Journal of Ilam University of Medical Sciences

P-ISSN: 1563-4728
E-ISSN: 2588-3135

Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy in Worry, Anxiety, and Intolerance of Uncertainty in Women with COVID-19-induced Anxiety

Mahdi Lashgari[1], Qasem Ahi[1*], Fatemeh Shahabizadeh[1], Ahmad Mansouri[2]

[1] Dept of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran
[2] Dept of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

Article Info

Article type:
Research article

Article History:
Received: 02 January 2022
Revised: 13 February 2022
Accepted: 27 February 2022
Published Online: 22 November 2022

**** Correspondence to:***
Qasem Ahi
Dept of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.
Email:
ahigh1356@yahoo.com

A B S T R A C T

Introduction: Since the COVID-19 epidemic, numerous studies have shown an increase in mental health problems. According to the findings, women are more likely than men to be concerned about the spread of the disease. This study aimed to investigate the effectiveness of dialectical behavior therapy in worry, anxiety, and intolerance of uncertainty in women with COVID-19-induced anxiety.

Material & Methods: This single-case quasi-experimental study was conducted with multiple baseline, continuous assessment, and three-month follow-up. Three female patients were purposefully selected from the statistical population based on the criteria set for entering the study and were treated upon dialectical behavior therapy protocol. These individuals were assessed by completing the Corona Disease Anxiety Scale, Penn State Worry Questionnaire, and Intolerance of Uncertainty Scale. Data were analyzed by graph, recovery percentage, and reliable change index.
(Ethic code: IR.IAUDAMGHAN.REC.1399.025)

Findings: The overall recovery values of participants after treatment (follow-up) were 25% (34%) in terms of anxiety, 56% (57%) in terms of COVID-19-induced anxiety, and 49% (52%) in terms of intolerance of uncertainty, which is statistically significant at 95% confidence level. The results show that participants' worry and intolerance of uncertainty have improved in the three-month follow-up, and the enhancement of their COVID-19-induced anxiety has been stabilized.

Discussion & Conclusion: In general, dialectical behavior therapy is effective in improving anxiety, worry, and intolerance of uncertainty in women with COVID-19-induced anxiety.

Keywords: COVID-19, COVID-19-induced anxiety, Dialectical behavior therapy, Intolerance of uncertainty, Worry

➢ **How to cite this paper**

Lashgari M, Ahi Q, Shahabizadeh F, Mansouri A. Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy in Worry, Anxiety, and Intolerance of Uncertainty in Women with COVID-19-induced Anxiety. Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2023;30(5): 1-13.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]

© The Author(s)

مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام

JIUMS

P-ISSN: ۱۵۶۳-۴۷۲۸

E-ISSN: ۲۵۸۸-۳۱۳۵

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نگرانی، اضطراب و عدم تحمل بلاتکلیفی زنان مبتلا به اضطراب کووید-۱۹

مهدی لشگری[۱]، قاسم آهی[۱*]، فاطمه شهابی‌زاده[۱]، احمد منصوری[۲]

[۱] گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

[۲] گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۱۲

تاریخ ویرایش: ۱۴۰۰/۱۱/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۰۸

تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۹/۰۱

نویسنده مسئول:

قاسم آهی

گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

Email: ahigh1356@yahoo.com

چکیده

مقدمه: از زمان همه‌گیری کووید-۱۹، مطالعات متعدد افزایش مشکلات مرتبط با نگرانی و اضطراب را نشان می‌دهند. بر اساس نتایج پژوهش‌ها، زنان بیش از مردان در معرض نگرانی و اضطراب ناشی از شیوع این بیماری قرار دارند. هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نگرانی، اضطراب و عدم تحمل بلاتکلیفی زنان مبتلا به اضطراب کووید-۱۹ بود.

مواد و روش ها: طرح این پژوهش از نوع آزمایشی تک‌موردی با خط پایهٔ چندگانه و سنجش مداوم و پیگیری سه‌ماهه بود. سه بیمار زن به‌صورت هدفمند و بر اساس ملاک‌های تعیین‌شده برای ورود به پژوهش از جامعهٔ آماری مدنظر انتخاب شدند و بر اساس دستورالعمل رفتاردرمانی دیالکتیکی تحت درمان قرار گرفتند. این افراد با تکمیل مقیاس اضطراب کرونا، پرسش‌نامهٔ نگرانی ایالت پنسیلوانیا و مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی ارزیابی گردیدند. داده‌ها به روش ترسیمی، درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: بهبودی کل شرکت‌کنندگان پس از مرحلهٔ درمان (پیگیری) در متغیر نگرانی ۲۵ درصد (۳۴ درصد)، در متغیر اضطراب کرونا ۵۶ درصد (۵۷ درصد) و در متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی ۴۹ درصد (۵۲ درصد) بود که از نظر آماری در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنی‌دار است. نتایج نشان می‌دهند که بهبودی نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی شرکت‌کنندگان در پیگیری سه‌ماهه افزایش داشته و بهبودی اضطراب کرونای آنان تثبیت‌شده است.

بحث و نتیجه‌گیری: به‌طورکلی، رفتاردرمانی دیالکتیکی در بهبود نگرانی و اضطراب و عدم تحمل بلاتکلیفی زنان مبتلا به اضطراب کووید-۱۹ مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: اضطراب کرونا، نگرانی، رفتاردرمانی دیالکتیکی، عدم تحمل بلاتکلیفی، کووید-۱۹

استناد: لشگری، مهدی؛ آهی، قاسم؛ شهابی زاده، فاطمه؛ منصوری، احمد. اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نگرانی، اضطراب و عدم تحمل بلاتکلیفی زنان مبتلا به اضطراب کووید-۱۹. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دی ۱۴۰۱؛۳۰(۵): ۱۳-۱.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]

CC BY NC

مقدمه

از زمان همه‌گیری کووید-۱۹، پژوهش‌های متعدد افزایش مشکلات مرتبط با سلامت روان و ناراحتی روانی در افراد جامعه را نشان می‌دهند که ناشی از افزایش احتمال ابتلا به عفونت کووید-۱۹، اقدامات شدید قرنطینه‌ای در شهرها، قرنطینهٔ خانگی اجباری و سایر عوامل است (۱). بر اساس نتایج پژوهش‌ها، در زمان همه‌گیری بیش از ۵۰ درصد افراد مشکلات روانی، نگرانی یا اضطراب مرتبط با کووید-۱۹ را گزارش کردند و در چندین کشور (ازجمله ایران، چین، آلمان، اسپانیا و ایالات‌متحده) افزایش مداوم میزان اضطراب کرونا گزارش‌شده است (۳، ۲)؛ همچنین نتایج پژوهش علیزاده‌فرد و صفاری‌نیا نشان داد که اضطراب کرونا با سلامت روان همبستگی منفی دارد و ۴۷ درصد تغییرات سلامت روان را پیش‌بینی می‌کند و نیز افرادی که بیمار نشده‌اند، اما به‌شدت در معرض این بیماری قرار دارند، از آثار روانی کووید-۱۹ مصون نیستند و ممکن است دچار مشکلات روانی شوند (۴).

اضطراب کرونا یکی از متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با کووید-۱۹ است. علی‌پور و همکارانش اضطراب کرونا را ناشی از احتمال مبتلا شدن به ویروس کرونا تعریف کردند که بیشتر به علت ناشناخته بودن و وجود ابهام شناختی دربارهٔ آن است و با توجه به پیشینهٔ پژوهش‌ها، با اختلالات اضطراب فراگیر، اضطراب سلامتی (شامل اضطراب بیماری و جسمانی‌سازی) و اضطراب وحشت‌زدگی (پانیک) و اختلال وسواس فکری-عملی همبستگی دارد (۵)؛ به‌عبارت‌دیگر، اضطراب کرونا را می‌توان به‌عنوان هیجانی توصیف کرد که ۱. عوامل شناختی شامل نگرانی افراطی و غیرقابل‌کنترل دربارهٔ احتمال ابتلای خود و یا اطرافیان به کووید-۱۹ و آسیب‌های ناشی از آن، ۲. عوامل رفتاری شامل اطمینان‌طلبی دربارهٔ مبتلا نشدن به کووید-۱۹ از طریق وارسی نشانه‌ها و علائم بدنی مشابه با ابتلا به بیماری در خود و اطرافیان، ۳. عوامل جسمانی شامل تپش قلب، تنگی نفس، تنش عضلانی (به‌ویژه در ناحیهٔ سر و گردن)، گرگرفتگی، بی‌اشتهایی و اختلال در خواب و ۴. عوامل هیجانی شامل احساس اضطراب و آشفتگی و وحشت‌زدگی دارد.

نتایج تعدادی از پژوهش‌ها نشان داده است که عوامل جمعیت‌شناختی نظیر جنسیت (زن بودن)، مسن بودن، متأهل بودن یا داشتن شریک زندگی و بچه‌دار بودن، تحصیلات عالیه (بالاتر از لیسانس)، شغل آزاد، سطح حمایت اجتماعی، تجربهٔ بیماری، مدت‌زمان قرنطینه و قرار گرفتن در معرض اخبار رسانه از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های اضطراب فراوان ناشی از همه‌گیری بیماری کرونا هستند (۷، ۶، ۱). همسو با این موضوع، پژوهش ماراوی و هلر نیز بیانگر آن است که در زمان همه‌گیری کووید-۱۹، زنان بیشتر از مردان مضطرب هستند، اضطراب افراد دربارهٔ سلامت نزدیکان بیشتر از خودشان است و اضطراب دربارهٔ سلامتی بیشتر از مسائل مالی است (۸). در ایران نیز یافته‌های پژوهش مقنی‌باشی منصوریه نشان داد که در زمان همه‌گیری، حدود یک‌پنجم افراد مشارکت‌کننده در پژوهش اضطراب شدید یا خیلی شدید را تجربه کرده‌اند و زنان نسبت به مردان اضطراب بیشتری دارند (۹)؛ همچنین نتایج مطالعهٔ علی‌پور و همکاران دربارهٔ سلامت روان ایرانیان پس از همه‌گیری کووید-۱۹ نشان داد که ۴۰ درصد افراد جامعه مشکوک به اضطراب هستند و سلامت روان در زنان و مردان، در متأهل و مجرد، در شاغل و بیکار و در سنین مختلف به‌صورت معنی‌داری متفاوت است و زنان نسبت به مردان اضطراب بالاتری را تجربه می‌کنند (۵).

یکی دیگر از متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با شیوع ویروس کرونا، نگرانی دربارهٔ احتمال ابتلای خود و یا نزدیکان به این بیماری است. بورکوِک و

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]

همکاران نگرانی را به‌عنوان رشته‌ای از افکار و تصاویر منفی و نسبتاً غیرقابل‌کنترل دربارهٔ رویدادهای آینده با پیامدهای نامعلوم تعریف کردند که باعث ایجاد احساسات منفی و سطوح شدید اضطراب و ناراحتی می‌شود (۱۰). در همین زمینه، گانا و همکارانش یک رابطهٔ علّی و یک‌طرفه میان نگرانی و اضطراب پیدا کردند که در آن نگرانی سبب اضطراب می‌گردد. این دو ساختار به‌ویژه در جنبه‌های بدنی مربوط به اضطراب از یکدیگر متفاوت و متمایز هستند. به‌طورکلی، نگرانی به‌عنوان یک ساختار شناختی در نظر گرفته می‌شود، درحالی‌که اضطراب جنبهٔ هیجانی دارد (۱۱)؛ به‌عبارت‌دیگر، نگرانی و اضطراب بسیار به یکدیگر مرتبط‌اند؛ زیرا دو سازهٔ اصلی اختلال اضطراب هستند؛ اما نگرانی ممکن است از طریق مسیرها و فرایندهای متفاوتی نسبت به اضطراب عمل کند.

متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی یکی دیگر از متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با همه‌گیری کووید-۱۹ است. فریستون و همکارانش عدم تحمل بلاتکلیفی را نوعی ویژگی سرشتی تعریف کرده‌اند که از مجموعه‌ای از باورهای منفی دربارهٔ بلاتکلیفی و پیامدهای آن حاصل می‌شود؛ به‌عنوان‌مثال، فردی که نمی‌تواند بلاتکلیفی را تحمل کند، معتقد است بلاتکلیفی دربارهٔ آینده ناعادلانه است، باید به هر نحو ممکن از وقایع منفی آینده اجتناب کرد و بلاتکلیفی مانع عملکرد درست است؛ همچنین میان نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی رابطهٔ معناداری وجود دارد (۱۲). آسموندسون و تیلور نیز عدم تحمل بلاتکلیفی را به‌عنوان عامل تمایز فردی بالقوه شناسایی کردند که ممکن است خطر اضطراب مربوط به کووید-۱۹ را افزایش دهد؛ یعنی عدم تحمل بلاتکلیفی بالا ممکن است نگرانی و خلق منفی مرتبط با خطر درک‌شده برای عفونت و مرگ‌ومیر ناشی از این بیماری را تشدید کند و این موضوع باعث افزایش اضطراب سلامتی می‌شود (۱۳). علاوه بر این، با توجه به اینکه عدم تحمل بلاتکلیفی ممکن است احتمال تصور تجارب مبهم تهدیدآمیز را افزایش دهد؛ درنتیجه، تصورات خطرناک فراوان دربارهٔ کووید-۱۹ نیز ممکن است باعث سوءبرداشت‌های فاجعه‌آمیز از احساسات خوش‌خیم بدنی به‌عنوان نشانهٔ بیماری شوند (۳)؛ همچنین پژوهش‌ها دربارهٔ واکنش‌های روانی به همه‌گیری‌های پیشین نیز نشان می‌دهند که عوامل مختلف آسیب‌پذیری روان‌شناختی ممکن است در بروز اضطراب کرونا نقش داشته باشند که عدم تحمل بلاتکلیفی، طرح‌وارهٔ آسیب‌پذیری در برابر بیماری و میزان اضطراب (نگرانی) پیشین از مهم‌ترین این عوامل هستند (۱۳).

با توجه به نتایج پژوهش‌های متعدد که پیامدهای اضطرابی همه‌گیری کووید-۱۹ را به اثبات رسانیده‌اند و نظر به تأثیرهای مخرب اختلالات اضطرابی بر سلامت بدن و روان، نیاز فراوانی به بررسی اثربخشی روش‌های روان‌درمانی موجود در درمان اضطراب ناشی از شرایط همه‌گیری بیماری کرونا احساس می‌شود. درمان شناختی‌رفتاری اصلی‌ترین رویکرد روان‌شناختی مبتنی بر شواهد برای درمان اختلالات اضطرابی است که بیشترین میزان شواهد دربارهٔ کارایی آن موجود است و اثر بالینی این درمان بسیار شناخته‌شده است (۱۴). بدین منظور، سینسیدا و همکاران پیشنهاد می‌کنند که برای درمان اضطراب در ایام همه‌گیری کووید-۱۹، باید حمایت بالینی و روانی بر اساس راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌محور باشد، به‌گونه‌ای که پس از درمان، افراد بتوانند احساسات منفی را بپذیرند و از آن‌ها اجتناب نکنند و روش‌های جدیدی را برای بیان آن‌ها بیاموزند (۱۵)؛ همچنین نتایج پژوهش اسنانی و همکاران افزایش مهارت‌های تنظیم هیجان را به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر در درمان اضطراب معرفی کرده‌اند (۱۶).

رفتاردرمانی دیالکتیکی با پیشینهٔ درمان شناختی‌رفتاری خود، از طیف گسترده‌ای از فن‌های آن درمان استفاده می‌کند تا موجب پیشرفت مهارت در

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]

تنظیم هیجان شود. آموزش مهارت‌ها در چهار بخش طراحی شده‌اند که عبارت‌اند از: توجه‌آگاهی، تحمل آشفتگی، نظم‌بخشی هیجان و ارتباط مؤثر (۱۷). این روش درمانی به‌عنوان یک درمان مفید در بهبود بسیاری از اختلال‌های روانی ازجمله کاهش اضطراب و تحریک‌پذیری نیز استفاده می‌گردد (۱۸)؛ همچنین پژوهش‌های مختلف اثربخشی این درمان را در کاهش علائم اضطراب نشان داده‌اند (۲۱-۱۹).

بنابراین با توجه به اضطراب کرونای بالاتر زنان و رابطهٔ میان متغیرهای روان‌شناختی عدم تحمل بلاتکلیفی، نگرانی و اضطراب، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نگرانی و اضطراب و عدم تحمل بلاتکلیفی در درمان زنان مبتلا به اضطراب کرونا انجام شد.

مواد و روش ها

طرح این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی تک‌موردی با خط پایهٔ چندگانه ناهم‌زمان و سنجش پیوسته با پیگیری ۳ ماهه بود. تعریف دقیق عمل آزمایشی، اندازه‌گیری دقیق رفتار موردمطالعه پیش از شروع عمل آزمایشی (خط پایه)، اندازه‌گیری‌های مکرر پس از اجرای عمل آزمایشی و نیز کنترل دقیق متغیرها از ویژگی‌های این نوع طرح‌ها است. در این نوع طرح‌ها ممکن است چندین شرکت‌کننده آزمایش شوند؛ اما داده‌ها برای هریک از شرکت‌کنندگان جداگانه تحلیل می‌گردند (۲۲). جامعهٔ آماری این پژوهش شامل همهٔ زنان مبتلا به اضطراب ناشی از همه‌گیری کووید-۱۹ در شهر دامغان بود. گروه نمونه به روش نمونه‌گیری هدفمند مشخص شد و شامل سه نفر از زنانی بود که با شکایت اصلی احساس اضطراب و نگرانی ناشی از شیوع بیماری کرونا به دو مرکز مشاورهٔ پرمخاطب شهر دامغان مراجعه کرده بودند و ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند.

روش اجرای پژوهش به این شکل بود که به‌منظور تمایز میان اثر زمان و درمان، اجرای مداخلهٔ درمانی به‌صورت ناهم‌زمان بود؛ یعنی جلسهٔ اول شرکت‌کنندگان دوم و سوم به‌ترتیب پس از جلسات اول و دوم شرکت‌کنندهٔ اول آغاز شد. مداخلهٔ درمانی این پژوهش بر مبنای کتاب تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی طراحی و اجرا گردید (۲۳) که شرح جلسات در جدول شمارهٔ ۱ ارائه‌شده است. هر سه شرکت‌کننده به‌صورت فردی، ۱۵ جلسهٔ یک‌ساعته (هفته‌ای ۲ جلسه) در جلسات درمان حضور یافتند. مداخلهٔ درمانی را نویسندهٔ اول مقاله از ۱۶ اسفند سال ۱۳۹۹ تا ۱۷ اردیبهشت سال ۱۴۰۰ انجام داد. شرکت‌کنندگان در پژوهش سه مرحله در خط پایه (به‌منظور ثبات در داده‌ها) و در جلسات سوم، ششم، نهم، دوازدهم و پانزدهم درمان و سه جلسه پیگیری ماهیانه پس از پایان درمان، با تکمیل مقیاس اضطراب بیماری کرونا، پرسش‌نامهٔ نگرانی ایالت پنسیلوانیا و مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی سنجیده شدند. هیچ‌یک از شرکت‌کنندگان از پژوهش خارج نگردید.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: سن ۲۰ تا ۴۰ سال، اضطراب کرونای متوسط و شدید (کسب نمرهٔ بالاتر از ۱۷ از پرسش‌نامهٔ اضطراب کرونا)، مبتلا نبودن به اختلال شخصیت (کسب نمرهٔ کمتر از ۸۴ در آیتم‌های اختلالات شخصیت پرسش‌نامهٔ بالینی چندمحوری میلون-۳)، دریافت نکردن درمان روان‌شناختی هم‌زمان با مداخلهٔ درمانی فعلی، داشتن سطح تحصیلات حداقل دیپلم، مصرف نکردن مواد مخدر، مصرف نکردن داروهای روان‌پزشکی در چهار ماه گذشته، تکمیل رضایت‌نامهٔ کتبی شرکت در پژوهش. در ضمن غیبت بیش از سه جلسه، انجام ندادن تکالیف خانگی و اطلاع درمانگر از هرگونه مصرف داروی آرام‌بخش و یا مصرف مواد مخدر در زمان برگزاری جلسات درمانی به خروج افراد از پژوهش منجر می‌شد؛ همچنین در این پژوهش برخی اصول اخلاقی ازجمله توضیح اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان، کسب رضایت آگاهانه از آنان،

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]

اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از پژوهش، بدون ضرر بودن مداخلات درمانی، پاسخ به پرسش‌ها و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به شرکت‌کنندگان رعایت گردید. برای این پژوهش کد اخلاق با شناسهٔ IR.IAUDAMGHAN.REC.1399.025 از کمیتهٔ اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد دامغان اخذ گردید.

مقیاس اضطراب بیماری کرونا: علی‌پور و همکاران این مقیاس را برای سنجش اضطراب ناشی از بیماری کرونا تهیه و اعتباریابی کرده‌اند. نسخهٔ نهایی این پرسش‌نامه ۱۸ گویه و ۲ عامل دارد. گویه‌های ۱ تا ۹ آن علائم روانی و گویه‌های ۱۰ تا ۱۸ علائم جسمانی را می‌سنجند. این ابزار در طیف لیکرت چهاردرجه‌ای لیکرت (هرگز=۰، گاهی اوقات=۱، بیشتر اوقات=۲ و همیشه=۳) نمره‌گذاری می‌شود. بیشترین و کمترین نمره بین ۰ تا ۵۴ است. کسب نمرهٔ ۰ تا ۱۶ نشان‌دهندهٔ اضطراب خفیف و کسب نمرهٔ ۱۷ تا ۲۹ نشان‌دهندهٔ اضطراب متوسط و کسب نمرهٔ ۳۰ تا ۵۴ نشان‌دهندهٔ اضطراب شدید است. نمرات بالا در این پرسش‌نامه نشان‌دهندهٔ 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 به‌دست‌آمده است (۵).

پرسش‌نامهٔ نگرانی ایالت پنسیلوانیا: مِیر و همکاران این پرسش‌نامه را طراحی و تدوین کردند. این پرسش‌نامه ۱۶ سؤال دارد که بر اساس لیکرت پنج گزینه‌ای (اصلاً صدق نمی‌کند=۱، کمی صدق می‌کند=۲، گاهی صدق می‌کند=۳، بیشتر اوقات صدق می کند = ۴،

جدول شمارهٔ ۱. شرح جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی

جلسه	محتوای جلسه
۱ و ۲	برقراری رابطهٔ درمانی سالم، آموزش اصول درمان شناختی‌رفتاری و آموزش اصول و مبانی هیجان و کارکردهای هیجان به بیمار (با محوریت اضطراب کرونا)
۳ و ۴	آموزش و تمرین مهارت‌های بنیادین نظم‌بخشی هیجان با تأکید بر اضطراب شامل شناسایی هیجان، رابطهٔ هیجان و رفتار، کاهش آسیب‌پذیری جسمی در برابر اضطراب، کاهش آسیب‌پذیری شناختی و افزایش هیجان‌های مثبت (با محوریت اضطراب کرونا)
۵ و ۶	آموزش و تمرین مهارت‌های توجه‌آگاهی شامل تمرین بی‌توجهی، اهمیت توجه‌آگاهی، تمرین توجه‌آگاهی با جویدن کشمش، تمرکز بر تنفس، آگاهی به فعالیت‌هایی که با توجه‌آگاهی انجام می‌دهیم، توجه آگاهانه در زندگی روزمره، مقاومت‌ها و موانعی که بر سر راه انجام تمرینات توجه‌آگاهی وجود دارد (با محوریت اضطراب کرونا)
۷ و ۸	آموزش و تمرین مهارت‌های بنیادین تحمل آشفتگی شامل پذیرش بنیادین، توجه‌برگردانی از رفتارهای خودآسیب‌رسان، توجه‌برگردانی از طریق فعالیت‌های لذت‌بخش، توجه‌برگردانی از افکار، توجه‌برگردانی از طریق شمارش و خودآرامش‌بخشی (با محوریت اضطراب کرونا)
۹ و ۱۰	آموزش و تمرین مهارت‌های پیشرفتهٔ تحمل آشفتگی شامل تصویرسازی از مکان امن، کشف ارزش‌های شخصی، تعیین وقت استراحت، زندگی در زمان حال، خودگویی‌های تأییدگرایانه و استفاده از افکار مقابله‌ای خودتشویق‌گرایانه (با محوریت اضطراب کرونا)
۱۱ و ۱۲	آموزش و تمرین مهارت‌های بنیادین ارتباط مؤثر شامل تناسب میان خواسته‌ها در روابط، نسبت خواسته‌ها و بایدها، مهارت‌های کلیدی بین‌فردی شامل شناسایی نیازهای خود، ابراز متعادل نیازها، مذاکره برای حل‌وفصل تعارض‌ها، کسب اطلاعات، مهارت «نه» گفتن و عمل کردن بر اساس ارزش‌ها (با محوریت اضطراب کرونا)
۱۳ و ۱۴	آموزش و تمرین مهارت‌های پیشرفتهٔ توجه‌آگاهی شامل ذهن خردمند، ذهن خردمند و شهود، آموزش تصمیم‌گیری بر اساس ذهن خردمند، پذیرش بنیادین و ذهن آغازگر، قضاوت‌ها و برچسب‌ها، ارتباط آگاهانه با دیگران و برنامهٔ روزانهٔ توجه‌آگاهی (با محوریت اضطراب کرونا)
۱۵	مرور راهبردهای مؤثری که بیمار در جلسات درمان آموخته است (با محوریت اضطراب کرونا).

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]

کاملاً صدق می‌کند=۵) نمره‌گذاری می‌شود. این ابزار دو بعد نگرانی عمومی و نبودِ نگرانی را می‌سنجد. دامنهٔ نمرهٔ کل می‌تواند از سطوح نگرانی اندک (۱۶-۳۹) تا متوسط (۴۰-۵۹) و زیاد (۶۰-۸۰) متغیر باشد. اعتبار آزمون به روش همسانی درونی ۰/۸۶-۰/۹۳ گزارش‌شده است. اعتبار آن به روش بازآزمایی نیز در طول یک دورهٔ دو تا ۱۰ هفته‌ای، ۰/۷۴-۰/۹۳ گزارش‌شده است؛ همچنین نمرهٔ برش این پرسش‌نامه ۴۳ است (۲۴). منصوری و همکاران اعتبار آزمون را به روش همسانی درونی برابر ۰/۸۷ گزارش کردند. ضریب آلفای نیمهٔ اول، دوم و همبستگی میان دو نیمه برابر ۰/۷۶، ۰/۷۸ و ۰/۷۶ بوده است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز بیانگر شاخص‌های خوب و رضایت‌بخش (CFI=0.98، NFI=0.97، NNFI=0.97، IFI=0.98، RFI =0.97، GFI=0.95 و RMSEA=0.065) این پرسش‌نامه بوده است (۲۵).

مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی: این مقیاس را فریستون و همکاران برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلاتکلیفی طراحی کردند. این پرسش‌نامه ۲۷ سؤال دارد و در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً غلط=۱، غلط=۲ تا حدودی درست=۳، درست=۴، کاملاً درست=۵) نمره‌گذاری می‌شود. در نسخهٔ اولیه به زبان فرانسه همسانی درونی (α=0.91) و ضریب باز آزمایی (r=0.87) نسبتاً مناسبی با فاصلهٔ ۴ هفته به‌دست‌آمده است. ضریب اعتبار این آزمون معنادار و رضایت‌بخش گزارش‌شده است (۱۲). باهر و داگاس نسخهٔ زبان انگلیسی این مقیاس را تهیه و اعتباریابی کردند. ضریب همسانی درونی این مقیاس را با ضریب آلفای ۰/۹۴ گزارش نمودند و ضریب پایایی این آزمون در با آزمون به فاصلهٔ ۵ هفته r=0.74 بود (۲۶). در پژوهش منصوری و همکارانش اعتبار کل پرسش‌نامه به روش همسانی درونی ۰/۹۳ به‌دست آمد؛ همچنین ضریب آلفای کرونباخ نیم، اول و دوم و همبستگی میان دو نیمه به‌ترتیب ۰/۹، ۰/۸۴ و ۰/۸۱ گزارش گردید. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز بیانگر شاخص‌های خوب و رضایت‌بخش (CFI=0.98، NFI=0.97، NNFI=0.97، IFI=0.98، RFI =0.96، GFI=0.88 و RMSEA=0.066) این پرسش‌نامه است. میانگین نمرات شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۷۳/۸۷ با انحراف استاندارد ۱۸/۰۷ بود (۲۵).

در این پژوهش، از نمودار خطی به‌منظور بررسی دیداری تغییرات علائم اصلی بیماران طی مراحل خط پایه، درمان و پیگیری استفاده شد؛ همچنین از شاخص تغییر پایا با فرمول اصلاح‌شده برای محاسبهٔ معنی‌داری تغییر آماری نمرات استفاده گردید. برای محاسبهٔ شاخص تغییر پایا، نمرهٔ پس از درمان یا پیگیری از نمرهٔ پیش از درمان تفریق و حاصل آن بر خطای استاندارد تفاوت‌ها تقسیم می‌شود. اگر نتیجهٔ به‌دست‌آمده بزرگ‌تر از سطح معنی‌داری نمرهٔ z، یعنی ۱/۹۶ (P<0.05) باشد، می‌توان با ۹۵ درصد اطمینان، تغییر یا بهبودی به‌دست‌آمده را به اثر مداخله نسبت داد.

روش دیگری که برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها استفاده گردید، فرمول درصد بهبودی بود که از آن برای سنجش میزان پیشرفت مراجعان در کاهش مشکلات مورد آماج درمان استفاده می‌شود. در این فرمول، نمرهٔ پیش‌آزمون از نمرهٔ پس‌آزمون تفریق و حاصل بر نمرهٔ پیش‌آزمون تقسیم می‌گردد. اگر درصد بهبودی دست‌کم ۵۰ باشد، می‌توان نتیجه را از نظر بالینی معنی‌دار قلمداد کرد. گفتنی است ملاک اصلی بهبودی بالینی هر بیمار کسب نمرهٔ پایین‌تر از نمرهٔ برش ابزار سنجش مربوطه است؛ زیرا ممکن است علی‌رغم درصد بهبودی بالا، همچنان نمرهٔ فرد بالاتر از نمرهٔ برش ابزار سنجش باشد.

یافته ها

نتایج پژوهش در جدول‌های شمارهٔ ۲ و ۳ گزارش‌شده‌اند.

در جدول شمارهٔ ۲ اطلاعات جمعیت‌شناختی بیماران شرکت‌کننده در پژوهش شامل سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، اختلال همایند و سابقهٔ آن به تفکیک ارائه‌شده است.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]

جدول شمارهٔ ۲. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش

مداخله	رفتاردرمانی دیالکتیکی		
بیمار	اول	دوم	سوم
تأهل	مجرد	متأهل	متأهل
سن	۲۳	۳۸	۲۷
میزان تحصیلات	دانشجوی کارشناسی ارشد	دکتری تخصصی	کارشناسی ارشد
شغل	خانه‌دار	استاد دانشگاه	معلم
اختلال همایند	اختلال اضطراب فراگیر	اختلال علائم بدنی	افسردگی اساسی
سابقهٔ اختلال همایند	۵ سال	بیش از ۱۰ سال	۱ سال

جدول شمارهٔ ۳. نمرات شرکت‌کنندگان در مقیاس اضطراب کرونا، نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی

پرسش‌نامه	اضطراب کرونا			نگرانی پنسیلوانیا			عدم تحمل بلاتکلیفی		
مرحله	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم
خط پایهٔ ۳	۲۴	۳۶	۲۹	۷۲	۶۸	۷۱	۹۸	۱۲۳	۱۱۴
جلسهٔ سوم	۱۸	۳۰	۲۵	۶۹	۶۷	۶۴	۸۴	۱۱۲	۱۰۸
جلسهٔ پانزدهم	۸	۱۷	۱۵	۴۷	۵۷	۵۴	۴۹	۶۸	۵۶
درصد بهبودی	۶۷ درصد	۵۳ درصد	۴۸ درصد	۳۵ درصد	۱۶ درصد	۲۴ درصد	۵۰ درصد	۴۵ درصد	۵۱ درصد
درصد بهبودی کل		۵۶ درصد			۲۵ درصد			۴۹ درصد	
پیگیری ۳	۸	۱۶	۱۵	۳۲	۵۴	۵۲	۴۱	۶۷	۵۵
درصد بهبودی	۶۷ درصد	۵۶ درصد	۴۸ درصد	۵۶ درصد	۲۱ درصد	۲۷ درصد	۵۸ درصد	۴۶ درصد	۵۲ درصد
درصد بهبودی کل		۵۷ درصد			۳۴ درصد			۵۲ درصد	
شاخص تغییر پایا	۳/۶۲	۴/۵۲	۳/۱۷	۵/۹۷	۲/۰۹	۲/۸۴	۵/۱۴	۵/۰۵	۵/۳۲

جدول شمارهٔ ۳ نمرات شرکت‌کنندگان در مقیاس اضطراب کرونا، پرسش‌نامهٔ نگرانی پنسیلوانیا و مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی دیالکتیکی را نمایش می‌دهد. بر اساس داده‌های این جدول، اضطراب کرونای هر سه بیمار در پایان جلسات درمانی و پیگیری سه‌ماهه با درصد بهبودی بالای ۵۰ درصد و یا کسب نمرهٔ پایین‌تر از نمرهٔ برش مقیاس اضطراب کرونا (نمرهٔ ۱۷)، به لحاظ بالینی بهبود یافته‌اند. در مرحلهٔ درمان و پیگیری، بیمار اول با ۶۷ درصد بهبودی بیشترین کاهش نمرهٔ اضطراب را دارد. درصد بهبودی کل اضطراب کرونای شرکت‌کنندگان در پایان مرحلهٔ درمان ۵۶ درصد بود که در مرحلهٔ پیگیری ۳ ماهه نیز تقریباً ثابت مانده و به ۵۷ درصد رسیده است؛ همچنین شاخص تغییر پایای نمرات اضطراب کرونای هر سه بیمار از عدد ۱/۹۶ بیشتر است و می‌توان نتیجه گرفت که تغییر نمرات اضطراب از نظر آماری با درصد اطمینان ۹۵ درصد، ناشی از مداخلهٔ درمانی است و به علت ناپایی پرسش‌نامه نیست.

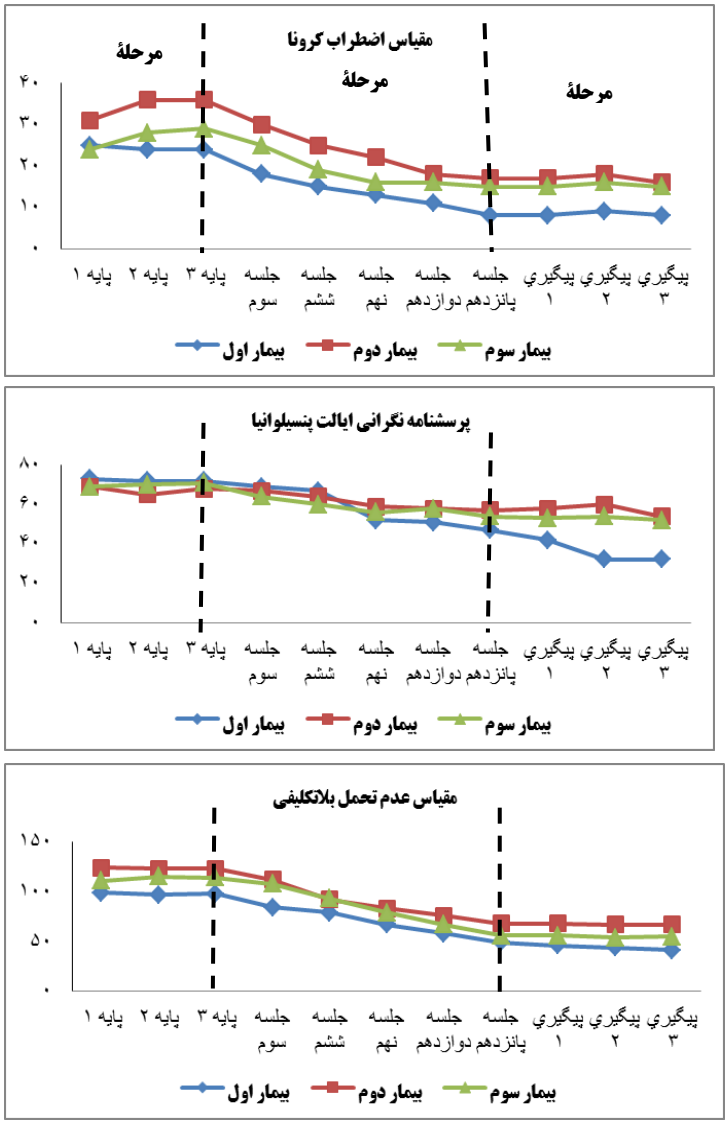
همچنین نمرات ارائه‌شده در جدول شمارهٔ ۳ نشان می‌دهند، هر سه بیمار در جلسهٔ پایانی و پیگیری سه‌ماهه در متغیر نگرانی موفق به درصد بهبودی بیش از ۵۰ درصد نشده‌اند؛ اما نمرهٔ نگرانی آنان از محدودهٔ نگرانی شدید به محدودهٔ نگرانی متوسط (نمرهٔ ۴۰ تا ۵۹) کاهش‌یافته است. نمرهٔ نگرانی بیمار اول در پیگیری سه‌ماهه روند کاهشی داشت و به کمتر از نمرهٔ برش (نمرهٔ ۴۳) رسید که به معنای بهبودی بالینی وی در این مرحله است. درصد

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]

بهبودی کل نگرانی شرکت‌کنندگان در پایان مرحلهٔ درمان ۲۵ درصد بود که در مرحلهٔ پیگیری ۳ ماهه، با ۹ درصد رشد به ۳۴ درصد رسیده است که نشان‌دهندهٔ تأثیر به‌کارگیری مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی در آنان است. شاخص تغییر پایای نمرات هر سه بیمار بیش از عدد ۱/۹۶ است که معنی‌داری آماری تغییر نمرات نگرانی در اثر رفتاردرمانی دیالکتیکی را در سطح اطمینان ۹۵ درصد نشان می‌دهد.

مطابق داده‌های جدول شمارهٔ ۳، در مرحلهٔ درمان نمره‌های عدم تحمل بلاتکلیفی بیمارهای اول و سوم به‌ترتیب ۵۰ و ۵۱ درصد بهبودیافته است که به معنای بهبودی بالینی آنان در متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی است. در این مرحله، بیمار دوم با ۴۵ درصد بهبودی در این متغیر، به بهبودی بالینی دست نیافته است. درصد بهبودی کل عدم تحمل بلاتکلیفی شرکت‌کنندگان در مرحلهٔ درمان ۴۹ درصد بود که در مرحلهٔ پیگیری ۳ ماهه به ۵۲ درصد رسیده است. شاخص تغییر پایای تغییر نمرات عدم تحمل بلاتکلیفی هر سه بیمار بیش از عدد ۱/۹۶ است که نشان می‌دهد اثر مداخلهٔ درمانی از نظر آماری با اطمینان ۹۵ درصد معنی‌دار است.

در شکل شمارهٔ ۱، روند کاهشی نمرات بیماران در مقیاس اضطراب کرونا، پرسش‌نامهٔ نگرانی پنسیلوانیا و مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی در مراحل درمان و پیگیری قابل‌مشاهده است.



شکل شمارهٔ ۱. روند تغییر نمرات اضطراب کرونا، نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی شرکت‌کنندگان در اثر مداخلهٔ درمانی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از اجرای این پژوهش بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نگرانی، اضطراب و عدم تحمل بلاتکلیفی زنان مبتلا به اضطراب کووید-۱۹ بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش نگرانی، اضطراب کرونا و عدم تحمل بلاتکلیفی زنان مبتلا به اضطراب کرونا از نظر معنی‌داری آماری اثربخش بود و به بهبودی بالینی اضطراب کرونای شرکت‌کنندگان در پژوهش منجر شد. این نتیجه با نتایج پژوهش اسنانی و همکارانش همخوانی دارد که بیان می‌کند، رفتاردرمانی دیالکتیکی از طریق افزایش مهارت تنظیم هیجان، به کاهش علائم اضطراب منجر می‌شود (۱۶)؛ همچنین اجرای دستورالعمل آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی در این پژوهش، به کاهش آماری معنی‌دار نمرات نگرانی هر سه بیمار از محدودهٔ شدید به متوسط انجامید. این نتیجه با پیشنهاد پژوهش سینسیدا و همکارانش مبنی بر حمایت بالینی و روانی افراد مبتلا به اضطراب در ایام همه‌گیری کووید-۱۹، بر اساس آموزش و ارتقای مهارت افراد در راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌محور (تنظیم هیجان) (۱۵) همسو است. درمجموع، اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش علائم نگرانی و اضطراب در این پژوهش با نتایج پژوهش‌های استیل و همکاران، هارند و همکاران و بوهاوس و همکاران مطابقت دارد (۲۱-۱۹).

درمجموع، اثربخشی آموزش مهارت‌های چهارگانهٔ رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبودی بالینی اضطراب کرونا و کاهش معنادار نگرانی و افزایش تحمل بلاتکلیفی شرکت‌کنندگان در این پژوهش را می‌توان بر اساس نظریهٔ لینهان (۲۷) به شرح ذیل تبیین کرد: مهارت توجه‌آگاهی از طریق مشاهدهٔ بدون قضاوت هیجانات و افکار، ذهن خردمند بیماران را تقویت می‌کند و آنان را قادر می‌سازد توجه خود را از جنبه‌های مبهم و بلاتکلیف کووید-۱۹ که معمولاً با فاجعه‌سازی همراه است، به شرایط اینجا و اکنون تغییر دهند؛ درنتیجه، ذهن خردمند تقویت‌شدهٔ آنان می‌تواند در شرایط اضطراب‌زای قرنطینه و اخبار مرتبط با ابتلا و مرگ‌ومیر ناشی از کرونا، تصمیم‌های متعادل مبتنی بر شهود و واقعیت اتخاذ کند؛ همچنین مهارت تحمل آشفتگی بیماران را قادر می‌سازد در شرایط بحرانی ناشی از همه‌گیری کووید-۱۹، با پذیرش شرایط موجود که غیرقابل تغییر است، با خودتسکین‌بخشی، از دست زدن به رفتارهای هیجانی و خودآسیب‌رسان در هنگام اضطراب خودداری کنند. علاوه بر این، آموزش مهارت تنظیم هیجان به بیماران کمک می‌کند تا درک عمیقی از هیجانات خود پیدا نمایند و درنتیجه، به نگاه تازه‌ای دربارهٔ اضطراب خود برسند که این موضوع باعث کاهش اجتناب هیجانی و تجربهٔ اضطراب و پردازش هیجانی می‌شود؛ همچنین با توجه به اینکه بخشی از اضطراب ناشی از شیوع کرونا مربوط به فاصله‌گذاری اجتماعی و نزدیکی اعضای خانواده به یکدیگر در دوران قرنطینه خانگی و بروز برخی اختلافات بین‌فردی است؛ بنابراین، آموزش مهارت ارتباط مؤثر به بیماران، چگونگی وصول اهداف به‌صورت ماهرانه و چگونگی اقدام مؤثر با توجه به اهداف و نیز رابطهٔ خوب و احترام به خود را آموزش می‌دهد. هدف ضمنی این مهارت، کاهش اجتناب بین‌فردی است که اصلی‌ترین تغییر را در اجتناب تجربی و هیجانی و افزایش رفتارهای بین‌فردی سازگار ایجاد می‌کند و به‌احتمال فراوان، موجب تقویت مثبت خواهد شد. مجموعهٔ این مهارت‌ها بیماران را به لحاظ شناختی و هیجانی و رفتاری به مرحله‌ای از رشد و توانایی می‌رساند که با پذیرش شرایط مبهم و بلاتکلیف همه‌گیری کووید-۱۹، از نگرانی‌های مفرط و غیرقابل‌کنترل خود بکاهند و درنتیجه، اضطراب کرونای کمتری را تجربه کنند.

به‌منظور تبیین بهبودی اندک اضطراب کرونای بیمار دوم نسبت به دو بیمار دیگر، احتمالاً می‌توان به

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]

بیماری همبود وی اشاره کرد که اختلال روان‌تنی است (او به‌شدت نسبت به نشانه‌های بدنی حساس است و همچنین به علت آلرژی، مدام در حال تجربهٔ عطسه و آبریزش چشم و بینی است). این نتیجه با یافتهٔ پژوهش تال و همکاران همخوان است که بیان می‌کند افرادی درگیر اضطراب سلامتی به‌سبب عدم تحمل بلاتکلیفی در زمینهٔ سلامت، به برداشت فاجعه‌آمیز از اتفاقات تمایل دارند و به همین علت ممکن است حتی نشانه‌های خوش‌خیم بدنی (مانند سرفه و خشکی گلو و اندکی تغییرات دمای بدن) را در دوران همه‌گیری کووید-۱۹، به نشانه‌های این بیماری تعبیر می‌کنند (۳).

همچنین بر اساس یافته‌های پژوهش، تنها نگرانی بیمار اول در مرحلهٔ پیگیری به بهبودی بالینی رسیده است که علت احتمالی آن انتظار مثبت و واقع‌بینانهٔ او از درمان است. این نتیجه با پژوهش پروچاسکا و نورکراس مطابقت دارد که پس از بررسی فراتحلیلی نتایج ۱۵۰ مطالعه اعلام کردند که هرچه انتظار بیماران از نتایج درمان بیشتر باشد، درمان بهتر نتیجه می‌دهد (۲۸).

بر اساس یافته‌های پژوهش، بیمار دوم به‌سبب اختلال همبود جسمانی‌سازی و اضطراب سلامتی فراوان و بیمار سوم به علت ابتلای هم‌زمان به افسردگی اساسی به دلیل اختلافات شدید خانوادگی با همسر و درگیری با مراحل طلاق، از ابتدا به نتایج درمان خوش‌بینی بسیاری نداشتند و یکی از علل احتمالی دستیابی پیدا نکردن آنان به بهبودی بالینی در نگرانی می‌تواند همین موضوع باشد. این نتایج با دیدگاه بورکووِک و کاستلو همخوانی دارد که بیان می‌کنند انتظار پایین برای بهبودی یکی از عوامل پیش‌بینی‌کنندهٔ نتیجه درمان‌های شناختی رفتاری در زمینهٔ اضطراب است (۲۹)؛ همچنین تحقیق دورهام و همکارانش که در جمع‌بندی نتایج پژوهش‌های روان‌درمانی در زمینهٔ اختلال اضطراب فراگیر به این نتیجه رسیدند که اختلال همبود و تعارض‌های زناشویی در پیشرفت نکردن و عود مجدد این اختلال مؤثر هستند (۳۰)، با مطالعهٔ حاضر مطابقت دارد.

پژوهش حاضر نیز همانند سایر مطالعات با طرح پژوهش تک‌موردی، به‌سبب تعداد اندک شرکت‌کنندگان، با محدودیت در تعمیم نتایج مواجه است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برای امکان تعمیم نتایج این پژوهش، مطالعات کنترل‌شدهٔ تصادفی با تعداد شرکت‌کنندگان بیشتر در نقاط مختلف کشور طراحی و اجرا گردد؛ همچنین پیشنهاد می‌شود به‌منظور امکان بررسی ماندگاری طولانی‌مدت آثار درمان، در پژوهش‌های آینده از دوره‌های پیگیری ۶ ماهه تا دوساله استفاده گردد. علاوه بر این، محدودیت دیگر پژوهش حاضر این است که پژوهش‌گر به‌عنوان درمانگر اصلی، فرایند درمان‌ها را اجرا کرد. این امر به علت سوگیری‌های احتمالی، باعث محدودیت در تعمیم‌پذیری نتایج می‌شود، هرچند سعی شد در ارزیابی‌های پس از درمان نظر متخصص دیگری نیز اخذ گردد.

تشکر و قدردانی

از همهٔ شرکت‌کنندگان در پژوهش که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند، تقدیر و تشکر می‌شود. این مقاله برگرفته از رسالهٔ مقطع دکتری تخصصی نویسندهٔ اول است که با کد رهگیری ۱۶۲۳۵۵۹۴۶ در سامانهٔ پژوهشیار دانشگاه آزاد اسلامی به ثبت رسیده است. برای انجام این تحقیق هیچ‌گونه کمک مالی از سوی افراد حقیقی و حقوقی دریافت نشده است؛ همچنین نویسندگان اعلام می‌کنند در این مقاله تضاد منافعی وجود ندارد.

تعارض منافع

نتایج این پژوهش با منافع هیچ سازمان و یا افرادی تعارض ندارند.

کد اخلاق: IR.IAUDAMGHAN.REC.1399.025

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]

References

1. 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. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113202.
2. 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. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102239
3. 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. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102290.
4. Alizade fard S, Saffarinia M. The prediction of mental health based on the anxiety and the social cohesion that caused by Coronavirus. Quarterly Social Psychol Res 2020;9:129-41(In persian).
5. Alipour A, Ghadami A, Alipour Z, Abdollahzadeh H. Preliminary Validation of the Corona Disease Anxiety Scale (CDAS) in the Iranian Sample. Quarterly J Health Psychol 2020;8:163-75(In persian).
6. Malesza M, Kaczmarek MC. Predictors of anxiety during the COVID-19 pandemic in Poland. Pers Individ Dif 2021;170:110419. doi: 10.1016/j. paid.2020.110419.
7. 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. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.049.
8. Maaravi Y, Heller B. Not all worries were created equal: the case of COVID-19 anxiety. Public Health 2020;185:243-5. doi: 10.1016/j.puhe.2020.06.032
9. Moghanibashi-Mansourieh A. Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19 outbreak. Asian J Psychiatr 2020;51:102076. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102076.
10. Borkovec TD, Inz T. The nature of worry in generalized anxiety disorder: a prominence of thought activity. Behav Res Ther 1990;28:153-8. doi: 10.1016/0005-7967(90)90027-g.
11. Gana K, Martin B, Canouet M. Worry and Axiety: is There a Casual Relationship? Psychopathology 2001;34:221-9. doi: 10.1159/000049314.
12. Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? Pers Individ Differ 1994;17:791-802.doi:10.1016/0191-8869 (94)90048-5
13. Asmundson GJG, Taylor S. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. J Anxiety Disord 2020;70:102196.doi:10.1016/j.janxdis.2020.102196
14. 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. Contemp Clin Trials Commun 2020;18:100556-. doi: 10.1016/j.conctc.2020.100556.
15. Cincidda C, Pizzoli SFM, Oliveri S, Pravettoni G. Regulation strategies during Covid-19 quarantine: the mediating effect of worry on the links between coping strategies and anxiety. Eur Rev Appl Psychol 2021:100671. doi: 10.1016/j.erap.2021. 100671.
16. Asnaani A, Tyler J, McCann J, Brown L, Zang Y. Anxiety sensitivity and emotion regulation as mechanisms of successful CBT outcome for anxiety-related disorders in a naturalistic treatment setting. J Affect Disord 2020;267:86-95. doi: 10.1016/j.jad.2020.01.160.
17. Fassbinder E, Schweiger U, Martius D, Brand-de Wilde O, Arntz A. Emotion Regulation in Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy. Front Psychol 2016;7:1373. doi: 10.3389/fpsyg. 2016.01373.
18. Kröger C, Schweiger U, Sipos V, Arnold R, Kahl KG, Schunert T, et al. Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. Behav Res Ther 2006;44(8):1211-7. doi: 10.1016/j.brat.2005.08.012.
19. Steil R, Dyer A, Priebe K, Kleindienst N, Bohus M. Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: a pilot study of an intensive residential treatment program. J Trauma Stress 2011;24:102-6. doi: 10.1002/jts.20617.
20. Harned MS, Korslund KE, Linehan M. A pilo trandomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. Behav Res Ther 2014;55:7-17.doi:10.1016/j.brat.2014.01.008
21. Bohus M, Dyer AS, Priebe K, Krüger A, Kleindienst N, Schmahl C, et al. Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: a randomised controlled trial. Psychother Psychosom 2013;82:221-33. doi: 10.1159/000348451.
22. Lane K, Wolery M, Reichow B, Rogers L. Describing baseline conditions: Suggestions for study reports. J Behav Edu 2007;16:224-34.doi:10.1007/s10864-006-9036-4
23. McKay M, Wood JC, Brantley J. The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook: Practical DBT Exercises for Learning Mindfulness, Interpersonal Effectiveness, Emotion Regulation & ... (A New Harbinger Self-Help Workbook). 1 th ed. Oackland, canada: New Harbinger Publication Inc.; 2007.
24. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. Behav Res Ther 1990; 28:487-95.doi:10.1016/0005-7967(90)90135-6
25. 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. J Res Behav Sci 2018;16:130-42. (In Persian)
26. Buhr K, Dugas MJ. Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. J Anxiety Disord

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]

2006;20:222-36. doi: 10.1016/j.janxdis.2004.12.004.
27. Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993.
28. Prochaska JO, Norcross JC. Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis. 4 ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company; 1999.
29. Borkovec TD, Costello E. Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. J Consult Clin Psychol 1993;61:611-9. doi: 10.1037//0022-006x.61.4.611.
30. Durham RC, Allan T, Hackett CA. On predicting improvement and relapce in generalized anxiety disorder following psychotherapy. Br J Clin Psychol 1999;36:101-19. doi: 10.1111/j.2044-8260.1997.tb01234.x.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]