

Prediction of Somatization on the Basis of Self-esteem, Insomnia and Paranoid Thoughts in University Students

Farhad Ghadiri Sourman Abadi^{1}, Karim Abdolmohammadi²,
Jalil Babapour Kheyradin¹, Vahab Asl Rahimi¹*

¹Faculty of Educational Sciences & Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

²Faculty of Educational Sciences & Psychology, University of Allameh Tabatabaee, Tehran, Iran.

***Corresponding Author:**
Farhad Ghadiri Sourman Abadi, Faculty of Educational Sciences & Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

Email:
farhadghadiri17@yahoo.com

Received: 29 Jul, 2015

Accepted: 3 Feb, 2016

Abstract

Background and Objectives: Somatization is a somatoform disorder, which medical examinations are not able to explain its reason. In the present research, the role of self-esteem, insomnia, and paranoid thoughts was investigated in somatization disorder.

Methods: This descriptive and correlational study was conducted on all students studying at University of Tabriz in the academic year 2014-2015. A total of 270 subjects were selected using stratified random sampling method. In this research, Eysenck Self-Esteem Inventory, Insomnia Severity Index (ISI), Somatization Questionnaire (PHQ-15), and Green et al. Paranoid Thought Scales (GPTS) were used. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis tests.

Results: Correlation results indicated that somatization disorder has a significant positive relationship with paranoid thoughts and insomnia and a significant negative relationship with self-esteem. Also, based on the results of multiple regression analysis, Insomnia Index had the greatest ability to predict somatization disorder.

Conclusion: The findings of this research revealed that factors, such as insomnia, paranoid thoughts, and low self-esteem should be considered in the treatment of somatization disorder.

Keywords: Somatoform disorders; Self concept; Sleep disorders; Personality disorders.

رابطه اختلال جسمانی سازی با عزت نفس، بی خوابی و افکار پارانوئید در دانشجویان

فرهاد غدیری سورمان آبادی^{۱*}، کریم عبدالمحمدی^۲، جلیل باباپور خیرالدین^۱، وهاب اصل رحیمی^۱

^۱دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی،
دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

^۲دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی،
دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: جسمانی سازی یک اختلال شبه جسمی است که معاینات پزشکی قادر به توضیح علت آن نمی باشد. در پژوهش حاضر نقش عزت نفس، بی خوابی و افکار پارانوئید در اختلال جسمانی سازی بررسی گردید.

روش بررسی: پژوهش حاضر به روش توصیفی، از نوع همبستگی بر روی تمامی دانشجویان مشغول به تحصیل دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۳ انجام شد. ۲۷۰ نفر به شیوه نمونه گیری تصادفی طبقه ای، انتخاب شدند. در این پژوهش از پرسشنامه های عزت نفس Eysenck، شاخص شدت بی خوابی (ISI)، جسمانی سازی (PHQ-15) و سنجش افکار پارانوئید (GPTS) استفاده گردید. داده های به دست آمده با استفاده از آزمون های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج همبستگی نشان داد اختلال جسمانی سازی با افکار پارانوئید و بی خوابی، رابطه مثبت و معنی دار و با عزت نفس، رابطه منفی معنی داری دارد. همچنین براساس نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه، شاخص بی خوابی، بیشترین توان را در پیش بینی اختلال جسمانی سازی داشت.

نتیجه گیری: طبق نتایج این مطالعه، در درمان اختلال جسمانی سازی؛ عواملی چون بی خوابی، تفکرات پارانوئید و عزت نفس پایین باید مورد توجه قرار گیرد.

کلید واژه ها: اختلالات روانی با علائم جسمانی؛ خودپنداره؛ اختلالات خواب؛ اختلالات

*نویسنده مسئول مکاتبات:

فرهاد غدیری سورمان آبادی،
دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی،
دانشگاه تبریز، تبریز، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

farhadghadiri17@yahoo.com

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Ghadiri Sourman Abadi F, Abdolmohammadi K, Babapour Kheyradin J, Asl Rahimi V. Prediction of somatization on the basis of self-esteem, insomnia and paranoid thoughts in university students.
Qom Univ Med Sci J 2016;10(10):61-68. [Full Text in Persian]

تاریخ دریافت: ۹۴/۹/۹

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۱/۱۵

مقدمه

واژه جسمانی سازی (Somatization) توسط Stekel در سال ۱۹۰۸ مطرح گردید (۱)، اما این واژه اختلالی است که از زمان مصر قدیم نیز شناخته شده بود. در سال ۱۸۵۹، یک پزشک فرانسوی به نام Paul Briquet با در نظر گرفتن تعدد علائم و دستگاه‌های مبتلا، به سیر معمول مزمن بیماری اشاره کرد و همین امر باعث گردید مدتی این اختلال به سندرم بریکه شهرت یابد (۲). جسمانی کردن، یک اختلال شبه جسمی بوده که معاینات پزشکی قادر به توضیح علت آن نیست (۳). در بیماران مبتلا به اختلال جسمانی سازی، ناراحتی‌های روانی و مسائل بین فردی آشکار وجود دارد. اضطراب و افسردگی نیز از شایع‌ترین حالات روانپزشکی در این بیماران است. معمولاً این اختلال اغلب با سلامتی روانی پایین و مشکلات روان‌شناختی همراه می‌باشد (۴). یکی از موضوعاتی که می‌توان در حوزه اختلالات جسمانی سازی به آن اشاره کرد عزت نفس (self esteem) است که از مهم‌ترین و اساسی‌ترین نیازهای یک شخصیت رشد یافته و سالم می‌باشد (۵). عزت نفس را می‌توان مجموعه‌ای از افکار، احساسات، عواطف و تجربه‌هایی تصور کرد که در فرآیند زندگی اجتماعی شکل می‌گیرند. افرادی که عزت نفس بالایی دارند، دارای ویژگی‌هایی چون پختگی روانی، ثبات، واقع‌گرایی، آرامش، توانایی بالا در تحمل ناکامی و شکست هستند. فردی که عزت نفس پایین دارد و برای خود ارزش و احترامی قائل نیست، ممکن است دچار انزوای گوشه‌گیری و یا پرخاشگری و رفتار ضداجتماعی شود (۶). مطالعات تجربی در سالیان گذشته نشان داده‌اند عزت نفس، عامل روانشناختی مهمی برای سلامت و کیفیت زندگی است (۷). Garaigordobil و همکاران در انجام پژوهشی بر روی نوجوانان دریافتند نوجوانانی که نمرات پایینی در پرسشنامه عزت نفس گرفته‌اند در مقیاس جسمانی سازی نیز نمرات بالاتری آورده‌اند، در واقع بین عزت نفس و جسمانی سازی، یک رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد (۸). از دیگر اختلالاتی که رابطه نزدیکی با اختلال جسمانی سازی دارد بی خوابی است (۹). بی خوابی در حالت کلی، شکایت از خواب ناکافی و نامناسب است، ولی گاهی در قالب‌های دیگری نظیر دشواری در به خواب رفتن، بیداری مستمر و بی‌وقفه، بیدار شدن زود هنگام در صبح یا خواب مداوم،

اما نامطلوب خود را نشان می‌دهد (۱۰). نکته قابل توجه این است که بی خوابی می‌تواند سبب ایجاد پیامدهای منفی برای سلامتی باشد. در مطالعات مختلف دیده شده است ابتلا به بی خوابی سبب کاهش طول عمر، همچنین امید به زندگی در افراد می‌شود (۱۱). این پدیده در بسیاری از شرایط، مشکل شایع بیمارانی است که از اختلال جسمانی سازی و روانی رنج می‌برند (۱۲).

Jun و همکاران در پژوهشی دریافتند بی خوابی رابطه معنی‌داری با اختلال جسمانی سازی دارد و افرادی که دارای بی خوابی هستند نمرات بیشتری در آزمون اختلال جسمانی سازی می‌گیرند، همچنین آنها نشان دادند بی خوابی پیش‌بینی‌کننده اختلال جسمانی سازی می‌باشد (۱۳). از سوی دیگر، یکی از عواملی که بر سلامت جسمانی - روانی افراد تأثیر به‌سزایی دارد، داشتن افکار پارانوئیدی (Paranoid Thoughts) است (۵). Arthur اظهار می‌دارد فردی که افکار پارانوئید دارد، دنیا را منفی ارزیابی کرده و اغلب منتظر نتایج منفی است. بنابراین، فرد نسبت به انسانهای اطراف و رویدادهای مختلف دارای نگرش منفی است برای مثال از افراد مختلف، انتظار خیانت و از رویدادهای مختلف، انتظار ضرر و آسیب دارد (۱۴). تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد جسمانی کردن تحت تأثیر عوامل شخصیتی می‌باشد (۱۵). همچنین بین اختلال جسمانی سازی و پارانوئید برخی شباهت‌ها وجود دارد اولاً اینکه افراد مبتلا به هر دو اختلال دچار تحریف مشخص واقعیت در حوزه‌های شناخت، اعتقادات، باور و یا قضاوت اجتماعی هستند و دوماً افراد مبتلا به هر دو اختلال، تجربه اضطراب فزاینده مرتبط با خطر یا تهدید یک شی نسبت به خود مشابهی را تجربه می‌کنند که این حس تهدید تا حد زیادی به صورت نمادین و به‌عنوان شکل محافظت شده خواسته‌های خودتخریبی و یا پرخاشگری درک شده است (۱۶). به‌علت هزینه بالای درمان، این اختلال همواره مورد توجه سیستم بهداشتی اغلب کشورهای جهان بوده است، همچنین علاوه بر هزینه‌های بالا، این اختلال از دید بسیاری از درمانگران در زمره خسته‌کننده‌ترین اختلالات برای درمان است. باید متذکر شد باتوجه به اینکه از ویژگی‌های درمان اختلال جسمانی کردن، طولانی بودن آن است، در نتیجه، غیبت زیاد از کار یکی از ویژگی‌ها در این بیماران محسوب می‌شود (۱۷).

شرکت کنندگان اطمینان داده شد. تعداد ۱۴ آزمودنی به دلیل پاسخ ناقص به پرسشنامه‌ها، از تحلیل‌های آماری کنار گذاشته شدند و به این ترتیب نمونه نهایی مورد پژوهش به ۲۵۶ دانشجوی دختر و پسر تقلیل یافت.

آزمون عزت نفس آیزنک (Eysenck): در این پژوهش از آزمون عزت نفس آیزنک استفاده شد (۱۹). این آزمون دارای ۳۰ گویه است. هر ماده دارای ۳ گزینه "بلی"، "خیر" و "نمی‌دانم" می‌باشد. گزینه "نمی‌دانم" نمره ۰/۵ و در برخی از ماده‌ها به پاسخ "بلی" و برخی دیگر به پاسخ "خیر" نمره یک تعلق می‌گیرد. با توجه به وجود نمره برش در آزمون، نمره بالاتر از ۲۱ در این آزمون، نشان‌دهنده عزت نفس بالا؛ نمره ۱۱ تا ۲۱، نشان‌دهنده عزت نفس متوسط و نمره پایین‌تر از ۱۱ در این آزمون، بیانگر عزت نفس پایین، احساس حقارت و ناستواری هیجانی است. پایایی این آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۷۱ و اعتبار آن با استفاده از اعتباریابی سازه برای دختران دانشجوی، ۰/۷۴ و برای پسران، ۰/۷۹ گزارش شده است (۲۰).

شاخص شدت بی خوابی (ISI): پرسشنامه ISI، یک پرسشنامه خودگزارش‌دهی است که ادراک بیمار را از شدت بی خوابی خود می‌سنجد. این پرسشنامه دارای هفت موضوع شامل: شدت مشکل در شروع خواب، تداوم خواب، زود بیدار شدن از خواب، رضایت از الگوی خواب فعلی، اختلال عملکرد در طی روز، قابل توجه بودن مشکل فرد از دید دیگران و ناراحتی و پریشانی فرد از مشکل بی خوابی است. در مقابل هر سؤال، ۵ گزینه به صورت مقیاس لیکرت وجود دارد که از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری شده است (نمره صفر برای گزینه هرگز و نمره ۴ برای گزینه خیلی زیاد). امتیازهای ۰-۷، نشان‌دهنده عدم وجود بی خوابی بارز؛ امتیازهای ۱۴-۸، نشانگر بی خوابی زیر حد آستانه؛ امتیازهای ۲۱-۱۵، بیانگر وجود بی خوابی بالینی با شدت متوسط و امتیازهای ۲۸-۲۲ نیز نشانگر وجود بی خوابی شدید است (۲۱). در استانداردسازی پرسشنامه ISI، Bostien و همکاران، اعتبار همسانی درونی، ۰/۷۴؛ روایی همزمان با برگه ثبت خواب، ۰/۶۵ و همستگی هر سؤال با کل آزمون، ۰/۶۹-۰/۳۷ گزارش شده است (۲۲).

مطالب مطرح شده بعد اجتماعی، اهمیت پرادختن به موضوع جسمانی کردن را نشان می‌دهد. از سوی دیگر، این اختلال از نظر فردی بسیار مشکل آفرین بوده و از طرف بیمار نیز نارضایتی بالایی گزارش شده است (۱۸). بدیهی است توانایی مداخله با شناخت دقیق و کافی مؤثر می‌باشد. بر همین اساس می‌توان گفت پژوهش حاضر از جهت بررسی تأثیر عزت نفس، بی خوابی و افکار پارانوئید بر بروز اختلال جسمانی سازی، حایز اهمیت است. همچنین نبود مطالعه منسجم در زمینه رابطه عزت نفس، بی خوابی و افکار پارانوئید به صورت مجزا، مزید بر دلایل بوده تا این تحقیق صورت پذیرد. پژوهش حاضر با هدف شناخت دقیق همبستگی بین عزت نفس، بی خوابی و افکار پارانوئید با اختلال جسمانی سازی انجام شد. امید است نتایج به دست آمده در شناخت بهتر و در نهایت، درمان این اختلال برای روانپزشکان و روانشناسان کمک کننده باشد.

روش بررسی

پژوهش حاضر به روش توصیفی، از نوع همبستگی بر روی تمامی دانشجویان مشغول به تحصیل دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۴ انجام شد.

تعداد دانشجویان حدود ۱۷۰۰۰ نفر بود که ۲۷۰ نفر با روش نمونه گیری تصادفی طبقه‌ای براساس جدول نمونه گیری مورگان، انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. آزمودنی‌ها به تفکیک جنسیت، متشکل از ۱۱۹ زن با میانگین سنی $21/8 \pm 1/8$ و ۱۳۷ مرد با میانگین سنی $24/4 \pm 2/1$ بودند. پس از انتخاب آزمودنی‌ها، آزمون عزت نفس آیزنک، شاخص شدت بی خوابی (ISI) (Insomnia Severity Index) و پرسشنامه جسمانی سازی (PHQ (Patient Health Questionnaire-15) و پرسشنامه سنجش افکار پارانوئید (GPTS (the Green et al. Paranoid Thought Scales) اجرا گردید. در تحقیق حاضر برای بررسی وجود همبستگی معنی دار بین عزت نفس، بی خوابی و افکار پارانوئید با جسمانی سازی، از روش تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. همچنین به منظور رعایت اخلاق پژوهش و حقوق آزمودنی‌ها، هم به صورت شفاهی (پیش از اجرا) و هم کتبی (ذکر شده در بخش نخست پرسشنامه)، در مورد محرمانه بودن اطلاعات به

این پرسشنامه دارای ۱۶ سؤال است که وجود افکار گزند و آسیب را در یک‌ماه گذشته بررسی می‌کند. هرکدام از سؤالات روی ۵ مقیاس (هرگز، خیلی کم، تا حدودی، زیاد، خیلی زیاد) درجه‌بندی شده است. کسب نمره بالاتر از خط برش آزمون، نشان‌دهنده افکار پارانوئید فرد بوده و نمرات کرانه پایین نیز نشانگر خوشبینی فرد نسبت به اطرافیان و محیط است. این پرسشنامه در بین جمعیت بالینی و غیر بالینی، ارزیابی و مشخص شده است از همسانی درونی مناسبی برخوردار بوده و آلفای کرونباخ این آزمون برابر با ۰/۷۷ می‌باشد. در آزمون بازآزمون نیز مشخص گردید این آزمون از پایایی خوبی برخوردار است (۲۸). همچنین این پرسشنامه توسط عبدالمحمدی و همکاران در بین جمعیت ایرانی مورد هنجاریابی قرار گرفت که نتایج به‌دست آمده برای همسانی درونی، نشان‌دهنده آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۶ بود (۲۹).

یافته‌ها

قبل از بررسی نقش متغیرهای پیش‌بین جسمانی‌سازی در مدل رگرسیون، همبستگی ساده متغیرها مورد بررسی قرار گرفت. بین متغیرهای پارانوئید و شاخص بی‌خوابی با جسمانی‌سازی، رابطه معنی‌داری در سطح ۰/۰۱ وجود داشت. همچنین بین عزت نفس با جسمانی‌سازی، رابطه معنی‌داری در سطح ۰/۰۵ مشاهده گردید که نسبت به دو متغیر دیگر از ارتباط ضعیف‌تری برخوردار بود (جدول شماره ۱).

روایی و آلفای کرونباخ این پرسشنامه به زبان فارسی به ترتیب ۰/۸ و ۰/۷ می‌باشد (۲۳).

پرسشنامه جسمانی‌سازی (PHQ-15): پرسشنامه ۱۵ سؤالی برای اندازه‌گیری علائم جسمی و غربالگری اختلال جسمانی‌سازی می‌باشد. این مقیاس قسمتی از پرسشنامه کامل PHQ بوده و میزان بروز ۱۵ علامت جسمانی آزاردهنده را از پاسخ‌دهنده‌ها می‌پرسد، ۱۴ مورد از این ۱۵ مورد، شایع‌ترین علائم جسمانی کردن است که در ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال روانی (DSM-IV) مطرح شده است (۲۴). کسب نمره کمتر از ۴ در این پرسشنامه، نشان‌دهنده ابتلای خیلی کم؛ نمره بین ۵ تا ۹، ابتلای کم و نمره ۱۰ تا ۱۴، ابتلای متوسط و نمره ۱۵ تا ۳۰، ابتلای شدید به اختلال جسمانی‌سازی را نشان می‌دهد. در مطالعه‌ای که توسط Lee و همکاران انجام گرفت آلفای کرونباخ، ۰/۷۹ برای این پرسشنامه گزارش گردید (۲۵). هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط عبدالمحمدی و همکاران انجام گرفته و روایی همزمان این پرسشنامه با مقیاس جسمانی‌سازی پرسشنامه SCL-90، ۰/۷۴ و همسانی درونی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۶ گزارش شده است (۲۶). **پرسشنامه سنجش افکار پارانوئید (GPTS):** ابزاری است که جهت اندازه‌گیری صفات و رگه‌های تفکر پارانوئید توسط Green و همکاران ساخته شد (۲۷).

جدول شماره ۱: همبستگی ساده بین متغیرهای پارانوئید، عزت نفس و شاخص بی‌خوابی با جسمانی‌سازی

مؤلفه‌ها	میانگین ± انحراف معیار	۱	۲	۳	۴
جسمانی‌سازی	۲۲/۵ ± ۴/۷	۱			
پارانوئید	۶۴/۶ ± ۱۷/۵	°°/۰۲۲	۱		
عزت نفس	۱۶/۸ ± ۳/۵	°°-/۰۱۲	°°-/۰۲۶	۱	
شاخص بی‌خوابی	۱۵/۵ ± ۵/۴	°°/۰۳۱	۰/۰۶	-۰/۰۵	۱

* در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ < p

** در سطح معنی‌داری ۰/۰۱ < p

در گام بعدی به منظور بررسی اینکه کدام یک از متغیرهای تحقیق، پیش‌بینی کننده جسمانی سازی می باشد، از تحلیل رگرسیون همزمان استفاده گردید.

۰/۱۲ تغییرات جسمانی سازی به وسیله متغیرهای پیش‌بین تحقیق تبیین شد. در ادامه تحلیل مشخص گردید عزت نفس، نقش معنی داری در پیش‌بینی جسمانی سازی نداشته و شاخص بی خوابی با سطح معنی داری ۰/۰۱، توان بیشتری از تفکرات پارانوئید برای پیش‌بینی جسمانی سازی را دارد (جدول شماره ۲).

قبل از انجام تحلیل در بررسی پیش فرض استفاده از رگرسیون چندگانه، برای سنجش استقلال متغیرهای پیش‌بین، فرض هم خطی بودن چندگانه به وسیله محاسبه شاخص تحمل و عامل تورم واریانس بررسی شد. شاخص تحمل متغیرها در دامنه ۰/۷۲-۰/۹۶ و شاخص عامل تورم واریانس در دامنه ۱/۴-۱/۲ قرار داشت، از این رو می توان پذیرفت که متغیرهای پیش‌بین از یکدیگر مستقل بوده و هم خطی بودن چندگانه اتفاق نیفتاده است. علاوه بر آن، نمودار طبیعی نشان داد انحراف از طبیعی بودن نگرفته است.

جدول شماره ۲: پیش‌بینی جسمانی سازی براساس پارانوئید، عزت نفس، شاخص بی خوابی

متغیر	شاخص						P	t	β	B
	P	f	E.S	RΔ _۲	R _۲	R				
مدل	۰/۰۰۱	۱۱/۱۰	۴/۴۷	۰/۱۲	۰/۱۴	۰/۳۷				
پارانوئید	۰/۰۰۱						۲/۷۵	۰/۱۸	۰/۰۵	
عزت نفس	۰/۳۸						۰/۸۷	۰/۰۵۹	۰/۰۸	
شاخص بی خوابی	۰/۰۰۱						۴/۵۵	۰/۲۹	۰/۲۶	

پش‌بینی کننده‌ها: پارانوئید، عزت نفس، شاخص بی خوابی
متغیر ملاک: جسمانی سازی

بحث

برای رسیدن به نتایج قطعی، انجام تحقیقات بیشتری نیاز است. همچنین در پژوهش حاضر، بین بی خوابی و جسمانی سازی یک رابطه مثبت معنی دار وجود داشت و در عین حال بی خوابی در بین متغیرها، بیشترین توان را در پیش‌بینی جسمانی سازی نشان داد که این یافته با نتایج مطالعه Jun و همکاران همخوانی داشت (۱۳). مطالعه احمدوند درخصوص بی خوابی در افراد بالای ۱۸ سال حاکی از آن بود کسانی که سابقه اختلال روانی دارند تقریباً دو برابر افرادی که سابقه اختلال روانی ندارند، دچار بی خوابی هستند (۳۲). براساس مطالعات متعدد، اختلالاتی نظیر افسردگی، اضطراب و دیگر بیماری‌های روانی در بسیاری از موارد با مشکلات خواب توأم است (۳۲). شایع ترین علامت در جمعیتی که با حادثه استرس‌زا مواجه می شوند، ناهنجاری خواب است (۳۳). در مطالعه‌ای که با هدف همبندی اختلالات روانی و مشکلات خواب انجام شد، مشخص گردید ۱۷/۷٪ افرادی که از بی خوابی شکایت دارند، از افسردگی و اضطراب نیز رنج می‌برند و افراد مبتلا به اختلال روانی، تاریخچه‌ای طولانی از بی خوابی را گزارش کردند (۳۴). بنابراین طبق مطالعات انجام شده، بی خوابی می‌تواند کیفیت زندگی افراد را تغییر داده و احتمال ابتلا به اختلالات روانی از جمله جسمانی سازی را نیز افزایش دهد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین جسمانی سازی و افکار پارانوئید، رابطه مثبت معنی داری وجود دارد. تحقیقات انجام شده در حوزه روانشناسی سلامت نشان داده است داشتن افکار پارانوئید یکی از خصوصیات شخصیتی بوده که می‌تواند در سلامت روانی و جسمانی تأثیر به‌سزایی داشته باشد؛ زیرا باعث بروز تنش‌های شدید روانی شده که این تنش‌ها خود باعث بروز اختلال‌هایی چون افسردگی، اسکیزوفرنی، شیدایی و وسواس می‌شود (۳۰). هنگامی که افراد با ناملایمات و مشکلات روبرو می‌شوند هیجانات متنوعی را تجربه کرده که دامنه‌ای از برانگیختگی، اشتیاق تا عصبانیت، اضطراب، احساس گناه، غمگینی یا ناامیدی را در پی دارد (۳۱). بنابراین، هر قدر میزان افکار پارانوئید افراد بالا می‌رود، به همان میزان نیز سلامت روانی آنها کاهش می‌یابد و احتمال بیشتری وجود دارد که به بیماری‌های روانی از جمله اختلال جسمانی سازی مبتلا شوند. باتوجه به اینکه تاکنون در مطالعات مستقیماً به بررسی جسمانی سازی و افکار پارانوئید پرداخته نشده است، لذا این مطالعه نشان داد جسمانی سازی نیز از پیامدهای وجود افکار پارانوئید بوده که البته این تحقیق گام اولیه در این راه می‌باشد و

محدودیت‌ها

تمام تحقیقات انجام‌شده دارای محدودیت‌هایی هستند و تحقیق حاضر نیز از این امر مستثنی نیست، از محدودیت‌های تحقیق حاضر می‌توان به توصیفی بودن آن اشاره کرد که همین مسئله باعث گردید نتوان نتایج این پژوهش را به‌صورت علت معلولی مطرح کرد. علاوه بر آن، این پژوهش از لحاظ جامعه آماری دارای محدودیت بود و نمونه از بین جامعه دانشجویی انتخاب شد که اختصاص به منطقه خاص جغرافیایی داشت و همین امر باعث گردید تا در تعمیم نتایج به کل جامعه احتیاط بیشتری شود. در پایان، پیشنهاد می‌گردد در صورت امکان در مطالعات بعدی از

نمونه‌های کلینیکی که از جسمانی‌سازی رنج می‌برند، استفاده گردد.

نتیجه‌گیری

به‌طورکلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد جسمانی‌سازی تحت تأثیر تفکرات پارانوئید و اختلالات خواب است، لذا می‌توان با ارائه آموزش‌های شناختی برای کاهش تفکرات پارانوئید و آموزش روش‌هایی برای بهبود وضعیت خواب افراد مبتلا به اختلال جسمانی‌سازی، در بهبود و جلوگیری از این اختلال گام‌های مفیدی برداشت.

References:

1. Marin C, Carron R. The origin of the concept of somatization. *Psychosomatics* 2002;43(3):249-50.
2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadocks comprehensive textbook of psychiatry. New York: Williams & Wilkins; 2000. p. 925-71.
3. Mayou R. Somatization. *Psychother Psychosom* 1993;59(2):69-83.
4. Basharpour S, Almardani Someeh S, Shahmohammadzadeh Y. The role of alexithymia and emotional expressivity in predicting somatization symptoms among students of mohaghegh Ardabili University during 2014-2015. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2015;13(10):961-72. [Full Text in Persian]
5. Malekpour M, Banihashemian K. Relationship between general health, pessimism, and self esteem in college students of Shiraz University of Medical Sciences with father and martyr father. *J Isfahan Med Sch* 2011;28(120):1437-47. [Full Text in Persian]
6. Tulabi Z, Samadi S, Motahari Nejad F. Study of self-esteem and self-efficacy as a mediator in the relationship between Islamic life style and social adjustment of youth in Mashhad. *Sociol Stud Youth J* 2013;3(9):115-22. [Full Text in Persian]
7. Evans DR. Health promotion, wellness program, quality of life and the marketing of psychology. *Canadian Psychol* 1997;38(1):1-12.
8. Garaigordobil M, Dura A, Pérez JI. Psychopathological symptoms, behavioural problems, and self-concept/self-esteem: A study of adolescents aged 14 to 17 years old. *Annuary Clin Health Psychol* 2005;1:53-56.
9. Kim K, Uchiyama M, Liu X, Shibui K, Ohida T, Oqihara R, et al. Somatic and psychologic complaints and their correlation with insomnia in the Japanese general population. *Psychosom Med* 2001;63(3):441-6.
10. Czeisler CA, Winkelman JW, Richardson GS. Sleep disorder. In: Hauser SL, Josephson SA. *Harrison's neurology in clinical medicine*. New York: McGraw-Hill; 2006. p. 169-76.
11. Gellis LA, Lichstein KL. Sleep hygiene practices of good and poor sleepers in the United States: An Internet-based study. *Behav Ther* 2009;40(1):1-9.
12. Aminnia N, Aghaei A, Molavi H, Najafi MR. The effectiveness of group cognitive therapy on symptoms of insomnia in women with chronic insomnia. *Knowl Res Appl Psychol* 2011;12(2):13-20. [Full Text in Persian]

13. Jun JY, Kim SJ, Lee YJ, Cho SJ. Effect of major depressive disorder and Insomnia on Somatization. *Eur Psychiatry* 2013;28(1):84-8.
14. Bazdar F, Mousazadeh T, Narimani M, Ahmadi V. The role of styles of thinking and attributional styles and optimism and pessimism in the prediction of obsessive-compulsive disorder. *J Ilam Univ Med Sci* 2015;23(2):125- [Full Text in Persian]
15. Abdolmohammadi K, Saburi Moghaddam H, Babapour Kheyroodin J. Prediction of somatization disorder on the basis of personality traits and alexithymia. *Qom Univ Med Sci J* 2015;9(8):32-40. [Full Text in Persian]
16. McKenna PJ. Disorders with overvalued ideas. *Br J Psychiatry* 1984;145(6):579-85.
17. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(8):903-10.
18. Kroenke K. Somatoform disorders and recent diagnostic controversies. *Psychiatr Clin North Am* 2007;30(4):593-619.
19. Biabangard E. Ways to increase self-esteem in children and adolescents. Tehran: Anjomane Olia va Morabian Press; 1993. [Text in Persian]
20. Shekar Beige AR, Ysemi Nejad P. Compare the styles of family, self-esteem and mental health in ordinary and criminals adolescents in Kermanshah. *Sociol Stud Youth J* 2012;5(2):178-92. [Full Text in Persian]
21. Pashang M, Manshaei GR, Sadeghniyat K, SadeghNiyat Kh, AyatolahZadeh F, Jalali A. The effect of muscle relaxation training on nurses' insomnia in Tehran Heart Center. *J Cardiovasc Nurs* 2012;2(1):42-8. [Full Text in Persian]
22. Bostien CH, Vallieres A, Morin CM. Validation of the insomnia severity index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med* 2001;2(4):297-307.
23. Yazdi Z, Sadeghniiat-Haghighi K, Zohal MA, Elmizadeh K. Validity and reliability of the Iranian version of the insomnia severity index. *Malays J Med Sci* 2012;19(4):31-6.
24. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med* 2002;64(2):258-66.
25. Lee S, Ma YL, Tsang A. Psychometric properties of the Chinese 15-item patient health questionnaire in the general population of Hong Kong. *J Psychosom Res* 2011;71(2):69-73.
26. Abdolmohamadi K, Beirami M, Mohammadzadeh A, Ahmadi E, Hossein Alizade M. Iranian validation of the somatization inventory (PHQ-15). *Int J of Psychol Behav Res* 2014;1(4):1057-61.
27. Green CE, Freeman D, Kuipers E, Bebbington P, Fowler D, Dunn G, et al. Measuring ideas of persecution and social reference: The Green et al. Paranoid Thought Scales (GPTS). *Psychol Med* 2008,38(1):101-11.
28. Ibáñez CI, FemiaM P, Padilla J, Green C, Portugal E, Cervilla J. Spanish adaptation of the green paranoid thought scales. *Psicothema* 2015;27(1):74-81.
29. Abdolmohammadi K, Mohammadzadeh A, Ghadiri Sourman Abadi F, Ahmadi E. Iranian validation of the Paranoid Thought inventory (GPTS). *Qom Univ Med Sci J* 2016;10(8):47-53. [Full Text in Persian]
30. Seligman M. *Upbeat Children*. Davarpanah F, Translator. Tehran: Roshd Pub; 2009. [Text in Persian]
31. Vohs KD, Baumeister RF. *Handbook of self-regulation: Research, Theory, and Applications*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2011.
32. Ahmadvand A, Sepehrmanesh Z, Ghoreishi FS, Afshinmajd S. Prevalence of psychiatric disorders in the general population of Kashan, Iran. *Arch Iran Med* 2012;15(4):205-9.
33. Harvey AG, Jones C, Schmidt DA. Sleep and posttraumatic stress disorder: A review. *Clin Psychol Rev* 2003;23(3):377-407.
34. Ohayon MM, Caulet M, Lemoine P. Comorbidity of mental and insomnia disorders in the general population. *Compr Psychiatry* 1998;39(4):185-97.