



Structural model of health anxiety based on intolerance of uncertainty and anxiety sensitivity with mediating the role of rumination in college students

Leila Partovi Pirooz¹, Farhad Jomehri*², Aboutaleb Seadatee Shamir³, Jafar Hasani⁴

1. PhD Student, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2*. Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

3. Assistant Professor, Department of Educational and Personality Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

4. Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

ARTICLE INFORMATION

Article type

Original research

Pages: 278-290

Corresponding Author's Info

Email: Farhadjomehri@yahoo.com

Article history:

Received: 2022/05/28

Revised: 2022/09/06

Accepted: 2022/10/12

Published online: 2022/11/03

Keywords:

Anxiety sensitivity, health anxiety, rumination, intolerance of uncertainty

ABSTRACT

Background and Aim: The purpose of this research was to investigate the structural model of health anxiety based on uncertainty intolerance and anxiety sensitivity with the mediation of rumination in students. **Research method:** This descriptive research project was conducted with structural equation modeling and with the presence of 454 people with the online sampling method among the students of Azad University, Science and Research Unit in the academic year of 1401-1400. To measure the research variables, Salkoskis et al.'s Short List of Health Anxiety (2002), Friston et al.'s Intolerance Scale (1994), Reiss et al.'s Anxiety Sensitivity Questionnaire (1986) and Nolen-Hoeksma and Maro's (1991) rumination response scale were used. Became. Data were analyzed with Pearson correlation coefficient and structural equations using SPSS and AMOS software version 24. **Results:** The results showed that there is a significant relationship between uncertainty intolerance, anxiety sensitivity and rumination with health anxiety ($P < 0.01$); Also, the results showed that the direct paths of this research were significant and the indirect paths of uncertainty intolerance and anxiety sensitivity through the mediating role of rumination on health anxiety were significant. **Conclusion:** Based on the findings of this research, the modified model had a good fit ($RMSEA = 0.051$ and $P\text{-value} < 0.05$) and the final evaluated model has a good fit and is an important step towards understanding It is considered to be an effective factor on students' health anxiety.



This work is published under CC BY-NC 4.0 licence. © 2022 The Authors.

How to Cite This Article:

Partovi Pirooz, L., Jomehri, F., Seadatee Shamir, A., & Hasani, J. (2022). Structural model of health anxiety based on intolerance of uncertainty and anxiety sensitivity with mediating the role of rumination in college students. *Jayps*, 3(2): 278-290.



مدل ساختاری اضطراب سلامت بر اساس عدم تحمل بلا تکلیفی و حساسیت اضطرابی با میانجیگری نشخوار فکری در دانشجویان

لیلا پرتوی پیروز^۱، فرهاد جمهری^{۲*}، ابوطالب سعادت شامیر^۳ و جعفر حسنی^۴

۱. دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

۳. استادیار گروه روانشناسی تربیتی و شخصیت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۴. استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
<p>نوع مقاله: علمی- پژوهشی</p> <p>صفحات: ۲۷۸-۲۹۰</p> <p>اطلاعات نویسنده مسئول</p> <p>ایمیل: Farhadjomehri@yahoo.com</p> <p>سابقه مقاله</p> <p>تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۳/۰۷</p> <p>تاریخ اصلاح مقاله: ۱۴۰۱/۰۶/۱۵</p> <p>تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۰۷/۲۰</p> <p>تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۸/۱۲</p> <p>واژگان کلیدی</p> <p>اضطراب سلامت، حساسیت اضطرابی، عدم تحمل بلا تکلیفی، نشخوار فکری.</p>	<p>زمینه و هدف: هدف از انجام این پژوهش بررسی مدل ساختاری اضطراب سلامت بر اساس عدم تحمل بلا تکلیفی و حساسیت اضطرابی با میانجی‌گری نشخوار فکری در دانشجویان بوده است. روش پژوهش: این طرح پژوهش توصیفی با مدل‌سازی معادلات ساختاری و با حضور ۴۵۴ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس به شکل آنلاین از بین دانشجویان دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ انجام شد. برای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش از سیاهه کوتاه اضطراب سلامت‌تیسالکوسکیس و همکاران (۲۰۰۲)، مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی فریستون و همکاران (۱۹۹۴)، پرسشنامه حساسیت اضطرابی ریس و همکاران (۱۹۸۶) و مقیاس پاسخ نشخوار فکری نولن-هوکسما و مارو (۱۹۹۱) استفاده شد. داده‌ها با ضریب همبستگی پیرسون و معادلات ساختاری و با استفاده از نرم افزار SPSS و AMOS نسخه ۲۴ تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین عدم تحمل بلا تکلیفی، حساسیت اضطرابی و نشخوار فکری با اضطراب سلامت رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0.01$)؛ همچنین نتایج نشان داد مسیرهای مستقیم این پژوهش معنادار شدند و مسیرهای غیرمستقیم عدم تحمل بلا تکلیفی و حساسیت اضطرابی از طریق نقش میانجی نشخوار فکری بر اضطراب سلامت معنادار بود. نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش، مدل اصلاح شده از برازش مطلوبی برخوردار بود ($RMSEA = 0.051$) و ($P\text{-value} < 0.05$) و مدل نهایی ارزیابی شده از برازندگی مطلوبی برخوردار است و گام مهمی در جهت شناخت عوامل مؤثر بر اضطراب سلامت دانشجویان محسوب می‌شود.</p>
<p>انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است.</p> <p>تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.</p>	<p>انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است.</p> <p>تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.</p>

شیوه استناد به این مقاله

پرتوی پیروز، ل.، جمهری، ف.، سعادت شامیر، ا. و حسنی، ج. (۱۴۰۱). مدل ساختاری اضطراب سلامت بر اساس عدم تحمل بلا تکلیفی و حساسیت اضطرابی با میانجیگری نشخوار فکری در دانشجویان. *دوفصلنامه مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۳(۲): ۲۷۸-۲۹۰.



مقدمه

نگران شدن در مورد سلامتی یکی از تجارب متداول انسانی است (آسموندسون و تیلور، ۲۰۲۰). وضعیت شیوع کرونا ویروس (کووید-۱۹) که با علایمی همچون سرفه، تب، سردرد و دردهای عضلانی (کارارسلان و همکاران، ۲۰۲۲) همراه است و گاه باعث آسیب‌های جدی ریوی و مرگ می‌شود (فورتارزا و همکاران، ۲۰۲۲)، به ترس از ابتلا به این بیماری و بروز مشکلات روان‌شناختی در افراد و اضطراب دامن زد (پارتوچی-سبان و همکاران، ۲۰۲۱). ممکن است برای گروهی، به ویژه آن‌هایی که مستعد اضطرابند و/یا فاقد منابع مقابله‌ای هستند، کووید-۱۹ به صورت «رخداد بحرانی» وارد عمل شود که نگرانی‌های مرتبط با سلامتی آن‌ها را راه اندازی می‌کند (هیگ - فرگوسن، ۲۰۲۱). بر اساس تحقیقات انجام شده ترس و وحشت از کرونا ویروس و شیوع آن باعث ایجاد سایبرکندریا جستجوی مکرر مطالب مربوط به بیماریها در اینترنت موجب افزایش اضطراب و پریشانی فرد شده و با تلاش‌های تکراری و بی‌نتیجه در زمینه اطمینان جویی ادامه می‌یابد، در افراد می‌شود و بنابراین اضطراب سلامت آن‌ها را افزایش می‌دهد (کورسر و همکاران، ۲۰۲۲). اضطراب سلامت شدید یا خودبیمارانگاری یک اختلال شایع و ناتوان کننده است که با استفاده گسترده از خدمات مراقبت‌های بهداشتی، ناتوانی شغلی و کاهش کیفیت زندگی مرتبط است؛ به طوری که می‌توان گفت که با نشخوار فکری بیش از حد در مورد سلامتی و ترس از ابتلا به یک بیماری جدی مشخص می‌شود و اغلب در افراد که به دنبال خدمات پزشکی هستند دیده می‌شود (ریسور و همکاران، ۲۰۲۲). شواهدی از پریشانی روان‌شناختی مرتبط با همه‌گیری کرونا ویروس، از جمله افسردگی و اضطراب سلامت، در سطح جهانی ثبت شده است و دانشجویان به ویژه دختران به طور مداوم پریشانی روان‌شناختی مرتبط با بیماری همه‌گیر کرونا و اضطراب سلامت را بیشتر از دیگران تجربه می‌کنند (کیبی و همکاران، ۲۰۲۱). بر اساس پیشینه پژوهش عدم تحمل بلا تکلیفی و حساسیت اضطرابی دو عامل بالقوه برای

سایبرکندریا و اضطراب سلامت به شمار می‌روند (راشید و همکاران، ۲۰۲۲).

عدم تحمل بلا تکلیفی، یک ویژگی سرشتی است که از مجموع‌های باورهای منفی در باره بلا تکلیفی و معنای ضمنی آن ناشی می‌شود. به شیوه‌ای که فرد اطلاعات را در شرایط مبهم درک می‌کند و به این اطلاعات با مجموع‌های از واکنش‌های شناختی، عاطفی و رفتاری پاسخ می‌دهد. تفاوت‌های فردی در عدم تحمل بلا تکلیفی، فرضیه‌ای است که می‌تواند در برخی مشکلات و پریشانی‌های خاص در افراد مبتلا به روانپزشکی نقش داشته باشد (بریدمیر و همکاران، ۲۰۱۹). بر اساس پیشینه پژوهش عدم تحمل بلا تکلیفی، به نوعی سوگیری شناختی تشبیه شده است که در آن بلا تکلیفی و ابهام به عنوان تهدید تلقی می‌شود که مستقیماً به نگرانی و اضطراب منجر می‌شود (داگاس و همکاران، ۱۹۹۸؛ به نقل از هونتلی و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین می‌توان گفت که تئوری‌های کنونی اضطراب سلامت و تعداد فزاینده‌ای از ادبیات تجربی نشان می‌دهند که آن‌هایی که علائم اضطراب سلامت بالایی دارند ممکن است خود عدم قطعیت را تهدیدکننده بدانند و در برابر اطلاعات مربوط به عدم قطعیت دچار سوگیری‌های توجهی شوند (روگرز و همکاران، ۲۰۲۲).

افزون بر این، حساسیت اضطرابی نیز با عدم تحمل بلا تکلیفی در ارتباط است (رایت و همکاران، ۲۰۱۶)، به طوری که عدم تحمل بلا تکلیفی ممکن است باعث شود افراد در تحمل عدم اطمینان در مورد پیامدهای ترسناک علائم مرتبط با اضطراب با مشکل بیشتری مواجه شوند (اوبریان و همکاران، ۲۰۲۲). حساسیت اضطرابی به ترس از رفتارها و حساسیت‌های مرتبط با تجربه اضطراب اشاره دارد. به عبارتی دیگر، حساسیت اضطرابی، به گرایش افراد به ترس از نشانه‌های مرتبط با اضطرابی که به علت باور به اینکه ممکن است پیامدهای مخربی و آسیب‌زایی داشته باشند اشاره دارد (بیراسایزا و همکاران، ۲۰۱۹). شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد حساسیت اضطرابی نقش مهمی در نگهداری و پیشرفت علائم اضطراب در همه

دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا مدل ساختاری اضطراب سلامت بر اساس عدم تحمل بلا تکلیفی و حساسیت اضطرابی با میانجیگری نشخوار فکری در دانشجویان دارای برازش مطلوب است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش از نوع پژوهش‌های کمی است. جامعه آماری کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند. برای تعیین حجم نمونه از فرمول آنالین کوهن استفاده شد که حداقل حجم نمونه را با توجه به تعداد متغیرهای پژوهش ۴۲۰ نفر برآورد کرد. داده‌های پژوهش با استفاده از روش کتابخانه‌ای و میدانی جمع‌آوری شد. در اجرای پرسشنامه‌ها به دلیل شیوع کرونا ویروس از روش آنلاین استفاده شد. به این صورت که لینک پرسشنامه‌ها طراحی و در اختیار دانشجویان مورد نظر قرار داده شد تا به سؤالات به صورت مجازی پاسخ دهند. لذا روش نمونه‌گیری در این پژوهش در دسترس (به شیوه آنلاین) بود. رضایت آگاهانه در پاسخگویی به سؤالات از ملاک‌های ورود به پژوهش و همچنین ناقص بودن پاسخنامه سؤالات و انصراف از پاسخگویی به سؤالات در حین انجام پژوهش، همچنین عدم سوء مصرف و وابستگی به مواد، عدم ابتلا به روان پریشی مانند اسکیزوفرنی و عدم تحصیل در رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی از ملاک‌های خروج از پژوهش بود.

ابزار پژوهش

۱. **سیاهه کو تاه اضطراب سلامتی (SHAI)**
سالکوسکیس و همکاران (۲۰۰۲): این سیاهه شامل ۱۸ سؤال است و سه مؤلفه شامل نگرانی کلی درباره سلامتی با سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۷، ۱۰ و ۱۴؛ ابتلا به بیماری با سؤالات ۵، ۶، ۸، ۹، ۱۱ و ۱۲؛ پیامدهای بیماری با سؤالات ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸ را اندازه‌گیری می‌کند. به هنگام نمره گذاری به گزینه‌های مطرح شده برای هر یک از عبارات نمره‌ای بین ۰ تا ۳ تعلق می‌گیرد. سازندگان سیاهه پایایی آن را بررسی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۶ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به گزارش کرده‌اند (سالکوسکیس و همکاران، ۲۰۱۳). این سیاهه در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و برای بررسی پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده

اختلالات اضطرابی دارد (تیلور، ۱۹۹۹؛ به نقل از قرانی اشتلق سفلی و همکاران، ۱۴۰۰). از سوی دیگر می‌توان گفت که حساسیت اضطرابی منعکس کننده ترس از احساسات مرتبط با برانگیختگی است و عدم تحمل بلا تکلیفی نشان دهنده ترس غیرمستقیم از نا شناخته‌ها است. در مدل‌های شناختی-رفتاری، حساسیت اضطرابی و عدم تحمل بلا تکلیفی متغیرهای تفاوت فردی هستند که در پدیدارشناسی اضطراب سلامت مهم در نظر گرفته می‌شوند (فرگوس و باردن، ۲۰۱۳). با این حال، مطالعات قبلی کمتر به بررسی نقش متغیرهای میانجی در رابطه بین عدم تحمل بلا تکلیفی و حساسیت اضطرابی با اضطراب سلامت به ویژه در دانشجویان پرداخته است. لذا در این پژوهش به آزمون نقش میانجی نشخوار فکری در این ارتباط پرداخته شده است؛ چرا که نشخوارگری با عدم تحمل بلا تکلیفی (اوبریان و مکلیش، ۲۰۱۷) و حساسیت اضطرابی (اوتو و همکاران، ۲۰۲۲) در ارتباط است و خود نشخوار نیز عامل مهمی در پیشبینی اضطراب سلامت محسوب می‌شود (ارسلان و همکاران، ۲۰۲۲).

نشخوارگری به عنوان افکاری مقاوم و عود کننده تعریف شده است که حول یک موضوع معمول دور می‌زند. این افکار به طریق غیرعادی وارد آگاهی می‌شود و توجه را از موضوع مورد نظر و اهداف فعلی منحرف می‌سازد. ویژگی‌های افکار نشخوارگری شامل ارتباط داشتن با حوادث یا ماهیت خلق افسرده، هدفدار نبوده و افراد را به طرح و عمل خاصی راهنمایی نمی‌کنند و زمانی که فرد درگیر نشخوارگری است از لحاظ اجتماعی با محیط همخوانی و مشارکت ندارد (پاپا جورجیو و ولز، ۲۰۰۱). همچنین نشخوارگری عبارت است از فرایند تکرار شونده و غالباً اجتناب ناپذیر فکر کردن در مورد تجربه‌های گذشته، که اغلب با افکار منفی در رابطه است و مانع از شیوه‌های حل مسئله به شیوه سازگاران می‌شود (خرمنیا و همکاران، ۱۳۹۹)، که این شیوه‌های حل مسئله ناسازگاران باعث می‌شود که افراد در موقعیت‌های مختلف اضطراب بیشتری را تجربه کنند. با توجه به اینکه اضطراب به ویژه اضطراب سلامت می‌تواند سیستم ایمنی بدن را تضعیف کرده و دانشجویان را در برابر بیماری‌ها از جمله کرونا و سایر بیماری‌ها آسیب‌پذیر کند، پژوهش حاضر به

ضریب کل سؤالات ۰/۹۴ گزارش شده است (فهمی و همکاران، ۱۳۹۲). در سایر پژوهش‌های خارج از ایران برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۹۶ (ولز-دی گریگوری و همکاران، ۲۰۱۹) و آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمده است (لائودرداله و همکاران، ۲۰۱۹). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب ۰/۹۶ به دست آمده است.

۳. پرسشنامه حساسیت اضطرابی^۴ ریس و همکاران (۱۹۸۶): این پرسشنامه شامل ۱۶ سؤال است که سه مؤلفه نگرانی‌های بدنی با سؤالات ۳، ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۵؛ نگرانی‌های شناختی با سؤالات ۲، ۵، ۱۲ و ۱۶؛ نگرانی‌های اجتماعی با سؤالات ۱، ۷، ۱۳ و ۱۴ را اندازه‌گیری می‌کند (فروزانفر و همکاران، ۱۳۹۶). نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای صورت می‌گیرد (شرمن و همکاران، ۲۰۱۹). به این صورت که خیلی کم صفر نمره، کم ۱ نمره، تا حدی ۲ نمره، زیاد ۳ نمره و خیلی زیاد ۴ نمره نمره تعلق می‌گیرد (مشهدی و همکاران، ۱۳۹۲). در داخل ایران در یک پژوهش برای بررسی قابلیت اعتماد پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۷۰ به دست آمده است (محمودپور و همکاران، ۱۳۹۷). در خارج از کشور توسط سازندگان برای بررسی قابلیت اعتماد پرسشنامه از روش بازآزمایی استفاده شده است که به فاصله ۲ هفته ضریب ۰/۷۵ و به فاصله ۳ سال ضریب ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند (ریس و همکاران، ۱۹۸۶). در خارج از کشور برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۸۳ به دست آمده است (بیراسیازا و همکاران، ۲۰۱۹). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب ۰/۹۴ به دست آمد.

۴. مقیاس پاسخ نشخوار فکری (RRS) نولن-هوکسما و مارو (۱۹۹۱): این مقیاس شامل ۲۲ سؤال است و سه خرده مقیاس بروز دادن با سؤالات ۷، ۱۱، ۱۲، ۲۰ و ۲۱؛ در فکر فرو رفتن با سؤالات ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۵ و ۱۶؛ افسردگی با سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۲ را اندازه‌گیری می‌کند (اسدی و همکاران، ۱۴۰۰). نمره‌گذاری آن در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای است به این صورت که هرگز ۱ نمره، به ندرت ۲ نمره، گاهی ۳ نمره و همیشه ۴ نمره

شده است که ضرایب برای نگرانی کلی سلامتی ۰/۵۹، برای ابتلا به بیماری ۰/۶۰، پیامدهای بیماری ۰/۷۰ و کل سؤالات ۰/۷۵ به دست آمده است و افزون بر این روایی مقیاس با روش تحلیل عاملی بررسی و مقادیر نسبت کای اسکور به درجه آزادی X^2/d ، شاخص نیکویی برازش تعدیل شده یا انطباقی^۱، شاخص برازش مقایسه‌ای^۲ و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب^۳ به ترتیب ۲/۰۳۵، ۰/۹۳۰، ۰/۹۸۰ و ۰/۰۲۸ به دست آمده است (نرگسی و همکاران، ۱۳۹۶). در سایر پژوهش‌ها ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی ۰/۷۰ (علی‌پور و همکاران، ۱۳۹۸)، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ (گاربوسزی و همکاران، ۲۰۲۱) و ضریب ۰/۸۲ محاسبه و به دست آمده است (کورسر و همکاران، ۲۰۲۲). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب ۰/۹۰ به دست آمد.

۲. مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی (IUS-27) فریستون و همکاران (۱۹۹۴): این مقیاس در فرانسه توسط فریستون و همکاران (۱۹۹۴) تهیه شد و توسط باهر و داگاس (۲۰۰۲) به انگلیسی ترجمه شد که شامل ۲۷ سؤال و ۲ خرده مقیاس شامل بلاتکلیفی تلویحات خودارجاعی و رفتار منفی دارد با سؤالات ۱، ۲، ۳، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، و بلاتکلیفی غیرمنصفانه است و همه چیز را تباه می‌کند با سؤالات ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۶ و ۲۷ را اندازه‌گیری می‌کند (سکستون و داگاس، ۲۰۰۹). نمره‌گذاری مقیاس در طیف ۵ درجه‌ای می‌باشد به این صورت که هیچ وقت ۱ نمره، کمی ۲ نمره، تا حدودی ۳ نمره، زیاد ۴ نمره و کاملاً ۵ نمره است. دامنه نمرات بین ۲۷ تا ۱۳۵ می‌باشد که نمره بالاتر نشان دهنده مشکلات بیشتر در مدیریت عدم قطعیت است (ولز-دی گریگوری و همکاران، ۲۰۱۹). در پژوهش سکستون و داگاس (۲۰۰۹) که نسخه دوعاملی آن معرفی شده است برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۹۵ به دست آمده است و همچنین ضریب همبستگی بین سؤالات ۰/۴۰ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است که نشان دهنده همسانی درونی مقیاس است. در ایران نیز از نسخه دوعاملی آن استفاده شده است که برای بررسی پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده شده که

3. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)
4. ASI R-004 Toilet Tissue Roller Spindle

3. AGFI
CFI. 2

انحراف معیار استفاده شد. قبل از تحلیل داده ها، مفروضه‌های تحقیق شامل آزمون چولگی و کشیدگی برای نرمال بودن توزیع نمرات حاصل از داده‌های گردآوری شد. در سطح استنباطی بررسی مدل ساختاری از مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده گردید. برای برازش مدل پیشنهادی از شاخص‌های برازش هنجار شده، برازش مقایسه‌ای، نیکویی برازش و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب استفاده شد. همچنین نرم افزار تحلیل داده‌ها برنامه SPSS و AMOS نسخه ۲۴ بود.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که ۱۹۸ نفر (۴۳/۶ درصد) مرد و ۲۵۶ نفر (۵۶/۴۰ درصد) زن بودند. ۲۴۳ نفر (۵۳/۵۲ درصد) کارشناسی و ۲۱۱ نفر (۴۶/۴۸ درصد) کارشناسی ارشد بودند. ۲۸۶ نفر (۶۳ درصد) مجرد، ۱۵۸ نفر (۳۴/۸۰ درصد) متأهل و ۱۰ نفر (۲/۲۰ درصد) بدون پاسخ بودند. ۲۰۴ نفر (۴۴/۹۳ درصد) علوم انسانی، ۱۱۲ نفر (۲۴/۶۷ درصد) فنی-مهندسی و ۱۳۸ نفر (۳۰/۴۰ درصد) علوم پایه بود. در جدول ۱- شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش آمده است.

تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات آن از ۲۲ تا ۸۸ متغیر است و نمرات بالاتر با نشخوار فکری بالاتر همراه است. این مقیاس برای اولین بار در ایران توسط یوسفی (۱۳۸۳) به نقل از اسدی و همکاران، (۱۴۰۰) ترجمه و هنجاریابی شده است و روایی محتوایی آن تأیید شده است و ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی آن در دامنه ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ محاسبه شده است. در سایر پژوهش‌ها برای بررسی پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب پاسخ‌های نشخواری ۰/۷۷ و پاسخهای منحرف کننده حواس ۰/۶۸ به دست آمده است (محمد خانی و همکاران، ۱۳۹۶) در خارج از کشور برای بررسی پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب در دامنه ۰/۷۸ تا ۰/۸۶ محاسبه و گزارش است (ایسما و همکاران، ۲۰۲۲). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب ۰/۹۶ به دست آمد.

روش اجرای پژوهش

بعد از گردآوری داده‌های پرسشنامه‌ها پاسخ‌های افراد نمونه با روش‌های آماری مناسب تجزیه و تحلیل شد. در سطح توصیفی جهت سنجش متغیرهای پژوهش از میانگین و

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و نرمال بودن تک متغیره و چند متغیره توزیع نمرات

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
نگرانی کلی درباره سلامتی	۷/۲۸	۳/۷۵	۰/۶۱	۰/۴۵
ابتلا به بیماری	۴/۳۰	۳/۵۶	۰/۸۹	۰/۴۳
پيامدهای بیماری	۴/۰۸	۲/۹۵	۰/۵۷	-۰/۱۲
نمره کل اضطراب سلامت	۱۵/۶۷	۸/۷۹	۰/۸۷	۰/۹۴
بلاتکلیفی تلویحات خودارجاعی و رفتار منفی دارد	۴۲/۶۴	۱۲/۲۶	۰/۰۴	-۰/۳۳
بلاتکلیفی غیرمنصفانه است و همه چیز را تباه می‌کند	۱۶/۳۴	۹/۹۹	۰/۰۷	-۰/۲۴
نمره کل عدم تحمل بلاتکلیفی	۷۶/۸۰	۲۱/۵۹	۰/۰۵	-۰/۲۵
نگرانی‌های بدنی	۱۸/۰۹	۷/۹۹	۰/۵۴	-۰/۴۱
نگرانی‌های شناختی	۱۰/۰۶	۳/۵۱	۰/۳۷	-۰/۲۷
نگرانی‌های اجتماعی	۹/۴۷	۳/۳۷	۰/۴۸	-۰/۱۹
نمره کل حساسیت اضطرابی	۳۷/۶۲	۱۴/۰۱	۰/۵۵	-۰/۲۶
بروز دادن	۱۱/۸۳	۳/۳۸	۰/۲۲	-۰/۴۱
در فکر فرو رفتن	۱۲/۳۳	۳/۸۱	۰/۲۹	-۰/۵۵
افسردگی	۲۹/۰۲	۸/۸۹	۰/۲۹	-۰/۶۰
نمره کل نشخوارگری	۵۳/۱۹	۱۵/۱۰	۰/۲۸	-۰/۵۱

جدول ۱- تعداد، کمینه، بیشینه، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. تعداد آزمودنی‌ها ۴۵۴ نفر بودند. مقدار چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازه (۲- تا ۲) قرار دارد. بنابراین، توزیع تمامی

متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. تعداد آزمودنی‌ها

مهم در معادلات ساختاری وجود روابط همبستگی معنادار بین متغیرهاست، در جدول ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش آمده است.

متغیرهای پژوهش نرمال است. افزون بر این قدر مطلق «ضریب مردیا» برای هر متغیر از میزان استاندارد یعنی ۲/۵۸ کمتر است، لذا متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال چند متغیره هستند. از آنجایی که یکی از مفروضات

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش				
متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴
۱. اضطراب سلامت	۱			
۲. عدم تحمل بلا تکلیفی	۰/۵۷۶**	۱		
۳. حساسیت اضطرابی	۰/۵۷۴**	۰/۷۳۷**	۱	
۴. نشخوارگری	۰/۵۰۶**	۰/۷۴۵**	۰/۶۲۵**	۱

** معنادار در سطح ۰/۰۱ * معنادار در سطح ۰/۰۵

جدول ۲- ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بین عدم تحمل بلا تکلیفی ($\beta = 0/576$)، حساسیت اضطرابی ($P=0/01$)، حساسیت اضطرابی ($\beta = 0/574$) و نشخوارگری ($P=0/01$)، حساسیت اضطرابی ($\beta = 0/506$) با اضطراب سلامت رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همانطور که در جدول

۲ نشان داده شد، همبستگی بین متغیرها معنادار است از این رو، امکان بررسی مدل پژوهش فراهم گردید که نتایج ضرایب مستقیم، غیرمستقیم و برازش مدل در ادامه آمده است.

جدول ۳. اثرات استاندارد و مستقیم در مدل نهایی پژوهش				
مسیرهای مستقیم	ضریب بتا	خطای استاندارد	مقدار نسبت بحرانی	معناداری
عدم تحمل بلا تکلیفی ← اضطراب سلامت	۰/۱۸۹	۰/۰۱۸	۲/۶۵۹	۰/۰۰۸
حساسیت اضطرابی ← اضطراب سلامت	۰/۴۱۴	۰/۰۴۶	۷/۱۶۰	۰/۰۰۱
نشخوارگری ← اضطراب سلامت	۰/۱۹۰	۰/۰۲۲	۲/۵۶۲	۰/۰۱۰
عدم تحمل بلا تکلیفی ← نشخوارگری	۰/۶۹۴	۰/۰۳۳	۱۷/۷۴۵	۰/۰۰۱
حساسیت اضطرابی ← نشخوارگری	۰/۲۶۱	۰/۰۹۸	۷/۰۵۷	۰/۰۰۱

همان طور که در جدول ۳- مشاهده می‌شود ضریب مسیر مستقیم عدم تحمل بلا تکلیفی ($\beta = 0/189$)، حساسیت اضطرابی ($P=0/008$)، و نشخوارگری ($\beta = 0/190$) بر اضطراب سلامت معنادار بود. همچنین ضریب مسیر مستقیم عدم تحمل بلا تکلیفی ($\beta = 0/694$) و حساسیت اضطرابی ($P=0/001$) بر نشخوارگری معنادار بود.

همان طور که در جدول ۳- مشاهده می‌شود ضریب مسیر مستقیم عدم تحمل بلا تکلیفی ($\beta = 0/189$)، حساسیت اضطرابی ($P=0/008$)، و نشخوارگری ($\beta = 0/190$) بر اضطراب سلامت معنادار بود. همچنین ضریب مسیر مستقیم عدم تحمل بلا تکلیفی ($\beta = 0/694$) و حساسیت اضطرابی ($P=0/001$) بر نشخوارگری معنادار بود.

جدول ۴. اثرات غیرمستقیم عدم تحمل بلا تکلیفی و حساسیت اضطرابی بر اضطراب سلامت با میانجی نشخوارگری				
مسیرهای غیرمستقیم	ضرایب استاندارد		مقدار احتمال	
	حد پایین	حد بالا		
عدم تحمل بلا تکلیفی ← نشخوارگری ← اضطراب سلامت	۰/۰۰۴	۰/۰۶۹	۰/۰۲۷	
حساسیت اضطرابی ← نشخوارگری ← اضطراب سلامت	۰/۰۰۳	۰/۰۹۰	۰/۰۴۴	

استروپ استفاده شد. در این روش چنانچه حد بالا و پایین این آزمون هر دو مثبت یا هر دو منفی باشند و صفر مابین این دو حد قرار نگیرد در آن صورت مسیر علی غیرمستقیم معنی‌دار خواهد بود. مطابق نتایج این قاعده در مورد عدم تحمل بلاتکلیفی و حساسیت اضطرابی بر اضطراب سلامت با نقش میانجی نشخوارگری صدق می‌کند. در جدول ۵- شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش آمده است.

یک فرض زیربنایی الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر وجود مسیر غیرمستقیم است. زمانی که تعداد نمونه چندان زیاد نباشد، بوت استرپ قدرتمندترین و منطقی‌ترین روش برای دستیابی به اثرات غیرمستقیم را فراهم می‌آورد. سطح اطمینان ۰/۹۵ و تعداد نمونه‌گیری مجدد بوت استروپ، ۱۰۰۰ است. بنابراین برای تعیین معنی‌داری عدم تحمل بلاتکلیفی و حساسیت اضطرابی بر اضطراب سلامتی از طریق نقش میانجی نشخوارگری از روش بوت

جدول ۵. شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی پژوهش

نوع شاخص	شاخص‌ها	مقدار به دست آمده	مقدار قابل قبول
شاخص‌های مطلق	کای اسکور هنجار شده (CMIN)	۹۱/۴۲۶	-
	درجه آزادی	۳۹	
شاخص‌های نسبی	CMIN/DF	۲/۳۴۵	کمتر از ۳
	سطح معناداری	۰/۰۰۱	-
شاخص‌های مطلق	خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	۰/۰۵۱	کمتر از ۰/۰۸
	شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE)	۰/۰۰۲	-
شاخص‌های نسبی	شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)	۰/۹۰۹	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش تعدیل شده یا انطباقی	۰/۹۲۵	بیشتر از ۰/۹۰
شاخص‌های نسبی	شاخص برازش مقتصد (PCFI)	۰/۶۳۴	بیشتر از ۰/۶۰
	شاخص برازش هنجار شده مقتصد (PNFI)	۰/۶۲۹	بیشتر از ۰/۶۰
شاخص‌های نسبی	شاخص برازندگی افزایشی	۰/۹۱۰	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش ()	۰/۹۶۲	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازش هنجار شده	۰/۹۱۲	بیشتر از ۰/۹۰

میانگین تقریب (RMSEA) کمتر از ۰/۰۸ باشد نشان دهنده برازش مدل است (شرمل هانگل و همکاران، ۲۰۰۳)، که در این پژوهش مقدار معناداری برای شاخص تقریب برازندگی ۰/۰۰۱ و شاخص RMSEA برابر ۰/۰۵۱ می‌باشد که بر اساس مدل کلاین (۲۰۱۶) نشان دهنده برازش مدل پژوهش می‌باشد.

جهت آزمون مدل مورد نظر در پژوهش حاضر، روش الگویابی معادلات ساختاری (SEM) اعمال گردیده است. برای بررسی برازندگی مدل از شاخص‌های آمده شده در جدول ۵- استفاده شده است. مقدار نسبت کای اسکور به درجه آزادی X^2/df یا $CMIN/df$ به دست آمده ۹۱/۴۶۲ و معنادار می‌باشد ($=sig/0.001$). همچنین اگر مقدار به دست آمده از شاخص خطای ریشه مجذور

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

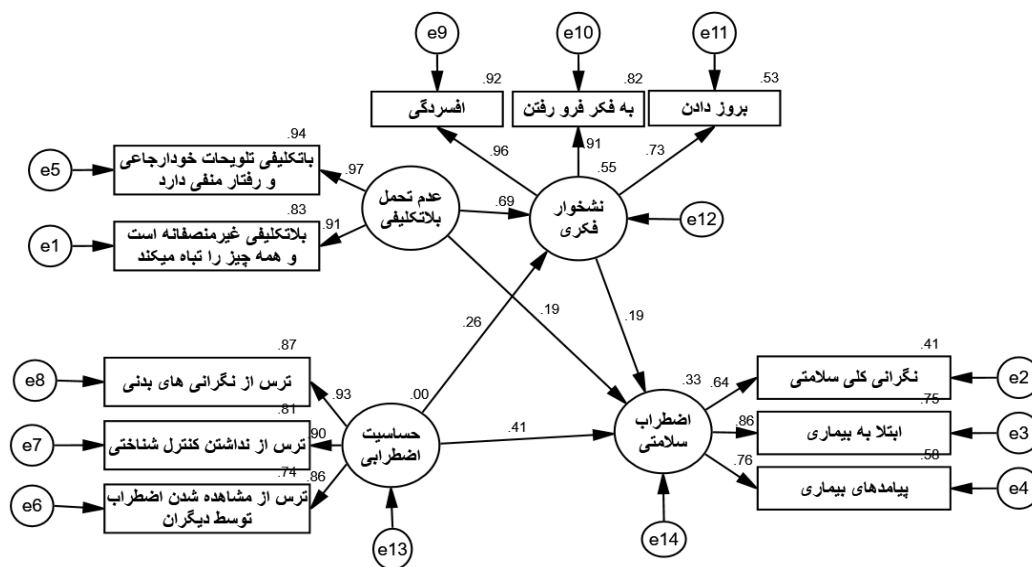
پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی



نمودار ۱. مدل نهایی پژوهش

عنوان عامل خطر در اضطراب سلامت شناخته می‌شود. به عنوان مثال آبراموویتز و بردوک (۲۰۰۸) خاطر نشان کرده‌اند که ترس از احساسات مربوط به برانگیختگی به اشتباه افراد را به سمت این اعتقاد که مشکل پزشکی جدی دارند سوق می‌دهد و همین مساله منجر به اضطراب سلامتی می‌شود. همچنین آن‌ها معتقدند افرادی که دارای اضطراب سلامتی هستند و از این هراس دارند که دچار بیماری شوند و یا سلامتی آنان در معرض خطر قرار دارد، غالباً بر این باورند که به دست آوردن اطمینان در مورد وضعیت سلامتی لازم و ضروری است و دشواری تحمل عدم اطمینان مربوط به وضعیت سلامتی منجر به اضطراب سلامتی می‌شود. لذا منطقی است گفته شود که عدم تحمل بلا تکلیفی اثر مستقیم و معنادار بر اضطراب سلامت دارد.

در تبیین اثر مستقیم حساسیت اضطرابی بر اضطراب سلامت می‌توان گفت که حساسیت اضطرابی به عنوان یک مؤلفه فراتشخیصی و شخصیتی از آن یاد شده است و متشکل از این باور است که تجربه اضطراب/ترس، منجر به بیماری، احساس شرم و اضطراب مضاعف می‌شود (هیلمن و همکاران، ۲۰۲۲). حساسیت اضطرابی بالاتر در فرد باعث می‌شود که افراد نشانگان افسردگی (کافمن و همکاران، ۲۰۲۲)، عدم تحمل بلا تکلیفی بیشتر (سیلیک و همکاران، ۲۰۲۲)، استرس بیشتر و تحمل پریشانی

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش بررسی مدل ساختاری اضطراب سلامت بر اساس عدم تحمل بلا تکلیفی و حساسیت اضطرابی با میانجیگری نشخوار فکری در دانشجویان بوده است. نتایج نشان داد که بین عدم تحمل بلا تکلیفی، حساسیت اضطرابی و نشخوار فکری بر اضطراب سلامت اثر مستقیم و معنادار دارند. همچنین نتایج نشان داد که نشخوار فکری در رابطه بین عدم تحمل بلا تکلیفی و حساسیت اضطرابی با اضطراب سلامت نقش میانجی دارند. این نتایج به دست آمده می‌تواند با نتایج تحقیقات راشید و همکاران (۲۰۲۲)، قرانی اشتقاق سفلی و همکاران (۱۴۰۰)، اوبریان و مکلیش (۲۰۱۷) و اوتو و همکاران (۲۰۲۲) همسویی داشته باشد. در تبیین اثر مستقیم عدم تحمل بلا تکلیفی بر اضطراب سلامت می‌توان گفت که عدم تحمل بلا تکلیفی یک فراتشخیصی و عامل آسیب پذیر شناختی است که منجر به رشد و حفظ اختلالات اضطرابی در افراد می‌شود. بر اساس مدل‌های شناختی افراد با عدم تحمل بلا تکلیفی تحت سلطه باورهای منفی درباره بلا تکلیفی بوده و پردازش اطلاعات سوگیرانه ای در بافتی نامعلوم را تجربه می‌کنند (ولز و کاپویانو، ۲۰۲۰) و این عدم تحمل بلا تکلیفی نقش مهمی در رشد و ایجاد اضطراب دارد (هربرت و داگاس، ۲۰۱۹). بر اساس مدل‌های شناختی-رفتاری، عدم تحمل بلا تکلیفی به

مبتلا به نشخوار فکری با تاکید بر عقاید منفی در مورد خود، تجارب شکست‌ها در گذشته و همچنین پیشبینی عملکرد ضعیف در آینده در هنگام شیوع بیماری‌هایی مانند کرونا و ویروس از رویایی با افراد مختلف اجتناب کرده و از ابتلا به بیماری می‌ترسند که این امر منجر به تشدید و حفظ اضطراب سلامتی در آن‌ها می‌شود. لذا منطقی است گفته شود که نشخوارگری اثر مستقیم و معنادار بر اضطراب سلامت دارد.

در تبیین نقش میانجی نشخوارگری در رابطه بین عدم تحمل بلاتکلیفی با اضطراب سلامت می‌توان گفت که افرادی که نشخوارگری بیشتری دارند در تحمل بلاتکلیفی مشکل بیشتری دارند. افرادی که عدم تحمل بلاتکلیفی دارند ممکن است در برابر گسترش اختلال اضطراب و نشخوارگری آسیب‌پذیری بیشتری داشته باشند. همچنین دیدگاه نولن هاگسما (۱۹۹۱) بر نشانها، علل، معنا و نتایج عدم تحمل بلاتکلیفی استوار است. در این دیدگاه، افراد زمانی نشخوارگری را شروع می‌کنند که تصویر روشنی در ذهنشان نسبت به پیشرفت در هدف خود ندارند و در کار خود به عدم تحمل بلاتکلیفی دچار شده باشند. بنابراین، نشخوارگری می‌تواند به عنوان پیش‌آیند ورود به دوره‌های عدم تحمل بلاتکلیفی و عود آن باشد و همین نشخوارگری می‌تواند بر نگرانی افراد تاثیرگذار باشد و نشخوارگری به پیوند عدم تحمل بلاتکلیفی و اضطراب سلامت کمک می‌کند. چرا که افراد مدام نگران و وضعیت سلامت خود هستند و جستجوهای مختلف را انجام می‌دهند که چکار کنند دچار بیماری نشوند. لذا منطقی است گفته شود که نشخوارگری در رابطه بین عدم تحمل بلاتکلیفی و اضطراب سلامت نقش میانجی داشته باشد.

در تبیین نقش میانجی نشخوارگری در رابطه بین حساسیت اضطرابی با اضطراب سلامت می‌توان گفت که یکی از ویژگی‌های افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا ارزیابی منفی و ترس از همه علائم معمولی اضطراب است و این علائم رایج، واکنش شدیدتری در این افراد ایجاد می‌کند و این امر موجب افزایش شدت علائم اضطراب در شخص می‌شود. به این طریق فرد در یک چرخه معیوب قرار می‌گیرد که علائم بازتاب بیشتری برای وی داشته و

کمتری را تجربه کنند و باعث می‌شود که افراد افکار و اعمال و سواسی بیشتری از خود نشان دهند و این مسئله باعث تشدید مشکلات فرد در شرایط بحرانی می‌شود (زارعان و همکاران، ۱۴۰۰). همچنین می‌توان گفت که حساسیت اضطرابی باعث می‌شود که افراد نشانه‌های مرتبط با اضطراب را به عنوان نشانه‌ای از آسیب قریب الوقوع ارزیابی کنند، بنابراین احساساتی مانند ضربان سریع قلب، گیجی و عرق کردن را به عنوان نشانه‌ای از حمله قلبی، بیش‌تابی روانی و شرم‌ساری اجتماعی تفسیر می‌کنند. همچنین حساسیت اضطرابی ساختاری چند بعدی است که علاوه بر ترس از فاجعه جسمانی، ترس از عدم کنترل روانی یا شناختی را نیز در بر می‌گیرد و این نگرانی از علائم اضطراب قابل ملاحظه است (ریس و مک نالی، ۱۹۸۵؛ به نقل از قرانی اشتلق سفلی و همکاران، ۱۴۰۰)؛ این مطابق با یافته پژوهش حاضر بر می‌آید، هنگامیکه دانشجویان احساس می‌کنند هیچ کنترلی بر روان یا افکار خود نمی‌توانند داشته باشند که این احساس عدم کنترل بر شدت اضطراب آنان می‌افزاید و اضطراب سلامت بیشتری را تجربه می‌کنند. لذا منطقی است گفته شود که حساسیت اضطرابی اثر مستقیم و معنادار بر اضطراب سلامت دارد.

در تبیین اثر مستقیم نشخوارگری بر اضطراب سلامت می‌توان گفت که نشخوارگری سبک تفکر تکراری با ظرفیت منفی است (حدادی و تمنایی فر، ۱۴۰۱). این ویژگی با تمایل به تجزیه و تحلیل مکرر مشکلات، نگرانی و احساس درماندگی بودن بدون اقدام برای ایجاد تغییرات مثبت، مشخص می‌شود (لی و همکاران، ۲۰۲۰). نشخوارگری بر شدت اضطراب و ترس از موقعیت‌های مختلف از جمله در هنگام شیوع بیماری‌ها و همچنین بر رفتارهای به وجود آمده در پاسخ‌ها به این اضطرابها و ترسها تأثیر می‌گذارد. به طوری که تحقیقات نیز نشان داده‌اند که درگیر شدن در نشخوارگری می‌تواند منجر به افزایش اضطراب و باورهای غیرمنطقی نسبت به خود و همچنین تمایل بیشتر به اجتناب از موقعیت‌های مختلف ارزیابی شود (سی و همکاران، ۲۰۲۰). در واقع نشخوارگری تلاشی برای درک علل و پیامدهای تجارب ناخوشایند است (تومینیا و همکاران، ۲۰۲۰). لذا افراد

تدوین برنامه‌ها و مداخلات درمانی مانند درمان شناختی- رفتاری و آموزش تنظیم هیجانات در سازمانهای ذربط مانند مراکز مشاوره دانشگاهی برای بهبود اضطراب سلامتی دانشجویان مضطرب کمک شود. بنابراین یافته‌های چنین مطالعاتی و به کارگیری آن‌ها در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی برای جلوگیری از گسترش تبعات بیماری و دیگر شرایط نگران کننده در دانشجویان حائز اهمیت می‌باشند.

موازین اخلاقی

در پژوهش حاضر اصول اخلاقی پژوهش از جمله رازداری، محرمانه ماندن و حریم خصوصی افراد رعایت شد و شرکت در پژوهش هیچگونه آسیب احتمالی برای شرکت کنندگان نداشته است. همچنین این پژوهش دارای شناسانه اخلاق به شماره IR.IAU.SRB.REC.1400.115 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران است.

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران است و نویسنده اول مسئول وظیفه گردآوری داده‌ها و نوشتار نسخه اولیه مقاله و نویسندگان همکار وظیفه نظارت بر پژوهش، تأیید ابزارها، ویرایش مقاله، نظارت بر صحت انجام پژوهش، بازنگری مقاله و اعتبار سنجی پژوهش را بر عهده داشتند.

تشکر و قدردانی

از همه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات که در اجرای پژوهش حاضر مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

نویسندگان این مطالعه هیچ گونه تعارض منافی در انجام و نگارش آن ندارند.

منابع

اسدی، پروانه؛ فرهادی، هادی؛ و گلپور، محسن. (۱۴۰۰). اثربخشی بسته توانمندسازی روان‌شناختی بر نشخوار فکری والدین دارای فرزند مبتلا به سرطان. نشریه توانمندسازی کودکان استثنایی، ۱۱(۱): ۸۴-۹۴

واکنش به علائم، شدت آن‌ها را افزایش می‌دهد و این موضوع خود واکنش شدیدتر را به دنبال خواهد داشت و فرد را در یک شرایط عمومی ناخشنودی قرار می‌دهد (زارغان و همکاران، ۱۴۰۰)؛ به طور کلی، در شیوع بیماری‌های عفونی هم‌هنگام ممکن است به برخی از افراد جامعه احساس اضطراب دست دهد. حتی اگر احتمال در معرض قرار گرفتن خطر بیماری هم برای افراد پایین باشد نیز افراد در پی شیوع بیماری عفونی سلامت جسمی و روانی خود را در خطر می‌بینند و در چنین مواقعی بروز علائم استرس و اضطرابی طبیعی به نظر می‌رسد، به طوری که این رخدادها ترس و اضطراب شدید برای عموم در پی خواهد داشت. باورهای ناکارآمد و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه و نشخوار فکری نقش اساسی در حفظ و نگهداری اضطراب سلامت دارند. بنابراین نشخوار فکری از فرایندها و فرآورده‌های شناختی از قبیل افکار اتوماتیک منفی، توجه متمرکز بر خود، خودآگاهی شخصی و نگرانی است، که به عنوان پاسخی به جلوگیری از شدت یافتن نشانه‌های اضطراب در افراد دیده می‌شود؛ لذا منطقی است گفته شود که نشخوار در رابطه بین حساسیت اضطرابی و اضطراب سلامت نقش میانجی داشته باشد (فهیمی و همکاران، ۱۳۹۲).

یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش انجام آن بر روی دانشجویان دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات بود. همچنین اجرای میدانی آن در دوران شیوع کرونا و ویروس و به صورت آنلاین بوده است که این امر تنها افرادی را قادر به شرکت در پژوهش و پاسخ‌گویی به سؤالات می‌کرده است که به اینترنت دسترسی داشته‌اند. در این پژوهش از ابزار خودگزارشی استفاده شده است و ممکن است در روند جمع‌آوری اطلاعات خطایی رخ داده باشد که این خطا ممکن است ناشی از پاسخ‌گویی با صرف زمان اندکتر و یا پاسخ‌گویی غلط و با سوگیری باشد. در این مطالعه به علت کمبود وقت و همچنین ملاحظات اخلاقی صرفاً به داده‌های پرسشنامه‌های اتکا شد و از سایر منابع اطلاعاتی همچون مصاحبه که می‌توانست مفید باشد استفاده نشد. بر اساس نتایج به دست آمده می‌توان دستاوردها این پژوهش را در سطح عملی مطرح کرد. به این صورت که از یافته‌های این پژوهش می‌توان در جهت

- نقش واسطه‌ای نشخوار فکری. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۳(۳): ۳۳۵-۳۲۰
- محمودپور، عبدالباسط؛ برزگر دهج، ابوالفضل؛ سلیمی بجستانی، حسین؛ و یوسفی، ناصر. (۱۳۹۷). پیش‌بینی استرس ادراک شده بر اساس تنظیم هیجان، اجتناب تجربی و حساسیت اضطرابی افراد وابسته به مواد. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۸(۳۰): ۱۸۹-۲۰۶
- مشهدی، علی؛ قاسمپور، عبدالله؛ اکبری، ابراهیم؛ ایل بیگی، رضا؛ و حسن زاده، شهناز. (۱۳۹۲). نقش حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجانی در پیش‌بینی اختلال اضطراب اجتماعی دانشجویان. فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۴(۲): ۸۹-۹۹
- نرگسی، فریده؛ ایزدی، فاطمه؛ کریمی نژاد، کلثوم؛ و رضایی شریف، علی. (۱۳۹۶). بررسی اعتبار و روایی نسخه فارسی پرسشنامه اضطراب سلامت در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی. فصلنامه انداز‌هگیری تربیتی، ۷(۲۷): ۱۴۷-۱۶۰
- Abramowitz, J. S., & Braddock, A. (2008). *Psychological treatment of health anxiety and hypochondriasis: A biopsychosocial approach*. Hogrefe publishing.
- Arslan, G., Yıldırım, M., & Aytaç, M. (2022). Subjective vitality and loneliness explain how coronavirus anxiety increases rumination among college students. *Death studies*, 46(5), 1042-1051.
- Asmundson, G. J., & Taylor, S. (2020). How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *Journal of anxiety disorders*, 71, 102211.
- Biracyaza, E., Mutabaruka, J., & Habimana, S. (2019). Validation of Anxiety Sensitivity Index (ASI-16) on Nonclinical Sample of Rwandans: A Cross-Sectional Study. *Int'l J. Soc. Sci. Stud.*, 7(1), 176-183.
- Bredemeier, K., McCole, K., Luther, L., Beck, A. T., & Grant, P. M. (2019). Reliability and Validity of a Brief Version of the Intolerance of Uncertainty Scale in Outpatients with Psychosis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 41(2), 221-234.
- Çelik, E., Biçener, E., Bayın, Ü. & Uğur, E. (2022). Mediation Role of Anxiety Sensitivity on the Relationships between Intolerance of Uncertainty and Fear of COVID-19. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 38(1), 1-6.
- حدادی، ستاره؛ و تمنایی فر، محمدرضا. (۱۴۰۱). مقایسه کمال‌گرایی سازش‌نیافته، راهبردهای غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان و نشخوار فکری در نوجوانان با اضطراب اجتماعی بالا و پایین. نشریه پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی، ۱۲(۴۵): ۱-۲۶
- خرم‌نیا، صمد؛ فروغی، علی اکبر؛ گودرزی، گلغام؛ بهاری بآبادی، مهرداد؛ و طاهری، امیرعباس. (۱۳۹۹). بررسی نقش شفقت به خود و نشخوار فکری در پیش‌بینی افسردگی مزمن. مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۷(۵): ۱۵-۲۹
- زارعان، مصطفی؛ نصیری، محمد؛ سیدرزاقی، مهسا؛ عزیزی، کیانا؛ گلزاری امجد، مهران؛ و معبود، سهیلا. (۱۴۰۰). نقش میانجی ادراک خطر و حساسیت اضطرابی در رابطه نوروزگرایی و برون‌گرایی با مشکلات روانشناختی و رفتاری ویروس کرونا. نشریه علوم روانشناختی، ۲۰(۱۰۳): ۱۰۳۹-۱۰۵۴
- علیپور، مهران؛ سپهریان آذر، فیروزه؛ سلیمانی، اسماعیل؛ و مکاریان، فریبرز. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و آموزش تقویت مقابله زوجی بر اضطراب سلامتی و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت زنان مبتلا به سرطان پستان: یک مطالعه نیمه تجربی. مجله مطالعات علوم پزشکی، ۳۰(۲): ۱۴۰-۱۵۴
- فروزانفر، آزاده؛ غلامعلی لوسانی، مسعود؛ و شعاع کاظمی، مهرانگیز. (۱۳۹۶). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی زنان وابسته به سوء مصرف مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۱(۴۴): ۱۳۵-۱۵۵
- فهیمی، صمد؛ محمودعلیلو، مجید؛ رحیم‌خانلی، معصومه؛ فخاری، علی؛ و پورشریفی، حمید. (۱۳۹۲). عدم تحمل بلاتکلیفی به عنوان ویژگی مستعد کننده اختلالات اضطراب منتشر، وسواسی اجباری و وحشت زدگی. مجله علوم تحقیقات رفتاری، ۱۱(۴): ۱-۱۳
- قرانی اشتلق سفلی، اعظم؛ ترابی زنونز، سحر؛ محمودعلیلو، مجید؛ و پاک، راضیه. (۱۴۰۰). پیش‌بینی شدت اضطراب بیماری کرونا بر اساس حساسیت اضطرابی و عدم تحمل بلاتکلیفی. نشریه اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۱۶(۵۹): ۷-۱۶
- محمدخانی، شهرام؛ بهاری، علی؛ و اکبریان فیروز آبادی، مهسا. (۱۳۹۶). سبک‌های دلبستگی و نشانه‌های افسردگی:

- depressive symptoms among adults with obesity and chronic pain: the role of anxiety sensitivity. *Cognitive Behaviour Therapy*, 1-14.
- Kibbey, M. M., Fedorenko, E. J., & Farris, S. G. (2021). Anxiety, depression, and health anxiety in undergraduate students living in initial US outbreak "hotspot" during COVID-19 pandemic. *Cognitive Behaviour Therapy*, 50(5), 409-421.
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th Ed.), New York: The Guilford Press.
- Kurcer, M. A., Erdogan, Z., & Cakir Kardes, V. (2022). The effect of the COVID-19 pandemic on health anxiety and cyberchondria levels of university students. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(1), 132-140.
- Kurcer, M. A., Erdogan, Z., & Cakir Kardes, V. (2022). The effect of the COVID-19 pandemic on health anxiety and cyberchondria levels of university students. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(1), 132-140.
- Lauderdale, S. A., Martin, K. J., & Moore, J. (2019). Aversive Indecisiveness Predicts Risks for and Symptoms of Anxiety and Depression Over Avoidant Indecisiveness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 37(1), 62-83.
- Lee, Y., Kang, N. I., Lee, K. H., Piao, Y., Cui, Y., Kim, S. W., ... & Chung, Y. C. (2020). Effects of antipsychotics on rumination in patients with first-episode psychosis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 103, 109983.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*, 100(4), 569.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of personality and social psychology*, 61(1), 115.
- O'Bryan, E. M., & McLeish, A. C. (2017). An examination of the indirect effect of intolerance of uncertainty on health anxiety through anxiety sensitivity physical concerns. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(4), 715-722.
- O'Bryan, E. M., Stevens, K. T., Bimstein, J. G., Jean, A., Mammo, L., & Tolin, D. F. (2022). Intolerance of Uncertainty and Anxiety Symptoms: Examining the Indirect Effect through Anxiety Sensitivity among Adults with Anxiety-Related Disorders. *Journal of*
- Eisma, M. C., Buyukcan-Tetik, A., & Boelen, P. A. (2022). Reciprocal Relations of Worry, Rumination, and Psychopathology Symptoms after Loss: A Prospective Cohort Study. *Behavior Therapy*, 1(2), 1-10.
- Fergus, T. A., & Bardeen, J. R. (2013). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Evidence of incremental specificity in relation to health anxiety. *Personality and Individual Differences*, 55(6), 640-644.
- Fortarezza, F., Pezzuto, F., Hofman, P., Kern, I., Panizo, A., von der Thüsen, J., & Calabrese, F. (2022). COVID-19 Pulmonary Pathology: The Experience of European Pulmonary Pathologists throughout the First Two Waves of the Pandemic. *Diagnostics*, 12(1), 95-106.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and individual differences*, 17(6), 791-802.
- Garbóczy, S., Szemán-Nagy, A., Ahmad, M. S., Harsányi, S., Ocsenás, D., Rekenyi, V., & Kolozsvári, L. R. (2021). Health anxiety, perceived stress, and coping styles in the shadow of the COVID-19. *BMC psychology*, 9(1), 1-13.
- Haig-Ferguson, A., Cooper, K., Cartwright, E., Loades, M. E., & Daniels, J. (2021). Practitioner review: Health anxiety in children and young people in the context of the COVID-19 pandemic. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 49(2), 129-143.
- Hebert, E. A., & Dugas, M. J. (2019). Behavioral experiments for intolerance of uncertainty: Challenging the unknown in the treatment of generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(2), 421-436.
- Hillman, S. R., Lomax, C. L., Khaleel, N., Smith, T. R., & Gregory, J. D. (2022). The roles of intolerance of uncertainty, anxiety sensitivity and distress tolerance in hoarding disorder compared to OCD and healthy controls. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1(1), 1-10.
- Huntley, C., Young, B., Tudur Smith, C., Jha, V., & Fisher, P. (2022). Testing times: the association of intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs to test anxiety in college students. *BMC psychology*, 10(1), 1-7.
- Karaarslan, F., Güneri, F. D., & Kardeş, S. (2022). Long COVID: Rheumatologic/musculoskeletal symptoms in hospitalized COVID-19 survivors at 3 and 6 months. *Clinical rheumatology*, 41(1), 289-296.
- Kauffman, B. Y., Rogers, A. H., Garey, L., & Zvolensky, M. J. (2022). Anxiety and

- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of psychological research online*, 8 (2), 23-74.
- Seah, T. S., Aurora, P., & Coifman, K. G. (2020). Emotion differentiation as a protective factor against the behavioral consequences of rumination: A conceptual replication and extension in the context of social anxiety. *Behavior Therapy*, 51(1), 135-148.
- Sexton, K. A., & Dugas, M. J. (2009). Defining distinct negative beliefs about uncertainty: validating the factor structure of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Psychological assessment*, 21(2), 176.
- Sherman, J. A., Braun, D. A., & Ehrenreich-May, J. (2019). Anxiety sensitivity treatment for children and adolescents. In *The Clinician's Guide to Anxiety Sensitivity Treatment and Assessment* (pp. 121-144). Academic Press.
- Tumminia, M. J., Colaianne, B. A., Roeser, R. W., & Galla, B. M. (2020). How is mindfulness linked to negative and positive affect? Rumination as an explanatory process in a prospective longitudinal study of adolescents. *Journal of youth and adolescence*, 49(10), 2136-2148.
- Wells, A., & Capobianco, L. (2020). Metacognition. In J. S. Abramowitz & S. M. Blakey (Eds.), *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms* (pp. 171-182). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Wells-Di Gregorio, S. M., Marks, D. R., DeCola, J., Peng, J., Probst, D., Zaleta, A., & Magalang, U. (2019). Pilot randomized controlled trial of a symptom cluster intervention in advanced cancer. *Psychoncology*, 28(1), 76-84.
- Wright, K. D., Lebell, M. A. A., & Carleton, R. N. (2016). Intolerance of uncertainty, anxiety sensitivity, health anxiety, and anxiety disorder symptoms in youth. *Journal of Anxiety Disorders*, 41, 35-42.
- Psychopathology and Behavioral Assessment*, 44(2), 353-363.
- Otto, M. W., Lubin, R. E., Rosenfield, D., Taylor, D. J., Birk, J. L., Espie, C. A., ... & Zvolensky, M. J. (2022). The Association between Race- and Ethnicity-Related Stressors and Sleep: The Role of Rumination and Anxiety Sensitivity. *Sleep*, 1(2), 1-10.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2), 160-164.
- Partouche-Sebban, J., Rezaee Vessal, S., Sorio, R., Castellano, S., Khelladi, I., & Orhan, M. A. (2021). How death anxiety influences coping strategies during the COVID-19 pandemic: investigating the role of spirituality, national identity, lockdown and trust. *Journal of Marketing Management*, 37(17-18), 1815-1839.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior research methods, instruments, & computers*, 36(4), 717-731.
- Rashid, Z., Rathore, M. A., Khushk, I. A., Mashhadi, S. F., Ahmed, M., & Shahzeb, M. (2022). Intolerance of Uncertainty and Anxiety Sensitivity as Prospective Risk Factors for Cyberchondria in Undergraduate Students. *Annals of King Edward Medical University*, 28(1), 91-96.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behavior Research and Therapy*, 4(1), 241-248.
- Risør, B. W., Frydendal, D. H., Villemoes, M. K., Nielsen, C. P., Rask, C. U., & Frostholm, L. (2022). Cost Effectiveness of Internet-Delivered Acceptance and Commitment Therapy for Patients with Severe Health Anxiety: A Randomised Controlled Trial. *PharmacoEconomics-Open*, 1-14.
- Rogers, T. A., Daniel, T. A., & Bardeen, J. R. (2022). Health anxiety and attentional control interact to predict uncertainty-related attentional biases. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 74, 101697.
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. C., & Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine*, 32(5), 843-853.