بررسی ابعاد اضطراب سلامت در پرستاران در مقایسه با افراد عادی: بر اساس نقش ابعاد شخصیتی ناسازگارانه (PID-5)

کریم بابایی نادینلویی[۱]، سهراب امیری[۲]، ویدا فرضعلیزاده[۳]، مرضیه ستاری[۴]

۱-دانشکده ادبیات و روان‌شناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران. نویسنده مسئول.۲ - دانشکده ادبیات و روان‌شناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.۳- دانشجوی کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم تحقیقات تهران، تهران، ایران. ۴-دانشجوی کارشناسی ارشد، روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اهر، اهر، ایران.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله
پژوهشی

تاریخچه مقاله
دریافت : ۹۷/۱/۳۱
پذیرش : ۹۶/۴/۳۰

کلید واژگان
اضطراب سلامت، ابعاد ناسازگار شخصیت، پرستاران.

نویسنده مسئول
Email:
k.babaei66@gmail.com

چکیده

مقدمه: اضطراب سلامت مربوط به نگرانی و اضطراب درباره محافظت از بیماری‌های جدی بر اساس سوءتعبیرهایی از احساسات بدن یا تغییرات به‌عنوان یک بیماری است. اضطراب سلامت با ناتوانی و هزینه‌های گزافی برای جامعه پرستاری در ارتباط است. بر این اساس هدف از پژوهش حاضر بررسی ابعاد اضطراب سلامت در پرستاران در مقایسه با افراد عادی بر اساس نقش ابعاد شخصیتی ناسازگارانه است.

روش کار: روش پژوهش پس رویدادی و جامعه آماری شامل کلیه پرستاران مراکز درمانی شهر تهران بود.۳۴ نفر با کسب رضایت آگاهانه و به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با۳۴ نفر از افراد عادی همتاسازی شد. به‌منظور گردآوری داده‌های پژوهش، آزمون سیاهه شخصیتDSM-5بزرگسال، مقیاس اضطراب سلامت، مقیاس فرم کوتاه عاطفه مثبت و عاطفه منفی بر روی شرکت‌کنندگان اجرا و داده‌ها به روش شاخص‌های توصیفی و تحلیل واریانس چند متغیره و تک متغیره تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ازلحاظ اضطراب سلامت بین پرستاران و افراد عادی اختلاف معنی‌داری وجود دارد. همچنین تفاوت معناداری در اغلب ابعاد ناسازگار شخصیت (عاطفه منفی، خصومت و عدم بازداری) یافت شد. نیز پرستاران هیجان منفی بیشتری نسبت به افراد عادی تجربه می‌کردند ولی ازلحاظ تجربه عواطف مثبت تفاوت معنی‌داری یافت نشد.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد پرستاران به دلیل مواجه با محیط استرس‌زا و داشتن برخی ویژگی‌های شخصیتی بیشتر در معرض اضطراب سلامت قرار دارند. لذا نیازمند است در جهت کاهش عوامل استرس‌زا مداخلاتی صورت گیرد.

مقدمه

خدمات پرستاری یکی از مهم‌ترین اجزای تشکیل دهنده خدمات بیمارستانی است و کیفیت مراقبت بهداشتی به میزان زیادی به نحوه‌ی کار پرستاران بستگی دارد. با پیشرفت حرفه‌ی پرستاری، از پرستار انتظار می‌رود تا بتواند بر اساس نیاز بیماران، مراقبت‌های پیچیده‌تری را ارائه نماید [۱]. کادر پرستاری بنا به ماهیت شغلی خود در معرض استرس های متعددی قرار دارند که از آن جمله می‌توان به ارتباط طولانی و مستمر با بیماران بدحال و روبه‌مرگ، مسئولیت پذیری فوق‌العاده، درخواست‌های شخصی بیش‌ازحد از طرف بیمار و اطرافیان، پیشرفت‌های سریع فنّاوری، رویارویی مکرر با واقعیت مرگ و غیره اشاره کرد [۲] و متعاقب آن آثار مخرب فیزیولوژیکی و روانی منجر به پیامدهای منفی دیگری همچون بیماری، غیبت، کاهش عملکرد شغلی [۳]، اختلال در تنظیم هیجانات، کاهش بهره‌وری، افزایش احتمال خطر ابتلا به اضطراب سلامت و به خطر افتادن جان انسان‌ها می‌شود. علاوه بر مشکلات ذکرشده پرستاران به‌واسطه محیط کاری در معرض ابتلا به اضطراب سلامت هستند [۴].

اضطراب سلامت[۱] اختلال شناختی گسترده‌ای است که به‌صورت ادراک نادرست درباره علائم و تغییرات بدنی که نتیجه باورهای فرد در مورد بیماری یا سلامت است شکل می گیرد [۵] در الگوهای شناختی- رفتاری، اضطراب سلامت از نگرانی و ترس مداوم نسبت به‌سلامت که به‌وسیله ارزشیابی نادرست هدایت می‌شود، تعریف می‌گردد [۹-۶]. مدل شناختی – رفتاری، باورهای ناکارآمد را به‌عنوان هسته اصلی علت اضطراب سلامت عنوان کرده‌اند [۱۰]. تحقیقات گسترده‌ای نشان دادند که افراد مبتلابه اضطراب سلامت باورهای ناکارآمد نسبت به بیماری دارند [۱۱-۱۲] و این افراد علائم هشداردهنده اضطراب سلامت را هنگامی‌که محرک‌های درونی و بیرونی فعال می‌شود، افزایش

۱– Health anxiety

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

می‌دهند [۱۳]. مدل شناختی سالکوویسکیس[1] در مورد اضطراب سلامت پیشنهاد می‌کند که اضطراب سلامت با چهار باور ناکارآمد ویژه مرتبط است: احتمال مبتلا شدن یا داشتن بیماری، وحشت از بیماری، ناتوانی از مقابله با بیماری و ناکافی بودن خدمات پزشکی برای درمان بیماری [۱۴-۱۵]. تحقیقات مقطعی زیادی نشان داده‌اند که باورهای ناکارآمد ذکرشده مختص اضطراب سلامت است و قویاً مرتبط و پیش‌بینی کننده این اختلال است [۱۶-۱۷]. علاوه بر باورهای ناکارآمد، مدل شناختی اضطراب سلامت تعبیرهای سوگیرانه در شکلی از سوءتعبیرهای فاجعه‌آمیز نشانه‌های بدنی را به‌عنوان مهم ترین علت اضطراب سلامت نشان داده است. به‌محض اینکه باورهای ناکارآمد فعال می‌شوند این افکار منجر به سوءتعبیرهای فاجعه‌آمیز در مورد نشانه‌های بدنی به‌عنوان نشان‌دهنده وجود یک بیماری جدی می‌شوند [۸-۱۸]. مطابق با این، مطالعات پیشنهاد دادند که رابطه مثبتی بین سوءتعبیرهای فاجعه‌آمیز و اضطراب سلامت وجود دارد [۱۰]. مشابه با مدل شناختی رفتاری، نظریه‌های ادراکی شناختی پیشنهاد می‌کنند که تقویت حساسیت‌های جسمی وسیله‌ای برای رشد و تقویت اضطراب سلامت است. این نظریه بیان می‌کند که اشخاص با اضطراب سلامت تمایل زیادی به گوش‌به‌زنگی مفرط و توجه انتخابی به احساس‌های بدنی و درنتیجه فاجعه‌آمیز دانستن این نشانه ها به‌عنوان پیش‌بینی کننده یک بیماری جدی دارند [۱۹]. تعدادی از مطالعات بین گوش‌به‌زنگی در مورد علائم جسمی و اضطراب سلامت رابطه پیدا کرده‌اند [۲۰]، بااین‌حال مدارک محکمی برای وجود رابطه بین سوءتعبیرهای شناختی بیش از حساسیت‌های جسمی برای نشانه‌های بدنی وجود دارد [۱۰].

به‌جز عامل‌های شناختی و محیط کاری فشارزا یکی از عامل‌های مهمی که به‌صورت نظری و کلینیکی مرتبط با اضطراب سلامت دانسته شده، ساختار شخصیتی است. آلپورت[2] شخصیت را سازمان پویای درون شخص می‌داند که از نظام‌های روانی جسمانی تشکیل یافته است، این نظام‌ها، الگوهای شاخص رفتار، افکار و احساسات شخص را ایجاد می‌کند [۲۱] پژوهش‌ها نشان می‌دهند که برخی ویژگی‌های شخصیتی با نشخوار فکری و آشفتگی‌های هیجانی همراه است [۲۲]. تحقیقات قبلی نشان داده‌اند که ویژگی‌های شخصیتی همچون اختلال شخصیت مرزی با رفتارهای بالینی همچون افکار و رفتارهای خودکشی رابطه معناداری دارد [۲۳]. ویژگی‌های شخصیتی همچون روان‌رنجوری در جامعه پزشکی در گرایش به خودکشی و نشانه‌های افسردگی مؤثر است [۲۴]. مطالعات نشان داده‌اند که ساختار شخصیتی روان‌رنجور به‌طور معناداری رابطه قوی با اضطراب سلامت دارد [۲۵]. در مدل روابط بین فردی از اضطراب سلامت، روان‌رنجوری به‌عنوان پیش‌بین قوی اضطراب سلامت دانسته شده است [۲۶]. تعدادی از نویسندگان پیشنهاد کرده‌اند که اضطراب سلامت فقط می تواند نمادی از روان‌رنجوری باشد [۲۷]. موارد ذکرشده حاکی از آن است که ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند در تجربه اضطراب سلامت نقش داشته باشد. بر این اساس در این پژوهش، مدل جدید ویژگی‌های شخصیتی که بر اساس پنجمین راهنمای آماری – تشخیصی اختلالات روانی (DSM-5)[3] طراحی‌شده است در رابطه با اضطراب سلامت سنجش شد. DSM-5سیستمی را برای تشخیص اختلال شخصیت افراد ارائه می‌دهد که علاوه بر طبقه‌بندی اختلالات، بر ابعاد صفات ناسازگار نیز تأکید دارد. این سیستم سعی دارد که همراه با ۱۰ اختلال شخصیت قبلی، صفات معین و ویژه‌تری (۲۵ مورد صفت) را ارائه دهد که هرکدام زیرمجموعه صفات مرضی شخصیتی کلی‌تری هستند. اجزا اصلی مدل جدید اختلالات شخصیت یک مدل تجربی بر اساس ابعاد و ویژگی‌های ناسازگار شخصیت است [۲۸]. به‌طور اختصاصی مدل جدید اختلالات شخصیتی پنج بعد ناسازگار شخصیت به نام: عاطفه منفی (فراوانی و تجربه وسیع دامنه بالایی از هیجانات منفی، کناره‌گیری (اجتناب از تجارب هیجانی اجتماعی)، خصومت (رفتارهایی که فرد را در تعارض با دیگر افراد قرار می‌دهد)، عدم بازداری (جهت‌گیری در برابر رضایت فوری و رفتار تکانشی) و روان‌پریش گرایی (طیف گسترده‌ای از رفتارهای غیرعادی، عجیب‌وغریب و رفتارهای غیرمعمول ازنظر فرهنگی و شناختی) را در بردارد که هرکدام دربرگیرنده ۳ تا ۶ صفت مرتبه پایین‌تر هستند که به روشن شدن این حیطه‌ها کمک می‌کنند. به همین دلیل شباهت و تفاوت بین افراد مشخص‌تر خواهد شد. همچنین در بخش سوم، کارگروه پرسشنامه اختلالات شخصیت (PID-5)[4] عامل‌هایی برای اختلالات شخصیت سنتی که از مدل جدید حذف شده‌اند، مشخص کرده است. اختلال شخصیت پارانوئید شامل: شکاکی، خصومت، اجتناب از صمیمیت و باورها و تجربیات غیرعادی. اختلال شخصیت اسکیزوئید که شامل: اجتناب از صمیمیت، ترک، محدودیت در احساسات و عدم لذت. اختلال شخصیت هیستریونیک که شامل: عدم ثبات هیجانی و جلب توجه؛ و اختلال شخصیت وابسته که شامل: اضطراب، عدم تحمل و اضطراب جدایی [۲۹].

پرستاران به‌واسطه محیط کاری فشارزا و مواجه بودن با مرگ‌ومیر و درخواست‌های بیماران و خانواده‌های بیماران و همچنین نوبت‌های کاری طولانی و کمبود نیروی کار پرستاری با فشارهای اجتماعی، شغلی، روانی و شخصی زیادی روبرو هستند که این مشکلات منجر به افزایش اضطراب، افسردگی،

۱– Salkovskis

۲– Allport

۳– Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-5

۴– Personality Inventory for DSM-5-PID-5

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

سردرد، مشکلات خواب و گاهی افکار خودکشی می‌شود [۳۰]. راجع به دانشجویان قشر جامعه پزشکی گزارش‌ها حاکی از آن است که استرس و عامل‌های مرتبط با خود پرستاران همچون شخصیت و مشکلات قبلی سلامتی در افت سلامت روانی آن‌ها نقش دارند. اضطراب سلامت نیز جنبه مهمی است که زندگی پرستاران و شغل آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از آنجایی‌که یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار در اضطراب سلامت، صفات شخصیتی است [۳۱] در این پژوهش هدف بررسی اضطراب سلامت در بین پرستاران و افراد عادی باهدف بررسی تأثیرگذاری محیط کار بر اضطراب سلامت و همچنین نقش ابعاد ناسازگار شخصیت در اضطراب سلامت بود.

روش کار

روش پژوهش توصیفی از نوع پس رویدادی و جامعه آماری شامل کلیه پرستاران مراکز درمانی سطح شهر تهران بود. به روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۴ نفر از آن‌ها با توجه به نمونه موردنیاز برای تحقیقات علی-مقایسه‌ای با کسب رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و به‌منظور مقایسه، ۳۴ نفر جمعیت عادی با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس متغیرهای سن، وضعیت اقتصادی اجتماعی و نداشتن سابقه بیماری روانی و جسمانی با گروه اول انتخاب و همتاسازی شد. معیارهای ورود دامنه سنی بین ۱۹ تا ۴۵ سال، عدم وجود بیماری‌های روانی بر اساس گزارش مراکز پزشکی و همچنین خودگزارش‌دهی بود. معیارهای خروج نیز شامل داشتن سابقه بیماری‌های قلبی-عروقی، دارای اضافه وزن و چاقی و داشتن مشکلات منتهی به نقصان حافظه و توجه بود. برای جمع آوری داده‌ها از ابزارهای ذیل استفاده گردید.

۱-پرسشنامه اختلالات شخصیت بزرگسال (PID-5)[۱]: این پرسشنامه شامل ۲۵ ماده است که برای پنج بُعد ارزیابی صفات مدل جایگزین اختلال شخصیت شامل عاطفی منفی، گسلش، آنتاگونیسم، عدم بازداری و سایکوتیک در هر دو بزرگسالان و نوجوانان طراحی‌شده است. هر خرده مقیاس دربردارنده ۵ ماده است و بر اساس طیف لیکرت چهاردرجه‌ای از کاملاً نادرست=۰ تا کاملاً درست نمره‌گذاری می‌شود [۳۲] و مقیاس اضطراب سلامت که این پرسش‌نامه ۱۸ ماده‌ای یک مقیاس خودگزارش‌دهی به‌منظور سنجش ابعاد اضطراب سلامت است که بر اساس طیف لیکرت چهاردرجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. عبارت‌های این مقیاس در رابطه با نگرانی‌های مرتبط با سلامت، توجه به احساسات یا تغییرات بدنی و پیامدهای هولناک بیماری ابتلا به بیماری است [۳۳]. این مقیاس دارای همسانی درونی مطلوبی گزارش‌شده است [۳۴].

۲- مقیاس فرم کوتاه عاطفه مثبت و عاطفه منفی (NAPAS)[۲]:این مقیاس توسط جوشانلو[۳] تهیه و ارائه شد [۳۵]. در این مقیاس، ۲۰ پرسش که بیانگر ۱۲ احساس (۶ احساس مثبت و ۶ احساس منفی) می‌باشند، در قالب کلمات مطرح‌شده است و نظر تکمیل‌کننده در مورد این احساسات، در چهار بعد زمانی گذشته، حال، آینده و به‌طورکلی، در یک مقیاس ۵ درجه‌ای ارزیابی می‌شود .

پس از مشخص شدن فهرست نهایی شرکت‌کنندگان، به مراکز درمانی و گروه عادی مراجعه و فرایند اجرای پژوهش برای آن‌ها بیان شد. در محیطی مناسب با شرایط روان‌سنجی واقع در دفاتر مشاور مراکز نگهداری و با تعیین زمان مناسب برای پاسخگویی مقیاس شخصیت ناسازگارانه، اضطراب سلامت و عواطف مثبت و منفی بر روی شرکت‌کنندگان اجرا گردید. در هنگام انجام پژوهش، پژوهشگران حضوری فعال در محل اجرای پژوهش داشتند تا پاسخگوی ابهامات باشند و از پاسخ‌های غیرواقعی جلوگیری نمایند.

برای تجزیه‌وتحلیل داده-ها از شاخص‌های فراوانی، میانگین و انحراف معیار، آزمون کولموگروف اسمیرنف و تحلیل واریانس چند متغیره به کمک نرم‌افزار SPSS 22استفاده گردید.

یافته‌ها

در جدول ۱ نمره‌های شخصیت ناسازگارانه، اضطراب سلامت و عواطف مثبت و منفی در پرستاران و افراد عادی ارائه شده است.

جدول۱ : نمره‌های شخصیت ناسازگارانه، اضطراب سلامت و عواطف مثبت و منفی در پرستاران و افراد عادی (۳۴ نفر)

متغیر شاخص	پرستاران		کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
عاطفی منفی	۱۰/۰۸	۱/۱۱	۹/۳۸	۱/۵۳
گسلش	۹/۵۰	۱/۵۴	۹/۴۱	۱/۷۷
خصومت	۹/۸۵	۱/۶۵	۸/۸۵	۱/۹۷
عدم بازداری	۹/۶۷	۱/۷۸	۸/۸۵	۱/۳۵
روان‌پریش گرایی	۸/۹۱	۲/۵۱	۹/۶۱	۱/۹۰
آستانه بیماری	۴۹/۵۰	۶/۶۱	۴۵/۷۹	۵/۹۵
پیامدهای منفی بیماری	۱۳/۹۴	۱/۹۸	۱۲/۴۷	۲/۵۷
عاطفه مثبت	۱۷/۷۳	۳/۹۴	۱۵/۵۰	۴/۲۸
عاطفه منفی	۲۰/۶۱	۴/۴۱	۲۱/۵۸	۴/۰۳

همانطورکه در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پرستاران و افراد عادی در ابعاد شخصیت ناسازگارانه، اضطراب سلامت و عواطف مثبت و منفی متفاوت است.

۱- Personality Inventory for DSM-5-PID-5
۲- Negative and Positive Affect Scale (NAPAS)
۳- Joshanloo

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

جدول ۲: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و نتایج آزمون لون

متغیر	آزمون K-S		آزمون لون	
	آماره Z	نتیجه	ارزش آزمون	سطح معناداری
عاطفی منفی	۱/۵۹	توزیع طبیعی	۲/۸۷	۰/۰۹۵
گسلش	۱/۰۶	توزیع طبیعی	۰/۱۶	۰/۶۸۸
خصومت	۱/۲۰	توزیع طبیعی	۰/۵۳	۰/۴۶۸
عدم بازداری	۱/۲۳	توزیع طبیعی	۲/۵۲	۰/۱۱۷
روان‌پریش گرایی	۱/۳۰	توزیع طبیعی	۱/۹۰	۰/۱۸۸
آستانه بیماری	۰/۶۷	توزیع طبیعی	۰/۱۸	۰/۶۶۶
پیامدهای منفی بیماری	۰/۹۳	توزیع طبیعی	۲/۴۵	۰/۱۲۲
عاطفه مثبت	۰/۷۴	توزیع طبیعی	۰/۰۸	۰/۷۶۹
عاطفه منفی	۰/۶۹	توزیع طبیعی	۰/۳۲	۰/۵۷۳

بر اساس نتایج جدول ۲ مفروضه توزیع طبیعی داده‌ها برقرار است. همچنین در همه این موارد ارزش آزمون لون معنا دار نشده است، بنابراین فرض همسانی واریانس‌های این نمره ها برقرار است. به‌منظور مقایسه دو گروه در ابعاد شخصیت ناسازگارانه، اضطراب سلامت و عواطف مثبت و منفی از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد.

نتیجه آزمون M باکس(۱/۴۴,P<۰/۰۱)=(F ۱۴۳۱۰/۲۵۲،۴۵) نشان داد که مفروضه یکسانی ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته برقرار است و می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیری[1] استفاده نمود. در جدول ۳ نتایج آزمون‌های چند متغیری پیلایی، لامبدای ویلکز، هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی مشاهده می‌شود.

جدول ۳: تحلیل واریانس چند متغیره مقایسه گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

نام آزمون	ارزش	DF فرضیه	DF خطا	F	اتا [η۲]	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۳۸۶	۹	۵۸	۴/۰۵	۰/۳۹	۰/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۶۱۴	۹	۵۸	۴/۰۵	۰/۳۹	۰/۰۰۰
اثر هتلینگ	۰/۶۲۹	۹	۵۸	۴/۰۵	۰/۳۹	۰/۰۰۰
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۶۲۹	۹	۵۸	۴/۰۵	۰/۳۹	۰/۰۰۰

داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که حداقل دریکی از ابعاد شخصیت ناسازگارانه، اضطراب سلامت و عواطف مثبت و منفی بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه معنادار بودن اثرات گروهی، به‌منظور اینکه مشخص شود این تفاوت‌ها در کدام گروه‌ها و کدام سطح از متغیرها قرار دارد از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ مشاهده می‌شود.

جدول ۴: تحلیل واریانس تک متغیره متغیرهای پژوهش در پرستاران و عادی

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	اتا [η۲]
عاطفی منفی	بین گروهی	۸/۴۷	۸/۴۷	۱	۴/۷۰	۰/۰۳۴	۰/۰۶۷
گسلش	بین گروهی	۰/۱۳	۰/۱۳	۱	۰/۰۴۸	۰/۸۲۸	۰/۰۰۱
خصومت	بین گروهی	۱۷/۰۰	۱۷/۰۰	۱	۵/۱۳	۰/۰۲۷	۰/۰۷۲
عدم بازداری	بین گروهی	۱۱/۵۲	۱۱/۵۲	۱	۴/۵۹	۰/۰۳۶	۰/۰۶۵
روان‌پریش گرایی	بین گروهی	۸/۴۷	۸/۴۷	۱	۱/۷۰	۰/۱۹۷	۰/۰۲۵
آستانه بیماری	بین گروهی	۲۳۳/۴۷	۲۳۳/۴۷	۱	۵/۶۱	۰/۰۲۱	۰/۰۷۸
پیامدهای منفی بیماری	بین گروهی	۳۶/۷۶	۳۶/۷۶	۱	۶/۹۶	۰/۰۱۰	۰/۰۹۵
عاطفه مثبت	بین گروهی	۸۴/۹۴	۸۴/۹۴	۱	۵/۰۰	۰/۳۴۷	۰/۰۷۱
عاطفه منفی	بین گروهی	۱۶/۰۱	۱۶/۰۱	۱	۰/۵۹	۰/۰۲۹	۰/۰۱۳

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

۱- Multiravriat Analysis of Variance

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

با توجه به نتایج جدول ۴ بیماران پرستاران در ابعاد شخصیتی شامل عاطفی منفی، خصومت و عدم بازداری و ابعاد اضطراب سلامت شامل آستانه بیماری و پیامدهای منفی بیماری و نیز عاطفه مثبت سطوح بالایی را نسبت به افراد عادی را تجربه می-کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر همان‌طور که پیش‌بینی‌شده بود نشان داد پرستاران در مقایسه با افراد عادی اضطراب سلامت بالاتری را تجربه می‌کنند. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن می باشدف دانشجویان سال‌های پایانی پرستاری و پرستاران شاغل، وقتی مطالبی در مورد علائم و نشانه‌های بیماری‌ها یاد می‌گیرند و با افراد مبتلابه همان مشکلات مواجه می‌شوند احساس می‌کنند علائم جسمی مشابهی با بیماری موردنظر دارند و به نظر می‌رسد سال‌های اولیه کارهای بالینی ممکن است پراسترس‌ترین دوره‌های آموزشی برای پرستاران باشد [۳۶]. افراد در مقایسه با پرستاران اطلاعات کمی در مورد بیماری‌ها و نشانه‌های تخصصی آن‌ها دارند و به همین دلیل ممکن است پرستاران گاهی علائمی که در زندگی روزمره عادی و معمول هستند را سوءتعبیر کرده و به‌عنوان نشانه‌های بدنی مربوط به بیماری درک کنند. مطالعات قبلی نیز در این راستا نشان دادند دانشجویان مربوط به پرستاری و پزشکی استرس بیشتری تجربه می‌کنند و به همین دلیل این افراد اضطراب سلامت بیشتر و همچنین پیامدهای منفی بیشتری تجربه می‌کنند [۳۷]. عبدل خالک[۱] و توماس سابادو[۲] بیشتر بودن اضطراب مرگ پرستاران بخش‌های ویژه را ناشی از مواجه روزمره آن‌ها مرگ، مراقبت از بیماران در حال مرگ، نیاز به تصمیم‌گیری صحیح و تأثیرگذاری تصمیم‌های آنان بر زندگی و مرگ بیماران می‌دانند [۳۸]. در تبیین این یافته می‌توان عللی چون افزایش فشار کاری، نوبت‌های پی‌درپی و بدون استراحت را بیان کرد. به طورکلی بخش اورژانس به دلیل رویارویی با سوانح و فوریت‌های پزشکی و عهده‌دار بودن امدادرسانی به مصدومان تحت استرس و هیجان‌های منفی بیشتری قرار دارد که این هیجان‌های منفی در طول زمان، زمینه را برای بروز اختلال های روانی مثل اضطراب سلامت فراهم می‌آورد. میزان اضطراب سلامت در حرفه پرستاری بیشتر از سایر حرفه‌ها است [۳۹].

یکی از عوامل تأثیرگذار در اضطراب سلامت که در پژوهش ها پرداخته‌شده ویژگی‌های شخصیتی است. فالون[۳] و همکاران [۴۰] گزارش کردند که افراد با بیماری هیپوکندریا ویژگی های آسیب‌شناختی شخصیتی گسترده‌ای با خود دارند. نیز زانگ[۴] و همکاران [۳۱] نشان دادند که ویژگی روان‌پریش گرایی با اضطراب سلامت رابطه داشت و به‌طور مشابه روان‌رنجورگرایی نیز به‌طور مثبت با اضطراب سلامت رابطه معناداری داشت، آن‌ها گزارش کردند ۲/۱٪ از اضطراب سلامت توسط این دو ویژگی پیش‌بینی می‌شود. افراد دارای ویژگی شخصیتی ناسازگار به‌احتمال بیشتری دچار عواطف منفی می‌شوند [۴۱] که در مطالعه حاضر نیز در کنار اضطراب سلامت ابعاد ناسازگار شخصیت و تجربه عواطف مثبت و منفی موردبررسی قرار گرفت و نتایج نشان دادند پرستاران در ابعاد عاطفه منفی، آنتاگونیسم و عدم بازداری نمرات بیشتری داشتند که احتمال می‌رود افراد دارای ابعاد ناسازگار شخصیتی وقتی با اطلاعات و موقعیت‌های مربوط به بیماری مواجه می‌شوند بیشتر گرایش به اضطراب سلامت داشته باشند و همچنین عواطف منفی بیشتری تجربه کنند.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می شود که در پژوهش‌های آتی می‌توان نقش پیش‌بینی کنندگی ابعاد ناسازگارانه شخصیت و تجربه عواطف در اضطراب سلامت را موردبررسی قرار داد و همچنین در گروه‌های با تعداد نمونه بیشتری بررسی کرد. در نهایت نتایج تحقیق حاضر نشان داد که پرستاران به دلیل شرایط کاری پرفشار، استرس‌زا و مواجه با بیماران و مرگ‌ومیر بیشتر دچار اضطراب سلامت می‌شوند و در این میان برخی ویژگی‌های شخصیتی ناسازگارانه می‌توانند در ابتلا به اضطراب سلامت نقش داشته باشند همچنین پرستاران در مقایسه با افراد عادی در بازشناسی هیجانات منفی نمرات بالاتری دریافت کردند و با توجه به این نتایج می توان گفت شرایط کاری، ویژگی‌های شخصیتی و بازشناسی هیجانات در سلامت نقش بسزایی دارند.

تشکر و قدردانی

از تمام پرستاران و افراد عادی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر می‌کنیم.

۱- Abdel-Khalek
۲- Tomas-Sabado
۳- Fallon
۴- Zhang

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

References

1-Seyed Rohani P, Akbarsharifi T, Ruzbeh F, Shekarabi R, Haghani H. A study of senior nursing student`s opinions about clinical skill level acquired during nursing training]. Iran Journal of Nursing.2005; 18(44): 68-76. (Persian).

2-Peyman Pak F, Mansour L, Sadeghi M, Taghipour A. [The Relationship of Job Stress with Marital Satisfaction and Mental Health in Nurses of Tehran Hospitals]. Quarterly Journal of Career & Organi- zational Counseling. 2012; 4(13): 27-54. (Persian)

3-Mostaghni. S, Sarvghadi S. The relationship between personality traits and psychological hardiness and occupational stress of Shiraz public nurses. Knowledge and Research in Applied Psychology; 2012; 13(4): 124-32. (Persian).

4-McBride A. Health promotion in hospitals: the attitudes, beliefs and practices of hospital nurses. J Adv Nurs. 1994; Jul; 20(1): 92-100

5-Solem, S, Borgejordet, S, Haseth, S, Hansen, B, Håland, Å. & Bailey, R. Symptoms of health anxiety in obsessiveecompulsive disorder: relationship with treatment outcome and metacognition. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 2015; 5: 76-81.

6-Tyrer P, Cooper S, Crawford M, et al. Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. J Psychosom Res. 2011; 71: 392–94.

7-Salkovskis, P.M, & Warwick, H.M. Making sense of hypochondriasis: a cognitive theory of health anxiety. Health Anxiety Clinical. 2001; 12: 46-64.

8-Taylor, S. & Amundsen, G. J. G. Treating health anxiety. A cognitivebehavioral approach. New York: Guilford Press. 2004.

9-Ferguson, E. A taxometric analysis of health anxiety. Psychological Medicine, 2009; 39 (02): 277-85.

10-Norris, A. L, & Marcus, D. K. Cognition in health anxiety and hypochondriasis: recent advances. Current Psychiatry Reviews, 2014; 10 (1): 44-9.

11-Marcus, D. K, & Church, S. E. Are dysfunctional beliefs about illness unique to hypochondriasis? Journal of Psychosomatic Research, 2003; 54: 543-47.

12-Marcus, D. K. The cognitive-behavioral model of hypochondriasis: misinformation and triggers. Journal of Psychosomatic Research, 1999; 47: 79-91.

13-Abramowitz, J. S, & Braddock, A. E. Psychological treatment of health anxiety and hypochondriasis: A bio psychosocial approach. Cambridge, MA: Hogrefe &Huber Publishers. 2008.

14-Salkovskis, P. M, & Warwick, H. M. Morbid preoccupations, health anx-iety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. Behaviour Research and Therapy. 1986; 24(5): 597-602. Anxiety and hypochondriasis. In V. Starcevic, & D. R. Lipsitt (Eds.), Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady (pp. 202-222). New York: Oxford University Press.

15-Salkovskis, P. M, & Warwick, H. C. Meaning, misinterpretations, and medicine: a cognitive-behavioral approach to understanding health anxiety and hypochondriasis. In V. Starcevic, & D. R. Lipsitt (Eds.), Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady (pp. 202-222). New York: Oxford University. 2001.

16-Press.Fergus, T. A. Health-related dysfunctional beliefs and health anxiety: further evidence of cognitive specificity. Journal of Clinical Psychology. 2014; 70(3): 248-59.

17-Hadjistavropoulos, H. D, Janzen, J. A, Kehler, M. D, Leclerc, J. A, Sharpe, D, & Bourgault-Fagnou, M. D. Core cognitions related to health anxiety in self-reported medical and non-medical samples. Journal of Behavioural Medicine. 2012; 35(2): 167-78.

18-Marcus, D. K, & Church, S. E. Are dysfunctional beliefs about illness unique to hypochondriasis? Journal of Psychosomatic Research, 2003; 54: 543-47.

19-Barsky, A. J. Hypochondriasis and obsessive- compulsive disorder. Psychiatric Clinics and North America. 1992; 15: 791-801.

20-Barsky, A. J, & Wyshak, G, Hypochondriasis and somatosensory amplification. The British Journal of Psychiatry. 1990; 157(3): 404-9.

21-Poursharify H, Mehryar AH. [Clinical psychology]. 1 sted. Tehran: Sanjesh; 2004; 159. (Persian)

22-American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5 Th Ed). Washington, DC: APA. 2013.

23-Glenn CR, Bagge CL, Osman A. Unique associations between borderline personality disorder features and suicide ideation and attempts in adolescents. J Pers Disord. 2013; 27:604.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

24-Chioqueta AP, Stiles TC. Personality traits and the development of depression, hopelessness, and suicide ideation. Pers Individ Dif. 2005, 38: 1283-129.
25-McClure, E, & Lilienfeld, S. O. Personality traits and health anxiety. In G. Asmundson, S. Taylor, & B. Cox (Eds.), Health anxiety (pp. 65-91). New York, NY: Wiley. 2001.
26-Noyes, R, Jr, Stuart, S. P, Langbehn, D. R, Happel, R. L, Longley, S. L, Muller, B. A, et al. Test of an interpersonal model of hypochondriasis. Psychosomatic Medicine. 2003; 65: 292-300.
27-Watson, D. Toward a comprehensive hierarchical structure of personality traits: commentary on Ferguson (2011). Health PsychologyReview.2013;7(Suppl.1):S71-S74.
28-Krueger RF, Markon KE. The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. Annu Rev Clin Psychol. 2014; 10:477-501.
29-Miller, J. D, Few, L. R, Lynam, D. R, & MacKillop, J. Pathological personality traits can capture DSM–IV personality disorder types. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment. 2015; 6(1): 32.
30-Baghurst T, Kelley BC. An examination of stress in college students over the course of a semester. Health Promot Pract. 2014; 15(3): 438–47.
31-Zhang, Y. Zhao, Y. Mao, S. Li, G. Yuan, Y. Investigation of health anxiety and its related factors in nursing students. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2014;10: 1223.
32-Krueger, R. F, Derringer, J, Markon, K. E, Watson, D, & Skodol, A. E.Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. Psychological Medicine. 2012; 42: 1879–1890.
33-American Psychiatric Association. DSM 5. American Psychiatric Association. 2015.
34-Abramowitz JS, Deacon BJ, Valentiner DP. The Short Health Anxiety Inventory: Psychometric Properties and Construct Validity in a Non-clinical Sample. Cognitive Therapy and Research. 2007; 31(6):871-883.
35-Joshanloo M. Factor structure and criterion validity of original and short versions of the Negative and Positive Affect Scale (NAPAS), Personality and Individual Differences. 2017;105: 233–37
36-Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the mea-surement of health anxiety and hypochondriasis. Psychol Med. 2002; 32: 843–53.
37-Inam SB. Anxiety and depression among students of a medical college in Saudi Arabia. Int J Health Sci (Qassim). 2007; 1:295–300.
38-Fallon BA, Harper KM, Landa A, et al. Personality disorders in hypo-chondriasis: Prevalence and comparison with two anxiety disorders. Psychosomatics. 2012; 53:566–574.
39-Lam D, Smith N, Checkley S, Rijsdijk F, and Sham P. Effect of neuroticism, response style and information processing on depression severity in a clinically depressed sample. Psychol Med. 2003; 33:469–79.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

Investigate the Dimensions Of Health Anxiety In Nurses Compared To Normal People Based On The Role Of Maladaptive Personality Dimensions [Pid-5]

Babaei Nadinluei K (Ph.D)*, Amiry S (Ph.D), Farzalizade V (MSc), Sattari M (MSc)

Abstract

Introduction: Health anxiety refers to excessive worries and anxiety about harboring serious illness based on misinterpretation of bodily sensations or changes as signs of serious illness. Severe HA is associated with disability and high health care costs. Accordingly, the purpose of this study was to investigate the dimensions of health anxiety in nurses compared to normal people based on the role of maladaptive personality dimensions.

Methods: Method was ex post facto and study population included all nurses of Tabriz health centres. 34 individuals were selected through a purposive sampling and matched with 34 normal persons by using informed consent. In order to collect research data, Health Anxiety Inventory, Personality Inventory for DSM-5 [PID-5] and positive and negative affect schedule were implemented among the participants and data were analyzed by using descriptive indicators and Multivariate and univariate analysis of variance.

Results: The results showed that there is a significant difference between nurses and normal people in terms of health anxiety. Also, significant differences were found in most aspects of personality [negative affect, Antagonism, and Disinhibiting]. Nurses also experienced more negative emotions than normal people, but there was no significant difference in terms of positive emotional experience.

Conclusion: Nurses seem to be more exposed to health anxiety due to their stressful environment and some personality traits. Therefore, it is necessary to intervene in order to reduce the stressors.

Keywords: Health anxiety, maladaptive personality dimensions, nurses.

---

*Corresponding author: Urmia University, Urmia Iran. Email: k.babaei66@gmail.com

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]