

تحلیل استرس ادراک شده ناشی از کووید-۱۹ و مدیریت مخاطرات آن از

طریق تنظیم هیجان و جهت گیری مذهبی

نسیم سهیلی*

استادیار و عضو هیأت علمی دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کوثر بجنورد

تیمور جعفری

استادیار و عضو هیأت علمی گروه جغرافیا و برنامه ریزی شهری دانشگاه کوثر بجنورد

محمد شاکرمی

دکتری تخصصی مشاوره

(تاریخ دریافت ۱۴۰۱/۷/۱۹ - تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۹/۲۰)

چکیده

کادر درمان به دلیل تماس نزدیک با بیماران کووید ۱۹ در برابر عفونت آسیب پذیرند و ممکن است ویروس را در بین اعضای خانواده گسترش دهند. از طرفی ماهیت این بیماری واکنش های شدید تنش زا مانند خستگی، اضطراب و افسردگی را در کادر درمان افزایش می دهد. از این رو همه گیری کووید ۱۹ گذشته از تأثیر بر سلامت جسمانی، بر سلامت روان و رفاه نیز اثر می گذارد. این پژوهش حاضر با هدف پیش بینی استرس ادراک شده از طریق تنظیم هیجان و جهت گیری مذهبی کارکنان درگیر با بیماران مبتلا به کووید ۱۹ در زمستان ۱۴۰۰ انجام گرفت و اولین تحقیقی است که متغیرهای مذکور را در حیطه استرس ادراک شده ناشی از کرونا در کادر درمان می سنجد. پژوهش از نوع همبستگی است. جامعه آماری، کارکنان بخش کووید ۱۹ بیمارستان امام حسن بجنورد بود که ۲۸۰ نفر از آنها به عنوان نمونه به شیوه سرشماری انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه استرس ادراک شده، تنظیم هیجان و جهت گیری مذهبی استفاده شد. تحلیل داده ها با آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه گام به گام در نرم افزار SPSS.v26 انجام گرفت. داده های پژوهشی از بررسی ۲۲۱ نفر (پس از اعمال ملاک خروج از پژوهش) با استفاده از روش سرشماری همه جامعه پژوهشی به دست آمد. یافته ها نشان داد که همبستگی معناداری بین استرس ادراک شده با ارزیابی مجدد (۰/۲۹۳-)، جهت گیری مذهبی درونی (۰/۳۵۱-) و سرکوبی (۰/۱۶۷) وجود دارد. همچنین ارزیابی مجدد و جهت گیری مذهبی درونی پیش بینی کننده های منفی و سرکوبی پیش بینی کننده مثبت استرس ادراک شده است ($R^2 = 0/237$ و $P < 0/01$). از آنجا که ارزیابی مجدد تنظیم هیجان و جهت گیری مذهبی درونی توانستند استرس ادراک شده کارکنان درگیر با کووید ۱۹ را پیش بینی کنند، به نظر می رسد با برگزاری دوره های تنظیم هیجان و آموزش فنون آن و نیز فضا سازی معنوی متناسب با بخش کووید ۱۹ می توان استرس ادراک شده کارکنان را کاهش داد.

واژه های کلیدی: استرس ادراک شده، تنظیم هیجان، جهت گیری مذهبی، کووید-۱۹، مدیریت مخاطرات.

مقدمه

کرونا ویروس در دسامبر سال ۲۰۱۹ شناسایی شد و به سرعت در بیش از ۲۰۰ کشور در سراسر جهان سرایت کرد و ترس و اضطراب فزاینده‌ای در مردم پدید آورد [۳۰]. پژوهش‌های زیادی، دامنه گسترده‌ای از تأثیرات روانی و اجتماعی بر افراد در سطح فردی، جامعه و بین الملل در هنگام شیوع یک بیماری را نشان داده‌اند [۳۳]. 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 می‌کند. آسیب‌های ناشی از بیماری ممکن است بسیار زیانبار باشد و احساس شکست، پوچی و افسردگی و افکار خودکشی را در بیماران ایجاد کند [۳۴،۳۹].

کادر درمان به دلیل تماس نزدیک با بیماران کووید ۱۹ در برابر عفونت آسیب‌پذیرند و می‌توانند ویروس را در بین همکاران و اعضای خانواده گسترش دهند [۳۳]. از طرفی کمبود تجهیزات حفاظت فردی ممکن است سبب ابتلای آنان طی مراقبت از بیماران و دست‌کم چهارده روز دوری از محیط کار شود. براساس گزارش نعمتی و همکاران، کادر درمان اضطراب زیادی را در این زمینه تجربه می‌کنند [۳۷]. همه‌گیری کووید ۱۹ گذشته از تأثیر بر سلامت جسمانی، بر سلامت روان و رفاه نیز اثر می‌گذارد [۱۶، ۱۷]. بررسی‌های قبلی گزارش داده‌اند که کارکنان مراقبت‌های بهداشتی که مراقبت‌های خط مقدم را در طول شیوع بیماری‌های همه‌گیر ویروسی ارائه می‌کنند، در معرض خطر شدیدی برای ایجاد مشکلات سلامت روان هستند [۳۸]. چراکه بیماری همه‌گیر فعلی نوع نسبتاً جدیدی از عوامل استرس‌زا یا آسیب‌زا از دیدگاه آسیب‌شناسی روانی است [۴۳]. تأثیرات روانی استرس تجربه‌شده توسط پزشکان در طول شیوع کووید ۱۹ ممکن است عواقب جدی برای سلامت کلی آنها داشته باشد. بنابراین بررسی سطح استرس ادراک‌شده در کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در طول شیوع فعلی بسیار ارزشمند است. کارکنانی که مراقبت‌های بهداشتی خط مقدم را در طول شیوع بیماری‌ها ارائه می‌کنند، بیشتر در معرض مشکلات مرتبط با استرس، چه در کوتاه‌مدت و چه در بلندمدت هستند [۱]. تا ۳۰ مارس ۲۰۲۰، این بیماری در بیشتر کشورها و مناطق جهان گسترش یافته بود. تعداد موارد تأییدشده گزارش شده ۹۶۳۰۰۰ و شمار مرگ‌ومیر ۳۳۰۰۰ بود [۲۶]. شواهد اولیه در وهان نشان داد که این موضوع بر وضعیت روانی کارکنان خط مقدم مراقبت تأثیراتی از جمله اضطراب، علائم افسردگی، خشم و ترس بر جای می‌گذارد [۳۳].

در بُعد جغرافیایی به تحقیقات زیر در خصوص کووید-۱۹ می‌توان اشاره کرد: نتایج تحقیقات رهنما و بازرگان نشان داد که مهم‌ترین عامل جغرافیایی انتشار ویروس کرونا در ایران، فاصله و مجاورت مکانی استان‌های درگیر با این بیماری است که از الگوی پخش فضایی سازش‌پذیر تبعیت می‌کند [۱۰]. حقی و حیدرزاده نتیجه گرفتند که در دوره همه‌گیری کرونا دو عامل «ساختار عملکردی» و «سیمای بصری» محلات شهری بیشترین ارتباط را با سلامت روانی اهالی داشته‌اند [۹]. یافته‌های تحقیق مهاجری و همکاران نشان داد که عوامل انسانی بیشترین و عوامل مدیریت و سازمان کمترین تأثیر را در تاب‌آوری سازمانی شرکت‌های مخابرات در زمینه کووید ۱۹ دارند [۲۱].

برپایه یافته‌های ژنگ و همکاران، فشار روانی ناشی از بیماری کووید بر سلامت کلی افراد، کیفیت خواب و علائم استرس پس از سانحه تأثیرگذار است [۴۳]. پاسخ‌های شناختی و رفتاری افراد مبتلا به کرونا ویروس نوین در شرایط پرفشار به آمادگی روانی و حمایت‌های اجتماعی کسب‌شده بستگی دارد. براساس نظریه فشار روانی، منابع شناختی، رفتاری و حمایتی موجود برای افراد، اثر اساسی در چگونگی انطباق آنان دارد که واکنش‌های هیجانی مانند ترس، اضطراب و وحشت را در افراد مبتلا تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۳]. یافته‌های پژوهشی الریاح و همکاران نشان داد که احساسات و افکار ناشی از فشار روانی ادراک‌شده هم بیماران و هم پرستاران و درمانگران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از نظر شناختی، فقط عوامل فشارزای روانی که شخص متحمل می‌شود مهم نیستند، بلکه مهم نحوه ادراک فرد از فشار روانی است که سلامت وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲۵]. این ادراک می‌تواند به دو صورت مثبت (فرد به توانایی خود در مقابله مؤثر با عوامل فشار روانی اطمینان دارد) و منفی (فرد احساس می‌کند نمی‌تواند از عهده مشکلات و چالش‌های موجود برآید) صورت گیرد [۲۲]. طباطبایی و چلبیانلو در پژوهشی نشان دادند که افراد دارای تاب‌آوری زیاد در مواجهه با رویدادهای هیجانی با ماهیت خنثی و نامعلوم، بیشتر تمایل به نشان دادن هیجانات مثبت داشتند. به اعتقاد آنها، این امر ممکن است به‌علت توانایی افراد برای کنار آمدن موفقیت‌آمیز به هنگام روبه‌رو شدن با موقعیت‌های دشوار به‌خصوص موقعیت‌هایی با ماهیت بین فردی باشد [۱۴]. مهربان و لیوارجانی اثبات کردند که تاب‌آوری با هیجانات مثبت همبستگی مثبت و با هیجانات منفی مانند خشم و غم همبستگی منفی دارد [۲۲]. از سوی دیگر استرس هم اغلب تجربه‌ای است که فرد برای خود ایجاد می‌کند؛ یعنی افراد می‌توانند اضطراب و استرس خود را مهار و کنترل کنند [۲۳].

از جمله منابع فردی مهم تأثیرگذار بر فشار روانی می‌توان به راهبردهای مقابله با فشار روانی اشاره کرد. افرادی که از راهبردهای مثبت مقابله با فشار روانی (مانند مقابله مسئله محور

و ارزیابی مثبت) استفاده می‌کنند، پیامدهای منفی را کاهش و پیامدهای مثبت را افزایش می‌دهند؛ درحالی که استفاده از راهبردهای مقابله‌ای منفی (مانند مقابله متمرکز بر هیجان و مقابله اجتنابی) با افزایش پیامدهای منفی در ارتباط است. در همین زمینه، تحقیق شادمهر و سجادی نشان داد که راهبردهای مقابله‌ای با فشار روانی در افراد مبتلا به بیماری کووید، عاملی تعیین‌کننده برای درمان است [۱۱، ۱۳]. موسی رضایی و همکاران طی پژوهشی دریافتند دانشجویانی که به شکل باطنی گرایش به مذهب داشتند و جهت‌گیری مذهبی آنان از نوع درونی بود، اضطراب کمتری را تجربه کرده‌اند [۳۶]. حسینی قمی و همکاران نتیجه‌گیری کرده‌اند که افراد دارای جهت‌گیری مذهبی بیشتر، استرس و تنیدگی کمتری را تجربه می‌کنند [۸]. عاشوری و همکاران در پژوهشی درباره سبک‌های دفاعی و جهت‌گیری مذهبی با استرس ادراک‌شده به این نتیجه رسیدند که بین جهت‌گیری مذهبی درونی با استرس رابطه معکوس و معنادار و بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی با استرس رابطه مستقیم و معنادار وجود دارد [۱۵]. پژوهش‌ها نشان دادند که جهت‌گیری مذهبی درونی با استرس ادراک‌شده رابطه منفی و معنادار و جهت‌گیری مذهبی بیرونی با استرس ادراک‌شده رابطه مثبت و معنادار دارد.

در جمع‌بندی مبانی نظری و پژوهشی مرور شده می‌توان گفت جهت‌گیری مذهبی و تنظیم هیجان می‌تواند بر میزان استرس ادراک‌شده توسط افراد اثرگذار باشد. همه‌گیری و شکننده بودن شرایط ابتلا به بیماری در ایران و پیامدهای حاصل از آن پژوهشگران داخلی را بر آن داشته است که به عوارض مختلف مرتبط با این بیماری بپردازند. پژوهش‌های قبلی هیچ‌کدام تأثیر دو عامل تنظیم هیجان و جهت‌گیری مذهبی را به صورت همزمان و در رابطه با استرس ادراک‌شده ناشی از کرونا به‌ویژه در کادر درمان، بررسی نکرده‌اند. پرسش پژوهش حاضر این است که آیا تنظیم هیجان و جهت‌گیری مذهبی می‌توانند استرس ادراک‌شده در کارکنان درگیر با کووید ۱۹ را پیش‌بینی کنند؟

الف) تنظیم هیجان: تنظیم هیجان اثر مهمی در سازگاری ما با وقایع استرس‌زای زندگی دارد. تنظیم هیجان اشاره دارد به اینکه فرد چه هیجان‌هایی داشته باشد، چه وقت داشته باشد و چگونه آنها را ابراز و تجربه کند [۴]. ارزیابی مجدد و سرکوبی دو راهبرد شناخته‌شده تنظیم هیجان‌اند که در دو راهبرد مجزای تنظیم هیجانی متمرکز بر پیش‌آیند و متمرکز بر پاسخ دسته‌بندی می‌شوند و با پیامدهای متفاوت از نظر هیجانی همراه‌اند. ارزیابی مجدد با تجربه و

بیان بیشتر هیجان مثبت و تجربه و بیان کمتر هیجان منفی مرتبط است و سرکوبی با تجربه و بیان کمتر هیجان مثبت و تجربه بیشتر هیجان منفی ارتباط دارد [۱۸، ۳].

ب) جهت‌گیری مذهبی: مذهب مجموعه عقاید سازمان‌یافته‌ای است که به پرسش‌های زندگی پاسخ می‌دهد و در قالب متون مذهبی، تشریفات و اعمال دینی سازماندهی می‌شود. به عبارت دیگر مذهب نظام بامعنایی تصور می‌شود که افراد از آن برای کمک به فهم مسائل جهانی، پیش‌بینی، مهار وقایع و حفظ حرمت خود استفاده می‌کنند.

منطقه پژوهش

استان خراسان شمالی با هشت شهرستان بجنورد، شیروان، مانه و سملقان، اسفراین، گرمه، جاجرم، فاروج و راز و جرگلان، ۸۶۳۰۹۲ نفر جمعیت دارد و ۱/۰۸ درصد از جمعیت کشور را شامل می‌شود. براساس سرشماری رسمی سال ۱۳۹۵، شهرستان بجنورد با ۳۲۴۰۸۳ نفر، شامل ۳۷/۵۵ درصد جمعیت این استان است [۶]. در شهر بجنورد دو دسته از مسلمانان شیعه و سنی ساکن‌اند و بیشتر مردم از لحاظ جهت‌گیری مذهبی، در تقسیم‌بندی جهت‌گیری درونی قرار می‌گیرند و زندگی اکثریت مردم آن در دین و مذهبشان است. بدین معنا که مذهب برای آنان وسیله نیست و در واقع به‌جای اینکه دین و مذهب را به خدمت خود درآورند، بیشتر درصدد خدمت به مذهبشان هستند.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع کمی توصیفی-همبستگی از نوع رگرسیون است که در مقوله طرح‌های توصیفی قرار می‌گیرد. جامعه آماری پژوهش همه کارکنان درگیر با بیماران کووید ۱۹ بیمارستان امام حسن شهر بجنورد در سال ۱۴۰۰ به تعداد ۲۸۰ نفر بود که با استفاده از روش سرشماری همه جامعه پژوهشی به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و پس از اعمال ملاک‌های خروج از پژوهش، ۲۲۱ نفر باقی ماندند. برای رعایت اصول اخلاقی پژوهش ابتدا توضیحاتی درباره هدف پژوهش و چگونگی کامل کردن پرسشنامه‌ها برای آزمودنی‌ها بیان شد. برای حفظ محرمانگی پژوهش به آنها اطمینان داده شد که پرسشنامه‌ها بدون نام هستند و اطلاعات مندرج در پرسشنامه‌ها کاملاً محرمانه در اختیار پژوهشگران خواهد ماند. همچنین به آنها اطمینان داده شد که برای شرکت در پژوهش کاملاً مختارند و در صورت تمایل نداشتن به همکاری، می‌توانند پرسشنامه‌های پژوهش را کامل نکنند. بنابراین افراد شرکت‌کننده در تحقیق با رضایت آگاهانه وارد تحقیق شدند. سپس پرسشنامه‌های پژوهش بین آزمودنی‌ها

توزیع شد. پرسشنامه‌هایی که به صورت ناقص جواب داده شده بودند یا اصلاً جوابی نداشتند کنار گذاشته شدند و در نهایت ۲۲۱ پرسشنامه تجزیه و تحلیل شد. همه کارکنان بیمارستان امام حسن بجنورد و کار در شیفت‌های مختلف بیمارستان مذکور به عنوان ملاک‌های ورود به پژوهش در نظر گرفته شدند. ملاک خروج نیز به علت همپوشانی زیاد استرس ادراک شده با اختلالات اضطرابی و بیماری‌های روان‌تنی، سابقه ابتلا به این اختلالات در نظر گرفته شد که توسط آزمون اضطراب بک و آزمون علائم روان‌تنی لاکورت سنجیده شد و موارد حائز نمره قابل تفسیر از پژوهش کنار گذاشته شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام در نرم‌افزار SPSS26 انجام گرفت.

پرسشنامه استرس ادراک شده: این پرسشنامه چهارده پرسش دارد که در سال ۱۹۹۳ توسط کوهن و همکاران تهیه شده است و میزان استرسی تجربه شده شخص در طول یک ماه گذشته را می‌سنجد و در مقیاس پنج‌گزینه‌ای هرگز تا خیلی زیاد (۰ تا ۴) نمره‌گذاری می‌شود [۲۹]. این مقیاس، عوامل خطرزا در اختلالات رفتاری را بررسی می‌کند و فرایند روابط تنش‌زا را نشان می‌دهد. نمره زیاد در این مقیاس نشان‌دهنده استرس ادراک شده بیشتر است. کوهن و همکاران (۱۹۸۳) برای محاسبه اعتبار این مقیاس، ضریب همبستگی آن را با اندازه‌های نشانه‌شناختی بین ۰/۵۲ تا ۰/۷۶ محاسبه کرده‌اند [۲۹]. دوران و همکاران (۲۰۰۶) ضریب آلفای کرونباخ را برای این مقیاس ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه به روش همسانی درونی و از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسشنامه تنظیم هیجان: این پرسشنامه توسط گراس و جان (۲۰۰۳) به منظور اندازه‌گیری راهبردهای تنظیم هیجان تهیه شده است [۳۲]. مقیاس فوق از ده گویه تشکیل شده است که دارای دو خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد (شش گویه) و سرکوبی (چهار گویه) است. پاسخ‌ها براساس مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای، از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) است. نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان در فرهنگ ایرانی توسط بیرامی، اکبری، قاسم‌پور و عظیمی (۱۳۹۱) هنجاریابی شده است. اعتبار براساس روش همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۰ تا ۰/۸۱) و روایی این پرسشنامه از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی دو خرده‌مقیاس (۴=۱۳) و روایی مطلوب گزارش شده است [۲۷]. همچنین پایایی این مقیاس در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ برای مقیاس ارزیابی مجدد ۰/۸۲ و برای مقیاس سرکوبی ۰/۷۸ به دست آمد.

پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی: این پرسشنامه دارای بیست ماده بوده که جهت‌گیری

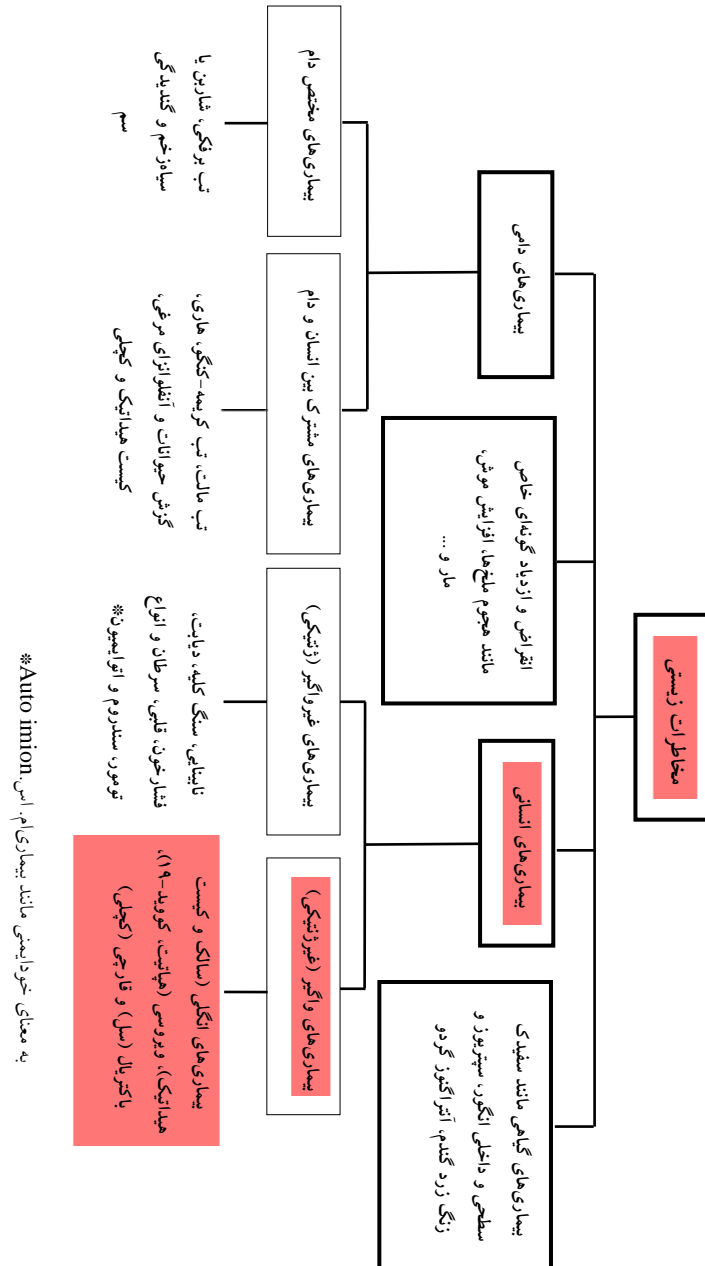
مذهبی بیرونی (یازده ماده) و درونی (نه ماده) را می‌سنجد. فگین در سال ۱۹۶۳ یک نسخه بیست‌ویک ماده‌ای ساخت و همه گزینه‌های پرسشنامه آلپورت را در آن به کار برد و یک گزینه دیگر نیز به آن افزود که همبستگی قوی (۰/۶۱) با جهت‌گیری بیرونی داشت که پس از آن از این پرسشنامه استفاده شد. بنابراین این پرسشنامه شامل بیست‌ویک جمله است که به آزمودنی ارائه می‌شود. پرسش‌های آزمون دارای چهار گزینه است. این پرسشنامه براساس یک مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. (گزینه ۱ نمره ۱ و به همین ترتیب تا گزینه ۴ نمره ۴ می‌گیرند). این پرسشنامه نقطه برش ندارد و هرچه آزمودنی‌ها در مقیاس نمره‌های بیشتری به دست آورند بیشتر دارای آن صفت هستند. این مقیاس در ایران، توسط جان بزرگی (۱۳۸۶) ترجمه و بر روی ۴۵ نفر از دانشجویان دانشگاه های تهران اجرا شد و اعتبار آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و پایایی باز آزمایی آن ۰/۷۴ است [۵]. مختاری و همکاران (۱۳۸۰) ضریب پایایی این پرسشنامه را (۰/۸۱) گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ میزان پایایی پرسشنامه برای مقیاس جهت‌گیری مذهبی درونی ۰/۷۹ و برای مقیاس جهت‌گیری مذهبی بیرونی ۰/۷۶ محاسبه شد [۱۹].

یافته‌های تحقیق و بحث

مهم‌ترین مخاطرات بیولوژیک در استان خراسان شمالی شامل: بیماری‌های گیاهی، بیماری‌های انسانی، انقراض و ازدیاد گونه‌های خاص و بیماری‌های دامی است که از جمله بیماری‌های واگیر انسانی می‌توان به بیماری کووید-۱۹ اشاره کرد (شکل ۱).

بر اساس آمارهای دریافتی از معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی استان خراسان شمالی، تعداد کل مبتلایان در استان خراسان شمالی به جز شهرستان اسفراین ۱۰۵۱۰۷ نفر بوده که از این شمار، ۱۰۳۱۰۸ نفر بهبود یافتند و ۱۹۹۹ نفر فوت شدند. این آمار برای شهرستان بجنورد به ترتیب ۵۸۶۶۵، ۵۷۷۵۵ و ۹۱۰ نفر است (جدول ۱).

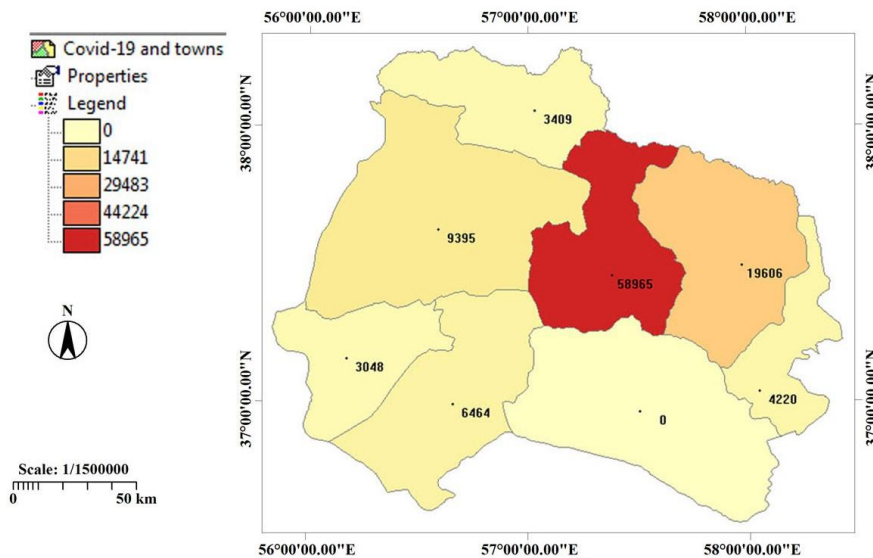
در این مقاله کادر درمان بیمارستان امام حسن شهر بجنورد بررسی شدند. این بیمارستان به‌عنوان مرکز درمانی تخصصی و فوق تخصصی و بزرگ‌ترین مرکز درمانی در خراسان شمالی مطرح است که با ۳۲۰ تختخواب در سال ۱۳۹۶ افتتاح و بهره‌برداری شد. این مرکز درمانی به‌عنوان بیمارستان مرجع^۱ برای مبتلایان در شهرستان بجنورد در دوره شیوع بیماری کووید ۱۹ مصوب و تعیین شد.



شکل ۱. دسته‌بندی مهم‌ترین مخاطرات زیستی رخ داده و احتمالی در استان خراسان شمالی [۷].

جدول ۱. آمار بیماری کووید-۱۹ در استان خراسان شمالی و شهرستان بجنورد از ابتدای سال ۱۳۹۹ تا پایان سال ۱۴۰۰ [۲۰]

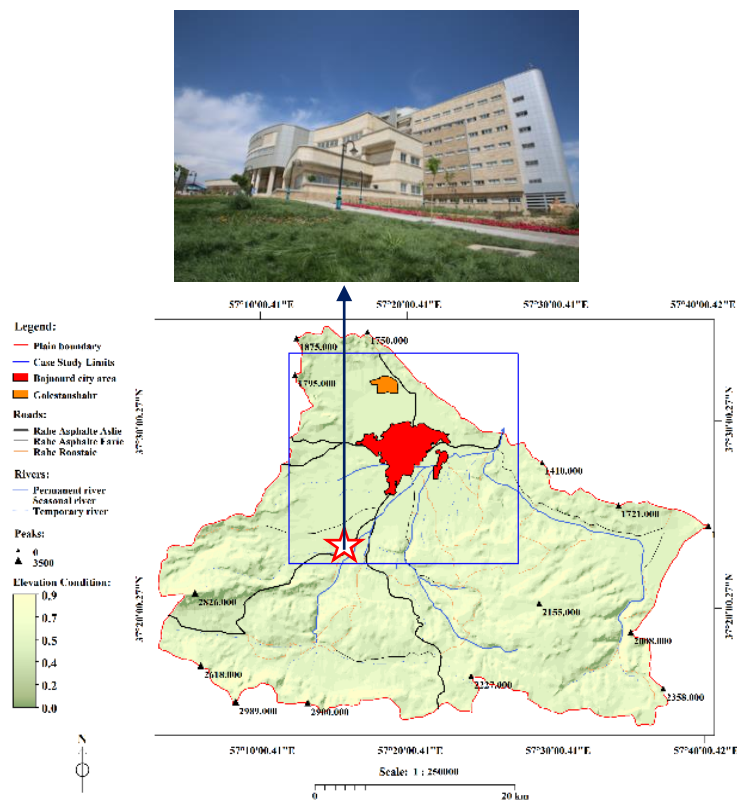
شهرستان/ناحیه	وضعیت	تعداد مبتلایان	تعداد بهبودیافتگان	تعداد فوتی‌ها
بجنورد		۵۸۹۶۵	۵۷۷۵۵	۹۱۰
شیروان		۱۹۶۰۶	۱۹۰۷۳	۵۳۳
فاروج		۴۲۲۰	۴۰۶۸	۱۵۲
مانه و سملقان		۹۳۹۵	۹۲۰۰	۱۹۵
جاجرم		۶۴۶۴	۶۳۸۸	۷۶
گرمه		۳۰۴۸	۲۹۹۰	۵۸
راز و جرگلان		۳۴۰۹	۳۳۳۴	۷۵
استان خراسان شمالی ^۱		۱۰۵۱۰۷	۱۰۲۸۰۸	۱۹۹۹



شکل ۲. نقشه تعداد مبتلایان شهرستان‌های استان خراسان شمالی به بیماری کووید ۱۹ از ابتدای سال ۱۳۹۹ تا پایان ۱۴۰۰ (ترسیم: نگارنده)

۱. با عنایت به اینکه دانشکده پزشکی اسفراین زیرمجموعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان خراسان شمالی نبوده و مستقل است، آمار مذکور به استثنای شهرستان اسفراین است.

از ابتدای سال ۱۳۹۹ تا پایان سال ۱۴۰۰، در مجموع ۴۴۰ نفر از کارکنان این بیمارستان در شرایط بسیار حساس و با کار فشرده به بیماری کووید ۱۹ مبتلا شده‌اند که از این تعداد ۳۰۷ نفر کادر درمان شامل پرستاران، سرپرستاران، تکنیسین‌های اتاق عمل و سوپروایزرها، ۱۱۳ نیروی کمکی (خدماتی) و ۲۰ نفر پزشک بودند که طی یک یا چند مرحله به این بیماری مبتلا شدند و همگی به‌جز یک پزشک^۱ بهبود یافتند.



شکل ۳. نقشه موقعیت بیمارستان امام حسن نسبت به گستره شهری و پیراشهری بجنورد مرکز استان خراسان شمالی

۱. شهید مدافع سلامت دکتر وحید یحیوی از کادر درمان بیمارستان امام حسن بجنورد بودند که در اثر ابتلا به بیماری کووید-۱۹ در مشهد جان باختند.

تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده در زمینه اطلاعات جمعیت‌شناختی نشان داد میانگین سنی کارکنان ۲۲/۶۷ سال و انحراف استاندارد سن آنها ۶/۵۳ سال بود و کارکنان درگیر با کووید ۱۹ بین ۱۸ تا ۶۱ سال سن داشتند. ۱۶۰ نفر (۷۲/۴ درصد) آزمودنی‌ها مجرد و ۶۱ نفر (۲۷/۶ درصد) متأهل بودند.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	مؤلفه	میانگین	انحراف استاندارد
استرس ادراک‌شده	استرس ادراک‌شده	۲۶/۵۴	۸/۹۱
جهت‌گیری مذهبی	جهت‌گیری مذهبی بیرونی	۲۸/۱۱	۵/۰۹
	جهت‌گیری مذهبی درونی	۲۴/۲۳	۲/۴۷
تنظیم هیجان	ارزیابی مجدد	۲۹/۲۱	۵/۴۳
	سرکوبی	۱۶/۵۰	۳/۵۳

جدول ۲ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بر این اساس میانگین استرس ادراک‌شده ۲۶/۵۴، جهت‌گیری مذهبی بیرونی ۲۸/۱۱، جهت‌گیری مذهبی درونی ۲۴/۲۳، ارزیابی مجدد ۲۹/۲۱ و سرکوبی ۱۶/۵۰ بوده است. برای بررسی فرضیه تحقیق از آزمون‌های پارامتریک همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد که دارای پیشفرض‌های نرمال بودن توزیع پراکندگی نمره‌ها و خطی بودن رابطه متغیرهای پیش‌بین و ملاک هستند [۴۱] و در ابتدا نتایج بررسی این پیشفرض‌ها ارائه شده است. بررسی نرمال بودن توزیع نمره‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف صورت گرفت و نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده‌ها

متغیر	آماره Z	سطح معناداری
استرس ادراک‌شده	۰/۸۱۷	۰/۵۱۷
جهت‌گیری مذهبی بیرونی	۰/۸۶۸	۰/۴۳۹
	۰/۹۴۶	۰/۳۳۲
جهت‌گیری مذهبی درونی	۰/۹۸۶	۰/۲۸۵
	۱/۲۰	۰/۱۰۷

معنادار نبودن ($P > 0/05$) مقدار آماره Z در جدول ۳ برای متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد که منحنی توزیع نمره‌های این متغیرها از نوع نرمال است و پیشفرض نرمال بودن توزیع نمره‌ها رعایت شده است.

جدول ۴. نتیجه آزمون خطی بودن رابطه متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک استرس ادراک شده

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری
جهت‌گیری مذهبی بیرونی	۱۷۸۴/۲۶	۱	۱۷۸۴/۲۶	۱۸۰/۱۴	$p < 0/001$
جهت‌گیری مذهبی درونی	۲۱۵۳/۳۹	۱	۲۱۵۳/۳۹	۶۳/۸۸	$p < 0/001$
ارزیابی مجدد	۱۵۰۳/۱۱	۱	۱۵۰۳/۱۱	۲۰/۵۲	$p < 0/001$
سرکوبی	۴۸۶/۸۵	۱	۴۸۶/۸۵	۶/۶۱	$p < 0/001$

در پیشفرض خطی بودن رابطه متغیر پیش‌بین و ملاک فرض می‌شود که در جامعه، خط رگرسیون متغیر ملاک از روی متغیر پیش‌بین یک خط مستقیم است. این فرض برای تک‌تک متغیرهای پژوهش بررسی شد و با توجه نتایج آن در جدول ۴ احتمال مقدار F برای بررسی عامل خطی بودن از $0/05$ بیشتر نشده است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین متغیرهای پیش‌بین و متغیر ملاک رابطه خطی وجود دارد.

جدول ۵. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
استرس ادراک شده	۱				
جهت‌گیری مذهبی بیرونی	۰/۰۷۰	۱			
جهت‌گیری مذهبی درونی	-۰/۳۵۱**	-۰/۰۲۶	۱		
ارزیابی مجدد	-۰/۲۹۳**	-۰/۰۸۹	۰/۰۶۷	۱	
سرکوبی	۰/۱۶۷*	۰/۲۴۹**	-۰/۰۷۹	-۰/۲۱۰**	۱

$p < 0/05$ * $p < 0/01$ **

براساس اطلاعات جدول ۵ ملاحظه می‌شود که از بین متغیرهای پیش‌بین، همبستگی بین جهت‌گیری مذهبی درونی با استرس ادراک‌شده $0/351-$ و همبستگی ارزیابی مجدد با استرس ادراک‌شده $0/293-$ بوده است و هر دو ضریب معنادارند ($p < 0/01$). جهت منفی این همبستگی‌ها نشان می‌دهد که هرچه جهت‌گیری مذهبی درونی در افراد و استفاده آنها از تنظیم هیجان ارزیابی مجدد بیشتر باشد، استرس ادراک‌شده در آنها کمتر خواهد بود. از طرفی همبستگی مثبت و معنادار بین تنظیم هیجان سرکوبی با استرس ادراک‌شده ($r = 0/167$)، $p < 0/05$ نشان می‌دهد که استفاده بیشتر افراد از این مؤلفه تنظیم هیجان، سبب افزایش استرس ادراک‌شده در آنها می‌شود. بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی و استرس ادراک‌شده نیز ارتباط معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$).

جدول ۶. خلاصه نتیجه معادله رگرسیون چندگانه گام‌به‌گام با متغیر ملاک استرس ادراک‌شده

سطح معناداری	F	ضریب تعیین (R2)	ضریب همبستگی (R)	متغیر واردشده به معادله	گام
$p < 0/001$	30/68	0/123	0/351	جهت‌گیری مذهبی درونی	۱
$p < 0/001$	26/54	0/196	0/443	ارزیابی مجدد	۲
$p < 0/001$	22/44	0/237	0/487	سرکوبی	۳

در جدول ۶ در گام اول متغیر جهت‌گیری مذهبی درونی وارد معادله رگرسیونی شده که میزان همبستگی آن با متغیر استرس ادراک‌شده $0/351$ و مقدار ضریب تعیین $0/123$ بوده است. در گام دوم ارزیابی مجدد نیز وارد معادله رگرسیونی شده و میزان همبستگی به $0/443$ و میزان ضریب تعیین به $0/196$ تغییر یافته و در نهایت در مرحله سوم سرکوبی به معادله وارد شده که میزان همبستگی را به $0/487$ و ضریب تعیین را به $0/237$ افزایش داده است. بدین معنا که این سه متغیر با هم توانسته‌اند $23/7$ درصد از استرس ادراک‌شده را پیش‌بینی کنند که به لحاظ آماری نیز معنادار بوده است ($p < 0/001$). شایان ذکر است که متغیر جهت‌گیری مذهبی بیرونی تأثیر معناداری بر معادله رگرسیونی نداشته و بنابراین وارد معادله نشده است. تأثیر هر یک از متغیرهای واردشده به معادله رگرسیونی بر متغیر استرس ادراک‌شده در جدول ۶ مشخص شده است.

جدول ۷. ضرایب رگرسیونی استاندارد و غیراستاندارد متغیرهای پیش‌بین

تولرانس	سطح معناداری	آماره T	ضرایب استاندارد	ضرایب غیراستاندارد		
				B	خطای استاندارد	
-	$p < ۰/۰۰۱$	۹/۶۴	β	۶/۲۵	۶۰/۳۵	مقدار ثابت
۰/۹۸۶	$p < ۰/۰۰۱$	-۵/۲۴	۰/۳۱۳	۰/۲۱۵	-۱/۱۲	جهت‌گیری مذهبی درونی
۰/۹۴۹	$p < ۰/۰۰۱$	-۵/۱۸	-۰/۳۱۶	۰/۱۰۰	-۰/۵۱۸	ارزیابی مجدد
۰/۹۴۷	$p < ۰/۰۰۱$	۳/۴۱	۰/۲۰۸	۰/۱۵۴	۰/۵۲۵	سرکوبی

براساس اطلاعات جدول ۷ و مقدار ضریب استاندارد β ملاحظه می‌شود که تأثیر جهت‌گیری مذهبی درونی و ارزیابی مجدد در پیش‌بینی استرس ادراک‌شده منفی و به‌ترتیب ۰/۳۱۳- و ۰/۳۱۶- است. همچنین تأثیر مؤلفه سرکوبی در پیش‌بینی استرس ادراک‌شده مثبت و ۰/۲۰۸ بوده است. مقدار β برای این متغیرها نشان می‌دهد که در صورت ثابت بودن بقیه شرایط با افزایش یک واحد در جهت‌گیری مذهبی درونی و ارزیابی مجدد به‌ترتیب ۰/۳۱۳ و ۰/۳۱۶ واحد کاهش در استرس ادراک‌شده و با افزایش یک واحد در سرکوبی، ۰/۲۰۸ واحد افزایش در استرس ادراک‌شده خواهیم داشت. همچنین ملاحظه می‌شود که به‌ترتیب ارزیابی مجدد، جهت‌گیری مذهبی درونی و سرکوبی بیشترین سهم را در پیش‌بینی استرس ادراک‌شده دارند. ضمن اینکه نتایج تولرانسی برای بررسی میزان هم‌خطی بین متغیرهای پیش‌بین نشان می‌دهد که مقدار هم‌خطی بسیار کم است و نمی‌تواند نتایج حاصل را مخدوش کند.

نتیجه‌گیری نهایی و پیشنهادها

پژوهش حاضر برای نخستین بار با هدف پیش‌بینی استرس ادراک‌شده کارکنان درگیر با بیماران کووید ۱۹ براساس تنظیم هیجان و جهت‌گیری مذهبی انجام گرفت. نتایج نشان داد که مؤلفه سرکوبی تنظیم هیجان توانایی پیش‌بینی مثبت استرس ادراک‌شده را دارد؛ بدین معنا که افزایش این مؤلفه به افزایش استرس ادراک‌شده می‌انجامد و نمره زیاد در مؤلفه جهت‌گیری مذهبی درونی و ارزیابی مجدد با استرس رابطه عکس دارد. این نتیجه با یافته‌های تحقیقات در زمینه تنظیم هیجان و جهت‌گیری مذهبی با استرس ادراک‌شده تشابه یا تناقض‌هایی دارد که به برخی از آنها اشاره می‌شود.

یافته‌های حاصل با نتایج تحقیقات نژادحمدی و مرادی، محمودپور و همکاران و شادمهر و همکاران [۱۳،۱۸،۲۳] که دریافتند بین راهبردهای تنظیم هیجان و استرس ادراک‌شده رابطه معنادار وجود دارد و سرکوبی پیش‌بینی‌کننده مثبت و ارزیابی مجدد پیش‌بینی‌کننده منفی استرس ادراک‌شده هستند همسوست در تبیین ارتباط منفی بین ارزیابی مجدد و استرس ادراک‌شده می‌توان گفت براساس مدل لازاروس و فولکمن (نقل از نژادحمدی و مرادی) استرس ابتدا با ارزیابی اولیه از محرک شروع می‌شود. اگر طی این ارزیابی محرک تهدیدکننده، خطرناک، چالش‌برانگیز و مضر ارزیابی شود، سیستم فیزیولوژیک فعال شده و برداشت ذهنی فشارزا از موقعیت استرس‌زا آغاز می‌شود. در پی آن نیز ارزیابی ثانویه‌ای براساس منابع (فردی، خانوادگی یا اجتماعی) فرد برای مقابله و تشخیص کافی بودن یا نبودن این منابع برای برآوردن تقاضاهای وی صورت می‌گیرد [۲۳]. اگر در طول این ارزیابی پیچیده فرد منابع کافی را برای مقابله با موقعیت نداشته باشد، علائم جسمانی، روانی و اجتماعی استرس را تجربه خواهد کرد. توانایی مدیریت موقعیت‌های هیجانی به فرد کمک می‌کند تا از بروز هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگارانه جلوگیری کند [۳۱]. ارزیابی مجدد شناختی که از راهبردهای کارآمد تنظیم هیجان است نیز تأثیر مستقیمی بر مدیریت موقعیت‌های هیجانی دارد. افراد می‌توانند با بهره‌گیری از این راهبرد، واکنش هیجانی خود را به رویدادهای استرس‌زا برای بهبود عملکرد مدیریت کنند. بدین ترتیب می‌توان گفت که افراد با ارزیابی مجدد که راهبردی سازگار در تنظیم هیجانی است می‌توانند کارکرد موفق داشته باشند و هنگام مواجهه با تجربه هیجانی استرس‌زا همچون کار کردن در بخش مراقبت کووید ۱۹ و مراقبت از بیماران این بخش، رفتارهای متناسب با اهداف شغلی را به کار گیرند [۲۸،۳۰].

در تبیین ارتباط مثبت بین سرکوبی و استرس ادراک‌شده می‌توان گفت نظریه‌های تنظیم هیجانی بر این باورند که ناتوانی افراد در به‌کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان مناسب در موقعیت‌های استرس‌زا سبب هیجان‌های منفی کنترل‌ناپذیر، شدید و مزمن در آنها می‌شود و ممکن است سبب آسیب روانی آنها شود. اما استرس‌زا بودن یا نبودن یک موقعیت را افراد مشخص می‌کنند و هرچه افراد موقعیتی را استرس‌آورتر پیش‌بینی کنند، احتمال بروز واکنش منفی و استفاده از راهبردهای ناسازگارانه در مقابله با عامل استرس‌زا در آنها بیشتر خواهد شد. سرکوبی یکی از راهبردهای تنظیم هیجانی است که راهبردی ناسازگار یا غیرانطباقی به‌شمار می‌رود. سرکوبی نوعی تعدیل پاسخ است و مهار رفتار در نظر گرفته می‌شود [۳۲]. در واقع افرادی که به‌طور مداوم در موقعیت‌های هیجانی از این راهبرد استفاده می‌کنند بیشتر در معرض ادراک هیجان‌های منفی هستند و هیجان‌های مثبت را کمتر تجربه می‌کنند و به این ترتیب ادراک آنها از استرس بیش از حد خواهد بود [۳۵].

ونگ و سادینو نیز تنظیم هیجان را مسئول تنظیم برانگیختگی و تظاهرات هیجان‌هایی می‌دانند که در هنگام رویارویی با استرس‌های درونی و بیرونی محیط به وجود می‌آیند. این در حالی است که سرکوب و جلوگیری از بیان هیجان‌ها به‌ویژه هیجان‌های منفی موجب تشدید آنها می‌شود [۴۲]. استفاده از راهبردهای غیرانطباقی همچون سرکوبی ممکن است سبب ناهماهنگی در افراد شود و زمینه ایجاد اختلال‌های روانی را در آنها فراهم آورد. گذشته از این، قرار گرفتن طولانی‌مدت در موقعیت‌های استرس‌زا و بیش‌برآورد آن توسط فرد، ممکن است زمینه‌ساز بروز بسیاری از بیماری‌های جسمانی و روانی نیز بشود [۲۴].

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که جهت‌گیری مذهبی درونی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده منفی استرس ادراک‌شده در کارکنان باشد که این یافته با نتایج تحقیقات مختاری، اللهیاری و رسول‌زاده طباطبایی؛ موسی رضایی و همکاران؛ و عاشوری، علی‌پور و عرب‌سالاری که دریافتند ارتباط منفی و معناداری بین جهت‌گیری درونی با استرس ادراک‌شده وجود دارد همسوست. در تبیین ارتباط منفی بین جهت‌گیری مذهبی درونی و استرس ادراک‌شده می‌توان گفت افراد مذهبی دارای طرحواره مذهبی هستند که ارزیابی آنها را از رویدادهای استرس‌زا تحت تأثیر قرار می‌دهد. افراد با جهت‌گیری مذهبی درونی طرحواره‌هایی دارند که ارزیابی آنها را از موقعیت‌های استرس‌زا کمتر برآورد می‌کند و در نتیجه آنان استرس کمتری را تجربه می‌کنند. به همین دلیل این افراد سازش‌پذیری بیشتری با موقعیت‌ها دارند و از سلامت روانی بیشتری نیز برخوردارند. در واقع افراد با جهت‌گیری مذهبی درونی به‌دلیل سبک خاص زندگی‌شان، موقعیت‌ها را کمتر استرس‌زا ارزیابی کرده و حتی بعد از ایجاد استرس، آن را فرصتی برای رشد و تقویت معنوی و روحی خود تلقی کرده یا تفسیر می‌کنند که از تقدیر الهی گریزی نیست و خدا خیراندیش آنهاست و به آنها آسیبی نمی‌رساند. آنان براساس آموزه‌های دینی مطمئن‌اند که افراد شکیب‌پاداشی عظیم از خداوند دریافت خواهند می‌کنند و معتقدند که بعد از هر سختی، آسانی است [۱۲، ۴۰]. بنابراین جهت‌گیری مذهبی درونی با اتصال فرد به منبعی لایزال و آرامش‌بخش و اعتقاد به عدالت خداوند و ایجاد معنای زندگی برای افراد سبب می‌شود که فرد استرس و مشکلات را مشیت خداوند تلقی کند و راحت‌تر با آن کنار آید و به مقابله بپردازد [۲]. باور به وجود خدایی که موقعیت‌ها را کنترل می‌کند و ناظر بر بندگان است تا حد بسیاری استرس مرتبط با موقعیت‌ها را کاهش می‌دهد؛ زیرا این افراد معتقدند که می‌توان با اتکا به خداوند، موقعیت‌های کنترل‌ناپذیر را تحت اختیار درآورد. معنویت به افراد کمک می‌کند تا هیجان‌های منفی خود را کاهش دهند و احساس آرامش درونی بیشتری داشته باشند و به کمک همین احساس استرس کمتری را تجربه کنند [۸]. بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی و استرس ادراک‌شده ارتباط معناداری وجود ندارد که این نتیجه با یافته‌های برخی تحقیقات

ناهمخوانی دارد. برای نمونه سلیمانی کاجی، بخشایش و فلاح یخدانی در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی با استرس ادراک‌شده رابطه وجود دارد. در تبیین نتیجه تحقیق حاضر می‌توان گفت تصور عمومی بر آن است که افراد با جهت‌گیری مذهبی بیرونی اعمال مذهبی را برای کسب امتیازات اجتماعی، سودجویی یا ترس از تنبیه و نکوهش و سرزنش دیگران انجام می‌دهند و این روش تأثیری در فرد و دیدگاهش ندارد و حتی ممکن است گاهی نتیجه عکس داشته باشد. بر اساس این دیدگاه افراد دارای جهت‌گیری مذهبی بیرونی از آنجا که گرایش ابزاری به دین دارند، به نقص و کاستی در ایمان خود دچارند و بنابراین فاقد حالت رشدیافتگی افراد دارای جهت‌گیری مذهبی درونی هستند و شاید به همین دلیل آرامش افراد دارای جهت‌گیری مذهبی درونی را ندارند [۲]؛ بنابراین اعمال آنها تأثیری بر ارزیابی‌شان از موقعیت ندارد و میزان استرس ادراک‌شده آنها از موقعیت از جهت‌گیری مذهبی‌شان تأثیری نمی‌پذیرد.

به‌طور کلی می‌توان گفت آنچه موجب ادراک افراد از موقعیت‌های دشوار زندگی و شغلی و آسیب‌پذیری آنها در این موقعیت‌ها می‌شود، نوع راهبردهای تنظیم هیجانی و چگونگی جهت‌گیری مذهبی آنهاست. از سویی جهت‌گیری مذهبی افراد می‌تواند چگونگی برداشت و مقابله افراد در موقعیت‌ها را تحت تأثیر قرار دهد و سبب افزایش تاب‌آوری آنان در شرایط سخت شود و در نتیجه به سلامت روانی و جسمانی آنها کمک کند. به همین دلیل با توجه به یافته‌های این پژوهش لزوم توجه بیشتر به این عوامل در طراحی مداخلات روان‌شناختی در کادر درمان افزایش می‌یابد. بنابراین یکی از پیشنهادهای این پژوهش، استفاده از مداخلاتی است که سبب تنظیم سازگارانه هیجان در افراد شود. در ضمن باید به مداخلات معنویت‌محور نیز توجه کرد. نبود رابطه بین جهت‌گیری معنوی بیرونی و استرس ادراک‌شده (چه منفی و چه مثبت) در پژوهش حاضر ممکن است نشان‌دهنده این باشد که وجود جهت‌گیری مذهبی بیرونی مؤید استرس نیست، اما کاهش‌دهنده آن نیز نیست و برای کاهش تأثیر استرس، به تمهیدات دیگری نیاز است. در نهایت از آنجا که در پژوهش حاضر برای بار نخست تأثیر دو متغیر تنظیم هیجان و جهت‌گیری مذهبی بر استرس ادراک‌شده ناشی از کرونا در کادر درمان بررسی شد، یافته‌های تحقیق می‌تواند برای پژوهشگران دیدگاه‌های جالبی در پی داشته باشد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از یکایک شرکت‌کنندگان در پژوهش و همچنین از همکاری صمیمانه مسئولان بیمارستان امام حسن شهر بجنورد تشکر و قدردانی می‌کنند.

منابع

- [۱]. برخورداری، معصومه؛ دهقان دهنوی، فهیمه؛ و نصیریانی، خدیجه (۱۳۹۹). «بررسی ارتباط تعارض کار- خانواده با کیفیت خواب در پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه». *پژوهش پرستاری ایران*، دوره ۱۵، شماره ۳، ص ۹۶-۸۶.
- [۲]. بهزادپور، سمانه، مطهری، زهراسادات و سهرابی، فرامرز (۱۳۹۴). «نقش دین‌داری و تاب‌آوری در پیش‌بینی استرس زناشویی مادران دارای فرزند پسر با اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی». *افراد استثنایی*، دوره ۵، شماره ۱۸، ص ۷۱-۸۷.
- [۳]. بیرامی، منصور؛ اکبری، ابراهیم؛ قاسمیپور، عبدالله؛ و عظیمی، زینب (۱۳۹۱). «بررسی حساسیت اضطرابی، فرانگرانی و مؤلفه‌های تنظیم هیجانی در دانشجویان با نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی و بهنجار». *مطالعات روانشناسی بالینی*، دوره ۲، شماره ۸، ص ۶۹-۴۰.
- [۴]. پسندیده، محمدمهدی؛ و سالک مهدی، فرانک (۱۳۹۸). «مقایسه استرس ادراک شده، راهبردهای تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران دستگاه گوارش و افراد بهنجار». *روانشناسی سلامت*، دوره ۸، شماره ۱، ص ۱۰۰-۸۲.
- [۵]. جان بزرگی مسعود (۱۳۸۶). «جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان». *پژوهش در پزشکی*، دوره ۳۱، شماره ۴، ص ۳۵۰-۳۴۵.
- [۶]. جعفری، تیمور؛ مقامی مقیم، غلامرضا؛ و عظیمیان قهرمانلو، منیر (۱۳۹۱). *استان‌شناسی خراسان شمالی*، شرکت چاپ و نشر کتاب‌های درسی ایران.
- [۷]. جعفری، تیمور (۱۳۹۹). «گونه‌شناسی و تحلیل فضایی- زمانی مخاطرات محیطی در استان خراسان، شمالی». *مدیریت مخاطرات محیطی*، دوره ۷، شماره ۳، ص ۲۶۳-۲۴۱.
- [۸]. حسینی قمی، طاهر؛ و سلیمی بجستانی، حسین (۱۳۹۰). «رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و تاب‌آوری در بین مادران دارای فرزندان مبتلا به بیماری». *روانشناسی دین*، دوره ۴، شماره ۳ (پیاپی ۱۵)، ص ۸۲-۶۹.
- [۹]. حقی، محمدرضا؛ و حیدرزاده، احسان (۱۴۰۱). «تأثیر کیفیت محیطی محلات شهری در حفظ سلامت روان شهروندان در دوره همه‌گیری کرونا». *مدیریت مخاطرات محیطی*، دوره ۹، شماره ۱، شماره ۳۰-۱۷.
- [۱۰]. رهنما، رحیم؛ و بازرگان، مهدی (۱۳۹۹). «تحلیل الگوهای مکانی- زمانی اپیدمی ویروس کووید-۱۹ و مخاطرات آن در ایران». *مدیریت مخاطرات محیطی*، دوره ۷، شماره ۲، ص ۱۲۷-۱۱۳.

- [۱۱]. سجادی، معصومه‌السادات؛ و عسکری‌زاده، قاسم (۱۳۹۴). «نقش ذهن‌آگاهی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در پیش‌بینی علائم روان‌شناختی دانشجویان علوم پزشکی»، *راهبردهای آموزش در علوم پزشکی*، دوره ۸، شماره ۵، ص ۳۰۸-۳۰۱.
- [۱۲]. سلیمانی کاجی، زینب؛ بخشایش، علیرضا؛ و فلاح یخدانی، محمدحسین (۱۳۹۵). «پیش‌بینی استرس ادراک‌شده مادران دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی برپایه جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی»، *اصول بهداشت روانی (ویژه‌نامه سومین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم تربیتی)*، دوره ۱۸، ص ۵۶۹-۵۶۲.
- [۱۳]. شادمهر، مرضیه؛ رامک، ناهید؛ و سنگانی علیرضا (۱۳۹۹). «بررسی نقش میزان فشار روانی ادراک‌شده در سلامت افراد مشکوک به بیماری کووید-۱۹». *طب نظامی*، دوره ۲۲، شماره ۲، ص ۱۱۵-۱۲۱.
- [۱۴]. طباطبائی، سیدمحمود؛ و چلبیانلو، غلامرضا (۱۳۹۹). «اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر میزان عاطفه مثبت و منفی و کاهش آشفتگی‌های روان‌شناختی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*. دوره ۲۳، شماره ۴، ص ۴۳۸-۴۴۹.
- [۱۵]. عاشوری، جمال، علی‌پور، علی؛ و عرب‌سالاری، زهرا (۱۳۹۴). «رابطه سبک‌های دفاعی و جهت‌گیری مذهبی با استرس ادراک‌شده در بیماران مبتلا به دیابت نوع یک». *فصلنامه پرستاری دیابت دانشکده پرستاری و مامایی زابل*، دوره ۳، شماره ۳، ص ۶۲-۵۱.
- [۱۶]. علیزاده فرد، سوسن؛ و صفاری نیا، مجید (۱۳۹۹). «پیش‌بینی سلامت روان براساس اضطراب و همبستگی اجتماعی ناشی از بیماری کرونا»، *روانشناسی تربیتی (دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن)*، دوره ۷، شماره ۲، ص ۱۲-۱.
- [۱۷]. کلانتری، صبا؛ و خادم، منیره (۱۳۹۹). «گروه‌های شغلی و بیماری کووید-۱۹»، *بهداشت ایمنی و کار*، دوره ۱۰، شماره ۲.
- [۱۸]. محمودپور، عبدالباسط؛ برزگر، ابوالفضل؛ سلیمی بجستانی، حسین؛ و یوسفی، ناصر (۱۳۹۷). «پیش‌بینی استرس ادراک‌شده براساس تنظیم هیجان، اجتناب تجربی و حساسیت اضطرابی افراد وابسته به مواد»، *مطالعات روانشناسی بالینی*، دوره ۸، شماره ۳۰، ص ۱۸۹-۲۰۶.
- [۱۹]. مختاری، عباس؛ الهیاری، عباسعلی؛ و رسول‌زاده طباطبائی، سیدکاظم (۱۳۸۹). «رابطه جهت‌گیری مذهبی با میزان تنیدگی»، *روانشناسی*، دوره ۵، شماره ۱، ص ۶۷-۵۶.

- [۲۰]. مرکز مبارزه با بیماری‌های معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان خراسان شمالی، آمار مبتلایان به کووید-۱۹ از ابتدای سال ۱۳۹۹ تا پایان سال ۱۴۰۰.
- [۲۱]. مهاجری، زهره؛ حسینی شکیب، مهرداد؛ و خمسه، عباس (۱۴۰۱). «تاب‌آوری سازمانی شرکت‌های مخابرات در زمینه مخاطرات کووید-۱۹، مدیریت مخاطرات محیطی، دوره ۹، شماره ۲، ص ۱۶۷-۱۵۱.
- [۲۲]. مهربان، رقیه؛ و لیوارجانی، شعله (۱۳۹۷). «بررسی اثربخشی آموزش گروهی تنظیم هیجان مبتنی بر فنون گراس بر تاب‌آوری، پرخاشگری واکنشی و هوش هیجانی در دانش‌آموزان دوره اول دبیرستان دخترانه وابسته به مهد قرآن تبریز»، زن و مطالعات خانواده، دوره ۱۱، شماره ۳۹، ص ۱۱۹-۸۳.
- [۲۳]. نژادحمیدی، ندا؛ و مرادی، علیرضا (۱۳۹۳). «رابطه ذهن‌آگاهی، راهبردهای مقابله‌ای و استرس ادراک‌شده با کیفیت زندگی بیماران سرطانی»، پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، دوره ۹، شماره ۳۵، ص ۱۸۸-۱۷۱.
- [24]. Aldao, A.; & Nolen-Hoeksema, S. (2012). "When are adaptive strategies most predictive of psychopathology?", *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), pp: 276-281.
- [25]. Al-Rabiaah, A.; Temsah, M.H.; Al-Eyadhy, A.A.; Hasan, G.M.; Al-Zamil, F.; Al-Subaie, S.; et al. (2020). "Middle East Respiratory Syndrome-Corona Virus (MERS-CoV) associated stress among medical students at a university teaching hospital in Saudi Arabia", *Journal of Infection and Public Health*, 27, pp: 49-54
- [26]. Alsubaie, S.; Temsah, M.H.; Al-Eyadhy, A.A.; Gossady, I.; Hasan, G.M.; Al-rabiaah, A.; et al. (2019). "Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus epidemic impact on healthcare workers' risk perceptions, work and personal lives", *The Journal of Infection in Developing Countries*, 13(10), pp: 920-926.
- [27]. Bridges, L. J.; Denham, S. A.; & Ganiban, J. M. (2004). "Definitional issues in emotion regulation research", *Child development*, pp: 340-345.
- [28]. Christophe, V.; Antoine, P.; Leroy, T.; & Delelis, G. (2009). "Assessment of two emotion regulation processes: Expressive suppression and cognitive reappraisal", *Journal of European Review of Applied Psychology*, 59(1), pp: 59-67.
- [29]. Cohen, S.; Kamarck, T.; & Mermelstein, R. (1983). *Perceived Stress Scale* [Database record]. APA PsycTests.
- [30]. Deldar, Morad Abdulah.; & Ayad, Ahmad Mmohammad. (2020). "The consequences of the COVID-19 pandemic on perceived stress in clinical practice: experience of doctors in Iraqi Kurdistan", *Rom J Intern Med*. 17; 58(4), pp: 219-227.

- [31]. Gross, J.J. (2002). "Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences", *Journal of Psychophysiology*, 39(3), pp: 281-291.
- [32]. Gross, J.J.; & John O.P. (2003). "Individual difference in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being", *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, pp: 348-362
- [33]. Huang L.; & Rong, Liu H. (2020). "Emotional responses and coping strategies of nurses and nursing college students during COV-ID-19 outbreak", *MedRxiv*.
- [34] Liu, Weizhi (2020). "High risk of infection caused posttraumatic stress symptoms in individuals with poor sleep quality: A study on influence of Coronavirus disease(COVID-19) in China", doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.22.20034504>
- [35]. Meyer, T.; Smeets, T.; Giesbrecht, T.; & Merckelbach, H. (2012). "The efficiency of reappraisal and expressive suppression in regulating everyday affective experiences", *Journal of Psychiatry Research*, 200(2-3), pp: 964-969.
- [36]. Musarezaie, A.; Naji Esfahani, H.; Momein-Ghaleghasemi, T.; & Aminoroaia M. (2013). Relationship between religious orientation, anxiety and depression of students in Isfahan university of medical sciences. *Behav Sci Res*. 10(6): 509-519.
- [37]. Nemati, M.; Ebrahimi, B.; & Nemati F. (2020). "Assessment of Iranian nurses' knowledge and anxiety toward COVID-19 during the current outbreak in Iran", *Archives of Clinical Infectious Diseases*, 15(COVID-19); e102848.
- [38]. Park, S. C.; & Park, Y.C. (2020). "Mental Health Care Measures in Response to the 2019 Novel Coronavirus Outbreak in Korea", *Psychiatry Investigation*, 17(2), pp: 85- 91.
- [39]. Seccia, R. (2018). The Nurse Rostering Problem in COVID-19 emergency scenario [Internet]. [Updated 2020 March 31].
- [40]. Shahabi, M.; Amin Yazdi, S.A., Mashhadi, A.; & Hasani, J. (2017). "The Role of Religious Attitude in Coping with Psychological Distress and Emotion Regulation Difficulties of UT Students", *Journal of Research on Religion and Health*.3(4), pp: 32-47.
- [41]. Shavelson R. J. (1981). *Statistical reasoning for the behavioral sciences*, Allyn and Bacon, Boston.
- [42]. Wang, M.; & Saudino, K. J. (2011). "Emotion regulation and stress". *Journal of Adult Development*, 18(2), pp: 95-103.
- [43]. Zhang F.; Shang Z.; Ma, H.; Jia, Y.; Sun, L.; Guo, X.; et al. (2020). "High risk of infection caused posttraumatic stress symptoms in individuals with poor sleep quality: A study on influence of coronavirus disease (COVID-19) in China", *medRxiv*, 1, pp: 58-62.