

پیش‌بینی اضطراب ناشی از شیوع کرونا ویروس بر اساس پریشانی روان‌شناختی، راهبردهای

مقابله با تنیدگی و انعطاف‌ناپذیری در کادر درمان

افسانه نجار خدابخش^۱، دکتر حسن حیدری^۲

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.

۲. دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران. (نویسنده مسئول).

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره هشتم، شماره پنجاه و ششم، سال ۱۴۰۲، صفحات ۴۴۴-۴۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۰۴

تاریخ وصول: ۱۴۰۲/۰۲/۲۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی پیش‌بینی اضطراب ناشی از شیوع کرونا ویروس بر اساس پریشانی روان‌شناختی، راهبردهای مقابله با تنیدگی و انعطاف‌ناپذیری در کادر درمان انجام شد. روش پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر گردآوری داده‌ها توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش کلیه کادر درمان (پزشک، پرستار و غیره) شهر اصفهان در دوران شیوع کرونا در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند. به این منظور تعداد ۴۰۰ نفر با استفاده از فرمول کوکران و به روش نمونه‌گیری در دسترس (شیوه آنلاین) انتخاب شدند و به مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS) علی‌پور و همکاران (۱۳۹۸)، پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر (K-10) کسلر و همکاران (۲۰۰۳)، پرسشنامه راهبردهای مقابله با تنیدگی (WCQ) لازاروس و فولکمن (۱۹۹۸) و پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم (AAQ-II) بوند و همکاران (۲۰۱۱) پاسخ دادند. پس از گردآوری الکترونیکی پرسشنامه‌ها، داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیره به شیوه همزمان تحلیل شد. نتایج نشان داد که بین پریشانی روان‌شناختی، راهبردهای مقابله با تنیدگی و انعطاف‌ناپذیری با اضطراب رابطه معناداری وجود دارد ($p < 0/01$). نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نیز آشکار کرد که ۷۳/۳ درصد واریانس اضطراب کرونا به وسیله پریشانی روان‌شناختی، راهبردهای مقابله با تنیدگی و انعطاف‌ناپذیری تبیین می‌شود؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که پریشانی روان‌شناختی، راهبردهای مقابله با تنیدگی و انعطاف‌ناپذیری توان پیش‌بینی اضطراب کرونا در کادر درمان دارند.

کلیدواژه: اضطراب کرونا، پریشانی روان‌شناختی، راهبردهای مقابله با تنیدگی، انعطاف‌ناپذیری.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره هشتم، شماره پنجاه و ششم، سال ۱۴۰۲

مقدمه

کرونا ویروس جدید در دسامبر سال ۲۰۱۹ در ووهان^۱ چین آغاز شد و از آنجا به سایر کشورها سرایت پیدا کرد. اگرچه این ویروس منشأ خفیفی از سندرم عفونت ملایم^۲ (رایت و اسچینبنوگن^۳، ۲۰۲۲) همراه با علائمی همچون سرفه، تب، سردرد و دردهای عضلانی^۴ (گیوا^۵ و همکاران، ۲۰۲۰) و به ندرت اختلالات گوارشی همراه است (جیانگ^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). از سوی کرونا ویروس جدید باعث آسیب‌های جدی ریوی^۷ و مرگ می‌شود (هازاراپتیان^۸ و همکاران، ۲۰۲۳)، که این وضعیت باعث ترس از ابتلا به این بیماری و بروز مشکلات روان‌شناختی در بیماران و اضطراب مرگ^۹ در آنان می‌گردد (منزیس و منزیس^{۱۰}، ۲۰۲۰). پیدایش این بیماری هم‌اکنون به‌عنوان یک بحران سلامت عمومی است که چالش‌های بسیاری با خود به همراه دارد از جمله آن‌ها می‌توان به تجربه انگ اجتماعی (ایکسو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۱)، وسواس فکری-عملی (گیتینس استون^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۳)، اندوه مرگ (منزیس و همکاران، ۲۰۲۰) و اضطراب کرونا^{۱۳} اشاره کرد (گابرال-پاسکوت^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۳). این تجربه اضطراب ناشی از شیوع کرونا از جمله تجاربی هستند که هم افراد سالم و هم افراد مبتلا به کرونا در طول دوران شیوع و ابتلا به کرونا ویروس تجربه می‌شود. اخیراً همه‌گیری بیماری کرونا ویروس جدید منجر به ایجاد استرس و اضطراب زیادی در سراسر جهان شده است (مالسزا و کاکزمارک^{۱۵}، ۲۰۲۱). یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر در برابر کرونا ویروس، کارکنان و کادر درمان هستند که به دلیل حضور در خط مقدم مبارزه با این بیماری در معرض آلودگی به این ویروس قرار دارند (کوک^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۳).

اضطراب ناشی از کرونا ویروس (کووید-۱۹) به فکر کردن در مورد کرونا و مشکل در خوابیدن و همچنین نشخوار فکری نسبت به آن اشاره دارد (جونگمان و ویتوتف^{۱۷}، ۲۰۲۰؛ پتزولد^{۱۸} و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس پیشینه پژوهش زنان نسبت به مردان، افرادی مصرف دارو نسبت به افراد بدون مصرف دارو و افراد با مشاغل درمانی نسبت به مشاغل غیردرمانی، میزان استرس و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند (سیرتی نیرو و همکاران، ۱۳۹۹). یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های اضطراب کرونا می‌تواند پریشانی روان‌شناختی^{۱۹}

1. Wuhan
2. syndrome infectious mild
3. Wirth & Scheibenbogen
4. myalgia
5. Giwa
6. Jiang
7. pulmonary pathologies
8. Hazarapetyan
9. death anxiety
10. Menzies & Menzies
11. Xu
12. Gittins Stone
13. anxiety coronavirus
14. Gabarrell-Pascuet
15. Malesza & Kaczmarek
16. Cook
17. Jungmann & Witthöft
18. Petzold
19. psychological distress

باشد؛ به طوری که نتایج یک پژوهش نشان داده است که بین پریشانی روان‌شناختی با اضطراب کرونا رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (کیو^۱ و همکاران، ۲۰۲۰؛ کاشفی و حاج ابوطالبی، ۱۴۰۰). پریشانی روان‌شناختی مجموعه‌ای از نشانه‌های افسردگی و اضطراب ادراک‌شده و کنشوری روان‌شناختی غیرانطباقی^۲ در سطح رخداد‌های تنش‌زای زندگی اشاره دارد (اخوان عبیری و همکاران، ۱۳۹۷). افزون بر پریشانی روان‌شناختی عامل مهم دیگر در ایجاد اضطراب کرونا، می‌تواند راهبردهای مقابله با تنیدگی^۳ باشد (کار^۴ و همکاران، ۲۰۲۱)؛ به طوری که بر اساس نتایج یک پژوهش بین سبک مقابله‌ای مسأله‌مدار با اضطراب کرونا در سالمندان رابطه منفی و معنی‌دار و بین سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار و فرانگرانی با اضطراب کرونا همبستگی مثبت و معنی‌داری دارد (رحیمیان و دشت بزرگی، ۱۴۰۰). مفهوم مقابله دارای سابقه طولانی است که در اصل از تئوری مکانیسم‌های دفاعی^۵ فروید^۶ تکامل یافته است (پارکر و شینین^۷، ۲۰۲۰). از دیدگاه شناختی لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) مقابله را به‌عنوان مجموعه‌ای از تلاش‌ها برای تغییر محیط در تلاش برای انطباق با بهترین حالت ممکن با یک رویداد استرس‌زا و کاهش یا به حداقل رساندن آن تعریف کرده‌اند (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴؛ به نقل از لوکا^۸ و همکاران، ۲۰۲۰). یافته‌های یک مطالعه نشان داده است که استرس بین کارکنان درمان بالا بوده است و همچنین استفاده از سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و انجام فعالیت ورزشی، به ترتیب ارتباط مثبت و منفی معناداری با شدت استرس و اضطراب آنان داشته است (محمدزاده و همکاران، ۱۴۰۰). در نهایت می‌توان گفت که انعطاف‌ناپذیری نیز می‌تواند اضطراب کرونا را در افراد تشدید کند (عطارد و همکاران، ۱۳۹۸؛ محمدپور و همکاران، ۱۴۰۰). انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، هسته‌ی اصلی نظریه فراتشخیصی از سلامت روان است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۹ براساس آن استوار است و با شش فرآیند مربوط به هم مشخص می‌شود: یعنی اجتناب تجربه‌ای، آمیختگی شناختی، دلبستگی به خود مفهوم‌سازی شده، فقدان تماس با لحظه حال، عدم وضوح ارزش‌ها، عمل غیرمتعهدانه (چاوا و اوستافین^{۱۰}، ۲۰۰۷).

از این فرآیندها، اجتناب تجربه‌ای و یا انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی بیشترین توجه تجربی را دریافت کرده است. به‌طور نظری، استدلال شده که تمام این شش فرآیند در تمام جهت‌ها با یکدیگر مرتبط هستند اما تجربیات خاص زندگی، الگوهای فرد و موقعیت‌های جاری این فرآیندها و ارتباطات آن‌ها را با یکدیگر کاهش یا افزایش می‌دهند (هیز^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۴). بر اساس این تئوری، رفتاری که به لحاظ روان‌شناختی انعطاف‌پذیر است، بهزیستی آدمی را حفظ می‌کند درحالی‌که رفتار انعطاف‌ناپذیر روان‌شناختی موجب ایجاد و حفظ مشکلات سلامت روان می‌شود. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به تغییر یا تداوم و استمرار رفتار در راستای

1. Qiu
2. maladaptive psychological functioning
3. coping strategies
4. Kar
5. defense mechanisms
6. Freud's
7. Parker & Sheinin
8. Luca
9. acceptance and commitment therapy
10. Chawla & Ostafin
11. Hayes

ارزش‌های انتخاب‌شده اشاره دارد (هیز و همکاران، ۲۰۱۶). درحالی‌که انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی زمانی رخ می‌دهد که رفتار به‌طور جدی، توسط واکنش‌های روان‌شناختی مانند همجوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای هدایت می‌شود نه توسط وابستگی‌های مستقیم یا ارزش‌های شخصی (هیز و همکاران، ۲۰۰۶).

انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن نقش پررنگی در سلامت روان و جسم افراد دارند و ارتباط انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی با اضطراب بر ماهیت فراتشخیصی انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی صحنه می‌گذارد و در برخی بافت‌ها رفتارهای سرکوبگرانه یا اجتنابی به‌عنوان نوعی راهبرد خود-محافظتی قلمداد می‌شوند که از فرد در برابر پیامدهای به‌ظاهر فاجعه‌آمیز محافظت می‌کنند (صالح‌زاده عین‌آباد و همکاران، ۱۳۹۷). در مجموع با توجه به آنچه گفته شد در اهمیت و ضرورت پژوهش می‌توان گفت که شیوع گسترده کرونا و نبود هرگونه درمان و پیشگیری قطعی، سبب استرس و نگرانی در کادر درمان شده است و اضطراب ناشی از ابتلا به بیماری کرونا می‌تواند منجر به مشکلات جسمانی (فریور و همکاران، ۱۳۹۹)، افسردگی (ژنگ^۱ و همکاران، ۲۰۲۱)، استرس (سربوزی حسین‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۹)، کاهش سطح تاب‌آوری (روبرتز^۲ و همکاران، ۲۰۲۱)، کاهش سلامت روان (سامپایو^۳ و همکاران، ۲۰۲۱) و کاهش رفتارهای مراقبتی در کادر درمان شود (اسدی و همکاران، ۱۳۹۹). با توجه به چنین مشکلاتی شناخت عوامل مؤثر بر اضطراب در کادر درمان از اهمیت و ضرورت فراوانی برخوردار است. چراکه با شناخت عوامل مؤثر بر اضطراب ناشی از کرونا در کادر درمان هم می‌توان از فرسودگی و کاهش انرژی در سطح کار این افراد در بیمارستان‌ها جلوگیری کرد و هم می‌توان به بیماران مبتلا به کرونا خدمات درمانی بهتری ارائه شود. چراکه کادر درمانی که خود دچار، ترس و اضطراب شود خدمات درمانی مناسبی را ارائه نخواهد داد و همین امر خود از عوامل تنش‌آفرین هم برای کادر درمان و هم بیماران مبتلا به کرونا خواهد بود. لذا انجام این پژوهش دارای اهمیت و ضرورت فراوانی است. لذا در این پژوهش به این سؤال پاسخ داده می‌شود که آیا اضطراب ناشی از شیوع کرونا ویروس بر اساس پریشانی روان‌شناختی، راهبردهای مقابله با تنیدگی و انعطاف‌ناپذیری در کادر درمان قابل پیش‌بینی است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی است که با هدف پیش‌بینی انجام‌شده است. جامعه آماری این پژوهش کلیه کادر درمان (پزشک، پرستار و غیره) شهر اصفهان در دوران شیوع کرونا در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. از آنجایی‌که حجم جامعه آماری گسترده است، بر اساس فرمول کوکران برای جوامع نامحدود با اطمینان ۰/۹۵، انحراف استاندارد ۰/۵ و حاشیه‌ی خطای ۰/۵-/+ حجم نمونه ۳۸۵ نفر تعیین شد. همچنین در جهت کاهش سطح خطا، افزایش تعمیم‌پذیری و از آنجایی‌که احتمال ریزش برخی پرسشنامه‌ها به دلیل ناقص بودن و سایر دلایل دیگر تعداد ۱۵ نفر بیشتر انتخاب شد. لذا حجم نمونه در این پژوهش ۴۰۰ نفر بود. با توجه به اینکه زمان اجرای پژوهش در دوران شیوع کرونا ویروس (کووید-۱۹) بود امکان اجرای مداد-کاغذی پرسشنامه‌ها بر روی کادر درمان وجود

1. Zheng
2. Roberts
3. Sampaio

ندارد. لذا برای انجام این کار از روش آنالیز از طریق گوگل فرم استفاده شد. لذا به این دلیل روش نمونه‌گیری در این پژوهش در دسترس^۱ (داوطلبانه و به روش آنالیز) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی و استنباطی عمل شد. در سطح توصیفی جهت سنجش متغیرهای پژوهش از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در سطح استنباطی جهت بررسی روابط بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیره با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

ابزار پژوهش

مقیاس اضطراب بیماری کرونا^۲ (CDAS) علی پور و همکاران (۱۳۹۸): این مقیاس شامل ۱۸ سؤال است که دو خرده مقیاس شامل علائم روانی با سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸ و ۹ و علائم جسمانی با سوالات ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری مقیاس در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای صورت می‌گیرد، به این صورت که هرگز صفر نمره، گاهی اوقات ۱ نمره، بیشتر اوقات ۲ نمره و همیشه ۳ نمره تعلق می‌گیرد (مظلوم‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰). نمره ۰ تا ۱۶ نشان دهنده عدم اضطراب یا خفیف، نمره ۱۷ تا ۲۹ نشان دهنده اضطراب متوسط و نمره ۳۰ تا ۵۴ نشان دهنده اضطراب شدید بیماری کرونا است. در پژوهش توسط سازندگان مقیاس روایی آن با روش تحلیل عاملی تائید شد که مقدار خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA) ۰/۰۸۶ به دست آمد. همچنین پایایی مقیاس نیز با روش آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب برای علائم روانی ۰/۸۸، علائم جسمانی ۰/۸۶ و کل مقیاس ۰/۹۹ به دست آورده‌اند (علی پور و همکاران، ۱۳۹۸). در پژوهش‌های دیگر ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۸ تا ۰/۹۱ به دست آمده است (شمالی احمدآبادی و همکاران، ۱۴۰۰). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب کل سوالات ۰/۸۱ به دست آمده است.

مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر^۳ (K-10) کسلر و همکاران (۲۰۰۳): این مقیاس شامل ۱۰ سؤال است. نمره‌گذاری مقیاس در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد به این صورت که هیچ‌وقت ۱ نمره، اوقات محدودی ۲ نمره، گاهی اوقات ۳ نمره، اکثر اوقات ۴ نمره و تمام اوقات ۵ نمره تعلق می‌گیرد (برویچنیکز^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). نمره کمتر از ۲۰ نشان دهنده پریشانی پایین، ۲۰ تا ۲۴ پریشانی خفیف، ۲۵ تا ۲۹ پریشانی متوسط و بالاتر از ۳۰ پریشانی شدید می‌باشد (ایوانوا^۵ و همکاران، ۲۰۲۲). در داخل ایران برای بررسی پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۸۰ گزارش شده است (صالحیان و همکاران، ۱۴۰۱). روایی ملاکی این مقیاس از طریق محاسبه نقطه برش آن که بازتابی از همبستگی اش با متغیر ملاک ((فرم مصاحبه تشخیصی بین‌المللی مرکب^۶) می‌باشد، تائید می‌شود که نقطه برش آن نیز ۸ اعلام شده است (یعقوبی، ۱۳۹۴). روایی مقیاس با متغیر فراهیجان مثبت ۰/۳۳- و فراهیجان منفی ۰/۳۲ به دست آمده است که نشان دهنده روایی همگرایی و واگرایی مقیاس است (بهبهانی مندنی زاده و

1. convenience sampling
2. Corona Disease Anxiety Scale (CDAS)
3. Kessler Psychological Distress Scale (K-10)
4. Brujiniks
5. Ivanova
6. Composite International Diagnostic Interview (CIDI)

همائی، ۱۳۹۹). در بررسی‌های خارج از کشور پایایی مقیاس با آلفای بررسی شده است کرونباخ که ضریب $0/56$ (آسامیکا و اوجاسانیا، ۲۰۱۹)، ضریب آلفای کرونباخ $0/93$ به دست آمده است (برویجنیکز و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین مطالعه‌ای دیگر نشان داده است که این مقیاس از پایایی بالایی برخوردار است و ضریب $0/93$ گزارش شده است (رومرو و همکاران، ۲۰۲۱). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب کل سوالات $0/90$ به دست آمده است.

پرسشنامه راهبردهای مقابله با استرس^۳ (WCQ) لازاروس و فولکمن^۴ (۱۹۹۸): این پرسشنامه شامل ۶۶ سؤال است که دو مولفه مقابله هیجان محور و مسئله محور تشکیل شده است که خرده مؤلفه‌های مقابله هیجان محور شامل رویارویی سوالات ۶، ۷، ۱۷، ۲۸، ۳۴ و ۴۶؛ دوری گزینی با سوالات ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۱، ۴۱، ۴۴؛ گریز-اجتناب با سوالات ۱۱، ۱۶، ۳۳، ۴۰، ۴۷، ۵۰، ۵۸ و ۵۹؛ خودکنترلی با سوالات ۱۰، ۱۴، ۳۵، ۴۳، ۵۴، ۶۲ و ۶۳؛ و خرده مؤلفه‌های مسئله محور شامل جستجوی حمایت اجتماعی با سوالات ۸، ۱۸، ۲۲، ۳۱، ۴۲ و ۴۵؛ مسئولیت‌پذیری با سوالات ۹، ۲۵، ۲۹ و ۵۱؛ مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی شده با سوالات ۱، ۲۶، ۳۹، ۴۳، ۴۹ و ۵۲؛ ارزیابی مجدد مثبت با سوالات ۲۰، ۲۳، ۳۰، ۳۶، ۳۸، ۵۶ و ۶۰ می‌باشند (آتای و ارتوران، ۲۰۲۰). نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف ۴ چهاردرجه‌ای لیکرت شامل اصلاً صفر نمره، بعضی اوقات ۱ نمره، معمولاً ۲ نمره و زیاد ۳ نمره تعلق می‌گیرد (برگار و همکاران، ۲۰۱۸). در این پرسشنامه ۱۶ سؤال انحرافی است و ۵۰ سؤال دیگر شیوه مقابله فرد با استرس را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب کل سوالات $0/95$ به دست آمده است (دریکوند و گلشنی، ۱۴۰۰). روایی پرسشنامه با ضریب همبستگی نشان داده است که ضریب همبستگی بین تعهد سازمانی و راهبردهای مقابله‌ای با استرس $0/33$ و معنی‌دار در سطح $0/01$ به دست آمده است که نشان دهنده روایی همگرایی پرسشنامه است (محمودی راد و همکاران، ۱۳۹۷). در یک پژوهش دیگر آلفای کرونباخ $0/74$ به دست آمده است (فیروزی و همکاران، ۱۳۹۹). در خارج کشور برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب آلفای کرونباخ مؤلفه‌ها بین $0/86$ تا $0/93$ گزارش شده است (کرایچ و گرانسکی، ۲۰۱۹). همچنین در یک پژوهشی دیگر آلفای کرونباخ برای رویارویی $0/53$ ، دوری گزینی $0/49$ ، گریز-اجتناب $0/72$ ، خودکنترلی $0/48$ ، جستجوی حمایت اجتماعی $0/75$ ، مسئولیت‌پذیری $0/63$ ، مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی شده $0/74$ و ارزیابی مجدد مثبت $0/76$ به دست آمده است (براون و بوند، ۲۰۱۹). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب کل سوالات $0/72$ محاسبه و به دست آمده است.

1. Osamika & Ojasanya
2. Romero
3. Ways of Coping Questionnaire (WCQ)
4. Lazarus & Folkman's
5. Atay & Erturan
6. Bregar
7. Kraaij & Garnefski
8. Brown & Bond

پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم^۱ (AAQ-II) بوند^۲ و همکاران (۲۰۱۱): جهت تعیین نمره اجتناب تجربه‌ای در این پژوهش از پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم استفاده خواهد شد. این پرسشنامه شامل ۱۰ سؤال است. دو مولفه اجتناب از تجارب هیجانی با سوالات ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۸ و ۹؛ کنترل روی زندگی با سوالات ۱، ۶ و ۱۰ را اندازه‌گیری می‌کند (عباسی و همکاران، ۱۳۹۱). نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۷ درجه‌ای صورت می‌گیرد به این صورت که هرگز این‌طور نیست ۱ نمره، خیلی به ندرت ۲ نمره، بندرت ۳ نمره، گاهی اوقات ۴ نمره، بیشتر اوقات ۵ نمره، تقریباً همیشه ۶ نمره و همیشه ۷ نمره تعلق می‌گیرد (فرخی و همکاران، ۱۳۹۶). سوالات ۱، ۶ و ۱۰ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. به این صورت که هرگز این‌طور نیست ۷ نمره، خیلی به ندرت ۶ نمره، بندرت ۵ نمره، گاهی اوقات ۴ نمره، بیشتر اوقات ۳ نمره، تقریباً همیشه ۲ نمره و همیشه ۱ نمره تعلق می‌گیرد. سوالات ۱، ۶ و ۱۰ به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در داخل ایران در یک پژوهش برای بررسی قابلیت اعتماد پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۸۴ به دست آمده است (کهتری هرزتی و همکاران، ۱۳۹۷). در خارج از کشور توسط سازندگان برای بررسی قابلیت اعتماد پرسشنامه از روش بازآزمایی استفاده شده است که به فاصله ۳ ماه ضریب همبستگی ۰/۸۱ و به فاصله ۱۲ ماه ضریب ۰/۷۹ به دست آمده است. همچنین اعتماد پرسشنامه با آلفای کرونباخ بررسی و ضریب ۰/۸۷ گزارش شده است (بوند و همکاران، ۲۰۱۱). در خارج از کشور اعتماد پرسشنامه با آلفای کرونباخ بررسی ضریب ۰/۹۳ به دست آمده است (تیندال و همکاران، ۲۰۱۹). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب کل سوالات ۰/۸۰ به دست آمده است.

داده‌های پژوهش با استفاده از روش کتابخانه‌ای و میدانی جمع‌آوری شده است. در روش کتابخانه‌ای از مقالات علمی و پژوهشی استفاده شد. با توجه به اینکه زمان اجرای میدان پژوهش در دوران شیوع کرونا ویروس (کووید-۱۹) بود امکان اجرای مداد-کاغذی پرسشنامه‌ها بر روی کادر درمان وجود نداشت، لذا برای انجام این کار از روش آنلاین از طریق گوگل فرم استفاده شد. به این صورت که مقیاس‌ها به صورت آنلاین طراحی و لینک آن در صفحات شبکه‌های اجتماعی مجازی (اینستاگرام، واتساپ و تلگرام) گروه‌های مختلف کادر درمان شهر اصفهان از مناطق قرار داده شد، تا کادر درمانی (پزشک، پرستار، و غیره) که مایل به شرکت در پژوهش بودند به سوالات پاسخ دهند و پاسخ‌های خود را برای پژوهشگر ارسال کنند. بر اساس دستورالعملی که در بالای پرسشنامه‌ها نوشته شد از کادر درمان خواسته شد تمامی سوالات را به دقت بخوانند و تا حد امکان سوالی را بی‌پاسخ نگذارند. بعد از گردآوری داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها، پاسخ‌های افراد نمونه با روش‌های آماری مناسب تحلیل گردید.

1. Acceptance and action Questionnaire-II (AAQ-II)
2. Bond
3. Tyndall

یافته‌ها

جدول ۱. توصیف ویژگی جمعیت شناختی افراد نمونه

جنسیت	فراوانی	درصد
زن	۱۹۵	۴۸/۸
مرد	۲۰۵	۵۱/۳
جمع	۴۰۰	۱۰۰
مجرد	۲۰۷	۵۱/۸
متاهل	۱۴۸	۳۷
جنا شده به دلیل فوت	۹	۲۳/۳
جنا شده به دلیل طلاق	۳۶	۹
جمع	۴۰۰	۱۰۰
کارشناسی	۲۴۶	۶۱/۵
کارشناسی ارشد	۹۷	۲۴/۳
دکتری	۵۷	۱۴/۳
جمع	۴۰۰	۱۰۰
سن	میانگین	انحراف معیار
	۲۹/۴۸	۲/۹۹۸

جدول ۱- توصیف ویژگی جمعیت شناختی افراد نمونه را نشان می‌دهد. میانگین ۲۹/۴۸ و انحراف معیار سن ۲/۹۹۸ بود.

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
اضطراب کرونا	۲۰/۵۵	۵/۹۸۹	۰/۷۲۹	-۰/۷۰۴
پریشانی روانشناختی	۱۹/۱۲	۶/۲۱۴	۰/۲۶۰	-۱/۶۵۷
رویارویی	۱۱/۰۷	۲/۶۸۷	۰/۱۰۷	-۱/۵۱۸
دوری‌گزینی	۱۰/۸۳	۲/۲۴۶	۰/۶۶۳	-۰/۸۸۳
گریز-اجتناب	۱۱/۶۹	۲/۳۲۵	۰/۹۳۳	-۰/۵۰۶
خودکنترلی	۱۱/۸۰	۳/۵۴۴	۰/۷۴۲	-۰/۹۱۸
نمره کل مقابله هیجان مدار	۴۵/۲۹	۹/۱۵۳	۰/۵۵۱	-۱/۲۱۷
جستجوی حمایت اجتماعی	۹/۸۴	۱/۸۷۰	-۰/۱۷۴	-۱/۵۶۸
مسئولیت‌پذیری	۵/۵۶	۱/۹۸۵	-۰/۱۹۱	-۱/۳۷۷
مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی شده	۱۰/۱۵	۲/۹۸۵	-۰/۰۸۷	-۱/۰۲۱
ارزیابی مجدد مثبت	۱۱/۴۳	۲/۳۳۷	۰/۹۲۸	-۰/۲۰۰
نمره کل مقابله مسئله مدار	۳۶/۹۷	۸/۱۶۴	۰/۰۱۹	-۱/۳۵۵
اجتناب از تجارب هیجانی	۱۱/۱۳	۳/۵۷۹	-۰/۲۶۰	-۱/۵۸۸
عدم کنترل روی زندگی	۱۰/۴۸	۳/۵۳۲	۰/۰۳۵	-۱/۵۷۱
نمره کل انعطاف‌ناپذیری	۲۱/۶۰	۶/۸۵۱	-۰/۳۹۶	-۱/۳۳۹

جدول ۲- میانگین، انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. تعداد آزمودنی‌ها ۱۵۰ نفر بودند. نتیجه آزمون چولگی و کشیدگی برای نرمال بودن توزیع نمرات را نشان می‌دهد که مقدار چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازه (۲-) تا (۲) قرار دارد؛ بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است. در ادامه برای بررسی روابط ساده بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

جدول ۳. همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱- اضطراب کرونا											
۲- پریشانی روانشناختی	۰/۷۵۳**										
۳- رویارویی	۰/۷۰۲**	۰/۵۱۸**									
۴- دوری گزینی	۰/۷۱۸**	۰/۵۱۸**	۱								
۵- گریز اجتناب	۰/۶۹۶**	۰/۴۸۹**	۰/۷۵۱**	۱							
۶- خودکنترلی	۰/۴۵۱**	۰/۳۴۹**	۰/۴۸۶**	۰/۳۸۳**	۱						
۷- جستجوی حمایت اجتماعی	۰/۴۳۴**	۰/۳۲۵**	۰/۴۳۸**	۰/۴۷۰**	۰/۴۰۸**	۱					
۸- مسئولیت پذیری	۰/۳۹۰**	۰/۳۰۹**	۰/۴۴۹**	۰/۳۸۲**	۰/۳۷۷**	۰/۴۱۸**	۱				
۹- مسئله گشایی برنامه ریزی شده	۰/۴۸۷**	۰/۳۷۹**	۰/۵۸۶**	۰/۵۳۷**	۰/۴۵۰**	۰/۶۲۵**	۰/۷۲۷**	۱			
۱۰- ارزیابی مجدد مثبت	۰/۶۴۷**	۰/۴۷۹**	۰/۷۶۹**	۰/۷۵۵**	۰/۷۹۹**	۰/۵۲۸**	۰/۵۳۷**	۰/۵۳۱**	۱		
۱۱- انعطاف ناپذیری	۰/۴۵۱**	۰/۳۴۱**	۰/۵۸۷**	۰/۵۲۳**	۰/۴۸۹**	۰/۵۷۱**	۰/۷۰۲**	۰/۸۵۳**	۰/۶۹۷**	۱	

** معنادار در سطح ۰/۰۱

جدول ۳- همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می دهد. همان گونه که مشاهده می شود بین متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۱ خطا و ۹۹ درصد اطمینان رابطه معناداری وجود دارد. از آنجایی که بین متغیرهای رابطه معناداری وجود دارد می توان از آزمون پارامتریک رگرسیون چندمتغیره استفاده نمود و نتایج آن قابل اطمینان است. در ادامه برای پیش بینی اضطراب کرونا بر اساس پریشانی روان شناختی، راهبردهای مقابله با تنیدگی و انعطاف ناپذیری از رگرسیون چندمتغیره به روش همزمان استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۳ و ۴ آمده است.

جدول ۴. خلاصه مدل رگرسیون اضطراب کرونا بر اساس پریشانی روان شناختی، راهبردهای مقابله با تنیدگی و انعطاف ناپذیری

شاخص	مقدار به دست آمده
همبستگی چندگانه (MR)	۰/۸۵۶
مجذور R (ضریب تعیین)	۰/۷۳۳
مجذور R تعدیل شده	۰/۷۲۵
آماره F	۹۶/۸۶۵
سطح معناداری F	۰/۰۰۱

با توجه جدول ۴- نتایج نشان داد که ضریب همبستگی چندگانه بین پریشانی روان شناختی، راهبردهای مقابله با تنیدگی و انعطاف ناپذیری با اضطراب کرونا برابر ۰/۸۵۶ است که بر این اساس ۷۳/۳ درصد از واریانس اضطراب کرونا بر اساس پریشانی روان شناختی، راهبردهای مقابله با تنیدگی و انعطاف ناپذیری تبیین می شود. همچنین نتایج تحلیل واریانس نشان داد که مقدار F به دست آمده برابر ۹۶/۸۶۵ است که در سطح آلفای کوچکتر از ۰/۰۵ معنی دار است که این نشان دهنده مناسب بودن مدل رگرسیونی ارائه شده است. در جدول ۵- ضرایب استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون چندمتغیره اضطراب کرونا بر اساس پریشانی روان شناختی، راهبردهای مقابله با تنیدگی و انعطاف ناپذیری آمده است.

جدول ۵. ضرایب رگرسیون چندمتغیره اضطراب کرونا بر اساس پریشانی روان شناختی، راهبردهای مقابله با تنیدگی و انعطاف ناپذیری

متغیرهای پیش‌بین	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد	
	B	خطای استاندارد	ضریب بتا (β)	t
ثابت (Constant)	۱,۵۲۷	۴,۹۶۵	-	۰,۳۰۷
پریشانی روان‌شناختی	۰,۴۶۹	۰,۱۳۰	۰,۴۸۷	۱۵,۴۱۳
رویارویی	۰,۱۳۱	۰,۱۸۰	۰,۲۵۹	۲,۷۲۶
دوری‌گزینی	۰,۹۰۷	۰,۳۲۶	۰,۳۴۰	۲,۸۸۳
گریز-اجتناب	۰,۳۶۸	۰,۱۹۹	۰,۲۴۳	۲,۸۵۲
خودکنترلی	۰,۱۸۷	۰,۰۶۷	۰,۳۱۱	۲,۸۰۸
جستجوی حمایت اجتماعی	-۰,۱۹۹	۰,۲۸۳	-۰,۲۶۲	-۳,۷۰۲
مسئولیت‌پذیری	-۰,۲۹۶	۰,۲۱۳	-۰,۲۹۸	-۳,۳۹۴
مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی شده	-۰,۱۷۱	۰,۱۸۹	-۰,۲۳۵	-۲,۳۷۶
ارزیابی مجدد مثبت	-۰,۲۷۶	۰,۱۸۲	-۰,۲۰۸	-۲,۵۲۱
اجتناب از تجارب هیجانی	۰,۲۱۵	۰,۱۵۱	۰,۲۲۹	۲,۴۲۸
عدم کنترل روی زندگی	۰,۲۹۷	۰,۰۹۴	۰,۲۵۷	۳,۰۳۲

جدول ۵- نتایج ضرایب استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون چندمتغیره اضطراب کرونا بر اساس پریشانی روان‌شناختی، راهبردهای مقابله با تنیدگی و انعطاف‌ناپذیری را نشان می‌دهد همه متغیرهای پیش‌بین معنادار هستند. قوی‌ترین متغیر پیش‌بین پریشانی روان‌شناختی با ضریب بتا ۰/۴۸۷ بود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی پیش‌بینی اضطراب ناشی از شیوع کرونا ویروس بر اساس پریشانی روان‌شناختی، راهبردهای مقابله با تنیدگی و انعطاف‌ناپذیری در کادر درمان انجام شد. نتایج نشان داد اضطراب کرونا بر اساس پریشانی روان‌شناختی تبیین می‌شود. این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج تحقیقات کیو و همکاران (۲۰۲۰) و کاشفی و حاج ابوطالبی (۱۴۰۰) همسویی داشته باشد. در تبیین نقش پریشانی روان‌شناختی بر اضطراب کرونا می‌توان گفت که افراد با مشکلات روان‌شناختی مانند پریشانی روان‌شناختی، برای کاهش تنش خود، اقدام به رفتارهای افراطی مانند شستشوی افراطی می‌کنند. پریشانی روان‌شناختی به لحاظ شناختی با بدبینی، انتظارات نامعقول و منفی از آینده همراه است. در واکنش به این پردازش‌های منفی، اقدامات جبرانی شکل می‌گیرد. افراد آشفته و پریشان به لحاظ روان‌شناختی، به خصوص در دوران کرونا به لحاظ رفتاری نیز با مشکلاتی در تنظیم رفتار و مهارت‌های حل مسئله، مانند نظافت افراطی، سخت‌گیری و محدود نمودن افراطی خود مواجه هستند که این رفتارها اضطراب کرونا را تشدید می‌کند (فیروزی و فیض‌آبادی، ۱۳۹۹). فردی دارای پریشانی روان‌شناختی در برابر یک عامل بیرونی چون کرونا ویروس خود را می‌بازد و نمی‌تواند کنترل زندگی خود را بر عهده بگیرد، استرس و اضطراب چنین فردی مانع از فعالیت‌های عادی زندگی‌اش می‌شود. افراد دارای پریشانی روان‌شناختی توانایی‌ها و محدودیت‌هایشان را به نمی‌شناسند و لذا قدرت تصمیم‌گیری صحیح ندارند. یکی از ویژگی‌های افراد دارای پریشانی روان‌شناختی، نداشتن استقلال است. چنین افرادی وابسته‌اند و توجهشان بیشتر معطوف به دیگران است تا خودشان، اهل فکر کردن و اندیشیدن نیستند و مشکلاتی چون رواج یک بیماری آن‌ها را بیش از حد معمول برآشفته می‌کند

و دائم با خود این گونه می اندیشند که من حتماً به این بیماری مبتلا می شوم و جان خود را از دست می دهم، بنابراین اضطراب بالایی را تجربه می کنند. افرادی با پریشانی روان شناختی خود را در برابر همه مسائلی ناتوان می بینند، از این رو منطقی به نظر می رسد که در برخورد با بیماری کرونا نتوانند سبک زندگی سالمی را برگزینند و اضطراب کرونای بسیار زیادی را تجربه کنند. لذا منطقی است که گفته شود که پریشانی روان شناختی می تواند اضطراب کرونا کادر درمان را پیش بینی کند.

نتایج نشان داد که اضطراب کرونا بر اساس راهبردهای مقابله با تنیدگی تبیین می شود. این نتیجه به دست آمده می تواند با نتایج تحقیقات کار و همکاران (۲۰۲۱) و رحیمیان و دشت بزرگی (۱۴۰۰) با همسویی داشته باشد. در تبیین نقش راهبردهای مقابله با تنیدگی بر اضطراب کرونا می توان گفت که سبک مقابله ای مسئله مدار به عنوان سبک مقابله ای مؤثر در حوادث استرس زای کرونا ویروس به افراد کمک می کند تا تحمل پریشانی خود را بالا ببرند، روابط اجتماعی خود را افزایش دهند، دیدگاهی از روابط عمیق انسانی ایجاد کنند و اقدامات ارزش محور را در شرایط بیماری همه گیر کرونا ویروس انجام دهند. سبک مقابله ای مسئله مدار با افزایش آگاهی افراد از شدت اضطراب می کاهد، چون عموماً دلیل عمده ی اضطراب نا آگاهی و فقدان توانایی در به کارگیری راهبردهای مؤثر مقابله ای است. در واقع کادر درمانی که از راهبردهای مسئله محور مقابله با تنیدگی استفاده می کنند، با پذیرش شرایط بحرانی به جای اجتناب از مسئله و کناره گیری از اطرافیان، با شیوه های منطقی و رعایت نکات بهداشتی به زندگی خود ادامه می دهند و با مطالعه هدفمند در این راستا راه های مواجهه سالم و پیشگیری از کرونا ویروس را یاد می گیرند تا در زندگی روزمره استفاده کنند. در صورت احساس اضطراب نیز از روش های کارآمد مانند تکنیک های آرام سازی و نفس کشیدن عمیق آگاهانه اضطراب و استرس خود را مدیریت می کنند، بنابراین طبیعی است که اضطراب کرونا در این افراد کمتر باشد. در صورتی که افرادی که از راهبردهای ناکارآمد و هیجان مدار مقابله با تنیدگی استفاده می کنند، با وجودی که ممکن است این راهبردها به عنوان راه حل های فوری خصوصاً در موقعیت های شدیداً اضطراب آور به صورت موقتی مفید باشد، اما راه حلی ناکارآمد است که قادر به کاهش اضطراب فرد نیست؛ زیرا این افراد ممکن است به شستشوی مکرر دست ها بپردازند و خیال کنند از این طریق از بیماری در امان هستند و افراط در این کار چون یک رفتار هیجانی و خالی از فکر است ممکن است موجب شکل گیری وسواس و افزایش اضطراب در فرد گردد. همچنین افراد با سبک مقابله با تنیدگی ناکارآمد ممکن است از گوش دادن به اخبار و مطالعه در زمینه بیماری کرونا به طور کامل خودداری کنند تا دچار اضطراب و استرس نگردند ولی به دلیل اینکه شرایط بحرانی بیماری کرونا ویروس ممکن است ماه ها و حتی سال ها در پیش رو باشد، لذا تلاش فرد جهت اجتناب از اخبار و دوری از اطرافیان، همچنان افکار مقاوم و عود کننده پیرامون شرایط بحرانی وجود دارند، بنابراین لازم است جهت مقابله با اضطراب از شیوه های کارآمدتر استفاده شود و با وجود منع رفت و آمدهای جمعی لازم است از طریق رسانه های اجتماعی با افرادی که مورد اعتماد هستند و صحبت در مورد نگرانی ها، استرس و اضطراب خود را کاهش دهند (عبدلی و همکاران، ۱۳۹۹). لذا منطقی است که گفته شود که راهبردهای مقابله با تنیدگی بتواند اضطراب کرونا کادر درمان را پیش بینی کند.

نتایج نشان داد که اضطراب کرونا بر اساس انعطاف‌ناپذیری تبیین می‌شود. به این صورت که نتایج ضرایب استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون چندمتغیره اضطراب کرونا بر اساس انعطاف‌ناپذیری نشان داد که همه متغیرهای پیش‌بین معنادار هستند. لذا فرضیه فرعی سوم مبنی بر اینکه اضطراب ناشی از شیوع کرونا ویروس بر اساس انعطاف‌ناپذیری در کادر درمان پیش‌بینی می‌شود تأیید می‌شود. این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج تحقیقات عطارد و همکاران (۱۳۹۸) و محمدپور و همکاران (۱۴۰۰) همسویی داشته باشد. در تبیین نقش انعطاف‌ناپذیری بر اضطراب کرونا می‌توان گفت که افرادی که توانایی تفکر انعطاف‌پذیر ندارند، نمی‌توانند از توجهات جایگزین استفاده کنند و به صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی کنند. این افراد موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا را نمی‌پذیرند و نمی‌توانند اداره کنند. افرادی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایینی دارند، از نظر روان‌شناختی تاب‌آوری پایینی دارند. چنین افرادی نمی‌توانند رویدادهای منفی را به صورت انعطاف‌پذیرتر و واقع‌بینانه‌تر در نظر گیرند و مشکلات را اغلب دائمی و لاینحل می‌دانند و این ویژگی‌های افراد انعطاف‌ناپذیر باعث می‌شود که اضطراب کرونای بالاتری داشته باشند. همچنین انعطاف‌ناپذیری باعث می‌شود که کادر درمان در مواجهه با مشکلات از راهبردهای ناسازگارانه استفاده کنند، به مشکلات آگاهی نداشته باشند و در نتیجه برای حذف مشکلات تلاش نکرده و نتوانند پاسخ مناسبی برای کنترل شرایط کرونایی بدهند و در نتیجه اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند. انعطاف‌ناپذیری تجارب و رویدادهای منفی را تشدید می‌کند. افراد انعطاف‌ناپذیر آزادی کمتری برای زندگی کردن در لحظه فعلی و اقدام بر اساس اهداف ارزشمند شخصی دارند. در نتیجه هنگامی که با تعارض‌های اضطراب برانگیز مانند برخورد با اپیدمی کرونا در زندگی مواجه می‌شوند نمی‌توانند برخورد منطقی و مسئله‌محور داشته باشند و اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند. انعطاف‌ناپذیری، تحمل نداشتن افراد در برابر شرایط دشوار را نشان می‌دهد؛ یعنی فرد در برابر شرایط سخت نتواند انعطاف‌پذیر رفتار کند. از آنجایی که کرونا ویروس جان انسان‌ها را تهدید می‌کند و فرد دائماً درگیر رعایت این تفکر است که هر آن ممکن است جان خود یا عزیزش را از دست بدهد و همچنین از آنجایی که بیماری جدیدی است که فرد هیچ‌گونه تجربه قبلی از آن ندارد و تا حدی ناشناخته است فرد نمی‌داند در برابر آنچه رفتاری داشته باشد. انعطاف‌ناپذیری قدرت تحمل شرایط دشوار را در فرد کاهش می‌دهد و سبب می‌شود فرد نتواند اضطراب کرونا خود را مدیریت کند. لذا منطقی است که گفته شود که انعطاف‌ناپذیری می‌تواند اضطراب کرونا را پیش‌بینی کند.

در استفاده از نتایج باید دقت داشت که یافته‌های این تحقیق، محدود به کادر درمان (پزشک، پرستار و غیره) شهر اصفهان در دوران شیوع کرونا بوده است، بنابراین در تعمیم نتایج به دیگر شهرها به دلیل تفاوت‌های قومیتی و فرهنگی باید جانب احتیاط را در تعمیم نتایج رعایت کرد. اجرای پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین بود، این امکان تنها برای افرادی فراهم بوده است که دسترسی به لینک پرسشنامه داشته‌اند و خیلی دیگر از کادر درمان که دسترسی به لینک آنلاین نداشته‌اند شانس برای پاسخگویی به سوالات پرسشنامه‌ها را نداشته‌اند که این محدودیت خارج از اختیار پژوهشگر بوده است. پیشنهاد می‌شود برای محدودیت پژوهش این مطالعه بر روی کادر درمان در سایر شهرها انجام شود. چراکه اضطراب کرونا و اضطراب ناشی از پاندمیها و اپیدمی‌ها می‌تواند تحت تاثیر عوامل فرهنگی قرار داشته باشد و انجام این پژوهش بر روی کادر درمان در دیگر شهرها می‌تواند به رفع این محدودیت پژوهش کمک

کند. دستاوردها و پیامدهای این پژوهش را می‌توان در دو سطح نظری و عملی مطرح کرد. در سطح نظری، یافته‌های پژوهش می‌توانند با تبیین نحوه متغیرهای پریشانی روان‌شناختی، راهبردهای مقابله با تنیدگی و انعطاف‌ناپذیری به گسترش دانش، مفاهیم و مدل‌های موجود در زمینه اضطراب کرونا کمک کنند. همچنین، نتایج پژوهش حاضر می‌تواند راهگشای پژوهش‌های جدیدتر به‌منظور گسترش دانش روان‌شناختی در زمینه عوامل مؤثر بر شکل‌گیری اضطراب کرونا در کادر درمان شود. در سطح عملی، از یافته‌های این پژوهش می‌توان در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی، انجمن‌های سرطان در جهت تدوین برنامه‌ها و مداخلات و کارگاه‌های آموزشی مانند به‌برگزاری کارگاه‌هایی آموزشی راهبردهای مقابله با تنیدگی، آموزش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی همچون درمان پذیرش-تعهد و غیره به بهبود اضطراب کرونا در کادر درمان کمک کنند. لذا مشاوران و روانشناسان می‌توانند بر این اساس از نتایج این پژوهش استفاده کنند.

موازین اخلاقی

در پژوهش حاضر اصول اخلاقی پژوهش از جمله رازداری، محرمانه ماندن و حریم خصوصی افراد رعایت شد و شرکت در پژوهش هیچ‌گونه آسیب احتمالی نداشته است. همچنین این پژوهش با کسب کد اخلاق به شماره IR.IAU.ARAK.REC.1401.017 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اصول اخلاقی در پژوهش را رعایت کرده است.

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمین است و نویسنده اول مسئول وظیفه گردآوری مقاله و نویسنده مسئول وظیفه نظارت بر نسخه اولیه مقاله، نظارت بر صحت پژوهش، تأیید ابزارها، ویرایش پژوهش را بر مقاله و اعتبار سنجی انجام پژوهش، بازنگری عهده داشته است.

تشکر و قدردانی

از همه شرکت‌کنندگانی که به سوالات پژوهش پاسخ دادند و در اجرای پژوهش حاضر مشارکت و یاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- اخوان عبیری، فاطمه؛ شعیری، محمدرضا؛ و غلامی فشارکی، محمد. (۱۳۹۷). روابط ساختاری سبک دلبستگی با پریشانی روان‌شناختی: نقش واسطه‌ای تنظیم شناختی هیجان. *مجله روانشناسی بالینی*، ۱۰(۳)، ۷۶-۶۳.
- اسدی، ندا؛ سلمانی، فاطمه؛ پورخواجویی، سیروس؛ مهدوی‌فر، معصومه؛ رویانی، زهرا؛ و سلمانی، مهین. (۱۳۹۹). همبستگی بین اضطراب کرونا و رفتارهای مراقبتی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های ارجاعی کرونا. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۶(۳)، ۳۱۹-۳۰۶.

- بهبهانی مندی زاده، آناهید؛ و همائی، رضوان. (۱۳۹۹). رابطه علی انگ ناباروری و پریشانی روان شناختی با کیفیت رابطه زناشویی از طریق میانجی گری فراهیجان در زنان نابارور. *خانواده پژوهی*، ۱۶(۱)، ۷۶-۵۵.
- دریکوند، فاطمه؛ و گلشنی، اکرم. (۱۳۹۷). بررسی مهارت های مقابله با فشارهای روانی و مشکلات براساس نظریه روان شناختی فولکمن و لازاروس در مثنوی معنوی با تکیه بر حکایت شیر و نخجیران. *فصلنامه مطالعات آموزشی و آموزشگاهی*، ۱۰(۱)، ۳۸۰-۳۳۵.
- رحیمیان، مریم؛ و دشت بزرگی، زهرا. (۱۴۰۰). اضطراب کرونا در سالمندان: نقش سبک های مقابله با استرس و فرانگرانی. *نشریه روان شناسی پیری*، ۲۷(۲)، ۱۳۵-۱۲۵.
- سربوزی حسین آبادی، طاهره؛ عسکری، محمدرضا؛ میری، خیزارن؛ و نمازی نیا، محمد. (۱۳۹۹). افسردگی، استرس و اضطراب پرستاران در پاندمی کووید-۱۹ در بیمارستان نهم دی تربت حیدریه. *مجله طب نظامی*، ۲۲(۶)، ۵۳۳-۵۲۶.
- سیرتی نیر، مسعود؛ کریمی، لیلا؛ و خلیلی، ربابه. (۱۳۹۹). میزان استرس ادراک شده کارکنان درمانی و غیردرمانی در مواجهه با همه گیری بیماری کووید ۱۹. *مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۶(۳)، ۳۰۵-۲۹۴.
- شمالی احمدآبادی، مهدی؛ برخوردار احمدآبادی، عاطفه؛ و پورجانب الهی، منصوره. (۱۴۰۰). نقش اضطراب کرونا، نگرانی و باورهای فراشناختی منفی در پیش بینی اضطراب یادگیری دانش آموزان در همه گیری کووید-۱۹. *مجله رویکردی نو در علوم تربیتی*، ۳(۴)، ۱۰-۱.
- صالح زاده عین آباد، زهرا؛ خلیلی، الهه؛ مجتهدزاده، مهشید؛ و ناینیان، محمدرضا. (۱۳۹۷). بررسی رابطه بین انعطاف پذیری روان شناختی، کنترل، اجتناب و اضطراب و تفاوت های جنسیتی در اضطراب. *نشریه علمی رویش روانشناسی*، ۷(۵)، ۱۴۶-۱۲۹.
- صالحیان، میرحمید؛ مکاری ساعی، سیما؛ دستانی، ثمین؛ و کیومرثی، اسماعیل. (۱۴۰۱). تأثیر تجارب ناگوار دوران کودکی، پریشانی روان شناختی و تاب آوری بر افسردگی ورزشکاران آماتور. *مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت*، ۹(۲)، ۱۱۶-۱۰۶.
- عباسی، ایمانه؛ فتی، لادن؛ مولودی، رضا؛ و ضرابی، حمید. (۱۳۹۱). کفایت روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم. *روش ها و مدل های روان شناختی*، ۲(۱۰)، ۸۰-۶۵.
- عبدلی، مینا؛ میرزایی، نگار؛ عبدلی، مریم؛ کمایی، مریم؛ و قلیچ خان، ناهید. (۱۳۹۹). نقش راهبردهای مقابله با استرس بر ترس از بیماری کرونا ویروس. *فصلنامه سنجش و پژوهش در مشاوره و روانشناسی*، ۳(۵)، ۶۴-۵۵.
- عطارد، نسترن؛ نریمانی، محمد؛ صادقی، گودرز؛ محمود علیلو، مجید؛ و عطا دخت، اکبر. (۱۳۹۸). مقایسه مؤلفه های انعطاف ناپذیری روان شناختی در دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی و دانشجویان عادی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶: یک مطالعه توصیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۸(۲)، ۱۳۲-۱۲۱.
- علی پور، احمد؛ قدمی، ابوالفضل؛ علیپور، زهرا؛ و عبدالله زاده، حسن. (۱۳۹۸). اعتباریابی مقیاس اضطراب بیماری کرونا در نمونه ایرانی. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۱(۳۲)، ۱۷۵-۱۶۳.

- فریور، مهران؛ عزیزی آرام، سمانه؛ و بشرپور، سجاد. (۱۳۹۹). نقش رفتارهای ارتقادهنده سلامتی و باورهای بهداشتی در پیش‌بینی اضطراب بیماری کرونا (کووید-۱۹) در پرستاران. *فصلنامه مدیریت پرستاری*، ۹(۴)، ۱۰-۱.
- فیروزی، راحله؛ تیزدست، طاهر؛ خلعتبری، جواده؛ و قربان شیرودی، شهره. (۱۳۹۹). بررسی ارتباط راهبردهای مقابله با تنیدگی با دشواری در تنظیم هیجان با نقش میانجی کیفیت زندگی زناشویی در زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۳(۱)، ۳۴-۴۷.
- فیروزی، راحله؛ تیزدست، طاهر؛ خلعتبری، جواده؛ و قربان شیرودی، شهره. (۱۳۹۹). بررسی ارتباط راهبردهای مقابله با تنیدگی با دشواری در تنظیم هیجان با نقش میانجی کیفیت زندگی زناشویی در زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۳(۱)، ۳۴-۴۷.
- کاشفی، فهیمه؛ و حاج ابوطالبی، نرگس. (۱۴۰۰). پیش‌بینی اضطراب ناشی از کرونا ویروس (کووید-۱۹) بر اساس پریشانی روان‌شناختی و اضطراب مرگ در همزمانی آنفولانزا و کرونا ویروس در آستانه فصل سرما. *پیشرفت های نوین در علوم رفتاری*، ۶(۵۴)، ۱۶۱-۱۷۳.
- کهتری هرزنق، لیلیا؛ حشمتی، رسول؛ و پورشریفی، حمید. (۱۳۹۷). بررسی روابط ساختاری افسردگی بر مبنای اجتناب تجربه‌ای و سرکوبگری عاطفی: نقش میانجی شفقت بر خود. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۴(۳)، ۲۹۷-۲۸۴.
- کهتری هرزنق، لیلیا؛ حشمتی، رسول؛ و پورشریفی، حمید. (۱۳۹۸). تمایزگذاری افراد چاق مبتلا و غیرمبتلا به اختلال پرخوری بر اساس تکانشگری و اجتناب تجربه‌ای: یک مطالعه همبستگی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۵(۱)، ۹۵-۸۴.
- محمدپور، محسن؛ رحیمی، چم؛ حیدری، راضیه؛ رضانی، نازلی؛ احمدی، رویا؛ و بیرانوندی، محمدرضا. (۱۴۰۰). نقش انعطاف پذیری روان‌شناختی و دشواری در تنظیم هیجان در پیش‌بینی ترس از کرونا (کووید-۱۹) در ساکنان شهر کرمانشاه. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱۳(۲)، ۱۹۱-۲۰۰.
- محمدزاده، فاطمه؛ دلشاد نوقایی، علی؛ باذلی، جواده؛ کریمی، حمیدرضا؛ و اعلمی، حسین. (۱۴۰۰). عوامل استرس‌زا و راهبردهای مقابله با آن در دوران شیوع بیماری کرونا ویروس ۲۰۱۹ بین کارکنان بیمارستان: یک مطالعه موردی در ایران. *نشریه افق دانش*، ۲۷(۲)، ۱۶۳-۱۴۸.
- محمودی راد، غلامحسین؛ حسینی، مهدی؛ کاظمی مجد، رضوان؛ و دره‌کی، علی‌اکبر. (۱۳۹۷). ارتباط میان راهبردهای مقابله‌ای و تعهد سازمانی پرستاران. *فصلنامه مدیریت پرستاری*، ۷(۲)، ۱۰-۱.
- مظلوم زاده، محمدرضا؛ اصغری ابراهیم آباد، محمدجواد؛ شیرخانی، میلاد؛ زمانی طاوسی، عالیه؛ و صلایانی، فائزه. (۱۴۰۰). رابطه اضطراب کرونا با اضطراب سلامتی: نقش میانجی‌گری دشواری تنظیم هیجان. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱۳(۲)، ۱۲۰-۱۱۱.
- یعقوبی، حمید. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روانسنجی نسخه ۱۰ سوالی مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر (۱۰). *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۶(۴)، ۴۵-۵۷.
- Atay, I. M., & Erturan, I. (2020). The Impact of Coping Strategies in Behcet's Disease: A Case-control Study. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 23(5), 680-685.

- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676-688.
- Bregar, B., Skela-Savič, B., & Plesničar, B. K. (2018). Cross-sectional study on nurses' attitudes regarding coercive measures: the importance of socio-demographic characteristics, job satisfaction, and strategies for coping with stress. *BMC psychiatry*, 18(1), 171.
- Brown, L. J., & Bond, M. J. (2019). The pragmatic derivation and validation of measures of adaptive and maladaptive coping styles. *Cogent Psychology*, 6(1), 156-166. .
- Bruijniks, S. J., Sijbrandij, M., & Huibers, M. J. (2020). The effects of retrieval versus rehearsal of online problem-solving therapy sessions on recall, problem-solving skills and distress in distressed individuals: An experimental study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 66(1), 1-10.
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of clinical psychology*, 63(9), 871-890.
- Cook, G., Appleton, J. V., Bekaert, S., Harrold, T., Taylor, J., & Sammut, D. (2023). School nursing: New ways of working with children and young people during the Covid-19 pandemic: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, 79(2), 471-501.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the ways of coping questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Gabarrell-Pascuet, A., García-Mieres, H., Giné-Vázquez, I., Moneta, M. V., Koyanagi, A., Haro, J. M., & Domènech-Abella, J. (2023). The Association of Social Support and Loneliness with Symptoms of Depression, Anxiety, and Posttraumatic Stress during the COVID-19 Pandemic: A Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 1-10.
- Gittins Stone, D. I., Elkins, R. M., Gardner, M., Boger, K., & Sperling, J. (2023). Examining the Effectiveness of an Intensive Telemental Health Treatment for Pediatric Anxiety and OCD During the COVID-19 Pandemic and Pediatric Mental Health Crisis. *Child Psychiatry & Human Development*, 1(2), 1-15.
- Giwa, A. L., Desai, A., & Jagoda, A. (2020). Novel coronavirus COVID-19: an overview for emergency clinicians. *Emerg Med Pract*, 22(2), 1-21.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Biglan, A. (2016). *The Wiley handbook of contextual behavioral science*. R. D. Zettle (Ed.). Chichester, UK:: Wiley Blackwell.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2004). What is acceptance and commitment therapy?. In *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 3-29). Springer, Boston, MA.
- Hazarapetyan, L. G., Zelveian, P. H., & Grigoryan, S. V. (2023). Features of Atrial Fibrillation Pathogenesis and Prognosis in Chronic Obstructive Pulmonary Patients during the COVID-19 Pandemic. *Reviews in Cardiovascular Medicine*, 24(2), 51-61.

- Ivanova, O., Sineke, T., Wenzel, R., Siyame, E., Lalashowi, J., Bakuli, A., & Ntinginya, N. E. (2022). Health-related quality of life and psychological distress among adults in Tanzania: a cross-sectional study. *Archives of Public Health*, 80(1), 1-11.
- Jiang, M., Mu, J., Shen, S., & Zhang, H. (2021). COVID-19 with preexisting hypercoagulability digestive disease. *Frontiers in Medicine*, 7(1), 1-10.
- Kar, N., Kar, B., & Kar, S. (2021). Stress and coping during COVID-19 pandemic: result of an online survey. *Psychiatry research*, 295(1), 1-10.
- Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., & Zaslavsky, A. M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of general psychiatry*, 60(2), 184-189.
- Kraaij, V., & Garnefski, N. (2019). The Behavioral Emotion Regulation Questionnaire: Development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 137(1), 56-61.
- Luca, L., Noronha, A.P.P., Queluz, F.N.F.R., & Angeli dos Santos, A.A. (2020). New validity evidence for the Coping Strategies Inventory. *Ciencias Psicológicas*, 14(2), 123-132.
- Malesza, M., & Kaczmarek, M. C. (2021). Predictors of anxiety during the COVID-19 pandemic in Poland. *Personality and individual differences*, 170(1), 1-10.
- Menzies, R. E., & Menzies, R. G. (2020). Death anxiety in the time of COVID-19: theoretical explanations and clinical implications. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 13(1), 1-10.
- Menzies, R. E., Neimeyer, R. A., & Menzies, R. G. (2020). Death Anxiety, Loss, and Grief in the Time of COVID-19. *Behaviour Change*, 37(3), 111-115.
- Osamika, B., & Ojasanya, T. (2019). Influence of socio-demographic factors, perceived happiness and psychological distress on life satisfaction among civil servants in Ibadan metropolis, Nigeria. *Nigerian Journal of Psychological Research*, 15(1), 1-10.
- Parker, J. D., & Sheinin, G. (2020). Coping. *The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences: Personality Processes and Individual Differences*, 2(121), 79-82.
- Petzold, M. B., Bendau, A., Plag, J., Pyrkosch, L., Mascarell Maricic, L., Betzler, F., & Ströhle, A. (2020). Risk, resilience, psychological distress, and anxiety at the beginning of the COVID-19 pandemic in Germany. *Brain and behavior*, 10(9), 1-10.
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General psychiatry*, 33(2), 1-10.
- Roberts, N. J., McAloney-Kocaman, K., Lippiett, K., Ray, E., Welch, L., & Kelly, C. (2021). Levels of resilience, anxiety and depression in nurses working in respiratory clinical areas during the COVID pandemic. *Respiratory medicine*, 176(1), 1-10.
- Romero, M., Marín, E., Guzmán-Parra, J., Navas, P., Aguilar, J. M., Lara, J. P., & Barbancho, M. Á. (2021). Relationship between parental stress and psychological distress and emotional and behavioural problems in pre-school children with autistic spectrum disorder. *Anales de Pediatría*, 1(1), 1-10.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Teixeira, L. (2021). Impact of COVID-19 outbreak on nurses' mental health: A prospective cohort study. *Environmental research*, 194(1), 1-10.

- Tyndall, I., Waldeck, D., Pancani, L., Whelan, R., Roche, B., & Dawson, D. L. (2019). The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) as a measure of experiential avoidance: Concerns over discriminant validity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12(1), 278-284.
- Wirth, K. J., & Scheibenbogen, C. (2022). Dyspnea in post-COVID syndrome following mild acute COVID-19 infections: potential causes and consequences for a therapeutic approach. *Medicina*, 58(3), 419-430.
- Xu, J., Sun, G., Cao, W., Fan, W., Pan, Z., Yao, Z., & Li, H. (2021). Stigma, discrimination, and hate crimes in Chinese-speaking world amid Covid-19 pandemic. *Asian journal of criminology*, 1(1), 1-24.
- Zheng, R., Zhou, Y., Fu, Y., Xiang, Q., Cheng, F., Chen, H., & Li, J. (2021). Prevalence and associated factors of depression and anxiety among nurses during the outbreak of COVID-19 in China: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 114(1), 1-10.

