

## رابطه رگه‌های شخصیت و راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

شیرزاد کناربروژی<sup>۱</sup>، رحیم شبانی<sup>۲</sup>، آرش موسی‌الرضائی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۴/۰۶/۲۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹۴/۰۸/۳۰

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** بیماری مولتیپل اسکلروزیس، بیماری مزمن و پیش‌رونده سیستم اعصاب مرکزی است که کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این پژوهش باهدف بررسی ارتباط راهبردهای مقابله‌ای و رگه‌های شخصیت با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل همه بیماران ام‌اس دارای تحصیلات متوسطه و بالاتر بود که تحت پوشش انجمن ام‌اس استان آذربایجان غربی قرار داشتند. ۱۲۰ بیمار ام‌اس (۵۱ مرد و ۶۹ زن) به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه شخصیت گلدبرگ، مقیاس کیفیت زندگی (QOL) و پرسشنامه سبک‌های مقابله (CSQ) استفاده شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS-20 و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که در بیماران ام‌اس، رابطه معنی‌داری بین روان رنجورخویی (به‌طور منفی)، برون‌گرایی، گشودگی، وظیفه‌گرایی و مقابله مسئله مدار (به‌طور مثبت) با کیفیت زندگی آنان وجود دارد. همچنین رگرسیون گام‌به‌گام نشان داد که سه‌رگه روان رنجورخویی، گشودگی و وظیفه‌گرایی می‌توانند حدود ۴۰ درصد واریانس کیفیت زندگی بیماران را پیش‌بینی کنند.

**نتیجه‌گیری:** رگه‌های شخصیتی بیماران ام‌اس کیفیت زندگی آنان را پیش‌بینی می‌کند و مقابله مسئله مدار، کیفیت زندگی این بیماران را افزایش می‌دهد.

**کلیدواژه‌ها:** رگه‌های شخصیت، راهبردهای مقابله‌ای، کیفیت زندگی، مولتیپل اسکلروزیس

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و ششم، شماره دهم، ص ۸۸۰-۸۷۲ دی ۱۳۹۴

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه، تلفن ۰۹۱۴۳۴۸۹۶۷۲

Email: s.barozhi59@gmail.com

### مقدمه

کنونی خود با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و در رابطه با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های موردنظر فرد<sup>۱</sup> است (۸). کیفیت زندگی به شیوه‌ای پیچیده سلامت جسمی، وضعیت روانی، روابط اجتماعی، سطح استقلال و باورهای خود و همچنین تعاملات فرد با محیط را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۹). مطالعات قبلی نشان دادند که بین پارامترهای مختلف بالینی و کاهش کیفیت زندگی در بیماران ام‌اس رابطه وجود دارد (۷، ۱۰). در این میان ویژگی‌های شخصیتی به‌عنوان عوامل نسبتاً پایدار تفاوت‌های فردی و تأثیرگذار در افزایش یا کاهش کیفیت زندگی مطرح شدند. باوجود تعاریف متفاوت، شخصیت اغلب به " الگوی خاص افکار، احساسات، و رفتارهای که یک فرد را از دیگری متمایز

مولتیپل اسکلروزیس<sup>۱</sup> رایج‌ترین بیماری دمی‌لینه‌کننده سیستم عصبی مرکزی در بزرگسالان جوان است (۱، ۲). علائم این بیماری بر ابعاد مختلف زندگی تأثیر می‌گذارد (۳) و به مقدار زیادی با فعالیت‌های روزانه، خانوادگی، اجتماعی و زندگی کاری تداخل می‌کند؛ موجب مختل شدن بهزیستی هیجانی و کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۴). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (امروز عمدتاً کیفیت زندگی شناخته می‌شود) به‌طور فزاینده به‌عنوان معیاری برای ارزیابی ام‌اس به کار می‌رود. افراد مبتلا به ام‌اس در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معنی‌داری نمرات پایین‌تر در اندازه‌گیری کیفیت زندگی نشان دادند (۵-۷). کیفیت زندگی «ادراک فرد از موقعیت

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه (نویسنده مسوول)

<sup>۲</sup> عضو هیئت علمی دانشگاه فرهنگیان

<sup>۳</sup> استادیار گروه نورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

<sup>۱</sup>. Multiple sclerosis

تحت تأثیر این آسیب‌پذیری به استرس در افراد مبتلا به ام‌اس بسیار مهم است.

مقابله تلاش‌های کلی شناختی و رفتاری برای کاهش و یا تحمل خواسته‌های درونی یا بیرونی است که تهدیدکننده یا بیش‌ازحد توان منابع فردی هستند (۲۲). مقابله شامل دو بعد مسئله مدار در مقابل هیجان مدار و فعال در برابر اجتنابی است (۲۳). راهبردهای مسئله مدار تمرکز روی تغییر جنبه‌های محیط، و جستجوی راه‌حل برخورد با چالش‌ها بوده درحالی‌که راهبردهای هیجان مدار سعی در به حداقل رساندن تأثیر هیجانی استرس دارند (۲۴). گرچه مطالعات در مورد مقابله با ام‌اس به‌طور مداوم نشان می‌دهد که هیچ سبک مقابله خاصی ذاتاً بهتر نیست، تشویق افراد مبتلا به ام‌اس برای استفاده از راهبردهای مقابله مسئله مدار به احساسات بیشتری از خودکنترلی و سازگاری با این بیماری منجر می‌شود (۲۵،۲۶).

ایکنز و همکاران (۲۷) نشان دادند که بین راهبردهای مسئله مدار و کیفیت زندگی رابطه مثبتی وجود دارد؛ اما، برخی مطالعات دیگر، رابطه‌ای بین این عوامل نیافتند (۲۸). رتسپ و همکاران (۲۹) گزارش دادند که رابطه بین رگه‌های شخصیتی و انتخاب راهبردهای مقابله در افراد مبتلا به ام‌اس متفاوت از افراد سالم است. در حال حاضر در رابطه بین متغیرهای روان‌شناختی، رگه‌های شخصیتی و راهبردهای مقابله در ام‌اس اطلاعات کمی در دسترس است؛ با توجه به وسعت مشکلات روانی (افسردگی، اضطراب، استرس و خستگی و...) در بین افراد مبتلا به ام‌اس، یکی از اساسی‌ترین دل‌مشغولی‌های اغلب این بیماران و خانواده‌های آنان رسیدن به حد مطلوبی از کیفیت زندگی است. در مجموع با توجه به پژوهش‌های انجام‌شده و با در نظر گرفتن ارتباط تنگاتنگ عوامل روان‌شناختی و تأثیر آن‌ها در بروز یا تشدید علائم بیماری ام‌اس این پژوهش دارای اهمیت ویژه‌ای است. لذا پژوهش حاضر باهدف تعیین رابطه بین رگه‌های شخصیت و راهبردهای مقابله با کیفیت زندگی بیماران ام‌اس اجرا شد و درصدد پاسخگویی به سؤالات زیر بود: آیا بین هر یک از پنج رگه بزرگ شخصیت و راهبردهای مقابله با کیفیت زندگی در بیماران ام‌اس رابطه وجود دارد؟ آیا هر یک از پنج رگه شخصیت و راهبردهای مقابله‌ای می‌تواند کیفیت زندگی بیماران ام‌اس را پیش‌بینی کند؟

## مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل همه بیماران ام‌اس با تحصیلات متوسطه و بالاتر تحت پوشش انجمن ام‌اس استان آذربایجان غربی بود که حجم آن ۱۷۳۲ نفر ثبت نامی است. روش نمونه‌گیری این مطالعه به‌صورت

می‌کند و در طول زمان و شرایط همچنان تداوم دارد" تعریف می‌شود (۱۱). از آنجاکه رگه‌های شخصیتی در طول زمان نسبتاً ثابت و پیش‌بینی‌کننده رفتار هستند، برای شناختن بیشتر پاسخ شخصی بیماران از تجارب بیماری‌شان به کار می‌رود.

بسیاری از پژوهشگران فرض می‌کنند که پنج رگه اصلی شخصیت شامل برونگرایی، توافق‌پذیری، وظیفه‌گرایی، گشودگی، و روان‌رنجورخویی وجود دارد (۱۲). برونگرا اشاره به کسی دارد که بسیار با احساس و خونگرم است، درحالی‌که توافق‌پذیر توصیف کسی است که قابل‌اعتماد و اتکا است. وظیفه‌گرا کسی که خودگردان و منظم است، درحالی‌که فرد با گشودگی بالا کنجکاو است و به راحتی احساسات خود را به دیگران نشان می‌دهد. درنهایت، افراد با سطح بالایی از روان‌رنجورخویی گرایش و تمایل به جنبه منفی موقعیت‌ها دارند (۱۳). سطح بالای روان‌رنجورخویی با بهزیستی هیجانی و کیفیت زندگی ضعیف‌تر، شکایت جسمی بیشتر و پیامدهای روانی بدتر رابطه دارد (۱۴). علاوه بر این، توافق‌پذیری، گشودگی و وظیفه‌گرایی با کیفیت زندگی بهتر رابطه مثبتی دارد (۱۵). تیم‌های حرفه‌ای چند رشته‌ای کمک به بیماران ام‌اس بایستی ویژگی‌های فردی آن‌ها را در سازگاری با این شرایط مزمن و آسیب‌رساننده در نظر بگیرند. در حال حاضر، بسیاری از مطالعات به این واقعیت اشاره دارد که دیگر نمی‌توان نقش در حال ظهور شخصیت در علوم اعصاب بالینی را دست‌کم گرفت.

بیماران مبتلا به ام‌اس اغلب دلهره روزانه امکان عود بیماری را تجربه می‌کنند. آن‌ها حتی یک شیوه زندگی محتاطانه در پیش می‌گیرند زیرا نمی‌دانند که چه موقع عود جدید ممکن است رخ دهد؛ بنابراین، زندگی با ام‌اس برای بسیاری از بیماران می‌تواند به چالشی دشوار تبدیل شود (۱۶). افراد مبتلا به ام‌اس گزارش کردند که استرس روانی می‌تواند علائم بیماری‌شان را بدتر کند؛ و مطالعات نشان می‌دهد که تماس مزمن با طیف گسترده‌ای از حوادث سخت زندگی با بدتر شدن علائم عصبی شناسی در ام‌اس رابطه دارد. مطالعات فرا تحلیل رابطه محکمی بین حوادث استرس‌زا و وخامت پس‌از آن را نشان دادند (۱۷،۱۸). درحالی‌که قرار گرفتن در معرض حوادث استرس‌زا به‌طور بالقوه شایع است، هر کس با بدتر شدن علائم عصبی پاسخ می‌دهد. پاسخ به استرس فرآیندی پویا و بسیار شخصی است. رگه‌های شخصیتی ذاتی، تجربیات اولیه زندگی، آمادگی شناختی آموخته‌شده و عوامل بیولوژیکی، همه در ارزیابی فرد از حوادث بالقوه استرس‌زا تأثیر می‌گذارد (۱۹).

علاوه بر این، مطالعات نشان می‌دهد که تغییرات در فیزیولوژی استرس ممکن است در پاسخ به استرس توسط بیماران ام‌اس تأثیر بگذارد (۲۰،۲۱). با توجه به اینکه عملکرد سیستم‌های اصلی پاسخ به استرس بدن ممکن است در ام‌اس تغییر کند، شناخت عوامل

برون‌گرایی و گشودگی دارای ۴ گویه و عامل برون‌گرایی شامل ۵ گویه است. به‌منظور پاسخ به این پرسشنامه، آزمودنی پس از مطالعه هر گویه صحت آن در مورد خویش را در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً درست تا کاملاً نادرست تعیین نماید. در گویه‌های مثبت به انتخاب گزینه کاملاً درست نمره ۵ و به گزینه کاملاً نادرست نمره ۱ تعلق می‌گیرد. گویه‌های منفی به‌صورت عکس نمره‌گذاری می‌شوند. ضرایب آلفای کرونباخ برای رگه‌های روان رنجور خوبی، توافق‌پذیری، وظیفه‌گرایی، برون‌گرایی و گشودگی در تجربه به‌ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۳، ۰/۸۱، ۰/۷۲ و ۰/۶۹ محاسبه شده است.

در انجام پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها با جلب اعتماد شرکت‌کنندگان، به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات به‌دست‌آمده کاملاً محرمانه خواهد ماند. داده‌های این مطالعه توسط نرم‌افزار SPSS v.20 با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری در تمامی آزمون‌ها، کم‌تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

در این پژوهش، رگه‌های شخصیت و راهبردهای مقابله‌ای به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین کیفیت زندگی انتخاب گردید و با استفاده از روش گام‌به‌گام مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی بیماران به‌ترتیب اولویت مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه از ۱۲۰ نفر گروه نمونه ۵۱ نفر (۴۲/۵ درصد) مرد و ۶۹ نفر (۵۷/۵) زن بودند. میانگین سنی بیماران  $32/45$  ( $SD=7/92$ ) و دامنه ۱۷-۵۸ بود. از نظر تحصیلات ۷۱ نفر در سطح متوسطه، ۱۷ نفر دیپلم، ۲۳ نفر کارشناسی، ۸ نفر کارشناسی ارشد و ۱ نفر دکتری بودند. از نظر وضعیت تأهل ۴۶ نفر مجرد، ۶۵ نفر متأهل، ۶ نفر طلاق همسر و ۳ نفر بیوه را مشخص کرده بودند. میانگین سال‌های سپری‌شده از تشخیص بیماری در حدود ۴ سال (با دامنه ۱ تا ۱۸ سال) بود. جدول (۱) نمرات حداقل و حداکثر، میانگین، انحراف استاندارد، کشیدگی و چولگی متغیرها را نشان می‌دهد. بر طبق آنچه جدول ۱ نشان می‌دهد کشیدگی و چولگی همه متغیر بین +۱ و -۱ قرار دارد، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال می‌باشد. جدول ۲ ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

در دسترس بود. برای انتخاب نمونه ابتدا از بین شهرهای تحت پوشش انجمن یک شهر در شمال (شهر خوی) و یک شهر در جنوب استان (شهر مهاباد) به‌طور تصادفی و از مرکز استان نیز شهر ارومیه انتخاب شدند، سپس در شهرهای انتخاب‌شده از میان افراد تحت پوشش و دارای مدرک متوسطه و بالاتر که در دسترس بودند تعداد ۱۲۰ نفر به‌عنوان نمونه تعیین و پرسشنامه در اختیار آنان قرار گرفت. برای گردآوری داده‌ها از سه ابزار سنجش استفاده شد که در زیر معرفی می‌شوند.

مقیاس فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup>: این پرسشنامه حاوی ۲۶ سؤال است که به ارزیابی ۴ حیطه از کیفیت زندگی می‌پردازد. حیطه‌ها شامل سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط هستند. دو سؤال اول کیفیت زندگی و میزان سلامت کلی فرد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و ۲۴ سؤال دیگر به بررسی چهار بعد اصلی این پرسشنامه می‌پردازد. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است و آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای به هر سؤال پاسخ دهد (۳۰). در ایران فرم کوتاه ۲۶ سؤالی آن توسط نصیری و همکاران ترجمه، اعتباریابی و ساختار عاملی آن تأیید شده است (۳۱). در مطالعه دیگری نجات و همکاران ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس را در جمعیت سالم و بیمار مطالعه کردند که در جمعیت بیمار در ابعاد سلامت جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و ارتباط با محیط، ضریب آلفای کرونباخ را به‌ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۰، ۰/۵۲ و ۰/۷۲ گزارش کردند.

پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای<sup>۳</sup>: پرسشنامه مقابله با استرس توسط بیلینگز و موس در سال ۱۹۸۱ به‌منظور اندازه‌گیری شیوه‌های مقابله با استرس طراحی و تدوین شده است. این مقیاس ۱۹ آیتم دارد و دو مقابله مسئله مدار و هیجان مدار را اندازه‌گیری می‌کند. هر آزمونی به این مقیاس با انتخاب یکی از گزینه‌ها (هیچ‌وقت، گاهی، اغلب اوقات و همیشه) پاسخ می‌دهد. در این پرسشنامه نمره بندی معکوس وجود ندارد. در پژوهش پورشهباز ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۷۳ به دست آمده است. دهقانی ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را بالای ۰/۹ به دست آورده است (نقل از ۳۲).

پرسشنامه رگه‌های شخصیت: خرمانی و فرمانی (۳۳) با انتخاب گویه‌های پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت گلدبرگ (۳۴) فرم کوتاه‌تری از این پرسشنامه تهیه کردند که شامل ۲۱ گویه است. هریک از عوامل روان رنجور خوبی، توافق‌پذیری، وظیفه‌گرایی،

<sup>3</sup> CSQ

<sup>2</sup> WHOQOL-BREF

جدول (۱): آمار توصیفی مربوط به گروه نمونه (n=۱۲۰)

متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد	کشدگی	چولگی
روان رنجوری	۶	۲۰	۱۳/۰۷	۲/۹۵	-۰/۲۵	۰/۲۲
برونگرایی	۷	۲۳	۱۵/۷۸	۳/۲۲	۰/۱۰	-۰/۲۵
گشودگی	۴	۲۰	۱۲/۸۳	۲/۷۵	۰/۸۰	-۰/۰۱
همنوایی	۹	۲۰	۱۵/۸۳	۲/۵۲	-۰/۲۵	-۰/۲۹
وظیفه گرایی	۶	۲۰	۱۳/۶۰	۳	-۰/۲۳	-۰/۰۴
هیجان مدار	۵	۲۲	۱۱/۶۹	۳/۱۹	-۰/۱۸	۰/۲۰
مسئله مدار	۲	۳۰	۱۸/۵۰	۵/۴۸	۰/۱۲	-۰/۳۳
کیفیت زندگی	۴۵	۱۲۱	۸۶/۵۸	۱۶/۴۶	-۰/۳۷	-۰/۲۸

جدول (۲): ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش به همراه ضرایب همبستگی و سطح معناداری

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
روان رنجورخویی	۱							
برونگرایی	-.۰/۱۸*	۱						
توافق پذیری	-.۰/۱۸*	۰/۰۶	۱					
گشودگی	-.۰/۲۳**	۰/۲۳**	۰/۱۶*	۱				
وظیفه گرایی	-.۰/۳۲***	۰/۱۶*	۰/۲۷**	۰/۴۱**	۱			
هیجان مدار	۰/۱۱	-۰/۰۴	-۰/۰۲	-۰/۰۱	۰/۰۴	۱		
مسئله مدار	-.۰/۲۴**	۰/۱۴	۰/۱۰	۰/۳۷**	۰/۵۲***	۰/۲۵**	۱	
کیفیت زندگی	-.۰/۴۸***	۰/۲۸***	۰/۱۰	۰/۴۰***	۰/۵۱***	۰/۰۵	۰/۳۸***	۱

\*\*\* $P \leq 0.001$ , \*\* $P < 0.01$ , \* $P < 0.05$

معنی دار به دست نیامد. بیشترین ضریب همبستگی در بین متغیرهای پژوهش، مربوط به رابطه وظیفه گرایی با سبک مقابله‌ای مسئله مدار است و متغیر گشودگی با سبک مقابله‌ای هیجان مدار کمترین ضریب همبستگی را نشان می‌دهد. همچنین متغیر وظیفه گرایی بالاترین همبستگی و متغیر راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار پایین‌ترین همبستگی را با کیفیت زندگی دارد.

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود بین عامل‌های روان رنجورخویی، برون‌گرایی، وظیفه گرایی و گشودگی با کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار وجود دارد اما بین عامل همنوایی با کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری به دست نیامد. همچنین بین راهبرد مقابله‌ای مسئله مدار با کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار وجود دارد درحالی‌که بین راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار با کیفیت زندگی رابطه

جدول (۳): نتایج مدل رگرسیون گام‌به‌گام کیفیت زندگی برحسب رگه‌های شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای

مدل	مجموع مجزورات	R	R2	d.f	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
گام اول	۸۵۱۳/۷۹۳	۰/۵۱۴	۰/۲۶	۱	۸۵۱۳/۷۹۳	۴۲/۳۴۰	۰/۰۰۰۱
وظیفه گرایی	۲۳۷۲۷/۳۷۳			۱۱۸	۲۰۱/۰۷۹		
کل	۳۲۲۴۱/۱۶۷			۱۱۹			
گام دوم	۱۲۱۷۲/۵۷۴	۰/۶۱۴	۰/۳۸	۲	۶۰۸۶/۲۸۷	۳۵/۴۸۳	۰/۰۰۰۱
وظیفه گرایی	۲۰۰۶۸/۵۹۳			۱۱۷	۱۷۱/۵۲۶		
روان رنجوری	۳۲۲۴۱/۱۶۷			۱۱۹			
گام سوم	۱۳۰۱۸/۴۰۸	۰/۶۳۵	۰/۴۰	۳	۴۳۳۹/۴۶۹	۲۶/۱۸۷	۰/۰۰۰۱
وظیفه گرایی	۱۹۲۲۲/۷۵۹			۱۱۶	۱۶۵/۷۱۳		
روان رنجوری	۳۲۲۴۱/۱۶۷			۱۱۹			
گشودگی							

است. ضریب همبستگی این دو متغیر با کیفیت زندگی ۰/۶۱ بوده که ۳۸ درصد تغییرات کیفیت زندگی را پیش‌بینی کردند. ورود متغیر روان رنجور خوبی توانسته است ۱۲ درصد توان پیش‌بینی را افزایش دهد. سومین متغیری که وارد معادله شده، گشودگی بود. اثر رگرسیون سه متغیر وظیفه‌گرایی، روان رنجورخویی و گشودگی  $F=۲۶/۱۸۷$  برآورد شد که در سطح ۰/۰۰۱ با درجه آزادی (۳، ۱۱۶) معنادار است. با ورود این متغیر، ضریب همبستگی این سه متغیر با کیفیت زندگی ۰/۶۳ شده است و توانسته‌اند ۴۰ درصد از تغییرات کیفیت زندگی بیماران را پیش‌بینی کنند. ورود متغیر گشودگی توانسته است ۲ درصد توان پیش‌بینی را افزایش دهد.

با توجه به مندرجات موجود در جدول ۳، میزان  $F$  مشاهده‌شده معنادار است. متغیرهای وظیفه‌گرایی، روان رنجوری و گشودگی، متغیر کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کنند. یافته‌ها نشان داد که در مدل نخست وظیفه‌گرایی بیش‌ترین نقش را در پیش‌بینی کیفیت زندگی داشته است. اثر رگرسیون  $F=۴۲/۳۴۰$  برآورد شد که در سطح ۰/۰۰۱ با درجه آزادی (۱، ۱۱۸) معنادار شد. ضریب همبستگی این متغیر با کیفیت زندگی ۰/۵۱ بوده، این متغیر ۲۶ درصد تغییرات کیفیت زندگی را پیش‌بینی کرده است. در مدل دوم، پس از وظیفه‌گرایی، روان رنجورخویی وارد معادله شده است. اثر رگرسیون دو متغیر وظیفه‌گرایی و روان رنجورخویی  $F=۳۵/۴۸۳$  برآورد شد که در سطح ۰/۰۰۱ با درجه آزادی (۲، ۱۱۷) معنادار

جدول (۴): نتایج ضرایب رگرسیون برای پیش‌بینی کیفیت زندگی

متغیر	B	خطای استاندارد	Beta	آماره t	سطح معناداری
ثابت	۷۲/۳۰۷	۱۰/۱۵۸		۷/۱۱۸	۰/۰۰۱
وظیفه‌گرایی	۱/۸۳۰	۰/۴۴۵	۰/۳۳۴	۴/۱۱۱	۰/۰۰۱
روان رنجوری	-۱/۸۶۶	۰/۴۲۴	-۰/۳۳۵	-۴/۴۰۲	۰/۰۰۱
گشودگی تجربه	۱/۰۷۴	۰/۴۷۵	۰/۱۷۹	۲/۲۵۹	۰/۰۵

بر اساس نتایج این پژوهش، راهبرد مقابله مسئله مدار با کیفیت زندگی رابطه مثبت دارد که این یافته با نتایج تحقیقات قبلی و پیشینه پژوهش همسویی دارد از جمله ایکنز و همکاران (۲۷) که بین راهبردهای مسئله مدار و کیفیت زندگی رابطه مثبتی گزارش کردند؛ در این پژوهش نیز مشخص شد که هرچه بیماران اماس راهبرد مسئله مدار را بیشتر به کار می‌گیرند کیفیت زندگی آنان افزایش می‌یابد. با توجه به اینکه توقف هیجانات و افکار ناخوشایند مهم‌ترین نوع مقابله در بیماران مبتلا به اماس است (۳۶) و این بیماران از لحاظ هیجانی به شدت تحت تأثیر بیماری خود قرار دارند در صورتی که برای حل مشکلاتشان، راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار را بیشتر به کارگیرند احساس سالم بودن، رضایتمندی عمومی بیشتری خواهند داشت.

در این پژوهش، رگه‌های شخصیتی ۴۰ درصد کیفیت زندگی بیماران اماس را پیش‌بینی می‌کند. این امر بیانگر تأثیر عوامل دیگری بر کیفیت زندگی است که تلاش برای شناسایی این متغیرها ضروری است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مؤلفه‌های دیگر انگیزشی و شناختی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی مورد مطالعه قرار گیرد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش استفاده از نمونه در دسترس است. به دلیل رعایت موارد اخلاقی، کسب رضایت آگاهانه از بیماران

## بحث و نتیجه‌گیری

از میان پنج رگه شخصیتی، سه رگه وظیفه‌گرایی، روان رنجورخویی و گشودگی قادر به پیش‌بینی معنی‌دار کیفیت زندگی بیماران اماس بودند؛ رگه برون‌گرایی با اینکه با کیفیت زندگی رابطه دارد پیش‌بینی کننده معنی‌داری برای آن نبود و رگه توافق‌پذیری با کیفیت زندگی رابطه معناداری نشان داد. نتایج این پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی بالا در بیماران اماس گروه نمونه از طریق نمرات بالا در وظیفه‌گرایی و گشودگی به تجربه و نمرات پائین در روان رنجورخویی پیش‌بینی شد. در پژوهش حاضر مشخص شد که هرچه وظیفه‌گرایی و گشودگی بیشتر باشد کیفیت زندگی افزایش می‌یابد و هرچه روان رنجورخویی افزایش یابد کیفیت زندگی کاهش می‌یابد. این یافته با نتایج تحقیقات نلسون و همکاران (۳۳)، بنیدکت و همکاران (۳۴) و ملکوک (۳۵) همسو است. افراد با وظیفه‌گرایی، گشودگی و برون‌گرایی بالا به خود نظم‌بخشی، انعطاف‌پذیری و مثبت بودن تمایل دارند این ویژگی‌ها رفتارهای حمایت از خود و جلب حمایت دیگران را افزایش می‌دهد که منجر به افزایش کیفیت زندگی می‌شود. افراد با روان رنجورخویی بالا عزت‌نفس پائینی دارند و به تجربه تنش، اضطراب، خصومت، افسردگی و هیجانات منفی تمایل دارند؛ بیماران با روان رنجورخویی بالا علائم بیماری خود را وخیم‌تر ارزیابی و در نتیجه کیفیت زندگی پائینی تجربه می‌کنند. همچنین

آگاهی کادر درمانی به منظور شناخت عوامل پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی بیماران مورد استفاده قرار گیرد. به نظر می‌رسد کادر درمانی با شناسایی عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی و گنجانیدن برنامه‌های آموزشی مبتنی بر شناخت ویژگی‌های شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای می‌توانند برای دستیابی به سطح بالاتری از کیفیت زندگی بیماران کمک کنند. همچنین آموزش بیماران MS در شناخت رگه‌های شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای می‌تواند با ایجاد بستر مناسب، زمینه‌ساز خود مراقبتی و وضعیت سلامتی در این بیماران باشد.

### تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله مراتب تشکر و قدردانی خویش را از تمامی کسانی که در انجام پژوهش ما را یاری رساندند، خصوصاً بیماران ام‌اس شرکت‌کننده در این مطالعه اعلام می‌داریم.

و همچنین عدم تمایل برخی از آن‌ها به پاسخ‌دهی منجر به نمونه‌گیری در دسترس گردید. در این مطالعه به منظور گردآوری داده‌ها، از پرسشنامه استفاده شده است. با توجه به اینکه پرسشنامه جنبه خود گزارش دهی دارد و پاسخ‌های جامعه پسند را تقویت می‌کند ممکن است در پاسخ‌ها سوگیری وجود داشته باشد؛ یعنی بین خود گزارش دهی فرد و رفتار واقعی او در دنیای خارج فاصله زیادی وجود داشته باشد. لذا پیشنهاد می‌شود از روش مصاحبه و روش‌های تحقیق کیفی و آمیخته در تحقیقات بعدی استفاده شود. بر اساس این مطالعه می‌توان الگویی را در اصلاح کیفیت زندگی بیماران ام‌اس تدارک دید. رگه‌های شخصیت در این مطالعه برای کیفیت زندگی نقش اصلی دارد. به‌کارگیری مداخلات روانی در کنار درمان‌های دارویی می‌تواند به استفاده از راهبردهای مناسب مقابله با استرس، کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود کیفیت زندگی بیماران ام‌اس مؤثر واقع شود. نتایج این مطالعه می‌تواند برای ارتقاء

### References:

- Amato MP, Zipoli V, Portaccio E. Multiple sclerosis-related cognitive changes: a review of cross-sectional and longitudinal studies. *J Neurol Sci* 2006; 245:41-6.
- Goverover Y, Chiaravalloti N, DeLuca J. The relationship between self-awareness of neurobehavioral symptoms, cognitive functioning, and emotional symptoms in multiple sclerosis. *Mult Scler* 2005; 11:203-12.
- Shawaryn MA, Schiaffino KM, LaRocca NG, Johnston MV. Determinants of health-related quality of life in multiple sclerosis: the role of illness intrusiveness. *Mult Scler* 2002;8(4):310-8.
- Janssens ACJW, van Doorn PA, de Boer JB, van der Meché FGA, Passchier J, Hintzen RQ. Impact of recently diagnosed multiple sclerosis on quality of life, anxiety, depression and distress of patients and partners. *Acta Neurol Scand* 2003;108(6):389-95.
- Frühwald S, Löffler-Stastka H, Eher R, Saletu B, Baumhackl U. Relationship between symptoms of depression and anxiety and the quality of life in multiple sclerosis. *Wien Klin Wochenschr* 2001;113(9):333-8.
- Lobentanz IS, Asenbaum S, Vass K, Sauter C, Klösch G, Kollegger H, et al. Factors influencing quality of life in multiple sclerosis patients: disability, depressive mood, fatigue and sleep quality. *Acta Neurol Scand* 2004;110(1):6-13.
- Tsitsis N, Lavdaniti M. Quality of Life in Women with Breast Cancer. *Int J Caring Sc* 2014; 7: 38-42.
- Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser SY, Ethan E, Erdem G. Yasamkalitesininolculmesi: WHOQOL 100 ve WHO-QOL-Brief. *3P Dergisi* 1999, 7, 3-16.
- Newland PK. Impact of symptoms on quality of life in women with relapsing remitting multiple sclerosis' and healthy women. (Dissertation). Missouri-Columbia: Graduate School University of Missouri-Columbia; 2006.
- Feist J, Gregory J. *Theories of Personality*. 7th ed. Boston, MA: McGraw Hill Higher Education; 2009.
- Goldberg LR. An alternative "description of personality": the big-five factor structure. *J Pers Soc Psychol* 1990; 59: 1216-29.
- Carver CS, Connor-Smith J. Personality and coping. *Annu Rev Psychol* 2010; 61: 679-704.
- Kentros MK, Terkelsen K, Hull J, Smith TE, Goodman M. The relationship between personality

- and quality of life in persons with schizoaffective disorder and schizophrenia. *Qual Life Res* 1997; 6: 118-22.
14. Steel P, Schmidt J, Shultz J. Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychol Bull* 2008; 134: 138-61.
  15. Lima AB de, Paes RA, Alvarenga RMP. Personality factors in recently diagnosed multiple sclerosis patients: a preliminary investigation with the NEO-FFI scale. *Arq Neuropsiquiatr* 2015;73(3):200-4.
  16. Artemiadis AK, Anagnostouli MC, Alexopoulos EC. Stress as a Risk Factor for Multiple Sclerosis Onset or Relapse: A Systematic Review. *Neuroepidemiol* 2011;36(2):109-20.
  17. Mohr DC, Hart SL, Julian L, Cox D, Pelletier D. Association between stressful life events and exacerbation in multiple sclerosis: a meta-analysis. *BMJ* 2004;328(7442):731.
  18. Lecic-Tosevski D, Vukovic O, Stepanovic J. Stress and personality. *Psychiatriki* 2011;22(4):290-7.
  19. Heesen C, Mohr DC, Huitinga I, Bergh FT, Gaab J, Otte C, et al. Stress regulation in multiple sclerosis: current issues and concepts. *Mult Scler* 2007;13(2):143-8.
  20. Gold SM, Mohr DC, Huitinga I, Flachenecker P, Sternberg EM, Heesen C. The role of stress-response systems for the pathogenesis and progression of MS. *Trends Immunol* 2005;26(12):644-52.
  21. Lazarus RS, Folkman S., Stress, appraisal and coping—Springer. New York 1984;
  22. Lazarus RS. Coping with the stress of illness. *WHO Reg Publ Eur Ser* 1992;44:11-31.
  23. Aldwin C, Park C. Coping and physical health outcomes: an overview. *Psychol Health* 2004; 19: 277-81.
  24. Jean VM, Beatty WW, Paul RH. Psychological and neuropsychological predictors of coping patterns by patients with MS. *J ClinPsychol* 1999; 55: 21-6.
  25. McCabe MP, McKern S, McDonald E. Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis. *J Psychosom Res* 2004;56(3):355-61.
  26. Aikens JE, Fischer JS, Namey M, Rudick RA. A replicated prospective investigation of life stress, coping and depressive symptoms in multiple sclerosis. *J Behav Med* 1997; 20: 433-45.
  27. Jean VM, Beatty WW, Paul RH. Psychological and neuropsychological predictors of coping patterns by patients with MS. *J Clin Psychol* 1999; 55: 21-6.
  28. Rätsep T, Kallasmaa T, Pulver A, Gross-Paju K. Personality as a predictor of coping efforts in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2000;6(6):397-402.
  29. Nedjate S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh R. Quality of life of Tehran's Population by WHOQOL-BREF questionnaire in 2005. *Hakim* 2008; 10(3): 1-8.
  30. Nasiri H, Hashemi L, Hoseini M. Investigation quality of life in Shiraz University students based on world health organization quality of life scale. *Proceedings of the 3rd National Seminar of Student Mental Health Shiraz University* 2006. p.6-8. (Persian).
  31. Abolghasemi A, Narimani M. *Psychological tests*. Bagh Rezvan; 2006.
  32. Nelson LD, Elder JT, Tehrani P, Groot J. Measuring personality and emotional functioning in multiple sclerosis: a cautionary note. *Arch Clin Neuropsychol* 2003;18(4):419-29.
  33. Benedict RH, Hussein S, Englert J, Dwyer MG, Abdelrahman N, Cox JL, Weinstock-Guttman B, Zivadinov R. Cortical Atrophy and Personality in Multiple Sclerosis. *J Neuropsychol* 2008; 22(4): 432-41.
  34. Malkoç A. Big five personality traits and coping styles predict subjective well-being: A study with a

- 
- Turkish sample. *Procedia-Soc Behav Sci* 2011; 12, 577-81.
35. Mikula PL, Nagyova I, Krokavcova M, Vitkova M, Rosenberger J, Szilasiova J, et al. Coping and its importance for quality of life in patients with multiple sclerosis. *Disabil Rehabil* 2014; 36 (9):732-6.

## THE RELATIONSHIP BETWEEN PERSONALITY TRAITS AND COPING WITH QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

*Shirzad Kenar Barozhi<sup>1</sup>, Rahim Shabani<sup>2</sup>, Arash Mosarrezaii Aghdam<sup>3</sup>*

*Received: 19 Sep, 2015; Accepted: 21 Nov, 2015*

### **Abstract**

**Background & Aims:** Multiple sclerosis (MS) is progressive chronic demyelinating disease of the central nervous system that in patients interferes with quality of life. This study aimed to investigate the relationship between personality traits and coping styles with quality of life in patients with MS was done.

**Materials & Methods:** The study population included all MS patients with secondary or higher education covered by the MS Society of West Azerbaijan Province. 120 MS patients (51 males, 69 females) were selected by means of convenience sampling. The data were collected using Goldberg character inventory, quality of life questionnaire (QOL), and scale of coping style (CSQ). The data were analyzed by descriptive statistics, Pearson correlation coefficient, and stepwise regression using SPSS-20.

**Results:** The results indicated that there was significant relationship between neuroticism (negatively), extraversion, openness, conscientiousness, and problem-focused coping style (positively) with quality of life in MS patients. Also, stepwise regression analysis showed that three traits of neuroticism, extraversion and conscientiousness about 40 percent of variance in quality of life can be predicted in patients with MS.

**Conclusion:** Personality traits predict the quality of life of MS patients and problem-focused coping strategies, increase quality of life in these patients.

**Keywords:** Personality traits, Coping styles, Quality of life, Multiple sclerosis

**Address:** Clinical Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

**Tel:** +989143489672

**Email:** s.barozhi59@gmail.com

SOURCE: URMIA MED J 2016; 26(10): 880 ISSN: 1027-3727

---

<sup>1</sup> MSc Student in Clinical Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran (Corresponding Author)

<sup>2</sup> Faculty Member, Farhangian University

<sup>3</sup> Assistant Professor, Neurology Department, Faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran