

مقایسه علائم روان‌شناختی و ویژگی‌های شخصیتی بین بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس و هم‌تایان عادی

کبری محمدپور^{۱*}، سید موسی کافی^۲، حمیدرضا حاتمیان^۳، سجاد رضایی^۴، مظفر حسینی نژاد^۵

چکیده

زمینه و هدف: مولتیپل اسکلروزیس (MS) ناتوان‌کننده‌ترین بیماری در بزرگسالان جوان می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه علائم روان‌شناختی و ویژگی‌های شخصیتی بین بیماران مبتلا به MS و هم‌تایان عادی انجام شد. **روش بررسی:** در این پژوهش که به‌روش مورد-شاهدی انجام شد، ۸۰ نفر از بیماران مبتلا به MS و ۸۰ نفر از افراد سالم فاقد MS که از نظر جنس، سن، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات با گروه مبتلا به MS هم‌تا بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده در پژوهش شامل پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، پنج عامل بزرگ شخصیتی نئو (NEO-FF) و علائم روان‌شناختی دروگاتیس-90 (SCL-90-R) بود. داده‌ها با روش‌های آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری مان کووا (MANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین کل نمرات حاصل از سنجش مشکلات روان‌شناختی نشان داد که به غیر از خرده‌مقیاس افکار پارانوئیدی، تمامی خرده‌مقیاس‌های SCL-90-R و شاخص‌های کلی آن همچون شکایات جسمانی، وسواس فکری-عملی، حساسیت میان‌فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، روان‌پریشی، GSI، PSDI و PST در گروه MS بیش از هم‌تایان سالم آنها می‌باشد ($P < 0/0001$). همچنین میانگین نمرات ویژگی‌های شخصیتی نوروگرایی و وظیفه‌شناسی در بیماران مبتلا به MS و میانگین نمرات ویژگی‌های برون‌گرایی و گشودگی در افراد سالم بیشتر از هم‌تایان مقابل خود به‌دست آمد ($P < 0/0001$).

نتیجه‌گیری: نشانه‌های شکایات جسمانی، حساسیت میان‌فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی و شاخص‌های GSI و PSDI در بیماران مبتلا به MS بیشتر از هم‌تایان سالم می‌باشد. همچنین بیماران مبتلا به MS ویژگی‌های نوروگرایی و وظیفه‌شناسی بیشتر، و برون‌گرایی و گشودگی کمتری را در مقایسه با هم‌تایان سالم خود نشان می‌دهند.

کلید واژگان: مالتیپل اسکلروزیس، علائم روان‌شناختی، ویژگی‌های شخصیتی.

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی.

۲- دانشیار گروه روانشناسی.

۳- دانشیار گروه نورولوژی.

۴- دانشجوی دکتری روانشناسی.

۵- استادیار گروه نورولوژی.

۱ و ۲- گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

۳ و ۵- گروه نورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

۴- دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

* نویسنده مسؤول:

کبری محمدپور؛ گروه روان‌شناسی،

دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

تلفن: ۰۰۹۸۹۳۶۰۰۵۷۴۵۸

Email:

k.mohammadpoor@yahoo.com

مقدمه

بیماران، یافته‌ای غیر منتظره نیست. ضمن اینکه مطالعات متعددی نیز در سایر نقاط جهان از شیوع قابل توجه افسردگی در بیماران مبتلا به ام اس حمایت می‌کنند (۸).

علاوه بر آثار تخریبی علایم روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و ...) که می‌توانند باعث افت کیفیت زندگی بیمار شوند و در روند درمان او خلل ایجاد کنند، پژوهش‌ها نشان می‌دهد که این علایم احتمال حمله‌ی مجدد بیماری و افت کیفیت زندگی دیگر افراد خانواده را افزایش می‌دهند (۹).

یکی از حیطه‌های روان‌شناسی که امروزه مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، حیطه‌ی روان‌شناسی شخصیت است. بر این اساس، شخصیت به‌عنوان مجموعه‌ای از ویژگی‌های کیفی انسان مطرح است که در رفتار او متجلی می‌شود و یکی از عواملی است که روان‌شناسان مختلف نظریه‌های گوناگونی را درباره‌ی آن ارائه کرده‌اند.

ویژگی‌های شخصیتی به مجموع ویژگی‌هایی که در وجود یک فرد، تقریباً به‌طور دایم وجود دارد و موجب تمایز وی از سایرین می‌شود، اطلاق می‌گردد (۱۰). در این پژوهش، منظور از ویژگی‌های شخصیتی، پنج عامل اصلی شخصیت که عبارتند از: برون‌گرایی (Extraversion)، وظیفه‌شناسی (Conscientiousness)، انعطاف‌پذیری (Openness)، خوشایندی (Agreeableness) و روان‌رنجورخویی (Neurotism) می‌باشد.

در مورد ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به MS، تحقیقات نشان داده است که این افراد در برخی از ویژگی‌های شخصیتی با افراد سالم تفاوت نشان می‌دهند (۱۱-۱۳) در این افراد تغییرات در حالات هیجانی و شخصیتی شایع است.

مطالعه‌ی بندیکت (Benedict) و همکاران در مورد اختلالات شخصیتی مبتلایان به MS نشان داد که بیماران در عامل روان‌رنجورخویی نمرات بالا و در عامل توافق و وظیفه‌شناسی، نمرات پایین‌تری نسبت به گروه شاهد کسب

مالتیپل اسکلروزیس (MS) یک بیماری میلین زدای سیستم عصبی مرکزی است. این بیماری یکی از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک در انسان بوده و ناتوان‌کننده‌ترین بیماری در بزرگسالان جوان می‌باشد. در این بیماری، پوشش میلین سیستم عصبی مرکزی از قبیل مغز، عصب بینایی و نخاع شوکی دچار آسیب می‌شود. شروع آن در دوران جوانی بوده و در زنان حدود دو برابر مردان شایع می‌باشد (۱). بیماری ام اس سیر مزمن دارد و به‌صورت علایم رفت و برگشتی (وجود علایم، بهبود ظاهری) است. این بیماری در طول زمان می‌تواند سیری پیش‌رونده و رو به از کار افتادگی داشته باشد (۲، ۳). پزشکان مدت‌ها روی جنبه‌های جسمی این بیماری تمرکز داشته‌اند، اما اخیراً اختلالات روان‌شناختی در بیماران مبتلا به ام اس مورد توجه قرار گرفته است.

تظاهرات بالینی MS شامل مشکلات تعادلی و هماهنگی بدن، اختلالات بینایی، تغییرات حسی و درد، خستگی، افسردگی، اختلالات جنسی، اختلالات شناختی و عاطفی می‌باشد (۴). علایم بیماری MS متغیر بوده و به محل آسیب بستگی دارد و با توجه به اینکه یک بیماری مزمن با علایم جسمانی متعدد و ناتوان‌کننده است، بیشتر مبتلایان به این بیماری دارای ویژگی‌های روانی خاص می‌باشند و اختلالات روان‌پزشکی و روان‌شناختی گوناگونی نیز با آن همراه می‌باشد که بر جنبه‌های عاطفی و شخصیتی افراد مبتلا تأثیرگذار است (۵).

یکی از ویژگی‌های روانی و شخصیتی افراد مبتلا به MS تحریک‌پذیری است. به عبارت دیگر، بیشتر افراد مبتلا به این بیماری، افراد تحریک‌پذیر و حساس هستند. ممکن است به‌راحتی گریه کنند و به‌ندرت ممکن است با مسئله‌ی هیجانی کوچکی زیاد بخندند (۶). افسردگی، شایع‌ترین و در عین حال ناتوان‌کننده‌ترین واکنش روان‌شناختی در مبتلایان به ام اس است (۷). شیوع بالای افسردگی در این

در سطح ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۸۰ و اندازه اثر مورد انتظار بین دو گروه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و افراد سالم برابر با ۰/۴۵، حجم نمونه نهایی معادل ۷۹ نفر برای هر گروه از روی جدول حجم نمونه ماچین (Machin) و همکاران (۱۹۹۷) محاسبه گردید (۱۵).

ابزار مورد استفاده در پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت (NEO Five-Factor Inventory) و پرسشنامه علائم روان‌شناختی (SCL-90-R) بوده است. پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن، جنس، شغل، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و در بیماران مبتلا طول مدت بیماری، تعداد دفعات بستری و تعداد حملات بیماری طی یک‌سال گذشته بود که از طریق آن می‌توان متغیرهای مذکور را کنترل کرد.

پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی نئو: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۵ توسط پائول تی کاستا و روبرت آرمک کری ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۶۰ سؤال است که برای هر عامل ۱۲ سؤال اختصاص یافته است و برحسب پاسخ از صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. کسب نمره بالاتر در هر خرده‌مقیاس بیانگر سطوح بالاتر آن ویژگی در فرد است. در ایران، گروسی و همکاران ساختار ۵ عاملی پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی نئو را به صورت کلی تأیید کرده و ضریب‌های پایایی و اعتبار در نمونه‌های ایرانی را بر اساس روش الفای کرونباخ در مقیاس‌های روان‌آزردگی ۰/۸۹، برون‌گرایی ۰/۷۳، انعطاف‌پذیری ۰/۵۶، دلپذیر بودن ۰/۶۸، مسؤولیت‌پذیری ۰/۸۷ به‌دست آوردند (۱۶).

پرسشنامه Symptom Checklist-90-Revised

(فهرست تجدید نظر شده علائم روانی): نوعی فهرست علائم روانی خود گزارش‌دهی ۹۰ سؤالی است که توسط تحقیقات روان‌سنجی بالینی به‌وجود آمده است. این پرسش‌نامه برای اولین بار در سال ۱۹۷۳ به‌وسیله دراگوتیس و همکارانش بر اساس تجربیات بالینی و تحلیل‌های روان-

کردند (۱۳). پژوهشی توسط جارد (Jared) و شارون (Sharon) نشان داد که بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در مقیاس روان‌رنجورخویی که از خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه ویژگی‌های شخصیتی نئو می‌باشد، نمرات بالاتری نسبت به گروه شاهد کسب کردند (۱۲). پژوهش مرکل باخ (Merkelbach) نشان داد که بیماران مبتلا در عامل روان‌رنجورخویی نمرات بالا و در عامل برون‌گرایی نمرات پایینی کسب کرده‌اند (۱۳).

این پژوهش به بررسی علائم روان‌شناختی و ویژگی‌های شخصیتی در بیماران مبتلا به MS و مقایسه آن با هم‌تایان سالم با توجه به نقش عامل جنسیت می‌پردازد. با توجه به شیوع بالای بروز واکنش‌های روان‌شناختی در این بیماران و همچنین توجه به این نکته که این بیماری شایع‌ترین بیماری پیش‌رونده عصب شناختی بزرگسالان جوان می‌باشد (۱۴)، لزوم شناخت کامل ابعاد آسیب‌پذیری در این بیماران مورد توجه است.

روش بررسی

در این پژوهش از روش علی-مقایسه‌ای (Causal-Comparative) یا مورد-شاهد (Case-Control) استفاده شد. نمونه آماری این پژوهش شامل ۸۰ بیمار مبتلا به MS بوده است که از بین کلیه مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس عضو انجمن MS استان گیلان که توسط متخصص مغز و اعصاب بیماری آنها تأیید شده به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و نیز ۸۰ نفر از افراد سالم (که مبتلا به MS و یا هر بیماری مزمن دیگر نبودند) که در طی مدت انجام مطالعه به‌عنوان همراه بیمار یا فرد عادی، به درمانگاه الزهرای شهرستان رشت مراجعه کرده‌اند و از نظر جنس، سن، وضعیت تأهل، تحصیلات با گروه بیمار همسان بودند، می‌باشد. در مطالعه حاضر برای تعیین حجم نمونه با در نظر گرفتن احتمال خطای نوع اول (آلفا)

متغیرهای هم‌تناسازی نظیر سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (Multivariate Analysis of Covariance) (MANCOVA) بهره گرفته شد.

یافته‌ها

به‌طور کلی، ۱۶۰ نفر از افراد سالم و مبتلا به MS مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی بیماران و هم‌تایان سالم به ترتیب برابر با $۶/۵۴ \pm ۳۰/۰۹$ و $۲۸/۳۲ \pm ۶/۳۹$ سال بود. جدول ۱ بیانگر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی بیماران مبتلا به MS و هم‌تایان سالم آنها می‌باشد. بر اساس اطلاعات حاصل از این جدول، زنان فراوانی بیشتری را به عنوان نمونه‌های بیمار (۶۳/۸ درصد) و سالم (۵۸/۸ درصد) در پژوهش حاضر داشته‌اند.

جدول ۲ به یافته‌های توصیفی مربوط به سنجش مشکلات روان‌شناختی در دو گروه از بیماران MS و هم‌تایان سالم به تفکیک جنسیت آنها اشاره دارد. بر اساس مشاهدات مربوطه میانگین بیشتر خرده‌مقیاس‌های SCL-90-R به‌همراه شاخص‌های کلی آن در گروه مردان بیمار بیش از هم‌تایان سالم آنها می‌باشد. این موضوع، نشانگر فزونی مشکلات روان‌شناختی در مردان مبتلا به MS در مقایسه با مردان سالم است. مقایسه انحراف استاندارد گروه مردان همچنین نشان داد که به استثنای خرده‌مقیاس افکار پارانوئیدی و شاخص‌های PSDI و PST، به‌طور کلی نمرات مشکلات روان‌شناختی در گروه بیمار از پراکندگی بیشتری نسبت به گروه عادی برخوردار می‌باشد. در عین حال، مقایسه میانگین این نمرات در زنان مبتلا و سالم نیز حاکی از آن بود که قطع نظر از خرده‌مقیاس افکار پارانوئیدی و شاخص PSDI کلیه نمرات حاصله از زیرمقیاس‌های SCL-90-R و شاخص‌های کلی آن در زنان بیمار بیشتر از زنان سالم می‌باشد. متعاقباً بررسی

سنجی قبلی به‌صورت و شکل فعلی معرفی شد. این پرسش‌نامه شامل ۹۰ ماده در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (۰=هیچ، ۱=کمی، ۲=تاحدودی، ۳=زیاد، ۴=به‌شدت) می‌باشد. هر یک از سؤالات پرسش‌نامه دارای یک طیف پنج درجه است که از صفر تا چهار نمره (از هیچ تا بی‌نهایت) را به‌خود اختصاص می‌دهد. همچنین این پرسش‌نامه، ۹ بعد اختلال‌های روانی را که عبارتند از: شکایات جسمانی، وسواس فکری و عملی، حساسیت میان فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی، مورد بررسی قرار می‌دهد. در این مقیاس، هفت ماده اضافی نیز وجود دارند که در هیچ یک از ابعاد یاد شده طبقه‌بندی نشده‌اند و با عنوان سایر، از آنها یاد می‌شود. این پرسش‌نامه حالت‌های فرد را از یک هفته پیش، مورد ارزیابی قرار می‌دهد. علاوه بر ابعاد نه گانه فوق، سه معیار کلی در این آزمون گنجانیده شده است که عبارتند از: علایم مرضی

(Global Severity Index)(GSI)، معیار ضریب ناراحتی (Positive Symptom Distress Index) (PSDI) و جمع علایم مرضی (Positive Symptom Total) (PST) که نمره‌گذاری و تفسیر پرسش‌نامه بر اساس سه شاخص کلی صورت می‌گیرد. برای تعیین اختلال روانی در هر بعد، از نقطه برش ۱، یعنی از مساوی و بزرگتر از ۱، استفاده می‌شود و میانگین نمره‌های ۱ و بالاتر از ۱ (در هر بعد)، به‌عنوان حالت مرضی به‌شمار می‌رود. در بسیاری از پژوهش‌های انجام‌شده در ایران نیز همین نقطه برش به‌کار رفته است. مطالعات زیادی پایایی و روایی مطلوب این آزمون را تأیید می‌کنند (۱۷).

اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و نیز به‌منظور بررسی اثرات اصلی متغیرهای عضویت گروهی (گروه مبتلا به MS یا سالم) و جنسیت (مرد یا زن بودن) و کنش متقابل میان آنها ضمن کنترل

شناختی تفاوت معناداری وجود ندارد ($P=0/484$)؛ $F=0/966$ ؛ $Pillai's Trace=0/076$ ؛ علاوه بر آن، نسبت- F محاسبه شده برای اثر تعاملی متغیرهای عضویت گروهی با جنسیت تنها برای خرده‌مقیاس‌های وسواس فکری عملی، حساسیت میان‌فردی و افکار پارانوئیدی معنادار شناسایی شد ($P \leq 0/05$). این مطلب با توجه به میانگین‌ها در جدول ۱ حاکی از آن است که گروه مردان مبتلا به ام اس از وسواس فکری عملی و حساسیت میان‌فردی بالاتر و زنان گروه سالم نیز از افکار پارانوئیدی بالاتری نسبت به سایر اعضا برخوردارند ($P=0/510$ ؛ $F=0/939$ ؛ $Pillai's Trace=$

بر مبنای اطلاعات جدول ۴ ملاحظه می‌شود که از مجموع ۵ ویژگی شخصیتی میانگین سه ویژگی نورو-گرایی، دلپذیری و وظیفه‌شناسی در مردان، زنان و در مجموع در بیماران MS بیش از همتایان سالم آنها می‌باشد. در عین حال، مقایسه انحراف استاندارد دو گروه بیمار و سالم نیز نشان داد که کلیه نمرات حاصل از سنجش ویژگی‌های شخصیتی در گروه مردان بیمار از پراکندگی بیشتری نسبت به گروه سالم برخوردار می‌باشد. جدول ۵ ضمن بررسی اثرات بین آزمودنی‌ها، معناداری کل مدل مانکووا (MANCOVA) و همچنین تأثیر جداگانه هر متغیر مستقل بر متغیر وابسته را نشان می‌دهد.

بر مبنای آنچه در جدول ۵ انعکاس یافته، نسبت‌های F محاسبه شده در مورد اثر عامل A (عضویت گروهی) برای ویژگی‌های برون‌گرایی، نوروگرایی، گشودگی و وظیفه‌شناسی معنادار می‌باشد ($P < 0/05$). این مسأله با توجه به میانگین‌ها در جدول ۸ مبین آن است که میانگین نمرات ویژگی‌های نوروگرایی و وظیفه‌شناسی در بیماران مبتلا به ام اس و میانگین نمرات ویژگی‌های برون‌گرایی و گشودگی در افراد سالم بیشتر از همتایان مقابل خود می‌باشد ($P < 0/001$ ؛ $F=6/918$ ؛ $Pillai's Trace=0/188$). همچنین اثر عامل B (جنسیت) برای هیچ‌یک از ۵ ویژگی شخصیتی

انحراف استاندارد دو گروه نیز حکایت از آن داشت که جدا از خرده‌مقیاس روان‌پریشی و شاخص‌های PSDI و PST، نمرات به دست آمده از علایم روان‌شناختی در گروه بیماران از پراکندگی بیشتری نسبت به همتایان سالم برخوردار است. در مجموع، ارزیابی میانگین کل نمرات حاصل از سنجش مشکلات روان‌شناختی نشان داد که به غیر از خرده‌مقیاس افکار پارانوئیدی، تمامی خرده‌مقیاس‌های SCL-90-R و شاخص‌های کلی آن همچون شکایات جسمانی، وسواس فکری عملی، حساسیت میان‌فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، روان‌پریشی، GSI، PSDI و PST در گروه MS بیش از همتایان سالم آنها می‌باشد. علاوه بر آن، مشخص گردید که نمرات حاصل از اجرای خرده‌مقیاس‌های افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی و شاخص‌های PSDI و PST در گروه سالم دارای پراکندگی بیشتری نسبت به گروه بیمار می‌باشد.

جدول ۳ به بررسی اثرات بین آزمودنی‌ها پرداخته و معناداری کل مدل مانکووا و همچنین تأثیر جداگانه هر متغیر مستقل بر متغیر وابسته را نشان می‌دهد.

همان‌گونه که در جدول ۳ منعکس است نسبت‌های F محاسبه شده در مورد اثر عامل A (گروه) برای خرده‌مقیاس‌های شکایات جسمانی، حساسیت میان‌فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی و همچنین شاخص‌های GSI و PSDI معنادار می‌باشد ($P < 0/05$). این مسأله با توجه به میانگین‌ها در جدول ۲ مبین آن است که میانگین نمرات علایمی نظیر شکایات جسمانی، حساسیت میان‌فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی و شاخص‌های GSI و PSDI در بیماران مبتلا بیشتر از همتایان سالم می‌باشد ($P < 0/001$ ؛ $F=7/062$ ؛ $Pillai's Trace=0/375$). در عین حال، اثر عاملی B (جنسیت) برای هیچ‌یک از ابعاد SCL-90 معنادار ظاهر نشد که این یافته با توجه به داده‌های جدول ۱ گویای آن است که بین زنان و مردان از نظر علایم مشکلات روان-

معنادار ظاهر نشد که این یافته با نظر به نتایج جدول ۴ گویای آن است که تفاوت معناداری بین زنان و مردان از نظر نمرات ویژگی‌های شخصیت وجود ندارد ($P=0/811$ ؛ Pillai's Trace= $0/015$ ؛ $F=0/452$). از سوی دیگر، نسبت F محاسبه‌شده برای اثر تعاملی متغیرهای عضویت گروهی با جنسیت نیز برای هیچ‌کدام از ویژگی‌های

شخصیت مربوطه معنادار نشد. این موضوع نیز با توجه به جدول ۴ دلالت بر آن دارد که مابین مردان و زنان این دوگروه تفاوت قابل توجهی از نظر نمرات حاصل از ویژگی‌های شخصیتی مشاهده نمی‌شود ($P=0/338$ ؛ $F=1/147$ ؛ Pillai's Trace= $0/037$ ؛ $F=$

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی بیماران مبتلا به MS و هم‌تایان سالم

متغیرها	گروه بیمار		هم‌تایان سالم	
	فرآوانی	درصد	فرآوانی	درصد
جنسیت				
زن	۵۱	۶۳/۸	۴۷	۵۸/۸
مرد	۲۹	۳۶/۳	۳۳	۴۱/۳
وضعیت تأهل				
مجرد	۳۱	۳۸/۸	۴۷	۵۸/۸
متأهل	۴۹	۶۱/۲	۳۳	۴۱/۲
موقعیت شغلی				
خانه‌دار	۳۲	۴۰	۸	۱۰
کارگر	۳	۳/۸	۷	۸/۸
کارمند	۳	۳/۸	۱۲	۱۵
سایر مشاغل	۱۲	۱۵	۱۸	۲۵
محصل	۲	۲/۵	۲۶	۳۲/۵
از کارافتاده	۱۰	۱۲/۵	۸	۱۰
بیکار	۱۸	۲۲/۵	۷	۸/۸
تعداد حملات				
بدون حمله	۴	۵	-	-
یک‌بار	۱۶	۲۰		
دو بار	۲۰	۲۵		
سه بار	۲۴	۳۰		
بیش از سه بار	۱۶	۲۰		
موارد بستری				
بدون بستری	۵	۶/۲۵	-	-
یک‌بار	۳۰	۳۷/۵		
دو بار	۲۵	۳۱/۲۵		
سه بار	۱۰	۱۲/۵		
بیش از سه بار	۱۰	۱۲/۵		
نوع MS				
عود- بهبود	۵۰	۶۲/۵	-	-
پیش‌رونده اولیه	۱۲	۱۵		
پیش‌رونده ثانویه	۵	۶/۳		
پیش‌رونده- عودکننده	۱۳	۱۶/۳		

جدول ۲: یافته‌های توصیفی مربوط به سنجش مشکلات روان‌شناختی

همتایان سالم		گروه MS				گروه‌ها
مجموع	زن	مرد	مجموع	زن	مرد	متغیرها
۱/۸۰	۰/۱۸۹	۰/۶۶	۱/۶۱	۱/۶۰	۱/۶۴	میانگین
۰/۶۱	۰/۶۲	۰/۵۸	۰/۷۲	۰/۶۲	۰/۸۷	انحراف معیار
۸۰	۴۷	۳۳	۷۹	۵۰	۲۹	N
۱/۲۱	۱/۳۰	۱/۰۷	۱/۴۸	۱/۳۹	۱/۶۶	میانگین
۰/۷۵	۰/۷۲	۰/۸۰	۰/۸۶	۰/۷۶	۱	انحراف معیار
۸۰	۴۷	۳۳	۷۹	۵۰	۲۹	N
۰/۹۸	۱/۰۸	۰/۸۴	۱/۲۶	۱/۲۰	۱/۳۷	میانگین
۰/۵۰	۰/۵۰	۰/۴۸	۰/۸۴	۰/۸۴	۰/۸۲	انحراف معیار
۸۰	۴۷	۳۳	۷۹	۵۰	۲۹	N
۱/۱۱	۱/۱۸	۱/۰۲	۱/۴۷	۱/۳۸	۱/۶۴	میانگین
۰/۶۸	۰/۶۵	۰/۷۳	۰/۷۷	۰/۷۱	۰/۸۴	انحراف معیار
۸۰	۴۷	۳۳	۷۹	۵۰	۲۹	N
۰/۹۹	۱/۰۱	۰/۹۶	۱/۳۸	۱/۲۹	۱/۵۴	میانگین
۰/۷۰	۰/۶۰	۰/۸۴	۰/۷۴	۰/۶۶	۰/۸۵	انحراف معیار
۸۰	۴۷	۳۳	۷۹	۵۰	۲۹	N
۰/۷۷	۰/۸۳	۰/۶۹	۱/۰۴	۰/۹۶	۱/۱۷	میانگین
۰/۵۵	۰/۵۱	۰/۶۰	۰/۶۵	۰/۶۰	۰/۷۳	انحراف معیار
۸۰	۴۷	۳۳	۰/۷۹	۵۰	۲۹	N
۰/۵۳	۰/۵۴	۰/۵۱	۱/۰۴	۱/۰۲	۱/۰۷	میانگین
۰/۶۴	۰/۷۱	۰/۵۳	۰/۷۸	۰/۷۹	۰/۷۷	انحراف معیار
۸۰	۴۷	۳۳	۷۹	۵۰	۲۹	N
۱/۵۸	۱/۷۰	۱/۴۱	۱/۴۸	۱/۴۰	۱/۶۲	میانگین
۰/۷۸	۰/۷۲	۰/۸۵	۰/۷۰	۰/۷۲	۰/۶۴	انحراف معیار
۸۰	۴۷	۳۳	۷۹	۵۰	۲۹	N
۰/۸۲	۰/۷۸	۰/۸۸	۰/۹۸	۰/۹۵	۱/۰۳	میانگین
۰/۶۸	۰/۷۰	۰/۶۷	۰/۵۹	۰/۵۲	۰/۷۰	انحراف معیار
۸۰	۴۷	۳۳	۷۹	۵۰	۲۹	N
۰/۹۹	۱/۰۴	۰/۹۱	۱/۳۵	۱/۲۹	۱/۴۶	میانگین
۰/۵۲	۰/۴۸	۰/۵۷	۰/۶۱	۰/۵۵	۰/۶۹	انحراف معیار
۸۰	۴۷	۳۳	۷۹	۵۰	۲۹	N
۱/۹۹	۲/۰۳	۱/۹۲	۲/۰۷	۲/۰۰	۲/۱۸	میانگین
۰/۶۱	۰/۵۸	۰/۶۵	۰/۵۴	۰/۵۱	۰/۵۸	انحراف معیار
۸۰	۴۷	۳۳	۷۹	۵۰	۲۹	N
۴۳/۵۷	۴۵/۴۵	۴۰/۹۱	۵۶/۹۱	۵۶/۲۴	۵۸/۰۷	میانگین
۱۹/۹۶	۱۸/۲۹	۲۲/۱۳	۱۷/۶۵	۱۵/۰۴	۲۱/۶۶	انحراف معیار
۸۰	۴۷	۳۳	۷۹	۵۰	۲۹	N

جدول ۳: تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) جهت مقایسه نمرات علائم روان‌شناختی گروه MS و هم‌تایان سالم

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معناداری
اثر عامل A (گروه)	شکایات جسمانی	۲۷۶۲/۹۹	۱	۲۷۶۲/۹۹	۴۵/۰۶	۰/۰۰۰
	وسواس فکری عملی	۲۳۰/۸۵	۱	۲۳۰/۸۵	۳/۵۲	۰/۰۶۲
	حساسیت میان فردی	۲۰۰/۱۹	۱	۲۰۰/۱۹	۵/۲۰	۰/۰۲۴
	افسردگی	۶۶۳/۳۴	۱	۶۶۳/۳۴	۷/۵۰	۰/۰۰۷
	اضطراب	۴۸۴/۸۶	۱	۴۸۴/۸۶	۹/۳۴	۰/۰۰۳
	پرخاشگری	۶۵/۹۷	۱	۶۵/۹۷	۵/۰۸	۰/۰۲۶
	ترس مرضی	۳۶۷/۸۰	۱	۳۶۷/۸۰	۱۴/۶۳	۰/۰۰۰
	افکار پارانوئیدی	۶/۵۳	۱	۶/۵۳	۰/۳۳	۰/۵۶۴
	روان‌پریشی	۳۶/۸۰	۱	۳۶/۸۰	۰/۸۸	۰/۳۴۹
	GSI	۳/۹۴	۱	۳/۹۴	۱۲/۶۶	۰/۰۰۰
	PSDI	۵۵۵۶/۸۰	۱	۵۵۵۶/۸۰	۱۵/۵۰	۰/۰۰۰
	PST	۰/۱۴	۱	۰/۱۴	۰/۴۲	۰/۵۱۹
	اثر عامل B (جنسیت)	شکایات جسمانی	۱۳/۸۸	۱	۱۳/۸۸	۰/۲۳
وسواس فکری عملی		۰/۳۷	۱	۰/۳۷	۰/۰۱	۰/۹۴۰
حساسیت میان فردی		۰/۵۹	۱	۰/۵۹	۰/۰۱	۰/۹۰۲
افسردگی		۶/۷۳	۱	۶/۷۳	۰/۰۸	۰/۷۸۳
اضطراب		۶۶/۵۷	۱	۶۶/۵۷	۱/۲۸	۰/۲۵۹
پرخاشگری		۰/۸۵	۱	۰/۸۵	۰/۰۶	۰/۷۹۸
ترس مرضی		۰/۰۳	۱	۰/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۹۷۱
افکار پارانوئیدی		۰/۴۸	۱	۰/۴۸	۰/۰۲	۰/۸۷۶
روان‌پریشی		۲۳/۶۰	۱	۲۳/۶۰	۰/۵۶	۰/۴۵۳
GSI		۰/۰۳	۱	۰/۰۳	۰/۰۹	۰/۷۵۹
PSDI		۱۹/۸۴	۱	۱۹/۸۴	۰/۰۵	۰/۸۱۴
PST		۰/۰۲	۱	۰/۰۲	۰/۰۵	۰/۸۲۵
اثر عامل A × B (کنش متقابل)		شکایات جسمانی	۱۴۵/۹۹	۱	۱۴۵/۹۹	۲/۳۸
	وسواس فکری عملی	۲۴۷/۶۸	۱	۲۴۷/۶۸	۳/۷۸	۰/۰۵۴
	حساسیت میان فردی	۱۴۴/۶۲	۱	۱۴۴/۶۲	۳/۷۵	۰/۰۵۴
	افسردگی	۲۶۴/۴۱	۱	۲۶۴/۴۱	۲/۹۹	۰/۰۸۶
	اضطراب	۱۱۳/۷۹	۱	۱۱۳/۷۹	۲/۱۹	۰/۱۴۱
	پرخاشگری	۴۴/۲۱	۱	۴۴/۲۱	۳/۴۰	۰/۰۶۷
	ترس مرضی	۲/۵۲	۱	۲/۵۲	۰/۱۰	۰/۷۵۲
	افکار پارانوئیدی	۱۰۵/۲۴	۱	۱۰۵/۲۴	۵/۳۹	۰/۰۲۲
	روان‌پریشی	۰/۳۲	۱	۰/۳۲	۰/۰۱	۰/۹۳۰
	GSI	۰/۹۵	۱	۰/۹۵	۳/۰۶	۰/۰۸۲
	PSDI	۴۸۲/۸۷	۱	۴۸۲/۸۷	۱/۳۵	۰/۲۴۸
	PST	۰/۷۲	۱	۰/۷۲	۲/۲۰	۰/۱۴۰

جدول ۴: یافته‌های توصیفی مربوط به سنجش ویژگی‌های شخصیت حاصل از پرسش‌نامه NEO-FFI

متغیرها	گروه‌ها		گروه MS			همتایان سالم	
	مرد	زن	مرد	زن	مجموع	مرد	زن
میانگین	۲۴/۱۰	۲۴/۰۸	۲۴/۰۹	۲۴/۰۹	۲۴/۰۹	۲۶/۰۹	۲۶/۰۸
انحراف معیار	۵/۱۹	۶/۷۵	۶/۲۰	۶/۷۵	۶/۲۰	۴/۲۹	۴/۸۸
N	۲۹	۵۱	۸۰	۵۱	۸۰	۳۳	۴۷
میانگین	۲۷/۸۳	۲۷/۶۱	۲۷/۶۹	۲۷/۶۱	۲۷/۶۹	۲۲/۱۵	۲۳/۶۶
انحراف معیار	۸/۶۱	۸/۱۵	۸/۲۷	۸/۱۵	۸/۲۷	۶/۷۵	۶/۷۱
N	۲۹	۵۱	۸۰	۵۱	۸۰	۳۳	۴۷
میانگین	۲۱/۶۲	۲۲/۴۵	۲۲/۱۵	۲۲/۴۵	۲۲/۱۵	۲۴/۶۴	۲۵/۳۰
انحراف معیار	۵/۴۲	۵/۳۳	۵/۳۴	۵/۳۳	۵/۳۴	۴/۸۶	۵/۷۸
N	۲۹	۵۱	۸۰	۵۱	۸۰	۳۳	۴۷
میانگین	۳۰/۵۹	۳۰/۴۵	۳۰/۵۰	۳۰/۴۵	۳۰/۵۰	۲۹/۸۵	۲۹/۱۹
انحراف معیار	۶/۱۷	۶/۰۱	۶/۰۳	۶/۰۱	۶/۰۳	۵/۳۲	۵/۶۵
N	۲۹	۵۱	۸۰	۵۱	۸۰	۳۳	۴۷
میانگین	۳۶/۰۰	۳۵/۴۳	۳۵/۶۴	۳۵/۴۳	۳۵/۶۴	۳۱/۰۶	۳۴/۰۲
انحراف معیار	۶/۸۴	۶/۹۰	۶/۸۴	۶/۹۰	۶/۸۴	۵/۷۶	۶/۶۷
N	۲۹	۵۱	۸۰	۵۱	۸۰	۳۳	۴۷

جدول ۵: تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) جهت مقایسه نمرات ویژگی‌های شخصیتی گروه MS و همتایان سالم

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معناداری
اثر عامل A (گروه)	برون‌گرایی	۱۴۱/۲۹	۱	۱۴۱/۲۹	۴/۶۲	۰/۰۳۳
	نوروزگرایی	۴۳۱/۵۶	۱	۴۳۱/۵۶	۷/۷۹	۰/۰۰۶
	گشودگی	۱۴۳/۶۹	۱	۱۴۳/۶۹	۵/۳۵	۰/۰۲۲
	دلپذیری	۶۹/۸۳	۱	۶۹/۸۳	۲/۰۷	۰/۱۵۲
	وظیفه‌شناسی	۳۹۸/۹۷	۱	۳۹۸/۹۷	۹/۰۲	۰/۰۰۳
اثر عامل B (جنسیت)	برون‌گرایی	۲/۴۲	۱	۲/۴۲	۰/۰۸	۰/۷۷۹
	نوروزگرایی	۲۶/۲۹	۱	۲۶/۲۹	۰/۴۷	۰/۴۹۲
	گشودگی	۰/۶۰	۱	۰/۶۰	۰/۰۲	۰/۸۸۱
	دلپذیری	۳/۸۷	۱	۳/۸۷	۰/۱۱	۰/۷۳۵
	وظیفه‌شناسی	۳۵/۶۵	۱	۳۵/۶۵	۰/۸۱	۰/۳۷۱
اثر عامل A × B (کنش متقابل)	برون‌گرایی	۸/۳۶	۱	۸/۳۶	۰/۲۷	۰/۶۰۲
	نوروزگرایی	۳۵/۵۸	۱	۳۵/۵۸	۰/۶۴	۰/۴۲۴
	گشودگی	۱/۳۱	۱	۱/۳۱	۰/۰۵	۰/۸۲۶
	دلپذیری	۴/۸۸	۱	۴/۸۸	۰/۱۴	۰/۷۰۴
	وظیفه‌شناسی	۱۱۹/۳۷	۱	۱۱۹/۳۷	۲/۷۰	۰/۱۰۳

بحث

بر اساس نتایج انعکاس‌یافته در جدول ۳ نشان داده شد که بین بیماران مبتلا به MS و همتایان سالم در برخی از علایم روانی، تفاوت معناداری وجود دارد؛ بدین معنا که نشانه‌هایی همچون شکایات جسمانی، حساسیت میان‌فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی و شاخص-های GSI و PSDI در بیماران مبتلا به MS بیشتر از همتایان سالم می‌باشد (جدول ۳)؛ در حالی که در خرده-مقیاس‌های وسواس فکری عملی، افکار پارانوئیدی و روان-پریشی به‌همراه شاخص PST تفاوتی شناسایی نگردید. این یافته تا حدی همسو با پژوهش لیو (Liu) و همکاران (۲۰۰۹) قرار دارد (۲۰). در این مطالعه که بر روی ۴۱ بیمار MS و ۴۱ فرد سالم صورت گرفت، نشان داده شد که بین این دو گروه در نشانه‌های افسردگی، اضطراب، ترس مرضی، حساسیت میان‌فردی، شکایات جسمانی، و نمرات ترکیبی SCL-90-R تفاوت‌های معناداری وجود دارد؛ در حالی که مغایر با پژوهش حاضر در خرده‌مقیاس‌های پرخاشگری، روان‌پریشی و افکار پارانوئیدی بین دو گروه بیمار و سالم تفاوتی مشاهده نشد. دلیل برخی از تفاوت‌های موجود در این دو مطالعه را نیز می‌توان به دلایلی نظیر شمار شیوه‌ی نمونه‌گیری و تفاوت‌های فرهنگی-اجتماعی میان نمونه‌ها نسبت داد. گذشته از این، نتایج بررسی بروس (Bruce) و لینچ (Lynch) هم حکایت از یک تفاوت معنادار میان بیماران MS و گروه کنترل سالم در متغیر اضطراب داشت (۱۴)؛ به‌طوری‌که بیماران مبتلا به MS اضطراب بیشتری را در مقایسه با همتایان سالم گزارش نمودند. فیگود (Figved) و همکاران نیز دریافتند که ۸۰ درصد از بیماران MS علایمی نظیر افسردگی، اختلالات خواب، تحریک‌پذیری یا ناپایداری هیجانی و بی‌علاقگی را نشان می‌دهند (۱۹). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت بیماران MS به‌دلیل عدم تجربه‌ی موفقیت‌آمیز در مقابله با موقعیت‌های مشابه با افراد سالم، عدم اعتماد به نفس قوی،

در خود فرو ماندن، از دست دادن انسجام خود و ابتکار عمل و آسیب‌پذیری بالقوه در از پا در افتادن سریع در مواجهه با مشکلات زندگی، بیش از همتایان سالم خود در معرض تأثیر ناهنجاری‌های ناشی از چالش‌های اجتماعی و محیطی و در نتیجه بروز بیشتر علایم منفی روان‌شناختی قرار دارند. بر همین اساس، دور از ذهن نیست که شاهد میزان بالاتری از علایم بیماران‌گون روانی در بیماران مبتلا باشیم.

در این مطالعه، بین بیماران مبتلا به MS و همتایان سالم از نظر ویژگی‌های برون‌گرایی، نوروزگرایی، گشودگی و وظیفه‌شناسی تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۵). این مسأله مبین آن است که بیماران مبتلا به MS ویژگی‌های نوروزگرایی و وظیفه‌شناسی بیشتر و برون‌گرایی و گشودگی کمتری را در مقایسه با همتایان سالم خود نشان می‌دهند؛ در حالی که هیچ تفاوت معناداری نیز بین دو گروه در ویژگی دلپذیری مشاهده نشد (جدول ۴). در این زمینه، مطالعات متعددی صورت گرفته و نتایج متناقضی نیز به‌دست آمده است. برای مثال، یافته‌های برگرفته از مطالعه بروس و لینچ نشان از گشودگی کمتر بیماران MS نسبت به گروه کنترل داشت (۱۲). حال آنکه تفاوت معناداری بین دو گروه از نقطه نظر نوروزگرایی، برون‌گرایی، دلپذیری و وظیفه‌شناسی مشاهده نشد. احمدی و علیلو در مطالعه خود بر روی دو گروه از بیماران MS (n=۳۰) و افراد سالم (n=۳۰) به این نتیجه رسیدند که در رگه‌های نوروزگرایی، برون‌گرایی و دلپذیری تفاوت دو گروه معنادار می‌باشد، اما در عامل‌های گشودگی و وظیفه‌شناسی این تفاوت معنادار نیست (۲۰). بندیکت و همکاران در پژوهشی نشان دادند که بیماران MS در مقایسه با گروه کنترل سالم از نوروزگرایی بالاتر و دلپذیری، وظیفه‌شناسی و گشودگی کمتری برخوردارند (۲۱). نتایج برآمده از بررسی پنر (Penner) و همکاران نیز حاکی از آن بود که بیماران MS سطوح بالاتری از

درباره خود (اجتماعی) به طور بی‌وقفه به اعمال زنجیره‌ای از رفتارهای نظارتی مبادرت می‌ورزند. از این رو، افزایش رفتارهای وظیفه‌شناسی در آنها قابل تبیین است. در عین حال، علایمی همانند خستگی یا فقدان انرژی تقریباً روزمره در بیماران، احساس بی‌ارزشی یا گناه، علایم ناراحتی قابل ملاحظه بالینی، تخریب در عملکرد اجتماعی و شغلی و سایر زمینه‌های مهم را به وجود می‌آورد که از جمله ملاک‌های DSM-IV برای تشخیص اختلال افسردگی محسوب می‌گردند. علایم ذکر شده به علت تخریب میلین و ضعف مفرط نیز در بیماران قابل مشاهده است. در هر حال، این بیماری فعالیت اجتماعی افراد مبتلا را محدود خواهد ساخت. بر همین اساس، برون‌گرایی پایین در مبتلایان منطقی به نظر می‌رسد (۲۰). سرانجام گشودگی نیز نمایانگر گستردگی، عمق و پیچیدگی ذهن در تجارب زندگی فرد است (۲۰). تغییرات روانی، شخصیتی و شناختی روی داده در بیماران در عین اینکه پایداری هیجانی آنها را دستخوش تهدید قرار داده، منجر به بروز طیف وسیعی از احساسات منفی من جمله اضطراب، غمگینی، بدخلقی، تحریک‌پذیری و عصبانیت می‌گردد که هر یک از عوامل کاهنده گشودگی و پذیرندگی در افراد مبتلا است. بنابراین با توجه یافته به دست آمده و آنچه که اشاره شد، فرضیه حاضر تأیید می‌گردد.

یافته‌های حاصل شده برای اثر تعاملی عضویت گروهی و جنسیت در مورد خرده‌مقیاس‌های وسواس فکری عملی، حساسیت میان‌فردی و افکار پارانوئیدی معنادار شناسایی شد (جدول ۳). به عبارت دیگر، نشان داده شد که گروه مردان مبتلا به MS از وسواس فکری عملی و حساسیت میان‌فردی بالاتر و گروه زنان سالم نیز از افکار پارانوئیدی بالاتر نسبت به سایر اعضا برخوردارند (جدول ۲). در این-باره هیچ پژوهشی تاکنون بیماران MS و افراد سالم را با شرایطی مشابه مورد ارزیابی قرار نداده است تا بتوان به مقایسه این نتیجه با نتایج برگرفته از آن پرداخت، اما این یافته را می‌توان بر اساس تجربه بیشتر فشار روانی در مردان

نوروزگرایی را نسبت به افراد سالم داشته‌اند (۲۲). همچنین در مطالعه نلسون (Nelson) و همکاران که در سال ۲۰۰۲ انجام گرفت، نوروزگرایی بالاتر و دلپذیری کمتر برای بیماران MS نسبت به آزمودنی‌های سالم نشان داده شد (۲۳). در نهایت، بندیکت و همکاران هم با استفاده از مدل ۵ عاملی، افزایش نوروزگرایی و کاهش دلپذیری و برون-گرایی را در میان گروه کوچکی از بیماران MS گزارش نمودند (۱۱). در مجموع، چندین مطالعه، تفاوت‌های شخصیتی مابین بیماران MS و گروه کنترل را مستند ساخته‌اند (۱۳، ۲۴-۲۷) و رایج‌ترین یافته مورد پیشنهاد آنها این بود که بیماران MS در زمان مقایسه با گروه کنترل سطوح بالای نوروزگرایی را نشان می‌دهند (۱۳، ۲۴-۲۶) که همسو با یافته مطالعه حاضر می‌باشد؛ در حالی که برخی مطالعات هم، وظیفه‌شناسی پایین را در میان بیماران MS دریافتند (۲۷) که در تضاد با نتایج این پژوهش قرار می‌گیرد. در تبیین نوروزگرایی بالای بیماران در این مطالعه می‌توان اظهار داشت که MS یک اختلال پیش‌رونده محسوب می‌گردد و قرار گرفتن افراد در معرض سیر تخریبی آن می‌تواند سلامت روانی آنها را مورد تهدید قرار دهد و فرد را با توجه به احتمال وخامت اوضاع در آینده، مضطرب سازد. ناکامی حاصل از مشکل غلبه بر بیماری ثبات هیجانی اشخاص مبتلا را تهدید می‌نماید. بنابراین نوروزگرایی بالا در آنها قابل توجیه است (۲۰). از این گذشته، اکثر مطالعات گذشته نیز بر افزایش و غلبه نوروزگرایی در بیماران MS صحنه گذارده‌اند (۱۱، ۲۱، ۲۲). با این وصف، می‌توان گفت که افزایش نوروزگرایی با خود بیماری MS مرتبط می‌باشد (۲۲). از سوی دیگر، وظیفه‌شناسی بالای بیماران، گویای رفتار وظیفه‌مدار و نظارت مداوم غیر منعطف آنها می‌باشد. به نظر می‌رسد که افراد مبتلا به MS به دلایلی همچون ترس ناشی از رویداد یک پیامد جدید بیماری نظیر عود (زیستی)، اجتناب از علایم روانی شایع برآمده از MS مانند افسردگی یا خشم (روانی) و نگرانی ناشی از تصور دیگران

پارائونیدی تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود دارد؛ در حالی که اثر تعاملی عضویت گروهی و جنسیت درباره‌ی هیچ‌یک از ویژگی‌های شخصیتی و مولفه‌های نگرانی معنادار نبود. با این وجود، اثر متقابل متغیر گروه با جنسیت برای کلیه‌ی زیرمقیاس‌های مرتبط با باورهای غیر منطقی اعم از درماندگی در مقابل تغییر، تأیید توقع دیگران، اجتناب از مشکل، بی‌مسئولیتی هیجانی و باورهای کل به نحو قابل ملاحظه‌ای در مورد مردان گروه بیمار معنادار به دست آمد.

ملاحظات

تمام بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس عضو انجمن ام اس استان گیلان که در این پژوهش شرکت کردند به‌طور داوطلبانه و با ارائه‌ی اطلاعات کامل در مورد نحوه‌ی بررسی پرسش‌نامه‌ها به‌صورت شفاهی و کتبی و اطمینان نسبت به محرمانه بودن اطلاعات حاضر به مشارکت در این پژوهش شدند.

بر اساس اصول اخلاقی چنانچه در جریان مطالعه مشخص گردید که وضعیت بیمار از نظر روانی در شرایطی است که نیاز به درمان‌های ویژه دارد با رعایت اصل حق آگاهی بیمار، مراتب به ایشان اطلاع داده شد و نسبت به آگاهی خانواده‌ی بیمار و راهنمایی ایشان جهت پیگیری درمان نزد روان‌شناس یا روان‌پزشک اطلاع‌رسانی شد.

قدردانی

بدین‌وسیله مراتب قدردانی خود را از کلیه‌ی افرادی که به‌عنوان آزمودنی در هر دو گروه نمونه شرکت کردند، خصوصاً بیماران مبتلا به MS که با وجود درد و رنج ناشی از بیماری صمیمانه پذیرای ما بودند اعلام می‌داریم. همچنین از انجمن MS شهرستان رشت و مسؤولین محترم این انجمن کمال تشکر را داریم.

مهارت‌های ضعیف‌تر مقابله در آنها و در نتیجه افزایش احتمال آسیب‌پذیری آنان در قیاس با زنان بیمار و همچنین همتایان سالم تبیین نمود. در واقع، سطوح علایمی نظیر حساسیت و وسواس در یک بیمار MS بستگی به ارزشیابی وی از مشکل خود و منابع قابل دسترس برای کار بردن در موقعیت خویش دارد. به‌نظر می‌رسد که مردان مبتلا به MS بیش از دیگر همتایان، موقعیت خود را به یک رخداد منفی، غیر قابل کنترل، مبهم و غیر قابل پیش‌بینی تعبیر می‌نمایند؛ به‌طوری‌که بعد از ارزیابی آنها، میزان برخی از واکنش‌ها همچون وسواس‌ها و حساسیت‌های بیمارگون افزایش می‌یابد. در مطالعه‌ی حاضر، به شکل معکوس غیر قابل انتظاری میانگین نمرات زنان سالم در خرده‌مقیاس افکار پارائونیدی از سایر گروه‌ها بالاتر به‌دست آمد (نمودار ۳). تفسیر این یافته کمی دشوار است، اما به‌نظر می‌رسد چون زنان بیمار گروه MS نسبت به گروه سالم ابزارهای پژوهشی بیشتری را تکمیل نموده‌اند و به فراخور شرایط بیماری‌شناختی‌شان بارها مورد مصاحبه و آزمون روانی قرار گرفته‌اند نسبت به زنان گروه عادی و حتی گروه مردان دارای روحیه‌ی پذیراتری برای مشارکت در تحقیق بوده‌اند. اگرچه بر مبنای آنچه به‌دست آمده است این فرضیه‌ی فوق تأیید می‌گردد، اما نتیجه‌ی گیری نهایی در این زمینه مطالعات بیشتری را طلب می‌کند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان داد تفاوت معناداری بین بیماران MS و همتایان سالم از نظر علایم روان‌شناختی و ویژگی‌های شخصیتی وجود دارد. در این بین نشان داده شد که در میان زنان و مردان مبتلا به MS و همتایان سالم از لحاظ میزان علایم روان‌شناختی و مؤلفه‌های پنج عامل بزرگ شخصیت تفاوتی وجود ندارد، اما وقتی اثرات متقابل عضویت گروهی و جنسیت بررسی می‌شود برای علایم روان‌شناختی در مورد نشانه‌های وسواس فکری عملی، حساسیت میان فردی و افکار

- 1-Holland NJ, Madonna M. Nursing grand rounds: multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs* 2005;37(1):15-9.
- 2-Emadifar M. Attack symptoms in multiple sclerosis. *J Isfahan MS Soc* 2003;30:22-6 [In Persian].
- 3-Ashtari F. Fatigue in MS Patients. *J Isfahan MS Society* 2003;30:8-11 [In Persian].
- 4-Fauci AS. *Harrison's principles of internal medicine (neurology disorders)*. 17th ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2008. p. 171.
- 5-Noy S, Achiron A, Gabbay U, Barak Y, Rotstein Z, Laor N, et al. A new approach to affective symptoms in relapsing-remitting multiple sclerosis. *Compr Psychiatry* 1995;36(5):390-5.
- 6-Tagha M. Cognitive disorder in multiple sclerosis patients. *Proceedings of the 1st global seminar on multiple sclerosis*; 2004 month day;city, country. p. 34-5.
- 7-Mohr DC, Cox D. Multiple sclerosis: empirical literature for the clinical health psychologist. *J Clin Psychol* 2001;57(4):479-99.
- 8-Thornton EW, Tedman S, Rigby S, Bashforth H, Young C. Worries and concerns of patients with multiple sclerosis: development of an assessment scale. *Mult Scler* 2006;12(2):196-203.
- 9-Warren S, Warren K. *Multiple sclerosis*. Geneva: World Health Organization; 2001.
- 10-Ganji H. [General psychology]. 7th ed. Tehran: Dana; 1997. [In Persian]
- 11-Benedict RH, Priore RL, Miller C, Munschauer F, Jacobs L. Personality disorder in multiple sclerosis correlates with cognitive impairment. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2001;13(1):70-6.
- 12-Bruce JM, Lynch SG. Personality traits in multiple sclerosis: association with mood and anxiety disorders. *J Psychosom Res* 2011;70(5):479-85.
- 13-Merkelbach S, Konig J, Sittinger H. Personality traits in multiple sclerosis (MS) patients with and without fatigue experience. *Acta Neurol Scand* 2003;107(3):195-201.
- 14-Gutierrez GM, Chow JW, Tillman MD, McCoy SC, Castellano V, White LJ. Resistance training improves gait kinematics in persons with multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 2005;86(9):1824-9.
- 15-Machin D, Campbell MJ, Tan S-B, Tan S-H. *Sample size tables for clinical studies*. Chichester: Wiley-Blackwell; 2011.
- 16-Garousi farshi M, Mahriyar A, Ghazi tabatabayi M. [Application of NEO characteristic new test and analysis traits and factor structure in student of Iran Universities]. *J Hum Sci Uni Al-Zahra* 2001;11(39):173-98. [In Persian]
- 17-Derogatis LR, Cleary PA. Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *J Clin Psychol* 1977;33(4):981-9.
- 18-Liu XJ, Ye HX, Li WP, Dai R, Chen D, Jin M. Relationship between psychosocial factors and onset of multiple sclerosis. *Eur neurol* 2009;62(3):130-6.
- 19-Figved N, Klevan G, Myhr K, Glad S, Nyland H, Larsen J, et al. Neuropsychiatric symptoms in patients with multiple sclerosis. *Acta Psychiatr Scand* 2005;112(6):463-8.
- 20-Ahmadi P, Alilu SM. Comparison of personality factors in multiple sclerosis patients and healthy subjects by five factor model. *Med J Tabriz Univ Med Sci* 2012;34(4):7-12.
- 21-Benedict RH, Hussein S, Englert J, Dwyer MG, Abdelrahman N, Cox JL, et al. Cortical atrophy and personality in multiple sclerosis. *Neuropsychology* 2008;22(4):432-41.
- 22-Penner IK, Bechtel N, Raselli C, Stöcklin M, Opwis K, Kappos L, et al. Fatigue in multiple sclerosis: relation to depression, physical impairment, personality and action control. *Mult Scler* 2007;13(9):1161-7.
- 23-Nelson LD, Elder JT, Tehrani P, Groot J. Measuring personality and emotional functioning in multiple sclerosis: a cautionary note. *Arch Clin Neuropsychol* 2003;18(4):419-29.
- 24-Johnson SK, DeLuca J, Natelson BH. Personality dimensions in the chronic fatigue syndrome: a comparison with multiple sclerosis and depression. *J Psychiatr Res* 1996;30(1):9-20.
- 25-Lima FS, Simioni S, Bruggimann L, Ruffieux C, Dudler J, Felley C, et al. Perceived behavioral changes in early multiple sclerosis. *Behav Neurol* 2007;18(2):81-90.
- 26-Ožura A, Erdberg P, Šega S. Personality characteristics of multiple sclerosis patients: A Rorschach investigation. *Clin Neurol Neurosurg* 2010;112(7):629-32.
- 27-Christodoulou C, Deluca J, Johnson SK, Lange G, Gaudino EA, Natelson BH. Examination of Cloninger's basic dimensions of personality in fatiguing illness: Chronic fatigue syndrome and multiple sclerosis. *J Psychosom Res* 1999;47(6):597-607.

Comparison of Psychological Symptoms and Personality Characteristics between Patients with Multiple Sclerosis and Normal Matched People

Kobra Moahmmad Pour^{1*}, Seyed Mousa Kafie², Hamid Reza Hatamiyan³, Sajjad Rezaei⁴, Mozafar hoseyni Nezhad⁵

1-MSc in Psychology.

2-Associate Professor of Psychology.

3- Associate Professor of Neurology.

4- Ph.D Candidate in Psychology

5-Assistant Professor of Neurology.

1,2-Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran.

3,5-Department of Neurology, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

4-University of Isfahan, Isfahan, Iran.

*Corresponding author:

Kobra Moahmmad Pour;
Department of Psychology,
University of Guilan, Rasht, Iran.
Tel: +989360057458

Email:

k.mohammadpour@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: Multiple Sclerosis (MS) is one of the most common neurological disease in humans and is the most disabling disease in young adults. The aim of this study was to compare psychological symptoms and personality characteristics between patients with MS and healthy counterparts.

Subjects and Methods: In this case-control study, 80 patients with MS and 80 healthy control subjects without MS were matched for gender, age, marital status and educational level with patients with MS. Tools used included demographic information questionnaire, NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI), Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). Data using SPSS software and multivariate analysis of covariance (MACNOVA) were analyzed.

Results: The mean scores obtained from the assessment of psychological problems that apart from the paranoid ideation subscale, all subscales of the SCL-90-R and general indicators such as somatization, obsessive compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, psychosis, GSI, PSDI and PST in MS were higher than their healthy counterparts ($P < 0.0001$). In addition, the mean scores for neuroticism and conscientiousness personality characteristics in patients with MS were higher. However, mean scores on extroversion and openness features were higher in healthy subjects than their MS counterparts. ($P < 0.0001$).

Conclusion: Based on the results of this study, symptoms such as somatization, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, and GSI and PSDI indices in patients with MS are higher than the normal counterparts. In addition, patients with MS show more neuroticism and conscientiousness, while the features of extraversion and openness are lower than healthy persons.

Keywords: Multiple Sclerosis, psychological symptoms, personality characteristics.

Please cite this paper as:

Moahmmad Pour K, Kafie SM, Rezaei S, Hatamiyan HR, Nezhad. Comparison of Psychological Symptoms and Personality Characteristics between Patients with Multiple Sclerosis and Normal Matched People
Jundishapur Sci Med J 2014;13(3):301-314

Received: June 8, 2013

Revised: Jan 12, 2014

Accepted: Feb 9, 2014