فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۹، شماره ۲۲، زمستان ۱۴۰۲

# رابطه حساسیت اضطرابی و اضطراب سلامت: نقش میانجی تحمل پریشانی

علی مجیدآذر[۱]، هانیه محمدی[۲]، فاطمه پناهی[۳]، تورج هاشمی نصرت آباد[۴]

**چکیده**

**پیش‌زمینه و هدف:** هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین رابطه حساسیت اضطرابی و اضطراب سلامت با توجه به نقش میانجی تحمل پریشانی بود. **مواد و روش کار**: این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بود که در آن ۱۹۷ شرکت‌کننده از بین دانشجویان دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و با استفاده از سیاهه کوتاه اضطراب سلامت (HAI)، پرسشنامه حساسیت اضطرابی (ASI) و پرسشنامه تحمل پریشانی سیمون و گاهر نسبت به اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش اقدام شد. **یافته‌ها**: تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده پس از کنار گذاشتن پاسخنامه‌های مخدوش و ناقص با استفاده از روش تحلیل مسیر به‌وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و Amos نسخه ۲۴، نشان داد متغیر تحمل پریشانی قادر است رابطه حساسیت اضطرابی و اضطراب سلامت را به‌طور مثبت و معنی‌دار تبیین نماید ($P<0.05$). پس نقش میانجی تحمل پریشانی تائید شد. **بحث و نتیجه‌گیری**: با توجه به نقش میانجی تحمل پریشانی در رابطه میان حساسیت اضطرابی و اضطراب سلامت، می‌توان به این نتیجه رسید که تمرکز بر مؤلفه‌های حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی در فرآیندهای مداخله‌ای می‌تواند در کنترل علائم اضطراب سلامت مفید و مؤثر باشد. بنابراین می‌توان به متخصصان سلامت روان توصیه کرد تا در فرآیند ارزیابی و ارزیابی حساسیت اضطرابی و تمرکز بر آن در صورت لزوم در دستور کار قرار گیرد.

**کلید واژه‌ها:** حساسیت اضطرابی، اضطراب سلامت، تحمل پریشانی

[۱] کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول). Alimajidazar.psych@gmail.com
[۲] کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
[۳] کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
[۴] دکتری روانشناسی تربیتی، مدرس دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

[ Downloaded from jnip.ir on 2025-12-21 ]

## مقدمه

با توجه به اینکه سلامت جسمانی انسان از اهمیت بالایی برخوردار است، نگرانی‌های مرتبط با سلامتی در انسان مسئله عجیبی نیست و در اکثر موارد امری طبیعی و بهنجار به شمار می‌رود. اما در برخی از موارد این نگرانی و اضطراب از حد طبیعی خود فراتر رفته، از تعادل خارج‌شده و تبدیل به اختلال می‌شود (آبراموویتز[1] و همکاران، ۲۰۰۷). آسموندسون و تیلور[2] (۲۰۲۰) در تعریف خود از اضطراب سلامت[3] آورده‌اند که اضطراب سلامت، اضطراب درباره سلامتی و موارد مرتبط با آن است که افراد با اضطراب سلامت بالا، با داشتن علائم و نشانه‌های خفیف یا حتی بدون داشتن علامت و نشانه خاصی بر این عقیده و باور هستند که مبتلابه یک بیماری شدید و جدی هستند. در جدیدترین تعاریف اضطراب سلامت به نقل از راسک[4] و همکاران (۲۰۲۴) اشاره‌شده است که اضطراب سلامت به داستان‌هایی افراد درباره بیماری‌های فعلی آینده معطوف است و از نگرانی‌های گذرا و عادی روزمره متفاوت است. همچنین به عقیده سالکوسکیس[5] و همکاران (۲۰۰۱)، اضطراب سلامت نتیجه سوءبرداشت فاجعه‌آمیز از احساسات و علائم است. در تائید این نظر می‌توان از مدل شناختی-رفتاری کمک گرفت؛ به‌طوری‌که مطابق با این مدل، اضطراب سلامت نتیجه عقاید مخالف با سلامتی و تندرستی است که توجه افراد با اضطراب سلامت بالا عمدتاً انتخابی شده و به سمت احساسات جسمی هدایت می‌شود. در این مواقع، افراد دچار عقاید و سوءتعبیرهایی در مورد احساسات جسمی می‌شوند و به دنبال آن به انجام رفتارهای اطمینان طلبی می‌پردازند (ایلنبرگ[6] و همکاران، ۲۰۱۵). اضطراب سلامت پدیده‌ای چندوجهی متشکل از هیجانات پریشان کننده، برانگیختگی فیزیولوژیک و احساسات بدنی، افکار و تصاویر مربوط به خطر، اجتناب و رفتارهای مقابله‌ای است (آسموندسون و تیلور، ۲۰۲۰). شایان‌ذکر است اضطراب سلامت در پیوستار قرار دار، به‌طوری‌که افرادی که در انتهای این طیف یا پیوستار قرار دارند اضطراب شدیدی را تجربه می‌کنند و ممکن است توسط متخصصان تشخیص هیپوکندریا یا خودبیمارانگاری دریافت کنند (کوزیک[7] و همکاران، ۲۰۲۰).

از بارزترین ویژگی‌های افراد با اضطراب سلامت بالا می‌توان به مراجعات مکرر و وسواس گونه به پزشکان و متخصصان پزشکی جهت کسب اطمینان از سلامت خود و استفاده از روش‌های تشخیصی و درمانی بالقوه خطرناک و تهاجمی اشاره کرد که این مورد نیز به‌خودی‌خود منجر به افزایش صرف هزینه توسط خود فرد و همچنین نظام درمانی می‌شود (هانن[8] و همکاران، ۲۰۰۰).

اما عواملی بر بروز و شدت یافتن اضطراب سلامت اثرگذار هستند و امروزه توجه ویژه‌ای را از جانب پژوهشگران به خود اختصاص داده‌اند. در این زمینه می‌توان اذعان داشت که عوامل متعددی به‌ویژه عوامل شناختی در بروز و استمرار حالات اضطرابی ازجمله اضطراب سلامت نقش دارند و روزبه‌روز اهمیت این عوامل در مطالعات مختلف در حال شناسایی هستند. عاملی که در مطالعات و پژوهش‌های اخیر برای تبیین اضطراب سلامت و حالات اضطرابی استفاده‌شده است و در رده عوامل و تمایلات شناختی است، حساسیت اضطرابی[9] است (مک نالی[10]، ۲۰۰۲). افراد با اضطراب سلامت بالا، در تحمل علائم و نشانه‌های اضطراب دچار مشکل هستند و تجربه اضطراب را خطرناک و دارای عواقب بد تعبیر می‌کنند. حساسیت اضطرابی میل انسان به پاسخ به اضطراب و تجربه آن بر اساس ترسی است که آن را احساس می‌کند. افراد با حساسیت اضطرابی بالابر این عقیده هستند که اضطراب و تجربه آن برایشان خطرناک است (رایت[11] و همکاران ، ۲۰۱۶). در همین راستا افراد با حساسیت اضطرابی بالا از هیجانات و تجربه اضطراب تعبیر نادرستی دارند و از عواقب تجربه اضطراب نیز نگرانی دارند. شایان‌ذکر است طبق آخرین یافته‌ها (تیلور، ۱۹۹۹)، حساسیت اضطرابی می‌تواند در تشدید و همچنین ادامه احساس اضطراب در انواع مختلف اختلالات اضطرابی نقش عمده‌ای ایفا کند که همین مورد گواهی بر تأثیر حساسیت اضطرابی بر اضطراب سلامت است. همچنین طبق آخرین یافته‌ها و پژوهش‌های صورت گرفته، می‌توان به این نتیجه رسید که متغیر حساسیت اضطرابی در ایجاد و تداوم انواع مختلفی از اختلالات روانی نقش عمده‌ای دارد (چیو[12] و همکاران، ۲۰۲۴).در تائید این موضوع یافته پژوهش‌های هوونکمپ-هرملینک[13] و همکاران (۲۰۱۹)، جورلیماتوس و ادلستاین[14] (۲۰۱۲)، ویتون[15] و همکاران (۲۰۱۰) و اولاتونجی[16] و همکاران (۲۰۰۹) در باب بررسی رابطه بین حساسیت اضطرابی و اضطراب سلامت، حاکی از وجود رابطه معنی‌دار است.

---

1. Abramowitz
2. Asmondson & Taylor
3. Health Anxiety
4. Rask
5. Salkovskis
6. Eilenberg
7. Kosic
8. Haenen
9. Anxiety Sensitivity
10. McNally
11. Write
12. Chiu
13. Hovenkamp-Hermelink
14. Gerolimatos & Edelstein
15. Wheaton
16. Olatunji

[ Downloaded from jnip.ir on 2025-12-21 ]

با مرور مطالعات انجام‌شده درزمینهٔ رابطه حساسیت اضطرابی و اضطراب سلامت، می‌توان به این نتیجه رسید که تأثیر حساسیت اضطرابی بر اضطراب سلامت ممکن است به‌واسطه متغیرهای دیگری اعمال شود و متغیر حساسیت اضطرابی تأثیر مستقیم بر اضطراب سلامت نداشته باشد (رایت و همکاران، ۲۰۱۶). افراد با اضطراب سلامت و همچنین حساسیت اضطرابی بالا در تحمل ابهام و پریشانی دچار مشکلاتی هستند و بر این باور هستند که تجربه اضطراب و پریشانی تحمل‌ناپذیر است و می‌تواند برایشان خطرساز یا دشوار باشد. ازاین‌رو سیمونز و گاهر[1] (۲۰۰۵) در تعریف خود از تحمل پریشانی[2] آورده‌اند که تحمل پریشانی به توانایی انسان برای ایستادگی در برابر و مقابله با هیجان‌های منفی اشاره دارد. در تعریف دیگر و جدیدتری از تحمل پریشانی توسط گالیک[3] و همکاران (۲۰۲۰) تحمل پریشانی به‌عنوان توانایی انسان برای مقاومت در برابر ناراحتی‌های هیجانی و تجارب عاطفی منفی معرفی‌شده است. همچنین به عقیده شو[4] و همکاران (۲۰۲۲)، افراد باتحمل پریشانی پایین تمایل به واکنش منفی به موقعیت‌های مبهم دارند که این مورد خود می‌تواند به دلیل دشواری در تنظیم هیجان و سایر عوامل رخ‌داده باشد. رابطه میان اضطراب سلامت و تحمل پریشانی و همچنین رابطه حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی توسط پژوهش‌های خارجی و داخلی تائید شده است. به‌عنوان‌مثال در پژوهش‌های خارجی فرگاس[5] و همکاران (۲۰۱۵) به جهت شناسایی رابطه جنبه‌های مختلف تحمل پریشانی و اضطراب سلامت و در پژوهش‌های داخلی هنزائی و همکاران (۱۳۹۸) به‌منظور مقایسه تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای در افراد دارای اضطراب سلامت و افراد عادی، به این نتیجه دست یافتند که میان اضطراب سلامت و برخی جنبه‌های تحمل پریشانی رابطه معنی‌دار وجود دارد. همچنین مطابق با یافته برخی پژوهش‌ها، تحمل پریشانی با اضطراب و اختلالات اضطرابی، حساسیت اضطرابی و نگرانی رابطه معکوس دارد (الهای[6] و همکاران، ۲۰۲۰؛ لاپوسا[7] و همکاران، ۲۰۱۵؛ کارلتون و همکاران، ۲۰۱۲). به‌طوری‌که افراد باتحمل پریشانی پایین از وجود اضطراب احساس ناراحتی و آشفتگی می‌کنند و توانایی مقابله با هیجانات منفی ازجمله اضطراب را در خود پایین در نظر می‌گیرند و تمام توجه‌شان به سمت اضطرابی که در حال تجربه آن هستند سوق پیدا می‌کند (گالیگ[8] و همکاران، ۲۰۲۰).

با توجه به مطالب فوق و پژوهش‌های صورت گرفته درباره رابطه میان حساسیت اضطرابی و اضطراب سلامت و همچنین رابطه تحمل پریشانی و اضطراب سلامت و تائید وجود روابط معنی‌دار، به نظر می‌رسد تا به اکنون پژوهشی درزمینهٔ بررسی نقش میانجی تحمل پریشانی در رابطه میان حساسیت اضطرابی و اضطراب سلامت انجام‌نشده است. لذا هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه میان حساسیت اضطرابی با اضطراب سلامت با نقش میانجی تحمل پریشانی و پوشش خلأ پژوهشی ذکرشده بود.

## مواد و روش کار

این پژوهش با توجه به هدف از نوع بنیادی و با توجه به روش جمع‌آوری داده‌ها از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری شامل دانشجویان دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود. از این جامعه مطابق با نظر هو و بنتلر[9] (۱۹۹۹) ، تعیین حجم نمونه برای طرح‌های همبستگی، تعداد ۱۹۷ نفر بود. از این جامعه به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شد. در این راستا ابتدا از بین ۱۵ دانشکده این دانشگاه، پنج دانشکده به‌صورت تصادفی و سپس از هر دانشکده یک گروه آموزشی و از هر گروه آموزشی یک کلاس درسی به روش تصادفی انتخاب شد. پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان و ارائه توضیحات مربوطه در خصوص نحوه پاسخ‌گویی به سؤالات پرسشنامه و رعایت صداقت و حفظ گمنامی شرکت‌کنندگان، پرسشنامه‌ها بین آن‌ها توزیع شدند. همچنین پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، نسبت به حذف پرسشنامه‌های مخدوش و ناقص و سپس نمره‌گذاری پرسشنامه‌های باقی‌مانده اقدام شد. درنهایت داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۴ و AMOS نسخه ۲۴ مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت.

### ابزار پژوهش

**سیاهه کوتاه اضطراب سلامت (HAI)**[10]: این سیاهه که در سال ۲۰۰۲ توسط سالکوسکیس و همکاران تدوین‌شده است، شامل ۱۸ گویه است که سه زیرمقیاس احتمال بیماری (گویه‌های ۲، ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۱و ۱۲)، شدت بیماری (گویه‌های ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸) و نگرانی کلی سلامتی (گویه‌های ۱، ۳، ۵، ۷، ۱۰، ۱۳ و ۱۴) را ارزیابی می‌کند. هر یک از گویه‌های این سیاهه شامل چهار گویه است که از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. همچنین سالکوسیکیس و وارویک روایی (ضریب آلفای کرونباخ) مؤلفه‌های این سیاهه را بین ۷۰. تا ۸۲. و پایایی این سیاهه را با روش آزمون-بازآزمون در طی دو هفته ۹۰. گزارش نمودند. برای ارزیابی اضطراب سلامت، نمره کل گویه‌ها و برای ارزیابی هر یک از زیرمقیاس‌ها

1. Simmons and Gaher
2. Intolerance of Uncertainty
3. Gawlik
4. Shu
5. Fergus
6. Elhai
7. Laposa
8. Gallego
9. Hu & Bentler
7. Health Anxiety Inventory

[ Downloaded from jnip.ir on 2025-12-21 ]

نمرات گویه‌های مربوطه با یکدیگر جمع می‌شود. شایان‌ذکر است روایی این سیاهه توسط باقری شیخانگفشه و همکاران (۱۳۹۹) با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰٫۸۹ گزارش‌شده است.

**پرسشنامه حساسیت اضطرابی (ASI)**[1]: پرسشنامه حساسیت اضطرابی که توسط فلوید و همکاران (۲۰۰۵) تدوین‌شده است یک پرسشنامه خود گزارشی است که شامل شانزده گویه است و در آن از مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (خیلی کم=۱ تا خیلی زیاد=۵) استفاده‌شده است. این پرسشنامه سه عامل ترس از نگرانی‌های بدنی (۸ گویه)، ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگر افراد (۴ گویه) و ترس از نداشتن کنترل شناختی (۴ گویه) را ارزیابی می‌کند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین ۸۰. تا ۹۰. تخمین زده‌شده است. شایان‌ذکر است اعتبار باز آزمایی بعد از ۲ هفته تا ۷۵٪ و به مدت ۳ سال، ۷۱٪ محاسبه‌شده است (ریس، پترسون، گارسکی و مک نالی[2]، ۱۹۸۶). دامنه نمرات پرسشنامه حساسیت اضطرابی، بین ۰ تا ۶۴ قرار دارد و با جمع کل نمرات گویه‌ها به دست می‌آید. همچنین ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه توسط فروغی و همکاران (۲۰۱۹) ۰٫۹۰ به دست آورده‌اند.

**پرسشنامه تحمل پریشانی[3] سیمون و گاهر:** این پرسشنامه در سال ۲۰۰۵ توسط سیمون و گاهر تدوین‌شده است. این پرسشنامه خود سنجی شامل ۱۵ گویه و چهار زیرمقیاس است که عبارت‌اند از تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم. نمره‌گذاری گویه‌ها از طریق طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای است (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) و نمرات بالاتر از ۴۵ نشان از تحمل پریشانی بالا و نمرات کمتر از ۴۵ نشان از تحمل پریشانی پایین است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه تحمل پریشانی برای کل مقیاس ۸۲.، و برای زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲ ، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ گزارش‌شده است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). همچنین میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش داخلی توسط علوی و همکاران (۱۳۹۰) ۰٫۷۱ گزارش‌شده است

**یافته‌ها**

نتایج نشان داد از بین ۱۹۷ نفر دانشجویی که در پژوهش شرکت کردند، ۱۳۴ نفر (معادل ۶۸درصد) زن و ۶۳ نفر (معادل ۳۲ درصد) آن‌ها مرد بوده‌اند. همچنین ۱۱۴ نفر (معادل ۵۷/۹ درصد) از شرکت‌کنندگان دانشجوی مقطع کارشناسی، ۵۵ نفر (معادل ۲۷/۹ درصد) دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد و ۲۸ نفر (معادل ۱۴/۲ درصد) نیز دانشجوی مقطع دکتری بوده‌اند.

مطابق با جدول۱، ابتدا به بررسی میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش پرداخته شد که نتایج بیانگر پراکندگی مناسب و نرمال بودن توزیع متغیرها بوده است (نسبت کجی و کشیدگی به خطا در بازه ۱± قرار دارد). همچنین نتایج ماتریس همبستگی، نشان‌دهنده روابط معنادار بین متغیرهای پژوهش است.

**جدول ۱. ماتریس همبستگی و آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش**

| متغیر | ۱ | ۲ | ۳ |
|---|---|---|---|
| **۱. حساسیت اضطرابی** | ۱ | | |
| **۲. تحمل پریشانی** | ۰/۵۵** | ۱ | |
| **۳. اضطراب سلامت** | -۰/۴۷** | -۰/۴۳** | ۱ |
| **میانگین** | ۳۹/۲ | ۴۵/۳ | ۱۵/۶ |
| **انحراف استاندارد** | ۱۲ | ۱۱/۷۱ | ۸/۶ |
| **ضریب کجی** | ۰/۵۸ | ۰/۳۰ | ۰/۶۷ |
| **ضریب کشیدگی** | ۰/۱۹ | -۰/۰۳ | ۰/۹۰ |
| **عامل تورم واریانس** | ۱/۴۳ | ۱/۴۳ | - |
| **آماره تحمل** | ۰/۶۹ | ۰/۶۹ | - |

P‹۰٫۰۱** P ‹ ۰٫۰۵*

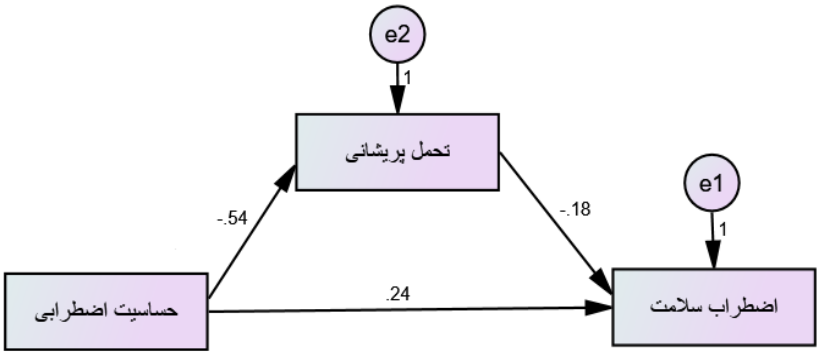
با توجه به نتایج ارائه‌شده در جدول۱، و همچنین محقق شدن پیش‌فرض‌های مهم پژوهش، با استفاده از روش تحلیل مسیر، رابطه بین حساسیت اضطرابی با اضطراب سلامت با میانجی‌گری تحمل پریشانی موردبررسی قرارگرفته است. در شکل ۱، مدل اندازه‌گیری شده به همراه ضرایب استانداردشده ارائه‌شده است.

8. Anxiety Sensitivity Inventory

2. Reiss Peterson, Gursky & McNally

3. Distress Tolerance Questionnaire

[ Downloaded from jnip.ir on 2025-12-21 ]




**شکل ۱. الگوی مسیرهای روابط حساسیت اضطرابی در ارتباط با اضطراب سلامت با میانجی‌گری تحمل پریشانی**

**جدول ۲. شاخص‌های برازش الگوی ساختاری**

| شاخص | CAMIN/DF | GFI | AGFI | RFI | NFI |
|---|---|---|---|---|---|
| مقدار | ۵/۸ | ۰/۹۹ | ۰/۹۲ | ۰/۸۸ | ۰/۹۶ |
| دامنه پذیرش | <۵ | >۹۰ | >۹۰ | >۹۰ | >۹۰ |

با توجه به مندرجات جدول ۲، شاخص‌های برازش مدل در سطح نسبتاً مطلوبی قرار دارند. لذا مدل عملیاتی پژوهش از ساختار معنادار مناسبی برخوردار می‌باشد. شاخص نیکویی برازش (GFI=۰/۹۹) و شاخص نیکویی برازش تصحیح‌شده (AGFI=۰/۹۲) و شاخص برازش نرم‌دار (NFI=۰/۹۶) با ملاک‌های موردنظر همخوان است. همچنین در جدول ۳، نتایج بررسی اثرات مستقیم متغیرهای پژوهش ارائه‌شده است.

**جدول ۳. برآوردهای ضرایب اثر مستقیم متغیرهای پژوهش**

| متغیرها | | ضریب استاندارد نشده | ضریب استانداردشده | Tآماره | P | نتیجه |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **متغیر مستقل** | متغیر ملاک | | | | | |
| **حساسیت اضطرابی** | تحمل پریشانی | -۰/۵۴ | -۰/۵۵ | -۹/۲۳ | ۰/۰۰۱ | تائید |
| **حساسیت اضطرابی** | اضطراب سلامت | ۰/۲۴ | ۰/۳۳ | ۴/۵۲ | ۰/۰۰۱ | تائید |
| **تحمل پریشانی** | اضطراب سلامت | -۰/۱۸ | -۰/۲۵ | -۳/۴۲ | ۰/۰۰۱ | تائید |

نتایج جدول۲، نشان می‌دهد که ضرایب مسیرهای مستقیم در مدل پژوهش معنادار هستند. یافته‌ها نشان می‌دهد که حساسیت اضطرابی با ضریب اثر (۰/۵۵-) و t محاسبه‌شده (۹/۲۳-) می‌تواند ۵۵ درصد از تغییرات تحمل پریشانی را به‌طور منفی و معنی‌دار پیش‌بینی و تبیین کند؛ همچنین حساسیت اضطرابی با ضریب اثر (۰/۳۳) و t محاسبه‌شده (۴/۵۲) قادر است ۳۳ درصد از تغییرات اضطراب سلامت را به‌طور مثبت و معنی‌دار تبیین کند، و تحمل پریشانی نیز با ضریب اثر (۰/۲۵-) و t محاسبه‌شده (۳/۴۲-) می‌تواند ۲۵ درصد از تغییرات اضطراب سلامت را تبیین کند. در ادامه پارامترهای اندازه‌گیری رابطه غیرمستقیم نیز در جدول ۳ ارائه شده‌است.

**جدول ۴. ضریب مسیر غیرمستقیم و نقش میانجی تحمل پریشانی**

| متغیرها | | ضریب استاندارد غیرمستقیم | حد پایین | حد بالا | P | نتیجه |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **مستقل** | میانجی | ملاک | | | | |
| **حساسیت اضطرابی** | تحمل پریشانی | اضطراب سلامت | ۰/۱۴ | ۰/۰۶ | ۰/۲۳ | ۰/۰۰۱ | تائید |

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که مسیر غیرمستقیم حساسیت اضطرابی بر اضطراب سلامت از طریق تحمل پریشانی معنادار بوده و حساسیت اضطرابی از طریق تحمل پریشانی بر اضطراب سلامت اثر غیرمستقیم و مثبت دارد (β=۰/۱۴).

[ Downloaded from jnip.ir on 2025-12-21 ]

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف تعیین رابطه بین حساسیت اضطرابی و اضطراب سلامت با میانجیگری تحمل پریشانی انجام شد. اولین یافته پژوهش نشان داد حساسیت اضطرابی با اضطراب سلامت رابطه مثبت و معنی‌دار دارد. این نتیجه با یافته‌های اولاتونجی و همکاران (۲۰۰۹)، جرولیماتوس و ادلستین (۲۰۱۲)، فرگوس و همکاران (۲۰۱۳)، براوو و سیلورمن (۲۰۱۰)، کریمی و همکاران (۱۳۹۷)، فرگوس و همکاران (۲۰۱۵) همسو است. در تبیین رابطه حساسیت به اضطراب با وضعیت سلامت، می‌توان اظهار نمود که حساسیت نسبت به ارزیابی نشانه‌های اضطراب، به‌عنوان یک نشانه از نزدیک شدن به خطر، باعث افزایش اضطراب می‌گردد (کاکس و همکاران، ۲۰۰۱). همچنین، بالا بودن حساسیت به اضطراب به دلیل ایجاد تفسیرهای منفی افراد از نمادهای اضطراب، منجر به افزایش نمادهای اضطراب در وضعیت سلامت می‌گردد (هوونکمپ-هرملینک و همکاران، ۲۰۱۹). به‌علاوه طبق دیدگاه‌های تیلور و همکاران (۱۹۹۲) و نیز اشمیت و همکاران (۱۹۹۷)، حساسیت به اضطراب به‌عنوان یک عامل مؤثر در افزایش آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات اضطرابی و استمرار آن‌ها شناخته می‌شود. همچنین، با توجه به دیدگاه دیکان و آبراموویتز[1] (۲۰۰۷)، در افراد مبتلابه گونه‌های مختلف اختلالات اضطرابی، حساسیت اضطرابی به‌شدت بیشتری مشاهده می‌شود. این امر به این خاطر است که حساسیت به اضطراب می‌تواند منجر به شکل‌گیری الگوهای سوگیر در پردازش و بازیابی اطلاعات مرتبط با محرک‌های موجب اضطراب گردد، که درنتیجه، زمینه‌ای را برای ابتلا به انواع اختلالات اضطرابی ازجمله اضطراب سلامت فراهم می‌آورد.

دومین یافته پژوهش نشان داد اضطراب سلامت باتحمل پریشانی رابطه منفی دارد. این نتیجه با پژوهش‌های مقبلی هنزایی و امیدی (۱۳۹۸) و فروزانفر (۱۳۹۶)، آفک[2] و همکاران (۲۰۲۱)، ران (۲۰۲۰)، زوریتا[3] (۲۰۱۸) و کونور[4] (۲۰۰۶) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان این‌گونه بیان کرد که افزایش سطح اضطراب ممکن است تأثیرات منفی بر تحمل پریشانی داشته باشد. به‌عبارت‌دیگر، زمانی که فرد با اضطراب زیادی مواجه می‌شود، این وضعیت می‌تواند توانایی او در مقابله با استرس و چالش‌های روزمره را کاهش دهد. یکی از دلایل این ارتباط منفی می‌تواند تمایل افراد به تمرکز بر مسائل منفی و تهدیدها باشد. افراد با سطح اضطراب بالا ممکن است به دلیل واکنش‌های فیزیکی ناخوشایندی که در مواجهه با استرس تجربه می‌کنند، دچار ناتوانی در مقابله شوند. این واکنش‌ها ممکن است شامل تپش قلب، تنگی نفس، و گیجی باشند که به تحمل پریشانی کمک نمی‌کنند. علاوه بر این، افراد ممکن است در وضعیت اضطرابی به سازوکارهای ناکارآمد مقابله پرداخته و به‌جای مواجهه با چالش‌ها، به فرار یا اجتناب از آن‌ها روی‌آورند. این رفتارها نیز ممکن است تحمل پریشانی را کاهش دهند زیرا افراد از مواجهه با مشکلات و مواقع ناخوشایند خود دوری می‌کنند. برای مدیریت بهتر این وضعیت، مهارت‌های مقابله با استرس، توسعه تفکر مثبت، و آگاهی از واکنش‌های فیزیکی و روانی به اضطراب می‌تواند مؤثر باشد. این اقدامات می‌توانند به افراد کمک کنند تا بهتر با چالش‌های زندگی روبرو شوند و تحمل پریشانی خود را افزایش دهند.

سومین یافته پژوهش نشان داد بین حساسیت اضطرابی و اضطراب سلامت با میانجی‌گری تحمل پریشانی رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد. این نتیجه با یافته‌های فرگوس و همکاران (۲۰۱۵)، هنزائی و همکاران (۱۳۹۸)، اسفندزاده و همکاران (۱۳۹۵) همسو است. در تبیین ارتباط بین تحمل ناتوانی و اضطراب سلامت، می‌توان اظهار کرد که ناتوانی در مقابله با فشارهای روزمره می‌تواند منجر به تمایل افراد به واکنش‌های فوری برای کاهش تنش و استرس شود. درنتیجه فرد ممکن است به استفاده از راهبردهای نامناسب برای کاهش اضطراب رو آورد. این مسئله درنهایت منجر به افزایش حساسیت نسبت به اضطراب و نگرانی ازنظر سلامتی یا همان اضطراب سلامت می‌شود که همین امر ممکن است باعث تشدید اضطراب و نگرانی فرد درباره سلامت شود. همان‌طور که توسط رایت و همکاران (۲۰۱۶) اشاره‌شده است، ناتوانی در مقابله با فشارهای روزمره ممکن است باعث شود که افراد با مشکلات بیشتری در تحمل پریشانی مرتبط با پیامدهای خطرناک و ترسناک علائم اضطراب روبرو شوند. این وضعیت می‌تواند باعث افزایش دشواری و مشکلات بیشتری در مواجهه با ترسناکی‌ها و پیچیدگی‌های مرتبط با اضطراب گردد. این اقدامات ناتوان‌کننده نهایتاً به افزایش حساسیت نسبت به وضعیت‌های اضطراب‌آور در فرد منجر خواهد شد (اوبریان[5] و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین، مطابق با نظر برخی نظریه‌پردازان درزمینهٔ اضطراب سلامت، می‌توان تصریح نمود که متغیرهای حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی، در چارچوب مدل شناختی-رفتاری، به‌عنوان متغیرهای فردی شناخته می‌شوند و در پدیدارشناسی اضطراب سلامت به‌عنوان موارد حیاتی موردتوجه قرار می‌گیرند (فرگاس و باردن، ۲۰۱۳).

پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین حساسیت اضطرابی و اضطراب سلامت با میانجیگری تحمل پریشانی یک رابطه معنادار وجود دارد. نتایج نشان می‌دهند که افرادی که دارای حساسیت اضطرابی بیشتری هستند، با میزان بالاتری از اضطراب سلامت مواجه هستند. این نتایج به تأیید اهمیت شناخت و مدیریت حساسیت اضطرابی برای حفظ سلامت روان اشاره دارد. علاوه بر این، یافته‌ها نشان می‌دهند که تحمل پری[6]شانی

1 .Deacon & Abramowitz

2. Afek

3. Zurita

4. Connor

5. O'Brien

[ Downloaded from jnip.ir on 2025-12-21 ]

می‌تواند نقش مهمی در توسعه یا کاهش اثرات مخرب حساسیت اضطرابی بر اضطراب سلامت داشته باشد. این نتایج حاکی از آن هستند که توسعه مهارت‌های تحمل پریشانی می‌تواند به‌عنوان یک راهبرد مؤثر برای کاهش تأثیرات منفی حساسیت اضطرابی بر سلامت روان افراد مورداستفاده قرار گیرد. به‌طورکلی، پژوهش حاضر تأکید دارد که فهم عمیق‌تر درباره روابط بین حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و اضطراب سلامت می‌تواند بهبود راهکارها و مداخلات روان‌شناختی جهت پیشگیری و مدیریت اختلالات روانی فردی و جمعی را فراهم کند.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به این نکته اشاره کرد که نتایج به‌دست‌آمده تنها قابل‌تعمیم به جامعه پژوهش هستند و احتیاط در تعمیم این نتایج الزامی است. همچنین، محدودیت دیگر این پژوهش به ماهیت مقطعی آن مرتبط است؛ ازاین‌رو در نتیجه‌گیری، باید موارد علت و معلولی بااحتیاط در نظر گرفته شوند. اهمیت محدودیت دیگر نیز در استفاده از ابزارهای خود گزارشی مانند پرسشنامه قرار دارد؛ زیرا امکان وجود سوگیری، عدم دقت کافی، عدم صداقت کافی یا نداشتن شناخت کامل و صحیح از وضعیت فرد در پاسخ به سؤالات پرسشنامه وجود دارد. در پایان، محدودیت دیگر تعداد آزمودنی‌های زن نسبت به آزمودنی‌های مرد است؛ این امر ممکن است تعمیم نتایج را محدود کند و امکان مقایسه مناسب را فراهم نکند. به همین دلیل، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، حجم نمونه افزایش یابد، محدوده جغرافیایی گسترده‌تر شود، نمونه‌گیری به شکل نمونه‌گیری معرف جامعه انجام شود، و نسبت جنسیتی رعایت گردد. همچنین، عوامل تأثیرگذار و مداخله‌گرهای دیگر مانند جنسیت، وضعیت تأهل، وجود بیماری‌های جسمی و .... نیز در نظر گرفته شوند و پژوهش‌های طولی در این زمینه انجام شود.

## منابع


باقری شیخانگفشه، ف؛ تاج‌بخش، خ؛ و ابوالقاسمی، ع. (۱۳۹۹). مقایسه اضطراب کووید-۱۹، سبک‌های مقابله‌ای و اضطراب سلامت در دانشجویان ورزشکار و غیر ورزشکار. مطالعات روانشناسی ورزشی، ۹(۳۲)، ۲۸۳-۳۰۶.

باقری شیخانگفشه، ف؛ شباهنگ، ر؛ تاج‌بخش، خ؛ حمیده مقدم، ع؛ شریفی پور چوکامی، ز؛ و موسوی، م. (۱۳۹۹). نقش اضطراب سلامت, حساسیت اضطرابی و تشدید جسمانی حسی در پیش‌بینی اضطراب کووید-۱۹ دانشجویان. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۶(۴ )، ۷۷-۹۱.

علوی، خ؛ مدرس غروی، م؛ امین یزدی، ا؛ و صالحی فدردی، ج. (۱۳۹۰). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی (با تکیه‌بر مؤلفه‌های هوشیاری فراگیر بنیادین, تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه‌های افسردگی در دانشجویان. *اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۲ (پیاپی ۵۰))، ۱۲۴-۱۳۵.

فروزانفر، آ. (۱۳۹۶). تحمل پریشانی: نظریه, مکانیسم و رابطه با آسیب‌شناسی روانی. *رویش روانشناسی*، ۶(۲ (پیاپی ۱۹))، ۲۳۹-۲۶۲.

کریمی، ج؛، همایونی، ع؛ و همایونی، ف. (۱۳۹۷). پیش‌بینی اضطراب سلامت بر پایه‌ی اجتناب تجربی و حساس بودن به علائم اضطراب در جمعیت غیر بالینی. *پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۱۲(۴ )، ۷۹-۶۶.

مقبلی هنزائی، م؛ امیدی، ع؛ و زنجانی، ز. (۱۳۹۸). مقایسه‌ی تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای در افراد دارای اضطراب سلامت و افراد عادی. *مجله علوم پزشکی فیض*، ۲۳(۶ )، ۶۸۹-۶۹۷.

Abramowitz, JS. Olatunji, BO. & Deacon BJ. (2007). Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 1; 38 (1), 86-94.

Afek, A., Ben-Avraham, R., Davidov, A., Berezin Cohen, N., Ben Yehuda, A., Gilboa, Y. and Nahum, M. (2021). Psychological resilience, mental health, and inhibitory control among youth and young adults under stress. *Frontiers in Psychiatry*, p.1624.

Asmundson, GJ. & Taylor, S. (2020). How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *Journal of Anxiety Disorders*, 71, 102-211.

Berman, NC. Wheaton, MG. McGrath, P., & Abramowitz, JS. (2010). the Contribution of Experiential Avoidance and Anxiety Sensitivity Prediction of Health Anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24 (3), 229-239.

Bravo, I.M., & Silverman, W.K. (2001). Anxiety sensitivity, anxiety, and depression in older patients and their relation to hypochondriacal concerns and medical illness. *Journal of Aging and Mental health*, 5 (4), 349-357.

Carleton, R.N., Mulvogue, M.K., Thibodeau, M.A., McCabe, R.E, Antony, M.M, Asmundson, G.J. Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety disorders*, 26(3):79-486.

Chiu, H., Low, D., Chan, A., & Stedman, R. (2024). Relationship between anxiety sensitivity and post-traumatic stress symptoms in trauma-exposed adults: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 103.

Connor, KM., & Zhang W. (2006). Resilience: Determinants, measurement, and treatment responsiveness. *CNS spectrums*; 11(S12): 5-12.

Eilenberg, T., Frostholm, L., Schröder, A., Jensen, JS. & Fink P. (2015). Long-term consequences of severe health anxiety on sick leave in treated and untreated patients: Analysis alongside a randomized controlled trial. *Journal of Anxiety disorders*, 32: 95-102.

Fergus, T. A., & Bardeen, J. R. (2013). Anxiety Sensitivity and Intolerance of uncertainty: Evidence of Incremental specificity in relation to Health Anxiety. *Personality and Individual Differences*, 55 (6), 640-644.

Fergus, T. A., Bardeen, J. R., & Orcutt, H. K. (2015). Examining the Specific Facets of Distress Tolerance That are relevant to Health Anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 29 (1), 32-44.


[ Downloaded from jnip.ir on 2025-12-21 ]

Floyd, M., Garfield, A., & Marcus, T. (2005). Anxiety sensitivity and worry. *Personality and Individual Differences*, 38, 1223–1229.

Foroughi, AA. Mohammadpour, M., Khanjani, S., Pouyanfard, S., Dorouie, N., Parvizi Fard, AA. (2019). Psychometric Properties of the Iranian Version of the Anxiety Sensitivity Index -3 (ASI -3). *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 41, 254 -261.

Gallego, A., McHugh, L., Villatte, M., & Lappalainen, R. (2020). Examining the relationship between public speaking anxiety, distress tolerance and psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 16, 128 -133.

Gerolimatos, LA., & Edelstein, BA. (2012*).* Predictors of Health Anxiety among Older and Young Adults. *Cambridge University press*. 4 (12).

Haenen, MA. De Jong, PJ. Schmidt, AJ. Stevens, S., & Visser, L. (2000). Hypochondriacs' estimation of negative outcomes: domain-specificity and responsiveness to reassuring and alarming information. *Behavior research and therapy*. 38(8): 819-33.

Hovenkamp-Hermelink, JHM., van der Veen, DC., Oude Voshaar, RC., Batelaan, NM., Penninx, BWJH., Jeronimus, BF, Schoevers, RA, & Riese, H. (2019). Anxiety sensitivity, its stability and longitudinal association with severity of anxiety symptoms. *Scientific Reports*. 9(1): 4314.

Hu, L. t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 6(1), 1-55.

Kosic, A., Lindholm, P., J¨arvholm, K., Hedman-Lagerl¨of, E., & Axelsson, E. (2020). Three decades of increase in health anxiety: Systematic review and meta-analysis of birth cohort changes in university student samples from 1985 to 2017. *Journal of Anxiety Disorders*, *71*(1).

Laposa, J. M., Collimore, K. C., Hawley, L. L., & Rector, N. A. (2015). Distress tolerance in OCD and anxiety disorders, and its relationship with anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty. *Journal of anxiety disorders*, 33, 8 -14.

McKay, D., Yang, H., Elhai, J., & Asmundson, GJ. (2020). Anxiety regarding contracting COVID-19 related to interoceptive anxiety sensations: The moderating role of disgust propensity and sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 73, 102-233.

McNally RJ. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological psychiatry*, 52(10): 46-938.

Olatunji, B. O., Wolitzky-Taylor, K. B., Elwood, L., Connolly, K., Gonzales, B., & Armstrong, T. (2008). *Anxiety sensitivity and Health Anxiety in a Nonclinical Sample: Specificity and Prospective Relations with Stress*. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 416-424.

Ran, L., Wang, W., Ai, M., Kong, Y., Chen, J. and Kuang, L. (2020). Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the general population in China at the peak of its epidemic. *Social Science & Medicine*, 262, p.113261.

Rask, U., Duholm, C., & Rimwall, M. (2024). Annual Research Review: Health anxiety in children and adolescents—developmental aspects and cross-generational influences. Journal of Annual Research Review, 65(4): 414-430.

Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behavior Research and Therapy*. 4, 241–248.

Salkovskis, PM., Rimes, KA. Warwick, H., & Clark D. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine*, 32(5), 843-853.

Shu, J., Ochsner, K.N., Phelps,E.A., 2022. Trait intolerance of uncertainty is associated with decreased reappraisal capacity and increased suppression tendency. *Affective Science*, 3: 528 -538

Simons, JS. & Gaher, RM. (2005). The Distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29 (2), 83-102.

Taylor, S. (Ed.). (1999). Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety**.** *Lawrence Erlbaum Associates Publishers*.

Taylor, S., & Asmundson GJ. (2004). treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach: *1st Edition Guilford Press*, New York, United States.

Write, KD. Carleton, R.N., & Lebell, Megan A.N. (2016). Intolerance of uncertainty, Anxiety sensitivity, health anxiety, and anxiety disorders symptoms in youth. *Journal of Anxiety disorders*, 41, 35-42.

[ Downloaded from jnip.ir on 2025-12-21 ]

# The Relationship between Anxiety sensitivity and Health Anxiety: The Mediating role of Intolerance of Uncertainty

Ali Majidazar[۱], Haniyeh Mohammadi[۲], Fatemeh Panahi[۳], Touraj Hashemi Nosratabad[۴],

## Abstract

**Background & Aims:** The aim of this study was to determine relationship between Anxiety sensitivity and Health anxiety with mediating role of Intolerance of uncertainty**. Materials & Methods:** This study was a descriptive-correlation type in which 197 participants were selected from Tabriz University students in the academic year 1401-1402 with a multi-stage cluster sampling method and using the Short Health Anxiety Inventory (HAI), Anxiety sensitivity Questionnaire (ASI) and Simon and Gaher's distress tolerance questionnaire to measure research variables**. Results:** Data analysis After discarding The distorted and incomplete answer sheets using the path analysis method by SPSS-24 and Amos-24 showed that distress tolerance can positively and significantly explain the relationship between anxiety sensitivity and health anxiety ($P<0.05$). Therefore, the mediating role of Intolerance o uncertainty was confirmed. **Conclusion:** According to the mediating role of Intolerance of uncertainty in the relationship between Anxiety sensitivity and Health anxiety**,** focusing on the components of anxiety sensitivity and distress tolerance in interventional processes can be useful and effective in controlling health anxiety symptoms**.** Therefore, it can be recommended to mental health professionals to put it on the agenda in the process of assessing and evaluating anxiety sensitivity and focusing on it if necessary.

**Keywords:** Anxiety Sensitivity, Health Anxiety, Intolerance of Uncertainty

[1] Master of Clinical Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran (Corresponding Author)
[2] Master of General Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran
[3] Master of General Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran
[4] PhD in Educational Psychology, Full professor in University of Tabriz, Tabriz, Iran

[ Downloaded from jnip.ir on 2025-12-21 ]