مقاله تحقیقی

بررسی ارتباط ویژگی‌های شخصیتی با هوش هیجانی در بیماران مبتلا به سارکوئیدوز

بامداد میراب زاده اردکانی[1]، فاطمه قاسم بروجردی[2]، فرزانه حاجی زاده[3]، میترا صفا[4]*

[1] دانشجوی پزشکی عمومی. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

[2] دانشجوی دکترای روانشناسی. مرکز تحقیقات بیماریهای مزمن تنفسی، پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

[3] دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران.

[4] استاد روانپزشکی، مرکز تحقیقات سل بالینی و اپیدمیولوژی، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

* نشانی نویسنده مسئول:

تهران، نیاوران، دارآباد، بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، واحد روانپزشکی

تلفن: ۰۲۱-۲۷۱۲۲۶۰۷

Email: mitra.safa@yahoo.com

چکیده

زمینه: سارکوئیدوز بیماری گرانولوماتوز مزمن، می‌تواند اثراتی عمیق بر عملکرد و کیفیت زندگی بگذارد. در این میان، هوش هیجانی یکی از مؤلفه‌هایی است که در مدیریت هیجان در شرایط سخت نقش دارد. شخصیت نیز به عنوان خصوصیات با دوام و باثبات یک فرد، با مرگ و میر، ناخوشی و جنبه‌های روانشناختی در بیماری‌های مزمن درارتباط است. هدف این مطالعه، بررسی رابطه هوش هیجانی با ویژگی‌های شخصیتی در بیماران مبتلا به سارکوئیدوز بود.

روش کار: این پژوهش توصیفی از نوع مقطعی است که در آن همبستگی بین هوش هیجانی و ویژگی‌های شخصیتی در بیماران مبتلا به سارکوئیدوز بررسی شده است. نمونه‌ها به صورت تمام شماری انتخاب شد که شامل ۵۰ نفر بودند. از پرسشنامه جمعیت شناختی محقق ساخته، پرسشنامه MMPI-2 و پرسشنامه هوش هیجانی شوت استفاده گردید.

یافته‌ها: نمره میانگین هوش هیجانی بالاتر از متوسط بود. ۱۰%از بیماران افسردگی واکنشی نسبت به بیماری و ویژگی‌های پرخاشگری داشتند. ۵۶% سازگاری متوسط و ۵۰% از بیماران ویژگی‌های استقلال و کارآمدی، فرمانبرداری و اجتناب از روابط صمیمی داشتند. بیماران با هوش هیجانی پایین به طور معنی‌داری نمره بیشتری در هیستریا داشتند (P = ۰/۰۳).

نتیجه‌گیری: سازگاری در بیماران تحت مطالعه، متوسط بود. وجود فشارهای ذهنی و درماندگی، نشان‌دهنده پیش‌آگهی خوب آنها برای درمان می‌باشد. لذا توجه همه جانبه به بیماری‌های جسمانی در جهت پیشبرد درمان جسمانی و روانی بیماران از اهمیت بالایی برخوردار است.

واژگان کلیدی: ویژگی‌های شخصیتی، هوش هیجانی، بیماری سارکوئیدوز

مقدمه

سارکوئیدوز بیماری گرانولوماتوز مزمن، با علت ناشناخته وگاهی پیشرونده است که تحت تاثیرعوامل ارثی و محیطی قرار دارد (۱،۲). این بیماری شامل تراکم نابهنجار سلول‌های التهابی است (گرانولوماتوز) که به شکل ندول در اندام‌های مختلف ظاهر می‌شوند (۳). این سلول‌ها، ریه یا گره‌های لنفاوی مرتبط با آن را گرفتار می‌کنند اما هر اندام دیگری می تواند تحت تأثیر قرار گیرد (۴). در ۹۰% بیماران مبتلا به سارکوئیدوز، درگیری ریه مشاهده می‌شود (۵). سارکوئیدوز می تواند مزمن، پیشرونده و حتی تهدیدکننده زندگی باشد و می‌تواند اثراتی عمیق بر عملکرد و کیفیت زندگی بگذارد (۶). علائم شایع شامل خستگی، فقدان انرژی، کاهش وزن، خشکی چشم، تاری دید، تنگی نفس، زخم های پوستی، آرتروز و دردهای مفصلی که در ۷۰% موارد رخ می دهد، می‌باشند (۷). درمطالعات فراوان، خستگی رایج‌ترین علامت سارکوئیدوز می‌باشد (۸). سارکوئیدوز در تمام جهان و در تمام نژادها رخ می‌دهد و شیوع آن ۱۶/۵ در هر ۱۰۰/۰۰۰ مرد و ۱۹ در هر ۱۰۰/۰۰۰ زن می‌باشد (۹). این بیماری درمان شناخته شده نداشته و با تابلوهای بالینی متفاوت و غیر قابل پیش بینی بروز می‌کند (۱۰) و با افزایش استرس در زندگی در ارتباط می‌باشد (۱۱). بطور میانگین آمار مرگ و میر ناشی از این بیماری در موارد درمان نشده کمتر از ۵% است (۱۲). این بیماران با افسردگی و مشکلات روانپزشکی و در نتیجه افت جدی کیفیت زندگی روبرو هستند (۱۳). نقص شناختی در بیماران سارکوئیدوز رایج است و ارتباط مستقیم با مدت بیماری و افسردگی دارد (۱۴). درگیری سیستم اعصاب مرکزی در تقریباً ۵% ازبیماران اتفاق می‌افتد. علاوه بر علائم و نشانه‌های نورولوژیک، نشانه‌های روانپزشکی این بیماران شامل دلیریوم، دمانس، افسردگی، تغییرات شخصیتی و سایکوز است (۱۵). در مطالعه‌ای که در زمینه کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی بیماران سارکوئیدوز انجام گرفت، ۴۴ % مبتلا به اختلالات روانپزشکی بودند که بر اساس DSM-IV درمحور یک قرار می گرفتند. ۲۵% بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، ۶/۳% اختلال پانیک، ۶/۳ % اختلال دو قطبی نوع یک، ۵% اختلال اضطراب فراگیر، و ۱/۳% اختلال وسواسی جبری بودند (۱۶). لذا مداخله متخصصان سلامت روان در روند درمان این بیماران لازم و ضروریست (۱۵).

در این میان، هوش هیجانی یکی از مؤلفه هایی است که در مدیریت هیجان در شرایط سخت می تواند کمک کننده باشد. هوش هیجانی، توانایی نظارت بر هیجانات خود و دیگران، برای تفکیک هیجانات مختلف و تشخیص صحیح آنها و استفاده از اطلاعات هیجانی برای هدایت رفتار و تفکر است (۱۷). سه الگوی هوش هیجانی عبارت از الگوی توانایی، الگوی خصیصه‌ای و الگوی ترکیبی می‌باشند. الگوی توانایی بر توانایی فرد در پردازش اطلاعات هیجانی و استفاده از آن در هدایت محیط اجتماعی تأکید دارد. الگوی خصیصه‌ای شامل ویژگی‌های رفتاری و توانایی‌های درک شده توسط خود است که از خلال گزارش شخصی اندازه‌گیری می‌شود. الگوی ترکیبی که ترکیب دو الگوی توانایی و خصیصه‌ای است و شامل تنظیم مهارت‌ها و ویژگی‌هایی است که عملکرد اجرایی را مدیریت می‌کند (۱۸). هوش هیجانی پیش‌بینی کننده افسردگی و رفتارهای آسیب رسان است (۱۹). با این وصف بررسی هوش هیجانی بیماران بسیار مهم است زیرا در شرایط پر استرس ابتلا به بیماری، باید بدانند چگونه به مدیریت هیجانی خود بپردازند تا به طور مؤثرتری با بیماری مبارزه کنند.

از عوامل مهم دیگر در بیماران سارکوئیدوز بررسی ویژگی‌های شخصیتی و علائم روانپزشکی است که اطلاعات محدودی دراین مورد در دسترس می‌باشد. بسیاری از مطالعات، حوزه روانشناختی و رفتاری را در سبب شناسی بیماری و جریان اختلالات مزمن بعنوان عوامل خطرساز مورد تأکید قرار داده‌اند. ویژگی‌های شخصیتی خصوصاً در اختلالات مزمن با مرگ و میر، ناخوشی، جنبه‌های روانشناختی و کیفیت زندگی پایین درارتباط هستند (۲۰). شخصیت به خصوصیات بادوام و باثبات یک فرد که با روش‌های رفتاری متفاوت در محیط‌های متنوع بروز می‌دهد، اطلاق می‌گردد (۲۱). اختلال شخصیت باعث رنجش اشخاص دیگر می‌شود (۲۲). اختلال شخصیت، اختلالی شایع و مزمن است و شیوع آن در جمعیت کلی ۱۰ تا ۲۰ درصد است. افراد مبتلا به اختلال شخصیت معمولاً بر چسب آزارنده و پرتوقع را از سوی دیگران دریافت می‌کنند. اختلال شخصیت در عین حال زمینه‌ساز سایر اختلالات روانپزشکی نظیر سوء مصرف مواد، خودکشی، اختلالات عاطفی، اختلال کنترل تکانه، اختلالات خوردن و اختلالات اضطرابی است. مبتلایان به اختلال شخصیت در مورد رفتارغیر انطباقی خود احساس اضطراب نمی‌کنند. چون بیمار مبتلا به اختلال شخصیت از آنچه جامعه به عنوان علائم بیماری وی در نظر می‌گیرد، معمولاً اظهار ناراحتی نمی‌کند و نتیجتاً فردی بی‌علاقه به درمان است. نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، اختلال شخصیت را تجارب ذهنی پایدار و رفتاری تعریف می کند که خارج از معیارهای فرهنگی بوده وبه گونه ای انعطاف ناپذیر نافذ هستند. شروع آنها در نوجوانی یا اوان جوانی است و با اختلال عملکرد قابل ملاحظه یا اختلال جدی در روابط میان فردی و اجتماعی همراه است (۲۳).

در این میان، تحقیقات در ایران نیز نشان داده اند که بین هوش هیجانی و شخصیت ارتباط وجود دارد (۲۴). بسیاری از مطالعات

نشان داده اند برون گرایی (به عنوان یک ویژگی شخصیتی) و گرایش به نوروز با عملکرد پردازش اطلاعات هیجانی مثبت و منفی ارتباط دارد (۲۵) در عوامل عمومی شخصیت (پنج عامل شخصیتی آیزنک Eysenck Personality)، رفتار متناسب در روابط بین فردی و سلامت روانی بالاتر با هوش هیجانی ارتباط دارند (۲۶). افرادی که هوش هیجانی بالا دارند سلامت روانی بالاتر، عملکرد شغلی بهتر و قدرت رهبری بهتری دارند (۲۷).

ضرورت اجرای این طرح از آن رو بود که بیماران مبتلابه سارکوئیدوز مراجعه کننده به بیمارستان که دارای برخی ویژگی‌های شخصیتی خاص هستند نسبت به اختلالات روانی مستعد ترند. از سوی دیگر عامل هوش هیجانی نیز به عنوان یکی از فاکتورهایی است که می تواند در تعدیل هیجانی افراد در هنگام بروز مشکلات نقش داشته باشد (۱۷). لذا توجه به ویژگی‌های شخصیتی و هوش هیجانی بیماران، روانپزشکان و روانشناسان را یاری می دهند تا بتوانند در کنار متخصصین ریوی، بعنوان یک تیم کامل درمانی، برنامه‌های درمانی اعم از دارو درمانی، گروه درمانی و روان‌درمانی فردی متناسب با نیازها و ویژگی‌های بیماران را تدارک ببینند.

هدف این پژوهش، بررسی ارتباط هوش هیجانی با ویژگی‌های شخصیتی در بیماران مبتلا به سارکوئیدوز می‌باشد. فرضیه این طرح شامل ارتباط بین ویژگی های شخصیتی، هوش هیجانی و اطلاعات دموگرافیک بیماران مبتلا به سارکوئیدوز بود.

روش کار

این پژوهش توصیفی و از نوع مقطعی است که در آن همبستگی بین هوش هیجانی و ویژگی‌های شخصیتی در بیماران مبتلا به سارکوئیدوز بررسی شده است. جامعه آماری مورد بررسی در این پژوهش، بیماران مبتلا به سارکوئیدوز مراجعه‌کننده به درمانگاه فوق تخصصی سارکوئیدوز بیمارستان دکتر مسیح دانشوری طی سال‌های ۱۳۹۵- ۱۳۹۴ بود.

پس از تایید طرح در شورای پژوهش و کمیته اخلاق پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، بیماران در صورت واجد شرایط بودن ورود به مطالعه با کسب رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. به بیماران اطمینان داده شد که اطلاعات درج شده کاملاً محرمانه بوده و فقط در صورت چاپ مقاله اطلاعات بصورت کلی ارائه می‌گردند. جهت رعایت اخلاق پزشکی، نام‌ها و اسرار بیماران طبق بیانیه هلسینکی، محفوظ باقی ماند.

نمونه‌گیری به روش تمام شماری، از بین بیماران حائز شرایط ورود به مطالعه که طی مدت زمان مقرر شده به درمانگاه فوق تخصصی سارکوئیدوز بیمارستان مراجعه می‌کردند، انجام شد. علاوه بر این، حداقل حجم نمونه ۳۰ نفر برای مطالعات همبستگی کافی محاسبه گردید (۲۸).

معیارهای ورود شامل هشیار بودن، داشتن حداقل تحصیلات کلاس هشتم (از معیارهای اجرای آزمون MMPI است)، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، داشتن تشخیص قطعی بیماری سارکوئیدوز (در پرونده پزشکی توسط همکار فوق تخصص ریه درج شده بود) بود. معیارهای خروج شامل وجود اختلال حاد روانپزشکی که موجب اختلال در برقراری ارتباط با پرسشگر شود، خستگی و ضعف بیمار از نظر فیزیکی، عدم هشیاری، عدم تمایل به ادامه حضور در پژوهش، تشخیص بیماری‌های جسمانی دیگر به جز سارکوئیدوز، بودن در فاز ترک یا مسمویت ناشی از مواد است.

روش و ابزار جمع آوری داده‌ها

۱) پرسشنامه جمعیت شناختی محقق ساخته: شامل کسب اطلاعات در زمینه سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل، تحصیلات و محل سکونت.

۲) پرسشنامه‌ی Minnesota Multiphasic Personality Inventory) MMPI-2): این پرسشنامه با ۷۱ سؤال توسط راکین کانن[۱] در سال ۱۹۴۸ تنظیم شده است. دارا بودن تحصیلات حداقل کلاس هشتم برای پاسخ گویی به این پرسشنامه الزامی است. این پرسشنامه دارای ۳ مقیاس روایی و ۸ مقیاس بالینی است و یک ابزار عینی و مبتنی بر خود- گزارش‌دهی است. نمره زیر ۵۰ در هر یک از زیر مقیاس‌ها نشانه عدم وجود ویژگی‌های شخصیتی مورد نظر، نمره ۵۰ تا ۷۰ نشان دهنده وجود رگه‌های شخصیتی مورد نظر و نمره بالاتر از ۷۰ نشان دهنده وجود اختلال در زیر مقیاس مورد نظر است.

پایایی این فرم، با استفاده از محاسبه ضریب آلفا برابر ۰/۷۸ برای کل آزمون گزارش شده است. شپرد و همکاران (۱۹۸۸)، روایی سازه آزمون را مورد بررسی قرار دادند و آن را مطلوب گزارش کردند (۲۹) . ضریب آلفای آزمون MMPI در ایران نیز ۹۴% گزارش شده است. همچنین روایی محتوا و ابزار این آزمون مورد بررسی قرار گرفته و مطلوب گزارش شده است (۳۰). باتوجه به اینکه این پرسشنامه برای جمعیت بالینی تهیه شده است لذا در تفسیر نیمرخ روانی افراد نرمال باید دقت و احتیاط لازم بعمل آید (۳۱).

۳) پرسشنامه هوش هیجانی شوت (Schutte) و همکاران: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۸ و براساس الگوی اولیه هوش هیجانی مایر و سالووی (۱۹۹۰) ساخته شد. این مقیاس شامل ۳۳ جمله توصیفی است و ۳ مؤلفه دارد که عبارتند از: مؤلفه تنظیم هیجان، مؤلفه ارزیابی و بیان هیجان و بهره‌برداری از هیجان.

۱. Rackin Canon

در نمره‌گذاری این آزمون، آزمودنی درجه توافق یا مخالفت خود را با هر جمله در یک مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت انتخاب می‌کند. نمرات کمتر از ۹۷ نشانه هوش هیجانی پایین، ۱۱۴تا ۱۳۱ هوش هیجانی متوسط و نمرات بالاتر از ۱۳۱ نشانه هوش هیجانی بالا است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس هوش هیجانی برابر با ۰/۷۸ و برای زیر مقیاس‌های تنظیم هیجان برابر با ۰/۷۹، برای ارزیابی و ابراز هیجان برابر با ۰/۷۵ و برای بهره‌برداری هیجان برابر با ۰/۶۴ بوده است (۳۲).

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در این تحقیق از روش‌های آماری زیر استفاده شد:

۱. روش‌های آمار توصیفی مانند محاسبه فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار و جداول و نمودارهای توزیع.

۲. آزمون تی مستقل جهت بررسی مؤلفه‌های شخصیت و جنسیت.

۳. ازمون تحلیل واریانس یک راهه جهت بررسی زیر مقیاس‌های MMPI و هوش هیجانی.

۴. آزمون تحلیل واریانس دوراهه جهت بررسی زیر مقیاس‌های MMPI و هوش هیجانی و جنسیت.

۵. آزمون همبستگی پیرسون جهت بررسی ارتباط بین هوش هیجانی و زیر مقیاس‌های آزمون شخصیت و اطلاعات دموگرافیک.

۶. آزمون خی دو جهت بررسی اطلاعات دموگرافیک وزیر مقیاس‌های MMPI

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۲ استفاده شد و کلیه فرضیه‌ها در سطح معنادار $p < ۰/۰۵$ مورد آزمون قرار گرفتند.

یافته ها

نتایج نشان داد که ۳۵ نفر(۷۰%) زن و ۱۵ نفر (۳۰%) مرد بودند. میانگین سنی شرکت کنندگان ۵۰ سال بود. از نظر وضعیت تأهل بیماران، ۳ نفر (۶%) مجرد، ۴۴ نفر (۸۸%) متأهل و۳ نفر (۶%) مطلقه یا همسر فوت کرده بودند. از نظر شغلی، ۳۱ نفر (۶۲%) کارگر و خانه دار، ۱۴ نفر (۲۸%) کارمند و ۵ نفر (۱۰%) شغل آزاد داشتند. از نظر وضعیت تحصیلات، ۱۶ نفر (۳۲%) زیر دیپلم، ۱۹ نفر (۳۸%) دیپلم تا لیسانس و ۱۵ نفر (۳۰%) لیسانس و بالاتر بودند.

نمره میانگین هوش هیجانی در پژوهش حاضر ۱۴۲/۷ بود و با توجه به اینکه نمره ۱۳۱ نشانه هوش هیجانی متوسط است، مشخص گردید که هوش هیجانی گروه فوق بالاتر از متوسط بوده است.

بر اساس جدول ۱، نمرات بیماران در هر یک از زیر مقایس‌های آزمون MMPI قابل مشاهده است که در ادامه به آنها می‌پردازیم.

جدول شماره۱ – نمرات زیر مقیاس‌های آزمون MMPI

مقیاس	T>71(%)	70>T>51(%)	T<50 (%)
L	۲	۴۴	۵۴
F	۴	۳۲	۶۴
K	۲	۴۰	۴۸
Hs	۱۸	۵۰	۳۲
D	۱۰	۳۸	۵۲
Hy	۸	۵۶	۳۶
Pd	۱۰	۴۸	۴۲
Pa	۶	۴۲	۵۲
Pt	۱۰	۴۰	۵۰
Sc	۸	۴۲	۵۰
Ma	۲	۳۴	۶۴

روایی L[۲] (وانمود خوب): یافته‌ها نشان داد که درصد بیشتری از بیماران سارکوئیدوز (۵۴%) نمره پایین در این مقیاس داشتند که بیانگر این است که آنها شهامت اعتراف به خطاهای کوچک را داشتند، سلطه‌گر، متکی به خود و تا اندازه‌ای عیب جو بودند.

مقیاس روایی F[۳] (وانمود بد): دراین مقیاس درصد بیشتری از بیماران سارکوئیدوز (۶۴%) نمره پایین داشتند که بیانگر این است که بیماران احتمالاً مشکلات خود را انکار می کنند.

مقیاس روایی K[۴] (حالت دفاعی و انکار بیماری): ۴۸% در محدوده $T < ۵۱$ قرار داشتند که نشانگر تمایل آنها به مبالغه درباره بیماری خود می باشد. اما با توجه به سطح نسبتاً پایین اجتماعی - اقتصادی نمونه پژوهش، نمرات پایین آنها در این مقیاس بیانگر مشکلات سازگاری آنها نیست.

مقیاس بالینی Hs[۵] (هیپوکندریا): در مقیاس Hs، ۵۰% از بیماران نمره متوسط داشتند که نشان دهنده این است که آنها واقعاً دارای مشکلات جسمانی بودند و یا احتمالاً در خصوص بیماری جسمانی خود مبالغه می‌کردند.

مقیاس بالینی D[۶] (افسردگی): ۵۲% از بیماران نمره پایین‌تر از ۵۰ داشتند که نشان دهنده فقدان افسردگی، خوش‌بینی

۲. Lie (faking good)
۳. Infrequency (faking bad)
۴. Defensiveness (denial)
۵. Hypochondriasis
۶. Depression

و خودانگیختگی آنهاست. ۱۰% از بیماران نمره بالایی در افسردگی داشتند که می‌تواند بیانگر افسردگی واکنشی نسبت به بیماری آنها باشد.

مقیاس بالینی Hy[۷] (هیستریا): ۵۶% از بیماران نمره ۵۰>T>۷۰ را داشتند که با توجه به سطح نسبتاً پایین تحصیلات گروه نمونه، نشان دهنده سازگاری متوسط آنهاست.

مقیاس بالینی Pd[۸] (ویژگی های ضد اجتماعی): ۴۸% از بیماران نمره متوسط در این مقیاس داشتند که بیانگر ویژگی‌های مردم آمیزی، جسارت و احتمالاً غیر قابل اعتماد بودن آنهاست. ۱۰% نمره بالا در این زیرمقیاس دریافت کردند که بیانگر ویژگی‌های پرخاشگری، بی ثباتی، رفتار غیر مسئولانه و درگیری با مراجع قدرت در آنهاست.

مقیاس بالینی Pa[۹] (پارانویا): ۵۲% از بیماران نمره در محدوده T < ۵۱ داشتند که به عنوان افرادی متعادل، مصمم و خویشتن دار شناخته می شدند.

مقیاس بالینی Pt[۱۰] (ضعف روانی): ۵۰% از بیماران نمره T < ۵۱ داشتند که احتمالاً افرادی کار آمد، مستقل و دارای احساس امنیت هستند.

مقیاس بالینی Sc[۱۱] (رفتارهای عجیب و غیرعادی): ۵۰% از بیماران نمره پایین کمتر از۵۰ دریافت کردند که بیانگر ویژگی های فرمانبرداری، اجتناب از روابط صمیمی و در عین حال سازگاری آنهاست.

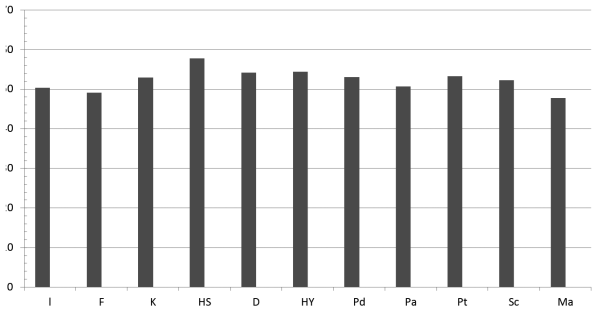
مقیاس Ma[۱۲] (ویژگی های هیپومانیا): ۶۴% از بیماران نمره پایین T < ۵۱ داشتند که نشان دهنده سطح انرژی و اعتماد به نفس پایین ترآنها بوده است.

بر اساس شکل ۱، می‌توان مشاهده کرد که برافراشتگی نسبی D (افسردگی) با توجه به پایین بودن Ma (ویژگی‌های هیپومانیا) می‌تواند نشان دهنده افسردگی نسبی گروه نمونه باشد.

بالا بودن نسبی D (افسردگی) و Pt (ضعف روانی) در این بیماران نشان دهنده فشارهای ذهنی و درماندگی آنها و در عین حال پیش آگهی خوب آنها برای درمان می باشد.

بر اساس جدول ۲ می‌توان مشاهده کرد که زنان در زیر مقیاس‌های Hs (هیپوکندریا)، D (افسردگی)، Hy (هیستریا)، Pa (پارانویا)، Pt (ضعف روانی)، Sc (ضعف روانی)، Ma (ویژگی‌های هیپومانیا) به طور معناداری نمره بالاتری از مردان داشتند (شکل ۲).

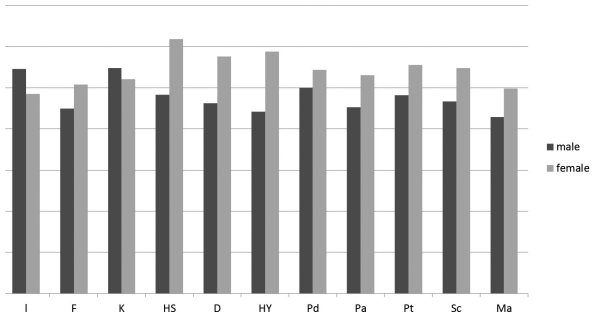
۷. Hysteria
۸. Psychopathic deviate
۹. Paranoia
۱۰. Psychasthenia
۱۱. Schizophrenia
۱۲. Hypomania



شکل ۱ – مقایسه نمرات زیر مقیاس های MMPI

جدول شماره ۲– آزمون تی مستقل در بررسی مؤلفه های شخصیت وجنسیت

مقیاس بالینی	جنسیت	Mean	SD	T	P. Value
L	زن مرد	۴۸/۵۴ ۵۴/۶	۱۰/۴۴ ۱۱/۶۱	– ۱/۷۴	۰/۹۵
F	زن مرد	۵۰/۸۲ ۴۵	۱۱/۴۷ ۱۰/۱۳	۱/۷۹	۰/۰۸
K	زن مرد	۵۲/۰۸ ۵۴/۸	۱۰/۱۲ ۸/۵۳	– ۰/۹۷	۰/۳۳
Hs	زن مرد	۶۱/۸۲ ۴۸/۳۳	۱۲ ۸/۱۲	۴/۶۲	۰/۰۰
D	زن مرد	۵۷/۵۷ ۴۶/۲	۱۲/۷۸ ۶/۲۷	۴/۲۱	۰/۰۰
Hy	زن مرد	۵۸/۸۵ ۴۴/۲	۱۲/۵۱ ۱۳/۷۵	۳/۵۴	۰/۰۰
Pd	زن مرد	۵۴/۳۴ ۵۰/۰۶	۱۱/۸۲ ۷/۵۱	۱/۵۳	۰/۱۳
Pa	زن مرد	۵۳/۰۲ ۴۵/۲۶	۱۱/۵۹ ۸/۱۹	۲/۶۹	۰/۰۳
Pt	زن مرد	۵۵/۵۱ ۴۸/۲	۱۲/۰۴ ۱۰/۴۳	۲/۱۶	۰/۰۳
Sc	زن مرد	۵۴/۶۲ ۴۶/۷۳	۱۲/۳۷ ۹/۸۳	۲/۳۹	۰/۰۲
Ma	زن مرد	۴۹/۸۵ ۴۲/۸۶	۱۰/۹۴ ۸/۰۲	۲/۵۱	۰/۰۱



شکل ۲– مقایسه نمرات زنان و مردان در زیر مقیاس های MMPI

جدول شماره ۳- آزمون تحلیل واریانس یک راهه جهت بررسی زیر مقیاس های MMPI و هوش هیجانی

مقیاس بالینی	هوش هیجانی	Mean	F	Sig
L	low moderate high	۴۹/۱۲ ۵۳/۶۰ ۴۸/۶۳	۰/۹۲	۰/۴۰
F	low moderate high	۴۹/۶۶ ۴۵/۴۶ ۵۲/۷۲	۱/۳۹	۰/۲۵
K	low moderate high	۵۲/۵۰ ۵۵/۶۶ ۵۰/۰۰	۱/۱۳	۰/۳۳
Hs	low moderate high	۵۳/۹۵ ۶۰/۰۶ ۶۳/۰۰	۲/۴۴	۰/۰۹
D	Low moderate high	۵۵/۵۸ ۴۹/۹۳ ۵۶/۸۱	۱/۳۱	۰/۲۷
Hy	low moderate high	۴۹/۰۴ ۵۹/۰۰ ۶۰/۰۹	۳/۶۱	۰/۰۳
Pd	low moderate high	۵۲/۷۵ ۵۲/۰۰ ۵۵/۱۸	۰/۲۸	۰/۷۵
Pa	low Moderate high	۴۹/۰۴ ۵۰/۴۶ ۵۴/۶۳	۰/۹۴	۰/۳۹
Pt	low moderate high	۵۳/۷۵ ۵۱/۰۰ ۵۵/۵۴	۰/۴۷	۰/۶۲
Sc	low modeate high	۵۲/۲۵ ۵۱/۱۳ ۵۳/۸۱	۰/۱۵	۰/۸۶
Ma	low moderate high	۴۷/۶۶ ۴۶/۰۰ ۵۰/۳۶	۰/۵۳	۰/۵۹

بر اساس جدول ۳، نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که بیماران با هوش هیجانی پایین به طور معنی‌داری (P=۰/۰۳) نمره بیشتری در زیر مقیاس Hy (هیستریا) داشتند.

بر اساس جدول ۴، نتایج تحلیل واریانس دوراهه نشان داد که زنان به طور معناداری (P=۰/۰۴) با هوش هیجانی بالا بیشترین نمره را در زیر مقیاس PD (ویژگی‌های ضد اجتماعی) داشتند.

نتایج حاصل از همبستگی پیرسون نشان داد که همبستگی معنی‌داری بین زیر مقیاس‌های آزمون شخصیت و هوش هیجانی مشاهده نگردید.

بین زیر مقیاس F (وانمود بد) با K (حالت دفاعی و انکار بیماری) همبستگی معکوس وجود داشت (P=۰/۰۰).

بین زیر مقیاس F (وانمود بد) با L (وانمود خوب)، K (حالت دفاعی و انکار بیماری)، Pt (ضعف روانی)، Pa (پارانویا)، Sc (رفتارهای عجیب و غیرعادی) و Ma (ویژگی های هیپومانیا) (P=۰/۰۰)، Hy (هیستریا) (P=۰/۰۲) همبستگی مستقیم وجود داشت.

بین زیر مقیاس Hs (هیپوکندریا) با K (حالت دفاعی و انکار بیماری) همبستگی معکوس وجود داشت (P=۰/۰۰).

بین زیرمقیاس D (افسردگی) با L (وانمود خوب) و K (حالت دفاعی و انکار بیماری) همبستگی معکوس وجود داشت (P=۰/۰۰).

بین زیرمقیاس D (افسردگی) با F (وانمود بد)، Hs (هیپوکندریا)، Hy (هیستریا)، Pa (پارانویا)، Ma (ویژگی‌های هیپومانیا) و Sc (رفتارهای عجیب و غیرعادی) همبستگی مستقیم وجود داشت (P=۰/۰۰).

بین زیرمقیاس Hy (هیستریا) با Hs (هیپوکندریا)، Pa (پارانویا) و Sc (رفتارهای عجیب و غیرعادی) همبستگی مستقیم وجود داشت (P=۰/۰۰).

بین زیرمقیاس Pd (ویژگی های ضد اجتماعی) با L (وانمود خوب) و K (حالت دفاعی و انکار بیماری) همبستگی معکوس وجود داشت (P=۰/۰۰).

بین زیرمقیاس Pd (ویژگی های ضد اجتماعی) با Hs (هیپوکندریا) (P=۰/۰۲)، F (وانمود بد)، D (افسردگی)، Hy (هیسریا)، Pa (پارانویا) و Sc (رفتارهای عجیب و غیرعادی) (P=۰/۰۰) همبستگی مستقیم وجود داشت.

بین زیرمقیاس Pa (پارانویا) با L (وانمود خوب)، K (حالت دفاعی و انکار بیماری) (P=۰/۰۰) همبستگی معکوس وجود داشت.

بین زیرمقیاس Pa (پارانویا) با Hs (هیپوکندریا) و Sc (رفتارهای عجیب و غیرعادی) (P=۰/۰۰) همبستگی مستقیم وجود داشت.

بین زیرمقیاس Pt (ضعف روانی) با L (وانمود خوب) و K (حالت دفاعی و انکار بیماری) (P=۰/۰۰) همبستگی معکوس وجود داشت.

بین زیرمقیاس Pt (ضعف روانی) با Hs (هیپوکندریا)، D (افسردگی)، Hy (هیستریا)، Pd (ویژگی‌های ضد اجتماعی)، Pa (پارانویا) و Sc (رفتارهای عجیب و غیرعادی) همبستگی مستقیم وجود داشت (P=۰/۰۰).

بین زیرمقیاس Sc (رفتارهای عجیب و غیرعادی) با L (وانمود خوب) و K (حالت دفاعی و انکار بیماری)همبستگی معکوس

جدول شماره ۴ – نتایج آزمون تحلیل واریانس دوراهه جهت بررسی زیر مقیاس‌های **MMPI** و هوش هیجانی و جنسیت

MMPI	هوش هیجانی	جنسیت	Mean	SD	F	P. Value
Hs	کم	زن	۵۷/۸۶	۲/۷۷	۰/۶۰	۰/۵۵
		مرد	۴۷/۴۴	۳/۵۸		
	زیاد	زن	۶۲	۲/۹۸		
		مرد	۴۷/۵	۷/۶		
	متوسط	زن	۷۰	۴/۰۶		
		مرد	۵۰/۷۵	۵/۳۷		
D	کم	زن	۵۹/۶	۲/۷۵	۰/۹۹	۰/۳۷
		مرد	۴۸/۸۸	۳/۵۶		
	زیاد	زن	۵۱/۳۸	۲/۹۶		
		مرد	۴۰/۵	۷/۵۵		
	متوسط	زن	۶۴/۷۱	۴/۰۳		
		مرد	۴۳	۵/۳۴		
Hy	کم	زن	۵۳/۵۶	۳/۲۳	۰/۱۶	۰/۸۴
		مرد	۴۱/۶۶	۴/۱۸		
	زیاد	زن	۶۱/۱۵	۳/۴۷		
		مرد	۴۵	۸/۸۷		
	متوسط	زن	۶۶/۱۴	۴/۷۴		
		مرد	۴۹/۵	۶/۲۷		
Pd	کم	زن	۵۱/۸۶	۲/۶۷	۳/۳۰	۰/۰۴
		مرد	۵۴/۲۲	۳/۴۵		
	زیاد	زن	۵۳/۵۳	۲/۸۷		
		مرد	۴۲	۷/۳۲		
	متوسط	زن	۶۱/۱۴	۳/۹۱		
		مرد	۴۴/۷۵	۵/۱۸		
Pa	کم	زن	۵۰/۱۳	۲/۶۷	۲/۴۶	۰/۰۹
		مرد	۴۷/۲۲	۳/۴۴		
	زیاد	زن	۵۱/۵۳	۲/۸۶		
		مرد	۴۳/۵	۷/۳۱		
	متوسط	زن	۶۲	۳/۹۱		
		مرد	۴۱/۷۵	۵/۱۷		
Pt	کم	زن	۵۴/۵۳	۲/۹۱	۲/۲۶	۰/۱۲
		مرد	۵۲/۴۴	۳/۷۶		
	زیاد	زن	۵۳/۱۵	۳/۱۳		
		مرد	۳۷	۷/۹۷		
	متوسط	زن	۶۲	۴/۲۶		
		مرد	۴۴	۵/۶۴		
Sc	کم	زن	۵۳/۳۳	۳	۱/۶۷	۱/۹۸
		مرد	۵۰/۴۴	۳/۸۷		
	زیاد	زن	۵۳/۱۵	۳/۲۲		
		مرد	۳۸	۸/۲۲		
	متوسط	زن	۶۰/۱۴	۴/۳۹		
		مرد	۴۲/۷۵	۵/۸۱		
Ma	کم	زن	۴۹/۷۳	۲/۶۳	۰/۶۶	۰/۵۲
		مرد	۴۴/۲۲	۳/۴		
	زیاد	زن	۴۶/۹۲	۲/۸۳		
		مرد	۴۰	۷/۲۲		
	متوسط	زن	۵۵/۵۷	۳/۸۶		
		مرد	۴۱/۲۵	۵/۱		

جدول شماره ۵- نتایج خی دو بین اطلاعات دموگرافیک با زیر مقیاس های MMPI

		L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Pa	Pt	Sc	Ma
جنسیت	Pearson chi square	۳۵/۴۵	۱۰/۸۷	۳۲/۵۴	۴۲/۸۵	۲۳/۸۱	۳۴/۷۶	۳۵/۳۱	۳۹/۲۰	۲۵/۹۶	۲۳/۸۸	۲۷/۶۶
	df	۱۶	۱۵	۲۳	۲۲	۲۲	۲۴	۲۴	۲۳	۲۲	۲۵	۱۷
	P.V	۰/۰۰	۰/۷۶	۰/۰۸	۰/۰۰	۰/۳۵	۰/۰۷	۰/۰۶	۰/۰۱	۰/۲۵	۰/۵۲	۰/۰۴
سن	Pearson chi square	۳۶/۸۶	۲۷/۹۹	۹۷/۰۸	۴۷/۳۶	۷۵/۲۸	۴۱/۴۸	۵۳/۸۲	۸۵/۲۳	۶۴/۲۴	۵۸/۸۷	۷۵/۱۷
	df	۴۸	۴۵	۶۹	۶۶	۶۶	۷۲	۷۲	۶۹	۶۶	۷۵	۵۱
	P.V	۰/۹۷	۰/۹۷	۰/۰۱	۰/۹۶	۰/۲۰	۰/۹۹	۰/۹۴	۰/۰۹	۰/۵۳	۰/۹۱	۰/۰۱
تاهل	Pearson chi square	۳۵/۵۹	۲۶/۱۱	۳۵/۴۸	۵۰/۷۴	۶۳/۵۰	۴۰/۲۳	۵۸/۴۶	۳۸/۲۸	۵۹/۲۱	۶۷/۹۵	۶۲/۰۲
	df	۳۲	۳۰	۴۶	۴۴	۴۴	۴۸	۴۸	۴۶	۴۴	۵۰	۳۴
	P.V	۰/۱۹	۰/۶۶	۰/۸۶	۰/۲۲	۰/۰۲	۰/۷۸	۰/۱۴	۰/۷۸	۰/۰۶	۰/۰۴	۰/۰۰
تحصیلات	Pearson chi square	۷۹/۹۰	۵۶/۳۳	۱۰۹/۲۳	۹۵/۴۵	۸۵/۳۵	۹۷/۶۴	۱۱۱/۸۹	۱۰۳/۹۷	۹۲/۳۹	۱۰۵/۹۷	۷۶/۰۹
	df	۶۴	۶۰	۹۲	۸۸	۸۸	۹۶	۹۶	۹۲	۸۸	۱۰۰	۶۸
	P.V	۰/۵۸	۰,۶۱	۰/۱۰	۰/۲۷	۰/۵۶	۰/۴۳	۰/۱۲	۰/۱۸	۰/۳۵	۰/۳۲	۰/۲۳
شغل	Pearson chi square	۴۵/۰۵	۲۳/۶۳	۴۷/۳۲	۷۳/۸۴	۴۷/۴۷	۵۶/۸۷	۵۳/۵۹	۴۶/۳۳	۴۰/۵۴	۴۸/۱۴	۴۰/۷۱
	df	۳۲	۳۰	۴۶	۴۴	۴۴	۴۸	۴۸	۴۶	۴۴	۵۰	۳۴
	P.V	۰/۰۶	۰/۷۸	۰/۴۱	۰/۰۰	۰/۳۳	۰/۱۷	۰/۲۶	۰/۴۵	۰/۶۲	۰/۵۴	۰/۱۹

وجود داشت (P=۰/۰۰).

بین زیرمقیاس Sc (رفتارهای عجیب و غیرعادی) با Hs (هیپوکندریا) همبستگی مستقیم وجود داشت (P=۰/۰۰).

بین زیرمقیاس Ma (ویژگی‌های هیپومانیا) با L (وانمود خوب) و K (حالت دفاعی و انکار بیماری) همبستگی معکوس وجود داشت (P=۰/۰۰).

بین زیرمقیاس Ma (ویژگی‌های هیپومانیا) با Hs (هیپوکندریا)، Pd (ویژگی‌های ضد اجتماعی)، Pa (پارانویا)، Pt (ضعف روانی)، Sc (رفتارهای عجیب و غیرعادی) (P=۰/۰۰) و Hy (هیستریا) (P=۰/۰۲) همبستگی مستقیم وجود داشت.

بر اساس جدول ۵، می توان مشاهده کرد که بین زنان و مردان در زیرمقیاس‌های L (وانمود خوب)، Hs (هیپوکندریا)، Pa (پارانویا) و Ma (ویژگی‌های هیپومانیا) تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

بین سنین مختلف در زیرمقیاس‌های K (حالت دفاعی و انکار بیماری) و Ma (ویژگی هیپومانیا) تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

بین بیماران با وضعیت تأهل مختلف در زیرمقیاس های D (افسردگی)، Sc (رفتارهای عجیب و غیرعادی) و Ma (ویژگی‌های هیپومانیا) تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

بین بیماران با شغل‌های مختلف در زیرمقیاس Hs (هیپوکندریا) تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

بحث

در پژوهش حاضر، بین زنان و مردان در زیرمقیاس‌های وانمود خوب، هیپوکندریا، پارانویا و ویژگی های هیپومانیا، بین سنین مختلف در زیرمقیاس های حالت دفاعی و انکار بیماری و ویژگی های هیپومانیا، بین بیماران با وضعیت تأهل مختلف در زیرمقیاس های افسردگی، رفتارهای عجیب و غیرعادی و ویژگی های هیپومانیا و بین بیماران با شغل های مختلف در زیرمقیاس هیپوکندریا، تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

براساس اطلاعات موجود، تاکنون تحقیقاتی در رابطه با ارتباط‌سنجی بین زیر مقیاس‌های آزمون MMPI با متغیرهای دموگرافیک و هوش هیجانی در بیماران مبتلابه سارکوئیدوز صورت نگرفته است.

تحقیقات متعدد نشان داده‌اند که اختلالات روانپزشکی در بیماران مبتلا به سارکوئیدوز آمار بالایی دارند که بر کیفیت زندگی این بیماران اثر جدی می‌گذارند و به‌همین دلیل ارجاع آنها به تیم درمانگرشامل روانپزشک و روانشناس یک ضرورت است (۳۳). یک مطالعه که برروی ۳۳ بیمار سارکوئیدوز و ۳۳

بیمار از دیگر بیماری های گرانولوماتوز (گروه کنترل) انجام شد، نشان داد که شیوع افسردگی ۲۹% و اضطراب ۳۱% در بیماران مبتلا به سارکوئیدوز در مقایسه با گروه کنترل بود (۳۴). همچنین، عوامل ارثی و محیطی می‌توانند در بروز بیماری سارکوئیدوز نقش مهمی داشته باشند. استرس‌های روانشناختی نقشی اساسی در شروع سارکوئیدوز دارند. بیماران سارکوئیدوز موقعیت‌های دشوار متعددی را قبل از تشخیص بیماری تجربه کرده‌اند و استرس‌های روانشناختی مرتبط با این موقعیت‌ها به طور معنی‌داری بیشتر از افراد سالم است. عوامل شخصیتی خاص نیز بر ارتباط استرس های روانشناختی و شروع جریان بیماری مؤثرهستند (۳۵،۳۶). پیش آگهی بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت نامطلوب است و موجب افزایش ناتوانی، بیماری و مرگ و میر آنها می گردد (۲۳). توجه به این مطلب حائز اهمیت است که ویژگیهای شخصیتی با مرگ و میر و اختلال در عملکرد بیماران مزمن در ارتباط است (۳۷).

دریک مطالعه بر روی ۴۴۱ بیمار مبتلا به سارکوئیدوز نشان داده شد که شیوع ویژگیهای نوع D شخصیت[۱۳] در بیماران سارکوئیدوز با جمعیت عادی تفاوتی نداشت (شخصیت نوع D در۲۵% بیماران سارکوئیدوز درمقایسه با ۲۱% گروه کنترل سالم گزارش شده است). این نوع شخصیت‌ها گرایش دارند تا همزمان احساسات منفی را تجربه و از ابراز این عواطف در تعاملات اجتماعی خودداری کنند. افراد با نمره بالا در این تیپ، اغلب خلق افسرده و احساس ناکامی، ترس، اضطراب، استرس، عدم اطمینان، جدایی، نا امیدی، عصبانیت و خصومت دارند (۳۸).

براساس پژوهش حاضر، زنان بیشتر از مردان دارای ویژگی‌های شخصیتی مبالغه در مورد بیماری خود، افسردگی، خودمحوری، بدگمانی، نگرانی، کناره گیری، تکانشگری و تمرکز ضعیف بودند.

اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سارکوئیدوز شایع و بردرک بیمار از سلامت هیجانی نیز تاثیر می‌گذارد (۳۹). در این میان، هوش هیجانی نیز با همدلی همبستگی دارد و هم پوشی کمی با برونگرایی و نوروز دارد (۴۰).

در پژوهش حاضر، بیماران با هوش هیجانی پایین نمره بیشتری در زیر مقیاس هیستریا داشتند، که می تواند نشان دهنده بینش ضعیف آنها باشد. همچنین زنان با هوش هیجانی بالا بیشترین نمره را در زیر مقیاس ویژگی های ضد اجتماعی داشتند که بیانگر ویژگی های برون گرایی، ریسک پذیری، جرأت ورزی و زندگی غیر سنتی آنهاست.

براساس پژوهشی دیگر، برونگرایی با سطوح بالای فعالیت، حضور در اجتماع و تمایل بیشتر برای تجربه هیجانات مثبت در ارتباط است (۴۱). از طرفی ویژگی شخصیتی توافق پذیری با قابلیت اعتماد پذیری، همدلی، بخشندگی و همکاری در ارتباط می‌باشد (۴۲). افرادی که دارای نوروز هستند دارای هیجانات منفی هستند و به راحتی توسط تجارب پر استرس مغلوب می شوند، در حالی که افرادی که گشودگی نسبت به تجربه دارند، به راحتی با شرایط جدید سازگار می شوند و سلامت شناختی، هیجانی و جسمانی بهتری را تجربه می کنند (۴۱). روشی که انسان بر اساس آن با هیجانات منفی مبارزه می کند می تواند به اندازه خود تجربه هیجانات منفی مهم باشد (۴۳). لذا ارزیابی، حمایت و تقویت عوامل روانی اجتماعی بیمار و توانایی مقابله با بیماری مزمنی مانند سارکوئیدوز می تواند کیفیت زندگی این بیماران را افزایش دهد (۴۴،۴۵). مداخله متخصصان سلامت روان در روند درمان این بیماران لازم و ضروریست (۱۵)، زیرا مقابله مؤثر و هوش هیجانی بالا با رفتارهای سلامت گرا و حفظ رژیم درمانی ارتباط دارد (۴۶) و روان‌درمانی مبتنی بر کاهش استرس می تواند درمان کمکی جدی برای بیماران سارکوئیدوز باشد (۱۱).

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد میانگین هوش هیجانی گروه نمونه بالاتر از متوسط بوده است. درصد بالایی از بیماران ویژگی‌های سلطه‌گری و انکار مشکلات را داشتند. سازگاری آنها در حد متوسط بود. تعداد زیادی از بیماران، سطح انرژی و اعتماد به نفس پایین داشتند. وجود فشارهای ذهنی و درماندگی، نشان دهنده پیش آگهی خوب آنها برای درمان می باشد. زنان بیشتر از مردان دارای ویژگی‌های مبالغه در مورد بیماری خود، افسردگی، خودمحوری، بدگمانی، نگرانی، کناره گیری، تکانشگری و تمرکز ضعیف بودند. بین زنان و مردان در سنین مختلف، بیماران با وضعیت تأهل مختلف و بیماران با شغل‌های مختلف در زیرمقیاس‌های آزمون MMPI تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

محدودیت‌های پژوهش: مصاحبه و پرسش‌گری از بیماران جسمی به دلیل شرایط ناگوار فیزیکی، گاهاً دشوار بوده لذا تلاش شد تا مصاحبه و پرسش‌گری حتی‌المقدور در بهترین زمانی که بیماران آمادگی پاسخ دادن را داشتند، انجام شود. علاوه بر این، با توجه به شرایط جسمی بیماران و محدودیت فضای فیزیکی در بیمارستان

۱۳. تیپ شخصیتی D متعلق به افرادی افسرده می باشد. آن ها نگاه منفی به زندگی دارند و بدبین هستند و به سرکوب احساسات می پردازند که باعث آسیب پذیری آنها نسبت به افسردگی می شود. یکی از اصلی ترین دلایلی که ممکن است باعث احساس افسردگی شود سرکوب احساسات به مدت طولانی می باشد به طوری که به هیچ شکلی اجازه ی ابراز شدن نداشته باشند.

برای انجام پرسش‌گری در فضای آرام، حجم نمونه محدودتر گردید، اما تلاش شد که تا جای ممکن تا دسترسی به حجم نمونه مناسب، پژوهش ادامه داشته باشد.

در انتها پیشنهاد می‌شود تا پژوهشگران آتی، مسائل روانشناختی را در گروه‌های وسیع‌تری از بیماران جسمانی مورد بررسی قرار دهند تا همگام با درمان مشکلات جسمانی، مشکلات روانشناختی بیماران نیز درمان شود.

تشکر و قدردانی: مجریان این پژوهش از کلیه همکاران در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری که ما را در انجام این طرح یاری کردند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

مراجع

1. de Boer S, Kolbe J, Wilsher ML. The relationships among dyspnoea, health-related quality of life and psychological factors in sarcoidosis. Respirology. 2014;19(7):1019-24.

2. Yamada Y, Tatsumi K, Yamaguchi T, Tanabe N, Takiguchi Y, Kuriyama T, et al. Influence of stressful life events on the onset of sarcoidosis. Respirology. 2003;8(2):186-91.

3. King TE. Sarcoidosis: Interstitial Lung Diseases: Merck Manual Home Edition". The Merck Manual Home Edition. Merck Sharp & Dohme Corp, 2008, Retrieved 19 February 2014.

4. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison's principles of internal medicine 18E Vol 2 EB. McGraw Hill Professional; 2012 Nov 8.

5. Bosse-Henck A, Wirtz H, Hinz A. Subjective sleep quality in sarcoidosis. Sleep Med. 2015;16(5):570-6.

6. Chang JA, Curtis JR, Patrick DL, Raghu G. Assessment of health-related quality of life in patients with interstitial lung disease. Chest. 1999;116(5):1175-82.

7. Sweiss NJ, Patterson K, Sawaqed R, Jabbar U, Korsten P, Hogarth K, et al. Rheumatologic manifestations of sarcoidosis. Semin Respir Crit Care Med. 2010;31(4):463-73.

8. Hinz A, Fleischer M, Brähler E, Wirtz H, Bosse-Henck A. Fatigue in patients with sarcoidosis, compared with the general population. Gen Hosp Psychiatry. 2011;33(5):462-8.

9. Sam AH, Teo JT. Rapid medicine. John Wiley & Sons; 2011 Nov 15.

10. Hunninghake GW, Costabel U, Ando M, Baughman R, Cordier JF, Du Bois R, Eklund A, Kitaichi M, Lynch J, Rizzato G, Rose C. ATS/ERS/WASOG statement on sarcoidosis. American thoracic society/European respiratory society/world association of sarcoidosis and other granulomatous disorders. Sarcoidosis, vasculitis, and diffuse lung diseases: official journal of WASOG. 1999;16(2):149.

11. Klonoff EA, Kleinhenz ME. Psychological factors in sarcoidosis: the relationship between life stress and pulmonary function. Sarcoidosis. 1993;10(2):118-24.

12. Kamangar N, Rohani P, Shorr AF. Peters SP, Talavera F, Rice TD, Mosenifar Z, ed. Sarcoidosis. Medscape Reference. WebMD.2014, Retrieved 19 February 2014.

13. De Vries J, Drent M. Quality of life and health status in sarcoidosis: a review. Semin Respir Crit Care Med. 2007;28(1):121-7.

14. Omcikus M, Vucinic V, Filipovic S, Videnovic J. Cognitive failure in sarcoidosis. European Respiratory Journal. 2014;44(Suppl 58):P460.

15. Bona JR, Fackler SM, Fendley MJ, Nemeroff CB. Neurosarcoidosis as a cause of refractory psychosis: a complicated case report. Am J Psychiatry. 1998;155(8):1106-8.

16. Drent M, Wirnsberger RM, de Vries J, van Dieijen-Visser MP, Wouters EF, Schols AM. Association of fatigue with an acute phase response in sarcoidosis. Eur Respir J. 1999;13(4):718-22.

17. Coleman A. A Dictionary of Psychology (3rd ed.). Oxford University Press. 2008,

Salvovey P, Mayer JD. Emotional intelligence: Theory finding, and implications. Psychological Inquiry. 1990;15:197-215.

18. Davis SK, Humphrey N. Emotional intelligence predicts adolescent mental health beyond personality and cognitive ability. Personality and Individual Differences. 2012;52(2):144-9.

19. Hinz A, Brähler E, Möde R, Wirtz H, Bosse-Henck A. Anxiety and depression in sarcoidosis: the influence of age, gender, affected organs, concomitant diseases and dyspnea. Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis. 2012;29(2):139-46.

20. Gelder MG, Gath D, Mayou R. Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford University Press, Cary, North Carolina, USA, 1983.

21. Parvaz Y, Parvaz S and Jahanbaznejad Kh. Coparing the personality characteristics in patients with migrane and healthy people using MMPI personality questionnaire. Clinical Psychology Studies Journal; 2011, 3 (1).

22. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2015.

23. Pishghadam R, Sahebjam S. Personality and emotional intelligence in teacher burnout. Span J Psychol. 2012;15(1):227-36.

24. Gomez R, Gomez A, Cooper A. Neuroticism and extraversion as predictors of negative and positive emotional information processing: comparing Eysenck's, Gray's, and Newman's theories. European journal of personality. 2002;16(5):333-50.

25. Van der Linden D, Tsaousis I, Petrides KV. Overlap between General Factors of Personality in the Big Five, Giant Three, and trait emotional intelligence. Personality and Individual Differences. 2012;53(3):175-9.

26. Yates D. Researchers map emotional intelligence in the brain. Champaign, IL: University of Illinois News Bureau. 2013.

27. Farhangi AA, Hossein Safarzadeh H. Research methodology. 2011. Tehran: Barayand Puyesh. [in Persian]

28. Hosseinchari M, Davoudi H, Hooman H, Sharifi HP. An Iranian Shortened Version of MMPI-2. Training Measurement. 2010; 1 (3): 31-48.

29. Davodi H, Heidar Ali H, Pasha Sharifi H. The short version of MMPI-2 in Iranian students. The National congress on psychology and the applyment in the society, 2008. [in Persian]

30. Marnat G. Handbook of psychological assessment. Volume 1.translated by Sharifi P and Nikkhou H. Tehran: Roshd Publications; 2000. [in Persian]

31. Javaheri Kamel, A. Evaluation of the relationship between attachment style and emotional intelligence with social skills in guidance school in Tehran. Master dissertation, Tarbiat Moallem University. 2006. [in Persian]

32. Goracci A, Fagiolini A, Martinucci M, Calossi S, Rossi S, Santomauro T, et al. Quality of life, anxiety and depression in sarcoidosis. Gen Hosp Psychiatry. 2008;30(5):441-5.

33. Holas P, Krejtz I, Urbankowski T, Skowyra A, Ludwiniak A, Domagala-Kulawik J. Anxiety, its relation to symptoms severity and anxiety sensitivity in sarcoidosis. Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis. 2013;30(4):282-8.

34. Latman NS, Walls R. Personality and stress: an exploratory comparison of rheumatoid arthritis and osteoarthritis. Arch Phys Med Rehabil. 1996;77(8):796-800.

35. Moos RH, Solomon GF. Personality correlates of the degree of functional incapacity of patients with physical disease. J Chronic Dis. 1965;18(10):1019-38.

36. Denollet J. Type D personality. A potential risk factor refined. J Psychosom Res. 2000;49(4):255-66.

37. Elfferich MD, De Vries J, Drent M. Type D or 'distressed' personality in sarcoidosis and idiopathic pulmonary fibrosis. Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis. 2011;28(1):65-71.

38. Ireland J, Wilsher M. Perceptions and beliefs in sarcoidosis. Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis. 2010;27(1):36-42.

39. Ciarrochi JV, Chan AY, Caputi P. A critical evaluation of the emotional intelligence construct. Personality and Individual differences. 2000 Mar 1;28(3):539-61.

40. Löckenhoff CE, Duberstein PR, Friedman B, Costa PT Jr. Five-factor personality traits and subjective health among caregivers: the role of caregiver strain and self-efficacy. Psychol Aging. 2011;26(3):592-604.

41. Yusoff MS, Rahim AF, Mat Pa MN, See CM, Ja'afar R, Esa AR. The validity and reliability of the USM Emotional Quotient Inventory (USMEQ-i): its use to measure Emotional Quotient (EQ) of future medical students. International Medical Journal. 2011;18(4):293-9.

42. Pedersen SS, Denollet J. Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2003;10(4):241-8.

43. Elfferich MD, Nelemans PJ, Ponds RW, De Vries J, Wijnen PA, Drent M. Everyday cognitive failure in sarcoidosis: the prevalence and the effect of anti-TNF-alpha treatment. Respiration. 2010;80(3):212-9.

44. Spruit MA, Janssen DJ, Franssen FM, Wouters EF. Rehabilitation and palliative care in lung fibrosis. Respirology. 2009;14(6):781-7.

45. Saklofske DH, Austin EJ, Galloway J, Davidson K. Individual difference correlates of health-related behaviours: Preliminary evidence for links between emotional intelligence and coping. Personality and individual differences. 2007;42(3):491-502.