پیش‌بینی سلامت اجتماعی براساس مولفه‌های ناگویی خلقی در کارکنان شهرداری

تاریخ دریافت مقاله:۹۵/۲/۲۵ **تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۳/۶**

زهره رافضی[۱]
الهه جوانمرد[۲]

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی سلامت اجتماعی بر اساس مولفه‌های ناگویی خلقی انجام شد.

روش: روش این پژوهش توصیفی- همبستگی بود و جامعه آماری این مطالعه را تمام کارکنان مناطق ۲۲ گانه شهرداری شهر تهران تشکیل می‌دادند که از میان آنها ۱۲۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های سلامت اجتماعی کییز (۲۰۰۴) و ناگویی خلقی تورنتو (۱۹۸۶) پاسخ دادند. تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش با استفاده از آمار توصیفی، همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره انجام شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از همبستگی پیرسون نشان داد که سلامت اجتماعی با همه مولفه-های ناگویی خلقی (ناتوانی در شناسایی احساسات، ناتوانی در توصیف احساسات و تفکر برون‌مدار) رابطه منفی معناداری دارد ($p<۰/۰۵$). همچنین نتایج بدست آمده از رگرسیون چند متغیره نیز نشان داد که از میان مولفه‌های ناگویی خلقی، صرفاً مولفه‌ی ناتوانی در شناسایی احساسات می‌تواند به طور معناداری سلامت اجتماعی را پیش‌بینی کند ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: با توجه به رابطه منفی معنادار مشاهده شده بین ناگویی خلقی و سلامت اجتماعی، می‌توان با بکارگیری راهبردهای درمانی مناسب برای ناگویی خلقی در جهت ارتقای سلامت اجتماعی افراد گامی اساسی برداشت.

کلید واژگان: سلامت اجتماعی، ناگویی خلقی، مولفه‌های ناگویی خلقی.

۱ استادیار روانشناسی دانشگاه پیام نور تهران Rafezi.zohreh13@gmail.com

۲ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

Predicting Social Health Based on Alexithymia Components in Municipal Employees

Rafezi,Z.
Javanmard, E.

Abstract

Introduction This study was conducted to predict social health based on alexithymia components.

Method: The study method was descriptive-correlative and the study population was all employees of 22 District of Tehran Municipality that 120 staff were selected as study sample by using convenience sampling. The instruments of study were Keyes Social Health Questionnaire (2004) and Toronto Alexithymia Scale (1986). Data analyzed by using descriptive statistic, Pearson correlation and multiple regression.

Results: The results of Pearson correlation indicated that social health had significant and negative relationship with all component of alexithymia (difficulty identifying feelings, difficulty describing feelings and externally oriented thinking). Also multivariate regression analysis demonstrated that among the alexithymia components only difficulty in identifying feelings could significantly predict social health.

Conclusion: With regard to negative significant relationship between alexithymia and social health, by using appropriate treatment strategies for alexithymia we can promote social health.

Keywords: social health, alexithymia, alexithymia component.

مقدمه

بعد از تعریفی که سازمان بهداشت جهانی[1] ۱۹۴۸ از سلامت ارائه داد و آن را به عنوان حالتی از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً نبود بیماری، تعریف کرد (نقل از ریف و سینگر[2]، ۱۹۹۸)، سلامت اجتماعی[3] به عنوان یکی از ابعاد سلامت در کنار سلامت جسمی، روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافت، به گونه‌ای که دیگر سلامتی، عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر او از اجتماع نیز به عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد و در سطح کلان جامعه به شمار می‌رود (سام آرام، ۱۳۸۸).

بلوک[4] و برسلو[5] برای اولین بار در سال ۱۹۷۲(نقل از پیتز و فیلیپس[6]، ۲۰۰۱) در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی پرداختند. آنها مفهوم سلامت اجتماعی را با درجه عملکرد اعضاء جامعه مترادف کرده و شاخص سلامت اجتماعی را ساختند. آنها تلاش کردند تا با طرح پرسش‌های گوناگون در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت فردی، به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه برسند. این مفهوم را چند سال بعد دونالد[7] و همکارانش در سال ۱۹۷۸ مطرح کردند و استدلال آنها این بود که سلامت فراتر از گزارش علائم بیماری، میزان بیماری‌ها و قابلیت‌های کارکردی فرد است. آنها معتقد بودند که رفاه و آسایش فردی امری متمایز از سلامت جسمی و روانی است. براساس برداشت آنان سلامت اجتماعی در حقیقت هم بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می‌شود و هم می‌تواند تابعی از آن باشد. محتوای سلامت اجتماعی از ابتدا از طریق تمرکز بر فرد و در رابطه با تعاملات میان فردی (مثلاً ملاقات با دوستان) و مشارکت اجتماعی (مانند عضویت در گروه‌ها) مورد سنجش قرار گرفت و در اندازه‌گیری هم ارکان عینی (مثلاً تعداد دوستان) و هم ذهنی (کیفیت روابط دوستانه) منظور شده بود. کییز[8] (۱۹۹۸) همچنین سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع، کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی به عنوان عضوی از آنهاست، تعریف کرد. وی بر این اساس مدل پنج عاملی خویش را مطرح کرد که در آن پنج عامل انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و انطباق اجتماعی شاخص‌های سلامت را تشکیل می‌دادند. فرنچ، ودهارا و کپتین[9] (۲۰۱۰، نقل از صفاری‌نیا، ۱۹۹۳) سلامت اجتماعی را به عنوان گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر (نزدیکان و گروه‌های اجتماعی) که وی عضوی از آنهاست تعریف کردند.

1. World Health Organization
2 Ryff & Singer
3. social health
4. Belloc
5. Breslow
6 Pitts & Pillips
7. Donald
8. Keyes
9 . French, Vedhara & Kaptein

در تعاریف ارائه شده، توانایی ایجاد و حفظ ارتباطات بین فردی سازنده با دیگران از مولفه‌های اساسی سلامت اجتماعی به شمار می‌آید. از آن جایی که یکی از راه‌های ایجاد و حفظ ارتباطات بین فردی، مهارت‌های ارتباطی کلامی و غیر کلامی است، نقص در این مهارت‌ها می‌تواند منجر به مشکلات بین فردی بسیار و کاهش سلامت روانی و اجتماعی شود. مهارت‌های ارتباطی رفتارهایی هستند که رشد آنها می‌تواند بر روابط بین افراد از یک سو و سلامت اجتماعی آنان و نیز عملکرد مفید و موثر در اجتماع از سوی دیگر، تأثیر داشته باشد. اشنایدر[1] (۱۹۸۵، نقل از حاتمی، ۱۳۸۹) نیز مهارت‌های ارتباطی را به عنوان ابزاری برای ارتباط میان فرد و محیط، تعریف می‌کند که برای شروع و ادامه ارتباطی سازنده و سالم با دیگران لازم است.

بر اساس مطالعات انجام شده افراد مبتلا به ناگویی خلقی[2] به علت نقص در مهارت‌های ارتباطی، مشکلات بین فردی بسیاری را تجربه می‌کنند (تیلور، پارکر، باگبی و بروک[3]، ۱۹۹۶؛ هسه و فلوید[4]، ۲۰۱۱؛ لوزانو گالوان[5]، ۲۰۱۴). ناگویی خلقی سازه‌ای چند وجهی متشکل از دشواری در شناسایی احساسات[6]، سبک تفکر برون‌مدار[7] و دشواری در توصیف احساسات[8] برای دیگران و قدرت تجسم محدود[9] است (تیلور، بگبی و پارکر[10]، ۱۹۹۷). افراد مبتلا به ناگویی خلقی در شناسایی، آشکارسازی، پردازش و نظم‌دهی هیجان‌ها و در تمایز احساسات درونی با احساسات بدنی مشکل دارند (سوارت، کورتکاس و آلمن[11]، ۲۰۰۹). مطالعات بالینی نشان داده است که افراد مبتلا به ناگویی خلقی دارای سبک بین فردیِ خاص خود هستند (وان هل، واندربرگن، ورهاج و دسمت[12]، ۲۰۱۰) برای مثال افراد واجد ناگویی خلقی در ارتباطات بین فردی دارای سبک گسسته، بی‌تفاوت هستند (دیماجیو، سمراری، کارسیونه، نیکولو و پروکاسی[13]، ۲۰۰۶)، در شناسایی عواطف غیر کلامی، ابراز وجود، بیان عواطف، اعتماد بین فردی مشکل دارند (اشپیتز، سیبل جرج، بارنو و فریبرگر[14]، ۲۰۰۵) و به علت داشتن سبک دلبستگی نا ایمن نمی‌توانند با دیگران صمیمی شوند (دریک و وان-هل[15]، ۲۰۰۷؛ هومفریس، وود و پارکر[16]، ۲۰۰۹) آنها نمی‌توانند دنیا را از منظر دیگران ببینند و با

1 .*Schneider*

2.alexithymia
3. Taylor, Parker, Bagby, and Bourke
4. Hesse C, Floyd K
5.Lozano Galvan
6. identifying feelings
7. externally oriented thinking
8. describing feelings
9. constricted imaginal processes
10.Taylor, Bagby & Parker
11. Swart, Kortekaas & Aleman
12 .Vanheuele, Vandenbergen, Verhaegehe & Desmet
13 Dimaggio, Semerari, Carcione, Nicolo, & Procacci
14 Spitzer, Sieble-Ju¨rges., Barnow,Grabe, & Freyberger
15 De Rick & Vanheule
16 Humphreys, Wood, & Parker

دیگران همدلی کنند و در موقعیت‌های ارتباطی معمولاً به صورت منفی و اجتنابی واکنش نشان می‌دهند (دیماجیو و همکاران، ۲۰۰۶؛ گاتمن و لاپورته[۱]، ۲۰۰۲).

اگرچه سیفنوس[۲] بر اساس مطالعات بالینی خود در سال ۱۹۷۳ ناگویی خلقی را برای اشاره به سبک عاطفی و شناختی خاص بیماران روان‌تنی معرفی کرد و اکثر تحقیقات انجام شده به بررسی رابطه بین ناگویی خلقی و بیماری‌های جسمانی و روان‌تنی پرداخته‌اند (مینگارلی، و همکاران[۳]، ۲۰۱۳؛ وینریب، او استربگ، بلومکوئیست، هالتکرانتز، کارکائو و آزبرگ[۴]، ۲۰۰۳؛ ون دی پوته، انگلبرت، کوئیس، کیمپن و اتیروال[۵]، ۲۰۰۷؛ گلاروس و لوملی[۶]، ۲۰۰۵) ولیکن همان طور که وان هل و همکارانش (۲۰۱۰) معتقدند ناگویی خلقی و مشکلات بین فردی، از این نظر که از نقص واحدی در نظام تنظیم هیجان[۷] نشات می‌گیرند، باید با هم در نظر گرفته شوند و رابطه بین ناگویی خلقی و بیماری‌های خاص (مانند بیماری‌های قلبی- عروقی و خستگی مزمن و ...) را باید ثانوی از این نقص در نظر گرفت. با این وجود پژوهش‌های اندکی به بررسی رابطه بین ناگویی خلقی و مشکلات بین فردی، حتی در بیماران روان‌تنی و پزشکی که به نوعی نقطه آغاز پژوهش‌های مربوط به ناگویی خلقی بودند، انجام شده است. در مطالعه‌ای، تیلور و همکارانش (۱۹۹۶) دریافتند که در بیماران مبتلا به اختلال خوردن، ناگویی خلقی با عدم اعتماد بین فردی رابطه دارد. وینریب و همکارنش (۲۰۰۳) نیز نشان دادند که افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نسبت به گروه کنترل سالم، ناگویی خلقی و مشکلات بین فردی بیشتری دارند. همچنین پژوهش‌ها به همبستگی منفی ناگویی خلقی با سلامت عمومی[۸] (پی کاردی، تونی و کاروپو[۹]، ۲۰۰۹) و همبستگی مثبت آن با افسردگی[۱۰]، اضطراب[۱۱] و پرخاشگری[۱۲] (دوبی، پاندی و میشرا[۱۳]، ۲۰۱۰) اشاره می‌کنند. پژوهش-های متعدد نیز نشان داده‌اند که رابطه اجتماعی برای سلامتی سودمند است. برای مثال سیمه[۱۴] (۱۹۹۷، نقل از امبرسون و کاراس مونتز[۱۵]، ۲۰۱۰)، نشان داد که خطر مرگ در بین زنان و مردانی که پیوندهای اجتماعی محدودی دارند دو برابر بیشتر از افرادی است که پیوند اجتماعی گسترده‌تری دارند. برومت[۱۶] و همکارانش (۲۰۰۱) نیز نشان دادند که خطر مرگ قلبی در بیماران عروق کرونری

1 .Guttman, & Laporte
2 Sifneos
3 Mingarelli & etal
4 Weinryb, O¨ sterberg, Blomquist, , Hultcrantz, , Karkau & Asberg
5 van de Putte, Engelbert, Kuis, Kimpen, & Uiterwaal
6 Glaros & Lumley
7emotion regulation
8. public health
9. Picardi, Toni & Carropo
10. depression
11. anxiety
12. aggression
13. Dubey, Pandey & Mishra
14. Syme
15. Umberson & Karas Montez
16. Brummett

که از نظر اجتماعی تنها بودند ۲,۴ بار بیشتر از افراد اجتماعی است. دلیل احتمالی برای تبیین اثر زیستی- روانی- اجتماعی، ناگویی خلقی بر افراد را می‌توان ضعف افراد مبتلا به ناگویی خلقی در صفت عاطفه بیان کرد (یعنی مقدار عاطفه‌ای که فردی در یک ارتباط می‌دهد و دریافت می‌کند). عاطفه از زمان‌های قدیم در ادبیات علم به عنوان یکی از نیازهای اساسی انسان تلقی می‌شده است (برگون و هیل[1]، ۱۹۸۴؛ شوتز[2]، ۱۹۶۶). تحقیقات جدید نیز با نشان دادن رابطه‌ی بین ارتباطات و دریافت عاطفه با بسیاری از فواید روان‌شناختی و فیزیولوژی، به این ادعا قوت بخشیده‌اند. از نظر روان‌شناختی، افراد عاطفی‌تر، کمتر مستعد استرس و افسردگی هستند (فلوید[3]، ۲۰۰۲) و از نظر هیجانی شادتر و با ثبات‌تر می‌باشند (داویس، کامینگز و وینتر[4]، ۲۰۰۴).

فلوید (۲۰۰۶) نیز با دیدی تکاملی، و با استفاده از نظریه تبادل عاطفی خود که نوعی نظریه داروینی جدید به شمار می‌آید، دلیل چنین امری را توضیح داده است. وی مطرح کرده است که تبادل عاطفی از طریق ایجاد و حفظ ارتباطات، دستیابی به منابع را برای افراد میسر می‌سازد و از این رو افراد را قادر به سازگای بهتر با محیط می‌کند. بنابراین افرادی که تبادل عاطفی بهتری دارند در ارتباطات موفق‌ترند و این امر به نوبه خود باعث بهبود شاخص‌های سلامتی فیزیولوژیکی و روان‌شناختی افراد می‌شود.

با توجه به اهمیت سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی و نقش رابطه اجتماعی در سلامتی (رابلسو کیکلت-گلاسر[5]، ۲۰۰۳؛ اوچینو[6]، ۲۰۰۶؛ ارتل، گلیمور و برکمن[7]، ۲۰۰۹؛ امبرسون و کاراس مونتز، ۲۰۱۰)، و نبود پژوهش‌های کافی در این زمینه، پرداختن به عواملی نظیر ناگویی خلقی که می‌توانند تاثیرات نامطلوبی بر روابط و در نتیجه سلامت اجتماعی افراد داشته باشد از اهمیت بالایی برخوردار است. از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه‌ی بین مولفه‌های ناگویی خلقی و سلامت اجتماعی و پیش‌بینی سلامت اجتماعی بر اساس مؤلفه‌های ناگویی خلقی انجام شد.

روش

این پژوهش از لحاظ روش توصیفی- همبستگی و از نظر هدف کاربردی بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل تمام کارمندان مناطق ۲۲ گانه شهرداری شهر تهران بودند. از میان آنها ۱۲۰ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. حجم نمونه با توجه به روش پژوهش و تجزیه و تحلیل داده‌ها (همبستگی و رگرسیون چند متغیره) ۱۲۰ نفر در نظر گرفته شد زیرا طبق گفته استیونس[8] در نظر گرفتن ۱۵ مشاهده به ازای هر متغیر پیش‌بین در تحلیل رگرسیون چندگانه با روش معمولی کمترین

1. Burgoon & Hale
2. Schutz
3. Floyd
4. Davies, Cummings & Winter
5. Robles &Kiecolt-Glaser
6. Uchino
7. Ertel, Glymour. Berkman
8. Stevens

مجذورات استاندارد، یک قاعده سر انگشتی خوب به حساب می‌آید (هومن، ۱۳۸۴). روش نمونه-گیری در این مطالعه به صورت در دسترس بود. ملاک‌های ورود به پژوهش دارا بودن حداقل مدرک لیسانس، حداکثر سن ۴۵ سال، عدم ابتلاء به اختلالات طبی مانند بیماری قلبی- عروقی، بیماری‌های ریوی و ... و اختلالات روان‌پزشکی مانند افسردگی، اختلالات شخصیت و ... بود.

برای اجرای پژوهش با مراجعه به مناطق شهرداری ۵، ۹ و ۱۵ به صورت در دسترس از برخی کارمندان که شرایط ورود به پژوهش را داشتند و مایل به همکاری نیز بودند خواسته شد تا پرسشنامه‌های مربوط به مطالعه را تکمیل کنند. اجرای پرسشنامه‌ها توسط هر یک از کارمندان به صورت انفرادی انجام پذیرفت و به آنها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات درج شده توسط آنها در تک تک پرسشنامه‌ها به صورت محرمانه باقی خواهد ماند. در مجموع ۱۲۰ شرکت کننده که در مناطق شهرداری ۵، ۹ و ۱۵ مشغول به کار بودند پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند که در جدول زیر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آنها به تفکیک جنسیت و وضعیت تاهل و تحصیلات نشان داده شده است.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه به تفکیک جنسیت، وضعیت تاهل و تحصیلات

متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
زن	۴۶	۳۸,۳
مرد	۷۴	۶۱,۷
مجرد	۲۲	۱۸,۳
متاهل	۹۸	۸۱,۷
کارشناسی	۹۳	۷۷,۵
کارشناسی ارشد	۲۷	۲۲,۵

با توجه داده‌های جدول ۱، اکثر افراد گروه نمونه مرد، متاهل و دارای مدرک کارشناسی بودند.

ابزار

پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی: در این پرسشنامه سوالاتی مرتبط با جنس، سن، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل وجود داشت.

پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز (فرم کوتاه): این پرسشنامه توسط کییز در سال ۲۰۰۴ ساخته شده است. ۲۰ ماده دارد و آزمودنی‌ها در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، تا حدی موافقم، مخالفم و کاملاً مخالفم) به سوالات پاسخ می‌دهند. سوالات ۱، ۶، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۸،

۱۹ و ۲۰ در این پرسشنامه به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده سلامت اجتماعی بالاتر است. باباپور و همکاران (۱۳۸۸، نقل از پورستار و حکمتی، ۱۳۸۹) در مطالعه‌ای برای بررسی پایایی این ابزار از همسانی درونی استفاده کردند و ضریب آلفای بدست آمده آزمون را ۰/۷۸ محاسبه کردند. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه حاضر ۰/۷۲ محاسبه شد.

پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو (TAS-20): این پرسشنامه توسط تیلور (۱۹۸۶) ساخته شده است و توسط بگی، تایلور و پارکر در سال (۱۹۹۴) تجدید نظر شد. شامل ۲۰ سوال است که سه بعد دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات (سوالات ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳ و ۱۴)، دشواری در توصیف احساسات (سوالات ۲، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۷) و تفکر با جهت‌گیری خارجی (میزان درون‌نگری و عمیق شدن فرد در احساسات درونی خودش و دیگران) (سوالات ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰) را اندازه‌گیری می‌کند. سوال‌ها بر حسب معیار ۵ نقطه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم نمره‌گذاری می‌شوند. سوالات ۴، ۵، ۱۰، ۱۸و ۱۹ در این پرسشنامه به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. هر چه افراد نمرات‌شان در این خرده مقیاس‌ها بیشتر باشد نشان‌دهنده مشکل بیشتر در زمینه بیان و تشخیص احساسات می‌باشد.

ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در مطالعات پارکر، تیلور و بگبی در سال‌های ۲۰۰۱ و ۲۰۰۳ مورد بررسی و تایید قرار گرفته است (بشارت، زاهدی تجریشی و نوربالا، ۱۳۹۲). بگیان کوله مرز ، درتاج و امینی (۱۳۸۰) آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۷۴ و برای هریک از خرده مقیاس‌های دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات ۰/۷۰، دشواری در توصیف احساسات ۰/۶۴ و تفکر با جهت‌گیری خارجی ۰/۵۲ و نریمانی، وحیدی و ابوالقاسمی (۱۳۹۱) ضریب آلفای این مقیاس را ۰/۷۹ گزارش کردند. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه حاضر ۰/۷۰ محاسبه شد.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول۲: میانگین، انحراف معیار و متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
ناتوانی در شناسایی احساسات	۱۸,۲۰	۸,۸۹
ناتوانی در توصیف احساسات	۱۴,۳۹	۵,۸۶
تفکر برون‌مدار	۲۱,۷۰	۹,۶۲
سلامت اجتماعی	۶۰,۸۹	۱۶,۶۲

جدول ۳: همبستگی بین مولفه‌های ناگویی خلقی و سلامت اجتماعی

	ناتوانی در شناسایی احساسات	ناتوانی در توصیف احساسات	تفکر برون مدار (عینی)
سلامت اجتماعی	-۰/۳۵۶**	-۰/۳۰۳**	-۰/۲۳۰*

** P<۰/۰۱ و* P<۰/۰۵

با توجه به نتایج کسب شده در جدول ۳ همبستگی بین تمام مولفه‌های ناگویی خلقی و سلامت اجتماعی منفی معنادار بود. لازم به ذکر است قبل از انجام رگرسیون تمامی پیش فرض‌های آن نظیر نرمال بودن، خطی بودن و یکسانی پراکندگی بررسی و تایید شدند. همچنین مفروضه هم‌خطی چندگانه توسط مقادیر تحمل و عامل تورم واریانس[1] (VIF) بررسی شد.

جدول ۴: آزمون تحلیل واریانس یک طرفه رگرسیون (ANOVA)

مدل	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین	f	سطح معناداری
۱	رگرسیون	۵۹۱۹/۴۷۵	۳	۱۹۷۳/۱۵۲	۸/۴۸۷	۰/۰۰۱
	باقیمانده	۲۶۹۷۰/۱۳۴	۱۱۶	۲۳۲/۵۰۱		
	کل	۳۲۸۸۹/۵۹۲	۱۱۹			

جدول۶ مربوط به کل مدل رگرسیون است. براساس مندرجات جدول فوق فرض صفر مبنی بر معنادار نبودن این مدل در سطح خطای (۰/۰۱) رد می‌شود و مدل برای انجام رگرسیون معنادار است.

جدول ۵: خلاصه مدل رگرسیون و ضرایب متغیرها در رگرسیون چند متغیره

متغیر	B	خطای استاندارد	β	t	p	مفروضه هم‌خطی		R	R2
ثابت	۸۲/۱۸۶	۴/۶۲۹		۱۷/۷۵۴	۰/۰۰۱	تولرنس	VIF	۰/۴۲۴	۰/۱۸۰
ناتوانی در شناسایی احساسات	-۰/۵۱۱	۰/۱۶۸	-۰/۲۷۴	-۳/۰۳۴	۰/۰۰۳	۰/۸۷۰	۱/۱۵۰		
ناتوانی در توصیف احساسات	-۰/۴۷۷	۰/۲۶۲	-۰/۱۶۸	-۱/۸۲۰	۰/۰۷۱	۰/۸۲۶	۱/۲۱۱		
تفکر برون‌مدار	-۰/۲۳۶	۰/۱۵۲	-۰/۱۳۷	-۱/۵۵۶	۰/۱۲۲	۰/۹۱۶	۱/۰۹۲		

1. Variance inflation factor

بر اساس جدول فوق ، مقدار R^2 برابر با ۰/۱۸۰ است که نشان می‌دهد، ۱۸ درصد از تغییرات مربوط به سلامت اجتماعی به متغیرهای پیش‌بین وابسته است و با توجه به سطوح معناداری، ناتوانی در شناسایی احساسات قادر است به طور معناداری متغیر سلامت اجتماعی را پیش‌بینی نماید ($p<۰/۰۱$). با توجه به ضریب بتا، می‌توان گفت تغییر به اندازه یک انحراف معیار در ناتوانی در شناسایی احساسات باعث ۰/۲۷ تغییر در سلامت اجتماعی می‌شود (علامت منفی نشان‌دهنده رابطه معکوس دو متغیر است). همچنین مقادیر تولرنس بیشتر از ۰/۰۱ و تحمل واریانس کمتر از ۱۰ بیانگر عدم وجود هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای مستقل است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین رابطه‌ی بین سلامت اجتماعی و مولفه‌های ناگویی خلقی و پیش‌بینی سلامت اجتماعی بر اساس مولفه‌های ناگویی خلقی انجام شد. نتایج تحلیل داده‌ها (جدول ۳) و بررسی فرضیه اول نشان داد که بین مولفه‌های سلامت اجتماعی با ناتوانی در توصیف احساسات، ناتوانی در شناسایی احساسات و تفکر برون‌مدار رابطه منفی معنادار وجود دارد. همچنین بررسی فرضیه دوم و نتایج رگرسیون (جدول ۵) نیز نشان داد که ناتوانی در شناسایی احساسات در سطح معناداری ($p<۰/۰۱$) قادر به پیش‌بینی سلامت اجتماعی است.

نتایج حاصل بدین معناست که کسانی‌که میزان ناگویی خلقی بالاتری دارند از سلامت اجتماعی پایین‌تری برخوردار هستند و از میان مولفه‌های ناگویی خلقی، مولفه‌ی ناتوانی در شناسایی احساسات نقش موثرتری در سلامت اجتماعی افراد ایفا می‌کند. لازم به ذکر است پژوهشی که مستقیماً رابطه بین ناگویی خلقی و سلامت اجتماعی را بررسی کرده باشد یافت نشد ولی می‌توان یافته‌های این پژوهش را همخوان با یافته‌هایی دانست که رابطه ناگویی خلقی را با مفاهیم مرتبط با سلامت اجتماعی نظیر بهزیستی، کیفیت زندگی و روابط اجتماعی بررسی کرده‌اند.

برای مثال، وان هل و همکارانش (۲۰۱۰) در پژوهش‌شان با عنوان مشکلات بین فردی افراد مبتلا به ناگویی خلقی که بر روی گروهی از بیماران نیازمند مراقبت‌های اولیه یعنی بیماران مبتلا به اختلال خستگی مزمن، بیماری قلبی عروقی مزمن یا مبتلایان به اختلال نقص ایمنی و بیماری طبی خفیف انجام دادند، نشان دادند که ناگویی خلقی در مبتلایان به خستگی مزمن و اختلالات قلبی- عروقی یا نقص ایمنی، بالاتر از بیماران دارای اختلالات طبی خفیف است. همچنین یافته-های آنها نشان داد که ناگویی خلقی رابطه مثبتی با کنش‌های بین فردی سرد و گسسته، کینه‌توزانه و خودخواهانه و رابطه منفی با از خودگذشتگی و سازگاری با دیگران دارد. آنها معتقدند که رابطه بین ناگویی خلقی و مشکلات بین فردی علت تفاوت نمرات ناگویی خلقی در میان گروه‌های بیماران است. علاوه بر این وان هل و همکارانش بر این باورند که ناگویی خلقی و مشکلات بین فردی، از این نظر که نقص واحدی هستند که بر نظام تنظیم عواطف اثر می‌گذارند، باید با هم در

نظر گرفته شوند و رابطه بین ناگویی خلقی و بیماری‌های خاص را باید ثانوی و ناشی از این نقص در نظر گرفت.

همچنین مینگارلی و همکارانش (۲۰۱۳) در پژوهشی با این عنوان که ناگویی خلقی تاحدودی درد، سلامتی پایین و مشکلات اجتماعی را در بیماران مبتلا به اختلالات گیجگاهی- فکی پیش‌بینی می‌کند به این نتایج دست یافتند که ناگویی خلقی تا اندازه‌ای می‌تواند درد، سلامتی کم و مشکلات اجتماعی را در این بیماران پیش‌بینی کند. ویریب و همکارانش (۲۰۰۳) نیز نشان دادند که بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مقایسه با گروه کنترل از ناگویی خلقی بالاتر و مشکلات بین فردی بیشتری برخوردارند. محمدپور (۱۳۹۳) طی پژوهشی به این نتیجه رسید که ویژگی‌های شخصیتی، مکانیسم‌های دفاعی و ناگویی خلقی عوامل مهمی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران کرونری قلب هستند. شاه حسینی (۱۳۹۲) در مطالعه‌ای نشان داد که بین دو متغیر سلامت روان و تاب‌آوری همبستگی مثبت معنادار و بین سلامت روان و ناگویی خلقی همبستگی منفی معناداری وجود دارد.

یافته‌های این پژوهش مبنی بر سلامت اجتماعی افراد مبتلا به ناگویی خلقی را می‌توان بر اساس صفت عاطفه و نظریه تبادل عاطفی فلوید (۲۰۰۶) نیز تبیین کرد. همان طور که قبلاً ذکر شد، افراد مبتلا به ناگویی خلقی در صفت عاطفه نقص دارند از این رو مقدار عاطفه‌ای که در یک ارتباط مبادله می‌کنند، خیلی کم است، همین امر باعث می‌شود که عاطفه کمی نیز دریافت کنند و از ارتباطات اجتماعی کنار گذاشته و منزوی شوند و در نهایت مستعد بسیاری از مشکلات زیستی- روان‌شناختی- اجتماعی شوند (برگون و هیل، ۱۹۸۴؛ شوتز، ۱۹۶۶؛ امبرسون و کاراس مونتز[1]، ۲۰۱۰). همچنین طبق نظریه تبادل عاطفی فلوید، تبادل عاطفی امکان ایجاد و حفظ ارتباطات، دستیابی به منابع را برای افراد میسر می‌سازد و از این رو افراد را قادر به سازگای با محیط می‌کند. بنابراین افرادی که تبادل عاطفی بهتری دارند در ارتباطات موفق‌ترند و همین امر به نوبه خود منجر به بهبود شاخص‌های سلامتی فیزیولوژیکی و روان‌شناختی افراد می‌شود.

به طورکلی ظرفیت محدود افراد مبتلا به ناگویی خلقی در شناسایی احساسات، توصیف احساسات و تفکر برون‌مدار به علت نقص در تنظیم هیجانات باعث کاهش کیفیت روابط و در نتیجه موارد وابسته به آن نظیر سلامت اجتماعی می‌شود و از آنجا که سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمانی و سلامت روان بخشی از سلامت کلی افراد را تشکیل می‌دهد، هر گونه ارائه راهکار و درمان جهت افزایش ظرفیت افراد مبتلا به ناگویی خلقی می‌تواند باعث بهبود و ارتقای سلامت اجتماعی و در مجموع سلامت کلی افراد شود.

نتایج پژوهش حاضر صرفاً حاصل پژوهش روی نمونه کوچکی از کارمندان است بنابراین در تعمیم این نتایج به گروه‌های دیگر باید با احتیاط عمل کرد و پیشنهاد می‌شود تا پژوهش‌های دیگری با استفاده از نمونه‌های متفاوت و بزرگتر انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های

1. Umberson & Karas Montez

دیگری به شیوه‌ی آزمایشی جهت سبب‌شناسی دقیق‌تر و دریافت نحوه تأثیر مولفه‌های ناگویی بر سلامت اجتماعی انجام شود.

تشکر و قدردانی

در پایان محققان از کارمندان مناطق ۵، ۹ و۱۵ شهرداری و کلیه‌ی عزیزانی که در این پژوهش همکاری کردند، صمیمانه تشکر می‌کنند.

منابع

- بشارت، محمدعلی؛ زاهدی تجریشی، کمیل و نوربالا، احمدعلی. (۱۳۹۲). مقایسه ناگویی خلقی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران جسمانی سازی، بیماران اضطراب و افراد عادی. روان‌شناسی معاصر، ۲ (۸)، ۱۶-۳.
- بگیان کوله مرز، محمد جواد؛ درتاج، فریبرز و محمد امینی، مهدی. (۱۳۹۱). مقایسه ناگویی خلقی و کنترل عواطف در مادران دانش‌آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. مجله ناتوانی‌های یادگیری، ۲ (۶)، ۲۴-۶
- پورستار، ملیحه و حکمتی، عیسی. (۱۳۸۹). پیش‌بینی سلامت اجتماعی براساس باورهای دینی در بین دانشجویان دختر. زن و مطالعات خانواده، ۲ (۷)، ۴۰-۲۷.
- حاتمی، پریسا. (۱۳۸۹). بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی.
- سام آرام، عزت الله. (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی با تاکید بر رهیافت پلیس جامعه محور. فصلنامه علمی پژوهشی انتظام اجتماعی، ۱ (۱)، ۲۹-۹.
- شاه حسینی، زهرا. (۱۳۹۲). بررسی رابطه ناگویی خلقی و تاب‌آوری با سلامت روان دانش‌آموزان و کادر آموزشی خوابگاه‌های مدارس شهرستان باخرز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد بالینی. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد.
- صفاری‌نیا، مجید. (۱۳۹۳). بررسی اعتبار، روایی و هنجاریابی پرسشنامه سلامت اجتماعی در ساکنین شهر تهران، فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، ۴(۱۵)،۴۵-۵۷.
- محمدپور، سمانه. (۱۳۹۳). پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران کرونری قلب براساس مکانیسم‌های دفاعی و ناگویی خلقی: نقش واسطه‌ای علایم روان‌شناختی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد بالینی. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه سمنان.
- نریمانی، محمد؛ وحیدی، زهره و ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۱). مقایسه ناگویی خلقی، تکانش‌گری و فعال‌سازی و بازداری رفتاری در دانشجویان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت وسواسی- جبری و پارانوئید و بهنجار. مجله روان‌شناسی بالینی، ۵ (۲)، ۶۵-۵۵.

- Brummett, Beverly H., John C. Barefoot, Ilene C. Siegler, Nancy E. Clapp-Channing, Barbara L. Lytle, Hayden B. Bosworth, Redford B. Williams, and Daniel B. Mark. (2001).“Characteristics of Socially Isolated Patients with Coronary Artery Disease Who Are at Elevated Risk for Mortality.” Psychosomatic Medicine, 63:267-72.
- Burgoon, J. K., & Hale, J. L. (1984). The fundamental topoi of relational communication. Communication Monographs, 51, 193–214
- Davies, P. T., Cummings, E. M., & Winter, M. A. (2004). Pathways between profiles of family functioning, child security in the interparental subsystem, and child psychological problems. Development and Psychopathology, 16,525–550.
- De Rick, A., & Vanheule, S. (2007). Alexithymia DSM-IV personality disorder traits in alcoholicinpatients: A study of the relation between both constructs. Personality and Individual Differences, 43, 119–129.
- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Nicolo, G., & Procacci, M. (2006). Psychotherapy of personality disorders: Metacognition, states of mind and interpersonal cycles.
- Dubey, A., Pandey, R. & Mishra, K. (2010). Role of emotion regulation difficulties and Positive/negative affectivity in explaining alexithymia-health relationship: An overview. Indian Journal of Social Science Research, 7(3), 20-31.
- Donald, C.A., Ware.JR, J.E.,BrooK,. R.H., & Davies-Avery. A. (1987). Conceptualization and Measurements of Health for Adults in the Health Insurance Study, Vol4, Social Health. 4HEW.
- Ertel, K. A. Glymour,M. and. Berkman,L.F.(2009) .“Social Networks and Health: A Life Course Perspective Integrating Observational and Experimental Evidence.” Journal of Social and Personal Relationships, 26:73–92.
- Floyd, K. (2002). Human affection exchange: V. Attributes of the highly affectionate.Communication Quarterly, 50, 135–152.
- Floyd, K. (2006a). Communicating affection: Interpersonal behavior and social context. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Glaros AG, Lumley MA. (2005). Alexithymia and pain in temporomandibular disorder. J Psychosom Res.; 59:85–88.
- Hesse C, Floyd K. (2011). Affection mediates the impact of alexithymia on relationships. Personality and Individuals Differences, 50:451–456
- Guttman, H., & Laporte, L. (2002). Alexithymia, empathy, and psychological symptoms in a family context. Comprehensive Psychiatry, 43, 448–455.
- Humphreys, T. P., Wood, L. M., & Parker, J. D. A. (2009). Alexithymia and satisfaction in intimate relationships. Personality and Individual Differences, 46, 43–47.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. Social psychology quarterly, 121-140.
- Lozano Galván,E.(2014). Alexithymia: indicator of communicative deficit in emotional
- health . Social and Behavioral Sciences, 132, 603 – 607
- Mingarelli, A. Casagrande, R. Di pirchio,R. Nizzi, S. Parisi,.C.Loy,B.C. Solano, A. Rampello, Dipaolo,C.. (2013). Alexithymia partly predicts pain, poor health and

social difficulties in patients with temporomandibular disorders Journal of Oral Rehabilitation, 40; 723-730
- Picardi, A., Toni. A. & Carropo, E. (2009). Stability of alexithymia and its relationship with the big five factors, temperament, character, and attachment style. Psychother Psychosom, 74(5), 371-8.
- Pitts, M., & Philips, K. (2001).The psychology of health: an introduction. Taylor and Francis group.
- Robles, T F. and. Kiecolt-Glaser, J.K. 2003. "The Physiology of Marriage: Pathways to Health."Physiology and Behavior 79: 409–16.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (1998). The contours of positive human health. Psychological Inquiry, 9, 1–28
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients .Psychotherapy and Psychosomatics, 22, 255–262.
- Schutz, W. (1966). The interpersonal underworld. Palo Alto, CA: Science and Behavior
- Books.
- Spitzer, C., Sieble-Ju¨rges, U., Barnow, S., Grabe, H. J., & Freyberger, H. J. (2005). Alexithymia and interpersonal problems. Psychotherapy and Psychosomatics, 74, 240–246.
- Swart, M., Kortekaas, R. & Aleman, A. (2009). Dealing with feelings: Characterizations of trait alexithymia on emotion regulation strategies and cognitive–emotional processing- Retrieved. Journal of Psychology, 34(3), 75-81.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, G. J., Parker, J. D. A., Bagby, R. M., & Bourke, M. P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. Journal of Psychosomatic Research, 41, 561–568.
- Umberson,D.& Karas Montez,J(2010)Social Relationships and Health: A Flashpoint forHealth Policy .Journal of Health and Social Behavior, 51(s),s54-s66
- Uchino, B. N. 2004. Social Support and Physical Health:Understanding the Health Consequences of Relationships.New Haven, CT: Yale University Press.
- Van de Putte, E. M., Engelbert, H. H., Kuis, W., Kimpen, J. L. L., & Uiterwaal, C. S. P. (2007). Alexithymia in adolescents with chronic fatigue syndrome. Journal of Psychosomatic
- Vanheule, S., Vandenbergen, J., Verhaeghe, P., Desmet, M. (2010). Interpersonal problems in alexithymia: A study in three primary care groups. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 83, 351–368.
- Weinryb, R. M., Osterberg, E., Blomquist, L., Hultcrantz, R., Karkau, I., & Asberg, M. (2003).Psychological factors in irritable bowel syndrome: A population-based study of patients, non-patients and controls. Scandinavian Journal of Gastroenterology, 5, 503–510.