Journal of Research in Psychological Health
March 2019, Volume 12, Issue 4

The Prediction of Health Anxiety based on Experiential Avoidance and Anxiety Sensitivity among Non-Clinical Population

Javad Karimi1[1*], Atefe Homayuni[2], Freshte Homayuni[3]

1. Department of literature and humanities, The University of Malayer, Malayer.
2. PhD student in Health Education and Health Promotion. Hormozgan university of Medical Sciences. Hormozgan.
3. Master of Science in Clinical Psychology, Department of literature and humanities, Islamic Azad University, NajafAbad Branch, Isfahan.

Citation: Karimi J, Homayouni A, Homayouni F. The Prediction of Health Anxiety based on Experiential Avoidance and Anxiety Sensitivity among non-clinical Population. Journal of Research in Psychological Health. 2019; 12 (4):66-79 [Persian].

Highlights

- Anxiety Sensitivity is directly related to Health Anxiety.
- Experiential Avoidance is directly related to Health Anxiety.
- anxiety sensitivity and experiential avoidance are capable to predict health anxiety

Keywords
anxiety sensitivity, dysfunctional beliefs, experiential avoidance, health anxiety

Abstract

Hypochondria's or health anxiety disorder is characterized by abundant anxiety and fear about having a serious illness. The purpose of this study was to determine the relationship between anxiety sensitivity and experiential avoidance with health anxiety. This research is descriptive correlation method and its statistical population included all students of Malayer University, from whom 388 students (138 males and 250 females) were selected through convenient sampling method. Data were gathered using Anxiety Sensitivity Index (ASI-3), acceptance and action questionnaire, and Short Health Anxiety Inventory (SHAI). Data were analyzed using Pearson correlation coefficient and multiple regression analysis (stepwise method). Pearson correlation analysis results showed that there is a significant positive relationship between dimensions of anxiety Sensitivity and experiential avoidance with health anxiety. Moreover, Multiple regression analysis results revealed that anxiety sensitivity and experiential avoidance were able to predict health anxiety respectively.These variables can predict 24 percentages of the total variance of health anxiety. Based on these findings, anxiety sensitivity and experiential avoidance are capable to predict health anxiety. It could be concluded that reducing anxiety sensitivity and experiential avoidance could be one of the main mechanism for reducing the health anxiety.

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.2.7]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.66]

پیش‌بینی اضطراب سلامت بر پایهٔ اجتناب تجربی و حساس بودن به علائم اضطراب در جمعیت غیر بالینی

جواد کریمی[۱] ، عاطفه همایونی[۲] ، فرشته همایونی[۳]

۱. (نویسندهٔ مسئول) گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران.
j.karimi @malayeru.ac.ir

۲. دانشکدهٔ بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، هرمزگان.

۳. دانشکدهٔ ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد نجف‌آباد، اصفهان.

تاریخ دریافت
۱۳۹۷/۸/۱۰
تاریخ پذیرش
۱۳۹۷/۱۲/۲۷

واژگان کلیدی
حساسیت به اضطراب، باورهای ناکارآمد، اجتناب تجربی، اضطراب سلامت

یافته‌های اصلی

- حساس بودن به علائم اضطراب با اضطراب سلامت ارتباط مستقیم دارد.
- اجتناب تجربی با اضطراب سلامت ارتباط مستقیم دارد.
- حساس بودن به علائم اضطراب و اجتناب تجربی، توان پیش‌بینی اضطراب سلامت را دارند.

چکیده

خودبیمارانگاری یا اضطراب سلامت، اختلالی است که با اضطراب و ترس فراوان دربارهٔ داشتن یک بیماری جدی مشخص می‌شود. هدف از پژوهش حاضر، تعیین رابطه بین حساس بودن نسبت‌به علائم اضطراب و اجتناب تجربی با اضطراب سلامت بود. روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود و جامعهٔ آماری آن را همهٔ دانشجویان دانشگاه ملایر تشکیل دادند که از میان آنان ۳۸۸ نفر (۱۳۸ نفر مرد و ۲۵۰ نفر زن) براساس روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامهٔ حساس بودن نسبت‌به علائم اضطراب، پرسشنامهٔ پذیرش و عمل و برگهٔ کوتاه پرسشنامهٔ اضطراب سلامت استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه، به شیوهٔ گام‌به‌گام انجام شد. نتایج تحلیل همبستگی پیرسون نشان داد که بین ابعاد حساس بودن به علائم اضطراب و اجتناب تجربی با اضطراب سلامت، رابطهٔ مثبت معنی‌داری وجود دارد. علاوه بر این، نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد که اضطراب سلامت، به‌ترتیب از طریق حساس بودن به علائم اضطراب و اجتناب تجربی قابل‌پیش‌بینی است. این متغیرها می‌توانند ۲۴درصد از پراکندگی‌های اضطراب سلامت را به‌صورت معنادار پیش‌بینی کنند. بر این اساس، حساس بودن به علائم اضطراب و اجتناب تجربی، توان پیش‌بینی اضطراب سلامت را دارند و می‌توان گفت که با کاهش حساس بودن به علائم اضطراب و اجتناب تجربی می‌توان اضطراب سلامت را کاهش داد.

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.2.7]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.66]

مقدمه

با توجه به نقش مهم سلامت جسمانی در زندگی افراد، جای تعجب نیست که اکثر افراد در بعضی از مواقع نگرانی‌هایی دربارهٔ سلامتی خود داشته باشند (۱). برای افرادی که از بیماری‌های جدی جسمانی رنج می‌برند، این‌گونه نگرانی‌ها انطباقی است و باعث می‌شود این افراد به علائم بدنی خود توجه کنند تا در صورت مشاهدهٔ هرگونه علائم بیماری، به‌موقع برای درمان اقدام کنند (۲). درواقع به‌عنوان یکی از راهبردهای مراقبت از خود به بیماران در معرض خطر آموزش می‌دهند که علائم و نشانه‌های بدنی خود را برای شناسایی عوامل احتمالی بیماری بررسی کنند (۳). در دیگر موارد نگرانی‌های شدیدی دربارهٔ سلامت جسمانی در غیاب هرگونه نشانهٔ عینی خطر رخ می‌دهد. مانند زمانی که افراد بر مبنای تفسیر اشتباه علائم بدنی خود به این نتیجه می‌رسند که بیمارند: سردرد من نشانهٔ این است که من تومور مغزی دارم (۲). اضطراب سلامت اختلالی است که با اضطراب و ترس فراوان در مورد داشتن یک بیماری جدی مشخص می‌شود؛ بنابراین مسئله اصلی در این اختلال اضطراب است که شکل بروز آن با سایر اختلالات اضطرابی متفاوت است (۴, ۵). اضطراب سلامت یک مفهوم پیوستاری است که برای اولین‌بار توسط سالکوویسکیس و وارویک[1] پیشنهاد شد (۶). در یک طرف پیوستار، نگرانی‌های خفیف دربارهٔ سلامتی و ابتلا به بیماری و در طرف دیگر آن، اختلال خودبیمارانگاری[2] قرار می‌گیرد که با ترس‌های افراطی و گاه هذیانی دربارهٔ سلامتی و علائم جسمانی مشخص می‌شود. آن‌ها بیان کردند که بعضی از افراد بیشتر از مردم عادی دربارهٔ سلامتی خود نگران هستند؛ اما همهٔ ویژگی‌های تشخیصی خودبیمارانگاری را هم ندارند. درنتیجه مفهوم پیوستاری اضطراب سلامتی را به کار بردند که هم اضطراب سلامتی خفیف و هم خودبیمارانگاری را دربرمی‌گیرد (۷). در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-V) اختلال اضطراب سلامتی و اختلال علائم جسمی جایگزین خودبیمارانگاری شده‌اند. (۸).

سالکوویسکیس، معتقد است اضطراب سلامت در اثر تفسیرهای غلط فاجعه‌آمیز علائم و نشانه‌های بدنی ایجاد می‌شود (۹،۶). تحقیقات نشان داده است که خودبیمارانگاری، ویژگی‌های مشترک بسیاری با اختلالات اضطرابی و خلقی دارد (۱۰). درواقع اختلالات خلقی و اضطرابی ازجمله اختلال‌های همبود با خودبیمارانگاری محسوب می‌شود که این امر بیانگر آن است که اگر فردی دچار اختلال خودبیمارانگاری باشد، محتمل‌ترین اختلال همبود، یکی از اختلالات اضطرابی یا خلقی خواهد بود (۱۰-۱۳)؛ همچنین گروه تحقیقاتی DSM-V عنوان کرده‌اند که بهتر است افرادی را که دچار اختلال خودبیمارانگاری هستند، افرادی با اختلالات اضطرابی در نظر بگیریم. عقیده‌ای که از حمایت تجربی گسترده‌ای برخوردار است (۴). در خودبیمارانگاری افراد با علائم بدنی خود، مشغولیت ذهنی دارند و این علائم را به‌عنوان نشانهٔ داشتن یک بیماری جسمانی سوءتعبیر می‌کنند. تقریباً هر حس جسمانی می‌تواند به کانون نگرانی این افراد تبدیل شود (۴).

اضطراب سلامتی شدید به‌طورمعمول مزمن است و معمولاً در اوایل بزرگسالی توسعه می‌یابد؛ هرچند می‌تواند در هر سنی شروع شود. برحسب شیوع اختلالات اضطراب سلامتی خاص، خودبیمارانگاری بین ۱تا۵درصد افراد را در طی عمرشان تحت تأثیر قرار می‌دهد و شیوع یک‌سالهٔ مشابهی دارد (۱۴،۱۳). میزان شیوع نقطه‌ای در مراکز مراقبت‌های اولیه به‌طور گسترده‌ای براساس روش‌های مورد استفاده در ارزیابی تغییر می‌کند؛ اما بین ۱تا۹درصد گزارش می‌شود (۱۵, ۱۶). درمجموع، این میزان شیوع نشان می‌دهد که اضطراب سلامتی شدید همانند بسیاری از اختلالات روانی دیگر شایع یا حتی رایج‌تر از آن‌ها است. اضطراب سلامتی، نه‌تنها موجب رنج زیاد برای بیمار و اطرافیانش می‌شود، بلکه به‌دلیل استفادهٔ بیشتر از مراقبت‌های پزشکی، بسیار هزینه‌بر است (۱۸,۱۷). اضطراب سلامتی، فراتر از نگرانی‌های عادی دربارهٔ سلامت است و می‌تواند عملکرد شغلی، تحصیلی و روابط میان‌فردی را به‌طورجدی تحت تأثیر قرار دهد (۱۹). دانشجویان، ازجمله افرادی هستند که تحت تأثیر این اختلال و پیامدهای جدی آن قرار می‌گیرند. در مطالعه‌ای که با هدف پیش‌بینی

1. Salkovskis & Warwick
2. hypochondriasis

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.2.7]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.66]

خودبیمارانگاری براساس صفات شخصیتی انجام شده، مشخص شده است که خودبیمارانگاری با روان‌رنجورخویی دارای همبستگی مثبت و با سازگاری و برون‌گرایی دارای همبستگی منفی است؛ همچنین این متغیر با دو صفت وجدانی‌بودن و انعطاف‌پذیری هیچ‌گونه ارتباط معناداری نداشت (۲۰). مطالعات روی اضطراب سلامت دانشجویان علوم پزشکی نشان داد که بسیاری از آن‌ها به‌خصوص در سال اول و حتی سال‌های بعد، مبتلا به اضطراب در مورد بیماری‌هایی می‌شوند که در حال مطالعهٔ آن‌ها هستند (۲۱). نتایج تحقیق پاشا نشان داد که حدود ۱۲درصد از دانشجویان دارای خودبیمارانگاری هستند (۲۲). نتایج تحقیق قاسم‌نژاد و همکاران که با هدف تعیین میزان اضطراب و خودبیمارانگاری و ارتباط اضطراب با خودبیمارانگاری روی ۳۱۵ نفر از دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه آزاد از تمامی رشته‌های تحصیلی به شیوهٔ تصادفی‌طبقه‌ای انجام شد، نشان داد که ۲۸/۳درصد از دانشجویان اضطراب شدید و ۳۴/۴درصد خودبیمارانگاری شدید دارند. بین خودبیمارانگاری و اضطراب و بین اضطراب و خودبیمارانگاری با سن، جنسیت، وضعیت تأهل، محل سکونت، وضعیت اقتصادی، بیماری دوران کودکی و بیماری والدین، ارتباط معناداری وجود داشت (۲۳).

مدل‌های نظری مختلفی جهت فهم خودبیمارانگاری و اضطراب سلامت مطرح شده است (۲۴, ۲۵). رویکردی که به‌طور گسترده‌تری مورد پژوهش قرار گرفته، رویکردی است بر اساس نظریهٔ شناختی بک که بیان می‌کند اختلالات هیجانی از باورهای ناکارآمد ناشی می‌شوند (۳). برای نمونه، فرض می‌شود اضطراب اجتماعی از باورهای اغراق‌آمیز دربارهٔ مورد ارزیابی منفی قرارگرفتن (۲۶) و افسردگی از باورهای بیش‌ازاندازه منفی دربارهٔ خود و جهان و آینده ناشی می‌شود (۲۷). در اضطراب سلامت فرض می‌شود، باورهای ناکارآمد بر خطرناک بودن احساسات و پریشانی‌های جسمانی غیرمنتظره یا ناخوشایند، برای نمونه، «هر دردی به معنای این است که من به‌طورجدی مشکلی دارم»، این باور که شخص در «معرض خطر بالایی» از بیماری قرار دارد و بی‌اعتمادی کلی نسبت به پزشکی نوین، متمرکز است (۲۸). فرض می‌شود این نوع باورها به این منجر می‌شود که شخص، به‌غلط نشانه‌ها و احساسات جسمانی بی‌ضرر را به‌عنوان نشانه‌ای از یک بیماری خطرناک تفسیر کند و درنتیجه این تعبیرها، به اضطراب، عدم‌قطعیت و رفتارهای مفرط در جهت کاهش این اضطراب و فراهم کردن اطمینان مجدد دربارهٔ وضعیت سلامتی بینجامد (۳). شواهد تجربی بسیاری از این رویکرد شناختی‌رفتاری به اضطراب سلامت و سودمندی راهبردهای درمانی برگرفته از آن مانند رویارویی، بازسازی شناختی، آموزش روان‌شناختی، که تا حد زیادی در جهت اصلاح باورها و تعبیرهای ناکارآمد معیوب گام برمی‌دارند، حمایت می‌کنند (۲۹).

در نظریهٔ شناختی‌رفتاری اضطراب سلامت، حساس بودن به علائم اضطراب[1] مجموعه‌ای از باورهای ناکارآمد دربارهٔ احساسات جسمانی مرتبط با انگیختگی اضطراب است؛ برای نمونه، «هنگامی‌که قلبم بسیار تند می‌تپد، نگران این هستم که دچار سکتهٔ قلبی شوم» (۳۰). هرچند حساس بودن به علائم اضطراب، عاملی آسیب‌شناختی برای توسعهٔ اختلال وحشت‌زدگی است (۳۱)، شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد حساس بودن به علائم اضطراب با مشکلاتی مثل درد مزمن و اضطراب سلامت هم در نمونه‌های بالینی و هم در نمونه‌های غیربالینی همراه است (۳۳,۳۲). درحقیقت مشخص شده است که حساس بودن به علائم اضطراب میانجی‌گر رابطهٔ بین تجربه‌های یادگیری کودکی و توسعهٔ اضطراب سلامت در میان بزرگسالان جوان است (۳۴)؛ ازاین‌رو به نظر می‌رسد حساس بودن به علائم اضطراب، به‌عنوان یک عادت شناختی در اشتغال ذهنی متمرکز بر سلامتی و اضطراب، عمل کرده و آسیب‌پذیری شخص را نسبت به غلط تعبیر کردن نشانه‌ها و احساسات جسمانی بی‌ضرر گوناگون، به‌عنوان علائم بسیار تهدیدکننده، افزایش می‌دهد (۳۵).

علی‌رغم نقش مهم حساس بودن نسبت‌به علائم اضطراب، در پیش‌بینی اضطراب سلامت، پژوهش‌ها نشان می‌دهد که حساس بودن به علائم اضطراب، به‌طور کامل تمام تغییرپذیری‌ها را در نشانه‌های اضطراب سلامت تبیین نمی‌کند (۳۴, ۳۶)؛ بنابراین، بررسی عوامل دیگری که ممکن است پیش‌بین اضطراب سلامت باشند، مهم است.

1. anxiety sensitivity

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.2.7]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.66]

در سال‌های اخیر توجه زیادی به اجتناب تجربی[1] به‌عنوان عامل آسیب‌شناختی انواع مختلف اختلال‌های روانی شده است. اجتناب تجربی، سازه‌ای است که به‌منظور اجتناب از تجارب دردناک به کار برده می‌شود. این سازه شامل دو جزء مربوط‌به‌هم است: اول، بی‌میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی (حساسیت‌های بدنی، هیجان‌ها، افکار، خاطره‌ها، زمینه‌های رفتاری) و دوم، تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک یا وقایعی که باعث فراخواندن این تجارب می‌گردند (۳۷). این شکل از اجتناب، شامل اجتناب رفتاری و عاطفی و شناختی نیز می‌شود. اجتناب تجربی در مقابل پذیرش قرار می‌گیرد که به معنای تمایل فرد به پذیرش افکار و هیجان‌ها و تظاهرات رفتاری بدون تلاش برای اجتناب از آن‌ها است. اجتناب تجربی به‌عنوان عامل آسیب‌شناختی[2] انواع مختلف اختلال‌های روانی شناخته شده است (۳۸). عملکرد اجتناب تجربی، کنترل یا به حداقل رساندن تأثیر تجارب آزارنده است و می‌تواند آرامش فوری و کوتاه‌مدت ایجاد کند که به شکل منفی رفتار را تقویت می‌نمایند. این اجتناب زمانی مشکل‌زا خواهد شد که با عملکرد روزانه و دستیابی به اهداف زندگی شخص تداخل پیدا کند (۳۹). اجتناب تجربی، ناتوانی در حفظ تماس با تجربه‌های درونی ناخوشایند و آشفته‌کننده و درنتیجه تلاش برای تغییر دادن، دوری کردن، فرونشاندن، یا در غیر این صورت، کنترل کردن آن‌ها تعریف می‌شود. حجم فزاینده‌ای از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اجتناب تجربی با افسردگی، سوءمصرف مواد، اضطراب، وحشت‌زدگی، وسواس‌های فکری و وسواس‌های عملی، اختلال موکنی، نشانه‌های استرس پس از سانحه و کاهش کیفیت زندگی همراه است (۴۰, ۴۱). از دیدگاه اجتناب تجربی فرض می‌شود که مشکلاتِ همراه با اضطراب، هنگامی منتج می‌شود که شخص تلاش می‌کند تا تجارب درونی منفی را کنترل یا در برابر آن‌ها مقاومت کند؛ برای نمونه فرض می‌شود که اختلال وسواس، کوششی است برای کنترل یا مقاومت در برابر افکار ناخواندهٔ منفی که به‌طور عادی رخ می‌دهند: وسواس‌های فکری، مثلاً تصاویر ذهنی ناخواسته از آسیب رساندن به شخصی که به او علاقهٔ قلبی دارید. اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، از تمایلی مشابه به تلاش برای کنترل نگرانی‌ها و سایر شناخت‌های منفی، مثل پیش‌بینی پیامدهای خطرناک منتج می‌شود (۴۲). این‌طور تصور می‌شود که وقتی یک شخص تلاش می‌کند تا احساسات جسمانی غیرمنتظره و افکار ترسناک مرتبط با سلامتی و احساسات اضطراب را کنترل یا در برابر آن‌ها مقاومت کند، احتیاط موردنیاز برای کنترل یا مقاومت در برابر این تجارب، به‌صورت تناقض‌آمیزی آن‌ها را به‌صورت مجدد با تجارب بسیار منفی که فرد در تلاش برای اجتناب از آن‌هاست متصل یا حتی آن‌ها را تقویت می‌کند. نتیجهٔ نهایی، یک دور معیوب خوداتکایی است.

هرچند که بررسی اضطراب سلامت بین بیماران مبتلا به خودبیمارانگاری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، بررسی آن در نمونه‌های غیربالینی نیز بنا بر دلایل زیر اهمیت خاصی دارد: اول اینکه بسیاری از پژوهشگران معتقدند که اضطراب سلامت روی یک پیوستار قرار می‌گیرد و از سطح حداقل تا سطح شدید (خودبیمارانگاری) تداوم دارد؛ ثانیاً بررسی اضطراب سلامت در نمونه‌های غیربالینی به فهم این‌که چگونه علائم خودبیمارانگاری از نگرانی‌های عادی در مورد سلامتی به وجود می‌آید، کمک می‌کند و بالاخره اینکه بررسی اضطراب سلامت در نمونه‌های غیربالینی می‌تواند به این امر کمک کند که اضطراب سلامت را جدای از مشکلات جسمی واقعی بررسی کرد (۴۳، ۴۴). با توجه به مطالب بیان‌شده، شناسایی پیش‌بین‌های اضطراب سلامت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش حساس بودن نسبت به علائم اضطراب و اجتناب تجربی در پیش‌بینی اضطراب سلامت بین دانشجویان است.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر یک مطالعهٔ توصیفی از نوع همبستگی است که جامعهٔ آماری آن را تمام دانشجویان دانشگاه ملایر در سال تحصیلی ۹۷-۹۶ تشکیل دادند. این تعداد مطابق با آمار مسئولان دانشگاه ملایر در سال تحصیلی ۹۷-۹۶ شش‌هزار نفر بود. در این پژوهش، حجم نمونه با توجه به

1. experiential avoidance
2. psychological diathesis

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.2.7]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.66]

فرمول کوکران معادل ۳۸۸ نفر برآورد گردید. با توجه به احتمال مواجهه با پاسخنامه‌های مخدوش تعداد ۴۰۰ نفر به‌صورت نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و مورد مطالعه قرار گرفتند. محقق پس از کسب مجوزهای لازم، به دانشگاه مراجعه کرده و پس از دسترسی به نمونه (در مراکز فرهنگی، ادبی، مذهبی، خوابگاه‌ها، در پایان کلاس درس) به معرفی خود و ارائهٔ توضیحات مختصری دربارهٔ اهداف پژوهش پرداخت. به‌منظور رعایت موازین اخلاقی، موارد زیر مورد توجه قرار گرفت:

اهداف پژوهش، روش به‌کار گرفته‌شده در پژوهش، فواید و گروه‌هایی که از نتایج مطالعه بهره‌مند خواهند شد، برای همهٔ شرکت‌کنندگان در پژوهش توضیح داده شد. رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان در پژوهش اخذ شد. به شرکت‌کنندگان اجازه داده شد که در صورت نبودِ تمایل از تکمیل پرسشنامه‌ها انصراف دهند. برای آن‌ها توضیح داده شد که محقق مسئول حفظ اسرار شرکت‌کنندگان است و تدابیر مناسبی برای جلوگیری از انتشار آن اتخاذ نموده است. به شرکت‌کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد که در صورت تمایل می‌توانند از نتایج پژوهش مطلع گردند. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات ثبت‌شده در پرسشنامه‌ها بدون نام و محرمانه خواهد بود و اطلاعات کاملاً محرمانه خواهند ماند و در هیچ جا به نفع یا علیه ایشان مورد استفاده قرار نخواهد گرفت و نتایج به‌صورت گروهی و آماری و نه به‌صورت فردی منتشر خواهد شد. از مجموع چهارصد دانشجوی انتخاب‌شده تعداد ۳۸۸ دانشجو (۱۳۸ دانشجوی پسر و ۲۵۰ دانشجوی دختر) به ابزارهای پژوهش به‌صورت کامل پاسخ دادند که در مطالعهٔ نهایی بررسی شد.

در این تحقیق، اضطراب سلامت متغیر، ملاک بوده و حساس بودن به علائم اضطراب و اجتناب تجربی متغیرهای پیش‌بین را تشکیل می‌دادند. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ و در سطح آمار توصیفی، از میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی، از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیری استفاده شد.

ب) ابزار و مواد

۱- پرسشنامهٔ حساس بودن نسبت به علائم اضطراب[1] ۳

پرسشنامهٔ حساس بودن به علائم اضطراب، نسخه‌ای هیجده‌سؤالی است که از پرسشنامهٔ حساس بودن به علائم اضطراب اولیه به دست آمده است (۴۵). این پرسشنامه اعتقادات فرد دربارهٔ عواقب ترسناک نشانه‌های مرتبط با انگیختگی اضطراب را اندازه‌گیری می‌کند؛ مثلاً وقتی‌که دچار تنگی نفس شوم، می‌ترسم. پاسخ‌دهندگان موافقت خود را با هر یک از سؤالات پرسشنامه، از بسیار کم (۰) تا بسیار زیاد (۴) مشخص می‌کنند که دامنهٔ نمرات بین ۰ و ۷۲ است و نمرات بالاتر، بیانگر حساسیت بیشتر به علائم اضطراب است. پرسشنامهٔ حساس بودن به علائم اضطراب، دارای سه خرده‌مقیاس نگرانی‌های اجتماعی (این‌که عصبی به نظر نرسم، برایم مهم است)، ترس از علائم فیزیکی (وقتی قلبم به سرعت می‌زند، دچار احساس نگرانی می‌شوم) و ترس از نداشتن کنترل شناختی (وقتی نمی‌توانم تمرکزم را بر کاری حفظ کنم، دچار نگرانی می‌شوم) است (۳۳). پرسشنامهٔ حساس بودن به علائم اضطراب دارای همسانی درونی خوبی است: بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۶ برای بعد ترس از علائم فیزیکی، ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ برای ترس از نداشتن کنترل شناختی، ۰/۷۳ تا ۰/۸۶ برای بعد نگرانی‌های اجتماعی (۴۵). همچنین ساختار سه‌عاملی این پرسشنامه در پژوهش‌های متعدد تأیید شده است (۴۶). در پژوهش حاضر همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

۲- پرسشنامهٔ پذیرش و عمل[2] ویرایش ۲ (AAQ-II)

این پرسشنامهٔ هفت‌پرسشی را باوند[3] و همکاران (۴۷) برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به‌ویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین کرده‌اند. این پرسشنامه، این موارد را می‌سنجد: تمایل نداشتن به تجربهٔ افکار و احساسات ناخواسته (از احساس‌هایم می‌ترسم)؛ ناتوانی در بودن در زمانِ حال؛ حرکت در جهت

1. Anxiety Sensitivity Index-3
2. Acceptance and Action Questionnaire
3. Bond

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.2.7]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.66]

ارزش‌های درونی (خاطرات دردناکم، مرا از داشتن یک زندگی رضایت‌بخش محروم می‌کند). سؤال‌های این پرسشنامه براساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای (هرگز=۱، خیلی بندرت=۲، بندرت=۳، گاهی اوقات=۴، بیشتر اوقات=۵، تقریباً همیشه=۶، همیشه=۷) رتبه‌بندی می‌شود. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهندهٔ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربی بالاتر است. پایایی آزمون‌بازآزمون این پرسشنامه توسط باوند و همکاران، ۰/۸۱ و همسانی درونی آن، ۰/۸۴ به دست آمده است (۴۷). در ایران نیز ضریب پایایی آلفای کرونباخ پرسشنامهٔ پذیرش و عمل، ویرایش دوم، ۰/۸۹ و ضریب پایایی بازآزمون ۰/۷۱ به دست آمده است (۴۸).

۳- برگهٔ کوتاه پرسشنامهٔ اضطراب سلامت[1] (SHAI)

این پرسشنامه یک مقیاس خودگزارشی با هیجده عبارت است که در رابطه با هر یک از عبارات مذکور، چهار گزینه مطرح است. از آزمودنی خواسته می‌شود تا هریک از چهار گزینهٔ مطرح‌شده برای هریک از عبارات را به‌دقت بخواند و عبارتی را که به بهترین وجه، وضعیت او را طی شش ماه اخیر توصیف می‌کند، انتخاب نماید. عبارات این آزمون در رابطه با نگرانی‌های مرتبط با سلامت، توجه به احساسات یا تغییرات بدنی و پیامدهای هولناکِ ابتلا به یک بیماری است. به هنگام نمره‌گذاری به گزینه‌های مطرح‌شده نمره‌ای بین صفر تا ۳ تعلق می‌گیرد. این پرسشنامه، دو عامل احتمال ابتلای به بیماری و پیامدهای منفی ابتلای به بیماری را می‌سنجد که چهارده سؤال اول مربوط به عامل احتمال ابتلای به بیماری و بخش اصلی پرسشنامه است و چهار سؤال آخر پرسشنامه، مربوط به عامل پیامدهای منفی ابتلای به بیماری است. دامنهٔ نمرات این آزمون بین صفر و ۵۴ قرار دارد که نمرات بالاتر بیانگر اضطراب سلامت بیشتر است (۴۹). بررسی‌های متعدد نشان داد که این مقیاس از همسانی درونی مناسبی برخوردار است؛ ضرایب همسانی درونی بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۵ متغیر بوده است. در همین بررسی‌ها، ضریب پایایی از طریق بازآزمایی به فاصلهٔ یک هفته، ۰/۹۰ به دست آمده و نشان داده شده است که این مقیاس می‌تواند بیماران خودبیمارانگار را از گروه‌های کنترل غیربالینی متمایز سازد (۲).

یافته‌ها

در مطالعهٔ حاضر، مجموعاً ۳۸۸ نفر از دانشجویان دانشگاه ملایر به‌عنوان نمونه بررسی شدند. جدول شمارهٔ ۱ چگونگی توزیع این نمونه را برحسب مقطع تحصیلی، جنس و وضعیت تأهل نشان می‌دهد. میانگین سنی اعضای نمونه ۲۱/۲۹ و انحراف معیار ۱/۷۸ بود.

جدول ۱ـ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دانشجویان مورد مطالعه

	متغیرها	تعداد	درصد
جنسیت	پسر	۱۳۸	۳۵/۵۶
	دختر	۲۵۰	٦٤/٤٣
وضعیت تأهل	مجرد	۳۲۰	۸۲/٤۷
	متأهل	٦۸	۱۷/۵۲
	مطلقه	۰	۰
مقطع تحصیلی	کارشناسی	۳۱۹	۸۲/۲۱
	کارشناسی‌ارشد	٤٤	۱۱/۳٤
	دکتری	۲۵	٦/٤٤

1. Short Health Anxiety Inventory

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.2.7]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.66]

شاخص‌های توصیفی متغیرهای اندازه‌گیری‌شده در پژوهش حاضر در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲ـ یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

	میانگین	انحراف معیار
اضطراب سلامت	۱۷/۵۶	۷/۳۹
اجتناب تجربی	۲۲/۳۵	۸/۹۸
حساس بودن نسبت‌به علائم اضطراب	۲۳/۰۲	۱۴/۲۴

به‌منظور نشان دادن ارتباط بین متغیرهای پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. مندرجات جدول ۳، ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۳ـ ماتریس ضرایب همبستگی ابعاد حساس بودن به علائم اضطراب، اجتناب تجربی و اضطراب سلامت

	اجتناب تجربی	حساس بودن به علائم اضطراب	ترس از نداشتن کنترل شناختی	ترس از علائم فیزیکی	نگرانی اجتماعی	اضطراب سلامت
اضطراب سلامت	۰/۳۱**	۰/۴۵**	۰/۴۳**	۰/۴۱**	۰/۳۶**	۱
نگرانی اجتماعی	۰/۳۱**	۰/۸۴**	۰/۶۲**	۰/۶۱**	۱	
ترس از علائم فیزیکی	۰/۲۶**	۰/۹**	۰/۷۷**	۱		
ترس از نداشتن کنترل شناختی	۰/۳۱**	۰/۹**	۱			
حساس بودن به علائم اضطراب	۰/۳۳**	۱				
اجتناب تجربی	۱					

*p<۰/۰۵ **p<۰/۰۱

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین همهٔ ابعاد حساس بودن نسبت‌به علائم اضطراب، اجتناب تجربی و اضطراب سلامت در سطح p<۰/۰۱ رابطهٔ مثبت و معنی‌داری وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر، بالابودن حساسیت به علائم اضطراب و اجتناب تجربی، باعث افزایش اضطراب سلامت می‌شود. برای تعیین سهم هر یک از متغیرهای حساس بودن به علائم اضطراب و ابعاد آن و اجتناب تجربی در پیش‌بینی اضطراب سلامت، از آزمون آماری ضریب رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام و ضرایب بتا استفاده شد که نتایج در جدول ۴ ارائه شده است. پیش از استفاده از این آزمون، تحلیل‌های اولیه به‌منظور اطمینان از عدم‌تخطی از مفروضه‌های چندهم‌خطی، عادی بودن و استقلال مقادیر باقی‌مانده انجام شد؛ همچنین، مفروضهٔ هم‌خطی چندگانه با استفاده از آمارهٔ تورم واریانس[1] (VIF) بررسی شد که نتایج به‌دست‌آمده نشان‌دهندهٔ نبود هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای پیش‌بین بود. آزمون کلموگراف-اسمیرنف[2] نیز عادی بودن داده‌ها را تأیید کرد. علاوه بر این، به‌منظور بررسی استقلال مقادیر باقی‌مانده یا خطاها، از آمارهٔ دوربین واتسون[3] استفاده شد که نتایج آن نشان‌دهندهٔ برقراری این مفروضه بود.

1. variance inflation factor
2. Kolmogorov-Smirnov
3. Durbin-Watson

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.2.7]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.66]

جدول ٤ـ شاخص‌های رگرسیون چندگانهٔ اضطراب سلامت، اجتناب تجربی و حساس بودن به علائم اضطراب

مدل	R	مجذور r	مجذور r تعدیل‌شده	خطای استاندارد برآورد
گام اول، متغیر پیش‌بین: (ثابت) و حساس بودن نسبت‌به علائم اضطراب	۰/٤٥	۰/۲۱۱	۰/۲۰	٦/٥٧
گام دوم، متغیر پیش‌بین: (ثابت)، حساس بودن به علائم اضطراب و اجتناب تجربی	۰/٤۹	۰/۲٤	۰/۲۳	٦/٤٦

در جدول ۴ قابل‌مشاهده است که حساس بودن به علائم اضطراب و اجتناب تجربی می‌توانند ۲۴درصد از پراکندگی‌های اضطراب سلامت را به‌صورت معنی‌دار پیش‌بینی نمایند (P<۰/۰۰۱). برای تعیین سهم تفکیکی هریک از متغیرهای پیش‌بین (حساس بودن به علائم اضطراب و اجتناب تجربی) در پیش‌بینی پراکندگی‌های متغیر ملاک (اضطراب سلامت) از ضریب بتا استفاده شد. نتایج حاکی از آن است که حساس بودن به علائم اضطراب با ضریب بتای (۰/۳۹) و اجتناب تجربی با ضریب بتای (۰/۱۸)، قادر هستند اضطراب سلامت را تبیین نمایند. مقادیر t به ترتیب برای هرکدام برابر با ۸/۱۳ و ۳/۷۷ است که نشانگر معنی‌داری ضرایب بتا است (p< ۰/۰۰۱).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین حساس بودن نسبت‌به علائم اضطراب و اجتناب تجربی، با اضطراب سلامت بود. همسو با پژوهش‌های پیشین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که حساس بودن به علائم اضطراب و اجتناب تجربی به‌طور مثبت با اضطراب سلامت رابطه دارند. علاوه بر این، نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد که اضطراب سلامت به ترتیب از طریق حساس بودن به علائم اضطراب و اجتناب تجربی قابل‌پیش‌بینی است. این متغیرها می‌توانند ۲۴درصد از پراکندگی‌های اضطراب سلامت را به‌صورت معنادار پیش‌بینی نمایند.

طبق نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل همبستگی پیرسون مشخص شد که بین ابعاد حساس بودن به علائم اضطراب و اضطراب سلامت رابطهٔ معناداری وجود دارد. این یافته همسو با شواهد پژوهشی هماهنگ فراوانی است که نشان می‌دهد که حساس بودن به علائم اضطراب به‌عنوان یک عامل آسیب‌شناختی روانی برای توسعهٔ اضطراب و اختلالات هیجانی عمل می‌کند (۵۰-۵۲)؛ همچنین این یافته همسو با پژوهش‌هایی است که نشان می‌دهد حساس بودن به علائم اضطراب، عامل پیش‌بینی‌کننده‌ای دقیق برای اختلال خودبیمارانگاری در نمونه‌های بالینی و جمعیت عادی است (۵۳).

در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که حساس بودن به علائم اضطراب، یک ویژگی شناختی نسبتاً پایدار است که افراد را مستعد داشتن مشکلات اضطرابی می‌کند (۵۴) حساس بودن به علائم اضطراب باعث می‌شود که فرد از علائم جسمانی و روانی و قابل‌مشاهده اضطراب بترسد که این امر باعث می‌شود که اضطراب معمول و طبیعی افزایش یابد و باعث تشدید علائم جسمانی اضطراب شود و فرد به این باور برسد که دچار یک بیماری جسمانی جدی است (۵۵).

همچنین می‌توان بیان داشت که طبق رویکردهای شناختی در سبب‌شناسی اختلالات روان‌شناختی باورهای ناکارآمد افراد به برداشت‌های غلط فاجعه‌آمیز از نشانه‌های محیطی منجر می‌شود و به دنبال آن اضطراب را به همراه دارد. درواقع این باورهای ناکارآمد باعث می‌شود که فرد زمانی که تهدید واقعی وجود ندارد دچار اضطراب شود. در این رابطه حساس بودن به علائم اضطراب، مجموعه‌ای از باورهای ناکارآمد در مورد خطرناک بودن علائم جسمانی و برانگیختی فیزیولوژیک در نظر گرفته می‌شود. این عوامل باعث تشدید اضطراب طبیعی می‌شود و فرد به این باور می‌رسد که مبتلا به یک مشکل جسمانی است.

شواهد پژوهشی هماهنگ فراوانی نشان می‌دهد که حساس بودن به علائم اضطراب به‌عنوان یک عامل آسیب‌شناختی روانی برای توسعهٔ اضطراب

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.2.7]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.66]

و اختلالات هیجانی است (۵۰-۵۲). درواقع این یافته نشان می‌دهد که اشتغال ذهنی با باورهای غیرمنطقی مبنی بر خطرناک بودن احساسات جسمانی مرتبط با انگیختگی اضطراب، یکی از عوامل آسیب‌شناسی برای اضطراب سلامت است (۳۰).

یافتهٔ دیگر پژوهش نشان داد که بین اجتناب تجربی و اضطراب سلامت رابطهٔ مثبت و معنی‌داری وجود دارد. این یافته همسو با پژوهش‌هایی است که در این پژوهش‌ها اجتناب تجربی به‌عنوان یک عامل مهم در مدل‌های نظری اضطراب، حمایت فراوان دریافت کرده است (۵۵, ۵۶). این یافته با نتایج برمن و همکاران (۵۷) همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان این‌گونه بیان داشت که اجتناب به تلاش برای سرکوب احساسات، افکار و دیگر تجربه‌های خصوصی می‌انجامد و درنتیجه این عدم انعطاف‌پذیری روانی زمینه‌ساز اختلالات هیجانی می‌شود (۵۸). اعتقاد بر این است که ریشهٔ اجتناب تجربی، در همجوشی شناختی[1] نهفته است؛ یعنی اگر فرد با این فکر اشتغال ذهنی داشته باشد که باید از یک تجربهٔ به‌خصوص، به‌خاطر دردناک بودن آن اجتناب کند (مثل یک هیجان، فکر، خاطره)، تجربه به شکل تحمل‌ناپذیر آشکار خواهد شد. این بدان معنی است که فرد، تجربه را با فکر بازنمایی می‌کند، بنابراین آن دو کاملاً با یکدیگر آمیخته می‌شوند. وقتی‌که آن‌ها با یکدیگر آمیخته شدند، فرد به‌صورت ذاتی تلاش خواهد کرد تا از آن تجربه اجتناب کند. در اجتناب تجربی، فرد تلاش می‌کند تا از طریق راهبردهای اجتنابی مثل نشخوار فکری و ارزیابی مجدد افکار، رویدادهای مرتبط با تجربهٔ نگران‌کننده را تغییر دهد. هرچند اجتناب تجربی می‌تواند تسکین موقتی برای کاهش اضطراب ایجاد کند، اما در درازمدت به حفظ و تداوم رفتارها و هیجان‌های منفی در او منجر می‌گردد (۵۹).

همچنین رگرسیون چندمتغیره نشان داد که حساس بودن به علائم اضطراب و اجتناب تجربی، به‌طور هم‌زمان و معناداری قادر به پیش‌بینی اضطراب هستند. درخصوص این یافته می‌توان این‌گونه بیان داشت که هم حساس بودن به علائم اضطراب و هم اجتناب تجربی، ازجمله عوامل آسیب‌پذیر مربوط به مشکلات عاطفی هستند؛ بااین‌حال تفاوت‌های چندی بین این دو مفهوم وجود دارد؛ به‌عنوان‌مثال، درحالی‌که اجتناب تجربی، به‌طورکلی مربوط به تجارب درونی منفی است، حساس بودن به علائم اضطراب به‌طور خاص، مربوط به حس‌های بدنی مرتبط با انگیختگی فیزیولوژیک است. همچنین، درحالی‌که حساس بودن به علائم اضطراب به‌عنوان مجموعه‌ای از باورهای ناکارآمد صفت مانند[2] مفهوم‌سازی شده است (۶۰)، اجتناب تجربی به‌عنوان یک فرایند روانی مفهوم‌سازی شده است (۳۷).

یافته‌های این پژوهش می‌تواند رهنمودهایی برای درمان اضطراب سلامت به همراه داشته باشد. درواقع می‌توان از درمان‌های شناختی‌رفتاری برای تغییر عقاید ناکارآمد مرتبط با اضطراب سلامت بهره جست؛ درحالی‌که می‌توان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با هدف کمک به افراد برای افزایش انعطاف‌پذیری روانی نسبت به تجربیات درونی مانند افکار، خاطرات، احساسات و... کمک گرفت. لازم است محققان را به انجام کارآزمایی‌های بالینی جهت بررسی اثربخشی مکانیسم‌های تغییر مورد بررسی، تشویق کنیم.

لازم به ذکر است، یکی از محدودیت‌های عمده در پژوهش حاضر مربوط به نمونهٔ مورد بررسی بود که از جمعیت جوان دانشجویی بودند؛ ازاین‌رو، برای دستیابی به قدرت تعمیم داده‌ها به جمعیت عمومی، لازم است پژوهش‌های دیگری در جمعیت‌های مختلف صورت پذیرد. به محققان پیشنهاد می‌شود که این پژوهش را با نمونه‌های دارای اختلال خودبیمارانگاری و اختلالات اضطرابی در ایران تکرار کنند. همچنین با توجه به اینکه افراد مورد مطالعه از طبقات اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی متفاوتی هستند و عوامل مختلفی در ایجاد اضطراب دخیل هستند، تعمیم نتایج حاصل باید با احتیاط بیشتری صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از دانشجویان دانشگاه ملایر که بی‌هیچ چشم‌داشتی به تکمیل پرسشنامه‌ها پرداختند، قدردانی می‌شود.

1. cognitive fusion

2. trait-like

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.2.7]

[DOI: 10.52547/rph.12.4.66]

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.2.7]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.66]

Refrences

1. Looper KJ, Kirmayer LJ. Hypochondriacal concerns in a community population. Psychol Med. 2001;31(4):577-84.
2. Abramowitz JS, Olatunji BO, Deacon BJ. Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. Behav Ther. 2007; 38(1):86-94.
3. Wheaton MG, Berman NC, Abramowitz JS. The Contribution of Experiential Avoidance and Anxiety Sensitivity in the Prediction of Health Anxiety. J Cogn Psychother. 2010;24(3):229-39.
4. Barlow DH, Durand M. Abnormal Psychology: An Integrative Approach (6th ed). Canada: Wadsworth; 2012.
5. López-Solà C, Bui M, Hopper JL, Fontenelle LF, Davey CG, Pantelis C, et al. Predictors and consequences of health anxiety symptoms: a novel twin modeling study. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2018;137(3):241-51.
6. Salkovskis PM, Warwick H. Making sense of hypochondriasis: a cognitive
theory of health anxiety. In Health anxiety: Clinical and research perspectives on hypochondriasis and related conditions. Chichester: Wiley; 2001.
7. Davoudi I, Nargesi F, Mehrabizadeh HM. Gender diferences in health anxiety and its related dysfunctional beliefs: with control of age. health psychol. 2012;1(3):65-72. [Persian]
8. Te Poel F, Baumgartner SE, Hartmann T, Tanis M. The curious case of cyberchondria: A longitudinal study on the reciprocal relationship between health anxiety and online health information seeking. J Anxiety Disord. 2016;43:32-40.
9. Cooper K, Gregory JD, Walker I, Lambe S, Salkovskis PM. Cognitive behaviour therapy for health anxiety: a systematic review and meta-analysis. Behav Cogn Psychother. 2017;45(2):110-23.
10. Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. J Psychosom Res. 2004;56(4):391-408.
11. Rief W, Hiller W, Margraf J. Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. J Abnorm Psychol. 1998;107(4):587-94.
12. Simon GE, Gureje O, Fullerton C. Course of hypochondriasis in an international primary care study. Gen Hosp Psychiatry. 2001;23(2):51-5.
13. Weck F, Richtberg S, MB Neng J. Epidemiology of hypochondriasis and health anxiety: comparison of different diagnostic criteria. Curr Psychiatr Rev. 2014;10(1):14-23.
14. Looper KJ, Kirmayer LJ. Hypochondriacal concerns in a community population. Psychol Med. 2001;31(4):577-84.
15. Noyes R, Kathol RG, Fisher MM, Phillips BM, Suelzer MT, Holt CS. The validity of DSM-III-R hypochondriasis. Arch Gen Psychiatry. 1993;50(12):961-70.
16. Interian A, Allen LA, Gara MA, Escobar JI, Díaz-Martínez AM. Somatic complaints in primary care: further examining the validity of the Patient Health Questionnaire (PHQ-15). Psychosom. 2006;47(5):392-8.
17. Barsky AJ, Ettner SL, Horsky J, Bates DW. Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. Medical Care. 2001;39(7):705-15.
18. Bobevski I, Clarke DM, Meadows G. Health anxiety and its relationship to disability and service use: findings from a large epidemiological survey. Psychosom Med. 2016;78(1):13-25.
19. McManus F, Surawy C, Muse K, Vazquez-Montes M, Williams JM. A randomized clinical trial of mindfulness-based cognitive therapy versus unrestricted services for health anxiety (hypochondriasis). J Consult Clin Psychol. 2012;80(5):817.
20. Kourayem A, Alilu MM. Prediction of hypochondriasis on the Basis of Personality traits. Journal of Research in Psychological

Health. 2013;7(1):20-8. [Persian].
21. Hunter RC, Lohrenz JG, Schwartzman AE. Nosophobia and hypochondriasis in medical students. J Nerv Ment Dis. 1964;139(2):147-52.
22. Pash GH. Prevalence of Hypochondriasis and relationship between anxiety, depression, and other features of individual and hypochondriasis among psychology students. J knowledge Res Psychol. 2005;25:1-20.
23. Ghasemnejad SM, Jaallalmanesh S, Rasady M, Mahmoudi M. Association study of anxiety and hypochondriasis in student of Islamic Azad university, Lahijan medical branch in 2008. Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch. 2011;21(3):222-6. [Persian].
24. Starcevic V, Lipsett DR (Eds). Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady. New York: Oxford University Press; 2001.
25. Lipsitt DR. Hypochondriasis and somatization disorder: new perspectives. In Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry. Springer; 2015:317-33.
26. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment. New York: Guilford; 1995; 41(68): 00022-3.
27. Hofmann SG, Asmundson GJ, Beck AT. The Science of Cognitive Therapy. Behav Ther. 2013;44(2):199-212.
28. Taylor S, Asmundson GJ. Treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach. New York: Guilford Press; 2004.
29. Olatunji BO, Kauffman BY, Meltzer S, Davis ML, Smits JA, Powers MB. Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. Behav Res Ther. 2014;58:65-74.
30. Olatunji BO, Wolitzky-Taylor KB, Elwood L, Connolly K, Gonzales B, Armstrong T. Anxiety Sensitivity and Health Anxiety in a Nonclinical Sample: Specificity and Prospective Relations with Clinical Stress. Cognit Ther Res. 2009;33(4):416-24.
31. McNally RJ. Anxiety sensitivity and panic disorder. Biol Psychiatry. 2002;52(10):938-46.
32. Abramowitz JS, Moore EL. An experimental analysis of hypochondriasis. Behav Res Ther. 2007;45(3):413-24.
33. Wheaton MG, Deacon BJ, McGrath PB, Berman NC, Abramowitz JS. Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: evaluation of the ASI-3. J Anxiety Disord. 2012;26(3):401-8.
34. Watt MC, Stewart SH. Anxiety sensitivity mediates the relationships between childhood learning experiences and elevated hypochondriacal concerns in young adulthood. J Psychosom Res. 2000 ;49(2):107-18.
35. Wheaton MG, Berman NC, Abramowitz JS. The contribution of experiential avoidance and anxiety sensitivity in the prediction of health anxiety. Behav Cogn Psychother. 2010;24(3):229-39.
36. Deacon B, Abramowitz JS. Is Hypochondriasis Related to Obsessive-Compulsive Disorder, Panic Disorder, or Both? An Empirical Evaluation. J Cogn Psychother. 2008;22(2):115-27.
37. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. J Consult Clin Psychol. 1996;64(6):1152-68.
38. Boulanger JL, Hayes SC, Pistorello J. Experiential Avoidance as a Functional Contextual Concept. Emotion regulation and psychopathology: a transdiagnostic approach to etiology and treatment. 2010:107-36.
39. Eifert GH, Forsyth JP, Arch J, Espejo E, Keller M, Langer D. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. Cogn Behav Pract. 2009;16(4):368-85.
40. Chawla N, Ostafin B. Experiential avoid-

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.2.7]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.66]

ance as a functional dimensional approach to psychopathology: an empirical review. J Clin Psychol. 2007;63(9):871-90.
41. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RT, Pistorello J, Toarmino D, et al. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. Psychol Rec. 2004;54(4):553-78.
42. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, & Strosahl K. Emotional avoidance and behavior disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. J Consult Clin Psychol. 1996;64:1152-68.
43. Abramowitz JS, Deacon BJ, Valentiner DP. The Short Health Anxiety Inventory: Psychometric Properties and Construct Validity in a Non-clinical Sample. Cognit Ther Res. 2007;31(6):871-83.
44. Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? Pers Individ Dif. 1994;17(6):791-802.
45. Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ, Deacon B, Heimberg RG, Ledley DR, et al. Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3.Psychol Assess. 2007;19(2):176-88.
46. Olthuis JV, Watt MC, Stewart SH. Anxiety Sensitivity Index (ASI-3) subscales predict unique variance in anxiety and depressive symptoms. J Anxiety Disord. 2014; 28(2):115-24.
47. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behav Ther. 2011;42(4):676-88.
48. Abasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian Version of Acceptance and Action Questionnaire –II. Journal of psychological models and methods. 2013;2(2): 65-80. [Persian]
49. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HMC, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. Psychol Med. 2002;32(5):843-53.
50. Schmidt NB, Lerew DR, Jackson RJ. The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. J Abnorm Psychol. 1997;106(3):355-64.
51. Schmidt NB, Buckner JD, Keough ME. Anxiety Sensitivity As a Prospective Predictor of Alcohol Use Disorders. Behav Modif. 2007;31(2):202-19.
52. Schmidt NB, Zvolensky MJ, Maner JK. Anxiety sensitivity: Prospective prediction of panic attacks and Axis I pathology. J Psychiatr Res. 2006;40(8):691-9.
53. Stewart SH, Watt MC. Illness Attitudes Scale dimensions and their associations with anxiety-related constructs in a nonclinical sample. Behav Res Ther. 2000; 38(1):83-99.
54. Schmidt NB, Keough ME, Mitchell MA, Reynolds EK, Macpherson L, Zvolensky MJ, et al. Anxiety sensitivity: prospective prediction of anxiety among early adolescents. J Anxiety Disord. 2010;24(5):503-8.
55. Eifert GH, Heffner M. The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2003;34(3-4):293-312.
56. Levitt JT, Brown TA, Orsillo SM, Barlow DH. The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. Behav Ther. 2004;35(4):747-66.
57. Berman NC, Wheaton MG, McGrath P, Abramowitz JS. Predicting anxiety: The role of experiential avoidance and anxiety sensitivity. J Anxiety Disord. 2010,24(1):109-13.
58. Kashdan TB, Barrios V, Forsyth JP, Steger MF. Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.2.7]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.66]

with coping and emotion regulation strategies. Behav Res Ther. 2006;44(9):1301-20.
59. jenadeleh K, Bassak-Nejad S, Yunesi A, Sadatmand, Kh. The relationship between anxiety sensitivity and experiential avoidance and resiliency with test anxietyin male students. J Clin Psychol. 2018;10(1):71-8.
60. Taylor S. Anxiety sensitivity: Theoretical perspectives and recent findings. Behav Res Ther. 1995;33(3):243-58.

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.2.7]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.66]