

مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و مؤلفه‌های هوش هیجانی در بیماران زن و مرد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS)

آسیه حسین‌زاد^{۱*}، سارا علی‌زاده^۲، علی خادمی^۳، آرش موسی‌الرضایی^۴

تاریخ دریافت 1393/09/07 تاریخ پذیرش 1393/11/05

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: مولتیپل اسکلروزیس شایع‌ترین بیماری نورولوژی پیش‌رونده در افراد جوان بالغ می‌باشد که عوارض و مشکلات فراوانی برای بیماران ایجاد نموده و آن‌ها را به‌سوی ناتوانی و وابستگی در زندگی سوق می‌دهد. یافته‌های بالینی نشان می‌دهند که فشار روانی ناشی از رویدادهای روزمره زندگی به‌تدریج فعالیت سیستم‌های مختلف بدن ازجمله سیستم ایمنی را تحت تأثیر قرار داده می‌تواند آن‌ها را تضعیف و مختل سازد. متغیرهای گوناگون می‌تواند این تأثیر را تعدیل و یا تقویت نماید. مطالعه حاضر باهدف بررسی رابطه میان مؤلفه‌های هوش هیجانی با پنج عامل شخصیت در مبتلایان به ام‌اس انجام شده است. **روش:** پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-مقایسه‌ای، شامل ۱۵۰ نفر (۵۸ مرد و ۹۲ زن) از بیماران مبتلا به ام‌اس مراجعه‌کننده به انجمن حمایت از بیماران ام‌اس و درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی بیمارستان امام خمینی‌شهرستان ارومیه بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های پرسشنامه شخصیتی نئو فرم کوتاه و هوش هیجانی بار-آن بود که بر روی بیماران اجرا شد. برای تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌ها و روش‌های آماری شامل میانگین، انحراف معیار و آزمون آماری T استفاده شد. **یافته‌ها:** در پنج عامل شخصیت تنها در بعد روان رنجوری بین بیماران زن و مرد تفاوت معنی‌دار بود. بین مؤلفه‌های هوش هیجانی در پنج مؤلفه مسئولیت‌پذیری، همدلی، انعطاف‌پذیری، تحمل فشار روانی و حل مسئله، بین بیماران زن و مرد تفاوت معنی‌دار وجود داشت. **نتیجه‌گیری:** مشاوره، آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی و درمان‌های شناختی رفتاری علاوه بر درمان‌های دارویی به این بیماران پیشنهاد می‌شود. **واژگان کلیدی:** مؤلفه‌های هوش هیجانی، پنج عامل شخصیت، مولتیپل اسکلروزیس

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و ششم، شماره اول، ص 81-91، فروردین 1394

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه، تلفن: ۰۴۴-۳۳۴۴۰۰۹۴

Email: Marziye_hosienzad@yahoo.com

مقدمه

از دیرباز دانشمندان و فلاسفه به این عقیده‌اند که بین بیماری جسمانی و آسیب‌های روان‌شناختی رابطه دوسویه وجود دارد. حوزه‌ای نسبتاً جدید در دوران شناسی سلامت به نام ایمنی‌شناسی روانی عصبی به این موضوع می‌پردازد که چگونه عوامل روان‌شناختی، دستگاه ایمنی را تغییر داده و خطر ابتلا به بیماری را افزایش می‌دهد. موارد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد افسردگی، درماندگی، ناامیدی و رویدادهای تنش‌زای زندگی با تغییر سیستم ایمنی در افراد موجب بیماری می‌شوند

(۱). ازجمله بیماری‌های مزمن، مولتیپل اسکلروزیس^۵ (ام‌اس) می‌باشد که غالباً جوانان در سنین اولیه زندگی به آن مبتلا می‌شوند. علت بیماری ناشناخته است و درمان قطعی برای آن وجود ندارد. البته فرضیه جدیدی که امروزه در مورد منشأ سبب‌شناختی آسیب در مولتیپل اسکلروزیس ارائه شده است به نارسایی سپاهرگی مغزی نخاعی اشاره دارد. تخریب بافت عصبی همچنین ماده سفید مغز، منجر به نقص شناختی می‌شود؛ این فرآیندها، تباهی غلاف میلین نام دارد (۲). محققان اذعان می‌دارند که میلین زدایی فیبرهای عصبی نه‌تنها به کارکرد

^۱ کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز

^۳ دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه، گروه روانشناسی، ارومیه، ایران

^۴ متخصص مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

Multiple Sclerosis ۵

مقصود آلپورت از اصطلاح روانی جسمانی آن است که شخصیت از ذهن و بدن تشکیل شده که باهم به صورت یک واحد یکپارچه کار می‌کنند، شخصیت نه تماماً ذهنی و نه تماماً زیستی است (۸).

مک کری و کاستا، با در نظر گرفتن پنج عامل، دیدگاهی فراگیر و جامع به شخصیت دارند و معتقدند مدل پنج عاملی شخصیت دید جامعی نسبت به انسان دارد و تقریباً تمام صفت مورد اشاره در میان عامه مردم و نظریه‌های علمی شخصیت را در بر می‌گیرد (۹). بر اساس این مدل پنج عامل (روان رنجوری، برونگرایی، گشودگی به تجربه، سازگاری، باوجدان بودن) در مجموع دارای ۳۰ وجه یا صفت می‌باشند که امکان ارزیابی جامعی از شخصیت را فراهم می‌کنند (۱۰).

پژوهشگران شواهدی درباره رابطه میان سلامت و شخصیت به دست آورده‌اند. تحقیق درباره ارتباط بین خصوصیات شخصیتی و متعاقب آن سلامت جسمانی با چندین یافته هماهنگ به دست آمده است و باهمبستگی‌های آزمایشی دیگر شناسایی شده است. خشم، خصومت مزمن و روان رنجوری، هیجان پذیری منفی، بیشترین عوامل خطر شخصیتی برای تضعیف سلامتی هستند (۱۱).

در بررسی‌هایی که بر مبنای مدل پنج عاملی شخصیت و باهدف مقایسه شخصیتی بیماران ام‌اس و افراد سالم صورت گرفته نتایج بیانگر این است که بیماران مبتلا به ام‌اس تنها در دو عامل روان رنجوری و باوجدان بودن با افراد سالم تفاوت معنی‌داری دارند (۱۲). افراد مبتلا به ام‌اس در برخی از ویژگی‌های شخصیتی نیز با افراد سالم تفاوت دارند و ناهماهنگی در ویژگی‌های شخصیتی در این بیماران دیده شده است. یکی از ویژگی‌های روانی و شخصیتی افراد مبتلا تحریک‌پذیری است. به عبارت دیگر بیشتر افراد درگیر افراد تحریک‌پذیر و حساس می‌شوند. درواقع افراد مبتلا به ام‌اس تغییرات شخصیتی به‌ویژه آسیب‌دیدگی در بعد هیجانی پیدا می‌کنند. این آسیب‌دیدگی‌ها در صورت تداوم منجر به علائم مزمنی شده که به مرور تبدیل به اختلالات روانی و شخصیتی می‌شوند (۱۳)؛ اگرچه خصوصیات ممکن عمده‌تاً ثابت هستند، بعضی شواهد اولیه هست که خصوصیات اصلی (پنج عاملی) همگن است. با درمان‌های روان‌شناختی مانند روان‌درمانی یا درمان شناختی رفتاری قابل تغییر باشند.

پژوهش‌ها درباره بیماری ام‌اس نشان داده که نوروتیسم در بیماران ام‌اس که خستگی داشتند (۱۴) بیماران ام‌اس با آسیب‌شناختی (۱۳) بیماران ام‌اس نوع عودکننده بهبود یافته و بیماران ام‌اس، افسرده یا مضطرب (۱۵) بالاتر بود و در چندین پژوهش دیگر بین بیماران ام‌اس و افراد سالم در ویژگی شخصیتی نوروتیسم تفاوت معنی‌دار بوده است (۱۶).

سیستم حسی و حرکتی اثر می‌گذارد بلکه ممکن است موجب بروز بیماری‌ها و علائم آسیب‌شناختی روانی شود (۳).

علائم این بیماری ممکن است خفیف (مانند احساس کرختگی در اندام‌ها) و یا شدید (مانند فلج گذرای اندام‌ها) باشند؛ که معمولاً به‌طور ناگهانی و گاه در عرض چندین سال ظاهر می‌شوند و البته شدت پیشرفته و علائمی اختصاصی ام‌اس در هر فردی متفاوت است و قابل پیش‌بینی نیست. سیر بیماری و علائم آن در هیچ دو بیماری یکسان نیست. اگرچه علت دقیق و درمان کاملاً قطعی آن هنوز ناشناخته است، اما امروزه درمان‌های جدید و تحقیقات متعددی در مورد این بیماری در حال انجام است؛ که برای افراد مبتلا بسیار امیدوارکننده می‌باشد. ام‌اس نه تنها یک بیماری کشنده نیست بلکه اکثر افراد مبتلا یک زندگی تقریباً عادی و با طول عمر طبیعی را سپری می‌کنند (۴).

برخی از پژوهشگران نیز چنین فرض کرده‌اند که خصیصه‌های شخصیتی از طریق پاسخ‌های عصب و غددی نقش مهم در علت شناسی بیماری‌های جسمی دارند (۵) تحقیقات مختلف نشان داده که به‌طور کلی در این خصوص دودسته شخصیت عمده وجود دارد. یک دسته، شخصیت مستعد بیماری^۱ و دسته دیگر، شخصیت خود بهبوددهنده^۲ است. افراد با شخصیت مستعد بیماری به موقعیت‌های پرفشار روانی با هیجانات منفی و الگوی رفتاری مغایر با سلامتی پاسخ می‌دهند در نتیجه زودتر بیمار می‌شوند، در مقابل این افراد شخصیت (خود بهبوددهنده) است. این گروه از افراد به‌طور مؤثری با فشار روانی مقابله کرده و در برابر بیماری مقاومت می‌کنند. این قبیل افراد معمولاً دارای ویژگی‌هایی چون گرم و با حرارت بودن نسبت به زندگی، دارای ثبات هیجانی، هوشیاری و چابکی، پارانرژی بودن، کنجکاو، مطمئن، با اعتمادبه‌نفس و سازنده، خوش‌بین و مثبت اندیش می‌باشند. افراد دارای شخصیت مستعد بیماری، برعکس دارای ویژگی‌هایی چون حالات نوروتیکی، ضعف عصبی، ناسازگاری، بدبینی، منفی نگری، بدخلقی و عزت‌نفس پایین می‌باشند (۶). ام‌اس بیماری است که اخیراً تصور شده نتیجه عوامل ویروسی، ژنتیکی، محیطی، ایمنی‌شناختی و روان‌شناختی باشد. عوامل روانی و اجتماعی ممکن است پیش‌بینی کننده شروع ام‌اس باشد و یا نقش مهمی در پیشرفت بیماری داشته و ارتباط نزدیکی با نشانه‌های ام‌اس داشته باشد.

ویژگی‌های شخصیتی شامل جنبه‌های مختلفی است که هر یک از این جنبه‌ها ممکن است نسبت به جنبه‌های دیگر در پاسخ به موقعیت‌ها مهم باشند (۷). در تعریف آلپورت^۳ از شخصیت،

¹. Prone-Disease personality

². Self-Improvement

³. Alport

همدلی و رضایت از روابط بین فردی رابطه مثبت و با آشنفتگی روانی، استرس، افسردگی، علائم خستگی و ضعف رابطه منفی دارد (۱۹).

بار - آن نشان داد که افراد دارای سن و جنس متفاوت، بهره هیجانی یا نیم‌رخ‌های هیجانی متفاوتی دارند. هوش هیجانی حداقل تا سن میان‌سالی افزایش نشان می‌دهد. افراد در دهه ۴۰ و ۵۰ بهره هیجانی بالاتری نسبت به جوان‌ترها و مسن‌ترها دارند. زنان و مردان به‌طور کلی بهره هیجانی مشابهی دارند، اما مردان در حوزه درون فردی، انعطاف‌پذیری و مدیریت استرس نمرات بالاتری دارند، در حالی که زنان، در حوزه بین فردی، نمرات بالاتری نشان می‌دهند و روابط بین فردی بهتری دارند و بیشتر از مردان وظیفه شناسانه عمل می‌کنند. برعکس، مردان عزت‌نفس بالاتری دارند و بیشتر مستقل هستند و استرس را بهتر تحمل می‌کنند (در دوره‌های کوتاه)، انعطاف‌پذیری بیشتری دارند و در حل مسئله بهتر عمل می‌کنند و خوش‌بین‌تر از زنان هستند. نیز شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد، نمرات بهره هیجانی بالا با سلامت روانی بهتر و نمرات بهره هیجانی پایین با سلامت روانی بسیار مشکل همبستگی دارد (۱۸).

تحقیقات انجام‌یافته در زمینه ارتباط میان مؤلفه‌های هوش هیجانی و فرآیندهای شخصیتی مرتبط با عملکرد سازگاری روان‌شناختی، مشخص کرده که بین هوش هیجانی و مکانیزم‌های مقابله‌ای روان‌شناختی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. همچنین بررسی‌های انجام‌یافته بر روی هیجان‌ها و شناخت‌ها، حامی این نظریه است که تعبیر و تفسیرهای ادراکی و ساختارهای ذهنی خاص، هوشیاری را به وجود می‌آورند (۱۹).

همچنین به نظر سیاروچی، نقش هوش هیجانی در رابطه با تعدیل استرس و سلامت روانی می‌تواند متفاوت باشد. به دلیل اینکه برخی مؤلفه‌ها، هوش هیجانی، افراد را از استرس در امان داشته و به سازگاری بهتر آن‌ها با محیط می‌انجامد، در حالی که برخی مؤلفه‌های آن ممکن است متفاوت عمل نمایند. (۲۰).

در پژوهش بندیکت و همکارانش بر روی بیماران ام‌اس بافت مغزی همه بیماران کشیده شد و چندین آزمون کلامی، یادگیری و شخصیت از آن‌ها گرفته شد. کاهش در برون‌گرایی (تمایل به خوش‌خلق بودن و ماجراجویی)، باز بودن؛ تجربه (تمایل به اطلاعات جدید، عقاید و تجربیات جدید)، خودآگاهی (دامنه تمرکز بر تکلیف و تلاش برای پیشرفت) و سطح پایین‌تر کرتکس مغزی به دست آمد. آن‌ها شواهد کافی برای این ادعا دادند که تحلیل کورتیکال در ام‌اس با تأثیر نامطلوب بر شخصیت ارتباط دارد (۱۳).

پژوهش بشارت و همکاران نشان داد که سبک مقابله هیجان محور مثبت با بهزیستی روان‌شناختی در بیماران ام‌اس رابطه

طبق نتایج پژوهش‌های قبلی یکی از عوامل مهم دیگر که به‌طور مستقیم با سلامت جسمانی، روانی و هیجانی افراد ارتباط داشته و آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هوش هیجانی می‌باشد. جانسون^۱ و هولدرث^۲ با استفاده از معادلات ساختاری نشان دادند، هوش هیجانی، افزون بر اثر مستقیمی که بر سلامت دارد واسطه شخصیت و سلامت نیز هستند. از نظر بار- آن هوش هیجانی شامل مجموعه‌ای از توانایی‌ها، کفایت‌ها و مهارت‌های غیر شناختی است که توانایی فرد را برای کسب موفقیت در مقابله با احتیاجات و فشارهای محیطی تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۷). بار- آن^۳ مطرح می‌کند که هوش هیجانی شامل هیجان خودآگاهی، ویژگی‌های مختلف مانند ارتباطات بین فردی خوب، حل مسئله، تحمل استرس و ... می‌باشد. بار- آن هوش هیجانی را با سلامت عاطفی یعنی وضعیت روانی فعلی و درمجموع سلامت هیجانی در ارتباط مستقیم می‌داند. مطابق نظر بار- آن هوش هیجانی قابلیت ارتقاء دارد و طی زمان رشد و تغییر می‌کند و می‌توان با آموزش و برنامه‌های اصلاحی مانند فنون درمانی آن را بهبود بخشید. بنا به تعریف بار- آن هوش هیجانی در پنج حیطه دارای ۱۵ مؤلفه است:

- ۱- حیطه درون فردی که شامل مؤلفه‌های خودآگاهی هیجانی^۴، ابراز وجود^۵، عزت‌نفس^۶، استقلال^۷ و خود شکوفایی^۸ می‌باشد.
- ۲- حیطه بین فردی که شامل مؤلفه‌های همدلی^۹، روابط بین فردی^{۱۰} و مسئولیت‌پذیری^{۱۱} می‌باشد.
- ۳- حیطه سازگاری که شامل مؤلفه‌های حل مسئله^{۱۲}، واقع‌گرایی^{۱۳}، انعطاف‌پذیری^{۱۴} می‌باشد.
- ۴- حیطه مدیریت استرس که شامل مؤلفه‌های تحمل فشار روانی^{۱۵} و کنترل تکانه^{۱۶} می‌باشد.
- ۵- حیطه خلق عمومی که شامل مؤلفه‌های خوش‌بینی^{۱۷} و خوشبختی^{۱۸} می‌باشد (۱۸)، هوش هیجانی با مدیریت استرس، خوش‌بینی، خلق مثبت، رفتارهای سالم،

¹. Holdsworth

². Holdsworth

³. Bar - ON

⁴. Emotional self - Awareness (ES)

⁵. Assertiveness (AS)

⁶. Self - Regard (SR)

⁷. Independence (IN)

⁸. Self- Actualization (SA)

⁹. Empathy (EM)

¹⁰. Inter personal Relationship (IR)

¹¹. Social Responsibility

¹². Problem Solving (PS)

¹³. Reality Testing (RT)

¹⁴. Flexibility (FL)

¹⁵. Stress Tolerance (ST)

¹⁶. Impulse Control (IC)

¹⁷. Optimism (OP)

¹⁸. Happiness (HA)

در نهایت برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش آماره‌های توصیفی و آزمون T-test استفاده شد.

پرسشنامه شخصیتی NEO، فرم کوتاه و تجدیدنظر شده: تست NEO-PI-R فرم تجدیدنظر شده پرسشنامه شخصیتی NEO و جانشین آن است که در سال ۱۹۸۵ توسط پائولتی، کوستا و روبرت آر. مک کری تهیه شده است. این تست حاوی ۲۴۰ سؤال است و دارای دو فرم S (درجه‌بندی توسط خود فرد) و فرم R (درجه‌بندی توسط دیگران) می‌باشد که پنج عامل اصلی شخصیت و شش خصوصیت در هر عامل را اندازه می‌گیرد و به این ترتیب، ارزیابی جامعی از شخصیت فرد ارائه می‌دهد. این تست در ایران توسط گروسی ترجمه، هنجاریابی و اجرا شده است. در این تحقیق از فرم کوتاه و ۶۰ سؤالی این تست (NEO-FFI) استفاده شده است که سؤالات آن در یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای و توسط خود فرد پاسخ داده می‌شوند. مک کری و کوستا در سال ۱۹۸۳ فرم ۶۰ سؤالی نئو را بر روی ۲۰۸ دانشجوی به فاصله سه ماه اجرا کردند و ضرایب پایایی ۰/۸۳، ۰/۷۵، ۰/۸۰، ۰/۷۹ و ۰/۷۹ را به ترتیب برای عوامل N، O، E، A و C به دست آوردند. در پژوهش مانی پایایی باز آزمون به فاصله دو هفته برای مقیاس‌های این تست، بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و دامنه ضریب همسانی درونی آن ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. اکثر تحقیقات اعتبار این مقیاس را (با استفاده از همبستگی فرم S و R) مورد تأیید قرار داده‌اند (گروسی، ۱۳۸۰) برناردو و همکاران همبستگی موجود بین ابعاد اصلی را در دو فرم NEO-FFI و NEO-PI-R، بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند (۱۱). برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون آماری، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون هم‌زمان استفاده شد.

پرسشنامه هوش هیجانی بار- آن: این پرسشنامه شامل ۱۱۷ ماده برای ۱۵ مقیاس بود که توسط بار- آن بر روی ۳۸۳۱ نفر از ۶ کشور (آرژانتین، آلمان، هند، نیجریه و آفریقای جنوبی) اجرا شد و در آمریکای شمالی هنجاریابی گردید. نتایج حاصل از هنجاریابی نشان داد که آزمون، از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است. این ابزار به ۲۲ زبان ترجمه شده و داده‌های هنجار شده آن در بیشتر از پنج کشور جمع‌آوری شده و مطالعات متعددی درباره روایی و پایایی داده‌ها انجام شده است. این پرسشنامه در مقایسه با سایر پرسشنامه‌های خود گزارش دهی نسبتاً خلاصه‌تر است. علاوه بر این نخستین پرسشنامه‌ای است که به‌طور تجربی در مورد هوش هیجانی ساخته شده و در دسترس می‌باشد (۱۹).

این پرسشنامه مزیت‌های دیگری نیز دارد:

۱- داده‌های هنجاری بر اساس ۴۰۰۰ شرکت کننده به‌دست آمده است.

مثبت و معنی‌داری دارد و با درماندگی روان‌شناختی آنان رابطه منفی معنی‌دار دارد. همچنین سبک مقابله هیجان محور منفی با بهزیستی روان‌شناختی بیمار ام‌اس رابطه منفی و معنی‌داری دارد و با درماندگی روان‌شناختی آنان رابطه مثبت معنی‌دار دارد (۲۱).

اهمیت این تحقیق به دلیل شناسایی فاکتورهای روان‌شناختی دخیل در این بیماری و ارتباط آن‌ها با عامل‌های شخصیتی می‌باشد. همچنین تحلیل رابطه بین مؤلفه‌ها و عامل‌های شخصیتی می‌تواند راهکارها و الگوهایی را برای بهبود کیفیت زندگی، افزایش رفتارهای سازگارانه و مبارزه با بسیاری از عوامل تهدیدآمیز برای سلامتی فراهم آورد و به‌تبع آن سبب انجام برنامه‌های بهداشتی و اقدامات پیشگیرانه در بروز بیماری ام‌اس شود.

مواد و روش کار

طرح پژوهش: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- مقایسه‌ای است. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به ام‌اس شهر ارومیه می‌باشد. طبق آمار معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در استان آذربایجان غربی تا تاریخ ۱۰ مهر سال ۱۳۹۱، ۱۵۰۰ نفر از بیماران مبتلا به ام‌اس تشکیل پرونده پزشکی داده‌اند که از این تعداد ۵۰۰ نفر آن‌ها در شهر ارومیه زندگی می‌کنند. برای محاسبه حجم نمونه از جدول مورگان استفاده شده است. با توجه به این جدول نمونه آماری ۲۱۷ نفر می‌شد که نمونه نهایی موردبررسی در این پژوهش به ۱۵۰ نفر (۵۸ مرد - ۹۲ زن) کاهش یافت. به علت این‌که بیماران دارای شرایط حاد و بیماری‌رانی که قادر به انجام پرسشنامه‌ها نبودند در نمونه قرار نگرفتند. همچنین با توجه به وضعیت جسمی و روحی بیماران و زیاد بودن تعداد سؤالات، تعدادی از پرسشنامه‌ها که به‌صورت ناقص پر شده بودند از پژوهش حذف شدند. میانگین سنی گروه بیماران در این پژوهش ۳۲ سال ($SD=7/2$) و دامنه سنی (۴۵-۱۷) سال بود.

نمونه‌های بیمار شرکت‌کننده در این پژوهش به‌صورت روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده‌اند. پرسشنامه‌های این پژوهش از تاریخ ۲۸ مهرماه تا ۲۸ دی‌ماه ۱۳۹۱ در انجمن حمایت از بیماران MS و درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی بیمارستان امام خمینی‌شهر ارومیه تکمیل گردیده است. تعدادی از بیماران که وضعیت آن‌ها حاد نبود با پژوهشگر همکاری نموده و پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند ولی تعدادی از بیماران که حاضر به همکاری با پژوهشگر نشدند توسط منشی بخش سالن ۸ درمانگاه و در انجمن توسط کادر آن به‌صورت غیرمستقیم، تشویق به این کار شده و همکاری نمودند و بیماران حاد که از نظر جسمی و روحی و روانی در وضعیت خوبی نبودند، از این تحقیق کنار گذاشته شدند.

معکوس از یک به پنج (کاملاً مخالف، ۵ و کاملاً موافق، ۱) انجام می‌شود. نمره کلی هر مقیاس، برابر با مجموع نمرات هر یک از ماده‌های آن مقیاس و نمره کل آزمون برابر با مجموع نمرات ۱۵ مقیاس می‌باشد. نمرات بالای میانگین در هوش هیجانی، نشان‌دهنده شخصی است که به‌طور بالقوه از لحاظ هیجانی و اجتماعی دارای عملکرد مؤثر است. از طرف دیگر نمرات پایین نشان‌دهنده ناتوانی برای موفقیت در زندگی و احتمال وجود مشکلات رفتاری، هیجانی و اجتماعی می‌باشد. (سموعی، به نقل از سپهریان، ۱۳۸۶). در تحقیق بار - آن (۱۹۹۷) ضریب باز آزمایی پس از یک ماه ۰/۸۵ و بعد از ۴ ماه ۰/۷۵ گزارش شده است. در بررسی دیگری ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ در هفت نمونه از جمعیت‌های مختلف برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۹ (مسئولیت‌پذیری) تا ۰/۸۶ (حرمت نفس) با میانگین ۰/۷۶ به دست آمد (بار - آن، ۱۹۹۷). در ایران نیز زارع (۱۳۸۳) میانگین کل همسانی درونی پرسشنامه را ۰/۷۶ و شمس‌آبادی (۱۳۸۳) ضریب آلفا را در دامنه‌ای بین ۰/۵۵ (همدلی) تا ۰/۸۳ (کنترل تکانه) با میانگین ۰/۷ گزارش کرده‌اند (دهشیری، ۱۳۸۲). ضریب پایایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ برای دانشجویان دختر ۰/۶۸، برای پسران ۰/۷۴ و برای کل ۰/۹۳، همچنین پایایی به روش زوج و فرد ۰/۸۸ به دست آمد.

یافته‌ها

در جداول یک یافته‌های توصیفی (فراوانی و درصد) مربوط به متغیرهای جمعیت شناختی دو گروه مؤنث و مذکر ارائه شده است.

جدول (۱): آماره‌های توصیفی

جنسیت	فراوانی	درصد
جنس مذکر	۵۸	۶۱.۳
جنس مؤنث	۹۲	۳۸.۷
مجرد	۶۳	۴۲
متاهل	۸۷	۵۸
دیپلم	۸۹	۵۹.۳
فوق دیپلم	۵	۳.۳
لیسانس	۵۳	۳۵.۳
فوق لیسانس	۲	۱.۳
دکتری	۱	۰.۷
مدت بیماری ۱-۳ سال	۷۱	۴۷.۳
مدت بیماری ۳-۶ سال	۴۰	۲۶.۷
مدت بیماری ۶-۹ سال	۳۹	۲۶
عود	۵۵	۳۶.۷
بی‌تغییر	۵۷	۳۸
پیش‌رونده	۳۸	۲۵.۳

- ۲- بر اساس بیش از ۲۰ سال پژوهش تأیید شده است.
- ۳- یک دید چندبعدی (یک مقیاس کلی، پنج مقیاس ترکیبی، ۱۵ خرد مقیاس) را فراهم می‌آورد.
- ۴- چهار شاخص اعتباری دارد.
- ۵- یک عامل تصحیح که برای تعدیل سوگیری پاسخ افراطی طراحی شده است.
- ۶- کانون توجه بین‌المللی و چند فرهنگی است. (داده‌ها بر اساس نمرات مناطق آمریکای شمالی، آمریکای جنوبی، اروپا، آسیا و آفریقا به دست آمده است).
- ۷- پایایی و روایی بسیار بالایی دارد.
- ۸- در موقعیت‌های شغلی، آموزشی، بالینی و پزشکی و پژوهشی، قابل کاربرد است.
- ۹- مناسب برای افراد ۱۶ سال به بالا می‌باشد.
- ۱۰- یک مقیاس خلاصه با کاربردی آسان است (۲۲).

این پرسشنامه بر روی دانشجویان ایرانی نرم شده و به ۹۰ عبارت کاهش یافته است. مقیاس‌های آزمون عبارت‌اند از: خودآگاهی هیجانی، خود ابرازی، عزت نفس، خود شکوفایی، استقلال، همدلی، مسئولیت‌پذیری، روابط بین فردی، واقع‌گرایی، انعطاف‌پذیری، حل مسئله، تحمل فشار روانی، کنترل تکانش، خوش‌بینی و خوشبختی که توانایی‌های پنج‌گانه مدل بار - آن را ارزیابی می‌کنند. پاسخ‌های آزمون بر مقیاس پنج‌درجه‌ای در طیف لیکرت (کاملاً موافق، موافق، تا حدودی، مخالف، کاملاً مخالف) تنظیم شده است. نمره‌گذاری از پنج به یک (کاملاً موافق، ۵ و کاملاً مخالف، ۱) و در بعضی ماده‌ها با محتوای منفی یا

برای مقایسه دو گروه مؤنث و مذکر در متغیرهای موردبررسی (هوش هیجانی و صفات شخصیتی) در پژوهش حاضر از آزمون t استفاده شد که نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل این آزمون در جدول دو و سه ارائه گردیده است.

جدول (2): میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t گروه‌های مؤنث و مذکر در هوش هیجانی و زیر مقیاس‌های آن

جنس	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	df	P
زن	۹۲	۲۳.۰۸	۲.۷۸	-۲.۴۲	۱۴۸	.۰۱
مرد	۵۸	۲۴.۲۲	۲.۸۱			
زن	۹۲	۱۹.۶۹	۴.۳۸	-۱.۷۰	۱۴۸	.۰۹
مرد	۵۸	۲۰.۹۶	۴.۵۲			
زن	۹۲	۱۹.۷۰	۳.۷۲	-۱.۶۹	۱۴۸	.۰۸
مرد	۵۸	۲۰.۷۴	۳.۴۹			
زن	۹۲	۱۵.۵۰	۳.۳۹	-۳.۹۶	۱۴۸	.۰۰۱
مرد	۵۸	۱۸.۰۶	۴.۵۱			
زن	۹۲	۲۰.۳۴	۳.۷۸	-۱.۴۴	۱۴۸	.۱۵
مرد	۵۸	۲۱.۳۷	۴.۹۵			
زن	۹۲	۲۰.۲۹	۳.۱۶	-۱.۵۱	۱۴۸	.۱۳
مرد	۵۸	۲۱.۱۲	۳.۴۰			
زن	۹۲	۱۹.۲۶	۳.۳۵	.۴۶	۱۴۸	.۶۴
مرد	۵۸	۱۸.۹۴	۴.۶۶			
زن	۹۲	۲۴.۷۸	۳.۲۳	۱.۷۹	۱۴۸	.۰۷
مرد	۵۸	۲۳.۵۵	۵.۱۷			
زن	۹۲	۲۲.۶۶	۳.۵۷	-.۰۶	۱۴۸	.۹۴
مرد	۵۸	۲۲.۷۰	۴.۲۵			
زن	۹۲	۲۲.۱۰	۳.۷۱	-.۰۵	۱۴۸	.۹۵
مرد	۵۸	۲۲.۰۶	۴.۸۰			
زن	۹۲	۱۴.۹۶	۴.۷۹	-.۶۶	۱۴۸	.۵۰
مرد	۵۸	۱۵.۴۸	۴.۲۷			
زن	۹۲	۱۷.۱۸	۳.۷۶	-۲.۵۴	۱۴۸	.۰۱
مرد	۵۸	۱۸.۹۱	۴.۴۶			
زن	۹۲	۲۷.۳۸	۲.۲۵	۲.۳۵	۱۴۸	.۰۲
مرد	۵۸	۲۶.۲۲	۳.۷۶			
زن	۹۲	۲۶.۱۰	۲.۴۲	۲.۲۸	۱۴۸	.۰۲
مرد	۵۸	۲۴.۸۴	۴.۳۳			
زن	۹۲	۱۷.۸۵	۳.۹۲	-.۶۵	۱۴۸	.۵۱
مرد	۵۸	۱۸.۲۹	۴.۰۳			
زن	۹۲	۳۱۰.۱۱	۲۹.۵۷	-.۵۴	۱۴۸	.۵۸
مرد	۵۸	۳۱۳.۵	۴۶.۱۰			

با توجه به مقادیر ستون سطح معنی‌داری جدول می‌توان نتیجه گرفت در سطح خطای ۰,۰۵ مابین زن و مرد در مؤلفه‌های حل مسئله، تحمل فشار روانی، انعطاف‌پذیری، مسئولیت‌پذیری و همدلی تفاوت معنادار وجود دارد (سطح معنی‌داری $P < 0/05$). همچنین از منفی بودن مقدار t برای مؤلفه‌های حل مسئله، تحمل

فشار روانی و انعطاف‌پذیری می‌توان نتیجه گرفت که مردها در این موارد بهتر از زنان بوده‌اند و در مورد مؤلفه‌های مسئولیت‌پذیری و همدلی نیز زنان نمرات بالاتری را نسبت به مردها کسب کردند. در سایر زیر مقیاس‌ها و نمره کل هوش هیجانی تفاوت معناداری بین دو گروه یافت نشد.

جدول (3): میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t گروه‌های مؤنث و مذکر در صفات شخصیتی

جنس	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	df	P
روان رنجوری	زن	۳۱,۳۳	۴,۷۴	۳,۴۱	۱۴۸	۰,۰۱
	مرد	۲۸,۶۸	۴,۴۱			
برونگرایی	زن	۲۲,۴۴	۳,۲۵	-۲,۰۸	۱۴۸	۰,۰۳
	مرد	۲۳,۶۰	۵,۳۵			
گشودگی به تجربه	زن	۲۹,۲۰	۳,۴۲	-۱,۹	۱۴۸	۰,۰۴
	مرد	۲۹,۳۲	۳,۹۳			
سازگاری	زن	۳۳,۳۰	۳,۳۹	۲,۱۴	۱۴۸	۰,۰۳
	مرد	۳۱,۶۰	۶,۲۸			
باوجدان بودن	زن	۳۵,۸۱	۴,۶۱	-۳,۳۲	۱۴۸	۰,۰۰۱
	مرد	۳۶,۱۰	۶,۲۰			

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که در صفات شخصیتی روان رنجوری، برون‌گرایی و سازگاری تفاوت معناداری بین دو گروه مذکر و مؤنث وجود دارد (سطح معنی‌داری $P < 0/05$). در صفات شخصیتی گشودگی به تجربه و باوجدان بودن تفاوت معناداری بین دو گروه یافت نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در این بیماران بین مؤلفه‌های مسئولیت‌پذیری، همدلی، حل مسئله، انعطاف‌پذیری و تحمل فشار روانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به‌طوری‌که زنان در عامل‌های مسئولیت‌پذیری و همدلی نسبت به مردان نمرات بالاتر کسب کرده‌اند و در مؤلفه‌های حل مسئله، انعطاف‌پذیری و تحمل فشار روانی نمرات مردان بالاتر از زنان می‌باشد. این یافته که در تأیید فرضیه دوم پژوهش است همسو با پژوهش بار - آن (۲۰۰۰) می‌باشد. بار - آن (۲۰۰۰) اشاره می‌کند که افراد دارای سن و جنس متفاوت بهره هیجانی یا نیم‌رخ‌های هیجانی متفاوتی دارند. به‌طوری‌که مردان در حوزه درون فردی، انعطاف‌پذیری و مدیریت استرس نمرات بالاتری دارند. درحالی‌که زنان در حوزه بین فردی نمرات بالاتری نشان می‌دهند. زنان بیشتر از هیجانات دیگران آگاه هستند و همدلی بیشتری نشان می‌دهند و روابط بین

فردی بهتری دارند و بیشتر از مردان وظیفه شناسانه عمل می‌کنند. برعکس مردان عزت‌نفس بالاتری دارند و بیشتر مستقل هستند و استرس را بهتر تحمل می‌کنند. انعطاف‌پذیری بیشتری دارند و در حل مسئله بهتر عمل می‌کنند و خوش‌بین‌تر از زنان هستند. نیز شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد نمرات بهره هیجانی بالا با سلامت روانی بهتر و نمرات بهره هیجانی پایین با سلامت روانی پایین همبستگی دارد (۲۲). تبیین این یافته می‌توان گفت که ساختار، عملکرد و شیمی مغز زنان بر خلق‌وخو، فرآیند تفکر، انرژی، کشش‌های جنسی رفتار و بهزیستی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. دانشمندان دریافته‌اند که تعداد سلول‌های عصبی آینه‌وار در مغز جنس مؤنث بیشتر از مغز مذکر می‌باشد. برانگیخته شدن عصب‌های آینه‌ای نه تنها به دختران این امکان را می‌دهد که مشاهده کنند بلکه آن‌ها را قادر می‌سازد که از اشاره‌های دست و موقعیت بدن، ریتم تنفسی و خیره شدن‌ها و اشارات چهره، دیگران را به‌طور شهودی همان‌گونه که آن‌ها احساس می‌کنند، درک و منعکس کنند. احساسات درونی فقط موقعیت‌های عاطفی سیال نیستند بلکه حس‌های جسمانی واقعی هستند که در نواحی مشخصی از مغز معنی‌دار می‌باشند. بعضی از این احساسات درونی ممکن است که با تعداد سلول‌هایی که در قسمت احساسات جسمانی زنان است، در ارتباط باشد. بعد از بلوغ

می‌کنند. در این پژوهش بین عامل‌های شخصیتی در این بیماران فقط در عامل روان رنجوری مرد و زن باهم تفاوت معنی‌دار داشتند؛ به‌طوری‌که زنان در عامل رنجوری نمرات بالاتری نسبت به مردها کسب کرده‌اند.

روان رنجوری افراد را برای تجربه هیجان‌های منفی و درماندگی مستعد می‌سازد و برحسب مکانیسم تضعیف هوش هیجانی آمادگی فرد را برای تجربه حوادث استرس‌زا افزایش می‌دهد. به نظر می‌رسد افراد با روان رنجوری زیاد در موقعیت‌های استرس‌زا آسیب بیشتری می‌بینند و میزان بیشتری از پریشانی حاد و مزمن را گزارش می‌کنند. نسبت به اختلالات هیجانی بالینی آسیب‌پذیرتر هستند. همچنین افراد با روان رنجوری گرایش دارند که خود و دنیا را بدبینانه ارزشیابی کنند. سبک‌های شناختی نشان می‌دهند که این افراد (حداقل به‌طور ضعیف) با تطابق غیر مؤثر مرتبط هستند؛ مقابله هیجان مدار به‌طور قوی با روان رنجوری مرتبط است (۲۲).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمرات زن‌ها در مؤلفه‌های کنترل تکانه، تحمل فشار روانی، خوش‌بینی، حل‌ساله، پایین‌تر از مردها می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت که زن‌ها به علت داشتن تحمل فشار روانی پایین و کنترل تکانه پایین که این دو عامل، مدیریت استرس را در پرسشنامه بار-آن تشکیل می‌دهند، نشان می‌دهد که یکی از عوامل ممکن در بالا بودن روان رنجوری آن‌ها بوده است. از طرفی داشتن احساس شادمانی و یا خوش‌بینی پایین در این بیماران به روان رنجوری آن‌ها افزوده است. همچنین داشتن هیجان‌های منفی مثل اضطراب و ترس به علت نگرانی از وظایف مادری، حاملگی، مسئولیت فرزند پروری و نگرانی از دست دادن حمایت‌های اجتماعی و اقتصادی و عاطفی از طرف خانواده‌های بیماران، زنان را مستعد روان رنجوری بیشتر می‌کند و همچنین بیماران زن مبتلا به ام‌اس ممکن است با داشتن مسئولیت‌های متعدد مثل خانه‌داری، همسر داری، فرزند پروری، شغلی و یا تحصیلی دست‌خوش اضطراب، افسردگی، ناکامی، کسالت و خستگی مفرط شوند و در صورت عدم انجام مسئولیت‌های خود احساس عذاب وجدان کرده دچار احساس گناه و خود سرزنشی شوند که می‌تواند موجب افزایش روان رنجوری بیماران شود.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از مقیاس‌های خود گزارش دهی، تعداد کم نمونه، عدم امکان نمونه‌گیری تصادفی، عدم کنترل برخی از متغیرها از جمله وضعیت اقتصادی و اجتماعی اشاره نمود. پیشنهاد می‌شود تا این پژوهش در سایر مناطق جغرافیایی و فرهنگ‌های مختلف و در صورت امکان بر روی حجم بزرگ‌تری انجام می‌گیرد.

این سلول‌ها افزایش می‌یابد. همچنین افزایش استروژن در دختران به این معنی است که آن‌ها احساس درونی و درد جسمانی‌شان بیشتر از پسران است. استروژن رشد و نمو نرون‌ها را تحریک می‌کند و حرکات مغز زنانه، مراکز مشاهده، گفت‌وگو، احساس‌های درونی حتی پرستاری و مواظبت کردن را افزایش می‌دهد. بعضی از دانشمندان مشاهده کردند که این افزایش حس بدنی در زنان مغز آن را در مقابل احساس عاطفی رنج‌آور آسیب‌پذیرتر می‌سازد.

نواحی از مغز که احساسات درونی را ردیابی می‌کند، در زنان بزرگ‌تر و حساس‌تر است. (۲۳). تفاوت در ساختار مغزی دختران و پسران بزرگ‌تر بودن ناحیه مربوط به عواطف در مغز دختران اشاره شده است. بنابراین افزایش سطح ادراک عاطفی سبب افزایش قدرت ارزیابی محرک‌های محیطی و بالا رفتن قدرت روابط عاطفی و ابراز همدلی در زنان می‌شود. همچنین به نظر می‌رسد ترشح هورمون‌های زنانه در زایمان و دوران شیردهی مثل اکسی توسین (هورمون دل‌بستگی) زنان را مستعد مسئولیت‌پذیری و همدلی می‌کند. به‌طور کلی می‌توان گفت که تفاوت در مؤلفه‌های هوش هیجانی بین بیماران ام‌اس زن و مرد نه‌تنها تحت تأثیر عامل زیستی بلکه عامل‌های اجتماعی و فرهنگی و عوامل روان‌شناختی در آن نقش دارند.

نتایج پژوهش حاضر با توجه به میانگین نمرات بیماران در عامل‌های شخصیتی نشان می‌دهد که بیماران ام‌اس در عامل روان رنجوری نمرات بالا و در برون‌گرایی نمرات نسبتاً پایینی کسب کرده‌اند. این یافته در این بیماران همسو با تحقیقات میکس باخ و همکاران، (۲۰۰۳) و بروس و لینچ، (۲۰۱۱) می‌باشد. در تبیین رابطه عامل شخصیتی با بیماری ام‌اس می‌بایست از متغیرهای واسطه‌ای، مثل هیجان‌های منفی استفاده کرد. هیجان منفی مانند افسردگی و اضطراب که در نظریه تحلیل عامل شخصیتی دو صفت اساسی در عامل روان رنجوری طبقه‌بندی شده‌اند هم در علت شناسی و هم در پیشرفت بیماری ام‌اس مؤثرند. مطالعاتی که توسط بندیکت و همکاران (۲۰۰۴) انجام شد مشخص کرد که افراد مبتلا به ام‌اس دارای تغییرات شخصیتی به‌ویژه آسیب‌دیدگی در بعد هیجانی هستند. بنابراین می‌توان اذعان نمود که بیماران مبتلا به ام‌اس به دلیل گرفتار شدن به بیماری مزمن و غیرقابل درمان در عامل روان رنجوری نمرات بالاتری کسب می‌کنند. همچنین بیماران مبتلا به ام‌اس به دلیل ابتلا به یک بیماری مزمن و ناتوان‌کننده و با علائمی چون اختلاف گفتاری، دیداری احساس خستگی مفرط، از دست دادن تعادل و سرگیجه، مشکلات برقراری ارتباط، مشکل کوتاه‌مدت از دست دادن حافظه، از دست دادن فعالیت و چابکی، اضطراب نگرانی، افسردگی و تغییرات خلقی درگیر هستند. بنابراین طبعاً در عامل برون‌گرایی نمره پایین کسب

سیستم‌های حمایت اجتماعی فرد از طریق تشویق این بیماران در عضویت در انجمن‌هایی نظیر انجمن ام‌اس و شرکت در جلسه‌های گروه درمانی، خانواده‌درمانی و آموزش مهارت‌های ارتباطی به این بیماران است. همچنین با توجه به بالابودن عامل شخصیتی روان رنجوری در این بیماران که در این پژوهش موردبررسی قرار گرفت، اجرای روان‌درمانی‌های فردی با رویکردهای شناختی و رفتاری جهت کاهش عادات رفتاری ناسالم و نیز ترمیم آسیب‌های شناختی و تغییر طرح‌واره‌های ناکارآمد می‌تواند تأثیرات معنی‌داری به دنبال داشته باشد.

همچنین پیشنهاد می‌شود که متغیرهای دیگر (مثل سبک‌های مقابله‌ای، طرح‌واره‌های ناکارآمد، سبک‌های دل‌بستگی، سبک‌های فرزندپروری که احتمالاً در بروز بیماری مولتیپل اسکلروزیس نقش دارند) موردبررسی قرار گیرند.

با توجه به نقش مدیریت استرس در بیماری ام‌اس به نظر می‌رسد کاهش منابع استرس به کمک درمان‌های حمایتی از یکسو و آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای کارآمد برای مواجهه با عامل استرس‌زا، بایستی یکی از خطوط مهم در درمان افراد مبتلا به بیماری ام‌اس در نظر گرفته شود. یکی از مداخلاتی که می‌تواند باعث کاهش اثرات استرس گردد، تقویت

References:

1. Seligman MA, Rozenhan DA. Abnormal Psychology. 7nd. Tehran: Savalan Press; 2007. (Persian).
2. Motl RW, McAuley E, Snook EM, Gliottoni RC. Physical activity and quality of life in multiple sclerosis: intermediary roles of disability, fatigue, mood, pain, self-efficacy and social support. Psychol Health Med 2009;14(1):111-24.
3. Haussleiter IS, Brüne M, Juckel G. Psychopathology in multiple sclerosis: diagnosis, prevalence and treatment. Ther Adv Neurol Disord 2009;2(1):13-29.
4. Confavreux C, Vukusic S. The clinical epidemiology of multiple sclerosis. Neuroimaging Clin N Am 2008;18(4):589-622, ix - x.
5. Fava GA. The concept of psychosomatic disorder. Psychother Psychosom 1992;58(1):1-12.
6. Kadivar H, Tabari A. General Knowledge of Cancer and Treatment for all cancers. Tehran; Alnabi; 2012. (persian)
7. Capitanio JP. Personality and disease. Brain Behav Immun 2008;22(5):647-50.
8. Schultz DE, Schultz SA. Theories of Personality. Tehran: Arasbaran Publications; 2002.
9. Garousi Farshi MT. Personality evaluation. 1st ed. Tabriz; 2001. (Persian).
10. Ahadi B. Relationship between personality and marital satisfaction. J Contemporary Psychol 2007; 2(2): 31-6. (Persian)
11. Smith TW. Personality as risk and resilience in physical health. Current directions in psychological science 2006;15(5):227-31.
12. Aalami M, Farahani MN. Comparison between five major factors of personality and Locus of control in MS patients and healthy people. J Birjand Univ Med Sci 2004; 12,1-2, 6-14. (persian)
13. 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.
14. Merkelbach S, König J, Sittinger H. Personality traits in multiple sclerosis (MS) patients with and without fatigue experience. Acta Neurol Scand 2003;107(3):195-201.
15. Bruce JM, Lynch SG. Personality traits in multiple sclerosis: association with mood and anxiety disorders. J Psychosom Res 2011;70(5):479-85.
16. Englert J J. Understanding Personality in Multiple Sclerosis Using a Five-Factor Model Approach: ProQuest; 2008.
17. 1. Johnson SJ, Batey M, Holdsworth L. Personality and health: The mediating role of trait

- emotional intelligence and work locus of control. Pers Indiv Differ 2009;47(5):470–5.
18. Bar-On R. The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). Psicothema 2006;18 Suppl:13–25.
 19. Pellitteri J. The relationship between emotional intelligence and ego defense mechanisms. J Psychol 2002;136(2):182–94.
 20. Ciarrochi J, Chan Amy YC, Bajgar J. Measuring emotional intelligence in adolescents. Pers Indiv Differ 2001; 31(7), 1105-19.
 21. Besharat MA, Berati N, Lotfi J. Relation styles of coping with stress and Levels of psychological in MS patients. J Med Sci Univ Health Services 2008;32(1): 27-35. (persian)
 22. Sepehrian F. Emotional Intelligence of (IQ, EQ, SD). Tehran: Jahad daneshgahi;2007. (Persian).
 23. Brizendan L. Thinking woman.Translate: firozeh sepehrian. Tehran: Farhang. 2011. (Persian)

COMPARISON OF PERSONALITY TRAITS AND EMOTIONAL INTELLIGENCE IN FEMALE AND MALE PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Asieh Hossienzad^{1*}, Sara Alizadeh², Ali Khademi³, Arash Mosarezaie Moqaddam⁴

Received: 28 Nov, 2014; Accepted: 25 Jan, 2015

Abstract

Background & Aims: Multiple Sclerosis (MS) is the most common neurological disease in young adults which has made problems for young adults and also made them to be independent in their life. Clinical studies show that everyday life stress gradually can affect the activity of various body systems as well as immune system and also can damage and disturbed it. The objective of the current study was to compare the personality traits and emotional intelligence in female and male patients with multiple sclerosis.

Materials & Methods: This descriptive and comparative study was conducted on 150 MS patients (58 men and 92 female) who referred to MS Society and Imam Khomeini Hospital in Urmia city. The tools for collecting the data were Emotional Bar on Intelligence Questionnaire and Short Personality Inventory (NEO - FFI – R). For analyzing the data, the statistical methods including means, standard deviation and T-test were used.

Results: There was a significant difference between the five factor personality traits among men and women. There also was a significant difference between men and women considering emotional intelligence, responsibility, empathy, flexibility, stress tolerance, and problem solving.

Conclusions: Medical treatment along with the psychological counseling and training emotional intelligence and Cognitive behavioral therapy are also suggested.

Keywords: Components of emotional intelligence, Personality factors, Multiple sclerosis

Address: Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

Tel: +98 4433440094

Email: Marziye_hossienzad@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2015; 26(1): 91 ISSN: 1027-3727

¹. Master in Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran (Corresponding Author)

² Master in Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

³. Psychology group, Islamic Azad University, Urmia Branch, Urmia, Iran

⁴. Neurologist, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran