مجله علمی پژوهش درعلوم انسانی ومطالعات اجتماعی، شماره ۲۳، بهار ۱۴۰۰جلد ۳، ص۵۷-۴۹
http://www.jhss.ir

مقایسه فعالیت های سیستم های مغزی رفتاری فعال ساز و بازدارنده دربیماران مبتلابه سندرم روده تحریک پذیر، میگرن و مولتیپل اسکلروزیس

مجله علمی پژوهش در علوم انسانی ومطالعات اجتماعی (سال هفتم)
شماره۲۳ / بهار ۱۴۰۰ / ص۵۷-۴۹

فاطمه الهیاری[1]
[1]کارشناس ارشد روانشناسی عمومی

نویسنده مسئول:
فاطمه الهیاری

چکیده

این مطالعه به منظورمقایسه فعالیت های سیستم های مغزی رفتاری فعال ساز و بازدارنده دربیماران مبتلابه سندرم روده تحریک پذیر، میگرن و مولتیپل اسکلروزیس انجام شد. روش تحقیق توصیفی (علی- مقایسه ای) بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک پذیر، میگرن وام اس شهراصفهان بودند. که بطریق دردسترس، برای هرگروه تعداد ۵۰نفر جمعاً ۱۵۰ نفر ازمیان بیماران مراجعه کننده به مراکزوکلینیک های درمانی شهراصفهان، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت سنجش متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش از پرسشنامه شخصیتی گریویلسون (۱۹۸۹) استفاده شد. جهت تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS ۲۱ و روش آماری تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) استفاده شد. نتایج نشان داد درسیستم فعال سازی رفتاری بین سه گروه بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک پذیر، میگرن و مولتیپل اسکلروزیس تفاوت معناداری وجود ندارد. ($P >$۰/۰۵) ولی در سیستم بازداری رفتاری بین سه گروه بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک پذیر، میگرن و مولتیپل اسکلروزیس تفاوت معنا دار وجود دارد($p<$۰/۰۱).

واژگان کلیدی: سیستم های مغزی رفتاری، سندرم روده تحریک پذیر، میگرن، مولتیپل اسکلروزیس

بیان مساله

امروزه سلامت، حالت بهزیستی کامل از نظر جسمی، روانی و اجتماعی تعریف می شود (Straub, 2012). به نظر می رسد برخی مشکلات فیزیکی افراد، ریشه در استرس ها و فشارهای روزمره ی زندگی آن ها دارد (Sarno, 2009). رگه های شخصیتی، به عنوان مهمترین عوامل روانشناختی، جایگاه خاصی در پدیدآیی اختلالات روانی و جسمانی به دست آورده اند. شناخت تفاوتهای فردی، پدیدآیی و تحول بیماری، باعث جلب توجه به رابطه شخصیت، سلامت و طول عمر می شود (Friedman, 2008).

به منظور تبیین روابط بین رگه های شخصیتی و اختلال های جسمانی و روانشناختی، میتوان به نظریه حساسیت به تقویت[1] گری اشاره کرد. نظریه شخصیت گری در قالب نظریه سیستم های مغزی رفتاری بر وجود ارتباط بین ابعاد شخصیتی و فرآیندهای مغزی توجه دارد (Jackson, 2002). این نظریه درجهت تبیین تفاوت های فردی به نقش عوامل زیستی – عصبی اشاره می کند. مطابق با نظریه شخصیتی گری، سه سیستم جداگانه مغزی – رفتاری اما در تعامل باهم در مغز پستانداران وجود دارند که رفتارهای هیجانی را کنترل می کنند (De Pascalis et al, 2005). غلبه و فعالیت هریک از این سیستم ها در فرد به حالت های هیجانی متفاوتی، چون اضطراب، زود انگیختگی و ترس منجر می گردد و شیوه های رویارویی و واکنش های رفتاری متفاوتی را برمی انگیزد (Jackson, 2002).

سیستم فعال سازی رفتاری، رفتار جستجوی پاداش، احساس غرور و امید به پاداش را علی رغم خطر یا تهدید موجود، فعال می سازد و به عنوان سیستم برانگیختگی شناخته می شود. این سیستم متشکل از دو مولفه روی آورد و اجتناب فعال است. مولفه روی آورد، مشخص کننده رفتارهایی است که به صورت فعالانه در جستجوی پاداش هستند و مولفه اجتناب فعال نشان دهنده رفتارهایی است که به منظور اجتناب از تنبیه انجام می شود (Gray JA, McNaughton, 2000). در مقابل، سیستم بازداری رفتاری منجر به اضطراب، بازداری و اجتناب فعل پذیر در پاسخ به نشانه های تنبیه و محرکهای جدید می شود و به عنوان سیستم اضطراب شناخته شده است. (Hundt et al, 2008). نظریه سیستمهای مغزی- رفتاری، این فرض را مطرح ساخت که اختلالهای روانپزشکی، ناشی از نارساکنش وری در یکی از سیستمها یا تعاملهای آنها می باشند و به منظور تبیین روابط بین رگه های شخصیتی و اختلالات روان تنی[2] می توان آنرابه کار برد (Matthews, Gilliland, 1999).

از جمله تأثیرات اساسی استرس و یکی از شایع ترین اختلالات روان تنی، اختلالات گوارش می باشد. سندرم روده تحریک پذیر[3] شایع ترین اختلال عملکردی دستگاه گوارش است که با علایمی از قبیل تغییر در اجابت مزاج و درد و نفخ شکمی، بدون وجود اختلال های ساختاری قابل مشاهده مشخص می شود (Dai, Cong ,Yuan, 2008). سندرم روده تحریک پذیر یک اختلال در افراد جوان است و اکثر موارد جدید آن قبل از ۴۵ سالگی تشخیص داده می شود (Grundmann,Yoon, 2010). علایم روان شناختی در سبب شناسی و تشدید علایم سندرم روده تحریک پذیر نقش مهمی دارند، به گونه ای که به طور معمول علایم بیماران مبتلا به این سندرم در طول یا بعد از دوره ای از فشار روانی ظاهر می شود (Keefer et al, 2006؛ Posserud et al, 2009). در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر، اضطراب و افسردگی نسبت به سایر اختلال های روانی شیوع بالاتری دارد (Gros et al, 2009). بنابراین تاثیر عوامل روان شناختی در این بیماری مشهود است.

یکی دیگر از بیماریهایی که تحت تاثیر عوامل روان شناختی قرار دارد، مولتیپل اسکلروزیس[4] می باشد که از شایعترین بیماری های مزمن و پیشرونده سیستم اعصاب مرکزی است که با آسیب رساندن به بافت میلین مغز و نخاع منجر به بروز طیف وسیعی از علایم عصبی همچون تاری دید، ضعف عضلانی و اختلالات حسی میگردد (فرهادی و پسندیده، ۱۳۹۵). نکته مهم درباره بیماری مولتیپل اسکلروزیس این است که طی دو دهه اخیر روند رو به رشدی داشته، هر چند، علت شیوع مشخص نیست، اما بدون تردید عوامل محیطی از جمله استرس بی تأثیر نیستند و شکی نیست که عوامل روانی در تشدید بیماری و بروز حملات جدید نقش به سزایی دارند. بیماری ام اس یکی از بیمار یهای اختلالات مغزی است که یک بیماری کاملاً هزینه بر بوده و درمان آن شاملمراقبت های حمایتی و مدیریت علایم بیماری است .در واقع می توان گفت ام اس یک بیماری مزمن بسیار ناتوان کننده،همراه با پیامدهای اجتماعی و اقتصادی است. (قناتی، هادیان و دقیقی اصل،۱۳۹۰)

بیماری دیگری که تحت تاثیر عوامل روان شناختی قرار می گیرد، میگرن[5] است که شایع ترین شکل سردرد مزمن می باشد، این بیماری با طول مدت۷۲-۴ ساعت و فواصل بدون درد و گاهی با علامت هایی قبل از حمله ی سردرد مثل خطوط زیگزاگ یا ستاره در میدان

1. Reinforcement Sensitivity Theory
2. psychosomatic
3. Irritable Bowel Syndrome
4. Multiple Sclerosis
5. Migraine

بینایی و در طول حمله با علایمی مثل تهوع، استفراغ، ترس از نور یا ترس از صدا تشخیص داده می شود. شروع بیماری دردهه های دوم وسوم زندگی میباشد و در زنان ۲ تا ۳ برابر بیشتر از مردان است (Chiros, 2011). در علت شناسی سردردهای اولیه، بر نقش استرس و فشارهای روانی هم به عنوان عامل زمینه ساز و هم به عنوان عامل آشکار کننده ی سردرد تاکید شده است. سردردها در ۸۰ درصد مردم تحت فشار روانی بروز می کند (Sadock, et al. 2010). مطالعات انجام شده بیانگر ارتباط شروع سردردهای میگرن با فشارهای روانی، ناکامی شدید، افسردگی و خشم سرکوب شده است (Gil et al, 2004). افسردگی از شایعترین اختلالات همراه با میگرن است؛ به طوری که حدود۸۰ درصد بیماران مبتلا به میگرن را در بر می گیرد (Badr, Milbury, 2011).

نتایج پژوهش موسی زاده، امیری (۱۳۹۴) نشان داد سیستم های مغزی/ رفتاری از متغیرهای تاثیرگذار بر بزهکاری نوجوانان می باشد و سیستم اجتناب فعال و سیستم ستیز به صورت مثبت و سیستم اجتناب منفعل به صورت منفی بزهکاری را در نوجوانان پیش بینی می کند. حاتملو، باباپورخیرالدین (۱۳۹۳) در پژوهشی که با هدف مقایسه ای سیستم های بازداری/ فعال سازی رفتاری و صفات شخصیتی در دو گروه زنان مبتلا به دیابت نوع دو و زنان غیردیابتی انجام دادند، به این نتایج رسیدند روان رنجوری و حساسیت بالای سیستم بازداری رفتاری نقش تسهیل کننده در بروز بیماری دیابت داشته و بنابراین می توان مبتنی بر این ویژگی ها، وقوع و عدم وقوع بیماری دیابت را به طور نسبی در کنار سایر عوامل موثر، پیش بینی نمود. نتایج پژوهش تمنائی فر، اخوان حجازی (۱۳۹۲) نشان داد میزان سلامت روان و کیفیت زندگی مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر پایین تر از افراد سالم می باشد و علایم جسمانی، اضطراب و افسردگی نیز در بیماران شدیدتر است. همچنین دیباجنیا، مقدسین، کیخای فرزانه (۱۳۹۲) در پژوهشی به این نتایج رسیدند مشکلات روانشناختی در بروز سندرم روده تحریک پذیر نقش دارد. نتایج پژوهش گیلاسی و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد، بین میزان ناتوانی و باورهای درد همبستگی مثبت و معنی داری وجود دارد. همچنین پیمان نیا و موسوی قیه قشلاقی (۱۳۹۲) در پژوهشی به این نتایج رسیدند بیماران مبتلا به میگرن آسیب پذیری بیشتری در مقابل اختلالات روان رنجوری دارند. دهقانی، محمدخان کرمانشاهی، معماریان (۱۳۹۲) در پژوهشی در زمینه بیماری مولتیپل اسکلروزیس به این نتایج نشان رسیدند میزان استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران مولتیپل اسکلروزیس بالا بوده که می تواند سلامت آنان را به مخاطره اندازد. نتایج پژوهش Golubovic, et al (2010) با هدف بررسی اختلالات روانی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر نشان داد بیماران مبتلا در سه دسته کلی اختلالات اضطرابی (اضطراب فراگیر و حملات وحشت)، اختلالات خلق (افسردگی اساسی و اختلال کج خلقی)، اختلالات بدنی شکل (خودبیمار پنداری و اختلال بدنی کردن) بیشترین نمرات را بدست آوردند. نتایج پژوهش بلسی، Beesley, Rhodes, Salmon (2010) در بیماران سندرم روده تحریک پذیر نشان داد بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر صفت خشم و مهار بیشتری را نسبت به افراد سالم نشان دادند.

از آنجا که نقش مهم متغیر دستگاههای مغزی- رفتاری بر بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، مولتیپل اسکلروزیس و میگرن و تعامل این عوامل در شروع، گسترش و تداوم آشفتگی های هیجانی در بیماران تاثیر به سزایی دارد، با توجه به نتایج پژوهشها و مطالب مطرح شده در پژوهش حاضر این سوال مطرح است که آیا بین دستگاههای مغزی- رفتاری فعال ساز و بازدارنده در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، مولتیپل اسکلروزیس و میگرن تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع علّی- مقایسه ای[6] می باشد و یک مطالعه ی پس رویدادی به شمار می رود. آزمودنی های این پژوهش شامل سه گروه بود. همچنین متغیر دستگاههای مغزی- رفتاری بعنوان متغیر مستقل برای گروه ها اعمال شد. گروه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، گروه مولتیپل اسکلروزیس وگروه میگرن بعنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند.

جامعه آماری و روش نمونه گیری

جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، مولتیپل اسکلروزیس و میگرن مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان بود. برای نمونه گیری آزمودنی های پژوهش از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. به این صورت که پژوهشگر ابتدا باکسب مجوز از مرکز MS اصفهان وکلینیک روان تنی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان از میان بیماران مراجعه کننده به این مراکز به شیوه در دسترس ۵۰ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، ۵۰ بیمار مبتلا به MS و ۵۰ بیمار مبتلا به میگرن برای شرکت در پژوهش را انتخاب کرد. هر سه گروه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی جنس، سن، وضعیت تاهل با هم همتا سازی شدند.

---

[6]. causal comparative

ابزار جمع آوری اطلاعات

۱.فرم جمعیت شناختی

این فرم، وضعیت شخصی بیمار را از لحاظ سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل و سطح در آمد مشخص می کند.

۲. پرسشنامه شخصیتی گری ویلسون[۷]

این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط ویلسون، بارت و گری طراحی شد. این مقیاس، میزان فعالیت سیستمهای مغزی-رفتاری و مولفه های آنها را ارزیابی می کند. برای ارزیابی هر یک از سیستمهای فعال ساز رفتاری، بازداری رفتاری ۴۰ ماده در نظر گرفته شد.

روش اجرا

روش اجرا به این صورت بود که با مراجعه روزانه به این مراکز درمانی نمونه پژوهش از بین زنان و مردان مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، میگرن و مولتیپل اسکلروزیس که از سوی پزشک متخصص معرفی می شدند، برای پژوهش انتخاب وپس از ارائه توضیحات در مورد پژوهش و جلب رضایت بیماران برای شرکت در پژوهش نسبت به تکمیل پرسش نامه ها اقدام شد و بیماران پرسشنامه شخصیتی گری-ویلسون را تکمیل کردند.

روش تجزیه و تحلیل

در پژوهش حاضر علاوه بر آمار توصیفی از روشهای تحلیل آمار استنباطی تحلیل واریانس چند متغیره (آزمون[8]MANOVA) استفاده شد. لازم به ذکر است برای تمام داده ها با استفاده از نرم افزار [۹]spss نسخه ۲۱مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

برای آزمون فرضیه اول پژوهش حاضرکه عبارت است از" بین سیستم فعال سازی رفتاری بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک پذیر، مولتیپل اسکلروزیس ومیگرن درشهراصفهان تفاوت (معنادار)وجوددارد " ابتدا میانگین و انحراف معیارسیستم فعالساز رفتاری درسه گروه بیماران ارایه شد.

جدول (۱) شاخص های توصیفی (میانگین وانحراف معیار)سیستم فعالسازرفتاری درسه گروه بیماران

متغیر						
سیستم فعال سازی رفتاری	M	SD	M	SD	M	SD
	۴۱/۶۸	۵/۵۸	۴۱/۱۴	۵/۲۵	۴۳/۸۰	۶/۶۱

چنان که درجدول (۱) مشاهده می شود، میانگین سیستم فعالسازرفتاری درگروه سندرم روده تحریک پذیربرابربا۴۱/۶۸، درگروه مولنیپل اسکلروزیس برابربا۴۱/۱۴ و در گروه میگرن برابر با۴۳/۸۰ می باشد.

در ادامه نتایج تحلیل واریانس سیستم فعالسازرفتاری درمیان سه گروه بیماران ارایه گردید.

---

7. Gray-Wilson personality Questionnaire (GWPQ)
8. Multivariate Analyses of Variance
9. statistical package for social science

جدول (۲) نتایج تحلیل واریانس سیستم فعالسازرفتاری درمیان سه گروه بیماران

ردیف	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	Fضریب	معناداری	مجذورسهمی۱تا	توان آزمون
۱	سیستم فعال سازی رفتاری	۱۵۰/۱۲۰	۲	۷۵/۰۶۰	۲/۲۲	۰/۱۱۲	۰/۱۲۹	۰/۶۴۷
۲	اثرپیلای		۰/۲۰۹	۵/۰۶۸	p<۰/۰۱			
۳	لامبدای ویلکس		۰/۷۹۱	۵/۹۹۵	p<۰/۰۱			
۴	اثرهتلینگ		۰/ ۲۶۲	۶/۳۰۰	p<۰/۰۱			
۵	بزرگترین ریشه روی		۰/۲۵۹	۱۲/۵۹۴	p<۰/۰۱			

چنان که درجدول (۲) مشاهده می شود، درسیستم فعال سازی رفتاری بین سه گروه پژوهشی تفاوت معناداری ($P >$۰/۰۵) ۰ وجود ندارد.

برای آزمون فرضیه دوم پژوهش مبنی بر" بین سیستم باز داری رفتاری بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک پذیر، مولتیپل اسکلروزیس ومیگرن درشهراصفهان تفاوت (معنادار)وجوددارد." ۰میانگین وانحراف معیار سیستم بازداری رفتاری درسه گروه بیماران ارایه شد.

جدول (۳) شاخص های توصیفی (میانگین وانحراف معیار)سیستم بازداری رفتاری درسه گروه بیماران

متغیر	سندرم	روده	تحریک پذیر	مولتیپل	اسکلروزیس	میگرن
سیستم بازداری رفتاری	M	SD	M	SD	M	SD
	۴۵/۶۸	۹/۶۰	۴۷/۶۴	۱۱/۰۷	۳۹/۳۰	۸/۷۹

چنان که در جدول ۳ مشاهده می شود، میانگین سیستم بازداری رفتاری در گروه سندروم تحریک پذیر برابر۴۵/۶۸، در گروه مولتیپل اسکلروزیس برابر ۴۷/۶۴و در گروه میگرن برابر۳۹/۳۰ می باشد.

در ادامه نتایج تحلیل واریانس سیستم بازداری رفتاری که میان سه گروه بیماران ارایه شد.

جدول (۴) نتایج تحلیل واریانس سیستم بازداری رفتاری در میان سه گروه بیماران

ردیف	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	Fضریب	معناداری	مجذورسهمی۱تا	توان آزمون
۱	سیستم بازداری رفتاری	۱۹۰۱/۶۹۳	۲	۹۵۰/۸۴۷	۹/۷۵۷	۰/۰۰۱	۰/۱۱۷	۰/۹۸۱

چنانکه در جدول (۴) مشاهده می شود، در سیستم بازداری رفتاری بین سه گروه پژوهش تفاوت معنا دار (p<۰/۰۱) وجود دارد. مجذورسهمی ۱ تا برابر ۰/۱۱۷ و حاکی از آن است که ۱۱/۶ درصد تفاوت بین گروه های پژوهش در سیستم بازداری رفتاری مربوط به عضویت گروه ها بوده است. توان آزمون نیز برابر با ۰/۹۸۱ بوده که نشان می دهد تحلیل واریانس انجام شده با ۹۸ درصد توان قادر به تشخیص تفاوت گروه های پژوهش در سیستم بازداری رفتاری بوده است. بر اساس نتایج ارایه شده فرضیه اول مبنی بر این که در سیستم بازداری رفتاری بین سه گروه پژوهش دارای تفاوت (معنا داری) است، مورد تایید قرار می گیرد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور مقایسه سیستم های مغزی رفتاری فعال ساز و بازدارنده دربیماران مبتلابه سندرم روده تحریک پذیر، میگرن و مولتیپل اسکلروزیس انجام شد. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر با برخی از نتایج پژوهش های تمنائی فر، اخوان حجازی (۱۳۹۲)، دیباجنیا، مقدسین، کیخای فرزانه (۱۳۹۲)، پیمان نیا و موسوی قیه قشلاقی (۱۳۹۲)، هاشمی نصرت آباد، علیلو، خسرویان (۱۳۹۲)، دهقانی، محمدخان کرمانشاهی، معماریان (۱۳۹۲)، جنگی قوجه بیگلو، نریمانی، جانی، پوراسمعلی (۱۳۹۲)، ؛Mula et al (2016)؛ Velly et al (2013)؛ Golubovic et al (2010)؛ Beesley, et al (2010) همسو بود. نتایج نشان داد درسیستم فعال سازی رفتاری بین سه گروه سندرم روده تحریک پذیر، مولتیپل اسکلروزیس و میگرن تفاوت معناداری وجود ندارد و به بیانی دیگر سه بیماری مذکور دارای شرایط یکسانی بودند. در تبیین یافته های بدست آمده می توان این گونه بیان کرد که در بیماری های نامبرده شده سیستم فعال سازباتوجه به نمره میانگین درسطح پایین تری نسبت به دوسیستم دیگرمیباشد و به همین دلیل است که مبتلایان بیشتر دچار افسردگی و خلق پایین می شوند نکته ای که در اختلالات هیجانی از جمله اختلال افسردگی اساسی به چشم می خورد، کاهش فعالیت سیستم فعال ساز و بالعکس افزایش سیستم بازدارنده است. سیستم فعال ساز رفتاری مسؤول پاسخ دهی به محرک های مثبت اعم از شرطی و غیرشرطی است. همچنین تحلیل رفتارهایی که در قبال برانگیختگی سیستمهای فعال ساز رفتاری و بازداری رفتاری بروز می کنند، نمایانگر فعالیت سیستم فعال ساز رفتاری فرد به منظور نوعی مقابله و تلاش در رفع موانع و جستجوی پیامدهای خوشایند است (آزاد فلاح و دادستان، ۱۳۷۹). این سیستم نسبت به نشانه های شرطی پاداش وحذف تنبیه حساس است وبا عاطفه مثبت در ارتباط است. عاطفه مثبت بالا بر انرژی زیاد، تمرکز کامل و اشتغال لذت بخش و عاطفه مثبت پایین بر غمگینی و رخوت دلالت دارد.

شروع این بیماری ها در اکثر افراد با عوامل استرس آور همراه بوده است در حالی که نتایج پژوهشها به نقش سیستم های مغزی-رفتاری در تعدیل ارتباط میزان پریشانی های تجربه شده و عملکرد سیستم ایمنی (آزاد فلاح و دادستان، ۱۳۷۹) و نیز رابطه درونگرایی با سیستم ایمنی (Segerstorm، 2000) تأکید کرده اند. افراددارای سیستم فعالسازقوی بدنبال کسب پاداش هستند، احتمال بیشتری داردبه رفتارهای مخاطره آمیزدست بزنند، هیجان های مثبت بیشتری تجربه می کنندوبمیزان بیشتری رفتارهای تکانشی ازخودنشان می دهند. طبق نظرگری، تفاوتهای فردی درفعالیت سیستم های فعالساز وبازداری، زمینه ساز صفات اصلی روان آزرده گرایی وبرون گرایی درنظریه آیزنک هستندوبالا بودن سیستم فعالسازبهمراه پایین بودن سبستم بازداری زمینه سازصفت برونگرایی ست وطبق نتایج این پژوهش (پایین بودن سیستم فعالسازوبالابودن بازداری)بیماران سه گروه موردپژوهش، برونگرانیستندودرنتیجه واکنش بیشتری نسبت به نتایج وپیامدهای مثبت نداردندرمقایسه با پیامدهای منفی، ونیزجنبه های برونگرایی اعم ازگرم ومعاشرتی بودن، ابرازوجود، فعال بودن وهیجان خواهی نیزدربیماران هرسه گروه کمتردیده میشود. همانطورکه گفته شدتوجه به پاداش وشادمانی دربیماران سه گروه کم است وبخشی ازاین مساله می تواندناشی ازاین باشدکه این افرادگذشته ای پرازکشمکش، استرس و بدرفتاری دارندیابه تازگی یک رویداداسترس زاراتجربه کرده اند (طبق نظریات سایکوسوماتیک). ونیزبیماران معمولابدلیل مشکلات ناشی ازبیماری شان کمتربه جنبه های مفرح زندگی توجه می کنندوسلامتی ودرمان برایشان اولویت دارد، که این مساله به نوع وشدت بیماری نیز بستگی دارد. بیماری معمولاباعث وقفه یادست کشیدن ازفعالیتهاوحضوردراجتماع میشودوبهیچ وجه شرایط یک بیماربافردسالم برابرنیست وعقلانی است اگرپذیرفته شود بیماران سه گروه موردپژوهش تاحدی منزوی، افسرده، مضطرب، درونگراوکم تفاوت نسبت به نشانه های پاداش هستندوباتوجه باین که رابطه متقابل جسم وروح هم درشروع بیماری دیده میشودوهم درادامه آن، شرایط روانی بیمارباوخامت وطولانی شدن بیماریش بدترمی شودو مزمن بودن این سه بیماری هم برضعف سیستم فعالسازوکم توجهی به نشانه های پاداش اثرگذاشت.

همچنین نتایج نشان داد بین سیستم بازداری رفتاری بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، مولتیپل اسکلروزیس و میگرن در شهر اصفهان تفاوت معناداری وجوددارد و بیشترین بازداری مربوط به گروه ام اس بود. در تبین این یافته می توان گفت که به نظر می رسدبیماران مبتلابه ام اس محافظه کارترند، احتمال بیشتری داردرفتارهای اجتنابی انجام دهندوبه میزان بیشتری ازخوداضطراب نشان میدهند. شواهدی وجودداردکه نشان می دهندفعالیت بالای بازداری باروان آزرده گرایی (درنظریه آیزنک)ارتباط دارد. البته در روان آزرده گری هم فعالسازوهم بازداری بالاست وچون در سه گروه پژوهش، سیستم فعالسازفعالیت کمی داردلذاجزروان آزرده هاقرارنمی گیرند. بررسی های اخیرنشان داده امیدبه زندگی درافرادمبتلا به ام اس ۵تا۱۰ سال کمترازدیگران است ونیزاسترس ممکن است باعث بروزحمله درمبتلایان به ام اس شودونیزدشواری درفکرکردن ومشکلات عاطفی مانندافسردگی یاخلق ناپایدارنیزدربین مبتلایان به ام اس رایج است. بررسی های انجام گرفته نیزشیوع وشدت بالای افسردگی رادراین بیماران نشان می دهندکه این افسردگی می تواندناشی ازتخریب عصب ویابدلیل تاثیرروحی تطبیق باام اس باشد. بالابودن میزان بازداری دربیماران مبتلابه ام اس نیزبااین یافته هاهمسواست. پژوهش ها نشان داده اند که ارتباط بین سلامت روان و بیماری مولتیپل اسکلروزیس معنادار بوده است . تظاهرات روانی این بیماری عبارتند از: اضطراب،

استرس، افسردگی، اختلالات شناختی، تحریک پذیری و عصبانیت که در این بین اضطراب، استرس و افسردگی بیشترین شیوع را در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دارند (Liu et al, 2009). بنابراین تاثیر و نقش عوامل روان شناختی در این بیماری نیز مشهود است. وهمینطورخستگی یابی رمقی (فقدان انرژی فیزیکی یاذهنی فردکه منجربه توقف فعالیتهای بیمارمیشود) محدودکننده زندگی ۸۵٪ ازبیماران مبتلابه ام اس است، واین خستگی مربوط به نوع ام اس، شدت بیماری یادوره بیماری نیست ومکانیسم آن هنوزکاملاروشن نشده است و برای هربیمارمبتلاتجربه متفاوتی ایجادمیکند، برای برخی به مفهوم ازتوان افتادن است درحالیکه دردیگری شدت یافتن علایمی مثل مشکلات بینایی، اشکال درتمرکز، حافظه، تحرک وگرفتگی عضلات میتواندباشد. وحساسیت آن پیشگویی کننده ی استرسهای هیجانی منفی شخص در موقعیتهای پر استرس بدون توجه به طبیعت استرس هاست. بازداری رفتاری و بازگیری احتمالا عامل پیش بینی کننده شخص در کنار آمدن غیر فعال و ضعیف است. مطالعات متعددی ارتباط سیستم بازداری رفتاری با عواطف منفی را نشان داده اند (Carver, 2004). به طوریکه بیماران افسرده در مقایسه با افراد بهنجار دارای سطوح بالای سیستم بازدارنده رفتاری و سطوح پایین سیستم فعال ساز رفتاری می باشند (MCFarland et al, 2006). می توان به اینگونه نیز تبیین نمود که در مبتلایان به بیماری های مولتیپل اسکلروزیس، میگرن و سندرم روده تحریک پذیر سیستم بازدارنده با شدت بیشتری نسبت به افراد عادی فعالیت می نماید و همین امر منجر به تشدید علایم و یا حتی بروز بیماری های فوق شود. به گونه ای که افراد نسبت به سیستم های بازدارنده محیطی جزیی نگری بیشتری نشان می دهند و همین عامل اشتغال ذهنی بیشتری را برای این افراد به وجود می آورد همچنین حساسیت سیستم بازداری رفتاری می تواند واکنش عاطفی به دیگر محرکهای تنش زا مانند تشخیص سرطان سینه، کارکرد فشار خون بالا و آسیب شناسی روانی در سطح جسمانی به خصوص افسردگی و اضطراب را تبیین کند (Carver, 2004؛ Jackson, 2003؛ (Jackson, 2003). در تحقیق خود نشان داد که سیستم بازداری با اضطراب مرتبط بوده و افرادی که سیستم بازداری رفتاری بالایی دارند، اضطراب بالای دارند و سطح هموگلوبین در آنان پایین بوده و این خود تسهیل کننده ای برای بروز علایم دیابت نوع دوم می باشد. در کل پژوهشگران معتقدند سیستم فعال ساز رفتاری با تکانش گری، برونگرایی و عاطفه مثبت همسو است و سیستم بازداری رفتاری با اضطراب، روان رنجوری و عاطفه منفی ارتباط دارد (Jorm, 1999).

با توجه به رد فرضیه ی اول مبنی براینکه بین سیستم فعال ساز رفتاری بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، مولتیپل اسکلروزیس و میگرن تفاوت معناداری وجود دارد، پیشنهاد می شود: در کنار درمان پزشکی، آموزش کارگاه های آموزشی مقابله با رویکرد های استرس بار، مدیریت بحران و مشاوره روانشناختی وخانواده درمانی نیز انجام شود. همچنین با توجه به نتایج و تایید فرضیه دوم مبنی براینکه سیستم بازداری رفتاری بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، مولتیپل اسکلروزیس و میگرن تفاوت معناداری وجود دارد، پیشنهاد می شود: ایجاد بینش نسبت به این فرآیند در بیماران انجام شود تا در راستای کم کردن حالات ناخوشایند روانی و کاهش کیفیت زندگی به مبتلایان کمک شود.

منابع

فرهادی، مریم، و پسندیده، محمدمهدی (۱۳۹۵). «اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی و افزایش خودکار آمدی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس»، نهمین کنگره بین المللی روان درمانی (اجلاس آسیایی در بستر ارزش های فرهنگی)، تهران ،https://civilica.com/doc/557135.

آزادفلاح، پ، دادستان، پ (۱۳۷۹). «سیستم های مغزی رفتاری، ساختارهای زیستی شخصیت»، مجله علمی پژوهشی مدرس. (۱۴): ۸۲-۶۳.

پیمان نیا، ب، موسوی قیه قشلاقی، ا (۱۳۹۲). «مقایسه استرس ادارک شده و صفات شخصیتی در بیماران مبتلا به میگرن و افراد سالم»، مجله علوم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره ۲۲، (۲): ۱۰۷۸-۱۰۶۹.

تمنایی فر، م، اخوان حجازی، ز (۱۳۹۲). «مقایسه سلامت روان وکیفیت زندگی درمبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر و افرادسالم درشهرستان کاشان»، دوماهنامه علمی–پژوهشی فیض، دوره هفدهم، (۲): ۲۰۵-۱۹۲.

جنگی قوجه بیگلو، ش، نریمانی، م، جانی، س، پوراسمعلی، ا (۱۳۹۲). «نقش سیستمهای مغزی/رفتاری در پیشبینی کیفیت زندگی و راهبردهای مقابلهای در بیماران مبتلا به سرطان»، ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۷(۱۲): ۷۸۸-۷۷۹.

دهقانی، ع، محمدخان کرمانشاهی، س، معماریان، ر (۱۳۹۲). «بررسی شیوع فراوانی استرس، اضطراب وافسردگی دربیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس»، نشریه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز، دوره ۲، (۲): ۸۲-۸۸.

دیباجنیا، پ، مقدسین، م، کیخای فرزانه، م (۱۳۹۲). «بررسی رابطه اختلالات روانشناختی با سندرم روده تحریک پذیر»، مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (پژوهنده)، ۱۸(۱): ۳۰-۳۳.

قناتی، الناز، محمد، هادیان، دقیقی اصلی، علیرضا (۱۳۹۰). «بررسی هزینه های اقتصادی داروهای بیماری ام اس و امکان سنجی اقتصادی ارائه بیمه نام ههای درمانی برای داروهای این بیماری»، مدیریت سلامت، ۱۴(۴۵): ۵۴-۴۷.

گیلاسی، ح، امیدی، ع، قارلیپور، ذ، توسلی، ا، حقیر، ا، سرخابی، پ (۱۳۹۲). «نقش راهبردهای مقابله ای وباورهای مرتبط با درد درمیزان ناتوانی ناشی ازمیگرن»، مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاداسلامی، دوره ۲۳، ویژه نامه ۱، صفحات ۵۹ تا ۶۳.

حاتملو، منیژه، باباپورخیرالدین، ج (۱۳۹۳). «مقایسه صفات شخصیتی وسیستم بازداری فعال سازی رفتاری درزنان دیابتی وغیردیابتی»، دو ماهنامه علمی– پژوهشی فیض، (۳)، دوره ۱۸، صفحات ۲۳۹-۲۴۶.

موسی زاده، ت، امیری، م (۱۳۹۴). «مقایسه سیستمهای مغزی رفتاری در نوجوانان عادی و بزهکار»، مجله سلامت و بهداشت، دوره ششم، (۱): ۲۹-۱۹.

هاشمی نصرت آباد، ت، علیلو، م، خسرویان، ب (۱۳۹۲). «نقش کمال گرایی، عاطفه منفی و سیستمهای مغزی/ رفتاری درپیش بینی پرخوری عصبی»، مجله پزشکی ارومیه، دوره ۹۲، ۲۱(۳): ۳۳۰-۳۳۸.

Badr H, Milbury K. (2011). Associations betweendepression, pain behaviors, and partner responses to pain in metastatic breast cancer. Pain;152 (11): 2596–604.

Beesley H, Rhodes J, Salmon P. (2010). Anger and childhood sexual abuse are independently associated with irritablebowel syndrome. Br J Health Psychol;15 (Pt 2): 389-99.

Carver CS. (2004). Negative affects deriving from the behavioural approach system. Emotion; 4 (1): 3-22.

Chiros C, O'Brien WH. (2011). Acceptance, appraisals, and coping in relation to migraine headache: an evaluation ofinterrelationships using daily diary methods. Journal Behav Med; 34: 307-20.

Dai N, Cong Y, Yuan H. (2008). Prevalence of irritable bowel syndrome among undergraduates in Southeast China. Dig Liver Dis ,40 (6): 418-24.

De Pascalis V, Arwari B, Matteucci M, Mazzocco A. (2005). Effects of emotionalvisual stimuli on auditory informationprocessing: A test of J. A. Gray'sreinforcement sensitivity heory. Personality and Individual Differences,38 (1), 163-176.

Friedman HS. (2008). The multiple linkages of personalityand disease. Brain Behav Immun. ; 22: 668-75.

Gil KM, Carson JW, Porter LS, Scipio C,Bediako SM, Orringer E. (2004). Daily Mood and Stress Predict Pain, Health Care Use, and Work Activityin African American Adults with Sickle-Cell Disease. Health Psychol; 23 (3): 267-74.

Golubovic ST, Miljkovic S, Nagorni A, Lazarevic D, Nikolic G. (2010I). Rritable bowel syndrome, anxiety, depression and personality characteristics. PsychiatriaDanubina, 22 (3): 418–424.

Gray JA, McNaughton N. (2000). The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of theseptohippocampal system. New York: Oxford University;53-98.

Gros DF, Antony MM, McCabe RE, Swinson RP. (2009). Frequency and severity of the symptoms of irritable bowelsyndrome across the anxiety disorders and depression. Journal Anxiety Disord; 23 (2): 290-6.

Grundmann O, Yoon SL. (2010). Irritable bowel syndrome: epidemiology, diagnosis and treatment: an update for healthcarepractitioners. Journal GastroenterolHepatol. 25 (4): 691-9.

Hundt NE, Kimbrel NA, Mitchell JT, Nelson-Gray RO. (2008). High BAS, but not low BIS, predicts externalizingsymptoms in adults. PersIndivid Dif. 44: 565-75.

Jackson CJ. (2003). Gray's reinforcement sensitivity theory. Psychometric critique. Pers Individ Dif; 34 (1): 533-44.

Jackson, CJ. (2002). Mapping Grays model ofpersonality on to the Eysenck personalityprofiler (EPP). Personality and IndividualDifferences؛ 32: 495-507.

Jorm AF, Christencen H, Henderson AS, Jacomb PA, Korten EA, Rodgers B. (1999). Using the BIS/BAS Scales to measure behavioural inhibition andbehavioural activation: Factor Structure, validity and norms in a large community sample. Pers Ind ivid Differ; 26 (21): 49-58

Keefer L, Kiebles GL, Taft TH. (2006). Psychological Co-morbidities of Irritable Bowel Syndrome. Am Journal Gastroenterol , 101 (5): 385-414

Matthews G, Gilliland K. (1999). The personality theories of H. J. Eysenck and J. A, Gray: a comparative review. Personality and Individual Differences; 26 (4): 583-626.

MCFarland BR, Shankman SA, Tenke CE, Bruder GE, Klein DN. (2006). Behavioral activation system deficits predict the six-month course of depression. J Affect Disord; 91 (2-3): 229-34

Mula M, Danquah-Boateng D, Cock HR, Khan, Lozsadi DA, Nirmalananthan N. (2016). Different attachment styles correlate with mood disorders in adults with epilepsy or migraine. Epilepsy & Behavior, Volume 54, Pages 110–114.

Posserud I, Svedlund J, Wallin J, Simren M. (2009). Hypervigilance in irritable bowel syndrome compared with organic gastrointestinal disease. Journal PsychosomRes ,66 (5): 399-405.

Sadock BJ, Kaplan HI, & Sadock VA. (2010). Sadock'sSynopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences,Clinical Psychiatry: Translated by Poorafkari N.Tehran, Iran. Shahrab Publication; 1389. [inPersian]

Sarno JE. 2009. The Divided Mind: The Epidemic of Mindbody Disorders. New York: HarperCollins e-books.

Segerstorm SC. 2000. Personality and the immune system: Models, methods and mechanisms. Ann Behav Med; 22 (3): 180-90

Straub RO. 2012. Health psychology: A biopsychosocialapproach,NewYork,NY: WorthPublishers.

Velly AM, Look JO, Carlson Ch, Lenton PA, Kang W, Holcroft CA, et al. 2011. The effect ofcatastrophizing and depression on chronic pain – aprospective cohort study of temporomandibularmuscle and joint pain disorders. Pain;152 (10): 2377–83.