رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره ۶، شماره پیاپی۹۹، شهریور۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(6), 2024

اثربخشی درمان شناختی رفتاری هافمن بر اضطراب بیماری، تنظیم هیجان و تاب‌آوری در زنان مبتلا به اضطراب کرونا

The effectiveness of Hofmann's cognitive behavioral therapy on disease anxiety, emotion regulation and resilience in women suffering from corona anxiety

ستاره معین
دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.
دکتر حسین بقولی (نویسنده مسئول)
استادیار گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.
دکتر مجید برزگر
استادیار گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

Setareh Moien
Ph.D. student in Psychology, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran.
Dr. Hossein Baghooli *
Assistant Professor, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran. bhossein@gmail.com
Majid Barzegar
Assistant Professor, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran.

چکیده
پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری هافمن بر اضطراب بیماری، تنظیم هیجان و تاب‌آوری در زنان مبتلا به اضطراب کرونا انجام شد. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش، کلیه زنان مبتلا به اضطراب کرونا مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند که به روش هدفمند ۳۰ نفر انتخاب و به روش تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزارهای سنجش شامل پرسشنامه اضطراب بیماری سالکووسکیس و همکاران (۲۰۰۲، HAI)، تنظیم هیجان گراس و جان (۲۰۰۳، ERQ) و تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳، CD-RIS) بود. گروه آزمایش مداخله شناختی رفتاری هافمن و اوتو (۲۰۱۸) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای ۲ بار و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با نرم‌افزار spss-26 استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد بین نمره پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اضطراب بیماری، تنظیم هیجان و تاب‌آوری در گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱). بنابراین درمان شناختی رفتاری هافمن بر اضطراب بیماری، تنظیم هیجان و تاب‌آوری در زنان مبتلا به اضطراب کرونا مؤثر بوده است و این اثربخشی نیز ماندگار بود و در نهایت موجب بهبود اضطراب کرونا می‌شود.

واژه‌های کلیدی: *تاب‌آوری، تنظیم هیجان، شناختی رفتاری، اضطراب بیماری، اضطراب کرونا.*

Abstract
The present study was conducted to determine the effectiveness of Hoffman's cognitive behavioral therapy on disease anxiety, emotional regulation, and resilience in women suffering from coronaanxiety. The method of the current research was semi-experimental with a pre-test and post-test design with a control group and a three-month follow-up phase. The statistical population of the research was all women suffering from corona anxiety visiting the clinics and counseling centers of Tehran in 2022, 30 people were selected in a targeted way and were randomly assigned to the experimental and control groups. Measurement tools included Salkovskis et al.'s illness anxiety questionnaire (2002, HAI), Gross and John's (2003, ERQ) emotion regulation, and Conner and Davidson's (2003, CD-RIS) resilience. The experimental group of Hoffman and Otto (2018) had cognitive behavioral intervention in 8 sessions of 90 minutes twice a week and the control group did not receive any intervention. To analyze the data, the method of analysis of variance with repeated measurements was used with SPSS-26 software. The results of the one-way analysis of variance showed that there is a significant difference between the pre-test, post-test, and follow-up scores of disease anxiety, emotion regulation, and resilience in the control and experimental groups (P<0.01). Therefore, Hoffmann's cognitive behavioral therapy has been effective on disease anxiety, emotional regulation, and resilience in women suffering from Corona anxiety, and this effectiveness was also lasting and ultimately, it improved the anxiety of Corona.
Keywords: *Resilience, Emotion Regulation, Cognitive Behavior, Illness Anxiety, Corona Anxiety.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : شهریور ۱۴۰۲** **پذیرش: آبان ۱۴۰۲** **ویرایش نهایی: شهریور ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

مقدمه

با شیوع کووید-۱۹[1]، برخی عوامل مانند ترس از ابتلا به آن، انتشار اخبار غلط و شایعات، ترس از مرگ، مقررات منع یا محدودیت عبور و مرور، تداخل در فعالیت‌های روزمره، بروز مشکلات مالی و شغلی، کاهش تعاملات اجتماعی (همکاران، دوستان، خانواده) و ده‌ها عامل مرتبط با این شرایط، سلامت روان افراد جامعه را به خطر انداخت که بنا بر شواهد پژوهشی موجود، یکی از تأثیرات روانی ناشی از این بیماری، اضطراب بیماری است (کائو[2] و همکاران، ۲۰۲۰). اضطراب بیماری، به معنای داشتن نگرانی و اضطراب در رابطه با مورد تهدید قرار گرفتن سلامتی است و می‌تواند به صورت طیفی از آگاهی نداشتن نسبت به سلامتی تا اضطراب بیماری افراطی یا خودبیمارانگاری متغیر باشد (عقیقی و همکاران، ۲۰۲۱). در این نوع اضطراب، افراد تفسیرهایی افراطی از احساسات جسمانی‌شان؛ مانند احساس‌های مربوط به عفونت‌های ویروسی (تب، سرفه و درد عضلانی و ...) دارند و گرایشی افراطی به نسبت دادن این نشانه‌ها، به نشانه‌ای از یک بیماری شدید پزشکی، در وجودشان شکل می‌گیرد (ژیائو[3] و همکاران، ۲۰۲۰). به‌طوری‌که در مواقع شیوع کووید-۱۹ احتمال دارد که احساس‌ها یا علائم جسمانی این‌گونه تفسیر شوند که: «من سریع‌تر از قبل نفس می‌کشم، پس توسط کووید-۱۹ آلوده شده‌ام.» (لی[4] و همکاران، ۲۰۲۰). نتایج پژوهش کورو آلیچی و اوزتورک کوپور[5] (۲۰۲۰) نشان داد که ترس از کووید-۱۹ رابطه معناداری با اضطراب بیماری دارد.

به نظر می‌رسد ناتوانی در تنظیم هیجان[6] به هنگام شرایط تهدیدکننده و اضطراب‌زا می‌تواند عامل مهمی در اضطراب بیماری کرونا باشد (ملکی، ۱۴۰۰). تنظیم هیجان را به‌عنوان فرآیند شروع، حفظ و اصلاح تجربه و بیان هیجانات شخص تعریف می‌کنند (رستوباگ[7] و همکاران، ۲۰۲۰). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که مهارت تنظیم هیجان با افزایش سلامتی و مزایای روان‌شناختی و اجتماعی همراه است (ژانگ[8] و همکاران، ۲۰۲۱). تنظیم هیجان می‌تواند کنترل هیجانی بهتری را در موقعیت‌های دشوار فراهم کند. تنظیم هیجان فرآیندی است که از طریق آن افراد می‌توانند انتخاب کنند چه هیجانی داشته باشند، همچنین بر زمان و نحوه ابراز هیجانات تأثیر بگذارند (کوبیلینسکا و کوسف[9]، ۲۰۱۹). افراد برای اینکه با رویدادهای استرس‌زا مواجه شوند، راهبردهای تنظیم هیجان متفاوتی را برای تنظیم هیجان‌های خود برمی‌گزینند (اشتراوس[10] و همکاران، ۲۰۱۹). شناخت و درک از قدرت تنظیم هیجانات در مواجهه با کووید-۱۹ بسیار مهم است (کیم[11] و همکاران، ۲۰۲۱). در پژوهش‌ها ارتباط میان اضطراب بیماری کرونا و دشواری در تنظیم هیجان تأیید شده است (کانوی[12] و همکاران، ۲۰۲۱).

در همین راستا، عوامل روان‌شناختی مختلفی هستند که برخورداری از آن فرد را در برابر آسیب‌های روان‌شناختی، هیجانی، عاطفی و اجتماعی محافظت می‌نماید (لو و همکاران[13]، ۲۰۱۸). یکی از این عوامل تاب آوری است. تاب‌آوری توانایی مقاومت در برابر تغییرات (پنپاکدی و لیمنیرانکول[14]، ۲۰۱۸) و ظرفیت مثبت برای سازگاری با استرس (سیستو[15] و همکاران، ۲۰۱۹) تعریف شده است. مکانیزم تاب‌آوری در کاهش اضطراب به این نحو عمل می‌کند که مؤلفه‌های اصلی آن مانند اعتمادبه‌نفس، شایستگی شخصی، اعتماد به غرایز، پذیرش مثبت تغییر، کنترل و تأثیرات معنوی هنگام قرار گرفتن در شرایط استرس‌زا به‌مثابه یک حائل عمل کرده و اجازه بروز اضطراب را نمی‌دهد (سانگ[16] و همکاران، ۲۰۲۱).

پژوهش بروکس[17] و همکاران، ۲۰۲۰ نشان داد که حمایت اجتماعی که افراد از سوی خانواده دریافت می‌کنند، با تاب‌آوری رابطه مثبت دارد. پژوهش پودل-تاندوکار[18] و همکاران (۲۰۱۹) بیانگر آن بود که میزان بالای تاب‌آوری روان‌شناختی، خطر اضطراب را به‌طور قابل‌توجهی

1. COVID-19
2. Cao
3. Xiao
4. Lee
5. Kuru Alici & Ozturk Copur
6. Emotion regulation
7. Restubog
8. Zhang
9. Kobylińska & Kusev
10. Strauss
11. Kim
12. Conway
13. Lou
14. Panpakdee & Limnirankul
15. Sisto
16. Song
17. Brooks
18. Poudel-Tandukar

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

کاهش می‌دهد. پژوهش نوح و پارک[1] (۲۰۲۲) نشان داد افزایش حمایت اجتماعی و تاب‌آوری می‌تواند راهبردهای مؤثری برای کاهش خطرات افسردگی و اضطراب باشد. همچنین نتایج پژوهش نصیرزاده و همکاران (۱۳۹۷) بیانگر آن بود که آموزش تاب‌آوری بر کاهش اضطراب مؤثر بوده است. طبق پژوهش‌های انجام‌شده افراد با تاب‌آوری بالا به رفتارهای سازگارانه‌تر در موقعیت حل مسئله دست می‌زنند و به نحو ساده‌تری با مشکلات و شرایط ناگوار روبه‌رو می‌شوند (لی[2] و همکاران، ۲۰۱۸؛ د المدیا و بنویدس[3]، ۲۰۱۸)، درنتیجه در اپیدمی کرونا ویروس، سرسختی افراد تاب‌آور می‌تواند در کنترل شرایط اضطراب‌آور، از عوامل میانجی‌گر و تأثیرگذار باشد. برای درمان عوارض ناشی از اضطراب کرونا، چندین درمان مؤثر شناخته شده‌اند.

درمان‌های شناختی رفتاری برای اختلال اضطراب کرونا مبتنی بر مدل‌های مختلف شناختی در سبب‌شناسی این اختلال هستند و دو تکنیک مواجهه و بازسازی شناختی بیش از سایر روش‌ها از سوی صاحب‌نظران مورد تأکید قرار می‌گیرد (هاور[4] و همکاران، ۲۰۲۳؛ فدلی و سیتومورانگ[5]، ۲۰۲۱؛ خان[6] و همکاران، ۲۰۲۱). افراد مبتلا به اضطراب در مواجهه با موقعیت‌های چالش‌برانگیز، بیماران، عمدتاً توجه خود را به جنبه‌های منفی خود و عملکرد اجتماعی‌شان معطوف می‌کنند. این موضوع در بیماران مختلف به بیش‌برآورد پیامدهای منفی مواجهه اجتماعی، احساس ناتوانی در کنترل عاطفی، خودپنداره منفی به‌عنوان یک موجود اجتماعی یا احساس ضعف در مهارت اجتماعی منجر می‌شود (تنهادوست و همکاران، ۱۴۰۰). در برنامه درمانی مبتنی بر مدل هافمن از تکنیک‌های آموزشی استفاده می‌شود تا مراجعان را از ارتباط بین کانون توجه و اضطراب آگاه سازد و به آنها آموزش دهد، تا در موقعیت اجتماعی به انجام وظیفه خود توجه کند بیماران قبل از انجام تکلیف اجتماعی می‌آموزند که کانون توجه خود را تغییر دهند و میزان اضطرابشان را اندازه‌گیری کنند. این اطلاعات کمک می‌کنند تا بیمار دریابد که چنانچه توجه خود را بر روی انجام وظایف اجتماعی متمرکز کند و بر روی احساسات جسمانی تمرکز نکند اشتباه کمتری را مرتکب خواهد شد (هافمن و اوتو[7]، ۲۰۱۸).

تحقیقات قبلی، طیف گسترده‌ای از تأثیرات روانی و اجتماعی بر افراد در سطح فردی، جامعه و بین‌الملل در هنگام شیوع را نشان داده است. در سطح فردی، افراد به احتمال زیاد ترس از بیمار شدن یا احساس ناتوانی می‌کنند. در ایران پژوهشی که بخواهد اثربخشی درمان شناختی رفتاری هافمن بر اضطراب بیماری، تنظیم هیجان و تاب‌آوری در زنان مبتلا به اضطراب کرونا مورد بررسی قرار دهد و باهم مقایسه کند، یافت نشد. مطالعات نشان داده‌اند که اگر مداخلات درمانی صورت نگیرد اضطراب کرونا به دوره‌ای طولانی از ناتوانی منجر شده و فرد مبتلا، مشکلات زیادی را در حوزه‌های کارکرد شخصی و اجتماعی خود متحمل می‌شود. ازاین‌رو، پنداشت این است که تشخیص به‌موقع این مشکل امری ضروری است و کاربست روش‌های درمانی مؤثر نیز به ضرورتی دوچندان تبدیل می‌شود. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری هافمن بر اضطراب بیماری، تنظیم هیجان و تاب‌آوری در زنان مبتلا به اضطراب کرونا انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه زنان مبتلا به اضطراب کرونا مراجعه کننده به کلینیک‌ها و مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند. گروه نمونه از طریق فرمول کوهن (۱۹۸۱) و با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری هدفمند، به تعداد ۳۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روانشناسی شهر تهران و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش (۱۵نفر) و گروه hi, (۱۵ نفر) به شیوه ی گمارش تصادفی، جایگزین شدند. نمونه پژوهش پس از ارائه فرم رضایت آگاهانه و پر کردن آن توسط اعضا، انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شرکت‌کننده‌ها، حداقل تحصیلات در سطح دیپلم، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان و روان‌گردان‌ها در طول ۳ ماه گذشته، دریافت رضایت آگاهانه، عدم قرار گرفتن هم‌زمان تحت درمان روان‌شناختی دیگر، داشتن اضطراب کرونا بر اساس تشخیص متخصص روانشناسی بالینی و کسب نمره‌ی بالاتر از ۲۷ در پرسشنامه اضطراب کرونا، و حداقل سن ۲۰ و حداکثر ۴۰ سال و ملاک‌های

1. Noh & Park
2. Li
3. De Almeida & Benevides
4. Haver
5. Fadhli & Situmorang
6. Khan
7. Hofmann & Otto

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه عدم تمایل شرکت‌کننده به ادامه‌ی شرکت در پژوهش، شرکت هم‌زمان در برنامه‌های مشاوره یا روان‌درمانی دیگر و همکاری نکردن در تکمیل پرسشنامه‌ها در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی به شرح ذیل رعایت شد: ۱- پیش از شروع مطالعه، شرکت‌کنندگان از موضوع و روش اجرای پژوهش مطلع شدند، ۲- پژوهشگر متعهد شد تا از اطلاعات خصوصی آزمودنی‌ها محافظت کند و از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش استفاده کند، ۳- پژوهشگر متعهد شد نتایج پژوهش را در صورت تمایل آزمودنی‌ها برای آنها تفسیر کند، ۴- در صورت مشاهده‌ی هرگونه ابهام، راهنمایی‌های لازم به آزمودنی‌ها ارائه شد، ۵- مشارکت در تحقیق هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان به دنبال نداشت، ۶- این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی نداشت. سپس مداخله‌ی درمان شناختی رفتاری هافمن در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای ۲ بار برای گروه آزمایش اجرا گردید و در طول مدت اجرای مداخله گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. درنهایت شرکت‌کنندگان هر ۲ گروه در مرحله‌ی پس‌آزمون به پرسشنامه‌ی موردنظر پاسخ دادند. درنهایت داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و به کمک نرم‌افزار آماری spss نسخه ۲۶ در سطح معناداری ۰/۰۵ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان (ERQ)[1]: این پرسشنامه شاخصی خودسنجی است که در سال ۲۰۰۳ توسط گراس و جان[2] طراحی شد که شامل دو خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد (۶ گویه) و سرکوبی (۴ گویه) بوده و دارای طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از موافقم=۱ تا مخالفم=۵ می‌باشد. در پژوهش گراس و جان (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمؤلفه ارزیابی مجدد ۰/۷۹، سرکوبی ۰/۸۱ و نمره کل پرسشنامه ۰/۷۷ گزارش شده است. در پژوهش آنان روایی سازه پرسشنامه از طریق تحلیل عاملی اکتشافی به روش مؤلفه‌های اصلی مؤید دو عامل بود که روی‌هم‌رفته توانایی تبیین ۷۸ درصد از واریانس را داشت، ضمن اینکه روایی تشخیصی این پرسشنامه نیز از طریق برآورد همبستگی خرده‌مقیاس سرکوبی پرسشنامه با نشانگان افسردگی و اضطراب به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۷ بدست آمد و مورد تأیید قرارگرفته است. روایی نسخه فارسی این پرسشنامه در پژوهش محمودی و همکاران (۱۳۹۵) به روش ضریب گاتمن بررسی شد و ۰/۷۳ بدست آمد که نشان از همسانی درونی و قابلیت بالای این ابزار داشت. همچنین در پژوهش نوری و گلپور (۱۴۰۱) میزان ضریب پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد ۰/۸۰ و سرکوبی ۰/۷۷ به دست آمد و روایی این پرسشنامه با روش تحلیل عاملی تاییدی ۰/۶۹ محاسبه شد. این میزان پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

مقیاس تاب‌آوری (CD-RIS)[3]: برای سنجش میزان تاب‌آوری از مقیاس تاب‌آوری روان‌شناختی کانر و دیویدسون[4] (۲۰۰۳) استفاده شد. این مقیاس ۲۵ گویه‌ای پنج مؤلفه‌ای شایستگی/ استحکام شخصی، اعتماد به غرایز/ تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت تغییرات/ روابط ایمن، کنترل و معنویت دارد که به صورت لیکرت پنج‌درجه‌ای از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود. گرچه نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود پنج عامل را برای مقیاس تاب‌آوری تأیید کرده است، چون پایایی و روایی زیرمقیاس‌ها هنوز به‌طور قطع تأیید نشده‌اند، در حال حاضر فقط نمره کلی تاب‌آوری برای هدف‌های پژوهشی معتبر محسوب می‌شود. حداقل نمره تاب‌آوری شرکت‌کنندگان صفر و حداکثر آن صد است. نتایج مطالعات مقدماتی پایایی و روایی این مقیاس را تأیید کرده است. روایی (به روش تحلیل عامل تأییدی و روایی همگرا و واگرا) و پایایی (به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ) مقیاس توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف احراز گردیده است. روایی واگرا و همگرا، پایایی بازآزمایی در یک بازه زمانی ۳۰ روزه و همسانی درونی مقیاس در پژوهش بشارت و رامش (۱۳۹۷) به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۹، ۰/۸۱و ۰/۶۴ مورد تأیید قرار گرفته است. در پژوهش عبدی و همکاران (۱۳۹۸) پایایی این مقیاس، با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش شده است. میزان پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه اضطراب بیماری (HAI)[5]: فرم اولیه و بلند پرسشنامه اضطراب سلامت، برای اولین بار توسط سالکووسکیس و وارویک[6] در سال ۱۹۸۹ طراحی شد. این فرم بر اساس مدل شناختی اضطراب سلامتی و خودبیمارپنداری تدوین شده بود. فرم کوتاه ۱۸ سؤالی این پرسشنامه مجدداً توسط سالکووسکیس و رواریک (۲۰۰۲) ساخته شد که از نوع مداد-کاغذی و خودسنجی است و به صورت مختصر HAI خوانده می‌شود (سالکووسکیس و همکاران، ۲۰۰۲). هر آیتم چهار گزینه دارد و هریک از گزینه‌ها شامل توصیف فرد از مؤلفه‌های

1. Emotion Regulation Questionnaire
2. Gross & John
3. Connor-Davidson Resilience Scale
4. Connor & Davidson
5. Health Anxiety Inventory
6. Salkovskis & Warwick

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

سلامتی و بیماری به صورت یک جمله خبری است که آزمودنی بایستی یکی از جملات را که بهتر او را توصیف می‌کند، انتخاب کند. نمره‌گذاری برای هر آیتم از صفر تا ۳ می‌باشد. انتخاب گزینه الف «۰»، گزینه ب «۱»، گزینه ج «۲» و گزینه د «۳» نمره می‌باشد و نمره بالا در ان نشانه اضطراب سلامت می باشد. این پرسشنامه شامل دارای یک نمره کل (نگرانی کلی سلامتی[1]) و دو عامل (خرده‌مقیاس) است. نمره کل پرسشنامه از جمع نمرات ۱۸ سؤال پرسشنامه به دست می‌آید. خرده‌مقیاس‌ها شامل احتمال ابتلا به بیماری[2]، پیامدهای منفی[3] ابتلا به بیماری است. احتمال ابتلا به بیماری: از جمع نمودن نمرات سؤالات ۱۴-۱ به دست می‌آید. پیامدهای منفی ابتلا به بیماری: از جمع نمودن نمرات سؤالات ۱۸-۱۵ می‌باشد (سالکووسکیس و همکاران، ۲۰۰۲). پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی در بازه زمانی ۳۰ روزه و ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۰ و بین ۰/۷۰-۰۰-۰/۸۲ گزارش شده است. همچنین سالکووسکیس و همکاران(۲۰۰۲) روایی واگرای پرسشنامه اضطراب سلامتی را ۰/۶۳ بدست آوردند. (سالکووسکیس و همکاران، ۲۰۰۲).مطابق گزارش نرگسی و همکاران (۱۳۹۶) روایی همگرا پرسشنامه اضطراب سلامتی با پرسشنامه خودبیمارپنداری اهواز ۰/۷۵ به دست آمد و پایایی کل این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵و برای عامل نگرانی ۰/۸۹، برای ابتلا به بیماری ۰/۶۰ و برای پیامدهای بیماری ۰/۷۰ به دست آمد. همچنین در پژوهش کوکلی و همکاران (۱۴۰۱) پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

پروتکل درمان شناختی رفتاری هافمن: برای مداخله‌ی درمان شناختی رفتاری از پروتکل درمان هافمن (هافمن و اتو، ۲۰۱۸) بر روی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در جلسه‌های درمانی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای ۲ بار به صورت گروهی اجرا شد. شرح و اهداف جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. مراحل اجرای آموزش درمان شناختی رفتاری بر اساس مدل هافمن (هافمن و اتو، ۲۰۱۸)

ردیف	رئوس محتوا	اهداف
۱	اجرای پیش‌آزمون آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی درباره درمان شناختی رفتاری هافمن	آشنایی با قوانین و کلیاتی از درمان شناختی رفتاری
۲	آشنایی اولیه و برقراری رابطه درمانی، تعیین رابطه بین شناخت، هیجان و رفتار، انتخاب اهداف و تشخیص آماجها و توافق بر سر تکالیف خانگی، ثبت رویدادهای زندگی بر اساس مدل ABC	آشنایی با مفاهیم مدل هافمن
۳	ادامه کار با افکار خودآیند، بررسی برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد بیماران، چالش با افکار خودآیند به روش سقراطی	شناخت افکار، احساسات و رفتار
۴	آموزش مهارت‌های کنترل خود و هوشیاری	بازشناسایی باورها
۵	آموزش مهارت‌های ارتباطی، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی	آگاهی باورهای زیربنایی،
۶	استفاده از تکنیک‌های شناختی رفتاری در مورد جرئت‌ورزی، حل مسئله و آموزش مهارت‌های اجتماعی به زنان	طرح‌ریزی اهداف بر اساس ارزش‌ها.
۷	آموزش فنون درمانی شناختی رفتاری مدل هافمن برای شناسایی بیشتر باورهای غیرشرطی و باورهای هسته‌ای	به‌کارگیری تکنیک‌ها
۸	مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده‌شده با تأکید بر افکار خودآیند منفی و حس معناداری در زندگی در دنیای واقعی.اجرای پس‌آزمون	درخواست از درمان‌جویان برای توضیح نتایج جلسات

یافته ها

در بررسی اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش، میانگین و انحراف استاندارد میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در گروه ازمایش و کنترل به ترتیب ۳۰/۶۹ ، ۵/۷ سال و ۳۲/۴۶ ، ۴/۴ بود. جنسیت شرکت‌کنندگان همگی زن بود. در ادامه میانگین و انحراف معیار اضطراب بیماری، تاب‌آوری و تنظیم هیجان در سه مرحله در گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

1. Total health anxiety
2 Probability of disease
3 Negative Consequence

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های پژوهش به تفکیک برای دو گروه

مرحله		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب بیماری	گواه	۱۰۴/۶۷	۷/۹۱	۱۰۴/۱۳	۷/۷۳	۱۰۴/۱۳	۸/۳۶
	آزمایش	۱۰۴/۸۷	۷/۷۹	۷۰/۴۰	۵/۰۱	۷۰/۲۰	۵/۴۰
تاب‌آوری	گواه	۳۰/۴۷	۵/۰۹	۳۰/۸۰	۵/۰۱	۳۰/۹۳	۵/۰۶
	آزمایش	۲۴/۰۷	۴/۷۳	۳۶/۴۷	۳/۰۸	۳۵/۰۰	۳/۰۵
تنظیم هیجان	گواه	۷۶/۶۰	۷/۴۹	۷۶/۲۰	۷/۱۹	۷۵/۴۰	۷/۴۱
	آزمایش	۵۰/۱۳	۶/۴۰	۷۴/۳۳	۵/۰۰	۷۴/۸۰	۵/۰۷

همان‌طور که مشاهده می‌شود میزان نمره‌ی اضطراب بیماری، تاب‌آوری و تنظیم هیجان در پیش‌آزمون، در دو گروه مداخله‌ی آزمایش و گواه تقریباً به یک میزان بوده است، که نشانگر همگن بودن این دو گروه از لحاظ میزان نمره‌ی اضطراب بیماری، تاب‌آوری و تنظیم هیجان پیش از اجرای مداخله با آزمایش است. اما میانگین نمره‌ی اضطراب بیماری، تاب‌آوری و تنظیم هیجان پس از اجرای مداخله در گروه آزمایش تغییر قابل‌توجهی نسبت به گروه گواه داشته است، که می‌توان نتیجه‌ی مؤثر بودن مداخله دانست و این میزان در مرحله‌ی پیگیری (۳ ماهه) نیز قابل‌مشاهده می‌باشد. ازآنجایی‌که مقادیر آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای متغیرهای بر اضطراب بیماری، تاب‌آوری و بدتنظیمی هیجان در گروه‌های آزمایش و گواه به معنادار نمی‌باشند. لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیرها نرمال می‌باشد.قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نتیجه پیش‌فرض کرویت ماچلی جهت همگنی ماتریس کوواریانس نمرات متغیرها ارائه شده است. شایان ذکر است زمانی این پیش‌فرض رعایت می‌گردد که سطح معناداری برای ضریب W ماچلی بیشتر از ۰/۰۵ باشد. با توجه به رعایت شدن تمام پیش‌فرض‌های موردنظر. بنابراین آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر قابل‌اجراست. نتایج کلی آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	مراحل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اثر
				درون‌آزمودنی			
	زمان	۴۵/۵۱۱	۱	۴۵/۵۱۱	۲/۴	۰/۱۲	۰/۰۵
اضطراب بیماری	زمان * گروه	۶۳۶/۱۵۶	۱	۶۳۶/۱۵۶	۲۴/۱۸۶	*۰/۰۰۱	۰/۴۴
	خطا	۷۹۶/۳۳۳	۲۸	۲۶/۳۰			
				بین گروهی			
	گروه	۲۲۷/۷۴۸	۱	۱۳۸/۸۷۴	۴/۷۱۱	*۰/۰۰۲	۰/۲۵
	خطا	۸۲۵/۲۴۴	۲۸	۲۹/۴۷۳			
				درون‌آزمودنی			
	زمان	۱۵۱۲/۹	۱	۱۵۱۲/۹	۱۲۱/۶۵	*۰/۰۰۱	۰/۷۴
تاب آوری	زمان * گروه	۶۲۳/۲۶۷	۱	۶۲۳/۲۶۷	۵۰/۱۴	*۰/۰۰۱	۰/۵۴
	خطا	۵۲۲/۳۳۳	۲۸	۱۲/۴۳			
				بین‌گروهی			
	گروه	۲۰۶۶/۹۰۴	۱	۲۰۶۶/۹۰۴	۸۴/۱۰۲	*۰/۰۰۱	۰/۷۵
	خطا	۶۸۸/۱۳۳	۲۸	۲۴/۵۷۶			
				درون آزمودنی			
	زمان	۵۱۲/۵۳۳	۱	۵۱۲/۵۳۳	۷/۷۹۵	*۰/۰۰۱	۰/۲۱
تنظیم هیجان	زمان * گروه	۳۰۵/۱۵۶	۱	۳۰۵/۱۵۶	۱/۶۷	*۰/۰۴	۰/۱۴
	خطا	۱۸۴۰/۹۷۸	۲۸	۶۵/۷۴۹			
				بین گروهی			

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

گروه	۹۹۰/۵۷۸	۱	۹۹۰/۵۷۸	۱۶/۲۱۲	٭۰/۰۰۱	۰/۳۶
خطا	۱۷۱۰/۷۵۶	۲۸	۶۱/۰۹۸			

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثرات درون آزمونی و بین آزمودنی نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد در اثر زمان متغیرهای اضطراب بیماری، تاب‌آوری و تنظیم هیجان معنادار شده‌اند (P<۰/۰۱). بنابراین بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این متغیرها در گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت وجود دارد. همچنین با توجه به نتایج جدول که نشان می‌دهد بین گروه و زمان در متغیرهای اضطراب بیماری، تاب‌آوری و تنظیم هیجان تعامل وجود دارد (P<۰/۰۵) مشخص می‌گردد بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه آزمایش و گواه در این سه متغیر وابسته تفاوت وجود دارد. ازآنجاکه مقدار معناداری کمتر از خطای ۰/۰۵ می‌باشد می‌توان پذیرفت که نمرات متغیرهای تحقیق در بین گروه‌های آموزشی در طی مقطع پس‌آزمون و پیگیری تغییر یافته‌اند و مدل معنادار است، به‌طوری‌که در مؤلفه‌های اضطراب بیماری، تاب‌آوری و تنظیم هیجان در سطح (P<۰/۵) در مقایسه‌ی بین‌گروهی، درون‌گروهی و زمان اثربخشی معناداری دیده شد. سطح معنی‌داری هر چهار آماره چندمتغیری مربوطه، یعنی اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی، کوچک‌تر از ۰/۰۱ است. بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص می‌گردد که حداقل بین سه متغیر تحقیق در سه گروه آزمونی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد. بررسی این تعاملات در جدول بعدی ارائه شده است.

به‌منظور مقایسه زوجی گروه‌ها با یکدیگر، از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد که نتایج حاصل در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. جدول مقایسه میانگین‌های زوجی برای مقایسه بین گروه گواه و آزمایش

			پیش‌آزمون			پس‌آزمون			پیگیری		
		گروه	تفاوت میانگین	آماره آزمون	سطح معناداری	تفاوت میانگین	آماره	سطح معناداری	تفاوت میانگین	آماره آزمون	سطح معناداری
اضطراب بیمار	درمان شناختی رفتاری	کنترل	-۰/۲۰۰	۳/۷۲۶	۱/۰۰۰	٭۳۳/۷۳۳	۶/۰۶۲	۰/۰۰۰	٭۳۳/۹۳۳	۳/۰۵۸	۰/۰۰۰۱
تاب‌آوری	درمان شناختی رفتاری	کنترل	۲/۳۳۳	۱/۳۸۸	۱/۰۰۰	٭۱۴/۴۰۰	۵/۵۸۴	۰/۰۰۰	٭۱۳/۹۳۳	۶۱/۶۹۴	۰/۰۰۱
تنظیم هیجان	درمان شناختی رفتاری	کنترل	۲/۲۶۷	۱/۱۲۰	۰/۸۷	٭۲۶/۰۶۷	۶/۳۲۱	۰/۲۵۴	٭۲۵/۶۰۰	۸/۲۸۲	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۴ ملاحظه می‌شود که در نمرات پیش آزمون هیچ کدام از متغیرهای اضطراب بیماری، تاب آوری و تنظیم هیجان، بین گروه ها تفاوت معنی داری وجود نداشـــت(P>۰/۰۵). این در حالی بود که در نمرات پس آزمون و پیگیری بین دوگروه تفاوت معنی داری (P<۰/۰۱) بدست آمده که حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری هافمن بر اضطراب بیماری ، تاب آوری و تنظیم هیجانی در زنان مبتلا به اضطراب کرونا بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری هافمن بر اضطراب بیماری، تنظیم هیجان و تاب‌آوری در زنان مبتلا به اضطراب کرونا بود. یافته‌های پژوهش نشان داد درمان شناختی رفتاری هافمن بر کاهش اضطراب بیماری در زنان مبتلا به اضطراب کرونا موثر بوده است. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش موسوی (۱۴۰۰) و لشگری و همکاران (۱۴۰۰) همسو و همخوان است. در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب ناشی از کرونا می‌توان به مؤلفه‌های این درمان اشاره کرد تکنیک‌های که مؤلفه فیزیولوژی اضطراب را هدف قرار می‌دهند شامل آموزش تنفس دیافراگمی یا عمیق آموزش آرمیدگی پیش‌رونده و آموزش آرمیدگی ذهنی است. این تکنیک‌ها مؤلفه جسمانی و فیزیولوژی اضطراب را مورد هدف قرار می‌دهند. مراجعان با آموزش این تکنیک‌ها یاد می‌گیرند که

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

در برابر نشانه‌ها و راه‌اندازهای اضطراب به‌طور مناسب مقابله کنند به‌طوری‌که سطح پایه تنش جسمانی را کاهش دهند. این راهبردها را می‌توان مهارت‌های تنظیم هیجانات اساسی دانست که معمولاً افراد مبتلا به اضطراب ناشی از کرونا فاقد آن هستند (هارور و همکاران، ۲۰۲۳). تکنیک‌های شناختی رفتاری به مراجعان یاد می‌دهد که افکار اضطرابی خود را شناسایی کنند و آنها را به‌طور عینی مورد آزمون قرار دهند درمانگر سعی می‌کند که فرد را با اطلاعات جدیدی روبرو کند که قبلاً آنها را نادیده گرفته است این تکنیک‌ها به مراجعان کمک می‌کند که تفسیرها و برداشت‌های نادرست خود از رویدادهای محیطی را تعدیل و تصحیح کنند و دیدگاه‌های جدیدی را ایجاد کنند. مراجعان یاد می‌گیرند که پیچیدگی و ابهام ویژگی اکثر موقعیت‌های زندگی است و بنابراین یاد می‌گیرند که این ابهام و عدم قطعیت را تحمل کنند و از لحاظ شناختی انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند درنهایت مراجعان این دیدگاه‌های شناختی جدید را به‌عنوان پاسخ مقابله‌ای متفاوتی در برابر رویدادهای اضطراب را به کار می‌برند (موسوی، ۱۴۰۰).

یافته دیگر پژوهش نشان داد درمان شناختی رفتاری هافمن بر افزایش تنظیم هیجان در زنان مبتلا به اضطراب کرونا مؤثر بوده است. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش هاور و همکاران (۲۰۲۳) و فدلی و سیتومورانگ (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری هافمن بر تنظیم هیجان می‌توان این‌گونه بیان کرد که بر اساس الگوی هافمن بر اضطراب متمرکز هست و این‌که هافمن در تکنیک‌های درمانی خویش، علاوه بر تکنیک‌های بازسازی شناختی و مواجهه با موقعیت به‌منظور اصلاح «خودادراکی منفی»، از تکنیک‌های خاص «مواجهه با خود» نیز استفاده می‌نماید و هافمن (۲۰۰۷) در مدلش بر «نشخوارگری فکری پس رویدادی» و «رفتارهای ایمنی‌بخش و یا اجتنابی» به‌طور آشکار اشاره می‌کند و در درمان نیز بر آن متمرکز می‌شود و این‌ها مواردی هستند که موجب بهبود تنظیم هیجان سازگارانه مانند ارزیابی مجدد شده است. عوامل استرس زا به خصوص وقتی که سبک های مقابله و مهار هیجانی ناکارآمد باشند باعث بوجود آمدن اضطراب در شرایط خاص می شوند به همین دلیل در پژوهش های گوناگون اهمیت آموزش مهارتهای کنترل استرس و هیجان مورد تأکید بوده است و امروزه بخشی از هرگونه روان درمانی به کنترل اضطراب و خشم می پردازد .برخی پژوهش ها نشان دادند که در واقع یکی از دلایل اضطراب بیماری در افراد کاهش عواطف مثبت و استفاده از راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجانی است. پاسخ های هیجانی تکانه ای و ناسازگارانه یکی از عوامل اضطراب بیماری است. درمان شناختی رفتاری به عنوان یک روش درمانی در تاثیر گذاری بر تنظیم هیجان در زنان مبتلا به اضطراب کرونا به معنای آگاه بودن از افکار، رفتار هیجانات و احساسات است و شکل خاصی از توجه محسوب می شود که در آن دو عنصر اساسی حضور در زمان کنونی و قضاوت نکردن در مورد رخدادها و کنش ها و واکنش ها نقش اصلی را به عهده دارند

یافته‌های پژوهش نشان داد درمان شناختی رفتاری هافمن بر افزایش تاب آوری در زنان مبتلا به اضطراب کرونا موثر بوده است. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش کانوی و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری هافمن بر تاب‌آوری می‌توان این‌گونه بیان کرد فنون آزمون واقعیت و رد کردن که در مداخله‌های شناختی رفتاری هافمن استفاده می‌شوند می‌توانند به کاهش باورهای منفی و درک این مسئله منتهی شوند که استرس واقعاً کنترل شدنی است. همچنین درمان شناختی رفتاری با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در زنان مبتلا به اضطراب کرونا موجب کاهش خُلق منفی و افسرده این بیماران می‌شود. متعاقب آن با افزایش تاب‌آوری در این افراد همراه است و کمک می‌کنند سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه‌تری را برانگیزد. افراد تحت این نوع مداخله می‌توانند سازگاری خود را با استرس تقویت نمایند و با تغییرات نامساعد زندگی بهتر کنار بیایند و توان بازگشت به حالت اولیه را پس از مشکلات داشته باشند. همچنین، افراد امید خود را به هنگام شکست از دست نمی‌دهند و احساسات ناخوشایند خود همچون غم، ترس و خشم را بهتر کنترل کنند. افراد دارای تاب‌آوری پایین، به جای این که خود را برای مقابله موثر و سازگارانه با مشکلات زندگی‌شان توانمند سازند، اغلب عقاید منفی را در خودشان پرورش می‌دهند و به اعمالی روی می‌آورند که سلامتی افراد را تحت تأثیر قرار دهد.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، ضمن اثرگذاری رویکرد هافمن می‌توان از این رویکرد جهت کاهش اضطراب بیماری و افزایش تاب‌آوری و تنظیم هیجان در زنان دارای اضطراب کرونا استفاده کرد. درمان هافمن که به شکل گروهی برگزار می‌شود، می‌تواند با استفاده از عناصر درمانی ویژه‌ی خود که در روابط بین‌فردی در گروه رخ می‌دهد و با فراهم کردن زمینه‌ی تجربه‌ی احساسات منفی و پذیرش آنها و انعطاف‌پذیری شناختی از طریق کارهای عملی و استعاره‌ها، منجر به کاهش اضطراب بیماری، تاب‌آوری و تنظیم هیجان شود.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به انتخاب نمونه گیری هدفمند از میان زنان مبتلا به اضطراب کرونا یک منطقه خاصر در شهر تهران اشاره کرد که از اعتبار بیرونی پژوهش کاست و همین‌طور عدم توجه به برخی از متغیرهای روان‌شناختی (مثل ذهنیت روان‌شناختی و بینش مراجعین انگیزه‌ی مراجع حوادث متقارن با پژوهش و استرس‌های هم‌زمان با اجرای پژوهش). از دیگر محدودیت‌های پژوهش

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

حاضر قلمداد می‌شود که اعتبار درونی را به مخاطره می‌اندازد. همین‌طور پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده برای کاهش سوگیری احتمالی و کنترل متغیرهای مداخله‌گر نمونه از شهرها و گروه‌های مختلف و با حجم بیشتر انجام شود تا با اطمینان بیشتری بتوان نتایج را تعمیم داد.. با توجه به یافته‌ها، پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان و روان‌درمانگران این نوع مداخلات را در جهت بهبود سلامت روان زنان مبتلا به اضطراب کرونا به کار گیرند.

منابع

بشارت، م.، و رامش، س. (۱۳۹۷). پیش‌بینی میزان شدت بیماری قلبی عروقی بر اساس تاب‌آوری، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی. *طب و تزکیه*، *۲۷*(۱)، ۴۵-۳۴. https://www.tebvatazkiye.ir/article_81894.html

تنهادوست، ک.، بزی، م.، غفاری جم، م.، انصاری حقیقی، ف.، عموجوادی لنگرودی، ف. (۱۴۰۰). تأثیر روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و سازگاری اجتماعی دختران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. *روان پرستاری*، ۹(۱)، ۴۲-۳۲. http://ijpn.ir/article-1-1617-fa.html

عبدی، ف.، بنی جمالی، ش.، احدی، ح.، و کوشکی، ش. (۱۳۹۸). بررسی ویژگی های روانسنجی مقیاس تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان. *پژوهش در سلامت روانشناختی*، *۱۳*(۲)، ۸۱-۹۹. http://rph.khu.ac.ir/article-1-2970-fa.html

کوکلی، م.، عیسی زادگان، ع.، و زینالی، ش. (۱۴۰۱). مقایسه اضطراب سلامت، دشواری در تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی در افراد با و بدون بیماری‌های پوستی. *رویش روان شناسی*، *۱۱*(۲)، ۳۵-۴۴. http://frooyesh.ir/article-1-3308-fa.html

لشگری، م.، آهی، ق.، شهابی زاده، ف.، و منصوری، ا. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر عدم تحمل بلاتکلیفی بر نگرانی و اضطراب زنان مبتلا به اضطراب کرونا (گزارش موردی). *تحقیقات علوم رفتاری*، *۱۹*(۳)، ۴۳۸-۴۲۷. http://rbs.mui.ac.ir/article-1-1127-fa.html

محمودی، م.؛ برجعلی، ا.؛ علیزاده، ح.؛ غباری بناب، ب.؛ اختیاری، ح.؛ اکبری، زردخانه، سعید. (۱۳۹۵). تنظیم هیجان در کودکان با اختلال یادگیری و کودکان عادی. *پژوهش در یادگیری آموزشگاهی و مجازی*، *۴*(۱۳)، ۸۴-۶۹. https://etl.journals.pnu.ac.ir/article_2999.html

موسوی، م. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان شناختی رفتاری بر اضطراب ناشی از کرونا و آثار سوگ در دوران پاندمی کووید ۱۹. *روانشناسی تحلیلی - شناختی*، *۱۲*(۴۷)، ۱۲۵-۱۱۳. https://psy.garmsar.iau.ir/article_688876.html

نرگسی، ف.، ایزدی، ف.، کریمی نژاد، ک.، و علی رضایی، ع. (۱۳۹۶). بررسی اعتبار و روایی نسخه فارسی پرسشنامه اضطراب سلامت در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی. *اندازه‌گیری تربیتی*، *۷*(۲۷)، ۱۶۰-۱۴۷. https://jem.atu.ac.ir/article_7948.html

نصیرزاده، ز.، رضایی، ع.، و محمدی فر، م. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش احساس تنهایی و اضطراب دانش‌آموزان دختر دبیرستان. *روان‌شناسی بالینی*، *۱۰*(۲)، ۴۰-۲۹. https://jcp.semnan.ac.ir/article_3423.html

نوری، ن.، و گلپور، ر. (۱۴۰۱). نقش واسطه‌گری تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین شیوه‌های مقابله‌ای و سلامت اجتماعی در مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه. *مطالعات اسلامی ایرانی خانواده*، ۲(۲)، ۹۵-۸۶. https://iifsj.sanandaj.iau.ir/article_696637.html

Aghighi, A., Mohammadi, N., Rahimi Taghanaki, C., & Imani, M. (2021), Group Emotion Regulation Therapy for Illness Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial. *JABS*, *11*(1), 3692-3701. http://jabs.fums.ac.ir/article-1-2404-en.html

Brooks, S., Amlôt, R., Rubin, G. J., & Greenberg, N. (2020). Psychological resilience and post-traumatic growth in disaster-exposed organisations: overview of the literature. *BMJ military health*, *166*(1), 52–56. https://doi.org/10.1136/jramc-2017-000876

Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry research*, *287*, 112934. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale: (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, *18*(2), 76-82. https://doi.org/10.1002/da.10113

Conway, C. C., Naragon-Gainey, K., & Harris, M. T. (2021). The structure of distress tolerance and neighboring emotion regulation abilities. *Assessment*, *28*(4), 1050-1064. https://doi.org/10.1177%2F1073191120954914

De Almeida, Z., & Benevides, A. (2018). Social skills, coping, resilience and problem-solving in psychology university students. *Liberabit*, *24*(2), 265-276. https://doi.org/10.24265/liberabit.2018.v24n2.07

Fadhli, T., & Situmorang, D. D. B. (2021). Implementation of cognitive behavioral therapy with cognitive restructuring technique to reduce psychosocial anxiety in the COVID-19 outbreak. *Addictive Disorders & Their Treatment*, *20*(4), 268–277. https://doi.org/10.1097/ADT.0000000000000246

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, *85*(2), 348–362. https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

Haver, A., Krampe, H., Danbolt, L. J., Stålsett, G., & Schnell, T. (2023). Emotion regulation moderates the association between COVID-19 stress and mental distress: findings on buffering, exacerbation, and gender differences in a cross-sectional study from Norway. *Frontiers in Psychology*, *14*, 1121986. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1121986

Hofmann S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: a comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive behaviour therapy*, *36*(4), 193–209. https://doi.org/10.1080/16506070701421313

Hofmann, S. G., & Otto, M. W. (2018). *Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: evidence-based and disorder-specific treatment techniques*. UK: Routledge

Khan, A. N., Bilek, E., Tomlinson, R. C., & Becker-Haimes, E. M. (2021). Treating Social Anxiety in an Era of Social Distancing: Adapting Exposure Therapy for Youth During COVID-19. *Cognitive and behavioral practice*, *28*(4), 669–678. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.12.002

Kim, M., Jung, Y., & Kim, J. (2021). A study on factors affecting privacy risk tolerance to prevent the spread of COVID-19 in South Korea. *Business Horizons*, *64*(6), 735-741. https://doi.org/10.1016/j.bushor.2021.07.002

Kobylińska, D., & Kusev, P. (2019). Flexible Emotion Regulation: How Situational Demands and Individual Differences Influence the Effectiveness of Regulatory Strategies. *Frontiers in psychology*, *10*, 72. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00072

Kuru Alici, N., & Ozturk Copur, E. (2022). Anxiety and fear of COVID-19 among nursing students during the COVID-19 pandemic: A descriptive correlation study. *Perspectives in psychiatric care*, *58*(1), 141–148. https://doi.org/10.1111/ppc.12851

Lee, S. A., Mathis, A. A., Jobe, M. C., & Pappalardo, E. A. (2020). Clinically significant fear and anxiety of COVID19: A psychometric examination of the Coronavirus Anxiety Scale. *Psychiatry Research*, *290*, 1-7. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113112

Li, M.H., Eschenauer, R., & Persaud, V. (2018). Between avoidance and problem solving: Resilience, self-efficacy, and social support seeking. *Journal of Counseling & Development*, *96*(2), 132–143. https://doi.org/10.1002/jcad.12187

Lou, Y., Taylor, E.P., & Di Folco, S (2018). *Resilience and resilience factors in children in residential care: A systematic review*. *Children and Youth Services Review*, *89*, 83-92. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.04.010

Noh, D., & Park, S. (2022). Mediating Effects of Social Support and Resilience on the Association between COVID-19-Related Stress and Mental Health in Korean Young Adults. *International journal of environmental research and public health*, *19*(11), 6935. https://doi.org/10.3390/ijerph19116935

Panpakdee, C., & Limnirankul, B (2018). *Indicators for assessing social-ecological resilience: A case study of organic rice production in northern Thailand. Kasetsart Journal of Social Sciences*, *39*(3), 414-421. https://doi.org/10.1016/j.kjss.2017.07.003

Poudel-Tandukar, K., Chandler, G. E., Jacelon, C. S., Gautam, B., Bertone-Johnson, E. R., & Hollon, S. D. (2019). Resilience and anxiety or depression among resettled Bhutanese adults in the United States. *The International journal of social psychiatry*, *65*(6), 496–506. https://doi.org/10.1177/0020764019862312

Restubog, S. L. D., Ocampo, A. C. G., & Wang, L. (2020). Taking control amidst the chaos: Emotion regulation during the COVID-19 pandemic. *Journal of vocational behavior*, *119*, 103440. https://doi.org/10.1016/j.jvb.2020.103440

Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M., & Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine*, *32*(5), 843–853. https://doi.org/10.1017/s0033291702005822

Sisto, A., Vicinanza, F., Campanozzi, L. L., Ricci, G., Tartaglini, D., & Tambone, V. (2019). Towards a Transversal Definition of Psychological Resilience: A Literature Review. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, *55*(11), 745. https://doi.org/10.3390/medicina55110745

Song, S., Yang, X., Yang, H., Zhou, P., Ma, H., Teng, C., Chen, H., Ou, H., Li, J., Mathews, C. A., Nutley, S., Liu, N., Zhang, X., & Zhang, N. (2021). Psychological Resilience as a Protective Factor for Depression and Anxiety Among the Public During the Outbreak of COVID-19. *Frontiers in psychology*, *11*, 618509. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.618509

Strauss, A. Y., Kivity, Y., & Huppert, J. D. (2019). Emotion regulation strategies in cognitive behavioral therapy for panic disorder. *Behavior therapy*, *50*(3), 659-671. https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.10.005

Xiao, H., Shu, W., Li, M., Li, Z., Tao, F., Wu, X., Yu, Y., Meng, H., Vermund, S. H., & Hu, Y. (2020). Social Distancing among Medical Students during the 2019 Coronavirus Disease Pandemic in China: Disease Awareness, Anxiety Disorder, Depression, and Behavioral Activities. *International journal of environmental research and public health*, *17*(14), 5047. https://doi.org/10.3390/ijerph17145047

Zhang, P., Wang, M., Wang, Y., Wang, Y., Li, T., Zeng, J., & Gong, Y. (2021). Risk factors associated with the progression of COVID-19 in elderly. *Diabetes research and clinical practice*, *171*(2), 1-10. https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108550

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]