

رابطه ناگویی خلقی و کیفیت زندگی در بیماران با شکایت درد مراجعه به درمانگاه‌های پزشکی و افراد سالم

نوشین پیشوا^{*}، اعظم بیانلو^{**}، حمید پورشریفی^{***}، طاهره یآوری^{****}

*کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

**دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

***دانشیار، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

****متخصص داخلی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

چکیده

تاریخچه:

دریافت: ۱۳۹۳/۰۷/۱۱

تجدیدنظر: ۱۳۹۴/۰۲/۲۷

پذیرش: ۱۳۹۴/۰۳/۰۳

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط ناگویی خلقی و کیفیت زندگی در بیماران شکایت درد و افراد سالم انجام شد.

روش: نمونه پژوهش شامل ۲۰۰ نفر (۱۰۰ بیمار با شکایت درد و ۱۰۰ نمونه از افراد سالم با فاصله سنی ۱۸-۶۰) بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند. داده‌های به دست آمده از مقیاس ناگویی خلقی (*TAS-20*) و پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی (*SF-36*) با آزمون *t* مستقل، همبستگی گشتاوری پیرسون و رگرسیون همزمان تحلیل شد.

کلیدواژه‌ها:

ناگویی خلقی، کیفیت زندگی، درد.

یافته‌ها: براساس یافته‌ها دو گروه بیماران و افراد سالم هم در مقیاس ناگویی خلقی و هم کیفیت زندگی تفاوت معنادار داشتند. در آزمون همبستگی نیز ارتباط بین ناگویی خلقی و کیفیت زندگی به ویژه در زیر مقیاس‌های مشکل در توصیف احساسات و تفکر عینی در گروه بیماران قوی‌تر بود.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد درد موجب ارتباط قوی‌تر ناگویی خلقی و کیفیت زندگی می‌شود و بعد روانی کیفیت زندگی بیشتر از ابعاد دیگر تحت تأثیر ناگویی خلقی قرار دارد.

Relationship between Alexithymia and Quality of Life in Patients with Clinical Pain Complain and Healthy People.

*N. Pishva, **A. Bayanlou, ***H. Poursharifi, ****T. Yavari

* M.A in psychology, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

**Ph.D Student in psychology, Faculty of Education & Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

*** Associate Professor, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.

**** Internist, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

Abstract

Objective: The present study was conducted to investigate the relationship between alexithymia and quality of life in patients with clinical pain complain and healthy people.

Method: The study sample consists of 200 participants (100 patients with pain complain and 100 healthy people between 18-60 years old) which were selected at convenience. Data were collected by the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and the 36-Item Short-Form Health Survey (SF36) and analyzed by independent samples t test, Pearson moment correlation method and Enter regression.

Results: Based on the findings, the two groups of patients and healthy participants were significantly different both in alexithymia scale and quality of life. Also correlation between alexithymia and quality of life in patients was stronger, particularly in difficulties describing emotions and external-oriented thinking subscales.

Conclusion Results showed that pain causes strong relationship between alexithymia and quality of life; and the mental aspect of quality of life is more affected by alexithymia than others.

Article Information:

History:

Receipt: 2014/03/16

Revise: 2015/08/22

Acceptance: 2015/09/06

Keywords:

Alexithymia, Quality of life, Pain.

مقدمه

شدت درد بیشتری را تجربه می‌کنند (لاس، اوتمنی، لسرکل و جوونت^{۱۲}، ۲۰۰۰، صفحه ۷۰). گورانگ^{۱۳} (۲۰۰۶) تأکید می‌کند بین تجربه درد و هیجان‌های مثبت مانند لذت و خوش‌بینی همبستگی منفی وجود دارد (تویسرکانی و همکاران، ۲۰۱۱، صفحه ۱۵۵). بنابراین کیفیت زندگی یکی دیگر از متغیرهایی است که از بیماری درد مزمن تأثیر می‌پذیرد. بیماری‌های مزمن می‌توانند اثرات عمیقی در زندگی فرد ایجاد کنند و بر کیفیت زندگی و تندرستی او تأثیرات منفی دارند (اسپرنگر، دریت، اندریس^{۱۴}، ۲۰۰۰، به نقل از دریدر، گینن، کوجر و وان میدندورپ^{۱۵}، ۲۰۰۸، صفحه ۲۴۶). به طور کلی این موضوع که درد مزمن بر کیفیت زندگی تأثیر منفی دارد مورد توافق همه محققان است (کمپن، اورمر، بریلمن و ریلور^{۱۶}، ۱۹۹۷؛ استوارت، گرینفرد، هیس، روگیر و پیری^{۱۷}، ۱۹۸۹، به نقل از لم، پیترز، ولین، کلیف، پاتینجن^{۱۸}، ۲۰۰۵، صفحه ۱۵). کیفیت زندگی معمولاً در بیمارانی که از درد مزمن رنج می‌برند کاهش می‌یابد، به همین دلیل در اقدامات درمانی بهینه کردن کیفیت زندگی، با کاهش دادن درد و حفظ درمان با تمرین و آگاهی و توصیه برای ادامه یا حفظ فعالیت‌های جسمی به عنوان استانداردهای طلایی جزء اهداف و انتخابهای اولیه‌ی درمان است (بودن، زدبیلیک، اسندا،

ناگویی خلقی اشاره به اختلال در عملکرد عاطفی و شناختی دارد که با ناتوانی در یافتن کلمات برای توصیف احساسات و هیجانها همراه است (سفنوس^۱، ۱۹۷۳؛ تیلور^۲، ۱۹۹۱؛ به نقل از نکلیچک و وینگرهات^۳، ۲۰۰۰، صفحه ۴۷۱) تقریباً ۱۴-۱۹٪ از افراد بزرگسال بهنجار و ۳۰-۴۰٪ از بیماران روانپزشکی دچار ناگویی خلقی تشخیص داده شده‌اند (تیلور، ۱۹۹۲؛ توداریلو^۴، ۱۹۹۵؛ به نقل از نکلیچک و وینگرهات، ۲۰۰۰، صفحه ۴۷۱). برخی محققان بین ناگویی خلقی و دردهای مزمن و دایمی ارتباط معناداری را پیدا کرده‌اند؛ به عنوان مثال یک سوم از ۵۳ درصد بیماران با انواع مختلف درد مزمن با ناگویی خلقی همراه است (میلارد و کینسلر^۵، ۱۹۹۲؛ ککس، پارکر، شلمان و اونز^۶، ۱۹۹۴، به نقل از لاملی، اسمیت و لونگو^۷، ۲۰۰۲، صفحه ۸۲۳). شیوع ناگویی خلقی در بیماری‌های کمر درد (میلینگ و کراوس^۸، ۲۰۰۷)؛ سندرم فیبروملگیا^۹، (هابر، سامون، بایسی و کارلی^{۱۰}، ۲۰۰۹) و سرطان مزمن (پروسپلی، تلپینی، میلو، سیلینتی^{۱۱} و توداریلو، ۲۰۰۷) گزارش شده است (به نقل از تویسرکانی، بشارت و کوچی، ۲۰۱۱، صفحه ۱۵۴). برخی از محققان بر این باورند که افرادی که در ابراز احساسات مشکل دارند

- 1 . Sifneose.
- 2 . Taylor.
- 3 . Nyklicek & Vingerhoets.
- 4 . Todarello.
- 5 . Millard & Kinsler.
- 6 . Cox, Parker Shulman & Evans.
- 7 . Lumley, Smith & Longo.
- 8 . Mehling & Krause.
- 9 . Fibromyalgia
- 10 . Huber, Suman, Biasi, & Carli.
- 11 . Porcelli, Tulipani, Maiello & Cilenti.

- 12 . Loas, Otmani, Lecercle, & Jouvent.
13. Gurung.
- 14 . Sprangers, de Regt & Andries.
- 15 . de Ridder, Geenen, Kuijer & van Middendorp.
- 16 . Kempen, Ormel, Brilman, & Relyveld.
- 17 . Sterwart , Grenfiled, Hays, Well, Rogers & Berry.
- 18 . Lame, Peters, Vlaeyen, Kleef & Patijn.

همی^۱ ۲۰۰۰؛ پروئیت و کورف^۲، ۲۰۰۲؛ به نقل از بنتسن، هانیستد، راستنون و وال^۳، ۲۰۰۷ (صفحه ۲۰۶۲). ناگویی خلقی با کیفیت زندگی پایین رابطه دارد (ماتلیا، سارانی، سالمینین، هیولتا، جوکاما^۴، ۲۰۰۹ به نقل از کشیل^۵، ۲۰۱۱). برخی از محققان ادعان دارند ترس از بیماری و عود آن در آینده از عناصری است که کیفیت زندگی را تحت الشعاع قرار می‌دهد. در واقع ترس از عود بیماری در آینده، مردن و سرکوب کردن ترس ممکن است که بر کیفیت زندگی مؤثر باشد (لیبیل^۶، ۲۰۰۹؛ به نقل از کشیل، ۲۰۱۱). با توجه به این شواهد دو هدف عمده در مطالعه حاضر دنبال می‌شود: الف) مقایسه کیفیت زندگی و ناگویی خلقی در دو گروه مستقل بیماران درد و افراد سالم با فرض اینکه افراد بیمار کیفیت زندگی پایین‌تر و ناگویی خلقی بالاتر با مشکلات بیشتری در شناسایی و توصیف احساسات خود دارند. ب) بررسی همبستگی بین ناگویی خلقی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به درد و افراد سالم.

روش

جامعه‌ی آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش:
جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل کلیه‌ی بیماران با شکایت درد فیزیکی و افراد سالم کلینیک‌های درمانی شهر کرمانشاه بود. از بین مراجعین به صورت در دسترس ۲۰۰ آزمودنی شامل ۱۰۰ نمونه‌ی بیمار و ۱۰۰ نمونه‌ی افراد

سالم انتخاب شدند. پس از جلب مشارکت آزمودنی‌ها، همزمان دو مقیاس ناگویی خلقی تورنتو^۷-۲۰ (FTAS) و پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی^۸-۳۶ (SF) توسط بیماران مبتلا به درد و افراد سالم تکمیل شد.

ابزار

مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ (TAS-20):
مقیاس ناگویی خلقی تورنتو (بگبی، پارکر و تیلور^۹، ۱۹۹۴) یک آزمون ۲۰ سوالی است و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات^{۱۰}، دشواری در توصیف احساسات^{۱۱}، و تفکر عینی^{۱۲} را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه زیر مقیاس برای ناگویی خلقی کلی محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است (پارکر، تیلور و بگبی^{۱۳}، ۲۰۰۳، ۲۰۰۱؛ پالمر، گیگانس، مانوکا و استاف^{۱۴}، ۲۰۰۴؛ پندلی، مندال، تیلور و پارکر^{۱۵}، ۱۹۹۶؛ تیلور و بگبی^{۱۶}، ۲۰۰۰؛ به نقل از بشارت^{۱۶}، ۲۰۰۷ صفحه ۲۰۹). در نسخه‌ی فارسی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ (بشارت، ۲۰۰۷) ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی کل و سه زیر مقیاس دشواری

7. Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale-20

8. Farsi version of the 36-Item Short-Form Health Survey (SF36).

9. Bagby, Taylor & Parker.

10. difficulty identifying feelings

11. difficulty describing feelings

12. external-oriented thinking

13. Parker, Taylor & Bagby.

14. Palmer, Gianac, Moncha & Stough.

15. Pandley, Mandal & Taylor.

16. Besharat.

1. Boden, Zdeblick, Sandhua & Heim.

2. Pruitt & Korff.

3. Bentsen, HanestasdRustoen, & Wahl.

4. Mattila, Saarni, Salminen, Huhtala, Joukamaa.

5. Cashwell.

6. Lebel.

گشتاسبی و وحدانی‌نیا (۱۳۸۴) در ایران ترجمه و مطالعات روان‌سنجی لازم جهت مهیاسازی این ابزار برای استفاده در کشور صورت گرفته است. مطالعات ایشان نشان از کفایت لازم این ابزار جهت استفاده در جامعه ایران دارد. ضرایب آلفای کرونباخ گزارش شده برای ابعاد هشت‌گانه این ابزار در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۹۰ قرار دارد. این مقایسه دارای ابعاد هشت‌گانه شامل: عملکرد فیزیکی^۵، محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی^۶، درد جسمی^۷، سلامت عمومی^۸، سرزندگی^۹، عملکرد اجتماعی^{۱۰}، محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی^{۱۱} و سلامت روانی^{۱۲} است که ضرایب آلفای گزارش شده برای آنها به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۳، ۰/۷۱، ۰/۶۵، ۰/۷۷، ۰/۸۴ و ۰/۷۷ بوده است که نشانگر ثبات درونی خوب این ابعاد است. بررسی‌های روان‌سنجی دیگر از قبیل روایی و پایایی نیز توسط ایشان صورت گرفته است که حکایت از مناسب بودن این ابزار دارد. این مقیاس دارای ۳۶ آیتم است که هر یک از ابعاد هشت-گانه، ۲ تا ۱۰ آیتم را به خود اختصاص داده‌اند. هر آیتم تنها در محاسبه نمره یک بعد به کار برده می‌شود. در مورد برخی آیتم‌ها، نمره‌گذاری معکوس است. عمل نمره‌گذاری معکوس جهت هم جهت نمودن نمره‌های ابعاد است. با این شرایط، نمره هر آیتم بین صفر(بدترین) تا ۱۰۰ (بهترین) قرار می‌گیرد.

در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه‌ی همسانی درونی^۱ خوب مقیاس است. پایایی بازآزمایی^۲ این مقیاس در یک نمونه‌ی ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله‌ی چهار هفته از $r=0.80$ تا $r=0.87$ برای ناگویی خلقی کل و زیر مقیاس‌های مختلف تأیید شد. روایی همزمان بر اساس همبستگی(ضریب همبستگی پیرسون) بین ناگویی خلقی کل و مقیاس‌های هوش هیجانی ($r=0.80, P<0.001$)، بهزیستی روان‌شناختی ($r=0.78, P<0.001$)، و درماندگی روان‌شناختی ($r=0.44, P<0.001$) بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی^۳ نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ تأیید کردند (بشارت، ۲۰۰۷). در پژوهش دیگری نیز قربانی^۴ (۲۰۰۷، صفحه ۲۹۷) این مقیاس را بر روی نمونه‌های ایرانی و آمریکایی اعتباریابی کرده و ضریب آلفای زیر مقیاس‌های DDF, DIF, EOT را در نمونه ایرانی به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۸۲، ۰/۷۷ به دست آورده‌اند. در این تحقیق ضریب آلفا برای این مقیاس ۰/۷۷ به دست آمد.

پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی-۳۶ (SF-36): یکی از پرسشنامه‌های استاندارد مورد استفاده برای سنجش کیفیت زندگی SF-36 است که توسط منتظری،

- 5 . Physical functioning
- 6 . Role limitations physical
- 7 . Bodily pain
- 8 . General health
- 9 . Vitality
- 10 . Social functioning
- 11 . Role limitations emotional
- 12 . Mental health

- 1 . Internal consistency
- 2 . Test-retest reliability
- 3 . Confirmatory factor analysis
- 4 . Ghorbani.

یافته ها

در سایر زیرمقیاس ها میانگین پایین تری از گروه افراد سالم کسب کردند. برای تحلیل داده ها، آزمودن فرضیه های پژوهش و اختلاف میانگین گروه ها آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین های افراد بیمار و سالم در ابعاد ناگویی خلقی و کیفیت زندگی محاسبه شد.

جدول ۱ مشخصه های آماری شرکت کنندگان را بر حسب نمره های ابعاد ناگویی خلقی و کیفیت زندگی به تفکیک در مورد افرادی که شکایت درد داشتند و افراد سالم نشان می دهد.

مطابق داده های جدول ۱، میانگین نمره بیماران در مقیاس ناگویی خلقی در همه زیر مقیاس ها بیشتر از میانگین افراد سالم بود. در مقیاس کیفیت زندگی نیز بیماران به جز زیر مقیاس های محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی، محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی و درد جسمی که میانگین بالاتری داشتند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره ها بر حسب ابعاد مقیاس ناگویی خلقی و کیفیت زندگی

افراد سالم		بیماران با شکایت درد		متغیر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۵/۳۹	۱۸/۳۱	۵/۱	۱۹/۳۷	دشواری در شناسایی احساسات
۳/۵۴	۱۴/۳۲	۲/۷۹	۱۵/۲۳	دشواری در توصیف احساسات
۳/۵۲	۲۵/۳۳	۳/۱	۲۶/۱۲	تفکر عینی
۸/۴۷	۵۷/۹۶	۸/۴۳	۶۰/۷۲	نمره کل ناگویی خلقی
۳/۷۸	۲۶/۳۲	۴/۹۵	۲۴/۰۳	عملکرد فیزیکی
۱/۵۶	۵/۲۱	۱/۵	۶/۴۲	محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی
۱/۳۶	۳/۹۸	۱/۲۱	۴/۵۲	محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی
۲/۴۶	۱۴/۶۲	۲/۳۸	۱۲/۷۲	سرزندگی
۳/۰۱	۱۸/۲۷	۲/۹۵	۱۷/۶۷	سلامت روانی
۱/۱۴	۷/۴۹	۱/۰۵	۶/۷۱	عملکرد اجتماعی
۰/۹۲	۵/۹	۰/۸۹	۷/۶	درد جسمی
۲/۳۳	۱۶/۴	۲/۶۵	۱۴/۱۹	سلامت عمومی
۶/۵۳	۵۶/۷۴	۶/۵۰	۴۹/۳۳	بعد جسمانی کیفیت زندگی
۱۱/۶۵	۴۴/۹	۱۱/۰۷	۴۱/۰۸	بعد روانی کیفیت زندگی
۱۶/۵	۱۰۱/۶۴	۱۵/۴	۹۰/۴۱	نمره کل کیفیت زندگی

وجود داشت که چنین همبستگی در گروه افراد سالم به دست نیامد. ارتباط سایر ابعاد کیفیت زندگی با دشواری در شناسایی احساسات در دو گروه بسیار به هم نزدیک بود. زیر مقیاس دشواری در توصیف احساسات در گروه بیماران نسبت به افراد سالم با ابعاد بیشتری از کیفیت زندگی رابطه‌ی معنادار داشت در حالی که در گروه افراد سالم فقط با بعد عملکرد اجتماعی ($R = -0.23$) و بعد روانی کیفیت زندگی ($R = -0.20$) رابطه‌ی معنادار نشان داد و در نمره کل کیفیت زندگی در این گروه رابطه معنادار نبود. زیر مقیاس تفکر عینی در گروه افراد سالم با هیچ یک از زیر مقیاس‌ها و نمره کل کیفیت زندگی رابطه‌ی معنادار نداشتولی در گروه بیماران با زیر مقیاس‌های عملکرد فیزیکی ($R = -0.22$)، سلامت روانی ($R = -0.20$)، بعد جسمی کیفیت زندگی

خلاصه نتایج آزمون t جدول ۲ نشان داد در مقیاس ناگویی خلقی فقط در زیر مقیاس دشواری در توصیف احساسات و نمره کل ناگویی خلقی تفاوت معنادار ($P < 0.05$) بود، در حالی که در مقیاس کیفیت زندگی در همه زیر مقیاس‌ها بین دو گروه تفاوت معنادار وجود داشت ($P < 0.01$). برای مقایسه ضریب همبستگی بین متغیرهای ناگویی خلقی و کیفیت زندگی از آزمون همبستگی پیرسون برای دو گروه به صورت جداگانه استفاده شد.

بر اساس داده‌های جدول ۳ در زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات مربوط به مقیاس ناگویی خلقی و زیر مقیاس‌های عملکرد فیزیکی ($R = -0.25$) و محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی ($R = 0.41$) از ابعاد کیفیت زندگی در گروه افراد بیمار همبستگی معنادار

جدول ۲. آزمون t برای گروه‌های مستقل (گروه سالم و بیماران با شکایت درد) در ابعاد ناگویی خلقی و کیفیت زندگی

متغیر	F	t	df	سطح معناداری
دشواری در شناسایی احساسات	0/56	1/43	198	0/154
دشواری در توصیف احساسات	4/32	2/03	198	0/044
تفکر عینی	4/5	1/7	198	0/089
نمره کل ناگویی خلقی	0/025	2/32	198	0/022
عملکرد فیزیکی	9/36	-3/69	198	0/000
محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی	0/089	-5/7	198	0/000
محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی	6/4	-2/99	198	0/003
سرزندگی	0/037	3/99	198	0/000
سلامت روانی	0/006	3/8	198	0/000
عملکرد اجتماعی	0/076	5/5	198	0/000
درد جسمی	0/032	-2/5	198	0/016
سلامت عمومی	2/9	6/3	198	0/000
بعد جسمانی کیفیت زندگی	0/59	-4/7	198	0/000
بعد روانی کیفیت زندگی	0/42	-2/4	198	0/018
نمره کل کیفیت زندگی	0/31	-3/1	198	0/002

سپس رابطه‌ی ابعاد کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن به عنوان متغیرهای ملاک و ناگویی خلقی به عنوان متغیر پیش‌بین در معادله‌ی رگرسیون به صورت همزمان تحلیل شد.

($R = -0/23$)، بعد روانی کیفیت زندگی ($R = -0/20$) و نمره کل کیفیت زندگی ($R = -0/23$) رابطه‌ی معنادار داشت. همبستگی نمره کل ناگویی خلقی با بعد روانی کیفیت زندگی در دو گروه بالاتر از سایر زیرمقیاس‌ها بود با این تفاوت که میزان همبستگی در گروه افراد بیمار ($R = -0/50$) بیشتر از افراد سالم ($R = -0/40$) بود.

جدول ۳. همبستگی پیرسون بین ابعاد ناگویی خلقی و کیفیت زندگی در دو گروه افراد سالم و شکایت درد

متغیرها	عملکرد فیزیکی	محدودیت در ایفای نقش جسمی	محدودیت در ایفای نقش احساسی	سرزندگی روانی	سلامت اجتماعی	عملکرد جسمی	درد جسمی	سلامت روانی	کیفیت زندگی در بعد جسمی	کیفیت زندگی در بعد روانی	کیفیت زندگی کل
افراد با شکایت درد											
دشواری در شناسایی احساسات	-0/25*	0/41**	0/39**	-0/52**	0/52**	-0/53**	0/39**	-0/29**	0/32**	-0/57**	-0/50**
دشواری در توصیف احساسات	-0/09	0/16	0/22*	-0/24*	-0/40**	-0/25*	0/05	0/03	0/02	-0/33**	-0/20*
تفکر عینی	-0/22*	0/15	0/13	0/18	-0/20*	-0/08	0/07	0/18	0/23*	-0/20*	-0/23*
نمره کل ناگویی خلقی	-0/17	0/34**	0/32**	-0/46**	-0/48**	0/43**	0/32**	-0/32**	-0/19	-0/50**	-0/39**
افراد سالم											
دشواری در شناسایی احساسات	-0/14	-0/13	0/43**	-0/58**	-0/57**	-0/50**	0/36**	-0/30**	0/33**	-0/62**	-0/57**
دشواری در توصیف احساسات	0/05	0/07	0/04	-0/03	-0/19	-0/23*	-0/08	-0/06	0/05	-0/20*	-0/2
تفکر عینی	0/02	0/09	0/02	-0/17	-0/10	-0/07	-0/17	0/14	0/04	-0/12	-0/03
نمره کل ناگویی خلقی	0/008	0/01	0/24*	-0/37**	-0/37**	0/23**	0/22*	0/1	-0/13	-0/40**	-0/34**

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیونی داده‌ها برای متغیرهای کیفیت زندگی بر اساس ناگویی خلقی در گروه با شکایت درد و سالم

افراد سالم				بیماران با شکایت درد				متغیرها
t	Beta	F	R ²	t	Beta	F	R ²	
۰/۹	۰/۰۰۸	۰/۰۰۷	۰/۰۰۰	-۰/۰۹	-۰/۱۷	۲/۹	۰/۰۳	عملکرد فیزیکی
۰/۰۹	۰/۰۱	۰/۰۰۹	۰/۰۰۰	-۳/۵**	-۰/۳۳	۱۲/۰۶**	۰/۱۱	محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی
-۲/۳*	-۰/۲۳	۵/۷*	۰/۰۵	-۳/۴**	-۰/۳۲	۱۱**	۰/۱۰	محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی
-۳/۹**	-۰/۴۰	۱۵/۷**	۰/۱۳	-۵/۰۹**	۰/۵۰	۲۵/۹**	۰/۲۰	سرزندگی
-۳/۹**	-۰/۴۰	۱۵/۷**	۰/۲۰	-۵/۵**	-۰/۵۰	۲۹/۴**	۰/۳۰	سلامت روانی
-۳/۵**	-۰/۴۰	۱۱/۸**	۰/۱۰	-۴/۷**	-۰/۵۰	۲۱/۹**	۰/۱۸	عملکرد اجتماعی
-۲/۴*	-۰/۳۰	۵/۶*	۰/۰۵	-۳/۲**	-۰/۴۰	۱۰/۴**	۰/۱۰	درد جسمی
-۰/۱۴	-۰/۱۴	۱/۹	۰/۰۲	۰/۰۱۴	-۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	سلامت عمومی
-۱/۴	-۰/۱۴	۱/۹	۰/۰۱۸	-۱/۹	-۰/۱۹	۳۰/۴	۰/۰۴	بعد جسمانی کیفیت زندگی
-۴/۳**	-۰/۴۰	۱۸/۲**	۰/۱۶	-۵/۸**	-۰/۵	۳۲/۹**	۰/۲۶	بعد روانی کیفیت زندگی
-۳/۶**	-۰/۳۳	۱۲/۶**	۰/۱۲	-۴/۱**	-۰/۳۸	۱۶/۱**	۰/۱۵	کل کیفیت زندگی

به نمره کل کیفیت زندگی و بعد روانی کیفیت زندگی را بیشتر از بعد جسمی در هر دو گروه به صورت معنی‌دار تبیین کند ($P < ۰/۰۱$).

ضرایب تأثیر بعد روانی کیفیت زندگی ($B = -۰/۵$)، نمره کل کیفیت زندگی ($B = -۰/۳۸$) در بیماران و همین ابعاد به ترتیب در گروه افراد سالم ($B = -۰/۴۰$)، ($B = -۰/۳۳$) با توجه به آماره-های t نشان می‌دهد که با اطمینان ۹۹٪ می‌توان تغییرات مربوط به آنها را توسط ناگویی خلقی تبیین کرد.

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط ناگویی خلقی و کیفیت زندگی در بیماران شکایت درد و افراد سالم انجام شد. یافته‌ها نشان داد بین گروه بیماران و افراد سالم در ابعاد جسمانی و روانی مقیاس کیفیت زندگی تفاوت معنادار وجود دارد و

نتایج تحلیل و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین ابعاد ناگویی خلقی و کیفیت زندگی در جدول ۴ ارائه شده است. براساس نتایج جدول ۴، میزان F مشاهده شده در گروه بیماران به جز زیر مقیاس-های عملکرد فیزیکی و سلامت عمومی و بعد جسمی کیفیت زندگی در بقیه ابعاد معنادار است ($P < ۰/۰۱$) که نشان دهنده‌ی ارتباط خطی بین این متغیرهاست. ۲۶٪ واریانس مربوط به بعد روانی کیفیت زندگی به وسیله ناگویی خلقی تبیین می‌شود ($R^2 = ۰/۲۶$)؛ سلامت روانی نیز بیشتر از سایر زیر مقیاس‌ها در این گروه با ناگویی خلقی واریانس مشترک داشت ($R^2 = ۰/۳۰$). در گروه افراد سالم سلامت روانی بیش از سایر زیر مقیاس‌ها توسط ناگویی خلقی تبیین می‌شد ($R^2 = ۰/۲۰$). ضرایب رگرسیون متغیرهای ملاک نشان می‌دهد که ناگویی خلقی می‌تواند واریانس مربوط

روانی داشته باشند. همبستگی قوی ناگویی خلقی با ابعاد کیفیت زندگی در گروه بیماران با شکایت درد نسبت به افراد سالم با یافته‌های مطالعه (رپتی، اوسانیا، برونی، کمپل و کاپلا^۴ ۲۰۰۸ به نقل از دویرس و همکاران، ۲۰۱۲ صفحه ۸۴) و رابطه‌ی قوی زیر مقیاس مشکل در توصیف احساسات با کیفیت زندگی به ویژه با بعد روانی در همین گروه با نتایج مطالعه (ویر، ویر، گومز و گوئر^۵، ۲۰۱۳ صفحه ۱) مطابقت می‌کند. ناگویی خلقی به ویژه مشکل در توصیف احساسات با سبک زندگی بی‌تحرك، فعالیتهای فیزیکی و ورزشی کم، عاداتهای بد بهداشتی (کن^۶، ۱۹۶۳؛ پفنبارگر و هیل^۷، ۱۹۷۵؛ پفنبارگر، وینگ و هید^۸، ۱۹۷۸)، حمایت اجتماعی ضعیف (اوکا، کینگ و یانگ^۹، ۱۹۹۵؛ استپت، واردل و فولر^{۱۰}، ۱۹۹۷)، بیماری‌های جسمی (لاملی، استتنر و ومبر^{۱۱}، ۱۹۹۶)، اختلالهای خوردن و سوء مصرف مواد همراه است (هلمرز و منت، ۱۹۹۹ صفحه ۶۴۲). تداوم رفتارهای ضد سلامت می‌تواند در افراد مبتلا به ناگویی خلقی ریسک مرگ و میر را افزایش دهد (کریستال^{۱۲}، ۱۹۹۶، به نقل از هلمرز و منت، ۱۹۹۹؛ رز^{۱۳}، ۲۰۰۲). همچنین ناگویی خلقی حساسیت نسبت به درد را افزایش می‌دهد (سویک^{۱۴}، ۱۹۹۳) و مشکل در شناسایی احساسات و تفکر عینی با نمره کم در تحمل درد

افراد بیمار کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند. این یافته همسو با بررسی‌های فعلی است که نشان داده‌اند اختلال درد بر کیفیت زندگی، سلامت عمومی و سلامت روانی تأثیر منفی دارد (بکر، بوندگارد تامسون، اولسن، جوگرن، بیچ و اریکسون^۱ ۱۹۹۷؛ جرجی، وون کرف، سیمون و گتر^۲ ۱۹۹۸؛ به نقل از لم و همکاران، ۲۰۰۵ صفحه ۱۵). بنابراین درد جسمی ممکن است با تجربیات منفی در بسیاری از حیطه‌های زندگی همراه باشد. مطابق یافته‌ها در این پژوهش افراد با شکایت درد میانگین بالاتری در نمره کل ناگویی خلقی و زیرمقیاس دشواری در توصیف احساسات داشتند که فرض مطرح شده در هدف پژوهش را تأیید می‌کند. ناگویی خلقی می‌تواند در شروع یا افزایش اختلالات جسمی، روانپزشکی و روان‌شناسی نقش مهمی داشته باشد که از جمله آنها اختلال درد مزمن است (دویرس، فورنی، ولینگر و استیفل^۳، ۲۰۱۲ صفحه ۷۹). از طرفی درد مزمن یکی از راههای آشکار سازی احساسات فرد راجع به عوامل استرس‌زای زندگی به صورت علائم جسمی و فیزیکی است (تویسرکانی و همکاران، ۲۰۱۱ صفحه ۱۵۷). در اختلالاتی مانند اختلالات روان‌تنی یا روانپزشکی که منشأ نامشخصی دارند وجود فاکتورهای روان-شناسی همچون ناگویی خلقی قوی‌تر است (دویرس و همکاران، ۲۰۱۲ صفحه ۸۳). بنابراین احتمال دارد بسیاری از دردهای گزارش شده از طرف افراد بیمار در پژوهش حاضر نیز منشأ

4 - Ripetti, Ausania, Bruni, Campoli & Coppola.
5. Vieira, Vierira, Gomes & Gauer.
6 . Kahn.
7 . Paffenbarger, & Hale.
8 . Wing, & Hyde.
9 . Oka, King & Young.
10 . Steptoe, Wardle & Fuller.
11 . Stettner & Wehmer.
12. Krystal.
13. Rose.
14 . Sivik.

1 . Becker, Bondegaard Thomsen Olsen, Sjogren, Bech & Eriksen.
2. Gureje Von Korff, Simon & Gater.
3. De Vries, Forni, Voellinger & Stiefel.

در به تأخیر انداختن روند بهبودی بیماران دارد. بنابراین، یافته‌های پژوهش حاضر و پژوهش‌های مطرح شده اهمیت ایجاد فرصت برای ابراز احساسات و تخیلات بیماران در فضاهای درمانی و ضرورت توجه به بهبود کیفیت زندگی افراد بیمار به ویژه در بیماریها و دردهای مزمن که ممکن است کیفیت زندگی پایین با منشأی روانی داشته باشند را نشان می‌دهد. توجه به این امور می‌تواند نقش بسزایی در کوتاه کردن روند درمان و بهبودی بیماران داشته باشد.

منابع

بشارت، م. ع. (۱۳۸۶). رابطه ابعاد شخصیت و ناگویی خلقی. دو فصلنامه روانشناسی معاصر، ۲، ۵۸-۵۰.

منتظری، م.، گشتاسبی، آ.، وحدانی نیا، م. (۱۳۸۴). ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی پرسشنامه SF-36. فصلنامه پایش، ۵، ۴۹-۵۶.

Reference

- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
- Bentsen, S. B., Hanestasd, B. R., Rustoen, T., & Wahl, A. K. (2007). Quality of life in chronic low back pain patients treated with instrumented fusio n. *Journal of clinical nursing*, 17, 2061-2069.
- Besharat, M. A. (2007) Reliability and factorial validity of a Persian version of the Toronto Alexithymia Scale with

همبستگی دارند (نکلیچک و ینگرهات، ۲۰۰۰ صفحه ۴۷۴) که می‌تواند با کیفیت زندگی پایین بیماران در این پژوهش مرتبط باشند. علاوه بر این بالا بودن نمره مشکل در توصیف احساسات و تفکر عینی در بیماران را می‌توان چنین تبیین کرد که وقتی فرآیندهای شناسایی و توصیف احساسات به هر دلیل (اختلال در سیستم پردازش شناختی اطلاعات هیجانی، اختلال در تنظیم هیجانها) مختل شود، درماندگی روانشناختی، راههای تحلیل و تفکر منطقی را مسدود می‌کند و سبک شناختی فرد را به تفکر عینی، عمل‌گرا و واقعیت‌مدار محدود می‌سازد (تیلور و بگبی، ۲۰۰۰؛ سفنیوس، ۲۰۰۰ به نقل از بشارت، ۱۳۸۶ صفحه ۷۶). ترجیح فرد مبتلا به ناگویی خلقی به این که صرفاً شاهد وقایع باشد و به تحلیل و تفسیر آنها نپردازد و روابط و فعالیت‌های خود را به امور عینی محدود سازد و اساساً کاری به احساسات خود و دیگران نداشته باشد نمونه‌هایی از این سبک شناختی هستند (بگبی، پارکر و تیلور، ۱۹۹۴ به نقل از بشارت، ۱۳۸۶ صفحه ۷۶). تفکر عینی موجب می‌شود فرد کمتر در پی کمک‌های پزشکی برای دردها و بیماریهای جسمی خود باشد و به جای ریشه‌یابی مسائل و مشکلات برخوردی سطحی با آنها دارد (هلمرز و منت، ۱۹۹۹ صفحه ۶۴۳). همسو با این یافته‌ها، جالکین، هری و کنکین^۱ (۱۹۸۸) به نقل از ملین و کروژ^۲، ۲۰۰۵ صفحه ۷۴) در پیگیری بیماران دچار کمردرد مزمن در طول یکسال پس از درمان به این نتیجه رسیدند که ناگویی خلقی نقش مهمی

1. Julkunen, Hurri & Kankainen.
2. Mehling & Krause.

- Lumley, M. A., Smith, J. A., & Longo, D. J. (2002). The relationship of alexithymia to pain severity and impairment among patients with chronic myofascial pain comparisons with self-efficacy catastrophizing, and depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 823-830.
- Mehling, W. E., & Krause, N. (2005). Are difficulties perceiving and expressing emotions associated with low-back pain? The relationship between lack of emotional awareness (alexithymia) and 12-month prevalence of low-back pain in 1180 urban public transit operators. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 73-81.
- Nyliceck, I., Vingerhoets, A. J. M. (2000). Alexithymia is associated with low tolerance to experimental painful stimulation. *Pain* 85, 471-475.
- Rose, D. (2002). Theory and treatment of alexithymia: An affect theory perspective. Ph.D. *Dissertation, Michigan state University*.
- Tooyserkani, M. A., Besharat, M. A., & Koochi, S. (2011). The moderating role of positive affects on the relationship between alexithymia and experience of pain in chronic pain patients. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 154-158.
- Vieira, R. V. A., Vierira, D. C., Gomes, W. B., & Gauer, G. (2013). Alexithymia and its impact on Quality of life in a group of Brazilian women with migraine without aura. *The Journal of Headache and Pain*, 14, 1-10.
- a sample of Iranian students. *Psychological Rep*, 101, 209-220.
- Cashwell, C. (2011). Mindfulness and quality of life among breast cancer survivors: the mediating role of self-kindness and alexithymia. *Directec*. 153.
- de Ridder, D., Geenen, R., Kuijjer, R., & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Lacent (Review)*, 372, 246-255.
- De Vries, A. M. M., Forni, V., Voellinger, R., & Stiefel, F. (2012). Alexithymia in Cancer Patients: Review of the Literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81, 79-86.
- Ghorbani, N. (2007) Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in iran and the united state. *Int J Psychol*, 37, 297-308.
- Helmets, K. F., & Mente, A. (1999). Alexithymia and health male volunteers. *Journal of psychosomatic reaserch*, 47, 635-645.
- Lame, I. E., Peters, M. L., Vlaeyen, J. W. S., Kleef, M. V., & Patijn, J. (2005). Quality of life in chronic pain is more associated with belifes about pain, than with pain intensity. *European journal of pain*, 9, 15-24.
- Loas, G., Otmani, O., Lecercle, C., & Jouvent, R. (2000). The relationships between the emotional and cognitive components of alexithymia and dependency in alcoholics. *Psychiatry research*, 96, 63-74.