

«مقاله پژوهشی»

پیش‌بینی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر اساس اضطراب سلامتی و عدم تحمل

بلا تکلیفی در بیماران سرپایی مبتلا به کرونا

* سوسن علیزاده فرد

استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

(تاریخ وصول: 99/03/15 - تاریخ پذیرش: 99/07/21)

The Prediction of Cognitive Emotion Regulation Strategies Based on Health Anxiety and Intolerance of Uncertainty in Outpatient with Corona Disease

*Susan Alizadehfard

Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

(Received: Jun. 04, 2020 - Accepted: Oct. 12, 2020)

Abstract

Objective: The coronavirus epidemic have had different effects on psychological aspects of individuals, especially on patients with corona disease. The aim of this study was to investigate the relationship between intolerance of uncertainty and health anxiety with cognitive emotion regulation strategies in outpatient with Corona disease. **Method:** For this purpose, a sample of 400 adult men and women outpatients over than 20 years old evaluated by health anxiety questionnaire (Salkovskis, 2002), intolerance of uncertainty (Freeston, 1994), and The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski & Kraaij, 2001) via social network. To analyze the data, Pearson correlation and path analysis were used. **Results:** The results showed health anxiety and intolerance of uncertainty were negatively correlated with adaptive, and positively with non-adaptive cognitive emotion regulation strategies. Also, intolerance to uncertainty was indirectly correlated with non-adaptive cognitive emotion regulation strategies through mediating of health anxiety. **Conclusion:** These results will have practical implications to design psychological interventions to maintain and promote the mental health of the patients with corona disease.

Keywords: Cognitive Emotion Regulation Strategies, Health Anxiety, Intolerance Of Uncertainty, Corona Disease.

چکیده

مقدمه: همه‌گیری کرونا ویروس اثرات مختلفی بر جنبه‌های روان‌شناختی جامعه، به‌خصوص افراد مبتلا به این بیماری گذاشته است. هدف از پژوهش حاضر مطالعه ارتباط عدم تحمل بلا تکلیفی و اضطراب سلامتی با راهبردهای سازگار و ناسازگار شناختی تنظیم هیجان در بیماران سرپایی مبتلا به کرونا در شهر تهران است. روش: به این منظور نمونه‌ای شامل 400 بیمار سرپایی زن و مرد بزرگ‌تر از 20 سال، توسط پرسشنامه اضطراب سلامتی (سالکوفسکیس، 2002)، عدم تحمل بلا تکلیفی (فریستون، 1994)، و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان (گارفنسکی، کرایج، 2001) از طریق شبکه‌های مجازی مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر استفاده شد. یافته‌ها: نتایج حاصل نشان داد که اضطراب سلامتی و عدم تحمل بلا تکلیفی رابطه منفی و مستقیم با راهبردهای سازگار، و رابطه‌ای منفی و مستقیم با راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان دارند. همچنین عدم تحمل بلا تکلیفی با میانجیگری اضطراب سلامتی و غیرمستقیم با راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان رابطه مثبت دارد. نتیجه‌گیری: این نتایج در جهت طراحی و تدوین مداخلات روان‌شناختی برای حفظ و ارتقای سلامت روان بیماران مبتلا به کرونا مؤثر خواهد بود.

واژگان کلیدی: راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، اضطراب سلامتی، عدم تحمل بلا تکلیفی، بیماری کرونا.

*Corresponding Author: Susan Alizadehfard

Email: salizadehfard@gmail.com

مقدمه

گسترش جهانی آن را کنترل نمایند (سازمان بهداشت جهانی، ژانویه 2020).

این همه‌گیری جهانی سبب شده تا ترس از ابتلا به بیماری، و ترس از مرگ، سلامت روان افراد جامعه را در معرض خطر قرار دهد. نتایج یک نظرسنجی در کانادا نشان داد که بیش از 6/2 میلیون نفر از بابت این بیماری بسیار نگران بودند، این در حالی که در زمان نظرسنجی تنها 4 بیمار کانادایی مبتلا شناسایی شده بود (موسسه آنگوس رید، 2020). در آمریکا نیز بررسی‌هایی در فوریه 2020 انجام گرفت که نشان می‌داد 66 درصد مردم آن را یک تهدید جدی می‌دانستند، در حالی که در ماه فوریه تنها 11 بیمار مبتلا به کرونا در آمریکا شناسایی شده بود (علیزاده فرد، علی‌پور، 1399). ترس از بیماری، و یا به عبارت صحیح‌تر ترس از مرگ در اثر بیماری، تجربه هیجانی ناخوشایندی است که موجب اختلال در سلامت روان می‌گردد. نتایج پژوهش‌های مربوط به همه‌گیری‌های گسترده قبلی (مانند سارس، یا آنفولانزای H1N1) نیز تأیید می‌کنند که ترس از بیماری و اضطراب شایع‌ترین نشانه روان‌شناختی در زمان پاندمیک یک بیماری است (رابین، آملوت، پیچ، ویسلی، 2009؛ کانادیا، سالار، 2011؛ چنگ، وونگ، تسانگ، وونگ، 2004؛ تیلور، 2019). این اضطراب می‌تواند در درجات مختلف و الگوهایی متفاوت، افراد را درگیر اختلالاتی مانند وحشت‌زدگی (پانیک) (بهااتیا، گوپال، سینگ، و همکاران، 2020)، وسواس (تایرر، تایرر، 2018؛ استین، کوگان، آتماکا، 2016)،

سال 2019 در حالی به پایان رسید که یکی از اتفاقات مهم تاریخ بهداشت و سلامتی جهان رقم خورد. در دسامبر این سال شکل جدیدی از ویروس کرونا (nCOV-2019) ابتدا در ووهان چین دیده شد؛ و به سرعت در چین و سایر کشورهای جهان از آسیای جنوب شرقی گرفته تا آمریکا گسترش یافت؛ و این آغازی برای گسترش و همه‌گیری بیماری در سراسر دنیا، و در بیش از 200 کشور شد (سازمان بهداشت جهانی، 2020).

از مهم‌ترین علائم شایع این بیماری تب، سرفه خشک و تنگی نفس است، و علائم دیگری مانند درد عضلانی، اسهال و گلودرد کمتر دیده می‌شود (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، 2020). خوشبختانه در بیشتر موارد علائم خفیفی بروز می‌نمایند، اما در برخی بیماری‌ها وخامت یافته و در نهایت منجر به مرگ می‌شود (چن، ژو، دانگ، کیو، فانگ و همکاران، 2019). از 2 آوریل 2020، میزان مرگ‌ومیر در موارد تشخیص داده شده برابر 5/09 درصد بوده، که با توجه به گروه سنی و سایر ملاحظات بهداشتی و سلامتی از 0,2 تا 15 درصد متغیر است (علیزاده فرد، صفاری‌نیا، 1398).

در حقیقت، مهم‌ترین مشکل این بیماری میزان مرگ‌ومیر آن نیست، بلکه شیوع بالا و آسان آن باعث شده تا سازمان بهداشت جهانی در 4 فوریه 2020 وضعیت اضطراری اعلام کند و به کشورها هشدار دهد تا از انتقال فرد به فرد این بیماری را از طریق کاهش تماس افراد کاهش داده و

2009؛ اوتچادیر، براند، جرارد، مارین، لامیر، بومدین، پراکس، 2019).

به طور کلی، بیماری رویدادی است که بر حسب خطرآفرینی، درد، و محدودکنندگی (ازکارافتادگی) می‌تواند موجب ناکامی و واکنش هیجانی در فرد شود. در همه‌گیری کرونا ویروس، اخبار گسترده‌ای پیرامون بیماری و مرگ از رسانه‌ها و سازمان‌های رسمی منتشر می‌گردد. لازم است تا شایعات و اخبار جعلی را نیز بر این منابع افزود. این شرایط سبب می‌شود تا ترس و اضطراب وابسته به مرگ و بیماری به شکلی خاص‌تر در مبتلایان به بیماری کرونا افزایش یابد. بررسی این امر در چارچوب دیدگاه شناختی - رفتاری - هیجانی مشخص می‌نماید که عوامل متعددی زمینه‌ساز این واکنش‌ها خواهند بود، که موارد مهمی چون صفات شخصیتی، شیوه‌های مقابله با استرس، سوگیری‌های شناختی، و شاید مهم‌ترین آن‌ها یعنی شیوه تنظیم شناختی هیجان را شامل می‌گردد.

یکی از مهم‌ترین جنبه‌های هیجان، انگیختگی و تنظیم آن‌ها در پاسخ به عوامل استرس‌زا است. در این مورد، راهبردهای تنظیم هیجان به مثابه راهبردهای مقابله با استرس قلمداد می‌شوند (کرایچ و گارنفسکی، 2006؛ گارنفسکی و کرایچ، اسپین‌هون، 2001). فولکمن و لازاروس (1984) مقابله را به عنوان فعالیت‌های شناختی و رفتاری شخص، برای مدیریت خواسته‌های درونی یا بیرونی، و یا درخواست‌هایی خارج از تحمل و توانایی‌های او می‌دانند. لازاروس (1993) بین مقابله مسئله محور، و مقابله هیجان‌محور تفاوت

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) (تیلور، پتراکیس، رالوسکی، 2017)، اختلال اضطراب فراگیر (تیلور، اسمندسون، 2004)، و حتی ایجاد ترس مرضی از کرونا یا اصطلاحاً کرونافوبیا (گوردون، اسمندسون، 2020) شود.

این امر بخصوص زمانی قابل توجه بیشتری قرار می‌گیرد که وضعیت روان‌شناختی بیماران مبتلا به کرونا را در نظر بگیریم. شواهد پژوهشی مؤید آن است که این افراد علاوه بر نشانه‌های خاص بیماری، با نشانه‌هایی از اختلالات روان‌شناختی نیز درگیر هستند (شهید، محمدی، 1399)؛ از جمله نشانگان اضطراب (بخصوص اضطراب مرگ)، افسردگی، اختلالات هیجانی (یائو، چن، زو، 2020)؛ مشکلات خواب (ژنگ، شانگ، ما، جیا، سان، جیو و همکاران، 2020) و اختلال استرس پس از سانحه (سان، سان، وو، ژو، چنگ، شانگ و همکاران، 2020) با درصد شیوع بالایی در آن‌ها گزارش شده است. از نظر شناختی نیز آن‌ها با هجوم افکار مزاحم، رفتارهای اجتنابی، تحریک‌پذیری، یا کرختی هیجانی (بو، لی، 2020؛ سان، سان، وو، ژو، چنگ، شانگ و همکاران، 2020) روبرو هستند. از سوی دیگر باید به این واقعیت توجه داشت که سلامت روان، یکی از عوامل مهم در درمان بیماری‌های جسمی است. درواقع پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که مشکلات روان‌شناختی نه تنها در احتمال ابتلا به بیماری (از طریق تغییرات سطح ایمنی بدن)، بلکه در موفقیت درمان و کوتاه شدن دوره بستری بیماران هم عامل مهم و اثرگذاری است (هوپمان، هریسون، کوو، فریدبرگ، بوچانان، وندنکرکهوف،

سوسن علیزاده فرد: پیش‌بینی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر اساس اضطراب سلامتی و عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران ...

قائل شد. اگرچه ممکن است هردو شکل مقابله سازش یافته باشند، اما مؤثرترین رویکرد، به چپستی و ماهیت موقعیت پراسترس بستگی دارد (فولکمن و موسکوویتز، 2004). لذا پاسخ‌های هیجانی به رویدادهای پراسترس، از طریق راهبردهای مقابله شناختی تنظیم می‌شوند (فولکمن و موسکوویتز، 2004؛ فولکمن و لازاروس، 1984). گارنفسکی و همکاران (2001) معتقدند که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را می‌توان در امتداد یک پیوستار (مقابله شناختی) در نظر گرفت که به دو نوع راهبرد مقابله‌ای سازش یافته و ناسازگار (کمتر سازش یافته تقسیم می‌شوند. تمرکز مجدد مثبت بر مسئله، ارزیابی مجدد آن، دیدگاه‌گیری، برنامه‌ریزی و پذیرش موضوع راهبردهای سازش یافته هستند؛ و خودسرزنش‌گری، دگرسرنش‌گری، نشخوارگری و فاجعه‌نمایی از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار محسوب می‌شوند.

از جمله سایر عوامل شناختی مؤثر بر شرایط روان‌شناختی بیماران مبتلا به کرونا، عدم تحمل بلا تکلیفی است. در سال 1998 یک مدل شناختی، برای مفهوم‌سازی علل شکل‌گیری و فرایند نگرانی عامل جدیدی را با عنوان عدم تحمل بلا تکلیفی معرفی نمود، و اذعان نمود که یک موقعیت با پایانی نامعلوم، منجر به وضعیتی مبهم خواهد شد که اضطراب‌آور است (دوگاس، فریستون، لدوسور، 1997). انجمن روان‌پزشکی آمریکا (APA) خصوصیت اصلی این مفهوم را ترس و نگرانی شدید و غیرقابل کنترل دانست (1994). عدم تحمل بلا تکلیفی می‌تواند موجب

جهت‌گیری منفی هیجانی شود. در واقع این متغیر یک خصوصیت شخصیتی است که با چگونگی پردازش اطلاعات موقعیتی وابسته است؛ و همانند یک سوگیری شناختی بر ادراک، تفسیر و پاسخ‌های فرد نسبت به یک موقعیت مبهم در سطوح مختلف شناختی، هیجانی، و رفتاری اثرگذار است (دوگاس، شوارتز، فرانسیس، 2004). این ویژگی موجب سوگیری منفی و معیوب در ارزیابی موقعیت مبهم شده و با تهدیدآمیز دانستن آن موقعیت، مجموعه‌ای از باورهای منفی درباره آینده و ناتوانی برای عمل کردن مناسب را در پی خواهد داشت (بوتسی، گیس، کارو، بارسلی، پاین، فریستون، 2016).

متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی در ابتدا برای اختلال اضطراب فراگیر مطرح شد (فریستون، رییم، لتارت، دوگاسف لدوسور، 1994)، اما شواهد پژوهشی فراوانی تأیید کردند که در سایر اختلالات اضطرابی مانند اضطراب اجتماعی (ماهونی، مک‌ایوی، 2012)، و سواس فکری و عملی (کاظمی، سعیدپور، پارویی، افزون، 1396)، استرس پس از حادثه (نولن-هاکسما، 2000) و حتی اختلال خلقی افسردگی (مک‌ایوی، ماهونی، 2012) نیز عاملی اثرگذار و قابل توجه است. اخیراً نیز در حیطه روانشناسی سلامت، به بررسی تأثیر این متغیر بر اضطراب سلامتی توجه شده است. نتایج تجربی نشان داده‌اند که عدم تحمل بلا تکلیفی، با افزایش توجه فرد به سلامت جسمی، موجب افزایش اضطراب سلامتی خواهد شد (اوبرایان، مک‌لیش، 2017؛ فرگاس، باردین، 2013، رایت، ادامز لبل، چارلتون، 2016).

مربوط به بیماری، با شرایط روان‌شناختی خاصی نیز درگیر هستند. برخی از بیماران در این شرایط از شیوه‌های مقابله یا تنظیم هیجانی سازگارانه استفاده می‌کنند، و برخی دیگر با اتخاذ روش‌های ناسازگارانه‌تری با مسئله روبرو می‌شوند. نظر به اهمیت این امر و ارتباط مستقیم سلامت روان با روند درمان و بهبودی، توجه بر عوامل مؤثر بر اتخاذ راهبردهای تنظیم هیجان این بیماران لازم خواهد بود. علیرغم بررسی‌های اخیر که در زمینه بیماری کرونا انجام گرفته است، به نظر می‌رسد تاکنون در این مورد مطالعه‌ای انجام نشده است. از این رو هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه عدم تحمل بلا تکلیفی و اضطراب سلامتی بر اتخاذ شیوه تنظیم شناختی هیجان در بیماران است. این بینش تجربی، علاوه بر افزودن یافته‌های جدید در حوزه دانش، در طراحی مداخلات روان‌شناختی برای این بیماران نیز کمک خواهد نمود.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع زمینه‌یابی و همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران سرپایی بالای 20 سال، با علائم بالینی و تأیید تشخیصی بیماری کرونا از طریق سی‌تی‌اسکن ریه در استان تهران بودند که در قرنطینه خانگی قرار داشتند. بر اساس آخرین تاریخ اعلام رسمی، تعداد مبتلایان بیماری کرونا در استان تهران (3 فروردین) حدود 5000 نفر بوده است. با توجه به افزایش رو به رشد مبتلایان در این دوره، حداکثر تعداد حجم نمونه جدول یعنی 384 نفر (برای حجم جامعه 100 هزار نفر) در نظر گرفته شد که

اضطراب سلامتی حالتی است که فرد تغییرات خفیف جسمی را به‌عنوان نشانه‌ای از وجود بیماری، و یا وخامت و شدت بیماری (عموماً بیماری جدی و خطرناک) بداند (اسمندسون، ابراموویچ، ریشر، ودون، 2010). در حقیقت، درجاتی از اضطراب سلامتی در همه افراد عادی وجود داشته، و درجات پایین آن لزوم انجام رفتارهای بهداشتی و تعهد به رفتارهای پیشگیرانه را به همراه دارد (اسمندسون، تیلور، 2020). از این رو متخصصان اضطراب سلامتی را بر روی یک پیوستار مفهوم‌سازی می‌نمایند؛ که درجات خفیف آن با واکنش‌های سازگارانه، و مراقبت‌های بهداشتی همبسته است (سالکوفسکی، وارویک، 1986)؛ اما درجات شدید آن با فاجعه‌پنداری تغییرات بدنی و بروز رفتارهای ناسازگار مقابله‌ای همراه خواهد شد (تیلور، اسمندسون، 2004). مطالعات همه‌گیرشناسی شیوع این اختلال را بین 0/26 تا 8/5 درصد در جامعه می‌دانند (کوپرف گروجر، والرکر، لامب، سالکوفسکی، 2017)؛ اما بررسی‌های اخیر که در شرایط پاندمی کرونا ویروس انجام شده است، نشان می‌دهند که اضطراب سلامتی از نظر فراوانی و شدت، نسبت به قبل افزایش بسیاری یافته است (تیلور، اسمندسون، 2004). از جمله مؤثرترین عوامل به وجود آمدن این وضعیت، اطلاع‌رسانی گسترده و جمعی (رسمی و غیررسمی)، پیرامون بیماری کرونا و عوارض آن (مرگ‌ومیر) بوده است (اسمندسون، ابراموویچ، ریشر، ودون، 2010). با توجه این مقدمه روشن می‌گردد که افراد مبتلا به بیماری کرونا، علاوه بر مشکلات جسمی

سوسن علیزاده فرد: پیش‌بینی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر اساس اضطراب سلامتی و عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران ...

زیرمقیاس‌های تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، برنامه‌ریزی، و پذیرش را راهبردهای سازگارانه؛ و خودسرزنش‌گری، نشخوار ذهنی، دیگرسرزنش‌گری، و فاجعه‌سازی را راهبردهای ناسازگار می‌خوانند. فرم 18 سؤالی این پرسشنامه توسط سازندگان آزمون (گارفنسی و کرایچ، 2006) مورد تأیید قرار گرفته بود. در ایران نیز همین فرم 18 سؤالی هنجاریابی شد (بشارت، بزازیان، 1393). نتایج این پژوهش نشان داد که همسانی درونی آن با ضریب آلفای کرونباخ 0/83 تا 0/93 برای تمام زیرمقیاس‌ها رضایت‌بخش بود، همچنین ضریب بازآزمایی از 0/70 تا 0/83 به دست آمد که در سطح 0/001 معنادار بودند. در پژوهش حاضر نیز میزان ضریب آلفای کرونباخ 0/88 کسب شد.

پرسشنامه اضطراب سلامتی: پرسشنامه اضطراب سلامت توسط سالکوفسکیس و همکاران (2002) به منظور سنجش اضطراب سلامتی طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای 18 سؤال و شامل 3 مؤلفه نگرانی کلی سلامتی، ابتلا به بیماری و پیامدهای بیماری است و بر اساس طیف چهارگزینه‌ای لیکرت (0 هرگز، 3 بیشتر اوقات) به سنجش اضطراب مرتبط با سلامت می‌پردازد. در پژوهش نرگسی و همکاران (1396) روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش نرگسی و همکاران (1396) برای این پرسشنامه بالای 0/59، 0/60، 0/70، و 0/75 به ترتیب برای نگرانی کلی سلامتی، ابتلا به بیماری و پیامدهای بیماری و کل

نهایتاً 400 بیمار به صورت در دسترس انتخاب شدند. به دلیل شرایط خاص جامعه و محدودیت تردد و ارتباطات اجتماعی، از روش اجرای مجازی استفاده شد. به این شکل که پرسشنامه به صورت آنلاین طراحی و لینک آن به تلفن همراه بیماران داوطلب ارسال می‌شد. از تاریخ 20 فروردین الی 16 اردیبهشت، گروه نمونه‌ای متشکل از 417 نفر به پرسشنامه پاسخ دادند، اما با توجه به حذف پرسشنامه‌های ناقص و سن کمتر از 20 سال، در نهایت تعداد 400 پرسشنامه انتخاب شد. از این تعداد 318 نفر زن (79/5 درصد) و 82 نفر مرد (20/5 درصد) بودند. میانگین سنی گروه نمونه 47/19 سال بود. به طور میانگین زمان 5/3 روز از تشخیص بیماری برای افراد این گروه می‌گذشت. تعداد 14 نفر (3/5 درصد) این افراد دارای سابقه بستری در بیمارستان (برای بیماری کرونا) با میانگین 4/8 روز، و تعداد 386 نفر (96/5 درصد) بدون سابقه بستری بودند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-25 و AMOS به روش تحلیل مسیر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان CERQ: این پرسشنامه توسط گارفنسی و همکارانش (2001) جهت شناسایی راهبردهای مقابله شناختی در مواجهه با موقعیت‌های منفی تدوین نمودند. این پرسشنامه دارای 18 گویه، و 9 خرده‌مقیاس است. گویه‌ها بر اساس طیف 5 گزینه‌ای لیکرت (1 تقریباً هرگز، 5 تقریباً همیشه) بوده و نمرات در هر زیرمقیاس از مجموع گویه‌ها (مربوط به هر زیرمقیاس، و یا کل آزمون) حاصل می‌شود.

نموده‌اند. در جامعه ایران، اعتبار و روایی این آزمون در پژوهش ابراهیم‌زاده و همکاران (1385) مطلوب گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ 0/79 برای آن به دست آمد.

یافته‌ها

ابتدا داده‌های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) متغیرهای پژوهش بررسی گردید که نتایج آن در جداول 1 ارائه شده است.

آزمون برآورد شد. در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ 0/83 برای آن به دست آمد.

پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی: این آزمون توسط فریستون و همکارانش (1994) برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های مبهم طراحی شد و دارای 27 گویه است. نمره‌گذاری گویه‌ها بر اساس لیکرت پنج گزینه‌ای (1=هرگز و 5=کاملاً) است. بوهر و دوگاس (2006) ضریب آلفای کرونباخ 0/94 و ضریب بازآزمایی 0/78 را برای این مقیاس محاسبه

جدول 1. یافته‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
عدم تحمل بلا تکلیفی	96/16	7/11
اضطراب سلامتی	36/29	3/44
سرزنش خود	5/18	0/41
سرزنش دیگران	5/34	0/39
فاجعه‌سازی	7/02	0/86
نشخوار ذهنی	6/85	0/24
تمرکز مجدد مثبت	4/67	0/29
ارزیابی مثبت	4/39	0/66
برنامه‌ریزی	3/18	0/37
دیدگاه‌گیری	4/55	0/30
پذیرش	5/09	0/28

که خلاصه نتایج آن در جدول 2 ارائه شده است.

در ادامه جهت بررسی رابطه بین متغیرهای مورد پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد

جدول 2. ماتریس همبستگی بین متغیرهای مورد پژوهش

متغیر	عدم تحمل بلا تکلیفی	اضطراب سلامتی
راهبردهای شناختی سازگار تنظیم هیجان	-0/463*	-0/439*
راهبردهای شناختی ناسازگار تنظیم هیجان	0/619**	0/547**

*P< 0/05; ** P< 0/001

سوسن علیزاده فرد: پیش‌بینی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر اساس اضطراب سلامتی و عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران ...

آماري و تائيد کفايت حجم نمونه قبل از بررسي فرضيات اقدام شد. مقدار اين آزمون بين (0) تا (1) نوسان دارد، به طوري که اگر مقدار آن 0/7 و بالاتر باشد؛ کفايت حجم نمونه و توان آماري انجام تحليل مسير و استخراج ضرايب رگرسيوني تائيد مي‌شود. مقدار اين شاخص براي متغيرهاي پژوهش در جدول 3 ارائه شده است.

همان‌طور که جدول 2 نشان مي‌دهد، راهبردهاي شناختي سازگار و ناسازگار تنظيم هيجان با عدم تحمل بلا تکليفي و اضطراب سلامتي رابطه معناداري دارد. البته اين رابطه براي راهبردهاي سازگار منفي، و براي راهبردهاي ناسازگار مثبت است. سپس با استفاده از آزمون KMO به محاسبه توان

جدول 3. اندازه شاخص KMO براي متغيرهاي پژوهش

نتيجه	KMO	ابعاد
توان آماری و کفايت نمونه تائيد مي‌شود	0/749	راهبردهاي شناختي سازگار تنظيم هيجان
توان آماری و کفايت نمونه تائيد مي‌شود	0/766	راهبردهاي شناختي ناسازگار تنظيم هيجان
توان آماری و کفايت نمونه تائيد مي‌شود	0/852	عدم تحمل بلا تکليفي
توان آماری و کفايت نمونه تائيد مي‌شود	0/817	اضطراب سلامتي

شناختي سازگار تنظيم هيجان با عدم تحمل بلا تکليفي و اضطراب سلامتي مورد بررسي قرار گرفت. بدین منظور و برای تعیین میزان تناسب مدل ساختاری پژوهش، شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی محاسبه شدند که نتایج در جدول 4 آمده است.

نتيجه آزمون KMO در جدول 3 نشان مي‌دهد که اين مقدار برای همه مقیاس‌ها بیشتر از 0/7 است؛ بنابراین حجم نمونه از کفايت خوبی برخوردار است. در ادامه به تحليل روابط متغيرها پرداخته شد. بدین منظور، از نرم‌افزار AMOS نسخه 22 استفاده گردید. ابتدا رابطه راهبردهاي

جدول 4. شاخص‌های برازش مدل ساختاری

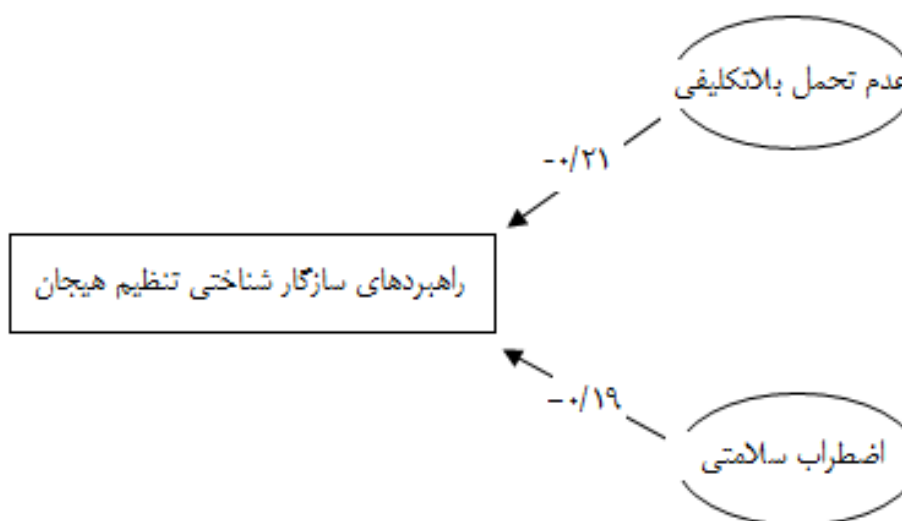
نتيجه	مقدار	دامنه قابل پذیرش	شاخص برازندگی
برازش مناسب	984/37	-	خى دو (χ^2)
برازش مناسب	2/19	کم‌تر از 3	نسبت خى دو به درجه آزادى
برازش مناسب	0/93	بزرگ‌تر از 0/90	شاخص توکر - لوييس (TLI)
برازش مناسب	0/97	بزرگ‌تر از 0/90	شاخص برازندگی تطبيقي (CFI)
برازش مناسب	0/95	بزرگ‌تر از 0/90	شاخص برازندگی فزاينده (IFI)
برازش مناسب	0/97	بزرگ‌تر از 0/90	شاخص برازش هنجار شده (NFI)
برازش مناسب	0/94	بزرگ‌تر از 0/90	شاخص نيکویی برازش (GFI)
برازش مناسب	0/071	کم‌تر از 0/08	ريشه دوم برآورد واريانس خطای تقريب (RMSEA)

همان‌طور که جدول 4 نشان می‌دهد مدل پژوهش از برآزش مناسبی برخوردار است. بنابراین می‌توان ضرایب رگرسیونی بین متغیرهای پژوهش را مورد آزمون قرار داد. شکل 1 مدل نهایی و جدول 5

جدول 5. ضرایب رگرسیونی و سطوح معناداری مدل نهایی

رابطه	ضریب تأثیر	سطح معناداری	تأثیرگذاری
عدم تحمل بلا تکلیفی ← راهبردهای سازگار	-0/21	0/001	مستقیم
اضطراب سلامتی ← راهبردهای سازگار	-0/19	0/001	مستقیم

نتایج حاصل در جدول 5 نشان می‌دهد که متغیرهای عدم تحمل بلا تکلیفی و اضطراب سلامتی به‌طور مستقیم بر راهبردهای شناختی سازگار تنظیم هیجان تأثیر می‌گذارند.



شکل 1. مدل نهایی پیش‌بینی راهبردهای شناختی سازگار بر اساس عدم تحمل بلا تکلیفی و اضطراب سلامتی

در ادامه رابطه راهبردهای شناختی ناسازگار تنظیم هیجان با عدم تحمل بلا تکلیفی و اضطراب سلامتی بررسی شد. برای تعیین میزان تناسب مدل ساختاری پژوهش، شاخص‌های برآزش مدل پیشنهادی محاسبه شدند که نتایج در جدول 6 آمده است.

سوسن علیزاده فرد: پیش‌بینی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر اساس اضطراب سلامتی و عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران ...

جدول 6. شاخص‌های برازش مدل ساختاری

نتیجه	مقدار	دامنه قابل پذیرش	شاخص برازندگی
برازش مناسب	1106/18	-	خی دو (χ^2)
برازش مناسب	2/45	کم‌تر از 3	نسبت خی دو به درجه آزادی
برازش مناسب	0/95	بزرگ‌تر از 0/90	شاخص توکر - لوییس (TLI)
برازش مناسب	0/97	بزرگ‌تر از 0/90	شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)
برازش مناسب	0/95	بزرگ‌تر از 0/90	شاخص برازندگی فزاینده (IFI)
برازش مناسب	0/98	بزرگ‌تر از 0/90	شاخص برازش هنجار شده (NFI)
برازش مناسب	0/96	بزرگ‌تر از 0/90	شاخص نیکویی برازش (GFI)
برازش مناسب	0/079	کم‌تر از 0/08	ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA)

ضرایب رگرسیونی در رابطه راهبردهای شناختی ناسازگار با عدم تحمل بلا تکلیفی و اضطراب سلامتی را نشان می‌دهد.

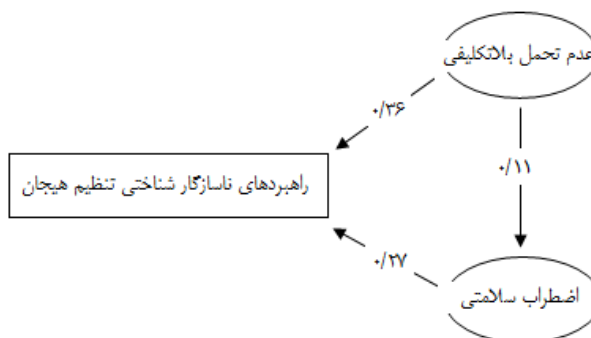
همان‌طور که جدول 6 نشان می‌دهد مدل پژوهش از برازش مناسبی برخوردار است. بنابراین می‌توان ضرایب رگرسیونی بین متغیرهای پژوهش را مورد آزمون قرار داد. شکل 2 مدل نهایی و جدول 7

جدول 7. ضرایب رگرسیونی و سطوح معناداری مدل نهایی

تأثیرگذاری	سطح معناداری	ضریب تأثیر	رابطه
مستقیم	0/0001	0/36	عدم تحمل بلا تکلیفی ← راهبردهای ناسازگار
مستقیم	0/0001	0/27	اضطراب سلامتی ← راهبردهای ناسازگار
غیرمستقیم	0/001	0/18	عدم تحمل بلا تکلیفی ← اضطراب سلامتی ← راهبردهای ناسازگار

تأثیر می‌گذارند. همچنین عدم تحمل بلا تکلیفی به شکل غیرمستقیم، و از طریق متغیر اضطراب سلامتی نیز بر راهبردهای ناسازگار اثرگذار است.

نتایج حاصل در جدول 7 نشان می‌دهد که متغیرهای عدم تحمل بلا تکلیفی و اضطراب سلامتی به‌طور مستقیم بر راهبردهای شناختی سازگار تنظیم هیجان



شکل 2. مدل نهایی پیش‌بینی راهبردهای شناختی ناسازگار بر اساس عدم تحمل بلا تکلیفی و اضطراب سلامتی

نتیجه‌گیری و بحث

رایت، ادامز لیل، چارلتون (2016) نیز بر اثر عدم تحمل بلا تکلیفی بر اضطراب سلامتی تأکید نموده‌اند.

در تبیین این نتایج لازم است تا مجدداً بر ارتباط هیجان و شناخت که از مباحث مورد توجه محققان بوده است، استفاده نمود. فرایندهای شناختی به شکلی گسترده در کنترل، یکپارچگی، و سازمان‌دهی مهارت‌های تطابق‌پذیری دخالت دارند (چان، شوم، تولپولو، چن، 2008). از سوی دیگر، به‌کارگیری ساختارهای نامناسب شناختی نیز باعث کاهش تنظیم شناختی و رفتاری خواهد شد (گیانکولا، 2007). از جمله فرایندهای شناختی مهم که در ارتباط با همه‌گیری بیماری کرونا در این پژوهش مورد توجه قرار گرفته، عدم تحمل بلا تکلیفی است.

پژوهش‌های بسیاری نشان می‌دهند که متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی به شکل معناداری با انواع اختلالات اضطرابی و خلقی (فریستون، رییم، لتارت، دوگاسف لدوسور، 1994؛ ماهونی، مک‌ایوی، 2012؛ کاظمی، سعیدپور، پارویی، افزون، 1396؛ نولن-هاکسما، 2000؛ مک‌ایوی، ماهونی، 2012) رابطه دارد. در واقع افرادی که عدم تحمل بلا تکلیفی در آن‌ها بالاست، تمایل زیادی دارند تا اطلاعات مبهم را به شکل منفی تفسیر نمایند (بوتسی، گیزی، کارارو، 2016). بیماران مبتلا به کرونا نیز درباره روند بهبودی خود دچار ابهام بوده و در وضعیت نامشخصی قرار دارند. از یک طرف نشانه‌های بیماری خود را ادراک نموده، و از سوی دیگر این نشانه‌ها را با

همان‌طور که بیان شد، این پژوهش به منظور تحلیل روابط بین متغیرهای اضطراب سلامتی و عدم تحمل بلا تکلیفی، در پیش‌بینی اتخاذ راهبردهای سازگار و ناسازگار برای تنظیم شناختی هیجان انجام شد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که اضطراب سلامتی و عدم تحمل بلا تکلیفی قادر هستند تا راهبردهای سازگار و ناسازگار شناختی تنظیم هیجان را پیش‌بینی نمایند. همچنین یافته‌ها مشخص نمود که اضطراب سلامتی و عدم تحمل بلا تکلیفی رابطه منفی و مستقیم با راهبردهای شناختی سازگار دارند. به‌علاوه اضطراب سلامتی و عدم تحمل بلا تکلیفی رابطه مثبت و مستقیم با راهبردهای شناختی ناسازگار داشته، و علاوه بر آن عدم تحمل بلا تکلیفی با میانجیگری اضطراب سلامتی و غیرمستقیم نیز با راهبردهای ناسازگار رابطه دارد. در راستای تبیین این نتایج، اگرچه پژوهش مشابهی مشاهده نشده، اما دستاوردهای موجود، با یافته سایر پژوهش‌ها در زمینه‌های مشابه همسو است. برای مثال دوگاس، شوارتز، فرانسیس (2004)؛ و بوتسی، گیزی، کارارو، بارسلی، پاین، فریستون (2016) عنوان کردند که عدم تحمل بلا تکلیفی سوگیری منفی و معیوب در ارزیابی موقعیت شده و مجموعه‌ای از باورها و راهکارهای منفی را در پی خواهد داشت. همچنین تیلور و اسمندسون (2004) دریافتند که درجات اضطراب سلامتی با بروز رفتارهای ناسازگار مقابله‌ای همراه است. به‌علاوه اوپرایان، مک‌لیش (2017)؛ فرگاس، باردین (2013)؛ و

سوسن علیزاده فرد: پیش‌بینی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر اساس اضطراب سلامتی و عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران ...

1391). اگر در یک موقعیت مبهم، فرد کنترل کاملی بر امور نداشته باشد، نتیجه آن اضطراب فراوان و فاجعه‌انگاری آن موقعیت است (رجبی، نظرپور، تابناک، 1396).

همچنین عدم تحمل بلا تکلیفی با ترس از کرونا و اضطراب سلامتی وابسته به آن نیز در ارتباط است. به همین دلیل عدم تحمل بلا تکلیفی از طریق اضطراب سلامتی، و به شکل غیرمستقیم نیز بر راهبردهای تنظیم هیجان اثرگذار است.

تحقیقات صورت گرفته نشان می‌دهند که در زمان شیوع و همه‌گیری بیماری‌های واگیر، اضطراب و نگرانی سلامتی، هم در افراد سالم و هم بیمار افزایش می‌یابد (اسمندسون، تیلور، 2020)، تا آنجا که برخی پژوهشگران مانند آرماندسون و تیلور، اضطراب سلامتی را جزو مهم‌ترین نشانه‌های روان‌شناختی مرتبط با اپیدمی کرونا می‌دانند (گوردون، اسمندسون، تیلور، 2020).

اساساً اضطراب سلامتی در طول دهه‌های اخیر افزایش یافته است (کاسیک، لیندهولم، جاروهولم، هدمن لاگرولف، اکسلسون، 2017). این موضوع در رابطه مستقیم با افزایش دسترسی به اطلاعات سلامتی از طریق منابع مختلفی مانند شبکه‌های مجازی و موتورهای جستجو در اینترنت قرار دارد (علیزاده فرد، علی‌پور، 1399). در واقع به نظر می‌رسد که افزایش اطلاعات همان اندازه که موجب افزایش رفتارهای بهداشتی و سلامت محور شده، زمینه ایجاد و افزایش اضطراب سلامتی را نیز پدید آورده است. در شرایط شیوع بیماری کرونا، مسئولان امور بهداشتی مجبور به ارائه اطلاعات بهداشتی پیرامون علائم، روش‌های

اخبار و اطلاعاتی که درباره این بیماری دارند مقایسه می‌نمایند. آن‌ها نمی‌دانند که روند بیماری در آن‌ها رو به بهبود است، یا رو به وخامت است. در واقع بیماران بسیاری وجود دارند که بعد از گذراندن یک یا دو هفته بدون علامت یا نشانه‌های خفیف، ناگهان (حتی در کمتر از 204 ساعت) با حمله‌ای از آسیب‌ها روبرو می‌شوند که به مرگ آن‌ها منتهی می‌گردد. در نتیجه بیمار به‌واقع نمی‌داند که در چه مرحله‌ای از وخامت بیماری قرار دارد. همچنین این بلا تکلیفی درباره داروی مؤثر، شیوه درمان و نگهداری، و حتی میزان مصونیت یا ابتلا در آینده وجود دارد. دوگاس و همکاران (دوگاس، شوارتز، فرانسیس، 2004) عدم تحمل بلا تکلیفی در شرایط مبهم و نامشخص را عامل ایجاد نگرانی مزمن از موقعیت می‌دانند (اسدی، عابدینی، پورشریفی، نیکوکار، 1391). عدم تحمل در این افراد موجب فعال شدن راهکارهای شناختی معیوب بخصوص، اجتناب و بازداری می‌گردد. شواهد تجربی نشان داده‌اند که بازداری پیش‌بینی کننده دشواری در تنظیم هیجان است (حسینی، امیدوار، عباسی، 1396). جورمن هم در پژوهش خود نشان داد که بازداری و اجتناب شناختی، با ارزیابی مجدد همبستگی منفی؛ و با نشخوارگری رابطه مثبت دارد (جورمن، 2010). موضوع قابل توجه دیگر ارتباط عدم تحمل بلا تکلیفی با مفهوم کنترل است. کنترل‌پذیری بیماری، یک سازه شناختی است، که موقعیت‌های مبهم و غیرقطعی، توانایی پیش‌بینی و کنترل فرد را به شدت محدود می‌سازند (اسدی، عابدینی، پورشریفی، نیکوکار،

محدودیت همراه باشد؛ چراکه شیوه مقابله با استرس با عوامل فرهنگی در ارتباط هستند (سی، ایسائو، 2010). با توجه به شرایط همه‌گیری بیماری، اجرای این پژوهش به صورت غیرحضوری و از طریق شبکه‌های مجازی صورت گرفت؛ بسیاری از افراد بزرگسال بیمار که توانایی یا دسترسی استفاده از شبکه‌های مجازی را نداشتند، در این پژوهش شرکت نکردند. همچنین نظارت کامل پژوهشگر بر نحوه اجرا وجود نداشته است. به علاوه نظر به وخامت حال بیماران بستری و شرایط ویژه آنان، این پژوهش تنها بر روی بیمارانی به اجرا درآمد که روند بیماری خود را در خانه سپری می‌کردند. از این رو تعمیم نتایج کسب‌شده برای آنان با محدودیت همراه است. لذا پیشنهاد می‌گردد تا چنین طرح تحقیقی برای سایر گروه‌های درگیر مانند بیماران بستری، و سایر مناطق اجرا گردد. همچنین توجه به سایر متغیرهای روان‌شناختی (مانند ابتلا به سایر اختلالات روان‌شناختی زمینه‌ای مانند افسردگی، ادراک آسیب بیماری)، متغیرهای اجتماعی (مانند حمایت اجتماعی، مبادله اطلاعات نامعتبر)، و متغیرهای فردی (مانند سابقه ابتلا یا مرگ یکی از نزدیکان با این بیماری، سن، جنسیت، وضعیت اقتصادی و شغلی) نیز در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌گردد؛ که بی‌شک این کار سبب غنای بیشتر و کسب بینشی عمیق‌تر خواهد شد. در پایان نیز پیشنهاد می‌گردد تا از نتایج این پژوهش در طراحی مداخلات روان‌شناختی در جهت بهبود سلامت روانی بیماران مبتلا به کرونا استفاده شود.

پیشگیری، و البته میزان خطر و تهدید بیماری هستند. به صورت روزانه تعداد مبتلایان و تلفات ناشی از بیماری کرونا را از طریق رسانه‌های رسمی و غیررسمی اعلام می‌شود. بی‌شک توجه به این آمار موجب افزایش جدی اضطراب سلامتی خواهد شد (گوردون، اسمندسون، تیلور، 2020). این حجم وسیع اطلاعات تهدیدآمیز حتی ممکن است باعث بروز تفسیرها و قضاوت‌های غلطی از سوی گیرندگان خبر خواهد شود. تفسیرهای اشتباه شناختی درباره تهدید سلامتی، منجر به فاجعه‌سازی بیماری خواهد شد. برای مثال کسی که اضطراب سلامتی بالایی دارد، علائم مختصر، یا تحت کنترل خود را به منزله علائم سخت و نهایه بیماری کرونا دانسته و خود را در معرض مرگ ناشی از کرونا ویروس می‌بیند (اسمندسون، تیلور، 2020). این فاجعه پنداری بیماری، نه تنها خود راهبرد نادرستی در مواجهه با این بیماری است، بلکه موجب گسترش سایر راهبردهای ناسازگار نیز خواهد شد.

نتیجه آن‌که یافته‌های پژوهش حاضر، بینش تجربی تازه‌ای پیرامون (برخی از) عوامل روان‌شناختی مؤثر بر راهبردهای شناختی در جهت تنظیم هیجان منفی ناشی از ابتلا به بیماری کرونا را ایجاد نموده است. این نتایج دارای تلویحات کاربردی برای طراحی و تدوین مداخلات روان‌شناختی برای حفظ و ارتقای سلامت روان بیماران مبتلا به کرونا استفاده شود. البته این پژوهش با برخی محدودیت‌ها نیز روبرو بود. برای مثال بررسی در جامعه شهر تهران انجام شد و شاید تعمیم نتایج به سایر مناطق با

منابع

- ابراهیم‌زاده، ص (1384). بررسی مقایسه‌ای باورهای فراشناختی، ابعاد کمال‌گرایی و مهارت‌های حل مساله اجتماعی با توجه به سطوح بلا تکلیفی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه محقق اردبیلی.
- اسدی‌مجره، س؛ عابدینی، م؛ پورشریفی، ح؛ نیکوکار، م (1391). «رابطه بین عدم تحمل بلا تکلیفی و نشخوار فکری با نگرانی در جمعیت دانشجویی». *روان شناسی بالینی*، 4(4)، 83-92.
- بشارت، م.ع؛ بزازیان، س (1393). «بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی». *پیشرفت در پرستاری و مامایی*، 24، 61-70.
- حسینی، ف.س؛ امیدوار، ی؛ عباسی، ن (1396). «نقش کارکردهای اجرایی و افکار خود آیند منفی در تبیین دشواری در تنظیم هیجان نوجوانان». *مطالعات روان شناسی بالینی*، 7(26)، 83-111.
- رجبی، س؛ نظرپور، م؛ تابناک، ف (1396). «پیش‌بینی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با استفاده از انعطاف‌پذیری ذهن، بازداری و توجه پیوسته در نوجوانان دختر». *فصلنامه علمی - پژوهشی عصب روانشناسی*، 3(9)، 9-24.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA 2013: American Psychiatric Publishing.
- Angus Reid Institute. (2020). Half of Canadians taking extra precautions as coronavirus continues to spread around the globe. http://angusreid.org/wp-content/uploads/2020/02/2020.02.04_Coronavirus.pdf.
- Asmundson, G.J.G. & Taylor, S. (2020). "Corona-phobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak". *Journal of*
- شهیاد، ش؛ محمدی، م.ت (1399). «آثار روان‌شناختی گسترش بیماری کووید-19 بر وضعیت سلامت روان افراد جامعه: مطالعه مروری». *مجله طب نظامی*، 22 (2): 184-192.
- علیزاده فرد، س؛ علیپور، ا (1399). «الگوی تحلیل مسیر پیش‌بینی کرونافوبیا بر اساس عدم تحمل بلا تکلیفی و اضطراب سلامتی». *پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، 14 (1): 16-27.
- علیزاده فرد، س؛ صفاری‌نیا، م (1399). «پیش‌بینی سلامت روان بر اساس اضطراب و همبستگی اجتماعی ناشی از بیماری کرونا». *پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، 9(36)، 141-129.
- کاظمی رضایی، ع؛ سعیدپور، ص؛ صمیمی، ز؛ پارویی، م؛ افزون، ج (1396). «مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی و ظرفیت حافظه کوتاه‌مدت در افراد مبتلا به وسواس فکری - عملی و افراد بهنجار». *فصلنامه روانشناسی شناختی*، 5 (3): 61-70.
- نرگسی، ف؛ ایزدی، ف؛ کریمی نژاد، ک؛ رضایی شریف، ع (1396). «بررسی اعتبار و روایی نسخه فارسی پرسشنامه اضطراب سلامت در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی». *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، 7(27)، 147-160.

Anxiety Disorders, 70: 102196 .

- Asmundson, G.J.G., Abramowitz, J., Richter, A.A. & Whedon, M. (2010). "Health anxiety: Current perspectives and future directions". *Current Psychiatry Report*, 12: 306–312.

- Asmundson, G.J.G. & 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 Disorder*, 71: 102211. doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102211 .

- Besharat, M.A. & Bazzazian, S. (2015). "Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian population". *Advances in Nursing & Midwifery*, 24, 61-70.

- Bhatia, M.S., Goyal, S., Singh, A. & et al. (2020). "COVID-19 pandemic-induced panic disorder". *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 22(3): 20102626.

- Bo, H.X. & Li, W. (2020). "Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China". *Psychological medicine*, 27: 1-2.

- Bottesi, G., Ghisi, M., Carraro, E., Barclay, N., Payne, R. & Freeston, M.H. (2016). "Revising the Intolerance of Uncertainty Model of Generalized Anxiety Disorder: Evidence from UK and Italian Undergraduate Samples". *Frontiers in Psychology*, 7: 1723. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01723.

- Buher, K., & Dugas, M.J. (2006). "Investigation the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry".

Journal of Anxiety Disorders; 20: 223-234.

- Chan, R.C.K., Shum, D., Toulopoulou, T. & Chen, E.Y.H. (2008). "Assessment of executive functions: Review of instruments and identification of critical issues". *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23(2), 201-216.

- Chen, N., Zhou, M., Dong, X., Qu, J., Gong, F., Han, Y., Qiu, Y., Wang, J., Liu, Y., Wei, Y., Xia, J., Yu, T., Zhang, X., & Zhang, L. (2020). "Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study". *Lancet*, 395 (10223): 507–513. doi:10.1016/S0140-6736(20)30211-7

- Cheng, S., Wong, C., Tsang, J. & Wong, K. (2004). "Psychological distress and negative appraisals in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS)". *Psychological Medicine*, 34(7): 1187-1195 .

- Cooper, K., Gregory, J.D., Walker, I., Lambe, S. & Salkovskis, P.M. (2017). "Cognitive Behaviour Therapy for Health Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis". *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2017; 45(2): 110–23 .

- Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Symptoms. Centers for Disease Control and Prevention. United States. 10 February 2020. Archived from the original on 30 January 2020.

- Daré, L.O., Bruand, P., Gérard, D. & et al. (2019). "Co-morbidities of mental disorders and chronic physical diseases in developing and emerging countries: a meta-analysis". *BMC Public Health*, 19, 304. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6623-6>

- Dugas, M.J., Freeston, M.H. & Ladouceur, R. (1997). "Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry". *Cognitive Therapy and Research*, 21: 593-606.
- Dugas, M.J., Schwartz, A. & Francis, K. (2004). "Brief Report: Intolerance of Uncertainty, Worry, and Depression". *Cognitive Therapy and Research*, 28: 835-842. <https://doi.org/10.1007/s10608-004-0669-0>
- Fergus, T.A. & Bardeen, J.R. (2013). "Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Evidence of incremental specificity in relation to health anxiety", *Personality and Individual Differences*, 55 (6): 640-644. ISSN 0191-8869, <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.05.016>.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1988). *Manual of the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Folkman, S. & Moskowitz, J.T. (2004). "Coping: Pitfalls and promise". *Annual Review of Psychology*, 55(6) 745-774 .
- Freeston, M.H., Rheaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J. & Ladouceur, R. (1994). "Why do people worry"? *Personality and Individual Differences*, 17(6): 791-802.
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2006). "Cognitive emotion regulation questionnaire- development of a short 18-item version (CERQ-short)". *Personality and Individual Differences*, 41(6) 1045-1053.
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2006). "Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples". *Personality and Individual Differences*, 40, L659 -1669 .
- Garnefski, N., Kraaij, V. & Spinhoven, Ph. (2001). "Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems". *Personality and Individual Differences*, 30, L3L7-27.
- Giancola, P.R. (2007). "The underlying role of aggressivity in the relation between executive functioning and alcohol consumption". *Addictive behaviors*, 32(4), 765-783.
- Hopman, W.M., Harrison, M.B., Coo, H., Friedberg, E., Buchanan, M. & VanDenKerkhof, E.G. (2009). "Associations between chronic disease, age and physical and mental health status". *Chronic diseases in Canada*, 29(3), 108-116.
- Joormann, J. (2010). "Cognitive inhibition and emotion regulation in depression". *Current Directions in Psychological Science*, 19(3), 161-166.
- Kanadiya, M.K. & Sallar, A.M. (2011). "Preventive behaviors, beliefs, and anxieties in relation to the swine flu outbreak among college students aged 18-24 years". *Journal of Public Health*, 19(2): 139-145. doi:10.1007/s10389-010-0373-3
- Kopic, A., Lindholm, P., Jarvholm, K., Hedman-Lagerlof, E. & Axelsson, E. (2020). "Three decades of increase in health anxiety: Systematic review and meta-analysis of birth cohort changes in university student samples from 1985 to 2017". *Journal of Anxiety Disorders*, 71: 102208. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102208>.
- Lazarus, R.S. (1993). "Coping theory and research: Past, present, and future". *Psychosomatic Medicine*, 55(3) 234-

247.

- Mahoney, A.E.J. & McEvoy, P.M. (2012). "Changes in intolerance of uncertainty during cognitive behaviour group therapy for social phobia". *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2012; 43(2): 849-854.

- McEvoy, P.M. & Mahoney, A.E.J. (2012). "To be sure, to be sure: Intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression". *Behavior Therapy*, 43(3): 533-545.

- Nolen-Hoeksema, S. (2000). "The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptom". *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3): 504- 511.

- O'Bryan, E.M. & McLeish, A.C. (2017). "An Examination of the Indirect Effect of Intolerance of Uncertainty on Health Anxiety through Anxiety Sensitivity Physical Concerns". *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(4): 715-722. <https://doi.org/10.1007/s10862-017-9613-y>

- Rubin, G.J., Amlot, R., Page, L. & Wessely, S. (2009). "Public perceptions, anxiety, and behaviour change in relation to the swine flu outbreak: Cross sectional telephone survey". *British Medical Journal*, 339, b2651.

- Salkovskis, P.M. & Warwick, H. M. C. (1986). "Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioral approach to hypochondriasis". *Behaviour Research and Therapy*, 24:597-602.

- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. C. & 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.

- See C.M. & Essau C.A. (2010). *Coping Strategies in Cross-Cultural Comparison*. In: Mayer B., Kornadt HJ. (eds) *Psychologie – Kultur – Gesellschaft*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92212-6_7

- Stein, D.J., Kogan, C.S., Atmaca, M., & et al. (2016). "The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11". *Journal of Affective Disorders*, 190: 663-74.

- Sun, L., Sun, Z., Wu, L., Zhu, Z., Zhang, F., Shang, Z. & et al. (2020). "Prevalence and Risk Factors of Acute Posttraumatic Stress Symptoms during the COVID- 19 Outbreak in Wuhan, China. *medRxiv*. doi:10.1101/2020.03.06.20032425 .

- Taylor, M., Petrakis, I. & Ralevski, E. (2017). "Treatment of alcohol use disorder and co-occurring PTSD". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43(4):391-401. doi: 10.1080/00952990.2016.1263641 .

- Taylor, S. & Asmundson, G.J.G. (2004). *Treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach*. New York: Guilford.

- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Newcastle upon Tyne; Cambridge Scholars Publishing.

- Tyrer, P. & Tyrer, H. (2018). "Health anxiety: detection and treatment". *BJPsych Advances*, 24(1):66-72.

- WHO. Novel coronavirus (2019-

nCoV). (2020). situation report - 15. Feb 4,. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200204-Sitrep-15-ncov.pdf?sfvrsn=88fe8ad6_2 (accessed Feb 4, 2020).

- Wright, D.K., Adamslebell, M.A.N. & Carleton, R.N. (2016). "Intolerance of uncertainty, anxiety sensitivity, health anxiety, and anxiety disorder symptoms in youth". *Journal of Anxiety Disorders*, 41: 35-42 .

- Yao, H., Chen, J.H., & Xu, Y.F. (2020). "Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic". *The Lancet Psychiatry*, 7(4):e21 .

- Zhang, F., Shang, Z., Ma, H., Jia, Y., Sun, L., Guo, X. & et al. (2020). "High risk of infection caused posttraumatic stress symptoms in individuals with poor sleep quality: A study on influence of coronavirus disease (COVID-19) in China". *medRxiv*. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.22.20034504>.

COPYRIGHTS



© 2020 by the authors. Licensee PNU, Tehran, Iran. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY4.0) (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)