Original Article

The comparison of distress tolerance and experiential avoidance in people with health anxiety and normal people

Moghbeli-Hanzaii M, Omidi A, Zanjani Z*

Department of Psychology, Medical Faculty, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I.R. Iran.

Received: 2019/05/13 | Accepted: 2019/09/15

Abstract:

Background: People with health anxiety experience high levels of concern about physical symptoms and use coping strategies such as avoidance in the face of these negative emotions. This study aimed to compare distress tolerance and experiential avoidance in people with and without health anxiety.

Materials and Methods: This is a Case-control study. The research sample consisted of two groups of 40 students from Kashan University and Kashan University of Medical Sciences. The health anxiety group was selected by purposeful sampling. The normal group was selected by convenience sampling method. The research tools were: Short form health anxiety questionnaire (F-SHAI), Distress Tolerance Scale (DTS) and Acceptance and Action Questionnaire-2 (AAQ-2). Data was analyzed using SPSS-19 software and independent t-test.

Results: Score mean of experiential avoidance was 28.30 (SD=7.41) in people with health anxiety and 20.15 (SD=7.70) in normal people. The score mean of distress tolerance in people with health anxiety was 38/35 (SD=7.26) and in normal people was 44/42(SD=9.70). The results of Independent t-test showed that there was a significant difference between two groups in experiential avoidance score (t=4.82) and distress tolerance score (t=-3.16, $P<0.001$).

Conclusion: Individuals with health anxiety reported more experiential avoidance and less distress tolerance than normal people. These people are more attracted to their health-related negative emotions and because of the inability to tolerate these distresses, they avoid stressful situations associated with these distresses.

Keywords: Health anxiety, Distress tolerance, Experiential avoidance

***Corresponding Author:**
Tel: 0098 913 263 3275
Fax: 0098 315 554 111

Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, February, 2020; Vol. 23, No 6, Pages 689-697

Please cite this article as: Moghbeli-Hanzaii M, Omidi A, Zanjani Z. The comparison of distress tolerance and experiential avoidance in people with health anxiety and normal people. ***Feyz*** 2020; 23(6): 689-97.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-16]

مقایسه‌ی تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای در افراد دارای اضطراب سلامت و افراد عادی

معصومه مقبلی هنزائی [۱]، عبدالله امیدی [۲]، زهرا زنجانی [۳*]

خلاصه:

سابقه و هدف: افراد دارای اضطراب سلامت، سطوح بالا و مداومی از نگرانی در مورد علائم بدنی را تجربه می‌کنند و در برخورد با این هیجانات منفی از راهبردهای مقابله‌ای همچون اجتناب استفاده می‌نمایند. هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای در افراد دارا و بدون اضطراب سلامت بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی موردی - شاهدی بود. نمونه‌ی پژوهش شامل دو گروه ۴۰ نفری از دانشجویان دانشگاه‌های سراسری و علوم پزشکی کاشان بود. یک گروه دارای اضطراب سلامت به شیوه‌ی هدفمند و گروه دیگر از دانشجویان عادی به شیوه‌ی دردسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل فرم کوتاه پرسشنامه‌ی اضطراب سلامت (Short form health anxiety questionnaire :F-SHAI)، مقیاس تحمل پریشانی (Distress tolerance scale: DTS) و پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل (Acceptance and Action Questionnaire-2:AAQ-2) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۹ و به‌روش آزمون t مستقل انجام شد.

نتایج: میانگین نمره‌ی اجتناب تجربه‌ای در افراد دارای اضطراب سلامت (۲۸/۳۰(SD=۷/۴۱) و در افراد عادی (۲۰/۱۵ (SD=۷/۷۰ به‌دست آمد. همچنین میانگین نمره‌ی تحمل پریشانی در افراد دارای اضطراب سلامت (۳۸/۳۵ (SD=۷/۲۶ و در افراد عادی (۴۴/۴۲ (SD=۹/۷۰ بود. نتایج حاصل از آزمون t مستقل نشان داد اجتناب تجربه‌ای (t=۴/۸۲) و تحمل پریشانی (t=-۳/۱۶) در دو گروه دارای اضطراب سلامت و افراد عادی تفاوت معنادار دارد ($P<۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: افراد دارای اضطراب سلامت در مقایسه با افراد بهنجار، تحمل پریشانی کمتر و اجتناب تجربه‌ای بیشتری را گزارش کردند. این افراد نسبت به افراد بهنجار به میزان بیشتری جذب هیجانات منفی مرتبط با سلامتی خود می‌شوند و به سبب ناتوانی در تحمل این پریشانی‌ها، از موقعیت‌های استرس‌زای مرتبط با این پریشانی‌ها اجتناب می‌کنند.

واژگان کلیدی: اضطراب سلامت، تحمل پریشانی، اجتناب تجربه‌ای

دو ماه‌نامه علمی- پژوهشی فیض، دوره بیست و سوم، شماره ۶، بهمن و اسفند ۹۸، صفحات ۶۹۷-۶۸۹

مقدمه

اضطراب سلامت به‌عنوان نگرانی در مورد سلامتی تعریف می‌شود [۱] و تحقیقات نشان داده‌اند که بیش از ۲۰ درصد از افراد دارای بیماری‌های طبی اضطراب و نگرانی‌هایی در مورد سلامتی خود دارند [۲]. اضطراب سلامت در بسیاری از اختلالات روانی همچون وسواس، اختلال پنیک و اضطراب فراگیر نیز دیده می‌شود [۴،۳]. شیوع این مشکل در بیماران سرپایی پزشکان عمومی تقریباً ۰/۶ درصد و در بیماران بستری ۵ تا ۳۰ درصد برآورد شده است [۵]. همچنین شیوع سالانه‌ی آن در جمعیت بزرگسال نیز بین ۰/۲ تا ۴/۵ درصد گزارش شده است [۶].

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

۲. استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

* **نشانی نویسنده مسؤول:**

کاشان، بلوار قطب راوندی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، دانشکده پزشکی، گروه روان‌شناسی

تلفن: ۰۹۱۳۲۶۳۳۲۷۵ **دورنویس:** ۰۳۱۵۵۵۴۱۱۱۲

پست الکترونیک: zanjani-z@kaums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۲/۲۳ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۱۳۹۸/۶/۲۴

اغلب این افراد، مراجعات مکرر به متخصصان مختلف دارند و جهت کسب اطمینان و آرامش ممکن است درمان‌های متعدد و گاهی روش‌های تشخیصی و درمانی تهاجمی را انتخاب کنند که خود منجر به پدیدآمدن مشکلات دیگر می‌شوند [۷]. درنتیجه، خانواده‌های این افراد اغلب وقت و هزینه‌ی زیادی را به‌خاطر مراجعات مکرر این افراد به مراکز پزشکی از دست می‌دهند [۸]. به‌نظر می‌رسد اضطراب سلامت در صورت عدم درمان و مزمن‌شدن، هزینه‌های بالایی برای فرد و جامعه در پی دارد [۹]. اضطراب سلامت روی طیفی از هیچ تا شدید قرار دارد که در انتهای طیف شدید آن اختلالات بالینی همچون اضطراب بیماری (Illness Anxiety Disorder) و علائم جسمی (Somatic Symptom Disorder) دیده می‌شود [۵]. افراد دارای اضطراب سلامت سطوح بالا و مداومی از نگرانی در مورد علائم بدنی را تجربه می‌کنند [۱۰]. برای این افراد دشوار است که پریشانی‌های هیجانی‌شان را کاهش دهند و این پریشانی‌ها برای آن‌ها غیرقابل تحمل است [۸]. ناتوانی در تحمل پریشانی‌ها و عدم مقاومت در برابر آن‌ها، منجر به تجربه علائم اضطرابی در این افراد می‌شود و احتمالاً انگیزه‌ی فرد برای استفاده از راهبردهای مقابله‌ای همچون

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-16]

اجتناب و دریافت کمک را تشدید می‌کند [۱۱]. عدم تحمل پریشانی به‌عنوان ادراک فرد از توانایی‌های خود، برای تجربه و تحمل هیجانات منفی تعریف می‌شود. به این‌صورت که فرد با تمرکز بر پریشانی و ادراک آن به‌عنوان غیرقابل تحمل و غیرقابل پذیرش، درنهایت اجتناب و فرار از آن را برمی‌گزیند [۱۲]. افرادی که تحمل پریشانی پایین دارند احتمالاً بیش از حد در برابر استرس و پریشانی واکنش‌پذیر هستند، همچنین اعتقاد دارند که توانایی ضعیفی برای مقابله با پریشانی دارند و درنتیجه سعی می‌کنند به‌وسیله‌ی راهبردهایی که هدفشان کاهش سریع هیجانات منفی است از این هیجانات منفی اجتناب کنند. این رابطه‌ها از این فرضیه حمایت می‌کنند که افراد با سطوح پایین تحمل پریشانی، برای مقابله با هیجانات منفی خود از رفتارهای ناسازگاری همچون اجتناب و فرار استفاده می‌کنند [۱۱]. همچنین عدم تحمل پریشانی، واکنش‌های هیجانی و رفتارهای اجتناب و فرار در مقابله با هیجان و علائم بدنی را تقویت می‌کند [۱۳]. اخیراً مطرح شده است که ممکن است یکی از پیامدهای کژکاری در تنظیم هیجانی و سطوح پایین تحمل پریشانی، اجتناب تجربه‌ای باشد [۱۵،۱٤]. به تمایل انسان برای کنترل یا خلاص‌شدن از احساسات، افکار و حس‌های بدنی ناخوشایند، اجتناب تجربه‌ای گفته می‌شود [۱٦] و از این طریق می‌تواند در اضطراب سلامت نقش داشته باشد که فرد مبتلا سعی دارد حس‌های بدنی مربوط به اضطراب و حس‌ها و هیجانات ناخوشایند مرتبط با آن را با رفتارهای اطمینان‌جویی و رفتارهای اجتنابی کنترل کند [۱۷]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند تلاش برای اجتناب یا کنترل تجارب درونی (نگرانی در مورد بیماری) با افزایش اضطراب و علائم مرتبط با آن همراه است [۱۸]. با توجه به مباحث بالا می‌توان به اهمیت تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای در سیر، نگهداری و درمان مشکلات روان‌شناختی و حتی جسمی پی برد. بنابراین، به‌نظر می‌رسد شناسایی این دو متغیر در افراد دارای اضطراب سلامت به انتخاب شیوه‌های متناسب درمانی و بهبود روند درمان آنان کمک کند. به همین منظور هدف از پژوهش حاضر مقایسه‌ی تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای در افراد دارای اضطراب سلامت و افراد عادی بود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه‌ی توصیفی - تحلیلی از نوع مورد - شاهدی است. جامعه‌ی این پژوهش شامل دو گروه افراد دارای اضطراب سلامت و افراد بهنجار بود. افراد دارای اضطراب سلامت شامل کلیه‌ی افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره دانشجویی دانشگاه‌های علوم پزشکی و سراسری کاشان در پاییز و زمستان ۹۷ بود که نمره‌ی بالاتر از ۲۲ در فرم کوتاه پرسشنامه‌ی اضطراب سلامت داشتند. این افراد توسط متخصص روان‌شناس بالینی مورد ارزیابی و مصاحبه‌ی بالینی قرار می‌گرفتند و در صورت دریافت تشخیص اضطراب سلامت وارد مطالعه می‌شدند. همچنین افراد بهنجار شامل کلیه‌ی دانشجویان دانشگاه‌های کاشان و علوم پزشکی کاشان بودند که در پرسشنامه‌ی اضطراب سلامت نمره‌ی کمتر از ۱۵ داشتند. از بین جامعه‌ی مورد مطالعه، تعداد ٤۰ نفر (با توجه به مطالعات مشابه قبلی و فرمول کوکران) از افراد دارای اضطراب سلامت به روش نمونه‌گیری هدفمند و ٤۰ نفر از افراد عادی به روش دردسترس به‌عنوان نمونه‌ی پژوهش انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: نمره‌ی بالاتر از ۲۲ در فرم کوتاه پرسشنامه‌ی اضطراب سلامت برای گروه مبتلا به اضطراب سلامت و نمره‌ی پایین‌تر از ۱۵ برای افراد فاقد اضطراب سلامت، فقدان سابقه مصرف مواد، فقدان سابقه‌ی خودکشی، سنّ بالاتر از ۱۸ سال، تمایل به شرکت در پژوهش، فقدان اختلالات شخصیت و اختلالات سایکوتیک (با استفاده از مصاحبه‌ی ساختاریافته SCID_5 سنجیده شدند). پس از آن‌که نمونه‌های موردمطالعه انتخاب شدند هدف پژوهش به آنان توضیح داده شد و به آن‌ها در مورد محرمانه بودن اطلاعات و تحلیل گروهی داده‌ها اطمینان داده شد. سپس افرادی که به شرکت در مطالعه تمایل داشتند و فرم رضایت آگاهانه را امضا نمودند، در مطالعه وارد شدند. شرکت‌کنندگان هر دو گروه پرسشنامه‌های اضطراب سلامت، تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای را تکمیل نمودند سپس داده‌های هر فرد به‌صورت کد وارد نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۹ شد. آنالیز داده‌ها به‌صورت گروهی و با استفاده از آزمون آماری t مستقل انجام شد. همچنین در صورت تمایل شرکت‌کنندگان به دریافت نتایج خود، این نتایج در دسترس آن‌ها قرار می‌گرفت. این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان انجام شده است. همچنین پژوهش حاضر با شماره IR.KAUMS.MEDNT.REC.1396.102 در کمیته‌ی اخلاق این دانشگاه به ثبت رسیده است.

ابزارهای پژوهش:

فرم مشخصات دموگرافیک:

این پرسشنامه دارای سؤالاتی در زمینه‌ی سن، میزان تحصیلات و جنسیت بود که توسط شرکت‌کنندگان تکمیل می‌شد.

مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته (SCID_5):

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-16]

این ابزار ابتدا توسط مارک زیمرمن تألیف شده است و در این پژوهش برای رعایت معیارهای ورود و خروج (فقدان اختلالات شخصیت و اختلالات سایکوتیک) به‌کار می‌رود. روایی هم‌زمان، ضریب بازآزمایی و پایایی این مقیاس به شیوه‌ی آلفای کرونباخ (α>.80) مطلوب بود [۱۹].

پرسشنامه‌ی اضطراب سلامت (F- SHAI)

این آزمون توسط Salkovskis و همکاران، در سال ۲۰۰۲ به‌منظور ارزیابی اضطراب سلامت (مستقل از وضعیت سلامت جسمانی) ساخته شد. این پرسشنامه یک شاخص خودسنجی و دارای ۱۸ ماده و ۳ عامل به این شرح است: احتمال بیماری (ماده‌های ۲، ٤، ٦، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲)، پیامدهای منفی بیماری (۱۵، ١٦، ۱۷، ۱۸) و اشتغال ذهنی با بیماری (۱، ۳، ۵، ۷، ۱۰، ۱۳، ١٤) است. در رابطه با هر سؤال ٤ عبارت مطرح شده است که آزمودنی می‌بایست یکی از آن‌ها را انتخاب نماید. عبارات مذکور به‌صورت صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و در صورتی‌که فرد بیش از یک عبارت را انتخاب کند، نمره‌ی وی براساس عبارتی که نمره‌ی بالاتری دارد، محاسبه می‌شود. برای به‌دست آوردن اضطراب سلامت نمره‌ی کلّ ماده‌ها جمع می‌شود و برای به‌دست آوردن نمره‌ی هرکدام از عامل‌ها نمره‌ی ماده‌های مربوط به هر عامل با هم جمع می‌شود. پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۱ است [۲۰]. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس برای نمونه ایرانی به این صورت گزارش شد: روایی درونی مقیاس کلی برابر ۰/۸۸ و پایایی کلّ مقیاس از طریق محاسبه‌ی آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و به شیوه‌ی بازآزمایی (با فاصله‌ی ۲۱ روز) ۰/۷ به‌دست آمده است [۲۱].

پرسشنامه‌ی تحمل پریشانی (DTS)

پرسشنامه‌ی تحمل پریشانی توسط Simons و Gaher در سال ۲۰۰۵ به منظور سنجش توانایی فرد برای تحمل و تجربه‌ی حالت‌های هیجانی تدوین شد. این پرسشنامه دارای ١٦ ماده و ٤ خرده مقیاس است: ۱- تحمل: تحمل پریشانی هیجانی [۵،۳،۱]، ۲- جذب: جذب شدن به‌وسیله‌ی هیجانات [۱۵،٤،۲]، ۳- ارزیابی: برآورد ذهنی پریشانی [٦،۷،۹،۱۲-۱۰] ٤- تنظیم: تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی [۸،۱۳،١٤]. هر عبارت در یک مقیاس ۵ نمره‌ای لیکرتی (۱= کاملاً موافقم تا ۵= کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود. ماده‌ی ٦ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود [۲۲]. نمره‌ی بالا نشان‌دهنده‌ی تحمل پریشانی بالاست. برای به‌دست آوردن تحمل پریشانی کلی نمره‌ی تمام ماده‌ها با هم جمع می‌شود و نمره‌ی هر خرده‌مقیاس حاصل‌جمع ماده‌های مربوط به همان خرده‌مقیاس است. این مقیاس ویژگی‌های روان‌سنجی خوبی دارد. پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۳ و به روش بازآزمایی برابر ۰/٦۱ گزارش شده است [۲۳،۱۳]. همبستگی بین مقیاس تحمل پریشانی با پریشانی عاطفی برابر ۰/۵۹-، با کژ تنظیمی ۰/۵۱- و همبستگی مثبت با تنظیم خلق برابر ۰/٥٤- و همبستگی قوی با پذیرش خلق ۰/٤۷- بود [۲۲]. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران به این‌صورت گزارش شده است: پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/٦۷ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی برای کلّ مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده‌مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/٦۹ و ۰/۷۳ است. همبستگی مقیاس تحمل آشفتگی با شیوه‌های مقابله‌ای مسأله‌محور، هیجان‌محور به ترتیب ۰/۳۳- و ۰/۲۷- بود [٢٤].

پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل (AAQ2)

پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل توسط Bond و همکاران به منظور ارزیابی پذیرش حس‌ها و افکار دشوار و تمایل به عمل مطابق ارزش‌های تعریف‌شده در حضور پریشانی (انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و اجتناب تجربه‌ای) تدوین شد. این مقیاس دارای ۷ ماده است که هرکدام مطابق یک مقیاس ۷ نمره‌ای لیکرتی (۱: هرگز درست نیست تا ۷: همیشه درست است نمره‌گذاری می‌شود. اجتناب تجربه‌ای برابر حاصل‌جمع نمرات کلّ ماده‌هاست. (نمره‌ای بین ۷ تا ٤۹). نتایج بررسی روان‌سنجی این مقیاس حاصل از ۲۸۱٦ شرکت‌کننده در ٦ نمونه نشان داد میانگین ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸٤ در دامنه‌ی (۰/۷۸ تا ۰/۸۸) و اعتبار بازآزمایی خوبی در مدت سه ماه برابر ۰/۹۱ و در ۱۲ ماه برابر ۰/۷۹ دارد [۲۵]. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه‌ی دوم پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل در سال ۲۰۱۳ توسط عباسی و همکاران مورد ارزیابی قرار گرفت. روایی آن برابر ۰/۸۹ و پایایی آن به روش دو نیمه‌سازی برابر ۰/۷۱ گزارش شد، نتایج تحلیل عامل اکتشافی فرم ۱۰ سؤالی این پرسشنامه دو عامل اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل روی زندگی نشان داد که تنها عامل اجتناب از تجارب هیجانی دارای اعتبار تشخیصی است و عامل کنترل روی زندگی عامل قابل قبول و معتبری برای بررسی اجتناب تجربه‌ای نیست [۲٦]. همچنین در بررسی ایمانی و همکاران بر روی ۳٥٤ آزمودنی انجام شد، پایایی پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل به روش آلفای کرونباخ ۰/۸٦و روایی بازآزمایی ۰/۷۱ گزارش شد [۲۷].

نتایج

شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر ۸۰ نفر بودند. ۵۱ نفر از افراد مورد پژوهش زن (٦۳/۸ درصد) و ۲۹ نفر مرد (۳٦/۲ درصد) بودند. تمامی شرکت‌کنندگان در گروه افراد بهنجار و افراد دارای

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-16]

اضطراب در مقطع کارشناسی بودند. دو گروه از لحاظ جنسیت تفاوت معناداری نداشتند (جدول شماره ۱). سنّ شرکت‌کنندگان از ۱۹ تا ۲۶ سال بود و میانگین سنّ افراد دارای اضطراب سلامت (۲/۰۵) ۲۱/۷۰ و میانگین سنی افراد بهنجار (۱/۴۷) ۲۱/۸۰ به‌دست آمد و دو گروه در متغیر سن نیز تفاوت معناداری نداشتند (P=۰/۸).

جدول شماره ۱- توزیع و مقایسه شرکت‌کنندگان براساس جنسیت در دو گروه

گروه‌ها		فراوانی (درصد)	χ^{2*}(sig)
مبتلا	زن	(۵۷/۵)۲۳	۱/۳۵(۰/۲۴)
	مرد	(۴۲/۵)۱۷	
بهنجار	زن	(۷۰)۲۸	
	مرد	(۳۰)۱۲	

*آزمون خی دو

جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات کلّ شرکت‌کنندگان در اضطراب سلامت، تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود میانگین نمرات کلّ نمونه مورد مطالعه در متغیر اضطراب سلامت ۲۱/۰۲ و انحراف معیار آن ۱۱/۷۷ بود.

جدول شماره ۲- میانگین و انحراف معیار متغیرها در کلّ نمونه‌های مورد مطالعه

	حداقل	حداکثر	
اضطراب سلامت	۳	۴۶	۲۱/۰۲ ±۱۱/۷۷
تحمل پریشانی	۲۵	۶۶	۴۱/۳۸±۹/۰۵
اجتناب تجربه‌ای	۷	۴۸	۲۴/۲۲ ± ۸/۵۵

جهت بررسی مفروضه برابری واریانس متغیرهای پژوهش از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان داد این آزمون برای هیچ‌یک از متغیرها معنادار نبود و حاکی از برقراری مفروضه برابری واریانس‌ها بود (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳- نتایج آزمون لون برای متغیرهای مطالعه

	اندازه F	معناداری
اضطراب سلامت	۰/۲۳	۰/۶۳
تحمل پریشانی	۳/۲۴	۰/۰۷
اجتناب تجربه‌ای	۰/۸۳	۰/۳۶

نتایج حاصل از آزمون t مستقل جهت مقایسه‌ی اضطراب سلامت در دو گروه مبتلا به اضطراب سلامت و افراد عادی نشان داد میانگین نمره‌ی اضطراب سلامت و سه خرده مقیاس آن (احتمال بیماری، پیامدهای منفی بیماری و اشتغال ذهنی با بیماری) در دو گروه دارای اضطراب سلامت و افراد عادی دارای تفاوت معنادار است (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴- مقایسه‌ی اضطراب سلامت و خرده‌مقیاس‌های آن در دو گروه دارای اضطراب سلامت و افراد عادی

متغیرها	گروه‌ها		t*	معناداری
اضطراب سلامت	مبتلا	۳۲/۲۲±۳/۸۱	۲۹/۴۶	P<۰/۰۰۱
	بهنجار	۹/۸۰±۲/۹۲		
احتمال بیماری	مبتلا	۱۲/۲۷±۳/۱۰	۲۰/۲۷	P<۰/۰۰۱
	بهنجار	۳/۱۰±۱/۹۷		
پیامدهای منفی بیماری	مبتلا	۷/۳۰±۲/۱۵	۷/۵۲	P<۰/۰۰۱
	بهنجار	۱/۷۲±۱/۳۵		
اشتغال ذهنی با بیماری	مبتلا	۱۲/۶۵±۱/۹۱	۱۷/۳۸	P<۰/۰۰۱
	بهنجار	۴/۹۷±۲/۰۳		

*آزمون t- مستقل

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-16]

همچنین نتایج آزمون t مستقل جهت مقایسه‌ی تحمل پریشانی و خرده‌مقیاس‌های آن در دو گروه مبتلا به اضطراب سلامت و افراد بهنجار نشان داد میانگین نمره‌ی کلّ تحمل پریشانی و خرده‌مقیاس‌های تحمل، جذب و ارزیابی در دو گروه دارای اضطراب سلامت و افراد بهنجار تفاوت معناداری دارد. اما دو گروه در خرده‌مقیاس تنظیم تفاوت معناداری نداشتند (جدول شماره ۵).

جدول شماره ۵- مقایسه‌ی تحمل پریشانی و خرده‌مقیاس‌های آن در دو گروه دارای اضطراب سلامت و افراد عادی

متغیرها	گروها		t*	معناداری
نمره‌ی کل تحمل پریشانی	مبتلا	۳۸/۳۵±۷/۲۶	- ۳/۱۶	۰/۰۰۲
	بهنجار	٤٤/٤۲±۹/۷۰		
تحمل	مبتلا	٦/۹۲±۲/٦۸	- ۲/۹۳	۰/۰۰٤
	بهنجار	۸/۸۲±۳/۰۸		
جذب	مبتلا	۷/٤۰±۲/۲۳	- ٤/٥٦	P<۰/۰۰۱
	بهنجار	۹/۸٥±۲/٥٤		
ارزیابی	مبتلا	۱٥/۸۲±۳/۳۰	-۲/۸٥	۰/۰۰٦
	بهنجار	۱۸/۰٥±۳/٦٦		
تنظیم	مبتلا	۸/۲۰±۲/۳۷	۰/۸٤	۰/۳۹
	بهنجار	۷/۷۰±۲/۸۷		

*آزمون t- مستقل

مقایسه‌ی اجتناب تجربه‌ای در دو گروه دارای اضطراب سلامت و افراد عادی حاکی از معنادار بودن تفاوت نمره‌ی میانگین اجتناب تجربه‌ای در این دو گروه بود. به این‌صورت که اجتناب تجربه‌ای در افراد دارای اضطراب سلامت بیشتر از افراد عادی بود. (جدول شماره ٦)

جدول شماره ٦- مقایسه‌ی اجتناب تجربه‌ای در دو گروه دارای اضطراب سلامت و افراد عادی

متغیرها	گروه‌ها		t*	معناداری
اجتناب تجربه‌ای	مبتلا	۲۸/۳۰±۷/٤۱	٤/۸۲	P<۰/۰۰۰۱
	بهنجار	۲۰/۱٥±۷/۷۰		

*آزمون t- مستقل

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای در دو گروه از افراد دارای اضطراب سلامت و افراد فاقد اضطراب سلامت بود. یافته‌ها نشان داد اجتناب تجربه‌ای و تحمل پریشانی در دو گروه دارای اضطراب سلامت و افراد عادی متفاوت بود. براساس نتایج به‌دست آمده در رابطه با متغیر تحمل پریشانی می‌توان چنین گفت که افراد دارای اضطراب سلامت در کنار آمدن و تحمل پریشانی‌های هیجانی خود دچار مشکل هستند. از آن‌جایی که مطالعات مشابه در این زمینه کم صورت گرفته است، تنها سه مطالعه‌ی مشابه در این زمینه یافت شد. مطالعه‌ی Macatee و همکاران نتایج پژوهش حاضر را تأیید کرده‌اند [۲۸]. همچنین نتایج پژوهش Fergus و همکاران مبنی بر تأیید نقش تحمل پریشانی در اضطراب سلامت همسو با پژوهش حاضر بود [۲۹]. نتایج آزمون t مستقل در تعیین تفاوت دو گروه در زیر مقیاس‌های تحمل پریشانی نشان داد دو گروه در خرده‌مقیاس‌های «تحمل، جذب و ارزیابی» تفاوت معناداری دارند. با این‌حال دو گروه در خرده‌مقیاس «تنظیم» تفاوت معناداری نداشتند. یعنی افراد دارای اضطراب سلامت بیشتر از افراد بهنجار تمایل دارند خود را درگیر هیجانات منفی و پریشانی‌ها کنند. Simons و Gaher در تبیین این پدیده که افراد دارای تحمل پریشانی پایین، بیشتر جذب هیجانات منفی و کمتر جذب هیجانات مثبت می‌شوند، گفته‌اند که توجه این افراد بیشتر به سمت هیجانات منفی جذب می‌شود و این اشتغال ذهنی با هیجانات منفی منجر به برآورد شدیدتر این هیجانات و ارزیابی معیوب آن‌ها شده که این خود منجر به افت عملکرد آنان در مدیریت هیجان و تحمل این هیجانات می‌شود. در نهایت در عملکردهای شخصی و اجتماعی این افراد اختلال ایجاد می‌شود [۲۲]. چنان‌که در افراد دارای اضطراب سلامت نیز مشاهده می‌شود این افراد به سبب گیر افتادن در تله‌ی حس‌ها و هیجانات ناخوشایند و عدم توانایی مدیریت این احساس‌ها و هیجانات، در یک دور ناتمام اجتناب و تلاش‌های متعدد برای اطمینان‌بخشی گیر

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-16]

می‌کنند [٦]. پژوهش دیگری از Fergus و همکاران نیز این یافته‌ها را تأیید کرده‌است [۳۰]. همچنین نتایج نشان داد افرادی که اضطراب سلامت دارند نسبت به افراد فاقد اضطراب سلامت اجتناب تجربه‌ای بیشتری داشتند ($P<۰/۰۰۱$). نتایج پژوهش Wheatonو همکاران نیز با پژوهش حاضر همسو بود [۱۷]. یافته‌های ما با دیدگاه Hayes و همکاران مبنی بر این‌که انواع مختلف اختلالات روان‌پزشکی از جمله اضطراب سلامت نوعی اجتناب تجربه‌ای هستند، سازگار است [۳۱] و نشان‌دهنده‌ی اجتناب تجربه‌ای بالاتر افراد دارای اضطراب سلامت نسبت به افراد عادی می‌باشد. فرد مبتلا به اضطراب سلامت سعی دارد حس‌های بدنی مربوط به اضطراب و احساس و هیجانات ناخوشایند و افکار منفی در مورد داشتن بیماری جدی را با رفتارهای اطمینان‌جویی همچون مراجعه‌های مکرر به متخصصان بالینی مختلف و چکاپ‌های غیرضروری و رفتارهای اجتنابی همچون امتناع از مراجعه به پزشک یا محیط‌های بیمارستانی در مواقع ضروری کنترل کند که این نتایج در پژوهش Wheaton و همکاران نیز تأیید شده است [۱۷]. یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر اجتناب تجربه‌ای بالا در افراد دارای اضطراب سلامت نیز با این فرض که مشکلات روان‌شناختی با کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تمایل به فرار و اجتناب از تجربیات روانی و جسمی ناخوشایند یا جلوگیری از آن مطابقت دارد [۳۲]. به‌طور کلی اجتناب تجربه‌ای نشان‌دهنده‌ی تلاش برای جلوگیری یا سرکوب احساسات، افکار و سایر تجربیات شخصی مانند احساسات بدنی و علائم اضطرابی است. این عدم تمایل به تحمل حوادث و تجربیات درونی و باورهای ناکارآمد خاص درباره‌ی تجربیات درونی، یک مبنای معتبرتر تجربی را برای درک روان‌پزشکی اضطراب سلامت فراهم می‌آورند. به‌طور خلاصه یافته‌های ما حاکی از این بود که اجتناب تجربه‌ای در افراد دارای اضطراب سلامت بالاست. همچنین این افراد دارای تحمل پریشانی ضعیف‌تری نسبت به افراد بهنجار هستند. پژوهش‌های دیگری که رابطه‌ی اجتناب تجربه‌ای و تحمل پریشانی را مورد پژوهش قرار دادند، بیان می‌دارند که عدم تحمل پریشانی، واکنش‌های هیجانی و رفتارهای اجتناب و فرار در مقابله با هیجان و علائم بدنی را تقویت می‌کند [۱۳]. به‌طوری که می‌توان گفت ممکن است یکی از پیامدهای کژکاری در تنظیم هیجانی و سطوح پایین تحمل پریشانی، اجتناب تجربه‌ای باشد [١٤]. از طرفی چون پژوهش‌های قبلی نشان داده‌اند اجتناب تجربه‌ای با توانایی و تمایل به تحمل پریشانی و پایداری بر رفتارهای ارزشمند رابطه‌ی قوی دارد [۱۵]؛ بنابراین می‌توان چنین تبیین کرد که تحمل پریشانی پایین افراد دارای اضطراب سلامت منجر به اجتناب آنان از احساس‌های بدنی و تلاش برای کاهش این احساس‌های ناخوشایند همچون چکاپ‌ها و مراجعات متعدد به انواع متخصصان بالینی می‌شود [٦] که به‌صورت یک چرخه‌ی رفتاری در زندگی این افراد - به این‌صورت که تحمل پریشانی پایین منجر به اجتناب تجربه‌ای بیشتر و اجتناب تجربه‌ای بیشتر منجر به تشدید اضطراب سلامت و اضطراب سلامت بالاتر منجر به پریشانی‌های بیشتر و... - مدام در حال تکرار است. این رفتارهای مقابله‌ای ناسازگار (اجتناب‌ها) تسکین موقتی برای پریشانی در مورد سلامتی هستند اما در بلندمدت محدودیت‌های کارکردی و اختلالات مرتبط را در پی خواهند داشت [۷]. در پایان لازم به ذکر است که این مطالعه از نوع مقطعی بود، بنابراین در صورت انجام مطالعه‌ای طولی می‌توان نتایج دقیق‌تری در ارتباط با نقش تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای در اضطراب سلامت به‌دست آورد. همچنین متغیرهای مورد پژوهش در این مطالعه عمدتاً مؤلفه‌های هیجانی افراد دارای اضطراب سلامت را در برمی‌گرفت. همچنین پیشنهاد می‌شود نقش مؤلفه‌های دیگر مانند مؤلفه‌های شناختی از قبیل حساسیت اضطرابی و غیره نیز در این افراد مورد مطالعه قرار گیرد؛ از دیگر محدودیت‌های این مطالعه، محدود بودن جامعه و نمونه‌ی مطالعه می‌باشد و این پژوهش عمدتاً در دانشجویان انجام گرفت که محدوده‌ی سنی ۱۹ تا ۲٦ سال داشتند و این امر تعمیم‌یافته را به کلّ جامعه تا حدودی محدود می‌کند. درنتیجه پیشنهاد می‌شود این مطالعه در قشرهای دیگر جامعه همچون کارمندان و افراد خانه‌دار و سنین بالاتر نیز صورت بگیرد. پژوهش حاضر صرفاً به قصد مقایسه و آشکارسازی مشکلات (تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای) این افراد بود. بنابراین بهتر است پژوهشگران دیگر در زمینه‌ی راهکارهایی در جهت پیشگیری و درمان برای این مشکلات افراد دارای اضطراب سلامت پژوهش انجام دهند. به‌نظر می‌رسد مداخلات درمانی همچون درمان‌شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تغییر فکر و رابطه‌ی فرد با افکار ناخوشایند خود بتوانند این قبیل مشکلات افراد دارای اضطراب سلامت را حل کنند.

نتیجه‌گیری

براساس نتایج تحقیق حاضر، می‌توان گفت افراد دارای اضطراب سلامت تحمل پریشانی پایین دارند. این افراد به‌راحتی جذب احساسات بدنی و هیجانات منفی و ناخوشایند مرتبط با سلامتی شده، برآورد ذهنی آنان از این پریشانی‌ها بیشتر از واقعیت است که منجر به اختلال در مدیریت این هیجانات و کاهش تحمل‌پذیری این افراد می‌شود و چون توانایی تحمل هیجانات و

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-16]

پریشانی‌ها را ندارند سعی در فرار و اجتناب از آن‌ها دارند. به‌طوری که نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد افراد دارای اضطراب سلامت نیز اجتناب تجربه‌ای بالایی دارند. درنتیجه می‌توان با به‌کارگیری راهبردهای مناسب در جهت کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش تحمل پریشانی از تشدید و تداوم اضطراب سلامت در این افراد جلوگیری کرده، کیفیت زندگی آن‌ها را بهبود داد.

تشکر و قدردانی

در پایان از همکاری مراکز مشاوره‌ی دانشگاه سراسری کاشان و دانشگاه علوم پزشکی کاشان و شرکت‌کنندگان در این پژوهش بابت همکاری و تکمیل ابزارهای پژوهش نهایت تشکر و قدردانی را داریم. لازم به ذکر است که این مطالعه با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کاشان صورت گرفته است.

References:

[1] Bailer J, Kerstner T, Witthöft M, Diener C, Mier D, Rist F. Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. ***Anxiety, Stress, Coping*** 2016; 29(2): 219-39.

[2] Tyrer P, Cooper S, Crawford M, Dupont S, Green J, Murphy D, et al. Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. ***J Psychosomatic Res*** 2011; 71(6): 392-4.

[3] Sunderland M, Newby JM, Andrews G. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. ***British J Psychiatry*** 2013; 202(1): 56-61.

[4] Taylor S. Understanding and treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach. ***Cognitive Behav Practice*** 2005; 11(1): 23-112.

[5] Levenson JL, Dimsdale J, Solomon D. Psychological factors affecting other medical conditions: Clinical features, assessment, and diagnosis. 2015.

[6] El-Gabalawy R, Mackenzie C, Thibodeau M, Asmundson G, Sareen J. Health anxiety disorders in older adults: conceptualizing complex conditions in late life. ***Clin Psychol Review*** 2013; 33(8): 105-9.

[7] Haenen MA, de Jong PJ, Schmidt AJ, Stevens S, Visser L. Hypochondriacs' estimation of negative outcomes: domain-specificity and responsiveness to reassuring and alarming information. ***Behav Res Therapy*** 2000; 38(8): 819-33.

[8] O'Bryan EM, McLeish AC, Johnson AL. The Role of Emotion Reactivity in Health Anxiety. ***Behav Modification*** 2017; 41(6): 829-45.

[9] 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; 5(3): e9873

[10] Eilenberg T, Frostholm L, Schröder A, Jensen JS, Fink P. Long-term consequences of severe health anxiety on sick leave in treated and untreated patients: Analysis alongside a randomised controlled trial. ***J Anxiety Disord*** 2015; 102-32: 95.

[11] Keough ME, Riccardi CJ, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. ***Behav Ther*** 2010; 41(4): 567-74.

[12] Michel NM, Rowa K, Young L, McCabe RE. Emotional distress tolerance across anxiety disorders. ***J Anxiety Disord*** 2016; 40: 94-103.

[13] Bernstein A, Zvolensky MJ, Vujanovic AA, Moos R. Integrating anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance: A hierarchical model of affect sensitivity and tolerance. ***Behav Ther*** 2009; 40(3): 291-301.

[14] Iverson KM, Follette VM, Pistorello J, Fruzzetti AE. An investigation of experiential avoidance, emotion dysregulation, and distress tolerance in young adult outpatients with borderline personality disorder symptoms. ***Persona Disord*** 2012; 3(4): 415.

[15] Schloss HM, Haaga DA. Interrelating behavioral measures of distress tolerance with self-reported experiential avoidance. ***J Ration Emot Cogn Behav Ther*** 2011; 29(1): 53-63.

[16] Hayes SC, Villatte M, Levin M, Hildebrandt M. Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. ***Annu Rev Clin Psychol*** 2011; 28(7).

[17] Wheaton MG, Berman NC, Abramowitz JS. The contribution of experiential avoidance and anxiety sensitivity in the prediction of health anxiety. ***J Cogn Psychotherapy*** 2010; 24(3): 229.

[18] Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. ***J Consulting Clin Psychol*** 1996; 64(6): 1152.

[19] Shankman SA, Funkhouser CJ, Klein DN, Davila J, Lerner D, Hee D. Reliability and validity of severity dimensions of psychopathology assessed using the Structured Clinical Interview for DSM- ٥ (SCID). ***Int J Methods Psychiatric Res*** 2018; 27(1): e.1590.

[20] Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick H, Clark D. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-16]

anxiety and hypochondriasis. ***Psychological Med*** 2002; 32(5): 843-53.
[21] 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 Educ Measurement*** 2010; 1(2): 21-46. [in Persian]
[22] Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. ***Motivation Emot*** 2005; 29(2): 102-83.
[23] Hsu SH, Collins SE, Marlatt GA. Examining psychometric properties of distress tolerance and its moderation of mindfulness-based relapse prevention effects on alcohol and other drug use outcomes. ***Addict Behav*** 2013; 38(3): 1852-8.
[24] Shams J, Azizi A, Mirzaei A. Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. ***Hakim Res J*** 2010; 13(1): 8-11. [in Persian]
[25] Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. ***Behav Ther*** 2011; 42(4): 676-88.
[26] Abasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian version of acceptance and action questionnaire-ii.2013; 65-80. [in Persian]
[27] Imani.Mahdi. Factor Structure of Psychological Flexibility Questionnaire in Students. ***J Res Psychological Health*** 2016; 8(1): 162-81. [in Persian]
[28] Macatee RJ, Cougle JR. The roles of emotional reactivity and tolerance in generalized, social, and health anxiety: A multimethod exploration. ***Behav Ther*** 2013; 44(1): 39-50.
[29] Fergus TA, Limbers CA, Griggs JO, Kelley LP. Somatic symptom severity among primary care patients who are obese: examining the unique contributions of anxiety sensitivity, discomfort intolerance, and health anxiety. ***J Behav Med*** 2018; 41(1): 43-51.
[30] Fergus TA, Bardeen JR, Orcutt HK. Examining the specific facets of distress tolerance that are relevant to health anxiety. ***J Cognitive Psychotherapy*** 2015; 29(1): 32-44.
[31] Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RT, Pistorello J, Toarmino D, et al. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. ***Psychological Record*** 2004; 54(4): 553-78.
[32] Masuda A, Tully EC. The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample. ***J Evid Based Complementary Altern Med*** 2012; 17(1): 66-71.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-16]