

باورهای ناکارآمد و صفات شخصیتی در معلمان دارا و فاقد اضطراب سلامتی

ایران داودی^{1*}، فریده نرگسی²، مهناز مهرابی‌زاده هنرمند³

چکیده

زمینه: هدف این پژوهش، مقایسه‌ی باورهای ناکارآمد و صفات شخصیتی در معلمان مقطع ابتدایی دارا و فاقد اضطراب سلامتی اندی‌مشک بود. روش: نمونه‌ی پژوهش حاضر شامل 119 نفر، 60 معلم دارای اضطراب سلامتی و 59 معلم فاقد اضطراب سلامتی بود که با پر کردن پرسش‌نامه‌ی اضطراب سلامتی، آزمون شناخت‌هایی درباره‌ی بدن و سلامتی و پرسش‌نامه‌ی پنج‌عاملی نئو در این پژوهش شرکت کردند. طرح تحقیق از نوع علی - مقایسه‌ای بود و جهت آزمون فرضیه‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد.

نتایج: یافته‌ها بیانگر این بود که بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$ ، $F=20/564$). افراد دارای اضطراب سلامتی در متغیر باورهای ناکارآمد و خرده‌مقیاس‌های آن شامل باور مربوط به تعبیر فاجعه‌آمیز شکایات بدنی، احساس‌های خودمختار، ضعف بدنی، غیر قابل تحمل بودن شکایات بدنی، عادت‌های سلامتی و صفات شخصیتی شامل روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، توافق‌جویی و وجدانی بودن با افراد فاقد اضطراب سلامتی تفاوت معناداری داشتند.

نتیجه‌گیری: افراد دارای اضطراب سلامتی نسبت به افراد فاقد اضطراب سلامتی، دارای باورهای ناکارآمد و روان‌رنجورخویی بیشتری بوده است و برون‌گرایی، توافق‌جویی و وجدانی بودن کمتری نشان دادند، اما در ویژگی فراخ‌ذهنی تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد.

واژگان کلیدی: اضطراب سلامتی، باورهای ناکارآمد، صفات شخصیتی

1- استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده

علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید

چمران اهواز، ایران

تلفن و پست الکترونیک: 09163132775

davoudi_i@scu.ac.ir

2- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی،

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه

شهید چمران اهواز، ایران

تلفن و پست الکترونیک: 09183431362

fnargesi@yahoo.com

3- استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم

تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران

اهواز، ایران

تلفن و پست الکترونیک: 09161183262

m_mehrabizadeh@yahoo.com

*نویسنده‌ی مسؤل:

ایران داودی، اهواز، دانشگاه شهید

چمران، دانشکده‌ی علوم تربیتی و

روان‌شناسی، گروه روانشناسی

تلفن و پست الکترونیک: 09163132775

davoudi_i@scu.ac.ir

تاریخ پذیرش: 91/3/24

تاریخ دریافت: 91/1/21

مقدمه

با توجه به این که سلامت جسمانی برای زنده ماندن ضروری است، تعجب‌آور نیست که بیشتر مردم گاهی اوقات افکار و نگرانی‌هایی درباره‌ی سلامتی خود داشته باشند (1). 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 ممکن است بیشتر باشد. اما افرادی هستند که بدون اینکه در معرض خطر و یا دچار بیماری خاصی باشند دچار نگرانی و اضطراب شدیدی نسبت به جسم و سلامتی خود هستند و علائم جسمانی ساده را به‌عنوان بیماری وخیم تلقی می‌کنند، این افراد دچار اضطراب سلامتی (health anxiety) و یا حالت شدیدتر آن اختلال خودبیمارپنداری (hypochondriasis) می‌باشند (2). اضطراب سلامتی شامل نگرانی‌های مداوم درباره‌ی سلامتی است و اعتقاد فرد مبنی بر اینکه او بیمار است یا ممکن است به یک بیماری دچار شود (3). در اصطلاح تشخیصی کسانی که اضطراب سلامتی باعث ناتوانی‌شان می‌شود، تشخیص خودبیمارپنداری می‌گیرند (4). افراد دچار اضطراب سلامتی بیش از حد در پی اطمینان از سلامتی خود بوده، به‌طور افراطی متمرکز بر احساس‌های بدنی خود هستند و خود را متفاوت از دیگران می‌بینند (5). این اعتقاد اضطراب شدیدی ایجاد می‌کند و باعث می‌شود فرد مدام خود را معاینه کند و یا از دیگران اطمینان بخواهد. اضطراب سلامتی در پیوستاری از خفیف به شدید قرار می‌گیرد که در انتهای پیوستار در سطح شدید اختلال خودبیمارپنداری قرار می‌گیرد و سطح خفیف آن با غیبت از مدرسه، استفاده بیش از حد از خدمات بهداشتی درمانی و تخریب روابط همبسته می‌باشد (6).

چه عواملی باعث می‌شود گروهی از افراد به این مشکلات مبتلا شوند؟ در ادبیات پژوهشی به عوامل متعددی اشاره شده است؛ از جمله‌ی این عوامل اعتقادات و باورهای ناکارآمد درباره‌ی بیماری‌ها و علائم بدنی می‌باشد که

به‌عنوان عوامل خطر ساز برای اضطراب سلامتی قلمداد می‌شوند (7). این اعتقاد وجود دارد که ممکن است سوگیری‌های شناختی اطلاعات درونی (مانند حس‌های بدنی یا نشانه‌های جسمی) و اطلاعات بیرونی (مانند شنیدن درباره‌ی یک بیماری) و باورهای ناکارآمد مرتبط با سلامتی سرآغاز و شروع‌کننده‌ی اضطراب سلامتی باشد (8). افراد دارای اضطراب سلامتی باورهای غلط و تعبیر نادرستی از سلامتی دارند و معتقدند سلامتی یعنی این که فرد هیچ نشانه‌ی بدنی نداشته باشد و کوچک‌ترین نشانه‌ای مساوی با بیماری است. بنابراین حساسیت بیش از حدی نسبت به علائم بدنی دارند (9). همین‌طور این افراد یک تعبیر اغراق‌آمیز و وحشتناک از کسالت‌های ساده‌ی بدن دارند (10). به‌نظر می‌رسد که صفات شخصیتی (personality traits) نیز در مستعد کردن افراد به اضطراب سلامتی نقش دارد. بررسی‌ها در زمینه‌ی صفات شخصیتی افراد دچار خودبیمارپنداری نشان می‌دهد که بین روان‌رنجورخویی (neuroticism) و این اختلال همبستگی مثبتی وجود دارد و برعکس بین برون‌گرایی (extraversion) و خودبیمارپنداری رابطه‌ی منفی به‌دست آمده است (11) و همین‌طور بین وجدانی بودن (conscientiousness) با این اختلال رابطه‌ی منفی وجود دارد (12).

افراد دچار خودبیمارپنداری در جامعه نادر هستند (1)، اما شیوع اضطراب سلامتی در بین افراد بالا است. سالکوسکیس و وارویک (2006) در یک بررسی، شیوع اضطراب سلامتی را حداقل 51 درصد در میان بیماران دارای دردهای مزمن برآورد کرده‌اند. سطوح خفیف اضطراب سلامتی در افرادی که دچار بیماری‌های فیزیکی هستند و یا در افرادی که وضعیت سلامتی‌شان برای دوره‌های طولانی نامشخص و مبهم است به‌شدت رایج است، و سطوح شدیدتر آن در افراد دچار دردهای مزمن که تحت درمان هستند، بیشتر مشاهده می‌شود (13). در

انحراف معیار (60 نفر دارای اضطراب سلامتی) و پایین‌تر از یک انحراف معیار (59 نفر فاقد اضطراب سلامتی) از میانگین بود، مشخص شدند. هر دو گروه توسط کابا و NEO-FFI مورد آزمون قرار گرفتند. از این داده‌ها جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش استفاده گردید. نمونه‌ی سنجش ویژگی‌های روان‌سنجی ابزارهای این پژوهش نیز به‌طور جداگانه از 60 معلم باقیمانده انتخاب شد که در نهایت پرسش‌نامه‌های 48 نفر جمع‌آوری شد.

ابزار اندازه‌گیری

1- پرسش‌نامه‌ی اضطراب سلامتی

برای سنجش اضطراب سلامتی از پرسش‌نامه‌ی اضطراب سلامتی (Health Anxiety Inventory) استفاده شد. فرم بلند این مقیاس برای اولین بار توسط Salkovskis & Warwick در سال 1989 طراحی شد که تقریباً بر اساس مدل شناختی اضطراب سلامتی و خودبیمارپنداری تدوین شده است (15). فرم کوتاه آن (15) که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت شامل 18 آیتم است که از نوع مداد کاغذی و خودسنجی است. هر آیتم چهار گزینه دارد و هر یک از گزینه‌ها شامل توصیف فرد از مؤلفه‌های سلامتی و بیماری به‌صورت یک جمله‌ی خبری است که آزمودنی بایستی یکی از جملات را که بهتر او را توصیف می‌کند انتخاب کند. نمره‌گذاری برای هر آیتم از 0 تا 3 است و نمره‌ی بالا در آن نشانه‌ی اضطراب سلامتی می‌باشد.

پایایی بازآزمایی این پرسش‌نامه 0/90 و ضریب آلفای کرونباخ آن از 0/70 تا 0/82 گزارش شده است (15). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ 0/87 برای پرسش‌نامه‌ی اضطراب سلامتی به‌دست آمد که حاکی از پایایی رضایت‌بخش آن می‌باشد. در پژوهشی (15) روایی پرسش‌نامه‌ی اضطراب سلامتی 0/72 به‌دست آمد. این پرسش‌نامه برای اولین بار است که در ایران مورد استفاده

پژوهشی که طلایی (1387) درباره‌ی شیوع خودبیمارپنداری در دانشجویان مشهد انجام داد، شیوع آن را 38 درصد برآورد کرد که این درصد بسیار بالاتر از شیوع جهانی آن (5/8 درصد) می‌باشد. از آنجایی که این اختلال و نوع خفیف‌تر آن یعنی اضطراب سلامتی هزینه‌های درمانی گزافی را به خود اختصاص می‌دهند (14). بنابراین توجه پژوهشی به این مشکل و عوامل اثرگذار بر آن ضروری است تا از این طریق بتوان تا حدی هزینه‌های مالی، اجتماعی و روان‌شناختی که به جامعه و بیمار وارد می‌آید، کاست. هدف پژوهش حاضر، مقایسه‌ی دو گروه از افراد دارا و فاقد اضطراب سلامتی از نظر باورهای ناکارآمد و صفات شخصیتی بود.

روش

آزمودنی‌ها و روش نمونه‌گیری

جامعه‌ی آماری در این پژوهش شامل کلیه‌ی معلمان مقطع ابتدایی اندیمشک (463 نفر) بود. نمونه‌ی تحقیق 119 نفر شامل 60 معلم (مقطع ابتدایی) دارای اضطراب سلامتی و 59 معلم فاقد اضطراب سلامتی بود. این نمونه از میان نمونه‌ی اولیه‌ی انتخاب شد که به روش نمونه‌گیری تمام شمار برگزیده شد. به‌منظور انتخاب نمونه، با مراجعه به اداره‌ی آموزش و پرورش اندیمشک مجوز اجرای پژوهش گرفته شد و پس از کسب مجوز لیست مدارس مقطع ابتدایی شهرستان گرفته شد. تعداد کل مدارس 37 مدرسه بود که 463 معلم (282 زن و 181 مرد) در آنها مشغول به تدریس بودند که از این میان به 403 نفر (60 معلم باقیمانده به‌عنوان نمونه‌ی سنجش ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس‌ها استفاده شد) پرسش‌نامه‌ی 18 ماده‌ای اضطراب سلامتی داده شد که 5 پرسش‌نامه به‌دلیل عدم تحویل و 3 پرسش‌نامه‌ی به‌دلیل نقص در پاسخ از نمونه حذف و پرسش‌نامه 395 نفر (240 زن و 155 مرد) تحلیل گردید. به این ترتیب، افرادی که نمره‌ی آنها در مقیاس اضطراب سلامتی بالاتر از یک

سلامتی را تشکیل می‌دهند. این پرسش‌نامه نیز مانند پرسش‌نامه‌ی اضطراب سلامتی برای اولین بار است که به فارسی ترجمه شده است و در ایران استفاده می‌گردد. بنابراین برای سنجش روایی آن از پرسش‌نامه‌ی خودبیمارپنداری اهواز (16) استفاده گردید.

پایایی این پرسش‌نامه در یک گروه بالینی 124 نفری به روش آلفای کرونباخ برای نمره‌ی کل 0/90، عامل تعبیر فاجعه‌آمیز 0/88، عامل احساس‌های خودمختار 0/71، عامل ضعف بدنی 0/76، عامل غیر قابل تحمل بودن شکایات بدنی 0/76 و عامل عادت‌های سلامتی 0/60 ذکر شده است (17). پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای نمره‌ی کل کابا 0/87، عامل تعبیر فاجعه‌آمیز 0/84، عامل احساس‌های خودمختار 0/39، عامل ضعف بدنی 0/70، عامل غیر قابل تحمل بودن شکایات بدنی 0/64 و عامل عادت‌های سلامتی 0/53 به‌دست آمد. همان‌طور که نتایج پایایی نشان می‌دهد این نسخه و خرده‌مقیاس‌های آن از پایایی قابل قبولی برخوردار هستند.

ریف و هیلر (17) همبستگی این مقیاس را با آزمون وایتلی ایندکس (18) که یک آزمون پایا و معتبر برای ارزیابی خودبیمارپنداری است. برای نمره‌ی 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 عادت‌های سلامتی 0/01 به‌دست آمد. لیببران و هیلر (Leibbrand & Hiler) (19) نیز ضریب روایی این آزمون را به‌ترتیب برای نمره‌ی 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 عادت‌های سلامتی 0/24 گزارش کردند (19). برای سنجیدن روایی این پرسش‌نامه در ایران همبستگی آن با آزمون خودبیمارپنداری اهواز محاسبه شد که ضرایب روایی مربوط به کابا و آزمون

قرار می‌گیرد (برای دسترسی به آزمون‌های مورد استفاده در این پژوهش با نویسنده‌ی دوم تماس گرفته شود) و در پژوهش حاضر برای سنجش روایی آن از پرسش‌نامه‌ی خودبیمارپنداری اهواز (16) استفاده گردید. ضریب همبستگی بین این پرسش‌نامه و آزمون خودبیمارپنداری اهواز برابر با 0/75- به دست آمد که در سطح معناداری $p < 0/001$ معنادار است. بنابراین پرسش‌نامه‌ی اضطراب سلامتی از روایی خوبی برخوردار است. دلیل منفی شدن همبستگی بین دو ابزار نوع نمره‌گذاری آنها است؛ نمره‌ی بالاتر در پرسش‌نامه‌ی اضطراب سلامتی نشانه‌ی اضطراب سلامتی بالاتر و در آزمون خودبیمارپنداری اهواز نشانه‌ی اضطراب سلامتی پایین‌تر می‌باشد.

2- آزمون شناخت‌هایی درباره‌ی بدن و سلامتی

نسخه‌ی اولیه‌ی آزمون شناخت‌هایی درباره‌ی بدن و سلامتی (Cognitions about body and health) scale ((CABA) اولین بار توسط ریف و هیلر (Rief & Hiler) (1996) (به نقل از 17) برای ارزیابی خصیصه‌های شناختی و باورهای افراد خودبیمارپندار طراحی و به اختصار کابا نامیده شد. این پرسش‌نامه به‌صورت خودگزارشی و در ارتباط با چگونگی تعبیر علائم بدنی، نحوه‌ی ادراک رویدادهای خفیف بدنی، باورهای مربوط به بدن و سلامتی و عادت‌های سلامتی تدوین شده است. فرم تجدید نظر شده‌ی این پرسش‌نامه (17) که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، شامل 30 سؤال است که پاسخ‌ها شامل 4 گزینه است (3: کاملاً موافقم، 2: تقریباً موافقم، 1: تقریباً مخالفم و 0: کاملاً مخالفم). لازم به ذکر است که نمره بالا در این پرسش‌نامه نشانه‌ی باورهای ناکارآمد بیشتر درباره‌ی سلامتی می‌باشد. 14 سؤال عامل تعبیر فاجعه‌آمیز شکایات بدنی، 4 سؤال عامل احساس‌های خودمختار، 5 سؤال عامل ضعف بدنی، 4 سؤال عامل غیر قابل تحمل بودن شکایات بدنی و 3 سؤال عامل عادت‌های

محاسبه کرده است. غیر از مقیاس فراخ ذهنی که روایی سازه‌ی آن در پژوهش مذکور تأیید نشد.

طرح تحقیق به‌کار رفته در این پژوهش علی - مقایسه‌ای است و به‌منظور تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره و روش آمار استنباطی مانند تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) استفاده شد. همچنین از آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی پیرسون جهت پایایی و اعتبار ابزارها استفاده شد و سطح احتمال برای معناداری آزمون فرضیه‌ها برابر با 0/05 در نظر گرفته شد.

نتایج

در جدول شماره‌ی 1 میانگین و انحراف معیار نمره‌های مقیاس اضطراب سلامتی در نمونه‌ی اولیه و نمونه‌ی دارا و فاقد اضطراب سلامتی ارائه شده است. لازم به توضیح است که منظور از نمونه‌ی اولیه، نمونه‌ی است که جهت انتخاب آزمودنی‌های دارا و فاقد اضطراب سلامتی انتخاب شد.

مندرجات جدول شماره‌ی 1 نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های اضطراب سلامتی در نمونه‌ی اولیه، 15/97، در گروه دارای اضطراب سلامتی 31/45 و در گروه فاقد اضطراب سلامتی 4/96 است. جدول شماره‌ی 2 میانگین و انحراف معیار نمره‌ی آزمودنی‌های دو گروه را در نمره‌ی کل باورهای ناکارآمد و پنج خرده‌مقیاس آن نشان می‌دهد.

جدول شماره‌ی 3 میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌های دو گروه دارا و فاقد اضطراب سلامتی را در پنج صفت شخصیتی نشان می‌دهد.

برای مقایسه‌ی دو گروه در متغیرهای پژوهش از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج حاصل از مانوا بر میانگین نمره‌های آزمودنی‌های دو گروه در متغیرهای باورهای ناکارآمد و صفات شخصیتی حاکی از تفاوت معنادار میان دو گروه ($F=22/775, p<0/001$) حداقل در یکی از متغیرها است. جهت پی بردن به این تفاوت، تحلیل

خودبیمارپنداری اهواز در نمره‌ی کل کابا 0/50-، تعبیر فاجعه‌آمیز شکایات بدنی 0/31-، احساس‌های خودمختار 0/31-، ضعف بدنی 0/63-، غیر قابل تحمل بودن شکایات بدنی 0/42- و عادت‌های سلامتی 0/14- به‌دست آمد. قابل ذکر است که عامل عادت‌های سلامتی در نسخه‌ی اصلی (17) هم از روایی لازم برخوردار نیست.

3- پرسش‌نامه‌ی پنج عاملی نئو

پرسش‌نامه‌ی پنج‌عاملی نئو، شامل 60 ماده است که بر اساس تحلیل عاملی نمرات NEO-PI که در سال 1986 اجرا شده بود، توسط کوستا و مک کرا (Costa & McCrae) (1989، به نقل از 11) به‌دست آمده است. شامل پنج عامل روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی - درون‌گرایی، فراخ ذهنی، توافق‌جویی و وجدانی بودن است و NEO-FFI نامیده می‌شود. برای هر عامل 12 آیتم وجود دارد و پاسخ‌دهی به این آیتم‌ها در قالب مقیاس لیکرتی 5 درجه‌ای (0: کاملاً مخالف، 1: مخالف، 2: بی‌تفاوت، 3: موافق، 4: کاملاً موافق) امکان‌پذیر است. آزمون نئو ابتدا برای ارزیابی صفات شخصیتی افراد سالم ساخته شده و هنجاریابی اصلی آن نیز بر نمونه‌های افراد بهنجار بوده است (20). ضرایب پایایی مقیاس‌های NEO-FFI در فاصله‌های سه‌ساله و شش‌ساله از 0/63 و 0/68 تا 0/83 بوده است (11). ضرایب بازآزمایی NEO-FFI نیز در نمونه‌های ایرانی از 0/79 تا 0/87 (21) گزارش شده است. ضرایب پایایی پنج خرده‌مقیاس نئو در پژوهش حاضر، به روش آلفای کرونباخ برای عامل روان‌رنجورخویی 0/83، برون‌گرایی 0/75، فراخ ذهنی 0/44، توافق‌جویی 0/70 و وجدانی بودن 0/79 به‌دست آمد.

ضریب روایی آزمون همگرایی آزمون از 0/56 تا 0/62 گزارش شده است (11). همچنین داودی (17) ضرایب روایی سازه برای این مقیاس را در نمونه‌ی افراد سالم در شهر اهواز بین 0/28 (برون‌گرایی) تا 0/70 (وجدانی بودن)

گرفت که نتایج بیان داشت که حداقل در یکی از خرده‌مقیاس‌های باورهای ناکارآمد بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($F=26/195, p<0/001$) که جهت پی بردن به این تفاوت تحلیل واریانس یک‌راهه در متن مانوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول 5 درج شده است. با توجه به محتوای جدول شماره 5 تفاوت دو گروه در همه‌ی خرده‌مقیاس‌های باورهای ناکارآمد شامل تعبیر فاجعه‌آمیز شکایات بدنی ($F=30/977, p<0/001$)، احساس‌های خودمختار ($F=25/626, p<0/001$)، ضعف بدنی ($F=60/438, p<0/001$)، غیر قابل تحمل بودن شکایات بدنی ($F=95/296, p<0/001$) و عادت‌های سلامتی ($F=5/805, P=0/018$) معنادار است. مجذور اتا برای متغیر تعبیر فاجعه‌آمیز شکایات بدنی $0/20$ ، احساس‌های خودمختار $0/18$ ، ضعف بدنی $0/34$ ، غیر قابل تحمل بودن شکایات بدنی $0/45$ و عادت‌های سلامتی $0/05$ می‌باشد.

واریانس یک‌راهه در متن مانوا انجام شد که نتایج در جدول شماره 4 نشان داده شده است.

در جدول شماره 4 مشاهده می‌شود که مقدار F مربوط به متغیر فراخ ذهنی ($F=3/329, P=0/071$) معنادار نبوده و بنابراین بین دو گروه دارای اضطراب سلامتی و گروه سالم از لحاظ متغیر فراخ ذهنی تفاوت معناداری وجود ندارد، در حالی که تفاوت دو گروه در سایر متغیرها شامل: باورهای ناکارآمد ($F=68/199, p<0/001$)، روان‌رنجورخویی ($F=94/693, p<0/001$)، برون‌گرایی ($F=34/617, p<0/001$)، توافق‌جویی ($p<0/001$)، $F=12/881$) و وجدانی بودن ($F=22/711, p<0/001$) معنادار است. بیشترین مجذور اتا مربوط به متغیر روان‌رنجورخویی است که نشان می‌دهد 45 درصد تفاوت‌های بین دو گروه دارا و فاقد اضطراب سلامتی مربوط به متغیر روان‌رنجورخویی است.

یک تحلیل مانوای جداگانه نیز روی میانگین نمره‌های دو گروه در پنج خرده‌مقیاس باورهای ناکارآمد نیز صورت

جدول شماره 1: میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره‌ی آزمودنی‌ها در مقیاس اضطراب سلامتی

| نمونه | تعداد | میانگین | انحراف معیار |
|---------------------|-------|---------|--------------|
| نمونه‌ی اولیه | 395 | 15/97 | 8/75 |
| دارای اضطراب سلامتی | 60 | 31/45 | 5/95 |
| فاقد اضطراب سلامتی | 59 | 4/96 | 1/81 |

جدول شماره 2: میانگین و انحراف معیار نمره‌های دو گروه در باورهای ناکارآمد و خرده‌مقیاس‌های آن

| نمونه | متغیر | آماره | میانگین | انحراف معیار |
|---------------------|--------------------------------|-------|---------|--------------|
| دارای اضطراب سلامتی | باورهای ناکارآمد | | 54/06 | 10/92 |
| | تعبیر فاجعه‌آمیز شکایات بدنی | | 23/16 | 5/64 |
| | احساس‌های خودمختار | | 6/66 | 2/54 |
| | ضعف بدنی | | 8/6 | 3/04 |
| | غیر قابل تحمل بودن شکایات بدنی | | 7/15 | 2/37 |
| | عادت‌های سلامتی | | 7/53 | 1/47 |
| فاقد اضطراب سلامتی | باورهای ناکارآمد | | 36 | 13/27 |
| | تعبیر فاجعه‌آمیز شکایات بدنی | | 16/54 | 7/66 |
| | احساس‌های خودمختار | | 4/37 | 2/39 |
| | ضعف بدنی | | 4/25 | 3/04 |
| | غیر قابل تحمل بودن شکایات بدنی | | 3/08 | 2/16 |
| | عادت‌های سلامتی | | 6/93 | 1/49 |

جدول شماره 3: میانگین و انحراف معیار نمره‌های دو گروه در پنج صفت شخصیتی

| نمونه | مقیاس متغیر | میانگین | انحراف معیار |
|---------------------------|----------------|---------|--------------|
| نمونه دارای اضطراب سلامتی | روان رنجورخویی | 26/83 | 8/20 |
| | برون گرایی | 27/55 | 6/26 |
| | فراخ ذهنی | 25/58 | 5/42 |
| | توافق جویی | 30/08 | 6/99 |
| | وجدان گرایی | 33/66 | 7/49 |
| نمونه فاقد اضطراب سلامتی | روان رنجورخویی | 14/10 | 5/85 |
| | برون گرایی | 33/50 | 4/62 |
| | فراخ ذهنی | 27/24 | 4/44 |
| | توافق جویی | 34/05 | 4/87 |
| | وجدان گرایی | 39/33 | 5/28 |

جدول شماره 4: نتایج حاصل از آنوا در متن مانوا بر میانگین نمره‌های باورهای ناکارآمد و پنج صفت شخصیتی

| متغیر | مجموع مجذورات | درجه‌ی آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | مجذورات |
|------------------|---------------|--------------|-----------------|--------|--------------|---------|
| باورهای ناکارآمد | 9760/216 | 1 | 9760/216 | 68/199 | $p < 0/001$ | 0/37 |
| روان رنجورخویی | 4823/583 | 1 | 4823/583 | 94/693 | $p < 0/001$ | 0/45 |
| برون گرایی | 1051/089 | 1 | 1051/089 | 34/617 | $p < 0/001$ | 0/23 |
| فراخ ذهنی | 82/033 | 1 | 82/033 | 3/329 | $p = 0/071$ | 0/03 |
| توافق جویی | 469/526 | 1 | 469/526 | 12/881 | $p < 0/001$ | 0/01 |
| وجدان گرایی | 957/161 | 1 | 957/161 | 22/711 | $p < 0/001$ | 0/16 |

جدول شماره 5: نتایج حاصل از آنوا در متن مانوا بر میانگین نمره‌های پنج خرده‌مقیاس باورهای ناکارآمد

| متغیر | مجموع مجذورات | درجه‌ی آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | مجذورات |
|--------------------------------|---------------|--------------|-----------------|--------|--------------|---------|
| تعبیر فاجعه‌آمیز شکایات بدنی | 1323/269 | 1 | 1323/269 | 30/977 | $p < 0/001$ | 0/20 |
| احساس‌های خودمختار | 156/729 | 1 | 156/729 | 25/629 | $p < 0/001$ | 0/18 |
| ضعف بدنی | 561/809 | 1 | 561/809 | 60/438 | $p < 0/001$ | 0/34 |
| غیر قابل تحمل بودن شکایات بدنی | 525/177 | 1 | 525/177 | 95/296 | $p < 0/001$ | 0/45 |
| عادت‌های سلامتی | 10/750 | 1 | 10/750 | 5/805 | $p = 0/018$ | 0/05 |

بحث

باعث افزایش نگرانی خود نسبت به سلامتی‌شان می‌شوند (28). از سوی دیگر، مقابله‌ی ضعیف افراد روان‌رنجورخو با عوامل فشارزا می‌تواند خود دلیلی بر ترس این افراد از بیماری باشد؛ چرا که این افراد توانایی مقابله با بیماری را در خود نمی‌بینند.

بر اساس یافته‌های پژوهش نمره‌ی برون‌گرایی افراد دارای اضطراب سلامتی کمتری از افراد سالم می‌باشد. این یافته با یافته‌های کاکس (Cox) (12) و کوستا و مک کرا (11) هم‌خوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد با برون‌گرایی بیشتر، تعاملات اجتماعی بیشتری با دیگران دارند و در نتیجه از حمایت اجتماعی بالایی برخوردار می‌باشند که همین امر نیاز افراد به ابراز درد و در نتیجه دریافت توجه از طریق ایفای نقش بیمار را در فرد کاهش می‌دهد. در همین راستا، مدل بین فردی اضطراب سلامتی (29) ابراز می‌دارد که افراد دارای اضطراب سلامتی با پذیرش نقش بیمار، در پی کسب توجه از سوی اطرافیان هستند.

از این گذشته، افراد با نمره‌ی بالا در برون‌گرایی بهتر از افراد با نمره‌ی پایین در برون‌گرایی، قادر به کنار آمدن با استرس‌های روزمره هستند و در نتیجه در آن‌ها تحمل علایم بدنی و شکایات جسمانی راحت‌تر است (30). از منظر دیگر، در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد دارای اضطراب سلامتی به دلیل شکایت مداوم از درد و ترس از بیماری دچار افت در روابط شده و در نتیجه کیفیت روابط منفی می‌شود (31) که می‌توان به اشتباه آن را صفت شخصیتی درون‌گرایی دانست.

بر اساس نتایج حاصل، بین میانگین دو نمونه‌ی دارا و فاقد اضطراب سلامتی از لحاظ متغیر فراخ ذهنی تفاوت معناداری وجود نداشت. یافته‌ی حاصل از این پژوهش با یافته‌های نویس (32) و هولی‌فیلد (Hollifield) (33) همسو بود. عدم تفاوت دو گروه در افراد فراخ‌ذهن ممکن

همان‌طور که نتایج نشان داد دو گروه دارا و فاقد اضطراب سلامتی از نظر باورهای ناکارآمد تفاوت معناداری دارند و افراد دارای اضطراب سلامتی نمرات بیشتری در باورهای ناکارآمد کسب کردند که این نتایج با نتایج پژوهش‌های مورکس (Murcus) و همکاران (23)، تیلور و آسمندسون (Taylor & Asmundson) (3)، سالکوسکیس (Salkovskis) (24)، و وارویک (Warwick) و سالکوسکیس (7) هم‌خوانی دارد. در تبیین این یافته بایستی خاطر نشان شد که افراد دارای افکار فاجعه‌ساز مربوط به سلامت جسمانی، توجه انتخابی بیشتر بر علایم بدنی و تمایل شدیدتری به کشف نشانه‌های جسمانی در خود دارند، علاقه بیشتری به گزارش درد، تحمل کمتر درد، اضطراب بیشتر، و رفتارهای اطمینان‌جویانه‌ی پزشکی دارند (25)، دیدی منفی نسبت به خود، بدن و همچنین درمان‌های پزشکی دارند (26) که از رفتارهای مرتبط با اضطراب سلامتی است.

نتایج پژوهش نشان داد که میانگین روان‌رنجورخویی نمونه‌ی دارای اضطراب سلامتی نسبت به افراد فاقد اضطراب سلامتی بالاتر است. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های ویلیامز (Wiliamz) (27)، نویس (Noyes) (29)، نویس (29)، کاکس (Cox) و همکاران (12) هم‌خوانی دارد. روان‌رنجورخویی یک عامل آسیب‌پذیری برای اکثر اختلالات می‌باشد. این صفت شخصیتی یک تظاهر رفتاری از تمایلات سرشتی است که به‌طور انتخابی به تهدیدها و تنبیه‌ها توجه می‌کند. تهدید شکل‌های مختلفی دارد. فرض می‌شود که در افراد دارای اضطراب سلامتی علایم بدنی و وضعیت سلامتی تهدیدهایی هستند که افراد به‌طور انتخابی بر آن تمرکز می‌کنند (27). افراد روان‌رنجور به‌علت فعال‌تر بودن سیستم سمپاتیکی نسبت به تغییرات جسمی حساسیت بیش از حد نشان می‌دهند، به‌علاوه با تفسیر غیر منطقی از این تغییرات به‌عنوان علایم بیماری

نسبت به افراد با وجدانی بودن پایین نمرات پایین تری را در اضطراب سلامتی کسب می‌کنند. افراد با وجدانی بودن پایین به این دلیل که وظیفه‌شناس نبوده و احساس مسئولیت پایینی دارند با تمرکز بر بدن و بیماری و با پذیرش نقش بیمار در واقع می‌خواهند از زیر بار مسئولیت‌های خود شانه خالی کنند. نمونه دارای اضطراب سلامتی باورهای مربوط به تعبیر فاجعه‌آمیز شکایات بدنی بیشتری از نمونه فاقد اضطراب سلامتی دارند. این نتیجه با نتایج هیلر و ریف (17) که خرده‌مقیاس‌های باورهای ناکارآمد از تحقیق آنها اقتباس شده است، مارکوس (Marcus) (23)، اوونز (Owens) و همکاران (2)، Hadjistavropoulos (25) همسو می‌باشد.

افراد دارای اضطراب سلامتی معتقدند که سلامتی کامل بدن به معنای فقدان هر نوع علائم و شکایت است و کوچک‌ترین علامتی نشانه‌ی بیماری است (36). این باور باعث می‌شود که افراد دچار اضطراب سلامتی، تعریف محدودی از سلامتی دارند و در نتیجه بی‌خطرترین علامت بدنی را به آسانی به‌عنوان یک بیماری خطرناک سوء تعبیر کنند (17).

نمره‌ی بالا در خرده‌مقیاس باور مربوط به احساس‌های خودمختار نشانه‌ی باور ناکارآمد در ارتباط با احساس‌های بدنی است که با توجه به نتایج، میانگین این خرده‌مقیاس در نمونه‌ی دارای اضطراب سلامتی بیشتر از نمونه‌ی فاقد آن می‌باشد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های Longley و همکاران (5)، تیلور و همکاران (3)، هیلر و ریف (20)، متئوس و هیچکاک (36) هم‌خوانی دارد. افراد به‌دلیل این سبک شناختی یک حساسیت بیش از حد نسبت به علائم و احساس‌های بدنی دارند و تعبیری نادرست از سلامتی دارند و در نتیجه دچار اضطراب سلامتی می‌شوند (9) و همین‌طور این علائم را بسط داده و به‌طور افراطی به آنها توجه می‌کنند (مثلاً تند شدن ضربان قلب به دلیل دویدن را نشانه‌ی خفه شدن می‌دانند) (3). هیلر و ریف (17) در تبیین

است به ماهیت این خرده‌مقیاس برگردد. پروین (Pervin) (1994) بیان می‌دارد که ویژگی شخصیتی فراخ‌ذهنی کم‌ثبات‌ترین عامل در مدل پنج‌عاملی نئو می‌باشد (33). همچنین نتایج تحقیق روشن چسلی و همکاران (1386) در بررسی جنبه‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه‌ی پنج‌عاملی نئو نشان داد عامل فراخ‌ذهنی در نمونه‌ی ایرانی فاقد ثبات درونی قابل قبول است ($\alpha=0/35$) (34). بنابراین با توجه به نکات ذکر شده احتمال دارد که یکی از دلایل معنادار نبودن تفاوت بین دو گروه در ویژگی فراخ‌ذهنی در این پژوهش، فقدان ثبات درونی در این ویژگی، در جامعه‌ی ایرانی باشد.

بر اساس نتایج پژوهش می‌توان گفت که توافق‌جویی افراد دارای اضطراب سلامتی به‌طور معناداری پایین‌تر از افراد فاقد اضطراب سلامتی می‌باشد. نتیجه‌ی حاصل از این پژوهش با نتایج پژوهش Noyes (29) همسو بوده و نتایج متفاوتی از هالیفیلد (Hollifield) (33) و نویس (32) نشان می‌دهد. در تبیین این یافته می‌توان به این نکته اشاره کرد که افراد با توافق‌جویی پایین بیشتر گوش به‌زنگ و برانگیخته بوده و در نتیجه آستانه‌ی پایینی برای تحمل درد و علائم بدنی دارند و بنابراین به‌طور مداوم در جستجوی سلامتی می‌باشند تا تعارض و احساسات ناخوشایند خویش را کاهش دهند (35).

میانگین وجدانی بودن نمونه‌ی دارای اضطراب سلامتی نسبت به افراد فاقد اضطراب سلامتی پایین‌تر است. این نتیجه با نتایج ویلیامز (27)، کاکس (12)، نویس (32) هم‌خوانی دارد. در تبیین این نتیجه می‌توان به این یافته اشاره کرد که افراد با نمره‌ی بالا در وجدانی بودن، به‌دلیل قدرت کنترل خود و سازماندهی، توانایی برگرداندن توجه از علائم بدنی‌شان را دارند (27). همچنین این افراد با توان بالا در خودتنظیمی و غلبه بر تمایلات، قدرت کنترل اضطراب و غلبه بر اضطراب از سلامتی را در خود می‌بینند و به همین دلیل حتی افراد با روان‌رنجورخویی بالا و وجدانی بودن بالا

مستعد اضطراب سلامتی هستند. بنابراین شاید منطقی به نظر برسد که باور مربوط به غیر قابل تحمل بودن شکایات ساده‌ی بدنی افراد را مستعد اضطراب سلامتی می‌کند.

بین باورهای مربوط به عادت‌های سلامتی در افراد دارا و فاقد اضطراب سلامتی تفاوت معناداری وجود دارد و بر اساس آن عادت‌های سلامتی افراد دارای اضطراب سلامتی بیشتر از افراد فاقد اضطراب سلامتی می‌باشد که این نتیجه با نتایج پژوهش هیلر و لیبرند (19) و هیلر و ریف (17) ناهمسو می‌باشد.

کلنر وینسلو و ابوت (38) معتقدند افراد دارای اضطراب سلامتی مشغولیت ذهنی بیشتری نسبت به افراد سالم درباره‌ی سلامتی ندارند که این نتیجه با پژوهش حاضر هم‌خوانی ندارد. مطالعه‌ی دیگری (39) به نتایجی مشابه با پژوهش‌های قبلی و متناقض با پژوهش حاضر رسید. آن‌ها بیان کردند که تمایلات خودبیمارپنداری، هدف‌های عمومی سلامتی (مانند ورزش کردن، سیگار کشیدن و خوردن غذای سالم) را پیش‌بینی نمی‌کنند، بلکه بیشتر هدف‌های سلامتی ویژه‌ی جسمانی (مانند مدیریت بیماری مزمن و مدیریت استرس) را پیش‌بینی می‌کنند (17). هیلر و ریف (17) چنین تبیین می‌کنند که به دلیل افزایش بهبود باور مربوط به عادت‌های سلامتی، اکثریت مردم به سلامتی و سالم بودن زندگی بیشتر از پیش توجه می‌کنند و در نتیجه، عادت‌های سلامتی را نمی‌توان به‌عنوان ویژگی منحصر به افراد خودبیمارپندار دانست.

در تبیین ناهم‌خوانی نتیجه‌ی پژوهش حاضر با تحقیقات پیشین می‌توان به چند نکته اشاره نمود. ابتدا اینکه نمونه‌ی پژوهش‌های ذکرشده که یافته‌ی متناقض با این پژوهش داشتند فقط افراد خودبیمارپندار بوده‌اند که یک نمونه‌ی بالینی بوده است، در حالی که نمونه‌ی تحقیق حاضر، افراد دارای اضطراب سلامتی بوده‌اند. همان‌طور که پیش از این اشاره شد، اضطراب سلامتی نوع خفیف‌تر خودبیمارپنداری می‌باشد. نکته‌ی دوم این که اگرچه باور

این مسأله بیان می‌دارند که این افراد به‌طور ویژه از آنچه در بدنشان اتفاق می‌افتد آگاه هستند، روی آن‌ها تمرکز می‌کنند و همین باعث پردازش اطلاعات مربوط به احساس‌های خفیف به‌عنوان بیماری وخیم شده است که این خود باعث افزایش نگرانی نسبت به بدن و سلامتی و در نتیجه تشدید اضطراب سلامتی می‌شود و این چرخه‌ی معیوب ادامه پیدا می‌کند.

میانگین نمونه‌ی دارای اضطراب سلامتی در خرده‌مقیاس باور مربوط به ضعف بدنی بیشتر از گروه فاقد اضطراب سلامتی می‌باشد. این یافته نتایج پژوهش هیلر و ریف (17) و هیلر و لیبرند (19) را تأیید می‌کند. هیلر و ریف (17) در تبیین این نتیجه خاطر نشان می‌کنند که افراد دارای اضطراب سلامتی یک جنبه‌ی شناختی مهم دارند و آن این است که این افراد خود را ضعیف می‌پندارند، احساس می‌کنند که تحمل فشار فیزیکی را ندارند، اصلاً نمی‌توانند تصور کنند که کار و فعالیت بدنی می‌تواند مفید باشد و همیشه آن را برای بدن و سلامتی مضر می‌دانند که این شناخت ناشی از باور غلط درباره‌ی سلامتی و بدن باشد و در نتیجه از فعالیت فیزیکی اجتناب می‌کنند که همین باور افراد را مستعد اضطراب سلامتی می‌کند. افرادی که والدین دارای اضطراب سلامتی و مبتلا به اختلال جسمانی سازی داشته‌اند و در کودکی بیشتر توسط والدین به پزشک ارجاع داده و بیشتر ویزیت شده‌اند، بیشتر از سایر افراد این جنبه‌ی شناختی را دارا هستند (37).

تفاوت معناداری را بین دو گروه دارا و فاقد اضطراب سلامتی از لحاظ خرده‌مقیاس باور مربوط به غیر قابل تحمل بودن شکایات بدنی نشان از بالا بودن این متغیر در افراد دارای اضطراب سلامتی می‌باشد. این نتیجه با نتایج پژوهش هیلر و ریف (17)، هیلر و لیبرند (19) همسو می‌باشد. بر اساس دیدگاه شناختی، افرادی که آستانه‌ی پایین‌تر و تحمل کمتری نسبت به ناراحتی جسمانی دارند و به دلیل باورهای غلط آنها را هشدار تلقی کنند، بیشتر

مانند سن، تحصیلات، هوش، وضعیت اقتصادی - اجتماعی و ... دشوار بود. با توجه به این محدودیت در تعمیم نتایج، احتیاط ضروری است.

پیشنهاد می‌شود پژوهش بر نمونه‌های دیگر نیز اجرا شود تا صحت یافته‌های آن در نمونه‌های دیگر بررسی شود. با توجه به محدودیت پژوهش در زمینه‌ی اضطراب سلامتی در ایران توصیه می‌شود پژوهش‌های بیشتری در این زمینه و همین‌طور در زمینه‌ی درمان این افراد صورت گیرد.

پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات بعدی پیشایندها و پسایندهای این متغیر و همچنین ارائه‌ی مدل نظری برای آن دنبال شود. اصلاح خرده‌مقیاس عادات سلامتی در پرسش‌نامه‌ی کابا نیز در پژوهش‌های بعدی توصیه می‌شود. از یافته‌های این پژوهش می‌توان به صورت غیر مستقیم به این نتیجه‌گیری رسید که باور و شناخت افراد در ابتلا به اضطراب سلامتی نقش دارد، لذا می‌توان با آگاهی‌بخشی در این زمینه و آموزش راه‌های صحیح تفکر به افراد از بروز اضطراب سلامتی کاست.

با توجه نقش روان‌رنجورخویی لذا رعایت اصول بهداشت روانی در خانواده‌ها به منظور پیشگیری از اضطراب سلامتی توصیه می‌شود؛ چرا که به پیشگیری از اضطراب سلامتی و یا شناسایی به موقع این افراد و در نتیجه صرفه‌جویی در هزینه‌های درمانی کمک می‌کند.

مربوط به عادت‌های سلامتی در اکثریت افراد عادی افزایش یافته است (35). با این حال با توجه به ویژگی‌های منحصر به فرد افراد دارای اضطراب سلامتی از جمله توجه بیش از حد به بدن و سلامتی و علایم بدنی دور از انتظار نیست که این افراد باورهای مرتبط با عادت‌های سلامتی بیشتری داشته باشند تا به این ترتیب خود را از گزند بیماری و شکایات بدنی در امان بدارند. نکته‌ی دیگر، این احتمال را مطرح می‌سازد که شاید علت ناهماهنگی‌های مشاهده‌شده ناشی از تفاوت‌های فرهنگی در باور مربوط به این متغیر باشد. البته بررسی صحت و سقم این تبیین‌ها نیاز به پژوهش‌های بیشتری دارد. در عین حال، ذکر این نکته ضروری است که خرده‌مقیاس باور مربوط به عادات سلامتی نه در پژوهش حاضر و نه در پژوهش‌های خارجی روایی لازم را نداشته است.

نتیجه‌گیری

در مجموع، با استناد به نتایج تحلیل پژوهش حاضر، می‌توان گفت که افراد دارای اضطراب سلامتی باورهای ناکارآمد مربوط به سلامتی بیشتری دارند، روان‌رنجورخوتر و درون‌گراتر بوده و در عین حال کمتر وظیفه‌شناس و تمایل کمتری به توافق با دیگران دارند. از جمله محدودیت‌های پژوهش این است که در این پژوهش به دلیل علی - مقایسه‌ای بودن طرح، کنترل همه‌ی متغیرهای مرتبط

References

- 1- Looper KJ, Kirmayer LJ. Hypochondriacal concerns in a community population. *Psychol Med* 2001; 31:577–84.
- 2- Owens KMB, Asmundson GJG, Hadjistavropoulos T, Owens TJ. Attentional bias toward illness threat in individuals with elevated health anxiety. *Cognit Ther Res* 2004; 28(1):57–66.
- 3- Taylor S, Asmundson G. *Treating health anxiety*. New York: Guilford Press; 2004.
- 4- Tanga NKY, Salkovskisa PM, Poplavskayaa E, Kelly J. Wrighta, Magdi Hannab, Joan Hesterb. Increased use of safety-seeking behaviors in chronic back pain patients with high health anxiety. *Behav Res Ther* 2007; 45(12):2821-35.
- 5- Longley SL, Watson D, Noyes R. Assessment of the hypochondriasis domain: The multidimensional inventory of hypochondriacal traits (MIHT). *Psychol Assess* 2005; 17(1):3–14.
- 6-MacSwaina KLH, Sherrya SB, Stewart SH, Wattb MC, Hadjistavropoulosc HD, Grahama AR. Gender differences in health anxiety: An investigation of the interpersonal model of health anxiety. *Personality and Individual Differences* 2009; 47(8):938–43.
- 7- Salkovskis PM, Warwick HC. Meaning, misinterpretations, and medicine: A cognitive-behavioral approach to understanding health anxiety and hypochondriasis. In Starcevic V, Lipsitt DR, eds. *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady*. New York: Oxford University Press; 2001. P. 202–22.
- 8- Paul M. Salkovskis, David M. Clark, Michael G. Gelder. Cognition–behavior links in the persistence of panic. *Behav Res Ther* 1996; 34(5-6):453–8.
- 9- Salkovskis PM, Clark DM. Panic disorder and hypochondriasis. *Adv Behav Res Ther* 1993; 15(1):23–48.
- 10- Barsky AJ, Coeytaux RR, Sarnie MK, Cleary PD. Hypochondriacal patients' beliefs about good health. *Am J Psychiatry* 1993; 150(7):1085–9.
- 11- Costa PT, McCrae RR. Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment* 1992; 4(1):5-13.
- 12- Cox BJ, Borgerb SC, Asmundsonc GJG, Taylor S. Dimensions of hypochondriasis and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences* 2000; 29(1):99-108.
- 13-Hadjistavropoulos HD, Owens KMB, Hadjistavropoulos T, Asmundson GJG. Hypochondriasis and health anxiety among pain patients. In: Asmundson GJG, Taylor S, Cox BJ, eds. *Health anxiety: Clinical and research perspectives on hypochondriasis and related conditions*. Chichester: Wiley; 2001. P. 298–323.
- 14- Koszegi B. Health anxiety and patient behavior. *J Health Econ* 2003;22(6):1073–84.
- 15- Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HMC, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med* 2002; 32(5):843–53.
- 16- Pasha GR. [The relation between hypochondriasis, anxiety, and other characteristics in students]. *Knowledge and Research in Applied Psychology* 2006;7(25):1-20 (Persian)
- 17- Rief W, Hiller W, Margraf J. Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *J Abnorm Psychol* 1998;107(4):587-95.
- 18- Pilowsky I. Dimensions of hypochondriasis. *Br J Psychiatry* 1967;113(494):89-93.
- 19- Leibbrand R, Hiller W. Hypochondriasis and somatization: two distinct aspects of somatoform disorders? *J Clin Psychol* 2000;56(1):63–72.
- 20- Haghshenas H. Persian Standardization and Norms for NEO Personality Inventory Revised (NEO- PI-R). *Andishe Va Raftar J* 1999; 4(16):38-47. [In Persian]
- 21- Amanelahi A. An Investigating of Relationship between Personality Characteristics and Family-Personal Factors with Marital satisfaction [dissertation]. Ahvaz Shahid Chamran Univ.; 2004. (Persian)
- 22- Davoudi I. A study of Cognitive and personality factors, life stressors and familial background as predictors of Obsessive-Compulsive Disorder and the comparison of OCD-

- subgroups based on some of these predictors in Ahvaz [dissertation]. Ahvaz: Shahid Chamran Univ.; 2008. (Persian)
- 23- Marcus DK, Hughes KT, Arnau RC. Health anxiety, rumination, and negative affect: a mediational analysis. *J Psychosom Res* 2008;64(5):495-501.
- 24- Salkovskis PM, Warwick HC, Deale AC. Cognitive-behavioural treatment for severe and persistent health anxiety (hypochondriasis). *Brief Treat Crisis Interv* 2003;3(3):353-68.
- 25- Hadjistavropoulos HD, Hadjistavropoulos T, Quine A. Health anxiety moderates the effects of distraction versus attention to pain. *Behav Res Ther* 2000;38(5):425-38.
- 26- Muse K, McManus F, Hackmann A, Williams M, Williams M. Intrusive imagery in severe health anxiety: Prevalence, nature and links with memories and maintenance cycles. *Behav Res Ther* 2010;48(8):792-8.
- 27- Williams PG. The psychopathology of self-assessed health: A cognitive approach to health anxiety and hypochondriasis. *Cognit ther Res* 2004; 28(5):629-44.
- 28- Stuart AD, Pretorius HG, Merwe LVD. Irritable bowel syndrome: towards an integrated approach. *Health SA Gesondheid* 1999; 4(1):10-8.
- 29- Noyes RJr, 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.
- 30- Fathahinia M. Comparison of Personality Traits of Irritable Bowel Syndrome (IBS) Patients and Healthy Population with Control of Mental Health in Ahvaz [dissertation]. Ahvaz: Shahid Chamran Univ.; 2009. (Persian)
- 31- Noyes R, Watson DB, Carney CP, Letuchy EM, Peloso PM, Black DW, et al. Risk factors for hypochondriacal concerns in a sample of military veterans. *J Psychosom Res* 2004;57(6):529-39.
- 32- Noyes R, Happel RL, Stephen BSN, Yagla SJ. Correlates of hypochondriasis in a nonclinical population. *Psychosomatics* 1999;40(6):461-69.
- 33- Payandeh M. Relationship between Personality Traits and Conflict Management Strategy in Manager of Khouzestan Physical Education Headquarter [dissertation]. Ahvaz: Shahid Chamran Univ.; 2010. (Persian)
- 34- Roshan R, Shaeeri MR, Atrifard M. [Investigating Psychometric Properties of Neo-five Factor Inventory (NEO-FFI)]. *J Daneshvar Raftar* 2006; 1(16): 27-36. (Persian)
- 35- Noyes R, Kathol RG, Fisher MM, Phillips BM, Suelzer MT, Woodman CL. Psychiatric comorbidity among patients with hypochondriasis. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16(2):78-87.
- 36- Hitchcock PB, Mathews A. Interpretation of bodily symptoms in hypochondriasis. *Behav Res Ther* 1992; 30(3):223-34.
- 37- Livingston R, Witt A, Smith GR. Families who somatize. *J Dev Behav Pediatr* 1995; 16(1):42-6.
- 38- Kellner R, Abbott P, Winslow WW, Pathak D. Fears, beliefs, and attitudes in DSM-III hypochondriasis. *J Nerv Ment Dis* 1987; 175(1):20-5.
- 39- Lecci L, Karoly P, Ruehlman LS, Lanyon RI. Goal-relevant dimensions of hypochondriacal tendencies and their relation to symptom manifestation and psychological distress. *J Abnorm Psychol* 1996; 105(1):42-52.

The Comparison of dysfunctional beliefs and Personality traits between teachers with and without health anxiety

Iran Davoudi PhD¹, Farideh Nargesi MA², Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand PhD³

1- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Education, Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran.

2- MA of Clinical Psychology, Department of Psychology, School of Psychology and Education, Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran.

3- Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Education, Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran.

*Corresponding Author:
Iran Davoudi, Department of Psychology, School of Psychology and Education, Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran.
Tel:09163132775
E-mail: davoudi_i@scu.ac.ir

Abstract

Background: The aim of the present study was the comparison of dysfunctional beliefs and personality traits between teachers with and without health anxiety in Andimeshk.

Methods: The sample consisted of 60 participants with health anxiety and 59 participants without health anxiety. The variables were evaluated in two groups by the Health Anxiety Inventory (HAI), Cognitions About Body and Health (CABAH) and NEO-FFI.

Results: The MANOVA showed there is difference ($p < 0.001$, $F = 20/564$) between groups. Differences between two groups were significant, in CABAH and beliefs relevant to catastrophizing interpretation of bodily complaints, autonomic sensations, bodily weakness, intolerance of bodily complaints, and health habits, also neuroticism, extraversion, agreeableness, and conscientiousness.

Conclusion: The Catastrophizing Interpretation of Bodily Complaints, Autonomic Sensations, Bodily Weakness, Intolerance of Bodily Complaints, Health Habits, and Neuroticism scales of participants with health anxiety were significantly higher, whereas their scores of Extraversion, Agreeableness and Conscientiousness scales were lower. Two groups were not different on openness scales.

Keywords: health anxiety, dysfunctional beliefs, personality traits

Received: 09.04.2012

Accepted: 13.06.2012