

مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی، خودبیمارپنداری اینترنتی، و اضطراب سلامت در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، اضطراب فراگیر، افسردگی، و افراد عادی

علی فتحی اولی قشلاقی^۱ محمود نجفی^۲

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی، خودبیمارپنداری اینترنتی و اضطراب سلامت در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، اضطراب فراگیر، افسردگی و افراد عادی بود. روش پژوهش حاضر علی-مقایسه‌ای بود. به منظور انتخاب نمونه از بین بیماران واجد شرایط تعداد ۵۰ نفر مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، ۵۰ نفر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، ۵۰ نفر نیز بیماران مبتلا به اختلال افسردگی در بیمارستان روان‌پزشکی ۵۰۵ ارتش شهر تهران و همچنین ۵۰ نفر از کارکنان بیمارستان (گروه عادی) با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه عدم تحمل بلا تکلیفی، پرسش‌نامه خودبیمارپنداری اینترنتی و پرسش‌نامه اضطراب سلامت بود. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین مؤلفه‌های عدم تحمل بلا تکلیفی، خودبیمارپنداری اینترنتی و اضطراب سلامت در چهار گروه تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که میانگین نمره افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در همه مؤلفه‌های عدم تحمل بلا تکلیفی بیش از گروه‌های وسواسی-جبری، افسردگی و افراد عادی بود. همچنین میانگین نمره افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در همه مؤلفه‌های خودبیمارپنداری اینترنتی و اضطراب سلامت بیش از گروه‌های اضطراب فراگیر، افسردگی و افراد عادی بود.

^۱ کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم

تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

^۲ دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان،

ایران. نویسنده مسئول: (m_najafi@semnan.ac.ir)

نتایج حاکی از اهمیت و ضرورت توجه به عدم تحمل بلاتکلیفی، خودبیمارپنداری اینترنتی و اضطراب سلامت در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، اضطراب فراگیر و افسردگی است.

کلیدواژه‌ها: اختلال وسواسی-جبری، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال افسردگی اساسی، اضطراب سلامت، خودبیمارپنداری اینترنتی، عدم تحمل بلاتکلیفی.

The comparison of Intolerance of uncertainty, Cyberchondria and Health anxiety in obsessive-compulsive disorder, general anxiety disorder, depressive disorder and normal people

Ali Fathi Avali Geshlaighei^۱ Mahmoud Najafi^۲

۳

Abstract

The aim of this study was to compare Intolerance of uncertainty, Cyberchondria and Health anxiety in obsessive-compulsive disorder, general anxiety disorder, depressive disorder and normal people. The method of the present study was causal-comparative. For this purpose, a sample was selected from 50 eligible patients with obsessive-compulsive disorder and 50 patients with general anxiety disorder and 50 patients depressive disorder to 505 Army Psychiatric Hospital in Tehran and 50 hospital staff (normal group). Were selected by available sampling method Research instruments include the The IUS-12 (intolerance of uncertainty The Short version) CSS-12 (Cyberchondria Severity Scale) and the health anxiety Inventory. Descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (multivariate analysis of variance) were used to measure and to analyze the findings. Findings showed that there is a significant difference between the Intolerance of uncertainty, Cyberchondria and Health anxiety in the four groups. The mean score of people with general anxiety disorder in all components of Intolerance of uncertainty is higher than other groups. Also All components of Cyberchondria, Health anxiety in the group of obsessive-compulsive groups is higher than other groups.

Conclusion The results indicate the importance and necessity of paying attention to the Intolerance of uncertainty, Cyberchondria and Health anxiety in obsessive-compulsive disorder, general anxiety disorder, depressive disorder.

Keywords: Intolerance of uncertainty; Cyberchondria; Health anxiety; Obsessive-compulsive disorder; General anxiety disorder; Depressive disorder

^۱M.A in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.

^۲Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran. m_najafi@semnan.ac.ir (Corresponding author)

مقدمه

اختلالات روانی باعث ایجاد اختلالاتی در زندگی، شغل و روابط افراد می‌شود. یکی از این اختلالات، اختلال وسواسی-جبری^۱ است. این اختلال با وسواس فکری (افکار یا احساسات مزاحم) و وسواس عملی (اعمال اجباری) مشخص می‌شود. شیوع این اختلال در زنان بزرگسال بیش از مردان مبتلا است، هرچند این اختلال معمولاً در پسر بچه‌ها بیشتر دیده می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا،^۲ ۲۰۲۲). از دیگر اختلالات شایع، اختلال اضطراب فراگیر^۳ است. این اختلال با نگرانی مفرط و کنترل‌نشده مشخص می‌شود (کاپلان و سادوک^۴، ۲۰۲۲). میزان شیوع یک‌ساله آن بین ۳ تا ۸ درصد و میزان شیوع طول عمر نزدیک به ۵/۷ درصد گزارش شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا،^۲ ۲۰۲۲). اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی-جبری در نسخه تجدید نظر شده پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۵ (۲۰۲۲)، جزء اختلال‌های متمایز طبقه‌بندی شده است، با این حال این دو اختلال از نظر سن شروع، پدیدارشناختی، اختلالات همراه و فرایندهای اساسی مشترک (دوگاس^۶ و همکاران، ۲۰۰۷) هم‌پوشانی قابل توجهی دارند. از سوی دیگر، شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه اختلال اضطراب فراگیر با اختلال افسردگی^۷ ارتباط زیادی دارد (کاپلان و سادوک،^۲ ۲۰۲۲). اختلال افسردگی عمدتاً با خلق افسرده، از دست دادن علاقه یا لذت، کاهش انرژی، احساس گناه یا ارزش خود پایین، اختلال در خواب و اشتها و تمرکز ضعیف مشخص می‌شود. علاوه بر این غالباً افسردگی با علائم اضطراب نیز همراه است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا،^۲ ۲۰۲۲). در جدیدترین مطالعات اختلال افسردگی در بین اختلالات روان‌پزشکی بالاترین شیوع طول عمر (حدود ۱۷ درصد) را داشته است (کاپلان و سادوک،^۲ ۲۰۲۲). با توجه به شیوع بالا، ابعاد مشترک و

۱. Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

۲. American Psychiatric Association

۳. Generalized Anxiety Disorder (GAD)

۴. Kaplan & Sadock

۵. Diagnosis And Statistical Manual Of Mental Disorser, Fifth Edition

۶. Dugas

۷. Depressive Disorder (DD)

هم‌پوشانی قابل توجه بین این اختلالات وسواسی-جبری، اضطراب فراگیر و افسردگی (گودوین^۱، ۲۰۱۵)، مقایسه سازه‌های مرتبط از اهمیت فراوانی برخوردار است.

یکی از ابعاد مشترک بین اختلالات وسواسی-جبری، اضطراب فراگیر و افسردگی، عدم تحمل بلا تکلیفی^۲ است. گفتنی است که عدم تحمل بلا تکلیفی به یک ویژگی شخصیتی اشاره دارد که شامل مجموعه‌ای از باورهای منفی درباره بلا تکلیفی، آستانه تحمل پایین برای موقعیت‌های مبهم و پیش‌بینی عواقب ناگوار در این گونه موقعیت‌هاست (ریق و ساندرسون^۳، ۲۰۰۴). در اصل عدم تحمل بلا تکلیفی شامل یک ویژگی سرشتی است که از مجموعه‌ای باورهای منفی درباره ابهام و معنای ضمنی آن نشئت می‌گیرد. شیوه‌هایی که فرد اطلاعات را در شرایط مبهم ادراک می‌کند و به این اطلاعات با مجموعه‌ای از واکنش‌های عاطفی، شناختی و رفتاری پاسخ می‌دهد. گفتنی است که این واکنش‌ها منفی و مستقل از احتمال روی دادن واقعی آن موقعیت‌های مدنظر و پیامدهای مرتبط با آن است (آنتونی^۴ و همکاران، ۱۹۹۸). شایان ذکر است که این سازه دربردارنده سه نوع باور است؛ الف) ضرورت مطمئن بودن؛ ب) باورهایی درباره سازگاری ضعیف فرد در تغییرات غیر قابل پیش‌بینی و نیز ج) باورهایی درباره دشواری داشتن عملکردی مناسب در شرایط مبهم، است (بوهر^۵، ۲۰۰۹). گفتنی است که عدم تحمل بلا تکلیفی در عین حال که یک عامل خطر فراتشخیصی بین اختلال وسواسی-جبری و اختلال اضطراب فراگیر است (کارلتون^۶، ۲۰۰۷)، از سوی دیگر، به عنوان یکی از ویژگی‌های مشترک میان اختلال‌های اضطراب فراگیر و افسردگی نیز معرفی شده است (رن^۷ و همکاران، ۲۰۲۱، یوک^۸ و همکاران، ۲۰۱۰؛ دوگاس، ۲۰۰۴). همچنین با وجود مشترک بودن عدم تحمل

۱. Goodwin

۲. intolerance of uncertainty

۳. Rygh & Sanderson

۴. Antony

۵. Buhr

۶. Carleton

۷. Ren

۸. Yook

بلا تکلیفی در این سه اختلال (اختلال وسواسی-جبری، اضطراب فراگیر و افسردگی)، پژوهشگر در جستجوی خود، پژوهشی مبنی بر مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی در این سه اختلال نسبت به یکدیگر نیافت.

در سال‌های اخیر پژوهشگرانی از قبیل باردین و فورگس^۱ (۲۰۱۳) نشان داده‌اند که عدم تحمل بلا تکلیفی پیش‌بینی‌کننده قدرتمندی در تشدید اضطراب سلامت^۲ است. اضطراب سلامت را می‌توان تمایل فرد به تفسیر نادرست اطلاعات مبهم پزشکی به عنوان نشانه‌های بیماری جسمانی تعریف کرد (سالکوسکیس^۳ و همکاران، ۱۹۹۷). اضطراب سلامت شامل چهار مؤلفه ادراکی، شناختی، عاطفی و رفتاری است. مؤلفه ادراکی شامل اشتغال ذهنی با علائم و احساس‌های بدنی است. مؤلفه شناختی به اعتقاد قوی مبنی بر بیمار بودن برخلاف شواهد پزشکی اشاره دارد. مؤلفه عاطفی شامل نگرانی درباره سلامت است و در آخر مؤلفه رفتاری، رفتارهای اطمینان‌جویانه به منظور کاهش ترس از بیماری را دربرمی‌گیرد و (نرگسی و همکاران، ۱۳۹۶ به نقل از: لانگلی^۴، ۲۰۰۵، ص ۸۸). سطح بالای اضطراب سلامت باعث بروز رفتارهای اطمینان‌جویانه برای مطمئن شدن از سلامتی و دریافت کمک (از جمله مراجعه به پزشک) تکرار آنها به منظور بهبود سلامتی و یا انکار بیماری می‌شود، تقویت می‌شوند و این سیکل تکراری مشکل‌دار ادامه می‌یابد (خانی شالی و همکاران، ۱۳۹۳ به نقل از: کنروی^۵، ۱۹۸۸، ص ۶۲). در پژوهش آونس^۶ و همکاران (۲۰۰۴) به این موضوع اشاره شده است که افرادی که از اضطراب سلامت زیادی رنج می‌برند، از علائمی همچون نگرانی درباره بیماری (به خصوص بیمارهای وخیم)، ناتوانی در نادیده گرفتن علائم ساده جسمانی، توجه انتخابی شدیدتر نسبت به این علائم نامبرده بعد از شنیدن یا خواندن درباره یک بیماری، گوش به زنگی افراطی، مراجعه افراطی به دکتر و

۱. Bardeen & Fergus

۲. health anxiety

۳. Salkovskis

۴. Langli

۵. Kanrewi

۶. Owens

مراکز درمانی و بالاخره ترس افراطی از مرگ، رنج می‌برند. در پژوهش هدمن^۱ و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که اضطراب سلامت همبستگی بالایی با علائم اختلال وسواسی-جبری دارد. همچنین در مطالعات ویسمارا^۲ و همکاران (۲۰۲۱) نشان داده‌اند که سطح اضطراب سلامت افراد دچار اختلالات افسردگی اساسی، وسواسی-جبری و اختلالات اضطرابی (مانند اضطراب فراگیر) نسبت به افرادی که نگرانی در حوزه بیماری پزشکی (مانند ارتوپدی^۳) را تجربه می‌کنند، بیشتر و نسبت به افراد دچار اختلال خودبیمارپنداری کمتر است ولی در پژوهش ایشان به این سؤال پاسخ داده نشد که میزان شدت اضطراب سلامت در اختلالات وسواسی-جبری، اضطراب فراگیر و افسردگی نسبت به یکدیگر چگونه است؟ گفتنی است که با وجود مشترک بودن سازه اضطراب سلامت در این سه اختلال (اختلال وسواسی-جبری، اضطراب فراگیر و افسردگی) در جستجوی پژوهشگر، پژوهشی که میزان شدت این سازه در این سه اختلال را نسبت به یکدیگر نشان دهد، یافت نشد.

از دیگر عوامل مشترک بین اختلالات وسواسی-جبری، اضطراب فراگیر و افسردگی، خودبیمارپنداری اینترنتی است که به معنای تمایل به جستجوی بیش از حد اطلاعات در حوزه سلامت در اینترنت با وجود ناراحتی ناشی از این فرایند است، (استارچویچ و برل^۴، ۲۰۱۳). به عبارتی خودبیمارپنداری اینترنتی را می‌توان جستجوی مکرر و مداوم اطلاعات پزشکی که با تلاش‌های ناموفق در زمینه اطمینان‌جویی که در نتیجه منجر به اضطراب و پریشانی معنادار در فرد می‌شود، تعریف کرد (مک‌الروی^۵ و همکاران، ۲۰۱۴). در برخی پژوهش‌ها به این موضوع اشاره شده است که خودبیمارپنداری اینترنتی دارای چهار بعد الف) تکرار شونده، ب) افزایش عاطفه منفی، ج) تداخل در زندگی روزانه (وسواس‌گرایی) و د) اطمینان‌جویی مفرد، است (فرگوس، ۲۰۱۴؛ مک‌الروی و شیولین^۶،

-
۱. Hedman
 ۲. Vismara
 ۳. Orthopeady
 ۴. Starcevic & Berle
 ۵. MacElory
 ۶. Shevlin

۲۰۱۴؛ نور^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). فورگس و همکاران (۲۰۱۵) رابطه بین عدم تحمل بلا تکلیفی و خودبیمارپنداری اینترنتی را در پژوهش خود نشان دادند. جستجوی اینترنتی حول موضوعات پزشکی، نمود یک رفتار است و عدم تحمل بلا تکلیفی ایجاد شده توسط موضوعات پزشکی، می تواند فرد را برای کسب اطلاعات بیشتر ترغیب کند. به گونه ای که افرادی که عدم تحمل بلا تکلیفی بالایی دارند به منظور کاهش بلا تکلیفی و ابهام خود (در حوزه مسائل پزشکی و سلامت) تمایل مفرطی را برای جستجوی اینترنتی از خود نشان می دهند که این فرایند باعث بروز خودبیمارپنداری اینترنتی در فرد می شود. در اصل نیروی اصلی تحریک کننده جستجوی آنلاین، عدم قطعیت در باب آن موضوع است. افرادی که قادر به تحمل عدم اطمینان نیستند و از تجربه اشیا ناشناخته به عنوان عدم قطعیت می ترسند، و آن را جز شرایط استرس زا تلقی می کنند، از جستجوی آنلاین به منظور راه حل مقابله ای با این ناراحتی استفاده می کنند. همچنین عدم تحمل بلا تکلیفی یک فرایند واسطه ای بین بروز روان رنجوری و خودبیمارپنداری اینترنتی را دارد (استارسوویچ^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). قابل ذکر است که برخی پژوهش ها بر اهمیت احتمالی خودبیمارپنداری اینترنتی به عنوان مسیر رشد اضطراب سلامت، تأکید می کنند (نور و همکاران، ۲۰۱۴). لذا شیوع بالای اختلالات وسواسی-جبری، افسردگی و اضطراب فراگیر در ایران و نیز سیر مزمن این اختلالات در کشور که سبب شده است این افراد مبتلا به اختلالات مذکور بیشترین مراجعه را به مراکز بهداشتی-درمانی و خدمات بهداشت روانی داشته باشند (صمصام شریعت و همکاران، ۱۳۹۶ به نقل از: منتظری و همکاران، ۱۳۹۲، ص ۱۸۸؛ شیخ مونسسی و همکاران، ۱۳۹۴)، مطالعه مقایسه میزان شدت عدم تحمل بلا تکلیفی، خودبیمارپنداری اینترنتی و اضطراب سلامت بر روی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، اضطراب فراگیر و افسردگی در مقایسه با یکدیگر و افراد عادی ضرورت می یابد تا با بررسی این ویژگی های شناختی، گام مؤثری در شناسایی، تشخیص، برنامه ریزی طرح درمان و مداخله درمانی بیماران مذکور در کلینیک ها و مطب های روان شناسی و روان پزشکی توسط روان شناسان و روان پزشکان شود. همچنین با افزایش بینش و آگاهی بیشتر از میزان شدت این متغیرهای مذکور در این اختلالات نامبرده، بتواند تأثیر مثبتی بر

۱. Norr

۲. Starcevic

ارتقای سطح پیشگیری، مداخله و درمان را به گروه‌های هدف برای متخصصان حوزه بهداشت روان، داشته باشد. بنابراین سؤال اصلی پژوهش این است که آیا بین عدم تحمل بلا تکلیفی، خودبیمارپنداری اینترنتی و اضطراب سلامت در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، اضطراب فراگیر، افسردگی و افراد عادی تفاوتی وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای و به صورت مقطعی است. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، اضطراب فراگیر و افسردگی است که در سال ۱۴۰۱ به بیمارستان روان پزشکی ارتش شهر تهران مراجعه کرده‌اند. ملاک‌های ورود شامل تشخیص اولیه و اصلی اختلالات وسواسی-جبری، اضطراب فراگیر و افسردگی در هر یک از گروه‌های پژوهش توسط روان‌پزشک براساس پرونده بیمار، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۵۰ سال، داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل، عدم سوء مصرف مواد، عدم دریافت درمان‌های روان‌پزشکی و روان‌شناختی در حین ورود به پژوهش و رضایت آگاهانه بود. ملاک خروج نیز شامل خروج اختیاری آزمودنی از تحقیق و جابه‌جایی آزمودنی به یک بیمارستان دیگر در حین پژوهش در گروه‌های اختلال وسواسی-جبری، اضطراب فراگیر و افسردگی بوده است. ملاک ورود برای افراد عادی نیز نداشتن هیچ‌گونه اختلال خاص جسمانی و روان‌شناختی (که با آزمون سلامت عمومی^۱ بررسی شد)، دامنه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال، داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل، عدم سوء مصرف مواد و رضایت آگاهانه بود. ملاک خروج نیز در این گروه شامل خروج اختیاری آزمودنی و بروز بیماری جسمی یا روان‌شناختی حین انجام پژوهش بود. با توجه به ملاک‌های ورود و خروج، تعداد ۵۰ نفر مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، ۵۰ نفر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، ۵۰ نفر مبتلا به اختلال افسردگی و ۵۰ نفر از افراد عادی از بین کارکنان بیمارستان روان پزشکی ارتش شهر تهران با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. افراد هر چهار گروه پرسش‌نامه‌های پرسشنامه کوتاه عدم تحمل بلا تکلیفی فریستون^۲ و همکاران (۲۰۰۹)، پرسشنامه خودبیمارپنداری اینترنتی مک‌الروی و همکاران (۲۰۱۹) و پرسشنامه اضطراب

۱. General Health Questionnaire (GHQ)

۲. Freeston

سلامت سالکووسکیس و وارویک^۱ (۲۰۰۲) را تکمیل کردند. داده‌های پژوهش با استفاده از روش کوواریانس و نرم‌افزار آماری spss۲۱ تحلیل شد. در ابتدا به شرکت کنندگان در پژوهش توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش، تعداد پرسشنامه‌ها و ماده‌های این پرسشنامه‌ها ارائه شد. همچنین تمامی موارد جهت رعایت موازین اخلاقی و گمنام ماندن افراد شرکت کننده در پژوهش و حفظ اسرار آنها انجام گردید. این پژوهش با کد اخلاق IR.SEMUMS.REC.1401.032 در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی سمنان به تصویب رسیده است.

ابزارها

۱. پرسش‌نامه عدم تحمل بلا تکلیفی^۲: اولین آزمون برای ارزیابی عدم تحمل بلا تکلیفی را فریستون و همکاران (۱۹۹۴) ساختند و ارزیابی کردند. این پرسش‌نامه شامل ۲۷ گویه با مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، معمولاً و اغلب) است (فریستون و همکاران، ۱۹۹۴). کارلتون و همکاران (۲۰۰۹) فرم کوتاه ۱۲ گویه‌ای این پرسش‌نامه را طراحی کردند که همبستگی مناسبی با نسخه اصلی دارد (بوهر و دوگاس^۳، ۲۰۰۷). نسخه رایج شامل سه زیرمقیاس اضطراب آینده، اضطراب بازدارنده و نمره کل است. در پژوهش زنگوله‌چی (۲۰۱۸) پایایی پرسش‌نامه به روش بازآزمایی ۰/۷۹ و آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۸۱ گزارش شده است. شایان ذکر است که در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه عدم تحمل بلا تکلیفی ۰/۸۴ به دست آمد.

۲. پرسش‌نامه اضطراب سلامت^۴: فرم اولیه و بلند پرسش‌نامه اضطراب سلامت را برای اولین بار سالکووسکیس و وارویک (۱۹۸۹) طراحی کردند. فرم کوتاه ۱۸ سؤالی این پرسش‌نامه مجدداً توسط سالکووسکیس و وارویک (۲۰۰۲) ساخته شد که از نوع مداد-کاغذی و خودسنجی است (سالکووسکیس و همکاران، ۲۰۰۲). این پرسش‌نامه شامل خرده‌مقیاس‌های احتمال ابتلا به بیماری، پیامدهای منفی ابتلا به بیماری و یک نمره

۱. Warwick

۲. Intolerance of Uncertainty Scale

۳. Dugas

۴. Health Anxiety Inventory

کل است (سالکوسکیس و همکاران، ۲۰۰۲). روایی همگرا پرسش‌نامه اضطراب سلامت از طریق محاسبه همبستگی آن با مقیاس باورهای بیماری^۱ (IAS) ۰/۶۳ گزارش شده است (سالکوسکیس و همکاران، ۲۰۰۲). روایی همگرای پرسش‌نامه اضطراب سلامت نیز از طریق همبسته بودن با سلامت عمومی، اجتناب تجربی، اضطراب، استرس و افسردگی به ترتیب ۰/۴۲، ۰/۳۱، ۰/۴۷، ۰/۳۲ و ۰/۳۴ است (کریمی و همکاران، ۲۰۱۵). پایایی این پرسش‌نامه به روش آزمون-باز آزمون ۰/۹۰ و ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (سالکوسکیس و همکاران، ۲۰۰۲). گفتنی است که در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه اضطراب سلامت ۰/۸۱ به دست آمد.

۳. پرسش‌نامه خودبیمارپنداری اینترنتی^۲: پرسش‌نامه خودبیمارپنداری اینترنتی یک مقیاس خودگزارش‌دهی است که مک‌الروی و همکاران (۲۰۱۹) آن را ساختند. این پرسش‌نامه دارای ۱۲ گویه و مقیاس لیکرتی از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) است. این پرسش‌نامه دارای چهار زیرمقیاس افراط و زیاده‌روی، تنش و پریشانی، اطمینان‌جویی و اجبار است. پایایی به دست آمده در زیرمقیاس‌های افراط و زیاده‌روی، تنش و پریشانی، اطمینان‌جویی و اجبار و کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۷، ۰/۷۳، ۰/۸۷ و ۰/۹۰ است. همچنین روایی هم‌زمان، واگرا و همگرای این پرسش‌نامه با اضطراب سلامت و اضطراب فراگیر نشان‌دهنده همبستگی بالایی است. پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ برای مقیاس کل برابر ۰/۹۰ و برای زیرمقیاس‌ها نیز بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۷ متغیر بود (هاشمی و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین گفتنی است که در مطالعه حاضر نیز آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه خودبیمارپنداری اینترنتی ۰/۷۵ به دست آمد.

یافته‌ها

با توجه به جدول ۱، آماره Z در آزمون شاپیروویلک در هیچ کدام از گروه‌ها معنادار نیست. پس می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نرمال است و استفاده از آزمون پارامتریک امکان‌پذیر است. به منظور مقایسه گروه‌ها با یکدیگر از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شده است. بدین منظور ابتدا پیش فرض همگنی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون ام‌باکس)

۱. Illness Attitudes Scale (IAS)

۲. Cyberchondria Severity Scale (CSS)

بررسی شد. در آزمون ام باکس عدم تحمل بلا تکلیفی در هیچ یک از گروه‌ها معنی‌دار نبوده است و شرط همگنی واریانس‌ها کاملاً رعایت شده است ($P < 0/12$, $F = 1/31$). گفتنی است که در آزمون ام باکس خودبیمارپنداری اینترنتی P از آلفا کوچک‌تر و معنی‌دار است و شرط همگنی واریانس‌ها کاملاً رعایت نشده است ($P < 0/01$, $F = 6/94$, $Box = 216/23$). لذا بنا به پیشنهاد تاباچنیک و فیدل، اثر پیلایی مبنای گزارش قرار گرفت. همچنین در آزمون ام باکس اضطراب سلامت در هیچ یک از گروه‌ها معنی‌دار نبوده است و شرط همگنی واریانس‌ها کاملاً رعایت شده است ($P < 0/17$, $Box = 48/45$, $F = 1/84$).

در مرحله بعد به منظور بررسی یکسانی واریانس خطای متغیرها در بین گروه‌ها از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای عدم تحمل بلا تکلیفی در بین گروه‌ها عبارت‌اند از: ($F = 2/37$, $P < 0/096$) سطح معناداری آماره F (لون) در تنظیم عدم تحمل بلا تکلیفی بزرگ‌تر از 0/05 است در نتیجه فرض همسانی واریانس خطای متغیرها در بین گروه‌ها برقرار است. با توجه به نتایج آزمون لون استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری مجاز است. همچنین نتایج آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای خودبیمارپنداری اینترنتی در بین گروه‌ها عبارت‌اند از: ($P < 0/44$, $F = 0/69$) سطح معناداری آماره F (لون) در تنظیم عدم تحمل بلا تکلیفی بزرگ‌تر از 0/05 است در نتیجه فرض همسانی واریانس خطای متغیرها در بین گروه‌ها برقرار است. با توجه به نتایج آزمون لون استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری مجاز است. و در آخر نتایج آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای اضطراب سلامت در بین گروه‌ها عبارت‌اند از: ($F = 0/07$, $P < 2/41$) سطح معناداری آماره F (لون) در تنظیم عدم تحمل بلا تکلیفی بزرگ‌تر از 0/05 است در نتیجه فرض همسانی واریانس خطای متغیرها در بین گروه‌ها برقرار است. با توجه به نتایج آزمون لون استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری مجاز است.

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد و نتایج نرمال بودن چهار گروه وسواس، اضطراب فراگیر، افسردگی و عادی

مؤلفه	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیروویلیک	سطح معناداری
عدم تحمل بلا تکلیفی	وسواس	۴۴/۱۸	۵/۶۷	۹۵۵	۰/۵۳
اضطراب فراگیر		۵۲/۷۰	۵/۵۱	۹۵۵	۰/۵۵

۰/۱۱	۹۶۳	۹/۲۱	۳۳/۸۶	افسردگی	
۰/۶۳	۹۵۶	۶/۸۴	۲۷/۳۸	عادی	
۰/۵۴	۹۵۸	۱/۶۱	۷/۷۵	خودبیمارپنداری اینترنتی و سواس	
۰/۱۶	۹۸۰	۱/۲۳	۶/۲۴	اضطراب فراگیر	
۰/۱۱	۹۶۳	۱/۸۵	۴/۷۲	افسردگی	
۰/۵۶	۹۵۹	۱/۸۲	۲/۸۸	عادی	
۰/۶۹	۹۵۷	۵/۳۴	۴۵/۴۰	اضطراب سلامت و سواس	
۰/۶۶	۹۵۴	۵/۰۳	۳۹/۲۰	اضطراب فراگیر	
۰/۴۰	۹۷۶	۴/۵۱	۱۹/۲۴	افسردگی	
۰/۶۸	۹۵۶	۵/۶۶	۱۳/۸۴	عادی	

همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده به منظور بررسی تفاوت چهار گروه در مؤلفه‌های عدم تحمل بلا تکلیفی، خودبیمارپنداری اینترنتی و اضطراب سلامت از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین چهار گروه از نظر عدم تحمل بلا تکلیفی تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که میانگین مؤلفه‌های اضطراب آینده، اضطراب بازدارنده و نمره کل عدم تحمل بلا تکلیفی در گروه اضطراب فراگیر بیش از گروه‌های وسواسی-جبری، افسردگی و افراد عادی است. و همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین چهار گروه از نظر خودبیمارپنداری اینترنتی تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که میانگین مؤلفه‌های افراط و زیاده‌روی، تنش و پریشانی، اطمینان‌جویی و اجبار در گروه وسواسی-جبری بیشتر از گروه‌های اضطراب فراگیر، افسردگی و افراد عادی است. در آخر نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین چهار گروه از نظر مؤلفه‌های اضطراب سلامت تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که میانگین مؤلفه‌های نگرانی کلی سلامتی، احتمال ابتلا به بیماری و پیامدهای منفی ابتلا به بیماری در گروه وسواسی-جبری بیش از گروه‌های اضطراب فراگیر، افسردگی و افراد عادی است.

جدول ۲ نتایج آزمون توکی جهت بررسی الگوهای تفاوت گروه‌ها در عدم تحمل بلا تکلیفی، خودبیمارپنداری اینترنتی و اضطراب سلامت

متغیر وابسته	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری
اضطراب آینده	عادی	وسواس	-۸/۸۰	۰/۸۵۹	۰/۰۰۱

متغیر وابسته	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری
		اضطراب فراگیر	-۱۲/۹۶	۰/۸۵۹	۰/۰۰۱
		افسردگی	-۳/۸۲	۰/۸۵۹	۰/۰۰۵
	وسواس	اضطراب فراگیر	-۴/۱۶	۰/۸۵۹	۰/۰۰۲
		افسردگی	۴/۹۸	۰/۸۵۹	۰/۰۰۱
	اضطراب فراگیر	افسردگی	۹/۱۴	۰/۸۵۹	۰/۰۰۱
		وسواس	-۹/۱۶	۰/۶۳۲	۰/۰۰۱
	عادی	اضطراب فراگیر	-۱۱/۳۶	۰/۶۳۲	۰/۰۰۱
اضطراب بازدارنده		افسردگی	-۴/۶۴	۰/۶۳۲	۰/۰۰۱
	وسواس	اضطراب فراگیر	-۲/۲۰	۰/۶۳۲	۰/۰۰۵
		افسردگی	۴/۵۰	۰/۶۳۲	۰/۰۰۱
	اضطراب فراگیر	افسردگی	۶/۷۰	۰/۶۳۲	۰/۰۰۱
		وسواس	-۱۷/۹۶	۱/۳۹۴	۰/۰۰۱
	عادی	اضطراب فراگیر	-۲۴/۳۲	۱/۳۹۴	۰/۰۰۱
نمره کل عدم تحمل بلاتکلیفی		افسردگی	-۸/۴۸	۱/۳۹۴	۰/۰۰۱
	وسواس	اضطراب فراگیر	-۶/۳۶	۱/۳۹۴	۰/۰۰۱
		افسردگی	۹/۵۲	۱/۳۹۴	۰/۰۰۱
	اضطراب فراگیر	افسردگی	۱۵/۸۴	۱/۳۹۴	۰/۰۰۱
		وسواس	-۶/۲۸	۰/۳۵۵	۰/۰۰۱
	عادی	اضطراب فراگیر	-۴/۱۸	۰/۳۵۵	۰/۰۰۱
افراط و زیاده‌روی		افسردگی	-۲/۰۲	۰/۳۵۵	۰/۰۰۵
	وسواس	اضطراب فراگیر	۲/۱۰	۰/۳۵۵	۰/۰۰۵
		افسردگی	۴/۲۶	۰/۳۵۵	۰/۰۰۱
	اضطراب فراگیر	افسردگی	۲/۱۶	۰/۳۵۵	۰/۰۰۴
تنش و پریشانی	عادی	وسواس	-۶/۱۴	۰/۳۰۸	۰/۰۰۱

متغیر وابسته	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری
	وسواس	اضطراب فراگیر	-۴/۰۹	۰/۳۰۸	۰/۰۰۱
		افسردگی	-۱/۸۸	۰/۳۰۸	۰/۰۰۷
		اضطراب فراگیر	۲/۰۵	۰/۳۰۸	۰/۰۰۵
		افسردگی	۴/۲۶	۰/۳۰۸	۰/۰۰۱
		اضطراب فراگیر	۲/۲۱	۰/۳۰۸	۰/۰۰۳
اطمینان‌جویی بیماری	وسواس	وسواس	-۶/۰۴	۰/۳۲۵	۰/۰۰۱
		اضطراب فراگیر	-۳/۹۵	۰/۳۲۵	۰/۰۰۱
		افسردگی	-۱/۸۹	۰/۳۲۵	۰/۰۰۷
		اضطراب فراگیر	۲/۰۹	۰/۳۲۵	۰/۰۰۵
		افسردگی	۴/۰۵	۰/۳۲۵	۰/۰۰۱
		اضطراب فراگیر	۲/۰۶	۰/۳۲۵	۰/۰۰۵
		وسواس	-۶/۲۲	۰/۳۶۱	۰/۰۰۱
		اضطراب فراگیر	-۴/۱۱	۰/۳۶۱	۰/۰۰۱
		افسردگی	-۲/۰۴	۰/۳۶۱	۰/۰۰۵
		اضطراب فراگیر	۲/۱۷	۰/۳۶۱	۰/۰۰۴
اجبار	وسواس	افسردگی	۴/۳۴	۰/۳۶۱	۰/۰۰۱
		اضطراب فراگیر	۲/۰۷	۰/۳۶۱	۰/۰۰۵
		وسواس	-۲۹/۹۸	۱/۰۳۱	۰/۰۰۱
		اضطراب فراگیر	-۲۳/۶۲	۱/۰۳۱	۰/۰۰۱
		افسردگی	-۱۱/۲۰	۱/۰۳۱	۰/۰۰۱
		اضطراب فراگیر	۶/۳۶	۱/۰۳۱	۰/۰۰۱
		افسردگی	۱۸/۷۰	۱/۰۳۱	۰/۰۰۱
		اضطراب فراگیر	۱۲/۳۴	۱/۰۳۱	۰/۰۰۱

اضطراب سلامت

نگرانی کلی
سلامتی (نمره کل)

متغیر وابسته	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری
		وسواس	-۲۳/۴۰	۰/۷۶۷	۰/۰۰۱
	عادی	اضطراب فراگیر	-۱۹/۱۲	۰/۷۶۷	۰/۰۰۱
احتمال ابتلا به بیماری		افسردگی	-۸/۹۰	۰/۷۶۷	۰/۰۰۱
	وسواس	اضطراب فراگیر	۴/۲۸	۰/۷۶۷	۰/۰۰۱
		افسردگی	۱۴/۵۰	۰/۷۶۷	۰/۰۰۱
	اضطراب فراگیر	افسردگی	۱۰/۲۲	۰/۷۶۷	۰/۰۰۱
		وسواس	-۷/۶۲	۰/۵۰۸	۰/۰۰۱
	عادی	اضطراب فراگیر	-۴/۵۴	۰/۵۰۸	۰/۰۰۱
پیامدهای منفی ابتلا به بیماری		افسردگی	-۲/۴۲	۰/۵۰۸	۰/۰۰۱
	وسواس	اضطراب فراگیر	۲/۰۸	۰/۵۰۸	۰/۰۰۱
		افسردگی	۴/۲۰	۰/۵۰۸	۰/۰۰۱
	اضطراب فراگیر	افسردگی	۲/۱۲	۰/۵۰۸	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی، خودبیمارپنداری اینترنتی و اضطراب سلامت در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، اضطراب فراگیر، افسردگی و افراد عادی در بیمارستان ۵۰۵ ارتش تهران انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین چهار گروه از نظر عدم تحمل بلا تکلیفی تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که میانگین مؤلفه‌های اضطراب آینده، اضطراب بازدارنده و نمره کل عدم تحمل بلا تکلیفی در گروه اضطراب فراگیر بیشتر از گروه‌های وسواسی-جبری، افسردگی و افراد عادی است. این نتیجه با پژوهش‌های رن و همکاران (۲۰۲۱)، بشارت و همکاران (۲۰۱۹)، یوک و همکاران (۲۰۱۰) و مختاری و همکاران (۱۳۹۴) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت عدم تحمل بلا تکلیفی خود در بردارنده سه نوع باور است: الف) ضرورت مطمئن بودن؛ ب) باورهایی درباره سازگاری ضعیف فرد در تغییرات غیر قابل پیش‌بینی و ج)

باورهایی دربارهٔ دشواری داشتن عملکردی مناسب در برخورد با شرایط مبهم (کارلتون و همکاران، ۲۰۱۲). نظریه‌های حیطة عدم‌تحمل بلاتکلیفی، این سازه را در شکل‌گیری اختلال اضطراب فراگیر دخیل می‌دانند. در واقع گرچه عموم افراد عدم تحمل بلاتکلیفی را یک عامل ناراحت‌کننده درک می‌کنند ولی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر عدم تحمل بلاتکلیفی را به شدت ناراحت‌کننده‌تر و آزاردهنده‌تر از افرادی که نگرانی کمتری دارند، درک می‌کنند (کارلتون و همکاران، ۲۰۰۷). این اصل کاملاً مشخص است که هستهٔ مرکزی اختلال اضطراب فراگیر، سازهٔ نگرانی است (گیلت^۱ و همکاران، ۲۰۱۸).

همچنین در این پژوهش نشان داده شد که بین چهار گروه از نظر خودبیمارپنداری اینترنتی تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که میانگین مؤلفه‌های افراط و زیاده‌روی، تنش و پریشانی، اطمینان‌جویی و اجبار در گروه وسواسی-جبری بیش از گروه‌های اضطراب فراگیر، افسردگی و افراد عادی است. این نتیجه با پژوهش‌های ویسمارا و همکاران (۲۰۲۱)، تایر و تایر^۲، (۲۰۱۸) و فورگس (۲۰۱۴) همسو است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت خودبیمارپنداری اینترنتی شکل نوظهوی از هیپرکندریا است که در آن جستجوی مکرر و مطالب مرتبط با پزشکی منجر به افزایش اضطراب و پریشانی در فرد می‌شود و با تلاش‌های تکراری و بی‌نتیجه در زمینهٔ اطمینان‌جویی ادامه می‌یابد (استارسوچ و برل، ۲۰۱۳). همچنین خودبیمارپنداری اینترنتی دارای چهار بعد (۱) تکرارشونده، (۲) افزایش عاطفه منفی، (۳) تداخل در زندگی روزانه (وسواس‌گرایی) و (۴) اطمینان‌جویی مفرد است. به گفتهٔ فورگس (۲۰۱۴) خودبیمارپنداری اینترنتی به طور قابل توجهی با علائم اختلال وسواسی-جبری مرتبط است که این علائم ممکن است هم‌زمان رخ دهند. در واقع فورگس (۲۰۱۴) اشاره می‌کند که همبستگی مثبت و معنادار بین علائم اختلال وسواسی-جبری و همهٔ ابعاد خودبیمارپنداری اینترنتی (به خصوص در حوزهٔ چک کردن و پاک‌سازی) وجود دارد.

در نهایت در این پژوهش نشان داده شد که بین چهار گروه از نظر مؤلفه‌های اضطراب سلامت تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که میانگین مؤلفه‌های نگرانی کلی سلامتی، احتمال ابتلا به بیماری و پیامدهای منفی ابتلا به بیماری در گروه

۱. Gillett

۲. Tyrer and Tyrer

وسواسی-جبری بیشتر از گروه‌های اضطراب فراگیر، افسردگی و افراد عادی است. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های ویسمارا و همکاران (۲۰۲۱) و هدمن و همکاران (۲۰۱۷) همسو است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت طبق مستندات انجمن روان‌شناسی آمریکا (۲۰۲۲)، اضطراب سلامت در افراد مبتلا به اختلالات خلقی (همچون افسردگی) و اختلالات اضطرابی (همچون اختلالات وسواسی-جبری، اضطراب فراگیر و اختلال وحشت‌زدگی) به صورت شدیدتری نسبت به افراد عادی تجربه می‌شود. همچنین طبق پژوهش کنروی (۱۹۹۸) سطح بالای اضطراب سلامت باعث تجلی کنش‌های اطمینان‌جویانه به‌منظور رسیدن به آرامش ذهنی در حوزه سلامت و مساعدت خواستن (از جمله مراجعه به پزشک) می‌شود که نتیجه این رویه به‌منظور ارتقای سلامت و یا انکار بیماری موجب می‌شود که این رفتار تکراری ادامه یابد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز همراه بود. نمونه پژوهش از بین افرادی انتخاب شد که در بیمارستان روان‌پزشکی ۵۰۵ ارتش تهران بستری شده بودند. بنابراین، تعمیم نتایج به بیمارانی که به دنبال معالجه نمی‌روند، باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین ابزار جمع‌آوری اطلاعات از نوع خود گزارش‌دهی بود و احتمال وجود سوگیری در پاسخ‌ها وجود دارد. از آنجا که نتایج پژوهش حاضر نشان داد که افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، اضطراب فراگیر، افسردگی از عدم تحمل بلا تکلیفی، خودبیمارپنداری اینترنتی و اضطراب سلامت رنج می‌برند، به درمان‌گران و مشاوران و متخصصان حوزه بهداشت روان کشور پیشنهاد می‌شود که در فرایند تشخیص، برنامه‌ریزی طرح درمان و مداخله مؤثر برای مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری، اضطراب فراگیر، افسردگی به عدم تحمل بلا تکلیفی، خودبیمارپنداری اینترنتی و اضطراب سلامت توجه لازم را داشته باشند.

منابع

- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۲۲). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*، پنجمین نسخه تجدید نظر شده ترجمه مهدی گنجی، ۱۴۰۱، تهران: انتشارات ساوالان.
- سادوک، بنجامین جمیز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت و پدرو، روئیز، (۲۰۲۲). *خلاصه روان‌پزشکی*. ترجمه فرزین رضایی، ۱۴۰۱. ویرایش یازدهم. تهران: انتشارات ارجمند.
- صمصام شریعت، نشاط دوست، حمید طاهر، کلانتری، عریضی سامانی، و سید حمیدرضا. (۲۰۱۷). درمان بومی اختلالات افسردگی مزمن. *روان‌شناسی فرهنگی*، ۱ (۱)، ۸۴-۵۲.
- کریمی، جواد؛ همایونی، عاطفه؛ نجف‌آبادی، فرشته؛ و همایونی نجف‌آبادی. (۲۰۱۵). *ارزشیابی*

ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه اضطراب سلامت. فصلنامه پژوهش حکیم، ۱۷ (۴)، ۲۹۷-۳۰۵.
 محمد خانی شالی، علی پور، احمد و حسن‌زاده پشنگ. (۲۰۱۳). تأثیر آموزش شناخت‌درمانی گروهی بر
 اضطراب سلامت دانشجویان پرستاری. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی چهارم ۱۱ (۲)، ۴۵-۵۲.
 مختاری، سمیه؛ خسروی، صدراله و نجاتبخش، عبدالله (۱۳۹۴). مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی، نگرانی،
 اجتناب شناختی و جهت‌گیری منفی به مشکل در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال
 افسردگی اساسی و افراد عادی. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۳ (۲)، ۱۵۵-۱۶۴.
 نرگسی، فریده؛ ایزدی، فاطمه؛ کریمی نژاد، کلثوم و رضایی، شریفی علی (۱۳۹۶). بررسی اعتبار و روایی
 نسخه فارسی پرسشنامه اضطراب سلامت در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان. فصلنامه
 اندازه‌گیری تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی، ۷ (۲۷)، ۱۶۰-۱۴۷.

- Antony S, Rachman & M Richter. Obsessive compulsive disorder: theory, research and treatment. New York: 1998. (no): 3-32.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2009). The role of fear of anxiety and intolerance of uncertainty in worry: An experimental manipulation. *Behaviour research and therapy*, 47 (3), 215-223.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2006). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Journal of anxiety disorders*, 20 (2), 222-236.
- Carleton, R.N., Sharpe, D., Asmundson, G.J. (2009). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: requisites of the fundamental fears? *Behavior Resaerch Ther.* 45 (10), 2307–2316.
- Carleton, R. N., Norton, M. P. J., & Asmundson, G. J. (2009). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of anxiety disorders*, 21 (1), 105-117.
- Carleton, R. N., Weeks, J. W., Howell, A. N., Asmundson, G. J., Antony, M. M., & McCabe, R. E. (2012). Assessing the latent structure of the intolerance of uncertainty construct: An initial taxometric analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 26 (1), 150-157.
- Dugas, M.J., Robichaud, M. (2007). Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: from science to practice. Routledge: Taylor & Francis.
- Dugas, M. J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). The Role of Intolerance of Uncertainty in Etiology and Maintenance. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 143–163).
- Fergus, T. A. (2015). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as potential risk factors for cyberchondria: A replication and extension examining dimensions of each construct. *Journal of affective disorders*, 184, 305-309.
- Fergus, T. A. (2013). The Cyberchondria Severity Scale (CSS): an examination of structure and relations with health anxiety in a community sample. *Journal of anxiety disorders*, 28 (6), 504-510.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? Personality and individual differences, 17 (6), 791-802.
- Gillett, C. B., Bilek, E. L., Hanna, G. L., & Fitzgerald, K. D. (2018). Intolerance of uncertainty in youth with obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder: A transdiagnostic construct with implications for phenomenology and treatment. *Clinical psychology review*, 60, 100-108.
- Goodwin, G.M. (2015). The overlap between anxiety, depression, and obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17 (3), 249-260.
- Hashemi, S. G. S., Hosseinezhad, S., Dini, S., Griffiths, M. D., Lin, C. Y., & Pakpour, A. H.

- (2020). The mediating effect of the cyberchondria and anxiety sensitivity in the association between problematic internet use, metacognition beliefs, and fear of COVID-19 among Iranian online population. *Heliyon*, 6 (10), e05135.
- Hedman, E., Ljótsson, B., Axelsson, E., Andersson, G., Rück, C., Andersson, E. (2017). Health anxiety in obsessive compulsive disorder and obsessive compulsive symptoms in severe health anxiety: An investigation of symptom profiles. *Journal of Anxiety Disorder*, 45, 80-86.
- McElroy, E., Kearney, M., Touhey, J., Evans, J., Cooke, Y., & Shevlin, M. (2019). The CSS-12: development and validation of a short-form version of the cyberchondria severity scale. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 22 (5), 330-335.
- McElroy, E., Shevlin, M. (2014). The development and initial validation of the Cyberchondria Severity Scale (CSS). *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 259–265.
- Norr, A.M., Capron, D.W., Schmidt, N.B. (2014). Medical information seeking: impact on risk for anxiety psychopathology. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45 (3), 402-407.
- 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.
- Ren, L., Wei, Z., Li, Y., Cui, L.B., Wang, Y., Wu, L., Wei, X., Peng, J., Li, K., Jin, Y., Li, F., Yang, Q., Liu, X. (2021). The relations between different components of intolerance of uncertainty and symptoms of generalized anxiety disorder: a network analysis. *BMC Psychiatry*, 21 (1), 448.
- Rygh, J. L., & Sanderson, W. C. (2004). Treating generalized anxiety disorder: Evidence-based strategies, tools, and techniques.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 38 (4), 347-372.
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. C., & Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine*, 32 (5), 843-853.
- Salkovskis, P. M., & Rimes, K. A. (1997). Predictive genetic testing: psychological factors. *Journal of psychosomatic research*, 43 (5), 477-487.
- Salkovskis, P.M., Warwick, H.M. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 24 (5), 597-602.
- Starcevic V, Berle D. Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Experience Review Neurotherap*. 2013; 13: 205-13.
- Vismara, M., Benatti, B., Ferrara, L., Colombo, A., Bosi, M., Varinelli, Dell’Osso, B. (2021). A preliminary investigation of cyberchondria and its correlates in a clinical sample of patients with obsessive-compulsive disorder, anxiety and depressive disorders attending a tertiary psychiatric clinic. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 1-12.
- Yook, K., Kim, K.H., Suh, S.Y., Lee, K.S. (2010). Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorder*, 24 (6), 623-628.
- Zangoulechi, Z., Yousefi, Z., & Keshavarz, N. (2018). The role of anxiety sensitivity, intolerance of uncertainty, and obsessive-compulsive symptoms in the prediction of cyberchondria. *Advances in Bioscience and Clinical Medicine*, 6 (4), 1-6.