Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article
Volume 10, Issue 4, Winter 2022

The Role of Mentalization, Insecure Attachment, and Emotional Dysregulation in Predicting Somatization Symptoms and Coronavirus Anxiety In Nurses During the Corona Epidemic

Shams S[1*], Ghelichkhan N[2], Yousefi N[3], Tahmasebiashtiani E[4]

1- PhD Student in Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish, Iran.
2- Master of Clinical Psychology, Saveh Branch Azad University, Saveh, Iran.
3- M.A Department of psychology, Qom Branch Azad university, Qom, Iran
4- Master of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Sara Shams, PhD Student in Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish, Iran.
E-mail: kdt.shams@gmail.com

Abstract

Introduction: Due to the higher prevalence of coronavirus and also the increase in psychological consequences such as anxiety and Somatization symptoms in nurses, the present study aimed to investigate The Role of Mentalization, Insecure Attachment, and Emotional Dysregulation in Predicting Somatization Symptoms and coronavirus anxiety In Nurses during the Corona Epidemic.

Methods: The method of this study was descriptive-correlational. The statistical population of the study was all nurses working in hospitals in Karaj in 1400, of whom 220 participated online through virtual networks. Data were collected from the Corona Anxiety Scale (CDAS), Adult Attachment Inventory, PHQ-15 Difficulties in Emotion Regulation Scale, and Difficulties in Emotion Regulation Scale was used. The collected data were analyzed using Pearson correlation coefficient and multivariate regression analysis in SPSS-24 software.

Results: The results showed that there is a positive and significant relationship between mentalization (uncertainty), insecure attachment and Emotional Dysregulation with Somatization symptoms in nurses. There is a negative and significant relationship between mentalization (confidence) and Somatization Symptoms in nurses. There is a positive and significant relationship between mentalization (insecurity), insecure attachment and emotion dysregulation with coronavirus anxiety in nurses. There is a negative and significant relationship between mentalization (confidence) and coronavirus anxiety in nurses. The results of multiple regression analysis also revealed that 57.9% of the variance of Somatization Symptoms and 55.6% of the variance of coronavirus anxiety in nurses can be explained by mentalization, insecure attachment and Emotional Dysregulation.

Conclusions: According to the results, mentalization interventions, attachment-based training and emotional regulation training can be used to reduce nurses' Somatization symptoms and anxiety.

Keywords: Mentalization, Insecure attachment, Emotional Dysregulation, Somatization, Coronavirus anxiety.

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]

فصلنامه مدیریت پرستاری
مقاله پژوهشی
دوره ۱۰، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۰

نقش ذهنی‌سازی، دلبستگی نا ایمن و بی نظمی هیجانی در پیش بینی علائم جسمانی‌سازی و اضطراب کرونا پرستاران در طول اپیدمی کووید-۱۹

سارا شمس[۱*]، ناهید قلیچ خان[۲]، نفیسه یوسفی[۳]، الهه طهماسبی آشتیانی[۴]

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد بین الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، کیش، ایران.
۲- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد ساوه، ساوه، ایران.
۳- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد قم، قم، ایران.
۴-کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: سارا شمس، دانشجوی دکتری روانشناسی، واحدبین الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، کیش، ایران.
ایمیل: kdt.shams@gmail.com

چکیده

مقدمه: با توجه به شیوع بیشتر ویروس کرونا و همچنین افزایش پیامدهای روان‌شناختی همچون اضطراب و علائم جسمانی‌سازی در پرستاران پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش ذهنی‌سازی، دلبستگی ناایمن و بی نظمی هیجانی در پیش بینی علائم جسمانی‌سازی و اضطراب کرونا پرستاران در طول اپیدمی بیماری کووید-۱۹ انجام شد.

روش کار: روش این مطالعه از نوع توصیفی- همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه پرستاران مشغول به کار در بیمارستان های شهر کرج در سال ۱۴۰۰ بودندکه از میان آنان ۲۲۰ نفر به صورت آنلاین از طریق شبکه های مجازی شرکت کردند. جهت جمع آوری داده ها از مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS)، پرسشنامه سبک های دلبستگی بزرگسالان (AAI)، پرسشنامه جسمانی کردن (PHQ-15)، مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS) و پرسشنامه ذهنی سازی کارکرد تأملی (RFQ) استفاده شد. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیره در نرم افزار SPSS-24 تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که بین ذهنی‌سازی (عدم اطمینان)، دلبستگی ناایمن و بی نظمی هیجانی با علائم جسمانی سازی در پرستاران رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بین ذهنی‌سازی (اطمینان) با علائم جسمانی سازی در پرستاران رابطه منفی و معناداری وجود دارد. بین ذهنی‌سازی (عدم اطمینان)، دلبستگی ناایمن و بدتنظیمی هیجان با اضطراب کرونا در پرستاران رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بین ذهنی‌سازی (اطمینان) با اضطراب کرونا در پرستاران رابطه منفی و معناداری وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نیز آشکار کرد که ۵۷/۹ درصد واریانس علائم جسمانی سازی و ۵۵/۶ درصد واریانس اضطراب کرونا در پرستاران به وسیله ذهنی‌سازی، دلبستگی ناایمن وبی نظمی هیجانی تبیین می‌شود.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج، می توان از مداخلات ذهنی سازی، آموزش مبتنی بر دلبستگی و آموزش تنظیم هیجانی برای کاهش علائم جسمانی سازی و اضطراب پرستاران استفاده کرد.

کلید واژه ها: ذهنی‌سازی، دلبستگی ناایمن، بی نظمی هیجانی، جسمانی‌سازی، اضطراب کرونا.

مقدمه

ویروس کرونا از اواخر دسامبر ۲۰۱۹، از طریق انتقال انسان به انسان رخ داده و در حال حاضر بیش از ۲۰۰ کشور جهان را درگیر کرده است. این بیماری فشار روانی غیر قابل تحملی برای جوامع درگیر به ویژه پرستاران، مانند استرس، اضطراب و علائم جسمانی‌سازی را به بار آورده است (۱). شواهد پژوهشی بر روی جمعیت‌های عمومی نشان می‌دهد که علائم جسمانی‌سازی گزارش شده به طور مثبت با افسردگی و اضطراب مرتبط است (۲) پژوهش یان و همکاران در ۲۰۲۰ نشان دادند که بین علائم جسمانی‌سازی و سطح اضطراب در دو هفته اول شیوع ویروس کرونا ارتباط وجود دارد، با کاهش نمرات اضطراب،

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]

کاهش متناظر در علائم جسمانی‌سازی وجود دارد (۳).
علائم جسمانی شکل و اختلالات مربوط به آن به عنوان یکی از پیامدهای ناشی از کرونا در افراد با یک یا چند علامت بدنی مشخص می‌گردد که با افکار و احساسات و رفتارهای تکراری و بیش از حد همراه است (۴). شایع‌ترین علائم این بیماری مانند درد در قسمت‌های مختلف بدن، اختلال در عملکرد اندام‌ها و خستگی و فرسودگی (۵، ۶) را نمی‌توان به بیماری‌های ارگانیک معمولی، تغییرات ساختاری در بدن یا ناهنجاری‌های بیوشیمیایی نسبت داد (۵، ۷، ۸). این اختلال همبودی بالایی با اختلالات عاطفی مانند افسردگی و اضطراب (۹، ۱۰) دارد که منجر به شکل‌گیری این فرضیه می‌شود که آنها طیفی از اختلالات عاطفی هستند (۱۱،۱۲). از این رو شناخت مولفه‌های ثمربخش جهت درمان علائم جسمانی‌سازی در افراد که اضطراب بالایی را نیز تجربه می‌کنند، اهمیت ویژه‌ای دارد.
در این راستا، اخیرا درخواست‌هایی جهت فهم مولفه‌های مهم و درمان یکپارچه‌تر و گسترده‌تر برای درمان علائم جسمانی‌سازی همراه با اضطراب صورت گرفته است. مولفه ذهنی‌سازی، دلبستگی و هیجان‌ها ازجمله مولفه‌های مهم در درمان‌های روان‌پویایی است. به عبارتی این مولفه‌ها نقش ویژه‌ای در درمان این بیماران داشته است (۱۳).
یافته‌های پژوهشی رابطه نزدیکی بین اختلال در مولفه ذهنی‌سازی، دلبستگی ناایمن، بدتنظیمی هیجانی با علائم جسمانی شکل را نشان داده‌اند. این پژوهش‌ها گزارش نموده‌اند که طیف اختلالات جسمانی شکل احتمالا ناشی از چرخه‌های معیوب تعاملات استرس‌زای فرد- محیط است (۱۲). پرستاران به سبب مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا احتمال دارد که بیشتر در معرض جسمانی‌سازی باشند. درواقع در تلاش برای مقابله با افزایش سطوح استرس، افراد بیش از حد به راهبردهای ثانویه دلبستگی (مانند راهبردهای غیرفعال نمودن و یا بیش فعال‌سازی دلبستگی) جهت تنظیم اضطراب تکیه می کنند. این راهبردها می‌توانند اختلال در ذهنی‌سازی بازنمودیافته (بدنمند) را به ویژه در روابط ایجاد کنند (یعنی اختلال در ظرفیت دیدن بدن به عنوان جایگاه عواطف، آرزوها و احساسات و توانایی تامل در تجربیات بدنی خود، احساسات و روابط آنها با حالات ذهنی خود و دیگران). بنابراین راهبردهای دلبستگی ثانویه (مثل چسبیدن بیش از حد در روابط) و اختلال در ذهنی‌سازی باعث تداوم شکایات جسمانی می‌شود، زیرا عاملیت شخصی را از بین می برد، ا استرس را افزایش می‌دهد و درنتیجه افراد توانایی تنظیم اضطراب و هیجانات خود را از دست می‌دهند. لذا به موازات افزایش محیط استرس‌زا (به ویژه محیط استرس‌زای بیمارستان در جمعیت‌های پرستار)، آسیب‌پذیری فرد در برابر جسمانی‌سازی افزایش می‌یابد. به علاوه اختلال در ذهنی‌سازی، ناتوانی در تنظیم هیجان به عنوان یکی دیگر از مولفه‌های مهم را به دنبال دارد و 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 (۱۴).
همچنین یافته‌های پژوهشی رابطه نزدیکی بین مولفه اضطراب کرونا به عنوان یکی دیگر از پیامدهای روان‌شناختی مهم در پرستاران و دلبستگی، ذهنی‌سازی و بدتنظیمی هیجانی را نشان داده است، تجارب دلبستگی ایمن نقش کلیدی در توسعه سیستم استرس و انعطاف‌پذیری در مواجهه با ناملایات دارد و در تنظیم اضطراب نیز موثر است (۱۵) در مقابل تجارب دلبستگی ناایمن با افزایش آسیب‌پذیری در برابر اضطراب و استرس مرتبط است (۱۲). یافته‌های نوروبیولوژیکی در مورد نقش اکسی توسین در دلبستگی ایمن، تنظیم اضطراب و ظرفیت ذهنی‌سازی، حمایت بیشتری برای این فرضیه فراهم می‌کند. ظرفیت ذهنی‌سازی به- ویژه تحت سطوح بالاتر استرس، با تاب‌آوری مرتبط است و در درجه اول از طریق اصطلاح چرخه‌های دلبستگی امن، عاملیت شخصی را در فرد تقویت می‌کند و منجر به کشیده شدن فرد به محیط سازگارانه‌تر شده و تنظیم اضطراب و به تبع کاهش جسمانی‌سازی را به همراه دارد (۱۶، ۱۷). اما این بیماران اغلب بر راهبردهای بیش فعال‌سازی دلبستگی تکیه می‌کنند. این راهبردها در تلاش‌های مضطربانه برای یافتن حمایت و تسکین، اغلب از طریق رفتار چسبنده و ادعایی نمود می یابند و با پیامدهای جسمی، اضطراب و رنجش دیگران همراه است (۱۷).
به طور خلاصه در بیان تعامل بین متغیرها می‌توان گفت که راهبردهای غیرفعال‌سازی و بیش فعال‌سازی دلبستگی، آسیب‌های ذهنی‌سازی را افزایش می‌دهد، عاملیت شخصی را از بین می‌برد و منجر به پریشانی بیشتر

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]

و علائـم و شـکایات جسـمی، همچنیـن مشـکلات بیـن فـردی را تـداوم می‌بخشـد. پژوهش‌هـا سـطح بـالای اسـترس را بـا ذهنی‌سـازی مرتبـط دانسـته‌اند و ایـن بـه نوبـه خـود، اختـلال در تنظیـم عواطـف و روابـط بین‌فـردی را نیـز بـه دنبـال دارد. (۱۸). در درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی واقعیـت درونـی و بیرونـی برابـر اسـت و آنچـه فـرد فکـر مـی کنـد، واقعـی تلقـی می‌شـود. هـم ارزی روانـی در ذهنی‌سـازی بـه یکسان‌سـازی درد روانـی و جسـمی و بـه عـلاوه فرسـودگی عاطفـی و جسـمی نیـز منجـر می‌شـود. درواقـع، در حالـت هـم ارزی روانـی، درد روانـی بـه صـورت درد بدنـی تجربـه می‌شـود. ایـن هـم ارزی روانـی (مـن خسـته هسـتم) نـه تنهـا بـر خـود فـرد، بـر بدتنظیمـی هیجانـی و روابـط بیـن فـردی نیـز تاثیـر مـی گـذارد (۱۹). لـذا بـا توجـه بـه مطالـب مذکـور، اختـلال در ذهنی‌سـازی، دلبسـتگی ناامـن و ناتوانـی در تنظیـم هیجـان، می‌توانـد مشـکلات اضطـراب و علائـم جسمانی‌سـازی را بـه همـراه داشـته باشـد.

بنابرایـن بـا توجـه بـه شـیوع بیشـتر ویـروس کرونـا و همچنیـن افزایـش پیامدهـای روان‌شـناختی همچـون اضطـراب و علائـم جسمانی‌سـازی در پرسـتاران، ضـروری اسـت کـه بـه سـلامت روانـی پرسـتاران توجـه شـود و بـه عـلاوه ضـرورت ارزیابـی و کاوش مولفه‌هـای روان‌شـناختی ماننـد ذهنی‌سـازی، دلبسـتگی ناایمـن و بـی نظمـی هیجانـی کـه در شـکل‌گیری مشـکلات اضطـراب و علائـم جسمانی‌سـازی پرسـتاران موثـر اسـت، اهمیـت دارد. لـذا بـه سـبب اینکـه سـلامتی پرسـتاران بـه دلیـل ماهیـت کاری، همیشـه در معـرض خطـر قـرار دارد، بررسـی ایـن مولفه‌هـا در جامعـه حاضـر ضـروری اسـت، لـذا پژوهـش حاضـر بـا هـدف بررسـی نقـش ذهنی‌سـازی، دلبسـتگی ناایمـن و بـی نظمی‌هیجانـی در پیـش بینـی علائـم جسمانی‌سـازی و اضطـراب کرونـا پرسـتاران در طـول اپیدمـی بیمـاری کووید-۱۹ انجـام شـد.

روش کار

ایـن مطالعـه از نظـر هـدف کاربـردی و روش گـردآوری داده‌هـا روش همبسـتگی، از نـوع توصیفـی بـود. جامعـه آمـاری پژوهـش را کلیـه پرسـتاران شـاغل در بیمارسـتان‌ها و درمانگاه‌هـای شـهر کـرج در سـال ۱۴۰۰ تشـکیل دادنـد. نمونـه پژوهـش شـامل ۲۲۰ نفـر از پرسـتاران بودنـد کـه بـه روش نمونه‌گیـری در دسـترس و بـه صـورت اینترنتـی و از طریـق شـبکه‌های مجـازی در پژوهـش شـرکت کردنـد میانگیـن سـه پژوهـش پیشـین در ایـن زمینـه، حجـم نمونـه در ایـن پژوهـش را تعییـن نمـوده اسـت (۲، ۳، ۴).

ایـن روش بـه دلیـل شـیوع بیمـاری کرونـا انتخـاب گردیـد. لینک پرسشـنامه‌ها بـه مـدت دو مـاه مـاه فعـال باقـی مانـد و سـرانجام ۲۲۰ پرسشـنامه بـا حـذف مـوارد ناقـص بـر روی جمعیـت هـدف بـه صـورت مجـازی اجـرا و پاسـخ‌ها جمـع‌آوری گردیـد. روش اجـرای پژوهـش بدیـن صـورت بـود کـه پرسشـنامه‌ها بـه صـورت آنلایـن طراحـی شـد و در فضـای مجـازی ازجملـه (تلگـرام، واتسـاپ، اینسـتاگرام) در بیـن پرسـتاران توزیـع شـد. توضیحـات لازم از جملـه هـدف از پژوهـش و نحـوه پاسـخ‌دهی بـه سـوالات در پرسشـنامه ارائـه شـد و افـرا بـه صـورت کامـلا دواطلبانـه در ایـن پژوهـش شـرکت کردنـد. معیارهـای ورود نمونـه بـه پژوهـش شـامل تمایـل افـراد بـه شـرکت در پژوهـش، داشـتن مـدرک کاردانـی بـه بـالا در رشـته پرسـتاری و اشـتغال در بیمارسـتان‌های مـورد مطالعـه در شـهر کـرج بـود. معیـار خـروج از پژوهـش نیـز شـامل تکمیـل ناقـص پرسشـنامه ها بـود. تجزیه و تحلیـل داده‌هـا بـا اسـتفاده از آزمـون همبسـتگی پیرسـون و تحلیـل رگرسـیون چندگانـه از طریـق نـرم افـزار SPSS انجـام شـد. بـرای جمـع آوری داده هـا از پرسشـنامه هـای زیـر اسـتفاده شـد.

پرسشـنامه اضطـراب کرونـا ویـروس: ایـن ابـزار جهـت سـنجش اضطـراب ناشـی از شـیوع ویـروس کرونـا در کشـور ایـران توسـط علـی پـور و همـکاران (۲۰) تهیـه و اعتباریابـی شـده اسـت. نسـخه نهایـی ایـن ابـزار دارای هجـده گویـه و دو مولفـه اسـت. گویه‌هـای یـک تـا نـه علائـم روانـی و گویه‌هـای ده تـا هجـده علائـم جسـمانی را مـی سـنحند. ایـن ابـزار در طیـف ۴ درجـه ای لیکـرت (هرگـز، صفـر تـا همیشـه: ۳) نمـره گـذاری می‌شـود. بیشـترین و کمتریـن نمـره بیـن صفـر تـا ۵۴ خواهـد بـود. نمـره بـالا نشـان‌دهنده سـطح بالاتـری از اضطـراب در فـرد اسـت. پایایـی ایـن ابـزار بـا اسـتفاده از روش آلفـای کرونبـاخ بـرای عامـل اول ۸۷/. و عامـل دوم ۸۶/. و بـرای کل پرسشـنامه ۹۱/. بـه دسـت آمـد، همچنیـن روایـی آن بـا اسـتفاده از تحلیـل عاملی اکتشـافی و تاییـدی، تاییـد شـده اسـت (۲۰).

پرسشـنامه سـبک هـای دلبسـتگی بزرگسـالان (AAI): پرسشـنامه سـبک هـای دلبسـتگی بزرگسـال، بـا اسـتفاده از مـواد آزمـون دلبسـتگی هـازان و شـیور (۲۱) سـاخته و در مـورد نمونـه هـای دانشـجویی، دانـش آمـوزی و جمعیـت ایرانـی هنجاریابـی شـده اسـت (۲۲). یـک آزمـون ۱۵ گویـه ای اسـت و سـه سـبک دلبسـتگی ایمـن بـا سـوالات ۶، ۷، ۸، ۹ و ۱۰؛ سـبک دلبسـتگی ناایمـن دوسـوگرای اضطرابـی بـا سـوالات ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵؛ سـبک دلبسـتگی ناایمـن اجتنابـی بـا سـوالات ۱، ۲، ۳،

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]

۴ و ۵ را انـدازه گیـری مـی کنـد. سـوالات پرسشـنامه توسـط علامـت گـذاری روی یـک مقیـاس ۵ درجـه ای از نـوع لیکـرت شـامل هرگـز نمـره ۰، بـه نـدرت نمـره ۱، بعضـی اوقـات نمـره ۲، اغلـب اوقـات نمـره ۳ و تقریبـا همیشـه نمـره ۴ نمره‌گـذاری مـی شـود.. هـازا و شـیور (۲۱) پایایـی بازآزمایـی کل ایـن پرسشـنامه را ۸۱/. و کولینـز و رید (۲۳) نیـز پایایـی را بـا اسـتفاده از روش آلفـای کرونبـاخ ۷۹/. بـه دسـت آوردنـد. روایـی مقیـاس دلبسـتگی کولینـز و رید بـه اسـتخراج سـه عامـل عمـده منجـر شـد کـه توسـط پژوهشـگران بـه عنـوان ظرفیـت پیوسـتن بـه روابـط صمیمـی و نزدیـک تفسـیر مـی شـود.

پرسشـنامه جسـمانی کـردن (PHQ-15): پرسشـنامه ۱۵ سـوالی بـرای اندازه‌گیـری عائـم جسـمی و غربالگـری اختـلال جسـمانی کـردن می‌باشـد. ایـن مقیـاس قسـمتی از پرسشـنامه کامـل PHQ می‌باشـد و میـزان بـروز ۱۵ علامـت جسـمانی آزاردهنـده را از پاسـخ‌دهنده‌ها می‌پرسـد، ۱۴ مـورد ازایـن ۱۵ مـورد شـایع‌ترین علائـم جسـمانی کـردن می‌باشـد کـه در ویرایـش چهـارم راهنمـای تشـخیصی و آمـاری اختـلال روانـی مطـرح شـده اسـت (۲۴). در مطالعـه‌ای کـه توسـط سـینگ لـی و هـکاران (۲۵) انجـام شـد آلفـای کرونبـاخ ۷۹/. بـرای ایـن پرسشـنامه گـزارش شـده اسـت. هنجاریابـی ایـن پرسشـنامه در ایـران توسـط عبدالمحمـدی و همکـران (۲۶) انجـام گرفتـه اسـت روایـی همزمـان ایـن پرسشـنامه بـا مقیـاس جسـمانی کـردن SCL-90، ۷۴/. می‌باشـد و همسـانی درونـی ایـن پرسشـنامه بـه روش آلفـای کرونبـاخ ۷۶/. گـزارش شـده اسـت.

مقیـاس دشـواری در تنظیـم هیجـان (DERS): یـک ابـزار سـنجش ۳۶ آیتمـی اسـت کـه بـرای ارزیابـی دشـواری در تنظیـم هیجـان توسـط گراتـز و رومـر (۲۷) تدویـن شـده اسـت. تحلیـل عاملـی، وجـود ۶ عامـل عـدم پذیـرش پاسـخ هـای هیجانـی، دشـواری در انجـام رفتـار هدفمنـد، دشـواری در کنتـرل تکانـه، فقـدان آگاهـی هیجانـی، دسترسـی محدود بـه راهبردهـای تنظیم هیجانـی و عـدم وضـوح هیجانـی را در ایـن مقیـاس نشـان داده اسـت. نمـره هـر گزینـه بـه ایـن صـورت مشـخص مـی شـود، تقریبـا هرگـز=۱، بـه نـدرت=۲، بعضـی وقـت هـا=۳، اغلـب=۴، تقریبـا همیشـه=۵. بـرای نمـره گـذاری، ابتـدا نمـرهٔ گویـه هـای ۱،۲،۶،۷،۸،۱۰،۱۷،۲۰،۲۲،۲۴،۳۴ معکـوس مـی شـود. سـپس نمره هـر یـک از زیرمقیـاس هـای شـش گانـه بـا جمـع نمـره گویـه هـای هـر زیـر مقیـاس محاسـبه مـی شـود (۲۸). نتایـج پژوهـش گراتـز و رومـر حاکـی از آن اسـت کـه پایایـی ایـن مقیـاس بـه روش همسـانی درونـی بـا محاسـبه ضریـب آلفـای کرونبـاخ ۰/۹۲ اسـت. همچنیـن روایـی همزمـان بـا پرسشـنامه پذیـرش و عمـل مـورد بررسـی و برابـر بـا ۰/۶۹ بـود کـه نشـان دهنـده روایـی مطلـوب ایـن پرسشـنامه اسـت (۲۷). در ایـران، ضریـب پایایـی ایـن مقیـاس براسـاس آلفـای کرونبـاخ در پژوهـش عزیـزی و همـکاران (۱۳۸۹) ۰/۹۲ بـه دسـت آمـده اسـت. براسـاس نتایـج پژوهـش عزیـزی و همـکاران (۲۹) تمامـی زیـر مقیـاس هـای ایـن مقیـاس بـا وابسـتگی بـه نیکوتیـن همبسـتگی مثبـت و معنـادار و بـا مقیـاس تحمـل آشـفتگی هیجانـی رابطـه منفـی و معنـاداری دارد کـه نشـان دهنـده روایـی ملاکـی و سـازه ایـن پرسشـنامه اسـت (۲۹). همچنیـن کرمانـی و طالـع پسـند بـا اجـرای پرسشـنامه بـر روی ۴۳۹ نفـر از دانشـجویان تمامـی رشـته¬های دانشـگاه سـمنان بـا روایـی سـازه بـه روش تحلیـل عامـل تاییـدی میـزان بارهـای عاملـی ایـن ابـزار را بیـن ۰/۲ تـا ۰/۵ و مـورد تاییـد بـرآورد نمودنـد (۳۰).

پرسشـنامه کنـش وری تاملـی: ایـن پرسشـنامه خودگزارش‌دهـی ۲۶ مـاده‌ای در قالـب یـک پژوهـش سـه مرحلـه‌ای سـاخته شـد و نتایـج تحلیـل عاملـی، دو عامـل اطمینـان و عـدم اطمینـان در مـورد حـالات ذهنـی خـود و دیگـران را نشـان داد (۳۱). ایـن پرسشـنامه در طیـف لیکـرت هفـت درجـه‌ای از کامـلا ناموافـق (۱) و کامـلا موافـق (۷)، و بـرای زیـر مقیـاس عـدم اطمینـان بـه صـورت معکـوس نمره‌گـذاری می‌شـود. هنجارسـازی ایـن مقیـاس در جامعـه ایرانـی انجـام شـده اسـت. تحلیـل عاملـی اکتشـافی ایـن پرسشـنامه در جامعـه ایرانـی نیـز دو عامـل اطمینـان و عـدم اطمینـان را نشـان داد، روای همگـرای آن از طریـق همبسـته کـردن زیرمقیاس‌هـای آن بـا مقیـاس ذهـن آگاهـی، پرسشـنامه دلبسـتگی بزرگسـال و مقیـاس بیمارسـتانی اضطـراب و افسـردگی قابـل قبـول گـزارش شـد. همچنیـن پایایـی آن بـا اسـتفاده از آلفـای کرونبـاخ بـرای عامـل اطمینـان ۸۸/. و بـرای عامـل عـدم اطمینـان ۶۶/. بـود (۳۲).

یافته ها

در ادامـه بـه بررسـی تحلیـل داده‌هـای گـردآوری شـده پرداختـه می‌شـود. در ابتـدا درصـد و فراوانـی بافتـه جمعیـت شـناختی و سـپس شـاخص‌های توصیفـی میانگیـن و انحـراف معیـار، کجـی و کشـیدگی متغیرهـا بـه تفکیـک پیـش آزمـون و پـس آزمـون در دو گـروه آزمایـش و کنتـرل آمـده اسـت. بـه عـلاوه نتایـج ماتریـس همبسـتگی پیرسـون بیـن متغیرهـا بیـان شـده و خلاصـه ضرایـب رگرسـیون چندگانـه متغیرهـا گـزارش شـده اسـت بـه عبارتـی تجزیـه و تحلیـل داده‌هـا بـا اسـتفاده از آزمـون

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]

همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه از طریق نرم افزار SPSS انجام شد.

جدول ۱: توصیف ویژگی جمعیت شناختی افراد نمونه

جنسیت	فراوانی	درصد
زن	۱۰۶	۴۸/۲
مرد	۱۱۴	۵۱/۸
جمع	۲۲۰	۱۰۰
مجرد	۱۱۸	۵۳/۶
متاهل	۷۳	۳۳/۲
جدا شده به دلیل فوت	۹	۴/۱
جدا شده به دلیل طلاق	۲۰	۹/۱
جمع	۲۲۰	۱۰۰
کارشناسی	۱۳۹	۶۳/۲
کارشناسی ارشد	۴۸	۲۱/۸
دکتری	۳۳	۱۵
جمع	۲۲۰	۱۰۰
سن	میانگین	انحراف معیار
	۲۹/۳۴	۲/۹۷۶

(جدول۱) توصیف ویژگی جمعیت شناختی افراد نمونه را نشان می دهد. میانگین سن ۲۹/۳۴ و انحراف معیار سن ۲/۹۷۶ بود. در این پژوهش قبل از اجرای ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره پیش فرض های آن بررسی شدند. توزیع نمرات متغیرهای پژوهش با ۹۵ درصد اطمینان طبیعی است. از آنجایی که سطوح معناداری آماره های نرمال بودن بزرگتر از ۰/۰۵ بودند (P>۰/۰۵). همچنین مقادیر چولگی و کشیدکی نیز نشان دهنده نرمال بودم متغیرها بود. مقدار آماره دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ قرار داشت که نشان دهنده ی استقلال خطاها است. بررسی مفروضه عدم هم خطی چندگانه با ضریب تحمل و تورم واریانس نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حدمجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگ تر از حدمجاز ۱۰ نمی باشند. بنابراین بر اساس دو شاخص ذکر شده وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیش بین مشاهده نشد. (جدول۲) شاخص های توصیفی را نشان می دهد.

جدول ۲: تعداد، حداقل، حداکثر، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

	متغیرهای پژوهش	تعداد	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
	علائم جسمانی‌سازی	۲۲۰	۱۱/۱۰	۲/۲۱۶	۰/۴۹۲	-۱/۳۲۹
	اضطراب کرونا	۲۲۰	۲۸/۴۹	۱۰/۲۶۹	۰/۱۰۰	-۱/۵۳۷
ذهنی سازی	اطمینان(قطعیت)	۲۲۰	۱۵/۴۲	۶/۰۱۵	۰/۲۵۹	-۱/۷۸۶
	عدم اطمینان(عدم قطعیت)	۲۲۰	۱۶/۵۴	۵/۰۰۱	۰/۱۵۳	-۱/۷۰۰
دلبستگی ناایمن	دلبستگی دوسوگرا	۲۲۰	۹/۲۴	۳/۵۱۱	۰/۲۴۵	-۱/۷۳۳
	دلبستگی اجتنابی	۲۲۰	۱۰/۰۹	۳/۴۹۰	۰/۰۷۹	-۱/۴۰۵
	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۲۲۰	۱۵/۴۲	۵/۵۴۸	-۰/۰۹۴	-۱/۵۶۹
	دشواری در بکارگیری رفتارهای هدفمند	۲۲۰	۱۴/۸۴	۵/۰۸۲	۰/۰۶۹	-۱/۴۴۷
	دشواری کنترل تکانه	۲۲۰	۱۵/۴۵	۵/۰۱۵	-۰/۰۳۲	-۱/۴۵۴
بدتنظیمی هیجان	فقدان آگاهی هیجانی	۲۲۰	۱۵/۵۷	۵/۱۲۴	۰/۰۱۹	-۱/۴۹۸
	دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	۲۲۰	۱۵/۰۲	۴/۷۴۱	-۰/۱۸۲	-۱/۵۵۰
	فقدان شفافیت هیجانی	۲۲۰	۱۵/۱۷	۵/۰۴۹	۰/۰۵۸	-۱/۴۲۳
	نمره کل بدتنظیمی هیجانی	۲۲۰	۹۱/۴۸	۲۸/۱۶۰	-۰/۱۷۴	-۱/۵۷۱

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]

بعد از بررسی یافته های توصیفی و پیش فرض های همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره در ابتدا برای بررسی رابطه بین ذهنی‌سازی، دلبستگی ناایمن و بدتنظیمی هیجان با علائم جسمانی‌سازی و اضطراب کرونا در پرستاران از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج آن در (جدول۳) آمده است.

جدول ۳: نتایج ماتریس همبستگی پیرسون بین ذهنی‌سازی، دلبستگی ناایمن و بدتنظیمی هیجان با علائم جسمانی‌سازی و اضطراب کرونا در پرستاران

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱-علائم جسمانی‌سازی	۱											
۲-اضطراب کرونا	۰/۵۵۰**	۱										
۳-اطمینان (قطعیت)	-۰/۶۲۳**	-۰/۷۱۳**	۱									
۴-عدم اطمینان (عدم قطعیت)	۰/۴۴۹**	۰/۶۷۴**	-۰/۷۰۳**	۱								
۵-دلبستگی دوسوگرا	۰/۵۰۲**	۰/۵۴۳**	-۰/۶۶۲**	۰/۷۴۸**	۱							
۶-دلبستگی اجتنابی	۰/۴۱۲**	۰/۳۵۸**	-۰/۴۹۵**	۰/۵۵۱**	۰/۷۷۷**	۱						
۷-عدم پذیرش پاسخ هیجانی	۰/۶۴۰**	۰/۷۳۶**	-۰/۷۳۷**	۰/۵۳۶**	۰/۵۴۳**	۰/۴۵۳**	۱					
۸-دشواری در رفتار هدفمند	۰/۶۰۳**	۰/۶۲۳**	-۰/۶۷۵**	۰/۵۳۹**	۰/۵۳۷**	۰/۴۳۸**	۰/۷۸۷**	۱				
۹-دشواری کنترل تکانه	۰/۶۱۴**	۰/۷۰۴**	-۰/۷۱۷**	۰/۵۱۲**	۰/۵۶۹**	۰/۴۸۲**	۰/۷۷۷**	۰/۶۵۷**	۱			
۱۰-فقدان آگاهی هیجانی	۰/۶۰۸**	۰/۶۶۴**	-۰/۶۶۸**	۰/۴۱۵*	۰/۴۱۲**	۰/۲۹۲*	۰/۷۷۱**	۰/۷۳۴**	۰/۷۲۰**	۱		
۱۱-دسترسی محدود به به راهبردها	۰/۴۵۶**	۰/۶۵۳**	-۰/۶۶۲**	۰/۴۷۴*	۰/۴۳۰**	۰/۲۹۸*	۰/۷۵۷**	۰/۷۵۱**	۰/۶۲۷**	۰/۵۹۸**	۱	
۱۲-فقدان شفافیت هیجانی	۰/۵۴۶**	۰/۶۵۶**	-۰/۶۶۸**	۰/۴۶۴**	۰/۴۲۰**	۰/۳۲۸**	۰/۶۲۹**	۰/۷۶۰**	۰/۷۸۶**	۰/۶۹۷**	۰/۶۹۳**	۱

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

بر اساس (جدول ۳) نتایج ماتریس ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین مولفه ذهنی سازی یعنی عدم اطمینان(r=۰/۴۴۹ و sig=۰/۰۰۱)، دلبستگی دوسوگرا (r=۰/۵۰۲ و sig=۰/۰۰۱)، دلبستگی اجتنابی (r=۰/۴۱۲ و sig=۰/۰۰۱)، عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (r=۰/۶۴۰ و sig=۰/۰۰۱)، دشواری در بکارگیری رفتارهای هدفمند (r=۰/۶۰۳ و sig=۰/۰۰۱)، دشواری کنترل تکانه (r=۰/۶۱۴ و sig=۰/۰۰۱)، فقدان آگاهی هیجانی (r=۰/۶۰۸ و sig=۰/۰۰۱)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (r=۰/۴۵۶ و sig=۰/۰۰۱) و فقدان شفافیت هیجانی

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]

(r=۰/۵۴۶ و sig=۰/۰۰۱) با علائم جسمانی سازی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بین مولفه ذهنی سازی یعنی اطمینان (r= -۰/۶۲۳ و sig=۰/۰۰۱) با علائم جسمانی سازی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. بین مولفه ذهنی سازی یعنی عدم اطمینان (r=۰/۶۷۴ و sig=۰/۰۰۱)، دلبستگی دوسوگرا (r=۰/۵۴۳ و sig=۰/۰۰۱)، دلبستگی اجتنابی (r=۰/۳۵۸ و sig=۰/۰۰۱)، عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (r=۰/۷۳۶ و sig=۰/۰۰۱)، دشواری در بکارگیری رفتارهای هدفمند (r=۰/۶۲۳ و sig=۰/۰۰۱)، دشواری کنترل تکانه (r=۰/۷۰۴ و sig=۰/۰۰۱)، فقدان آگاهی هیجانی (r=۰/۶۶۴ و sig=۰/۰۰۱)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (r=۰/۶۵۳ و sig=۰/۰۰۱) و فقدان شفافیت هیجانی (r=۰/۶۵۶ و sig=۰/۰۰۱) با اضطراب کرونا رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بین مولفه ذهنی سازی یعنی اطمینان (r= -۰/۷۱۳ و sig=۰/۰۰۱) با اضطراب کرونا رابطه منفی و معناداری وجود دارد. از آنجایی که بین متغیرهای پژوهش رابطه معناداری وجود دارد این امر ادامه تحلیل را امکان پذیر می سازد، لذا برای پیش بینی تعارض زناشویی بر اساس تعامل همزمان انعطاف پذیری شناختی، ناگویی هیجانی و ترس از صمیمیت از رگرسیون چندمتغیره استفاده می شود که نتایج آن در (جدول۴) آمده است.

جدول ۴: خلاصه ضرایب رگرسیون چندگانه علائم جسمانی بر اساس ذهنی‌سازی، دلبستگی ناایمن و بدتنظیمی هیجان

پیش بینی کننده ها	B	β	t	Sig	تولرانس	VIF	دوربین-واتسون
عدد ثابت	۱۰/۵۱۳	–	۸/۵۴۰ **	۰/۰۰۱	–	–	
اطمینان (قطعیت)	-۰/۰۷۱	۰/۷۹۳	-۱۰/۲۰۴ **	۰/۰۱۱	۰/۲۶۴	۳/۷۹۴	
عدم اطمینان (عدم قطعیت)	۰/۱۳۸	۰/۷۱۱	۱۰/۹۷۹ **	۰/۰۰۳	۰/۱۸۵	۵/۴۱۸	
دلبستگی دوسوگرا	۰/۲۸۲	۰/۴۴۶	۳/۳۷۹ **	۰/۰۰۱	۰/۱۱۵	۸/۶۶۸	
دلبستگی اجتنابی	۰/۲۱۶	۰/۲۲۵	۳/۳۱۵ **	۰/۰۳۳	۰/۳۲۳	۳/۰۹۶	
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۰/۸۵۵	۰/۶۴۱	۶/۳۶۳ **	۰/۰۰۱	۰/۲۱۸	۵/۲۳۰	۲/۴۸۶
دشواری در بکارگیری رفتارها	۰/۲۰۱	۰/۵۰۱	۳/۰۰۴ **	۰/۰۰۷	۰/۱۷۱	۵/۸۶۰	
دشواری کنترل تکانه	۰/۶۸۱	۰/۵۴۲	۵/۰۳۰ **	۰/۰۰۱	۰/۲۲۱	۶/۶۵۴	
فقدان آگاهی هیجانی	۰/۱۸۹	۰/۴۳۷	۴/۲۲۹ **	۰/۰۰۱	۰/۱۹۵	۵/۱۲۰	
دسترسی محدود به راهبردها	۰/۱۲۳	۰/۲۶۳	۲/۷۶۴ **	۰/۰۰۶	۰/۲۲۳	۴/۴۹۱	
فقدان شفافیت هیجانی	۰/۱۴۸	۰/۳۳۶	۲/۴۷۹ **	۰/۰۱۴	۰/۱۱۰	۹/۱۲۸	

$R=۰/۷۶۱$ ؛ $R^2=۰/۵۷۹$ تعدیل شده ؛ $R^2=۰/۵۵۹$؛ $F=۲۸/۷۷۱^{**}$

**معنادار در سطح ۰/۰۱

با توجه (جدول ۴) نتایج نشان داد که ضریب همبستگی چندگانه بین ذهنی‌سازی، دلبستگی ناایمن و بدتنظیمی هیجان با علائم جسمانی سازی برابر ۰/۷۶۱ است. بر اساس مقدار ضریب تعیین ۵۷/۹ درصد از واریانس علائم جسمانی سازی بر اساس ذهنی‌سازی، دلبستگی ناایمن و بدتنظیمی هیجان تبیین شود. نتایج تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که مقدار F به دست آمده برابر ۲۸/۷۷۱ است که در سطح آلفای کوچکتر از ۰/۰۵ معنی دار است که نشان می دهد ذهنی‌سازی، دلبستگی ناایمن و بدتنظیمی هیجان می توانند تغییرات مربوط به علائم جسمانی سازی را به خوبی تبیین کنند و نشان دهنده مناسب بودن مدل رگرسیونی ارائه شده است. در (جدول ۵) خلاصه ضرایب رگرسیون چندگانه اضطراب کرونا بر اساس ذهنی‌سازی، دلبستگی ناایمن و بدتنظیمی هیجان آمده است.

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]

جدول ۵: خلاصه ضرایب رگرسیون چندگانه اضطراب کرونا بر اساس ذهنی‌سازی، دلبستگی ناایمن و بدتنظیمی هیجان

پیش بینی کننده ها	B	β	t	Sig	تولرانس	VIF	دوربین-واتسون
عدد ثابت	۴۵/۶۹۰	–	۱۶/۰۱۱**	۰/۰۰۱	–	–	
اطمینان (قطعیت)	-۱/۳۳۷	۰/۷۸۳	-۱۷/۹۱۴**	۰/۰۰۱	۰/۲۶۴	۳/۷۶۴	
عدم اطمینان (عدم قطعیت)	۰/۶۵۹	۰/۳۲۱	۶/۱۴۵**	۰/۰۰۱	۰/۱۸۵	۵/۴۱۸	
دلبستگی دوسوگرا	۰/۸۵۷	۰/۲۹۳	۴/۴۳۵**	۰/۰۰۱	۰/۱۱۵	۸/۶۶۸	
دلبستگی اجتنابی	۰/۲۰۵	۰/۲۷۰	۲/۷۶۱**	۰/۰۰۸	۰/۳۲۳	۳/۰۹۶	
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۱/۳۱۱	۰/۷۰۸	۴/۲۰۸**	۰/۰۰۱	۰/۲۱۸	۶/۲۳۰	۲/۱۶۴
دشواری در بکارگیری رفتارها	۰/۴۲۴	۰/۲۱۰	۳/۸۵۷**	۰/۰۳۵	۰/۱۷۱	۵/۸۶۰	
دشواری کنترل تکانه	۰/۲۶۲	۰/۱۲۸	۳/۸۳۵**	۰/۰۴۱	۰/۲۲۱	۶/۶۵۴	
فقدان آگاهی هیجانی	۰/۱۱۰	۰/۲۵۵	۲/۰۷۹**	۰/۰۲۸	۰/۱۹۵	۵/۱۲۰	
دسترسی محدود به راهبردها	۰/۱۸۷	۰/۲۸۷	۲/۸۱۹**	۰/۰۰۷	۰/۲۲۳	۴/۴۹۱	
فقدان شفافیت هیجانی	۰/۴۱۴	۰/۲۰۳	۲/۹۹۹**	۰/۰۰۳	۰/۱۱۰	۹/۱۲۸	

$R=۰/۷۴۶$ ؛ $R^2=۰/۵۵۶$ تعدیل شده ؛ $R^2=۰/۵۵۳$؛ $F=۱۷۷/۴۹۷^{**}$

**معنادار در سطح ۰/۰۱

با توجه (جدول ۵) نتایج نشان داد که ضریب همبستگی چندگانه بین ذهنی‌سازی، دلبستگی ناایمن و بدتنظیمی هیجان با اضطراب کرونا برابر ۰/۷۴۶ است. بر اساس مقدار ضریب تعیین ۵۵/۶ درصد از واریانس اضطراب کرونا بر اساس ذهنی‌سازی، دلبستگی ناایمن و بدتنظیمی هیجان تبیین شود. نتایج تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که مقدار F به دست آمده برابر ۱۷۷/۴۹۷ است که در سطح آلفای کوچکتر از ۰/۰۵ معنی دار است که نشان می دهد ذهنی‌سازی، دلبستگی ناایمن و بدتنظیمی هیجان می توانند تغییرات مربوط به اضطراب کرونا را به خوبی تبیین کنند و نشان دهنده مناسب بودن مدل رگرسیونی ارائه شده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش ذهنی‌سازی، دلبستگی نا ایمن و بی نظمی هیجانی در پیش بینی علائم جسمانی‌سازی و اضطراب کرونا پرستاران در طول اپیدمی بیماری کووید-۱۹انجام شد. نتایج ضرایب همبستگی نشان داد که علائم جسمانی‌سازی در پرستاران با ذهنی‌سازی (مولفه اطمینان) رابطه منفی و با دلبستگی ناایمن و بدتنظیمی هیجان رابطه مثبت دارد. از پژوهش‌های (۲، ۳ ،۱۴) می‌توان هم به طور مستقیم و هم غیر مستقیم چنین نتایجی را از آن‌ها استنتاج نمود. در تبیین یافته‌های این نتایج می‌توان اظهار داشت که پرستاران به سبب مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا احتمال دارد که بیشتر در معرض جسمانی‌سازی باشند. همچنین 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 (۱۸) درحالی‌که ظرفیت ذهنی‌سازی، میزان جسمانی‌سازی را کاهش می‌دهد. به عبارت دیگر حالت هم ارزی روانی رخ نمی‌دهد و درد روانی به صورت درد جسمی تجربه نمی‌شود (۱۹). همچنین 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 (۱۴). اختلال در ذهنی‌سازی می‌تواند خود ناتوانی در تنظیم هیجان را به دنبال داشته باشد و این نیز به نوبه خود به تقویت علائم جسمانی‌سازی کمک کند. دلبستگی همچنین شیوه مواجهه افراد در برابر شرایط استرس‌زا را تحت تاثیر قرار می‌دهد، افراد با دلبستگی ناایمن هنگام مواجهه با شرایط استرس‌زا از دریافت کمک و ارتباط با دیگران ناتوان هستند یا بیش از حد به دیگران می‌چسبند و یا دوری گزینی می‌کنند، درنتیجه این افراد هیجانات و محتویات

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]

درون روانی خود را در شرایط استرس‌زا از طریق شکوه و شکایات و یا فیزیولوژی خود بروز می‌دهند. به عبارت دیگر با راهبردهای غیرفعال‌سازی و بیش‌فعال‌سازی دلبستگی، آسیب‌های ذهنی‌سازی را در خود افزایش می‌دهند و این منجر به پریشانی بیشتر و رفتارهایی می‌شود که علائم و شکایات جسمی، همچنین مشکلات بین فردی را تداوم می‌بخشد (۱۸). بنابراین به طور کلی دلبستگی ناایمن و مهمتر از آن ناتوانی در ذهنی‌سازی باعث تداوم شکایات جسمانی می‌شود، زیرا استرس را افزایش می‌دهد و درنتیجه افراد توانایی تنظیم استرس و هیجانات خود را از دست می‌دهند، درواقع به جای کلام، با بدن به شرایط استرس زا و محتویات درون‌روانی خود پاسخ می‌دهند. بنابراین به موازات افزایش محیط استرس‌زا (به ویژه محیط استرس‌زای بیمارستان در جمعیت‌های پرستار)، آسیب‌پذیری فرد در برابر جسمانی‌سازی افزایش می‌یابد (۱۴).

همچنین نتایج ضرایب همبستگی نشان داد که اضطراب کرونا در پرستاران با ذهنی‌سازی (مولفه اطمینان) رابطه منفی و با دلبستگی ناایمن و بدتنظیمی هیجان رابطه مثبت دارد. از نتایج پژوهش‌های (۱۲، ۱۵، ۱۶، ۱۷) می‌توان به طور غیر مستقیم چنین نتایجی را همسو با نتایج یافته‌های این پژوهش استنباط نمود. در تبیین نتایج یافته این پژوهش می‌توان گفت که از آنجایی که دلبستگی روش مواجهه فرد با شرایط استرس‌زا را تحت تاثیر قرار می‌دهد، تجارب دلبستگی ناایمن با افزایش آسیب‌پذیری در برابر اضطراب مرتبط است (۱۲). همچنین ظرفیت ذهنی‌سازی به ویژه تحت سطوح بالاتر استرس، با تاب‌آوری مرتبط است و در درجه اول از طریق اصطلاح چرخه‌های دلبستگی امن، عاملیت شخصی را در فرد تقویت می‌کند و منجر به کشیده شدن فرد به محیط سازگارانه‌تر شده و تنظیم اضطراب را به همراه دارد (۱۶،۱۷). پژوهش‌ها سطح بالای اضطراب و استرس را با ذهنی‌سازی مرتبط دانسته‌اند و بنابراین این به نوبه خود، اختلال در تنظیم عواطف و روابط بین‌فردی را نیز به دنبال دارد. ذهنی‌سازی بر ذهنیت تجسم‌یافته، ظرفیت بازنمودی تکانه‌ها و احساسات بدنی در این بیماران تاکید دارد. از منظر ذهنی‌سازی اختلال در ذهنی‌سازی مشکل در آگاهی عاطفی (تجربیات و علائم خاص) و مشکلات بین فردی به سبب برانگیختگی و اضطراب و استرس زیاد را به دنبال دارد (۱۸). همچنین پژوهش‌ها (۳) نشان داده هنگام کاهش شرایط استرس‌زا و همچنین کاهش اضطراب افراد، علائم جسمانی سازی نیزکاهش می‌یابند. بنابراین سبک دلسبستگی ناایمن پرستاران به علاوه ناتوانی در تنظیم هیجان و مهمتر از آن اختلال در ذهنی‌سازی این جمعیت می‌توانند آنها را در برابر اضطراب کرونا آسیب‌پذیر سازد. درواقع می‌توان به طور کلی اینگونه بیان نمود که دلبستگی ناایمن و اجتنابی با نظریه ذهن و ذهنی‌سازی همبسته هستند. درواقع تغییرات کیفیت دلبستگی به تغییر نظریه ذهن منجر می‌شود، لذا کمبود نظریه ذهن و درک ناقص از حالات ذهنی با اضطراب مرتبط است (۳۳، ۳۴). ناتوانی والدین در انعکاس حالات ذهنی کودک ظرفیت ذهن را در کودک پرورش نخواهد داد (۳۵) و این پیوند ناقص بین والد -کودک خود مسئول ناتوانی در تنظیم تجربیات عاطفی و رفتاری در کودک است، لذا زمینه بروز مشکلات ارتباطی را نیز فراهم می‌آورد؛ بنابراین این پیوند ناقص، خود مسبب شکل‌گیری راهبردهای اضطرابی است (۳۶).

نتیجه گیری

در مجموع می‌توان گفت ذهنی‌سازی، دلبستگی ناایمن و بدتنظیمی هیجان در پیش بینی علائم جسمانی‌سازی و اضطراب کرونا در پرستاران در طول اپیدمی کرونا نقش مهمی دارد. به عبارتی زمانی که افراد توانایی نمادسازی و ظرفیت ذهنی‌سازی داشته باشند، در هنگام مواجهه با شرایط استرس‌زا، محتویات درون‌روانی و تجربیات هیجانی خود را از طریق بدن ابراز نخواهند نمود و افراد توانایی تنظیم عواطف خود و تاب‌آوری به سبب ظرفیت ذهنی‌سازی را کسب نموده و روش‌های مواجهه‌ای مناسب برابر شرایط استرس‌زا را به سبب دلبستگی امن، اتخاذ می‌نمایند، در نتیجه اضطراب بیش از حد در موقعیتهای استرس‌زا (مانند گسترش ویروس کرونا) تجربه نخواهند کرد و احساس کنترل بیشتر و سبک مقابله‌ای مناسبی اخذ می‌نمایند؛ بنابراین آموزش به پرستاران جهت توانمندسازی آن‌ها در این زمینه پیشنهاد می‌شود. پژوهش حاضر نیز با محدودیت‌هایی نیز روبه‌رو بود؛ از جمله اینکه پژوهش روی پرستاران شهر کرج انجام شد و تعمیم نتایج به سایر شهرها ممکن نیست. از مقیاس‌های خودگزارشی از محدودیت‌های دیگر این پژوهش است. پیشنهاد می‌شود که بر روی سایر شهرها و همچنین از روش‌های جمع آوری اطلاعات همچون مصاحبه فردی و مشاهده استفاده شود

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]

نـا اطلاعـات کامل‌تـر و دقیق‌تـر بـه دسـت آیـد. بـه عـلاوه پیشـنهاد می‌شـود کـه متغیرهـای شـخصیت دیگـر در حـوزه روان‌پویشـی بـه عنـوان متغیـر تعدیـل کننـده- جهـت طراحـی مداخـلات اثربخـش بـرای علائـم جسمانی‌سـازی و همچنیـن اضطـراب کرونـا- وارد شـود، تـا گام مهمـی در راسـتای درمـان آن دسـته از پرسـتارانی کـه از علائـم جسمانی‌سـازی و اضطـراب کرونـا رنـج می‌برنـد برداشـته شـود.

سپاسگزاری

بدیـن وسـیله از تمامـی پرسـتاران شـهر کـرج کـه در ایـن پژوهـش همـکاری صمیمانـه داشـته انـد، صمیمانـه تقدیـر و تشـکر می‌نماییـم.

تضاد منافع

بیـن نویسـندگان هیـچ تضـاد منافعـی وجـود نـدارد. همچنیـن، بـرای اجـرای ملاحظـات اخلاقـی در ایـن پژوهـش کدهـای اخلاقـی مطـرح شـده توسـط انجمـن روان‌پزشـکی آمریـکا مـورد توجـه قـرار گرفـت.

References

1. Wang YX, Guo HT, Du XW, Song W, Lu C, Hao WN. Factors associated with post-traumatic stress disorder of nurses exposed to corona virus disease 2019 in China. Medicine. 2020 Jun 26;99(26).
2. Hinz A, Ernst J, Glaesmer H, Brähler E, Rauscher FG, Petrowski K, Kocalevent RD. Frequency of somatic symptoms in the general population: Normative values for the Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15). Journal of Psychosomatic Research. 2017; 96:27-31.
3. 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.
4. Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatric Assoc. 2013; 21:591-643.
5. 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.
6. 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;14(6):e0217277.
7. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. Lancet. 2007; 369: 946–955.
8. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many. Lancet. 1999; 354: 936–939. 10.
9. Arnold LM, Hudson JI, Keck PE, Auchenbach MB, Javaras KN, Hess EV. Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. Journal of Clinical Psychiatry. 2006 Aug 1;67(8):1219-25.
10. 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.
11. Hauser ST, Golden E, Allen JP. Narrative in the study of resilience. The psychoanalytic study of the child. 2006 Jan 1;61(1):205-27.
12. Luyten P, Van Houdenhove B. Common and specific factors in the psychotherapeutic treatment of patients suffering from chronic fatigue and pain. Journal of Psychotherapy Integration. 2013 Mar;23(1):14.
13. Blom D, Thomaes S, Kool MB, van Middendorp H, Lumley MA, Bijlsma JW, Geenen R. A combination of illness invalidation from the work environment and helplessness is associated with embitterment in patients with FM. Rheumatology. 2012 Feb 1;51(2):347-53.
14. 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.
15. Gunnar M, Quevedo K. The neurobiology of stress and development. Annu. Rev. Psychol.. 2007 Jan 10;58:145-73.
16. Fredrickson BL. The role of positive emotions

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]

in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions. American psychologist. 2001 Mar;56(3):218.
17. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change. Guilford Press; 2007 May 14.
18. Gordon I, Zagoory-Sharon O, Schneiderman I, Leckman JF, Weller A, Feldman R. Oxytocin and cortisol in romantically unattached young adults: associations with bonding and psychological distress. Psychophysiology. 2008 May;45(3):349-52.
19. Eisenberger NI, Lieberman MD, Williams KD. Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. Science. 2003 Oct 10;302(5643):290-2.
20. Alipour, A., Ghadami, A., Alipour, Z., Abdollahzadeh, H. Preliminary validation of the Corona Disease Anxiety Scale (CDAS) in the Iranian sample. QUARTERLY JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY, 2020; 8(32): 163-175. doi: 10.30473/hpj.2020.52023.4756.
21. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. Journal of personality and social psychology. 1987 Mar; 52(3):511.
22. Besharat, M. A. Standardization of Attachment Scale. Research report. 2005. University of Tehran.
23. Collins NL, Read S. Cognitive representations of attachment: the structure and function of attachment models. Attachment processes in adulthood: Advances in personal relationships. London: Kingsley. 1994.
24. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. Psychiatric annals. 2002 Sep 1;32(9):509-15.
25. 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.
26. Abdolmohamadi K, Beirami M, Mohammadzadeh A, Ahmadi E, Hossein Alizade M. Iranian validation of thesomatization inventory (PHQ-15). Int J Psychol Behav Res. 2014;1(4):1-2.
27. 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.
28. Besharat, M. Emotion Regulation Difficulty Scale. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology, 2019; 13 (47): 89-92.
29. 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.
30. kermani mamazandi, Z., Tale Pasand, S. Psychometric Characteristics of Difficulties in Emotion Regulation Scale in Semnan University Students. Journal of Instruction and Evaluation, 2018; 11(42): 117-142.
31. Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee YW, Warren F, Howard S, Ghinai R, Fearon P, Lowyck B. Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. PLoS One. 2016 Jul 8; 11(7):e0158678.
32. Drogar, E., Fathi-Ashtiani, A., ashrafi, E. Validation and Reliability of the Persian Version of the MentalizationQuestionnaire. Journal of Clinical Psychology, 2020; 12(1): 1-12.
33. Hoermann S, Zupanick CE, Dombeck M. Attachment Theory Expanded: Mentalization.2013.
34. Mikulincer M, Shaver PR. Adult attachment and affect regulation. In: J Cassidy, PR Shaver (Eds.), Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. New York: Guilford Press; 2008.
35. Miller SA. Theory of mind: Beyond the preschool years. New York: Psychology Press; 2012.
36. Schroeder C, Gordon B. Measuring and treating childhood problems: A guide to clinical psychologists and psychiatrists. Translated by M Firuz Bakhteh. Tehran: Dange Publishing; 2004. [In Persian].

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]