

Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment based therapy on health anxiety in nurses

Naghmeh Ashoori¹, Amin Rafiepoor^{2*}, Mehrdad Sabet³

1- Ph.D. student of Health Psychology, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran, (corresponding author), email: rafiepoor2000@yahoo.com..

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran.

Received:28/06/2023

Accepted: 02/12/2023

Abstract

Introduction: Although some researches indicate that cognitive-behavioral therapy is more effective than other treatments, but the need to compare cognitive-behavioral therapy with an approach such as acceptance and commitment-based therapy can be seen in reducing health anxiety.

Aim: The study aimed to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment-based therapy on health anxiety in nurses.

Methods: The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test-follow-up design and a control group. The statistical population of this study included all the nurses of Hazrat Rasool Akram Hospital in Tehran in the spring of 2023, and 45 of them were selected by purposeful sampling and randomly assigned to 2 intervention and one control group. The research tools included a demographic questionnaire and a "Health Anxiety Inventory". After conducting 8 sessions of "cognitive-behavioral therapy" and 8 sessions of "acceptance and commitment-based therapy" for the intervention groups, the data were analyzed in SPSS software version 24.

Results: "Cognitive behavioral therapy" and "acceptance and commitment-based therapy" were effective on health anxiety in the intervention groups ($P=0.001$). The mean difference in health anxiety in "cognitive-behavioral therapy" groups, "acceptance and commitment-based therapy" and control groups ($P<0.01$) as well as "cognitive-behavioral therapy" and "acceptance and commitment based therapy" groups ($P<0.05$) was significant.

Conclusion: The results showed that cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment-based therapy are effective in improving nurses' health anxiety but cognitive-behavioral therapy is more effective. It is suggested that health officials and professionals hold empowerment courses with a cognitive-behavioral approach or acceptance and commitment-based therapy.

Keywords: health anxiety, nurses, commitment and acceptance, cognitive-behavioral

مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامتی در پرستاران

نغمه عاشوری^۱، امین رفیعی پور^{۲*}، مهرداد ثابت^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، ایمیل: rafiepoor2000@yahoo.com.

۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۹/۱۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۴/۰۷

چکیده

مقدمه: اگرچه برخی از پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی بیشتر درمان شناختی- رفتاری نسبت به سایر درمان‌ها هستند؛ اما لزوم مقایسه درمان شناختی- رفتاری با رویکرد نظیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب سلامتی به چشم می‌خورد.

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامتی در پرستاران بود.

روش: روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل تمام پرستاران بیمارستان حضرت رسول اکرم تهران در بهار سال ۱۴۰۲ بودند که از میان آن‌ها ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در ۲ گروه مداخله و یک کنترل قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه جمعیت شناختی و «پرسشنامه اضطراب سلامتی» بود. پس از اجرای ۸ جلسه «درمان شناختی- رفتاری» و ۸ جلسه «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» برای گروه‌های مداخله، داده‌ها در نرم‌افزار اس پی اس اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته‌ها: «درمان شناختی رفتاری» و «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» بر اضطراب سلامتی در گروه‌های مداخله اثرگذار بود ($P=0/001$). تفاوت میانگین اضطراب سلامتی در گروه‌های «درمان شناختی- رفتاری»، گروه‌های «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» و کنترل ($P<0/01$) و همچنین گروه‌های «درمان شناختی- رفتاری» و «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» ($P<0/05$) معنادار بود.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر دو در بهبود اضطراب سلامتی پرستاران مؤثر هستند؛ اما درمان شناختی- رفتاری از اثربخشی بیشتری برخوردار است. به مسئولین و متخصصان سلامت پیشنهاد می‌شود که دوره‌های توانمندسازی را با رویکرد شناختی- رفتاری و یا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برگزار کنند.

کلیدواژه‌ها: اضطراب سلامتی، پرستاران، تعهد و پذیرش، شناختی- رفتاری

مقدمه

«پرستاران»^۱ هسته اصلی تیم درمانی بوده و نقش مهمی در «سلامت»^۲ جامعه ایفا می‌کنند؛ بنابراین توجه به سلامتی کارکنان این حرفه تضمین‌کننده سلامتی کل جامعه خواهد بود (سلیمی و همکاران، ۲۰۱۷). به نظر می‌رسد یکی از تجارب تنیدگی را می‌تواند اشتغال فرد یا افراد در حرفه‌ای خاص باشد (لی^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). محیط کار از محرک‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی تشکیل شده که هر کدام از این‌ها می‌تواند عامل به وجود آمدن تنیدگی باشد. اعضای تیم پزشکی کسانی هستند که سطح بالایی از تنیدگی را تجربه می‌کنند از آنجاکه پرستاران نیز جزء این تیم به حساب می‌آیند عوامل تنیدگی آور می‌تواند برای آن‌ها تهدیدی روانی یا روانی اجتماعی به حساب آورده شوند (خوش‌نظری و همکاران، ۲۰۱۶).

بدون شک «اضطراب»^۴ در زمره یکی از معضلات رایج اجتماع در پرستاران محسوب می‌شود و لطمات و زبان‌های ناشی از آن به مراتب بیش از دیگر معضلات اجتماع است (سلیمی و همکاران، ۲۰۱۷). از آنجاکه پرستاران با تنش‌زاهای زیادی مواجه هستند، «اضطراب سلامتی»^۵ را بیش از سایرین تجربه می‌کنند (بابایی و همکاران، ۲۰۱۸). اضطراب سلامت مشکل جدی است که می‌تواند سلامت روان پرستاران را تحت تأثیر قرار دهد و هزینه‌های بسیاری را بر سلامت و مراقبت جامعه تحمیل کند (حیدری شمس و همکاران، ۲۰۲۰). سلامت از مهم‌ترین منابع آرامش خاطر در زندگی است که بر توانایی فرد در مراقبت از خود و خانواده مؤثر است؛

بنابراین عجیب نیست که بسیاری از افراد گاهی افکار و نگرانی‌هایی در ارتباط با سلامتی خود تجربه کنند (محمدخانی شالی و همکاران، ۲۰۱۳). یکی از انواع اضطراب، اضطراب سلامتی یا «خودبیمارانگاری»^۶ است که اشتغال ذهنی فرد با باورهای غلط و یا بیماری جدی خطرناک در حال رشد است و اختلالی است که بار قابل‌توجهی بر دوش خدمات سلامت می‌گذارد (رضایی و همکاران، ۲۰۱۸). تیلچ^۷ و همکاران (۲۰۱۵) «الگوی فراشناختی»^۸ عدم تحمل بلا تکلیفی را در پیش‌بینی اضطراب پیشنهاد کرده‌اند. مطابق با الگوی فراشناختی نگرانی تا زمانی ادامه می‌یابد که فرد تشخیص دهد قادر به مقابله مؤثر با خطر پیش‌بینی شده هستند از این‌رو، نگرانی اضطراب و نشانه‌های شناختی و جسمانی مرتبط را افزایش می‌دهد (داوی و ولز^۹، ۲۰۰۸).

اثربخشی درمان‌هایی نظیر «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد»^{۱۰} در کاهش اضطراب سلامتی در پژوهش‌ها مورد بررسی قرار گرفته و تأیید شده است. با این حال، پژوهش‌ها حاکی از آن هستند که الگوی شناختی-رفتاری به خوبی ساختار و فرآیند اضطراب سلامتی را تبیین می‌کند و «درمان شناختی رفتاری»^{۱۱} می‌تواند مداخله‌ای بسیار کارآمد در کاهش اضطراب سلامتی باشد. به طور کلی، درمان‌های شناختی-رفتاری بر کاهش علائم اضطراب سلامتی بسیار مؤثر هستند و اثرات ماندگار و طولانی مدتی را به همراه دارند (اکسلسون و هدمن‌لاگروف^{۱۲}، ۲۰۱۹).

6. hypochondriasis

7. Thielsch, C.

8. Metacognition Model

9. Davey, G. C., Wells, A.

10. Acceptance and Commitment Therapy

11. Therapy Cognitive Behavioral

12. Axelsson, E., Hedman-Lagerlöf, E.

1. nurses

2. health

3. Le, C. M.

4. anxiety

5. health anxiety

«درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» با توجه به ارزش‌های شخصی، بر پذیرش درد و رنج و نه اجتناب از آن و یا سرکوب عوامل ناراحت‌کننده تمرکز می‌کند. هدف از این مداخله ایجاد واکنش‌های انعطاف‌پذیرتر به چالش‌های زندگی، درد و رنج و پذیرش نشانه‌ها بجای از بین بردن خود آن‌هاست. این درمان رویکرد رفتاری نوینی است که با ترکیب «پذیرش» و «ذهن آگاهی»^۱ به افراد کمک می‌کند از افکار و احساسات دشوار رها شوند و به این ترتیب پرداختن به الگوهای رفتاری را که به وسیله ارزش‌های شخصی هدایت می‌شوند، تسهیل می‌کند (گلد و ودرال^۲، ۲۰۲۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ریشه‌های محکمی در سنت‌های رفتاری دارد و بر اساس نظریه چارچوب ارتباطی بنا شده است. به طور کلی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای تغییر شکل یا فراوانی تجربه‌های درونی (افکار، احساسات) بر تغییر رابطه فرد با این تجربه‌ها تمرکز می‌کند (آنونزیاتا^۳ و همکاران، ۲۰۱۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل سازوکارهایی که در بطن خود دارد می‌تواند به فرد کمک کند در عوض اجتناب و سرکوب هیجان‌های ناخوشایند آن‌ها را بپذیرند و سپس به تنظیم آن‌ها بپردازند؛ بدین ترتیب، این درمان مولد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد است و وی را به سمت زندگی غنی و پرمعنا سوق می‌دهد (بوینز^۴، ۲۰۲۱). در همین راستا، در پژوهشی که توسط نویدی پشتیبری و همکاران (نویدی پشتیبری و همکاران، ۲۰۲۲) انجام شد نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و

اضطراب سلامت دانشجویان پرستاری و مامایی مبتلا به اضطراب سلامت اثربخش است. در پژوهش اکبری زرگر و همکاران (اکبری زرگار و همکاران، ۲۰۲۱) با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان‌مدار بر اضطراب سلامت بیماران مبتلا به آریمی قلبی انجام شد، یافته‌ها نشان داد هر دو مداخله به کار رفته در این پژوهش می‌توانند به طور معناداری اضطراب سلامت را در بیماران مبتلا به آریمی قلبی کاهش دهند؛ ولی میزان کاهش در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیر اضطراب سلامت بیشتر از گروه درمان هیجان‌مدار شناختی بوده است. در پژوهش ایلنبرگ^۵ و همکاران (۲۰۱۳) بیماران که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند کاهش قابل توجهی را در اضطراب سلامتی، علائم جسمی و پریشانی عاطفی از خود نشان دادند.

«درمان شناختی رفتاری» بر پایه نظریه پردازش اطلاعات قرار دارد که فرض می‌کند شناخت‌ها (شامل افکار، تصاویر، ادراک فرد از رویدادها، مفروضه‌ها و باورها) رابطه علی مستقیمی با پاسخ‌های هیجانی و رفتاری دارد؛ هیجان‌های منفی در این رویکرد به عنوان الگوهای فکری ناکارآمد، غیرمنطقی و ناسازگار و الگوهای پردازش اطلاعات سوءگیرانه و مخرب مانند گوش‌به‌زنگی بیش از حد به نشانه‌های تهدید یا توجه بیش از حد به نشانه‌های منفی (همچنان‌که در افکار افراد دارای اضطراب سلامت دیده می‌شود) نگریسته می‌شوند. در این رویکرد مشکلات زمانی آغاز می‌شوند که سوءگیری‌های نظام‌مند در پردازش اطلاعات در سطح

¹. mindfulness

². Gould, R. L., & Wetherell, J. L.

³. Annunziata, A. J.

⁴. Bowins, B.

⁵. Eilenberg, T.

خودکار منجر به پاسخ‌های رفتاری شود که به نوبه خود ادراک و باورهای فرد و الگوهای تفکر ناسازگارانه را در یک چرخه معیوب تشدید کنند (یوول^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). در همین راستا، شباهنگ و همکاران (شباهنگ و همکاران، ۲۰۲۱) نتیجه گرفتند که استفاده از مداخله شناختی-رفتاری ویدیویی می‌تواند روشی فوری، مختصر و ارزان قیمت بر بهبود اضطراب سلامتی پرستاران باشد. رضائی و همکاران (رضایی و همکاران، ۲۰۱۸) نیز نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری یک مداخله مؤثر در جهت کاهش اضطراب سلامتی است. کوپر^۲ و همکاران (۲۰۱۷) عنوان داشتند که درمان شناختی-رفتاری درمانی کارآمد در کاهش اضطراب سلامتی است و نسبت به درمان‌های دیگر از اثربخشی بیشتری برخوردار است.

اگرچه برخی از پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی بیشتر درمان شناختی-رفتاری نسبت به سایر درمان‌ها هستند، با این حال به نظر می‌رسد نتایج در این زمینه متناقض است و لزوم بررسی‌های هرچه بیشتر به چشم می‌خورد. ازاین‌رو، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامتی در پرستاران بود.

روش

روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل تمام پرستاران بیمارستان حضرت رسول اکرم تهران در بهار سال ۱۴۰۲ بودند که از میان آن‌ها ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در ۲ گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. با مراجعه به جدول کوهن^۳، با توجه به تعداد

گروه‌ها $u=2$ ، سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۰/۸ و اندازه اثر ۰/۴ تعداد نمونه معادل ۱۲ نفر برای هر گروه به دست آمد که با در نظر گرفتن ۲۰٪ احتمال ریزش، ۱۵ نفر برای هر گروه تعیین شد. از جمله ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر شامل حداقل ۲ سال سابقه کار، سن ۲۵ تا ۴۵ سال، عدم دریافت همزمان مداخله روان‌شناختی و ابتلا به بیماری‌های مزمن، رضایت آگاهانه و تمایل به همکاری در این پژوهش بود. معیارهای خروج از پژوهش حاضر شامل عدم همکاری و تعداد جلسه‌های غیبت بیشتر از دو جلسه بود.

نحوه اجرای پژوهش به این شکل بود که پس از اخذ مجوز لازم از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، فراخوان شرکت در این پژوهش به همراه شماره تلفن تماس با پژوهشگر در بیمارستان حضرت رسول اکرم پخش شد. پس از تماس بیماران و اعلام همکاری و رضایت آگاهانه شفاهی، پرسشنامه جمعیت شناختی برای آن‌ها به صورت «برخط»^۴ ارسال شد. بدین ترتیب ملاک‌های ورود و خروج بر اساس پاسخ‌های افراد به پرسشنامه جمعیت شناختی بررسی شد و در نهایت ۴۵ نفر انتخاب شدند. پس از گمارش تصادفی شرکت‌کننده‌ها، در مرحله بعد، ابزار پژوهش به عنوان پیش‌آزمون بر روی شرکت‌کننده‌های گروه مداخله و کنترل قبل از شروع مداخله به اجرا درآمد. سپس، افراد گروه‌های «درمان شناختی-رفتاری» و «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» را دریافت کردند و گروه کنترل هیچ نوع مداخله آموزشی دریافت نکرد. در پایان مداخله نیز تمامی شرکت‌کننده‌های ۳ گروه، جهت پس‌آزمون و پس از گذشت ۱ ماه جهت پیگیری پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. کل مدت

^۱. Yovel, I.

^۲. Cooper

^۳. Cohen

^۴. online

ویلک^۵، آزمون لوین^۶ و «آزمون کروییت موخلی» و «تصحیح گرین-هاوس-گیسر^۷» و سطوح معناداری ۰/۰۵ و ۰/۰۱ استفاده شد. داده‌ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

در مطالعه حاضر جلسات «درمان شناختی- رفتاری» بر اساس مداخله ارائه شده توسط لیپی^۸ در سال ۲۰۱۷ در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد (لیپی، ۲۰۱۷). در ایران این پروتکل در پژوهش مجیدپور تهرانی و همکاران (۲۰۲۱) استفاده شده است، به شرکت کنندگان تکالیف خانگی ارائه و در هر جلسه تکالیف خانگی جلسه قبل اعم از مرور مطالب کلاسی بررسی می‌شد.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان شناختی- رفتاری

جلسه	محتوا
اول	در این جلسه اعضای گروه با یکدیگر آشنا شدند و مقررات و قوانین مربوط به گروه و کلاس برای آن‌ها بیان شد. اطلاعات پایه‌ای در مورد روان‌درمانی شناختی- رفتاری و اصول جلسات درمان و انجام تکالیف بیان گردید.
دوم	در این جلسه برای پرستاران توضیح داده شد که افکار، احساس‌ها و رفتار را به وجود می‌آورند و این که چگونه افکار می‌توانند باعث کاهش یا افزایش احساس‌ها شوند، استفاده از فوننی نظیر ABC (طبق فن ABC یک واقع یکسان به افکار متفاوتی منجر می‌شود که این افکار می‌توانند احساس‌ها و رفتارهای مختلفی را به وجود بیاورند، می‌تواند با بررسی واقعیت‌ها به درستی یا نادرستی فکرتان پی ببرید).
سوم	درجه‌بندی هیجان و میزان اعتقاد به فکر، جستجوی نوسان در باورهای خاص و بررسی مزایا و معایب؛ بیان تفاوت افکار، احساسات و رفتار با استفاده از فوننی نظیر تمایز فکر از واقعیت؛ سبک‌های ناکارآمد تفکر و افکار خودآیند برای پرستاران توضیح داده شد.
چهارم	خطاهای شناختی معمول با استفاده از فوننی نظیر شناسایی تحریف‌های شناختی مانند شخصی‌سازی توضیح داده شد و کاربرد بازسازی افکار توزیع شد.
پنجم	شناسایی افکار با استفاده از فوننی نظیر چالش با تفکر باید اندیشی، شناسایی باورهای شرطی و بررسی نظام ارزشی، ارزیابی افکار با استفاده از فوننی نظیر پیکان رو به پایین، تغییر افکار، تعیین اثرات افکار اصلاح شده با استفاده از فوننی نظیر تعریف واژه‌ها، بررسی شواهد، ایفای نقش هر دو جنبه فکر توضیح داده شد و کاربرد بازسازی افکار توزیع شد.
ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، توضیح اینکه پیامدها چگونه خود در زنجیره رفتاری بزرگتر قرار می‌گیرد، بیان راهبردهایی برای شکستن زنجیره مخرب در این جلسات از فوننی نظیر توالی فکر، بررسی نوسان‌های رفتار در موقعیت‌های مختلف و تغییر افکار منفی از طریق تغییر رفتار صورت گرفت.
هفتم	راهکارهایی برای خودکنترلی بیشتر، راهکارهایی در مورد بالا بردن خلق و افزایش رویدادهای خوشایند ارائه شد و کاربرد فعالیت‌های خوشایند توزیع شد.
هشتم	آموزش آرامش عضلانی صورت گرفت و ضرورت تمرین مهارت‌های کسب شده در طول جلسات بیان شد. پیشرفت کار و مهارت‌های کسب شده ارزیابی گردید.

^۵. Shapiro-Wilk test

^۶. Levene's test

^۷. Greenhouse-Geisser correction

^۸. Leahy

^۱. Analysis of Variance

^۲. chi-square

^۳. Analysis of variance with repeated measures design

^۴. Fisher statistic

اسدی و همکاران (۲۰۲۱) استفاده شده است، به شرکت‌کنندگان تکالیف خانگی ارائه و در هر جلسه تکالیف خانگی جلسه قبل اعم از مرور مطالب کلاسی بررسی می‌شد.

جدول ۲. محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

در مطالعه حاضر جلسات «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» بر اساس مداخله ارائه شده توسط هیس و استروسال^۱ در سال ۲۰۰۵ در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد (هیس و استروسال، ۲۰۱۰). در ایران این پروتکل در پژوهش بنی

جلسه	محتوا
اول	در این جلسه اعضای گروه با یکدیگر آشنا شدند و مقررات و قوانین مربوط به گروه و کلاس برای آن‌ها بیان شد. اهداف دوره درمانی بیان و سنجش کلی صورت شد.
دوم	تمرین ذهن آگاهی (تنفس دیافراگمی) و توجه به چیزهایی که مراجع سعی می‌کند برای بهتر کردن شرایط انجام دهد و بررسی این سؤال که آیا این تجارب به مراجع کمک کرده و مهیا کردن فضایی برای یک اتفاق جدید (استعاره مرد در گودال) صورت گرفت.
سوم	تمرین ذهن آگاهی (گوش دادن به خود بالغ)، بیان تفاوت ارزش و هدف، شفاف سازی اینکه ارزش‌های مراجع که به نفعش هست چیست و شناسایی چیزهایی که به زندگیش معنا می‌دهد، صورت گرفت. به مراجع کمک شد که ارزش‌هایش را انتخاب، اعلام و تنظیم کند (استعاره قطار زندگی).
چهارم	تمرین ذهن آگاهی (شنیدن موسیقی) و تقویت کردن عکس‌العمل‌های کارآمد در برابر تجارب درونی آزاردهنده که باعث کاهش انگیزه برای رفتارهای اجتنابی می‌شوند، صورت گرفت (استعاره ستاره در آسمان و اجاق داغ).
پنجم	شناسایی افکار با استفاده از فونونی نظیر چالش با تفکر باید اندیشی، شناسایی باورهای شرطی و بررسی نظام ارزشی، ارزیابی تمرین ذهن آگاهی (تمرین خاطرات دور و نزدیک) و دیدن افکار آن‌جوری که هستند، نه آن‌طوری که دوست دارند دیده بشوند، توجه به افکار و تجربه‌ها به عنوان یک فرآیند رفتاری در حال جریان، نه یک اتفاق قضا و قدری (استعاره اتوبوس) صورت گرفت.
ششم	تمرین ذهن آگاهی (توجه به نشانه‌ها) و استفاده از راهکارهایی که سبب درک فرد از خود به عنوان خود مشاهده‌گر شود (استعاره صفحه شطرنج) صورت گرفت.
هفتم	تمرین ذهن آگاهی (تمرین سفر به درون بدن)، تجربه کردن گذشته و آینده به عنوان افکار و احساسات و خاطرات و توجه به زمان حال به عنوان واقعیت کنونی (استعاره مهمان ناخوانده) صورت گرفت.
هشتم	تمرین ذهن آگاهی (تمرین تصور سخنرانی)، شناخت سلسله رفتارهایی که کمک می‌کند که مراجع در مسیر ارزش‌هایش حرکت کند، صورت گرفت.

¹. Hayes & Strosahl

ابزار

پرسشنامه اضطراب سلامتی^۱. پرسشنامه اضطراب سلامتی توسط سالکووسکیس^۲ و همکاران در سال ۲۰۰۲ ساخته شده شامل ۱۸ گویه است که در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۵۴ و کسب نمره بالاتر در این ابزار به معنای میزان بالاتری از اضطراب سلامتی است (سالکووسکیس و همکاران، ۲۰۰۲). در پژوهش سالکووسکیس و همکاران (۲۰۰۲) با بررسی ویژگی‌های روانسنجی «پرسشنامه اضطراب سلامتی» روایی سازه پرسشنامه را با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی بررسی و ۱ عامل کلی تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی و با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای نمونه فوق برابر با ۰/۸۹ گزارش شد. آرناز^۳ و همکاران (۲۰۱۹) با بررسی ویژگی‌های روانسنجی «پرسشنامه اضطراب سلامتی» روایی همگرای این ابزار را با «پرسشنامه حالت نگرانی پن^۴» برابر با ۰/۴۲ گزارش کردند. پایایی به روش همسانی درونی و با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای نمونه فوق برابر با ۰/۸۶ گزارش شد. نرگسی و همکاران (۲۰۱۷) با بررسی ویژگی‌های روانسنجی «پرسشنامه اضطراب سلامتی» روایی همگرای این ابزار را با «آزمون خودبیمارانگاری اهواز^۵» برابر با ۰/۷۵ گزارش کردند. پایایی به روش همسانی درونی و با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای نمونه فوق برابر با ۰/۸۷ گزارش شد.

کریمی و همکاران (۲۰۱۵) با بررسی ویژگی‌های روانسنجی «پرسشنامه اضطراب سلامتی» روایی همگرای این ابزار را با «پرسشنامه سلامت عمومی^۶» برابر با ۰/۴۹ گزارش کردند. پایایی به روش همسانی درونی و با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای نمونه فوق برابر با ۰/۷۹ گزارش شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر در هر گروه ۷ زن (۴۶/۶۷ درصد) و ۸ مرد (۵۳/۳۳) حضور داشتند. میانگین و انحراف معیار سن در گروه درمان شناختی- رفتاری $39/66 \pm 5/23$ سال، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد $40/20 \pm 5/01$ و در گروه کنترل $37/80 \pm 5/87$ بود و استفاده از آزمون تحلیل واریانس نشان داد بین سه گروه به لحاظ میانگین سنی تفاوت معناداری وجود ندارد ($P=0/447$ ، $F=0/821$). میانگین و انحراف معیار سابقه کار در گروه درمان شناختی- رفتاری $2/66 \pm 0/816$ سال، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد $3/20 \pm 1/20$ و در گروه کنترل $3/40 \pm 1/24$ بود و استفاده از آزمون تحلیل واریانس نشان داد بین سه گروه به لحاظ میانگین سابقه کار تفاوت معناداری وجود ندارد ($P=0/174$ ، $F=1/76$). در ادامه پیش فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری-های مکرر مورد بررسی قرار گرفت. آزمون ام. باکس و لوین برای هیچ‌یک از مراحل پژوهش معنادار نبود؛ بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس و مفروضه همگنی واریانس برای متغیر اضطراب سلامتی در ۳ مرحله رعایت شده بود. بررسی نتایج آزمون

¹. Health Anxiety Inventory

². Salkovskis

³. Arnáez, S.

⁴. Penn State Worry Questionnaire

⁵. Ahwaz Hypochondriasis Test

⁶. General Health Questionnaire

کرویت موخلی در جدول ۲ نشان داد فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها برای متغیر اضطراب سلامت برقرار نبود به همین دلیل از تصحیح گرین‌هاوس-گیسر استفاده شد. جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و شاخص شاپیرو-ویلک متغیر اضطراب سلامتی در شرکت‌کنندگان گروه‌های مداخله و کنترل، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار اضطراب سلامتی

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
«درمان شناختی-رفتاری»	۲۹/۰۰	۲/۹۰	۱۲/۸۰	۱/۴۷	۱۲/۹۳	۱/۴۸
«درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد»	۲۸/۴۰	۳/۳۱	۱۶/۶۶	۱/۷۵	۱۶/۳۳	۲/۲۲
کنترل	۲۹/۰۶	۲/۹۰	۲۸/۸۰	۲/۷۳	۲۹/۰۰	۲/۶۱

جدول ۳ میانگین و معیار اضطراب سلامتی را در شرکت‌کنندگان گروه‌های مداخله و کنترل، در ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۴. اثرات درون و بین آزمودنی‌ها برای اضطراب سلامتی

اثر	منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	آماره F	مقدار احتمال	مجدور تا
درون آزمودنی	زمان	۲۶۵۰/۸۰	۱/۱۶	۲۲۸۵/۲۰	۵۰۷/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۹۲۴
بین آزمودنی	گروه*زمان	۱۳۶۹/۶۸	۲/۳۲	۵۹۰/۳۹	۱۳۱/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۸۶۲
	گروه	۲۸۷۵/۹۱	۲	۱۴۳۷/۹۵	۱۱۵/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۸۴۷

جدول ۴ نشان می‌دهد «درمان شناختی رفتاری» و «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» بر اضطراب سلامتی در گروه‌های مداخله اثرگذار بود ($P=0/001$). اثر زمان بر اضطراب سلامتی ($P=0/001$) نسبت به مرحله پیش‌آزمون اثرگذار بود. اثر متقابل زمان*گروه‌ها بر اضطراب سلامتی ($P=0/001$) نسبت به گروه کنترل اثرگذار بود.

جدول ۵. آزمون تعقیبی بفرنی برای مقایسه‌های دوتایی گروه‌ها بر اساس اضطراب سلامتی

مقایسه	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
«درمان شناختی-رفتاری»-«درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد»	-۲/۲۲		۱/۰۰
«درمان شناختی-رفتاری»-کنترل	-۲/۵۳۳*	۰/۷۴۳	۰/۰۳۶
«درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد»-کنترل	-۲/۸۶۷*		۰/۰۱۴

($P < 0/01$) و همچنین گروه‌های «درمان شناختی- رفتاری» و «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» ($P < 0/05$) معنادار بود.

پذیرش، فردی که دچار برانگیختگی‌های روانی می‌شود، درگیر راهبردهای کنترلی به‌منظور تغییر شکل و فراوانی افکار و احساساتش شده که به تخریب رفتاری و عملکردی فرد منجر می‌شود (کلیمچاک و لوین^۱، ۲۰۲۳). در پژوهش حاضر نیز با تمرکز ویژه بر دو هدف اصلی درمان پذیرش و تعهد یعنی افزایش پذیرش افکار و احساسات غیرمفید و مشکل‌ساز که قابل کنترل نیستند و همچنین تعهد و عمل کردن در زندگی بر اساس ارزش-های منتخب تلاش شده است تا افراد افکار و احساسات ناخوشایند خود را همان‌طور که هست بپذیرند، در پاسخ‌گویی به اضطراب و تنش با انعطاف بیشتری برخورد کنند و از اجتناب کردن پرهیزند و در کنار پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند خود بر روی اهداف خود متمرکز شوند (هافمن^۲ و همکاران، ۲۰۱۹).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب سلامتی مؤثر است و اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب سلامتی بیشتر از درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش است. این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش‌های اکسلسون و هدمن لاگروف (۲۰۱۹)؛ شباهنگ و همکاران (۲۰۲۱)؛ رضائی و همکاران (۲۰۱۸)؛ کوپر و همکاران (۲۰۱۷) همسو بود.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب سلامتی می‌توان گفت اکسلسون و هدمن لاگروف

جدول ۵ نشان می‌دهد تفاوت میانگین اضطراب سلامتی در گروه‌های «درمان شناختی- رفتاری» و کنترل ($P < 0/01$) و گروه‌های «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» و کنترل

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامتی در پرستاران بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامتی مؤثر است. این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش‌های نویدی پشتیبانی و همکاران (۲۰۲۲)؛ اکبری زرگر و همکاران (۲۰۲۱)؛ ایلنبرگ و همکاران (۲۰۱۳) همسو بود.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامتی می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طول مداخله از مهارت‌های ذهن آگاهی و پذیرش برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند و زمینه را برای تقویت توانایی افراد برای مواجهه با تجاربشان در زمان حال را فراهم می‌سازد. همچنین ارتباط با تجارب زمان حال افراد را مستعد پذیرش شرایط دشوار و تجارب دردناک می‌کند (تاج‌بخش و همکاران، ۲۰۲۳). پذیرش افکار، احساسات و هیجانات به همان صورت که هستند، باعث تضعیف آشفتگی‌های شناختی می‌شود و به دنبال آن، پذیرش رویدادهای اضطراب‌زا می‌شود (بنی اسدی و همکاران، ۲۰۲۱). در سطوح بالای پذیرش، افراد متوجه برانگیختگی‌های روانی افکار و احساسات خود می‌شوند؛ بدون آنکه تلاشی برای مهار آن انجام دهند و یا از آن اجتناب کنند. همین موضوع باعث می‌شود که تأثیر این افکار و احساسات بر عملکرد رفتاری آن‌ها کاهش یابد. درحالی‌که در سطوح پایین

¹. Klimczak, K. S., Levin, M. E.

². Hoffmann, D.

(۲۰۱۹) همسو با این نتایج عنوان داشتند بیماران مبتلا به اضطراب سلامت به نوع خاصی از تهدید (مانند احساسات جسمانی و اطلاعات مربوط به سلامت) با ترس یا اضطراب ذهنی، برانگیختگی فیزیولوژیکی، افزایش توجه و اجتناب پاسخ می‌دهند. علاوه بر این، آن‌ها همچنین مستعد تفسیر محرک‌های مبهم (مانند فرآیندهای جسمانی) به عنوان نشانه‌ای از پیامدهای بیماری خطرناک (مثلا مرگ در اثر بیماری جدی) هستند. پژوهش حاضر با استمداد از برنامه درمانی شناختی-رفتاری و فنون مورد استفاده در آن، تغییر باورهای بنیادین و افکار خودآیند منفی مراجع را هدف گرفته و پس از ایجاد تغییرات شناختی در وی و همزمان با آن او را به آگاهی از محتوای شناختی و هیجانی خویش رسانده و بدین ترتیب امکان بررسی راه‌حل‌های مناسب‌تر جایگزین و جلوگیری از پاسخ‌های خودکار را برای او فراهم می‌کند (خدابخش پیرکلانی و رحیم جمارونی، ۲۰۱۳). کوپر و همکاران (کوپر و همکاران، ۲۰۱۷) معتقدند الگوی 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 نتیجه تغییر در رفتار را در پی داشته باشد. همسو با این نتایج شباهنگ و همکاران (شباهنگ و همکاران، ۲۰۲۱) نشان دادند اصلاح تفکر ناکارآمد و یادگیری شیوه درست حل مسئله به افراد با اضطراب سلامتی کمک می‌کند تا به شیوه صحیح‌تری با واکنش‌های اضطرابی و کنترل شناختی افکارشان برخورد کنند. 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

جزئی‌شان 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 متعادل‌تری را تجربه کنند؛ از این رو این فرآیند آگاه‌سازی، خود می‌تواند به عنوان یک سازوکار 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 می‌کند (تایلور و اسماندسون^۱، ۲۰۰۴).

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر دو در بهبود اضطراب سلامتی پرستاران مؤثر هستند؛ اما درمان شناختی-رفتاری از اثربخشی بیشتری برخوردار است. به مسئولین و متخصصان سلامت پیشنهاد می‌شود که دوره‌های توانمندسازی را با رویکرد شناختی-رفتاری و یا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برگزار کنند. در این پژوهش از ابزار خود گزارشی برای اندازه‌گیری اضطراب سلامتی استفاده شد که ممکن است افراد به صورت آگاهانه و ناآگاهانه سعی در مطلوب جلوه دادن خود و انکار کرده باشند؛ لذا جانب احتیاط باید رعایت شود.

سپاسگزاری

این مطالعه بخشی از نتایج رساله دکتری است که در تاریخ ۱۴۰۲/۴/۱۶ با کد IR.HUMS.REC.1402.321 در سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی به نشانی <https://ethics.research.ac.ir> ثبت شده است.

^۱. Taylor, S., & Asmundson, G. J. G.

همکاری خود امکان این پژوهش را فراهم آوردند تشکر و قدردانی می‌نماییم. در این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

References

- Akbari Zargar N, Haghighyegh SA, Jahanian S, Jabalameli S. (2021). [Comparison of the effectiveness of Acceptance and Commitment-based Therapy and Emotion Focused Cognitive Therapy on health anxiety of patients with cardiac arrhythmia]. *Islamic Life Style*, 4(1), 157-169.
- Annunziata AJ, Green JD, Marx BP. (2016). Acceptance and Commitment Therapy for depression and anxiety. In: Friedman HS, editor. *Encyclopedia of Mental Health* (2nd edition). Cambridge, Massachusetts, United States: Academic Press; p. 1-10.
- Arnáez S, García-Soriano G, López-Santiago J, Belloch A. (2019). The Spanish validation of the Short Health Anxiety Inventory: Psychometric properties and clinical utility. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19(3), 251-260.
- Axelsson E, Hedman-Lagerlöf E. (2019). Cognitive Behavior Therapy for health anxiety: Systematic review and meta-analysis of clinical efficacy and health economic outcomes. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 19(6), 663-676.
- Babaei Nadinloei K, Amiri S, Farzalizadeh V, Sattari M. (2018). [Investigate the dimensions of health anxiety in nurses compared to normal people based on the role Of Maladaptive

بدین‌وسیله از همه پرستاران بیمارستان حضرت رسول اکرم که در این پژوهش شرکت کردند، همچنین مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز که با Personality Dimensions (Pid-5)]. Nurse & Physician within War, 6(20), 28-35.

- Baniasadi F, Borjali A, Poursharifi H, Mofid B. (2021). [The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on health-related quality of life in people with prostate cancer: A quasi-experimental study]. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 20(1), 69-84.
- Bowins B. (2021). Chapter 11 - Acceptance and Commitment Therapy. In: Bowins B, editor. *States and Processes for Mental Health*. Cambridge, Massachusetts, United States: Academic Press; p. 107-14.
- Cooper K, Gregory JD, Walker I, Lambe S, Salkovskis PM. (2017). Cognitive Behaviour Therapy for health anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 45(2), 110-123.
- Davey GC, Wells A. (2008). *Worry and its Psychological Disorders*. New York, United States: John Wiley & Sons Ltd.
- Eilenberg T, Kronstrand L, Fink P, Frosthalm L. (2013). Acceptance and Commitment Group Therapy for health anxiety--results from a pilot study. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(5), 461-468.
- Gould RL, Wetherell JL. (2022). *Acceptance and Commitment Therapy and Other Third Wave*

- Therapies. In: Asmundson GJG, editor. *Comprehensive Clinical Psychology* (2nd edition). Amsterdam, Netherlands: Elsevier; p. 355-66.
- Hayes SC, Strosahl KD. (2010). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy* (2nd edition). Berlin, Germany: Springer Science.
- Hedari Shams J, Alimohammadzadeh Kh, Maher A. (2020). [Correlation between health literacy and quality of life with health anxiety in outpatient patients referred to Shahid Beheshti Specialized Polyclinic in Karaj]. *Journal of Health Promotion Management*, 9(1), 1-9.
- Hoffmann D, Rask CU, Frosthalm L. (2019). Chapter 7 - Acceptance and Commitment Therapy for Health Anxiety. In: Hedman-Lagerlöf E, editor. *The Clinician's Guide to Treating Health Anxiety*. New York: Academic Press; p. 123-42.
- Karimi J, Homayuni Najafabadi A, Homayuni Najafabadi F. (2015). Evaluation of psychometric properties of the Health Anxiety Inventory. *Hakim Health Systems Research Journal*, 4(67), 297-307.
- Khodabakhsh Pirkalani R, Rahim Jamarouni H. (2013). [Effectiveness of mixed Cognitive-behavioral Therapy and Mindfulness Based Stress Reduction in treating a case of generalized anxiety disorder]. *Clinical Psychology Studies*, 4(13), 121-147.
- Khoshnazary S, Hosseini M, Fallahi Khoshknab M, Bakhshi E. (2016). [The Effect of Emotional Intelligence (EI) Training on Nurses' Resiliency in Department of Psychiatry]. *Journal of Nursing Education*, 3(4), 28-37.
- Klimczak KS, Levin ME. Acceptance and Commitment Therapy. (2023). In: Friedman HS, Markey CH, editors. *Encyclopedia of Mental Health* (3rd edition). New York: Academic Press; p. 1-9.
- Le CM, Huynh SV, Luu K, Ho QNN, Nguyen VTL, Tran-Chi VL. (2024). Exploring the Interplay between Job Stress, Work Performance, and Attitudes toward Professional Psychological Help among Employees. *International Journal of Mental Health Promotion*, 26(7), 531-545.
- Leahy RL. (2017). *Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's Guide* (2nd edition). New York: Guilford Press.
- Majidpoor Tehrani L, Golshani F, Peimani J, Baghdasarians A, Taghiloo S. (2021). [The effects of Cranial Electrotherapy Stimulation, Cognitive-Behavioral Therapy, and Pharmacotherapy on rumination and depression in women]. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 11(1), 68-79.
- Mohamadkhani Shali E, Alipor A, Hasanzadeh Pashang S. (2013). [Effect of cognitive therapy training in groups on health anxiety among nursing students]. *Pars of Jahrom University of Medical Sciences*, 11(2), 45-52.
- Nargesi F, Izadi F, Kariminejad K. (2017). [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*, 7(27), 147-160.
- Navidi Poshtiri S, Hassanzadeh R, Emadian SO. (2022). [The effectiveness of Acceptance And Commitment Therapy on tolerance failure and health anxiety in nursing and

- midwifery students with health anxiety]. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, 3(1), 222-231.
- Rezaei S, Darabi A, Rahnedjat AM. (2018). [The effectiveness of cognitive behavioral therapy on decreasing health anxiety]. *EbneSina*, 20(2), 61-67.
- Rezaei S, Darabi A, Rahnedjat AM. (2018). [The effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on decreasing health anxiety]. *Ebne Sina*, 20(2), 61-67.
- Salimi S, Pakpour V, Feizollahzadeh H, Rahmani A. (2017). [Resilience and its association with the intensive care unit nurses' intention to leave their profession]. *Hayat*, 23(3), 254-265.
- Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HMC, Clark DM. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32(5), 843-853.
- Shabahang R, Bagheri Sheykhangafshe F, Dadras M, Seyed Noori SZ. (2021). [Effectiveness of Video-Based Cognitive-Behavioral Intervention on health anxiety and anxiety sensitivity of individuals with high levels of COVID-19 anxiety]. *Journal of Clinical Psychology*, 13(Special Issue 2), 33-44.
- Tajbakhsh R, Haddadi S, Zeighami Mohammadi S, Malihi Alzakerini S, Mohammadiafrakoti M, Borumand M. (2023). [Comparison of the Effect of "Acceptance and Commitment Therapy" and "Metacognitive Therapy" on the resilience of Women Undergoing Hemodialysis]. *Journal of Health Promotion Management*, 12(3), 82-94.
- Taylor S, Asmundson GJG. (2004). *Treating Health Anxiety: A Cognitive-Behavioral Approach* (1st edition). New York: Guilford Press.
- Thielsch C, Andor T, Ehring T. (2015). Metacognitions, intolerance of uncertainty and worry: An investigation in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 74(1), 94-98.
- Yovel I, Mor N, Shakarov H. (2014). Examination of the core cognitive components of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy: an analogue investigation. *Behavior Therapy*, 45(4), 482-494.