

رابطه آسیب‌پذیری ادراک شده نسبت به بیماری مسری و تجربه علائم استرس پس از سانحه با نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در کادر درمان بیماران مبتلا به کووید-۱۹

The Relationship between Perceived Vulnerability to Infectious Disease and the Experience of Post Traumatic Stress Disorder Symptoms with the Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation in the Treatment Staff of Patients with Covid-19

Afsaneh Moradi*

Assistant Professor, Faculty of Literature & Humanities, Persian Gulf University, Boushehr, Iran.

moradi.afsane@gmail.com

Samireh Karimi

M.Sc. General Psychology, Ardakan University, Yazd, Iran.

Elham Hessami

Ph.D Candidate, Department Of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University Karaj Branch, Alborz, Iran.

دکتر افسانه مرادی (نویسنده مسئول)

استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران.

سمیره کریمی

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه اردکان، یزد، ایران.

الهام حسامی

کاندیدای دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، البرز، ایران.

Abstract

During the Covid-19 epidemic, the mental health of nurses and staff in patient-related wards is critical. The aim of this study was to investigate the mediating role of cognitive emotion regulation in the relationship between perceived vulnerability to disease and the experience of post-traumatic stress symptoms in the caregiving staff of patients with Covid-19. The present study is basic research and descriptive-correlational in terms of method. The study population consisted of all care staff of patients with Covid-19 working in hospitals in Tehran in June and July 2021, from which 677 people were selected as a sample. Research instruments include Mississippi Scale for Posttraumatic Stress Disorder (MCCP: Keane et al., 1988), the Perceived Vulnerability to Disease Questionnaire (PVDQ: Duncan et al., 2009), and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ: Garnefski et al., 2002). Data were analyzed using structural equation analysis using Amos version 24 and SPSS version 22. Findings of the study indicated that the model has a good fit and perceived vulnerability has no significant effect on the experience of PTSD symptoms. Still, positive cognitive emotion regulation has a significant negative effect on PTSD and negative cognitive emotion regulation had a significant positive impact on PTSD ($p<0.001$). In addition, the mediating role of cognitive emotion regulation in the relationship between perceived vulnerability and PTSD was also significant ($p<0.001$). It can be concluded that perceived vulnerability through cognitive emotion regulation strategies can be the basis for experiencing the symptoms of PTSD.

Keywords: post-traumatic stress disorder, perceived vulnerability, cognitive emotion regulation, Covid-19.

چکیده

در زمان همه‌گیری کووید-۱۹، سلامت روانی پرستاران و کارکنان پخش‌های مرتبط با بیماران بسیار حائز اهمیت است. هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش واسطه‌ای تنظیم شناختی هیجان در رابطه آسیب‌پذیری ادراک شده نسبت به بیماری مسری و تجربه علائم استرس پس از سانحه در کادر درمان بیماران مبتلا به کووید-۱۹ است. پژوهش حاضر جزء پژوهش‌های بنیادین و از لحاظ روش توصیفی-همبستگی است. جامعه پژوهش را کلیه کادر درمان بیماران مبتلا به کووید-۱۹ شاغل در بیمارستان‌های شهر تهران در ماه‌های خداداد و تیر سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند که از بین آن‌ها بهصورت در دسترس ۶۷۷ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی (MCCP: کین و همکاران، ۱۹۸۸)، پرسشنامه آسیب‌پذیری ادراک شده نسبت به بیماری مسری (PVDQ: دانکن و همکاران، ۲۰۰۹) و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ: گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۲) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل معادلات ساختاری بهوسیله نرم‌افزارهای Amos نسخه ۲۴ و SPSS نسخه ۲۲ انجام شد. یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که مدل از برآش مطلوبی برخوردار می‌باشد، آسیب‌پذیری ادراک شده بر تجربه علائم PTSD اثر معنادار ندارد، ولی تنظیم شناختی هیجان مثبت بر PTSD اثر معنادار منفی و تنظیم شناختی هیجان منفی بر PTSD اثر معنادار مثبت دارد ($p<0.001$). علاوه بر این، نقش واسطه‌ای تنظیم شناختی هیجان در رابطه آسیب‌پذیری ادراک شده و PTSD معنادار بود ($p<0.001$). می‌توان نتیجه گرفت که آسیب‌پذیری ادراک شده به‌واسطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان می‌تواند زمینه تجربه علائم اختلال استرس پس از سانحه باشد.

واژه‌های کلیدی: اختلال استرس پس از سانحه، آسیب‌پذیری ادراک شده، تنظیم شناختی هیجان

مقدمه

بیماری کووید-۱۹^۱ یا سندروم تنفسی حاد شدید ناشی از ویروس کرونا در اواخر سال ۲۰۱۹ یک بحران ناگهانی در بهداشت عمومی جهان ایجاد کرد؛ بر اساس اعلام سازمان جهانی بهداشت^۲، ۲۰۲۱ تا دسامبر ۲۰۱۹، منجر به مرگ بیش از ۵۳۰۰۰۰۰ نفر در سرتاسر جهان شده است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۱). سلامت روانی و جسمانی پرستاران و کارکنان بخش‌های مرتبط با کووید-۱۹ که به عنوان اولین گروه در خط مقدم مواجهه با همه‌گیری کروناویروس حضور دارند، بسیار حائز اهمیت است. شرایط کاری موجب شده تا پرستاران سطح بالایی از فشارهای جسمانی و روانی را تجربه کنند؛ شیوه این بحران، تأثیرات نامطلوبی از جمله پریشانی روان‌شناختی، آسیب روحی^۳ و افزایش مشکلات بهداشت روان مانند اختلال استرس پس از سانحه^۴ را بر سلامت روان آنان تحمیل می‌کند (گرینبرگ^۵ و همکاران، ۲۰۲۱).

اختلال استرس پس از سانحه یک بیماری شدید روان‌شناختی است که مشخصه آن بروز اضطراب و استرس به دنبال مواجهه با رویدادی آسیب‌زننده می‌باشد و چهار گروه از علائم اصلی آن، شامل تجربه مجدد حادثه به صورت آزاردهنده و مزاحم، رفتارهای اجتنابی، تغییرات منفی در شناختها و خلق و علائم مستمر برانگیختگی بیش از حد است (انجمان روان‌پژوهشکی آمریکا، ۲۰۱۳). تهدید ذاتی (بالقوه) بیماری عامل مهمی در پریشانی و کیفیت زندگی افراد بیمار ایجاد می‌کند (لوبمایر و زاکوسکی^۶، ۲۰۰۴). در حقیقت مبتلا شدن به یک بیماری مهلک، می‌تواند تجربه‌ای آسیب‌زا باشد. نتایج برخی از پژوهش‌ها در زمینه وضعیت روان‌شناختی کادر پزشکی در گیر در درمان بالایی از ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه را نشان دادند (وائو^۷ و همکاران، ۲۰۰۹). همچنین نتایج پژوهش طولی مک^۸ و همکاران (۲۰۰۹) در زمینه بیماری‌های روان‌پژوهشکی در بهبود یافته‌گان از بیماری سارس نشان داده است که اختلال استرس پس از سانحه شایع‌ترین اختلال طولانی‌مدت روان‌پژوهشکی در میان کادر پزشکی بوده و نرخ بروز آن در دو سال پس از شیوع بیماری ۴۷/۸ درصد بود. از این رو، شاهد بودن در صحنه مرگ و میر بیماران مبتلا به کووید-۱۹، میزان حجم کاری زیاد، افزایش مراجعه ناگهانی بیماران مبتلا به کووید-۱۹، خستگی و نالمیدی، افزایش ساعت‌کاری و میزان مسئولیت پرستاران در بیمارستان و فشار ناشی از کار می‌تواند منجر به اختلال استرس پس از سانحه شود (هوانگ^۹ و همکاران، ۲۰۲۰). البته با توجه به شواهد پژوهشی، میزان آسیب‌پذیری افراد در ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه در شرایط بحرانی متفاوت است و عوامل زیستی و روانی مختلفی در آن دخیل است. یکی از متغیرهای روانی مهم که در شرایط بحرانی یک بیماری همه‌گیر می‌تواند زمینه‌ساز ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه باشد، آسیب‌پذیری ادراک شده نسبت به بیماری مسری^{۱۰} است.

آسیب‌پذیری ادراک شده، به باور شخص در مورد این که چقدر خود را نسبت به یک موقعیت استرس‌زا، آسیب خاص و یا مشکل تندرنستی آسیب‌پذیر احساس می‌کند، اشاره دارد (روزن‌استاک^{۱۱}، ۱۹۷۴). طبق رویکرد باور سلامت، احتمال اینکه یک فرد برای پیشگیری از برآیندهای منفی استرس‌ها و بیماری‌ها، راهبردهای مقابله مناسب و رفتارهای احتیاطی اتخاذ نماید، به باورهای وی در زمینه میزان آسیب‌پذیری ادراک شده نسبت به عوامل و موقعیت‌های استرس‌زا بستگی دارد (ایوانس و استودارت^{۱۲}، ۱۹۹۰). اگرچه آسیب‌پذیری ادراک شده نسبت به بیماری کارکرد انطباقی در جهت ارتقای رفتارهای سلامت و محافظت است، اما اثرات منفی آن بر سلامت روان

1 COVID-19

2 World Health Organization (WHO)

3 moral injury

4 Post-traumatic stress disorder (PTSD)

5 Greenberg

6 American Psychiatric Association (APA)

7 Laubmeier & Zakowski

8 SARS

9 Wu

10 Mak

11 Huang

12 Perceived Vulnerability to Disease (PVD)

13 Rosenstock

14 Evans & Stoddart

قابل چشم‌پوشی نیست. در واقع، آسیب‌پذیری ادراک شده در برابر بیماری مسری یک شاخص چندبعدی است که تفاوت‌های فردی پاسخ به آن را توجیه می‌کند؛ پاسخ‌های هیجانی و رفتاری در واکنش به بیماری‌های مسری معمولاً به درک شخص از خطر آلوه شدن وابسته است (استانگر، کاناپیان و اسکالر^۱، ۲۰۲۱). از این رو آسیب‌پذیری ادراک شده نسبت به بیماری به عنوان ارزیابی خود فرد از ابتلا به ویروس بر اساس تجزیه و تحلیل علائم مکرر، آگاهی و رفتارهای پر خطر توصیف می‌شود. از یکسو، آسیب‌پذیری ادراک شده در برابر بیماری‌های عفونی ممکن است پاسخ‌های روان‌شناختی خاصی را برای به حداقل رساندن مواجهه با عوامل بیماری‌زا ایجاد کند و رفتارهای اینمی‌بخش با هدف کاهش احتمال عفونت اولیه را تقویت کند (اگونسمی^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). از سوی دیگر، مطابق با شواهد، آسیب‌پذیری ادراک شده شدید در طی شیوع بیماری‌های همه‌گیر ممکن است احساس امنیت یا کنترل افراد را تضعیف کند و موجب نگرانی‌هایی از قبیل ترس از ابتلا به عفونت، احساس عدم امنیت و از دست دادن کنترل شود؛ همین امر می‌تواند موجب راهاندازی واکنش‌های استرس پس از آسیب شود (پارک^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد افرادی که نگرانی و ترس بیشتری از احتمال ابتلا به بیماری را دارا هستند، استرس‌های آسیب‌زای بیشتری را تجربه می‌کنند و این یک عامل خطر برای افزایش ابتلا به اختلال استرس پس از سانجه می‌باشد (ملی^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). این یافته‌ها با مدل شناختی اختلال استرس پس از سانجه اهلتز و کلارک^۵ (۲۰۰۰) همخوان است و بیانگر آن است که واکنش‌های روان‌شناختی نسبت به یک رویداد آسیب‌زا، از نظر نحوه ارزیابی رخداد متفاوت است (به عنوان نمونه ارزیابی خطر منجر به ترس می‌شود) و اختلال استرس پس از سانجه هنگامی رخ می‌دهد که ارزیابی افراد «احساس خطر جدی» ایجاد کند (بویراز^۶ و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی دیگر از سازه‌های روانی مهم که در ادبیات پژوهشی اختلال استرس پس از سانجه به کرات به آن اشاره شده است، تنظیم شناختی هیجان^۷ است. مفهوم تنظیم شناختی هیجان بر ماهیت کارکردی پاسخ‌های هیجانی تأکید و به توانایی عمل کردن مؤثر در زمینه رویدادهای هیجانی اشاره دارد و برای حفظ و مقابله درست با هیجان‌های مثبت و منفی طی موقعیت‌های مختلف از اهمیت خاصی برخوردار است (مکلین^۸ و همکاران، ۲۰۱۹). پژوهش‌های بسیاری به نقش این راهبردها پس از حوادث مختلف آسیب‌زا و اختلال استرس پس از سانجه اشاره دارند؛ بررسی‌های پوچلانگ^۹ و همکاران (۲۰۲۰) و اسلانبکووا^{۱۰} و همکاران (۲۰۱۹) نشان داده است که اختلال استرس پس از سانجه با فاجعه‌سازی، نشخوار فکری و سرزنش دیگران همراه است، درواقع هرچقدر افراد از راهبردهای فاجعه‌سازی و نشخوار فکری بیشتر و از راهبردهای ارزیابی مجدد کمتر استفاده کنند، علائم اختلال استرس پس از سانجه در این افراد شدت می‌گیرد. همچنین، کاچکورکین^{۱۱} و همکاران (۲۰۱۷) به بررسی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مرتبط با معیارهای اختلال استرس پس از سانجه پرداختند، نتایج نشان داد که تغییرات منفی در خلق‌خوی افراد با ابورهای ناکارآمد (شناخت‌های منفی بیشتر افکار فاجعه‌آمیز، سرزنش خود و محیط پیرامون) در ارتباط بود؛ همچنین افکار مزاحم در اختلال استرس پس از سانجه با باور فاجعه‌آمیزی همراه بود که این ارتباط بین خاطرات مزاحم و تفسیر بیش از حد منفی آن خاطرات را نشان می‌دهد. پژوهش‌ها در زمینه تاثیر آسیب‌پذیری ادراک شده نسبت به بیماری بر تنظیم هیجانی بسیار اندک است؛ اما به طور غیرمستقیم می‌توان به برخی تحقیقات مرتبط اشاره کرد؛ در همین راستا پژوهش کارت و واکر^{۱۲} (۲۰۱۴) به بررسی نقش تعديل‌کننده‌گی تنظیم هیجانی در رابطه بین نشانه‌های اضطراب و سلامت ادراک شده پرداختند؛ نتایج نشان داد که مشکل در تنظیم هیجان با عالیم اضطراب و سلامت ادراک شده در ارتباط بود. درواقع نمرات بالاتر مشکل در تنظیم هیجان با افزایش علائم اضطراب و همچنین ضعف در سلامت ادراک شده همراه بود. برهل^{۱۳} و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه‌ای نشان دادند که راهبردهای تنظیم هیجان

1 Stangier, Kananian & Schüller

2 Ogunsemi

3 Park

4 Meli

5 Ehlets & Clark

6 Boyraz

7 Cognitive Emotion Regulation

8 McLean

9 Puechlong

10 Sianbekova

11 Kaczkurkin

12 Carter & Walker

13 Brehl

رابطه آسیب‌پذیری ادراک شده نسبت به بیماری مسری و تجربه علائم استرس پس از سانحه با نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در کادر درمان بیماران مبتلا به کووید-۱۹
The Relationship between Perceived Vulnerability to Infectious Disease and the Experience of Post Traumatic ...

ناسازگارانه (خودکم‌بینی^۱، تسلیم شدن^۲)، اضطراب حالتی و استرس ادراک شده را در طول همه‌گیری ویروس کرونا پیش‌بینی می‌کند؛ از طرفی راهبرد اجتماعی کناره‌گیری اجتماعی^۳ با سطوح کمتر اضطراب در طی شیوع بیماری مرتبط بود. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که کاهش راهبردهای تنظیم ناسازگار هیجان در گروه‌های آسیب‌پذیر ممکن است از افزایش اضطراب در پاسخ به یک عامل استرس‌زای غیرقابل کنترل (مانند ویروس کرونا) جلوگیری کند. در نهایت تحقیق استانگر و همکاران (۲۰۲۱) با هدف بررسی رابطه آسیب‌پذیری ادراک شده نسبت به بیماری، اطلاعات درباره ویروس کرونا و تغییر رفتار پیشگیرانه در طول قرنطینه انجام گرفت و نتایج نشان داد که اطلاعات و دانش در مورد بیماری کرونا رفتارهای پیشگیرانه قوی و واکنش‌های انطباقی را پیش‌بینی می‌کند، از طرفی بین آسیب‌پذیری ادراک شده نسبت به بیماری و علائم پریشانی عاطفی همبستگی معناداری وجود داشت. نتایج تجزیه و تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که اطلاعات در مورد ویروس کرونا با افزایش رفتارهای انطباقی و سلامت بیمار در شرکت‌کنندگان همراه است که این نشان‌دهنده تنظیم سطوح بالای پریشانی عاطفی شرکت‌کنندگان در دوران قرنطینه بود.

با توجه به اهمیت حرفه کادر درمان و تماس مستقیم و اجتناب‌ناپذیر این گروه در خط مقدم جبهه مبارزه با ویروس کرونا و نرخ بالای شیوع اختلال استرس پس از سانحه در شرایط بحران‌زا، شناسایی عواملی که می‌تواند در کاهش بهره‌وری و بهداشت روانی آنان نقش داشته باشد، امری ضروری است. از آن‌جا که آسیب‌پذیری ادراک شده نسبت به بیماری در طی پاندمی کرونا موجب ایجاد نگرانی و ترس از ابتلاء به عفونت در کادر درمانی و راهنمایی واکنش‌های اختلال استرس پس از سانحه می‌شود، بررسی نقش اساسی راهبردهای تنظیم هیجانات در کنترل هیجانی این افراد حائز اهمیت است. افزون بر این، آنچه این مطالعه را در میان سایر پژوهش‌های انجام گرفته تمایز می‌کند این است که ارتباط سه متغیر آسیب‌پذیری ادراک شده نسبت به بیماری مسری، تجربه علائم استرس پس از سانحه و تنظیم شناختی هیجانات بررسی نشده است؛ لذا خلاصه پژوهشی در این خصوص مشهود است. بنابراین هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی رابطه آسیب‌پذیری ادراک شده نسبت به بیماری مسری و تجربه علائم استرس پس از سانحه با نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در کادر درمان بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بود.

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی- همبستگی و به روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کادر درمان مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ شاغل در بیمارستان‌های شهر تهران (از قبیل مسیح دانشوری، میلاد، شریعتی، لقمان، شهدای تجریش، امام خمینی، امام حسین) در ماه‌های خرداد تا تیر ماه ۱۴۰۰ بود. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. یکی از پیشنهادها در تعیین حجم نمونه در روش مدل‌یابی ساختاری این است که به ازای هر گوییه بین ۵ تا ۱۵ نفر در نظر گرفته شود (هومن، ۱۳۸۵)؛ بنابراین، در پژوهش حاضر به ازای هر گوییه، تقریباً ۸ نفر در نظر گرفته شد و در مجموع ۷۰۳ نفر پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. درنهایت، پس از حذف پاسخنامه‌های مخدوش، حجم نمونه شامل ۶۸۸ نفر شد و در تجزیه و تحلیل یافته‌ها پس از حذف داده‌های پرت به ۶۷۷ نفر رسید. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت‌آگاهانه و اشتغال به کار مراقبت در یکی از بیمارستان‌های معین کووید-۱۹ بود و ملاک‌های خروج شامل مخدوش بودن پاسخنامه ارسالی بود. از آنجایی که پژوهش در دوران شیوع کووید-۱۹ اجرا شد و امکان اجرای مداد- کاغذی پرسشنامه‌ها وجود نداشت، برای اجرای پرسشنامه‌ها از روش آنلاین استفاده شد. بدین صورت که پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین طراحی شد، سپس لینک پرسشنامه آنلاین با هماهنگی و همکاری یکی از پرستاران مشغول به کار در یک مرکز درمانی کووید-۱۹ در شهر تهران، در گروه‌های کاری (شبکه‌های مجازی اینستاگرام و واتساپ) پرستاران بیمارستان‌های معین کووید-۱۹ قرار داده شد تا در صورت تمایل به سوالات پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. برای افراد نمونه قبل از پاسخگویی به پرسشنامه‌ها، اهداف، اهمیت انجام پژوهش و ملاک‌های ورود به پژوهش بیان شد و به آن‌ها درباره نکات اخلاقی ارجمله رازداری، محرومانه ماندن اطلاعات شخصی و غیره اطمینان خاطر داده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش همبستگی پیرسون و تحلیل معادلات ساختاری بهوسیله نرم‌افزارهای Amos نسخه ۲۴ و SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

¹ self-devaluation

² giving up

³ social withdrawal

ابزار سنجش

پرسشنامه دموگرافیک: یک پرسشنامه محقق ساخته جهت به دست آوردن اطلاعات جمعیت شناختی از قبیل جنسیت، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و سمت شغلی کادر درمان است.

مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌بی^۱ (MCCP): پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه توسط کین^۲ و همکاران (۱۹۸۸) تدوین شد. این مقیاس خودگزارشی از ۳۵ گویه و در پنج درجه به شیوه لیکرت نمره‌گذاری می‌شود و از چهار خرده مقیاس خاطرات رخنه‌کننده، مشکل در ارتباطات بین فردی، ناتوانی در کنترل عاطفی و فقدان افسردگی تشکیل شده است. ضریب همسانی درونی این آزمون بر حسب آلفای کرونباخ توسط سازندگان برابر ۰/۹۴، گزارش شد (کین و همکاران، ۱۹۸۸). در پژوهش بوكس^۳ و همکاران (۲۰۱۵) همبستگی سوالات این مقیاس با سیاهه خودسنجی برای اختلال استرس پس از سانحه برابر با ۰/۸۲ گزارش شده است. این مقیاس در ایران توسط گودرزی (۱۳۸۱) اعتباریابی شده و ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۲، گزارش شده است. جهت تعیین روایی همزمان این مقیاس از سه ابزار فهرست وقایع زندگی، فهرست اختلال استرس پس از سانحه و سیاهه پادوا استفاده گردید که ضریب همبستگی مقیاس می‌سی‌سی‌بی با هر یک به ترتیب برابر ۰/۲۳، ۰/۸۲ و ۰/۷۵ گزارش شده است (گودرزی، ۱۳۸۱). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد.

پرسشنامه آسیب‌پذیری ادراک شده نسبت به بیماری مسری^۴ (PWDQ): این مقیاس توسط اسکالار^۵ و همکاران در سال ۲۰۰۳ در قالب ۱۹ آیتم تدوین شد، اما دانکن^۶ و همکاران (۲۰۰۹) در نمونه‌ای شامل ۱۵۳۹ شرکت‌کننده به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی آن پرداخته و ۴ آیتم را به دلیل همبستگی‌های بین‌آیتمی ضعیف حذف کردند و برای ۱۵ آیتم باقی‌مانده تحلیل‌های عاملی اکتشافی و تاییدی را انجام دادند. این پرسشنامه ۱۵ گویه خودسنجی دارد که هر کدام بر روی یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌بندی می‌شود و نمره بالاتر نشان‌دهنده آسیب‌پذیری ادراک شده بیشتر به بیماری است، همچنین ۶ گویه دارای نمره‌گذاری معکوس هستند. این فرم شامل دو زیر مقیاس: مستعد بودن به بیماری از لحاظ ذهنی و زیر مقیاس بیزاری از میکروب است. دانکن و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه خود از یک راه حل دو عاملی که ۴۶/۳ درصد از واریانس را توضیح می‌داد، استفاده کردند؛ آن‌ها همسانی درونی نسخه انگلیسی را برای ۱۵ آیتم با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲، برای زیر مقیاس مستعد بودن به بیماری ۰/۸۷ و برای زیر مقیاس بیزاری از میکروب ۰/۷۴ گزارش کردند. جهت تعیین روایی هم‌گرا، از دو ابزار مقیاس چندش تجدیدنظر شده و پرسشنامه اضطراب سلامت استفاده گردید که ضریب همبستگی مقیاس آسیب‌پذیری ادراک شده نسبت به بیماری مسری با هر یک به ترتیب برابر ۰/۵۱ و ۰/۴۲ و ۰/۷۵ گزارش شد. همچنین ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این ابزار در پژوهشی توسط مرادی مطلق و همکاران (۱۳۹۹) مورد بررسی قرار گرفته است که بر مبنای نتایج، پایایی آزمون- بازآزمون مقیاس کل در فاصله ۱۴ روز متعادل ۰/۷۲، برای زیر مقیاس مستعد بودن برای ابتلاء به بیماری از نظر ذهنی معادل ۰/۷۶ و برای زیر مقیاس بیزاری از میکروب برابر با ۰/۸۱ به دست آمده است؛ همسانی درونی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ نیز به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۸۷ و ۰/۷۰ است. بهمنظور بررسی روایی سازه از تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی استفاده شد؛ بر اساس این تحلیل مقدار عددی شاخص $KMO = ۰/۸۴۷$ و خودی نسبی برابر ۱/۶۸ بود. در این پژوهش، آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۱ برآورد گردیده است.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۷ (CERQ): این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) تدوین شده است. این ابزار، پرسشنامه‌ای چندبعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد و یک ابزار خودگزارشی است که حاوی ۳۶ گویه با طیف لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (همیشه) می‌باشد؛ پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۹ راهبرد شناختی را ارزیابی می‌کند (گارنفسکی و کراایج^۸، ۲۰۰۶). در بررسی مشخصات روان‌سنجی پرسشنامه با نمونه خارجی، گارنفسکی و کراایج (۲۰۰۷) پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های

¹ Mississippi scale for post-traumatic stress disorder

² Keane

³ Boks

⁴ Perceived Vulnerability to Infectious Disease Questionnaire (PWDQ)

⁵ Schaller

⁶ Duncan

⁷ Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

⁸ Garenski & Kraaij

سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، فاجعه انگاری، پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و اتخاذ دیدگاه در دامنه ۰/۸۵ تا ۰/۸۵ محسوبه کردند، و روای بیرونی آن را با استفاده از زیرمقیاس‌های اضطراب و افسردگی سیاهه نشانه‌های روان‌شناختی (SCL-90-R) بین ۰/۲۱ تا ۰/۵۵ در سطح ۱/۰۰ معنادار گزارش نمودند (گارنسکی و کرایچ، ۲۰۰۷). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه در نمونه ایرانی توسط حسنی (۱۳۸۹) بررسی شد و ضرایب آلفای کرونباخ برای ۹ زیر مقیاس در دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ گزارش شده است؛ روایی پرسشنامه از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش متعامد همبستگی بین خرده مقیاس‌ها (با دامنه همبستگی ۰/۳۲-۰/۶۷) و روایی ملاکی مؤلفه‌های پرسشنامه (ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، فاجعه سازی و ملامت دیگران) با سیاهه افسردگی بک، به ترتیب ۰/۳۸، ۰/۲۵، ۰/۳۶، ۰/۲۷، ۰/۲۹، ۰/۳۲، ۰/۴۸، ۰/۴۲، ۰/۲۵، ۰/۲۹، ۰/۳۲ و ۰/۴۸ می‌گزارش شده است که نشان‌دهنده مطلوب بودن روایی ملاکی است (حسنی، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بدست آمد.

یافته‌ها

در مجموع اطلاعات ۶۷۷ نفر از شرکت‌کنندگان بهمنظور تجزیه و تحلیل آماری مورد استفاده قرار گرفت. از این تعداد ۵۷۹ نفر زن (۸۵/۵ درصد) و ۹۸ نفر مرد (۱۴/۵ درصد)، با میانگین سنی ۳۲/۸۷ و انحراف استاندارد ۷/۹۸۴ بودند. ۴۰۰ نفر (۵۹/۱ درصد) از شرکت‌کنندگان متأهل و ۲۷۷ نفر (۴۰/۹ درصد) مجرد بودند. ۴۷۷ نفر (۷۰/۴ درصد) پرستار و ۲۰۰ نفر (۲۹/۶ درصد) سایر مشاغل مرتبط با بیماران مبتلا به کووید-۱۹ (مانند پزشک، بهیار و ...) بودند. میانگین سابقه کاری شرکت‌کنندگان ۱۰/۸۷ با انحراف استاندارد ۷/۸۳ بود. ۵۴۲ نفر (۸۰/۱ درصد) با تحصیلات کارشناسی و پایین‌تر، ۶۱ نفر (۹/۶ درصد) با تحصیلات کارشناسی ارشد، ۱۴ نفر (۲/۱ درصد) با تحصیلات دکترا و ۶۰ نفر (۸/۹ درصد) با تحصیلات دکترای حرفه‌ای بودند.

به منظور ارائه تصویری روشن‌تر از وضعیت متغیرهای پژوهش برخی شاخص‌های توصیفی به همراه ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول (۱) ارائه شده است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی و ماتریس همبستگی بین متغیرهای مکنون پژوهش

۱	۲	۳	۴
۱ آسیب‌پذیری ادراک شده	*۰/۱۵۸	۱	
۲ تنظیم شناختی هیجان مثبت	*۰/۲۹۶	*۰/۱۷۴	۱
۳ تنظیم شناختی هیجان منفی	*۰/۱۶۶	*۰/۲۰۸	۰/۰۵۳
۴ اختلال استرس پس از سانحه	۴/۳۹۲	۵۵/۵۱۴	۵۹/۶۰۰
میانگین	۱/۰۰۷	۱۰/۹۳۲	۱۰/۴۹۱
انحراف استاندارد	-۰/۱۶۴	-۰/۱۵۳	۰/۰۵۶۸
کجی	-۰/۱۷۶	-۰/۰۰۲	-۰/۲۱۵
کشیدگی	-۰/۱۴۹	-۰/۲۸۳	

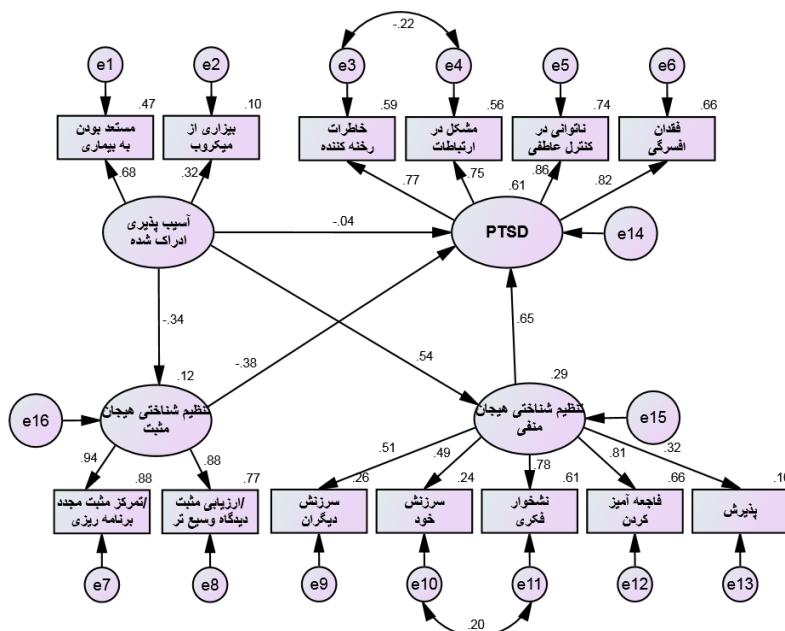
* معناداری در سطح ۰/۰۱

قبل از آزمون مدل پیشنهادی، ابتدا برای اطمینان از این‌که داده‌های پژوهش، مفروضه‌های مدل‌یابی معادلات ساختاری را برآورده می‌کنند، بررسی داده‌های از دسترفته^۱، داده‌های پرت^۲ پژوهش (که منجر به حذف ۱۱ نفر از شرکت‌کنندگان شد)، نرمال بودن متغیرها و هم خطی چندگانه صورت گرفت. برای بررسی تکمتغیری از شاخص‌های چولگی و کشیدگی متغیرها (ذکر شده در جدول ۱) استفاده شد. دامنه ضریب مقادیر چولگی از ۰/۱۷۶ تا ۰/۵۶۸ و دامنه ضریب مقادیر کشیدگی از ۰/۲۸۳ تا ۰/۲۱۵ بود. مقادیر چولگی و کشیدگی مربوط به متغیرها پژوهش، کمتر از ۱ و بیان‌گر آن است که توزیع هیچ یک از متغیرها تفاوت معنادار با توزیع نرمال ندارد.

همچنین آماره تحمل^۱ و عامل تورم واریانس^۲ برای بررسی هم خطی چندگانه متغیرهای پیش‌بین استفاده گردید. نتایج نشان می‌دهد، مقادیر ارزش تحمل به دست آمده از $0/694$ تا $0/970$ بود که بالاتر از $0/01$ و مؤید عدم هم خطی چندگانه متغیرها است. همچنین، شاخص عامل تورم واریانس برای متغیرها از $1/031$ تا $1/441$ که کوچک‌تر از $1/0$ به دست آمد و تأییدی دیگر برای نبود هم خطی چندگانه بین متغیرها است. بنابراین در پژوهش حاضر تمامی مفروضه‌های پارامتریک مدل معادلات ساختاری رعایت شده است. همچنین نتایج درج شده در جدول ۱ نشان می‌دهد که تجربه علائم اختلال استرس پس از سانحه با آسیب‌پذیری ادراک شده و تنظیم شناختی هیجان منفی رابطه مشت و معنadar ($0/01$) و با تنظیم شناختی هیجان مشت رابطه منفی و معنadar ($0/01$) دارد.

شکل ۱، مدل نهایی رابطه آسیب‌پذیری ادراک شده به بیماری و تجربه علائم استرس پس از سانحه را با واسطه‌گری تنظیم شناختی هیجان مثبت و تنظیم شناختی هیجان منفی نشان می‌دهد.

هیجان مثبت و تنظیم شناختی هیجان منفی نشان می‌دهد.



شکل ۱- مدل نهایی

مدل‌های معادلات ساختاری ترکیبی از مدل‌های اندازه‌گیری و مدل‌های ساختاری هستند؛ بنابراین ابتدا مدل اندازه‌گیری مورد بررسی قرار گرفت. مدل اندازه‌گیری اشاره به بارهای عاملی نشانگرهای مشاهده شده برای هر متغیر مکنون دارد. شکل (۱) نشانگرهای متغیرهای مکنون و بارهای عاملی را نشان می‌دهد و کلیه بارهای عاملی در سطح $0.1 / 0.1$ معنادار می‌باشند و این نشان معرف بودن هر زیرمقیاس برای متغیر مکنون مربوطه است. همچنین بر اساس شکل ۱ می‌توان گفت که مجموعاً ۶۱ درصد از واریانس متغیر استرس پس از سانحه توسط آسیب‌پذیری ادراک شده، تنظیم شناختی هیجان مثبت و تنظیم شناختی هیجان منفی تبیین می‌شود. همچنین ۱۲ درصد از واریانس متغیر تنظیم شناختی هیجان مثبت و ۲۹ درصد از واریانس متغیر تنظیم شناختی هیجان منفی توسط آسیب‌پذیری ادراک شده تبیین می‌شود.

پس از اطمینان یافتن از صحت مدل اندازه‌گیری، برازنده‌گی مدل مورد بررسی قرار گرفت؛ لذا شاخص‌های برازنده‌گی الگوی نهایی در جدول (۲) نشان داده شده است.

جدول ۲: شاخص‌های پرازش مدل پژوهش

RMSEA	NFI	CFI	IFI	AGFI	GFI	CMIN/df	شاخص‌های برازندگی
*<0.08 0.074	*>0.90 0.927	*>0.90 0.942	*>0.90 0.942	*>0.80 0.906	*>0.90 0.940	*<5 4.673	ملاک برازش مدل نهایی

1 tolerance

2 Variance Inflation Factor (VIF)

رابطه آسیب‌پذیری ادراک شده نسبت به بیماری مسری و تجربه علائم استرس پس از سانحه با نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در کادر درمان بیماران مبتلا به کووید-۱۹
The Relationship between Perceived Vulnerability to Infectious Disease and the Experience of Post Traumatic ...

همان‌طور که در جدول ۲ مشخص شده است، شاخص نیکویی برازش (GFI) و شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته (AGFI) به عنوان شاخص‌های برازش مطلق به ترتیب 0.940 و 0.906 بوده و در محدوده مطلوب قرار دارند؛ همچنین شاخص برازش تطبیقی (CFI)، شاخص برازش هنجارشده (NFI) و شاخص برازش افزایشی (IFI) به عنوان شاخص‌های برازش تطبیقی به ترتیب 0.942 ، 0.927 و 0.942 بالاتر از 0.90 و در محدوده مطلوب قرار دارند؛ مجدور خی بر درجه آزادی (CMIN/DF) و مجدور میانگین مربعات خطای تقریب (RMSEA) نیز به عنوان شاخص‌های برازش مقتضاده شده و با توجه به اینکه $\text{CMIN/DF} = 4.673$ و $\text{RMSEA} = 0.074$ و کمتر از 0.08 می‌باشد، ملاک برازش برآورده شده است؛ لذا مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار است. حال بهمنظور بررسی ضرایب ساختاری مدل پیشنهادی، ضرایب استاندارد مدل پژوهش بهمراه آماره t هر مسیر در جدول (۳) خلاصه شده است.

شکل ۱- جدول ۳. خلاصه ضرایب مستقیم استاندارد، خطای استاندارد و آماره t

مسیر	استاندارد	خطای استاندارد	عدد معناداری (T-Value)	سطح معناداری (P-Value)
آسیب‌پذیری ادراک شده ---> تنظیم شناختی هیجان مثبت	-0.344	-0.298	-4.903	-0.000
آسیب‌پذیری ادراک شده ---> تنظیم شناختی هیجان منفی	0.539	0.105	4.533	-0.000
آسیب‌پذیری ادراک شده ---> PTSD	-0.040	0.244	-0.645	0.519
PTSD	-0.376	0.035	-9.790	-0.000
تنظیم شناختی هیجان مثبت ---> PTSD	0.646	0.431	6.684	-0.000
تنظیم شناختی هیجان منفی ---> PTSD				

مطابق با اطلاعات مندرج در جدول ۳، یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که آسیب‌پذیری ادراک شده بر تجربه علائم اختلال استرس پس از سانحه اثر معناداری ندارد، ولی بر تنظیم شناختی هیجان مثبت اثر معنادار معکوس ($\beta = -0.344$) و بر تنظیم شناختی هیجان منفی اثر معنادار مستقیم ($\beta = 0.539$) دارد. همچنین تنظیم شناختی هیجان مثبت بر تجربه علائم اختلال استرس پس از سانحه اثر معنادار معکوس ($\beta = -0.376$) و تنظیم شناختی هیجان منفی بر تجربه اختلال استرس پس از سانحه اثر معنادار مستقیم ($\beta = 0.646$) دارند.

در ادامه جهت بررسی نقش واسطه‌ای تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی بر رابطه بین آسیب‌پذیری ادراک شده و تجربه علائم اختلال استرس پس از سانحه از آزمون بوت استرپ استفاده شد و میزان اثرهای غیرمستقیم و معناداری آن‌ها در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴. ضرایب غیرمستقیم مسیرها

مسیر	استاندارد	تحمین	حد پایین	حد بالا	سطح معناداری (P-Value)
PTSD	-0.129	0.129	0.737	1.900	0.001
PTSD	0.348	0.348	2.209	5.127	0.001

یافته‌های جدول ۴ نشان داد تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی نقش واسطه‌ای معناداری در رابطه آسیب‌پذیری ادراک شده و علائم اختلال استرس پس از سانحه دارند (به ترتیب $p < 0.001$ و $p = 0.001$ ؛ $\beta = 0.129$ و $\beta = 0.348$). در مجموع متغیرهای پیش‌بین موجود در مدل توانستند ۶۱ درصد از واریانس علائم اختلال استرس پس از سانحه را تبیین نمایند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای تنظیم شناختی هیجان در رابطه آسیب‌پذیری ادراک شده نسبت به بیماری و تجربه علائم استرس پس از سانحه در کادر درمانی بخش مراقبت‌های کووید-۱۹ بود. یافته‌های حاضر نشان دادند که آسیب‌پذیری ادراک شده

نسبت به بیماری مسری، به صورت مستقیم تجربه علائم اختلال استرس پس از سانحه را پیش‌بینی نمی‌کند. هرچند پژوهش‌ها در زمینه ارتباط مستقیم آسیب‌پذیری ادراک شده و تجربه علائم اختلال پس از سانحه بسیار اندک بودند، اما پژوهش‌های مرتبط غیرمستقیمی در این زمینه انجام شده است. طبق مرور جامع آشکار شد که یافته حاضر با نتایج پژوهش‌های مرتبط از قبیل پژوهش‌های لوبمایر و زاکوسکی (۲۰۰۴) و ملی و همکاران (۲۰۱۸) همسو نیست. در واقع، نتایج پژوهشی آن‌ها نشان داد که تهدیدهای سلامتی ادراک شده می‌تواند منجر به راهاندازی واکنش‌های مربوط به استرس تروماتیک شود؛ چنان‌که حتی تهدیدهای سلامتی ادراک شده در مقایسه با تهدیدهای واقعی سلامت ممکن است با میزان بیشتری منجر به علائم استرس تروماتیک شود (لوبمایر و زاکوسکی، ۲۰۰۴). بر اساس شواهد پژوهشی مورداشاره و با توجه به اینکه بیماری کووید-۱۹ می‌تواند یک بیماری کشنده باشد، این انتظار وجود داشت افرادی که آسیب‌پذیری ادراک شده زیادی نسبت به کووید-۱۹ دارند و احتمال ابتلا خود به بیماری را در حد زیادی تخمين می‌زنند در مقایسه با افرادی که آسیب‌پذیری ادراک شده کمتری نسبت به کووید-۱۹ دارند، این همه‌گیری را به طور شخصی تهدیدکننده‌تر و به‌تبع آن استرس شدیدتر و علائم اختلال استرس پس از سانحه را تجربه کنند؛ اما یافته حاضر این فرضیه را تأیید نکرد. در تبیین ناهماهنگی این یافته‌ها با اینکه بیماران موردمطالعه اشاره داشت. برای مثال، در مطالعه لوبمایر و زاکوسکی (۲۰۰۴) نمونه موردمطالعه، بیماران قبلی می‌توان به تفاوت در نمونه‌های موردمطالعه اشاره داشت. برای مثال، در مطالعه لوبمایر و زاکوسکی که در مطالعه حاضر سلطانی بود و در مطالعه ملی و همکاران (۲۰۱۸) نمونه شامل افراد مشکوک به بیماری حاد کرونی بود، درحالی‌که در مطالعه حاضر نمونه موردمطالعه شامل کادر درمانی مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بود. با توجه به اینکه کادر درمان پزشکی در مقایسه با افراد عادی، در زمینه انواع بیماری‌ها و نحوه بروز، سیر، ماندگاری و درمان دانش تخصصی دارند، در موقع ابتلا به بیماری و یا وقتی در معرض خطر ابتلا به بیماری‌ها هستند به راهبردها و پروتکلهای دقیق علمی جهت پیشگیری و درمان خود متولس می‌شوند. در واقع مطابق با مدل باور سلامت (روزن استاک، ۱۹۷۴) می‌توان گفت کادر پزشکی در مقایسه با افراد عادی، در گام اول، باورهای واقع‌بینانه‌تری درباره تأثیر بیماری و برآیندهای آن دارند و در تخمين خطر بیماری، ارزیابی مبتنی بر شواهد دقیق علمی دارند و در گام دوم راهبردهای مقابله‌ای مناسب و رفتارهای احتیاطی مناسب اتخاذ می‌کنند. بنابراین، می‌توان گفت داشتن دانش پزشکی در کادر درمان تا حدی اثرات آسیب‌پذیری ادراک شده بالا نسبت به بیماری را تعدیل می‌کند و با احتمال بیشتری منجر به رفتارهای سلامتی مناسب می‌شود؛ در نتیجه کارکنان درمانی و پرستاران با آسیب‌پذیری ادراک شده بالا نسبت به بیماری، علی‌رغم حضور و کار در مکان‌های آلوده به کروناویروس، استرس تروماتیک کمتری در ارتباط با بیماری تجربه می‌کنند. البته، چنین تبیینی نیازمند بررسی‌های بیشتری از جمله مقایسه کادر پزشکی با افراد عادی به لحاظ ارتباط آسیب‌پذیری ادراک شده و تجربه علائم اختلال استرس پس از سانحه است. در تبیین دیگر می‌توان به زمان اجرای تحقیق اشاره کرد. با توجه به اینکه زمان اجرای تحقیق حاضر در ماههای خرداد و تیر سال ۱۴۰۰ بود، احتمالاً گذشت زمان از اولین لحظه شیوع و آشکار شدن هرچه بیشتر ماهیت کووید-۱۹ و نحوه بروز، سیر و درمان آن و در نتیجه واکسینه شدن مناسب کادر درمان تا حد زیادی منجر به کاهش میزان ادراک خطر بیماری در آن‌ها شده است. این بهنوبه خود باعث کاهش تجربه استرس تروماتیک و به‌تبع آن کاهش تجربه علائم اختلال استرس پس از سانحه حتی در افرادی با آسیب‌پذیری ادراک شده بالا می‌شود. چه‌بسا اگر چنین تحقیقی در شروع همه‌گیری کووید-۱۹ اجرا می‌شد، نتایج متفاوتی حاصل می‌شد.

همچنین نتایج نشان داد از میان راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، راهبردهای تنظیم هیجانی منفی به صورت مستقیم و مثبت تجربه علائم اختلال استرس پس از سانحه را پیش‌بینی می‌کند و بر عکس، راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت به صورت مستقیم و منفی تجربه علائم اختلال استرس پس از سانحه پیش‌بینی می‌کند. این یافته با پژوهش‌های قبلی هماهنگ بود (پوچلانگ و همکاران، ۲۰۲۰؛ اسلامیکووا و همکاران، ۲۰۱۹؛ کاچکورکین و همکاران، ۲۰۱۷). این پژوهش‌ها نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بیشتر از راهبردهای تنظیم هیجانی منفی از قبیل سرکوبی هیجانی و سرکوبی کلامی استفاده می‌کنند و در عوض از راهبردهای تنظیم هیجان مثبت از قبیل ارزیابی مجدد کمتر استفاده می‌کنند. به طور کلی، نظریه‌های تنظیم شناختی هیجان در حیطه آسیب‌های روانی اشاره دارند که ناتوانی در به‌کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان مؤثر منجر به بروز هیجانات منفی می‌شود که غیرقابل کنترل، شدید و مزمن هستند و احتمالاً منجر به ظهور و تداوم اختلال‌های روانی می‌شوند (لیهی^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مشکل تنظیم هیجان یکی از ویژگی‌های مهم افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه است، چنان‌که منجر به بیش‌تخمینی تهدید، تخمين پایین از

منبع مقابله و پاسخ‌های هیجانی همراه با تنش در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا می‌شود. شواهد نشان می‌دهد که دشواری در تنظیم هیجان در حدود ۷۰ درصد از افراد تجربه کننده آسیب، پیش‌بینی کننده اختلال استرس پس از سانحه است (کلویتر^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). طبق نظریه تنظیم هیجان گروس^۲، سرکوب تجربه و بازداری هیجانی یک راهبرد متمرکز بر پاسخ است. در مقابل ارزیابی شناختی مجدد یک راهبرد مقدم است که قبل از ارائه پاسخ، به تعدیل پاسخ هیجانی می‌پردازد (گروس، ۱۹۹۸ الف). مطابق با شواهد، راهبرد سرکوبی هیجان یک راهبرد ناسازگارانه است و نه تنها به طور سودمند منجر به کاهش تجارب منفی نمی‌شود، بلکه حتی موجب افزایش تشدید هیجانات منفی و به تبع آن آسیب روانی نیز می‌شود؛ اما راهبرد ارزیابی مجدد سازگارانه است و در کاهش هیجانات ناخوشایند نقش مثبت بازی می‌کند (گروس، ۱۹۹۸ ب). بنابراین، قابل استنباط است افرادی که سعی می‌کنند از مواجه شدن با نشانه‌های مرتبط با رویداد استرس‌زا اجتناب کنند و در صورت مواجه شدن، تمایل به سرکوبی هیجانات مرتبط با آن را دارند، به احتمال بیشتری علائم اختلال استرس پس از سانحه را تجربه کنند.

از سوی دیگر، یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که آسیب‌پذیری ادراک شده نسبت به بیماری مسری به طور غیرمستقیم و با میانجی‌گری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، تجربه علائم اختلال استرس پس از سانحه پیش‌بینی می‌کند. به عبارت دیگر، آسیب‌پذیری ادراک شده نسبت به بیماری مسری با میانجی‌گری مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان منفی رابطه مثبت و با میانجی‌گری مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان مثبت رابطه منفی با تجربه علائم اختلال استرس پس از سانحه دارد. بنابراین می‌توان بیان کرد افرادی با آسیب‌پذیری ادراک شده بالا نسبت به بیماری در صورتی علائم اختلال استرس پس از سانحه را هنگام مواجهه با رویداد استرس‌زا تجربه می‌کنند که متولّ به راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منفی از قبیل سرکوب و اجتناب شوند. این یافته به طور غیرمستقیم با پژوهش‌های پیشین همخوانی دارد (سارت و واکر، ۲۰۱۴؛ خدامی و همکاران، ۲۰۲۱). نشان دادند که مشکل در تنظیم هیجان با علایم اضطراب و سلامت ادراک شده در ارتباط بود. درواقع نمرات بالاتر دشواری در تنظیم هیجان با افزایش علائم اضطراب و همچنین ضعف در سلامت ادراک شده همراه بود و خدامی و همکاران (۲۰۲۱) نیز نشان دادند که استرس ادراک شده نسبت به کووید-۱۹ موجب مشکل در تنظیم هیجانی افراد می‌شود. در تبیین یافته حاضر می‌توان اشاره داشت هنگامی که افرادی با آسیب‌پذیری ادراک شده بالا در شرایط بحرانی از قبیل همه‌گیری یک بیماری خاص، از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منفی و ناسازگارانه استفاده می‌کنند، نمی‌توانند به طور مناسبی هیجان‌های خود را مدیریت کنند، در نتیجه بیشتر بر جنبه‌های منفی بحران متمرکز می‌شوند و این بهنوبه خود باعث می‌شود فرد پریشانی روانی بیشتری را تجربه کند. در نتیجه، در چنین شرایطی حتی داشتن تخصص و اطلاعات پزشکی این پرستاران هم نمی‌تواند کارساز و کمک‌کننده باشد؛ چنان‌که آن‌ها نمی‌توانند دیدگاه واقع‌بینانه‌ای درباره بحران بیماری و نحوه کنترل و مقابله با آن را داشته باشند. به عبارت دیگر، آن‌ها به جای تمرکز بر مسئله و اتخاذ راهبردهای مقابله‌ای مناسب، بر هیجان‌های مربوط به بحران بیماری متمرکز می‌شوند و باعث می‌شود استرس‌های تروماتیک بیشتری را که خود زمینه اختلال استرس پس از سانحه است، تجربه کنند.

بنابراین، در یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان اشاره داشت که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین آسیب‌پذیری ادراک شده نسبت به بیماری مسری و تجربه علائم اختلال استرس پس از سانحه نقش میانجی را ایفا می‌کند. چنان‌که آسیب‌پذیری ادراک شده به‌واسطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منفی می‌تواند زمینه ابتلاء به علائم اختلال استرس پس از سانحه باشد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، نمونه‌گیری به صورت در دسترس و اجرای پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین در شرایط همه‌گیری کووید-۱۹ در چند بیمارستان معین کرونا در شهر تهران بود؛ لذا باید در تعیین یافته‌های پژوهش حاضر به گروههای مشابه و جوامع دیگر جانب احتیاط رعایت شود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر، به دلیل شرایط دشوار اجرای پژوهش، به حداقل تعداد مجاز نمونه اکتفا شد. همچنین، محدودیت دیگر پژوهش حاضر، اجرای تحقیق در زمانی بود که قادر درمانی به طور کامل واکسینه شده بودند و قطعاً می‌توانند بر میزان آسیب‌پذیری ادراک شده توسط افراد تاثیرگذار باشد.

بنابراین، به منظور افزایش تعیین‌پذیری نتایج، در پژوهش‌های آتی توصیه می‌گردد که این تحقیق مجدداً روی تعداد افراد زیادی از کادر درمان و از طریق نمونه‌گیری تصادفی و به صورت حضوری انجام شود. به علاوه، در پژوهش‌های آتی توصیه می‌گردد که در کنار متغیرهای اصلی پژوهش حاضر، متغیرهای مهمی از قبیل سن، جنسیت، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، سابقه کاری، داشتن سابقه بیماری

کرونا و یا هر بیماری دیگر در کادر درمانی نیز به عنوان متغیرهای تعدیل‌گر مورد مطالعه قرار گیرد. همچنین، توصیه می‌گردد که ارتباط بین متغیرهای پژوهش حاضر را در نمونه کادر درمانی با نمونه غیرکادر درمانی مقایسه گردد.

منابع

- انجمن روان‌پژوهی آمریکا (۱۳۹۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویراست پنجم). مترجم: سیدمحمدی‌ی. تهران، نشر روان. حسنی، ج. (۱۳۸۹). خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه نظامجویی شناختی هیجان. *روان‌شناسی بالینی*، ۳(۲) (پیاپی ۷۲)، ۷۳-۸۳. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=120613>
- گودرزی، م.ع. (۱۳۸۱). بررسی اعتبار و روایی مقیاس اختلال تنیدگی پس از ضربه می‌سی‌سی‌پی (اشل). *مجله روان‌شناسی*، ۷(۲)، ۱۵۳-۱۷۸. <https://www.sid.ir/fa/Journal/ViewPaper.aspx?ID=%204880>
- مرادی مطلق، م.، تائینیان، مر.، فتی، ل.، غلامی فشارکی، م.، قاندی، غ.ح. (۱۳۹۹). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه آسیب‌پذیری ادریاک‌شده نسبت به بیماری مسری. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، ۸(۳)، ۱۹۹-۲۰۹. <https://doi.org/10.29252/ijhehp.8.3.199>
- هومن، ح.ع. (۱۳۸۵). تحلیل داده‌های چندمتغیری در پژوهش رفتاری. *انتشارات پیک فرهنگ*.
- Boks, M. P., van Mierlo, H. C., Rutten, B. P., Radstake, T. R., De Witte, L., Geuze, E., ... & Vermetten, E. (2015). Longitudinal changes of telomere length and epigenetic age related to traumatic stress and post-traumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 51, 506-512. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.07.011>
- Boyraz, G., Legros, D. N., & Tigershtrom, A. (2020). COVID-19 and traumatic stress: The role of perceived vulnerability, COVID-19-related worries, and social isolation. *Journal of Anxiety Disorders*, 76, 102307. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102307>
- Brehl, A. K., Schene, A., Kohn, N., & Fernández, G. (2021). Maladaptive emotion regulation strategies in a vulnerable population predict increased anxiety during the Covid-19 pandemic: A pseudo-prospective study. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4, 100113. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100113>
- Cloitre, M., Cohen, L. R., Koenen, K. C. (2006). *Treating survivors of childhood abuse: Psychotherapy for the interrupted life*. New York: Guilford Press.
- Carter, S. E., & Walker, R. L. (2014). Anxiety symptomatology and perceived health in African American adults: Moderating role of emotion regulation. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 20(3), 307. <https://doi.org/10.1037/a0035343>
- Duncan, L. A., Schaller, M., & Park, J. H. (2009). Perceived vulnerability to disease: Development and validation of a 15-item self-report instrument. *Personality and Individual differences*, 47(6), 541-546. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.05.001>
- Evans, R. G., Stoddart, G. L. (1990). *Why are Some People Healthy and Others Not?: Producing health, consuming health care* (1th ed.). Routledge, Boca Raton.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire. *European journal of psychological assessment*, 23(3), 141-149. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141>
- Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems, Comparison between a clinical and nonclinical sample. *European Journal of Personality*, 16, 403-420. <https://doi.org/10.1002/per.458>
- Greenberg, N., Weston, D., Hall, C., Caulfield, T., Williamson, V., & Fong, K. (2021). Mental health of staff working in intensive care during COVID-19. *Occupational Medicine*, 71(2), 62-67. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa220>
- Gross, J. J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299 <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (1998a). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224-237. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.1.224>
- Huang, X., Wei, F., Hu, L., Wen, L., Liao, G., Su, J., & Chen, K. (2020). The Post-Traumatic Stress Disorder Impact of the COVID-19 Pandemic. *Psychiatria Danubina*, 32(3-4), 587-589. PMID: 33373987
- Kaczukurkin, A. N., Zang, Y., Gay, N. G., Peterson, A. L., Yarvis, J. S., Borah, E. V., ... & STRONG STAR Consortium. (2017). Cognitive emotion regulation strategies associated with the DSM-5 posttraumatic stress disorder criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 30(4), 343-350. <https://doi.org/10.1002/its.22202>
- Keane, T. M., Caddell, J. M., & Taylor, K. L. (1988). Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(1), 85. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.1.85>
- Laubmeier, K. K., & Zakowski, S. G. (2004). The role of objective versus perceived life threat in the psychological adjustment to cancer. *Psychology & Health*, 19(4), 425-437. <https://doi.org/10.1080/0887044042000196719>
- Leahy, R., Napolitano, L. A., Tirch, D. (2011). *Emotion Regulation in Psychotherapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford press.

رابطه آسیب‌پذیری ادراک شده نسبت به بیماری مسری و تجربه علائم استرس پس از سانحه با نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در کادر درمان بیماران مبتلا به کووید-۱۹
The Relationship between Perceived Vulnerability to Infectious Disease and the Experience of Post Traumatic ...

- Mak, I. W. C., Chu, C. M., Pan, P. C., Yiu, M. G. C., & Chan, V. L. (2009). Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *General hospital psychiatry*, 31(4), 318-326. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.03.001>
- McLean, C. P., Zang, Y., Gallagher, T., Suzuki, N., Yarvis, J. S., Litz, B. T., Mintz, J., Young-McCaughan, S., Peterson, A. L., Foa, E. B. (2019). Trauma-Related Cognitions and Cognitive Emotion Regulation as Mediators of PTSD Change among Treatment-Seeking Active-Duty Military Personnel with PTSD. *Behavior Therapy*, 50(6), 1053-1062. **Error!**
Hyperlink reference not valid.
- Meli, L., Kautz, M., Julian, J., Edmondson, D., & Sumner, J. A. (2018). The role of perceived threat during emergency department cardiac evaluation and the age-posttraumatic stress disorder link. *Journal of behavioral medicine*, 41(3), 357-363. <https://doi.org/10.1007/s10865-017-9904-5>
- Ogunsemi, J. O., Akinnawo, E. O., Akpunne, B. C., & Ariyo, J. O. (2020). Perceived vulnerability to COVID-19 infection and psychosocial well-being of Nigerian residents. *International Journal of Innovative Research in Medical Science*, 5(11), 533-541. doi: [10.23958/ijirms/vol05-i11/991](https://doi.org/10.23958/ijirms/vol05-i11/991).
- Park, T., Ju, I., Ohs, J. E., & Hinsley, A. (2021). Optimistic bias and preventive behavioral engagement in the context of COVID-19. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 17(1), 1859-1866. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.06.004>
- Puechlong, C., Weiss, K., Le Vigouroux, S., & Charbonnier, E. (2020). Role of personality traits and cognitive emotion regulation strategies in symptoms of post-traumatic stress disorder among flood victims. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 50, 101688. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2020.101688>
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health education monographs*, 2(4), 354-386. <https://doi.org/10.1177/109019817400200405>
- Slanbekova, G. K., Chung, M. C., Ayupova, G. T., Kabakova, M. P., Kalymbetova, E. K., & Korotkova-Ryckewaert, N. V. (2019). The relationship between posttraumatic stress disorder, interpersonal sensitivity and specific distress symptoms: The role of cognitive emotion regulation. *Psychiatric Quarterly*, 90(4), 803-814. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09665-w>
- Stangier, U., Kananian, S., & Schüller, J. (2021). Perceived vulnerability to disease, knowledge about COVID-19, and changes in preventive behavior during lockdown in a German convenience sample. *Current Psychology*, 1-9. **Error!**
Hyperlink reference not valid.
- World Health Organization. (2020). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. <https://covid19.who.int/>
- Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., & Hoven, C. W. (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 302-311. <https://doi.org/10.1177/070674370905400504>