



Predicting Covid Disease -19 Anxiety Based on Perceived Stress and Anxiety Sensitivity in Nurses: The Mediating Role of Cognitive Flexibility

Sara Shams^{1*}

1-Corresponding author: PhD Student in Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish, Iran.

Email:kdt.shams@gmail.com

Received: 7 April 2021

Accepted: 27 Feb 2022

Abstract

Introduction: One of the risk groups in Covid disease -19 is nurses. Therefore, the present study was conducted to predict Covid disease -19 anxiety based on perceived stress and anxiety sensitivity in nurses with a mediating role of cognitive flexibility in 2020.

Methods: The present study is descriptive-correlation. The statistical population of the study was all nurses working in hospitals of Karaj in 2020. By sampling method convenience from Shahid Rajaei, Imam Ali, Persepolis and Alborz hospitals in Karaj, 450 people were selected. Data with the “Corona Disease Anxiety Scale”, “Anxiety Sensitivity Index”, “Perceived Stress Scale”, and “Cognitive Flexibility Scale” was gathered. The validity of the instruments was assessed through content validity by qualitative method and reliability by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. Data were analyzed in SPSS. 22 and Amus .26.

Results: There is a significant positive correlation between perceived stress and anxiety sensitivity with Covid disease -19 anxiety ($P < 0.01$). The modified model had a good fit (RMSEA = 0.071, GFI = 0.974, IFI = 0.975 and P -value < 0.05). The results also confirmed the mediating role of cognitive flexibility in predicting corona disease anxiety based on perceived stress and anxiety sensitivity.

Conclusions: The cognitive flexibility variable has a mediating role in the relationship between anxiety sensitivity and perceived stress with Covid disease -19 anxiety. Therefore, to reduce Covid-19 anxiety in nurses, gradual relaxation and regular desensitization methods are recommended to manage Covid-19 anxiety.

Keywords: Covid-19 anxiety, Nurses, Perceived Stress, Anxiety Sensitivity, Cognitive Flexibility.



پیش بینی اضطراب بیماری کووید-۱۹ براساس تنش ادراک شده و حساسیت اضطراب در پرستاران: نقش میانجی انعطاف پذیری شناختی

سارا شمس^۱

۱- نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد بین الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، کیش، ایران.
ایمیل: kdt.shams@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱/۱۸

چکیده

مقدمه: یکی از گروه های خطر در بیماری کووید-۱۹ پرستاران هستند. لذا پژوهش حاضر با هدف پیش بینی اضطراب بیماری کووید-۱۹ براساس تنش ادراک شده و حساسیت اضطراب در پرستاران با نقش میانجی انعطاف پذیری شناختی در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر توصیفی-همبستگی می باشد. جامعه آماری پژوهش کلیه پرستاران مشغول به کار در بیمارستان های شهر کرج در سال ۱۳۹۹ بودند که با روش نمونه گیری در دسترس از بیمارستان های شهیدرجایی، امام علی، تخت جمشید و البرز شهر کرج تعداد ۴۵۰ تن انتخاب شدند. داده ها با "مقیاس اضطراب بیماری کرونا" (Corona Disease Anxiety Scale)، "شاخص حساسیت اضطراب" (Anxiety Sensitivity Index)، "مقیاس تنش ادراک شده" (Perceived Stress Scale) و "مقیاس انعطاف پذیری شناختی" (Cognitive Flexibility Scale) جمع آوری شد. روایی ابزارها از طریق روایی محتوا به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بررسی شد. داده های به دست آمده در نرم افزار اسپس اس اس نسخه ۲۲ و آموس نسخه ۲۶ تحلیل شد.

یافته ها: بین تنش ادراک شده و حساسیت اضطراب با اضطراب بیماری کووید-۱۹ همبستگی مثبت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$). الگوی اصلاح شده از برازش مطلوبی برخوردار بود ($RMSEA = 0.071$, $GFI = 0.974$, $IFI = 0.975$ و $P\text{-value} < 0.05$). همچنین نتایج حاکی از تایید نقش میانجی انعطاف پذیری شناختی در پیش بینی اضطراب بیماری کووید-۱۹ براساس تنش ادراک شده و حساسیت اضطراب بود.

نتیجه گیری: متغیر انعطاف پذیری شناختی دارای نقش میانجی در ارتباط بین حساسیت اضطراب و تنش ادراک شده با اضطراب بیماری کووید-۱۹ است. لذا برای کاهش اضطراب بیماری کووید-۱۹ در پرستاران، روش های آرام سازی تدریجی و حساسیت زدایی منظم برای مدیریت اضطراب بیماری کووید-۱۹ پیشنهاد می شود.

کلیدواژه ها: اضطراب بیماری کووید-۱۹، پرستاران، تنش ادراک شده، حساسیت اضطراب، انعطاف پذیری شناختی.

مقدمه

نشانه مشترک در بیماران مبتلا به اختلال های تنفسی مزمن از جمله بیماری کووید-۱۹ است (۴). اضطراب یکی از شایع ترین اختلال های روانی رایج است که به معنای یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم هراس و دلواپسی با منشا ناشناخته و برانگیختگی فیزیولوژیکی می باشد (۵) و اضطراب کرونا (corona anxiety)، اضطراب ناشی از مبتلا شدن به بیماری کووید-۱۹ است که بیشتر به دلیل ناشناخته بودن و

ویروس کرونا (Coronavirus) گروه بزرگی از ویروس ها است که به عنوان یک بحران سلامت عمومی شناخته شده که دارای علائمی از جمله سرفه، تب و تنگی نفس می باشد (۱، ۲). نتایج پژوهشی نشان می دهد که بیماری کووید-۱۹ مشکلات روانشناختی منفی نیز دارد که دارای اثرات روانی متعددی از جمله اضطراب است (۳). اضطراب (anxiety)

(anxiety sensitivity) است. حساسیت اضطراب یک عامل آسیب پذیری درجه اول است که بر اضطراب تاثیر می-گذارد (۱۸). حساسیت اضطراب نشان دهنده ترس از اضطراب و احساس وحشت مربوطه است. حساسیت اضطراب سازه تفاوت های فردی است که در آن فرد از نشانه های جسمانی که با انگیزتگی اضطراب (افزایش ضربان قلب، تنگی نفس، سرگیجه) مرتبط است، می ترسد و اصولاً از این عقیده ناشی می شود که این نشانه ها به پیامدهای بالقوه آسیب زای اجتماعی، شناختی و جسمی منجر می شود (۱۹). Zvolensky و همکاران (۲۰) حساسیت اضطراب را به عنوان یک عامل آسیب پذیری شناختی برای ادراک تنش فزاینده تعریف کردند. حساسیت اضطراب یک عامل تفاوت فردی با شبه ویژگی قابل انعطاف است که ممکن است آسیب پذیری نسبت به اثرات سلامت روان منفی بیماری کووید-۱۹ را افزایش دهد (۲۱) و به طور خاص با افزایش شکایات بهداشت روان مرتبط شده است (۲۲). پژوهش های گذشته نشان می دهد که حساسیت اضطراب ممکن است تا حدی رابطه بین وقایع تنش زای زندگی و علائم اضطراب را توضیح دهد (۲۳). باقری و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که اضطراب سلامت، حساسیت اضطرابی و تشدید جسمانی حسی با اضطراب بیماری کووید-۱۹ همبستگی مثبت و معناداری دارد (۲۴). همچنین، نتایج مطالعه Rogers و همکاران (۲۵) نشان داد که حساسیت اضطراب به عنوان یک عامل آسیب پذیر بالقوه برای مشکلات بهداشت روان مرتبط با بیماری کووید-۱۹ می باشد.

از سویی دیگر، از جمله عوامل مهمی که در سلامت روانی پرستاران و خانواده های آن ها تاثیر به سزایی دارد، انعطاف پذیری شناختی (cognitive flexibility) می باشد (۲۶). انعطاف پذیری شناختی به عنوان توانایی تغییر آمایه های شناختی با هدف سازش با محرک های در حال تغییر تعریف شده و به میزان تجربه پذیری فرد در مقابل تجارب درونی و بیرونی اشاره دارد (۲۷). این عامل نیازمند توانایی برقراری ارتباط با حال و نیروی جداسازی شخص از افکار و تجارب درونی دارد (۲۸). افرادی که از انعطاف پذیری کمتری برخوردارند، به سختی می توانند یادگیری های اولیه خود را فراموش کنند، آن ها بر یادگیری های قبلی خود که پیامدهای منفی برایشان دارد پافشاری می کنند و این پافشاری به سازگاری آن ها با شرایط جدید آسیب می رساند (۲۹). Pakenham و همکاران (۳۰) در پژوهش

ایجاد ابهام شناختی درباره آن می باشد (۶). وضعیت شدید بیماری کووید-۱۹ منجر به مشکلات سلامت روان مانند اضطراب و تنش در کارکنان مراکز بهداشتی از جمله پرستاران می گردد و یکی از دلایل آن ترس از انتقال و انتشار ویروس به خانواده خویش می باشد و احتمالاً خانواده های افراد شاغل در مراکز درمانی- بهداشتی نیز از مشکلات مشابه آن ها در طول شیوع بیماری کووید-۱۹ رنج خواهند برد (۷). به علت کافی نبودن تعداد پرستاران و در نتیجه فشار کار، حرفه پرستاری به خودی خود به منزله منبع اضطراب محسوب می شود، ارتباط با بیماران و شرایط خاص محیط کار پرستاران از جمله علل اضطراب در پرستاران محسوب می شوند (۸، ۹).

یکی از مشکلات اصلی پرستاران تنش است (۱۰). تنش پاسخ انطباقی فرد به محرک های تهدید کننده ی درونی یا بیرونی است (۱۱). پاسخ انسان ها به موقعیت های فشار زا، حاکی از آن است که انسان در برابر تهدیدها و نشانگان خطر با تنش واکنش نشان می دهد اما، شدت این واکنش، بسته به اینکه یک موقعیت معین را تا چه حد تنش زا ادراک می کنند، متغیر است (۱۲). تنش ادراک شده (perceived stress) حالت یا فرایندی روانشناختی است که طی آن فرد بهزیستی جسمی و روانشناختی خود را به طور تهدیدآمیز ادراک می کند. در واقع تنش ادراک شده بستگی به چگونگی برداشت و درک فرد از موقعیت و حوادث دارد، ممکن است یک موقعیت برای فردی بی خطر و برای فرد دیگری به صورت خطرناک و تهدیدآمیز درک شود (۱۳).

مشکلات بهداشت روان در مدت بیماری کووید-۱۹ نشان می دهد که بیش از ۳۵ درصد افراد علائم اضطراب شدید و ۲۰ درصد افراد علائم افسردگی را گزارش می دهند (۱۴). افرادی که تنش بیشتری را در رابطه با بیماری کووید-۱۹ درک می کنند، شدت پریشانی عاطفی بیشتری را گزارش کرده اند (۱۵). نتایج پژوهشی اخیراً نشان داد که در طی بیماری کووید-۱۹ افراد با سطح روان رنجوری بالا، سطح بالاتری از تنش ادراک شده در برابر بیماری کووید-۱۹ نشان می دهند که منجر به افزایش سطح هیجان های منفی از قبیل اضطراب در افراد می شود (۱۶). بیماری کووید-۱۹ علاوه بر مشکلات جسمی، سبب افزایش مشکلات روان، از جمله افسردگی، تنش و اضطراب می شود (۱۷).

علاوه بر تنش ادراک شده، از مهم ترین مفاهیم مرتبط با اضطراب بیماری کووید-۱۹ در پرستاران، حساسیت اضطراب

خود نشان دادند که جنبه های انعطاف پذیری شناختی اثرات مخرب بیماری کووید-۱۹ را بر سلامت روان تسکین می دهد. این اثرات تحت عنوان پریشانی در حاشیه حوادث ناشی از بیماری کووید-۱۹، اضطراب و افسردگی تعریف می شود و جنبه های انعطاف ناپذیری روانشناختی تأثیر این مخاطرات را تشدید می کند (۳۰). مطالعات نشان داده اند که انعطاف پذیری شناختی با احساس تندرستی رابطه مثبت دارد و با اضطراب، افسردگی و ناراحتی مربوط به بیماری کووید-۱۹ رابطه معکوس دارد (۳۱، ۳۰).

بیماری کووید-۱۹ به دلیل خطر بالای سرایت و کمبود درمان به موقع و منابع پزشکی، یک عامل اضطراب زا، غیرقابل کنترل و غیرقابل پیش بینی است. لذا پژوهش حاضر با هدف پیش بینی اضطراب بیماری کووید-۱۹ براساس تنش ادراک شده و حساسیت اضطراب در پرستاران با نقش میانجی انعطاف پذیری شناختی در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر توصیفی-همبستگی می باشد. جامعه آماری پژوهش کلیه پرستاران مشغول به کار در بیمارستان های شهر کرج در سال ۱۳۹۹ بودند که با روش نمونه گیری دردسترس از بیمارستان های شهیدرجایی، امام علی، تخت جمشید و البرز شهر کرج که در بخش های اورژانس، عمومی، مراقبت ویژه و کرونا مشغول به کار بودند تعداد ۴۵۰ تن انتخاب شدند. معیار ورود به پژوهش شامل موافقت جهت شرکت در پژوهش، عدم مصرف داروهای روانپزشکی، تحت درمان روانشناختی نباشند و اشتغال در بیمارستان های شهر کرج بود. ناقص بودن پرسشنامه های ارسالی پرستاران از معیارهای خروج در پژوهش حاضر بود.

در پژوهش حاضر برای جمع آوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده شد. پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن، جنس و وضعیت تاهل بود.

«مقیاس اضطراب بیماری کرونا» (Corona Disease Anxiety Scale) توسط علی پور و همکاران در سال ۱۳۹۸ ساخته شده است (۳۲). این مقیاس شامل ۱۸ عبارت و در ۲ زیر مقیاس شامل علائم روانی (psychological symptoms) ۹ عبارت شامل عبارت های ۱-۹ و علائم جسمانی (physical symptoms) ۹ عبارت شامل عبارت های ۱۰-۱۸ را اندازه

گیری می کند. نمره گذاری مقیاس در طیف لیکرت ۴ درجه ای صورت می گیرد، به این صورت که هرگز نمره صفر، گاهی اوقات نمره ۱، بیشتر اوقات نمره ۲ و همیشه نمره ۳ تعلق می گیرد. بنابراین، بیش ترین و کم ترین نمره ای که افراد پاسخ دهنده در این مقیاس کسب می کنند بین صفر تا ۵۴ است. نمره بالا در این پرسشنامه نشان دهنده سطح بالاتری از اضطراب در افراد است و سطح بندی نمره ذکر نشده است.

در پژوهش علی پور و همکاران (۳۲) ۳۰۸ تن (۲۲۹ زن و ۷۹ مرد) به صورت اینترنتی در پژوهش شرکت کردند. بررسی روایی محتوا به روش کیفی توسط ۵ روانشناس بررسی و تایید شد. جهت سنجش روایی ملاک به روش روایی همزمان «مقیاس اضطراب بیماری کرونا» از همبستگی این ابزار با «پرسشنامه سلامت عمومی» (General Health Questionnaire) استفاده شد. نتایج نشان داد ضریب همبستگی مقیاس با نمره کل پرسشنامه و مولفه اضطراب، نشانه های جسمی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب برابر با ۰/۴۸، ۰/۵۰، ۰/۴۱، ۰/۳۳ و ۰/۲۶ بود. همچنین، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه فوق برای کل مقیاس، علائم روانی و جسمانی به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۷، و ۰/۸۶ بود (۳۲). در پژوهش اعزازی بجنوردی و همکاران (۳۳) «پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ «مقیاس اضطراب بیماری کرونا» روی ۴۰۰ تن از بیماران مبتلا به دیابت شهر اهواز ۰/۸۷ به دست آمد. روایی ذکر نشده است.

«شاخص حساسیت اضطراب» (Anxiety Sensitivity Index) توسط Reiss و همکاران در سال ۱۹۸۶، ساخته شده است (۳۴). این ابزار دارای ۱۶ عبارت ۳ مولفه نگرانی جسمی (physical concern) (شامل ۸ عبارت ۱، ۳، ۴، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶)، نگرانی روانشناختی (psychological concern) (۴ عبارت ۱، ۲، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸) تشکیل شده است. این شاخص، براساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (خیلی کم = صفر تا خیلی زیاد = ۴) محاسبه می گردد. در این شاخص بالاترین نمره ای که فرد می تواند کسب کند ۶۴ و پایین ترین نمره صفر می باشد. کسب نمره بالا و نزدیک به ۶۴ به منزله آن خواهد بود که فرد حساسیت اضطراب بالا دارد و اخذ نمره پایین به معنای آن است که فرد حساسیت اضطراب پایین دارد

تا بسیاری از اوقات=صفر). کمترین نمره کسب شده صفر و بیشترین نمره ۵۶ است. نمره بالاتر نشان دهنده تنش ادراک شده بیشتر است. Cohen و همکاران در مطالعه خود «مقیاس تنش ادراک شده» را روی دانشجویان با ۳۲۲ تن (۲۰۹ زن، ۱۱۳ مرد) بررسی کردند. و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه فوق ۰/۸۴ و ثبات به روش بازآزمایی با فاصله ۲ ماه ۰/۵۵ گزارش شد. روایی گزارش نشده است (۳۸). همچنین Cranford مطالعه ای بر روی ۱۸۱ تن آزمودنی داوطلب متاهل (۱۳۷ زن و ۴۴ مرد) ایالت میشیگان آمریکا بودند انجام داد. روایی سازه به روش روایی همگرا «مقیاس تنش ادراک شده» با «سیاهه افسردگی بک» (Beck Depression Inventory) ۰/۶۲ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با تعداد نمونه فوق ۰/۸۹ گزارش نمودند (۳۹). در ایران نیز بهروزی و همکاران در مطالعه ایی بر روی ۲۰۰ دانشجوی (۱۲۰ دختر و ۸۰ پسر) در دانشگاه علوم پزشکی اهواز، روایی سازه «مقیاس تنش ادراک شده» با استفاده از محاسبه همبستگی با یک سوال ملاک پژوهشگر ساخته ۰/۶۳ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه فوق را ۰/۷۴ گزارش نمودند (۴۰). همچنین در پژوهش صالحی اصل و نادری بر روی ۲۰۰ تن (۱۰۰ پسر و ۱۰۰ دختر) دانش آموز سال چهارم مقطع متوسطه شهر بهبهان انجام شد، روایی سازه به روش روایی همگرا «مقیاس تنش ادراک شده» با «سیاهه اختلالات خوردن اهواز» (Ahvaz Eating Disorders Inventory) ۰/۲۲ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با تعداد فوق ۰/۸۵ گزارش نمودند (۴۱).

«مقیاس انعطاف پذیری شناختی» (Cognitive Flexibility Scale) توسط Dennis & Vander Wal در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است. مقیاس با ۲۰ عبارت برای سنجش نوعی از انعطاف پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می رود (۴۲). این ابزار ۲ زیر مقیاس پردازش حل مسئله (problem-solving process) ۱۳ عبارت شامل عبات های ۱، ۳، ۵، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹؛ ادراک کنترل پذیری (perception of controllability) ۶ عبارت شامل عبارت های ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۷ را اندازه گیری می کند. عبارت ۲۰ در هیچ کدام از مولفه ها قرار نمی گیرد، لذا در نمره گذاری عبارت های مورد نظر لحاظ نمی شود. شیوه

(۳۴). سطح بندی نمره ذکر نشده است. Reiss و همکاران (۳۴) در بررسی ویژگی های روانسنجی «شاخص حساسیت اضطراب» بر روی جامعه دانشجویی، ۹۸ دانشجو (۴۹ مرد و ۴۹ زن) پرداخت. پایایی به روش همسانی درونی با نمونه فوق با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ گزارش شد. بعلاوه، ثبات به روش بازآزمایی با نمونه فوق بعد از ۲ هفته ۰/۷۵ محاسبه شده است.

Warren و همکاران (۳۵) در پژوهش خود «شاخص حساسیت اضطراب» بر روی نمونه ای ۵۰۲۳ تن از افراد جامعه آمریکا که از طریق یک شرکت نمونه گیری و مدیریت نظرسنجی انتخاب شدند روایی گزارش نشده است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه فوق برای «شاخص حساسیت اضطراب» ۰/۹۵ و برای خرده مقیاس نگرانی روانشناختی ۰/۹۲، نگرانی جسمی ۰/۹۰ و برای نگرانی اجتماعی ۰/۸۲ گزارش کردند.

در ایران مرادی منش و همکاران (۳۶)، بر روی نمونه ای به تعداد ۶۵۸ تن (۲۸۷ پسر و ۳۹۸ دختر) از دانشجویان دانشگاه شیراز در سال ۱۳۸۶ روایی ملاک به روش روایی همزمان «شاخص حساسیت اضطراب» از طریق اجرای همزمان با «فهرست نشانه های اختلالات روانی» (SCL-90-R) با «فهرست نشانه های اختلالات روانی» (Symptom Checklist 90 Revised) انجام شد که ضریب همبستگی ۰/۵۶ حاصل آن بود. همچنین پایایی آن به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه فوق برابر با ۰/۹۳ بود. در مطالعه مشهدی و همکاران (۳۷) «شاخص حساسیت اضطراب» بر روی ۳۱۷ دانشجوی دانشگاه محقق اردبیلی (۲۲۰ مرد و ۹۷ زن) انجام شد. روایی گزارش نشده است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه فوق «شاخص حساسیت اضطرابی» ۰/۸۷ بدست آمد.

«مقیاس تنش ادراک شده» (Perceived Stress Scale) توسط Cohen و همکاران در سال ۱۹۸۳ با ۱۴ عبارت طراحی شده است. مقیاس برای سنجش تنش عمومی ادراک شده در یک ماه گذشته به کار می رود و افکار و احساسات درباره حوادث تنش زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و تنش های تجربه شده می باشد (۳۸). نمره گذاری به این شکل است که براساس طیف ۵ درجه ای لیکرت به هرگز صفر، تقریباً هرگز ۱، گاهی اوقات ۲، اغلب اوقات ۳ و بسیاری اوقات ۴ نمره تعلق می گیرد. عبارت های ۱۰، ۹، ۷، ۶، ۵، ۴ و ۱۳ به طور معکوس نمره گذاری می شوند (هرگز=۴

گرفت. روایی سازه به روش روایی واگرا و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای بررسی ویژگی های روانسنجی مقیاس انعطاف پذیری شناختی استفاده کرده اند. روایی سازه به روش تحلیل عامل اکتشافی و تاییدی انجام و ۲ عامل پردازش حل مسئله و ادراک کنترل پذیری تایید شد. برای ارزیابی روایی سازه به روش روایی واگرا، نمره کل «مقیاس انعطاف پذیری شناختی» و ۲ عامل آن، پردازش حل مسئله و ادراک کنترل پذیری، همبستگی معناداری با نمره کلی «سیاهه افسردگی بک» داشت که به ترتیب معادل ۰/۵۸، ۰/۶۶ و ۰/۵۹ بود. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ کل این پرسشنامه و ۲ زیر مقیاس پردازش حل مسئله و ادراک کنترل پذیری در کارکنان وظیفه پدافند هوایی ارتش به ترتیب معادل ۰/۸۹ و ۰/۷۷ و ۰/۸۱ به دست آمد (۴۳).

در پژوهش حاضر به روایی سایر مطالعات اکتفا شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ «مقیاس اضطراب بیماری کرونا» بر روی ۴۵۰ تن (۲۳۰ زن و ۲۲۰ مرد) از بیمارستان های شهیدرجایی، امام علی، تخت جمشید و البرز کرج انجام شد و ۰/۹۷ «شاخص حساسیت اضطراب» ۰/۹۶، «مقیاس تنش ادراک شده» ۰/۹۷ و «مقیاس انعطاف پذیری شناختی» ۰/۷۸ به دست آمد.

جهت گردآوری یافته ها پس از کسب معرفی نامه از آموزش دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز، هماهنگی های لازم با معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی البرز انجام و سپس مجوز ورود به بیمارستان های شهر کرج دریافت شد. از آنجایی که زمان اجرای پژوهش در دوران شیوع بیماری کووید-۱۹ بود و امکان اجرای مداد کاغذی پرسشنامه ها وجود نداشت برای اجرای پرسشنامه ها از روش آنلاین استفاده شد، پس از آماده شدن لینک الکترونیکی ابزارهای مورد نظر از طریق کانال های مربوطه اقدام به گردآوری یافته ها شد. بدین صورت که پس از اطلاع رسانی لازم و تشریح اهداف پژوهش برای داوطلبان شرکت در مطالعه حاضر، رفع ابهامات و پاسخ به پرسش های موجود و با رعایت اصول اخلاقی از جمله احترام به اصل رازداری شرکت کنندگان، کدگذاری آن ها و محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و غیره یافته های مطالعه حاضر در چهار ماهه پایانی سال ۱۳۹۹ (آذر تا اسفند) گردآوری شد.

جهت تحلیل داده ها در سطح توصیفی و استنباطی عمل شد. در سطح توصیفی جهت سنجش متغیرهای پژوهش از

نمره گذاری آن براساس یک مقیاس ۷ درجه ای لیکرت می باشد. به این صورت که به کاملاً مخالفم ۱ نمره، مخالفم ۲ نمره، کمی موافقم ۳ نمره، خنثی ۴ نمره، تا حدودی موافقم ۵ نمره، موافقم ۶ نمره و کاملاً موافقم ۷ نمره نمره گذاری می شود. سوالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱ و ۱۷ به صورت معکوس نمره گذاری می شود. بالاترین نمره ای که فرد در «مقیاس انعطاف پذیری شناختی» می تواند کسب نماید ۱۳۳ و پایین ترین نمره ۱۹ می باشد، نمره بالاتر نشان دهنده انعطاف پذیری شناختی بیشتر و نمره پایین و نزدیک به ۲۰ نشان دهنده انعطاف پذیری شناختی پایین می باشد (۴۳).

در پژوهش Wal Dennis & Vander روایی ملاک به روش روایی همزمان «مقیاس انعطاف پذیری شناختی» با «سیاهه افسردگی بک» (Beck Depression Inventory) در ۵۳۰ دانشجوی آمریکایی برابر ۰/۳۹- و روایی سازه به روش روایی همگرای با «مقیاس انعطاف پذیری شناختی» (Cognitive Flexibility Scale) ۰/۷۵ بود. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق، ۰/۹۰ گزارش شده است (۴۲). Johnco و همکاران (۴۴) در مطالعه ای بر روی ۴۷ سالمند مبتلا به اختلال اضطراب-افسردگی و یک نمونه غیر بالینی از ۵۳ سالمند مسن جامعه در کشور آمریکا «مقیاس انعطاف پذیری شناختی» را استفاده کردند. نتایج نشان داد که میزان انعطاف پذیری شناختی در نمونه بالینی به طور معناداری کمتر از نمونه غیربالینی است که نشان دهنده روایی تمیز این ابزار بود. همچنین ثبات به روش بازآزمایی با فاصله یک ماه در ۴۷ تن از نمونه بالینی ۰/۷۰ و در ۵۳ نمونه غیربالینی ۰/۷۲ گزارش شد.

شماره و همکاران در سال ۲۰۱۴ «مقیاس انعطاف پذیری شناختی» را به زبان فارسی ترجمه و در دانشجویان دانشگاه شیراز اجرا کردند. روایی سازه به روش روایی همگرای آن بر روی ۲۲۷ تن (۱۱۶ مرد و ۱۶۱ زن) از دانشجویان دانشگاه شیراز با «مقیاس تاب آوری» (Resilience Scale) برابر با ۰/۶۷ و روایی ملاک به روش روایی همزمان آن با «سیاهه افسردگی بک» برابر با ۰/۵۰- بود. همچنین، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در ۲۷۷ دانشجوی دانشگاه شیراز و ثبات به روش بازآزمایی با فاصله ۲۰ روز در ۳۵ تن از دانشجویان دانشگاه شیراز به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۷۱ بود (۴۵). کهندانی و ابوالعمالی الحسینی «مقیاس انعطاف پذیری شناختی» را در مطالعه خود بکار

یافته ها

میانگین سنی نمونه مورد پژوهش ۳۴/۴۹ و انحراف معیار سن ۵/۹۸۱ بود. سال بود. ۳۳۰ تن (۵۱/۱ درصد) زن، ۲۲۰ تن (۴۸/۹ درصد) مرد، وضعیت تاهل، ۱۴۲ تن (۳۱/۶ درصد) مجرد، ۲۵۷ تن (۵۷/۱ درصد) متاهل، ۵۱ تن (۱۱/۳ درصد) بیوه بودند. در (جدول ۱) یافته های توصیفی متغیرهای پژوهش آمده است.

میانگین و انحراف معیار استفاده شد. مفروضه های پژوهش شامل آزمون کلموگروف اسمیرنوف برای نرمال بودن توزیع نمرات بود. در سطح استنباطی جهت بررسی روابط بین متغیرها ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر بود. تحلیل داده ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۲ و آموس نسخه ۲۶ انجام شد.

جدول ۱: شاخص های توصیفی و نرمال بودن متغیرهای پژوهش (تعداد ۴۵۰ تن)

متغیرهای پژوهش	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	آماره K-S	مقدار احتمال
علائم روانی	۴	۲۶	۱۱/۹۲	۷/۰۱۰	۱/۲۹۱	-۰/۰۶۷	۰/۱۱۲	۰/۱۹۹
علائم جسمانی	۴	۲۴	۱۱/۸۰	۶/۶۷۱	۰/۷۸۶	-۰/۹۴۴	۰/۱۸۶	۰/۰۶۰
اضطراب بیماری کرونا	۹	۴۵	۲۳/۷۲	۱۲/۶۷۴	۰/۸۹۰	-۱/۰۲۳	۰/۱۸۱	۰/۰۵۲
نگرانی جسمی	۵	۳۱	۱۵/۷۶	۹/۵۵۳	۰/۷۶۳	-۰/۸۹۰	۰/۱۳۲	۰/۳۰۱
نگرانی روانشناختی	۵	۱۲	۸/۶۰	۲/۵۵۳	۰/۵۷۰	-۱/۱۹۴	۰/۱۸۵	۰/۱۶۱
نگرانی اجتماعی	۴	۱۳	۹/۲۴	۲/۹۹۳	۰/۸۲۲	-۰/۸۹۸	۰/۱۲۶	۰/۲۰۱
نمره کل حساسیت اضطراب	۱۶	۵۶	۳۳/۶۰	۱۴/۱۲۷	۰/۸۸۰	-۱/۰۳۵	۰/۲۵۱	۰/۰۸۸
تنش ادراک شده	۱۰	۲۵	۱۵/۴۴	۴/۳۴۱	۰/۹۰۰	-۰/۸۵۹	۰/۲۴۱	۰/۱۰۸
پردازش حل مسئله	۱۶	۵۲	۳۳/۰۴	۱۱/۳۵۳	۰/۷۴۴	-۰/۷۳۴	۰/۱۸۵	۰/۰۵۹
ادراک کنترل پذیری	۷	۲۴	۱۵/۲۰	۴/۹۴۵	۰/۶۶۵	-۰/۸۰۶	۰/۱۷۳	۰/۰۷۱
نمره کل انعطاف پذیری	۲۶	۷۵	۴۸/۲۴	۱۵/۶۳۹	۰/۵۹۳	-۱/۰۳۴	۰/۱۸۶	۰/۱۱۳

که بین حساسیت اضطراب و تنش ادراک شده با اضطراب بیماری کووید-۱۹ همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$) همچنین، بین انعطاف پذیری روانشناختی با اضطراب بیماری کووید-۱۹ همبستگی منفی و معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). بنابراین، همبستگی بین متغیرها معنادار است از این رو، امکان بررسی الگوی پژوهش با تحلیل مسیر بلامانع است که نتایج ضرایب مستقیم، غیرمستقیم و برازش الگو در ادامه گزارش شده است.

(جدول ۱) شاخص های توصیفی و نرمال بودن متغیرهای پژوهش را نشان می دهد. تعداد آزمودنی ها ۴۵۰ تن بودند. همچنین از آنجایی سطوح معناداری آماره های نرمال بودن کلموگروف اسمیرنوف بزرگ تر از ۰/۰۵ هستند ($P < ۰/۰۵$)، لذا توزیع نمره دارای توزیع نرمال می باشند. مقدار چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازه (۲- تا ۲) قرار دارد. بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش حاکی از آن بود

جدول ۲: ضرایب مسیرهای مستقیم

مسیرهای مستقیم	ضریب (β)	خطای معیار (S.E)	نسبت بحرانی (C.R)	مقدار احتمال
حساسیت اضطراب ← انعطاف پذیری روانشناختی	-۰/۷۳۱	۰/۰۲۱	-۱۷/۰۷۷	۰/۰۰۱
تنش ادراک شده ← انعطاف پذیری روانشناختی	-۰/۲۸۶	۰/۰۳۶	-۷/۵۴۳	۰/۰۰۱
انعطاف پذیری روانشناختی ← اضطراب بیماری کووید-۱۹	-۰/۵۲۰	۰/۲۲۳	-۳/۴۱۷	۰/۰۰۱
حساسیت اضطراب ← اضطراب بیماری کووید-۱۹	۰/۲۸۶	۰/۰۹۳	۲/۲۰۳	۰/۰۲۸
تنش ادراک شده ← اضطراب بیماری کووید-۱۹	۰/۲۰۷	۰/۰۷۲	۴/۰۳۳	۰/۰۰۱

شده ($\beta=0/207$ و $P=0/001$) با اضطراب بیماری کووید-۱۹ معنادار بودند. در ادامه جهت بررسی همبستگی غیرمستقیم الگو پیشنهادی از روش بوت استروپ استفاده شده است. نتایج روش بوت استروپ برای بررسی مسیرهای واسطه ای غیرمستقیم در (جدول ۳) ارائه شده است.

همان طور که در (جدول ۲) مشاهده می شود ضرایب مسیرهای مستقیم حساسیت اضطراب ($\beta=-0/731$) و $P=0/001$ و تنش ادراک شده ($\beta=-0/286$ و $P=0/001$) با انعطاف پذیری روانشناختی معنادار بودند. همچنین ضرایب انعطاف پذیری روانشناختی ($\beta=-0/520$ و $P=0/001$)، حساسیت اضطراب ($\beta=0/286$ و $P=0/028$) و تنش ادراک

جدول ۳: نتایج بوت استروپ

مقدار احتمال	سطح اطمینان ۰/۹۵		مسیرهای غیرمستقیم
	حد بالا	حد پایین	
۰/۰۲۳	۰/۳۷۵	-۰/۰۹۳	حساسیت اضطراب ← انعطاف پذیری روانشناختی ← اضطراب بیماری کووید-۱۹
۰/۰۲۱	۰/۷۷۳	-۰/۰۱۸	تنش ادراک شده ← انعطاف پذیری روانشناختی ← اضطراب بیماری کووید-۱۹

هر ۲ منفی باشند و صفر مابین این ۲ حد قرار نگیرد در آن صورت مسیر علی غیرمستقیم معنادار خواهد بود. مطابق نتایج (جدول ۳) این قاعده در مورد حساسیت اضطراب و تنش ادراک شده بر روی اضطراب بیماری کووید-۱۹ نقش میانجی انعطاف پذیری روانشناختی صدق می کند. در (جدول ۴) شاخص های برازندگی الگوی پژوهش آمده است.

یک فرض زیربنایی الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر وجود مسیرهای غیرمستقیم است. زمانی که تعداد نمونه چندان زیاد نباشد، بوت استروپ قدرتمندترین و منطقی ترین روش برای دستیابی به اثرات غیرمستقیم را فراهم می آورد. سطح اطمینان ۰/۹۵ و تعداد نمونه گیری مجدد بوت استروپ، ۱۰۰۰ است.

بر اساس (جدول ۳) نتایج بوت استروپ آمده است. در این روش چنانچه حد بالا و پایین این آزمون هر ۲ مثبت یا

جدول ۴: شاخص های برازندگی الگوی پژوهش

نوع شاخص	شاخص ها	مقدار به دست آمده	مقدار قابل قبول
شاخص های مطلق	کای اسکور X^2 یا CMIN	۵۱۰/۵۵۰	-
	درجه آزادی (DF)	۱۵	-
	سطح معناداری (P)	۰/۰۰۱	-
شاخص های نسبی	نسبت کای اسکور به درجه آزادی X^2/df یا CMIN/df	۴/۰۳۷	کمتر از ۳
	خطای ریشه ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	۰/۰۷۱	کمتر از ۰/۰۸
	شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE)	۰/۰۰۱	-
	شاخص برازش مقایسه ای (CFI)	۰/۹۲۱	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش تعدیل شده یا انطباقی (AGFI)	۰/۹۱۱	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازش مقتصد (PCFI)	۰/۹۱۱	بیشتر از ۰/۶۰
	شاخص برازش هنجار شده مقتصد (PNFI)	۰/۹۶۷	بیشتر از ۰/۶۰
	شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۰/۹۷۵	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۷۴	بیشتر از ۰/۹۰
شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۷۲	بیشتر از ۰/۹۰	

شاخص برازش هنجار نشده (NNFI)، برازش مقایسه ای (CFI)، برازندگی افزایشی، (IFI)، نیکویی برازش (GFI) و نیکویی برازش تعدیل شده یا انطباقی (AGFI) بزرگتر از ۰/۹۰ و برای برازش مقتصد (PCFI)، برازش هنجار شده

جهت آزمودن الگوی مورد نظر در پژوهش حاضر، روش تحلیل مسیر اعمال گردیده است. برای بررسی برازندگی از شاخص های آمده شده در (جدول ۴) استفاده شده است. همچنین اگر شاخص های برازش هنجار شده (NFI)،

سلامتی جسمی و روانی ممکن است پیش رود (۵۰). به طور خلاصه تجربه تنش ادراک شده برای مدتی طولانی می تواند سیستم ایمنی بدن انسان را تضعیف کرده و فرد را نسبت به اضطراب آسیب پذیر سازد (۵۱). بنابراین، بالا بودن تنش ادراک شده در پرستاران باعث کاهش مدیریت اضطراب مرتبط با بیماری کووید-۱۹ می شود.

یکی دیگر از نتایج پژوهش حاضر این بود که حساسیت اضطرابی با اضطراب بیماری کووید-۱۹ در پرستاران همبستگی مثبت دارد. این یافته همسو با مطالعه Rogers و همکاران است که در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که حساسیت اضطرابی به عنوان یک عامل آسیب پذیر بالقوه برای مشکلات بهداشت روان از قبیل اضطراب مرتبط با بیماری کووید-۱۹ است (۲۵). باقری و همکاران نیز در پژوهش خود بر روی ۲۰۰ تن از دانشجویان دانشگاه گیلان نشان دادند که اضطراب سلامت، حساسیت اضطراب و تشدید جسمانی حسی با اضطراب بیماری کووید-۱۹ همبستگی مثبت و معناداری دارد. به نظر می رسد هر چقدر میزان اضطراب بیماری کووید-۱۹ در دانشجویان بالا باشد، فرد نگرانی و حساسیت بیشتری در رابطه با وضعیت سلامتی خود دارد و علائم جسمانی حسی خود را بزرگ جلوه می دهد (۲۴). همچنین Jardin و همکاران در پژوهش خود در جمعیت بزرگسالان آرژانتینی (بزرگسالان لاتین تبار) نشان دادند با توجه به اینکه بسیاری از علائم بیماری کووید-۱۹ در زندگی روزمره معمول است (به عنوان مثال سرفه، ناراحتی معده)، حساسیت اضطراب ممکن است شدت این علائم را بیشتر کند و باعث افزایش اضطراب مرتبط با بیماری کووید-۱۹ شود (۵۲). به نظر می رسد دلیل همخوانی نتایج مطالعات انجام شده با پژوهش حاضر به این دلیل باشد که یکی از ویژگی های افراد دارای حساسیت اضطراب بالا، ارزیابی منفی و ترس از همه علائم معمولی اضطراب است و این علائم رایج، واکنش شدیدتری در این افراد ایجاد می کند و این امر موجب افزایش شدت علائم اضطراب در شخص می شود. به این طریق فرد در یک دور بسته معیوب قرار می گیرد که علائم بازتاب بیشتری برای وی داشته و واکنش به علائم، شدت آن ها را افزایش می دهد و این موضوع خود واکنش شدیدتری را به دنبال خواهد داشت و فرد را در یک شرایط عمومی ناخشنودی قرار می دهد و در نتیجه اضطراب بیشتری از طرف شخص بیمار ادراک می شود (۱۸).

مقتصد (PNFI) بالای ۰/۶۰ باشد و بر برآزش مناسب و مطلوب الگو دلالت دارند. همانگونه که بر اساس (جدول ۴) مشاهده می شود الگوی پیشنهادی برآزش مناسب را دارد (RMSEA= ۰/۰۷۱) لذا فرض پژوهش تایید شد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف پیش بینی اضطراب بیماری کووید-۱۹ براساس تنش ادراک شده و حساسیت اضطراب در پرستاران با نقش میانجی انعطاف پذیری شناختی در سال ۱۳۹۹ انجام شد. یکی از یافته های پژوهش حاضر این بود که تنش ادراک شده با اضطراب بیماری کووید-۱۹ در پرستاران همبستگی مثبت دارد. این یافته همسو با مطالعه Limcaoco و همکاران بود که در پژوهش خود با عنوان اضطراب، نگرانی و تنش ادراک شده در جهان مرتبط با همه گیری بیماری کووید-۱۹ نشان دادند که در زنان، جوانان، دانشجویان و کسانی که ابراز نگرانی می کنند و کسانی که تنش ادراک شده بیشتری نسبت به بیماری کووید-۱۹ دارند، نمره اضطراب بالاتری مشاهده می شود (۴۶). Ebstrup و همکاران نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که افرادی که دارای سطح بالاتری از روان رنجوری هستند تمایل دارند که وقایع را بسیار تهدیدآمیز ادراک کنند و اغلب منابع مقابله ای محدود و خودتنظیمی کم تری دارند و در نتیجه منجر به سطح بالاتری از اضطراب می شوند (۴۷). در همین راستا، مطالعه Shigemura و همکاران نشان می دهد مهارت های مقابله ای که عامل مهمی در حفظ بهداشت روانی سالم در فرد است در شرایط فشار زا تحت تاثیر قرار می گیرند و در صورتی که فرد نتواند به خوبی از مهارت های مقابله ای برای کنترل فشار روانی استفاده کند با مشکلات عدیده ای در زمینه بهداشت روان مواجهه خواهد شد (۴۸). در بیان علت همسویی این یافته ها می توان بیان نمود که این نتایج با نظریه شناختی رفتاری و نظریه بیماری های روان تنی مربوط به تاثیر فشار روانی بر سلامت همسو می باشد که در صورت بالا بودن میزان تنش ادراک شده فرد در معرض خطر بیماری های جسمی و روانی از قبیل اضطراب قرار می گیرد (۴۹). در واقع، به باور دیدگاه های شناختی رفتاری وقتی فردی با فشار روانی مواجهه می شود از ۳ مرحله هشدار، مقاومت و فروپاشی عبور می کند و فردی که قادر به رویارویی مناسب با انواع عوامل تنش زا نیست، تا سر حد آشفتگی و فروپاشی در

همچنین نتایج نشان داد که مولفه انعطاف پذیری شناختی به عنوان مولفه واسطه ای می تواند حساسیت اضطراب را که سبب اضطراب بیماری کووید-۱۹ در پرستاران را تعدیل نماید. نتیجه به دست آمده همسو با مطالعات Pakenham و همکاران (۳۰) است که در پژوهش خود نشان دادند که جنبه های انعطاف پذیری شناختی اثرات مخرب بیماری کووید-۱۹ را بر سلامت روان تسکین می دهد. این اثرات تحت عنوان پریشانی در حاشیه حوادث ناشی از بیماری کووید-۱۹، اضطراب و افسردگی تعریف می شود و جنبه های انعطاف ناپذیری روانشناختی تأثیر این مخاطرات را تشدید می کند (۳۰). همچنین Landi و همکاران (۵۳) در پژوهش خود به بررسی نقش میانجی انعطاف پذیری شناختی در ارتباط بین اضطراب سلامت با اضطراب و افسردگی نشان دادند که انعطاف پذیری شناختی بالاتری تأثیرات منفی اضطراب و افسردگی را کاهش می دهد. در بیان علت همسویی می توان گفت که سطح پایین انعطاف پذیری و عدم کنترل موقعیت های جدید مانع از اخذ تصمیمی درست در جهت سازگار شدن با شرایط اضطراب زا شده و در نتیجه سبب تنش و اضطراب بیشتر در آن ها خواهد شد که این آسیب ها می تواند در میزان اضطراب مرتبط با بیماری کووید-۱۹ نیز تأثیر منفی داشته باشد، در واقع ارتباطی ۲ سویه بین موقعیت های پیش آمده و آسیب های وارده بر آن ها وجود دارد، چرا که قرار گرفتن در این شرایط و عدم برخورداری از انعطاف پذیری شناختی سبب ایجاد اضطراب و تنش می شود (۵۴). لذا می توان نتیجه گرفت انعطاف پذیری شناختی در اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت در پرستاران نقش مهمی داشته باشد

به علاوه نتایج مطالعه حاضر نشان داد، مولفه انعطاف پذیری شناختی به عنوان مولفه واسطه ای می تواند تنش ادراک شده را که سبب اضطراب بیماری کووید-۱۹ در پرستاران می شود را تعدیل نماید. این یافته با مطالعات دلایلی و همکاران مطابقت دارد در مطالعه آن ها بین تنش ادراک شده، ویژگی های اقتصادی، اجتماعی و شرایط محیط کار همچون (سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، نوع استخدام و سابقه کار) و فرسودگی شغلی با میزان انعطاف پذیری در پرستاران ارتباط معناداری به دست آمد (۵۵). حسینی زرویجانی و همکاران نیز در پژوهش خود دریافتند که همبستگی بین تنش ادراک شده و انعطاف پذیری روانشناختی معکوس و معنادار است. به عبارت دیگر، کاهش

انعطاف پذیری روانشناختی با افزایش تنش ادراک شده در ارتباط است (۵۶). Wersebe و همکاران در مطالعه ای با عنوان تعیین رابطه تنش، تندرستی و انعطاف پذیری روانی در طی مداخله ی خود مراقبتی مبتنی بر تعهد و پذیرش، نشان دادند کاهش تنش و ارتقاء تندرستی و افزایش انعطاف پذیری روانشناختی در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش ایجاد می شود و افزایش انعطاف پذیری روانشناختی بر ارتقاء تندرستی تأثیر دارد (۵۷). در بیان علت همسویی می توان گفت که، هر چه انعطاف پذیری فرد بیشتر باشد و بتواند موقعیت های تنش زا را به عنوان موقعیت قابل کنترل در نظر بگیرد و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد، توانایی چندین توجیه جایگزین را داشته باشد و در موقعیت های سخت بتواند به راه حل های جایگزین فکر کند، ظرفیت او در مقابله، سازگاری و بهبودی از تنش، اضطراب و دشواری های زندگی بالاتر است (۲۸). افرادی که توانایی تفکر انعطاف پذیر دارند، از توجیهات جایگزین استفاده می کنند، چارچوب فکری خود را به صورت مثبتی بازسازی می کنند و موقعیت های چالش انگیز یا رویدادهای تنش زا را می پذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف پذیر نیستند، از نظر روانشناختی تنش و اضطراب کم تری دارند (۵۸). لذا پایین بودن انعطاف پذیری شناختی پرستاران، باعث افزایش تنش و اضطراب مرتبط با بیماری کووید-۱۹ می شود.

نتیجه گیری

یافته ها نشان داد که حساسیت اضطرابی و تنش ادراک شده با اضطراب بیماری کووید-۱۹ در پرستاران همبستگی مثبت و معنا داری داشت. همچنین نتایج نشان داد مولفه انعطاف پذیری شناختی به عنوان مولفه واسطه ای می تواند تنش ادراک شده و حساسیت اضطراب را که سبب اضطراب بیماری کووید-۱۹ در پرستاران می شود را تعدیل نماید. با توجه به نتایج، برای کاهش اضطراب بیماری کووید-۱۹ در پرستاران، روش های آرام سازی تدریجی و حساسیت زدایی منظم برای مدیریت اضطراب بیماری کووید-۱۹ پیشنهاد می شود. پژوهش حاضر با محدودیت هایی روبرو بوده است. محدود بودن جامعه آماری پژوهش به پرستاران شهر کرج و استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، تعمیم دهی نتایج را با مشکل روبرو می کند. همچنین، استفاده از مقیاس های خودگزارش دهی در این پژوهش می تواند سوگیری و بی دقتی در پاسخ دادن را در پی داشته باشد. لذا

وسیله از تمامی پرستاران شهر کرج که در این پژوهش همکاری صمیمانه داشته اند، قدردانی می گردد.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی را گزارش نکردند.

References

1. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, Ho RC. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(5):17-29. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
2. Gallagher MW, Zvolensky MJ, Long LJ, Rogers AH, Garey L. The impact of covid-19 experiences and associated stress on anxiety, depression, and functional impairment in American adults. *Cognitive Therapy and Research*. 2020;44(6):1043-51. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10143-y>
3. Choi EP, Hui BP, Wan EY. Depression and anxiety in Hong Kong during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(10):37-40. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103740>
4. Yang J, Hu H, Li Y. Effect of Dual-track Interactive Nursing Intervention Model on anxiety and depression in patients with coronary heart disease. *Journal of Psychiatria Danubina*. 2020;32(2):197-204. <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.197>
5. Özdin S, Bayrak Özdin Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*. 2020;66(5):504-11. <https://doi.org/10.1177/0020764020927051>
6. Al Turki YA. Can we increase public awareness without creating anxiety about corona viruses? *Patient Education and Counseling*. 2014;94(2):286-287. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.023>
7. Ying Y, Ruan L, Kong F, Zhu B, Ji Y, Lou Z. Mental health status among family members of health care workers in Ningbo,

در تعمیم یافته ها به پرستاران سایر مناطق کشور، احتیاط صورت گیرد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر از طرح پژوهشی با کد ۹۹۸۲۳ و همچنین کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1399.091 در تاریخ ۱۳۹۹/۱۲/۱۵ از دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج استخراج شده است. بدین

- China, during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02784-w>
8. Aghajani M, Valiee S, Tol A. [Death anxiety amongst nurses in critical care and general wards]. *Iran Journal of Nursing*. 2010;23(67):59-68. <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=214099>
9. Deffner JM, Bell SK. Nurses' death anxiety, comfort level during communication with patients and families regarding death, and exposure to communication education: a quantitative study. *Journal for Nurses in Professional Development*. 2005;21(1):19-23. <https://doi.org/10.1097/00124645-200501000-00005>
10. Happell B, Dwyer T, Reid-Searl K, Burke KJ, Caperchione CM, Gaskin CJ. Nurses and stress: Recognizing causes and seeking solutions. *Journal of Nursing Management*. 2013;21(4):638-47. <https://doi.org/10.1111/jonm.12037>
11. Lecic-Tosevski D, Vukovic O, Stepanovic J. Stress and personality. *Psychiatriki*. 2011;22(4):290-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22271841/>
12. Barck-Holst P, Nilsson Å, Åkerstedt T, Hellgren C. Coping with stressful situations in social work before and after reduced working hours, a mixed-methods study. *European Journal of Social Work*. 2021;24(1):94-108. <https://doi.org/10.1080/13691457.2019.1656171>
13. Huang F, Wang H, Wang Z, Zhang J, Du W, Su C, Jia X, Ouyang Y, Wang Y, Li L, Jiang H. Psychometric properties of the Perceived Stress Scale in a community sample of Chinese. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):1-7. <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02520-4> <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02520-4>

14. Peter RS, Meyer ML, Mons U, Schöttker B, Keller F, Schmucker R, Koenig W, Brenner H, Rothenbacher D. Long-term trajectories of anxiety and depression in patients with stable coronary heart disease and risk of subsequent cardiovascular events. *Depression and Anxiety*. 2020;37(8):784-92.
15. Achterberg M, Dobbelaar S, Boer OD, Crone EA. Perceived stress as mediator for longitudinal effects of the COVID-19 lockdown on wellbeing of parents and children. *Scientific Reports*. 2021;11(1):1-4. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81720-8>
16. Liu S, Lithopoulos A, Zhang CQ, Garcia-Barrera MA, Rhodes RE. Personality and perceived stress during COVID-19 pandemic: Testing the mediating role of perceived threat and efficacy. *Personality and Individual Differences*. 2021;16(8):11-35. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110351>
17. Pfefferbaum B, North CS. Mental health and the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*. 2020;383(6): 510-512. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32283003/> <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
18. McCaul ME, Hutton HE, Stephens MA, Xu X, Wand GS. Anxiety, anxiety sensitivity, and perceived stress as predictors of recent drinking, alcohol craving, and social stress response in heavy drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2017;41(4):836-845. <https://doi.org/10.1111/acer.13350>
19. Carleton RN, Abrams MP, Asmundson GJ, Antony MM, McCabe RE. Pain-related anxiety and anxiety sensitivity across anxiety and depressive disorders. *Journal of Anxiety Disorders*. 2009;23(6):791-8. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.03.003>
20. Zvolensky MJ, Goodie JL, Ruggiero KJ, Black AL, Larkin KT, Taylor BK. Perceived stress and anxiety sensitivity in the prediction of anxiety-related responding: A multi-challenger evaluation. *Anxiety Stress & Coping*. 2002;15(3):211-229. <https://doi.org/10.1080/1061580021000020699>
21. Schmidt NB, Norr AM, Allan NP, Raines AM, Capron DW. A randomized clinical trial targeting anxiety sensitivity for patients with suicidal ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2017;85(6):56-59. <https://doi.org/10.1037/ccp0000195>
22. Viana AG, Bakhshaei J, Raines EM, Lopez A, Garza M, Ochoa-Perez M, Lemaire C, Mayorga NA, Walker R, Zvolensky MJ. Anxiety sensitivity and acculturative stress facets among Latinx in primary care. *Stigma and Health*. 2020; 5(1): 22-28. <https://doi.org/10.1037/sah0000171>
23. McLaughlin KA, Hatzenbuehler ML. Stressful life events, anxiety sensitivity, and internalizing symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*. 2009;118(3):65-69. <https://doi.org/10.1037/a0016499>
24. Bagheri Sheykhangafshe F, Shabahang R, Tajbakhsh K, Hamideh Moghadam A, Sharifipour Choukani Z, Mousavi SM. [Role of health anxiety, anxiety sensitivity, and somatosensory amplification in predictors of COVID-19 anxiety students]. *Journal of Psychological Studies*. 2021;16(4):30-41. https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5305.html?lang=en
25. Rogers AH, Bogiaizian D, Salazar PL, Solari A, Garey L, Fogle BM, Schmidt NB, Zvolensky MJ. COVID-19 and anxiety sensitivity across two studies in Argentina: Associations with COVID-19 Worry, symptom severity, anxiety, and functional impairment. *Cognitive Therapy and Research*. 2021;45(4):697-707. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10194-1>
26. Kamody RC, Berlin KS, Rybak TM, Klages KL, Banks GG, Ali JS, Alemzadeh R, Ferry Jr RJ, Diaz Thomas AM. Psychological flexibility among youth with type 1 diabetes: relating patterns of acceptance, adherence, and stress to adaptation. *Behavioral Medicine*. 2018;44(4):271-9. <https://doi.org/10.1080/08964289.2017.1297290>
27. Aghamollaei T, Eftekhari H, Shojaeizadeh DA, Mohammad K, Nakhjavani M, Pour FG. [Behavior, metabolic control and health-related quality of life in diabetic patients at Bandar Abbas diabetic clinic]. *Iranian Journal of Public Health*. 2003;54-59. file:///C:/Users/1/Downloads/1955-Article%20Text-1957-1-10-20151003.pdf
28. Moitra E, Gaudiano BA. A psychological flexibility model of medication adherence in psychotic-spectrum disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2016;5(4):252-7. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.10.003>
29. Carbonella JY, Timpano KR. Examining the link between hoarding symptoms and cognitive flexibility deficits. *Behavior Therapy*. 2016;47(2):262-273. [۱۲](https://doi.org/10.1016/j.

</div>
<div data-bbox=)

- [beth.2015.11.003](https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.003)
30. Pakenham KI, Landi G, Boccolini G, Furlani A, Grandi S, Tossani E. The moderating roles of psychological flexibility and inflexibility on the mental health impacts of COVID-19 pandemic and lockdown in Italy. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2020; 17: 109-118. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.003>
 31. Dawson DL, Golijani-Moghaddam N. COVID-19: Psychological flexibility, coping, mental health, and wellbeing in the UK during the pandemic. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2020; 17:126-134. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.010>
 32. Alipour A, Ghadami A, Alipour Z, Abdollahzadeh H. [Preliminary validation of the Corona Disease Anxiety Scale (CDAS) in the Iranian sample]. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2020;8(4):163-75. http://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_6571_en.html
 33. Ezazi Bojnourdi E, Ghadampour S, Moradi Shakib A, Ghazbanzadeh R. [Predicting Corona anxiety based on cognitive emotion regulation strategies, health hardiness and death anxiety in diabetic patients]. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2020;8(2):34-44. http://ijpn.ir/browse.php?a_code=A-10-1541-1&sid=1&slc_lang=en
 34. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behavior Research and Therapy*. 1986;24(1):1-8. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90143-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90143-9)
 35. Warren AM, Zolfaghari K, Fresnedo M, Bennett M, Pogue J, Waddimba A, Zvolensky M, Carlbring P, Powers MB. Anxiety sensitivity, COVID-19 fear, and mental health: Results from a United States population sample. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2021 4;50(3):204-16. <https://doi.org/10.1080/16506073.2021.1874505>
 36. Moradimanesh F, Mirjafari A, Goodarzi MA, Mohammadi N. [Psychometric properties of the Anxiety Sensitivity Index-Revised (ASI-R)]. *Journal of Psychology*. 2007;11(4):426-46. <https://www.sid.ir/fa/Journal/ViewPaper.aspx?id=93918>.
 37. Mashhadi A, Gasemipoor A, Akbari E, ElBeigi R, Hasanzadeh S. [The role of anxiety sensitivity and emotion regulation in prediction of students' social anxiety disorder]. *Knowledge Research Applied Psychology*.2013;14(2):89-99. http://jsr-p.khuisf.ac.ir/article_533873.html
 38. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*.1983;24(4):385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
 39. Cranford JA. Stress-buffering or stress-exacerbation? Social support and social undermining as moderators of the relationship between perceived stress and depressive symptoms among married people. *Personal Relationships*. 2004;11(1):23-40. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2004.00069.x>
 40. Behroozi N, Shahani Yeylaq M, Pourseyed SM. [Relationship between perfectionism, perceived stress and social support with academic burnout]. *Strategy for Culture*. 2013;5 (20): 83-102. http://www.jsfc.ir/article_43841_en.html
 41. Salehi Asl Y, Naderi F. [The relationship of body image, quality of life and perceived stress with eating disorder in male and female students]. *Journal Woman and Culture*. 2015; 7 (26):19-32. http://jwc.iauahvaz.ac.ir/article_522567.html?lang=fa.
 42. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*.2010;34(3):241-53. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4>
 43. Kohandani M, Abolmaali Alhosseini K. [Factor structure and psychometric properties of Persian version of cognitive flexibility of Dennis, Vander Wal and Jillon]. *Psychological Models and Methods*. 2017;8 (3) 53-70. http://jpm.miau.ac.ir/article_2556_en.html
 44. Johnco C, Wuthrich VM, Rapee RM. Reliability and validity of two self-report measures of cognitive flexibility. *Psychological Assessment*. 2014; 26(4): 1381-1387. <https://doi.org/10.1037/a0038009>
 45. Shareh H, Farmani A, Soltani E. [Investigating the reliability and validity of the Cognitive Flexibility Inventory (CFI-I) among Iranian university students]. *Practice in Clinical Psychology*.2014;2(1):43-50. <http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-163-en.pdf>
 46. Limcaoco RS, Mateos EM, Fernandez JM, Roncero C. Anxiety, worry and perceived stress in the world due to the COVID-19 pandemic, 2020. Preliminary Results. *MedRxiv*. 2020. <https://doi.org/10.1101/2020.04.03.20043992>

47. Ebstrup JF, Eplöv LF, Pisinger C, Jørgensen T. Association between the Five Factor Personality Traits and perceived stress: Is the effect mediated by general self-efficacy? *Anxiety, Stress & Coping*. 2011;1;24(4):407-19. <https://doi.org/10.1080/10615806.2010.540012>
48. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2020; 74(4):281-282. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>
49. Habibi R, Burci GL, de Campos TC, Chirwa D, Cinà M, Dagron S, Eccleston-Turner M, Forman L, Gostin LO, Meier BM, Negri S. Do not violate the International Health Regulations during the COVID-19 outbreak. *The Lancet*. 2020; 29;395(10225):664-666. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30373-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30373-1)
50. Habibi R, Burci GL, de Campos TC, Chirwa D, Cinà M, Dagron S, Eccleston-Turner M, Forman L, Gostin LO, Meier BM, Negri S. Do not violate the International Health Regulations during the COVID-19 outbreak. *The Lancet*. 2020 Feb 29;395(10225):664-6. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30373-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30373-1)
51. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in China during the Covid-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(4): 15-6. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)
52. Jardin C, Paulus DJ, Garey L, Kauffman B, Bakhshaie J, Manning K, Mayorga NA, Zvolensky MJ. Towards a greater understanding of anxiety sensitivity across groups: The construct validity of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychiatry Research*. 2018;26(8):72-81. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.007>
53. Landi G, Pakenham KI, Bocolini G, Grandi S, Tossani E. Health anxiety and mental health outcome during COVID-19 lockdown in Italy: The mediating and moderating roles of psychological flexibility. *Frontiers in Psychology*. 2020; 31(11):1-14 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02195>
54. Kehagia AA, Murray GK, Robbins TW. Learning and cognitive flexibility: frontostriatal function and monoaminergic modulation. *Current Opinion in Neurobiology*. 2010;20(2):199-204. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2010.01.007>
55. Dalaei M, Ashouri A, Habibi M. [The relationship between solidarity and flexibility of the family and the styles of parenting to stress of mothers in Child Breeding district 1 of Tehran]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2015; 21 (2) :167-174 URL: <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-2417-fa.html>.
56. Zarvijani SA, Moghadam LF, Parchebafieh S. [Correlation of perceived stress and psychological flexibility in Razi psychiatric nurses in Tehran]. *Journal of Health Promotion Management*. 2019; 8 (6) :11-17 .URL: <http://jhpm.ir/article-1-1049-fa.html>
57. Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hofer P, Gloster AT. The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2018;18(1):60-8. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.002>
58. Moradzadeh F, Pirkhaefi A. [The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on marital satisfaction and cognitive flexibility among married employees of the welfare office]. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2018;5(6):1-7. http://ijpn.ir/browse.php?a_code=A-10-944-1&slc_lang=en&sid=1 <https://doi.org/10.21859/ijpn-05061>