مقایسه عامل‌های شخصیتی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در سرطان ریه و معده با افراد بهنجار

امیر عزیزی: دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران. amir28144@gmail.com
فضل‌اله میردریکوند: استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران. mirfazlolah@yahoo.com
* **جواد محمدی:** دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران (* نویسنده مسئول). Javad.m60@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱/۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۳/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به نقش عوامل شخصیتی و به کارگیری راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در سبب‌شناسی و فیزیوپاتولوژی بیماری سرطان؛ هدف پژوهش حاضر مقایسه عامل‌های شخصیتی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان افراد مبتلاء به بیماری سرطان معده و ریه با افراد بهنجار می‌باشد.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع علّی-مقایسه‌ای است که در آن ۱۰۰ نفر از بیماران سرطانی (۵۰ معده و ۵۰ ریه) و ۵۰ نفر از افراد سالم، از طریق همتاسازی با گروه بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. اطلاعات به وسیله پرسشنامه شخصیتی (NEO-FFI) و پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (MAI) جمع‌آوری و با کمک روش تحلیل واریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: براساس یافته‌ها تفاوت معناداری بین سه گروه مورد مطالعه در متغیر تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آن وجود دارد؛ به طوری که مبتلایان به سرطان به میزان بیشتری از راهبردهای غیرانطباقی (فاجعه‌انگاری، خودسرزنش‌گری، نشخوار فکر و سرزنش دیگری) نسبت به افراد عادی استفاده می‌کنند. اما بین سه گروه در مؤلفه‌های شخصیت تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتیجه گیری: یافته‌های پژوهش حاضر ضمن اشاره به پیچیدگی طبیعت سرطان، به شناخت عامل بسیار مهم مداخله‌گر در ابتلاء به سرطان ریه و معده یعنی راهبردهای متفاوت تنظیم شناختی هیجان افراد سرطانی با یکدیگر و افراد عادی کمک می‌کند.

کلیدواژه‌ها: سرطان ریه، عامل‌های شخصیتی، تنظیم هیجان، سرطان معده.

مقدمه

سرطان ریه هنوز هم یک اپیدمی واقعی به شمار می‌رود. امروزه سرطان ریه ۳۲ و ۲۰ درصد مرگ های ناشی از سرطان را به ترتیب در مردان و زنان تشکیل می‌دهد که شایع‌ترین علت مرگ ناشی از سرطان‌ها می‌باشد (۱-۲). بیشترین میزان بروز این بدخیمی در محدوده سنی ۵۵-۶۵ سالگی مشاهده می‌شود (۱). با پیشرفت‌هایی که در زمینه جراحی، پرتودرمانی و شیمی درمانی به وجود آمده، میزان بقای ۵ ساله در این سرطان از ۵ درصد در سال ۱۹۶۰ به ۱۴ درصد در سال ۱۹۹۰ رسیده است (۳). با توجه به طبقه‌بندی سازمان جهانی بهداشت، سرطان‌های اپی‌تلیالی ریه ۴ گروه اصلی سلولی دارد که شامل موارد زیر است: سرطان سلول کوچک ریه (Small cell lung cancer) و گروه دیگر سرطانی، سلول غیرکوچک ریه (Non-small cell lung cancer) که شامل آدنوکارسینیوم، کارسینوم سلول سنگفرشی و کارسینیوم سلول بزرگ است. این چهار نوع سلول مسئول ایجاد ۹۰ درصد سرطان‌های اپی‌تلیال ریه هستند (۴). از میان علل ایجادکننده سرطان ریه، مصرف سیگار به عنوان مهم‌ترین عامل شناخته شده است (۵)، آلودگی‌های محیطی و شغلی (آرسنیک، آزبستوز، کرومیوم، گاز خردل، ترکیبات نیکل، تشعشعات و وینیل کلرید)، عوامل تغذیه‌ای (ویتامین های C,E,A) و فاکتورهای مستعدکننده میزبان نیز از دیگر عوامل مهم در بروز سرطان ریه می‌باشند (۶ و ۷).

سرطان معده یکی از شایع ترین بدخیمی ها در سراسر جهان است. علی‌رغم پیشرفت‌های حاصل شده در درمان میزان بقای ۵ ساله این سرطان همچنان پایین است و یکی از دلایل اصلی آن

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-09-06]

تأخیر در تشخیص سرطان تا بروز مراحل پیشرفته است که در حقیقت اقدامات درمانی را بی‌تأثیر و یا کم تأثیر می‌سازد. شاید مهم‌ترین اقدام لازم به منظور افزایش موفقیت درمان این نوع سرطان تشخیص زودرس آن باشد. در حدود ۸۵ درصد از سرطان‌های معده آدنوکارسینوم‌ها بوده و ۱۵ درصد آنها لنفوم‌ها و تومورهای استرومایی معدی - روده‌ای و لیومیوسارکوم می‌باشند.

آدنوکارسینوم‌های معده را می توان به دو گروه تقسیم کرد: نوع منتشر و نوع روده‌ای. به دلایل ناشناخته میزان بروز مرگ و میر ناشی از سرطان معده در طی ۷۵ سال گذشته به شدت کاهش یافته است. یک تماس محیطی که احتمالاً در آغاز زندگی آغاز می‌شود، در ایجاد سرطان معده دخیل است و سرطان‌زایی غذایی از بیشترین نقش برخوردار است (۴).

مطالعات متعدد نشان داده‌اند که بیماری سرطان با برخی از ویژگی‌های شخصیتی رابطه دارد و شخصیت ممکن است در شکل‌گیری و بروز سرطان تأثیرداشته باشد (۸). به طوری که برخی یافته ها همسو با بالا بودن میزان روان‌رنجورخویی در بیماران سرطانی نسبت به افراد عادی گزارش شده است (۹).

از طرفی ویژگی‌های شخصیتی پیش‌بینی کننده خوبی برای مدت زنده ماندن فرد پس از عمل در اثر ابتلاء به سرطان است که از میان این ویژگی‌ها برون‌گرایی از قدرت پیش بینی بیشتری برخوردار است (۱۰). در برخی پژوهش‌ها هیچ رابطه‌ای بین صفات شخصیت و احتمال ابتلاء به سرطان و پیشرفت آن گزارش نشده است (۱۱و۱۲). برخی از پژوهش ها نشان داده است که عوامل شخصیتی به همراه شرایط زندگی از جمله تجارب منفی و نحوه مقابله با آنها بر ابتلاء به سرطان و نحوه درمان و نتیجه‌گیری از آن تأثیر می‌گذارند (۱۳).

بحث دیگر در مورد سرطان به تنظیم هیجان مربوط می‌شود؛ تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه می شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می شود و به توانایی فهم هیجانات و تعدیل تجربه و ابراز هیجانات اشاره دارد (۱۴). سرکوبی طولانی مدت تنظیم هیجان و اختلال در بیان عاطفی با بروز بیشتر و سریع تر پیشرفت سرطان ارتباط دارد (۱۵). به عنوان مثال یافته‌هایی مبنی بر رابطه قوی بین احساسات منفی (نفرت، خشم و تحقیر) و کیفیت زندگی در سرطان وجود دارد که لزوم مداخلات زودهنگام برای کمک به زنان سرطانی جهت درک بهتر پتانسیل برای احساسات منفی، به ویژه آن‌هایی که مربوط به نفرت می‌باشند را نشان می‌دهد و سرکوبی عاطفی ممکن است کیفیت زندگی و تنظیم هیجان را تحت تأثیر قرار دهد (۱۶).

گارنفسکی و همکاران (۱۷) برای اولین بار به طور مجزا بر روی ابعاد شناختی راهبردهای مقابله‌ای متمرکز شدند. به عقیده آن‌ها ابعاد شناختی تنظیم هیجان عبارت‌اند از: خودسرزنشگری، تمرکز یا نشخوار فکر، فاجعه‌انگاری، کم اهمیت‌شماری، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر طراحی، پذیرش، سرزنش دیگری. به طور کلی، افرادی که از هر یک از این نه بعد برای تنظیم هیجان‌های خود استفاده می‌کنند، نشانه‌های بیشتری از سرطان گزارش می‌کنند. با بررسی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (نشخوار ذهنی، فاجعه، تمرکز مثبت) در بیماران سرطانی نشان داد تمرکز روی جنبه های خوشایند با عاطفه منفی کمتری همراه است در حالی که نشخوارهای فکری و فاجعه آمیزی به طور قابل ملاحظه‌ای با عاطفه منفی همراه است و تکنیک‌هایی براساس تمرکز حواس در کمک به بیماران سرطانی در کاهش عاطفه منفی تکراری درباره علل و پیامدهای بیماری باید انجام گیرد (۱۸).

به نظر می رسد که امروزه مداخلات طبی در درمان و پیشگیری بیماری سرطان ریه و معده با توفیق چندانی روبرو نیستند، چرا که در تداوم و تشدید این بیماری‌ها، نقش عوامل روانشناختی، شخصیتی، سبک زندگی و حالات هیجانی و احساسی غیرقابل انکار است. از طرفی با توجه به اینکه تاکنون هیچ مطالعه‌ای در این خصوص انجام نگرفته است؛ وجود خلاءهایی در ادبیات پژوهشی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-09-06]

این حوزه، انجام مطالعات بیشتر را ضروری می‌سازد؛ به همین منظور در مطالعه حاضر سعی شد تا با شناسایی این متغیرها، افق های جدیدی بر سر راه شناسایی عوامل دخیل در شروع، سیر و شدت سرطان باز کرده و با کمک به ارائه راه‌کارهای درمانی و پیشگیرانه مؤثر، تا حدودی زیان‌های تحمیل شده به فرد و جامعه را کاهش داد. لذا هدف پژوهش حاضر مقایسه عامل‌های شخصیتی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان افراد مبتلاء به بیماری سرطان معده و ریه با افراد بهنجار می‌باشد.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع علّی مقایسه ای است که در آن ۱۰۰ نفراز بیماران سرطانی (۵۰ معده و ۵۰ ریه) پس از بررسی و تعیین معیارهای ورود و خروج مطالعه، که براساس معاینات جسمی و آزمایشگاهی توسط متخصصین سرطان تشخیص قطعی بیماری را دریافت کرده و در حین درمان قرار داشتند، به روش نمونه‌گیری در دسترس به علت محدودیت نمونه‌گیری از بیماران سرطانی، از کلینیک شیخ‌الریس با ۵۰ نفر از افراد عادی که از نظر ویژگی‌های دموگرافیک چون جنسیت، وضعیت اقتصادی، میزان تحصیلات، سن، سابقه بیماری های دیگر همسان شده بودند، انتخاب شدند. عوامل ورود و خروج مطالعه عبارت‌اند از: داشتن حداقل دیپلم، نداشتن اختلالات روانی از جمله اعتیاد، صرع و موافقت برای شرکت در پژوهش. از پرسشنامه‌های زیر برای گردآوری اطلاعات استفاده شد:

پرسشنامه شخصیتی (NEO-FFI): فرم کوتاه تجدیدنظر شده پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت توسط کاستا و مک‌کری (۱۹) ساخته شده است و شامل ۶۰ سؤال می‌باشد. شاخص‌های مورد بررسی شامل پنج عامل شخصیتی روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری، سازگاری و وظیفه‌شناسی بود که هر کدام از طریق ۱۲ گویه، اندازه‌گیری می شوند. تمامی گویه‌های این پرسشنامه، به صورت پنج گزینه‌ای (طیف لیکرت) پاسخ داده می‌شوند و هر گویه، امتیازی بین ۱-۵ را به خود اختصاص می‌دهد؛ به طوری که نمره‌گذاری پرسشنامه از کاملاً مخالفم (صفر) تا کاملاً موافقم (چهار) انجام می‌گیرد و نمره هر مؤلفه از صفر تا ۴۸ می‌باشد. اما نمره کل پرسشنامه از صفر تا ۲۴۰ می باشد. نمره بالاتر از ۲۴ از هر مؤلفه به معنای داشتن ویژگی آن مؤلفه در حد بالا می‌باشد. اعتبار پرسشنامه شخصیتی NEO-FFI در مطالعه مک‌کری و کاستا (۲۰)، برای شاخص‌های پنج‌گانه روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری، سازگاری و وظیفه‌شناسی به ترتیب برابر ۰/۸۵، ۰/۸۰، ۰/۷۴، ۰/۷۱ و ۰/۷۷ گزارش شده است. گروسی (۲۱) این پرسشنامه را در ایران هنجاریابی کرد و روایی ملاکی آن را بین ۴۵ تا ۶۶ و پایایی آن را بین ۵۶ تا ۸۷ گزارش کرده است.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: این پرسشنامه شامل ۳۶ سئوال است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و استرس‌زای زندگی به صورت پنج گزینه‌ای (طیف لیکرت) بر حسب نه خرده مقیاس می‌سنجد و هر گویه، امتیازی بین ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) را به خود اختصاص می‌دهد. کمترین و بیشترین نمره در هر خرده مقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ می‌باشد و نمره بالاتر بیانگر استفاده افراد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود. خرده مقیاس‌های پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان عبارت‌اند از: خودسرزنشگری؛ پذیرش؛ تمرکز بر فکر، نشخوار فکر؛ تمرکز مجدد مثبت؛ تمرکز مجدد بر طراحی؛ ارزیابی مثبت؛ کم اهمیت شماری؛ فاجعه‌انگاری؛ سرزنش دیگری. در بررسی مقدماتی ویژگی های اعتبارسنجی این پرسشنامه در نمونه‌ای از جمعیت عمومی (N = ۳۶۸؛ ۱۹۷ زن، ۱۷۱ مرد)، ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ محاسبه شد. این ضرایب که در سطح $p<0/001$ معنادار بودند، همسانی درونی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان را تأیید می‌کنند (۲۲). بشارت (۲۳) پایایی بازآزمایی برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه را در دو نوبت با فاصله زمانی دو تا چهار هفته، ۰/۵۷ تا ۰/۷۶ گزارش کرد و روایی محتوایی آن را

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-09-06]

براساس داوری هشت نفر از متخصصان روانشناسی بررسی نمود و ضرایب توافق کندال برای خرده مقیاس‌ها را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ گزارش کرد.

سپس نمره افراد در هر دو پرسشنامه محاسبه و با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیره در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

جدول ۱ آماره توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهشی در گروه‌های مورد مطالعه را نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد، افراد مبتلاء به سرطان معده و ریه نمرات بالاتری را در مقیاس راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و مؤلفه‌های آن نسبت به افراد عادی به دست آورده‌اند.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (جدول ۲) نشان داد که بین گروه های مورد مطالعه از نظر راهبردهای مقابله‌ای منفی (فاجعه‌انگاری، خودسرزنشگری، نشخوار فکر و سرزنش دیگری) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$). نتایج همچنین نشان داد که تفاوتی از نظر راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و ابعاد پنج‌گانه شخصیت وجود ندارد.

از آنجایی که بین ابعاد پنج‌گانه شخصیت و خرده مقیاس های آن در سه گروه ارتباطی یافت نشده از گزارش جدول آن نیز خودداری شده، اما نتایج آزمون شفه نشان داد که افراد مبتلاء به بیماری سرطان معده نمرات بالاتری را در مؤلفه

جدول ۱- آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
ابعاد شخصیت	ریه	۱۰۰/۳۸	۱۲/۹۹
	معده	۱۰۰/۳۴	۱۶/۸۱
	سالم	۱۰۰/۳۷	۱۱/۷۸
	کل	۱۰۰/۳۶	۱۴/۰۴
تنظیم شناختی هیجان	ریه	۹۵/۴۷	۱۴/۹۱
	معده	۱۰۰/۰۱	۱۶/۹۴
	سالم	۱۰۰/۱۷	۱۵/۰۱
	کل	۱۰۰/۵۰	۱۸/۰۴

راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان نسبت به افراد عادی به دست آوردند که این تفاوت معنی‌دار می‌باشد. همچنین در راهبردهای شناختی تنظیم هیجان افراد سرطانی با یکدیگر تفاوت معناداری وجود دارد؛ به طوری که بیماران مبتلاء به سرطان ریه از راهبردهای غیرانطباقی بیشتری در تنظیم هیجانات خود، نسبت به بیماران مبتلاء به سرطان معده استفاده می‌کنند (جدول ۳).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیر تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه های آن تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین معنی که بیماران مبتلاء به سرطان ریه و معده در مقایسه با افراد عادی نمرات بالاتری در مقیاس تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آن به دست آوردند و از راهبردهای غیرانطباقی بیشتری در تنظیم شناختی هیجان‌های خود بهره می‌گیرند. با

جدول ۲- جدول تحلیل واریانس چندمتغیری تفاوت بین میانگین‌های پاسخ سه گروه عادی، افراد مبتلاء به سرطان ریه و معده

منبع واریانس	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال
	روان‌رنجورخویی	۴۴/۱۷۳	۲	۲۲/۰۸۷	۰/۵۳۹	۰/۵۸۵
	برون‌گرایی	۸۷/۴۵۳	۲	۴۳/۷۲۷	۱/۴۷۵	۰/۲۳۲
مولفه‌های شخصیت	انعطاف‌پذیری	۲۲/۰۱۳	۲	۱۱/۰۰۷	۰/۶۵۷	۰/۵۲۰
	سازگاری	۱۷۶/۱۷۳	۲	۸۸/۰۸۷	۲/۰۵۲	۰/۱۳۲
	وظیفه‌شناسی	۲۱۶/	۲	۱۰۸/۱۸۷	۲/۱۶۴	۰/۱۱۹
تنظیم شناختی	راهبردهای مثبت تنظیم هیجان	۱۵۴/۲۴۰	۲	۷۷/۱۲۰	۰/۸۲۱	۰/۴۲۲
هیجان	راهبردهای منفی تنظیم هیجان	۱۰۹۸۰/۹۷۳	۲	۵۴۹۰/۴۸۷	۳۰/۸۹۷	۰/۰۰۱

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-09-06]

جدول ۳- نتایج آزمون شفه برای تحلیل واریانس چندمتغیری در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر وابسته	گروه		تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد برآورد	سطح معنی داری
راهبردهای منفی تنظیم هیجان	سالم	ریه	۲۰/۶۶۰	۲/۶۶۶	۰/۰۰۱
		معده	۱۳/۳۸۰	۲/۶۶۶	۰/۰۰۱
	معده	ریه	-۷/۲۸۰	۲/۶۶۶	۰/۰۰۱
راهبردهای مثبت تنظیم هیجان	سالم	ریه	۱/۳۶۰	۱/۹۳۹	۰/۴۸۴
		معده	۲/۴۸۰	۱/۹۳۹	۰/۲۰۳
	معده	ریه	-۱/۱۲۰	۱/۹۳۹	۰/۵۴۶

توجه به اینکه در خصوص تنظیم شناختی هیجان مبتلایان به سرطان ریه و معده مطالعات اندکی صورت گرفته؛ لذا پژوهشگر تلاش را بر آن داشته تا نتایج پژوهش‌های مشابه را یادآور شود. در این میان می‌توان به مطالعات مکنا، زون و کورن (۲۴)؛ هارتمن (۲۵)؛ مولیگان و مارگارت (۲۶) اشاره کرد که هماهنگ با مطالعاتی است که در زمینه به کارگیری راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان در افراد سرطانی صورت گرفته است.

همچنین اشلاتر و کامرون (۲۷) با بررسی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مبتلایان به سرطان پستان، نقش سرکوب عاطفی در علائم تجربه شده این بیماران را با استفاده از گزارش‌های روزانه علائم، خلق و خو، راهبردهای انطباقی مقابله‌ای ارزیابی کردند و به این نتیجه رسیدند که گرایش به سرکوبی اضطراب، خشم، افسردگی و هر یک از الگوهای متمایز در روابط خود با علائم، خلق و خو و به کارگیری راهبردهای منفی مقابله‌ای ارتباط دارد؛ به طوری که بیماران سرطانی از راهبرهای غیرانطباقی (خود سرزنشگری، سرزنش دیگری، نشخوار فکر و فاجعه‌انگاری) بیشتری نسبت به افراد عادی استفاده می‌کردند. مجموعه‌ای از بیماران سرطانی به احتمال زیاد ممکن است در معرض تغییر بیان هیجانی و تنظیم آن باشند (۲۸).

طبق نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، در راهبردهای شناختی تنظیم هیجان افراد سرطانی با یکدیگر تفاوت معناداری وجود داشت؛ به طوری که بیماران دچار سرطان ریه از راهبردهای غیرانطباقی بیشتری در تنظیم هیجانات خود، نسبت به بیماران دچار سرطان معده استفاده می‌کنند. در تأیید این یافته‌ها می‌توان به مطالعات کیسن (۲۹) اشاره کرد. وی با ثبت نیمرخ شخصیتی ۳۵۵ مرد مبتلاء به سرطان ریه متوجه شد این افراد با عدم توانایی ابراز هیجانات یا "همه چیز را در دل نگهداشتن" مشخص می‌شدند. هرچند این رفتار هم در تجارب دوران کودکی و هم در شرایط بزرگسالی فعلی گزارش شده بود با این همه ممکن است در پاسخ به موقعیت بیماری به وجود آمده باشد.

در تبیین این یافته‌ها اشاره به این مطلب ضروری به نظر می‌رسد که تنظیم نامطلوب هیجان در افراد سرطانی باعث می‌شود که هیجان‌های مخرب همچون خشم به درستی کنترل نشوند. راهبردهای ناکارآمد تنظیم شناختی، همچون خودسرزنشگری، سرزنش دیگری، نشخوار فکر و فاجعه‌انگاری که در بیماران سرطانی فراوان دیده می‌شوند، می‌توانند از طریق ارزیابی نادرست رویدادها باعث برانگیختگی هیجانات نامناسب شوند. از طرفی در خصوص نقش راهبردهای ناکارآمد شناختی می‌توان به دیدگاه گارنفسکی اشاره نمود. گارنفسکی و همکاران (۲۹) با بررسی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (نشخوار ذهنی، فاجعه‌انگاری، تمرکز مثبت) در بیماران سرطانی نشان دادند، تمرکز روی جنبه‌های خوشایند با عاطفه منفی کمتری همراه است در حالی که نشخوارهای فکری و فاجعه‌انگاری به طور قابل ملاحظه‌ای با عاطفه منفی همراه است.

مطالعه حاضر نشان داد که مکانیسم‌های تنظیم شناختی هیجان در بروز سرطان بی‌تأثیر نیستند.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-09-06]

افـراد پـس از تجربـه رویـدادهای منفـی زنـدگی راهبردهای مقابله‌ای مختلفی را به کار می‌برند. این راهبردهای شناختی نقش به سزایی در رابطه بـین تجربه رخدادهای منفی زندگی و گزارش نشانه‌های سرطان ریه و معده ایفا مـی کننـد. براسـاس مـدل کارکرد اجرایی خود تنظیم‌گـری ولـس و متیـوس (۳۰)، می توان گفت کـه نقـص در مکانیسـم هـای شناختی خود تنظیم‌گـری هیجـانی کـه شـکلی از تنظیم هیجان است، باعـث ناسـازگاری هیجـانی و تداوم بیماری سرطان می‌شود.

پژوهش‌های قبلی به نحوی مؤلفه‌های شخصیتی به خصوص مؤلفه روان‌رنجورخویی و سرطان را بـه هم ربط داده‌اند (۳۱) اما یافته‌های پژوهش حاضـر نشان داد که در سه گروه مورد مطالعه از نظر ابعاد شخصیت تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این یافتـه با نتایج پژوهش های دیگر به عنـوان مثـال ناکایـا، تسـوبونو، نیشـینو (۳۲)؛ بلایکـر و همکـاران (۳۳) مطابقـت مـی‌کنـد کـه بـین ابعـاد شخصـیتی، روان‌رنجورخـویی، بـرون‌گرایـی، انعطـاف‌پـذیری، سازگاری و وظیفه‌شناسی در افـراد سـرطانی هـیچ رابطه‌ای به دست نیاوردند. همچنـین در پژوهشـی که با هدف اعتباریابی پرسشنامه شخصـیتی NEO بـر روی افـراد سـرطانی انجـام گرفـت، بـین روان‌رنجورخویی و احتمال ابتلاء به سرطان رابطـه مثبت و بین برون‌گرایی و انعطاف‌پذیری و احتمال ابتلا بـه سـرطان (مطـابق یـا یافتـه‌هـای پـژوهش حاضر) رابطه منفی به دست آمد (۳۱).

در تبیـین تضـاد موجـود بـین ارتبـاط روان‌رنجورخـویی در افـراد سـرطانی مـی‌تـوان بـه طبیعت چندبعدی شخصیت و همپوشی بین برخی از مؤلفه‌های آن اشاره کرد، حتی ممکن است وقوع یا گزارش روان‌رنجورخویی در بیماران سرطانی بـه عـواملی چـون کیفیـت زنـدگی و ویژگـی‌هـای جمعیت‌شناختی بستگی داشته باشـد کـه در ایـن پژوهش مجال بررسی آن وجود نداشت.

به طور کلی یافته‌های پژوهش نشان داد تفـاوت معناداری بین سه گـروه مـورد مطالعـه در متغیـر تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه های آن وجود دارد و مبتلایـان بـه سـرطان بـه میـزان بیشـتری از راهبردهـای غیرانطبـاقی (فاجعـه انگـاری، خودسرزنش گری، نشخوار فکر و سرزنش دیگری) نسبت به افراد عادی استفاده می کنند؛ بـه طـوری که بیماران مبتلاء بـه سـرطان ریـه از راهبردهـای غیرانطبـاقی بیشـتری در تنظـیم هیجانـات خـود، نسبت به بیماران مبتلاء به سرطان معده اسـتفاده می‌کنند. اما بین سه گروه در مؤلفه‌های شخصـیت تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

در ایـن پـژوهش، فرآینـدهای شـناختی هشـیار مانند خودسرزنشگری، سـرزنش دیگـری، نشـخوار فکر یا فاجعـه‌انگـاری مـدنظر قـرار گرفـت. وجـود نشانه‌های سرطان ممکـن اسـت قرینـه‌ای باشـد از وجـود احتمـالی راهبردهـای غیرانطبـاقی تنظـیم شناختی هیجان. از طرفـی، وجـود مکانیسـم هـای متعـدد در ایـن اخـتلال نتیجـه‌گیـری قطعـی را غیرممکن می‌سازند. بنـابراین بـا توجـه بـه اینکـه سرطان مسئله‌ای ناهمگون است کـه تحـت تـأثیر متغیرهای متعددی قرار دارد بی‌شک عوامل ارثـی، روانشناختی و اجتماعی زیـادی در بـروز و تشـدید آن نقـش دارنـد و شـاید یکـی از مهـم‌تـرین کاستی‌های این پژوهش، مقایسه صرف مؤلفه‌هـای شخصیتی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجـان و نادیده گرفتن سایر متغیرهای مؤثر در بروز سرطان معده و ریه می‌باشد. علاوه بر این پـژوهش حاضـر تنها بر روی نمونه محـدودی از بیمـاران کلینیـک شیخ‌الریس انجام گرفـت و تعمـیم نتـایج بایـد بـا احتیاط صورت گیرد. از سوی دیگر به علت طولانی شدن مدت بیماری به تدریج بیماران به افسـردگی و سایر اختلالات روانی دچار می شوند و افسـردگی یکی از عوامل تأثیرگذار در مؤلفه‌های شخصـیتی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان است. لذا امکان دارد بـالا بـودن نمـرات بیمـاران در راهبردهـای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجـان ناشـی از ایـن نوع افسردگی باشـد. بنـابراین عـدم کنتـرل سـایر عوامل و بیمـاری هـای جسـمی و روحـی بیمـاران سرطانی می توانـد تعمـیم نتـایج را بـا محـدودیت اساسی روبرو سازد. بنـابراین توصـیه مـی شـود در پژوهش های آتی سـایر وضـعیت هـای جسـمانی و روانشناختی بیماران مقایسه شـود و تـأثیر عوامـل تعدیل کننده در بیماران سرطانی نیز مـدنظر قـرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های دیگر

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-09-06]

همسو با این موضوع متغیرهای دیگر تاثیرگذار بر سرطان، به عنوان مثال نقش تخلیه هیجانی مؤثر، را مدنظر قرار داده و تأثیر آن با سایر عوامل روانشناختی مؤثر بر سرطان را مورد بررسی قرار دهند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌بینند از تمامی شرکت‌کنندگان محترم در این پژوهش و مسئولین و پرسنل کلینیک شیخ‌الرئیس شهر تبریز که ما را در انجام این پژوهش صمیمانه یاری رساندند، تقدیر و تشکر به عمل آورند.

منابع

1. Minna JD. Harrison's Principles of Internal Medicine. (Fauci AS), 14 th ed, U.S.A: McGraw-Hill, 1998, P: 552-62.

2. Fraser RS, Pare J, Fraser RG, et al. Synopsis of Diseases of the Chest. 2 nd edition, U.S.A: W.B. Saunders Company. 1994;P: 445-39.

3. Ernester VE, Mustacchi P, Osann KE. Textbook of Respiratory Medicine. (Murray JF), 2nd edition, U.S.A: W.B. Saunders Company. 1994;P: 1485-631.

4. Longo D, Fausi A, Kasper D, Hauser E, Jameson L, Loscalzo J. Harrison Principles of Internal Medicine.18 th ed, Iran, Arjomand Publications. 2015; P: 183-86. (Persian).

5. Ristiano LM. Public health concerns about lung cancer, Chest. 1997;112:214S-15S.

6. Speizer FE, Colditz GA, Hunter DJ, et al. Prospective study of smoking, antioxidant intake, and lung cancer in middle-aged women (USA), Cancer Causes Control. 1999;10:475-82.

7. Morinaga K, Nakamura K, Kohyama N, et al. A retrospective cohort study of male workers exposed to PVA fibers, Ind Health. 1999;37: 18-21.

8. Kaplan BJ, Sadock VA. Synopsis of Psychiatry Bahavioural Science, Updated with DSM-5: (11th). edititon copyright. 2015.

9. Golden D. Depressive symptom after breast cancer surgery: relationship with global cancer related and life event stress, Department of Psychology, The Ohio State University, and Columbus, OH, USA, 2003.

10. Sharma A, Sharp DM. National personality predicts post-operative stay after colorectal cancer resection. The university of Hall. 2007;10(2): 151-56.

11. Nakaya N, Tsubono Y, Nishino Y. Personality and cancer survival: The miyagi cohort study.Br J Cancer. 2005;92:2089-94.

12. Bleiker M, Hendriks A, Jan HCL, Johannes D, Otten M. Personality factors and breast cancer risk. A 13-year follow-up. J Nation Cancer Ins. 2008;100(3):213-18.

13. Clercq De B, Filip De F. Quality of life in children surviving cancer: A personality and multiinformant perspective. J Pediatr Psychol. 2004; 29(8):579-90.

14. Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. Psychophysiology. 2002;39:281–91.

15. McKenna MC, Zevon MA, Corn B, Rounds J. Psychosocial factors and the development of breast cancer: A meta-analysis. Health Psychology. 1999;18: 520–31.

16. Mulligan MM. Object relations, emotion regulation patterns, and quality of life in women diagnosed with breast cancer, The institute of advanced psychological studies, Adelphi university, Garden City, New York, USA, 2012.

17. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Personality and Individual differences. 2001, ;30:1311–27.

18. Schroevers MJ, Kraaij V, Garnefski N. How do cancer patients manage unattainable personal goals and regulate their emotions? An examination of the relations between goal adjustment, cognitive emotion-regulation strategies, and positive and negative affect. British Journal of Health Psychology. 2008;13:551-62.

19. Costa PT, McCrae RR. Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO five-factor inventory (NEO-FFI) professional manual. Odessa, FL: Psychological assessment Resources, 1992.

20. McCrae RR, Costa PT. A contemplated revision of the NEO five-factor inventory. Personality and individual differences. 2004;36:587-96.

21. Gross carpet D. The use of personality tests and reviews Neo features and analysis of the factor structure among students, the second Congress of Psychology, Faculty of Medicine and Rehabilitation, 2003. (Persian).

22. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. Personality and individual differences. 2006; 40:1659–1669.

23. Besharat MA. Psychometri properties of the cognitive emotion regulation questionnaire in a sample of iranian population. Nursing and Midwifery Quarterly. In press 2013. (Persian).

24. McKenna MC, Zevon MA, Corn B, Rounds J. Psychosocial factors and the development of breast cancer: A meta-analysis.Health Psychology. 1999;18: 520–31.

25. Mulligan MM. Object relations, emotion regulation patterns, and quality of life in women diagnosed with breast cancer, The institute of advanced psychological studies, Adelphi university,

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-09-06]

Garden City, New York, USA, 2012.
26. Hartman SJ. The relationship of cognitive, emotional, and interpersonal factors to screening and health promoting behaviors among sisters of breast cancer patients, university of South Florida, Tampa, Florida, USA, 2008.
27. Schlatter MS, Cameron LD. Emotional suppression tendencies as predictors of symptoms, mood, and coping appraisals during AC-chemotherapy for breast cancer treatment. Annals of Behavioral Medicine, 2010, 40, 15-29.
28. Schroevers MJ, Kraaij V, Garnefski N. How do cancer patients manage unattainable personal goals and regulate their emotions? An examination of the relations between goal adjustment, cognitive emotion-regulation strategies, and positive and negative affect. British Journal of Health Psychology. 2008;13:551-62.
29. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Personality and Individual differences. 2001;30:1311–27.
30. Wells A, Matthews G. Attention and Emotion: A Clinical Perspective. Hove, UK: Lawrence Erlbaum, 1994.
31. Hali M, Magdalena S. Development of the revised NEO personality inventory for Indonesia: A preliminary study university of Nijmegen. The Netherlands, 2004.
32. Nakaya N, Tsubono Y, Nishino Y. Personality and cancer survival: The miyagi cohort study.Br J Cancer. 2005; 92: 2089-94.
33. Bleiker M, Hendriks A, Jan HCL, Johannes D,Otten M. Personality factors and breast cancer risk. A 13-year follow-up. J Nation Cancer Ins. 2008;100(3):213-18.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-09-06]

Comparison of personality factors and cognitive emotional regulation in gastric and lung cancer patients and normal subjects

Amir Azizi, PhD student of Psychology, University of Lorestan, Khorramabad, Iran. amir28144@gmail.com
Fazlolah Mir Derikvan, Assistant of Department of Psychology, University of Lorestan, Khorramabad, Iran. mirfazlolah@yahoo.com
***Javad Mohamadi,** PhD student of Psychology, University of Lorestan, Khorramabad, Iran (* Corresponding author). javad.m60@gmail.com

Abstract

Background: Considering the role of personality and cognitive emotion regulation strategies employed in the etiology and pathogenesis of cancer, this study was conducted with the aim of comparing personality and cognitive emotion regulation strategies in patients with gastric and lung cancer with normal individuals.

Methods: A comparative study of causal cancer patients, in which 100 cancer patients (50 gastric and 50 lung) and 50 healthy individuals, matched with the patient groups were selected. Data were gathered via Personality inventory (NEO-FFI) questionnaire, and cognitive emotion regulation strategies (MAI) which were analyzed using multivariate analysis of variance.

Results: Based on the findings, of the three groups of variables, there were significant differences in cognitive emotion regulation and its components, such that cancer patients use to a greater extent the non- adaptive strategies (catastrophizing their casting blame, rumination and blaming others) than the normal individuals. However the three groups were not significantly different in regard to character.

Conclusion: The findings of this study not only pointed to the complexity of the nature of cancer, but also to a very important confounding factor in developing different types of cancer which is cognitive emotion regulation strategies in people with cancer and normal individuals.

Keywords: Lung cancer, Personality factors, Emotional regulation, Stomach cancer.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-09-06]