

Structural Explanation of Health Anxiety Based on Childhood Trauma: The Mediating Role of Anxiety Sensitivity and Cognitive Avoidance in Women Attending Healthcare Centers

1. Samira Ramezankhani[✉]: Department of Clinical Psychology, WT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. Elham Ghasemi[✉]: Department of Clinical Psychology, SR.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

3. Mohsen Ghasemi[✉]: Department of Clinical Psychology, WT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

4. Fatemeh Ghasempour^{✉*}: Department of Psychology, Kho.C., Islamic Azad University, Khomeinishahr, Iran.

5. Masoome Tahari[✉]: Department of Psychology, Kho.C., Islamic Azad University, Khomeinishahr, Iran

*Corresponding Author's Email Address: fatemeh.ghasempour@iau.ir



Abstract:

Objective: This study aimed to structurally explain health anxiety based on childhood trauma by examining the mediating roles of anxiety sensitivity and cognitive avoidance in women attending healthcare centers.

Methods and Materials: This descriptive-correlational study was conducted using structural equation modeling. The statistical population included women aged 18 to 50 years who attended healthcare centers in districts 1 to 3 of Tehran during winter 2025–2026. A total of 400 participants were selected through convenience sampling. Data were collected using the short form of the Childhood Trauma Questionnaire, the Anxiety Sensitivity Index, the Cognitive Avoidance Questionnaire, and the Health Anxiety Inventory. Data analysis was performed using SPSS version 28 and Amos version 24. Pearson correlation coefficients, structural equation modeling, and bootstrap analysis were used to examine direct and indirect effects.

Findings: The results indicated that the proposed model had an acceptable fit to the data, with fit indices supporting the adequacy of the structural model (RMSEA=0.044, CFI=0.932, SRMR=0.049, $\chi^2/df=1.88$). Childhood trauma had a positive and significant direct effect on health anxiety ($\beta=0.317$, $p<0.001$). Anxiety sensitivity ($\beta=0.231$, $p<0.001$) and cognitive avoidance ($\beta=0.218$, $p<0.001$) also showed positive and significant direct effects on health anxiety. In addition, childhood trauma had positive and significant direct effects on anxiety sensitivity ($\beta=0.175$, $p<0.001$) and cognitive avoidance ($\beta=0.121$, $p<0.001$). Bootstrap results further demonstrated that anxiety sensitivity ($\beta=0.040$, $p<0.001$) and cognitive avoidance ($\beta=0.026$, $p<0.001$) significantly mediated the relationship between childhood trauma and health anxiety. The total indirect effect was also significant ($\beta=0.066$, $p<0.001$), indicating partial mediation.

Conclusion: The findings suggest that childhood traumatic experiences contribute to health anxiety both directly and indirectly through increased anxiety sensitivity and cognitive avoidance. Therefore, psychological interventions targeting maladaptive interpretations of bodily sensations and cognitive avoidance strategies may help prevent and reduce health anxiety among women with a history of childhood trauma.

Keywords: Childhood trauma, Anxiety sensitivity, Cognitive avoidance, Health anxiety, Women

How to Cite: Ramezankhani, S., Ghasemi, E., Ghasemi, M., Ghasempour, F., & Tahari, M. (2027). Structural Explanation of Health Anxiety Based on Childhood Trauma: The Mediating Role of Anxiety Sensitivity and Cognitive Avoidance in Women Attending Healthcare Centers. *Quarterly of Experimental and Cognitive Psychology*, 4(3), 1-22.

Received: 27 January 2026

Revised: 25 June 2026

Accepted: 02 July 2026

Initial Publish: 12 July 2026

Final Publish: 23 September 2027



Copyright: © 2027 by the authors.

Published under the terms and conditions of Creative Commons

Attribution-NonCommercial 4.0

International (CC BY-NC 4.0) License.

تبیین ساختاری اضطراب سلامت بر پایه ترومای دوران کودکی: نقش میانجی حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت

۱. سمیرا رمضانخانی^{ID}: گروه روان شناسی بالینی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. الهام قاسمی^{ID}: گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۳. محسن قاسمی^{ID}: گروه روانشناسی بالینی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۴. فاطمه قاسم پور^{ID*}: گروه روان شناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران. (نویسنده مسئول)

۵. معصومه طاهری^{ID}: گروه روان شناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران

*پست الکترونیک نویسنده مسئول: fatemeh.ghasempour@iau.ir

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، تبیین ساختاری اضطراب سلامت بر پایه ترومای دوران کودکی با توجه به نقش میانجی حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت بود.

روش و مواد: پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی و مبتنی بر مدل یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل زنان ۱۸ تا ۵۰ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشت مناطق ۱ تا ۳ شهر تهران در زمستان ۱۴۰۴ بود. نمونه پژوهش شامل ۴۰۰ نفر بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری داده ها شامل فرم کوتاه پرسشنامه ترومای کودکی، سیاهه حساسیت اضطرابی، پرسشنامه اجتناب شناختی و سیاهه اضطراب سلامت بود. داده ها با استفاده از نرم افزارهای SPSS نسخه ۲۸ و Amos نسخه ۲۴ و از طریق ضریب همبستگی پیرسون، مدل یابی معادلات ساختاری و آزمون بوت استرپ تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار است؛ به گونه ای که شاخص های برازش شامل $RMSEA=0.04$ ، $SRMR=0.029$ ، $CFI=0.932$ و $\chi^2/df=1.88$ در دامنه قابل قبول قرار داشتند. ترومای دوران کودکی اثر مستقیم مثبت و معناداری بر اضطراب سلامت داشت ($\beta=0.317$, $p<0.001$). همچنین حساسیت اضطرابی ($\beta=0.231$, $p<0.001$) و اجتناب شناختی ($\beta=0.218$, $p<0.001$) اثر مستقیم مثبت و معناداری بر اضطراب سلامت نشان دادند. ترومای دوران کودکی نیز اثر مستقیم مثبت و معناداری بر حساسیت اضطرابی ($\beta=0.175$, $p<0.001$) و اجتناب شناختی ($\beta=0.121$, $p<0.001$) داشت. نتایج بوت استرپ نشان داد حساسیت اضطرابی ($\beta=0.040$, $p<0.001$) و اجتناب شناختی ($\beta=0.026$, $p<0.001$) نقش میانجی مثبت و معناداری در رابطه بین ترومای دوران کودکی و اضطراب سلامت ایفا می کنند.

نتیجه گیری: یافته ها نشان دادند تجارب آسیب زای دوران کودکی می توانند هم به صورت مستقیم و هم از طریق افزایش حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی، اضطراب سلامت را در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت تبیین کنند. بنابراین، طراحی مداخلات روان شناختی متمرکز بر کاهش حساسیت نسبت به نشانه های بدنی و اصلاح راهبردهای اجتناب شناختی می تواند در پیشگیری و کاهش اضطراب سلامت در زنان دارای سابقه ترومای کودکی مؤثر باشد.

کلیدواژگان: ترومای دوران کودکی، حساسیت اضطرابی، اجتناب شناختی، اضطراب سلامت، زنان

نحوه استناددهی: رمضانخانی، سمیرا، قاسمی، الهام، قاسمی، محسن، قاسم پور، فاطمه، و طاهری، معصومه. (۱۴۰۶). تبیین ساختاری اضطراب سلامت بر پایه ترومای دوران کودکی: نقش میانجی حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت. فصلنامه روانشناسی تجربی و شناختی، ۴(۳)، ۱-۲۲.



تاریخ دریافت: ۷ بهمن ۱۴۰۴

تاریخ بازنگری: ۴ تیر ۱۴۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۱ تیر ۱۴۰۵

تاریخ چاپ اولیه: ۲۱ تیر ۱۴۰۵

تاریخ چاپ نهایی: ۱ مهر ۱۴۰۶



مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۶ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

Extended Abstract

Introduction

Health anxiety is a maladaptive psychological condition characterized by excessive concern about having or developing a serious medical illness, persistent monitoring of bodily sensations, catastrophic interpretation of ambiguous physical symptoms, and repeated reassurance-seeking or avoidance behaviors. Although some level of concern about health can be adaptive, health anxiety becomes clinically significant when bodily sensations are interpreted as threatening despite insufficient medical evidence. This condition is particularly important among women attending healthcare centers, because frequent exposure to medical information, bodily changes, caregiving responsibilities, and repeated health-related consultations may intensify health-related worries. Contemporary mental health literature emphasizes that anxiety-related problems should be understood through multidimensional models that integrate developmental experiences, cognitive vulnerability, emotional regulation, coping strategies, and environmental support systems (P. et al., 2024; Shapiro et al., 2024; Subramanyam et al., 2024). In this regard, childhood trauma is one of the most important developmental risk factors that may contribute to later psychological vulnerability. Experiences such as emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, emotional neglect, and physical neglect may alter the individual's perception of safety, bodily integrity, and threat. A child who repeatedly experiences the body and interpersonal environment as unsafe may later become more alert to bodily sensations and more prone to interpreting physical changes as signs of danger.

Recent studies on resilience, stress management, well-being, mindfulness, and psychosocial interventions support the view that early psychological vulnerability may be modified through cognitive, emotional, and behavioral mechanisms (Ang et al., 2022; Hikmat et al., 2025; Rezapour et al., 2020; Setia et al., 2021; Sevindik & Mansuroğlu,

2025). Among these mechanisms, anxiety sensitivity and cognitive avoidance are especially relevant to health anxiety. Anxiety sensitivity refers to fear of anxiety-related sensations because of beliefs that these sensations have harmful physical, cognitive, or social consequences. Individuals with high anxiety sensitivity may interpret palpitations, dizziness, shortness of breath, fatigue, or muscle tension as signs of serious illness. Cognitive avoidance, on the other hand, refers to attempts to suppress, replace, distract from, or avoid distressing thoughts and mental images. In health anxiety, cognitive avoidance may prevent adaptive processing of illness-related fears and may paradoxically increase the frequency and intensity of unwanted health-related thoughts. Evidence from mindfulness-based, school-based, nature-based, activity-based, and digital mental health programs highlights the value of reducing maladaptive avoidance, enhancing emotional awareness, and improving psychological flexibility (Baker et al., 2024; Barker et al., 2021; Folger et al., 2023; Greenleaf & Reese, 2024; Indriaswuri et al., 2023; McCallum et al., 2022; Monsillion et al., 2023; Razza et al., 2025; Roberts et al., 2022; Sapulette et al., 2025; Vitagliano et al., 2023). Moreover, research on physical activity, active breaks, yoga, sports participation, and school-based health promotion shows that mind-body processes, stress reduction, and adaptive self-regulation play important roles in psychological health (Aslam & Bin, 2025; B., 2024; Bagum et al., 2024; Habyarimana et al., 2022; Latino, Tafuri, & Tafuri, 2025; Latino, Tafuri, Maisuradze, et al., 2025; Li et al., 2024; Marschin & Herbert, 2021; Martín-Rodríguez et al., 2024; Mun, 2021; Papadopoulos et al., 2022; Ruíz et al., 2025; Sharma & Upreti, 2023). Studies on academic stress, psychological adaptation, psychoeducational interventions, and wellness-oriented programs also indicate that stress, mood, coping, and resilience are closely related to psychological functioning (Argus-Calvo et al., 2024; Córdor et al., 2024; Papageorgiou et al., 2025). Therefore, the present study was conducted to structurally explain health

anxiety based on childhood trauma by examining the mediating roles of anxiety sensitivity and cognitive avoidance among women attending healthcare centers.

Methods and Materials:

This study used a descriptive-correlational design based on structural equation modeling. The statistical population included all women aged 18 to 50 years who attended healthcare centers in districts 1 to 3 of Tehran during winter 2025–2026. Based on the requirements of structural equation modeling and the estimated number of free parameters in the proposed model, the sample size was determined as 400 participants. Participants were selected through convenience sampling. The inclusion criteria were being female, being between 18 and 50 years of age, having sufficient literacy to complete the questionnaires, and providing informed written consent. The exclusion criteria included incomplete, invalid, or patterned responses to the questionnaires. Data were collected using a demographic information form, the short form of the Childhood Trauma Questionnaire, the Anxiety Sensitivity Index, the Cognitive Avoidance Questionnaire, and the Health Anxiety Inventory. The data were analyzed using SPSS version 28 and Amos version 24. Descriptive statistics, Pearson correlation coefficients, structural equation modeling, and bootstrap analysis were used. Before conducting the main analyses, statistical assumptions including normality, absence of outliers, linearity, independence of errors, and absence of multicollinearity were examined and confirmed.

Findings:

The descriptive results showed that the mean age of the participants was 34.6 years with a standard deviation of 4.8 years. The mean and standard deviation of childhood trauma were 57.80 and 12.40, respectively. The mean score of anxiety sensitivity was 27.35 with a standard deviation of 7.95. The mean score of cognitive avoidance was 64.50 with a standard deviation of 14.20, and the mean score of health anxiety was 24.70 with a standard deviation of 8.60. Skewness and kurtosis values for all main variables were within the acceptable range, indicating approximate

normality of the data. Pearson correlation analysis showed that all relationships among the main variables were positive and statistically significant. Childhood trauma was positively correlated with health anxiety ($r = 0.507$, $p < 0.01$), anxiety sensitivity ($r = 0.428$, $p < 0.01$), and cognitive avoidance ($r = 0.351$, $p < 0.01$). Anxiety sensitivity had the strongest correlation with health anxiety ($r = 0.536$, $p < 0.01$), and cognitive avoidance was also positively correlated with health anxiety ($r = 0.463$, $p < 0.01$). Anxiety sensitivity and cognitive avoidance were positively correlated as well ($r = 0.392$, $p < 0.01$).

The structural equation modeling results indicated that the proposed model had a satisfactory fit to the data. The fit indices were within acceptable ranges: $\chi^2/df = 1.88$, RMSEA = 0.044, CFI = 0.932, SRMR = 0.049, GFI = 0.925, and IFI = 0.930. The direct path coefficients showed that childhood trauma had a positive and significant direct effect on health anxiety ($\beta = 0.317$, $p < 0.001$). Anxiety sensitivity also had a positive and significant direct effect on health anxiety ($\beta = 0.231$, $p < 0.001$), and cognitive avoidance had a positive and significant direct effect on health anxiety ($\beta = 0.218$, $p < 0.001$). In addition, childhood trauma had positive and significant direct effects on anxiety sensitivity ($\beta = 0.175$, $p < 0.001$) and cognitive avoidance ($\beta = 0.121$, $p < 0.001$). Bootstrap analysis with 5,000 resamples and a 95% confidence interval confirmed the significance of the indirect effects. Childhood trauma had a positive and significant indirect effect on health anxiety through anxiety sensitivity ($\beta = 0.040$, $p < 0.001$) and through cognitive avoidance ($\beta = 0.026$, $p < 0.001$). The total indirect effect was also significant ($\beta = 0.066$, $p < 0.001$). The total effect of childhood trauma on health anxiety was $\beta = 0.383$. The coefficient of determination showed that childhood trauma explained 3% of the variance in anxiety sensitivity and 1.5% of the variance in cognitive avoidance, while childhood trauma, anxiety sensitivity, and cognitive avoidance together explained 46% of the variance in health anxiety.

Discussion and Conclusion:

The findings indicate that childhood trauma is an important predictor of health anxiety among women attending healthcare centers. Women with higher levels of childhood trauma reported greater health anxiety, suggesting that early adverse experiences may create enduring vulnerability in the perception and interpretation of bodily sensations. Childhood trauma may sensitize the individual's threat-processing system and increase the tendency to perceive bodily changes as dangerous. This process may lead to continuous body monitoring, catastrophic interpretation of symptoms, and repeated efforts to seek reassurance or avoid illness-related information. Therefore, health anxiety can be understood not only as a present-focused concern about illness but also as a psychological outcome rooted partly in early experiences of threat, insecurity, and loss of control.

The results also showed that anxiety sensitivity and cognitive avoidance play significant roles in the development and maintenance of health anxiety. Anxiety sensitivity may intensify health anxiety by increasing fear of bodily sensations and by transforming normal physiological experiences into perceived signs of illness. Cognitive avoidance may maintain health anxiety by preventing direct cognitive and emotional processing of illness-related fears. When individuals attempt to suppress or avoid thoughts about illness, these thoughts may return more frequently and become more distressing. The significant mediating effects suggest that childhood trauma contributes to health anxiety partly by increasing anxiety sensitivity and cognitive

avoidance. However, because the direct effect of childhood trauma remained significant, the mediation was partial rather than complete. This means that childhood trauma may influence health anxiety through additional mechanisms not examined in this study, such as emotion dysregulation, intolerance of uncertainty, attachment insecurity, rumination, or reduced perceived control.

Overall, the study provides support for an integrated structural model of health anxiety in which developmental trauma, anxiety sensitivity, and cognitive avoidance jointly contribute to health-related worry. These findings have important clinical implications. Assessment of health anxiety in women attending healthcare centers should include attention to childhood trauma history, fear of bodily sensations, and avoidant cognitive strategies. Interventions should focus on reducing catastrophic interpretations of bodily symptoms, increasing tolerance of uncertainty, improving emotional regulation, and helping clients gradually face rather than avoid illness-related thoughts and sensations. Cognitive-behavioral interventions, mindfulness-based approaches, acceptance-based techniques, and trauma-informed psychological care may be useful in this regard. In conclusion, childhood trauma can directly and indirectly explain health anxiety through anxiety sensitivity and cognitive avoidance, and targeting these modifiable mechanisms may help prevent and reduce health anxiety among women with a history of adverse childhood experiences.

مقدمه

کاهش موقت اضطراب را به همراه داشته باشد، اما در بلندمدت باعث تقویت باورهای تهدیدمحور و افزایش اشتغال ذهنی با سلامت می‌شود. ادبیات جدید سلامت روان نیز نشان می‌دهد که حمایت از بهزیستی روانی، مدیریت استرس، تقویت تاب‌آوری و آموزش مهارت‌های خودتنظیمی، نقش مهمی در کاهش آسیب‌پذیری روان‌شناختی دارند (Ang et al., 2022; Hikmat et al., 2025; Sevindik & Mansuroğlu, 2025). از این منظر، اضطراب سلامت صرفاً یک نگرانی ساده درباره بیماری نیست، بلکه برآیند پیچیده‌ای از تجارب پیشین، باورهای بنیادین، حساسیت نسبت به نشانه‌های درونی و راهبردهای ناکارآمد مقابله‌ای است.

یکی از مهم‌ترین عوامل زمینه‌ساز در شکل‌گیری آسیب‌پذیری‌های روان‌شناختی، تجربه رویدادهای آسیب‌زا در دوران کودکی است. ترومای دوران کودکی شامل طیفی از تجارب مانند سوءاستفاده عاطفی، جسمی یا جنسی و نیز غفلت عاطفی یا جسمی است که می‌تواند رشد هیجانی، شناختی و بین‌فردی فرد را مختل کند. چنین تجاربی معمولاً در دوره‌ای رخ می‌دهند که کودک هنوز توانایی شناختی و هیجانی کافی برای پردازش، معناگذاری و تنظیم پیامدهای آنها را ندارد. در نتیجه، آثار این رویدادها ممکن است به صورت طرحواره‌های تهدیدمحور، احساس ناایمنی نسبت به بدن، حساسیت بالا به خطر، و الگوهای مقابله‌ای اجتنابی در بزرگسالی تداوم یابد. از دیدگاه تحولی، فردی که در کودکی بدن و محیط خود را به‌عنوان منبع درد، خطر یا بی‌ثباتی تجربه کرده است، ممکن است در بزرگسالی نسبت به نشانه‌های بدنی حساس‌تر باشد و کوچک‌ترین تغییر فیزیولوژیک را به‌عنوان علامتی از خطر جدی تعبیر کند. این مسئله می‌تواند زمینه را برای بروز اضطراب سلامت فراهم سازد و به چرخه نگرانی، پایش بدنی و اطمینان‌جویی مکرر دامن بزند. در کنار ترومای کودکی، حساسیت اضطرابی یکی از سازه‌های کلیدی در تبیین اضطراب سلامت محسوب می‌شود. حساسیت اضطرابی به ترس از

سلامت روان در سال‌های اخیر به یکی از محورهای اصلی پژوهش‌های روان‌شناسی، علوم تربیتی، سلامت عمومی و مراقبت‌های بهداشتی تبدیل شده است؛ زیرا اختلالات و نشانگان روان‌شناختی نه تنها کارکرد هیجانی و شناختی افراد را مختل می‌سازند، بلکه کیفیت زندگی، عملکرد اجتماعی، روابط بین‌فردی، بهره‌وری تحصیلی و شغلی، و الگوهای استفاده از خدمات سلامت را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند. در این میان، اضطراب به‌عنوان یکی از شایع‌ترین مشکلات روان‌شناختی، اشکال متنوعی دارد که یکی از مهم‌ترین و در عین حال کمتر شناخته‌شده‌ترین آنها اضطراب سلامت است. اضطراب سلامت به نگرانی مفرط و پایدار درباره ابتلا به بیماری جدی یا تفسیر فاجعه‌آمیز نشانه‌های بدنی اشاره دارد؛ وضعیتی که می‌تواند حتی در نبود شواهد پزشکی معتبر، فرد را درگیر چرخه‌ای از پایش بدنی، اطمینان‌جویی، جست‌وجوی مکرر اطلاعات پزشکی و اجتناب از محرک‌های مرتبط با بیماری کند. اهمیت این مسئله زمانی بیشتر می‌شود که بدانیم پژوهش‌های نوین در حوزه سلامت روان بر ضرورت شناسایی سازوکارهای شناختی، هیجانی و رفتاری زیربنایی اختلالات تأکید دارند و مداخلات جدید، بیش از آنکه صرفاً بر نشانه‌ها متمرکز باشند، به دنبال اصلاح فرایندهای روان‌شناختی مولد و تداوم‌بخش آسیب هستند (P. et al., 2024; Shapiro et al., 2024; Subramanyam et al., 2024).

در رویکردهای معاصر سلامت روان، اضطراب سلامت را می‌توان در پیوند با الگوهای وسیع‌تر نگرانی، تنیدگی، بدتنظیمی هیجانی و کاهش تاب‌آوری بررسی کرد. افراد مبتلا به اضطراب سلامت معمولاً در برابر ابهام‌های بدنی تحمل کمی دارند، نشانه‌های فیزیولوژیک عادی را به‌عنوان علامت بیماری جدی تعبیر می‌کنند و برای کاهش اضطراب خود به رفتارهای ایمنی‌جویانه یا اجتنابی پناه می‌برند. این چرخه، اگرچه در کوتاه‌مدت می‌تواند

et al., 2023; Indriaswuri et al., 2023; Monsillion et al., 2023; Shapiro et al., 2024).

با توجه به ماهیت چندبعدی اضطراب سلامت، بررسی صرف رابطه مستقیم میان ترومای کودکی و اضطراب سلامت نمی‌تواند تصویر کاملی از سازوکارهای زیربنایی این مشکل ارائه دهد. ممکن است ترومای کودکی از طریق افزایش حساسیت فرد نسبت به نشانه‌های اضطرابی و نیز از طریق تقویت سبک‌های اجتنابی در پردازش افکار تهدیدآمیز، اضطراب سلامت را تشدید کند. به بیان دیگر، تجربه آسیب‌زا در کودکی می‌تواند نظام هشدار بدن را حساس کند و هم‌زمان به فرد بیاموزد که برای کاهش درد روانی، از افکار و احساسات ناخوشایند اجتناب کند. ترکیب این دو فرایند، یعنی حساسیت بالا نسبت به نشانه‌های درونی و اجتناب از پردازش شناختی و هیجانی آنها، می‌تواند فرد را در برابر نگرانی‌های سلامت آسیب‌پذیرتر سازد. این نگاه با رویکردهای نوین مبتنی بر تاب‌آوری شناختی و هیجانی نیز همسو است؛ رویکردهایی که بر نقش سازوکارهای واسطه‌ای در تبدیل فشارهای رشدی و محیطی به پیامدهای روان‌شناختی تأکید دارند (McCallum et al., 2022; Rezapour et al., 2020; Setia et al., 2021).

بخش قابل توجهی از ادبیات جدید سلامت روان بر این نکته تأکید دارد که ارتقای بهزیستی، کاهش تنیدگی و پیشگیری از مشکلات روان‌شناختی، نیازمند مداخلات چندسطحی و محیط‌محور است. برای نمونه، پژوهش‌های مربوط به فعالیت بدنی، ورزش، وقفه‌های فعال، یوگا و برنامه‌های مدرسه‌محور نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر بدن و حرکت می‌توانند با کاهش تنیدگی، افزایش خلق مثبت و بهبود کارکرد شناختی همراه باشند (Li et al., 2024; Martín-Rodríguez et al., 2024; Papadopoulos et al., 2022; Ruíz et al., 2025). همچنین مطالعات مرتبط با نقش فعالیت بدنی در کودکان، نوجوانان و دانشجویان نشان می‌دهند که تحرک جسمانی نه تنها با سلامت فیزیکی، بلکه با سلامت روان، نشاط، تمرکز و سازگاری روان‌شناختی

نشانه‌های اضطرابی به دلیل باور به پیامدهای خطرناک آنها اشاره دارد. افرادی که حساسیت اضطرابی بالایی دارند، تپش قلب، سرگیجه، تنگی نفس، تنش عضلانی یا سایر نشانه‌های برانگیختگی را نه به عنوان واکنش‌های طبیعی بدن، بلکه به عنوان نشانه‌هایی از بیماری، فقدان کنترل یا تهدید جدی تعبیر می‌کنند. در اضطراب سلامت، این سازه اهمیت مضاعفی دارد؛ زیرا نگرانی فرد مستقیماً حول سلامت جسمانی و احتمال ابتلا به بیماری می‌چرخد. در چنین شرایطی، حساسیت اضطرابی می‌تواند نشانه‌های عادی بدن را به محرک‌های تهدیدزا تبدیل کند و فرآیند تفسیر فاجعه‌آمیز را تشدید نماید. پژوهش‌های حوزه مداخلات روان‌شناختی نیز نشان داده‌اند که آموزش تنظیم هیجان، کاهش واکنش‌پذیری نسبت به تنیدگی و افزایش آگاهی غیرقضاوتی نسبت به تجربه‌های درونی می‌تواند در بهبود بهزیستی و کاهش آسیب‌پذیری روانی نقش داشته باشد (Barker et al., 2021; Razza et al., 2025; Sapulette et al., 2025; Vitagliano et al., 2023).

اجتناب شناختی نیز یکی دیگر از متغیرهای مهم در فهم اضطراب سلامت است. اجتناب شناختی به تلاش فعال فرد برای سرکوب، مهار، حذف یا جایگزینی افکار، تصاویر ذهنی و خاطرات ناخوشایند اشاره دارد. در اضطراب سلامت، فرد ممکن است بکوشد به بیماری فکر نکند، از خواندن مطالب پزشکی اجتناب کند، از مراجعه به محیط‌های درمانی بترسد یا برعکس، برای فرار از ابهام، به جست‌وجوی افراطی اطلاعات بپردازد. هر دو الگو می‌توانند به تداوم مشکل منجر شوند؛ زیرا فرد فرصت مواجهه شناختی و هیجانی با ترس‌های خود را از دست می‌دهد. اجتناب شناختی معمولاً نوعی آرام‌سازی کوتاه‌مدت ایجاد می‌کند، اما در بلندمدت باعث بازگشت مکرر افکار ناخواسته و افزایش اهمیت ذهنی آنها می‌شود. به همین دلیل، بسیاری از برنامه‌های نوین ارتقای سلامت روان بر کاهش اجتناب، افزایش پذیرش، تقویت آگاهی ذهن‌آگاهانه و پرورش مهارت‌های مقابله‌ای سازگارانه تأکید دارند (Folger

پیشگیری، غربالگری و شناسایی عوامل خطر تمرکز دارند (Argus-Calvo et al., 2024; Baker et al., 2024; Roberts et al., 2022). در چنین چارچوبی، شناسایی متغیرهای میانجی مانند حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی می‌تواند از نظر کاربردی اهمیت ویژه‌ای داشته باشد؛ زیرا این متغیرها برخلاف ترومای گذشته، قابل مداخله و اصلاح هستند. اگر مشخص شود که بخشی از اثر ترومای کودکی بر اضطراب سلامت از مسیر این فرایندها منتقل می‌شود، می‌توان مداخلاتی طراحی کرد که بر کاهش تفسیر فاجعه‌آمیز نشانه‌های بدنی، افزایش تحمل ابهام، اصلاح باورهای ناکارآمد درباره بدن و کاهش اجتناب شناختی متمرکز باشند.

با وجود رشد چشمگیر پژوهش‌ها درباره بهزیستی، تاب‌آوری، ذهن‌آگاهی، فعالیت بدنی و مداخلات سلامت روان، هنوز خلأ مهمی در تبیین هم‌زمان روابط ساختاری میان تجربه‌های آسیب‌زای کودکی، حساسیت اضطرابی، اجتناب شناختی و اضطراب وجود دارد. بسیاری از پژوهش‌ها هر یک از این سازه‌ها را به‌صورت جداگانه یا در قالب مداخلات عمومی سلامت روان بررسی کرده‌اند، اما کمتر مطالعه‌ای به این پرسش پرداخته است که ترومای دوران کودکی چگونه و از طریق کدام فرایندهای شناختی می‌تواند اضطراب سلامت را در بزرگسالی، به‌ویژه در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت، تبیین کند. افزون بر این، توجه به جمعیت زنان اهمیت خاصی دارد؛ زیرا نگرانی‌های مرتبط با بدن، سلامت، نقش‌های خانوادگی، مراقبت از دیگران و مواجهه مکرر با خدمات سلامت می‌تواند تجربه اضطراب سلامت را در این گروه پیچیده‌تر سازد. بنابراین، استفاده از مدلیابی معادلات ساختاری می‌تواند تصویری دقیق‌تر از اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرها فراهم آورد و به غنای نظری و کاربردی ادبیات اضطراب سلامت کمک کند (Argus-Calvo et al., 2024; Habyarimana et al., 2022; Sharma & Upreti, 2023).

نیز پیوند دارد (B., 2024; Bagum et al., 2024; Latino, Tafuri, & Tafuri, 2025). این یافته‌ها، هرچند مستقیماً به اضطراب سلامت محدود نیستند، اهمیت تعامل بدن و ذهن را برجسته می‌کنند؛ تعاملی که در اضطراب سلامت به شکلی ناسازگارانه و تهدیدمحور تجربه می‌شود.

از سوی دیگر، پژوهش‌های مربوط به مدرسه، دانشگاه و محیط‌های آموزشی نشان می‌دهند که مدیریت استرس، خلق، سازگاری و بهزیستی روان‌شناختی، بخشی جدایی‌ناپذیر از عملکرد سالم فرد در بافت‌های روزمره است (Córdor et al., 2024; Greenleaf & Reese, 2024; Papageorgiou et al., 2025). در این زمینه، برخی مطالعات بر نقش طراحی محیط‌های حمایتی، برنامه‌های مشاوره‌ای جامع، طبیعت‌محوری، آموزش سلامت روان و استفاده از فرصت‌های کوتاه برای فعالیت بدنی در کاهش تنیدگی و افزایش بهزیستی تأکید کرده‌اند (Aslam & Bin, 2025; Marschin & Herbert, 2021; Mun, 2021). چنین شواهدی نشان می‌دهد که مشکلات روان‌شناختی از جمله اضطراب سلامت را باید در بستر گسترده‌تری از سبک زندگی، محیط اجتماعی، راهبردهای مقابله‌ای و دسترسی به منابع حمایتی بررسی کرد. زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت نیز به دلیل تماس مکرر با اطلاعات پزشکی، تجربه نگرانی‌های مربوط به بدن و سلامت، و مواجهه با فشارهای خانوادگی و اجتماعی، گروهی مهم برای مطالعه اضطراب سلامت محسوب می‌شوند.

در سال‌های اخیر، تحول در شیوه ارائه خدمات روان‌شناختی نیز ضرورت توجه به مدل‌های ساختاری و سازوکارهای تبیین‌کننده را افزایش داده است. گسترش مداخلات آنلاین، تله‌هلت، برنامه‌های دیجیتال سلامت روان و حمایت‌های مبتنی بر گروه یا هم‌تایان نشان می‌دهد که نظام سلامت روان در حال حرکت به سمت روش‌هایی است که علاوه بر درمان نشانه‌ها، بر

بنابراین، هدف پژوهش حاضر تبیین ساختاری اضطراب سلامت بر پایه ترومای دوران کودکی با در نظر گرفتن نقش میانجی حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت بود.

روش‌شناسی پژوهش

طرح پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی و بر پایه مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان ۱۸ تا ۵۰ سال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت مناطق ۱ تا ۳ شهر تهران در زمستان سال ۱۴۰۴ بود. با توجه به استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری و با استناد به قاعده کلاین (۲۰۲۳) مبنی بر نیاز به حداقل ۱۰ مشاهده برای هر پارامتر آزاد، تعداد پارامترهای آزاد مدل ۳۸ برآورد شد؛ بنابراین حداقل حجم نمونه مورد نیاز ۳۸۰ نفر محاسبه گردید. با این وجود، جهت کاهش خطای نمونه‌گیری و افزایش توان آماری آزمون، حجم نمونه ۴۰۰ نفر در نظر گرفته شد. این رویکرد، اطمینان از کافی بودن حجم نمونه برای تحلیل‌های مدل ساختاری و کاهش ریسک خطای نوع دوم را فراهم ساخت. از میان زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت مناطق ۱ تا ۳ شهر تهران در زمستان سال ۱۴۰۴، تعداد ۴۰۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب شده و پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل نمودند. معیارهای ورود به پژوهش: (۱) دامنه سنی بین ۱۸ تا ۵۰ سال (۲) حداقل توانایی خواندن و نوشتن و درک مطلب برای تکمیل ابزارهای سنجش. (۳) کسب رضایت آگاهانه و کتبی برای مشارکت در پژوهش. معیارهای خروج از مطالعه: پاسخگویی ناقص، غیرصادقانه یا بر اساس یک الگوی غیرمنطقی به پرسشنامه‌ها. پژوهش حاضر با رعایت موازین اخلاقی مصوب کمیته‌های اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی و بر اساس مفاد اعلامیه هلسینکی (نسخه ۲۰۱۳، آخرین بازنگری

مجمع جهانی پزشکی) به اجرا درآمد. پیش از آغاز مطالعه، از کلیه شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه کتبی اخذ شد و آنان از محرمانه بودن اطلاعات، ناشناس ماندن داده‌ها و حق انصراف در هر مرحله از پژوهش بدون هیچ گونه عواقب منفی مطلع گردیدند. پس از پایان فرایند جمع‌آوری داده‌ها، تمامی اطلاعات به صورت ناشناس (بدون ثبت نام و مشخصات هویتی) استخراج شد، به طوری که هیچ داده قابل انتساب به افراد در مجموعه داده‌های نهایی وجود نداشت. همچنین پژوهشگران متعهد شدند که در هیچ مرحله‌ای آسیب جسمی، روانی یا اجتماعی متوجه شرکت‌کنندگان نشود و گزارش یافته‌ها صرفاً به صورت گروهی و بدون اشاره به اطلاعات فردی ارائه گردد. آزمودنی‌ها با فرم اطلاعات جمعیت شناختی، فرم کوتاه پرسشنامه ترومای کودکی (برنستاین، ۲۰۰۳) (CTQ)، سیاهه حساسیت اضطرابی ریس و همکاران (۱۹۸۶) (ASI)، پرسشنامه اجتناب شناختی سکستون و دوگاس (۲۰۰۸) (CAQ) و سیاهه اضطراب سلامت سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۲) (HAI) ارزیابی شدند.

الف) فرم کوتاه پرسشنامه ترومای کودکی (برنستاین، ۲۰۰۳) (CTQ): این ابزار ابتدا توسط برنستاین^۱ و همکاران (۱۹۹۴) با ۷۰ گویه جهت ارزیابی جامع و قابل اعتماد تجارب آسیب‌زای دوران کودکی طراحی گردید. در سال ۲۰۰۳، نسخه کوتاه‌تری از این پرسشنامه توسط همان پژوهشگران معرفی شد که پنج حیطه اصلی سوءرفتار در کودکی شامل سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده فیزیکی، سوءاستفاده عاطفی، غفلت عاطفی و غفلت فیزیکی را می‌سنجد. این نسخه دارای ۲۸ گویه است که از این تعداد، ۲۵ گویه برای ارزیابی مؤلفه‌های اصلی به کار می‌رود و سه گویه دیگر برای شناسایی افراد دارای گرایش به انکار آسیب‌های دوران کودکی در نظر گرفته شده است. پاسخ‌ها بر پایه طیف لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند و گویه‌های شماره ۲، ۵، ۷،

¹ Bernstein, D. P.

۱۳، ۱۹، ۲۶ و ۲۸ به صورت معکوس محاسبه می‌گردند. دامنه نمره هر خرده‌مقیاس بین ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه بین ۲۵ تا ۱۲۵ است. برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهش خود، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در نمونه نوجوانان برای سوءاستفاده عاطفی، فیزیکی، جنسی، غفلت فیزیکی و غفلت عاطفی به ترتیب ۰٫۸۹، ۰٫۸۶، ۰٫۹۵، ۰٫۸۷ و ۰٫۷۸ گزارش کردند. همچنین روایی همزمان ابزار با ارزیابی درمانگران از شدت آسیب‌های کودکی بین ۰٫۵۹ تا ۰٫۷۸ به دست آمد. افزون بر این، کاروس^۱ و همکاران (۲۰۱۴) روایی آزمون را در نمونه‌های بالینی و غیربالینی ۰٫۷۳ ذکر کرده‌اند. در زمینه ویژگی‌های روان‌سنجی در ایران، ابراهیمی و همکاران (۲۰۱۳) ضرایب آلفای کرونباخ را برای پنج مؤلفه پرسشنامه در دامنه ۰٫۸۱ تا ۰٫۹۸ گزارش کرده‌اند که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب این ابزار است. در پژوهش بخشی زاده و همکاران (۱۴۰۳) نیز ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل و خرده‌مقیاس‌ها بین ۰٫۷۱ تا ۰٫۸۴ گزارش شد. در مطالعه حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل این ابزار، ۰٫۸۱ به دست آمد.

ب) سیاهه حساسیت اضطرابی ریس و همکاران (۱۹۸۶) (ASI): این ابزار توسط ریس^۲ و همکاران در سال ۱۹۸۶ ساخته شد و میزان ترس فرد از نشانه‌های اضطرابی و پیامدهای آن را مورد سنجش قرار می‌دهد. ابزار مذکور شامل ۱۶ گویه و سه عامل اصلی است: ترس از علائم جسمانی (گویه‌های ۶ تا ۱۱)، ترس از اختلال در کنترل شناختی (گویه‌های ۲، ۱۲ و ۱۵) و ترس از مشاهده واکنش‌های اضطرابی توسط دیگران (گویه‌های ۱، ۳، ۴، ۵، ۱۲ و ۱۳). هر گویه بر پایه مقیاس لیکرت از ۰ (بسیار کم) تا ۴ (بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شود و نمره بالاتر نشان‌دهنده حساسیت اضطرابی بیشتر است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس حاکی از آن است که ضریب همسانی درونی (روایی درونی) آن بین ۰٫۸۸ تا ۰٫۹۰ متغیر است. پایایی به

روش بازآزمایی پس از دو هفته برابر ۰٫۷۵ و پس از سه سال ۰٫۷۱ گزارش شده که نشان‌دهنده پایدار بودن حساسیت اضطرابی به‌عنوان یک سازه شخصیتی است (ریس و همکاران، ۱۹۸۶). در ایران، محمدی و همکاران (۲۰۰۷) اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از سه روش همسانی درونی، بازآزمایی و تصنیف (دو نیمه‌سازی) مورد بررسی قرار دادند. ضرایب اعتبار به‌دست‌آمده برای کل مقیاس به ترتیب برابر ۰٫۹۳، ۰٫۹۵ و ۰٫۹۷ گزارش شد. به منظور بررسی روایی همزمان، این ابزار همزمان با پرسشنامه SCL-۹۰ اجرا گردید که ضریب همبستگی ۰٫۵۶ حاصل شد. همچنین ضرایب همبستگی هر گویه با نمره کل در دامنه رضایت‌بخش ۰٫۷۴ تا ۰٫۸۸ قرار داشت و همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها نیز بین ۰٫۴۰ تا ۰٫۶۸ متغیر بود (محمدی و همکاران، ۲۰۰۷). به نقل از کاظم پور و صباحی (۱۴۰۳). در مطالعه حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل این ابزار، ۰٫۷۹ به دست آمد.

ج) پرسشنامه اجتناب شناختی سکستون و دوگاس (۲۰۰۸) (CAQ): این ابزار برای توسط سکستون و دوگاس^۳ در سال ۲۰۰۸ ساخته و اعتباریابی شد. پرسشنامه مذکور دارای ۲۵ گویه و پنج خرده‌مقیاس است که پنج نوع راهبرد اجتناب شناختی را اندازه‌گیری می‌کند. توزیع گویه‌ها در خرده‌مقیاس‌ها به شرح زیر است: گویه‌های ۱، ۲، ۴ و ۵ مربوط به واپس‌زنی (سرکوبی) افکار نگران‌کننده؛ گویه‌های ۴، ۱۱، ۱۷، ۲۰ و ۲۵ مربوط به جانشینی افکار مثبت به جای افکار نگران‌کننده؛ گویه‌های ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳ و ۲۱ مربوط به استفاده از حواس‌پرتی برای قطع روند نگرانی؛ گویه‌های ۷، ۹، ۱۶، ۱۸ و ۲۲ مربوط به اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های برانگیزاننده افکار نگران‌کننده؛ و گویه‌های ۳، ۱۵، ۱۹، ۲۳ و ۲۴ مربوط به تبدیل تصاویر ذهنی به افکار کلامی می‌باشند. پاسخ‌دهندگان بر اساس طیف لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) به گویه‌ها پاسخ می‌دهند (سکستون و دوگاس، ۲۰۰۸). بساک‌نژاد و

³ Sexton, K. A., & Dugas, M. J.

¹ Karos, K.

² Reiss, S.

همکاران (۱۳۸۹)، روایی این ابزار از طریق همبستگی با سیاهه فرونشانی فکر خرس سفید، ضریب ۰٫۴۸ محاسبه و ضریب پایایی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ برابر ۰٫۹۱ گزارش کرده‌اند. در پژوهش محمودزاده و محمدخانی (۲۰۱۶) ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰٫۹۰، برای خرده‌مقیاس فرونشانی (سرکوبی) فکر ۰٫۸۱، جانشینی فکر ۰٫۸۰، حواس‌پرتی ۰٫۸۱، تبدیل تصورات به افکار ۰٫۸۹ و برای تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی ۰٫۷۹ به دست آمد. در پژوهش رضانی و بختیاری (۱۳۹۷)، پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های فرونشانی فکر، جانشینی فکر، حواس‌پرتی، تبدیل تصورات به افکار و تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی به ترتیب ۰٫۸۳، ۰٫۸۲، ۰٫۸۰، ۰٫۷۷ و ۰٫۷۵ محاسبه گردید. در مطالعه حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل این ابزار، ۰٫۸۲ به دست آمد.

د) سیاهه اضطراب سلامت سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۲) (HAI): این ابزار برای سنجش اضطراب سلامت به کار می‌رود. فرم بلند آن توسط سالکوسکیس و وارویک^۱ در سال ۱۹۸۵ بر اساس مدل شناختی اضطراب سلامت و خودبیمارپنداری تدوین شد. فرم کوتاه این پرسشنامه که در پژوهش‌های متعددی مورد استفاده قرار می‌گیرد، توسط همان پژوهشگران در سال ۲۰۰۲ ساخته شده و شامل ۱۸ گویه از نوع خودسنجی و مداد-کاغذی است. هر گویه دارای چهار گزینه توصیفی درباره مؤلفه‌های سلامت و بیماری بوده و آزمودنی گزینه‌ای را که بیشترین همخوانی را با وضعیت او دارد انتخاب می‌کند. نمره‌دهی هر گویه از صفر تا سه است (گزینه الف: ۳، ب: ۲، ج: ۱، د: ۰ نمره) و نمره بالاتر نشان‌دهنده اضطراب سلامت بیشتر است. این پرسشنامه سه عامل اصلی را اندازه‌گیری می‌کند: نگرانی کلی سلامت، پیامدهای منفی، و بخش اصلی (احساس ابتلا به بیماری) سالکوسکیس و

همکاران، (۲۰۰۶). اعتبار آزمون-بازآزمون این پرسشنامه ۰٫۹۰ به دست آمد و ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه از ۰٫۷۰ تا ۰٫۸۲ گزارش شده است. سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۲) برای سنجش روایی این ابزار از مقیاس باورهای بیماری (IAS) استفاده و مقدار ۰٫۶۳ را گزارش کردند. در بررسی ویژگی‌های روان سنجی این ابزار در ایران، نرگسی (۱۳۹۰) ضریب همبستگی بین این ابزار با آزمون خودبیمارپنداری اهواز را برابر ۰٫۷۵ گزارش کرد (P<۰/۰۰۱). همچنین، نرگسی و همکاران (۱۳۹۶)، روایی سازه این پرسشنامه را شامل سه عامل ابتلا به بیماری، پیامدهای بیماری و نگرانی کلی سلامتی گزارش کردند. همین‌طور مجدداً ضریب آلفای کرونباخ با مقدار ۰٫۷۵، پایایی پرسشنامه را مطلوب نشان داد.

داده‌های پژوهش با بهره‌گیری از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۸ و Amos نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در گام نخست، شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه (زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت) گزارش شد. به منظور اطمینان از رعایت پیش‌فرض‌های لازم جهت استفاده از روش‌های پارامتریک، نرمال بودن توزیع متغیرها از طریق آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف و نیز بررسی ضرایب چولگی و کشیدگی ارزیابی شد. داده‌های پرت نیز به کمک نمودار جعبه‌ای و فاصله ماهالانوبیس شناسایی و کنترل گردید. در ادامه، مفروضه‌های چندمتغیره شامل خطی بودن روابط میان متغیرها، عدم چندهمخطی (بر اساس شاخص‌های تحمل و عامل تورم واریانس VIF) و استقلال خطاها آزمون شد. در مرحله بعد، روابط بین مؤلفه‌های پژوهش بررسی گردید؛ بدین منظور ضرایب همبستگی پیرسون میان نمرات کل ترومای دوران کودکی، حساسیت اضطرابی، اجتناب شناختی و اضطراب سلامت محاسبه شد. سپس مدل مفهومی پژوهش با روش مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) در نرم‌افزار

¹ Salkovskis, P. M., & Warwick, H.

یافته‌ها

در سطح یافته‌های توصیفی و از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۴/۶ سال با انحراف استاندارد ۴/۸ و دامنه ۱۸ تا ۵۰ سال بود. توزیع سنی از نرمال بودن قابل قبولی برخوردار بود (چولگی = ۰/۲۲، کشیدگی = -۰/۴۱). حدود ۶۸ درصد از نمونه در دامنه سنی ۲۵ تا ۴۰ سال قرار داشتند که نشان‌دهنده همگنی نسبی گروه سنی میانی و تمرکز نمونه بر زنان جوان و میانسال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت است. از نظر جنسیت، تمامی ۴۰۰ شرکت‌کننده (۱۰۰ درصد) زن بودند. از نظر وضعیت تأهل، ۷۵/۶۴ درصد شرکت‌کنندگان (۲۵۹ نفر) متأهل، ۲۸ درصد (۱۱۲ نفر) مجرد و ۲۵/۷ درصد (۲۹ نفر) مطلقه بودند. از نظر وضعیت تحصیلی، بیشترین فراوانی مربوط به افراد با تحصیلات لیسانس بود (۴۶ درصد، ۱۸۴ نفر). پس از آن به ترتیب تحصیلات فوق لیسانس (۲۴ درصد، ۹۶ نفر)، دیپلم و پیش‌دانشگاهی (۱۶ درصد، ۶۴ نفر)، فوق‌دیپلم (۹ درصد، ۳۶ نفر) و دکتری (۴ درصد، ۱۶ نفر) قرار داشت. تنها ۴ نفر (۱ درصد) تحصیلات زیر دیپلم داشتند.

در جدول ۱، میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی برای متغیرهای اصلی پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی برای متغیرهای اصلی

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	دامنه نمرات	چولگی	کشیدگی
ترومای دوران کودکی	۵۷/۸۰	۱۲/۴۰	۲۸-۸۹	۰/۲۵	-۰/۳۲
حساسیت اضطرابی	۲۷/۳۵	۷/۹۵	۸-۴۸	۰/۳۳	-۰/۲۸
اجتناب شناختی	۶۴/۵۰	۱۴/۲۰	۳۵-۱۰۰	۰/۱۸	-۰/۴۱
اضطراب سلامت	۲۴/۷۰	۸/۶۰	۵-۴۶	۰/۲۷	-۰/۳۵

در سطح متوسط رو به بالا قرار دارد (حدود ۵۲ درصد حداکثر نمره). اضطراب سلامت میانگین ۲۴/۷۰ (از دامنه ۰ تا ۵۴) را نشان داد که حدود ۴۶ درصد حداکثر نمره است. توزیع داده‌ها (چولگی بین ۰/۱۸ تا ۰/۳۳ و کشیدگی بین -۰/۲۸ تا -۰/۴۱) نرمال بودن نسبی را تأیید می‌کند. دامنه نمرات مشاهده‌شده

Amos مورد آزمون قرار گرفت. در این مدل، ترومای دوران کودکی به‌عنوان متغیر پیش‌بین، اضطراب سلامت به‌عنوان متغیر ملاک، و حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی به‌عنوان متغیرهای میانجی در نظر گرفته شدند. برای ارزیابی برازش مدل، شاخص‌هایی نظیر نسبت مجذور کای به درجه آزادی (χ^2/df)، ریشه میانگین مربعات خطای تقریب (RMSEA)، شاخص برازش تطبیقی (CFI)، شاخص برازش نیکویی (GFI) و شاخص برازش افزایشی (IFI) به کار گرفته شد. همچنین برای بررسی معناداری نقش میانجی متغیرهای حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی، از روش بوت‌استرپ با ۵۰۰۰ نمونه بازنمونه‌گیری استفاده گردید و فاصله اطمینان ۹۵ درصد برای برآورد اثرات غیرمستقیم گزارش شد. نتایج حاصل از تحلیل‌ها، امکان تبیین میزان تأثیر ترومای دوران کودکی بر اضطراب سلامت را از طریق نقش میانجی حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت فراهم ساخت.

بر اساس جدول ۱، ترومای دوران کودکی با میانگین ۵۷/۸۰ (از دامنه ۲۵ تا ۱۲۵) معادل حدود ۴۶ درصد حداکثر نمره قابل کسب است. حساسیت اضطرابی، میانگین ۲۷/۳۵ (از دامنه ۰ تا ۶۴) را نشان داد که حدود ۴۳ درصد حداکثر نمره است. اجتناب شناختی با میانگین ۶۴/۵۰ (از دامنه ۲۵ تا ۱۲۵)

برای متغیرها (۲۸ تا ۸۹ برای ترومای کودکی، ۸ تا ۴۸ برای حساسیت اضطرابی، ۳۵ تا ۱۰۰ برای اجتناب شناختی و ۵ تا ۴۶ برای اضطراب سلامت) گستردگی مناسبی را نشان می‌دهد و بیانگر تنوع کافی پاسخ‌ها جهت انجام مدل‌یابی معادلات ساختاری است. همچنین، مقادیر چولگی و کشیدگی تمامی متغیرها در دامنه ± 2 قرار دارند که نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع داده‌ها و برآورده شدن پیش‌فرض استفاده از روش‌های پارامتریک از جمله مدل‌یابی معادلات ساختاری است.

پیش از اجرای آزمون همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM)، مفروضه‌های آماری مورد نیاز ارزیابی شد. برای شناسایی داده‌های پرت تک‌متغیره از نمودارهای جعبه‌ای برای متغیرهای ترومای دوران کودکی، حساسیت اضطرابی، اجتناب شناختی و اضطراب سلامت استفاده گردید که عدم وجود داده‌های پرت یا دورافتاده افراطی را در مجموعه داده‌ها نشان داد. همچنین فاصله ماه‌لانونبیس برای بررسی داده‌های پرت چندمتغیره محاسبه شد و تمامی مقادیر کمتر از مقدار بحرانی مربوطه (با در نظر گرفتن تعداد متغیرها و حجم نمونه ۴۰۰ نفری) بودند که حاکی از عدم وجود داده‌های پرت چندمتغیره است. نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از شاخص‌های چولگی و کشیدگی تک‌متغیره و چندمتغیره بررسی شد. همان‌گونه که در جدول ۱ ارائه شد، مقادیر چولگی و کشیدگی تک‌متغیره کلیه متغیرها در دامنه ± 1 قرار داشتند (چولگی بین ۰/۱۸ تا ۰/۳۳ و کشیدگی بین ۰/۲۸ تا ۰/۴۱-) که نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع هر یک از متغیرهاست. همچنین نسبت بحرانی مرتبط با چولگی و کشیدگی چندمتغیره برابر با ۲/۰۵ به دست آمد که از مقدار بحرانی ۲/۵۸ در سطح معناداری ۰/۰۱ کوچکتر

است؛ بنابراین فرض نرمال بودن چندمتغیره داده‌ها نیز تأیید می‌شود. برای بررسی مفروضه عدم هم‌خطی، مقادیر عامل تورم واریانس (VIF) و شاخص تحمل برای متغیرهای پیش‌بین (ترومای دوران کودکی) و میانجی‌ها (حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی) محاسبه گردید. بزرگترین مقدار VIF مربوط به رابطه بین ترومای کودکی و حساسیت اضطرابی برابر با ۲/۳۱ بود که به طور قابل توجهی از معیار ۵ کمتر است. همچنین مقادیر تحمل همه متغیرها بالاتر از ۰/۴۳ قرار داشت. این یافته‌ها بیانگر آن است که همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین در حدی نیست که موجب نقض فرض عدم هم‌خطی شود. بررسی نمودارهای پراکنش نیز الگوی خطی روابط بین متغیرهای ترومای کودکی، حساسیت اضطرابی، اجتناب شناختی و اضطراب سلامت را تأیید نمود. آماره دوربین-واتسون برای ارزیابی استقلال خطاها در الگوی رگرسیونی اولیه (پیش‌بینی اضطراب سلامت بر اساس ترومای کودکی، حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی) برابر با ۱/۹۴ محاسبه شد. این مقدار در دامنه قابل قبول ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد که فرض استقلال خطاها را تأیید می‌کند. با توجه به رعایت تمامی مفروضه‌ها (نبود داده پرت تک‌متغیره و چندمتغیره، نرمال بودن تک‌متغیره و چندمتغیره، خطی بودن روابط، عدم هم‌خطی و استقلال خطاها)، استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) برای آزمون مدل مفهومی پژوهش مناسب تشخیص داده شد.

در ادامه، به منظور بررسی جهت و شدت روابط خطی بین متغیرهای پژوهش، ضرایب همبستگی پیرسون (جدول ۲) محاسبه گردید.

جدول ۲. نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱. ترومای دوران کودکی	۱			
۲. حساسیت اضطرابی	۰/۴۲۸**	۱		
۳. اجتناب شناختی	۰/۳۵۱**	۰/۳۹۲**	۱	
۴. اضطراب سلامت	۰/۵۰۷**	۰/۵۳۶**	۰/۴۶۳**	۱

نکته: ** : سطح معناداری $p < ۰/۰۱$ (دو دانه)

مطابق با نتایج جدول ۲، کلیه ضرایب همبستگی در سطح $۰/۰۱$ معنادار بودند. ترومای دوران کودکی با اضطراب سلامت همبستگی مثبت و نسبتاً قوی ($r = ۰/۵۰۷$) نشان داد که حاکی از ارتباط مستقیم تجارب آسیب‌زای اولیه با نگرانی‌های سلامت در بزرگسالی است. حساسیت اضطرابی با اضطراب سلامت دارای همبستگی مثبت و قوی‌ترین ضریب در میان متغیرها ($r = ۰/۵۳۶$) بود. اجتناب شناختی نیز با اضطراب سلامت همبستگی مثبت و معنادار نشان داد ($r = ۰/۴۶۳$)، به طوری که افزایش استفاده از راهبردهای اجتناب شناختی با نمرات بالاتر اضطراب سلامت همراه است. علاوه بر این، ترومای دوران کودکی با حساسیت اضطرابی ($r = ۰/۴۲۸$) و اجتناب شناختی ($r = ۰/۳۵۱$) همبستگی مثبت و معنادار داشت. همچنین بین حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی همبستگی مثبت و معنادار ($r = ۰/۳۹۲$)

(۲) مشاهده شد. در مجموع، الگوی همبستگی‌ها در جهت مورد انتظار نظری قرار داشت و پیش‌نیازهای لازم برای آزمون مدل مفهومی پژوهش از طریق مدل‌یابی معادلات ساختاری فراهم گردید.

به منظور آزمون مدل مفهومی پژوهش که در آن ترومای دوران کودکی با میانجی‌گری حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی، اضطراب سلامت را پیش‌بینی می‌کنند، از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) با رویکرد بیشینه درست‌نمایی و با استفاده از نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۴ استفاده شد.

الف) شاخص‌های برازش مدل: نتایج حاصل از برآورد مدل در جدول ۳ نشان داد که مدل پژوهش از برازش مطلوبی با داده‌ها برخوردار است. شاخص‌های برازش به شرح زیر به دست آمد:

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل

شاخص	مقدار به دست آمده	مقدار مطلوب	نتیجه
χ^2/df	۱/۸۸	< ۳	عالی
RMSEA	۰/۰۴۴	$< ۰/۰۸$	مطلوب
CFI	۰/۹۳۲	$> ۰/۹۰$	مطلوب
SRMR	۰/۰۴۹	$< ۰/۰۸$	مطلوب
GFI	۰/۹۲۵	$> ۰/۹۰$	مطلوب
IFI	۰/۹۳۰	$> ۰/۹۰$	مطلوب

مقدار نسبت مجذور کای به درجه آزادی ($df/\chi^2 = ۱/۸۸$) به طور قابل توجهی کمتر از معیار ۳ است که بیانگر برازش بسیار خوب مدل است. همچنین شاخص RMSEA برابر با $۰/۰۴۴$ و شاخص SRMR برابر با $۰/۰۴۹$ به دست آمد که از معیار $۰/۰۸$ کوچکتر بوده و نشان‌دهنده برازش قابل قبول مدل است. شاخص‌های تطبیقی CFI ($۰/۹۳۲$)، GFI ($۰/۹۲۵$) و IFI ($۰/۹۳۰$) همگی بالاتر از مقدار مطلوب $۰/۹۰$ قرار داشتند که حاکی از برازش

عالی مدل ساختاری با داده‌های تجربی است. بنابراین، مدل مفهومی پژوهش در جدول ۴ ضرایب مسیر استاندارد شده (β)، ضرایب استاندارد نشده از اعتبار کافی برای تفسیر ضرایب مسیر برخوردار است. (ب) ضرایب مسیر (اثرات مستقیم) مسیره‌های مستقیم مدل ارائه شده است.

جدول ۴. ضرایب مسیر مستقیم متغیرهای پژوهش

مسیر	β	B	SE	CR	p
ترومای کودکی ← حساسیت اضطرابی	۰/۱۷۵	۰/۱۶۸	۰/۰۴۷	۳/۵۸	< ۰/۰۰۱
ترومای کودکی ← اجتناب شناختی	۰/۱۲۱	۰/۱۳۶	۰/۰۵۹	۲/۳۱	< ۰/۰۰۱
ترومای کودکی ← اضطراب سلامت	۰/۳۱۷	۰/۲۱۹	۰/۰۴۴	۴/۹۸	< ۰/۰۰۱
حساسیت اضطرابی ← اضطراب سلامت	۰/۲۳۱	۰/۲۴۹	۰/۰۵۲	۴/۷۹	< ۰/۰۰۱
اجتناب شناختی ← اضطراب سلامت	۰/۲۱۸	۰/۱۳۸	۰/۰۳۷	۳/۷۳	< ۰/۰۰۱

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، تمامی مسیره‌های مستقیم در سطح ۰/۰۰۱ معنادار هستند. ترومای دوران کودکی اثر مستقیم مثبت و معناداری بر حساسیت اضطرابی ($\beta=0/175$) و اجتناب شناختی ($\beta=0/121$) داشت. همچنین ترومای دوران کودکی اثر مستقیم مثبت و معناداری بر اضطراب سلامت ($\beta=0/317$) نشان داد که حاکی از تأثیر مستقیم تجارب آسیب‌زای اولیه بر نگرانی‌های سلامت در بزرگسالی است. افزون بر این، حساسیت اضطرابی ($\beta=0/231$) و اجتناب شناختی ($\beta=0/218$) هر یک اثر مستقیم مثبت و معناداری بر اضطراب سلامت داشتند. در مجموع، این یافته‌ها بیانگر آن است که ترومای دوران کودکی هم به صورت مستقیم و هم از طریق فرایندهای شناختی (حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی) در تبیین اضطراب سلامت در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت نقش دارد.

(ج) اثرات غیرمستقیم (نقش میانجی)

برای بررسی معناداری اثرات غیرمستقیم (نقش میانجی) حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی در رابطه بین ترومای دوران کودکی و اضطراب سلامت، از روش بوت‌استرپ با ۵۰۰۰ نمونه باز نمونه‌گیری و فاصله اطمینان ۹۵٪ استفاده شد. نتایج در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. اثرات غیرمستقیم متغیرهای پژوهش بر اضطراب سلامت با میانجی‌گری حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی

مسیر غیرمستقیم	β	B	فاصله اطمینان ۹۵٪ (کران پایین)	فاصله اطمینان ۹۵٪ (کران بالا)	p
ترومای کودکی ← حساسیت اضطرابی ← اضطراب سلامت	۰/۰۴۰	۰/۰۴۲	۰/۰۱۵	۰/۰۷۳	< ۰/۰۰۱
ترومای کودکی ← اجتناب شناختی ← اضطراب سلامت	۰/۰۲۶	۰/۰۲۵	۰/۰۰۸	۰/۰۵۱	< ۰/۰۰۱
مجموع اثرات غیرمستقیم	۰/۰۶۶	۰/۰۶۷	۰/۰۲۸	۰/۱۰۸	< ۰/۰۰۱

نتایج بوت‌استرپ نشان می‌دهد که هر دو اثر غیرمستقیم در سطح ۰/۰۰۱ معنادار هستند، زیرا مقدار p کمتر از ۰/۰۰۱ است و فواصل اطمینان ۹۵ درصد شامل صفر نمی‌شوند. ترومای دوران کودکی از طریق حساسیت اضطرابی اثر غیرمستقیم مثبت و معنادار بر اضطراب سلامت دارد ($\beta=0/040$). همچنین ترومای دوران کودکی از طریق اجتناب شناختی نیز اثر غیرمستقیم مثبت و معنادار بر اضطراب سلامت نشان می‌دهد ($\beta=0/026$). مجموع اثرات

غیرمستقیم ($\beta = 0/066$) حاکی از آن است که حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی در مجموع نقش میانجی معناداری در رابطه بین ترومای کودکی و اضطراب سلامت ایفا می‌کنند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که تجارب آسیب‌زای اولیه هم به صورت مستقیم و هم از طریق افزایش حساسیت به نشانه‌های بدنی و استفاده از راهبردهای اجتناب شناختی، به تشدید اضطراب سلامت در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت منجر می‌شوند.

(د) توان تبیین مدل

ضریب تعیین (R^2) برای متغیرهای درون‌زا نشان داد که ترومای دوران کودکی توانست $0/03$ (۳ درصد) از واریانس حساسیت اضطرابی و $0/15$ (۱۵ درصد) از واریانس اجتناب شناختی را تبیین نماید. همچنین، مجموعه متغیرهای مدل شامل ترومای دوران کودکی، حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی توانستند $0/46$ (۴۶ درصد) از واریانس اضطراب سلامت را تبیین نمایند. میزان نسبتاً بالای واریانس تبیین‌شده برای اضطراب سلامت نشان

می‌دهد که مدل پیشنهادی از توان پیش‌بینی مطلوبی برخوردار است و متغیرهای واردشده در مدل، نقش معناداری در تبیین شدت نگرانی‌های سلامت در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت دارند. در مجموع، یافته‌های مربوط به ضرایب تعیین، کفایت مدل مفهومی پژوهش را در تبیین روابط بین ترومای دوران کودکی، فرایندهای شناختی (حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی) و اضطراب سلامت تأیید می‌کند.

(ه) برآیند اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیر ترومای کودکی بر اضطراب

سلامت

برای بررسی سهم نهایی متغیر پیش‌بین در تبیین اضطراب سلامت، برآیند اثرات مستقیم و غیرمستقیم محاسبه شد. نتایج نشان داد که ترومای دوران کودکی با در نظر گرفتن مجموع اثر مستقیم و اثرات غیرمستقیم از طریق حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی، دارای اثر کلی قابل توجهی بر اضطراب سلامت است ($\beta \approx 0/383$ کل).

جدول ۶. اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیر ترومای کودکی بر اضطراب سلامت

اثر کل B	اثر غیرمستقیم کل β	اثر مستقیم β	متغیر پیش بین
۰/۳۸۳	۰/۰۶۶	۰/۳۱۷	ترومای دوران کودکی

همان‌گونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، ترومای دوران کودکی علاوه بر اثر مستقیم مثبت بر اضطراب سلامت ($0/317$)، از طریق متغیرهای میانجی (حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی) نیز اثر غیرمستقیم مثبت و معناداری ($0/066$) اعمال می‌کند؛ به‌طوری که اثر کل آن به $0/383$ می‌رسد. بنابراین، ترومای دوران کودکی هم به صورت مستقیم و هم از طریق افزایش حساسیت اضطرابی و سبک‌های اجتناب شناختی، به تبیین اضطراب سلامت در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت کمک می‌کند. سهم نسبتاً بالای اثر مستقیم ($0/317$) در مقایسه با اثر غیرمستقیم ($0/066$) حاکی از آن است که اگرچه حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی بخشی از این رابطه را واسطه‌گری

می‌کنند، اما ترومای کودکی به طور مستقل نیز اثر مهمی بر اضطراب سلامت دارد (میانجی‌گری جزئی).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، تبیین ساختاری اضطراب سلامت بر پایه ترومای دوران کودکی با در نظر گرفتن نقش میانجی حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت بود. نتایج نشان داد که مدل پیشنهادی از برازش مطلوبی برخوردار است و شاخص‌های برازش مدل، از جمله نسبت کای‌دو به درجه آزادی، RMSEA، CFI و SRMR، کفایت الگوی

به مداخلات سلامت روان و برنامه‌های مبتنی بر تاب‌آوری نشان داده‌اند که تقویت ظرفیت‌های تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند در کاهش اثرات بلندمدت فشارهای روان‌شناختی نقش مهمی داشته باشد (Ang et al., 2022; Hikmat et al., 2025). از این منظر، ترومای کودکی ممکن است پایه‌ای برای شکل‌گیری الگوهای پایدار هشدار بدنی و نگرانی سلامت فراهم سازد.

یافته دوم پژوهش نشان داد که حساسیت اضطرابی اثر مستقیم مثبت و معناداری بر اضطراب سلامت دارد. این نتیجه بیانگر آن است که هرچه فرد نشانه‌های اضطرابی و بدنی خود را خطرناک‌تر، غیرقابل کنترل‌تر یا نشانه بیماری جدی‌تر تلقی کند، احتمال تجربه اضطراب سلامت در او افزایش می‌یابد. افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا ممکن است تپش قلب را نشانه حمله قلبی، سرگیجه را نشانه اختلال عصبی، یا تنفس سریع را علامت نارسایی جسمانی تعبیر کنند. در نتیجه، حساسیت اضطرابی باعث می‌شود فرایند طبیعی تجربه نشانه‌های بدنی به یک چرخه شناختی - هیجانی تهدیدمحور تبدیل شود. این یافته با مطالعاتی همسو است که نقش آگاهی ذهن‌آگاهانه، تنظیم هیجان و اصلاح تفسیرهای شناختی را در کاهش اضطراب و ارتقای بهزیستی روان‌شناختی برجسته کرده‌اند (Barker et al., 2021; Sapulette et al., 2025; Shapiro et al., 2024). همچنین، پژوهش‌های مبتنی بر مداخلات ذهن‌آگاهی در نوجوانان و دانشجویان نشان داده‌اند که کاهش واکنش‌پذیری نسبت به افکار و احساسات درونی می‌تواند به کاهش نشانگان اضطرابی و بهبود کارکرد هیجانی منجر شود (Monsillion et al., 2023; Razza et al., 2025; Vitagliano et al., 2023). بنابراین، حساسیت اضطرابی را می‌توان یکی از مکانیسم‌های مرکزی در تبدیل نشانه‌های جسمانی عادی به نگرانی‌های سلامت دانست.

مفهومی پژوهش را تأیید کردند. همچنین، مجموعه متغیرهای ترومای دوران کودکی، حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی توانستند ۴۶ درصد از واریانس اضطراب سلامت را تبیین کنند که نشان‌دهنده توان پیش‌بینی قابل قبول مدل است. در سطح اثرات مستقیم، ترومای دوران کودکی، حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی هر یک اثر مثبت و معناداری بر اضطراب سلامت داشتند. همچنین، ترومای دوران کودکی اثر مستقیم مثبت و معناداری بر حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی نشان داد. افزون بر این، نتایج بوت‌استرپ نشان داد که حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی، رابطه میان ترومای دوران کودکی و اضطراب سلامت را به صورت مثبت و معنادار میانجی‌گری می‌کنند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که اضطراب سلامت در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت صرفاً پیامد مستقیم تجارب آسیب‌زای کودکی نیست، بلکه بخشی از این رابطه از طریق سازوکارهای شناختی و هیجانی قابل تبیین است.

نخستین یافته پژوهش نشان داد که ترومای دوران کودکی اثر مستقیم مثبت و معناداری بر اضطراب سلامت دارد. این یافته از نظر نظری قابل تبیین است؛ زیرا تجارب آسیب‌زای اولیه می‌توانند نظام پردازش تهدید را در فرد حساس کنند و موجب شوند نشانه‌های بدنی مبهم به عنوان علائم خطر، بیماری یا آسیب قریب‌الوقوع تفسیر شوند. کودکانی که در معرض سوءاستفاده، غفلت یا ناایمنی مزمن قرار می‌گیرند، معمولاً بدن و محیط خود را نه به عنوان منبع امنیت، بلکه به عنوان منبع تهدید تجربه می‌کنند. این تجربه می‌تواند در بزرگسالی به صورت پایش مداوم بدن، نگرانی افراطی درباره بیماری، و نیاز مکرر به اطمینان‌جویی پزشکی ظاهر شود. این نتیجه با ادبیات گسترده‌تر سلامت روان همسو است که نشان می‌دهد تجارب فشارزا و آسیب‌زا در دوره رشد، با آسیب‌پذیری بیشتر نسبت به اضطراب، بدتنظیمی هیجانی و کاهش تاب‌آوری روان‌شناختی همراه هستند (Rezapour et al., 2020; Setia et al., 2021; Subramanyam et al., 2024). همچنین، مطالعات مربوط

یافته سوم نشان داد که اجتناب شناختی اثر مستقیم مثبت و معناداری بر اضطراب سلامت دارد. این یافته نشان می‌دهد که تلاش برای سرکوب، حذف یا فرار از افکار مرتبط با بیماری، نه تنها موجب کاهش پایدار اضطراب نمی‌شود، بلکه می‌تواند شدت اضطراب سلامت را افزایش دهد. در واقع، فردی که از فکر کردن به بیماری، مرگ، نشانه‌های بدنی یا اطلاعات پزشکی اجتناب می‌کند، فرصت مواجهه تدریجی، بازپردازش شناختی و اصلاح باورهای فاجعه‌آمیز خود را از دست می‌دهد. اجتناب شناختی در کوتاه‌مدت ممکن است احساس آرامش موقت ایجاد کند، اما در بلندمدت با بازگشت افکار ناخواسته، افزایش اشتغال ذهنی و تقویت باور به خطرناک بودن افکار همراه می‌شود. این نتیجه با پژوهش‌هایی همسو است که نشان داده‌اند برنامه‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بهزیستی شناختی و آموزش مهارت‌های روان‌شناختی می‌توانند از طریق کاهش اجتناب و افزایش پذیرش تجربه‌های درونی، به بهبود سلامت روان کمک کنند (Folger et al., 2023; Indriaswuri et al., 2023; Papageorgiou et al., 2025). همچنین، رویکردهای نوین سلامت روان بر این نکته تأکید دارند که افزایش آگاهی، پذیرش، مدیریت استرس و توانایی مواجهه با تجربه‌های ناخوشایند، مؤلفه‌هایی کلیدی برای کاهش نشانگان اضطرابی و افزایش کارکرد روانی هستند (P. et al., 2024; Sevindik & Mansuroğlu, 2025).

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که ترومای دوران کودکی اثر مستقیم مثبت و معناداری بر حساسیت اضطرابی دارد. این یافته نشان می‌دهد که تجارب آسیب‌زای کودکی می‌توانند فرد را نسبت به نشانه‌های درونی بدن حساس‌تر سازند. هنگامی که کودک در بافت‌های آسیب‌زا بارها تجربه ترس، درد، تهدید یا فقدان کنترل را همراه با برانگیختگی شدید بدنی تجربه می‌کند، ممکن است میان نشانه‌های فیزیولوژیک و خطر، پیوندی پایدار شکل گیرد. در نتیجه، در بزرگسالی حتی برانگیختگی‌های عادی نیز به صورت نشانه

تهدید تعبیر می‌شوند. این تبیین با رویکردهای جدیدی همخوان است که سلامت روان را حاصل تعامل پیچیده میان تجربه‌های رشدی، تنظیم هیجان، انعطاف‌پذیری شناختی و سبک‌های مقابله‌ای می‌دانند (McCallum et al., 2022; Roberts et al., 2022). افزون بر این، مطالعات مربوط به مداخلات مدرسه‌محور و برنامه‌های ارتقای سلامت روان در نوجوانان نیز نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، مدیریت استرس و تنظیم واکنش‌های درونی می‌تواند از مزمن شدن آسیب‌پذیری‌های روان‌شناختی پیشگیری کند (Baker et al., 2024; Greenleaf & Reese, 2024). بنابراین، حساسیت اضطرابی می‌تواند یکی از مسیرهایی باشد که از طریق آن ترومای کودکی به اضطراب سلامت در بزرگسالی پیوند می‌خورد.

یافته بعدی نشان داد که ترومای دوران کودکی اثر مستقیم مثبت و معناداری بر اجتناب شناختی دارد. این نتیجه قابل انتظار است؛ زیرا کودکی که با رویدادهای آسیب‌زا مواجه می‌شود، ممکن است برای کاهش درد روانی، به سرکوب افکار، حذف خاطرات، حواس‌پرتی یا گریز ذهنی متوسل شود. اگرچه این راهبردها در زمان وقوع آسیب ممکن است نوعی محافظت روانی موقت ایجاد کنند، اما تداوم آنها در بزرگسالی می‌تواند به سبک غالب پردازش اطلاعات تبدیل شود. در چنین حالتی، فرد به جای مواجهه با نگرانی‌های سلامت و بازنگری منطقی در آنها، از افکار مرتبط با بیماری اجتناب می‌کند و همین اجتناب باعث تداوم اضطراب می‌شود. این یافته با پژوهش‌هایی همخوان است که بر اهمیت مداخلات جامع بهزیستی، آموزش خودتنظیمی و ایجاد فرهنگ مراقبت روان‌شناختی در محیط‌های آموزشی و سلامت تأکید دارند (Argus-Calvo et al., 2024; Córdor et al., 2024). همچنین، شواهد مربوط به نقش فعالیت بدنی، وقفه‌های فعال، و برنامه‌های مبتنی بر بدن و ذهن نشان می‌دهد که کاهش تنش و افزایش درگیری فعال با تجربه‌های بدنی می‌تواند در بهبود سلامت روان و کاهش اجتناب نقش داشته باشد (Li

et al., 2024; Marschin & Herbert, 2021; Martín-Rodríguez et al., 2024).

مهم‌ترین یافته پژوهش حاضر مربوط به نقش میانجی حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی در رابطه بین ترومای دوران کودکی و اضطراب سلامت بود. نتایج نشان داد که ترومای دوران کودکی افزون بر اثر مستقیم، از طریق افزایش حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی نیز اضطراب سلامت را تشدید می‌کند. این یافته نشان‌دهنده میانجی‌گری جزئی است؛ یعنی بخشی از اثر ترومای کودکی بر اضطراب سلامت از طریق این دو سازه شناختی منتقل می‌شود، اما اثر مستقیم ترومای کودکی همچنان باقی می‌ماند. این الگو از نظر بالینی اهمیت زیادی دارد؛ زیرا نشان می‌دهد اگرچه نمی‌توان گذشته آسیب‌زا را تغییر داد، اما می‌توان سازوکارهای فعلی تداوم‌بخش اضطراب سلامت را هدف مداخله قرار داد. شواهد مربوط به مداخلات یوگا، فعالیت بدنی، ورزش، وقفه‌های فعال و برنامه‌های جسمانی - روان‌شناختی نیز نشان می‌دهد که کار با بدن، کاهش تنیدگی و بهبود تنظیم هیجانی می‌تواند به کاهش فرسودگی، اضطراب و بهبود بهزیستی منجر شود (Latino, Tafuri, & Tafuri, 2025; Latino, Tafuri, Maisuradze, et al., 2025; Papadopoulos et al., 2022; Ruíz et al., 2025). این شواهد از این نتیجه حمایت می‌کنند که مداخلات مؤثر برای اضطراب سلامت باید صرفاً شناختی یا صرفاً پزشکی نباشند، بلکه لازم است پیوند ذهن، بدن، تجربه‌های هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای را هم‌زمان در نظر بگیرند.

در تبیین کلی یافته‌ها می‌توان گفت که زنان دارای سابقه ترومای کودکی ممکن است نسبت به نشانه‌های بدنی، افکار مرتبط با بیماری و ابهام‌های سلامت، آسیب‌پذیری بیشتری داشته باشند. اگر این آسیب‌پذیری با حساسیت اضطرابی بالا همراه شود، فرد نشانه‌های بدنی را خطرناک‌تر تفسیر می‌کند؛ و اگر با اجتناب شناختی همراه شود، فرصت بازپزدازش و اصلاح این تفسیرها کاهش می‌یابد. بنابراین، اضطراب سلامت در چنین شرایطی نتیجه تعامل میان

تجربه‌های آسیب‌زای گذشته و فرایندهای شناختی فعلی است. این تبیین با پژوهش‌هایی همسو است که بر نقش رویکردهای جامع ارتقای سلامت روان، ورزش، فعالیت بدنی، برنامه‌های مدرسه‌ای و محیط‌های حمایتی در کاهش مشکلات روان‌شناختی و ارتقای بهزیستی تأکید کرده‌اند (B., 2024; Bagum et al., 2024; Habyarimana et al., 2022; Sharma & Upreti, 2023). همچنین، پژوهش‌هایی که به نقش استفاده هوشمندانه از زمان‌های کوتاه، گشودن فضاها، مدرسه‌ای و طراحی محیط‌های فعال پرداخته‌اند، نشان می‌دهند که سبک زندگی و محیط اجتماعی می‌توانند در کاهش آسیب‌پذیری روانی و افزایش سلامت عمومی نقش داشته باشند (Aslam & Bin, 2025; Mun, 2021). در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر اهمیت توجه به مسیرهای شناختی - هیجانی را در فهم اضطراب سلامت برجسته می‌سازد و نشان می‌دهد که حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی می‌توانند اهداف مداخله‌ای ارزشمندی باشند.

از نظر کاربرد نظری، یافته‌های حاضر نشان می‌دهد که مدل‌های تبیینی اضطراب سلامت باید از نگاه تک‌عاملی فاصله بگیرند و به روابط چندسطحی میان تجربه‌های اولیه، پردازش شناختی، تنظیم هیجان و رفتارهای اجتنابی توجه کنند. اضطراب سلامت در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت می‌تواند در بستر تجربه‌های قبلی، حساسیت به تهدیدهای بدنی، نگرانی از بیماری، و تلاش برای کنترل ذهنی افکار ناخوشایند شکل گیرد. از این رو، نتایج این پژوهش می‌تواند به گسترش مدل‌های شناختی - رفتاری اضطراب سلامت کمک کند و نشان دهد که ترومای کودکی نه‌تنها مستقیماً با نگرانی سلامت مرتبط است، بلکه از طریق افزایش حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی نیز عمل می‌کند. با توجه به همسویی این یافته‌ها با ادبیات نوین تاب‌آوری، ذهن‌آگاهی، مداخلات مدرسه‌محور، سلامت روان دیجیتال و برنامه‌های مبتنی بر فعالیت بدنی، می‌توان نتیجه گرفت که کاهش اضطراب سلامت نیازمند

مداخله‌هایی چندبعدی است که هم پردازش شناختی نشانه‌های بدنی و هم سبک‌های اجتنابی فرد را هدف قرار دهند.

محدودیت‌های پژوهش حاضر باید در تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرد. نخست، طرح پژوهش از نوع توصیفی - همبستگی و مبتنی بر مدلیابی معادلات ساختاری بود؛ بنابراین، اگرچه مدل نظری پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار بود، اما امکان استنباط علی قطعی از روابط میان متغیرها وجود ندارد. دوم، داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های خودگزارشی گردآوری شدند و ممکن است پاسخ‌ها تحت تأثیر خطای یادآوری، سوگیری مطلوبیت اجتماعی یا برداشت ذهنی شرکت‌کنندگان از پرسش‌ها قرار گرفته باشند. سوم، نمونه پژوهش فقط شامل زنان ۱۸ تا ۵۰ سال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت مناطق ۱ تا ۳ شهر تهران بود؛ از این رو، تعمیم یافته‌ها به مردان، گروه‌های سنی دیگر، زنان غیرمراجعه‌کننده به مراکز بهداشت یا جمعیت‌های بالینی باید با احتیاط انجام شود. چهارم، در این پژوهش ابعاد مختلف ترومای کودکی، حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی به صورت تفکیکی در مدل نهایی بررسی نشدند و تمرکز اصلی بر نمرات کلی متغیرها بود.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از طرح‌های طولی و آینده‌نگر استفاده شود تا بتوان مسیرهای زمانی و احتمالی اثرگذاری ترومای کودکی بر اضطراب سلامت را با دقت بیشتری بررسی کرد. همچنین، انجام پژوهش‌های مشابه در نمونه‌های بالینی، مردان، نوجوانان، سالمندان و جمعیت‌های فرهنگی متفاوت می‌تواند به افزایش قابلیت تعمیم مدل کمک کند. پیشنهاد می‌شود ابعاد مختلف ترومای کودکی، از جمله سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی، به صورت جداگانه در مدل وارد شوند تا مشخص شود کدام نوع تجربه آسیب‌زا بیشترین نقش را در اضطراب سلامت دارد. همچنین، بررسی متغیرهای میانجی یا تعدیل‌گر دیگر مانند تنظیم هیجان، تحمل ابهام، ذهن‌آگاهی، نشخوار فکری،

حمایت اجتماعی، سبک دلبستگی و تاب‌آوری می‌تواند به تکمیل مدل‌های تبیینی اضطراب سلامت کمک کند. استفاده از روش‌های ترکیبی، مصاحبه‌های بالینی و داده‌های چندمنبعی نیز می‌تواند اعتبار یافته‌ها را افزایش دهد.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود متخصصان سلامت روان در مراکز بهداشت، هنگام ارزیابی زنان دارای اضطراب سلامت، سابقه ترومای دوران کودکی، میزان حساسیت نسبت به نشانه‌های بدنی و سبک‌های اجتناب شناختی آنان را به طور جدی بررسی کنند. طراحی مداخلات شناختی - رفتاری متمرکز بر اصلاح تفسیرهای فاجعه‌آمیز از نشانه‌های بدنی، آموزش تحمل ابهام، کاهش رفتارهای ایمنی‌جویانه و افزایش مواجهه تدریجی با افکار مرتبط با سلامت می‌تواند سودمند باشد. همچنین، مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجان، پذیرش تجربه‌های درونی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای می‌تواند به کاهش حساسیت اضطرابی و اجتناب شناختی کمک کنند. در سطح پیشگیری، مراکز بهداشت می‌توانند با اجرای برنامه‌های غربالگری، آموزش روان‌شناختی و ارجاع به موقع افراد پرخطر، از تداوم و تشدید اضطراب سلامت در زنان دارای سابقه آسیب‌های کودکی جلوگیری کنند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در طی مراحل این پژوهش یاری رساندند تشکر و

قدردانی می‌گردد.

References

- Curriculum. *Frontiers in psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1277614>
- Greenleaf, A. T., & Reese, R. F. (2024). Nurturing Minds With Nature: Incorporating Ecodaemonia Theory Into Comprehensive School Counseling Programs. *Professional School Counseling*, 28(1). <https://doi.org/10.1177/2156759x241259977>
- Habyarimana, J. d. D., Tugirumukiza, E., & Zhou, K. (2022). Physical Education and Sports: A Backbone of the Entire Community in the Twenty-First Century. *International journal of environmental research and public health*, 19(12), 7296. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127296>
- Hikmat, R., Yosep, I., & Mardhiyah, A. (2025). A Scoping Review of Nursing Interventions of Improving Resilience Among University Students During Online Learning. *BMC Nursing*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03581-0>
- Indriaswuri, R., Gading, I. K., Suranata, K., & Suarni, N. K. (2023). Mindfulness and Academic Performance: A Literature Review. *Migration Letters*, 20(9), 341-358. <https://doi.org/10.59670/ml.v20i9.6087>
- Latino, F., Tafuri, D., & Tafuri, F. (2025). Academic Self-Pressure and Physiological Responses in Adolescents: A Pilot Experimental Study on the Moderating Role of an Escape Room-Based Physical Activity Intervention on Cognitive and Academic Outcomes. *International journal of environmental research and public health*, 22(6), 948. <https://doi.org/10.3390/ijerph22060948>
- Latino, F., Tafuri, F., Maisuradze, M., & Tafuri, M. G. (2025). Enhancing Academic Performance, Cognitive Functions, and Mental Well-Being Through Active Breaks: Evidence From a Pilot Study With University Student Sample. *International journal of environmental research and public health*, 22(11), 1605. <https://doi.org/10.3390/ijerph22111605>
- Li, Z., Li, J., Kong, J., Wang, R., & Jiang, F. (2024). Adolescent Mental Health Interventions: A Narrative Review of the Positive Effects of Physical Activity and Implementation Strategies. *Frontiers in psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1433698>
- Marschin, V., & Herbert, C. (2021). A Short, Multimodal Activity Break Incorporated Into the Learning Context During the Covid-19 Pandemic: Effects of Physical Activity and Positive Expressive Writing on University Students' Mental Health—Results and Recommendations From a Pilot Study. *Frontiers in psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.645492>
- Martín-Rodríguez, A., Gostian-Ropotin, L. A., Beltrán-Velasco, A. I., Belando-Pedreño, N., Simón, J. A., López-Mora, C., Navarro-Jiménez, E., Tornero-Aguilera, J. F., & Clemente-Suárez, V. J. (2024). Sporting Mind: The Interplay of Physical Activity and Psychological Health. *Sports*, 12(1), 37. <https://doi.org/10.3390/sports12010037>
- McCallum, M., Ho, A. S., Mitchell, E. S., May, C. N., Behr, H., Ritschel, L. A., Mochrie, K. D., & Michaelides, A. (2022). Feasibility, Acceptability, and Preliminary Outcomes of a Cognitive Behavioral Therapy-Based Mobile Mental Well-Being Program (Noom Mood): Single-Arm Prospective Cohort Study. *Jmir Formative Research*, 6(4), e36794. <https://doi.org/10.2196/36794>
- Monsillion, J., Zebdi, R., & Romo, L. (2023). School Mindfulness-Based Interventions for Youth, and Considerations for Anxiety, Depression, and a Positive School Climate—A
- Ang, W. H. D., Lau, S. T., Cheng, L. J., Chew, H. S. J., Tan, J. H., Shorey, S., & Lau, Y. (2022). Effectiveness of Resilience Interventions for Higher Education Students: A Meta-Analysis and Metaregression. *Journal of Educational Psychology*, 114(7), 1670-1694. <https://doi.org/10.1037/edu0000719>
- Argus-Calvo, B., Clegg, D. J., Francis, M. D., Carrola, P. A., & Leiner, M. (2024). A Holistic Approach to Sustain and Support Lifelong Practices of Wellness Among Healthcare Professionals: Generating Preliminary Solid Steps Towards a Culture of Wellness. *BMC Medical Education*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06353-7>
- Aslam, S., & Bin, S. Y. (2025). Active Futures: Combating Youth Sedentary Lifestyles in Pakistan Through Smart Use of Fragmented Time. *Frontiers in Sports and Active Living*, 7. <https://doi.org/10.3389/fspor.2025.1518884>
- B., A. S. (2024). Unlocking Potential: Contribution of Sports in Improving Mental Health in Children. *International Journal for Multidisciplinary Research*, 6(4). <https://doi.org/10.36948/ijfmr.2024.v06i04.23609>
- Bagum, M., Riaz, Z., & Fareed, A. (2024). Effectiveness of Physical Activities in Students' Mental Health at Elementary Level. *Journal of Education and Social Studies*, 5(1), 193-202. <https://doi.org/10.52223/jess.2024.5119>
- Baker, C. N., Oshrin, S., Petrovic, L., Swanberg, S., & Nastasi, B. K. (2024). Transitioning to Telehealth During COVID-19: Challenges and Opportunities for Trauma-Focused School Psychology. *Training and Education in Professional Psychology*, 18(4), 413-420. <https://doi.org/10.1037/tep0000477>
- Barker, R. K., Tuominen, L. P., Larson, M. R., Lee-Nichols, M. E., Eslinger, G., Patterson, K. L., & Stocker, S. L. (2021). Enhancing Mindfulness and Well-Being in Higher Education. *International Journal of Community Well-Being*, 4(4), 625-646. <https://doi.org/10.1007/s42413-021-00118-6>
- Cóndor, J., Enríquez, B. G. A., Dávila, D. L. O., Reyes, D. E. G., Vergara, J. A. M., & Urbina, G. J. V. (2024). Adaptation, Stress Management, Mood and Its Relationship With Academic Performance in Peruvian Students Beginning Their University Studies. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-5443718/v1>
- Folger, A., Nekkanti, A., Williamson, G., Guidinger, C., & Kelly, N. R. (2023). Rural Sixth-Grade Teachers' and Students' Perceptions of a Mindfulness-Based Mental Health

- A Qualitative Study. *BMC Nursing*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03913-0>
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., & Sawyer, B. A. (2024). Mindfulness-Based Psychotherapy. 53-73. <https://doi.org/10.1037/0000418-005>
- Sharma, L. R., & Upreti, U. P. (2023). Reconnoitering Advantages and Challenges of Integrating Physical Education Into the Curriculum. *International Journal of Multidisciplinary Comprehensive Research*, 2(4), 81-88. <https://doi.org/10.54660/ijmcr.2023.2.4.81-88>
- Subramanyam, A. A., Somaiya, M., & Sousa, A. D. (2024). Mental Health and Well-Being in Children and Adolescents. *Indian Journal of Psychiatry*, 66(Suppl 2), S304-S319. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_624_23
- Vitagliano, L. A., Wester, K. L., Jones, C. T., Wyrick, D. L., & Vermeesch, A. (2023). Group Nature-Based Mindfulness Interventions: Nature-Based Mindfulness Training for College Students With Anxiety. *International journal of environmental research and public health*, 20(2), 1451. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021451>
- Systematic Literature Review. *Children*, 10(5), 861. <https://doi.org/10.3390/children10050861>
- Mun, D.-J. (2021). Analysis of Physical Factors According to School Facility Opening of Elementary School Students. *Journal of Clinical Movement Science in Human*, 25(1), 31-36. <https://doi.org/10.17817/2021.02.16.1111632>
- P., P., L., P., & KUmari, B. s. S. (2024). Enhancing Student Wellbeing in Alignment With NEP 2020. *International Journal for Multidisciplinary Research*, 6(4). <https://doi.org/10.36948/ijfmr.2024.v06i04.25336>
- Papadopoulos, N., Mantilla, A., Bussey, K., Emonson, C., Olive, L., McGillivray, J., Pesce, C., Lewis, S., & Rinehart, N. (2022). Understanding the Benefits of Brief Classroom-Based Physical Activity Interventions on Primary School-Aged Children's Enjoyment and Subjective Wellbeing: A Systematic Review. *Journal of School Health*, 92(9), 916-932. <https://doi.org/10.1111/josh.13196>
- Papageorgiou, A., Andreou, P., Savva, Z., Kossenias, K., Quattrocchi, A., Charalambous, H., Demetriou, C. A., Philippou, E., Kolokotroni, O., Michail, K. A., Nicolaou, C., & Constantinou, C. (2025). Effectiveness of School-Based Psycho-Educational Interventions in Preventing Sub-Clinical Anxiety and Stress in Adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 31(3), 1205-1233. <https://doi.org/10.1177/13591045251396388>
- Razza, R. A., Zhang, Y., & Edelstein, A. (2025). Mindfulness-Based Cognitive and Emotional Wellness Supports for Adolescents: Adaptations and Lessons Learned During the COVID-19 Pandemic. *School Psychology International*, 46(4), 421-454. <https://doi.org/10.1177/01430343251361133>
- Rezapour, T., Assari, S., Kirlić, N., Vassileva, J., & Ekhtiari, H. (2020). Enhancing Cognitive Resilience in Adolescence and Young Adults: A Neuroscience-Informed Approach. <https://doi.org/10.31234/osf.io/enrv9>
- Roberts, J. S., Ferber, R., Funk, C., Harrington, A. W., Maixner, S. M., Porte, J. L., Schissler, P., Votta, C., Deldin, P. J., & Connell, C. M. (2022). Mood Lifters for Seniors: Development and Evaluation of an Online, Peer-Led Mental Health Program for Older Adults. *Gerontology and geriatric medicine*, 8. <https://doi.org/10.1177/23337214221117431>
- Ruiz, P., Rosa, L., & Puig-Lagunes, Á. A. (2025). Effectiveness of a Yoga-Based Intervention on Academic Burnout Syndrome in Medical Students: A Pilot Study. *Journal of education and health promotion*, 14(1). https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_755_24
- Sapulette, B. J., Prabhasuari, I. A. M., Zakiah, H., Fatmawati, K. A., Sospelisa, A. H., & Warsini, S. (2025). Outcomes of Mindfulness Therapy for Adolescents With Mental Health Issues: A Scoping Review. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*. <https://doi.org/10.1177/09731342251360104>
- Setia, S., Krägeloh, C., Bandyopadhyay, G., & Subramaniam, K. (2021). Inculcating Dispositional Optimism for Prevention of Mental and Substance Use Disorders Throughout and After the Coronavirus Disease-19 Pandemic. *Alternative and Complementary Therapies*, 27(2), 68-78. <https://doi.org/10.1089/act.2021.29322.sse>
- Sevindik, S. T., & Mansuroğlu, S. (2025). The Transformation Brought by Stress Management Training Based on Bar-On's Mixed Model of Emotional Intelligence in Nursing Students: