

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 N², Yousefi N³, Tahmasebiashtiani E⁴

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.

نقش ذهنی سازی، دلبستگی ناایمن و بی نظمی هیجانی در پیش بینی علائم جسمانی سازی 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، واحد بین 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 روان شناختی همچون اضطراب و علائم جسمانی سازی در پرستاران پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش ذهنی سازی، دلبستگی ناایمن و بی نظمی هیجانی در پیش بینی علائم جسمانی سازی 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 بودند که 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. داده های 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 ذهنی سازی (عدم اطمینان)، دلبستگی ناایمن و بی نظمی هیجانی با علائم جسمانی سازی در پرستاران رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بین ذهنی سازی (اطمینان) با علائم جسمانی سازی در پرستاران رابطه منفی و معناداری وجود دارد. بین ذهنی سازی (عدم اطمینان)، دلبستگی ناایمن و بدتنظیمی هیجان با اضطراب کرونا در پرستاران رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بین ذهنی سازی (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 ذهنی سازی، دلبستگی ناایمن و بی نظمی هیجانی تبیین می شود.

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: ذهنی سازی، دلبستگی ناایمن، بی نظمی هیجانی، جسمانی سازی، 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 جسمانی سازی را به بار آورده

است (۱). شواهد پژوهشی بر روی جمعیت های عمومی نشان می دهد که علائم جسمانی سازی گزارش شده به طور مثبت با افسردگی و اضطراب مرتبط است (۲) پژوهش یان و همکاران در ۲۰۲۰ نشان دادند که بین علائم جسمانی سازی و سطح اضطراب در دو هفته اول شیوع ویروس کرونا ارتباط وجود دارد، با کاهش نمرات اضطراب،

شکایات جسمانی می‌شود، زیرا عاملیت شخصی را از بین می‌برد، استرس را افزایش می‌دهد و در نتیجه 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 نایمن 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 می‌یابند 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

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، اخیراً 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 از جمله 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 نایمن، بدتنظیمی هیجانی با علائم جسمانی شکل را نشان داده‌اند. این پژوهش‌ها گزارش نموده‌اند که طیف اختلالات جسمانی شکل احتمالاً 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 می‌کنند. 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

و علائم و شکایات جسمی، همچنین مشکلات بین فردی را تداوم می‌بخشد. پژوهش‌ها سطح بالای استرس را با ذهنی‌سازی مرتبط دانسته‌اند و این به نوبه خود، اختلال در تنظیم عواطف و روابط بین فردی را نیز به دنبال دارد. (۱۸). در درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی واقعیت درونی و بیرونی برابر است و آنچه فرد فکر می‌کند، واقعی تلقی می‌شود. هم ارزی روانی در ذهنی‌سازی به یکسان‌سازی درد روانی و جسمی و به علاوه فرسودگی عاطفی و جسمی نیز منجر می‌شود. درواقع، در حالت هم ارزی روانی، درد روانی به صورت درد بدنی تجربه می‌شود. این هم ارزی روانی (من خسته هستم) نه تنها بر خود فرد، بر بدن‌تنظیمی هیجانی و روابط بین فردی نیز تاثیر می‌گذارد (۱۹). لذا با توجه به مطالب مذکور، اختلال در ذهنی‌سازی، دلبستگی ناامن و ناتوانی در تنظیم هیجان، می‌تواند مشکلات اضطراب و علائم جسمانی‌سازی را به همراه داشته باشد.

بنابراین با توجه به شیوع بیشتر ویروس کرونا و همچنین افزایش پیامدهای روان‌شناختی همچون اضطراب و علائم جسمانی‌سازی در پرستاران، ضروری است که به سلامت روانی پرستاران توجه شود و به علاوه ضرورت ارزیابی و کاوش مولفه‌های روان‌شناختی مانند ذهنی‌سازی، دلبستگی ناایمن و بی‌نظمی هیجانی که در شکل‌گیری مشکلات اضطراب و علائم جسمانی‌سازی پرستاران موثر است، اهمیت دارد. 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 نقش ذهنی‌سازی، دلبستگی ناایمن و بی‌نظمی هیجانی در پیش‌بینی علائم جسمانی‌سازی و اضطراب کرونا پرستاران در طول اپیدمی بیماری کووید-۱۹ انجام شد.

روش کار

این مطالعه از نظر هدف کاربردی و روش گردآوری داده‌ها روش همبستگی، از نوع توصیفی بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های شهر کرج در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. نمونه پژوهش شامل ۲۲۰ نفر از پرستاران بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس و به صورت اینترنتی و از طریق شبکه‌های مجازی در پژوهش شرکت کردند میانگین سه پژوهش پیشین در این زمینه، حجم نمونه در این پژوهش را تعیین نموده است (۲، ۳، ۴).

این روش به دلیل شیوع بیماری کرونا انتخاب گردید. لینک پرسشنامه‌ها به مدت دو ماه ماه فعال باقی ماند و سرانجام ۲۲۰ پرسشنامه با حذف موارد ناقص بر روی جمعیت هدف به صورت مجازی اجرا و پاسخ‌ها جمع‌آوری گردید. روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین طراحی شد و در فضای مجازی از جمله (تلگرام، واتساپ، اینستاگرام) در بین پرستاران توزیع شد. توضیحات لازم از جمله هدف از پژوهش و نحوه پاسخ‌دهی به سوالات در پرسشنامه ارائه شد و افراد به صورت کاملاً دواطلبانه در این پژوهش شرکت کردند. معیارهای ورود نمونه به پژوهش شامل تمایل افراد به شرکت در پژوهش، داشتن مدرک کاردانی به بالا در رشته پرستاری و اشتغال در بیمارستان‌های مورد مطالعه در شهر کرج بود. معیار خروج از پژوهش نیز شامل تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه از طریق نرم افزار SPSS انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

پرسشنامه اضطراب کرونا ویروس: این ابزار جهت سنجش اضطراب ناشی از شیوع ویروس کرونا در کشور ایران توسط علی پور و همکاران (۲۰) تهیه و اعتباریابی شده است. نسخه نهایی این ابزار دارای هجده گویه و دو مولفه است. گویه‌های یک تا نه علائم روانی و گویه‌های ده تا هجده علائم جسمانی را می‌سنجند. این ابزار در طیف ۴ درجه ای لیکرت (هرگز، صفر تا همیشه: ۳) نمره گذاری می‌شود. بیشترین و کمترین نمره بین صفر تا ۵۴ خواهد بود. نمره بالا نشان‌دهنده سطح بالاتری از اضطراب در فرد است. پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای عامل اول ۰/۸۷، و عامل دوم ۰/۸۶، و برای کل پرسشنامه ۰/۹۱، به دست آمد، همچنین روایی آن با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی، تایید شده است (۲۰).

پرسشنامه سبک‌های دلبستگی بزرگسالان (AAI): پرسشنامه سبک‌های دلبستگی بزرگسال، با استفاده از مواد آزمون دلبستگی هازان و شیور (۲۱) ساخته و در مورد نمونه‌های دانشجویی، دانش‌آموزی و جمعیت ایرانی هنجاریابی شده است (۲۲). یک آزمون ۱۵ گویه ای است و سه سبک دلبستگی ایمن با سوالات ۶، ۷، ۸، ۹ و ۱۰؛ سبک دلبستگی ناایمن دوسوگرای اضطرابی با سوالات ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵؛ سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی با سوالات ۱، ۲، ۳،

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 (۲۷). 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). همچنین کرمانی و طالع پسند با اجرای پرسشنامه بر روی ۴۳۹ نفر از دانشجویان تمامی رشته های دانشگاه سمنان با روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی میزان بارهای عاملی این ابزار را بین ۰/۲ تا ۰/۵ و مورد تایید برآورد نمودند (۳۰).

پرسشنامه کنش وری تاملی: این پرسشنامه خودگزارش دهی ۲۶ ماده ای در قالب یک پژوهش سه مرحله ای ساخته شد و نتایج تحلیل عاملی، دو عامل اطمینان و عدم اطمینان در مورد حالات ذهنی خود و دیگران را نشان داد (۳۱). این پرسشنامه در طیف لیکرت هفت درجه ای از کاملاً ناموافق (۱) و کاملاً موافق (۷)، و برای زیر مقیاس عدم اطمینان به صورت معکوس نمره گذاری می شود. هنجارسازی این مقیاس در جامعه ایرانی انجام شده است. تحلیل عاملی اکتشافی این پرسشنامه در جامعه ایرانی نیز دو عامل اطمینان و عدم اطمینان را نشان داد، روای همگرایی آن از طریق همبسته کردن زیرمقیاس های آن با مقیاس ذهن آگاهی، پرسشنامه دلبستگی بزرگسال و مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی قابل قبول گزارش شد. همچنین پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برای عامل اطمینان ۰/۸۸ و برای عامل عدم اطمینان ۰/۶۶ بود (۳۲).

یافته ها

در ادامه به بررسی تحلیل داده های گردآوری شده پرداخته می شود. در ابتدا درصد و فراوانی یافته جمعیت شناختی و سپس شاخص های توصیفی میانگین و انحراف معیار، کجی و کشیدگی متغیرها به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل آمده است. به علاوه نتایج ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرها بیان شده و خلاصه ضرایب رگرسیون چندگانه متغیرها گزارش شده است به عبارتی تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون

۴ و ۵ را اندازه گیری می کند. سوالات پرسشنامه توسط علامت گذاری روی یک مقیاس ۵ درجه ای از نوع لیکرت شامل هرگز نمره ۰، به ندرت نمره ۱، بعضی اوقات نمره ۲، اغلب اوقات نمره ۳ و تقریباً همیشه نمره ۴ نمره گذاری می شود. هازا و شیور (۲۱) پایایی بازآزمایی کل این پرسشنامه را ۰/۸۱ و کولینز و رید (۲۳) نیز پایایی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آوردند. روایی مقیاس دلبستگی کولینز و رید به استخراج سه عامل عمده منجر شد که توسط پژوهشگران به عنوان ظرفیت پیوستن به روابط صمیمی و نزدیک تفسیر می شود.

پرسشنامه جسمانی کردن (PHQ-15): پرسشنامه ۱۵ سوالی برای اندازه گیری عاثم جسمی و غربالگری اختلال جسمانی کردن می باشد. این مقیاس قسمتی از پرسشنامه کامل PHQ می باشد و میزان بروز ۱۵ علامت جسمانی آزاددهنده را از پاسخ دهنده ها می پرسد، ۱۴ مورد از این ۱۵ مورد شایع ترین علائم جسمانی کردن می باشد که در ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال روانی مطرح شده است (۲۴). در مطالعه ای که توسط سینگ لی و هکاران (۲۵) انجام شد آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برای این پرسشنامه گزارش شده است. هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط عبدالمحمدی و همکاران (۲۶) انجام گرفته است روایی همزمان این پرسشنامه با مقیاس جسمانی کردن SCL-90، ۰/۷۴ می باشد و همسانی درونی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ 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 (۲۷) 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، تقریباً هرگز=۱، به ندرت=۲، بعضی وقت ها=۳، اغلب=۴، تقریباً همیشه=۵. برای نمره گذاری، ابتدا نمره گویه های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶ هر یک از زیرمقیاس های شش گانه با جمع نمره گویه های هر زیر مقیاس محاسبه می شود (۲۸). نتایج پژوهش گراتز و رومر حاکی از آن است که پایایی این مقیاس به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲

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

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 حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگ تر از حد مجاز ۱۰ نمی باشند. بنابراین بر اساس دو شاخص ذکر شده وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیش بین مشاهده نشد. (جدول ۲) شاخص های توصیفی را نشان می دهد.

(جدول ۱) 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 ($P > 0.05$). همچنین مقادیر چولگی و کشیدگی نیز نشان دهنده نرمال بودن متغیرها بود. مقدار آماره دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ قرار داشت که

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

متغیرهای پژوهش	تعداد	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
علائم جسمانی سازی	۲۲۰	۱۱/۱۰	۲/۲۱۶	۰/۴۹۲	-۱/۳۲۹
اضطراب کرونا	۲۲۰	۲۸/۴۹	۱۰/۲۶۹	۰/۱۰۰	-۱/۵۳۷
ذهنی سازی	۲۲۰	۱۵/۴۲	۶/۰۱۵	۰/۲۵۹	-۱/۷۸۶
عدم اطمینان (عدم قطعیت)	۲۲۰	۱۶/۵۴	۵/۰۰۱	۰/۱۵۳	-۱/۷۰۰
دلبستگی نایمن	۲۲۰	۹/۲۴	۳/۵۱۱	۰/۲۴۵	-۱/۷۳۳
دلبستگی اجتنابی	۲۲۰	۱۰/۰۹	۳/۴۹۰	۰/۰۷۹	-۱/۴۰۵
عدم پذیرش پاسخ های 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	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

سارا شمس و همکاران

هیجان با علائم جسمانی سازی و اضطراب کرونا در پرستاران از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج آن در (جدول ۳) آمده است.

بعد از بررسی یافته های توصیفی و پیش فرض های همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره در ابتدا برای بررسی رابطه بین ذهنی سازی، دلبستگی نایمن و بدتنظیمی

جدول ۳: نتایج ماتریس همبستگی پیرسون بین ذهنی سازی، دلبستگی نایمن و بدتنظیمی هیجان با علائم جسمانی سازی و اضطراب کرونا در پرستاران

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱-علائم جسمانی سازی	۱											
۲-اضطراب کرونا	۰.۵۵/۰۰۰	۱										
۳-اطمینان (قطعیت)	۰.۱۵/۰۰۰	۰.۱۸/۰۰۰	۱									
۴-عدم اطمینان (عدم قطعیت)	۰.۱۵/۰۰۰	۰.۱۶/۰۰۰	۰.۱۰/۰۰۰	۱								
۵-دلبستگی دوسوگرا	۰.۱۰/۰۰۰	۰.۱۵/۰۰۰	۰.۱۶/۰۰۰	۰.۷۶/۰۰۰	۱							
۶-دلبستگی اجتنابی	۰.۱۱/۰۰۰	۰.۱۳/۰۰۰	۰.۰۵/۰۰۰	۰.۱۵/۰۰۰	۰.۸۸/۰۰۰	۱						
۷-عدم پذیرش پاسخ هیجانی	۰.۰۶/۰۰۰	۰.۰۵/۰۰۰	۰.۱۸/۰۰۰	۰.۰۶/۰۰۰	۰.۱۶/۰۰۰	۰.۱۵/۰۰۰	۱					
۸-دشواری در رفتار هدفمند	۰.۱۰/۰۰۰	۰.۱۱/۰۰۰	۰.۰۷/۰۰۰	۰.۱۳/۰۰۰	۰.۱۸/۰۰۰	۰.۱۷/۰۰۰	۰.۸۷/۰۰۰	۱				
۹-دشواری کنترل تکانه	۰.۱۱/۰۰۰	۰.۱۰/۰۰۰	۰.۱۸/۰۰۰	۰.۱۱/۰۰۰	۰.۰۶/۰۰۰	۰.۱۷/۰۰۰	۰.۸۸/۰۰۰	۰.۸۵/۰۰۰	۱			
۱۰-فقدان آگاهی هیجانی	۰.۰۷/۰۰۰	۰.۰۶/۰۰۰	۰.۱۶/۰۰۰	۰.۰۵/۰۰۰	۰.۱۱/۰۰۰	۰.۰۶/۰۰۰	۰.۱۸/۰۰۰	۰.۱۳/۰۰۰	۰.۰۸/۰۰۰	۱		
۱۱-دسترسی محدود به راهبردها	۰.۰۵/۰۰۰	۰.۰۷/۰۰۰	۰.۱۶/۰۰۰	۰.۱۶/۰۰۰	۰.۱۱/۰۰۰	۰.۰۷/۰۰۰	۰.۰۸/۰۰۰	۰.۱۵/۰۰۰	۰.۱۶/۰۰۰	۰.۷۶/۰۰۰	۱	
۱۲-فقدان شفافیت هیجانی	۰.۰۵/۰۰۰	۰.۰۷/۰۰۰	۰.۱۶/۰۰۰	۰.۱۶/۰۰۰	۰.۱۱/۰۰۰	۰.۰۷/۰۰۰	۰.۰۸/۰۰۰	۰.۱۵/۰۰۰	۰.۱۶/۰۰۰	۰.۷۶/۰۰۰	۰.۸۶/۰۰۰	۱

معنادر در سطح ۰.۰۱/۰۰۰* معنادر در سطح ۰.۰۵/۰۰*

و $(\text{Sig}=0/001)$ ، دشواری در بکارگیری رفتارهای هدفمند $(I=0/603)$ و $(\text{Sig}=0/001)$ ، دشواری کنترل تکانه $(I=0/614)$ و $(\text{Sig}=0/001)$ ، فقدان آگاهی هیجانی $(I=0/608)$ و $(\text{Sig}=0/001)$ ، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی $(I=0/456)$ و $(\text{Sig}=0/001)$ و فقدان شفافیت هیجانی

بر اساس (جدول ۳) نتایج ماتریس ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین مولفه ذهنی سازی یعنی عدم اطمینان $(I=0/449)$ و $(\text{Sig}=0/001)$ ، دلبستگی دوسوگرا $(I=0/502)$ و $(\text{Sig}=0/001)$ ، دلبستگی اجتنابی $(I=0/412)$ و $(\text{Sig}=0/001)$ ، عدم پذیرش پاسخ های هیجانی $(I=0/640)$

($R^2=0/546$ و $Sig=0/001$) با علائم جسمانی سازی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بین مولفه ذهنی سازی یعنی اطمینان ($R^2=0/623$ و $Sig=0/001$) با علائم جسمانی سازی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. بین مولفه ذهنی سازی یعنی عدم اطمینان ($R^2=0/674$ و $Sig=0/001$)، دل بستگی دوسوگرا ($R^2=0/543$ و $Sig=0/001$)، دل بستگی اجتنابی ($R^2=0/358$ و $Sig=0/001$)، عدم پذیرش پاسخ های هیجانی ($R^2=0/736$ و $Sig=0/001$)، دشواری در بکارگیری رفتارهای هدفمند ($R^2=0/623$ و $Sig=0/001$)، دشواری کنترل تکانه ($R^2=0/704$ و $Sig=0/001$)، فقدان آگاهی هیجانی ($R^2=0/664$ و $Sig=0/001$) و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم

هیجانی ($R^2=0/653$ و $Sig=0/001$) و فقدان شفافیت هیجانی ($R^2=0/656$ و $Sig=0/001$) با اضطراب کرونا رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بین مولفه ذهنی سازی یعنی اطمینان ($R^2=0/713$ و $Sig=0/001$) 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 (جدول ۴) آمده است.

جدول ۴: خلاصه ضرایب رگرسیون چندگانه علائم جسمانی بر اساس ذهنی سازی، دل بستگی نالایمن 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	
دل بستگی دوسوگرا	۰/۲۸۲	۰/۴۴۶	۳/۳۷۹**	۰/۰۰۱	۰/۱۱۵	۸/۶۶۸	
دل بستگی اجتنابی	۰/۲۱۶	۰/۲۲۵	۳/۳۱۵**	۰/۰۳۳	۰/۳۲۳	۳/۰۹۶	
عدم پذیرش پاسخ های 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	

$$R=0/761; R^2=0/579; F=28/771^{**}; R^2 \text{ تعدیل شده} = 0/559$$

**معنادار در سطح ۰/۰۱

که نشان می دهد ذهنی سازی، دل بستگی نالایمن 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 ذهنی سازی، دل بستگی نالایمن و بدتنظیمی هیجان آمده است.

با توجه (جدول ۴) نتایج نشان داد که ضریب همبستگی چندگانه بین ذهنی سازی، دل بستگی نالایمن 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 ذهنی سازی، دل بستگی نالایمن 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

جدول ۵: خلاصه ضرایب رگرسیون چندگانه اضطراب کرونا بر اساس ذهنی سازی، دلبستگی نایمن 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 پاسخ های 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	

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

**معنادار در سطح ۰/۰۱

استرس را احتمال دارد که بیشتر در معرض جسمانی سازی باشند. همچنین در شرایط استرس را پرستاران ظرفیت باز نمود تکانه ها و احساسات بدنی خود را ندارند و به عبارت بهتر آنان توانایی نمادسازی و ذهنی سازی احساسات را در شرایط استرس را از دست می دهند، در نتیجه سعی می کنند از طریق بدن درونیات خود را بیان نمایند (۱۸) درحالی که ظرفیت ذهنی سازی، میزان جسمانی سازی را کاهش می دهد. به عبارت دیگر حالت هم ارزی روانی رخ نمی دهد و درد روانی به صورت درد جسمی تجربه نمی شود (۱۹). همچنین برخی پژوهشگران نیز بر رابطه مشکل در تنظیم هیجان و اختلال جسمانی سازی و علائم شبه جسمی تاکید نموده اند. آنان معتقدند که علائم بدنی همراه با هیجانات در افرادی که در استفاده از منابع شناختی تنظیم هیجان نقص دارند، افزایش می یابد. در واقع این افراد حس های فیزیولوژیک ناشی از هیجانات خود را به بیماری جسمی ارتباط می دهند (۱۴). اختلال در ذهنی سازی می تواند خود ناتوانی در تنظیم هیجان را به دنبال داشته باشد و این نیز به نوبه خود به تقویت علائم جسمانی سازی کمک کند. دلبستگی همچنین شیوه مواجهه افراد در برابر شرایط استرس را تحت تاثیر قرار می دهد، افراد با دلبستگی نایمن هنگام مواجهه با شرایط استرس را از دریافت کمک و ارتباط با دیگران ناتوان هستند یا بیش از حد به دیگران می چسبند و یا دوری گزینی می کنند، در نتیجه این افراد هیجانات و محتویات

با توجه (جدول ۵) نتایج نشان داد که ضریب همبستگی چندگانه بین ذهنی سازی، دلبستگی نایمن و بدتنظیمی هیجان با اضطراب کرونا برابر ۰/۷۴۶ است. بر اساس مقدار ضریب تعیین ۵۵/۶ درصد از واریانس اضطراب کرونا بر اساس ذهنی سازی، دلبستگی نایمن 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 ذهنی سازی، دلبستگی نایمن 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 ذهنی سازی، دلبستگی نایمن و بی نظمی هیجانی در پیش بینی علائم جسمانی سازی و اضطراب کرونا پرستاران در طول اپیدمی بیماری کووید-۱۹ انجام شد. نتایج ضرایب همبستگی نشان داد که علائم جسمانی سازی در پرستاران با ذهنی سازی (مولفه اطمینان) رابطه منفی و با دلبستگی نایمن و بدتنظیمی هیجان رابطه مثبت دارد. از پژوهش های (۲، ۳، ۱۴) می توان هم به طور مستقیم و هم غیر مستقیم چنین نتایجی را از آن ها استنتاج نمود. در تبیین یافته های این نتایج می توان اظهار داشت که پرستاران به سبب مواجهه با موقعیت های

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 در نتیجه افراد توانایی تنظیم استرس و هیجانات خود را از دست می‌دهند، درواقع به جای کلام، با بدن به شرایط استرس‌زا 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 بین فردی 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 جسمانی‌سازی نیز کاهش می‌یابند. بنابراین سبک دلبستگی ناایمن پرستاران به علاوه ناتوانی در تنظیم هیجان و مهمتر از آن اختلال در ذهنی‌سازی این جمعیت می‌تواند 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).

نتیجه‌گیری

در مجموع می‌توان گفت ذهنی‌سازی، دلبستگی ناایمن و بدتنظیمی هیجان در پیش‌بینی 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 جمع‌آوری اطلاعات همچون مصاحبه فردی و مشاهده استفاده شود

پژوهش همکاری صمیمانه داشته اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌نماییم.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ تضاد منافی وجود ندارد. همچنین، برای اجرای ملاحظات اخلاقی در این پژوهش کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا مورد توجه قرار گرفت.

نا اطلاعات کامل‌تر و دقیق‌تر به دست آید. به علاوه پیشنهاد می‌شود که متغیرهای شخصیت دیگر در حوزه روان‌پویشی به عنوان متغیر تعدیل کننده- جهت طراحی مداخلات اثربخش برای علائم جسمانی‌سازی و همچنین اضطراب کرونا- وارد شود، تا گام مهمی در راستای درمان آن دسته از پرستارانی که از علائم جسمانی‌سازی و اضطراب کرونا رنج می‌برند برداشته شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمامی پرستاران شهر کرج که در این

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

- 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 the somatization 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 Mentalization Questionnaire. *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].