رویش روان شناسی، سال۱۰، شماره۱۱، شماره پیاپی ۶۸، بهمن ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(11), 2022

پیش بینی اضطراب کرونا براساس آمیختگی شناختی و حساسیت اضطرابی در مردان و زنان شهر بندرعباس

Predicting of coronary anxiety based on cognitive fusion and anxiety sensitivity in men and women in Bandar Abbas

مجید عزیزی (نویسنده مسئول)
دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکدهٔ پزشکی، دانشگاه آزاد، بندرعباس، ایران.
آزاده حیدری
دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکدهٔ پزشکی ، دانشگاه آزاد، بندرعباس، ایران.

Majid Azizi*
Master student of Clinical Psychology, Department of Psychology, School of Medicine, Azad University, Bandar Abbas, Iran.
ma.azizi2021@gmail.com
Azadeh Heidari
Master student of Clinical Psychology, Department of Psychology, School of Medicine, Azad University, Bandar Abbas, Iran.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر پیش بینی اضطراب کرونا براساس آمیختگی شناختی و حساسیت اضطرابی در زنان و مردان شهر بندرعباس بود. روش پژوهش از نوع توصیفی و همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش تمام زنان و مردان ساکن در شهر بندرعباس بود در سال ۱۴۰۰ بود،که از بین آن به روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۱۴۴ نفر انتخاب شدند و بعد از کسب رضایت آگاهانه از افراد خواسته شد تا پرسشنامه های حساسیت اضطرابی (ASI_R) (پیترسون و هیلبرونر،۱۹۸۷) ، اضطراب کرونا (CDAS) (علیپور و همکاران،۱۳۹۸) و آمیختگی شناختی (CFQ) (گیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۴) را تکمیل کنند. برای تحلیل داده ها از روش همبستگی و تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد .یافته ها نشان داد بین آمیختگی شناختی و اضطراب کرونا رابطه مستقیم وجود دارد (p < ۰/۰۵ ، ۰/۶۸ = r). بین حساسیت اضطرابی و اضطراب کرونا رابطه مثبت وجود دارد (۰/۰۵ > p ، ۰/۷۳ = r). همچنین نتایج نشان داد که ترکیب متغیرهای پژوهش به طور معنی داری با اضطراب کرونا رابطه دارند و ۰/۴۴ درصد از واریانس آن را تبیین می کنند(۰/۰۵ > p، ۰/۴۴ = R^2) .با توجه به نتایج پژوهش حاضر می توان نتیجه گرفت که آمیختگی شناختی و حساسیت اضطرابی بر اضطراب کرونا موثر هستند و می توانند به عنوان عواملی در جهت افزایش سطح اضطراب عمل کنند.

واژه‌های کلیدی: *اضطراب کرونا، حساسیت اضطرابی، آمیختگی شناختی*

Abstract

The aim of this study was to predict Corona disease anxiety based on cognitive fusion and anxiety sensitivity in men and women in Bandar Abbas. The research method was descriptive and correlational. The statistical population of the study was all men and women living in Bandar Abbas in 1400, from which 144 people were selected by convenience sampling method. After obtaining informed consent, individuals were asked to complete the Anxiety Sensitivity Questionnaire (ASI_R) (Peterson and Hilbrunner, 1987), Corona Disease Anxiety Scale (CDAS) (Alipour et al., 1398), and Cognitive Fusion Questionnaire(CFQ) (Gillanders et al., 2014). Correlation and simultaneous regression analysis were used to analyze the data. The results showed that there is a direct relationship between cognitive fusion and Corona disease anxiety ($p < 0.05$, $r = 0.68$). There is a positive relationship between anxiety sensitivity and coronary anxiety ($p < 0.05$, $r = 0.73$). The results also showed that the combination of research variables was significantly related to corona anxiety and explained 0.44% of its variance ($p < 0.05$, $R2 = 0.44$). According to the results of the present study, it can be concluded that cognitive fusion and anxiety sensitivity are effective on corona anxiety and can act as factors to increase the level of anxiety.

Keywords: *Corona Anxiety, Anxiety Sensitivity, Cognitive Fusion*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : شهریور ۱۴۰۰** **پذیرش: آبان ۱۴۰۰** **ویرایش نهایی: بهمن ۱۴۰۰**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-10-19]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.24.4]

مقدمه

بیماری کویید ۱۹[1] یک بیماری حاد تنفسی است که در دسامبر ۲۰۱۹ در کشور چین و در شهر ووهان (هوانگ و ژاوو [2]، ۲۰۲۰) با تشخیص اولیه ذات الریه شیوع پیدا کرد (بوگوچ ، توماس باچ ، هوبر، کرامر و خان[3]، ۲۰۲۰) و به سرعت در سرتاسر دنیا منشر شد. عامل این بیماری طبق پژوهش ها در ارتباط با سندروم حاد تنفس و سندروم تنفسی خاورمیانه شامل دسته ای از ویروس های بتاکروناست هر چند که این ویروس هم خانواده ویروس سارس است اما بطور کل با آن متفاوت است (چن،زو ، دانگ، کو، گونگ، هانو همکاران[4]، ۲۰۲۰). همچون همه گیری های که در گذشته با عاملیت سارس، مرس و ابول بوجود آمده بود، با ایجاد اضطراب و نگرانی سلامت روانی جامعه را تهدید می کند (جالو، لی، وانگ، شی[5]، ۲۰۱۸). این بیماری یک عامل استرس زای ناشناخته و جدید است و بواسطه ناشناخته بودن، آمادگی، سازگاری و درمان مناسبی برای آن در دسترس نیست، زمان اتمام آن نیز نا مشخص است و این ابهامات و عدم قطعیت ها در کنار افزایش روزانه درگیری، بستری ها و مرگ و میرهای افراد مبتلا طبق اعلام ساز مان جهانی افزایش اضطراب جامعه یک پاسخ روانشناختی طبیعی به این وضعیت در حالت تغییر است ،زیرا ترس از ناشناخته ها با کاهش ادراک ایمنی همواره برای انسان یک عامل اضطراب زاست (علیپور، قدمی،۲۰۲۰). شیوع ناگهانی و مقیاس بزرگتر شیوع اثر عمیق تری بر افزایش تاثیر بر سلامت روان افراد جامعه دارد (مرتینز، کریستن[6]، ۲۰۲۰). از آنجا که بیماری کویید از دو جنبه جسمانی و روانی-شناختی افراد را دچار آسیب های روانشناختی جدی می کند تمرکز بر جنبه روانشناختی آن نیز در کنار جنبه جسمی مورد تاکید می باشد (وانگ، یانگ، لیو[7]، ۲۰۲۰). طبق آمار در پژوهش های مختلف میزان افزایش اضطراب در سطح معناداری بوده و میزان اضطراب در حدود یک سوم شرکت کنندگان در پژوهش نشان داده شده است (بروکس، وبستر، اسمیت، وودلند، گرینبرگ[8]، ۲۰۲۰). در یکی از پژوهش ها مدت زمان تمرکز بر بیماری کویید ۱۹ برای افراد با اضطراب فراگیر حدود ۳ ساعت در روز نشان داده شده است. گامالدو (۲۰۱۲) در پژوهش های گذشته در شیوع بیماری های سارس و مرس افزایش تحریک پذیری، اضطراب، افسردگی، وسواس، استرس پس از سانحه، عصبانیت، انکار، تنهایی، ناامیدی و خودکشی را در نتیجه ایجاد شرایط قرنطینه و فاصله گذاری اجتماعی به اثبات رسانده است (گامالدو[9]، ۲۰۱۲).

حساسیت اضطرابی[10] بعنوان ترس از اضطراب و احساسات مرتبط با اضطراب می باشد. حساسیت اضطرابی به دلیل اهمیت در مبحث اضطراب سلامت و در ارتباط با بیماری همه گیر کویید ۱۹ به پیامدهای ناگوار اضطراب یا نشانه های ناشی از برانگیختگی اضطراب می پردازد (بنیتر [11]و همکاران، ۲۰۰۹). فرد با حساسیت اضطرابی تفکر فاجعه آمیزی در مقابل رویدادهای استرس زا داشته (مک فرسون، استوارت[12]، ۲۰۰۱) و بنابراین در مواجهه با این رویدادها دچار نشانه های بدنی ناشی از برانگیختگی همچون سرگیجه، افزایش ضربان قلب، تنگی نفس و .... شده (دیاکن، آبرامویتز، ۲۰۰۳) و با تلقی تهدیدآمیز بودن این نشانه های بدنی و انتظار پیامدهای ناگوار جسمی و روانی کنترل خود را از دست می دهد و یا خجالت زده می شود (ریس، پترسون و همکاران، ۱۹۸۶) و یا دچار حملات اضطرابی پانیک می گردد. نحوه واکنش فرد با حساسیت اضطرابی بالا در مقایسه با فردی که حساسیت اضطرابی پایینی دارد به تفاوت درنحوه ارزیابی رویداد استرس زا بر می گردد (جافر، میکائیل، ۲۰۱۴). حساسیت اضطرابی طبق مدل آسیب پذیری منجر به ایجاد یا تداوم آسیب روانی، تحت تاثیر اختلال و یا همراه با اختلال نشانه مشکل زمینه ای یکسان می باشد (مرادیمنش و میرجعفری، ۱۳۸۵) و

1 . Covid-19
2. Huang,& Zhao
3 . Bogoch, Watts , Thomas-Bachli, Huber, Kraemer& Khan
4 Chen, Zhou, Dong, Qu, Gong, & Han
5 Jalloh, Li, Bunnell, Ethier, O'Leary,& Hageman
6 Martinez,& Kristen
7 Wang, Yang,& Liu
8 Brooks, Webster, Smith, Woodland,& Greenberg
9 Gamaldo
10 Anxiety sensitivity
11 Benitez
12 McPherson,& Stuart

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-10-19]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.24.4]

بنابراین یک پیش بینی کننده قوی بروز مشکلات اضطرابی تلقی می شود (سعیدی و همکاران، ۲۰۱۴). شواهد پژوهشی نقش حساسیت اضطرابی در رشد اختلالات اضطرابی و افسردگی را به اثبات رسانده است (جافر، میکائیل، ۲۰۱۴؛ تیلور، چانگ، استوارت و همکاران، ۲۰۰۸). یکی دیگر از متغیرهای دخیل در اختلالت اضطرابی آمیختگی شاختی است و از آنجا که آمیختگی شناختی نقش کلیدی و بنیادین در اکثر اختلالات روانشناختی از جمله اختلالات اضطرابی ایفا می کند. طبق پژوهش های متعدد انجام شده در این زمینه، آمیختگی شناختی عامل بروز و تشدید اختلالات روانشناختی می باشد (هایس و همکاران، ۲۰۱۲).آمیختگی شناختی با عنوان نظم جویی افراطی و نامتداول رفتاری شناخته و تعریف می شود که بواسطه فرایندهای کلامی بروز داده می شود (گیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۵، گیلاندرز، سینکلیر، ۲۰۱۵). فرد با آمیختگی شناختی توانایی تفکیک و تفسیر درست تجارب شخصی و غیر واقعی از دنیای واقعی ندارد (ریومن و همکاران، ۲۰۱۸). در آمیختگی شناختی افکار و باورهای منفی اضطرابی با رویدادهای اضطراب زا نسبت داده شده (زتل، رینس[1]، ۱۹۸۹) و در نهایت این افکار واقعی پنداشته شده از جانب فرد تنظیم رفتار او را بر عهده گرفته و منجر به بروز احساسات و رفتار نامتعارف در فرد می شود. یعنی راهبردهای ناکارمدی همچون نشخوارفکری (کربلایی محمد میگونی، ۱۳۹۷)، خود سرزنش گری (خوشنویسان و افروز،۱۳۹۰)، نگرانی(محمدی و سجادی نژاد، ۱۳۸۶)، سرکوبی افکار (کربلایی محمد میگونی، ۱۳۹۷)، در صورت وجود آمیختگی شناختی منجر به بروز و تداوم اختلالات روانشناختی همچون اختلالات اضطرابی می گردد.

مفهوم حساسیت اضطرابی اشاره به ترس از احساسات بدنی مرتبط با اضطراب دارد که عنوان فرایندی است که نتایج مضر بدنی و روانشناختی یا اجتماعی دارند، تفسیر می شوند(تیلور، ۱۹۹۵) و عامل آسیب روانشناختی در ادراک استرس محسوب می شود و در واقع افراد با سطوح اضطرابی بالا موقعیت های تنش زا را به وسیله احساسات و افکارخود به صورت افراطی دریافت می کنند و در حالت فزون آمادگی و با پاسخ های شدید اضطرابی با موقعیت های پرتنش را تجربه می کنند و همین یک عامل خطر برای شروع و تداوم نشانه های اضطرابی به خصوص در بیماری های جسمی است، زمانیکه حساسیت نسبت به اضطراب همراه با باورهای تحکیم یافته و به صورت شناخت های آمیخته در می آید می تواند ب پایداری و حتی شدت بیماری های جسمی بیفزاید(محمود پور و برزگر دهج، ۱۳۹۶).با توجه به اهمیت نقش آمیختگی شناختی در بروز اختلالات روانی به ویژه در اختلال های اضطرابی و نقش تعیین کننده حساسیت اضطرابی در استعداد به ابتلا شدن به اضطراب و تداوم آن و درنهایت ارتباط بسیار قوی بین آمیختگی شناختی، حساسیت اضطرابی در بروز اضطراب کرونا، لذا پژوهش حاضر با هدف پیش بینی اضطراب کرونا براساس آمیختگی شناختی و حساسیت اضطرابی در افراد مورد بررسی قرار گرفت.

روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف جزء پژوهش‌های بنیادی و از لحاظ روش از نوع مطالعات همبستگی است .جامعه پژوهش حاضر تمامی زنان و مردان ساکن در شهر بندرعباس در سال ۱۴۰۰ بودند، در این پژوهش ۱۴۴ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند پس از انتخاب نمونه، پرسشنامه ها به صورت آنلاین و در بستر وب طراحی گردید و لینک پرسشنامه از طریق برنامه های اجتماعی خصوصا واتس آپ برای انتخاب شوندگان ارسال شد. شرایط شرکت در پژوهش عبارت بود از : الف- رضایت داوطلب برای شرکت در پژوهش، ب- سکونت در شهر بندرعباس بود . شرایط خروج از پژوهش نیز عبارت بود از : الف- انصراف از ادامه پاسخگویی، ب- پاسخگویی ناقص به پرسشنامه ها. ضمن اجرای تحقیق، در صورت رخداد پیشامدی که ناقض شرایط شرکت در پژوهش بود، همکاری خاتمه یافته تلقی می شد. همچنین داوطلب شرکت در پژوهش مختار بود که در هر مرحله از تحقیق به هر دلیلی از ادامه پاسخ دهی امتناع ورزد.ملاحظات اخلاقی پژوهش از جمله : الف- اصل حریم خصوصی و محرمانگی، که شامل حفظ اطلاعات شرکت کنندگان در پژوهش ب- اصل تحقیق و انتشار در پژوهش که به شرکت کنندگان هدف مطالعه و خطرات احتمالی شرکت در تحقیق شرح داده شد. ج- رضایت آگاهانه که شامل توضیح در خصوص حق ترک شرکت کننده در پژوهش می باشد اطلاع رسانی شد و د- در انتها به شرکت کنندگان توضیح داده شد که تحقیق تحت نظر روانشناس با صلاحیت انجام می گیرد. به منظور تحلیل داده ها از روش های آماری همبسگی پیرسون، تحلیل رگرسیون به روش همزمان استفاده شد. تحلیل های انجام شده با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۲۵ صورت گرفت.

1 Zatel,& Rains

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-10-19]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.24.4]

ابزار سنجش

پرسشنامه اضطراب کرونا[1] (CDAS): این پرسشنامه به عنوان مقیاس سنجش میزان اضطراب کرونا در ایران توسط احمد علی پور و همکاران در سال ۱۳۹۸ تهیه و اعتبار یابی شده است که دارای ۱۸ گویه و ۲ مولفه (شامل ۹ گویه روانی و ۹ گویه جسمانی) می باشد. طیف نمره گذاری این پرسشنامه در یک طیف لیکرت ۴ درجه ای به صورت (هرگز=۰,گاهی اوقات=۱,بیشتراوقات=۲و همیشه =۳) دارای نمرات ۰ تا ۵۴ به عنوان بیشترین و کمترین نمرات می باشد. بررسی ویژگی های روانسنجی این مقیاس، ثبات درونی آن را به روش آلفای کرونباخ بین۰/۷۷ تا ۰/۹۰ نشان داده شد که نشان از روایی بالا بود. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه برای عامل ۰.۸۷ و برای عامل دوم ۰.۸۶ و برای کل پرسشنامه ۰.۹۹ حکایت از پایایی مطلوب این پرسشنامه دارد (علیپور و همکاران، ۱۳۹۸). ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰.۷۸ بود.

پرسشنامه حساسیت اضطرابی[2] (ASI_R): پرسشنامه حساسیت اضطرابی در ابتدا توسط پیترسون و هیلبرونر (۱۹۸۷) با ۱۶ گویه و ۳ عامل ساخته شده بود که بیشتر گویه ها ترس از علائم جسمانی را مورد سنجش قرار می دادند. اما تیلور و کاکس در سال ۱۹۹۸ به نقل از ویتونو دیکون (۲۰۱۲) این پرسشنامه را مورد تجدید نظر قرار دادند و مقیاسی با ۳۶ گویه و ۴ عامل: ترس از نشانه های قلبی و عروقی ، ترس از نشانه های تنفسی، ترس از نشانه های اضطرابی قابل مشاهده و ترس از کنترل شناختی بود را ساختند.این مقیاس در طیف ۵ درجه ای لیکرت قرار گرفته که به صورت خیلی کم (۰) تا خیلی زیاد (۴) نمره گذاری می شود. میزان آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و ۰/۸۶ و ۰/۸۸ و ۰/۹۴ برای ۴ عامل می باشد (ریس،۱۹۹۳)، بررسی ویژگی های روانسنجی این مقیاس، ثبات درونی آن را به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ نشان داده است (ریس، ۱۹۹۳). این پرسشنامه در ایران توسط میر جعفری، گودرزی و محمدی در سال ۱۳۸۶ استاندارد شد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برای کل پرسشنامه بدست آمد و بنابراین این پرسشنامه از پایایی خوبی برخوردار است.(مرادیمنش و همکاران ، ۱۳۸۶). میزان آلفای کرونباخ در این پژوهش برای کل مقیاس ۰/۷۳ بود.

پرسشنامه آمیختگی شناختی[3] (CFQ): این پرسشنامه توسط گیلاندرز و همکاران(۲۰۱۴) جهت سنجش آمیختگی شناختی در ۷ گویه در یک مقیاس ۷ درجه ای از یک تا هفت ساخته شد. بنابراین دامنه نمرات پاسخ دهندگان بین نمرات ۷-۴۹ متغیر می باشد. ضریب آلفای کرونباخ، و روایی آن با استفاده از تحلیل عامل به روش مولفه های اصلی و روایی همگرا و واگر با پرسشنامه پذیرش و عمل اضطراب اجتماعی به ترتیب توسط گیلاندرز و همکاران ۰/۹۳ و ۰/۸۷ بدست آمد (گیلاندرز و همکاران ، ۲۰۱۴). این ابزار در ایران در یک پژوهش استاندارد سازی توسط اکبری و همکاران (۱۳۹۵) ضریب پایایی و روایی همگرا و واگرا با پرسشنامه باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی این مقیاس به ترتیب با آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و ۰/۷۷ اثبات گردید (اکبری و همکاران، ۱۳۹۵). میزان آلفای کرونباخ در این پژوهش برای کل مقیاس ۰/۹۶ بدست آمد.

یافته ها

از لحاظ مشخصات دموگرافی در بین ۱۴۴ نفر شرکت کننده در پژوهش از نظر جنسیتی، ۴۸.۶ درصد (۷۰ نفر) مرد و ۵۱.۴ درصد (۷۴ نفر) زن بودند. همچنین از لحاظ تحصیلات ۹.۷ درصد (۱۴ نفر) تحصیلات زیر دیپلم، ۲۶.۴ درصد (۳۸نفر) دیپلم، ۱۲.۵ درصد (۱۸ نفر) فوق دیپلم، ۳۱.۹ درصد (۴۶ نفر) لیسانس ، ۱۵.۳ درصد (۲۲ نفر) فوق لیسانس، ۴.۲ درصد (۶) نفر تحصیلات دکتری بود. از لحاظ سنی نیز ۲۰.۸ درصد (۳۰ نفر) در محدوده سنی ۱۵تا ۲۵ سال، ۳۴.۸ درصد (۵۰ نفر) در محدوده سنی ۲۶ تا ۳۵ سال ، ۲۷.۷ درصد (۴۰ نفر) در محدوه سنی ۳۶ تا ۴۵ سال و ۱۶.۷ درصد (۲۴ نفر) ۴۶ سال و بالاتر بودند. از لحاظ سنی کمترین میزان سن ۱۵ سال و بالاترین آن نیز ۶۲ سال بود. از لحاظ سطح تحصیلاتی نیز بیشترین تعداد شرکت کنندگان با تحصیلات لیسانس و کمترین نیز با تحصیلات دکتری بود .

1. Corona Anxiety Inventory
2. Anxiety Sensitivity Questionnaire
3. Cognitive integration questionnaire

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-10-19]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.24.4]

جدول۱- میانگین و انحراف معیار و همبستگی متغیرهای پژوهش در کل مشارکت کنندگان

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
آمیختگی شناختی	۷.۷۹	۴.۵۷	۰.۸۳	۰.۸۵
حساسیت اضطرابی	۲۷.۶۵	۲۳.۸۴	۱.۲۵	۱.۱۰
اضطراب کرونا	۱۱.۴۸	۸.۶۰	۰.۶۸	۰.۴۷

جدول ۱میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش مربوط به آمیختگی شناختی ، حساسیت اضطرابی و اضطراب کرونا در کل شرکت کنندگان آمده است. در بین متغیرها حساسیت اضطرابی با میانگین و انحراف استاندارد ۲۷.۶۵ و ۲۳.۴۸، اضطراب کرونا با میانگین و انحراف استاندارد کل، ۱۱.۴۸ و ۸.۶۰ ، آمیختگی شناختی با میانگین و انحراف استاندارد ۷.۷۹ و ۴.۴۵ بیشترین و کمترین میانگین را داشتند. پیش از تحلیل داه ها مفروضه های نرمال بودن، خطی بودن رابطه، یکسانی پراکندگی حول خط رگرسیون، استقلال خطاها و عدم هم خطی بررسی شد که نتایج آن در ادامه بیان می شود .شاخص های کجی و کشیدگی برای بررسی مفروضه های نرمال بودن توزیع مورد بررسی قرار گرفت . چو و بنتلر(۱۹۹۵) نقطه برش ۳± را برای مقدار چولگی مناسب می دانند.برای شاخص کشیدگی نیز به طور کلی مقادیر بیش از ۱۰± در پژوهش چند متغیری مسئله آفرین است (کلاین، ۲۰۱۵). مقادیر به دست آمده برای چولگی و کشیدگی متغیرها حاکی از برقراری مفروضه نرمال بودن است. برای تعیین مفروضه خطی بودن و یکسان بودن پراکندگی حول خط رگرسیون از نمودار پراکنش استفاده شد که این نمودار حاکی از برقراری این مفروضه ها بود. برای تعیین استقلال خطاها از شاخص دوربین - واتسون استفاده شد و چون مقدار به دست آمده آن ۱/۹۷ و بین ۱/۵ و ۲/۵ بود نسبت به برقراری این مفروضه نیز اطمینان حاصل شد .برای بررسی مفروضه های هم خطی از آماره های عامل تورم واریانس و شاخص تحمل استفاده شد که با توجه به اینکه هیچ یک از مقادیر مربوط به شاخص تحمل (۰/۹۷) کمتر از ۰/۰۱ و هیچ یک از مقادیر مربوط به عامل تورم واریانس (۱/۷۳) بیشتر از ۱۰ نیست ، براین اساس می توان نسبت به مفروضه عدم هم خطی نیز اطمینان حاصل کرد.

جدول۲- ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

	۱	۲	۳
۱.آمیختگی شناختی	۱	۰/۵۷**	۰/۶۸**
۲.حساسیت اضطرابی		۱	۰/۷۳**
۳.اضطراب کرونا			۱

** همبستگی معنی دار در سطح ۰.۰۱

همانطور که در جدول ۲ آمده است بین آمیختگی شناختی و اضطراب کرونا رابطه مستقیم وجود دارد و این نشان می دهد با افزایش نمره فرد در آمیختگی شناختی میزان نمره او در اضطراب کرونا افزایش می یابد ($r = ۰/۶۸$ ، $p < ۰/۰۵$). با توجه به جدول ۲ می توان مشاهده کرد که بین حساسیت اضطرابی و اضطراب کرونا رابطه مثبت وجود دارد و این نشان می دهد با فزایش نمره فرد در حساسیت اضطرابی میزان نمره او در اضطراب کرونا افزایش می یابد ($r = ۰/۷۳$ ، $p < ۰/۰۵$). با توجه به معنی دار بودن ضریب همبستگی آمیختگی شناختی و حساسیت اضطرابی با اضطراب کرونا ، برای تعیین نقش پیش بینی آن ها در اضطراب کرونا از رگرسیون چندگانه به روش همزمان استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳- نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان برای تعیین نقش پیش بینی حساسیت اضطرابی و آمیختگی شناختی در اضطراب کرونا

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	B	Std	Beta	T	P	R	R2	F
اضطراب کرونا	حساسیت اضطرابی	۰/۶۱	۰/۱۰۲	۰/۴۲	۰/۲۶	۰.۰۰۱	۰.۶۷	۰/۴۴	۴۴.۸۸***
	آمیختگی شناختی	۰/۶۴	۰/۱۱	۰/۳۵	۴/۳۱	۰.۰۰۱			

* $p < ۰/۰۵$ ، ** $p < ۰/۰۱$ ، *** $p < ۰/۰۰۱$

نتایج جدول ۳ حاکی از آن است که ترکیب متغیرهای پژوهش به طور معنی داری با اضطراب کرونا رابطه دارند و ۰/۴۴ درصد از واریانس آن را تبیین می کنند($p < ۰/۰۵$، $R^2 = ۰/۴۴$) . با توجه به جدول ۳ مشاهده می شود متغیر آمیختگی شناختی ($< ۰/۰۰۱$

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-10-19]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.24.4]

p، ۰/۳۵ = β) پیش بینی معنی داری از اضطراب کرونا ارائه می دهد . در نهایت با توجه به جدول ۳ مشاهده می شود متغیر حساسیت اضطرابی (۰/۰۰۱ > p، ۰/۴۲ = β) پیش بینی معنی داری از اضطراب کرونا ارائه می دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر پیش بینی اضطراب کرونا براساس متغیرهای حساسیت اضطرابی و آمیختگی شناختی بود. یافته های پژوهش نشان داد که بین هر یک از مولفه های حساسیت اضطرابی شامل: ترس از نشانه های قلبی، ترس از نشانه های تنفسی، ترس از واکنش های اضطرابی قابل مشاهده، ترس از کنترل شناختی، همبستگی مثبت و معنی داری وجود دارد، یعنی با افزایش هریک از مولفه های فوق اضطراب کرونا نیز افزایش می یابد. این یافته ها با نتایج پژوهش های وارویک (۲۰۱۵) و مانتر و همکاران (۲۰۱۱) و بنیتز(۲۰۰۹) و فلندر و همکاران (۲۰۰۹) و مکاب و همکاران (۲۰۱۶) همسو بود . در تبیین این یافته می توان گفت از آنجایی که شواهد پژوهشی نشان داده اند سوء تفسیر فاجعه آمیز علایم جسمی، ویژگی اصلی و محوری اضطراب سلامتی است و افراد مبتلا به اختلال اضطراب سلامتی، احساسات جسمی نسبتا بی ضرر خود را فاجعه آمیز تعبیر می کنند که این امر منجر به اضطراب و رفتارهای مقابله ای مرتبط با آن همچون اجتناب، تلاش برای تأیید اطمینان خاطر از دیگران، وارسی اجباری علایم جسمی خود می شود (وارویک[1]، ۲۰۱۵). حساسیت اضطرابی در واقع در برگیرندۀ این اعتقاد است که علایم اضطراب یا برانگیختگی می تواند پیامدهای اجتماعی، فردی ناگواری برای فرد در پی داشته باشند (مانتر[2] و همکاران، ۲۰۱۱). حساسیت اضطرابی در واقع یکی از عوامل مهمی است که با اختلالات اضطرابی ارتباط دارد (بنیتز،۲۰۰۹) و می تواند در به کارگیری سبک های مقابله ای نا کارآمد همچون رفتارهای فرار و اجتناب نقش داشته باشد (فلندر و همکاران ۲۰۰۹). اما اگرچه ثابت شده حساسیت اضطرابی به عنوان یک عامل خطر مبتنی بر صفت برای اختلالات اضطرابی تلقی می شود، شواهد پژوهشی نشان می دهد که این عنصر قابل انعطاف است و درمان شناختی رفتاری می تواند سبب کاهش آن شود (مک کاب ، ۲۰۱۶).

همچنین یافته ها نشان داد که بین آمیختگی شناختی و اضطراب کرونا رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد و آمیختگی شناختی پیش بینی کننده قوی برای اضطراب کرونا می باشد. نتایج این پژوهش با پژوهش های ، گیلاندرز و همکاران(۲۰۱۵) و باردن و فرگوسن (۲۰۱۶) و سلطانی و همکاران (۲۰۱۸) و کرافت و همکاران (۲۰۱۹) و کاسترو، سوارزو و پربرا (۲۰۱۷) و وودی ، وانگ و همکاران (۲۰۱۷) همسو بود. در تبیین یافته ها می توان گفت که آمیختگی شناختی یکی از عامل مهم در بروز آسیب پذیری روانشناختی افراد محسوب می شود (باردن و فرکوس، ۲۰۱۶) و آمیختگی شناختی به صورت مثبت در تبیین اضطراب، پریشانی، (سلطانی و همکاران، ۲۰۱۸؛ کرافت و همکاران ،۲۰۱۹) و استرس نقش دارد. همبستگی قوی و مثبت بین آمیختگی شناختی با عوامل مرتبط اضطراب همچون الگوی فکری منفی تکراری یا نشخوارگری وجود دارد (کاستا و همکاران، ۲۰۱۸). در اضطراب فرد ارزیابی شناختی منفی از خود دارد و عملکرد خود را کمتر از آنچه هست در نظر می‌گیرد و نسبت به احساسات و هیجانات ناخوشایند برخاسته از این افکار منفی آسیب پذیری بیشتر از خود نشان می‌دهد (کاسترو، سوارزر، پریرا، ۲۰۱۷؛ وودی، وانگ و همکاران، ۲۰۱۷). بنابراین آمیختگی شناختی موجب می‌شود که فرد ارزیابی‌های منفی را به عنوان واقعیت های نهایی در نظر بگیرد و به نوعی به آنها بچسبد در نتیجه این شیوه مقابله موجب تداوم و تشدید تنش و اضطراب را به دنبال دارد. همچنین بر اساس آموزه های درمان های شناختی رفتاری از کار فقط افکار هستند که گذرا هستند و به عنوان واقعیت‌های نهایی که پایدار باشند در نظر گرفته نمی‌شود (سگال و همکاران ، ۲۰۱۶). در حالی که آمیختگی شناختی موجب می‌شود که فرد افکار منفی مرتبط با یک موقعیت استرس زا را به عنوان واقعیت های کاملاً واقعی در نظر بگیرد و این طرز تلقی انعطاف ناپذیر و خشک بر احساسات و رفتار فرد به صورت منفی اثر می گذارد (سگال و همکاران ۲۱۶؛ گیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۵).

به طور کلی پژوهش حاضر نشان داد بین مولفه های حساسیت اضطرابی و اضطراب کرونا رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد و مولفه های حساسیت اضطرابی می تواند به عنوان پیش بینی کننده های قوی اضطراب به خصوص اضطراب کرونا و بیماری در افراد باشد. همچنین آمیختگی شناختی نیز با اضطراب کرونا رابطه مستقیم و معنی داری داشت و به عنوان پیش بینی کننده قوی در اضطراب کرونا قلمداد شد و کنترل حساسیت اضطرابی در افراد و تلاش در جهت کاهش آن می تواند در کاهش اضطراب به خصوص اضطراب کرونا نقش اساسی ایفا کند.

1 Warwick,
2 Manter

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-10-19]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.24.4]

مهم ترین محدودیت پژوهش حاضر روش نمونه گیری در دسترس بود. ازجمله محدودیت های دیگر آن می توان به حجم نمونه آماری اشاره کرد که تعمیم پذیری یافته ها را با مشکل مواجه می کند و در نهایت محدودیت دیگر آن روش جمع آوری داده ها می باشد که در بستر وب و از طریق برنامه های اجتماعی صورت پذیرفت. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از شیوه های نمونه گیری تصاودفی و حجم نمونه مناسب استفاده گردد. همچنین پیشنهاد می شود درپژوهش های بعدی از روش های جمع آوری قابل کنترل تر استفاده گردد.

با تشکر از تمامی افرادی که در این پژوهش مارا یاری نمودند. هیچ گونه تعارض منافعی بین نویسندگان مقاله وجود ندارد.

منابع

خوشنویسان، ز، افروز، غ . (۱۳۹۰). رابطه خودکارآمدی با افسردگی، اضطراب و استرس. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۵(۲۰)،۷۳-۸۰.

سلطانی، ا ؛ حسینی، ز و نقی زاده، پ (۱۳۹۷). رابطه اجتناب تجربی و آمیختگی شناختی با اضطراب تعامل اجتماعی در دانشجویان. مجله پزشکی شیراز ۱۹(۶)، ۱-۶.

علی پور, ا؛ قدمی, ا؛ علیپور, ز و عبداله زاده, ح (۱۳۹۸). اعتباریابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS) در نمونه ایرانی .فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت ۸(۳۲)، ۱۶۳ -۱۷۵.

کربلایی محمد میگونی، ا. (۱۳۹۷). نقش میانجی گر افسردگی و اضطراب در رابطه ی بین راهبردهای نشخوار ذهنی و سرکوبی فکر و افکار خودکشی. مطالعات ناتوانی, ۸(۲), ۳۶-۴۸.

محمدی، ن و سجادی نژاد، م. س. (۱۳۸۶). رابطه نگرانی از تصویر بدنی, ترس از ارزیابی منفی و عزت نفس با اضطراب اجتماعی. پژوهش های نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز)،۲(۵)،۵۵-۷۰.

Benítez, C.I.P., Shea, M.T., Raffa, S., Rende, R., Dyck, I.R., Ramsawh, H.J.,& et al. (2009).Anxiety sensitivity as a predictor of the clinical course of panic disorder: a 1- year follow-up study.*journal of Depress Anxiety. , 26(4), 335-42.*

Bardeen, J.R.,& Fergus, T.A.(2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Sciences , 5(1), 1- 6*

Bogoch, I.I., Watts, A., Thomas-Bachli, A., Huber, C., Kraemer, M.U.,& Khan, K. (2020).Pneumonia of unknown aetiology in Wuhan, China: potential for international spread via commercial air travel. *Journal of travel medicine, 27(2), 008.*

Brooks, S.K.,Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N.,& et al.(2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: *rapid review of the evidence The Lancet, 395(10227), 912-920.*

Bassak, N.S., Saeidi, R.,& Mehrabizadeh, H. M.(2014). Examining Threat Perception, cognitive anxiety test, . *Journal of clinical psychology, 17(2).12-21.*

Castro, J., Soares, M.J., Pereira, A.T.,& Macedo, A.(2018). Perfectionism and negative/ positive affect associations: The role of cognitive emotion regulation and perceived distress/coping. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy , 39(23), 77–87*

Costa, J., Pinto, G.J.,& Marôco, J.(2018). The Role of Negative Affect, Rumination, Cognitive Fusion and Mindfulness on Depressive Symptoms in Depressed Outpatients and Normative Individuals. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy , 18(2), 207-220.*

Chen, N., Zhou, M., Dong, X., Qu, J., Gong, F., Han, Y.,& et al.(2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Journal of The Lancet, 395(10223), 507-13.*

Deacon, B.J., Abramowitz, J.S., Woods, CM.,& Tolin, D.F.(2003). The Anxiety Sensitivity Index-Revised: psychometric properties and factor structure in two nonclinical samples.*journal of Behaviour research and therapy, 41(12), 1427-49.*

Feldner, M.T., Zvolensky, M.J., Stickle, T.R., Bonn- Miller, M.O.,& Leen-Feldner, E.W.(2016). Anxiety sensitivity- physical concerns as a moderator of the emotional consequences of emotion suppression during biological challenge: an experimental test using individual growth curve analysis. *Behaviour research and therapy, (2), 249- 72.*

Gillanders, D., Ashleigh, K.S., Margaret, M.,& Kirsten, J. (2015). Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. *Journal of Contextual Behavioral Sciences ,* ٤(٤), ٣١١-٣٠٠.

Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P.E., Campbell, L. & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Journal of Behavior Therapy, 45(1), 83-101.*

Gillanders, D. T., Sinclair, A. K., MacLean, M. & Jardine, K. (2015).Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer.*Journal of Contextual Behavioral Science, 4(4), 300–311.*

Gamaldo, C.E., Shaikh, A. K.,& McArthur, J. C. (2012).The sleep-immunity relationship.*journal of Neurol Clinical. , 30(4),1313-43*

Huang, Y., Zhao.,N.(2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based crosssectional survey. *Journal of Psychiatry, 288 (11),29-54.*

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-10-19]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.24.4]

Hayes, S.C., Wilson, KG., Gifford, E.V, Follette, V.M.,& Strosahl, K.(1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consult Clin Psychology, 64 (6),1152-68.*

Hayes, S.C., Strosahl, K.D.,& Wilson, K.G. (2012).Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change (2nd ed.). *Guilford publications* .

Jalloh, M.F., Li, W., Bunnell, R.E., Ethier, K.A., O'Leary, A., Hageman, K.M.,& et al.(2018). Impact of Ebola experiences and risk perceptions on mental health in Sierra Leone, July 2015. *Journal of global health,3(2), 74-71.*

Jafar, B., Michael, J. Z., Charles, P. B., Anka, A. V., Renee, G., & Norman, B. S. (2014). The Role of Anxiety Sensitivity in the Relationship between Emotional Non-Acceptance and Panic, Social Anxiety, and Depressive Symptoms among Treatment-Seeking Daily Smokers. *International Journal of Cognitive Therapy, 7 (2), 175-191.*

Krafft, J., Haeger, J.A.,& Levin, M.E.(2019). Comparing cognitive fusion and cognitive reappraisal as predictors of college student mental health. *Cognitive Behaviour Therapy, 48(3), 241-252.*

Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N.,& Zhu, T.(2020). The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. *International Journal Environ Res Public Health, 17(6),20-32.*

Mertens, G., Gerritsen, L., Duijndam, S., Salemink, E.,& Engelhard, I.M.(2020). Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *Journal of Anxiety Disorders, 74(2), 102-258.*

Mantar, A., Yemez, B.,& Alkin, T.(2011). Anxiety sensitivity and its importance in psychiatric disorders. Turk psikiyatri dergisi , *Turkish journal of psychiatry,22(3), 187-93.*

MacPherson, P.S, Stewart, S.H.,& McWilliams, L.A.(2001). Parental problem drinking and anxiety disorder symptoms in adult offspring: Examining the mediating role of anxiety sensitivity components.*journal of Addictive Behaviors,26(6),917-34.*

Nowakowski, M.E., Rowa, K., Antony, M.M., & McCabe, R.(2016). Changes in Anxiety Sensitivity Following Group Cognitive-Behavior Therapy for Social Anxiety Disorder and Panic Disorder. *Cognit Ther Res. 40(4), 468-78.*

Peterson, R. A., & Heilbronner, R. L. (1987). The anxiety sensitivity index: Construct validity and factor analytic structure. *Journal of Anxiety Disorders, 1(2), 117-121.*

Qiu J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B.,& Xu, Y. A.(2020). nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *International journal of General psychiatry,33(2).50-51.*

Reuman, L., Buchholz, J.,& Abramowitz, J.S.(2018). Obsessive beliefs, experiential avoidance, and cognitive fusion as predictors of obsessive-compulsive disorder symptom dimensions. *Journal Contextual Behavioral Sciences , 9 . 15-20.*

Reiss, S., Peterson, R.A., Gursky, D.M.,& McNally, R.J. (1989).Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Journal of Behaviour Res Ther. ,24(1),1-8.*

Reuman, L., Buchholz, J.,& Abramowitz, J.S.(2018). Obsessive beliefs, experiential avoidance, and cognitive fusion as predictors of obsessive-compulsive disorder symptom dimensions. *Journal Contextual Behavioral Sciences , 9(16), 1520*

Segal, Z.,& Dinhm, W. L.(2016). Mindfulness-based cognitive therapy for relapse prophylaxis in mood disorders.international *.journal of World Psychiatry , 15(3), 289–291.*

Taylor, S., Jang, K. L., Stewart, S. H., & Stein, M. B. (2008). Etiology of the dimensions of anxiety sensitivity: A behavioral–genetic analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 22(5), 899-914.*

Twohig, M.P., Hayes, S.C.,& Masuda, A.(2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessivecompulsive disorder. *Journal of Behaviour Theratment , 37(1),3-13.*

Warwick, H.M.,& Salkovskis, P.M.(1990). Hypochondriasis. *Behaviour research and therapy, 28(2),105-17. 53.*

Kaczkurkin, A.N., Foa, E.B.(2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence.*journal of Dialogues Clinical Neuroscience, 17(3), 337-46.*

Wang, Z.H., Yang, H.L., Yang, Y.Q., Liu, D., Li, Z.H., Zhang, X.R.,& et al.(2020). Prevalence of anxiety and depression symptom, and the demands for psychological knowledge and interventions in college students during COVID-19 epidemic: A large cross-sectional study. *Journal of Affect Disorders , 275(48), 188-93.*

Wu, D., Wang, K., Wei, D., Chen, Q., Du, X., Yang, J.,& Qiu, J.(2015). Perfectionism mediated the relationship between brain structure variation and negative emotion in a nonclinical sample. *Cognitive Affective & Behavioral Neuroscience , 17(1) , 211–223.*

Wheaton, M. G., Deacon, B. J., McGrath, P. B., Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2012). Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: Evaluation of the ASI-3. *Journal of Anxiety Disorders, 26(3), 401-408.*

Zhao, X., Lan, M., Li, H.,& Yang, J.(2020). Perceived stress and sleep quality among the non-diseased general public in China during the coronavirus disease: a moderated mediation model.*journal of Sleep Medician. 21(4), 30-37.*

Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., et al.(2019). A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China,*journal of clim psychology. 382(8),727-73.*

Zettle, R.D., Rains, J.C.(1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology, 45(3), 438-45.*

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-10-19]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.24.4]