

تفاوت‌های جنسیتی در اضطراب سلامتی و باورهای ناکارآمد مرتبط با آن: با

کنترل متغیر سن

ایران داودی*، فریده نرگسی**، مهناز مهربازده هنرمند***

*استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)

**کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز

***استاد گروه روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز

تاریخچه مقاله

دریافت مقاله: ۹۰/۹/۲۵

تجدیدنظر: ۹۱/۱۰/۳۰

پذیرش: ۹۱/۱۰/۳۰

Article History

Receipt: 2012.12.16

Revise: 2013.1.19

Acceptance: 2013.1.19

Gender Differences in Health Anxiety and Its Related Dysfunctional Beliefs: with Control of Age

*I. Davoudi, **F. Nargesi, *** M. Mehrabizadeh Honarmand

*. Assistant professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

** MA. in Clinical Psychology, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

***. Professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

Abstract

Objective: The aim of the present study was the comparison of health anxiety (HA) and related dysfunctional beliefs between men and women, with control of age.

Method: The sample consisted of 150 males and 150 females teachers of primary schools in Andimeshk City. The research method was causal-comparative and the variables were evaluated by the Health Anxiety Inventory (HAI), Cognitions about Body and Health (CABAH). To analyze the data MANOVA were used.

Results: The results of MANCOVA showed there is difference ($p < 0.018$, $F = 5/6$) between males and females on health anxiety. Women had higher score on HA compared to men. Differences between two genders were significant on beliefs relevant to Autonomic Sensations and Bodily Weakness. Mean of these subscales were significantly higher in men. No gender differences were observed in Intolerance of Bodily Complaints, Catastrophizing Interpretation of Bodily Complaints and Health Habits.

Conclusion: Female are at higher risk for health anxiety, and female and male have different pattern of dysfunctional belief about health.

Keywords: Health anxiety, Dysfunctional beliefs, Male, Female

چکیده

هدف: در این پژوهش هدف بررسی تفاوت‌های جنسیتی در اضطراب سلامتی و باورهای ناکارآمد مرتبط با آن کنترل متغیر سن بود.

روش: نمونه پژوهش شامل ۳۰۰ معلم مقطع ابتدایی (۱۵۰ مرد و ۱۵۰ زن) در شهر اندیمشک بود که پرسشنامه اضطراب سلامتی و شناخت

هایی درباره بدن و سلامتی (کابا) را تکمیل کردند. طرح تحقیق از نوع علی-مقایسه‌ای است و جهت آزمون فرضیه‌ها از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها بیانگر این بود که بین زنان و مردان در اضطراب سلامتی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. زنان بیشتر از

مردان دچار اضطراب سلامتی بوده و همچنین باور ناکارآمد مربوط به احساس‌های خودمختار و ضعف بدنی در مردان بیشتر از زنان بود. اما تفاوت معنی‌داری در باورهای ناکارآمد مربوط به حیطه‌های تعبیر فاجعه آمیز شکایات بدنی، غیرقابل تحمل بودن شکایات بدنی و عادات سلامتی مشاهده نگردید.

نتیجه‌گیری: نژان بیش از مردان در معرض اضطراب سلامتی هستند و دو جنس باورهای ناکارآمد متفاوتی در زمینه سلامتی دارند. کلیدواژه‌ها: اضطراب سلامتی، باورهای ناکارآمد، زنان، مردان

۱. نشانی نویسنده مسئول: Davoudi_i@scu.ac.ir

- این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی-می باشد.

مقدمه

یکی از مباحث مطرح در روانشناسی سلامت نحوه واکنش افراد به نشانه‌های جسمانی بیماری است. (دی‌ماتئو^۱، ۱۹۹۹، ترجمه کاویانی و همکاران، ۱۳۸۹). در یک سو کسانی قرار دارند که به انکار مشکلات جسمانی خود می‌پردازند و در سوی دیگر کسانی که حتی نشانه‌های جزئی و خوشخیم جسمی را به عنوان از ابتلا به یک بیماری وخیم جسمانی سوء تعبیر میکنند و خواستار توجه بیشتر نظام بهداشتی به مشکلات خود هستند.

با توجه به اینکه سلامت جسمانی برای زنده ماندن ضروری است، تعجب‌آور نیست که بیشتر مردم گاهی اوقات افکار و نگرانی‌هایی درباره سلامتی‌شان داشته باشند (لوپر و کیرمایر، ۲۰۰۱). این افکار و نگرانی‌ها در میان افرادی که به بیماری وخیمی مبتلا هستند و یا در معرض خطر ابتلا به یک نوع بیماری خاص می‌باشند می‌تواند بیشتر باشد. اما افرادی هستند که بدون اینکه در معرض خطر و یا مبتلا به بیماری خاصی باشند دچار نگرانی و اضطراب شدیدی نسبت به جسم و سلامتی‌شان میشوند و علائم جسمانی ساده را به عنوان بیماری وخیم تلقی میکنند، این افراد دچار اضطراب سلامتی^۲ و یا حالت شدیدتر آن اختلال خودبیمارانگاری^۳ می‌باشند (آونس، آسموندسون، هدجیستاوروپولوس و آونس، ۲۰۰۴).

اضطراب سلامتی یک مفهوم پیوستاری است که برای اولین بار توسط سالکوسکیس و وارویک در سال ۱۹۸۶ پیشنهاد شده است. در یک طرف پیوستار نگرانی‌های خفیف درباره سلامتی و ابتلا به بیماری و در طرف دیگر آن اختلال خودبیمارانگاری قرار می‌گیرد که با ترسهای افراطی و گاه هذیانی درباره

سلامتی و علائم جسمانی مشخص میشود. آنها بیان کردند که بعضی از افراد بیشتر از مردم عادی درباره سلامتی خود نگران هستند اما همه ویژگی‌های تشخیصی خودبیمارانگاری را ندارند در نتیجه مفهوم پیوستاری اضطراب سلامتی را به کار بردند که هم اضطراب سلامتی خفیف و هم خودبیمارانگاری را در بر می‌گیرد (به نقل از هدجیستاوروپولوس، ۱۹۹۸).

اضطراب سلامتی شامل چهار مؤلفه عاطفی، شناختی، رفتاری و ادراکی میباشد. مؤلفه عاطفی شامل نگرانی درباره سلامتی است. مؤلفه شناختی به اعتقاد قوی مبنی بر بیمار بودن بر خلاف شواهد پزشکی اشاره دارد. مؤلفه رفتاری، رفتارهای اطمینانجویانه به منظور کاهش ترس از بیماری را دربرمیگیرد و مؤلفه ادراکی شامل اشتغال ذهنی با علائم و احساسهای بدنی میباشد (لانگلی، ۲۰۰۵). اضطراب سلامتی و به ویژه اختلال خودبیمارانگاری با نگرانی افراطی درباره بیماری و به خصوص بیماری‌های وخیم، ناتوانی در نادیده گرفتن علائم ساده جسمانی و توجه انتخابی نسبت به این علائم بعد از شنیدن یا خواندن درباره یک بیماری (آونس و همکاران، ۲۰۰۴)، گوش به زنگی افراطی (آبراهوویتز و همکاران، ۲۰۰۷)، مراجعه افراطی به دکتر و مراکز درمانی و همچنین با یک ترس افراطی از مرگ همراه میباشد (نویز، ۲۰۰۲). سطح بالای اضطراب سلامتی باعث بروز رفتارهای اطمینانجویانه^۴ برای مطمئن شدن از سلامتی و دریافت کمک (از جمله مراجعه به پزشک) و تکرار آنها به منظور بهبود سلامتی و یا انکار بیماری میشود (سالکوسکیس، ۲۰۰۱). این رفتارها چون باعث کاهش موقتی اضطراب میشوند، تقویت میشوند و این چرخه تکراری معیوب ادامه می‌یابد (کنروی، ۱۹۹۸).

عوامل متعددی واکنش فرد را به علائم جسمانی تعیین میکنند که از این میان میتوان به معنایی که فرد

1. DiMatteo
2. health anxiety
3. hypochondriasis

4. reassurance-seeking

به نشانه‌های خود می‌دهد، اشاره کرد، معنایی که به پدیده‌ها داده میشود از باورهای فرد برخاسته است. باورهای ناکارآمد^۱ معمولاً باورهای عمیق یا اساسی هستند که بر کارآمدی هیجانی و رفتاری تأثیر می‌گذارند. این باورها به راحتی در دسترس هستند، حتی اگر بر آنها واقف نباشیم. باورهای ناکارآمد که هیجانات منفی را ایجاد میکنند متعددند و برای هر اختلال باور زیربنایی خاصی وجود دارد (به نقل از الیس و مک لارن، ۲۰۰۵، ترجمه فیروزبخت، ۱۳۸۵). شواهد تجربی نشان میدهد که افراد دچار اضطراب سلامتی به لحاظ باورها، ادراک و گرایش به سوءتعبیر احساس-های بدنی، با افراد سالم و بیماران مضطرب تفاوت دارند (سالکوسکیس و کلارک، ۱۹۹۳؛ سالکوسکیس، ۲۰۰۱). فرضیهٔ شناختی اضطراب سلامتی بر این مفهوم محوری استوار است که فرد، نشانه‌ها و علائم جسمانی را بیشتر از آنچه واقعاً هستند، خطرناک ادراک میکند و باور دارد که احتمال و یا جدی بودن ابتلا به یک بیماری خاص بیشتر از آن چیزی است که واقعیت نشان میدهد (سالکوسکیس و وارویک، ۱۹۸۶؛ سالکوسکیس و وارویک، ۲۰۰۲). مارکوس، هاقس و آرناو در سال ۲۰۰۸، به بررسی نشخوارهای ذهنی و افکار ناکارآمد در ارتباط با اضطراب سلامتی پرداختند، نتایج نشان داد که این افکار و نشخوارها رابطهٔ بسیار قوی با اضطراب سلامتی دارند؛ همچنین تعبیر فاجعه - آمیز علائم مبهم بدنی نیز رابطهای مستقیم با سبکهای شناختی ناکارآمد دارد. افراد دارای اضطراب سلامتی بالا نه تنها باورهای ناکارآمدی دربارهٔ سلامتی و بیماری دارند بلکه دچار نشخوارهای ذهنی مکرر در ارتباط با پریشانی‌شان نیز هستند.

تحقیقات اندکی در زمینه تفاوت‌های جنسیتی^۲ در افراد دچار اضطراب سلامتی و باورهای ناکارآمد مرتبط با آن در دسترس است. بررسی همین مطالعات اندک نیز نتایج متناقضی را آشکار می‌سازد. برخی مطالعات (رایف، ۲۰۰۱؛ گینسبرگ، ۲۰۰۴) گزارش میدهند که زنان بیشتر از مردان نگران سلامتی خود بوده و در

جستجوی سلامتی هستند. طلائی (۱۳۸۷) نیز به یافته - ای مشابه دست یافت که براساس آن خودبیمارانگاری در زنان شایعتر بود و این اختلال از شدت بیشتری نسبت به مردان نیز برخوردار است. نتایج پژوهشهای نوپز (۱۹۹۳)، نظیراوغلو (۱۹۹۸)، فینک (۲۰۰۵) و ماکسوین، شری و استوارت، (۲۰۰۹) نیز یافته‌های مشابهی به دست داده و شیوع اضطراب سلامتی را در زنان بیشتر از مردان نشان داده‌اند. از سوی دیگر، لوپز و کیرمایر (۲۰۰۱) از نظر اضطراب سلامتی، تفاوتی بین زن و مرد به دست نیاوردند. پاشا (۱۳۸۴) در پژوهشی که در اهواز بر روی دانشجویان انجام داد از نظر شیوع تفاوتی بین زنان و مردان مشاهده نکرد. تامرس و همکارانش (۲۰۰۲) در کاری که در زمینهٔ تفاوت‌های جنسیتی در رفتارهای کنار آمدن و مدارا انجام دادند به این نتیجه رسیدند که بیشتر بودن رفتار جستجوی سلامتی در زنان به دلیل نقشهای جنسیتی آنان در اجتماع است، چرا که زنان به دلیل نقش جنسیتی بیشتر به بروز احساسات و جستجوی حمایت اجتماعی تشویق میشوند، در حالی که مردان بیشتر به انکار موقعیتهای فشارزا و استقلال تشویق میشوند. از سوی دیگر در زمینه سن افراد دارای اضطراب سلامتی نتایج متفاوتی را نشان میدهند. برخی تحقیقات نشان از شروع این مشکل در اوایل بزرگسالی است. برای مثال، بارسکی (۱۹۹۰) در پژوهشی که بر روی افراد دارای اضطراب سلامتی بالای ۶۵ سال و زیر ۶۵ سال انجام داد، اعلام کرد که نشانه‌های اضطراب سلامتی از هر سنی ممکن است شروع شوند و در سنین مختلف تفاوت معنیداری دیده نشد ولی در افراد ۲۰ تا ۳۰ ساله تفاوت بیشتری دیده میشود. همچنین در پژوهش طلائی (۱۳۸۷) بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۲۰ تا ۲۵ سال بود. در پژوهش دیگر نظیراوغلو (۱۹۹۸) نشان داده شد که شروع خودبیمارانگاری معمولاً بین سن ۳۶ تا ۵۷ سالگی رخ میدهد. اما در پژوهش پاشا (۱۳۸۴) بین خودبیمار پنداری و سن در دانشجویان رابطه معنیداری وجود نداشت. بارسکی (۱۹۹۰) و هرناندز (۱۹۹۲) دریافتند

1. dysfunctional beliefs
2. gender differences

آزمون قرار داد. سپس از روی فهرست معلمان زن هر مدرسه به روش تصادفی ساده دو سوم از معلمان زن را انتخاب و آنانی را که در مدرسه حضور داشتند، آزمون نمود. پس از حذف پرسشنامه‌های ناقص پرسشنامه‌های ۱۵۰ معلم زن و ۱۵۰ معلم مرد مورد تحلیل قرار گرفت. شایان ذکر است که چون قرار بود که متغیر سن از طریق آماری کنترل شود، بنابراین هیچ نوع محدودیت سنی در انتخاب نمونه مد نظر قرار نگرفت.

ابزارها

۱- پرسشنامه اضطراب سلامتی

در این پژوهش برای سنجش اضطراب سلامتی از پرسشنامه اضطراب سلامتی^۱ استفاده شد. فرم بلند این مقیاس برای اولین بار توسط سالکوسکیس و وارویک در سال ۱۹۸۹ طراحی شد که تقریباً براساس مدل شناختی اضطراب سلامتی و خودبیمارانگاری تدوین شده است. فرم کوتاه آن (سالکوسکیس و وارویک، ۲۰۰۲) که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت، شامل ۱۸ گوی است که از نوع مداد کاغذی و خودسنجی است. هر گوی چهار گزینه دارد و هر یک از گزینه‌ها شامل توصیف فرد از مؤلفه‌های سلامتی و بیماری به صورت یک جمله خبری است که پاسخگو بایستی یکی از جملات را که بهتر او را توصیف می کند انتخاب کند. نمره‌گذاری برای هر آیتام از ۰ تا ۳ است و نمره بالا در آن نشانه اضطراب سلامتی می باشد.

سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۲)، روایی پرسشنامه اضطراب سلامتی را ۰/۷۲ به دست آوردند و آبراموویتز و همکاران (۲۰۰۷) ضریب روایی آن را ۰/۹۴ محاسبه کردند. این پرسشنامه برای اولین بار در ایران توسط نرگسی (۱۳۹۰) به فارسی برگردانده شد و

که رابطه متغیرهای جنسیت و سن در اضطراب سلامتی بیشات هستند.

تحقیق حاضر با هدف بررسی تفاوت جنسیتی در اضطراب سلامتی و باورهای ناکارآمد مرتبط با آن اجرا گردید و از آنجا که برخی تحقیقات سن را عامل تأثیرگذار در اضطراب سلامتی معرفی کرده‌اند (طلایی، ۱۳۸۷؛ نظیراوغلو، ۱۹۹۸) به منظور کنترل اثر احتمالی سن بر میزان اضطراب سلامتی، سن شرکتکنندگان کنترل شد. این بررسی میتواند به شناخت بهتر از شیوع اضطراب سلامتی و نوع تفکر ناکارآمد مرتبط با آن در زنان و مردان کمک کند. شناخت بیشتر اضطراب سلامتی به تشخیص به موقع آن کمک میکند و با تشخیص به موقع، مدیریت مناسب این مشکل امکان‌پذیر و در نتیجه از پیامدهای جانبی آن از جمله افزایش هزینه‌های درمانی، افزایش از کارافتادگی و غیره کاسته میشود. شناخت الگوی ارتباط تفکر ناکارآمد با اضطراب سلامتی در بین دو جنس نیز به دست اندرکاران حیطه روانشناسی سلامت کمک میکند تا به درک بیشتری از نقش عوامل شناختی مرتبط با واکنش‌های این افراد به علائم جسمانی خود دست یابند. بنابراین این پژوهش بررسی تفاوت‌های جنسیتی در اضطراب سلامتی و باورهای ناکارآمد مرتبط با آن با کنترل سن در معلمان مقطع ابتدایی مدارس اندیمشک است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه معلمان مقطع ابتدایی اندیمشک بود. به منظور انتخاب نمونه، با مراجعه به اداره آموزش و پرورش شهر اندیمشک مجوز اجرای پژوهش گرفته شد. تعداد کل مدارس ۳۷ مدرسه بود که ۴۶۳ معلم (۲۸۲ زن و ۱۸۱ مرد) در آنها مشغول به تدریس بودند. محقق به تمامی مدارس مراجعه و تمام معلمان مرد حاضر در مدرسه را مورد

1. Health Anxiety Inventory (HAI)

برای سنجش روایی آن از پرسشنامه خودبیمارانگاری اهواز (احدی و پاشا، ۱۳۸۱، به نقل از پاشا، ۱۳۸۴) استفاده گردید. ضریب همبستگی بین این پرسشنامه و آزمون خودبیمارانگاری اهواز برابر با $0/75$ - به دست آمد. بنابراین، پرسشنامه اضطراب سلامتی از روایی مناسبی برخوردار است. دلیل منفی شدن همبستگی بین دو ابزار نوع نمره‌گذاری آنها است؛ نمره بالاتر در پرسشنامه اضطراب سلامتی نشانه اضطراب سلامتی بیشتر و در آزمون خودبیمارانگاری اهواز نشانه اضطراب سلامتی پایتتر می‌باشد.

پایایی بازآزمایی این پرسشنامه $0/90$ و ضریب آلفای کرونباخ آن از $0/70$ تا $0/82$ گزارش شده است (سالکوسکیس و وارویک، ۲۰۰۲). در پژوهش نرگسی (۱۳۹۰) نیز ضریب آلفای کرونباخ $0/87$ برای پرسشنامه اضطراب سلامتی به دست آمد که حاکی از پایایی رضایتبخش آن می‌باشد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه $0/75$ به دست آمد که نشان از پایایی بالای آن می‌باشد.

۲- آزمون شناختها درباره بدن و سلامتی

آزمون شناخت درباره بدن و سلامتی^۱ اولین بار توسط رایف و هیلر در سال ۱۹۹۶ برای ارزیابی خصیصه‌های شناختی و باورهای افراد خودبیمارپندار طراحی شده است و به اختصار کابا نامیده می‌شود. به صورت خود گزارشی در ارتباط با چگونگی تعبیر علائم بدنی، نحوه ادراک رویدادهای خفیف بدنی، باورهای مربوط به بدن و سلامتی و عاداتهای سلامتی تدوین شده است.

نسخه اصلی آن شامل ۶۴ گویه بود که به پنج عامل تقسیم شد ولی چون بعضی سؤاها دو پهلو و مبهم بودند در نسخه‌های بعدی حذف شدند. فرم

تجدیدنظرشده این پرسشنامه که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت توسط رایف و هیلر (۱۹۹۸) طراحی شد، شامل ۳۰ سؤال است که پاسخها شامل ۴ گزینه است (۳: کاملاً موافقم، ۲: تقریباً موافقم، ۱: تقریباً مخالفم و ۰: کاملاً مخالفم). لازم به ذکر است که نمره بالا در این پرسشنامه نشانه باورهای ناکارآمد درباره سلامتی است. سؤاهاى عامل تعبیر فاجعه‌آمیز شکایات بدنی شامل ۳، ۴، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۲۰، ۲۱، ۲۴ و ۲۶، احساسهای خودمختار شامل ۲۳، ۲۷، ۲۸ و ۲۹، ضعف بدنی شامل ۵، ۱۱، ۱۴، ۱۷ و ۳۰، غیرقابل تحمل بودن شکایات بدنی ۱، ۲، ۱۸ و ۲۲ و عاداتهای سلامتی شامل ۱۳، ۱۹، ۲۵ است. همبستگی این مقیاس با آزمون وایتلی ایندکس (پیلوسکی، ۱۹۶۷) که یک آزمون پایا و معتبر برای ارزیابی خودبیمارانگاری است، سنجیده شد که برای نمره کل $0/90$ ، تعبیر فاجعه‌آمیز شکایات بدنی $0/51$ ، احساسهای خودمختار $0/46$ ، ضعف بدنی $0/51$ غیر قابل تحمل بودن تحمل شکایات بدنی $0/56$ و عادت - های سلامتی $0/01$ به دست آمد (رایف و هیلر، ۱۹۹۸). لیبرند و هیلر (۲۰۰۰) نیز ضریب روایی این آزمون را به ترتیب برای نمره کل $0/64$ ، تعبیر فاجعه‌آمیز شکایات بدنی $0/50$ ، احساسهای خودمختار $0/70$ ، ضعف بدنی $0/43$ ، غیر قابل تحمل بودن تحمل شکایات بدنی $0/48$ و عاداتهای سلامتی $0/24$ گزارش کردند. نرگسی (۱۳۹۰) برای سنجیدن روایی این پرسشنامه در ایران، همبستگی آن را با آزمون خودبیمارپنداری اهواز سنجید که اطلاعات مربوط به ضرایب روایی مربوط به کابا و آزمون خودبیمارانگاری اهواز در جدول ۱ آمده است.

1. Cognitions about body and health scale (CABAH)

جدول ۱. ضرایب همبستگی پرسشنامه کابا و آزمون خودبیمارانگاری اهواز در پژوهش نرگسی (۱۳۹۰)

مقیاس	نمره کل کابا	تعبیر فاجعه آمیز شکایات بدنی	احساسهای خودمختار	ضعف بدنی	غیرقابل تحمل بودن شکایات بدنی	عاداتهای سلامتی
ضریب همبستگی	-۰/۵۰	-۰/۳۱	-۰/۳۱	-۰/۶۳	-۰/۴۲	-۰/۱۴
معنی داری	<۰/۰۰۱	۰/۰۲۹	۰/۰۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۳	۰/۳۳۳

همانطور که در جدول ۱ آمده است، در پژوهش مذکور همبستگی منفی $r = -0/50$ و معنیداری بین نمره کل کابا و آزمون خودبیمارانگاری اهواز $p < 0/001$ به دست آمده است. همچنین همه خرده مقیاسهای کابا به جز عاداتهای سلامتی همبستگی منفی و معنیداری با آزمون خودبیمارانگاری نشان می‌دهند. قابل ذکر است که عامل عاداتهای سلامتی در نسخه اصلی (رایف و هیلر، ۱۹۹۸) هم از روایی لازم برخوردار نیست (نرگسی، ۱۳۹۰).

پایلی این پرسشنامه در یک گروه بالینی ۱۲۴ نفری به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۹۰، عامل تعبیری فاجعه‌آمیز ۰/۸۸، عامل احساسهای خودمختار ۰/۷۱، عامل ضعف بدنی ۰/۷۶، عامل غی قابل تحمل بودن شکایات بدنی ۰/۷۶ و عامل عاداتهای سلامتی ۰/۶۰ ذکر شده است (رایف و هیلر، ۱۹۹۸). پایلی این پرسشنامه در پژوهش نرگسی (۱۳۹۰) به روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای نمره کل کابا ۰/۸۷، عامل تعبیری فاجعه‌آمیز ۰/۸۴، عامل احساسهای

خودمختار ۰/۳۹، عامل ضعف بدن ۰/۷۰، عامل غی قابل تحمل بودن شکایات بدنی ۰/۶۴ و عامل عاداتهای سلامتی ۰/۵۳ به دست آمد. پایلی پرسشنامه کابا در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای نمره کل کابا ۰/۷۴، عامل تعبیری فاجعه‌آمیز ۰/۷۳، عامل احساسهای خودمختار ۰/۷۸، عامل ضعف بدن ۰/۷۸، عامل غی قابل تحمل بودن شکایات بدنی ۰/۷۷ و عامل عاداتهای سلامتی ۰/۷۵ به دست آمد. همانطور که نتایج پایلی نشان می‌دهد این نسخه و خرده مقیاس‌های آن از پایلی قابل قبولی برخوردار هستند. اطلاعات مربوط به جنس و سن نیز از طریق سؤالات جمعیت‌شناختی جمع‌آوری شد.

یافته‌ها

جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار مقیاسهای اضطراب سلامتی، کابا و خرده مقیاسهای آن براساس جنسیت نشان را میدهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره مقیاس‌های اضطراب سلامتی، کابا و خرده مقیاس‌های آن به تفکیک جنسیت

جنسیت	اضطراب سلامتی		نمره کل کابا		تعبیر فاجعه‌آمیز شکایات بدنی		احساسهای خودمختار		ضعف بدنی		عدم تحمل شکایات بدنی		عاداتهای سلامتی	
	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
آماره	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
میانگین	۳۳	۳۵/۴	۷۵/۴	۷۳/۴	۳۵/۷	۳۶	۱۰/۸	۱۰/۱	۱۴/۲	۱۲/۹	۹/۷	۹/۵	۴/۹	۴/۸
انحراف معیار	۸/۲	۹/۷	۱۲/۱	۱۲/۳	۶/۴	۶/۴	۲/۲	۲/۷	۳	۳/۳	۲/۶	۲/۵	۱/۴	۱/۴
فراوانی	۱۵۰	۱۵۰	۱۵۰	۱۵۰	۱۵۰	۱۵۰	۱۵۰	۱۵۰	۱۵۰	۱۵۰	۱۵۰	۱۵۰	۱۵۰	۱۵۰

برای مقایسه شرکتکنندگان دو جنس در متغیرهای اضطراب سلامتی و باورهای ناکارآمد با کنترل سن از تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) استفاده و نتایج حاکی از تفاوت معنی‌دار میان دو جنس بود.

جدول ۳. نتایج حاصل از آنکوا بر میانگین نمره‌های دو جنس در اضطراب سلامتی و نمره کل کابا با کنترل سن

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
اضطراب سلامتی	۴۵۴	۱	۴۵۴	۵/۶	p=۰/۰۱۸
نمره کل کابا	۴۸۲۳/۵۸۳	۱	۴۸۲۳/۵۸۳	۹۴/۶۹۳	p=۰/۰۰۵

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که بین دو جنس از نظر ابتلا به اضطراب سلامتی در سطح p=۰/۰۱۸ تفاوت معنی‌داری وجود دارد، اما بین نمره کل باورهای ناکارآمد در دو جنس تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. یک تحلیل مانکواي جداگانه نیز روی میانگین نمره‌های دو جنس در پنج خرده مقیاس باورهای ناکارآمد صورت گرفت که نتایج (p=۰/۰۰۱) است.

جدول ۴. نتایج حاصل از آنکوا بر میانگین نمره‌های پنج خرده مقیاس باورهای ناکارآمد

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
تعبیر فاجعه‌آمیز شکایات بدنی	۲/۴	۱	۲/۴	۰/۰۶	p=۰/۸۰
احساسهای خودمختار	۳۹/۸	۱	۳۹/۸	۶/۶	p=۰/۰۱
ضعف بدنی	۱۶۱/۵	۱	۱۶۱/۵	۱۶/۶	p<۰/۰۰۱
غیرقابل تحمل بودن شکایات بدنی	۳/۵	۱	۳/۵	۰/۵۵	p=۰/۴۶
عاداتهای سلامتی	۱/۴	۱	۱/۴	۰/۷۲	p=۰/۳۹

با توجه به مندرجات جدول ۴ تفاوت دو جنس در خرده مقیاسهای احساسهای خودمختار (p=۰/۰۱) و ضعف بدنی (p<۰/۰۰۱)، معنی‌دار است. اما در خرده مقیاسهای تعبیر فاجعه‌آمیز شکایات بدنی (p=۰/۸۰)، غیرقابل تحمل بودن شکایات بدنی (p=۰/۴۶) و عاداتهای سلامتی (P=۰/۳۹) تفاوت بین دو جنس معنی‌دار نیست.

بحث و نتیجه‌گیری
همان‌طور که یافته‌ها نشان داد بین زنان و مردان از نظر ابتلا به اضطراب سلامتی با کنترل سن تفاوت معنی‌داری

سلامتی‌شان را نمیتوان تنها با مدل‌های شناختی اضطراب سلامتی تبیین کرد، بلکه باید از مدل یادگیری اجتماعی برای تبیین این نیز استفاده نمود. از سوی دیگر ممکن است الگوی باورهای ناکارآمد مرتبط با سلامتی در زنان و مردان متفاوت باشد. تکرار پژوهش در نمونه‌های دیگر برای بررسی این تفاوت توصیه میشود. یافته‌های پژوهش حاضر توجه بیشتر نظام‌های بهداشتی به اضطراب سلامتی، به ویژه در زنان، را مطرح می‌سازد.

منابع

- الکس، آلبرت و مک لارن، کاترین (۲۰۰۵)، رفتار درمانی عقلانی-عجانی، ترجمه مهرداد فی‌وزبخت (۱۳۸۵)، تهران، انتشارات رسا.
- پاشا، غلامرضا (۱۳۸۴)، «شیوع خودبهارانگاری و رابطه آن با اضطراب، افسردگی و سای و ویژگی‌های فردی در دانشجویان»، مجله دانش و پژوهش در روانشناسی، شماره ۲۵، صفحه ۲۰-۱.
- طلایی، علی (۱۳۸۷)، «خودبهارانگاری و عوامل وابسته به آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، شماره اول، صفحه ۱۱-۱.
- کلارک، دی‌جی و فریورن، کریستوفر (۱۹۹۷)، درمان‌های شناختی-رفتاری، ترجمه حسینی کاویانی (۱۳۸۶)، تهران انتشارات مهر کاوان.
- نرگسی، فریده (۱۳۹۰)، «مقایسه باورهای ناکارآمد، ویژگی‌های شخصیتی و سابقه ابتلا به بیماری وخیم در معلمان مقطع ابتدایی دارا و فاقد اضطراب سلامتی در شهرستان اندیمشک»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شهین چمران اهواز.
- Abramowitz, J. S. & Moore, E. L. (2007), "An experimental analysis of hypochondriasis", *Behavior Research and Therapy*, 45(3), 413-424.
- Barsky, A. J.; Wyshak, G.; Klerman, G. L. & Latham, K. S. (1990), "The prevalence of hypochondriasis in medical outpatients", *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiologic*, 25, 89-94.
- Conroy, R. M. (1998), "Health anxiety and characteristics of self-initiated general practitioner consultations",

داری وجود دارد و زنان بیشتر از مردان دچار اضطراب سلامتی میشوند. این یافته با نتایج پژوهش‌های نوین (۱۹۹۳)، نظیر اوغلو (۱۹۹۸)، رایف (۲۰۰۱)، تامرس (۲۰۰۲)، گینسبرگ (۲۰۰۴)، فینک (۲۰۰۵)، طلایی (۱۳۸۷) و ماکسوین، شری و استوارت، (۲۰۰۹) همخوانی دارد و با پژوهش‌های لوپر و کیرمایر (۲۰۰۱) و پاشا (۱۳۸۴) ناهمسو می‌باشد.

آنچه که زنان را بیشتر از مردان مستعد اضطراب سلامتی میکند ممکن است به نقش‌های جنسیتی و نحوه اجتماعی شدن زنان در اجتماع برگردد (تامرس و همکارانش ۲۰۰۲)، چراکه زنان به دلیل نقش جنسیتی بیشتر به بروز احساسات و جستجوی حمایت اجتماعی تشویق میشوند، در حالی که مردان بیشتر به انکار موقعیتهای فشارزا و استقلال تشویق میشوند. این تفاوت ممکن است به سبک ارتباطی زنان مربوط باشد. زنان بیشتر از مردان دارای شبکه ارتباطی گسترده هستند و این صفات ارتباطی و وابستگی‌های درونی با همدیگر آنها را به ابراز راحتی احساسات و همچنین رفتارهای جستجوی سلامتی تشویق میکند (فینگلد ۱۹۹۴).

همچنین زنان بیشتر از مردان به خاطر رفتارهای جستجوی سلامتی و حمایتی در جامعه تشویق می‌شوند (تیلور و آسموندسون، ۲۰۰۴).

گینسبرگ (۲۰۰۴) نشان داد که در کل نشانه‌های اضطراب از جمله اضطراب سلامتی در زنان بیشتر از مردان است. او معتقد است براساس مدل یادگیری اجتماعی رفتار اطمینانجویانه و ابراز نگرانی در زنان قابل پذیرشتر و در نتیجه پذیرش نقش بیمار رایجتر می‌باشد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین باور مربوط به تعبیر فاجعه‌آمیز شکایات بدنی، غیر قابل تحمل بودن شکایات بدنی و عادات سلامتی بین زنان و مردان با کنترل سن تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، در حالی که باور ناکارآمد مربوط به احساس‌های خودمختار و ضعف بدنی مردان بیشتر از زنان است. بنا به اطلاعات در دسترس پژوهشی در زمینه مقایسه باورهای ناکارآمد سلامتی بین زنان و مردان صورت نگرفته است که بتوان نتایج حاصل را با آنها مقایسه کرد.

با توجه یافته‌های این پژوهش مبنی بر بالاتر بودن باورهای ناکارآمد مربوط به احساس‌های خودمختار و ضعف بدنی در مردان و در عین حال بالاتر بودن اضطراب سلامتی در زنان، شاید بتوان نتیجه گرفت که تفاوت زنان و مردان در میزان نگرانی در مورد

- Journal of Psychosomatic Research*, 46, 45–50.
- Fink, P.; Sondergaard, L.; Frydenberg, M. (2005), "Mental illness and health care use: a student among new neurological patients", *Gen Hosp Psychiatry*, 27: 119-124.
- Ginsberg, D. (2004). "Women and anxiety disorders", *CNS Spectrums*, 9(9), 1–16.
- Hadjistavropoulos, H. D. (1998), "Cognitive and behavioral responses to illness information: the role of health anxiety", *Behaviour Research and Therapy*, 36, 149-164.
- Leibbrand, R. & Hiller, W. (2000), "Hypochondriasis and Somatization: Two Distinct Aspects of Somatoform Disorders?" *Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 63–72.
- Longley, S.; Watson, D. & Noyes, R. (2005), "Assessment of the hypochondriasis domain: The multidimensional inventory of hypochondriacal traits (MIHT)", *Psychological Assessment*, 17(1), 3–14.
- Looper, K. J. & Kirmayer, L.J. (2001), "Hypochondriacal concerns in a community population", *Psychol Med*, 31, 577– 84.
- MacSwain, H.; Sherry, B. & Stewart, H. (2009), "Gender differences in health anxiety: An investigation of the interpersonal model of health anxiety", *Personality and Individual Differences*, 47, 938–943.
- Marcus, K.; Hughes, T. & Arnau, C. (2008), "Health anxiety, rumination, and negative affect: A mediational analysis", *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 495–501.
- Neziroglu, F. (1998), Hypochondriasis: *A Fresh Outlook on Treatment Psychiatric Times*, Vol. 15, No. 7.
- Noyes, R. J. R.; Stuart, S. Langbehn, D. R.; Happel, R. L.; Longley, S. L. & Yagla, S. J. (2002), "Childhood antecedents of hypochondriasis", *Psychosomatics*, 43, 282–289.
- Owens, K. M. B.; Asmundson, G. J. G.; Hadjistavropoulos, T. & Owens, T. J. (2004), "Attentional bias toward illness threat in individuals with elevated health anxiety", *Cognitive Therapy and Research*, 28, 57–66.
- Pilowsky, I. Dimensions of hypochondriasis. *Br J Psychiatry* 1967, 113, 39-43.
- Rief, W. & Hiler, W. (1998), "Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome", *Journal of Abnormal Psychology*, 4, 587-595.
- Rief, W.; Hessel, A. & Braehler, E. (2001), Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population", *Psychosom Med*, 63, 595– 602.
- Salkovskis, P. M. & Clark, D. M. (1993), "Panic disorder and hypochondriasis", *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15, 23–48.
- Salkovskis, P. M. & Warwick, H. (2002), "The Health Anxiety Inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis", *Psychological Medicine*, 32, 843–853.
- Salkovskis, P. M. & Warwick, H. C. (2001), *Meaning, misinterpretations, and medicine: A cognitive-behavioral approach to understanding health anxiety and hypochondriasis*, in V. Starcevic & D. R. Lipsitt (Eds). Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady, New York: Oxford University Press.
- Salkovskis, P. M. & Warwick, H. M. (1986), "Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis", *Behaviour Research and Therapy*. 24, 597–602.
- Tamres, T. L. (2002), "Sex differences in coping behavior", *Personality and Social Psychology Review*, 6(1), 2–30.
- Taylor, S. & Asmundson, G. (2004), *Treating health anxiety*, New York: Guilford Press.