

نقش واسطه‌ای ناگویی هیجانی در رابطه‌ی بین حمایت اجتماعی ادراک شده و شکایات جسمی زنان افسرده

مسعود محمدی^{۱*}، راضیه جعفری^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۶/۳۰ صص: ۲۱۶-۱۹۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۳/۲

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای ناگویی هیجانی در ارتباط بین حمایت اجتماعی ادراک شده و شکایات جسمی بیماران زن افسرده و جامعه‌ی آماری شامل تمام زنان افسرده‌ی اساسی شهر شیراز بود. بدین منظور با روش نمونه‌گیری در دسترس، ۱۰۱ زن مبتلا به اختلال افسردگی اساسی که به کلینیک‌های روانپزشکی و روانشناختی شهر شیراز مراجعه کرده بودند، پرسشنامه‌های ناگویی هیجانی تورنتو، حمایت اجتماعی درک شده و اختلالات روان تنی را تکمیل نمودند. نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که بین حمایت اجتماعی ادراک شده و شکایات جسمی رابطه‌ی معکوس معنی‌دار و بین ناگویی هیجانی و شکایات جسمی رابطه‌ی مثبت معنی‌دار وجود دارد. تحلیل مسیر نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده بر شکایات جسمی اثر مستقیم و غیرمستقیم دارد. همچنین مدل تحقیق قادر به برآورد ۰/۳۸ از تغییرات شکایات جسمی بیماران زن افسرده بود. بنابراین حمایت اجتماعی ادراک شده هم به طور مستقیم و هم از طریق ناگویی هیجانی می‌تواند بر سلامت جسمی زنان مبتلا به افسردگی تاثیر بگذارد.

واژه های کلیدی: ناگویی هیجانی، حمایت اجتماعی ادراک شده، شکایات جسمی

^۱ دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز، شیراز، ایران

^۲ کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز، شیراز، ایران.

* نویسنده مسئول مقاله: mmohamadis@yahoo.com

مقدمه

مطالعات مربوط به هند، چین، مکزیک، آفریقا و پاکستان نشان می‌دهند که کشورهای در حال توسعه، افسردگی را جسمانی می‌کنند (Mumford, et al, 1991. P382). پژوهش‌های انجام شده در ایران نیز بر شیوع بالای نشانگان جسمی در بین افراد افسرده صحه می‌گذارند (Seifesafari, et al, 2013. P22). بنابراین در فرهنگ‌های غیر غربی (همچنان که در برخی کشورهای غربی)، افراد تمایلی به بیان کلامی ناراحتی‌های روانشناختی خود ندارند (Katon, et al, 1982. P128). در رابطه با این مسئله، یکی از مولفه‌های فرهنگی جسمانی کردن می‌تواند تجربه‌ی آموخته شده‌ی افراد در رابطه با ابراز عاطفه، از جمله بازخورد متداول نسبت به شیوه‌های قابل قبول ابراز عاطفه باشد. عوامل موثر بر ابراز عاطفه می‌تواند شامل ارزش‌های خانواده و شبکه‌ی اجتماعی، در دسترس بودن درمان روانشناختی یا پزشکی و نظام سیاسی-اجتماعی باشد که شخص آن را تجربه می‌کند. همچنین ممکن است یک مولفه‌ی فرهنگی وجود داشته باشد که سطح میل اجتماعی افراد به رشد مهارت‌های کلامی و شناختی مقتضی برای توصیف مشکلات روانشناختی را تعیین کند. بنابراین فرهنگ‌هایی که بیان عاطفه را تشویق نمی‌کنند، ممکن است بیمارانی بپروراند که هم یاد نگرفته‌اند هیجانات منفی‌شان را درک کنند و هم تحت سیطره‌ی سیستم حمایتی‌شان، افسردگی را به عنوان بیماری فیزیکی ببینند (Katon, et al, 1982. P130; Kellner, 1990. P156).

از سوی دیگر جنبه‌ی دیگر موثر بر ابراز مشکلات روانشناختی در قالب نشانگان جسمی، جنسیت^۱ است. مطالعات مربوط به بیماران بستری شده، تفاوت معنادار جنسیت را نشان می‌دهد. در واقع بهتر است بگوییم زنان گرایش به درونی کردن و جسمی کردن تجربه‌ی افسردگی بالینی دارند در حالی که مردان گرایش به برونی کردن و گذار به عمل افسردگی دارند (Velasques, et al, 1991. P125).

اگر شکایات جسمی^۲ مرتبط با افسردگی را مواردی همچون درد مفاصل، درد اندام‌ها، درد کمر، مشکلات گوارشی، تغییرات در فعالیت روانی-حرکتی و تغییرات در اشتها تعریف کنیم، تحقیقات نشان می‌دهند که این پدیده در بیماری افسردگی بسیار فراگیر است و اغلب باعث بوجود آمدن چالش‌هایی در درمان می‌شود و از سوی دیگر درصد بالایی از شکایات آغازین بیماران مبتلا به

¹ Gender

² Somatic complaints

افسردگی فقط علایم جسمی است (Madhakar & Trivedi, 2004. P13). شکایات جسمی در افسردگی علاوه بر هزینه‌های گزاف و پیچیدگی‌هایی که برای سیستم پزشکی بوجود می‌آورد، چالشی برای تشخیص و درمان افسردگی نیز هست. (Ohayon & Schatzberg, 2003. P40) خاطرنشان کردند که علایم جسمانی طول مدت افسردگی را افزایش می‌دهند. همچنین (Seifsafari, et al, 2013. P26) در پژوهش خود نشان داد که نشانگان جسمانی وزن سنگینی از شکایات عمده‌ی بیماران افسرده‌ی ایرانی را به خود اختصاص می‌دهد.

بیماری روانی واقعیتی صرفاً زیست شناختی یا روانشناختی نیست و می‌تواند متأثر از عوامل مختلفی باشد (Teja et.al, 1971. P254) معتقدند که از آنجا که جسمانی کردن می‌تواند بیان آشفتگی‌های روانی یا اجتماعی از طریق نشانگان جسمی تعریف شود، می‌توان گفت گرایش به جسمانی کردن افسردگی متأثر از فرهنگ است. عوامل اجتماعی همانگونه که می‌توانند در ایجاد و بهبود سلامتی نقش ایفا کنند، در بروز، شیوع و تداوم بیماری نیز نقش دارند و تاثیر تفاوت‌های زیستی و فردی افراد در سایه‌ی وضعیت اجتماعی و مهمتر از آن، برداشتی که افراد از وضعیتی خاص دارند، به مراتب بیشتر می‌شود. اگر حمایت اجتماعی^۱ را به معنای برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد (Riahi, et al, 2011. P88) تعریف کنیم به نظر می‌رسد که این عامل با افسردگی و نشانه‌های جسمی مرتبط با آن ارتباط معناداری دارد (Kojima, et. al, 2007. P349; Alkandari & Crews, 2013. P520; Grant, et al, 1988. P1254). چرا که حمایت اجتماعی قوی‌ترین نیروی مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت آمیز با بیماری‌های مزمن و شرایط تنش‌زا شناخته شده است و درک آن می‌تواند از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری در فرد، جلوگیری کند (Chan, et, al, 2004. P387; Lee, et al, 2004. P428).

از سوی دیگر ارتباط ناگویی هیجانی^۲ و شکایات جسمانی در تحقیقات زیادی تایید شده است (Rieffe, et al, 2009. P249) و یکی از مهمترین عواملی که در دهه‌های اخیر با اختلالات روان تنی مرتبط دانسته شده، ناگویی هیجانی است. ناگویی هیجانی سازه‌ای چندبعدی است که شامل دشواری در شناسایی احساسات، تمایز بین احساسات و تهییج های بدنی مربوط به برانگیختگی هیجانی، دشواری در توصیف احساسات و قدرت تجسم محدود می‌شود. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی،

¹ Social support

² Alexithymia

تهییج‌های بدنی بهنجار را بزرگ جلوه می‌دهند و نشانه‌های انگ‌پختگی بدنی را بد تفسیر می‌کنند (Taylor, et al, 2003. P270). مسئله‌ی قابل توجه این است که به نظر می‌رسد ناگویی هیجانی تحت تاثیر فرهنگ و شیوه‌های ابراز بیان هیجانات باشد. اگر بپذیریم که هیجانات به طور اجتماعی تعیین می‌شوند و بافت پیرامون فرد، بافتی که به او معنای احساس و رفتار را می‌دهد، معیاری برای قضاوت در مورد هیجانات خود و دیگران، فراهم می‌کند، ناگزیر از پذیرفتن این بیان هستیم که هیجان ارتباط بین بدن و جامعه است (Blazer, 2005. P186).

همانطور که پیش از این گفته شد، شکایات جسمی در بیماران و به طور خاص در بیماران ایرانی سهم عمده‌ای را به خود اختصاص می‌دهد. این مسئله هم مانعی برای درمان افسردگی و هم مشکل بزرگی برای سیستم پزشکی کشور است اما با وجود اهمیت قابل توجه این مشکل، شکاف بزرگی در پژوهش‌های روانشناختی مربوط به این مشکل دیده می‌شود. اگر بپذیریم که افسردگی مخصوصاً در زنان بسیار رایج است و نیز اگر بپذیریم که بیماری افسردگی راجعه و مزمن است، این مسئله طبیعتاً باید ما را به پژوهش‌های وسیع و دقیقی رهنمون کند اما در عمل پژوهش‌های انجام شده در این زمینه هم بسیار اندک است و هم از منظر روش شناختی دقت و پیچیدگی لازم برای تبیین همبسته‌های مختلف افسردگی از جمله نشانگان بدنی را ندارند. از طرف دیگر با توجه به اینکه شکایات جسمی بیماران افسرده در کشورهای در حال توسعه‌ای مثل ایران، شیوع بیشتری دارد، لازم است که تحقیقات، مسائل اجتماعی و فرهنگی خاص جامعه‌ی خود را نیز در نظر گیرند. تحقیق حاضر با در نظر گرفتن نقش حمایت اجتماعی درک شده و تاثیری که بر ناگویی هیجانی و شکایات جسمی دارد، درصدد انجام این امر مهم است.

پژوهش‌های متعدد موید نقش ناگویی هیجانی در بروز بیماری‌های جسمی هستند. نتایج پژوهش (Afshari, et al, 2014. P284) حاکی از آن است که بین الکسی تایمیا و اضطراب و افسردگی در بیماران روان‌تنی پوست رابطه‌ی معنی‌دار وجود دارد. در پژوهشی انجام شده توسط (Rieffe, et al, 2009. P249) تایید شد که ابتلا با آلکسی‌تایمیا با شکایت از دردهای جسمی و هیجان‌های منفی، همبستگی مثبت و با شادی همبستگی منفی داشت. همچنین، خرده مقیاس اشکال در تشخیص هیجان‌ها دارای بالاترین قدرت پیش‌بینی و خرده مقیاس تفکر معطوف به بیرون دارای کمترین قدرت پیش‌بینی بود.

نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که دشواری در توصیف احساسات به طور معناداری با تجربه‌ی درد و آمادگی برای درد، ارتباط دارد. همچنین دشواری در شناسایی احساسات بین اضطراب و فاجعه‌سازی درد و دشواری در توصیف احساسات بین اضطراب و ترس از درد، دارای نقش تعدیلی است (Martinz, et al, 2015. P130). همچنین در پژوهشی تایید شد که بین ناگویی هیجانی و تعداد نشانگان جسمی، افسردگی و اضطراب رابطه‌ی مثبت معناداری وجود دارد و دشواری در توصیف احساسات به طور منفی با جستجوی حمایت اجتماعی و تفکر عینی به طور منفی با راهبرد مقابله‌ای مواجهه، ارتباط دارد (Tominaga, et, al, 2014. P55). پژوهشی دیگر (Gulpek et al, 2014. P302) نشان داد که سطح ناگویی هیجانی در گروه بیماران تبدیلی بدون وجود اختلال روانپزشکی دیگر، بیش از گروه کنترل است. (Eizaguirre, et al, 2004. P321). تایید کردند که مبتلایان به اختلالات خوردن نسبت به گروه کنترل میزان بیشتری از ناگویی هیجانی را تجربه می‌کنند. (Ganjalivand, et al, 2013. P38) در پژوهشی نشان دادند که بین شبکه‌ی اجتماعی با مولفه‌ی سلامت جسمانی و مقیاس‌های سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، نقش جسمی و درد بدنی آن در والدین دانش آموزان عقب مانده‌ی ذهنی آموزش پذیر رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. نتایج مطالعه‌ی (Shakeri Nia, 2012. P12) حاکی از آن بود که متغیرهای امید و حمایت اجتماعی توانسته‌اند سلامت عمومی سالمندان مبتلا به دردهای مزمن را پیش‌بینی کنند. پژوهش شاره و همکاران (Shareh, et al, 2012. P84) بیانگر این بود که حمایت اجتماعی ادراک شده در بعد دوستان و خانواده بهترین پیش‌بینی کننده‌ی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت غیر وابسته به انسولین می‌باشد (Heo, et al, 2014. P302) در پژوهش خود دریافتند که حمایت هیجانی با تمام نشانه‌های افسردگی و جسمی و سلامت مرتبط با کیفیت زندگی رابطه دارد. پژوهش کاروکیوی^۱ و همکاران (Karukivi, et al, 2011. P256) نشان داد که فقدان حمایت اجتماعی درک‌شده از سوی دوستان بیش از حمایت اجتماعی درک‌شده از سوی خانواده و دیگری خاص، توانایی پیش‌بینی ناگویی هیجانی را داشت. همچنین نتایج پژوهش (Grant, et al, 1988. P1254) نشان داد آزمودنی‌هایی که نشانگان افسردگی بیشتری داشتند، حمایت پایدار و رضایت‌بخش کمتری از بستگان خود

¹ Karukivi

گزارش کردند. اما آنهایی که بیماری‌های جسمی بیشتری داشتند، حمایت‌های اجتماعی بیشتری را از بستگان خود گزارش کردند.

هدف این پژوهش، تبیین نقش واسطه‌ای ناگویی هیجانی در رابطه‌ی بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و شکایات جسمی زنان افسرده می‌باشد و فرضیه‌های تحقیق عبارت‌اند از:

- ۱- بین ناگویی هیجانی و شکایات جسمی زنان افسرده رابطه وجود دارد.
- ۲- بین حمایت اجتماعی ادراک شده و شکایات جسمی زنان افسرده رابطه وجود دارد.
- ۳- بین حمایت اجتماعی ادراک شده و ناگویی هیجانی در زنان افسرده رابطه وجود دارد.
- ۴- حمایت اجتماعی به واسطه‌ی ناگویی هیجانی بر شکایات جسمی زنان افسرده اثر می‌گذارد.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، روش همبستگی از نوع الگویابی معادلات ساختاری^۱ (SEM) است. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی زنان افسرده‌ای بود که در سه ماهه‌ی اردیبهشت، خرداد و تیر سال ۱۳۹۴ به کلینیک‌های روانپزشکی و روانشناختی شهر شیراز مراجعه کرده‌اند. نمونه‌ی مورد نظر در پژوهش حاضر شامل ۱۰۱ زن افسرده است که به طور در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های شمول در این پژوهش شامل گرفتن تشخیص افسردگی از سوی روانپزشک یا روانشناس و دارا بودن تحصیلات حداقل ۹ کلاس بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل مصرف داروی خاص در سه هفته‌ی قبل از تکمیل پرسشنامه و داشتن اختلال‌های روانی عمده‌ی دیگر بود.

ابزارهای گردآوری داده‌ها

در این پژوهش از سه پرسشنامه به شرح زیر استفاده شده است: پرسشنامه‌ی اختلالات روان‌تنی (Riahi, 2009): این پرسشنامه با گنجاندن ۲۰ مورد از شایع‌ترین اختلالات روان‌تنی در یک جدول مستقل، طراحی گردیده است. اختلالات این پرسشنامه عبارتند از: کم‌اشتهایی و بی‌اشتهایی روانی، زخم معده یا اثنی عشر، اختلال یا زخم روده، یبوست، اسهال، تهوع و استفراغ، آسم، کهیر، اختلالات پوستی، سردردهای میگرنی و عصبی، درد در ناحیه‌ی قفسه‌ی سینه و قلب، فشار خون، سکتته‌ی

¹ Structural Equation Modeling

قلبی، درد کتف و کمر، درد مفاصل زانو و آرنج، روماتیسم، آرتروز، اختلالات قاعدگی، ناتوانی جنسی و پرکاری تیروئید. برای افزایش دقت در سنجش این متغیر، از پاسخگویان خواسته شد تا مشخص نمایند طی یک سال گذشته این نشانه‌های اختلالات و بیماری‌های جسمی را چند بار و با چه شدتی تجربه کرده‌اند. برای محاسبه‌ی نمره‌ی کل در این مقیاس نخست به طور جداگانه برای هر اختلال روان‌تنی (مثل آسم، زخم معده و ...)، تعداد دفعات ابتلای به بیماری (۱ تا ۲ بار، ۳ تا ۴ بار و ۵ بار و بیشتر) در شدت ابتلای به بیماری (شدید، متوسط، خفیف) ضرب می‌گردد. سپس مجموع این حاصل ضرب‌ها برای ۲۰ اختلال مذکور با همدیگر جمع می‌گردد و نمره‌ی خام اختلالات روان‌تنی (در سطح سنجش فاصله‌ای) محاسبه می‌شود. با توجه به اینکه ممکن بود پاسخگویان به هیچ‌یک از اختلال‌های مذکور مبتلا نباشند، رقم محاسبه شده‌ی فرضی برای هر پاسخگو می‌توانست از ۰ تا ۱۸۰ باشد. با این حال دامنه‌ی واقعی این عدد بین ۰ تا ۹۹ در نوسان است. میزان آلفای کرونباخ بدست آمده برای این مقیاس ۰/۷۶ می‌باشد که بیانگر همبستگی درونی بالا و قابل قبول است (Riahi, 2009). همچنین در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ بدست آمده برای این پرسشنامه ۰/۷۵ می‌باشد که از نظر آماری قابل قبول است. پرسشنامه‌ی ناگویی هیجانی تورنتو: مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو^۱ (TAS-20) یک آزمون ۲۰ سوالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (۵ ماده) و تفکر عینی (۸ ماده) را در طیف لیکرت می‌سنجد. پایایی و روایی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو در پژوهش‌های بسیاری تایید شده است (Taylor, et al, 2003. P274). نسخه‌ی فارسی مقیاس ناگویی هیجانی، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شده است که نشانه‌ی همسانی درونی خوب مقیاس است (Besharat, 2007. P209). همچنین در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ بدست آمده معادل ۰/۷۰ است که از نظر علمی قابل اتکا است. پرسشنامه‌ی حمایت اجتماعی درک شده: پرسشنامه‌ی حمایت اجتماعی درک شده^۲ (MSPSS) توسط (Zimet, et al, 1988) برای سنجش میزان حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده، دوستان و افراد مهم

¹ Alexithymia Toronto Scale

² Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support

زندگی فرد طراحی شده است. این مقیاس ۱۲ گویه دارد و پاسخگو نظر خود را در یک مقیاس ۷ گزینه‌ای از نمره یک برای کاملاً مخالفم تا هفت برای کاملاً موافقم مشخص می‌کند. خرده مقیاس حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده شامل ماده‌های ۳، ۴، ۸، ۱۱ می‌باشد، همچنین ماده‌های ۶، ۷، ۹، ۱۲ تشکیل دهنده‌ی خرده مقیاس حمایت اجتماعی درک شده از سوی دوستان و خرده مقیاس حمایت درک شده از سوی فرد خاص شامل ماده‌های ۱، ۲، ۵، ۱۰ می‌باشد. گفتنی است که تمامی ماده‌ها به صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شوند و دامنه‌ی نمره‌ی کسب‌شده برای هر فرد بین ۰ تا ۸۴ متغیر خواهد بود. (Bruer, et al, 2008. P197) آلفای کرونباخ بدست آمده در مورد این ابزار را ۰/۸۶ گزارش کردند. همچنین در پژوهش حاضر آلفای به دست آمده برای پرسشنامه‌ی حمایت اجتماعی درک شده ۰/۸۳ بود.

در پژوهش حاضر داده‌های به دست آمده از سه پرسشنامه‌ی اختلالات روان‌تنی، ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده، نخست به نرم افزار spss22 وارد شده و تجزیه و تحلیل توصیفی انجام گرفته است. برای تجزیه و تحلیل از آماره‌های توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد، در بخش استنباطی از آزمون همبستگی و برای سنجش مدل تحقیق و تحلیل مسیر از نرم افزار (Amos20) استفاده شده است.

یافته‌ها

در بخش یافته‌ها نخست یافته‌های توصیفی شامل میانگین متغیرها و انحراف استاندارد ارائه می‌شود. پس از آن به ضرایب همبستگی پرداخته خواهد شد و سپس یافته‌های مربوط به هدف پژوهش مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

جدول ۱- یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای شکایات جسمی، حمایت اجتماعی ادراک

شده و ناگویی هیجانی

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف استاندارد
شکایات جسمی	۳۶/۲۳	۲۲/۲۲
ناگویی هیجانی	۵۹/۳۵	۱۰/۲۴
حمایت اجتماعی ادراک‌شده	۳۸/۵۴	۹/۰۵

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش نشان داده شده است. همانگونه که از جدول استنباط می‌شود بیشترین فراوانی متغیرهای پژوهش مربوط به ناگویی هیجانی با میانگین ۵۹/۳۵ است. متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده و شکایات جسمی به ترتیب با میانگین ۳۸/۵۴ و ۳۶/۲۳ در رده‌ی دوم و سوم قرار می‌گیرند. همچنین بیشترین انحراف استاندارد از میانگین نخست مربوط به شکایات جسمی و سپس ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده است.

جدول ۲- ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	حمایت اجتماعی ادراک شده	ناگویی هیجانی	شکایات جسمی
حمایت اجتماعی ادراک شده	۱		
ناگویی هیجانی	** ۰/۲۵-	۱	
شکایات جسمی	** ۰/۴۸-	** ۰/۳۶	۱

* $p \leq 0/05$, ** $p \leq 0/01$

همانطور که از جدول ۲ برمی‌آید تمامی ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در سطح $p \leq 0/01$ یعنی ۹۹ درصد اطمینان معنی دارند. بدین ترتیب ارتباط بین متغیرهای ناگویی هیجانی و شکایت جسمی ۰/۳۶ و مثبت است. به بیانی دیگر هر چه میزان ناگویی هیجانی بیشتر باشد، شکایت جسمی نیز افزایش می‌یابد و هر چه میزان ناگویی هیجانی کمتر باشد، شکایت جسمی نیز کاهش می‌یابد. از سوی دیگر با در نظر گرفتن ضریب همبستگی پیرسون ۰/۴۸- برای متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده و شکایت جسمی، می‌توان چنین استنباط کرد که ارتباط بین این دو متغیر نیز منفی است. بدین معنی که با افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده، شکایات جسمی زنان افسرده کاهش می‌یابد و با کاهش حمایت اجتماعی ادراک شده، شکایت جسمی افزایش می‌یابد. همچنین ضریب همبستگی پیرسون برای متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده و ناگویی هیجانی ۰/۲۵- است که بیانگر ارتباط بین حمایت اجتماعی ادراک شده و ناگویی هیجانی است. منفی بودن ضریب همبستگی به معنای معکوس بودن ارتباط بین این دو متغیر است. به عبارتی دیگر با افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده، ناگویی هیجانی زنان افسرده کاهش پیدا می‌کند و با کاهش نمره‌ی حمایت اجتماعی درک شده، ناگویی هیجانی افزایش می‌یابد. بنابراین سه فرضیه‌ی نخست پژوهش

شامل ارتباط بین ناگویی هیجانی و شکایات جسمی زنان افسرده، ارتباط بین حمایت اجتماعی درک شده و شکایات جسمی و ارتباط بین حمایت اجتماعی درک شده و ناگویی هیجانی در زنان افسرده، تایید می‌گردند.

جدول شماره ۳- نتایج آزمون تحلیل همبستگی تفکیکی بین حمایت اجتماعی درک شده و شکایات جسمی با کنترل اثر ناگویی هیجانی

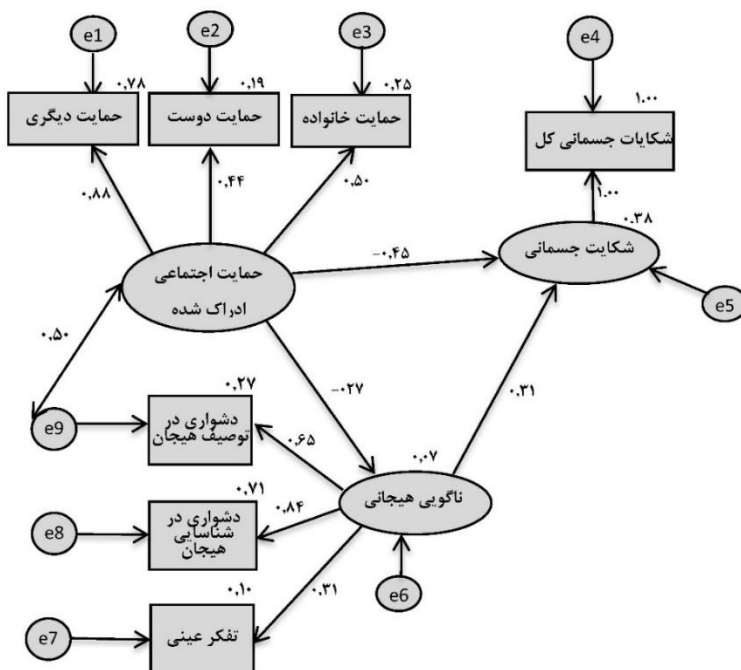
متغیر	فراوانی	ضریب پیرسون	سطح معنی داری
حمایت اجتماعی ادراک شده	۱۰۱	-۰/۴۸	۰
حمایت اجتماعی ادراک شده (با کنترل اثر ناگویی هیجانی)	۱۰۱	-۰/۴۴	۰

برای آزمون فرضیه‌ی چهارم پژوهش مبنی بر اثر غیرمستقیم حمایت اجتماعی ادراک شده (به واسطه‌ی ناگویی هیجانی) بر شکایات جسمی زنان افسرده، یک بار رابطه‌ی همبستگی دو متغیر فوق مورد بررسی قرار گرفت و سپس از آزمون همبستگی تفکیکی (جزئی) با کنترل اثر ناگویی هیجانی استفاده شد. چنانچه مشاهده می‌شود ضریب پیرسون برای رابطه‌ی حمایت اجتماعی ادراک شده و شکایات جسمی، بدون کنترل اثر ناگویی هیجانی ۰/۴۸- است و این همبستگی از نظر آماری معنی‌دار است. در حالیکه با کنترل نقش ناگویی هیجانی ضریب همبستگی به ۰/۴۴- کاهش می‌یابد. بنابراین ۰/۰۴ از تغییرات ضریب همبستگی بین حمایت اجتماعی ادراک شده و شکایات جسمی، به نقش واسطه‌ای ناگویی هیجانی بر می‌گردد.

جدول ۴- مقایسه‌ی شاخص‌های نیکویی برازش برای مدل پیشنهادی و مدل اصلاح شده

شاخص‌های برازندگی	χ^2	Df	GFI	AGFI	PCFI	RMSEA	IFI	NFI	CFI	TLI
مدل پیشنهادی	۲۰/۵۴	۱۲	۹۴/۷	۸۷/۶	۵۲/۷	۰/۰۸۴	۹۲/۹	۸۴/۴	۹۲/۳	۸۶/۵
مدل اصلاح شده	۸/۰۷	۱۱	۹۷/۸	۹۴/۴	۵۲/۴	۰/۰	۱/۰۲۴	۹۳/۹	۱/۰	۱/۰۵۱

همانطور که از جدول ۴ بر می‌آید، طبق مدل پیشنهادی اگرچه اکثر شاخص‌های نیکویی برازش برآورده شده‌اند اما امکان اصلاح مدل وجود دارد. با اصلاح مدل مشاهده می‌شود که اکثریت قریب به اتفاق شاخص‌های نیکویی برازش در مقایسه با قبل از تصحیح، بهبود یافته‌اند. شاخص‌های برازندگی مانند مجذور کای (χ^2) با مقدار ۸/۰۷، شاخص نیکویی برازش (GFI) با مقدار ۹۷/۸، شاخص نیکویی برازندگی تطبیقی (AGFI) با مقدار ۹۴/۴، شاخص برازش تطبیقی مقتصد (PCFI) با مقدار ۵۲/۴، ریشه‌ی خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA) با مقدار ۰/۰، شاخص برازندگی فزاینده (IFI) با مقدار ۱/۰۲۴، شاخص برازندگی هنجار شده (NFI) با مقدار ۹۳/۹، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) با مقدار ۱/۰ و شاخص توکر لویس (TLI) با مقدار ۱/۰۵۱ برازش مدل اصلاح شده را تایید می‌کنند. بر این اساس می‌توان گفت مدل برازنده‌ی داده‌ها می‌باشد و می‌توان بر اساس یافته‌ها به تعمیم نتایج پرداخت.



شکل ۱- مدل نهایی پژوهش به همراه ضرایب استاندارد مسیرها

همان‌طور که شکل ۱ نشان می‌دهد ۳۸ درصد از تغییرات متغیر شکایات جسمی توسط مدل تبیین می‌شود.

جدول ۵- بررسی اثرات مستقیم و غیر مستقیم استاندارد

اثر کل		اثر غیر مستقیم		اثر مستقیم		
ناگویی هیجانی	حمایت اجتماعی ادراک‌شده	ناگویی هیجانی	حمایت اجتماعی ادراک‌شده	ناگویی هیجانی	حمایت اجتماعی ادراک‌شده	
۰.۰۰۰	-۰.۲۷۲	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	-۰.۲۷۲	ناگویی هیجانی
۰.۳۱۵	-۰.۵۳۷	۰.۰۰۰	-۰.۸۶	۰.۳۱۵	-۰.۴۵۲	شکایات جسمی
۰.۰۰۰	۰.۸۸۳	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۸۸۳	حمایت دیگری
۰.۰۰۰	۰.۴۹۶	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۴۹۶	حمایت خانواده
۰.۶۵۰	-۰.۱۷۷	۰.۰۰۰	-۰.۱۷۷	۰.۶۵۰	۰.۰۰۰	دشواری در توصیف هیجان
۰.۸۴۰	-۰.۲۲۹	۰.۰۰۰	-۰.۲۲۹	۰.۸۴۰	۰.۰۰۰	دشواری در شناسایی هیجان
۰.۳۱۵	-۰.۵۳۷	۰.۳۱۵	-۰.۵۳۷	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	شکایات جسمی کل
۰.۳۱۰	-۰.۰۸۴	۰.۰۰۰	-۰.۰۸۴	۰.۳۱۰	۰.۰۰۰	تفکر عینی
۰.۰۰۰	۰.۴۳۹	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۴۳۹	حمایت دوست

بر اساس داده‌های جدول شماره ۵ پس از محاسبه اثرات مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مستقل بر شکایات جسمی، اثر مستقیم حمایت اجتماعی ادراک شده و ناگویی بر شکایات جسمی محاسبه شده است. هم‌چنان که مشاهده می‌شود، اثر مستقیم حمایت اجتماعی ادراک شده بر شکایات جسمی منفی و معکوس است در حالی که متغیر ناگویی، رابطه‌ای مثبت با شکایات جسمی دارد. در اثرات غیر مستقیم، متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده رابطه‌ای معکوس و برابر با $-0/086$ با شکایات جسمی دارد.

جمع‌بندی مجموع روابط مستقیم و غیر مستقیم حاکی است متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده، در کل با رابطه $-0/537$ و ناگویی هیجانی با رابطه‌ی $0/31$ بر شکایات جسمی اثر می‌گذارد. نتایج تاثیر مستقیم و غیر مستقیم هر کدام از ابعاد سازه‌های اصلی را نیز می‌توان از جدول استخراج کرد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای ناگویی هیجانی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و شکایات جسمی زنان افسرده بود. همان‌گونه که یافته‌های همبستگی تحقیق نشان داد، ناگویی هیجانی با شکایات جسمی زنان افسرده رابطه‌ی مثبت معنادار دارد. به بیانی دیگر با افزایش ناگویی هیجانی، شکایات جسمی نیز افزایش می‌یابد و برعکس. همچنین نتایج تحلیل مسیر نشان داد ناگویی هیجانی در کل با رابطه‌ای برابر $0/31$ بر شکایات جسمی اثر می‌گذارد. این نتیجه همسو با یافته‌های برخی پژوهش‌های داخل کشور (Afshari, et al, 2014) و (Rieffe, et al, 2009) و P248 بود که رابطه‌ی معنی‌دار بین ناگویی هیجانی و شکایات جسمانی را تایید کرده بودند. همچنین یافته‌ی تحقیق حاضر در زمینه‌ی فوق موید پژوهش‌های (Martinz, et al, 2015) و (Tominaga, et, al, 2014) بود که پیش‌تر نشان داده بودند ناگویی هیجانی با نشانگان جسمی، ارتباط معناداری دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت هیجان با ویژگی‌های انطباقی و تکاملی خود، بیانگر نیازها و ضرورت‌هایی در رابطه با فرد و دنیای پیرامون او است. مواجهه‌ی هیجان با موانع فردی، بین‌فردی و اجتماعی، به بیانی منحرف شدن آن از مسیر اصلی و کارکردی آن است. بنابراین با توجه به همبسته‌های جسمی مهم هیجان، بدن می‌تواند محملی برای بخش‌های شناخته‌نشده، پردازش نشده و بیان‌نشده‌ی هیجان‌ها باشد. کاستی در بازشناسی، تبیین و بیان هیجان‌ات

زنان افسرده می‌توانند مسیری به سوی تفسیر غیرواقعی انگیختگی بدنی و به تبع آن شکایات جسمی باشد.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر وجود ارتباط مثبت معنی‌دار بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و شکایات جسمی بیماران زن افسرده بود. این یافته نیز در داخل کشور با پژوهش (Shakeri Nia, 2012)، (Ganjalivand, et al, 2013)، (Shareh, et al, 2012) و در خارج از کشور نیز با پژوهش‌های (Heo, et al, 2014) و (Grant, et al, 1988) که همگی رابطه‌ی معنی‌دار بین حمایت اجتماعی با نشانه‌های جسمی و سلامت مرتبط با کیفیت زندگی را تایید کرده بودند، همسو است. همچنین نتایج تحلیل مسیر نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک‌شده، دارای اثر مهمی بر شکایات جسمی است. در توضیح این یافته می‌توان گفت زنان دارای حمایت اجتماعی ادراک‌شده‌ی بالا احتمالاً از وضعیت ایمن‌تری برای بیان و بروز هیجانی خود برخوردار بوده‌اند. مثلاً ممکن است افراد مهم زندگی آنها بیشتر پذیرای هیجانات مختلف آنها از جمله خشم و عشق بوده‌اند و ممکن است زنانی که می‌توانند احساسات و مشکلات‌شان را با امنیت خاطر با دیگران در میان بگذارند، نیاز کمتری به دیگر شیوه‌های ارتباطی مثل جسمانی کردن داشته باشند. از سوی دیگر ممکن است زنان افسرده‌ای که حمایت اجتماعی بیشتری دریافت می‌کنند، بدین سبب که خود را مورد علاقه‌ی دیگران و دارای ارزش بیشتری تلقی می‌کند، شیوه‌های رفتاری در پیش بگیرند که سلامت آنها را تقویت کند.

همچنین این پژوهش نشان داد که بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و ناگویی هیجانی زنان افسرده رابطه‌ی منفی معنی‌دار وجود دارد. بدین معنی که با افزایش حمایت اجتماعی ادراک‌شده، ناگویی هیجانی کاهش می‌یابد و برعکس. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های (Karukivi, et al, 2011) و (Tominaga, et al, 2014) است که طی آن به این نتیجه رسیدند که ناگویی هیجانی هم در زنان و هم مردان به طور معناداری با سطح پایینی از حمایت اجتماعی درک‌شده ارتباط دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت زنانی که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردارند، ممکن است از هیجانات خود ارزیابی منفی‌تری داشته‌باشند مثلاً برخی از هیجانات خود را خطرناک قلمداد کنند و به تبع آن زمینه‌ی پردازش و بیان آن هیجان فراهم نشود. از سوی دیگر افراد دارای حمایت اجتماعی ادراک‌شده‌ی بیشتر احتمالاً درگیری کمتری با محیط و افراد زندگی خود دارند. همچنین ممکن است میل به کناره‌گیری از ارتباط و انزوا در آنها بیشتر باشد. زنان دارای حمایت اجتماعی

کمتر، به سبب محرومیت از صحبت صمیمانه و بیان مشکلات و آشفتگی‌های خود، متعاقباً از بازخوردهای مربوط به آن مثل تصدیق هیجانانگیز و یا جرح و تعدیل آنها، محروم می‌شوند. این هیجانانگیز گفته‌نشده و درک‌نشده، پتانسیل لازم برای رشد یا انحطاط بیمارگونه را پیدا می‌کنند و می‌توانند سلامت هیجانی را به خطر بیندازند.

نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که اثر غیرمستقیم ناگویی هیجانی بر شکایات جسمی ضعیف است. همچنین نتایج تحلیل مسیر نشان داد که ناگویی هیجانی اثر غیرمستقیمی برابر با ۰/۰۸۶- بر میزان شکایات جسمی دارد. در توضیح این یافته می‌توان گفت درک زن افسرده از حمایت اجتماعی پایین و متعاقب آن عدم رابطه‌ی اطمینان بخش با خانواده، دوست و دیگری مهم می‌تواند عواطف منفی منع شده را افزایش دهد بدین معنی که سالم و حمایتی نبودن بافت رابطه می‌تواند از پرورش احساسات و بیان هیجانی جلوگیری کند و از طرفی بدلیل وابسته بودن این روابط به هویت فرد، ممکن است پرداخت مناسبی نسبت به این قضیه صورت نگیرد و بیان فرد، بیانی جسمانی شود. از طرف دیگر این عامل به نوبه‌ی خود می‌تواند واکنش زنان افسرده را نسبت به دیگر استرس‌های روزانه افزایش دهد. افزایش استرس‌ها به همراه تمرکز بر احساس بدنی می‌تواند از طریق تقویت بازخورد بدنی، موجب افزایش تغییرات بدنی شده و شکایات جسمی افزایش یابد.

می‌توان وضعیتی را ترسیم کرد که طی آن فرد به دلیل عدم دریافت و درک حمایت اجتماعی و عدم دریافت بازخوردهای مناسب، قادر به توانایی لازم برای شناخت و بیان هیجانانگیز خود نباشد و این مساله بعلاوه‌ی سبک تفکر غیر انتزاعی، دروازه‌ی ورود به بیان بدنی باشد. بیان بدنی می‌تواند تلاشی برای جلب حمایت افراد مهم زندگی و نیز بیان آشفتگی‌های درونی زنان افسرده باشد. گفتنی است که این نتایج فارغ از اثر متغیرهای جمعیتی است بدین معنی که متغیرهایی مثل سن، وضعیت تاهل، مدرک تحصیلی و وضعیت اشتغال رابطه‌ی معناداری با شکایات جسمی ندارند. به طور کلی مدل پیشنهادی از برازندگی کافی برای داده‌های تحقیق برخوردار است و تواند ۳۸ درصد از تغییرات شکایات جسمی زنان افسرده را برآورد کند.

در پایان باید بیان داشت که غیرتصادفی بودن روش نمونه‌گیری، اتکا بر پرسشنامه و به تبع آن خارج شدن زنان افسرده‌ی کم‌سواد و بی‌سواد از پژوهش و نیز در نظر نگرفتن نقش اختلالات شخصیت، اختلال نشانگان جسمی و اختلالات اضطرابی در روابط بین متغیرها، از مهمترین محدودیت‌های تحقیق حاضر بودند. با در نظر گرفتن محدودیت‌های گفته شده، انجام پژوهش‌های

دیگر با استفاده از روش کیفی و نیز با در نظر گرفتن اختلالات ذکر شده پیشنهاد می‌گردد. همچنین انجام تحقیقاتی که امکان مقایسه‌ی شکایات جسمی افراد افسرده را در جمعیت‌های مختلف فراهم آورد، مفید خواهد بود.

References

- Afshari A, Afshar H, Shafiee K, Adibi N. 2014. Dimensions of Alexithymia and their Relationships to Anxiety and Depression in Psychodermatologic Patients. *Horizon Med Sci*, 19(5): 33-39. [PERSIAN].
- Alkandari Y. and Crews ED. 2014. Social support and health among elderly Kuwaitis. *Journal of Biosocial Science*, 46(4): 518-530.
- Besharat MA. 2007. Reliability and Factorial validity of a Farsi version of the Torono Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*, 101: 209-220 [PERSIAN].
- Blazer DG. 2005. *The age of melancholy: “major depression” and its social origins*. Routledge publication, New York.
- Bruwer B. Emsley R. Kidd M. Lochner C. and Seedat S. 2008. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry*, 49: 195-201.
- Chan, CW. Molassiotis A. Yam BM. Chang S.J. and Lam CS. 2004. Traveling through the cancer trajectory: Social support perceived by women with gynecologic cancer in Hong Kong. *Cancer Nurs*, 24(5): 387-394.
- Elzagurre AE. Cabezona AOS. Alda IO. Olariaga LJ and Joaniz M. 2004. Alexithymia and its relationship with anxiety and depression in eating disorders. *Personality and individual differences*. 36: 321-331.
- Ganjaliwand N, akbari A, taheri M, visi N. The survey relationship between social network size and physical health in parents with educable mental retarded children. *sjimu*. 2013; 21 (5) :34-43 URL: <http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-470-en.html> [PERSIAN].
- Gulpek D. Kaplan FK. Kesebir S. and Bora O. 2014. Alexithymia in patients with conversion disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*. 68(5): 300-305.
- Grant I. Patterson TL. and Yager J. 1988. Social supports in relation to physical health and symptoms of depression in the elderly. *Am J Psychiatry*, 145(10): 1254-1258.
- Heo S. Lennie TA. Moser DK. and Kennedy RL. 2014. Types of social support and their relationships to physical and depressive symptoms and health-related quality of life in patients with heart failure. *Heart Lung*, 43(4): 299-305.

-Karukivi M. Joukamaa M. Hautala L. Kaleva O. Pezo KMH. Liuksila PR. And Saarijarvi S. 2011. Does perceived social support and parental attitude relate to alexithymia? A study in Finnish adolescents late. *Psychiatry Research*. 187: 254-260.

-Katon W. Kleinman A. and Rosen G. 1982. Depression and somatization: a review. *Am J Med*. 27:127-135.

-Kellner R. 1990. Somatization theories and research. *J Nerv Ment Dis*. 178: 150-159.

-Kojima M. Hayano J. Tokudome S. Suzuki S. Ibuki K. Tomizawa H. and et al 2007. Independent association of alexithymia and social support with depression in hemodialysis patients. *J Psychosom Res*, 63(4): 349-356.

-Lee EH. Yae Chung B. Boog Park H. and Hong Chung K. 2004. Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. *J Pain Symptom Manage*, 27(5): 425-433.

-Madhakar H. Trivedi MD. 2004. The link between depression and physical symptoms. *J. Clin. Psychiatry*, 6: 12-16.

-Martinez MP. Sanchez AL. Miro E. Lami MJ. Prados G and Morales A. 2015. Relationships between physical symptoms, emotional distress, and pain appraisal in fibromyalgia: the moderator effect of alexithymia. *J psychol*. 149(2): 115-140.

-Mumford DB. Bavington JT. And Bhatnagar KS. 1991. Bradford somatic inventory, a multi-ethnic inventory of somatic symptoms reported by anxious and depressed patients in Britain and the Indo-Pakistan subcontinent. *Br Psychiatry*. 158: 379-386.

-Ohayon MM. Schatzberg AF. 2003. Using pain to predict depressive morbidity in the general population. *Arsh. Jen. Psychiatry*, 60: 39-47.

-Riahi M. E..2009. Supervisors' knowledge of hospital infections control in one of the medical sciences universities related hospitals. *J Mil Med*. 11 (3) :175-182. URL: <http://militarymedj.ir/article-1-546-fa.html> [PERSIAN].

-Riahi M. E, Aliverdina, A. Pourhossein, Z. 2011. Relationship between Social Support and Mental Health, *Social Welfare Quarterly*. 10(39), 85-121. magiran.com/p848313

-Rieffe C, Nasiri H, Latifian M. Alexithymia and its Relationship with Physical Complaints and Emotional Competency in Children and Adolescents. *IJPCP*. 2009;15(3) :248-257
URL: <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-823-en.html>

-Seifsafari SH. Firoozaabadi A. Ghanizadeh A and Salehi A. 2013. A Symptom Profile Analysis of Depression in a Sample of Iranian Patients. *IJMS*. 38(1): 22-29.

-Shareh H. Soltani E and Ghasemi A. 2012. Prediction of Quality of Life of Non-Insulin-Dependent Diabetic Patients Based on Perceived Social Support, Zahedan Journal of Research in Medical Sciences, (2): 82-85. [PERSIAN].

-Shakeri Nia I. Effect of Social Assists and Hopefulness in Elderly Health Status with Chronic Pain.2012. Salmand; 7 (1) :7-15. URL: <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-491-fa.html> [PERSIAN].

-Taylor GJ. Bagby RM. and Parker JDA. 2003. The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-IV: Reliability and factorial validity in different languages and cultures. Journal of Psychosomatic Research, 55: 277-283.

-Teja JS. Narang RL. and Aggarwal AK. 1971. Depression across cultures. Br J Psychiatry, 119: 253-260.

-Tominaga T. Choi H. Nagoshi Y. Wada Y and Fukui K. 2014. Relationship between alexithymia and coping strategies in patients with somatoform disorder. Neuropsychiatr Dis Treat. 10: 55-62.

-Velasques RJ. And Callahan WJ. 1991. MMPI differences among Mexican-American male and female psychiatric inpatients. Psychol Rep. 68: 123-127.