

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

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.

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.

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 corona anxiety. 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.

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 سالکوسکیس 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 تجزیه و تحلیل 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 ($P < 0.01$). 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.

مقدمه

با شیوع کووید-۱۹^۱، 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^۲ 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 (ژبائو^۳ 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^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). نتایج پژوهش کورو آلیچی و اوزتورک کوپور^۵ (۲۰۲۰) نشان داد که ترس از کووید-۱۹ رابطه معناداری با اضطراب بیماری دارد. به نظر می‌رسد ناتوانی در تنظیم هیجان^۶ 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^۷ و همکاران، ۲۰۲۰). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که مهارت تنظیم هیجان با افزایش سلامتی و مزایای روان‌شناختی و اجتماعی همراه است (ژانگ^۸ 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^۹، ۲۰۱۹). افراد برای اینکه با رویدادهای استرس‌زا مواجه شوند، راهبردهای تنظیم هیجان متفاوتی را برای تنظیم هیجان‌های خود برمی‌گزینند (اشتراوس^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹). شناخت و درک از قدرت تنظیم هیجانات در مواجهه با کووید-۱۹ بسیار مهم است (کیم^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۱). در پژوهش‌ها ارتباط میان اضطراب بیماری کرونا و دشواری در تنظیم هیجان تأیید شده است (کانوی^{۱۲} 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^{۱۳}، ۲۰۱۸). یکی از این عوامل تاب‌آوری است. تاب‌آوری توانایی مقاومت در برابر تغییرات (پنپاکدی و لیمنیرانکول^{۱۴}، ۲۰۱۸) و ظرفیت مثبت برای سازگاری با استرس (سیستو^{۱۵} 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 غریز، 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^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۱).

پژوهش بروکس^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۰ نشان داد که حمایت اجتماعی که افراد از سوی خانواده دریافت می‌کنند، با تاب‌آوری رابطه مثبت دارد. پژوهش پودل-تاندوکار^{۱۸} و همکاران (۲۰۱۹) بیانگر آن بود که میزان بالای تاب‌آوری روان‌شناختی، خطر اضطراب را به‌طور قابل توجهی

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

کاهش می‌دهد. پژوهش نوح و پارک^۱ (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^۲ و همکاران، ۲۰۱۸؛ دالمیدا و بنویدس^۳، 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^۴ و همکاران، ۲۰۲۳؛ فدلی و سیتومورانگ^۵، ۲۰۲۱؛ خان^۶ 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^۷، 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 مراجعه‌کننده 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 (۱۵ نفر) 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. Fadhlil & Situmorang

6. Khan

7. Hofmann & Otto

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 تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان (ERQ):^۱ این پرسشنامه شاخصی خودسنجی است که در سال ۲۰۰۳ توسط گراس و جان^۲ 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 روی هم‌رفته 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 قرار گرفته 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 تأییدی 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):^۳ برای سنجش میزان تاب‌آوری از مقیاس تاب‌آوری روان‌شناختی کانر و دیویدسون^۴ (۲۰۰۳) استفاده شد. این مقیاس ۲۵ گویه‌ای پنج مؤلفه‌ای شایستگی/استحکام شخصی، اعتماد به غریز/ 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 عاملی 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، ۰/۸۱ و 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):^۵ فرم اولیه و بلند پرسشنامه اضطراب سلامت، برای اولین بار توسط سالکوسکیس و وارویک^۶ 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 سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۲) ساخته شد که از نوع مداد-کاغذی و خودسنجی است و به صورت مختصر HAI خوانده می‌شود (سالکوسکیس و همکاران، ۲۰۰۲). هر آیتیم 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

سلامتی و بیماری به صورت یک جمله خبری است که آزمودنی بایستی یکی از جملات را که بهتر او را توصیف می کند، انتخاب کند. نمره گذاری برای هر آیتام از صفر تا ۳ می باشد. انتخاب گزینه الف «۰»، گزینه ب «۱»، گزینه ج «۲» و گزینه د «۳» نمره می باشد و نمره بالا در آن نشانه اضطراب سلامت می باشد. این پرسشنامه شامل دارای یک نمره کل (نگرانی کلی سلامتی)^۱ و دو عامل (خرده مقیاس) است. نمره کل پرسشنامه از جمع نمرات ۱۸ سؤال پرسشنامه به دست می آید. خرده مقیاس ها شامل احتمال ابتلا به بیماری^۲، پیامدهای منفی^۳ ابتلا به بیماری است. احتمال ابتلا به بیماری: از جمع نمودن نمرات ۱۴-۱ به دست می آید. پیامدهای منفی ابتلا به بیماری: از جمع نمودن نمرات ۱۸-۱۵ می باشد (سالکوسکیس و همکاران، ۲۰۰۲). پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی در بازه زمانی ۳۰ روزه و ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۰ و بین ۰/۷۰-۰/۸۲ گزارش شده است. همچنین سالکوسکیس و همکاران (۲۰۰۲) روایی و اگرایی پرسشنامه اضطراب سلامتی را ۰/۶۳ بدست آوردند. (سالکوسکیس و همکاران، ۲۰۰۲). مطابق گزارش نگرسی 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 ۰/۷۵ و برای عامل نگرانی ۰/۸۹، برای ابتلا به بیماری ۰/۶۰ و برای پیامدهای بیماری ۰/۷۰ به دست آمد. همچنین در پژوهش کولکی 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 مداخله درمان شناختی رفتاری از پروتکل درمان هافمن (هافمن و اتو، ۲۰۱۸) بر روی شرکت کنندگان گروه آزمایش در جلسه های درمانی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای و هفته ای 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 پیش آزمون	آشنایی با قوانین و کلیاتی از درمان شناختی رفتاری
	آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی، صحبت های مقدماتی درباره درمان شناختی رفتاری هافمن	
۲	آشنایی اولیه و برقراری رابطه درمانی، تعیین رابطه بین شناخت، هیجان و رفتار، انتخاب اهداف و تشخیص آماج ها 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 برگه های ثبت افکار ناکارآمد بیمار، چالش با افکار خودآیند به روش سقراطی	شناخت افکار، احساسات و رفتار
۴	آموزش مهارت های کنترل خود و هوشیاری	بازشناسایی باورها
۵	آموزش مهارت های ارتباطی، بحث گروهی، ارائه فعالیت های تکمیلی	آگاهی باورهای زیربنایی،
۶	استفاده از تکنیک های شناختی رفتاری در مورد جرئت ورزی، حل مسئله و آموزش مهارت های اجتماعی به زنان	طرح ریزی اهداف بر اساس ارزش ها.
۷	آموزش فنون درمانی شناختی رفتاری مدل هافمن برای شناسایی بیشتر باورهای غیرشرطی و باورهای هسته ای	به کارگیری تکنیک ها
۸	مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده شده با تأکید بر افکار خودآیند منفی و حس معناداری در زندگی در دنیای واقعی. اجرای پس آزمون	درخواست از درمان جویان برای توضیح نتایج جلسات

یافته ها

در بررسی اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان پژوهش، میانگین و انحراف استاندارد میانگین سنی افراد شرکت کننده در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۳۰/۶۹، ۵/۷ سال و ۳۲/۴۶، ۴/۴ بود. جنسیت شرکت کنندگان همگی زن بود. در ادامه میانگین و انحراف معیار اضطراب بیماری، تاب آوری 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

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 ...

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 قابل توجهی نسبت به گروه گواه داشته است، که می‌توان نتیجه‌ی مؤثر بودن مداخله دانست و این میزان در مرحله‌ی پیگیری (۳ ماهه) نیز قابل مشاهده می‌باشد. از آنجایی که 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 قابل اجراست. 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 مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	ضریب اثر
اضطراب بیماری	زمان	۴۵/۵۱۱	۱	۴۵/۵۱۱	۲/۴	۰/۱۲	۰/۰۵
		۶۳۶/۱۵۶	۱	۶۳۶/۱۵۶	۲۴/۱۸۶	*۰/۰۰۱	۰/۴۴
		۷۹۶/۳۳۳	۲۸	۲۶/۳۰			
	زمان * گروه	۲۲۷/۷۴۸	۱	۱۳۸/۸۷۴	۴/۷۱۱	*۰/۰۰۲	۰/۲۵
		۸۲۵/۲۴۴	۲۸	۲۹/۴۷۳			
تاب‌آوری	زمان	۱۵۱۲/۹	۱	۱۵۱۲/۹	۱۲۱/۶۵	*۰/۰۰۱	۰/۷۴
		۶۲۳/۲۶۷	۱	۶۲۳/۲۶۷	۵۰/۱۴	*۰/۰۰۱	۰/۵۴
		۵۲۲/۳۳۳	۲۸	۱۲/۴۳			
	زمان * گروه	۲۰۶۶/۹۰۴	۱	۲۰۶۶/۹۰۴	۸۴/۱۰۲	*۰/۰۰۱	۰/۷۵
		۶۸۸/۱۳۳	۲۸	۲۴/۵۷۶			
تنظیم هیجان	زمان	۵۱۲/۵۳۳	۱	۵۱۲/۵۳۳	۷/۷۹۵	*۰/۰۰۱	۰/۲۱
		۳۰۵/۱۵۶	۱	۳۰۵/۱۵۶	۱/۶۷	*۰/۰۰۴	۰/۱۴
	زمان * گروه	۱۸۴۰/۹۷۸	۲۸	۶۵/۷۴۹			

بین گروهی

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. از آنجا که 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 ($P < ۰/۰۵$) در مقایسه‌ی بین گروهی 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

گروه	تفاوت میانگین	آماره	سطح معناداری	پیش‌آزمون			پس‌آزمون			پیگیری	
				تفاوت میانگین	آماره	سطح معناداری	تفاوت میانگین	آماره	سطح معناداری	تفاوت میانگین	آماره
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 پیش‌آزمون هیچ کدام از متغیرهای اضطراب بیماری، تاب‌آوری و تنظیم هیجان، بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P > ۰/۰۵$). این در حالی بود که در نمرات پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه تفاوت معنی‌داری ($P < ۰/۰۱$) بدست آمده که حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری هافمن بر اضطراب بیماری، تاب‌آوری 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

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 سازگارانۀ مانند ارزیابی مجدد شده است. عوامل استرس‌زا به خصوص وقتی که سبک‌های مقابله و مهار هیجانی ناکارآمد باشند باعث بوجود آمدن اضطراب در شرایط خاص می‌شوند به همین دلیل در پژوهش‌های گوناگون اهمیت آموزش مهارت‌های کنترل استرس و هیجان مورد تأکید بوده است و امروزه بخشی از هرگونه روان درمانی به کنترل اضطراب و خشم می‌پردازد. برخی پژوهش‌ها نشان دادند که در واقع یکی از دلایل اضطراب بیماری در افراد کاهش عواطف مثبت و استفاده از راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجانی است. پاسخ‌های هیجانی تکانه‌ای و ناسازگارانه یکی از عوامل اضطراب بیماری است. درمان شناختی رفتاری به عنوان یک روش درمانی در تأثیر 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 می‌شود که در آن دو عنصر اساسی حضور در زمان کنونی و قضاوت نکردن در مورد رخدادها و کنش‌ها و واکنش‌ها نقش اصلی را به عهده دارند

یافته‌های پژوهش نشان داد درمان شناختی رفتاری هافمن بر افزایش تاب‌آوری در زنان مبتلا به اضطراب کرونا مؤثر 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 خلق منفی و افسرده این بیماران می‌شود. متعاقب آن با افزایش تاب‌آوری در این افراد همراه است و کمک می‌کند سبک‌های مقابله‌ای سازگارانۀ تری 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 مؤثر و سازگارانۀ 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 خاص 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

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)، ۳۴-۴۵. 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)، ۳۲-۴۲. <http://ijpn.ir/article-1-1617-fa.html>
- عبدی، ف.، بنی جمالی، ش.، احدی، ح.، و کوشکی، ش. (۱۳۹۸). بررسی ویژگی‌های 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 روان‌شناسی*، 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 بلا تکلیفی 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.، برجلی، 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)، ۱۱۳-۱۲۵. 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)، ۸۶-۹۵. 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>

- 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>