

رابطه‌ی مؤلفه‌های هوش هیجانی و ویژگی‌های شخصیتی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

آسیه حسین‌زاد^۱، علی خادمی^{۲*}، آرش موسی‌الرضایی‌اقدم^۳

تاریخ دریافت 1392/07/28 تاریخ پذیرش 1392/10/18

چکیده

پیش زمینه و هدف: مولتیپل اسکلروزیس شایع‌ترین بیماری پیش‌رونده عصبی در افراد جوان می‌باشد که عوارض و مشکلات فراوانی برای بیماران ایجاد نموده و آن‌ها را به سوی ناتوانی و وابستگی در زندگی سوق می‌دهد. یافته‌های بالینی نشان می‌دهند که فشار روانی ناشی از رویدادهای روزمره زندگی به تدریج فعالیت سیستم‌های مختلف بدن از جمله 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 با هدف بررسی رابطه میان مؤلفه‌های هوش هیجانی با پنج عامل شخصیت در مبتلایان به (ام.اس) انجام شده است.

مواد و روش کار: روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. نمونه آماری شامل ۱۵۰ نفر (۵۸ مرد و ۹۲ زن) از بیماران مبتلا به ام.اس مراجعه کننده به انجمن حمایت از بیماران ام.اس و درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی بیمارستان امام خمینی شهرستان ارومیه بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های هوش هیجانی بار - آن، و پرسشنامه شخصیتی نفورم کوتاه بود که بر روی بیماران اجرا شد. برای تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌ها و روش‌های آماری شامل میانگین، انحراف معیار، آزمون آماری T، ضرایب همبستگی و رگرسیون چند متغیره استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیلی داده‌ها نشان داد که بین مؤلفه‌های هوش هیجانی با پنج عامل شخصیت در بیماران مبتلا به ام.اس رابطه معنی‌دار وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: بین مؤلفه‌های هوش هیجانی در پنج مؤلفه‌ی مسئولیت‌پذیری، همدلی، انعطاف‌پذیری، تحمل فشار روانی و حل مسئله، بین بیماران زن و مرد تفاوت معنی‌دار وجود داشت و در پنج عامل شخصیت، تنها در بعد روان‌رنجوری بین بیماران زن و مرد تفاوت معنی‌دار بود. مشاوره، آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی و درمان‌های شناختی رفتاری علاوه بر درمان‌های دارویی به این بیماران پیشنهاد می‌شود.

کلمات کلیدی: مؤلفه‌های هوش هیجانی، پنج عامل شخصیت، بیماری مولتیپل اسکلروزیس

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره دوازدهم، ص ۱۰۳۵-۱۰۲۷، اسفند ۱۳۹۲

آدرس مکاتبه: تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات آذربایجان شرقی، تبریز، ایران، تلفن: ۰۴۱۱-۶۶۹۳۸۶۱

Email: dr-ali-khademi@yahoo.com

مقدمه

ام‌اس به طور معمول در طول دوران بلوغ زودرس و در سنین ۲۰ تا ۳۵ سالگی است. شیوع آن در زنان تقریباً دو برابر مردان می‌باشد (۲). علت بیماری ناشناخته است و درمان قطعی برای آن وجود ندارد (۳). کاهش قدرت حافظه کوتاه مدت، کاهش تمرکز و اختلال در استدلال، افسردگی از علائم این بیماری است. هیچ یک از افراد مبتلا به (ام‌اس) همه‌ی علائم فوق را یکجا نشان نخواهند داد و هر فرد در طول عمر خود در هر حمله بیماری تنها به یک یا چند مورد از موارد فوق مبتلا می‌شود که شدت آن نیز از خیلی ضعیف تا خیلی شدید متغیر خواهد بود (۴).

بیماری‌های مزمن در همه دوره‌های زندگی تأثیر گذار هستند، هر چند برخی از این بیماری‌ها تأثیر کمی بر کیفیت زندگی و بعد روانی اشخاص دارند ولی بیشتر آن‌ها اغلب به دلیل ناتوانی‌هایی که بر جای می‌گذارند تغییرات قابل توجهی در کیفیت زندگی و بعد روانی افراد ایجاد می‌کنند (۱). از جمله بیماری‌های مزمن، مولتیپل اسکلروزیس^۴ (ام‌اس) می‌باشد که غالباً جوانان در سنین اولیه زندگی به آن مبتلا می‌شوند. این بیماری بعد از ضربه دومین علت ناتوانی عصبی در سنین جوانی و میان‌سالی است. شروع بیماری

^۱ کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات آذربایجان غربی، ارومیه، ایران

^۲ استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات آذربایجان شرقی، تبریز، ایران (نویسنده مسوول)

^۳ استادیار گروه نورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

Multiple Sclerosis ۴

بخشید. بنا به تعریف بار - آن، هوش هیجانی در پنج حیطه دارای ۱۵ مؤلفه است:

حیطه درون فردی که شامل مؤلفه‌های خودآگاهی هیجانی، ابراز وجود، عزت نفس، استقلال و خود شکوفایی می‌باشد. حیطه بین فردی که شامل مؤلفه‌های همدلی، روابط بین فردی و مسئولیت پذیری، می‌باشد. حیطه سازگاری که شامل مؤلفه‌های حل مسئله، واقع گرایی، انعطاف پذیری می‌باشد. حیطه مدیریت استرس که شامل مؤلفه‌های تحمل فشار روانی و کنترل تکانه می‌باشد.

حیطه خلق عمومی که شامل مؤلفه‌های خوش‌بینی و خوشبختی می‌باشد (۱۳). هوش هیجانی با مدیریت استرس، خوش‌بینی، خلق مثبت، رفتارهای سالم، همدلی و رضایت از روابط بین فردی، رابطه مثبت و با آشفته‌گی روانی، استرس، افسردگی، علائم خستگی و ضعف رابطه منفی دارد (۱۴). ارزیابی شخصیت، یک ترکیب بالقوه با اهمیت از کار بالینی و تجربی با بیماران عصبی است. به دلیل اینکه تفاوت‌های فردی در شخصیت ممکن است با پیامد در متفاوت عصبی ارتباط داشته باشد و تغییرات سیستم عصبی مرکزی ممکن است باعث تغییر در شخصیت شود (۱۵). در مطالعه‌ای مشخص شد که افراد مبتلا به ام‌اس دارای تغییرات شخصیتی به ویژه آسیب‌دیدگی در بعد هیجانی باشند و طی مطالعه دیگری که در بیماران ام‌اس با استفاده از آزمون MMPI تفاوت قابل توجهی در ویژگی‌های شخصیت آن‌ها گزارش شده است (۱۶). پژوهشگران طی بررسی‌های خود در مورد ویژگی‌های شخصیت بیماری ام‌اس دریافتند ناهماهنگی‌های آشکاری در ویژگی شخصیتی آنان دیده می‌شود (۱۴). بندیکت^۱ و همکارانش (۱۶) پژوهش‌های دقیقی با ۴۴ بیماری ام‌اس اجرا کردند. همه آن‌ها مورد مصاحبه و تصویربرداری عصبی با استفاده از ام‌آر. آی قرار گرفتند. بافت مغزی از آن‌ها کشیده شد و چندین آزمون کلامی، یادگیری و شخصیت از آن‌ها گرفته شد. کاهش در برون‌گرایی (تمایل به خوش خلق 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 بدست آمد. آن‌ها شواهد کافی برای این ادعا دادند که تحلیل کورتیکال در ام‌اس با تأثیر نامطلوب بر شخصیت ارتباط دارد. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که نوروزگرایی (۳) و برون‌گرایی (۸) و گشودگی به تجربه (۱۷) و سازگاری (۱۶) و با وجدان بودن (۱۸)، با بیماری ام‌اس ارتباط

محققان اذعان می‌دارند که میلیون زدایی فیبرهای عصبی نه تنها به کارکرد سیستم حسی و حرکتی اثر می‌گذارد، بلکه ممکن است موجب بروز بیماری‌ها و علائم آسیب شناختی روانی شود (۵). موارد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد افسردگی، درماندگی، ناامیدی و رویدادهای تنش‌زای زندگی با تغییر سیستم ایمنی در افراد موجب بیماری می‌شوند (۶). از جمله علائمی که باعث تشدید در روند بیماری (ام‌اس) می‌گردد، استرس، ناراحتی و فشار و هیجانات روحی می‌باشد، به طوری که نقش کاهش استرس در بیماران به اندازه نقش دارو تأکید شده است (۷). سیستم ایمنی نظامی مستقل و مجزا نیست و اعمال آن تا حد زیادی تحت تأثیر نگرش‌های فرد، هیجانات و دیگر ویژگی‌های شخصیتی و همین‌طور تعامل موجود زنده و محیط قرار می‌گیرد (۸). ویژگی‌های شخصیتی شامل جنبه‌های مختلفی است که هر یک از این جنبه‌ها ممکن است نسبت به جنبه‌های دیگر در پاسخ به موقعیت‌ها مهم باشند (۹). در تعریف آلپورت^۱ از شخصیت، مقصود آلپورت از اصطلاح روانی جسمانی آن است که شخصیت از ذهن و بدن تشکیل شده که با هم به صورت یک واحد یکپارچه کار می‌کنند، شخصیت نه تماماً ذهنی و نه تماماً زیستی است (۱۰). کاستا^۲ 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 (۱۱). بر اساس این مدل پنج عامل (روان رنجوری، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، سازگاری، با وجدان بودن) در مجموع دارای ۳۰ وجه یا صفت می‌باشند که امکان ارزیابی جامعی از شخصیت را فراهم می‌کنند (۱۲). هوش هیجانی، افزون بر اثر مستقیمی که بر سلامت دارد، واسطه شخصیت و سلامت نیز هستند. از نظر بار - آن^۳، 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 (۴). او 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 در مجموع 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

1. Alport
2. Casta
3. bar on

¹Bendict

معنی‌داری دارد. بر این اساس فرضیه‌های زیر تدوین و مورد بررسی قرار گرفت.

۱. بین مؤلفه‌های هوش هیجانی با پنج عامل شخصیت در بیماران مبتلا به ام‌اس رابطه معنی‌دار است.

مواد و روش کار

جامعه و نمونه آماری:

طرح کلی این پژوهش از منظر شیوه گرد آوری داده‌ها جزء مطالعات توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به ام‌اس شهر ارومیه بودند. برای محاسبه حجم نمونه از جدول مورگان استفاده شده است. با توجه به این جدول نمونه آماری ۲۱۷ نفر می‌شد که نمونه نهایی مورد بررسی در این پژوهش به ۱۵۰ نفر (۵۸ مرد - ۹۲ زن) کاهش یافت. که به صورت روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. 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 درمانگاه امام خمینی و در انجمن توسط کادر آن به صورت 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. جهت تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری همبستگی، آزمون T و رگرسیون چند متغیره استفاده شد.

ابزارهای اندازه‌گیری:

الف). پرسشنامه شخصیتی NEO-FFI: این پرسشنامه پنج عاملی اصلی شخصیت و شش خصوصیت در هر عامل را می‌سنجد. این دو جنبه یعنی پنج عامل اصلی و ۳۰ رویه آن ارزیابی جامعی از شخصیت بزرگسال ارائه می‌دهد. این تست دارای دو فرم می‌باشد. فرم S برای گزارش‌های شخصی و فرم R برای درجه بندی‌های مشاهده گر می‌باشد. فرم S دارای ۲۴۰ سؤال پنج درجه‌ای است که توسط خود افراد درجه بندی می‌شود و مناسب مردان و زنان در تمام سنین می‌باشد و فرم R نیز دارای همان ۲۴۰ سؤال بوده و با ضمیر سوم شخص شروع می‌شود و برای درجه بندی افراد توسط همسر، همسال و کارشناسان به کار می‌رود. این تست فرم دیگری به نام NEO-FFI دارد که یک پرسشنامه ۶۰ سؤالی است و برای ارزیابی پنج عامل اصلی (روان‌رنجوری، برونگرایی، گشودگی به تجربه، سازگاری، با وجدان بودن) به کار می‌رود. مدل این پرسشنامه در ایران توسط دکتر گروسی فرشی به زبان فارسی ترجمه و بر روی دانشجویان هنجاریابی شده است. مقیاس‌های NEO PI-R و NEO - FFI تقریباً صفحات نرمال را در توزیع طبیعی اندازه می‌گیرند.

پرسشنامه NEO-FFI به چندین زبان مختلف ترجمه شده و اعتبار و پایایی آن در کشورهای مختلف تأیید شده است. این پرسشنامه یکی از ابزارهای سنجش مدل پنج عاملی است که برای مقیاس‌های آن، از ۰/۸۶ تا ۰/۹ و دامنه ضریب همسانی درونی آن ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ گزارش شده است (۱۹). شارون ضریب پایایی ۰/۸۶ برای روان رنجوری، ۰/۷۷ برون‌گرایی، ۰/۷۲ انعطاف‌پذیری، ۰/۶۸ دل‌پذیری و ۰/۸۱ با وجدان بودن را گزارش کرده‌اند. آلفای کرونباخ به دست آمده توسط وی بدین ترتیب است: $N = 0.74$, $E = 0.86$, $A = 0.89$, $O = 0.76$ و $C = 0.60$ در ایران نیز ضریب پایایی بدست آمده برای عوامل N, E, A, O, C به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۵، ۰/۸۰، ۰/۷۹ و ۰/۷۹ بوده است (۱۹).

پرسشنامه هوش هیجانی بار - آن: 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 پرسشنامه در مقایسه با سایر پرسشنامه‌های خود گزارش دهی نسبتاً خلاصه‌تر است. علاوه بر این نخستین پرسشنامه‌ای است که به طور تجربی در مورد هوش هیجانی ساخته شده و در دسترس می‌باشد (۲۰). این پرسشنامه بر روی دانشجویان ایرانی نرم شده و به ۹۰ عبارت کاهش یافته است. مقیاس‌های آزمون عبارتند 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 (۲۰). پاسخ‌های آزمون بر مقیاس پنج درجه‌ای در طیف لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، تا حدودی، مخالفم، کاملاً مخالفم) تنظیم شده است. نمره‌گذاری از پنج به یک (کاملاً موافقم، ۵ و کاملاً مخالفم، ۱) و در بعضی ماده‌ها با محتوای منفی یا معکوس از یک به پنج (کاملاً مخالفم، ۵ و کاملاً موافقم، 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. از آنجایی که شیوه نمره‌گذاری شبیه به مقیاس هوش شناختی است، اصطلاح بهره هیجانی توسط بار - آن در اوایل سال ۱۹۸۰ برای شرح این دیدگاه مشابه ابداع گردید. کسب امتیاز بیشتر در این آزمون، نشانگر موفقیت برتر فرد در مقیاس مورد نظر یا در کل آزمون می‌باشد و امتیاز کم برعکس تفسیر می‌شود. بدین معنا که نمرات بالای میانگین در هوش هیجانی، نشان دهنده شخصی است که به طور بالقوه از لحاظ هیجانی و اجتماعی دارای عملکرد مؤثر است. از طرف دیگر نمرات پایین

همسانی درونی پرسشنامه را $0/76$ و شمس آبادی ضریب آلفا را در دامنه‌ای بین $0/55$ (همدلی) تا $0/83$ (کنترل تکانه) با میانگین $0/7$ گزارش کرده‌اند ($19,20$). ضریب پایایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ برای دانشجویان دختر $0/68$ ، برای پسران $0/74$ و برای کل $0/93$ ، همچنین پایایی به روش زوج و فرد $0/88$ به دست آمد. از آن جا که پرسشنامه مذکور بارها مورد استفاده قرار گرفته است، روایی آن‌ها تأیید می‌گردد.

نشان دهنده ناتوانی برای موفقیت در زندگی و احتمال وجود مشکلات رفتاری، هیجانی و اجتماعی می‌باشد (21). اعتبار و پایایی پرسشنامه هوش هیجانی بار - اندر تحقیق بار - ان، ضریب باز آزمایی پس از یک ماه $0/85$ و بعد از 4 ماه $0/75$ گزارش شده است. در بررسی دیگری ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ در هفت نمونه از جمعیت‌های مختلف برای خرده مقیاس‌ها بین $0/69$ (مسئولیت‌پذیری) تا $0/86$ (حرمت نفس) با میانگین $0/76$ به دست آمد (21). در ایران نیز زارع میانگین کل

یافته‌ها

جدول (۱): همبستگی پنج عامل شخصیت و مؤلفه‌های هوش هیجانی

		همبستگی				
		حل مسئله	خوشبختی	استقلال	تحمل فشار روانی	خودشکوفایی
	همبستگی پیرسون	-.221	-.152	-.445	-.366	-.301
روان رنجوری	سطح معنی‌داری	.007	.064	.000	.000	.000
	تعداد	150	150	150	150	150
	همبستگی پیرسون	.067	.242	.235	.265	.235
برونگرایی	سطح معنی‌داری	.415	.003	.004	.001	.004
	تعداد	150	150	150	150	150
	همبستگی پیرسون	.299	.364	.329	.254	.290
گشودگی به تجربه	سطح معنی‌داری	.000	.000	.000	.002	.000
	تعداد	150	150	150	150	150
	همبستگی پیرسون	.265	.274	.121	.160	.304
سازگاری	سطح معنی‌داری	.001	.001	.140	.051	.000
	تعداد	150	150	150	150	150
	همبستگی پیرسون	.206	.146	.123	.082	.171
باوجدان بودن	سطح معنی‌داری	.011	.075	.135	.320	.036
	تعداد	150	150	150	150	150

ج

دول (۲): همبستگی پنج عامل شخصیت و مؤلفه‌های هوش هیجانی.

		همبستگی				
		خودآگاهی	واقع‌گرایی	روابط بین فردی	خوش‌بینی	عزت نفس
روان رنجوری	همبستگی پیرسون	-.177	-.308	-.018	-.166	-.299
	سطح معنی‌داری	.030	.000	.828	.043	.000
	تعداد	150	150	150	150	150
برونگرایی	همبستگی پیرسون	.151	.145	.337	.284	.356
	سطح معنی‌داری	.065	.076	.000	.000	.000
	تعداد	150	150	150	150	150
گشودگی به تجربه	همبستگی پیرسون	.333	.383	.284	.385	.371
	سطح معنی‌داری	.000	.000	.000	.000	.000
	تعداد	150	150	150	150	150
سازگاری	همبستگی پیرسون	.125	.364	.311	.283	.374
	سطح معنی‌داری	.126	.000	.000	.000	.000
	تعداد	150	150	150	150	150
باوجدان بودن	همبستگی پیرسون	.185	.182	.130	.185	.196
	سطح معنی‌داری	.023	.026	.112	.023	.016
	تعداد	150	150	150	150	150

جدول (۳): همبستگی پنج عامل شخصیت و مؤلفه‌های هوش هیجانی

		همبستگی				
		کنترل تکانه	انعطاف‌پذیری	مسئولیت‌پذیری	همدلی	خود ابرازی
روان رنجوری	همبستگی پیرسون	-.191	-.170	-.024	.052	-.160
	سطح معنی‌داری	.019	.038	.771	.527	.050
	تعداد	150	150	150	150	150
برونگرایی	همبستگی پیرسون	-.053	.173	.267	.225	-.004
	سطح معنی‌داری	.520	.035	.001	.006	.962
	تعداد	150	150	150	150	150
گشودگی به تجربه	همبستگی پیرسون	.032	.200	.305	.267	.268
	سطح معنی‌داری	.700	.014	.000	.001	.001
	تعداد	150	150	150	150	150
سازگاری	همبستگی پیرسون	.234	.223	.391	.164	.007
	سطح معنی‌داری	.004	.006	.000	.046	.937
	تعداد	150	150	150	150	150
باوجدان بودن	همبستگی پیرسون	.194	.149	.149	.106	.076
	سطح معنی‌داری	.017	.069	.069	.195	.356
	تعداد	150	150	150	150	150

بیشترین رابطه‌ی آن نیز با استقلال و کم‌ترین رابطه‌ی آن از بین مؤلفه‌هایی که با آن‌ها ارتباط معنی‌دار دارد با مؤلفه‌ی خود ابرازی می‌باشد. البته لازم به ذکر است که این ارتباط‌ها معکوسند. برون

یافته‌ها حاکی از آن است که روان رنجوری با خوشبختی، روابط فردی، مسئولیت‌پذیری و همدلی ارتباط معنی‌دار ندارد ولی ارتباط آن با سایر مؤلفه‌های هوش هیجانی معنی‌دار است.

از بین مؤلفه‌هایی که با آن‌ها ارتباط معنی‌دار دارد با مؤلفه‌ی همدلی می‌باشد. ارتباط بعد سازگاری با تمامی مؤلفه‌های هوش هیجانی مستقیم است. با وجدان بودن با مؤلفه‌های حل مسئله، خود شکوفایی، خودآگاهی، واقع‌گرایی، خوش‌بینی، عزت نفس و کنترل تکانش دارای ضریب همبستگی پیرسون معنی‌دار می‌باشد، یعنی با بیش از مؤلفه‌های هوش هیجانی رابطه‌ی معنی‌داری ندارد. بیشترین رابطه‌ی آن نیز با حل مسئله با ضریب ۰.۲۰۶ و کم‌ترین رابطه‌ی آن از بین مؤلفه‌هایی که با آن‌ها ارتباط معنی‌دار دارد با مؤلفه‌ی خود شکوفایی با ضریب ۰.۱۷۱ می‌باشد. البته لازم به ذکر است که این ارتباطها مستقیم هستند. با توجه به مشخص شدن مؤلفه‌هایی از هوش هیجانی که با ابعاد مختلف شخصیت ارتباط معنی‌داری دارند می‌توان پیش‌بینی هر کدام را روی هوش هیجانی با استفاده از رابطه‌ی رگرسیونی تعیین کرد.

گرایی با حل مسئله، خودآگاهی، واقع‌گرایی، کنترل تکانش و خود ابزاری رابطه معنی‌دار ندارد ولی ارتباط آن با سایر مؤلفه‌های هوش هیجانی معنی‌دار است. بیشترین رابطه‌ی آن نیز با عزت نفس و کم‌ترین رابطه‌ی آن از بین مؤلفه‌هایی که با آن‌ها ارتباط معنی‌دار دارد با مؤلفه‌ی انعطاف پذیری می‌باشد. گشودگی به تجربه تنها با کنترل تکانش همبستگی معنی‌دار ندارد ولی ارتباط آن با سایر مؤلفه‌های هوش هیجانی معنی‌دار است. بیشترین رابطه‌ی آن نیز با خوش‌بینی و کم‌ترین رابطه‌ی آن از بین مؤلفه‌هایی که با آن‌ها ارتباط معنی‌دار دارد با مؤلفه‌ی انعطاف پذیری می‌باشد. همچنین با توجه به اینکه همبستگی آن با تمامی مؤلفه‌های هوش هیجانی مثبت رابطه‌ی مستقیمی با این مؤلفه‌ها دارد. سازگاری با استقلال، تحمل فشار، خودآگاهی و خود ابزاری رابطه معنی‌دار ندارد ولی همبستگی آن با سایر مؤلفه‌های هوش هیجانی معنی‌دار است. بیشترین رابطه‌ی آن نیز با مسئولیت پذیری و کم‌ترین رابطه‌ی آن

جدول (۴)

مدل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	R	R ²	خطای استاندارد
رگرسیون	۳۱۵۵۰.۷۹۸	۱۶	۱۹۷۱.۹۲۵	۱.۸۸۳	۰.۲۷	.۴۳۰	.۱۸۵	۳۲.۳۶۰۲۲
باقی‌مانده	۱۳۹۲۷۵.۴۷۵	۱۳۳	۱۰۴۷.۱۸۴					
کل	۱۷۰۸۲۶.۲۷۳	۱۴۹						

با توجه به جدول (۴)، داده‌ها نشان می‌دهد که در مجموع میزان ($R^2=۱۸۵$) می‌تواند ۱۸ درصد از میزان واریانس را پیش‌بینی نماید.

جدول (۵)

متغیر	B	SEB	β	T	سطح معنی‌داری
ثابت	۴۱.۲۶۸	۳۳.۷۸۰		۱.۲۲۲	.۲۲۴
حل مسئله	.۸۵۷	۱.۳۱۵	.۰۷۲	.۶۵۲	.۵۱۶
استقلال	-.۰۹۶	۱.۲۰۳	-.۰۱۰	-.۰۸۰	.۹۳۷
تحمل فشار روانی	-۲.۷۰۰	۱.۱۲۵	-.۳۲۳	-۲.۳۹۹	.۰۱۸
خودشکوفایی	-۱.۰۱۰	۱.۲۲۰	-.۱۲۸	-.۸۲۸	.۴۰۹
خودآگاهی	۱.۱۱۹	۱.۲۷۲	.۱۰۸	.۸۸۰	.۳۸۱
واقع‌گرایی	.۵۸۲	۱.۰۱۲	.۰۶۹	.۵۷۵	.۵۶۶
خوش‌بینی	۱.۸۲۳	۱.۲۸۰	.۲۰۷	۱.۴۲۵	.۱۵۷
عزت نفس	.۸۵۳	۱.۲۹۰	.۱۰۵	.۶۶۱	.۵۱۰
کنترل تکانه	۱.۲۳۲	.۷۲۷	.۱۶۷	۱.۶۹۳	.۰۹۳
انعطاف‌پذیری	.۴۱۰	.۸۴۲	.۰۵۰	.۴۸۷	.۶۲۷
خود ابزاری	-۱.۳۲۲	۱.۱۰۱	-.۱۵۵	-۱.۲۰۱	.۲۳۲
مسئولیت‌پذیری	.۸۷۳	۱.۳۰۳	.۰۷۷	.۶۷۰	.۵۰۴
روابط بین فردی	.۰۵۹	۱.۰۹۸	.۰۰۷	.۰۵۳	.۹۵۷
هوش هیجانی	.۱۶۵	.۳۴۵	.۱۷۹	.۴۷۷	.۶۳۴
همدلی	-۱.۲۷۵	۱.۴۱۲	-.۱۲۶	-.۹۰۳	.۳۶۸
خوشبختی	.۹۵۱	.۸۹۶	.۱۲۶	۱.۰۶۱	.۲۹۱

با توجه به نتایج جدول (۵)، استقلال پیش‌بینی‌کنندگی بر روان رنجوری دارد و نیز هیچ‌کدام از مؤلفه‌ها پیش‌بینی‌کننده بر برون‌گرایی ندارند. هم‌چنین خوش‌بختی و خوش‌بینی، پیش‌بینی‌کنندگی بر عامل گشودگی به تجربه، کنترل تکانش و مسئولیت‌پذیری، پیش‌بینی‌کنندگی بر سازگاری و حل مسئله و واقع‌گرایی پیش‌بینی‌کنندگی بر با وجدان بودن دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

مولتیپل اسکروزیس از جمله اختلالات ناتوان‌کننده عصبی در بالغین مخصوصاً جوانان می‌باشد. سیر بالینی این اختلال از یک بیماری خوش‌خیم و فاقد علائم شدید تا یک بیماری پیش‌رونده و ناتوان‌کننده متفاوت است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ویژگی‌های شخصیتی از جمله روان رنجور خویی، گشودگی به تجربه، با وجدان بودن، برون‌گرایی و سازگاری با مؤلفه‌های هوش هیجانی مثل 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 رابطه معنی‌دار وجود دارد. این داده‌ها با نتایج پژوهش‌های قبلی از جمله میکس باخ^۱ و همکاران (۳)، اینگلرت^۲ (۱۷)، بندیکت و همکاران (۱۶)، خلخالی و همکاران (۲۱) آستین، سالکوفسک و اگان^۳ (۲۳) در بیماران مبتلا به ام‌اس همسو 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 طبقه بندی شده‌اند هم در علت شناسی و هم در پیشرفت بیماری ام‌اس مؤثرند. مطالعه‌ای که توسط بندیکت و همکاران (۱۶) انجام شد مشخص کرد که افراد مبتلا به ام‌اس دارای تغییرات شخصیتی به ویژه آسیب‌دیدگی در بعد هیجانی هستند. بنابراین می‌توان ادعان نمود که بیماران مبتلا به ام‌اس به دلیل گرفتار شدن به بیماری مزمن و غیر قابل 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 کوتاه مدت 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 می‌کنند. 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. همچنین پیشنهاد می‌شود که متغیرهای دیگر (مثل سبک‌های مقابله‌ای، طرح‌واره‌های ناکارآمد، سبک‌های دلبستگی، سبک‌های فرزندپروری که احتمالاً در بروز بیماری مولتیپل اسکروزیس نقش دارند) مورد بررسی قرار گیرند.

با توجه به نقش مدیریت استرس در بیماری ام‌اس به نظر می‌رسد کاهش منابع استرس به کمک درمان‌های حمایتی از یک سو 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 سیستم‌های حمایت اجتماعی فرد از طریق تشویق این بیماران در عضویت در انجمن‌هایی نظیر انجمن ام‌اس و شرکت در جلسه‌های گروه درمانی، خانواده درمانی و آموزش مهارت‌های ارتباطی به این بیماران است. همچنین با توجه به بالا بودن عامل شخصیتی روان رنجوری در این بیماران که در این پژوهش مورد بررسی 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.

تشکر و قدردانی

در این جا دارد از تمامی کسانی که در تهیه و تدارک این پایان نامه مرا یاری نمودند، به‌خصوص از زحمات بی‌شائبه استاد بزرگوار جناب آقای دکتر علی خادمی که نه تنها در تهیه این پایان نامه، بلکه در تمامی دوران تحصیلی همواره یاریگر بنده در طی طریق علم و دانش بنده بوده‌اند، تقدیر و تشکر نمایم. هم‌چنین تشکر فراوان دارم از استاد گران‌قدر، آقای دکتر موسی‌الرضایی که در مقام استاد مشاور پایان نامه اینجانب از هیچ تلاشی دریغ نفرمودند.

¹ Mekelbach

² Engler

³ Austin, saklofske & Egan

References:

1. Seligman MA, Rozenhan DA. Abnormal Psychology. 7nd. Tehran. Savalan Press; 2007. (Persian)
2. Soltanzadeh, A. brain and nerve and muscle diseases. Tehran: Jafari publication; 2004. (Persian)
3. Mekelbach S, Konig J, Sittinger H. Personality trait in Multiple Sclerosis patients with and without patigue experience. Acta Neurological Scandin Avica 2003; 107 (3): 195-201.
4. Miller DH, leary SM. Primary progressive multiple sclerosis. Lancet Nuerol 2007; (6): 903-12.
5. Haussleiter IS, Brüne M, Juckel G. Psychopathology in multiple sclerosis: diagnosis, prevalence and treatment. Ther Adv Neurol Disord 2009;2(1):13-29.
6. Smeltzer SCO. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical. Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
7. Khalkhaali MR. Report a case of multiple sclerosis with the mood and bi-polar disorders systems. J Guilan Univ Med Sci 2002; 11(4):11-21. (Persian)
8. Bol Y, Duits AA, Hupperts RMM, Vlaeyen JWS, Verhey FRJ. The psychology of fatigue in patients with multiple sclerosis: A review. J Psychosom Res 2009; 66: 3-11.
9. Capitanio JP. Personality disease. Brain behar Immun 2008; 22(5): 467-750.
10. Schultz DE, Schultz SA. Theories of Personality. Tehran: Arasbaran Publications: 2002.
11. GarousiFarshi MT. Personality evaluation. 1nd. Tabriz: Tabriz Press; 2001. (Persian)
12. Ahadi b. Relationship between personality and marital satisfaction. J Contemporary Psychol 2007; 2(2): 31-6. (Persian)
13. Haussleiter IS, Brüne M, Juckel G. Psychopathology in multiple sclerosis: diagnosis, prevalence and treatment. Ther Adv Neurol Disord 2009;2(1):13-29.
14. Penner I-K, 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.
15. Schultz DE. Theories of Personality. Tehran: Arasbaran Publications; 2010.
16. 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.
17. Englert JJ. Understanding in multiple sclerosis using a Fire Factor model approach; 2008.
18. Korostil M, Feinstein A. Anxiety disorders and their clinical correlates in multiple sclerosis patients. Mult Scler 2007;13(1):67-72.
19. GarousiFarshi MT. Personality evaluation. 1nd. Tabriz: Tabriz Press; 2001. (Persian)
20. Sepehrian, F, Emotional Intelligence, from IQ to EQ & SQ. Urmia: Jahad-e-Daneshgahi publication; 2008. (Persian)
21. Khalkhaali MR. Report a case of multiple sclerosis with the mood and bi-polar disorders systems. J Guilan Univ Med Sci 2002; 11(4): 36-41. (Persian)
22. _Fredrikson N, Petdids K. Emotional Intelligence. J conseling develop 2010; 12: 57-68.
23. Austin EJ, saklofske DH, Egan V. Personality, well – being and health correlates of trait emotional intelligence. Pers Individ Dif 2005; 38: 547-58.

THE RELATIONSHIP BETWEEN EMOTIONAL INTELLIGENCE AND PERSONALITY FACTORS IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS (M.S.)

Asieh Hossienzad¹, Ali Khademi^{2*}, Arash Mosarrezaii Aghdam³

Received: 20 Oct, 2013; Accepted: 8 Jan, 2014

Abstract

Background & Aims: Multiple Sclerosis is the most common extensive neurological disease in young adults. Side effects and complications of the disease will lead to disability and dependency in life. Clinical results show that daily stressful events affect patient's immune system and weaken and corrupt it. Various factors can reinforce or undermine these effects. This study aimed to investigate the relationship between emotional intelligence and personality factors in MS patients.

Materials & Methods: The method of this study was correlative. The sample consisted of 150 patients (58 men and 92 women) of Association of MS patient support who referred to specialty and subspecialty clinics at Imam Khomeini Hospital in Urmia city; the sampling method was accessible sampling. Emotional Bar-on Intelligence Questionnaire and Personality Inventory form (NEO - FFI-R) were research tools which was administered to patients. Statistical parameters including mean, standard deviation, T-test, correlation and regression coefficients of Multivariate were used for the analysis of the data.

Results: The results suggested that the components of emotional intelligence and personality factors had a significant relationship in patients with MS.

Conclusions: There is a significant difference between male and female patients in the components of the emotional intelligence including responsibility, empathy, flexibility, stress tolerance, and solving problems. Among the five factor of personality, there were significant differences between males and females only in neuroticism aspect. Counseling, training the components of emotional intelligence and cognitive-behavioral treatment in addition to pharmacologic therapy were suggested for these patients.

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

Address: Tabriz, East Azerbaijan, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran Tel:+98 411 6693861
Email: S_asadnia@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2014; 24(12): 1035 ISSN: 1027-3727

¹ Department of Psychology, Science & Research Branch, Islamic Azad University, West Azarbaijan, Iran

² Department of Psychology, Science & Research Branch, Islamic Azad University, East Azarbaijan, Iran, (Corresponding Author)

³ Assistant Professor of Neurology, Urmia University of Medical Sciences