Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2025, Volume 22, Issue 4

The role of Low Positive Emotions, Anxiety-Related Experiences and Helplessness/Hopelessness based on MMPI-3 in the Experience of Suffering and Caregiver Burden of Caregivers of Patients with Multiple Sclerosis (MS)

Ashrafalsadat Giti Ghoreishi[1], **Sara Fakharian Moghaddam**[2]

1. (Corresponding author)* Assistant Professor, Department of Psychology, Rodhen Branch, Islamic Azad University, Rodhen, Iran.

2. PhD student in health Psychology, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

Abstract

Aim and Background: Multiple sclerosis (MS) can significantly affect the quality of life and daily life activities of caregivers, and how to cope with stressful situations and challenges for caregivers is determined by the personality of the caregiver. Based on this, this research was conducted with the aim of investigating the role of low positive emotions, anxiety-related experiences and helplessness/hopelessness based on MMPI-3 in the experience of suffering and caregiver burden of caregivers of patients with multiple sclerosis (MS).

Methods and Materials: The current research method was fundamental, cross-sectional, and descriptive of the correlation type.The statistical population included all the caregivers of MS patients in Mashhad city, who had visited specialized neurology clinics and Mashhad MS patients' support association between October and December 2024, and 336 of them were selected by convenience sampling method. The research tools included the Minnesota multidimensional personality questionnaire - third edition (MMPI-3), caregiver burden scale (CBS), and suffering assessment questionnaire (SAQ). For data analysis, Pearson correlation method and multiple regression analysis were used in SPSS version 26 statistical software.

Findings: The results of the present study showed that the highest correlation was observed between anxiety-related experiences and the Experience of Suffering and the lowest correlation was observed between anxiety-related experiences and the helplessness/hopelessness ($p<0.01$). Also, helplessness/hopelessness and anxiety-related experiences explain 23% of the variance of suffering experience ($R=0.23$ square). In addition, it was found that experiences related to anxiety, low positive emotions, and helplessness/hopelessness explained 41% of the variance of caregiver burden ($R=0.41$ square).

Conclusions: To reduce caregiver suffering, it is suggested that educational and therapeutic programs be developed to enhance positive personality traits and address negative personality dimensions. These programs, implemented through mental health service organizations such as counseling centers, hospitals, and universities, would aim to alleviate caregiver burden and improve overall well-being.

Keywords: Anxiety-Related Experiences, Caregiver Burden, Experience of Suffering, Helplessness/ Hopelessness, MMPI-3, Multiple Sclerosis.

Citation: Giti Ghoreishi AA, Fakharian Moghaddam S**. The role of Low Positive Emotions, Anxiety-Related Experiences and Helplessness/Hopelessness based on MMPI-3 in the Experience of Suffering and Caregiver Burden of Caregivers of Patients with Multiple Sclerosis (MS).** Res Behav Sci 2025; 22(4): 677-689.

* **Ashrafalsadat Giti Ghoreishi,**
Email:giti.ghoreishi@iau.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.48305/22.4.677]

نقش هیجانات مثبت پایین، تجارب مرتبط با اضطراب و درماندگی–ناامیدی مبتنی بر MMPI-3 در تجربه رنج و فشار مراقبتی مراقبان بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS)

اشرف السادات گیتی قریشی[1]، سارا فخاریان مقدم[2]

۱- (نویسنده مسئول)* استادیار، گروه روانشناسی، واحد رود هن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۲- دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: مولتیپل اسکلروزیس (MS) می‌تواند به‌طور قابل‌توجهی بر کیفیت زندگی و فعالیت‌های روزمره زندگی مراقبان تاثیر بگذارد و نحوه کنار آمدن با موقعیت‌های استرس‌زا و چالش‌های آن برای مراقبان از طریق شخصیت مراقب تعیین می‌شود. بر این اساس این پژوهش با هدف بررسی نقش هیجانات مثبت پایین، تجارب مرتبط با اضطراب و درماندگی–ناامیدی مبتنی بر MMPI-3 در تجربه رنج و فشار مراقبتی مراقبان بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش بنیادی و توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعهٔ آماری پژوهش را کلیه مراقبان همراه بیماران مبتلا به MS در شهر مشهد که در بازه زمانی مهر تا آذرماه ۱۴۰۳ به کلینیک‌های تخصصی مغز و اعصاب و انجمن حمایت از بیماران MS مشهد مراجعه کرده بودند، تشکیل داد. تعداد ۳۸۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا – نسخه سوم (MMPI-3) و مقیاس فشار مراقبتی (CBS) و پرسشنامه ارزیابی رنج بیمار (SAQ) بود. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بیشترین همبستگی بین تجارب مرتبط با اضطراب و تجربه رنج و کمترین همبستگی بین تجارب مرتبط با اضطراب و درماندگی/ناامیدی مشاهده شد ($p>۰/۰۱$). همچنین درماندگی–ناامیدی و تجارب مرتبط با اضطراب ۲۳ درصد واریانس تجربه رنج (۰/۲۳ R=Square) را تبیین می‌کند. به‌علاوه مشخص شد که تجارب مرتبط با اضطراب، هیجانات مثبت پایین و درماندگی–ناامیدی ۴۱ درصد واریانس فشار مراقبتی (۰/۴۱ R=Square) را تبیین می‌کند

نتیجه‌گیری: بر این اساس و با توجه به ارتباط ابعاد شخصیتی با تجربه رنج و فشار مراقبتی پیشنهاد می‌شود به‌منظور کاهش و تعدیل درد و رنج مراقبان برنامه‌های آموزشی و درمانی به‌منظور ارتقا و بهبود توانمندی‌های شخصیتی مثبت و تعدیل ابعاد شخصیتی منفی از طریق سازمان‌های خدمات سلامت روان ازجمله مراکز مشاوره‌ای و درمانی در آموزش‌وپرورش، بیمارستان‌ها و دانشگاه‌ها طراحی و اجرا گردد.

واژه‌های کلیدی: پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا – نسخه سوم، تجارب مرتبط با اضطراب، درماندگی–ناامیدی، رنج، فشار مراقبتی، هیجانات مثبت پایین

ارجاع: گیتی قریشی اشرف السادات، فخاریان مقدم سارا. **نقش هیجانات مثبت پایین، تجارب مرتبط با اضطراب و درماندگی–ناامیدی مبتنی بر MMPI-3 در تجربه رنج و فشار مراقبتی مراقبان بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS)**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۳؛ ۲۲(۴): ۶۷۷-۶۸۹.

*- **اشرف السادات گیتی قریشی،**

رایانامه: giti.ghoreishi@iau.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.48305/22.4.677]

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس (MS) یک بیماری خودایمنی مزمن اولیه سیستم عصبی مرکزی است که پوشش محافظ اطراف اعصاب مغز و نخاع را به دلیل التهاب تغییر می‌دهد (۱) و منجر به طیف وسیعی از عوارض جانبی، ازجمله مشکلات بینایی، تعادل، تحرک، شناخت، مثانه و عملکرد جنسی می‌شود. شیوع MS اخیراً افزایش‌یافته است و حدود ۲/۸ میلیون نفر در جهان به آن مبتلا هستند (۲). MS می‌تواند به‌طور قابل‌توجهی بر کیفیت زندگی، فعالیت‌های روزمره زندگی، استقلال و وضعیت شغلی تأثیر بگذارد. علاوه بر این، MS منجر به طیف وسیعی از شرایط روان‌پزشکی، ازجمله افسردگی، اختلال دوقطبی، اختلال اضطراب، سرخوشی، خنده/گریه بیمارگونه و روان‌پریشی می‌شود (۳).

علائم و سیر تکامل بیماری MS به یک رویکرد چندجانبه نیاز دارد. واحدهای مراقبت MS شامل متخصصان مختلف مراقبت‌های بهداشتی هستند که به‌منظور کنترل علائم و بهبود بیمار رویه‌های استانداردشده را به تعامل و اشتراک می‌گذارند و می‌توانند اطلاعات، پشتیبانی و مشاوره را به بیمار MS ارائه دهند. در این رویکرد چندجانبه اعضای خانواده (مراقبان غیررسمی) اغلب ملزم به ارائه کمک‌های مستمر در مراحل مختلف بیماری هستند (۴) و نقش آن‌ها در ارائه مراقبت و حمایت از بیماران و رفع شکاف‌های به‌جامانده ناشی از کمبود حمایت‌های رسمی بسیار مهم است. یک مراقب عضوی از خانواده بیمار، خویشاوند، شریک، دوست یا همسایه‌ای است که با بیماری که در مراقبت از خود مستقل نیست، رابطه شخصی مهمی دارد و طیف وسیعی از کمک‌ها را به او ارائه می‌کند (۵). بااین‌حال چالش‌های ارائه مراقبت از بیماران MS اغلب نادیده گرفته می‌شوند و حجم وسیعی از ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که مراقبان MS و کسانی که از سایر بیماران مزمن مراقبت می‌کنند، در معرض خطر فشارها (بار) و تحمل رنج‌های قابل‌توجهی هستند (۶).

چالش‌های گسترده اقتصادی، رفتاری، عملکردی، اجتماعی، روانی، فیزیکی و پزشکی مراقبت از یکی از اعضای خانواده مبتلا به یک بیماری مزمن ازجمله MS می‌تواند باعث شود مراقبین فشار مراقبتی زیادی را تجربه کنند (۵). فشار مراقب اغلب برای توصیف استرس شدیدی که مراقبین درنتیجه نقش مراقبتی تجربه می‌کنند استفاده می‌شود. مراقبانی که فشار مراقبتی را تجربه می‌کنند ممکن است علائم مختلفی ازجمله احساس غرق شدن، نگرانی، خستگی مزمن، تحریک‌پذیری، عصبانیت یا غمگینی را گزارش کنند (۷). مراقبان افراد مبتلا به MS فشار مراقبتی ادراک‌شده بیشتری را نسبت به مراقبان سایر بیماران مزمن گزارش می‌دهند و مراقبان زن سطح فشار و استرس بیشتری دارند و بیشتر از داروها برای درمان اختلالات اضطرابی و خلقی استفاده می‌کنند (۸). به‌علاوه برخی از پژوهش‌های انجام‌شده نشان داده‌اند که مراقبان چنین بیمارانی رضایت از زندگی پایین‌تری دارند، به‌طور قابل‌توجهی در برابر اضطراب، استرس و افسردگی آسیب‌پذیرتر هستند و فشار روانی ناشی از مراقبت به مهم‌ترین چالش زندگی آن‌ها تبدیل‌شده است. این ممکن است مربوط به این واقعیت باشد که زندگی مراقب عمدتاً بر مراقبت از بیمار متمرکز است و زمانی برای زندگی شخصی، شغلی یا زندگی اجتماعی ندارد (۵). این در حالی است که خانواده‌های بیماران روانی هیچ‌گونه آمادگی و یا آموزش خاصی برای مراقبت از بیمارانشان ندارند (۹). برای حمایت بهتر از مراقبان مبتلایان به MS، درک درستی از پیش‌آیندها و مکانیزم های مؤثر بر عملکرد و سلامت آن‌ها بسیار مهم است تا بتوان راه‌هایی برای کاهش فشار مراقبتی درک شده آن‌ها یافت و از بهزیستی و سلامت مراقب و بیمار اطمینان حاصل شود.

رنج مراقبتی ناشی از بیماری یکی از مهم‌ترین مشکلاتی است که در حوزه تحقیقات و درمان موردتوجه قرار می‌گیرد که به میزان معینی از مشکلات بیان‌شده توسط مراقب یا خانواده بیمار اشاره دارد و موجب کاهش کیفیت زندگی از طریق نگرانی های جسمانی، روان‌شناختی، وجودی، خانوادگی، فردی یا مشکلات مرتبط با سلامت می‌شود (۱۰). رنج به‌عنوان حالت پریشانی شدید مرتبط با حوادثی که سلامت فرد را تهدید می‌کند تعریف می‌شود و با مفاهیمی مانند اضطراب، اندوه و تعارض متفاوت است (۱۱). رنج مفهومی چندبعدی است که نه‌تنها تحت تأثیر تظاهرات فیزیکی بیماری، بلکه تحت تأثیر عوامل دیگری مانند وضعیت بیماری، محیط اجتماعی و فیزیکی، مراقبت‌های دریافتی و از دست دادن نقش‌ها (نقش‌های اجتماعی، هویت بخشی در گروه‌ها، روابط با خود و بدن و غیره) قرار می‌گیرد (۱۲). مراقبان بیماران مزمن ازجمله MS سطوح بالایی از رنج به‌خصوص، ناراحتی ناشی از دیدن رنج یکی از عزیزان را تجربه می‌کنند که بسته به شرایط بیمار و خانواده خاص می‌تواند اشکال مختلفی داشته باشد و می‌تواند شامل موارد مختلف ازجمله رنج و ناامیدی از دیدن رنج یک بیمار، فشار مراقبتی به

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.48305/22.4.677]

قیمت یک‌عمر فداکاری و مراقبت و نیاز شدید به کمک باشد (۱۱). رنج ممکن است شامل تجربه اندوه و مقابله با آن، غمگینی، از دست دادن، ترس، پریشانی، درد، از دست دادن کنترل و هویت شخصی و حتی زیر سؤال بردن معنای زندگی باشد (۱۳). بی‌تردید مسئولیت‌های مراقبت در منزل، هزینه‌های غیرقابل‌پیش‌بینی پزشکی و عدم اطمینان از آینده بیمار، مشکلات جسمی، اقتصادی و روانی را برای بیمار و خانواده‌هایشان به همراه دارد و زندگی اجتماعی و آموزشی را مختل می‌کند. این بر نحوه سازگاری بیمار و خانواده‌اش با بیماری تأثیر می‌گذارد، مراقبین اغلب احساس می‌کنند برای نقش‌های جدید خود آماده نیستند و مراقبت منجر به درماندگی و بدتر شدن سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آن‌ها می‌شود. (۱۴) و لزوم پژوهش و بررسی‌های بیشتر را ضروری می‌سازد. درواقع درک ماهیت درد و رنج و علل آن فراتر از فشار مراقبتی و پیش‌نیازی برای ارائه مراقبت مناسب خانواده محور برای کاهش سطح پریشانی و بهبود کیفیت زندگی کل خانواده است (۱۱).

فشارهای مراقبتی نیم‌رخ‌های بالینی بیماران، ویژگی‌های شخصیتی مراقبان و شکل‌های دیگر حمایت دریافتی مراقبان ازجمله راهبردهای مقابله‌ای آن‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۱۵). ویژگی‌های شخصیتی، به‌عنوان ابعاد پایدار تفاوت‌های فردی در رفتار، شناخت و هیجانات، برای درک نحوه برخورد افراد و راه‌یابی به چالش‌های زندگی، اساسی هستند. نظریه استرس و مقابله لازاروس و فلکمن ویژگی‌های شخصیت را به‌عنوان چارچوبی جامع برای درک اینکه چگونه تفاوت‌های فردی بر فرآیند مقابله با استرس و متعاقباً بر عملکرد افراد تأثیر می‌گذارد، ارائه می‌دهد (۱۶)؛ به عبارتی عوامل ذهنی و تفاوت‌های فردی بین مراقبین در تجربه مراقبت مهم هستند و ممکن است در تعیین درک مراقب از مشکلات بیمار و درنتیجه پاسخ کافی یا ناکافی نقش داشته باشند. درواقع ویژگی‌های شخصیتی با نحوه واکنش به شرایط مراقبت و مدیریت منابع فرد در مواجهه با رویدادهای مشکل‌ساز زندگی ارتباط تنگاتنگی دارد (۱۷).

یکی از ابزارهای رایج ارزیابی در سال‌های اخیر که حجم قابل‌توجهی از پژوهش‌ها را به خود اختصاص داده است فرم تجدید ساخته شده پرسشنامه شخصیت چندوجهی مینه سوتا شامل MMPI-2-RF و MMPI-3است (۲۸). کتابچه راهنمای فنی MMPI-3شرح مفصلی از منطق ساخت، روش‌های مورداستفاده در ساخت و نتایج ویرایش و بازبینی آزمون ارائه می‌دهد (بن-پراث و تلگن، ۲۰۲۰). به‌طورکلی، ۳۳۵ گویه MMPI-3 شامل ۷۲ گویه جدید است و ۷۵ گویه از MMPI-2-RF حذف‌شده است. این آزمون از ۵۲ خرده مقیاس تشکیل‌شده است که شامل ۱۰ مقیاس اعتبار (سه مقیاس سنجش عدم پاسخ‌دهی محتوایی، پنج مقیاس گزارش دهی افراطی، دو مقیاس گزارش دهی تفریطی) و سه مقیاس سطح بالاتر (شامل نارسایی هیجانی، نارسایی تفکر و نارسایی رفتاری)، هشت مقیاس بالینی بازسازی، ۲۶ مقیاس مشکلات خاص (شامل چهار مقیاس جسمی/شناختی، ۱۰ مقیاس اختلال عملکرد درونی سازی/هیجانی، هفت مقیاس برونی‌سازی/رفتاری و پنج مقیاس حوزه بین فردی) و پنج مقیاس آسیب‌شناسی روانی شخصیت (PSY-5) می‌باشد (۱۹).

از بین ۴۲ مقیاس MMPI-3 با توجه به سوابق پژوهش‌های های انجام‌شده سه خرده مقیاس هیجانات مثبت پایین، تجارب مرتبط با اضطراب و درماندگی- ناامیدی به‌عنوان پیش‌بین تجربه رنج و فشار مراقبتی مراقبان بیماران مبتلا به MS در نظر گرفته شد. مقیاس هیجانات مثبت پایین به اندازه‌گیری فقدان تجربه‌های مثبت هیجانی می‌پردازد. هیجانات مثبت مواردی از قبیل ارزشمند بودن زندگی، عشق، علاقه، احساس رضایت، شادمانی، عزت‌نفس بالا و هیجانات منفی شامل عصبانیت، خشم، پرخاشگری و اضطراب می‌باشد. تجارب مرتبط با اضطراب، اضطراب و نشانگان فیزیولوژیکی ازجمله فاجعه سازی، هراس، حملات وحشت‌زدگی، افکار مزاحم، مشکلات مربوط به خواب و آشفتگی مرتبط با استرس پس از سانحه را اندازه‌گیری می‌کند. احساس ناامیدی-درماندگی نارسایی هیجانی و باورهای غیرمنطقی را اندازه‌گیری می‌کند، فرد تصور می‌کند هر چه قدر تلاش هم کند نمی‌تواند تغییراتی در زندگی ایجاد کند. به عبارتی احساس ناامیدی-درماندگی فقدان انگیزش برای تغییر و پیامد تجارب منفی در رویارویی با سازگاری شخصی و کاهش عزت‌نفس است (۲۰).

یافته‌های مربوط به رابطه ویژگی‌های شخصیت با شاخص‌های عملکرد مراقبان ازجمله رنج مراقبان و فشار مراقبتی با بسیاری از پژوهش‌های انجام‌شده همسو است. وسپا و همکاران (۱۷) در بررسی رابطه بین بار مراقبتی، افسردگی و شخصیت در مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر گزارش کردند که فرایندهای روان ساختاری شخصیت مبتنی بر ۳ بعد تمرکز (دیگری، خود، درون‌فکنی)، وابستگی-خصومت (عشق-نفرت) و وابستگی متقابل-استقلال (درگیری-تمایز) شاخص‌های

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.48305/22.4.677]

افسردگی هستند و با فشار مراقبتی بالا همبستگی دارند. سالتیس و همکاران (۲۱) گزارش کردند که منابع شخصی مکانیسم‌های زیربنایی فشار مراقبت را توضیح می‌دهند و در رابطه ویژگی‌های شخصیت با فشار مراقبتی مراقبان بیماران آلزایمر نقش میانجی دارند. همسو با این یافته‌ها سرا و همکاران (۲۲) گزارش کردند که ابعاد شخصیتی انعطاف‌پذیری و برون‌گرایی با اضطراب و فوبی اجتماعی مراقبان بیماران مبتلا به دمانس رابطه دارد. مشکین یزد و همکاران (۲۳) در بررسی تجارب زیسته مراقبان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت گزارش کردند که اکثر شرکت‌کنندگان مطالعه از احساس غم، ناامیدی و درماندگی رنج می‌برند. بااین‌حال ماشبور و همکاران (۷) در بررسی رابطه بین مؤلفه‌های شخصیت مدل ۵ عاملی با فشار مراقبتی مراقبین مبتلا به آفازی رابطه معنی‌داری را گزارش نکردند و فقط مؤلفه هیجان پذیری با فشار مراقبتی همبسته بود.

بر اساس ادبیات پژوهشی نحوه کنار آمدن با موقعیت‌های استرس‌زا مانند فشار مراقبتی، اضطراب و خلق افسرده تا حدی از طریق شخصیت مراقب تعیین می‌شود و می‌تواند منجر به سازگاری مثبت یا منفی شود؛ بنابراین ضروری است که ویژگی‌های شخصیتی مراقبان هم توسط پزشک و هم توسط واحد خانواده تشخیص داده شود تا بتوان یک مداخله به موقع زیستی–روانی–اجتماعی را با هدف رسیدگی به مشکلات شخصی مراقب و بهبود کیفیت مراقبت برنامه‌ریزی کرد. بر اساس این ملاحظات، مطالعه شخصیت و رابطه آن با پیامدها و چالش‌های ناشی از مراقبت ازجمله رنج و فشار ناشی از مراقبت ممکن است به برنامه‌ریزی و ارائه حمایت و مراقبت موردنیاز کمک کند. علیرغم بررسی‌های محقق در پژوهش‌های منتشرشده درباره MMPI-3 در ایران تا کنون هیچ مطالعه‌ای به ویژگی‌های شخصیتی بر اساس ویرایش جدید این پرسشنامه و نقش آن در کیفیت و عملکرد روزانه زندگی افراد مختلف نپرداخته است. بر این اساس این پژوهش با هدف بررسی نقش هیجانات مثبت پایین، تجارب مرتبط با اضطراب و درماندگی–ناامیدی مبتنی بر MMPI-3 در تجربه رنج و فشار مراقبتی مراقبان بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از لحاظ هدف جزء پژوهش‌های بنیادی و از لحاظ روش از نوع مطالعات توصیفی همبستگی بود. جامعهٔ پژوهش را کلیه مراقبان بیماران مبتلا به MS در سطح شهر مشهد که در بازه زمانی مهر تا آذرماه ۱۴۰۳ به‌عنوان همراه بیماران مبتلا به MS به کلینیک‌های تخصصی مغز و اعصاب و انجمن حمایت از بیماران MS مشهد مراجعه کردند، تشکیل داد. از بین آن‌ها به‌صورت در دسترس ۳۸۴ نفر (حداکثر حجم نمونه ممکن بر اساس جدول کرجسی–مورگان) به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. در مورد حجم نمونه در روش دیدگاه‌های متفاوتی مطرح‌شده است. استونس برای تحلیل رگرسیون چندگانه روش معمولی کمترین مجذور استاندارد، ۱۵ نفر برای هر متغیر اندازه‌گیری شده را پیشنهاد می‌کند (۲۴). هم‌چنین پیشنهادشده است که حجم نمونه همیشه باید ۱۰ برابر تعداد پارامترهای محاسبه‌شده در مدل باشد. ابتدا با بررسی پیش‌فرض‌های آماری با استفاده از آزمون‌های کشیدگی و چولگی، داده‌های پرت شناسایی گردید و سپس با استفاده از روش جایگزین سازی داده‌های پرت حذف شدند، پس‌ازآن تعداد به ۳۳۶ نمونه کاهش یافت.

ملاک‌های ورود شامل خویشاوند درجه‌یک بیمار بودن (همسر، پدر، مادر برادر، خواهر یا فرزند)، حداقل سطح تحصیلات دیپلم، بدون سابقه ابتلا به MS و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش و دست‌یابی به پرسشنامه‌های مخدوش (عدم پاسخگویی به حداقل ۵ درصد از سؤال‌های یکی از پرسشنامه‌ها) جزو ملاک‌های خروج بود. داده‌ها نیز با نرم‌افزارهای SPSS-28 تحلیل شد.

پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا – نسخه سوم (MMPI-3): ابزاری ۳۳۵ ماده‌ای است که توسط بن–پراث و تلگن ساخته‌شده است (۲۰). این پرسشنامه دارای ۵۲ خرده مقیاس (۱۰ مقیاس روایی و ۴۲ مقیاس بالینی) است که بر روی یک مقیاس دودرجه‌ای بلی–خیر نمره‌گذاری می‌شود. MMPI-3 قابلیت اعتبار بالا و روایی سازه بسیار امیدوارکننده در چندین نمونه از پژوهش‌های مختلف نشان داده است. ویتمن و همکاران (۱۸) در بررسی اعتبار افزایشی نمرات MMPI-3 و مدل ۵ عاملی شخصیت تجدیدنظر شده– ۳ در ارزیابی‌های روان‌شناختی گزارش کردند نمرات هر دو ابزار که برای پیش‌بینی رتبه‌بندی‌ها برای پنج مؤلفه و با مدل رگرسیون سلسله مراتبی انجام شد، یکدیگر را افزایش دادند. به‌علاوه ابعاد POST-10 شامل تنظیم هیجانی/تحمل استرس، اجتناب از سوءمصرف مواد و سایر رفتارهای مخاطره‌آمیز، کنترل تکانه/توجه به ایمنی، شایستگی اجتماعی، کار گروهی، قاطعیت/ متقاعدسازی، تصمیم‌گیری/قضاوت، سازگاری/انعطاف‌پذیری،

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOI: 10.48305/22.4.677]

وجدان گرایی/وابستگی و صداقت/اخلاق به‌شدت با خرده مقیاس‌های MMPI-3 و مؤلفه درون‌گرایی و قاطعیت مدل ۵ عاملی شخصیت تجدیدنظر شده- ۳ مرتبط است. در مطالعه‌ای دیگر پونا و همکاران (۲۵) گزارش کردند که نمرات اکثر مقیاس‌های نارسایی هیجانی/ درونی‌سازی MMPI-3 به‌طور معنی‌داری با نمرات زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت بیمار، اختلال اضطراب عمومی و بیشتر خرده مقیاس‌های پرسشنامه اختلال خوردن مرتبط بود. در این پژوهش فقط از سه مقیاس هیجانات مثبت پایین، تجارب مرتبط با اضطراب و درماندگی- ناامیدی استفاده شد. در پژوهش حاضر فقط از سه خرده مقیاس هیجانات مثبت پایین، تجارب مرتبط با اضطراب و درماندگی- ناامیدی استفاده شد. اعتبار با روش آلفای کرونباخ برای سه خرده مقیاس‌های به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۹ و ۰/۸۰ برآورد شد.

پرسشنامه ارزیابی رنج بیمار (SAQ): این پرسشنامه که توسط انکارناکو و همکاران (۱۳) با هدف ارزیابی ابعاد رنج طراحی شد ۱۲ سؤال دارد و ابعاد رنج را در ۴ بعد رنج درون فردی، رنج بین فردی، آگاهی از رنج و رنج معنوی اندازه‌گیری می‌کند. سؤالات پرسشنامه بر روی طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ "هرگز"، ۲ "به‌ندرت" ۳ "گاهی اوقات" و ۴ "بیشتر اوقات" و ۵ "همیشه" نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون و چهار خرده مقیاس ذکرشده بین ۰/۶۷ تا ۰/۷۸ بود. شاخص‌های برازش (CFI=۰/۹۱، PCFI=۰/۶۵، ۰/۵۷= GFI=۰/۹۴،PGFI، RMSEA= ۰/۰۶۸) مناسب بود. به‌علاوه همبستگی خرده مقیاس‌های ۴ گانه با نمره کل رنج در دامنه ۰/۶۰ تا ۰/۶۸ قرار گرفت که نشان‌دهنده روایی سازه پرسشنامه بود. در پژوهش روایی صوری و محتوای پرسشنامه توسط سه متخصص (یک نفر دکترای روانشناسی سلامت، یک نفر متخصص مغز و اعصاب و یک متخصص روان‌سنجی) بررسی شد و پس از نظرخواهی از متخصصان و اعمال تغییرات لازم نسخه نهایی پرسشنامه تهیه شد. به‌علاوه اعتبار با روش آلفای کرونباخ برای نمره کلی و خرده مقیاس‌های ۴ گانه به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۳، ۰/۷۱، ۰/۷۱ و ۰/۷۹ برآورد شد.

مقیاس فشار مراقبتی (CBS): این مقیاس که توسط المستال و همکاران (۲۶) با هدف تاثیر ذهنی بیماری‌های مزمن در زندگی مراقبان طراحی شد ۲۲ سؤال دارد و ابعاد فشار مراقبتی را در ۵ بعد تنش عمومی، انزوا، ناامیدی، درگیری عاطفی و محیط اندازه‌گیری می‌کند. سؤالات مقیاس بر روی طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ "هرگز"، ۲ "به‌ندرت" ۳ "گاهی اوقات" و ۴ "بیشتر اوقات" و ۵ "همیشه" نمره‌گذاری می‌شود. روایی سازه مقیاس به روش تحلیل عاملی اکتشافی ساختار ۵ عاملی را استخراج کرد که دارای مقادیر کاپای خوب ۰/۸۹ تا ۱ بود. روایی ملاکی این پرسشنامه از طریق همبستگی با مؤلفه درون‌گرایی مدل ۵ عاملی شخصیت و پرسشنامه کیفیت زندگی مطلوب و معنی‌دار گزارش شد. ضریب آلفای کرونباخ برای پنج خرده مقیاس ذکرشده به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۰، ۰/۷۶، ۰/۷۰ و ۰/۵۶ بود. در مطالعه انجام‌شده در ایران نتایج روایی صوری از نظر مراقبان نشان از روا بودن تمامی سؤالات از نظر مربوط بودن، وضوح و سادگی بود. بررسی روایی محتوایی مقیاس با استناد بله نظرات ۱۴متخصص توان‌بخشی، نشان از روا بودن تمامی سؤالات مقیاس از لحاظ ضرورت داشتن بر روی نمودار سه‌نقطه‌ای بود. CVR برای تمامی سؤالات بالای ۰/۷۰ به دست آمد که نشان‌دهنده ضریب و شاخص روایی محتوایی عالی پرسشنامه بود (۲۷). به‌علاوه اعتبار با روش آلفای کرونباخ برای نمره کلی و خرده مقیاس‌های ۵ گانه به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۷۹، ۰/۸۲ و ۰/۷۳ برآورد شد.

یافته‌ها

از مجموع ۳۸۴ پرسشنامه توزیع‌شده ۳۳۶ پرسشنامه برگشت کرد، بقیه پرسشنامه‌ها یا ناقص تکمیل‌شده بود که کنار گذاشته شد یا عودت داده نشد و از این تعداد نفر ۶۶ نفر (۱۹/۶۰ درصد) مرد و ۲۷۰ نفر (۸۰/۴۰ درصد) زن بودند. دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۲۰ تا ۴۵ سال و میانگین سنی بین ۳۰/۵۱ و انحراف سنی ۷/۲۳ بود. از مجموع ۳۳۶ نفر ۱۲۶ نفر (۳۷/۵۰ درصد) زیر ۲۵ سال، ۴۲ نفر (۱۲/۵۰ درصد) بین ۲۶ تا ۳۰ سال، ۵۴ نفر (۱۶/۱۰ درصد) بین ۳۱ تا ۳۵ سال، ۸۴ نفر (۲۵/۰۰ درصد) بین ۳۶ تا ۴۰ سال و ۳۰ نفر (۸/۹۰ درصد) بالای ۴۰ سال سن دارند. قبل از تحلیل داده‌ها، متغیرهای پژوهش جهت احتمال تخطی از کدگذاری، مفروضه‌های آماری، اندازه‌های ازدست‌رفته و داده‌های پرت غربال‌گری شدند. آزمون شاخص‌های شاخص چولگی و کشیدگی نشان داد متغیرهای پژوهش از مفروضه نرمال بودن تخطی ندارند (جدول ۱). مقدار آماره دوربین حاکی از عدم‌تخطی از مفروضه استقلال باقیمانده‌ها است. همچنین مقدار عامل تورم واریانس و شاخص تولورانس نشان‌دهنده عدم هم خطی بودن چندگانه است. در جدول (۱) ماتریس همبستگی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOI: 10.48305/22.4.677]

متغیرهای پژوهش به همراه شاخص‌های توصیفی متغیرها ارائه شد.

جدول ۱. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	هیجانات مثبت پایین	تجارب مرتبط با اضطراب	درماندگی–ناامیدی	تجربه رنج	فشار مراقبتی مراقبان
هیجانات مثبت پایین	۱				
تجارب مرتبط با اضطراب	۰/۳۱**	۱			
درماندگی–ناامیدی	۰/۴۰**	۰/۱۹**	۱		
تجربه رنج	۰/۴۹**	۰/۵۰**	۰/۳۹**	۱	
فشار مراقبتی مراقبان	۰/۳۰**	۰/۳۴**	۰/۴۰**	۰/۴۰**	۱
میانگین	۵/۱۲	۴/۸۷	۱/۳۶	۳۰/۳۰	۱۷/۲۱
انحراف استاندارد	۲/۵۲	۳/۴۴	۰/۷۰	۱۶/۶۲	۷/۴۷
چولگی	۰/۲۸	۰/۵۷	۰/۸۲	۰/۱۴	۰/۸۲
کشیدگی	۰/۱۵	۰/۰۷	۰/۳۳	−۰/۳۳	۰/۱۰

آن‌گونه که در جدول بالا مشخص است بیشترین همبستگی بین تجربه رنج و تجارب مرتبط با اضطراب مشاهده شد. این همبستگی مثبت و در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی‌دار است. به‌علاوه کمترین همبستگی بین درماندگی–ناامیدی با تجارب مرتبط با اضطراب است. این همبستگی نیز مثبت و معنی‌دار است. جهت پیش‌بینی تجربه رنج و فشار مراقبتی از طریق هیجانات مثبت پایین، تجارب مرتبط با اضطراب و درماندگی–ناامیدی مبتنی بر MMPI-3 از تحلیل رگرسیون چندگانه با روش گام‌به‌گام استفاده شد. مدل نشان می‌دهد که سه متغیر هیجانات مثبت پایین، تجارب مرتبط با اضطراب و درماندگی–ناامیدی وارد معادله رگرسیون شده است (جدول ۲).

جدول ۲: نتایج تحلیل رگرسیون تجربه رنج و فشار مراقبتی از طریق هیجانات مثبت پایین، تجارب مرتبط با اضطراب و درماندگی–ناامیدی مبتنی بر MMPI-3

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	R	RS	F	β	t	P	تولورانس	عامل تورم واریانس	دوربین واتسون
تجربه رنج	درماندگی–ناامیدی	۰/۴۰	۰/۱۶	۶۳/۸۵	۰/۳۵	۷/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۶	۱/۰۳	۱/۶۷
	تجارب مرتبط با اضطراب	۰/۴۹	۰/۲۳	۵۰/۶۳	۰/۲۸	۵/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۹۶	۱/۰۳	
فشار مراقبتی	تجارب مرتبط با اضطراب	۰/۵۰	۰/۲۵	۱۱۱/۷۶	۰/۳۷	۸/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱/۱۱	۱/۷۳
	هیجانات مثبت پایین	۰/۶۱	۰/۳۷	۹۸/۴۳	۰/۲۹	۶/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱/۲۸	
	درماندگی–ناامیدی	۰/۶۴	۰/۴۱	۷۵/۱۸	۰/۲۰	۴/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱/۱۹	

در ارتباط با پیش‌بینی تجربه رنج مدل اول مشخص می‌کند که ۲۲ از واریانس مشاهده‌شده در تجربه رنج از طریق درماندگی–ناامیدی توجیه می‌شود (R Square = ۰/۱۶). اضافه شدن مدل ۲ (تجارب مرتبط با اضطراب) باعث افزوده شدن ۷ درصد به واریانس قبلی می‌شود، بدین ترتیب دو مدل روی‌هم ۲۳ درصد از واریانس تجربه رنج را تبیین می‌کنند (R Square = ۰/۲۳). بر این اساس اگر درماندگی–ناامیدی به‌اندازه یک واحد افزایش یابد، این تغییر به‌اندازه ۰/۳۵ نمرات تجربه رنج را افزایش می‌دهد. به‌علاوه یک واحد افزایش در تجارب مرتبط با اضطراب سبب ۰/۲۸ واحد افزایش در نمرات تجربه رنج می‌گردد.

در ارتباط با پیش‌بینی فشار مراقبتی مدل اول مشخص می‌کند که ۲۵ از واریانس مشاهده‌شده در فشار مراقبتی از طریق تجارب مرتبط با اضطراب توجیه می‌شود (R Square = ۰/۲۵). اضافه شدن مدل ۲ (هیجانات مثبت پایین) و مدل ۳ (درماندگی–ناامیدی) به ترتیب باعث افزوده شدن ۱۲ درصد و ۴ درصد به واریانس قبلی می‌شود، بدین ترتیب سه مدل روی‌هم ۴۱ درصد از واریانس فشار مراقبتی را تبیین می‌کنند (R ۰/۴۱

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.48305/22.4.677]

= Square). بر این اساس اگر تجارب مرتبط با اضطراب، هیجانات مثبت پایین و درماندگی–ناامیدی به‌اندازه یک واحد افزایش یابند، این تغییر به ترتیب به‌اندازه ۰/۳۷، ۰/۲۹ و ۰/۲۰ نمرات فشار مراقبتی را افزایش می‌دهند.

بحث و نتیجه‌گیری

آن‌گونه که اشاره شد این پژوهش با هدف بررسی نقش هیجانات مثبت پایین، تجارب مرتبط با اضطراب و درماندگی–ناامیدی مبتنی بر MMPI-3 در فشار مراقبتی و تجربه رنج مراقبان بیماران مبتلا MS انجام شد. مراقبان بیماران مزمن نقش مهمی در حمایت از این افراد دارند. بااین‌حال، مراقبت می‌تواند یک تجربه استرس‌زا باشد که اغلب بر عملکرد کاری و یکپارچگی جسمی و روانی مراقبان تأثیر می‌گذارد. دراین‌ارتباط یافته‌های پژوهشی نشان داده است که مراقبین بیماران MS حتی نسبت به مراقبین بیماری مزمن دیگر ازجمله آلزایمر دارای اختلال بیشتر در فعالیت، مراجعه بیشتر به اورژانس و بستری شدن بیشتر در بیمارستان هستند (۸). آن‌گونه که اشاره شد فشار مراقبتی به هیجانات منفی و فشاری که مراقبین در نتیجه مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن تجربه می‌کنند اشاره دارد. این یک نتیجه منفی تجربه مراقبت است که از طریق نقش‌ها و مسئولیت‌های متعددی که مراقبان انجام می‌دهند تشدید می‌شود (۱۴).

یافته‌های مربوط به رابطه مؤلفه‌های درماندگی–ناامیدی و تجارب مرتبط با اضطراب MMPI-3 با تجربه رنج مراقبان با یافته‌های پاکئو و همکاران (۲۸) و هانگ و چیو (۲۹) همسو است. پاکئو و همکاران (۲۸) گزارش کردند که مؤلفه روان‌پریشی پرسشنامه شخصیت آیزنک پیش‌بینی کننده مهم تجربه رنج و فشار مراقبتی است. یافته‌های هونگ و چیو (۲۹) نشان داد که ابعاد شخصیتی مدل پنج‌گانه با ابعاد رنج ازجمله رنج مرتبط با بیمار، رنج مرتبط با کار و رنج شخصی رابطه دارند. سوسو–ریبرا و همکاران (۳۰) گزارش کردند که شخصیت مراقب، به‌ویژه باز بودن به تجربه، با شدت درد و رنج مراقبان مرتبط بود. یافته‌های مشابه نیز رابطه بین مؤلفه‌های شخصیت ازجمله روان‌پریشی و برون‌گرایی با ابعاد رنج و فشار مراقبتی را در پزشکان، پرستاران و مراقبان سلامت تأیید کرده‌اند (۳۳–۳۵).

در تبیین این رابطه بر اساس مدل‌های شخصیتی ازجمله مدل آیزنک می‌توان گفت که شخصیت بر رفتار، شناخت و پاسخ‌های هیجانی انسان‌ها تاثیر می‌گذارد. چالش‌های پیچیده مراقبت بر مسیرهای سلامت شخصی مراقبان و بیماران تحت مراقبت آن‌ها تأثیر می‌گذارد. یک مراقب درمانده به لحاظ هیجانی که با طوفان‌های درونی خود دست‌وپنجه نرم می‌کند، ممکن است به‌طور ناخواسته اجازه دهد که این اثرات مواج در چشم‌انداز سلامتی خودش و بیمارش نفوذ کند. این تأثیر متقابل هیجانات می‌تواند به طرق مختلف ازجمله افزایش سطح اضطراب در بیمار، کاهش روحیه یا حتی تبدیل‌شدن به حالت‌های افسردگی مراقب و بیمار تبدیل شود و رنج بیشتری به همراه داشته باشد. این فشارهای روانی در خلأ عمل نمی‌کنند. آن‌ها عمیقاً بر سلامت جسمانی بیمار تأثیر می‌گذارند، باعث پاسخ‌های استرس فیزیولوژیکی می‌شوند و چالش‌های سلامت موجود را تشدید کنند (۳۴). درواقع ارتباط شخصیت و رنج ممکن است با چالش‌هایی مرتبط باشد که مراقبان در برقراری ارتباط مؤثر با بیماران تجربه می‌کنند زیرا بیماران اغلب مشکلات ارتباطی دارند و تحت واکنش‌های هیجانی منفی مانند ناامیدی، استرس، اضطراب و افسردگی قرار می‌گیرند. با توجه به اینکه تعامل مؤثر در سطح انسانی سنگ بنای یک محیط زندگی مثبت و مؤثر را برای مراقبان تشکیل می‌دهد، قابل‌قبول است که تصور شود چالش‌های مداوم در روابط بیمار–مراقب ممکن است مراقبان را نیز مستعد تشدید احساسات اضطرابی، افسردگی، تردید به خود و سایر هیجانات منفی کند که در افزایش رنج و فشار مراقبتی بیشتر مراقبان نقش دارد (۲۸). بر اساس مدل آسیب پذیری–استرس شخصیت می‌تواند معرف آسیب‌پذیری روانی نسبت به مسائل مربوط به‌سلامت روان باشد. این مدل معتقد است که وجود برخی از ویژگی‌های شخصیتی می‌توانند مراقبان را در مقابل بروز علائم روان‌شناختی آسیب‌پذیر کنند، زیرا این ویژگی‌ها با عوامل استرس‌زای مراقبتی طولانی مدت مانند ناتوانی مراقب و طول مدت مراقبت در تعامل هستند. این ویژگی‌های شخصیتی دربرگیرنده مشکلات تعاملی فراگیر هستند که پیامدهای منفی بر عملکرد حرفه‌ای، زندگی اجتماعی و شخصی و عملکرد کلی مراقب دارند (۳۵)؛ این در حالی است که مؤلفه‌های شخصیتی سازگارانه شبیه برون‌گرایی یا باز بودن به تجربه می‌توانند به از بین بردن اثرات منفی مراقبت کمک کنند. افرادی با چنین ویژگی‌های شخصیتی ممکن است بهتر با نقش مراقب سازگار شوند و به منابع اجتماعی (مانند حمایت خانواده و دوستان) دسترسی داشته باشند که به رویارویی سازگارانه با چالش‌های های مراقبتی کمک می‌کند (۳۶)؛

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.48305/22.4.677]

بنابراین افرادی که دارای شبکه‌های گسترده‌تر و حمایت‌کننده‌تر هستند، بیشتر در رفتارهای مرتبط با سلامت شرکت می‌کنند و به‌احتمال‌زیاد از منابع خارجی کمک می‌گیرند. در مقابل افراد با ویژگی‌های شخصیتی ناکارآمد کمتر به دنبال فرصت‌هایی برای تعامل اجتماعی هستند و این باعث ایجاد احساس انزوا و افسردگی با شبکه‌های اجتماعی بسیار محدود می‌شوند و چنین مراقبانی کمتر از راهبردهای مقابله سازگارانه و رفتارهای ارتقادهنده سلامت استفاده می‌کنند (۳۷).

یافته‌های مربوط به رابطه مؤلفه‌های تجارب مرتبط با اضطراب، هیجانات مثبت پایین و درماندگی–ناامیدی MMPI-3 با تجربه فشار مراقبتی مراقبان با یافته‌های کیم و همکاران (۳۸)، لاکوب و همکاران (۳۵)، میرحسینی و همکاران (۳۹)، ایوس و همکاران (۴۰)، ماشبورن (۷) و کیم و همکاران (۳۸) همسو است. کیم و همکاران (۳۸) گزارش کردند که بی‌نظمی هیجانی و عملکرد مشکل‌ساز خانواده به‌طور مثبت با فشار مراقبتی در طول پاندومی مرتبط است و مراقبانی که اختلال بیشتری در تنظیم هیجانات خود داشتند، در هنگام مواجهه با رویدادهای استرس‌زای مربوط به بیماری‌های مزمن، فشار مراقبتی بیشتری را گزارش می‌کردند. یافته‌های لاکوب و همکاران (۳۵) نشان داد که سه ویژگی شخصیتی پاتولوژیک روان‌پریشی گرایی، ستیزه گری و مهارگسیختگی با استرس مراقبتی در مراقبین کودکان و بزرگ‌سالان دارای ناتوانی‌های رشد رابطه دارد. میرحسینی و همکاران (۳۹) گزارش کردند که درماندگی‌های روان‌شناختی ازجمله اضطراب و افسردگی به‌طور قابل‌توجهی فشار مراقبتی مراقبان را پیش‌بینی کردند. یافته‌های ایوس و همکاران (۴۰) نشان داد که بین میزان ابراز هیجانات و فشارهای مراقبتی همبستگی مثبت و معنادار آماری وجود دارد. یافته‌های ماشبور (۲۴) نشان داد که بین روان رنجورخویی مدل ۵ عاملی شخصیت و فشار مراقبتی همبستگی متوسطی وجود دارد. کیم و همکاران (۳۷) گزارش کردند که سطوح بالاتر روان رنجورخویی و برون‌گرایی مدل ۵ عاملی بر فشار مراقبتی تأثیر دارد و افرادی که دارای ویژگی‌های روان رنجورخویی بیشتر بودند، فشار مراقبتی بیشتر داشتند، درحالی‌که افرادی که سطوح بالاتری از برون‌گرایی داشتند، سطوح پایین‌تری از فشار را گزارش کردند. مطالعه‌ای دیگر نشان داد که دل‌بستگی اضطرابی و ناامیدی پیش‌بینی کننده فشار رقابتی در مراقبین بیماران مبتلا به اختلالات هوشیاری بود (۴۱).

در تبیین این یافته‌های می‌توان گفت ویژگی‌های شخصیتی مراقبین بر زندگی، درک مراقبت و سیر تکامل بیماری افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن تأثیر می‌گذارد (۳۵). ادبیات پژوهشی مربوط به این زمینه نشان می‌دهد شخصیت بر شیوه‌ای که یک فرد ممکن است چالش‌های سخت، ناملایمات و تغییر آن‌ها را مدیریت کند، تأثیر می‌گذارد، به عبارتی ویژگی‌های شخصیتی بر فرآیندهایی که افراد برای ارزیابی رویدادهای استرس‌زا استفاده می‌کنند تأثیر می‌گذارد و آن‌ها را مستعد می‌سازد تا در مواجهه با این رویدادها به روش‌های خاصی کنار بیایند (۴۲). درواقع شخصیت‌های مختلف با پیامدهای نامطلوب به روش‌های مختلف کنار می‌آیند و کسانی که در مواجهه با موانع واکنش منفی نشان می‌دهند، بیشتر درگیر راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی و متمرکز بر هیجان هستند (۲۴). راهبردهای هیجان مدار تلاش برای پاسخ‌دهی هیجانی به شرایط تنیدگی است و در این روش فرد از موقعیت اجتناب می‌ورزد، اتفاقات رخداده را توجیه یا انکار می‌کند و سعی دارد با جدا شدن از موقعیت، از آن رها شود (۴۳). افرادی با ویژگی‌های شخصیت‌های پاتولوژیک وضعیت مراقبت را استرس‌زا و تهدیدآمیزتر درک می‌کنند و به‌احتمال‌زیاد استراتژی‌های مقابله‌ای ناکارآمد یا الگوهای خود تخریبی را انتخاب می‌کنند که اثرات منفی نقش مراقبت را تشدید می‌کند. با افزایش دشواری نقش مراقبتی، مراقبان متوجه می‌شوند که وضعیت مراقبت خارج از کنترل آن‌ها است. این ممکن است علائم روان‌شناختی را تشدید کند زیرا آن‌ها کمتر قادر به محافظت از خود می‌شوند (۳۷) و چنین راهبردهای های مقابله‌ای به دلیل ناتوانی در مقاومت در برابر استرس، انعطاف‌ناپذیری و ناتوانی در یادگیری از طریق تجربه آسیب‌شناسی تلقی می‌شوند. بر اساس مدل آیزنک ویژگی‌های شخصیتی روان رنجورخویی منجر به افزایش احساس ناتوانی مراقبان به دلیل ناتوانی آن‌ها در تغییر وضعیت موجود می‌شوند و ممکن است منجر به درماندگی بیشتر شوند که به‌نوبه خود بر افزایش علائم روان‌شناختی و خستگی مرتبط با مراقبت تأثیر می‌گذارد. مدل تعاملی استرس و مقابله نیز بیان می‌کند که راهبردهای مقابله‌ای ارتباط بین عوامل استرس‌زای مرتبط با بیماری مزمن و فشار مراقبت را تعدیل می‌کند (۳۸). طبق نظر لازاروس و فولکمن، تجربه افراد از استرس صرفاً بر اساس عامل استرس‌زا نیست، بلکه بر اساس نحوه ارزیابی آن‌ها از عامل استرس‌زا است و شامل دو مؤلفه ارزیابی اولیه و ثانویه است. ارزیابی اولیه به ارزیابی یک فرد از یک موقعیت به‌عنوان مرتبط

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.48305/22.4.677]

بودن یا نبودن شخصی یعنی اینکه "آیا این وضعیت بر من تأثیر می‌گذارد" و همچنین اینکه آیا موقعیت مربوطه را مثبت (چالش آور) یا منفی (تهدیدکننده) می‌بیند، اشاره دارد. ارزیابی ثانویه به قضاوتی که افراد در مورد منابع موردنیاز برای به حداقل رساندن یا تحمل یک عامل استرس‌زای مرتبط و استرس ایجادشده از طریق آن انجام می‌دهند، اشاره دارد (۴۴). این مدل معتقد است که عوامل تعیین‌کننده استرس از طریق ادراک مراقبین، ارزیابی و مدیریت فرآیند مراقبت واسطه می‌شوند (۳۹). افرادی که با بیماری مزمن درگیر می‌شوند، به‌طورکلی الگوهایی از باورها در مورد وضعیت خود ایجاد می‌کنند که اصطلاحاً ادراک بیماری نامیده می‌شود. ادراک بیماری تعیین می‌کند که مراقبان چگونه با بیمار مزمن و واکنش‌های هیجانی به وضعیت خود کنار می آیند. بر این اساس تنظیم هیجان سازگارانه ممکن است تأثیر عوامل استرس‌زای مربوط به بیماری مزمن را بر فشار مراقبت خنثی کند، درحالی‌که مشکلات در تنظیم هیجان به‌عنوان‌مثال اختلال در تنظیم هیجان ممکن است تأثیر منفی عوامل استرس‌زا بر فشار مراقبتی را تقویت کند (۳۸).

جمع‌بندی یافته‌های این مطالعه حاکی از نقش هیجانات مثبت پایین، تجارب مرتبط با اضطراب و درماندگی–ناامیدی مبتنی بر MMPI-3 در تجربه رنج و فشار مراقبتی مراقبان بیماران مبتلا به MS می‌باشد. اگرچه نظام‌های مربوط به سلامت و بهزیستی برای مقابله با هزینه‌های اجتماعی–اقتصادی ناشی از افزایش بیماری‌های مزمن تلاش می‌کنند، اما مراقبان رسمی و غیررسمی همچنان کمبودهای این زمینه را احساس می‌کنند و اگر مراقبت به یک استرس و فشار تبدیل شود، این امر بر سلامت مراقب و گیرنده مراقبت تأثیر می‌گذارد؛ بنابراین فهم بیشتر از عوامل زمینه‌ساز و پویا در ایجاد شکل‌های متنوع رنج و فشار مراقبان کمک می‌کند تا با تعدیل این پیش‌آیندها بتوان آسیب‌های مرتبط با مشکلات مراقبان بیماران را کاهش داد، به عبارتی پژوهش و کار کردن برای شناسایی، تعدیل و کاهش درماندگی‌های روان‌شناختی مراقبان از طریق مکانیسم‌هایی که برای ارتقای توانمندی‌های شخصیتی در مراقبین طراحی‌شده‌اند، ممکن است یک راهبرد معتبر و مناسب باشد. بر این اساس و با توجه به ارتباط ابعاد شخصیتی با تجربه رنج و فشار مراقبتی پیشنهاد می‌شود به‌منظور کاهش و تعدیل درد و رنج مراقبان برنامه‌های آموزشی و درمانی به‌منظور ارتقا و بهبود توانمندی‌های شخصیتی مثبت و تعدیل ابعاد شخصیتی منفی از طریق سازمان‌های خدمات سلامت روان ازجمله مراکز مشاوره‌ای و درمانی، بیمارستان‌ها، دانشگاه‌ها و رسانه‌ها طراحی و اجرا گردد.

بااین‌حال اذعان به محدودیت‌های خاصی در تفسیر و تعمیم‌یافته‌های این مطالعه ضروری است. ازجمله محدودیت‌های این پژوهش در نظر نگرفتن جهت‌گیری‌های سنی و جنسی مراقبان، طول مدت بیماری و میزان حمایت سایر اعضای خانواده بود، این موارد می‌تواند منبعی برای سوگیری در یافته‌ها باشد. نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که متغیرهای جمعیت شناختی نظیر جنسیت، سن و نژاد در بروز رفتارهای ناسازگارانه مؤثر بر عملکرد نقش دارند. به‌علاوه با توجه به ماهیت گذشته‌نگر و مقطعی مطالعه، ایجاد رابطه زمانی بین متغیرهای پیش‌بینی کننده و پیامدها به‌طور دقیق دشوار است. در پژوهش‌های آتی نمونه‌های متنوع‌تری ازجمله تعداد نسبتاً برابر زن‌ها و مردها، نمونه‌های بالینی (افراد مبتلا به اختلالات شخصیتی) انتخاب شوند و روابط بین متغیرها به‌طور جداگانه برحسب جنس و سن بررسی شود. به‌علاوه مدل ویژگی‌های شخصیت مبتنی بر MMPI-3 که در این پژوهش مورداستفاده قرار گرفت فقط ۳ مؤلفه شخصیتی را موردتوجه قرار داد و این نمی‌تواند همه ۵۲ مؤلفه شخصیتی این مدل را پوشش دهد. اگرچه این ویژگی‌ها بر اساس ارتباط نظری انتخاب شدند، پژوهش‌های آینده می‌تواند نقش سایر ویژگی‌های شخصیتی این مدل را برای ارائه درک جامع‌تری از نقش تفاوت‌های فردی در شناسایی پیش‌آیند و درمان تجربه رنج بررسی کند.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

حمایت مالی

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه حمایت مالی از سازمانی دریافت نکرده‌اند.

ملاحظات اخلاقی

عدم دریافت هرگونه هزینه مالی، اخذ رضایت آگاهانه و همچنین جلب اعتماد شرکت‌کننده‌ها نسبت به محرمانه بودن اطلاعاتشان جزو ملاحظات اخلاقی بود.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.48305/22.4.677]

مشارکت نویسندگان

اشرف السادات گیتی قریشی نقش نویسنده مقاله و سارا فخاریان مقدم کار جمع‌آوری داده‌ها، مترجم، آماریست و تحلیلگر داده‌ها بود.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان و افرادی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آوریم.

References

1. Melgar-de-la-Paz M, Gallardo-Perez MM, Hamilton-Aviles LE, Negrete-Rodriguez P, Cruz-Perez GE, Garcia-Velez D, & et al. Burden in multiple sclerosis caregivers: A single-center experience. Sclerosis. 2024 September 2(3), 280-287. doi.org/10.3390/sclerosis2030017.
2. Kang W. Personality traits predict 7-year risk of diagnosis of multiple sclerosis: A prospective study. J Clin Med. 2023 Jan 15;12(2):682. doi: 10.3390/jcm12020682.
3. Maggio MG, Cuzzola MF, Desiree Latella D, Federica Impellizzeri F, Antonino Todaro A, Rao G, Manuli A, Calabro RC. How personality traits affect functional outcomes in patients with multiple sclerosis: A scoping review on a poorly understood topic. Mult Scler Relat Disord. 2020 Nov: 46:102560. doi: 10.1016/j.msard.2020.102560.
4. Benini S, Pellegrini E, Descovich C, Lugaresi A. Burden and resources in caregivers of people with multiple sclerosis: A qualitative study. PLoS One. 2023 Apr 17;18(4):e0265297. doi: 10.1371/journal.pone.0265297.
5. Ponzio M, Tacchino A, Verri A, Battaglia MA, Giampaolo Brichetto G, Podda J. Profile and burden of the family caregiver: the caring experience in multiple sclerosis. An observational study. BMC Psychol. 2024 Mar 26;12(1):173. doi: 10.1186/s40359-024-01678-w.
6. Maguire R, Maguire PH. Caregiver burden in multiple sclerosis: Recent trends and future directions. Curr Neurol Neurosci Rep. 2020 May 22;20(7):18. doi: 10.1007/s11910-020-01043-5.
7. Mashburn T. Impact of personality on burden of caregivers with aphasia. A thesis presented to the faculty of the Graduate School of Western Carolina University; 2019.
8. Garcia-Dominguez JM, Martinez-Gines ML, Carmona O, Caminero AB, Prefasi D, Maurino J, Ballesteros J. Measuring burden in caregivers of people with multiple sclerosis: psychometric properties of the CSI questionnaire. Patient Prefer Adherence. 2019 Jan 9:13:101-106. doi: 10.2147/PPA.S180863. eCollection 2019.
9. SayedMousaviPaske S, FathiAshtiani A, Ashrafi E. Psychometric Properties of Schizophrenia Caregivers Questionnaire. RBS 2020; 18 (2) :192-201. [Persian].
10. Shahbazi Bandani S, Atashpour S H. Prediction the Quality of Life based on the Perception of Suffering, the Meaning of Life, Social Support and Psychological Flexibility in Irritable Bowel Syndrome Patient. RBS 2024; 22 (3) :515-528 [Persian].
11. Oh J, Kim JA, Chu MS. Family caregiver suffering in caring for patients with amyotrophic lateral sclerosis in Korea. Int J Environ Res Public Health. 2021 May 6;18(9):4937. doi: 10.3390/ijerph18094937.
12. Arango-Gutierrez A, Moreno S, Rondon M, Arroyo LI, Ardila L, Arenas FA, Calvache JC, de Vries E. Factors associated with suffering from dying in patients with cancer: a cross-sectional analytical study among bereaved caregivers. BMC Palliat Care. 2023 Apr 21;22(1):48. doi:10.1186/s12904-023-01148-x.
13. Encarnacao p, Oliveira cc, Martins T. Psychometric properties of the suffering assessment questionnaire in adults with chronic diseases or life-threatening illness. Scand J Caring Sci. 2018 Dec 32(4):1279-1287. doi: 10.1111/scs.12569. Epub 2018 Mar 26.
14. Choi JY, Lee SH, Yu S. Exploring factors influencing caregiver burden: a systematic review of family caregivers of older adults with chronic illness in local communities. Healthcare (Basel) . 2024 May 13;12(10):1002. doi: 10.3390/healthcare12101002.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.48305/22.4.677]

15. Izci F, Bascavus M, Aslan M, Osman Kamiloglu O. Effect of care burden and personality traits of caregivers on treatment compliance and functionality of patients with schizophrenia. Prim Care Companion CNS Disord. 2023 Nov 14;25(6):23m03522. doi: 10.4088/PCC.23m03522.
16. Zhao K, Ji W. The influence of gratitude and personality traits on career resilience and career success among college students. Front Psychol. 2024 Apr 24;15:1340200. doi:10.3389/fpsyg.2024.1340200
17. Vespa A, Spatuzzi R, Fabbietti P, Penna M, Giulietti MV. Association between care burden, depression and personality traits in Alzheimer's caregiver: A pilot study. PLoS One. 2021 Sep 29;16(9):e0251813. doi: 10.1371/journal.pone.0251813. eCollection 2021.
18. Whitman MR, Gervais RO, Ben-Porath YS. Virtuous victims: Disability claimants who over- and under-report. Clin Neuropsychol. 2023 Nov;37(8):1584-1607. doi: 10.1080/13854046.2023.2185686.
19. Whitman MR, Ben-Porath YS. Distinctiveness of the MMPI-3 self-importance and self-doubt scales. J Pers Assess. 2021 Sep-Oct;103(5):613-620. doi: 10.1080/00223891.2021.1883628.
20. Ben-Porath YS, Tellegen A. The Minnesota multiphasic personality inventory-3: Technical manual. University of Minnesota Press; 2020.
21. Sołtys A, Bidzan M, Tyburski E. The moderating effects of personal resources on caregiver burden in carers of alzheimer's patients. Front Psychiatry. 2021 Nov 30:12:772050. doi: 10.3389/fpsyt.2021.772050. eCollection 2021.
22. Serra L, Serpa D, Silva L. The personality traits of family caregivers of individuals with dementia: The effects of social anxiety, social phobia, and caregiving hours. International Journal of Science Annals. 2023; 6, 2: 2617-2682. doi:10.26697/ijsa.
23. Meshkinyazd A, Abbas Heydari A, Mohammadreza Fayyazi Bordbar M. Lived experiences of caregivers of patients with borderline personality disorder : A Phenomenological Study. IJCBNM. 2020; 8(2):177-188. doi:10.30476/IJCBNM.2020.83358.1154.
24. Hooman HA. Analysis of multivariate data in behavioral research. Tehran: Peyke Farhang Publication; 2006. [Persian].
25. Pona AA, Marek RJ, Panigrahi E, Ben-Porath YS. Examination of the reliability and validity of the minnesota multiphasic personality inventory-3 (MMPI-3) in a preoperative bariatric surgery sample. J Clin Psychol Med Settings . 2023 Sep;30(3):673-686. doi: 10.1007/s10880-022-09908-2.
26. Elmstahl S, Malmberg B, Annerstedt L. Caregiver's burden of patients 3 years after stroke assessed by a novel caregiver burden scale. Arch Phys Med Rehabil. 1996 Feb;77(2):177-82. doi: 10.1016/s0003-9993(96)90164-1.
27. Farajzadeh A, Akbarfahimi M, Nedjat S, Kohan A, Saberi H. Translation and validation of a caregiver burden scale (CBS) among caregivers of patients with spinal cord injury. J Rehab Med. 2016; 5(1): 1-12. [Persian].
28. Pakou V, Tsartsalis D, Papathanakos G, Dragioti E, Gouva M, Koulouras V. Personality traits, burnout, and psychopathology in healthcare professionals in intensive care units-a moderated analysis Healthcare (Basel) . 2024 Mar 4;12(5):587. doi: 10.3390/healthcare12050587.
29. Hung YN, Chiu TY. Examining the relationship between personality traits, work experience, burnout, and intention to stay among home care aides in Taiwan. BMC Geriatr. 2023 Jul 13;23(1):434. doi: 10.1186/s12877-023-04136-1.
30. Suso-Ribera C, Martinez-Borba V, Viciano A, Cano-Garcia FJ, Garcia-Palacios A. Empathic accuracy in chronic pain: Exploring patient and informal caregiver differences and their personality correlates. Medicina (Kaunas) . 2019 Aug 27;55(9):539. doi: 10.3390/medicina55090539.
31. Angelini G. Big five model personality traits and job burnout: A systematic literature review. BMC Psychol. 2023 Feb 19;11(1):49. doi: 10.1186/s40359-023-01056-y.
32. Narang G, Wymer K, Mi L, Wolter C, Humphreys M, Stern K. Personality traits and burnout: A survey of practicing Us urologists. Urology. 2022 Sep:167:43-48. doi: 10.1016/j.urology.2022.03.004. Epub 2022 Mar 12.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.48305/22.4.677]

33. Grigorescu S, Cazan AM, Grigorescu OD, Rogozea LM. The role of the personality traits and work characteristics in the prediction of the burnout syndrome among nurses-A new approach within predictive, preventive, and personalized medicine concept. EPMA J. 2018 Oct 25;9(4):355-365. doi: 10.1007/s13167-018-0151-9.
34. Unal IO, Ordu C. Decoding caregiver burden in cancer: Role of emotional health, rumination, and coping mechanisms. Healthcare (Basel). 2023 Oct 9;11(19):2700. doi: 10.3390/healthcare 11192700.
35. Iacob CL, Folostina R, Avram E. Trait resilience as a moderator between personality dysfunction and caregiving stress in caregivers of children and adults with developmental disabilities. Int J Dev Disabil. 2022 Jul 14;70(3):425-434. doi: 10.1080/20473869.2022.2092934. eCollection 2024.
36. Luchetti M, Terracciano A, Stephan Y, Aschwanden D, Sutin AR. Personality and psychological health in caregivers of older relatives: A case-control study. Aging Ment Health. 2021; 25(9): 1692–1700. doi:10.1080/13607863.2020.1758907.
37. Kim SK, Park M, Lee Y, Choi SH, Moon SY, Seo SW, & et al. Influence of personality on depression, burden, and health-related quality of life in family caregivers of persons with dementia. Int Psychogeriatr. 2017 Feb;29(2):227-237. doi: 10.1017/S1041610216001770.
38. Kim D, Russell BS, Park CL, Fendrich M. Emotion dysregulation and family functioning moderate family caregiving burden during the pandemic. Palliat Support Care. 2024 Jun;22(3):451-459. doi: 10.1017/S1478951523001712.
39. Mirhosseini SM, Grimwood S, Basirinezhad MH, Rasoul Montazeri R, Ebrahimi H. Psychological distress as a predictor of the burden of care in family caregivers of COVID-19 patients in Iran: A community-based cross-sectional study. Health Sci Rep. 2022 Nov 22;5(6):e942. doi: 10.1002/hsr2. 942.
40. Ewais HS, Osman OA, Fahmy AM, Mahmoued OE. Expressed emotion and burdens of care among family caregiver's of patients with dementia. Egyptian Journal of Health Care, 2021; 12, 3, 764-780.
41. Romaniello C, Farinelli M, Matera N, Bertoletti E,4, Vincenzo Pedone, Northoff G.Anxious attachment style and hopelessness as predictors of burden in caregivers of patients with disorders of consciousness: A pilot study. Brain Inj, Early Online: 1–7. doi: 10.3109/02699052.2014.989402.
42. Melo G, Maroco J, Lima-Basto M, de Mendonca . Personality of the caregiver influences the use of strategies to deal with the behavior of persons with dementia Geriatr Nurs . 2017 Jan-Feb;38(1):63-69. doi: 10.1016/j.gerinurse.2016.08.001.
43. 43.Samimi Z, Karimian H. The Mediating Role of Health-Promoting Behaviors in the Relationship between Coping Strategies and Health Anxiety during the Covid-19 Pandemic. RBS 2024; 22 (2) :332-343. [Persian].
44. Yu Y. The impact of personality traits on outcomes of caregivers of individuals with autism spectrum disorder in the transition period. A Thesis Submitted to the Faculty of Purdue University. Indianapolis, Indiana; 2019.

© 2022 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.48305/22.4.677]