

مقایسه تحمل پریشانی و ناگویی خلقی در معلولین جسمی - حرکتی و افراد عادی

Comparison of distress tolerance and Alexithymia in physical-motor disabled and normal people

Nasrin Mozaffar thani

Master's student, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.

Rogayyeh Najafi Shahgoli

Master's student, Department of Psychology, Faculty of Medicine, Islamic Azad University of Tabriz, Tabriz, Iran.

Sajjad Almardani Some'eh

PhD in psychology and university lecturer.

Email: s_a_s139@yahoo.com

نسرين مظفر ثانی

دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

رقیه نجفی شاهگلی

دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، تبریز، ایران.

سجاد علمردانی صومعه

دکتری روانشناسی و مدرس دانشگاه.

Abstract

Disability refers to the complete or partial inability to perform an activity that other humans can easily and naturally perform. The present study was conducted with the aim of comparing distress tolerance and alexithymia in physically disabled people and normal people. The method of the current research is of a comparative type and the statistical population of this research included all the sensory-motor disabled people of the Fayaz Rehabilitation Center in Tabriz and normal people. The research sample consisted of 50 people (two groups of 25 people) who were selected by simple random sampling. Toronto Distress Tolerance and Ataxia Questionnaires were used to collect data. Data analysis was done using multivariate analysis of variance statistical methods in SPSS21 software. The results showed that there is a significant relationship between distress tolerance and alexithymia in two groups of normal and physically disabled people ($p < 0.01$). The findings of this research were done in order to help the well-being of disabled people. However, more research in this field is suggested to address this issue more precisely and to identify effective solutions to improve distress tolerance and alexithymia in disabled people.

چکیده

معلولیت، به ناتوانی کامل یا جزئی در انجام دادن فعالیتی که سایر انسان‌ها به راحتی و به طور طبیعی می‌توانند آن را انجام دهند، اشاره دارد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه تحمل پریشانی و ناگویی خلقی در معلولین جسمی حرکتی و افراد عادی انجام شد. روش پژوهش حاضر از نوع مقایسه ای بوده و جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد معلول حسی - حرکتی مرکز توانبخشی فیاض بخش تبریز و افراد عادی بود. نمونه پژوهش شامل ۵۰ نفر (دو گروه ۲۵ نفری) بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های تحمل پریشانی و ناگویی هیجانی تورنتو استفاده شد. تجزیه تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری تحلیل واریانس چند متغیره در نرم افزار SPSS21 انجام شد. نتایج نشان دادند که بین تحمل پریشانی و ناگویی خلقی در دو گروه افراد عادی و معلول جسمی رابطه معنادار وجود دارد ($p < 0.01$). یافته‌های این پژوهش در راستای کمک به بهزیستی افراد معلول انجام شد. با این حال پژوهش‌های بیشتر در این حوزه پیشنهاد می‌شود تا به طور دقیق‌تر به این مسئله پرداخته شود و راهکارهای مؤثر برای بهبود تحمل پریشانی و ناگویی خلقی در افراد معلول شناسایی شود.

واژه‌های کلیدی: معلولین، ناگویی خلقی، تحمل پریشانی. **Keywords:** Disabled people, Alexithymia, Distress tolerance.

پذیرش: اردیبهشت ۱۴۰۳

دریافت: اسفند ۱۴۰۲

نوع مقاله: پژوهشی

مقدمه

معلولیت شرایطی است که هر کسی ممکن است در مسیر زندگی خود با آن روبه رو شود و بر اثر آن در موقعیتی متفاوت از گذشته یا متمایز از دیگران قرار گیرد. در واقع معلولیت می تواند فیزیکی، حسی یا ذهنی باشد و ممکن است زندگی روزانه و رشد شخصی و اجتماعی و همچنین کارکردهای کلی فرد را تحت تأثیر قرار دهد (زمانی، حبیبی و درویشی، ۲۰۱۵). در عصر حاضر به توانمند کردن معلولیت جسمی^۱ توجه بسیاری شده است و به کمک فناوری و تکنولوژی، موفقیت‌هایی در این زمینه حاصل شده است. معلولیت اشاره دارد به ناتوانی کامل یا جزئی در انجام دادن فعالیتی که سایر انسان ها به راحتی و به طور طبیعی و عادی می توانند آن را انجام دهند. هیچ انسانی نمی تواند پرواز کند، پرواز نکردن ناتوانی است، نه معلولیت. همه انسان های سالم می توانند راه بروند، کسی که نمی تواند راه برود، معلولیت دارد. معلولیت جسمی عبارت است از یک مشکل دائمی که حرکت یا تحرک فرد را، به نحوی، محدود می سازد (گنجی، ۱۴۰۰). بیش از یک میلیارد معلول در جهان زندگی می کنند که ۸۰ درصد این افراد در کشورهای در حال توسعه هستند و توجه به این قشر به عنوان بخشی از جامعه اهمیت بسزایی می طلبد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۱).

در همین راستا یکی از متغیرهایی که ممکن است در ارتباط با معلولین باشد و زندگی آنها را تحت تأثیر قرار بدهد، تحمل پریشانی^۲ است. تحمل پریشانی سازه ای جدید است که لینهان^۳ (۱۹۹۳) آن را مطرح کرد. دشواری های موجود در تنظیم هیجان های دردناک، محور مشکلات رفتاری بسیاری از این افراد است (لینهان، ۱۹۹۳). تحمل پریشانی تجربه حالت هیجانی کنونی بدون تلاش برای تغییر آن و همچنین مشاهده افکار و الگوهای عمل بدون تلاش برای متوقف سازی و کنترل آنهاست و تحمل و یا پذیرش واقعیت به معنای تایید واقعیت نیست (لینهان، ۱۹۹۳). توانایی تحمل و پذیرش پریشانی حداقل به دو دلیل هدف مهم بهداشت روانی است. نخست آن که درد و پریشانی، بخشی از زندگی هستند که نمی توان کاملاً از آنها اجتناب کرد و آنها را از بین برد، ناتوانی در پذیرش این حقیقت انکار ناپذیر، خود منجر به افزایش درد و رنج می شود. دوم آن که تحمل پریشانی، حداقل در کوتاه مدت بخشی از هرگونه تلاش برای تغییر خود به شمار می آید؛ در غیر این صورت تلاش برای گریز از درد و پریشانی (به عنوان مثال از طریق اقدامات تکانشی^۴) با تلاش برای ایجاد تغییرات مطلوب تداخل می کند. تحمل پریشانی در اصل توانایی ادراک محیط خود است بدون این که از آن بخواهیم متفاوت باشد (لینهان، ۱۹۹۳). مطالعه بارتون و همکاران^۵ (به نقل از آقا اکبری، میرزمانی و هاشمی رزینی، ۱۳۹۸) نشان داد، تحمل پریشانی پاسخ های گوناگون افراد را در برابر موقعیت متنوع تحت تأثیر قرار می دهد و با مهار عواطف، هیجانات و احساسات زمینه بهبود عملکرد آنان را فراهم می کند. نوربخش، اعیادی، فیاضی و صدری (۱۳۹۶) نشان دادند معلولین جسمی و حرکتی تحمل پریشانی پایین دارند و با مداخلاتی می توان آن را بهبود بخشید. بسیاری از مطالعات مقطعی نشان داده اند که ناتوانی با پریشانی روانی، افسردگی و سایر مشکلات روحی و روانی در ارتباط است (النک، مک الفین و هنینگ-اسمیت^۶، ۲۰۱۴). محققان طبق بررسی دقیقی مطرح کردند که

¹ Physical disability

² Tolerate distress

³ Linehan

⁴ Impulsive actions

⁵ Barton et al

⁶ Alang, McAlpine & Henning-Smith

۲۱/۶ درصد معلولین دارای پریشانی روانی هستند (ترنی و بخشی^۷، ۲۰۰۸). نتایج بررسی های صورت گرفته نشان می دهد که شدت معلولیت های جسمی پیشبین قوی مشکلات روانشناختی مثل آشفتگی و پریشانی است (نوسک، هاگز، سودلند، تیلور و اسوانگ^۸، ۲۰۰۳). به طوریکه، نتایج پژوهش مرادی، کلانتری و معتمدی (۲۰۰۷) نشان می دهد که معلولان جسمی- حرکتی در کل از سلامت بهینه روانی برخوردار نیستند و تأثیری که معلولیت بر وضعیت روحی- روانی و روابط خانوادگی و اجتماعی برجای می گذارد، غیر قابل انکار است.

همه ما هیجان های مختلفی را تجربه می کنیم و تلاش می کنیم از طریق روش های اثر بخش و غیر اثر بخش با آن ها مقابله کنیم. مسئله واقعی تجربه هیجان ها نیست، بلکه توانایی ما در بازشناسی و پذیرش و در صورت امکان استفاده از آنها بوده و با وجود هیجان ها، پیگیری کارکرد خود مسئله اصلی است به عنوان یکی از متغیر های روانشناختی تنظیم هیجان نقش برجسته ای در تحول و حفظ اختلالات هیجانی^۹ دارد. (ابراهیمی، زمانی و انصاری شهیدی، ۱۳۹۷). هیجان ها برای کنترل تعاملات اجتماعی بسیار مهم هستند و تعاملات اجتماعی (مراوده با دیگران) یکی از پیچیده ترین جنبه های محیط هایی هستند که انسانها در آنها زندگی می کنند. هیجان روشی است که مغز با آن نتیجه محاسبه عصبی را به اطلاع می رساند تا رفتاری غیر قابل بیان را به عنوان یک قاعده یا یک اصل کنترل کند. (گنجی، ۱۴۰۰). مشکلات مربوط به هیجان یا تنظیم هیجان، بیش از ۷۵ درصد طبقه های تشخیصی موجود در کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانشناختی را مشخص می کنند (کرینگ و اسلوان^{۱۰}، ۱۳۹۸). هیجان ها، گرایشات عمل به آنها، پردازش اطلاعات آنها و ابعاد بیان آنها، همه و همه تکامل یافته اند تا به بقا و شکوفایی انسان کمک کنند. عواطف یا هیجان های اصلی، ذاتی هستند، اما طرح های هیجانی فرا گرفته می شوند و از تجربیات قدیمی ناشی می شوند. آنها ساختارهای حافظه^{۱۱} هستند که مولفه های عاطفی^{۱۲}، شناختی^{۱۳} و رفتاری را به روشی سریع و خودکار^{۱۴} در هم آمیخته و به مکانیزم های ضمنی^{۱۵}، ناخودآگاه^{۱۶} و خاص مربوط ساخته، و در نتیجه مبنای سازمان خود را شکل می بخشند. طرح های هیجانی در طول حیات مان، از طریق فرآیند حافظه^{۱۷} و تجربیات کل ارگانسیم^{۱۸}، تشکیل می شوند. بنابراین حافظه های قیاسی هیجانی^{۱۹}، شبکه های تظاهرات ایجاد شده از تجربه زیسته هستند، از جمله: هیجان ها، تصاویر، احساسات، ارزیابی ها، معانی، شناخت ها، تجربیات اکتسابی، رفتارها، شرح مآوق و چگونگی اقدام به عمل. زمانی که اتفاق با اهمیتی برای ارگانسیم رخ می دهد، یک طرح هیجانی با معانی ویژه ساخته می شود (گرینبرگ^{۲۰}، ۱۴۰۱). یکی از این پاسخ های گوناگون، ناگویی خلقی^{۲۱} می باشد، به دشواری در خود تنظیم گری هیجانی^{۲۲} و به عبارت دیگر به ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات^{۲۳} هیجانی و تنظیم هیجان ها ناگویی خلقی می گویند، که اولین بار در سال ۱۹۷۳ توسط

⁷ Trani & Bakhshi

⁸ Nosek, Hughes, Swedlund, Taylor & Swank

⁹ Emotion disorder

¹⁰ Creik & Sluvan

¹¹ Memory structures

¹² Emotional components

¹³ Cognitive

¹⁴ Automatically

¹⁵ Implicit mechanisms

¹⁶ Unconscious

¹⁷ Memory process

¹⁸ Organism

¹⁹ Comparative memories of excitement

²⁰ Greenberg

²¹ Alexithymia

²² Emotional self-regulation

²³ Cognitive processing of information

سیف‌نوس^{۲۴} مطرح شد. ناگویی خلقی یک ویژگی شخصیتی^{۲۵} است که با مشکل در شناسایی و توصیف احساسات ذهنی^{۲۶} فرد و سبک فکری متمرکز بر بیرون توصیف می‌شود (پانتیا و بیلسماس^{۲۷}، ۲۰۱۲). اما شیوع بالاتری از سطوح بالای ناگویی هیجانی نسبت به جمعیت عمومی در بعضی از شرایط از جمله اضطراب، افسردگی، اختلالات خوردن و سوء مصرف مواد مشاهده شده است (استاریت و پلگرینو^{۲۸}، ۲۰۱۸). افراد مبتلا به ناگویی خلقی اغلب در بر خورد با مسائل مختلف روان پزشکی و پزشکی (معلولیت) خود مشکل دارند (هاویلند^{۲۹}، ۲۰۱۶). افراد مبتلا به ناگویی خلقی تهییج‌های بدنی بهنجار را بزرگ می‌کنند و نشانه‌های بدنی برانگیختگی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند (علمردانی صومعه، محرمی و باقری، ۱۴۰۱). نظر به نادر بودن پژوهش‌ها در زمینه تحمل پریشانی و ناگویی خلقی در معلولین جسمی - حرکتی، هدف از این تحقیق مقایسه تحمل پریشانی و ناگویی خلقی بین معلولین جسمی و افراد عادی می‌باشد.

روش

جامعه آماری این پژوهش را کلیه افراد معلولین حسی-حرکتی تشکیل دادند که در نیمه اول سال ۱۴۰۲ در مرکز توانبخشی فیاض بخش شهر تبریز بودند. تعداد ۲۵ نفر از افراد مراجعه‌کننده با استفاده از روش تصادفی ساده انتخاب شدند. همچنین تعداد ۲۵ نفر از بین افراد عادی با روش هم‌تاسازی به عنوان گروه مقایسه انتخاب شد. با توجه به قانون حداقل حجم نمونه در تحقیقات علی-مقایسه‌ای که برای هر گروه ۱۵ نفر ذکر شده است (دلور، ۱۳۸۷)، برای افزایش اعتبار تحقیق ۲۵ نفر برای هر گروه به عنوان نمونه انتخاب شد.

پرسشنامه تحمل پریشانی

مقیاس تحمل پریشانی: مقیاس تحمل پریشانی، یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی از سیمونز و گاهر^{۳۰} (۲۰۰۵) است. مقیاس تحمل پریشانی، یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس به شرح ذیل است:

- ۱- تحمل (تحمل پریشانی هیجانی): با سوالات ۱- ۳ و ۵ اندازه‌گیری می‌شود.
 - ۲- جذب (جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی): با سوالات ۲- ۴ و ۱۵ اندازه‌گیری می‌شود.
 - ۳- ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی): با سوالات ۶- ۷- ۹- ۱۰- ۱۱ و ۱۲ اندازه‌گیری می‌شود.
 - ۴- تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی): با سوالات ۸- ۱۳ و ۱۴ اندازه‌گیری می‌شود (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵).
- عبارات این پرسشنامه، بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای (۱- کاملاً موافق ۲- اندکی موافق ۳- نه موافق و نه مخالف ۴- اندکی مخالف ۵- کاملاً مخالف) نمره‌گذاری می‌شوند و هر یک از این گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ امتیاز دارند. عبارت ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالا در این مقیاس نشان‌گر تحمل پریشانی بالاست. برای بدست آوردن تحمل پریشانی کلی نمره تمام سوالات با هم جمع می‌شود و برای بدست آوردن نمره هر یک از ابعاد، نمره سوال‌های هر بعد مطابق آن چه که در بالا ذکر شد با هم جمع می‌شوند. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفا برای این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲،

²⁴ Sifnos

²⁵ Character

²⁶ Mental feelings

²⁷ Panaite & Bylsma

²⁸ Starita & Pellegrino

²⁹ Haviland

³⁰ Simons & Gaher

و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ را گزارش کرده اند، آن ها همچنین گزارش کرده اند که این پرسشنامه دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. علوی (۱۳۸۸) در پایان نامه اش از این ابزار بهره گرفته است وی آن را بر روی ۴۸ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد) اجرا کرده است و گزارش کرده است که کل مقیاس دارای پایایی همسانی درونی بالا ($\alpha = 0/71$) و خرده مقیاس ها دارای پایایی متوسطی (برای تحمل ۰/۵۴، جذب ۰/۴۲، ارزیابی ۰/۵۶ تنظیم ۰/۵۸) هستند (علوی، ۱۳۸۸). همچنین در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس، ۰/۸۹ برآورد شد.

پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-۲۰)

مقیاس ۲۰ ماده که توسط تیلور، بگبی و پارکر (۱۹۹۷) ساخته شده است و ناگویی خلقی را در سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات (هفت ماده)، دشواری در توصیف احساسات (پنج ماده)، و تفکر معطوف به سطح (عینی) (هشت ماده) در مقیاس پنج درجه ای لیکرت از نمره یک (کاملاً مخالف) تا نمره پنج (کاملاً موافق) می سنجد (بشارت، ۱۳۸۸). در نسخه فارسی ضریب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی ۰/۸۵ و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر معطوف به سطح ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شده است که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است (بشارت، ۲۰۰۷). قربانی، بینگ، واتسون، دویسون و ماک (به نقل از شاهقلیان، مرادی و کافی، ۲۰۰۷) آلفای کرونباخ این مقیاس را در نمونه ایرانی برای دشواری در شناسایی احساسات ۰/۷۴، برای دشواری در توصیف احساسات ۰/۶۱ و برای تفکر معطوف به سطح ۰/۵۰ به دست آوردند. محمدی (به نقل از شاهقلیان و همکاران، ۲۰۰۷) اعتبار کل مقیاس را در نمونه ایرانی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ضریب اعتبار ۰/۷۴ و برای زیر مقیاس های دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۰، دشواری در شناسایی احساسات ۰/۶۴ و تفکر معطوف به سطح، ۰/۵۲ به دست آورد. همچنین در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس، ۰/۸۹ برآورد شد.

نمره گذاری بدین شکل بود که ابتدا نمره ماده های شماره ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ را معکوس کنید (۵=۱، ۴=۲، ۲=۴، ۱=۵)، در این حالت ۳=۳ است. سپس، نمره هر گزینه به این صورت مشخص می شود: کاملاً مخالف=۱، مخالف=۲، نه مخالف و نه موافق=۳، موافق=۴، کاملاً موافق=۵. سپس نمره هر یک از زیرمقیاس های سه گانه شامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی، با جمع نمره های تعداد ماده های هر زیرمقیاس بر حسب جدول زیر محاسبه می شود:

ماده	زیرمقیاس
۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳، ۱۴	دشواری در شناسایی احساسات
۲، ۴، ۱۱، ۱۲، ۱۷	دشواری در توصیف احساسات
۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰	تفکر عینی
برای محاسبه نمره کل ناگویی هیجانی، نمره هر ۲۰ ماده را جمع کنید.	

به منظور جمع آوری اطلاعات لازم در این پژوهش بعد از اخذ مجوزهای لازم برای استفاده از معلولین مرکز توانبخشی فیاض بخش، به توانبخشی مراجعه و بعد از انتخاب نمونه های پژوهش، از آنها خواسته شد پرسشنامه های تحمل پریشانی و ناگویی خلقی را پاسخ دهند. همچنین ۲۵ نفر از گروه عادی نیز به عنوان گروه مقایسه به پرسشنامه های تحمل پریشانی و ناگویی خلقی پاسخ دادند. داده های جمع آوری شده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره MANOVA تحلیل شد.

یافته ها

تعداد ۲۵ نفر معلول جسمی حرکتی و ۲۵ نفر عادی به ترتیب با میانگین (انحراف معیار) سنی ۲۷/۲۴ (۶/۹۳) و ۲۶/۶۳ (۶/۳۲) در این پژوهش شرکت داشتند. جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمون تحمل پریشانی و ناگویی خلقی افراد معلول جسمی حرکتی و عادی را در گروه های مورد مطالعه نشان می دهد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته و مولفه های آن به تفکیک گروه ها

متغیر	معلول جسمی حرکتی		عادی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تحمل پریشانی کل	۲۹/۳۶	۹/۴۰	۴۱/۰۴	۱۲/۲۱
تحمل پریشانی هیجانی	۷/۱۶	۲/۴۰	۱۱/۴۴	۲/۶۱
جذب	۱۱/۰۴	۳/۹۸	۸/۵۲	۳/۴۴
ارزیابی	۱۱/۹۶	۳/۰۴	۱۹/۸۴	۴/۵۳
تنظیم	۵/۰۸	۱/۷۷	۱۰/۳۶	۳/۱۲
ناگویی خلقی کل	۶۰/۲۴	۱۱/۴۰	۳۶/۰۸	۱۰/۴۱
دشواری شناسایی احساسات	۱۵/۵۶	۶/۶۵	۲۰/۹۶	۵/۵۴
دشواری توصیف احساسات	۱۴/۵۶	۵/۰۸	۱۳/۴۴	۳/۹۷
تفکر عینی	۲۹/۸۰	۴/۵۴	۲۳/۲۰	۵/۰۹

همان طور که در جدول ۱ ملاحظه می شود، میانگین آزمون تحمل پریشانی، در افراد معلول جسمی حرکتی ۲۹/۳۶ و در افراد عادی ۴۱/۰۴ می باشد. همچنین در آزمون ناگویی خلقی، میانگین نمرات افراد معلول جسمی حرکتی ۶۰/۲۴ و میانگین افراد عادی ۳۶/۰۸ می باشد.

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیری، جهت رعایت فرض های آن، از آزمون باکس و لوین استفاده شد. این آزمون برای هیچکدام از متغیرها معنی دار نبوده، در نتیجه استفاده از آزمون های پارامتریک بلامانع است.

همچنین در نتایج آزمون های MANOVA برای متغیرها، اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنادار بود ($P=0/001$ ، $F=30/87$ ، $\lambda=0/126$ و پلکز). این معناداری بیانگر آن است که دو گروه حداقل در یک متغیر وابسته با یکدیگر تفاوت معنادار دارند. با توجه به معنادار بودن اثر لامبدای و پلکز، به مقایسه گروه ها در سه متغیر پرداخته شد (جدول ۲).

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری متغیرهای تحمل پریشانی و ناگویی خلقی و مولفه های آنها

متغیر وابسته	منبع	SS	DF	MS	F	P
تحمل پریشانی کل	گروه	۱۷۰۵/۲۸	۱	۱۷۰۵/۲۸		
	خطا	۵۷۰۶/۷۲	۴۸	۱۱۸/۸۹	۱۴/۳۴	۰/۰۰۱
	کل	۶۹۳۶۴/۰۰	۵۰			
تحمل پریشانی هیجانی	گروه	۲۲۸/۹۸	۱	۲۲۸/۹۸		
	خطا	۳۰۳/۵۲	۴۸	۶/۳۲	۳۶/۲۱	۰/۰۰۱
	کل	۴۸۵۷/۰۰	۵۰			

			۱	۷۹۳۸/۰۰	گروه	
		۷۹۳۸/۰۰	۴۸	۶۶۵/۲۰	خطا	جذب
۰/۰۲	۵/۷۲	۱۳/۸۵	۵۰	۵۵۲۷/۰۰	کل	
			۱	۷۷۶/۱۸	گروه	
		۷۷۶/۱۸	۴۸	۷۱۶/۳۲	خطا	ارزیابی
۰/۰۰۱	۵۲/۰۱	۱۴/۹۲	۵۰	۱۴۱۳۳/۰۰	کل	
			۱	۳۴۸/۴۸	گروه	
		۳۴۸/۴۸	۴۸	۳۰۹/۶۰	خطا	تنظیم
۰/۰۰۱	۵۴/۰۲	۶/۴۵	۵۰	۳۶۳۸/۰۰	کل	
			۱	۷۲۹۶/۳۲	گروه	
		۷۲۹۶/۳۲	۴۸	۵۷۲۴/۴۰	خطا	ناگویی خلقی کل
۰/۰۰۱	۶۱/۱۸	۱۱۹/۲۵	۵۰	۱۲۸۹۹۰/۰۰	کل	
			۱	۳۶۴/۵۰	گروه	
		۳۶۴/۵۰	۴۸	۱۷۸۱/۱۲	خطا	دشواری شناسایی احساسات
۰/۰۰۳	۹/۸۲	۳۷/۱۰	۵۰	۱۸۸۱۷/۰۰	کل	
			۱	۲۱۲/۱۸	گروه	
		۲۱۲/۱۸	۴۸	۱۰۰۰/۳۲	خطا	دشواری توصیف احساسات
۰/۰۰۳	۱۰/۱۸	۲۰/۸۴	۵۰	۱۳۲۲۵/۰۰	کل	
			۱	۵۴۴/۵۰	گروه	
		۵۴۴/۵۰	۴۸	۱۱۱۸/۰۰	خطا	تفکر عینی
۰/۰۰۱	۲۳/۳۷	۲۳/۲۹	۵۰	۳۶۷۷۵/۰۰	کل	

نتایج تحلیل واریانس در جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین دو گروه در میانگین نمرات متغیر تحمل پریشانی ($F=14/34, p=0/001$) و مولفه‌های آن وجود دارد و نمرات آنها نشان می‌دهد که متغیر تحمل پریشانی در افراد معلول جسمی حرکتی، به طور معنادار کمتر از افراد عادی نمونه مورد پژوهش است.

همچنین نتایج تحلیل واریانس نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه افراد معلول جسمی حرکتی و عادی در میانگین نمرات متغیر ناگویی خلقی ($F=61/18, p=0/001$) و مولفه‌های آن وجود دارد و نمرات آنها نشان می‌دهد که متغیر ناگویی خلقی در افراد معلول جسمی حرکتی، به طور معنادار بیشتر از افراد عادی نمونه مورد پژوهش است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه تحمل پریشانی و ناگویی خلقی در معلولین جسمی حرکتی و افراد عادی می‌باشد، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که افراد معلول تحمل پریشانی کمتری نسبت به افراد عادی دارند که این پژوهش با یافته‌های انجام شده توسط بارتون و همکاران به نقل از اکبری، میرزمانی و هاشمی زینبی (۱۳۹۸)، الینگ، مک الفین وهینگ-اسمیت (۲۰۱۴)، مرادی، کلانتری، معتمدی (۲۰۰۷)، همسو می‌باشد. تحمل پریشانی یکی از عوامل مرتبط در بحث تفاوت‌های فردی است که وسعت تجربه و تحمل پریشانی هیجانی را نشان می‌دهد اشخاصی که تحمل پریشانی کمتری نسبت به دیگران دارند

عکس العمل شدیدتری نسبت به استرس از خود بروز می دهند و در نتیجه سعی می کنند تا با به کارگیری راهبردهایی که قصد آن کاستن هیجان های منفی است، از مشکلات این چینی خود داری کنند (اسرافیلی، ۱۳۹۹).

کسانی که تحمل پریشانی پایینی دارند هیجانناشان غیر قابل تحمل می شود و هیجاننا خود را رد می کنند و همواره احساس شرمندگی می کنند تا هیجاننا منفی شان بروز نکند و در صورت بروز، تلاش زیادی می کنند تا زودتر فروکش کند (محمود پور و همکاران، ۱۳۹۶). باتوجه به نتایج به دست آمده این چنین به نظر می رسد که افراد دارای معلولیت جسمی - حرکتی با توجه به معلولیتی که دارند نسبت به افراد عادی کمتر می توانند هیجانهای منفی خود را تحمل کنند و همچنین در شناسایی احساسات و تمایز بی احساساتی خود مشکل دارند. نوریخش و همکاران (۱۳۹۶) نشان داد که تحمل پریشانی معلولین جسمی حرکتی به طور معناداری کمتر از افراد عادی است و می توان با مداخلاتی آن را بهبود بخشید.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ناگویی خلقی در افراد معلول جسمی حرکتی، به طور معنادار بیشتر از افراد عادی نمونه مورد پژوهش است. که نتایج پژوهش حاضر با پژوهش هایی که استاریت و پلگرینو (۲۰۱۸)، هاویلند (۲۰۱۶) و علمردانی و همکاران (۱۴۰۱) انجام داده اند، همسو می باشد. ناگویی خلقی، سازه ای مشخص می باشد که در آن مشکل، آگاهی هیجانی است و افرادی که ناگویی دارند در بیان تجارب خود مشکل دارند (نرگسی، فتحی آشتیانی، داودی و اشرفی، ۱۳۹۷). بدکارکردی تنظیم هیجان به عنوان روش های ناسازگارانه ای پاسخ به هیجاننا می باشد که شامل پاسخ های فاقد پذیرش، دشواری در کنترل رفتارها در بستر پریشانی هیجانی و نقص در استفاده عملکردی از هیجاننا به عنوان اطلاعات می باشد (سیمونز و گاهر) به نقل از (فریده نرگسی و همکاران، ۱۳۹۷). اشخاص با ناگویی خلقی پرسش های مرتبط با مفاهیم عاطفی هیجان را درک نمی کنند، بر حالت برانگیختگی بدن تمرکز می کنند و هیجان ها را همچون حالت های احساسی شناخته تشدید شده ادراک می کنند. ناگویی خلقی در امور بین فردی نیز باعث اختلال می شود چون افراد دارای ویژگی های خلقی در درک هیجان های دیگران نقص دارند و در واکنش به آنان کاستی نشان می دهند و توانایی برای همدلی شان نابسامان می شود (قانع و مرادی، ۱۳۹۹). از سویی تحمل پریشانی نیز یکی از عوامل مرتبط در بحث تفاوت های فردی است که وسعت تجربه و تحمل پریشانی هیجانی را نشان می دهد اشخاصی که تحمل پریشانی کمتری نسبت به دیگران دارند عکس العمل شدیدتری نسبت به استرس از خود بروز می دهند و در نتیجه سعی می کنند تا با به کارگیری راهبردهایی که قصد آن کاستن هیجانهای منفی است، از مشکلات این چینی خود داری کنند (اسرافیلی، ۱۳۹۹).

به طور کلی نتایج پژوهش ها نشان داد که تحمل پریشانی معلولین جسمی و حرکتی کمتر از افراد عادی است. زیرا که تحمل پریشانی براساس پذیرش واقعیت بدون تلاش بر تغییر آن استوار است و در غیر این صورت سبب رفتارهایی از جمله تحمل پریشانی می شود از سویی طبق پژوهش های انجام شده ناگویی خلقی در افراد معلول جسمی حرکتی، بیشتر از افراد عادی است چون که آن ها در تشخیص، اظهارات کلامی و تحلیل احساسات خودشان مشکلاتی دارند.

به دلیل اینکه پژوهش حاضر از نوع مقایسه ای می باشد و این امر برقراری اسناد علت شناختی بین متغیرهای پژوهش را ناممکن می کند لذا انجام پژوهش هایی در این حوزه و همچنین انجام پژوهش های مداخله محور پیشنهاد می شود. از محدودیت های دیگر این پژوهش چون جامعه مورد مطالعه افراد دارای معلولیت جسمی حرکتی بودند مشکلاتی در تکمیل پرسشنامه وجود داشت و برخی قادر به پر کردن پرسشنامه به تنهایی نبودند. درمورد ناگویی خلقی افراد معلول جسمی حرکتی تحقیقات کمی صورت گرفته، پیشنهاد می شود در آینده این مورد توجه بیشتری قرار بگیرد. همچنین با انجام پژوهش هایی در مورد مطالعه مسائل روانشناختی معلولین برای ایجاد مداخلات روانشناختی و کمک به این عزیزان ضروری به نظر می آید. از طرفی ابزار گردآوری اطلاعات به صورت خودگزارشی بود که این نوع از ابزار جمع آوری اطلاعات در حیطه گزارش های نادرست قرار دارد. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از سایر روش های جمع آوری اطلاعات استفاده شود. همچنین به علت نیاز به تعداد نمونه

بالا و محدودیت‌های افراد معلول در زمینه جلب همکاری از مرکز توان بخشی مرکز فیاض بخش کمک گرفته شد که از محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌آید و پیشنهاد می‌شود بر روی افراد معلول در جامعه نیز انجام پذیرد.

منابع

- [۱] آقا اکبری، لیا، میرزمانی، سید محمود، هاشمی رزینی، هادی (۱۳۹۸). اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت در تحمل پریشانی و استرس والدینی مادران کودکان دارای اختلال یادگیری شهر بهارستان، مجله مطالعات ناتوانی، ۱۰، ۱۵۳-۱۴۲.
- [۲] ابراهیمی، محمد اسماعیل، زمانی، نرگس، انصاری شهیدی، مجتبی (۱۳۹۷). بررسی رابطه تحمل پریشانی و درماندگی و شناخت بنیادین در مادران فرزندان دچار اختلالات روانی و مادران فرزندان با معلولیت جسمانی، مجله مطالعات ناتوانی، ۱۴، ۱۲-۲۴.
- [۳] سرافیلی، هاجر (۱۳۹۹). رابطه توکل به خدا و بهزیستی معنوی با تحمل پریشانی در دانش آموزان حافظ قرآن. هسته پژوهشی قرآن و روانشناسی، ۱۱، ۹-۱۸.
- [۴] دلاور، علی (۱۳۸۷). روش تحقیق در روان شناسی و علوم تربیتی، تهران: انتشارات ویرایش.
- [۵] قانع، پریسا، مرادی، عادل (۱۳۹۹). مقایسه سبک های دلبستگی، ناگویی خلقی و رفتارهای پرخطرانه نوجوانان بزهکار و عادی. مجله مطالعات ناتوانی، ۴ (۱۰)، ۳۲-۲۲.
- [۶] کرینگ، آن م، اسلوان م، دنیس، (۱۳۹۸). تنظیم هیجان و آسیب شناسی روانی، رویکرد فراتشخیصی به سبب شناسی و درمان، چاپ اول، تهران: انتشارات ارجمند.
- [۷] گنجی، مهدی (۱۴۰۰). نوروساینس (نوروسایکولوژی پیشرفته)، چاپ دوم، تهران: انتشارات ساوالان.
- [۸] گنجی، مهدی (۱۴۰۰). روانشناسی کودکان استثنایی بر اساس DSM-5، چاپ یازدهم، تهران: انتشارات ساوالان.
- [۹] گرینبرگ، لزی اس (۱۴۰۱). تغییر هیجان با هیجان، چاپ اول، تهران، انتشارات، نشر روان.
- [۱۰] لینهان، مارشا (۱۳۹۹). راهنمای مهارت آموزی رفتار درمانی دیالکتیکی، ویراست دوم، چاپ اول، تهران، انتشارات ارجمند.
- [۱۱] علمردانی صومعه، سجاد، محرمی، صمد، باقری، فرشته (۱۴۰۱). رابطه عدم تحمل بلا تکلیفی و ناگویی خلقی با سلامت روان، فصلنامه علمی روانشناسی و علوم رفتاری ایران، ۳، ۳۴-۲۶.
- [۱۲] علوی، خدیجه (۱۳۸۸). اثربخشی رفتار سازمانی دیالکتیکی گروهی در کاهش نشانه های افسردگی دانشجویان مشهد. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.
- [۱۳] علیلو، محمود، شریفی، امین (۱۳۹۰). رفتار درمانی دیالکتیک برای اختلال شخصیت مرزی، چاپ اول، تهران: انتشارات ارجمند.
- [۱۴] نوربخش، سرگل، اعیادی، نادر، فیاضی، مینا، صدری، اسماعیل (۱۳۹۶). اثربخشی برنامه آموزش شادکامی مبتنی بر نظریه شناختی - رفتاری فوردایس بر کیفیت زندگی و توانایی تحمل آشفتگی زنان مبتلا به معلولیت جسمی - حرکتی. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری. ۴ (۲): ۳۵-۴۳.
- [۱۵] نرگسی، فریده، آشتیانی، علی، داوودی، ایران، اشرفی، عماد (۱۳۹۷). ارتباط بین ناگویی خلقی و حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی با علائم وسواسی-اجباری با میانجیگری بد کار کردی راهبردهای تنظیم هیجان در دانشجویان. مجله مطالعات ناتوانی. ۸، (۷)، ۵۲-۶۵.
- [16] Alang SM, McAlpine DD, Henning-Smith CE. (2014). Disability, Health Insurance and Psychological Distress among US Adults: An Application of the Stress Process. *Soc Ment Health*. 4(3):164-78. DOI: 10.1177/2156869314532376 PMID: 25767740
- [17] Besharat M. A. (2008). Relation of Alexithymia with ego defense styles. *Journal of fundamentals of mental health*, 10 (3), 181-90. (Persian)
- [18] Haviland, M.G. (2016). *Encyclopedia of Mental Health Alexithymia*. Encyclopedia of Mental Health (Second Edition), 47-53.
- [19] Moradi A, Kalantari M, Motamedi MS. (2007). The relationship between demographic variables and mental health Physically Disabled in Isfahan City. *J Res Appl Psychol*. 31(9):81-100.
- [20] Nosek MA, Hughes RB, Swedlund N, Taylor HB, Swank P. (2003). Self-esteem and women with disabilities. *Soc Sci Med*. 56(8):1737-47. DOI: 10.1016/s0277-9536(02)00169-7

- [21] Panaite, V. Bylsma, L.M. (2012). *Alexithymia. Encyclopedia of Human Behavior* (Second Edition), 92-99.
- [22] Staritat, F., Pellegrino, G. (2018). Alexithymia and the Reduced Ability to Represent the Value of Aversively Motivated Actions. *Emotion Science*, 2(11), 50-59. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02587>
- [23] Simons, J.S and Gaher, R. M (2005). The distress tolerance scale: Development & Validation of a self report measure. *Motivation & emotion*. 20(9),83-102.
- [24] Shahgholian, M., Moradi, A., Kafi, S. M. (2007). Relation of alexithymia with emotional expression styles and general health in students. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychological*, 13 (3), 238-248. (Persian)
- [25] Taylor, G. J., Bagby, R.M., Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. New York: Cambridge University Press.
- [26] Trani J-F, Bakhshi P. (2008). Challenges for assessing disability prevalence: The case of Afghanistan. *Eur J Disabil Psychol*. 2(1):44-64. DOI: 10.1016/j.alter.2007.10.003
- [27] Zamani N, Habibi M, Darvishi M. (2015). Compare the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive Behavioral Group Therapy in Reducing Depression in Mothers of Children with Disabilities. *Arak Med Univ J*. 18:32-42.