

رابطه نشخوار ذهنی و ناگویی هیجانی با فشار مراقبت از بیمار در همسران بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

مریم باقری^۱، ساغر رئیسی زاده^۲، شادی هاشمی^۳

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی خمین.

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی خمین.

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی خمین.

نام نویسنده مسئول:

ساغر رئیسی زاده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۶/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۸/۱۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر رابطه نشخوار ذهنی و ناگویی هیجانی با فشار مراقبت از بیمار در همسران بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود. این پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان بیماران مبتلا به ام اس مراجعه کننده به انجمن ام اس شهر اراک در سال ۱۳۹۸ بود که حدود ۱۴۰۰ نفر بودند. از میان جامعه آماری، به روش نمونه گیری دردسترس و با استفاده از جدول کرجسی و مورگان نمونه‌ای به حجم ۳۰۲ نفر انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های فشار روانی پایی و کاپور (۱۹۸۱)، پرسشنامه ناگویی خلقی بگبی، پارکر و تیلور (۱۹۹۴) و پرسشنامه نشخوار فکری تری‌نور و همکاران (۲۰۰۳) پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، از شاخص‌های آمار استنباطی مانند رگرسیون چندمتغیره استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین نشخوار ذهنی با فشار مراقبت از بیمار در همسران بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس رابطه مثبت معنادار وجود دارد. همچنین بین ناگویی هیجانی با فشار مراقبت از بیمار در همسران بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس منفی و معنادار وجود دارد.

واژگان کلیدی: نشخوار ذهنی، ناگویی هیجانی، فشار مراقبت از بیمار، همسران بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس.

مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس، از جمله بیماری‌های شایع التهابی و دمی‌لینیزاسیون سیستم عصبی مرکزی می‌باشد. متأسفانه، تعداد زیادی از مردم جهان به این بیماری مبتلا هستند و روز به روز بر تعداد مبتلایان افزوده می‌شود، به طوری که، این بیماری حدود ۱/۱ میلیون نفر را در سطح دنیا گرفتار نموده است (کرنر و منون، ۲۰۱۰). بالاترین میزان شیوع شناخته شده این بیماری، بیش از ۲۵۰ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر در جزایر اورکنی، در شمال اسکاتلند می‌باشد. در ایران نیز میزان شیوع این بیماری، در حدود ۱۵ تا ۳۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر گزارش شده است و آمار کل مبتلایان در ایران حدود ۵۰ هزار نفر در کل کشور می‌باشد (مطهری نژاد، پروانه و قهاری، ۱۳۹۵). روند پیشرفت این بیماری به گونه‌ای است که در صورت عدم توجه و رسیدگی موجبات زمین گیر شدن و کاهش نسبتاً شدید کارایی مبتلایان را در سنین کار و بهره‌وری فراهم می‌کند (یکتامرام و نظم ده، ۱۳۹۰).

امروزه بیشترین مراقبت از بیماران مزمن از جمله بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در خانه و توسط مراقبین اصلی انجام می‌شود. از سوی دیگر با توجه به سیر مزمن بیماری و تنوع و تعدد مشکلات، اغلب بیماران و خانواده‌های آنها راه‌سازی با این بیماری را نمی‌دانند و خدمات حمایتی مناسبی را نیز دریافت نمی‌کنند (گوئتز^۱، ۲۰۱۳). عدم حمایت و آموزش کافی مراقبت کنندگان اصلی بیماران مبتلا به ام اس عامل اصلی در ایجاد استرس و اضطراب و افزایش فشار بار مراقبتی آنها است (غفاری، ۱۳۹۲).

هرچند عده‌ای از پژوهشگران معتقدند همسران بیماران به دلیل درک مناسب از شرایط روحی و جسمی همسر خود و پذیرش او و باورهای منطقی درمورد شرایط وی به رضایت زناشویی مقبولی دست می‌یابند، اما آنچه مسلم است این است که الزام مراقبان خانوادگی برای مراقبت از بیمار و فرد ناتوان در خانواده ممکن است به تخریب روانی منجر شود (سابان^۲، ۲۰۱۰). همچنین افزایش فشار مراقبت از بیمار در بیماران مزمن، پیامدهای چندی همچون مراقبت ناکافی از بیمار، رها کردن بیمار و اختلال در روابط خانوادگی را به همراه دارد (دلوی اصفهانی، ۱۳۹۲).

از میان عوامل متعددی که در رابطه با فشار روانی وارد بر مراقبان بیماران ام اس وجود دارد می‌توان به نقش برجسته مشکلات خلقی و ناتوانی در کنترل و تنظیم هیجانات به طور کلی و ناگویی هیجانی^۳ به طور خاص اشاره کرد، چنانکه پژوهش عرب پور (۱۳۹۴) نشان داد که یکی از متغیرهایی که بر سلامت روان مراقبین بیماران مبتلا به ام اس تأثیر منفی می‌گذارد، ناگویی هیجانی می‌باشد، همچنین پژوهش سجادیان، حیدری و مختاری (۱۳۹۴) و پژوهش میرزاخانی (۱۳۹۵) نشان داد که یکی از مشکلات اصلی مراقبین بیماران، مشکلات هیجانی و ناتوانی در ابراز هیجانات می‌باشد. مفهوم ناگویی هیجانی، بر پایه مشاهده بیماران روان تنی استوار است و اولین بار توسط سیفنتوس^۴ (۱۹۷۳) مطرح شد (به نقل از تیلور^۵، ۲۰۰۴). ناگویی هیجانی به معنی ناتوانی در بیان احساسات و فقدان آگاهی هیجانی است. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی به طور معمول قادر به شناسایی، درک و یا توصیف هیجانات خویش نیستند. ناگویی خلقی در برگرفته ویژگی دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات، دشواری در بیان و توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی است (لاملی و بگی^۶، ۱۹۹۴). به نقل از بختی، (۱۳۹۰). کاهش ابراز هیجانات اساساً بیانگر نوعی فقدان یا بد تنظیمی هیجانات است. به همین صورت آسیب در ظرفیت‌های پردازش هیجانی^۷ و تنظیم هیجانی مبتنی بر ناگویی خلقی ممکن است یک عامل خطر احتمالی برای انواع بیماری‌های پزشکی و روانپزشکی باشد (بوچارد^۸، ۲۰۱۰). ناگویی هیجانی اساساً با مشکل در تشخیص و توصیف احساسات، خیالبافی بسیار کم، سبک شناختی با جهت‌گیری بیرونی و وابسته به محرک یا به عبارتی فکر برون‌مدار و مشکل در تفاوت دادن بین احساسات و حواس فیزیکی مشخص می‌شود (تیلور، ۲۰۰۴). این افراد مشکلاتی در خود نظم‌دهی دارند به عبارت دیگر، دچار ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و نظم‌دهی هیجان‌ها هستند (بشارت، ۱۳۸۷). این بیماران اغلب دچار اختلالات روان تنی هستند و برای کاهش تنش و پریشانی خود به الکل و مواد مخدر روی می‌آورند و دچار مشکلات مربوط به تغذیه و سواس فکری و عملی نیز هستند و از آنجا که قادر به بیان آنچه که احساس می‌کنند نیستند، به همین دلیل به آن‌ها "بی سواد عاطفی" هم می‌گویند (سیاروچی، فورگاس و مایر^۹، ۲۰۰۹؛ ترجمه امام زاده و نصیری، ۱۳۹۱).

پژوهش زیرک (۱۳۹۶) نشان داد که یکی از متغیرهایی که منجر به افزایش فشار روانی مراقبت از بیماران می‌گردد، نشخوار ذهنی می‌باشد. نشخوار ذهنی به عنوان اشتغال دائمی به یک اندیشه یا موضوع و تفکر درباره آن شناخته می‌شود. نشخوار ذهنی طبقه‌ای از افکار

1 Goetz

2 Saban

3 Alcxithymia

2 Sifneos

3 Taylor GJ

6 Lumely & Bagby

7 Processing emotional

8 Parker

1 Ciarrochi. Mayer & Forgas

آگاهانه است که حول یک محور مشخص می‌گردد و بدون وابستگی به تقاضاهای محیطی، این افکار تکرار می‌شوند (پیرسون و بروین^{۱۰}، ۲۰۱۲). نشخوار فکری مجموعه‌ای از افکار منفعلانه هستند که جنبه تکراری دارند، و مانع حل مسأله سازگارانه شده و به افزایش عاطفه منفی می‌انجامد. این نوع تفکر در برخی اختلالات هیجانی نظیر افسردگی، وسواس فکری- عملی، اضطراب فراگیر و اختلال استرس پس از حادثه مشاهده می‌شود (نولن هوکسما^{۱۱}، ۲۰۰۹). مدل‌ها و تعاریف زیادی از نشخوار ذهنی ارائه شده است که نیرومندترین نظریه در این مورد، نظریه سبک‌های پاسخ نولن هوکسما (۲۰۰۵)؛ به نقل از منصور، بخشی پور رودسری، محمودعلیلو، فرنام و فخاری، ۱۳۹۰) می‌باشد. در این نظریه نشخوار فکری به عنوان تفکر تکرار شونده درباره علائم افسردگی، علل احتمالی و پیامدهای این علائم تعریف شده است، شدت و سیر افسردگی پیامد ارزیابی فرد از علائم افسردگی خویش است. برخلاف نگرانی، نشخوار ذهنی روی موضوعاتی از شکست یا گذشته زندگی فرد استوار است (برکووک، آلکاین و بهار^{۱۲}، ۲۰۱۲).

حساسیت و اهمیت سلامت بیماران مبتلا به ام اس و فشار روانی وارد بر مراقبین آنها و لزوم بررسی متغیرهای مرتبط با آن و نبود پژوهشی منسجم در خصوص موضوع، محقق را بر آن داشته است تا به سؤال زیر پاسخ دهد:

آیا بین نشخوار ذهنی و ناگویی هیجانی با فشار مراقبت از بیمار در همسران بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس رابطه وجود دارد؟

مبانی تحقیق

پژوهش زیرک (۱۳۹۶) درباره رابطه نشخوار فکری و عاطفه مثبت با فشار مراقبت از بیمار روی ۱۴۸ نفر از همسران بیماران مبتلا به سرطان در خوزستان انجام شد. نتایج این پژوهش که از نوع همبستگی بود نشان داد که بین نشخوار فکری با فشار مراقبت از بیمار رابطه مثبت و بین عاطفه مثبت با فشار مراقبت از بیمار رابطه منفی و معنادار وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که نشخوار فکری و عاطفه مثبت پیش‌بینی کننده معنادار فشار مراقبت از بیمار در همسران بیماران می‌باشند.

پژوهش میرزاخانی (۱۳۹۵) درباره رابطه ناگویی خلقی و حمایت اجتماعی با فشار مراقبت از بیمار روی ۲۰۰ نفر از مراقبین بیماران دیالیزی در یزد انجام شد. نتایج این پژوهش که از نوع همبستگی بود نشان داد که بین ناگویی خلقی با فشار مراقبت از بیمار رابطه مثبت و بین حمایت اجتماعی با فشار مراقبت از بیمار رابطه منفی و معنادار وجود دارد. همچنین نتایج پژوهش حاکی از نقش پیش‌بینی کنندگی فشار مراقبت از بیمار بر اساس ناگویی خلقی و حمایت اجتماعی می‌باشد.

پژوهش دیرلا و بالوت^{۱۳} (۲۰۱۶) درباره نقش تاب‌آوری، معنای زندگی و ناگویی خلقی در پیش‌بینی فشار ناشی از مراقبت از بیماران سرطانی بر روی ۲۸۰ نفر از پرستاران آمریکا انجام شد. نتایج این پژوهش که از نوع همبستگی بود، نشان داد که تاب‌آوری و معنای زندگی پیش‌بینی کننده منفی فشار ناشی از مراقبت از بیماران سرطانی و ناگویی خلقی پیش‌بینی کننده مثبت فشار ناشی از مراقبت از بیماران سرطانی در پرستاران می‌باشد.

روش تحقیق

با توجه به موضوع پژوهش به منظور بررسی رابطه بین متغیرها، از روش تحقیق همبستگی استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان دارای همسر مبتلا به ام اس مراجعه کننده به انجمن ام اس شهر اراک در سال ۱۳۹۸ بود که حدود ۱۴۰۰ نفر بودند.

از میان جامعه آماری، به روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس و با استفاده از جدول کرجسی و مورگان نمونه‌ای به حجم ۳۰۲ نفر انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های فشار روانی پای و کاپور (۱۹۸۱)، پرسشنامه ناگویی خلقی بگی، پارکر و تیلور (۱۹۹۴) و پرسشنامه ناگویی خلقی تری‌نور و همکاران (۲۰۰۳) پاسخ دادند.

ابزار گردآوری داده ها و اعتبار و روایی آن:**مقیاس فشار روانی (FBIS)**

مقیاس فشار روانی که توسط پایی و کاپور^{۱۴} (۱۹۸۱؛ به نقل از نوری خواجوی، ۱۳۸۷). به منظور تعیین میزان فشار روانی ناشی از مراقبت از بیمار طراحی شده است. نمره گذاری این مقیاس بصورت سه درجه‌ای از صفر تا ۲ می‌باشد. این پرسشنامه نقطه برش ندارد و نمره بالاتر نشان دهنده فشار بیشتر روانی در مراقبین بیماران است. بالاترین نمره‌ای که فرد می‌تواند کسب کند ۳۰ و پایین‌ترین نمره ۰ می‌باشد. این مقیاس از ضریب پایایی بالایی (۰/۷۲) برخوردار می‌باشد. ضریب پایایی با روش بازآزمایی ۰/۸۲ بوده و در ایران توسط ملکوتی و همکاران (۱۳۷۶؛ به نقل از عرب پور، ۱۳۹۴) به کار گرفته شده است. عرب پور (۱۳۹۴) نیز در پژوهش خود، پایایی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه کرد و روایی پرسشنامه را مطلوب گزارش کرد.

پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو (TSA-20)

این مقیاس ۲۰ ماده‌ای توسط بگی، پارکر و تیلور (۱۹۹۴) ساخته شده و ناگویی هیجانی را در سه خرده مقیاس دشواری در تشخیص احساس‌ها (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساس‌ها (۵ ماده) و تفکر برون مدار (۸ ماده) ارزیابی می‌کند که در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه خرده مقیاس برای ناگویی خلقی محاسبه می‌شود. این سه عامل بیانگر جنبه‌های مجزای ناگویی خلقی هستند و اعتبار آنها از لحاظ تجربی مورد تایید قرار گرفته است. عامل ۱ (مشکل در تشخیص احساسات) شامل آیتم‌های ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳، ۱۴؛ عامل ۲ (مشکل در توصیف احساسات) شامل آیتم‌های ۱۷، ۱۲، ۱۱، ۴، ۲؛ عامل ۳ (تفکر برون مدار) شامل آیتم‌های ۱۹، ۱۸، ۱۶، ۱۵، ۱۰، ۵، ۸، ۲۰ است. جمع نمرات بین ۲۰ تا ۱۰۰ است و کسی که نمره بیشتر از ۶۱ کسب کند دارای ناگویی خلقی است. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ در پژوهش‌های متعددی بررسی و تایید شده است (پارکر و همکاران، ۲۰۰۱؛ به نقل از رضازاده، ۱۳۹۲).

در نسخه فارسی ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس بر اساس همبستگی (ضریب همبستگی پیرسون) بین ناگویی خلقی کلی و مقیاس‌های هوش هیجانی ($r = 0.80, p < 0.01$)، بهزیستی روانشناختی ($r = 0.87, p < 0.01$) و درماندگی روانشناختی ($r = 0.44, p < 0.01$) بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر برون مدار را در نسخه فارسی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ تأیید کردند. پایایی بازآزمایی این مقیاس در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ($r = 0.80$) تا ($r = 0.87$) برای ناگویی خلقی کلی و خرده مقیاس‌های مختلف تأیید شد (بشارت، ۱۳۸۷).

مقیاس پاسخ نشخوار ذهنی:

این مقیاس توسط تری‌نور و همکاران (۲۰۰۳) تدوین شده است. این مقیاس، ابزاری ۱۰ ماده‌ای و از نوع لیکرت چهار درجه‌ای است که در دامنه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمره این پرسشنامه بین ۱۰ تا ۴۰ امتیاز می‌باشد. تری‌نور و همکاران (۲۰۰۳)، در پژوهش خود با تحلیل مولفه‌های اصلی این مقیاس، ساختاری متشکل از دو مولفه در فکر فرو رفتن و تعمق را گزارش کردند. همچنین، اعتبار این مقیاس و خرده‌مقیاس‌های آن را، یعنی در فکر فرو رفتن و تعمق، به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ)، به ترتیب برابر ۰/۸۵، ۰/۸۰ و ۰/۷۶ گزارش کردند. در فکر فرو رفتن نشان‌دهنده مقایسه انفعالی وضعیت فعلی فرد با معیارهای دست‌نیافتنی است. فرایند ناهنجاری است که با برخی معیارهای دست‌نیافتنی ارتباط دارد و با افزایش افسردگی ارتباط دارد. تعمق نیز به درجه اشتغال افراد به مساله‌گشایی شناختی برای بهبود خلق اشاره دارد و به کاهش علائم افسردگی افراد کمک می‌کند. بعلاوه، نشان دادند که این مقیاس دارای اعتبار درونی خوب و روایی پیش‌بین بالایی است (تری‌نور و همکاران، ۲۰۰۳). منصوری و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهش خود اعتبار این مقیاس و خرده‌مقیاس‌های آن به روش همسانی درونی، به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۶۶ و ۰/۷۲ گزارش کردند.

به منظور تحلیل داده‌های این پژوهش از برخی شاخص‌های آمار توصیفی همچون میانگین و واریانس و برخی روش‌های آمار استنباطی همچون رگرسیون چندمتغیره استفاده شد. برای تحلیل نتایج حاصله از نرم افزار spss-22 استفاده شد.

یافته ها

در بررسی رابطه ناگویی خلقی و نشخوار فکری با فشار مراقبت از بیمار، ابتدا میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای ناگویی خلقی و نشخوار فکری با فشار مراقبت از بیمار برآورد شد. نتایج در جدول ۴-۳ مشاهده می شود.

جدول ۴-۴: میانگین، انحراف معیار بین متغیرهای پیش بین و ملاک

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار
ناگویی خلقی	۳۰۲	۶۰/۸۲	۹/۲۴
نشخوار فکری	۳۰۲	۲۰/۳۹	۳/۶۳
فشار مراقبت از بیمار	۳۰۲	۲۰/۱۳	۸/۰۶

همانطور که مشاهده می شود میانگین نمرات شرکت کنندگان در ناگویی خلقی، نشخوار فکری و فشار مراقبت از بیمار به ترتیب ۶۰/۸۲، ۲۰/۳۹ و ۲۰/۱۳ می باشد.

جدول ۴-۱۱: همبستگی بین ناگویی خلقی و فشار مراقبت از بیمار

متغیر	فشار مراقبت
ضریب همبستگی پیرسون	۰/۴۲۳
ناگویی خلقی	سطح معناداری
	۰/۰۰۱
	درجه آزادی
	۳۰۲

همان گونه که در جدول بالا مشاهده می شود، ضریب همبستگی به دست آمده از بررسی رابطه بین ناگویی خلقی و فشار مراقبت برابر با ۰/۴۲۳ می باشد. با توجه به اینکه سطح معناداری محاسبه شده تقریباً برابر با صفر بوده و در مقایسه با سطح معناداری آلفا ۰/۰۵ بسیار کوچک تر می باشد، با اطمینان ۹۵ درصد می توان فرضیه اول پژوهش مبنی بر وجود رابطه مثبت بین ناگویی خلقی و فشار مراقبت از بیمار را تایید نمود ($t = 0.423, p = 0.001 < 0.05$).

جدول ۴-۱۲: همبستگی بین نشخوار فکری و فشار مراقبت

متغیر	فشار مراقبت
ضریب همبستگی پیرسون	۰/۳۷۹
نشخوار فکری	سطح معناداری
	۰/۰۰۱
	درجه آزادی
	۳۰۲

همان گونه که در جدول بالا مشاهده می شود، ضریب همبستگی به دست آمده از بررسی رابطه بین نشخوار فکری و فشار مراقبت برابر با ۰/۳۷۹ می باشد. با توجه به اینکه سطح معناداری محاسبه شده تقریباً برابر با صفر بوده و در مقایسه با سطح معناداری آلفا ۰/۰۵ بسیار کوچک تر می باشد، با اطمینان ۹۵ درصد می توان فرضیه اول پژوهش مبنی بر وجود رابطه مثبت بین نشخوار فکری و فشار مراقبت از بیمار همسران بیماران مبتلا به ام اس را تایید نمود ($t = 0.379, p = 0.001 < 0.05$).

جدول ۴-۱۰: نتایج مربوط به ضرایب رگرسیون

متغیرهای پیش بین	B (ضریب رگرسیون استاندارد نشده)	SEB (خطای استاندارد)	β (ضریب رگرسیون استاندارد شده)	T	P
مقدار ثابت	۲۶/۷۹	۲۳/۵۷		۱/۱۳	۰/۲۵
ناگویی خلقی	۰/۵۶	۰/۲۱	۰/۲۶	۲/۶۵	۰/۰۰۹
نشخوار فکری	۰/۶۹	۰/۲۷	۰/۳۳	۱/۹۶	۰/۰۰۲

همچنین با توجه به جدول ۴-۱۰، آزمون معناداری ضرایب رگرسیون نشان می‌دهد که ناگویی خلقی ($\beta = 0.26, P < 0.05$) می‌تواند واریانس فشار مراقبت از بیمار را تبیین کند؛ بنابراین، از نظر آماری دارای سهم معناداری در پیش‌بینی است و پیش‌بینی کننده فشار مراقبت از بیمار می‌باشد. همچنین نشخوار فکری ($\beta = 0.33, P > 0.05$) می‌تواند واریانس فشار مراقبت از بیمار را تبیین کند؛ بنابراین، از نظر آماری دارای سهم معناداری در پیش‌بینی است و پیش‌بینی کننده فشار مراقبت از بیمار می‌باشد. در نتیجه فرضیه پژوهش تایید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که بین بین نشخوار ذهنی و ناگویی هیجانی با فشار مراقبت از بیمار در همسران بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس رابطه وجود دارد.

این یافته با بسیاری از پژوهش‌های مشابه همخوانی داشته است مانند

تشخیص بیماری‌هایی مانند ام اس اثرات نامطلوبی برای خانواده و مراقبین بیمار به دنبال خواهد داشت. استرس بیش از اندازه، مشکلات در زمینه سازگاری، فشارهای اجتماعی و اقتصادی تنها تعداد محدودی از فشارهای روانی است که بر فرد بیمار و مراقبین وی وارد می‌آید (حسینی قمی و سلیمی بجستانی، ۱۳۹۱). خانواده‌های بیماران رویدادهای پر استرس و وضعیت‌های پیوسته و دنباله داری از اضطراب را تجربه می‌کنند (لاوی و می‌دان، ۲۰۰۵). از سوی دیگر مدیریت هیجانات و بیان و ابراز متناسب احساسات می‌تواند از فشار روانی وارد بر اطرافیان بیمار و بویژه همسر وی بکاهد، به عبارت دیگر ناگویی خلقی و ناتوانی در بیان و ابراز هیجانات، افزایش استرس‌های وارد بر مراقبین را به دنبال دارد. بنابراین افرادی که ناگویی خلقی بیشتری را تجربه می‌کنند، فشار مراقبت از بیمار نیز در آنها بیشتر خواهد بود.

این فرضیه نشان می‌دهد که هر دو متغیر پیش‌بینی کننده فشار مراقبت از بیمار می‌باشند. به عبارت بهتر وجود ناگویی هیجانی و نشخوار فکری در افراد، فشار مراقبت از بیمار بیشتری در آنها به همراه خواهد داشت. بررسی پژوهش‌های مختلف حاکی از نقش ناگویی هیجانی و نشخوار ذهنی در پیش‌بینی فشار مراقبت از بیماران می‌باشد؛ به عبارتی ناتوانی در ابراز صحیح هیجانات و داشتن افکار ناکارآمد و منفعلانه، منجر به افزایش ناسازگاری و ناتوانی در مقابله کارآمد در برابر فشارهای محیطی شده و فشار و استرس ناشی از مراقبت از بیمار را افزایش می‌دهد. بنابراین وجود ناگویی هیجانی و نشخوار ذهنی در افراد، فشار مراقبت از بیمار را در او بیشتر خواهد کرد.

از سوی دیگر بررسی پژوهش‌های مختلف نیز حاکی از نقش ناگویی هیجانی و نشخوار ذهنی در پیش‌بینی فشار مراقبت از بیماران می‌باشد؛ به عبارتی ناتوانی در ابراز صحیح هیجانات و داشتن افکار ناکارآمد و منفعلانه، منجر به افزایش ناسازگاری و ناتوانی در مقابله کارآمد در برابر فشارهای محیطی شده و فشار و استرس ناشی از مراقبت از بیمار را افزایش می‌دهد. بنابراین این پژوهش نیز نشان از نقش موثر و کلیدی ناگویی هیجانی و نشخوار ذهنی در پیش‌بینی فشار مراقبت از بیمار دارد.

منابع و مراجع

- [۱] بختی، مجتبی. (۱۳۹۰). بررسی رابطه سبک های دلبستگی و ناگویی خلقی با خود بیمار انگاری در جمعیت غیربالینی دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.
- [۲] بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۷). نارسایی هیجانی و سبک های دفاعی. *اصول بهداشت روانی*، ۱۰(۳)، ۱۹۰-۱۸۱.
- [۳] دلوی اصفهانی، فریبا. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر آموزش روان گروهی بر بار مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به ام اس مراجعه کننده به درمانگاه های مولتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان. *رویش روانشناسی*، ۳(۷)، ۹۳-۷۷.
- [۴] رضازاده، معصومه (۱۳۹۲). مقایسه میزان رابطه ی هیجان خواهی با خود تنظیمی در نوجوانان پسر بزهکار و عادی شهر مشهد. *پایان نامه کارشناسی ارشد*. دانشگاه فردوسی مشهد.
- [۵] زیرک، بهنام. (۱۳۹۶). *رابطه نشخوار فکری و عاطفه مثبت با فشار مراقبت از بیمار در همسران بیماران مبتلا به سرطان*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد ورامین-پیشوا.
- [۶] سجادیان، اکرم السادات؛ حیدری، لایلا و مختاری، پریسا. (۱۳۹۴). بررسی مشکلات مراقبتی در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماری های پستان ایران*، ۷(۲)، ۱۷-۷.
- [۷] سیاروچی، ژ؛ فورگاس، ژ و مایر، ژ. (۲۰۰۹). *هوش عاطفی در زندگی روزمره*. ترجمه: اصغر امام زاده و حبیب الله نصیری (۱۳۹۱). تهران: شهریار.
- [۸] عرب پور، مونا. (۱۳۹۴). *مقایسه ناگویی خلق، ترس از ارزیابی منفی و اضطراب مرگ در بیماران ام اس و افراد عادی*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- [۹] غفاری، سمیه. (۱۳۹۲). *طراحی مدل مراقبتی توانبخشی برای بیماران مبتلا به ام اس*. پایان نامه دکتری تخصصی رشته پرستاری. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- [۱۰] مطهری نژاد، فاطمه؛ پروانه، شهریار و قهاری، ستاره. (۱۳۹۵). *خستگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس: علل، ارزیابی و درمان*. *مجله علوم پیراپزشکی و توانبخشی مشهد*، ۵(۱)، ۸۱-۷۳.
- [۱۱] منصوری، احمد. فرنام، علیرضا. بخشی پور رودسری، عباس و محمودعلیلو، مجید. (۱۳۸۹). *مقایسه نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده، اختلال وسواس- اجبار، اختلال اضطراب فراگیر و افراد بهنجار*. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*، ۱۷(۳)، ۱۹۵-۱۸۹.
- [۱۲] میرزاخانی، مهدیس. (۱۳۹۵). *رابطه ناگویی خلقی و حمایت اجتماعی با فشار مراقبت از بیمار در مراقبین بیماران دیالیزی*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه پیام نور ارومیه.
- [۱۳] یکتامرام، سیدعلی محمد و نظم ده، کاظم. (۱۳۹۰). *توانبخشی به هنگام در افراد با بیماری مولتیپل اسکلروزیس*. اداره کل روابط عمومی سازمان بهزیستی کشور. تهران.
- [14] Borkovec, T. D., Alcaine, O. M, & Behar, E. (2012). *Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder*. Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice, Guilford Press: Heimberg, Turk & Mennin.
- [15] Bouchard, G (2010). Alexithymia among students and professional in function of disciplines. *Social behavior and personality*, 36 (3), 303-314.
- [16] Dirla, G. N. & Ballot, D. (2016). The role of resiliency, the meaning of life and mood mood in predicting the burden of caring for cancer patients in nurses. *Procedia Soc Behav Sci*; 91, 588 –593.
- [17] Goetz, C. G. (2013). *Textbook of Clinical Neurology*. 2nd ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders.
- [18] Kenner, M, & Menon, U. (2010). Multiple sclerosis as a painful disease. *Int Rev Neurobiol*, 79: 303-21.

- [19] Saban, K. L. (2010). The relationship among depression and caregiver burden with salivary cortisol awakening level in female caregivers of stroke survivors. *Brain, Behavior and immunity*, 24:345-367.
- [20] Taylor, G. J. (2004). The alexithymia construct: Conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New trends in experimental and clinical psychiatry*; 10: 61-74.