



A Comparison of the Effectiveness of ACT and ER on Health Anxiety and CER of Recovered Covid-19 Patients

Nasrin Zamani Zad¹; Esmail Soleymani*²; Ali Esazadeghan³

Abstract

The purpose of this study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and emotional regulation (ER) on health anxiety and cognitive-emotional representations (CER) of recovered Covid-19 patients. The research method was a semi-experimental pre-test-post-test type with a control group. The research population included all those infected with the Covid-19 who visited health centers. By convenience sampling 75 of these people were selected, replaced randomly assignment in the experiment and control groups. The test of health anxiety and CER was performed in the pre-test and then, the ACT and ER was implemented in 8 sessions of 60 minutes (online). The obtained data were analyzed through the multivariate covariance test. The use of ACT had an effect on health anxiety in the post-test stage, but on reducing the perception of illness in the post-test stage, the test had no effect. ER had an effect on both of them. It seems that the ER had a more effective result than the Act and it can be used in health and clinical centers to improve these patients.




Keywords: Act, cognitive-emotional representations, Covid-19, emotion, health anxiety

¹ Ph.D. candidate of psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran.

² Corresponding Author: Assistance professor of psychology, Department of psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran soleymany.psy@gmail.com

³ Professor of psychology, Department of psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran

مقایسه اثربخشی دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تنظیم هیجان بر اضطراب سلامت و بازنمایی‌های شناختی-هیجانی بهبود یافته کرونا بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کله مبتلایان به کرونا بود که به مراکز درمانی مراجعه کردند. از این تعداد ۷۵ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به روش تخصیص تصادفی در گروه‌های آزمایش و یک کنترل جایگزین شدند. آزمون اضطراب سلامت و بازنمایی‌های شناختی-هیجانی در پیش آزمون انجام شد. سپس هر دو روش درمانی در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بصورت گروهی و آنلاین اجرا شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد استفاده از آموزش اکت در مرحله پس آزمون بر اضطراب سلامتی تأثیر داشت، اما در مرحله پس آزمون بر کاهش بازنمایی‌های شناختی-هیجانی تأثیری نشان نداد. آموزش تنظیم هیجان بر کاهش بازنمایی‌های شناختی-هیجانی، اضطراب سلامتی در مرحله پس آزمون تأثیر داشت. به نظر می‌رسد که تنظیم هیجان نتیجه موثرتری نسبت به اکت داشته باشد و می‌تواند در مراکز سلامت و بالینی جهت بهبود این بیماران استفاده گردد.

نسرین زمانی زاد^۱ , اسماعیل سلیمانی^{۲*} , علی عیسی زادگان^۳ 

چکیده

هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تنظیم هیجان بر اضطراب سلامت و بازنمایی‌های شناختی-هیجانی بیماران بهبود یافته کرونا بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کله مبتلایان به کرونا بود که به مراکز درمانی مراجعه کردند. از این تعداد ۷۵ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به روش تخصیص تصادفی در گروه‌های آزمایش و یک کنترل جایگزین شدند. آزمون اضطراب سلامت و بازنمایی‌های شناختی-هیجانی در پیش آزمون انجام شد. سپس هر دو روش درمانی در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بصورت گروهی و آنلاین اجرا شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد استفاده از آموزش اکت در مرحله پس آزمون بر اضطراب سلامتی تأثیر داشت، اما در مرحله پس آزمون بر کاهش بازنمایی‌های شناختی-هیجانی تأثیری نشان نداد. آموزش تنظیم هیجان بر کاهش بازنمایی‌های شناختی-هیجانی، اضطراب سلامتی در مرحله پس آزمون تأثیر داشت. به نظر می‌رسد که تنظیم هیجان نتیجه موثرتری نسبت به اکت داشته باشد و می‌تواند در مراکز سلامت و بالینی جهت بهبود این بیماران استفاده گردد.

کلیدواژه‌ها: اکت، اضطراب سلامت، بازنمایی‌های شناختی-هیجانی، تنظیم هیجان، ویروس کرونا

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ نویسنده مسئول: دانشیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران soleymany.psy@gmail.com

^۳ استاد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

مقدمه

با شیوع بیماری کرونا در جهان، سلامت جسمی و روانی افراد تحت تاثیر این بیماری قرار گرفت و منجر به بروز اختلالات روانی در حوزه سلامت روان شد که شایع ترین آنها اضطراب است (راجرز^۱ و همکاران، ۲۰۲۰) که ناشی از نگرانی افراد در مورد تهدیداتی است که از جانب بیماری متوجه سلامتی فرد می شود (آسموندسون و تیلور^۲، ۲۰۲۰؛ تیلور، ۲۰۱۹) و با علایمی نظیر افزایش ضربان قلب، افزایش میزان تنفس، درد قفسه سینه، تنگی نفس، احساس گرما، مشکلات گوارشی، خستگی و در مواردی درد عضلانی ظاهر می شود و به اصطلاح با عنوان اختلال اضطراب سلامت^۳ شناخته می شود (آسموندسون و تیلور، ۲۰۲۰). این اضطراب ناشی از باورهای ناکارآمد در مورد وضعیت سلامتی و احتمال بروز بیماری است که اثر مهمی در انجام فعالیت‌های مرتبط با پیشگیری از بیماری دارد (فتح آبادی و همکاران، ۱۳۹۸). در واقع باورها تعیین کننده نحوه تفسیر و معنی دادن به رویدادها و تنظیم کننده کیفیت و کمیت رفتارها و عواطف هستند (خانی و همکاران، ۱۳۹۷).

در مطالعاتی که بر روی بازنمایی‌های ادراکی از بیماری^۴ مدل خود تنظیمی لونتال هوارد^۵ (۱۹۸۰) انجام شده است، نتایج حاکی از آن بوده‌اند که آدم‌ها در شرایط بیماری، تجارب خود را حول پنج عنصر شکل می دهند: ۱- هویت بیمار: شامل برچسب یا نامی است که فرد برای توصیف بیماری خود و علایمی ناشی از آن، به کار می برد. ۲- علت بیماری: باورهای اختصاصی هر فرد درباره علت درک شده بیماری که به لحاظ پزشکی ممکن است به طور کامل صحیح نباشند. ۳- سیر بیماری: باورهای پیشبینانه در این باره که بیماری چه مدت طول خواهد کشید، پیشرونده است یا ثابت. ۴- پیامدها: باورهای فرد در مورد اینکه پیامدهای بیماری یا تأثیر آن بر زندگی، جسم، روابط اجتماعی و اهداف و آرزوهای او چگونه خواهد بود و ۵- درمان/ کنترل پذیری بیماری: عقایدی درباره اینکه آیا خود فرد یا مراجع درمانی می توانند تأثیری بر بیماری او، دوره آن یا علائم اش داشته باشند. بنابراین شیوه معمول در درمان اضطراب می تواند متکی بر تغییر و اصلاح باورها و ادراک و رفتار بیماران باشد که نمونه آن در شیوه درمانی "انعطاف پذیری روانی" متجلی می باشد.

مطالعات نشان داده‌اند انعطاف پذیری روان شناختی، اثرات مخرب کووید-۱۹ بر سلامت روان را تسکین می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک نمونه از درمان مبتنی بر انعطاف پذیری روان شناختی است که اساس آن، پذیرش درد جسمی و روانی بعنوان بخشی از زندگی طبیعی است. پذیرش درد و رنج اولین گام انعطاف پذیری روان شناختی است. بنابراین، هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف پذیری روان شناختی بیماران در مورد افکار، احساسات و رفتارها می باشد و به دنبال افزایش تاب‌آوری و ایجاد زندگی هدفمند و مبتنی بر ارزش در افراد است.

از جمله دیگر مدل‌هایی که در درمان اضطراب به کار می روند، آموزش تنظیم هیجان‌ها است که طی شیوع بیماری کرونا مورد توجه قرار گرفت. با شیوع این بیماری به علت ناشناخته بودن، انتقال سریع، میزان ابتلای بالا، شکست در درمان و

1. Rogers
2. Asmundson, & Taylor
3. Health Anxiety
4. Illness Representation
5. Leventhal Hward

مرگ، بسیاری از مردم جهان هیجان های گوناگونی را تجربه کردند و توانایی تصمیم گیری درست در شرایط همه گیری را از دست دادند که راهبردهای تنظیم هیجان توانست تا حدودی تاثیر بیماری کرونا را بر سلامت روان تعدیل کند (کارا و گوک^۱، ۲۰۲۰) و مدل گراس بعنوان یکی از مداخلات درمانی در زمینه آموزش تنظیم هیجان مورد استقبال واقع شود. این مدل شامل پنج مرحله بوده و هر مرحله شامل یک سری راهبردهای سازگار و یک سری راهبردهای ناسازگار است و هدف غایی مدل کاهش یا اصلاح راهبرد های ناسازگار و یادگیری راهبردهای سازگار است. تنظیم هیجان به افراد در کاهش، افزایش و حفظ مؤلفه های هیجانی کمک می کند و در صورت بروز شرایط تنش آور و بحرانی مانند شیوع کووید-۱۹، این مهارت در کاهش شدت هیجان های منفی نقش بسزایی ایفا می کند (پریخیدکو^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). در همه گیری کووید-۱۹ نیز راهبردهای تنظیم هیجان در ابتلا به افسردگی، اضطراب و استرس در افراد نقش مهمی ایفا می کند (سوقوتلو^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). بررسی های صورت گرفته طی شیوع کرونا نشان داده است افرادی که دارای خودسرزنجشی، نشخوار فکری و عدم پذیرش هستند، اضطراب و افسردگی بالایی را تجربه می کنند (وانگ^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). در مقابل، افرادی که از تنظیم هیجان سازگاران، مانند ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی به صورت مثبت استفاده می کردند از سلامت روان شناختی و جسمانی بهتری برخوردار بودند (داویش و کیسلوا^۵، ۲۰۲۰). از طرفی دیگر، بررسی های انجام شده نشان داد نگرانی و ترس از مبتلا شدن به کووید-۱۹ باعث افزایش اضطراب سلامت در افراد می شود. در این بین تنظیم هیجان می تواند این اضطراب را تعدیل نماید (مونوز ناوارو^۶ و همکاران، ۲۰۲۱).

مطالعات موید اثربخشی آموزش تنظیم هیجان در خصوص مشکلات روان شناختی است. مطالعه ناصری نیا و برجعلی (۱۳۹۹) نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان موجب بهبود علائم وسواس و کاهش اضطراب در افراد گروه آزمایش شد؛ و در نهایت درمان متمرکز بر هیجان تلویحات کاربردی مفیدی در بهبود علائم روان شناختی بیماران مبتلا به کرونا دارد. زارعی و تکلوی (۱۴۰۱) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که مداخله تنظیم هیجان به طور معناداری موجب کاهش اضطراب سلامت در افراد مورد مطالعه شده است.

مطالعات درحوزه ویروس کووید-۱۹ و بویژه درخصوص مداخلات درمانی روان شناختی برای کاهش اضطراب ناشی از آن برای بهبود یافتگان این بیماری بسیار کم می باشد. با توجه به اهمیت بالای سلامت روان جامعه و افزایش توانایی مهارت های مقابله با شرایط استرس زا، استفاده از دو شیوه درمانی تنظیم هیجان و درمان مبتنی بر انعطاف پذیری روانی، مورد توجه کارشناسان حوزه سلامت روان می باشد و بیان نقاط قوت و ضعف هر کدام از روش ها نسبت به دیگری می تواند کارشناسان را در انتخاب شیوه مداخله یاری کند. لذا هدف از مطالعه حاضر مقایسه اثر بخشی تنظیم هیجان مدل گراس و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان اضطراب سلامت در بهبود یافتگان بیماری کرونا بود.

1. Kara, & Gök
2. Prikhidko
3. Sögütlü
4. Wang
5. Dovbysh, Kiseleva
6. Muñoz-Navarro

۵۲..... مقایسه اثربخشی دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تنظیم هیجان بر اضطراب سلامت و...

فرضیات: آموزش تنظیم هیجان بر اضطراب سلامت و بازنمایی های شناختی - هیجانی تاثیر دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامت و بازنمایی های شناختی - هیجانی تاثیر دارد. و پژوهش در پی پاسخ به این سوال می باشد که اثر بخشی کدامیک از این دو روش درمان بر اضطراب سلامت و بازنمایی شناختی - هیجانی بیشتر است.

روش پژوهش

روش پژوهش مطالعه حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بهبود یافتگان بیماری کرونا مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهرستان تبریز در بازه زمانی اردیبهشت تا تیر ماه سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند که تعداد آنها ۶۶۰ نفر بودند. نمونه مطالعه حاضر شامل ۷۵ نفر (۲۵ نفر برای هر گروه) از بین جامعه آماری با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تخصیص تصادفی (با روش فهرست تصادفی اعداد) در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند که در نهایت به دلایل ریزش و افت نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر شرکت کننده باقی ماند. مشارکت کنندگان، بیماران مبتلا به کرونا بودند که حداقل یک ماه از بهبودی آنها گذشته بود و تحت درمان دارویی (رمدسیویر، دفاویپیراویر، توسیلیزوماب و...) بوده و از طریق مصاحبه بالینی توسط پژوهشگر، افرادی که دارای علائم افسردگی و اضطراب بودند گزینش شدند.

معیارهای ورود به مطالعه: بهبود یافتگان بیماری کرونا، شرکت نکردن در جلسات روان درمانی دیگر، نداشتن اختلال خاص روانی بر اساس مصاحبه تخصصی توسط متخصص روان شناسی، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، تمایل به شرکت در مطالعه. معیارهای خروج: ادامه ندادن جلسات درمانی، غیبت دو جلسه متوالی.

ابزارها

پرسشنامه ادراک بیماری^۲ (IPQ-R): این پرسشنامه نسخه خلاصه شده ادراک بیماری است که فرم کوتاه آن تمام ابعاد شناختی مطرح شده در نظریه خود نظم - بخشی لونتال شامل (پیامدها، خط زمان، کنترل شخصی، کنترل درمان، هویت، نگرانی، پاسخ عاطفی و علت بیماری) را پوشش می دهد. از پرسشنامه ادراک بیماری که برای سنجش ابعاد بسط یافته مدل لونتال ساخته شده است (ماس ماریس^۳ و همکاران، ۲۰۰۲)، برای سنجش بازنمایی های ادراکی هفتگانه از بیماری (بخش شناختی) و همچنین بازنمایی های عاطفی از بیماری استفاده شد. هر کدام از ابعاد این پرسشنامه به استثنای گویه ۹ در یک درجه بندی بین صفر تا ده پاسخ داده می شود. گویه ۹ این مقیاس باز پاسخ است و به دیدگاه بیمار درباره علل بیماری وی مربوط می شود. نمره کلی ادراک بیماری، از مجموع زیر مقیاس های پیامد، خط زمان، هویت، نگرانی، پاسخ عاطفی با معکوس زیر مقیاس های کنترل شخصی، کنترل درمان و شناخت بیماری به دست می آید که نشان دهنده درجه ای است که بیماران، بیماری خود را به عنوان عامل تهدیدکننده یا خوشخیم تلقی می کنند. کمترین نمره در این

1. www.tbzmed.ac.ir
2. Illness Perception Questionnaire
3. Moss-Morris

مقیاس صفر و بیشترین نمره نود است. آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای سئوالات مختلف ۰/۴۲ - ۰/۷۵ گزارش شده است. برای تعیین ضریب روایی خرده مقیاس کنترل شخصی از پرسشنامه خود اثربخشی ویژه بیماران مبتلابه دیابت استفاده شد ($p < ۰/۰۰۱$ ، $r = ۰/۶۱$) (برودبنت^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). روایی سازه این پرسشنامه با مقیاس نسخه ایرانی پرسشنامه اصلاح شده ادراک بیماری روی یک نمونه ۶۲ نفری بیماران قلبی آزمون شد که ضریب همبستگی بین این دو پرسشنامه ۰/۷۱ بوده است. روایی همزمان مقیاس با پرسشنامه ادراک بیماری تجدید نظر شده در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به آسم، دیابت و بیماران کلیوی، نشان دهنده همبستگی زیر مقیاس‌ها از ۰/۳۲ تا ۰/۶۳ است (بزازیان و همکاران، ۱۳۸۹). آلفای کرونباخ مقیاس در این پژوهش ۰/۷۰ به دست آمد.

پرسشنامه اضطراب سلامت (F-SHAI²): توسط سالکوسکیس^۳ و همکاران (۲۰۰۲) ساخته شد. این ابزار، یک آزمون خودگزارشی با ۱۸ گویه است که در رابطه با هر یک از عبارات مذکور، چهار گزینه مطرح است. از آزمودنی خواسته می‌شود که هریک از گویه‌ها را به دقت بخواند و گویه‌ای که به بهترین وجه، وضعیت او را طی شش ماه اخیر در رابطه با نگرانی‌های مرتبط با سلامت، نشان می‌دهد، انتخاب نماید. این پرسشنامه، سه عامل نگرانی کلی سلامت^۴ (۷ گویه)، ابتلا به بیماری^۵ (۶ گویه) و پیامدهای بیماری^۶ (۵ گویه) را می‌سنجد. دامنه نمرات این آزمون بین صفر و ۵۴ بوده و نمرات بالاتر بیانگر اضطراب سلامت بیشتر است. سالکوسکیس و همکاران، اعتبار آزمون-بازآزمون این پرسشنامه را ۰/۹۰ و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ گزارش کردند. آبرامویتز^۷ و همکاران (۲۰۰۶) با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی فرم کوتاه اضطراب سلامت را بررسی کردند. ضریب همبستگی روایی همگرا فرم کوتاه اضطراب سلامت با مقیاس نگرش بیماری^۸، سنج حساسیت اضطرابی^۹، پرسشنامه عدم تحمل ابهام^{۱۰} و اضطراب بک را به ترتیب ۰/۶۳، ۰/۵۶، ۰/۴۱ و ۰/۴۲ بیان می‌کنند. در ایران نیز نرگسی و همکاران (۱۳۹۶)، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۷۵ و برای خرده مقیاس‌های نگرانی کلی سلامتی، ابتلا به بیماری و پیامدهای بیماری به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۵۹ و ۰/۷۰ به دست آوردند. همچنین روایی سازه این پرسشنامه با تحلیل عامل تاییدی شامل سه عامل ابتلا به بیماری، پیامدهای بیماری و نگرانی کلی سلامتی می‌باشد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۷۳ برآورد گردید.

1. Broadbent
2. Farsi-Short form of Health Anxiety Inventory
3. Salkovskis
4. General Health Concern
5. Getting a Disease
6. Consequences of the Disease
7. Abramowitz
8. Illness Attitude Scale
9. Anxiety Sensitivity Index
10. Intolerance for Uncertainty Scale

۵۴..... مقایسه اثربخشی دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تنظیم هیجان بر اضطراب سلامت و...

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱: بعد از اجرای پیش آزمون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس نظریه استیون هیز (۱۹۸۶) دو بار در هفته بصورت آنلاین و گروهی در ۸ جلسه برای گروه آزمایش اول برگزار گردید. تغییری در اصل کار داده نشده و طبق پروتکل اجرا شده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) مبتنی بر نظریه استیون هیز (۱۹۸۶)

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار	تکالیف منزل
اول	برقراری رابطه درمانی	آموزش مبتنی بر آگاهی	ارتقا آگاهی هیجانی	ذهن آگاهی
دوم	بررسی درماندگی خلاق نسبت به درمان های گذشته	آموزش استعاره و پرسش	یافتن ارزشها	مشخص نمودن اهداف و ارزشها، تمرینات رویارویی
سوم	پذیرش، ارزشها، تکالیف	آموزش پذیرش	بررسی سطح خلق	ادامه تمرینات ذهن آگاهی و مواجهه، مقابله با افکار و خاطرات ناخوشایند
چهارم	شفاف سازی ارزشها	بررسی موانع، تعیین اهداف و معرفی عمل متعهدانه	تکمیل فرم مسیر ارزشمند بررسی اجتناب ها	آگاهی از حس ها و تمرکز بر فعالیت های ذهنی، بدنی و هیجانها
پنجم	مرور تکالیف، گسستگی از تهدیدها	آموزش گسستگی پیوستگی	رویارویی با مسئله	یادداشت اهداف مرتبط با ارزشها، تمرین
ششم	خود مشاهده گری	صحبت درباره رضایت از زندگی	تنظیم هیجانها	تمرینات تنظیم هیجان، ذهن آگاهی، تمرین
هفتم	رنج اولیه و ثانویه، تعهد و موانع شکل گیری رضایت	گفتگو درباره ارزش ها	ثبات در ارزشها	ادامه تمرینات شفاف سازی و تلاش برای پایداری ارزشها
هشتم	شفاف سازی ارزش ها	پیشگیری، پذیرش تجارب و ایجاد انگیزه	تکلیف مادام العمر	مرور تکالیف و جمع بندی

درمان تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس^۲: در این پژوهش آموزش تنظیم هیجان بر اساس مدل گراس (۲۰۰۲) مبتنی بر پروتکل ارائه شده توسط گراس، طی ۸ جلسه یک ساعته آنلاین روی گروه آزمایش دوم و دریافت کننده مهارت تنظیم هیجان اجرا و در هر جلسه تکالیف جلسات قبلی مرور شد. تغییری در اصل کار داده نشده و طبق پروتکل اجرا شده است.

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات آموزش تنظیم هیجان مدل گراس (۲۰۰۲)

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار	تکالیف منزل
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا کردن افراد با موضوع	معارفه، آشنایی با اهداف جلسات درمانی برقراری ارتباط بهینه با شامل توضیح قوانین گروه برقراری ارتباط با اعضا و ارائه برنامه زمانبندی جلسات و اجرای پیش آزمون	برقراری ارتباط بهینه با اعضا و آشناس	مشخص کردن اهداف خود از شرکت در گروه

1. Acceptance and Commitment Therapy
2. Emotion Regulation Based on Gross Theory

دوم	انتخاب موقعیت	شناسایی هیجان و موقعیت های برانگیزاننده از طریق آموزش، تفاوت عملکرد انواع هیجانها، ابعاد گوناگون هیجان مشکل ساز، اثر کوتاه و بلند مدت آنها	شناسایی هیجان و موقعیت های توانایی تشخیص طبیعی و درک گزارش بیان هیجان های رخدادهای برانگیزاننده و تمییز در موقعیت های برانگیزاننده
سوم	مهارت های هیجانی اعضا	مطرح کردن عملکرد هیجانها در فرایند ساگاری انسان و فواید آنها، نقش هیجان ها در برقراری ارتباط با دیگران و تاثیر گذاری روی آنها	توانایی خودارزیابی جهت شناختن تجارب خود و راهبردهای خود تنظیمی
چهارم	اصلاح موقعیت و هدف حل مسئله و مهارت های بین فردی	ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده، جلوگیری از انزوا و اجتناب	به کارگیری راهبرد حل مسئله و گفتگو، اظهار آموزش وجود و حل تعارض اصلاح موقعیت
پنجم	گسترش توجه و آموزش توجه	بررسی تکالیف، تغییر توجه، توقف نشخوار	به کارگیری مهارت توجه
ششم	ارزیابی شناختی، آموزش راهبرد بازاریابی	تغییر ارزیابی های شناختی، شناسایی ارزیابی های غلط و اثرات آنها روی حالتهای هیجانی	تشخیص پی بردن به پردازش ذهنی در تولید، نگهداری، افزایش و کاهش پاسخ های هیجانی
هفتم	تعديل پاسخ، ابراز و تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس	تغییر پیامد های رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان مواجهه، اصلاح رفتار از طریق تقویت کننده های محیطی	تمرین ابراز هیجانی با توانایی شناسایی راهبرد بازاریابی و بررسی پیامدهای هیجانی آن
هشتم	ارزیابی و کاربرد	رفع موانع کاربرد آموزش ها، اهداف فردی، رفع موانع انجام تکالیف، جمع بندی کلی، اجرای پس آزمون	توانایی به کارگیری مهارت های آموخته شده در محیط های طبیعی خارج از جلسه

روش اجرا

جهت اجرای پژوهش بعد از کسب مجوز و دریافت کد اخلاق از دانشگاه ارومیه و انتخاب نمونه آماری و جایگزینی آنها در گروه های آزمایشی و کنترل، از افراد شرکت کننده درخواست شد به پرسشنامه های پیش آزمون شامل اضطراب سلامت و بازنمایی های شناختی - هیجانی بصورت مجازی و از طریق ایمیل و... پاسخ دهند. هماهنگی جلسات و آموزش های لازم در خصوص نحوه اجرای پژوهش در گروهی که در شبکه اجتماعی واتساپ تشکیل شده بود انجام می گرفت. سپس جلسات درمانی و آموزشی در ۸ جلسه گروهی بصورت هفتگی و هر هفته دو جلسه بصورت آنلاین (به علت شرایط کرونایی) و از طریق پلتفرم اسکای روم^۱ برگزار شد و استاد راهنما به عنوان ناظر مشارکت داشتند (عدم وجود مشاور). برای گروه کنترل نیز جلسات درمانی کوتاه بعد از اتمام پژوهش برگزار شد.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که افراد شرکت کننده از لحاظ بازه سنی بین ۱۹ تا ۳۶ سال قرار داشتند که میانگین سنی آنها برابر با ۲۷/۵ سال و بیشترین تعداد افراد در مردان و زنان مربوط به گروه سنی ۲۶-۳۵ بود (۵۳٪ زن ۴۷٪ مرد). از نظر تحصیلات بیشترین درصد (۶۶٪) مربوط به کارشناسی و کمترین درصد (۴/۸٪) به دکتری اختصاص داشت. ۲۵ نفر مجرد و ۲۰ نفر متأهل بودند. در ادامه آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) نمرات اضطراب سلامت و بازنمایی های شناختی- هیجانی گروه های آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون به همراه تفاوت میانگین در هر گروه در جدول شماره ۳ ارائه شده است. مقایسه نمرات با حد بهنجار نمرات در آزمون مربوطه در مرحله پیش آزمون اضطراب سلامت از حد متوسط (۲۸) بسیار بالاتر بودند اما در مورد بازنمایی های شناختی- هیجانی (۴۵) شناخت متوسط از بیماری داشتند.

جدول ۳. آماره‌های توصیفی اضطراب سلامت و بازنمایی‌های شناختی- هیجانی در پیش آزمون و پس آزمون

گروه	پیش آزمون بازنمایی		پس آزمون اضطراب		پس آزمون اضطراب		پیش آزمون بازنمایی		تفاوت میانگین
	های شناختی- هیجانی		سلامت		سلامت		های شناختی- هیجانی		
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
اکت	۵۳/۵۳	۵/۱۳	۴۳/۵۳	۳/۸۷	۱۰/۰۰	۴۵/۵۳	۶/۰۹	۲۰/۶۶	۲۴/۸۶
هیجان	۵۴/۶۰	۶/۱۳	۴۲/۳۳	۴/۸۳	۱۲/۲۶	۴۴/۶۰	۷/۹۱	۲۴/۰۰	۲۰/۶۰
کنترل	۵۲/۴۶	۷/۵۷	۴۷/۸۶	۹/۵۱	۴/۶۰	۴۰/۶۰	۶/۲۸	۳۶/۸۰	۳/۸۰

برای تحلیل استنباطی نتایج از تحلیل کوواریانس استفاده شد. از این رو ابتدا پیش فرض های تحلیل کوواریانس بررسی شد. از آزمون ام باکس جهت بررسی فرض یکسانی ماتریس کوواریانس استفاده شد که نتایج نشان می‌دهد مفروضه همسانی همبستگی بین متغیرهای وابسته برقرار است. نتایج آزمونهای کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که توزیع نمرات بیماران دو گروه مداخله و کنترل هم پیش از درمان و هم پس از درمان در مقیاس بازنمایی های شناختی- هیجانی و اضطراب سلامت نرمال است (سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ است). بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات تایید شد. برای بررسی همسانی واریانس ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان داد در مرحله پس آزمون ($F=۰/۶۴$ Sig= $۰/۴۳$) بازنمایی های شناختی- هیجانی و و پس آزمون ($F=۲/۸۹$ Sig= $۰/۱۰$) اضطراب سلامت پیش فرض برابری واریانس ها مورد تایید است. همچنین از سطح معنی داری تعامل گروه و پیش آزمون ها برای بررسی همگنی شیب رگرسیون استفاده شد که با توجه به نتایج مفروضه‌های همگنی شیب رگرسیون رد نشد. با تایید مفروضه‌های فوق، امکان تحلیل کوواریانس فراهم شد. در جدول شماره ۴ نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تاثیر مداخله بر روی بازنمایی های شناختی- هیجانی و در جدول شماره ۵ نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تاثیر مداخله بر روی اضطراب سلامت ارائه شده است. با توجه به نتایج جداول ۴ و ۵ تاثیر

مداخله بر بازنمایی های شناختی- هیجانی و همچنین بر اضطراب سلامت معنی دار است. به عبارت دیگر هر دو روش تنظیم هیجان و اکت بر متغیرهای بازنمایی های شناختی- هیجانی و اضطراب سلامت تاثیر داشته است. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان اکت و تنظیم هیجان بر متغیرهای وابسته اضطراب سلامت و بازنمایی های شناختی- هیجانی مورد تایید قرار می گیرد.

جدول ۴. تحلیل کوواریانس تاثیر مداخله بر بازنمایی شناختی هیجانی

متغیر	مجموع مربعات	درجه آزادی	آماره F	P-value
عرض از مبدا	۴/۶۸	۱	۰/۲۵	۰/۶۲
گروه	۴۰۵/۳۹	۲	۱۰/۷۹	<۰/۰۰۱

جدول ۵. تحلیل کوواریانس تاثیر مداخله بر اضطراب سلامت

متغیر	مجموع مربعات	درجه آزادی	آماره F	P-value
عرض از مبدا	۴۷/۶۲	۱	۳/۱۶	۰/۰۸
گروه	۲۵۷۲/۰۳	۲	۸۵/۳۶	<۰/۰۰۱

به منظور بررسی این نکته که کدام یک از دو روش بر متغیرهای وابسته اثربخشی بیشتری داشته و آیا تفاوت برآمده از تاثیر دو روش از لحاظ آماری معنادار است؟ از آزمون تعقیبی فیشر (LSD) استفاده شده است. نتایج حاصل نشان داد که بین گروه های آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. بین دو روش درمانی اکت و تنظیم هیجان تفاوت معنی داری قابل مشاهده است ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس بر اضطراب سلامت و بازنمایی های شناختی - هیجانی در بهبود یافتگان کووید-۱۹ انجام گرفت. یافته ها با مطالعات پیشین؛ فتح آبادی و همکاران (۱۳۹۸)، خانی و همکاران (۱۳۹۷)، کارا و گوک (۲۰۲۰)، ناصری نیا و برجعلی (۱۳۹۹)، زارعی و تکلوی (۱۴۰۱)، همسو می باشد.

بر اساس نظریه استیون هیز، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانی رفتاری شناختی است که از مهارت های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روان شناختی استفاده می کند. همچنین روش مداخله ای منعطف روان شناختی است. منظور از انعطاف پذیری روان شناختی افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه شان در زمان حال و براساس آنچه در آن لحظه برای آنها امکان پذیر است، می باشد، تا بخواهند به شیوه ای عمل نمایند که منطبق با ارزش های انتخاب شده شان باشد. در این روش درمانی، تمرین های تعهد رفتاری به همراه تکنیک های گسلش و پذیرش و نیز بحث های مفصل پیرامون ارزشها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش ها همگی منجر به کاهش شدید افسردگی و اضطراب می

۵۸..... مقایسه اثربخشی دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تنظیم هیجان بر اضطراب سلامت و...

شود (فتح آبادی و همکاران، ۱۳۹۷). به عقیده ناصری نیا و برجعلی (۱۳۹۹) در این روش بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی تاکید می‌شود. به این دلیل که به آن‌ها کمک شود تا افکار آزار دهنده شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی شان آگاه شوند و به جای پاسخ دادن به آن، به آنچه در زندگی برای شان مهم و در راستای ارزش هایشان است، بپردازند. در اینجا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. در واقع فرآیندهای مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به افراد آموزش داد، چگونه عقیده بازدارنده فکر را رها کنند، از افکار آزار دهنده رهایی یابند، به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش هایشان را تصریح کنند و به آن‌ها بپردازند. در این روش درمان سعی شد به شرکت کنندگان آموزش داده شود که احساساتشان را بپذیرند، تا این که از آن‌ها فاصله بگیرند و به افکار و فرآیند تفکرشان بوسیله ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آنها را در جهت فعالیت‌های هدف محور پیوند دهند.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد رویکرد تعهد و پذیرش بر بازنمایی های هیجانی و شناختی این بیماران تاثیر مثبتی دارد. یافته‌های پژوهش‌ها نشان داده است که باورهای بیماران به شدیدتر بودن پیامدهای بیماری، طولانی تر شدن زمان بیماری، کنترل شخصی ضعیف تر روی بیماری، شدیدتر بودن علائم بیماری و همچنین نگرانی بیشتر درباره بیماری و واکنش عاطفی شدیدتر، با کیفیت زندگی کمتری همراه است (فتح آبادی و همکاران، ۱۳۹۸). به عقیده آنها (فتح آبادی و همکاران) تمایل به تجربه عواطف منفی و قرار گرفتن در معرض این احساسات ناخوشایند، مشخص کردن ارزش‌ها و ارتباط دادن رفتار با ارزش‌ها و اهداف شخصی، ادراک از بیماری را بهبود بخشیده است. با توجه به تأثیر عمیق بازنمایی های شناختی - هیجانی در بهبود وضعیت بالینی بیماران کرونایی، از تلویحات مهم بالینی این نکته است که برای تأثیرگذاری بهتر درمان های بیولوژیک در بیماران، توجه به ادراک صحیح بیماران از وضعیت بیماری خود، روند بهبود بیماران را تسریع می‌کند.

در ارتباط با فرضیه اثربخشی تنظیم هیجان می‌توان چنین تبیین نمود، افرادی که طی شیوع کووید-۱۹ هیجانانگیز خود را مدیریت و کنترل می‌کنند از سلامت روان بهتری برخوردارند. هنگامی که فرد با یک موقعیت هیجانی رو به رو می‌شود احساس خوب و خوشبینی برای کنترل هیجان کافی نیست، بلکه وی نیاز دارد که در این موقعیت‌ها بهترین کارکرد شناختی را نیز داشته باشد. در اصل در تنظیم هیجان به تعامل بهینه ای از شناخت و هیجان جهت مقابله با شرایط منفی نیاز است، زیرا افراد با هر محرک و موقعیتی که مواجه می‌شوند آن را تفسیر می‌کنند و تفسیرهای شناختی تعیین کننده واکنش های افراد است. به همین دلیل، افرادی که طی همه گیری کووید-۱۹ از روش های ناسازگارانه و ضعیف نظیر نشخوار، فاجعه انگاری و ملامت خویشتن استفاده می‌کنند نسبت به سایر افراد در برابر مشکلات هیجانی آسیب پذیرتر هستند. در واقع، افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجان های خود در برابر تنش ایجاد شده توسط کووید-۱۹ نیستند، استرس، افسردگی و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند. استفاده از راهبردهای سازگارانه مانند ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی به صورت مثبت موجب افزایش هیجانانگیز مثبت در افراد می‌شود که نتیجه آن کاهش اضطراب سلامت و ترس ناشی از کرونا است.

در ارتباط با آموزش تنظیم هیجان می توان گفت در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، یک چرخه معیوب بین احساسات بدنی، ارزیابی ها و تفسیر های منفی و اضطراب وجود دارد که به صورت مستمر بیمار را به حالت حساسیت نسبت به علائم بدنی مرتبط با اضطراب نگه داشته و به افزایش توجه به محرک های تهدید کننده منجر شده و میزان تهدید آمیز بودن محرک های درونی و بیرونی ادراک شده را افزایش می دهد. افرادی که دارای اضطراب سلامت هستند، نسبت به علائم و نشانه های جسمانی خود حساس تر هستند که این خود باعث افزایش اضطراب و تنش در آنها می شود. افراد با اضطراب سلامتی، اعتقادات ناکارآمد و تحریف شده در مورد سلامت خودشان دارند و آنها بر نقص های جسمانی جزئی، مشکلات جسمانی و احساسات مبهم فیزیکی متمرکز می شوند. فرض تحریف شده در مورد سلامت، نگرانی های سلامت و ادراک متفاوت تغییرات جسمانی به عنوان مهم ترین جنبه های اضطراب سلامت شناخته می شوند (آسموندسون و تیلور، ۲۰۲۰). مشکل در تنظیم هیجان از عوامل مهم در حفظ و پایداری علائم و توجه افراطی به محرک های تهدید کننده در اختلالات اضطرابی است. مهارت های تنظیم هیجان به افرادی که از لحاظ هیجانی آسیب پذیر هستند اجازه می دهد که در زمان حال باشند و به جای آنکه واکنشی اضطرابی به موقعیت نشان دهند درک عینی تری از میزان تهدید به دست آورند، بدین صورت که با تغییر دادن واکنش افراد به حالت های اضطرابی و رویدادهای زندگی، سعی در تعدیل اضطراب و سایر اختلالات هیجانی دارند.

آموزش تنظیم هیجانی با کمک به شناسایی هیجان های مثبت و منفی، آموختن راهبردهای پذیرش هیجان های مثبت و منفی، اصلاح باورهای نادرست در خصوص هیجان ها و آموزش باورهای صحیح، زمینه را برای شناسایی، ثبات و مدیریت عواطف و هیجانان بهبود یافتگان کرونا فراهم ساخته و در نتیجه منجر به کاهش عواطف منفی و افزایش عواطف مثبت آنان می گردد. کنترل هیجان ها در قدم اول با ادراک صحیح هیجان ممکن خواهد بود و این ادراک به واسطه آگاهی از هیجان رخ می دهد. زمانی که شخص درک درستی از هیجانی که تجربه می کند، داشته باشد و بتواند علایم خلقی و احساسی خود را شناسایی کند، اطلاعات و توانمندی بیشتر جهت مقابله با تکانها و احساسات خود خواهد داشت. در نتیجه، آموزش تنظیم هیجان باعث می شود که آنان با آگاهی از هیجانان و استفاده درست، پذیرش آنها و ابراز هیجانان، مخصوصاً هیجانان مثبت در موقعیت های زندگی، احساسات منفی خویش را کاهش دهند. که به تبع آن میزان افسردگی، اضطراب، استرس های غیرمنطقی و افسردگی ناشی از این احساسات منفی در آنان کاهش پیدا می کند. در مجموع نتایج بررسی های انجام شده حاکی از نقش مهم راهبردهای تنظیم هیجان و انعطاف پذیری روان شناختی در سلامت روانی بسیاری از مردم جهان طی شیوع کووید-۱۹ بود. با توجه به اینکه در دوران پسا کووید-۱۹ شاهد مشکلات روان شناختی متعددی خواهیم بود. لازم است تدابیری در جهت آموزش و ارتقای راهبردهای تنظیم هیجان برای گروه های آسیب پذیر اتخاذ شود. با توجه به این که درمان های غیردارویی در بهبود علائم اضطراب که شامل مداخلات روان شناختی می باشند، می توانند موثر واقع گردند؛ و با نظر به نقش اساسی آگاهی و تجربه هیجانی در پیش بینی و بهبود این علائم در مبتلایان به بیماری کرونا؛ و همچنین با نظر به شیوع روزافزون این بیماری، به عنوان یک نتیجه کاربردی، پیشنهاد می شود که مراکز درمانی با هدف ارتقای سطح آگاهی و مدیریت هیجانی، پیشگیری و بهبود علائم اضطراب، دوره های درمانی متمرکز بر هیجان و پذیرش را در قالب فردی یا گروهی در

۶۰..... مقایسه اثربخشی دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تنظیم هیجان بر اضطراب سلامت و...

نمونه‌های بالینی یا عمومی اجرا کنند. تضمین ایجاد و حتی تداوم امید به درمان و تعدیل باورهای بیماران در خصوص بیماری خود، نیازمند توجه به کلیه عوامل جسمانی و روانی بیماران مبتلا به کرونا می باشد.

از محدودیت‌های مطالعه میتوان به حجم نمونه پایین مطالعه که به سبب کنترل هزینه و وقت، کمترین میزان توصیه شده برای انجام مطالعه در نظر گرفته شده، توجه نمود، لذا ممکن است مقدار خطا بالا و توان مطالعه کم باشد. همچنین هرچند تخصیص مشارکت کنندگان در گروه‌های مطالعه به صورت تصادفی بود اما در کل انتخاب نمونه به صورت در دسترس از ارزش تعمیم پذیری مطالعه می کاهد.

بر اساس یافته‌های پژوهش، استفاده از درمان تعهد و پذیرش، و تنظیم هیجان برای آن گروه از بیماران است که خود و اطرافیان و حتی پزشک متخصص معالج آنها احساس می کنند از ادراک ناقص بیماری رنج می‌برند و همچنین انعطاف‌پذیری لازم را در مواجهه با شرایط غیر قابل پیشی‌بینی ندارند، پس پیشنهاد می‌شود از این نوع درمان‌ها، روان‌شناسان سلامت و بالینی در مراکز درمانی و بیمارستان‌های تخصصی در کنار سایر روش‌های درمانی متداول خود استفاده کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود، در دوران پساکرونا به مشکلات هیجانی مبتلایان توجه ویژه گردد و برنامه‌های درمانی مدون جهت افزایش سازگاری روان شناختی با محوریت ارتقاء کیفیت هیجانی در مراکز درمانی در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران و وظیفه خود می‌دانند از کلیه شرکت کنندگان که به انجام این پژوهش یاری رساندند، قدردانی نمایند.

منابع

بزازیان، سعیده، بشارت، محمد علی، بهرامی احسان، هادی و رجب، اسدالله. (۱۳۸۹). نقش تعدیل کننده راهبردهای مقابله در رابطه بین ادراک بیماری، هموگلوبین گلیکوزیله و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱. *مجله غد درون ریز و متابولیسم*

ایران، ۱۲(۳)، ۲۲۲-۲۱۳. <http://ijem.sbm.ac.ir/article-1-838-fa.html>

خانی جیحونی، علی؛ حیدرنیا، علیرضا؛ کاوه، محمدحسین؛ حاجی زاده، ابراهیم؛ غلامی، طاهره. (۱۳۹۶). تأثیر یک برنامه آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی و نظریه شناختی اجتماعی در پیشگیری از پوکی استخوان در زنان. *مجله پزشکی جنوب ایران*، ۲۲ (۱)،

۵۲۹-۵۳۶. <https://www.sid.ir/paper/33892/fa>

داوودی، محمد رضا؛ طاهری، امیرعباس؛ فروغی، علی اکبر؛ احمدی، سید مجتبی؛ و حشمتی، خاطره. (۱۳۹۹). بر افسردگی و کیفیت خواب در نورپاتی دیابتی دردناک: یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. *مجله دیابت و اختلالات متابولیک*، ۱۹(۲)، ۱۰۸۱-۱۰۸۸.

<https://www.sid.ir/paper/966031/fa>

زارعی، حیدرعلی، تکلوی، سمیه. (۱۴۰۱). تأثیر مداخله تنظیم هیجان مدل گراس بر سازگاری آموزشی و اضطراب سلامت نوجوانان دارای خانواده مبتلا به کووید-۱۹. *مجله سلامت و مراقبت*، ۲۴(۱)، ۶۴-۷۵.

<https://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-1371-fa.html>

فتح آبادی، جلیل؛ ایزددوست، مونا؛ تقوی، داوود؛ شلانی، بیتا، و صادقی، سعید. (۱۳۹۷). نقش باورهای غیر منطقی سلامت، منبع کنترل سلامت و سبک زندگی سلامت محور در پیش بینی احتمال خطر ابتلای به دیابت. *پایش*، ۱۷(۲)، ۱۶۹-۱۷۸.

<http://payeshjournal.ir/article-1-56-fa.html>

ناصری نیا، سجاده؛ و برجعلی، محمود. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علائم وسواس و اضطراب در بیماران مبتلا به کرونا.

مطالعات روان شناسی بالینی، ۱۰(۳۹)، ۱۳۵-۱۵۵. https://jcps.atu.ac.ir/article_12395.html

نرگسی، فریده؛ ایزدی، فاطمه؛ کریمی نژاد، کلثوم، و رضایی شریف، علی. (۱۳۹۶). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه اضطراب سلامت در بین دانشجویان پزشکی. *مجله سنجش آموزشی*، ۷(۲۷)، ۱۶۰-۱۴۷. <https://www.sid.ir/paper/214567/fa>

Abramowitz, J. S., Deacon, B. J. & Valentiner, D. P. (2007). The short health anxiety inventory: psychometric properties and construct validity in a non-clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 31(6), 871-883. DOI: 10.1007/s10608-006-9058-1

Asmundson, G. J., & Taylor, S. (2020). How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *Journal of Anxiety Disorders*, 71, 102211. doi:10.1016/j.janxdis.2020.102211

Bazazian, S., Besharat, M., Bahrami, E., & Rajab, A. (2010). Moderating role of coping strategies in relation between the illness perception, glycosylated hemoglobin and quality of life in type I diabetic patients, *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 12 (3), 212-222. [persian]. <http://ijem.sbm.ac.ir/article-1-838-fa.html>.

Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631-637. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.10.020

Dovbysh, D. V., & Kiseleva, M. G. (2020). Cognitive emotion regulation, anxiety, and depression in patients hospitalized with COVID-19. *Psychology in Russia: State of the Art*, 13(4), 134-147. Doi: 10.11621/PIR.2020.0409

Davoudi, M., Taheri, A. A., Foroughi, A. A., Ahmadi, S. M., & Heshmati, K. (2020). Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on depression and sleep quality in painful diabetic neuropathy: a randomized clinical trial. *Journal of Diabetes Metabolic Disorders*, 19, 1081-1088. [persian]. <https://www.sid.ir/paper/966031/fa>

Fathabadi, J., Izaddost, M., Taghavi, D., Shalangi, B., & Sadeghi, S. (2018). The role of irrational health beliefs, health locus of control and health-oriented lifestyle in predicting the risk of diabetes. *Payesh*, 17(2), 169-178. [persian]. <http://payeshjournal.ir/article-1-56-fa.html>.

Gross, J. (2002). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>

Hayes, S. C. (1986). A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York, NY: Springer. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-0-387-23369-7>

Kara, A., & Gök, A. (2020). Positive and Negative Affect during a Pandemic: Mediating Role of Emotional Regulation Strategies. *Journal of Pedagogical Research*, 4(4), 484-497. doi:10.33902/JPR.2020064452

Khani Jaihooni, A., Hidarnia, A., Kaveh, M. H., Hajizadeh, E., & Askari, A. (2017). Retarded: The effect of an educational program based on health belief model and social cognitive theory in prevention of osteoporosis in women. *Journal of Health Psychology*, 22(5), NP1-NP11. [persian]. <https://www.sid.ir/paper/33892/fa>.

Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. *Contributions to Medical Psychology*, 2, 7-30. [tps://link.springer.com/article/10.1007/BF02090456](https://link.springer.com/article/10.1007/BF02090456)

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, J., Horne, R., Cameron, LD., Buick, D. (2002). The Revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17 (1), 1-16. <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>

Muñoz-Navarro, R., Malonda, E., Llorca-Mestre, A., Cano-Vindel, A., & Fernández-Berrocal, P. (2021). Worry about COVID-19 contagion and general anxiety: Moderation and mediation

- effects of cognitive emotion regulation. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 311-318. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.03.004>
- Nargesi, F., Izadi, F., Kariminejad, K., & Rezaii, S. A. (2017). The investigation of the reliability and validity of Persian version of Health anxiety questionnaire in students of Lorestan University of Medical Sciences. *Journal of Educational Assessment*, 7(27), 160-147 [persian]. <https://www.sid.ir/paper/214567/fa>
- Naserinia, S., & Barjali, M. (2019). The effectiveness of emotion-focused therapy on obsessive and anxiety symptoms in corona patients. *Quarterly Journal of Clinical Studies in Psychology*, 10(39), 155-135. [persian]. https://jcps.atu.ac.ir/article_12395.html.
- Prikhidko, A., Long, H., & Wheaton, M. G. (2020). The effect of concerns about COVID-19 on anxiety, stress, parental burnout, and emotion regulation: the role of susceptibility to digital emotion contagion. *Frontiers in Public Health*, 8, 567250. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.567250>
- Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T. A., McGuire, P., Fusar-Poli, P., . . . David, A. S. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 611-627. doi:10.1016/S2215-0366(20)30203-0
- Salkovskis, P. M., & Warwick, H. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32(5), 843-853. doi:10.1017/s0033291702005822
- SÖĞÜTLÜ, Y., SÖĞÜTLÜ, L., & GÖKTAŞ, S. Ş. (2021). Relationship of COVID-19 pandemic with anxiety, anger, sleep and emotion regulation in healthcare professionals. *Journal of Contemporary Medicine*, 11(1), 41-49. <https://doi.org/10.16899/jcm.804329>
- Wang, Q. Q., Fang, Y. Y., Huang, H. L., Lv, W. J., Wang, X. X., Yang, T. T., ... & Zhang, Y. H. (2021). Anxiety, depression and cognitive emotion regulation strategies in Chinese nurses during the COVID-19 outbreak. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1263-1274.
- Zarei, H., & Takloi, S. (2022). The effect of Grass Model's emotion regulation intervention on educational adaptation and health anxiety of adolescents with families affected by Covid-19. *Health and Care Journal*, 24 (1), 64-75. [persian]. <https://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-1371-fa.htm>.

