

مقایسه ویژگی‌های تنیدگی، شیوه‌های مقابله، تیپ شخصیتی سی و تیپ شخصیتی دی، در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و افراد عادی

کبری مرادی^{۱*}، علیرضا آقاییوسفی^۲، احمد علیپور^۳، پرویز بهرامی^۴

۱. مربی گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور مرکز خرم‌آباد، خرم‌آباد، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور مرکز قم، قم، ایران.
۳. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور مرکز تهران، تهران، ایران.
۴. دانشیار گروه نورولوژی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت روزافزون تأثیر عوامل روان‌شناختی در بروز و تشدید بیماری‌های مزمن از جمله مولتیپل اسکلروزیس، هدف پژوهش حاضر مقایسه: تنیدگی، شیوه‌های مقابله، تیپ شخصیتی سی و تیپ شخصیتی دی افراد دارای ام. اس. و افرادی عادی بود.

روش: روش تحقیق از نوع پس‌رویدادی یا علی‌مقایسه‌ای بوده است، جامعه آماری شامل تمام افراد عادی و بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌باشد که در تابستان و پاییز سال ۱۳۹۳ به متخصصین مغز و اعصاب در استان لرستان مراجعه نموده‌اند. از جامعه آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، گروه نمونه‌ای به‌اندازه ۱۵۰ نفر (۷۵ فرد عادی و ۷۵ فرد مبتلا) انتخاب شدند، سپس پرسش‌نامه‌های: استرس (رویدادها و تغییرات زندگی)، شیوه‌های مقابله، تیپ شخصیتی سی و تیپ شخصیتی دی بر روی آنان اجرا شد. برای تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد در مقیاس‌های تنیدگی، شیوه مقابله اجتناب و شیوه مقابله حل مسئله مدبرانه، نمره کل تیپ شخصیتی سی و مؤلفه بازدارنده اجتماعی از مقیاس تیپ شخصیتی دی بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد، در تمام شاخص‌های مطرح شده به‌جز حل مسئله مدبرانه، گروه بیمار نمرات بالاتری را کسب کردند.

بحث و نتیجه‌گیری: آنچه از یافته‌ها برمی‌آید این است که استرس به‌عنوان عامل مهمی در تشدید علائم ام. اس. و همچنین عوامل شخصیتی و شیوه‌های مقابله به‌عنوان عوامل تعدیل‌کننده استرس و بیماری نقش مهمی را در بیماری مولتیپل اسکلروزیس ایفا می‌کند. افراد با تیپ شخصیتی دی و سی در معرض خطر فزاینده بیماری‌های جسمی قرار دارند. محققان این دو نوع شخصیت را به‌عنوان یکی از عوامل آسیب‌شناختی در نظر گرفته‌اند که ممکن است بر تندرستی و طول عمر اثر بگذارد و نیازمند درمان روان‌شناختی است.

کلیدواژه‌ها: مولتیپل اسکلروزیس، تنیدگی، شیوه‌های مقابله، تیپ شخصیتی سی، تیپ شخصیتی دی

*Email: moradi283@gmail.com

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۴، شماره ۱، پیاپی ۲۶
بهار و تابستان ۱۳۹۵
صص: ۹۹-۱۰۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۶/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۰۵

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 14, No.1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 99-109

مقدمه

همه افراد با تنیدگی مواجه می‌شوند ولی واکنش افراد در مقابل تنیدگی با یکدیگر متفاوت است. متغیرهای روان‌شناختی مختلفی می‌توانند به‌عنوان میانجی تنیدگی و سلامتی عمل کنند؛ که در فرایند مقابله با تنیدگی و محفوظ ماندن از پیامدهای آن بسیار مهم می‌باشند [۱۲]. یکی از میانجی‌های بین استرس و بیماری جسمی، شیوه‌های مقابله می‌باشد. لازاروس و همکاران، روش‌های مقابله را به‌عنوان مجموعه‌ای از پاسخ‌های رفتاری و شناختی که هدفشان به حداقل رساندن فشارهای موقعیت‌های تنش‌زا است تعریف کرده‌اند [۱۳]. گفته می‌شود که زیربنای درصد قابل توجهی از بیماری‌های جسمی و پریشانی‌های روانی، ناتوانی فرد برای مقابله با فشار روانی است [۱۴]. به‌کارگیری انواع شیوه‌های مقابله کارآمد و ناکارآمد پیامدهای متفاوتی بر سلامت جسمانی و روانی افراد دارد [۱۵]. برخوردار بودن از راهبردهای مقابله‌ای مناسب نقش مهمی در کاهش تنیدگی دارد. سبک مقابله مسئله مدار به‌عنوان شاخص‌های سلامت و سبک‌های مقابله‌ای هیجانی شاخص‌های بیماری را پیش‌بینی می‌کند [۱۶]. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس از روش‌های مقابله‌ای ناکارآمد استفاده می‌کنند [۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱].

واکنش‌های تنیدگی علاوه بر شیوه‌های مقابله تحت تأثیر عوامل شخصیتی هم قرار می‌گیرند. بررسی‌های فریدمن^۲ حاکی از آن است که بین شخصیت و ابتلا به بیماری رابطه وجود دارد [۲۲]. بررسی‌های مختلف نشان داده‌اند که افراد مبتلا به ام. اس. در برخی جنبه‌های شخصیتی از جمله ویژگی‌های شخصیتی روان رنجور خوبی، وظیفه‌شناسی، توافق [۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶]. منبع کنترل بیرونی [۲۷]، مقیاس شانس از منبع کنترل و تیپ شخصیتی A [۲۶] با افراد عادی تفاوت دارند، این امر نشان‌دهنده نقش مهم شخصیت در این بیماری است.

با توجه به ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و بیماری، بررسی‌های علمی شخصیت در سلامت، به شناسایی الگوهای مختلف شخصیتی منجر شده است که بعضی از این الگوها به‌عنوان تیپ‌های شخصیتی مستعد برخی بیماری‌ها محسوب شده‌اند [۲۸].

یکی از الگوهای شخصیتی مستعد بیماری، تیپ شخصیتی دی می‌باشد [۲۹]. تیپ دی از واژه شخصیت پریشان گرفته شده است که اولین بار توسط دنولت^۳ در سال ۱۹۹۵ فرمول‌بندی شد [۳۰]. دنولت اولین بار تیپ شخصیتی دی را که مخففی برای شخصیت درمانده^۴ است تنظیم و معرفی کرد [۳۱]. تیپ شخصیتی D در پیش‌بینی سلامت روان نقش دارد [۳۲]. این تیپ شخصیتی بیانگر تعامل صفات ویژه‌ای است که ممکن است اثرات زیانباری بر سلامتی داشته باشد. تیپ شخصیتی دی دارای دو مؤلفه است:

۱- عاطفه منفی که تمایل به تجربه عواطف منفی در طول

بیماری ام. اس.^۱ یا مولتیپل اسکلروزیس یکی از بیماری‌های مهم دستگاه عصبی مرکزی و از شایع‌ترین بیماری‌های منجر به ناتوانی در جوانان است. به نظر می‌رسد که این بیماری ارتباطی با پاسخ‌های خودایمنی داشته باشد. ویروس ممکن است باعث تحریک سیستم ایمنی شده و بدن را وادار به تولید پادتن‌هایی کند که به اشتباه به عناصر خودی بدن حمله می‌کند؛ در بیماری ام. اس. این پادتن‌ها به میلین حمله کرده و آن‌ها را نابود می‌کنند. سیر بالینی آن متنوع بوده و می‌تواند از یک سیر کاملاً خوش‌خیم تا سیر پیش‌رونده و ناتوان‌کننده متغیر باشد. در مناطق مختلف دنیا شیوع متفاوتی برای این بیماری ذکر گردیده است؛ در ایران تخمین زده می‌شود که حداقل بیست هزار نفر به این بیماری مبتلا می‌باشند [۱]. بیشترین آمار مربوط به متولدین فصل بهار و کمترین مربوط به متولدین فصل پاییز است [۲]. شیوع این بیماری در زنان تقریباً دو برابر مردان می‌باشد و حداکثر شیوع سنی آن بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی است [۳]. ولی در موارد نادری نیز در کودکان و افراد مسن گزارش شده است [۴]. این بیماری دارای تظاهرات گوناگون و متنوع بالینی است که در مطالعات متعدد تفاوت‌های قابل توجهی بین شیوع و علائم بالینی آن در نقاط مختلف دنیا گزارش گردیده است [۵]. امروزه با وجود پیشرفت‌های چشمگیر دانش پزشکی، هنوز علت اصلی و نحوه معالجه قطعی این بیماری مشخص نشده است [۶]. دوره پیدایش بیماری معمولاً هم‌زمان با روبرویی با موقعیت‌هایی مانند تشکیل خانواده، انتخاب شغل و تأمین امنیت مالی است [۷]. این امر مؤید نقش عوامل محیطی و تفاوت‌های فردی و نژادی بر این بیماری است.

از دیرباز دانشمندان و فلاسفه به این عقیده‌اند که بین بیماری جسمانی و آسیب‌های روان‌شناختی رابطه دوسویه وجود دارد. از دیدگاه روان‌شناسی سلامت، نه تنها بیماری ممکن است مشکلات روان‌شناختی به دنبال داشته باشد بلکه عوامل روان‌شناختی از جمله تنیدگی در ایجاد بیماری‌های جسمی نقش علی دارند [۳]. پژوهش‌های مختلف ارتباط بین تنیدگی و بیماری‌های جسمانی مختلف از جمله سرطان سینه در زنان [۸] و ام. اس. را نشان داده‌اند.

امروزه معلوم گردیده که تنیدگی‌های روان‌شناختی باعث فعال شدن بیماری ام. اس. می‌شوند، در ۸۵ درصد موارد تشدید بیماری ام. اس. پس از رویدادهای تنش‌زا ایجاد شده است و در حقیقت تنیدگی به‌عنوان یک عامل فعال‌کننده در برگشت بیماری ام. اس. مطرح است [۹]. بر اساس گزارش‌های اخیر انجمن عصب‌شناختی آمریکا یکی از مهم‌ترین عوامل تشدیدکننده بیماری ام. اس.، تنیدگی‌های ناشی از اتفاقات زندگی است [۱۰]. موارد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد رویدادهای تنش‌زای زندگی با تغییر سیستم ایمنی در افراد موجب بیماری می‌شوند [۱۱].

² Fridman

³ Denollet

⁴ Distress

¹ Multiple Sclerosis

زمان و موقعیت‌های مختلف اشاره دارد.

۲- بازداری اجتماعی که تمایل برای بازداری در ابراز این هیجانات در تعاملات اجتماعی است [۳۳].

افراد دارای تیپ دی بیشتر تمایل به تجربه هیجانات منفی نظیر اضطراب، خشم، احساسات خصمانه و خلق افسرده و بازداری از بیان این هیجانات در ارتباطات اجتماعی دارند. موقعیت‌هایی که با ترس، اضطراب، درماندگی و فقدان کنترل ارتباط دارد، می‌تواند سبب افزایش کورتیزول در پاسخ به تنیدگی شود [۳۴]. افراد با این تیپ با داشتن سبک زندگی ناسالم و کیفیت زندگی آسیب‌دیده و متعاقب آن، بالا بودن آمار اختلالات روان‌شناختی چون اضطراب و افسردگی بیشتر مستعد اختلالات مربوط به سلامت و بیماری هستند [۳۵]. کودکان با تیپ شخصیتی دی، خلق منفی بیشتر و افکار ناکارآمد بیشتری را نسبت به کودکان غیر تیپ گزارش می‌کنند [۳۶]. همچنین افراد با تیپ شخصیت دی به‌طور معناداری علائم بیشتری از اختلالات روانی را نشان می‌دهند [۳۷]. دارای علائم بیشتری از پریشانی روان‌شناختی هستند [۳۸، ۳۹] و احساس بیشتری از درک استرس را نسبت به افراد غیر تیپ دی نشان می‌دهند [۴۰].

یکی دیگر از ویژگی‌های شخصی مرتبط با بیماری، به‌عنوان تیپ شخصیتی سی مطرح می‌باشد. مفهوم تیپ سی برای نخستین بار در سال ۱۹۸۰ توسط موریس و گریتز که این سبک را به‌عنوان ویژگی بیماران سرطانی مورد مطالعه قرار داد ابداع شد. ویژگی‌هایی که آیزنگ برای این تیپ ذکر می‌نماید، رضایت طلبی، عدم ابراز وجود، تسلیم‌پذیری، دفاعی بودن و سرکوبی هیجانات می‌باشد [۴۱]. تیپ سی یا الگوی مستعد به سرطان با ویژگی سرکوبی عواطف و هیجانات به‌ویژه خشم، ناتوانی در غلبه بر رفتارهای روانی-عصبی، بازداری هیجانات، تسلیم‌پذیری، مهربانی بیمارگون، پذیرندگی، رفتار همکاری کننده، صبوری مفرط و کنترل شدید تظاهرات هیجانی مشخص می‌شود [۴۲]. [۴۳] تحقیقات مختلف ارتباط بین تیپ شخصیتی سی را با بیماری‌های خود ایمنی لوپوس اریتماتوی سیستمیک^۱ و اتریت روماتوئید^۲ نشان داده‌اند [۴۴]. همچنین تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که تیپ سی شخصیتی با تحلیل قوای جسمانی، تنش عضلانی، شکایات معده‌ای - روده‌ای، آمادگی برای عفونت و آلرژی ارتباط معناداری دارد. افراد تیپ سی علاوه بر اینکه سطح عملکرد دستگاه ایمنی ضعیف‌تری دارند، دچار تپش قلب نیز هستند [۴۵].

با توجه به اینکه تحقیقات مختلف نقش استرس را در بیماری ام. اس. نشان داده‌اند و با توجه به اهمیت نقش عوامل روان‌شناختی از جمله شخصیت و شیوه‌های مقابله به‌عنوان عوامل تأثیرگذار در بیماری‌های مزمن، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤالات است که:

۱- آیا بیماران مبتلا به ام. اس. از تنیدگی بیشتری برخوردارند؟

۲- آیا بیماران مبتلا به ام. اس. از شیوه‌های مقابله‌ای ناسازگارانه‌تری استفاده می‌کنند؟

۳- آیا بیماران مبتلا به ام. اس. دارای تیپ شخصیتی دی می‌باشند؟

۴- آیا بیماران مبتلا به ام. اس. دارای تیپ شخصیتی سی می‌باشند؟

روش

نوع پژوهش

نوع تحقیق حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای یا پس‌رویدادی بوده است.

آزمودنی

جامعه آماری شامل افراد عادی و کلیه بیماران ۲۰ تا ۵۰ ساله مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (زن و مرد) می‌باشد که در تابستان و پاییز سال ۱۳۹۳ به متخصصین مغز و اعصاب در استان لرستان، شهرستان خرم‌آباد مراجعه کرده‌اند. از بین جامعه آماری مورد نظر، گروه نمونه‌ای به‌اندازه ۱۵۰ نفر (۷۵ فرد مبتلا به ام. اس. و ۷۵ فرد عادی) با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس (به دلیل اینکه دسترسی به گروه نمونه هدف در محیط‌های خاصی مثل کلینیک، مطب یا بیمارستان امکان‌پذیر است و دسترسی در این محل‌ها به این قبیل بیمارها برای معرف بودن می‌باشد) انتخاب شدند. معیار ورود گروه نمونه در پژوهش به‌صورت زیر بود:

۱- تشخیص بیماری مولتیپل اسکلروزیس بر اساس گرفتن شرح‌حال، آزمایشات پاراکلینیکی و معاینه توسط متخصص مغز و اعصاب،

۲- نداشتن سابقه بیماری جدی و مزمن دیگری غیر از ام. اس.

۳- باسواد بودن (داشتن حداقل مدرک متوسطه)، به دلیل اینکه پرسش‌نامه‌ها به روش خودسنجی و با نظارت محقق صورت می‌گیرد.

۴- سن کمتر از ۵۰ سال.

گروه سالم بر اساس متغیرهای سن، جنس، تحصیلات، نداشتن سابقه بیماری مزمن و جدی با گروه بیمار هم‌تا سازی شدند.

ابزارهای پژوهش

۱. اطلاعات دموگرافیک: این پرسش‌نامه شامل سؤالاتی درباره اطلاعات جمعیت شناختی نظیر سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل و مدت‌زمان بیماری و ... می‌باشد.

۲. مقیاس تیپ شخصیتی دی^۲: پرسش‌نامه تیپ شخصیتی دی توسط دنولت ساخته شده است. این مقیاس دارای دو خرده مقیاس تحت عنوان عواطف منفی و بازداری اجتماعی برای ارزیابی صفات شخصیتی کلی (روان رنجوری و برونگرایی)

^۱ SLE

^۲ RA

۴. پرسش‌نامه شیوه‌های مقابله: این پرسشنامه بر مبنای

نظریه لازاروس - فولکمن در مورد تنیدگی بنا شده است. به نظر آن‌ها تفسیر و برآورد ما از رویدادها اهمیت بیشتری از خود رویدادها دارد. بر این اساس پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۶۶ گویه طراحی شد. گروه نمونه‌ای که مقیاس‌های مقابله‌ای از آن استخراج شد، متشکل از ۷۵ زوج سفیدپوست از طبقه متوسط و متوسط به بالا بودند که حداقل با یک کودک در هر خانه زندگی می‌کردند. تحلیل عاملی نهایتاً بروی ۷۵۰ آزمودنی صورت گرفت و منجر به استخراج ۸ مقیاس شد که عبارت‌اند از: مقابله رؤیا رویگری، دوری جویی، خویش‌تن‌داری، جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، گریز و اجتناب، حل‌مدیرانه مسئله و باز برآورد مثبت [۳۱].

نمره‌گذاری این پرسشنامه به دو روش خام و نسبی صورت می‌گیرد. نمرات خام توصیف‌کننده تلاش مقابله‌ای برای هر یک از هشت نوع مقابله است و مجموع پاسخ‌های آزمودنی به مواد تشکیل‌دهنده مقیاس می‌باشد. نمرات نسبی، نسبت تلاشی که در هر نوع مقابله صورت گرفته را توصیف می‌کند. در هر دو روش نمره‌گذاری، افراد به هر ماده روی یک مقیاس چهارگزینه‌ای لیکرتی پاسخ می‌دهند که بسامد هر راهبرد را به این شکل نشان می‌دهد: صفر نشانگر "بکار نبردم"، یک نشانگر "خیلی کم بکار بردم"، دو نشانگر "تا حدی بکار بردم" و سه نشانگر "به مقدار زیاد بکار بردم" است.

اعتبار پرسشنامه از طریق آزمایش ثبات درونی اندازه‌های مقابله‌ای که به‌وسیله ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده، مناسب تشخیص داده شده است. آلدوین وریونسون نیز پرسشنامه تجدید نظر شده راه‌های مقابله‌ای را تحلیل عملی کرده و اعتبار آن را تأیید کرده‌اند [۵۰]. از آنجاکه راهبردهای توصیف شده، راهبردهایی هستند که افراد گزارش کرده‌اند که در مقابله با خواست‌های موقعیت‌های تنیدگی زا آن‌ها را بکار می‌برند، پرسشنامه روش‌های مقابله‌ای روایی صوری دارد.

۵. پرسش‌نامه رویدادها و تغییرات زندگی (سنجش

تنیدگی): پرسش‌نامه رویدادها و تغییرات زندگی شامل ۷۱ ماده در ۹ مقیاس است که شامل: فشارهای درون خانوادگی، زناشویی، بارداری و فرزندان، مالی، شغلی، پرستاری اعضای خانواده، از دست دادن، کم‌وزیاد شدن اعضای خانواده و بالاخره مشکلات قضایی خانواده هستند. پاسخ‌دهنده درباره هر ماده باید تصمیم بگیرد که آیا رویداد مربوطه در هر یک از دو بازه زمانی "سال گذشته" و "پیش‌تر از سال گذشته" اتفاق افتاده است یا خیر. پاسخ خیر به هر دو حالت نمره ۱، پاسخ بلی به پیش‌تر از سال گذشته و خیر به سال گذشته نمره ۲، پاسخ بلی به سال گذشته و خیر به پیش‌تر از سال گذشته نمره ۳ و درنهایت بلی به هر دو بازه زمانی نمره ۴ تعلق می‌گیرد. تعداد مواد هر یک از ۹ مقیاس این پرسش‌نامه به ترتیب از راست به چپ ۱۷، ۴، ۴، ۱۲، ۱۰، ۸، ۶، ۵ و ۵ است. یکی از ویژگی‌های متمایزکننده این مقیاس علاوه بر چندجانبه‌گرایی، در نظر گرفتن تغییرات در سال گذشته و پیش‌تر از آن است. اعتبار این آزمون توسط آقابوسفی در

می‌باشد، هر مقیاس دارای ۷ سؤال است. سؤالات ۲، ۴، ۵، ۷، ۹، ۱۲ و ۱۳ عواطف منفی را می‌سنجد. سؤالات ۱، ۳، ۶، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۴ بازداری اجتماعی را می‌سنجد. تیپ شخصیتی دی با استفاده از نقطه برش ۱۰ در هر دو بعد عواطف منفی و بازداری اجتماعی تعیین می‌شود. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس گزینه‌ای (درست، نسبتاً درست، نه درست نه غلط، نسبتاً نادرست، نادرست) و این گزینه‌ها به ترتیب بر اساس مقادیر ۰، ۱، ۲، ۳، ۴ نمره‌گذاری می‌شوند. البته نمره‌گذاری در ماده‌های یک و سه به صورت معکوس انجام می‌گیرد. بدین ترتیب دامنه نمره‌های آزمودنی برای هر خرده مقیاس بین ۰ تا ۲۸ می‌باشد و برای کل مقیاس بین ۰ تا ۵۶ خواهد بود.

از نظر بازآزمایی در بلژیک ضریب ۰/۸۱ به دست آمده است. بر اساس محاسبه آلفای کرونباخ، پایایی این مقیاس معادل ۰/۸۶ محاسبه شده است. از نظر روایی زیر مقیاس هیجان منفی با زیر مقیاس روان رنجوری مقیاس پنج عامل بزرگ، ضریب همبستگی ۰/۷۴ دارد که در سطح ۰/۰۱ معنادار بوده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که روایی هم‌زمان و افتراقی این مقیاس در حد مطلوبی است. به علاوه زیر مقیاس بازداری اجتماعی با برون‌گرایی ۰/۶۱-، سطح هوشیاری ۰/۴- و با روان رنجوری ۰/۵۰ ضریب همبستگی دارد. این ضرایب در سطح ۰/۰۱ معنادار است [۴۶].

همسانی درونی این مقیاس توسط جانگ و همکاران ارائه شده است، به طوری که همسانی درونی خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۸۸ و خرده مقیاس بازداری اجتماعی ۰/۸۶ می‌باشد [۴۷]. باقریان و همکاران نسخه فارسی این مقیاس را تهیه کرده و بعد از تأیید نسخه فارسی این مقیاس، کیفیت روان‌سنجی آن، روی نمونه‌های ایرانی مورد بررسی قرار داده‌اند. آلفای کرونباخ در نمونه ۱۷۶ نفری از بیماران دارای سکنه قلبی ایرانی، برای خرده مقیاس عواطف منفی ۰/۸۴ و بازداری اجتماعی ۰/۸۶ به دست آمده است. اعتبار محتوای این مقیاس از طریق اظهار نظر ۱۵ نفر از روان‌شناسان و روان‌پزشکان با استفاده از طیف لیکرتی شش‌درجه‌ای برای آیت‌ها و ده‌درجه‌ای برای کل مقیاس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج استخراج شده بیانگر اعتبار بالا و رضایت‌بخش این مقیاس بود [۴۸].

همچنین در تحقیق ذوالجناحی و همکاران [۴۹] همسانی درونی خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۷۷ و همسانی درونی خرده مقیاس بازداری اجتماعی ۰/۶۹ به دست آمد که رضایت‌بخش و معنادار است.

۳. مقیاس تیپ شخصیتی سی: پرسش‌نامه تیپ

شخصیتی سی از فرم ۱۸۲ سؤالی استرس - شخصیت آیزنگ جدا شده و دارای ۳۵ سؤال است که آزمودنی باید به‌صورت بلی و خیر به آن جواب دهد. جهت بررسی روایی و پایایی پرسش‌نامه، پس از ترجمه مجدد توسط جعفری و همکاران پرسش‌نامه روی ۵۰ نفر (۲۵ مرد و ۲۵ زن) اجرا شد و آلفای کرونباخ آن با ۰/۹۲ به دست آمد. به‌منظور بررسی روایی پرسش‌نامه، پرسش‌نامه در اختیار ۵ تن از اساتید روان‌شناسی و روان‌سنجی قرار گرفت و روایی محتوایی آن تأیید شد [۴۲].

فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد) و از روش تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج

داده‌های توصیفی مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد ۸۶/۷ درصد از گروه نمونه را زنان و ۱۳/۳ درصد را مردان تشکیل داده است. همچنین میانگین سنی گروه بیمار ۳۲/۲ و میانگین سنی گروه سالم ۲۹/۸ بوده است. سایر اطلاعات به دست آمده در جداول زیر قابل مشاهده می‌باشد.

مطالعه‌ای روی زنان شاهد، جانبازان و ایثارگران و آزادگان (۰/۷۲) نشان داده شده است [۳۵]. روایی آن نیز از راه محاسبه ضریب همبستگی آزمون با سیاهه نشانه‌های تنیدگی مزمن، افکار خودکار و نشانگر بهزیستی روان محاسبه شده و با دو آزمون نخست همبستگی مثبت و با بهزیستی روانی همبستگی منفی معنی‌داری به دست آمد [۴۸].

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از نشانگرهای توصیفی

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات افراد مبتلا به بیماری ام. اس. و افراد عادی

| متغیرها | روش آماری | | میانگین | | انحراف معیار | |
|-----------------|-----------------------------------|---------|---------|---------|--------------|------|
| | گروه | ام. اس. | عادی | ام. اس. | عادی | عادی |
| شیوه‌های مقابله | مقابله رویاروگر | ۵/۵۳ | ۵/۸۲ | ۲/۶۶ | ۲/۶۱ | |
| | مقابله دوری جویی | ۸/۴۰ | ۸/۳۴ | ۳/۶۴ | ۳/۰۲ | |
| | خویشترداری | ۱۰/۱۸ | ۹/۸۰ | ۳/۵۷ | ۳/۲۸ | |
| | جستجوی حمایت اجتماعی | ۸/۷۸ | ۸/۴۲ | ۳/۶۳ | ۳/۸۳ | |
| | مسئولیت‌پذیری | ۵/۹۰ | ۶/۱۱ | ۲/۴۱ | ۲/۴۱ | |
| | اجتناب | ۹/۸۲ | ۷/۷۳ | ۴/۳۱ | ۳/۷۶ | |
| | حل مسئله مدبرانه | ۶/۶۸ | ۸/۵۷ | ۳/۴۱ | ۳/۲۲ | |
| | بازبرآورد مثبت | ۱۰/۹۵ | ۱۱/۵۴ | ۳/۷۷ | ۲/۸۰ | |
| | فشارهای درون خانوادگی | ۸/۴۸ | ۵/۸۸ | ۶/۵۳ | ۶/۰۷ | |
| | فشارهای زناشویی | ۰/۸۸ | ۰/۳۵ | ۰/۲ | ۱/۲۲ | |
| استرس | فشارهای ناشی از بارداری و فرزندان | ۰/۵۳ | ۱/۲۹ | ۱/۳۱ | ۰/۹۷ | |
| | فشارهای مالی و تجاری | ۱۳/۷۸ | ۸/۴۱ | ۶/۸۱ | ۶/۸۰ | |
| | فشارهای کاری و تغییر شغل خانواده | ۴/۱۲ | ۴/۶۷ | ۳/۹۶ | ۴/۷۰ | |
| | فشار پرستاری در خانواده | ۴/۳۸ | ۲/۰۵ | ۴/۸۷ | ۲/۶۰ | |
| | از دست دادن | ۱/۸۴ | ۱/۲۹ | ۲/۲۶ | ۲/۵۹ | |
| | کم‌وزیاد شدن اعضای خانواده | ۱/۹۲ | ۲/۲۶ | ۲/۱۵ | ۲/۶۵ | |
| | مشکلات قضایی خانواده | ۰/۵۳ | ۰/۳۲ | ۱/۲۹ | ۰/۹۱ | |
| | نمره کل استرس | ۳۵/۸۷ | ۲۵/۵۵ | ۱۹/۷۷ | ۱۴۲۰ | |
| | نمره کل تیپ شخصیتی سی | ۲۲ | ۱۸/۷۵ | ۵/۴۹ | ۵/۱۳ | |
| | نمره کل تیپ دی | ۲۸/۶۴ | ۲۷/۴۹ | ۱۱/۷۳ | ۱۲/۸۶ | |
| تیپ شخصیتی دی | بازداری اجتماعی | ۱۵/۱۹ | ۱۲/۶۷ | ۵/۹۵ | ۶/۹۳ | |
| | عواطف منفی | ۱۴/۷۲ | ۱۳/۴۵ | ۷/۸۷ | ۷/۱ | |

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری مقیاس‌های تنیدگی، شخصیت سی و شخصیت دی افراد عادی و افراد مبتلا به ام. اس.

| اثر | آزمون | ارزش | نسبت f | درجه آزادی | درجه آزادی خطا | سطح معنی‌داری |
|------|--------------------|------|--------|------------|----------------|---------------|
| گروه | اثر پیلایی | ۰/۰۹ | ۴/۸۸ | ۲/۰۰ | ۹۹ | ۰/۰۰۹ |
| | لامبدای ویلکز | ۰/۰۱ | ۴/۸۸ | ۲/۰۰ | ۹۹ | ۰/۰۰۹ |
| | اثر هتلینگ | ۰/۹۹ | ۴/۸۸ | ۲/۰۰ | ۹۹ | ۰/۰۰۹ |
| | بزرگ‌ترین ریشه روی | ۰/۹۹ | ۴/۸۸ | ۲/۰۰ | ۹۹ | ۰/۰۰۹ |

جدول ۳. نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها از لحاظ نمرات تنیدگی، شخصیت سی و شخصیت دی افراد عادی و افراد مبتلا به ام. اس.

| منبع تغییرات | متغیر وابسته | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | نسبت f | سطح معنی‌داری |
|--------------|--------------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|
| گروه | دی کل | ۲۷/۷۳۶ | ۱ | ۲۷/۷۳۶ | ۰/۱۷۴ | ۰/۶۷۸ |
| | سی کل | ۲۱۳/۴۷۲ | ۱ | ۲۱۳/۴۷۲ | ۷/۱۰۱ | ۰/۰۰۹ |
| | تنیدگی | ۲۴۶۹/۴۴۷ | ۱ | ۲۴۶۹/۴۴۷ | ۶/۲۴۰ | ۰/۰۱۴ |

سطح معناداری ۰/۰۰۹) و نمره کل تنیدگی (با سطح معناداری ۰/۰۱) تفاوت معناداری وجود دارد. به‌گونه‌ای در این مقیاس‌ها افراد مبتلا به بیماری ام. اس. نمرات بالاتری را کسب نمودند.

میانگین و انحراف معیار: تنیدگی، شیوه‌های مقابله، ویژگی‌های شخصیتی و تمام زیرمقیاس‌های مورد نظر در جدول ۱ قابل مشاهده می‌باشد. همان‌طور که در جدول ۳ قابل مشاهده می‌باشد بین دو گروه از نظر نمره کل تیپ شخصیت سی (با

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری زیر مقیاس‌های تیپ شخصیتی دی

| متغیر | زیر مقیاس‌ها | آزمون | ارزش | نسبت f | درجه آزادی | درجه آزادی خطا | سطح معنی‌داری |
|-------|--------------------|-------|------|--------|------------|----------------|---------------|
| گروه | اثر پیلایی | ۰/۰۶۰ | ۳/۲۳ | ۲ | ۱۰۱ | ۰/۰۴۴ | |
| | لامبدای ویلکز | ۰/۹۴۰ | ۳/۲۳ | ۲ | ۱۰۱ | ۰/۰۴۴ | |
| | اثر هتلینگ | ۰/۰۶۴ | ۳/۲۳ | ۲ | ۱۰۱ | ۰/۰۴۴ | |
| | بزرگ‌ترین ریشه روی | ۰/۰۶۴ | ۳/۲۳ | ۲ | ۱۰۱ | ۰/۰۴۴ | |

جدول ۵. نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها از نظر خرده مقیاس‌های تیپ شخصیتی دی

| منبع تغییرات | متغیر وابسته | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | نسبت | سطح معنی‌داری |
|--------------|-----------------|---------------|------------|-----------------|-------|---------------|
| گروه | عاطفه منفی | ۳۳/۸۳۷ | ۱ | ۳۳/۸۳۷ | ۰/۵۶۹ | ۰/۴۵۳ |
| | بازداری اجتماعی | ۱۲۵/۲۳۴ | ۱ | ۱۲۵/۲۳۴ | ۲/۸۳۹ | ۰/۰۵۹ |

مشاهده می‌باشد. به‌گونه‌ای که افراد مبتلا به ام. اس. در این زیر مقیاس نمرات بالاتری را اکتساب نمودند.

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود بین دو گروه افراد مبتلا به ام. اس. و افراد عادی از نظر خرده مقیاس بازداری اجتماعی (با سطح معناداری ۰/۰۵) تفاوت معناداری قابل

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری بر روی خرده مقیاس‌های شیوه‌های مقابله

| متغیر | آزمون | ارزش | نسبت f | درجه آزادی | درجه آزادی خطا | سطح معنی‌داری |
|-------|--------------------|------|--------|------------|----------------|---------------|
| گروه | اثر پیلایی | ۰/۷۴ | ۵/۰۴ | ۲ | ۹۸ | ۰/۰۰ |
| | لامبدای ویلکز | ۰/۳۵ | ۵/۰۴ | ۲ | ۹۸ | ۰/۰۰ |
| | اثر هتلینگ | ۰/۷۲ | ۵/۰۴ | ۲ | ۹۸ | ۰/۰۰ |
| | بزرگ‌ترین ریشه روی | ۰/۷۲ | ۵/۰۴ | ۲ | ۹۸ | ۰/۰۰ |

جدول ۷. نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها از لحاظ نمرات خرده مقیاس‌های شیوه‌های مقابله

| منبع تغییرات | متغیر وابسته | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | نسبت | سطح معنی‌داری |
|--------------|----------------------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|
| | مقابله رویاروگر | ۲۶/۹۲۶ | ۱ | ۲۶/۹۲۶ | ۰/۳۷۱ | ۰/۵۴۴ |
| | مقابله دوری جویی | ۳۳/۵۱۹ | ۱ | ۳۳/۵۱۹ | ۱/۴۱۳ | ۰/۲۳۸ |
| | خویشتن‌داری | ۹۳/۷۷۴ | ۱ | ۹۳/۷۷۴ | ۳/۳۷۴ | ۰/۰۷۰ |
| | جستجوی حمایت اجتماعی | ۰/۲۵۶ | ۱ | ۱/۲۵۶ | ۰/۰۲۱ | ۰/۸۸۴ |
| | مسئولیت‌پذیری | ۸۴/۳۸۸ | ۱ | ۸۴/۳۸۸ | ۱/۷۷۹ | ۰/۱۸۶ |
| | اجتناب | ۹۳/۰۸۱ | ۱ | ۹۳/۰۸۱ | ۳/۷۸۸ | ۰/۰۵۵ |
| | حل مسئله مدبرانه | ۵۱۱/۴۹۰ | ۱ | ۵۱۱/۴۹۰ | ۱۱/۸۴۹ | ۰/۰۰۱ |
| | بازبرآورد مثبت | ۵۲/۷۶۴ | ۱ | ۵۲/۷۶۴ | ۱/۶۵۹ | ۰/۲۰۱ |

به‌گونه‌ای که در متغیر اجتناب افراد مبتلا به ام. اس. و در زیر مقیاس حل مسئله مدبرانه افراد عادی نمرات بالاتری را اکتساب نمودند.

نتایج به دست از جدول ۷ نشان می‌دهد بین دو گروه از لحاظ زیر مقیاس اجتناب (سطح معناداری ۰/۰۵) و حل مسئله مدبرانه (سطح معناداری ۰/۰۰۱) تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۸. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری بر روی خرده مقیاس‌های تنیدگی

| متغیر | آزمون | ارزش | نسبت f | درجه آزادی | درجه آزادی خطا | سطح معنی‌داری |
|-------|--------------------|-------|--------|------------|----------------|---------------|
| گروه | اثر پیلایی | ۰/۲۳۲ | ۳/۷ | ۸ | ۹۸ | ۰/۰۰۱ |
| | لامبدای ویلکز | ۰/۷۶۸ | ۳/۷ | ۸ | ۹۸ | ۰/۰۰۱ |
| | اثر هتلینگ | ۰/۳۰۳ | ۳/۷ | ۸ | ۹۸ | ۰/۰۰۱ |
| | بزرگ‌ترین ریشه روی | ۰/۳۰۳ | ۳/۷ | ۸ | ۹۸ | ۰/۰۰۱ |

جدول ۹. نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها از لحاظ نمرات خرده مقیاس‌های تنیدگی

| منبع تغییرات | متغیر وابسته | مجموع مجدورات | درجه آزادی | میانگین مجدورات | نسبت | سطح معنی‌داری |
|--------------|-----------------------------------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|
| گروه | فشارهای درون خانوادگی | ۱۳۵/۷۳۶ | ۱ | ۱۳۵/۷۳۶ | ۳/۳۱ | ۰/۰۷ |
| | فشارهای زناشویی | ۷/۰۴۷ | ۱ | ۷/۰۴۷ | ۲/۱۳۸ | ۰/۱۴۷ |
| | فشارهای ناشی از بارداری و فرزندان | ۱/۴۹۴ | ۱ | ۱/۴۹۴ | ۰/۹۸۶ | ۰/۳۲۳ |
| | فشارهای مالی و تجاری | ۶۲۱/۷۵۷ | ۱ | ۶۲۱/۷۵۷ | ۱۳/۴۳۳ | ۰/۰۰۰ |
| | فشارهای کاری و تغییر شغل خانواده | ۸/۵۷۴ | ۱ | ۸/۵۷۴ | ۰/۴۷۷ | ۰/۴۹۱ |
| | فشار پرستاری در خانواده | ۱۱۲/۴۱۸ | ۱ | ۱۱۲/۴۱۸ | ۶/۰۸۵ | ۰/۰۱۵ |
| | از دست دادن | ۷/۱۵۰ | ۱ | ۷/۱۵۰ | ۲/۲۶۷ | ۰/۲۶۳ |
| | کم‌وزیاد شدن اعضای خانواده | ۴/۸۳۴ | ۱ | ۴/۸۳۴ | ۰/۹۳۷ | ۰/۳۳۵ |
| | مشکلات قضایی خانواده | ۱/۱۶۸ | ۱ | ۱/۱۶۸ | ۰/۸۱۰ | ۰/۳۷۰ |

را افزایش می‌دهد [۵۲]. رویدادهای تنش‌زای زندگی از طریق تغییر سیستم ایمنی در افراد، موجب بیماری می‌شوند [۱۱]. آنچه در فرایند بیماری‌های مرتبط با تنیدگی بیش از خود تنیدگی و شدت آن اهمیت دارد، نوع واکنش و مقابله فرد در برابر عامل تنیدگی‌زاست. مردم در مواجهه با موقعیت‌های تنیدگی‌زا، از پاسخ‌های مقابله‌ای متفاوتی استفاده می‌کنند. واکنش ناکارآمد ممکن است افراد را مستعد ابتلا به بیماری نماید [۵۳].

در ارتباط با فرضیه دوم پژوهشی که بیان می‌کند افراد مبتلا به ام. اس. از شیوه‌های مقابله‌ای ناکارآمدتری استفاده می‌کنند، پژوهش حاضر نشان داد افراد مبتلا به ام. اس. بیشتر از شیوه مقابله اجتناب و کمتر از شیوه حل مسئله مدبرانه استفاده می‌کنند. پژوهش‌های آیسل و همکاران [۱۷]، عابدینی [۵۴]، شاع [۱۸] و لود [۱۹] همخوان با پژوهش حاضر نشان داده‌اند که افراد مبتلا بیشتر از افراد عادی از شیوه‌های مقابله ناکارآمد استفاده می‌کنند.

به کارگیری انواع شیوه‌های مقابله‌ای کارآمد (مسئله مدار) و ناکارآمد (هیجان مدار، اجتنابی) پیامدهای متفاوتی بر سلامت جسمانی و روانی افراد دارد [۵۲]. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد استفاده از راهبردهای که بر حل مسئله و شناخت‌های مثبت تأکید دارد با کاهش مشکلات هیجانی، رفتاری و سلامت رابطه دارد. در مقابل، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد و اجتنابی به طور معمول منجر به انطباق ضعیف با محیط و افزایش مشکلات مربوط به سلامت در افراد می‌شود [۵۵]. افرادی که پیوسته از مقابله هیجانی و ناکارآمد استفاده می‌کنند بیشتر دچار بیماری‌های استرس مدار می‌شوند و از نظر جسمانی اوضاع وخیم‌تری دارند [۱۴]. اگر روش‌های مقابله با تنیدگی از نوع مؤثر، باکفایت و سازگارانه باشد، تنیدگی کمتر فشارزا تلقی می‌شود و واکنش نسبت به آن نیز در راستای کاهش پیامدهای منفی آن خواهد بود ولی اگر سبک یا روش مقابله هیجان مدار، ناسازگار و ناکافی باشد، نه تنها تنیدگی را کنترل نمی‌کند، بلکه خود این واکنش، منبع فشار به شمار آمده و بر سیستم ایمنی تأثیر منفی خواهد گذاشت و منجر به بیماری‌های جسمانی در افراد می‌شود [۵۶].

در ارتباط با فرضیه سوم و چهارم پژوهشی مبنی بر اینکه

نتایج به دست آمده در جدول ۹ نشان می‌دهد که در زیر مقیاس‌های فشار مالی و تجاری (سطح معناداری ۰/۰۰) و فشار پرستاری در خانواده (۰/۰۱) و فشارهای درون خانوادگی تفاوت معناداری قابل مشاهده می‌باشد. در هر سه زیر مقیاس افراد مبتلا به ام. اس. نمرات بالاتری را اکتساب نمودند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه تنیدگی، شیوه‌های مقابله و ویژگی‌های شخصیتی (تیپ سی و تیپ دی)، افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و افراد عادی بوده است.

نتایج به دست آمده از گروه نمونه نشان داد که بین دو گروه از نظر استرس، شیوه مقابله اجتناب، شیوه مقابله حل مسئله مدبرانه، تیپ شخصیتی سی و زیر مقیاس بازداری اجتماعی از مقیاس تیپ شخصیتی دی بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. از بین مقیاس‌های مطرح شده فقط در مقیاس حل مسئله مدبرانه گروه سالم نمرات بالاتری را در مقایسه با گروه بیمار کسب کردند در سایر شاخص‌ها نمرات گروه بیمار بیشتر از گروه سالم بود، در سایر شاخص‌ها تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد (جدول ۳، ۵، ۷، ۸).

در ارتباط با فرضیه اول پژوهشی که بیان می‌کند افراد مبتلا به ام. اس. تنیدگی بالاتری را تجربه می‌کنند، نتایج آکرمن و همکاران [۹]. موهر و همکاران [۱۰] و سلیگمن [۱۱] همخوان با نتایج پژوهش نشان دادند افراد مبتلا به ام. اس. تنیدگی بالاتری را تجربه می‌کنند.

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان این‌گونه بیان کرد که ام. اس. بیماری است که با وجود پیشرفت پزشکی هنوز علت قطعی آن مشخص نشده است و تنیدگی به‌عنوان یکی از علل احتمالی آن مطرح می‌باشد. بر اساس تحقیقات فولی و سارنوف [۵۱] ابتلا به هر نوع بیماری مزمن از جمله ام. اس. را تنیدگی ایجاد می‌کند، پژوهش‌های مختلفی نشان داده‌اند که تنیدگی می‌تواند در ایجاد و شدت علائم بیماری‌های جسمانی متعددی تأثیرگذار باشد و در بلندمدت تأثیرات جسمی، روانی، عصبی متعددی به‌جای می‌گذارد در نتیجه توانایی بدن را در مقابله با بیماری کاهش می‌دهد [۵]. افراد دارای تنش بالا تمایل افراطی به انجام رفتارهایی دارند که امکان بیمار شدن و آسیب دیدن آن‌ها

از قبیل استرس، شیوه‌های مقابله و ویژگی‌های شخصیتی غیر قابل انکار است. به همین دلیل کاربرد پژوهش حاضر ضمن فراهم آوردن دانش بنیادی در خصوص ارتباط متغیرهای مطرح شده با بیماری ام. اس، دانش کاربردی مناسبی برای روان‌شناسان و متخصصان حوزه سلامت به‌منظور کاهش استرس و اثرات آن و به دنبال آن افزایش سلامتی را فراهم می‌آورد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان در این پژوهش بر خود لازم می‌دانند که از جناب آقای محسن خرم آبادی، سرکار خانم زهرا هشیاری، سرکار خانم نوش آفرین صفری، جناب آقای یگانه و همچنین تمامی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس که در این زمینه صبر و حوصله داشتند و محققین را در انجام پژوهش یاری نمودند نهایت تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

منابع

۱. نبوی، مسعود؛ پورفرزام، شهریار؛ قاسمی، حسن (۱۳۸۵). اپیدمیولوژی، سیر بالینی و پیش‌آگهی مولتیپل اسکلروزیس. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۶۴، شماره ۷.
2. Jefferson Beckera, j, Callegarob.D, (2013). Season of birth as a risk factor for multiple sclerosis in Brazil. Journal of the Neurological Sciences. Volume 329, Issues 1-2, 15 Pages 6-10.
3. Fauci A, etal, Razmjou K, Khansari N (2008). Harrison internal medicine (neurology disorders), 1th ed. Tehran: Andisheh rafie samat publication
۴. علیپور، احمد؛ صحرانیان، محمدعلی؛ علی‌اکبری، مهناز؛ حاجی آقابابایی، مرضیه (۱۳۹۰). ارتباط میان حمایت اجتماعی ادراک شده و سخت رویی با سلامت روان و وضعیت ناتوانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، دوره ۱، شماره ۳.
5. Ebers GC.(1998). The natural history of MS. In: Paty DW. Multiple Sclerosis. Philadelphia: FA Davis,
۶. سعادت نیا، محمد (۱۳۸۴). اپیدمیولوژی بیماری مولتیپل اسکلروزیس در جهان، ایران و اصفهان، فصلنامه انجمن ام. اس. اصفهان، سال سوم، شماره ۹.

افراد مبتلا به ام. اس. از تیپ شخصیتی سی و دی برخوردارند، نتایج پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در تیپ شخصیتی سی و زیر مقیاس بازداری اجتماعی از تیپ شخصیتی دی نمرات بالاتری را در مقایسه با افراد عادی نشان دادند.

پژوهش‌های دولفرا [۵۷]، سورین لوا [۲۴]، تیلفر [۲۴]، بندیکت [۲۵]، فراهانی [۲۶]، مظاهری [۲۷]، همخوان با پژوهش حاضر نقش ویژگی‌های شخصیتی را در بیماری ام. اس. نشان داده‌اند.

نتایج حاکی از این است که تنش‌های ناشی از تیپ شخصیتی دی با رفتارهای ناسالم و احساسات منفی بر سلامتی اثر می‌گذارند [۵۶]. این افراد سطوح بالای تنش مزمن و استرس ذهنی بالاتری تجربه می‌کنند و از راهکارهای انطباقی اجتناب‌آمیز و منفعلانه‌تری استفاده می‌کنند [۵۹]. موقعیت‌های مشمول ترس، اضطراب و ناامیدی به رهاسازی کورتیزول (هورمون فشار روانی) منجر می‌شود این افراد به‌واسطه ویژگی‌های مورد نظر کورتیزول بیشتری ترشح می‌کنند [۶۱]. از این‌رو نقش تیپ شخصیتی دی در آزادسازی و پخش کورتیزول عامل مهمی است که می‌توان در تبیین یافته‌های پژوهش به آن اذعان کرد و این افزایش کورتیزول ممکن است عاملی خطر ساز برای بسیاری از بیماری‌های جسمانی از جمله ام. اس. باشد [۶۱].

همچنین افرادی که در بازداری اجتماعی از تیپ شخصیتی دی، نمره بالا کسب می‌کنند دارای فشارخون بالاتری هستند [۳۱]. دارای احساس بازداشته شدن، تنش و ناامنی هنگامی که در حضور دیگران هستند و دارای ویژگی‌هایی مانند کم‌حرفی، فقدان انرژی، جرئت نداشتن و تمایل نداشتن به برقراری ارتباطات بین فردی هستند [۳۱]. بدین معنی که در تعاملات اجتماعی از موقعیت‌هایی که احتمال تائید نشدن و از دست دادن پاداش دیگران وجود داشته باشد، اجتناب می‌ورزند، این شرایط در درازمدت مانع سازش روان‌شناختی، نشانه‌های درماندگی و به دنبال آن بیماری‌های جسمانی را افزایش می‌دهد [۶۲]

افراد دارای تیپ شخصیتی سی ویژگی‌هایی همانند افرادی دارند که دارای بازداری اجتماعی از تیپ شخصیتی دی هستند و این دو مقیاس دارای همبستگی مثبت و معناداری هستند (پژوهش حاضر). تبیین احتمالی مربوط به تائید رابطه تیپ سی با ابتلا به بیماری، مربوط به افزایش هورمون آدرنوکورتیکال است که در اثر ممانعت از ابراز هیجان ایجاد می‌شود. افرادی که هیجانات خود را به‌جای اینکه آشکار کنند، سرکوب می‌نمایند، استعداد ترشح سطوح بالایی از آدرنوکورتیکال یا هورمون‌های استرس دارند [۴۴] احتمالاً چنین هورمون‌هایی تأثیر منع‌کننده بر دفاع‌های ایمن‌سازی بدن دارند. پایین بودن این دفاع‌ها ممکن است ابتلا به بیماری‌های مختلف و از جمله ام. اس. را تسریع می‌کند.

چنین به نظر می‌رسد که امروزه مداخلات طبی در درمان و پیشگیری از بیماری ام. اس. با توفیقات چندانی روبرو نیستند، چرا که در تداوم و تشدید این بیماری، نقش عوامل روان‌شناختی

- sclerosis and healthy people. Thesis of MA. Tarbiyat moallem University.
19. Lode K, Bru E, Klevan G, Myhr KM, Nyland H, Larsen JP. (2010). Coping with multiple sclerosis: a 5-year follow-up study. *Acta Neurol Scand*; 122:336-342.
20. Pakenham KI, Stewart CA, Rogers A. (1997). The role of coping in adjustment to multiple sclerosis-related adaptive demands. *Psychol Health Med*; 2: 197-211.
21. Jean VM, Beatty WW, Paul RH, Mullins L. (1997). Coping with general and disease-related stressors by patients with multiple sclerosis: relationships to psychological distress. *Mult Scler*; 3(3):191-196.
22. Friedman HS, Booth- Kewley S. (1987). The diseaseprone personality: A meta- analytic view of the construct. *Am Psychol*; 42: 539- 555.
23. Sorin. I, Codruța A. Popescu, Andrada Iova, Petru Mihancea, Anca D. Buzoianu (2014) Impact of depression on coping strategies in multiple sclerosis patients, *Human & Veterinary Medicine international Journal of the Bioflux Society*, Volume 6 | Issue 4, 165- 168.
24. Tailleper SS, Kamayer LJ, Robbins JM, Lasry JC. (2003). Correlates of illness worry in chronic fatigue syndrome. *J Psychosom*; 54(4): 331-337.
25. Bendict RH, Priore RL, Miller C, Munschauer F, Jacobs L. (2001) Personality disorder in MS correlates with cognitive impairment. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*; 13(1): 70-76.
۲۶. فراهانی، محمد نقی؛ اعلمی، مهدی (۱۳۸۴). مقایسه ۵ عامل بزرگ شخصیت و منبع کنترل در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و افراد سالم. مجله دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. دوره ۱۲، شماره ۱-۲، صص ۴۱-۴۶.
۲۷. مظاهری، شهیر؛ ضرابیان، کاظم؛ صمدی، محمدجواد (۱۳۸۷). ارزیابی تیپ شخصیتی و منبع کنترل در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، دوره پانزدهم، شماره ۲، شماره مسلسل ۴۸.
7. Bishop, M., Shepared, L., & Stenhoff, D.M. (2007). Psychological adaptation and quality of life in multiple sclerosis: Assessment of the disabilitycentrality model. *J Rehabil*, 10, 3-12
۸. مهری نژاد، سید ابوالقاسم؛ خسروانی شریعتی، سیده‌هدی؛ حسینی آباد شاپوری، مریم (۱۳۸۹). مقایسه تنیدگی تجربه‌شده در زنان مبتلا به سرطان سینه. روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار). جلد ۱ شماره ۴۳ صص ۴۹-۵۶
9. Ackerman KD, Heyman R, Rabin BS, Anderson BP, Houck DR, Frank E, et al. (2002). Stressful life events precede exacerbation of multiple sclerosis. *Psychosom Med*; 64: 916-20.
10. Mohr DC, Hart SL, Julian L, Cox D, Pelltier D. (2004). Association between stressful life events and exacerbations in multiple sclerosis: A meta-analysis. *BMJ*; 328: 731.
۱۱. سلینگمن، مارتین؛ روزنهان، دیوید (۱۳۹۱). روان‌شناسی ناپهنجاری، مترجم بیحیی سید محمدی، انتشارات ساوالان
12. Davison GC, Neale JM. (2004), *Abnormal psychology*. New York: John Wiley and Sons
13. Lazarus, R. S. & Folkman, s. (1984), *Stress, appraisal, and coping*. New York: Spinger
14. Piko B. (2001) Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *The Psychological Record*. 51:223-235.
15. Pakenham KI. (2001). coping with multiple sclerosis: development of measure. *Psychol Health Med*; 6: 411-428.
۱۶. گودرزی، ناصر. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی در درمان بیماران وابسته به مواد. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی سلامت. دانشگاه تهران.
17. Milanlioglu. A, Güzel Özdemir. P, Cilingir. V, Çakin Gülec. T, Aydin. Mn, Temel Tombul. T. (2014). Coping strategies and mood profiles in patients with multiple sclerosis *Arq Neuropsiquiatr*; 72 (7): 490-495.
18. Sha A. (2003). The comparision of relationship between Locus of control with stress and coping Strategies with it in patient with multiple

- following PCI in the drug-eluting stent era", *International Journal Cardiology*, 114, 358-65.
37. Oginska-Bulik, N. (2006) Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type D personality. *Int J Occup Med Environ Health*, Vol.19, pp.113- 122
38. Lim, H.E., Lee, M.S., Ko, Y.H., Park, Y.M., Joe, S.H., Kim, Y.K., Han, C., Lee, H.Y., Pedersen, S.S., & Denollet, J. (2011) Assessment of the Type D Personality Construct in the Korean Population: A Validation Study of the Korean DS14. *J Korean Med Sci*, Vol.26, pp.116-23
39. Van Hiel, A., & De Clercq, B. (2009) Authoritarianism is good for you: right-wing authoritarianism as a buffering factor for mental distress. *European Journal of personality*, Vol.23, pp.33-50.
40. Williams, L., O'Carroll, R.E., & O'Connor, R.C. (2008) Type D personality and cardiac output in response to stress. *Psychology and Health*, Vol.24, pp.489-500.
41. Aysenck HJ (1990). The prediction of death from cancer by means of personality/stress. *Questioner: to good to be true? Perceptual Motor Skills*; 71: 216- 8.
۴۲. جعفری، عیسی؛ سهرابی، فرامرزی؛ جمهری، فرهاد؛ نجفی، محمود (۱۳۸۸). رابطه تیپ شخصیتی سی، منبع کنترل و سخت رویی در بیماران مبتلا به سرطان و افراد عادی. *مجله روان‌شناسی بالینی*. سال اول، شماره ۱، صص. ۶۶-۵۷.
۴۳. علیپور، احمد (۱۳۸۹). مقدمات روان‌شناسی سلامت. تهران: دانشگاه پیام نور.
۴۴. روشن چسلی، رسول؛ مدرسی، فریبا (۱۳۸۱)، تیپ‌های شخصیتی و سلامت روان بر لوپوس ارتیماتوی سیستمیک و آرتريت روماتوئید، *مجله پژوهشی حکیم*، دوره پنجم، شماره چهارم.
45. Temoshok L, Dreher H.(1992). The Type C connection: The behavioral links to cancer and your health. New York: Random House.
۲۸. ابراهیمی سرین دیزج، زهره؛ اسماعیل‌پور، خلیل؛ باباپور، جلیل (۱۳۸۹). رابطه بین ابعاد شخصیت هگزاکو با تیپ شخصیتی سی. *زن و مطالعات خانواده*، سال سوم، شماره ۹ صص ۱۳-۲۶.
29. Mols, F., & Denollet, J. (2010) Type D personality in the general population: a systematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems. *Health Qual Life Outcomes*, 23; 8: 9 <http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-8-9.pdf>
30. Grand, G., Romppel, M., Glaesmer, H., Petrowski, K., & Hermann-Lingen, R. (2010). The type D scale (DS14) – Norms and prevalence of Type-D Personality in a population-based representative sample in Germany. *Personality and Individual Differences*, 48, 935-936. Habra, M.E.,
31. Denollet, J. (2000) Type D personality: a potential risk factor refined. *J Psychosom Res*, Vol.49, pp.255-66.
۳۲. بخشایش، علیرضا؛ دهقانی، فهیمه (۱۳۹۱)، بررسی رابطه بین تیپ شخصیتی دی، سبک‌های مقابله و سلامت عمومی، *روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، سال بیستم، دوره جدید شماره ۹.
33. Habra ME, Linden W, Anderson JC, Weinberg J.(2003) Type D personality is related is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress. *J Psychosom Res*; 55: 235- 45.
34. Pedersen, S.S., & Denollet, J. (2006) Is Type D personality here to stay? Emerging evidence across cardiovascular disease patient groups. *Current Cardiology Reviews*, Vol. 2, pp. 205-13.
۳۵. احمدی طهور، محسن؛ جعفری، عیسی؛ کرمی نیا، رضا؛ اخوان، حمید (۱۳۸۹). بررسی ارتباط کمال‌گرایی مثبت و منفی و تیپ شخصیتی D با سلامت عمومی سالمندان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان*، دوره هفدهم شماره ۳ شماره مسلسل ۵۷.
36. Pedersen, S. S.; Denollet, J.; Ong, A.; Serruys, W.; Erdman, R.; Van-donburg, R. (2007), "Impaired health status in type-D patients

- روان‌شناختی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. پژوهش در پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی دوره ۳۲، شماره ۱ صص ۲۷-۳۵.
57. Dulfer, K., Hazemeijer, B.A.F., Van Dijk, M.R., Van Geuns, R.J.M., Daemen, J., Van omburg, R.T, Utensa E.M.W.J. (2015). Prognostic value of type D personality for 10-year mortality and subjective health status in patients treated with percutaneous coronary intervention. *Journal of Psychosomatic Research* Volume 79, Issue 3, Pages 214–221.
58. Nefsa, G, Speight, J, Pouwera, C., d, F, V. Popa, Bota, M, Denolleta, E, J (2015). Type D personality, suboptimal health behaviors and emotional distress in adults with diabetes: Results from Diabetes MILES–The Netherlands, *Diabetes Research and Clinical Practice*, Volume 108, Issue 1, Pages 94–105.
59. Polman, R., Borkoles, E., & Nicholls, A.R. (2009) Type D personality, stress, and symptoms of burnout: The influence of avoidance coping and social support. *Br J Health Psychol*, Vol.15, pp.681-696.
60. Sher, L. (2005), "Type D personality: the heart, stress, and cortisol", *Quart J Med*; 98:323–9.
۶۱. ابوالقاسمی، عباس؛ زاهد، فاطمه؛ نریمانی، محمد (۱۳۸۸). بررسی ارتباط احساس پیوستگی و تیپ شخصیتی D با تندرستی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری، *مجله اصول بهداشت روانی*، سال یازدهم، شماره ۳، صص ۲۱۳-۲۲۲.
۶۲. آقاییوسفی، علیرضا؛ شریف، نسیم؛ علی پور، احمد؛ شقاقی، فرهاد (۱۳۹۲). رابطه بین روش‌های مقابله با استرس و لیپوپروتئین با دانسیته پایین در بیماران عروق کرونری قلب. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، دوره ۲۰ شماره ۲ صص ۱۶۵-۱۷۷.
46. Denollet, J. (1997) Personality, emotional distress and coronary heart disease. *Eur J Pers*, Vol.11, pp.343-357.
47. Jonge, P., Denollet, J., Van Melle, J., Kuypers, A., Honig, A., Hschene, A., et al (2007), Association of type-D personality and depression with somatic health in myocardial infarction patients. *J Psychosom Res*, Vol.63, pp.477-89.
۴۸. آقاییوسفی، علیرضا (۱۳۸۵). مقایسه فشار روانی و پیامدهای آن در خانواده‌های شاهد و ایثارگر استان قم. *قم، بنیاد شهید و ایثارگران استان قم*؛
۴۹. ذواجنحی، اهداء؛ وفایی، مریم (۱۳۸۵). رابطه بین تیپ شخصیتی D با سیستم‌های بازداری رفتاری و فعال‌سازی رفتاری. *فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌شناسی دانشگاه تبریز* سال اول، شماره ۲ و ۳.
۵۰. علیرضا آقا یوسفی، حسین زارع (۱۳۸۸)، تأثیر مقابله درمانی بر کاهش تنیدگی زنان مبتلا به اختلال عروق کرونری. *مجله علوم رفتاری* دوره ۳ شماره ۳ صص ۱۸۷-۱۹۳.
51. Foley F., Sarnoff J. (2012). Taming stress in Multiple Sclerosis. *National MS Society*. 1-30. Available from: <http://WWW.Nationalmssociety.Org>.
52. Sarafino, E. P. (2002), "Health psychology. 4th ed. Philadelphia: Wiley and sons", 42-8.
53. Kupper, N., & Denollet, J. (2007) Type-D personality as a prognostic factor in heart disease: Assessment and mediating mechanisms. *Journal of Personality Assessment*, vol.89, pp.265- 276
۵۴. عابدینی، محمود؛ منتظری، سحر؛ خلعتبری، جواد (۱۳۹۱). مقایسه سبک‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با افراد سالم، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، جلد ۲۲، شماره ۹۴، صص ۷۱-۷۷.
55. Ebata, A. and Moos, R. (1991). Coping and adjustment in distressed and healthy adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 12, 33-54.
۵۶. بشارت، محمدعلی؛ براتی، نازنین؛ لطفی، جمشید (۱۳۸۷). رابطه سبک‌های مقابله با استرس و سطوح سازش

