

رابطه ساده، چندگانه و کانونی بین آلکسی تیمیا و استرس ادراک شده با سلامت روان

دکتر کیومرث بشلیده

دانشیار روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

علی زکی بی^۱

پژوهشگر مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

زینب صحرائی

کارشناس ارشد روان‌شناسی

نادر رجیبی گیلان

پژوهشگر مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

امید محمدی عسکری آبادی

کارشناس ارشد مشاوره خانواده و عضو موسسه روان پویش

چکیده

با توجه به اهمیت موضوع سلامت روان دانشجویان، پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه آلکسی تیمیا و استرس ادراک شده با سلامت روان دانشجویان انجام گرفت. طرح پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی بود؛ جامعه آماری پژوهش شامل همه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بود که در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ مشغول به تحصیل بوده، در فاصله سنی ۱۸ تا ۳۱ قرار داشتند. از بین آنان نمونه‌ای به روش تصادفی طبقه‌ای به حجم ۵۹۱ نفر انتخاب شد. ابزار گردآوری داده‌های پژوهش، پرسشنامه‌های آلکسی تیمیا تورنتو (بگبی، پارکر و تیلور)، استرس ادراک شده کوهن (کوهن و همکاران) و سلامت روان GHQ-28 (گلدبرگ) بود. برای تحلیل داده‌ها نیز از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون و همبستگی کانونی استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد بین آلکسی تیمیا و استرس

^۱. نویسنده مسئول

آدرس پست الکترونیکی: zakieiali@yahoo.com

وصول: ۱۳۹۳/۱۱/۱۳ - پذیرش: ۱۳۹۴/۰۴/۱۶

ادراک شده با افسردگی، اضطراب، شکایات جسمانی، کارکرد اجتماعی و نمره کل سلامت روان ضریب همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. نتایج پژوهش نشان داد که سلامت روان توسط آلکسی تیمیا و استرس ادراک شده تبیین می شود. بر این اساس، خرده مقیاس دشواری در شناسایی احساسات و استرس ادراک شده توان پیش بینی نمره کل سلامت روان را دارند. نتایج هم چنین نشان داد که برای پیش بینی متغیر ترکیبی حاصل از مؤلفه های سلامت روان، وزن استرس ادراک شده بیشتر است و این، یعنی توان استرس ادراک شده برای پیش بینی سلامت روان از آلکسی تیمیا بیشتر است. بنابراین برای درمان اختلال های روانی باید این نکته را در نظر داشت.

واژه های کلیدی: آلکسی تیمیا، استرس ادراک شده، سلامت روان

The Simple, Multiple, and canonical Relationship between Alexithymia and Perceived Stress with General Health

Beshlideh, K., Zakiei, A., Sahraei, Z., Rajabigilan, N., mohammadi, O

Abstract

Given the importance of mental health among students, the present study was conducted to investigate the relationship between alexithymia and perceived stress with mental health. This study was a descriptive correlation, and Statistical population included all students in Medical Sciences University of Kermanshah at the academic year 2013-2014. Using Stratified sampling 591 students were selected and were asked to complete Toronto alexithymia scale (Bagbi, Parker & Taylor, 1994), Cohen's perceived stress (Cohen, and et al, 1983), and Mental Health GHQ-28 (Goldberg, 1972). Pearson correlation, regression and focal correlation were performed. The results showed that mental health and perceived stress is explained by alexithymia. Results showed that there is significant positive relationship between alexithymia and perceived stress with depression, anxiety, physical complaints, social function, and the total score of mental health. The results Indicated that mental health is explained by alexithymia and perceived stress, and the total score of mental health could be predicted by the subscales difficulty in identifying feelings and perceived stress. The results also indicated that perceived stress is the best inverse predictor of mental health, so this fact should be considered for treatment of Mental Disorders.

Key words: alexithymia, perceived stress, mental health

مقدمه

یکی از محورهای ارزیابی سلامت هر جامعه، بهداشت روان آن جامعه است. بی‌گمان، سلامت روان نقش برجسته‌ای در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند (شیریم، سودانی و شفیع‌آبادی، ۱۳۸۸). از سوی دیگر، دانشجویان از اقشار برگزیده جامعه و سازندگان فردای کشور هستند؛ بنابراین سلامت روانی آنان از اهمیت ویژه‌ای در یادگیری و افزایش آگاهی علمی برخوردار است (ساکي و کيخانی، ۱۳۸۱). برخی از پژوهش‌ها به شیوع اختلال‌های روانی در دانشجویان اشاره داشته‌اند؛ مثلاً نتایج یک پژوهش شیوع اختلال‌های روانی در دانشجویان را ۴۳/۳ درصد گزارش کرده است (موسوی، تقوی و نعمت‌زاده، ۱۳۹۱). پژوهش دیگری این اختلال‌ها را در دانشجویان علوم پزشکی کشور ۱۵/۶ درصد (شریعتی، کفاشی، قلعه‌بندی، فاتح و عبادی، ۱۳۸۱) و در دانشجویان علوم پزشکی تهران ۴۴ درصد (اسدی، نخعی، نجفی و فاضل، ۲۰۰۷) گزارش کرده‌اند. به نظر می‌رسد شناسایی عوامل مرتبط با سلامت روان دانشجویان بتواند در درمان و پیشگیری مفید باشد؛ یکی از این عوامل مرتبط می‌تواند آلکسی‌تیمیا^۱ باشد؛ زیرا موتان (۲۰۰۷) معتقد است افرادی که توانایی شناخت احساسات خود را دارند و حالت‌های هیجانی خود را به گونه‌ای مؤثر ابراز می‌کنند، بهتر می‌توانند با مشکلات زندگی روبرو شوند و در سازگاری با محیط و دیگران موفق‌ترند که در نتیجه، این افراد از سلامت روانی بیشتری برخوردار خواهند بود.

در حقیقت، آلکسی‌تیمیا سازه‌ای است که برای اولین بار توسط سیفنوس (۱۹۷۳) مطرح شد. این سازه، به ناتوانی در تشخیص و بیان احساسات، استفاده عینی از کلام و تفکر مرتبط با رویدادهای بیرونی و هم‌چنین کمبود در خیال‌پردازی‌های زندگی اشاره دارد که دارای چهار ویژگی اصلی است: ۱. ناتوانی در جداسازی احساسات، ۲. ناتوانی در توصیف احساسات، ۳. تخیل‌های به‌هم‌فشرده و ۴. سبک‌های شناخت عینی (چامبرز، گولن

¹. Alexithymia

و آلن، ۲۰۰۹؛ کری بیگ، ۲۰۱۰). برخی دیگر، آلکسی تیمیا را کاهش توانایی فرد برای شناسایی و توصیف احساسات و ناتوانی در تشخیص تفاوت بین احساسات می‌دانند (پرسلی، گویدی، سیری، گراندی، گراسی، اتولینی و همکاران، ۲۰۱۳).

عده‌ای دیگر معتقدند که آلکسی تیمیا یک صفت شخصیتی است که شامل اختلال‌هایی در ادراک موقعیت‌های بدنی، پاسخ‌های شناختی به آن موقعیت‌ها و ارتباط‌های کلامی می‌شود (لمچ، چابن و لمچ، ۲۰۱۴). از دیدگاه علوم شناختی، هیجان‌ها به عنوان دسته‌ای از طرحواره‌های مبتنی بر پردازش اطلاعات شناخته می‌شوند که شامل فرایندها و تجسم‌های نمادین و غیرنمادین هستند (لومینت، ۲۰۰۶). افرادی که به ناتوانی هیجانی مبتلا می‌شوند، قادر نیستند هیجان‌های خود را تشخیص و تمیز دهند و نمی‌توانند افکار و احساسات خود را درک و توصیف کنند (لی و همکاران، ۲۰۱۰). هم‌چنین، این افراد تهییج‌های بدنی بهنجار را بزرگ می‌کنند و نشانه‌های بدنی انگیزختگی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند (احدی، ۱۳۸۸؛ لی، یو، چو، چو و کو، ۲۰۱۰). این نارسایی مانع تنظیم هیجان‌ها شده و سازگاری موفقیت‌آمیز را دشوار می‌سازد (سرانی، ۲۰۱۰). برخی پژوهش‌ها به ارتباط این صفت شخصیتی با پردازش روان‌شناختی اشاره کرده‌اند (لمچ، سورگولادز، گیانیتر، برامر، ویلیام، سیرا و همکاران، ۲۰۱۳).

بسیاری از پژوهشگران عنوان کرده‌اند که آلکسی تیمیا افراد را در معرض خطر بالاتری برای اختلال‌های روان‌پزشکی و پزشکی قرار می‌دهد (از جمله سیزرنکا و سزیمورا، ۲۰۰۸؛ ریک و وانهوله، ۲۰۰۷؛ روفر، هاند، براتز، آلزین و فریکه، ۲۰۰۴؛ داگوش، ۲۰۰۳؛ به نقل از داودی و افشاری، ۱۳۹۰؛ گالیا، لای، اکتو، لوسیانی، ساماردسو، لای و همکاران، ۲۰۱۵). در پژوهشی که توسط بشارت، کریمی، قربانی و رحیمی (۲۰۱۰) انجام شد، نتایج نشان داد هر چه فرد از پردازش و تنظیم بهتر موقعیت‌ها، توانایی شناختی و هیجان بهتری برخوردار باشد و بهتر و سریع‌تر بتواند موقعیت‌های هیجانی را تشخیص دهد، کمتر به این بیماری که نوعی نقص در پردازش و تنظیم هیجان‌هاست، مبتلا می‌شود.

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بین آلکسی تیمیا با افسردگی (مکوندی، حیدرئی، شهنی بیلاق، نجاریان و عسکری، ۱۳۹۱؛ دالباک، اورن، آلدامیر، کوسکن، گول

بیلدیریم و اوگرلو، ۲۰۱۳)، صفات شخصیتی پارانوئیدی (ریک و وانهوله، ۲۰۰۷)، صفات روان‌رنجورخویی (داودی و افشاری، ۱۳۹۰)، شدت علایم افسردگی (ساری جاروی و همکاران، ۲۰۰۶؛ هنکالامپی و همکاران، ۲۰۰۱؛ ساری جاروی و سالمینن تویکاکا، ۲۰۰۱)، افسردگی اساسی (احدی، ۱۳۸۸)، استرس پس از سانحه، سوء استفاده از مواد و وابستگی به آن‌ها، اختلال جسمانی کردن، اختلال وحشت‌زدگی و هراس (تیلور و باگبی، ۲۰۰۴؛ به نقل از احدی، ۱۳۸۸)، تشدید درماندگی روان‌شناختی (مظاهری، افشار، محمدی، دقایق زاده، باقریان و ادیبی، ۱۳۸۹)، اختلال هراس (مظاهری و افشار، ۱۳۸۹)، اختلالات خوردن (اریکسون، گوستاوسون، هیلدینگ، گراناث، اکبوم و استنسون، ۲۰۱۲) و دیگر اختلال‌های روانی (زکی‌بی و کرمی، ۱۳۹۲) رابطه معناداری وجود دارد. در مجموع، پژوهش حاکی از آن است که این صفت شخصیتی یک عامل مرتبط با سلامت روان است (زکی‌بی، کرمی، علیخانی، قاسمی و رجبی، ۲۰۱۴).

از دیگر عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان، استرس ادراک‌شده^۱ است. استرس ادراک‌شده عبارت است از واکنش بدن به تغییری که مستلزم سازگاری یا پاسخ جسمی، ذهنی یا هیجانی است (بهروزی، شهنی بیلاق و پورسعید، ۱۳۹۱). در ابتدا عقیده اصلی بر این بود که یکی از عوامل مهم در تبیین‌های روان‌شناختی بیماری و سلامت، رخداد‌های استرس‌زای زندگی است. پیش‌فرض اصلی این بود که هرچه فرد رخداد‌های استرس‌زای بیشتری را تجربه کند، با احتمال بیش‌تری به انواع اختلال‌ها دچار می‌شود (سلیگمن، والکر و روزنهان، ۲۰۰۱). با این وجود، این که رخداد‌های استرس‌زای زندگی چه قدر بر سلامت جسمانی و روان‌شناختی اثر مستقیم دارند، هنوز به شدت مورد بحث است (بیسلی، تامپسون و دیویسون، ۲۰۰۳)؛ چراکه ویژگی خاص یک محرک استرس‌زا، معیار قابل اعتمادی برای تعیین درجه استرس و مقدار تأثیر آن بر سلامت جسمانی و روان‌شناختی فرد نیست. بسیاری از عوامل می‌توانند تأثیرات منفی استرس را تغییر دهند یا بعضی از تأثیرات

^۱. Perceived stress

آن که می‌تواند سلامت را به خطر اندازد، پیش‌گیری کنند (دیماتئو، ۱۹۹۱؛ به نقل از سپهوند و زمانی، ۱۳۸۷). نکته حایز اهمیت در بحث استرس این است که نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد بین استرس ادراک شده با سلامت عمومی رابطه معناداری وجود دارد (سپهوند و زمانی، ۱۳۸۷). با توجه به اهمیت موضوع سلامت روان در دانشجویان و اهمیت استرس ادراک شده، تنظیم هیجان و بیان عواطف در زندگی شخصی و اجتماعی، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه آلکسی تیمیا و استرس ادراک شده با سلامت روان دانشجویان انجام گرفت.

روش

روش پژوهش یا توجه به موضوع و اهداف تحقیق، توصیفی از نوع همبستگی بود. **جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری:** جامعه آماری پژوهش شامل همه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بود که در سال تحصیلی ۱۳۹۲-۹۳ مشغول به تحصیل بوده، در فاصله سنی ۱۸ تا ۳۱ قرار داشتند یا قبلاً در دوره دیگری به تحصیل مشغول نبوده‌اند. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر، روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای بود؛ بدین ترتیب هر دانشکده به عنوان یک طبقه مجزا در نظر گرفته شد و سپس به نسبت، از هر دانشکده به صورت تصادفی از بین دانشجویانی که به مشارکت در تحقیق علاقمند بودند، تعداد ۵۹۱ نفر با استفاده از فرمول کوکران به عنوان نمونه انتخاب شدند. لازم به توضیح است که بر اساس فرمول کوکران و حجم جامعه آماری این تحقیق ($N=3730$)، حجم نمونه ۳۴۸ نفر به دست آمد که برای افزایش دقت مطالعه، رقم یادشده در عدد ۱/۷ ضرب و رقم ۵۹۱ نفر حاصل شد که در نهایت تعداد ۵۴۸ نفر مبنای تحلیل نهایی قرار گرفت.

پس از تنظیم پرسشنامه‌ها و انتخاب آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار آن‌ها قرار گرفت. سپس، توضیحات لازم از سوی پژوهشگر درباره نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها به دانشجویان ارائه شد. از آزمودنی‌ها خواسته شد اگر در فرایند تکمیل پرسشنامه با مشکلی مواجه شدند، از پژوهشگر درخواست کنند توضیح بیشتری ارائه دهد.

دانشجویان انتخاب شده، پس از اعلام رضایت برای شرکت در پژوهش و دریافت تضمین لازم مبنی بر این که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند، به تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام کردند. پس از تکمیل پرسشنامه توسط آزمودنی‌ها که به شکل انفرادی و در حضور پژوهشگر بود، پرسشنامه‌های پژوهش جمع‌آوری شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS و روش‌های آماری همبستگی پیرسون، همبستگی کانونی و تحلیل رگرسیون استفاده شده است.

ابزار:

پرسشنامه سلامت روان (GHQ): برای سنجش سلامت روانی شرکت‌کنندگان از پرسشنامه ۲۸ سوالی گلدبرگ (۱۹۷۲) استفاده است. این پرسشنامه شامل چهار خرده‌مقیاس علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است. بدین ترتیب از این پرسشنامه پنج نمره مجزا به دست می‌آید. ضرایب پایایی خرده‌مقیاس‌های چهارگانه به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای هر کدام از این زیرمقیاس‌ها ۰/۹۲، ۰/۸۸، ۰/۹۱ و ۰/۸۳ گزارش شده است. هم‌چنین، ضریب پایایی با استفاده از روش اعتبار اسپیرمن- براون برابر با ۰/۸۴ برآورد شده است. براساس محاسبات انجام شده ضریب هماهنگی درونی مقیاس‌ها بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ و برای کل مقیاس‌ها برابر با ۰/۸۳ برآورد شده است (کرمی، زکی‌بی و محبی، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۱ به دست آمد.

مقیاس آلکسی تیمیا (FTAS-20): ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس آلکسی تیمیا تورنتو-۲۰ در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است (زکی‌بی، ۱۳۹۱). در نسخه فارسی مقیاس آلکسی تیمیا تورنتو-۲۰ ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل آلکسی تیمیا و سه زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی مناسب مقیاس است. پایایی بازآزمایی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت، با فاصله چهار هفته از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ برای نمره کل آلکسی تیمیا و

زیرمقیاس‌های مختلف آن تأیید شد. روایی هم‌زمان مقیاس آلکسی تیمیا تورنتو-۲۰ بر حسب همبستگی بین زیر مقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و تأیید شد. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس آلکسی تیمیای کل با هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی همبستگی معنی‌دار وجود دارد. ضرایب همبستگی بین زیر مقیاس‌های آلکسی تیمیا و متغیرهای یادشده نیز معنی‌دار بودند (زکی‌بی، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۶ به دست آمد.

مقیاس استرس ادراک شده: این مقیاس توسط کوهن در سال ۱۹۸۳ تهیه شده، دارای سه نسخه ۱۴ ماده‌ای است که برای سنجش استرس معمولی درک شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود. این مقیاس برای گروهی از جامعه طراحی شده است که حداقل دارای تحصیلات دیپلم هستند. کوهن، کامارک و مرستلین (۱۹۸۳) برای این مقیاس آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و ۰/۸۶ را گزارش کرده‌اند (کوهن، کامارک و مرستلین، ۱۹۸۳). در پژوهشی که توسط قربانی، واتسون، دیویسون و ماک (۲۰۰۲) صورت گرفت، آلفای کرونباخ مقیاس در نمونه آمریکایی ۰/۸۶ و در نمونه ایرانی ۰/۸۱ محاسبه شد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۸ به دست آمد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد مربوط به متغیرهای پژوهشی در جدول یک آمده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد مربوط به متغیرهای پژوهشی در نمونه بررسی شده

متغیر	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین	انحراف استاندارد
الکسی تیمیا	۲۶	۷۹	۴۷/۸۶	۱۰/۱۵
روان‌شناختی	۰	۲۱	۳/۷	۴/۴۴
	۰	۲۱	۵/۷۴	۴/۳۱
	۰	۱۹	۵/۶۴	۳/۲۴
	۰	۱۸	۱۰/۸۲	۳/۴۶
	۳	۷۶	۲۵/۹۶	۱۱/۷۷
استرس ادراک شده	۱۹	۶۲	۴۰/۰۵	۷/۰۱

در جدول دو ضرایب همبستگی بین آلکسی تیمیا و استرس ادراک شده با سلامت روان و مؤلفه‌های آن آمده است.

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین آلکسی تیمیا و استرس ادراک شده با سلامت روان و مؤلفه‌های آن

سلامت روان	افسردگی	عملکرد اجتماعی	اضطراب	شکایت جسمی	شاخص	
۰/۴۸	۰/۴۳	۰/۱۷	۰/۴۳	۰/۳۷	همبستگی	دشواری در شناسایی احساسات
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	معناداری	
۰/۲۷	۰/۲۳	۰/۱۴	۰/۲۳	۰/۲۲	همبستگی	دشواری در توصیف احساسات
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۶	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	معناداری	
۰/۱۴	۰/۱۱	۰/۱۷	۰/۱۰	۰/۰۵	همبستگی	تفکر بیرونی
۰/۰۰۵	۰/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۰۴	۰/۳۶	معناداری	
۰/۴۴	۰/۳۸	۰/۲۱	۰/۳۸	۰/۳۴	همبستگی	نمره کل آلکسی تیمیا
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	معناداری	
۰/۶۳	۰/۴۹	۰/۴۶	۰/۵۷	۰/۳۷	همبستگی	استرس ادراک شده
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	معناداری	

نتایج تحلیل نشان داد که بین آلکسی تیمیا با شکایات جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی و نمره کل سلامت روان ضریب همبستگی مثبت وجود دارد؛ بر این اساس بین استرس ادراک شده نیز با شکایات جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، و افسردگی و هم چنین نمره کل سلامت روان ضریب همبستگی مثبت وجود دارد. این ضرایب همبستگی در سطح ۰/۰۰۱ معنادارند.

جدول ۳. ضرایب استاندارد، ضرایب ساختاری و دیگر شاخص‌های تحلیل همبستگی بنیادی

ضرایب			متغیرها
واریانس مشترک	ضرایب ساختاری	ضرایب استاندارد	
	-۰/۵۹	-۰/۱۴	دشواری در شناسایی احساسات
	-۰/۳۷	-۰/۰۵	دشواری در توصیف احساسات
۰/۴۸ = لمبدای ویلکز	-۰/۲۶	-۰/۱۵	تفکر بیرونی
RS=۰/۵۲	-۰/۹۷	-۰/۸۸	استرس ادراک شده
F=۱۷/۵۱	-۰/۶۰	-۰/۱۴	افسردگی
P<۰/۰۰۱	-۰/۸۶	-۰/۵۲	اضطراب
	-۰/۶۵	-۰/۴۵	کارکرد جسمی
	-۰/۷۷	-۰/۲۲	شکایات جسمانی

شاخص‌های تحلیل همبستگی در جدول سه نشان می‌دهند که از میان متغیرهای پیش‌بین، متغیر استرس ادراک شده واجد بیشترین ارتباط با اولین متغیر ترکیبی یا بنیادی حاصل از متغیرهای وابسته (مؤلفه‌های سلامت روان) است. خرده‌مقیاس دشواری در توصیف احساسات، کم‌ترین نقش را دارد. میزان آزمون لمبدای ویلکز ۰/۴۸ است؛ یعنی، در حدود ۵۲ درصد از واریانس متغیرهای وابسته (مؤلفه‌های سلامت روان) پیش‌بینی می‌شود. با توجه به علامت ضرایب ساختاری می‌توان گفت که هرچه میزان آلکسی تیمیا و استرس ادراک شده بیشتر باشد، میزان مؤلفه‌های سلامت نیز بیشتر است و بر عکس. برای پیش‌بینی سلامت روان و مؤلفه‌های آن بر اساس آلکسی تیمیا و استرس ادراک شده از تحلیل رگرسیون استفاده شد که نتایج تحلیل در جدول چهار آمده است.

جدول ۴. نتایج پیش‌بینی سلامت روان و مؤلفه‌های آن بر اساس آلکسی تیمیا و استرس ادراک‌شده

متغیر ملاک	خلاصه نتایج	متغیرهای پیش‌بین	β	B	سطح معناداری
شکایات جسمانی	$R=0/44$	دشواری در شناسایی احساسات	0/11	0/22	0/001
	$R^2=0/19$	دشواری در توصیف احساسات	0/05	0/06	0/20
	$F=29/56$ $P<0/001$	استرس ادراک‌شده	0/12	0/25	0/001
اضطراب	$R=0/60$	دشواری در شناسایی احساسات	0/11	0/16	0/002
	$R^2=0/36$	دشواری در توصیف احساسات	0/01	0/01	0/83
	$F=49/32$	تفکر بیرونی	0/05	0/04	0/34
	$P<0/001$	استرس ادراک‌شده	0/30	0/50	0/001
عملکرد اجتماعی مختل	$R=0/49$	دشواری در شناسایی احساسات	-0/06	-0/10	0/08
	$R^2=0/24$	دشواری در توصیف احساسات	0/005	0/006	0/91
	$F=26/86$	تفکر بیرونی	0/14	0/15	0/002
	$P<0/001$	استرس ادراک‌شده	0/24	0/49	0/001
افسردگی	$R=0/54$	دشواری در شناسایی احساسات	0/12	0/17	0/003
	$R^2=0/30$	دشواری در توصیف احساسات	0/06	0/05	0/32
	$F=36/15$	تفکر بیرونی	0/04	0/04	0/41
	$P<0/001$	استرس ادراک‌شده	0/25	0/42	0/001
سلامت روان (نمره کل GHQ)	$R=0/68$	دشواری در شناسایی احساسات	0/26	0/14	0/004
	$R^2=0/46$	دشواری در توصیف احساسات	0/15	0/05	0/26
	$F=7/05$	تفکر بیرونی	0/25	0/08	0/05
	$P<0/001$	استرس ادراک‌شده	0/92	0/57	0/001

نتایج تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که مؤلفه شکایات جسمانی توسط آلکسی تیمیا و استرس ادراک‌شده پیش‌بینی می‌شود؛ بر این اساس، خرده مقیاس‌های دشواری در شناسایی احساسات و استرس ادراک‌شده نیز به تنهایی توان پیش‌بینی مؤلفه شکایات جسمانی را دارند. بر این اساس خرده مقیاس‌های دشواری در شناسایی احساسات و استرس ادراک‌شده توان پیش‌بینی مؤلفه اضطراب را دارند و از خرده مقیاس‌های آلکسی تیمیا،

تفکر بیرونی توان پیش‌بینی مؤلفه عملکرد اجتماعی مختل را دارد. همچنین، خرده‌مقیاس دشواری در شناسایی احساسات و استرس ادراک شده، به تنهایی توان پیش‌بینی افسردگی را دارند. در حالت کلی، نتایج تحلیل بیانگر آن است که نمره کل سلامت روان توسط آلکسی تیمیا و استرس ادراک شده پیش‌بینی‌پذیر است و خرده‌مقیاس‌های دشواری در شناسایی احساسات و استرس ادراک شده به تنهایی توان پیش‌بینی نمره کل سلامت روان را دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه آلکسی تیمیا و استرس ادراک شده با سلامت روان دانشجویان انجام گرفت.

نتایج پژوهش نشان داد که بین آلکسی تیمیا و استرس ادراک شده با افسردگی، اضطراب، شکایات جسمانی، کارکرد اجتماعی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد؛ یعنی هرچه استرس ادراک شده و آلکسی تیمیا در شخص بیشتر باشد، مشکلات سلامت روان (افسردگی، اضطراب، نشانه‌های جسمانی‌سازی و اختلال در کارکرد جسمی) بیشتر است.

نتایج پژوهش در این بخش با پژوهش‌های پیشین از جمله تیلور و همکاران (۱۹۹۷)، داگوش (۲۰۰۳)؛ روفر، هاند، براتز، آلزین و فریکه (۲۰۰۴)؛ ریک و وانهوله (۲۰۰۷)، سیزرنکا و سزیمورا (۲۰۰۸)، احدی (۱۳۸۸) و مظاهری و افشار (۱۳۸۹) هم‌خوانی دارد؛ اما همه این پژوهش‌ها در جمعیت بالینی انجام گرفته‌اند. این در حالی است که پژوهش حاضر در جمعیت دانشجویی انجام گرفت.

یک اصل کلی وجود دارد که آلکسی تیمیا عامل خطر ساز بسیاری از اختلال‌های روانی است؛ زیرا افراد مبتلا به این عارضه به شدت تحت فشار همبسته‌های جسمانی هیجانانی هستند که به کلام در نمی‌آیند. این نارسایی، مانع تنظیم هیجانان شده، سازگاری موفقیت‌آمیز را مشکل می‌سازد (زکی‌بی و کرمی، ۱۳۹۲). در واقع، افرادی که می‌توانند به موقع هیجان‌های خود را بروز دهند، از فشارهای روانی رها می‌شوند؛ بنابراین

قادر به در میان گذاشتن احساسات خود با دیگران هستند. در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان چنین استدلال کرد که آلکسی تیمیا، یک ویژگی شناختی عاطفی است و فرد مبتلا به آن، در تنظیم و فهم هیجان‌های خود ناتوان است. زمانی که اطلاعات هیجانی نتوانند در فرایند پردازش شناختی، ادراک و ارزشیابی شود، افراد از نظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی شده، این ناتوانی می‌تواند سازمان عواطف و شناخت‌های آنان را مختل سازد. این افراد به دلیل نبود آگاهی هیجانی و ناتوانی در پردازش شناختی احساسات خود، معمولاً به شناسایی، درک یا توصیف هیجان‌های خویش قادر نیستند و توانایی محدودی در سازگاری با شرایط تنش‌زا دارند. یکی از روش‌های کنترل تنش، به ویژه درباره‌ی هیجان‌های منفی، تخلیه و بیان هیجان ناشی از تنش است. در صورتی که این هیجان‌ها تخلیه نشوند و فرد نتواند احساسات منفی خود را به صورت کلامی بیان کند، جزء روان‌شناختی سیستم‌های ابراز هیجان و پریشانی روانی، از جمله افسردگی و اضطراب افزایش می‌یابد. افرادی که توانایی شناخت احساسات خود را دارند و حالت‌های هیجانی خود را به گونه‌ی مؤثری ابراز می‌کنند، بهتر می‌توانند با مشکلات زندگی روبه‌رو شوند و در سازگاری با محیط و دیگران موفق‌ترند؛ در نتیجه، این افراد از سلامت روان بیشتری برخوردار خواهند بود. آلکسی تیمیا با رضایت‌نداشتن از زندگی و فقدان حمایت اجتماعی نیز همراه است (کرمی، زکی‌بی و محبی، ۱۳۹۱). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که آلکسی تیمیا به طور مستقیم حمایت اجتماعی را کاهش می‌دهد و این امر کاهش روابط صمیمانه و حمایتگر را به دنبال دارد. همین امر، خود سبب افسردگی و دیگر اختلال‌های روانی می‌شود.

هم‌چنین، نتایج پژوهش نشان داد که بین استرس ادراک‌شده با سلامت روان و مؤلفه‌های آن رابطه‌ی مثبت وجود دارد. واقعیت این است که استرس در زندگی روزمره امری اجتناب‌ناپذیر است؛ ولی مهم آن است که چگونه انسان با این بحران‌ها کنار آید. مطالعه‌ی پاسخ انسان در موقعیت‌های فشارزا نشان می‌دهد که انسان در برابر تهدیدها و نمادهای خطر با استرس واکنش نشان می‌دهد؛ اما شدت این واکنش (استرس)، بسته به

این که یک موقعیت معین را تا چه حد استرس‌زا ادراک می‌کنند، نوسان دارد. استرس ادراک شده حالت یا فرایندی روان‌شناختی است که طی آن فرد بهزیستی جسمی و روان‌شناختی خود را تهدیدآمیز ادراک می‌کند. در واقع، ایجاد استرس به چگونگی برداشت و درک فرد از موقعیت‌ها و حوادث بستگی دارد. ممکن است یک موقعیت برای فردی بی‌خطر و برای فرد دیگر، به صورت تهدید درک شود. نتایج پژوهش در این بخش با پژوهش سپهوند و همکاران (۱۳۸۷) هم‌خوان است.

نتایج پژوهش نشان داد که سلامت روان توسط آلکسی تیمیا و استرس ادراک شده تبیین‌پذیر است. بر این اساس، خرده‌مقیاس‌های دشواری در شناسایی احساسات و استرس ادراک شده، به تنهایی توان پیش‌بینی نمره کل سلامت روان را دارند. نتایج هم‌چنین نشان داد که برای پیش‌بینی متغیر ترکیبی حاصل از مؤلفه‌های سلامت روان، وزن استرس ادراک شده بیشتر است و این، یعنی توان استرس ادراک شده برای پیش‌بینی سلامت روان از آلکسی تیمیا بیشتر است. بنابراین، برای درمان اختلال‌های روانی باید این نکته را در نظر داشت.

با توجه به نتایج پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت هرچه میزان استرس ادراک شده و آلکسی تیمیا در فرد بیشتر باشد، وی از سلامت کمتری برخوردار است و استرس ادراک شده و آلکسی تیمیا در پیش‌بینی سلامت روان نقش دارند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به رابطه علی این متغیرها در قالب طرح‌های آزمایشی توجه شود. از آنجا که پژوهش حاضر در نمونه دانشجویی انجام گرفت، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی در نمونه‌های آماری دیگری نیز صورت گیرد. با توجه به نتایج پژوهش، می‌توان گفت افرادی که درباره اختلال‌های روانی به کار بالینی مشغولند، می‌توانند نقش استرس ادراک شده را در درمان در مطمح نظر داشته باشند؛ بنابراین، توصیه می‌شود در درمان اختلال‌های روانی، به توانایی فرد در بیان و توصیف هیجان‌هایش توجه شود.

درباره محدودیت‌های پژوهش، باید یادآوری کرد که چون نمونه پژوهش، یک نمونه دانشجویی بوده است، برای تعمیم نتایج به سایر جامعه‌ها باید با احتیاط برخورد کرد.

منابع

- احدی، بتول. (۱۳۸۸). نقش ویژگی‌های شخصیتی ناگویی خلقی در پیش‌بینی نشانه‌های آسیب شناسی روانی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی. تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۷، شماره ۱، ۲۵-۳۲.
- داودی، ایران؛ افشاری، افروز. (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین الکسی تایمیا با صفات شخصیت دردانشجویان. پژوهش‌های روان شناسی بالینی و مشاوره، شماره ۲، ۱۵۰-۱۳۷.
- زکی یی، علی. (۱۳۹۱). رابطه آلکسی تیمیا، باورهای غیرمنطقی، عاطفه منفی و عاطفه مثبت با اختلال‌های روانی در دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روان شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی کرمانشاه.
- زکی یی، علی؛ کرمی، جهانگیر. (۱۳۹۲). رابطه الکسی تیمیا، عاطفه مثبت و عاطفه منفی با اختلال‌های روانی. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی_درمانی تبریز. دوره ۳۵، شماره ۴، ۴۵-۳۸.
- ساکي، کوروش؛ کبخانی، ستار. (۱۳۸۱). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان علوم پزشکی ایلام. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام. دوره ۱۰، شماره ۳۴ و ۳۵، ۱۵-۱۱.
- سپهوند، تورج؛ گیلانی، بیژن؛ زمانی، رضا. (۱۳۸۷). رابطه استرس ادراک شده و سلامت عمومی، با توجه به سبک‌های تبیین، مجله روان شناسی و علوم تربیتی. دوره سی و هشتم، شماره ۴، ۴۳-۲۷.
- شریعتی، محمد؛ کفاشی، احمد؛ قلعه بندی، میر فرهاد؛ فاتح، ابوالفضل؛ عبادی، مهدی. (۱۳۸۱). بررسی وضعیت سلامت روانی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران. فصلنامه پایش. سال اول، شماره ۳، ۳۷-۲۹.
- شیریم، زهرا؛ سودانی، منصور؛ شفیع آبادی، عبدالله. (۱۳۸۸). رابطه سلامت روان و سرسختی روان شناختی دانشجویان، اندیشه و رفتار. دوره چهارم، شماره ۱۳، ۱۶-۷.
- کرمی، جهانگیر؛ زکی یی، علی؛ محبی، زینب. (۱۳۹۱). رابطه آلکسی تیمیا و باورهای مربوط به هیجان با سلامت روان بیماران کلیوی. روان شناسی سلامت، شماره ۴، دوره ۱، ۲۹-۱۹.

مظاهری، مینا؛ افشار، حمید. (۱۳۸۹). ارتباط آلکسی تیمیا با افسردگی و اضطراب در بیماران روان پزشکی، مجله اصول بهداشت روانی. دوره ۱۲، شماره ۲، ۴۷۹-۴۷۰.

مظاهری، مینا؛ افشار، حمید؛ محمدی، نرگس؛ دقایق زاده، حامد؛ باقریان، رضا؛ ادیبی، پیمان. (۱۳۸۹). ارتباط ابعاد آلکسی تیمیا با افسردگی و اضطراب در مبتلایان به اختلالات گوارشی عملکردی، تحقیقات علوم رفتاری. دوره ۸، شماره ۲، ۹۲-۱۰۲.

مکوندی، بهنام؛ حیدری، علیرضا؛ شهنی ییلاق، منیجه؛ نجاریان، بهمن؛ عسکری، پرویز. (۱۳۹۱). رابطه آلکسی تیمیا با هوش هیجانی، اضطراب و افسردگی در دانشجویان پسر دانشگاه آزاد اسلامی اهواز. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی. سال سیزدهم، شماره ۱، ۸۳-۹۱.

موسوی، فاطمه؛ تقوی، شهزاد؛ نعمت زاده، زینب. (۱۳۹۱). بررسی تأثیر فشارهای روانی بر سلامت روان دانشجویان پزشکی واحد علوم پزشکی تهران، نشریه جراحی ایران. دوره ۲۰، شماره ۱، ۱-۱۰.

هروزی، ناصر؛ شهنی ییلاق، منیجه؛ پورسید، سید مهدی. (۱۳۹۱). رابطه کمال گرایی، استرس ادراک شده و حمایت اجتماعی با فرسودگی تحصیلی. راهبرد فرهنگ، دوره، شماره ۲۰، ۸۳-۱۰۲، ۸۳-۱۰۲، ۲۰.

Assadi S M, Nakhaei M R, Najafi F, Fazel S. (2007). Mental health in three generation of Iranian medical students and doctors. Soc psychiatr epidermiol , 42, 57-60.

Beasley M, Thompson T, Davison J. (2003). Resilience in response to life stress: The effect of coping style and cognitive hardiness. Personality and Individual Differences, 34, 77-95.

Besharat MA, Karimi M, Ghorbani N, Rahimine Jed A. (2010). Non-gifted High school students. Advances Ahvances in Cognitive Science, 11,258-262.

Calia, R. Lai, C. Aceto, P. Luciani, L. Camardese, G. Lai, S. Fantozzi, C. Pietroni, V. Salerno, M. Spagnoletti, G. Pedroso, J. Romagnoli, J and Citterio, F. (2015). Emotional self-efficacy and alexithymia may affect compliance, renal function and quality of life in kidney transplant recipients: Results from Preliminary cross-sectional study. Physiology & Behavior. 142, 152-154.

Chambers R, Gullone E, Allen, N B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. Clinical Psychology Review, 29 (6), 560-572.

- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. (1983). A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*, 24(4), 385-96.
- Dalbudak, E., Evren, C., Aldemir, S., Coskun, K. S., Gul Yildirim, F., & Ugurlu, H. (2013). Alexithymia and personality in relation to social anxiety among university students. *Journal of Psychiatry Research*, 209(2), 167-172.
- Eriksson, A.K., Gustavsson, J.P., Hilding, A., Granath, F., Ekblom, A., Ostenson, C.G., (2012). Personality traits and abnormal glucose regulation in middle-aged Swedish men and women. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 95, 145–152.
- Ghorbani N, Bing MN, Watson PJ, Davison HK, Mack DA. (2002). Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States. *International Journal of Psychology*, 37(5), 297-308.
- Honkalampi K, Psych L, Hintikka J, Laukkanen E, Lehtonen J, Viinamaki H. (2001) Alexithymia and depression: A prospective study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics*, 42, 229-34.
- Kreibig SD. (2010). Autonomic nervous system activity in emotion: A review. *Biological Psychology*, 84 (3), 394-421.
- Lee Y, Yu SH, Cho SJ, Cho IH, Koh SH. Direct and indirect effects of the temperament and character on alexithymia: A pathway analysis with mood and anxiety. (2010). *Comprehensive Psychiatry*, 51(2), 201-206.
- Lemche, A.V. Chaban, O.S. Lemche, E. (2014). Alexithymia as a risk factor for type 2 diabetes mellitus in the metabolic syndrome: a cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 215, 438–443.
- Lemche, E., Surguladze, S.A., Giampietro, V.P., Brammer, M.J., Williams, S.C.R., Sierra, M., David, A.S., Phillips, M.L., (2013). Interoceptive–reflective regions differentiate alexithymia traits in depersonalization disorder. *Psychiatry Research Neuroimaging* 214(1), 66–72.
- Luminet O. (2006). Alexithymia and level of processing: evidence for an overall deficit in remembering emotional words. *J Res Personal*, 40, 713-33.
- Lumley MA, Ovies T, Stettner L, Wehmer F, Lakey B. (1996). Alexithymia, social support and health problems, *J Psychosom Res.*; 41(6), 519-30.

- Motan I, Gencoz T. (2007). The relationship between the dimensions of alexithymia and the intensity of depression and anxiety. *Turk J Psychiatry*, 18(4), 333-43.
- Porcelli, P. Guidi, J. Sirri, L. Grandi, S. Grassi, L. Ottolini, F & et al. (2013). Alexithymia in the medically ill. Analysis of 1190 patients in gastroenterology, Cardiology, oncology and dermatology. *General Hospital Psychiatry*. 35, 521–527.
- Rick AD, Vanheule, S. (2007). Alexithymia and DSM-IV personality disorder traits in alcoholic inpatients: A study of the relation between both constructs. *Personality and Individual Differences*, 43(1), 119-129.
- Saarijarvi S, Salminen JK, Toikka T. (2006). Temporal Stability of alexithymia over a five-year period in Outpatients with Major Depression. *Psychother Psychosom*, 75(2), 107-112.
- Saarijarvi S, Salminen JK, Toikka TB. (2001). Alexithymia and depression: a 1-year follow-up study in outpatients with major depression, *J Psychosom Res*, 51,729-33.
- Seligman, M. E. P., Walker, E F. & Rosenhan, D L. (2001) .*Abnormal Psychology*. (4 the ed). New York: W.W.Norton & Company.40, 18-28.
- Zakiei, A. Karami, J. Alikhani, M. Ghasemi, SR. Rajabi, N. (2014). Mental disorders and its related individual and personality factors. *Hormzgan Medical Journal*. 18(15). 435-446.