

رابطه آلکسی تیمیا و باورهای مربوط به هیجان با سلامت روان بیماران کلیوی

جهانگیر کرمی* / علی زکی بی (نویسنده مسئول)** / زینب محبی***

دریافت مقاله:

دی ۱۳۹۱

پذیرش:

بهمن ۱۳۹۱

چکیده

هدف: با توجه به نقش هیجان در سلامت پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه بین آلکسی تیمیا و باورهای مربوط به هیجان با سلامت روان بیماران کلیوی انجام گرفت.

روش: پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود که برای انجام آن از بین بیماران کلیوی استان کرمانشاه تعداد ۱۱۰ نفر (شامل ۵۴ مرد و ۵۶ زن) به روش نمونه در دسترس جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های سلامت عمومی (GHQ)، پرسشنامه باورهای مربوط به هیجان و پرسشنامه آلکسی تیمیا استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های همبستگی و رگرسیون مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که بین آلکسی تیمیا و سلامت روان رابطه منفی معناداری وجود دارد اما بین باورهای مربوط به هیجان و سلامت روان بیماران کلیوی رابطه معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که آلکسی تیمیا با سلامت روان بیماران کلیوی رابطه دارد، به نظر می‌رسد که آلکسی تیمیا به سبب ایجاد اختلال در دستگاه عصبی خودکار و دستگاه ایمنی سبب به مخاطره افتادن سلامتی می‌گردد.

کلیدواژه: آلکسی تیمیا، باورهای مربوط به هیجان، سلامت روان، بیماران کلیوی

* عضو هیئت علمی گروه روان شناسی دانشگاه رازی و مدیر گروه مطالعات خانواده

** کارشناس ارشد روان شناسی و مدرس دانشگاه پیام نور Zakiyai@yahoo.com

*** دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی دانشگاه رازی

مقدمه

نارسایی مزمن کلیه یکی از بیماری‌های جسمانی رایج جوامع بشری است به طوری که امروزه ۲ تا ۳ درصد مردم جهان مبتلا به این بیماری هستند. این مسئله می‌تواند سلامت و بهداشت روانی افراد را دچار مشکل سازد (نریمانی و رفیق ایرانی، ۱۳۸۷). بنابر اکثر پژوهش‌ها، شیوع بالای اختلالات روانی - اجتماعی در بیماران کلیوی مشاهده می‌شود. به عنوان مثال افزایش میل به خودکشی، افسردگی و اضطراب، اختلالات جنسی و مشکلات روابط بین فردی در این بیماران دیده شده است (احمدوند و همکاران، ۱۳۹۱). شناخت عوامل موثر بر سلامت روان بیماران کلیوی می‌تواند به آنان در درمان کمک بیشتری کند. به نظر می‌رسد یکی از عوامل مرتبط با سلامت روان آنان آلکسی تیمیا باشد. آلکسی تیمیا اختلالی ویژه در پردازش هیجانی است، که بیشتر به کاهش توانمندی در شناسایی و تشخیص هیجان‌ها اشاره دارد (چن^۱ و همکاران، ۲۰۱۱).

عقیده بر این است که آلکسی تیمیا عامل خطر ساز برای بسیاری از اختلال‌های روانی است، زیرا افراد مبتلا به این نارسایی خیلی تحت فشار همبسته‌های جسمانی هیجاناتی هستند که به کلام در نمی‌آیند (بیان نمی‌شوند). این نارسایی مانع تنظیم هیجان‌ها شده و سازگاری فرد را مشکل می‌سازد (تیلور و همکاران، ۱۹۹۹؛ به نقل از زکی‌بی، ۱۳۹۱). اینفراسکا (۱۹۹۷) معتقد است که این آگاهی هیجانی محدود و فرآیندهای شناختی معیوب در زمینه عواطف افراد مبتلا به آلکسی تیمیا، به برانگیختگی فیزیولوژیک طولانی، واکنش‌های عصبی و فشارهای

روانی منجر می‌شود و این عوامل به صورت بالقوه بر سیستم‌های اتونومیک، ایمنی و گذرگاه هیپوفیز - آدرنال، اثر تخریبی دارند (به نقل از مارتینز - سانچز و همکاران، ۲۰۰۳). الکسی تیمیا، آسیب پذیری نسبت به بیماری‌های تنی را تشدید می‌کند. این نظریه که ناتوانی در روند هیجانی و شناختی، استعداد ابتلا به بیماری را تشدید می‌کند با اساس طب روان تنی که مدعی است هیجانات و شخصیت ممکن است به طور قابل توجهی بر عملکرد بدن و سلامت جسم تاثیر گذارد، کاملاً همسان است (مارتینز - سانچز^۲ و اتو-گارسیا^۳ و همکاران، ۱۹۹۸، به نقل از مکوندی و همکاران، ۱۳۹۰).

رابطه بین آلکسی تیمیا با افسردگی (هونکالامپی^۴ و همکاران، ۲۰۰۰)، اضطراب (کوکس^۵ و همکاران، ۱۹۹۵) و شماری دیگر از اختلال‌های روانی و بدنی (تیلور و بگبی^۶، ۲۰۰۴؛ ریچاردز و همکاران^۷، ۲۰۰۵) در پژوهش‌های بسیاری مورد تأیید قرار گرفته است. پژوهش‌های اخیر حاکی از آن است که آلکسی تیمیا با بسیاری از اختلالات روان‌تنی و روانپزشکی مانند افسردگی اساسی، اختلال استرس پس از سانحه، سوءاستفاده و وابستگی به مواد، اختلال جسمانی کردن، اختلال خوردن و فوبی‌ها مرتبط است (تیلور^۸، ۲۰۰۴). پژوهش‌های دیگر نیز از جمله پژوهش‌های اسپیندلر و همکاران (۲۰۰۹)، احدی (۱۳۸۸)، مظاهری و همکاران (۱۳۸۹)،

2. Martinez - sanchez

3. Ato-Garcia

4. Honkalampi

5. Cox , Swinson , Shulman & Bourdeau

6. Taylor & Bagby

7. Richards, Fortune, Griffiths & Main

8. Taylor

1. Chen

تفاوت‌های فردی در تجربه هیجانات منفی (مثل اضطراب و غمگینی) در تندرستی ضعیف سهیم است. نتایج پژوهشی نشان داد که این بعد شخصیتی گسترده، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری ایجاد می‌کند و روان‌رنجورخویی و هیجان‌پذیری منفی با کاهش طول عمر و افزایش میزان بروز بیماری‌های سخت و خطرناک مرتبط است (اسمیت^۹، ۲۰۰۶؛ به نقل از داودی و همکاران، ۱۳۹۱).

هنگامی که فرد با یک موقعیت هیجانی روبرو می‌شود احساس خوب و خوش‌بینی برای کنترل هیجان کافی نیست بلکه وی نیاز دارد که در این موقعیت بهترین کارکرد شناختی و رفتاری را داشته باشد و بتواند هیجان‌های خود را تنظیم کند. در اصل در تنظیم هیجان به تعامل بهینه‌ای از شناخت و رفتار هیجانی جهت مقابله با شرایط منفی نیاز است، زیرا انسان‌ها با هر چه مواجه می‌شوند آنرا تفسیر می‌کنند و تفسیرهای شناختی تعیین‌کننده واکنش‌های افراد هستند (اچسنر و گروس^{۱۰}، ۲۰۰۵). با توجه به نقش هیجان در سلامت که مورد اشاره قرار گرفت پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه بین آلکسی تیمیا و باورهای مربوط به هیجان با سلامت روان بیماران کلیوی انجام گرفت.

روش

پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود که برای انجام آن از بین بیماران کلیوی استان کرمانشاه (بیماران دیالیزی و پیوندی) تعداد ۱۱۰ نفر (شامل ۵۴ مرد و ۵۶ زن) به روش نمونه در دسترس جهت

میکائیلی و همکاران (۱۳۹۱) و زکی یی (۱۳۹۱) نیز حاکی از ارتباط بین آلکسی تیمیا با اختلال‌های روانی است.

عامل دیگری که ممکن است سلامت روانی بیماران کلیوی را تهدید کند باورهای مرتبط با هیجان است. روانشناسان شناختی مدعی هستند که باور مربوط به عدم بیان و یا ابراز هیجانات نقش محوری در بروز و ادامه مشکلات روانی دارد (ریمز و چالدر^۱، ۲۰۱۰) و می‌تواند یک پیش‌آگهی قوی برای شکست درمان باشد (کورستورفین^۲، ۲۰۰۶) چنین باورهایی مشکلات عدیده‌ای برای فرد ایجاد می‌کند، مثلاً این باورها ممکن است به این منجر شود که خودآگاهی و توجه به خود در فرد کاهش پیدا کند و یا توانایی درک مناسب و لازم مشکل را از دست بدهد (کندی‌مور و واتسون^۳، ۲۰۰۱).

باورهای مربوط به عدم بیان هیجان‌های منفی یا باور به پیامد ناسازگار بیان احساسات، در افرادی با طیفی از مشکلات گزارش شده است، این مشکلات شامل سندرم خستگی مزمن (سوروی^۴، ۱۹۹۵) سندرم روده تحریک پذیر (علی و همکاران، ۲۰۰۰)، اختلالات روان‌تنی (وولدفولک و آلن^۵، ۲۰۰۷)، اختلالات خوردن (کلارک و ولز^۶، ۱۹۹۵)، هراس اجتماعی (کورستورفین، ۲۰۰۶)، افسردگی (کرامر و لانگلوئیز^۷، ۲۰۰۵)، و اختلال استرس پس از سانحه (اهلرز و کلارک^۸، ۲۰۰۰) است. تصور می‌شود که

1. Rimes & Chalder
2. Corstorphine
3. Kennedy-Moore & Watson
4. Surawy
5. Woolfolk & Allen
6. Clark & Wells
7. Cramer & Langlois
8. Ehlers & Clark

9. Smith
10. Ochsner & Gross

شرکت در پژوهش انتخاب شدند (به جهت عدم دسترسی به آمار دقیق بیماران از این روش استفاده شد). از این تعداد ۲۲ نفر مجرد و ۸۸ نفر متأهل بودند و میانگین سنی آنها ۴۶/۷۸ سال بود. ملاک‌های ورود برای آزمودنی‌ها عبارت بودند از تشخیص بیماری کلیوی توسط پزشک متخصص، دارای حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، دارا بودن شرایط جسمانی جهت پاسخگویی به پرسشنامه و رضایت کامل. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

پرسشنامه باورهای مربوط به هیجان^۱ (BAES): در این مقیاس باورهای مربوط به هیجان، کنترل احساسات مثبت و منفی نسبت به دیگران و همچنین هیجاناتی که با دقت باید کنترل شوند سنجیده می‌شود. در این مقیاس ۱۱ آیتم به صورت چند گزینه‌ای وجود دارد. نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده باورهای مضر در مورد هیجان‌ها می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس توسط ریمس و همکاران (۲۰۱۰)، ۰/۸۴ اعلام شده است. این آزمون در ایران توسط فولادچنگ (۱۳۹۰) ترجمه و هنجاریابی شده است و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آورده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسشنامه آکسی‌تیمیا FTAS-20: مقیاس آکسی‌تیمیا تورنتو یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات (شامل ۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (شامل ۵ ماده) و تفکر عینی (شامل ۸ ماده) را در اندازه‌های

پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق)، می‌سنجد. یک نمره کل برای آکسی‌تیمیا کلی محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس آکسی‌تیمیا تورنتو-۲۰ در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است. در نسخه فارسی (بشارت، ۱۳۸۸) مقیاس آکسی‌تیمیا تورنتو-۲۰، ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل 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 خوب مقیاس است. پایایی بازآزمایی مقیاس آکسی‌تیمیا تورنتو-۲۰ در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از $r=0/80$ تا $r=0/87$ برای آکسی‌تیمیا کل و زیرمقیاس‌های مختلف تأیید شد. روایی همزمان مقیاس آکسی‌تیمیا تورنتو-۲۰ بر حسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی بررسی و مورد تأیید قرار گرفت نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس آکسی‌تیمیا کل با هوش هیجانی، بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی همبستگی معنی‌دار وجود دارد. ضرایب همبستگی بین زیرمقیاس‌های آکسی‌تیمیا و متغیرهای فوق نیز معنی‌دار بودند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز وجود سه عامل دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس آکسی‌تیمیا تورنتو-۲۰ گزارش کرده است (به نقل از زکی‌بی، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲ به دست آمد.

هماهنگی درونی مقیاس‌ها بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ و برای کل مقیاس‌ها برابر ۰/۸۳ برآورد شده است (کرمی، زکی‌بی و رستمی، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۶ به دست آمد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون با نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ اطلاعات توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد متغیرها آمده است.

پرسشنامه سلامت روان (GHQ): به منظور سنجش سلامت روانی شرکت‌کنندگان از پرسشنامه ۲۸ سوالی گلدبرگ استفاده است، این پرسشنامه شامل ۴ خرده مقیاس بوده علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است، بدین ترتیب از این پرسشنامه ۵ نمره مجزا به دست می‌آید. ضرایب پایایی خرده مقیاس‌های چهارگانه به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای هر کدام از این مقیاس‌ها ۰/۹۲، ۰/۸۸، ۰/۹۱، 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

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهشی

متغیرها	کمینه	پیشینه	میانگین	انحراف استاندارد
آلکسی تیمیا	۲۰	۹۴	۵۹/۴۱	۱۱/۰۲
باورهای مربوط به هیجان	۱۳	۶۳	۳۵/۶۲	۱۰/۵
سلامت روان	۱۴	۷۵	۵۱/۴۴	۱۴/۱۷

همانگونه که در جدول ۲ آمده است بین خرده مقیاس‌های سه گانه آلکسی تیمیا و نمره کل با سلامت کلی به ترتیب ضرایب همبستگی ۰/۴۶-، ۰/۲۶-، ۰/۱۶ و ۰/۳۲- وجود دارد. بین دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و نمره کل با شکایات جسمانی ضرایب همبستگی ۰/۴۲-، ۰/۲۶- و ۰/۳۱- وجود دارد. و بین دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و نمره کل با اضطراب ضرایب همبستگی ۰/۴۳-، ۰/۲۵- و ۰/۳۱- وجود دارد. اما تنها خرده مقیاس تفکر عینی با اختلال در عملکرد اجتماعی رابطه داشت (۰/۲۵). همچنین بین دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و نمره کل با افسردگی ضرایب همبستگی ۰/۳۶-، ۰/۱۹- و ۰/۲۳- وجود دارد. اما بین باورهای مربوط به هیجان و خرده مقیاس‌های سلامت روان و نمره کل رابطه معناداری مشاهده نشد.

همانگونه که در جدول ۲ آمده است بین خرده مقیاس‌های سه گانه آلکسی تیمیا و نمره کل با سلامت کلی به ترتیب ضرایب همبستگی ۰/۴۶-، ۰/۲۶-، ۰/۱۶ و ۰/۳۲- وجود دارد. بین دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و نمره کل با شکایات جسمانی ضرایب همبستگی ۰/۴۲-، ۰/۲۶- و ۰/۳۱- وجود دارد. و بین دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و نمره کل با اضطراب ضرایب همبستگی

جدول ۲. ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱- دشواری در شناسایی احساسات										
۲- دشواری در توصیف احساسات	۰/۴۶**									
۳- تفکر عینی	۰/۰۳	۰/۲۶**								
۴- نمره کل آلکسی- تیمیا	۰/۸۲**	۰/۷۴**	۰/۵۱**							
۵- باورهای مربوط به هیجان	۰/۰۸	۰/۲۰*	۰/۱۵	۰/۱۸						
۶- شکایات جسمانی	-۰/۴۲	-۰/۲۶	۰/۱۱	-۰/۳۱	-۰/۱۳					
۷- اضطراب	-۰/۴۳	-۰/۲۵	۰/۱۱	-۰/۳۱	-۰/۱۳	۰/۶۴**				
۸- اختلال در عملکرد اجتماعی	-۰/۱۷	-۰/۰۷	۰/۲۵**	-۰/۰۴	۰/۰۵	۰/۴۱**	۰/۴۱**			
۹- افسردگی	-۰/۳۶	-۰/۱۹*	۰/۱۶	۰/۲۳*	-۰/۱۱	۰/۳۲**	۰/۴۷**	۰/۵۴**		
۱۰- نمره کل سلامت روان	-۰/۴۶	-۰/۲۶	۰/۱۶	-۰/۳۲	-۰/۱۲	۰/۷۸**	۰/۸۴**	۰/۷۱**	۰/۷۶**	

و در گام دوم مولفه‌های آلکسی تیمیا و نمره کل روی هم رفته قادر هستند ۲۵ درصد تغییرات مربوط به سلامت روان کلی را پیش‌بینی کنند، و مولفه‌های دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات به ترتیب با ضرایب بتای ۰/۴۷- و ۰/۲۰* توان پیش‌بین سلامت روان را دارند. برای هرکدام از مولفه‌های سلامت روان نیز به همین شکل از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد که نتایج در جدول ۳ آمده است.

با توجه به اینکه متغیرهای پیش‌بین و ملاک بر اساس مقیاس فاصله‌ای بودند، و بین آنها رابطه خطی مشاهده شد (نتایج جدول ۲)، و داده‌ها برای برون‌هستگی ۱، طبیعی بودن و همسانی پراکنشی باقی‌مانده‌ها غربال شدند، بنابراین مفروضه استفاده از رگرسیون برقرار است. برای پیش‌بینی سلامت روان توسط آلکسی تیمیا و خرده مقیاس‌های آن از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد، نتایج نشان داد که پیش‌بینی سلامت روان کل در دو گام انجام می‌گیرد

جدول ۳. تحلیل رگرسیون پیش بینی سلامت روان و خرده مقیاس های آن براساس آلکسی تیمیا

متغیر ملاک	گام	R	R ²	F	سطح معناداری	متغیر پیش بین	B	β	t	سطح معناداری
سلامت روان کلی	۲	۰/۵۰	۰/۲۵	۱۶/۲۳	۰/۰۰۱	دشواری در شناسایی احساسات	-۰/۹۱	-۰/۴۷	-۵/۳۷	۰/۰۰۱
						دشواری در توصیف احساسات	۰/۶۲	۰/۲۰	۲/۲۶	۰/۰۲
مشکلات جسمانی	۱	۰/۴۲	۰/۱۷	۲۱/۸۶	۰/۰۰۱	دشواری در شناسایی احساسات	-۰/۲۶	-۰/۴۲	-۴/۶۷	۰/۰۰۱
						دشواری در شناسایی احساسات	-۰/۳۰	-۰/۴۳	-۴/۹۱	۰/۰۰۱
اختلال در عملکرد اجتماعی	۲	۰/۳۲	۰/۱۰	۵/۹۵	۰/۰۰۴	تفکر عینی	۰/۲۵	۰/۳۷	۳/۴۲	۰/۰۰۱
						نمره کل (آلکسی تیمیا)	-۰/۰۶	-۰/۲۴	-۲/۱۷	۰/۰۳
افسردگی	۲	۰/۴۰	۰/۱۶	۱۰/۳۶	۰/۰۰۱	دشواری در شناسایی احساسات	-۰/۲۶	-۰/۳۷	-۴/۱۷	۰/۰۰۱
						تفکر عینی	۰/۲۰	۰/۱۷	۱/۹۸	۰/۰۵

با توجه به جدول می توان معادله پیش بینی سلامت روان را به صورت زیر نوشت (در این معادله خرده مقیاس های دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات متغیر هستند):

$$\text{سلامت روان} = ۰/۹۱(X_1) + ۰/۶۲(X_2) + ۵۲/۹۶$$

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه بین آلکسی تیمیا و باورهای مربوط به هیجان با سلامت روان بیماران کلیوی انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که بین آلکسی تیمیا و سلامت عمومی بیماران کلیوی رابطه منفی وجود دارد یعنی هر چه میزان آلکسی تیمیا در فرد بیشتر باشد سلامت عمومی وی کمتر است و بر عکس اگر کمتر باشد از سلامت بیشتری برخوردار است. همچنین نتایج پژوهش نشان داد بین خرده

مقیاس های سلامت روان و خرده مقیاس های دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات (از خرده مقیاس های آلکسی تیمیا) رابطه منفی وجود دارد اما تنها خرده مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی با خرده مقیاس تفکر عینی رابطه دارد. با توجه به اینکه در بیماران کلیوی علاوه بر درمان مشکل جسمانی فرد به خاطر استرس ها و عوارض بیماری کلیوی با مشکلات سلامت روانشناختی نیز مواجه می شود پس باید مولفه های تاثیرگذار بر سلامت آنان را شناسایی کرد. در مورد رابطه آلکسی تیمیا با سلامت روان بیماران کلیوی تاکنون پژوهشی انجام نگرفته است اما به نقش آلکسی تیمیا در سلامت روان و اختلال های روانی در پژوهش های دیگر اشاره شده است، از این رو نتایج پژوهش با پژوهش های کوکس و

همکاران (۱۹۹۵)، هونکالامپی و همکاران (۲۰۰۰)، تیلور و بگی (۲۰۰۴)، اسپندلر و همکاران (۲۰۰۹)، احدی (۱۳۸۸)، مظاهری و همکاران (۱۳۸۹)، میکائیلی و همکاران (۱۳۹۱) و زکی بی (۱۳۹۱) همخوانی دارد. نتایج پژوهش عیسی زادگان و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد که بین تمام مولفه‌های آلکسی تیمیا و سلامت روان و مولفه‌های آن رابطه وجود دارد اما نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مولفه‌های دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات با خرده مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی رابطه معناداری وجود ندارد و مولفه تفکر عینی تنها با خرده مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی رابطه دارد. پژوهش‌ها حاکی از این مسئله است که آلکسی تیمیا با برخی از بیماری‌های جسمی مثل التهاب مثانه، درد، انواع دیابت، فشار خون و بیماری قلبی رابطه دارد (دوبی و همکاران، ۲۰۱۰). عقیده بر این است که آلکسی تیمیا عامل خطر ساز برای بسیاری از اختلالات روانی است، زیرا افراد مبتلا به این عارضه بسیار سخت تحت فشار همبسته‌های جسمانی هیجاناتی هستند که به کلام در نمی‌آیند. این نارسایی مانع تنظیم هیجانات شده، سازگاری موفقیت‌آمیز را مشکل می‌سازد. در واقع افرادی که می‌توانند به موقع هیجان‌های خود را بروز دهند از زیر فشارهای روانی رها می‌شوند، آن‌ها قادر به در میان گذاشتن احساسات خود با دیگران نیستند. در تبیین یافته‌های پژوهش چنین می‌توان 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 فرآیند پردازش

شناختی، ادراک و ارزشیابی گردند، افراد از نظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی شده و این ناتوانی می‌تواند سازمان عواطف و شناخت‌های آنان را مختل سازد. این افراد به دلیل عدم آگاهی هیجانی و ناتوانی در پردازش شناختی احساسات خود، معمولاً قادر به شناسایی، درک و یا توصیف هیجان‌های خویش نیستند و توانایی محدودی در سازگاری با شرایط تنش‌زا دارند. یکی از روش‌های کنترل تنش خصوصاً در مورد هیجان‌های منفی، تخلیه و بیان هیجان ناشی از تنش است. در صورتی که این هیجان‌ها تخلیه نگردند 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 موثری 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.

مبتلایان به آلکسی تیمیا احساس‌های نامتمایز دارند و این احساس‌ها همراه با یک برانگیختگی فیزیولوژیک است. اما به علت مشکل در تمایز، توصیف و تنظیم احساس‌ها، برانگیختگی فعال باقی مانده و از بین نمی‌رود و این امر باعث اختلال در دستگاه عصبی خودکار و دستگاه ایمنی می‌شود (عیسی‌زادگان، شیخی و بشرپور، ۱۳۹۰). با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که آلکسی تیمیا در سلامت عمومی بیماران کلیوی نقش موثری دارد. افراد با آلکسی تیمیا بالا در درک کردن و شرح

هیجان‌های خود و دیگران ناتوان و عاجز هستند. برای همدلی استعداد ضعیف شده‌ای از خود نشان می‌دهند. افرادی که دارای ویژگی‌های الکسی تیمیا هستند، نمی‌توانند به خوبی با دیگران ارتباط برقرار نموده و سازگار گردند بنابراین آمادگی ابتلا به انواع اختلال‌های روان شناختی را دارند. از سوی دیگر آنان توان سازگاری کمتری دارند. برای بیماران کلیوی سازگاری با شرایط بیماری یک امر مهم است که اگر از آن محروم باشند با افت سلامتی مواجه خواهند شد از سوی دیگر توان همدلی کردن که آن نیز یک امر حیاتی در شرایطی مثل بیماری است در افراد با آلکسی تیمیا بالا کاهش می‌یابد که این قضیه نیز تهدید کننده سلامت عمومی برای آنان است.

در بخش دیگر نتایج پژوهش نشان داد که بین باورهای مربوط به هیجان و سلامت روان و مولفه‌های آن رابطه معناداری وجود ندارد. در این قسمت نتایج پژوهش با پژوهش پیشین از جمله پژوهش‌های کرامر و لانگلوئیز، (۲۰۰۵) و فولادچنگ (۱۳۹۱) همخوانی ندارد. در تبیین نتایج می‌توان به بحث فرهنگی اشاره کرد که در فرهنگ ما با توجه به اینکه روابط اجتماعی و همدردی به شکل سستی همچنان وجود دارد و به فرد بیمار اجازه همدردی داده می‌شود بنابراین به وی کمک بیشتری برای تحمل بیماری می‌دهد.

در تعمیم نتایج پژوهش با توجه به اینکه نمونه پژوهشی در بیماران کلیوی کرمانشاه انجام گرفت باید احتیاط لازم را در نظر گرفت.

با توجه به نتایج پژوهش توصیه می‌شود در درمان بیماران کلیوی به سلامت روانی آنان هم توجه شود و نقش هیجان‌ها را در درمان آنان نباید نادیده گرفت.

همچنین در پژوهش‌های آتی نقش هیجان و آلکسی تیمیا در سایر بیماران مزمن در نظر گرفته شود.

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، ص: ۲۵-۳۲.

احمدوند، افشین؛ ساعی، رضوان؛ سپهرمنش، زهرا و قنبری، علیرضا (۱۳۹۱). تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی بیماران همودیالیزی در شهرستان کاشان، مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، دوره اول، شماره ۶، ص: ۳۵-۳۹.

داودی، ایران؛ زرگر، یداله؛ مظفری پوری سخت، الهام؛ نرگسی، فریده و مولا، کریم (۱۳۹۱). رابطه فاجعه‌سازی درد، اضطراب درد، روان‌رنجورخویی، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله با ناتوانی عملکردی در بیماران روماتیسمی، مجله روان شناسی سلامت، شماره ۱، ص: ۱-۱۵.

زکی‌بی، علی (۱۳۹۱). رابطه آلکسی تیمیا، باورهای غیرمنطقی، عاطفه مثبت و منفی با اختلال‌های روانی، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه رازی کرمانشاه.

فولادچنگ، طیبیه (۱۳۹۰). بررسی رابطه عوامل شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، پایان نامه کارشناسی

- Ali A, Toner BB, Stuckless N, Gallop R, Diamant NE, Gould MI, Vidins EI.(2000). Emotional abuse, self-blame and self-silencing in women with irritable bowel syndrome. *Psychosom Med*;62:76–82.
- Ehlers A, Clark DM.(2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*;38:319–45.
- Chen. J, Xu. T, Jing. J & Chan. R. (2011). Alexithymia and emotional regulation: A cluster analytical approach. *BMC Psychiatry*, (11)33.
- Cox, B. J., Swinson, R. P., Shulman, I. D., & Bourdeau, D. (1995). Alexithymia in panic disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 195-198.
- Corstorphine E.(2006). Cognitive-emotional-behavioural therapy for the eating disorders: working with beliefs about emotions. *Europ Eat DisRev*;14:448–61.
- Dubey A, Pandey R, Mishra K.(2010). Role of emotion regulation difficulties and positive/negative affectivity in explaining alexithymia-health relationship an overview. *J Soc Sci Res*; 7:20-31.
- Surawy C, Hackmann A, Hawton K, Sharpe M.(1995). Chronic fatigue syndrome: a cognitive approach. *Behav Res Ther*;33:535–44.
- Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. In: Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR,(1995). editors. *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford Press., pp. 69–93.
- Cramer KM, Gallant MD, Langlois MW.(2005). Self-silencing and depression in women and men: Comparative structural equation models. *Pers Ind Diff*;39:581–92.
- Rimes, k. A & Chalder, T. (2010). The Beliefs about Emotions Scale: Validity, reliability and sensitivity to change. *Journal of Psychosomatic Research*, 68: 285-292.
- Ochsner KN & Gross JJ. (2005). The cognitive control of motion, *TRENDS in cognitive sciences*. 5, 242-249.
- ارشد روان شناسی، دانشگاه رازی کرمانشاه.
- کرمی، جهانگیر؛ زکی بی، علی و رستمی، سمیرا (۱۳۹۰). سلامت روان بیماران کلیوی: نقش راهبردهای مقابله با استرس و حمایت اجتماعی خانواده. چاپ نشده
- عیسی زادگان، علی؛ شیخی، سیامک و بشرپور، سجاد (۱۳۹۰). رابطه آلکسی تیمیا و تیپ شخصیتی D با سلامت عمومی، مجله پزشکی ارومیه، دوره ۲۲، شماره ۶. ص: ۵۳۸-۵۳۰.
- مظاهری، مینا و همکاران (۱۳۸۹). ارتباط ابعاد آلکسی تیمیا با افسردگی و اضطراب در مبتلایان به اختلالات گوارشی عملکردی. تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۸، شماره ۲. ص: ۹۲-۱۰۲.
- مکوندی، بهنام؛ شهنی، منیجه و نجاریا، بهمن (۱۳۹۰). مقایسه الکسی تایمیا و هوش هیجانی بین دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی اهواز، یافته‌های نو در روانشناسی، سال ششم، شماره ۱۸، ص: ۴۷-۵۷.
- میکاییلی، نیلوفر؛ کریم‌نژاد، فرزاد؛ ایرانی، فاطمه و پیرنبی‌خواه، نسیم (۱۳۹۱). آلکسی تیمیا و شاخص‌های روان تنی در پیش بینی سلامت عمومی در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر. مجموعه مقالات چهارمین کنگره بین‌المللی روان تنی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان اصفهان.
- نریمانی، محمد و رفیق ایرانی، سودابه (۱۳۸۷). بررسی ارتباط بین روش‌های مقابله‌ای و سلامت روانی در بیماران تحت درمان با همودیالیز. مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی، سال دهم، شماره ۲، ص: ۱۱۷-۱۲۲.

- Kennedy-Moore E, Watson JC.(2001). How and when does emotional expression help? *Rev Gen Psychol*;5:187-212.
- Martin, B. A. S. (2003). The influence of gender on Mood effects in advertising. *Psychology and Marketing*, 20 (3), 249-273.
- Spindler H, Kruse C, Zwisler AD, Pedersen SS.(2009). Increased anxiety and depression in Danish cardiac patients with a type D personality: Cross – validation of the type D scale (DS14). *Behave Med*; 16(2): 98-107.
- Taylor GJ, Bagby RM.(2004). New trends in alexithymia research. *Psychother Psychosom*; 73(2): 68-77.
- Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD,(1999). Grotstein J. Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. 1st ed. Cambridge: Cambridge University Press.
- Woolfolk RL, Allen LA.(2007). Treating somatization: a cognitive-behavioural approach. New York: Guilford Press.