



مقایسه میزان استرس و الگوی رفتاری نوع C در بیماران مبتلا به سرطان و افراد عادی

جمال الدین الوانی^{۱۸۵}، فاطمه قنبری جهرمی^{۱۸۶}، بنفشه سبحانی^{۱۸۷}

چکیده

استرس به شرایطی گفته می‌شود که فرد در محیط کار یا زندگی با آن روبرو می‌شود و این شرایط با ظرفیت‌ها و امکانات کنونی وی هماهنگی ندارد و او را دچار عدم تعادل، تعارض و کشمکش‌های درونی می‌کند. در جهان امروز سرطان مسئله بزرگی به شمار می‌رود. گفته شده که ۷۵٪ بیماریهای بدنی با استرس ارتباط دارند و یکی از عوامل مؤثر در بیماریهای قلبی و سرطان که دو عامل مهم مرگ و میر در جهان شناخته می‌شوند می‌باشند. همچنین پژوهش‌های سالهای اخیر در زمینه استرس به بررسی شخصیت‌های مستعد تحت تاثیر قرار گیرنده استرس و عبارتی شخصیت‌های شکننده در موقعیت‌های استرس‌زا اختصاص یافته‌اند. توجه به پژوهش‌هایی از این دست نشان می‌دهد که ۲ الگوی شخصیتی نوع A و نوع C بیش از همه تحت تاثیر استرس قرار می‌گیرند. هدف: استرس و الگوی رفتاری نوع C دو متغیر مهم روانشناختی در بروز و پیشرفت بیماری سرطان هستند که توجه بسیاری از محققین را در سالهای اخیر به خود معطوف داشته‌اند. پژوهش حاضر به مقایسه استرس و الگوی رفتاری نوع C در بیماران مبتلا به سرطان و افراد عادی پرداخت.

روش: پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل: سیاهه رویدادهای زندگی پیکل و پرسشنامه سنجش الگوی رفتاری نوع C (TCPT) می‌باشد. ۱۵۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان به صورت تصادفی در دسترس انتخاب شدند. در اجرای پرسشنامه‌ها به متغیرهای جمعیت‌شناختی چون تاهل، سن، جنس و میزان تحصیلات توجه شد. پایائی آزمون‌ها با استفاده از روش بازآزمائی محاسبه گردید. یافته‌ها: نتایج نشان داد که بیماران مبتلا به سرطان در مقایسه با افراد عادی استرس بیشتری گزارش کردند ($t= 5/46$, $p= 0/001$) همچنین یافته‌ها نشان داد که الگوی رفتاری نوع C در افراد مبتلا به



سرطان بیش از گروه شاهد رایج است. ($t= 5/03$ ، $p= 0/001$). در یافته های جنبی طرح مشخص شد که سطح تحصیلات ارتباط معکوسی با بیماری سرطان دارد. همچنین نتایج بررسی های جمعیت شناختی نشان داد که بیشترین درصد ابتلا به سرطان بین سنین ۳۵-۶۵ بود. افراد متاهل مبتلا به سرطان نسبت به افراد مجرد در نمونه مورد مطالعه درصد بیشتری را به خود اختصاص داده بودند (۶۹٪).

مقدمه

استرس به شرایطی گفته می شود که فرد در محیط کار یا زندگی با آن روبرو می شود و این شرایط با ظرفیتهای و امکانات کنونی وی هماهنگی ندارد و او را دچار عدم تعادل، تعارض و کشمکشهای درونی می کند [۱].

در جهان امروز سرطان مسئله بزرگی به شمار می رود. گفته شده که ۷۵٪ بیماریهای بدنی با استرس ارتباط دارند و یکی از عوامل مؤثر در بیماریهای قلبی و سرطان که دو عامل مهم مرگ و میر در جهان شناخته می شوند می باشند [۱].

بنظر می رسد که استرس در بسیاری از ناخشنودیها، بیقراریها و دلسردیها نقش داشته باشد. استرس، عملکرد فرد در قلمرو اجتماعی، روانشناختی، جسمانی، خانوادگی و شغلی را دچار اختلال می کند. همچنین استرس به تضعیف نظام مصون کننده بدن فرد را مستعد ابتلا به بیماریها می سازد و کارآمدی وی را قبل و بعد از بروز بیماری کاهش می دهد و به افزایش بار تنیدگی کسانی که مبتلا به بیماریهای مانند سرطان می باشند منجر می شود. استرس طولانی مدت، بیماریهای مزمن مانند بالا رفتن فشار خون، بیماریهای قلبی، بیماری قند یا حمله های نفس تنگی، سرطان و... را در پی دارد؛ بیماریهایی که بصورت زودرس سلامت فرد را مختل می کنند و در موارد شدید به مرگ نابهنگام منتهی می شوند.

اغلب پژوهشهای سالهای اخیر در زمینه استرس به بررسی شخصیت های مستعد تحت تاثیر قرار گیرنده استرس و عبارتی شخصیت های شکننده در موقعیت های استرس زا اختصاص یافته اند. توجه به پژوهشهایی از این دست نشان می دهد که ۲ الگوی شخصیتی نوع A و نوع C بیش از همه تحت تاثیر استرس قرار می گیرند. بررسی سبک های مقابله ای افراد در پژوهش های مختلف [۲] نشان می دهد که سبک های مقابله ای افراد با الگوی رفتاری نوع C از دیگر انواع الگوهای شخصیتی ناکارآمدتر است.



سرطان یکی از علل شایع مرگ و میر جوامع بشری است که اولین بار در سال ۱۶۹۲ در انگلیس گزارش شد. بدنبال این گزارش بود که پزشکان و محققان درصدد کشف خصوصیات، محل استقرار سلولهای سرطانی، عوامل ایجاد کننده آن و ... برآمدند. این نظریه که سرطان بنا به علل متفاوت و در درازمدت ایجاد می شود مورد قبول است محققان عوامل موثر در ایجاد سرطان را به ۴ دسته کلی تقسیم می کنند که عبارت است از:

محیط: مواجهه با سموم و مواد آلاینده و سایر عوامل سرطان زا مصرف دخانیات، امواج رادیواکتیو، میدانهای

الکترومغناطیس

رژیم های غذایی: رژیم های حاوی چربیهای حیوانی به میزان فراوان، الکل، مصرف بیش از اندازه و مفرط مواد

نشاسته ای، غذاهای آماده طبخ، مصرف کم مواد حاوی فیبرهای غذایی از قبیل میوه و سبزیجات

وراثت: وجود سابقه سرطان در خانواده شخص خواهر، برادر، والدین و احتمالاً " پدر و مادر بزرگها

عوامل روانشناختی / شخصیت: تحقیقات معلوم ساخته که سبکهای ناکارآمد مقابله با استرس از جمله عوامل مهم

تاثیر گذار بر سیر بیماری و حتی در ایجاد بیماری می باشد [۲]. همانگونه که پیش تر رفت الگوهای شخصیتی نوع C جزء

این گروه قرار می گیرند و بر همین اساس تاکید تحقیق حاضر بر روی عامل چهارم یعنی تاثیر عوامل روانشناختی / شخصیت

در بروز بیماری سرطان می باشد. بیشتر از یک دهه است که توجه دانشمندان معطوف به ارتباط بین الگوی رفتاری A و

بیماری قلبی و عروقی کرونر قلب می گذرد. همچنین تحقیقات مشابه دیگری نیز مبنی بر همبستگی بین الگوی رفتاری نوع

C و سرطان در زندگی آینده فرد گزارش شده است. افراد دارای الگوی رفتاری نوع C معمولاً خصوصیات خود را در پشت

ظاهری خرسند پنهان می کنند و تا زمانیکه اثرات باب میل خود را از محیط بگیرد نگهدای می کند در غیر اینصورت عوامل

استرس زا باعث تحت فشار قرار دادن فرد و در نهایت منجر به احساس افسردگی، ناامیدی و بی یابوری در فرد می شود.

این شیوه رفتاری منجر به ضعف مقاومت طبیعی فرد در برابر اثرات عوامل سرطانزای موجود در محیط پیرامون و یا زندگی

روزانه می شود. به عبارتی این الگوی رفتاری باعث ضعف و تغییر سیستم ایمنی بدن می گردد و عملکرد آن را پائین می

آورد.



افراد دارای الگوی رفتاری نوع C هنگامی که در مورد احساساتشان نسبت به موقعیت خاصی سؤال می شود احساس نوعی گمگشتگی دارند و نظر خاصی ندارند. برخی از این افراد بیش از حد با سادگی رفتار می کنند از دیگر خصوصیات رفتاری این دسته از افراد عدم توانایی در بروز خشم در موقعیت های مقتضی است و در حالیکه آرامش خود را حفظ می کنند رنجش خود را در محیط کار و یا محیط خانواده نشان می دهند.

به منظور تغییر و ایجاد واکنشهای هیجانی سالم تر در ابتدا فرد باید نسبت به الگوی رفتاری خود آگاهی پیدا کند. از آنجایی که رابطه قوی بین الگوی رفتاری نوع C و سرطان وجود دارد.

مطالعات نشان داده اند که افراد با الگوی رفتاری نوع C در مقایسه با افراد با الگوی رفتاری نوع A و B مهارتهای اجتماعی ضعیفتری دارند و در موقعیت های استرس زا شیوه های مقابله ای ناکارآمدتری را از خود نشان می دهند [۲۰].

جان هالند معتقد است که خصوصیات شخصیتی هر فرد الگوی رفتاری خاصی را برای وی رقم زده و به بالطبع احساسات خاصی را برای فرد ایجاد می کند افرادی که کمتر این احساسات را بشناسند و مکانیزم های مدارا با احساسات را کمتر به کار گیرند بیشتر در معرض ابتلا به اختلالات روان تنی از جمله بیماری های قلبی - عروقی و سرطان قرار می گیرند [۹].

در دهه اخیر توجه زیادی به ارتباط این الگوی رفتاری و تشدید و بروز این بیماری مبذول گردیده است. با توجه به تازگی موضوع تحقیقات اندکی در این زمینه وجود دارد که در ذیل به اختصار به برخی اشاره می گردد:

برخی از محققان [۶، ۱۹، ۱۸] در مطالعه خود بر روی بیماران سرطانی نشان دادند که نمره بدست آمده افراد در آزمون TCPT به مراتب بیش از افراد عادی بود.

در تحقیق دیگری بنسون و استوارت (۱۹۹۲) پرسشنامه TCPT را بر روی افرادی که به دلیل سرطان ریه و سرطان سینه در بیمارستان بستری بودند مورد آزمایش قرار داده و مشاهده نمودند که بین افراد مبتلا به سرطان ریه و افراد مبتلا به سرطان سینه تفاوت معنا دار در میانگین نمرات وجود داشت [۴].



در تحقیقی پتیسرو، بل و هانتز (۲۰۰۲) فرم کوتاه پرسشنامه TCPT بر روی خانواده ها و مراقبین افراد مبتلا به سرطان مورد بررسی قرار داد که نمرات بالاتر از نقطه برش مبین وجود سبک رفتاری نوع C در الگوی خانوادگی افراد فوق بود [۱۶].

وانگ (۲۰۰۲) به این نتیجه رسید که الگوی رفتاری نوع C ارتباط معنا داری با ابتلا به سرطان ریه دارد [۹]. برخی از محققین معتقدند که علاوه بر استرس های عمومی نظیر طلاق یا مرگ همسر برخی از شخصیت ها و تعارض های خاص با بیماریهای روان تنی خاص از جمله سرطان ارتباط دارند. استرس روانی اختصاصی را می توان شخصیت خاص (مانند الگوی رفتاری نوع C و A) یا یک تعارض ناخودآگاه خاص تعریف نمود که سبب عدم تعادل حیاتی شده و در نتیجه موجب پیدایش بیماریهای صعب العلاجی چون سرطان می گردد.

فرانتس آلکساندر این فرض را مطرح کرد که تعارضات اختصاصی ناخودآگاه با اختلالات روان تنی خاصی مانند سرطان ارتباط دارد. امروزه نظریه استرس غیراختصاصی بیش از نظریه استرس اختصاصی مورد قبول اکثر صاحب نظران است. برطبق این فرضیه اضطراب مزمن دارای آثار فیزیولوژیکی است که همراه با ناتوانی یا آسیب پذیری ژنتیکی عضو، برخی از افراد خاص را مستعد اختلالات روان تنی می سازد. این عضو آسیب پذیر می تواند در هر قسمتی از بدن واقع شده باشد. برخی از افراد "واکنش دهنده های معده ای" هستند و بعضی دیگر "واکنش دهنده های قلبی - عروقی"، "واکنش دهنده های پوستی"، "واکنش دهنده های سرطانی" و یا نظایر آنها. این کم بینی یا آسیب پذیری احتمالاً منشاء ژنتیکی دارد، ولی می تواند ناشی از آسیب پذیری اکتسابی نیز باشد (مانند ریه های که به علت سیگار کشیدن و یا الگوی شخصیتی نوع C ضعیف شده اند) [۱۴ به نقل از ۸].

یکی دیگر از عوامل غیر اختصاصی مفهوم آلکسی تایمیست که بوسیله پیتر سیفئوس (Peter Sifneos) و جان نمیا (John Nemiah) ابداع شد. در این حالت فرد نمی تواند احساسات خود را ابراز کند چون از حالت خلقی خودش آگاهی ندارد. در نتیجه حالت های تنشی بوجود می آید که منجر به بروز بیماریهای نظیر سرطان می گردد. تحقیقات وانگ [۱۸] نشان داد که آلکسی تایمیاز جمله نشانه های الگوی رفتاری نوع C محسوب می شوند.



تحقیقات بعدی نشان داد که شخصیت و سبکهای رفتاری افراد مبتلا به بیماری سرطان بسیار شکننده و تاثیر پذیر در موقعیت های استرس آمیز بوده است [۱۵، ۷، ۱۲، ۱۳، ۶، ۵]. تحقیقات چندی سعی بر آن داشته تا سبک رفتاری بیماران سرطانی را که بیشترین اثر را از موقعیت و فشارهای بیرونی می گرفتند مورد بررسی قرار دهد. برخی از محققین [۵، ۹] سبک های رفتاری را در موقعیت های استرس زا از قبیل بحث های شدید و مکرر، کناره گیری و انزوا، فقدان ارتباطات اجتماعی و رفتار استرس زا گزارش کردند .

چاپیتو (۱۹۹۵) و تموشاک (۱۹۹۸) اظهار می دارند که فشارهای ذهنی و عاطفی افراد مبتلا به بیماری سرطان را بیش از افراد با سایر اختلالات روان تنی از قبیل آسم و بیماریهای قلبی - عروقی تحت فشار می گذارد. این یافته با تحقیقات [۱۲، ۲۹، ۳۲] همسو می باشد [۱۷]. همچنین تحقیقات نشان داد که بیماران مبتلا به سرطان تحت موقعیت فشار زا و ارتباط اجتماعی شان بیش از سایر افراد مبتلا به اختلالات روان تنی دیگر کاهش می یابد.

در یک مطالعه بر روی بیماران مبتلا به سرطان نشان داده شد که خانواده های این افراد نیز به واسطه وجود بیمار در منزل دچار محدودیت شده و نیز مبتلا به اختلالات نوروتیک می شوند. در بررسی مقایسه ای فشار های وارده بر خانواده های این بیماران مشخص گردید که فشارهایی که خانوادگی این بیماران احساس و گزارش می کنند در مقایسه با سایر اختلالات روان تنی رابطه نزدیکتری با ناتوانائی های شخصی و اجتماعی بیماران سرطانی نشان می دهد [۸].

میور و همکاران (۲۰۰۰) در یک پژوهش نشان داد که شیوع اختلالات روانی در مراقبین بیماران سرطانی بیشتر از سایر اختلالات روان تنی است [۸].

پنیکس [۱۵] نشان داد که مراقبین بیماران مبتلا به سرطان نسبت به سایر اختلالات روان تنی از سلامت جسمی کمتری برخوردارند.

در مطالعه دیگری ناکایا [۱۴] نشان داد که افراد مبتلا به بیماریهای روان تنی از جمله سرطان از رضایت مندی زناشویی کمتری نسبت به افراد عادی برخوردارند.

آزار [۳] نشان دادند که خانواده های با تحصیلات بیشتر و بالاتر به هنگام مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان بیشتر ابراز ناراحتی می کردند و در قبال علائم آنان بیشتر علائم افسردگی را نشان می دادند.



باتوجه به تحقیقات موجود در این زمینه و نیز با توجه به اهمیت مسئله طرح حاضر انجام شد تا راهگشای درمان موثرتر و شناخت بهتر بیماری سرطان باشد.

روش پژوهش:

جامعه آماری مورد بررسی در این پژوهش را کلیه بیماران بستری مبتلا به سرطان در بیمارستانهای نمازی و شیراز تشکیل می‌دهند. پس از تعیین حجم نمونه که بر اساس جدول تعیین حجم نمونه با درجه اطمینان ۹۵٪ تعیین گردید روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس صورت گرفت. که در مجموع ۱۵۰ نفر در این پژوهش بررسی شدند. در این پژوهش از دو آزمون جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد: ۱- سیاهه رویدادهای زندگی پیکل و همکاران. مطالعات انجام شده توسط اسمیت، کندال و هیولین (۲۰۰۳)، کندال و هیولین (۲۰۰۳) نشان داده است که ضریب پایایی این آزمون بالا و قابل قبول است (۸۶/۸۹). ۲- پرسشنامه سنجش الگوی رفتاری نوع C (TCPT، کارور، پوزو، ۲۰۰۲). مطالعات انجام شده حاکی از آن است که این پرسشنامه از اعتبار و پایایی بالایی برخوردار است. مطالعه باراتا، کلوریو، زیمرمن (۱۹۸۵) در مورد افراد بهنجار ایتالیایی، پیکل (۱۹۸۵) در مورد بیماران افسرده، پیکل (۱۹۸۳) در مورد بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی، لوینسون (۱۹۸۷) در مورد بیماران سرطانی، پروسف و پیکل (۱۹۷۵) در مورد اقدام به خودکشی و پیکل (۱۹۸۳) در مورد نقش حوادث زندگی در اقدام به خودکشی همگی نشان‌دهنده اعتبار و پایایی بالای این آزمون هستند. در مطالعه پورشهباز (۱۳۷۲) پایایی این آزمون از نظر تعداد رویدادهای زندگی ۸۷٪ و از نظر ارزیابی استرس رویدادهای زندگی ۸۲٪ گزارش شده است. هرچند که مطالعات زیادی پایایی آزمون‌های مورد استفاده در این پژوهش را مورد سنجش قرار داده اما در این پژوهش نیز با استفاده از روش باز آزمائی پایایی هر دو آزمون سنجش الگوی رفتاری نوع C و سیاهه رویدادهای زندگی پیکل مورد سنجش قرار گرفت که به ترتیب ضرایب ۰/۷۵ و ۰/۷۷ برای آنها بدست آورد که ضریبی قابل اعتناء محسوب می‌گردد و نشان از دقت بالای اندازه‌گیری صفات مورد نظر در نزد آزمون‌های فوق است.

نتایج پژوهش:

یافته های اصلی در میان نمونه مورد مطالعه به شرح زیر می باشد:

جدول ۱: مقایسه میزان استرس در بیماران مبتلا به سرطان و افراد عادی

گروهها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معنی داری
بیماران مبتلا به سرطان	۱۰۰	۳۷/۴۸	۸/۹۸	۱۹۸	۵/۴۶	۰/۰۰۱
افراد عادی	۱۰۰	۳۰/۷۷	۱۰/۵۹			

در جدول فوق میانگین استرس افراد عادی ۳۰/۷۷ و بیماران مبتلا به سرطان ۳۷/۴۸ می باشد انحراف معیار نمره استرس افراد عادی ۸/۹۸ و بیماران مبتلا به سرطان ۱۰/۵۹ است همچنین این جدول نشان می دهد که تفاوت میانگین این دو گروه معنا دار است بنابراین بیماران مبتلا به سرطان در مقایسه با افراد عادی استرس بیشتری دارند.

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات افراد عادی و بیماران مبتلا به سرطان در الگوی رفتاری نوع C

گروهها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معنی داری
بیماران مبتلا به سرطان	۱۰۰	۹۴/۷۸	۱۵/۵۷	۱۹۸	۵/۰۳	۰/۰۰۱
افراد عادی	۱۰۰	۷۶/۹۹	۲۲/۰۲			

همانطور که مشاهده می شود میانگین و انحراف معیار نمرات پرسشنامه الگوی رفتاری نوع C افراد مبتلا به سرطان (۹۴/۷۸ و ۱۵/۵۷) در مقایسه با افراد عادی (۷۶/۹۹ و ۲۲/۰۲) بیشتر است. مقایسه میانگین این دو گروه براساس آزمون t تفاوت معنی داری را نشان می دهد.

جدول ۳: مقایسه میزان استرس افراد مجرد و متأهل

گروهها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معنی داری
مجرد	۱۳۰	۴۳/۰۹	۲۴/۵۷	۱۹۸	-۳/۳۹	۰/۰۰۱
متاهل	۷۰	۶۳/۰۹	۲۷/۳۹			

میانگین استرس افراد مجرد ۴۳/۰۹ و میانگین استرس افراد متأهل ۶۳/۰۹ است انحراف معیار نمرات استرس افراد مجرد ۲۴/۵۷ و افراد متأهل ۲۷/۳۹ می باشد. مقایسه این دو میانگین با استفاده از آزمون t نشان دهنده تفاوت معنی دار بین این دو گروه است.



بحث و نتیجه گیری:

غالب تحقیقات انجام شده در مورد رابطه استرس و بیماری سرطان رابطه این دو را قوی گزارش کرده اند (چاییتو، ۱۹۹۵؛ تموشاک، ۱۹۹۸؛ اورسون و همکاران ۱۹۹۶، پتیسرو و همکاران؛ ۲۰۰۲) با وجود آنکه نمی توان از استرس بعنوان تنها عامل بیماری سرطان یاد کرد اما بعنوان یکی از مهمترین عوامل موثر در ابتلا به سرطان و نیز پیشرفت سیر بیماری موثر شناخته شده است. نتایج این مطالعه نیز نشان داد که بیماران مبتلا به سرطان در مقایسه با افراد عادی تحت استرس بیشتری قرار داشتند که ممکن است نوع خود بیماری نیز در افزایش استرس تاثیر داشته باشد. نتایج این طرح نشان داد که این افراد بدلیل الگوی ناکارآمد نوع C استرس بیشتری را در شرایط قبل از بیماری تجربه کرده بودند این نتیجه با مطالعات (یامااکا ۱۹۹۸؛ شاپیرو و همکاران ۲۰۰۱؛ تسوبونا و همکاران ۲۰۰۳) هم خوانی دارد.

براساس نتایج بدست آمده از این مطالعه به نظر می رسد کاهش استرس به کاهش ابتلا فرد به سرطان و نیز کند کردن سیر رو به پیشرفت بیماری کمک نماید. اگرچه نمی توان نتیجه قطعی گرفت که چنانچه استرس افراد کاهش یابد آنها بیمار نخواهند شد، لیکن می توان احتمال داد که کاهش استرس همراه با کاهش علائم و نیز کندی سیر بیماری خواهد بود. بنابراین می توان پذیرفت افراد با استرس کمتر سالم تر هستند و افراد سالم خوشنود تر و دارای تفکر منطقی و سبک های کارآمدتر برای مقابله با موقعیت های استرس زای زندگی. نتایج بدست آمده در این پژوهش نشان داد که الگوی رفتاری نوع C در بیماران مبتلا به سرطان در مقایسه با گروه شاهد به گونه معنادار بیشتر است. علت این موضوع را احتمالاً می توان نبود مهارت های مقابله ای موثر جهت تغییر سبک زندگی نزد این افراد دانست. انکار و واپس زنی هیجانات، مهربانی بیمارگون، بی صبری بیش از حد، رفتاری های قلبی حاکی از نزاکت اجتماعی، شاکی بودن بیش از حد، منطقی بودن به میزان زیاد، مطلوبیت اجتماعی مبالغه آمیز، کنترل غیر قابل انعطاف تظاهرات هیجانی، سختی در ابراز هیجانات، وجود نگرش ناامید و بی یاور بودن از خصوصیات شخصیت های با الگوی رفتاری نوع C افرادی هستند که قادر به حل مسائل خود در روابط بین فردی نیستند. موقعیت ها و اهداف مختلف زندگی خود را به خوبی کنترل نمی کنند. زمانی که روابط آنها گسسته می شود قادر نیستند که شرایط را به حالت سابق برگردانند. به نظر می رسد مهارتهائی همانند حل مساله، قاطعیت، مسئولیت پذیری، تصمیم گیری در نزد این افراد به میزان قابل ملاحظه ای کمتر از گروه شاهد وجود دارد. این یافته با تحقیقات داچر (۱۹۹۱)،



کیلکوت و گارین (۱۹۹۳)، اورسون و همکاران ۱۹۹۶ و وانگ (۲۰۰۲) همخوانی دارد. همانگونه که ملاحظه می گردد در این پژوهش تنها دو متغیر روانشناختی موثر در بیماری سرطان مورد بررسی قرار گرفت بنابراین جهت مقابله موثرتر با بیماری سرطان بررسی سایر فاکتورهای روانشناختی مرتبط با این بیماری ضروری می نماید. از سوی دیگر باید توجه داشت که صرف نتایج این پژوهش نمی تواند نشان دهنده تاثیر دو متغیر در ایجاد بیماری سرطان باشد. محتمل است بیان این موضوع روشی برای کاهش استرس ها و تغییر سطح الگوی رفتاری در بیماران مبتلا به سرطان بدست دهد. بدیهی است برای رسیدن به این منظور روش های دقیق و کارآمد روانشناختی- فیزیولوژیکی مورد نیاز است.

فهرست منابع:

1. Allan, A. (1983). *Anxiety Disorders and Phobias: A, Cognitive Perspective*, New York: Basic Books.
2. Alper, F. (2002). Type C personality: measurement and characteristics, *British Journal of psychiatry*, 205, 285 – 292.
3. Azar, B. (1999). Probing links between stresses cancer. *APA Monitor*, 30(6).
4. Benson, H., & Stuart, E.M. (1992). *The wellness book: the comprehensive guide to maintaining health and treating stress-related illness* (pp. 323-324). New York, NY: Birch Lane Press.
5. Capuron L, Ravaud A, Neveu PJ, Miller AH, Maes M, Dantzer R. (2002). Association between decreased serum tryptophan concentrations and depressive symptoms in cancer patients undergoing cytokine therapy. *Mol Psychiatry*; 7:468-73.
6. DeAngelis, T. (2002). A bright future for PNI. *APA Monitor*, 33(6).
7. Diurnal, D., Sephton S.E., Sapolsky, R.M., Kraemer, H.C., & Spiegel, D. Cortisol rhythm as a predictor of breast cancer survival. (2000). *Journal of the National Cancer Institute* 92(12), 994-1000.
8. Everson SA, Goldberg DE, Kaplan GA, Cohen RD, Pukkala E, Tuomilehto J, et al(1996). Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosom Med*; 58:113–21.



9. Fukao A, Tsubono Y, Komatsu S, Tsuji I, Minami Y, Hisamichi S, et al(1995). Cohort study on the relation of lifestyle, personality and biologic markers to cancer in Miyagi, Japan: study design, response rate and profiles of the cohort subjects. *J Epidemiol*; 5:153-7.
10. Huang A, Fuchs D, Widner B, Glover C, Henderson DC, Allen-Mersh TG(2002). Serum tryptophan decrease correlates with immune activation and impaired quality of life in colorectal cancer. *Br J Cancer*; 86:1691-6.
11. Lazzarus; Folkman. (1981). *Psychological Stress and the Coping Process*, New York: McGraw- Hill.
12. Murr C, Widner B, Sperner-Unterweger B, Ledochowski M, Schubert C, Fuchs D(2000). Immune reaction links disease progression in cancer patients with depression. *Med Hypotheses*; 55:137-40.
13. Murr C, Widner B, Wirleitner B, Fuchs D. (2002). Neopterin as a marker for immune system activation. *Curr Drug Metab*; 3:175-87.
14. Nakaya N, Tsubono Y, Hosokawa T, Nishino Y, Ohkubo T, Hozawa A, et al(2003). Personality and the risk of cancer. *J Natl Cancer Inst*; 95:799-805.
15. Penninx BW, Guralnik JM, Pahor M, Ferrucci L, Cerhan JR, Wallace RB, et al(1998). Chronically depressed mood and cancer risk in older persons. *J Natl Cancer Inst*; 90:1888-93.
16. Petticrew M, Bell R, Hunter D. (2002). Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *BMJ*; 325:1066.
17. Thmoshok, L. (1998). Type C personality and Cancer. *Cyber psychology and behavior*, 1, 11-17.
18. Tsubono, Y., Nakaya, N., Tsuji, I. (2003). RESPONSE: Re: Personality and the Risk of Cancer. *J Natl Cancer Inst* 95: 1638-1638.
19. Wang, S. (2002). Cancer: Symptoms, evaluation and treatment. *US News and world Report*, 128, 41.
20. World Cancer Research Fund in association with American Institute for Cancer Research (1997). *Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective*. Washington (DC): p. 506-7.