Journal of Health and Care

Vol. 26, No. 3, Autumn 2024, Pages: 265-279

Original Article

The Prediction of Death Anxiety based on Expressed Emotion, Intolerance of Uncertainty and Experiential Avoidance in Patients Recovered from COVID-19 Hospitalization

Sina Gholami[1], Elham Omidi Moghadam[2], Ezatollah Ghadampour*[3], Fatemeh Bavazin[3]

1. Department of Psychometrics, School of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran
2. Department of Clinical Psychology, School of Psychology, Islamic Azad University, Rudehen Branch, Tehran, Iran
3. Department of Educational Psychology, School of Literature and Human Sciences, Lorestan University, Khorramabad, Iran

*** Corresponding Author.** Tel: +989918650020, E-mail: ghadampour.e@Lu.ac.ir

Article info

Article history:
Received: Aug 22, 2024
Accepted: Nov 17, 2024

Keywords:
COVID-19 Recovered Patients
Death Anxiety
Expressed Emotion
Experimental Avoidance
Intolerance of Uncertainty

ABSTRACT

Background: The life threat and encountering death in individuals who recovered from COVID-19 hospitalization resulted in ongoing psychological and emotional damage experienced after being fully recovered, even after several years. Therefore, this study aimed to investigate the prediction of death anxiety based on expressed emotion, intolerance of uncertainty, and experiential avoidance in patients recovered from COVID-19 hospitalization.

Methods: A descriptive correlational design was used in this study. All individuals in Khorramabad who have recovered from COVID-19-related hospitalization in the first half of 2024 constituted the study population. Among them, 190 people were selected using the snowball sampling method. The research tools were the Templer death anxiety questionnaire, the Cole and Kazarian expressed emotion questionnaire, the Freeston, et al. intolerance of uncertainty questionnaire, and the Bond, et al. experimental avoidance questionnaire. The data were analyzed using Pearson correlation coefficients and stepwise multiple regression using SPSS-24 software.

Results: The regression analysis indicated that expressed emotions could negatively predict death anxiety in patients who recovered from COVID-19 hospitalization ($p \leq 0.001$). Conversely, the intolerance of uncertainty and experiential avoidance could positively predict death anxiety in the target group ($p \leq 0.001$).

Conclusion: This study highlights the role of emotional factors and dysfunctional cognitive patterns such as intolerance of uncertainty and experiential avoidance in the development of death anxiety in individuals who recovered from COVID-19-related hospitalization. Therefore, psychologists, counsellors, and psychiatrists may use techniques that promote adaptive emotional regulation strategies and cognitive strategies in the treatment of death anxiety in patients who recovered from COVID-19.

How to cite this article: Gholami S, Omidi Moghadam E, Ghadampour E, Bavazin F. The Prediction of Death Anxiety based on Expressed Emotion, Intolerance of Uncertainty and Experiential Avoidance in Patients Recovered from COVID-19 Hospitalization. Journal of Health & Care. 2024;26(2): 265-279.

Copyright © 2024 by Authors. Published by Ardabil University of Medical Sciences.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

Journal web address: https:// hcjournal.arums.ac.ir/

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-12-26]

[DOI: 10.61186/jhc.26.3.265]

مجله سلامت و مراقبت

دوره بیست و ششم، شماره سوم، پاییز ۱۴۰۳

مقاله اصیل

پیش بینی اضطراب مرگ بر اساس هیجان ابراز شده، عدم تحمل بلاتکلیفی و اجتناب تجربی در بهبودیافتگان از بیماری کووید-۱۹

سینا غلامی[۱]، الهام امیدی مقدم[۲]، عزت‌الله قدم‌پور[۳]*، فاطمه باوزین[۳]

۱. گروه روان‌سنجی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران

۲. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، تهران، ایران

۳. گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۹۱۸۶۵۰۰۲۰ ایمیل: ghadampour.e@Lu.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: تهدید زندگی و مواجهه با مرگ در افراد مبتلا به کووید-۱۹ سبب شده است که پس از بهبودی کامل و حتی با گذشت چندین سال، همچنان آسیب های روانی و هیجانی را تجربه کنند. از این رو، پژوهش حاضر با هدف پیش بینی اضطراب مرگ بر اساس هیجان ابراز شده، عدم تحمل بلاتکلیفی و اجتناب تجربی در بهبودیافتگان از بیماری کووید-۱۹ انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی بود. کلیه افراد بهبود یافته از بیماری کووید-۱۹ با سابقه بستری در شهر خرم آباد در نیمه دوم سال ۱۴۰۲، جامعه آماری این پژوهش بودند. از بین آنها، تعداد ۱۹۰ نفر با استفاده از روش نمونه گیری گلوله برفی انتخاب و به پرسشنامه‌های اضطراب مرگ تمپلر، هیجان ابراز شده کول و کازاریان، عدم تحمل بلاتکلیفی فریستون و همکاران و اجتناب تجربی بوند و همکاران پاسخ دادند. داده‌های بدست آمده با روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام در نرم افزار SPSS-24 تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که هیجان ابراز شده در جهت منفی و عدم تحمل بلاتکلیفی و اجتناب تجربی در جهت مثبت، اضطراب مرگ بهبود یافتگان از بیماری کووید-۱۹ با سابقه بستری را پیش بینی می کنند ($p\leq ۰/۰۰۱$).

نتیجه گیری: این پژوهش بر نقش عوامل هیجانی و تفکرات ناکارآمد همچون عدم تحمل ابهام و اجتناب تجربی در ایجاد اضطراب مرگ بهبود یافتگان از بیماری کووید-۱۹ با سابقه بستری تأکید دارد. لذا، پیشنهاد می شود که روان‌شناسان، مشاوران و روان پزشکان از فنونی که موجب به کارگیری راهبردهای سازگارانه بروز هیجانات و شناخت های کارآمد می‌شوند، در درمان اضطراب مرگ این افراد استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: اجتناب تجربی، اضطراب مرگ، بهبود یافتگان بیماری کووید-۱۹، عدم تحمل بلاتکلیفی، هیجان ابراز شده

دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۰۱ **پذیرش:** ۱۴۰۳/۰۸/۲۷

مقدمه

ویروس کرونا[1] به عنوان عامل بیماری کووید- ۱۹[2] در دسامبر سال ۲۰۱۹ میلادی در شهر ووهان[3] چین شایع شد و پس از مدتی کوتاه و با سرعتی باور نکردنی تمام کشورها و قاره‌ها را طی کرد (۱). سرعت انتقال

[1] Coronaviruses

[2] COVID-19

[3] Wuhan

حق انتشار این مقاله در اختیار نویسندگان است. ناشر مقاله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل است. این مقاله تحت شرایط Creative Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International License قابل بازنشر است.

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-12-26]

[DOI: 10.61186/jhc.26.3.265]

این ویروس بسیار بالا بود به طوری که به سادگی از فرد مبتلا به سایر افراد جامعه سرایت می‌کرد و با حمله به ریه، به دستگاه تنفسی انسان آسیب می‌زد (۲). طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، موارد ابتلا در دنیا تا مرداد ماه سال ۱۴۰۳ شمسی به بیش از ۷۷۵ میلیون نفر رسیده و مرگ بیش از ۷ میلیون بیمار نیز تأیید شده است (۳). با ادامه روند انتقال ویروس کرونا و بالا رفتن تعداد افراد مبتلا به بیماری کووید- ۱۹ و همچنین افزایش میزان مرگ و میر بیماران، به سرعت ترس و اضطراب در جامعه افزایش پیدا کرد (٤). ترس از ابتلا به بیماری، ترس از مرگ خود و یا از دست دادن عزیزان، ترس از بیکار شدن و وخیم شدن اوضاع مالی و همچنین ترس از طولانی شدن وضعیت پاندمیک[1] (همه‌گیری جهانی)، بر سیستم روانی افراد تأثیر منفی گذاشت (۵).

بعضی از مبتلایان به کووید-۱۹ دوره قرنطینه خود را در منزل گذرانده و با مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی معمولی به زندگی عادی برگشتند. اما بعضی از مبتلایان به دلیل وخامت وضعیت جسمانی و تنفسی در بیمارستان بستری و مراقبت پزشکی گسترده تری را دریافت کردند (۶). تهدید زندگی و مواجهه با مرگ در افراد مبتلا به کووید-۱۹ با سابقه بستری سبب شد که پس از ترخیص و بهبودی کامل و حتی با گذشت چندین سال همچنان آسیب‌های روانی و هیجانی را تجربه کنند (۷). مشکلات روان شناختی همچون افسردگی و اضطراب و کاهش کیفیت زندگی از علائم رایج ماندگار در افراد بهبود یافته از کووید-۱۹ حاد به شمار می‌روند (۸). یکی از این آسیب‌ها که به نظر می‌رسد همچنان و پس از اتمام همه‌گیری کرونا ویروس در افراد بهبود یافته مشاهده می‌شود، اضطراب مرگ[2] است (۹،۱۰).

انسان به طور غریزی تمایل به جاودانگی دارد. همین دلیل، وقتی به طور مستقیم با مرگ رو به رو می‌شود، نگرانی را تجربه می‌کند که این احساس، همان اضطراب مرگ است (۱۱). اضطراب مرگ به عنوان ترس از مردن خود و دیگران تعریف می‌شود (۱۲). از آن‌جایی که مرگ، هرگز تجربه نشده و هیچ فردی، به وضوح آن را لمس نکرده است، لذا همه به نوعی در مورد آن دچار اضطراب هستند (۱۳). علائم اضطراب مرگ شامل تجربه بی خوابی، غمگینی و بدبینی هستند. اضطراب مرگ ممکن است چند علامت شناختی نیز داشته باشد. سطوح پایین تمرکز، توانایی ضعیف در بازیابی اطلاعات، ضعف در حل مسئله و تصمیم گیری، افکار غیرمنطقی و انگیزه‌های وسواسی[3] از علائم شناختی اضطراب مرگ به شمار می‌روند (١٤). اضطراب مرگ می‌تواند مشکلات زیادی را در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی ایجاد کند. در جمعیت‌های بالینی، این اضطراب می‌تواند زمینه ساز طیفی از اختلالات روانی مانند هراس، افسردگی حاد و اضطراب شدید شود (۱۵). در جمعیت‌های غیربالینی نیز اضطراب مرگ به عنوان اساس شکل گیری بسیاری از رفتارهای ناسازگارانه انسان در نظر گرفته می‌شود. اگرچه تصور می‌شود انسان‌ها، روش‌های سازگارانه را برای مقابله با اضطراب مرگ به وجود می‌آورند، اما دوره‌های استرس زیاد یا مواجهه با تهدیدات مربوط به سلامت در خود یا نزدیکان (همچون بیماری کووید-۱۹) که آگاهی نسبت به مرگ را در افراد ایجاد می‌کند، می‌تواند در بعضی‌ها منجر به حالت‌های عاطفی بیمارگونه شود (۱۶).

اثر فشار ناشی از بیماری کووید-۱۹ بر بیمار، حتی پس از بهبودی نیز سبب واکنش‌های مختلفی از جمله وارد آمدن استرس بیشتر می‌شود که این مسئله منجر به بروز مشکلات اضطرابی در طولانی مدت (از جمله اضطراب مرگ) می‌شود (۱۰). با این حال هیجان ابرازشده[4] پیش‌بینی‌کننده معناداری برای نتایج درمان و میزان عود در بیماران با اختلال‌های اضطرابی است

[1] Pandemic
[2] Death Anxiety
[3] Obsessive Motives
[4] Expressed Emotion

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-12-26]
[DOI: 10.61186/jhc.26.3.265]

(۱۷). مفهوم هیجان ابراز شده در سال ۱۹۷۲ توسط براون[1] و همکاران مطرح شده است. آن‌ها بیان کردند که هیجان ابراز شده به هیجانات، نگرش‌ها و رفتارهای خاصی اطلاق می‌شود که افراد ابراز می‌کنند. هیجانات ابراز شده همچنین بر نظرات و سبک ارتباطی افراد تاثیر دارد (۱۸) هیجان ابراز شده به نمایش بیرونی هیجان، بدون در نظر گرفتن ارزش (مثبت یا منفی) یا شیوه تجلی آن (چهره ای، کلامی، بدنی یا رفتاری) گفته می‌شود. همچنین هیجان ابراز شده به تغییرات رفتاری همراه با هیجان مانند تغییرات چهره، صدا، ژست‌ها و حرکات بدن اطلاق می‌گردد. لبخند زدن، اخم کردن، گریه کردن یا فرار، مثال‌هایی از ابراز هیجان به شمار می‌روند (۱۹). افرادی که به طور مطلوب ابرازگری هیجانی می‌کنند، احساساتشان را با راه‌های غیرخصمانه اظهار می‌دارند و هیجانات خود را به روشی سازنده بروز می‌دهند. این افراد که از هوش هیجانی[2] بالایی برخوردارند، در مقابله با وقایع منفی، پاسخ‌های انطباقی و سازشی بیشتری از خود نشان می‌دهند (۲۰). به همین دلیل، نقش برون ریزی هیجانی و تخلیه هیجانی[3] مثبت در سلامت روانی- اجتماعی- جسمانی تایید شده است (۲۱). از طرفی دیگر تحقیقات متنوعی به این نتیجه دست یافتند که یکی از متغیرهایی که در سبب شناسی اختلالات روان شناختی و به خصوص اختلالات اضطرابی نقش دارد، عدم تحمل بلاتکلیفی[4] است (۲۲، ۲۳). در مدل‌های شناختی رفتاری، عدم تحمل بلاتکلیفی به عنوان یک متغیر فردی برای پدیدارشناسی اضطراب در نظر گرفته شده است (۲٤). عدم تحمل بلاتکلیفی نوعی سوگیری شناختی است که بر چگونگی دریافت، تفسیر و واکنش فرد به یک موقعیت نامطمئن در سطوح هیجانی، شناختی و رفتاری تأثیر می‌گذارد (۲۵). افرادی که نمی‌توانند بلاتکلیفی را تحمل کنند، موقعیت‌های بلاتکلیفی را تنش‌برانگیز، منفی و فشارزا توصیف کرده و سعی می‌کنند از این موقعیت‌ها اجتناب کنند. از دیدگاه جبرگرایانه، بلاتکلیفی به‌وسیله فقدان یا ناکارآمدی دانش ایجاد می‌گردد و مربوط به عوامل درونی است که فرد قادر به کنترل آن نیست (۲۶). عدم تحمل بلاتکلیفی باعث می‌شود که فرد رویدادهای بلاتکلیف آینده را، صرف نظر از احتمال رخ دادن آن‌ها، تهدیدآمیز و ناخوشآیند ادراک کنند (۲۷). علاوه بر ارتباط این سازه با نگرانی و آشفتگی ناشی از عدم تحمل بلاتکلیفی، به صورت معناداری با برانگیختگی اضطرابی و افسردگی همراه و با فقدان لذت، همبسته است (۲۶). به صورت کلی عدم تحمل بلاتکلیفی روی عقاید و جنبه‌هایی از شخصیت فرد تأثیر می‌گذارد که این جنبه‌ها فرد را مستعد هرگونه مشکل روان‌شناختی می‌کند (۲۸). یکی دیگر از ویژگی‌های اختلالات اضطرابی، اجتناب یا فرار از موقعیت‌ها یا محرک‌هایی است که منجر به فراخواندن اضطراب می‌شوند. پیامد فوری این تلاش‌ها رهایی آنی از حالت آزاردهنده‌ای است که فرد تجربه می‌کند، ولی در درازمدت، شدت و فراوانی این تجارب آزاردهنده به حدی می‌رسد که فرد زندگی‌اش را محدود می‌کند و هر کاری برای رهایی از این حالات آزاردهنده انجام می‌دهد (۲۹). اجتناب تجربی[5] یک عامل خطرساز ثبت شده برای آسیب شناسی مشکلات روان‌شناختی است (۳۰). اجتناب تجربی، یکی از سازه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[6] است (۳۱). اجتناب تجربی، عدم تمایل برای تجربه رویدادهای ذهنی دردناک و آزارنده است که همراه با تلاش‌هایی برای کنترل، سرکوب و بازداری فراوانی این رویدادها و زمینه‌هایی که این موقعیت‌ها را ایجاد می‌کنند، می‌باشد (۳۲). اجتناب تجربی، پدیده ای است که در آن فرد تمایلی به حفظ تماس خود با یک تجربه به خصوص را نداشته و برای تغییر شکل یا بسامد آن رویداد یا زمینه ای که در آن اتفاق می‌افتد،

[1] Brown
[2] Emotional Intelligence
[3] Emotional Outpouring
[4] Intolerance of Uncertainty
[5] Experiential Avoidance
[6] Acceptance and Commitment Therapy

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-12-26]
[DOI: 10.61186/jhc.26.3.265]

اقداماتی انجام می‌دهد و دارای جزءِ اصلی، بی میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی و تلاش برای اجتناب از افکار، هیجان‌ها و تظاهرات رفتاری می‌باشد (۳۳). افرادی که اجتناب تجربی بیشتری دارند، از خودتخریبی، انکار، گسستگی رفتاری و خودسرزنشی بیشتری استفاده می‌نمایند و تجارب هیجانی شدیدتری را نسبت به محرک‌های خوشایند و ناخوشایند تجربه می‌کنند (۳٤). در یک مطالعه طولی به مدت حدود ۶ سال، رابطه بین اجتناب تجربی با اختلالات هیجانی مورد بررسی قرار گرفته است و نتایج نشان داده‌اند که اجتناب تجربی پیش بین اختلالات هیجانی (اختلالات افسردگی و اضطرابی) می‌باشد (۳۵). همچنین اجتناب تجربی بر اضطراب بیماری (۳۶) و اختلال اضطراب فراگیر (۳۷) موثر است. افزون بر این، عدم تحمل بلاتکلیفی قادر است اضطراب بیماری کرونا را پیش بینی کند (۲۲). پژوهشگران دیگر، عدم تحمل بلاتکلیفی را به عنوان عامل تمایز فردی بالقوه ای شناسایی کردند که ممکن است خطر اضطراب را افزایش دهد (۲۳). در مطالعه ای دیگر، عدم تحمل بلاتکلیفی از عوامل مستعد کننده اختلالات اضطرابی، وسواسی و وحشت زدگی محسوب شد (۳۸). همچنین، نقش هیجانات ابراز شده در کاهش علائم اضطراب دانشجویان (۳۹) و اضطراب دلبستگی (٤۰) تایید شده است. طبق پژوهش‌های انجام شده، مدیریت مطلوب هیجانات در کاهش علائم اضطراب مرگ موثرند (٤۲،٤۱). بیماری کووید-۱۹ به دلیل قدرت پاندمی زیاد و آثار مخرب فیزیولوژیکی، رخداد بزرگ و دردناکی در زندگی انسان‌های قرن ۲۱ بود. این همه‌گیری به خصوص افراد مبتلا و بستری شده و بهبود یافته را در معرض آسیب‌های شدید روان شناختی، هیجانی، عاطفی و شناختی مختلف قرار داد و باعث بروز علائم روان شناختی مزمن در آن‌ها شد (٤۳). به طور کلی، در دوره پساکرونا، افراد جامعه و به خصوص افرادی که از بیماری کووید-۱۹ جان سالم به در برده اند، ممکن است سطحی از اختلالات از قبیل روان‌پریشی، اضطراب، استرس و افسردگی و حتی خودکشی را تجربه کنند و به علت تجربه سطوح بالای اضطراب مرگ در زمان بستری، این نوع اضطراب تا مدت‌ها در آنها باقی بماند. توجه به عوارض طولانی مدت همه‌گیری کرونا و بررسی پیش بینی کننده‌های مختلف این عوارض، ضرورت انجام این مطالعه را روشن می‌سازد چرا که بررسی عوامل کاهنده و افزایش دهنده آسیب‌های طولانی مدت این بیماری (همچون اضطراب مرگ مزمن) در بهبودیافتگان، منجر به ایجاد راهکارهایی در جهت درمان این عوارض می‌شود تا به مرور این افراد به روند زندگی عادی خانوادگی و اجتماعی خود سوق پیدا کنند. نظر به بررسی‌های صورت گرفته، مطالعات کمی در مورد بررسی آسیب‌های روانی طولانی مدت افراد بهبود یافته از بستری بیماری کووید-۱۹ انجام شده است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین پیش بینی اضطراب مرگ در بهبود یافتگان بیماری کووید-۱۹ با سابقه بستری بر اساس هیجان ابراز شده، عدم تحمل بلاتکلیفی و اجتناب تجربی انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی بود. کلیه افراد بهبود یافته از بیماری کووید-۱۹ با سابقه بستری در شهر خرم‌آباد در نیمه دوم سال ۱٤۰۲ جامعه آماری این پژوهش را تشکیل می‌دادند. تاباکنیک و فیدل[1] فرمولی برای محاسبه اندازه نمونه لازم برای تحلیل رگرسیون ارائه کرده اند، که تعداد متغیرهای مستقل مورد استفاده را در نظر دارد. این فرمول عبارت است از؛ $N>50+8m$ (که m تعداد متغیرهای مستقل است) (٤٤). با توجه به اینکه در مطالعه حاضر، ۳ متغیر مستقل وجود داشت (هیجان ابراز شده، عدم تحمل بلاتکلیفی و اجتناب تجربی)، لذا با توجه به فرمول فوق، تعداد نمونه مناسب باید بیشتر از ۷٤ آزمودنی باشد ($N>50+8\times3$). برای افزایش تعمیم پذیری

[1] Tabachnick & Fidell

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-12-26]
[DOI: 10.61186/jhc.26.3.265]

یافته‌ها و همچنین با در نظر گرفتن ریزش پرسشنامه‌ها نمونه ای ۱۹۰ نفری با استفاده از روش نمونه گیری گلوله برفی انتخاب شد. به این ترتیب که اعضای آینده نمونه از طریق اعضای سابق نمونه انتخاب شدند. در همین راستا در ابتدا چند فرد بهبود یافته از بستری بیماری کووید-۱۹ به صورت در دسترس انتخاب شدند. پس از جلب رضایت آن‌ها برای حضور در این مطالعه از آن‌ها خواسته شد تا از دوستان خود هر کسی به علت بیماری کووید-۱۹ طی سه سال اخیر بستری شده و بهبود یافته را برای حضور در مطالعه حاضر دعوت کنند. از افرادی که این درخواست را قبول کردند نیز خواسته شد که از اطرافیان خود هرکسی به علت بیماری کووید-۱۹ بستری شده و بهبود یافته را برای شرکت در این پژوهش تشویق کنند. این روش ادامه یافت تا زمانی که نمونه به ۱۹۰ نفر رسید. در مرحله بعد، ابتدا رضایت نامه کتبی از کلیه شرکت کنندگان پژوهش کسب و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات و پاسخ‌های آن‌ها محرمانه خواهد ماند. در ادامه، نویسنده سوم این مطالعه با کلیه این افراد مصاحبه بالینی کرد تا از عدم وجود اختلالات روان شناختی در آنها اطمینان حاصل گردد. پس از مصاحبه از تک تک آزمودنی‌ها خواسته شد تا به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. معیارهای ورود به پژوهش شامل، بستری شدن به علت بیماری کووید-۱۹ طی سه سال اخیر، امضای رضایت نامه کتبی برای شرکت در پژوهش، سن بین ۱۸ تا ۶۰ سال، نداشتن ملاک‌های تشخیصی برای اختلالات بارز روان‌پزشکی طبق مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس DSM-5 و عدم هرگونه بیماری جسمی زمینه‌ای بود. تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها به عنوان ملاک خروج از پژوهش در نظر گرفته شد.

جمع آوری داده‌ها در این مطالعه با استفاده از ابزارهای زیر انجام شد:

مقیاس اضطراب مرگ

مقیاس اضطراب مرگ تمپلر[1] در سال ۱۹۷۰ طراحی شد. این پرسشنامه متشکل از ۱۵ گویه صحیح- غلط است که برحسب جواب بلی یا خیر به آن نمره ۰ تا ۱ تعلق می‌گیرد (نمره ۱ در صورتی که پاسخ فرد نشان دهنده وجود اضطراب مرگ باشد و نمره ۰ در صورتی که پاسخ فرد نشان گر عدم وجود اضطراب مرگ باشد). دامنه نمرات پرسشنامه از ۰ تا ۱۵ می‌باشد و نمره بالاتر نشان‌دهنده اضطراب مرگ بیشتر است که حد وسط آن (۷-۶) نقطه برش در نظر گرفته شده است. سازنده ابزار، ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس را ۰/۷۳ بدست آورد و روایی ابزار را از طریق روایی سازه از نوع تحلیل عاملی و همچنین روایی همزمان با دو پرسشنامه نگرانی مرگ و اضطراب آشکار مورد بررسی و تایید قرار داد. در بررسی روایی همگرا، همبستگی بین اضطراب مرگ با مقیاس نگرانی مرگ، ۰/۴۰ و با پرسشنامه اضطراب آشکار، ۰/۴۳ گزارش شد (۴۵). ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در ایران بررسی و تایید شده است. تحلیل عاملی اکتشافی این پرسشنامه در ایران ٤ عامل را نشان داده است که عبارت اند از؛ ترس از درد و مجازات، ترس از دست دادن لذت‌های دنیوی، ترس از انجام ندادن فضایل دینی و ترس از جدایی از عزیزان. همچنین ضریب آلفای کرونباخ این عوامل به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۷۲، ۰/۷۷ و ۰/۷ و ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۶ محاسبه شد (۴۶). در پژوهش حاضر، پایایی کل پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۰ بدست آمد.

پرسشنامه هیجان ابراز شده[2]

این پرسشنامه توسط کول و کازاریان[3] (۱۹۸۸) ساخته شده است و دارای ۶۰ گویه و ٤ خرده مقیاس می‌باشد. خرده مقیاس‌های این پرسشنامه عبارتنداز؛

[1] Templer
[2] Expressed Emotion Questionnaire
[3] Cole & Kazarian

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-12-26]
[DOI: 10.61186/jhc.26.3.265]

نگرش منفی نسبت به بیماری، تحمل/ انتظار، مزاحمت و مداخله گری و پاسخ هیجانی. این مقیاس با طیف لیکرت چهارگزینه‌ای از ۱ تا ٤ نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات از ۶۰ تا ۲٤۰ است که نمره بالا در این پرسشنامه، هیجان ابراز شده بالاتر را نشان می‌دهد. طبق گزارش سازندگان پرسشنامه، ساختار چهار عاملی آن از طریق تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی بررسی و تایید شده است. همچنین آن‌ها برای بررسی پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ بهره گرفتند. این ضریب برای خرده مقیاس مزاحمت یا مداخله گری ۰/۶۷، پاسخ هیجانی ۰/۸۹، نگرش منفی نسبت به بیماری ۰/۸٤، تحمل/انتظار ۰/۷۸ و کل مقیاس ۰/۹٤ به دست آمد (٤۷). در ایران پایایی و روایی این ابزار بررسی و تایید شده است به طوری که ضریب آلفای کرونباخ کلی این مقیاس ۰/۹۳ به دست آمد (٤۸). در مطالعه‌ای دیگر ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های نگرش منفی نسبت به بیماری، تحمل/انتظار، مزاحمت و مداخله گری و پاسخ هیجانی به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۸۲، ۰/٦٤ و ۰/۸۵ و کل پرسشنامه ۰/۹۲ بود (٤۹). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های مذکور و کل پرسشنامه به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۷٤، ۰/۷۱، ۰/۸۲ و ۰/۸۶ محاسبه شد.

پرسشنامه عدم تحمل بلاتکلیفی[1]

این پرسشنامه توسط فریستون[2] و همکاران در سال ۱۹۹٤ ساخته شده است که ۲۷ گویه و ٤ خرده مقیاس دارد. این خرده مقیاس‌ها عبارتنداز؛ ناتوانی برای عمل کردن ناشی از تصور بلاتکلیفی، پریشان کننده بودن بلاتکلیفی، منفی بودن وقایع بلاتکلیف و غیرمنصفانه بودن بلاتکلیفی. این آزمون با مقیاس لیکرت پنج‌درجه ای (۱ تا ۵) پاسخ داده می‌شود، بنابراین دامنه نمرات بین ۲۷ تا ۱۳۵ بوده و نمرات بالاتر، نشان‌دهنده عدم تحمل بلاتکلیفی بیشتر می‌باشد. نسخه فرانسوی اولیه، همسانی درونی خوب (۰/۹۱) و روایی عاملی مطلوبی را به دست آورد (۵۰). بوهر و داگاس[3] در سال ۲۰۰۲ نسخه انگلیسی آن را تهیه و اعتبارسنجی کردند. آن‌ها روایی عاملی ساختار ٤ بعدی را از طریق تحلیل عاملی تاییدی مورد بررسی و تایید قرار دادند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی با فاصله ۵ هفته را به ترتیب برابر با ۰/۹٤ و ۰/۷٤ گزارش کردند (۵۱). در ایران، روایی همزمان این پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب همبستگی آن با پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا (۰/۷۸) و پرسشنامه اجتناب شناختی (۰/۷۱)، در سطح مطلوبی به دست آمد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۸ و پایایی بازآزمایی سه هفته ای آن ۰/۷۶ به دست آمد (۵۲). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس، ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه اجتناب تجربی[4]

این پرسشنامه توسط بوند[5] و همکاران در سال ۲۰۱۱ ساخته شده است که یک نسخه ۱۰ ماده‌ای از پرسشنامه اصلی اجتناب تجربی‌هایز[6] (۲۰۰۰) می‌باشد. این پرسشنامه با مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۱۰ تا ۷۰ می‌باشد. نمره بالاتر، بیانگر اجتناب تجربی بالاتر است. سازندگان در یک نمونه ۲۸۱۶ نفری و در طول ۶ مطالعه نشان دادند که این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازه رضایت‌بخشی دارد (۵۳). ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در ایران بررسی و تایید شده است. با وجود ساختار تک عاملی در نسخه اصلی، تحلیل عاملی اکتشافی در نمونه ایرانی دو عامل اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل روی زندگی را به دست آورد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ کل این پرسشنامه که برای بررسی پایایی آن استفاده شده بود برابر با ۰/۸۹ بود (۵٤). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ کل

[1] Uncertainty Intolerance Questionnaire
[2] Freeston
[3] Buhr & Dugas
[4] Experimental Avoidance Questionnaire
[5] Bond
[6] Hayes

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-12-26]
[DOI: 10.61186/jhc.26.3.265]

پرسشنامه محاسبه و ۰/۷۹ بدست آمد. جهت بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون و جهت بررسی نقش هیجان ابراز شده، عدم تحمل بلاتکلیفی و اجتناب تجربی در پیش بینی اضطراب مرگ از رگرسیون چندگانه گام به گام بهره گرفته شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-24 تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۵±۴۳ سال بود. بیشتر شرکت کنندگان زن (۵۷٪)، متاهل (۶۹٪) و شاغل (۷۲٪) بودند و تحصیلات دانشگاهی داشتند (۵۳٪). در جدول ۱ میانگین متغیرهای پژوهش و نتایج ارزیابی توزیع نرمال داده‌ها با استفاده از آماره کولموگروف-اسمیرنوف آمده است.

جدول ۱. میانگین، انحراف‌معیار و پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف‌معیار	آماره کولموگروف- اسمیرنوف	مقدار P
اضطراب مرگ	۹/۴۲	۱/۷۸	۰/۹۲۳	۰/۳۱۷
ترس از درد و مجازات	۲/۱۱	۰/۳۳	۰/۷۸۲	۰/۳۴۷
ترس از دست دادن لذت‌های دنیوی	۲/۰۸	۰/۴	۰/۶۸۴	۰/۴۵۷
ترس از انجام ندادن فضایل دینی	۱/۹۴	۰/۳۷	۰/۴۲۲	۰/۱۲۸
ترس از جدایی از عزیزان	۲/۱۷	۰/۳۹	۰/۵۴۸	۰/۳۱۹
هیجان ابراز شده	۱۳۵/۱۵	۱۰/۳۲	۱/۰۱۲	۰/۴۳۲
نگرش منفی نسبت به بیماری	۳۶/۸۹	۳/۰۱	۰/۵۴۱	۰/۳۱۰
تحمل/انتظار	۳۷/۵۷	۲/۹۶	۰/۴۳۷	۰/۱۹۲
مزاحمت و مداخله گری	۳۵/۹۱	۳/۱۳	۰/۶۱۲	۰/۴۰۱
پاسخ هیجانی	۳۴/۴۵	۳/۲۷	۰/۶۹۹	۰/۳۹۸
عدم تحمل بلاتکلیفی	۹۹/۲۷	۷/۲۲	۱/۰۴۵	۰/۵۰۱
ناتوانی در عمل کردن ناشی از بلاتکلیفی	۲۲/۲۵	۲/۵۴	۰/۵۱۲	۰/۳۲۸
پریشان کننده بودن بلاتکلیفی	۲۳/۶۴	۲/۳۳	۰/۷۲۱	۰/۷۴۹
منفی بودن وقایع بلاتکلیف	۲۲/۹۴	۲/۴۹	۰/۲۱۱	۰/۰۵۲
غیرمنصفانه بودن بلاتکلیفی	۲۱/۷۳	۲/۷	۰/۳۱۵	۰/۱۹۵
اجتناب تجربی	۵۲/۲۰	۴/۷۹	۰/۸۲۶	۰/۲۳۲
اجتناب از تجارب هیجانی	۲۴/۷۴	۲/۳۹	۰/۶۸۷	۰/۴۵۳
کنترل روی زندگی	۲۳/۶۳	۱/۹۶	۰/۴۵۸	۰/۱۱۲

با توجه به جدول ۱، میانگین اضطراب مرگ، هیجان ابراز شده، عدم تحمل بلاتکلیفی و اجتناب تجربی به ترتیب ۹/۴۲، ۱۳۵/۱۵، ۹۹/۲۷ و ۵۲/۲۰ بود. همچنین سطوح معناداری آزمون کلموگروف- اسمیرنوف برای کلیه متغیرهای پژوهش بالاتر از ۰/۰۵ بود که نشان‌دهنده توزیع نرمال داده‌ها است.

در خصوص ارتباط بین متغیرها از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج، ارتباط منفی بین دو متغیر هیجان ابراز شده و اضطراب مرگ (r=-۰/۵۹، $p<۰/۰۱$) و ارتباط مثبت بین عدم تحمل بلاتکلیفی (r=۰/۴۱، $p<۰/۰۱$) و اجتناب تجربی (r=۰/۴۸، $p<۰/۰۱$) با اضطراب مرگ را نشان داد (جدول ۲).

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴
۱. اضطراب مرگ	۱			
۲. هیجان ابرازشده	-۰/۵۹	۱		
۳. عدم تحمل بلاتکلیفی	۰/۴۱	-۰/۳۷	۱	
۴. اجتناب تجربی	۰/۴۸	-۰/۴۰	۰/۵۶	۱

* کلیه ضرایب همبستگی در سطح P≤ ۰/۰۱ معنادار هستند.

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-12-26]
[DOI: 10.61186/jhc.26.3.265]

با توجه به رابطه مطلوب و معنادار بین متغیرهای پژوهش، انجام تحلیل رگرسیون امکان پذیر شد. قبل از تحلیل رگرسیون، پیش فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. به علت این که رگرسیون چندمتغیره با هم‌خطی چندگانه - یعنی همبستگی بسیار بالای بین متغیرهای مستقل (r=۰/۹ یا بالاتر)- سنخیت ندارد، همبستگی بین متغیرهای مستقل نیز مورد توجه قرار گرفت. طبق بررسی‌های انجام شده همبستگی بین متغیرهای مستقل در سطح مناسبی قرار داشت (پایین‌تر از ۰/۶). علاوه بر هم خطی چندگانه، دیگر مفروضه‌های تحلیل رگرسیون مانند بهنجاری داده‌ها با استفاده از آماره کولموگروف- اسمیرنوف (جدول ۱) و خطی بودن (با استفاده از نمودارهای پراکندگی) بررسی و تایید شدند. در نتیجه تحلیل‌های مقدماتی نشان داد که هیچ نوع تخطی از مفروضه‌های رگرسیون چندمتغیره صورت نگرفته است.

در ادامه برای تعیین مقدار واریانس تبیین‌شده اضطراب مرگ (متغیر ملاک) توسط متغیرهای هیجان ابراز شده، عدم تحمل بلاتکلیفی و اجتناب تجربی (متغیرهای پیش‌بین) از رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، ٤٧ درصد (R^2=۰/٤٧) از واریانس متغیر ملاک یعنی اضطراب مرگ توسط متغیرهای هیجان ابراز شده، عدم تحمل بلاتکلیفی و اجتناب تجربی، قابل پیش‌بینی است (p=۰/۰۰۱).

جدول ۳. مدل رگرسیون پیش بینی اضطراب مرگ بر اساس هیجان ابراز شده، عدم تحمل بلاتکلیفی و اجتناب تجربی

مدل		مجموع مجذورات	درجه‌آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	R	R^2
۱	رگرسیون	۸۲۹/۹۷	۱	٤٥١/۲۶	۱۳/٥٤	۰/۰۰۱	۰/٥۷	**۰/۳۲**
	باقی‌مانده	۱۳۸۰٥/۶۲	۱۹۰	۳۲/٤۳				
	کل	۱٤۶۳٥/٥۹	۱۹۱					
۲	رگرسیون	۶۸۸٤/۹۱	۲	۱۸٤۶/۱۰	۹٤/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۶۱	**۰/۳۷**
	باقی‌مانده	۷۶۱۹/۶۷	۱۸۹	۱۸/۱۶				
	کل	۱٤٥۰٤/٥۸	۱۹۱					
۳	رگرسیون	۱٥٤۹۲/۲۷	۳	۳۲۰۱/۱٥	۱۰۷/٤٤	۰/۰۰۱	۰/۶۹	**۰/٤۷**
	باقی‌مانده	۲۱٥۱/۰۰	۱۸۸	۱۲/٤۷				
	کل	۱۷۶٤۳/۲۷	۱۹۱					

برای بررسی سهم هر متغیر مستقل در پیش‌بینی متغیر وابسته از مقدار بتا استفاده شد. نتایج نشان داد که بزرگترین ضریب بتا مربوط به متغیر هیجان ابرازشده (۰/٤۰-) می‌باشد. این بدان معنی است که این متغیر، قوی‌ترین سهم را در تبیین متغیر وابسته یعنی اضطراب مرگ داشت (p<۰/۰۰۱ ، t =٤/۱۰۰). ضریب بتا برای متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی برابر با ۰/۳۳ بود که نشان می‌دهد متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی نیز سهم معنادار و نسبتاً قوی در تبیین متغیر وابسته یعنی اضطراب مرگ داشت (p<۰/۰۰۱، t=۳/۶۱۹). همچنین، ضریب بتا برای متغیر اجتناب تجربی، ۰/۲۹ بود که نشان می‌دهد این متغیر نیز سهم معنادار و متوسطی در تبیین متغیر وابسته یعنی اضطراب مرگ داشت (p<۰/۰۰۱، t=۲/۱۱۳) (جدول ٤).

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-12-26]

[DOI: 10.61186/jhc.26.3.265]

جدول ٤. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه گام‌به‌گام متغیرهای پژوهش

متغیر پیش‌بین	B	خطای معیار	Beta	T	سطح معناداری
مقدار ثابت	۳۱۱/۱۵۷	۶/۹۲۲	-	۳۳/۵۶۱	P≤ ۰/۰۰۱
گام اول: هیجان ابراز شده	-۳/۷۹۳	۰/۱٤٤	-۰/۷۳۲	۱۱/۰۵۵	P≤ ۰/۰۰۱
مقدار ثابت	۲۲۷/۵۰۹	۸/۱۳۵	-	۲۶/۳۸۶	P≤ ۰/۰۰۱
گام دوم: هیجان ابراز شده	-۲/۸٤۳	۰/٤۲۱	-۰/۵۲۱	۹/٤٤٤	P≤ ۰/۰۰۱
عدم تحمل بلاتکلیفی	۲/۰۰۷	۰/۲۷۶	۰/٤۲۶	۸/۰۶۷	P≤ ۰/۰۰۱
مقدار ثابت	۱۹۹/۷۲۳	٤/۳٤۰	-	۱٤/۱۹۱	P≤ ۰/۰۰۱
گام سوم: هیجان ابراز شده	-۱/۳۷۳	۰/۲۶۹	-۰/٤۰	٤/۱۰۰	P≤ ۰/۰۰۱
عدم تحمل بلاتکلیفی	۱/۳۱۹	۰/٤۱٤	۰/۳۳	۳/۶۱۹	P≤ ۰/۰۰۱
اجتناب تجربی	۰/۸۹۵	۰/٤۲۶	۰/۲۹	۲/۱۱۳	P≤ ۰/۰۰۱

بحث

پژوهش حاضر با هدف پیش بینی اضطراب مرگ بر اساس هیجان ابراز شده، عدم تحمل بلاتکلیفی و اجتناب تجربی در بهبود یافتگان بیماری کووید-۱۹ با سابقه بستری انجام شد. نتایج نشان داد، هیجان ابراز شده می‌تواند اضطراب مرگ بهبود یافتگان بیماری کووید-۱۹ با سابقه بستری را در جهت منفی پیش بینی کند. به عبارت دیگر هیجان ابراز شده منجر به کاهش اضطراب مرگ بهبود یافتگان بیماری کووید-۱۹ با سابقه بستری می‌شود. در تبیین این یافته و همسو با نتایج مطالعات بهرامی و همکاران (۳۹) و هینوجوزا[1] و همکاران (٤۰) می‌توان گفت افرادی که ابرازگری هیجانی سازنده و بالایی دارند می‌توانند هیجان‌های مثبت و تسهیل کننده و ارتباط اجتماعی موثری را ایجاد کرده و انعطاف پذیری در توجه و تصمیم گیری تحت موقعیت اضطرابی را به شیوه مطلوبی تحت کنترل خود درآورند. اضطراب مرگ به عنوان یک پدیده مشکل ساز در افراد بهبودیافته از بیماری کووید-۱۹ می‌تواند بر عملکرد بهینه آن‌ها تاثیر منفی داشته باشد اما ابرازگری هیجانی به شکل مطلوبش در این افراد با برخورداری از آگاهی از هیجانات، تنظیم سازگارانه هیجان، عدم سرزنش خود و دیگران، بازارزیابی مثبت و ابراز متناسب هیجانات می‌تواند موجب تعدیل هیجانات منفی شده و به دنبال این تعدیل، قضاوت و ادراک مثبت از زندگی و خویشتن به وجود آید. همین مسئله در نهایت در کاهش میزان اضطراب مرگ در افراد بهبود یافته از بیماری کووید-۱۹ تاثیر دارد. افزون بر این؛ همسو با نتایج مطالعه اورنگ و همکاران (٤۲) می‌توان بیان کرد که هیجان ابراز شده، هیجان‌های اصیل و پنهان تر مثبت را نمایان می‌سازد. از سوی دیگر، چون اضطراب مرگ شامل نشانه‌های بدنی، هیجانی و شناختی است، هیجان ابراز شده بر بعد هیجانی اضطراب مرگ تمرکز کرده، هیجان‌های پشت پرده اضطراب مرگ مانند غم و اندوه را نمایان ساخته و منجر به آگاهی هیجانی و برون ریزی‌های هیجانی بیشتر در این افراد می‌شود. این آگاهی هیجانی و برون ریزی‌های هیجانی به خودی خود منجر به کاهش هیجانات منفی و در نتیجه کاهش اضطراب مرگ در افراد بهبود یافته از بیماری کووید-۱۹ می‌گردد. عطارد و همکاران (٤۱) نیز بیان می‌کنند هیجان ابراز شده با بسیاری از شاخص‌های منفی سلامت روان همچون استرس، افسردگی، اضطراب و عزت نفس پایین رابطه منفی و با بسیاری از شاخص‌های مثبت همچون شادکامی، امید به زندگی و تاب آوری رابطه مثبتی دارند. کاهش این عوامل منفی

[1] Hinojosa

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-12-26]

[DOI: 10.61186/jhc.26.3.265]

و افـزایش مولفـه‌هـای مثبـت مـذکور کـه ناشـی از هیجانات ابراز شده هستند، در نهایت منجر به کـاهش انواع اضـطراب و بـه طـور خـاص اضـطراب مـرگ در بهبودیافتگـان بیمـاری کوویـد-۱۹ بـا سـابقه بسـتری می‌شوند. افرادی که به شیوه سازنده ای هیجانات خود را ابراز می‌کنند، به جای سرکوب افکار و هیجانات خود، احساساتشـان را از طریـق راه‌هـای سـازگارانه بیـان می‌کنند. به صورت کلی ایـن افـراد بـا هـوش هیجـانی بالاتر و تنظیم سازگارانه هیجانات قادر هستند مشکلات هیجانی همچون اضطراب مرگ را کاهش دهند (۲۰). یافته دیگر پژوهش نشـان داد، عـدم تحمـل بلاتکلیفـی قـادر اسـت اضـطراب مـرگ بهبـود یافتگـان بیمـاری کووید-۱۹ با سابقه بسـتری را در جهـت مثبـت پـیش بینی کند. یعنی عدم تحمل بلاتکلیفی منجر بـه افـزایش اضطراب مرگ بهبـود یافتگـان بیمـاری کوویـد-۱۹ بـا سابقه بستری می‌شود. این یافته با نتایج مطالعات قرانی و همکـاران (۲۲)، آسموندسـون[1] و همکـاران (۲۳) و بروکوک[2] و همکاران (۲۶) همراستا است. بـا توجـه بـه این مطالعات می‌توان بیان کرد فـردی کـه آلـوده بـه ویروس کرونا است درجاتی از عدم تحمل بلاتکلیفی را تجربه می‌کند که این موضوع می‌تواند کـارکرد وی را در آن زمان بحرانی و اضطراری به خطر بیانـدازد. در همـین راسـتا افـرادی کـه بـه علـت ایـن بیمـاری در بیمارستان‌ها بستری شـده انـد و تحـت مراقبـت‌هـای ویژه قرار دارند، به علت وضعیت نابسامان جسـمانی و احتمال مرگ، به صورت قطع، عدم تحمل بلاتکلیفـی را در سطوح بالایی تجربه می‌کنند، به قدری که حتی پس از بهبودی نیز اثر آن تا مدت‌ها باقی می‌ماند. این عدم توانایی برای تحمل و رویارویی با ناشناخته‌ها، همچنـان و پس از گذشت چندین سـال عامـل بسـیار مهمـی در بروز مشـکلات روان شـناختی و بـه خصـوص اخـتلالات اضطرابی در این افراد به شمار مـی‌رود (۲۲). تفـاوت افراد مضطرب و سالم به میزان پذیرش آن‌ها نسبت به موقعیت‌های مبهم در زندگی واقعی و میزان تحمل این موقعیت‌ها برمی گردد. از این رو می‌توان به ایـن نکته اشـــاره کـرد کـه افـراد بهبـود یافتـه از بیمـاری کووید-۱۹ همچنان موقعیت‌های بلاتکلیفـی مـرتبط بـا بیماری (حتی مشکلات جسمانی کوچـک) را بـه صـورت منفی ارزیابی می‌کنند و رویدادهای آینده را بدون در نظر گرفتن احتمال وقوع آن‌ها بسیار تهدیدآمیز تلقـی مـی‌کننـد (۲۷) و در نهایـت میـزان بـالایی از تـرس و اضطراب از مرگ در آن‌ها شکل می‌گیـرد. افـزون بـر ایـن، همسـو بـا مطالعـه فهیمـی و همکـاران (۳۸) پژوهش‌هایی که به شیوه پـردازش اطلاعـات محیطـی افراد مضطرب پرداخته اند، بالقوه از نقش عدم تحمل بلاتکلیفی در اختلال‌های اضطرابی حمایت می‌کنند. عدم تحمل بلاتکلیفی باعث می‌شود که افراد به طور اغـراق آمیزی گرایش بـه سـاختن تفسـیرهای تهدیـدآمیز از اطلاعات مبهم مربوط به سلامتی داشته باشند. بنابراین وقتی افراد بهبود یافته از بستری بیماری کووید-۱۹ بـا موقعیت‌هایی مواجه مـی‌شـوند کـه شـامل پیامـدهای احتمالی زیاد می‌شود (دو یا چند پیامد) توانـایی تحمـل این پیامدهای چندگانه احتمـالی را ندارنـد و چـون در پردازش اطلاعات محیطی نیز به صورت اغـراق آمیـز عمـل مـی‌کننـد، علائـم مشـکلات اضـطرابی را نشـان می‌دهند. به عنوان مثال در افراد بهبود یافته از بستری بیماری کووید-۱۹ عدم تحمل بلاتکلیفی باعث می‌شود که در برابر کـوچکترین مشـکلات جسـمانی نظیـر یـک سرماخوردگی یا آنفلوانزای ساده توانایی رویارویی بـا این مشکل و بلاتکیفی را نداشته باشـند و بـه دنبـال آن اغراق زیاد و تشبیه این مشکل سـاده بـا وضـعیت حـاد خود در شرایط کرونا، مجددا علائم اضطراب مـرگ را تجربه کنند.

یافته دیگر پژوهش بیانگر آن بود کـه اجتنـاب تجربـی می‌تواند اضطراب مرگ بهبود یافتگان بیماری کووید-۱۹ با سابقه بستری را در جهت مثبت مورد پیش بینـی قرار دهد. به بیان دیگر اجتناب تجربی منجر به افزایش اضطراب مرگ بهبـود یافتگـان بیمـاری کوویـد-۱۹ بـا

[1] Asmundson
[2] Borkovec

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-12-26]
[DOI: 10.61186/jhc.26.3.265]

سابقه بستری می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های اسپینهان[1] و همکاران (۳۵)، قاسمی و همکاران (۳۶) و محمودعلیلو و همکاران (۳۷) همسویی دارد. در جهت تبیین این یافته پژوهش می‌توان بیان کرد که اجتناب تجربی به صورت تقویت منفی به فرد، اجازه تجربه هیجانات و افکار ناخوشایند و به چالش‌کشیدن آنها را نمی‌دهد، در نتیجه هیجانات و افکار ناخوشایند مجدداً و با شدت بیشتری ظاهر می‌شوند. افرادی که دارای سطح بالایی از اجتناب تجربی هستند، یعنی از افکار و هیجان‌های خود دوری کرده و حتی در صدد سرکوب آنها بر می‌آیند، ارزیابی منفی افراطی از هیجان‌ها، احساسات و افکار ناخواسته و عدم تمایل به تجربه کردن این رویدادها و تلاش‌های عمدی برای کنترل یا فرار از آنها را دارند. این تلاش‌های عمدی و آگاهانه در افراد بهبود یافته از بیماری کووید-۱۹ می‌تواند سطوح برانگیختگی ذهنی و هیجانی آن‌ها را مانند مرحله حاد بیماری کووید-۱۹ افزایش دهد (۵۵) که نتیجه آن می‌تواند افزایش افکار اضطراب‌زای مربوط به مرگ باشد. در واقع رابطه مثبت اجتناب تجربی با اضطراب مرگ به این دلیل است که اجتناب تجربی باعث می‌شود که فرد با دیدگاهی متفاوت به ارزیابی رویدادها و وقایع منفی بپردازد یا از بررسی این رویدادها طفره رود، در نتیجه ناراحتی و تنیدگی بیشتری را در رابطه با مرگ تجربه می‌کند و به همین شکل اضطراب مرگ افزایش می‌یابد. اسپینهان و همکاران (۳۵) همراستا با نتایج این مطالعه به این نتیجه رسیدند که اجتناب تجربی می‌تواند تداوم پریشانی‌های روان شناختی در طولانی مدت را مورد پیش بینی قرار دهد. به بیان دیگر اجتناب تجربی به عنوان یک عامل فراتشخیصی موثر در بروز اختلالات هیجانی مفهوم سازی شده است. همچنین همسو با نتایج مطالعه قاسمی و همکاران (۳۶)، افراد بهبود یافته از کووید-۱۹ با سابقه بستری به علت مشکلات حاد جسمانی و شرایط روانی ناگوار در دوران بستری خود حتی پس از گذشت چند سال هم مشغله‌های ذهنی زیادی درباره سلامتی، اضطراب و حتی مرگ دارند. آن‌ها به منظور اجتناب از این تجارب دردناک یا وقایعی که باعث فراخواندن این تجارب می‌شوند، از مکانیسم اجتناب تجربی بهره می‌جویند. استفاده از مکانیسم اجتناب تجربی در کوتاه مدت به آسودگی روانی منجر می‌گردد اما در دراز مدت باعث تقویت ساختارهای شناختی منفی همچون طرحواره‌های ناسازگار اولیه شده و به پایداری آسیب‌های روان شناختی همچون اضطراب مرگ کمک می‌کند.

با وجود این که مطالعه حاضر توانست اضطراب مرگ بهبود یافتگان بیماری کووید-۱۹ با سابقه بستری را بر اساس هیجان ابراز شده، عدم تحمل بلاتکلیفی و اجتناب تجربی پیش بینی کند، با محدودیت‌هایی نیز روبه رو بود؛ در پژوهش حاضر از ابزار خودگزارش دهی برای جمع آوری داده‌ها استفاده شده که می‌تواند نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. عدم در نظر گرفتن متغیرهای میانجی و متغیرهای تعدیل گر همچون سن و جنسیت از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود. بر همین اساس توصیه می‌گردد که در پژوهش‌های آتی با اهدافی نزدیک به مطالعه حاضر از روش مصاحبه نیز بهره گرفته شود و متغیرهای میانجی و تعدیل گر را نیز در نظر گرفته شوند.

نتیجه گیری

به صورت کلی می‌توان نتیجه گرفت که هیجان ابراز شده می‌تواند در کاهش اضطراب مرگ بهبودیافتگان از بیماری کووید-۱۹ با سابقه بستری موثر باشد. همچنین عدم تحمل بلاتکلیفی و اجتناب تجربی قادرند اضطراب مرگ بهبودیافتگان بیماری کووید-۱۹ با سابقه بستری را افزایش دهند. این پژوهش بر نقش عوامل هیجانی و تفکرات ناکارآمد همچون عدم تحمل ابهام و اجتناب تجربی در ایجاد اضطراب مرگ تأکید می‌کند، در نتیجه پیشنهاد می‌شود که روان‌شناسان،

[1] Spinhoven

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-12-26]
[DOI: 10.61186/jhc.26.3.265]

مشاوران و روان پزشکان از فنونی که موجب به کارگیری راهبردهای سازگارانه بروز هیجانات و شناخت‌های کارآمد می‌شوند، در درمان اضطراب مرگ بهبود یافتگان بیماری کووید-۱۹ با سابقه بستری استفاده کنند.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی دانشگاه لرستان با کد اخلاق IR.LUMS.REC.1402.167 می‌باشد. از کلیه افرادی که در این مطالعه مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1- Russell CD, Millar JE, Baillie JK. Clinical evidence does not support corticosteroid treatment for 2019-nCoV lung injury. Lancet. 2020;395(10223):473-75.
2- Richardson P, Griffin I, Tucker C, Smith D, Oechsle O, Phelan A, et al. Baricitinib as potential treatment for 2019-nCoV acute respiratory disease. Lancet. 2020;395(10223):e30.
3- World Health Organization. WHO COVID-19 dashboard. 2024.
4- Alizadeh Fard S, Saffarinia M. The prediction of mental health based on the anxiety and the social cohesion that caused by Coronavirus. Social Psychology Research. 2020;9(36):129-41. [Persian]
5- Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. The Lancet Psychiatry. 2020;7(3): 228-29.
6- Li P, Wang Y, Peppelenbosch MP, Ma Z, Pan Q. Systematically comparing COVID-19 with the 2009 influenza pandemic for hospitalized patients. International Journal of Infectious Diseases. 2021;102:375-80.
7- Song Z, Hu Y, Zheng S, Yang L, Zhao R. Hospital pharmacists' pharmaceutical care for hospitalized patients with COVID-19: recommendations and guidance from clinical experience. Research in Social and Administrative Pharmacy. 2021;17(1):2027-31.
8- Mashhadi M, Sahebozamani M, Daneshjoo A, Adeli S H, Venarji N. Persistent symptoms in recovered patient from Covid-19 and the importance of post-acute rehabilitation: a systematic review. Qom University of Medical Sciences Journal. 2022;15(10):660-73. [Persian]
9- Ghanbarian M, Taher M. Comparison of psychological capital and death anxiety in recovered from covid-19 and healthy people. 1st International Conference on Psychology, Social Sciences, Educational Sciences and Philosophy: Babol; 2023. [Persian]
10- Nejati Ghafoori M, Moshirian Farahi M. Investigation of the profile of psychosomatic disorders and psychological problems in women recovered from COVID-19. Shefaye Khatam. 2023;11(3):1-10. [Persian]
11- Jong J. Death anxiety and religion. Current Opinion in Psychology. 2021;40:40-44.
12- Krause N, Hayward RD. Religious involvement and death anxiety. Journal of Death and Dying. 2014;69(1):59-78.
13- Kim Y, Kim M. Factors influencing death anxiety in community-dwelling elderly: based on the ecology theory. The Korean Journal of Hospice and Palliative Care. 2019;22(1):30-38.
14- AlZaben M, Al Adwan F. The effectiveness of a counselling program in reducing the death anxiety and improving self-efficacy among a sample of female middle-aged teachers recovered from COVID-19 virus. OMEGA-Journal of Death and Dying. 2024;89(4):1366-84.
15- Iverach L, Menzies RG, Menzies RE. Death anxiety and its role in psychopathology: reviewing the status of a transdiagnostic construct. Clinical Psychology Review. 2014;34(7): 580-93.
16- Nasiri S, Noori M, Aslezaker M. Effectiveness of attention control training on attentional bias towards death, death anxiety, and sensitivity to mortality salience. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2021;24(5):674-87. [Persian]

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-12-26]

[DOI: 10.61186/jhc.26.3.265]

17- Thonse U, Behere RV, Praharaj SK, Sharma PS. Facial emotion recognition, socio-occupational functioning and expressed emotions in schizophrenia versus bipolar disorder. Psychiatry Research. 2018;264:354-60.
18- Izon E, Berry K, Law H, French P. Expressed Emotion (EE) in families of individuals at-risk of developing psychosis: a systematic review. Psychiatry Research. 2018;270:661-72.
19- Behdost P, Porshehariari M, Hoseinian SA. Comparison of communication patterns, emotional expression styles, and intimacy among betrayed and normal women. Quarterly Journal of Woman and Society. 2021;12(45):1-14. [Persian]
20- Rafee F, Asadi J, Khajvand Khoshli A. Comparing the effectiveness of reality therapy approaches and communication imagery (Imago Therapy) on the emotional expression of women seeking divorce. MEJDS. 2022;12:202. [Persian]
21- Ahmadi E. The relationship between emotional congruence and positive emotion expression with mental health: examining the social function of emotion. Journal of Psychological Research. 2012;4(14):41-55. [Persian]
22- Ghorani A, Torabi Zonouz S, Mahmoud Alilou M, Pak R. Predicting the severity of anxiety in Coronavirus disease based on anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty. Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2021;16(59):7-16. [Persian]
23- Asmundson GJ, Taylor S. Coronaphobia: fear and the 2019-nCoV outbreak. Journal of Anxiety Disorders. 2020 70:102196.
24- Carleton RN, Sharpe D, Asmundson GJ. Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: requisites of the fundamental fears? Behaviour Research and Therapy. 2007;45(10):2307-16.
25- Hollingsworth DW, Gauthier JM, McGuire AP, Peck KR, Hahn KS, Connolly KM. Intolerance of uncertainty mediates symptoms of PTSD and depression in African American veterans with comorbid PTSD and substance use disorders. Journal of Black Psychology. 2018;44(7):667-88.
26- Borkovec T, Alcaine O, Behar E. Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice. Guilford Press: Turk & Mennin; 2001.
27- Bauer EA, MacNamara A, Sandre A, Lonsdorf TB, Weinberg A, Morriss J, et al. Intolerance of uncertainty and threat generalization: a replication and extension. Psychophysiology. 2020;57(5):e13546.
28- Hong RY, Lee SS. Further clarifying prospective and inhibitory intolerance of uncertainty: factorial and construct validity of test scores from the intolerance of uncertainty scale. Psychological Assessment. 2015;27(2):605.
29- Juarascio AS. Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: an initial test of efficacy and mediation. Doctoral Dissertation. Drexel University; 2011.
30- Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. Clinical Psychology Review. 2010;30(7):865-78.
31- Twohig PM. Acceptance and commitment therapy: Introduction. Elsevier; 2012.
32- Moroz M, Dunkley DM. Self-critical perfectionism, experiential avoidance, and depressive and anxious symptoms over two years: a three-wave longitudinal study. Behaviour Research and Therapy. 2019;112:18-27.
33- Ellis TE, Rufino KA. Change in experiential avoidance is associated with reduced suicidal ideation over the course of psychiatric hospitalization. Archives of Suicide Research. 2016;20(3):426-37.
34- Boni M, Schütze R, Kane RT, Morgan-Lowes KL, Byrne J, Egan SJ. Mindfulness and avoidance mediate the relationship between yoga practice and anxiety. Complementary Therapies in Medicine. 2018;40:89-94.
35- Spinhoven P, Drost J, de Rooij M, van Hemert AM, Penninx BW. A longitudinal study of experiential avoidance in emotional disorders. Behavior Therapy. 2014;45(6):840-50.
36- Ghasemi K, Elahi T. The relationship between early maladaptive schemas and illness anxiety: the mediating role of experiential avoidance. Journal of Research in Mental Health. 2019;13(3):47-55. [Persian]

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-12-26]

[DOI: 10.61186/jhc.26.3.265]

37- Mahmoud Alilou M, Andarbaghiyan S. Predicts generalized anxiety disorder based on multiple dimensions of experiential avoidance. Journal of Modern Psychological Researches. 2019;14(54.2):1-6. [Persian]
38- Fahimi S, Mahmoud Aliloo M, Rahim Khanli M, Fakhari A, Poursharifi H. Compare intolerance of uncertainty in the generalized anxiety disorder, obsessive compulsive disorder, panic disorder and normal people. Journal of Behavioral Science Research. 2013;11(4):233-44. [Persian]
39- Salim Bahrami SH, Jahan F, Asadzadeh Dehraei H, Sotoodeh Asl N. Emotional expression training on anxiety, quality of life, and perceived academic control in students. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2020;10:74. [Persian]
40- Hinojosa-Marqués L, Domínguez-Martínez T, Sheinbaum T, Cristóbal-Narváez P, Kwapil TR, Barrantes-Vidal N. Relatives' attachment anxiety mediates the association between perceived loss and expressed emotion in early psychosis. PloS One. 2019;14(10):e0223425.
41- Atarod V, Mansoureiyeh N. The relationship between insecure attachment styles and emotion self-regulation with death anxiety in the nurses of corona wards in Tabriz city. Journal of Nursing Education. 2024;13(1):34-46. [Persian]
42- Orang S, Saberi H, Taheri A. Develop and evaluate the effectiveness of emotion-based therapy on cognitive emotion regulation and death anxiety in the elderly with cancer. The Women and Families Cultural-Educational. 2023;18(63):133-52. [Persian]
43- Sahu DP, Pradhan SK, Sahoo DP, Patra S, Singh AK, Patro BK. Fear and anxiety among COVID-19 screening clinic beneficiaries of a tertiary care hospital of eastern India. Asian Journal of Psychiatry. 2021;57:102543.
44- Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 5th ed. Boston: MA Pearson Education; 2007.
45- Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. The Journal of General Psychology. 1970;82(2):165-77.
46- Rajabi G, Naderi Nobandegani Z. Reliability and validity of the Persian version of reasons for death fear scale. Practice in Clinical Psychology. 2020;8(1):9-16. [Persian]
47- Cole JD, Kazarian SS. The level of expressed emotion scale: a new measure of expressed emotion. Journal of Clinical Psychology. 1988;44(3):392-97.
48- Eftekharzadeh R, Hosseinian S, Shams J, Yazdi M. The effectiveness of psychological training on expressed excitement and reducing the severity of the disorder in patients with obsessive-compulsive disorder. Journal of Psychological Studies. 2016:12(2):67-86. [Persian]
49- Modares M. On the relationship between personality traits and level of expressed emotion in mothers of schizophrenic patients. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2010;12(45): 438-47. [Persian]
50- Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? Personality and Individual Differences. 1994;17(6):791-802.
51- Buhr K, Dugas MJ. The intolerance of uncertainty scale: psychometric properties of the English version. Behaviour Research and Therapy. 2002;40(8):931-45.
52- Akbari M, Hamidpour H, Andoz Z. Investigating predictors of pathological anxiety in students. The Fifth National Seminar on Students' Mental Health. Tehran University of Medical Sciences; 2011. [Persian]
53- Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire–II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behavior Therapy. 2011;42(4):676-88.
54- Abbasi I, Fetty L, Molodi R, Zarrabi H. Psychometric adequacy of Persian version of experimental avoidance questionnaire. Journal of Psychological Methods and Models. 2012;2(10):65-80. [Persian]
55- Chou WP, Yen CF, Liu TL. Predicting effects of psychological inflexibility/experiential avoidance and stress coping strategies for internet addiction, significant depression, and suicidality in college students: a prospective study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2018;15(4):788.

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-12-26]

[DOI: 10.61186/jhc.26.3.265]