DOI: *10.29252/rbs.19.3.427*

Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2021, Volume 19, Issue 3

Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy based on Intolerance of Uncertainty on Worry and Anxiety in Women with Corona Anxiety (case study)

Mahdi Lashagri[1], **Qasem Ahi**[2], **Fatemeh Shahabizade**[3], **Ahmad Mansouri**[4]

1. PhD Student in Psychology, Department of psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran
2. (Corresponding author)* Assistant Professor, Department of psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.
3. Associate professor, Department of psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.
4. Assistant Professor, Department of psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

Abstract

Aim and Background: In addition to high morbidity and mortality due to Prevalence of Covid-19, it has led to psychological problems including Corona anxiety, that Women are more prone to this anxiety than men. The aim of this study was to investigate the effectiveness of cognitive behavioral therapy based on intolerance of uncertainty on worry and anxiety in women with corona anxiety.

Methods and Materials: This study was a case study with multiple baseline and two-month follow-up. Three female patients who had completed criteria set for entering the study, were selected from the statistical population by available sampling method. Then they were treated for 15 sessions upon the protocol of cognitive-behavioral therapy based on intolerance of uncertainty. Participants were assessed three times on the baseline stage and in sessions 3, 6, 9, 12, 15 as well as in monthly follow-up sessions for two months by completing the Corona Disease Anxiety Scale, Penn State Worry Questionnaire, and Worry Domain Questionnaire. Data were analyzed using visual inspection, improvement percentage and reliable change index.

Findings: The results showed that cognitive-behavioral therapy based on intolerance of uncertainty model was clinically and statistically effective on worry and anxiety in Women with Corona anxiety ($p<0.05$).

Conclusions: Based on the results of the present study, it can be said that the cognitive-behavioral therapy based on intolerance of uncertainty can be an effective intervention to reduce worry and anxiety in women with Corona anxiety.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, Corona anxiety, Covid-19, Intolerance of Uncertainty

Citation: Lashgari M, Ahi Q, Shahabizadeh F, Mansouri A. **Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy based on Intolerance of Uncertainty on Worry and Anxiety in Women with Corona Anxiety (case study)**. Res Behav Sci 2021; 19(3): 427-438.

* **Qasem Ahi**
Email: ahigh1356@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.5.6]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.427]

اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر عدم تحمل بلاتکلیفی بر نگرانی و اضطراب زنان مبتلا به اضطراب کرونا (گزارش موردی)

مهدی لشگری[۱]، قاسم آهی[۲]، فاطمه شهابی زاده[۳]، احمد منصوری[۴]

۱- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استادیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

۳- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

۴- استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

چکیده

زمینه و هدف: شیوع و دنیاگیری کووید-۱۹ علاوه بر تعداد زیاد ابتلا و مرگ‌ومیر فراوان، منجر به مشکلات روان‌شناختی ازجمله اضطراب کرونا شده که زنان بیش از مردان در معرض این اضطراب قرار دارند. هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر عدم تحمل بلاتکلیفی بر نگرانی و اضطراب زنان مبتلا به اضطراب کرونا بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع گزارش موردی با خط پایه چندگانه و پیگیری دوماهه بود. سه بیمار زن به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های تعیین‌شده برای ورود به پژوهش از جامعه آماری موردنظر انتخاب شدند و به مدت ۱۵ جلسه بر اساس پروتکل درمان شناختی رفتاری مبتنی بر عدم تحمل بلاتکلیفی تحت درمان قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان سه بار در مرحله خط پایه و در جلسات ۳، ۶، ۹، ۱۲ و ۱۵ و همچنین در جلسات پیگیری ماهیانه به مدت دو ماه با تکمیل مقیاس اضطراب بیماری کرونا، پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا و پرسشنامه ابعاد نگرانی مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج بیانگر این بود که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل عدم تحمل بلاتکلیفی بر نگرانی و اضطراب کرونای زنان از نظر بالینی و به لحاظ آماری مؤثر بوده است ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر عدم تحمل بلاتکلیفی می‌تواند یک مداخله مؤثر برای کاهش نگرانی و اضطراب زنان مبتلا به اضطراب کرونا باشد.

واژه‌های کلیدی: اضطراب کرونا، درمان شناختی رفتاری، عدم تحمل بلاتکلیفی، کووید-۱۹

ارجاع: لشگری مهدی، آهی قاسم، شهابی زاده فاطمه، منصوری احمد. **اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر عدم تحمل بلاتکلیفی بر نگرانی و اضطراب زنان مبتلا به اضطراب کرونا (گزارش موردی).** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۰؛ ۱۹(۳): ۴۳۸-۴۲۷.

*- **قاسم آهی**

رایانامه: ahigh1356@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.5.6]

[DOI: 10.52547/rbs.19.3.427]

مقدمه

بشر در این قرن، سه بیماری دنیاگیر ناشی از ویروس کرونا به نام‌های سارس (۲۰۰۳)، مِرس (۲۰۱۲) و کووید-۱۹ (۲۰۱۹) را تجربه کرده است. بیماری همه‌گیر شونده نه‌تنها تهدیدی جدی برای زندگی افراد مبتلا در مناطق آلوده است، بلکه درجه‌های مختلفی از مشکلات روانی را برای تمامی افراد ایجاد می‌کند (۳-۱). بیماری کووید-۱۹ بزرگ‌ترین دنیاگیری بیماری ویروسی در دهه گذشته است، زیرا تعداد کل موارد ابتلا و کشته‌شدگان ناشی از آن پس از شیوع اولیه بسیار زیاد است (۴). بر اساس آمار اعلامی در تارنمای سازمان بهداشت جهانی تا ۱۳ آگوست ۲۰۲۱ تعداد کل مبتلایان در جهان ۲۰۶۲۵۴۴۵۹ نفر و تعداد کشته‌شدگان در اثر این بیماری ۴۳۴۸۲۵۲ نفر بوده‌اند که از این تعداد ۴۳۲۰۲۶۶ نفر از مبتلایان و ۹۶۲۱۵ نفر از مرگ‌ها متعلق به کشور ایران هستند (۵).

از زمان همه‌گیری کووید-۱۹، برخی از مطالعات افزایش مشکلات مرتبط با بهداشت روان و ناراحتی روانی در افراد سالم را نشان می‌دهند که ناشی از افزایش احتمال ابتلا به عفونت کووید-۱۹، اقدامات شدید قرنطینه‌ای در شهرها، قرنطینه خانگی اجباری و سایر عوامل است (۶). بر اساس نتایج یک مطالعه شیوع علائم اضطراب و افسردگی به میزان ۱۶ تا ۲۸ درصد و استرس خودگزارش شده به میزان ۸ درصد ازجمله واکنش‌های روان‌شناختی رایج به همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ است که ممکن است با خواب آشفته همراه باشد (۷). همچنین بر اساس نتایج پژوهش ژائو و همکارانش در هنگام شیوع اولیه بیماری کرونا، ۵۳/۸ درصد از مردم چین تأثیر روانی شیوع این بیماری را متوسط تا شدید ارزیابی کردند و ۲۸/۸ درصد از آن‌ها علائم اضطراب متوسط تا شدید را گزارش کردند (۸). بر اساس نتایج مطالعات بیش از ۵۰ درصد افراد مشکلات روانی، نگرانی یا اضطراب مرتبط با کووید-۱۹ را در زمان همه‌گیری گزارش کردند (۹) و در چندین کشور (ایران، چین، آلمان، اسپانیا و ایالات‌متحده) افزایش مداوم میزان اضطراب کرونا گزارش شده است (۱۰).

نتایج تعدادی از پژوهش‌ها نشان داد که عوامل جمعیت شناختی نظیر جنسیت (زن بودن)، مسن بودن، متجاهل بودن یا داشتن شریک زندگی و بچه‌دار بودن، تحصیلات عالیه (بالاتر از لیسانس)، شغل آزاد، سطح حمایت اجتماعی، تجربه بیماری، مدت‌زمان قرنطینه و قرار گرفتن در معرض اخبار رسانه از مهم‌ترین پیش‌بینی اضطراب زیاد ناشی از همه‌گیری بیماری کرونا بودند (۶, ۱۱, ۱۲). در همین راستا یافته‌های پژوهش ماراوی و هلر حاکی از آن بود که طی همه‌گیری کووید-۱۹ زنان بیشتر از مردان مضطرب بودند، اضطراب افراد درخصوص سلامت نزدیکان بیشتر از خودشان بود و اضطراب در مورد سلامتی بیشتر از مسائل مالی بود (۱۳). در ایران نیز یافته‌های پژوهش مقنی‌باشی منصوریه نشان داد که حدود یک‌پنجم افراد مشارکت‌کننده در تحقیق، اضطراب شدید یا خیلی شدید را تجربه کرده بودند و زنان نسبت به مردان اضطراب بیشتری داشتند (۱۴).

تحقیقات آسموندسون و همکاران نشان داد افراد مبتلا به اضطراب و اختلالات خلقی در مقایسه با افراد فاقد این اختلالات بیشتر تحت تأثیر منفی شیوع و همه‌گیری کووید-۱۹ قرارگرفته و نگرانی بیشتری را در مورد احتمال آلودگی به این ویروس و پیامدهای اقتصادی ناشی از قرنطینه شهرها ابراز کردند (۱۵). بر اساس تعریف مکلود، ویلیامز و بکرین نگرانی شامل یک زنجیره از افکار منفی درباره وقایع مبهم و بلاتکلیف آینده است که پیامد آن مطمئن و مشخص نیست و با احساس اضطراب همراه است (۱۶). به‌عبارت‌دیگر نگرانی از جنس افکار و اضطراب از جنس هیجان است (۱۷)؛ بنابراین به نظر می‌رسد آموزش‌های بهداشتی در مورد رفتارهای مؤثر برای کاهش خطر ابتلا به عفونت کووید-۱۹ همراه با آگاهی‌بخشی روان‌شناختی به‌منظور اصلاح ارزیابی خطر و افزایش احساس کنترل، می‌تواند نگرانی و درنهایت اضطراب را کاهش دهد. در خصوص افراد مبتلا به اضطراب کرونا مداخلات شناختی رفتاری که به‌طور خاص عدم تحمل بلاتکلیفی را هدف قرار می‌دهند، ممکن است سودمند باشند (۱۰, ۱۸, ۱۹).

درمان شناختی رفتاری اصلی‌ترین رویکرد روان‌شناختی مبتنی بر شواهد برای درمان اختلالات اضطرابی است که بیشترین میزان شواهد را در مورد کارآیی آن موجود است. اثر بالینی این درمان بسیار شناخته شده است (۲۰). با توجه به اینکه اختلالات اضطرابی معمولاً مزمن هستند، بنابراین اثرات پایدار درمان مهم است. ازاین‌رو نتایج یک متاآنالیز نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری به‌طور متوسط تا ۱۲ ماه پس از اتمام درمان با کاهش علائم متوسط در اختلالات اضطرابی و وسواس فکری-عملی همراه است. در پیگیری ۱۲ ماه یا بیشتر، همچنان این اثرات برای اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال استرس پس از حادثه وجود داشت (۲۱).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.5.6]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.427]

نظریه عدم تحمل بلاتکلیفی داگاس یکی از مدل‌های درمان شناختی رفتاری است که به مفهوم‌پردازی سبب‌شناسی اختلال اضطراب پرداخته است. تمرکز این درمان بر ناتوانی در تحمل بلاتکلیفی در ایجاد علائم و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر است. در این دیدگاه عدم تحمل بلاتکلیفی از باور منفی درباره ابهام ناشی می‌شود (۱۷). مدل شناختی داگاس بر اهمیت چهار عامل عدم تحمل بلاتکلیفی، باورهای مثبت در مورد نگرانی، اجتناب شناختی و جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل در تمایز افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی تأکید دارد. داگاس معتقد است که باهدف قراردادن زیربنا و سبب‌شناسی اختلال اضطراب فراگیر می‌توان به کاهش علائم جسمی و متعاقب آن کاهش مراجعات بیماران به متخصصین جهت درمان این علائم خوش‌بین بود و از این طریق کیفیت زندگی این بیماران نیز به‌طور معنی‌داری افزایش می‌یابد (۲۲).

پژوهش‌های متعددی اثربخشی کوتاه‌مدت و بلندمدت درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل عدم بلاتکلیفی بر اضطراب را نشان داده‌اند (۲۳–۲۸). در ایران نیز نتایج پژوهش‌های اکبری (۲۹)، حمیدپور و همکاران (۳۰)، صفوی شاملو و همکاران (۳۱)، موسوی گلزاری (۳۲) و علیلو و همکاران (۳۳) اثربخشی این درمان را در بیماران اضطرابی نشان داده‌اند. بر اساس پیشینه پژوهش، با توجه به مشخص بودن نقش عدم تحمل بلاتکلیفی در اضطراب کرونا و همچنین ابتلای بیشتر زنان به این بیماری، تحقیق حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر عدم تحمل بلاتکلیفی بر نگرانی و اضطراب زنان مبتلا به اضطراب کرونا انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع مطالعه موردی با خط پایه چندگانه با پیگیری دوماهه بود. این طرح پژوهش یکی از طرح‌های پرکاربرد در روانشناسی بالینی قلمداد می‌شود (۳۴). جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان مبتلا به اضطراب کرونای مراجعه‌کننده به مراکز ارائه خدمات روان‌شناختی و مشاوره پرمخاطب شهرستان دامغان (دو مرکز) در بازه زمانی پژوهش (اسفندماه ۱۳۹۸ تا دی‌ماه ۱۳۹۹) تشکیل داد. از بین مراجعه‌کنندگان سه نفر به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس که دارای تشخیص اضطراب کرونای متوسط یا شدید بودند و ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شدند. پروتکل درمان توسط نویسنده اول مقاله اجرا شد. ملاک‌های ورود به پژوهش دارا بودن سن بالای ۲۰ سال، کسب نمره بالاتر از ۱۷ از پرسشنامه اضطراب کرونا (۳۵)، نداشتن نمره برش بالاتر از ۸۴ در طیف اختلالات شخصیت بر اساس نسخه سوم مقیاس آزمون میلون (۳۶)، عدم دریافت درمان روان‌شناختی هم‌زمان با مداخله درمانی فعلی، داشتن سطح تحصیلات حداقل دیپلم، عدم مصرف مواد، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی در چهار ماه گذشته بودند. همچنین غیبت بیش از سه جلسه و عدم انجام تکالیف خانگی و اطلاع درمانگر از هرگونه مصرف داروی آرام‌بخش و یا مصرف مواد در زمان برگزاری جلسات درمانی منجر به خروج بیمار از پژوهش می‌شد. این پژوهش برخی اصول اخلاقی ازجمله توضیح اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان، کسب رضایت آگاهانه از آن‌ها، اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخلات درمانی، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به شرکت‌کنندگان را رعایت نمود.

در این پژوهش به‌منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

مقیاس اضطراب کرونا (CDAS یا Corona Disease Anxiety Scale): این مقیاس توسط علیپور و همکاران برای سنجش اضطراب ناشی از بیماری کرونا تهیه و اعتبار یابی شده است. نسخه نهایی این پرسشنامه دارای ۱۸ گویه و ۲ عامل است. گویه‌های ۱ تا ۹ آن علائم روانی و گویه‌های ۱۰ تا ۱۸ علائم جسمانی را می‌سنجند. این ابزار در طیف لیکرت چهاردرجه‌ای (هرگز=۰، گاهی اوقات=۱، بیشتر اوقات=۲ و همیشه=۳) نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین بیشترین و کمترین نمره‌ای که افراد در این پرسشنامه کسب می‌کنند بین ۰ تا ۵۴ است. کسب نمره ۰ تا ۱۶ نشان‌دهنده اضطراب خفیف و کسب نمره ۱۷ تا ۲۹ نشان‌دهنده اضطراب متوسط و کسب نمره ۳۰ تا ۵۴ نشان‌دهنده اضطراب شدید است. نمرات بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده سطح بالاتری از اضطراب در افراد است. اعتبار این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای عامل اول ۰/۸۸ و برای عامل دوم ۰/۸۶ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۲ به دست آمد (۳۵).

پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ یا Penn State Worry Questionnaire): میر و همکاران (۳۷) این پرسشنامه را طراحی و تدوین کردند. این پرسشنامه دارای ۱۶ سوال است که بر اساس لیکرت پنج گزینه‌ای (اصلاً صدق نمی‌کند=۱، کمی صدق می‌کند=۲، گاهی صدق

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.5.6]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.427]

می‌کند=۳، بیشتر اوقات صدق می‌کند=۴، کاملاً صدق می‌کند=۵) نمره‌گذاری می‌شود که سؤالات ۱، ۳، ۸، ۱۰ و ۱۱ به شکل معکوس امتیازگذاری می‌شوند. این ابزار دو بعد نگرانی عمومی و فقدان نگرانی را می‌سنجد. دامنه نمره‌ها در این مقیاس از ۱۶ تا ۶۴ است و نمره بیشتر، نشانه تجربه نگرانی بیشتر می‌باشد. اعتبار آزمون به روش همسانی درونی ۰/۹۳–۰/۸۶ گزارش شده است. اعتبار آن به روش بازآزمایی نیز در طول یک دوره دو تا ۱۰ هفته‌ای ۰/۹۳–۰/۷۴ گزارش شده است (۳۷). همچنین نمره برش این پرسشنامه ۴۳ می‌باشد (۳۸). منصوری و همکاران اعتبار آزمون به روش همسانی درونی برابر ۰/۸۷ گزارش کردند. ضریب آلفای نیمه اول، دوم و همبستگی بین دونیمه برابر ۰/۷۶، ۰/۷۸ و ۰/۷۶ بوده است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز بیانگر شاخص‌های خوب و رضایت‌بخش (CFI=۰/۹۸، NFI=۰/۹۷، NNFI=۰/۹۷، IFI=۰/۹۸، RFI =۰/۹۷، GFI=۰/۹۵ و RMSEA=۰/۰۶۵) این پرسشنامه بوده است (۳۹).

پرسشنامه‌های ابعاد نگرانی (WDQ یا Worry Domain Questionare): این پرسشنامه را تالیس و همکاران (۴۰) برای سنجش ابعاد نگرانی ساختند. این پرسشنامه ۲۵ سؤال دارد و در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (اصلاً=۰، کم=۱، متوسط=۲، زیاد=۳، خیلی زیاد=۴) نمره‌گذاری می‌شود و به سنجش نگرانی‌های افراد در پنج حوزه روابط، عدم اعتمادبه‌نفس، بی‌هدفی نسبت به آینده، شغل و امور مالی می‌پردازد. دامنه نمرات در هر حوزه نگرانی بین ۰ تا ۲۰ است که نمره بالاتر نشان‌دهنده نگرانی بیشتر است (۴۰). تالیس و همکاران ضریب همبستگی کل خرده مقیاس‌ها را ۰/۷۹ گزارش کردند، همچنین نمره برش این پرسشنامه برای اختلال اضطراب فراگیر ۴۰ می‌باشد (۴۱). حمیدپور و همکاران این پرسشنامه را بر روی ۳۶۰ دانشجوی ایرانی اجرا و ثبات درونی را خوب ۰/۷۸ و پایایی آن را در آزمون–بازآزمون خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۸ گزارش کردند (۳۰).

پروتکل درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل عدم تحمل بلاتکلیفی: مداخله درمانی بر اساس پروتکل ارائه‌شده در کتاب ((درمان شناختی رفتاری برای اختلال اضطراب فراگیر– از دانش تا عمل)) که توسط داگاس و رابی چاود (۲۰۰۷) نوشته شده بود، اجرا گردید (۱۷). هر سه شرکت‌کننده ۱۵ جلسه یک‌ساعته (هفته‌ای ۲ جلسه) به‌صورت فردی در جلسات درمان حضور یافتند. ترتیب مداخله درمانی بیماران به شکل ناهم‌زمان یا پلکانی بود به این صورت که پس از اتمام مرحله خط پایه و در جلسه دوم بیمار اول، اولین جلسه بیمار دوم انجام شد و جلسه اول بیمار سوم نیز در جلسه سوم بیمار اول آغاز شد. شرکت‌کنندگان در پژوهش سه مرحله در خط پایه و در جلسات سوم، ششم، نهم، دوازدهم و پانزدهم درمان و دو جلسه پیگیری ماهیانه به مدت ۲ ماه پس از اتمام درمان با تکمیل مقیاس اضطراب کرونا و پرسشنامه‌های نگرانی ایالت پنسیلوانیا و ابعاد نگرانی موردسنجش قرار گرفتند.

شرح جلسات مداخله درمانی به شرح زیر است.

جلسات اول و دوم– برقراری رابطه درمانی سالم، آموزش اصول درمان شناختی رفتاری به بیمار و کسب اطلاعات در خصوص اضطراب کرونای بیمار

جلسات سوم و چهارم–آموزش این مسئله که نگرانی‌ها مختلف و پایان‌ناپذیر هستند، بررسی نگرانی‌های بیمار با محوریت اضطراب کرونا

جلسات پنجم و ششم–آموزش به بیمار برای درک رابطه عدم تحمل بلاتکلیفی و نگرانی‌های افراطی، تشخیص موقعیت‌های غیرقابل‌اجتناب دخیل در بلاتکلیفی، تشخیص علائم بروز عدم تحمل بلاتکلیفی، جستجو و تجربه‌کردن موقعیت‌های برانگیزان بلاتکلیفی، مرور تکالیف خانگی با محوریت اضطراب کرونا

جلسات هفتم و هشتم– بازسازی شناختی باهدف اینکه به روش پرسشگری سقراطی و تجربه‌گرایی مشارکتی بیمار در باورهای مثبت خود درباره مفیدبودن نگرانی تجدیدنظر کند، مرور تکالیف خانگی با محوریت اضطراب کرونا

جلسات نهم و دهم– بهبود جهت‌گیری نسبت به مشکل و آموزش حل مسئله به بیمار و مرور تکالیف خانگی با محوریت اضطراب کرونا

جلسات یازدهم و دوازدهم و سیزدهم– پرداختن به اجتناب شناختی بیمار با کمک تصویرسازی تجسمی و سناریوسازی درباره احتمال ابتلای خود با افراد خانواده به بیماری کرونا، مرور تکالیف خانگی

جلسات چهاردهم و پانزدهم– مرور نکات جلسات قبل، کسب آمادگی برای رویارویی با مشکلات واقعی زندگی پس از درمان با مرور راهبردهای مؤثری که بیمار در جلسات درمان آموخته است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.5.6]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.427]

روش آماری

تجزیه‌وتحلیل داده‌های این پژوهش با استفاده از ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا (RCI یا Reliable Change Index) و فرمول درصد بهبودی انجام شد. برای محاسبه شاخص تغییر پایا با فرمول اصلاح‌شده، نمره پس از درمان یا پیگیری از نمره خط پایه تفریق و حاصل آن بر خطای استاندارد تفاوت‌ها تقسیم می‌گردد، اگر نتیجه به‌دست‌آمده بزرگ‌تر از نمره ۱/۹۶=Z باشد، می‌توان با ۹۵ درصد اطمینان تغییر یا بهبودی به‌دست‌آمده را به اثر مداخله نسبت داد (۴۲). روش دیگری که برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها استفاده شد فرمول درصد بهبودی بود که از آن برای سنجش میزان پیشرفت مراجعان در کاهش مشکلات مورد آماج درمان استفاده می‌شود. در این فرمول نمره پیش‌آزمون از نمره پس‌آزمون تفریق و حاصل بر نمره پیش‌آزمون تقسیم می‌شود. اگر درصد بهبودی حداقل ۵۰ باشد، می‌توان نتیجه را ازنظر بالینی معنی‌دار قلمداد کرد (۴۳). لازم به توضیح است ملاک اصلی بهبودی بالینی هر بیمار کسب نمره پایین‌تر از نمره برش ابزار سنجش مربوطه می‌باشد، زیرا ممکن است علی‌رغم درصد بهبودی بالا همچنان نمره فرد بالاتر از نمره برش ابزار سنجش باشد.

یافته‌ها

در جدول ۱ اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش به تفکیک ارائه‌شده است.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش

مراجع	اول	دوم	سوم
تأهل	مجرد	متأهل	متأهل
سابقه ابتلا به بیماری کرونا	ندارد	ندارد	ندارد
سن	۳۸	۳۴	۳۵
میزان تحصیلات	کارشناسی ارشد	دانشجوی دکتری	کارشناسی
شغل	کارمند	خانه‌دار	خانه‌دار
اختلال همایند	اختلال افسرده خویی	اختلال اضطراب عمومی	اختلال اضطراب اجتماعی
سابقه اختلال همایند	۳ سال	۵ سال	۱۰ سال
اقدامات درمانی قبلی	–	مراجعه به روانشناس دو سال قبل	مصرف دارو تا یک سال قبل

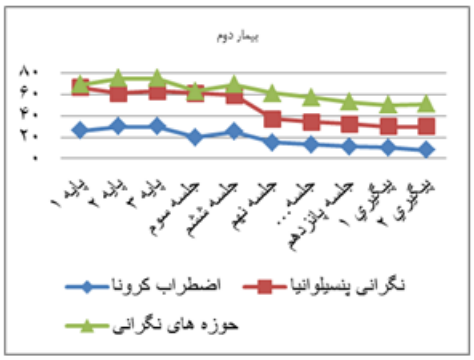
همان‌گونه که در جدول ۱ نمایش داده شده است، اضطراب کرونای بیمارهای اول و دوم با درصد بهبودی بالای ۵۰ درصد در پایان جلسات درمان و پیگیری دوماهه ازنظر بالینی بهبودیافته تلقی می‌شود. ادامه روند کاهشی نمرات اضطراب کرونای این دو بیمار در جلسه پیگیری دو ماه بعد (۱۰=بیمار اول و ۸=بیمار دوم) نشان‌دهنده ادامه‌دار بودن روند بهبودی پس از اتمام درمان است. بیمار سوم با درصد بهبودی بیش از ۴۰ درصد و کسب نمره ۱۵ در پایان جلسه پانزدهم (با توجه به کسب نمره پایین‌تر از نمره برش مقیاس اضطراب کرونا) به لحاظ بالینی بهبودیافته تلقی می‌شود. بهبودی این بیمار در مرحله پیگیری ادامه‌دار بوده و نمره اضطراب او در پیگیری دوماهه به عدد ۱۳ رسیده است که درصد بهبودی ۵۱/۸۵ را نشان می‌دهد. درصد بهبودی کلی اضطراب کرونای هر سه بیمار در مرحله پایانی درمان ۵۴/۴۸ و در مرحله پیگیری دوماهه ۶۱/۶۱ درصد می‌باشد که نشان‌دهنده معنی‌داری بالینی بهبودی بیماران در اثر مداخله درمانی است. قدر مطلق شاخص تغییر پایا برای بیماران در پایان درمان و پس از پیگیری دوماهه از عدد ۱/۹۶ بیشتر است که می‌توان به لحاظ آماری با احتمال ۹۵ درصد تغییر نمرات اضطراب کرونا را به اثر مداخله درمانی نسبت داد.

درصد بهبودی در متغیر نگرانی بیمارهای اول و دوم در پایان جلسات درمان از ۵۰ درصد کمتر است (جدول ۲)؛ اما نمره کسب‌شده از پرسشنامه PSWQ توسط بیمار اول و دوم به ترتیب ۲۵ و ۳۲ می‌باشد که از نمره برش این پرسشنامه (نمره ۴۳) کمتر است و به معنای بهبودی بالینی آن‌ها می‌باشد. در مرحله پیگیری دوماهه نیز روند بهبودی بیماری اول و دوم ادامه پیدا کرده، به‌گونه‌ای که نمره نگرانی بیمار اول به ۲۲ و بیمار دوم به ۳۰ رسیده است. در این مرحله درصد بهبودی بیمار اول به بیش از ۴۷ درصد و بیمار دوم به حدود ۵۲ درصد رسیده که با توجه به نمره برش پرسشنامه، نشان‌دهنده معنی‌داری بالینی قابل‌قبول مداخله برای این بیماران در مرحله پیگیری می‌باشد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.5.6]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.427]

بیمار سوم در پایان درمان و مرحله پیگیری دوماهه نمره نگرانی بالاتر از نقطه برش را کسب کرده است و درصد بهبودی وی در هر دو مرحله کمتر از درصد است؛ بنابراین نمی‌توان اثر مداخله را در کاهش نگرانی این بیمار ازنظر بالینی معنی‌دار درنظر گرفت. قدر مطلق شاخص تغییر پایای نمرات نگرانی برای بیماران در پایان درمان و پیگیری دوماهه از نمره $z=1/96$ بزرگ‌تر است و نشان می‌دهد تغییر نمرات با احتمال ۹۵ درصد در اثر مداخله درمانی بوده است.

شکل ۱، روند کاهشی نمرات بیماران در مقیاس اضطراب کرونا، پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا و پرسشنامه ابعاد نگرانی را به تفکیک نشان می‌دهد.



شکل ۱. روند تغییر نمرات بیماران در طی مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

جدول ۲. نمرات آزمودنی‌ها در خط پایه، دوره مداخله و پیگیری در مقیاس اضطراب کرونا، نگرانی پنسیلوانیا، ابعاد نگرانی

	مقیاس اضطراب کرونا			پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا			پرسشنامه ابعاد نگرانی		
مداخله	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم
خط پایه ۱	۲۴	۲۶	۲۸	۴۳	۶۶	۶۳	۷۵	۶۹	۸۷
خط پایه ۲	۲۵	۳۰	۲۷	۴۰	۶۱	۶۶	۷۶	۷۵	۸۷
خط پایه ۳	۲۵	۳۰	۲۷	۴۲	۶۳	۶۸	۷۸	۷۵	۸۸
جلسه سوم	۲۲	۲۰	۲۵	۴۲	۶۱	۶۳	۷۴	۶۳	۸۰
جلسه ششم	۱۸	۲۵	۲۷	۳۸	۵۹	۵۷	۷۱	۶۹	۷۹
جلسه نهم	۱۵	۱۵	۱۹	۳۴	۳۷	۵۷	۶۵	۶۱	۷۵
جلسه دوازدهم	۱۲	۱۳	۱۶	۲۷	۳۴	۵۸	۵۹	۵۷	۶۹
جلسه پانزدهم	۱۱	۱۱	۱۵	۲۵	۳۲	۵۲	۵۴	۵۳	۶۰
درصد بهبودی	۵۶	۶۳	۴۴/۴۴	۴۰/۴۷	۴۹/۲۰	۲۳/۵۲	۳۰/۷۶	۲۹/۳۳	۳۱/۸۱
درصد بهبودی کل	۵۴/۴۸			۳۷/۷۳			۳۰/۶۳		
شاخص تغییر پایا	-۱۵/۵۵	-۲۱/۱۱	-۱۳/۳۳	-۲/۷۷	-۵/۰۵	-۲/۶۱	-۵/۴۶	-۵/۰۱	-۶/۳۷
پیگیری ۱	۱۱	۱۰	۱۴	۲۴	۳۰	۵۵	۵۴	۵۰	۵۸
پیگیری ۲	۱۰	۸	۱۳	۲۲	۳۰	۵۴	۵۳	۵۱	۵۵
درصد بهبودی	۶۰	۷۳	۵۱/۸۵	۴۷/۶۱	۵۲/۳۸	۲۰/۵۸	۳۲/۰۵	۳۲	۳۷/۵
درصد بهبودی کل	۶۱/۶۱			۴۰/۱۹			۳۳/۸۵		
شاخص تغییر پایا	-۱۶/۶۶	-۲۴/۴۴	-۱۵/۵۵	-۳/۲۶	-۵/۳۸	-۲/۲۸	-۵/۴۶	-۵/۴۶	-۷/۵۱

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.5.6]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.427]

همان‌گونه که نمرات پرسشنامه ابعاد نگرانی هر سه بیمار در جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، درصد بهبودی در پایان جلسات درمانی و مرحله پیگیری بیش از ۳۰ درصد است. قدر مطلق شاخص تغییر پایا برای نمرات این متغیر در مورد بیماران بالاتر از عدد ۱/۹۶ می‌باشد که نشان می‌دهد به لحاظ آماری تغییر نمرات با احتمال ۹۵ درصد در اثر مداخله درمانی اتفاق افتاده‌اند.

نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر عدم تحمل بلاتکلیفی بر نگرانی و اضطراب زنان مبتلا به اضطراب کرونا بود.

یافته‌های پژوهش حاکی از آن هستند که این روش درمانی در درمان نگرانی و اضطراب زنان مبتلا به اضطراب کرونا مؤثر بوده است. نتایج این تحقیق با یافته‌های پژوهش آلیسون و همکاران (۴۴)، داگاس و همکاران (۲۵)، باسول، تامپسون و همکاران (۲۷) و ایاگلسون و همکاران (۲۸)، اکبری (۲۹)، صفوی شاملو و همکاران (۳۱)، موسوی گلزاری (۳۲) و علیلو و همکاران (۳۳) مطابقت دارد. در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر عدم تحمل بلاتکلیفی بر اضطراب و نگرانی ناشی از اضطراب کرونا می‌توان به هدف آماج قرار گرفتن چهار عامل عدم تحمل بلاتکلیفی، باورهای مثبت درباره نگرانی، اجتناب شناختی و جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل در این درمان اشاره کرد (۲۲)؛ زیرا بر اساس پژوهش تال و همکاران ویژگی غیرقابل‌پیش‌بینی و متغیر بودن علائم کووید-۱۹ به همراه دوره خاموشی طولانی حضور این ویروس در بدن فرد آلوده (۱۰) شرایط دوران همه‌گیری را برای افراد بسیار مبهم و بلاتکلیف می‌کند. همچنین نگرانی زیاد همبستگی بین عدم تحمل بلاتکلیفی و نشانه‌های اضطراب را تقویت می‌کند و نقش برجسته‌ای در پیش‌بینی اضطراب دارد (۴۵) و عدم تحمل بلاتکلیفی به‌عنوان یک ویژگی متمایزکننده بالقوه فردی، خطر اضطراب کرونا را افزایش می‌دهد (۴۶). شرکت‌کنندگان در این پژوهش با کمک تکنیک‌های شناختی تحمل شرایط مبهم و بلاتکلیف خودشان را افزایش می‌دهند و همچنین باورهای مثبت آن‌ها در مورد نگرانی مورد ارزیابی و اصلاح قرار می‌گیرند. همچنین با انجام تکالیف خانگی از طریق نوشتن سناریوهای احتمالی با موضوع ابتلا خود یا اطرافیان به بیماری کرونا، خود را در معرض شرایط بیماری قرار داده و اضطراب ناشی از آن را تحمل می‌کنند که منجر به افزایش ظرفیت تحمل اضطراب در آن‌ها شده و از اجتناب شناختی که قبلاً به آن دچار بوده‌اند فاصله می‌گیرند. همچنین با توجه به اینکه عموماً افراد درگیر اضطراب مشکلات زندگی را به‌عنوان فاجعه تلقی کرده که توانایی حل آن‌ها را ندارند و گاهی مشکلات حل‌شده را فاقد ارزش تلقی می‌کنند (۱۷)، شرکت‌کنندگان در پژوهش با اصلاح باورهای غلط در این زمینه موفق به رویارویی مؤثر (با سطح نگرانی و اضطراب قابل‌تحمل) با شرایط همه‌گیری و احتمال ابتلای خود یا افراد خانواده به کووید-۱۹ می‌شوند.

همچنین ادامه روند بهبودی اضطراب کرونای هر سه بیمار و نگرانی (بیمارهای اول و دوم) در پیگیری دوماهه با یافته‌های وندیس و همکاران (۲۱) همسو می‌باشد. در تبیین پایداری اثر مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر عدم تحمل بلاتکلیفی در کاهش اضطراب و نگرانی می‌توان به تأثیر تکنیک‌های شناختی این درمان در اصلاح باورهای مثبت به نگرانی و بازسازی نگرش منفی به مشکل در بیمار که منجر به تغییر نگرش به اتفاقات غیرقابل‌پیش‌بینی می‌شود، اشاره نمود. همچنین با انجام تمرین نوشتن سناریوی بدترین اتفاق تصور شده توسط بیمار و مرور منظم آن، لحاظ هیجانی جراتمندی بیمار برای رویارویی با شرایط مبهم احتمالی در آینده تقویت می‌شود و این موضوع به‌نوبه خود اعتمادبه‌نفس وی را تقویت می‌کند. اعتمادبه‌نفس تقویت‌شده عاملی پایدار در احساس توانایی فرد برای مواجهه با اتفاقات آینده است (۲۲).

بیمار سوم نسبت به دو بیمار دیگر در اثر مداخله درمانی درصد بهبودی کمتری در اضطراب کرونا و کاهش نگرانی به دست آورد که دلیل آن را می‌توان به اختلال اضطراب اجتماعی مزمن او نسبت داد. این بیمار به دلیل دارا بودن باور مرکز ناتوانی در محافظت از خود در صورت از دست دادن همسر یا پدر (مادر این بیمار به دلیل ابتلا به سرطان فوت نموده است) مقاومت زیادی در برابر اصلاح فکر مربوط به عدم تحمل بلاتکلیفی (ابهام) در صورت تصور احتمال آلودگی خود و افراد خانواده به ویروس کرونا و فوت آن‌ها نشان می‌داد. هرچند با استفاده از تعیین تکالیف منزل از آسان به سخت در نوشتن سناریوهای نگران‌کننده و به چالش کشیدن باور ناتوانی در محافظت از خویشتن از طریق یادآوری دستاوردهای مختلف تحصیلی و اجتماعی تا حد قابل قبولی مقاومت بیمار شکسته شد و احتمالاً همین روش‌ها درنهایت موجب شد نمره اضطراب کرونای این بیمار از نمره برش مقیاس اضطراب کرونا در مراحل

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.5.6]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.427]

خاتمه درمان و پیگیری کمتر شود؛ اما درصد بهبودی نگرانی نامبرده در پرسشنامه PSWQ به ۵۰ درصد نرسید و نمره نگرانی او بالاتر از نمره برش باقی ماند، درنتیجه بهبودی بالینی قابل‌قبول را در این متغیر به دست نیاورد. این تبیین از علت احتمالی عدم بهبودی بالینی بیمار سوم در نگرانی، با یافته‌های پژوهش تورک و همکاران (۴۷)، بوولن و همکاران (۴۸) که به بررسی همبستگی نمرات نگرانی با اضطراب اجتماعی و عدم تحمل بلاتکلیفی و نیز بدتنظیمی هیجان در بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی می‌پردازند، همسویی دارد.

نتیجه مداخله درمانی بر روی هر سه بیمار در متغیر ابعاد نگرانی علی‌رغم کاهش آماری معنی‌دار در نمرات بیماران، منجر به بهبودی بالینی (حداقل درصد بهبودی ۵۰ درصد و یا کسب نمره کمتر از نمره برش پرسشنامه WDQ) قابل‌قبول نشد. دلیل احتمالی این موضوع را می‌توان به مؤلفه‌های اندازه‌گیری شده در این پرسشنامه ارتباط داد که به سنجش نگرانی‌های افراد در پنج حوزه روابط، عدم اعتمادبه‌نفس، بی‌هدفی نسبت به آینده، شغل و امور مالی می‌پردازد (۴۰). در حالی‌که افراد مبتلا به اضطراب کرونا بیشترین نگرانی را در مورد سلامت خود و اطرافیانش دارند (۱۳). لذا احتمالاً عدم احراز بهبودی بالینی در ابعاد نگرانی با این ابزار در پژوهش حاضر، نبود سؤالات مرتبط با سلامت فردی و خانوادگی در پرسشنامه ابعاد نگرانی می‌باشد.

درمجموع یافته‌های این پژوهش نشان داد درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل عدم تحمل بلاتکلیفی بر کاهش اضطراب و نگرانی درمان زنان مبتلا به اضطراب کرونا مؤثر بوده است. همچنین این درمان منجر به کاهش قابل‌توجه ابعاد نگرانی بیماران می‌شود. لذا استفاده از پروتکل این روش درمان در کلینیک‌ها و مراکز مشاوره تخصصی برای درمان اضطراب کرونا توصیه می‌گردد.

با توجه به برخی محدودیت‌های مطالعه موردی ازجمله حجم کوچک نمونه و تک جنسیتی بودن نمونه‌های پژوهش حاضر، تعمیم‌پذیری یافته‌ها به‌طور آشکاری محدود می‌شود. لذا برای رفع این محدودیت‌ها انجام پژوهش‌های دیگری به‌منظور تأیید بیشتر کارایی و کاربردپذیری این نوع مداخله در افراد مبتلا به اختلال اضطراب کرونا در قالب کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده با حجم نمونه بزرگ‌تر پیشنهاد می‌شوند.

تقدیر و تشکر

از شرکت‌کنندگان و مسئولان مراکز مشاوره و دانشگاه آزاد اسلامی واحد دامغان و همه افرادی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، تقدیر و تشکر می‌گردد. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتری تخصصی روانشناسی نویسنده اول از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند می‌باشد که با کد رهگیری ۱۶۲۳۵۵۹۴۶ در سامانه پژوهشیار به ثبت رسیده است. در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد و برای اجرای آن از سوی هیچ سازمان یا فردی حمایت مالی دریافت نشده است. همچنین این پژوهش دارای کد اخلاق با شناسه IR.IAUDAMGHAN.REC.1399.025 می‌باشد.

References

1. Lee AM, Wong JGWS, McAlonan GM, Cheung V, Cheung C, Sham PC, et al. Stress and Psychological Distress among SARS Survivors 1 Year after the Outbreak. The Canadian Journal of Psychiatry. 2007;52(4):233-40.
2. Yoon MK, Kim SY, Ko HS, Lee MS. System effectiveness of detection, brief intervention and refer to treatment for the people with post-traumatic emotional distress by MERS: a case report of community-based proactive intervention in South Korea. International journal of mental health systems. 2016;10:51.
3. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. The Lancet Psychiatry. 2020;7(6):547-60.
4. Munawar K, Choudhry FR. Exploring stress coping strategies of frontline emergency health workers dealing Covid-19 in Pakistan: A qualitative inquiry. Am J Infect Control. 2020.
5. world h, organaization. "WHO COVID-19 Dashboard" 2021 [Available from: https://covid19.who.int/.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.5.6]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.427]

6. Feng LS, Dong ZJ, Yan RY, Wu XQ, Zhang L, Ma J, et al. Psychological distress in the shadow of the COVID-19 pandemic: Preliminary development of an assessment scale. Psychiatry Res. 2020;291:113202.
7. Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. Asian J Psychiatr. 2020;52:102066.
8. Zhao H, He X, Fan G, Li L, Huang Q, Qiu Q, et al. COVID-19 infection outbreak increases anxiety level of general public in China: involved mechanisms and influencing factors. J Affect Disord. 2020;276:446-52.
9. Jungmann SM, Witthoft M. Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety? J Anxiety Disord. 2020;73:102239.
10. Tull MT, Barbano AC, Scamaldo KM, Richmond JR, Edmonds KA, Rose JP, et al. The prospective influence of COVID-19 affective risk assessments and intolerance of uncertainty on later dimensions of health anxiety. J Anxiety Disord. 2020;75:102290.
11. Malesza M, Kaczmarek MC. Predictors of anxiety during the COVID-19 pandemic in Poland. Personality and Individual Differences. 2021;170:110419.
12. Islam MS, Ferdous MZ, Potenza MN. Panic and generalized anxiety during the COVID-19 pandemic among Bangladeshi people: An online pilot survey early in the outbreak. J Affect Disord. 2020;276:30-7.
13. Maaravi Y, Heller B. Not all worries were created equal: the case of COVID-19 anxiety. Public Health. 2020;185:243-5.
14. Moghanibashi-Mansourieh A. Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19 outbreak. Asian J Psychiatr. 2020;51:102076.
15. Asmundson GJG, Paluszek MM, Landry CA, Rachor GS, McKay D, Taylor S. Do pre-existing anxiety-related and mood disorders differentially impact COVID-19 stress responses and coping? J Anxiety Disord. 2020;74:102271.
16. MacLeod AK, Williams JM, Bekerian DA. Worry is reasonable: the role of explanations in pessimism about future personal events. Journal of abnormal psychology. 1991;100(4):478-86.
17. Dugas MJ, Robichuad M. cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: from science to practice. first ed. New York: Routledge: Taylor & Francis; 2007. 264 p.
18. Hebert EA, Dugas MJ. Behavioral Experiments for Intolerance of Uncertainty: Challenging the Unknown in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. Cognitive and Behavioral Practice. 2019;26(2):421-36.
19. Ladouceur R, Dugas MJ, Freeston MH, Léger E, Gagnon F, Thibodeau N. Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: evaluation in a controlled clinical trial. J Consult Clin Psychol. 2000;68(6):957-64.
20. Dominguez-Rodriguez A, Chavez-Valdez SM, Avitia GC, Valencia-Espinoza LC. Unified protocol for anxiety disorders in two cities of Mexico measuring gamma activity: Study protocol for a randomized controlled trial. Contemporary clinical trials communications. 2020;18:100556-.
21. Van Dis EAM, van Veen SC, Hagenaars MA, Batelaan NM, Bockting CLH, van den Heuvel RM, et al. Long-term Outcomes of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2020;77(3):265-73.
22. Behar E, DiMarco ID, Hekler EB, Mohlman J, Staples AM. Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): conceptual review and treatment implications. J Anxiety Disord. 2009;23(8):1011-23.
23. Borkovec TD, Hu S. The effect of worry on cardiovascular response to phobic imagery. Behaviour Research and Therapy. 1990;28(1):69-73.
24. Dugas MJ, Marchand A, Ladouceur R. Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: diagnostic and symptom specificity. J Anxiety Disord. 2005;19(3):329-43.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.5.6]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.427]

25. Dugas MJ, Ladouceur R, Léger E, Freeston MH, Langlois F, Provencher MD, et al. Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: treatment outcome and long-term follow-up. J Consult Clin Psychol. 2003;71(4):821-5.

26. Dugas MJ, Gagnon F, Ladouceur R, Freeston MH. Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. Behav Res Ther. 1998;36(2):215-26.

27. Boswell JF, Thompson-Hollands J, Farchione TJ, Barlow DH. Intolerance of uncertainty: a common factor in the treatment of emotional disorders. J Clin Psychol. 2013;69(6):630-45.

28. Eagleson C, Hayes S, Mathews A, Perman G, Hirsch CR. The power of positive thinking: Pathological worry is reduced by thought replacement in Generalized Anxiety Disorder. Behaviour research and therapy. 2016;78:13-8.

29. Akbari M. Effectiveness of Dugas Cognitive Therapy versus Metacognitive therapy in treatment of women suffering from Generalized anxiety disorders. (M A. Dissertation). Tehran Psychiatric Institute. 2009. [In Persian].

30. Hamidpour H, Dolatshai B, Pour shahbaz A, A D. the efficacy of schema therapy in treating women's Generalized Anxiety Disorder. Iranian J Psychiatry Clin Psychol. 2011;169(4):420-31. [In Persian].

31. Safavi shamloo M, Aghamohamadian shaerbaf H, Ghanbari hashem abadi B, Haghighat manesh E. Comparison of metacognitive therapy efficacy with cognitive therapy in generalized anxiety disorder. J Rostamineh. 2012;4(3):39-53. [In Persian].

32. Mousavi Golzari R. The effectiveness of cognitive behavioral therapy Dougas IU way Generalized Anxiety Disorder. (M A. Dissertation). Alameh Tabatabaee university. 2014. [In Persian].

33. Mahmood aliloo M, SHahjoee T, Hashemi Z. Comparison of intolerance of uncertainty, Ajtnabshnakhty, negative problem orientation andPositive beliefs about worry among patients with anxiety disorder Pervasive and ordinary people. J Psychol, University of Tabriz. 2011;(50):20. [Persian].

34. Kazdin A. Research design in clinical psychology. 2nd ed. Boston: Allay and bacon; 1992.

35. Alipour A, Ghadami A, Alipour Z, Abdollahzadeh H. Preliminary Validation of the Corona Disease Anxiety Scale (CDAS) in the Iranian Sample. Quarterly Journal of Health Psychology. 2020;8(4):163-75. [In Persian].

36. MCMI-III. In: Kreutzer JS, DeLuca J, Caplan B, editors. Encyclopedia of Clinical Neuropsychology. New York, NY: Springer New York; 2011. p. 1536-45.

37. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. Behav Res Ther. 1990;28(6):487-95.

38. Startup HM, Erickson TM. The Penn State Worry Questionnaire (PSWQ). Worry and its Psychological Disorders2006. p. 99-119.

39. Mansouri A, Khodayarifard M, Besharat M, M GL. Moderating and Mediating Role of Spiritual Coping and Cognitive Emotion Regulation Strategies in the Relationship between Transdiagnostic Factors and Symptoms of Generalized Anxiety Disorder: Developing a Conceptual Model. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2018;16(2):130-42. [In Persian].

40. Tallis F, Eysenck M, Mathews A. A questionnaire for the measurement of nonpathological worry. Personality and Individual Differences. 1992;13(2):161-8.

41. Tallis F, Davey GCL, Bond A. The Worry Domains Questionnaire. Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment. Wiley series in clinical psychology. Oxford, England: John Wiley & Sons; 1994. p. 285-97.

42. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. J Consult Clin Psychol. 1991;59(1):12-9.

43. Ogles BM, Lunnen KM, Bonesteel K. Clinical significance: History, application, and current practice. Clinical Psychology Review. 2001;21(3):421-46.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.5.6]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.427]

44. Mahoney AEJ, Newby JM, Hobbs MJ, Williams AD, Andrews G. Reducing behavioral avoidance with internet-delivered cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder. Internet Interventions. 2019;15:105-9.
45. Dar KA, Iqbal N, Mushtaq A. Intolerance of uncertainty, depression, and anxiety: Examining the indirect and moderating effects of worry. Asian Journal of Psychiatry. 2017;29:129-33.
46. Asmundson GJG, Taylor S. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. J Anxiety Disord. 2020;70:102196.
47. Turk CL, Heimberg RG, Luterek JA, Mennin DS, Fresco DM. Emotion Dysregulation in Generalized Anxiety Disorder: A Comparison with Social Anxiety Disorder. Cognitive Therapy and Research. 2005;29(1):89-106.
48. Boelen PA, Vrinssen I, van Tulder F. Intolerance of Uncertainty in Adolescents: Correlations With Worry, Social Anxiety, and Depression. The Journal of Nervous and Mental Disease. 2010;198(3).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.5.6]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.427]