

بررسی رابطه مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS) با اضطراب بیماری (IA)

زهرا علیزاده بیرجندی^۱، پدرام پاکباز خسروشاهی^۲، نرگس ابراهیمی^۲، علی اصغر صاحبی شانديز^۲.

امیرحسین یاسینی^۲، محمدمهدی بیرقی طوسی^۲

^۱ دکتری روانشناسی بالینی، مدرس دانشگاه امام رضا (ع) (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناسی روانشناسی دانشگاه امام رضا (ع)

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی رابطه اضطراب بیماری با دشواری در تنظیم هیجان بود. روش: ۱۶۵ نفر از مردان و زنان استان خراسان رضوی و تهران با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به دو پرسشنامه مقیاس نگرش به بیماری کلنر و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان گرتز و رومر پاسخ دادند. یافته ها: براساس نتایج حاصل از آزمون همبستگی پیرسون، رابطه مثبت و معناداری بین تنظیم دشواری در هیجان و اضطراب بیماری وجود دارد ($P < 0.0001$, $r = 0.37$). نتیجه گیری: بر اساس یافته های پژوهش می توان گفت عدم تنظیم هیجان و استفاده بیش از حد از هیجان منفی باعث افزایش اضطراب بیماری در افراد می شود.

واژه های کلیدی: اضطراب بیماری، دشواری در تنظیم هیجان، مقیاس نگرش نسبت به بیماری، مقیاس دشواری در تنظیم هیجان

۱. مقدمه

اضطراب بیماری^۱ یک اختلال روانی است که تشخیص آن معمولاً مشکل بوده و با اعتقاد فرد به وجود یک بیماری جدی در خود و نگرانی نسبت به آن شناخته میشود. این ترس از بیماری یا ابتلا به نشانه‌های آن ناخوشایند بوده و تأثیری منفی در روند عادی زندگی روزانه فرد دارد و نهایتاً به آزمایش‌های کلینیکی یا درمان منجر می‌شود. این باور اشتباه برخلاف فقدان یافته‌های آسیب‌شناسی در معاینات طبی و عصبی باید به مدت ۶ ماه دوام داشته باشد و در بررسی‌های متعدد هیچ مشکل بارزی در حد نگرانی موجود تشخیص داده نشده باشد (۱). میزان شیوع ۱۲-۶ ماهه اختلال اضطراب بیماری که قبلاً خودبیمارانگاری نامیده می‌شد در جمعیت سرپایی بین ۳ تا ۸ درصد است و میزان آن در مردان و زنان مساوی است (۲). نشانه‌های بیماری از هر سنی ممکن است شروع شود؛ ولی این اختلال اغلب در افراد ۲۰ تا ۳۰ ساله دیده میشود. ویژگی اصلی اختلال اضطراب بیماری اشتغال ذهنی با ترس از داشتن یک بیماری جدی است. این اشتغال ذهنی مداوم و بیش از حد ناتوان‌کننده بوده و به دلیل استفاده‌ی زیاد از خدمات بهداشتی درمانی و ایجاد اختلال در عملکرد افراد موجب رنج خود فرد و نزدیکانش میشود (۴، ۵). تلاش مستمر برای جست و جوی اطلاعات و اطمینان در مورد علائم ترس یا بیماری نشانه‌ای است که به راحتی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری می‌توان دید. افراد مبتلا به این بیماری ممکن است مدام به پزشکان مراجعه کنند و به دنبال آزمایش‌های اضافی، جست و جوی اطلاعات در وبگاه‌های اینترنتی و متون پزشکی باشند (۴). این اختلال با محدودیت‌ها و آسیب‌های قابل توجهی از جمله غیبت در انجام کار، محدودیت‌های جسمی، اختلال در عملکرد اجتماعی و خانوادگی و هزینه‌های اقتصادی مربوط به مراقبت‌های پزشکی همراه است (۱، ۵). به طور کلی عوامل متعددی اختلال اضطراب بیماری را تحت تأثیر قرار میدهند. این عوامل عبارت‌اند از: باورهای فراشناختی و عدم تحمل ابهام (۶) نیازهای ارضاننده و تجارب دوران کودکی (محیط خانوادگی و نحوه‌ی مراقبت والدین) مخصوصاً در مواقع استرس‌زا (۱، ۷) عزت نفس پایین (۸) سبک‌های دلبستگی نایمن و مشکلات بین فردی (۱) و ترس از بیماری (۹). علاوه بر عوامل بالا، ساختار شناختی افراد نیز در زمینه‌سازی و تداوم اختلال اضطراب بیماری نقش دارد. یکی از عوامل موجود در ساختار شناختی که به صورت ناخواسته در بروز این اختلال تأثیرگذار است، طرحواره‌های ناسازگار اولیه است که کمتر مورد توجه و بررسی قرار گرفته است. طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسانی هستند که در آغاز رشد و تحول در ذهن فرد شکل گرفته و در مسیر زندگی تکرار می‌شوند. در پاسخ به طرحواره‌ها الگوهای رفتاری و هیجانی و شناختی ناسازگاری به وجود می‌آیند که افراد را در برابر انواع اختلالات روانی آسیب‌پذیر می‌کنند (۱۰).

هیجان‌ها بخش جدایی‌ناپذیری از سازگاری فردی و اجتماعی هستند (۱۱). بدون هیجان زندگی افراد فاقد معنا، ساختار، غنا، شادی و تعامل با دیگران است (۱۲). افزون بر این، هیجان در جنبه‌های مختلف زندگی نقش مهمی را ایفا می‌کند و همچنین، در سازگاری با رویدادهای تنیدگی‌زا و تغییرات زندگی مؤثر می‌باشد (۱۳). بیش از دو هزار سال پیش، ارسطو اظهار داشت که هیجان‌ها سازش یافته هستند اگر آنها به شیوه صحیح و در زمان مناسب بیان شوند در شرایط مناسب برانگیخته شوند و پیرامون مسائل صحیح بکار روند (۱۴). همچنین، افلاطون معتقد بود هیجان شبیه ارابه رانی است که برای کنترل دو اسب تلاش می‌کند یکی از آنها اهلی است و نیازی به هدایت کردن ندارد ولی دیگری وحشی است و ممکن است خطرناک باشد (۱۲). شواهد نشان می‌دهد که هیجان‌ها در پاسخ‌دهی رفتاری، فرآیند تصمیم‌گیری، ارتقاء حافظه برای وقایع مهم و تسهیل تعاملات بین فردی نقش مهمی را ایفا می‌کند. با اینکه هیجان‌ها کمک‌کننده هستند اما می‌توانند مخرب هم باشند. پاسخ‌های هیجانی نامناسب می‌توانند منجر به بروز اشکال مختلف آسیب‌های روانی، مشکلات اجتماعی و حتی بیماری‌های جسمانی شوند (۱۵).

^۱ illness anxiety^۲ Emotion

تنظیم هیجان^۳ به عنوان فرآیند هایی که از طریق آنها افراد هیجانانگیز را برای پاسخ به توقعات محیطی هشیارانه و ناهشیارانه تعدیل می کنند، در نظر گرفته می شود (۱۶). شکست در تنظیم هیجان، بی نظمی نامیده می شود. بی نظمی هیجان^۴ به عنوان روش های ناسازگارانه پاسخ به هیجانانگیز تعریف شده است که شامل پاسخهای فاقد پذیرش، دشواری در کنترل رفتارها در بستر پریشانی هیجانی، و نقص در استفاده عملکردی از هیجانانگیز به عنوان اطلاعات است (۱۷). اختلالات و علائم فیزیولوژیکی گوناگونی وجود دارد که با بی نظمی هیجان ارتباط دارند، بعضی از این موارد شامل: (۱) درد، (۲) استعمال دخانیات، (۳) گسیختن، (۴) اختلالات خوردن و (۵) اعتیاد می شود (۱۸). همچنین، شماری از پژوهش ها نشان داده اند که دشواری در تنظیم هیجان^۵ با طیف وسیعی از اختلالات از جمله سوء مصرف مواد (۱۹)، اختلال اضطراب فراگیر (GAD) (۲۰)، و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) (۲۱) در ارتباط است (۱۷) افرادی که راهبردهای تنظیم هیجان ضعیف را فراگرفته اند ممکن است بیش از دیگران استفاده از رفتارهای پرخطر به عنوان ابزاری برای تسکین هیجان منفی باشند. (۲۲).

روش پژوهش

روش های پژوهش حاضر به طرح تحلیلی-توصیفی از نوع همبستگی تعلق دارد. جامعه آماری این پژوهش را مردان و زنان استان خراسان رضوی و تهران تشکیل میدهند که از این جامعه، نمونه ای با حجم ۱۶۵ نفر (شامل ۶۲ آقا و ۱۰۳ خانم) با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. از کلیه شرکت کنندگان در پژوهش، رضایت آگاهانه اخذ گردید و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعاتشان به صورت محرمانه حفظ خواهد شد. سپس پرسشنامه ها به صورت الکترونیکی در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت و از آنها خواسته شد سوالات را با دقت خوانده و پاسخ دهند.

ابزار پژوهش

مقیاس نگرش به بیماری (IAS)^۸

این پرسشنامه در سال ۱۹۸۶ توسط کلنر ساخته شد که شامل ۲۹ پرسش در مقیاس لیکرت پنج درجه ای از صفر تا چهار نمره گذاری می شود (۰ = هرگز، ۱ = بندرت، ۲ = گاهی اوقات، ۳ = اغلب اوقات و ۴ = همیشه) و به منظور اندازه گیری خود بیمار پنداری طراحی شده است. نمره کلی مقیاس نگرش نسبت به بیماری در دامنه ای از ۰ تا ۱۰۸ قرار دارد. فرم اصلی این مقیاس شامل ۹ زیر مقیاس است که هر کدام از ۳ سوال تشکیل یافته اند و نمره بالا در هر کدام از زیر مقیاس ها بیانگر ناپهنجاری در

^۳ Emotion Regulation

^۴ Excitement disorder

^۵ Difficulty of Emotion Regulation

^۶ Generalized anxiety disorder

^۷ Post-traumatic stress disorder

^۸ Illness anxiety scale

آن زیر مقیاس می باشد. در این پرسشنامه دو آیتم ۲۲ و ۲۶ نیز اطلاعات اضافی را ارائه می کنند ولی در نمره گذاری لحاظ نمی شوند. زیر مقیاس های ذکر شده عبارتند از: ۱- نگرانی درباره سلامتی، ۲- نگرانی در خصوص درد، ۳- آیین های سلامتی، ۴- باورهای خود بیمار پندارانه، ۵- هراس از مرگ، ۶- هراس از بیماری، ۷- اشتغال ذهنی با بدن، ۸- تجربه درمان و ۹- تاثیر علائم می باشد. اما در پژوهش های بعدی که در خصوص ساختار عاملی این پرسشنامه صورت گرفت هاجیستا و روپولوس و آسماندسون (۱۹۹۸) ۵ عامل را مورد شناسایی قرار دادند. در ایران این پرسشنامه توسط عطری فرد و همکاران (۲۳) بر روی ۹۲۹ دانشجوی دانشگاه شاهد مورد بررسی قرار گرفته است. در این پژوهش ۵ عامل ترس از بیماری و ناخوشایندی، فراوانی درمان، باورهای خود بیمار پندارانه و آثار علائم، رفتار سلامتی و هراس از مرگ مورد شناسایی قرار گرفتند که هر یک به ترتیب شامل ۷،۳،۱۰، ۴ و ۳ آیتم هستند. اعتبار تشخیصی پژوهش فوق حاکی از آن است که ۴ عامل ترس از بیماری و ناخوشایندی، فراوانی درمان، باورهای خود بیمار پندارانه و آثار علائم و رفتار سلامتی بطور معناداری بیماران دارای مشکلات روان شناختی را از آزمودنی های سالم متمایز می کند. بررسی همسانی درونی زیر مقیاس ها حاکی از آن است که همگی زیر مقیاس ها دارای همسانی درونی مطلوبی می باشند (بالای ۰.۷۰). همچنین در این پژوهش مشخص شد که بین عامل ۱، ۲ و ۴ با مقیاس خودبیمار پنداری MMPI و بین عامل ۱ و ۳ با خرده مقیاس نشانه های بدنی SCL-۹۰-R و بین عامل ۳ با خرده مقیاس نشانه های بدنی GHQ رابطه متوسط وجود دارد و تنها بین عامل ۵ با مقیاس های دیگر رابطه معنادار وجود ندارد (۲۳).

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS)^۹

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS)، مقیاسی ۳۶ ماده ای است که به منظور ارزیابی دشواری در تنظیم هیجان توسط گرتز و رومر (۱۷) در قالب ۶ خرده مقیاس (عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، دشواری در رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی) تدوین شده است. پاسخ به هر یک از خرده مقیاس ها براساس مقیاس درجه بندی لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) صورت می گیرد. دامنه حداکثر و حداقل نمرات در این مقیاس بین ۱۸۰ و ۳۶ است. که نمرات بالاتر بیانگر دشواری بیشتر در تنظیم هیجان می باشد. گرتز و رومر (۱۷) پایایی این مقیاس را از طریق بازآزمایی ۰.۸۸ و همسانی درونی مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰.۹۳ و برای خرده مقیاسها بالای ۰.۸۰ گزارش کرده اند. در فرهنگ ایرانی عزیزی، میرزایی و شمس (۲۴) پایایی این مقیاس را براساس آلفای کرونباخ ۰.۹۲ گزارش نموده اند و همچنین، داده های حاصل از این مقیاس با مقیاس انتظار تعمیم یافته تنظیم هیجان منفی و پرسشنامه پذیرش و عمل روایی همگرایی مقیاس را تأیید کرده است.

^۹ *difficulty in emotion regulation scale*

یافته ها

یافته‌های توصیفی پژوهش

اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنیها:

جدول ۱- اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنیها

متغیرها	فراوانی (n)	درصد (%)
جنسیت	مرد	۳۷.۶
	زن	۶۲.۴
وضعیت تاهل	مجرد	۶۱.۸
	متاهل	۳۷
	مطلقه	۱.۲
مقطع تحصیلی	زیر دیپلم	۱۳.۳
	دیپلم	۳۷
	لیسانس	۴۴.۲
	فوق لیسانس	۴.۲
	دکتری	۱.۲
وضعیت اشتغال	شاغل	۵۸.۲
	بیکار	۴۱.۸
سن	میانگین	انحراف معیار
	۲۶.۵۲	۱۰.۸۵۴

شاخص های توصیفی مربوط به نمرات آزمودنیها در متغیرهای پژوهش در این قسمت شاخص های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) نمرات آزمودنیها را در دشواری تنظیم هیجان و اضطراب بیماری را نشان می دهد.

جدول ۲- شاخص های توصیفی نمرات آزمودنیها در متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
دشواری در تنظیم هیجان	۴۴.۶۲	۱۴.۴۱
اضطراب بیماری	۹۴.۶۰	۲۱.۹۵

جدول ۱-۲ شاخص های آمار توصیفی نمرات آزمودنیها را در متغیرهای پژوهش نشان می دهد. بر اساس نتایج مندرج در جدول مذکور، میانگین به ترتیب ۴۴.۶۲ و ۹۴.۶۰ و انحراف معیار به ترتیب ۱۴.۴۱ و ۲۱.۹۵ است.

یافته های استنباطی پژوهش:

گزارش آزمون همبستگی بین نمرات دشواری تنظیم هیجان و اضطراب بیماری:

جدول ۳- همبستگی بین نمرات عدم تحمل بلا تکلیفی و اضطراب فراگیر

شاخص	ضریب همبستگی پیرسون	معناداری آماري P-value
دشواری تنظیم هیجان و اضطراب بیماری	۰.۳۷	۰.۰۰۰

نتایج حاصل از آزمون همبستگی پیرسون در جدول ۳-۱، رابطه مثبت و معناداری را بین دشواری تنظیم هیجان و اضطراب بیماری نشان می دهد ($r=0.37, P<0.001$). به این معنا که با افزایش نمره دشواری تنظیم هیجان، نمره های اضطراب بیماری نیز به صورت مستقیم بیشتر می شود.

بحث و نتیجه گیری

در پژوهش حاضر رابطه بین اضطراب بیماری با تنظیم دشواری هیجان مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به یافته های استنباطی این پژوهش نتایج نشان داد که بین اضطراب بیماری با دشواری در تنظیم هیجان همبستگی معناداری وجود دارد. اضطراب بیماری با دشواری تنظیم هیجان، دارای رابطه مثبت و معنادار هستند. این یافته با پژوهش باردن و فرگوس ۲۰۱۳ همسو می باشد. آنها به این دست یافتند که برخی از استراتژی های تنظیم هیجانی تاثیر افزایشی بر روی متغیرهای اضطراب سلامت دارند (۲۵).

در تبیین این نتایج می توان گفت معنادار بودن ارتباط بین اضطراب بیماری با دشواری در تنظیم هیجان به این علت است که زمانی که افراد نمی توانند هیجانان خود را شناسایی و تنظیم کنند اضطراب به بیمار شدن نیز افزایش میابد و افراد مستعد مبتلا به اضطراب بیماری می شوند. از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به نمونه گیری در دسترس و حجم کم نمونه اشاره کرد. پیشنهاد می شود برای تعمیم بهتر نتایج، پژوهش بر روی جمعیت های بالینی و بهنجار دیگر انجام گیرد.

باید توجه داشت که در ارتباط با این متغیرها به شدت کم تحقیقات انجام گرفته است، لذا پیشنهاد می شود که تحقیقات بیشتری روی این متغیرها صورت گیرد. همچنین این پژوهش در دو استان خراسان رضوی و تهران (شهر مشهد و تهران) صورت گرفته است و پیشنهاد بعدی این است که در شهر و استان های دیگر نیز این پژوهش انجام شود.

References

۱. Bakhti M. Relationship between attachment styles and alexithymia with hypochondriasis in non-clinical population the students of Ferdowsi university of Mashhad. Master's Degree in General Psychology. Mashhad Ferdowsi University; ۲۰۱۱. [Persian].
۲. Grossi D, Longarzo M, Quarantelli M, Salvatore E, Cavaliere C, De Luca P, et al. Altered functional connectivity of interoception in illness anxiety disorder. *Cortex*. ۲۰۱۷; ۸۶:۲۲-۳۲.
۳. Talaei A, Nasiraei A, Samari AA, Mirshojaeian M, Rezaei Ardani A. Hypochondriasis in resident students of Mashhad university of medical sciences. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences*. ۲۰۰۹; ۱۷(۱):۸-۱۸. [Persian].
۴. Olatunji BO, Deacon BJ, Abramowitz JS. Is hypochondriasis an anxiety disorder? *Br J Psychiatry*. ۲۰۰۹; ۱۹۴(۶):۴۸۱-۴۸۲.
۵. Newby JM, Hobbs MJ, Mahoney AE, Wong SK, Andrews G. DSM-۵ illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: Comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. *J Psychosom Res*. ۲۰۱۷; ۱۰۱:۳۱-۳۷.
۶. Khaje Mansoori A, Mohammadkhani P, Mazidi M, Kami M, Bakhshi Nodoshan M, Shahidi S. The role of metacognition and intolerance of uncertainty in differentiating illness anxiety and generalized anxiety. *Pract clin psychol*. ۲۰۱۶; ۴(۱):۵۷-۶۵.
۷. Kerry L. The interpersonal model of health anxiety: measurement invariance and gender comparisons. Dalhousie university Halifax, nova scotia. ۲۰۰۸.
۸. Abramowitz JS, Braddock AE. Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin*. ۲۰۰۶; ۲۹(۲):۵۰۳-۵۱۹.
۹. Fergus TA, Valentiner DP. Disease phobia and disease conviction are separate dimensions underlying hypochondriasis. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. ۲۰۱۰; ۴۱(۴):۴۳۸-۴۴۴.
۱۰. Young J E, Klosko J S, Weishoer ME. Schema therapy: A practitioner's guide. Arjmand Press: Tehran. ۲۰۰۳. [Persian]
۱۱. Lee JH. An evaluation of culture-specific risk factors and emotion regulation strategies on psychological distress and maladaptive behaviors among Asian Americans [dissertation]: Department of Psychology, Eastern Michigan University; ۲۰۱۳.
۱۲. Leahy R, Napolitano LA, Tirch D. Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide. New York Guilford press; ۲۰۱۱.
۱۳. Garnefski N, Van Den Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Onstein E. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *Eur J Personality*. ۲۰۰۲; ۱۶(۵):۴۰۳-۲۰.
۱۴. Gross JJ, Jazaieri H. Emotion, emotion regulation, and psychopathology: an affective science perspective. *Clin Psychological Sci*. ۲۰۱۴; ۲(۴):۳۸۷-۴۰۱.
۱۵. Sun LR, Qing C, Zhang YL, Jia SY, Li ZR, Pei SJ, et al. Cimicifoetisides A and B, two cytotoxic cycloartane triterpenoid glycosides from the rhizomes of *Cimicifuga foetida*, inhibit proliferation of cancer cells. *Beilstein J Org Chem*. ۲۰۰۷; ۳:۳.
۱۶. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (۲۰۱۰). Emotion- regulation strategies across psychopathology: A meta_ analytic review. *Clinical Psychology Review*, ۳۰, ۲۱۷-۲۳۷.
۱۷. Gratz, K. L., & Romer, L. (۲۰۰۴). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, ۲۶ (۱), ۴۱-۵۴.

- ۱۸, Gayle L Macklem (۲۰۰۷) , Emotional regulation in school-aged children (Trans: Kiani A , Bahrami F) , New York , USA
- ۱۹, Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (۱۹۹۶). Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, ۶۴, ۱۱۵۲-۱۱۶۸.
- ۲۰, Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (۲۰۰۲). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, ۹, ۸۵-۹۰.
- ۲۱, Cloitre, M. (۱۹۹۸). Sexual revictimization: Risk factors and prevention. In V. M. Follette, J. I. Ruzek & F. R. Abueg (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (pp. ۲۷۸-۳۰۴). New York: Guilford Press.
- ۲۲, Auerbach, R.P., Abela, J. R. Z., Ringo Ho, M. (۲۰۰۷). Responding to symptom of depression and anxiety: Emotion regulation, neurotism and engagement in risky behaviors. *Behavior research and therapy*, ۴۵, ۲۱۸۲-۲۱۹۱
- ۲۳, Atri Fard M ,Shaairy MR ,Asghari Moghadam MA. Factor structure and psychometric features of the Illness Attitude Scale in Iranian samples. *J Daneshvar Behav.* ۲۰۰۶; ۱۶: ۵۷-۷۰. Persian.
- ۲۴, Azizi A, Mirzaei A, Shams J. Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. *Hakim Health Sys Res.* ۲۰۱۰; ۱۳(۱): ۱۱-۸. Persian.
- ۲۵, Joseph R. Bardeena, Thomas A. Fergus, (۲۰۱۳), An examination of the incremental contribution of emotion regulation difficulties to health anxiety beyond specific emotion regulation strategies. *Journal of Anxiety Disorders*, Volume ۲۸, Issue ۴, May ۲۰۱۴, Pages ۳۹۴-۴۰۱