Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article

Volume 12, Issue 2 , Summer 2023

The Effect of Stressful Life Events And Emotional Dysregulation on Somatization Symptoms With The Mediating Role of Alexithymia In Nurses

Tahereh Tavassoli[1], Tooran Khodaei[2], Pourya Ghasemi[3*], Haleh Nekooi[4]

1- Master of Clinical Psychology, Behshahr Branch, Islamic Azad University, Mazandaran, Iran.
2- Master of General Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
3- Master student of Educational Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran.
4- Master of General Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Pourya Ghasemi, Master student of Educational Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran.
E-mail: Pourya.ghasemii12@gmail.com

Abstract

Introduction: Work-related problems have a negative effect on nurses physically and psychologically and lead to physical complaints. Therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the Effect of stressful life events and emotional dysregulation on the symptoms of somatization with the mediating role of Alexithymia in nurses.

Methods: The present research is a descriptive-correlation type of structural equations. The research community included all nurses working in hospitals and medical centers in Tehran. In this study, 230 people were selected by Convenience sampling method. The research tools are: physicalization questionnaire (PHQ-15), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and Life Events Scale (LES). Research data were analyzed using SPSS and AMOS software and structural equation modeling method.

Results: The results of the findings show the fit of the assumed model. Also, the direct effect of stressful life events (β=0.150 and P=0.002), emotional dysregulation (β=0.563 and P=0.001) and Alexithymia (β=0.408 and P=0.021) were significant on the symptoms of somatization. In addition, emotional ataxia played a mediating role in the relationship between stressful life events and Alexithymia with somatization symptoms in nurses.

Conclusions: The results of this study show the importance of the mediating role of Alexithymia in the relationship between stressful life events and emotional dysregulation with physical symptoms of nurses. Therefore, it is necessary to design interventions based on these components, because it can probably significantly improve the physical and psychological functions of nurses in a stressful work environment.

Keywords: Emotional Dysregulation , Somatization Symptoms, Alexithymia , Nurses.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-08]

فصلنامه مدیریت پرستاری
مقاله پژوهشی
دوره ۱۲، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۲

تاثیر رویدادهای استرس زای زندگی و بدتنظیمی هیجانی بر علائم جسمانی سازی با نقش میانجی ناگویی هیجانی در پرستاران

طاهره توسلی[۱]، توران خدایی[۲]، پوریا قاسمی[۳*]، هاله نکوئی[۴]

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد بهشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران.
۲- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۳- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.
۴- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: پوریا قاسمی، دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.
ایمیل: Pourya.ghasemii12@gmail.com

چکیده

مقدمه: مشکلات مربوط به کار از نظر جسمی و روانی بر پرستاران تأثیر منفی می گذارد و منجر به شکایات جسمانی می شود. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر رویدادهای استرس زای زندگی و بدتنظیمی هیجانی بر علائم جسمانی سازی با نقش میانجی ناگویی هیجانی در پرستاران انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر توصیفی- همبستگی از نوع معادلات ساختاری است. جامعه پژوهش شامل تمامی پرستاران مشغول به کار در بیمارستان ها و مراکز درمانی شهر تهران بودند. در این مطالعه، ۲۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش عبارت اند از: پرسشنامه جسمانی کردن (PHQ-15)، مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS)، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20) و مقیاس رویدادهای زندگی (LES). داده های پژوهش با استفاده از نرم افزارهای SPSS و AMOS و به کمک روش مدل یابی معادلات ساختاری تحلیل شد.

یافته ها: نتایج یافته ها نشان از برازش مدل مفروض است. همچنین اثر مستقیم رویدادهای استرس زای زندگی (β=۰/۱۵۰ و P=۰/۰۰۲)، بدتنظیمی هیجانی (β=۰/۵۶۳ و P=۰/۰۰۱) و ناگویی هیجانی (β=۰/۴۰۸ و P=۰/۰۲۱) بر علائم جسمانی سازی معنادار بودند. افزون بر این ناگویی هیجانی در رابطه بین رویدادهای استرس زای زندگی و بدتنظیمی هیجانی با علائم جسمانی سازی در پرستاران نقش میانجی داشت.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان از اهمیت نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین رویدادهای استرس زای زندگی و بدتنظیمی هیجانی با علائم جسمانی سازی پرستاران است. بنابراین طراحی مداخلات مبتنی بر این مولفه ها ضروری است، زیرا احتمالا می تواند به طور قابل توجهی کارکردهای جسمانی و روان شناختی پرستاران را در یک محیط کاری پر استرس بهبود بخشد.

کلیدواژه ها: بدتنظیمی هیجانی، علائم جسمانی سازی، ناگویی هیجانی، پرستاران.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-08]

مقدمه

علائم جسمانی سازی و اختلالات مربوط به آن به عنوان یک یا چند علامت بدنی مشخص می‌گردد که با افکار و احساسات و رفتارهای تکراری و بیش از حد همراه است (۱). شایع‌ترین علائم این بیماری مانند درد در قسمت‌های مختلف بدن، اختلال در عملکرد اندام‌ها و خستگی و فرسودگی (۲) را نمی‌توان به بیماری‌های ارگانیک معمولی، تغییرات ساختاری در بدن یا ناهنجاری‌های بیوشیمیایی نسبت داد (۳). جسمانی سازی هنگامی که طولانی مدت شود، به توجه ویژه نیاز دارد و منجر به مراجعه های پزشکی غیرضروری، روش های ارزیابی و درمان هایی می شود که خطر ابتلا به بیماری را افزایش می دهد (۴). این اختلال همبودی بالایی با اختلالات عاطفی مانند افسردگی و اضطراب (۵) دارد که منجر به شکل‌گیری این فرضیه می‌شود که آنها طیفی از اختلالات عاطفی هستند (۶). از این رو شناخت مولفه‌های روان شناختی ثمربخش جهت درمان علائم جسمانی‌سازی اهمیت ویژه‌ای دارد.

شواهد پژوهشی نشان می دهد که رویدادهای استرس زای زندگی بر علائم جسمانی سازی تاثیر دارد (۷). رویدادهای استرس زای زندگی، به عنوان نوعی استرس روان شناختی-اجتماعی تعریف می شود که احتمالا در زندگی روزمره هر فردی رخ می دهد (به عنوان مثال، تعارض با خانواده، سوء تفاهم با دوستان، شکست در امتحانات) (۸). به عبارت دیگر، رویدادهای استرس زای زندگی به عنوان یک عامل محیطی که ارتباط نزدیکی با تجربه شخصی دارد، به رویدادهای آسیب زا و تغییرات منفی زندگی در خانواده، مدرسه، دانشگاه و محیط زندگی اجتماعی اشاره دارد. به طور کلی، ارزیابی رویدادهای استرس زای زندگی متکی به موقعیت عینی است، اما هم چنان تحت تأثیر دریچه ای است که موقعیت از طریق آن درک می شود (۹). هر چه فرد رویدادهای زندگی را استرس زاتر درک کند، احتمالاً عملکرد بدتری خواهد داشت. تایید شده است که رویدادهای استرس زای زندگی، تاثیر منفی بر سلامت جسمی و روان شناختی دارد (۹). افرادی که در بخش بهداشت کار می کنند معمولاً در زندگی کاری خود با موقعیت های چالش برانگیز روان شناختی مواجه می-شوند (۱۰). پرستاران که نقش اصلی در مدیریت مراقبت های بهداشتی دارند، به دلیل عواملی مانند حجم کاری سنگین، ارائه حمایت های اجتماعی و هیجانی، ناکارآمدی در حین ارائه خدمات، استقلال شغلی پایین، تصویر شغلی ضعیف، استرس مفرط را در محیط های کاری خود تجربه می کنند (۱۱). مشکلات مربوط به کار از نظر جسمی، روانی و اجتماعی بر پرستاران تأثیر منفی می گذارد و منجر به فرسودگی شغلی، عصبانیت یا شکایات جسمانی می شود (۱۳،۱۲).

از سویی دیگر، شواهد پژوهشی نشان می دهند که تنظیم هیجان یک فرآیند فراتشخیصی مهم در آسیب شناسی روانی است، نقص در تنظیم هیجانات در مدل های متعددی از اختلالات روانی گنجانده شده است و بسیاری از بررسی های مهم و رویکردهای نظری بر روابط بین تنظیم هیجان و آسیب شناسی روانی تمرکز دارند (۱۴). بدتنظیمی هیجانی غالبا با تلاش های ناموفق در راستای اجتناب از هیجان مشخص می شود (۱۵). همچنین، بدتنظیمی هیجانی باعث به کارگیری راهبردهای سازش نایافته برای پاسخ دهی به هیجان ها می شود. پاسخ های غیرقابل پذیرش، دشواری در کنترل رفتارها هنگام مواجهه با آشفتگی های هیجانی و نقص در استفاده کارآمد از اطلاعات هیجانی نمونه هایی از این راهبردها هستند (۱۶). شواهد پژوهشی نقایص احتمالی در تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به علائم جسمانی سازی را نشان می دهد (۱۳). اگرچه طیف وسیعی از اختلالات روانی، از افسردگی ناشی از اختلالات خوردن گرفته تا اختلالات شخصیت در پژوهش های مرتبط با تنظیم هیجان در نظر گرفته می‌شود، به نظر می‌رسد که علائم جسمانی سازی برای مدت طولانی در اکثر بررسی‌های مهم نقطه کور بوده است در این راستا، شواهد پژوهشی نشان می¬دهد که راهبردهای تنظیم هیجان متمرکز بر پاسخ به شدت با درد مزمن مرتبط هستند (۱۷).

در این راستا، عملکرد متعادل هیجانات، افکار و رفتارها به افراد اجازه می دهد تا روابط سالم و متعادلی ایجاد کنند. فرآیندهای هیجانی و توانایی شناسایی هیجانات ارتباط نزدیکی با بهزیستی جسمی و روانی دارند (۱۸). با این حال، بسیاری از افراد به دلایل مختلف در درک و بیان کلامی احساسات خود با مشکل مواجه هستند. این مشکل، که به عنوان ناگویی هیجانی نیز توصیف می شود، به عنوان ناگویی هیجانی تعریف می شود (۱۹). پیتر امانوئل سیفنئوس (۱۹۷۳) برای اولین بار از ناگویی هیجانی برای تعریف مشکلات هیجانی استفاده کرد (۲۰). ناگویی هیجانی به معنی فقدان لغت برای هیجانات، ترکیبی از دشواری در تشخیص، شناسایی و بیان کلامی هیجانات و

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-08]

تخیل و خیال پردازی محدود است (۲۱). ناگویی هیجانی با مشکل در بیان هیجانات در تمامی سطوح هیجانی، رفتاری، فیزیولوژیکی و ذهنی/ تجربی مشخص می شود (۲۲). اگرچه ناگویی هیجانی از نظر اینکه یک ویژگی شخصیتی است یا علامت مرتبط با مشکلات روانی یک مفهوم بحث برانگیز است، اما ناگویی هیجانی با علائم مشکلات جسمی و سلامت روان همراه است (۲۳). ناگویی هیجانی می تواند با مشکلات مختلفی مانند افسردگی، علائم جسمانی سازی، عصبانیت/ پرخاشگری و فرسودگی شغلی همراه باشد (۲۲). مطالعات متعدد نشان می دهد که رابطه معنی داری بین ناگویی هیجانی و میزان گزارش علائم جسمی وجود دارد و اینکه ناگویی هیجانی یک عامل خطر بالقوه برای جسمانی شدن است (۲۳). علاوه بر این، در مطالعه‌ای که به صورت طولی رابطه ناگویی هیجانی را با توانمندی ایگو و مکانیسم‌های دفاعی بررسی می‌کند، نشان داده شد که سطوح بالاتر ناگویی هیجانی ممکن است با مکانیسم‌های دفاعی نابالغ مرتبط باشد (۲۴). بنابراین، می‌توان پیشنهاد کرد که خشم را می‌توان به‌عنوان جسمانی سازی در نظر گرفت زیرا یک مکانیسم دفاعی نابالغ است، در افراد دارای ناگویی هیجانی این می‌تواند رابطه بین ناگویی هیجانی و علائم جسمی را توضیح دهد. بنابراین با توجه به شیوع بیشتر پیامدهای روان‌شناختی همچون علائم جسمانی‌سازی در پرستاران، ضروری است که به سلامت جسمانی پرستاران توجه شود و به علاوه ضرورت ارزیابی و کاوش مولفه‌های روان‌شناختی مانند بدتنظیمی هیجانی و ناگویی هیجانی که در شکل‌گیری علائم جسمانی‌سازی پرستاران موثر است، اهمیت دارد. از سویی دیگر رویدادهای استرس زایی از قبیل مرگ یا حوادث خشونت آمیز قابل پیشگیری (مانند فرار بیماران از واحد، پرخاشگری نسبت به سایر بیماران/کارکنان، شکستن تجهیزات بیمارستان) در واحد ممکن است بر علائم جسمانی‌سازی پرستاران تأثیر بگذارد. در این راستا، مطالعات زیادی در مورد فرسودگی شغلی، عصبانیت و جسمانی سازی در پرستاران وجود دارد، تنها چند مطالعه به بررسی نقش میانجی ناگویی هیجانی و عوامل مرتبط با آن پرداخته‌اند. لذا به سبب اینکه سلامتی پرستاران به دلیل ماهیت کاری، همیشه در معرض خطر قرار دارد، بررسی این مولفه‌ها در جامعه حاضر ضروری است، لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر رویدادهای استرس زای زندگی و بدتنظیمی هیجانی بر علائم جسمانی سازی با نقش میانجی ناگویی هیجانی در پرستاران انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر مطالعه ای مقطعی از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش شامل تمامی پرستاران مشغول به کار در بیمارستان ها و مراکز درمانی شهر تهران بودند. بررسی مبانی نظری و پژوهشی موجود راجع به تعیین حجم نمونه برای تحلیل عاملی حاکی از ناهمگونی نظری در این حوزه بود. در این راستا، براساس پیشنهاد میرز و همکاران (۲۵) حجم نمونه برای تحلیل عاملی نباید کمتر از ۲۰۰ نفر باشد (N>۲۰۰). کلاین (۲۶) نیز معتقد است حداقل حجم نمومنه ۲۰۰ قابل دفاع است، اما در این پژوهش برای تعمیم پذیری بیشتر نتایج حجم نمونه ۲۳۰ نفر به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شد. همچنین جهت رعایت اصول اخلاقی پس از توضیحات کامل و روشن در مورد اهداف و روش انجام پژوهش و تاکید در خصوص بی نامی آزمودنی ها و محرمانه ماندن اطلاعات، و هر زمان که بخواهند می توانند از پژوهش خارج شوند از پرستاران رضایت نامه اخذ شد، سپس از شرکت کنندگان خواسته شد تا سوالات پرسشنامه ها را به دقت خوانده و پاسخ دهند. ملاک های ورود به پژوهش داشتن حداقل یک سال سابقه کار (به جهت تجربه استرسورها) و نداشتن بیمارهای روان شناختی و ملاک های خروج از پژوهش تکمیل ناقص پرسشنامه های پژوهش بود. برای تحلیل داده‌ها از همبستگی پیرسون، مدل‌یابی معادلات ساختاری و از نرافزار SPSS نسخه ۲۳ و AMOS نسخه ۲۳ استفاده شد. برای گردآوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسشنامه جسمانی کردن (PHQ-15): پرسشنامه ۱۵ سوالی برای اندازه‌گیری علائم جسمی و غربالگری اختلال جسمانی-کردن می‌باشد. این مقیاس قسمتی از پرسشنامه کامل PHQ می‌باشد و میزان بروز ۱۵ علامت جسمانی آزاردهنده را از پاسخ‌دهنده‌ها می‌پرسد، ۱۴ مورد ازاین ۱۵ مورد شایع‌ترین علائم جسمانی کردن می‌باشد که در ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال-های روانی مطرح شده است (۲۷). در مطالعه‌ای که توسط سینگ لی و همکاران (۲۸) انجام شد آلفای کرونباخ ۷۹/. برای این پرسشنامه گزارش شده است. هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط عبدالمحمدی و همکاران (۲۹) انجام گرفته است

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-08]

روایی همزمان این پرسشنامه با مقیاس جسمانی کردن SCL-90، ۰/۷۴می‌باشد و همسانی درونی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۷۶/. گزارش شده است.

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS): یک ابزار سنجش ۳۶ آیتمی است که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجان توسط گراتز و رومر (۳۰) تدوین شده است. تحلیل عاملی، وجود ۶ عامل عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی را در این مقیاس نشان داده است. نمره هر گزینه به این صورت مشخص می شود، تقریبا هرگز=۱، به ندرت=۲، بعضی وقت ها=۳، اغلب=۴، تقریبا همیشه=۵. برای نمره گذاری، ابتدا نمرهٔ گویه های ۱،۲،۶،۷،۸،۱۰،۱۷،۲۰،۲۲،۲۴،۳۴ معکوس می شود. سپس نمره هر یک از زیرمقیاس های شش گانه با جمع نمره گویه های هر زیر مقیاس محاسبه می شود (۳۱). نتایج پژوهش گراتز و رومر حاکی از آن است که پایایی این مقیاس به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ است. همچنین روایی همزمان با پرسشنامه پذیرش و عمل مورد بررسی و برابر با ۰/۶۹ بود که نشان دهنده روایی مطلوب این پرسشنامه است (۳۰). در ایران، ضریب پایایی این مقیاس براساس آلفای کرونباخ در پژوهش عزیزی و همکاران (۱۳۸۹) ۰/۹۲ به دست آمده است. براساس نتایج پژوهش عزیزی و همکاران (۲۹) تمامی زیر مقیاس های این مقیاس با وابستگی به نیکوتین همبستگی مثبت و معنادار و با مقیاس تحمل آشفتگی هیجانی رابطه منفی و معناداری دارد که نشان دهنده روایی ملاکی و سازه این پرسشنامه است (۲۹).

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20): پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو توسط باگبی و همکاران (۳۳) برای سنجش ناگویی هیجانی افراد طراحی شد و دارای ۲۰ سوال بود. این ابزار دارای سه مولفه دشواری در شناسایی احساسات با سوالات ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳ و ۱۴، دشواری در توصیف احساسات با سوالات ۲، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۷؛ تفکر عینی با سوالات ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ را اندازه‌گیری می کند. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای از نمره ۱ (کاملا مخالف) تا نمره ۵ (کاملا موافق) بود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ در نظر گرفته شد. به این صورت که نمره بین ۲۰ تا ۴۰ نشان‌دهنده ناگویی پایین فرد بود، نمره ۴۰ تا ۶۰ بیانگر ناگویی متوسط فرد و نمره بالاتر از ۶۰ نشان‌دهنده ناگویی بالا در فرد بود (۳۳). ویژگی‌های روان سنجی این پرسشنامه در پژوهش‌هایی خارجی و داخلی بررسی و تایید شده است (۳۳، ۳۴). در مطالعه بشارت (۳۴) روایی همزمان پرسشنامه بر حسب همبستگی با ابزارهای بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی بررسی و مورد تایید قرار گرفت. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه خرده زیر مقیاس ۴۲/. تا ۸۵/. محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب پرسشنامه بود (۳۵). پایایی بازآزمایی پرسشنامه در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۷۰/. تا ۷۷/. برای ناگویی هیجانی کل به دست آمد و ابعاد آن تایید شد (۳۳).

مقیاس رویدادهای زندگی : این پرسشنامه توسط پیکل و همکاران در سال ۱۹۷۱ تهیه شده است (۳۶) و در اصل شامل ۶۹ رویداد مهم زندگی بوده که شرکت کننده رویدادهایی که به طور مشخص طی ۲ سال گذشته یا پیش از آن تجربه کرده است را علامت می زند و سپس میزان فشار روانی خود را در زمان آن رویداد با نمره ای بین صفر تا ۲۰ تعیین می کند. این پرسشنامه از نظر جامعیت و روایی محتوا نسبت به سایر مقیاس ها در این زمینه کارایی بیشتر دارد و از طریق اجرا بر روی گروه های مختلف مورد تایید قرار گرفته است (۳۶). قاسمی نواب و همکاران (۳۷) ضریب پایایی بازآمون ۰/۷۱ برای رویدادها و ۰/۷۶ برای استرس زا بودن به دست آوردند. در این مطالعه آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

یافته ها

براساس داده های گردآوری شده ۱۵ نفر (۶/۵ درصد) فوق دیپلم، ۱۳۲ نفر (۵۷/۴ درصد) لیسانس، ۵۳ نفر (۲۳ درصد) فوق لیسانس و ۳۰ نفر (۱۳ درصد) دانشجوی دکترا بودند. میانگین و انحراف معیار به ترتیب ۳۷/۵۹ و ۷/۲۱۰ بود.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-08]

جدول ۱. شاخص های توصیفی و نرمال بودن متغیرهای پژوهش (۲۳۰ نفر)

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
علائم جسمانی سازی	۲۲/۳۱	۷/۶۹۳	۰/۲۳۳	-۱/۹۱۰
رویدادهای استرس زای زندگی	۲۳/۷۹	۶/۳۶۱	-۰/۲۶۷	-۰/۳۰۹
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۱۴/۹۶	۹/۵۵۰	۰/۲۹۸	-۱/۸۰۹
دشواری در بکارگیری رفتارهای هدفمند	۱۰/۶۴	۵/۶۱۰	۰/۱۰۸	-۱/۹۳۴
دشواری کنترل تکانه	۱۶/۱۲	۸/۵۳۵	۰/۱۵۴	-۱/۸۲۵
فقدان آگاهی هیجانی	۱۵/۲۷	۸/۰۵۱	۰/۱۶۴	-۱/۷۷۱
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	۱۹/۹۴	۱۰/۹۷۴	۰/۱۱۲	-۱/۹۳۹
فقدان شفافیت هیجانی	۱۴/۶۹	۷/۴۰۴	-۰/۱۱۳	-۱/۶۳۹
نمره کل دشواری در تنظیم هیجان	۹۱/۶۲	۴۸/۸۷۶	۰/۱۰۹	-۱/۹۲۳
دشواری در شناسایی احساسات	۱۷/۴۳	۷/۸۲۰	۰/۱۹۲	-۱/۳۶۵
دشواری در توصیف احساسات	۱۳/۵۸	۵/۵۲۸	-۰/۲۵۰	-۱/۷۱۵
تفکر عینی	۱۷/۵۴	۷/۰۳۰	۰/۴۳۴	-۰/۴۸۱
نمره کل ناگویی هیجانی	۴۸/۵۵	۱۸/۹۰۰	-۰/۱۱۳	-۱/۶۲۵
نرمال بودن چندمتغیره (Multivariate)	ضریب مردیا: ۲/۱۵۲		نسبت بحرانی: ۲/۱۲۰	

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. تعداد آزمودنی‌ها ۲۳۰ نفر بودند. همچنین برای انجام معادلات ساختاری به شیوه پارامتریک، پیش فرض نرمال بودن داده ها و متغیرها لازم است. برای سنجش نرمال بودن تک متغیره داده ها از مقادیر «چولگی» و «کشیدگی» استفاده می شود که مقادیر آن باید در بازه ۲- تا ۲+ باشد که نشان دهنده نرمال بودن تک متغیره توزیع نمرات باشد. برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین واتسون استفاده شد که نتایج نشان داد که آماره‌های دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ است که نشان دهنده ی استقلال خطاها است. برای بررسی همخطی چندگانه از ضریب تحمل و تورم واریانس استفاده شد که نتایج نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگتر از حد مجاز ۱۰ نمی باشند. از آنجایی که وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیش بین مشاهده نشد، می‌توان از آزمون‌های پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و مدل یابی معادلات ساختاری استفاده نمود. همچنین برای بررسی نرمال بودن چندمتغیره داده ها از ضریب کشیدگی استاندارد شده «مردیا» و نسبت بحرانی استفاده می شود که مقادیر به دست آمده برای ضریب مردیا و نسبت بحرانی باید کمتر از ۵ باشد نشان دهنده نرمال بودن چندمتغیره توزیع نمرات است، که نتایج در جدول ۱ آمده است که براساس نتایج مقدار چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازه (۲- تا ۲) قرار دارد. بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است. مقدار ضریب مردیا و نسبت بحرانی باید کمتر از ۵ باشد که در این پژوهش «ضریب مردیا» ۲/۱۵۲ و مقدار نسبت بحرانی ۲/۱۲۰ به دست آمد که نشان دهنده برقراری فرض نرمال بودن چندمتغیره توزیع نمرات در این پژوهش است. در جدول ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش آمده است.

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	٤
علائم جسمانی سازی	۱			
رویدادهای استرس زای زندگی	۰/۶۱۶**	۱		
بدتنظیمی هیجانی	۰/۷۵۳**	۰/۶۹۰**	۱	
ناگویی هیجانی	۰/۶۶۴**	۰/۷۵۴**	۰/۷۰۸**	۱

** معنادار در سطح ۰/۰۱ * معنادار در سطح ۰/۰۵

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-08]

جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بین رویدادهای استرس زای زندگی (P<۰/۰۱، r=۰/۶۱۶)، بدتنظیمی هیجانی (P<۰/۰۱، r=۰/۷۵۳) و ناگویی هیجانی (P<۰/۰۱، r=۰/۶۶۴) با علائم جسمانی سازی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همان طور که در جدول ۲ نشان داده شد، همبستگی بین متغیرها معنادار است از این رو، امکان بررسی مدل پژوهش فراهم گردید که نتایج ضرایب مستقیم، ضرایب غیرمستقیم و برازش مدل نهایی پژوهش در ادامه آمده است.

جدول ۳: شاخص های استاندارد و غیراستاندارد مدل برازش شده

مسیرهای مستقیم	ضریب استاندارد	ضرایب غیراستاندارد			
	ضریب بتا	ضریب b	خطای معیار	t	Sig
رویدادهای استرس زا ← علائم جسمانی سازی	۰/۱۵۰	۰/۱۸۸	۰/۰۶۱	۳/۱۰۰	۰/۰۰۲
بدتنظیمی هیجانی← علائم جسمانی سازی	۰/۵۶۳	۰/۶۴۰	۰/۲۰۰	۳/۲۰۲	۰/۰۰۱
ناگویی هیجانی← علائم جسمانی سازی	۰/۴۰۸	۰/۵۱۲	۰/۲۲۱	۲/۳۱۷	۰/۰۲۱
رویدادهای استرس زا ← ناگویی هیجانی	۰/۲۳۲	۰/۲۳۲	۰/۰۴۸	۴/۸۲۱	۰/۰۰۱
بدتنظیمی هیجانی← ناگویی هیجانی	۰/۹۳۸	۰/۸۴۸	۰/۰۵۵	۱۵/۴۴۳	۰/۰۰۱

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود ضرایب مسیرهای مستقیم رویدادهای استرس زای زندگی (β=۰/۱۵۰ و P=۰/۰۰۲)، بدتنظیمی هیجانی (β=۰/۵۶۳ و P=۰/۰۰۱) و ناگویی هیجانی (β=۰/۴۰۸ و P=۰/۰۲۱) بر علائم جسمانی سازی معنادار بودند. در ادامه جهت بررسی رابطه غیرمستقیم مدل پیشنهادی از روش بوت استروپ استفاده شده است. نتایج روش بوت استروپ برای بررسی مسیرهای واسطه ای غیرمستقیم در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ٤: نتایج بوت استروپ برای بررسی ضرایب غیرمستقیم مدل برازش شده

مسیرهای غیرمستقیم	ضرایب استاندارد		معناداری
	حد پایین	حد بالا	
رویدادهای استرسزای زندگی ← ناگویی هیجانی ←علائم جسمانی سازی	۰/۰۰۹	۰/۲۹۷	۰/۰۱۸
بدتنظیمی هیجانی← ناگویی هیجانی ← علائم جسمانی سازی	۰/۰۱۰	۰/۵۳۸	۰/۰۲۹

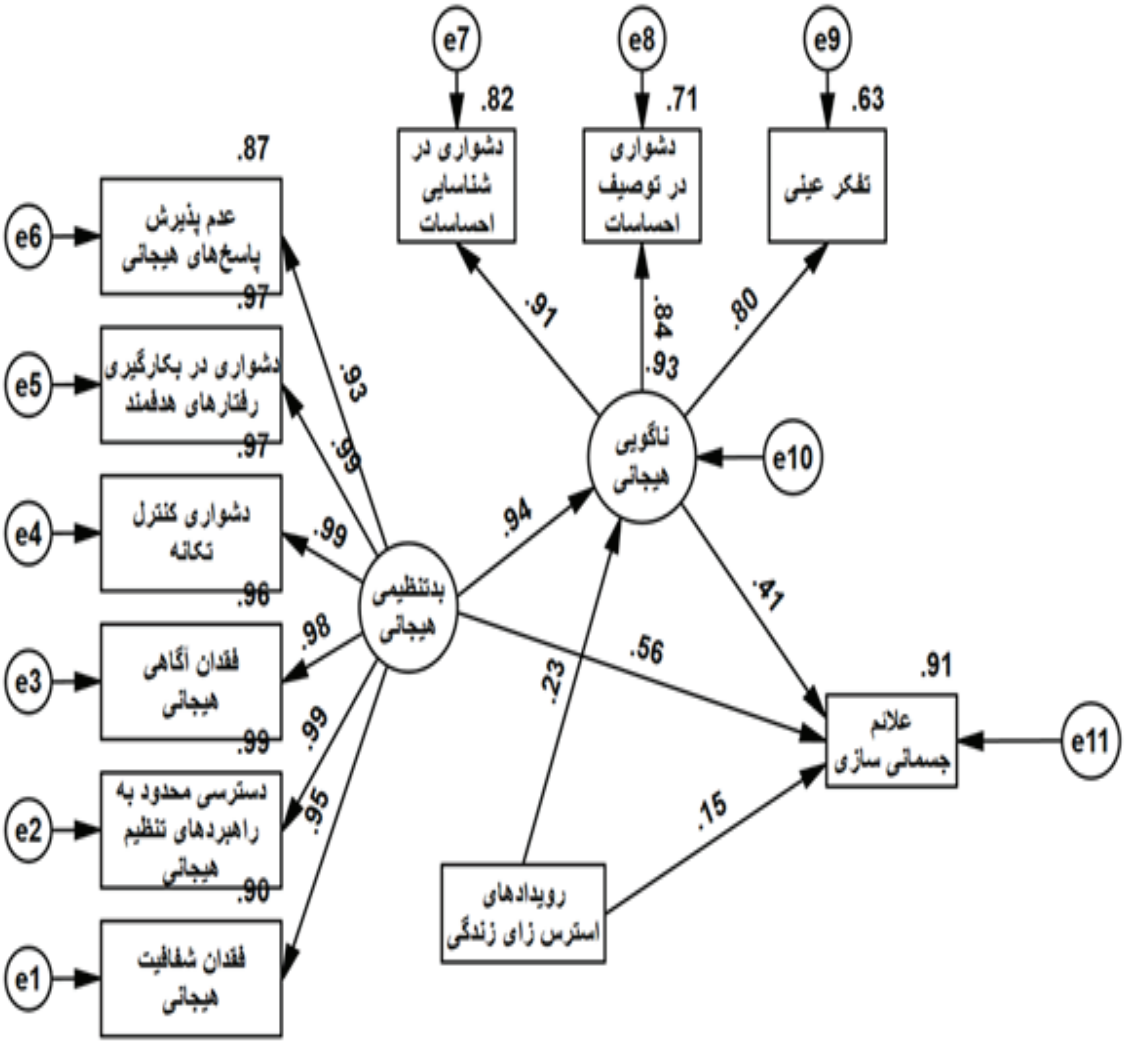
یک فرض زیربنایی الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر وجود مسیرهای غیرمستقیم است. زمانی که تعداد نمونه چندان زیاد نباشد، بوت استرپ قدرتمندترین و منطقی ترین روش برای دستیابی به اثرات غیرمستقیم را فراهم می آورد. سطح اطمینان ۰/۹۵ و تعداد نمونه‌گیری مجدد بوت استروپ، ۱۰۰۰ است. براساس جدول ۴ نتایج بوت استروپ آمده است. در این روش چنانچه حد بالا و پایین این آزمون هر دو مثبت یا هر دو منفی باشند و صفر مابین این دو حد قرار نگیرد در آن صورت مسیر علّی غیرمستقیم معنی‌دار خواهد بود. مطابق نتایج جدول ۴ این قاعده در مورد رویدادهای استرس زای زندگی و بدتنظیمی هیجانی بر علائم جسمانی سازی با نقش میانجی ناگویی هیجانی صدق می کند. در جدول ۵ شاخص های برازندگی مدل پژوهش آمده است.

جدول ۵: شاخص های برازندگی مدل پژوهش

نوع شاخص	شاخص ها	مقدار به دست آمده	مقدار قابل قبول
شاخص های مطلق	CMIN	۱۲۲/۲۳۵	–
	درجه آزادی(DF)	۴۱	–
	سطح معناداری(P)	۰/۰۰۱	بیشتر از ۰/۰۵
	نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی X^2/df یا CMIN/df	۲/۹۸۱	کمتر از ۳
شاخص های نسبی	خطای ریشه ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	۰/۰۶۹	کمتر از ۰/۰۸
	شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE)	۰/۰۰۱	کمتر از ۰/۰۵
	شاخص برازش مقایسه ای (CFI)	۰/۹۳۴	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۰/۹۳۸	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۴۱	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۳۳	بیشتر از ۰/۹۰

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-08]

جهت آزمودن مدل مورد نظر در پژوهش حاضر، روش الگویابی معادلات ساختاری (SEM) اعمال گردیده است. برای بررسی برازندگی مدل از شاخص های آمده شده در جدول ۵- استفاده شده است. همچنین اگر شاخص‌های برازش هنجار شده (NFI)، شاخص برازش هنجار نشده (NNFI)، برازش مقایسه‌ای (CFI)، برازندگی افزایشی، (IFI)، نیکویی برازش (GFI) بزرگتر از ۰/۹۰ است بر برازش مناسب و مطلوب مدل دلالت دارند. همانگونه که براساس جدول ۵ مشاهده می شود مقدار شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE) ۰/۰۰۱ و شاخص RMSEA برابر ۰/۰۶۹ می باشد که بر اساس مدل کلاین (۲۶) نشان دهنده برازش مدل است. در شکل ۱ مدل پیشنهادی و برازش شده پژوهش آمده است.



شکل ۱. مدل نهایی و برازش شده پژوهش

شکل ۱. مدل ساختاری و نهایی پژوهش را نشان می دهد. مجموع مجذور همبستگی های چندگانه (R2) یا واریانس تبیین شده برای علائم جسمانی سازی براساس رویدادهای استرس زای زندگی و بدتنظیمی هیجانی با نقش میانجی ناگویی هیجانی برابر با ۰/۹۱ به بدست آمد، این موضوع بیانگر آن است که علائم جسمانی سازی با نقش میانجی ناگویی هیجانی در مجموع ۹۱ درصد از واریانس علائم جسمانی سازی را تبیین می‌کنند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر رویدادهای استرس زای زندگی و بدتنظیمی هیجانی بر علائم جسمانی سازی با نقش میانجی ناگویی هیجانی در پرستاران انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که رویدادهای استرس زای زندگی

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-08]

به صورت مستقیم و غیر مستقیم از طریق میانجی گری ناگویی هیجانی بر علائم جسمانی سازی تاثیر دارد. این یافته همسو با پژوهش های بوتیرولی و همکاران (۳۸)، زانگ و همکاارن (۳۹) و گاندهی و همکاران (۱۳) بود. در تبیین این یافته می توان گفت که جسمانی سازی به عنوان نگرانی بیمار در مورد علائم جسمانی تعریف می شود که زمانی اتفاق می افتد که فردی تمایل دارد ناراحتی روانی را به شکل یک علامت جسمی بیان کند (۴۰). پرستاران به سبب مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا احتمال دارد که بیشتر در معرض جسمانی‌سازی باشند. در شرایط استرس‌زا پرستاران ظرفیت بازنمود تکانه‌ها و احساسات بدنی خود را ندارند و به عبارت بهتر آنان توانایی نمادسازی و ذهنی‌سازی احساسات را در شرایط استرس‌زا از دست می‌دهند، در نتیجه سعی می‌کنند از طریق بدن درونیات خود را بیان نمایند (۴۱) که متعاقباً باعث افزایش علائم جسمانی سازی در پرستاران می شود. همچنین، پرستاران که نقش اصلی در مدیریت مراقبت های بهداشتی دارند، به دلیل عواملی مانند حجم کاری سنگین، ارائه حمایت های اجتماعی و هیجانی، ناکارآمدی در حین ارائه خدمات، استقلال شغلی پایین، تصویر شغلی ضعیف، استرس مفرط را در محیط های کاری خود تجربه می کنند (۱۱). هنگامی که پرستاران قادر به مقابله با استرس نیستند، این احتمال وجود دارد که علائم جسمی مانند تپش قلب، سرگیجه، بی حالی، خستگی، کاهش خواب و اشتها و همچنین درد در هر نقطه از بدن در بدن وجود داشته باشد که به نوبه خود می توانند به استرس دیگری تبدیل شوند (۱۳) همچنین شواهد پژوهشی نشان می دهد هنگام کاهش شرایط استرس‌زا و همچنین کاهش اضطراب افراد، علائم جسمانی سازی نیزکاهش می‌یابند (۴۲).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بدتنظیمی هیجانی به صورت مستقیم و غیر مستقیم از طریق میانجی گری ناگویی هیجانی بر علائم جسمانی سازی تاثیر دارد. این یافته با پژوهش های شمس و همکاران (۴۱)، والر و همکاران (۴۳)، تاچینی و همکاران (۴۴)، برکینگ و ووپرمن (۴۵) همسو است. در تبیین این یافته ها می توان گفت مدت‌ها تصور می‌شد که تنظیم هیجان نقش اصلی در ایجاد علائم جسمانی دارد. مفهوم ناگویی هیجانی، با اشاره به دشواری در شناسایی و توصیف هیجانات، می تواند در تبیین تاثیر بدتنظیمی هیجانی بر علائم جسمانی سازی به ما کمک کند. افرادی که قادر به تشخیص، نامگذاری و ابراز هیجانات نیستند، بیشتر در معرض مشکلاتی در استفاده از منابع شناختی برای تنظیم هیجانات هستند و بنابراین، احتمال بیشتری برای ارائه نادرست احساسات بدنی همراه با هیجانات دارند (۴۶). در سال‌های اخیر، مطالعات مختلف شواهد قابل‌توجهی را نشان داده‌اند که نشان می‌دهد اختلالات جسمی با نقص در توانایی‌های تجربه و تحمل هیجان‌ها، شناسایی صحیح هیجانات، و ارتباط دقیق با احساسات بدن مرتبط است (۴۵). به عبارت دیگر بدتنظیمی هیجانی می‌تواند مسئول پریشانی بزرگی باشد که توسط بیمار درک می‌شود که متعاقباً با افزایش سطح اضطراب و جسمی‌سازی بیان می‌شود، زیرا به دلیل ناتوانی درونی بیمار در کنترل و تعدیل هیجاناتش، این تنها راهی است که فرد برای بیان هیجانات می‌داند (۴۴). به طور کلی تنظیم هیجان تاثیر زیادی بر سلامت روانی و جسمانی دارد و در سازگاری با رویدادهای استرس زای زندگی نقش مهمی دارد. موفقیت در تنظیم هیجان و استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان با افزایش پیامدهای سلامتی و برعکس، عدم توانایی در تنظیم هیجانات و استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان با اختلال های روانی، شخصیتی و جسمانی مرتبط است (۴۷). در این راستا، برخی پژوهشگران نیز بر رابطه مشکل در تنظیم هیجان و اختلال جسمانی‌سازی و علائم شبه جسمی تاکید نموده‌اند. آنان معتقدند که علائم بدنی همراه با هیجانات در افرادی که در استفاده از منابع شناختی تنظیم هیجان نقص دارند، افزایش می‌یابد. در واقع این افراد حس‌های فیزیولوژیک ناشی از هیجانات خود را به بیماری جسمی ارتباط می‌دهند (۴۸). شواهد پژوهشی نشان می دهد که بدتنظیمی هیجانی مداوم در بیماران مبتلا به اختلال جسمانی تشخیص داده شده است و مطالعات ارتباط آن را با ناگویی هیجانی نشان می دهد (۷).

همچنین نتایج حاصل از معادلات ساختاری، نقش میانجی ناگویی هیجانی را در رابطه بین رویدادهای آسیب زا و بدتنظیمی هیجانی با علائم جسمانی سازی را تایید کرد. این یافته با پژوهش های دی گوچت و هایزر (۴۶)، تاچینی و همکاران (۹)، پانایوتو و کنستانتینو (۲۲) و تایکان و همکاران (۲۳) همسو است. در تبیین این یافته می توان گفت از آنجایی که، ویژگی اصلی اختلال جسمانی سازی ابراز جسمانی ناراحتی های روان شناختی است. افراد دارای ناگویی هیجانی به این دلیل که نمی توانند هیجان های

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-08]

خـود را ابـراز دارنـد، بـه احتمـال بیشـتری مشـکات و ناراحتـی-هـای روان شـناختی شـان را بـه صـورت جسـمانی نشـان مـی-دهنـد. از دیـدگاه روان پویشـی بیمارانـی کـه بـدون علـل جسـمی کافـی و قابـل تشـخیص در بـدن خـود درد و ناراحتـی احسـاس مـی کننـد، ممکـن اسـت بـه طـور نمادیـن یـک تعـارض درون روانـی را از طریـق بـدن ابـراز کننـد. در بیمـاران مبتـلا بـه ناگویی هیجانـی کـه قـادر نیسـتند حـالات احساسـی درونـی خـود را از طریـق کلمـات بیـان کننـد، بـدن احساسـات را ابـراز مـی کنـد. در ایـن راسـتا، ناگویـی هیجانـی ممکـن اسـت بـا تمرکـز بـر یـا تقویـت احساسـات جسـمانی مرتبـط بـا برانگیختگـی هیجانـی، یا بـا تعبیـر نادرسـت آنهـا بـه عنـوان علائـم بیمـاری، بـا جسـمی سـازی همـراه باشـد (۴۹). طبـق دیـدگاه پـردازش اطلاعـات مایـر و سـالوی (۵۰)، شناسـایی و توصیـف هیجانـات سـبب رشـد هوشـمندانه در شـناخت عواطف و احساسـات و توانایی درگیرشـدن یـا گریـز از یـک هیجـان بـه صـورت مناسـب، توانایـی کنتـرل عاقلانـه و ابـراز مناسـب هیجانـات و متعاقـب آن افزایش سـلامت جسـمانی و روان شـناختی در افـراد مـی گـردد. همانگونـه کـه گلمـن، بویاتزیـس و ری (۵۱) بیـان مـی کننـد کـه شناسـایی هیجانـات باعـث مـی گـردد کـه افـراد خودآگاهـی و خودشناسـی بیشـتری از خـود و احساسـات بـه دسـت آورنـد و بـر خـود کنتـرل مناسـب تـری داشـته و احساسـات ناخوشـایند کمتـری داشـته باشـند، چـرا کـه در مواقـع مناسـب بـا شـناخت صحیـح هیجانات، بـه ابـراز هیجانـات خـود مـی پردازنـد کـه ایـن کار منجـر بـه افزایـش سـلامت روان و کاهـش بیمـاری هـای روان تنـی در آنها مـی شـود. بنابرایـن، بـا توجـه بـه نقایـص شـناختی و هیجانـی در افـراد مبتـلا بـه ناگویـی هیجانـی، چنیـن فـرض مـی شـود کـه ناگویـی هیجانـی بـا شـاخص هـای سـلامت بـه طـور کلـی و بـا مشـکلات جسـمانی و پزشـکی بـه طـور خـاص رابطـه داشـته باشـد.

نتیجه گیری

یافتـه هـای پژوهـش حاضـر نشـان داد کـه رویدادهـای اسـترس زای زندگـی و بدتنظیمـی هیجانـی بـه صـورت مسـتقیم و غیرمسـتقیم از طریـق ناگویـی هیجانـی بـر علائـم جسـمانی سـازی در پرسـتاران تاثیـر دارنـد. پیشـنهاد مـی شـود در مراکـز درمانـی و بیمارسـتان هـا بـه درمـان هـای مبتنـی بـر تنظیـم هیجـان، درمـان کاهـش اسـترس مبتنـی بـر ذهـن آگاهـی و درمـان مبتنـی بـر ذهنـی سـازی در پرسـتاران توجـه ویـژه ای شـود، زیـرا ایـن مداخـلات درمانـی باعث مـی شـود افـراد توانایی نمادسـازی و ظرفیـت ذهنی‌سـازی داشـته باشـند، و در هنـگام مواجهـه بـا شـرایط اسـترس‌زا، محتویـات درون‌روانـی و تجربیـات هیجانـی خـود را از طریـق بـدن ابـراز نخواهنـد نمـود و افـراد توانایـی تنظیـم عواطـف خـود و تـاب‌آوری بـه سـبب ظرفیـت ذهنی‌سـازی را کسـب نمـوده در نتیجـه باعـث کاهـش علائـم جسـمانی سـازی مـی شـود. پیشـنهاد مـی شـود سـایر متغیرهـای روان شـناختی مرتبـط بـا علائـم جسـمانی سـازی مـورد بررسـی قـرار گیـرد. در زمینـه محدودیـت هـای ایـن پژوهـش مـی تـوان بـه مقطعـی بـودن اشـاره کـرد همچنیـن در پژوهـش حاضـر از مقیاس‌هـای خودگزارشـی اسـتفاده شـده اسـت، ایـن پژوهـش بـر روی پرسـتاران شـهر تهـران انجـام شـده و تعمیم‌پذیـری آن بـه سـایر شـهرها را بـا مشـکل مواجـه می‌کنـد.

سپاسگزاری

بدیـن وسـیله از تمامـی پرسـتارانی کـه در ایـن مطالعـه شـرکت نمـوده انـد، صمیمانـه تقدیـر و تشـکر مـی شـود.

تضاد منافع

بنابـر اظهـار نویسـندگان، مقالـه فاقـد هرگونـه تعـارض منافـع بـوده اسـت.

References

1. Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatric Assoc. 2013; 21:591-643.
2. Witthöft M, Fischer S, Jasper F, Rist F, Nater UM. Clarifying the latent structure and correlates of somatic symptom distress: A bifactor model approach. Psychol Assess. 2016; 28: 109–115.
3. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. Lancet. 2007; 369: 946–955.
4. Glaus J, Moser DA, Rusconi Serpa S, Jouabli S, Turri F, Plessen KJ, Schechter DS. Families with violence exposure and the intergenerational transmission of somatization. Frontiers in psychiatry. 2022 Feb 23;13:820652.
5. Pae CU, Luyten P, Marks DM, Han C, Park SH, Patkar AA, Masand PS, Van Houdenhove B. The relationship between fibromyalgia and major depressive disorder: a comprehensive review. Current medical research and opinion. 2008 Aug 1;24(8):2359-71.
6. Luyten P, Van Houdenhove B. Common and specific factors in the psychotherapeutic

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-08]

treatment of patients suffering from chronic fatigue and pain. Journal of Psychotherapy Integration. 2013 Mar;23(1):14.
7. Gandhi S, Sangeetha G, Ahmed N, Chaturvedi SK. Somatic symptoms, perceived stress and perceived job satisfaction among nurses working in an Indian psychiatric hospital. Asian journal of psychiatry. 2014 Dec 1;12:77-81.
8. Mo J, Wang C, Niu X, Jia X, Liu T, Lin L. The relationship between impulsivity and self-injury in Chinese undergraduates: The chain mediating role of stressful life events and negative affect. Journal of affective disorders. 2019 Sep 1; 256:259-66.
9. Ma X, Li Z, Lu F. The influence of stressful life events on procrastination among college students: multiple mediating roles of stress beliefs and core self-evaluations. Frontiers in Psychology. 2023; 14.
10. Ham EM, You MJ. Role of irrational beliefs and anger rumination on nurses' anger expression styles. Workplace Health & Safety. 2018 May;66(5):223-32.
11. Özgür G, Yıldırım S, Aktaş N. Bir üniversite hastanesinin ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde ruhsal durum değerlendirmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008;12(2):21-30.
12. 12. Taycan O, Taycan SE, Celik C. Relationship of burnout with personality, alexithymia, and coping behaviors among physicians in a semiurban and rural area in Turkey. Archives of environmental & occupational health. 2014 Jul 3;69(3):159-66.
13. Gandhi S, Sangeetha G, Ahmed N, Chaturvedi SK. Somatic symptoms, perceived stress and perceived job satisfaction among nurses working in an Indian psychiatric hospital. Asian journal of psychiatry. 2014 Dec 1;12:77-81.
14. Sheppes G, Suri G, Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology. Annual review of clinical psychology. 2015 Mar 28;11:379-405.
15. Bardeen JR, Kumpula MJ, Orcutt HK. Emotion regulation difficulties as a prospective predictor of posttraumatic stress symptoms following a mass shooting. Journal of anxiety disorders. 2013 Mar 1;27(2):188-96.
16. Tull MT, Weiss NH, Adams CE, Gratz KL. The contribution of emotion regulation difficulties to risky sexual behavior within a sample of patients in residential substance abuse treatment. Addictive behaviors. 2012 Oct 1;37(10):1084-92.
17. Okur Güney ZE, Sattel H, Witthöft M, Henningsen P. Emotion regulation in patients with somatic symptom and related disorders: A systematic review. PloS one. 2019 Jun 7;14(6):e0217277.
18. Aksoy ME, Çoban Gİ. Hemşirelik öğrencilerinin aleksitimi düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2017 Jan 1;14(1):45-51.
19. Kocak R. Aleksitimi: Kuramsal Çerçeve Tedavi Yaklaşımları ve İlgili Araştırmalar. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi 2002;35:183–212.
20. Sifneos PE. The prevalence of 'alexithymic'characteristics in psychosomatic patients. Psychotherapy and psychosomatics. 1973 Feb 12;22(2-6):255-62.
21. Samur D, Luminet O, Koole SL. Alexithymia predicts lower reading frequency: The mediating roles of mentalising ability and reading attitude. Poetics. 2017 Dec 1;65:1-1.
22. Panayiotou G, Constantinou E. Emotion dysregulation in alexithymia: Startle reactivity to fearful affective imagery and its relation to heart rate variability. Psychophysiology. 2017 Sep;54(9):1323-34.
23. Taycan O, Özdemir A, Taycan SE. Alexithymia and somatization in depressed patients: The role of the type of somatic symptom attribution. Archives of Neuropsychiatry. 2017 Jun;54(2):99.
24. Ziadni MS, Jasinski MJ, Labouvie-Vief G, Lumley MA. Alexithymia, defenses, and ego strength: Cross-sectional and longitudinal relationships with psychological well-being and depression. Journal of happiness studies. 2017 Dec;18:1799-813.
25. Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. Applied multivariate research: Design and interpretation: Sage publications; 2016.
26. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications; 2023 May 24.
27. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. Psychiatric annals. 2002 Sep 1;32(9):509-15.
28. Lee S, Ma YL, Tsang A. Psychometric properties of the Chinese 15-item patient health questionnaire in the general population of Hong Kong. Journal of psychosomatic research. 2011 Aug 1;71(2):69-73.
29. Abdolmohamadi K, Beirami M, Mohammadzadeh A, Ahmadi E, Hossein Alizade M. Iranian validation of thesomatization inventory (PHQ-15). Int J Psychol Behav Res.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-08]

2014;1(4):1-2.
30. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. Journal of psychopathology and behavioral assessment. 2004 Mar; 26(1):41-54.
31. Besharat, M. Emotion Regulation Difficulty Scale. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology, 2019; 13 (47): 89-92.
32. Azizi A, Azadeh M, Shams J. Investigating the relationship between disturbance tolerance and emotional regulation with students› dependence on smoking. Jornal of Hakim Health System Research (Hakim). 2011;13 (1): 11-18.
33. Michael Bagby R, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. Journal of Psychosomatic Research. 1994; 38(1):23-32.
34. Besharat MA, Masoodi M, Gholamali Lavasani M. [Alexithymia and psychological and physical vulnerability (Persian)]. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2015; 9(34):47-56.
35. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. Psychological Reports. 2007; 101(1):209-20.
36. Yaghoubi H, Mahmodi A, Hassani O. Relationship between Stressful events and Psychiatric (Psychological) Problems of the Elderly: The Role of Religious Orientation. Aging Psychology. 2017 Nov 22; 3(3):207-17.
37. Ghasemi Navab A, Moatamedy A, Sohrabi F. Predicting Relationship with God, Based on the Life Events, Spiritual Intelligence and Life Line Drawing in Elders. JHC 2015; 17 (1):57-69.
38. Bottiroli S, Galli F, Viana M, Sances G, Tassorelli C. Traumatic experiences, stressful events, and alexithymia in chronic migraine with medication overuse. Frontiers in Psychology. 2018 May 14;9:704.
39. Zeng F, Sun X, Yang B, Fu X. Life events, anxiety, social support, personality, and alexithymia in female patients with chronic pain: A path analysis. Asia-Pacific Psychiatry. 2016 Mar;8(1):44-50.
40. Vargas-Prada S, Coggon D, Ntani G, et al. Descriptive epidemiology of somatizing tendency:findings from the CUPID study. PLoS One. 2016;11(4):e0153748.
41. Shams S, Ghelichkhan N, yousefi N, Elaheh Tahmasebiashtiani E. The Role Of Mentalization, Insecure Attachment, And Emotional Dysregulation In Predicting Somatization Symptoms And Coronavirus Anxiety In Nurses During The Corona Epidemic. 2022; 10 (4).
42. Yuan S, Liao Z, Huang H, Jiang B, Zhang X, Wang Y, Zhao M. Comparison of the indicators of psychological stress in the population of Hubei province and non-endemic provinces in China during two weeks during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in February 2020. Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research. 2020;26:e923767-1.
43. Waller E, Scheidt CE. Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a development perspective. Int Rev Psychiatry. 2006;18(1):13-24.
44. Tacchini G, Vismara M. Generalized anxiety disorder, somatization, and emotional dysregulation: A possible link. Clinical Cases in Psychiatry: Integrating Translational Neuroscience Approaches. 2019:209-27.
45. Berking M, Wupperman P. Emotion regulation and mental health: recent findings, currentchallenges, and future directions. Curr Opin Psychiatry. 2012;25(2):128–34.
46. De Gucht V, Heiser W. Alexithymia and somatization: quantitative review of the literature. J Psychosom Res. 2003;54(5):425–34.
47. Banaeian A, Jabalameli S. Evaluation the contribution of cognitive emotion regulation strategies and alexithymia in prediction of pain indices in patients with migraine. Anesthesiology and Pain. 2021 Nov 10;12(3):1-5.
48. Allen LB, Lu Q, Tsao JC, Hayes LP, Zeltzer LK. Depression partially mediates the relationship between alexithymia and somatization in a sample of healthy children. Journal of health psychology. 2011 Nov;16(8):1177-86.
49. Waller E, Scheidt CE. Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a development perspective. Int Rev Psychiatry 2006;18: 13–24.
50. Mayer J D, Salavey P. Emotional intelligence, imaginarvion, J cognition, and ersonality, 2003; 185- 217.
51. Boyatzis RE, Goleman D, Rhee K. Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the Emotional Competence Inventory (ECI). Handbook of emotional intelligence. 2000;99(6):343-62.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-08]