بررسی رابطه ساده و چندگانه ناگویی خلقی، عاطفه منفی، رویدادهای آسیب زا و اختلالات شخصیت با علائم جسمانی سازی در پرستاران شاغل بیمارستان های شهر اهواز

زینب غفاری[1]، یدالله زرگر[1]، مریم مردانی[1*]

1) گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه چمران اهواز، اهواز، ایران

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۰/۳ **تاریخ پذیرش: ۹۳/۷/۲۳**

چکیده

مقدمه: علائم جسمانی سازی، علائم جسمانی آشکار بدون علت فیزیکی مشخص می باشد. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه متغیرهای روان شناختی(ناگویی خلقی، عاطفه منفی و رویدادهای آسیب‌زا و اختلالات شخصیت) با علائم جسمانی سازی در پرستاران شهر اهواز است.

مواد و روش ها: طرح تحقیق از نوع همبستگی است. نمونه این پژوهش شامل ۲۸۳ پرستار می باشد که به روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای انتخاب شده اند. جهت آزمون فرضیه ها از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون استفاده شده است.

یافته های پژوهش: نتایج، بیانگر این بود که ناگویی خلقی، عاطفه منفی، رویدادهای آسیب زا و اختلالات شخصیت(ضد اجتماعی، پارانوئید، نمایشی و اجتنابی) با جسمانی سازی رابطه دارند. هم چنین، نتایج حاصل از رگرسیون نشان داد ناگویی خلقی، عاطفه منفی، رویدادهای آسیب زا و اختلال شخصیت(اجتنابی) بهترین پیش بین علائم جسمانی سازی است.

بحث و نتیجه گیری: نتایج این مطالعه از ارتباط بین ناگویی خلقی، عاطفه منفی، رویدادهای آسیب زا و اختلالات شخصیت با علائم جسمانی سازی حمایت می کند.

واژه های کلیدی: علائم جسمانی سازی، ناگویی خلقی، عاطفه منفی، رویدادهای آسیب زا، اختلالات شخصیت

***نویسنده مسئول:** گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه چمران اهواز، اهواز، ایران

Email: mardanim66@yahoo.com

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

مقدمه

علائمی مانند درد، خستگی، اختلال معدی-روده ای و سرگیجه علت مراجعه بسیاری از افراد به پزشک است. علائم جسمانی، عامل بیش از نیمی از همه مراجعات پزشکی است که حداقل ثلث این علائم بعد از ارزیابی های دقیق پزشکی، بدون تشخیص و مبهم باقی می مانند(۱). این علائم می تواند منفرد، خفیف و زودگذر تا چندگانه، ناتوان کننده و مزمن باشد(۲). این دسته علائم که به لحاظ پزشکی بدون تشخیص باقی می مانند، علائم جسمانی سازی نامیده می شوند(۳). اختلال جسمانی سازی یکی از انواع اختلالات جسمانی شکل است که با وجود مشکلات جسمانی بدون آن که علت مشخصی داشته باشند شناخته می شود(۴). علائم جسمانی سازی می تواند شامل درد، علائم معدی-روده ای، مشکلات جنسی و عصبی باشد. این علائم شیوع بالایی دارند؛ به طوری که ۸۰ درصد افراد سالم در جمعیت عمومی علائم جسمانی سازی را بدون آن که علت مشخصی وجود داشته باشد تجربه می کنند(۵). حدود ۵۰ درصد افراد دارای اختلال جسمانی سازی تاریخچه ای از تلاش برای خودکشی دارند. بنا بر این این افراد جمعیتی با خطر بالای خودکشی به حساب می آیند و به طور کلی کیفیت زندگی این افراد پایین است(۶). عوامل مختلف زیستی، روانی و اجتماعی در بروز علائم جسمانی سازی دخالت دارند. از جمله این عوامل می توان به بازداری در بیان هیجانات و ناتوانی در توصیف آن ها اشاره کرد. به نحوی که برخی پژوهشگران جسمانی سازی را به عنوان بیان درماندگی هیجانی با زبان بدن در نظر می گیرند(۷). آن ها بیان می کنند که برخی افراد به جای توجه به فرآیندهای هیجانی خود، بیشتر بر احساسات بدنی متمرکز هستند. در واقع، افرادی که آگاهی هیجانی کمی دارند، قادر به درک و تفسیر برانگیختگی های عاطفی خود نیستند و این درماندگی هیجانی را به صورت علائم جسمانی نشان می دهد(۸). ناگویی خلقی بیان کننده نقص خاص در عملکرد روانی است و به ناتوانی فرد در توصیف یا آگاهی از هیجانات و خلق خویش اطلاق می شود(۹). افرادی که دارای ناگویی خلقی هستند، در بیان احساسات خود مشکل دارند، فاقد تخیل اند و محتوای فکری آن ها به وسیله رویدادهای اطراف محدود شده است(۱۰،۱۱). ناگویی خلقی به طور کلی با آسیب شناسی روانی و به طور اخص با گزارش علائم جسمانی سازی و افسردگی در ارتباط است(۱۲). در واقع افراد دارای ناگویی خلقی، در تفسیر برانگیختگی بدنی بهنجار خود اغراق می کنند، علائم فیزیکی برانگیختگی هیجانی را بد تفسیر می کنند و درماندگی های هیجانی را از طریق شکایات بدنی نشان می دهند و همواره به دنبال درمان دارویی علائم خود هستند(۱۳). این افراد به صورت گسترده تحت فشار همبسته های جسمانی هیجاناتی هستند که به کلام در نمی آیند. این نارسایی مانع تنظیم هیجانات شده، سازگاری موفقیت آمیز را دشوار می سازد(۱۴). با این وجود، برخی پژوهش ها هیچ ارتباط مستقیمی بین ناگویی خلقی و جسمانی سازی را نشان نمی دهد(۱۵) و برخی دیگر، ناگویی خلقی را عاملی برای تجربه عاطفه منفی در نظر می گیرند که در یک چرخش منجر به ایجاد علائم مبهم جسمانی می شود(۱۶). عاطفه منفی به گرایش به تجربه احساسات ناخوشایند اطلاق می شود که در قطب بالای آن احساساتی نظیر خشم، اضطراب، نگرانی و... وجود دارد. در قطب پایین، این احساسات وجود ندارد ولی الزاماً احساسات مثبت هم وجود ندارد(۱۷). چندین مطالعه نشان داده اند که عاطفه منفی بر پردازش شناختی استرس تاثیر می گذارد(۱۸). عاطفه منفی شبیه به روان رنجورخویی در ابعاد شخصیتی پنج گانه(مک کری و کاستا، ۱۹۸۰) است. روان رنجورخویی که با تجربه عواطف منفی بسیار مشخص می شود، یکی از عوامل زمینه ساز بروز علائم جسمانی سازی است. روان رنجورخویی و عاطفه منفی منجر به ناتوانی فرد در مقابله موثر با استرس ها می شوند. بنا بر این، فرد بیشتر مستعد تجربه علائم جسمانی می باشد(۱۹). از طرف دیگر، افراد با عاطفه منفی بالا نسبت به افرادی که عاطفه منفی پایینی دارند به احتمال زیاد روی حالت های جسمی خود که پیش بینی کننده بیماری هستند، دقت و توجه می کنند(۲۰).

از طرف دیگر، رویدادهای آسیب زا به عنوان عاملی دیگر در بروز علائم جسمانی سازی در

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

بزرگسالی در نظر گرفته شده است(۲۱). رویارویی با حوادث آسیب زا امری متداول است به طوری که میزان شیوع طول عمر تخمینی این حوادث در مطالعات ۱۷ تا ۹۲ درصد در مردان و از ۷/۷ تا ۸۷/۱ درصد در زنان گزارش شده است(۲۲). افراد آسیب دیده در معرض خطر بالای ابتلاء به دیگر مشکلات پزشکی و روان پزشکی قرار دارند و این تاثیرات منفی صرفاً محدود به یک دوره زندگی نیست و فرد را در تمام مراحل زندگی تحت تاثیر قرار می دهد(۲۳). انواع مختلف رویدادهای آسیب زا(شامل سوء استفاده جنسی، سوء استفاده عاطفی و غفلت) با گزارش علائم مبهم جسمانی ارتباط دارد(۲۴،۲۵). اگر چه، اکثر مطالعات تنها به ارزیابی سوء استفاده جنسی و فیزیکی پرداخته اند، مطالعات اخیر نشان می دهد که غفلت و سوء استفاده عاطفی، فشارکاری و تحصیلی نیز با جسمانی سازی ارتباط دارد(۲۶). در برخی پژوهش ها، مشخص شده است که رویدادهای آسیب زا، عاطفه منفی را افزایش داده و از این طریق با جسمانی سازی ارتباط دارند(۲۱،۲۲،۲۸،۲۹،۳۰).

مشکلات شخصیتی نیز دیگر عاملی است که با علائم جسمانی سازی ارتباط دارد. این مسئله که بین علائم جسمانی سازی و اختلالات شخصیتی از نظر شدت و تکرار همبستگی وجود دارد به صورت گسترده مورد پذیرش قرارگرفته است(۳۱). در حقیقت، چندین پژوهشگر معتقدند اختلال جسمانی سازی، شکلی از اختلالات شخصیتی است و به جای محور یک باید در محور دو طبقه بندی بین المللی اختلالات روان پزشکی آمریکا قرار گیرد(۳۲). پژوهش ها، بیشترین ارتباط بین اختلالات شخصیت و بروز علائم جسمانی سازی را با اختلال شخصیت نمایشی، پارانویید، ضداجتماعی و اجتنابی می دانند(۳۳-۳۱).

علاوه بر این، گاهی افراد در شرایط تنش زایی قرار می گیرند که توانایی اجتناب از آن را نداشته و فقط قادر به تحمل آن هستند و همین امر فشار روانی شدیدی بر آنان وارد می سازد و این مسئله زمانی رخ می دهد که افراد در مشاغلی فعالیت می کنند که به طور روزمره با فشارهای روانی شدید رو به رو شوند. پرستاری از جمله مشاغل همراه با فشار روانی شدید است که افراد از ابتدای دوران کارورزی خود این فشار روانی را احساس می کنند و در نتیجه مستعد تجربه رویدادهای آسیب زا و به دنبال آن عاطفه منفی می باشند. هم چنین شغل پرستاری ایجاب می کند که آن ها صبور و رازدار باشند و از بیان احساسات نگران کننده خود بپرهیزند در نتیجه زمینه برای بروز مشکلات روان شناختی در آن ها آماده می گردد(۳۴). بر این اساس هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه ساده و چندگانه ناگویی خلقی، رویدادهای آسیب زا، عاطفه منفی و اختلالات شخصیت با علائم جسمانی سازی در پرستاران شهر اهواز می باشد.

مواد و روش ها

این پژوهش یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. برای بررسی فرضیه های پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون مرحله ای استفاده شده است. تحلیل های آماری مربوطه با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی SPSS vol.18 انجام شد. جامعه آماری در این تحقیق کلیه پرستاران زن بیمارستان های زیر مجموعه دانشگاه علوم پزشکی اهواز می باشد که مشتمل بر ۱۲۶۳ نفر می باشند که از این میان بر اساس جدول کرجسی- مورگان(۱۹۷۰)، تعداد ۲۸۳ نفر انتخاب شدند. روش نمونه گیری در این پژوهش تصادفی چندمرحله‌ای می باشد. به این ترتیب که از بین ۷ بیمارستان ۴ بیمارستان و از آن بین نیز چند بخش به صورت تصادفی انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش عبارتند از:

-چک لیست نشانگان استرس به وسیله چنگ و حامید(۱۹۹۶) برای اندازه گیری جسمانی سازی در جمعیت چین ساخته شد. این مقیاس چهل ماده دارد که بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت درجه بندی شده اند(که ۱ بیانگر اصلاً و ۵ بیانگر همیشه است). برای ارزیابی پایایی این مقیاس از دو گروه دانش‌آموز و بزرگسال استفاده شد. برای نمونه دانش آموزان، همسان درونی بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و برای نمونه بزرگسالان آلفای کروانباخ ۰/۸۷ گزارش شده است(۳۵). در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد. اعتبار هم زمان این پرسش نامه به وسیله

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

همبستگی(P=0.1) با اندازه روان رنجوری(r=0.55, r=0.53)، برونگرایی(r=-0.22, r=-0.12)، حالت عاطفه منفی(r=0.47, r=0.48) به دست آمده است(۳۵). در پژوهش حاضر ضرایب اعتبار هم زمان این مقیاس با پرسش نامه سلامت عمومی ۰/۶۰ به دست آمد که در سطح معنی داری P≤0.001 معنی دار است.

-مقیاس ناگویی خلقی در سال ۱۹۸۶ توسط تایلور ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ توسط بگبی، تایلور و پارکر تجدید نظر گردید. این مقیاس بیست ماده دارد. نمره گذاری این آزمون بر اساس مقیاس لیکرت(۱ کاملاً مخالف تا ۵ کاملاً موافق) بوده است(۳۶). محمد(۱۳۸۰) میزان پایایی برای این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب برای کل ۰/۸۱ محاسبه نموده است(۳۷). هم چنین، نتایج حاصل از اعتبار هم زمان مقیاس ناگویی خلقی تورنتو با استفاده از هوش هیجانی شات نشان دهنده همبستگی منفی بین(P≤0.001, r=-0.47) بین این دو مقیاس بوده است(۳۸).

-مقیاس عاطفه مثبت و منفی توسط واتسون، کلارک و تلگ(۱۹۸۸) ساخته شده است. این مقیاس بیست گویه دارد که بعد عاطفه مثبت و عاطفه منفی را اندازه می گیرد. گویه ها روی یک مقیاس پنج نقطه ای(۱=به هیچ وجه تا ۵=بسیار زیاد)رتبه بندی می شوند(۳۹). در این پژوهش، فقط از خرده مقیاس عاطفه منفی استفاده شده است. در یک پژوهش ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس عاطفه منفی برابر ۰/۸۷ به دست آمده است(۴۰). در پژوهش حاضر، پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه و مقدار ۰/۷۵ به دست آمد. اعتبار این آزمون از طریق همبستگی خرده مقیاس عاطفه منفی با سیاهه افسردگی بک ۰/۵۸ و همبستگی خرده مقیاس عاطفه منفی با خرده مقیاس اضطراب آشکار پرسش نامه اضطراب آشکار-پنهان کتل ۰/۵۱ گزارش شده است(۴۱). در این پژوهش، ضریب اعتبار سازه مقیاس عاطفه منفی معادل ضریب همبستگی ۰/۸۰، در سطح معنی داری P≤0.001 به دست آمد.

-پرسش نامه رویدادهای آسیب زا توسط احمدی(۱۳۸۹) ساخته شده است. این مقیاس ۲۳ ماده دارد و در قالب بله-خیر پاسخ داده می شود و رویدادهای آسیب زا را ارزیابی می کند. پایایی این آزمون با روش آلـــــفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است(۴۲). در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد. همبستگی این مقیاس با مقیاس دگرگونی های زندگی هولمز و راهه(۱۹۸۹) ۰/۸۵ می باشد(۴۳). هم چنین اعتبار سازه این مقیاس ۰/۸۹ گزارش شده است(۴۲). در این پژوهش به منظور بررسی اعتبار سازه این مقیاس، از یک سوال با مقیاس ۵ درجه ای استفاده شده که همبستگی معادل ۰/۷۵ به دست آمد که در سطح معنی داری P≤0.001 معنی دار می باشد.

-پرسش نامه چندمحوری میلون-۳ این پرسش نامه توسط میلون(۱۹۸۷)ساخته شده است. فرم تجدید نظر شده آن از ۱۷۵ سوال خودتوصیفی کوتاه بله-خیر تشکیل شده است. این آزمون توسط شریفی در ایران هنجاریابی شد. در مطالعه وی پایایی آزمون از روش همسانی درونی محاسبه و ضریب آلفای مقیاس ها در دامنه ۰/۸۵ تا ۰/۹۷ به دست آمده است(۴۳). در مطالعه ای دیگر، پایایی مقیاس ها در هنجاریابی آزمون با فاصله زمانی ۵ تا ۱۴ روز از دامنه ۰/۸۲ تا ۰/۹۶ با متوسط ۰/۹۰ برای تمام مقیاس ها گزارش شده است(۴۴). در مطالعه ای به منظور تعیین اعتبار این پرسش نامه، مقیاس های شخصیتی این پرسش نامه با محور DSM-IV-TR2 مقایسه شد. نتایج ارتباط خوب برای مقیاس های شخصیتی نشان داد(۴۵).

یافته های پژوهش

در جدول شماره ۱ مشخصه های آماری آزمودنی ها بر حسب نمره جسمانی سازی، ناگویی خلقی، عاطفه منفی، رویدادهای آسیب زا و اختلالات شخصیت(ضداجتماعی، پارانویید، اجتنابی، نمایشی) آمده است.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

جدول شماره ۱. میانگین و انحراف معیار نمره های افراد در جسمانی سازی، ناگویی خلقی، عاطفه منفی، رویدادهای آسیب زا و اختلالات شخصیت(ضداجتماعی، پارانویید، اجتنابی، نمایشی)

آماره		میانگین	انحراف معیار
مقیاس			
جسمانی سازی		۹۶/۶۲	۲۵/۷۲
ناگویی خلقی		۴۶/۷۴	۱۳/۷۸
عاطفه منفی		۱۸/۸۶	۷/۰۱
رویدادهای آسیب زا		۳/۷۴	۳/۱۹
اختلالات شخصیت	ضداجتماعی	۷/۱۶	۴/۳۹
	پارانویید	۸/۲۳	۴/۶۴
	اجتنابی	۴/۹۲	۴/۱۹
	نمایشی	۱۲/۸۷	۴/۲۶

برای تحلیل داده ها و آزمون فرضیه های پژوهشی ابتدا از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که در جدول شماره ۲ آمده است. همان طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود بین ناگویی خلقی، عاطفه منفی، رویدادهای آسیب زا و اختلال شخصیت ضداجتماعی، پارانویید و اجتنابی با علائم جسمانی سازی رابطه مثبت وجود دارد اما بین اختلال شخصیت نمایشی با علائم جسمانی سازی رابطه ای وجود ندارد. به منظور مشخص کردن مهم ترین پیش بین ها از روش رگرسیون به صورت گام به گام استفاده شده که نتایج در جدول شماره ۳ ارائه گردیده است.

جدول شماره ۲. ضرایب همبستگی پیرسون متغیرهای پیش بین با علائم جسمانی سازی

متغیر	ناگویی خلقی	عاطفه منفی	رویدادهای آسیب زا	شخصیت ضد اجتماعی	شخصیت پارانویید	شخصیت اجتنابی	شخصیت نمایشی
جسمانی سازی	٭۰/۴۱	٭۰/۳۲	٭۰/۳۱	٭۰/۲۲	٭۰/۱۹	٭۰/۳۲	-۰/۱۰

٭P<0.001

جدول شماره ۳. ضرایب همبستگی بین متغیرهای پیش بین با جسمانی سازی با روش مرحله ای(Stepwise)

گام	متغیر	R2	F	β	t	P
اول	ناگویی خلقی	۰/۱۷	۵۷/۰۹	۰/۲۹	۵/۲۳	۰/۰۰۱
دوم	عاطفه منفی	۰/۲۲	۴۰/۴۰	۰/۱۹	۳/۵۵	۰/۰۰۱
سوم	رویدادهای آسیب زا	۰/۲۵	۳۱/۴۹	۰/۱۴	۲/۴۵	۰/۰۱۵
چهارم	اختلال شخصیت اجتنابی	۰/۲۶	۲۵/۲۴	۰/۱۳	۲/۲۵	۰/۰۲

همان طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می شود ترکیب خطی ناگویی خلقی، عاطفه منفی، رویدادهای آسیب زا و شخصیت اجتنابی مهم ترین پیش بین های علائم جسمانی سازی است که ۰/۲۶ واریانس علائم جسمانی سازی را تبیین می کنند.

بحث و نتیجه گیری

یافته های این پژوهش نشان می دهد بین متغیرهای پیش بین با علائم جسمانی سازی رابطه وجود دارد. به علاوه، ترکیب خطی ناگویی خلقی، عاطفه منفی، رویدادهای آسیب زا و اختلالات شخصیتی(اختلال شخصیت اجتنابی) با علائم جسمانی سازی رابطه دارد. پتروا و وراردیس و همکاران(۶،۷) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که اشکال در تشخیص و توصیف احساسات(ناگویی خلقی) می تواند منجر به تفسیر غلط از جنبه های ادراکی بدن شده، در نتیجه رفتارهای چک کردن بدن و نارضایتی جسمانی را افزایش می دهد. چندین مکانیسم شناختی، برای بیان چگونگی ارتباط ناگویی خلقی با رفتار بیمارگونه

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

مطرح شده است. افراد دارای ناگویی خلقی ممکن است بیش از اندازه به فعالیت ها و اعمال بدنی خود توجه داشته باشند. بدین ترتیب که آن ها به احساسات بی خطر و معمولی زیاد توجه می کنند. از سوی دیگر، برانگیختگی زیادی که با ناگویی خلقی تجربه می شود ممکن است باعث تولید احساسات جسمانی گردد. در هر دو مورد، ممکن است که این افراد روی این احساسات تمرکز کرده یا آن ها را افزایش دهند. بدین ترتیب احساس افزایش یافته، از طریق چرخه بازخورد خودمختار تشدید شده و به عنوان علائمی از بیماری جسمانی تجربه شود. دشواری در شناسایی احساسات می تواند منجر به افزایش عاطفه منفی شود و به دنبال آن شکایت های جسمانی افزایش می یابد. در واقع، مقابله ضعیف افراد روان نجور با عوامل فشارزا، می‌تواند با افزایش احتمال ابتلاء این افراد به بیماری های روان پزشکی و روان تنی همراه باشد(۳۳). ارتباط بالای روان رنجورخویی با جسمانی سازی را می توان با در نظر گرفتن این نکته که افراد روان رنجور به علت فعال تر بودن سیستم سمپاتیکی نسبت به تغییرات جسمانی حساسیت بیشتری نشان می دهند تبیین کرد. به علاوه، این افراد با تفسیر غیر منطقی از این تغییرات به عنوان علائم بیماری، موجبات افزایش نگرانی خود را فراهم کرده، بیشتر در نقش بیمار ظاهر می شوند(۳۴).

هم چنین در این پژوهش مشخص شد که بین رویدادهای آسیب زا و علائم جسمانی سازی رابطه مثبت وجود دارد. نتایج پژوهش هوتوف و همکاران(۱۱) نشان داد که تجربه بیماری جسمی در کودکی با بروز علائم مبهم در بزرگسالی رابطه ندارد؛ در مقابل رویدادهای آسیب زا با علائم مبهم پزشکی در دوره های بعدی زندگی رابطه دارد. پژوهش اندرسکی و همکاران(۱۳) نیز مشخص کرد که علائم شبه جسمانی به طور پایدار با رویدادهای آسیب زا ارتباط دارد. رویدادهای آسیب زا منجر به شکل گیری سبک های دلبستگی ناایمن در بزرگسالی می شود. افرادی که دارای سبک دلبستگی ناایمن هستند عواطف منفی زیادی را تجربه می کنند و بدین ترتیب زمینه برای بروز علائم جسمانی سازی فراهم می شود(۳۵). از سوی دیگر، رویدادهای آسیب زای دوران کودکی می تواند واکنش فرد به استرس های روزانه در زندگی بزرگسالی را افزایش دهد. این مسئله فرآیندهای روان شناختی بزرگسالی را تحت تاثیر قرار می دهد و فرد در برابر استرس کوچک عاطفه منفی زیادی را تجربه می کند(۱۵). هم چنین رویدادهای آسیب زا فرد را در تنظیم هیجانات با مشکل مواجه می کنند. به نحوی که افراد مواجه شده با رویدادهای آسیب‌زا در ناگویی خلقی نمره بالاتری کسب می کنند(۳۶). با این حال، ماهیت رویدادهای آسیب زا، شدت آن و جنسیت فرد مواجه شده با رویداد از عوامل موثری هستند که می تواند بر بروز یا شدت بروز علائم جسمانی سازی تاثیر گذارد.

گارسیو-کامپایو و همکاران، باس و مورفی و لیلینفلد در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که اختلالات شخصیت در افرادی که دارای جسمانی سازی هستند بیشتر از گروه کنترل است. بیشترین اختلالات شخصیت در این افراد اختلال شخصیت ضداجتماعی، نمایشی و اجتنابی و پارانویا می باشد(۱۹-۱۶). به نظر می رسد که ابعاد شخصیتی که گزارش علائم جسمانی و تقاضای کمک پزشکی را تحت تاثیر قرار می دهند، می تواند بر بروز اختلال جسمانی سازی و جسمانی شکل تاثیر گذارد. برای مثال روان رنجورخویی، اجتناب افراطی، عواطف منفی، همپای ایجاد عواقب روانی علائم جسمانی را نیز ایجاد می کنند. هم چنین ویژگی های شخصیتی که حساسیت های بدنی را افزایش می دهد، گزارش علائم جسمانی را تحت تاثیر قرار می دهد. افراد جسمانی ساز به عنوان افرادی عصبی، بی میل و فاقد اعتماد قلمداد می شوند که از یک سو منجر به تشدید علائم شده و از سوی دیگر منجر به نارضایتی از فراهم آورندگان کمک های پزشکی می شود. نتایج این پژوهش نشان می دهد شخصیت اجتنابی پیش بینی کننده علائم جسمانی سازی است. برجسته ترین ویژگی افراد داری شخصیت اجتنابی اضطراب مفرط است. به علاوه، این افراد احساس بی کفایتی شدیدی می کنند. نسبت به انتقاد بسیار حساس و آسیب پذیر هستند(۳۷). این افراد در قطب لذت-رنج دچار مشکل می باشند. قادر به تجربه لذت نیستند ولی نسبت به رنج حساس اند(۳۸). به علاوه، این افراد نگرش مثبتی نسبت به خود ندارند و

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

خود را فاقد کفایت می دانند. این افکار و تصورات منجر به افزایش خلق منفی در آنان می شود. سبک دلبستگی اضطرابی در اوایل زندگی که مشخصه پویایی های خانواده طردکننده و ناایمن است می تواند علت جسمانی سازی و اختلالات شخصیت باشد و زمینه را برای درخواست پیوسته مراقبت در تمام طول زندگی فراهم کند. در واقع، مطالعه روی بیماران اجتنابی نیز نشان داده است که کودکی آن ها قرین با فضای خانوادگی غیرمشوق، عشق ورزی و محبت اندک و کمی افتخار و مباهات والدین بوده است(۳۹). از آن جایی که سبک دلبستگی اضطرابی(ناایمن) در سبب شناسی اختلالات شخصیت به کار می رود، ممکن است بتوان آن را به عنوان یک فاکتور زیربنایی متداول در جسمانی سازی در نظر گرفت. با این حال انجام مطالعات طولی برای اثبات این فرض لازم است(۴۰).

در زمینه محدودیت های پژوهش باید به طرح پژوهش اشاره کرد. این پژوهش از نوع همبستگی است. لذا قادر به تبیین علت بروز علائم جسمانی سازی نمی باشد. از سوی دیگر، ارزیابی اختلالات شخصیت تنها مبتنی بر پرسش نامه بوده است. لذا تشخیص دقیق تر در این زمینه مستلزم مصاحبه بالینی و اخذ شرح حال می باشد. به علاوه، محدود بودن جامعه پژوهش امکان تعمیم نتایج به جمعیت عمومی را با محدودیت مواجه می کند. در پایان پیشنهاد می شود با آموزش مهارت های مقابله با خشم، کنترل استرس و مهارت های اجتماعی جهت برقراری روابط سالم در این افراد، از میزان عاطفه منفی به خصوص اضطراب آنان کاست و زمینه را برای بهبود علائم فراهم کرد. هم چنین آگاهی از علت این علائم مبنی بر روان شناختی بودن آن ها می تواند منجر به کاهش این علائم شود.

سپاسگزاری

این مقاله ماحصل یک پایان نامه دانشجویی است. پژوهشگر و همکاران مراتب قدردانی خود را از مسئولین و پرستاران بیمارستان های شرکت کننده در پژوهش ابراز می دارند.

References

1. Bonvanie IJ, van Gils A, Janssens KA, Rosmalen JG. Sexual abuse predicts functional somatic symptoms: An adolescent population study. Child Abuse Negl2015;46:1-7.

2.Hiller W, Rief W, Brahler E. Somatization in the population frommild bodily misperceptions to disabling symptoms. PsychiatryPsychiatr.Epidemiology2006; 41:704-12.

3.Wessely S, Nimnuan C, Sharpe, M. Functional somatic syndromes one or many? Lancet1999; 354:936-9.

4. Van Assche L, Persoons P, Vandenbulcke M. Neurocognitive disorders in DSM-5: a critical review. Tijdschr Psychiatr2014;56:211-6.

5. Tomenson B , et al. Total somatic symptom score as a predictor of health outcome in somatic symptom disorders. Br J Psychiatry2013;203:373-80.

6.Chioqueta PA, Stiles CT. Suicide risk in patients with somatization disorder. Crisis 2004;25:3–7.

7.Kelley EJ, Lumley AM, Leisen CCJ. Health effects of emotional disclosure in rheumatoid arthritis patients. Health Psychol1997;16:331–40.

8.Creed FH, Davies I, Jackson J, Littlewood A, Graham C, Tomenson B, et al. The epidemiology of multiple somatic symptoms. J Psychosom Res 2012; 72: 311–7.

9.Moriguchi Y, Komaki G. Neuroimaging studies of alexithymia: physical, affective, and social perspectives. Bio Psycho Soc Med2013;7:8.

10. Bach M1, Bach D, Böhmer F, Nutzinger DO. Alexithymia and somatization relationship to DSM-III-R diagnoses. J Psychosom Res1994;38:529-38.

11.Berardis DD, Carano AG, et al. Alexithymia and its relationships with body

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

cheking and body image in non clinical femalessample. Eat Behav2007;38: 296-304.
12.Panayiotou G, Leonidou C, Constantinou E, Hart J, Rinehart KI, Sy JT, Do alexithymic individuals avoid their feelings? Experiential avoidance mediates the association between alexithymia, psychosomatic, and depressive symptoms in a community and a clinical sample. Comprehensive Psychiatr 2012;19:131-8.
13.Tominaga T, Choi H, NagoshI Y, Wada Y, Fukui K. Relationship between alexithymia and coping strategies in patients with somatoform disorder. Neuropsychiatr Dis Treat 2014;12:28-33.
14.Kooiman CG, Bolk JH, Brand R, Trijsburg RW, Rooijmans HG. Is alexithymia a risk factor for unexplained physical symptoms in general medical outpatients.Sychosomatic Medicine 2014, 62:6, 768-778.
15.Kellner R. Somatization theories and research. J Nerv Men Dis1990; 178:150–8.
16.Lundh L, Sarnecki M. Alexithymia, emotion, and somatic complaints. J Personality 2001, 69: 483–510.
17.Spindler H, Denollet J, Kruse C, Pedersen SS. Positive affect and negative affect correlate differently with distress and health-related quality of life in patients with cardiac conditions: validation of the Danish Global Mood Scale. J Psychosom Res 2009; 67:57–65
18. Hansdottir I, Malcarne VL, Furst DE, Weisman MH, Clements PJ. Relationships of positive and negative affect to coping and functional outcomes in systemic sclerosis. Cogn Therap Res2012;28:593-610.
19. Zunhammer M, Eberle H, Eichhammer P, Busch V. Somatic symptoms evoked by exam stress in university students: the role of alexithymia, neuroticism, anxiety and depression. Plos one 2013; 8 :1-11
20. Moran P, Halm E, Leventhal H, Ceric F. Elucidating the relationship between negative affrctivity and symptoms. The role of illness-specific affective responses. Ann Beh Med 2011, 34: 77-86.
21.Elklit A, Christiansen MD. Predictive factors for somatization in a trauma sample.Clin Pract Epidemiol Men Health 2009; 5:1-8.
22.Baumann M, Zwissler B, Schalinski I, Leuschner M, Schauer M, Kissler J. Direct forgetting in post traumatic stress disorder a study of refugee immigrants in Germany. Front Behav Neurosci 2013;7:94.
23. Taycan O, Sar V, Celik C, Taycan D. Trauma related psychiatric comorbidity of somatization disorder among women in eastern Turkey. Compr Psychiatry 2014;55:1837-46.
24. Hotopf M, Mayou R, Wadworth M, Wessely M. Childhood riskfactors for adults with medically unexplained symptoms: Results from a NationalBirth Cohort Study. Am J Psychiatry 1999; 156:1796–1800.
25.Andreski P, Chilcoat H, Breslau N. Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms a prospective study. Psychiatry Res1998; 79:131-8.
26.North CS, Spitznagel EL, Hong B. The course of PTSD major depression substance abuse and somatization after a natural disaster. J Nerv Ment Dis2004;192:823-9.
27. Waldinger J, Schulz M, Barsky J, Ahern K. Mapping the road from childhood trauma to adult somatization the role of attachment. Psychosom Med 2006;68:129-35.
28.Tam BKH, Wong WS. A comparison of depressive symptom manifestation adolescents with low and high level of alexithymia. European Psychiatr2013;28: 1.
29.Gulec MY, Altintas M, Lnanc L, Bezgin CH, Koca E. Effects of childhood trauma on somatization in major depressive disorder: The role of alexithymia. J Affect Dis 2013;146: 137–41.
30. Allen LB, Lu Q, Tsao J, Hayes LP, Zeltzer L. Depression partially mediates the relationship between alexithymia and somatization in a sample of healthy children. J Health Psychol2011; 19: 887-96.
31.Garsiacampayo J, Alda M, Sobradiel N, Olivan B, Pascual A. Personality disorder in somatization disorder patient: A controlled study in Spain. J Psychosom Res2007; 62:675-80.
32.Bass C, Murphy M. Somatoform and personality disorder syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. J Psychoso Res 1995;39:403-27.
33. Lilienfeld SO. The association between antisocial personality and somatization disorders: A review and integration of

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

theoretical models. Clin Psychol Rev1992;12: 641–62.
34. Mcneely E. The consequences of job stress for nurses health time for a check up. Nurs Outlook 2005; 53: 291-9.
35.Hamid PN, Cheng ST. The development and validation of an index of emotional disposition and mood state, the chinese affect scale. Edu Psychol Measure1996;56:995-1014.
36.Bagby RM, Parker JDA, Taylor G. The twenty-item Torento alexithymia scale-10. Item selection and cross validation of the factor structure. J Psychosom Res1994 ,38:23-33.
37. Pinaquy S, Chabrol H, Barbe P. Factorial analysis and internal consistency of the French version of the Toronto Alexithymia Scale (TAS 20), in obese women. Encephale 2002; 28:277-82.
38. Besharat MA. Reliability and factorial validity of farsi version of the Toronto alexithymia scale with a sample of Iranian student. Psychol Rep 2007; 1001:209-20.
39. Nederlof AF, Muris P, Hovens JE. Threat control override symptoms and emotional reactions to positive symptoms as correlates of aggressive behavior in psychotic patients. J Nerv Ment Disord2011;199:342-7.
40. Kooiman CG, Spinhoven P, Trijsburg RW. The assessment of alexithymia a critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto alexithymia Scale-20. J Psychosom Res2002;53:1083-90.
41) Watson R, Clark LA, Tellege A. Development and validity of brief measures of positive and negative affect. J Peraonal Soc Psychol1988;54:1063-70.
42. Ahmadi V. Design and test the antecedents and consequences of some character In Chamran University students.
42.Craig RJ, Olson R. Stability of the MCMI-III in substance abusing inpatient sample.Psychol Soc Rep 1998; 83:1273-4.
43.Torgerson S, Gramer KT. The prevalence of personality disorder in a community sample.Archive of General Pychiatry2001;58:590-6.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

Examine the Relation of Simple and Multiple Alexithymia, Negative Affect Trauma and Personality Disorder with Somatization Symptom in Nurses of Ahvaz hospitals

*GHafari Z[1], Zargar Y[1], Mardani M[*1]*

(Received: December 24, 2013 Accepted: October 19, 2014)

Abstract

Introduction: Somatization symptoms are the obvious physical symptoms without unexplained physical cause. The aim of present study is to examine the relation of psychological variables (alexithymia, negative affect, traumatic events and personality disorder) with somatization symptom in nurses of Ahvaz hospitals.

Materials & methods: this study is a correlational research. The statistical population included 283 nurses who were selected by multi-stage sampling method. Pearson correlation and regression tests have been used to test the hypotheses.

Findings: Results illustrated that there is a significant relation between alexithymia, negative affect, and traumatic events, personality disorders (antisocial, paranoid histrionic and avoidance) with somatization. Also regression results showed that alexithymia, negative affect, traumatic events and personality disorder (avoidance) were the best predictor of somatization symptoms.

Discussion &Conclusion: Results support from relation between alexithymia, negative affect, traumatic events and personality disorders with somatization symptoms.

Keywords: Somatization symptom, Alexithymia, Negative affect, Traumatic events, Personality disorders

1.Dept of Psychology, faculty of Education and Psychology, Ahvaz Chamran University, Ahvaz, Iran
**corresponding author Email: mardanim66@yahoo.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]