

The Role of Emotional Beliefs, Worry Behaviors, and Social Support in Cognitive, Physical and Behavioral Anxiety Syndrome

Sohrab Amiri (PhD)^{1,*}, Abolghasem Yaghobi (PhD)², Tayebeh Bayat (BSc)³, Shamsi Shamshiri (BSc)³, Amir Ghasemi Navab (MSc)⁴

¹ PhD of Psychology, Urmia University, Urmia, Iran.

² Associate Professor, Bu Ali Sina University, Hamedan, Iran

³ MSc student in psychology, Bu Ali Sina University, Hamedan, Iran

⁴ MSc in psychology, Alametabatabayi University, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Sohrab Amiri, Urmia University, Urmia, Iran. Email: amirysohrab@yahoo.com

Abstract

Received: 15/06/2018

Accepted: 08/10/2019

How to Cite this Article:

Amiri S, Yaghobi A, Bayat T, Shamshiri S, Ghasemi Navab A. The Role of Emotional Beliefs, Worry Behaviors, and Social Support in Cognitive, Physical and Behavioral Anxiety Syndrome. *Pajouhan Scientific Journal*. 2019; 17(2): 7-14. DOI: 10.29252/psj.17.2.7

Background and Objective: Anxiety has a significant impact on academic, social performance and quality of life. This study examined the relationship between emotional beliefs, worry behaviors, and social support with cognitive, physical and behavioral aspects of anxiety.

Materials and Methods: For this purpose, from the statistical population of the Bu Ali Sina University students in 2018 year, 312 were selected by using multistage cluster sampling. Then, in order to assess objectives of the research, scale of measurement of emotional beliefs, worry behaviors, and social support and anxiety were distributed among the participants. Collected data were analyzed by using descriptive and correlation indicators and simultaneous regression.

Results: Results indicated that there is relationship between worry behaviors, emotional beliefs and social support with anxiety, so that there were a significant positive correlation between worry behaviors with cognitive, physical and behavioral aspects of anxiety ($P < 0.05$). Also emotional beliefs with physical and behavioral aspects showed that a significant positive correlation ($P < 0.05$). There were a significant negative correlation between social support with behavioral aspect of anxiety ($P < 0.01$).

Conclusion: Individual differences in emotional aspects, worry and social support play an important role in the symptoms of Anxiety.

Keywords: Anxiety; Emotions; Social Support

نقش باورهای هیجانی، رفتارهای نگرانی و حمایت اجتماعی در نشانگان شناختی، بدنی و رفتاری اضطراب

سهراب امیری^{۱*}، ابوالقاسم یعقوبی^۲، طیبه بیات^۳، شمسی شمشیری^۳، امیر قاسمی نواب^۴

^۱ دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

^۴ کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: سهراب امیری، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران. ایمیل: amirysohrab@yahoo.com

چکیده

سابقه و هدف: اضطراب تاثیر قابل توجهی بر روی کارکردهای تحصیلی، اجتماعی، همچنین کیفیت زندگی دارد. هدف پژوهش حاضر تعیین نقش باورهای هیجانی، رفتارهای نگرانی و حمایت اجتماعی با ابعاد شناختی، بدنی و رفتاری اضطراب بود.

مواد و روش‌ها: از جامعه دانشجویان دانشگاه بوعلی سینا در سال ۱۳۹۶ تعداد ۳۱۲ نفر دانشجو بر اساس نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. سپس به منظور بررسی اهداف و فرضیه‌های پژوهش، مقیاس‌های سنجش‌گر ابعاد باورهای هیجانی، رفتارهای نگرانی، حمایت اجتماعی، ابعاد اضطراب بین شرکت کنندگان پژوهش توزیع شد تا پاسخ دهند. داده‌های گردآوری شده به منظور بررسی اهداف پژوهش، با استفاده از شاخص‌های توصیفی، همبستگی و تحلیل رگرسیون چندگانه هم‌زمان مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج بیانگر این بود که روابط معنادار بین متغیر رفتارهای نگرانی، باورهای هیجانی و حمایت اجتماعی با ابعاد اضطراب وجود دارد. به طوری که رفتارهای نگرانی رابطه مثبت معناداری با ابعاد رفتاری شناختی و بدنی اضطراب نشان داد ($P < 0/05$)؛ همچنین باورهای هیجانی همبستگی مثبت معنادار با بعد رفتاری و بدنی ($P < 0/05$) نشان داد. همبستگی منفی معناداری بین حمایت اجتماعی با بعد رفتاری اضطراب به دست آمد ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: تفاوت‌های فردی در ابعاد هیجانی، نگرانی و نیز حمایت اجتماعی نقش مهمی در نشانه‌شناسی اضطراب دارد.

واژگان کلیدی: اضطراب؛ حمایت اجتماعی؛ هیجان

مقدمه

روان‌شناسان بسیاری نظریه‌ها و مفهوم بندی‌های اضطراب را بیان داشته‌اند. Horney دو نوع از اضطراب را تعریف کرده است: اضطراب آشکار که واکنشی نسبت به خطر است؛ و اضطراب پایه که پاسخی به خطر بالقوه است [۲]. اضطراب نوع اول موجب اضطراب موقعیتی و نوع دوم موجب اضطراب شخصیتی می‌شود. Hamilton اضطراب را به صورت جسمانی، شامل شکایت‌های مرتبط با بدن، یا روانی شامل پریشانی و آشفتگی روانی طبقه‌بندی کرده است [۳]. تحلیل

اختلال‌های اضطرابی طیف گسترده‌ای از شرایط روان‌پزشکی هستند و به واسطه سطوح بالینی نگرانی یا وحشت‌زدگی مشخص می‌شوند که در غیاب علل متناسب و خاص (مانند خطر فیزیکی یا صحبت در جمع) روی می‌دهند [۱]. پریشانی هیجانی مرتبط با اضطراب اغلب با علائم فیزیکی خاص مرتبط با انگیزختگی سیستم خودکار، مانند تعریق، سرگیجه و تنفس سطحی، یا شکایت‌های جسمانی گسترده‌تر مانند بی‌خوابی، بی‌قراری و دردهای عضلانی همراه است [۱].

نظری و بالینی است. رفتارهای اجتنابی ناسازگارانه برای تعریف تمام طبقات اختلال‌های اضطرابی به جز GAD استفاده شده است [۲۰]. از طرفی، مقیاس‌های رفتارهای اجتنابی، ویژگی‌های رفتاری اختلال‌هایی مانند رفتارهای اجباری در اختلال وسواسی-اجباری را مورد ارزیابی قرار می‌دهد [۲۱]. رفتارهای ایمنی با اختلال اضطراب اجتماعی [۲۲]، اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی و موقعیت‌های مرتبط با شکست بالقوه در بافت افسردگی مرتبط است [۲۳]. اجتناب شناختی دربردارنده اجتناب از تجارب درونی پریشان کننده (مانند افکار و هیجان‌ها) از طریق راهبردهایی مانند سرکوب افکار و جایگزینی افکار است [۲۴].

از طرفی، مطالعات اخیر نشان داده است که حمایت اجتماعی ادراک شده، نقش مهمی در پیشگیری از بیماری روانی و جسمانی بازی می‌کند [۲۵]. علاوه بر این، حمایت اجتماعی می‌تواند در موقعیت‌های پزشکی مانند رشد و پیشروی بیماری قلبی-عروقی [۲۶]، انطباق با رژیم‌های پزشکی [۲۷] و کاهش طول بستری شدن نقش مهم داشته باشد [۲۸]. حمایت اجتماعی، رفتارهای ارتقای سلامتی را تسهیل می‌کند، حوادث تنش‌زای زندگی را کاهش می‌دهد و فعالیت‌هایی را که با اهداف شخصی منتهی می‌شود را تشویق می‌کند [۲۹]. بنابراین، به منظور مقابله با مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب، این منبع مهم اجتماعی اهمیت فراوانی دارد [۳۰]. مطالعات نیز نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی نقش بسیار مهمی در سلامت افراد جامعه ایفا می‌کند و نبود آن و بروز انزوای اجتماعی به بیماری منجر می‌شود [۳۱].

بنابراین، اضطراب یک هیجان منفی پیچیده با علائم شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری است [۳۲]. این اختلال به طور گسترده به عنوان سازه‌ای چند بعدی با تنوعی قابل توجه در بین افراد از لحاظ ابراز علائم شناخته شده است. فردی ممکن است نشانه‌های چندگانه‌ای از اضطراب در واکنش به موقعیت استرس‌زا خاص نشان دهد، در حالی که فرد دیگری ممکن است طیف بسیار خاص یا محدودی از علائم را در موقعیت یکسان نشان دهد. علاوه بر این، فرد یکسانی ممکن است الگوی کاملاً متفاوتی از علائم اضطراب را به هنگام مواجهه با استرس‌زاهای مختلف بروز دهد [۳۳]. از این رو، تعیین ابعاد علائم شناختی، بدنی و رفتاری اضطراب و عوامل مؤثر بر آن ضروری به نظر می‌رسد. از این رو پژوهش حاضر درصدد برآمد اثرات باورهای هیجانی و تفاوت‌های فردی در این ابعاد و نیز رفتارهای نگرانی و حمایت اجتماعی را بر روی علائم شناختی، بدنی و رفتاری اضطراب مورد بررسی و مطالعه قرار دهد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر با توجه به نوع متغیرها و شیوه گردآوری

عواملی انواع مقیاس‌های اضطراب نشان می‌دهد که اضطراب چند بعدی بوده و اینکه مقیاس‌های استاندارد دو عامل اصلی برای اضطراب دارند که به عنوان اضطراب شناختی و بدنی برچسب زده شده است [۴]. اضطراب شناختی به واسطه شرایط ناخوشایند مانند ترس، فوبی، وسواس و نشخوار گری درباره حوادث ناخوشایند احتمالی برای خود و دیگران مشخص شده است. این نوع اضطراب به میزان زیادی با اختلال فرایندهای شناختی، مانند توجه و تمرکز مرتبط است. اضطراب بدنی از طریق علائم آشکار بیش فعالی سیستم خودکار و درون‌ریز (مانند تعریق، تپش قلب، سرد یا مرطوب شدن دست‌ها، خشکی دهان، سوزش معده و رنگ پریدگی) و تنش حرکتی-عضلانی (عصبانیت، لرزش، درد عضلانی، خستگی، خفقان و بی‌قراری) مشخص شده است [۵]. بسیاری از مطالعات از این شیوه طبقه‌بندی حمایت کرده‌اند [۶، ۷].

بنابراین، اضطراب حالتی از انگیختگی هیجانی است که به واسطه احساس هراس و فقدان کنترل نگرانی مرتبط با رویداد تهدید زا آینده همراهی می‌شود [۸] و بسیاری از شرایط پزشکی با اضطراب مرتبط هستند [۹]. از جنبه‌های مختلفی می‌توان به تبیین آسیب‌شناسی روانی اختلال‌های اضطرابی پرداخت و تلاش‌های بسیاری جهت شناسایی عوامل مرتبط با پدیدآیی و تداوم اختلال اضطراب انجام گرفته است. در این راستا، مطالعات نشان می‌دهند که عوامل خطر اختلال‌های اضطرابی، شامل عوامل محیطی، عوامل ارثی و زیستی می‌شود [۱۰]. بر این اساس، باورها درباره غیرقابل پذیرش بودن تجارب هیجانی منفی یا پیامدهای بد ابراز چنین احساساتی، در افراد با طیفی از مشکلات مختلف شامل سندرم خستگی مزمن [۱۱]، سندرم پاهای بی‌قرار [۱۲]، اختلال‌های خوردن، فوبی اجتماعی [۱۳]، افسردگی [۱۴]، اختلال استرس پس از سانحه [۱۵] و اختلال شخصیت مرزی [۱۶] بیان شده است. مدل‌های شناختی-رفتاری بیان می‌کنند که این باورهای هیجانی می‌توانند نقش مهمی در شکل‌گیری و تداوم مشکلات بالینی داشته باشند [۱۱] و می‌توانند با نتایج درمانی ضعیف در ارتباط باشند [۱۷]. چنین باورهایی ممکن است به شیوه‌های مختلفی در مشکلات نقش داشته باشند. برای مثال، این باورها ممکن است منجر به نادیده گرفتن هیجان‌های ناخواسته شده و خودآگاهی و خود ادراکی را تضعیف نماید [۱۸]. اگر افکار هیجانی پریشان کننده سرکوب گردد، می‌تواند اثرات معکوس داشته و شواهدی وجود دارد که چنین سرکوبی می‌تواند منجر به تداوم پریشانی گردد [۱۹].

عامل دیگری که به نظر می‌رسد در آسیب‌های روان-شناختی نقش دارد درک رفتارهای اجتنابی است که با اختلال اضطراب فراگیر مرتبط هستند و دارای تلویحات تشخیصی،

چیزها را توصیف می‌کند یا خیر، به سادگی این موضوع را در ذهن مجسم کنید که اغلب اوقات به چه صورت فکر می‌کنید. نتایج نشان داده است که این مقیاس دارای یک عامل با ضریب همسانی درونی ۰/۹۱ است و نشان داده شده است که این مقیاس دارای همبستگی بسیار بالا با کمال‌گرایی منفی است (۰/۵۹) و همچنین نشان داده شده است که دارای همبستگی معنادار با مقیاس‌های نگرش‌های ناکارآمد، افسردگی، اضطراب است [۳۴].

پرسشنامه حمایت اجتماعی: این مقیاس در دو مرحله ساخته شد؛ در گام اول ۱۴ ماده به شرکت‌کنندگان ارائه شد؛ سپس ۶ ماده برای نسخه کوتاه بر اساس حداکثر ضریب آلفا انتخاب گردید. در مرحله دوم نسخه کوتاه ۶ ماده‌ای در نمونه جمعیتی دوم مورد ارزیابی قرار گرفته و استاندارد شد. نتایج نشان دهنده پایایی خوب و برازش مطلوب مدل برای ساختار یک عاملی مقیاس است. در نهایت ضریب همسانی درونی برای این مقیاس ۰/۹۰ به دست آمده است [۳۵].

پرسشنامه نشانگان شناختی، بدنی و رفتاری اضطراب: پرسشنامه اضطراب بدنی، شناختی و رفتاری توسط Lehrer و Woolfolk به منظور ارزیابی مولفه‌های اضطراب تهیه شد [۳۶]. این مقیاس با ۳۶ عبارت برای سنجش سه جزء اصلی اضطراب، یعنی بعد رفتاری (اجتناب اجتماعی)، بعد شناختی (نگرانی) و بعد بدنی (تنفس سریع) طراحی شده است. پرسشنامه‌ی اضطراب بدنی، شناختی و رفتاری بر اساس نتایج تحقیقات پیشین که حاکی از آن بود که انواع و مولفه‌های مختلف اضطراب لزوماً همبستگی بالایی با هم ندارند، تهیه شده است. گونه‌های این پرسشنامه از چند مقیاس تثبیت شده مربوط به اضطراب و از تجربیات بالینی مولف برگرفته شده است. مطالعات مجزا تعداد گویه‌های این مقیاس را از ۱۱۲ عبارت به ۳۶ عبارت حاضر کاهش داد. همگی عبارت‌ها بیش از ۰/۵ درصد در عوامل مربوط به خود نقش دارند. سه زیر مقیاس این پرسشنامه عبارت اند از: اضطراب بدنی، اضطراب رفتاری و اضطراب شناختی یک ابزار خود گزارشی است و آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۸ درجه‌ای مشخص سازد که هرکدام از علائم را تا چه حد تجربه می‌کند. این مقیاس به طور خاص برای مداخلات درمانی اهمیت دارد چرا که ممکن است انواع مختلف اضطراب پاسخ‌های متفاوتی به انواع درمان بدهند. پرسشنامه‌ی اضطراب بدنی، شناختی و رفتاری ثبات درونی بسیار خوبی دارد با ضریب پایایی حاصل از روش دو نیمه سازی آن برای عامل بدنی ۰/۹۳، برای عامل رفتاری ۰/۹۴ و برای عامل شناختی ۰/۹۳ گزارش شده است.

داده‌های گردآوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS-22 و آماره‌های توصیفی همچون میانگین و انحراف استاندارد و در نهایت رگرسیون خطی چند متغیره هم‌زمان مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

داده‌ها به طرح‌های توصیفی از نوع همبستگی تعلق دارد. به منظور گردآوری داده‌های پژوهش از میان جامعه آماری دانشجویان دانشکده‌های مختلف دانشگاه بوعلی سینا در سال تحصیلی ۹۷-۹۶ تعداد ۳۱۲ نفر بر اساس نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: (۱) نداشتن معلولیت، اختلالات روان‌پزشکی و نورولوژیکی و آسیب‌های مغزی-مجمعه‌ای (۲) نداشتن اعتیاد به الکل یا هر نوع ماده دیگر (۳) دامنه سنی بین ۱۸-۳۵ بود. معیارهای خروج نیز شامل نداشتن نقصان حافظه و توجه بود. به منظور گردآوری داده‌های پژوهش، پژوهش‌گر در بین شرکت‌کنندگان نهایی تحقیق حاضر یافته و پس از توضیح فرایند اجرا، سیاهه رفتارهای نگرانی، مقیاس باورهای هیجانی، مقیاس حمایت اجتماعی و مقیاس نشانگان شناختی، بدنی و رفتاری اضطراب را بین شرکت‌کننده‌ها توزیع نمود تا پاسخ دهند. در حین گردآوری داده‌ها پژوهشگر حضوری فعال داشت تا ضمن پاسخ‌گویی به موارد مبهم از پاسخ‌دهی تصادفی جلوگیری نماید. برای مطالعه چندین پرسشنامه استفاده شد.

پرسشنامه سیاهه رفتارهای نگرانی (WBI): این سیاهه توصیف کننده یک مقیاس کوتاه ارزیابی رفتارهای اجتنابی است. ملاک توصیف شده اختلال اضطراب فراگیر در DSM؛ مدل‌های شناختی معاصر و ادبیات گسترده پیرامون رفتارهای نگرانی مرتبط با GAD در شکل‌دهی مقیاس مورد استفاده قرار گرفته است. ماده‌های انتخاب شده بر اساس همسانی درونی ماده و توانایی تمایز قائل شدن بین بیماران GAD و افراد بهنجار و همبستگی با شدت علائم GAD ارزیابی و انتخاب گردید. نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۵) است. تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی از ساختار دو عاملی (رفتارهای ایمنی و اجتناب) حمایت کرده است. ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس کلی و خرده مقیاس‌های رفتارهای ایمنی و اجتناب به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۵ و ۰/۷۵ به دست آمده است. همچنین روایی همگرایی و واگرایی مقیاس گزارش شده است [۲۰].

پرسشنامه باورهای هیجانی: این مقیاس در بردارنده ۱۲ ماده و یک عامل است و محتوای آن بازنمایی کننده باورهای درباره عدم پذیرش تجارب و ابزار هیجان‌ها است که در گزارش‌های بالینی و مدل‌های شناختی مشخص گردیده است [۱۱، ۱۷]. نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملاً موافق (۶) تا کاملاً مخالف (۰) است. دستورالعمل پاسخ‌گویی به این صورت است که بیان می‌کند لطفاً گزینه‌ای را که به بهترین شکل تفکر شما را وصف می‌کند، مشخص نمایید. توجه داشته باشید که به دلیل اینکه افراد متفاوت هستند پاسخ درست یا غلط به این جمله‌ها وجود ندارد. برای آنکه تصمیم بگیرید که آیا یک پاسخ شیوه تفکر شما درباره

یافته‌ها

نتایج جدول شماره ۲ نشان دهنده وجود روابط معنادار بین متغیر رفتارهای نگرانی، باورهای هیجانی و حمایت اجتماعی با ابعاد اضطراب است. به طوری که رفتارهای ایمنی و اجتناب رابطه مثبت معناداری با ابعاد رفتاری ($P < 0/05$)، شناختی و بدنی اضطراب نشان داد ($P < 0/01$)؛ همچنین باورهای هیجانی همبستگی مثبت معنادار با بعد رفتاری ($P < 0/05$) و بدنی ($P < 0/01$) نشان داد. همبستگی منفی معناداری بین حمایت اجتماعی با بعد رفتاری اضطراب به دست آمد ($P < 0/01$). به منظور آزمون مدل پیش‌بینی نشانگان شناختی، بدنی و رفتاری اضطراب از طریق باورهای هیجانی، رفتارهای نگرانی و حمایت اجتماعی از مدل رگرسیون هم‌زمان استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۳ درج گردیده است.

شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر ۳۱۲ نفر از دانشجویان رشته‌های مختلف از شاخه‌های ادبیات و علوم انسانی، فنی مهندسی، علوم پایه، اقتصاد و علوم اجتماعی بودند. در جدول ۱ به ترتیب میانگین و انحراف معیار متغیرهای رفتارهای نگرانی، باورهای هیجانی، حمایت اجتماعی و مقیاس نشانگان شناختی، بدنی و رفتاری اضطراب درج گردیده است. به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش مبنی بر اینکه بین متغیرهای باورهای هیجانی، رفتارهای نگرانی و حمایت اجتماعی با مقیاس نشانگان شناختی، بدنی و رفتاری اضطراب رابطه وجود دارد، به ترتیب از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره هم‌زمان استفاده گردید که نتایج آن در جداول ۲ و ۳ ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرها

متغیر	انحراف معیار \pm میانگین	متغیر	انحراف معیار \pm میانگین
رفتارهای ایمنی	۲۳/۵ \pm ۶/۱	بعد رفتاری	۲۲/۷ \pm ۷/۶
اجتناب	۹/۵ \pm ۲/۳	بعد شناختی	۳۲/۰ \pm ۱۰/۲
باورهای هیجانی	۴۰/۷ \pm ۹/۷	بعد بدنی	۳۹/۴ \pm ۱۳/۱
حمایت اجتماعی	۲۱/۱ \pm ۵/۹	سن	۲۱/۷ \pm ۴/۲

جدول ۲: ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
رفتارهای ایمنی	۱						
اجتناب	۰/۳۲**	۱					
باورهای هیجانی	۰/۰۰۲	۰/۲۳**	۱				
حمایت اجتماعی	-۰/۱۱	-۰/۰۴	۰/۱۳	۱			
بعد رفتاری	۰/۱۶*	۰/۳۸**	۰/۱۶*	-۰/۱۸**	۱		
بعد شناختی	۰/۲۹**	۰/۳۵**	۰/۱۳	۰/۰۱	۰/۵۵**	۱	
بعد بدنی	۰/۲۱**	۰/۳۲**	۰/۲۱**	۰/۰۳	۰/۶۴**	۰/۶۱**	۱

** = $P < 0/01$ * = $P < 0/05$

جدول ۳: رگرسیون چندگانه هم‌زمان بین متغیرهای پژوهش

مدل	متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	B	SE	Beta	T	P	R	R ²	F
۱	بعد رفتاری	رفتارهای ایمنی	۰/۰۴	۰/۰۸	۰/۰۳	۰/۴۶	۰/۶۴۴			
		اجتناب	۱/۰۹	۰/۲۲	۰/۳۴	۴/۹۳	۰/۰۰۰	۰/۴۳	۰/۱۹	۱۱/۵۴
		باورهای هیجانی	۰/۰۸	۰/۰۵	۰/۱۱	۱/۶۷	۰/۰۹۵			
		حمایت اجتماعی	-۰/۲۲	۰/۰۸	-۰/۱۷	-۲/۷۷	۰/۰۰۶			
۲	بعد شناختی	رفتارهای ایمنی	۰/۳۴	۰/۱۱	۰/۲۰	۳/۰۳	۰/۰۰۳			
		اجتناب	۱/۱۵	۰/۳۰	۰/۲۶	۳/۸۰	۰/۰۰۰	۰/۴۰	۰/۱۶	۹/۸۱
		باورهای هیجانی	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۰۶	۰/۹۹	۰/۳۲۱			
		حمایت اجتماعی	۰/۰۶	۰/۱۱	۰/۰۴	۰/۶۰	۰/۵۴۴			
۳	بعد بدنی	رفتارهای ایمنی	۰/۲۹	۰/۱۴	۰/۱۳	۱/۹۹	۰/۰۴۲			
		اجتناب	۱/۳۶	۰/۳۹	۰/۲۴	۳/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۰/۱۴	۸/۲۵
		باورهای هیجانی	۰/۱۹	۰/۰۹	۰/۱۴	۲/۱۲	۰/۰۳۵			
		حمایت اجتماعی	۰/۰۷	۰/۱۴	۰/۰۳	۰/۵۲	۰/۵۹۹			

رفتاری و بدنی اضطراب رابطه مثبت دارند. یافته‌ها همسو با مدل‌های شناختی و رفتاری است که بیان شده است که باورها درباره غیرقابل پذیرش هیجان‌های منفی، منجر می‌شود تا افراد سعی در پنهان ساختن هیجان‌های خود کرده و در جست‌وجوی کمک برآیند، که در نتیجه می‌تواند منجر به افزایش در آشفتگی روانی شده و با اثرات روانی و بدنی مانند خستگی، مشکلات تمرکز/ حافظه، اختلال روده و غیره می‌گردد [۱۱، ۱۲]. می‌توان بیان داشت که باورها درباره غیرقابل پذیرش بودن هیجان‌های منفی، شکلی از کمال‌گرایی بسیار بالا درباره تجربه و ابراز هیجانی است. در مشکلاتی مانند سندرم خستگی مزمن و بی‌اشتهایی عصبی، علاوه بر چنین نگرش‌های هیجانی، باورهای کمال‌گرایی کلی‌تری بیان شده است [۱۱، ۴۲]. نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده رابطه منفی با بعد رفتاری اضطراب دارد، اما با بعد شناختی و بدنی رابطه‌ای نشان نداد. به طور مشابه، مطالعه فرا تحلیلی که سه مؤلفه اصلی روابط اجتماعی را ارزیابی کرد، نشان داد که با در نظر گرفتن میزان مرگ و میر، اهمیت ابعاد کارکردی روابط اجتماعی در مقایسه با سایر عامل‌های خطر مانند مصرف سیگار یا الکل ممکن است بیشتر باشد و حتی فراتر از اهمیت عامل‌های خطر مهم دیگر مانند چاقی یا عدم فعالیت فیزیکی باشد [۴۳].

نتیجه‌گیری

در مجموع یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که باورهای هیجانی منفی و رفتارهای نگرانی دارای نقش موثر در اختلال‌های اضطرابی است، با این حال با توجه به اینکه نوع سنجش متغیرهای پژوهش در مطالعه حاضر توصیفی-همبستگی بود از این رو نمی‌توان رابطه علی استنباط کرد و ممکن است خودگزارش‌دهی صفات روان‌شناختی مورد سنجش و ابعاد اضطرابی دچار سوگیری شده باشند. از سویی پژوهش حاضر بر روی جامعه بهنجار صورت پذیرفت، بنابراین پیشنهاد می‌گردد تا پژوهش‌های مشابهی از منظر تطبیقی بر روی گروه‌های بیماران بالینی مختلف با استفاده از مطالعات طولی صورت گیرد. در زمینه تفاوت‌های فردی، پژوهش حاضر باورهای هیجانی، رفتارهای نگرانی و حمایت اجتماعی را به عنوان متغیر بین فردی مورد بررسی قرار داد، به طور مشابه توصیه می‌گردد تا با بهره‌گیری از سایر ابزارهای سنجش شخصیت اعتبار نتایج پژوهش حاضر افزایش یابد. همچنین، مهم است که به خاطر داشته باشیم که مطالعه حاضر مطالعه‌ای مقطعی بود و بنابراین ترسیم روابط علی در مورد ارتباط متغیرهای پژوهش و اختلال‌های اضطرابی امکان‌پذیر نیست و تطبیق این الگوهای ارتباط نیامند مطالعات بیشتری است تا اعتبار بیشتری برای یافته‌های پژوهش حاضر به دست آید.

نتایج معادله رگرسیون در جدول ۳ در مدل ۱ نشان می‌دهد ($R^2=0/19$ و $P<0/000$ و $F=11/54$) که در مجموع متغیرهای پیش‌بین اجتناب و حمایت اجتماعی با مجذور R^2 تنظیم شده برابر با $0/19$ ، ۱۹ درصد از واریانس متغیر بعد رفتاری اضطراب را تبیین می‌کنند. نتایج معادله رگرسیون در جدول ۳ در مدل ۲ نشان می‌دهد ($R^2=0/16$ و $P<0/000$) که در مجموع متغیرهای پیش‌بین رفتارهای ایمنی و اجتناب با مجذور R^2 تنظیم شده برابر با $0/16$ ، ۱۶ درصد از واریانس متغیر ترس از بعد شناختی اضطراب را تبیین می‌کنند. نتایج معادله رگرسیون در جدول ۳ در مدل ۳ نشان می‌دهد ($R^2=0/14$ و $P<0/000$ و $F=8/25$) که در مجموع متغیرهای پیش‌بین رفتارهای ایمنی، اجتناب و باورهای هیجانی با مجذور R^2 تنظیم شده برابر با $0/14$ ، ۱۴ درصد از واریانس متغیر بعد بدنی اضطراب را تبیین می‌کنند.

بحث

اضطراب پاسخی بهنجار نسبت به تهدید یا استرس است، و معمولاً گذرا و قابل کنترل است. احتمالاً بازنمایی کننده یک هشدار است که به فرد امکان می‌دهد تا نسبت به خطر ادراک شده واکنش فیزیکی نشان دهد [۳۷]. شواهد روز افزونی از تنوع اختلال‌های اضطرابی وجود دارد. اختلال‌های اضطرابی نه تنها از نظر شی یا موقعیت مورد هراس با یکدیگر متفاوت هستند، بلکه از نظر الگوی پاسخ‌دهی به تهدیدهای ادراک شده (مانند اجتناب) نیز متفاوت هستند [۳۸]. بر این اساس هدف پژوهش حاضر بررسی نقش عامل‌های هیجانی، حمایت اجتماعی و رفتارهای نگرانی در نشانه‌شناسی شناختی، بدنی و رفتاری اضطراب بود. نتایج نشان داد که رفتارهای نگرانی (شامل رفتارهای ایمنی و اجتناب) نقش معناداری در علائم رفتاری، شناختی و بدنی اضطراب دارند. پژوهش‌های موجود بر روی مشخص کردن علائم شناختی و بدنی در اختلال اضطرابی به ویژه اضطراب فراگیر تمرکز کرده‌اند به جای تمرکز بر روی ویژگی‌های رفتاری. بنابراین یافته‌های حاضر همسو با مطالعاتی که به ویژه بر روی افراد دارای اضطراب فراگیر صورت پذیرفته است، این افراد درباره ابعاد مختلفی از زندگی روزانه نگران هستند؛ آن‌ها از آشفتگی‌های آینده، موقعیت‌های ناایمن و نگران درباره نگرانی خود هستند [۳۹]. در نتیجه این موضوع ممکن است منجر به اشکال ثابت و مختلفی از رفتار اجتنابی گردد. اگر چه مطالعات پیشین به طور کامل رفتارهای اجتنابی را در اضطراب مورد بررسی قرار نداده‌اند، اما مطالعات با اختلال اضطراب فراگیر نشان می‌دهد که این افراد دارای اجتناب موقعیتی و رفتارهای ایمنی مانند واریسی و سواسی، اطمینان یابی مجدد، برنامه‌ریزی و سایر رفتارهای تکراری هستند [۴۰، ۴۱]. نتیجه دیگری از پژوهش حاضر نشان داد که باورهای هیجانی منفی با علائم شناختی،

این مطالعه برای نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته است.

بدین وسیله از کلیه دانشجویان دانشگاه بوعلی سینا که در انجام پژوهش، نویسندگان را یاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

REFERENCES

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing 2013.
- Horney K. The neurotic personality of our time 1937.
- Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.* 1959; 32:50-5.
- Barrett ES. Anxiety and impulsiveness: toward a neuropsychological model. In: & Spielberger CD, editor. *Anxiety: Current trends in theory and research.* New York: Academic Press 1972.
- Schwartz GE, Davidson RJ, Goleman DJ. Patterning of cognitive and somatic processes in the self-regulation of anxiety: effects of mediation versus exercise. *Psychosom Med.* 1978; 40:321-8.
- Jarvis M. *Sport psychology.* New York: Routledge 2002.
- Parnabas VA, Mahmood Y, Ampofo-Boateng K. Cognitive, somatic and negative coping strategies among Malaysian athletes. *European Journal of Social Sciences.* 2009; 9:387-98.
- Weems CF, Silverman, WK. Anxiety disorders. In T. P. Beauchaine & S. P. Hinshaw (Eds.), *Child and adolescent psychopathology* (pp. 447-476). Hoboken, N.J.: Wiley 2008.
- Small GW. Recognizing and treating anxiety in the elderly. *J Clin Psychiatry.* 1997; 58: 41-47.
- Suveg C, Sood E, Comer JS, Kendall PC. Changes in emotion regulation following cognitive-behavioral therapy for anxious youth. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2008; 38, 390-401.
- Surawy C, Hackmann A, Hawton K, Sharpe M. Chronic fatigue syndrome: a cognitive approach. *Behav Res Ther.* 1995; 33:535-44.
- Ali A, Toner BB, Stuckless N, Gallop R, Diamant NE, Gould MI, Vidins EI. Emotional abuse, self-blame, and self-silencing in women with irritable bowel syndrome. *Psychosom Med.* 2000; 62:76-82.
- Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. In: Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, editors. *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment.* New York: Guilford Press 1995.
- Cramer KM, Gallant MD, Langlois MW. Self-silencing and depression in women and men: Comparative structural equation models. *Pers Individ Dif.* 2005; 39:581-92.
- Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther.* 2000; 38: 319-45.
- Linehan M. *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorders.* New York: Guilford Press 1993.
- Corstorphine E. Cognitive-emotional-behavioural therapy for the eating disorders: working with beliefs about emotions. *Eur Eat Disord Rev.* 2006 14: 448-61.
- Kennedy-Moore E, Watson JC. How and when does emotional expression help? *Rev Gen Psychol.* 2001; 5:187-212.
- Wenzlaff RM, Wegner DM. Thought suppression. *Annu Rev Psychol.* 2000; 51:59-91.
- Mahoney AEJ, Hobbs MJ, Newby JM, Williams AD, Sunderland M, Andrews G. The Worry Behaviors Inventory: Assessing the behavioral avoidance associated with generalized anxiety disorder. *J Affect Disord.* 2016; 203, 256-264.
- Schut AJ, Castonguay LG, Borkovec TD. Compulsive checking behaviors in generalized anxiety disorder. *J Clin Psychol.* 2001; 57: 705-715.
- Cuming S, Rapee RM, Kemp N, Abbott MJ, Peters L, Gaston JE. A self-report measure of subtle avoidance and safety behaviors relevant to social anxiety: development and psychometric properties. *J Anxiety Disord.* 2009; 23, 879-883
- Ottenbreit ND, Dobson KS. Avoidance and depression: the construction of the cognitive-behavioral avoidance scale. *Behav Res Ther.* 2004; 42, 293-313.
- Sexton KA, Dugas MJ. The Cognitive Avoidance Questionnaire: validation of the English translation. *J Anxiety Disord.* 2008; 22, 355-370. DOI:10.1016/j.janxdis.2007.04.005
- Lakey B, Orehek E. Relational regulation theory: a new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychol Rev* 2011; 118: 482.
- Barth J, Schneider S, Von Känel R. Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med* 2010; 72: 229-38. DOI:10.1097/PSY.0b013e318d01611
- DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychol.* 2004; 23: 207.
- Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Catellier DJ, Carney RM, Berkman LF, et al. Social support and prognosis in patients at increased psychosocial risk recovering from myocardial infarction. *Health Psychol.* 2007; 26:418. DOI:10.1037/0278-6133.26.4.418
- Kwong EW, Kwan AY-H. Stress-management methods of the community-dwelling elderly in Hong Kong: Implications for tailoring a stress-reduction program. *Geriatric Nursing* 2004; 25: 102-106.
- Alipour F, Sajadi H, Forouzan AS, Biglarian A. The role of social support on quality of life of elderly. *Social Welfare Quarterly* 2009; 9:147-65. (Persian)
- Brummett BH, Mark DB, Siegler IC, Williams RB, Babyak MA, Clapp-Channing NE, et al. Perceived social support as a predictor of mortality in coronary patients: effects of smoking, sedentary behavior, and depressive symptoms. *Psychosom Med* 2005; 67(1):40-5.
- Martens R, Vealey RS, Burton D. *Competitive anxiety in sport.* Champaign, Illinois: Human Kinetics 1990.
- Jin X, Cao X, Zhong M, Chen L, Zhu X, Yao S, Yi J. The psychometric properties of the Cognitive-Somatic Anxiety Questionnaire in Chinese undergraduate students and clinical patients. *Comprehensive Psychiatry* 2014; 55: 1751-1756.
- Rimes KA, Chalder T. The Beliefs about Emotions Scale: Validity, reliability and sensitivity to change. *J Psychosom Res.* 2010; 68: 285-292. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2009.09.014
- Kliem S, Mölle T, Rehbein F, Hellmann DF, Zenger M, Brahler E. A brief form of the Perceived Social Support Questionnaire (F-SozU) was developed, validated, and standardized. *J Clin Epidemiol* 2014; 68(5):551-62. DOI:10.1016/j.jclinepi.2014.11.003
- Lehrer PM, Woolfolk RL. Self-report assessment of anxiety: Somatic, cognitive and behavioral modalities. *Behavioral Assessment* 1982; 4: 167-111.
- Gordon RP, Brandish EK, Baldwin DS. Anxiety disorders, post-traumatic stress disorder, and obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Disorders* (in press).
- Berle D, Starcevic V, Milicevic D, Hannan A, Dale E, Skepper B, Viswasam K, Brakoulias V. The structure and intensity of self-reported autonomic arousal symptoms across anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 2016; 199: 81-86. DOI:10.1016/j.jad.2016.04.010
- Wells A, Carter K., Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and non-patients. *Behav Ther* 2001; 32: 85-102.
- Beesdo-Baum K, Jenjahn E, Hofler M, Lueken U, Becker ES, Hoyer J. Avoidance, safety behavior, and reassurance-seeking in generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety.*

- 2012; 29: 948–957. DOI:10.1002/da.21955
41. Coleman SL, Pieterfesa AS, Holaway RM, Coles ME, Heimberg RG. Content and correlates of checking related to symptoms of obsessive compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 2011; 25: 293–301. DOI: 10.1016/j.janxdis. 2010.09.014
 42. Schmidt U, Treasure J. Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implication for research and practice. *Br J Clin Psychol* 2006; 45: 343–66.
 43. Ferster CB. A functional analysis of depression. *Am Psychol* 1973; 28: 857–70.