Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Letter to Editor
Volume 12, Issue 1 , Spring 2023

Prediction of Health Anxiety Based on Metacognitive Beliefs, Alexithymia and Experiential Avoidance in Nurses

Fariba Jafari[1], Fatemeh Purhasannezhad[2], Marzieh Kamkar[3*], Soheila Daneshi[4]

1- Master of General Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.
2- Master of General Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.
3- Master Student of General Psychology, Pakdasht Branch, Payam Noor University, Tehran, Iran.
4- Master of Educational Planning, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Marzieh Kamkar, Master student of General Psychology, Pakdasht Branch, Payam Noor University, Tehran, Iran.
E-mail: kamkarmarzieh@gmail.com

Abstract

Introduction: People with health anxiety have misconceptions and incorrect interpretations of health and excessive sensitivity to their physical symptoms. Therefore, the current research was conducted with the aim of predicting health anxiety based on metacognitive beliefs, Alexithymia and experiential avoidance in nurses.

Methods: The method of this study was descriptive-correlation. The research community consisted of all nurses in the emergency department of hospitals and medical centers in Kermanshah. In this study, 180 people were selected through convenience sampling and answered the Acceptance and Action Questionnaire, Toronto Alexithymia Scale, Short Form of Health Anxiety Inventory and Metacognitions Questionnaire. The collected data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and multivariate regression analysis in SPSS-24 software.

Results: The results showed that there was a positive and significant relationship between metacognitive beliefs, Alexithymia, and experiential avoidance with health anxiety in nurses ($P<0.01$). The results of multivariate regression analysis also revealed that %76.5 of the variance of nurses' health anxiety is explained by metacognitive beliefs, Alexithymia, and experiential avoidance.

Conclusions: According to the results, it can be said that if people's evaluation of physical symptoms is problematic only when specific metacognitive beliefs are high, therapeutic interventions that target metacognitive beliefs instead of symptom evaluation may be more effective. Also, treatments based on acceptance and commitment and mentalization that lead to reduction of experiential avoidance and increase of mentalization capacity and subsequently reduction of health anxiety are suggested for nurses.

Keywords: Health anxiety, Metacognitive beliefs, Alexithymia, Experiential avoidance.

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-08-16]

دوره ۱۲، شماره ۱، بهار۱۴۰۲

پیش بینی اضطراب سلامت براساس باورهای فراشناختی، ناگویی هیجانی و اجتناب تجربه ای در پرستاران

فریبا جعفری[۱]، فاطمه پورحسن نژاد[۲]، مرضیه کامکار[۳*]، سهیلا دانشی[۴]

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.
۲- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.
۳-دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد پاکدشت، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
۴-کارشناس ارشد برنامه ریزی آموزشی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: مرضیه کامکار، دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد پاکدشت، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
ایمیل: kamkarmarzieh@gmail.com

چکیده

مقدمه: افراد مبتلا به اضطراب سلامت تصورات غلط و تفسیرهای نادرستی از سلامتی دارند و نسبت به علائم جسمی خود حساسیت بیش از حد دارند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف پیش بینی اضطراب سلامت براساس باورهای فراشناختی، ناگویی هیجانی و اجتناب تجربه ای در پرستاران انجام شد.

روش کار: روش این مطالعه، توصیفی- همبستگی بود. جامعه پژوهش را تمامی پرستاران در بخش اورژانس بیمارستان ها و مراکز درمانی شهر کرمانشاه تشکیل دادند. در این مطالعه، ۱۸۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش۲ (AAQ-II)، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20)، فرم کوتاه سیاهه اضطراب سلامت (HAI-18) و پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ-30) پاسخ دادند. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیری در نرم افزار SPSS-24 تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که بین باورهای فراشناختی، ناگویی هیجانی و اجتناب تجربه ای با اضطراب سلامت در پرستاران رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱). نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری نیز آشکار کرد که ۷۶/۵ درصد واریانس اضطراب سلامت پرستاران به وسیله باورهای فراشناختی، ناگویی هیجانی و اجتناب تجربه ای تبیین می‌شود.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج می توان گفت، اگر ارزیابی افراد از علائم جسمانی تنها زمانی مشکل ساز باشد که باورهای فراشناختی خاص بالا باشند، مداخلات درمانی که به جای ارزیابی علائم، باورهای فراشناختی را هدف قرار می دهند، ممکن است موثرتر باشند. همچنین درمان های مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهنی سازی که منجر به کاهش اجتناب تجربه ای و افزایش ظرفیت ذهنی سازی و متعاقباً کاهش اضطراب سلامت می شوند برای پرستاران پیشنهاد می شود.

کلیدواژه ها: اضطراب سلامت، باورهای فراشناختی، ناگویی هیجانی، اجتناب تجربه ای.

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-08-16]

مقدمه

خدمات پرستاری یکی از مهمترین اجزای تشکیل دهنده خدمات بیمارستانی است و کیفیت مراقبت بهداشتی به میزان زیادی به نحوه ی کار پرستاران بستگی دارد (۱). کادر پرستاری بنا به ماهیت شغلی خود در معرض استرس های متعددی قرار دارند که از آن جمله می توان به ارتباط طولانی و مستمر با بیماران بدحال و روبه مرگ، مسئولیت پذیری فوق العاده، درخواست های شخصی بیش از حد از طرف بیمار و اطرافیان، پیشرفت های سریع فناوری، رویارویی مکرر با واقعیت مرگ و..... اشاره کرد که متعاقب آن آثار مخرب فیزیولوژی و روانی منجر به پیامدهای منفی کاهش عملکرد شغلی، اختلال در تنظیم هیجانات، کاهش بهره وری، افزایش احتمال خطر ابتلا به اضطراب سلامت و به خطر افتادن جان انسانها می شود (۲).

اضطراب سلامت به وضعیتی اطلاق می شود که با تفسیر نادرست احساسات بدن یا تغییرات جسمانی به عنوان علائم بیماری جدی مشخص می شود. کسانی که تحت تأثیر اضطراب سلامت قرار می گیرند، با این ایده که در حال حاضر یک بیماری جسمی را تجربه می کنند (یا مبتلا خواهند بود) وسواس فکری دارند (۳). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که اضطراب سلامت ساختاری ابعادی است که با فقدان نگرانی در مورد سلامت خود در یک انتهای زنجیره و اضطراب بیش از حد در انتهای دیگر مشخص می‌شود (۴). اضطراب سلامت از اضطراب عمومی و سایر عوامل آسیب پذیری شناختی برای اضطراب مانند حساسیت به اضطراب منحصر به فرد است. به‌طور خاص، حساسیت اضطرابی عبارت است از ترس از علائم فیزیولوژیکی اضطراب (به عنوان مثال، افزایش ضربان قلب) به دلیل این باور که برخی از احساسات بدنی نشان دهنده آسیب هستند، در حالی که اضطراب سلامت مستقیماً به نگرانی غیرمنطقی مربوط می شود که علائم جسمی به معنای ابتلا به یک بیماری شدید است (۵). یکی از بهترین گزارش‌های نظری درباره اضطراب سلامت، رفتار درمانی شناختی (CBT) است. مدل‌های CBT شناخت‌های ناکارآمد را در هسته پدیدارشناسی اضطراب سلامت قرار می‌دهند. سالکوسکیس و وارویک (۶) چهار باور ناکارآمد مرتبط با سلامتی را توصیف کردند که برای درک اضطراب سلامت اهمیت ویژه‌ای دارند، احتمال مبتلا شدن یا داشتن بیماری، وحشت از بیماری، ناتوانی از مقابله با بیماری و ناکافی بودن خدمات پزشکی برای درمان بیماری (۶). در شکل شدید آن، اضطراب سلامت تأثیر طولانی مدت قابل توجهی بر عملکرد خود ارزیابی فرد مربوط به سلامت روانی و جسمی و هزینه های مراقبت های بهداشتی دارد (۷).

یکی از رویکردهای درمانی که شروع به کشف مکانیسم های مفهومی اساسی اضطراب سلامت کرده است، درمان فراشناختی (MCT) است. با توجه به کاربرد موفقیت آمیز MCT برای اختلالات اضطرابی، منطقی است که این فرضیه را مطرح کنیم که کاربرد آن در اضطراب سلامت ممکن است به بهبود اثربخشی درمان و ایجاد اثرات طولانی‌مدت بیشتری کمک کند (۸). طبق این رویکرد باورهای فراشناختی به باورهایی که یک فرد در مورد فرآیندهای تفکر خود دارد گفته می شود. در برخی موارد، باورهای فراشناختی می توانند راهبردهای خودتنظیمی ناسازگار را تشویق کنند. برای مثال، «نگرانی به من کمک می‌کند تا با آن کنار بیایم» ممکن است تفکر نشخوارکننده‌تر را تشویق کند (۹). براساس تئوری فراشناختی، باورهای خاص در مورد غیرقابل کنترل بودن و خطرناک بودن فکر، به طور کلی پیش بینی کننده اختلالات روان شناختی و به طور ویژه اضطراب سلامت (۱۰) و مسئول هدایت و کنترل سندرم توجه شناختی (CAS) است. در اضطراب سلامت، سندرم توجه شناختی شامل فرآیندهای تفکر سمی مانند نگرانی و نشخوار فکری در مورد بیماری، نظارت بر تهدید توجه برای اطلاعات مربوط به بیماری و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار مانند اسکن بدن و اطمینان‌جویی است (۱۱). شواهد پژوهشی نشان می دهد که هم نگرانی و هم نشخوار فکری به شدت با اضطراب سلامت مرتبط هستند (۱۲) همچنین شواهد پژوهشی نشان داده است که فراشناخت با سوگیری توجه به هر دو محرک مرتبط با سلامت مرتبط است (۱۰). در مطالعه اخیر بیلی و ولز (۱۳) نشان دادند که باورهای فراشناختی بیش از سایر متغیرهای مرتبط با اضطراب سلامت، مانند تقویت حسی جسمی و روان رنجورخویی تغییرات بیشتری در اضطراب سلامت ایجاد می کنند. در مجموع، مطالعات موجود به طور گسترده از نقش باورهای شناختی ناکارآمد در علت شناسی و حفظ اضطراب سلامت حمایت می کنند.

در این راستا، عملکرد متعادل هیجانات، شناخت ها و رفتارها به افراد اجازه می دهد تا روابط سالم و متعادلی ایجاد کنند. فرآیندهای هیجانی و توانایی شناسایی هیجانات ارتباط نزدیکی با بهزیستی جسمی و روانی دارند (۱۴).

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-08-16]

با این حال، بسیاری از افراد به دلایل مختلف در درک و بیان کلامی احساسات خود با مشکل مواجه هستند. این مشکل، که به عنوان گنگ بودن هیجانی نیز توصیف می شود، به عنوان ناگویی هیجانی تعریف می شود (۱۵). پیتر امانوئل سیفنئوس (۱۹۷۳) برای اولین بار از ناگویی هیجانی برای تعریف مشکلات هیجانی استفاده کرد (۱۶). ناگویی هیجانی به معنی فقدان لغت برای هیجانات، ترکیبی از دشواری در تشخیص، شناسایی و بیان کلامی هیجانات و تخیل و خیال پردازی محدود است (۱۷). ناگویی هیجانی با مشکل در بیان هیجانات در تمامی سطوح هیجانی، رفتاری، فیزیولوژیکی و ذهنی/ تجربی مشخص می شود (۱۸). اگرچه ناگویی هیجانی از نظر اینکه یک ویژگی شخصیتی است یا علامت مرتبط با مشکلات روانی یک مفهوم بحث برانگیز است، اما ناگویی هیجانی با علائم مشکلات جسمی و سلامت روان همراه است (۱۹). ناگویی هیجانی می تواند با مشکلات مختلفی مانند افسردگی، علائم جسمانی سازی، عصبانیت/ پرخاشگری و فرسودگی شغلی همراه باشد (۱۸). زونهامر و همکاران (۲۰) دریافتند که روان رنجورخویی، ناگویی هیجانی، اضطراب صفت و افسردگی تغییرات علائم جسمانی سازی را توضیح می دهند. پژوهش آن‌ها نشان داد که نگرانی‌های دانشجویان پرستاری مرتبط با سلامت و رفتارها تحت تأثیر ناگویی هیجانی قرار می‌گیرد. ناگویی هیجانی در ۱۰ درصد از جمعیت عمومی دیده می شود و با کیفیت زندگی پایین تر همراه است (۲۱). ناگویی هیجانی یک عامل خطر اصلی برای طیف وسیعی از مشکلات پزشکی و روانپزشکی است (۲۲).

از سویی دیگر در سال های اخیر توجه زیادی به اجتناب تجربه ای به عنوان عامل آسیب شناختی انواع مختلف اختلال های روانی شده است. اجتناب تجربی به عنوان ناتوانی در حفظ تماس با تجارب درونی ناخوشایند یا ناراحت کننده و در نتیجه تلاش برای تغییر، اجتناب، سرکوب یا کنترل آنها تعریف می شود (۲۳)، که شامل دو جزء مربوط به هم است: اول، بی میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی (حساسیت های بدنی، هیجان ها، افکار، خاطره ها، زمینه های رفتاری) و دوم، تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک یا وقایعی که باعث فراخواندن این تجارب می گردند (۲۴). از دیدگاه اجتناب تجربه ای، تصور می‌شود که مشکلات مربوط به اضطراب زمانی به وجود می‌آیند که فرد سعی می‌کند تجارب درونی منفی را کنترل یا مقاومت کند. به عنوان مثال، تصور می‌شود که اختلال وسواسی-اجباری ناشی از تلاش‌ها برای کنترل یا مقاومت در برابر افکار مزاحم منفی معمولی (وسواس‌های فکری، به عنوان مثال، تصاویر ناخواسته آسیب رساندن به یک عزیز) است (۲۴ و ۲۵). در این راستا، تصور می‌شود که وقتی فردی تلاش می‌کند تا احساسات جسمانی غیرمنتظره و افکار ترسناک مرتبط با سلامتی و احساسات اضطراب را کنترل یا در برابر آنها مقاومت کند (مثلاً با استفاده از راهبردهایی مانند اجتناب از رفتار، اطمینان‌جویی و سایر رفتارهای تشریفاتی)، گوش به زنگی مورد نیاز برای کنترل یا مقاومت در برابر این تجارب به طور متناقضی آنها را با تجربیات بسیار منفی ای که می خواهند از آنها اجتناب کنند (و حتی تقویت می کند) دوباره مرتبط می کند. نتیجه نهایی یک چرخه معیوب خوداتکایی است (۲۶). کادر پرستاری بنا به ماهیت شغلی خود در معرض استرس های متعددی قرار دارند که متعاقب آن منجر به پیامدهای منفی کاهش عملکرد شغلی، اختلال در تنظیم هیجانات، کاهش بهره وری، افزایش احتمال خطر ابتلا به اضطراب سلامت و به خطر افتادن جان انسانها می شود. بنابراین، شناسایی عوامل موثر بر اضطراب سلامت در پرستاران با هدف اجرای مداخلات درمانی برای کاهش اضطراب سلامت می تواند نقش بسزایی در ارتقاء کیفیت خدمات ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی داشته باشد، همچنین؛ بهداشت و سلامت روانی کادر درمان یکی از نیازهای اجتماعی است، زیرا مراقبت از بیماران مستلزم داشتن نیروی درمانی است که از حیث بهداشت روانی و جسمانی در وضعیت مطلوبی قرار داشته باشند، بنابراین بررسی عوامل روان شناختی موثر بر اضطراب سلامت این افراد می تواند امنیت جامعه را فراهم کند، لذا پژوهش حاضر با هدف پیش بینی اضطراب سلامت براساس باورهای فراشناختی، ناگویی هیجانی و اجتناب تجربه ای در پرستاران انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی- همبستگی در سال ۱۴۰۲ انجام شد. جامعه پژوهش را تمامی پرستاران در بخش اورژانس بیمارستان ها و مراکز درمانی شهر کرمانشاه تشکیل دادند. در این مطالعه، ۱۸۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک های ورود به پژوهش شامل تمایل پرستاران به شرکت در پژوهش، یک سال سابقه کار در

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-08-16]

اورژانس، نداشتن بیماری های مزمن جسمی و روان-شناختی و ملاک های خروج از پژوهش تکمیل ناقص پرسشنامه های پژوهش بود. اجرای مطالعه بدین صورت بود که ابتدا علت و هدف مطالعه برای پرستاران شرح داده شد و به آن ها گفته شد که حضورشان در مطالعه اختیاری است و هیچگونه اجباری وجود ندارد (اخذ رضایت نامه کتبی شرکت در پژوهش). پرسشنامه ها به پرستاران تحویل داده شد تا در طول ساعات کاری آن را تکمیل نموده و در انتهای کار تحویل دهند. در مجموع ۱۸۰ پرسشنامه، پس از حذف پرسشنامه های ناقص مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای اجرای ملاحظات اخلاقی در این پژوهش اصل محرمانگی و رازداری، رضایت کتبی، تشریح فرایند، اهداف، مدت زمان صرف شده، زیان و فواید احتمالی شرکت در پژوهش و اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله از اجرا مورد توجه قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیری از طریق نرم افزار SPSS-24 انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

پرسشنامهٔ پذیرش و عمل ویرایش ۲ (AAQ-II): این پرسشنامه توسط باند و همکاران (۲۷) تدوین شده است و یک نسخه ۱۰ سوالی از پرسشنامه اصلی (AAQ-I) که به وسیله هیز و همکاران (۲۸) ساخته شده بود. پرسشنامه پذیرش و عمل- نسخه دوم، همسو با نظریه زیربنایی اش، برای سنجش انعطاف پذیری روان شناختی، به ویژه در ارتباط با اجتناب تجربه ای و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس های ناخواسته تدوین شده و براساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه ای نمره گذاری می شود. نمرات بالاتر در یک مقیاس نشاندهنده انعطاف پذیری روان شناختی پایین تر و اجتناب تجربی بالاتر است. یافته های پژوهشی پایایی، روایی و اعتبار سازه رضایت بخشی را برای این ابزار گزارش دادند: میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماهه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد (۲۷). عباسی و همکاران (۲۹) نیز در پژوهشی، همسانی درونی و اعتبار همگرای قابل قبولی را برای نسخه فارسی نشان دادند. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه برابر ۰/۸۹ و ضریب تنصیف برابر ۰/۸۳ گزارش شد. همچنین جهت بررسی روایی همگرا، اجتناب تجربه ای با افسردگی، اضطراب، مشکل در تنظیم هیجان و شاخص-های ناراحتی در پرسشنامه سلامت روان رابطه معنی داری را نشان داد که نشان از روایی مطلوب این پرسشنامه است. به این ترتیب، از این پرسشنامه جهت سنجش گرایش به اجتناب تجربه ای در افراد استفاده می شود.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20): پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو توسط باگبی و همکاران (۳۰) برای سنجش ناگویی هیجانی افراد طراحی شد و دارای ۲۰ سوال بود. این ابزار دارای سه مولفه سه زیر مولفه دشواری در شناسایی احساسات با سوالات ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳ و ۱۴، دشواری در توصیف احساسات با سوالات ۲، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۷؛ تفکر عینی با سوالات ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ را اندازه‌گیری می کند. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای از نمره ۱ (کاملا مخالف) تا نمره ۵ (کاملا موافق) بود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ در نظر گرفته شد. به این صورت که نمره بین ۲۰ تا ۴۰ نشان‌دهنده ناگویی پایین فرد بود، نمره ۴۰ تا ۶۰ بیانگر ناگویی متوسط فرد و نمره بالاتر از ۶۰ نشان‌دهنده ناگویی بالا در فرد بود (۳۰). ویژگی‌های روان سنجی این پرسشنامه در پژوهش‌هایی خارجی و داخلی بررسی و تایید شده است (۳۰، ۳۱). در مطالعه بشارت (۳۱) روایی همزمان پرسشنامه بر حسب همبستگی با ابزارهای بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی بررسی و مورد تایید قرار گرفت. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه خرده زیر مقیاس ۴۲/. تا ۸۵/. محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب پرسشنامه بود (۳۲). پایایی بازآزمایی پرسشنامه در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۷۰/. تا ۷۷/. برای ناگویی هیجانی کل به دست آمد و ابعاد آن تایید شد (۳۰).

فرم کوتاه سیاهه اضطراب سلامت (HAI-18): این ابزار توسط سالکوسکیس و همکاران (۳۳) با ۱۸ گویه طراحی شد. براهی هر گویه چهار گزینه وجود دارد که از ۰ تا ۳ نمره گذاری و نمره ابزار با مجموع نمره گویه ها محاسبه، لذا حداقل نمره در آن ۰ و حداکثر نمره در آن ۵۴ است و نمره بالاتر نشان دهنده اضطراب سلامت بیشتر می باشد. روایی ابزار با روش تحلیل عاملی اکتشافی تایید و پایایی آن با روش های آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و بازآزمایی یک هفته ای ۰/۹۰ گزارش شد (۳۳). در ایران، روایی همگرای ابزار با مقیاس عواطف منفی و روایی واگرای آن با مقیاس عواطف مثبت به ترتیب ۰/۴۳ و ۰/۲۴- بدست آمد که در سطح کوچک تر از ۰/۰۱ معنادار بود و پایایی آن با روش های آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و بازآزمایی سه هفته ای ۰/۷۰

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-08-16]

گـزارش شـد (۳۴).

پرسشـنامه باورهـای فراشـناختی (MCQ-30): این پرسشـنامه توسـط ولـز و کارترایـت هاتـون بـه منظـور ارزیابـی باورهـای فراشـناختی سـاخته شـده اسـت. پرسشـنامه باورهـای فراشـناختی یـک مقیـاس خودسـنجی ۳۰ مـاده ای اسـت و دارای ۵ مقیـاس فرعـی شـامل باورهای فراشـناختی مثبـت درباره نگرانـی، باورهای فراشـناختی منفـی در مـورد کنتـرل ناپذیـری خطر، عـدم اطمینان شـناختی، نیـاز بـه کنتـرل افـکار و خودآگاهـی شـناختی اسـت و براسـاس طیـف ۴ درجـه ای لیکـرت از ۱ (موافـق نیسـتم) تـا ۵ (کامـلا موافقـم) درجـه بنـدی مـی شـود. نمـرات ایـن آزمـون از ۲۴ تـا ۹۶ نمـره گـذاری شـده و نمـرات بالاتـر در ایـن پرسشـنامه نشـاندهنده فراشـناخت ناکارآمدتـر اسـت (۳۵). ولـز و کارترایـت–هاتـون ضریـب آلفـای کرونبـاخ را بـرای کل پرسشـنامه ۹۳٪ و بـرای خـرده مقیـاس هـا بـه ترتیـب ۹۲٪، ۹۱٪، ۹۳٪، ۷۲٪ و ۹۲٪ بـه دسـت آوردنـد (۳۵). همچنیـن همبسـتگی بازآزمایـی مناسـبی بـرای ایـن آزمـون گـزارش شـده اسـت (۳۶). در ایـران ضریـب آلفـای کرونبـاخ بـرای کل پرسشـنامه ۹۱٪ و بـرای خـرده مقیـاس هـا بـه ترتیـب ۸۶٪، ۸۷٪، ۸۰٪، ۷۱٪ و ۸۱٪ بـه دسـت آمـد (۳۷).

یافته ها

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی افراد نمونه

جمعیت شناختی		فراوانی	درصد
سن	۲۱ تا ۲۵ سال	۱۲	۶/۶۷
	۲۵ تا ۳۰ سال	۴۸	۲۶/۶۷
	۳۵ تا ۴۰ سال	۶۶	۳۶/۶۷
	۴۱ سال به بالا	۵۴	۳۰
	کل	۱۸۰	۱۰۰
میانگین سن= ۳۷/۷۷	انحراف معیار سن= ۷/۱۱۳		
تحصیلات	فوق دیپلم	۲۴	۱۳/۳
	لیسانس	۱۰۸	۶۰
	فوق لیسانس	۳۶	۲۰
	دانشجوی دکترا	۱۲	۶/۷
	کل	۱۸۰	۱۰۰

تعـداد آزمودنـی هـا در ایـن پژوهش ۱۸۰ نفـر بودنـد. ۲۴ نفر(۱۳/۳ درصـد) فـوق دیپلـم، ۱۰۸ نفـر(۶۰ درصـد) لیسـانس، ۳۶ نفـر(۲۰ درصـد) فـوق لیسـانس و ۱۲ نفـر(۶/۷ درصـد) دانشـجوی دکتـرا بودنـد. میانگیـن سـن افـراد ۳۷/۷۷ و انحـراف معیـار سـن ۷/۱۱۳ بـود. (جـدول ۱) تعـداد، میانگیـن و انحـراف معیـار و آمـاره هـای نرمـال بـودن شـامل کلموگـروف اسـمیرنوف را نشـان مـی دهـد.

جدول ۲: میانگین، انحراف معیار، نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	ks	معناداری
اضطراب سلامت	۱۷/۲۷	۶/۴۶۷	۰/۸۰۷	۰/۱۳۵
تضاد شناختی	۱۴/۱۷	۵/۴۱۳	۰/۷۱۴	۰/۲۲۵
فرانگرانی	۱۲/۶۷	۴/۷۳۴	۰/۶۱۹	۰/۱۲۱
خودآگاهی شناختی	۱۲/۴۷	۴/۳۹۲	۰/۷۰۸	۰/۲۱۷
کنترل ناپذیری و خطر افکار	۱۲/۵۳	۴/۱۷۳	۰/۹۱۳	۰/۳۰۲
نیاز به کنترل افکار	۱۲/۱۷	۳/۸۹۳	۰/۹۲۲	۰/۴۰۲
نمره کل باورهای فراشناختی	۶۴/۰۰	۲۲/۱۲۵	۰/۷۲۵	۰/۱۹۹
دشواری در شناسایی احساسات	۱۵/۷۷	۸/۰۰۰	۰/۸۵۱	۰/۸۰۲
دشواری در توصیف احساسات	۱۳/۳۳	۵/۶۵۱	۰/۷۱۹	۰/۰۹۹
تفکر عینی	۱۶/۶۰	۷/۲۰۱	۰/۷۷۹	۰/۰۵۴
نمره کل ناگویی هیجانی	۴۵/۷۰	۱۸/۲۲۲	۰/۷۰۴	۰/۱۵۴
اجتناب تجربه ای	۱۷/۴۰	۷/۱۹۲	۰/۷۴۲	۰/۱۳۶

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-08-16]

بعد از بررسی یافته های توصیفی در جدول ۲ و پیش فرض های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری در ابتدا برای بررسی رابطه بین باورهای فراشناختی، ناگویی هیجانی و اجتناب تجربه ای با اضطراب سلامت از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۲ آمده است. در این پژوهش قبل از اجرای ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه پیش فرض های آن بررسی شدند. توزیع نمرات متغیرهای پژوهش با ۹۵ درصد اطمینان طبیعی است. از آنجایی که سطوح معناداری آماره‌های نرمال بودن بزرگتر از ۰/۰۵ بودند (P>۰/۰۵). مقدار آماره ی دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ قرار داشت که نشان دهنده ی استقلال خطاها است. بررسی مفروضه عدم همخطی چندگانه با ضریب تحمل و تورم واریانس نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگتر از حد مجاز ۱۰ نمی باشند. بنابراین بر اساس دو شاخص ذکر شده وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیش بین مشاهده نشد.

جدول ۳: نتایج ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱-اضطراب سلامت	۱									
۲-تضاد شناختی	۰/۶۴۴**	۱								
۳-فرانگرانی	۰/۵۹۵**	۰/۵۵۶**	۱							
۴-خودآگاهی شناختی	۰/۶۲۸**	۰/۶۳۶**	۰/۷۸۱**	۱						
۵-کنترل ناپذیری	۰/۶۰۳**	۰/۷۸۸**	۰/۶۶۴**	۰/۶۸۹**	۱					
۶-نیاز به کنترل افکار	۰/۶۳۱**	۰/۶۸۶**	۰/۶۴۱**	۰/۶۷۴**	۰/۷۸۱**	۱				
۷-دشواری در شناسایی احساسات	۰/۷۱۸**	۰/۳۹۰**	۰/۲۹۰**	۰/۳۰۴**	۰/۲۶۲**	۰/۳۲۲**	۱			
۸-دشواری در توصیف احساسات	۰/۷۳۶**	۰/۵۵۴**	۰/۵۱۷**	۰/۵۴۱**	۰/۵۲۱**	۰/۵۶۹**	۰/۶۳۰**	۱		
۹- تفکر عینی	۰/۵۷۱**	۰/۴۴۹**	۰/۴۲۳**	۰/۴۶۵**	۰/۴۶۳**	۰/۴۸۷**	۰/۵۰۵**	۰/۷۴۹**	۱	
۱۰- اجتناب تجربهای	۰/۵۱۴**	۰/۱۹۵**	۰/۳۳۵**	۰/۷۷۶**	۰/۳۷۶**	۰/۳۷۴**	۰/۷۷۸**	۰/۵۸۰**	۰/۵۳۴**	۱

** معنادار در سطح ۰/۰۱

بر اساس (جدول ۳) نتایج ماتریس ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین باورهای فراشناختی، ناگویی هیجانی و اجتناب تجربه ای با اضطراب سلامت رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. نتایج در سطح P<۰/۰۱ معنادار بودند. از آنجایی که بین متغیرهای پژوهش رابطه معناداری وجود دارد این امر ادامه تحلیل را امکان پذیر می سازد، لذا برای پیش بینی اضطراب سلامت بر اساس باورهای فراشناختی، ناگویی هیجانی و اجتناب تجربه ای از رگرسیون چندمتغیری استفاده می شود که نتایج آن در جداول ۴ آمده است.

جدول ۴: خلاصه ضرایب رگرسیون چندمتغیری اضطراب سلامت بر اساس باورهای فراشناختی، ناگویی هیجانی و اجتناب تجربه ای

پیش بینی کننده ها	R	R^2	F	معناداری F	β	t	Sig	تولرانس	VIF	دوربین-واتسون
عدد ثابت (constant)					–	۰/۵۶۸	۰/۵۷۱	–	–	
تضاد شناختی					۰/۵۴۴	۲/۳۸۹	۰/۰۱۸	۰/۱۲۷	۷/۵۰۳	
فرانگرانی					۰/۴۸۸	۳/۷۶۶	۰/۰۰۱	۰/۱۱۷	۶/۴۱۴	
خودآگاهی شناختی					۰/۲۴۴	۳/۲۳۹	۰/۰۱۱	۰/۱۰۶	۶/۶۵۰	
کنترل ناپذیری	۰/۸۷۵	۰/۷۶۵	۶۱/۵۵۷	۰/۰۰۱	۰/۴۰۸	۲/۹۹۷	۰/۰۰۳	۰/۱۰۸	۹/۸۸۵	۲/۵۱۲
نیاز به کنترل افکار					۰/۶۱۵	۲/۷۱۸	۰/۰۰۷	۰/۲۲۷	۷/۱۲۰	
دشواری در شناسایی احساسات					۰/۴۲۹	۶/۲۲۱	۰/۰۰۱	۰/۲۹۰	۳/۴۴۷	
دشواری در توصیف احساسات					۰/۵۰۵	۵/۷۶۳	۰/۰۰۱	۰/۱۸۰	۵/۵۵۳	
تفکر عینی					۰/۲۶۷	۳/۴۱۰	۰/۰۰۱	۰/۲۲۶	۴/۴۲۸	
اجتناب تجربه ای					۰/۵۰۴	۳/۰۴۵	۰/۰۰۴	۰/۲۰۶	۴/۸۶۳	

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-08-16]

با توجه (جدول ۴) نتایج نشان داد که باورهای فراشناختی، ناگویی هیجانی و اجتناب تجربه ای می توانند اضطراب سلامت را را پیش بینی کنند و قوی ترین متغیر پیش بین نیاز به کنترل افکار است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف پیش بینی اضطراب سلامت براساس باورهای فراشناختی، ناگویی هیجانی و اجتناب تجربه ای در پرستاران انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که باورهای فراشناختی با اضطراب سلامت رابطه مثبت و معناداری داشت. در این راستا بیلی و ولز (۱۱) در پژوهش خود نشان دادند که رابطه مثبت و معناداری بین فراشناخت، تعبیر نادرست فاجعه آمیز و اضطراب سلامت وجود دارد. ملی و همکاران (۸) در پژوهش خود نشان دادند که باورهای فراشناختی در مورد کنترل ناپذیری و تضاد شناختی، علائم اضطراب سلامت را بیش از افسردگی، اضطراب عمومی، حساسیت به اضطراب و باورهای ناکارآمد مرتبط با سلامت را پیش‌بینی می‌کنند. هچنین بیلی و ولز (۳۸) در پژوهش خود با عنوان نقش باورهای فراشناختی و باورهای بیماری ناکارآمد در پیش بینی اضطراب سلامت نشان دادند که هنگام کنترل باورهای ناکارآمد و روان رنجورخویی، باورهای فراشناختی نسبت قابل توجه و بزرگی (۴۹ درصد) از واریانس اضطراب سلامت را توضیح می‌دهند. در تبیین این یافته ها می توان گفت مدل عملکرد اجرایی خود تنظیمی چارچوبی را ارائه می دهد که ممکن است به توضیح نقش بالقوه باورهای فراشناختی در پریشانی جسمانی کمک کند (۳۹). براساس این مدل، هم مستعد بودن و هم حفظ پریشانی روان شناختی توسط سبکی از پردازش اطلاعات که به عنوان سندرم توجه شناختی (CAS) شناخته می شود، پشتیبانی می شود. CAS با نگرانی، نشخوار فکری و نظارت مداوم برای شاخص های تهدید مشخص می شود. با توجه به ناراحتی جسمی، نظارت بر تهدید ممکن است شامل مراقبت بیش از حد نسبت به علائم بدنی مانند درد، خستگی و حالت تهوع باشد. چنین فرآیندهایی در افرادی که پریشانی جسمی را تجربه می کنند مشهود است (۴۰). پس از فعال‌سازی CAS، تلاش‌های ناسازگار و ناکارآمد برای خودتنظیمی شامل سرکوب فکر، اجتناب و نشخوار فکری می‌شود. باورهای فراشناختی این راهبردهای ناسازگار را حفظ می‌کنند و ممکن است شامل باورهای مثبت (مثلاً نگرانی به من در کنار آمدن/حل مشکلات کمک می کند) یا باورهای منفی (مثلاً نگرانی من خطرناک است/ نتوان آن را متوقف کرد) باشد (۳۹). تصور می‌شود که این نوع باورها باعث می‌شود که فرد علائم و احساسات بی‌ضرر بدن را به عنوان نشانه‌ای از بیماری جدی تعبیر کند، باعث اضطراب، عدم اطمینان و رفتارهای افراطی با هدف کاهش این اضطراب و ایجاد اطمینان از وضعیت سلامتی شود (مثلاً جستجوی اطلاعات در اینترنت، درخواست اطمینان از پرسنل پزشکی و....) (۲۵). شواهد پژوهشی نشان می دهند که باورهای فراشناختی ناسازگار در افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی مختلف در مقایسه با افراد سالم افزایش می‌یابد، و از این ایده حمایت می‌کند که این باورها ممکن است نمایانگر یک فرآیند فرا تشخیصی باشند (۴۱). شواهد پژوهشی همچنین حاکی از رابطه بین باورهای فراشناختی بالا و پریشانی هیجانی در افراد مبتلا به بیماری های جسمی است (۴۲). بنابراین، اگر ارزیابی افراد از علائم جسمانی تنها زمانی مشکل ساز باشد که این باورهای فراشناختی خاص بالا باشند، مداخلات درمانی که به جای ارزیابی علائم، باورهای فراشناختی را هدف قرار می دهند، ممکن است موثرتر باشند. در این راستا، مطالعات آزمایشی نشان داده اند که هدف قرار دادن باورهای فراشناختی نتایج مثبتی را به همراه داشته است (۴۳).

دیگر نتایج پژوهش نشان داد که بین ناگویی هیجانی و اضطراب سلامت رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. در راستای یافته های پژوهش حاضر نویز و همکاران (۴۴) در پژوهش خود ارتباط معنی داری بین ناگویی هیجانی و علائم جسمی در بستگان سالم بیماران مبتلا به اضطراب سلامت پیدا کردند. بشارت و شهیدی (۴۵) در پژوهش خود رابطه معنی داری بین ناگویی هیجانی و افزایش استفاده از مکانیسم های دفاعی نابالغ خود یافتند و پیشنهاد می کنند که افراد دارای ناگویی هیجانی کمتر قادر به کنار آمدن مناسب با موقعیت‌های استرس‌زا هستند و بنابراین علائم جسمی بیشتری را هنگام مواجهه با استرس و اضطراب تجربه می‌کنند. با توجه به نتایج حاضر، می-توان ادعا کرد که افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، دارای احساسات تمایزناپذیر هستند و این احساسات با واکنش فیزیولوژیکی همراه است. اما به دلیل دشواری در تمایز، توصیف و تنظیم این احساسات و همچنین ناتوانی در ارتباط دادن این احساسات با علائم جسمی مربوطه، این واکنش‌پذیری

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-08-16]

ثابت می‌ماند و کاهش نمی‌یابد. این ممکن است منجر به اختلال در عملکرد سیستم ایمنی و سیستم عصبی خودمختار شود (۴۶). در این راستا، مفهوم تقویت حسی تنی که توسط بارسکی (۴۷) پیشنهاد شده است ممکن است حلقه گمشده بین دشواری در شناسایی احساسات و علائم جسمی و اضطراب سلامت باشد. بارسکی استدلال کرده است که هم بیماران مبتلا به ناگویی هیجان و هم اضطراب سلامت به همه علائم جسمانی از جمله علائمی که بالقوه بی ضرر هستند توجه زیادی می کنند. از سوی دیگر، واکنش فیزیولوژیکی تمایزنیافته که همراه با ناگویی هیجانی است ممکن است باعث افزایش احساسات جسمانی شود. در هر دو مورد، فرد ممکن است بر این احساسات تأکید کند و شدت آن را افزایش دهد. از این رو، با کمک یک حلقه بازخورد خودکار، این احساسات جسمی تکرار می شوند و به عنوان نشانه ها و شواهدی برای تفسیر اشتباه از یک تجربه بیماری جسمی تلقی می شوند.

هچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اجتناب تجربه ای با اضطراب سلامت رابطه مثبت و معنی داری دارد. این یافته با پژوهش های ویتون و همکاران (۴۸)، کریمی و همکاران (۴۹)، برمن و همکاران (۵۰) همسو بود. همچنین، یافته های ما با دیدگاه هیز و همکاران (۵۱) مبنی بر اینکه انواع مختلف اختلالات روان پزشکی از جمله اضطراب سلامت نوعی اجتناب تجربه ای هستند، سازگار است. و نشان دهنده اجتناب تجربه ای بالاتر افراد دارای اضطراب سلامت نسبت به افراد عادی می باشد. در تبیین این یافته ها می توان گفت فرد مبتلا به اضطراب سلامت سعی دارد حس های بدنی مربوط به اضطراب و احساس و هیجانات ناخوشایند و افکار منفی در مورد داشتن بیماری جدی را با رفتارهای اطمینان جویی همچون مراجعه های مکرر به متخصصان بالینی مختلف و چکاپ های غیرضروری و رفتارهای اجتنابی همچون امتناع از مراجعه به پزشک یا محیط های بیمارستانی در مواقع ضروری کنترل کند که این نتایج در پژوهش ویتون و همکاران (۴۸) تایید شده است. از سویی دیگر، شواهد پژوهشی نشان می دهند که تمایل عمومی به اجتناب از افکار و تجربه های درونی ناخواسته بطور معکوسی باعث افزایش برانگیختگی فیزیولوژیک و هیجانات منفی می شود و در نتیجه بیشتر احتمال دارد که تجارب هیجانی ناخواسته در آینده دوباره و با شدت بیشتری رخ دهد (۵۲). در این راستا، تصور می‌شود که وقتی فردی تلاش می‌کند تا احساسات جسمانی غیرمنتظره و افکار ترسناک مرتبط با سلامتی و احساسات اضطراب را کنترل یا در برابر آنها مقاومت کند (مثلاً با استفاده از راهبردهایی مانند اجتناب از رفتار، اطمینان‌جویی و سایر رفتارهای تشریفاتی)، گوش به زنگی مورد نیاز برای کنترل یا مقاومت در برابر این تجارب به طور متناقضی آنها را با تجربیات بسیار منفی ای که می خواهند از آنها اجتناب کنند (و حتی تقویت می کند) دوباره مرتبط می کند. نتیجه نهایی یک چرخه معیوب خوداتکایی است (۲۵). هچنین باید خاطر نشان کرد که عملکرد اجتناب تجربه ای، کنترل یا به حداقل رساندن تاثیر تجارب آزارنده است، و می تواند آرامش فوری و کوتاه مدت ایجاد کند، که به شکل منفی رفتار را تقویت می نماید. این اجتناب زمانی مشکل زا خواهد شد که با عملکرد روزانه و دستیابی به اهداف زندگی شخص تداخل نماید (۵۳). بنابراین ممکن است استفاده همیشگی از اجتناب تجربه ای با هدف کنترل و یا به حداقل رساندن تجارب درونی منفی به عنوان یک راه حل، خود تبدیل به مشکل شود.

نتیجه گیری

به طور کلی نتایج نشان داد که باورهای فراشناختی، ناگویی هیجانی و اجتناب تجربه ای در پیش بینی علائم اضطراب سلامت در پرستاران نقش معنی داری دارند. بنابراین، با توجه به نقش مهم باورهای فراشناختی در تبیین اضطراب سلامت مداخلات درمانی که به جای ارزیابی علائم، باورهای فراشناختی را هدف قرار می دهند، ممکن است موثرتر باشند. علاوه بر این، درک جامع از نقش باورهای فراشناختی در پریشانی جسمانی ممکن است اجرای مداخلات مناسب را تسهیل کند. در این راستا، مطالعات آزمایشی نشان داده اند که هدف قرار دادن باورهای فراشناختی نتایج مثبتی را به همراه داشته است. همچنین با توجه به رابطه مثبت اجتناب تجربه ای در علائم اضطراب سلامت توجه به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که با هدف افزایش انعطاف پذیری شناختی و کاهش اجتناب تجربه ای می باشد در پرستاران کمک کننده می باشد. همچنین پیشنهاد می شود توجه به درمان مبتنی بر ذهنی سازی در پرستاران توجه ویژه ای شود، زیرا این مداخلات درمانی باعث می شود افراد توانایی نمادسازی و ظرفیت ذهنی‌سازی داشته باشند، و در هنگام مواجهه با شرایط استرس‌زا، محتویات

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-08-16]

درون‌روانـی و تجربیـات هیجانـی خـود را از طریـق بـدن ابـراز نخواهنـد نمـود و افـراد توانایـی تنظیـم عواطـف خود و تـاب‌آوری بـه سـبب ظرفیـت ذهنی‌سـازی را کسـب نمـوده در نتیجـه باعـث کاهـش علائـم اضطـراب سـلامت مـی شـود. پیشـنهاد مـی شـود سـایر متغیرهـای روان شـناختی از قبیـل متغیرهـای شـناختی و هیجانـی مرتبـط بـا اضطـراب سـلامت مـورد بررسـی قـرار گیـرد. در زمینـه محدودیـت هـای ایـن پژوهـش مـی تـوان بـه مقطعـی بـودن اشـاره کـرد، از آنجایـی کـه مطالعـه مبتنـی بـر همبسـتگی اسـت، بنابرایـن نتیجـه گیـری و اسـتنباط از ایـن مطالعـه نیـز بایـد براسـاس روابـط همبسـتگی صـورت گیـرد نـه براسـاس روابـط علـت و معلولـی؛ همچنیـن در پژوهـش حاضـر از مقیاس‌هـای خودگزارشـی اسـتفاده شـده اسـت، ایـن پژوهـش بـر روی پرسـتاران شـهر کرمانشـاه انجـام شـده لـذا جهـت تعمیم آن بـر روی سـایر اقشـار جامعـه بایـد احتیـاط لازم صـورت گیـرد.

سپاسگزاری

بدیـن وسـیله از تمامـی پرسـتارانی کـه در ایـن مطالعـه شـرکت نمـوده انـد، صمیمانـه تقدیـر و تشـکر مـی شـود.

تضاد منافع

بنابـر اظهـار نویسـندگان، مقالـه فاقـد هرگونـه تعـارض منافـع بـوده اسـت.

References

1. Seyed Rohani P, Akbarsharifi T, Ruzbeh F, Shekarabi R, Haghani H. A study of senior nursing student`s opinions about clinical skill level acquired during nursing training]. Iran Journal of Nursing.2005; 18(44): 68-76. (Persian).
2. Mostaghni. S, Sarvghadi S. The relationship between personality traits and psychological hardiness and occupational stress of Shiraz public nurses. Knowledge and Research in Applied Psychology; 2012; 13(4): 124-32. (Persian).
3. Ferguson E. A taxometric analysis of health anxiety. Psychological Medicine. 2009 Feb;39(2):277-85.
4. Ferguson E. A taxometric analysis of health anxiety. Psychol Med. 2009;39:277–285.
5. McNally RJ. Anxiety sensitivity and panic disorder. Biological psychiatry. 2002 Nov 15;52(10):938-46.
6. Salkovskis, P. M, & Warwick, H. M. Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance:a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. Behaviour Research and Therapy. 1986; 24
7. Fink P, Ørnbøl E, Christensen KS. The outcome of health anxiety in primary care. A two-year follow-up study on health care costs and self-rated health. PloS one. 2010 Mar 24;5(3):e9873.
8. Melli G, Carraresi C, Poli A, Bailey R. The role of metacognitive beliefs in health anxiety. Personality and Individual Differences. 2016 Jan 1;89:80-5.
9. Keen E, Kangas M, Gilchrist PT. A systematic review evaluating metacognitive beliefs in health anxiety and somatic distress. British Journal of Health Psychology. 2022 Nov;27(4):1398-422.
10. Kaur A, Butow P, Thewes B. Do metacognitions predict attentional bias in health anxiety?. Cognitive Therapy and Research. 2011 Dec; 35:575-80.
11. Bailey R, Wells A. Metacognitive beliefs moderate the relationship between catastrophic misinterpretation and health anxiety. Journal of Anxiety Disorders. 2015 Aug 1;34: 8-14.
12. Fergus TA. Repetitive thought and health anxiety: Tests of specificity. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2013 Sep;35:366-74.
13. Bailey R, Wells A. Does metacognition make a unique contribution to health anxiety when controlling for neuroticism, illness cognition, and somatosensory amplification?. Journal of Cognitive Psychotherapy. 2013 Jan 1;27(4):327-37.
14. Aksoy ME, Çoban Gİ. Hemşirelik öğrencilerinin aleksitimi düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2017 Jan 1;14(1):45-51.
15. Kocak R. Aleksitimi: Kuramsal Çerçeve Tedavi Yaklaşımları ve İlgili Araştırmalar. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi 2002;35:183–212.
16. Sifneos PE. The prevalence of ‘alexithymic’characteristics in psychosomatic patients. Psychotherapy and psychosomatics. 1973 Feb 12;22(2-6):255-62.
17. Samur D, Luminet O, Koole SL. Alexithymia predicts lower reading frequency: The mediating roles of mentalising ability and reading attitude.

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-08-16]

Poetics. 2017 Dec 1;65:1-1.
18. Panayiotou G, Constantinou E. Emotion dysregulation in alexithymia: Startle reactivity to fearful affective imagery and its relation to heart rate variability. Psychophysiology. 2017 Sep;54(9):1323-34.
19. Taycan O, Özdemir A, Taycan SE. Alexithymia and somatization in depressed patients: The role of the type of somatic symptom attribution. Archives of Neuropsychiatry. 2017 Jun;54(2):99.
20. Zunhammer M, Eberle H, Eichhammer P, Busch V. Somatic symptoms evoked by exam stress in university students: the role of alexithymia, neuroticism, anxiety and depression. PLoS One. 2013;8(12):e84911.
21. Deng Y, Ma X, Tang Q. Brain response during visual emotional processing: an fMRI study of alexithymia. Psychiatry Res. 2013;213: 225–229.
22. Zhang Y, Zhao Y, Mao S, Li G, Yuan Y. Investigation of health anxiety and its related factors in nursing students. Neuropsychiatric disease and treatment. 2014 Jul 7:1223-34.
23. Cookson C, Luzon O, Newland J, Kingston J. Examining the role of cognitive fusion and experiential avoidance in predicting anxiety and depression. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2020 Sep;93(3):456-73.
24. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. Consult Clin Psychol. 1996;64(6):1152-68.
25. Cookson C, Luzon O, Newland J, Kingston J. Examining the role of cognitive fusion and experiential avoidance in predicting anxiety and depression. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2020 Sep;93(3):456-73.
26. Wheaton MG, Berman NC, Abramowitz JS. The contribution of experiential avoidance and anxiety sensitivity in the prediction of health anxiety. Journal of Cognitive Psychotherapy. 2010 Aug 1;24(3):229-39.
27. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T, Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire- II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behavior therapy. 2011 Dec 1; 42(4):676-88.
28. Hayes SC, Follette VM, Linehan M, editors. Mindfulness and acceptance: Expanding thecognitive-behavioral tradition. Guilford Press; 2004 Aug 31.
29. Abasi, E., Fti, L., Molodi, R., Zarabi, H. Psychometric properties of Persian Version of Acceptance and Action Questionnaire -II. Psychological Methods and Models, 2012 3: 65-80.
30. Michael Bagby R, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. Journal of Psychosomatic Research. 1994; 38(1):23-32.
31. Besharat MA, Masoodi M, Gholamali Lavasani M. [Alexithymia and psychological and physical vulnerability (Persian)]. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2015; 9(34):47-56.
32. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. Psychological Reports. 2007; 101(1):209-20.
33. 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.
34. Panahi S, Asghari Moghadam MA, Shaeeri MR, Eghtedar Nejhad S. Psychometric properties of a Persian version of the short form of health anxiety inventory in non-clinical Iranian populations. Quarterly of Educational Measurement. 2010;1(2):21-46. [Persian].
35. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. Behaviour research and therapy. 2004;42(4):385-96.
36. Wells A. Metacognitive theory and therapy for worry and generalized anxiety disorder: review and status. Journal of Experimental Psychopathology. 2010; 1 (1): jep. 007910.
37. Shirinzadeh Dastgiry S GM, Rahimi CH, Naziri GH. . The study of factor analysis, validity and reliability of Metacognition Questionnaire-30. Journal of Psychology. 2008; 48: 44-61.
38. Bailey R, Wells A. The contribution of metacognitive beliefs and dysfunctional illness beliefs in predicting health anxiety: An evaluation

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-08-16]

of the metacognitive versus the cognitive models. Clinical Psychologist. 2016 Nov 1;20(3):129-37.
39. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. Behaviour research and therapy. 1996 Nov 1;34(11-12):881-8.
40. Ricci A, Bonini S, Continanza M, Turano MT, Puliti EM, Finocchietti A, Bertolucci D. Worry and anger rumination in fibromyalgia syndrome. Reumatismo. 2016 Dec 31;68(4):195-8.
41. Sun X, Zhu C, So SH. Dysfunctional metacognition across psychopathologies: a meta-analytic review. European Psychiatry. 2017 Sep;45:139-53.
42. Lenzo V, Sardella A, Martino G, Quattropani MC. A systematic review of metacognitive beliefs in chronic medical conditions. Frontiers in psychology. 2020 Jan 10;10:2875.
43. Bailey R, Wells A. Metacognitive therapy in the treatment of hypochondriasis: A systematic case series. Cognitive Therapy and Research. 2014 Oct;38:541-50.
44. Noyes Jr R, Happel RL, Yagla SJ. Correlates of hypochondriasis in a nonclinical population. Psychosomatics. 1999 Nov 1;40(6):461-9.
45. Besharat MA, Shahidi S. What is the relationship between alexithymia and ego defense styles? A correlational study with Iranian students. Asian Journal of Psychiatry. 2011 Jun 1;4(2):145-9.
46. Lumley MA, Stettner L, Wehmer F. How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. Journal of psychosomatic research. 1996 Dec 1;41(6):505-18.
47. Barsky AJ. Somatosensory amplification and hypochondriasis. Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady. 2001 Feb 1:223-48.
48. Wheaton MG, Berman NC, Abramowitz JS. The contribution of experiential avoidance and anxiety sensitivity in the prediction of health anxiety. Journal of Cognitive Psychotherapy. 2010 Aug 1;24(3):229-39.
49. 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 Feb 10;12(4):66-79.
50. 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.
51. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RT, Pistorello J, Toarmino D, Polusny MA, Dykstra TA, Batten SV, Bergan J, Stewart SH. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. The psychological record. 2004 Oct;54:553-78.
52. Boelen PA, Reijntjes A. Measuring Experiential Avoidance: Reliability and Validity of the Dutch 9-item Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). J Psychopathol Behav Assess.2008;30(4):241-51.
53. 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. Cognitive and behavioral practice. 2009 Nov 1;16(4):368-85.

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-08-16]