

## Effectiveness of Video-Based Cognitive-Behavioral Intervention on Health Anxiety and Anxiety Sensitivity of Individuals with High Levels of COVID-19 Anxiety

Shabahang, \*R., Bagheri Shykhangafshe, F., Dadras, M., Seyed Noori, S.Z.

## اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری ویدئویی بر اضطراب سلامت و حساسیت اضطرابی افراد با سطوح بالای اضطراب کووید-۱۹

رضا شباهنگ<sup>۱</sup>، فرزین باقری شیخانگفشه<sup>۲</sup>، مریم دادرسی<sup>۳</sup>، سیده زهرا سیدنوری<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۲/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۲۱

### چکیده

**مقدمه:** مداخلات شناختی - رفتاری به عنوان درمان‌های صف اول در اختلالات اضطرابی شناخته می‌شوند. با این حال، پیچیدگی‌های همچون قرنطینه، ارائه چهره به چهره مداخله را دشوار کرده است. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری ویدئویی بر اضطراب سلامت و حساسیت اضطرابی افراد با سطوح بالای اضطراب کووید-۱۹ است.

**روش:** پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. بر طبق معیارهای اصول تشخیصی اضطراب سلامت در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - نسخه پنجم و پرسشنامه اضطراب کووید-۱۹، ۱۳۸ شرکت‌کننده با سطوح بالای اضطراب کووید-۱۹ به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (n=۶۹) و کنترل (n=۶۹) گمارده شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه مداخله شناختی- رفتاری ویدئویی دریافت کردند، در حالیکه گروه کنترل در لیست انتظار ماندند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه اضطراب کووید-۱۹، سنجش کوتاه اضطراب سلامت، و شاخص حساسیت اضطرابی بودند. در نهایت، داده‌ها با استفاده از روش آماری مانکوا تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله شناختی - رفتاری منجر به کاهش اضطراب سلامت و حساسیت اضطرابی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش شد ( $p < 0.001$ ). در این بین، مداخله حاضر برای مؤلفه های اضطراب سلامت کارآمدتر بوده است.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به اضطراب گسترده جامعه در مورد کووید-۱۹ و همچنین پیچیدگی‌های ارائه چهره به چهره درمان شناختی - رفتاری، استفاده از مداخله شناختی - رفتاری ویدئویی می‌تواند روشی فوری، مختصر و ارزان قیمت بر بهبود سلامت روانی جامعه باشد.

**واژه‌های کلیدی:** کووید-۱۹، درمان شناختی - رفتاری، مداخله ویدئویی، اضطراب سلامت، حساسیت اضطرابی.

### Abstract

**Introduction:** Cognitive - behavioral interventions are known as first-line treatments for anxiety disorders. However, complexities such as quarantine have made it difficult to provide face-to-face intervention. The aim of the present study was to investigate the effectiveness of video-based cognitive-behavioral intervention on health anxiety and anxiety sensitivity of individuals with high levels of COVID-19 anxiety.

**Method:** A semi-experimental study with pre-test and post-test design with the control group applied. According to the principles of diagnosis of health anxiety in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 and COVID-19 Anxiety Questionnaire, 138 participants with high levels of COVID-19 anxiety were selected by convenience sampling method and randomly assigned into two experimental (n = 69) and control (n = 69) groups. The experimental group received 10-session of video-based cognitive-behavioral intervention, whereas the control group remained in the waiting list. The research instruments included the COVID-19 Anxiety Questionnaire, the Short Health Anxiety Inventory, and the Anxiety Sensitivity Index. At the end, the data were analyzed by using statistical method of MANCOVA.

**Results:** The results of this study showed that cognitive-behavioral intervention led to a reduction in health anxiety and anxiety sensitivity of experimental group participants ( $p < 0.001$ ). In the meantime, the present intervention has been more effective for the components of health anxiety.

**Conclusion:** Due to the widespread public anxiety about COVID-19 as well as the complexities of face-to-face cognitive-behavioral therapy, the use of video-based cognitive-behavioral intervention can be an immediate, concise, and inexpensive way to improve mental health of the community.

**Keywords:** COVID-19, Cognitive-behavioral therapy, Video-based intervention, Health anxiety, Anxiety sensitivity.

## مقدمه

از دسامبر سال ۲۰۱۹ شیوع بیماری ویروس کرونا ۲۰۱۹ (کووید-۱۹)<sup>۱</sup> در ووهان چین<sup>۲</sup> رخ داد و به سرعت توجه و نگرانی سازمان بهداشت جهانی را به خود جلب کرد. کووید-۱۹ یکی از موارد جدید کرونا ویروس است که ارتباط زیادی با کرونا ویروس سارس<sup>۳</sup> دارد و سرعت انتقال آن بسیار سریع است (۱، ۲). این بیماری معمولاً با علائم تنفسی ساده‌ای همچون تب و سرفه خشک، خستگی، و علائم گوارشی همراه است (۳، ۴). بیماری همه‌گیر کووید ۱۹ تهدید جدی برای سلامت جسمی و زندگی افراد ایجاد کرده و باعث مشکلات گسترده روانشناختی شده است (۵).

این بیماری بزرگ‌ترین همه‌گیری بیماری تنفسی غیر مشخص از زمان شیوع سندروم حاد تنفسی<sup>۴</sup> سال ۲۰۰۳ محسوب می‌گردد (۶) و گسترش آن سبب ایجاد مشکلات گسترده روانشناختی هم چون اختلال پانیک، اضطراب و افسردگی شده است (۵). نگرانی در مورد قرار گرفتن در معرض ویروس در هنگام استفاده از حمل و نقل عمومی برای رفتن به محل کار، تأخیر زمان کار و پیامدهای بعدی محروم شدن از درآمد از عوامل استرس‌زا مهم در مورد این بیماری بوده است. همچنین کاهش کارایی سیستم بهداشتی عمومی منطقه‌ای، لزوم انجام اقدامات پیشگیرانه گسترده و ناشناخته بودن خود ویروس نیز توانسته‌اند سبب ایجاد اضطراب بیماری در افراد شوند و سلامت روانی آنها را با آشفتگی همراه سازند (۵، ۶).

در اضطراب سلامتی<sup>۵</sup> فرد ترس بیش از حد و غیر منطقی از ابتلاء به بیماری دارد که این ترس و اضطراب ناشی از تفسیر نادرست از احساس خطر است و علی‌رغم ارزیابی‌های پزشکی مناسب و پی‌بردن به اینکه مشکل پزشکی‌ای وجود ندارد ادامه می‌یابد. این افراد معمولاً از راهبردهایی برای کاهش اضطراب‌شان بهره می‌گیرند مثل اینکه به طور مکرر به پزشک مراجعه می‌کنند، بیش از حد در مورد بیماری‌ها و علائم خود در اینترنت جست و جو می‌کنند، به طور مداوم دنبال اطمینان خاطر از نزدیکان خود هستند و مدام به

وارسی بدنشان می‌پردازند. اگرچه اطمینان و معاینه پزشکی ممکن است نگرانی‌های مربوط به سلامتی را به طور موقت در آنها کاهش دهد اما در درازمدت بازگشت علائم نگرانی برجسته است (۷). در واقع، افراد با اضطراب سلامتی، اعتقادات ناکارآمد و تحریف‌شده در مورد سلامت خودشان دارند و بر نقص‌های فیزیکی جزئی، مشکلات جسمانی و احساسات مبهم فیزیکی تمرکز می‌کنند (۸، ۹).

شواهد بسیاری حاکی از وجود سطوح مختلف اضطراب سلامت در بیماری‌های همه‌گیر وجود دارد (۱۰). جونز و ساتل (۱۱) به بررسی واکنش‌های روانشناختی در پاسخ به به بیماری همه‌گیر آنفلوئزا<sup>۶</sup> پرداختند. یافته‌ها حاکی از وجود سطوح بالای اضطراب سلامت بود. بار و همکاران (۱۲) در بررسی واکنش‌های روانشناختی در طول شیوع آنفلوئزا در استرالیا دریافتند که سطوح اضطراب سلامت، ادراک تهدید و تمایل به اطاعت دستورات در جامعه افزایش یافته است. در مطالعه کالینگ و همکاران (۱۳)، از اضطراب سلامت به عنوان یک پاسخ رفتاری و روانشناختی برجسته در مراحل ابتدایی آنفلوئزا در هنگ‌کنگ اشاره می‌شود. ساداتیان - الهی، دل سیگنور و وانهرس (۱۴) گزارش می‌دهند که جمعیت عادی فرانسوی، سطوح بالایی از اضطراب سلامت را در پاسخ به بیماری همه‌گیر تجربه می‌کنند. همچنین بولتز و همکاران (۱۵) بیان می‌کنند، سطوح تنش ادراک‌شده، اضطراب سلامت و اضطراب در جمعیت عادی در هلند در مراحل ابتدایی بیماری آنفلوئزا<sup>۷</sup> ای<sup>۷</sup> افزایش یافت. یافته‌های پژوهش‌ها در مورد پیامدهای روانشناختی کووید-۱۹ نیز تأییدکننده افزایش اضطراب سلامت در جامعه است (۱۶). در همین راستا، ارائه مداخله‌ای کارآمد برای کاهش اضطراب سلامت در پی گسترش کووید-۱۹ بسیار الزامی است.

علاوه بر اضطراب سلامت، حساسیت اضطرابی<sup>۸</sup> موضوع دیگری است که با توجه به ماهیت آن باید در هنگام شیوع بیماری‌های همه‌گیر در نظر داشت. حساسیت اضطرابی به عنوان ترس از اضطراب و احساسات مرتبط با اضطراب تعریف شده است و به عنوان عاملی برجسته در اختلالات اضطرابی به شمار می‌رود. در واقع، حساسیت اضطرابی در بر گیرنده این اعتقاد است که علائم اضطراب یا برانگیختگی

1. coronavirus disease 2019 (COVID-19)
2. Wuhan, China
3. SARS coronavirus (SARS-CoV)
4. Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)
5. health anxiety

6. Influenza
7. Influenza A (H1N1)
8. anxiety sensitivity

رفتاری بر اضطراب سلامت هستند. همچنین نتایج پژوهش‌های پیشین، درمان‌های شناختی - رفتاری را در کاهش حساسیت اضطرابی در بیماران تحت درمان و همچنین بیماران در معرض خطر مؤثر برآورد می‌کنند (۳۳-۳۷). بدین مفهوم که تحریف‌های توجه، حافظه و تفسیر، بی‌دقتی در تفسیر احساسات جسمانی، منفی‌نگری، عدم تنظیم هیجانی و اجتناب رفتاری به عنوان مهمترین مکانیزم‌های شناختی - رفتاری اضطراب سلامت و حساسیت اضطرابی، در این مداخلات هدف قرار می‌گیرند (۲۲).

علاوهم کارآمدی که درمان‌های شناختی - رفتاری می‌توانند برای اضطراب کووید-۱۹ داشته باشند ولی وجود مشکلات و محدودیت‌هایی همچون فاصله اجتماعی، قرنطینه، کمبود درمانگر و تأخیر در ارائه مداخله، ارائه سنتی و چهره به چهره درمان‌های شناختی - رفتاری برای کاهش اضطراب کووید-۱۹ را دشوار می‌کنند. در این بین، مداخلات مبتنی بر ویدیو می‌توانند جایگزینی بسیار ارزشمند برای شکل سنتی درمان‌های شناختی - رفتاری باشند. در همین رابطه، پژوهش‌های پیشین بر اثربخشی مداخلات روانشناختی ویدئویی اشاره می‌کنند (۳۸) و شواهدی از کارآمدی مداخله شناختی - رفتاری مبتنی بر اینترنت و ویدیو بر اضطراب سلامت وجود دارد (۳۹).

بر همین اساس، با توجه به سطوح بالای اضطراب کووید-۱۹ در جامعه و تأثیر نامطلوب آن بر سلامت روان و همچنین در نظر گرفتن چالش‌های ارائه چهره به چهره مداخلات روانشناختی، طراحی و بررسی اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری ویدئویی می‌تواند روشی ارزان، جامع، سریع و در دسترس برای مقابله با اضطراب کووید-۱۹ در جامعه باشد. در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری ویدئویی بر اضطراب سلامت و حساسیت اضطرابی افراد با سطوح بالای اضطراب کووید-۱۹ انجام شد.

## روش

**طرح پژوهش:** پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. **آزمودنی‌ها:** جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت از دانشجویان با سطوح بالای اضطراب کووید-۱۹ در دانشگاه گیلان در طول شیوع کووید-۱۹ (اسفند ۱۳۹۸ - فروردین

می‌تواند پیامدهای ناگواری داشته باشند (۱۷). شواهد رو به گسترشی وجود دارد که نشان می‌دهد حساسیت اضطرابی یک عامل خطر برای اختلالات اضطرابی همچون اضطراب سلامت محسوب می‌شود و بر حفظ و شدت علائم اضطراب تأثیر می‌گذارد (۱۸). با در نظر گرفتن اهمیت حساسیت اضطراب در اضطراب سلامت (۱۹) و همچنین با توجه به ارتباط حساسیت اضطراب با بیماری‌های همه‌گیر (۲۰)، حساسیت اضطراب مؤلفه برجسته دیگری است که در کنار اضطراب سلامت باید در واکنش به کووید-۱۹ در نظر داشت.

بر اساس پیشینه پژوهشی، باید بیان کرد که افزایش اضطراب سلامت و حساسیت اضطراب در پاسخ به بیماری‌های همه‌گیر همچون کووید-۱۹ اجتناب‌ناپذیر می‌باشد و نیازمند توجه جدی است. در این بین، مداخلات شناختی - رفتاری می‌توانند در کاهش پیامدهای منفی اضطراب کووید-۱۹ بسیار مفید باشند. شواهد تجربی حاکی از آن هستند که مدل شناختی - رفتاری به خوبی ساختار و فرآیند اضطراب سلامت را تبیین می‌کند و درمان‌های شناختی - رفتاری می‌توانند مداخلاتی بسیار کارآمد در کاهش اضطراب سلامت باشند (۲۱-۲۳). به طور کلی، درمان‌های شناختی - رفتاری بر کاهش علائم اختلالات اضطرابی بسیار مؤثر هستند و اثرات ماندگار و طولانی‌مدتی را به همراه دارند (۲۴) اگرچه تأکیدات متفاوتی از تکنیک‌های مختلف شناختی - رفتاری در مورد طیف وسیعی از اختلالات اضطرابی وجود دارد اما یکی از مشترکات مهم همه این پروتکل‌های درمانی این است که شناخت‌های علی باعث ایجاد ترس و اضطراب می‌شود و اینکه باورهای ناکارآمد و تحریفات شناختی در حفظ اضطراب مؤثر هستند (۲۵). انگاره اصلی در مدل‌های شناختی - رفتاری اختلال‌های اضطرابی، این انگاره است که آنچه مسئول ایجاد هیجان‌های منفی از قبیل اضطراب، خشم یا غمگینی است، خود رویدادها نیستند بلکه انتظار و تفسیر افراد از آن رویدادهاست و در نتیجه تغییر شناخت‌ها می‌تواند تغییر در رفتارها را در پی داشته باشند (۲۶). در همین راستا، پژوهش‌هایی بسیاری همچون بارسکی و اهرن (۲۷)، گریوین و همکاران (۲۸)، هدمن و همکاران (۲۹)، سیورایت و همکاران (۳۰)، سورنسن و همکاران (۳۱) و سوماتیویلا و همکاران (۳۲) تأییدکننده اثربخشی مداخلات شناختی -

شود؟)، احتمال ابتلاء به بیماری (مثل؛ چقدر احتمال دارد که شما به ویروس کرونا مبتلا شوید؟)، شدت ادراک شده بیماری (مثل؛ اگر به ویروس کرونا مبتلا شوید، تا چه اندازه نگران این هستید که به شدت بیمار شوید؟)، قرار گرفتن در معرض اطلاعات مربوط به بیماری (مثل؛ تا چه میزان در معرض اطلاعات مربوط با ویروس کرونا قرار گرفته‌اید؟) و رفتارهای ایمنی (مثل؛ تهدید ویروس کرونا تا چه اندازه بر رفتارهای شما مثل پوشیدن ماسک و استفاده از ضدعفونی کننده دست تأثیر گذاشته است؟) در رابطه با کووید-۱۹ بودند. پاسخدهی و نمره‌گذاری پرسشنامه اضطراب کووید-۱۹ بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از بسیار کم (۱) تا بسیار زیاد (۵) است که نمره کل بین ۱۰ تا ۵۰ حاصل می‌گردد. در مطالعه حاضر روایی محتوایی پرسشنامه با استفاده از شاخص روایی محتوا<sup>۳</sup> (CVI) و شاخص نسبت روایی محتوا<sup>۴</sup> (CVR) سنجیده شد. بر اساس یافته‌ها، نمرات ۰/۹۰ و ۰/۹۱ به ترتیب برای شاخص‌های CVI و CVR پرسشنامه بدست آمد که تأییدکننده روایی محتوایی ابزار است (۳۵-۳۶). همچنین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برای پرسشنامه در پژوهش حاضر بدست آمد که حاکی از همسانی درونی پرسشنامه اضطراب کووید-۱۹ بود. نتایج پژوهش‌های نوری سعید، شباهنگ، باقری شیخانگفشه، سعیدی و موسوی (۴۱) و همچنین شباهنگ، آراگت و مک‌کاتچون (۴۲) نیز تأیید کننده مشخصه‌های مطلوب آماری پرسشنامه اضطراب کووید-۱۹ هستند.

۲. سنجه کوتاه اضطراب سلامت<sup>۵</sup>: سنجه کوتاه اضطراب سلامت یکی از کارآمدترین ابزارهای ارزیابی اضطراب سلامت است. این سنجه از ۱۸ گویه تشکیل شده است و نسخه کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت-۶ گویه‌ای<sup>۶</sup> است که به سنجش ارزیابی‌های اغراق‌آمیز از شدت و احتمال داشتن یک بیماری جدی می‌پردازد. هر آیتم در بر گیرنده ۴ جمله است که به صورت ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌گردد و پاسخ‌دهنده باید آن جمله‌ای که او را بهتر توصیف می‌کند را انتخاب نماید. نمرات بالاتر (بین ۰ تا ۵۴) بیانگر اضطراب سلامت بیشتر پاسخ‌دهنده است. تحلیل اکتشافی آبرامویتز،

۱۳۹۹) بود. بدین ترتیب که پس از انتشار فراخوانی مبنی بر مشارکت در مطالعه‌ای مداخله‌ای برای اضطراب کووید-۱۹ در شبکه‌های اجتماعی مرتبط با دانشگاه، افراد متقاضی بر طبق پنجمین نسخه معیارهای اصول تشخیصی اضطراب سلامت در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۴۰) و پرسشنامه اضطراب کووید-۱۹ سنجیده شدند (n= ۲۷۳). در بررسی ابتدایی، توضیحاتی به شرکت‌کنندگان در رابطه با طرح پژوهش داده شد و آنها از نظر داشتن معیارهای ورود به پژوهش حاضر بررسی شدند. از این بین ۱۳۸ شرکت کننده که سطوح بالای اضطراب کووید-۱۹ را تجربه می کردند، انتخاب گردیدند (۶۸ شرکت‌کننده خانم و ۷۰ شرکت‌کننده آقا). ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱. سطح بالای اضطراب کووید-۱۹ بر اساس معیارهای اصول تشخیصی اضطراب سلامت در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - نسخه پنجم و پرسشنامه اضطراب کووید-۱۹، ۲. سن بین ۱۸ تا ۴۰ سال، ۳. دسترسی به رایانه شخصی، ۴. دسترسی به اینترنت، و ۵. رضایت شخصی. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش در بر گیرنده مواردی از این دست بودند: ۱. خود اظهاری وجود اختلالات جسمانی و روانشناختی جدی، ۲. گزارش شخصی از مشارکت در درمان‌های جسمانی و روانشناختی دیگر، ۳. خود اظهاری وجود نقص‌های دیداری و شنیداری جدی، ۴. عدم همکاری و ۵. غیبت بیش از یک جلسه از مداخله.

## ابزار

۱. پرسشنامه اضطراب کووید-۱۹: به منظور ارزیابی اضطراب کووید-۱۹ شرکت‌کنندگان پژوهش از ۱۰ آیتم انطباق داده شده سنجه آنفلوآنزای خوک<sup>۷</sup> (۱۰) استفاده گردیده شد. این پرسشنامه از ۱۰ گویه مرتبط با اضطراب آنفلوآنزای خوک تشکیل شده است و به صورت تک‌عاملی مورد استفاده می‌گردد. به منظور استفاده در مطالعه حاضر، ۱۰ گویه با همکاری دکتر مایکل ویتن و همزمان با مطالعه ایشان و همکاران، منطبق با بیماری ویروس کرونا ۲۰۱۹ اصلاح گردیدند. گویه‌های پرسشنامه در برگیرنده نگرانی در مورد شیوع بیماری (مثل؛ تا چه اندازه باور دارید که ویروس کرونا می‌تواند به یک بیماری همه‌گیر در ایران تبدیل

3. Content validity index  
4. Content validity ratio  
5. Short Health Anxiety Inventory  
6. 64-item Health Anxiety Inventory

1. The COVID-19 Anxiety Questionnaire  
2. Swine Flu Inventory

نمره‌گذاری شاخص به صورت طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای و به صورت صفر (کمی موافقم) تا ۴ (کاملاً موافقم) است که نمره کل بین ۰ تا ۷۲ حاصل می‌گردد. تیلور و همکاران (۴۵) همسانی درونی (بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۶ برای نگرانی‌های جسمانی، بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ برای نگرانی‌های شناختی و بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۶ برای نگرانی‌های اجتماعی)، روایی همگرا و روایی واگرا مناسب مقیاس را بیان می‌کنند. همچنین پتروچی، تنور، کویومدیجان و گراگانی (۴۶) ساختار سه عاملی شاخص حساسیت اضطرابی - سه را تأیید می‌کنند و آلفا کرونباخ برای نگرانی جسمانی، نگرانی اجتماعی، نگرانی شناختی و کل شاخص را به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۸۱ و ۰/۹۰ گزارش می‌دهند. در ایران، فروغی و همکاران (۴۷) نیز مشخصه‌های آماری مطلوب شاخص حساسیت اضطرابی - سه را در جامعه ایرانی مطرح می‌کنند. در پژوهش حاضر، آلفا کرونباخ کل شاخص، ۰/۸۴ حاصل گردید.

**روند اجرای پژوهش:** پس از انتشار الکترونیکی فراخوان و بررسی‌های ابتدایی و مبتنی بر معیارهای اصول تشخیصی اضطراب سلامت در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - نسخه پنجم (۴۰) و پرسشنامه اضطراب کووید-۱۹، ۱۳۸ شرکت‌کننده به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (n=۶۹) و کنترل (n=۶۹) گمارده شدند. شرکت‌کنندگان دو گروه در دو نوبت قبل از مداخله و بعد از مداخله (پنج هفته بعد)، به ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه اضطراب کووید-۱۹، سنجه کوتاه اضطراب سلامت (۸) و شاخص حساسیت اضطرابی (۴۳) پاسخ دادند. گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، ۱۰ جلسه مداخله شناختی - رفتاری ویدئویی دریافت کردند.

در پژوهش حاضر، مداخله شناختی - رفتاری ویدئویی شامل ۱۷۴ دقیقه ویدئو و یک کتابچه ۱۰ صفحه‌ای بود. شرکت‌کنندگان هر هفته، دو بار به مدت پنج هفته، یک ویدئو ۱۵ تا ۲۰ دقیقه‌ای تماشا می‌کردند و سپس یک صفحه از کتابچه را مطالعه می‌کردند. محتوای ویدئو و کتابچه ترکیبی از استراتژی‌های شناختی - رفتاری، اجتماعی و آموزشی بود که مهم‌ترین مؤلفه‌های مداخلاتی شناختی - رفتاری پیشین برای اضطراب سلامت را در بر داشت. در واقع، ویدئو و کتابچه پژوهش حاضر، مضامین کلیدی در اضطراب سلامت

دیکن و والتینز (۸)، سه عامل را برای سنجه کوتاه اضطراب سلامت شناسایی کرد. عامل اول به احتمال بیماری<sup>۱</sup> یعنی نگرانی درباره احتمال مبتلا شدن به بیماری اشاره دارد که ۱۰ آیتم را در بر می‌گیرد. عامل دوم، شدت بیماری<sup>۲</sup> (۴ آیتم) نام دارد که تصور پاسخ‌دهنده از اینکه چه مقدار بد خواهد بود آگه مبتلا به یک بیماری جدی باشد را می‌سنجد. عامل سوم نیز تحت عنوان مراقبت جسمانی<sup>۳</sup> به سنجش توجه به بدن و تغییرات آن با استفاده از ۳ گویه می‌سنجد. همچنین آنها با بررسی همبستگی سنجه کوتاه اضطراب سلامت با ابزارهای سنجش نگرش بیماری، حساسیت اضطراب، عدم تحمل ابهام<sup>۴</sup>، اضطراب و اضطراب تعامل اجتماعی<sup>۵</sup>، روایی همگرا، روایی واگرا و روایی پیش‌بین مناسب سنجه را تأیید می‌کنند. بعلاوه، یافته‌های مطالعه مروری و تحلیل عامل آلبرتز، هادیجیستروروپولوس، جونز و شارپ (۴۳) نیز مشخصه‌های آماری مناسب سنجه را گزارش می‌دهند. مطالعه صورت‌گرفته توسط نرگسی، ایزدی، کریمی‌نژاد و رضایی شریف (۴۴) در داخل کشور نیز مطلوبیت روانسجی نسخه پارسی سنجه کوتاه اضطراب سلامت را نشان می‌دهند. بر طبق نتایج تحلیل عامل تأییدی، سه عامل ابتلاء به بیماری (۶ آیتم)، پیامدهای بیماری (۵ آیتم) و نگرانی کلی سلامتی (۷ آیتم) شناسایی شد و آلفا کرونباخ ۰/۷۵ بدست آمد. در مطالعه حاضر آلفا کرونباخ کل سنجه، ۰/۸۰ بدست آمد.

۳. شاخص حساسیت اضطرابی - سه؟ به منظور سنجش علائم مختلف اضطراب، شاخص حساسیت اضطراب - سه برگرفته‌شده از شاخص حساسیت اضطراب - ویرایش‌شده<sup>۶</sup> طراحی شد. این شاخص از ۱۸ گویه و سه عامل جسمانی<sup>۸</sup> (۶ گویه)، شناختی<sup>۹</sup> (۶ گویه) و اجتماعی<sup>۱۰</sup> (۶ گویه) مرتبط با اضطراب تشکیل شده است و مؤلفه‌های انتظار، حساسیت اضطراب و ارزیابی حساسیت را در بر می‌گیرد. پاسخ‌دهی و

1. illness likelihood
2. illness severity
3. body vigilance
4. intolerance of uncertainty
5. social interaction anxiety
6. Anxiety Sensitivity Index-3
7. Anxiety Sensitivity Index-Revised
8. physical
9. cognitive
10. social

کوواریانس متغیرهای وابسته دو گروه برابر است ( $p > 0/05$ )  
 آزمون امپاکس از  $0/05$  بیشتر است در نتیجه این مفروضه  
 برقرار است. همچنین نتایج آزمون خی دو بارتلت برای  
 بررسی کرویت یا معنی‌داری رابطه بین اضطراب سلامت و  
 حساسیت اضطرابی افراد با سطوح اضطراب کووید-۱۹،  
 نشان داد که رابطه بین آنها معنی‌دار است ( $p < 0/01$ ،  $df=9$ )  
 $\chi^2=127/35$ ). مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس  
 چندمتغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر  
 است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل  
 متغیرهای وابسته و متغیر مستقل در مرحله پیش‌آزمون و  
 پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها  
 و پس‌آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از  
 همگونی شیب رگرسیون است؛ بنابراین این مفروضه نیز  
 برقرار است. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل  
 کوواریانس چندمتغیری، استفاده از این آزمون مجاز خواهد  
 بود. در ادامه به منظور پی بردن به تفاوت گروه‌ها، تحلیل  
 کوواریانس چند متغیره انجام شد (جدول ۲).

با توجه به جدول ۲، نتایج حاکی از تأثیر متغیر مستقل بر  
 متغیرهای وابسته بود؛ به عبارت دیگر گروه‌های آزمایش و  
 گواه حداقل در یکی از متغیرهای اضطراب سلامت و  
 حساسیت اضطرابی تفاوت معناداری دارند که با توجه به  
 اندازه اثر محاسبه شده، ۶۲ درصد از کل واریانس‌های گروه  
 آزمایش و گواه ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین  
 توان آماری آزمون برابر با ۱ است که دلالت بر کفایت حجم  
 نمونه است. اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت  
 معنادار است، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری در  
 متن مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش  
 شده است.

همچون ارزیابی مثبت (۳۱)، به چالش کشیدن ماندگاری<sup>۱</sup>  
 افکار خودکار (۲۸)، معرفی توضیحات جایگزین (۴۸)، فهم  
 اشتراکی<sup>۲</sup> (۴۹)، کاهش تصاویر تحریف‌شده درونی (۵۰)،  
 کاهش اغراق‌سازی نشانگان جسمانی و روانشناختی، تمرین  
 های ذهن‌آگاهی، آموزش و تقویت روش‌های مقابله با  
 اضطراب بیماری (۲۷) و توصیف موردی (۵۱) را شامل می‌شد.  
 مداخله پژوهش پیش‌رو منطبق با مداخله ویدئویی پژوهش  
 شباهنگ، آراگت و مک‌کاتچنون (۴۲) برای کاهش اضطراب  
 کووید-۱۹ طراحی گردید.



تصویر ۱) نمونه تصویر مداخله شناختی - رفتاری ویدئویی

## یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون  
 اضطراب سلامت و حساسیت اضطرابی افراد با سطوح بالای  
 اضطراب کووید-۱۹ در گروه آزمایش و گواه در جدول ۱  
 ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون  
 کالموگروف - اسمیرنوف (K-S Z) برای بررسی نرمال بودن  
 توزیع متغیرها در دو گروه گزارش شده است. با توجه به این  
 جدول آماره Z آزمون کالموگروف - اسمیرنوف برای تمامی  
 متغیرها معنی‌دار نمی‌باشد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که  
 توزیع متغیرها نرمال است.

برای اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری مبتنی بر ویدئو بر  
 اضطراب سلامت و حساسیت اضطرابی افراد با سطوح بالای  
 اضطراب کووید-۱۹، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری  
 استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس  
 متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس متغیرهای  
 پژوهش در گروه‌ها برابر است ( $p > 0/05$ ). نتایج آزمون ام  
 باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای  
 وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس

1. tenability
2. shared understanding

جدول (۱) شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه (n=۱۳۸)

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	K-S Z	p
ابتلاء به بیماری	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۳/۵۶	۴/۲۱	۰/۰۸۹	۰/۰۷۴
	پس‌آزمون	گواه	۱۳/۴۶	۴/۴۱	۰/۰۸۲	۰/۰۵۶
پیامدهای بیماری	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۴/۶۳	۵/۳۵	۰/۰۸۷	۰/۰۵۸
	پس‌آزمون	گواه	۱۴/۲۱	۵/۲۴	۰/۰۹۳	۰/۰۶۳
نگرانی کلی سلامتی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۶/۱۲	۴/۱۵	۰/۰۶۸	۰/۰۹۲
	پس‌آزمون	گواه	۱۶/۶۱	۳/۳۶	۰/۰۹۷	۰/۰۶۷
عامل جسمانی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۷/۰۳	۳/۹۰	۰/۰۷۵	۰/۰۷۸
	پس‌آزمون	گواه	۱۷/۱۱	۴/۲۶	۰/۰۶۸	۰/۰۵۲
عامل شناختی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۶/۰۱	۵/۱۴	۰/۰۹۶	۰/۰۸۵
	پس‌آزمون	گواه	۱۶/۲۴	۴/۶۴	۰/۰۷۵	۰/۱۱۴
عامل اجتماعی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۶/۰۵	۴/۸۱	۰/۰۸۴	۰/۱۵۲
	پس‌آزمون	گواه	۱۶/۲۰	۴/۸۹	۰/۰۶۹	۰/۰۸۹
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۴/۱۵	۴/۱۸	۰/۰۹۸	۰/۰۵۶
	گواه	۱۶/۰۲	۵/۰۴	۰/۰۶۸	۰/۰۷۵	

جدول (۲) نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون

نام آزمون	مقدار	آماره F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۶۲۸	۳۲/۲۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲۸	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۷۲	۳۲/۲۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲۸	۱
آزمون اثر هتلینگ	۱/۶۹۱	۳۲/۲۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲۸	۱
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۶۹۱	۳۲/۲۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲۸	۱

جدول (۳) نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و گواه

متغیرها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
ابتلاء به بیماری	۵۵۴/۵۹۱	۱	۵۵۴/۵۹۱	۵۵/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۳۹۸
پیامدهای بیماری	۵۰۳/۵۱۳	۱	۵۰۳/۵۱۳	۶۴/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۳۳۳
نگرانی کلی سلامتی	۴۵۳/۳۹۷	۱	۴۵۳/۳۹۷	۳۶/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۲۱۸
عامل جسمانی	۲۷۳/۹۹۸	۱	۲۷۳/۹۹۸	۲۱/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۱۴۰
عامل شناختی	۲۲۲/۱۶۰	۱	۲۲۲/۱۶۰	۱۶/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۱۱۰
عامل اجتماعی	۴۱۶/۹۲۳	۱	۴۱۶/۹۲۳	۲۳/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۱۵۴

نتیجه تغییر در رفتار را در پی داشته باشد (۸، ۹، ۵۳). در واقع این دیدگاه بر این باور است که اصلاح تفکر ناکارآمد و یادگیری شیوه درست حل مسئله به افراد با اضطراب سلامتی کمک می‌کند تا به شیوه صحیح تری با واکنش‌های اضطرابی و کنترل شناختی افکارشان برخورد کنند (۳۵). یکی دیگر از جنبه‌های مهم درمان شناختی - رفتاری این است که به بیماران کمک می‌کند تا به این آگاهی دست یابند که افکار اضطراب‌آمیزشان سبب تشدید علائم جزیی‌شان می‌شود. درمان شناختی رفتاری به افراد کمک می‌کند تا به راحتی احساسات، رفتار و تجارب خود را مشاهده کنند و خودشان را از قید واکنش‌های خودکار و غالباً ناکارآمد رها سازند و روابط معقولانه‌تر و متعادل تری را تجربه کنند؛ از این رو این فرآیند آگاه‌سازی، خود می‌تواند به عنوان یک مکانیزم درمانی مهم تلقی شود. در واقع، تمرکز درمان شناختی رفتاری بر افکار و احساسات، آگاهی فرد را از تغییرات عاطفی و پریشانی‌اش افزایش می‌دهد و به بهبود نتایج درمان کمک کند (۵۴).

علاوه بر این، برنامه‌های مداخله‌ای رویکرد شناختی رفتاری که شامل تکنیک‌های رفتاری ای همچون آرمیدگی، تنفس شکمی عمیق و تکنیک‌های شناختی مثل خودگردانی و بازسازی شناختی است می‌تواند به بیماران کمک نماید تا کیفیت زندگی و حوزه‌های مهم آن را بهبود بخشند و به احساس خودکارآمدی در تعاملات اجتماعی دست یابند (۵۵). نتایج این پژوهش همچنین نشان داد که درمان شناختی رفتاری ویدئویی می‌تواند حساسیت اضطرابی که شامل عوامل جسمانی، شناختی و اجتماعی است را کاهش دهد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های ملانوروزی و همکاران (۲۶)، بارسکی و آهن (۲۷)، گرینون و همکاران (۲۸)، هدمن و همکاران (۲۹)، سیویورایت و همکاران (۳۰) که دریافتند برنامه مداخله شناختی رفتاری از شدت حساسیت اضطرابی می‌کاهد، همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت حساسیت اضطرابی که در واقع در بر گیرنده این اعتقاد است که علائم اضطراب یا برانگیختگی می‌تواند پیامدهای اجتماعی، فردی ناگواری برای فرد در پی داشته باشند (۱۷) یکی از عوامل مهمی است که با اختلالات اضطرابی ارتباط دارد (۱۸) و می‌تواند در به کارگیری سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد همچون رفتارهای

با توجه به مندرجات جدول ۳، آماره F برای ابتلاء به بیماری (۵۵/۱۵)، پیامدهای بیماری (۶۴/۹۳)، نگرانی کلی سلامتی (۳۶/۲۴)، عامل جسمانی (۲۱/۱۳)، عامل شناختی (۱۶/۱۱) و عامل اجتماعی (۲۳/۶۲) در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۲۹ درصد از ابتلاء به بیماری، ۳۳ درصد از پیامدهای بیماری، ۲۱ درصد از نگرانی کلی سلامتی، ۱۴ درصد از عامل جسمانی، ۱۱ درصد از عامل شناختی و ۱۵ درصد از تغییرات عامل اجتماعی ناشی از تأثیر متغیر مستقل بوده است؛ در نتیجه می‌توان بیان کرد که اثر بخشی مداخله شناختی - رفتاری مبتنی بر ویدئو به طور معناداری منجر به کاهش اضطراب سلامت و حساسیت اضطرابی در دانشجویان با سطوح بالای اضطراب کووید-۱۹ شده است.

#### بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری ویدئویی بر اضطراب سلامت و حساسیت اضطرابی افراد با سطوح بالای اضطراب کووید-۱۹ انجام گردید. یافته‌های این پژوهش نشان داد که مداخله شناختی - رفتاری ویدئویی منجر به کاهش ابتلاء به بیماری، پیامدهای بیماری و نگرانی‌های کلی سلامتی در دانشجویان شد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های بارسکی و آهن (۲۷)، گرینون و همکاران (۲۸)، هدمن و همکاران (۲۹)، سیویورایت و همکاران (۳۰)، سورنسن و همکاران (۳۱) و سوماتیپولا و همکاران (۳۲) که به اثربخشی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر اضطراب سلامت اذعان کرده‌اند، همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجایی که شواهد پژوهشی نشان داده‌اند سوء تفسیر فاجعه‌آمیز علائم جسمی، ویژگی اصلی و محوری اضطراب سلامتی است و افراد مبتلا به اختلال اضطراب سلامتی، احساسات جسمی نسبتاً بی‌ضرر خود را فاجعه‌آمیز تعبیر می‌کنند که این امر منجر به اضطراب و رفتارهای مقابله‌ای مرتبط با آن همچون اجتناب، تلاش برای تأیید اطمینان خاطر از دیگران، واریسی اجباری علائم جسمی خود می‌شود (۵۲). لذا مدل شناختی رفتاری فرض می‌کند که خطاهای شناختی و باورهای ناکارآمد سبب ایجاد و حفظ علائم در این افراد می‌شود، در نتیجه، تغییر شناخت می‌تواند تغییر در پاسخ‌های عاطفی ناکارآمد و در



نشخوار فکری و در نتیجه اضطراب می‌شود. در نتیجه درمان‌های شناختی رفتاری با ارائه تکالیف و کمک به تخلیه هیجانی می‌تواند نقش مؤثری در کاهش حساسیت اضطرابی ایفا کند (۲۷-۲۹).

به طور کلی در جمع بندی مطالب گفته شده می‌توان گفت، نتایج پژوهش‌های انجام شده نشان دادند که درمان شناختی رفتاری ویدئویی گزینه درمانی ارزشمندی محسوب می‌شود و می‌تواند در پیشگیری، حفظ و درمان بیماران نقش مؤثری ایفا کند (۵۸-۶۰). درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ویدئو و اینترنت نسبت به درمان شناختی رفتاری حضوری و سنتی مزیت‌هایی دارد که سبب می‌شود این درمان به عنوان یک گزینه درمانی خوب و مؤثر مورد توجه روانشناسان قرار گیرد. این رویکرد این امکان را برای افراد فراهم می‌کند که در هر زمان و مکانی با کمک اینترنت امکان دسترسی به درمان را پیدا کنند. در واقع هیچ نیازی نیست که بیمار و پزشک حتماً در یک مکان حضور داشته باشند و در نتیجه این سبک از درمان بر موانع منطقه ای غلبه می‌کند. استفاده از این روش در وقت و هزینه نیز صرفه‌جویی می‌کند و بسیار اقتصادی است و خود این مسئله می‌تواند انگیزه ادامه درمان را در افراد ایجاد کند. در واقع، این رویکرد این امکان را برای افراد فراهم می‌کند که افرادی که به هر دلیل از خدمات سنتی بهداشت روانی استفاده نمی‌کنند به سمت این شکل از درمان جلب شوند. علاوه بر این، این سبک از رویکرد شناختی رفتاری می‌تواند سبب شود که نگرانی و اضطراب بیمار در مورد حفظ حریم خصوصی او و نیز نگرانی او درباره انگ ناشی از برچسب در مراجعه حضوری، کاهش یابد (۵۹، ۶۱).

در آخر، این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی همراه بوده است از جمله اینکه محدود بودن پژوهش به دانشجویان دانشگاه گیلان و شهر رشت که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی برای تعمیم پذیری بهتر و رسیدن به درک بهتری از تأثیر این شیوه درمانی، پژوهش بر روی جامعه بزرگتر و نیز فرهنگ‌ها و قومیت‌های دیگر انجام شود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش عدم استفاده از پیگیری بود که بهتر است در تحقیقات آتی برای سنجش ماندگاری تأثیرات لحاظ گردد. محدودیت دیگر پژوهش نیاز به دسترسی به اینترنت پر سرعت بود که

فرار و اجتناب نقش داشته باشد (۵۶). اما اگرچه ثابت شده حساسیت اضطرابی به عنوان یک عامل خطر مبتنی بر صفت برای اختلالات اضطرابی تلقی می‌شود، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که این عنصر قابل انعطاف است و درمان شناختی رفتاری می‌تواند سبب کاهش آن شود (۳۶، ۵۷).

علاوه بر این، در مدل شناختی - رفتاری افراد از طریق آشنایی با الگوی شناختی به شناسایی افکار برانگیزاننده علائم منفی، خصوصاً افکار مربوط به اضطراب دست می‌یابند. همچنین افراد از طریق افزایش آگاهی و اطلاعات در مورد بیماری و نیز مشکلات رایج مثل واریسی مکرر نشانه‌های بدنی، رفتارهای اجتنابی که اشتغال ذهنی را تداوم می‌بخشند، با تکنیک‌های صحیح مقابله با فشار روانی آشنا می‌شوند (۵۵) و در نتیجه این فرآیند سبب کاهش حساسیت اضطرابی در افراد می‌شود.

یادگیری راهبردها و تکنیک‌های درمانی در بیماران سبب می‌شود که آنها راهبردهایی که آموخته‌اند را به سایر علائمشان (همچون باورهای ناکارآمد، احساس افسردگی، اضطراب، و خستگی) تعمیم دهند. علاوه بر این حمایت درمانگر نیز سبب می‌شود که خودکارآمدی ادراک شده این افراد تقویت شود و این امر باعث پایداری آنها به استفاده از راه کارهای درمانی می‌شود و انتظار آنها را برای بهبود افزایش می‌دهد و همه این عوامل می‌تواند از حساسیت اضطرابی و در نتیجه اضطراب بکاهد و به رهایی از آشفتگی کمک کند. یکی دیگر از عواملی که می‌تواند به فرآیند درمان شناختی افراد با حساسیت اضطرابی کمک کند بیان احساسات و عواطف است. به طور کلی، بیان عاطفی احساسات، عاملی مؤثر برای مقابله با استرس است و باعث تخلیه هیجانی می‌شود؛ اما این امر در برخی افرادی که دچار حساسیت اضطرابی شدیدی هستند ممکن است به طرز نادرستی استفاده شود. در واقع، این افراد ممکن است با ابراز زیاد احساسات منفی، باعث خستگی اطرافیان شوند و حمایت‌های اجتماعی خود را از دست دهند. علاوه بر این مشخص شده برخی افرادی که حساسیت اضطرابی بالایی دارند سعی می‌کنند افکار و احساسات منفی خود را پنهان کنند و مهار هیجان‌ات به طور متناهی سبب افزایش احساس و افکار منفی در این افراد می‌شود و خود سبب افزایش دور باطل

Properties and Construct Validity in a Non-clinical Sample. *Cognit Ther Res.* 2007;31(6):871-83.

9. Abramowitz JS, Schwartz SA, Whiteside SP. A contemporary conceptual model of hypochondriasis. *Mayo Clinic proceedings.* 2002;77(12):1323-30.

10. Wheaton MG, Abramowitz JS, Berman NC, Fabricant LE, Olatunji BO. Psychological predictors of anxiety in response to the H1N1 (swine flu) pandemic. *Cognit Ther Res.* 2012;36(3):210-8.

11. Jones JH, Salathe M. Early assessment of anxiety and behavioral response to novel swine-origin influenza A(H1N1). *PloS one.* 2009;4(12):e8032.

12. Barr M, Raphael B, Taylor M, Stevens G, Jorm L, Giffin M, et al. Pandemic influenza in Australia: using telephone surveys to measure perceptions of threat and willingness to comply. *BMC infectious diseases.* 2008;8:117.

13. Cowling BJ, Ng DM, Ip DK, Liao Q, Lam WW, Wu JT, et al. Community psychological and behavioral responses through the first wave of the 2009 influenza A(H1N1) pandemic in Hong Kong. *The Journal of infectious diseases.* 2010;202(6):867-76.

14. Saadatian-Elahi M, Facy F, Del Signore C, Vanhems P. Perception of epidemic's related anxiety in the general French population: a cross-sectional study in the Rhone-Alpes region. *BMC public health.* 2010;10:191.

15. Bults M, Beaujean DJ, de Zwart O, Kok G, van Empelen P, van Steenberghe JE, et al. Perceived risk, anxiety, and behavioural responses of the general public during the early phase of the Influenza A (H1N1) pandemic in the Netherlands: results of three consecutive online surveys. *BMC public health.* 2011;11:2.

16. Roy D, Tripathy S, Kar SK, Sharma N, Verma SK, Kaushal V. Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian J Psychiatr.* 2020;51:102083-.

17. Benítez CIP, Shea MT, Raffa S, Rende R, Dyck IR, Ramsawh HJ, et al. Anxiety sensitivity as a predictor of the clinical course of panic disorder: a 1-year follow-up study. *Depress Anxiety.* 2009;26(4):335-42.

18. Mantar A, Yemez B, Alkin T. Anxiety sensitivity and its importance in psychiatric disorders. *Turk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry.* 2011;22(3):187-93.

19. Olatunji BO, Wolitzky-Taylor KB, Elwood L, Connolly K, Gonzales B, Armstrong T. Anxiety Sensitivity and Health Anxiety in a Nonclinical Sample: Specificity and Prospective Relations with Clinical Stress. *Cognit Ther Res.* 2009;33(4):416-24.

20. Brand J, McKay D, Wheaton MG, Abramowitz JS. The relationship between obsessive compulsive beliefs and symptoms, anxiety and disgust

پیشنهاد می‌شود در صورت عدم فراهم بودن این امکان برای افراد، پروتکل فیلم‌های جلسات درمانی در قالب لوح فشرده برایشان ارسال گردد. با توجه به اثربخشی درمان شناختی رفتاری ویدئویی و نیز اقتصادی و به صرفه بودن آن، و همچنین با توجه به شرایط حاضر جامعه که به الکترونیکی شدن اکثر فعالیت‌ها منجر شده است، پیشنهاد می‌شود که این سبک از درمان، مورد توجه روانشناسان قرار گیرد. در همین راستا و با در نظر گرفتن چالش‌های گوناگون به وجود آمده ناشی از کووید-۱۹ به ویژه دشواری فراهم کردن مداخلات روانشناختی مورد نیاز برای سلامت روان جامعه، مداخله شناختی - رفتاری ویدئویی می‌تواند روشی فوری، ارزان، جامع و در دسترس برای کاهش پیامدهای روانشناختی منفی اضطراب کووید-۱۹ مانند اضطراب سلامت و حساسیت اضطرابی باشد.

#### منابع

- Huang X, Wei F, Hu L, Wen L, Chen K. Epidemiology and Clinical Characteristics of COVID-19. *Archives of Iranian medicine.* 2020;23(4):268-71.
- Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and clinical neurosciences.* 2020;74(4):281-2.
- Sederdahl BK, Williams JV. Epidemiology and Clinical Characteristics of Influenza C Virus. *Viruses.* 2020;12(1).
- Wu YC, Chen CS, Chan YJ. The outbreak of COVID-19: An overview. *Journal of the Chinese Medical Association: JCMA.* 2020;83(3):217-20.
- Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General psychiatry.* 2020;33(2):e100213.
- Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International journal of environmental research and public health.* 2020;17(5).
- Marcus DK, Gurley JR, Marchi MM, Bauer C. Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: a systematic review. *Clinical psychology review.* 2007;27(2):127-39.
- Abramowitz JS, Deacon BJ, Valentiner DP. The Short Health Anxiety Inventory: Psychometric

32. Sumathipala A, Siribaddana S, Abeysingha MRN, De Silva P, Dewey M, Prince M, et al. Cognitive-behavioural therapy v. structured care for medically unexplained symptoms: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 2008;193(1):51-9.
33. Alimehdi m, Ehteshamzadeh P, Naderi F, Eftekhaesaadi Z, Pasha R. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on intolerance of uncertainty and anxiety sensitivity in patients with generalized anxiety disorder. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2016;10(38):77-86.
34. Alimehdi M, Ehteshamzadeh P, Naderi F, Eftekharsadi Z, Pasha R. A Comparative Study of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness Based Stress Reduction on Anxiety Sensitivity and Symptoms of Generalized Anxiety Disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2017;7(0):73-.
35. Narimani M, Taklavi S, Abolghasemi A, Mikaili N. The effectiveness of applied relaxation training based on mindfulness and cognitive-behavioral therapy on anxiety sensitivity of women with generalized anxiety disorder. 2014.
36. Smits JA, Berry AC, Tart CD, Powers MB. The efficacy of cognitive-behavioral interventions for reducing anxiety sensitivity: a meta-analytic review. *Behaviour research and therapy*. 2008;46(9):1047-54.
37. Watt MC, Stewart SH, Lefaivre MJ, Uman LS. A brief cognitive-behavioral approach to reducing anxiety sensitivity decreases pain-related anxiety. *Cognitive behaviour therapy*. 2006;35(4):248-56.
38. Savard J, Ivers H, Savard MH, Morin CM. Long-Term Effects of Two Formats of Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Comorbid with Breast Cancer. *Sleep*. 2016;39(4):813-23.
39. Hedman E, Lindfors N, Andersson G, Andersson E, Lekander M, Ruck C, et al. Predictors of outcome in Internet-based cognitive behavior therapy for severe health anxiety. *Behaviour research and therapy*. 2013;51(10):711-7.
40. Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatric Assoc. 2013.
41. Nourisaeid A, Shabahang R, Bagheri Sheykhangafshe F, Saedi M, Mousavi M. Comparison of Online Health Information Utilization, Online Shared Identity, and Online Shared Information Usage in Different Levels of COVID-19 Anxiety. *Journal of Research in Psychological Health*. 2020;14(1):28-39.
42. Shabahang R, Aruguete M, McCutcheon L. Video-based cognitive-behavioral intervention for COVID-19 anxiety: A randomized controlled trial. *Trends in psychiatry and psychotherapy*. In press.
43. Alberts NM, Hadjistavropoulos HD, Jones SL, Sharpe D. The Short Health Anxiety Inventory: a systematic review and meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*. 2013;27(1):68-78.
- sensitivity, and Swine Flu fears. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2013;2(2):200-6.
21. Leonidou C, Panayiotou G. How do illness-anxious individuals process health-threatening information? A systematic review of evidence for the cognitive-behavioral model. *Journal of psychosomatic research*. 2018;111:100-15.
22. Rimes KA, Salkovskis PM, Jones L, Lucassen AM. Applying a cognitive behavioral model of health anxiety in a cancer genetics service. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2006;25(2):171-80.
23. Taylor S. Understanding and treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2004;11(1):112-23.
24. Hofmann SG, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of clinical psychiatry*. 2008;69(4):621-32.
25. Hofmann SG, Wu JQ, Boettcher H. Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2014;82(3):375-91.
26. Mollanorouzi H, Issazadegan A, soleymany E. The Comparison of Adlerian Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on Clinical Symptoms in Generalized Anxiety Disorder (GAD). *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2019;25(6):865-73.
27. Barsky AJ, Ahern DK. Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial. *Jama*. 2004;291(12):1464-70.
28. Greeven A, van Balkom AJ, Visser S, Merkelbach JW, van Rood YR, van Dyck R, et al. Cognitive behavior therapy and paroxetine in the treatment of hypochondriasis: a randomized controlled trial. *The American journal of psychiatry*. 2007;164(1):91-9.
29. Hedman E, Axelsson E, Andersson E, Lekander M, Ljotsson B. Exposure-based cognitive-behavioural therapy via the internet and as bibliotherapy for somatic symptom disorder and illness anxiety disorder: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 2016;209(5):407-13.
30. Seivewright H, Green J, Salkovskis P, Barrett B, Nur U, Tyrer P. Cognitive-behavioural therapy for health anxiety in a genitourinary medicine clinic: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 2008;193(4):332-7.
31. Sorensen P, Birket-Smith M, Wattar U, Buemann I, Salkovskis P. A randomized clinical trial of cognitive behavioural therapy versus short-term psychodynamic psychotherapy versus no intervention for patients with hypochondriasis. *Psychological medicine*. 2011;41(2):431-41.

- biological challenge: an experimental test using individual growth curve analysis. *Behaviour research and therapy*. 2006;44(2):249-72.
57. Nowakowski ME, Rowa K, Antony MM, McCabe R. Changes in Anxiety Sensitivity Following Group Cognitive-Behavior Therapy for Social Anxiety Disorder and Panic Disorder. *Cognit Ther Res*. 2016;40(4):468-78.
58. Ebert DD, Nobis S, Lehr D, Baumeister H, Riper H, Auerbach RP, et al. The 6-month effectiveness of Internet-based guided self-help for depression in adults with Type 1 and 2 diabetes mellitus. *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association*. 2017;34(1):99-107.
59. Etzelmueller A, Radkovsky A, Hannig W, Berking M, Ebert DD. Patient's experience with blended video- and internet based cognitive behavioural therapy service in routine care. *Internet Interv*. 2018;12:165-75.
60. Savard J, Ivers H, Savard MH, Morin CM. Is a video-based cognitive behavioral therapy for insomnia as efficacious as a professionally administered treatment in breast cancer? Results of a randomized controlled trial. *Sleep*. 2014;37(8):1305-14.
61. Buntrock C, Ebert DD, Lehr D, Cuijpers P, Riper H, Smit F, et al. Evaluating the efficacy and cost-effectiveness of web-based indicated prevention of major depression: design of a randomised controlled trial. *BMC psychiatry*. 2014;14:25.
44. nargesi f, izadi f, kariminejad k, rezaii sharif a. The investigation of the reliability and validity of Persian version of Health anxiety questionnaire in students of Lorestan University of Medical Sciences. *Quarterly of Educational Measurement*. 2017;7(27):147-60.
45. Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ, Deacon B, Heimberg RG, Ledley DR, et al. Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological assessment*. 2007;19(2):176-88.
46. Petrocchi N, Tenore K, Couyoumdjian A, Gragnani A. The Anxiety Sensitivity Index-3: Factor structure and psychometric properties in Italian clinical and non-clinical samples. *BPA-Applied Psychology Bulletin (Bollettino di Psicologia Applicata)*. 2014;62(269).
47. Foroughi AA, Mohammadpour M, Khanjani S, Pouyanfard S, Dorouie N, Parvizi Fard AA. Psychometric properties of the Iranian version of the Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3). *Trends in psychiatry and psychotherapy*. 2019;41(3):254-61.
48. Tyrer P, Cooper S, Tyrer H, Salkovskis P, Crawford M, Green J, et al. CHAMP: Cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients, a randomised controlled trial. *BMC psychiatry*. 2011;11:99.
49. Salkovskis PM, Warwick HM, Deale AC. Cognitive-Behavioral Treatment for Severe and Persistent Health Anxiety (Hypochondriasis). *Brief Treatment & Crisis Intervention*. 2003;3(3).
50. Rachman S. Health anxiety disorders: a cognitive construal. *Behaviour research and therapy*. 2012;50(7-8):502-12.
51. Surawy C, McManus F, Muse K, Williams JM. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) for Health Anxiety (Hypochondriasis): Rationale, Implementation and Case Illustration. *Mindfulness*. 2015;6(2):382-92.
52. Warwick HM, Salkovskis PM. Hypochondriasis. *Behaviour research and therapy*. 1990;28(2):105-17.
53. Kaczurkin AN, Foa EB. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(3):337-46.
54. Asghari E, Faramarzi M, Mohammadi AK. The Effect of Cognitive Behavioural Therapy on Anxiety, Depression and Stress in Women with Preeclampsia. *J Clin Diagn Res*. 2016;10(11):QC04-QC7.
55. Lotfi Kashani F, Behzadi S, Yari M. The efficacy of cognitive-behavior group therapy on quality of life and anxiety among patients with irritable bowel syndrome. *MEDICAL SCIENCES JOURNAL*. 2013;22(4):301-6.
56. Feldner MT, Zvolensky MJ, Stickle TR, Bonn-Miller MO, Leen-Feldner EW. Anxiety sensitivity-physical concerns as a moderator of the emotional consequences of emotion suppression during