

ارتباط ابعاد پنج‌گانه شخصیت و آلکسی تایمیا با سلامت روان بیماران اسکروز مولتیپل (MS)

زیبا برقی ایرانی*، مجتبی بختی**، محمدجواد بگیان***، شجاع کرمی****

دریافت مقاله:

92/10/12

پذیرش:

93/3/7

چکیده

هدف: یکی از بیماری‌های قرن حاضر که متأسفانه اکثر جوان‌ها بخصوص دختران و زنان جوان به این بیماری مبتلا می‌شوند، بیماری مولتیپل اسکروزیس (MS) می‌باشد. با توجه به تعداد زیاد این بیماران و اهمیت شناسایی عوامل مؤثر بر ارتقای سلامت روان آنان، این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین پنج‌گانه شخصیت و آلکسی تایمیا با سلامت روان بیماران اسکروز مولتیپل (MS) انجام گردید.

روش: این مطالعه از نوع توصیفی با نمونه‌گیری تصادفی ساده در بین 218 نفر بیمار مبتلا به MS در استان لرستان (157 نفر زن و 61 نفر مرد) انجام گردید. ابزارهای اندازه‌گیری مورد استفاده در این پژوهش عبارت بود از: (1) پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، (2) پرسشنامه شخصیت نئو، (3) پرسشنامه آلکسی تایمیا، (4) پرسشنامه سلامت عمومی. در پژوهش حاضر تحلیل رگرسیون چندگانه و آزمون همبستگی پیرسون برای تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که متغیرهای روان‌رنجوری، وظیفه‌شناسی، دشواری در توصیف احساسات و دشواری در شناسایی احساسات ارتباط معناداری با سلامت روان کسانی که از ام‌اس رنج می‌برند، دارد.

نتیجه‌گیری: این یافته‌ها بیان می‌کند که مؤلفه‌های شخصیت و آلکسی تایمیا از متغیرهای تقریباً تأثیرگذار بر سلامت روان مبتلایان ام‌اس هستند. این نتایج تلویحات مهمی در زمینه آموزش و ارتقای بهداشت روانی بیماران ام‌اس دارد.

کلیدواژه: مولتیپل اسکروزیس، شخصیت، آلکسی تایمیا، کیفیت زندگی.

* استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران

** کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، تهران (نویسنده مسئول) javadbagiyan@yahoo.com

*** کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه پیام نور، تهران

**** کارشناسی ارشد روان‌شناسی کودکان استثنائی، دانشگاه پیام نور، تهران

مقدمه

یکی از اختلالات ناتوان کننده عصب شناختی، بیماری مولتیپل اسکلورزیس¹ (MS) می باشد که علاوه بر اختلالات عصبی - حرکتی با علائمی چون اضطراب، ضعف و کاهش قدرت حل مشکل بروز می کند و باعث اختلالات جسمی و روانی متعددی می شود. مولتیپل اسکلورزیس یا ام اس یک بیماری مزمن و ناتوان کننده سیستم عصبی است که میلین دستگاه اعصاب مرکزی (مغز و نخاع) را تخریب می کند و به دنبال آن به تدریج بخش عضلانی بدن توانایی خود را از دست می دهد. ام اس با علائم التهاب و تخریب میلین مشخص می شود. ممکن است دارای سیر پیش رونده یا توأم با عود و فروکش باشد. ضایعات ام اس پس از تروما دومین علت شایع ناتوانی عصبی در اوایل و اواسط بزرگسالی است و تظاهرات آن از یک بیماری خوش خیم تا یک بیماری به سرعت پیش رونده و ناتوان کننده متغیر است (هارسیون، 1384).

علائم مختلف این بیماری عبارتند از: فقدان ناگهانی یا تازی دید در یک چشم، دوبینی، عدم تعادل یا اختلال عملکرد مثانه، ایجاد اختلال حسی، ضعف، گرفتگی عضلانی، اختلال شنوایی، خستگی، لرزش اندامها، اختلال در دفع مدفوع و عملکرد جنسی، ضعف تعادل، فراموشی، کاهش شنوایی، کرختی و اختلال گفتاری در این بیماران دیده می شود. بررسی های لطفی و آل یاسین

(2002) حاکی از آن است که اختلالات حسی

و بینایی شایع ترین علائم در میان مبتلایان ایرانی می باشد (رضائی، 1389). علاوه بر مکانیسم های بیولوژیکی درگیر، عاملی که می تواند در بیماری های روان تنشی از جمله ام اس اثرگذار باشد عوامل روان شناختی افراد است.

انجمن ملی مولتیپل اسکلورزیس در سال 2001 شیوع این بیماری را حدود 2/5 میلیون نفر در دنیا اعلام کرد. ام اس معمولاً در بیماران بین 20 تا 40 سال تشخیص داده می شود. زنان بیشتر از مردان به نسبت 2 به 1 به ام اس مبتلا می شوند (وایت² و همکاران، 2004). براساس اعلام انجمن ام اس ایران، حدود 7000 نفر عضو این انجمن می باشند (شریفی، 1386). در ایران شیوع ام اس در حدود 15 تا 30 نفر در 100 هزار نفر است (بخشانی، 1389). بسیاری از نابهنجاری های روانی عصبی در ارتباط با ام اس هستند که عبارتند از: افسردگی، سرخوشی، اختلالات دوقطبی، گریه ها و خنده های نابهنجار، روان پریشی، اختلال در توجه، پردازش اطلاعات، عملکرد اجرایی، تمرکز، یادگیری و حافظه (بخشانی و همکاران، 1389).

با توجه به شیوع بیماری در سنین جوانی، این بیماری می تواند با کاهش عملکرد فردی و اجتماعی و مشکلات عاطفی و روانی همراه باشد و با سیر بیمرای و عدم کنترل مناسب آن نگرانی، اضطراب و افسردگی را دو چندان

کند، آنچه در برخورد با چنین بیماری ضروری به نظر می‌رسد پرداختن به مسائل روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام اس و مشکلات عاطفی است که بیماران با آن روبرو هستند (الیس، 1998؛ به نقل از رشیدی، 1386). بیشتر بررسی‌ها در مبتلایان به بیماری ام اس بر مشکلات مرتبط با بعد جسمانی تمرکز داشته و جنبه‌های شناختی و روان‌شناختی را نادیده گرفتند (فینتسین¹، 2004؛ دیاموند، جانسون، کافمن و گروز²، 2008).

به نظر می‌رسد یکی از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی آنان شخصیت باشد. از منظر دیدگاه یکپارچه‌نگر (درهم تنیدگی جسم و ذهن)، پاسخ نابهنجار ایمنی‌شناسی در بیماران ام اس باید با پاسخ نابهنجار در سطح روانی همراه باشد، به عبارت دیگر و بر مبنای یکپارچگی کارکردی ذهن و بدن، این افراد باید در سطح روانی نیز تمایلات خودانتقادی و صفات شخصیتی خاص داشته باشند (هارد، 1993). مطالعات مختلف نشان داده‌اند سبک شخصیتی سرکوب‌کننده، بیش‌همرنگی و خصوصیات هیستری‌گونه با کارکرد ضعیف‌تر سیستم ایمنی در ارتباط است (پتری و همکاران، 1998؛ ویگ، 1974، فیلیپوپوس و همکاران، 1958، به نقل از بلت، 2007). لنگ ورثی و شوماخر (2007) در پژوهش‌های خود به این مورد اشاره کرده‌اند که اغلب با شروع نشانه‌های بیماری، هیستری،

وجود بی‌ثباتی عاطفی و روان‌رنجوری تشخیص داده می‌شود که این امر نه به خاطر ماهیت عجیب بیماری، بلکه علت این امر بیشتر به خاطر سازگاری یک ساختار شخصیتی با آن تشخیص است (به نقل از بلت، 2007). بندیک و همکاران (2001) در پژوهش خود با استفاده از آزمون NEO به این نتیجه رسیدند که بیماران M.S در شاخص‌های همدلی، توافق و وجدانی بودن نمرات پایین و در شاخص روان‌رنجوری خویی نمرات بسیار بالا گرفتند. نلسون و همکاران (1995) با استفاده از پرسشنامه NEO به بررسی و سنجش بیماران ام اس اقدام کردند. نتایج نشان داد که بیماران ام اس در مقیاس بی‌ثباتی هیجانی نمره بالا کسب کردند؛ در این افراد گرایش به تجربه‌های خشم، احساس درماندگی، ناکامی، ناتوانی در برابر با استرس‌ها و فشارهای روزمره وجود دارد. هاوکس (2002)، با استفاده از پرسشنامه NEO نشان داد که این عوامل با بروز و تشدید بیماری رابطه مستقیم و مثبتی دارد.

عامل دیگری که ممکن است کیفیت زندگی بیماران ام اس را تهدید کند آلکسی تایمیا است. آلکسی تایمیا اختلالی ویژه در پردازش هیجانی است، که بیشتر به کاهش توانمندی در شناسایی و تشخیص هیجان‌ها اشاره دارد (چن و همکاران، 2011). عقیده بر این است که آلکسی تایمیا عامل خطر ساز برای بسیاری از اختلال‌های روانی است، زیرا افراد مبتلا به این نارسایی خیلی تحت فشار

1. Feinstein
2. Diamond, Johnson, Kaufman & Graves

افسردگی اساسی، اختلال استرس پس از سانحه، سوء استفاده و وابستگی به مواد، اختلال جسمانی کردن، اختلال خوردن و فوبی‌ها مرتبط است (تیلور، 2004). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که هیجان‌ات منفی، ناتوانی در بیان احساسات با کارکرد ضعیف سیستم ایمنی و ابراز هیجان‌ات و افکار وابسته به هیجان با بهبود کارکرد سیستم ایمنی در ارتباط است (شو گاروندل، 1948؛ لانگ و رای، 1948؛ به نقل از گیلبرت و فارکاس، 1961). برونچ‌نو و همکاران (2011) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بیماران M.S در مقایسه با جمعیت عادی نمرات آلکسی تایمیا بالاتری کسب کردند. بودینی و همکاران (2007) با استفاده از پرسشنامه (TAS-20) به بررسی و سنجش بیماران ام اس اقدام کردند. نتایج نشان داد که آلکسی تایمیا ارتباط معناداری با شدت افسردگی و درماندگی در بیماران ام اس دارد. در مجموع با توجه به پژوهش‌های انجام شده و با نظر گرفتن ارتباط تنگاتنگ عوامل روان‌شناختی و تأثیر آن در بروز یا تشدید علائم بیماری‌های روان‌تنی از جمله ام اس و با توجه به نقش عوامل و اهمیت روان‌شناختی در بروز این بیماری‌های روان‌تنی به منظور کاهش و به حداقل رساندن بروز این بیماری و یا ایجاد شرایط مناسب زندگی برای مبتلایان به ام اس این پژوهش دارای اهمیت ویژه‌ای خواهد بود. بنابراین در پژوهش حاضر به بررسی تأثیر متغیرهای ابعاد پنج‌گانه

همبسته‌های جسمانی هیجان‌اتی هستند که به کلام در نمی‌آیند. این نارسایی مانع تنظیم هیجان‌ها شده و سازگاری فرد را مشکل می‌سازد (تیلور و همکاران، 1999؛ به نقل از زکی‌بی، 1391). اینفراسکا (1997) معتقد است که این آگاهی هیجانی محدود و فرآیندهای شناختی معیوب در زمینه عواطف افراد مبتلا به آلکسی تایمیا، به برانگیختگی فیزیولوژیک طولانی، واکنش‌های عصبی و فشارهای روانی منجر می‌شود و این عوامل به صورت بالقوه بر سیستم‌های اتونومیک، ایمنی و گذرگاه هیپوفیز - آدرنال، اثر تخریبی دارند (به نقل از مارتینز - سانچز، 2003). آلکسی تایمیا، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری‌های تنی را تشدید می‌کند. این نظریه که ناتوانی در روند هیجانی و شناختی، استعداد ابتلاء به بیماری را تشدید می‌کند با اساس طب روان‌تنی که مدعی است هیجان‌ات و شخصیت ممکن است به طور قابل توجهی بر عملکرد بدن و سلامت جسم تأثیر گذارد، کاملاً همسان است (مارتینز- سانچز واتو - گارسیا و همکاران، 1998؛ به نقل از مکوندی و همکاران، 1390). رابطه بین آلکسی تایمیا با افسردگی (هونکالامپی و همکاران، 2000)، اضطراب (کوکس و همکاران، 1995) و شماری دیگر از اختلال‌های روانی و بدنی (تیلور و بگی، 2004) در پژوهش‌های بسیاری مورد تأیید قرار گرفته است. پژوهش‌های اخیر حاکی از آن است که آلکسی تایمیا با بسیاری از اختلالات روان‌تنی و روانپزشکی مانند

شخصیت، آلکسی تایمیا و کیفیت زندگی بر مبتلایان به ام اس پرداخته خواهد شد.

روش

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران عضو انجمن ام اس استان لرستان می- باشند که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده با مراجعه به لیست اعضای انجمن در نمونه‌ای به حجم 218 نفر انتخاب شدند به این صورت که ابتدا فهرست اسامی کلیه افرادی که عضو انجمن ام اس ایران بودند گرفته شد، سپس از این فهرست، تعداد مورد نظر به صورت تصادفی انتخاب گردید، با آنها تماس گرفته شد و پس از توضیح اهداف پژوهش و جلب رضایت آنان، افرادی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند انتخاب شده و برای شرکت در پژوهش از آنها دعوت به عمل آمد. شرایط ورود به نمونه پژوهش عبارت بودند از: 1- تأیید تشخیص بیماری MS توسط نورولوژیست مسئول 2- کسب امتیاز حداقل 5/5 از ملاک EDSS¹ 3- عدم ابتلاء به هر نوع اختلال نورولوژیک به غیر از ام اس مانند صرع، بیماری‌های دستگاه خارج هرمی و عقب‌ماندگی ذهنی و تومورهای مغزی؛ 4- مرحله حاد بیماری (کمتر از یک ماه از آخرین مرحله حاد این بیماری) گذشته باشد؛ 5- بیشتر از یک ماه تحت درمان با استروئید بوده باشند؛ 6- در زمان انجام آزمون کمتر از یک هفته تحت درمان با بنزودیازپین‌ها با دوزهای درمانی بوده باشند؛ 7- تا 5 سال قبل

از تشخیص ابتلاء به ام اس دچار اختلالات عمده محور I روانپزشکی نبوده باشند؛ 8- محدوده سنی بین 20 تا 50 سال داشته باشند؛ 9- تحصیلات بیشتر از سیکل؛ 10- عدم سوء مصرف مواد.

1. پرسش نامه شخصیتی NEO: (کاستا و مک‌کری، 1985): این سیاهه یک نسخه 60 ماده‌ای است که 5 عامل بزرگ شخصیت، یعنی «روان‌رنجوری»، «برون‌گرایی»، «تجربه-پذیری»، «همسازی» و «وظیفه‌شناسی» را مورد سنجش قرار می‌دهد. همسانی درونی این سیاهه را 0/68 (خرده مقیاس توافق) تا 0/86 (خرده مقیاس روان‌رنجوری) گزارش شده است (کاستا، مک‌کری، 1992). ضرایب بازآزمایی آن نیز در نمونه‌های ایرانی از 0/65 تا 0/86 (کیامهر، 1381، به نقل از امان الهی، 1384) و از 0/79 تا 0/87 (امان الهی، 1384) گزارش شده است. ضریب روایی همگرایی آزمون از 0/56 تا 0/62 گزارش شده است (کاستا و مک‌کری، 1992). یافته‌ها مؤید روایی افتراقی آزمون می‌باشد (مک‌کری، 1991، به نقل از داودی، 1386). بولاک (2006) در پژوهش خود به همبستگی بالای بین این فرم و خرده مقیاس‌های فرم بلند اشاره کرده است که برای A.O.E.N، و C به ترتیب عبارتند از: 0/92، 0/90، 0/91، 0/77 و 0/87.

2. مقیاس مقیاس ناگویی خلقی تورنتو 20 (TAS-20): مقیاس ناگویی خلقی تورنتو (سدرو، 2001) یک آزمون 20 سؤالی است و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی

دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و جهت گیری فکری بیرونی را در نسخه فارسی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-20 تأیید کردند. پایایی بازآزمایی این مقیاس در یک نمونه 67 نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از $r = 0/80$ تا $r = 0/87$ برای ناگویی خلقی کل و زیر مقیاس های مختلف تأیید شد (بشارت، 1388).

3. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان

بهداشت جهانی (WHO): این پرسشنامه دارای 26 عنوان است و 4 بعد سلامت بدنی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط اجتماعی را می سنجد. در ایران نیز نصیری و همکاران (1385) این مقیاس را به فارسی ترجمه و اعتبار و پایایی آن را گزارش کرده است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس که نشان دهنده همسانی درونی است 0/84 به دست آمده است.

یافته ها

به منظور بررسی نقش ابعاد پنج گانه شخصیت و مؤلفه های الکی تایمیا در تبیین سلامت روان بیماران ام اس از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد.

احساسات 1 شامل 7 گویه، دشواری در توصیف احساسات 2 شامل 5 گویه و جهت گیری فکری بیرونی 3 شامل 8 گویه را در اندازه های پنج درجه ای لیکرت از نمره 1 (کاملاً مخالف) تا نمره 5 (کاملاً موافق) می سنجد. یک نمره کل نیز از جمع نمره های سه زیر مقیاس برای ناگویی خلقی محاسبه می شود. یک نمره کل نیز از جمع نمره های سه زیر مقیاس برای ناگویی خلقی کلی محاسبه می شود. ویژگی های روانسنجی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-20 در پژوهش های متعدد بررسی و تأیید شده است (پاندلی و همکاران، 1996؛ پارکر، 2001؛ تیلور، 2000). در نسخه فارسی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-20 (بشارت، 1388) ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی کل و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و جهت گیری فکری بیرونی به ترتیب 85%، 82%، 75% و 72% محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس بر اساس همبستگی (ضریب همبستگی پیرسون) بین ناگویی خلقی کل و مقیاس های هوش هیجانی ($r = -0/80, p < 0/001$)، بهزیستی روان شناختی ($r = -0/78, p < 0/001$) و درماندگی روان شناختی ($r = 0/44, p < 0/001$) بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز وجود سه عامل

1. Difficulty identifying feelings (DIF).
2. Difficulty describing feelings (DDF).
3. Externally oriented thinking (EOT).

جدول 1. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد
روان رنجوری	37/81	6/44
برون‌گرایی	27/25	7/12
تجربه‌پذیری	24/32	5/87
همسازی	25/66	5/45
وظیفه‌شناسی	34/95	6/08
آلکسی تایمیا	62/56	11/43
سلامت روان	51/26	12/87

جدول 2. ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
روان رنجوری	1									
برون‌گرایی	**0/13	1								
تجربه‌پذیری	**0/27	**0/38	1							
همسازی	**0/13	**0/36	**0/44	1						
وظیفه‌شناسی	0/10	**0/51	**0/41	**0/35	1					
دشواری در شناسایی - احساسات	**0/41	**0/42	**0/36	-0/06	-0/08	1				
دشواری در توصیف احساسات	**0/57	**0/62	**0/53	-0/07	-0/04	-0/38	1			
تفکر عینی	**0/55	**0/60	**0/52	-0/03	-0/08	0/06	**0/23	1		
نمره کل آلکسی تایمیا	**0/62	**0/63	**0/54	-0/08	-0/05	**0/79	**0/72	**0/49	1	
سلامت روان	**0/63	0/09	0/06	0/11	**0/43	**0/51	**0/33	-0/15	**0/39	1

مبتلایان به بیماری ام اس همبستگی منفی معنی‌دار دارد.

با توجه به اینکه متغیرهای پیش‌بین و ملاک براساس مقیاس فاصله‌ای بودند، و بین آنها رابطه خطی مشاهده شد (نتایج جدول 2)، و داده‌ها برای برون‌هستگی¹، طبیعی بودن و همسانی

همان‌طور که در جدول 2 مشاهده می‌شود ویژگی‌های شخصیتی روان‌رنجویی، وظیفه‌شناسی با سلامت روان در مبتلایان به بیماری ام اس همبستگی مثبت معنی‌دار و دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و نمره کلی آلکسی تایمیا با سلامت روان در

شناسایی احساسات

گام 3. متغیر پیش‌بین: روان‌رنجوری، دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات

گام 4. متغیر پیش‌بین: روان‌رنجوری، دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، وظیفه‌شناسی

پراکنشی باقی‌مانده‌ها غربال شدند، بنابراین مفروضه استفاده از رگرسیون برقرار است. برای تعیین سهم هر یک از متغیرهای ویژگی‌های شخصیت و الکی تایمیا در پیش‌بینی سلامت روان بیماران مبتلا به بیماری ام اس از تحلیل رگرسیون گام به گام به ترتیب زیر استفاده شد.

گام 1. متغیر پیش‌بین: روان‌رنجوری

گام 2. متغیر پیش‌بین: روان‌رنجوری، دشواری در

جدول 3. خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون سلامت روان بر متغیرهای پیش‌بین

گام	مدل	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig	R	R2	SE
1	رگرسیون	2218/36	1	854/19	31/35	0/001	0/49	0/24	5/97
	باقیمانده	3425/25	218	27/24					
2	رگرسیون	2614/23	2	654/23	25/68	0/001	0/55	0/30	5/82
	باقیمانده	5112/64	217	25/47					
3	رگرسیون	2755/74	3	570/45	23/87	0/001	0/59	0/34	5/73
	باقیمانده	5622/41	216	23/89					
4	رگرسیون	3167/30	4	467/45	21/68	0/001	0/61	0/37	5/63
	باقیمانده	6851/37	215	21/56					

مبتلا به ام اس را دارند. میزان F مشاهده برای متغیر روان‌رنجوری معنی‌دار است ($P < 0/001$) و این متغیر به تنهایی 24 درصد از تغییرات واریانس مربوط به سلامت روان را تبیین می‌کند که در سطح 0/001 معنی‌دار است.

همان‌طورکه در جدول 3 مشاهده می‌شود نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان می‌دهد که از بین متغیرهای پیش‌بین مؤلفه‌های روان‌رنجوری، دشواری در توصیف احساسات، دشواری در شناسایی احساسات و وظیفه‌شناسی توان پیش‌بینی متغیر ملاک سلامت روان بیماران

جدول 4. ضرایب تأثیر، بتا و t رگرسیون گام به گام متغیرهای پیش‌بین

شاخص	B	Beta	SEB	T	Sig
روان‌رنجوری	-0/48	-0/45	-0/17	-4/71	0/000
دشواری در توصیف احساسات	-0/32	-0/27	-0/52	-3/89	0/000
دشواری در شناسایی احساسات	-0/19	-0/26	-0/81	-2/84	0/008
وظیفه‌شناسی	1/37	0/19	1/27	2/07	0/024

ضرایب تأثیر و آماره‌های t مربوط به مؤلفه‌های ابعاد پنج‌گانه شخصیت و آلکسی‌تایمیا نشان می‌دهد که مؤلفه‌های روان‌رنجوری، دشواری در توصیف احساسات و دشواری در شناسایی احساسات با اطمینان $0/99$ و وظیفه‌شناسی با اطمینان $0/95$ تغییرات مربوط به واریانس سلامت روان را پیش‌بینی کند. به عبارتی ابعاد شخصیتی و مؤلفه‌های آلکسی‌تایمیا می‌تواند در سلامت روان مبتلایان به ام‌اس تأثیرگذار باشد.

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه بین ابعاد پنج‌گانه شخصیت و آلکسی‌تایمیا با سلامت روان بیماران ام‌اس انجام گرفت. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین دو عامل شخصیتی روان‌رنجورخویی و توافق‌پذیری با سلامت روان بیماران ام‌اس رابطه وجود دارد. به طوری که هرچه توافق‌پذیری پایین‌تر و میزان روان‌رنجورخویی بالاتر باشد، بیماران ام‌اس از سلامت روان کمتری برخوردار است. براساس نتایج این پژوهش بیماران مبتلا به ام‌اس ویژگی‌های شخصیتی همچون خودمحوری، مضمون به قصد و نیت دیگران، رقابت‌گری، ضعف در صداقت، نועدوستی، تواضع و دلرحمی، ضعف در کنترل خشم، اضطراب فراگیر، تنش، داشتن احساس گناه، غم، ناامیدی، تنهایی، کمرویی، برانگیختگی، خشم و احساس حقارت دارند. می‌توان گفت روان‌رنجوری (قطب منفی پایداری هیجانی) نشان‌دهنده تفاوت‌های فردی در توانایی رویارویی با

هیجان‌ات منفی است (کاسپی و همکاران، 2005)، که با مشکلات درونی‌سازی از قبیل بازداری هیجان‌ات، اختلالات عاطفی و اضطرابی رابطه منفی دارد (ون لیوون و همکاران، 2007؛ موریس و همکاران، 2007). همچنین از خصیصه روان‌رنجوری به عنوان عامل مستعدکننده برای کاهش کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران ام‌اس است (تروبیست، 2002). افراد با نمره بالا در روان‌رنجوری دارای عواطف غیر منطقی بیشتر و توانایی کمتر در مهار رفتارهای تکانشی و ضعف در کنار آمدن با مشکلات، خشم و خصومت، افسردگی و کمرویی و آسیب‌پذیری هستند (لوانسبری و همکاران، 2005). ارتباط این بعد شخصیتی با پایین بودن سطح سلامت افراد در کلیه ابعاد آن منطقی خواهد بود. همچنین، روان‌رنجوری یکی از ابعاد شخصیتی است که شامل واکنش‌های هیجانی بوده و می‌تواند باعث تجربه زیاد وقایع منفی و رویدادهای استرس‌زا در زندگی شود. نمرات بالا در روان‌رنجوری، افراد را مستعد اضطراب می‌کند. به علاوه، به عقیده‌ی مک کری و کاستا (1986) این افراد از شیوه‌های مقابله‌ای غیر مؤثر مانند تفکر آرزومندانه و خودسرزنشگری که در کاهش استرس فرد مؤثر نیستند، استفاده می‌کنند. افراد نوروژگرا مضطرب، نگران و افسرده بوده و خلقشان در نوسان است، احتمالاً در خواب مشکل دارند و از اختلال‌های روان‌تنی زیادی در رنج هستند، این افراد بسیار هیجانی بوده و در مقابل انواع محرک‌های محیطی، واکنش شدیدی نشان می‌دهند (مک‌کرا،

و مسوولیت پذیری دارند (بندیک و همکاران، 2001).

این تحقیق با نتایج پژوهش متئوز و دری (1998)، فراهانی و اعلمی (1384)، بروس (2011) و بندیک و همکاران (2001) مبنی بر تأثیر وظیفه شناسی بر سلامت روان بیماران مبتلا به ام اس همسو است. در تبیین رابطه مقیاسی وظیفه شناسی با سلامت روان بیماران ام اس، می توان گفت که افراد دارای نمره های پایین در عامل باوجدان بودن، آسان گیر و اهمال کارند، یعنی در کار و تلاش معطوف به هدف، بی علاقه و بی شور و شوق اند. این افراد تکانشور و لذت گرا می باشند (کاستا و مک کرا، 1992). و افرادی که در این عامل نمرات بالائی کسب می کنند، تمایل زیادی به پیشرفت، نظم و ترتیب و مسوولیت پذیری با هیجان، شادی، امیدواری، همبستگی مثبت و با تنیدگی همبستگی منفی دارد (پنلی و تاماگا، 2002). بیماران مبتلا به ام اس به دلیل ابتلا به یک بیماری مزمن و ناتوان کننده، در رسیدن به اهدافشان سست هستند و کمتر تلاش می کنند و از آنجا که بیماران از وضعیت موجود خود احساس رضایت نداشته و هیجانات منفی زیادی را تجربه می کنند، بنابراین نمرات پایین این بیماران در این عامل از این نظر قابل توجه است.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بین آلکسی تایمیا و سلامت عمومی بیماران ام اس رابطه منفی وجود دارد یعنی هر چه میزان آلکسی تایمیا در فرد بیشتر باشد سلامت عمومی وی کمتر است و برعکس اگر کمتر باشد از

کاستا، 1992؛ به نقل از عبدالله زاده، 1386)، و در مقابله با عوامل استرس زای خیلی جزئی عاطفه منفی نشان می دهند (آیزنگ، 1990). به طور کلی، به عنوان نتیجه می توان گفت، نمرات بالاتر در مقیاس روان رنجورگرای با کاهش سلامت روان همبسته است. به نظر می رسد روان رنجور خوئی بالا و توافق پذیری پایین از جمله عامل های شخصیتی هستند که می توانند با زمینه های ژنتیک و سایر عوامل زیستی - اجتماعی در بروز بیماری ام اس مؤثر واقع شوند. پژوهش حاضر با نتایج بروس و لینچ (2011)، جاروس لاو و همکاران (2011)، لیو و همکاران (2009)، مرکل بچ و همکاران (2003)، بندیک و همکاران (2001)، هاواکس (2002) و نتایج نلسون و همکاران (1995) همخوان است. می توان اذعان نمود که بیماران مبتلا به ام اس به دلیل مبتلا شدن به این بیماری مزمن و غیر قابل درمان در این عامل نمرات بالاتری کسب می کنند. بنابراین ممکن است این افراد پرخاشگر، عصبی و دمدمی مزاج باشند و وجود چنین حالاتی در این افراد هم از نظر جسمانی قابل تبیین است و هم از لحاظ روانی. این بیماران پس از ابتلاء به ام اس، به تدریج حمایت های اجتماعی - اقتصادی خود را از دست و این عامل باعث ایجاد تنش در آنها می شود، از سلامت روانی آنها می کاهد، بنابراین ایجاد حالات روانی - آزردهی از جمله پرخاشگری و عصبانیت در این افراد کاملاً طبیعی است.

افرادی که در این عامل نمرات بالائی کسب می کنند، تمایل زیادی به پیشرفت، نظم و ترتیب

سلامت بیشتری برخوردار است. با توجه به اینکه در بیماران ام اس علاوه بر درمان مشکل جسمانی فرد به خاطر استرس‌ها و عوارض بیماری ام اس با مشکلات سلامت روان شناختی نیز مواجه می‌شوند پس باید مؤلفه‌های تأثیرگذار بر سلامت آنان را شناسایی کرد. در مورد رابطه آلکسی تایمیا با سلامت روان بیماران ام اس تاکنون در ایران پژوهشی انجام نگرفته است اما به نقش آلکسی تایمیا در پژوهش‌های دیگر اشاره شده است، از این رو نتایج پژوهش با پژوهش‌های کوکس و همکاران (1995)، هونکالامپی و همکاران (2001)، تیلور و بگی (2004)، اسپندلر و همکاران (2009)، احدی (1388)، مظاهری و همکاران (1389)، میکائیلی و همکاران (1391) و زکی‌بی (1391) همخوانی دارد. نتایج پژوهش عیسی زادگان و همکاران (1390) نشان داد که بین تمام مؤلفه‌های آلکسی تایمیا و سلامت روان و مؤلفه‌های آن رابطه وجود دارد. پژوهش‌ها حاکی از این مسأله است که آلکسی تایمیا با برخی از بیماری‌های جسمی مثل التهاب مثنانه، درد، انواع دیابت، فشار خون و بیماری قلبی رابطه دارد (دوبی و همکاران، 2010). عقیده بر این است که آلکسی تایمیا عامل خطر ساز برای بسیاری از اختلالات روانی است، زیرا افراد مبتلا به این عارضه بسیار سخت همبسته‌های جسمانی هیجان‌اتی هستند که به کلام در نمی‌آیند. این نارسایی مانع تنظیم هیجان‌ات شده، سازگاری موفقیت‌آمیز را مشکل می‌سازد. در واقع افرادی که می‌توانند به موقع هیجان‌های خود را بروز دهند از زیر فشارهای

روانی رها می‌شوند، آن‌ها قادر به در میان گذاشتن احساسات خود با دیگران نیستند. در تبیین یافته‌های پژوهش چنین می‌توان استدلال کرد که آلکسی تایمیا یک ویژگی شناختی عاطفی است و فرد مبتلا به آن در تنظیم و فهم هیجان‌های خود ناتوان است. زمانی که اطلاعات هیجانی نتوانند در فرآیند پردازش شناختی، ادراک و ارزشیابی گردند، افراد از نظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی شده و این ناتوانی می‌تواند سازمان عواطف و شناخت‌های آنان را مختل سازد. این افراد به دلیل عدم آگاهی هیجانی و ناتوانی در پردازش شناختی احساسات خود، معمولاً قادر به شناسایی، درک و یا توصیف هیجان‌های خویش نیستند و توانایی محدودی در سازگاری با شرایط تنش‌زا دارند. یکی از روش‌های کنترل تنش خصوصاً در مورد هیجان‌های منفی، تخلیه و بیان هیجان ناشی از تنش است. در صورتی که این هیجان‌ها تخلیه نگردند و فرد نتواند احساسات منفی خود را به صورت کلامی بیان کند، جزء روان‌شناختی سیستم‌های ابراز هیجان و پریشانی روانی از جمله افسردگی و اضطراب افزایش می‌یابد. افرادی که توانایی شناخت احساسات خود را دارند و حالت‌های هیجانی خود را به گونه‌ی مؤثری ابراز می‌کنند، بهتر می‌توانند با مشکلات زندگی روبرو شوند و در سازگاری با محیط و دیگران موفق‌ترند که در نتیجه، این افراد از سلامت روانی بیشتری برخوردار خواهند بود.

مبتلایان به آلکسی تایمیا احساس‌های نامتمایز دارند و این احساس‌ها همراه با یک

آلکسی تایمیا هستند، نمی‌توانند به خوبی با دیگران ارتباط برقرار نموده و سازگار گردند بنابراین آمادگی ابتلاء به انواع اختلال‌های روان‌شناختی را دارند. از سوی دیگر آنان توان سازگاری کمتری دارند. برای بیماران ام اس سازگاری با شرایط بیماری یک امر مهم است که اگر از آن محروم باشند با افت سلامتی مواجه خواهند شد از سوی دیگر توان همدلی کردن که آن نیز یک امر حیاتی در شرایطی مثل بیماری است در افراد با آلکسی تایمیا بالا کاهش می‌یابد که این قضیه نیز تهدیدکننده سلامت عمومی برای آنان است.

برانگیختگی فیزیولوژیک است. اما به علت مشکل در تمایز، توصیف و تنظیم احساس‌ها، برانگیختگی فعال باقی مانده و از بین نمی‌رود و این امر باعث اختلال در دستگاه عصبی خودکار و دستگاه ایمنی می‌شود (عیسی‌زادگان، شیخی و بشرپور، 1390). با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که آلکسی تایمیا در سلامت عمومی بیماران ام اس نقش مؤثری دارد.

افراد با آلکسی تایمیا بالا در درک و شرح هیجان‌های خود و دیگران ناتوان و عاجز هستند. برای همدلی استعداد ضعیف شده‌ای از خود نشان می‌دهند. افرادی که دارای ویژگی‌های

منابع

بشارت، محمدعلی. (1388). «سبک‌های دلبستگی و ناگویی خلقی. پژوهش‌های روان‌شناختی». دوره 12، شماره 3 و 4.

داودی، ایران (1386). بررسی عوامل شناختی، شخصیتی، فشارزاهای زندگی و سابقه‌ی خانوادگی به عنوان پیش بین در شهرستان اهواز. پایان‌نامه‌ی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه چمران اهواز.

رشیدی، فرنگیس (1386)، بررسی رابطه باورهای غیر منطقی و کمروبی با سلامت روان دانش آموزان دختر پایه سوم دوره دبیرستانی شهر تهران. کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

احدی، بتول (1388). «نقش ویژگی‌های شخصیتی ناگویی خلقی در پیش‌بینی نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی». تحقیقات علوم رفتاری، دوره 7، شماره 1، ص: 32 - 25.

امان الهی فرد، عباس (1384). بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی و عوامل فردی و خانوادگی با رضایت زناشویی در کارکنان اداره‌های دولتی شهر اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز.

بخشانی، نورمحمد؛ خسروی، معصومه؛ رقیبی، مهوش (1389)، وضعیت عملکرد شناختی بیماران مبتلا به ام اس. کنگره روان‌شناسی ایران.

رضایی، امید؛ میرزایی قمی، منصور؛ دولت شاهی، بهروز (1389)، *الگوهای شخصیتی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس*. کنگره روان‌شناسی ایران.

زکی‌بی، علی (1391). *رابطه آلکسی تایمیا، باورهای غیرمنطقی، عاطفه مثبت و منفی با اختلال‌های روانی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه رازی کرمانشاه.

شریفی، علی اکبر (1386). *راهنمای ام.اس.ام.ای (میلیون 3)*. مرکز نشر روان‌سنجی، تهران.

عبدالله‌زاده، بیانہ (1386). *مقایسه عوامل شخصیتی، سبکهای حل مسأله و میزان استرس تجربه شده در بهنجاران و معتادان*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد دانشگاه تبریز.

عیسی زادگان، علی؛ شیخی، سیامک و بشرپور، سجاد (1390). «رابطه آلکسی تایمیا و تیپ شخصیتی D با سلامت عمومی». *مجله پزشکی ارومیه*، دوره 22، شماره 6. ص: 538 - 530.

فراهانی، محمدنقی؛ اعلمی، مهدی (1384). «مقایسه پنج عامل بزرگ شخصیت و منبع کنترل در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و افراد سالم». *علوم پزشکی بیرجند*، دوره 12، شماره 1 و 2، ص: 47 - 41.

مظاهری، مینا (1389). «ارتباط ابعاد آلکسی تیمیا با افسردگی و اضطراب در مبتلایان به اختلالات گوارشی عملکردی». *تحقیقات علوم رفتاری*، دوره 8، شماره 2. ص: 102-92.

مکوندی، بهنام؛ شهنی، منیجه و نجاریا، بهمن (1390). «مقایسه آلکسی تایمیا و هوش هیجانی بین دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی اهواز». *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، سال ششم، شماره 18، ص: 57 - 47.

میکاییلی، نیلوفر؛ کریم نژاد، فرزاد؛ ایرانی، فاطمه و پیرنبی خواه، نسیم (1391). *آلکسی تیمیا و شاخص‌های روان‌تنی در پیش‌بینی سلامت عمومی در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر*. مجموعه مقالات چهارمین کنگره بین‌المللی روان‌تنی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان اصفهان.

نصیری، حبیب‌الله؛ هاشمی؛ لادن؛ حسینی، سیده مریم (1385). *بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه شیراز براساس مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت*. سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان 365 - 368.

هاریسون (2005)، *اعصاب هاریسون 2005*، ترجمه سید مصطفی میدی (1384)، چراغ دانش با همکاری شبنم دانش، تهران.

- Benedict R.H.; Priore R.L.; Miller, C.; Munschauer, F. & Jacobs L. (2001i). "Personality in multiple sclerosis correlates with cognitive impairment". *Journal Neuropsychiatry Clin Neurosc.*; (13):70-6.
- Blatt, H. (2007). "The personality structure of the multiple sclerosis patients as evaluated by the Rorschach psychotic technique". *Journal Multiple sclerosis* ;(121):293 -298.
- Bodini, B.; Mandarelli, G.; Tomassini, V.; Tarsitani, L.; Pestalozza, I; Gasperini, C.; Lenzi, G.L.; Pancheri, P. & Pozzilli, C. (2007). "Alexithymia in multiple sclerosis: relationship with fatigue and depression". *Of Neurological Sciences*; 52(3): 73-81.
- Bruce, J.M. & Lynch, S.G. (2011). "Personality Traits in multiple Sclerosis: Association with mood and anxiety disorders". *J Psychosom Res*; 70 (5): 479-485.
- Caspi, A.; Roberts, B.W. & Shiner, R.L. (2005). "Personality development: Stability and change". *Annu RevPsychol*, 56(3): 453-484.
- Chen, J.; Xu, T.; Jing, J. & Chan. R. (2011). "Alexithymia and emotional regulation": *A cluster analytical approach*. *BMC Psychiatry*, (11)33.
- Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1992). "Revised NEO Personality Inventory (NEO-PR-I) and the Five Factor Inventory (NEO-FFI): Professional Manual". *Psychological Assessment Resources*, Odessa, FL.
- Cox, B.J.; Swinson, R.P.; Shulman, I.D. & Bourdeau, D. (1995). "Alexithymia in panic disorder and social phobia". *Comprehensive Psychiatry*, 36, 195-198.
- Diamond, B.J.; Johnson, S.K.; Kaufman, M. & Graves, L. (2008), "Relationships between information processing, depression, fatigue and cognition in multiple sclerosis". *Arch clin Neuropsychology*, 23, 189-199.
- Dubey, A.; Pandey, R. & Mishra, K. (2010). "Role of emotion regulation difficulties and positive/negative affectivity in explaining alexithymia-health relationship an overview". *J Soc Sci Res*; 7:20-31.
- Feinstein, A. (2004), "The Neuropsychiatry of multiple sclerosis, can psychiatry", 40 (3): 157-163.
- Gilberstadt, H. & Farkas, E. (1961). "Another look at MMPI profile types in Multiple sclerosis". *Journal consulting psychology* ;(25): 440-444.
- Harder, R.K. (1993). "Personality in Multiple Sclerosis". *Journal clinical Psychology*; (69): 890 - 902.

- Hawkes C.H. (2002). "Psychological aspects of Multiple Sclerosis Personality" ;(51): 791-806.
- Honkalampi, K.; Hintikka, J.; Laukkanen, E.; Lehtonen, J. & Viinamäki, H. (2001), "Alexithymia & depression: a prospective study of patients with major depressive disorder", *Psychosomatics*, 42 (3): 229-34.
- Jaroslaw, B.; Kurylek, A.; Wozniacka, A.; Sysa, A. & Arkuszewska, C. (2011). "Personality traits and demographic a variables influence on quality of life in systemic Sclerosis". *J Psychosom Res*; 30(1): 2-16.
- Liu, X.J.; Ye, H.X.; Li, W.P.; Dai, D. & Chen, M. (2009). "Relationship between psychological factors and onset of multiple Sclerosis". *Eur Neurol*; 62(3):130-136.
- Lounsbury, J.W.; Saudargas, R.A.; Gibson, L.W. & Leong, F.T. (2005). "An investigation of broad and narrow personality traits in relation to general and domain specific life satisfaction of college student". *Res High Educ*; 46(13): 707-729.
- Martin, B.A.S. (2003). "The influence of gender on Mood effects in advertising". *Psychology and Marketing*, 20 (3), 249-273.
- Matthews, G. & Deary, L.J. (1998). *Personality Traits*. 1st ed. London: Cambridge University Press.
- Merkelbach, S.; Koing, J. & Sittinger, H. (2003). "Personality traits in Multiple Sclerosis (MS) patient with & without fatigue experience". *Act Neurolo Scand*; 107(3): 195-201.
- Muris, P.; Meesters, C. & Blijlevens, P. (2007). "Self reported reactive and regulative temperament in early adolescence. Relations to internalizing and externalizing problem behavior and 'Big Three 'Personality factors'". *J Adolescence*; 30(11): 1035-1049.
- Nelson, E.G. (1995). "Relationship of Personality Problems to Onset and Progress of Multiple Sclerosis". *Arch Neurol Pttyehiai* ;(59): 13-28.
- Penely, J.A.; & Tomaka, J. (2002). "Associations among the Big five, Emotional responses, and coping with acut Stress". *Personality and individual differences*; 32(7): 1215-1228.
- Prochnow, D.; Donell, J.; Schäfer, R.; Jörgens, S.; Hartung, H.P.; Franz, M. & Seitz. R.J. (2011). "Alexithymia and impaired facial affect recognition in multiple sclerosis". *Journal of Neurology*; 258(9): 83-89.
- Spindler, H.; Kruse, C.; Zwisler, A.D. & Pedersen S.S. (2009). "Increased anxiety and depression in Danish cardiac patients with a type D personality: Cross-validation of the type D scale

(DS14)". *Behave Med*; 16(2): 98-107.

Taylor, G.J. & Bagby, R.M. (2004). "New trends in alexithymia research". *Psychother Psychosom*; 73(2): 68-77.

Trobst, K.K.; Herbst, J.H.; Masters, H.L. and Costa, P.T. (2002). "Personality pathways to unsafe

sex: Personality, condom use, and HIV risk behaviors". *Journal of Research in Personality*, 36, 117-133.

Van Leeuwen, K.; Mervielde, I.; De Clercq, B. & De Fruyt, F. (2007). "Extending the spectrum idea: Child personality, parenting and psychopathology". *Eur J Personality*; 21(2): 63-89.