

نقش مولفه های حساسیت به اضطراب، عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی مربوط به سلامتی در پیش بینی اضطراب سلامت

فائز سلیمانی بآبادی^۱، مرضیه کلیوند^۲، مهدی درخشانی^۳، فاطمه ساکی درباشی^{۴*}، زینب نعمتی^۵

^۱ کارشناس ارشد سلامت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران

^۲ کارشناس ارشد روان شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان

^۳ کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

^۴ کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی خوزستان (نویسنده مسئول)

^۵ کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی تهران

چکیده

نظریه های معاصر در مورد اختلال اضطراب سلامت بر نقش فرآیندهای شناختی همچون حساسیت اضطرابی، عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی در پدید آیی و تداوم این اختلال تأکید دارند. هدف از این مطالعه تعیین تأثیر باورهای فراشناختی در مورد اضطراب سلامت، حساسیت اضطرابی و عدم تحمل بلا تکلیفی در دانشجویان مبتلا به اضطراب سلامت می باشد. در این مطالعه همبستگی، ۳۵۰ دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ایران در بهمن ۱۴۰۰ (۱۵۵ پسر و ۱۹۵ دختر) به صورت نمونه گیری تصادفی انتخاب و به پرسشنامه های حساسیت اضطرابی-۳، باورهای فراشناختی اضطراب سلامت، عدم تحمل بلا تکلیفی و شاخص وایتلی پاسخ دادند. برای تحلیل داده ها نیز از نرم افزار spss-18 استفاده شد. میانگین و انحراف معیار سن پسران و دختران به ترتیب $23 \pm 2/35$ و $22 \pm 2/26$ و دامنه ی سنی نمونه پژوهش ۱۸-۲۹ بود. نتایج نشان داد که دوتا از مولفه های باورهای فراشناختی رابطه معنی داری با اضطراب سلامت دارند. هم چنین نتایج بیانگر این بود که همه مولفه های حساسیت اضطرابی و یکی از مولفه های عدم تحمل بلا تکلیفی قادر به پیش بینی اضطراب سلامت می باشند. نتایج پژوهش نشان از تأثیر گذاری باورهای فراشناختی اضطراب سلامت، حساسیت اضطرابی و عدم تحمل بلا تکلیفی بر اضطراب سلامت می باشد.

واژه های کلیدی: باورهای فراشناختی اضطراب سلامت، حساسیت اضطرابی-۳، عدم تحمل بلا تکلیفی، اضطراب سلامت

مقدمه

اضطراب سلامتی یک دل مشغولی بیش از حد با سلامتی فرد است که شامل ترس از مبتلا بودن یا مبتلا شدن به یک بیماری جدی است [۱،۲]. مدل شناختی-رفتاری اضطراب سلامت نشان می‌دهد که اضطراب سلامت نتیجه وجود باورهای ناسازگار مرتبط با سلامتی است (به عنوان مثال، احتمال بیماری، خطرناک بودن احساسات بدن، ظرفیت پایین مقاومت در برابر عدم قطعیت)، که توجه انتخابی به احساسات بدن را تسهیل می‌کند [۲،۳]. تعبیر نادرست این احساسات به عنوان نشانه های یک اختلال یا بیماری جدی، متعاقباً نگرانی مرتبط با سلامت و رفتارهای جستجوی ایمنی با هدف کسب اطمینان، و کاهش اضطراب در مورد وضعیت سلامتی (مثلاً وسواس چک کردن بدن یا جستجوی اینترنتی، اطمینان جویی از پزشکان، رفتارهای اجتنابی) را در پی دارد. با این حال، این رفتارها فقط به طور موقت اضطراب و عدم اطمینان مربوط به سلامت را کاهش می‌دهند زیرا به طور منفی باورهای ناسازگار مربوط به سلامت فرد را تقویت می‌کنند، بنابراین چرخه را در دراز مدت حفظ می‌کنند [۴]. در دانشجویان پزشکی رایج است که اضطراب مربوط به سلامتی خود را تجربه می‌کنند و اعتقاد به داشتن یک بیماری پزشکی با سطوح مختلف دارند. تصور می‌شود که این مورد به دلیل نسبت دادن نادرست علائم احساسات بدنی به داشتن بیماری است که توسط دانش جویانی که در طول آموزش پزشکی هستند، ایجاد می‌شود [۵].

یکی از عوامل توضیحی بالقوه برای بررسی نقش آن در رابطه با اضطراب سلامت، حساسیت اضطرابی (AS) است که به عنوان ترس از احساسات مرتبط با برانگیختگی تعریف می‌شود [۶]. و این به دلیل پیامدهای منفی جسمی، شناختی و اجتماعی درک شده آن احساسات است [۷]. حساسیت اضطرابی پاسخ های ترس و اضطراب را بزرگ نمایی می‌کند [۲،۷] و به عنوان یک عامل فرا تشخیصی اختلالات مرتبط با اضطراب در نظر گرفته می‌شود [۸]. AS همچنین با ترس از علائم بیماری های مزمن (مانند ترس از علائم تنفسی؛ و استفاده از مراقبت های اضطراری همراه است [۹،۱۰]. علاوه بر این، افرادی که از نظر بالینی سطح اضطراب سلامتی بالایی دارند، نسبت به افرادی که سطوح پایین اضطراب سلامتی دارند، سطوح بالاتری از AS دارند [۱۱]. مطالعات مربوط به اضطراب سلامت و حساسیت اضطرابی ارتباط مهمی را بین این دو سازه در نمونه های بالینی و غیر بالینی نشان داده‌اند [۱۲].

همچنین با توجه به نقش مهمی که به نظر می‌رسد عدم تحمل ابهام در اضطراب سلامت ایفا می‌کند، محققان شروع به بررسی عامل خطر شناختی عدم تحمل قطعیت در رابطه با اضطراب سلامتی کرده‌اند. عدم تحمل ابهام^۲ (IU) اخیراً به عنوان ناتوانی در مقاومت در برابر واکنش های منفی که توسط عدم اطمینان درک شده، ایجاد و حفظ می‌شود، مفهوم سازی شده

^۱Anxiety Sensitivity^۲Intolerance of Uncertainty

است [۱۳]. نشان داده شده است که IU به طور قابل توجهی با اضطراب سلامت کلی بیشتر و همچنین حوزه های خاص اضطراب سلامتی مربوط به نگرانی در مورد بیماری، تمایل به درک پیامدهای ابتلا به یک بیماری شدید، گوش به زنگی نسبت به بدن و عادات بهداشتی (مثلاً چک کردن بدن) مرتبط است [۶]. مطالعات نشان داده اند که عدم تحمل بلا تکلیفی به عنوان عامل خطر در سایبرکنندریا شناخته شده است و به طور غیر مستقیم بر اضطراب سلامت دارد [۲، ۱۴].

یک رویکرد جدیدتر برای مفهوم سازی توسعه و حفظ اضطراب سلامت بر اساس یک نظریه فراشناختی اختلال روانی است. بر اساس نظریه فراشناختی، این باورهای فرد در مورد تفکر خود (باورهای فراشناختی) است که اهمیت بیشتری نسبت به محتوای واقعی افکار آنها دارد [۱۲، ۱۵] به طور خاص، افراد هم باورهای مثبتی در مورد مزایای تفکر گسترده مانند "من باید نگران باشم تا آماده شوم" و هم باورهای منفی در مورد پیامدهای تفکر گسترده مانند "من نمی توانم افکارم را کنترل کنم" دارند که می تواند منجر به پاسخ های غیر مفیدی مانند نگرانی و نشخوار فکری شود [۱۲]. این پاسخ ها به نوبه خود به ایجاد و تداوم اختلال روانی کمک می کنند. بنابراین مدل فراشناختی پیشنهاد می کند که شناختها توسط فراشناختها کنترل می شوند و این باورهای فراشناختی هستند که مسئول هدایت نحوه واکنش فرد به افکار خود هستند [۱۶]. بیلی و ولز^۳ در مطالعه خود (۲۰۱۵) به این نتیجه رسیدن که باورهای فراشناختی می تواند عامل مهمی در رابطه بین تفسیر نادرست فاجعه آمیز و اضطراب سلامتی داشته باشد [۱۷].

با توجه به آنچه گفته شد عوامل مختلفی می توانند در اضطراب سلامت نقش داشته باشند و این نشان دهنده ماهیت چند بعدی اضطراب سلامت و اهمیت نقش متغیرهای شناختی، فراشناختی و هیجانی در درک ماهیت آن است. بنابراین هدف این مطالعه بررسی نقش مولفه های حساسیت به اضطراب، عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی مربوط به سلامتی در پیش بینی اضطراب سلامت دانشجویان بود.

روش پژوهش

طرح این پژوهش از نوع مقطعی بود. جامعه مورد مطالعه دانشجویان دانشکده های پزشکی و پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران بودند. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه های اضطراب سلامتی، حساسیت به اضطراب-۳، باورهای فراشناختی در مورد اضطراب سلامت و عدم تحمل بلا تکلیفی-فرم کوتاه استفاده شد که به صورت آنلاین طراحی شدند. سپس لینک پرسشنامه های تحقیق در وب سایت اجتماعی از طریق واتساپ به اشتراک گذاشته شد و در ابتدا از افراد درخواست شد در صورت رضایت داشتن، جهت تکمیل پرسشنامه ها همکاری نمایند و در غیر اینصورت پاسخی به سوالات ندهند و از روند

^۳Bailey, Wells

مطالعه خارج شوند. نمونه مورد نیاز براساس مطالعات توصیفی بین ۲۰۰ تا ۴۰۰ نفر است که نمونه مطالعه فعلی ۳۵۰ نفر (۱۹۵ زن و ۱۵۵ مرد) بود، که در بهمن ۱۴۰۰ در این مطالعه شرکت کردند. برای تحلیل داده‌ها از نسخه SPSS 18 و روش‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

شاخص وایتلی (Whitley Index)

شاخص وایت لی (پیلوسکی) در سال ۱۹۶۷ رشد یافت و یکی از گسترده ترین ابزارهای مورد استفاده برای ارزیابی ابعادی اضطراب سلامت است. تحلیل عاملی یافته ها ۳ عامل را نشان دادند: دل مشغولی بدنی، ترس از بیماری، باور به بیماری [۱۸]. اما مطالعات بعدی نتایج ناهماهنگی را با توجه به ساختار عاملی نشان دادند [۱۹]. دو ورژن از مقیاس وجود دارد هر دو ۱۴ آیتیم دارند. اما یکی شکل پاسخ دهی دوبخشی بله/خیر دارد. درحالی که دیگری شکل پاسخ دهی در مقیاس پنج لیکرتی دارد (از ۱ کاملاً مخالفم تا ۵ کاملاً موافقم) [۱۹، ۲۰]. دامنه نمره کل از ۱۴ تا ۷۰ می باشد، WI همسانی درونی خوب، روایی همزمان و اعتبار آزمون - باز آزمون بالایی را نشان داده (R=0/81) و می تواند افراد با اضطراب سلامت شدید را از دیگران متمایز کند [۲۱].

باورهای فراشناختی در مورد سلامتی (metacognitive beliefs in health anxiety)

این ابزار جدید مبتنی بر پرسشنامه ۳۰ سوالی باورهای فراشناختی اصلی ولز و همکاران (۲۰۴۴) می باشد [۲۲]. که برخلاف MCQ-30 باورهای فراشناختی خاص مرتبط با اضطراب سلامت را ارزیابی می کند. پرسشنامه باورهای فراشناختی در مورد اضطراب سلامت دارای ۱۴ آیتیم و در یک مقیاس لیکرت ۴ درجه ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۴ (کاملاً موافقم) نمره گذاری می شود. تحلیل عاملی اکتشافی سه عامل را مشخص کرد: باورهای که افکار می توانند علت بیماری باشند (MCQ-HAC)، باورهای درباره تفکر سوگیری شده (MCQ-HAB)، باورهای که افکار غیر قابل کنترل (MCQ-HAU) هستند. شواهد اولیه همسانی درونی خوب، روایی همگرا و واگرا در ارتباط با این ابزار نشون می دهد. آلفای کرونباخ برای ۱۴ آیتیم ۰/۸۶، برای مولفه یک، ۰/۸۲، برای مولفه دو ۰/۷۸ و برای مولفه سه، ۰/۷۰ به دست آمده بود [۲۳].

مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی (فرم کوتاه) (A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale)

یک ابزار ۱۲ سوالی که که برای ارزیابی توانایی افراد برای تحمل بلا تکلیفی موقعیت های مبهم، پاسخ های شناختی رفتاری به بلا تکلیفی، تلویحات ادراک شده بلا تکلیفی، و تلاش برای کنترل آینده است [۲۴]. این ابزار از پرسش نامه ۲۷ سوالی منطبق شده است [۲۵]. پژوهش قبلی یک همبستگی بالا بین پرسش نامه ۱۲ سوالی و اصلی تایید کرده اند (R=0/96). بر روی یک

مقیاس ۵ لیکرتی (از کاملاً غلط تا کاملاً درست) درجه بندی می شود. یک نمره کل و دو خرده مقیاس دارد. عدم تحمل بلاتکلیفی انتظاری و عدم تحمل بلاتکلیفی بازداری، خرده مقیاس انتظاری تحمل بلاتکلیفی افراد را با توجه به آینده ارزیابی می کند و خرده مقیاس بازداری تفسیر افراد از بلاتکلیفی به عنوان فلج کننده ارزیابی می کند. ضریب الفای کرونباخ، برای هریک از دو خرده مقیاس ۰/۸۵ و برای کل مقیاس ۰/۹۱ گزارش شده است [۲۴]. ویژگی های روان سنجی این ابزار در ایران نیز تایید شده است [۲۶].

شاخص حساسیت به اضطراب-۳ (Anxiety Sensitivity Index-3)

حساسیت اضطرابی -۳: یک ابزار خودگزارشی ۱۸ سوالی که درجه ترس های افراد از پیامدهای منفی علایم و احساس های مرتبط با اضطراب را ارزیابی می کند. (مثلاً: وقتی ضربان قلبم تند می زند می ترسم). این ابزار شامل یک عامل کلی و سه عامل فرعی (نگرانی های جسمی، شناختی، اجتماعی) می باشد. جملات از ۰ (خیلی کم) تا ۴ (خیلی زیاد) نمره گذاری می شوند. زیر مقیاس ها (دامنه ای ۰ تا ۲۴) و نمره کل (دامنه ای ۰ تا ۷۲) دارند. از حساسیت اضطرابی اصلی منطبق شده است. ASI-3 دارای همسانی درونی (دامنه ای ۰/۷۶ تا ۰/۸۶ برای نگرانی های جسمانی، ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ برای نگرانی های شناختی و ۰/۷۳ تا ۰/۸۶ برای نگرانی های اجتماعی)، روایی همگرا، واگرا، ساختاری و سازه خوبی می باشد [۷]. فروغی و همکاران ویژگی های روان سنجی این شاخص در ایران خوب گزارش کرده اند [۲۷].

یافته ها

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین اضطراب سلامتی و مولفه های حساسیت به اضطراب و عدم تحمل بلاتکلیفی و باورهای فراشناختی مربوط به سلامتی انجام شد. همه آزمودنی ها در مقطع تحصیلی کارشناسی و دکتری حرفه ای قرار داشتند. دامنه سنی شرکت کنندگان بین ۱۸ تا ۲۹ سال بود. نتایج همبستگی بین متغیرها در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: همبستگی بین اضطراب سلامتی با مولفه های حساسیت به اضطراب و عدم تحمل بلاتکلیفی و باورهای فراشناختی مربوط به سلامتی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱. اضطراب سلامتی	۱	۰/۵۲**	۰/۵۴**	۰/۴۸**	۰/۱۶*	۰/۱۸**	۰/۴۸**	۰/۱۰	۰/۴۵**
۲. دلواپسی جسمی		۱	۰/۶۴*	۰/۵۸**	۰/۲۸**	۰/۲۸**	۰/۴۷**	۰/۰۸	۰/۵۲**
۳. دلواپسی شناختی			۱	۰/۵۸**	۰/۲۸**	۰/۱۵*	۰/۵۹**	۰/۱۴*	۰/۵۷**

۰/۵۳**	۰/۲۳**	۰/۴۵**	۰/۱۶*	۰/۲۵**	۱	۴. دلواپسی اجتماعی
۰/۱۷*	۰/۱۸**	۰/۱۷*	۰/۵۹**		۱	۵. اضطراب مربوط به آینده
۰/۲۲**	۰/۱۵*	۰/۰۳			۱	۶. اضطراب بازدارنده
۰/۵۸**	۰/۱۹**				۱	۷. تفکر سوگیری دار
۰/۳۱**					۱	۸. تفکر بیمارکن
					۱	۹. کنترل ناپذیری افکار

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

جدول همبستگی فوق نشان می‌دهد که بین عامل‌های پرسشنامه‌های حساسیت به اضطراب، عدم تحمل بلا تکلیفی و فراشناخت‌های مربوط به اضطراب سلامتی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. تمام مولفه‌های حساسیت به اضطراب همبستگی بسیار قوی با اضطراب سلامتی داشته‌اند. مولفه‌های عدم تحمل بلا تکلیفی با وجود معناداری کوچک هستند. از مولفه‌های باورهای فراشناختی در مورد سلامتی، باورهای مربوط به تفکر سوگیری دار و باورهای مربوط به کنترل ناپذیری افکار رابطه قوی با اضطراب سلامتی داشته‌اند. با این وجود، رابطه‌ای بین عامل باورهای مربوط به تفکر بیمارکن و اضطراب سلامتی به دست نیامده است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

متغیر ملاک	متغیرهای پیش بین	B	SE	Beta	T	Sig	R square
اضطراب سلامتی	دلواپسی جسمی	۰/۳۳	۰/۱۳	۰/۱۹	۲/۵۱	۰/۰۱	۰/۰۰
	دلواپسی شناختی	۰/۳۰	۰/۱۲	۰/۲۱	۲/۵۴	۰/۰۱	
	دلواپسی اجتماعی	۰/۲۶	۰/۱۲	۰/۱۶	۲/۲۰	۰/۹۲۹	
	اضطراب مربوط به آینده	-۰/۲۰	۰/۱۳	-۰/۱۱	-۱/۶۲	۰/۱۶۶	
	اضطراب بازدارنده	۰/۲۷	۰/۱۳	۰/۱۵	۲/۱۶	۰/۰۳۲	
	تفکر سوگیری دار	۰/۴۴	۰/۱۶	۰/۲۰	۲/۷۸	۰/۶۶۶	
	تفکر بیمارکن	-۰/۴۴	۰/۱۰	-۰/۰۲۵	-۰/۴۴	۰/۶۶	
	کنترل ناپذیری افکار	۰/۰۷	۰/۲۴	-۰/۴۲۴	۰/۳۱	۰/۷۶	

جدول ۲: ضرایب رگرسیونی برای اضطراب سلامتی براساس مولفه های حساسیت به اضطراب، عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی مربوط به سلامتی

نتایج حاصل از رگرسیون چند متغیره برای اضطراب سلامتی براساس مولفه های حساسیت به اضطراب (دلواپسی در مورد علایم جسمی، دلواپسی شناختی و دلواپسی اجتماعی)، مولفه های عدم تحمل بلا تکلیفی (اضطراب مربوط به آینده و اضطراب بازدارنده) و مولفه های باورهای فراشناختی در مورد اضطراب سلامتی (یعنی تفکر سوگیری دار، تفکر بیمارکن و کنترل ناپذیری افکار) به این صورت $P < ۰/۰۰۱$ ، $F(۸, ۲۱۱) = ۱۷/۷۷$ ، $R^2 = ۰/۴۰$ است. این یافته نشان می دهد که مولفه های حساسیت به اضطراب، عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی مربوط به سلامتی توانسته اند ۴۰ درصد از واریانس اضطراب سلامتی را پیش بینی کنند. تحلیل های بعدی نشان داد که هر سه عامل پرسشنامه حساسیت به اضطراب توانستند اضطراب سلامتی را پیش بینی کنند ($P < ۰/۰۱$). از بین دو عامل پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی، عامل اضطراب بازدارنده توانست اضطراب سلامتی را پیش بینی کند ($P < ۰/۰۵$ ، $t = ۲/۱۶$ ، $Beta = ۰/۱۵$) اما عامل اضطراب مربوط به آینده این گونه نبود. همچنین از بین سه عامل پرسشنامه باورهای فراشناختی در مورد سلامتی تنها عامل باورهای مربوط به تفکر سوگیری دار توانست اضطراب سلامتی را پیش بینی کند ($P < ۰/۰۰۶$ ، $t = ۲/۷۸$ ، $Beta = ۰/۲۰$).

بحث

این مطالعه با هدف بررسی نقش حساسیت اضطرابی، عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فرشناختی مربوط به سلامتی در پیش بینی اضطراب سلامت انجام شد. نتایج نشان داد تمام مولفه های حساسیت اضطرابی، زیر مولفه اضطراب بازدارنده IU و زیر مولفه تفکر سوگیر دار باورهای فرشناختی مرتبط با سلامتی توانستند اضطراب سلامت را در بین دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی پیش بینی کنند. این یافته ها با سایر مطالعات همسو بودند [۱۲،۱۴،۲۸]. فرگوس^۴ (۲۰۱۵) در مطالعه خود نشان داد که حساسیت اضطراب و عدم تحمل بلا تکلیفی از عوامل خطر بالقوه در سایبرکندیار هستند که همپوشانی بالایی با اضطراب سلامت دارد و یافته های این مطالعه نیز در این راستا هستند [۱۴]. همچنین بیلی و ولز در مطالعه خود (۲۰۱۵) نشان دادند که هنگام کنترل باورهای ناکارآمد و روان رنجورخویی، باورهای فرشناختی نسبت قابل توجه و بزرگی (۴۹ درصد) از واریانس اضطراب سلامت را توضیح می دهند [۲۹].

در این مطالعه همه مولفه های حساسیت اضطرابی با اضطراب سلامت همبستگی مثبتی داشتند و توانستند آن را پیش بینی کنند. این یافته همسو با مطالعه کریمی و همکارانش (۲۰۱۹) است که نشان دادند بین عامل های حساسیت اضطرابی و اجتناب تجربه ای با اضطراب سلامت در جمعیت غیر بالینی رابطه مثبت معنی داری وجود دارد [۳۰]. در تبیین این یافته می توان گفت هر سه بعد حساسیت اضطرابی شامل نگرانی های جسمی (مثلاً «وقتی قلبم به سرعت می تپد من را می ترساند»)، نگرانی های شناختی (مثلاً «زمانی که نمی توانم ذهنم را روی کاری نگه دارم، نگران هستم که ممکن است دیوانه شوم») و نگرانی های اجتماعی (مثلاً «برایم مهم است که عصبی به نظر نرسم»)، در ماهیت چند بعدی اضطراب سلامت نقش دارند. تیلمور و همکاران گزارش شده است که ابعاد حساسیت به اضطراب در بیماران مبتلا به اختلالات وسواس فکری اجباری، اضطراب فراگیر، اضطراب اجتماعی و پانیک متفاوت است. به عنوان مثال نگرانی های جسمی در بیماران پانیک، نگرانی های اجتماعی در بیماران اضطراب اجتماعی، و نگرانی های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال پانیک همگی نمرات بالاتری دارند [۷]. بنابراین حساسیت اضطرابی در بین این دانشجویان نیز می توانسته با ابعاد بالینی و غیر بالینی هر یک از این اختلال ها در آن ها مرتبط بوده و به تبع آن باعث افزایش اضطراب سلامت در آنها شده است. همچنین تحقیقات بر روی عوامل خطر اضطراب سلامت نشان داده است که حساسیت به اضطراب نقش واسطه ای در رابطه بین تجارب یادگیری دوران کودکی و ایجاد اضطراب سلامت در بزرگسالان جوان دارد [۱۲].

عدم تحمل بلا تکلیفی نیز با اضطراب سلامت همبستگی معنادار پایینی داشت و زیر مولفه اضطراب باز دارنده توانست اضطراب سلامت دانشجویان را پیش بینی کند. این نتایج همسو با یافته هایی است که نشان داده اند که IU رابطه مثبتی با آسیب شناسی اضطراب به طور کلی و اضطراب سلامت دارد [۳۱]. همچنین در ارتباط با اضطراب بازدارنده این یافته همسو با مطالعه فرگوس (۲۰۱۵) بود که یافته هایش نشان داد از بین مولفه های عدم تحمل بلا تکلیفی پس از کنترل همپوشانی با ابعاد حساسیت اضطرابی و اضطراب سلامت، فقط IU بازدارنده توانست به طور منحصر بفردی با بعد پریشانی سایبرکنندریا ارتباط داشته باشد [۱۴]. IU بازدارنده با واکنش های رفتاری به عدم قطعیت، از جمله واکنش های منفی به عدم قطعیت و تمایل به اجتناب از عدم قطعیت مشخص می شود [۲۴،۳۲]. در نتیجه، دانشجویانی که به عدم اطمینان واکنش منفی نشان می دهند و/یا می خواهند از آن اجتناب کنند، ممکن است به طور بالقوه با افزایش تفکر فاجعه آمیز در مورد معنای ناشناخته علائم جستجو شده، حالت های عاطفی منفی بیشتری را تجربه کنند و این به نوبه خود اضطراب در مورد سلامتی را بیشتر و بیشتر می کند.

در ارتباط با رابطه بین باور های فراشناختی مرتبط با سلامتی و اضطراب سلامت، باورهای مربوط به تفکر سوگیری دار و باورهای مربوط به کنترل ناپذیری افکار همبستگی قوی با اضطراب سلامتی داشته اند، اما در پیش بینی اضطراب سلامت فقط عامل باورهای مربوط به تفکر سوگیردار نقش داشت. بر اساس نظریه فراشناختی، باورهای خاص در مورد کنترل ناپذیری و خطر تفکر، نقش محوری دارند و پیش بینی کننده اختلالات روانشناختی به طور کلی و به طور خاص اضطراب سلامت دارد و مسئول هدایت و کنترل سندرم توجه شناختی (CAS) است [۳۳،۳۴]. در اضطراب سلامت، CAS شامل فرآیندهای تفکر سمی مانند نگرانی و نشخوار فکری در مورد بیماری، نظارت بر تهدید توجه برای اطلاعات مربوط به بیماری و پاسخ های مقابله ای ناسازگار مانند اسکن بدن و اطمینان جویی است [۱۷]. شواهد از مطالعات تجربی نشان داده است که فراشناخت با سوگیری توجه به هر محرک مرتبط با سلامت نظیر نگرانی و نشخوار مرتبط است [۳۵]. همچنین بیلی و ولز (۲۰۱۳) در مطالعه خود نشان دادند که باورهای فراشناختی - به ویژه باورهای منفی در مورد غیرقابل کنترل بودن و خطر نگرانی - واریانس بیشتری را در مقایسه با متغیرهای مرتبط با اضطراب سلامت داشتند [۳۴]. بنابراین تفکر سوگیردار در دانشجویان که نشان از سوگیری توجه آن ها به علائم بدنی دارد توانسته است اضطراب سلامت را در آن ها پیش بینی کند. مطالعات موجود به طور گسترده از نقش حساسیت اضطرابی و باورهای شناختی ناکارآمد در علت شناسی و حفظ اضطراب سلامت حمایت می کنند، در حالی که به نظر می رسد نقش باورهای فراشناختی نیز به همان اندازه قابل توجه است و یافته های مطالعه فعلی نیز مبین این قضیه است.

در نتیجه می توان گفت این مطالعه نشان داد که در اضطراب سلامت عوامل مختلفی نظیر حساسیت اضطرابی، عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی مرتبط به سلامتی دخیل هستند، بنابراین متخصصان و درمانگران می تواند در درمان این اختلال بر روی این عامل های دخیل کار کنند.

این مطالعه محدودیت های داشت که می بایستی در نظر گرفته شوند. اول اینکه روش نمونه گیری به صورت داوطلبانه بود. دوم اینکه اجرای پژوهش به صورت آنلاین و با استفاده از ابزارهای خود گزارش دهی بود. در آخر اینکه محدود به دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایران بود. پیشنهاد می شود مطالعات آینده پژوهش های خود را با نمونه های بالینی و با جمعیت های دانشجویی سایر دانشگاه ها انجام دهند.

قدردانی

از تمامی دانشجویانی که در این پژوهش شرکت کردند کمال تشکر و قدر دانی داریم.

منابع

1. Gii miryy Y, Ahh ya R. Tee Vuleerbble cleeee d laaaard N fe is eelll oaa in Naaal: nn dddtt .. Oryx. 2018;52(1):166-70.
2. O'Brynn ,, cc Lii sh AC. An aaamittt inn of tee iddirett fffct of intolrrnee <<ccrr .. tt nn health anxiety through anxiety sensitivity physical concerns. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2017;39(4):715-22.
3. Alll snnn Hmmm*-aa grrlff .. Cggii tive hhhvirr th ayy .rr eell th nnii ety: yyttmntt ic rvv ww and meta-analysis of clinical efficacy and health economic outcomes. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research. 2019;19(6):663-76
4. Ol unji BO zzzll NN, mnrrknn AJ, Cissill kki B, *Daannn B. The fffct of aaft y aaaa virr s nn health anxiety: An experimental investigation. Behaviour research and therapy. 2011;49(11):719-28.
5. aa hdddrnn ,, Jotii priya A. A mmmrr tt ve ttuyy nn 2dd yaar yyr mne mnggg tttt ll miii aal ddd nursing students. Int J Curr Adv Res. 2017;6(3):2954-7.
6. rr igtt KD, bbblll MAA, Crrletnn RN. Itt ll rrrcce of eeeertii nty, iiiii ety eeiitvity, aaalth anxiety, and anxiety disorder symptoms in youth. Journal of Anxiety Disorders. 2016;41:35-42.
7. T Fyylrr ,, Zvll sss ky JJ , Cxx ,, Deccnn , Heimrrr g RG, dddlyy DR, et ll . Rttttt ii msss iss ff anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. Psychological assessment. 2007;19(2):176.
8. mmts JA, Otto WW, Pwwrs Bii *d OO. Anii ety eessitvity ss a trsss ii ggtttt ic traatmttt target. The clinician's guide to anxiety sensitivity treatment and assessment: Elsevier; 2019. p. 1-8.
9. Hrr sss tein <, tttt rr C,, Hii mrrr g RG. Hww dsss xxxitt y eessitvity iccraase rikk ff rrr nnic medical conditions? Clinical Psychology: Science and Practice. 2018;25(3):110.
10. Hrr esstii n A, Rggrrs AH, Bkkaaaaie ,, Zvll sss yy JJ , Heim... g RG. mmmrii gg tee rll e of anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty in the relationship between health anxiety and likelihood of medical care utilization. Cognitive Therapy and Research. 2019;43(1):55-65.
11. Bii lrr ,, Krrttttr T, Wittfff t ,, Dinrr C, ii rr D, Ritt .. Haalth iiiii tt y ddd yyrtrrrrrr rrrss in the light of DSM-5. Anxiety, Stress, & Coping. 2016;29(2):219-39.

۱۲. Lee I, G. C. Rossi C, Poli A, Bailey R. The role of metacognitive beliefs in health anxiety. *Personality and Individual Differences*. 2016;89:80-5.
33. Sca O, Rilla ,, Carlton RN. Induction procedure. *PloS one*. 2016;11:(7):e0155130.
44. Riss TA. Anxiety sensitivity dimensions of each construct. *Journal of affective disorders*. 2015;184:305-9.
55. Lee I, G. C. Rossi C, Poli A, Bailey R. The role of metacognitive beliefs in health anxiety. *Personality and Individual Differences*. 2016;89:80-5.
66. Lee I, G. C. Rossi C, Poli A. Self-reporting Italian clinical sample. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2018;25(2):263-71.
77. Bily R, Lee A. Misinterpretation and health anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*. 2015;34:8-14.
88. Bk B, Rky H. British Journal of Psychiatry. 1982;141(3):233-8.
۱۹. Lee I, G. C. Rossi C, Poli A, Bailey R. The role of metacognitive beliefs in health anxiety. *Personality and Individual Differences*. 2016;89:80-5.
۲۰. Bk B, Rky H. British Journal of Psychiatry. 1982;141(3):233-8.
۱۱. Hiller ,, Riff ,, F. Psychological medicine. 2002;32(4):707-18.
22. Lee A, Cartwright-Hatton .. Behaviour research and therapy. 2004;42(4):385-96.
۲۳. Bily R, Lee A. Deviant health anxiety: the MCQ-HA. *Psychiatry research*. 2015;230(3):871-7.
44. Carlton RN, Norton .. Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of anxiety disorders*. 2007;21(1):105-17.
55. Bk B, Rky H. British Journal of Psychiatry. 1982;141(3):233-8.
66. Zmnstii ,, Dibbban R, Cmrr J,, Keaall PC. Assessment. 2021:1073191121998769.
77. Rr ggii AA, aaaa mrrrrr ,, . hnjiii S, yyyffard ,, Droi e N, rrvizi aard AA. Psychometric properties of the Iranian version of the Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3). *Trends in psychiatry and psychotherapy*. 2019;41:254-61.
88. Zgglll ccii Z, Yeeefi Z, Kssvvrz NT. Advances in Bioscience and Clinical Medicine. 2018;6(4):1-6.
99. Baily R, Lee A. The prediction of health anxiety: An evaluation of the metacognitive versus the cognitive models. *Clinical Psychologist*. 2016;20(3):129-37.
00. Karimi J, Hmyyiii A, Homyyiii .. Avoidance and Anxiety Sensitivity among non-clinical Population. *Journal of Research in Psychological Health*. 2019;12(4):66-79.
11. aannyy A,, ccvvooy ... Tri t vrrsss situtt inn-eeefic itt olernee ff cccrrtii nty in a llii cal sample with anxiety and depressive disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2012;41(1):26-39.
۳۲. ttt zrrr ,, Amnnnnnn nJ, Cary C ,Thibodeau MA, Brandt C, Zvolensky MJ, et al. How do elements of a reduced capacity to withstand uncertainty relate to the severity of health anxiety? *Cognitive behaviour therapy*. 2014;43(3):262-74.
33. dddd. M,, Csil li G, Nikeevic AV, ee lls A. Addictive behaviors. 2015;44:9-15.

44. Bii. R, Wlls A. Dsss mttcggii tinn mkke a ""ieee nntriution to aaalth xxxiety wnnn controlling for neuroticism, illness cognition, and somatosensory amplification? Journal of Cognitive Psychotherapy. 2013;27(4):327-37.

55. Kuur A, Butww ,, wwwss B. Do mttcggii tisss prddict attttt iaaal ii as in eell th tty? Cognitive Therapy and Research. 2011;35(6):575-80.

