

نقش عاطفه مثبت و منفی در تبیین سایبرکندوریا: نقش واسطه‌ای فرانگرانی

محمد نصیری^۱

حسین کارسازی^۲

نسرین بحری سیس^۳

مجید محمود علیلو^۴

چکیده

هدف از مطالعه حاضر بررسی نقش عاطفه مثبت و منفی در تبیین سایبرکندوریا با توجه به نقش واسطه‌ای فرانگرانی است. طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی است. برای این منظور، ۲۵۰ نفر از دانشجویان دانشگاه خوارزمی و تهران با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های عاطفه مثبت و منفی (PANAS)، مقیاس شدت سایبرکندوریا (۲۰۱۴) و مقیاس فرانگرانی ولز (۲۰۰۰) پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با استفاده از مدل یابی معادلات ساختاری با نرم افزار لیزرل ۸.۸۵ انجام شد. ارزیابی مدل فرضی پژوهش با استفاده از شاخص‌های برازندگی نشان داد مدل فرضی برازش دارد (RMSEA=۰/۰۷، NFI=۰/۹۳، CFI=۰/۹۶). نتایج نشان داد عاطفه منفی هم به صوت مستقیم و هم به صورت غیر مستقیم از طریق فرانگرانی بر سایبرکندوریا اثر دارد درحالی که عاطفه مثبت فقط به صورت مستقیم بر سایبرکندوریا تاثیر دارد. با توجه به یافته‌های پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت فرانگرانی در رابطه بین عاطفه منفی و سایبرکندوریا نقش واسطه‌ای دارد. بنابراین، یافته‌های پژوهش حاضر، چهارچوب نظری مناسبی برای سبب‌شناسی سایبرکندوریا ارائه می‌دهد و می‌تواند در تدوین مداخلات پیشگیرانه و درمانی کارآمد برای سایبرکندوریا موثر باشد.

واژه‌های کلیدی: عاطفه مثبت و منفی، فرانگرانی، سایبرکندوریا

مقدمه

جستجوی اطلاعات پزشکی به صورت اینترنتی، به طور فزاینده به یک رفتار رایج تبدیل شده است. علیرغم مزایای آسان بودن، بی‌نام بودن و قابل دسترس بودن اطلاعات پزشکی در اینترنت، پژوهشگران تشخیص داده اند که هنگام مواجهه با اطلاعات آنلاین پزشکی، چرخه ای نادرست و کژکار مرتبط با افزایش نگرانی های سلامت راه اندازی شده که تحت عنوان سایبرکندوریا^۵ شناخته می‌شود (آرون، بریان، ماری، نیکولاس و نورمان^۶، ۲۰۱۵).

۱ دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول).

mohammad.nasiritb@gmail.com

۲ دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۳ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، ایران.

۴ استاد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، ایران.

5. Cyberchondria

6. Aaron, Brian, Mary, Nicholas, Norman

سایبرکندوریا شکلی از اضطراب است که به وسیله جستجوی مفرط اطلاعات سلامت و تندرستی از طریق اینترنت شناخته می‌شود. این حالت ممکن است به افزایش پریشانی روانشناختی، نگرانی و هزینه‌های پزشکی غیرضروری منجر شود (مک‌روی و شلوین^۱، ۲۰۱۴). به عبارتی سایبرکندوریا همراه با ایجاد پریشانی‌ها، می‌تواند به استفاده غیرضروری از خدمات پزشکی منجر شود (وایت و هورویتز^۲، ۲۰۰۹).

وب سایت‌های مرتبط با سلامتی، رشد یکنواختی در افزایش ترافیک اینترنتی یا به عبارتی جریان داده^۳‌ها نشان داده‌اند. برای مثال کاربرهای چین وب سایت‌هایی بین سالهای ۲۰۱۱ و ۲۰۱۲، ۲۸ درصد افزایش داشته‌اند (هاول^۴، ۲۰۱۳). از سویی یک بررسی در سال ۲۰۱۰ نشان داد که اکثریت وسیعی از بزرگسالان (۸۸٪) حداقل یک بار به دنبال اطلاعات پزشکی به صورت آنلاین بوده‌اند و ۶۲٪ آنها انجام آن را در یک ماه گذشته گزارش کرده‌اند (پل^۵، ۲۰۱۰).

اگر چه تحقیقات در این زمینه در مراحل ابتدایی است، مطالعات نشان داده‌اند که جستجوهای اینترنتی مرتبط با سلامت یک عامل خطر مهم برای افزایش اضطراب راجع به وضعیت‌های سلامتی ادراک شده ارائه می‌دهد. مطالعات همبستگی ارتباط معنی‌داری بین این جستجوها و افزایش اضطراب پزشکی را نشان داده‌اند (موس و همکاران، ۲۰۱۲؛ وایت و هورویتز، ۲۰۰۹). یک مطالعه زمینه‌یابی وسیع توسط وایت و هورویتز (۲۰۰۹) نشان داد که حدود ۶۰٪ از پاسخ‌دهندگان، به خاطر نگرانی‌های حاصل از جستجوی اینترنتی مرتبط با سلامت، وقفه‌هایی هم در فعالیت‌های آنلاین و هم در فعالیت‌های آفلاین خود گزارش کرده‌اند. بنابراین افزایش درک ما از این روند جدید به منظور کاربرد راهبردی برای به حداقل رساندن عواقب منفی آن مهم است. تحقیقات تجربی همچنین نشان داده‌اند که اضطراب از طریق جستجوی اطلاعات پزشکی به صورت اینترنتی می‌تواند به واکنش عاطفی منفی مثل ترس و احساس غرق‌شدگی منجر شود (لاکتر و هسیه^۶، ۲۰۱۳).

با توجه به پژوهش‌های انجام شده عاطفه مثبت و منفی^۷ می‌تواند به عنوان عامل خطر برای سایبرکندوریا مطرح شود. عواطف مثبت و منفی ابعاد اصلی تجربه‌های هیجانی هستند (واتسون، کلارک و تی‌سی لگن^۸، ۱۹۸۸). عواطف منفی عبارتند از: ترس/اضطراب، غمگینی/افسردگی، خشم/خصومت. این عواطف، بخشی از سیستم رفتاری بازدارنده هستند که هدف اصلی آن بازداری رفتارهایی است که به پیامدهای ناخوشایند منجر می‌شوند. عواطف مثبت عبارتند از: لذت، علاقه، اعتماد، هشیاری. این عواطف، بخشی از سیستم فعال ساز رفتاری هستند که ارگانسیم را به سمت محرک‌های لذت بخش هدایت می‌کنند (واتسون، ۲۰۰۲).

تی‌سی لگن (۱۹۸۵) معتقد است که این دو بعد عام عاطفی به نحو متمایز، با افسردگی و اضطراب مرتبطند. افسردگی و اضطراب هر دو قویا با عاطفه منفی مرتبط هستند. به عبارت دیگر، عاطفه منفی، عامل مشترک افسردگی و اضطراب است و عامل زمینه‌ساز این دو اختلال می‌باشد. با این حال به نظر می‌رسد رابطه بین عواطف مثبت و منفی و مشکلات اضطرابی به جای روابط مستقیم، ساز و کار پیچیده‌تری را دربرگیرد.

1. McElroy and Shevlin
2. White & Horvitz
3. Flow of Data
4. Howell
5. Poll
6. Lauckner, Hsieh
7. positive and negative affect
8. Watson, Clarke, Tellegen

در این راستا فرانگرانی^۱ می‌تواند به عنوان متغیر میانجی در رابطه بین سایبرکندوریا و عواطف مثبت و منفی دخیل باشد. در واقع افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی اغلب بیان می‌کنند که در بیشتر مواقع زندگی شان نگران بوده‌اند، نگرانی به صورت رشته‌ای از افکار منفی که غالباً کلامی‌اند و هدفشان حل مسأله است، تعریف شده است. نگرانی شامل فاجعه‌سازی است و کنترل ذهنی آن دشوار است، فرآیند نگرانی، نوعی سازوکار مقابله‌ای در نظر گرفته می‌شود، ولی خود همین فرآیند می‌تواند کانون نگرانی شود (بورکوویک و رومر^۲، ۱۹۹۵). هرگاه نگرانی بهنجار، به نگرانی آسیب‌شناختی تبدیل شود، فرانگرانی پدید می‌آید. به عبارتی نگرانی درباره نگرانی را فرانگرانی گویند. نگرانی، نه فقط به عنوان یک علامت ناشی از اضطراب بلکه به عنوان یک سبک انگیزشی و فعال برای ارزیابی و مقابله با ترس، اهمیت ویژه‌ای دارد و به نظر می‌رسد که افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، از نگرانی برای مقابله با خطر یا ترس پیش‌بینی شده استفاده می‌کنند. هر چند فرانگرانی، منجر به تشدید اضطراب می‌شود ولی چون فرد، نیاز به نگرانی را نوعی مقابله تصور می‌کند، در جهت پاره کردن زنجیره‌ی نگرانی بر نمی‌آید (ولز^۳، ۲۰۰۰) و به این ترتیب، نگرانی به صورت عاملی برای اجتناب از شکست در فرآیند سازگاری آینده عمل می‌کند. بررسی بیماران مبتلا به هراس، اضطراب اجتماعی و افسردگی نشان می‌دهد که نگرانی پاتولوژیک یا آسیب‌شناختی با باورهای مثبت در مورد نگرانی (فرانگرانی) در این بیماران در ارتباط است (بورکوویک و رومر، ۱۹۹۵؛ ولز و پاپاگریگیو^۴، ۱۹۹۸). در واقع نتایج پژوهش‌های مختلف نشان‌دهنده‌ی این است که افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی باورهای نگرانی قوی‌تری نسبت به افراد سالم دارند (ولز و کارتر^۵، ۲۰۰۱؛ روسکیو^۶ و بورکوویک، ۲۰۰۴؛ ولز، ۲۰۰۰).

در جمع‌بندی مبانی نظری فوق می‌توان گفت عاطفه مثبت و منفی و فرانگرانی از جمله مولفه‌های روان‌شناختی هستند که نقش مهمی در اختلالات اضطرابی دارند. هر چند شواهد پژوهشی در زمینه بررسی عوامل شکل‌دهنده سایبرکندوریا بسیار اندک است. بر همین اساس در پژوهش حاضر فرض بر این است که عاطفه منفی و عاطفه مثبت با واسطه‌گری فرانگرانی می‌تواند منجر به تجربه سایبرکندوریا شود.

روش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف، از نوع بنیادی و به لحاظ شیوه جمع‌آوری داده‌ها از نوع توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر، دانشجویان شهر تهران بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس از میان دانشگاه تهران و خوارزمی ۲۵۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند.

1. Meta Worry
2. Borkovec and Roemer
3. Wells
4. Papageorgiou
5. Carter
6. Ruscio

ابزارهای پژوهش

مقیاس شدت سایبرکندوریا^۱ (CSS): مقیاس شدت سایبرکندوریا یک مقیاس خودگزارشی ۳۳ سوالی است که اضطراب و رفتارهای مرتبط با جستجوی اطلاعات سلامت آنلاین را ارزیابی می‌کند (مک‌روی و شلین، ۲۰۱۴). از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود تا جملات را بخوانند و درجه‌ای که هر جمله به طور متداول در مورد آنها بکار می‌رود را در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱=هرگز، ۲=بندرت، ۳=بعضی اوقات، ۴=اغلب، ۵=همیشه) نشان دهند. این مقیاس علاوه بر نمره کل شامل ۵ زیرمقیاس می‌شود: عامل اجبار^۲ منعکس‌کننده این مولفه است که جستجوی آنلاین مباحث سلامت می‌تواند هم فعالیت‌های آنلاین و هم فعالیت‌های غیر آنلاین فرد را مانع شود. (۲) عامل پریشانی^۳ حالت‌های هیجانی مرتبط با جستجوی سلامت آنلاین را انعکاس می‌دهد. (۳) عامل افراط^۴ جستجوی اطلاعات را از طریق منابع چندگانه و موارد و موقعیت‌های متعدد انعکاس می‌دهد. (۴) عامل اطمینان مجدد^۵ مجدد^۵، برجستگی اضطراب ناشی از جستجوی آنلاین اطلاعات که منجر به جستجوی نظرات کارشناسی می‌شود را یادآور می‌شود. (۵) عامل بی‌اعتمادی به حرفه‌ی پزشکی^۶، بیانگر آن است که آیا اعتبار اطلاعاتی که به صورت آنلاین بدست آمده آمده بیشتر از اطلاعاتی که از حرفه‌ی پزشکی بدست آمده است یا نه. در پژوهش حاضر کل مقیاس همسانی درونی خوبی را نشان داد ($\alpha=0/91$). علاوه بر این، خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه نیز همسانی درونی بسیار مناسبی را نشان دادند ($0/62 \leq \alpha \leq 0/87$).

مقیاس افکار اضطرابی ولز: در این پژوهش برای اندازه‌گیری فرانگرانی از خرده‌مقیاس فرانگرانی در مقیاس افکار اضطرابی ولز (۱۹۹۴) استفاده شد. این مقیاس ابزار اندازه‌گیری ۲۲ گویه‌های (در فرهنگ ایرانی این مقیاس ۲۱ گویه‌ای است) است که ۷ گویه آن فرانگرانی، ۸ گویه اضطراب اجتماعی و ۶ گویه اضطراب سلامتی را می‌سنجد. هر آزمودنی در این مقیاس سه نمره کسب می‌کند: یک نمره فرانگرانی، یک نمره اضطراب اجتماعی و یک نمره اضطراب سلامتی را نشان می‌دهد. در هر خرده‌آزمون بر اساس مقیاس لیکرت (چهار درجه‌ای)، فرانگرانی، اضطراب اجتماعی و اضطراب سلامتی درجه بندی شده است. این مقیاس در ایران توسط فتی، موتابی، مولودی و ضیایی (۱۳۸۹) اعتباریابی شده و میزان همسانی درونی فرانگرانی، اضطراب اجتماعی و اضطراب سلامتی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۵ و ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند، همچنین اعتبار مقیاس افکار اضطرابی به روش آزمون-باز آزمون ۰/۹۲ و به روش دو نیمه‌سازی ۰/۸۹ بدست آوردند.

فهرست عواطف مثبت و منفی (PANAS)^۷: فهرست عواطف مثبت و منفی (واتسون و همکاران، ۱۹۸۸) مقیاسی است متشکل از ۱۰ عاطفه مثبت و ۱۰ عاطفه منفی. این فهرست دو زیرمقیاس عاطفه مثبت و عاطفه منفی را به منزله دو بعد متعامد، در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در هر یک از زیرمقیاس‌های فهرست به ترتیب ۱۰ و ۵۰ خواهد بود. فهرست عواطف مثبت و منفی، برحسب دستورالعمل اجرایی تعیین شده برای آزمودنی، عواطف مثبت و منفی را به دو صورت صفتی یا حالتی می‌سنجد. ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های عاطفه مثبت از ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و برای عاطفه منفی از ۰/۸۴ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (واتسون و همکاران، ۱۹۸۸). پایایی بازآزمایی فهرست عواطف مثبت و منفی در یک دوره دو ماهه برای عاطفه مثبت ۰/۶۸ و برای عاطفه منفی ۰/۷۱ محاسبه شده است (واتسون و همکاران، ۱۹۸۸). روایی فهرست عواطف

1. Cyberchondria Severity Scale
2. Compulsion
3. Distress
4. Excessiveness
5. Reassurance
6. Mistrust of Medical Professionals
7. Positive affect negative affect scale

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنگره دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

مثبت و منفی نیز از طریق ضرایب همبستگی زیر مقیاس‌های عاطفه مثبت و عاطفه منفی با مقیاس افسردگی بک به ترتیب ۰/۳۶- و ۰/۵۸ و با زیر مقیاس اضطراب آشکار در پرسشنامه اضطراب آشکار-نهان به ترتیب ۰/۳۵- و ۰/۵۱ گزارش شده است (واتسون و همکاران، ۱۹۸۸؛ گومز، کوپر و گومز^۱، ۲۰۰۰)

برای طبقه‌بندی، پردازش و تحلیل داده‌ها و بررسی فرضیه‌های پژوهش، نرم افزارهای آماری SPSS 22 و لیزرل ۸/۸۵ به کار رفت. برازش مدل فرضی با استفاده از روش تحلیل مسیر و شاخص‌های برازش آزموده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۶/۱۷ و انحراف معیار سن آنها ۳/۱۰ بود. در جدول شماره ۱ شاخص‌های توصیفی برای متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

سایبرکندوریا	فرانگرانی	عاطفه مثبت	عاطفه منفی	
۶۰/۶۳	۱۷/۳۱	۲۹/۷۸	۲۷/۱۶	میانگین
۸/۱۳	۴/۰۸	۸/۹۴	۸/۴۹	انحراف معیار

با هدف ارزیابی اولیه رابطه بین متغیرهای پژوهش از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد، همانطور که مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد تمامی روابط در سطح $p < 0/01$ معنی‌دار است. بیشترین رابطه با سایبرکندوریا را فرانگرانی با ضریب همبستگی $r = 0/534$ داراست. رابطه بین عاطفه مثبت و عاطفه منفی با سایبرکندوریا نیز به ترتیب برابر $r = -0/312$ و $r = 0/429$ است.

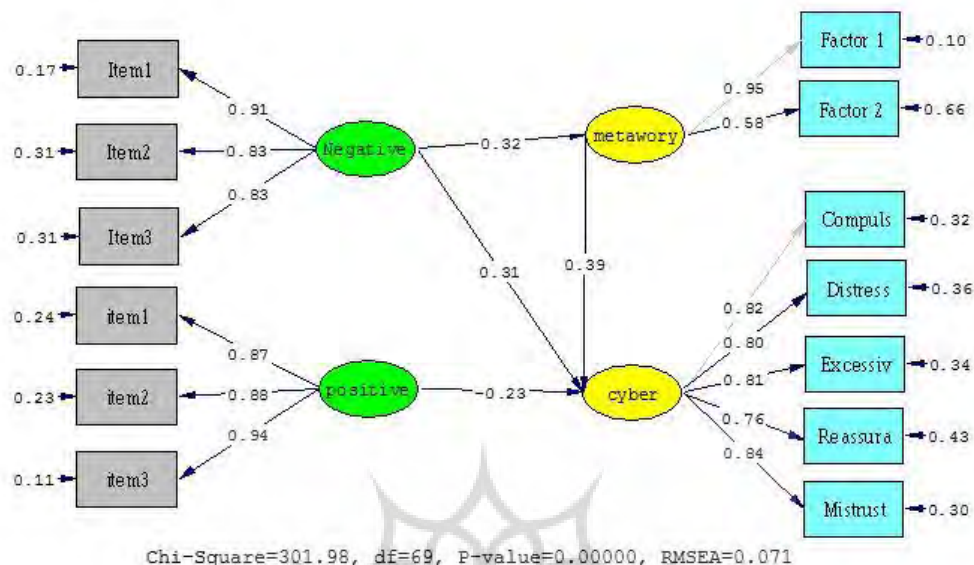
جدول ۲- ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴
سایبرکندوریا	۱			
فرانگرانی	۰/۵۳۴**	۱		
عاطفه مثبت	-۰/۳۱۲**	-۰/۱۹۳*	۱	
عاطفه منفی	۰/۴۲۹**	۰/۳۸۶**	-۰/۴۲۷**	۱

شکل ۱ نتایج حاصل از مدل یابی معادلات ساختاری را بعد از اصلاح مدل فرضی را نشان می‌دهد. در مدل اولیه مسیر عاطفه مثبت به فرانگرانی معنی‌دار نبود به همین دلیل در مدل اصلاح شده این مسیر حذف و مدل دوباره اجرا شد. همانگونه که مشاهده می‌شود عاطفه منفی به ترتیب با ضریب استاندارد ۰/۳۲ و ۰/۳۱ بر روی فرانگرانی و سایبرکندوریا تاثیر دارد. عاطفه مثبت با ضریب استاندارد

1. Gomez, Cooper

۰/۲۳- بر روی سایر کندوریا اثر می‌گذارد. همچنین فرانگرانی نیز با ضریب استاندارد ۰/۳۹ بر سایر کندوریا اثر می‌گذارد. رابطه بین عاطفه مثبت و عاطفه منفی، به عنوان دو متغیر پیش بین اصلی برابر ۰/۶۰- است.



شکل ۱- مدل ضرایب استاندارد براساس روش مدل‌یابی معادلات ساختاری

شاخص‌های برازش مدل اصلاح شده در جدول ۳ گزارش شده است. مندرجات این جدول نشان می‌دهد که تمامی شاخص‌های برازش در محدوده مناسب و قابل قبول مدل قرار گرفته است. از این رو می‌توان مدعی شده که مدل فرضی پژوهش با مدل اندازه‌گیری برازش دارد.

جدول ۳- شاخص‌های برازش مدل فرضی پژوهش

مقدار	دامنه قابل پذیرش	شاخص برازندگی
۳۰۱/۹۸	-	خی دو (χ^2)
۶۹	-	درجه آزادی (DF)
۴/۳۷	کمتر از ۵	نسبت خی دو به درجه آزادی
۰/۹۳	بزرگتر از ۰/۹۰	شاخص برازندگی هنجار شده (NFI)
۰/۹۶	بزرگتر از ۰/۹۰	شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)
۰/۹۷	بزرگتر از ۰/۹۰	شاخص برازندگی فزاینده (IFI)
۰/۰۷۱	کمتر از ۰/۰۸	ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA)
۰/۰۵۲	کمتر از ۰/۰۸	ریشه میانگین مربعات باقی مانده استاندارد شده (SRMR)

همچنین برای ارزیابی روابط واسطه‌ای از آزمون بوت استرپ استفاده شد. در این روش چنانچه حد بالا و پایین این آزمون هر دو مثبت یا هر دو منفی باشند و مقدار صفر مابین این دو حد قرار نگیرد در آن صورت مسیر علی غیرمستقیم معنی دار خواهد بود. مندرجات ۴ نتایج این آزمون را ارائه نموده است.

جدول ۴- نتایج آزمون بوت استرپ جهت بررسی اثرات غیرمستقیم

متغیر مستقل	متغیر واسطه	متغیر وابسته	حدود بوت استرپ		خطای برآورد	اندازه اثر	سطح معنی داری
			حد بالا	حد پایین			
عاطفه منفی	فرانگرانی	سایبر کندوریا	۰/۱۴۸	۰/۰۲۶	۰/۰۴۱	۰/۱۳۴	۰/۰۰۱

مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر عاطفه منفی بر سایبرکندوریا به واسطه فرانگرانی از نظر آماری معنی دار است. چرا که حد بالا و حد پایین آزمون بوت استرپ هر دو مثبت بوده و مقدار صفر مابین این دو حد قرار ندارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که عاطفه منفی به واسطه فرانگرانی اثر معنی داری در نشانه‌های سایبرکندوریا دارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر ارزیابی نقش عاطفه منفی و عاطفه مثبت در تبیین سایبرکندوریا با توجه به اثر واسطه‌ای فرانگرانی بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که نقش واسطه‌ای فرانگرانی در اثر عاطفه منفی بر سایبرکندوریا معنی دار است و اثر عاطفه مثبت بر سایبرکندوریا یک اثر مستقیم است.

عواطف یکی از جنبه‌های رفتار انسان است که نقشی اساسی در زندگی افراد دارد. عاطفه مثبت حالتی از انرژی بالا، تمرکز زیاد و اشتغال به فعالیت لذت بخش است که در برگیرنده طیف گسترده‌ای از حالات خلقی مثبت از جمله شادی، احساس توانمندی، شور و شوق، تمایل، علاقه و اعتماد به نفس است. عاطفه منفی میزان احساس ناراحتی درونی و اشتغال ناخوشایند را نشان می‌دهد و حالات خلقی ناخوشایندی مانند خشم، نفرت، بی‌زاری، گناه، ترس و عصبیت را شامل می‌شود.

افرادى که عاطفه منفی زیاد و عاطفه مثبت کمتری تجربه می‌کنند، اغلب بیان می‌کنند که در بیشتر مواقع زندگیشان نگران بوده‌اند، نگرانی به صورت رشته‌ای از افکار منفی که غالباً کلامی‌اند و هدفشان حل مسئله است، تعریف می‌شود. این افراد به احتمال زیاد به سمت نگرانی آسیب‌شناختی سوق داده می‌شوند و در آنها نگرانی درباره نگرانی یا فرانگرانی شکل می‌گیرد. بنابراین در این افراد، نگرانی نه به عنوان یک علامت ناشی از اضطراب بلکه به عنوان یک سبک انگیزشی و فعال برای ارزیابی و مقابله با ترس، اهمیت پیدا می‌کند.

از طرفی به نظر می‌رسد افرادی که عاطفه منفی زیاد و عاطفه مثبت کمتری در زندگی تجربه می‌کنند، از نگرانی برای مقابله با خطر یا ترس پیش‌بینی شده استفاده می‌کنند. هرچند فرانگرانی منجر به تشدید اضطراب می‌شود ولی چون فرد، نیاز به نگرانی را نوعی روش مقابله تصور می‌کند، در جهت پاره کردن زنجیره نگرانی بر نمی‌آید (ولز ۲۰۰۰). به این ترتیب نگرانی به صورت عاملی

برای اجتناب از شکست در فرآیند سازگاری آینده عمل می‌کند. این فرآیند در بافت اضطراب سلامت و سایر کندوریا منجر به اطمینان طلبی مجدد و مکرر پیرامون علائم جسمی از طریق اینترنت و شبکه‌های اجتماعی می‌شود.

مطالعات پیشین در زمینه‌های مرتبط نیز نشان می‌دهد که فرانگرانی و باورهای مثبت در مورد نگرانی به وفور در اختلالات اضطرابی دیده می‌شود و افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی باورهای نگرانی قوی تری نسبت به افراد سالم دارند (بورکوویک و رومر، ۱۹۹۵؛ ولز و کارتر، ۲۰۰۱).

فرانگرانی در افرادی که هیجان‌های ناخوشایندی را تجربه می‌کنند شدت علائم اضطراب سلامت را افزایش داده و از سویی دیگر میزان باورهای فراشناختی منفی درباره کنترل ناپذیری و خطرناک بودن نگرانی را تشدید می‌کند و به این ترتیب برای اطمینان جویی به سمت جستجوهای اینترنتی روی می‌آورند. جستجوهای اینترنتی پیرامون علائم جسمانی اضطراب آنها را تشدید می‌کند و در این حالت دور باطلی از واکنش‌های اضطرابی در آنها به وجود می‌آید. بنابراین می‌توان شاهد افزایش احتمال باورهای مربوط به نگرانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب سلامت بود.

با وجود اینکه یافته‌ها از مدل فرضی پژوهش حمایت کرد، با این حال نتایج این پژوهش باید با در نظر گرفتن محدودیت‌های آن تفسیر شود. ابتدا این که مطالعه حاضر بر روی دانشجویان که جمعیت نسبتاً همگنی هستند، انجام شده است. بنابراین در تعمیم نتایج به جمعیت‌های دیگر محدودیت وجود دارد. از سویی هر چند بسیاری از پژوهشگران از مفهوم سازی اختلالات روانی در یک ساختار ابعادی حمایت کرده و معتقدند نتایج به دست آمده از محیط‌های بالینی و غیربالینی تا حد زیادی مطابق هم هستند (سلبوم، بن-پوراس و بگی، ۲۰۰۸)؛ با این حال، باید در تعمیم نتایج این مطالعه به محیط بالینی احتیاط کرد. محدودیت دیگر اینکه ماهیت مقطعی مطالعه حاضر مانع از استنتاج‌های علی و شناخت دقیق ماهیت واقعی روابط بین متغیرهای پژوهش می‌شود. احتمال زیادی وجود دارد که ترتیب زمانی شکل‌گیری متغیرها براساس مدل فرضی ارائه شده باشد؛ با این وجود قطعاً نمی‌توان براساس این مطالعه حالت‌های جایگزین دیگر را رد کرد. و در نهایت اینکه در این مطالعه برای ارزیابی هر کدام از متغیرها تنها از یک ابزار اندازه‌گیری خودسنجی استفاده شد. استفاده از روش‌های اندازه‌گیری متنوع می‌تواند به مفهوم‌سازی بهتر متغیر کمک کند.

با توجه به محدودیت‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود که بهتر است مطالعه حاضر بر روی جمعیت بالینی و یا جمعیت‌های غیردانشجویی نیز انجام شود؛ تا توان تعمیم‌دهی یافته‌های آن افزایش یابد. همچنین، به منظور استنتاج روابط علی و شفاف کردن توالی زمانی بین متغیرهای پژوهش، انجام مطالعات طولی پیشنهاد می‌شود. از سویی، با هدف بازنمایی بهتر متغیرهای پژوهش بهتر است از روش‌های اندازه‌گیری دیگری به جای ابزارهای خودگزارشی در ارزیابی سایر کندوریا استفاده شود.

منابع

فتی، ل.، موتایی، ف.، مولودی، ر.، و ضیایی، ک. (۱۳۸۹). کفایت روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه‌ی کنترل فکر و افکار اضطرابی در دانشجویان ایرانی.

مجله مدل‌ها و روش‌های روانشناختی، ۱۰۴-۸۱

Norr, A. M., Albanese, B. J., Oglesby, M. E., Allan, N. P., & Schmidt, N. B. (2015). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as potential risk factors for cyberchondria. *Journal of Affective Disorders*, 174, 64-69.

Borkovec, T. D., & Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety subjects: Distraction from more emotionally distressing topics? *Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*. 26, 25-30.

¹ Sellbom, Ben-Porath & Bagby

- Gomez, R., Cooper, A., & Gomez, A. (2000). Susceptibility to positive and negative mood states: Test of Eysenck's, Gray's and Newman's theories. *Personality and Individual Differences*, 29(2), 351-365.
- Howell, D. (2013). Why WebMD tops stock gains with Aruba, Shutterstock. In *Investors business daily*.
- Lauckner, C., & Hsieh, G. (2013, April). The presentation of health-related search results and its impact on negative emotional outcomes. In *Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems* (pp. 333-342). ACM.
- McElroy, E., & Shevlin, M. (2014). The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *Journal of anxiety disorders*, 28(2), 259-265.
- Muse, K., McManus, F., Leung, C., Meghreblian, B., & Williams, J. M. G. (2012). Cyberchondriasis: fact or fiction? A preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the Internet. *Journal of anxiety disorders*, 26(1), 189-196.
- Norr, A. M., Albanese, B. J., Oglesby, M. E., Allan, N. P., & Schmidt, N. B. (2015). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as potential risk factors for cyberchondria. *Journal of Affective Disorders*, 174, 64-69.
- Ruscio, A. M., & Borkovec, T.D. (2004). Experience and appraisal of worry among high worriers with and without generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*. 42, 1469-1482.
- Sellbom, M., Ben-Porath, Y. S., & Bagby, R. M. (2008). On the hierarchical structure of mood and anxiety disorders: confirmatory evidence and an elaborated model of temperament markers. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 576-590.
- Watson, D. (2002). Positive affectivity. *Handbook of positive psychology*, 106-119.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063.
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior therapy*, 32(1), 85-102.
- Wells, A. (2002). *Emotional Disorders and Metacognition.: Innovative Cognitive Therapy*. John Wiley & Sons.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking. *Behavior therapy*, 29(3), 357-370.
- White, R. W., & Horvitz, E. (2009). Cyberchondria: studies of the escalation of medical concerns in web search. *ACM Transactions on Information Systems (TOIS)*, 27(4), 23.