

## مقایسه راهبردهای مقابله با استرس، ادراک بیماری و اضطراب مرگ در بین بیماران مبتلا به کرونا و افراد سالم

فاطمه یزدانی پور<sup>۱</sup>، میلاد سلیمی<sup>۲</sup>، پریسا سلیمی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه ( نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد مشاوره مدرسه دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد برنامه ریزی درسی دانشگاه پیام نور تهران جنوب

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین مقایسه راهبردهای مقابله با استرس، ادراک بیماری و اضطراب مرگ در بین بیماران مبتلا به کرونا و افراد سالم بود. پژوهش حاضر باتوجه به هدف کاربردی و شیوه اجرا علی - مقایسه ای است. نمونه آماری در این پژوهش، با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۱۰۰ نفر بیماران مبتلا به کرونا انتخاب شد و تعداد ۱۰۰ نفر از افراد سالم با استفاده از روش نمونه گیری داوطلبانه در نظر گرفته شد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه های راهبردهای مقابله با استرس، ادراک بیماری و اضطراب مرگ بود. یافته ها نشان داد که مقدار F در متغیر ادراک بیماری برابر ۲۱/۸۵ است که در سطح  $p < 0/0001$  معنی دار، مقدار F در متغیر اضطراب مرگ برابر ۱۰/۸۴ است که در سطح  $p < 0/0001$  معنی دار می باشد. همچنین مقدار F در متغیر سبک مقابله مسئله مدار برابر ۱۴/۹ است در متغیر سبک مقابله هیجان مدار برابر ۲۶/۰۶ که در سطح  $p < 0/001$  معنی دار می باشد. همچنین در سبک مقابله اجتنابی F برابر ۹/۴۶ می باشد که در سطح  $0/003$  معنی دار، می باشد. این بدین معناست که بیماران مبتلا به کرونا، ادراک بیماری، اضطراب مرگ، سبک های مقابله ای هیجان مدار و اجتنابی بیشتری نسبت به افراد سالم دارند. افراد سالم سبک های ای مسئله مدار بیشتری نسبت به بیماران مبتلا به کرونا دارند.

**واژه های کلیدی:** ادراک بیماری، اضطراب مرگ، سبک های مقابله ای

شیوع COVID-19 فعلی، ترس را در سطح اجتماعی برانگیخته است. در سطح فردی، ممکن است اضطراب و علائم روانشناختی متفاوت را تشدید کرده و منجر به مسائل ذهنی غیر اختصاصی شود (مثلاً مشکلات خلقی، مشکلات خواب، رفتارهای شبیه به هراس، علائم شبیه هراس). ما از سیاستگذاران خود می‌خواهیم که شیوه‌های کنترل عفونت سالم را گسترش داده و کمک کنند تا ارتباطات مدنی، مؤدبانه و عقلانی را حفظ و گسترش دهند و منابع لازم جهت دسترسی به اطلاعات مناسب را گسترش دهند؛ زیرا پایین بودن سطح سوء ظن روانی می‌تواند در تشخیص زودرس و درمان کمک کند. انتظار می‌رود منابع لازم جهت دسترسی به خدمات بهداشت روان فراهم شود تا در صورت نیاز، افراد بتوانند خدمات مناسب را دریافت نمایند و پیشنهاد می‌شود در سطوح بالاتر جهت استفاده از ظرفیت‌های موجود در حوزه خدمات روانشناختی از جمله سازمان نظام مشاوره و روانشناسی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بهزیستی کشور اقدام لازم را به عمل آورند. یکی از عوامل موثر بر مولفه‌های سلامت روان در افراد مبتلا به فشار خون، مرگ و اضطراب ناشی از آن است. (لیتو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). این نوع اضطراب می‌تواند به عنوان یکی از تشخیص‌های مهم روان‌شناختی در این بیماران مطرح شود (مورهد<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۳). با وجود تکنولوژی‌های پیشرفته در درمان پزشکی، مرگ واقعی است که همیشه وجود داشته است که در این میان بیماران کرونا نیز ناگزیر به رویارویی با مرگ خویش هستند، (امانوئل<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). اضطراب مرگ<sup>۴</sup> ترس مداوم، غیرمنطقی و مرضی از مرگ یا مردن می‌باشد، (شرمان<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). به عبارت دیگر، اضطراب مرگ به عنوان احساس ناراحتی همراه با ترس که معطوف به مرگ خود یا دیگران است، تعریف می‌شود که مرگ به عنوان پایان حیات در نظر گرفته می‌شود (فیرستون و کاتلت<sup>۶</sup>، ۲۰۱۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماران کرونا از اضطراب مرگ بالایی برخوردار هستند به طوری که میزان شیوع اضطراب در گروه مبتلا به کرونا (۱۷/۹ درصد) در مقایسه با گروه سالم (۱۳/۹ درصد) بوده است (شاین<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

مرگ به خاطر ماهیت پرابهام خود، برای خیلی از افراد به صورت تهدید نمایان می‌شود، خصوصاً در بیمارانی که تشخیص‌های پرخطری مانند کرونا را دارند، ناگزیر به رویارویی با مرگ خویش هستند. امروزه اضطراب مرگ را یکی از متغیرهای مهم روان‌شناختی در بیماران مبتلا به کرونا گزارش کرده‌اند (دیگی<sup>۸</sup>، ۲۰۱۹). از آنجایی که اضطراب مرگ سازهای چند بعدی است می‌توان انتظار داشت که بر بسیاری از جنبه‌های زندگی بیماران تأثیر گذار باشد. به طوری که، عزت نفس، کیفیت زندگی و ارتقاء

<sup>۱</sup>Lehto RH<sup>۲</sup>Moorehad S<sup>۳</sup>Emanuel EJ<sup>۴</sup>Death anxiety<sup>۵</sup>Sherman DW<sup>۶</sup>Fireston R, Catlett J<sup>۷</sup>Shain MT<sup>۸</sup>Degi CL

رفتارهای سلامت بخش، سطح پایین یکپارچگی خود، مشکلات جسمی و مشکلات روانشناختی را در پی دارد (بوزو، تانکا و سیمسک؛ ۲۰۰۹، بهرامی، مرادی، سلیمانی، کلانتری و حسینی، ۱۳۹۸).

داشتن بیماری می‌تواند بر روی کارکرد خانواده نیز اثر گذارد، وجود بیماری می‌تواند موجب بکارگیری مکانیسم‌های مقابله و سازگاری نامؤثر در افراد شده و متعاقباً موجب افزایش تنش در آنان گردد و افزایش تنش در ارتباط مستقیم با عوامل فیزیکی و جسمی بوده و می‌تواند شدت بیماری در افراد را افزایش دهد. بسیاری از محققین رابطه بین بهزیستی روانشناختی و صفات فردی را مورد بررسی قرار داده و عواملی را شناسایی کرده‌اند، این عوامل شامل میزان شناخت از خود؛ تنش‌های متحمل شده؛ دست یابی به اهداف زندگی؛ روش‌های مقابله و میزان سازگاری می‌باشند. به لحاظ اهمیت و دامنه‌ی فراگیر کیفیت زندگی، عوامل مؤثر بر آن همواره بررسی شده است. علاوه بر مکانیسم‌های بیولوژیکی درگیر، عاملی که می‌تواند در بیماری‌های روان‌تنی از جمله کرونا اثرگذار باشد، عوامل روانشناختی افراد است. بسیاری از نابهنجاری‌های روانی - عصبی در ارتباط با کرونایی هستند که عبارتند از: افسردگی، سرخوشی، اختلالات دو قطبی، گریه‌ها و خنده‌های نابهنجار، روان‌پریشی، اختلال در توجه، پردازش اطلاعات، عملکرد اجرایی، تمرکز، یادگیری و حافظه (بخشانی، ۱۳۹۷). آنچه این بیماری مزمن را در حوزه روانپزشکی حائز اهمیت می‌سازد، طیف وسیع جنبه‌های عصبی - روانپزشکی این اختلال است. اختلالات هیجانی (افسردگی، خستگی و اضطراب) از شایع‌ترین علائم روانشناختی در بیماران کرونایی بوده که به میزان قابل توجهی به ناتوانی‌ها و وضعیت نامناسب زندگی در این بیماران مربوط می‌شود. بیماری فشار خون از طریق ایجاد افسردگی، تغییرات شناختی و شخصیتی و مهار گسیختگی ناشی از آن می‌تواند به عنوان یک اختلال در محور III به صورت یک عامل خطر ساز در خودکشی محسوب شود (مارای، ۲۰۱۹).

بهترین دیدگاه برای ارتقا کیفیت زندگی بیماران کرونایی که اهمیت زیادی دارد، تطابق و سازگاری با شرایط پیش آمده می‌باشد. یکی از متغیرهای مهم روانشناختی که در مقالات لاتین در ارتباط با تطابق بیماری کرونا به آن پرداخته شده است، ادراک بیماری است. ادراک بیماری به معنی عقیده و تصویری است که بیماران از بیماریشان دارند که این تصویر و نگرش بر روی تطابق آنها با بیماریشان و در نتیجه کیفیت زندگی شان مؤثر است. این ادراک همچنین، چگونگی دورنمای درمان بیماران و مطابقت رژیم‌های غذایی درمانی آنها را نیز نشان می‌دهد (سبیلک، ۲۰۲۱). اعتقاد بر این است که تفاوت بیماران در رفتار بیماری (ادراک و تفسیر علائم بیماری)، نمی‌تواند صرفاً ناشی از تفاوت در درجه‌ی تندرستی آنها باشد. علائمی که ممکن است از سوی یک فرد یا خانواده، نابهنجار تفسیر شده و به ملاقات با پزشک منجر شود، توسط فرد یا خانواده‌ی دیگر به شکل متفاوت تفسیر گردد. یافته‌ها نشان داده‌اند که ادراک بیماری در بیماران از مهمترین پیش‌بینی‌کننده‌های تطابق سطح پایین از جمله بدی کارکرد اجتماعی، خستگی، اضطراب، افسردگی و ... هستند (بی بی و عدنان خالد، ۲۰۱۹).

مدلی که بستر مناسبی را برای بررسی ادراک بیماران فراهم نموده است، مدل خودگردانی لونتال و همکاران می‌باشد. بر اساس این مدل هر فرد بیمار بعد از اینکه علائم بیماری یا درد را مشاهده کرد، به شکل دادن طرحواره یا سیستمی از باورها درباره‌ی بیماری

<sup>۱</sup>Bozo, Ö., Tunca, A., & Šimšek, Y

<sup>۲</sup>Murray

<sup>۳</sup>Illness perceptions

<sup>۴</sup>Šabik

<sup>۵</sup>Bibi, A & Adnan Khalid

دست می زند و بر اساس آن باور یا طرحواره به تفسیر علائم مشاهده شده می پردازد. بنابراین، باورهای بیمار می تواند بر تفسیر علائم بیماری توسط او تأثیرگذار باشد. راهبردمقابله ی مسئله مدار شامل اقداماتی است که فرد در رابطه با شرایط استرس زا کارهای سازنده و مفیدی انجام می دهد و دربرگیرنده ی راهبردهای جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت پذیری، حل مدبرانه مسئله، ارزیابی مجدد مثبت می باشد. بنا به گفته پیرس و ساراسون (۲۰۱۹)، روش های مقابله با استرس معمولاً به چگونگی درک و مدیریت موقعیت های پچیده بر می گردد. هنگامی که ویژگی های شخصیت، روابط بین فردی و پارامترهای موقعیتی برای ایجاد یک روش قوی مقابله با استرس در کنار هم قرار می گیرند، بیماران تمایل دارند تا این ویژگی ها را نشان دهند؛ آن ها مایل اند تا اعتماد به نفس بیشتری داشته باشند، تمایل دارند ببینند که تا چه اندازه بر موقعیت های استرس زا کنترل دارند، همچنین مایل اند تا پایدار و محکم باشند و به احتمال زیاد انتظار دارند در کارهایشان موفقیت بیشتری داشته باشند. راهبردهای مقابله ای مسئله مدار شیوه هایی را توصیف می کند که بر اساس آن فرد اعمالی را که باید برای کاستن یا از بین بردن یک تنیدگی انجام دهد محاسبه می کند. رفتارهای مسئله مدار شامل جستجوی اطلاعات بیشتر درباره مسئله، تغییر ساختار مسئله از نظر شناختی و اولویت دادن به گام هایی برای مخاطب قرار دادن مسئله می شود. بنابراین با توجه به مطالب گفته شده محقق به دنبال این مسئله است آیا بین راهبردهای مقابله با استرس، ادراک بیماری و اضطراب مرگ در بین بیماران مبتلا به کرونا و افراد سالم تفاوت معناداری وجود دارد؟

#### طرح پژوهش:

با توجه به موضوع و هدف پژوهش، روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع علی- مقایسه ای است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه بیماران مبتلا به کرونا کرمانشاه در سال ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ بودند که تعداد آنها در طی ۶ ماه که به مراکز درمانی مراجعه کرده و همچنین افراد سالم بودند. نمونه آماری این پژوهش عبارت است از تعداد ۲۰۰ نفر (۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به کرونا بر اساس وضعیت موجود آماری آنها با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس و ۱۰۰ نفر از افراد سالم بر اساس نمونه گیری داوطلبانه انتخاب گردیدند و بصورت کاملاً داوطلبانه و اختیاری تمایل به پاسخ دادن به پرسشنامه های پژوهش را داشتند.

#### ابزارهای پژوهش:

۱) **مقیاس اضطراب مرگ (DAS):** این مقیاس توسط تمپلر<sup>۶</sup> (۱۹۷۰) ساخت و اعتبار یابی شده و بیشترین کاربرد را در نوع خود داشته است. این مقیاس یک پرسشنامه خود اجرایی متشکل از ۱۵ سوال صحیح- غلط است. نمره گذاری. دامنه تغییرات از صفر تا ۱۵ می باشد و نمره زیاد معرف درجه بالایی از اضطراب است. روایی و پایایی. ساچینو و کلاین (۱۹۹۶) ضریب آلفای کرونباخ را برای عامل های سه گانه ای که با روش تحلیل عوامل ویرایش ایتالیایی این مقیاس بدست آوردند به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۴۹ و ۰/۶۰ گزارش کردند. تمپلر (۱۹۷۰) ضریب باز آزمایی مقیاس **DAS** را ۰/۸۳ به دست آورده است. کونتلی، وینر و پلاچیک (۱۹۸۲)، اعتباراً تنصیف مقیاس اضطراب مرگ را ۰/۷۶ و همبستگی هر سوال را با نمره کل را ۰/۳۰ تا ۰/۷۴ با

<sup>۱</sup>Pierce & sarason

<sup>۲</sup>death anxiety scale

<sup>۳</sup>templer

میانگین ۵۱٪ برای افراد سالخورده و ۴۴۵ برای گروه دانشجویان گزارش کرده اند (به نقل از علی اکبری دهکردی، اورکی، و برقی ایرانی، زیبا، ۱۳۹۸).

**۲) پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن (WOCQ):** پرسشنامه راهبردهای لازاروس بر اساس سیاهه راهبردهای مقابله‌ای توسط لازاروس و فولکمن در سال ۱۹۸۰ ساخته شده است؛ و در سال ۱۹۸۵ مورد تجدید نظر قرار گرفت. راهبردهای مقابله‌ای مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که در جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش زا به کار می‌رود و منجر به کاهش رنج ناشی از آن می‌شود. و دامنه وسیعی از افکار و اعمالی را که افراد هنگام مواجهه با شرایط فشار زایی دورنی یا بیرونی به کار می‌برند را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این یک پرسشنامه ۶۶ ماده‌ای است که لازاروس و فولکمن بر اساس یک نظریه شناختی- پدیدار شناختی درباره تنیدگی، برآورد و مقابله ساخته‌اند؛ و همچنین این پرسشنامه دارای ۲ خرده مقیاس اصلی هیجان محور و مسئله محور است که هر کدام از این خرده مقیاس‌ها به ۴ خرده مقیاس فرعی تقسیم می‌شوند. ۱۶ گویه یا سوال این پرسشنامه انحرافی هستند و ۵۰ گویه دیگر شیوه مقابله فرد را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. در زیر هر یک از این خرده مقیاس‌ها و گویه‌های مربوط به آن آورده شده است (اسماعیلی، ۱۳۹۷، به نقل از علی پور و همکاران، ۱۳۸۹):

**نمره گذاری.** نمره گذاری پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن به دو روش خام و نسبی صورت می‌گیرد. نمرات خام توصیف کننده تلاش مقابله‌ای برای هر یک از هشت نوع مقابله است و مجموع پاسخ‌های آزمودنی به مواد تشکیل دهنده مقیاس می‌باشد. نمرات نسبی، نسبت تلاشی که در هر نوع مقابله صورت گرفته را توصیف می‌کند. در پژوهش حاضر نمره گذاری به روش نسبی صورت گرفت. در هر دو روش نمره گذاری، افراد به هر ماده روی یک مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت پاسخ می‌دهند که بسامد هر راهبرد را به این شکل نشان می‌دهد: صفر نشانگر «بکار نبردم»، یک نشانگر «خیلی کم بکار بردم»، دو نشانگر «تا حدی بکار بردم» و سه نشانگر «به مقدار زیاد بکار بردم» است (مظلوم بفرولی و همکاران، ۱۳۹۷).

**اعتبار و روایی.** در ایران روی نمونه زوج میانسال و نمونه ۷۶۳ نفر دانش آموزان دوم و سوم دبیرستان هنجار یابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ در مقیاس‌ها از ۰/۶۱ تا ۰/۷۹ می‌باشد (مظلوم بفرولی و همکاران، ۱۳۹۷). لازاروس (۱۹۸۵) ثبات درونی ۰/۶۶ و ۰/۷۹ را برای هر یک از سبک‌های مقابله‌ای گزارش کرده است. زارعی و اسدی (۱۳۹۸) در پژوهش خود برای گروه نوجوانان معتاد، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۲ گزارش کردند. در پژوهش رستمی (۱۳۹۷) آلفای کرونباخ کلی آزمون ۰/۸۷ به دست آمد. مواد پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای دارای روایی صوری است چرا که راهبردهای توصیف شده آن‌هایی هستند که افراد استفاده از آن‌ها را برای کنار آمدن با موقعیت‌های استرس برانگیز گزارش کرده‌اند. در پژوهش مظلوم بفرولی و همکاران (۱۳۹۷)، ضریب آلفای کرونباخ به منظور بررسی همسانی درونی سوال‌ها، ۰/۷۹ بر آورد کردند.

**۳) پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری (IPC):** این پرسشنامه یک پرسشنامه ۹ سؤالی است که برای ارزیابی تحسم عاطفی و شناختی بیماری طراحی شده است و به ترتیب پیامدها، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری و پاسخ‌های عاطفی را می‌سنجد. نمره گذاری. دامنه نمره‌های ۸ سؤال اول از ۱ تا ۱۰ است. سؤال و پاسخ باز دارد و سه علت عمده ابتلا به دیابت را به ترتیب مورد سؤال قرار می‌دهد. در تحلیل نهایی توصیه شده است که هر یک از زیر مقیاس‌ها به طور جداگانه تحلیل شدند. روایی و پایایی. آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۰ و ضریب همبستگی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای سوال‌های مختلف، ۰/۶۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. روایی همزمان مقیاس با پرسشنامه ادراک بیماری تجدید نظر شده در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به آسم، دیابت و بیماران کلیوی، نشان دهنده همبستگی زیر مقیاس‌ها از ۰/۳۲

تا ۰/۲۳ است. همچنین، همبستگی نمرهای زیر مقیاس های مقیاس مذکور با خودکارآمدی خاص بیماران مبتلا به دیابت ۰/۶۰ تا ۰/۶۷ و خودکارآمدی بیماران مبتلا به آسم ۰/۶۷ تا ۰/۵۳ به دست آمده است. روایی تفکیکی پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری از طریق مقایسه نمره های بیماران مبتلا به دیابت، آسم درد قفسه سینه و سرماخوردگی محاسبه و تأیید شده است (برودبرت<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). بزازیان (۱۳۸۹) نیز به بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه پرداخته است، او برای بررسی روایی سازه این مقیاس، تحلیل عاملی تأییدی انجام داد و گزارش کردند که یافته ها نشانگر برازش مناسب مدل با داده ها بوده است.

### یافته‌ها

در این بخش شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد، کمترین و بیشترین نمره‌های اعضای نمونه در متغیرهای پژوهش ذکر شده است.

جدول ۱ میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره‌های مقیاس ادراک بیماری در نمونه‌های بیماران مبتلا به کرونا و افراد سالم

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
بیماران مبتلا به کرونا	۱۰۰	۸/۵۲	۳/۸۵	۱	۱۰
افراد سالم	۱۰۰	۶/۴۲	۲/۹۹	۱	۸

جدول ۱ میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره‌های مقیاس ادراک بیماری مربوط به نمونه‌های بیماران مبتلا به کرونا و افراد سالم حاضر در پژوهش را نشان می‌دهد. همانگونه که در جدول بالا مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف استاندارد بیماران مبتلا به کرونا در متغیر ادراک بیماری به ترتیب برابر ۸/۵۲ و ۳/۴۵ می‌باشد. همچنین، میانگین و انحراف استاندارد افراد سالم در متغیر ادراک بیماری به ترتیب برابر ۶/۴۲ و ۲/۹۹ می‌باشد.

جدول ۲ میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره‌های مقیاس اضطراب مرگ در نمونه‌های بیماران مبتلا به کرونا و افراد سالم

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
-------	-------	---------	--------------	--------	---------

<sup>۷</sup>Broadbent E

بیماران مبتلا به کرونا	اضطراب مرگ	۱۰۰	۱۴/۰۸	۴/۴۵	۶	۱۵
افراد سالم	اضطراب مرگ	۱۰۰	۹/۱۶	۲/۹۴	۳	۱۱

جدول ۲ میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره‌های مقیاس اضطراب مرگ مربوط به نمونه‌های بیماران مبتلا به کرونا و افراد سالم حاضر در پژوهش را نشان می‌دهد. همانگونه که در جدول بالا مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف استاندارد بیماران مبتلا به کرونا در مقیاس اضطراب مرگ به ترتیب برابر ۱۴/۰۸ و ۴/۴۵ می‌باشد. همچنین، میانگین و انحراف استاندارد افراد سالم در مقیاس اضطراب مرگ به ترتیب برابر ۹/۱۶ و ۲/۹۴ می‌باشد.

جدول ۳ میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره‌های مقیاس راهبردهای مقابله‌ای و مؤلفه‌های آن در نمونه‌های بیماران مبتلا به کرونا و افراد سالم

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین	
راهبرد مقابله مسئله-مدار	۱۰۰	۴۴/۱۴	۱۱/۴۴	۲۴	۶۵	بیماران مبتلا به کرونا
راهبرد مقابله هیجان-مدار	۱۰۰	۴۷/۲۶	۹/۹۱	۲۹	۶۵	
راهبرد اجتنابی	۱۰۰	۴۱/۸۶	۷/۳۴	۲۷	۶۰	
راهبرد مقابله مسئله-مدار	۱۰۰	۵۲/۰۶	۸/۹۲	۳۴	۶۹	افراد سالم
راهبرد مقابله هیجان-مدار	۱۰۰	۳۸/۱۸	۷/۷۳	۲۵	۵۴	
راهبرد اجتنابی	۱۰۰	۳۷/۰۰	۸/۴۱	۲۱	۵۵	

جدول ۳ میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره‌های مقیاس راهبردهای مقابله‌ای و مؤلفه‌های آن مربوط به نمونه‌های بیماران مبتلا به کرونا و افراد سالم حاضر در پژوهش را نشان می‌دهد. همانگونه که در جدول بالا مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف استاندارد بیماران مبتلا به کرونا در مقیاس راهبرد مقابله مسئله‌مدار به ترتیب برابر ۴۴/۱۴ و ۱۱/۴۴، متغیر راهبردهیجان‌مدار به ترتیب برابر ۴۷/۲۶ و ۹/۹۱، متغیر راهبرد اجتنابی به ترتیب برابر ۴۱/۸۶ و ۷/۳۴ می‌باشد. همچنین، میانگین و انحراف استاندارد افراد سالم در مقیاس راهبرد مقابله مسئله‌مدار به ترتیب برابر ۵۲/۰۶ و ۸/۹۲، متغیر راهبردهیجان-مدار به ترتیب برابر ۳۸/۱۸ و ۷/۷۳، متغیر راهبرد اجتنابی به ترتیب برابر ۳۷/۰۰ و ۸/۴۱ می‌باشد.

جدول ۴ نتایج آزمون همگنی واریانس‌ها (لوین) بین متغیرهای وابسته پژوهش در بیماران مبتلا به کرونا و افراد

سالم

اثر	متغیر وابسته	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معنی داری
	ادراک بیماری	۱	۹۸	۰/۹۸	۰/۶۳
	اضطراب مرگ	۱	۹۸	۱/۰۱	۰/۳۱
	راهبردمقابل مسئله مدار	۱	۹۸	۰/۴۲	۰/۵۱
	راهبردمقابل هیجان مدار	۱	۹۸	۱/۹۸	۰/۰۶
	راهبرداجتنابی	۱	۹۸	۰/۶۱	۰/۳۶

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود آزمون لوین در متغیر ادراک بیماری ( $F=0/98$ ,  $P=0/63$ ) غیرمعنی‌دار، در متغیر اضطراب مرگ ( $F=1/01$ ,  $P=0/31$ ) غیرمعنی‌دار، در متغیر راهبردمقابل مسئله مدار ( $F=0/42$ ,  $P=0/51$ ) غیرمعنی‌دار، در متغیر راهبردمقابل هیجان مدار ( $F=1/98$ ,  $P=0/06$ ) و در متغیر راهبرداجتنابی ( $F=0/61$ ,  $P=0/36$ ) نیز غیرمعنی‌دار می‌باشند در متغیر امید به زندگی ( $F=0/59$ ,  $P=0/44$ ) غیرمعنی‌دار، در نتیجه فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود.

#### نرمال بودن توزیع

جدول ۵ نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها را نشان می‌دهد.

جدول ۵ نتایج کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها

متغیرها	Z کولموگروف اسمیرنوف	سطح معنی داری
ادراک بیماری	۰/۶۳	۰/۱۹
اضطراب مرگ	۱/۲	۰/۱۴
راهبردمقابل مسئله مدار	۰/۷۹	۰/۲۱
راهبردمقابل هیجان مدار	۱/۶	۰/۳۵
راهبرداجتنابی	۱/۹	۰/۲۴

همان گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود سطح معنی‌داری آزمون کولموگروف - اسمیرنوف از مقدار  $0/05$  بیشتر است، لذا پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها رعایت شده است. پس از بررسی پیش فرض‌های تحلیل واریانس چند متغیره، فرضیه‌های زیر مورد بررسی قرار گرفت:



جدول ۶ خلاصه نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین متغیرهای وابسته در گروه‌های بیماران مبتلا به کروناو افراد سالم

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی-داری (p)
اثر پیلایی <sup>۱۸</sup>	۰/۳۸	۱۱/۶	۵	۱۹۴	P<۰/۰۰۰۱
لامبدای ویلکز <sup>۱۹</sup>	۰/۶۱	۱۱/۶	۵	۱۹۴	P<۰/۰۰۰۱
اثر هتلینگ <sup>۲۰</sup>	۰/۶۱	۱۱/۶	۵	۱۹۴	P<۰/۰۰۰۱
بزرگترین ریشه روی <sup>۲۱</sup>	۰/۶۱	۱۱/۶	۵	۱۹۴	P<۰/۰۰۰۱

مندرجات جدول ۶ نشان می‌دهد که بین گروه بیماران مبتلا به کروناو افراد سالم از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح  $P \leq 0/0001$  تفاوت معنی داری وجود دارد و می‌توان گفت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (ادراک بیماری، اضطراب مرگ، راهبردمقابله مسئلهمدار، راهبردمقابله هیجانمدار و راهبرداجتنابی) بین دو گروه، تفاوت معنی دار وجود دارد.

جدول ۷ نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری بر روی میانگین متغیرهای وابسته در بیماران مبتلا به کرونا و افراد سالم

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
ادراک بیماری	۱۶۸۵/۸۵	۱	۱۶۸۵/۸۵	۲۱/۸۵	P<۰/۰۰۰۱
اضطراب مرگ	۹۲۴/۱	۱	۹۲۴/۱	۱۰/۸۴	P<۰/۰۰۰۱
راهبردمسئلهمدار	۱۵۶۸/۱	۱	۱۵۶۸/۱	۱۴/۹	P<۰/۰۰۰۱
راهبردهیجانمدار	۲۰۶۱/۱	۱	۲۰۶۱/۱	۲۶/۰۶	P<۰/۰۰۰۱
راهبرداجتنابی	۵۹۰/۴	۱	۵۹۰/۴	۹/۴۶	P<۰/۰۰۳

با توجه به مندرجات جدول ۷، مقدار F در متغیر ادراک بیماری برابر ۲۱/۸۵ است که در سطح  $p < 0/0001$  معنی دار، مقدار F در متغیر اضطراب مرگ برابر ۱۰/۸۴ است که در سطح  $p < 0/0001$  معنی دار می‌باشد. همچنین مقدار F در متغیر راهبردمقابله مسئلهمدار برابر ۱۴/۹ است که در سطح  $p < 0/0001$  معنی دار می‌باشد.

<sup>۱۸</sup> Pillai Trace

<sup>۱۹</sup> Wilks Lambda

<sup>۲۰</sup> Hotellings Trace

<sup>۲۱</sup> Roy s Largest Root

باشد. همچنین در راهبردمقابله اجتنابی F برابر ۹/۴۶ می باشد که در سطح ۰/۰۰۳/۰۰۳ معنی دار، می باشد. این بدین معناست که بین آزمودنی های دو گروه از لحاظ ادراک بیماری، اضطراب مرگ و سبک های مقابله با استرس تفاوت معناداری وجود دارد.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد بین بیماران مبتلا به کرونا با افراد سالم از لحاظ راهبردمقابله مسئله مدار تفاوت معنی داری وجود دارد. با توجه به میانگین های دو گروه، افراد سالم نسبت به بیماران مبتلا به کرونا از راهبردمقابله مسئله مدار بیشتری استفاده می کنند. در تبیین این یافته ها میتوان گفت که راهبردمقابله ی مسئله مدار شامل اقداماتی است که افراد در رابطه با شرایط استرس زا کارهای سازنده و مفیدی انجام می دهد و در برگیرنده ی راهبردهای جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت پذیری، حل مدبرانه مسئله، ارزیابی مجدد مثبت میباشد که افراد سالم نسبت به بیماران مبتلا به کرونا از راهبردمقابله مسئله مدار بیشتری استفاده می کنند. بنا به گفته پیرس و ساراسون (۲۰۰۴)، روش های مقابله با استرس معمولاً به چگونگی درک و مدیریت موقعیت های پدید بر می گردد. هنگامی که ویژگی های شخصیت، روابط بین فردی و پارامترهای موقعیتی برای ایجاد یک روش قوی مقابله با استرس در کنار هم قرار می گیرند، افراد تمایل دارند تا این ویژگی ها را نشان دهند؛ آن ها مایل اند تا اعتماد به نفس بیشتری داشته باشند، تمایل دارند ببینند که تا چه اندازه بر موقعیت های استرس زا کنترل دارند، همچنین مایل اند تا پایدار و محکم باشند و به احتمال زیاد انتظار دارند در کارهایشان موفقیت بیشتری داشته باشند. راهبردهای مقابله ای مسئله مدار شیوه هایی را توصیف می کند که بر اساس آن فرد اعمالی را که باید برای کاستن یا از بین بردن یک تنیدگی انجام دهد محاسبه می کند. رفتارهای مسئله مدار شامل جستجوی اطلاعات بیشتر درباره مسئله، تغییر ساختار مسئله از نظر شناختی و اولویت دادن به گام هایی برای مخاطب قرار دادن مسئله می شود. نتایج نشان داد بین بیماران مبتلا به کرونا با افراد سالم از لحاظ راهبردمقابله هیجان مدار تفاوت معنی داری وجود دارد. با توجه به میانگین های دو گروه، بیماران مبتلا به کرونا نسبت به افراد سالم از راهبردمقابله هیجان مدار بیشتری استفاده می کنند. در تبیین این یافته ها می توان گفت که راهبردهای مقابله ای هیجان مدار شیوه هایی را توصیف می کند که بر اساس آن، فرد بر خود متمرکز شده و تمام تلاش او متوجه کاهش احساسات ناخوشایند خویش است. واکنش های مقابله ای هیجان مدار شامل گریه کردن، عصبی و ناراحت شدن، پرداختن به رفتار های عیب جویانه، اشتغال ذهنی و خیال پردازی است؛ با این تفاسیر روشهای هیجان مدار رویارویی با استرس گرچه سبب تخلیه ی هیجانی و احساسی بیماران مبتلا به کرونا با استرس موجود در زندگی شان می شود، بنابراین به عبارت دیگر، هر چه بیماران مبتلا به کرونا از راهبرد مقابله هیجان مدار استفاده کنند بیشتر دچار مشکلات روانی خواهند شد. از طرفی روشهای مقابله تلاشهای شناختی و رفتاری برای مدیریت استرس بیرونی و درونی می باشد، تلاشهای شناختی و رفتاری می توانند بیرونی (مساله مدار) و درونی (هیجان مدار) باشند که مقابله مسئله مدار می تواند به عنوان تلاش برای مدیریت و تغییرمساله استرس زا در نظر گرفته می شود و مقابله هیجان مدار تلاش برای کم کردن استرس هیجانی در درون خویشاست. لازاروس و فولکمن (۱۹۹۱) معتقدند که در مقابله موثر، هر دو عملکرد معمولاً همزمان رخ می دهند. استرس، یکی از عمده ترین مشکلات جامعه بشری است و تعداد زیادی از انسانها با آن دست به گریبان هستند. به نظر می رسد استرس جزء ضروری و نتیجه اجتناب ناپذیر تعامل انسان با محیط است. اما آنچه که باعث ایجاد تفاوت در عملکرد انسان میشود این است که مردم چگونه با آن مبارزه می کنند. بشر مردم می توانند در حد قابل قبولی سلامت خود را حفظ کنند و در یک شرایط پر از استرس زندگی کنند. به استناد اسپادا و همکاران، ۲۰۰۸؛ نقل از بزرگان، (۱۳۹۸) راهبردهای مقابله ای، یکی از مفاهیم کلیدی در مواجهه با استرس است. با توجه به گریز ناپذیر بودن استرس، استفاده از راهبردهای مقابله

ای مناسب می تواند فرد را در برابر استرس های شدید محافظت کند. مهارت توانایی مقابله با استرس و شناخت روش صحیح برخورد با تغییرات استرس زا این امکان را به ما می دهد تا منابع استرس و نحوه تاثیر آن را بر زندگی خود بشناسیم و با اعمال و موضع گیری های صحیح و به جای خود بتوانیم فشار و استرس را در خود کاهش داده و آرامش خود را تامین کنیم. هنگامی که بیماران مبتلا به کرونا با مشکل روبه رو می شوند، واکنش های مختلفی نشان می دهند که این واکنش ها جنبه هیجانی، شناختی و گاهی رفتاری دارند. گاهی اوقات ممکن است به حل مشکل بینجامد یا فرد را از آن دور کند. این واکنش ها در قالب راهبردهای مقابله، بررسی می شوند.

نتایج نشان داد بین بیماران مبتلا به کرونا با افراد سالم از لحاظ راهبردمقابله اجتنابی تفاوت معنی داری وجود دارد. با توجه به میانگین های دو گروه، بیماران مبتلا به کرونا نسبت به افراد سالم از راهبردمقابله اجتنابی بیشتری استفاده می کنند. در تبیین این یافته ها می توان گفت که راهبردهای مقابله ای اجتنابی مستلزم فعالیت ها و تغییراتی شناختی است که هدف آن ها اجتناب از موقعیت تنیدگی زا است. رفتارهای مقابله ای اجتنابی ممکن است به شکل روی آوردن و درگیر شدن در یک فعالیت تازه و یا به شکل روی آوردن به اجتماع و افراد دیگر ظاهر شود (هرن و میشل، ۲۰۰۳). همچنین گاهی نیز دربرگیرنده عدم درگیری رفتاری در جهت مسأله، تمرکز بر هیجان و استفاده از داروها و الکل می باشد (ریو، ۲۰۰۵؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۸). از سوی دیگر کارنی و برادبوری (۲۰۰۷) الگوی آسیب پذیری، تنیدگی و سازش را درباره زندگی مطرح کرده اند. براین اساس سه عامل مهم کیفیت و ثبات و تداوم زندگی را تعیین می کنند: الف) وقایع استرس زای زندگی (ب) ناتوانی در مقابله ی مؤثر با استرس و افزایش یا تداوم استرس. ج) استمرار استرس که منجر به کاهش ظرفیت بیماران مبتلا به کرونا برای سازش و داشتن بهزیستی روانشناختی می شود.

فشارهای روانی به عنوان میانجی بین ارگانیزم و عوامل تنش زا عمل کرده و برحسب توانایی ها و شرایط افراد تحت فشار، اختلالات جسمانی گوناگونی را در آن به دنبال می آورد. به عبارت و واضح تر، عوامل تنش زا و فشارآور زندگی، نظیر فشارهای شغلی و تحصیلی، حوادث زندگی، تعارض نقش ها وجود محرومیت ها و نابرابری های اجتماعی، رواج تبعیض های نژادی-قومی و جنسیتی، مشقت اقتصادی، سطح پایین استانداردهای زندگی و غیره، موجب ایجاد یا تشدید فشار روانی و در نتیجه بروز استرس، اضطراب افسردگی و اختلالات دیگر می شود. افسردگی و اضطراب از جمله شایع ترین اختلالات روانی هستند که تمامی افراد و جوامع را در سرتاسر جهان تحت تاثیر قرار می دهند، بنابراین به عبارت دیگر، هر چه بیماران مبتلا به کرونا از راهبرد مقابله اجتنابی (غیرمؤثر) استفاده کنند بیشتر دچار مشکلات روانی خواهند شد.

نتایج نشان داد بین بیماران مبتلا به کرونا با افراد سالم از لحاظ ادراک بیماری تفاوت معنی داری وجود دارد. با توجه به میانگین های دو گروه، بیماران مبتلا به کرونا نسبت به افراد سالم از ادراک بیماری بیشتری استفاده می کنند. در تبیین این نتیجه میتوان گفت که علاوه بر مکانیسم های بیولوژیکی درگیر، عاملی که می تواند در بیماری های روان تنشی از جمله کرونا اثرگذار باشد، عوامل روانشناختی افراد است. بسیاری از نابهنجاری های روانی - عصبی در ارتباط با فشارخون هستند که عبارتند از: افسردگی، سرخوشی، اختلالات دو قطبی، گریه ها و خنده های نابهنجار، روان پریشی، اختلال در توجه، پردازش اطلاعات، عملکرد اجرایی، تمرکز، یادگیری و حافظه (بخشانی و همکاران، ۱۳۹۷). آنچه این بیماری مزمن را در حوزه روانپزشکی حائز اهمیت می سازد، طیف وسیع جنبه های عصبی - روانپزشکی این اختلال است. اختلالات هیجانی (افسردگی، خستگی و اضطراب) از شایع ترین علائم روانشناختی در بیماران مبتلا به کرونا بوده که به میزان قابل توجهی به ناتوانی ها و وضعیت نامناسب زندگی در این بیماران مربوط می شود. بیماری کونا از طریق ایجاد افسردگی، تغییرات شناختی و شخصیتی و

مه‌ار گسیختگی ناشی از آن می‌تواند به عنوان یک اختلال در محور III به صورت یک عامل خطر‌ساز در خودکشی محسوب شود (مارای، ۲۰۲۴).

بهترین دیدگاه برای ارتقا کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کرونا که اهمیت زیادی دارد، تطابق و سازگاری با شرایط پیش آمده می‌باشد. یکی از متغیرهای مهم روانشناختی که در مقالات لاتین در ارتباط با تطابق بیماری فشارخون به آن پرداخته شده است، ادراک بیماری است. ادراک بیماری به معنی عقیده و تصویری است که بیماران از بیماریشان دارند که این تصویر و نگرش بر روی تطابق آنها با بیماریشان و در نتیجه کیفیت زندگی شان مؤثر است. این ادراک همچنین، چگونگی دورنمای درمان بیماران و مطابقت رژیم‌های غذایی درمانی آنها را نیز نشان می‌دهد (فرگوسن وایت، ۲۰۲۴).

اعتقاد بر این است که تفاوت بیماران در رفتار بیماری (ادراک و تفسیر علائم بیماری)، نمی‌تواند صرفاً ناشی از تفاوت در درجه‌ی تندرستی آنها باشد. علائمی که ممکن است از سوی یک فرد یا خانواده، نابهنجار تفسیر شده و به ملاقات با پزشک منجر شود، توسط فرد یا خانواده‌ی دیگر به شکل متفاوت تفسیر گردد. یافته‌ها نشان داده‌اند که ادراک بیماری در بیماران از مهمترین پیش‌بینی‌کننده‌های تطابق سطح پایین از جمله بدی کارکرد اجتماعی، خستگی، اضطراب، افسردگی و ... هستند مدلی که بستر مناسبی را برای بررسی ادراک بیماران فراهم نموده است، مدل خودگردانی لونتال و همکاران می‌باشد. بر اساس این مدل هر فرد بیمار بعد از اینکه علائم بیماری یا درد را مشاهده کرد، به شکل دادن طرحواره یا سیستمی از باورها درباره‌ی بیماری دست می‌زند و بر اساس آن باور یا طرحواره به تفسیر علائم مشاهده شده می‌پردازد. بنابراین، باورهای بیمار می‌تواند بر تفسیر علائم بیماری توسط او تأثیرگذار باشد.

نتایج نشان داد در متغیر اضطراب مرگ در سطح  $p < 0.001$  معنی‌دار می‌باشد و بین آزمودنی‌های دو گروه از لحاظ اضطراب مرگ تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی دیگر باتوجه به میانگین نمرات دو گروه، بیماران مبتلا به کرونا از اضطراب مرگ بالاتری برخوردارند. در تبیین این نتیجه این می‌توان گفت که اگر ما در ابتدای این فرآیند یعنی انکار و پرخاش، ادراک از مرگ را به شکل مرگ هراسی در نظر بگیریم و انتهای این فرآیند یعنی پذیرش را مرگ آگاهی در نظر بگیریم، میتوان اینطور در نظر گرفت که از مرگ هراسی به مرگ آگاهی رسیدن نوعی رشد فکری، روانشناختی و هویتی انسان می‌باشد که نتیجه آن کاهش اضطراب و ترس و بالطبع آن کاهش سایر علائم بالینی منفی روانشناختی و نوروژها و دست یافتن به آرامش بیشتر در برابر واقعیت مرگ و بهره‌جستن بهتر از زندگی و تجدید عهد با باورها و ارزشهای دینی و اخلاقی می‌باشد که همه این موارد منجر به افزایش سلامت روانی یا همان توان زیستن با دیگران در صلح و آرامش و از زندگی بهتر بهره‌بردن می‌باشد. بر طبق تحقیقات کولبرگ ۵۰٪ برابر مرگ پنج واکنش وجود دارد: بی‌توجهی، انکار، پرخاش، افسردگی و پذیرش؛ کولبرگ در مطالعات بسیاری که بر روی افرادی که در بیمارستانها و سایر مراکز درمانی از نظر پزشکی مرگ قریب الوقوع آنها تایید گردیده است و به اصطلاح "پزشکان آنها را جواب کرده‌اند" و همچنین افرادی که بدلیل ابتلا به بیماریهای علاج‌ناپذیری همچون سرطانهای بدخیم و ایدز و ... مرگ زودرسشان در آینده نزدیک توسط علم پزشکی تایید گردیده است، متوجه شد همگی آنها

---

^Murray

^Fergusson-White

^Colberge

فرآیند ۵ گانه بی توجهی، انکار، پرخاش، افسردگی و پذیرش را طی میکنند، بدین صورت که در ابتدا بیمار مرگ زودهنگام خویش را با بی توجهی و اهمیت ندان و یا اشتباه در تشخیص پزشکان یا ایراد تجهیزات پزشکی یا اشتباه خود پزشک یا شوخی پرستاران، انکار میکند، اما رفته رفته نسبت به پزشک معالج و پرستاران و حتی نزدیکان خود پرخاش و عصبیت شدیدی را بصورت پرخاش مستقیم، امتناع از مصرف داروها، شکستن وسایل و ... بروز میدهد، بعد از این دوره بیمار در سکوت و غم و ناراحتی و بی تفاوتی و افسردگی شدیدی فرو میرود که بسته به زمان باقیمانده از عمرش ممکن است تا لحظه مرگ این حالت او نیز ادامه یابد، در نهایت تعداد کمی از بیماران با فرض داشتن زمان برای مدتی کوتاه از زندگی شان، به پذیرش مرگ و مرگ آگاهی میرسند که این دوره آرامش خاصی بیمار را فرا میگیرد و معمولاً همراه با اعمالی همچون دلجویی و طلب بخشش از خداوند و عزیزان، انجام کارهای نیمه تمام و وصیت، نوشتن خاطرات، بازگو کردن رازهای زندگی‌شان و ... می باشد (کولبرگ، ۲۰۰۲؛ ترجمه پیرحیاتی، ۱۳۹۹).

همچنین یکی از عواملی که به احساس بیگانگی ما با جهان دوست داشتنی می‌انجامد اختلالی است که در نگرش ما نسبت به مرگ وجود دارد. نگرش افراد نسبت مرگ، موضوع چالش‌انگیزی است. هر چند که مرگ در آغاز نتیجه ضروری زندگی تلقی می‌شود. به این معنی که هر کس نسبت به باورهایی که دارد باید بهای آن را در مواجهه با مرگ بپردازد و از این رو مرگ، طبیعی، غیرقابل انکار و اجتناب ناپذیر است. ولی نگرش افراد نسبت به مرگ خودشان به گونه‌ای دیگر است. افراد غالباً مرگ را انکار و تصور آن را از زندگی خود حذف می‌کنند؛ یا در فرآیند زندگی، آگاهانه یا ناگاهانه آن را مسکوت می‌گذارند. بنابراین مرگ برای خود آدمی، غیرقابل تصور است و هرگاه درصدد تصور آن برمی‌آید. هم چنان به صورت ناظر زنده‌ای آن را درک می‌کند. مکتب روان تحلیل‌گری مدعی است که هیچ کس مرگ خود را باور ندارد، یا به بیان دیگر هر یک از ما در ناخودآگاه خود را جاودانه تصور می‌کنیم (کریمی، ۱۳۸۹).

فریود دریافت که گاهی مردم، ترس از مرگ را بیان می‌کنند. با وجود این «مرگ‌هراسی» آن گونه که فریود آن را مطرح کرد، صرفاً وارونه کردن و تعدیل منبع نگرانی عمیق‌تر بود. از نظر فریود، این مرگ نیست که اکثر مردم از آن می‌ترسند. زیرا مرگ ما در واقع غیرقابل تصور است و هنگامی که تلاش می‌کنیم باور ندارد و یا این مطلب را به گونه‌ای دیگر بیان می‌نماید. به صورت ناخودآگاه هر یک از ما معتقد به جاودانه بودن بدن خود هستیم. قسمت ناخودآگاه ذهن ما، به گذر زمان و مراحل طی شده می‌گذرد و این که زندگی ما خاتمه خواهد یافت، در ذهن نمی‌گنجد. علاوه بر این، آنچه که فرد از آن می‌ترسد مرگ نیست. زیرا افراد هرگز نمرده و آن را تجربه نکرده‌اند. لذا در این پژوهش نشان داده شد که بیماران مبتلا به کرونا اضطراب مرگ بیشتری نسبت به افراد سالم دارند.

#### منابع:

- احمدوند، محمدعلی (۱۳۹۷)، بهداشت روانی، تهران انتشارات پیام نور
- ابریشم کار، علی. (۱۳۹۸). بررسی اثر بخشی برنامه عملی آموزش های مهارت راهبردهای مقابله ای مسئله مدار بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش استرس مراجعین به کلینیکهای مشاوره تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی دانشگاه تهران.
- اعتمادی، عبدالرضا. (۱۳۹۸). بررسی تأثیر آموزش مهارت ارتباط موثر با صمیمیت با همسر و ادراک بیماری در زوجین کلاسهای مشاوره پیش از ازدواج شهرستان میناب. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد واحد بوشهر.

بختیاری پور، حلیمه (۱۳۹۸). مقایسه استرس ادراک شده و شیوه های مقابله کارکنان سازمان جهاد کشاورزی اراک و سازمان محیط زیست اراک. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آشتیان.

براتی، علی. (۱۳۹۸). بررسی تأثیر اضطراب مرگ بر ویژگیهای شخصیتی فرزندان در خانوادههای شاهد وعادی شهر کرمانشاه - پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید چمران کرمانشاه.

پیمان نیا، بهرام، موسوی قیه، قشلاقی، الهام. (۱۳۹۷). مقایسه استرس ادراک شده و صفات شخصیتی در بیماران قلبی و افراد سالم، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، دوره ۲۲، شماره ۲، از صفحه ۱۰۶۹ تا صفحه ۱۰۷۸.

پور رحیمی، رضا. (۱۳۹۸). بررسی و مقایسه ی ادراک بیماری، حمایت خانواده و ارتباط با اضطراب مرگ و بهبود علائم آسم دانشجویان مبتلا به آسم دانشگاه آزاد سنندج. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد سنندج.

تقی پور، علی. (۱۳۹۷). مقایسه باورهای غیرمنطقی، تیپ شخصیتی شخصیتی D و اضطراب مرگ مبتلایان قلبی و افراد سالم، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه گیلان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.

خیام نکویی، زهره؛ یوسفی، علیرضا؛ و منشی، غلامرضا. (۱۳۹۸). تاثیر آموزشهای شناختی رفتاری بر بهبود اضطراب مرگ بیماران قلبی، مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، شماره ۱۰، پیاپی ۲، ص ۱۴۸-۱۵۴.

رضا زاده، سید محمد رضا. (۱۳۹۷). رابطه ی مهارتهای ارتباطی و سازگاری زناشویی در دانشجویان. روانشناسی معاصر، دوره ی ۳، ۱. ۹۸-۱۰۸.

رفیعی، سحر، حاتمی، ابوالفضل، فروغی، علی اکبر. (۱۳۹۷). رابطه ی بین طرحوارههای ناسازگارانه ی اولیه و سبک دلبستگی در زنان دارای اضطراب مرگ فصلنامه ی علمی - پژوهشی جامعه شناسی زنان، سال دوم، شماره ی اول: صص ۷۱-۸۶.

زادهوش، سمیه. (۱۳۹۷). بررسی مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری، مذهبی و گروه درمانی شناختی- رفتاری کلاسیک بر روابط و رضایت زناشویی بانوان، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، منتشر شده، دانشگاه اصفهان، دانشکده روانشناسی

درویش پور کاخکی، علی. (۱۳۹۸). اضطراب مرگ و ابزار اندازه گیری سازمان بهداشت جهانی. نشریه تعارضات زناشویی، ۲، ۲۲-۲۵

دیناری، علی. (۱۳۹۶). بررسی تأثیر آموزش مهارتهای ارتباطی بر رضایت زناشویی زوجین شهراهواز. پایان نامه کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

دهکردی، مرتضی. (۱۳۹۷). بررسی ارتباط اضطراب مرگ و استرس ادراک شده شده بیماران مبتلا به آسم تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران.

- دهکردی، مهناز؛ صالحی، شیرین و رضایی، اکبر (۱۳۹۸). مقایسه باورهای غیرمنطقی و سبک‌های مقابله‌ای در بین بیماران کرونر قلب و افراد سالم. روانشناسی سلامت، ۲ (۲)، ۳۴-۱۹.
- ساعتچی، محمود. (۱۳۹۸). راهنمای آزمونهای روانشناختی. تهران: انتشارات ارسباران.
- کرتیس، آنتونی جیمز. (۲۰۰۸). روانشناسی سلامت (چاپ پنجم)، ترجمه ی علی فتحی آشتیانی؛ و هادی عظیمی آشتیانی. (۱۳۹۸) تهران: موسسه چاپ و انتشارات بعثت.
- Amato, E.S & Brown, M.N. (2020). Love and intimate relationship. London. Brunner Mazzel press.  
.۷۴۹-
- Aponte, H. (2019). Political bias, moral values, and spirituality in the training of psychotherapists. Bulletin of the Menninger clinic, 60, 88-5۰۲.
- Burleson, B.R & Denton. W.H. (2007). The relationship between Emotion Management and marital satisfaction.. Journal of marital and family, 59,884-9۰۲.
- Carroll, J.S., & Doherty, W.J. (2019). Evaluating the effectiveness of premarital prevention programs. A meta analytic reviw of outcome research. Family Ralation, ۵۲,۱۰۵-۱۱۸.
- Cramer,A.S (2019). The effect of Emotion Management training on marital satisfaction in romantic relationships. The. Journal of psychology, 134,337-3۴۲.
- Catanzaro. M, & Weintraub, J.K. & Scheier,M.F. (2009). Coping with stress, journal of world Health,vol,47. P:9-15.
- Edalati, A., & Redzuan, M. (2019). Perception of Women towards Family Values and their marital atisfaction. Journal of American Science, 6 (4): 132-1۳۷.
- Epstein, N, Baucom, D.H., (2019). Enhanced cognitive- Behavioral therapy for couples: contextual Approach. From: <http://www.books.apa.org/Books>.
- Fincham, F.D. Harlod, G.T.& Gano, s. (2019). The longitudinal association between attributions and marital satisfaction. Journal of Family Psychology, 14,276-2۸۵.
- Fung SC, Wong CW, Tam SM. (۲۰۱۹) Familial and extramarital relations among truck drivers crossing the Hong Kong-China border. J Sex Marital Ther
- Folkman, S & Lazarus,R.S and others. (2019). Coping & adaptation.New York. Guliford.
- Fowers, B.J. (2019). The limits of a technical concept of a good marriage: Exploring the role of virtue in Emotion Management. Journal of Marital and Family Therapy,27,327-۳۴۰.
- Gentry, L. A., Chung, J. J., Aung, N., Keller, S., Heinrich, K. M., & Maddock,G. E. (2020). Gender Differences in Stress and Coping among Adults living in Hawai'i. Californian Journal of Health Promotion, 5 (2): 89-102.

- Goldenberg, I; Goldenberg, H. (2019). Family Therapy: An overawe. Brooks /Cole Publishing Company.
- Gottman, G.M, & Levenson, R.W. (2018). The timing of divorce. Prediting when a couple will divorce over a 14 year perid. Journal of Marriage and the family. 62,737-۷۴۵.
- Goffman, J.M. (2009). The taiming of divorce: predicting when a couple will divorce over a 14- year period. Journal pf marriage and the family. 62,737-7۴۵.
- Dunham,S.M. (2014).Emotional skillfulness in african American marriage:intimate safety as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction.Dissertation of Doctor of Philosophy,University of Akron.
- Larsena, J. K., Branda, N., Bermondb, B., and Hijmanc, R. (2014). Cognitive and emotional characteristics of alexithymia, a review of neurobiological studies. Journal of Psychosomatic Research, 54: 533– 541.
- Kurdek, L.A. (2018). Assessing multiple determinants of marital commitment in cohabiting gay, cohabiting lesbian, dating heterosexual,and married heterosexual couples. Family Relations, 4(July), 261 – 2۶۶.