مک ری، 2005) احتمالاً در بیماران سرطانی افسرده قبل از ابتلا به این بیماری روان رنجوری بیشتری وجود دارد. این یافته با برخی یافته‌های پژوهشهای مرتبط (دنولت 1988، آیزنک 1990، فالر، لانگ و اسکینگ 1996) همخوانی دارد. از آنجا که صفات شخصیت بر نحوه کنار آمدن با پیامدها، عوارض و مشکلات روانشناختی ناشی از ابتلا به بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج تأثیرگذار است بیماران سرطانی روان رنجور بیشتر مستعد ابتلاء به افسردگی و سایر اختلالات روانی هستند. مطالعات پژوهشگرانی از جمله پتی کرو و همکاران (2002) و واتسون و همکاران (2005) نشان داده است که هیجانات منفی که از شاخص‌های اصلی روان رنجوری محسوب می شوند نه تنها بر نحوه کنار آمدن و واکنش‌های روانشناختی فرد پس از ابتلا به بیماری تأثیر می گذارند بلکه با افزایش احتمال عود بیماری نیز ارتباط دارند.

مقایسه میزان برونگرایی در دو گروه بیمار سرطانی (افسرده و غیرافسرده) بیانگر افسردگی کمتر در بیماران سرطانی برونگرا است. به نظر می رسد برونگرایی به عنوان یکی از صفات عمده و نسبتاً پایدار شخصیتی به سازگاری ذهنی و روانشناختی مناسب تر با سرطان و

عوارض و پیامدهای روانشناختی این بیماری کمک می کند و عاطفه مثبت و فعالیت به عنوان دو مؤلفه اساسی برونگرایی کنار آمدن سازگارانه با بیماری را تسهیل می کنند. یافته‌های پژوهشی سایر محققان (دنو، کوپر، 1998، هایس و ژوزف، 2003) نیز نشان داده است که افرادی که در روان رنجوری نمره پائین و در برونگرایی و وظیفه‌شناسی نمره بالایی به دست می آورند سطح بالاتری از سلامت ذهنی را گزارش می کنند. در پاسخ به سوال دوم نتایج نشان می دهد برخی از صفات و ویژگیهای شخصیتی در سه گروه بیمار سرطانی متفاوت است. در مبتلایان به سرطانهای معده و روده در مقایسه با مبتلایان به سرطانهای سروگردن روان رنجوری بیشتر مشاهده می شود و در دو صفت و عامل عمده انعطاف پذیری و توافق مبتلایان به سرطان سینه در مقایسه با دو گروه بیمار سرطانی دیگر (سروگردن، معده و روده) نمرات بیشتری کسب می کنند. اما صفت وظیفه‌شناسی در بیماران مبتلا به سرطانهای معده و روده بیشتر از مبتلایان به سرطان سینه است. انعطاف پذیری و توافق بالاتر در مبتلایان به سرطان سینه را می توان براساس تفاوت‌های جنسی تبیین نمود برخی از یافته‌های پژوهشی (کاستا و مک کری، 1989) بیانگر این مطلب است که زنان در مقایسه با مردان از گشودگی به تجارب جدید و علائق زیبایی شناختی - دو مؤلفه انعطاف پذیری - بیشتری برخوردارند. و در درک دیگران، همدردی، تبعیت و تواضع که از مؤلفه‌های اصلی توافق محسوب می شوند بر مردان برتری دارند.

سپاسگزاری

از همکاری سرکار خانم مریم رفیعی روانشناس بخش رادیو تراپی و شیمی درمانی بیمارستان پارس که در اجرای مصاحبه‌ها و جمع‌آوری داده‌ها پژوهشگر را یاری نموده‌اند قدردانی میشود.

منابع

1. غرایبی، بنفشه (1382). تعیین وضعیت‌های هویت و ارتباط آن با سبک‌های هویتی و افسردگی در نوجوانان. پایان نامه دکترای روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران. انستیتو روانپزشکی تهران.
2. فتحی آشتیانی، علی (1388). آزمونهای روانشناختی، ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. تهران، انتشارات بعثت.
3. گروسی فرشی، میر تقی (1377) هنجاریابی آزمون جدید NEO و بررسی تحلیلی ویژگیها و ساختار عاملی آن در بین دانشجویان دانشگاه‌های ایران رساله دکترای روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس - تهران.
4. محمدخانی، پروانه (1386). مشخصات روان سنجی پرسشنامه افسردگی بک-2 در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در دوره بهبودی نسبی، توانبخشی 8 (29) 86-80.
5. ملازاده، جواد (1381). رابطه سازگاری زناشویی با عوامل شخصیت و سبک‌های مقابله‌ای در فرزندان شاهد، رساله دکترای روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس - تهران.

1. Allison, P., Gichard, S. (2002). Personality traits in cancer patient. *Cancer*. 94, 309-321.
2. American Cancer Society (2009). Depression in cancer patient www.cancer.org/docroot/RED
3. Beck, A.T. Steer, R.A. Brown, G.K. (2000). Manual for the Beck Depression Inventory – II San Antonio, TX: Psychological Corporation.
4. DeNeve, K. and Cooper, H (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*. 124, 197-209.
5. Derogatis, L.R. (1985). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association*. 249, 751-757.
6. Farber. J.M. Weinerman, B.H and Kuypers. J.A (1984). Psychosocial distress of oncology patients. *Journal of psychosocial oncology*, 2,109-118.
7. Hayes, H., Joseph, S. (2003). Big five correlates of three measures of subjective well-being. *Personality and individual differences*. 34, 723-724.
8. Mor.V., Allen, s. and Malin, M. (1998). The Psychosocial impact of cancer. *Cancer*, 74, 218-221.
9. Malin, S.R. (1994): Hardiness and coping and strain. *consulting Psychology Journal: practice and Research*, 51,83-94.

10. Nakaya, N., Tsubono,y., Nishino,y., Fukudo, S. Akizuki, N. (2005). Personality and the risk of cancer. *British Journal of Cancer*. 91, 679-685.
11. Pettierew,M. , Bell, R. and Hunter, H(2002). Influence of Psychological coping on survival and recurrence inpeople with cancer. *British Medical Journal*, 325, 1066-1075.
12. Reynolds, P., Huley,S., Tovers, M., Jackson,]. , (2005). Use of coping strategies and breast cancer survival . *American Journal of Epidemiology*, 152, 940-949.
13. Sadock, B. J. , and Sadock , V.A. (2007). Kaplan and Sadock's comprehensive text book of psychiatry (9 th ed). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
14. Satin, J.R., Linden, W., Phillips.J. (2009). published online: Depression Increase Increase Cancer Patients' Risk of Dying.
15. www. American Cancer Society.com .
16. Seigel, D. (1997). Health caring.Psychological support for patients with cancer. *Cancer*. 74,1423-1457
17. Tylor,S.E. (2009). *Health psychology* (7th ed). New York: McGraw-Hill.
18. Watson,M., Homewood,J. , Haviland. J. and Bliss. J.M (2005). Influence of psychological response on breast cancer survival. *Journal of cancer*, 41, 1710-1714.
19. Zabora, J., Curbow, B., Hooker,C., & Piantadosi, S.(2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho- oncology*, 32,19-28.

ویژگی‌های شخصیتی مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی

دکتر مسعود حجازی¹

دکتر افسانه صبحی²

نقی کمالی³

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به منظور بررسی ویژگی‌های شخصیتی مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی انجام شده است. روش: برای این منظور 100 مادر از مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی، 150 مادر از مادران دارای یک فرزند استثنایی و 200 مادر از مادران دارای فرزند عادی به صورت نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شده و با استفاده از پرسشنامه شخصیتی نئو (NEO) مورد بررسی قرار گرفتند. جهت تحلیل داده‌ها از روش‌های تحلیل واریانس یک طرفه، آزمون همگنی واریانس‌ها، و آزمون‌های تعقیبی Tamhanes T2 و LSD استفاده شد. یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان می‌دهد بین سه گروه از مادران تفاوت‌هایی در ویژگی‌های شخصیتی روان‌آزردگی، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری، توافق و وجدانی بودن وجود دارد. نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد وجود کودک استثنایی در خانواده با ویژگی‌های شخصیتی مادر رابطه دارد.

کلید واژه‌ها:

مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی، ویژگی‌های شخصیتی

1- دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زنجان، گروه علوم تربیتی و روان‌شناسی، زنجان، ایران. E-mail:masod1357@yahoo.com

2- دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زنجان، گروه علوم تربیتی و روان‌شناسی، زنجان، ایران.

3- دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زنجان، گروه علوم تربیتی و روان‌شناسی، زنجان، ایران.