




The Role of Childhood Traumatic Experiences, Attachment Styles, and Metacognitive Beliefs in Predicting Symptoms of Illness Anxiety Disorder among Students of University of Tabriz : A Cross-Sectional Study

Touraj Hashemi -Nosrat-Abad¹ , Majid Mahmoud-Alilou¹ , Zahra Yousefi-Kalekhaneh^{1,2*} 

¹Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

²Aging Research Institute, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:
Original Article

Article History:
Received: 28 Jan 2023
Accepted: 27 Mar 2023
ePublished: 20 Jun 2023

Keywords:
Adverse Childhood Experiences, Attachment Styles, Metacognitive Beliefs, Hypochondriasis

Abstract

Background. Illness anxiety disorder (IAD) is one of the most common psychiatric disorders. Despite the high prevalence of this disorder, there are few studies and many unknown issues about it. Therefore, this study aimed to investigate the role of childhood traumatic experiences, attachment styles, and metacognitive beliefs in predicting the symptoms of IAD.

Methods. In this cross-sectional descriptive study, 395 students (71 male, 324 female) of the University of Tabriz with associate, bachelor, master, and Ph.D. degrees were selected through the available sampling method. The questionnaires used in this research included the Whiteley Index to measure illness anxiety, the metacognitive beliefs questionnaire (MCQ-30), the checklist of traumatic life experiences to evaluate childhood traumatic experiences, and the experiences in close relationships- a revised form to evaluate attachment styles. Participants completed the questionnaires after obtaining the necessary permits and checking the inclusion and exclusion criteria.

Results. The average age of men was 27.2 ± 8.54 and women 25.24 ± 6.84 . Pearson Correlation coefficients showed that traumatic childhood experiences 0.289 ($P < 0.01$), anxious attachment 0.402 ($P < 0.01$), and metacognitive beliefs 0.418 ($P < 0.01$) have significant positive correlations with illness anxiety. Also, based on the results of simultaneous multiple regression analysis, research variables predicted 29% of the changes in symptoms of IAD significantly. Furthermore, childhood traumatic experiences, anxious attachment, and metacognitive beliefs with Beta coefficients of 0.22, 0.18, and 0.27 can significantly predict the changes related to IAD symptoms.

Conclusion. Different interpersonal and metacognitive factors can play a role in IAD symptoms, but various studies such as causality and experimental studies are needed to investigate the role of different factors in IAD symptoms.

Hashemi-Nosrat-Abad T, Mahmoud-Alilou M, Yousefi-Kalekhaneh Z. The Role of Childhood Traumatic Experiences, Attachment Styles, and Metacognitive Beliefs in Predicting Symptoms of Illness Anxiety Disorder among Students of University of Tabriz : A Cross-Sectional Study. *Depiction of Health*. 2023; 14(2): 209- 221. doi: 10.34172/doh.2023.16. (Persian)

* Corresponding author; Zahra Yousefi-Kalekhaneh, E-mail: zahra.psy97@gmail.com



Extended Abstract

Background

Illness anxiety disorder (IAD), is characterized by preoccupation with having or contracting a serious illness. Research has suggested that various factors including interpersonal, cognitive, and metacognitive play important roles in the etiology of this disorder.

In addition to personal suffering, this disorder has high costs due to the use of medical services. It seems that research on understanding the mechanisms of etiology and maintenance of IAD is very important. Despite the recognition of this disorder, there are few studies in this area and we have little information on it. Therefore, it is hoped that by enriching the knowledge of the etiology of IAD, a step will be taken toward the treatment of this disorder. This study aimed to investigate the role of childhood traumatic experiences, attachment styles, and metacognitive beliefs in predicting the symptoms of IAD.

Methods

The population of this cross-sectional study was students of the University of Tabriz in all fields and levels from October 2021 to September 2022. The study sample included 395 students who were selected by the available sampling method.

The inclusion criteria were being at least 18 years old, not having a serious mental disorder, studying at the University of Tabriz, and being able to give informed consent to participate in the study. Taking psychiatric drugs and not completing the questionnaires were considered exclusion criteria. Initially, the necessary explanations were given to the participants, including the confidentiality of the information, and after obtaining informed consent, the participants completed

the questionnaires. The study tools were Whiteley Index, Metacognitive Questionnaire, Traumatic Experience Checklist, and Experiences in Close Relationships-a revised form. Data analysis was done by SPSS V.23 software.

Results

The research sample included 395 university students (71 men (18%) and 324 women (82%)). The average age of men was 27.2 ± 8.54 and the average age of women was 25.24 ± 6.84 . Based on the results of multiple regression analysis, 29% of the variance of symptoms of IAD was explained by childhood traumatic experiences, attachment styles, and metacognitive beliefs. Also, according to the Beta values, the childhood traumatic experiences (β : 0.22), anxious attachment (β : 0.18), and metacognitive beliefs (β : 0.27) were able to predict the changes of IAD symptoms.

Conclusion

The results of this study showed that childhood traumatic experiences, anxious attachment, and metacognitive beliefs have a relationship with IAD symptoms. The findings were in line with the results of previous studies. This was one of the primary studies that investigated the relationship between several variables from different approaches (interpersonal and metacognition) in IAD. This study identified considerable factors for the evaluation and treatment of IAD. The examined variables were only some of the possible variables related to IAD symptoms, thus it is necessary to investigate other variables involved in this disorder and explore other mediating factors.

نقش تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، سبک دل‌بستگی و باورهای فراشناختی در پیش‌بینی نشانه‌های اختلال اضطراب بیماری در دانشجویان دانشگاه تبریز: یک مطالعه مقطعی

تورج هاشمی نصرت‌آباد^۱، مجید محمود علیلو^۱، زهرا یوسفی کله‌خانه^{۲*}

^۱ گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

^۲ پژوهشکده سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

چکیده

زمینه. اختلال اضطراب بیماری یکی از اختلالات شایع روان‌پزشکی است. با وجود شیوع بالای این اختلال مطالعات کم و ناشناخته‌های فراوانی درباره آن وجود دارد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، سبک دل‌بستگی و باورهای شناختی در نشانه‌های اختلال اضطراب بیماری انجام شده است.

روش کار. در این پژوهش توصیفی-مقطعی تعداد ۳۹۵ (۷۱ پسر، ۳۲۴ دختر) نفر از دانشجویان دانشگاه تبریز در مقطع کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل شاخص وایتلی برای سنجش اضطراب بیماری، پرسشنامه باورهای فراشناختی، چک‌لیست تجارب آسیب‌زای زندگی برای ارزیابی تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و پرسشنامه‌ی تجارب در روابط نزدیک- فرم تجدیدنظر شده برای ارزیابی دل‌بستگی استفاده شدند. پس از اخذ مجوزهای لازم و همچنین بررسی معیارهای ورود و خروج، شرکت‌کنندگان به تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام نمودند.

یافته‌ها. میانگین سنی پسران ۲۷/۲ با انحراف استاندارد ۸/۵۴ و میانگین سنی دختران ۲۵/۲۴ با انحراف استاندارد ۶/۸۴ بود. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد تجارب آسیب‌زای دوران کودکی $P < 0/01$ ، دل‌بستگی اضطرابی $P < 0/01$ و باورهای فراشناختی $P < 0/01$ همبستگی مثبت و معنی‌دار با اضطراب بیماری دارند. نتایج رگرسیون چندگانه به روش هم‌زمان نشان داد که متغیرهای پژوهش ۲۹ درصد از تغییرات نشانه‌های اختلال اضطراب بیماری را به‌طور معنی‌داری پیش‌بینی می‌کنند و تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، دل‌بستگی اضطرابی و باورهای فراشناختی به ترتیب با ضرایب بتای ۰/۲۲، ۰/۱۸ و ۰/۲۷ قادر هستند تغییرات مربوط به نشانه‌های اختلال اضطراب بیماری را به‌صورت معنی‌داری پیش‌بینی کنند.

نتیجه‌گیری. عوامل مختلف بین فردی و فراشناختی می‌تواند در ایجاد نشانه‌های اختلال اضطراب بیماری نقش داشته باشد لیکن مطالعات مختلفی نیاز است تا نقش رویکردهای مختلف را در قالب روابط علی- ساختاری بررسی نموده و همچنین مطالعات کارآزمایی جهت تدوین پروتکل‌های درمانی انجام شود.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۰۸
پذیرش: ۱۴۰۲/۰۱/۰۷
انتشار برخط: ۱۴۰۲/۰۳/۳۰

کلیدواژه‌ها:

تجربیات نامطلوب دوران کودکی، سبک دل‌بستگی، باورهای فراشناختی، هیپوکندریا

مقدمه

اطمینان پزشکی مناسب هم تسکین نمی‌یابد.^۲ اختلال اضطراب بیماری منجر به اختلال در کار، مدرسه، روابط و عملکرد اجتماعی می‌شود.^۳ افراد مبتلا به اضطراب بیماری، رفتارهای ایمنی‌بخش بیش از حد مرتبط با سلامت از جمله بررسی وسواسی بدن (مثلاً بررسی خال‌ها برای سرطان پوست) و اطمینان‌جویی (مثلاً از پزشکان) برای کاهش پریشانی خود دارند. همچنین ممکن است از مواجهه با موقعیت‌ها و محرک‌هایی که باعث نگرانی‌های مرتبط با

اختلال اضطراب بیماری ((Illness Anxiety Disorder (IAD))، هیپوکندریازیس (Hypochondriasis) سابق که به‌عنوان اضطراب سلامت (Health Anxiety) نیز شناخته می‌شود)، اضطراب در مورد داشتن یا ابتلا به یک بیماری جدی است. ویژگی اصلی این اختلال، چرخه نگرانی و جستجوی اطمینان در مورد سلامتی است.^۱ افراد مبتلا به این اختلال به‌صورت مداوم و طولانی مدت از داشتن یک بیماری جدی ترس داشته که این ترس حداقل ۶ ماه طول کشیده و با

* پدیدآور رابط: زهرا یوسفی کله‌خانه، آدرس ایمیل: zahra.psy97@gmail.com

منجر به ایجاد اضطراب بیماری تشدید شده می‌شود.^{۱۰} رابطه‌ای بین سوءاستفاده جنسی و جسمی در دوران کودکی و اضطراب بیماری نیز در مطالعه‌ای مشاهده شده است.^{۱۱} مطالعات اندکی در مورد رابطه بین تجربیات نامطلوب کودکی و اضطراب بیماری وجود دارد. تعداد محدودی از مطالعات اضطراب بیماری را در بزرگسالان با سابقه سوءاستفاده در دوران کودکی و مشکلات در خانه بررسی کرده‌اند.^۹

از عوامل دیگری که ممکن است در اضطراب بیماری نقش داشته باشد، سبک دلبستگی است. نظریه دلبستگی بر تأثیر روابط صمیمی اولیه (معمولاً با والدین) در تعاملات و روابط بعدی بین فردی تأکید دارد.^{۱۲} کیفیت ارتباطات عاطفی به توسعه سبک‌های دلبستگی منجر می‌شود، که تصور می‌شود از کودکی تا بزرگسالی نسبتاً پایدار بماند.^{۱۳} سبک دلبستگی به دو دسته سبک دلبستگی ایمن و سبک دلبستگی نایمن تقسیم‌بندی می‌شود. دلبستگی ایمن زمانی ایجاد می‌شود که نیازهای عاطفی و جسمی کودک توسط مراقب اصلی برآورده شود. اگر مراقبان به نیازهای عاطفی و جسمی کودک پاسخ ندهند، دلبستگی نایمن ممکن است ایجاد شود. دلبستگی نایمن بزرگسالان از دو حیطة دلبستگی اضطرابی (Anxious Attachment) و اجتنابی (Avoidant Attachment) تشکیل شده است. افراد با سبک دلبستگی نایمن اضطرابی، ترس مداوم دارند که توسط افراد مهم زندگی‌شان طرد یا رها شوند. در حالی‌که افراد با دلبستگی اجتنابی تمایل دارند از روابط نزدیک کناره بگیرند و راحت به دیگران اعتماد نمی‌کنند.^۷ تحقیقات قبلی ارتباط بین اضطراب بیماری و دلبستگی نایمن را نشان داده است.^{۱۴-۱۶} همچنین مطرح شده است اضطراب بیماری و افزایش جسمانی‌سازی با دلبستگی نایمن و به‌ویژه دلبستگی اضطرابی، ارتباط دارد.^{۱۷}

یکی دیگر از مؤلفه‌های مرتبط با اضطراب بیماری مفهوم فراشناخت است. فراشناخت یک مفهوم مهم در سلامت روان است که به توانایی فرد برای تفکر در مورد تفکر یا میزان آگاهی فرد در مورد افکار خود اشاره می‌کند.^{۱۸} مهارت‌های فراشناختی تأثیر قابل توجهی بر علائم جسمانی‌سازی دارند.^{۱۹} مهارت‌های فراشناختی افکار را کنترل کرده و در اصلاح تحریف‌های شناختی شرکت می‌کنند. مطالعات نشان داده است مهارت‌های فراشناختی پایین ممکن است نقش مهمی در ایجاد اختلالات روان‌پزشکی مانند مشکلات عاطفی، اختلال اضطراب فراگیر،^{۲۰} و سواس

سلامت می‌شوند اجتناب کنند (مانند حضور در بیمارستان‌ها، یا مواجهه با اخبار مربوط به بیماری‌ها). اگرچه رفتارهای ایمنی‌بخش و اجتناب‌ها اغلب باعث کاهش فوری اضطراب می‌شود، اما با جلوگیری از بهبود اختلال، منجر به حفظ اضطراب بیماری در درازمدت می‌شوند.^۴

هنوز هیچ مطالعه اپیدمیولوژیکی معتبری برای IAD در دسترس نیست.^۱ شیوع ۱ تا ۲ ساله اختلال اضطراب بیماری در نمونه‌های مبتنی بر جمعیت از ۱/۳ تا ۱۰ درصد است. در جامعه پزشکی شیوع شش ماه تا یک سال بین ۳ تا ۸ درصد است.^۱ با وجود شیوع زیاد و وجود درمان‌های روان‌شناختی مؤثر، این اختلال به‌ندرت در مراکز بهداشتی-درمانی تشخیص داده می‌شود. در مورد اپیدمیولوژی، اتیولوژی و از جمله نحوه درمان مؤثر این اختلال اطلاعات کمی وجود دارد.^۵

عوامل مختلفی می‌تواند در ایجاد اختلال اضطراب بیماری نقش داشته باشد. به‌عنوان مثال می‌توان به سابقه خانوادگی اضطراب بیماری، داشتن یک بیماری جدی در دوران کودکی، اختلالات روانی مانند افسردگی، اضطراب یا اختلال شخصیت، سوءاستفاده جسمی، جنسی یا عاطفی در دوران کودکی، قرار گرفتن در معرض خشونت در دوران کودکی، داشتن تجارب استرس‌زا در خصوص بیماری خود یا یکی از عزیزان و سابقه آسیب‌های شخصی اشاره کرد.^۶ یکی از رویکردهای اصلی که برای درک چگونگی تأثیر عوامل محیطی در اضطراب بیماری وجود دارد، مدل بین فردی اضطراب بیماری است. مدل بین فردی مطرح می‌کند که افراد مبتلا به اضطراب بیماری در معرض تجربیات ناراحت‌کننده (به‌عنوان مثال، یک بیماری جدی) و روابط منفی با مراقبان اولیه هستند که آن‌ها را مستعد نگرانی در مورد مشکلات مربوط به سلامت می‌کند.^۷ برای ایجاد ترس در مورد سلامتی و اضطراب بیماری متعاقب آن عواملی مطرح شده است. این عوامل شامل تجربه حوادث ناراحت‌کننده یا آسیب‌زا، دریافت اطلاعات تهدیدآمیز و فراگیری به‌وسیله یادگیری جانشینی است- مانند مواردی که یک بیماری جدی توسط یکی از اقوام یا دوستان نزدیک تجربه می‌شود- که بررسی رویدادهای تجربه شده در دوران کودکی از موارد مذکور حمایت می‌کند.^۸ بیماری‌های جسمی در دوران کودکی به‌عنوان یک عامل خطر برای اضطراب شدید بیماری گزارش شده است.^۹ بیماری والدین نیز یکی از چنین تجربه‌های آزارنده اولیه است که به‌طور بالقوه

بود. علت انتخاب دانشجویان به‌عنوان نمونه، همگنی افراد از لحاظ متغیرهای سنی، وضعیت تأهل، تحصیلات و غیره بود. همچنین با توجه انجام مطالعه در شرایط همه‌گیری ویروس کرونا، نمونه‌ای که علاوه بر داشتن همگنی لازم امکان دسترسی به آن‌ها به‌صورت آنلاین فراهم باشد در نمونه‌های دانشجویی امکان‌پذیر بود. علاوه بر موارد فوق‌الذکر دانشجویان به دلیل آشنایی با پرسشنامه‌های خود گزارش‌دهی بهترین گزینه برای تکمیل مناسب داده‌ها بودند. طبق آمارها تعداد دانشجویان دانشگاه تبریز حدوداً ۲۴,۰۰۰ نفر می‌باشند. از بین آن‌ها طبق فرمول تعیین حجم نمونه کوکران حداقل حجم نمونه با سطح خطای ۵/۰٪ حدود ۳۷۹ نفر برآورد گردید که با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۴۰٪ نفر به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس از تمامی رشته‌ها و مقاطع تحصیلی انتخاب شدند. در نهایت پس از کنار گذاشتن پرسشنامه‌های ناقص و مخدوش تعداد ۳۹۵ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفت. بازه زمانی انتخاب نمونه‌ها از مهر سال ۱۴۰۰ تا شهریور سال ۱۴۰۱ بود.

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل ۱۸ سال سن، عدم وجود اختلال روانی جدی، اشتغال به تحصیل در دانشگاه تبریز و توانایی ارائه رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه بود. مصرف داروهای روان‌پزشکی و عدم تکمیل مقیاس‌های ارزیابی به‌عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. با توجه به غیرحضور بودن دانشگاه‌ها در سال ۱۴۰۰ به دلیل شیوع ویروس کرونا، امکان گردآوری داده‌ها به‌صورت حضوری امکان‌پذیر نبود بنابراین پرسشنامه‌ها به‌صورت آنلاین در اختیار افراد قرار گرفت و پس از حضوری شدن دانشگاه‌ها بقیه پرسشنامه‌ها به‌صورت دستی بین دانشجویان توزیع شد. در ابتدا به شرکت‌کنندگان توضیحات لازم از جمله محرمانه بودن اطلاعات داده شد و پس از کسب رضایت آگاهانه، شرکت‌کنندگان به تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام نمودند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه و به‌منظور تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از نرم‌افزار SPSS ۲۳ استفاده شد.

اطلاعات دموگرافیک

اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن، جنسیت، مقطع تحصیلی، وضعیت شغلی و وضعیت تأهل بود.

فکری اجباری، اختلالات استرس پس از سانحه،^{۲۱} افسردگی^{۲۲} و اضطراب بیماری^{۲۳-۲۶} داشته باشد. در یک مطالعه مرور نظام‌مند نشان داده شد که درمان مبتنی بر فراشناخت ممکن است در کاهش رنج افراد دارای اضطراب سلامت مؤثر باشد.^{۱۹} از آنجایی که افراد دارای اختلال اضطراب بیماری در مورد سلامتی خود نگران بوده و به دنبال اطمینان بیشتر در خصوص عدم ابتلا به یک بیماری جدی هستند معمولاً به متخصصان پزشکی و آزمایشگاه‌های تشخیص پزشکی بیشتر از مراکز روان‌شناسی مراجعه می‌کنند و این عامل موجب کمتر پرداخته شدن به این اختلال می‌شود. براساس مرور متون انجام شده، مطالعات بسیار محدودی در این زمینه انجام شده است و مطالعات انجام شده بیشتر بر یک رویکرد (بین فردی، شناختی و یا فراشناختی) تأکید داشته و نقش این رویکردها را در کنار هم بررسی نکرده‌اند. بنابراین از آنجایی که این اختلال شیوع نسبتاً بالایی داشته و هنوز تحقیقات کافی در مورد این اختلال وجود ندارد و با توجه به این که اکثر مطالعات یکی از رویکردهای شناختی، فراشناختی و یا بین فردی را مدنظر قرار داده و بررسی کرده‌اند، به نظر می‌رسد مطالعه‌ای که نقش عوامل مختلف در شکل‌گیری این اختلال را بررسی کند امری مهم و ضروری به نظر می‌رسد و مطالعه حاضر با هدف پر کردن شکاف موجود در این زمینه انجام شده است. معمولاً برای انجام مطالعات روان‌شناختی دانشجویان به‌عنوان یک نمونه همگن از لحاظ سن، تحصیلات و غیره نمونه مناسبی هستند. بنابراین، مطالعه‌ای که بر روی دانشجویان یک دانشگاه انجام شود از نظر عدم وجود نوسانات زیاد در عوامل جمعیت‌شناختی و سایر عوامل می‌تواند یک مزیت محسوب شود. همچنین به علت همه‌گیری ویروس کرونا و محدودیت حضور افراد در مجامع عمومی، دانشجویان به دلیل عضویت در گروه‌های دانشجویی دانشگاه و همچنین آشنایی با نحوه تکمیل ابزارهای خودگزارش‌دهی بهترین گزینه برای دسترسی و تکمیل مناسب داده‌ها هستند. بنابراین پژوهش حاضر در نظر دارد نقش تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، سبک دلبستگی و باورهای فراشناختی را در نشانه‌های اختلال اضطراب بیماری در دانشجویان بررسی نماید.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش، دانشجویان دانشگاه تبریز

سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بودند. همچنین پایایی ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ بود.^{۳۲}

- پرسشنامه‌ی تجارب در روابط نزدیک - فرم تجدیدنظر شده (Experiences in Close Relationships-Revised)

این پرسشنامه‌ی توسط فرالی (Fraley) و همکاران ساخته شد و نسخه تجدیدنظر شده ECR برینان، کلارک، و شیور (Brennan, Clark, & Shaver) است. این پرسشنامه از ۳۶ آیتم تشکیل شده است که ۱۸ ماده آن دل‌بستگی اجتنابی و ۱۸ ماده آن دل‌بستگی اضطرابی را می‌سنجد. پایایی بازآزمایی این پرسشنامه، همبستگی‌های بیشتر از ۰/۷۰ را در طول یک دوره ۸ هفته‌ای نشان داد، و مقادیر آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های اضطرابی و اجتنابی بالاتر از ۰/۹۰ گزارش شده است.^{۳۳} شکر کن و همکاران ضرایب پایایی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس دل‌بستگی اضطرابی ۰/۸۰ تا ۰/۸۶ و برای دل‌بستگی اجتنابی ۰/۸۰ تا ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند.^{۳۴}

یافته‌ها

نمونه پژوهش شامل ۳۹۵ نفر از دانشجویان ۷۱ پسر (۱۸ درصد) و ۳۲۴ دختر (۸۲ درصد) بودند. اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی و مقطع تحصیلی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان در مطالعه

متغیر	فراوانی	درصد
زیر ۲۰	۲۸	۷/۱
۲۰-۳۰	۲۶۹	۶۸/۱
سن	۷۲	۱۸/۲
۴۰ و بالاتر	۲۶	۶/۶
جنسیت	۳۲۴	۸۲
دختر	۷۱	۱۸
پسر	۲۹۷	۷۵/۲
وضعیت تاهل	۹۶	۲۴/۳
متاهل	۲	۰/۵
جدا شده	۳۱۶	۸۰/۱
بی‌کار	۶۸	۱۷/۲
وضعیت شغلی	۱۱	۲/۸
استخدام	۱۲	۳
شغل آزاد	۲۰۶	۵۲/۲
مقطع تحصیلی	۶۳	۱۵/۹
کارشناسی ارشد	۱۱۴	۲۸/۹
دکتری تخصصی		

ابزارهای گردآوری داده‌ها

- شاخص وایتلی (Whiteley Index)

شاخص وایتلی یک ابزار اندازه‌گیری خود گزارشی ۱۴ آیتمی است که نشانه‌های بارز اضطراب بیماری را ارزیابی می‌کند. شاخص وایتلی توسط پیلوفسکی (Pilowsky) ۱۹۹۶ ایجاد شده است و در چندین مطالعه در نسخه‌های اصلی یا اصلاح شده و در جمعیت‌های مختلف بکار برده شده است. در مطالعه آرنز (Arnáez) و همکاران همسانی درونی این مقیاس در نمونه غیر بالینی $a = 0/70$ و در نمونه بالینی $a = 0/60$ بود.^{۳۵} اعتبار و پایایی نسخه فارسی این مقیاس توسط اسماعیلی و همکاران در سال ۲۰۱۷ انجام شد و پایایی این شاخص با استفاده از آلفای کرونباخ و ضرایب همبستگی درونی ۰/۸۸ و ۰/۸۲ به دست آمد.^{۳۸}

- پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ-30)

این پرسشنامه یک مقیاس خود گزارشی ۳۰ آیتمی است که باورهای فراشناختی را ارزیابی می‌کند و دارای پنج خرده مقیاس است.^{۳۹} ولز (Wells) و همکاران همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده مقیاس‌ها از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی را ۰/۷۵ و برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند.^{۳۹} پایایی این مقیاس در نسخه فارسی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ برای کل مقیاس و برای خرده مقیاس‌ها ۰/۶۹ تا ۰/۸۹ گزارش شده است و ضرایب همبستگی در مورد روایی همزمان در سطح مطلوبی بود.^{۳۰}

- چک‌لیست تجارب آسیب‌زای زندگی (Traumatic

Experience Checklist)

این چک‌لیست یک پرسشنامه خودگزارشی است که ۲۹ نوع از تجارب آسیب‌زای بالقوه را ارزیابی می‌کند. نارینگ و نیچن هویز (Näring & Nijenhuis) روایی همگرا و وابسته به ملاک را خوب تا عالی بیان کرده است. آلفای کرونباخ چک‌لیست تجارب آسیب‌زا در مطالعه نیچن هویز که به صورت ساختار یافته اجرا شده بود، ۰/۶۲ گزارش شده است.^{۳۱} در نسخه فارسی، روایی همگرایی پرسشنامه با پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه مورد بررسی قرار گرفته است که میزان همبستگی بین ۰/۲۴ تا ۰/۴۵ برای پنج حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه به دست آمد و در

درصد متأهل بودند. از نظر وضعیت شغلی ۸۰/۱ درصد افراد بیکار بودند و بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان در مقطع کارشناسی (۵۲/۲ درصد) مشغول به تحصیل بودند. شاخص‌های توصیفی برای سایر متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف استاندارد در جدول ۲ ارائه شده است.

مطابق مندرجات جدول ۱ بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان پژوهش را دختران (۸۲ درصد) تشکیل می‌دادند. از نظر سنی ۷/۱ درصد زیر ۲۰ سال، ۶۸/۱ درصد ۲۰-۳۰ ساله، ۱۸/۲ درصد ۳۰-۴۰ و ۶/۶ درصد بالای ۴۰ سال بودند. همچنین ۷۵/۲ درصد از افراد مجرد و ۲۴/۳

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

P- Value*	پسران		دختران		متغیرهای پژوهش
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۳	۸/۵	۲۷/۲	۶/۸	۲۵/۲	سن
۰/۴۹	۷/۴	۳۱/۸	۷/۹	۳۲/۵	اضطراب بیماری
۰/۸۶	۳/۲	۳/۱	۴/۸	۳/۰	تجارب آسیب‌زای دوران کودکی
۰/۲۶	۱۸/۴	۶۲/۸	۱۷/۸	۶۰/۱	دلبستگی اضطرابی
۰/۸۶	۱۶/۳	۵۵/۳	۱۸/۴	۵۴/۹	دلبستگی اجتنابی
۰/۵۷	۱۰/۵	۶۷/۱	۱۱/۷	۶۶/۳	باورهای فراشناختی

*P-value با استفاده از آزمون t-test بدست آمده است.

فراشناختی در پسران $۶۷/۱ \pm ۱۱/۷$ و کمترین میانگین مربوط به تجارب آسیب‌زای دوران کودکی در دختران $۳/۰ \pm ۴/۸$ است. همچنین مقایسه میانگین‌های دختران و پسران در تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، دلبستگی اجتنابی، دلبستگی اضطرابی و باورهای فراشناختی تفاوت معنی‌داری نداشت. ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

مقایسه میانگین‌ها با استفاده از آزمون t-test انجام شد. مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین سنی دختران و پسران در پژوهش حاضر به ترتیب برابر با $۲۵/۲ \pm ۶/۸$ و $۲۷/۲ \pm ۸/۵$ است که این تفاوت معنی‌دار است. میانگین اضطراب بیماری در دختران و پسران به ترتیب $۳۲/۵ \pm ۷/۹$ و $۳۱/۸ \pm ۷/۴$ بود که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. بیشترین میانگین مربوط به باورهای

جدول ۳. بررسی همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
اضطراب بیماری	۱				
تجارب آسیب‌زای دوران کودکی	۰/۲۸*	۱			
دلبستگی اضطرابی	۰/۴۰*	۰/۱۴*	۱		
دلبستگی اجتنابی	۰/۰۶	۰/۰۵	۰/۱۳*	۱	
باورهای فراشناختی	۰/۴۱*	۰/۶۲	۰/۴۷*	۰/۱۳*	۱

*P<0/01

دلبستگی اضطرابی $۰/۱۴$ ($P<۰/۰۱$) دارد. همچنین دلبستگی اضطرابی همبستگی مثبت و معنی‌دار با دلبستگی اجتنابی $۰/۱۳$ ($P<۰/۰۱$) و باورهای فراشناختی $۰/۴۷$ ($P<۰/۰۱$) و دلبستگی اجتنابی همبستگی مثبت و معنی‌دار با باورهای فراشناختی $۰/۱۲$ ($P<۰/۰۱$) دارد. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه در جدول ۴ ارائه شده است.

برای محاسبه ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است تجارب آسیب‌زای دوران کودکی $۰/۲۸$ ($P<۰/۰۱$)، دلبستگی اضطرابی $۰/۴۰$ ($P<۰/۰۱$) و باورهای فراشناختی $۰/۴۱$ ($P<۰/۰۱$) همبستگی مثبت و معنی‌دار با اضطراب بیماری داشته و نیز تجارب آسیب‌زای دوران کودکی همبستگی مثبت و معنی‌دار با

جدول ۴. توصیف تحلیل رگرسیون برای تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، سبک دل‌بستگی، باورهای فراشناختی

متغیرهای پژوهش	β	t	P-value
سن	-۰/۰۶	-۱/۳۵	۰/۱۷
جنسیت	۰/۰۵	۱/۱۸	۰/۲۳
تجارب آسیب‌زای دوران کودکی	۰/۲۲	۵/۲۶	۰/۰۱
دل‌بستگی اضطرابی	۰/۱۸	۳/۷۵	۰/۰۱
دل‌بستگی اجتنابی	-۰/۰۱	-۰/۴۴	۰/۶۵
باورهای فراشناختی	۰/۲۷	۵/۵۳	۰/۰۱

ADJ R Square: 0.29 F: 28.94 P- Value: 0.001

مطالعه لی (Le) و همکاران نشان داد که تجربیات نامطلوب دوران کودکی و دل‌بستگی اضطرابی پیش‌بینی کننده اضطراب سلامت هستند.^{۱۵} همچنین ریزر (Reiser) و همکاران در مطالعه خود مطرح کردند که افزایش مواجهه با تجربیات نامطلوب دوران کودکی با سطوح بالاتری از اضطراب سلامت در بزرگسالی مرتبط است.^{۳۶} روابط بین سوءاستفاده جنسی و جسمی دوران کودکی و اضطراب سلامت و بیماری در نمونه‌ای از دانشجویان کارشناسی پیدا شده است.^{۱۱}

در مطالعه‌ای بیماران مبتلا به اضطراب بیماری را با بیماران بدون اضطراب بیماری مقایسه کردند و دریافتند که تعداد بیشتری از بیماران مبتلا به اضطراب بیماری در کودکی سوءاستفاده جسمی و جنسی را گزارش کرده‌اند.^{۳۵} در خصوص رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و اختلال اضطراب بیماری می‌توان مطرح کرد که تجربیات نامطلوب دوران کودکی می‌تواند الگویی از مراقبت‌های شدید- که به سایرین و متخصصان پزشکی هدایت می‌شود- را تقویت کند، که می‌تواند در رفتارهای ناسازگار بیماری توسط افرادی که دارای اضطراب بیماری هستند، منعکس شود.^۹ تحقیقات قبلی نشان داده است که تجربیات نامطلوب دوران کودکی با عوامل خطر شناختی (به‌عنوان مثال، سبک‌های تفکر منفی تکراری) با اضطراب مرتبط هستند ممکن است ترومای دوران کودکی، موجب افزایش شناخت‌های منفی در مورد بیماری و سلامت شده و بنابراین منجر به اضطراب در مورد بیماری شود. به‌عبارت دیگر، ناملايمات دوران کودکی ممکن است افراد را مستعد ارزیابی منفی‌تر در مورد بیماری خود کند و در نتیجه اضطراب پیرامون بیماری را افزایش دهد.^{۳۷}

از سویی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین سبک دل‌بستگی اضطرابی با نشانه‌های اختلال اضطراب بیماری

بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه هم‌زمان و منطبق با مندرجات جدول ۴، مقدار F (۲۸/۹) به لحاظ آماری معنی‌دار است. مقدار R^2 برابر با ۰/۲۹ می‌باشد که نشان می‌دهد ۲۹ درصد از واریانس نشانه‌های اختلال اضطراب بیماری توسط تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، سبک‌های دل‌بستگی و باورهای فراشناختی تبیین می‌شود. متغیرهای دموگرافیک شامل سن و جنسیت به ترتیب با ضریب بتای ۰/۰۶- و ۰/۰۵ تأثیر معنی‌داری بر نشانه‌های اختلال اضطراب بیماری نداشتند. از بین سبک‌های دل‌بستگی سبک دل‌بستگی اجتنابی با ضریب بتای ۰/۰۱- تأثیر معنی‌داری بر اختلال اضطراب بیماری نداشت. در حالی‌که دل‌بستگی اضطرابی با ضریب بتای ۰/۱۸ تأثیر معنی‌داری بر نشانه‌های اختلال اضطراب بیماری داشت. بنابراین دل‌بستگی اضطرابی قادر است ۱۸ درصد از تغییرات مربوط به نشانه‌های اضطراب بیماری را به‌صورت معنی‌داری پیش‌بینی کند.

همچنین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی با ضریب بتای ۰/۲۲ و باورهای فراشناختی با ضریب بتای ۰/۲۷ قادر هستند تغییرات مربوط به نشانه‌های اختلال اضطراب بیماری را به‌صورت معنی‌داری پیش‌بینی کنند.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، سبک‌های دل‌بستگی و باورهای فراشناختی در نشانه‌های اختلال اضطراب بیماری بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی می‌تواند تغییرات مربوط به نشانه‌های اختلال اضطراب بیماری را به‌صورت معنی‌داری پیش‌بینی کند. این یافته‌ها همسو با یافته‌های پژوهش‌های پیشین است که نشان داده شده تجربیات نامطلوب دوران کودکی پیش‌بینی کننده اضطراب سلامت هستند.^{۱۱، ۳۵، ۳۶}

است.^{۳۹} از آنجا که افراد مبتلا به اضطراب بیماری، دلبستگی ناایمن مزمن را تجربه می‌کنند، علی‌رغم اطمینان‌دهی مکرر دیگران، به اطمینان‌جویی مکرر به‌طور بی‌وقفه ادامه می‌دهند.^{۱۶} رفتارهای اطمینان‌جویی که مشخصه اضطراب بیماری است، به افراد اجازه می‌دهد تا از دیگران حمایت عاطفی و بین فردی را طلب کنند، که به‌نوبه خود می‌تواند ناایمنی دلبستگی را کاهش دهد.^{۱۰} به تعبیری اطمینان‌جویی بی‌وقفه موجب ایجاد تعارض با دیگران می‌شود که به بیگانگی از دیگران کمک می‌کند. تصور می‌شود که تعارض و بیگانگی از دیگران موجب تأیید یا تقویت دلبستگی ناایمن در افراد مبتلا به اضطراب سلامت می‌شود. دلبستگی ناایمن و احساس اضطراب بیگانگی از دیگران موجب تقویت نگرانی در مورد مشکلات سلامتی در افراد مبتلا به اضطراب بیماری می‌شود. فرد در تلاش برای کاهش چنین نگرانی، مجدداً شروع به اطمینان‌جویی مکرر می‌کند و یک چرخه معیوب اطمینان‌جویی مکرر، بیگانگی و نگرانی مورد سلامتی تکرار می‌شود.^{۴۰}

در مقابل، افرادی که در دسته دلبستگی اجتنابی قرار دارند، اغلب دیگران را غیرقابل دسترس می‌بینند و در زمان استرس تمایل دارند از دیگران فاصله بگیرند. به نظر می‌رسد که افراد دارای دلبستگی اجتنابی زیاد، کمتر دچار اضطراب شده و یا از مراقبت‌های درمانی کمتر استفاده می‌کنند که این عامل می‌تواند توجیه‌کننده عدم ارتباط دلبستگی اجتنابی با اضطراب بیماری در پژوهش حاضر باشد.^{۱۶}

علاوه بر این نتایج مطالعه نشان داد که بین باورهای فراشناختی و اضطراب بیماری رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. شواهد از نقش چنین باورهای فراشناختی در اضطراب بیماری پشتیبانی می‌کند. میلی (Melli) و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که باورهای فراشناختی نقش مهمی در اضطراب سلامت دارد.^{۴۱} در مطالعه دیگری که توسط سولم (Solem) و همکاران انجام شد مشخص شد که علائم اضطراب سلامت با فراشناخت رابطه دارد و بهبود اضطراب سلامت با تغییرات در باورهای فراشناختی مرتبط است.^{۴۲} در یک مطالعه دیگر، رابطه قوی بین باورهای فراشناختی منفی و مثبت و چندین جنبه اضطراب سلامتی پیدا شد.^{۲۵} بیلی و ولز (Bailey & Wells) دریافتند که باورهای فراشناختی بیشتر از سایر عوامل مانند شناخت‌های مربوط به بیماری (مانند تفسیر فاجعه‌آمیز علائم

رابطه معنی‌داری وجود دارد این یافته همسو با یافته پژوهش شری (Sherry) و همکاران است که نشان دادند دلبستگی اضطرابی به‌طور منحصربه‌فردی اضطراب بیماری را حتی زمانی که دلبستگی اجتنابی و بی‌ثباتی عاطفی در نظر گرفته می‌شد، پیش‌بینی می‌کرد.^{۱۶} همچنین نشان داده شده است که اضطراب سلامت بالا و افزایش جسمانی‌سازی با دلبستگی ناایمن و به‌ویژه دلبستگی اضطرابی، ارتباط دارد.^{۱۷} در پژوهش دیگری مشخص شد که سبک‌های دلبستگی ناایمن (دوسوگرا و اجتنابی) می‌توانند نقش مهمی در ایجاد و حفظ اختلالات اضطرابی و جسمانی‌سازی داشته باشند.^{۱۴} افراد دارای دلبستگی اضطرابی دائماً ترس دارند که توسط افراد مهم طرد یا رها شوند. در حالی که افراد دارای دلبستگی اجتنابی بالا تمایل به کناره‌گیری از روابط نزدیک دارند و از تکیه بر دیگران احساس ناراحتی می‌کنند. اگر چه به‌طور دقیق نمی‌توان گفت ولی عوامل متعددی نشان می‌دهد که دلبستگی اضطرابی در اضطراب بیماری نقش مهمی دارد. افراد دارای اضطراب بالا در مورد سلامت خود ناایمن و وابسته بوده و توانایی مقابله مستقل با مشکلات را نداشته و دائماً نگران حمایت دیگران در زمان استرس هستند. بنابراین، آن‌ها در طول تجربیات استرس‌زا، مانند زمانی که نگران سلامتی خود هستند، به دنبال دیگران می‌گردند.^{۱۶}

در واقع در راستای توضیح رابطه بین سبک دلبستگی و اختلال اضطراب بیماری می‌توان عنوان نمود که اطمینان‌جویی مکرر در افراد مبتلا به اضطراب بیماری با فراخواندن مراقبت از جانب دیگران (به‌عنوان مثال پزشکان یا اعضای خانواده) به‌عنوان تلاشی برای کاهش ناایمنی دلبستگی و نگرانی در مورد مشکلات سلامتی در نظر گرفته می‌شود. برنی (Birnie) و همکاران همبستگی منفی بین دلبستگی اجتنابی و اطمینان‌جویی مرتبط با سلامت پیدا کردند و همچنین هیچ ارتباط معنی‌داری بین دلبستگی اجتنابی و نگرانی مربوط به سلامت در مطالعه آن‌ها پیدا نشد که همسو با یافته‌های پژوهش حاضر است.^{۳۸}

مطالعه آناگنوستوپولوس و باتسه (Anagnostopoulos & Botse) نشان داد دلبستگی اضطرابی با استفاده زیاد از خدمات پزشکی ارتباط دارد که این عامل نیز به نوبه خود با رفتارهای اطمینان‌جویی مرتبط است. نتایج مطالعه آن‌ها به نقش کلیدی عوامل بین فردی در حفظ اضطراب بیماری و اهمیت دلبستگی اضطرابی در درگیر شدن با رفتارهای اطمینان‌جویی تأکید دارد که همسو با یافته مطالعه حاضر

پروتکل‌های درمانی مناسب این اختلال باشد. مطالعه حاضر نیاز به رویکردهای مراقبتی مبتنی بر تروما را در میان بزرگسالان مبتلا به تشخیص اختلال اضطراب بیماری تقویت می‌کند که این به‌نوبه خود می‌تواند گامی در جهت به بهبود نتایج درمان و همچنین پیشگیری از ایجاد مشکلات دیگر باشد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از نمونه‌های غیر بالینی و انتخاب شرکت‌کنندگان به‌صورت در دسترس اشاره کرد. همچنین با توجه به اینکه مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی است نمی‌تواند به‌صورت دقیق ترتیب زمانی خاص متغیرها را مطرح کرده و لذا ماهیت روابط دو طرفه بین متغیرها مشخص نشده است، بنابراین انجام مطالعات طولی و تجربی برای نتیجه‌گیری در مورد تغییراتی که در درون فرد در طول زمان رخ می‌دهند و همچنین ماهیت دو طرفه روابط را مشخص می‌کنند ضروری هستند. با توجه به اینکه داده‌ها به‌صورت پرسشنامه‌های خود گزارشی تهیه شده‌اند تأکید انحصاری بر داده‌های خود گزارشی ممکن است منجر به افزایش ارتباط بین متغیرها شود. متغیرهای بررسی شده تنها برخی از متغیرهایی هستند که احتمالاً به ایجاد علائم اضطراب بیماری کمک می‌کنند بنابراین لازم است پژوهش‌های بعدی سایر متغیرهای دخیل در این رابطه را بررسی نمایند. در نهایت در پژوهش حاضر فقط روابط بین متغیرها مورد بررسی قرار گرفته است و نقش متغیرهای واسطه‌ای و تعدیل‌گر بررسی نشده است بنابراین تحقیقات آینده باید نقش واسطه‌ای متغیرها را نیز بررسی کنند.

نتیجه‌گیری

در مجموع از میان متغیرهای بررسی شده در این پژوهش چندین عامل در اضطراب بیماری نقش مهمی داشته که همسو با یافته‌های پژوهش‌های پیشین است. همچنین این پژوهش از معدود پژوهش‌هایی است که به بررسی ارتباط چندین متغیر از چند رویکرد متفاوت (بین فردی و فراشناخت) در اضطراب بیماری پرداخته است. مطالعه حاضر عواملی را شناسایی و مطرح می‌کند که در ارزیابی و درمان اضطراب بیماری می‌تواند در نظر گرفته شده و به کار برده شود. همچنین نتایج مطالعه حاضر می‌تواند در طراحی مطالعاتی که روابط علی بین متغیرها را بررسی می‌کنند کمک‌کننده باشد. با این حال، مطالعات

بدنی، روان رنجوری و تقویت حسی تنی، اضطراب سلامت را پیش‌بینی می‌کند.^{۲۳}

افراد دارای اضطراب بیماری اعتقاد دارند که نگرانی در مورد بیماری مفید است، به‌عنوان مثال: "فکر کردن در مورد بدترین علائم، من را ایمن خواهد کرد"، یا برعکس، "مثبت فکر کردن در مورد سلامتی‌ام، باعث می‌شود بیمار شوم." علاوه بر این افراد همچنین می‌توانند باورهای فراشناختی منفی در مورد غیرقابل کنترل بودن فکر در مورد بیماری (من هیچ کنترلی روی فکر کردن در مورد سلامتی ندارم) و خطرناک بودن افکار مربوط به بیماری (نگرانی در مورد سلامتی به بدن من آسیب می‌رساند) داشته باشند.^{۴۳} در واقع باورهای فراشناختی نقش مهمی در آسیب‌شناسی اختلالات، از جمله اختلال اضطراب بیماری دارند. این مدل مبتنی بر مدل کارکرد اجرایی خود‌نظم‌بخش است که مربوط به آسیب‌شناسی و حفظ مشکلات هیجانی است. در این مدل، اختلالات هیجانی با فعال‌سازی یک سبک تفکر ناسازگار، یعنی سندرم توجه‌شناختی موجب ایجاد اختلال می‌شود. به‌طور کلی، سندرم توجه‌شناختی باعث ادامه احساس تهدید در فرد می‌شود.^{۴۴}

به‌طور کلی با توجه به نرخ شیوع نسبتاً بالای اختلال اضطراب بیماری و پیامدهای منفی آن شامل اختلال در کار، روابط اجتماعی و هزینه بالای آن به دلیل جست‌وجوی مکرر مراقبت‌های بهداشتی، پرداختن به این اختلال یک مسئله مهم است که نیازمند بررسی متغیرهای مرتبط و اثرگذار در آن است. نتایج این پژوهش نقش عوامل بین فردی از جمله تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و همچنین نوع دلبستگی و نقش باورهای فراشناختی در اضطراب بیماری را برجسته می‌کند. این یافته‌ها درک بیشتری از عوامل خطر مرتبط با اضطراب بیماری را فراهم می‌کند و به دانش ما در مورد عوامل مرتبط با این اختلال می‌افزاید. نتایج فعلی و تحقیقات بعدی می‌تواند به توسعه راهبردهای پیشگیری، ارزیابی و مداخلات مرتبط با اضطراب بیماری کمک کند. به‌عنوان مثال، درک این موضوع که دلبستگی اضطرابی ممکن است عاملی باشد که به ایجاد اضطراب بیماری در افراد با سابقه سوءاستفاده در دوران کودکی کمک می‌کند، ممکن است منجر به ارائه مداخلات درمانی مناسب شود. توجه به عوامل بین فردی و فراشناختی توسط درمانگران و پژوهشگران می‌تواند گامی در جهت کمک به درک بهتر این اختلال و سپس تدوین

مشارکت پدیدآوران

تورج هاشمی در طراحی مطالعه، تجزیه و تحلیل داده‌ها، بررسی و ویرایش مقاله؛ مجید محمودعلیلو در ایده‌پردازی، بررسی و ویرایش مقاله و زهرا یوسفی در ایده‌پردازی، طراحی مطالعه، گردآوری داده‌ها و نگارش مقاله مشارکت داشتند.

منابع مالی

این مطالعه توسط منبع خاصی حمایت مالی ندارد.

ملاحظات اخلاقی

طرح حاضر در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه تبریز بررسی و با کد اخلاق IR.TABRIZU.REC.1400.069 مورد تصویب قرار گرفته است.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی از تألیف و یا انتشار این مقاله ندارند.

مختلف در قالب مطالعات علی- ساختاری، کارآزمایی‌های بالینی و همچنین مطالعات طولی جهت درک بهتر عوامل مرتبط با این اختلال و تدوین پروتکل‌های درمانی مناسب مهم و ضروری می‌باشد.

پیامدهای عملی پژوهش

با توجه به نتایج مطالعه حاضر و تأثیر عوامل بین فردی و فراشناختی در اختلال اضطراب بیماری به نظر می‌رسد مطالعات پژوهشی متمرکز بر پیامدهای آسیب‌شناختی ناشی از سوءاستفاده در دوران کودکی می‌تواند حساسیت به نیازهای کودکان را افزایش دهند و با ایجاد پژوهش‌های بیشتر و تکمیلی موجب افزایش غنای ادبیات پژوهشی در حوزه آسیب‌های دوران کودکی و پیامدهای روان‌شناختی آن در بزرگسالی شوند.

قدردانی‌ها

بدین‌وسیله از کلیه اساتید و دانشجویان دانشگاه تبریز که در انجام دادن این پژوهش و اخذ مجوزهای لازم همکاری نموده‌اند صمیمانه تقدیر و تشکر می‌گردد.

References

1. American Psychiatric Association APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596
2. Leonidou C, Pollatos O, Panayiotou G. Emotional responses to illness imagery in young adults: Effects of attention to somatic sensations and levels of illness anxiety. *Biol Psychol.* 2020; 149: 107812. doi: 10.1016/j.biopsycho.2019.107812
3. Reuman L, Jacoby RJ, Blakey SM, Riemann BC, Leonard RC, Abramowitz JS. Predictors of illness anxiety symptoms in patients with obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2017; 256: 417-422. doi: 10.1016/j.psychres.2017.07.012
4. Jacoby RJ, Wheaton MG, Abramowitz JS. Attentional biases in illness anxiety: Null findings from the dot probe paradigm. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* 2016; 10: 19-25. doi: 10.1016/j.jocrd.2016.04.007
5. Hedman E, Axelsson E, Andersson E, Lekander M, Ljotsson B. Exposure-based cognitive-behavioural therapy via the internet and as bibliotherapy for somatic symptom disorder and illness anxiety disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2016; 209(5): 407-413. doi: 10.1192/bjp.bp.116.181396
6. Pandey S, Parikh M, Brahmabhatt M, Vankar GK. Clinical study of illness anxiety disorder in medical outpatients. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy.* 2017; 4: 32-41. doi: 10.12740/APP/76932
7. Fraley RC, Shaver PR. Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Rev Gen Psychol.* 2000; 4(2): 132-154. doi: 10.1037/1089-2680.4.2.132
8. Rachman S. Health anxiety disorders: A cognitive construal. *Behav Res Ther.* 2012; 50(7-8): 502-512. doi: 10.1016/j.brat.2012.05.001
9. Noyes Jr R, Stuart S, Langbehn DR, Happel RL, Longley SL, Yagla SJ. Childhood antecedents of

- hypochondriasis. *Psychosomatics*. 2002; 43(4): 282-289. doi: 10.1176/appi.psy.43.4.282
10. Alberts NM, Hadjistavropoulos HD. Parental illness, attachment dimensions, and health beliefs: testing the cognitive-behavioural and interpersonal models of health anxiety. *Anxiety Stress Coping*. 2014; 27(2): 216-228. doi: 10.1080/10615806.2013.835401
 11. Salmon P, Calderbank S. The relationship of childhood physical and sexual abuse to adult illness behavior. *J Psychosom Res*. 1996; 40(3): 329-336. doi: 10.1016/0022-3999(95)00580-3
 12. Maunder RG, Hunter JJ. A prototype-based model of adult attachment for clinicians. *Psychodyn Psychiatry*. 2012; 40(4): 549-573. doi: 10.1521/pdps.2012.40.4.549
 13. Reiser SJ, Power HA, Wright KD. Examining the relationships between childhood abuse history, attachment, and health anxiety. *J Health Psychol*. 2021; 26(7): 1085-1095. doi: 10.1177/1359105319869804
 14. Pajouhinia S, Faraji R, Fatemi Ardestani MH. Relationship between Attachment Styles to Somatization and Anxiety. *Shefaye Khatam*. 2014; 2(4):1-8. doi: 10.18869/acadpub.shefa.2.4.1. (Persian)
 15. Le TL, Geist R, Bearss E, Maunder RG. Childhood adversity and attachment anxiety predict adult symptom severity and health anxiety. *Child Abuse Negl*. 2021; 120: 105216. doi: 10.1016/j.chiabu.2021.105216
 16. Sherry DL, Sherry SB, Vincent NA, Stewart SH, Hadjistavropoulos HD, Doucette S, et al. Anxious attachment and emotional instability interact to predict health anxiety: An extension of the interpersonal model of health anxiety. *Pers Individ Dif*. 2014; 56: 89-94. doi: 10.1016/j.paid.2013.08.025
 17. Noyes Jr R, Stuart SP, Langbehn DR, Happel RL, Longley SL, Muller BA, et al. Test of an interpersonal model of hypochondriasis. *Psychosom Med*. 2003; 65(2): 292-300. doi: 10.1097/01.psy.0000058377.50240.64
 18. Flavell JH. Theory-of-mind development: Retrospect and prospect. *Merrill Palmer Q*. 2004; 50(3): 274-290. doi: 10.1353/mpq.2004.0018
 19. Bailey R, Wells A. Metacognitive therapy in the treatment of hypochondriasis: A systematic case series. *Cognit Ther Res*. 2014; 38(5): 541-550. doi: 10.1007/s10608-014-9615-y
 20. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. Guilford press; 2011.
 21. Bennett H, Wells A. Metacognition, memory disorganization and rumination in posttraumatic stress symptoms. *J Anxiety Disord*. 2010; 24(3): 318-325. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.01.004
 22. Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognit Ther Res*. 2003; 27(3): 261-273. doi: 10.1023/A:1023962332399
 23. Bailey R, Wells A. Does metacognition make a unique contribution to health anxiety when controlling for neuroticism, illness cognition, and somatosensory amplification? *J Cogn Psychother*. 2013; 27(4): 327-337. doi: 10.1891/0889-8391.27.4.327
 24. Khaje-Mansoori A, Mohammadkhani P, Mazidi M, Kami M, Bakhshi-Nodooshan M, Shahidi S. The role of metacognition and intolerance of uncertainty in differentiating illness anxiety and generalized anxiety. *Practice in Clinical Psychology*. 2016; 4(1): 57-65.
 25. Barenbruegge J, Gloeckner-Rist A, Rist F. Positive and negative metacognitions about illness worries. *Psychotherapeut*. 2013; 58(6): 560-568. doi: 10.1007/s00278-013-1016-2
 26. Bouman TK, Meijer KJ. A preliminary study of worry and metacognitions in hypochondriasis. *Clin Psychol Psychother*. 1999; 6(2): 96-101. doi: 10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<96::AID-CPP190>3.0.CO;2-G
 27. Arnáez S, García-Soriano G, López-Santiago J, Belloch A. Illness-related intrusive thoughts and illness anxiety disorder. *Psychol Psychother*. 2021; 94(1): 63-80. doi: 10.1111/papt.12267
 28. Eslami M, Ahmadipour H, Bagheri F. Psychometric properties of the Persian version of Whiteley Index. *Russian open medical journal: ROMJ*. 2017; 6(3): 307. doi: 10.15275/rusomj.2017.0307
 29. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the

- MCQ-30. *Behav Res Ther.* 2004; 42(4): 385-396. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00147-5
30. Shirinzadeh-Dastgiri S, Goudarzi M, Rahimi C, Naziri G. Study of factor structure, validity and reliability of metacognition questionnaire-30. *Journal of Psychology.* 2009; 12 (4): 445-461.(Persian)
31. Näring G, Nijenhuis ER. Relationships between self-reported potentially traumatizing events, psychoform and somatoform dissociation, and absorption, in two non-clinical populations. *Aust N Z J Psychiatry.* 2005; 39(11-12): 982-988. doi: 10.1080/j.1440-1614.2005.01701.x
32. Haji Seyed Taghiataghavi Z, Poursharifi H, Meschi F, Hassanabadi H, Rezaei M. Roles of Traumatic Childhood Experiences in Predicting Binge Eating Disorder Mediated by Early Maladaptive Schemas. *Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology.* 2021; 16(2): 131-140. doi: 10.52547/nsft.16.2.131. (Persian)
33. Fraley RC. Information on experiences in close relationships-revised (ECR-R): Adult attachment questionnaire. 2005.
34. Shokrkon H, Khojastehmehr R, Atari YA, Haghighi J, Shehni YM. A study of personality traits, social skills, attachment styles and demographic characteristics as predictors of success or failure of marital relationship in intact and divorce-seeking couples of Ahvaz. *Journal of education and psychology.* 2006; 13(1): 1-30. (Persian)
35. Barsky AJ, Wool C, Barnett MC, Cleary PD. Histories of childhood trauma in adult hypochondriacal patients. *Am J Psychiatry.* 1994; 151(3): 397-401. doi: 10.1176/ajp.151.3.397
36. Reiser SJ, McMillan KA, Wright KD, Asmundson GJ. Adverse childhood experiences and health anxiety in adulthood. *Child Abuse Negl.* 2014; 38(3): 407-413. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.08.007
37. Traino KA, Espeleta HC, Dattilo TM, Fisher RS, Mullins L. Childhood Adversity and Illness Appraisals as Predictors of Health Anxiety in Emerging Adults with a Chronic Illness. *J Clin Psychol Med Settings.* 2023; 30(1): 143-152. doi: 10.1007/s10880-022-09870-z
38. Birnie KA, Sherry SB, Doucette S, Sherry DL, Hadjistavropoulos HD, Stewart SH. The Interpersonal Model of Health Anxiety: Testing predicted paths and model specificity. *Pers Individ Dif.* 2013; 54(7): 856-861. doi: 10.1016/j.paid.2012.12.028
39. Anagnostopoulos F, Botse T. Exploring the role of neuroticism and insecure attachment in health anxiety, safety-seeking behavior engagement, and medical services utilization: A study based on an extended interpersonal model of health anxiety. *SAGE Open.* 2016; 6(2): 1-13. doi: 10.1177/2158244016653641
40. MacSwain KL, Sherry SB, Stewart SH, Watt MC, Hadjistavropoulos HD, Graham AR. Gender differences in health anxiety: An investigation of the interpersonal model of health anxiety. *Pers Individ Dif.* 2009; 47(8): 938-943. doi: 10.1016/j.paid.2009.07.020
41. Melli G, Carraresi C, Poli A, Bailey R. The role of metacognitive beliefs in health anxiety. *Pers Individ Dif.* 2016; 89: 80-85. doi: 10.1016/j.paid.2015.10.006
42. Solem S, Borgejordet S, Haseth S, Hansen B, Håland Å, Bailey R. Symptoms of health anxiety in obsessive-compulsive disorder: Relationship with treatment outcome and metacognition. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* 2015; 5: 76-81. doi: 10.1016/j.jocrd.2015.03.002
43. Bailey R, Wells A. The contribution of metacognitive beliefs and dysfunctional illness beliefs in predicting health anxiety: An evaluation of the metacognitive versus the cognitive models. *Clinical Psychologist.* 2016; 20(3): 129-137. doi: 10.1111/cp.12078
44. Myers SG, Wells A. Early trauma, negative affect, and anxious attachment: the role of metacognition. *Anxiety Stress Coping.* 2015; 28(6): 634-649. doi: 10.1080/10615806.2015.1009832