

پیش‌بینی اضطراب سلامت دانشجویان بر اساس انعطاف‌ناپذیری هیجانی، فراشناخت‌های مرتبط با سلامت و حساسیت اضطرابی

مهدی اکبری*

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

چکیده

از آنجاکه اضطراب سلامت اختلالی است که با اضطراب و ترس فراوان در مورد داشتن یک بیماری جدی مشخص می‌شود که می‌تواند به شدت کیفیت زندگی و عملکرد افراد را تحت تأثیر قرار دهد، پژوهش حاضر باهدف بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی انعطاف‌ناپذیری هیجانی، فراشناخت‌های مرتبط با سلامت و حساسیت اضطرابی در شدت اضطراب سلامت انجام شد. در یک مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی ۳۰۵ شرکت‌کننده به روش نمونه‌گیری در دسترس از میان دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۹۸ انتخاب شدند. سپس به نسخه کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت، مقیاس انعطاف‌پذیری هیجانی، نسخه سوم پرسشنامه‌ی حساسیت اضطرابی و پرسشنامه فراشناخت‌های مرتبط با سلامت پاسخ دادند. نتایج تحلیل داده‌ها با روش همبستگی پیرسون نشان داد تمام متغیرهای پژوهش با اضطراب سلامت رابطه معنی‌داری داشتند. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نیز نشان داد مدل پیش‌بینی شدت اضطراب سلامت به ترتیب شامل فراشناخت‌های مرتبط با سلامت، انعطاف‌پذیری هیجانی و حساسیت اضطرابی بود، این متغیرها به‌طور کلی قادر به پیش‌بینی حدود ۸۳ درصد واریانس شدت اضطراب سلامت بودند که از این بین سهم متغیر فراشناخت‌های مرتبط با سلامت ۴۹ درصد بود؛ بنابراین ماهیت چندبعدی اضطراب سلامت و اهمیت نقش متغیرهای شناختی، فراشناختی و هیجانی در درک ماهیت اضطراب سلامت در پژوهش حاضر مورد تأکید قرار گرفت. همچنین نتایج پژوهش نقش مؤثر باورهای فراشناختی و انعطاف‌پذیری هیجانی در آسیب‌شناسی روانی اضطراب سلامت را تأیید می‌کند.

کلیدواژه‌ها: اضطراب سلامت؛ انعطاف‌ناپذیری هیجانی؛ فراشناخت‌های مرتبط با سلامت؛ حساسیت اضطرابی

مقدمه

با توجه به نقش مهم سلامت جسمانی در زندگی افراد بعید نیست که اکثر افراد در بعضی از مواقع درباره سلامتی خود نگران باشند (هورینستون و همکاران، ۲۰۱۹). برای افراد مبتلا به بیماری‌های سخت جسمی ممکن است این نوع نگرانی‌ها طبیعی و سازگارانه باشد، چرا که به این بیماران کمک می‌کند به علائم جسمانی خود توجه کنند تا در صورت مشاهده هرگونه علائمی به موقع جهت درمان و پیشگیری از عود جلوگیری کنند (مک‌مولان و همکاران، ۲۰۱۹). اما در موارد دیگر، اشتغال ذهنی و نگرانی‌های شدیدی درباره سلامت جسمانی در غیاب هرگونه نشانه و علائم مشهود ناسازگارانه و در برخی موارد بیمارگونه است (هورینستون و همکاران، ۲۰۱۹)، که این حالت اضطراب سلامت نامیده می‌شود.

اضطراب سلامت از جمله اختلال‌هایی است که افراد مبتلا به آن از اضطراب و ترس فراوان در مورد داشتن یک بیماری جدی در غیاب علائم و نشانه‌های مشهود رنج می‌برند (جونس، هاجیوراپولوس و گالیکسون، ۲۰۱۴). این اختلال پیوستاری است که برای اولین بار توسط سالکوویسکیس و وارویک (۲۰۰۱) پیشنهاد شد. در یک طرف پیوستار، نگرانی‌های بسیار خفیف و طبیعی درباره سلامتی جسمانی و در طرف دیگر آن، اختلال اضطراب سلامت قرار می‌گیرد که با اضطراب‌ها و ترس‌های افراطی و در برخی موارد هذیانی درباره سلامتی و علائم جسمی قابل تشخیص است. اضطراب سلامتی، نه تنها موجب رنج زیاد برای بیمار و اطرافیانش می‌شود، بلکه به دلیل استفاده زیاد از مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی و کاهش عملکرد شغلی، تحصیلی، بین‌فردی و خانوادگی می‌تواند هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیمی بر جامعه تحمیل کند. بنابراین بررسی دقیق ماهیت آسیب‌شناسی روانشناختی و همچنین عوامل پیش‌بین‌کننده این اختلال

*پست الکترونیک نویسنده مسئول: Akbari.psy@gmail.com

هم می‌تواند منجر به افزایش دانش علم آسیب‌شناسی شود و هم در جهت پیشگیری و طراحی پروتکل‌های درمانی مؤثر راهگشا باشد (هورنستون و همکاران، ۲۰۱۹؛ مک‌مولان و همکاران، ۲۰۱۹؛ جونس و همکاران، ۲۰۱۴).

بر اساس رویکرد شناختی رفتاری، یکی از عوامل دخیل در ایجاد و تداوم اختلال اضطراب سلامت، حساسیت اضطرابی است که به باورهای ناکارآمد درباره احساسات بدنی مرتبط با برانگیختگی اضطراب است. اگرچه حساسیت اضطرابی، بیشتر به عنوان یک عامل آسیب‌شناسی شناختی اختلال وحشتزدگی محسوب می‌شود، ولی شواهد روزافزونی از این یافته حمایت می‌کنند که حساسیت اضطرابی با اضطراب سلامت هم در جمعیت‌های بالینی و هم غیربالینی همراه است (هورنستین و همکاران، ۲۰۱۹؛ اوبرین و مک‌لیش، ۲۰۱۷؛ رایت، لیبل و کارلتون، ۲۰۱۶؛ فرگوس، ۲۰۱۵؛ نور و همکاران، ۲۰۱۵؛ فرگوس و باردون، ۲۰۱۳). به همین دلیل، این احتمال وجود دارد که حساسیت اضطرابی، به عنوان یک آسیب‌پذیری شناختی نقش مهمی در تولید و تداوم نگرانی‌های مرتبط با سلامت ایفا کند و منجر به سوگیری توجه و تفسیر غلط نشانه‌ها و احساسات بدنی طبیعی و روزمره به عنوان علائم خطرناک شود (اوبرین و مک‌لیش، ۲۰۱۷؛ رایت، لیبل و کارلتون، ۲۰۱۶). علیرغم نقش مهم حساسیت اضطرابی در پیش‌بینی اضطراب سلامت، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که این عامل شناختی، به‌طور کامل قادر به تبیین تمام علائم مربوط به اضطراب سلامت نیست (میلی و همکاران، ۲۰۱۸؛ بیلی و ولز، ۲۰۱۳؛ اسپادا و ولز، ۲۰۰۸).

در مقابل رویکرد شناختی رفتاری، دیدگاه فراشناختی ولز در تبیین اختلال‌های روانشناختی مطرح شده است. فراشناخت شامل دانشی پایدار در مورد باورهای مرتبط به نظام شناختی و دانش مربوط به عواملی است که کارکرد نظام شناختی را تحت تأثیر قرار داده و حالت شناختی جاری را تنظیم نموده و منجر به آگاهی از آن می‌شود (اسپادا و همکاران، ۲۰۰۸). نتایج پژوهش‌های اخیر نیز حاکی از نقش مهم فراشناخت‌ها در بروز و ایجاد، تداوم و عود اضطراب سلامت دارند. در واقع، باورهای فراشناختی مثبت و منفی به ترتیب سبب راه‌اندازی و تشدید راهبردهای خودنظارتی و خودکنترلی بر فرآیندهای ذهنی می‌شوند و بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی به‌ویژه اضطراب سلامت را درگیر یک سندروم شناختی-توجهی می‌کنند که آن هم به نوبه خود باعث تداوم این اختلال می‌شود (بیلی و ولز، ۲۰۱۳، ۲۰۱۵؛ میلی و همکاران، ۲۰۱۶).

مدل دیگر رقیب رویکرد شناختی رفتاری به تبیین اختلال‌های روانشناختی، مدل‌های هیجان-محور است. اخیراً در ادبیات پژوهشی انعطاف‌ناپذیری هیجانی به عنوان سازه مهم هیجانی در ارتباط با اختلال‌های روانشناختی مطرح شده است (بونانو و برتون، ۲۰۱۳؛ فوجیمورا و اوکانویا، ۲۰۱۲). انعطاف‌پذیری هیجانی عبارت است از توانایی تعدیل راهبردهای تنظیم هیجانی خود متناسب با تقاضاهای موقعیت خاص به-منظور مقابله‌ی مؤثر و برآورده کردن آن تقاضاها (شیپیز و همکاران، ۲۰۱۴). در واقع، عدم توانایی انعطاف‌پذیری پاسخ‌های هیجانی منفی به‌طور گسترده‌ای با عملکرد روانی و اجتماعی پایین همراه است (آلدو، شیپیز و گروس، ۲۰۱۵؛ کاشدان و روتنبرگ، ۲۰۱۰) و با افسردگی و اضطراب هم مرتبط است (فو، چو، لی و چونگ، ۲۰۱۷). با توجه به اینکه این سازه‌ی هیجانی کمتر از یک دهه است که وارد ادبیات آسیب‌شناسی روانشناختی شده است، پژوهش‌های اندکی در این زمینه انجام شده است، ولی پژوهشگران آسیب‌شناسی معتقدند که عامل انعطاف‌ناپذیری هیجانی به‌طور فزاینده‌ای به عنوان مولفه‌ی ضروری مرتبط با سلامت روانشناختی و سازگاری از جایگاه مهمی برخوردار است (آلدو و همکاران، ۲۰۱۵؛ بونانو و برتون، ۲۰۱۳).

با توجه به رشد سرسام‌آور اطلاعات و دسترسی افراد به مباحث سلامتی، بی‌شک در دهه‌های پیش‌رو شاهد جهش زیادی در شیوع اختلال اضطراب سلامت خواهیم شد، بنابراین شناسایی ابعاد مختلف روانشناختی این اختلال از جمله ابعاد شناختی، هیجانی و فراشناختی برای درک ماهیت آن و طراحی پروتکل‌های درمانی مؤثر، از اهمیت زیادی برخوردار است و پژوهش‌های اندکی به نقش این عوامل به‌طور همزمان در پیش‌بینی اضطراب توجه داشته‌اند. در این پژوهش قصد داریم اضطراب سلامت را از طریق حساسیت اضطرابی، انعطاف‌ناپذیری هیجانی و فراشناخت‌های مرتبط با سلامت در جمعیت دانشجویی پیش‌بینی کنیم.

روش

شرکت‌کنندگان

این پژوهش از نوع توصیفی-مقطعی بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش را دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و علوم پزشکی ایران که در سال ۱۳۹۸ مشغول تحصیل بودند، تشکیل داد. با در نظر گرفتن حجم جامعه، سطح اطمینان ۹۵ درصد و نرخ ریزش ۱۰ درصد و همچنین پارامترهای مدنظر در پژوهش حاضر، نمونه‌ای به حجم ۳۰۵ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند.

ابزار

نسخه کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت (F-SHAI): این پرسشنامه یک مقیاس خودگزارشی با ۱۸ گویه لیکرت ۴ درجه-ای است (سالکوسکیس و همکاران، ۲۰۰۲). این پرسشنامه، دو عامل احتمال ابتلای به بیماری و پیامدهای منفی ابتلای به بیماری را

می‌سجد. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۰ تا ۵۴ است که نمرات بالاتر بیانگر اضطراب سلامت بیشتر است. بررسی‌های متعدد (سالکوسکیس و همکاران، ۲۰۰۲؛ ابرامویتز و همکاران، ۲۰۰۷) 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 اعتبار از طریق بازآزمایی به فاصله یک هفته، ۰/۹۰ به دست آمده است. نتایج حاصل از محاسبه آلفای کرونباخ، میانگین همبستگی بین عبارات آزمون و نیز بررسی ضریب بازآزمایی با فاصله ۳ هفته حاکی از مناسب بودن اعتبار این ابزار در جمعیت ایرانی بوده است (پناهی و همکاران، ۱۳۸۹).

پرسشنامه انعطاف‌پذیری هیجانی (EFQ): مقیاس انعطاف‌پذیری هیجانی شامل ۱۰ آیتم است که برای ارزیابی توانایی انعطاف‌پذیری هیجانی طراحی شده است. مقیاس پاسخگویی به سؤالات لیکرت هفت درجه‌ای است، به هر سوال نمره ۱ به گزینه (هرگز درست نیست) تا نمره ۷ به گزینه (همیشه درست است) تعلق می‌گیرد. نمره بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری بالا و برعکس است (فو و همکاران، ۲۰۱۷). بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس، ثبات درونی آن را ۰/۸۰ نشان داد و پایایی بازآزمایی بعد از ۲ هفته نیز ۰/۷۹ گزارش شده است (فو و همکاران، ۲۰۱۷). اعتبار آن در جمعیت ایرانی از طریق همسانی درونی محاسبه شده است که برای کل مقیاس به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۹ و ۰/۸۱ به دست آمد و اعتبار بازآزمایی بعد از ۴ هفته نیز ۰/۷۶ گزارش شد (قرلو و همکاران، ۱۳۹۷).

پرسشنامه فراشناخت‌های مرتبط با سلامت (MCQ-H): این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی ۱۴ گویه‌ای برای سنجش فراشناخت‌واره‌های مرتبط با سلامت است که از پرسشنامه اصلی فراشناخت (ولز و کارترایت-هاوتون، ۲۰۰۴) اقتباس شده است. این پرسشنامه ۳ خرده مقیاس دارد: ۱- باورهای مرتبط با بیمار شدن توسط افکار زیاد؛ ۲- باورهای مرتبط با افکار سوگیری شده (مثل، اگر اینگونه فکر کنم که سالم هستم باید خودم را تنبیه کنم) و ۳- باورهای مرتبط با کنترل‌ناپذیری افکار. نتایج پژوهش بیلی و ولز (۲۰۱۵) از ۳ عاملی بودن این ابزار حمایت می‌کند. آلفای کرونباخ این ابزار در دامنه ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ برای سه گویه گزارش شده است. این پرسشنامه اولین بار است که در ایران مورد استفاده قرار می‌گیرد. پس از مراحل ترجمه و آماده‌سازی نسخه فارسی ابتدا بر روی ۴۰ نفر به منظور قابلیت اجرا آن انجام شد. بر اساس این مطالعه مقدماتی، تغییراتی در ساختار برخی از جملات داده شد و نسخه نهایی در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت. ارزیابی ویژگی‌های روانسنجی این ابزار در پژوهش حاضر نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ تا ۰/۹۳) و اعتبار بازآزمایی این مقیاس در طی ۲ هفته بر روی ۲۱۰ نفر از افراد شرکت‌کننده ۰/۸۷ به دست آمد.

نسخه سوم پرسشنامه‌ی حساسیت اضطرابی (ASI-3): به منظور سنجش حساسیت اضطرابی از پرسشنامه فلویید، گارفیلد و لاسوتا (۲۰۰۵) استفاده شد. این پرسشنامه ۱۶ گویه دارد بر و اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرتی تنظیم شده است. دامنه‌ی نمرات بین ۰ تا ۶۴ است. ساختار این پرسشنامه از سه عامل؛ ترس از نگرانی‌های بدنی، ترس از نداشتن کنترل شناختی و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران تشکیل شده است. بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس، ثبات درونی آن را ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ نشان داده است. اعتبار بازآزمایی بعد از ۲ هفته ۰/۷۵ نشان داده است. اعتبار آن در جمعیت ایرانی از طریق همسانی درونی، بازآزمایی و تصحیف محاسبه شده است که برای کل مقیاس به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ به دست آمده است و همبستگی بین خرده مقیاس‌ها نیز بین ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ گزارش شده است (بیرامی و پورفرج، ۱۳۹۲).

شیوه اجرا

گردآوری داده‌ها توسط دو آزمونگر انجام شد. آزمونگران قبل از اجرای پژوهش در یک توجیهی شرکت کردند و توضیحات لازم برای تکمیل پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر به آن‌ها داده شد. شرکت‌کنندگان قبل از تکمیل پرسشنامه‌ها، رضایت نامه شرکت در پژوهش را مطالعه و در صورت تمایل به صورت انفرادی در پژوهش شرکت کردند. بعد از اعلام رضایت آگاهانه و کتبی، آزمونگران درباره نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها توضیحاتی به شرکت‌کنندگان دادند. آزمونگران بر تکمیل پرسشنامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان نظارت مستقیم داشتند. از بین ۳۲۷ شرکت‌کننده در پژوهش داده‌های مربوط به ۳۰۵ نفر از آن‌ها مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج

میانگین سن آزمودنی‌ها در پژوهش حاضر ۲۲/۱۸ سال با انحراف معیار ۳/۸۴ بود. تعداد ۱۷۶ نفر از شرکت‌کنندگان زن و ۱۲۹ نفر از آن‌ها مرد بودند. ۹۶/۸ درصد مردان و ۹۲/۴ درصد زنان مجرد بودند. مفروضه نرمال بودن هر چهار مقیاس به وسیله آزمون آماری کولموگروف-اسمیرنوف بررسی و تأیید شد. میانگین، انحراف معیار و ماتریس همبستگی نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس‌های اضطراب سلامت، فراشناخت‌های مرتبط با سلامت، انعطاف‌پذیری هیجانی و حساسیت اضطرابی در جدول ۱ گزارش شده است. برای بررسی تفاوت میانگین‌های نمرات زنان و مردان در پرسشنامه‌های مورد استفاده از آزمون t مستقل استفاده شد. نتایج آزمون t نشان داد که بین زنان و

پیش‌بینی اضطراب سلامت دانشجویان بر اساس انعطاف‌پذیری هیجانی، فراشناخت‌های مرتبط با سلامت و حساسیت اضطرابی

مردان از لحاظ نمرات پرسشنامه‌های مورد استفاده در پژوهش، تفاوت معناداری وجود ندارد. برای ارزیابی ارتباط بین اضطراب سلامت، فراشناخت‌های مرتبط با سلامت، انعطاف‌پذیری هیجانی و حساسیت اضطرابی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج نشان داد که تمام متغیرهای پژوهش با هم رابطه معناداری داشتند. فراشناخت‌های مرتبط با سلامت با اضطراب سلامت بیشترین ضریب همبستگی ($r=0/84$) و انعطاف‌پذیری هیجانی و حساسیت اضطرابی کمترین ضریب همبستگی ($r=0/19$) را با هم داشتند (جدول ۱).

جدول ۱

میانگین (انحراف استاندارد) و ماتریس همبستگی نمرات شرکت‌کنندگان در ابزارهای مورد استفاده در پژوهش

متغیر	میانگین (انحراف معیار)	۱	۲	۳	۴
۱ اضطراب سلامت	۳۱/۱۵ (۴/۴۸)				
۲ حساسیت اضطرابی	۲۸/۱۸ (۳/۸۹)	۰/۶۴**			
۳ انعطاف‌پذیری هیجان	۴۱/۳۰ (۷/۵۶)	-۰/۷۳**	-۰/۱۹*		
۴ فراشناخت‌های مرتبط با سلامت	۳۷/۵۶ (۵/۴۱)	۰/۸۴**	۰/۴۱**	-۰/۶۹**	-

در ادامه برای بررسی سهم فراشناخت‌های مرتبط با سلامت، انعطاف‌پذیری هیجانی و حساسیت اضطرابی در تعیین واریانس اضطراب سلامت، از ضریب رگرسیون چندگانه به روش گام به گام و ضرایب بتا استفاده شد. پیش از استفاده از این آزمون آماری، تحلیل‌های آماری اولیه به منظور اطمینان از عدم تخطی از مفروضه‌های هم‌خطی چندگانه و استقلال مقادیر باقیمانده انجام شد. همچنین، مفروضه هم‌خطی چندگانه با استفاده از آماره تورم واریانس (VIF) بررسی شد که نتایج به دست آمده نشان دهنده نبود هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای پیش‌بین بود و لازم به خروج هیچ یک از آن‌ها از مدل رگرسیونی نمی‌باشد. به منظور بررسی استقلال مقادیر باقیمانده یا خطاها، از آماره دوربین و واتسون استفاده شد که نتایج آن نشان‌دهنده برقراری این مفروضه بود.

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به طور خلاصه نشان داد که، در گام نخست، فراشناخت‌های مرتبط با سلامت قادر به پیش‌بینی ۴۹ درصد از واریانس اضطراب سلامت و در گام دوم، فراشناخت‌های مرتبط با سلامت و حساسیت اضطرابی قادر به پیش‌بینی ۷۱ درصد از واریانس اضطراب سلامت و در گام سوم، فراشناخت‌های مرتبط با سلامت، حساسیت اضطرابی و انعطاف‌پذیری هیجانی قادر به پیش‌بینی ۸۳ درصد از واریانس اضطراب سلامت شدند. ضرایب بتای هر کدام از متغیرهای پیش‌بین‌کننده به همراه آماره t آن در جدول ۲ قابل مشاهده است که فراشناخت‌های مرتبط با سلامت بیشترین ضریب بتا و انعطاف‌پذیری هیجانی هم کمترین ضریب بتا را به خود اختصاص داده بود.

جدول ۲

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام برای متغیرهای شناختی، هیجانی و فراشناختی پیش‌بینی کننده اضطراب سلامت

گام	متغیرهای پیش‌بین	B	SEB	T	P-value	R ²
۱	فراشناخت‌های مرتبط با سلامت	۱/۴۹	۰/۰۱۲	۲۴/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۴۹
۲	فراشناخت‌های مرتبط با سلامت	۱/۳۸	۰/۰۲۴	۱۹/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	حساسیت اضطرابی	۰/۷۸	۰/۰۴۰	۹/۴۸	۰/۰۰۱	
۳	فراشناخت‌های مرتبط با سلامت	۱/۲۱	۰/۰۳۹	۱۶/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۸۳
	حساسیت اضطرابی	۰/۶۶	۰/۰۴۸	۷/۴۸	۰/۰۰۱	
	انعطاف‌پذیری هیجانی	-۰/۴۸	۰/۰۵۳	-۵/۲۴	۰/۰۰۱	

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی عوامل پیش‌بین‌کننده شناختی، هیجانی و فراشناختی اضطراب سلامت بود. نتایج نشان داد فراشناخت‌های مرتبط با سلامت، حساسیت اضطرابی و انعطاف‌پذیری هیجانی قادر به پیش‌بینی اضطراب سلامت هستند. در مرحله اول فراشناخت‌های مرتبط با سلامت اضطراب سلامت را پیش‌بینی کرد که این نتایج با یافته‌های بشارت و همکاران (۱۳۹۴)، بیلی و ولز (۲۰۱۳، ۲۰۱۴، ۲۰۱۵) و میلی و همکاران (۲۰۱۶، ۲۰۱۸) همسو است. فراشناخت‌ها نقش مهمی در انتخاب و تداوم راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد بازی می‌کنند و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد باعث شکل‌گیری و تداوم اختلالات روان‌شناختی می‌شود. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر سعی

می‌کنند با بررسی احتمال‌های خطر موجود از طریق نگرانی درباره احساسات بدنی با چالش‌های آینده مقابله کند. نیاز به وارسی همان فراشناخت‌هایی هستند که افکار نگران‌کننده را راه‌اندازی می‌کنند. بعد از آن زنجیره وسیع‌تر می‌شود تا جایی که این بیماران از اینکه بر این افکار کنترلی ندارند، نگران می‌شوند و دستور کنترل را صادر می‌کنند. که دوباره همان باورهای فراشناختی مرتبط با کنترل فرآورده‌های فکری هستند. فعال شدن این باورهای فراشناختی منجر به راه‌اندازی راهبردهای کنترلی می‌شود که باور به کنترل ناپذیری این افکار را القا می‌کند. بعد از یک دوره آرامش افراد مبتلا به این بیماری احساس می‌کنند که نباید آرام باشند و باید شروع به وارسی کنند که بازهم مسئول ایجاد این احساس، فراشناخت‌ها هستند.

در مرحله دوم، نتایج نشان داد حساسیت اضطرابی قدرت پیش‌بینی اضطراب سلامت را افزایش داد که این نتایج با یافته‌های اوبرین و مک‌لیش (۲۰۱۷)، فرگوس (۲۰۱۵)، فرگوس و باردون (۲۰۱۳)، رایت، لیبیل و کارلتون (۲۰۱۶)، نور و همکاران (۲۰۱۵) و هورنستین و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. حساس بودن به علائم اضطراب، یک ویژگی شناختی نسبتاً پایدار است که افراد را مستعد داشتن مشکلات اضطرابی می‌کند (هورنستین و همکاران، ۲۰۱۹). حساسیت اضطرابی باعث می‌شود فرد از علائم جسمانی و روان‌شناختی قابل مشاهده اضطراب بترسد که باعث تشدید اضطراب و علائم جسمانی اضطراب می‌شود و در نهایت فرد را به این باور می‌رساند که به یک بیماری جسمانی جدی مبتلا است (اوبرین و مک‌لیش، ۲۰۱۷). بر اساس رویکرد شناختی رفتاری، باورهای ناکارآمد افراد به برداشت‌های غلط فاجعه‌آمیز از نشانه‌های محیطی منجر می‌شود و به دنبال آن اضطراب را راه‌اندازی می‌کند. در این رابطه حساسیت اضطرابی، همان باورهای ناکارآمد درباره فاجعه‌بار بودن علائم جسمانی است (رایت و همکاران، ۲۰۱۶؛ فرگوس، ۲۰۱۵؛ نور و همکاران، ۲۰۱۵).

در مرحله سوم، نتایج نشان داد انعطاف‌پذیری هیجانی قدرت پیش‌بینی اضطراب سلامت را افزایش می‌دهد. انعطاف‌پذیری هیجانی رابطه قوی با اضطراب سلامت نسبت به حساسیت اضطرابی دارد. در نهایت نتایج نشان داد انعطاف‌پذیری هیجانی قادر به پیش‌بینی اضطراب سلامت است که این یافته به نوعی با یافته‌های آلدو، شپیز و گروس، (۲۰۱۵)، آلدو و همکاران (۲۰۱۵)، بونانو و بورتون (۲۰۱۳)، فو، چو، لی و چونگ (۲۰۱۷)، شپیز و همکاران (۲۰۱۴) و روتنبرگ و کاشدان (۲۰۱۰) همسو است. افرادی که انعطاف‌پذیری هیجانی پایینی دارند، هنگام مواجه شدن با رویدادهای برانگیزاننده هیجانی و فیزیولوژیکی به سرعت هیجان‌های آشفتنه را با شدت زیادتری تجربه می‌کنند و بعد از آن به کندی به خط پایه هیجانی برمی‌گردند و همین سرعت در ایجاد هیجان، شدت در میزان هیجان و کندی در بازگشت به حالت اولیه یک چرخه مداوم آشفتگی هیجانی و بیقراری رفتاری را راه‌اندازی می‌کند (فو، چو، لی و چونگ، ۲۰۱۷؛ آلدو و همکاران، ۲۰۱۵). از محدودیت‌های پژوهش این بود که نمونه مورد استفاده دانشجویان بودند که تعمیم آن را با مشکلاتی مواجه می‌کند. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش اجرای آن در یک جمعیت غیربالیینی بود.

منابع

- افشاری، علی؛ هاشمی، زهره (۱۳۹۸). بررسی رابطه بین حساسیت اضطرابی و باورهای فراشناختی با اضطراب امتحان در دانش‌آموزان. *روان‌شناسی مدرسه*، ۸، ۲۵-۷.
- بشارت، محمدعلی؛ بهرامی زاده، حمید؛ فتی، لادن؛ حسن‌آبادی، حمیدرضا (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی در رابطه بین نوروزگرایی با همبودی اضطراب و افسردگی. *روان‌شناسی کاربردی*، ۹، ۲۳-۷.
- بیرامی، منصور و پورفرج، عمران (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین باورهای فراشناختی خودکارآمدی و خوش بینی با اضطراب امتحان دانشجویان علوم پزشکی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۱، ۱۶-۹.
- پناهی، سعیده؛ اصغری مقدم، محمدعلی؛ شعیری، محمدرضا؛ اقتدار نژاد، سمیه (۱۳۸۹). بررسی ساخت عاملی و ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت در یک نمونه غیر بالینی. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۱، ۴۶-۲۱.
- قرلو، فاطمه (۱۳۹۷). *مواجهه‌های شناختی و هیجانی نگرانی: نقش مستقیم و غیرمستقیم باورهای مثبت و منفی درباره نگرانی، انعطاف‌پذیری هیجانی و سبک‌های عاطفی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد منتشر نشده. رشته روانشناسی بالینی. دانشکده روانشناسی. دانشگاه خوارزمی تهران.
- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., & Valentiner, D. P. (2007). The Short cognitive behavioral model of hypochondriasis. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 871- 883
- Aldao, A., Sheppes, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation flexibility. *Cognitive Therapy and research*, 39, 263-278.
- Bailey, R., & Wells, A. (2013). Does metacognition make a unique contribution to health anxiety when controlling for neuroticism, illness cognition, and somatosensory amplification? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 27, 327-337.
- Bailey, R., & Wells, A. (2014). Metacognitive therapy in the treatment of hypochondriasis: A systematic case series. *Cognitive Therapy and Research*, 38, 541-550.
- Bailey, R., & Wells, A. (2015). Metacognitive beliefs moderate the relationship between catastrophic misinterpretation and health anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 34, 8-14.

- Bailey, R., & Wells, A. (2015). Development and initial validation of a measure of metacognitive beliefs in health anxiety: The MCQHA. *Psychiatry Research, 230*, 871–877.
- Bailey, R., & Wells, A. (2015). Metacognitive beliefs moderate the relationship between catastrophic misinterpretation and health anxiety. *Journal of Anxiety Disorders, 34*, 8–14.
- Bailey, R., & Wells, A. (2016). Is metacognition a causal moderator of the relationship between catastrophic misinterpretation and health anxiety? A prospective study. *Behaviour Research and Therapy, 78*, 43–50.
- Bailey, R., & Wells, A. (2016). The contribution of metacognitive beliefs and dysfunctional illness beliefs in predicting health anxiety: An evaluation of the metacognitive versus the cognitive models. *Clinical Psychologist, 20*, 129–137.
- Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science, 8*, 591–612.
- Fergus, T. (2015). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as potential risk factors for cyberchondria: A replication and extension examining dimensions of each construct. *Journal of Affective Disorders, 184*, 305–309.
- Fergus, T. A. (2014). Health related dysfunctional beliefs and health anxiety: Further evidence of cognitive specificity. *Journal of Clinical Psychology, 70*, 248–259.
- Fergus, T., & Bardeen, J. (2013). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Evidence of incremental specificity in relation to health anxiety. *Personality and Individual Differences, 55*, 640–644.
- Floyd, M., Garfield, A., & LaSota, M. T. (2005). Anxiety sensitivity and Worry. *Personality and Individual Differences, 38*, 1223–1229.
- Fu, F., Chow, A., Li, J., & Cong, Z. (2017). Emotional Flexibility: Development and Application of a Scale in Adolescent Earthquake Survivors. *Psychological Trauma. Theory, Research, Practice, and Policy, 3*, 23–37.
- Fujimura, T., & Okanoya, K. (2012). Heart rate variability predicts emotional flexibility in response to positive stimuli. *Psychology, 3*, 578–582.
- Horenstein, A., Rogers, A. H., Bakhshaei, J., Zvolensky, M. J., & Heimberg, R. G. (2019). Examining the Role of Anxiety Sensitivity and Intolerance of Uncertainty in the Relationship between Health Anxiety and Likelihood of Medical Care Utilization. *Cognitive Therapy and Research, 43*, 55–65.
- Jones, S., Hadjistavropoulos, H., & Gullickson, K. (2014). Understanding health anxiety following breast cancer diagnosis. *Psychology, Health & Medicine, 19*, 1–11.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review, 30*, 865–878.
- Krautwurst, S., Gerlach, A. L., & Witthöft, M. (2016). Interception in pathological health anxiety. *Journal of Abnormal Psychology, 125*, 1179–1184.
- McMullan, R. D., Berle, D., Arnáez, S., Starcevic, V. (2019). The relationships between health anxiety, online health information seeking, and cyberchondria: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 15*, 270–278.
- Melli, G., Carraresi, C., Poli, A., & Bailey, R. (2016). The role of metacognitive beliefs in health anxiety. *Personality and Individual Differences, 89*, 80–85.
- Newby, J. M., Hobbs, M. J., Mahoney, A. E., Wong, S. K., & Andrews, G. (2017). DSM5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: Comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research, 101*, 31–37.
- Norris, A. L., & Marcus, D. K. (2014). Cognition in health anxiety and hypochondriasis: Recent advances. *Current Psychiatry Reviews, 10*, 44–49.
- 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.
- O'Bryan, E., & McLeish, M. (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*, 715–722.
- Salkovskis, P. M., Warwick, H. (2001). *Health anxiety: Clinical and research perspectives on hypochondriasis and related conditions*. Chichester: Wiley.
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M., & Clark, D. M. (2002). The health Anxiety Inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine, 32*, 843–853.
- Sheppes, G., Scheibe, S., Sutir, G., Radu, P., Blechert, J., & Gross, J. (2014). Emotion regulation choice: A conceptual framework and supporting evidence. *Journal of Experimental Psychology, General, 143*, 161–181.
- Wells, A., Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 385–396.
- Wright, K. D., Lebell, M. A., Carleton, R. N. (2016). Intolerance of uncertainty, anxiety sensitivity, health anxiety, and anxiety disorder symptoms in youth. *Journal of Anxiety Disorder, 41*, 35–42.