Development of a Model of Loneliness and Death-Anxiety Based on Personality Traits and Cognitive-Emotional Regulation

Marzieh Sadat Ebrahimi, Firoozeh Zanganeh Motlagh*, Zabih Pirani

Department of Psychology, Islamic Azad University of Arak, Arak, Iran

Article Info:

Received: **6 Aug 2021** ***Revised:*** **7 Nov 2021** ***Accepted*:** **8 Dec 2021**

ABSTRACT

Introduction: The aim of this study was to develop a model of loneliness as well as death anxiety based on personality traits and emotional cognitive regulation with the mediating role of coronavirus anxiety. ***Materials and Methods:*** The present study was a correlational study and the statistical population included all citizens of Qom province. 400 people were selected through the case-sampling method and questionnaire on the Five Factors of Personality, Emotional Cognitive Regulation, Coronavirus Anxiety, and loneliness and death anxiety questionnaire. ***Results***: Our findings indicated that personality traits and cognitive emotion regulation account for 14% of the variance in getting coronavirus anxiety. Furthermore, personality traits, cognitive-emotional regulation, and patients with additional viral diseases account for 40% of the variance of feeling lonely and 29% of the variance of the death anxiety. ***Conclusion:*** Coronavirus anxiety could mediate personality traits (neuroticism), cognitive regulation (adaptive strategies), loneliness, and death anxiety.

Keywords:

1. Personality
2. Emotional Regulation
3. Loneliness
4. Anxiety
5. COVID-19

Corresponding Author: Firoozeh Zanganeh Motlagh

Email: *f.zangeneh@iau.arak.ac.ir*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-07-04]

[DOR: 20.1001.1.23221887.1401.10.2.10.6]

[DOI: 10.61186/shefa.10.2.68]

تدوین مدل احساس تنهایی و اضطراب مرگ بر اساس ویژگی‌های شخصیتی و تنظیم شناختی هیجان

مرضیه سادات ابراهیمی، فیروزه زنگنه مطلق*، ذبیح پیرانی

گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی اراک، اراک، ایران

اطلاعات مقاله:

دریافت: ۳ اسفند ۱۴۰۰ **اصلاحیه:** ۲۱ فروردین ۱۴۰۱ **پذیرش:** ۲۴ فروردین ۱۴۰۱

چکیده

مقدمه: هدف این پژوهش ایجاد مدلی از احساس تنهایی و همچنین اضطراب مرگ بر اساس ویژگی‌های شخصیتی و تنظیم شناختی هیجان با نقش میانجی اضطراب کرونا بود. ***مواد و روش‌ها:*** پژوهش حاضر از نوع همبستگی و جامعهٔ آماری شامل کلیه شهروندان استان قم می‌باشد. ۴۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری موردی و پرسشنامه پنج عامل شخصیت، تنظیم شناختی هیجان، اضطراب کرونا، احساس تنهایی و اضطراب مرگ انتخاب شدند. ***یافته‌ها:*** یافته‌های ما نشان داد که ویژگی‌های شخصیتی و تنظیم شناختی هیجان، ۱۴ درصد از واریانس ابتلا به اضطراب کرونا را تشکیل می‌دهند. علاوه بر این، ویژگی‌های شخصیتی، تنظیم شناختی هیجان و بیماران مبتلا به بیماری‌های ویروسی اضافی، ۴۰ درصد از واریانس احساس تنهایی و ۲۹ درصد از واریانس اضطراب مرگ را تشکیل می‌دهند. ***نتیجه‌گیری:*** اضطراب کرونا ویروس می‌تواند میانجی ویژگی‌های شخصیتی (روان‌نژندی)، تنظیم شناختی (راهبردهای انطباقی)، احساس تنهایی و اضطراب مرگ باشد.

واژه‌های کلیدی:

۱- شخصیت
۲- تنظیم هیجان
۳- احساس تنهایی
۴- اضطراب
۵- کووید-۱۹

***نویسنده مسئول:** فیروزه زنگنه مطلق

پست الکترونیک: *f.zangeneh@iau.arak.ac.ir*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-07-04]

[DOR: 20.1001.1.23221887.1401.10.2.10.6]

[DOI: 10.61186/shefa.10.2.68]

مقدمه

کروناویروس‌ها[1] خانوادهٔ بزرگی از ویروس‌ها هستند که از سرماخوردگی تا بیماری‌های شدیدتر را شامل می‌شوند و بیماری ناشی از ابتلاء آن نیز کووید ۱۹ نامیده شد (۱). کرونا باعث بحران‌های شدیدی که شامل ابعاد مرتبط با سلامت روان، افسردگی، اضطراب، اختلال وسواس همچنین پریشانی‌های روانی مانند وحشت‌زدگی و ترس و نا امیدی اساسی‌ترین واکنش‌های روانی آسیب‌زا در اغلب افراد آسیب‌دیده و افراد در معرض شیوع بیماری‌ها بوده‌اند (۷-۲). ایجاد برنامه‌ریزی راهبردی برای کنترل بیماری، مانند قرنطینه به تدریج افراد را از یکدیگر دور می‌کند و در صورت عدم برقراری ارتباط بین فردی، افسردگی و اضطراب به احتمال زیاد بروز می‌کند و فرد واکنش‌های روان‌شناختی منفی دیگری از جمله اختلال سازگاری مانند احساس تنهایی را تجربه می‌کند (۸). احساس تنهایی، احساس لذت و نشاط زندگی را از انسان گرفته و فشار روانی بیشتری بر فرد وارد می‌سازد و باعث خستگی جسمی و روانی فرد می‌شود و نشان داده شده است که افرادی که به مدت طولانی احساس تنهایی بیشتری می‌کنند با احتمال بیشتر، اضطراب و افسردگی شدیدتری را تجربه می‌کنند (۹). طبق نظریهٔ راسل[2] خود احساس تنهایی نیز باعث اضطراب مانند اضطراب مرگ می‌شود (۱۰). احساس تنهایی بیانگر هوشیاری شناختی فرد از کاستی‌ها و نارسایی‌های خود در شبکهٔ روابط بین‌فردی است که به احساس غمگینی، پوچی، دلهره و اضطراب منجر می‌شود (۱۲ -۱۱). اضطراب مرگ به‌عنوان یک ترس غیرعادی و بزرگ از مرگ است که همراه با احساساتی همچون وحشت از مرگ یا دلهره به هنگام فکر کردن به فرآیند مردن یا اتفاقاتی که پس از مردن رخ می‌دهد همراه می‌شود (۱۴-۱۳). عوامل و ویژگی‌های متعددی در ارتباط با احساس تنهایی و همچنین پدیدهٔ مرگ وجود دارد که از بین این عوامل می‌توان به رگه‌های شخصیتی و تنظیم شناختی هیجان اشاره کرد. نظریه‌های زیادی در ارتباط با شخصیت ارائه شده است و صاحب‌نظران و پژوهش‌گران به عوامل و صفات مختلفی اشاره کرده‌اند؛ یکی از مهمترین دستاوردها در این زمینه، نظریهٔ پنج عاملی شخصیت[3] را می‌توان نام برد که توسط کاستا و مک‌کرا[4] ارائه شد (۱۶-۱۵). این مدل شامل برون‌گرایی[5]، گشودگیبه تجربه[6]، نوروزگرایی[7]، وظیفه‌شناسی[8] و توافق‌جویی[9] تحقیقات تایید کننده این مطلب است که بین ابعاد شخصیت با احساس تنهایی رابطهٔ معنی‌داری وجود دارد (۲۰-۱۷). به‌عنوان مثال ویژگی‌های نابهنجارشخصیت (نوروزگرایی) اغلب مشکلات بین فردی در پی داشته و با احساس تنهایی و انزوا در رابطه می‌باشد. همچنان که ذکر شد رگه‌های‌شخصیتی از متغیرهایی است که می‌توانند در درک مرگ و ترس از مرگ نیز تأثیرگذار باشد (۲۱). به‌عنوان مثال تحقیقات گذشته نیز بیان کردند مؤلفه‌های نوروزگرایی مانند افسردگی، ترس و غم پیش‌بینی‌کنندهٔ اضطراب مرگ هستند (۲۳-۲۲). یکی دیگر از متغیرهایی که پیش‌بینی‌کنندهٔ احساس تنهایی و اضطراب مرگ می‌باشد تنظیم شناختی هیجان است. منظور از تنظیم شناختی هیجان نحوهٔ پردازش شناختی فرد در هنگام مواجهه با وقایع ناگوار و استرس‌زا می‌باشد (۲۴). تنظیم شناختی هیجان را می‌توان روش شناختی مدیریت اطلاعات هیجانی تحریک شده تعریف کرد (۲۵). افرادی که از مهارت‌های شناختی تنظیم هیجانی برخوردار هستند، می‌توانند به خوبی هیجانات منفی را کاهش دهند و یا کنترل کنند و بین تنظیم هیجان با کاهش‌آسیب رساندن به خود و کاهش‌مشکلات هیجانی مانند نشانه‌های‌افسردگی، اضطراب و استرس ارتباط معنی‌دار وجود دارد (۲۶). در رابطه با تنظیم شناختی هیجان با احساس تنهایی نیز تحقیقات نشان‌دهندهٔ رابطه بین این متغیرهاست (۳۰-۲۷). همچنین در رابطه با ارتباط تنظیم شناختی هیجان با اضطراب مرگ، گارنفسکی و کراجی معتقدند هرگونه نقص در تنظیم‌هیجانات می‌تواند فرد را در قبال مشکلات‌روان شناختی از جمله افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیر سازد (۲۴). تحقیقات نشان دادند که اختلالات اضطرابی تا حد زیادی ناشی از مشکل در تنظیم هیجان و به کارگیری راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان هستند (۳۱). وصالی و همکاران و اشکذری، اردکانی و کاغذگران نیز بیان داشتند راهبردهای تنظیم شناختی هیجان قادر به پیش‌بینی و تبیین اختلال‌های اضطرابی از جمله اضطراب مرگ می‌باشد (۳۲،۳۳). البته باید توجه داشت که رابطهٔ بین رگه‌های شخصیتی و تنظیم شناختی هیجان با احساس تنهایی و اضطراب مرگ یک رابطهٔ ساده نیست. بلکه هر کدام از این متغیرها ممکن است تحت تاثیر عوامل مختلفی قرار داشته باشند که بر رابطهٔ بین این متغیرها نیز تاثیر می‌گذارند. به‌عنوان مثال اضطراب بیماری شاید این رابطه را به صورت غیرمستقیم معنی‌دار کند. از اواخر دسامبر سال ۲۰۱۹، پنومونی ویروس کرونا (کووید ۱۹) از طریق انتقال انسان به انسان رخ داده و در حال حاضر بیش از ۲۰۰ کشور جهان را درگیر کرده است (۳۵-۳۴). این بیماری واگیردار فشار روانی غیرقابل تحملی مانند استرس و اضطراب بر روی جوامع درگیر وارد کرده است که این عوامل باعث احساس تنهایی و اضطراب مرگ می‌شود (۸). مطالعات نشان داده‌اند که رگه‌های شخصیتی با رفتارهای سلامتی ارتباط دارند؛ برای مثال

[1] Coronaviruses
[2] Russell
[3] Five Factor Mode
[4] McCrae, Costa
[5] Extraversion
[6] Openness to Experience
[7] Neuroticism
[8] Conscientiousness
[9] Agreeableness

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-07-04]
[DOR: 20.1001.1.23221887.1401.10.2.10.6]
[DOI: 10.61186/shefa.10.2.68]

افرادی که نمرهٔ بالایی در نوروزگرایی دارند، اغلب درباره سلامتی‌شان نگران‌اند و از سویی بالا رفتن اضطراب بیماری از جمله اضطراب کرونا ویروس با احساس تنهایی در رابطه است (۳۰، ۳۸-۳۶). از سویی با توجه به مطالب گفته شده تهدید و اضطراب ادراک شده از این بیماری می‌تواند باعث ناسازگاری شدید روانی مانند افسردگی، اضطراب و استرس بلاخص اضطراب مرگ شود (۳۹-۲۸). از سویی به دنبال راهبردهای منفی تنظیم‌شناختی هیجان و بالا رفتن اضطراب از جمله اضطراب مبتلا به کرونا ویروس، پژوهش‌گران در بررسی اثرات بیماری‌های عفونی تنفسی و قرنطینه در بعد فردی، به مشکلات و پریشانی روان‌شناختی و هیجانی که یکی از عوامل، ترس از سرایت بیماری به خودشان و افراده خانواده و دوستان و اضطراب مبتلاشدن به‌علاوه رنج بردن افراد از احساس تنهایی در قرنطینه و کاهش فعالیت‌های بدنی و محدود شدن اشاره دارند (۴۷-۴۰). در نتیجه تنظیم شناختی هیجان با اضطراب کووید ۱۹ در رابطه و اضطراب کووید ۱۹ با اضطراب مرگ در رابطه می‌باشد (۴۱). با توجه به شیوع بالا و روز افزون کروناویروس، ناشناخته بودن بیماری کرونا ویروس و از آن‌جایی که برای کاهش اضطراب کرونا ویروس و متعاقب آن عواقب جبران‌ناپذیر آن، ابتدا باید عوامل مرتبط با آن و سهم هر یک را شناسایی کرد و سپس از آن‌ها بهره برد. با توجه به شیوع سریع این بیماری و عدم تحقیق در این زمینه، به نظر می‌رسد انجام تحقیقات برای کمک به شناسایی این بیماری و به‌ویژه اضطراب ایجاد شده و شناسایی عوامل مرتبط با اضطراب بیماری و راهکارهای مقابله با اضطراب امری لازم است. با توجه به مطالب گفته شده پنج عامل شخصیت و تنظیم شناختی‌هیجان ممکن است به‌طور مستقیم با احساس تنهایی و اضطراب مرگ ارتباط داشته باشند و یا این که عوامل شخصیت و تنظیم شناختی هیجان به واسطهٔ اضطراب مبتلا به کرونا ویروس به صورت غیرمستقیم با اضطراب مرگ و احساس تنهایی در افراد رابطه داشته باشد. با جمع‌بندی ادبیات و پیشینهٔ پژوهش‌های مختلف در این زمینه، مدل نظری پیشنهاد می‌شود که ممکن است کمک‌کننده باشد. همچنین پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا مدل پیش‌بینی احساس تنهایی و اضطراب مرگ بر اساس رگه‌های شخصیت و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با تاکید بر نقش واسطه‌ای اضطراب ابتلا به کووید ۱۹، با داده‌های پژوهش برازش دارد؟

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش از نوع مدل معادلات ساختاری و روش همبستگی است. جامعهٔ آماری پژوهش کلیه شهروندان استان قم (۱/۲۹۲/۲۸۳) بود. در این پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس و حجم نمونه با توجه به توصیهٔ کلاین مبنی بر آن که برای هر ماده ۲/۵ تا ۵ نفر کفایت می‌کند اما حداقل حجم نمونه ۲۰۰ نفر قابل دفاع است که در این پژوهش با توجه به ماده‌های پرسشنامه‌ها (۱۵ ماده‌ای اضطراب مرگ، ۲۰ ماده‌ای احساس تنهایی، ۶۰ ماده‌ای رگه‌های پنج عاملی شخصیت، ۱۸ ماده‌ای تنظیم شناختی هیجانی و ۱۸ ماده‌ای پرسشنامه اضطراب کرونا ویروس) حداقل ۳۲۷ نفر باید انتخاب می‌شدند ولی با در نظر گرفتن پرسشنامه‌های پرت، در این پژوهش ۴۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس به پرسشنامه‌های (اضطراب مرگ، احساس تنهایی، رگه‌های پنج عاملی شخصیت، تنظیم شناختی هیجانی و پرسشنامه اضطراب کرونا ویروس) به صورت آنلاین (از طریق گروه‌ها و کانال‌های استانی) پاسخ دادند. لازم به ذکر است ارایه و دریافت پرسشنامه توسط فرد محقق انجام شد و قابل ذکر است که به خاطر شرایط حاد امروز به دلیل شیوع کرونا ویروس پرسشنامه‌ها به طریق آنلاین به وسیلهٔ ابزار پرس‌لاین در اختیار شهروندان قم با ذکر بیان هدف پژوهش قرار گرفت. **پرسشنامهٔ احساس تنهایی (UCLA):** پرسشنامهٔ احساس تنهایی[10] برای بار اول توسط راسل تدوین شد که شامل ۲۰ ماده است (۴۸). پاسخ‌دهی به این پرسشنامه به صورت ۴ گزینه‌ای، ۱۰ جملهٔ منفی و ۱۰ جمله مثبت است. در این پرسشنامه هرگز امتیاز (۱)، به‌ندرت امتیاز (۲)، گاهی امتیاز (۳) و همیشه امتیاز (۴) دارد. ولی امتیاز سوالات ۲۰، ۱۹، ۱۶، ۱۵، ۱۰، ۹، ۶، ۵، ۱ برعکس است. دامنهٔ نمره‌ها بین ۲۰ (حداقل) و ۸۰ (حداکثر) است. میانگین نمره ۵۰ است. نمرهٔ بالاتر از میانگین بیانگر شدت بیشتر تنهایی است (۴۸). نسخهٔ نهایی این پرسشنامه در چهار گروه دانشجویان، پرستاران، معلمان و افراد مسن به روش‌های مختلفی مثل خودگزارش‌دهی و مصاحبه اجرا شده و دامنهٔ آلفا از ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ به دست آمده است (۴۸). در ایران نیز سودانی، شجاعیان و نیسی خصوصیات روان سنجی این پرسشنامه را بررسی نمودند که ضریب پایایی از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ به دست آمد (۴۹). **پرسشنامهٔ اضطراب مرگ (DAS):** پرسشنامهٔ اضطراب مرگ[11] برای اولین بار توسط تمپلر[12] ساخته شده است و شامل ۱۵ ماده است که نگرش مشارکت‌کنندگان را به مرگ می‌سنجد (۵۰). مشارکت‌کننده‌ها پاسخ‌های خود را به هر سؤال با گزینه‌های بلی یا خیر مشخص می‌کنند و براساس پاسخ بلی یا خیر، به آن نمرهٔ یک (اگر پاسخ فرد نشان‌دهندهٔ وجود اضطراب مرگ باشد) یا نمرهٔ صفر (اگر پاسخ فرد نشانگر عدم‌وجود اضطراب مرگ باشد) داده می‌شود. امتیاز پرسشنامه از ۰(عدم

[10] Loneliness Questionnaire
[11] Death Anxiety Questionnaire
[12] Templer

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-07-04]
[DOR: 20.1001.1.23221887.1401.10.2.10.6]
[DOI: 10.61186/shefa.10.2.68]

وجود اضطراب مرگ) تا ۱۵ (اضطراب مرگ خیلی بالا) بود که حد وسط آن (۷ -۶)، نقطهٔ برش در نظر گرفته شد. بیشتر از آن (۷ تا ۱۵) اضطراب مرگ بالا و کمتر از آن (۶ -۰) اضطراب مرگ پایین است. تمپلر ضریب بازآزمایی پرسشنامهٔ اضطراب مرگ را ۰/۰۸۳ به دست آورده است (۵۰). رجبی و بحرانی، این پرسشنامه را روی ۳۸ دانشجو در شهر اهواز بررسی کردند و ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۳ گزارش شد و برای روایی مقیاس اضطراب مرگ از دو آزمودنی مقیاس نگرانی مرگ و پرسشنامه آشکار استفاده شد (۵۱). ضریب همبستگی بین مقیاس اضطراب مرگ و نگرانی مرگ ۰/۰۴۰ اضطراب آشکار ۰/۰۴۳ به دست آمد (۵۱). **پرسشنامهٔ رگهٔ پنج عاملی شخصیت (NEO):** رگهٔ پنج عاملی شخصیت[13] اولین بار توسط کاستا و مک‌کری در سال ۱۹۸۵ساخته شد. فرم کوتاه (NEO- FFI) شامل ۶۰ ماده است. در این سیاهه ۵ رگهٔ نوروزگرایی، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق‌جویی، و وظیفه‌شناسی را اندازه می‌گیرد. پاسخ‌دهی به این رگه‌ها در قالب لیکرتی ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) امکان‌پذیر است (۵۲). نمره‌گذاری فرم کوتاه این سیاهه در تمام مواد یکسان نیست. به این معنی که در نمره‌گذاری برخی از مواد فرم کوتاه سیاهه، به کاملاً مخالفم نمرهٔ ۴، مخالفم نمرهٔ ۳، بی‌تفاوت نمرهٔ ۲، موافقم نمرهٔ ۱ و کاملاً موافقم نمرهٔ ۰ تعلق می‌گیرد. در حالی که برخی دیگر از ماده‌های (۵۷، ۵۵، ۵۴، ۴۸، ۴۶، ۴۵، ۴۴، ۴۲، ۳۹، ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۳، ۲۴، ۲۷، ۲۹، ۳۰، ۳۳، ۳۸، این فرم کوتاه به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (۵۳). پرسشنامهٔ رگهٔ پنج عاملی شخصیت توسط مک‌کری و کاستا روی ۲۰۸ نفر از دانشجویان آمریکایی به فاصلهٔ سه ماه اجرا شد که ضرایب اعتبار به ترتیب برای نوروزگرایی ۰/۸۳، برون‌گرایی ۰/۷۵، گشودگی به تجربه ۰/۸۰، توافق‌جویی ۰/۷۹ و وظیفه‌شناسی ۰/۷۹ به دست آمده است (۵۵-۵۴). همچنین برآورد کاستا و مک‌کری از روایی سازه این ابزار در سال ۱۹۹۹، ۰/۸۴ بوده است. در مطالعهٔ گروسی‌فرشی ضریب همسانی درونی کل این سیاهه در حدود ۰/۷۰ و ضرایب آلفای کرونباخ رگه‌های نوروزگرایی، برون‌گردی، توافق‌جویی، وظیفه‌شناسی وگشودگی به تجربه به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۸۰، ۰/۸۷ و ۰/۴۵ به دست آمد (۵۳). این سیاهه برای اجرا در بین دانشجویان ترجمه و آمادهٔ اجرا شد، روایی همزمان بین فرم کوتاه و بلند این سیاهه را برای پنج عامل بین ۰/۴۱ تا ۰/۷۱، اعتبار را بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۶ و آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌ها را بین ۰/۵۴ تا۰/۷۹ گزارش شده است (۵۶). **پرسشنامهٔ تنظیم شناختی هیجانی (CERQ):** پرسشنامهٔ تنظیم شناختی هیجانی[14] فرم کوتاه شدهٔ یکی از معتبرترین ابزار ارزیابی برای اندازه‌گیری راهبردهای گوناگون شناختی می‌باشد که به وسیلهٔ گرانفسکی و کرایچ ساخته شده است و دارای ۱۸ ماده است (۵۷). این پرسشنامهٔ ۱۸ ماده‌ای در طیف ۵ لیکرتی (از هرگز تا همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. در این پرسشنامه از فرد خواسته می‌شود تا واکنش خود را در مواجهه با تجارب تهدیدآمیز و رویدادهای استرس‌زای زندگی که به تازگی تجربه کرده‌اند را به وسیلهٔ پاسخ به ۱۸ پرسش که ۹ راهبرد شناختی برای کنترل و تنظیم هیجان را ارزیابی می‌کند، مشخص نماید. راهبرد شناختی عبارتند از: ۱- ملامت خویش، ۲- پذیرش، ۳- نشخوارگری ، ۴- تمرکزمجدد مثبت، ۵- تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ۶- ارزیابی مجدد مثبت، ۷- دیدگاه‌گیری، ۸- فاجعه‌سازی، ۹- ملامت دیگران (۵۸).در پژوهش گرانفسکی و کرایچ پایایی و همسانی درونی غالب مقیاس‌ها با ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ تایید شد (۵۹). پرسشنامهٔ تنظیم شناختی هیجانی در فرهنگ ایرانی توسط حسنی مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در پژوهش حسنی [۶۰] پایایی براساس روش‌های همسانی درونی (با دامنهٔ آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲) و بازآزمایی (با دامنهٔ همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷) و روایی پرسشنامهٔ مطلوب گزارش شده است (۶۰). **اضطراب به کروناویروس (CDAS):** پرسشنامهٔ اضطراب کرونا ویروس اولین بار توسط علی‌پور، قدمی، علی‌پور و عبداله‌زاده تدوین شد (۶۱). این ابزار جهت سنجش اضطراب ناشی از شیوع ویروس کرونا در کشور ایران تهیه و اعتباریابی شده است. نسخهٔ نهایی این ابزار دارای ۱۸ ماده و ۲ مؤلفه (عامل) است. این ابزار در طیف ۴ درجه‌ای لیکرت (هرگز= ۰، گاهی اوقات = ۱، بیشتر اوقات =۲ و همیشه= ۳) نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین بیشترین و کمترین نمره بین ۰ تا ۵۴ است. نمرات بالا در این پرسشنامه نشان دهندهٔ سطح بالاتری از اضطراب در افراد است. گویه‌های ۱ تا ۹ علائم روانی و گویه‌های ۱۰ تا ۱۸ علائم جسمانی را می‌سنجد. پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای عامل اول (α=۰/۸۷۹)، عامل دوم (α=۰/۱۶۸) و برای کل پرسشنامه (α=۰/۹۱۹) به دست آمد. همچنین مقدار λ-۲ گاتمن برای عامل اول (λ-۲=۰/۸۸۲)، عامل دوم (λ-۲=۰/۸۶۴)، و برای کل پرسشنامه (λ-۲=۰/۹۲۲)، به دست آمد. جهت بررسی روایی وابسته همبستگی به ملاک این پرسشنامه از همبسته کردن این ابزار با پرسشنامه GHQ-۲۸ استفاده شد که نتایج نشان داد پرسشنامهٔ اضطراب کرونا با نمرهٔ کل پرسشنامه GHQ-۲۸ و مؤلفهٔ اضطراب، نشانه‌های جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب برابر با ۰/۴۸۳، ۰/۵۰۷، ۰/۴۱۸، ۰/۳۳۳ و ۰/۲۶۹است و کلیهٔ این ضرایب در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود (۶۱). تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش حاضر در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح آمار توصیفی با استفاده از شاخص‌های آماری مانند فراوانی،

[13] Personal Attitudes Questionnaire
[14] Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-07-04]
[DOR: 20.1001.1.23221887.1401.10.2.10.6]
[DOI: 10.61186/shefa.10.2.68]

میانگین و انحراف استاندارد، به تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته شد. در سطح آمار استنباطی متناسب با سطح سنجش داده‌ها و پیش فرض‌های آزمون‌های آماری، رابطهٔ بین متغیرها با آزمون همبستگی پیرسون و مدل پژوهش با تکنیک تحلیل مسیر آزمون شد. حداکثر سطح خطای آلفا جهت آزمون فرضیه‌ها، مقدار ۰/۰۵ تعیین شد (P<۰/۰۵). تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای آماری SPSS26 و AMOS24 انجام شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ متغیرهای اصلی پژوهش با استفاده از شاخص‌های گرایش به مرکز و پراکندگی و همچنین طبیعی بودن، بررسی توصیف شدند.

نتایج جدول ۱ نشان داد میانگین احساس تنهایی برابر با ۶۰/۹۱ و اضطراب مرگ برابر با ۷/۵۷ بود. در رگه‌های شخصیتی بالاترین میانگین را وظیفه‌شناسی با میانگین ۳۲/۰۸ و کمترین میانگین را رگه شخصیتی روان رنجوری با میانگین ۲۲/۵۹ داشت. در تنظیم شناختی هیجان میانگین راهبردهای سازگارانه (۳۳/۰۲) بالاتر از میانگین راهبردهای ناسازگارانه (۲۲/۲۱) بود. همچنین میانگین اضطراب مبتلا به کرونا ویروس برابر با ۴۳/۰۹ بود. نتایج جدول ۱ نشان داد هیچ یک از متغیرهای پژوهش انحراف جدی از توزیع بهنجار ندارند. بر اساس اغلب منابع کجی توزیع نمره‌ها در دامنه (۲ و ۲-) و کشیدگی در دامنه (۳ و ۳-) را می‌توان بهنجار فرض کرد، توزیع داده‌های هیچ یک از متغیرهای پژوهش از این دامنه‌ها تخطی نکرده است، بنابراین می‌توان توزیع داده‌ها را بهنجار فرض کرد.

یافته‌ها نشان داد که متغیر ملاک احساس تنهایی با

جدول ۱- خلاصهٔ یافته‌های توصیفی احساس تنهایی، اضطراب مرگ، رگه‌های شخصیتی، تنظیم شناختی هیجان و اضطراب مبتلا به کرونا ویروس [n=۳۲۲]

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	کجی	کشیدگی
احساس تنهایی	۶۰/۹۱	۹/۵۷	۳۸	۸۰	-۰/۱۹۰	-۰/۷۴۷
اضطراب مرگ	۷/۵۷	۲/۴۷	۲	۱۴	۰/۱۸۱	-۰/۳۸۰
روان‌رنجوری	۲۲/۵۹	۶/۲۳	۱۱	۳۸	۰/۱۹۷	-۰/۷۱۵
برون‌گردی	۲۹/۵۴	۶/۰۷	۱۰	۴۶	-۰/۲۴۲	-۰/۱۰۴
گشودگی به تجربه	۲۶/۵۷	۵/۱۶	۱۲	۴۰	۰/۱۳۱	-۰/۳۶۲
توافق‌جویی	۳۰/۶۳	۵/۲۳	۱۴	۴۴	-۰/۷۶۴	۰/۶۳۴
وظیفه‌شناسی	۳۲/۰۸	۵/۹۱	۱۴	۴۸	-۰/۸۸۵	۰/۰۱۱
راهبردهای سازگارانه	۳۳/۰۲	۷/۸۴	۱۵	۵۰	-۰/۰۱۲	-۰/۶۶۹
راهبردهای ناسازگارانه	۲۲/۲۱	۵/۳۲	۱۱	۳۶	۰/۲۱۴	-۰/۶۵۸
اضطراب مبتلا به کرونا ویروس	۴۳/۰۹	۹/۹۲	۹	۵۴	-۱/۲۳	۰/۸۴۱

جدول ۲- ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

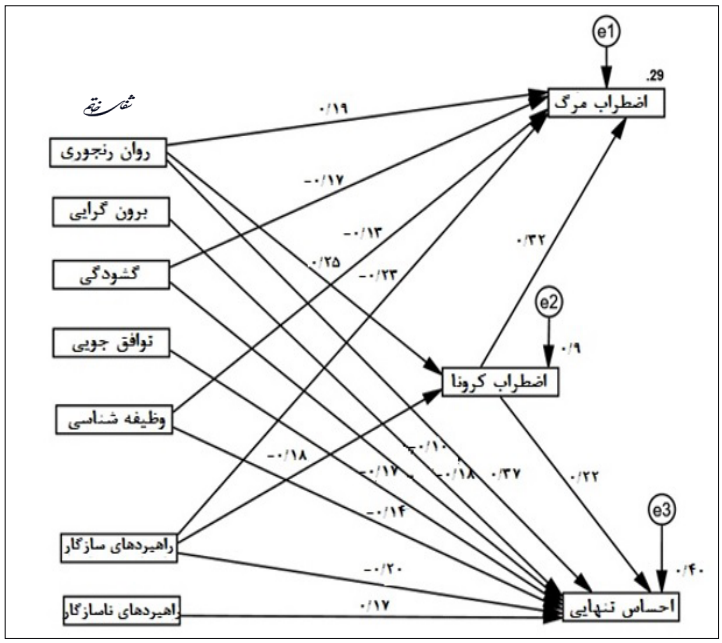
متغیرها									
احساس تنهایی									
اضطراب مرگ	۰/۴۸ *								
روان رنجوری	۰/۵۲ **	۰/۳۵ **							
برون‌گرایی	-۰/۴۴ **	-۰/۲۱ **	-۰/۳۷ **						
گشودگی به تجربه	-۰/۲۸ **	-۰/۲۷ **	-۰/۱۸ **	۰/۱۹ **					
توافق‌جویی	-۰/۳۹ **	-۰/۲۳ **	-۰/۲۰ **	۰/۳۶ **	۰/۲۰ **				
وظیفه‌شناسی	-۰/۳۴ **	-۰/۲۵ **	-۰/۱۲ *	۰/۲۵ **	۰/۱۲ *	۰/۲۶ **			
راهبردهای سازگارانه	-۰/۴۱ **	-۰/۳۶ **	-۰/۱۷ **	۰/۰۹	۰/۰۸	۰/۲۴ **	۰/۲۰ **		
راهبردهای ناسازگارانه	۰/۳۷ **	۰/۲۷ **	۰/۰۶	-۰/۱۹ **	-۰/۱۷ **	-۰/۱۷ **	-۰/۲۷ **	-۰/۴۵ **	
اضطراب کرونا	۰/۴۰ **	۰/۴۴ **	۰/۲۷ **	-۰/۱۲ *	-۰/۱۴ *	-۰/۰۹	-۰/۱۴ *	-۰/۲۲ **	۰/۱۸ **

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-07-04]
[DOR: 20.1001.1.23221887.1401.10.2.10.6]
[DOI: 10.61186/shefa.10.2.68]

تمامی متغیرهای پژوهش رابطه دارد (P<۰/۰۵). جهت رابطهٔ بین روان‌رنجوری، راهبردهای ناسازگارانه و اضطراب کرونا با احساس تنهایی و اضطراب مرگ، مثبت است و برون‌گرایی، گشودگی، توافق‌جویی، وظیفه‌شناسی و راهبردهای سازگارانه با احساس تنهایی و اضطراب مرگ منفی است. احساس تنهایی قوی‌ترین همبستگی را با روان‌رنجوری با ضریب ۰/۵۲ و اضطراب مرگ با ضریب ۰/۴۸ دارد. مطابق نتایج متغیر ملاک اضطراب مرگ نیز با تمامی متغیرهای پژوهش رابطه دارد (P<۰/۰۵). نتایج نشان داد تمامی رگه‌های شخصیت به غیر از توافق‌جویی با متغیر میانجی اضطراب کرونا رابطه دارد (P<۰/۰۵). جهت رابطهٔ روان‌رنجوری با اضطراب کرونا مثبت و سایر رگه‌های شخصیت با اضطراب کرونا، منفی است. بررسی شدت همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین نشان می‌دهد که شدت همبستگی بین متغیرها کمتر از مقدار ۰/۷۰ است و در نتیجه پیش‌فرض عدم همخطی چندگانه که از پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل مسیر است در داده‌ها برقرار است. مدل مفهومی پژوهش با استفاده از تکنیک تحلیل مسیر و با استفاده از نرم‌افزار ایموس آزمون شد. جدول ۳ شاخص‌های برازش مدل را نشان می‌دهد و نتایج آزمون مدل در جدول ۴ ارائه شده است. در مدل تجربی اولیه تعداد روابط بین متغیرها زیاد و مدل از پیچیدگی نسبی برخوردار بود که در نتیجه تعدادی از روابط غیرمعنی‌دار بود و همچنین برازش مدل مقدار قابل قبولی نبود. در نتیجه تغییراتی در مدل تجربی اولیه ایجاد شد و روابط غیرمعنی‌دار مدل حذف شد که موجب بهبود برازش مدل گردید که در این بخش، مدل اصلاح شده گزارش و بررسی شد.

تصویر ۱ مدل اصلاح شده را در حالت ضرایب استاندارد شده نشان می‌دهد. تمامی روابط در مدل تایید شده است. نتایج نشان می‌دهد قوی‌ترین روابط در مدل مربوط به تاثیر روان‌رنجوری بر احساس تنهایی با ضریب استاندارد ۰/۳۷، اضطراب کرونا بر اضطراب مرگ با ضریب ۰/۳۲ و تاثیر روان‌رنجوری بر اضطراب کرونا با ضریب ۰/۲۵ است. شاخص‌های برازش مدل در جدول ۳ بررسی شده است.

در مجموع با ارزیابی تمامی شاخص‌های برازش (جدول ۳) می‌توان استنباط کرد که شاخص‌های برازش به دست آمده در مجموع نشان از برازش مناسب داده‌ها



تصویر ۱- مدل اصلاح شده در حالت ضرایب مسیر استاندارد

جدول ۳- شاخص‌های برازش مدل پژوهش

شاخص برازش	AGFI	PGFI	IFI	NFI	CFI	GFI	RMSEA	نسبت مجذور کای بر درجهٔ آزادی
معیار	>۰/۷۰	>۰/۵۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۴	<۰/۰۸	در بازه ۱ تا ۵
نتیجه	۰/۸۸	۰/۵۴	۰/۹۳	۰/۹۰	۰/۹۱	۰/۹۲	۰/۰۵۶	۲/۵۴

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-07-04]
[DOR: 20.1001.1.23221887.1401.10.2.10.6]
[DOI: 10.61186/shefa.10.2.68]

با مدل مفهومی دارند و مدل پژوهش از برازش قابل قبولی برخوردار است. ۷ شاخص از ۸ شاخص مقدار قابل قبول و مناسب و یک شاخص مقدار متوسطی به دست آمده است که می‌توان نتیجه گرفت که مدل برازش مناسبی دارد و برازندگی مدل تایید می‌شود. در جدول ۴ نتایج آزمون مدل ساختاری گزارش شده است. نتایج آزمون مدل‌سازی معادلات ساختاری نشان داد همهٔ روابط مدل اصلاحی معنی‌دار است و تمامی ۱۵ رابطه تایید می‌شود (P<۰/۰۵). مقادیر ضریب تعیین متغیرهای وابستهٔ اضطراب مرگ برابر با ۰/۲۹ و احساس تنهایی برابر با ۰/۴۰ به دست آمد که مقادیری در حدود متوسط است و نشان داد متغیرهای رگه‌های شخصیت، راهبردهای تنظیم هیجان و اضطراب کرونا توانسته‌اند ۲۹ درصد از واریانس اضطراب مرگ و ۴۰ درصد از واریانس احساس تنهایی را تبیین کنند. یافته‌ها نشان داد تاثیر ویژگی‌های شخصیت روان‌رنجوری، گشودگی و وظیفه‌شناسی و تاثیر راهبردهای سازگارانه و اضطراب کرونا بر اضطراب مرگ تایید شد (P<۰/۰۵). یافته‌ها نشان داد که تاثیر مستقیم برون‌گرایی، توافق‌جویی و راهبردهای ناسازگار بر اضطراب مرگ رد شد و این روابط از مدل حذف شد (P<۰/۰۵). یافته‌ها نشان داد تاثیر تمامی پنج ویژگی شخصیت شامل روان‌رنجوری، برون‌گرایی، گشودگی، توافق‌جویی و وظیفه‌شناسی و همچنین تاثیر راهبردهای سازگار و راهبردهای ناسازگار و اضطراب کرونا بر احساس تنهایی تایید شده است (P<۰/۰۵). یافته‌ها نشان داد از بین ویژگی‌های شخصیت فقط ویژگی روان‌رنجوری و از بین راهبردهای تنظیم هیجان، فقط راهبردهای سازگارانه بر اضطراب کرونا تایید شد (P<۰/۰۵). بر این اساس تاثیر چهار ویژگی شخصیت برون‌گرایی، گشودگی، توافق‌جویی و وظیفه‌شناسی و تاثیر راهبردهای ناسازگارانه بر اضطراب کرونا رد شد و در نتیجه این روابط از مدل حذف شد (P<۰/۰۵). همچنین بر این اساس نقش میانجی اضطراب کرونا در رابطهٔ بین متغیرهای ذکر شده با متغیرهای وابسته رد می‌شود. در جدول ۵ نتایج آزمون میانجی‌گری آمده است. معنی‌داری نقش میانجی‌گری با استفاده از روش بوت استراپینگ در نرم‌افزار ایموس بررسی شد. در جدول ۵ فقط روابط میانجی‌گری معنی‌دار گزارش شده است (P<۰/۰۵). نتایج آزمون میانجی‌گری نشان داد که اضطراب کرونا در

جدول ۴- نتایج آزمون مدل پژوهش [جدول ضرایب]

نوع تاثیر	ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	خطای استاندارد	مقدار t	مقدار P	نتیجه
روان‌رنجوری ← اضطراب مرگ	۰/۱۹	۰/۰۷	۰/۰۱۸	۳/۹۲	<۰/۰۰۱	تایید
گشودگی ← اضطراب مرگ	-۰/۱۷	-۰/۰۸	۰/۰۲۱	۳/۵۸	<۰/۰۰۱	تایید
وظیفه‌شناسی ← اضطراب مرگ	-۰/۱۳	-۰/۰۵	۰/۰۱۹	۲/۷۳	۰/۰۰۶	تایید
روان‌رنجوری ← احساس تنهایی	۰/۳۷	۰/۴۹	۰/۰۵۹	۸/۳۲	<۰/۰۰۱	تایید
برون‌گرایی ← احساس تنهایی	-۰/۱۸	-۰/۲۵	۰/۰۵۹	۴/۱۷	<۰/۰۰۱	تایید
گشودگی ← احساس تنهایی	-۰/۱۰	-۰/۱۵	۰/۰۶۹	۲/۲۰	۰/۰۲۸	تایید
توافق‌جویی ← احساس تنهایی	-۰/۱۷	-۰/۲۶	۰/۰۶۸	۳/۸۳	<۰/۰۰۱	تایید
وظیفه‌شناسی ← احساس تنهایی	-۰/۱۴	-۰/۲۰	۰/۰۶۰	۳/۲۹	۰/۰۰۱	تایید
روان‌رنجوری ← اضطراب کرونا	۰/۲۵	۰/۳۹	۰/۰۸۴	۴/۶۱	<۰/۰۰۱	تایید
راهبردهای سازگار ← اضطراب مرگ	-۰/۲۳	-۰/۰۷	۰/۰۱۴	۴/۸۴	<۰/۰۰۱	تایید
راهبردهای سازگار ← احساس تنهایی	-۰/۲۰	-۰/۲۱	۰/۰۴۶	۴/۴۳	<۰/۰۰۱	تایید
راهبردهای ناسازگار ← احساس تنهایی	۰/۱۷	۰/۲۶	۰/۰۶۷	۳/۸۶	<۰/۰۰۱	تایید
راهبردهای سازگار ← اضطراب کرونا	-۰/۱۸	-۰/۲۳	۰/۰۶۷	۳/۳۸	<۰/۰۰۱	تایید
اضطراب کرونا ← اضطراب مرگ	۰/۳۲	۰/۰۸	۰/۰۱۲	۶/۴۹	<۰/۰۰۱	تایید
اضطراب کرونا ← احساس تنهایی	۰/۲۲	۰/۱۸	۰/۰۳۸	۴/۷۸	<۰/۰۰۱	تایید

جدول ۵- نتایج آزمون میانجی‌گری

رابطه	اثر غیرمستقیم	سطح معنی‌داری	نتیجه
روان رنجوری ← اضطراب کرونا ← اضطراب مرگ	۰/۰۷۷	<۰/۰۵	تایید
راهبردهای سازگار ← اضطراب کرونا ← اضطراب مرگ	۰/۰۴۵	<۰/۰۵	تایید
روان رنجوری ← اضطراب کرونا ← احساس تنهایی	۰/۰۵۳	<۰/۰۵	تایید
راهبردهای سازگار ← اضطراب کرونا ← احساس تنهایی	۰/۰۳۱	<۰/۰۵	تایید

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-07-04]
[DOR: 20.1001.1.23221887.1401.10.2.10.6]
[DOI: 10.61186/shefa.10.2.68]

رابطهٔ بین روان‌رنجوری با اضطراب مرگ نقش میانجی دارد (P<۰/۰۵). همچنین نقش میانجی اضطراب کرونا در رابطهٔ بین راهبردهای سازگار با اضطراب مرگ تایید می‌شود (P<۰/۰۵). یافته‌ها نشان داد اضطراب کرونا نقش میانجی در رابط بین روان‌رنجوری با احساس تنهایی و همچنین در رابطهٔ بین راهبردهای سازگار با احساس تنهایی دارد (P<۰/۰۵). برای تعیین اثر میانجی‌گری از آماره VAF استفاده شد. این آماره مقداری بین ۰ تا ۱ اختیار می‌کند و هرچه به ۱ نزدیک‌تر باشد نشان از قوی‌تر بودن تاثیر متغیر میانجی دارد. یافته‌ها نشان داد آماره VAF در رابطهٔ روان‌رنجوری و اضطراب مرگ برابر با ۰/۲۸۸، در رابطهٔ راهبردهای سازگار و اضطراب مرگ برابر با ۰/۱۶۴، در رابطهٔ روان‌رنجوری و احساس تنهایی برابر با ۰/۱۲۵ و در رابطهٔ راهبردهای سازگار و احساس تنهایی برابر با ۰/۱۳۴ به دست آمد و بدین معنا بود که بیشتر اثرات متغیرها از نوع مستقیم بود و بخش کمتری از تاثیر به صورت غیرمستقیم تبیین شد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد مدل احساس تنهایی و اضطراب مرگ براساس رگه‌های شخصیت و تنظیم‌شناختی‌هیجان با تاکید بر نقش واسطه‌ای اضطراب ابتلا به کرونا ویروس برازش دارد و نتایج آزمون میانجی‌گری نشان داد که اضطراب کرونا در رابطهٔ بین روان‌رنجوری با اضطراب مرگ نقش میانجی دارد. همچنین نقش میانجی اضطراب کرونا در رابطهٔ بین راهبردهای سازگار با اضطراب مرگ تایید می‌شود. یافته‌ها نشان داد اضطراب کرونا نقش میانجی در رابطهٔ بین روان‌رنجوری با احساس تنهایی و همچنین در رابطهٔ بین راهبردهای سازگار با احساس تنهایی دارد. در رابطهٔ همبستگی و برازش بین متغیرها این یافته‌ها همسو با نتایج تحقیقات پیشین می‌باشد (۷۶-۶۲، ۲۸، ۱۸). در تبیین این نتایج می‌توان گفت عوامل شخصیتی پیش‌بینی‌کنندهٔ اضطراب سلامتی می‌باشد. اضطراب مبتلا به بیماری با عامل شخصیتی نوروزگرایی و درون‌گرایی به صورت مثبت و با عوامل برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، مسئولیت‌پذیری و با وجدان بودن رابطهٔ منفی معنی‌داری دارد. در تبیین این داده‌ها چنین می‌توان استنباط کرد که نوروزگرایی ضعف انرژی روانی است که باعث ناتوانی در تحقق بخشیدن رفتارهای سالم و بهنجار می‌باشد. در نتیجهٔ نوروزگرایی یکی از صفات شخصیتی بنیادین است که با عواطف منفی از جمله اضطراب (اضطراب مبتلا به بیماری) و به دنبال آن، ترس، نگرانی، یأس و احساس تنهایی شناخته می‌شود. افزون بر این، درون‌گرایی نوعی نگرش است که برحسب روش برخورد در جهت‌گیری در زندگی از طریق محتویات ذهنی روانی نمایان می‌شود. افراد درون‌گرا از لحاظ روانی دارای سرعت فعالیت مغزی بالاتر از حد طبیعی هستند و این امر سبب می‌شود که این افراد به قوای محرکه کمتر از حد طبیعی نیاز پیدا نمایند. به‌عبارتی، آرامش و سکوت را ترجیح می‌دهند. اما در مورد ارتباط منفی اضطراب مبتلا به بیماری و عوامل دلپذیر بودن و با وجدان بودن، می‌توان اذعان داشت که دلپذیر بودن یعنی فرد در موقعیت‌های فشار زا مانند شرایط بحرانی یک بیماری همه‌گیر پاسخ مناسب و سازگارانه‌ای داشته باشد. مطالعات نشان می‌دهد افرادی که نمرهٔ پایینی در این صفت کسب می‌کنند بی‌ثباتی بیشتری در هیجانات و آسیب‌پذیری بالاتری در ابتلا به اختلالات مانند اضطراب‌های بالا و احساس تنهایی را دارا هستند. البته وجدان و مسئولیت‌پذیری پایین در افراد نیز موجب می‌شود تا سازماندهی، رفتارهای بازداری، منطق‌گرایی و قابلیت اعتماد کاهش یافته و مسئولیت امور بر عهدهٔ دیگران باشد. این افراد با خویشتن‌داری پایین و اعتماد کم به خود و دیگران، دائمًا در موقعیت‌های مختلف (شرایط بیماری) احساس نگرانی می‌کنند و بازداری ضعیفی در ابراز هیجانات نشان می‌دهند و دچار اضطراب بالا می‌شوند. با توجه به موارد گفته شده نتایج پژوهش کووان و یاهارا نیز نشان‌دهندهٔ این است بالا رفتن در نمره وظیفه‌شناسی، گشودگی به جربه، توافق‌جویی و برون‌گرایی باعث پایین آمدن سطح اضطراب می‌شود؛ زیرا این افراد اعتماد به نفس بالاتری دارند و نسبت به دیگران و محیط خوش‌بین‌تر هستند و جنبه‌های مثبت را بزرگ‌نمایی و نوع دوست و دیگران را قابل اعتماد می‌دانند و از سطح سلامت بالایی برخوردارند در نتیجه نمرهٔ پایینی در سطح اضطراب و افسردگی دارند و هر چه فرد نمرهٔ بالایی در نوروزگرایی بگیرند سطح بالاتری از اضطراب را نشان می‌دهد و در نتیجهٔ بالا رفتن اضطراب مبتلا به کرونا ویروس منجر به آسیب‌های روانی اعم از احساس تنهایی است (۶۵، ۶۲، ۱۸). همچنین کانگ و همکاران بیان داشتند وضعیت بحرانی و اضطراری، همانند شیوع بیماری کرونا ویروس، اثرات بیماری نه تنها می‌تواند باعث ایجاد مشکلات سلامت روان در افراد با ویژگی‌های شخصیتی متفاوت شود بلکه تأثیر ماندگاری بر عواطف منفی این افراد نیز خواهد داشت که می‌توان به اضطراب مرگ اشاره کرد (۶۷). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که بیماری همه‌گیر کرونا بسیاری از مردم جهان را درگیر کرده است و با اعلام تعداد کشته‌شدگان در اثر این بیماری، اضطراب ناشی از مرگ ویروس کرونا هر روز افزایش می‌یابد و ترس روانی ناشی از این بیماری بیشتر از

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-07-04]
[DOR: 20.1001.1.23221887.1401.10.2.10.6]
[DOI: 10.61186/shefa.10.2.68]

خود بیماری ترس دارد. اگرچه بیماری‌های عفونی طیف گسترده‌ای از پاسخ‌های عاطفی را ایجاد می‌کنند، اما همهٔ افراد به یک اندازه این تأثیر عاطفی منفی را تجربه نمی‌کنند. همچنین تهدید و اضطراب ادراک شده از بیماری از جمله اضطراب‌کرونا ویروس می‌تواند باعث ناسازگاری شدید روانی مانند افسردگی، استرس و بالاخص، اضطراب مرگ شود (۶۸-۶۶). همچنین دومارادزکا و فاجکوسکا ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان با اضطراب و افسردگی رابطهٔ منفی و راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان با اضطراب و افسردگی رابطهٔ مثبت داشتند (۷۰). راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان با اضطراب رابطهٔ منفی و معنی‌دار و راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان با اضطراب رابطهٔ مثبت و معنی‌دار داشت. در تبیین این یافته بر مبنای پژوهش دیدریچ و همکاران می‌توان گفت که راهبردهای مثبت که راهبردهای‌سازش یافته در مقابله با رویدادهای تنش‌زا هستند باعث بهبود عزت نفس، صلاحیت‌های اجتماعی و غیره می‌شوند (۷۱). در مقابل راهبردهای منفی که راهبردهای سازش نیافته در مقابله با رویدادهای تنش‌زا هستند باعث استرس، افسردگی، سایر آسیب‌های روانی و غیره می‌شوند (۶۸). به‌طور کلی ارزیابی و تنظیم منظم و فعال شناختی هیجان می‌تواند از فشار روحی افراد جلوگیری کند و تسلیم احساسات ناکارآمد نشوند و این امر به نوبه خود باعث کاهش اضطراب ابتلا به کرونا ویروس و به دنبال آن سلامت روان در افراد کم کند و به دنبال آن احساس تنهایی و اضطراب مرگ کاهش می‌یابد و به‌صورت کلی نظریه‌پردازان آسیب‌شناسی روانی معتقدند که داشتن عملکرد ناموفق در تعاملات اجتماعی و احساس تنهایی نیز در نتیجهٔ تنظیم ناکافی پاسخ‌های هیجانی ایجاد می گردد که در این بین اضطراب بین تنظیم شناختی هیجان و احساس‌تنهایی نقش واسطه‌ای دارد (۷۲). زیرا که بیان شد مشکل در تنظیم هیجانی با تعدادی از اختلالات عاطفی مانند اختلالات اضطرابی از جمله اضطراب کرونا ویروس و به دنبال اضطراب، به دلیل شرایط محدودیت و قرنطینه، اغلب، تحمل قرنطینهٔ طولانی مدت، برای افراد مختلف یک تجربهٔ ناخوشایند و استرس‌زا است که منجر به احساس تنهایی می‌شود (۷۳-۶۶، ۶۳). همچنین نشان داده شده است که افراد مضطرب در تنظیم هیجانات خود از راهبردهای ناسازگارانه همچون نشخوار و فاجعه‌سازی استفاده می‌کنند و فراوانی استفاده از راهبردهای مثبت در آن‌ها محدود است که این منجر به تجربه شدید و طولانی مدت هیجانات منفی در آن‌ها می‌شود. به همین ترتیب، مطالعات متعددی نشان می‌دهند که اختلالات مهارت‌های تنظیم هیجان در بروز و حفظ اختلالات اضطرابی نقش دارند (۶۸). ثابت شده است که نقص در تنظیم شناختی هیجان و رگه‌های شخصیتی در اختلالات اضطرابی از جمله اضطراب بیماری و به دنبال آن اضطراب مرگ و همچنین احساس تنهایی نقش اساسی دارد و همچنین لازم به ذکر است بر اساس مدل‌های تحلیل مسیر، مبنی بر این که تأثیر برخی از متغیرها قوی‌تر است و اثر برخی از متغیرها نیز به نسبت خنثی می‌شود، نتایج پژوهش حاضر نیز بیانگر این مورد بود که اثر برخی متغیرها مانند رگه شخصیتی روان‌رنجوری و راهبرد سازگار به واسطهٔ اضطراب کرونا بر اضطراب مرگ و احساس تنهایی اثر قوی‌تری داشته است و اثر دیگر رگه‌های شخصیتی و راهبردهای ناسازگار را خنثی کرده است. از جمله محدودیت‌های این پژوهش انجام پژوهش حاضر تنها در گسترهٔ شهروندان استان قم بود که تعمیم‌پذیری آن را با دشواری مواجه می‌سازد. لحاظ نشدن متغیرهای اقتصادی، اجتماعی نمونهٔ مورد مطالعه همچنین روابط مشاهده شده بین مؤلفه‌ها نیز بیانگر روابط علی بین آن‌ها نیست و این‌که کدام یک علت دیگری است نیاز به تبیین بیشتری دارد. آن چه در پیش‌بینی و تبیین اضطراب کرونا نقش عمده‌ای ایفا می‌کند در درجهٔ اول میزان ترس مداوم، غیرطبیعی و مرضی از مرگ و مردن خود و دیگران است. با توجه به نتایج متخصصان سلامت و درمان‌گران حیطه‌های روانشناختی برای کاهش اضطراب‌کرونا ابتدا باید اضطراب مرگ را کاهش دهند و برای این منظور شناخت صحیح مرگ و درک این مفهوم که مرگ پایان زندگی نیست، کمک شایانی می‌کند که استفاده از روش‌های معنادرمانی و معنویت درمانی می‌تواند در این زمینه مفید واقع شود. از لحاظ کاربردی، با توجه به نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت به دلیل آن‌که این پژوهش برای نخستین بار در یک فرهنگ ایرانی انجام شده است، نیازمند تکرار در نمونه‌های مختلف و تأییدهای تجربی بیشتر است. بنابراین، یافته‌های پژوهشی باید با احتیاط تفسیر شوند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از تمامی شرکت‌کنندگانی که وقت خود را صرف کمک به اجرای این پژوهش نمودند، صمیمانه سپاس‌گزاری می‌کنند. لازم به ذکر است که این مطالعه برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسنده اول بوده است.پیروی از اصول اخلاق پژوهش این پژوهش دارای کد کمیته اخلاق IR.IAU.ARAK.REC.1400.025 در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-07-04]
[DOR: 20.1001.1.23221887.1401.10.2.10.6]
[DOI: 10.61186/shefa.10.2.68]

اراک است. هیچ تعارض منافعی وجود نداشت. (همهٔ نویسندگان در مراحل جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله نقش داشتند). این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسنده اول در رشتهٔ روانشناسی عمومی در گروه روانشناسی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک است.

منابع

1. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang, B, Song J., et al. China Novel Coronavirus Investigating and Research Team. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China. N Engl J Med. 2020; 382(8): 727-33.

2. Hagerty SL, Williams LM. The impact of COVID-19 on mental health: The interactive roles of brain biotypes and human connection. Brain Behav Immun Health. 2020; 5, 100078.

3. Yuan B, Li W, Liu H, Cai X, Song S, Zhao J, Hu X, Li Z, Chen Y, Zhang K., Liu Z, Peng J, Wang C, Wang J, An Y. Correlation between immune response and self-reported depression during convalescence from COVID-19. Brain Behav Immun. 2020; 88:39-43.

4. Maaravi Y, & Heller B. Not all worries were created equal: The case of COVID-19 anxiety. Public Health. 2020, 185:243-45.

5. Aardema F. COVID-19, Obsessive- Compulsive Disorder and Invisible Life Forms that Threaten the Self. J Obsessive Compuls Relat Disord. 2020; 100558.

6. Das N, Narnoli S, Kaur A, Sarkar S. Pandemic, panic, and psychiatrists - What should be done before, during, and after COVID-19? Asian J Psychiatr. 2020; 53, 102206.

7. Shaw S CK. Hopelessness, helplessness and resilience: The importance of safeguarding our trainees' mental wellbeing during the COVID-19 pandemic. Nurse Educ Pract. 2020, 44, 102780.

8. Shahed hagh Moghadam H, Fathi Ashtiani A, Rahnejat A M, Ahmadi Tahour Soltani M, Taghva A, Ebrahimi M R, etal. Psychological Consequences and Interventions during the COVID-19 Pandemic: Narrative Review. J Mar Med. 2020; 2 (1): 1-11. [Persian].

9. Hasani O, shahbaziyankhonig A, sheikhalizadeh S. Discriminative role of loneliness in discrimination of students with high and low mental well-being. Dev Psychol. 2020; 8 (11): 169-176. [Persian].

10. Russell D. Social and emotional loneliness: an examination of Weiss's typology of loneliness. J Pers Soc Psychol. 1984; 46 (6): 1313.

11. Mund M, Johnson MD. Lonely Me. Lonely You: Loneliness and the Longitudinal Course of Relationship Satisfaction. J Happiness Stud. 2020; 1-23.

12. Jahangiri M. Prediction of death anxiety, according to religious orientation and loneliness in elderly in Arak city. J. Gerontol. 2017; 2 (1): 58-66. [Persian].

13. Jamadar C, Kumari A. Forgiveness and death anxiety in tribes. Motiv Emot. 2019; 12(1), 152-66.

14. Draper EJ, Hillen MA, Moors M., Ket JCF, VanLaarhoven HWM. Henselmans I. Relationship between physicians' death anxiety and medical communication and decision-making: A systematic review. Patient Educ Couns. 2019; 102(2):266-74.

15. Costa PT, McCrae R. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment. 1983.

16. Allen TA., & DeYoung C G. Personality neuroscience and the five factor model. In T. A. Widiger (Ed), Oxford handbook of the five factor model. 319-52. 2017 New York: Oxford University Press.

17. Mahbod M, Foolad Cheng M. The relationship between the five major personality factors and unproductive academic behavior through perceived inhibition mediation: Structural modeling. J Dev Psycholo: Iran Psychol. 2016; 12 (47), 279-65.

18. Elahi T, Bamdadi M, Shirmohammadi F. Feeling of social-emotional loneliness in extroverted and introverted personalities is perceived according to the role of different types of social support. J Clin Psychol Pers. 2019; 17 (1), 11-21. [Persian].

19. Zhang Y. Personality, social support, and loneliness among centenarians: a comparison between self- and proxy reports. (Mo). Iowa State University. 2015.

20. Utz RL, Swenson KL, Caserta M, Lund D, DeVries B. Feeling lonely versus being alone: loneliness and social support among recently bereaved persons. J Gero Serie B: Psychol Sci Soc Sci. 2016; 33 (1)36.

21. Tabe Bordbar F, Asadi M, Ismaili r. Prediction of death anxiety in the elderly based on personality types and mental health. J Ageing Psychol. 2019; 5 (3), 239-49.

22. McKenzie EL, Brown PM, Mak AS, Chamberlain P. 'Old and ill': death anxiety and coping strategies influencing health professionals' well-being and dementia care. Aging & Ment Health. 2017; 21(6), 634-641.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-07-04]
[DOR: 20.1001.1.23221887.1401.10.2.10.6]
[DOI: 10.61186/shefa.10.2.68]

23. Mavrogiorgou p, Haller k, Juckel G. Death anxiety and attitude to death in patients with schizophrenia and depression. psychiatry res. 2020; 290:113148.

24. Garnefski N, Baan N, Kraaij V. Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis. Pers Individ Dif. 2006; 38(6), 1317-1327.

25. Potthoff S, Garnefski N, Miklósi M, Ubbiali A, Domínguez-Sánchez FJ, Martins EC, Witthöft M, Kraai V. Cognitive emotion regulation and psychopathology across cultures: A comparison between six European countries. Pers Individ Dif. 2016; 25(2), 218-24.

26. Zafari S, Khademi Eshkezari M. Investigating the structural model of the role of cognitive strategies, emotion regulation, mindfulness and perfectionism in predicting emotional problems in students. J Psychol Sci. 2020; 19 (87), 321-28. [Persian].

27. Siavoshani F, Borjali A, Kiamanesh A. Providing a model for predicting girls 'feelings of loneliness based on mothers' attachment styles mediated by emotional regulation problems. J Psychol Res. 2018; 13 (51), 85-112. [Persian].

28. Shan Wong SY, Zhang D, Shan Sit RW, Kei Yip BH, Yat R, Chung N, Man Wong CK, Chun Chan DC, Sun W, Kwok KU, Mercer SW. Impact of COVID-19 on loneliness, mental health, and health service utilization. Br J Gen Pract. 2020, 817-24.

29. Williams D , Thompson J, Andrews, G. The impact of psychological distress tolerance in the treatment of depression, Behav Res Ther. 2013; 51, 469 - 75.

30. Gyurak A. Gross JJ. Etkin A. Explicitand implicit emotion regulation: A dual-processframework. J Cogn. 2011; 25, 400-12.

31. Bruggink, A., Huisman, S., Vuijk, R., Kraaij, V., & Garnefski, N. Cognitive emotion regulation, anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder. Research in Autism Spectrum Disorders. 2016, 22, 34-44.

32. Vesali H, Lachini A, Afshani R, limited time M. The relationship between defense styles and cognitive emotion regulation strategies with death anxiety in the elderly. J Thou Death. 2020; 14 (55), 25-17. [Persian].

33. Khademi ashkzari M, Jamaati ardakani R, Kaghazgaran F. Evaluation of the Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in the Relationship between Positive and Negative Emotions with Death Anxiety and Chronic Fatigue in Nurses. Nurse and Midwife. 2020; 6 (2): 54-68. [Persian].

34. Parry J. China coronavirus: cases surge as official admits human to human transmission. BMJ. 2020; 20; 368.

35. Adhikari SP., Meng S., Wu Y-J., Mao Y-P., Ye R-X Wang Q-Z., et al. Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. Infect Dis Poverty. 2020; 9(1):1-12.

36. Meshram S, Gattani D, Shewale A, Bodele S. Association of Personality Traits with Oral Health Status: A Cross-Sectional Study. Int J Ment Health Addict. 2017, 4(2), 95- 61.

37. Van, Dijk S, Hanssen D, Naarding P, Lucassen P, Comijs H, Voshaar RO. Big Five personality traits and medically unexplained symptoms in later life. Eur Psychiatry. 2016; 38, 23-30.

38. Zajenkowski, M., Jonason, PK., Leniarska, M, & Kozakiewicz Z. Who complies with the restrictions to reduce the spread of COVID-19?: personality and perceptions of the COVID-19 situation. Personality and Individual Differences. 2020, 166, 110199.

39. Pérez-Fuentes MDM, Molero Jurado MDM, Fátima Oropesa N, Martos Martínez A, Simón Márquez MdM, Herrera-Peco I, Gázquez Linares JJ. [Questionnaire on Perception of Threat from COVID-19. J Clin Med. 2020; 9(4):96-104.

40. Huh HJ, Kim KH, Lee HK, Chae JH. The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. J Affect Disord. 2017; 213:44-50.

41. Strauss, AY., Kivity, Y, & Huppert, JD. Emotion regulation strategies in cognitive behavioral therapy for panic disorder. Behavior Therapy. 2019, 50(3):659-71.

42. Dalton L, Rapa E, Stein A. Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. Lancet Child Adolesc Health. 2020, 4(5), 346-47.

43. Wang C, Horby PW, Hayden FG, & Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. The Lancet. 2020; 395(10223), 470-73.

44. Brooks, SK, Webster, RK, Smith, LE, Woodland, L, Wessely, S., Greenberg, N., et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet. 2020; 14;395 (10227):912-20.

45. Abolmoali Hosseni KH. Psychological and

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-07-04]
[DOR: 20.1001.1.23221887.1401.10.2.10.6]
[DOI: 10.61186/shefa.10.2.68]

educational consequences of coronary heart disease in students and strategies to deal with them. J. Educ. Psychol. 2020; 15 (56), 166-53. [Persian].

46. Li LZ, Wang S. Prevalence and predictors of general psychiatric disorders and loneliness during COVID-19 in the United Kingdom. Psychiatry Res. 2020; 291, 113267.

47. Kline, R.B. Principles and practice of structural equation modeling. New York: GuilfordPress. 2011.

48. Russell DW. UCLA Loneliness Scale [version 3]: Reliability, validity, and factor structure. J Pers Assess. 1996; 66(1), 20-40.

49. Sudani M, Shojaeian M, Nisi A. The effectiveness of group therapy on the feeling of loneliness of retired men. J Cogn Behav Scie Rese. 2012; 1 (2), 43-54. [Persian].

50. Templer DI. The construction and validation of a Death Anxiety Scale. J Gen Psychol. 1970; 82,77-165.

51. Rajabi Gh, critical m. Factor analysis of death anxiety scalequestions. JPsychol. 2001, 4(20), 331-443. [Persian].

52. Farrokhi A, Soleimani M. The role of personality traits and maladaptive schemas in early prediction of students' mental health [girls and boys]. J Disabil Stud. 2014; 4 (4), 33-42. [Persian].

53. Grossi Farshi MT. Standardization of Neo personality test and study and analysis of its characteristics and factor structure among students of Iranian universities. PhD Thesis, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University. 1998.

54. Costa PT, McCrae R. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual. Odessa, FL: Psychol Asses.1983.

55. Grossi Farshi, MT, Mehryar AH, Tabatabai, M. Application of a new neo-personality test and study of the analysis of its characteristics and factor structure among students of Iranian universities. J Humanit, 2001; 11 (39), 173-98.

56. Amani A, Isainejad A, Dear A. Investigating the structural relationships of early maladaptive schemas and personality factors with marital adjustment. J Psychol Res. 2015; 10 (37), 45-70. [Persian].

57. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Pers Individ Dif. 2002; 30 (8), 1311-27.

58. Besharat MA. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Execution and scoring method. Trans Psycho: Iran Psycho. 2016; 13 (50), 221-3. [Persian].

59. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. Pers Individ Dif, 2006; 40 (8), 1659-69.

60. Hassani J. The effect of re-evaluating and suppressing emotional experiences on brain activity by looking at the dimensions of extraversion and neuroticism. PhD thesis in psychology, unpublished by Tarbiat Modares University.2008. [Persian].

61. Alipour A, Ghadami A, Alipour Z, Abdollahzadeh H. Preliminary validation of the Corona Anxiety Scale [CDAS] in an Iranian sample. J Health Psychol. 2019, 8 (4), 163-75. [Persian].

62. Qian, K.، & Yahara, T. Mentality and behavior in COVID-19 emergency status in Japan: Influence of personality, morality and ideology. Mentality and behavior in COVID-19 emergency status in Japan.2020, 15(7): 1-16.

63. Gubler DA, Makowski LM, Troche SJ, Schlegel K. Loneliness and WellBeing During the Covid19 Pandemic: Associations with Personality and Emotion Regulation. J Happiness Stud. 2020; 10902-020-00326-5.

64. Lázaro-Pérez C, Martínez-López JA, Gómez-Galán J, Fernández-Martínez MM. COVID-19 Pandemic and Death Anxiety in Security Forces in Spain. Int J Environ Res Public Health. 2020; 17(7760), 2-16.

65. Li S, Wang Y, Xue J, Zhao N, Zhu T. The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: a study on active Weibo users. Int J Environ Res Public Health. 2020; 17(6):2032.

66. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: The need for prevention and early intervention. JAMA Intern Med. 2020; 180(6):817- 18.

67. Kang L Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX et al. [2020]. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. The Lancet Psychiatry; 7(3):e14.

68. 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. J Psychiatr Nurs. 2020; 8 (2): 34-44. [Persian].

69. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-07-04]
[DOR: 20.1001.1.23221887.1401.10.2.10.6]
[DOI: 10.61186/shefa.10.2.68]

and policy recommendations. Gen Psychiatr. 2020; 33(2).

70. Domaradzka E, Fajkowska M. Cognitive emotion regulation strategies in anxiety and depression understood as types of personality. Front Psychol. 2018; 9, 856.

71. Diedrich A, Grant, M, Hofmann, S.G, Hiller, W., & Berking, M. Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. Behav Res Ther. 2016; 58, 43-51.

72. Kramer U, Grandjean L, Beuchat H, Kolly S, Conus P. Mechanisms of change in brief treatments for borderline personality disorder: a protocol of a randomized controlled trial. Trials. 2020; 16;21(1):335.

73. Grossmann I, Weststrate N M, Ardelt M, Brienza J, Dong M, Ferrari M, Vervaeke J. The science of wisdom in a polarized world: Knowns and unknowns. Am J Psychoanal, 2020; 31(2); 103-133.

74. Kolivand P H, Kazemi H. The Effects of COVID-19 on Mental Health, Socio-Economic Issues, and Social Interactions in Tehran: A Pilot Study. Shefaye Khatam. 2021; 9 (2): 100-110.

75. Khanizadeh A, Ejlali M, Karimzadeh F. The Effect of SARS-COV-2 Viruses on the Function of Different Organs, Especially the Nervous System. Shefaye Khatam. 2020; 8 (3):111-121.

76. Farahbakhsh Beh S, Mehrinejad A, Moazedian A. Structural Model of Quality of Life in Patients with Breast Cancer: The Role of Psychological Hardiness, Religious Orientation, Perceived Social Protection and Self-Efficacy with Mediation of Resilience and Death Anxiety. Shefaye Khatam. 2019; 8 (1): 86-98.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-07-04]
[DOR: 20.1001.1.23221887.1401.10.2.10.6]
[DOI: 10.61186/shefa.10.2.68]