رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۲، شماره پیاپی ۷۱، اردیبهشت ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(2), 2022

مقایسه اضطراب سلامت، دشواری در تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی در افراد با و بدون بیماری‌های پوستی

Comparison of health anxiety, Difficulties in emotion regulation and metacognitive beliefs in people with and without skin diseases

معصومه کوکلی[۱](نویسنده مسئول)
کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.
دکتر علی عیسی‌زادگان
استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.
دکتر شیرین زینالی
استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه ، ایران.

Masoomeh Kukli*
M.Sc., General Psychology, Urmia University, Urmia, Iran.
masoomehkukli@gmail.com
Dr. Ali Esazadegan
Assistant professor of psychology, department of psychology, Urmia University, Urmia, Iran.
Dr. Shirin Zeinali
Assistant professor of psychology, department of psychology, Urmia University, Urmia, Iran.

چکیده
هدف پژوهش حاضر مقایسه اضطراب سلامت، دشواری در تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی در افراد با و بدون بیماری‌های پوستی بود. این مطالعه از نوع علی‌مقایسه‌ای بود و جامعه آماری پژوهش شامل تمام افراد مبتلا به اختلالات پوستی مراجعه‌کننده به متخصصین پوست شهر ارومیه در بازه زمانی سال ۹۷-۹۸ و افراد غیرمبتلا شهر ارومیه بودند. نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت هدفمند بود و با این روش ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر از افراد مبتلا به اختلالات پوستی و ۵۰ نفر از افراد غیرمبتلا) انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه اضطراب سلامت (HAI-18) (سالکوسیس و واروویک، ۲۰۰۲)، پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان (DERS) (گریتز و روئمر، ۲۰۰۴) و پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ-30) (ولز، ۱۹۹۷)، جمع‌آوری شد. اطلاعات به دست آمده با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شد. نتایج پژوهش نشان داد بین اضطراب سلامت، دشواری در تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی (باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل‌پذیری افکار، عدم اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی) در افراد با و بدون بیماری‌های پوستی تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۵ وجود دارد (P<۰/۰۵). این یافته‌ها بیان می‌کند که اضطراب سلامت، دشواری در تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی از متغیرهای مرتبط با بیماری‌های پوستی هستند و در افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی نسبت به گروه غیرمبتلا به گونه‌ای متفاوت مشاهده می‌شوند. بر این اساس آموزش‌های روانشناختی می‌تواند در جهت تعدیل ویژگی‌های روان‌شناختی آسیب‌پذیر در این گروه از افراد استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: *اضطراب سلامت، باورهای فراشناختی، بیماری‌های پوستی، دشواری در تنظیم هیجان*

Abstract
The aim of this study was to compare health anxiety, Difficulties in emotion regulation, and metacognitive beliefs in people with and without skin diseases. This study was a comparative study and the statistical population of the study included all people with skin disorders who were referred to dermatologists in Urmia in the period 1997-98 and Unimportant people in Urmia. Sampling in this study was purposeful and 100 people (50 people with skin disorders and 50 Unimportant people) were selected by this method. Data were assessed using the Health Anxiety Inventory (18-HAI) (Salkovskis & Warwick, 2002), the Emotion Difficulty Questionnaire (DERS) (Gritz & Roemer, 2004), and the Metacognitive Beliefs Questionnaire (MCQ-30) (Wells, 1997). , Was collected. The obtained data were analyzed using a multivariate analysis of variance. The results of this study showed health anxiety, difficulty in regulating emotion, and metacognitive beliefs (positive beliefs about worry, negative beliefs about thought control, cognitive uncertainty, need for thought control, and cognitive self-awareness) in people with and without diseases. There is a significant difference in skin level at the level of 0.05 (P <0.05). These findings indicate that health anxiety, difficulty in regulating emotion, and metacognitive beliefs are among the variables associated with skin diseases and are seen differently in people with skin diseases than in the non-skin group. . Accordingly, psychological training can be used to modulate vulnerable psychological characteristics in this group of people.

Keywords: *Health Anxiety, Metacognitive Beliefs, Skin Diseases, Difficulty in Emotion Regulation.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : آبان ۱۴۰۰** **پذیرش: آبان ۱۴۰۰** **ویرایش نهایی: اردیبهشت ۱۴۰۱**

۱ مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی دانشگاه ارومیه است

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.2.1]

مقدمه

بیش از ۳۰۰۰ بیماری پوستی تا به امروزه شناخته شده‌اند (آروتا[1] و همکاران، ۲۰۱۵). بیماری پوستی و پریشانی‌های حاصل از آن می‌تواند یکی از علت‌های اصلی مشکلات روان‌شناختی در بزرگسالان باشد (ساوانت[2] و همکاران، ۲۰۱۵). گزارش شده است که بدشکلی‌های حاصل از بیماری‌های پوستی باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران می‌شود و می‌تواند افسردگی، اضطراب و مشکلات روان‌شناختی را ایجاد کند (عبدی زناب، بشارت و داوودی، ۱۳۹۷). این مشکلات با طیف وسیعی از بیماری‌های پوستی از جمله پسوریازیس، طاسی منطقه‌ای و ریزش مو رابطه دارد (پیکاردی، لیگا و تارولا،[3] ۲۰۱۳). به عبارتی، بیماری‌های پوستی مختلف می‌توانند با کاهش سلامت روان‌شناختی در افراد در ارتباط باشند (اسچمیت[4] و همکاران، ۲۰۱۱). از جمله مشکلات روان‌شناختی که در افراد دارای مشکلات پوستی شایع است و در این پژوهش به آن پرداخته شده است اضطراب سلامت،[5] دشواری در تنظیم هیجان[6] و باورهای فراشناختی[7] است.

علی‌رغم شیوع بیماری‌های پوستی و ارتباط قوی آن با اختلال‌های روانی، میزان واقعی اختلال‌های روانی همبود با بیماری‌های پوستی هنوز ناشناخته است (ریمرود، اسجوستروم و اسونسون،[8] ۲۰۱۵). این احتمال وجود دارد که اگر، اختلال‌های روانی زیربنایی در بیماران پوستی به موقع تشخیص داده نشوند و هدف درمان‌های روان‌شناختی قرار نگیرند، درمان پزشکی نیز نتیجه مطلوبی را ایجاد نمی‌کند و مشکل و اختلال ایجاد شده نیز موجب تشدید روند بیماری نیز می‌شود (دالگارد[9] و همکاران، ۲۰۱۵). افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی سطح بالایی از اضطراب را تجربه می‌کنند، که اضطراب سلامت به عنوان یکی از این موارد مورد توجه قرار دارد (یوکونو، ایبرکویی و ایزچکوو،[10] ۲۰۱۵؛ کیم[11] و همکاران، ۲۰۱۵). اضطراب سلامت با نگرانی مستمر درباره شرایط سلامتی جسمی همراه است و حتی در صورتی که مشکل جسمانی خاصی وجود نداشته باشد همچنان این اضطراب وجود دارد (ارموشوا، وینوگرادوا، تخاستو و پچنیکوا،[12] ۲۰۲۱). ضابطه‌بندی اضطراب سلامت که به وسیله سالکوسکیس،[13] ۱۹۸۹ و ارویک[14] و یالکوسیکس ۱۹۹۰، مطرح شد، بیانگر آن است که، برخی افراد طیف وسیعی از عوامل را به غلط به عنوان علائمی از یک بیماری جسمی خطرناک تفسیر می‌کنند. این سوء تعبیرهای مبتنی بر خطر منجر به شکل‌گیری فرض‌ها و افکار منفی بیشتری می‌گردد در نتیجه این افکار غالباً به وسیله تصویرهای ذهنی هیجانی تقویت می‌شود و به این ترتیب فرد اضطراب سلامت شدید و مداومی را تجربه می‌کند (تانگ[15] و همکاران، ۲۰۲۰؛ آبراموویتز، اولاتونجی و دیکان،[16] ۲۰۰۷). اضطراب از جمله اختلالاتی است که شیوع آن در بیماران پوستی نیز در سطح بالایی گزارش می‌شود (کاتریل،[17] ۱۹۹۰؛ فریبر[18] و همکاران، ۲۰۱۱؛ عبدی زناب و همکاران، ۱۳۹۷؛ نصری و پلان، ۱۳۹۴؛ بهنام، طاهری، سادات هاشمی و نثاری‌راد مطلق، ۱۳۸۹).

یکی دیگر از مشکلات افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی مشکل در تنظیم حالات درونی و مشکل در تنظیم هیجان است (ینامواراتی[19] و همکاران، ۲۰۱۶). وجود الگوهای مختل در تنظیم هیجان دربیماران پوستی می‌تواند باعث تشدید وتدوام وضعیت پوستی آنان شود و همچنین برکیفیت زندگی بیماران تاثیری منفی می‌گذارد. سرکوبی، انسداد آگاهی هیجانی، انکار و مشکل درارتباط هیجان ثابت می‌کند

1 Aruta
2 Sawant
3 Picardi , Lega& Tarolla
4 Schmitt
5 Health anxiety
6 Difficulty in regulating emotion
7 Metacognitive beliefs
8 Remröd , Sjostrom& Svensoon
9 Dalgard
10 Ukonu, Ibekwe& Ezechukwu
11 Kim
12 Ermusheva, Vinogradova, Tkhostov & Pechnikova
13 Salkovskis
14 Warwick
15 Tang
16 Abramowitz, Olatunji & Deacon
17 Cotterill
18 Freire
19 Innamorati

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.2.1]

که مشکل در راهبردهای تنظیم هیجان با وقوع بیماری پوستی ارتباط دارد (سیلوویکا، آمریو و فولچری،[1] ۲۰۱۴). تنظیم هیجان یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر سطح سلامت روان در افراد است (تامپسون و جاکو،[2] ۲۰۱۷). منظور از تنظیم هیجانی نحوه‌ای از پردازش شناختی فرد در هنگام مواجهه با وقایع ناگوار و استرس‌زا است. دشواری در تنظیم هیجان و الگوهای منفی شناختی، آمیختگی کاملی با آسیب‌های روانی دارد (گاردنر، بتس، استیلر و کواتس،[3] ۲۰۱۷). افرادی که به تجربه هیجانات منفی به صورت غیرقابل کنترلی تمایل دارند اغلب فاقد مهارت‌های لازم برای مدیریت و تنظیم تجارب هیجانی شدید هستند (تایمر و میلگرام،[4] ۲۰۱۷). نتایج پژوهش‌های مختلف نیز نشان داده است که میزان دشواری در تنظیم هیجان و مشکلات هیجانی در افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی وجود دارد (سلامی‌اصل، مرعشی، حمید و مهرابی‌زاده هنرمند، ۱۳۹۷؛ افشار، ادیبی، افشاری، روحانی و صابری، ۱۳۹۲؛ منتو، ریزو، موسکاتلو، زوکالی و برونو،[5] ۲۰۲۰؛ وبنیگار، اوبل، سوچار و اسچینل،[6] ۲۰۱۸، سیلوویکا و همکاران، ۲۰۱۴).

داشتن باور مثبت نسبت به توانایی‌های خود، در درمان بیماری‌های جسمانی و روانی نقش قابل توجهی دارد. در سال‌های اخیر فراشناخت به عنوان پایه و اساس بسیاری از اختلالات روان‌شناختی مورد بررسی قرارگرفته است (افکلیدس و میسایلیدی،[7] ۲۰۱۰). فراشناخت به عنوان تفکر درباره تفکر تعریف شده و شناخت در مورد صحت واکنش‌های فرد به محرک‌ها را در بر می‌گیرد. فراشناخت یک مفهوم گسترده است که آگاهی و تنظیم فعالیت‌های شناختی را در بر می‌گیرد (ولز،[8] ۲۰۰۸). آگاهی فراشناختی در برگیرنده آگاهی فرد در مورد توانایی‌های شناختی، راهبردهای شناختی و تکالیف شناختی خود است. در حالی که تنظیم فراشناختی نظارت و کنترل شناختی را در بر می‌گیرد (فرناندز دوکوی، بیرد و پوسنر،[9] ۲۰۰۰). اهمیت فرآیندهای فراشناختی در حوزه‌های ارزیابی افکار و باورهایی در مورد تفکر، در شکل‌گیری و امتداد افکار خودآیند همواره مورد تاکید است؛ از این‌رو می‌توان انتظار داشت که فراشناخت با کنترل افکار خودآیند موجب کاهش تمرکز کامل بر مشکلات و رویارویی هیجانی با آنها شود (اونن، کاراکاس یوگورلو و سیکویلو،[10] ۲۰۱۳). نتایج پژوهش‌های مختلف نیز نشان داده است که مشکلات مربوط به سلامت عمومی و اختلال‌های روانی (عبدی زناب و همکاران، ۱۳۹۷؛ نسائیان، جنیدی، اسدی گندمانی و امیری، ۱۳۹۶؛ بیولی،[11] ۲۰۱۷؛ ایانی[12] و همکاران، ۲۰۲۰)، اختلالات شخصیت (مولوی، رستمی، ندرمحمدی‌مقدم، خلخالی و سلوت، ۱۳۹۷)، کیفیت زندگی (نگوین[13] و همکاران، ۲۰۱۹)، افسردگی (شارما، باسی و سینگ،[14] ۲۰۱۱؛ پیکاردی و[15] همکاران، ۲۰۰۵) و استرس (اوریون و ولف،[16] ۲۰۱۳) در افراد مبتلا به مشکلات پوستی مشاهده می‌شود.

از آنجا که پوست اندامی بیرونی است و در روابط اجتماعی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، در نتیجه بدشکلی‌های ظاهری موجب می‌شود که بیماری پوستی تأثیر عمیقی روی آرامش بیماران بگذارد. از سویی دیگر مشکلات مربوط به بیماری‌های پوستی موجب افزایش اضطراب نسبت به شرایط سلامتی خود می‌شود و همین عامل تشویش و نگرانی را در حیطه هیجانات ایجاد می‌کند. افزایش مشکلات در زمینه کنترل هیجانی خود، یکی از عواملی است که می‌تواند تشدید کننده روند بیماری در افراد باشد. همچنین با توجه به اینکه توانایی‌های فراشناختی در کاهش افکار خودآیند منفی نقش ویژه‌ای دارند لذا؛ بررسی متغیرهای فوق در بیماران پوستی که با آسیب‌های جسمی واضح مواجه هستند می‌تواند گامی مهم در جهت شناخت ویژگی‌های آسیب‌شناختی این گروه از افراد باشد. با توجه به پژوهش‌های فوق و با توجه به اینکه افراد دارای مشکلات پوستی اغلب با مشکلات روان‌شناختی مواجه می‌شوند و مشکلات و بیماری‌های پوستی نیز به عنوان

1 Ciuluvica, Amerio & Fulcheri
2 Thomson& Jaque
3 Gardner, Betts, Stiller& Coates
4 Tamir & Millgram
5 Mento, Rizzo, Muscatello, Zoccali & Bruno
6 Wabnegger, Übel, Suchar & Schienle
7 Efklides& Misailidi
8 Wells
9 Fernandez-Duque, Baird & Posner
1 Onen, Karakas Ugurlu & Caykoylu 0
1 Bewley 1
1 Iani 2
1 Nguyen 3
1 Sharma, Bassi & Singh 4
1 Picardi 5
1 Orion & Wolf 6

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.2.1]

عاملی که موجب آسیب به سلامت روانی فرد می‌شود این پژوهش با هدف مقایسه اضطراب سلامت، دشواری در تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی در افراد با و بدون بیماری‌های پوستی انجام شده است.

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی- علی‌مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش شامل تمام افراد مبتلا به اختلالات پوستی مراجعه‌کننده به متخصصین پوست شهر ارومیه در بازه زمانی سال ۹۷-۹۸ و افراد غیرمبتلا شهر ارومیه بودند. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر به صورت هدفمند است و با این روش تعداد ۵۰ نفر از افراد مبتلا به اختلالات پوستی و ۵۰ نفر از افراد غیرمبتلا انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم وجود مشکلات مربوط به نقص عضو، عدم دریافت داروهای روان‌پزشکی و تمایل برای شرکت در پژوهش، و ملاک خروج از پژوهش نیز عدم همکاری با پژوهشگر و عدم تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش بود. همچنین در این پژوهش پس از اطمینان دادن به شرکت‌کنندگان در خصوص حفظ گمنامی و حریم خصوصی آنها تحلیل نتایج با اختصاص دادن کد به هر شرکت‌کننده انجام شده است. هدف پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش اخذ شد. همچنین لازم به ذکر است که، جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) و نرم‌افزار spss نسخه ۲۴ استفاده شده است.

ابزار سنجش

پرسشنامه اضطراب سلامت[1](HAI-18): این پرسشنامه توسط سالکوسیس و وارویک (۲۰۰۲) طراحی و دارای ۱۸ گویه است. این پرسشنامه دارای سه مؤلفه ابتلا به بیماری، پیامدهای بیماری و نگرانی کلی سلامتی است. هر آیتم چهار گزینه دارد و هر یک از گزینه‌ها شامل توصیف فرد از مؤلفه‌های سلامتی و بیماری به صورت یک جمله خبری است که آزمودنی بایستی یکی از جملاتی را که بهتر او را توصیف می کند انتخاب کند. نمره‌گذاری برای هر آیتم از صفر تا ۳ است (گزینه الف=۰ تا گزینه د=۳). کسب نمره بالاتر به معنای اضطراب سلامت بالاتر است. سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۲) پایایی آزمون - بازآزمون این پرسشنامه در مدت زمان دو هفته را ۰/۹۰ گزارش کردند و پایایی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های این پرسشنامه بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ گزارش کردند. این محققان برای سنجش روایی از پرسشنامه مقیاس باورهای بیماری (IAS) استفاده کردند و روایی پرسشنامه اضطراب سلامتی را ۰/۶۳ به دست آوردند. این پرسشنامه در ایران توسط نرگسی و همکاران (۱۳۹۵) هنجاریابی شده و در این پژوهش پایایی کل این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ و برای عامل نگرانی ۰/۵۹، برای ابتلا به بیماری ۰/۶۰ و برای پیامدهای بیماری ۰/۷۰ به دست آمد؛ همچنین روایی همگرا این پرسشنامه با پرسشنامه خودبیمارپنداری اهواز برابر با ۰/۷۵ گزارش شده است.. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شده است.

مقیاس دشواری تنظیم هیجان[2](DERS): این مقیاس که توسط گریتز و روئمر[3](۲۰۰۴) طراحی شده است، شامل ۳۶ گویه و ۶ خرده مقیاس است. خرده مقیاس‌های این مقیاس شامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجان، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و فقدان شفافیت هیجان است. نمره‌گذاری مقیاس به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (خیلی به ندرت= ۱ و تقریبا همیشه= ۵) است. گویه‌های ۷، ۶، ۲، ۱، ۸، ۱۷، ۱۰، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ دارای نمره‌گذاری معکوس هستند. نمرات بین ۳۶ تا ۷۲ بیانگر دشواری در تنظیم هیجان در حد پایین، نمرات ۷۲ تا ۱۰۸ نشان دهنده دشواری در تنظیم هیجان در حد متوسط و نمرات بالاتر از ۱۰۸ نشان‌دهنده دشواری در تنظیم هیجان بالا است (گریتز و روئمر، ۲۰۰۴). در پژوهش گریتز و روئمر (۲۰۰۴)، همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه هیجان‌خواهی زاکرمن[4] ۰/۲۶ گزارش شده است. پایایی درونی کلی برای مقیاس در پژوهش گریتز و روئمر (۲۰۰۴)، برابر با ۰/۹۳ و برای هر خرده‌مقیاس به ترتیب بیان شده ۰/۸۵، ۰/۸۹، ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۸، ۰/۸۴ گزارش شده است. بشارت (۱۳۹۷) پایایی بازآزمایی مقیاس دشواری در تنظیم هیجان را در دو نوبت با فاصله‌های ۴

1 Health Anxiety Questionnaire
2 Difficulties in emotion regulation scale
3 Grits & Roemer
4 Zuckerman Excitement Questionnaire

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.2.1]

تا ۶ هفته برای کل مقیاس از ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ به دست آورده است. همچنین در پژوهش بشارت (۱۳۹۷)، ضرایب همبستگی عدم پذیرش هیجان‌های منفی با بهزیستی روانشناختی ۰/۵۳-، با درماندگی روانشناختی۰/۴۴، با راهبردهای رشدیافته تنظیم شناختی هیجان ۰/۴۷- ، با راهبردهای رشدنایافته تنظیم شناختی هیجان ۰/۵۱، با عاطفه مثلت ۰/۴۵- و با عاطفه منفی ۰/۴۶- به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۳ بدست آمد.

پر س شنامه باورهای فرا شناختی[1](MCQ-30): این پرسشنامه توسط ولز (۱۹۹۷) طراحی و دارای ۳۰ گویه است. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت چهار درجه‌ای (مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم= ۴) است. پرسشنامه مذکور دارای ۵ خرده مقیاس است که عبارتند از: باورهای مثبت درباره نگرانی (گویه‌های ۲۸، ۲۳، ۱۹، ۱۰، ۷، ۱)، باورهای منفی درباره کنترل‌پذیری افکار و خطرات مربوط به نگرانی (گویه‌های ۲۱، ۱۵، ۱۱، ۹، ۴، ۲)، عدم اطمینان شناختی (گویه‌های ۲۹، ۲۶، ۲۴، ۱۷، ۱۴، ۸)، نیاز به کنترل افکار (گویه‌های ۲۷، ۲۵، ۲۲، ۲۰، ۱۳، ۶) و خودآگاهی شناختی (گویه‌های ۳۰، ۱۸، ۱۶، ۱۲، ۵، ۳). در زمینه روایی این پرسشنامه ولز (۱۹۹۷)، دامنه‌ی ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس‌ها ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ گزارش کرده ا ست. همچنین ولز و همکاران (۲۰۰۴) برای پایایی این مقیاس دامنه ضریب آلفای کرونباخ را برای مقیاس کل و خرده مقیاس‌ها از ۰/۹۳ تا ۰/۷۶ و پایایی کل را با بازآزمایی در مدت ۲۲ روز تا ۱۱۸ روز، ۰/۷۵ و برای خرده مقیاس‌ها ۰/۸۷ تا ۰/۵۹ گزارش کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ کل پر س شنامه در نمونه ایرانی ۰/۹۱ گزارش‌شده است و برای خرده مقیاس‌های کنترل‌ناپذیری، باورهای مثبت، وقوف شناختی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار به ترتیب در نمونه ایرانی ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۸۰ و ۰/۷۱ گزارش شده است (شیرین‌زاده دستگیری، گودرزی، رحیمی و نظیری، ۱۳۸۹). همچنین در پژوهش شیرین‌زاده دستگیری و همکاران (۱۳۸۹)، همبستگی بین پرسشنامه فراشناخت و مؤلفه‌های آن با پرسشنامه اضطراب اشپیلبرگر[2] مطلوب گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شده است.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه بیماری‌های پو ستی به ترتیب ۳۱/۷۶ و ۱۰/۴۳ و در گروه غیرمبتلا ۳۵/۷۲ و ۱۰/۸۹ بود. همچنین از میان شرکت‌کنندگان در پژوهش در گروه بیماری‌های پوستی ۱۸ نفر مرد (معادل ۳۶ درصد) و ۳۲ نفر زن (معادل ۶۴ درصد) و در گروه غیرمبتلا نیز ۱۷ نفر مرد (معادل ۳۴ درصد) و ۳۳ نفر (معادل ۶۶ درصد) زن بودند. از این میان در گروه بیماری‌های پو ستی ۱۹ نفر مجرد (معادل ۳۸ در صد) و ۳۱ نفر متأهل (معادل ۶۲ در صد) و در گروه غیرمبتلا نیز ۱۷ نفر مجرد (معادل ۳۴ درصد) و ۳۳ نفر متأهل (معادل ۶۶ درصد) بودند. در میان بیماری‌های پوستی نیز از ۵۰ نفر شرکت‌کننده در این پژوهش ۶ نفر مبتلا به اگزما (معادل ۱۲ در صد)، ۴ نفر کهیر (معادل ۸ در صد)، ۵ نفر ویتیلیگو (معادل ۱۰ در صد)، ۲ نفر پسوریازیس(معادل ۴ در صد)، ۱۳ نفر آکنه (معادل ۲۶ درصد)، ۷ نفر ریزش مو (معادل ۱۴ درصد)، ۱ نفر پوست‌کنی (معادل ۲ درصد)، ۹ نفر التهاب پوستی (معادل ۱۸درصد) و ۳ نفر خارش (معادل ۶ درصد) بودند.

جدول شماره ۱میانگین و انحراف معیار اضطراب سلامت، دشواری در تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی در دو گروه با و بدون بیماری‌های پوستی

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
اضطراب سلامت	بیماری‌های پوستی	۳۸/۶۶	۶/۰۰	۰/۲۷	-۱/۲۲
	عادی	۱۲/۶۸	۴/۶۰	۰/۲۲	-۰/۹۲
دشواری در تنظیم هیجان	بیماری‌های پوستی	۱۳۶/۲۰	۱۹/۰۲	-۰/۱۲	-۱/۶۵
	عادی	۷۹/۰۰	۱۰/۴۳	-۰/۶۱	-۰/۷۰
باورهای مثبت درباره نگرانی	بیماری‌های پوستی	۱۳/۹۲	۱/۳۳	-۰/۶۴	-۱/۴۵
	عادی	۲۳/۱۴	۳/۱۶	-۰/۶۳	-۰/۰۳۳
باور های منفی در باره کنترل-پذیری افکار	بیماری‌های پوستی	۲۳/۴۲	۳/۵۴	-۰/۲۵	-۰/۱۵
	عادی	۱۴/۱۲	۱/۶۱	-۱/۴۸	۱/۱۲

1 Metacognitive Beliefs Questionnaire

2 Spielberger Anxiety Questionnaire

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.2.1]

عدم اطمینان شناختی	بیماری‌های پوستی	۲۴/۰۶	۳/۶۰	-۱/۹۷	۱/۶۵
	عادی	۱۴/۰۸	۱/۲۷	-۰/۸۹	-۱/۰۲
نیاز به کنترل افکار	بیماری‌های پوستی	۲۲/۷۰	۲/۶۶	-۰/۷۹	۱/۰۵
	عادی	۱۳/۳۰	۲/۹۵	-۰/۱۳	-۰/۸۶
خودآگاهی شناختی	بیماری‌های پوستی	۱۲/۱۰	۳/۰۰	۰/۲۲	-۰/۳۲
	عادی	۲۳/۳۸	۲/۸۰	-۰/۹۶	۱/۵۷
باورهای فراشناختی (کل)	بیماری‌های پوستی	۹۶/۲۰	۶/۶۲	-۰/۶۹	۰/۷۲
	عادی	۸۸/۰۲	۴/۸۹	-۰/۵۹	۰/۰۷

نتایج جدول۱ نشان می‌دهد که میانگین نمرات اضطراب سلامت، دشواری در تنظیم هیجان، باورهای منفی درباره کنترل‌پذیری افکار، عدم اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و باورهای فراشناختی کل در گروه افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی بیشتر از گروه غیرمبتلا است. همچنین میانگین نمرات خودآگاهی شناختی و باورهای مثبت درباره نگرانی در گروه افراد غیرمبتلا بیشتر از افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی است. همچنین میزان کجی و کشیدگی نیز در دامنه مطلوب -۲ و ۲ قرار دارد.

جهت بررسی شرط برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شده است که مشاهده شده است سطح معناداری برای اضطراب سلامت ($p<۰/۱۸۱$)، دشواری در تنظیم هیجان ($p<۰/۰۵۹$) و باورهای فراشناختی ($p<۰/۱۸۵$) رعایت شده است و می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده کرد.

جدول۲. شاخص‌های چندمتغیره

-	-	ارزش	F	df فرضیه	خطای df	سطح معناداری
جنسیت	اثرپیلایی	۰/۱۵۶	۲/۳۷۶	۷	۹۰	۰/۰۲۸
	ویلکس لامبدا	۰/۸۴۴	۲/۳۷۶	۷	۹۰	۰/۰۲۸
	اثر هتلینگ	۰/۱۸۵	۲/۳۷۶	۷	۹۰	۰/۰۲۸
	بزرگترین ریشه روی	۰/۱۸۵	۲/۳۷۶	۷	۹۰	۰/۰۲۸
گروه	اثرپیلایی	۰/۹۷۱	۴۳۱/۴۰۹	۷	۹۰	۰/۰۰۱
	ویلکس لامبدا	۰/۰۲۹	۴۳۱/۴۰۹	۷	۹۰	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۳۳/۵۵۴	۴۳۱/۴۰۹	۷	۹۰	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۳۳/۵۵۴	۴۳۱/۴۰۹	۷	۹۰	۰/۰۰۱
گـــــروه*	اثرپیلایی	۰/۱۴۹	۲/۲۴۵	۷	۹۰	۰/۰۳۸
جنسیت	ویلکس لامبدا	۰/۸۵۱	۲/۲۴۵	۷	۹۰	۰/۰۳۸
	اثر هتلینگ	۰/۱۷۵	۲/۲۴۵	۷	۹۰	۰/۰۳۸
	بزرگترین ریشه روی	۰/۱۷۵	۲/۲۴۵	۷	۹۰	۰/۰۳۸

در جدول ۲، سطح معناداری آزمون لامبداری ویلکز برابر با ۰/۰۰۱ است که کم‌تر از مقدار آلفا (۰/۰۵) و لذا معنی‌دار است. پس می‌توان نتیجه گرفت بین اضطراب سلامت، دشواری در تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی در افراد با و بدون بیماری‌های پوستی تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) برای مقایسه اضطراب سلامت، دشواری در تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی در دو گروه افراد با و بدون بیماری‌های پوستی

گروه	متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر
جنسیت	اضطراب سلامت	۷۸/۲۶۸	۱	۷۸/۲۶۸	۲/۸۵۵	۰/۰۹۴	۰/۰۲۹
	دشواری در تنظیم هیجان	۱۰۹/۳۶۰	۱	۱۰۹/۳۶۰	۰/۴۷۳	۰/۴۹۳	۰/۰۰۵
	باورهای مثبت درباره نگرانی	۵/۳۵۷	۱	۵/۳۵۷	۰/۸۹۶	۰/۳۴۶	۰/۰۰۹
	باورهای منفی درباره کنترل‌پذیری افکار	۸/۹۷۹	۱	۸/۹۷۹	۱/۱۸۲	۰/۲۸۰	۰/۰۱۲

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.2.1]

	عدم اطمینان شناختی	۱/۸۵۳	۱	۱/۸۵۳	۰/۲۴۹	۰/۶۱۹	۰/۰۰۳
	نیاز به کنترل افکار	۳۳/۳۰۵	۱	۳۳/۳۰۵	۴/۳۷۰	۰/۰۳۹	۰/۰۴۴
	خودآگاهی شناختی	۲۵/۸۴۸	۱	۲۵/۸۴۸	۳/۰۹۳	۰/۰۸۲	۰/۰۳۱
	باورهای فراشناختی (کل)	۵۴/۱۵۶	۱	۵۴/۱۵۶	۱/۵۹۰	۰/۲۱۰	۰/۰۱۶
گروه	اضطراب سلامت	۱۴۵۶۶/۰۸۷	۱	۱۴۵۶۶/۰۸۷	۵۳۱/۴۱۵	۰/۰۰۱	۰/۸۴۷
	دشواری در تنظیم هیجان	۹۷۵۹۲/۱۴۴	۱	۹۷۵۹۲/۱۴۴	۴۲۱/۸۸۶	۰/۰۰۱	۰/۸۱۵
	باورهای مثبت درباره نگرانی	۱۹۲۷/۵۶۷	۱	۱۹۲۷/۵۶۷	۳۲۲/۲۷۰	۰/۰۰۱	۰/۷۷۰
	باورهای منفی درباره کنترل‌پذیری افکار	۲۰۰۷/۵۹۷	۱	۲۰۰۷/۵۹۷	۲۶۴/۲۵۹	۰/۰۰۱	۰/۷۳۴
	عدم اطمینان شناختی	۲۲۹۳/۱۱۶	۱	۲۲۹۳/۱۱۶	۳۰۸/۵۶۸	۰/۰۰۱	۰/۷۶۳
	نیاز به کنترل افکار	۱۹۰۴/۹۰۲	۱	۱۹۰۴/۹۰۲	۲۴۹/۹۱۸	۰/۰۰۱	۰/۷۲۲
	خودآگاهی شناختی	۲۸۸۸/۸۶۴	۱	۲۸۸۸/۸۶۴	۳۴۵/۶۴۷	۰/۰۰۱	۰/۷۸۳
	باورهای فراشناختی (کل)	۱۴۹۶/۵۸۱	۱	۱۴۹۶/۵۸۱	۴۳/۹۲۸	۰/۰۰۱	۰/۳۱۴
گروه*جنسیت	اضطراب سلامت	۱۰۰/۷۸۲	۱	۱۰۰/۷۸۲	۳/۶۷۷	۰/۰۵۸	۰/۰۳۷
	دشواری در تنظیم هیجان	۷۵۳/۸۶۳	۱	۷۵۳/۸۶۳	۳/۲۵۹	۰/۰۷۴	۰/۰۳۳
	باورهای مثبت درباره نگرانی	۰/۱۲۳	۱	۰/۱۲۳	۰/۰۲۱	۰/۸۸۶	۰/۰۰۱
	باورهای منفی درباره کنترل‌پذیری افکار	۳/۰۲۳	۱	۳/۰۲۳	۰/۳۹۸	۰/۵۳۰	۰/۰۰۴
	عدم اطمینان شناختی	۱/۱۸۶	۱	۱/۱۸۶	۰/۱۶۰	۰/۶۹۰	۰/۰۰۲
	نیاز به کنترل افکار	۱۲/۵۰۳	۱	۱۲/۵۰۳	۱/۶۴۰	۰/۲۰۳	۰/۰۱۷
	خودآگاهی شناختی	۰/۰۴۶	۱	۰/۰۴۶	۰/۰۰۵	۰/۹۴۱	۰/۰۰۱
	باورهای فراشناختی (کل)	۰/۳۲۶	۱	۰/۳۲۶	۰/۰۱۰	۰/۹۲۲	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین دو گروه از افراد با و بدون بیماری‌های پوستی در اضطراب سلامت، دشواری در تنظیم هیجان و باورهای فراشـــناختی (باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل‌پذیری افکار، عدم اطمینان شـــناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شـناختی) تفاوت معناداری دارد ($p<0/05$). اثر جنسـیت و تعامل گروه، جنسـیت نیز در اضـطراب سـلامت، دشـواری در تنظیم هیجان و باورهای فراشـناختی (باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل‌پذیری افکار، عدم اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی) معنادار نبوده است ($p>0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اضطراب سلامت، دشواری در تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی در افراد با و بدون بیماری‌های پوستی انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین دو گروه از افراد با و بدون بیماری‌های پوستی در اضطراب سلامت، دشواری در تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج این پژوهش نشان داده است که بین دو گروه از افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی و افراد غیرمبتلا در میزان اضطراب سلامت تفاوت وجود دارد و سطح اضطراب سلامت در افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی بیشتر از افراد غیرمبتلا است، در خصوص وجود تفاوت بین دو گروه نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های فریبر و همکاران (۲۰۱۱)، عبدی زناب و همکاران (۱۳۹۷)، نصری و پلان (۱۳۹۴)، بهنام و همکاران (۱۳۸۹) همسو است. با توجه به اینکه اثرات متقابلی بین اضطراب سلامت، علائم بدنی و حساسیت اضطرابی وجود دارد. لذا حساسیت‌های اضطرابی توجه به علائم جسمانی را افزایش می‌دهد و منجر می‌شود افراد کوچک‌ترین علائم را نشانه شروع بیماری تلقی کنند که به‌عنوان نوعی خطای شناختی نیز شناخته می‌شود (فریبر و همکاران، ۲۰۱۱). این نقص شناختی نگرانی‌های کلی سلامت را در این افراد در پی دارد و شاهدی از حساسیت‌های اضطرابی به پیامدهای بیماری و نگرانی در ابتلا به بیماری در گروه‌های مورد مقایسه بود. به عبارتی می‌توان گفت که، افراد دارای مشکلات پوستی با توجه به کاهش عزت‌نفس و افزایش تنش‌های فکری اضطراب بالایی را در

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.2.1]

خصوص ابتلا به سایر بیماری‌ها و سلامتی خود تحمل می‌کنند. مشکلات پوستی به دلیل وضوح بیماری نگرانی و تشویش روانی را افزایش می‌دهد و افراد را در مقابل سایر علایم که حتی می‌تواند ناشی از بیماری خاصی نباشد آسیب‌پذیر می‌سازد (کاتریل، ۱۹۹۰). در مقابل افراد غیرمبتلا به دلیل عدم ابتلا به بیماری پوستی و مشکلی که به وضوح زیبایی و به عبارتی عزت‌نفس فرد را تحت‌تأثیر قرار دهد در مقابل علایم بیماری نشانه‌های کمتری از اضطراب نشان می‌دهند و اضطراب سلامت در این افراد پایین‌تر از افرادی است که به بیماری‌های پوستی مبتلا هستند.

نتایج نشان داده است که میزان دشواری در تنظیم هیجان در افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی بیشتر از افراد غیرمبتلا است و تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد؛ نتایج این پژوهش در خصوص تفاوت بین دشواری در تنظیم هیجان بین دو گروه با نتایج پژوهش‌های سلامی‌اصل و همکاران (۱۳۹۷)، افشار و همکاران (۱۳۹۲)، منتو و همکاران (۲۰۲۰) و وبنیگار و همکاران (۲۰۱۸) همسو است.

افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی مختلف به دلیل درگیری ظاهری که با بیماری دارند میزان رضایت کمتری از ظاهر خود دارند. این نارضایتی همچنین با تنش‌ها و هیجانات کنترل نشده نیز مرتبط است. بیمارانی که پیوسته تحت‌تأثیر جذابیت از دست رفته خود هستند که به وضوح توسط دیگران نیز قابل مشاهده است عزت‌نفس کمتری را در روابط خود تجربه می‌کنند (وبنیگار و همکاران، ۲۰۱۸). به عبارتی می‌توان گفت این افراد آشفتگی هیجانی بیشتری را نسبت به گروه غیرمبتلا متحمل می‌شوند. این آشفتگی با کاهش تحمل پریشانی همراه است. افراد به دلیل توجه بالا به ظاهر خود و دیدگاهی که جذابیت ظاهری را به عنوان معیاری برای ارتباط مناسب بین‌فردی مطرح می‌کند حتی اگر مشکلات پوستی به وضوح توسط دیگران قابل مشاهده نباشد و با انگ همراه نباشد نیز پریشانی و آشفتگی بیشتری را نسبت به جمعیت عادی دارند (منتو و همکاران، ۲۰۲۰). جذابیت ظاهری و چهره‌ای بدون عیب و نقص در روابط بین‌فردی خود یکی از عوامل مهم در افزایش عزت‌نفس و انعطاف‌پذیری شناختی است که افراد با بیماری‌های پوستی بیش از سایر افراد این بخش از وجود خود را از دست رفته تلقی می‌کنند.

نتایج نشان داده است که میزان باورهای فراشناختی (باورهای منفی درباره کنترل‌پذیری افکار، عدم اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار) در افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی بیشتر از افراد غیرمبتلا و میزان خودآگاهی شناختی و باورهای مثبت درباره نگرانی در افراد غیرمبتلا بیشتر از افراد مبتلا است. نتایج این پژوهش در خصوص تفاوت بین باورهای فراشناختی بین دو گروه با نتایج پژوهش‌های عبدی زناب و همکاران (۱۳۹۷)، نسائیان و همکاران (۱۳۹۶)، بیولی (۲۰۱۷)، ایانی و همکاران (۲۰۲۰)، مولوی و همکاران (۱۳۹۷)، نگوین و همکاران (۲۰۱۹)، شارما و همکاران (۲۰۱۱)، پیکاردی و همکاران (۲۰۰۵) و استرس اورین و ولف (۲۰۱۳) همسو است.

با توجه به اینکه فراشناخت موجب شناخت واکنش‌های افراد به محرک‌ها می‌شود. لذا می‌توان انتظار داشت که افراد دارای این ویژگی روان‌شناختی منجر به افزایش آگاهی شناختی افراد می‌شود. ابتلا به بیماری‌های پوستی موجب کاهش کنترل هیجانی در افراد می‌شود و افراد مبتلا به عارضه‌های پوستی پیوسته با مشکلات زیبایی و پذیرش و عدم پذیرش خود در اجتماع موجه هستند (پیکاردی و همکاران، ۲۰۰۵). همین عامل موجب می‌شود که این افراد افکار منفی زیادی را نسبت به شرایط خود پرورش داده و حتی باورهای منفی بسیاری را نسبت به بیماری و آسیب پوستی خود پرورش دهند. این باورهای منفی موجب می‌شود که خودآگاهی شناختی نیز دستخوش تغییراتی شود. به عبارتی انعطاف‌پذیری و کنترل هیجانی در این افراد کاهش و درگیری هیجانی با مشکل به جای سنجش موقعیت و پاسخ به آن افزایش می‌یابد (شارما و همکاران، ۲۰۱۱). می‌توان انتظار داشت که بیماران مبتلا به آسیب‌های پوستی با تمرکز بر روی مشکل خود که در غالب اوقات نمی‌توانند آن را پنهان کنند غالبا از شناخت موقعیت‌ها و شرایطی که حتی بر مشکل آنها توجه ندارد نیز غافل می‌شوند زیرا مشکل آنها در مرکز توجه قرار دارد. از این‌رو این افراد توانایی ارزیابی افکار خود را نیز به صورت سنجیده نخواهند داشت.

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داده است که اضطراب سلامت، دشواری در تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی در افراد با و بدون بیماری‌های پوستی با یکدیگر تفاوت دارد. همچنین نتایج نشان داده است که، میانگین نمرات اضطراب سلامت، دشواری در تنظیم هیجان، باورهای منفی درباره کنترل‌پذیری افکار، عدم اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و باورهای فراشناختی کل در گروه افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی بیشتر از گروه غیرمبتلا است. همچنین میانگین نمرات خودآگاهی شناختی و باورهای مثبت درباره نگرانی در گروه افراد غیرمبتلا بیشتر از افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی است.

پژوهش حاضر دارای برخی محدودیت‌ها است که باید هنگام تعمیم‌دهی به گروه‌های دیگر در نظر گرفته شود. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این موارد اشاره نمود: این مطالعه بر روی افراد مبتلا به اختلالات پوستی مراجعه‌کننده به متخصصین پوست شهر ارومیه در بازه زمانی سال ۹۷-۹۸ و افراد غیرمبتلا شهر ارومیه انجام گرفته و روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند بوده است و امکان

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.2.1]

گزینش تصادفی وجود نداشت؛ همچنین حجم نمونه در هر گروه ۵۰ نفر است که می‌تواند نتایج را تحت‌تأثیر قرار دهد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های پیش‌رو این پژوهش بر روی سایر گروه‌های آسیب‌پذیر یا آسیب‌دیده دیگر و در نمونه‌هایی با حجم بیشتر صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی متغیرهای دشواری در تنظیم هیجان، اضطراب سلامت و باورهای فراشناختی با توجه به نوع بیماری پوستی مورد توجه قرار گیرند.

تضاد منافع: پژوهش حاضر بدون هیچگونه حمایت مالی از جانب سازمان خاصی صورت گرفته است و نتایج آن برای نویسندگان هیچگونه تضاد منافعی ندارد.

منابع

افشار، ح.، ادیبی، نو، افشاری، ا.، روحانی، س.، و صابری، ف. (۱۳۹۲). شدت نارسایی هیجانی، راهبردهای مقابله‌ای و سلامت عمومی در بیماران مبتلا به اختلالات پوستی. *دانشکده علوم پزشکی اصفهان*، ۳۱ ، ۲۴۲، ۰-۰.

بشارت، م. ع. (۱۳۹۷). مقیاس دشواری تنظیم هیجان. *اندیشه و رفتار*، ۱۲، ۴۷، ۸۹-۹۲.

بهنام، ب.، طاهری، ر.، سادات هاشمی ، س. م.، و نثاری‌راد مطلق، م. (۱۳۸۹). بررسی فراوانی تظاهرات آسیبشناسی روانی در بیماران مبتلا به پسوریازیس در شهرستان سمنان. *اصول بهداشت روانی*،۱۲، ۳، ۶۰۴-۶۱۱.

شیرین‌زاده دستگیری.، ص.، گودرزی، م.، رحیمی، چ.، و نظیری، ق. (۱۳۸۹). بررسی ساختار عاملی، روایی و اعتبار پرسشنامه فراشناخت ۳۰. *مجله روانشناسی*، ۱۲، ۴، ۴۴۵-۴۶۱.

سلامی‌اصل، ک.، مرعشی، س. ع.، حمید، ن.، و مهرابی‌زاده هنرمند، م. (۱۳۹۷). راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی در افراد مبتلا به پسوریازیس و افراد غیرمبتلا. *اندیشه و رفتار*، ۱۲، ۴۸، ۴۷-۹۳.

عبدی زناب، م.، بشارت، م. ع.، و داوودی، س. م. (۱۳۹۷). مقایسه‌ی شدت نشانه‌های روانشناختی در افراد مبتلا به بیماری های پوستی با افراد سالم. *پوست و زیبایی*، ۹، ۱، ۱۳-۲۷.

مولوی، پ.، رستمی، م.، ندرمحمدی‌مقدم، م.، خلخالی، ع.، و سلوت، ح. (۱۳۹۷). اختلالات شخصیت در بیماران مبتلا به پسوریازیس. *پوست و زیبایی*، ۹، ۳، ۱۴۷-۱۵۷.

نصری، ص.، و پلان، م. (۱۳۹۴). مقایسه استرسورها و شیوههای مقابله در بیماران مبتلا به اختلالات پوستی و افراد بهنجار. *روانشناسی سلامت*، ۴، ۳، ۱۰۱-۱۱۴.

نسائیان، ع.، جنیدی، م.، اسدی گندمانی، ر.، و امیری، م. (۱۳۹۶). مقایسه اختلال‌های روانی و سلامت عمومی در افراد با و بدون ویتیلیگو. *دانشگاه علوم پزشکی خراسان*، ۹، ۲، ۲۷۱-۲۷۸.

Abramowitz, J. S., Olatunji, B. O., & Deacon, B. J. (2007). Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*, *38*(1), 86-94.

Aruta, C. L., Calaguas, C. R., Gameng, J. K., Prudentino, M. V., & Mobile, A. A. C. J. L. (2015). based Medical Assistance for Diagnosing Different Types of Skin Diseases Using Case-based Reasoning with Image Processing International Journal of Conceptions on Computing and Information Technology Vol. 3.

Bewley, A. (2017). The neglected psychological aspects of skin disease.

Cotterill, J.A. (1990). Psychophysiological aspect of eczema. Semin Dermatol. 9, 216-9.

Ciuluvica, C., Amerio, P., & Fulcheri, M. (2014). Emotion regulation strategies and quality of life in dermatologic patients. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 127, 661-665.

Dalgard, F. J., Gieler, U., Tomas-Aragones, L., Lien, L., Poot, F., Jemec, G. B., ... & Kupfer, J. (2015). The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *Journal of Investigative Dermatology*, *135*(4), 984-991.

Ermusheva, A., Vinogradova, M., Tkhostov, A., & Pechnikova, L. (2021). Health anxiety in patients with depression with somatic symptoms and psychodermatological disorders. *European Psychiatry*, *64*(S1), S331-S331.

Efklides, A., & Misailidi, P. (2010). Introduction: The present and the future in metacognition. In *Trends and prospects in metacognition research* (pp. 1-18). Springer, Boston, MA.

Freire, M., Rodríguez, J., Möller, I., Valcárcel, A., Tornero, C., Díaz, G., ... & Paredes, S. (2011). Prevalence of symptoms of anxiety and depression in patients with psoriatic arthritis attending rheumatology clinics. *Reumatología Clínica (English Edition)*, *7*(1), 20-26.

Fernandez-Duque, D., Baird, J. A., & Posner, M. I. (2000). Executive attention and metacognitive regulation. *Consciousness and cognition*, *9*(2), 288-307.

Gardner, S. E., Betts, L. R., Stiller, J., & Coates, J. (2017). The role of emotion regulation for coping with school-based peer-victimisation in late childhood. *Personality and Individual Differences*, *107*, 108-113.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.2.1]

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, *44*(1), 1-25.

Iani, L., Quinto, R. M., Porcelli, P., Angeramo, A. R., Schiralli, A., & Abeni, D. (2020). Positive psychological factors are associated with better spiritual well-being and lower distress in individuals with skin diseases. *Frontiers in Psychology*, *11*, 2660.

Innamorati, M., Quinto, R. M., Imperatori, C., Lora, V., Graceffa, D., Fabbricatore, M., ... & Bonifati, C. (2016). Health-related quality of life and its association with alexithymia and difficulties in emotion regulation in patients with psoriasis. Comprehensive psychiatry, 70, 200-208.

Kim, S., Lee, J. Y., Oh, J. Y., Chekal, L., & Lee, D. C. (2015). The association between atopic dermatitis and depressive symptoms in Korean adults: the fifth Korea National Health and Nutrition Examination Survey, 2007-2012. *Korean journal of family medicine*, *36*(6), 261.

Mento, C., Rizzo, A., Muscatello, M. R. A., Zoccali, R. A., & Bruno, A. (2020). Negative Emotions in Skin Disorders: A Systematic Review. *International Journal of Psychological Research*, *13*(1), 71-86.

Nguyen, S. H., Nguyen, L. H., Vu, G. T., Nguyen, C. T., Le, T. H. T., Tran, B. X., ... & Ho, R. (2019). Health-Related quality of life impairment among patients with different skin diseases in Vietnam: a cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, *16*(3), 305.

Onen, S., Karakas Ugurlu, G., & Caykoylu, A. (2013). The relationship between
metacognitions and insight in obsessivecompulsive disorder. Compr Psychiatry, 54(5), 541-548.

Orion, E., & Wolf, R. (2013). Psychological factors in skin diseases: stress and skin: facts and controversies. *Clinics in dermatology*, *31*(6), 707-711.

Picardi, A., Lega, I., & Tarolla, E. (2013). Suicide risk in skin disorders. *Clinics in dermatology*, *31*(1), 47-56.

Picardi, A., Adler, D. A., Abeni, D., Chang, H., Pasquini, P., Rogers, W. H., & Bungay, K. M. (2005). Screening for depressive disorders in patients with skin diseases: a comparison of three screeners. *Acta dermato-venereologica*, *85*(5).

Remröd, C., Sjöström, K., & Svensson, Å. (2015). Pruritus in psoriasis: a study of personality traits, depression and anxiety. *Acta dermato-venereologica*, *95*(4), 439-444.

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.

Sharma, S., Bassi, R., & Singh, A. (2011). A comparative study of depression and anxiety in psoriasis and other chronic skin diseases. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*, *21*(4), 235-240.

Sawant, N. S., Vanjari, N. A., Khopkar, U., & Adulkar, S. (2015). A study of depression and quality of life in patients of lichen planus. *The Scientific World Journal*, *2015*.

Schmitt, J. V., Ribeiro, C. F., Souza, F. H. D. M. D., Siqueira, E. B. D., & Bebber, F. R. L. (2012). Hair loss perception and symptoms of depression in female outpatients attending a general dermatology clinic. *Anais brasileiros de dermatologia*, *87*(3), 412-417.

Ling, A., & Leo, Y. (2020). Potential presymptomatic transmission of SARS-CoV-2, Zhejiang province, China, 2020. *Emerging Infectious Diseases*, *26*, 1052-1054.

Tamir, M., & Millgram, Y. (2017). Motivated emotion regulation: Principles, lessons, and implications of a motivational analysis of emotion regulation. In *Advances in motivation science* (Vol. 4, pp. 207-247). Elsevier.

Thomson, P., & Jaque, V. (2017). Self-regulation, emotion, and resilience. *J Creat Perform Art*, 225-43.

Ukonu, A. B., Ibekwe, P. E., & Ezechukwu, A. (2015). Anxiety state and its psychosocial consequences among acne vulgaris and chronic urticaria patients in Abuja. *International Journal of Psychological Studies*, *8*, 1-10.

Wabnegger, A., Übel, S., Suchar, G., & Schienle, A. (2018). Increased emotional reactivity to affective pictures in patients with skin-picking disorder: Evidence from functional magnetic resonance imaging. *Behavioural brain research*, *336*, 151-155.

Wells, A. (2008). Metacognitive therapy: Cognition applied to regulating cognition. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, *36*(6), 651-658.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.2.1]