مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان / دوره هفدهم / زمستان ۱۳۹۱/۶۰-۵۳

مقایسه ویژگی‌های شخصیتی بیماران رینیت آلرژیک و افراد عادی

سیدابوالقاسم مهری نژاد[۱]، **سارا رجبی مقدم**[۲]

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران. (مولف مسوول) تلفن ثابت:۲۲۰۲۳۱۷۰-۰۲۱ ab_mehrinejad@yahoo.com

۲ . دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: ویژگی‌های شخصیتی به عنوان یک عامل زمینه‌ساز و تعیین‌کننده شیوه رویارویی با محیط اجتماعی، فیزیکی و روان‌شناختی هستند. هدف از این بررسی، شناخت میزان تأثیر ویژگی‌های شخصیتی در بروز و تشدید رینیت آلرژیک است.

روش بررسی: در این بررسی علی- مقایسه‌ای، برای گردآوری داده، از ۱۲۰بیمار مبتلا به رینیت آلرژیک که به کلینیک آلرژی تهران واقع در خیابان طالقانی مراجعه کرده بودند و همچنین ۱۲۰ فرد عادی ساکن شهر تهران که به صورت همتا با گروه مواجهه انتخاب شده بودند، استفاده شد. داده‌ها به کمک پرسشنامه میلون (MCMI III) از آزمودنی‌ها بدست آمد و با کمک آزمون T دو گروه مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین نمره بیماران در آزمون میلون در مقیاس‌های افسردگی، منفی‌گرایی، اختلال اضطراب، اختلال شبه جسمی و همچنین افسرده‌خویی بیش از نمرات افراد عادی همتا بود ($P<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان می دهد افسردگی، منفی گرایی، افسرده خویی، اختلال اضطرابی و اختلال شبه جسمی بطور معنی داری در افراد مبتلا به رینیت آلرژیک بیشتر از افراد عادی است. بنابراین لازم است در مداخلات درمانی بیماران مبتلا به رینیت آلرژیک، مداخلات مربوط به این وضعیت های روانشناختی آسیب زا نیز لحاظ گردد.

کلید واژه‌ها: رینیت آلرژیک، ویژگی‌های شخصیتی، آزمون میلون (MCMI III).

وصول مقاله:۹۰/۳/۲۵ اصلاحیه نهایی:۹۱/۴/۱۹ پذیرش:۹۱/۶/۴

مقدمه

سیستم ایمنی، مکانیزم دفاعی بدن در برابر تهاجم است. اصطلاح ایمنی(Immunity) به معنای پاسخ محافظتی اختصاصی بدن در برابر یک عامل بیگانه یا ارگانیزم مهاجم است. ایمنی اکتسابی، به مقاومتی اشاره داردکه در نخستین برخورد با پاتوژن حضور نداشته؛ اما در برخوردهای بعدی با همان پاتولوژن اختصاصی به طور برجسته‌ای افزایش می‌یابد. پاسخ‌های ایمنی، خواه ذاتی یا اکتسابی، اغلب با یک سری از واکنش‌های بیوشیمیایی، سلولی و فیزیولوژیک در بدن میزبان همراهند. واکنش‌های کامل و چند قسمتی میزبان به آسیب بافتی، التهاب یا پاسخ‌های التهابی نامیده می‌شود. التهاب با واسطه IgE، مکانیزم اصلی آلرژی آتوپی (برای مثال تب یونجه و آسم)، واکنش‌های آنافیلاکتیک سیستمیک و کهیر آلرژیک است (۱).

واکنش آلرژیک، یک تظاهر آسیب بافتی ناشی از واکنش متقابل بین یک آنتی‌ژن و یک آنتی‌بادی است. آلرژی، یک پاسخ نامتناسب و غالباً مضر سیستم ایمنی به موادی است که به طور طبیعی بی‌ضرر هستند. واکنش‌های شایع آلرژیک هنگامی رخ می‌دهند که سیستم ایمنی فرد حساس، به ماده‌ای

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-07]

که به طور طبیعی بی‌ضرر است (مانند گرد و غبار، گرده گیاهان، پر پرندگان و موی حیوانات)، به شدت واکنش نشان می‌دهد (۱). رینیت آلرژیک یک بیماری التهابی مخاط بینی با ویژگی‌های احتقان، آبریزش و خارش بینی است که اغلب همراه با عطسه است. این بیماری توسط آلرژن‌های هوایی ایجاد می‌شود (۲). شیوع این بیماری با توجه به مطالعات صورت گرفته در مناطقی چون بابل، بیرجند، کرج و زنجان ۱۰ تا ۱۵ درصد برآورد شده است (۴و۳). آلرژن‌های استنشاقی، نقش عمده‌ای را در بروز رینیت آلرژیک ایفا می‌کنند. این گروه از آلرژن‌ها در دو دسته جای می‌گیرند: آلرژن‌های فضای بسته و آلرژن‌های فضای باز. سوسک، حیوانات خانگی، آلاینده‌های هوای منزل مانند دود سیگار، بوی رنگ، شوینده‌ها، کپک‌ها و قارچ‌ها از جمله آلرژن‌های فضای بسته هستند. آلرژن‌های فضای باز نیز شامل مواردی همچون گرده درختان، علف‌ها، چمن و گیاهان هرز و خودرو، آلودگی‌های هوا و گرد و خاک می‌شوند (۶و۵). عوامل روان‌شناختی در کنار عوامل محیطی، تغذیه‌ای، ژنتیکی و بسیاری از عوامل ناشناخته دیگر می‌توانند علایم آلرژیک را به وجود آورده و یا تشدید نمایند (۷). کوهن (۸) استرس و برخی از ویژگی‌های روان‌شناختی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را در بروز و تشدید برخی از بیماری های آلرژیک مؤثر می‌داند. سی‌پیت (۹) دریافت که اختلالات روان‌شناختی همانند اضطراب، خشم و ترس در افراد مستعد به آلرژی، اغلب با نشانه‌های پوستی همراه است. ماهیت تحریک‌پذیر، بدگمانی و تغییرات هیجانی از علل شروع نشانه‌های حاد آلرژی‌اند. ویژگی‌های شخصیتی با تأثیر بر شیوه رویارویی با محیط اجتماعی، فیزیکی و روان‌شناختی می‌توانند زمینه‌ساز ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها، از جمله رینیت آلرژیک باشند. به عبارت دیگر این امکان وجود دارد که برخی از ویژگی‌های شخصیتی نقش عمده‌ای در ابتلای افراد به رینیت آلرژیک داشته باشند. با توجه به روند رو به افزایش انواع بیماری‌های آلرژی در ایران، توجه به عوامل زمینه‌ساز، مستعدکننده و تشدیدکننده این بیماری و پیامدهای آن ضروری است. بنابراین شناسایی آن دسته از ویژگی‌های شخصیتی که مستعدکننده رینیت آلرژیک هستند، اهمیت می‌یابد؛ زیرا با کنترل آن‌ها می توان از بروز و شدت بیماری کاست. با توجه به این که رینیت آلرژیک در ملیت‌ها، نژادها، جمعیت‌ها و فرهنگ‌های مختلف بروز می‌یابد (۲) و در ایران نیز پژوهش‌های چندانی درباره ویژگی‌های شخصیتی ایجاد و تشدیدکننده رینیت آلرژیک انجام نشده است، مقایسه ویژگی‌های شخصیتی در افراد مبتلا به رینیت آلرژیک و افراد عادی ضروری به نظر رسید.

روش بررسی

این مطالعه به روش علی- مقایسه‌ای انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را بیماران مبتلا به رینیت آلرژیکی تشکیل می‌دادند که در ماه‌های مرداد تا آبان ۱۳۸۹ به کلینیک آلرژی تهران واقع در خیابان طالقانی مراجعه کرده بودند. برای مقایسه ویژگی‌های شخصیتی در افراد مبتلا به رینیت آلرژیک و افراد عادی، دو گروه مواجهه و شاهد انتخاب شدند. افراد گروه مواجهه شامل ۱۲۰ بیمار مبتلا به رینیت آلرژیک بودند که در ماه‌های مرداد تا آبان ۱۳۸۹ به کلینیک آلرژی تهران واقع در خیابان طالقانی مراجعه کرده بودند. پس از تشخیص متخصص ایمونولوژی با تکیه بر علایم بالینی رینیت آلرژیک، افراد گروه مواجهه به صورت تصادفی ساده از بین این افراد انتخاب شدند. افراد گروه مواجهه، متشکل از ۷۵ مرد و ۴۵ زن بودند. افراد گروه شاهد نیز از بین ۱۲۰ فرد عادی ساکن شهر تهران که از نظر سن، جنس، برآورد نسبی وضعیت اجتماعی- تحصیلی با گروه مواجهه همتا شده بودند، انتخاب شدند. افراد گروه شاهد از نظر فقدان پیشینه آلرژی در خانواده نیز مورد بررسی قرار گرفتند. افراد گروه شاهد نیز شامل ۷۵ مرد و ۴۵ زن بودند. افراد هر دو گروه مواجهه و شاهد در حیطه سنی ۲۴ تا ۳۸

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-07]

سال قرار داشتند. پاسخ‌های آزمودنی‌ها توسط نرم افزار SPSS (نسخه ۱۳) و با استفاده از آزمون T دو گروه مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آزمون T مستقل زمانی می‌توان استفاده کرد که دو گروه آزمودنی جداگانه با نمره‌هایی حاصل از متغیر نمره‌ای وجود داشته باشد. بهترین حالت آن است که نمره‌ها توزیع بهنجار داشته باشند و با اندازه‌گیری فاصله‌ای برابر منطبق باشند، هرچند که از هرگونه داده نمره‌ای با از دست دادن دقت می‌توان استفاده کرد. البته SPSS دو نسخه برای آزمون T مستقل ارائه می‌دهد، یکی زمانی است که واریانس‌های دو مجموعه نمره برابرند و دیگری زمانی است که دو واریانس دارای تفاوت معنادار هستند. البته با توجه به برابری نمونه دو گروه آزمودنی واریانس‌ها یکسان فرض می‌شوند و تفاوت آنان معنادار نخواهد بود (۱۰). در هنگام اجرای پرسشنامه، شرایط روحی بیماران مبتلا به رینیت آلرژیک و وضعیت جسمی آنان در نظر گرفته شد و رضایت و تمایل آزمودنی‌ها (بیماران مبتلا به رینیت آلرژیک و افراد عادی) برای همکاری با پژوهش جلب شد. پاسخگویی به پرسش‌ها با تعهد محفوظ ماندن اطلاعات آزمودنی‌ها صورت گرفت.

پرسشنامه

در این بررسی از پرسشنامه میلون (MCMI III) که یکی از پرسشنامه‌های پرکاربرد روان‌شناسی در سال‌های اخیر است، استفاده شد. هدف عمده از ساخت این پرسشنامه، کوتاه و کوچک کردن پرسشنامه، برای ترغیب استفاده از آن و در عین حال حفظ کارآیی در تشخیص گستره‌ای از اختلالات بوده است. این پرسشنامه، الگوهای بالینی شخصیت، شامل شخصیت‌های اسکیزوئید، دوری‌گزین (اجتنابی)، افسرده، وابسته، نمایشی، ضداجتماعی، سادیستیک، وسواسی، منفی‌گرا و خودآزار، آسیب‌های شدید شخصیت شامل شخصیت اسکیزوتایپال، مرزی و پارانوئید، نشانگان بالینی شامل اختلال اضطراب، اختلال شبه‌جسمی، افسرده‌خویی، اختلال افسرده‌خویی، وابستگی به الکل، وابستگی دارویی (وابستگی به مواد)، اختلال استرس پس از ضربه و نشانگان بالینی شدید شامل؛ اختلال تفکر، افسردگی اساسی و اختلال هذیانی را می‌سنجد. این آزمون که یکی از پرکاربردترین آزمون‌های روانی است در پژوهش‌های بین فرهنگی متعددی به کار رفته است (۱۱). پاسخ‌گویی به این پرسشنامه که دارای ۱۷۵ گویه بلی- خیر است، در حدود ۲۰ تا ۳۰ دقیقه به طول می انجامد. نمرات این پرسشنامه بین صفر تا ۱۱۵ است که نمره بالای ۸۵ به احتمال آسیب‌شناختی در گستره اختلال اشاره دارد (۱۲). به هر پاسخ بلی یک نمره و به پاسخ خیر صفر نمره تعلق می‌گیرد. هر سؤال مربوط به یک شاخص و جمع نمرات شاخصی از هر اختلال است. به عبارت دیگر پس ازآن که نمره هر سؤال مشخص شد، نمره متعلق به پرسش‌های مربوط به هر اختلال با یکدیگر جمع می‌شوند و براساس نمره وضعیت اختلال فرد مشخص می‌گردد (۱۳). روایی نسخه اصلی انگلیسی این آزمون از طریق همبستگی بین درجه‌بندی متخصصان بالینی، آزمون‌های همترازی که سازه‌های یکسانی را اندازه‌گیری می‌کنند و روش‌های آماری، نشان داده شده است و اعتبار آن نیز از طریق ضریب آلفا بین ۰/۶۷ تا۰/۸۲ و از طریق بازآزمایی بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۳ محاسبه شده است (۱۴). در بررسی اعتبار پرسشنامه، ۶۰ پرسشنامه به صورت تصادفی از بین کل پرسشنامه‌ها انتخاب شد و میزان آلفای کرونباخ آن ۰/۹۱ به دست آمد. با توجه به روایی و پایایی بالای این آزمون و همچنین امکان مقایسه کمی و پارامتریک یافته‌های حاصل از این پرسشنامه، از آن برای سنجش ویژگی‌های شخصیتی آزمودنی‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از مقایسه دو گروه از نظر مقیاس‌های خرده آزمون شاخص‌های اصلاح، تفاوت معناداری را بین دو گروه نشان نداد (جدول ۱). با استفاده از خرده آزمون الگوهای بالینی شخصیت مشخص شد که گروه مواجهه

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-07]

افسرده‌تر و منفی‌گراتر از افراد گروه شاهد هستند (جدول ۲). دو گروه از نظر مقیاس‌های مربوط به خرده آزمون آسیب شدید شخصیت تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند (جدول ۳). نمرات گروه مواجهه، اضطراب و افسرده‌خویی بیشتری را در آنان (نسبت به گروه شاهد) نشان داد (جدول ۴). دو گروه از نظر نمرات به دست آمده در خرده آزمون نشانگان شدید، تفاوت معناداری را با یکدیگر نشان ندادند (جدول ۵).

جدول۱- نتایج آزمون T در خرده آزمون شاخص‌های اصلاح دو گروه.

مقیاس	وضعیت سلامت فرد	میانگین	انحراف استاندارد	t	dF	سطح معناداری
افشا	بیمار	۶۷/۳۳	۲/۰۸	۰/۱۵	۲۳۸	۰/۱
	عادی	۶۶/۶۷	۳/۵۱			
مطلوبیت	بیمار	۷۱/۶۷	۱/۵۳	۱/۳۲	۲۳۸	۱/۲۱
	عادی	۷۸/۳۳	۴/۱۶			
بدنمایی	بیمار	۵۶/۶۷	۲/۰۸	۱/۱۹	۲۳۸	۰/۰۶
	عادی	۵۱/۳۳	۳/۰۶			

جدول۲- نتایج آزمون T در خرده آزمون الگوهای بالینی شخصیت دو گروه.

مقیاس	وضعیت سلامت فرد	میانگین	انحراف استاندارد	t	dF	سطح معناداری
اسکیزوئید	بیمار	۶۱	۳/۶۱	۰/۸۴	۲۳۸	۰/۰۸
	عادی	۵۷/۶۷	۱/۵۳			
دوری گزینی(اجتناب)	بیمار	۴۳	۳	۱/۳۷	۲۳۸	۰/۰۹
	عادی	۵۰/۳۳	۴/۷۳			
افسردگی	بیمار	۹۰	۲/۶۵	۲۵/۲۷	۲۳۸	۰/۰۰۱
	عادی	۵۲/۶۷	۱/۵۳			
وابسته	بیمار	۴۹/۶۷	۶/۵۱	۰/۹۱	۲۳۸	۰/۱
	عادی	۶۲/۳۳	۴/۹۳			
نمایشی	بیمار	۶۳/۶۷	۴/۰۴	۰/۴۲	۲۳۸	۱/۲
	عادی	۶۲	۴/۳۶			
خودشیفته	بیمار	۳۵/۶۷	۲/۳۱	۰/۳۸	۲۳۸	۱/۰۹
	عادی	۳۹/۶۷	۱/۵۳			
ضداجتماعی	بیمار	۳۵/۳۳	۴/۷۳	۱/۵۱	۲۳۸	۳/۱
	عادی	۴۲/۶۷	۳/۰۶			
دیگرآزاری	بیمار	۳۵/۳۳	۳/۰۶	۱/۱۶	۲۳۸	۱/۰۴
	عادی	۴۰	۳			
وسواسی	بیمار	۶۳/۶۷	۳/۵۱	۰/۶۴	۲۳۸	۱/۰۱
	عادی	۶۰	۲/۶۵			
منفی گرا	بیمار	۷۷/۶۷	۱/۵۳	۲۱/۰۷	۲۳۸	۰/۰۰۱
	عادی	۵۱/۳۳	۱/۵۳			
خودآزار	بیمار	۶۶/۳۳	۱۲/۳۴	۱/۱۸	۲۳۸	۰/۰۷
	عادی	۳۱	۱۹/۰۵			

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-07]

جدول۳- نتایج آزمون T در خرده آزمون آسیب شدید شخصیت دو گروه.

مقیاس	وضعیت سلامت فرد	میانگین	انحراف استاندارد	T	dF	سطح معناداری
اسکیزوتایپال	بیمار	۲۸/۳۳	۲/۰۸	۱/۵۶	۲۳۸	۰/۰۶
	عادی	۳۵/۶۷	۴/۹۳			
مرزی	بیمار	۳۵/۳۳	۳	۰/۷۱	۲۳۸	۰/۲۲
	عادی	۳۵/۳۳	۵/۰۳			
پارانوئید	بیمار	۴۲/۶۷	۲/۵۲	۱/۲۷	۲۳۸	۳/۰۴
	عادی	۴۱	۸/۵۴			

جدول۴- نتایج آزمون T در خرده آزمون نشانگان بالینی دو گروه.

مقیاس	وضعیت سلامت فرد	میانگین	انحراف استاندارد	t	dF	سطح معناداری
اختلال اضطراب	بیمار	۸۴/۶۷	۲/۵۲	۲۱/۵۸	۲۳۸	۰/۰۰۱
	عادی	۵۱	۱			
اختلال شبه جسمی	بیمار	۷۳	۲/۶۵	۱۴/۳۱	۲۳۸	۰.۰۰۱
	عادی	۴۷/۶۷	۱/۵۳			
منیک	بیمار	۱۲/۶۷	۲/۵۲	۰/۶۶	۲۳۸	۱/۰۵
	عادی	۲۰/۳۳	۵/۸۶			
افسرده خویی	بیمار	۹۰	۲/۶۵	۲۱/۳۵	۲۳۸	۰/۰۰۱
	عادی	۴۹	۲			
وابستگی به الکل	بیمار	۲۲	۲/۶۵	۱/۴۹	۲۳۸	۱/۰۴
	عادی	۲۸/۳۳	۳/۵۱			
وابستگی به مواد	بیمار	۳۴/۳۳	۲/۵۲	۰/۱۸	۲۳۸	۱۴/۱
	عادی	۳۱/۶۷	۴/۷۳			
استرس پس از ضربه	بیمار	۳۹/۳۳	۴/۷۳	۱/۴۶	۲۳۸	۲/۰۱
	عادی	۳۲/۶۷	۴/۷۳			

جدول۵- نتایج آزمون T در خرده آزمون نشانگان شدید دو گروه.

مقیاس	وضعیت سلامت فرد	میانگین	انحراف استاندارد	t	dF	سطح معناداری
اختلال تفکر	بیمار	۳۷/۶۷	۶/۸۱	۱/۴۷	۲۳۸	۳/۰۳
	عادی	۳۲/۶۷	۲/۵۲			
افسردگی اساسی	بیمار	۴۰	۸/۸۹	۱/۱۳	۲۳۸	۱/۲۵
	عادی	۳۱/۶۷	۱/۵۳			
اختلال هذیانی	بیمار	۱۳	۲/۶۵	۰/۷۵	۲۳۸	۱/۰۷
	عادی	۱۹/۳۳	۳/۲۲			

بحث

در این مطالعه مشخص شد که بیماران مبتلا به رینیت آلرژیک نسبت به افراد عادی از نظر برخی از ویژگی‌های شخصیتی متفاوتند. این بیماران بیش از افراد عادی منفی‌گرا و دچار افسرده‌خویی، افسردگی و اضطراب بودند. سایر

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-07]

پژوهش‌ها نیز چنین ارتباطی را بین افسردگی، منفی‌گرایی و اضطراب، و ابتلا به رینیت آلرژیک نشان داده. یافته‌های حاصل از یک پژوهش نشان داد ساختار شخصیتی ویژه‌ای در افراد مبتلا به آلرژی وجود دارد. در این بیماران سطح اضطراب و آسیب‌پذیری نسبت به استرس بالا بود (۱۵). گودوین و همکارانش (۱۶)، با بررسی ۳۰۳۲ آمریکایی ۷۴-۲۵ ساله، ارتباط بین افسردگی شدید و ابتلا به آلرژی را گزارش نمودند. اکیک و کارا (۱۷) نیز در تحقیق خود نشان دادند، سطوح عاطفه منفی بر شدت بیماری آسم و کیفیت زندگی این بیماران تأثیر دارد. در تحقیق طولی پاتن و همکاران (۱۸) نشان داده شد که افزایش بروز آلرژی‌های غیرغذایی با افزایش افسردگی شدید ارتباط دارد. در حالی که در مورد آلرژی‌های غذایی این هماهنگی در افزایش بروز مشاهده نشد. در تحقیق کرمر و همکاران (۱۹) مشخص شد که رفاه روان‌شناختی بیماران مبتلا به رینیت آلرژیک آسیب دیده است. همچنین یافته‌ها بیانگر این بود که افراد آلرژیک، سطوح بالاتری از احساس نابسندگی، شکایات جسمانی شده، اختلال خواب و احساس افسردگی را نسبت به افراد عادی تجربه می‌کنند. وجود افسردگی، عاطفه منفی و آسیب‌پذیری نسبت به استرس، در طولانی‌مدت سیستم ایمنی بدن را تضعیف کرده و زمینه بروز اختلالات جسمی مزمن را فراهم می‌نماید. از سوی دیگر اختلالات جسمی مزمن با تأثیر بر رفاه روان‌شناختی فرد، احتمال بروز عواطف منفی و افسردگی را افزایش می‌دهد. اما در تحقیق گریگوری و همکاران (۲۰) برخلاف پژوهش حاضر مشخص شد که بین آلرژی و اضطراب رابطه وجود ندارد. با توجه به تفاوت‌های فرهنگی نمونه‌های پژوهش گریگوری و پژوهش حاضر و همچنین تفاوت در روش پژوهش، نتایج متفاوت این دو بررسی قابل توجیه است. در پژوهش گریگوری اضطراب به عنوان یک بیماری در نظر گرفته شده است و در پژوهش حاضر، آزمون میلون اضطراب را به عنوان یک ویژگی شخصیتی بررسی کرده است. همچنین سن گروه‌ها در دو پژوهش نیز متفاوت بود که می‌تواند بر نتایج هر دو گروه تأثیرگذار باشد. مارشال و همکاران (۲۱)، در بررسی ۵۷ فرد مبتلا به آلرژی نسبت به گرده ابروسیا دریافتند که این بیماران نسبت به افراد عادی، خلق منفی‌تری را در فصل‌های پاییز و زمستان تجربه می‌کردند. همچنین در این پژوهش مشخص شد که افراد مبتلا به رینیت آلرژیک بیش از افراد عادی علایم اختلال شبه جسمی را از خود بروز می دهند. اشخاصی که نمرات بالایی در این مقیاس می‌گیرند احتمالاً بیماری بدنی را به عنوان وسیله‌ای برای تحت تأثیر قرار دادن دیگران و کنترل آنان به کار می‌برند و نگرانی زیادی درباره بیماری، از خود نشان می‌دهند. بنابراین، افراد آلرژیک در ارتباط با سلامتی و عملکرد بدنشان نگران‌تر از افراد غیرآلرژیک هستند. نیاز به تأیید و دوست داشته شدن در این افراد به صورت نگرانی جسمی بروز می‌یابد. این تمایلات با دیدگاهی بدبینانه همراه است. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های پاسااگلو (۲۲)، ملوک (۲۳)، پانچری (۲۴)، هیسکل (۲۵)، یدا (۲۶)، گریف (۲۷) و لو (۲۸) مطابقت دارد. به طور کلی می توان گفت که دو گروه افراد بیمار و عادی از نظر ویژگی‌های شخصیتی افسردگی، افسرده‌خویی، اختلال اضطراب، اختلال شبه جسمی و منفی گرایی تفاوت معناداری داشتند. از آنجایی که دو گروه مواجهه و شاهد کاملاً با یکدیگر همتا شده بودند و نحوه انتخاب آن ها نیز یکسان بود، بنابراین عامل ژنتیک نیز به طور نسبی حذف شد. در چنین شرایطی تفاوت دو گروه تنها در برخی از ویژگی‌های شخصیتی بود که با توجه به بررسی انجام شده، عوامل شخصیتی زمینه ساز بروز رینیت آلرژیک بوده‌اند. اگرچه ویژگی‌های شخصیتی نامبرده شده ممکن است زمینه‌ساز رینیت آلرژیک باشند؛ اما این امر به معنای رابطه علت و معلولی بین آن‌ها نیست.

نتیجه‌گیری

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-07]

با توجه به نتایج به دست آمده در آزمون (MCM IIII)، احتمال آن که بیماران مبتلا به رینیت آلرژیک به افسردگی، منفی‌گرایی، اختلال اضطراب، اختلال شبه جسمی و افسرده‌خویی دچار شوند بیش از افراد عادی است. با در نظر گرفتن هزینه درمان بیماری رینیت آلرژیک، تأثیر آن بر کیفیت زندگی و از آن جمله کار و تحصیل فرد، پیشگیری از آن می‌تواند بهترین راه حل باشد. با توجه به پژوهش انجام شده، ویژگی‌های شخصیتی افسردگی، افسرده‌خویی، اضطراب، اختلال شبه جسمی و منفی گرایی زمینه‌ساز بروز و تشدید رینیت آلرژیک بودند. مداخلات روان‌شناختی پیش از بروز رینیت آلرژیک به ویژه در افرادی که سایر عوامل مستعدکننده بیماری را دارند، می‌تواند در پیشگیری از این بیماری مؤثر باشد. از سوی دیگر، مداخلات روان شناختی در افراد مبتلا به رینیت آلرژیک، می‌تواند از تشدید بیماری جلوگیری نموده و موجب کاهش علایم شود. به این ترتیب نقش مداخلات روان شناختی پیش از بروز رینیت آلرژیک و پس از تشخیص آن از اهمیت برخوردار است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از کلیه بیماران رینیت آلرژیک و همچنین افراد عادی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، ابراز می‌نماییم. همچنین از کلیه مسئولان و کارکنان بیمارستان آلرژی تهران واقع در خیابان طالقانی که در اجرای این پژوهش با ما همکاری لازم را داشتند، سپاسگزاریم.

Reference

1. Parslow, T.G. Stites, d.P. Terr, A.I. Imboden, J.B. Medical immunology, 10th Ed, USA; Mac Graw Hill,2001,3180-3184.
2. Ghafari, J. we know allergic rhinitis and Urticaria better, 1st Ed, Sari, Rojin mehr, 63, 1360-1388.
3. Saleh mohamadzadeh, A. Ghafari, J. Barari savadkuhi, R. Tamadoni, A. Ismail duki, M. Alizadeh navaei, R. Prevalence of asthma, allergic rhinitis and eczema in northern Iran and the study of asthma and allergies in children, Journal of Pediatric ,1387,7,18, 25-33.
4. Karimi, M. Mirzaie, M. Ahmadiye, M.H. Prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinitis and eczema in 14-13 years old children in 82 Yazd schools. Ahvaz University of Medical Sciences, 1386,6,3, 274-280.
5. Stark, P.C. Celedon, J.C. Chew, G.I. Ryan, L.M. Burge, H.A. Muilenberg, M.I. Gold, D.R. Fungal levels in the home and allergic rhinitis by 5 years of age.Environ health perspect, 2005, 113, 10,1405-1409.
6. Mari, A. Schneider, P. Wally, V. Breitenbach, M. Simon nobbe, B. Sensitization to fungi: Epidemiology, comparative Skin tests and Ige reactivity of fungal extracts. Clin exp allergy, 2003, 33, 10, 1429-1438.
7. Mesdaghi, M. Vjgani, M. Salehi, A. Movahedi, M. Number of subsets of natural killer cells in patients with allergic rhinitis compared with healthy subjects.Journal of Medicine Tehran University of Medical Sciences. Tehran, 1389, 68, 1, 24-29.
8. Cohen, S.I.Psychological factors in Asthma. Post med J, 1975, 47, 3, 533-539.
9. Cipit, A. Factors cause allergy and asthma in children. Retrieved January 21, 2011, from http://ezinearticles.com/? Factors-cause –allergy-and-asthema –in- children& id=5539879
10. Howitt, D. Cramer, D. Introduction to statistics in psychology.USA: Prentice Hall. 2007.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-07]

11. Millon, T. Clinical multiple testes of Millon. Sharifi, A. Ravantajhiz, 2004,12-17.
12. Millon, T. Millon, CM. Meagher, S. Grossman, S. Ramnath, R. Personality disorders in modern life. 2nd Ed. Newjersey: John Wiley and sons: 2004, 496.
13. Groth- Marnatt, G. Handbook of psychological assessment. . Newjersey: John Wiley and sons. 2003.
14. Aluja, A. Cuevas, A. Garcia, L.F. Garcia, O. Zuckerman's personality model predicts MCMI-III personality disorders. Pers Individ Dif. 2007; 42, 7, 1311-1321.
15. Kirschbaum-Buske, A. Ebrecht, M. Kern, S. Gierens, A. Hell hammer, D.H. personality characteristics in chronic and nonchronic allergic conditions. Brain behaves immune, 2008, 22, 5, 762-768.
16. Goodwin, R.D. Casstro, M. Kovascs, and M. Major Depression and allergy: Does neuroticism explain the relationship? Psychosomatic medicine, 2006, 68, 1, 94-98.
17. Ekici, A. Kara, T. Negative and quality of life in patients with Asthma. Journal of allergy and clinical immunology, 2006, 15, 1, 49-56.
18. Patten, S.B. Jeanne, V. A. W. Dina, H.L. Eliasziw, M. Allergies and major depression: a longitudinal community study. Biopsychosocial medicin, 2009,3 , 10, 1751-1759.
19. Kremer, B. H. Denhartog, M. Jolles, J. Relationship between allergic Rhinitis, disturbed cognitive psychological wellbeing. Clin Exp allergy, 2002, 32, 10, 1310-1315.
20. Gregory, A. M. Caspi, A. Moffitt, T.E. Milne, B.J. Poultonm, R. Sears, M.R. Links between anxiety and allergies: psychobiological reality or possible methodological bias? Journal of personality, 2009, 77, 2, 347-362.
21. Marshall, P. Christine O'Hara, R. N. Steinberg, P. Ragweed allergy may trigger depression, Malaise. Psychiatric news, 2002, 37, 18, 23-25.
22. Pasaoglu, G. Bavbek, S. Tugcu, H. Abadoglu, O. Misirligil, Z. Psychological status of patients with chronic urticaria. The journal of dermatology, 2006, 33, 11, 765-771.
23. Muluk, N. B. Oguzturk, O. Koc, C. Ekici, A. Minnesota multiphasic personality inventory profile of patients with allergic rhinitis. J Otolaryngol, 2003, 32, 3,198-202.
24. Pancheri, L. Parisi, P. Pancheri, P. A twin study on allergy, immunitary factors and personality traits. Riv Psichiatria, 1982, 17, 4, 297- 311.
25. Heiskell, C.L. Rhodes, J.M. Kent, H. Some psychosomatic aspects of Asthma. Jama., 1959, 170, 15, 1764-1767.
26. Chida, Y.I. Hamer, M. Steptoe, A. . Psychosomatic medicine, 2008, 70, 10, 102-106.
27. Graif, Y. Goldberg, A. Tamir, R. Vigiser, D. Melamed, S. Skin test results and self-reported symptom severity in allergic rhinitis: the role of psychological factors. Clin Exp allergy, 2006, 36, 12, 1532-1537.
28. Lu, X. Han, D. Xi, L. Zhang, L. Psychological aspects of female patients with moderate-to- severe persistent allergic rhinitis. J Otorhinolaryngol realt, 2010, 72, 5,235-241.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-07]