

پیش‌بینی اضطراب کرونا در زنان: راهبردهای مقابله‌ای و تحمل پریشانی

علی صفری^۱

پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۳/۱۱

اصلاح مقاله: ۱۳۹۹/۰۲/۱۸

دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۱/۲۰

چکیده

این پژوهش با هدف پیش‌بینی اضطراب کرونا و ویروس در زنان و تعیین نقش راهبردهای مقابله‌ای و تحمل پریشانی بود. طرح پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان متأهل شاغل شهر شیراز در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)، راهبردهای مقابله‌ای اندلر و پارکر (۱۹۹۱) و اضطراب کرونا و ویروس علی‌پور و همکاران (۱۳۹۸) استفاده شد. بعد از جمع‌آوری و استخراج داده‌ها، نمرات شرکت‌کنندگان با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه و به وسیله نرم‌افزار آماری SPSS-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج ضریب همبستگی نشان داد که اضطراب کرونا با راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار و تحمل پریشانی همبستگی منفی و با راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی همبستگی مثبت معناداری دارد. نتایج رگرسیون چند متغیری نشان داد که راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار با ضریب بتای ۰/۱۲- توانست اضطراب کرونا و ویروس را به صورت منفی و راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار با ضریب بتای ۰/۱۴+ و راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی با ضریب بتای ۰/۱۳+ توانستند اضطراب کرونا را به صورت مثبت در زنان شاغل پیش‌بینی کنند. همچنین نتایج نشان دادند که خرده‌مقیاس تحمل با ضریب بتای ۰/۱۳-، خرده‌مقیاس جذب با ضریب بتای ۰/۱۱-، خرده‌مقیاس ارزیابی با ضریب بتای ۰/۱۶- و خرده‌مقیاس تنظیم با ضریب بتای ۰/۲۹- توانستند اضطراب کرونا را به صورت منفی در زنان شاغل پیش‌بینی کنند. از آنجا که راهبردهای مقابله‌ای و تحمل پریشانی می‌توانند پیش‌بین خوبی برای اضطراب بیماری کرونا باشند؛ می‌توان با بررسی راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار و افزایش تحمل پریشانی، اضطراب بیماری کرونا را کاهش داد.

کلیدواژه‌ها: اضطراب کرونا، تحمل پریشانی، راهبردهای مقابله‌ای

مقدمه

در ماه دسامبر ۲۰۱۹ نوع جدیدی از ویروس کرونا^۱ (۲۰۱۹-nCoV) در شهر ووهان چین شناسایی شد و به سرعت در تمام چین گسترش یافت. به گزارش کمیسیون بهداشت ملی چین تا ۴ فوریه ۲۰۲۰ حدود ۲۴۳۲۴ نفر به این بیماری مبتلا شدند (لی، ۲۰۲۰). دامنه همه‌گیری این بیماری از شهر ووهان به ۳۱ استان چین و سپس به کشورهای دیگر نیز گسترش یافت؛ چنان‌که در زمان کوتاهی مناطقی در جنوب شرق آسیا (تایلند، سنگاپور، مالزی، ویتنام، فیلیپین و کامبوج)، شرق آسیا (ژاپن و کره جنوبی)، جنوب آسیا (هند، نپال و سریلانکا)، غرب آسیا (امارات و ایران) و اروپا (ایتالیا، آلمان، انگلیس، فرانسه و اسپانیا)، قاره آمریکا (کانادا و ایالت‌های مختلف آمریکا) و حتی استرالیا با شیوع این بیماری روبرو شدند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰). از مهم‌ترین نشانه‌های این بیماری، علائم حاد تنفسی است که در ۲ درصد موارد منجر به مرگ بیمار می‌شوند. با توجه به قدرت شیوع و انتقال بیماری، سازمان بهداشت جهانی در ۴ فوریه وضعیت اضطراری اعلام و توصیه نمود تا کشورها انتقال فرد به فرد این بیماری را از طریق کاهش تماس افراد، بخصوص افراد مبتلا و کارکنان بخش‌های مراقبتی و درمانی بیماران کاهش داده و گسترش جهانی آن را کنترل نمایند (کلی، ۲۰۲۰). متأسفانه این روش به‌تنهایی کارساز نبود و تعداد فزاینده مبتلایان نشان داد که علاوه بر بیماران، تعداد زیادی از ناقلان بدون علامت نیز در جامعه حضور دارند. این امر موجب شد تا برخی مناطق مجبور به انجام قرنطینه کامل (مانند چین و ایتالیا) و با اجرای مراقبت‌های پیشگیری در سطح کلان و ملی (مانند ایران، امارات، کره جنوبی) در شهر، استان یا حتی کل کشور شدند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰).

اجرای این سیاست‌های بهداشتی علی‌رغم پیامدهای مثبت، موجب بروز اثرات منفی روان‌شناختی در سطح جامعه شده

است. ترس از بیماری، ترس از مرگ، انتشار اخبار غلط و شایعات، تداخل در فعالیت‌های روزمره، مقررات منع یا محدودیت سفر و عبور و مرور، کاهش روابط اجتماعی (همکاران، دوستان، خانواده)، بروز مشکلات شغلی و مالی و ده‌ها پیامد دیگر این شرایط، سلامت روان افراد جامعه را تهدید می‌نماید. بی‌شک یکی از مهم‌ترین این عوامل، اضطراب مربوط به بیماری کرونا است (رایین و ویسلی^۲، ۲۰۲۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بروز بیماری‌هایی مانند بیماری‌های تنفسی به علت مشکلات جدی جسمانی، اشتغال در بیمارستان و سایر محیط‌های شغلی و کاهش کیفیت زندگی بیماران، باعث بروز اضطراب ناشی از بیماری و اضطراب کرونا خواهند شد (وو و مک کوگان^۳، ۲۰۲۰؛ والرورمونو، کومبا ترزو، وکاسانا گرازل^۴، ۲۰۲۰). بیشتر تحقیقات بر اضطراب بیماران تمرکز دارند، اما واقعیت آن است که در زمان همه‌گیری یک بیماری مانند کرونا، ترس از بیماری و ترس از مرگ در کنار آشفتگی‌های فعالیت‌های روزمره، موجب می‌شود تا افراد سالم نیز با اضطراب بیماری درگیر شوند (فیشهوف^۵، ۲۰۲۰). علاوه بر این مطالعات اخیر در مورد ویروس کرونا نشان داده که اضطراب ناشی از بیماری ویروس کرونا و قرنطینه سازی خانواده‌ها، سلامت روان خانواده‌ها و کودکان را مستعد بروز نشانه‌های اختلالات روان‌شناختی می‌سازد (علی‌پور، قدمی، علی‌پور و عبدالله‌زاده، ۱۳۹۹).

یافته‌های تازه از چین نشان دادند که بیش از ۲۵ درصد جمعیت عمومی سطح شدیدی از استرس یا اضطراب ناشی از ویروس کرونا را تجربه می‌کنند (کیو، شن، ژااو، وانگ، ژیا، ژو^۶، ۲۰۲۰). مطالعات قبلی در مورد بیماری‌های همه‌گیری نشان دادند که اضطراب یک رفتار شایع در این نوع بیماری هاست (تیلور^۷، ۲۰۲۰). چند مطالعه مرتبط با این بیماری همه‌گیری نشان داد که شیوع مشکلات سلامت روان از جمله

5. Fischhoff
6. Qiu, Shen, Zhao, Wang, Xie & Xu
7. Taylor

1. corona virus
2. Rubin & Wessely
3. Wu & McGoogan
4. Valero-Moreno, Lacomba-Trejo & Casaña-Granell

کاهش می‌دهد. پژوهشگران بر این عقیده‌اند که بررسی جزئیات ابعاد مقابله‌ای به منظور پیش‌بینی نوع و شدت بیماری‌های مختلف در افراد ضرورت دارد (کاسیدی و لانگ، ۲۰۰۵).

یکی از عواملی که می‌تواند شرایط تنش‌زای حاصل از اضطراب بیماری کرونا را کاهش دهد، تحمل‌پریشانی می‌باشد. تحمل‌پریشانی، ظرفیت فرد در تحمل تجارب و حالت‌های ناخوشایند درونی مانند هیجان‌های منفی، ناامیدی و ناراحتی‌های جسمانی تعریف شده است. تحمل‌پریشانی به دو شکل بروز و ظهور می‌نماید یک شکل آن، به توانایی فرد در تحمل هیجان‌های منفی اشاره دارد و شکل دیگر، تظاهرات رفتاری تحمل‌حالت‌های درونی ناخوشایندی است که به وسیله موقعیت‌های مختلف تنش‌زا فراخوانده می‌شود (باکر و هویگر^۵، ۲۰۱۲). هنگامی که میزان تحمل‌پریشانی در افراد، پایین است، رنج هیجانی ناشی از فشارهای درونی و بیرونی، بسیار بیشتر و شدیدتر، تجربه می‌شود. در نتیجه، افراد دارای سطوح پایین تحمل‌پریشانی، معمولاً گرایش دارند به جای مواجهه با مسائل و حل مستقیم آن‌ها به دنبال راه‌هایی برای تسکین فوری رنج هیجانی خود باشند. این افراد همچنین نگرش‌های ناکارآمدی نسبت به هیجان‌های منفی دارند، به طوری که نمی‌توانند وجود هیجان‌های منفی را در نظام ذهنی خود، بپذیرند و هنگام تجربیات هیجانی منفی، احساس آشفتگی می‌کنند و درصدد رهایی فوری از تجربه‌ی هیجان‌های منفی بر می‌آیند (داترس، رینولدز، مک‌پرسون، کاهلر، دانیلسون، زولنسکی و لیجوز^۶، ۲۰۱۷)؛ بنابراین می‌توان از تحمل‌پریشانی به عنوان چارچوبی مهم در رشد عاطفی و شناختی و همچنین پیشگیری و درمان مشکلات رفتاری و اختلالات اضطرابی اشاره کرد. به طوری که افرادی که تحمل‌پریشانی بالایی دارند، کمتر توسط فشارهای عاطفی ناشی از مشکلات برانگیخته شده، رویدادهای منفی را واقع‌بینانه‌تر و انعطاف‌پذیرتر در نظر می‌گیرند و شرایط تنش‌زا

اضطراب در زنان بالاتر از مردان است و بیش از نیمی از زنان از اضطراب سلامتی قابل توجهی برخوردار هستند (تاپا، مینالی، اسشوانک و آچاریا^۱، ۲۰۲۰). شرایط همراه با استرس و اضطراب شدید، شرایط اضطرابی و بروز بلایای طبیعی می‌تواند خطر عوارض روحی و روانی را در مادران به وجود آورد. از آنجا که مادر یکی از ارکان مهم زندگی است، می‌تواند نقش مهمی در کاهش یا افزایش تحمل افراد خانواده در برابر رفتارهای مشکل‌آفرین داشته باشد (صادق زاده، شاملی و خرمایی، ۱۳۹۸).

این شکل از همه‌گیری یک بیماری، در واقع یک رخداد بزرگ اجتماعی است که نه تنها در سطح یک منطقه که در سطح کشور و حتی کل دنیا مطرح گشته و لازم است تا آثار اجتماعی آن مورد توجه قرار گیرد (شیگمورا، اورسانو، مورگانستین، کوراساوا و بندیک^۲، ۲۰۲۰). در طول تاریخ، روانشناسان به این مطلب پرداخته‌اند که قابلیت و توانمندی حل مسئله ویژگی منحصر به فرد انسان است. مهم‌ترین ایده‌ای که از این مطلب منبث می‌شود، این است که توانایی حل مسئله در توانمندی اجتماعی و سلامت روانی نقش قابل توجهی دارد، چرا که توانایی مقابله و حل مشکلات استرس‌آور زندگی روزمره (اضطراب ناشی از کرونا ویروس) گویای رابطه‌ای قوی با کارکرد فردی و اجتماعی شخص می‌باشد (دیزوریلا و نزو^۳، ۲۰۲۰). راهبردهای مقابله‌ای فرآیندی شناختی-رفتاری ابتکاری است که به واسطه‌ی آن افراد تلاش می‌کنند، برای مسائلی که در زندگی روزمره با آن مواجه می‌شوند، راه‌حل‌های مؤثر و انطباقی پیدا کنند (کاسیدی و لانگ^۴، ۱۹۹۶). راهبردهای مقابله‌ای به عنوان عاملی که در ارتباط بین فشار روانی و اختلالات روان‌پزشکی یا جسمی مداخله می‌کند مورد توجه بسیار بوده است. حل مسئله یا سبک‌های مسئله‌گشایی نوعی راهبرد مقابله‌ای است که در نوع سازنده‌اش توانایی و پیشرفت شخصی و اجتماعی را افزایش و تنیدگی و فشار روانی را

4. Cassidy & Lang
5. Baker & Hoerger
6. Daughters, Reynolds, MacPherson, Kahler, Danielson, Zvolensky, Lejuez

1. Thapa, Mainali, Schwank & Archaya
2. Shigemura, Ursano, Morganstein, Kurosawa & Benedek
3. D'Zurilla & Nezu

است. سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵؛ ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۲ و همسانی درونی آن را پس از گذشت شش ماه ۰/۶۱ گزارش کردند (اندامی خشک، ۱۳۹۲). در پژوهش اندامی خشک (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد. در پژوهش حسین‌زاده و همکاران ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ گزارش شد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل تحمل‌پریشانی برابر با ۰/۸۲ به دست آمد.

۳. پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای. پرسشنامه راهبردهای مقابله با استرس اندلر و پارکر (CISS) برای اولین بار توسط اندلر و پارکر در سال ۱۹۹۰ ساخته شده است و در ایران توسط اکبرزاده، ترجمه و هنجاریابی شده است. این آزمون شامل ۴۸ ماده می‌باشد، اما هنجار ایرانی آن ۴۵ سؤال دارد. آزمون مقابله با استرس چند زمینه اصلی رفتارهای مقابله‌ای را در برمی‌گیرد که عبارت‌اند از مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی. در سال ۱۹۹۴ اندلر و پارکر عامل اجتنابی را به دو خرده‌مقیاس متمایز حواس‌پرتی و مشغولیت اجتماعی تقسیم نمودند که بر این اساس در این پرسشنامه چهار عامل مسئله‌مدار، هیجان‌مدار، حواس‌پرتی و مشغولیت اجتماعی مورد ارزیابی قرار می‌گیرند پاسخ به هر عبارت به روش لیکرت از هرگز تا خیلی زیاد مشخص شده است. در این پرسشنامه گزینه هرگز: نمره ۱، گاهی: نمره ۲، معمولاً: نمره ۳، بیشتر اوقات: نمره ۴ و همیشه: نمره ۵ می‌گیرد. بالاترین و پایین‌ترین نمره در سبک مسئله‌مدار: ۱۶ و ۸۰، بالاترین و پایین‌ترین نمره در سبک هیجان‌مدار: ۱۶ و ۸۰، بالاترین و پایین‌ترین نمره در سبک حواس‌پرتی: ۸ و ۴۰ و بالاترین و پایین‌ترین نمره در سبک مشغولیت اجتماعی: ۲۵ و ۵ می‌باشد. اندلر و پارکر (۱۹۹۴) ضریب آلفای کرونباخ را برای سبک مقابله مسئله‌مدار ۰/۹۲، سبک مقابله هیجان‌مدار، ۰/۸۲ و سبک مقابله اجتنابی را ۰/۸۵ برای نوجوانان پسر گزارش کردند که حاکی از اعتبار مقیاس است. همچنین روایی سازه این مقیاس نیز در پژوهش اندلر و پارکر مورد تأیید قرار گرفته است. در ایران، روایی سازه این مقیاس در

را اغلب گذرا می‌پندارند (فولکمن و لازاروس، ۲۰۰۱). لذا با توجه به مطالب ذکر شده هدف از پژوهش حاضر پیش‌بینی اضطراب کرونا و ویروس بر اساس راهبردهای مقابله‌ای و تحمل‌پریشانی در زنان شاغل می‌باشد.

روش پژوهش

جامعه آماری و نمونه‌های پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی و از همبستگی خواهد بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان شاغل شهرستان شیراز در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای تک‌مرحله‌ای استفاده شد. با توجه به روش پژوهش (توصیفی - همبستگی) حجم نمونه ۲۶۴ نفر بود. بدین منظور از بین تمامی سازمان‌ها، ادارات و شرکت‌های دولتی و غیردولتی شهر شیراز، به صورت تصادفی چند سازمان، اداره و شرکت انتخاب شدند و سپس زنان شاغلی که داوطلب حضور در پژوهش بودند، به تعداد ۲۶۴ نفر به عنوان نمونه انتخاب و به پرسشنامه‌های اضطراب کرونا و ویروس، تحمل‌پریشانی و راهبردهای مقابله‌ای پاسخ دادند.

ابزار پژوهش

۱. مقیاس اضطراب کرونا. مقیاس اضطراب بیماری ابتلاء به کووید-۱۹ توسط علی‌پور، قدمی، علی‌پور و عبدالله زاده در سال ۱۳۹۸ ساخته شد. این مقیاس شامل ۱۸ گویه است که ۲ خرده‌مقیاس علائم روانی و جسمانی است را در یک طیف لیکرت چهار درجه‌ای از هرگز = ۰ تا همیشه = ۳ مورد ارزیابی قرار می‌دهد. علی‌پور و همکاران (۱۳۹۸) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و همبستگی این ابزار را با پرسشنامه سلامت عمومی گلدنبرگ به عنوان شاخصی از روایی ابزار گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸ به دست آمد.

۲. پرسشنامه تحمل‌پریشانی سیمونز و گاهر.

مقیاس دارای ۱۵ ماده است که توسط سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵؛ ساخته شد. گویه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت کاملاً موافقم = ۱ تا کاملاً مخالفم = ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل‌پریشانی بالا

پرسشنامه با ابهامی مواجه شدند از پژوهشگر بخواهند توضیح بیشتری بدهد. از آن‌ها خواسته شد که با آرامش و اطمینان به سؤالات پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. بعد از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی رگرسیون چند متغیری (برای پیش‌بینی متغیرها) و همبستگی پیرسون (برای همبستگی متغیرها) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن زنان شرکت‌کننده در پژوهش برابر ۳۷/۳۶ (۴/۷۴) سال بود. ۴۴ نفر (۱۷ درصد) این زنان دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۷۶ نفر (۲۹ درصد) فوق‌دیپلم، ۱۲۸ نفر (۴۸ درصد) لیسانس و ۱۶ نفر (۶ درصد) فوق‌لیسانس بودند.

پژوهش قریشی (به نقل از شکری و همکاران، ۱۳۸۷) مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین در پژوهش شکری و همکاران (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس مقابله مسئله مدار ۰/۷۵، مقابله هیجان مدار ۰/۷۳ و مقابله اجتنابی ۰/۷۳ گزارش کردند.

روش اجرای. ابتدا مجوزهای لازم برای اجرای پژوهش از سوی دانشگاه آزاد استهبان به سازمان‌ها، ادارات و شرکت‌های دولتی و غیردولتی شهر شیراز اخذ شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان شاغل شهر شیراز، در سال ۱۴۰۰ بودند. سپس با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای تک‌مرحله‌ای، نمونه مورد نظر (شامل ۲۶۴ نفر از زنان شاغل) انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. به آزمودنی‌ها اطمینان خاطر داده شد که پاسخ‌های آنان محرمانه باقی خواهد ماند لذا از آن‌ها خواسته شد صادقانه پرسشنامه را تکمیل نمایند. از آزمودنی‌ها خواسته شد اگر در تکمیل

جدول ۱ یافته‌های توصیفی متغیرهای تحمل‌پریشانی، راهبردهای مقابله‌ای و اضطراب کرونا

مقیاس	شاخص آماری	میانگین	انحراف استاندارد	ضریب کشیدگی	ضریب کجی	ضریب تحمل	تورم وارپانس	دوربین واتسون
نمره کل تحمل‌پریشانی	۵۶/۰۷	۶/۱۸	۰/۴۷	-۰/۳۳	۱/۷۴	۰/۸۴	۱/۶۹	
خرده‌مقیاس تحمل	۱۲/۴۱	۲/۴۴	۰/۵۲	-۰/۱۷	۱/۶۲	۰/۷۶		
خرده‌مقیاس جذب	۹/۲۶	۱/۵۷	-۰/۱۸	۱/۹۲	۱/۵۹	۰/۷۱		
خرده‌مقیاس ارزیابی	۱۷/۳۹	۳/۵۹	-۰/۳۱	۰/۶۲	۱/۶۱	۰/۷۳	۱/۷۳	
خرده‌مقیاس تنظیم	۱۷/۰۰	۲/۸۲	-۰/۵۸	-۱/۱۵	۱/۵۴	۰/۶۷		
نمره کل راهبردهای مقابله‌ای	۵۴/۳۲	۱۴/۴۲	-۱/۴۱	۰/۳۸	۱/۷۰	۰/۷۴	۱/۷۷	
راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار	۲۳/۳۲	۵/۰۹	۰/۳۹	-۱/۴۴	۱/۶۷	۰/۶۹	۱/۸۲	
راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار	۱۷/۸۹	۳/۶۹	-۰/۷۳	۰/۹۲	۱/۵۳	۰/۶۳		
راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی	۱۶/۵۶	۴/۷۹	-۰/۱۵	۱/۷۱	۱/۶۶	۰/۶۷		
اضطراب کرونا	۳۰/۲۵	۳/۷۰	-۱/۱۲	-۰/۲۳	-	-	-	-

و انحراف استاندارد ۱/۵۷ و بیشترین نمره برای خرده‌مقیاس ارزیابی با میانگین ۱۷/۳۹ و انحراف استاندارد ۳/۵۹ گزارش شد. همچنین راهبردهای مقابله‌ای ۵۴/۳۲ (۱۴/۴۲) و

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین و انحراف استاندارد نمره کل تحمل‌پریشانی برابر با ۵۶/۰۷ (۶/۱۸) است و کمترین نمره مربوط به خرده‌مقیاس جذب با میانگین ۹/۲۶

اضطراب کرونا با میانگین و انحراف استاندارد ۳۰/۲۵ گزارش شده است. میزان ضریب کجی و کشیدگی بین ۲+ و ۲- است؛ بنابراین توزیع داده‌ها طبیعی است. مقدار دوربین واتسون نیز در فاصله مجاز ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد؛ بنابراین مفروضه عدم وجود همبستگی بین خطاها تأیید و از رگرسیون استفاده شد.

جدول ۲. نتایج رگرسیون پیش‌بینی اضطراب کرونا بر اساس راهبردهای مقابله‌ای و تحمل پریشانی

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	R	R ²	R ² _{adj}	F	B	Beta	T	Sig
راهبردهای مقابله‌ای	اضطراب کرونا	۰/۱۸	۰/۰۳	۰/۰۲	۴/۷۷	-۷۰/۰۶	-۰/۱۳	۲/۴۹	۰/۰۳۰
تحمل پریشانی						-۰/۰۷	-۰/۱۴	۲/۷۷	۰/۰۲۶

جامعه بررسی می‌کند در واقع با کمی تعدیل، نمونه را به تمام جامعه بسط می‌دهد. مقدار این ضریب در این پژوهش ۰/۰۲ شده است، به عبارت دیگر راهبردهای مقابله‌ای و تحمل پریشانی در مجموع ۰۲ درصد توانایی پیش‌بینی اضطراب کرونا را دارند. همان‌طور که نتایج جدول نشان داد از راهبردهای مقابله‌ای با ضریب بتای ۰/۱۳- و تحمل پریشانی با ضریب بتای ۰/۱۴- توانستند اضطراب کرونا را در زنان شاغل پیش‌بینی کنند.

شاخص R² (ضریب تعیین چندگانه) مشخص می‌کند که چند درصد از تغییرات متغیر ملاک توسط متغیرهای پیش‌بین تبیین می‌شوند به عبارت دیگر متغیرهای پیش‌بین چند درصد توانایی برازش متغیر وابسته را دارند. در این پژوهش مقدار R² برابر ۰/۰۳ شده است به این معنا که راهبردهای مقابله‌ای و تحمل پریشانی ۰۳ درصد توانایی پیش‌بینی اضطراب کرونا را دارند. همچنین شاخص R²_{adj} (ضریب تعیین تصحیح‌شده) توانایی پیش‌بینی متغیر وابسته را توسط متغیرهای پیش‌بین در

جدول ۳. نتایج رگرسیون پیش‌بینی اضطراب کرونا بر اساس مؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	R	R ²	R ² _{adj}	F	B	Beta	T	Sig
مسئله مدار	اضطراب	۰/۳۶	۰/۱۳	۰/۱۱	۷/۹۷	-۰/۰۸	-۰/۱۲	۱/۸۴	۰/۰۳۱
هیجان مدار	کرونا					۰/۰۴	۰/۱۴	۲/۱۲	۰/۰۳۰
اجتنابی						۰/۰۶	۰/۱۳	۲/۰۸	۰/۰۳

تعدیل، نمونه را به تمام جامعه بسط می‌دهد. مقدار این ضریب در این پژوهش ۰/۱۱۵ شده است، به عبارت دیگر مؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای ۱۱ درصد توانایی پیش‌بینی اضطراب کرونا را در زنان شاغل دارند. نتایج نشان می‌دهد مؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار با ضریب بتای ۰/۱۲- توانست اضطراب کرونا و ویروس را به صورت منفی پیش‌بینی کن و راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار با ضریب بتای ۰/۱۴ و راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی با ضریب بتای ۰/۱۳ توانستند اضطراب کرونا را به صورت مثبت در زنان شاغل پیش‌بینی کنند.

شاخص R² (ضریب تعیین چندگانه) مشخص می‌کند که چند درصد از تغییرات متغیر ملاک توسط متغیرهای پیش‌بین تبیین می‌شوند به عبارت دیگر متغیرهای پیش‌بین چند درصد توانایی برازش متغیر وابسته را دارند. در این پژوهش مقدار R² برابر ۰/۱۳۲ شده است به این معنا که مؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای ۱۳ درصد توانایی پیش‌بینی اضطراب کرونا را در زنان شاغل دارند و ۸۷ درصد باقیمانده مربوط به سایر عوامل می‌باشد. همچنین شاخص R²_{adj} (ضریب تعیین تصحیح‌شده) توانایی پیش‌بینی متغیر وابسته را توسط متغیرهای پیش‌بین در جامعه بررسی می‌کند در واقع با کمی

جدول ۴. نتایج رگرسیون پیش‌بینی اضطراب کرونا بر اساس مؤلفه‌های تحمل‌پریشانی

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	R	R ²	R ² _{adj}	F	B	Beta	T	Sig
تحمل		۰/۳۱	۰/۰۹	۰/۰۸	۶/۷۶	-۰/۱۷	-۰/۱۳	۲/۷۰	۰/۰۰۷
جذب	اضطراب کرونا					-۰/۲۲	-۰/۱۱	۲/۴۷	۰/۰۱۴
ارزیابی						-۰/۱۱	-۰/۱۶	۳/۴۵	۰/۰۰۱
تنظیم						-۰/۱۳	-۰/۲۹	۶/۰۷	۰/۰۰۱

شاغل پیش‌بینی کنند. بر اساس جست‌وجوهای پژوهشگر، به دلیل جدید بودن موضوع پژوهش در زمینه اضطراب کرونا و ویروس پژوهشی که با نتایج پژوهش حاضر همسو باشد یافت نشد. لذا نتایج پژوهش حاضر به صورت ضمنی با نتایج حاصل از پژوهش‌های امیدی و زنجانی (۱۳۹۸)، ذوالفقاری و الهی (۱۳۹۹)، عینی و همکاران (۱۳۹۹)، امیرفخرایی و همکاران (۱۳۹۹)، فرهادی و نظری (۱۳۹۹)، سالاری و همکاران (۱۳۹۹)، عزیزی و بشرپور (۱۳۹۹)، بجنوردی و همکاران (۱۳۹۹)، آن و همکاران (۲۰۲۰)، پاپا و همکاران (۲۰۲۰)، تاپا و همکاران (۲۰۲۰)، تیلور (۲۰۲۰)، هوا و همکاران (۲۰۱۷)، رینالدی و هاو (۲۰۱۶) همسو و هماهنگ می‌باشد.

در همین راستا و همسو با نتایج پژوهش حاضر نوری مقدم و آشیانی (۱۳۹۹) در پژوهش خود نشان دادند که در افراد دارای انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل ابهام بیشتر، اضطراب کمتری نسبت به بیماری کرونا وجود دارد و از آنجا که تحمل‌پریشانی می‌تواند پیش‌بین خوبی برای اضطراب بیماری کرونا باشد؛ می‌توان با بررسی راهبردهای مؤثر بر افزایش تحمل‌پریشانی، اضطراب بیماری کرونا را کاهش داد. امیدی و زنجانی (۱۳۹۸) در پژوهش خود نشان دادند که اضطراب سلامت به وسیله دو متغیر تحمل‌پریشانی و اجتناب تجربه‌ای قابل پیش‌بینی است. عدم تحمل‌پریشانی، رفتارهای اجتناب و فرار در مقابله با هیجان و علائم بدنی در افراد دارای اضطراب سلامت را تقویت می‌کند. از آنجایی که این افراد توانایی ضعیفی برای مقابله با پریشانی دارند؛ در نتیجه سعی دارند به‌وسیله‌ی استراتژی‌هایی که هدفشان کاهش سریع هیجان‌های منفی است از این هیجان‌های منفی اجتناب کنند.

شاخص R² (ضریب تعیین چندگانه) مشخص می‌کند که چند درصد از تغییرات متغیر ملاک توسط متغیرهای پیش‌بین تبیین می‌شوند به عبارت دیگر متغیرهای پیش‌بین چند درصد توانایی برازش متغیر وابسته را دارند. در این پژوهش مقدار R² برابر ۰/۰۹۷ شده است به این معنا که مؤلفه‌های تحمل‌پریشانی ۹ درصد توانایی پیش‌بینی اضطراب کرونا را دارند و ۹۱ درصد باقیمانده مربوط به سایر عوامل می‌باشد. همچنین شاخص R²_{adj} (ضریب تعیین تصحیح‌شده) توانایی پیش‌بینی متغیر وابسته را توسط متغیرهای پیش‌بین در جامعه بررسی می‌کند در واقع با کمی تعدیل، نمونه را به تمام جامعه بسط می‌دهد. مقدار این ضریب در این پژوهش ۰/۰۸۲ شده است، به عبارت دیگر مؤلفه‌های تحمل‌پریشانی ۸ درصد توانایی پیش‌بینی اضطراب کرونا را دارند. همان‌طور که نتایج جدول نشان داد خرده‌مقیاس تحمل با ضریب بتای ۰/۱۳-، خرده‌مقیاس جذب با ضریب بتای ۰/۱۱-، خرده‌مقیاس ارزیابی با ضریب بتای ۰/۱۶- و خرده‌مقیاس تنظیم با ضریب بتای ۰/۲۹- توانست اضطراب کرونا را پیش‌بینی کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی اضطراب کرونا و ویروس بر اساس راهبردهای مقابله‌ای و تحمل‌پریشانی در زنان شاغل انجام گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد، بین مؤلفه‌های تحمل‌پریشانی و راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار با اضطراب کرونا و ویروس در زنان شاغل رابطه منفی و بین راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی و هیجان‌مدار با اضطراب کرونا و ویروس رابطه مثبت معناداری وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد راهبردهای مقابله‌ای با ضریب بتای ۰/۱۳- و تحمل‌پریشانی با ضریب بتای ۰/۱۴- توانستند اضطراب کرونا را در زنان

سالاری و همکاران (۱۳۹۹) نشان دادند که بین راهبرد تنظیم هیجانی انطباقی و تحمل پریشانی با اضطراب کرونا همبستگی منفی و بین راهبرد تنظیم هیجانی غیر انطباقی با اضطراب کرونا همبستگی منفی وجود دارد. همچنین فرهادی و نظری (۱۳۹۹) در پژوهش خود نشان دادند که بین راهبردهای حل مسئله درماندگی، اجتناب و گرایش با اضطراب کرونا همبستگی مثبت و بین راهبردهای حل مسئله مهارگری، خلاقیت و اعتماد با اضطراب کرونا همبستگی منفی معناداری برقرار بود.

در تبیین نتایج به دست آمده باید گفت که تحمل پریشانی عموماً به عنوان توانایی فرد برای تحمل حالت‌های درونی ناخوشایند در نظر گرفته می‌شود. در ادبیات، تحمل پریشانی به روش‌های مختلف فرض می‌شود و گاهی تحمل انواع مختلف حالت‌های درونی منفی مانند هیجان منفی، ابهام، بلا تکلیفی، ناامیدی و ناراحتی جسمانی را شامل می‌شود. بررسی‌ها نشان داده‌اند که تحمل پریشانی یک عامل آسیب‌پذیری مهم در ایجاد و تداوم اختلالات روانی است. نقش تحمل پریشانی در اختلالات خوردن، اختلالات سوء‌مصرف مواد، اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات اضطرابی، اختلالات وسواس، افسردگی و ... روشن شده است (زاوالنسکی و همکاران، ۲۰۱۱). از سویی زنان شاغل با تحمل پریشانی پایین هنگامی که دچار درد هیجانی و اضطراب می‌شوند، احساس ناکامی و شکست می‌کنند و احساس می‌کنند که این هیجان‌های آشفته و موقعیت‌های اضطراب‌آور (همانند ویروس کرونا) هیچ‌گاه تمام نمی‌شود و از دست آن‌ها نیز کاری بر نمی‌آید. این افراد اغلب نمی‌توانند عاقلانه عمل کنند و درگیر راهبردهای مقابله‌ای خود آسیب‌رسان می‌شوند؛ اما مشکل چنین راهبردهایی این است اوضاع را بدتر از قبل می‌سازد و سرنوشت این هیجان‌ها به درد هیجانی عمیق و اضطراب کرونای بیشتر ختم می‌شود (فرهادی و نظری، ۱۳۹۹).

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت که زنان شاغلی که از راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار و سازگار استفاده می‌کنند؛ در مواجهه با مسائل و مشکلات از برنامه‌ریزی

برخوردار بوده و راه‌حل‌های متنوعی را برای حل آن در نظر خواهند گرفت. بعلاوه، اتخاذ راه‌حل‌های متنوع و داشتن برنامه‌ریزی باعث افزایش میزان باور افراد به توانایی و قابلیت‌های خود و در نهایت، شکل‌گیری سبک حل مسئله اعتماد و کاهش سطح اضطراب ناشی از ابتلا به کرونا و ویروس می‌شود؛ یعنی، افرادی که در مقابله با مشکلات به توانایی‌های خود اعتماد دارند، از میزان خودکارآمدی بالاتری برخوردارند و برعکس کسانی که به توانایی خود در هنگام روبرویی با مشکلات اعتقاد ندارند از خودکارآمدی پایین‌تری برخوردارند و در موقعیت‌های استرس‌آور و شرایط ناگوار دچار سطوح بالایی از اضطراب خواهند شد. همچنین کسانی که دارای راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار هستند، نگرش مثبتی نسبت به مشکلات دارند و تمایل دارند با مشکلات مقابله رو در رو داشته باشند (برعکس افرادی که از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی استفاده می‌کنند)، در نتیجه، از اضطراب کرونای کمتری برخوردار خواهند بود.

در تبیین رابطه مثبت بین راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی و هیجان مدار با اضطراب کرونا و پیش‌بینی مثبت اضطراب کرونا و ویروس توسط راهبردهای هیجان مدار و اجتنابی باید گفت که راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی و هیجان مدار، در مقابل موقعیت‌های پیچیده بیرونی، استفاده از امکانات عقلانی و روان‌شناختی را برای فرد غیر ممکن می‌سازد، این احساس توانمندی روانی و جسمانی را با سطحی از بازداری مواجه می‌سازد و به تدریج، زمینه‌ی بروز بسیاری از اختلالات روانی و جسمانی از جمله اضطراب کرونا و ویروس را فراهم می‌آورد (سالاری و همکاران، ۱۳۹۹). افزون بر این، می‌توان گفت که راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی و هیجان مدار نه تنها سطح فعالیت جسمانی را کاهش می‌دهد بلکه سبب بی‌تفاوتی و بی‌توجهی نسبت به موقعیت‌های پیچیده، می‌شود و نیمرخ روانی و اضطراب نرمال فرد را به سطح مرضی هدایت کند. همچنین، نتایج نشان داد که راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار و اجتنابی دارای رابطه معنی‌دار منفی با میزان اضطراب کرونا و ویروس در زنان شاغل است. بدین معنی که کسانی که هنگام مواجهه با مسئله‌ها به صورت هیجانی عمل نموده، احساس

بالاست بهتر می‌توانند با اضطراب ناشی از کرونا و ویروس و استرس ادراک شده کنار بیایند. همچنین، به احتمال زیاد از هیجان‌ات مثبت برای رو به رو شدن با تجارب سخت استفاده می‌کنند زنانی که نمی‌توانند فشارها و بحران‌های آسیب‌زا را به صورت منطقی مدیریت کنند و به جای پذیرش مسائل و تمرکز بر مشکلات برای یافتن راه حل بهتر از شیوه‌های اجتنابی و کمتر استرس‌زا استفاده می‌کنند، به احتمال زیاد با شدت گرفتن فشارها و استرس‌های ناشی از موقعیت آسیب‌زا، احساس درماندگی می‌کنند و قدرت کمتری برای تحمل این پریشانی‌ها از خود نشان می‌دهند که باعث افزایش شیوه‌های اجتنابی برخورد با مسائل در این افراد می‌شود که پیامدهای منفی زیادی از جمله افزایش اضطراب برای آن‌ها به همراه دارد. افراد با تحمل‌پریشانی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجان‌ات منفی خود درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند به نظر می‌رسد تحمل‌پریشانی این افراد آن‌ها را مجبور برای یافتن راهی فوری برای خالصی از هیجان‌ات می‌کند. پژوهش حاضر مانند هر پژوهش و تحقیق علمی دیگر در عمل با موانع و محدودیت‌هایی رو به رو بوده است؛ دسته‌ای از این محدودیت‌ها جنبه درونی و برخی جنبه بیرونی مسئله را شامل می‌شود و از جمله این محدودیت‌ها می‌توان محدودیت‌های مالی، اداری و اجرایی را نام برد. نمونه مورد بررسی نسبت به جامعه آماری پژوهش حجم محدودی دارد که در تعمیم نتایج آن باید محتاطانه برخورد کرد. در این پژوهش مهم‌ترین محدودیت استفاده از روش همبستگی و ابزارهای خودگزارش دهی بود. در این روش روابط کشف شده را نمی‌توان به عنوان روابط علی فرض کرد و در ابزارهای خودگزارش دهی ممکن است افراد خویشتن‌نگری کافی نداشته باشند و مسئولانه به گویه‌ها پاسخ ندهند. با توجه به اینکه نتایج به دست آمده از این پژوهش وجود ارتباط بین تحمل‌پریشانی و راهبردهای مقابله با تنش‌ها با اضطراب کرونا را تأیید می‌کند پیشنهاد می‌شود مشاوران و همچنین مراکز مشاوره از نتایج به دست آمده از این پژوهش استفاده کنند.

تنهایی می‌کنند و تمایل به نادیده گرفتن مسئله‌ها به جای مقابله با آن‌ها دارند، از خودکارآمدی پایین‌تری برخوردار خواهند بود. استفاده از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی، در مقابل مسائل و موقعیت‌های پیچیده بیرونی، استفاده از امکانات عقلانی و روان‌شناختی را برای فرد غیرممکن می‌سازد. این احساس، توانمندی روانی و جسمانی را با سطحی از بازداری مواجه می‌سازد و به تدریج باور فرد به ظرفیت و توان خود و به اصطلاح خودکارآمدی فرد را کاهش و کاهش خودکارآمدی و اعتماد به خود باعث افزایش اضطراب کرونا خواهد شد. افزون بر این، می‌توان گفت که راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی نه تنها سطح فعالیت افراد را کاهش می‌دهند، بلکه سبب بی‌تفاوتی و بی‌توجهی نسبت به مسائل و موقعیت‌های پیچیده، نیز می‌شود. این سبک‌ها، بیانگر تنهایی و بی‌یاوری فرد در موقعیت‌های مسئله‌زاست؛ لذا کسانی که در مواجهه با مسائل از این سبک استفاده می‌کنند؛ به دلیل احساس تنهایی و عدم داشتن پشتوانه لازم از اضطراب کرونای بیشتری برخوردار خواهند بود (فرهادی و نظری، ۱۳۹۹).

دیگر یافته‌های این پژوهش نشان داد که تحمل‌پریشانی با اضطراب کرونا همبستگی منفی داشته و می‌تواند اضطراب کرونا را پیش‌بینی کند. نتایج حاصل با مطالعات سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) و کیانی و همکاران (۱۳۹۵) همسو و هماهنگ است. در همین راستا مقبلی، امیدی و زنجانی (۱۳۹۸) نشان دادند که اضطراب به وسیله متغیر تحمل‌پریشانی قابل پیش‌بینی است. در واقع می‌توان گفت توانایی تحمل‌پریشانی موجب می‌شود تا افراد قادر به تسکین هیجان‌ات خود بوده و در بحران‌ها، آشفتگی و فشار روانی را تحمل کنند که این خود سبب توانایی رویارویی با مشکلات و حل آن‌ها می‌شود، به عبارت دیگر، افراد دارای پریشانی هیجانی نمی‌توانند به خوبی هیجان‌ات خود را در موقعیت‌های آسیب‌زای زندگی (مثل بحران کرونا و ویروس) کنترل کرده و به حل مشکلات پردازند همین امر زمینه را برای تشدید کردن اضطراب کرونا و ویروس مهیا می‌سازد. در تبیین یافته‌های این پژوهش این‌گونه می‌توان گفت که زنان شاغلی که تحمل‌پریشانی آن‌ها

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به محرمانه بودن فرایند نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش و انصراف از تکمیل پرسشنامه‌ها مختار بودند.

سپاسگزاری

از همه زنان شرکت‌کننده در پژوهش و همه کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

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

منابع

اندامی خشک، علیرضا. (۱۳۹۲). نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی با رضایت از زندگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه علامه طباطبایی.

امیدی، عبدالله، و زنجانی، زهرا. (۱۳۹۸). رابطه بین اضطراب سلامت با اجتناب تجربه‌ای و تحمل پریشانی، دومین کنگره سراسری موج سوم درمان‌های رفتاری، کاشان.

امیرفخرایی، آریتا، معصومی‌فرد، مرجان، اسماعیلی‌شاد، بهرننگ، دشت‌بزرگی، زهرا، درویش باصری، لیلا. (۱۳۹۹). پیش‌بینی اضطراب کرونا و ویروس بر اساس نگرانی سلامتی، تحمل‌پذیری فرا هیجان مثبت در بیماران دیابتی. فصلنامه پرستاری دیابت، ۸(۲): ۱۰۷۲-۱۰۸۳.

بجنوردی، المیرا، قدم پور، سمانه، و شکیب، آمنه. (۱۳۹۹). پیش‌بینی اضطراب کرونا بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سرسختی سلامت و اضطراب مرگ در بیماران دیابتی. مجله روان پرستاری، ۱۳۹۹، ۸(۲): ۳۴-۴۴.

سالاری، محبوبه، بکرایی، سعدی، شریف‌نژاد نعمت‌آباد، محمدامین، عالی‌زاده، نگرش؛ و محسنی، فاطمه. (۱۳۹۹). پیش‌بینی اضطراب کرونا و ویروس بر اساس تحمل پریشانی و

تنظیم شناختی هیجان در زنان شاغل. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۱(۴): ۳۸-۵۲.

صادق‌زاده، مرضیه، شاملی، لیلا؛ و خرمائی، زهرا. (۱۳۹۸). صبر مادر و پرخاشگری کودک: نقش میانجی استرس والدگری. مجله مطالعات آموزش و یادگیری، ۱۱(۱): ۱۰۷-۹۲

علی پور، احمد، قدمی، ابوالفضل، علی پور، زهرا، و عبدالله زاده، حسن. (۱۳۹۹). اعتباریابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS) در نمونه ایرانی. مجله روانشناسی سلامت، ۸(۳۲): ۱۶۸-۱۷۲.

عینی، ساناز، عبادی، متینه، و ترابی، نغمه. (۱۳۹۹). تدوین مدل اضطراب کرونا در دانشجویان براساس حس انسجام و تاب‌آوری: نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده. مجله فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۱(۴۳): ۱-۳۲.

فرهادی، سجاده، و نظری، هاجر. (۱۳۹۹). پیش‌بینی بار روانی ویروس کرونا در زنان خانواده در ایام قرنطینه: نقش سبک‌های حل مسئله و سرمایه روان‌شناختی. خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۵): ۴۶-۶۴.

نوری مقدم، ثنا، و آشیانی، حسین. (۱۳۹۹). بررسی رابطه تحمل ابهام و انعطاف‌پذیری شناختی با اضطراب بیماری کرونا در دانشجویان دانشگاه‌های منطقه ۸ کشور، هفتمین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین در حوزه علوم تربیتی، روانشناسی و مشاوره ایران، تهران.

- An, Y., Yang, Y., Wang, A., Li, Y., Zhang, Q., Cheung, T., & Xiang, Y. T. (2020). Prevalence of depression and its impact on quality of life among frontline nurses in emergency departments during the COVID-19 outbreak. *Journal of affective disorders*, 276, 312-315.
- Baker CN, Hoerger M. (2012). Parental child-rearing strategies influence self-regulation, socio-emotional adjustment, and psychopathology in early adulthood: Evidence from a retrospective cohort study. *Personality and individual differences*. 2012;52(7):800-5.
- D'Zurilla, T.J. and Nezu, AM. (2020). Problem-solving therapy. In: Dobson KS, editor. *Handbook of genitive-behavioral therapies*. 2 Ed. New York, NY: Guilford Press, Icac
- Daughters, S.B., Reynolds, E.K., MacPherson, L., Kahler, C.W., Danielson, C.K., Zvolensky, M., Lejuez., C.W. (2017). Distress tolerance

- Outbreak of Infectious Disease. Newcastle Upon Tyne. London: Cambridge Scholars Publishing.
- Thapa, S. B., Mainali, A., Schwank, S. E., & Archaya, G. (2020). Maternal Mental in Time of the COVID-19 Panademic, *Acta Obstetricia ET Gynecologica Scandinavica*, 99(7), 1-13.
- Valero-Moreno, S., Lacomba-Trejo, L., Casaña-Granell, S. (2020). Psychometric properties of the questionnaire on threat perception of chronic illnesses in pediatric patients. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 28:e3242. DOI: 10.1590/1518- 8345.3144.3242.
- World Health Organization. Eastern mediterranean region covide 19. Published 2020. Accessed May2020. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiN2ExNWl3ZGQtZDk3My00YzE2LWFjYmQtNGMwZjk0OWQ1MjFhIiwidCI6ImY2MTBjMGI3LWJkMjQtNGl3OS04MTBiLTNkYzI4MGFmYjU5MCIiLCJmMiOiJh9>.
- Wu, Z., McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention external icon. *JAMA*. Published online: February 24.
- and early adolescent externalizing and internalizing symptoms: The moderating role of gender and ethnicity. *Behaviour Research and Therapy*, 47: 198-205.
- Fischhoff, B. (2020). Speaking of Psychology: Coronavirus Anxiety. In: <https://www.apa.org/research/action/speaking-of-psychology/coronavirus-anxiety>.
- Folkman S, Lazarus RS. (2001). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social science & medicine*. 2001;26(3):309-17.
- Huh HJ, Kim KH, Lee HK, Chae JH. (2017). The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *J Affect Disord*. 2017;213:44-50. doi: 10.1016/j.jad.2017.02.009 pmid: 28189964 <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.009> PM
- Kelly, B. D. (2020). Covid-19 (coronavirus): challenges for psychiatry. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*.
- Lee, S. A. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, 16, 1-9.
- Pappa, S Ntella, V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Paputsi E, Katsaounou P. (2020). Prevalence of Depression, Anxiety and in – Somnia among healthcare Workers during the Covid – 19 Pandemic: A Systematic Immunity. 2020, 88: 901-7.
- 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): e100213. doi: 10.1136/gpsych2020-100213
- Rubin, G. J., Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *BMJ (Clinical research ed.)*, 368, m313. doi: 10.1136/bmj.m313
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M. and Benedek, D. M. (2020) Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. doi:10.1111/pcn.12988.
- Simons, J. S. & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102.
- Taylor, S. (2020). *The Psychology of Panademics: Preparing for the Next Global*