رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۴، شماره پیاپی ۱۲۱، تیر ۱۴۰۵
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(4), 2026

رابطه حساسیت اضطرابی و اضطراب بیماری در سالمندان: نقش میانجی باورهای فراشناختی منفی و فراهیجان های منفی

The Relationship Between Anxiety Sensitivity and Illness Anxiety in the Elderly: The Mediating Role of Negative Metacognitive Beliefs and Negative Meta-Emotions

محمد مطلب زاده
دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.
سمانه خدابخش
کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.
عزت اله احمدی (نویسنده مسئول)
دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

چکیده
پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه حساسیت اضطرابی با اضطراب بیماری با نقش میانجی باورهای فراشناختی منفی و فراهیجان منفی در سالمندان انجام شد. این پژوهش توصیفی–همبستگی و مبتنی بر مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش سالمندان بالای ۶۰ سال شهر تبریز در سال ۱۴۰۴ بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۲۳۶ نفر (۱۱۲ مرد و ۱۲۴ زن) به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. ابزارهای پژوهش شامل سیاهه اضطراب سلامت (HAI، سالکوسیس و وارویک، ۲۰۰۲)، سیاهه حساسیت اضطرابی (ASI، تیلور و کاکس، ۱۹۹۸)، پرسشنامه فراشناخت (MCQ، ولز، ۱۹۹۶)، مقیاس فراهیجان (MES، میتمانسگروبر و همکاران، ۲۰۰۹) بود. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل معادلات ساختاری تجزیه و تحلیل شدند. نتایج حاکی از برازش مناسب مدل بود. یافته‌ها نشان داد که حساسیت اضطرابی به‌صورت مستقیم قادر به پیش‌بی نی اضطراب بیماری در سالمندان است (p<۰/۰۰۱). همچنین، حساسیت اضطرابی از طریق باورهای فراشناختی منفی و فراهیجان منفی توانست به‌صورت غیرمستقیم اضطراب بیماری را پیش‌بینی کند (p<۰/۰۰۱). این نتایج نشان می‌دهد که باورهای فراشناختی منفی و فراهیجان منفی نقش مهمی در تبیین رابطه بین حساسیت اضطرابی و اضطراب بیماری در سالمندان دارند و توجه به این سازه‌ها در تعامل با عوامل روان‌شناختی، امری ضروری است.

واژه‌های کلیدی: *حساسیت اضطرابی، باورهای فراشناختی، فراهیجان منفی، اضطراب بیماری، سالمندان.*

Mohammad Motallebzadeh
MSc. Student in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.
Samaneh Khodabakhsh
MSc in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.
Ezzatollah Ahmadi *
Associate professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.
ahmadi.e@azaruniv.ac.ir

Abstract
The present study aimed to examine the relationship between anxiety sensitivity and illness anxiety, with the mediating roles of negative metacognitive beliefs and negative meta-emotion, in older adults. This study was descriptive–correlational in nature and was conducted using structural equation modeling. The statistical population of the study consisted of adults aged 60 years and older in Tabriz city in 2025, from whom 236 individuals (112 men and 124 women) were selected through convenience sampling and completed the questionnaires. The research instruments included the Health Anxiety Inventory (HAI; Salkovskis & Warwick, 2002), the Anxiety Sensitivity Index (ASI; Taylor & Cox, 1998), the Metacognitions Questionnaire (MCQ; Wells, 1996), and the Meta-Emotion Scale (MES; Mitmansgruber et al., 2009). The data were analyzed using structural equation modeling. The results indicated that the proposed model showed an adequate fit. The findings demonstrated that anxiety sensitivity was able to directly predict illness anxiety in older adults ($p < 0.001$). Moreover, anxiety sensitivity was able to indirectly predict illness anxiety through negative metacognitive beliefs and negative meta-emotion ($p < 0.001$). These results indicate that negative metacognitive beliefs and negative meta-emotion play an important role in explaining the relationship between anxiety sensitivity and illness anxiety in older adults, and that attention to these constructs in interaction with psychological factors is necessary.

Keywords: *Anxiety Sensitivity, Meta-Emotion, Metacognitive Beliefs, Illness Anxiety, Older Adults.*

نوع مقاله: پژوهشی | **دریافت:** بهمن ۱۴۰۴ | **پذیرش:** بهمن ۱۴۰۴ | **ویرایش نهایی:** تیر ۱۴۰۵

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.4.47]

مقدمه

سالمندی یکی از مراحل مهم چرخه زندگی است که توجه به ابعاد مختلف آن و تلاش برای ارتقای سطح سازگاری سالمندان از اهمیت بالایی برخوردار است (عسگری و شفیعی، ۱۳۹۶). افراد سالمند معمولاً بر اساس ویژگی‌هایی مانند سن، تغییر در نقش‌های اجتماعی و تغییرات عملکردی تعریف می‌شوند (آلمدیا رودریگر[1] و همکاران، ۲۰۱۹). بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت[2] (۲۰۲۳) سال‌های پس از ۶۰ سالگی (و در برخی منابع، پس از ۶۵ سالگی) به‌عنوان دوره سالمندی شناخته می‌شوند. با توجه به روند رو به رشد جمعیت سالمندان در سراسر جهان و پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت مبنی بر افزایش نسبت سالمندان از ۱۲درصد به ۲۲درصد تا سال ۲۰۵۰، این مسئله در حوزه روان‌شناسی و مراقبت‌های سالمندی از اهمیت فزاینده‌ای برخوردار شده است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۳؛ لیتز[3] و همکاران، ۲۰۲۱). بر اساس گزارش مرکز اطلاعات سازمان ملل متحد، پیش‌بینی می‌شود که در ایران نیز تا سال ۲۰۵۰ جمعیت سالمندان به حدود ۲۶ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر برسد که معادل ۲۶ درصد از کل جمعیت کشور خواهد بود (شش بلوکی و رشیدی، ۱۴۰۰). بنابراین با توجه به افزایش جمعیت سالمندان در ایران و روند صعودی آن، ضرورت حفظ جایگاه و شأن آنان در جامعه و خانواده و همچنین تأمین نیازهای اساسی‌شان بیش از پیش احساس می‌شود (عباسپور و توخش، ۱۴۰۳). سالمندان با چالش‌های خاصی از جمله افزایش حساسیت نسبت به تغییرات زندگی و تشدید مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی مواجه‌اند که این امر ضرورت شناخت و مدیریت اضطراب در این گروه را بیش‌ازپیش آشکار می سازد (هیل و واتس[4]، ۲۰۲۴؛ انجمن پزشکی آمریکا[5]، ۲۰۲۳).

یکی از اختلالات شایع در این دوره، اختلال اضطراب بیماری است (جرالیماتوس و ادلستین[6]، ۲۰۱۲) که بر اساس نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی با نگرانی شدید و پایدار در مورد ابتلا به بیماری‌های جدی، با وجود نبود شواهد پزشکی معتبر، مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا[7]، ۲۰۲۳). این نگرانی باید حداقل شش ماه تداوم یابد و معمولاً مبتنی بر تفسیرهای فاجعه‌آمیز از نشانه‌های بدنی خفیف یا طبیعی است (فرنچ و حمید[8]، ۲۰۲۳). شیوع اضطراب بیماری در جمعیت عمومی ۱/۳ تا ۱۰ درصد و در نمونه‌های بالینی ۳ تا ۸ درصد گزارش شده است (انجمن روانپرشکی آمریکا، ۲۰۲۳). این اختلال در سالمندان با کاهش محسوس کیفیت زندگی و افزایش رفتارهای مراجعه مکرر پزشکی همراه است (رحیمی و همکاران، ۲۰۲۳).

در تبیین عوامل شناختی مؤثر بر اضطراب بیماری، حساسیت اضطرابی به‌عنوان یکی از متغیرهای کلیدی مطرح شده است (مک نالی[9]، ۲۰۰۲). حساسیت اضطرابی به ترس از پیامدهای جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی نشانه‌های اضطرابی اشاره دارد (احمدی و همکاران، ۱۴۰۲). افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا، تغییرات بدنی را تهدیدآمیز تفسیر کرده و در نتیجه سطح بالاتری از اضطراب را تجربه می‌کنند (مارشال[10] و همکاران، ۲۰۱۰). مطالعات متعدد رابطه معنادار حساسیت اضطرابی و اضطراب بیماری را تأیید کرده‌اند (مجید آذر و همکاران، ۱۴۰۲). با این‌حال، برخی شواهد نشان می‌دهد که این رابطه می‌تواند تنها از طریق متغیرهای میانجی تبیین شود زیرا حساسیت اضطرابی به‌تنهایی یک عامل مستعدکننده است و تبدیل آن به اضطراب بیماری مستلزم فعال‌شدن سازوکارهای شناختی و هیجانی واسطه‌ای است (رایت[11] و همکاران، ۲۰۱۶).

یکی از این متغیر های میانجی، باورهای فراشناختی منفی است (ایوان[12] و همکاران، ۲۰۲۵؛ کین[13] و همکاران، ۲۰۲۲؛ طاهرزاده، ۱۴۰۱؛ اکبری و همکاران، ۲۰۲۱). بر اساس مدل عملکرد اجرایی خود تنظیم بخش[14] ولز و میتوز[15] (۲۰۱۶)، باورهای فراشناختی منفی درباره خطرناک بودن افکار، غیرقابل‌کنترل بودن نگرانی و ناتوانی در مهار توجه، نقش محوری در تداوم اختلالات اضطرابی ایفا می‌کنند

1 Almeida Roediger
2 World Health Organization
3 Litz
4 Hill & Watts
5 American Medical Association
6 Gerolimatos & Edelstein
7 American Psychiatric Association
8 French & Hameed
9 McNally
10 Marshall
11 Wright
12 Ivan
13 Keen
14 Self-regulation executive functioning
15 Wells & Matthews

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.4.47]

(هاشمی و همکاران، ۱۴۰۲؛ گراوند، ۱۴۰۰). افرادی که حساسیت اضطرابی بالایی دارند، تمایل دارند افکار و نگرانی‌های مرتبط با سلامت را به‌عنوان غیرقابل‌کنترل، خطرناک و تهدیدآمیز تلقی کنند. این نگرش، مسیر مستقیم و پایدار برای تداوم نگرانی‌های سلامت‌محور ایجاد می‌کند و زمینه را برای شکل‌گیری اضطراب بیماری فراهم می‌آورد (کین و همکاران، ۲۰۲۲؛ گوردی و باردن[1]، ، ۲۰۲۲). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد حساسیت اضطرابی با باورهای فراشناختی منفی رابطه معنادار دارد و این باورها نقش میانجی مهمی در تبیین ارتباط بین نشانه‌های بدنی و اضطراب بیماری ایفا می‌کنند (گونگور[2]، ۲۰۲۴؛ عرفانی و همکاران، ۱۴۰۳؛ سالگوئرو و راموس[3]، ۲۰۲۳). بر اساس مدل فراشناختی ولز، باورهای فراشناختی منفی بیشترین نقش را در تداوم اضطراب دارند، در حالی که باورهای فراشناختی مثبت عمدتاً در شروع نگرانی مؤثر هستند و تأثیر مستقیمی بر شدت یا استمرار اضطراب بیماری ندارند (لیهی[4] و همکاران، ۲۰۱۹). ازاین‌رو، تمرکز پژوهش حاضر به‌طور هدفمند بر میانجی گری بعد منفی باورهای فراشناختی در رابطه حساسیت اضطرابی و اضطراب بیماری معطوف شده است.

علاوه بر باورهای فراشناختی، فراهیجان منفی نیز به‌عنوان یکی دیگر از سازوکارهای میانجی مهم در ارتباط بین حساسیت اضطرابی و اضطراب بیماری مطرح شده است (هافمن[5]، ۲۰۲۴؛ غفاری و همکاران، ۲۰۲۳). فراهیجان منفی به نگرش‌های منفی فرد نسبت به تجربه هیجان‌های خود اشاره دارد که شامل مؤلفه‌هایی نظیر شرم، ترس یا خشم نسبت به هیجانات اضطرابی است (میتمانسگروبر[6] و همکاران، ۲۰۰۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد با حساسیت اضطرابی بالا، نه‌تنها برانگیختگی‌های جسمانی را تهدیدزا تفسیر می‌کنند، بلکه نسبت به تجربه این هیجانات نیز نگرشی منفی دارند که این امر منجر به اجتناب هیجانی، نشخوار ذهنی و تشدید اضطراب می‌شود (اولانتونجی[7] و همکاران، ۲۰۰۹). شواهد تجربی حاکی از آن است که فراهیجان منفی با اضطراب بیماری رابطه مستقیم دارد و می‌تواند اثر حساسیت اضطرابی بر نگرانی‌های سلامت‌محور را تشدید کند (هافمن، ۲۰۲۴؛ غفاری و همکاران، ۲۰۲۳). در این چارچوب، فراهیجان منفی به‌عنوان یک عامل تقویتی، تفسیرهای فاجعه‌آمیز از نشانه‌های بدنی را پایدار ساخته و به تداوم اضطراب بیماری کمک می‌کند. حساسیت اضطرابی از طریق فعال‌سازی هیجانات منفی موجب فاجعه‌سازی نشانه‌های بدنی و افزایش نگرانی‌های سلامت‌محور می‌شود (اولانتونجی و همکاران، ۲۰۰۹). در مقابل، هیجانات مثبت بیشتر ماهیتی محافظتی داشته و در مدل‌های آسیب‌شناختی اضطراب نقش علّی معناداری ایفا نمی‌کند (منین[8] و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین، در پژوهش حاضر به‌صورت هدفمند صرفاً فراهیجان منفی به‌عنوان متغیر میانجی در نظر گرفته شده است.

با توجه به شیوع اضطراب بیماری در سالمندان و پیامدهای منفی آن بر کیفیت زندگی و سلامت روان، شناسایی سازوکارهای روان‌شناختی مؤثر در تداوم این اختلال اهمیت بالینی دارد. از آنجا که حساسیت اضطرابی، باورهای فراشناختی منفی و فراهیجان منفی می‌توانند تفسیرهای فاجعه‌آمیز از نشانه‌های بدنی را در سالمندان تقویت کنند، بررسی هم‌زمان این متغیرها می‌تواند مبنایی برای طراحی مداخلات هدفمند در جهت کاهش اضطراب بیماری فراهم آورد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی باورهای فراشناختی منفی و فراهیجان منفی در رابطه بین حساسیت اضطرابی و اضطراب بیماری انجام شد. ازاین‌رو، هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی باورهای فراشناختی منفی و فراهیجان منفی در رابطه بین حساسیت اضطرابی و اضطراب بیماری بود.

روش

پژوهش حاضر توصیفی- همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل بازنشستگان ۶۰ سال به بالا ساکن شهر تبریز در سال ۱۴۰۴ بود. نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس انجام گرفت. در این راستا، با استناد به دیدگاه میرز[9] و همکاران (۲۰۱۶) که حداقل ۱۰ نمونه را برای هر متغیر اندازه‌گیری‌شده یا پیش‌بین ضروری می‌دانند، و همچنین نظر کلاین[10] (۲۰۲۳) که حداقل ۲۰۰ شرکت‌کننده را برای مطالعات مدل‌یابی معادلات ساختاری پیشنهاد می‌کند، و با لحاظ احتمال وجود داده‌های پرت و مخدوش، حجم نمونه

1 Gorday & Bardeen
2 Güngör
3 Salguero & Ramos-Cejudo
4 Leahy
5 Hoffman
6 Mitmansgruber
7 Mennin
8 Olatunji
9 Meyers
10 Kline

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.4.47]

اولیه ۲۶۰ نفر در نظر گرفته شد که پس از پالایش داده‌ها، ۲۳۶ پرسشنامه معتبر وارد تحلیل شدند. معیارهای ورود شامل بازنشستگی، سن ۶۰ سال و بالاتر، توانایی خواندن و نوشتن و تمایل به مشارکت در پژوهش و معیارهای خروج شامل عدم تکمیل پرسشنامه، پاسخ‌های متناقض بود. اطلاعات مربوط به این معیارها از طریق خوداظهاری گردآوری شد. اجرای پژوهش پس از اخذ معرفی‌نامه رسمی از دانشگاه و هماهنگی با خانه‌های سالمندان و کلینیک‌ها آغاز شد. پیش از جمع‌آوری داده‌ها، اهداف و مراحل پژوهش برای مسئولان و شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه آنان با تأکید بر محرمانگی و داوطلبانه بودن مشارکت دریافت گردید. پرسشنامه‌ها در محیطی آرام و مناسب برای سالمندان توزیع شد و با نظارت پژوهشگر تکمیل گردید تا دقت پاسخ‌دهی حفظ شود. تمام مراحل پژوهش با رعایت اصول اخلاقی مربوط به مطالعات انسانی و سالمندان انجام شد. پیش از تکمیل پرسشنامه‌ها، هدف مطالعه و روش‌های جمع‌آوری داده‌ها برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه شفاهی آنان اخذ گردید. شرکت‌کنندگان مطمئن شدند که اطلاعات شخصی آن‌ها محرمانه نگه داشته می‌شود و داده‌ها به‌صورت ناشناس تحلیل خواهند شد. همچنین، شرکت‌کنندگان در هر مرحله حق داشتند از مطالعه انصراف دهند. در نهایت، برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل معادلات ساختاری و نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ و AMOS نسخه ۲۴ استفاده شد.

ابزار سنجش

سیاهه اضطراب سلامت[1] (HAI): این سیاهه توسط سالکوسکیس و همکاران (۲۰۰۲) طراحی شده و در فرم کوتاه ۱۸ گویه‌ای، سه مؤلفه ابتلا به بیماری (۷ گویه)، پیامد بیماری (۴ گویه) و نگرانی کلی در مورد سلامت (۷ گویه) را می‌سنجد. هر گویه بر اساس چهار گزینه و در مقیاس صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و نمره کل آن بین ۰ تا ۵۴ متغیر است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر اضطراب سلامت است. شاخص‌های روایی نسخه خارجی نشان داده‌اند که نمرات این مقیاس با معیارهای مرتبط با نگرانی و اضطراب همبستگی معنادار و بالا (r =۰/۵۶) دارد که تأییدکننده روایی همگرای ابزار است. پایایی این ابزار در مطالعه سازندگان با ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ و ضریب بازآزمایی با فاصله زمانی دوهفته ۰/۹۰ گزارش شده است (سالکوسکیس و همکاران، ۲۰۰۲). در ایران، نرگسی و همکاران (۱۳۹۹) پایایی این ابزار را، ۰/۸۵ گزارش کرده اند. همچنین، ءمنظور بررسی روایی، از پرسشنامه خودبیمارانگاری اهواز (احدی و پاشا، ۱۳۸۱) استفاده کردند. نتایج نشان داد ضریب همبستگی بین این دو ابزار برابر با ۰/۷۵- است که بیانگر روایی همگرای مناسب پرسشنامه اضطراب سلامت می‌باشد. منفی بودن این ضریب ناشی از تفاوت در جهت نمره‌گذاری دو ابزار است؛ به‌طوری‌که نمره بالاتر در پرسشنامه اضطراب سلامت نشان‌دهنده اضطراب بیشتر، و در پرسشنامه خودبیمارانگاری اهواز بیانگر اضطراب کمتر است.. در مطالعه حاضر، ضرایب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های مذکور به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۲ و ۰/۷۳ محاسبه گردید.

سیاهه حساسیت اضطرابی[2] (ASI): این سیاهه ۳۰ گویه‌ای توسط تیلور و کاکس (۱۹۹۸) طراحی شده و چهار عامل «ترس از نشانه‌های تنفسی»، «ترس از واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده در جمع»، «ترس از نشانه‌های قلبی-عروقی» و «ترس از عدم مهار شناختی» را بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (از ۰= خیلی کم تا ۴= خیلی زیاد) اندازه‌گیری می‌کند. دامنه نمره کل بین ۰ تا ۱۴۴ است و نمره بالاتر بیانگر حساسیت اضطرابی بیشتر است. سازندگان ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ را گزارش کرده‌اند، همچنین سیاهه تجدید نظر شده حساسیت اضطرابی دارای روایی همگرا با پرسشنامه ی اضطراب صفت-حالت است که این میزان ۰/۲۹ به دست امده است. (تیلور و کاکس، ۱۹۹۸). این سیاهه توسط مرادی‌منش و همکاران (۱۳۸۶) در ایران هنجاریابی شد. پایایی نسخه تجدیدنظرشده سیاهه حساسیت اضطرابی با استفاده از سه روش همسانی درونی، بازآزمایی (با فاصله دو هفته) و تنصیفی بررسی گردید که ضرایب به‌دست‌آمده برای نمره کل به‌ترتیب برابر با ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ بود. همچنین پایایی مولفه‌ها با همین روش‌ها محاسبه شد که مقادیر آن‌ها در بازه ۰/۸۲ تا ۰/۹۶ قرار داشت (مرادی‌منش و همکاران، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر، ضرایب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های چهارگانه به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۳، ۰/۸۲ و ۰/۷۹ به‌دست آمد.

پرسشنامه فراشناخت ولز[3] (MCQ): این پرسشنامه ۳۰ گویه‌ای توسط ولز و متیو (۱۹۹۶) طراحی شد و دو بعد اصلی باورهای فراشناختی مثبت (شامل باورهای مثبت درباره نگرانی و خودآگاهی شناختی) و باورهای فراشناختی منفی (شامل زیرمقیاس‌های باورهای منفی درباره کنترل‌پذیری افکار، خطرهای نگرانی، عدم اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار) را با استفاده از مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای

1 Health Anxiety Inventory
2 Anxiety Sensitivity Inventory
3 Metacognition Questionnaire

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.4.47]

(۱= مخالفم تا ۴= کاملاً موافقم) می‌سنجد. دامنه نمرات در بعد مثبت ۱۲ تا ۷۲ و در بعد منفی ۲۴ تا ۱۴۴ است. ولز و کات‌رایت (۲۰۰۴) و بیلی و ولز (۲۰۱۳) پایایی مطلوبی را برای آن گزارش کرده‌اند؛ به‌طوری‌که دامنه ضرایب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و خرده مقیاس‌ها در بازه ۰/۷۶ تا ۰/۹۳ گزارش شده است، همچین روایی محتوایی آن را نیز ۰/۹۱ گزارش کرده اند. در ایران، شیرین‌زاده (۱۳۸۸) پس از اعتباریابی، ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۱ و ضرایب خرده‌مقیاس‌ها را بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ گزارش کرده است و روایی همزمان نیز به وسیله محاسبه همبستگی با پرسشنامه اضطراب صفت اسپیلبرگ ۰/۴۲ به دست آمد. در این مطالعه، ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های باورهای فراشناختی منفی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۳ و ۰/۸۷ محاسبه شد.

مقیاس فراهیجان[1] (MES): این مقیاس ۲۸ گویه‌ای توسط میتمانسگروبر و همکاران (۲۰۰۹) طراحی شده و دو بُعد اصلی «فراهیجان‌های مثبت» (شامل مؤلفه‌های فراشفقت و فراعلاقه) و «فراهیجان‌های منفی» (شامل مؤلفه‌های فراخشم، فراشرم، فراکنترل فکر و فرا بازداری) را بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (از ۱= اصلاً صدق نمی‌کند تا ۵= کاملاً صدق می‌کند) ارزیابی می‌کند. دامنه نمرات در بُعد مثبت ۱۲ تا ۷۲ و در بُعد منفی ۱۶ تا ۹۶ است. میتمانسگروبر و همکاران (۲۰۰۹) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ را برای فراهیجان مثبت و ۰/۸۵ را برای فراهیجان منفی گزارش کرده است، همچنین جهت بررسی روایی مقیاس از روش تحلیل عاملی اکتشافی وتأییدی استفاده نمودند. نتایج پژوهش آنان نشان داد که این آزمون از دو بعد تشکیل شده و بار عاملی هرسؤال برروی عامل مربوطه بالاتر از ۰/۴۰ می‌باشد. نسخه فارسی این مقیاس توسط رضایی و همکاران (۱۳۹۳) ترجمه و اعتباریابی شده و آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ و برای فراهیجان‌های منفی ۰/۷۰ گزارش گردید. همچنین برای ارزیابی روایی همزمان، از پرسشنامه هوش عاطفی پترایدز و فارنهایم[2] (۲۰۰۱) استفاده شد و به طور ویژه همبستگی بین مؤلفه‌های فراهیجان مثبت و هوش عاطفی ۰/۵۱ گزارش شد. در پژوهش حاضر، ضرایب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های فراهیجان منفی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۵، ۰/۷۱ و ۰/۷۶ به‌دست آمد.

یافته ها

در بررسی ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان پژوهش، تعداد ۲۳۶ نفر حضور داشتند که ۱۲۴ نفر (۵۲/۵ درصد) زن و ۱۱۲ نفر (۴۷/۵ درصد) مرد بودند. از نظر وضعیت تأهل، ۱۶۱ نفر (۶۸/۲ درصد) متأهل، ۵۰ نفر (۲۱/۲ درصد) بیوه، ۱۴ نفر (۵/۹ درصد) مطلقه و ۱۱ نفر (۴/۷ درصد) مجرد بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۹۰ نفر (۳۸/۱ درصد) زیر دیپلم، ۶۳ نفر (۲۶/۷ درصد) دیپلم، ۳۴ نفر (۱۴/۴ درصد) فوق‌دیپلم، ۲۵ نفر (۱۰/۶ درصد) بی‌سواد و ۲۴ نفر (۱۰/۲ درصد) دارای مدرک لیسانس و بالاتر بودند. میانگین سنی کل شرکت‌کنندگان ۷۱/۲۷ سال با انحراف معیار ۷/۷۳ بود؛ میانگین سنی زنان ۶۹/۰۴ سال (انحراف معیار ۷/۹۷) و میانگین سنی مردان ۷۳/۳۷ سال (انحراف معیار ۷/۲۶) به دست آمد. نتایج مربوط به توصیف متغیرهای پژوهش و همبستگی بین آنها در جدول ۱ ارائه شده است.

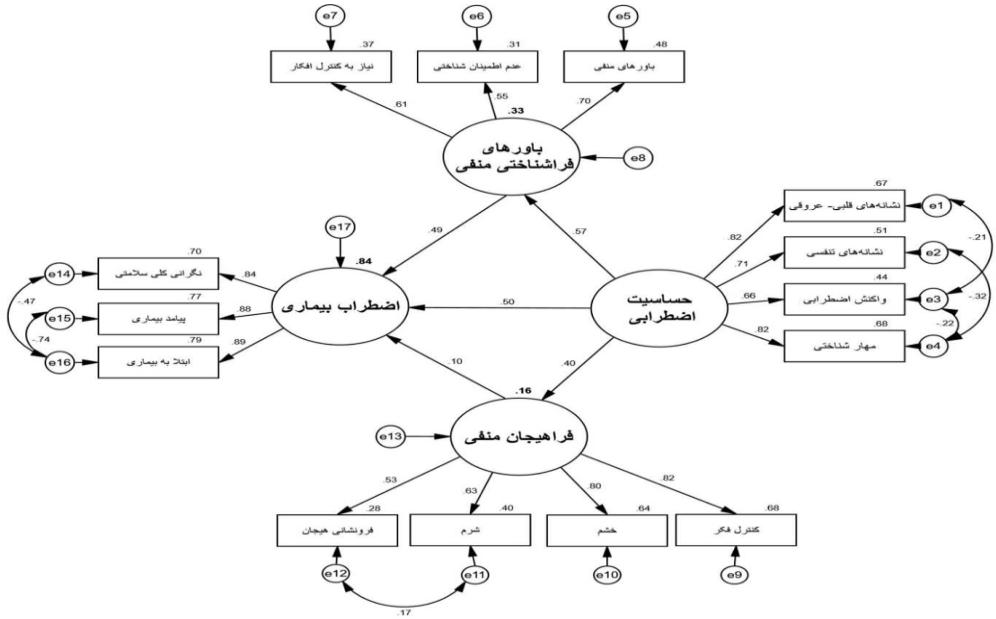
جدول۱. توصیف متغیرهای پژوهش و ماتریس همبستگی بین متغیرها

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱- اضطراب بیماری	۱			
۲- حساسیت اضطرابی	۰/۷۶**	۱		
۳- باورهای فراشناختی منفی	۰/۶۲**	۰/۴۲**	۱	
۴- فراهیجان منفی	۰/۳۹**	۰/۲۸**	۰/۴۱**	۱
میانگین	۲۲/۰۸	۸۲/۰۳	۴۳/۰۵	۵۶/۵۴
انحراف استاندارد	۷/۷۶	۱۵/۱۸	۶/۲۶	۹/۶۱
چولگی	-۰/۲۱	-۰/۹۷	-۰/۳۷	-۰/۳۵
کشیدگی	۱/۱۸	۱/۴۷	۱/۰۶	۱/۲۶

1 Meta-Emotional Scale
2 Petrides & Furnham

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.4.47]

بر اساس جدول ۱، شاخص‌های توصیفی و همبستگی متغیرهای پژوهش نشان داد که توزیع داده‌ها در سطح همه متغیرها قابل قبول بوده و برای تحلیل‌های آماری مناسب است. علاوه براین، بررسی شاخص‌های چولگی و کشیدگی نشان داد که تمامی متغیرها تقریباً دارای توزیع نرمال بوده و تحلیل‌های پارامتری برای بررسی روابط بین متغیرها قابل اعمال می‌باشد. همچنین، ضریب‌های همبستگی بین همه متغیرها در سطح معناداری ۰/۰۱ مثبت و معنادار هستند. برای ارزیابی عدم وجود هم‌خطی چندگانه بین متغیرها مخصوصا در رابطه بین اضطراب بیماری و حساسیت اضطرابی، شاخص‌های VIF و Tolerance محاسبه شد. مقادیر Tolerance بین ۰/۷۲۶ تا ۰/۸۱۵ و مقادیرVIF بین ۱/۲۲۷ تا ۱/۳۷۸ قرار داشت که نشان‌دهنده عدم وجود هم‌خطی قابل توجه بین متغیرهای مستقل است. همچنین، برای بررسی استقلال باقیمانده‌ها، آزمون دوربین-واتسون به‌کار گرفته شد و مقدار ۱/۹۲۴ به‌دست آمد که نزدیک به ۲ بوده و نشان‌دهنده استقلال خطاها است.



شکل۱. مدل ساختاری پژوهش با ضرایب استاندارد

شکل ۱ مدل ساختاری پژوهش را نشان می‌دهد. حساسیت اضطرابی به‌صورت مستقیم با اضطراب بیماری و همچنین با باورهای فراشناختی منفی و فراهیجان منفی مرتبط است. باورهای فراشناختی منفی و فراهیجان منفی نیز تأثیر مستقیم بر اضطراب بیماری دارند. مسیرهای غیرمستقیم نشان می‌دهند که حساسیت اضطرابی می‌تواند از طریق این متغیرهای میانجی سطح اضطراب بیماری را تحت تأثیر قرار دهد، با اثر برجسته‌تر مسیر شناختی نسبت به مسیر هیجانی. ضرایب مسیرها در جداول ۲ و ۳ ارائه شده و شاخص‌های برازش نشان‌دهنده مناسب بودن مدل هستند.

جدول۲. برآورد ضرایب اثرات مستقیم متغیرها

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد	آماره T	سطح معناداری
حساسیت اضطرابی	اضطراب بیماری	۰/۴۹۹	۰/۰۳۲	۷/۲۶۱	۰/۰۰۴
حساسیت اضطرابی	باوری های فراشناختی منفی	۰/۵۷۳	۰/۰۳۳	۶/۶۰۸	۰/۰۰۷
حساسیت اضطرابی	فراهیجان منفی	۰/۳۹۶	۰/۰۴۳	۵/۲۵۷	۰/۰۰۶
باوری های فراشناختی منفی	اضطراب بیماری	۰/۴۹۲	۰/۰۹۷	۶/۲۶۳	۰/۰۰۹
فراهیجان منفی	اضطراب بیماری	۰/۰۹۶	۰/۰۳۶	۲/۱۹۱	۰/۰۲۸

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.4.47]

بر اساس جدول ۲، برآورد ضرایب روابط مستقیم نشان می‌دهد که حساسیت اضطرابی با اضطراب بیماری (β = ۰/۴۹۹، P<۰/۰۰۱)، باورهای فراشناختی منفی (β = ۰/۵۷۳، P<۰/۰۰۱) و فراهیجان منفی (β = ۰/۳۹۶، P<۰/۰۰۱) رابطه مستقیم و معنادار دارد. همچنین، باورهای فراشناختی منفی با اضطراب بیماری(β = ۰/۴۹۲، P<۰/۰۰۱) و فراهیجان منفی با اضطراب بیماری (β = ۰/۰۹۶، P<۰/۰۲۸) رابطه مستقیم و معناداری دارند. به طور کلی، همه مسیرهای اصلی مدل معنادار بوده و نشان‌دهنده روابط مستقیم قابل توجه بین متغیرها در در رابطه با اضطراب بیماری هستند.

جدول۳. برآورد ضرایب غیرمستقیم با استفاده از روش بوت استراپ

متغیر پیشبین	متغیر میانجی	متغیر ملاک	حدود بوت استراپ		مقدار اثر	سطح معناداری
			حد پایین	حد بالا		
حساسیت اضطرابی	باورهای فراشناختی منفی	اضطراب بیماری	۰/۲۰۰	۰/۴۴۰	۰/۲۹	۰/۰۰۲
حساسیت اضطرابی	فراهیجان منفی	اضطراب بیماری	۰/۰۱۵	۰/۱۵۵	۰/۰۷	۰/۰۰۹

بر اساس جدول ۳، روابط غیرمستقیم حساسیت اضطرابی با اضطراب بیماری از طریق متغیرهای میانجی بررسی شد. نتایج نشان داد که رابطه غیرمستقیم حساسیت اضطرابی با اضطراب بیماری از طریق باورهای فراشناختی منفی (β = ۰/۲۹، P = ۰/۰۰۲) و فراهیجان منفی معنادار است (β = ۰/۰۷، P = ۰/۰۰۹). این یافته‌ها نشان می‌دهد که حساسیت اضطرابی می‌تواند از طریق افزایش باورهای فراشناختی منفی و فراهیجان منفی، سطوح اضطراب بیماری را افزایش دهد. لازم به ذکر است که اندازه اثر باورهای فراشناختی منفی نسبت به فراهیجان منفی بزرگ‌تر است، که نشان می‌دهد جنبه‌های شناختی فراتر از هیجانی در انتقال تاثیر حساسیت اضطرابی بر اضطراب بیماری نقش برجسته‌تری دارند.

جدول۴. شاخص‌های برازش مدل

شاخص‌های برازش مطلق		
شاخص	مقدار به‌دست‌آمده	حد قابل پذیرش
GFI	۰/۹۰	>۰/۹۰
AGFI	۰/۸۴	>۰/۸۰
RMR	۰/۹۱	مقدار کوچک
شاخص‌های برازش تطبیقی		
CFI	۰/۹۲	>۰/۹۰
NFI	۰/۹۰	>۰/۹۰
IFI	>۰/۹۲	>۰/۹۰
شاخص‌های برازش تعدیل‌یافته		
X2	۱۳۳	-
df	۴۷	-
X2/df	۲/۸۳	>۳
PNFI	۰/۶۵	>۰/۶۰
RMSEA	۰/۰۸	>۰/۰۸

نتایج جدول ۴ نشان داد که شاخص های برازندگی حاصل از مدل معادلات ساختاری نقش میانجی باورهای فراشناختی منفی و فراهیجان منفی در رابطه بین حساسیت اضطرابی و اضطراب بیماری از برازش مطلوب برخوردار بود. مقدار ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA=۰/۰۸) مطلوب گزارش شد؛ همچنین شاخص نیکویی برازش (GFI=۰/۹۰)، شاخص نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI=۰/۸۴)، شاخص تناسب هنجار (NFI=۰/۹۰)، شاخص تناسب افزایشی (IFI=۰/۹۲) و شاخص برازش مقایس ها (CFI=۰/۹۲)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.4.47]

همگی در حد قابل قبول و مطلوب قرار دارند. همچنین شاخص مجذورخی دو/درجه آزادی (X2/df=۲/۸۳) کمتر از۳ محاسبه شد که نشان دهنده برازش مطلوب مدل پیشنهادی است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه حساسیت اضطرابی و اضطراب بیماری در سالمندان با میانجی‌گری باورهای فراشناختی منفی و فراهیجان منفی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که حساسیت اضطرابی به صورت مستقیم قادر به پیش‌بینی اضطراب بیماری بود. این یافته با پژوهش‌های مجیدآذر (۱۴۰۲)، جرولیماتوس و ادلستین (۲۰۱۲)، مارشال و همکاران (۲۰۱۰) و مک‌نالی (۲۰۰۸) همسو است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که حساسیت اضطرابی با افزایش توجه به تغییرات جسمانی و تفسیر آن‌ها به عنوان نشانه‌ای از تهدید بالقوه، موجب افزایش اضطراب در افراد می‌شود. سالمندانی که حساسیت اضطرابی بالایی دارند، واکنش‌های بدنی خود را به عنوان علامتی از یک مشکل جدی تلقی کرده و در نتیجه سطح اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند. این فرآیند می‌تواند به مرور زمان باعث تثبیت اضطراب بیماری در این افراد شود و الگوهای سوگیرانه در پردازش و بازیابی اطلاعات مرتبط با محرک‌های اضطراب‌زا را تقویت کند (هاشمی و همکاران، ۱۴۰۲؛ مجیدآذر، ۱۴۰۲). دیکان و آبراموتیز (۲۰۰۶) بیان کرده‌اند که حساسیت اضطرابی در افراد مبتلا به انواع مختلف اختلالات اضطرابی به میزان بیشتری مشاهده می‌شود. این مسئله ناشی از آن است که حساسیت اضطرابی می‌تواند موجب شکل‌گیری الگوهای سوگیرانه در پردازش و بازیابی اطلاعات مرتبط با محرک‌های اضطراب‌زا شود و زمینه‌ساز ابتلا به انواع اختلالات اضطرابی، ازجمله اضطراب بیماری، گردد (مجید آذر، ۱۴۰۲). با این حال، الگوی این رابطه در سالمندان ممکن است با یافته‌های رایت و همکاران (۲۰۱۶) متفاوت باشد، زیرا حساسیت اضطرابی در سالمندان در بستری از تغییرات جسمانی واقعی، ابتلا به بیماری‌های مزمن و افزایش فراوانی نشانه‌های بدنی تجربه می‌شود و واکنش‌های بدنی اضطرابی نه تنها به عنوان تهدیدهای بالقوه، بلکه به عنوان نشانه‌هایی از فرسودگی یا بیماری‌های شناخته‌شده نیز تفسیر می‌شوند (جرالیماتوس و ادلستین، ۲۰۱۲).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که حساسیت اضطرابی به طور غیرمستقیم از طریق باورهای فراشناختی منفی می‌تواند اضطراب بیماری را پیش‌بینی کند. این نتیجه با پژوهش‌های ایوان و همکاران (۲۰۲۵)، کین و همکاران (۲۰۲۲)، هاشمی و همکاران (۱۴۰۲) و طاهرزاده (۱۴۰۱) همسو است. بر اساس ادبیات فراشناختی، باورهای فراشناختی منفی به‌طور معناداری نحوه به‌کارگیری راهبردهای فراشناختی را هدایت می‌کنند و از این طریق بر شدت و تداوم علائم اضطرابی اثر می‌گذارند (گوردی و باردن، ۲۰۲۲). شواهد نشان می‌دهد که باورهای فراشناختی می‌توانند رابطه بین حساسیت اضطرابی و ویژگی‌های وسواسی را میانجی‌گری کنند؛ به‌گونه‌ای که افراد با حساسیت اضطرابی بالا، بیش از دیگران به باورهایی نظیر غیرقابل‌کنترل بودن افکار یا خطرناک بودن نگرانی‌ها گرایش دارند و همین باورها موجب تشدید علائم اضطراب می‌شود (بیلی و ولز، ۲۰۱۵). از این منظر، باورها درباره فرایندهای شناختی فرد، نسبت به مدل‌های شناختی سنتی که عمدتاً بر محتوای افکار یا طرحواره‌های منفی تمرکز دارند، نقش بنیادی‌تری در تبیین اختلالات اضطرابی ایفا می‌کنند (سالگوئرو و راموس، ۲۰۲۳؛ گوردی و باردن، ۲۰۲۲).

در چارچوب مدل فراشناختی ولز (۲۰۱۱)، حساسیت اضطرابی بالا با فعال‌سازی باورهای فراشناختی منفی درباره افکار و هیجانات مانند «نگرانی‌های من غیرقابل‌کنترل هستند» یا «تجربه اضطراب نشانه خطر جدی برای سلامت است» همراه است. این باورها به‌طور نظام‌مند راهبردهای تنظیم شناختی ناسازگار نظیر نشخوار فکری، پایش مفرط تهدید و اجتناب شناختی را فعال می‌کنند (گوردی و باردن، ۲۰۲۲). در نتیجه، تمرکز فرد بر نشانه‌های بدنی و تهدیدهای مرتبط با سلامت افزایش یافته و چرخه‌ای خودتقویت‌شونده از نگرانی و اضطراب شکل می‌گیرد که به تداوم و تشدید اضطراب بیماری می‌انجامد. بنابراین، حساسیت اضطرابی نه‌تنها از طریق افزایش توجه به نشانه‌های جسمانی، بلکه با تقویت باورهای فراشناختی منفی و فعال‌سازی الگوی سندرم شناختی توجهی، مسیر غیرمستقیم مهمی را در شکل‌گیری و پایداری اضطراب بیماری ایجاد می‌کند.

همچنین، یافته نهایی پژوهش نیز نشان داد که حساسیت اضطرابی از طریق فراهیجان منفی موجب افزایش اضطراب بیماری می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش منین و همکاران (۲۰۱۹)، گراس (۲۰۱۵)، اولاتونجی و همکاران، (۲۰۰۹)، فردیکسون، (۲۰۰۱) همسو است که نشان می‌دهند تنظیم هیجانی ناسازگار یک عامل کلیدی در اختلالات اضطرابی است. حساسیت اضطرابی با تمایل پایدار فرد به تفسیر فاجعه‌آمیز برانگیختگی‌های جسمانی و هیجانی، زمینه شکل‌گیری نگرش‌های منفی نسبت به هیجان‌ها را فراهم می‌کند و از این طریق به

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.4.47]

افزایش فراهیجان منفی می‌انجامد (اولاتونجی و همکاران، ۲۰۰۹). افرادی که هیجانات خود را خطرناک یا غیرقابل‌تحمل می‌دانند، کمتر قادر به پذیرش و تنظیم سازگارانه هیجان‌ها هستند و بیشتر از راهبردهای ناسازگار مانند اجتناب هیجانی و نشخوار فکری استفاده می‌کنند (گراس، ۲۰۱۵؛ منین و همکاران، ۲۰۱۹). غلبه این فراهیجان‌های منفی موجب تشدید واکنش‌های فیزیولوژیکی، افزایش پایش نشانه‌های بدنی و تداوم تفکر منفی تکراری درباره سلامت می‌شود که در نهایت اضطراب بیماری را تقویت می‌کند (فردیکسون، ۲۰۰۱؛ غفاری و همکاران، ۲۰۲۳؛ هافمن، ۲۰۲۴). بر این اساس، حساسیت اضطرابی به‌صورت غیرمستقیم و از طریق مسیر افزایش فراهیجان منفی، نقش مهمی در تداوم و تشدید اضطراب بیماری ایفا می‌کند.

در مجموع، سالمندان به دلیل مواجهه با تغییرات جسمانی، شناختی و اجتماعی، در معرض خطر بالاتری برای اضطراب و نگرانی‌های مرتبط با سلامت قرار دارند و بررسی سازوکارهای روان‌شناختی اضطراب بیماری در این گروه از اهمیت بالینی و اجتماعی ویژه‌ای برخوردار است. یافته‌های این پژوهش نشان داد که حساسیت اضطرابی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم و از طریق باورهای فراشناختی منفی و فراهیجان منفی با افزایش اضطراب بیماری در سالمندان مرتبط است. به بیان دیگر، سالمندانی که حساسیت اضطرابی بالاتری دارند، بیشتر دچار باورهای ناسازگار درباره افکار و هیجان‌های خود شده و هیجانات منفی درباره تجربه هیجانی را تجربه می‌کنند که این فرایندها به تداوم نگرانی‌های سلامت‌محور و تشدید اضطراب بیماری منجر می‌شود. این نتایج بر ضرورت مداخلاتی تأکید دارد که به‌جای تمرکز صرف بر علائم، بر اصلاح باورهای فراشناختی منفی و بهبود تنظیم هیجان تمرکز داشته باشند تا در نهایت کیفیت زندگی و سلامت روان سالمندان ارتقا یابد.

با وجود یافته‌های مهم، چند محدودیت پژوهش حاضر قابل توجه است. نخست، نمونه محدود به سالمندان ساکن در یک منطقه خاص بود که تعمیم نتایج را محدود می‌کند. دوم، داده‌ها بر اساس پرسشنامه‌های خودگزارشی جمع‌آوری شده و احتمال سوگیری پاسخ و تأثیر عوامل ذهنی شرکت‌کنندگان وجود دارد. سوم، طراحی مطالعه مقطعی است و امکان استنتاج روابط علی بین حساسیت اضطرابی، باورهای فراشناختی، فراهیجان و اضطراب بیماری محدود است. چهارم، برخی متغیرهای تعدیلی یا میانجی دیگر مانند حمایت اجتماعی، سلامت جسمانی و ویژگی‌های شخصیتی بررسی نشده‌اند و می‌توانند نتایج را تحت تأثیر قرار دهند.

با توجه به محدودیت‌های ذکر شده، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده از نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر فرهنگی و اجتماعی استفاده کنند تا تعمیم‌پذیری یافته‌ها افزایش یابد. همچنین، بهره‌گیری از طراحی‌های طولی یا تجربی امکان استنتاج روابط علی را فراهم می‌کند و استفاده از ابزارهای جمع‌آوری داده چندگانه، مانند مصاحبه‌های ساختاریافته یا ارزیابی‌های رفتاری، احتمال سوگیری خودگزارشی را کاهش می‌دهد. پژوهش‌های آینده همچنین می‌توانند نقش متغیرهای تعدیلی یا میانجی متنوع‌تری را بررسی کنند تا درک جامع‌تر و دقیق‌تری از فرایندهای روان‌شناختی مرتبط با اضطراب بیماری در سالمندان فراهم شود.

منابع

احمدی فارسانی، م.، حشمتی، ر.، و هاشمی نصرت‌آباد، ت. (۱۳۹۸). الگوی ساختاری نگرش به مرگ بر اساس سبک‌های دلبستگی در نوجوانان مبتلا به سرطان: نقش میانجی سرکوبگری و حساسیت اضطرابی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، *۲۵*(۳)، ۳۲۷-۳۰۸. https://doi.org/10.22070/cpap.2023.14645.11

رضایی، ن.م.، پارسایی، ا.، نجاتی، ع.، نیک‌آمال، م.، و هاشمی رزینی، س.ا. (۱۳۹۳). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس فراهیجان دانشجویان. *فصلنامه تحقیقات روانشناختی*، *۶*(۲۳)، ۱۲۴-۱۱۱. http://noo.rs/rkvXi

شیرین‌زاده دستگیری، ص.، گودرزی، م.ع.، رحیمی، چ.، و نظیری، ق. (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی، روایی و اعتبار پرسشنامه فراشناخت ۳۰. *مجله روانشناسی*، *۱۲*(۴ (پیاپی ۴۸))، ۴۶۱-۴۴۵. https://sid.ir/paper/54377/en

طاهرزاده قهفرخی، س.، عزیزپوریان، ع.ح.، و شاکه‌نیا، ز. (۱۴۰۱). رابطه بین حساسیت اضطرابی و باورهای فراشناختی با اضطراب امتحان در دانشجویان. *مجله روانشناسی*، *۲۶*(۳)، ۳۰۸-۲۹۹. doi:10.22098/jsp.2019.793

عباسپور، ذ.، و توخش، ام. م. (۱۴۰۳). اثربخشی آموزش هوش معنوی بر سلامت روان مردان سالمند مبتلا به کووید-۱۹. *روانشناسی پیری*، *۱۰*(۲)، ۱۴۳-۱۲۹. https://doi.org/10.22126/jap.2024.10102.1750

عرفانی، م.، جناآبادی، ح.، و نیک‌منش، پ. (۱۴۰۳). رابطه فعالیت سیستم‌های مغزی-رفتاری و حساسیت اضطرابی با نقش میانجی باورهای فراشناختی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، *۶۷*(۲)، ۴۲۰-۴۰۹. doi: 10.22038/mjms.2022.60941.3565

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.4.47]

عسگری، ش.، و شفیعی، ح. (۱۳۹۶). پیش‌بینی کیفیت زندگی سالمندان بر اساس انسجام درونی، ذهن‌آگاهی و هوش معنوی. *پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت*، ۳(۳)، ۶۱–۷۴. https://sid.ir/paper/257696/en.

گراوند (۱۴۰۰). مدل‌یابی ساختاری باورهای فراشناختی مختل و اضطراب کرونا: نقش واسطه‌ای سبک‌زندگی ارتقاء دهنده سلامت. *مطالعات روان‌شناختی*، *۱۷*(۴)، ۹۸-۷۹. DOI: 10.22051/PSY.2022.37764.2519

مجیدآذر، م.، محمدی، پ.، پناهی، ر.، و هاشمی نصرت‌آباد، ت. (۱۴۰۲). رابطه حساسیت اضطرابی و اضطراب سلامت: نقش میانجی تحمل پریشانی. *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، *۱۹*(۲۲)، ۹-۱. http://jnip.ir/article-1-1083-en.html

مرادی‌منش، فردین؛ میرجعفری، سید احمد؛ گودرزی، محمدعلی؛ محمدی، نورالله. (۱۳۸۶). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی شاخص تجدیدنظرشده حساسیت اضطرابی. *مجله روان‌شناسی*، *۱۱*(۴)، ۴۴۶–۴۲۶. https://sid.ir/paper/436486/fa

نرگسی، ف.، ایزدی، ف.، کریمی نژاد، ک.، رضایی شریف، ع. (۱۳۹۶). بررسی اعتبار و روایی نسخه فارسی پرسشنامه اضطراب سلامت در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان. *اندازه گیری تربیتی*، *۷*(۲۷) ، ۱۶۰-۱۴۷. https://sid.ir/paper/214567/fa

هاشمی نصرت‌آباد، ت.، محمود علیلو، م.، و یوسفی کله‌خانه، ز. (۱۴۰۲). نقش تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، سبک دلبستگی و باورهای فراشناختی در پیش‌بینی نشانه‌های اختلال اضطراب بیماری در دانشجویان دانشگاه تبریز: یک مطالعه مقطعی. *تصویر سلامت*، *۱۴*(۲)، ۲۲۱-۲۰۹. DOI: 10.34172/doh.2023.16

Akbari, M., Spada, M. M., Nikčević, A. V., & Zamani, E. (2021). The relationship between fear of COVID-19 and health anxiety among families with COVID-19 infected: The mediating role of metacognitions, intolerance of uncertainty, and emotion regulation. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 28*(4), 1–13. https://doi.org/10.1002/cpp.2628

Almeida Roediger, M., Marucci, M. D. F. N., Duim, E. L., Santos, J. L. F., de Oliveira Duarte, Y. A., & de Oliveira, C. (2019). Inflammation and quality of life in later life: findings from the health, well-being and aging study (SABE). *Health and Quality of Life Outcomes*, *17*(1),1-7. DOI: 10.1186/s12955-019-1092-

American Medical Association. (2023). *Practice guide: Integrated behavioral health care for older adults.* American Medical Association.https://www.ama-assn.org/delivering-care/public-health/integrated-behavioral-health-care-older-adults

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Bailey, R., & Wells, A. (2015). Metacognitive beliefs moderate the relationship between catastrophic misinterpretation and health anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, *34*, 8–14. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.05.005

Bailey, R., & Wells, A. (2013). Does metacognition make a unique contribution to health anxiety when controlling for neuroticism, illness cognition, and somatosensory amplification? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *27*(4). https://doi.org/10.1891/0889-8391.27.4.327

Couyoumdjian, A., Ottaviani, C., Petrocchi, N., Trincas, R., Tenore, K., Buonanno, C., & Mancini, F. (2016). Reducing the meta-emotional problem decreases physiological fear response during exposure in phobics. *Frontiers in psychology*, *7*, 1105. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01105

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist, 56*(3), 218 226. *https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218*

French, J. H., & Hameed, S. (2023). *Illness anxiety disorder. In StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing. PMID: 32119286. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK554399/

Gerolimatos, L. A., & Edelstein, B. A. (2012). Predictors of health anxiety among older and young adults. *International Psychogeriatrics*, *24*(12), 1998-2008. https://doi.org/10.1017/S1041610212001329

Ghaffari, M., Esmali, A., Mohammadi, R., Aligolipour, M., & Ramazani Alalani, Z. (2023). The mediating role of mental toughness in the relationship between meta-emotion and co-rumination with health anxiety in hospital nurses. *Hospital Practices and Research*, *8*(2), 245–252. https://doi.org/10.30491/hpr.2023.404124.1398

Gorday, J. Y., & Bardeen, J. R. (2022). The interactive effect of anxiety sensitivity and metacognitive beliefs on anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *36*(1), 1–15. https://doi.org/10.1891/JCPSY-D-20-00054

Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry, 26*(1), 1–26. https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781

Güngör, S. (2024). Anxiety sensitivity, mindfulness, and metacognitive beliefs: The mediation of emotion regulation. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 15*(2), 616–625. https://dergipark.org.tr/en/pub/gumus/issue/84996/1431950

Hill, S., & Watts, D. (2024). Googling and health anxiety in older age—A case study of CBT incorporating a single case experimental design. *Clinical Case Reports*, *12*(8), e9316. https://doi.org/10.1002/ccr3.9316

Hoffman, S. N., Rassaby, M. M., Stein, M. B., & Taylor, C. T. (2024). Positive and negative affect change following psychotherapeutic treatment for anxiety-related disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *349*, 358-369. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.086

Ivan L, Foerster P, Bermpohl FMg, Gerlach AL, Pohl A (2025) Do metacognitions contribute to pathological health anxiety? A systematic review and meta-analysis. *PLoS One 20*(7): e0325563. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0325563

Keen, E., Kangas, M., & Gilchrist, P. T. (2022). A systematic review evaluating metacognitive beliefs in health anxiety and somatic distress. *British Journal of Health Psychology*, *27*(4), 1398–1422. https://doi.org/10.1111/bjhp.12609

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.4.47]

Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling* (5th ed.). Guilford Publications.
Leahy, R. L., Wupperman, P., Edwards, E., Shivaji, S., & Molina, N. (2019). Metacognition and emotional schemas: Effects on depression and anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy, 12*(1), 25–37. https://doi.org/10.1007/s41811-018-0035-8
Litz, B. T., Cummings, M. H., Grunthal, B., & McLean, C. L. (2021). A public health framework for preventing mental disorders in the context of pandemics. *Cognitive and Behavioral Practice, 28*(4), 519–531. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.11.004
Marshall, G. N., Miles, J. N., & Stewart, S. H. (2010). Anxiety sensitivity and PTSD symptom severity are reciprocally related: evidence from a longitudinal study of physical trauma survivors. *Journal of abnormal psychology, 119*(1), 143. https://doi.org/10.1037/a0018009
McNally RJ. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological psychiatry, 52*(10): 46-938. https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01475-0
Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2019). *Emotion regulation therapy.* In J. J. Gross (Ed.), Handbook of emotion regulation (2nd ed., pp. 469–490). Guilford Press. https://psycnet.apa.org/record/2013-44085-028
Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2016). *Applied multivariate research: Design and interpretation* (3rd ed.). Sage Publications. https://doi.org/10.4135/9781071802687
Mitmansgruber, H., Beck, T. N., Höfer, S., & Schüßler, G. (2009). When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness, and meta-emotion in emotion regulation. *Personality and Individual Differences, 46*(4), 448–453. https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.11.013
Olatunji, B. O., Wolitzky-Taylor, K. B., Elwood, L., Connolly, K., Gonzales, B., & Armstrong, T. (2009). Anxiety sensitivity and health anxiety in a nonclinical sample: Specificity and prospective relations with clinical stress. *Cognitive Therapy and Research, 33*(4), 416–424. https://doi.org/10.1007/s10608-008-9188-8
Rahimi, R., Ahadi, H., Tajeri, B., & Sedgh, A. K. (2023). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on perceived stress in diabetic elderly. *Journal of Personality and Psychosomatic Research, 1*(1), 1–5. https://doi.org/10.61838/kman.jppr.1.1.1
Salguero, J. M., & Ramos-Cejudo, J. (2023). A multi-study examination of the relevance of the metacognitive beliefs about uncontrollability in emotion regulation and clinical symptoms. *Journal of Affective Disorders, 340*, 812–819. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.08.090
Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M., & Clark, D. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine, 32*(5), 843-853. https://doi.org/10.1017/s0033291702005822
Shesh Boloki, F., & Haroon Rashidi, H. (2021). The Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Meta-Cognitive Beliefs and Alexithymia in the Elderly. *Aging Psychology, 7*(3), 210-199. DOI: 10.22126/jap.2021.6282.1513 [Persian].
Taylor, S., & Cox, B. J. (1998). An expanded anxiety sensitivity index: evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of anxiety disorders, 12*(5), 463-483. https://doi.org/10.1016/s0887-6185(98)00028-0
Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York:[Guilford Press https://psycnet.apa.org/record/2008-15953-000
Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy, 42*(4), 385-396 https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5
Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy, 34*(11-12), 881–888. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00050-2
World Health Organization. (2023). *Ageing and health* [Internet]. [Updated 2023 October 20]. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults
Wright, K. D., Lebell, M. A. A., & Carleton, R. N. (2016). Intolerance of uncertainty, anxiety sensitivity, health anxiety, and anxiety disorder symptoms in youth. *Journal of Anxiety Disorders, 41*, 35–42. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.04.011

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.4.47]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.4.47]