



Original Article

Open Access

Developing a Structural Model of Somatic Symptom Disorder Based on Stressful Organizational Variables Mediated by Self-Regulatory Processes in Clinical Samples of Police Officers

Fatemeh Mostafae^{1*}, Mohammadreza Nainian¹, Mohammad Ebrahim Maddahi¹, Mohammad Gholami Fesharaki²

¹ Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran.

² Department of Statistics, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Aims: One of the main reasons for clinical referrals is the complaint of physical symptoms described in the latest edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) as Somatic Symptom Disorder. This study aimed to determine the fit of the structural model of the relationship between somatic symptoms disorder and stressful organizational variables mediated by self-regulatory processes in a clinical sample of patients diagnosed with somatic symptoms disorder.

Materials & Methods: The statistical population consisted of all patients with somatic symptom disorder who had referred to the hospitals and health centers of police in Tehran, Iran, during the first six months of 2019. Of this population, 30 people were selected by the purposive method. The instruments used in the study were a questionnaire for somatic symptom disorders, a short form of the Iranian Police Stress Scale, a self-regulatory scale, a screening questionnaire, and a structured clinical interview to assess DSM-5 disorders, all of which had good validity and reliability. Structural equation modeling was applied to analyze the obtained data using the SPSS 23 and PLS 2 software.

Findings: The results of structural equation modeling confirmed the mediating role of self-regulatory processes in the relationship between stressful organizational variables and somatic symptom disorder. The overall model fit (GOF) in the sample group was 0.490, and the model fitted the data. Findings showed that mission organizational variables had more effect on physical symptoms than non-mission organizational variables. Additionally, the initial hypothetical model had a good fit with the observed data, and the stressful organizational variables explained more variance of physical symptoms through self-regulation.

Conclusion: If police officers use self-regulatory strategies, they can better avoid the effects of organizational stress on physical symptoms. This feature plays a mediating role in the relationship between stressful organizational variables and physical symptoms, and reduces the effect of stress on individuals.

KEYWORD: [Somatic symptom disorder](#); [Stress](#); [Emotional Regulation](#); [Structural Model](#); [Police](#)

How to cite this article

Mostafae F., Nainian N., Ebrahim Maddahi M., Gholami Fesharaki M. *Developing a Structural Model of Somatic Symptom Disorder Based on Stressful Organizational Variables Mediated by Self-Regulatory Processes in Clinical Samples of Police Officers.* J Police Med. 2020;9(4):221-228.

*Correspondence:

Address: Shahed University, In front of the holy shrine of Imam Khomeini, The beginning of the Tehran-Qom freeway, Tehran, Iran.
Postal code: 331911865
Phone: -
Tel: -
Fax: -
Mail: mostafae.at@gmail.com

Article History

Received: 20/04/2020
Accepted: 29/06/2020
ePublished: 06/10/2020

CITATION LINKS

- [1] Summary of psychiatry, behavioral sciences, clinical psychiatry ... [2] Diagnostic and statistical guide to mental disorders ... [3] Somatoform disorders as disorders of affect ... [4] Acute and chronic job stress, strain and vacation ... [5] The dimensionality of trauma: a multidimensional scaling comparison ... [6] The impact of stress on the age of cardiovascular ... [7] Occupational stress features, emotional intelligence ... [8] Construction and standardization of the job pressure ... [9] Ranking police stressors ... [10] The relationship of client-directed aggressive ... [11] Compare the self-regulation, emotional control and social exclusion ... [12] Self-regulation and personality: How interventions increase ... [13] Investigating the factor structure of the physical symptoms disorder ... [14] Construction and validation of the short form of the Iranian ... [15] Comparison of self-regulatory behavior, emotional self-awareness, and decision-making ... [16] Investigating the effectiveness of self-regulatory education, life skills and combining ... [17] Structured clinical interview to assess ... [18] Structural equation modeling with PLS ... [19] Effectiveness of structured teaching program on knowledge ... [20] Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general ... [21] Relationship between alexithymia and coping strategies in patients ... [22] Occupational stress and burnout between male and female ... [23] The effect of law enforcement stress on organizational ... [24] Occupational stress, supervisor support, job satisfaction, and work-related ... [25] Self-regulation and personality: How interventions increase ... [26] Work stress in aging police officers ... [27] Secondary alexithymia as a state reaction in panic disorder ... [28] Alexithymia, social support and health problems ... [29] The effects of psychological stress on physical ... [30] Comparative analysis of integrative self-knowledge, mindfulness ...



تدوین مدل ساختاری اختلال علائم جسمی بر پایه متغیرهای سازمانی تنش‌زا با میانجی‌گری فرآیندهای خودنظم‌دهی در نمونه‌ای بالینی از افسران پلیس

فاطمه مصطفایی^{۱*}، محمدرضا ناینیان^۱، محمد ابراهیم مداحی^۱، محمد غلامی فشارکی^۲

^۱ گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
^۲ گروه آمارزیستی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

چکیده

اهداف: یکی از دلایلی که بخش عمده مراجعات کلینیکی را در برمی‌گیرد، شکایت از علائم جسمانی است که در آخرین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تحت عنوان اختلال علائم جسمی توصیف شده است. پژوهش حاضر با هدف تعیین برازش مدل ساختاری رابطه اختلال علائم جسمی با متغیرهای سازمانی تنش‌زا با میانجی‌گری فرآیندهای خودنظم‌دهی در نمونه بالینی از بیماران با تشخیص اختلال علائم جسمی انجام شد.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری عبارت بود از تمامی بیماران دارای اختلال علائم جسمی که در شش ماه اول سال ۱۳۹۸ به بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی-درمانی پلیس شهر تهران مراجعه کرده بودند که از این بین ۳۰ نفر به روش هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در مطالعه، پرسش‌نامه برای اختلالات علائم جسمانی، فرم کوتاه مقیاس استرس پلیس ایران، مقیاس خودتنظیم‌گری، پرسشنامه غربالگر و مصاحبه ساختاریافته بالینی برای ارزیابی اختلالات DSM-5 بود که همه از اعتبار و پایایی مناسبی برخوردار بودند. داده‌های حاصل با استفاده از روش معادلات ساختاری و به کمک نرم‌افزارهای SPSS 23 و PLS 2 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از مدل‌یابی معادلات ساختاری، نقش میانجی‌گری فرآیندهای خودنظم‌دهی را در رابطه بین متغیرهای سازمانی تنش‌زا و اختلال علائم جسمی تأیید کردند، به طوری که برازش مدل کلی (GOF) در گروه نمونه ۰/۴۹ بود و مدل دارای برازش بود. یافته‌ها نشان دادند که متغیرهای سازمانی مأموریتی بیشتر از متغیرهای سازمانی غیرمأموریتی بر علائم جسمی تأثیرگذار بود. همچنین مدل فرضی اولیه برازش مطلوبی با داده‌های مشاهده‌شده داشت و متغیرهای سازمانی تنش‌زا از طریق خودنظم‌دهی واریانس بیشتری از علائم جسمی را تبیین کردند.

نتیجه‌گیری: اگر افسران پلیس از راهبردهای خودنظم‌دهی استفاده کنند، بهتر می‌توانند از تأثیرات تنش‌های سازمانی بر ایجاد علائم جسمی جلوگیری کنند و این ویژگی نقش حائل را در رابطه بین متغیرهای سازمانی تنش‌زا و علائم جسمی ایفا می‌کند و منجر به کاهش اثر تنیدگی در افراد می‌شود.

نحوه استناد به این مقاله

Mostafae F., Nainian N., Ebrahim Maddahi M., Gholami Fesharaki M. Developing a Structural Model of Somatic Symptom Disorder Based on Stressful Organizational Variables Mediated by Self-Regulatory Processes in Clinical Samples of Police Officers. J Police Med. 2020;9(4):221-228.

نویسنده مسئول*

آدرس پستی: تهران، ابتدای آزادراه تهران-قم، روبروی حرم مطهر امام خمینی (ره)، دانشگاه شاهد. کد پستی ۳۳۱۹۱۸۶۵۱
تلفن همراه: -
تلفن ثابت: -
فکس: -
پست الکترونیک: mostafae.at@gmail.com

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۳۹۹/۰۲/۰۱
پذیرش: ۱۳۹۹/۰۴/۰۹
چاپ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۵

کلیدواژه‌ها: اختلال علائم جسمی، استرس، فرآیندهای خودنظم‌دهی، مدل ساختاری، پلیس

لینک‌های استناد

- [1] Summary of psychiatry, behavioral sciences, clinical psychiatry ... [2] Diagnostic and statistical guide to mental disorders ... [3] Somatoform disorders as disorders of affect ... [4] Acute and chronic job stress, strain and vacation ... [5] The dimensionality of trauma: a multidimensional scaling comparison ... [6] The impact of stress on the age of cardiovascular ... [7] Occupational stress features, emotional intelligence ... [8] Construction and standardization of the job pressure ... [9] Ranking police stressors ... [10] The relationship of client-directed aggressive ... [11] Compare the self-regulation, emotional control and social exclusion ... [12] Self-regulation and personality: How interventions increase ... [13] Investigating the factor structure of the physical symptoms disorder ... [14] Construction and validation of the short form of the Iranian ... [15] Comparison of self-regulatory behavior, emotional self-awareness, and decision-making ... [16] Investigating the effectiveness of self-regulatory education, life skills and combining ... [17] Structured clinical interview to assess ... [18] Structural equation modeling with PLS ... [19] Effectiveness of structured teaching program on knowledge ... [20] Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general ... [21] Relationship between alexithymia and coping strategies in patients ... [22] Occupational stress and burnout between male and female ... [23] The effect of law enforcement stress on organizational ... [24] Occupational stress, supervisor support, job satisfaction, and work-related ... [25] Self-regulation and personality: How interventions increase ... [26] Work stress in aging police officers ... [27] Secondary alexithymia as a state reaction in panic disorder ... [28] Alexithymia, social support and health problems ... [29] The effects of psychological stress on physical ... [30] Comparative analysis of integrative self-knowledge, mindfulness ...

مقدمه

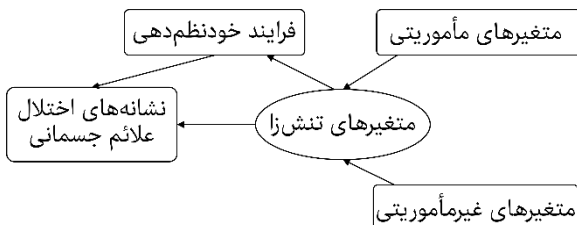
یکی از دلایلی که بخش عمده مراجعات کلینیکی را دربر می‌گیرد، شکایت از علائم جسمی است که در آخرین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تحت عنوان اختلال علائم جسمی توصیف شده است. ملاک‌های تشخیصی DSM-5 برای اختلال علائم جسمی (Somatic symptoms disorder) عبارتند از یک یا چند نشانه بدنی که به شدت ناراحت کننده هستند یا زندگی روزمره را مختل می‌سازند و همچنین افکار، احساسات و رفتارهای افراطی در رابطه با این نشانه‌های بدنی یا نگرانی‌های مرتبط با سلامت، که با حداقل یکی از موارد معرفی شده، نشان داده می‌شود: افکار دائمی درباره میزان خطرناک بودن نشانه‌ها و تناسب نداشتن شدت نگرانی با شدت علائم، اضطراب شدید و دائمی درباره سلامت خود یا درباره علائم، زمان و انرژی زیادی که فرد وقف نگرانی خود درباره سلامت یا درباره این علائم جسمی می‌کند. هرچند ممکن است هیچ یک از این علائم جسمی به‌طور دائمی حضور نداشته باشد، نگرانی فرد از حضور یک یا چند علامت، دائمی (معمولاً بیشتر از ۶ ماه) است [۱].

ویژگی مشخص بسیاری از مبتلایان به اختلال علائم جسمی، علامت جسمی به خودی خود نیست بلکه شیوه تظاهر و تفسیر آن است. لحاظ نمودن عناصر عاطفی، شناختی و رفتاری در ملاک‌های اختلال علائم جسمی، تصویر جامع‌تر و دقیق‌تری از نمای بالینی واقعی به دست می‌دهد تا آنچه که فقط از ارزیابی شکایت‌های جسمی حاصل می‌شود [۲]. در پژوهش Scheidt و Waller مشخص شده است که بیمارانی که مبتلا به اختلال علائم جسمی هستند از تنش و ناپایداری هیجانی مزمن رنج می‌برند [۳]. تنش را بیشتر طی یک جریان تعاملی و تقابلی در نظر می‌گیرند. در مدل تعاملی، فرد، محیط و ارتباط این دو در نظر گرفته می‌شود و فرد عاملی فعال در جریان تنش تصور می‌شود [۴]. طبق یافته‌های پژوهشی، استرس و تنش روانی با بیماری‌های مختلف روانی و جسمی افراد در مشاغل استرس‌زا در ارتباط است، در این میان یکی از مشاغل پر استرس شغل پلیس، معرفی شده است [۵]. در تحقیقی که در موسسه CareerCast بر اساس اطلاعات اداره آمار کار در مورد ۲۰۰ شغل انجام شده و مشاغل را بر اساس محیط کار، رقابت شغلی و ریسک هر کدام بررسی و درجه‌بندی کرده است، نیروهای نظامی رتبه نخست را در بین مشاغل پُر استرس داشته‌اند [۶]. نیروهای پلیس، محیط کار منحصر به فردی دارند و با رویدادهای بالقوه آسیب‌زایی مواجه‌اند که می‌تواند بر سلامت جسمی و روانی آنها تأثیرگذار باشد و وظایف مخاطره‌آمیز که بخشی از کار هر روزه پلیس است ذاتاً استرس‌زا است [۷]. در مجموع متغیرهای تنش‌زای پلیس را به دو دسته کلی متغیرهای تنش‌زای غیر مأموریتی و متغیرهای تنش‌زای مأموریتی تقسیم کرده‌اند [۸].

تنش‌های ناشی از متغیرهای سازمانی می‌تواند به ایجاد و گسترش بیماری منتهی شود اما این واقعیت به این معنا نیست که تنش روانی و استرس همواره و در همه افراد به بیماری منجر می‌شود. در واقع تأثیر استرس بر سلامتی به متغیرهای دیگری بستگی دارد که میانجی بین استرس و بیماری قرار می‌گیرند [۷]. یکی از متغیرهای شناختی مؤثر در این زمینه خودنظم‌دهی (Self-regulatory) یا خودتنظیمی است. فرد با واکنش در برابر وضعیت فشارزا می‌کوشد دوباره به وضعیت تعادل برسد، انحراف از مسیر استاندارد هم در سطح جسمی و هم در سطح روانی افراد را

برمی‌انگیزاند که سازوکارهای تعادل را بازگردانند و به موجب آن اهداف خود را تنظیم، هیجان و افکارشان را کنترل کرده و راهبردهایشان را بهبود بخشند، این سازوکارها آثار استرس را تحت تأثیر قرار می‌دهند و از این طریق بازگشت‌پذیری یا توان غلبه مؤثر بر استرس را موجب می‌شوند [۹]. این هدف و بازگشت به تعادل پس از تغییر، طی فرآیند خودنظم‌دهی رخ می‌دهد که می‌تواند عامل مهمی در پیشگیری از پیامدهای تنش باشد. خودنظم‌دهی شامل فرآیندهایی است که از طریق تغییر و تعدیل افکار، عواطف و رفتار، افراد را قادر می‌سازد تا فعالیت‌های معطوف به هدف خویش را در طول زمان هدایت نمایند [۱۰]. در خودنظم‌دهی فرد رفتار خود را ارزیابی می‌کند و اگر این رفتار متناسب با استانداردها نباشد، سعی می‌کند با تغییر دادن رفتار، به استانداردها دست یابد [۱۱]. افراد خودنظم‌بخش بر اساس معیارها و هدف‌هایی که برای خود برگزیده‌اند، تعیین می‌کنند که کدام یک از رفتارها با معیارها و هدف‌های شخصی‌شان هماهنگی دارد و کدام یک از آنها ناهماهنگ است و بر اساس قضاوت‌هایشان نسبت به خود واکنش نشان می‌دهند [۱۲].

بر اساس آنچه ذکر شد می‌توان نوعی تبیین آسیب‌شناختی برای توضیح اثر تنش بر علائم جسمی ارائه داد و آن را در قالب یک مدل آسیب‌شناختی طراحی و آزمون نمود که در این مدل ساختاری متغیر تنش‌های سازمانی مأموریتی و غیرمأموریتی، فرآیندهای خودنظم‌دهی و نشانه‌های اختلال علائم جسمی متغیر آشکار و متغیرهای سازمانی تنش‌زا متغیر پنهان است. مدل پیشنهادی در شکل ۱ ارائه شده است. بنابراین هدف پژوهش حاضر، آزمون برازش مدل ساختاری رابطه علائم جسمی با متغیرهای سازمانی تنش‌زا با میانجی‌گری فرآیندهای خودنظم‌دهی در نمونه بالینی پلیس بود.



شکل ۱) مدل ساختاری متغیرهای سازمانی تنش‌زا و اختلال علائم جسمی با میانجی‌گری فرآیندهای خودنظم‌دهی

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع طرح‌های همبستگی مبتنی بر روابط ساختاری (مدل‌سازی معادلات ساختاری بر اساس PLS) است. در این مطالعه جامعه آماری عبارت بود از تمامی بیماران دارای اختلال علائم جسمی که در شش ماه اول سال ۱۳۹۸ به بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی پلیس در شهر تهران مراجعه کرده بودند. بر اساس حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای مطالعات بر اساس PLS، ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال علائم جسمی بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن حداقل ۲۵ سال و حداکثر ۵۰ سال، افسر پلیس بودن، جنسیت مرد، سابقه خدمتی بالای سه سال و تشخیص اولیه اختلال علائم جسمی بر اساس پرسش‌نامه غربالگری برای اختلالات علائم جسمانی بود و دارا بودن اختلالاتی که در تشخیص افتراقی

کوتاه این مقیاس دارای ۴۵ آیتم است که اعتبار آن از طریق تعیین ضریب همبستگی بین فرم بلند و فرم کوتاه برای عامل اول ۰/۹۸ و برای عامل دوم ۰/۹۶ و پایایی آن به وسیله دو روش بازآزمایی برای عامل اول ۰/۷۸ و برای عامل دوم ۰/۸۰ و همسانی درونی ضریب آلفای کرونباخ برای عامل اول ۰/۹۸ و برای عامل دوم ۰/۹۶ محاسبه شده است [۱۴].

پرسش‌نامه خودتنظیمی: این پرسش‌نامه برای سنجش و ارزیابی فرآیند خودتنظیمی طراحی شده و حاوی ۶۳ سؤال برای سنجش توانایی کلی در تنظیم رفتار است. پاسخ‌ها در این پرسش‌نامه بر اساس پنج‌درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم ۱ تا کاملاً موافقم ۵) محاسبه می‌شود. در این پرسش‌نامه نمره بالاتر از ۲۳۹ بیانگر خودتنظیمی بالا، نمره بین ۲۳۹ تا ۲۱۴ نشان‌دهنده خودتنظیمی متوسط و نمره کمتر از ۲۱۳ نشان‌دهنده خودتنظیمی پایین است. اعتباریابی این پرسش‌نامه در ایران ۰/۷۱ گزارش شده است [۱۵]. در پژوهشی، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آورده شده است [۱۶] و در پژوهش *ابوالقاسمی و همکاران* ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۷۳ است [۱۵].

پرسش‌نامه غربالگر: پرسش‌نامه غربالگر شامل ۲۳ سؤال است که سؤالات آن برگرفته از SCID-5 و غربالگری آن است و جهت بررسی دارا بودن اختلالاتی که در تشخیص افتراقی اختلال علایم جسمی ذکر شده است، مورد استفاده قرار گرفت. افرادی که در پرسش‌نامه غربالگر به سؤالات پاسخ مثبت دهند و دارای علایمی از یک اختلال (به غیر از اختلال علایم جسمی) باشند، توسط SCID-5 مورد ارزیابی قرار می‌گیرند و در صورت اطمینان از نداشتن اختلال دیگر، وارد گروه نمونه می‌شوند و در صورتی که علاوه بر اختلال علایم جسمی دارای اختلال دیگری باشند، از گروه نمونه حذف می‌شوند.

مصاحبه ساختاریافته بالینی برای ارزیابی اختلالات DSM-

5 (SCID-5): این مصاحبه برای تشخیص اختلالات اصلی DSM-5 است (که قبلاً در محور I تشخیص‌گذاری می‌شدند). این مصاحبه توسط کارکنان سلامت روان یا بالین‌گران آموزش‌دیده که با طبقه‌بندی DSM-5 [۲] آشنایی دارند و ملاک‌های تشخیص اختلالات را می‌دانند، اجرا می‌شود [۱۷]. در این پژوهش، نسخه SCID-5 به منظور ارزیابی اختلالاتی که در پرسش‌نامه غربالگر مشخص شده، مورد استفاده قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی: اصول و استانداردهای اخلاقی از جمله مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای، علمی و آموزشی، احترام به حقوق و کرامت افراد، عمل به استانداردهای ممکن و مستدل در تحقیق، عمل و ارائه خدمت در محدوده صلاحیت، استفاده به جا از دانش و مهارت، عدم ساخت و تحریف اطلاعات، تعارض منافع، رازداری حرفه‌ای، رضایت آگاهانه، ملاحظات مربوط به روند انتشار نتایج رعایت شد. برای رعایت اصول اخلاق پژوهش، ضمن توضیح اهداف و شرایط مطالعه، از تمامی اعضای نمونه، رضایت‌نامه آگاهانه اخذ گردید.

تجزیه و تحلیل آماری: برای بررسی خصوصیات جمعیت‌شناختی نمونه‌های مورد مطالعه و همچنین توزیع نمره‌های آزمودنی‌ها و همبستگی‌های بین متغیرهای پژوهش از روش‌های آمار توصیفی شامل محاسبه فراوانی‌ها، میانگین‌ها و ضرایب همبستگی استفاده شد. از آنجا که تعداد نمونه در این مطالعه اندک بود، امکان استفاده از روش معادلات ساختاری مبتنی

اختلال علایم جسمی ذکر شد نیز سبب خروج افراد از مطالعه گردید. برای هر بیمار، درباره موضوع مطالعه توضیح مختصری داده شد و در صورت تمایل به همکاری، در دو مرحله مورد ارزیابی قرار گرفتند. در مرحله اول، دو پرسش‌نامه اجرا شد؛ پرسش‌نامه اختلال علایم جسمی که توسط بیماران تکمیل شد و پرسش‌نامه محقق‌ساخته که برگرفته از scid5 و غربالگری آن بود، توسط محقق اجرا شد. افرادی که به همه سؤالات برگرفته از scid5 و غربالگری آن، پاسخ منفی دادند و تشخیص افتراقی علایم جسمی را نداشتند و همچنین افرادی که به برخی سؤالات برگرفته از scid5 و غربالگری آن پاسخ مثبت داده بودند، اما در مصاحبه ساختاریافته بالینی، تشخیص افتراقی علایم جسمی را نداشتند، به گروه نمونه بالینی اضافه شدند. سپس به بیمارانی که واجد ملاک‌های ورود بودند، بسته پرسش‌نامه‌های پژوهش (فرم کوتاه مقیاس استرس پلیس ایران، پرسش‌نامه خودتنظیمی) برای تکمیل ارائه شد.

پرسشنامه اختلالات علایم جسمانی: این پرسش‌نامه یک مقیاس ۵۳ آیتمی است که برای ارزیابی علایم جسمانی در بیماران مبتلا به SSD مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسش‌نامه شدت علایم و نشانه‌ها را بر اساس معیار درجه‌بندی از صفر برای کمترین شدت تا چهار برای بیشترین شدت تنظیم نموده است. این پرسش‌نامه تعداد، شدت و نوع علایم جسمی را نشان می‌دهد و ملاک لازم جهت تشخیص اینکه فرد واجد این اختلال هست یا خیر، سؤالاتی است که برگرفته از ملاک‌های DSM5 است؛ چنانچه فرد ملاک‌های برگرفته از DSM5 را برای این اختلال دارا نبود از گروه نمونه حذف می‌شد. پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه *براهیمی و همکاران* ۰/۹۲ به دست آمده است [۱۳]. روایی نیز در مطالعه *براهیمی و همکاران* از طریق همبستگی پرسشنامه SOMS-7 و PHQ-15 ارزیابی شده که همبستگی ۰/۵۹ و معناداری با نمرات خرده‌مقیاس علایم جسمانی PHQ داشته است [۱۳].

فرم کوتاه مقیاس استرس پلیس ایران: در فرم کوتاه آن که توسط رضایی (۱۳۸۵) تهیه و اعتباریابی شده است، ۴۵ سؤال دارد که ۲۵ سؤال اول آن مربوط به استرس‌های غیر مأموریتی و ۲۰ سؤال بعدی (۲۱-۴۵) آن مربوط به استرس‌های مأموریتی است. دو زیرمقیاس دارد: الف) استرس‌های غیرمأموریتی (ب) استرس‌های مأموریتی. تعداد پاسخ‌های مثبت بیشتر، شدت استرس بیشتر در افراد را نشان می‌دهد. آزمودنی باید در ابتدا وقوع یا عدم‌وقوع حادثه استرس‌آور را با انتخاب گزینه بلی یا خیر مشخص کند. در مرحله بعد تعداد دفعات مواجهه با هر رویداد (هر روز، هر هفته، هر ماه، هر سال، و هر چند سال) توسط آزمودنی مشخص خواهد شد. در مرحله آخر نیز آزمودنی میزان فشار روانی که حادثه استرس‌آور بر او وارد کرده است را با نمره‌ای بین صفر تا صد (صفر به معنای فقدان استرس و صد به معنای حداکثر استرس است) مشخص می‌کند. پایایی این مقیاس از طریق همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) برای مقیاس فرعی استرس‌های غیرمأموریتی ۰/۹۵، برای استرس‌های مأموریتی ۰/۹۴ و برای کل مقیاس نیز ۰/۹۷ گزارش شده است. خرده‌مقیاس IPSS-A1 شامل رویدادها و مسائلی مربوط به امور سازمانی و تعداد اندکی مربوط به مسائل خانوادگی است و بیشتر با ابعاد و جنبه‌های کلی و عمومی استرس (استرس‌های غیرمأموریتی) مرتبط است و خرده‌مقیاس IPSS-A2 شامل رویدادهایی است که با مأموریت‌ها و وظایف ذاتی پلیس و با حالات و شرایط استرس‌های مأموریتی ارتباط دارد. فرم

| شاخص | اختلال علائم جسمی | تنش متغیرهای مأموریتی | تنش متغیرهای غیرمأموریتی | خودنظم‌دهی |
|--------------------------|-------------------|-----------------------|--------------------------|------------|
| اختلال علائم جسمی | ۱ | | | |
| تنش متغیرهای مأموریتی | ۰/۲۷** | ۱ | | |
| تنش متغیرهای غیرمأموریتی | ۰/۳۱۴ | ۰/۵۸۰** | ۱ | |
| خودنظم‌دهی | ۰/۰۳۰* | ۰/۰۴۱* | ۰/۰۷۵- | ۱ |

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

جدول ۳) خلاصه نتایج حاصل از ضرایب بتا، خطای استاندارد آماره آزمون مدل ارائه شده (در گروه افراد بیمار) قبل از اصلاح مدل ($p < 0.001$)

| متغیر مستقل | متغیر وابسته | بتا | خطای استاندارد | آماره آزمون |
|-------------------------|-------------------------|------|----------------|-------------|
| فرآیندهای خودنظم‌دهی | علائم جسمی | ۰/۴۰ | ۰/۰۶ | ۷/۳۵ |
| سازمانی تنش‌زا | علائم جسمی | ۰/۲۳ | ۰/۰۵ | ۴/۵۳ |
| متغیرهای سازمانی تنش‌زا | فرآیندهای خودنظم‌دهی | ۰/۶۸ | ۰/۰۶ | ۱۰/۵۱ |
| متغیرهای غیرمأموریتی | متغیرهای سازمانی تنش‌زا | ۰/۹۸ | ۰/۰۱ | ۷۱/۹۴ |
| متغیرهای مأموریتی | متغیرهای سازمانی تنش‌زا | ۰/۷۹ | ۰/۰۵ | ۱۴/۸۱ |

همچنین برای پاسخ به سؤال پژوهش، پس از سنجش روایی و پایایی مدل اندازه‌گیری، مدل ساختاری از طریق روابط بین متغیرهای مکنون، مورد ارزیابی قرار گرفت و از معیار ضریب تعیین (R^2) استفاده شد. R^2 ضرایب مربوط به متغیرهای پنهان درون‌زا و معیاری است که نشان از تأثیر یک متغیر برون‌زا بر یک متغیر درون‌زا دارد و سه مقدار ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ به عنوان مقدار ملاک برای مقادیر ضعیف، متوسط و قوی R^2 در نظر گرفته می‌شود [۱۸]. نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل مدل ساختاری، معیار (R Squares) R^2 را ۰/۶۲ نشان داد. بر اساس مدل پیشنهادی پژوهش در افراد گروه نمونه ۰/۶۲ تغییرپذیری متغیر علائم جسمی توسط مدل، قابل پیش‌بینی بود. نتایج این معیار نشان داد که برازش مدل ساختاری به طور کلی در حد خوبی بود. این معیار نشان داد که چه مقدار از تغییرپذیری شاخص‌ها توسط سازه مرتبط با خود تبیین شد. با توجه به آنکه R^2 در این مدل برابر ۰/۶۲ شد، بنابراین مقدار R^2 این مطالعه برازش مدل ساختاری را تأیید کرد.

برای بررسی برازش مدل کلی معیار GOF استفاده شد. همان‌طور که در نتایج مندرج در جدول ۵ مشاهده شد، برازش کلی مدل ۰/۴۲ بود. بر اساس نرم‌افزار PLS2 چنانچه GOF بالاتر از ۰/۳ باشد، مدل برازش دارد و برای شاخص‌های $Cvred$ و $Cvcom$ همین که اعداد مثبت باشند، مدل برازش دارد با این تفاوت که برازش در ۰/۰۲ کم، ۰/۱۵ متوسط و ۰/۳۵ خوب است [۱۸] و بر اساس جدول ۴ مدل دارای برازش بود.

جدول ۴) شاخص‌های برازش

| شاخص‌های برازش | بیمار |
|----------------|-----------|
| GOF | ۰/۴۲ |
| $Cvred$ | ۰/۶۱ |
| $Cvcom$ | ۰/۶۳ |
| AIC | ۵۱/۱۰۴۹۲۴ |
| EN | ۰/۹۱۳۹۳۰ |

بر AMOS وجود نداشت و بنابراین از نرم‌افزار PLS 2 که با حجم نمونه کم نیز قابل اجرا است، بهره گرفته شد. بررسی و پاسخ به فرضیه اصلی و فرضیه‌های مربوط به نقش میانجی بر اساس روش معادلات ساختاری مبتنی بر PLS و با کمک نرم‌افزارهای SPSS 23 و PLS 2 مورد تحلیل قرار گرفت. آزمون فرضیه‌ها در مدل‌های ساختاری از طریق ضرایب تأثیر، ضرایب بتا و وزن‌های رگرسیونی و با استفاده از شاخص نسبت بحرانی انجام گرفت. سپس برای تعیین نحوه برازش مدل ساختاری از ضرایب معناداری Z ، معیار R به توان دو، معیار اندازه تأثیر، معیار Q به توان دو و در نهایت برای برازش مدل کلی نیز از شاخص GOF استفاده شد.

یافته‌ها

از ۳۰ نمونه مورد بررسی، ۲۸ نفر متأهل (۹۳/۳ درصد) و ۲ نفر مجرد بودند. ۲۰ نفر از ایشان دارای مدرک تحصیلی کارشناسی (۶۶/۷ درصد)، ۴ نفر دارای دیپلم (۱۳/۴ درصد) و سایر افراد در مقطع تحصیلی کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. سن اکثریت افراد بالای ۴۰ سال بود (۱۶ نفر؛ ۵۳/۴ درصد)، ۸ نفر در بازه سنی ۳۱-۴۰ سال (۲۶/۷ درصد) و سایر افراد بین ۲۵ تا ۳۰ سال سن داشتند. ۱۹ نفر از ایشان دارای سابقه کاری بیش از ۵ سال (۶۳/۳ درصد) و ۱۱ نفر سابقه کاری بین ۳ تا ۵ سال داشتند (۳۶/۷ درصد).

میانگین متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آمده است. برای بهنجاری داده‌ها در زمانی که آنها دارای توزیع نرمال باشند، کجی و کشیدگی باید در دامنه $+2$ و -2 باشند که این دامنه می‌تواند تا $+3$ و -3 نیز ادامه پیدا کند. کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش نشان داد، داده‌ها در وضعیت مطلوب و قابل قبولی قرار داشتند. همبستگی بین متغیرهای پژوهش با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون سنجیده شد که نتایج آن در جدول ۲ درج شد. ماتریس همبستگی نشان داد علائم جسمی با تنش متغیرهای مأموریتی همبستگی مثبت معنادار داشت. متغیرهایی که دارای همبستگی مثبت معنادار و معکوس بودند، در جدول ۲ ارائه شد.

جدول ۱) آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش (۳۰ نفر)

| نوع متغیر | میانگین | چولگی | کشیدگی |
|--|-------------|-------|--------|
| فرآیندهای خودنظم‌دهی | ۳/۹۲±۱/۰۸ | ۰/۹۷۵ | ۰/۵۸۵ |
| متغیرهای تنش‌زای مأموریتی | ۳/۷۰±۱/۶۵ | ۰/۷۸۹ | ۰/۳۶۹ |
| متغیرهای تنش‌زای غیرمأموریتی | ۳/۱۵±۱/۰۳ | ۱/۵۴۲ | ۰/۷۸۹ |
| میزان فشار روانی/ متغیرهای مأموریتی | ۶۵/۰۰±۰/۱۸۵ | ۰/۶۹۵ | ۰/۴۸۶ |
| میزان فشار روانی/ متغیرهای غیرمأموریتی | ۵۳/۰۰±۰/۹۸ | ۰/۶۹۱ | ۰/۴۷۲ |

آزمون فرضیه‌ها در مدل‌های ساختاری از طریق ضرایب تأثیر و وزن‌های رگرسیونی و با استفاده از شاخص نسبت بحرانی انجام شد که در جدول ۳ به ضرایب بتا، خطای استاندارد آماره آزمون و نسبت بحرانی مدل اشاره گردید. در این مدل، متغیر تنش‌های سازمانی علاوه بر تأثیر مستقیم، تأثیرات غیرمستقیم نیز بر متغیر اختلال علائم جسمی به عنوان متغیر وابسته داشتند. متغیرهای سازمانی تنش‌زا یک اثر مستقیم بر متغیر فرآیندهای خودنظم‌دهی و از طریق همان متغیر یک اثر غیرمستقیم بر اختلال علائم جسمی داشت.

جدول ۲) همبستگی متغیرهای مورد مطالعه در افراد بالینی (۳۰ نفر)

بحث

هدف از این مطالعه، آزمون برازش مدل ساختاری رابطه علایم جسمی با متغیرهای سازمانی تنش‌زا با میانجی‌گری فرآیندهای خودنظم‌دهی در نمونه بالینی پلیس بود. بر اساس شاخص نیکویی برازش مدل فرضی اولیه که شامل رابطه مستقیم متغیرهای سازمانی تنش‌زا با اختلال علایم جسمی و همچنین رابطه غیرمستقیم متغیرهای سازمانی تنش‌زا با اختلال علایم جسمی از طریق متغیر فرآیندهای خودنظم‌دهی بود، برازش مطلوبی با داده‌های مشاهده‌شده داشت. در این مطالعه متغیرهای سازمانی تنش‌زا با اختلال علایم جسمی ارتباط مثبت و معناداری داشت.

پژوهش‌های زیادی تاکنون در زمینه استرس و تنش در ظهور و بروز علایم جسمی انجام شده است. از آنجایی که افراد مبتلا به علایم جسمی استرس‌های محیطی را به صورت درد و شکایات جسمانی ابراز می‌کنند، هر چه میزان مقاومت این افراد در برابر محرک‌های استرس‌زا بیشتر شود، به احتمال کمتری اختلال علایم جسمی در آنها بارز می‌شود [۱۹]. در علت‌یابی این ارتباط می‌توان به گزارش تحقیقی توسط Rief و همکاران اشاره کرد که در تحقیق خود نشان داده‌اند، اضطراب و استرس زیاد و مداوم در زندگی روزمره باعث افزایش ترشح کورتیزول در بدن شده و وجود کورتیزول زیاد در گردش خون باعث تضعیف سیستم ایمنی بدن می‌گردد که در نتیجه، اختلالات جسمانی زیادی را در پی دارد [۲۰]. در پژوهشی نیز مشخص شده که علایم جسمی به طور پایدار با رویدادهای آسیب‌زا ارتباط دارد، ادراک رویدادهای تنش‌زا بیشتر شده و عواطف منفی زیادی را تجربه می‌کنند و بدین ترتیب زمینه برای بروز علایم جسمی فراهم می‌شود [۲۱].

همچنین در یافته‌های پژوهش حاضر مشخص گردید که در نمونه بالینی، تأثیر متغیرهای مأموریتی بر علایم جسمی بیشتر از متغیرهای غیرمأموریتی بود. در پژوهش McCarty و Garland که اثر محیط کار و تنش‌های شغلی نیروهای پلیس را نشان داده‌اند، عوامل ذاتی مرتبط با کار مأموریتی، پیش‌بینی‌کننده‌های قوی‌تری برای استرس و فرسودگی شغلی مرتبط با کار و علایم جسمی هستند. به ویژه محیط کاری پرخطر در کار پلیس، قوانین سخت‌گیرانه و روابط سخت و پرفشار با همکاران می‌تواند سطوح بالایی از تنش‌های شغلی را بین کارکنان فراهم آورد که با احساساتشان درباره تنش و فرسودگی شغلی و علایم جسمی مرتبط است. همچنین با توجه به مطالعات ساعات طولانی کار، فعالیت جسمی بیش از حد به دلیل کمبود پرسنل، گوش به زنگ بودن در کار، کار، بالا بودن حجم کار، خسته‌کننده بودن کار، سرعت عمل در کار، دقیق و حساس بودن کار و غیره از مهم‌ترین عوامل استرس‌زا در میان افراد مورد مطالعه شناخته شده است [۲۲]. در پژوهش Jaramillo و همکاران نیز هر کدام از مؤلفه‌های تنش‌های مأموریتی، از قبیل تعداد مأموریت‌ها و آماده‌باش‌ها، سلسله مراتب سازمانی، سیستم‌های نظارتی هر کدام به نوبه خود بر تنش‌های کارکنان تأثیرگذار است. چنانچه افسران، آموزش‌هایی دیده باشند که ارتباط کم‌رنگی با وظایف واقعی آنان در محیط کار داشته باشد و یا این که برخی از آموزش‌های لازم جهت انجام وظایف را ندیده باشند، در جریان کار به دلیل نداشتن اطلاعات و مهارت‌های لازم، متناسب و کافی، دچار استرس کاری خواهند شد.

در پژوهشی دیگر محققان به این نتیجه رسیده‌اند که بین تنش‌های شغلی و فقدان آموزش‌های کافی و مناسب رابطه

معناداری وجود دارد. این امر ممکن است ناشی از انجام بیش از حد وظایف تکراری و غیرنیازمند به مهارت باشد که به آموزش شغلی کمتری نیاز دارد [۲۳]. در پژوهش Kula نیز عنوان شده است که نیروهای پلیس، محیط کار منحصر به فردی دارند و با رویدادهای بالقوه آسیب‌زایی مواجه‌اند که می‌تواند بر سلامت جسمی و روانی آنها تأثیرگذار باشد. تنش‌های ناشی از متغیرهای سازمانی می‌تواند به ایجاد و گسترش بیماری منتهی شود. تأثیر استرس بر سلامتی به متغیرهای دیگری بستگی دارد که میانجی بین استرس و بیماری قرار می‌گیرند [۲۴].

همچنین در پژوهش Violanti و همکاران منابع استرس در نیروهای پلیس عبارتند از: محیط کاری، فراهم نبودن حمایت و اعتماد همکاران، ماهیت نظامی و سلسله مراتبی، ابهام نقش، تعارض نقش و برخی مأموریت‌ها. همچنین عوامل مؤثر جهت کاهش شرایط استرس‌زا در نیروهای پلیس عبارتند از: ویژگی‌های شخصیتی، خودشناسی و احساس کارآیی، تغییر ادراک فرد از رویدادها، برخورداری از حمایت‌های اجتماعی، احساس مهار و کنترل بر طول دوره استرس و پیش‌بینی‌پذیر بودن موقعیت‌های استرس‌زا، که این سازوکارها علایم جسمی و روانشناختی استرس را تحت تأثیر قرار می‌دهند [۹].

نتایج پژوهش حاضر حاکی از این بود که بین متغیرهای سازمانی تنش‌زا و فرآیندهای خودنظم‌دهی رابطه معناداری وجود داشت و هرچه متغیرهای سازمانی تنش‌زا افزایش داشت، فرآیندهای خودنظم‌دهی کاهش یافت. Baumeister و همکاران خودنظم‌دهی را به عنوان شیوه‌ای تعریف کرده‌اند که فرد پاسخ‌هایش را مهار می‌کند تا به اهدافش برسد. همچنین خودنظم‌دهی به فرآیندهایی گفته می‌شود که افراد بر اساس آنها افکار، احساسات و اعمال خود را کنترل می‌کنند و توانایی کنترل، تغییر و تنظیم هیجان، برانگیختگی و تمایلات را دارند و همان‌گونه که Carver و Scheier مفهوم‌سازی کرده‌اند، این امر مستلزم چهار توانایی است: اول اینکه خودنظم‌دهی به استانداردها یا اهداف روشن برای دنبال کردن یا ننگه‌داشتن نیاز دارد. این اهداف باید به گونه‌ای سازماندهی شوند که به مدیریت مؤثر تعارض‌ها در میان آنها منتهی شود. دوم اینکه خودنظم‌دهی به خودنظارتی کافی نیاز دارد تا فرد بتواند فاصله بین رفتار و اهداف خود را تشخیص دهد. سوم اینکه خودنظم‌دهی به انگیزه یا توانمندی کافی برای تغییر رفتار خود نیاز دارد. در نهایت اینکه خودنظم‌دهی به مکانیسم‌های مؤثر برای تغییر رفتاری نیاز دارد [۲۵].

در مورد ارتباط خودنظم‌دهی و تنش می‌توان چنین اظهار کرد که خودنظم‌دهی با توانایی کنترل و مهار خود و محیط مرتبط است و میزان پایین این سازه و عدم توانایی مهار شرایط، می‌تواند ایجادکننده استرس باشد. کسانی که خودنظم‌دهی بالایی دارند، تعارض کمتر و در نتیجه استرس پایین‌تری دارند. افراد با خودنظم‌دهی بالا، زندگی روزمره خود را از طریق برنامه‌ریزی و کنترل پیشگیرانه (محتاطانه) به گونه‌ای تنظیم می‌کنند که از بروز تعارض‌هایی در میان اهداف جلوگیری کنند و به صورت بهتری به احساسات مربوط به ناراحتی و هیجانی خود پایان دهند. برانگیختگی هیجانی و تنش‌ها منجر به پایین آمدن سطح خودنظم‌دهی افراد می‌شود. اگر این وضعیت به طول انجامد، منجر به فشار بر سیستم‌های ایمنی، غده هیپوفیز، آدرنال و سیستم‌های خودمختار شده و تداوم تحریکات روی این سیستم‌ها، موجب

درونیات هیجانی و رفتاری خود غافل‌اند و در نتیجه بیشتر به سرکوب هیجانات درونی خود می‌پردازند. این افراد چون توجهی به درون خود ندارند، علایم تنیدگی جسمانی و روانی خود را نیز دیرتر متوجه می‌شوند و نمی‌توانند رفتارهای کناره‌آوردن مناسبی اتخاذ کنند. پیامد این ناآگاهی نسبت به درونیات تشدید مشکلات و بروز علایم جسمانی و روانی است [۳۰]. به این ترتیب ادراک‌ها و توجه فرد از محیط، تحت‌تأثیر ویژگی‌های تنش‌ها قرار می‌گیرد و این ویژگی‌ها در نهایت فرد را مستعد گزارش بیشتر علایم جسمی می‌کند.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، جامعه آماری افسران پلیس مرد شهر تهران و نبود گروه نمونه زنان بود. بنابراین باید در تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌ها، جانب احتیاط را رعایت نمود. پیشنهاد می‌شود غیر از متغیرهایی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند، متغیرهای دیگری که در حیطه بالینی احتمال دارد در پیش‌بینی علایم جسمی نقش داشته باشند، مورد بررسی قرار گیرد تا مشخص شود کدام دسته از متغیرها از اهمیت بیشتری برخوردار هستند و با توجه به اینکه نتایج پژوهش حاضر نشان داد که برخی از متغیرهای تنش‌زای سازمانی نقش مهمی در بروز علایم جسمی دارند، می‌توان در درمان افراد دارای علایم جسمی، به محیط شغلی این افراد و متغیرهای تنش‌زای سازمانی مؤثر در ایجاد و تداوم علایم جسمی، توجه نمود.

نتیجه‌گیری

طبق یافته‌های این پژوهش، هرچه افسران پلیس در فرآیندهای خودنظم‌دهی توانمند باشند، بهتر می‌توانند از تأثیرات تنش‌های سازمانی بر ایجاد علایم جسمی جلوگیری کنند. در صورتی که فرآیندهای خودنظم‌دهی افسران افزایش یابد، توان مقابله با متغیرهای تنش‌زا بیشتر می‌شود. اگر فرآیند خودنظم‌دهی در افسران پلیس افزایش یابد، احتمال دارد به وسیله ارزیابی مثبت اولیه و ثانویه و راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه، منجر به کاهش اثر تنش‌های سازمانی در فرد شود. می‌توان گفت که نداشتن این ویژگی‌ها می‌تواند افراد را بیشتر در معرض تنش‌های سازمانی قرار دهد و همین مسئله به نوبه خود، علایم بیماری را تشدید کند.

تشکر و قدردانی: محققان بر خود لازم می‌دانند از همکاری همه مسئولان مربوطه و افسران شرکت‌کننده در تحقیق حاضر تشکر نموده و مراتب قدردانی خود را اعلام نمایند. این مقاله پژوهشی برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه شاهد با تاریخ تصویب ۹۷/۱۲/۲۰ بود.

تعارض منافع: بدین وسیله نویسندگان مقاله تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تعارض منافی در قبال مطالعه حاضر وجود ندارد.

سهم نویسندگان: فاطمه مصطفایی (نویسنده اول)، ارائه ایده و طراحی مطالعه، جمع‌آوری داده‌ها، تفسیر داده‌ها؛ محمدرضا نایینیان (نویسنده دوم)، ارائه ایده و طراحی مطالعه، تفسیر داده‌ها؛ محمد ابراهیم مداحی (نویسنده سوم)، تفسیر داده‌ها؛ محمد غلامی (نویسنده چهارم) تحلیل آماری داده‌ها، تفسیر داده‌ها؛ همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله و بازنگری آن سهیم بودند و همه با تأیید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

منابع مالی: همه هزینه‌های پژوهش حاضر توسط پژوهشگران تأمین شده است.

ناراحتی فیزیکی، روانی و تلاش‌های واسطه‌ای برای توضیح این احساسات می‌شود. احتمالاً به این دلیل اشخاص دارای ضعف در خودنظم‌دهی بیشتر از دیگر اشخاص، دارای بیماری‌های جسمی تشخیص داده می‌شوند؛ زیرا اشخاص دارای ضعف در خودنظم‌دهی، این اشاره‌های بدنی را جسمی تفسیر می‌کنند. همچنین افراد دارای علایم جسمی از آن دسته راهبردهای خودنظم‌دهی استفاده می‌کنند که بر هیجان‌های منفی تأکید می‌ورزند، تجربه‌های هیجانی را سرکوب و موقعیت‌ها را تنش‌زاتر تجربه می‌کنند [۲۶].

در پژوهش Carlier و همکاران نشان داده شده است که نیروهای پلیس در آغاز و با ارزیابی اولیه چالش‌های زیادی را در موقعیت درک می‌کنند اما در ادامه و با ارزیابی ثانویه نیروهای پلیس این موقعیت‌ها را قابل حل برآورد می‌کنند. اگر نیروهای پلیس به گونه‌ای ارزیابی کنند که این موقعیت چالشی است که می‌تواند با آن مواجه شوند عملکرد خوبی خواهند داشت اما اگر موقعیت را آسیب‌زا با تهدیدکننده ارزیابی کنند عکس آن اتفاق خواهد افتاد [۵].

همچنین طبق یافته‌های پژوهش، بین خودنظم‌دهی با علایم جسمی رابطه منفی معنی‌داری وجود داشت. به عبارت دیگر با کاهش خودنظم‌دهی در افراد، علایم جسمی افزایش می‌یابد. می‌توان گفت که متغیرهای سازمانی تنش‌زا از طریق خودنظم‌دهی واریانس بیشتری از علایم جسمی را تبیین می‌کند و چنانچه فردی دارای تنش‌های سازمانی است در صورت دارا بودن فرآیندهای خودنظم‌دهی بالا احتمال ابتلا به علایم جسمی کمتری دارد. مطالعات انجام شده نشان داده است که گزارش اختلالات فیزیکی و جسمی بدون توضیح پزشکی در افراد دارای خودنظم‌دهی پایین وجود دارد [۲۷]. افراد با خودنظم‌دهی پایین روی احساسات منفی تمرکز کرده یا آنها را افزایش می‌دهند. بدین ترتیب احساس افزایش‌یافته از طریق چرخه بازخورد خودمختار، تشدید شده و به عنوان علایمی از بیماری جسمانی تجربه می‌شود. افراد جسمانی‌ساز بر جسم خود تمرکز بیشتری دارند، تمرکز زیاد بر جسم توسط فرد با برانگیختگی هیجانی همراه است که منجر به تقویت مسائل حسی حرکتی می‌شود و در نتیجه فرد مبتلا به جسمانی‌کردن، یک حس معمولی جسمی را به عنوان نشانه‌ای از اختلال جسمانی تعبیر می‌کند. همانطور که پژوهشگران نیز بیان کرده‌اند، افراد مبتلا به خودنظم‌دهی پایین بیش از حد به احساس‌های جسمانی خود توجه می‌کنند [۲۸].

مطالعات نشان داده است که افراد دارای خودنظم‌دهی پایین در بازشناسی احساسات جسمی خود هم دچار نقصان هستند و همین مسئله باعث می‌شود که احتمال تأثیر خودنظم‌دهی پایین بر بروز جسمانی‌کردن تقویت شود. تغییرات طولانی مدت در برانگیختگی فیزیولوژیک به خاطر عدم بیان عواطف و احساسات احتمالاً باعث تغییرات فیزیولوژیکی یا تجربه حس‌های جسمی خاصی می‌شود که منجر به ناراحتی و درد جسمانی می‌گردد [۲۹]. در واقع افراد با خودنظم‌دهی بالاتر به دلیل نظارتی که برای حالات درونی خود دارند می‌توانند علایم تنیدگی جسمانی و روانی را زودتر درک کنند و به جای سرکوب کردن تعارضات درونی با آگاهی از آنها از شدت رفتارهای ناسالم بکاهند و رفتار سالم‌تری در قبال خود و هیجانات‌شان داشته باشند، چنین نظارتی منجر به تنظیم پاسخ‌های هیجانی و شناختی می‌شود. از طرف دیگر افراد با خودنظم‌دهی و خودشناسی پایین‌تر از درک و شناخت نسبت به

References

- 1- Kaplan, Sadok. Summary of psychiatry, behavioral sciences, clinical psychiatry, Volume 2. Rezaei F, Translator. Tehran: Arjmand Publications; 2015. [Persian]
- 2- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical guide to mental disorders, fifth edition. Rezaei F, Translator. Tehran: Arjmand Publications; 2013. [Persian]
- 3- Waller E, Scheidt C E. Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *Int Rev Psychiatr*. 2011;18:13-24.
- 4- Eden D. Acute and chronic job stress, strain and vacation relief. *Organizational Behavior and Human*; 2013.
- 5- Carlier I V E, Lamberts RD, Gersons BPR. The dimensionality of trauma: a multidimensional scaling comparison of police officers with and without posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Res*. 2015;97:29-39.
- 6- Khodaei N. The impact of stress on the age of cardiovascular disease. *J Paramed Sci Mil Health*. 2017;12(1).
- 7- Azman I. Occupational stress features, emotional intelligence and job satisfaction: an empirical study in private institutions of higher learning; 2014.
- 8- Zarifian Y, Qalambar M. Construction and standardization of the job pressure scale of the police force (Police Stress) of the Islamic Republic of Iran, NAJA Training and Research Center for Research and Human Resources; 2004
- 9- Violanti JM, Aron F. Ranking police stressors. *Psychol Rep*. 2014.
- 10- Latham L L, Perlow R. The relationship of client-directed aggressive and nonclient directed aggressive work behavior with self-control. *J Appl Soc Psychol*. 2017;26:1027-41.
- 11- Tyebi G. Compare the self-regulation, emotional control and social exclusion in drug and psychotropic drugs, and normal people. Ardebil: University of Ardabil; 2014. [Persian]
- 12- Baumeister R F, Gailliot M, DeWall C N, Oaten M. Self-regulation and personality: How interventions increase regulatory success, and how depletion moderates effects of traits on behavior. *J Personal*. 2011;74
- 13- Ebrahimi A, Mirshahzadeh P, Afshar Zanjani H, Adibi P, Haji Hashemi A, Nasiri Deh Sorkhi H. Investigating the factor structure of the physical symptoms disorder questionnaire in the psychiatric patients association of Isfahan. *J Behav Sci Res*. 2018;16(2).
- 14- Rezaei AM. Construction and validation of the short form of the Iranian police stress scale by factor analysis. *Res J Daneshvar Behav Shahed Univ*. 2006
- 15- Abolghasemi A, Karimi Y, Khoshnoodnia Chamachai B. Comparison of self-regulatory behavior, emotional self-awareness, and decision-making styles in women with and without pervasive anxiety disorder. *Q J Psychol Stud*. 2016;12(4). [Persian]
- 16- Saadi S, Jarareh J, Hamidi F. Investigating the effectiveness of self-regulatory education, life skills and combining both methods in increasing students' academic self-concept [Dissertation]. Tehran: Shahid Rajaei University; 2014. [Persian]
- 17- Michael B. Structured clinical interview to assess SCID-5-RV disorders: DSM-5 (research version). Mohammadkhani P, Ebrahimzadeh Mousavi M, Rigi Kote B, Yousefi Tabasi M, Khoshdel Daryamari S, Translators. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2014
- 18- Davari A, Rezaeideh A. Structural equation modeling with PLS software, fourth edition. Tehran: Iran University Jihad Publications; 2017.
- 19- Chandru M S. Effectiveness of structured teaching program on knowledge regarding healthy life style to prevent selected psychosomatic disorders among selected industrial workers at Hasan. Unpublished dissertation, Government College of Nursing; 2011
- 20- Rief W, Hessel A, Braehler E. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosom Med*. 2010;63(4).
- 21- Tominaga T, Choi H, Nagoshi Y, Wada Y, Fukui K. Relationship between alexithymia and coping strategies in patients with somatoform disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014;12:28-33.
- 22- McCarty WP, Zhao JS, Garland BE. Occupational stress and burnout between male and female police officers are there any gender differences. *Policing: Int J Police Strateg Manag*. 2012;30(4).
- 23- Jaramillo F, Nixon R, Sams D. The effect of law enforcement stress on organizational commitment. *Policing*. 2015;28(2).
- 24- Kula S. Occupational stress, supervisor support, job satisfaction, and work-related burnout: perceptions of Turkish National Police (TNP) members. *Police Pract Res*. 2017;18(2):146-59.
- 25- Baumeister R. F, Gailliot, M., DeWall, C. N., & Oaten, M. Self-regulation and personality: How interventions increase regulatory success, and how depletion moderates effects of traits on behavior. *J Personal*. 2011;74
- 26- Gershon R, Lin S, Li X. Work stress in aging police officers. *J Occup Environmen Med*. 2012;44:160-7.
- 27- Fukunishi I, Kikuchi M, Wogan J, Takubo M. Secondary alexithymia as a state reaction in panic disorder and social phobia. *Compr Psychiatr* 2011;38.
- 28- Lumley A M, Ovies T, Stettner L, Wehmer F, Lakey B. Alexithymia, social support and health problems. *J Psychosom Res*. 2013;41(6).
- 29- Damiano E S. The effects of psychological stress on physical health over time [Dissertation]. California: California State University; 2010
- 30- Ghorbani N, Cunningham CJL, Watson PJ. Comparative analysis of integrative self-knowledge, mindfulness, and private self-consciousness in predicting responses to stress in Iran. *Int J Psychol*. 2010;45(2)