**DOI:** *10.29252/rbs.19.4.647*

Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2022, Volume 19, Issue 4

# Presenting Corona Anxiety Model Based on Locus of control, Emotion Regulation Strategies, Perceived Social Support and Disease Anxiety with the Mediating Role of Cognitive-Behavioral Avoidance

**Ehsan Karbasian Varnamkhasti[1], Ali Nikbakht[2], Eghbal Zarei[3]**

1. Masters student in General Psychology, University of Hormozgan. Iran.
2. (Corresponding author)* Assistant Professor, Department of Psychology, University of Hormozgan. Iran.
3. Associate professor, Department of Psychology, University of Hormozgan. Iran.

## Abstract

**Aim and Background:** The prevalence of coronavirus, the unknown and cognitive ambiguities of this virus and the resulting mortality rate, cause high anxiety in individual. The aim of this study was to provide a model of coronary anxiety based on locus of control, emotion regulation strategies, perceived social support and disease anxiety with emphasis on the mediating role of cognitive-behavioral avoidance in students.

**Methods and Materials:** The present study is of descriptive-correlation and structural equation modeling. The research population were Isfahan university students in the spring of 1400. From the population, according to Cochran's formula, 250 people were selected by available sampling and Rotter's Internal-External Locus of Control Scale (1966), Emotion Regulation Questionnaire (2004), Health Anxiety Questionnaire (2002), Perceived Social Support Questionnaire (1988), Avoidance Inventory (1994) and the Coronavirus Anxiety Scale (2019) were delivered to them virtually. Statistical analysis was performed by covariance-based structural equation modeling using Amos software.

**Findings:** The results showed that there is a direct relationship between the locus of control and disease anxiety with corona anxiety in students and these two variables explain 64% of the variance of corona anxiety in students ($p<.05$). Also the results showed that cognitive-behavioral avoidance does not play a mediating role in these relationships.

**Conclusions:** Based on the results, it is necessary to take measures to reduce the locus of control and reduce disease anxiety in order to reduce corona anxiety in students.

**Keywords:** Coronavirus Anxiety, locus of control, Emotion Regulation Strategies, Perceived Social Support, Disease Anxiety, Cognitive-Behavioral Avoidance.

**Citation:** Karbasian Varnamkhasti E, Nikbakht A, Zarei E. **Presenting Corona Anxiety Model in Isfahan Students Based on Locus of control, Emotion Regulation Strategies, Perceived Social Support and Disease Anxiety with Emphasis on the Mediating Role of Cognitive-Behavioral Avoidance.** Res Behav Sci 2022; 19(4): 647-661.

* **Ali Nik Bakht,**
Email: nikbakht472@gmail.com

[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24 ]
[ DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.8.1 ]
[ DOI: 10.52547/rbs.19.4.647 ]

# ارائه مدل اضطراب کرونا بر اساس منبع کنترل، راهبردهای تنظیم هیجان، حمایت اجتماعی ادراک شده و اضطراب بیماری با نقش میانجی اجتناب شناختی _ رفتاری

**احسان کرباسیان ورنامخواستی[1]، علی نیک بخت[2]، اقبال زارعی[3]**

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه هرمزگان، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه هرمزگان، ایران.

۳- دانشیار، گروه روان شناسی، دانشگاه هرمزگان، ایران.

**چکیده**

**زمینه و هدف:** شیوع کرونا ویروس، ناشناخته بودن و ابهامات شناختی این ویروس و نرخ مرگ و میر ناشی از آن، اضطراب بالایی را به افراد وارد می‌کند. هدف از پژوهش حاضر ارائه مدل اضطراب کرونا بر اساس منبع کنترل، راهبردهای تنظیم هیجان، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و اضطراب بیماری با تاکید بر نقش میانجی اجتناب شناختی-رفتاری در دانشجویان بود.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی و مدل‌سازی معادلات ساختاری است. جامعه پژوهش دانشجویان شهر اصفهان بودند که در بهار سال ۱۴۰۰ مشغول به تحصیل بودند. از جامعه مذکور، بر اساس فرمول کوکران، ۲۵۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند و مقیاس کنترل راتر (۱۹۶۶)، پرسشنامه تنظیم‌هیجان (۲۰۰۴)، پرسشنامه اضطراب سلامت (۲۰۰۲)، پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده (۱۹۸۸)، پرسشنامه اجتناب (۱۹۹۴) و مقیاس اضطراب کرونا ویروس (۱۳۹۸) به صورت مجازی به آنان تحویل داده شد. تجزیه و تحلیل آماری به روش مدل‌سازی معادلات ساختاری کوواریانس‌محور با استفاده از نرم افزار Amos انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج به دست آمده از پژوهش نشان داد بین منبع کنترل و اضطراب بیماری با اضطراب کرونا در دانشجویان رابطه مستقیم وجود دارد و این دو متغیر، ۶۴ درصد از واریانس اضطراب کرونا در دانشجویان را تبیین می‌کنند ($p<۰/۰۵$). همچنین نتایج نشان داد اجتناب شناختی-رفتاری در این روابط نقش میانجی را ایفا نمی‌کند.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج لازم است جهت کاهش اضطراب کرونا در دانشجویان، اقداماتی جهت اصلاح منبع کنترل و کاهش اضطراب بیماری اعمال شود.

**واژه‌های کلیدی:** اضطراب کرونا، منبع کنترل، راهبردهای تنظیم هیجان، حمایت اجتماعی ادراک شده، اضطراب بیماری، اجتناب شناختی- رفتاری.

**ارجاع:** کرباسیان ورنامخواستی احسان، نیک بخت علی، زارعی اقبال. **ارائه مدل اضطراب کرونا در دانشجویان شهر اصفهان بر اساس منبع کنترل، راهبردهای تنظیم هیجان، حمایت اجتماعی ادراک شده و اضطراب بیماری با تاکید بر نقش میانجی اجتناب شناختی _ رفتاری.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۰؛ ۱۹(۴): ۶۶۱- ۶۴۷.

***علی نیک بخت،**

رایان نامه: nikbakht472@gmail.com



[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24 ]

[ DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.8.1 ]

[ DOI: 10.52547/rbs.19.4.647 ]

## مقدمه

کووید-۱۹ نوع جدیدی از کرونا ویروس‌ها است که از چین سرچشمه گرفته و به سرعت در سطح جهانی، شیوع یافته است. این بیماری یک نوع جدید از بیماری‌های بسیار مسری است که به دلیل سندرم حاد تنفسی ویروس کرونا ایجاد می‌شود (۱). این بیماری با علائمی نظیر پنومونی، تب، سرفه‌های خشک، دردهای عضلانی و خستگی شناخته می‌شود (۲ و ۳) و با وجود تلاش‌های جدی جهانی برای کنترل همه‌گیری این بیماری، صدها هزار نفر در سراسر جهان به این ویروس آلوده شدند و جان خود را از دست دادند (۴).

این ویروس در ایران نیز شیوع بالایی داشته و به سرعت سلامت روان تمام اقشار جامعه را به خطر انداخته است. در این بین، دانشجویان آسیب‌پذیری بیشتری دارند؛ از بدو شیوع این بیماری در ایران، همچون سایرکشورهای دنیا تعطیلی دانشگاه‌ها از اولین و ابتدایی‌ترین اقدامات برای جلوگیری از انتشار این بیماری بود (۵). این در حالی بود که دانشجویان می‌بایست با تحمل فشارهای روانی ناشی از ابتلا به بیماری، به اجبار تحصیلات خود را در شرایط محدود شدن فعالیت‌های اجتماعی و اقتصادی و همچنین مواجه شدن با شرایط جدید آموزشی، همانند آموزش مجازی و تغییر مدل‌های رایج ارزشیابی تحصیلی، ادامه می‌دادند و همین موضوع باعث شیوع افسردگی و اضطراب در این گروه شد (۶).

پژوهش‌های انجام شده پیرامون این بیماری نشان داده‌اند که اضطراب از پیامدهای این بیماری (۷ و ۸) و یک نشانه مشترک در بیماران مبتلا به اختلالات تنفسی حاد یا مزمن است (۹). اضطراب بالینی تا دو سوم بیماران مزمن تنفسی را درگیر کرده و منجر به کاهش عملکرد جسمانی و تقلیل رضایت از زندگی بیماران می‌شود (۱۰).

اضطراب در مورد بیماری کووید-۱۹ بسیار شایع است و این موضوع بیشتر به دلیل ناشناخته بودن این ویروس و ابهامات شناختی زیاد در افراد است. ترس از موضوعات مبهم و ناشناخته، احساس و ادراک ایمنی را در افراد کاهش داده و همواره برای بشر اضطراب‌زا بوده است. در مورد کووید-۱۹ نیز اطلاعات علمی کم و اخبار نادرست فراوان، موجب تشدید این اضطراب شده است (۱۱). همچنین زمانی‌که افراد درگیر با اضطراب کرونا برای رفع اضطراب خود به دنبال کسب اطلاعات می‌روند، دستیابی به طیفی از اطلاعات متناقض و نادرست مواجه می‌شوند که اضطراب را تشدید می‌کنند (۱۲). با توجه به آنکه اضطراب موجب تضعیف سیستم ایمنی و تشدید آسیب‌پذیری فرد در برابر ابتلا به کرونا می‌شود (۱۳)، ارائه راهکارهایی جهت مقابله با این اضطراب، بسیار حائز اهمیت است؛ لیکن ابتدا باید شناختی جامع از این سازه در دست باشد.

همچنین به نظر می‌رسد افراد دارای اضطراب بیماری، به احتمال بیشتری اضطراب کرونا را گزارش می‌کنند (۱۴). بر اساس معیارهای جدید راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۱۵)، اختلال اضطراب بیماری یکی از چهار اختلال اصلی در طیف اختلال سوماتیک سمپتوم و اختلالات مرتبط با آن (اضطراب بیماری، اختلال سوماتیک سمپتوم، اختلال تبدیلی و اختلال ساختگی) قرار می‌گیرد. افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری، معمولاً درباره سلامت خود به شدت نگران هستند. این افراد دارای افکار دائمی درباره خطرناک بودن علائم هستند که شدت نگرانی آنها با شدت علائم تناسبی ندارد؛ اضطراب شدید و دائمی در مورد سلامتی خود دارند و زمان و انرژی زیادی را صرف نگرانی درباره سلامت خود می‌کنند؛ به طوری که رفتارهای فرد در رابطه با سلامتی‌اش بسیار افراطی است (۱۵). نتایج پژوهش امیر فخرایی و همکاران (۱۴) نشان داده است که اضطراب بیماری در بیماران دیابتی یکی از پیش بینی کننده‌های اضطراب کرونا است. باقری شیخان گفشه، شباهنگ، تاج بخش، حمیده مقدم، شریفی پور چوکامی و همکاران (۱۶) نیز نشان دادند اضطراب سلامت در پیش بینی اضطراب کووید-۱۹ دانشجویان نقش دارد. نتایج پژوهش مظلوم‌زاده، اصغری ابراهیم‌آباد، شیرخانی، زمانی طاوسی، و صلایانی (۱۷) نیز حکایت از ارتباط اضطراب کرونا با اضطراب سلامتی داشت.

در این راستا نظریه دلبستگی بیان می‌کند، حمایت اجتماعی ادراک شده، در الگوهای پایدار پاسخ به استرس، آسیب‌پذیری افراد در برابر بیماری و سازگاری با بیماری نقش اساسی دارد. بالبی معتقد است درونی‌سازی کردن تجربه‌های اولیه فرد با مراقبین، روان سازه‌های شناختی پایداری از روابط را شکل می‌دهد که این روان‌سازه‌ها، تصور فرد از خود به عنوان فرد شایسته مراقبت و سزاوار دریافت کمک و حمایت از دیگران از تحت تاثیر قرار می‌دهد. این روان‌سازه‌های شناختی یا مدل‌های درونکاوی بر تعامل فرد با دیگران و تعبیر و تفسیر وی از موقعیت‌های استرس‌زا در طول زندگی تأثیر دارد (۱۸). یانگ، ژیانگ، لی، لی، ژیانگ و همکاران (۱۹) عنوان نمودند در دوران همه‌گیری کرونا، حمایت اجتماعی ادراک شده از جمله



[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24 ]
[ DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.8.1 ]
[ DOI: 10.52547/rbs.19.4.647 ]

موضوعاتی است که باید مورد توجه قرار گیرد. سقزی، یزدانی اسفیدواجانی و گل محمدیان (۲۰) گزارش نمودند حمایت اجتماعی ادراک شده اثر مستقیمی بر اضطراب کرونا ندارد و به صورت غیرمستقیم و به واسطه فراشناخت و فراهیجان مثبت قادر به پیش بینی اضطراب به کرونا است. از سوی دیگر عینی، عبادی و ترابی (۲۱) گزارش نمودند که حمایت اجتماعی ادراک شده بر میزان اضطراب کرونا در دانشجویان اثر مستقیم دارد. این نتایج در پژوهش عباسی و احمدی (۲۲) و اعزازی بجنوردی، قدمپور، مرادی شکیب و غضبان زاده (۲۳) نیز تأیید شد. سقزی و همکاران (۲۰) نشان دادند حمایت ادراک شده با اضطراب کرونا دارای ارتباطات غیرمستقیم است. این نتایج در پژوهش نریمانی و عینی (۲۴) نیز مورد تأیید بود. مروری بر مطالعات انجام شده پیرامون موضوع نشان می‌دهد که هنوز ابهاماتی در مورد مسیر پیش بینی اضطراب کرونا بر اساس حمایت اجتماعی ادراک شده وجود دارد.

یکی دیگر از سازه‌های مرتبط با اضطراب کرونا، راهبردهای تنظیم هیجان است (۲۳، ۲۵ –۲۷). تنظیم هیجان را می‌توان به صورت فرایندهایی تعریف کرد که از طریق آن، افراد می‌توانند بر اینکه چه هیجانی داشته باشند، چه وقت آن‌ها را داشته باشند، و چگونه آن‌ها را تجربه و ابراز کنند، تاثیر بگذارند و به منزله فرایندهای درونی و بیرونی هستند که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های هیجانی فرد را در مسیر نیل به اهداف او بر عهده دارند (۲۸). بر طبق مدل تنظیم هیجان گروس (۲۹)، تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می‌شود. در یک مقوله‌بندی کلی تنظیم هیجان، گروس دو راهبرد وسیع متمرکز بر پیشایند و متمرکز بر پاسخ را مطرح نموده است، راهبردهای متمرکز بر پیشایند به اعمالی اطلاق می‌شود که فرد قبل از فعال شدن کامل گرایش‌های پاسخ و تغییر رفتار (با پاسخ‌های فیزیولوژیک پیامد آن‌ها)، انجام می‌دهد. همچنین راهبردهای متمرکز بر پاسخ به اعمالی اطلاق می‌شود که شخص پس از راه اندازی گرایش‌های پاسخ و هیجان انجام می‌دهد (۳۰). مطالعات انجام شده در این زمینه نشان داده‌اند که راهبردهای تنظیم هیجان سازگارانه با افزایش در فراوانی تجربه هیجانی مثبت، باعث مراقبه‌ی موثر با موقعیت‌های استرس‌زا (مانند مواجهه با بیماری کرونا) می‌شود (۳۱). این موضوع در پژوهش اعزازی بجنوردی و همکاران (۲۳) و خدایاری و آسایش (۲۶) تایید شده است.

منبع کنترل نیز از جمله سازه‌های مرتبط با رفتارهای سلامتی است (۳۲). منبع کنترل به تفسیر و تبیینی که فرد برای علل رویدادها و نتایج اعمالش (موفقیت‌ها و شکست‌ها) بر می‌گزیند، اشاره دارد (۳۳). نظریه اسناد که در روان‌شناسی اجتماعی مطرح است بر این فرض استوار است که انسان‌ها، موفقیت‌ها و شکست‌های زندگی خویش را به عوامل قابل کنترل نسبت می‌دهند و یا به عوامل غیر قابل کنترل. دسته اول کسانی هستند که دارای منبع کنترل درونی و دسته دوم کسانی هستند که دارای منبع کنترل بیرونی می‌باشند (۳۴). افرادی که دارای منبع کنترل درونی هستند، کنترل جدی بر زندگی دارند و طبق آن نیز رفتار می‌کنند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درونی‌ها در تکالیف آزمایشگاهی در سطح بالاتری عمل می کنند و ارزش بیشتری برای مهارت‌ها و پیشرفت‌های خود قایل‌اند و نسبت به نشانه های محیطی که برای هدایت رفتار خود به کار می‌برند، هشیارترند (۳۵). در حیطه سلامتی، منبع کنترل به صورت اعتقاد بیمار به اینکه سلامتش توسط رفتارهای خود او و یا توسط نیروهای خارجی کنترل می‌شود، تعریف می‌گردد (۳۶). نتایج پژوهش صفوی بیات و طاهر (۳۲) نشان داد میان منبع کنترل با نحوه مراقبت از خود رابطه وجود دارد. قرتپه، طالع پسند، منشئی، ابوالفتحی و قره تپه (۳۷) همچنین گزارش نمودند که منبع کنترل نقش اساسی در سازگاری افراد دارد. سیگوروینسدوتیر، دوریسدوتیر و گیلفاسون (۳۸) گزارش نمود منبع کنترل داخلی با بهداشت روان مطلوب در دوران پاندمی کرونا رابطه مثبت و معناداری دارد.

قاسمی و الهی (۳۹) در پژوهشی نشان دادند، اجتناب مکانیسمی اثرگذار در تداوم اضطراب بیماری دارد. همچنین کریمی، همایونی و همایونی (۴۰) گزارش نمودند اجتناب تجربی توان پیش بینی اضطراب سلامت را دارد. بر اساس مبانی نظری و شواهد پژوهشی، اجتناب به عنوان فرایند خودکار دوری از طرحواره‌های تهدیدآمیز و نگرانی‌های فرد تعریف شده است. به عبارت دیگر اجتناب تلاشی در جهت اجتناب از رخدادها و رویدادهای منفی است که می‌تواند به شکل شناختی (انکار، فرونشانی و سرکوب افکار و تصورات پیرامون مشکلات فرارو) و رفتاری (فرار از پذیرش مسئولیت، تلاش برای جلب حمایت‌های دیگران، خودمراقبتی افراطی به شکل اظهار نارضایتی جسمانی و جراحی پلاستیک، پرخوری عصبی یا بی اشتهایی عصبی و

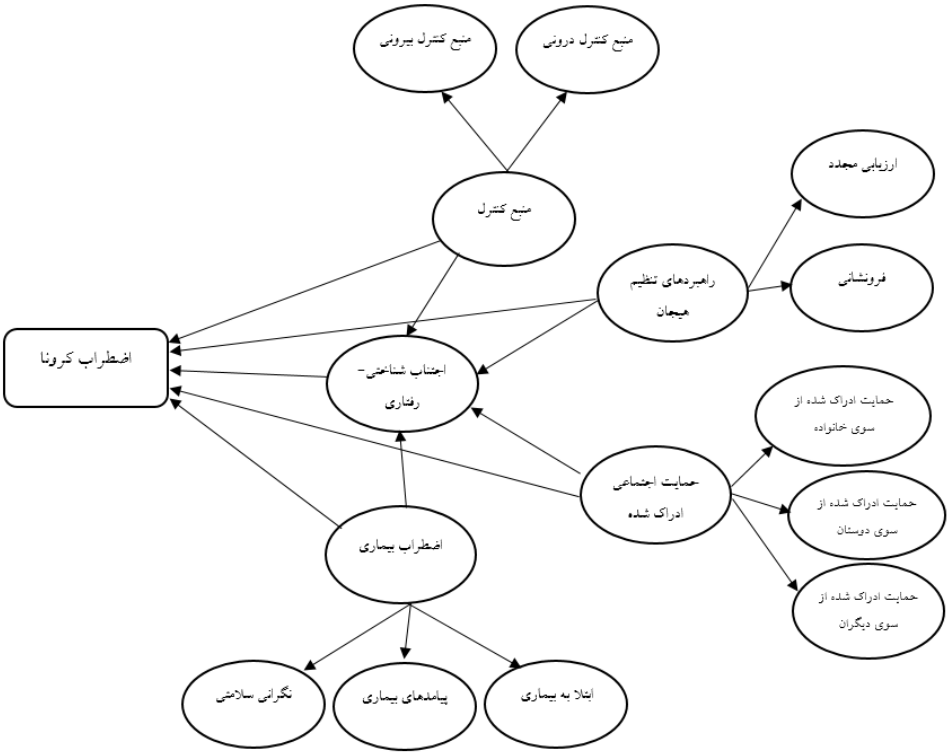


[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24 ]
[ DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.8.1 ]
[ DOI: 10.52547/rbs.19.4.647 ]

مصرف مواد) بروز کند (۴۱). بر همین اساس می‌توان انتظار داشت اجتناب نقش اساسی در اضطراب بیماری کرونا داشته باشد؛ لیکن مکانیسم اثر آن مشخص نیست.

در نهایت باید گفت محدود شدن فعالیت‌های اجتماعی، اقتصادی و آموزشی در دوران همه‌گیری کرونا باعث ایجاد ناراحتی و وحشت در کلیه افراد، خصوصاً در میان دانشجویان کشور شده است. دانشجویان به دلیل تحمل فشارهای روانی ناشی از ابتلا به بیماری و اجبار به ادامه تحصیل در شرایط محدود شدن فعالیت‌های اجتماعی و اقتصادی و همچنین مواجه شدن با شرایط جدید آموزشی، همانند آموزش مجازی و تغییر مدل‌های رایج ارزشیابی تحصیلی، اضطراب بالایی را گزارش می‌کنند (۶)؛ با این وجود کمتر به اضطراب کرونا در این قشر توجه شده است و اغلب مطالعات انجام گرفته پیرامون این موضوع در افرادی با بیماری زمینه‌ای نظیر دیابت و طیف بیماری‌های قلبی–عروقی انجام شده است. همچنین بر اساس نظریه روان‌پویشی و طبق مطالعات انجام شده در این زمینه، اضطراب بیماری مانند اضطراب بیماری کرونا، یک مکانیسم دفاعی ناکارآمد و نوعی اجتناب رفتاری است که در مقابل احساس گناه، احساس شرارت ذاتی، عزت نفس پایین و همچنین نشانه‌هایی از طردها و فقدان‌های گذشته، فعال می‌شود و منبع کنترل بیرونی، راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان و ضعف در ادراک حمایت اجتماعی می‌تواند تشدید کننده آن باشد (۳۲ و ۳۷).

بنابراین با توجه به نقش کرونا در زندگی دانشجویان و عدم ارائه مدلی جهت تبیین اضطراب کرونا در دانشجویان بر اساس منبع کنترل، راهبردهای تنظیم هیجان، حمایت اجتماعی ادراک شده و اضطراب بیماری با تاکید بر نقش میانجی اجتناب شناختی–رفتاری، پژوهش حاضر با هدف ارائه مدل اضطراب کرونا در دانشجویان شهر اصفهان بر اساس منبع کنترل، راهبردهای تنظیم هیجان، حمایت اجتماعی ادراک شده و اضطراب بیماری با تاکید بر نقش میانجی اجتناب شناختی–رفتاری انجام شد و در صدد پاسخگویی به این سؤال بود که آیا اضطراب کرونا در دانشجویان شهر اصفهان بر اساس منبع کنترل، راهبردهای تنظیم هیجان، حمایت اجتماعی ادراک شده و اضطراب بیماری با تأکید بر نقش میانجی اجتناب شناختی–رفتاری از برازش مطلوبی برخوردار است؟




**شکل ۱. مدل پیشنهادی تحقیق**



[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24 ]
[ DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.8.1 ]
[ DOI: 10.52547/rbs.19.4.647 ]

## مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از جهت پارادایم روش‌شناسی، کمی و به روش توصیفی-همبستگی و مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه‌ی آماری این تحقیق را دانشجویان مشغول به تحصیل شهر اصفهان تشکیل می دادند. بر اساس فرمول کوکران حجم نمونه، ۲۵۰ نفر برآورد شد. با توجه به احتمال مخدوش شدن و عدم بازگشت و پاسخگویی پرسشنامه‌ها، تعداد ۲۸۰ نفر به روش در دسترس انتخاب شدند. لازم به ذکر است که تعداد ۳۰ پرسشنامه مخدوش بود و در نهایت ۲۵۰ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. اصول اخلاقی رازداری، محرمانه بودن، آزادی و اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از شرکت در پژوهش و اطلاع‌رسانی دقیق در خصوص نتایج، در صورت درخواست شرکت‌کنندگان مد نظر قرار گرفت.

ابزار تحقیق به شرح زیر بود:

**مقیاس کنترل راتر:** پرسشنامه منبع کنترل راتر برای سنجش انتظارات افراد در منبع کنترل توسط راتر (۳۴) تدوین شده است، که دارای ۲۹ ماده که هر ماده دارای یک جفت سؤال (الف و ب) می‌باشد. از آزمودنی خواسته می‌شود بین هر جفت سوال یک ماده یکی را انتخاب کند و علامت زده واضح است این انتخاب بر اساس اعتقاد عمیق و روشن آزمودنی خواهد بود. راتر ۲۳ ماده از مواد این پرسشنامه را با هدف مشخص، جهت روشن شدن انتظارات افراد درباره منبع کنترل تدوین کرده و ۶ ماده دیگر هدف آزمون را با لباس مبدل دنبال می‌کند که این ماده‌های خنثی ساختار و بعد اندازه گیری شده را برای آزمودنی مبهم می‌سازد. در واقع این ۶ سوال برای استحکام آزمون طراحی شده‌اند. سؤال‌های ۲۴، ۱۹، ۱۴، ۸، ۱ و ۲۸ سؤالاتی هستند که آزمودنی را از مدار اصلی و هدف آزمون منصرف می‌سازند. نمره‌گذاری آزمودنی مبنی بر مجموع نمرات حاصل از تعداد ضربدرهایی است که آزمودنی در مقابل سؤالات مشخص کرده است. این مجموع نمرات از سؤالاتی به غیر از ۶ سؤال انحرافی بدست خواهد آمد و کل نمره هر فرد نشان دهنده درجه و میزان کنترل او می‌باشد. میانگین این مقیاس ۸/۸۴ و میانه آن ۸ می‌باشد. در ۲۳ ماده‌ای که جهت نمره گذاری تعیین شده‌اند سئوالات (الف) یک نمره و سئوالات (ب) صفر نمره می‌گیرند چون کل نمره هر فرد نشان دهنده نوع و درجه منبع کنترل افراد می‌باشد بنابراین تنها آزمودنی‌هایی که نمره ۹ یا بیشتر بگیرند دارای منبع کنترل بیرونی و افرادی که نمره کمتر بگیرند دارای منبع کنترل درونی بودند. ضرایب روایی مقیاس کنترل درونی-بیرونی راتر در نمونه‌های ایرانی ۰/۷۰ محاسبه شده است. روایی مقیاس کنترل درونی-بیرونی راتر را با روش کودر ریچاردسون ۶۹ /۰ به‌دست آمد (۴۲). در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۱ بود که نشان دهنده پایایی قابل قبول این مقیاس است.

**پرسشنامه تنظیم هیجان:** پرسشنامه تنظیم هیجان توسط جان و گراس در سال ۲۰۰۴ تهیه شده است. این مقیاس شامل ۱۰ گویه می‌باشد که دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد (۶ گویه) و فرونشانی (۴ گویه) را اندازه گیری می‌کند. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) نمره گذاری می‌شوند. نمره کل این پرسشنامه از تفاضل بین نمرات ارزیابی مجدد و نمرات فرونشانی حاصل می‌شود و نشان دهنده قابلیت تنظیم هیجان بیشتر است. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای فروشانی ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۶۹ می‌باشد (۳۰). ضرایب همبستگی ارزیابی مجدد با مقیاس عواطف مثبت (۰/۱۵-) و عواطف منفی (۰/۰۴) گزارش شده است (۴۳). در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، برای بعد ارزیابی مجدد ۰/۷۴، برای بعد فرونشانی ۰/۷۳ و برای کل مقیاس ۰/۷۵ به دست آمد.

**پرسشنامه اضطراب سلامت:** پرسشنامه اضطراب سلامت برای سنجش اضطراب سلامت استفاده می‌شود. فرم بلند آن برای اولین بار توسط سالکوسیکس و وارویک در سال ۲۰۰۲ طراحی شد که بر اساس آن مدل شناختی اضطراب سلامتی و خودبیمار پنداری تدوین شده است. فرم کوتاه آن توسط همین محققان در سال ۲۰۰۲ طراحی شده است که مشتمل بر ۱۸ سوال است. این پرسشنامه دارای سه عامل به نام‌های ابتلا به بیماری (سؤالات ۵، ۶، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲)، پیامدهای بیماری (سؤالات ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸) و نگرانی سلامتی (سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۷، ۱۰، ۱۴) می‌باشد. سالکوسکیس و وارویک (۴۴) اعتبار آزمون-بازآزمون این پرسشنامه را ۰/۹۰ به دست آورد و ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۷ تا ۰/۸۲ گزارش کردند. این پژوهشگران برای سنجش روایی از پرسشنامه مقیاس باورهای بیماری (IAS) استفاده کردند. این پرسشنامه در ایران توسط نرگسی، ایزدی، کریمی‌نژاد و رضایی شریف (۴۵) مورد بررسی قرار



[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24 ]
[ DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.8.1 ]
[ DOI: 10.52547/rbs.19.4.647 ]

گرفـــت. در پژوهش آنها بررسی اعتبار به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۷۵ به دست آمد. همچنین آلفـای کرونباخ برای عامل نگرانی کلی سلامتی مسـاوی ۰/۵۹، بـرای ابتلا به بیماری ۰/۶۰ و برای پیامدهای بیماری ۰/۷۰ بـه دسـت آمد که نتایج حاکی از پایایی قابل قبـول بـرای ایـن پرسشـنامه اســت. همچنـــین تحلیل عاملی تائیدیبرای بررسی روایی این پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت که نتایج آن نشان داد اضطراب سلامت یک سازه سه‌بعدی است و وجود ابعاد ابتلا به بیماری، پیامدهای بیماری و نگرانی کلی سلامتیدر آن مورد تائید است. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با اسـتفاده از ضریب آلفای کرونباخ، برای عامل نگرانی کلی سلامتی مسـاوی ۰/۶۱، برای ابتلا به بیمـاری ۰/۶۵ و بـرای پیامـدهای بیمـاری ۰/۶۶ و برای نمره کل ۰/۷۲ بود که نشان دهنـده پایـایی قابـل قبول این پرسشنامه است.

**پرسشنامه حمایـت اجتمـاعی ادراک شـده:** ایـن پرسشنامه به ارزیابی حمایت اجماعی می‌پردازد که توسط زمن و همکارانش در سال ۱۹۸۸ به منظور سـنجش حمایـت اجتمـاعی ادراک شده از طرف خانواده، دوستان و افراد مهـم زنـدگی فـرد تهیه کرده‌اند. این مقیاس ۱۲ گویه دارد و پاسخگو نظـر خـود را در یک مقیاس ۷ گزینه‌ای از نمره یک برای کـاملاً مخـالفم تـا هفت برای کاملاً مـوافقم مشـخص مـی‌کنـد. مولفـه‌هـای ایـن پرسشنامه شامل حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خـانواده: آیتم‌های ۱۱،۸،۴،۳؛ حمایـت اجتمـاعی دریافـت شـده از سـوی دوستان: آیتم‌های ۱۲،۹،۷،۶ و حمایت اجتماعی دریافت شـده از سوی دیگران: آیتم‌های ۱۰،۵،۲،۱ می‌باشد. حداقل امتیاز ممکـن ۱۲ و حداکثر ۶۰ خواهد بود. بروور، امسلی، کید، لوجنر، سیدت و همکاران (۴۶)، پایایی درونی ایـن ابـزار را در یـک نمونـه ۷۸۸ نفری از جوانان دبیرستان با استفاده از آلفای کرونباخ، ۹۰ تـا ۸۶ درصد برای خرده مقیاس‌های این ابـزار و۸۶ درصـد بـرای کـل ابزارگزارش نموده‌اند. سلامی، جوکار و نیـک پـور (۴۷)، ضـریب آلفای کرونباخ سه بعد حمایت اجتماعی دریافـت شـده از سـوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی را به ترتیب ۸۹ درصـد، ۸۶ درصد و۸۲ درصد ذکر نموده‌اند. در پژوهش حاضر ضریب آلفـای کرونباخ برای سه بعد حمایت اجتمـاعی دریافـت شـده از سـوی خانواده، دوسـتان و دیگـران بـه ترتیـب ۰/۸۲، ۰/۷۹ و ۰/۸۱ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۷ به دست آمد که نشان دهنـده پایـایی قابل قبول این پرسشنامه است.

**پرسشنامه اجتناب یانگ – رای:** این پرسشنامه توسط یانگ و رای (۴۸) ۴۰ سؤالی است که برای بررسـی راهبردهـای مقابله‌ای اجتنابی طراحی شده است. به هر سؤال نمره‌ای بـین ۱ تا ۶ داده می‌شود. راهبردهای اجتنابی براسـاس ایـن پرسشـنامه عبارتند از: فکر نکردن به طور عمد در مـورد مسـائل ناخوشـایند (سوالات ۱، ۳۱، ۳۲)، سوء مصرف مواد (سوالات ۲، ۷، ۹)، انکار ناخوشی (سوالات ۳، ۴، ۲۹، ۳۴)، کنترل و منطقی بودن افراطی (سوالات ۵، ۱۷، ۱۹، ۳۵، ۴۰)، سرکوب خشـم (سـوالات ۶، ۱۳، ۱۸)، علائـــم روانـــی- جســمی (ســوالات ۱۰، ۱۲، ۱۵، ۳۸)، گوشه‌گیری و دوریگزینی از مردم (سـوالات ۱۳، ۲۰، ۳۰)، انکـار خـــاطرات (ســـوالات ۸، ۲۱، ۲۷)، اجتنـــاب از طریـــق خوابیدن/فقدان انرژی (سوالات ۱۴، ۲۲)، حواس‌پرتـی از طریـق درگیرشدن در فعالیت‌های مختلـف (سـوالات ۲۳، ۲۴، ۲۸)، آرام کردن خود (سوالات ۹، ۲۶، ۳۶)، بازداری منفعلانه هیجان‌هـای ناخوشـایند (سـوالات ۱۱، ۳۳، ۳۹، ۴۰)، حـواس پرتـی منفعـل (سـوالات ۱۶، ۲۵)، رؤیـاپردازی و اجتنـاب از موقعیـت‌هـای ناخوشایند (سوال ۳۷). نمرات بالا نشان دهنـدۀ راهبـرد اجتنـاب غالب بیمار است. نمرات بالا نشان دهندۀ راهبرد اجتنـاب غالـب بیمار اسـت. این پرسشنامه را صلواتی و یکه یـزدان دوسـت، در مورد دانشجویان اجرا کردند و ضریب پایـایی آن را از طریـق دو نیمه سازی برابر ۰/۷۹ بدست آوردند. در پژوهش زرگر، کاکاوند، جلالی و صلواتی (۴۹) نیز آلفای کرونبـاخ ۰/۷ نشـان دهنـده‌ی پایایی مناسب ابزار بود. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونبـاخ برای این پرسشنامه ۰/۷۷ به دست آمد که نشان دهنـده پایـایی قابل قبول این پرسشنامه است.

**مقیاس اضطراب کرونـا ویـروس:** ایـن ابـزار جهـت سنجش اضطراب ناشی از شیوع ویروس کرونا در کشـور ایـران توسط علـی‌پـور، قـدمی، علـی‌پـور و عبدالـه زاده (۵۰) تهیـه و اعتباریابی شده است. نسخه نهایی این ابزار دارای ۱۸ گویـه و ۲ مؤلفه (عامل) است. گویه‌های ۱ تا ۹ علائم روانی و گویـه‌هـای ۱۰ تا ۱۸ علائم جسمانی را مـی‌سـنجد. ایـن ابـزار در طیـف ۴ درجه‌ای لیکرت (هرگز=۰، گاهی اوقـات=۱، بیشـتر اوقـات=۲ و همیشه=۳) نمره‌گذاری می‌شـود؛ بنـابراین بیشـترین و کمتـرین نمره‌ای که افراد پاسخ‌دهنده در این پرسشنامه کسـب مـی‌کننـد بین ۰ تا ۵۴ است. نمرات بالا در ایـن پرسشـنامه نشـان‌دهنـده سطح بالاتری از اضطراب در افراد اسـت. پایـایی ایـن ابـزار بـا استفاده از روش آلفای کرونبـاخ بـرای عامـل اول ($\alpha$=۰/۸۷۹)،



[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24 ]
[ DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.8.1 ]
[ DOI: 10.52547/rbs.19.4.647 ]

عامل دوم (α=۰/۸۶۱) و برای کل پرسشنامه (α=۰/۹۱۹) به دست آمد. همچنین مقدار λ۲- گاتمن برای عامل اول (λ۲-=۰/۸۸۲)، عامل دوم (λ۲-=۰/۸۶۴) و برای کل پرسشنامه (λ۲-=۰/۹۲۲) به دست آمد. جهت بررسی روایی وابسته همبستگی به ملاک این پرسشنامه از همبسته کردن این ابزار با پرسشنامه GHQ-28 استفاده شد که نتایج نشان داد پرسشنامه اضطراب کرونا با نمره کل پرسشنامه GHQ-28 و مؤلفه اضطراب، نشانه‌های جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب برابر با ۰/۴۸۳، ۰/۵۰۷، ۰/۴۱۸، ۰/۳۳۳ و ۰/۲۶۹ است و کلیه این ضرایب در سطح ۰/۰۱ معنادار بود (۵۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۱ به دست آمد که نشان دهنده پایایی قابل قبول این پرسشنامه است.

تجزیه و تحلیل آماری در این پژوهش در دو بخش توصیفی و استنباطی انجام گرفت. در بخش توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار و در بخش استنباطی تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از روش همبستگی پیرسون با استفاده از نسخه ۲۶ نرم‌افزار SPSS و رویکرد مدل‌سازی معادله ساختاری کوواریانس‌محور با استفاده از نسخه ۲۶ نرم‌افزار Amos انجام شد.

## یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان به صورت جدول ارائه شده است. ابتدا لازم به ذکر است که میانگین سنی گروه نمونه ۲/۰۹ ± ۲۱/۲۸ سال بود.

**جدول ۱. توزیع فراوانی و درصد جنسیت شرکت کنندگان**

| اطلاعات جمعیت شناختی | تعداد | درصد |
|---|---|---|
| مرد | ۹۱ | ۳۶/۴ |
| زن | ۱۵۹ | ۶۳/۶ |
| مجموع | ۲۵۰ | ۱۰۰ |

همان‌طور که در جدول بالا مشاهده می‌شود، بر اساس نتایج جدول ۱، ۹۱ نفر (معادل ۳۶/۴ درصد) از شرکت کنندگان در پژوهش، مرد و ۱۵۹ نفر (معادل ۶۳/۶ درصد) از آنان، زن بودند. در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و همچنین نتایج آزمون کلوموگروف-اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها، ارائه شده است.

**جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش**

| متغیرهای پژوهش | | شاخص‌های توصیفی | |
|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار |
| اضطراب کرونا | | ۱۰/۱۷ | ۷/۵۲ |
| راهبردهای تنظیم هیجان | ارزیابی مجدد | ۲۳/۴۴ | ۵/۸۶ |
| | فرونشانی | ۱۷/۱۵ | ۴/۳۳ |
| منبع کنترل | | ۴۳/۷۷ | ۳/۶۲ |
| حمایت اجتماعی ادراک شده | | ۴۲/۱۹ | ۸/۷۹ |
| اضطراب بیماری | | ۱۵/۳۷ | ۷/۶۲ |
| اجتناب شناختی-رفتاری | | ۱۲۰/۷۵ | ۲۲/۶۰ |

نتایج به دست آمده از جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین اضطراب کرونا ۱۰/۱۷ با پراکندگی ۷/۵۲، میانگین منبع کنترل ۴۳/۷۷ با پراکندگی ۳/۶۲، میانگین ارزیابی مجدد ۲۳/۴۴ با پراکندگی ۵/۸۶، میانگین فرونشانی ۱۷/۱۵ با پراکندگی ۴/۳۳، میانگین حمایت اجتماعی ادراک شده ۴۲/۱۹ با پراکندگی ۸/۷۹، میانگین اضطراب بیماری ۱۵/۳۷ با پراکندگی ۷/۶۲ و میانگین اجتناب شناختی-رفتاری ۱۲۰/۷۵ با پراکندگی ۲۲/۶۰ بود.همچنین نتایج حاصل از این جدول، حکایت از نرمال بودن نمرات متغیرهای پژوهش دارد. در جدول ۳، ماتریس ارتباط بین متغیرهای پژوهش ارائه شده است. نتایج جدول ۳، نشان می‌دهد بین اضطراب کرونا با منبع کنترل (r=-۰/۱۴۹)، حمایت اجتماعی ادراک شده (r=-۰/۱۵۸) و اضطراب بیماری (r=۰/۵۹۱) رابطه معناداری وجود دارد (p<۰/۰۵). به این ترتیب که منبع بیرونی کنترل، افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده و



[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24 ]
[ DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.8.1 ]
[ DOI: 10.52547/rbs.19.4.647 ]

کاهش اضطراب بیماری، اضطراب کرونا را کاهش می‌دهند. بر اساس نتایج رابطه خطی معناداری بین اضطراب کرونا با ارزیابی مجدد، فرونشانی و اجتناب شناختی–رفتاری وجود ندارد.

**جدول ۳. ماتریس روابط بین متغیرهای پژوهش**

| متغیرهای پژوهش | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| اضطراب کرونا | * | | | | | | |
| منبع کنترل | -۰/۱۴۹* | * | | | | | |
| ارزیابی مجدد | ۰/۰۴۲ | ۰/۰۷۲ | * | | | | |
| فرونشانی | ۰/۰۱۹ | ۰/۱۰۴ | ۰/۵۵۱** | * | | | |
| حمایت اجتماعی ادراک‌شده | -۰/۱۵۸* | ۰/۱۵۷* | ۰/۰۴۷ | ۰/۲۳۶** | * | | |
| اضطراب بیماری | ۰/۵۹۱** | ۰/۰۸۲ | ۰/۰۸۷ | -۰/۰۴۹ | -۰/۱۸۰** | * | |
| اجتناب شناختی–رفتاری | ۰/۱۱۱ | ۰/۱۰۷ | ۰/۳۰۳** | ۰/۳۵۶** | ۰/۱۷۲** | ۰/۱۲۸ | * |

در شکل ۲ مدل ساختاری پژوهش و در جدول ۴ نیز شاخص‌های برازش این مدل نشان داده شده است که با مقایسه مقادیر شاخص‌ها با برازش مناسب، می‌توان نتیجه‌گیری نمود که شاخص‌ها از مقادیر قابل قبولی برخوردار هستند و مدل ساختاری پژوهش تایید می‌شود. لازم به ذکر است در مدل برازش داده شده، به منظور مناسب شدن شاخص‌های نیکویی برازش، برخی از روابطی که معنی دار نبودند، حذف گردید، مدل چند بار ویرایش شد و بهترین مدل برازش شده در شکل ۲ ایجاد گردید.

**جدول ٤. شاخص‌های برازش مدل تبیین اضطراب کرونا براساس متغیرهای پژوهش**

| شاخص‌های برازش | | میزان | ملاک | تفسیر نتیجه |
|---|---|---|---|---|
| مطلق | CMIN=$\chi$2 (آماره آزمون) (درجه آزادی) | ۵۴/۱۴۸ (۴۷) | df بالاتر همراه با $\chi$2 کمتر | برازش مطلوب |
| | p-value (سطح‌معناداری) | ۰/۲۲۰ | بیشتر از ۰/۰۵ | برازش مطلوب |
| | GFI (شاخص نیکویی برازش) | ۰/۹۶۴ | بیشتر از ۰/۹۰ | برازش مطلوب |
| | AGFI (شاخص نیکویی برازش اصلاح شده) | ۰/۹۴۰ | بیشتر از ۰/۹۰ | برازش مطلوب |
| | RMR (ریشه دوم میانگین مربعات خطای باقی‌مانده) | ۴/۳۰۵ | کمتر از قدرمطلق چهار | برازش نسبتاً مطلوب |
| تطبیقی | TLI (شاخص توکر–لویس) | ۰/۹۵۳ | بیشتر از ۰/۹۰ | برازش مطلوب |
| | RFI (شاخص برازش نسبی) | ۰/۷۲۷ | بیشتر از ۰/۹۰ | برازش نامطلوب |
| | CFI (شاخص برازش تطبیقی) | ۰/۹۶۶ | بیشتر از ۰/۹۰ | برازش مطلوب |
| | NFI (شاخص برازش هنجار شده بنتلر–بونت) | ۰/۸۰۶ | بیشتر از ۰/۹۰ | برازش نسبتاً مطلوب |
| | IFI (شاخص برازش افزایشی) | ۰/۹۶۹ | بیشتر از ۰/۹۰ | برازش مطلوب |
| مقتصد | RMSEA (ریشه دوم میانگین مربعات خطای برآورد) | ۰/۰۲۵ | کمتر از ۰/۰۵ | برازش مطلوب |
| | PNFI (شاخص برازش مقتصد هنجار شده) | ۰/۵۷۴ | بیشتر از ۰/۵ | برازش مطلوب |

برای بررسی کفایت مدل تمرکز بر روی شاخص‌های برازش مدل است. بر مبنای نتایج ارائه شده در جدول ۴ سطح معناداری مدل (۰/۲۲۰) بیشتر از سطح معناداری $\alpha$ =۰/۰۵ است. در نتیجه بین مدل اندازه‌گیری شده و داده‌های تجربی تفاوت معناداری وجود ندارند و مدل برازشی برای داده‌ها مناسب است. حاصل تقسیم آماره آزمون بر درجه آزادی برابر با ۱/۱۵۲ (کمتر از ۳ مطلوب) است. همچنین مقدار کوچک گزارش شده برای RMR و RMSEA مناسب بودن مدل تبیین اضطراب کرونا براساس متغیرهای پژوهش را تایید می‌کنند. شاخص GFI، AGFI،TLI، IFI و CFI نیز بیشتر از ۰/۹ و نزدیک به یک گزارش شده است که همگی تأییدی دیگری برای نیکویی برازش مدلی است که در شکل ۲ ارائه شده است.

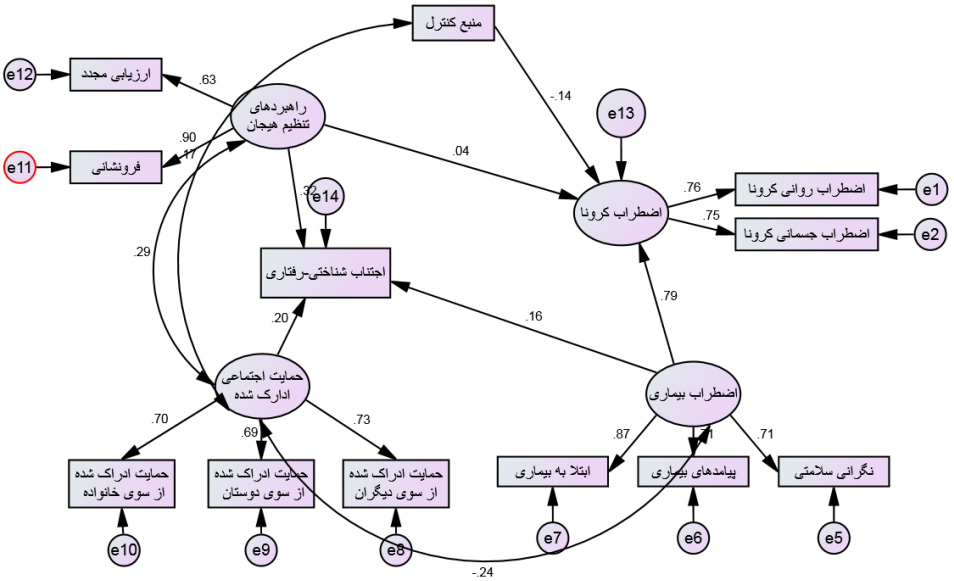
اکنون بایستی به بیان اطلاعات بیشتری از مدل در قالب مقادیر گزارش شده برای پارامترها و معناداری تفاوت آن‌ها با



[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24 ]
[ DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.8.1 ]
[ DOI: 10.52547/rbs.19.4.647 ]

صفر بویژه برای ضرایب تاثیر یا ساختاری و در حالت کلی بیان جزئیات مدل که در شکل ۲ نیز نمایش داده شده، پرداخته شود.

جدول ۵ اثرات برازش شده برای مدل را در قالب رگرسیون وزنی بیان می‌کند.




**شکل ۲. مدل نهایی تبیین اضطراب کرونا براساس متغیرهای پژوهش**

**جدول ۵. مقادیر برازش شده پارامترهای مدل تبیین اضطراب کرونا براساس متغیرهای پژوهش**

| مسیرهای مدل | | | ضریب B | ضریب استاندارد B | df | $p$ | ضریب تعیین $R^2$ | نتیجه |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| اضطراب بیماری | <-- | اضطراب کرونا | ۱/۴۳ | ۰/۷۹ | ۲۵۰ | *** | ۰/۶۴۱ | معنادار |
| منبع کنترل | <-- | اضطراب کرونا | -۰/۱۷۳ | -۰/۱۴ | ۲۵۰ | ۰/۰۲۱ | | معنادار |
| راهبردهای تنظیم هیجان | <-- | اضطراب کرونا | ۰/۰۴۱ | ۰/۰۴ | ۲۵۰ | ۰/۵۱۶ | – | غیرمعنادار |
| حمایت اجتماعی ادراک‌شده | <-- | اضطراب کرونا | -۰/۲۱۳ | -۰/۱۲۱ | ۲۵۰ | ۰/۱۳۹ | – | غیرمعنادار |
| اجتناب شناختی-رفتاری | <-- | اضطراب کرونا | ۰/۰۰۴ | ۰/۰۲۱ | ۲۵۰ | ۰/۷۶۹ | – | غیرمعنادار |
| راهبردهای تنظیم هیجان | <-- | اجتناب شناختی-رفتاری | ۱/۸۶۱ | ۰/۳۲ | ۲۵۰ | *** | ۰/۱۹۳ | معنادار |
| اضطراب بیماری | <-- | اجتناب شناختی-رفتاری | ۱/۷۵ | ۰/۱۶ | ۲۵۰ | ۰/۰۲۱ | | معنادار |
| حمایت اجتماعی ادراک‌شده | <-- | اجتناب شناختی-رفتاری | ۱/۸۶ | ۰/۲ | ۲۵۰ | ۰/۰۱۳ | | معنادار |

$P<۰/۰۰۱$

در حقیقت مقادیر برازش شده پارامترهای مدل که در جدول ۵ گزارش شده است مربوط به مقدار برآورد استاندارد پارامترهای مدل است که در شکل ۲ نیز به صورت شهودی ارائه شده است. مقدار ضریب تعیین، نشان می‌دهد که مسیرهای اضطراب بیماری و منبع کنترل، ۶۴ درصد از مقدار واریانس متغیر اضطراب کرونا را تبیین می‌کنند ($p<۰/۰۵$). همچنین اجتناب شناختی-رفتاری در این روابط، نقش میانجی را ایفا نمی‌کند.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از ارائه مدل اضطراب کرونا بر اساس منبع کنترل، راهبردهای تنظیم هیجان، حمایت اجتماعی ادراک شده و اضطراب بیماری با تاکید بر نقش میانجی اجتناب شناختی-رفتاری در دانشجویان بود. بر اساس یافته‌های پژوهش، اضطراب بیماری و منبع کنترل در اضطراب کرونا دانشجویان نقش دارند؛ در حالی که راهبردهای تنظیم هیجان و حمایت



[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24 ]
[ DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.8.1 ]
[ DOI: 10.52547/rbs.19.4.647 ]

اجتماعی ادراک شده در اضطراب کرونا نقشی ندارند و اجتناب شناختی-رفتاری در این روابط، نقش میانجی را ایفا نمی‌کند.

این بخش از یافته‌ها به صورت مستقیم و غیرمستقیم با نتایج پژوهش امیرفخرایی و همکاران (۱۴) مبنی بر نقش نگرانی سلامتی در پیش‌بینی اضطراب کرونا ویروس، پژوهش سقزی و همکاران (۲۰) مبنی بر نقش غیرمستقیم حمایت اجتماعی ادراک شده در اضطراب کرونا، پژوهش باقری شیخان گفشه و همکاران (۱۶) مبنی بر نقش اضطراب سلامت در اضطراب کووید-۱۹ و پژوهش مظلوم‌زاده و همکاران (۱۷) مبنی بر نقش اضطراب سلامتی در اضطراب کرونا، همسو بوده و با یافته‌های پژوهش نریمانی و عینی (۲۴) مبنی بر ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده در اضطراب کرونا در سالمندان، پژوهش عباسی و احمدی (۲۲) مبنی بر نقش مستقیم حمایت اجتماعی و تنظیم هیجانی در اضطراب ویروس کرونا، پژوهش اعزازی بجنوردی و همکاران (۲۳) مبنی بر نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در اضطراب کرونا در بیماران دیابتی، پژوهش سقزی و همکاران (۲۰) مبنی بر نقش مستقیم حمایت اجتماعی ادراک شده در اضطراب کرونا، پژوهش عینی و همکاران (۲۱) مبنی بر نقش مستقیم حمایت اجتماعی ادراک شده در اضطراب کرونا در دانشجویان، پژوهش سالاری و همکاران (۲۷) مبنی بر نقش تنظیم هیجانی انطباقی و تنظیم هیجانی غیرانطباقی در اضطراب کرونا در زنان شاغل، پژوهش عزیزی آرام و بشرپور (۲۵) مبنی بر نقش ارزیابی مجدد و سرکوبی واکنش‌پذیری در اضطراب کرونا در پرستاران، پژوهش یانگ و همکاران (۱۹) مبنی بر نقش راهبردهای تنظیم هیجان در سلامت روان افراد در دوران پاندمی کرونا و پژوهش سیگوروینسدوتیر و همکاران (۳۸) مبنی بر نقش مثبت منبع کنترل درونی در سلامت روان در دوران همه گیری کرونا ناهمسو می‌باشد.

در تبیین کاهش اضطراب کرونا در نتیجه منبع کنترل بیرونی در دانشجویان بر اساس مبانی نظری می‌توان گفت افراد با منبع کنترل بیرونی معتقدند که تلاش‌هایشان ارزش کمی در جهت بهبود شرایط دارد. این افراد به دوری از مسئولیت گرایش داشته و ترجیح می‌دهند مسئولیت‌ها را به دیگران بسپارند (۵۱). به نظر می‌رسد که منبع کنترل درونی تنها برای شرایط قابل کنترل و قابل پیش‌بینی، به عنوان مانعی برای بروز اضطراب عمل می‌کند و در موقعیت‌های غیرقابل کنترل و ابهام برانگیز، نتیجه منفی در پی دارد. بر این اساس می‌توان گفت ماهیت غیرقابل کنترل بودن همه‌گیری کرونا، باعث می‌شود افراد دارای منبع کنترل درونی، که خود را مسئول رخدادهای فجیع حاضر می‌دانند و به همین دلیل بیشتر خود را درگیر اطلاعات و اخبار منتشر شده از کرونا می‌کنند، بیشتر اضطراب کرونا را تجربه کنند. به نظر می‌رسد ناتوان دیدن خود در مهار شرایط غیرقابل انتظار و کنترل دوران همه گیری بیماری کرونا، در افراد با منبع کنترل درونی، منجر به افزایش اضطراب می‌شود.

در تبیین نقش مستقیم اضطراب بیماری در اضطراب کرونا در دانشجویان بر اساس مبانی نظری می‌توان گفت افراد دچار اضطراب بیماری به وجود یک بیماری جدی در خود اعتقاد دارند و دائماً نگران آن هستند (۵۲). این افراد در چنگ دریافت‌های حسی نادرست، اسیر هستند و تمایل دارند تا این دریافت‌ها را به اختلال‌های بدنی که وجود ندارد، نسبت دهند (۵۳). مبتلایان به اضطراب بیماری، دائماً در حال وارسی سلامتی و جستجو برای اطمینان از عدم ابتلاء به بیماری هستند که هر دو این رفتارها نتیجه ترس از بیماری و گمان به بیماری است (۵۲). همه‌گیری کرونا و نرخ شیوع و مرگ و میر ناشی از آن، رفتارهای وارسی و اطمینان جویانه افراد دچار اضطراب بیماری را تشدید کرده و واضح است که این افراد، اضطراب کرونای بیشتری را گزارش کنند.

در تبیین عدم رابطه خطی بین راهبردهای تنظیم هیجان با اضطراب کرونا در دانشجویان می‌توان به نقش متغیرهای میانجی در این رابطه و وجود روابط پیچیده در این زمینه اشاره کرد. همانطور که می‌دانید راهبردهای خودتنظیمی هیجان شامل دامنه وسیعی از فرایندهای زیستی، اجتماعی و رفتاری و یا فرایندهای شناختی آگاهانه یا ناآگاهانه است (۵۴) که می‌توانند بوسیله تغییر ناآگاهانه فرایندهای شناختی مثل فرایندهای توجهی انتخاب شده، تحریف حافظه، انکار یا فرافکنی، یا بوسیله فرایندهای آگاهانه شناختی مثل سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی یا فاجعه‌سازی مهار شوند (۵۵). بنابراین هریک از متغیرهای مذکور می‌توانند نقش میانجی را در این رابطه ایفا کنند که نیازمند بررسی‌های بیشتر است.

در تبیین عدم رابطه مستقیم و خطی حمایت اجتماعی ادراک شده با اضطراب کرونا در دانشجویان بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، می‌توان به نقش میانجی منبع کنترل و اضطراب بیماری اشاره کرد. بر اساس مدل اثر اصلی حمایت، حمایت اجتماعی دارای اثرات سودمندی است، صرف نظر از اینکه فرد تحت شرایط استرس باشد یا نباشد. در این مدل فرض بر این است که استرس زمانی موجب برانگیختگی



[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24 ]
[ DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.8.1 ]
[ DOI: 10.52547/rbs.19.4.647 ]

می‌شود که یک موقعیت به عنوان موقعیتی تهدید کننده ارزیابی گردد. در غیر این صورت با وجود نیاز به مقابله، پاسخ مقابله‌ای مناسب داده نمی‌شود. هرچند که یک حادثه استرس آمیز به تنهایی نیاز به توان مقابله‌ای بالایی را در بیشتر افراد ندارد، اما نیاز به مقابله زمانی احساس می‌شود که از یک طرف مسائل و مشکلات متنوع و متراکم گردیده و از طرف دیگر اصرار و پافشاری برای حل مسأله فردی پدیدار می‌شود (۵۶). بنابراین حمایت اجتماعی ادراک شده زمانی منجر به کاهش اضطراب کرونا می‌شود که فرد از طریق منبع کنترل بیرونی خود را مسئول رخدادهای ناگوار ندانسته و همچنین خود را درگیر حواشی و اخبار نادرست در مورد کرونا نکرده باشد. همچنین بر اساس نتایج حمایت اجتماعی ادراک شده می‌تواند به واسطه کاهش اضطراب بیماری از طریق تهیه و تدارک کمک‌های مالی، منابع مادی و خدمات مورد نیاز برای فرد (۵۷)، احساس درماندگی و اضطراب ناشی از بیماری کرونا را کاهش می‌دهد. به نظر می‌رسد به دلیل طولانی شدن شرایط به وجود آمده ناشی از همه‌گیری کرونا، نظیر فاصله‌گذاری اجتماعی، قرنطینه خانگی و یا مبارزه فردی با بیماری به دلیل قدرت بالای سرایت، حمایت خانواده، دوستان و اطرافیان، به شکل متمایزی از گذشته، بروز می‌یابد و تعبیر افراد از حمایت اجتماعی ادراک شده در این دوران تاثیر داشته است که قابل تأمل و بررسی است.

در تبیین عدم رابطه خطی و مستقیم بین اجتناب شناختی–رفتاری با اضطراب کرونا در دانشجویان می‌توان به وجود متغیرهای میانجی در این رابطه اشاره کرد که نیازمند مطالعات بیشتر است. همچنین در بررسی اثرات اجتناب شناختی–رفتاری بر اضطراب کرونا، می‌بایست به نوع (شناختی–رفتاری)، میزان و طیف راهکارهای مورد استفاده دقت نمود. با توجه به نقش پیچیده اجتناب شناختی–رفتاری در اضطراب کرونا، ممکن است در نظر گرفتن روابط مستقیم، بدون تفکیک نوع راهکار، میزان و شدت استفاده، ساده انگارانه باشد. این نتایج بیان می کند که روابط بین این متغیرها، روابط خطی ساده نبوده و به دلیل وجوه مختلف این سازه‌ها، روابط پیچیده‌ای بین آنا وجود دارد که بررسی‌های بیشتر را می‌طلبد.

محدود بودن جامعه‌ی پژوهش به دانشجویان شهر اصفهان، تعمیم نتایج به سایر جوامع را با مشکل مواجه می‌سازد؛ بنابراین لازم است پژوهشی با همین موضوع در سایر اقشار جامعه و یا در شهرهای دیگر انجام شود تا معیاری برای مقایسه نتایج فراهم شود. کمبود شواهد در مورد روابط متغیرهای پژوهش (به خصوص اجتناب شناختی–رفتاری) نیز از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود، به این ترتیب به نظر می‌رسد انجام مطالعات بیشتری در زمینه موضوع مورد مطالعه به ارائه شواهد مکفی، برای مقایسه یافته‌ها کمک کند. لازم به ذکر است که انجام پژوهش در شرایط همه‌گیری کرونا، محدودیت‌هایی را در روند توزیع پرسشنامه‌های پژوهش به وجود آورد. طبق نتایج به دست آمده به متخصصان این حوزه پیشنهاد می‌شود به منظور کاهش اضطراب کرونا در دانشجویان، اقداماتی جهت کاهش اضطراب بیماری انجام دهند.

## تقدیر و تشکر

لازم به ذکر است این مقاله مستخرج از پایان نامه ی کارشناسی ارشد در رشته ی روانشناسی گرایش عمومی با شماره فعالیت ۱۵۶۵۳ از دانشگاه هرمزگان می باشد. در پایان از دانشجویان، جهت همکاری در این پژوهش تشکر و قدردانی می گردد.

## References

1. Xiang Y, Yuan Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. Lancet Psychiatry, 2020; 7(3), 228-229.
2. Wu Z & McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA, 2020.
3. Farnoosh G, Alishiri G, Hosseini Zijoud S R, Dorostkar R, Jalali Farahani A. Understanding the Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and Coronavirus Disease (COVID19) Based on Available Evidence - A Narrative Review. J Mil Med, 2020; 22 (1), 1-11.
4. Farahati M. Psychological consequences of the coronavirus outbreak in the community. Social Impact Assessment, 2020; 1 (2), 207-225.
5. Shahyad Sh & Mohammadi M. Psychological effects of the development of Covid-19 disease on the mental health status of community members: A review study. Journal of Military Medicine, 2020; 22 (2), 184-192



[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24 ]
[ DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.8.1 ]
[ DOI: 10.52547/rbs.19.4.647 ]

6. Delavar A & Shokouhi Amirabadi, L. Evaluation of students' happiness and life satisfaction during a new coronavirus crisis (Covid-19). Educational Psychology, 2020; 16 (55), 1-25.
7. Zhang F, Shang Z, Ma H, Jia Y, Sun L, Guo X, et al. High risk of infection caused posttraumatic stress symptoms in individuals with poor sleep quality: A study on influence of coronavirus disease (COVID19) in China. medRxiv, 2020; 1, 58-62.
8. Sun L, Sun Z, Wu L, Zhu Z, Zhang F, Shang Z et al. Prevalence and Risk Factors of Acute Posttraumatic Stress Symptoms during the COVID19 Outbreak in Wuhan, China. medRxiv, 2020; 1, 112-131.
9. Dong X, Wang L, Tao Y, Suo X, Li Y, Liu F, Zhao Y, Zhang Q. Psychometric properties of the Anxiety Inventory for Respiratory Disease in patients with COPD in China. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 2017;12, 49-58
10. Willgoss T.G, Yohannes A.M, Goldbart J, Fatoye F. Everything was spiraling out of control: experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease. Heart Lung, 2012; 41(6), 562-71.
11. Bajema K.L, Oster A.M, McGovern O.L. Persons Evaluated for 2019 Novel Coronavirus —United States, MMWR Morb Mortal Wkly Rep. ePub: February 7, 2020, DOI: dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm690 6e1.
12. To K.K.W, Tsang O.T.Y, Yip C.C.Y. Consistent detection of 2019 novel coronavirus in saliva. Clinical Infectious Diseases, ciaa149. February 12, 2020. DOI: https://doi .org/10.1093/cid/ciaa149.
13. McKay D & Asmundson G. COVID-19 stress and substance use: Current issues and future preparations. Journal of anxiety disorders, 2020; 74, 102274. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102274
14. Amirfakhraei A, Masoumi Fard M, Ismaili Shad B, Dasht-e Bozorgi Z, Darvish Baseri L. Predicting Coronavirus Anxiety Based on Health Concerns, Psychological Hardiness, and Positive Excitement in Diabetic Patients. Diabetes Nursing Quarterly, 2020; 8 (2): 1072-1083
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical guide to mental disorders. Translated by Hamayak Avadis Yans, Hassan Hashemi Minabad and Davood Arab Ghohestani. Tehran: Roshd; 2018.
16. Bagheri Sheikhan Gofsheh F, Shabahang R, Tajbakhsh S, Hamideh Moghadam A, Sharifipour Choukami Z & Mousavi, M. The role of health anxiety, anxiety sensitivity and sensory physical exacerbation in predicting Covid-19 students' anxiety. Psychological Studies, 2020; 16 (4), 77-91.
17. Mazloumzadeh M, Asghari Ebrahimabad M, Shirkhani M, Zamani Tavousi A, Salayani F. The Relationship between Coronary Anxiety and Health Anxiety: The Mediating Role of Emotion Regulation Difficulty. Journal of Clinical Psychology, 2020; 13 (2), 111-120.
18. Pickering L, Simpson J, Bentall R. P. Insecure attachment predicts proneness to paranoia but not hallucinations. Personality and Individual Differences, 2008; 44(5): 1212-1244.
19. Yang X, Xiong Z, Li Z, Li X, Xiang W, Yuan Y, et al. Perceived psychological stress and associated factors in the early stages of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic: Evidence from the general Chinese population. PLoS ONE, 2020; 15(12): e0243605. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243605
20. Saqezi A, Yazdani Esfidvajani H, Golmohammadian M. The mediating role of metacognition and positive emotion in the relationship between perceived social support and coronary anxiety. Culture of Counseling and Psychotherapy, 2020; 11 (43), 33-62.
21. Eyni S, Ebadi M, Torabi N. Developing a model of coronary anxiety in students based on a sense of cohesion and resilience: The mediating role of perceived social support. Culture of Counseling and Psychotherapy, 2020; 11 (43), 1-32.
22. Abbasi Q & Ahmadi R. Investigating the role of social support, emotional regulation and spiritual well-being in coronavirus anxiety. Journal of Islamic Studies in the Field of Health, 2020; 4 (4): 62-5




[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24 ]
[ DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.8.1 ]
[ DOI: 10.52547/rbs.19.4.647 ]

**23.** Ezazi Bojnourdi A, Ghadampour S, Moradi Shakib A, Ghazbanzadeh R. Prediction of coronary anxiety based on cognitive emotion regulation strategies, health stubbornness and death anxiety in diabetic patients. Nursing Psychiatry, 2020; 8 (2), 34-44
**24.** Narimani, M. & Eyni, S. Causal model of coronavirus anxiety based on perceived stress and sense of cohesion: The mediating role of perceived social support. Psychology of Aging, 2021; 7(1), 13-27.
**25.** Azizi Aram S, Basharpour S. The role of rumination, emotion regulation, and stress response in predicting Coronavirus (Covid-19) anxiety in nurses. Nursing Management Quarterly, 2020; 9 (3), 8-18
**26.** Khodayari Fard M, Asayesh M. Psychological strategies and techniques for coping with stress and anxiety in the face of coronavirus (Covid-19). Developmental Psychology 2020; 9 (8), 1-18
**27.** Salari M, Bakraei S, Sharifi Nejad Nematabad M, Alizadeh N, Mohseni F. Prediction of coronavirus anxiety based on anxiety tolerance and cognitive emotion regulation in working women. Applied Family Therapy, 2020; 1 (4), 38-52.
**28.** Mahmoudi I, Basaknejad S, Mehrabizadeh Honarmand M. The effectiveness of anger management training with a positive psychology approach on cognitive strategies of emotion regulation and anger rumination in female students. Journal of Psychological Achievements, 2014; 22 (2), 137-156.
**29.** Gross J. J. Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. Journal of Current Directions in Psychological Science, 2001; 10, 214-219.
**30.** John, O.P., & Gross, J.J. Healthy and Unhealthy Emotion Regulation: Personality Processes, Individual Differences, and Lifespan Development. Journal of Personality, 2004; 72, 1301-1334.
**31.** Guendelman S, Medeiros S, Rampes H. Mindfulness and Emotion Regulation: Insights from Neurobiological, Psychological, and Clinical Studies. Frontiers in psychology, 2017; 8, 220.
**32.** Safavi Bayat Z, Taher M. Correlation of health control source with self-care and adherence to treatment regimen in patients with hypertension. Caspian Health and Aging Quarterly, 2015; 1 (1), 48-42.
**33.** Masoumi N, Karbasi M, Vakilian M. The relationship between attributional styles and academic achievement in third year high school students in Hamadan. Psychological Research, 2012; 6 (22), 70-55.
**34.** Rotter GB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement]. Psychol Monogr, 1966; 80, 70-150
**35.** Firs E, Trawl J, Timothy J. Clinical psychology: Concepts, methods and practice]. Fyrozbakht M, Bahari S. 4th ed. Tehran: Roshd, 2002; 150-220.
**36.** Niven N. Health Psychology.2th edition. Churchill living Stone; 1994.
**37.** Ghare Tappeh A, Astrologer S, Abolfathi M, Manshaee Gh, Solhi M, Ghare Tappeh Sh. Relationship between individual and social adjustment with the source of control and gender in gifted high school students in Kermanshah. Health Education and Health Promotion, 2014; 3 (2), 166-160.
**38.** Sigurvinsdottir R, Thorisdottir I. E, Gylfason H. F. The Impact of COVID-19 on Mental Health: The Role of Locus on Control and Internet Use. Int. J. Environ. Res. Public Health 2020; 17, 69-85. doi:10.3390/ijerph17196985
**39.** Ghasemi K & Elahi T. The relationship between early maladaptive schemas and disease anxiety: The mediating role of experimental avoidance. Research in Mental Health, 2017; 13 (3), 47-55
**40.** Karimi J, Homayouni A, Homayouni, F. Predicting health anxiety based on empirical avoidance and sensitivity to anxiety symptoms in the nonclinical population. Research in Mental Health, 2018; 12 (4), 66-79
**41.** Beesdo-Baum K, Jenjahn E, Höfler M, Lueken U, Becker ES, Hoyer J. Avoidance, safety behavior, and reassurance seeking in generalized anxiety disorder. Depress Anxiety, 2012; 29 (11), 948–57



[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24 ]
[ DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.8.1 ]
[ DOI: 10.52547/rbs.19.4.647 ]

**42.** Youseliani Gh, Habibi M, Soleimani A. Relationship between optimal disciplinary behavior and family performance, source of control and students' self-esteem. Journal of School Psychology, 2011; 1 (2), 1-11.
**43.** Balzarotti S, John O. P, Gross J. J. An Italian Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. European Journal of Psychological Assessment, 2010; 26 (1), 61-67.
**44.** Salkovskis P. M, Warwick H. The Health Anxiety Inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. Psychological Medicine, 2002; 32, 843–853.
**45.** Nargesi F, Izadi F, Karimi Nejad K, Rezaei Sharif A. Validity and validity of the Persian version of the Health Anxiety Questionnaire in students of Lorestan University of Medical Sciences. Journal of Educational Measurement, 2015; 7 (27), 160-147.
**46.** Bruwer B, Emsley R, Kidd M, Lochner C, Seedat S. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. Comprehensive Psychiatry, 2008; 49, 195–201.
**47.** Salami AR, Joukar B, Nikpour R. Internet and communication: perceived social support and loneliness as antecedent variable. Psychological studies, 2009; 5(3), 81-102.
**48.** Young J, klosko J., weishaar M. Schema therapy: A Practitioner's Guide: New york: Guilford, 2003.
**49.** Zargar M, Kakavand A, Jalali M.R, Salavati M. Comparison of early maladaptive schemas and avoidance coping behaviors in opioid-dependent men and normal individuals. Journal of Applied Psychology, 2010; 1 (17), 84-69.
**50.** Alipour, A., Ghadami, A., Alipour, Z., Abdullah Zadeh, H. (2017). Preliminary validation of the Corona Anxiety Scale (CDAS) in an Iranian sample. Journal of Health Psychology, 8 (32): 163-175
**51.** Schultz D, Schultz S. Personality Theories, translated by Yahya Seyed Mohammadi, Tehran: Varaish Publications; 2018.
**52.** Sadock, B., Sadock, & Ruiz, P. Summary of Kaplan and Zadok Psychiatry. Translated by Farzin Rezaei. Tehran: Arjmand Publications; 2020.
**53.** Dadsetan P. Transformational Psychology. Tehran: Samat Publications; 2019.
**54.** Slater S. L. M. Developing an Understanding of the Impact of Dialectical Behaviour Therapy on Adults with an Intellectual Disability with Emotion Regulation Difficulties (Doctoral dissertation, Department of Neuroscience, Psychology and Behaviour); 2017.
**55.** Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clinical psychology review, 2010; 30(2), 217-237.
**56.** Haririan H, Aghajanloo A, Ghafouri Fard M. A Survey of Information Support and Instrumental Support for Hemodialysis Patients in Zanjan Hospitals in 2013. Journal of Preventive Care in Nursing and Midwifery, 2012; 1 (1), 25-30.
**57.** Albor C, Uphoff E, Stafford M, Ballas D, Wilkinson R, Pickett K. The effects of socioeconomic incongruity in the neighbourhood on social support, self-esteem and mental health in England. Social science & medicine, 2014; 111, 1-9

[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24 ]
[ DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.8.1 ]
[ DOI: 10.52547/rbs.19.4.647 ]