

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دوره ۳۴ شماره ۴ مهر و آبان ۱۳۹۱ صفحات ۶۷-۶۰

عوامل روان شناختی مؤثر در مالتیپل اسکلروزیس: صفات شخصیتی، افسردگی، اضطراب، و تنیدگی روانی

زینب خانجانی: گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

Email: zeynab.khanjani@yahoo.com

دریافت: ۹۰/۸/۹ پذیرش: ۹۰/۹/۲۶

چکیده

زمینه و اهداف: هدف از این پژوهش بررسی صفات شخصیتی، افسردگی، اضطراب و تنیدگی روانی افراد مبتلا به ام اس و مقایسه همان ویژگیها با افراد عادی است.

مواد و روش ها: ۸۰ فرد مبتلا به ام اس (۵۶ زن، سن: $31/62 \pm 6/88$ سال، ۲۴ مرد، سن: $31/87 \pm 8/85$ سال) و ۷۸ فرد سالم (۵۶ زن، سن: $33/20 \pm 6/60$ سال؛ ۲۲ مرد، سن: $32/00 \pm 7/73$ سال) از انجمن ام اس ایران واقع در تهران و کلینیک ام اس بیمارستان امام رضای تبریز، با استفاده از نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب و به چهار گروه زنان مبتلا به ام اس، مردان مبتلا به ام اس، زنان بدون ام اس، و مردان بدون ام اس تقسیم شدند. متغیرهای اصلی پژوهش شامل روان نژندی خویی، برونگرایی، گشودگی، خوشایندی، وظیفه شناسی، تنیدگی، اضطراب، و افسردگی بودند که با استفاده از پرسشنامه پنج عاملی نئو (NEO-FFI) و مقیاس تنیدگی، اضطراب و افسردگی داس (DASS-42) ارزیابی شدند.

یافته ها: تحلیل واریانس یکراهه (ANOVA) نشان داد گروهها از نظر روان نژندی خویی، برونگرایی، گشودگی، خوشایندی، وظیفه شناسی، تنیدگی روانی، اضطراب، و افسردگی تفاوت معنی داری با یکدیگر دارند. آزمون تعقیبی توکی نشان داد میانگین نمره مردان و زنان مبتلا به ام اس در روان نژندی خویی، تنیدگی، اضطراب، و افسردگی بالاتر از مردان و زنان بدون ام اس، و در برونگرایی، گشودگی، خوشایندی، و وظیفه شناسی پایین تر از آنهاست.

نتیجه گیری: نیمرخ شخصیتی افراد مبتلا به ام اس به صورت ترکیبی از روان نژندی خویی بالا، برونگرایی، گشودگی، خوشایندی و وظیفه شناسی پایین است. این افراد افسردگی و اضطراب بالاتر داشته و تنیده ترند.

کلید واژه ها: مالتیپل اسکلروزیس، صفات شخصیتی، افسردگی، اضطراب، تنیدگی روانی.

مقدمه

حرکتی، حسی، بینایی، روده ای، مثانه ای، جنسی و همین طور نشانه های شناختی و هیجانی است (۴).

کنار آمدن با یک بیماری یا آسیب تهدید کننده زندگی، یا بالقوه ناتوان کننده، ممکن است نیازمند تلاش بسیار باشد. بسیاری از بیماران قادر به انجام و پیگیری این تلاش برای سازگاری و مقابله نبوده و زندگی فردی و میان فردی آنها به مخاطره می افتد و یا با تغییرات جدی مواجه می شود. از جمله این تغییرات می توان به تغییر در صفات شخصیتی (۵)، و ایجاد اختلالهای روانشناختی از قبیل اضطراب، افسردگی، و تنیدگی اشاره کرد. در این بیماران نیز مانند سایر افرادی که بیماریهای پیشرونده عصبی دارند انتظار می

تصلب چندگانه (ام اس) یک بیماری خودایمن پیشرونده سیستم اعصاب مرکزی با علل ناشناخته است که بیشتر در بزرگسالان بین سنین ۱۵ تا ۵۰ سال بروز کرده و یکی از شایع ترین اختلالها در اوایل بزرگسالی است (۱). نسبت ابتلای زنان به این بیماری در مقایسه با مردان ۲ تا ۳ برابر بیشتر است. خط سیر این بیماری، ویژه بوده و اگرچه کشنده نیست اما هنوز درمانی برای آن یافت نشده است (۲). نشانه های بیماری ام اس می توانند شدیداً به عملکرد روزانه فرد آسیب رسانده و در بدترین حالت، ممکن است فرد وابسته به ویلچر، نابینا و ناتوان از مراقبت از خویش گردد (۳). رایج ترین علایم این بیماری، شامل نشانه های

عدم مطالعه صفات شخصیتی در افراد ایرانی مبتلا به ام اس؛ بررسی نیمرخ شخصیتی افراد مبتلا به ام اس و مقایسه این نیمرخ با نیمرخ افراد بدون ام اس ضرورت این پژوهش را دو چندان میکند. (۲) هدف از پژوهش حاضر بررسی سطح اضطراب، افسردگی، و تنیدگی روانی در افراد مبتلا به ام اس و مقایسه آن با افراد بدون ام اس است.

مواد و روش ها

طرح پژوهش: این پژوهش از نوع مطالعات مقطعی تحلیلی بوده است. **جامعه و نمونه آماری.** کلیه افراد مبتلا به ام اس مراجعه کننده به انجمن ام اس ایران واقع در تهران، و کلینیک ام اس بیمارستان امام رضای تبریز، جامعه آماری این پژوهش را تشکیل می دادند. نمونه افراد مبتلا به ام اس شامل ۸۰ نفر (۵۶ زن، و ۲۴ مرد) بود که با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. به این صورت که با توجه به ملاک های ورودی پژوهش، فهرستی از افراد مبتلا که در این دو مرکز پرونده داشتند، تهیه شد و سپس با استفاده از روش تصادفی ساده، تعداد مورد نیاز از میان این فهرست انتخاب گردید. آزمونگر در روزهای مراجعه این افراد، در مرکز حضور یافته و با کسب رضایت، پرسشنامه ها توسط فرد مبتلا به ام اس تکمیل می گردیدند. نمونه افراد سالم نیز شامل ۷۸ فرد بدون ام اس (۵۶ زن و ۲۲ مرد) بود که به روش تصادفی ساده از افراد عادی جامعه انتخاب گردیدند. میانگین و انحراف استاندارد سن در گروهها به شرح زیر بود: گروه زنان مبتلا به ام اس ($31/62 \pm 6/88$)، مردان مبتلا به ام اس ($31/87 \pm 8/85$)، زنان بدون ام اس ($33/20 \pm 6/60$) و مردان بدون ام اس ($33/0 \pm 7/73$). افراد گروه گواه به صورت نمونه گیری تصادفی از بین افراد عادی جامعه انتخاب شدند. ویژگی های جمعیت شناختی افراد مبتلا به ام اس و افراد بدون ام اس در جدول ۱ نشان داده شده اند. کلیه شرکت کنندگان، قبل از اجرای آزمونها، فرم رضایت نامه کتبی برای شرکت در پژوهش را امضا کردند.

الف. فرم کوتاه پرسشنامه نئو (NEO-FFI) (NEO-Personality Inventory- Revised). این پرسشنامه که یک ابزار خودسنجی است در واقع فرم کوتاه شده آزمون NEO-PI-R با ۶۰ سؤال است و برای ارزیابی پنج صفت اصلی شخصیت؛ روان نژندی گرای، برونگرایی، گشودگی، خوشایندی و وظیفه شناسی؛ توسط کاستا و مک کرا (۱۹۹۲) ساخته شده است (۱۷). هر یک از این صفتها با ۱۲ سؤال سنجیده می شوند. شیوه نمره گذاری به صورت لیکرت پنج گزینه ای از کاملاً مخالفم (۰)، مخالفم (۱)، نظری ندارم (۲)، موافقم (۳)، و کاملاً موافقم (۴) است. برخی پرسش ها به صورت معکوس نمره گذاری شده و مدت زمان لازم جهت تکمیل پرسش نامه ۱۰ تا ۱۵ دقیقه است. ضرایب اعتبار بازآزمایی مقیاسهای آن به فاصله سه ماه از ۰/۷۵ تا ۰/۸۳ به دست آمده است (۱۷). گروسی فرشی (۱۳۸۰) نیز ضرایب همسانی درونی را برای هر یک از عوامل روان نژندی خویی، برونگرایی، گشودگی، خوشایندی، و

رود تغییرات شخصیتی پدید آید (۶). این تغییرات ممکن است به دلیل آتروفی قشر مغز، ایجاد نقایص شناختی، و یا به دلیل اجبار به کنار آمدن با یک بیماری ناتوان کننده و شرایط سخت آن باشد (۷). Costa و McCrae (۱۹۸۵) پنج عامل برای شخصیت معرفی کرده بودند: روان نژند خویی، برون گرایی، گشودگی، خوشایندی و وظیفه شناسی (۸). مطالعات اندکی پیشنهاد داده اند که ممکن است در افراد مبتلا به ام اس، برخی تغییرات شخصیتی پدید آید، از قبیل روان نژندی خویی بالا، برونگرایی، خوشایندی و وظیفه شناسی پایین (۹). تغییرات ایجاد شده در ویژگی های روانشناختی افراد مبتلا به ام اس علاوه بر این که ممکن است ناشی از تغییرات نورولوژیکی ایجاد شده در ساختار مغز باشند، ممکن است ناشی از چالشهای متعددی باشد که ام اس به عنوان یک عامل تنیدگی زا برای بهزیستی فیزیکی و روانشناختی بیمار پدید می آورد. بیمار مبتلا به ام اس، علائم ناخوشایند و غیر قابل پیش بینی، برنامه های درمانی دشوار، عوارض جانبی داروها، و ناتوانی فزاینده فیزیکی را تجربه می کند. افزون بر این، افراد مبتلا به ام اس با پیامدهای روانی اجتماعی این بیماری که شامل شکست در اهداف زندگی، شغل، درآمد، روابط، فعالیتهای اوقات فراغت، و فعالیتهای روزانه زندگی است مواجه اند. افسردگی شایع ترین اختلال روانپزشکی مشاهده شده در ام اس است و شیوع تخمینی بالایی، بین ۲۷٪ تا ۵۴٪ دارد (۱۰). اضطراب در بیماران مبتلا به ام اس تا مدتها مورد توجه پژوهشگران نبود، اما، پژوهشهای اخیر خبر از شیوع ۳۷ درصدی اختلالهای اضطرابی در این بیماران می دهند (۱۱). افزون بر این، ۳۷٪ از افراد مبتلا به ام اس اضطراب را ناتوان کننده ترین نشانه این بیماری دانسته (۱۲) و آن را در سال اول پس از تشخیص بسیار شدید گزارش کرده اند (۱۳). یکی از بیماریهایی که تنیدگی روانی به عنوان عامل تشدید کننده و با احتمال کمتری به عنوان عامل ایجاد کننده آن مطرح است بیماری ام اس است (۱۴). در ۸۵ تا ۹۰ درصد از موارد بیماری ام اس دوره های تشدید علائم بیماری و بهبودی وجود دارد. اما، سیر بیماری غیر قابل پیش بینی بوده و امروزه معلوم گردیده است که تنیدگی های روان شناختی باعث فعال شدن این بیماری می شوند (۱۵). مطالعه طولی Ackerman و Heyman، همکاران (۲۰۰۲) که بر روی ۲۳ زن مبتلا به بیماری ام اس به مدت یک سال انجام شد مشخص کرد که در ۸۵ درصد موارد تشدید بیماری ام اس بعد از رویدادهای تنش زا (که حتی ۶ هفته قبل رخ داده بود) ایجاد شده است و در حقیقت تنیدگی به عنوان یک عامل فعال کننده در برگشت بیماری ام اس مطرح است (۱۶). بدین ترتیب، مشکلات روانشناختی در این بیماران در مقایسه با افراد طبیعی و نیز در مقایسه با سایر بیماریهای مزمن بسیار شایع است. در مجموع، با توجه به اینکه (الف) به رغم ثبات نسبتاً بالای صفات شخصیتی عوامل مربوط به بیماری های حاد می توانند باعث تغییر در آنها شوند؛ (ب) تغییرات شخصیتی که در افراد مبتلا به ام اس اتفاق می افتند، چندان مورد بررسی قرار نگرفته اند، (ج)

یافته ها

جدول ۱ شاخصه های آماری گروهها بر حسب سن، تحصیلات، سن شروع بیماری، و مدت ابتلا به بیماری را نشان می دهد. جدول ۲ میانگین گروههای چهار گانه را در کلیه متغیرهای تحقیق نشان می دهد. به منظور مقایسه این میانگین ها از آزمون تحلیل واریانس یک راهه (ANOVA) استفاده شد و نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده اند. همان طور که در جدول ۳ ملاحظه می شود گروههای چهارگانه در کلیه متغیرهای مورد بررسی به غیر از وظیفه شناسی تفاوت معنی داری با یکدیگر داشتند. با توجه به اینکه تفاوت بین چهار گروه از نظر وظیفه شناسی معنی دار نبود، صفت وظیفه شناسی در دو گروه کلی تر افراد با و بدون ام اس مقایسه شد. نتایج این مقایسه که با استفاده از آزمون t مستقل انجام شد، در جدول ۴ آمده است. همان طور که در جدول ۴ ملاحظه می شود آزمون t مستقل تفاوت معنی داری بین افراد با و بدون ام اس ($P < 0.025$, $t = 2.25$) نشان داد. در ادامه آزمون تعقیبی توکی نشان داد میانگین روان نژندی خوبی در مردان و زنان مبتلا به ام اس، میانگین تنیدگی روانی در زنان مبتلا به ام اس، میانگین اضطراب در زنان مبتلا به ام اس، و میانگین افسردگی در زنان مبتلا به ام اس بالاتر از سایر گروههاست. در ضمن، میانگین برونگرایی در مردان بدون ام اس، میانگین گشودگی در مردان و زنان بدون ام اس، میانگین نمره خوشایندی در مردان و زنان بدون ام اس، میانگین نمره وظیفه شناسی در افراد بدون ام اس بالاتر از سایر گروهها است.

وظیفه شناسی به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸، و ۰/۸۷ گزارش کرده است (۱۸).

ب. مقیاس داس (DASS-42) Depression, Anxiety, Stress Scale. این مقیاس که یک مقیاس خودگزارشی است دارای دو فرم بلند و کوتاه و توسط لایویند و لایویند (۱۹۹۵) ساخته شده است. فرم اصلی آن که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت دارای ۴۲ سؤال بوده و هر یک از سازه های روانی تنیدگی، اضطراب و افسردگی را توسط ۱۴ سؤال متفاوت مورد ارزیابی قرار می دهد. نمره گذاری این پرسشنامه در مقیاس لیکرت چهار گزینه ای (از ۰=هیچ وقت تا ۳=همیشه) است. لایویند و لایویند (۱۹۹۵) اعتبار باز آزمایی را برای خرده مقیاس های تنیدگی، اضطراب و افسردگی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، و ۰/۷۱ به دست آوردند. هم چنین، آن ها همبستگی این آزمون با مقیاس های اضطراب و افسردگی بک را به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۴ به دست آوردند (۱۹). صاحبی و همکاران (۱۳۸۴) نیز به منظور محاسبه روایی ملاکی این پرسشنامه، همبستگی زیر مقیاس افسردگی این آزمون را با آزمون افسردگی بک ۰/۷۰، زیر مقیاس اضطراب این آزمون را با آزمون اضطراب زانگ ۰/۶۷ و زیر مقیاس تنیدگی این آزمون را با آزمون تنیدگی ادراک شده ۰/۴۹ به دست آوردند. همچنین، برای محاسبه پایایی آزمون از همسانی درونی استفاده کرده و مشاهده کردند که کلیه ضرایب همسانی درونی در سطح ۰/۰۰۱ معنا دارند (۲۰). نتایج حاصل از مقیاسها با استفاده از نرم افزار SPSS و توسط آزمون کولوموگروف اسمیرنوف، تحلیل واریانس یک راهه (ANOVA)، آزمون تی مستقل، و آزمون تعقیبی توکی مورد بررسی قرار گرفتند.

جدول ۱: شاخصه های آماری گروهها بر حسب سن، تحصیلات، سن شروع بیماری، و مدت ابتلا به بیماری

متغیرها	افراد مبتلا به ام اس				افراد بدون ام اس			
	زن		مرد		زن		مرد	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سن	۳۱/۶۲	۶/۸۸	۳۱/۸۷	۸/۸۵	۳۳/۲۰	۶/۶۰	۳۲/۰۰	۷/۸۳
تحصیلات	۱۲/۳۳	۲/۶۷	۱۲/۰۸	۲/۲۶	۱۵/۱۰	۱/۷۲	۱۴/۹۴	۱/۵۴
سن شروع بیماری	۲۴/۷۰	۷/۸۹	۲۵/۴۵	۶/۲۶	-	-	-	-
مدت ابتلا به بیماری	۵/۹۲	۵/۴۷	۶/۲۰	۵/۳۶	-	-	-	-

جدول ۲- آماره های توصیفی افراد با و بدون ام اس بر حسب میانگین نمره های روان نژندی خوبی، برونگرایی، گشودگی، خوشایندی، وظیفه شناسی، تنیدگی روانی، اضطراب، و افسردگی

متغیرها	افراد مبتلا به ام اس				افراد بدون ام اس			
	زن		مرد		زن		مرد	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
روان نژندی خوبی	۲۲/۶۶	۶/۸۸	۲۰/۶۶	۷/۹۴	۱۹/۴۲	۷/۱۴	۱۵/۰۴	۷/۷۲
برونگرایی	۲۶/۷۵	۵/۸۴	۲۷/۳۷	۶/۰۷	۲۸/۰۰	۵/۷۰	۳۱/۸۶	۸/۸۸
گشودگی	۳۰/۸۵	۶/۲۷	۳۰/۵۰	۶/۹۳	۳۴/۶۲	۵/۵۷	۳۱/۲۲	۷/۳۸
خوشایندی	۲۴/۸۳	۴/۸۶	۲۴/۸۳	۵/۵۲	۲۸/۵۵	۵/۳۵	۳۱/۱۳	۷/۱۹
وظیفه شناسی	۳۳/۴۸	۶/۶۰	۳۴/۹۱	۸/۳۷	۳۶/۵۳	۶/۳۱	۳۶/۱۳	۶/۴۶
تنیدگی روانی	۲۵/۱۴	۷/۷۶	۲۰/۰۸	۹/۸۳	۱۹/۲۱	۸/۸۷	۱۷/۳۶	۱۱/۴۷
اضطراب	۱۵/۷۵	۷/۶۴	۱۲/۲۰	۷/۵۱	۹/۳۲	۵/۷۵	۸/۳۱	۸/۳۲
افسردگی	۲۲/۵۱	۷/۸۸	۱۳/۳۷	۱۰/۵۶	۱۲/۵۳	۹/۵۰	۱۰/۹۰	۱۱/۴۸

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه برای تفاوت بین گروههای چهارگانه (زنان و مردان با و بدون ام اس) برای کلیه متغیرها

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار احتمال
روان نژندی	بین گروهها	۹۶۱/۷۹	۳	۳۲۰/۶۰	۶/۰۷	۰/۰۰۱**
خوئی	درون گروهها	۸۱۲۶/۵۵	۱۵۴	۵۲/۷۷		
	کل	۳۰/۵۰	۱۵۷			
برونگرایی	بین گروهها	۴۲۵/۲۸	۳	۱۴۱/۷۶	۳/۵۲	۰/۰۱۶**
	درون گروهها	۶۱۹۲/۷۱	۱۵۴	۴۰/۲۱		
	کل	۶۶۱۸/۰۰	۱۵۷			
گشودگی	بین گروهها	۵۲۰/۴۵	۳	۱۷۳/۴۸	۴/۳۶	۰/۰۰۶**
	درون گروهها	۶۱۲۳/۸۴	۱۵۴	۳۹/۷۶		
	کل	۶۶۴۴/۳۰	۱۵۷			
خوشایندی	بین گروهها	۸۸۵/۵۲	۳	۲۹۵/۱۷	۹/۷۳۹	۰/۰۰۰۱**
	درون گروهها	۴۶۶۷/۳۱	۱۵۴	۳۰/۳۰		
	کل	۵۵۵۲/۸۴	۱۵۷			
وظیفه شناسی	بین گروهها	۲۸۶/۰۱	۳	۹۵/۳۴	۲/۰۷	۰/۱۰۶
	درون گروهها	۷۰۸۰/۳۵	۱۵۴	۴۵/۹۷		
	کل	۷۳۶۶/۳۵	۱۵۷			
تئیدگی روانی	بین گروهها	۱۴۴۵/۰۹	۳	۴۸۱/۶۹	۵/۸۶	۰/۰۰۱**
	درون گروهها	۱۲۶۴۱/۲۱	۱۵۴	۸۲/۰۸		
	کل	۱۴۰۸۶/۳۰	۱۵۷			
اضطراب	بین گروهها	۱۴۸۶/۹۳	۳	۴۹۵/۶۴	۹/۷۹	۰/۰۰۰۱**
	درون گروهها	۷۷۹۵/۴۴	۱۵۴	۵۰/۶۲		
	کل	۹۲۸۲/۳۸	۱۵۷			
افسردگی	بین گروهها	۳۸۸۶/۵۴	۳	۱۲۶۲/۱۸	۱۴/۱۵	۰/۰۰۰۱**
	درون گروهها	۱۳۷۳۱/۳۵	۱۵۴	۸۹/۱۶		
	کل	۱۷۵۱۷/۸۹	۱۵۷			

جدول ۴. شاخصه های آماری و آزمون t مستقل دو گروه افراد با و بدون ام اس بر حسب میانگین نمره وظیفه شناسی

متغیر	افراد مبتلا به ام اس	افراد بدون ام اس	درجه آزادی	مقدار t	مقدار احتمال
	میانگین	میانگین			
	انحراف استاندارد	انحراف استاندارد			
وظیفه شناسی	۳۳/۹۳	۳۶/۳۶	۱۵۶	۲/۲۵	۰/۰۲۵*

بحث

در این مقاله صفات شخصیتی، تئیدگی روانی، اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به ام اس و افراد بدون ام اس مقایسه گردید.

نخستین یافته پژوهش حاکی از آن بود که میانگین نمره روان نژندی خوئی زنان و مردان مبتلا به ام اس بالاتر از همان میانگین در زنان و مردان بدون ام اس است. این نتایج همسو با نتایج Benedict و Hussein و همکاران (۹) و Benedict و priore و همکاران (۲۱) است. روان نژندی خوئی یکی از عواملی است که در طول زمان ثبات بالایی دارد (۲۲). همچنین، آیزنک (۱۹۹۰) معتقد است صفت روان نژندی خوئی، عوامل تعیین کننده زیستی قدرتمندی دارد. او برآورد کرد که نزدیک به سه چهارم واریانس بُعد روان نژندخوئی را می توان با وراثت و نزدیک به یک چهارم را با عوامل محیطی توجیه کرد (۲۳). با توجه به زیستی بودن و ثابت بودن نسبی روان نژندخوئی در مردان و زنان شاید بتوان نتیجه گرفت که احتمالاً روان نژندی خوئی یکی از عوامل خطر ساز مؤثر در ابتلا به بیماریها از جمله ام اس است. اما از سوی

دیگر، ثابت شده است بیماریهای ناتوان کننده به علل (۱) نورولوژیکی، که شامل ضایعات مغزی است، و نیز (۲) به علل روانشناختی، که ناشی از رویارویی با یک بیماری شدید است، بر روان نژندی خوئی اثر گذاشته و آن را افزایش می دهند. بنابراین نمی توان با اطمینان نظر داد که روان نژندی خوئی علتی برای ام اس است و یا خود معلول ام اس می باشد. شاید بهترین تعبیر این باشد که اثری متقابل بین روان نژندی خوئی و بیماری ام اس وجود دارد.

دومین یافته تحقیق حاضر آشکار ساخت که افراد مبتلا به ام اس نسبت به افراد بدون ام اس در عامل برونگرایی نمرات پایین تری دارند. این نتایج همسو با نتایج بندیکت و دیگران (۹) است. برونگرایی بعدی از شخصیت است که به روابط میان فردی مربوط می شود. افراد برونگرا عمدتاً با صفات معاشرتی و تکانشگری مشخص می شوند، اما در عین حال، از شوخ طبعی، سرزندگی، حاضر جوابی، خوشبینی، و صفات دیگری نیز برخوردارند. افراد درونگرا با صفات مخالف برونگرایان مشخص می شوند. آنها را

می توان به صورت آرام، نافعال، غیرمعاشرتی، با احتیاط، خوددار، فکور، بدبین، صلح جو، هوشیار و مقید توصیف کرد. با این حال، طبق نظر آیزنک، تفاوت های اصلی بین برونگرایی و درونگرایی رفتاری نیست، بلکه زیستی و ژنتیکی است (۲۳). آیزنک (۱۹۹۰) معتقد بود که علت اصلی تفاوت بین برونگرایان و درونگرایان به سطح انگیزتگی مغز آنها مربوط می شود؛ یعنی، نوعی حالت فیزیولوژیکی که آموخته شده نیست، بلکه فطری است. چون برونگرایان سطح انگیزتگی مغزی پایین تری نسبت به درونگرایان دارند، آستانه حسی آنها بالاتر بوده و از این رو به تحریک حسی کمتر واکنش نشان می دهند. درونگرایان، بر عکس، با سطح انگیزتگی بالاتری مشخص می شوند و در نتیجه آستانه حسی پایین تر، واکنش بیشتری به تحریک حسی نشان می دهند. درونگرایان، برای اینکه سطح بهینه تحریک را حفظ کنند، به خاطر اینکه ذاتاً آستانه حسی پایین تری دارند، از موقعیت هایی که برانگیزتگی خیلی زیاد به وجود می آورند، اجتناب می کنند. بنابراین درونگرایان از فعالیت هایی مانند رویدادهای اجتماعی دیوانه وار و شلوغ، و ورزشهای رقابتی دوری می جویند (۲۳). از سوی دیگر، این احتمال مطرح است که فردی که به بیماری مبتلا می شود، به خصوص اگر پیش آگهی این بیماری چندان مطلوب نباشد، بیمار ناخودآگاه از فعالیت های جمعی و بودن با دیگران اجتناب کند. علاوه بر این، علل دیگری نیز وجود دارند که بیمار را از جمع دور می کنند، به طور مثال، اگرچه فهم گفتار دیگران در این افراد دست نخورده می ماند اما سیالی کلامی دچار نقصان می شود و بیمار نمی تواند به خوبی ارتباط کلامی با دیگران برقرار کند. ناتوانی جسمی، کندی حرکتی، و ضعف تعادل نیز او را از نظر فیزیکی محدود کرده و توان همپایی با دیگران را از او می گیرد. دوره های عود بیماری که گاه به مدت نسبتاً طولانی ادامه می یابند، عامل دیگری است که او را برای مدت نسبتاً طولانی بستری کرده و از روابط میان فردی باز می دارد. مجموع این عوامل به کاهش یا محدود شدن روابط میان فردی افراد مبتلا به ام اس کمک کرده و به مرور زمان بر میزان درونگرایی آنها می افزاید.

سومین یافته نشان داد میزان گشودگی افراد مبتلا به ام اس پایین تر از میزان گشودگی در افراد بدون ام اس است. به گونه ای که میانگین نمره مردان مبتلا به ام اس پایین تر است. مطالعاتی که بر روی دوقلوها انجام شده نشان می دهند بیشتر صفات شخصیتی از ثبات بالایی برخوردارند و یکی از صفاتی که در طول زمان تا حدود زیادی پایدار است گشودگی است. فرد دارای گشودگی بالا مبتکر، مستقل، خلاق، و شجاع است. اما، مردان و زنانی که نمره پایینی در انعطاف پذیری می گیرند، تمایل دارند که رفتار متعارف داشته باشند. این افراد تازه های آشنا را ترجیح می دهند و پاسخ های عاطفی آنان خیلی محدود است. عجیب نیست که زندگی با بیماری ای که به اعتقاد بسیاری از دانشمندان بر هیجانها و عواطف اثر می گذارد، عواطف فرد مبتلا و پاسخ های عاطفی او را محدود کند. با توجه به آتروفی مغزی در این افراد و با توجه به این که

قسمتهای مربوط به هیجان نظیر بادامه نیز ممکن است مورد حمله پلاک های ام اس قرارگیرند تغییرات هیجانی در آنها امری محتمل است. به همین دلیل، بی ثباتی هیجانی، نوسان های خلقی، و عاطفه سودوبولبار (گریه و خنده غیر قابل کنترل) از نشانه های مشاهده شده در افراد مبتلا به ام اس است. ویژگی دیگر افراد گشوده، نوجویی و تنوع طلبی است. این تبیین احتمالی را می توان مطرح کرد که افراد مبتلا به ام اس به دلیل ترس از آینده و بیماری غیر قابل پیش بینی خود به طور ناخودآگاه از هر چیز جدیدی که احتمال وخیم تر کردن سیر نامطلوب بیماری را داشته باشد اجتناب می کنند. احتمال دارد که پایین بودن در این عامل شخصیتی در قبل از بروز بیماری زمینه ساز این اختلال و یا حداقل تسهیل کننده آن بوده باشد. ویژگی هایی چون فقدان تجربه هیجانها مثبت و محدودیت شدید در این زمینه و محدودیت در زمینه تجارب جدید، بیش از بیش زندگی و شادابی فرد را تحت الشعاع قرار داده و کیفیت زندگی را کاهش می دهد.

یافته دیگر مؤید آن بود که میزان خوشایندی افراد مبتلا به ام اس از میزان خوشایندی افراد بدون ام اس پایین تر است. Benedict و priore و همکاران (۲۱) نیز نتایج مشابهی به دست آوردند. بررسی دو قلوها معلوم کرده است که خوشایندی در مقایسه با چهار صفت دیگر شخصیت عنصر محیطی نیرومندتری دارد. انواع مختلفی از بیماریها می توانند شخصیت را تحت الشعاع قرار دهند. به خصوص، مواجهه با ناتوانی فزاینده ای که به دلیل نشانه های بیماری به وجود می آید، حمله های پیش بینی ناپذیر، عدم اطمینان به آینده، و نگرانی نسبت به استقلال مالی و فیزیکی در صورت پیشرفت بیماری، جملگی می توانند بر جنبه هایی از شخصیت که کمتر اثری هستند (مانند خوشایندی) اثر بگذارند. خوشایندی بُعدی از شخصیت است که به روابط میان فردی نظر دارد. فرد خوشایند خوش قلب، دلسوز، ساده دل، و مؤدب است، اما مشکلاتی که به دنبال ام اس پیش می آیند می توانند نگرش او را نسبت به روابطی که با دیگران دارد تغییر دهند. بدین صورت که، فرد بیمار قبل از اینکه نگران دیگران و مشکلات آنها باشد به خود و مشکلات وسیعی که در مبارزه با بیماری با آنها مواجه است می اندیشد و در واقع نوعی خودمحوری بر اندیشه ها و رفتار او سایه می اندازد.

یافته مهم دیگر آشکار کرد که میزان وظیفه شناسی افراد مبتلا به ام اس از میزان وظیفه شناسی افراد بدون ام اس پایین تر است. Benedict و priore و همکاران (۲۱) نیز اعلام کرده بودند که وظیفه شناسی در افراد مبتلا به ام اس پایین تر از افراد عادی است. افرادی که از لحاظ وظیفه شناسی نمره پایین می گیرند از باریک بینی لازم، دقت و پاکیزگی زیاد برخوردار نبوده و از اعتیاد به کار اجتناب می کنند، و در تلاش برای رسیدن به اهداف بی حال هستند. پژوهش نشان می دهد افرادی که در وظیفه شناسی نمره بالایی می گیرند سالمترند و بیشتر عمر می کنند (۲۳). بنابراین پژوهش ها نیز نشان دهنده رابطه میان وظیفه شناسی و سلامت

قابل پیش بینی است که از لحظه بروز اولین نشانه ها، اضطراب قابل توجهی پدید می آورد. عدم اطمینان زیادی که نسبت به سیر بیماری وجود دارد یکی از جنبه های پریشان زای آن است. افزون بر آن، از دست دادن عملکردها و تغییر شرایط زندگی به دنبال ام اس نیز افزایشده اضطراب است که معمولاً همراه با افسردگی در بیماران ام اس مشاهده می شود (۱۱). از سوی دیگر، به خطر افتادن سلامتی آن هم به صورت تدریجی می تواند احساس دلهره ای مبهم و دائمی در فرد برانگیزد. در واقع، شاید بتوان اضطراب این بیماران را بر اساس نظریه رفتار شناسی طبیعی و یا رویکردهای زیستی رفتاری که اضطراب را تولید درون زاد در برابر محرک های خطرزا قلمداد کرده و به طور طبیعی در موقعیت حیات که نفس به خطر می افتد، تبیین نمود.

یکی دیگر از یافته ها حاکی از آن بود که بین گروههای چهارگانه تحقیق از نظر نمره افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد. آزمون تعقیبی نشان داد میانگین افسردگی زنان مبتلا به ام اس بالاتر از سایر گروههاست. این نتایج همسو با نتایج Janssens و Vandorn و همکاران (۲۶)، Lynch و koneke و همکاران (۲۷)، و Harizchi Ghadim و همکاران (۲۵) است. افسردگی که شایع ترین اختلال روانشناختی مشاهده شده در ام اس است، به دلایل مختلف پدید می آید: ۱) ممکن است واکنش فرد نسبت به موقعیت دشوار زندگی یا تنیدگی باشد. ۲) ممکن است معلول فرایند دمیلینه شدن بیماری ام اس باشد. اگر ام اس به برخی از مناطق مغزی که مسئول بیان و کنترل هیجانی هستند آسیب برساند، انواع تغییرات رفتاری از قبیل افسردگی رخ می دهد. ۳) ممکن است مربوط به تغییراتی باشد که در سیستم ایمنی و غدد درون ریز رخ می دهد. شواهدی وجود دارد مبنی بر این که تغییرات خلقی این بیماران همراه با بروز تغییراتی در برخی پارامترهای سیستم ایمنی است. ۴) ممکن است یکی از عوارض جانبی برخی داروها مانند کورتیکواستروئیدها باشد که به منظور درمان های ام اس تجویز می شوند. شواهدی نیز وجود دارد که نشان می دهد ایتروفرن نیز ممکن است در افراد مستعد افسردگی ایجاد کرده و یا آن را تشدید کند (۲۸، ۲۹).

نتیجه گیری

همان طور که پیشتر ذکر شد، کنار آمدن با آسیبی که تهدید کننده زندگی یا ناتوان کننده است، مانند بیماری مالتیپل اسکلروزیس، نیازمند تلاش بسیار است. بسیاری از بیماران، قادر به تلاش برای سازگاری نبوده و بدین جهت زندگی فردی و میان فردی آنها دگرگون می شود. نتایج این مطالعه نشان داد که از جمله تغییرات فردی ایجاد شده در افراد مبتلا به ام اس، می توان به روان نژندی خوبی، افسردگی، اضطراب، و تنیدگی روانی بالاتر؛ و برونگرایی، گشودگی، خوشایندی، و وظیفه شناسی پایین تر اشاره کرد.

محدودیتها و پیشنهادات

جسمی است. پژوهش حاضر نیز نشان داد افرادی که مبتلا به بیماری ام اس هستند در مقایسه با افراد بدون این بیماری نمره پایین تری در وظیفه شناسی می گیرند. تبیین احتمالی این یافته مبتنی بر صفات عامل C است. به طوری که McCrae و Costa (۱۹۹۱)، نقل از ۱۸) مطرح می کنند افرادی که نمره پایین در این مقیاس می گیرند نسبت به توانایی شان بی عقیده هستند و احساس ناشایستگی و عدم آمادگی می کنند. به نظر می رسد احساس عدم کفایت و عزت نفس پایین در افراد مبتلا از طریق کاهش عملکردهای اجتماعی، تحصیلی، شغلی، جسمانی قابل تبیین باشد. از آنجایی که این بیماری مانعی جدی در مسیر موفقیت های این افراد است در نتیجه احساس درماندگی و عدم کنترل بر محیط خود زمینه کاهش خودکفایی و عزت نفس را در آنان فراهم می سازد. یکی از صفات دیگر این عامل تلاش برای موفقیت است که افراد دارای نمره پایین در عمل C با نوعی بی حالی و تنبلی، بی هدفی جسمانی، کلامی، شناختی و عدم موفقیت های پی در پی به دنبال بیماری سطح انتظار از خود را کاهش می دهد. البته این بی حالی را می توان به خستگی که یکی از نشانه های مهم و آسیب زای ام اس است، اسناد داد.

یافته ششم مؤید آن بود که بین گروههای چهارگانه تحقیق از نظر نمره تنیدگی روانی تفاوت معنی داری وجود دارد. آزمون تعقیبی نشان داد میانگین تنیدگی روانی در زنان مبتلا به ام اس بالاتر از سایر گروههاست. این نتایج همسو با مطالعه طولی Ackerman و Heyman و همکاران (۱۶) است. تخمین زده شده که عامل ۵۰ تا ۸۰ درصد بیماریها تنیدگی روانی است. یکی از بیماریهایی که تنیدگی روانی به عنوان عامل تشدید کننده و با احتمال کمتری به عنوان عامل ایجاد کننده آن مطرح است بیماری ام اس است (۱۴). در ۸۵ تا ۹۰ درصد از موارد بیماری ام اس، دوره های تشدید علائم بیماری و بهبودی وجود دارد. تشدید بیماری غیر قابل پیش بینی بوده و امروزه معلوم گردیده است که تنیدگی های روان شناختی باعث فعال شدن این بیماری می شوند (۱۵). مطالعه طولی Ackerman و Heyman و همکاران (۱۶) که بر روی ۲۳ زن مبتلا به بیماری ام اس به مدت یک سال انجام شد مشخص کرد که در ۸۵ درصد موارد تشدید بیماری ام اس بعد از رویدادهای تنش زا (که حتی ۶ هفته قبل رخ داده بود) ایجاد شده است و در حقیقت تنیدگی به عنوان یک عامل فعال کننده در برگشت بیماری ام اس مطرح است. اگرچه ساز و کارهای ارتباط تنیدگی و ام اس شناخته شده نیست، اما کاهش و یا مهار تنیدگی روانی در این بیماری مهم است.

یافته دیگر نیز نشان داد بین گروههای چهارگانه تحقیق از نظر نمره اضطراب تفاوت معنی داری وجود دارد. آزمون تعقیبی نشان داد میانگین اضطراب زنان مبتلا به ام اس بالاتر از سایر گروههاست. این نتایج همسو با نتایج Feinstein و Korostil و همکاران (۱۱)، Masi و Zorzon و همکاران (۲۴)، و Harizchi Ghadim و همکاران (۲۵) است. ام اس بیماری ناتوان کننده، پیشرونده، و غیر

به ام اس و افراد بدون ام اس وجود دارد، اما مشخص نیست که این تغییرات، به دلیل نقشی است که بیماری به عنوان عامل تنیدگی زایفا می کند، یا به دلیل آسیبی است که دمیلینه شدن نسوج مغزی بر شخصیت وارد می کند. پیشنهاد می شود در پژوهشهای آتی، علت این تغییرات بررسی گردند.

تقدیر و تشکر

بدون همکاری ریاست محترم و کادر اداری انجمن ام اس ایران، سرکار خانم دوست الهی، مراجعین و اعضای انجمن ام اس ایران و کلینیک ام اس بیمارستان امام رضای تبریز، و آقای علیپور انجام این پژوهش میسر نبود لذا نهایت تشکر خود را از ایشان اعلام می دارم. ضمناً هزینه این طرح از محل اعتبار ویژه پژوهشی (Grant) دانشگاه تبریز تأمین شده است.

References

1. Bol Y, Duits AA, Hupperts RMM, Vlaeyen JWS, Verhey FRJ. The psychology of fatigue in patients with multiple sclerosis: A review. *J Psychosom Res* 2009; **66**: 3-11.
2. Dennison L, Moss-Morris R, Chalder T. A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clin Psychol Rev* 2009; **29**: 141-153.
3. Nelson LD, Elder JT, Tehrani P, Groot J. Measuring personality and emotional functioning in multiple sclerosis: a cautionary note. *Arch Clin Neuropsychology* 2003; **18**: 419-429.
4. Parsaïian M, Najl Rahim A, Karimlou M, Mozafari M. [Comparison of short term memory in multiple sclerosis patients and normal people]. *J Rehabil* 2006; **7**(2): 60-65.
5. Rodgers J, Bland R. Psychiatric manifestations of multiple sclerosis: A review. *Can J Psychiat* 1996; **41**: 441-445.
6. Fishman I, Benedict RHB, Bakshi R, Priore R, Weinstock-Guttman B. Construct validity and frequency of euphoria sclerótica in multiple sclerosis. *J Neuropsychiat Clin Neurosci* 2004; **16**: 350-356.
7. Benedict RH, Wahlgig EL, Topciud RA, Englert J, Schwartz E. Personality traits in women with multiple sclerosis: Discrepancy in patient/partner report and disease course. *J Psychosom Res* 2009; **66**: 147-154.
8. Shultz DP, Shultz SE. *Theories of personality*. Tehran, Virayesh Pub, 2005; PP: 320-328.
9. Benedict RH, Hussein S, Englert Y, Dwyer MG, Abdelrahman N, Cox JL. Cortical atrophy and personality in multiple sclerosis. *Neuropsychol* 2008; **22**(4): 432-441.
10. Sadovnick AD, Remick RA, Allen J, Swartz E, Yee IM. Depression and multiple sclerosis. *Neurol* 1996; **46**: 628-632.
11. Korostil M, Feinstein A. Anxiety disorders and their clinical correlates in multiple sclerosis patients. *J Mult Scler* 2007; **13**: 67-72.
12. Stenager E, Knudsen L, Jensen K. Multiple sclerosis: correlation of anxiety, physical impairment and cognitive dysfunction. *Ital J Neurol Sci* 1994; **15**: 97-101.
13. Montel SR, Bungener C. Coping and quality of life in one hundred and thirty-five subjects with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2007; **13**: 393-401.
14. Mohamadi N, Aghaïi A, Golparvar M, Etemadi Far M. [Effect of group instruction of cognitive- behavior therapy on stress of patients with multiple sclerosis]. *J Knowledge Res Psychol* 2007; **32**: 1-16 (Persian).
15. Bulijevac D, Hop WCJ, Reeder W, Janssens ACJW, Vander Meche FGA. Self reported stressful life events and exacerbation in multiple sclerosis: Prospective study. *British Med J* 2003; **327**: 644-646.
16. Ackerman KD, Heyman R, Rabin BS, Anderson BP, Houck DR, Frank E, Baum A. Stressful life events precede exacerbation of multiple sclerosis. *Psychosom Med* 2002; **64**: 916-920.
17. Costa PT, McCrae RR. *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-factor Inventory (NEO-FFI): Professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources 1992.
18. Gharrosi Farshi MT. *New approaches in personality assessment (Application of factor analysis in personality research)*. Tabriz, Jame Pazhuh & Danyal pub, 2002; PP: 56-65.
19. Lovibond SH, Lvbond PF. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scale*. Sydney: Psychology Foundation 1995.
20. Sahebi A, Asghari MJ, Salari R. [Validation of Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) for Iranian population]. *J Iran Psychol* 2005; **4**: 299-312.
21. Benedict RH, Priore RL, Miller C, Munschauer F, Jacobs L. Personality disorder in multiple sclerosis correlates with cognitive impairment. *J Neuropsychiatric Clin Neurosci* 2001; **13**(1): 70-76.

22. Viken RJ, Rose RJ, Kaprio RJ, Koskenvuo M. A developmental genetic analysis of adult personality: Extraversion and neuroticism from 18 to 59 years of age. *J pers soc psychol* 1994; **66**: 722-730.
23. Feist G, Feist GJ. *Theories of personality*. (Translated by Sayed Mohammadi Yahya). Tehran, Ravan Pub, 2002; PP: 471-480.
24. Zorzon M, De Masi R, Nasuelli D, Ukmar M, Pozzi Mucelli R, Cazzato G. Depression and anxiety in Multiple Sclerosis: A clinical and MRI study in 95 subjects. *J Neuro* 2001; **248**: 1432-1459.
25. Harizchi Ghadim S, Ranjbar Koochaksaraii F, Talebi M, Pezeshki MZ, Akbari M. [Investigation of effect of externalizing emotions in the form of writing on depression and anxiety in patients with multiple sclerosis]. *Iran Brain Neurons Sci* 2009; **8**(25): 465-475.
26. Janssens AC, Van Doorn PA, De Boer JB, Kalkers NF. Anxiety and depression influence the relation between disability status and quality of life in multiple sclerosis. *Mult Scler* 2003; **9**: 397-403.
27. Lynch SG, Koneke DC, Denney DR. The relationship between disability and depression in multiple sclerosis: the role of uncertainty, coping, and hope. *Mult Scler* 2001; **7**: 411-416.
28. Arnett PA, Randolph JJ. Longitudinal course of depression symptoms in multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 2006; **77**: 606-610.
29. Goeb JL, Even C, Nicolas G, Gohier B, Dubas F, Garre JB. Psychiatric side effects of interferon-beta in multiple sclerosis. *Euro Psychiatric* 2006; **21**: 186-193.