



رابطه اضطراب کرونا با اختلالات خواب و نشانگان اختلال استرس پس از سانحه: نقش میانجیگری اضطراب سلامت

گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران
دانشیار گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

آدینه بازگونه ^{id}
محمدرضا زربخش ^{id*}

mrzrbaksh@gmail.com

پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۲۴ ایمیل نویسنده مسئول:

دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۰۸

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷

<http://Aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۵ | پیاپی ۲۸۷-۳۰۸

زمستان ۱۴۰۰

(مجموعه مقالات کویید-۱۹)

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف این پژوهش تعیین رابطه اضطراب کرونا با اختلالات خواب و نشانگان اختلال استرس پس از سانحه با میانجیگری اضطراب سلامت در کادرمان بود. **روش پژوهش:** این پژوهش با توجه به هدف از نوع پژوهش کاربردی و با طرح پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری کادرمان بیمارستان‌های شرق استان گیلان شامل پزشکان و پرستاران به تعداد ۷۲۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس و با استفاده از جدول مورگان ۲۵۰ نفر انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش مقیاس اضطراب کرونا و پیروس علی پور و همکاران (۱۳۹۸)، پرسشنامه اختلال خواب پترزبورگ (۱۹۸۹)، پرسشنامه اضطراب سلامت سالکووسکیس و روارویک (۲۰۰۲) و اختلال استرس پس از ضربه ویدرز و همکاران (۱۹۹۳) بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و Smart PLS تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد بین اضطراب کرونا با اختلالات خواب ($r=0/403$)، نشانگان اختلال استرس پس از سانحه ($r=0/389$) و اضطراب سلامتی ($r=0/503$) رابطه مثبت و معنادار وجود دارد ($P<0/001$)؛ هم‌چنین بین اضطراب سلامت با اختلالات خواب ($r=0/559$) و نشانگان اختلال استرس پس از سانحه ($r=0/278$) رابطه مثبت و معنادار وجود دارد ($P<0/001$). **نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش حاضر به خوبی تعیین کرد که نقش اضطراب سلامتی در پیش‌بینی اختلال استرس پس از سانحه بیشتر از اختلالات خواب است.

کلیدواژه‌ها: اضطراب کرونا، اختلالات خواب، استرس پس از سانحه، اضطراب سلامتی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(بازگونه و زربخش، ۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

بازگونه، آدینه، و زربخش، محمدرضا. (۱۴۰۰). رابطه اضطراب کرونا با اختلالات خواب و نشانگان اختلال استرس پس از سانحه: نقش میانجیگری اضطراب سلامت. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۵) پیاپی ۲۸۷-۳۰۸: ۲۸۷-۳۰۸.

مقدمه

بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-5، اختلال استرس پس از ضربه^۱، یک بیماری روان‌پزشکی است که مشخصه آن بروز اضطراب و استرس به دنبال مواجهه با رویدادی آسیب‌زننده مانند جنگ، تجاوز جنسی، تصادف شدید یا سایر رویدادهایی است که جان انسان را تهدید می‌کنند. رویدادهای آسیب‌زننده یا پر استرسی که فرد با آن درگیر و یا شاهد آن حادثه و رویداد است. علائم استرس پس از ضربه شامل افکار یا خطرات مزاحم در مورد رویدادها، اضطراب، بی‌قراری، تلاش برای اجتناب از محرک‌های مرتبط با رویداد آسیب‌زننده، تغییر در تفکر و احساسات و افزایش واکنش‌های جنگ یا گریز است. این علائم برای بیشتر از یک ماه بعد از وقوع رویداد آسیب‌زننده ادامه می‌یابند (سادوک، رویز و کاپلان، ۲۰۱۷). یکی از بیماری‌های جدید که نه تنها کشور ایران، بلکه تمام جهان را به خود مشغول کرده است، بیماری ناشی از کروناویروس^۲ یا کووید ۱۹ است که به آن بیماری تنفسی حاد انکاو ۲۰۱۹ نیز گفته‌اند (خدایاری فرد، آسایش و پرند، ۱۳۹۹). در حال حاضر شیوع گسترده بیماری کووید ۱۹ با قدرت انتقال سریع، تبدیل به یک فوریت در زمینه سلامت جسمی و روانی در عرض فقط چند ماه شده است. شیوع این بیماری به طور مداوم در حال افزایش است که نه تنها موجب بروز نگرانی‌هایی در رابطه با سلامت جامعه می‌شود، بلکه ممکن است سبب مشکلات روان‌شناختی جدی مانند اضطراب، عدم قطعیت و انگ زدن شود که با درمان‌های پزشکی و روان‌پزشکی قابل پیشگیری هستند (سان، سان، وو، ژو و ژانگ، ۲۰۲۰). بسیاری از پژوهش‌های نشان داده‌اند که اثرات روان‌شناختی گسترده، متنوع و منفی شرایط حاضر مانند خشم، پریشانی و علائم استرس پس از آسیب، می‌توانند با دوران قرنطینه طولانی مدت، ترس از آلوده شدن به ویروس کووید ۱۹، ناامیدی، امکان کمبود مایحتاج اولیه، اطلاعات ناکافی، مشکلات اقتصادی و انگ در ارتباط باشند. در واقع، پژوهش‌های موجود نشان می‌دهند که رشد علائم استرس پس از آسیب که می‌تواند منجر به بروز علائم مزمنی مانند خاطرات مزاحم، رفتارهای اجتنابی، تحریک‌پذیری و بی‌حسی هیجانی شود، یکی از مهم‌ترین پیامدهای روان‌شناختی وضعیت حاضر است (ژانگ یانگ، لی، ژانگ، ژانگ و چئونگ، ۲۰۲۰).

در حقیقت، مبتلا شدن به یک بیماری مهلک، می‌تواند تجربه‌ای آسیب‌زا باشد و برخی از پژوهش‌ها در زمینه وضعیت روان‌شناختی کادر پزشکی درگیر درمان بیماری همه‌گیر سارس در سال ۲۰۰۳ که شرایط مشابه با شرایط کنونی شیوع گسترده کووید ۱۹ وجود داشت، نشان داده که در حدود ۱۰٪ از آن‌ها، آمار بالایی از علائم استرس پس از ضربه را نشان داده‌اند (وو، فانگ، گوان، فان، کونگ و یائو، ۲۰۰۹). پژوهش‌های بلند مدت دیگری در زمینه بیماری‌های روان‌پزشکی در بهبودیافتگان از بیماری سارس، نشان داده‌اند که اختلال استرس پس از سانحه ترین اختلال طولانی مدت روان‌پزشکی در میان آن‌ها بوده و نرخ بروز آن در دو سال پس از شیوع بیماری سارس، ۴۷٫۸ درصد بود (ماک، چو، پان، یو و چان، ۲۰۰۹). مرگ نزدیکان، حوادث غیرمترقبه، بیکاری، طلاق، بیماری و ناکامی‌های متعدد، از جمله موقعیت‌هایی هستند که به ایجاد اضطراب سلامت می‌انجامند، از طرفی اضطراب علل بسیاری از دردها، ناراحتی‌ها و بیماری‌ها تلقی می‌شود. پژوهش‌ها

1. PTSD
2. Corona virus
3. Covid -19

و تجارب اخیر نشان داده است که بیماری‌های مزمن، از جمله رویدادهایی هستند که به طور تقریبی در بیشتر افراد اضطراب سلامت ایجاد می‌کنند (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۹۹).

اضطراب سلامت اختلال شناختی گسترده‌ای است که به صورت ادراک نادرست درباره علائم و تغییرات بدنی که نتیجه باورهای فرد در مورد بیماری یا سلامت است شکل می‌گیرد. در الگوهای شناختی-رفتاری، اضطراب سلامت از نگرانی و ترس مداوم نسبت به سلامت که به وسیله ارزشیابی نادرست هدایت می‌شود، تعریف می‌گردد (نوریس و مارکوس، ۲۰۱۴). مدل شناختی- رفتاری باورهای ناکارآمد را به عنوان هسته اصلی علت اضطراب سلامت عنوان کرده‌اند. پژوهش‌های گسترده‌ای نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اضطراب سلامت باورهای ناکارآمد نسبت به بیماری دارند. علاوه بر باورهای ناکارآمد، اضطراب سلامت تعبیرهای سوگیرانه‌ای در شکل‌گیری اختلال استرس پس از سانحه را مهم‌ترین علت آن نشان داده است. به محض اینکه باورهای ناکارآمد فعال می‌شوند. این افکار منجر به اختلال استرس پس از سانحه به عنوان نشان دهنده وجود یک بیماری جدی می‌شوند و در نهایت اضطراب سلامت به همراه دارند (مارکوس و چرچ، ۲۰۰۳).

یکی از عواملی که با اختلال استرس پس از سانحه بیشتر درگیر است اختلال خواب است. خواب تحکیم حافظه خاموشی ترس^۱ را تسهیل می‌کند، کابوس‌های شبانه و بی‌خوابی از نشانگان برجسته در اختلال استرس پس از سانحه می‌باشند و احتمالاً در خاموشی ترس و به مخاطره انداختن بهبودی نیز تداخل ایجاد می‌کند، خواب برای انعطاف‌پذیری سیناپسی و شکل‌گیری حافظه اهمیت دارد. به طوری که در فرایند حافظه خاموشی ترس، تداومی‌های بین یک محرک راه‌انداز خنثی و محرک تنفرانگیز، تضعیف می‌شود و این انعطاف‌پذیری سیناپسی ناشی از خواب، فرایند خاموشی ترس در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه را تسهیل می‌کند (امیرپور و میرآتی، ۱۳۹۴). اختلالات خواب از شاخصه‌های شایع در اختلال استرس پس از سانحه محسوب می‌شود و ریسک فاکتوری برای شکل‌گیری این اختلال به دنبال مواجهه با تروما تلقی می‌شوند (امیر پور و میرآتی، ۱۳۹۴). نتایج پژوهش روپکه، هانسن، پیتر، مرکل، پالافوکس و دانکرهوپ (۲۰۱۳) نشان داده است که تشخیص دقیق اختلالات خواب در مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه با درمان و ارزیابی و پیش‌آگاهی این اختلال ارتباط دارد. همچنین بر اساس مطالعه گاتنر، کاسمنت، گیلبرت، ریسک (۲۰۱۳) بیش از ۷۰ درصد مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه به اختلالات خواب مبتلا هستند. با توجه به اینکه کارکنان بیمارستان‌ها فشار روانی شدیدی را به دلیل مواجهه با حجم بسیار بالا و ناگهانی بیماران بد حال مبتلا به کووید ۱۹، افزایش شدید ساعات کاری و ابتلاء خود و یا همکاران و با از دست دادن آن‌ها یا اعضای خانواده‌شان و سایر اعضای جامعه را در ماه اول تجربه کردند. در واقع آن‌ها به طور کاملاً ناگهانی با شرایط بسیار ناگواری برای خود و اطرافیان و مشاهده درد و رنج و مرگ دیگران مواجه شدند که می‌تواند تأثیر بسیار جدی بر سلامت روان و کارکرد آن‌ها بگذارد. لذا هدف از انجام مطالعه حاضر اضطراب کرونا با اختلالات خواب و نشانگان اختلال استرس پس از سانحه با میانجیگری اضطراب سلامتی در کادرمان بیمارستان‌های استان گیلان است تا با اطلاعات به دست آمده، امکان ارائه خدمات پزشکی و غیرپزشکی و حمایت‌های روان‌شناختی برای آنان فراهم گردد؛ بنابراین سؤالی که این پژوهش با آن روبروست این است:

1. Fear extinction memory

۱. آیا بین اضطراب کرونا با اختلالات خواب و نشانگان اختلال استرس پس از سانحه با میانجیگری اضطراب سلامتی در کادرمان رابطه وجود دارد؟

روش پژوهش

این پژوهش با توجه به هدف از نوع پژوهش کاربردی بود. طرح پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری در این پژوهش، شامل تمام کادرمان بیمارستان‌های شرق استان گیلان شامل پزشکان و پرستاران به تعداد ۷۲۰ نفر می‌باشند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت در دسترس است که با توجه به جامعه حجم نمونه با استفاده از جدول مورگان ۲۵۰ نفر به دست آمد. معیارهای ورود به پژوهش شامل از کادرمان بیمارستان‌های شرق گیلان باشند، علاقه به شرکت در پژوهش داشته باشند و طبق تشخیص پزشک به بیماری‌های محدودکننده دیگر مبتلا نباشند. تکمیل ناقص یا عدم تکمیل ۱۰ درصد سؤالات پرسشنامه و رخداد حمله‌ی بیماری از معیارهای خروج از مطالعه بود.

ابزار پژوهش

۱. **مقیاس اضطراب کرونا ویروس.** این ابزار جهت سنجش اضطراب ناشی از شیوع ویروس کرونا توسط علی پور و همکاران (۱۳۹۸) در کشور ایران تهیه و اعتبار یابی شده است. نسخه نهایی این ابزار دارای ۱۸ گویه و ۲ مؤلفه (عامل) است. گویه‌های ۱ تا ۹ علائم روانی و گویه‌های ۱۰ تا ۱۸ علائم جسمانی را می‌سنجد. این ابزار در طیف ۴ درجه‌ای لیکرت (هرگز=۰، گاهی اوقات=۱، بیشتر اوقات=۲ و همیشه=۳) نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین بیشترین و کمترین نمره‌ای که افراد پاسخ‌دهنده در این پرسشنامه کسب می‌کنند بین ۰ تا ۵۴ است. نمرات بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده سطح بالاتری از اضطراب در افراد است. پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای عامل اول ($\alpha=0/879$)، عامل دوم ($\alpha=0/861$) و برای کل پرسشنامه ($\alpha=0/919$) به دست آمد. همچنین مقدار $\lambda-2=0/882$ برای عامل اول و $\lambda-2=0/864$ برای کل پرسشنامه ($\lambda-2=0/922$) به دست آمد. جهت بررسی روایی وابسته همبستگی به ملاک این پرسشنامه از همبسته کردن این ابزار با پرسشنامه GHQ-28 استفاده شد که نتایج نشان داد پرسشنامه اضطراب کرونا با نمره کل پرسشنامه GHQ-28 و مؤلفه اضطراب، نشانه‌های جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب برابر با $0/483$ ، $0/507$ ، $0/418$ ، $0/333$ و $0/269$ است و کلیه این ضرایب در سطح $0/01$ معنادار بود؛ علی پور و همکاران (۱۳۹۸) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ $0/91$ و همبستگی این ابزار را با پرسشنامه سلامت عمومی گلدنبرگ به عنوان شاخصی از روایی ابزار گزارش کردند.

۲. **پرسشنامه اختلال خواب پترزبورگ.** یکی از بهترین ابزارهایی که در زمینه سنجش اختلال خواب طراحی و ساخته شده است پرسشنامه اختلال خواب پترزبورگ است. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط دکتر بویس و همکارانش در موسسه روان‌پزشکی پیتسبورگ ساخته شد. این پرسشنامه در اصل دارای ۹ گویه است اما چون سؤال ۵ خود شامل ۱۰ گویه فرعی است؛ بنابراین کل پرسشنامه دارای ۱۹ آیتم است که در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه دارای ۷ زیرمقیاس است

که عبارتند از: کیفیت ذهنی خواب^۱، تأخیر در به خواب رفتن^۲، مدت زمان خواب^۳، میزان بازدهی خواب^۴، اختلالات خواب^۵، استفاده از داروهای خواب‌آور^۶ و اختلالات عملکردی روزانه^۷. دکتر بویس و همکاران (۱۹۸۹) که این پرسشنامه را برای اولین ساخته و معرفی کردند انسجام درونی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آوردند. در نسخه ایرانی این پرسشنامه روایی ۰/۸۶ و پایایی ۰/۸۹ به دست آمد (شهری‌فر، ۱۳۸۸ به نقل از حیدری، احتشام زاده و مرعشی، ۱۳۸۹). همچنین در پژوهشی دیگر پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۴۶ و به روش تنصیف ۰/۵۲ به دست آمد (حیدری، احتشام زاده و مرعشی، ۱۳۸۹).

۳. پرسشنامه اضطراب سلامت. فرم کوتاه ۱۸ سؤالی این پرسشنامه مجدداً توسط سالکووسکیس و روارویک (۲۰۰۲) ساخته شد که از نوع مداد-کاغذی و خودسنجی است و به صورت مختصر HAI^۸ خوانده می‌شود (سالکووسکیس، ریمس و وارویک و کلارک، ۲۰۰۲). نمره گذاری این پرسشنامه بدین صورت است که هر آیتم ۴ گزینه دارد و هریک از گزینه‌ها شامل توصیف فرد از مؤلفه‌های سلامتی و بیماری به صورت یک جمله خبری است. نمره گذاری برای هر آیتم یا سؤال از صفر تا ۳ است. حداقل نمره در این پرسشنامه ۰ و حداکثر کسب نمره ۵۴ است. نمره بالاتر در این پرسشنامه بیانگر اضطراب سلامت بیشتر است (سالکووسکیس، ریمس و وارویک و کلارک، ۲۰۰۲). خرده مقیاس‌ها شامل: احتمال ابتلا به بیماری^۹، پیامدهای منفی ابتلا به بیماری^{۱۰} ابتلا به بیماری است. اعتبار همگرا پرسشنامه اضطراب سلامتی از طریق محاسبه همبستگی آن با مقیاس باورهای بیماری^{۱۱} (IAS) ۰/۶۳ گزارش شده است (سالکووسکیس، ریمس و وارویک و کلارک، ۲۰۰۲). مطابق گزارش نرگسی (۱۳۹۰) اعتبار همگرا پرسشنامه اضطراب سلامتی با پرسشنامه خودبیمارپنداری اهواز ۰/۷۵ به دست آمد که در سطح معنی‌داری $P < 0/001$ معنادار بود.

۴. اختلال استرس پس از ضربه. پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه (PCL) یک مقیاس خودگزارش دهی است که برای ارزیابی میزان اختلال و غربال کردن این بیماری از افراد عادی و سایر بیماران به عنوان یک ابزار کمک تشخیصی به کار می‌رود. این فهرست به وسیله ویدرز، لیتز، هرمن، هوسکا و کین در سال ۱۹۹۳ طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۱۷ سؤال است که پنج ماده آن مربوط به علائم و نشانه‌های تجربه مجدد حادثه آسیب‌زای تروماتیک، ۷ ماده آن مربوط به علائم و نشانه‌های کرختی عاطفی و اجتناب و ۵ ماده این فهرست مربوط به علائم و نشانه‌های برانگیختگی شدید است. ه بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای نمره گذاری شده است که گزینه‌های آن از اصلاً=۰ تا خیلی زیاد=۴ رتبه‌بندی شده است به طوری که آزمودنی

1. subjective sleep quality
2. sleep latency
3. sleep duration
4. habitual sleep efficiency
5. sleep disturbances
6. use of sleeping medication
7. daytime dysfunction
8. health anxiety Inventory
9. Probability of disease
10. Negative Consequence
11. Illness Attitudes Scale (IAS)

بر اساس شدت علائم از ۱ تا ۵ به هر سؤال نمره می‌دهد و افرادی که نمره بالاتری کسب کنند به عنوان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شناخته می‌شوند. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون طی پژوهش گودرزی (۱۳۸۲)، ۰/۹۳ به دست آمده است که حاکی از اعتبار پرسشنامه است.

شیوه اجرا. ابتدا با تهیه لیست بیمارستان‌های شرق استان تهران و تعداد پزشکان و پرستاران این بیمارستان‌ها نفر به عنوان نمونه برآورد شد، سپس با مراجعه به روابط عمومی بیمارستان‌ها ضمن توضیح اهداف پژوهش و تمایل آن‌ها به همکاری پرسشنامه‌های پژوهش شامل مقیاس اضطراب کرونا ویروس علی پور و همکاران (۱۳۹۸)، پرسشنامه اختلال خواب پترزبورگ (۱۹۸۹)، پرسشنامه اضطراب سلامت سالکووسکیس و روارویک (۲۰۰۲) و اختلال استرس پس از ضربه ویدرز و همکاران (۱۹۹۳) به پرسشنامه‌های الکترونیکی تبدیل شد و در اختیار آن‌ها قرار داده شد زیرا به دلیل شرایط کرونا تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت چاپی و حضوری امکان‌پذیر نبود در نهایت تعداد ۲۵۰ پرسشنامه تکمیل شد پس از جمع‌آوری داده‌ها به منظور تجزیه و تحلیل آن‌ها از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۲ و Smart PLS نسخه ۳ استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی از فراوانی و درصد فراوانی و میانگین و انحراف استاندارد و برای آزمون فرضیه‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و معادلات ساختاری استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد، از نظر جنسیت ۱۱۲ نفر (۷۴/۷ درصد) افراد مورد مطالعه زن، از نظر وضعیت سابقه کار ۵۲ نفر (۳۴/۷ درصد) کمتر از ۵ سال، از نظر وضعیت تأهل ۹۰ نفر (۶۰ درصد) مجرد، از نظر سطح تحصیلات ۸۰ نفر (۵۳/۳ درصد) لیسانس، از نظر بخش خدمت ۶۹ نفر (۴۶ درصد) سایر بخش‌ها بودند. همچنین ۶۵ نفر (۴۳/۳ درصد) از افراد مورد مطالعه دارای سابقه ابتلاء به بیماری کووید بودند.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیرهای پژوهش در کادرمان

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	بیشینه-کمینه	کجی	کشیدگی
اضطراب کرونا	۲۱/۹۸	۷/۷۸	۴۱-۰	-۰/۵۰۵	۰/۳۸۴
علائم روانی	۱۶/۲۸	۴/۹۱	۲۵-۰	-۱/۱۶۷	۱/۳۸۶
علائم جسمانی	۵/۶۹	۳/۷۷	۱۶-۰	۰/۶۰۷	-۰/۰۹۶
اختلال خواب	۶/۶۰	۲/۷۸	۱۳-۲	۰/۴۷۳	-۰/۵۳۱
کیفیت ذهنی خواب	۲/۰۴	۰/۷۹	۳-۰	-۰/۶۴۴	۰/۱۹۷
تأخیر در به خواب رفتن	۱/۱۶	۰/۷۹	۳-۰	۰/۵۹۸	۰/۲۱۳
مدت زمان خواب	۰/۶۶	۰/۰۵	۳-۰	۱/۲۵۷	۰/۱۷۹
میزان بازدهی خواب	۰/۸۲	۰/۲۶	۳-۰	۱/۴۰۹	۲/۲۱۱
اختلال خواب	۱/۲۳	۰/۷۲	۳-۰	۰/۱۴۰	-۰/۲۳۰
استفاده از داروهای خواب آور	۰/۹۶	۰/۳۵	۳-۰	۱/۸۱۶	۲/۲۲۹
اختلالات عملکردی روزانه	۰/۹۲	۰/۲۸	۳-۰	۰/۷۷۰	-۰/۸۱۷
اضطراب سلامتی	۴۶/۰۴	۸/۵۵	۶۸-۲۳	۰/۰۰۳	۰/۲۵۶

خانواده درمانی کاربردی		بازگونه و زربخش		۲۹۳ رابطه اضطراب کرونا با اختلالات خواب و ...	
۰/۲۴۲	۰/۱۴۹	۲۳-۷	۳/۲۵	۱۵/۱۲	ابتلا به بیماری
۰/۱۳۸	۰/۱۵۵	۱۹-۷	۲/۳۷	۱۲/۸۶	پیامدهای بیماری
۰/۶۰۸	۰/۱۳۶	۲۷-۹	۳/۲۵	۱۸/۰۵	نگرانی کلی سلامتی
۱/۱۴۹	۰/۶۲۷	۱۳۲-۶۵	۱۰/۹۶	۸۷/۶۴	اختلال استرس پس از حادثه (ptsd)

متغیر مستقل اضطراب کرونا دارای میانگین (۲۱/۹۸) و انحراف استاندارد (۷/۷۸) است. متغیرهای وابسته اختلالات خواب و نشانگان ptsd دارای میانگین و انحراف استاندارد به ترتیب (۲/۷۸) (۶/۶۰ و (۱۰/۹۶) (۸۷/۶۴) است. متغیر میانجی اضطراب سلامتی دارای میانگین (۴۶/۰۴) و انحراف استاندارد (۸/۵۵) است. میزان شیوع اختلال استرس پس از سانحه ۱۲ نفر (۸ درصد) از کادرمان در سطح بالا، ۱۲۹ نفر (۸۶ درصد) در سطح متوسط و ۹ نفر (۶ درصد) در سطح پایین بود. هم‌چنین نتایج نشان می‌دهد، کیفیت خواب ۱۱۱ نفر (۷۴ درصد) از کادرمان در سطح ضعیف و ۳۹ نفر (۲۶ درصد) در سطح خوب قرار داشت. جهت بررسی نرمال بودن متغیرهای اصلی پژوهش از شاخص‌های کجی و کشیدگی استفاده شده است. بر اساس نظر کلاین (۲۰۰۵)، قدر مطلق مقدار کجی کوچک‌تر از ۳ و قدر مطلق مقدار کشیدگی کوچک‌تر از ۱۰، نشان از عدم وجود مشکل داده‌ها از نظر نرمال بودن تک متغیری است (هرینگتون، ۱۳۹۱). جدول فوق شاخص‌های کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، مقدار قدر مطلق کجی برای هیچ کدام از متغیرها، بزرگ‌تر از ۳ نیست. هم‌چنین، مقدار قدر مطلق کشیدگی برای هیچ کدام از متغیرها، بزرگ‌تر از ۱۰ نیست؛ بنابراین بر اساس نظر کلاین (۲۰۰۵)، می‌توان اشاره کرد توزیع داده‌های متغیر پژوهش نرمال هستند.

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین، واسطه‌ای و وابسته مدل نهایی

۴	۳	۲	۱	
			۱	۱. اضطراب کرونا
		۱	۰/۵۰۳**	۲. اضطراب سلامتی
	۱	۰/۵۵۹**	۰/۴۰۳**	۳. اختلالات خواب
۱	۰/۵۰۶**	۰/۲۷۸**	۰/۳۸۹**	۴. نشانگان ptsd

**P<۰/۰۱

جدول فوق اطلاعات مربوط به همبستگی پیرسون بین اضطراب کرونا، اضطراب سلامتی، اختلالات خواب و نشانگان را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج ماتریس همبستگی بین اضطراب کرونا با اختلالات خواب (۰/۴۰۳) (r=)، نشانگان ptsd (۰/۳۸۹) (r=) و اضطراب سلامتی (۰/۵۰۳) (r=) رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (P<۰/۰۰۱). هم‌چنین بین اضطراب سلامت با اختلالات خواب (۰/۵۵۹) (r=) و نشانگان اختلال پس از سانحه (۰/۲۷۸) (r=) رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (P<۰/۰۰۱).

برای تحلیل داده‌ها و بررسی مدل پژوهش از روش معادلات ساختاری استفاده شده است. با توجه به اینکه حجم نمونه کم بوده برای انجام معادلات ساختاری از روش PLS-3 مبتنی بر روش حداقل مجذورات جزئی

استفاده شده است و ضرایب رگرسیون اثرات مستقیم و غیرمستقیم برای تمام مسیرهای مدل گزارش شده است. جهت ارزشیابی مدل ساختاری پژوهش از شاخص‌های ضرایب تعیین (R^2)، اعتبار افزونگی^۱، شاخص اعتبار مشترک^۲، شاخص کلی برازش مدل^۳ و شاخص متوسط واریانس استخراج شده^۴ استفاده گردیده است. به منظور بررسی معنی‌داری ضرایب مسیر از روش بازنمونه‌گیری^۵ استفاده شد. در شکل ۱ مدل ساختاری پژوهش بر اساس ضرایب رگرسیون استاندارد در کادرمان در محیط نرم‌افزار PLS نشان داده شده است. در این شکل متغیرهای اضطراب کرونا، اختلالات خواب، نشانگان اختلال پس از سانحه و اضطراب سلامتی به‌عنوان متغیر نهفته بوده که با شکل دایره مشخص شده‌اند که این متغیرها به وسیله شاخص‌هایی (خرده مقیاس) برآورد می‌شوند که این شاخص‌ها به صورت مستطیل به متغیرها متصل شده‌اند. برای اینکه مدل مشخص باشد و بیش از حد شلوغ نباشد سؤالات متغیر نشانگان اختلال پس از سانحه به صورت پنهان قرار داده شده‌اند که این مورد با علامت مثبت بر روی این متغیر نهفته مشخص شده است. خرده مقیاس‌های کیفیت ذهنی خواب و اختلال خواب از متغیر اختلالات خواب به دلیل داشتن بارهای عاملی کمتر از ۰/۴ از مدل حذف شدند. همچنین سؤالات ۱، ۲، ۶، ۱۷، ۱۹، ۲۲، ۲۷ و ۳۴ از متغیر نشانگان اختلال پس از سانحه حذف شدند. همچنین در شکل ۱ مدل ساختاری پژوهش بر اساس مقادیر آماره t در کادرمان در محیط نرم‌افزار PLS نشان داده شده است. در جدول ۲ شاخص‌های کیفیت مدل ساختاری در گروه کادرمان نشان داده شده است. شاخص R^2 میزان واریانس تبیین شده متغیرهای نهفته درون‌زا را نشان می‌دهد.

چین (۱۹۹۸) مقادیر R^2 ، ۰/۶۷، ۰/۳۳ و ۰/۱۹ را در معادلات ساختاری به ترتیب قوی، متوسط و ضعیف توصیف می‌کند. ضریب تعیین متغیرهای اختلالات خواب و نشانگان اختلال پس از سانحه به ترتیب ۰/۴۲۰ و ۰/۴۶۹ است که نشان می‌دهد تمامی متغیرهای برون‌زا و میانجی یعنی اضطراب کرونا و اضطراب سلامتی می‌توانند به ترتیب ۴۲ درصد و ۴۷ درصد از تغییرات اختلالات خواب و نشانگان اختلال پس از سانحه را در کادر درمان پیش‌بینی کنند که این میزان در حد متوسط است. همچنین مشاهده می‌شود، ضریب تعیین متغیر اضطراب سلامتی ۲۵ درصد در حد متوسط است. شاخص CV-red کیفیت ساختاری مدل و شاخص CV-com، اعتبار مشترک هر مؤلفه پنهان را نشان می‌دهد. این شاخص‌ها برای تمام متغیرها مثبت شده است که نشان دهنده کیفیت مناسب مدل است (هایر و همکاران، ۲۰۱۴). مقادیر AVE، نشانگر میانگین واریانس مشترک بین سازه و نشانگرهایشان است که فورنل و لارکر (۱۹۸۱) بیشتر از ۰/۵ را توصیه می‌کنند، به این معنی است که سازه مورد نظر حدود ۵۰ درصد و یا بیشتر واریانس نشانگرهای خود را تبیین می‌کند؛ بنابراین مقادیر AVE نیز نشان می‌دهد که روایی تشخیصی برای تمامی سازه‌های مدل خوب است.

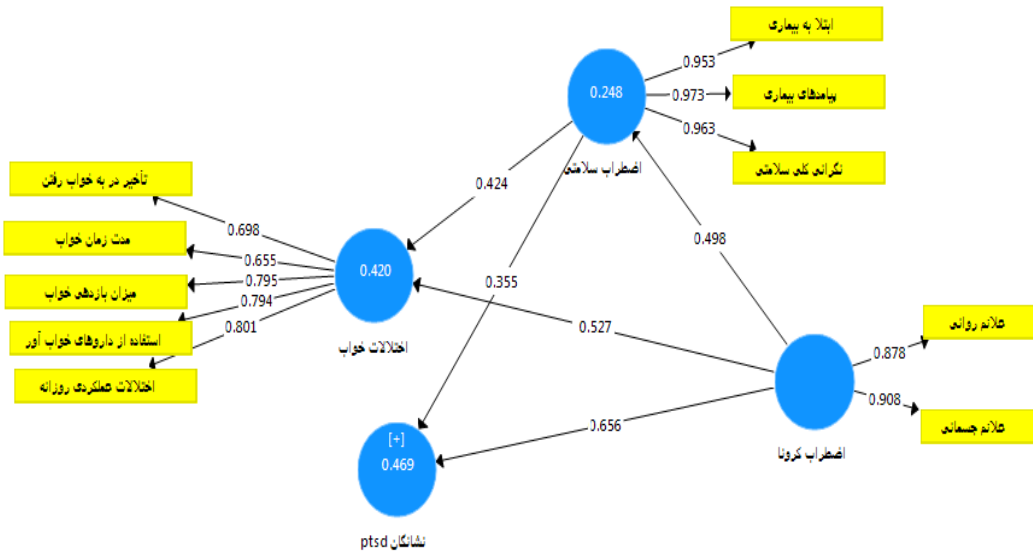
1 CV-Redundancy (CV-red)

2 CV- Communality (CV-com)

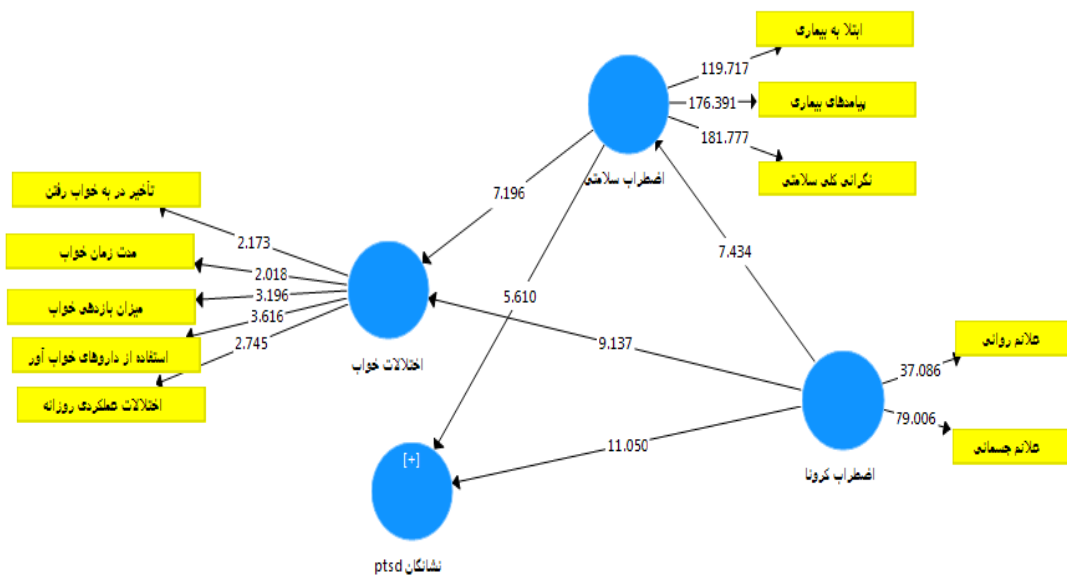
3 goodness of fit (GoF)

4 Average variance extracted (AVE)

5 Resampling



شکل ۱ مدل ساختاری پژوهش (ضرایب رگرسیون استاندارد)



شکل ۲ مدل ساختاری پژوهش (مقادیر آماره تی)

شکل ۲ ضرایب استاندارد مسیرهای بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد و شکل ۲ بیانگر مقدار آماره t در بین متغیرهای پژوهش است. با افزایش ضرایب استاندارد، مقدار آماره t افزایش پیدا می‌کند و مقادیر آماره t بالاتر از ۱/۹۶ در سطح ۰/۰۵ بیانگر معناداری مسیر است.

جدول ۳. شاخص‌های کیفیت مدل ساختاری در گروه کادرمان

متغیرهای پژوهش	ضریب تعیین		CV-com	CV-red	CR	آلفای کرونباخ
	مجذور R	مجذور R تعدیل یافته				
اضطراب سلامتی	۰/۲۴۸	۰/۲۴۳	۰/۷۲۴	۰/۲۱۳	۰/۹۲۸	۰/۹۶۱
اختلالات خواب	۰/۴۲۰	۰/۴۱۸	۰/۳۳۰	۰/۱۰۴	۰/۵۶۴	۰/۸۳۵
نشانه‌های PTSD	۰/۴۶۹	۰/۴۶۲	۰/۱۳۷	۰/۰۶۴	۰/۷۰۱	۰/۷۹۹
اضطراب کرونا	-	-	۰/۳۴۰	-	۰/۷۹۸	۰/۷۴۸

جهت بررسی برازش کلی مدل ساختاری از شاخص معیار نیکویی برازش نیز که برابر مجذور مضروب میانگین واریانس استخراج شده و ضرایب تعیین متغیرهای وابسته است، استفاده شده است، طبق نظر تن‌هاوس^۱ و همکاران (۲۰۰۴) مقادیر ۰/۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ به ترتیب به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی جهت تایید برازش مدل معرفی کردند. شاخص GOF این مطالعه ۰/۵۳۲ به دست آمده است که با توجه به ملاک تعیین شده در حد قوی است، بنابراین برازش کلی مدل تایید می‌شود و مجموع مدل ساختاری و مدل اندازه‌گیری، کیفیت مناسب در تبیین متغیرهای پژوهش دارند.

$$\text{نیکویی برازش} = \sqrt{0.747 \times 0.379} = 0.532 = \text{ضریب تعیین} \times \text{شاخص اشتراک}$$

بنابراین با توجه به شاخص‌های برآورد شده، رابطه ساختاری اضطراب کرونا و اختلالات خواب و نشانه‌های PTSD پس از سانس از طریق میانجیگری اضطراب سلامتی در کادرمان تبیین می‌شود.

جدول ۴ ضرایب رگرسیون استاندارد و مقادیر t اثرات مستقیم متغیرها

رابطه متغیرها	B	t	فاصله اطمینان ۹۵ درصد		p.value
			کران پایین	کران بالا	
اضطراب کرونا <--- اضطراب سلامتی	۰/۴۹۸	۷/۴۳۴	۰/۳۵۷	۰/۶۲۲	<۰/۰۰۱
اضطراب کرونا <--- اختلالات خواب	۰/۵۲۷	۹/۱۳۷	۰/۴۱۹	۰/۶۵۹	<۰/۰۰۱
اضطراب کرونا <--- نشانه‌های PTSD	۰/۶۵۶	۱۱/۰۵۰	۰/۵۵۱	۰/۷۸۷	<۰/۰۰۱
اضطراب سلامتی <--- اختلالات خواب	۰/۴۲۴	۷/۱۹۶	۰/۳۰۱	۰/۵۹۸	<۰/۰۰۱
اضطراب سلامتی <--- نشانه‌های PTSD	۰/۳۵۵	۵/۶۱۰	۰/۳۲۵	۰/۴۶۹	<۰/۰۰۱

1 Tenenhaus

بر اساس نتایج مندرج در جدول فوق ضریب مسیر اثر اضطراب کرونا بر اضطراب سلامتی، برابر ۰/۴۹۸ محاسبه شده است که مقدار t آن ۷/۴۳۴ است که بالاتر از ۱/۹۶ است. لذا فرض صفر رد و فرض مقابل با اطمینان ۹۵ درصد پذیرفته می‌شود. لذا می‌توان بیان داشت اضطراب کرونا بر اضطراب سلامتی کادرمان اثر معنادار و مثبتی دارد. همچنین ضریب مسیر اثر اضطراب کرونا بر اختلالات خواب، برابر ۰/۵۲۷ محاسبه شده است که مقدار t آن ۹/۱۳۷ است که بالاتر از ۱/۹۶ است. لذا فرض صفر رد و فرض مقابل با اطمینان ۹۵ درصد پذیرفته می‌شود. لذا می‌توان بیان داشت اضطراب کرونا بر اختلالات خواب کادرمان اثر معنادار و مثبتی دارد و ضریب مسیر اثر اضطراب کرونا بر نشانگان اختلال پس از سانحه، برابر ۰/۶۵۶ محاسبه شده است که مقدار t آن ۱۱/۰۵۰ است که بالاتر از ۱/۹۶ است. لذا فرض صفر رد و فرض مقابل با اطمینان ۹۵ درصد پذیرفته می‌شود. لذا می‌توان بیان داشت اضطراب کرونا بر نشانگان اختلال پس از سانحه کادرمان اثر معنادار و مثبتی دارد. همچنین ضریب مسیر اثر اضطراب سلامتی بر اختلالات خواب، برابر ۰/۴۲۴ محاسبه شده است که مقدار t آن ۷/۱۹۶ است که بالاتر از ۱/۹۶ است. لذا فرض صفر رد و فرض مقابل با اطمینان ۹۵ درصد پذیرفته می‌شود؛ لذا می‌توان بیان داشت اضطراب سلامتی بر اختلالات خواب کادرمان اثر معنادار و مثبتی دارد.

بر اساس نتایج جدول ۴ ضریب مسیر اثر اضطراب سلامتی بر نشانگان اختلال پس از سانحه، برابر ۰/۳۵۵ محاسبه شده است که مقدار t آن ۵/۶۱۰ است که بالاتر از ۱/۹۶ است. لذا فرض صفر رد و فرض مقابل با اطمینان ۹۵ درصد پذیرفته می‌شود. لذا می‌توان بیان داشت اضطراب سلامتی بر نشانگان اختلال پس از سانحه کادرمان اثر معنادار و مثبتی دارد.

جهت بررسی اثر میانجی در رابطه از روش نیتزل و همکاران (۲۰۱۶) استفاده شده است. در این روش اثر غیرمستقیم از طریق ضرب اثرات مستقیم به دست می‌آید و سپس جهت بررسی معنی‌داری اثر میانجی از تکنیک بوت استرپ استفاده می‌شود. بوت استرپ فرآیندی است که به طور تصادفی چندین زیرنمونه (مثلاً ۵۰۰۰) با جایگذاری از داده‌های اصلی استخراج می‌کند. در نرم‌افزار PLS از هریک از زیر نمونه‌ها جهت برآورد استفاده می‌کند.

جدول ۵ اثرات غیرمستقیم اضطراب کرونا بر اختلالات خواب و نشانگان ptsd

فاصله اطمینان		سطح معناداری	t	B	رابطه‌ها
کران بالا	کران پایین				اضطراب کرونا--> اضطراب سلامتی --> اختلالات خواب
۰/۲۸	۰/۱۷	<۰/۰۰۱	۳/۳۸	۰/۲۱	
۰/۲۲	۰/۱۱	<۰/۰۰۱	۳/۱۰	۰/۱۷	اضطراب کرونا--> اضطراب سلامتی --> نشانگان ptsd

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، اثر غیرمستقیم اضطراب کرونا و اختلالات خواب با میانجیگری اضطراب سلامتی با میزان ۰/۲۱۱ در سطح ۰/۰۵، معنادار است؛ بنابراین با احتمال ۹۵ درصد متغیر اضطراب سلامتی در رابطه بین اضطراب کرونا و اختلالات خواب در کادرمان نقش میانجیگری ایفا می‌کند. نتایج جدول فوق نشان می‌دهد، اثر غیرمستقیم اضطراب کرونا و نشانگان اختلال پس از سانحه با میانجیگری اضطراب سلامتی با

میزان ۰/۱۷۶ در سطح ۰/۰۵، معنادار است؛ بنابراین با احتمال ۹۵ درصد متغیر اضطراب سلامتی در رابطه بین اضطراب کرونا و نشانگان اختلال پس از سانحه در کادرمان نقش میانجیگری ایفا می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش تعیین رابطه اضطراب کرونا با اختلالات خواب و نشانگان اختلال استرس پس از سانحه با میانجیگری اضطراب سلامت در کادرمان بود؛ بر اساس نتایج ضریب مسیر اثر اضطراب کرونا بر اضطراب سلامتی، برابر ۰/۴۹۸ محاسبه شده است که مقدار t آن ۷/۴۳۴ است که بالاتر از ۱/۹۶ است. لذا فرض صفر رد و فرض مقابل با اطمینان ۹۵ درصد پذیرفته می‌شود. لذا می‌توان بیان داشت اضطراب کرونا بر اضطراب سلامتی کادرمان اثر معنادار و مثبتی دارد. نتایج این فرضیه با نتایج قلی پور و همکاران (۱۳۹۸)، امیر فخرایی و همکاران (۱۳۹۹)، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت اضطراب سلامتی نشان دهنده مسائل مرتبط با سلامت و موضوع با اهمیت و مورد علاقه فردی همه افراد با سنین مختلف حتی افراد سالم است و تحت تأثیر عوامل مختلف اجتماعی، روان‌شناختی، اقتصادی و سیاست‌های دولت قرار می‌گیرد. نگرانی سلامتی باعث افزایش استرس، اضطراب و افسردگی و افزایش استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از جمله روان‌شناختی می‌شود و افراد دارای نگرانی سلامتی بالا در مقایسه با افراد دارای نگرانی سلامتی پایین جهت دریافت خدمات مختلف بیشتر به متخصصان بهبود سلامت جسمی و روانی از جمله پزشکان و درمانگران روان‌شناختی مراجعه می‌کنند. از آنجایی که بیماری کرونا به دلیل ناشناخته بودن و شیوع بسیار بالای آن اضطراب زیادی ایجاد می‌کند و کادرمان یکی از گروه‌های اصلی در معرض خطر این بیماری هستند، لذا منطقی به نظر می‌رسد که با افزایش نگرانی سلامتی میزان اضطراب کرونا در کادرمان افزایش یابد (امیرفخرایی و همکاران، ۱۳۹۹). این یافته با امیر فخرایی و همکاران (۱۳۹۹) که گزارش کردند که بین کاهش سلامتی و افزایش اضطراب رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد همسو است.

بر اساس نتایج ضریب مسیر اثر اضطراب کرونا بر اختلالات خواب، برابر ۰/۵۲۷ محاسبه شده است که مقدار t آن ۹/۱۳۷ است که بالاتر از ۱/۹۶ است. لذا فرض صفر رد و فرض مقابل با اطمینان ۹۵ درصد پذیرفته می‌شود. لذا می‌توان بیان داشت اضطراب کرونا بر اختلالات خواب کادرمان اثر معنادار و مثبتی دارد. نتایج این فرضیه با نتایج، پیه و همکاران (۲۰۲۰)، خیابو و همکاران (۲۰۲۰) و کریمی و همکاران (۱۴۰۰) همسو است. در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان بیان داشت که اپیدمی بیماری‌های مسری، یک عامل خطرزا برای کاهش کیفیت خواب است. نتایج پژوهش ما نشان می‌دهد که کیفیت خواب عموم افراد غیر بیمار در طول کرونا بدتر از حد معمول است. از آنجا که شیوع بیماری باعث اختلال در الگوی طبیعی خواب شده است، تعداد مبتلایان به بی‌خوابی به میزان قابل توجهی افزایش یافته است و افراد ممکن است دچار بیدار شدن مکرر هنگام خواب، کاهش مدت زمان خواب و حتی کابوس یا سایر اختلالات خواب شوند. همچنین یافته‌های پژوهش‌های گذشته نشان داده است در زمانی که افراد با عوامل استرس‌زا غیرقابل پیش‌بینی مواجه می‌شوند این امکان وجود دارد که اختلالات خواب و کاهش کیفیت خواب را از خود نشان دهند. از آنجا بیماری ناشناخته‌ای است که روند طبیعی زندگی انسان را با اختلال مواجه کرده است، عواملی مانند انزوا و حفظ فاصله اجتماعی، رکود کسب و کار، در دسترس نبودن واکسن مؤثر، گسترش اطلاعات مربوط به آمار

مبتلایان و مرگ و میرها از طریق رسانه‌ها، نگرانی از آلوده شدن و همچنین عدم قطعیت برای پایش بینای آینده و برنامه‌ریزی برای آن منجر به افزایش نگرانی و اضطراب شده است و ما می‌دانیم اختلالات مرتبط با اضطراب و استرس به طور قابل توجهی با اختلال در کیفیت خواب همراه است (کریمی و همکاران، ۱۴۰۰). بر اساس نتایج ضریب مسیر اثر اضطراب کرونا بر نشانگان اختلال پس از سانحه، برابر ۰/۶۵۶ محاسبه شده است که مقدار t آن ۱۱/۰۵۰ است که بالاتر از ۱/۹۶ است. لذا فرض صفر رد و فرض مقابل با اطمینان ۹۵ درصد پذیرفته می‌شود. لذا می‌توان بیان داشت اضطراب کرونا بر نشانگان اختلال پس از سانحه کادرمان اثر معنادار و مثبتی دارد. نتایج این فرضیه با نتایج رقیبی و همکاران (۱۳۹۵)، قلی پور و همکاران (۱۳۹۸)، اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۹) همسو است. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت به دلیل اینکه اختلال استرس پس از سانحه به دنبال یک رویداد آسیب‌زای شدید در شخص ظاهر می‌شود، شکی نیست که پرستاران و کارکنان مراکز درمان بنا به ماهیت شغلی و لزوم مداخله آن‌ها در شرایط بحرانی، آسیب‌پذیرتر از سایر افراد می‌باشند. همچنین می‌توان گفت با این که برخی عوارض پس آسیبی نظیر انگیختگی و تحریک‌پذیری، که به هنگام تجربه شخصی آسیب، به وجود می‌آیند، به هنگام مشاهده حوادث آسیب‌زای دیگران وجود ندارند ولی ترومای مشاهده شده نیز می‌تواند منجر به شناخته‌ای منفی درباره واکنش‌های هیجانی و شناختی شخص نسبت به آن حادثه شود و شخص را آسیب‌پذیر سازد و در معرض ابتلا به عوارض پس آسیبی قرار دهد. همچنین کادرمانی درگیر مراقبت از بیماران مبتلا به کرونا بیشتر دچار یادآوری خاطرات و افکار ناراحت کننده در رابطه با بیماران مبتلا می‌شدند که می‌تواند بر سلامت روان و کارکرد آن‌ها اثر منفی جدی و درازمدت بگذارد (اسماعیلی و همکاران، ۱۳۹۹).

بر اساس نتایج ضریب مسیر اثر اضطراب سلامتی بر اختلالات خواب، برابر ۰/۴۲۴ محاسبه شده است که مقدار t آن ۷/۱۹۶ است که بالاتر از ۱/۹۶ است. لذا فرض صفر رد و فرض مقابل با اطمینان ۹۵ درصد پذیرفته می‌شود. لذا می‌توان بیان داشت اضطراب سلامتی بر اختلالات خواب کادرمان اثر معنادار و مثبتی دارد. نتایج این فرضیه با نتایج ذوالفقاری و همکاران (۱۳۹۹) و هیو و همکاران (۲۰۲۰) همسو است. دلیل بالا بودن میزان پریشانی و اختلالات روحی در بین کادرمان در پاندمی کووید ۱۱ ممکن است نوظهور بودن بیماری و نداشتن اطلاعات کافی در مورد آن، عدم تجربه کافی این افراد در برخورد با بیماران مبتلا و بحران‌هایی از قبیل ترس از خطاهای پزشکی در مواجهه با موارد بیماری، ترس از ابتلا به بیماری و کار در محیط بالقوه خطرناک باشد.

بر اساس نتایج ضریب مسیر اثر اضطراب سلامتی بر نشانگان اختلال استرس پس از سانحه، برابر ۰/۳۵۵ محاسبه شده است که مقدار t آن ۵/۶۱۰ است که بالاتر از ۱/۹۶ است. لذا فرض صفر رد و فرض مقابل با اطمینان ۹۵ درصد پذیرفته می‌شود. لذا می‌توان بیان داشت اضطراب سلامتی بر نشانگان اختلال استرس پس از سانحه کادرمان اثر معنادار و مثبتی دارد. نتایج این فرضیه با نتایج اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۹) و عبدالله زاده و همکاران (۱۳۹۶) و رقیبی و همکاران (۱۳۹۵) همسو است. اختلال استرس پس از سانحه سندرمی است که پس از مشاهده، درگیر شدن یا شنیدن یک عامل استرس‌زای تروماتیک بسیار شدید روی می‌دهد. شخص نسبت به این تجربه با ترس و درماندگی پاسخ می‌دهد، رخداد را در ذهن خود مکرراً زنده می‌کند و می‌کوشد از یادآوری کردن آن اجتناب نماید. علائم باید بیش از یک ماه ادامه یابد و در زمینه‌های

مهم زندگی نظیر در میان اختلال پس از سانحه خانواده و شغل تداخل نماید. همچنین افرادی که در خانه قرنطینه می‌شوند به دلیل کمبود فضای فعالیت بدنی، استرس ناشی از تعاملات محدود اجتماعی و اضطراب ناشی از ترس از انتقال عفونت به اعضای خانواده، دچار فشار روحی شده و احساس تنهایی می‌کند (استرامبی و همکاران، ۲۰۲۰)؛ بنابراین دچار اضطراب سلامتی می‌شوند، این موضوع نشان‌دهنده این است که جدا بودن از دیگران می‌تواند باعث ایجاد احساسات منفی شود.

نتایج نشان می‌دهد، اثر غیرمستقیم اضطراب کرونا و اختلالات خواب با میانجیگری اضطراب سلامتی با میزان ۰/۲۱۱ در سطح ۰/۰۵، معنادار است؛ بنابراین با احتمال ۹۵ درصد متغیر اضطراب سلامتی در رابطه بین اضطراب کرونا و اختلالات خواب در کادرمان نقش میانجیگری ایفا می‌کند. نتایج این فرضیه با نتایج گوپتا و همکاران (۲۰۲۰)، پیه و همکاران (۲۰۲۰)، خیاو و همکاران (۲۰۲۰) همسو است. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت اضطراب سلامتی اپیدمی/همه‌گیر هم بر سلامت جسمی و هم روانی تأثیر می‌گذارد در طول شیوع کرونا، استرس، اضطراب و افسردگی افزایش یافت و خواب در جمعیت عمومی تحت تأثیر قرار می‌دهد. هم بر اضطراب ناشی از آن و هم بر خواب مؤثر است. کاهش طول و کیفیت خواب، خطر عفونت ویروسی را افزایش می‌دهد، در حالی که استرس کیفیت خواب را به خطر می‌اندازد. خواب با فعال شدن واسطه استرس محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال مختل می‌شود. تغییرات در سلامت باعث افزایش فعالیت می‌شود و یک چرخه معیوب بین استرس و بی‌خوابی ایجاد می‌کند. افزایش ترشح کورتیزول پس از فعال شدن HPA پاسخ‌های ایمنی ضد التهابی و ضد ویروسی را سرکوب می‌کند. بی‌خوابی با افزایش سطح نوراپی نفرین که در پاسخ‌های ضد توموری نقش دارد و کاهش سطح سلول‌های کشته‌شده طبیعی مرتبط است. اضطراب سلامت باعث سنتز غیرطبیعی کورتیزول می‌شود و تعداد و فعالیت سلول‌های NK را کاهش می‌دهد و عملکرد سیستم ایمنی را به خطر می‌اندازد و موجب بی‌خوابی می‌شود (گوپتا و همکاران، ۲۰۲۰). نتایج نشان می‌دهد، اثر غیرمستقیم اضطراب کرونا و نشانگان اختلال پس از آسیب با میانجیگری اضطراب سلامتی با میزان ۰/۱۷۶ در سطح ۰/۰۵، معنادار است؛ بنابراین با احتمال ۹۵ درصد متغیر اضطراب سلامتی در رابطه بین اضطراب کرونا و نشانگان PTSD در کادرمان نقش میانجیگری ایفا می‌کند. نتایج این فرضیه با نتایج فخرایی و همکاران (۱۹۹۹)، هیو و همکاران (۲۰۲۰)، همسو است. اختلال استرس پس از سانحه، یکی از اختلالات روان‌پزشکی است که قرار گرفتن در معرض تروما عامل سببی اساسی در پیدایش این اختلال است. استرس پس از سانحه، بیشتر در کادرمان پیدا می‌شود که اضطراب روانی ناشی از آن یا جسمانی شدیدی را تجربه و یا مشاهده کرده‌اند یا از سایر افراد می‌شوند که در نهایت منجر به اضطراب در سلامت روان می‌شود. بنابراین، متخصصین مراکز درمانی یا کارکنان بخش درمانی بیمارستان‌ها از جمله افرادی هستند که در معرض خطر این اختلال قرار دارند. این کارکنان با حوادث تروماتیک تهدید کننده سلامتی در محل کار و نیز با حوادثی مواجه می‌شوند که در آن به بیمارانشان آسیب یا صدمه جدی وارد شده، تهدید به مرگ شده‌اند ولی خطری خود آن‌ها را تهدید نمی‌کند که منجر به ترومای مشاهده شده یاد می‌شود. گاهی ماهیت شغل افراد طوری است که بیشتر در شرایط فشارزایی قرار می‌گیرند که توانایی اجتناب از آن را نداشته، مجبور به تحمل آن هستند. همین امر فشار روانی شدیدی بر آن‌ها وارد می‌سازد و قرار گرفتن در چنین شرایطی نیز خطر بروز نشانگان استرس پس از سانحه را افزایش می‌دهد

این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود. اولین محدودیت پژوهش استفاده از پرسشنامه خودگزارشی بود. مطالعه حاضر به علت محدودیت زمانی و دسترسی به گروه نمونه، تنها در پرستاران و بهیاران بیمارستان‌های شرق گیلان انجام شده است. علاوه بر این، استرس روان‌شناختی پاسخ‌دهندگان می‌توانست پاسخ‌های آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. پیشنهاد می‌شود که برای دستیابی به نتایج دقیق‌تر، کارکنان بیمارستان‌های بیشتری که درگیر درمان کووید ۱۹ هستند، در مطالعات بزرگ‌تری شرکت داده شوند. به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های پیگیری را انجام داده و نقش افسردگی، اضطراب و استرس را در کادرمانی درگیر درمان کرونا در بازه زمانی طولانی‌تر مشخص کنند. ۱- با توجه به اضطراب سلامتی و کیفیت خواب بر عملکرد و سلامت پرستاران، مسئولان امر شرایطی را جهت بهبود این دو متغیر از طریق برگزاری کارگاه‌های جهت به‌کارگیری راهبردهای مقابله و مدیریت استرس و راهکارهای تنظیم‌الگوی خواب فراهم آوردند. همچنین با توجه به شیوع بالای اختلال استرس پس از سانحه در این افراد نسبت به جمعیت عمومی، می‌توان از قبل، آموزش‌های سودمندی در زمینه خودکارآمدی هیجانی و مهارت‌های مقابله‌ای و سایر آمادگی‌های هیجانی را به آن‌ها ارائه داد تا قبل از بروز اختلال به پیش‌گیری اولیه آن بتوان اقدام نمود. به طور کلی، در زمینه اضطراب کرونا به متخصصان سلامت روان و مددکاران اجتماعی می‌توانند با مداخلات متنوع و متناسب با نیازهای این گروه از بیماران و پرداختن به مسائل روانی اجتماعی آن‌ها از طریق شبکه‌های اجتماعی و مشاوره‌های تلفنی، میزان اضطراب و نگرانی‌های طاق‌فرسا و استرس‌های روانی را در آن‌ها کاهش دهند.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد.

سپاسگزاری

از همه داوطلبان شرکت در پژوهش که در اجرای پژوهش حاضر با محقق همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- امیرپور، برزو، و میرآتی، مهدی. (۱۳۹۴). مقایسه خصومت و اختلالات خواب در میان دانشجویان رشته پرستاری با اختلال استرس پس از سانحه. علوم اعصاب شفای خاتم. ۳(۴):۴۱-۴۸
- امیرفخرایی، آریتا، معصومی‌فرد، مرجان، اسماعیلی‌شاد، بهرنگ، دشت‌بزرگی، زهرا، و درویش باصری، لیلیا. (۱۳۹۹). پیش‌بینی اضطراب کرونا ویروس بر اساس نگرانی سلامتی، سرسختی روان‌شناختی و فراهیجان مثبت در بیماران دیابتی. فصلنامه پرستاری دیابت. ۸(۲): ۱۰۷۲-۱۰۸۳
- خدایاری فردی، محمد، و آسایش، محمدحسن. (۱۳۹۹). راهبردهای روان‌شناختی و فنون مقابله با استرس و اضطراب در مواجهه با کروناویروس (کویید-۱۹). رویش روانشناسی. ۹(۸): ۱-۱۸
- حیدرئی، علیرضا، احتشام زاده، پروین، و مرعشی، ماندانا. (۱۳۸۹). رابطه شدت بی‌خوابی، کیفیت خواب، خواب آلودگی و اختلال در سلامت با عملکرد تحصیلی در دختران، زن و فرهنگ، ۲(۴)، ۶۵-۷۶
- ذوالفقاری، آفاق، و الهی، طاهره. (۱۳۹۹). سطح اضطراب کودکان در ارتباط با میزان آگاهی و نگرش آن‌ها از بیماری کرونا بر اساس مدل باور سلامتی و میزان استرس، اضطراب و افسردگی مادران. فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی. ۱۴(۱): ۴۰-۵۵
- رقیبی، مهوش، شیرآبادی، علی‌اکبر، معلمی، صدیقه، و نریمانی، محمد. (۱۳۹۵). بررسی شیوع و ارتباط متغیرهای فردی با اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) در زندانیان. علوم مراقبتی نظامی. ۳(۱): ۱۰-۱۷
- علی پور، احمد، قدمی، ابوالفضل، علی پور، زهرا، و عبدالله زاده، حسن. (۱۳۹۸). اعتبار یابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا CDAS در نمونه ایرانی. مجله روانشناسی سلامت، ۸(۳۲): ۱۷۵-۱۶۵
- کریمی، پروانه، کربلایی، محبوبه، و کرمی، جهانگیر (۱۴۰۰). نقش ریتم‌های شبانه‌روزی (صبحگاهی-شامگاهی) بر کیفیت خواب و اضطراب کرونا. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک. ۱۴۰۰؛ ۲۴(۵)، ۶۹-۵۴
- گودرزی، محمدعلی. (۱۳۸۲). بررسی اعتبار و روایی مقیاس اختلال تنیدگی پس از ضربه می‌سی‌سی‌پی (اشل)، مجله روانشناسی، ۷(۲)، ۱۷۸-۱۵۳
- قلی پور، نسیم. (۱۳۹۸). تأثیر استرس و اضطراب ناشی از بیماری کرونا در افراد مختلف، پنجمین کنفرانس بین‌المللی پژوهش در روانشناسی، مشاوره و علوم تربیتی.

References

- Sadock BS, VA., & Ruiz, P. (2017). Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry: Wolters Kluwer.
- Sun, L., Sun, Z., Wu, L., Zhu, Z., Zhang, F., Shang, Z., et al. (2020). Prevalence and risk factors of acute posttraumatic stress symptoms during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China. medRxiv, 1:112-31.
- Mak, IW., Chu, CM., Pan, PC., Yiu, MG., & Chan, VL. (2009). Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. Gen Hosp Psychiatry, 31(4):318-26.
- Norris, A.L., & Marcus, D. K. (2014). Cognition in health anxiety and hypochondriasis: recent advances. Current Psychiatry Reviews, 10 (1): 44-9.
- Marcus, D. K., & Church, S. E. (2003). Are dysfunctional beliefs about illness unique to hypochondriasis? Journal of Psychosomatic Research; 54: 543-47.
- Pieh, C., O'Rourke, T., Budimir, S., & Probst, T. (2020). Relationship quality and mental health during COVID-19 lockdown. PLoS ONE 15(9): e0238906.

- Hui, D.S., I Azhar, E., Madani, T. A., Ntoumi, F., Kock, R., Dar, O., Ippolito, G., Mchugh, T. D., Memish, Z. A., Drosten, C., Zumla, A., Petersen, E. (2020). The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health – The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. *International Journal of Infectious Diseases*. 264-266.
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., Yang, N. (2020). The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical Science Monitor*, 26: e923549.
- Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., et al. (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry*. 54(5):302-11.
- Roepke, S., Hansen, ML., Peter, A., Merkl, A., Palafox, C., & Danker-Hopfe H. (2013). Nightmares that mislead to diagnosis of reactivation of PTSD. *Eur J Psychotraumatol*. 4(5):1-6
- Gutner, CA., Casement, MD., Gilbert, KS., & Resick, PA . (2013). Change in sleep symptoms across Cognitive Processing Therapy and Prolonged Exposure: A longitudinal perspective. *Behav Res Ther*. 51(12): 817-22.

پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه

ردیف	سئوالات	اصلا کم	خیلی کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
۱	تکرار خاطرات، افکار یا تصاویر ناراحت کننده از تجربه استرس آور	۱	۲	۳	۴	۵
۲	رویاها یا تکراری ناراحت کننده در خواب و بیداری از تجربه استرس زا	۱	۲	۳	۴	۵
۳	ناگهانی عمل کردن یا احساس اینکه تجربه استرس زای گذشته دوباره در حال اتفاق افتادن است (مثل اینکه آن تجربه برای شما دوباره زنده می شود).	۱	۲	۳	۴	۵
۴	احساس پریشانی زیاد هنگامی که چیزی شما را به یاد تجربه استرس زای گذشته می اندازد	۱	۲	۳	۴	۵
۵	داشتن واکنش های جسمانی (نظیر تپش قلب، اشکال در تنفس، عرق کردن) هنگامی که چیزی شما را به یاد تجربه استرس زای گذشته می اندازد	۱	۲	۳	۴	۵
۶	اجتناب از تفکر یا صحبت در مورد یک تجربه استرس آور گذشته یا اجتناب از داشتن احساسات مربوط به آن	۱	۲	۳	۴	۵
۷	اجتناب از بعضی فعالیت ها یا موقعیت هایی به این دلیل که شما را به یاد تجربه استرس آور گذشته می اندازد	۱	۲	۳	۴	۵
۸	زحمت در به یادآوری قسمت های مهم یک تجربه ناراحت کننده	۱	۲	۳	۴	۵
۹	از دست دادن علاقه یا لذت نبردن از فعالیتهایی که قبلا به آنها علاقه داشته اید یا از آن لذت می برده اید	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰	احساس فاصله یا بریدگی از مردم	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱	احساس کرختگی عاطفی) بی تفاوتی عاطفی(یا ناتوانی در برقراری احساس علاقه و عشق نسبت به افراد نزدیک به خودتان	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲	داشتن این احساس که آینده شما به طریقی کوتاه شده است	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳	اشکال در به خواب رفتن و تداوم خواب	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴	احساس تحریک پذیری یا داشتن حملات خشم	۱	۲	۳	۴	۵

۵	۴	۳	۲	۱	مشکل برای تمرکز کردن	۱۵
۵	۴	۳	۲	۱	فوق العاده هوشیار بودن یا مراقب بودن یا در حالت دفاعی بودن	۱۶
۵	۴	۳	۲	۱	احساس از جا پریدن یا به آسانی از جا پریدن	۱۷

پرسشنامه اضطراب کرونا

همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	هرگز	گویه‌ها	
۳	۲	۱	۰	فکر کردن به کرونا مرا مضطرب می‌کند.	۱
۳	۲	۱	۰	وقتی درباره تهدید کرونا فکر می‌کنم احساس تنش دارم.	۲
۳	۲	۱	۰	درباره شیوع بیماری کرونا به شدت نگرانم.	۳
۳	۲	۱	۰	می‌ترسم کرونا بگیرم.	۴
۳	۲	۱	۰	فکر می‌کنم هر لحظه ممکن است کرونا بگیرم.	۵
۳	۲	۱	۰	با کوچکترین علائم، فکر می‌کنم کرونا گرفته‌ام و خود را واری می‌کنم.	۶
۳	۲	۱	۰	من نگران سرایت کرونا به اطرافیانم هستم.	۷
۳	۲	۱	۰	اضطراب مربوط به کرونا فعالیت‌های مرا مختل کرده است	۸
۳	۲	۱	۰	توجه رسانه‌ها به کرونا مرا نگران می‌کند	۹
۳	۲	۱	۰	فکر کردن به کرونا خواب مرا مختل کرده است.	۱۰
۳	۲	۱	۰	فکر کردن به کرونا مرا بی‌اشتها کرده است.	۱۱
۳	۲	۱	۰	وقتی به کرونا فکر می‌کنم دچار سردرد می‌شوم.	۱۲
۳	۲	۱	۰	وقتی به کرونا فکر می‌کنم تنم می‌لرزد.	۱۳
۳	۲	۱	۰	وقتی به کرونا فکر می‌کنم موهای تنم سیخ می‌شود.	۱۴
۳	۲	۱	۰	کرونا برای من به یک کابوس تبدیل شده است.	۱۵
۳	۲	۱	۰	به خاطر ترس از کرونا فعالیت بدنی‌ام کم شده است.	۱۶
۳	۲	۱	۰	صحبت کردن درباره کرونا با دیگران برایم دشوار است.	۱۷
۳	۲	۱	۰	وقتی درباره کرونا فکر می‌کنم تپش قلب می‌گیرم.	۱۸

پرسشنامه کیفیت خواب

سؤالات زیر در مورد عادات معمول خواب شما در طول ماه گذشته است. صحیح‌ترین پاسخی را که بهتر وضعیت خواب شما را در طول روزها و شب‌های ماه گذشته نشان می‌دهد مشخص نمایید. اگر در مورد جواب سؤالات مطمئن نبودید، لطفاً نزدیک‌ترین جواب ممکن را انتخاب نمایید؛ و سعی کنید به همه سؤالات پاسخ دهید.

۱	معمولاً شب‌ها چه ساعتی می‌خوابید؟				
۲	از زمانی که به رختخواب می‌روید، چند دقیقه طول می‌کشد تا خوابتان ببرد؟				
۳	معمولاً صبح‌ها چه ساعتی از خواب بیدار می‌شوید؟				
۴	میزان خواب واقعی شما در شب چند ساعت است؟				
۵	در طی ماه گذشته چند بار به خاطر موارد زیر در خوابیدن مشکل داشته‌اید؟	هیچ	یک‌بار در هفته	دو‌بار در هفته	سه بار یا بیشتر در هفته
۵,۱	با گذشت ۳۰ دقیقه نیز نمی‌توانستید بخوابید.	۰	۱	۲	۳
۵,۲	نیمه‌های شب یا صبح زود از خواب بیدار می‌شدید.	۰	۱	۲	۳

۳	۲	۱	۰	مجبور بودید برای دستشویی رفتن بلند شوید.	۵,۳
۳	۲	۱	۰	نمی‌توانستید به راحتی نفس بکشید.	۵,۴
۳	۲	۱	۰	سرفه می‌کردید یا با صدای بلند خروپف می‌کردید.	۵,۵
۳	۲	۱	۰	احساس می‌کردید خیلی سردتان است.	۵,۶
۳	۲	۱	۰	احساس می‌کردید خیلی گرم‌تان است.	۵,۷
۳	۲	۱	۰	کابوس می‌دیدید.	۵,۸
۳	۲	۱	۰	درد داشتید.	۵,۹
۳	۲	۱	۰	اگر به جز موارد فوق دلایل دیگری وجود دارد مطرح کنید و ذکر کنید چندبار به علت موارد فوق مشکل داشته‌اید. دلایل شما.....	۵,۱۰
۳	۲	۱	۰	در طول ماه گذشته چند بار برای به خواب رفتن داروی خواب‌آور یا آرام‌بخش مصرف کرده‌اید؟	۶
۳	۲	۱	۰	در طول ماه گذشته چندبار در بیدار ماندن برای رانندگی کردن یا خوردن غذا یا کار کردن مشکل داشتید؟	۷
۳	۲	۱	۰	در طول ماه گذشته چندبار برای حفظ تمایل خود به انجام کارها مشکل داشته‌اید؟	۸
خیلی بد	نسبتاً بد	نسبتاً خوب	خیلی خوب	در طول ماه گذشته به طور کلی کیفیت خواب شما چگونه بود؟	۹
۰	۱	۲	۳		

پرسشنامه اضطراب سلامتی

ردیف	گزینه‌ها
۱	الف) من نگران سلامت من نیستم. ب) گاهی اوقات نگران سلامت من هستم. ج) من زمان زیادی را صرف نگرانی در مورد سلامت من می‌کنم. د) من بیشتر وقت من را صرف نگرانی در مورد سلامت من می‌کنم.
۲	الف) من دچار درد کمتری نسبت به افراد دیگر (همسرم) می‌شوم. ب) من به اندازه افراد دیگر (همسرم) دچار درد می‌شوم. ج) من بیش از سایر افراد (همسرم) دچار درد می‌شوم. د) من از درد در تمام بدنم آگاه هستم.
۳	الف) به عنوان یک قاعده، از احساسات و تغییرات جسمی آگاه نیستم. ب) گاهی اوقات از احساسات و تغییرات ذهنی آگاهی دارم. ج) من اغلب از احساسات و تغییرات ذهنی آگاه هستم. د) من به طور مداوم از احساسات و تغییرات ذهنی آگاه هستم.
۴	الف). افکار مخالف بیماری هرگز یک مشکل نیست. ب) اغلب اوقات من می‌توانم در برابر افکار بیماری مقاومت کنم. الف) من سعی می‌کنم در برابر افکار بیمار مقاومت کنم اما اغلب قادر به انجام این کار نیستم. د). افکار بیماری خیلی قوی هستند و من دیگر حتی سعی در مقاومت در برابر آنها ندارم.
۵	الف) به عنوان یک قاعده من نمی‌ترسم که یک بیماری جدی داشته باشم. ب) گاهی اوقات می‌ترسم که یک بیماری جدی داشته باشم. ج) من اغلب می‌ترسم که یک بیماری جدی داشته باشم. د) همیشه می‌ترسم که یک بیماری جدی داشته باشم.

۶	الف) من تصویری (تصویر ذهنی) از خودم که بیمار باشم، ندارم. ب) گاهی اوقات تصاویری از خودم دارم که بیمار هستم. ج) من اغلب تصاویری (تصویر ذهنی) از خودم دارم که بیمار هستم. د) من به طور مداوم تصاویر خودبیماری دارم.
۷	الف) من هیچ مشکل ذهنی با افکارم در مورد سلامتی ام ندارم. ب) گاهی اوقات مشکل ذهنی با افکارم در مورد سلامتی ام دارم. ج) من اغلب دچار مشکلاتی در افکارم در مورد سلامتم دارم. د) هیچ چیز نمی‌تواند ذهنم را از افکارم در مورد سلامتم متوقف کند.
۸	الف) اگر پزشک من به من بگوید هیچ نگرانی وجود ندارد، به شدت تسکین می‌گیرم. ب) من در ابتدا تسکین می‌یابم، اما نگرانی‌ها گاهی اوقات دوباره نگران می‌شوم... ج) من در ابتدا تسکین می‌گیرم اما نگرانی‌ها همیشه بعداً دوباره می‌آیند. د) اگر دکتر من به من بگوید هیچ نگرانی نیست، اصلاً تسکین نمی‌یابم.
۹	الف) اگر در مورد یک بیماری چیزی بشنوم، هرگز فکر نمی‌کنم که خودم باشم. ب) اگر من در مورد یک بیماری چیزی بشنوم، گاهی اوقات فکر می‌کنم من آن را خودم دارم. ج) اگر من در مورد یک بیماری چیزی بشنوم، اغلب فکر می‌کنم خودم آن را داشته باشم. د) اگر من در مورد یک بیماری چیزی بشنوم، همیشه فکر می‌کنم من خودم آن را دارم.
۱۰	الف) اگر حس و حال بدنم تغییر داشته باشد، به ندرت تعجب می‌کنم که چه معنی می‌دهد. ب) اگر حس و حال بدنم تغییر داشته باشد، اغلب تعجب می‌کنم که منظور چیست. ج) اگر حس و حال بدنم تغییر داشته باشد، همیشه تعجب می‌کنم که چه معنی می‌دهد. د) اگر حس و حال بدنم تغییر داشته باشد، حتماً باید بدانم که آن چه معنی می‌دهد.
۱۱	الف) من معمولاً برای ابتلا به بیماری جدی، احساس خطر خیلی کمی می‌کنم. ب) من معمولاً برای ابتلا به بیماری جدی، به مقدار کمی احساس خطر می‌کنم. ج) من معمولاً برای ابتلا به بیماری جدی، احساس خطر می‌کنم. د) من معمولاً در معرض خطر ابتلا به بیماری جدی هستم.
۱۲	الف) من هرگز فکر نمی‌کنم که یک بیماری جدی داشته باشم. ب) گاهی اوقات فکر می‌کنم که من یک بیماری جدی دارم. ج) من اغلب فکر می‌کنم که من یک بیماری جدی دارم. د) من معمولاً فکر می‌کنم که من به شدت بیمار هستم.
۱۳	الف) اگر متوجه یک احساس ناخوشایند ذهنی بشوم، فکر نمی‌کنم در مورد چیزهای دیگر دشوار باشد. ب) اگر متوجه احساس ناخوشایند ذهنی بشوم، گاهی اوقات برایم دشوار است که در مورد چیزهای دیگر فکر کنم. ج) اگر متوجه احساس ناخوشایند ذهنی بشوم، غالباً برایم دشوار است که در مورد چیزهای دیگر فکر کنم. د) اگر متوجه احساس ناخوشایند ذهنی بشوم، همیشه دشوار است که در مورد چیزهای دیگر فکر کنم.
۱۴	الف) خانواده / دوستان من می‌گویند من به اندازه کافی در مورد سلامتم نگران نیستم. ب) خانواده / دوستان من می‌گویند که در مورد سلامتی ام، دیدگاه معمولی دارم. ج) خانواده / دوستان من می‌گویند بیش از حد در مورد سلامتی ام نگران است. د) خانواده / دوستان من می‌گویند من خودبیمارانگار هستم یا ترس از بیماری دارم.
۱۵	برای سؤالات زیر، لطفاً در مورد آنچه که ممکن است مانند یک بیماری جدی از یک نوع خاص که به شما مربوط می‌شود (مثلاً بیماری قلبی، سرطان، مولتیپل اسکلروز و غیره) فکر کنید. بدیهی است که نیت و انید بفهمید چه چیزی شبیه آن است. لطفاً بهترین تخمین خود را از آنچه شما فکر می‌کنید ممکن است اتفاق می‌افتد، برآورد خود را بر اساس آنچه شما در مورد خود و بیماری جدی را به طور کلی می‌دانید. الف) اگر بیماری جدی داشتم، هنوز هم می‌توانستم در زندگی ام بسیار لذت ببرم. ب) اگر یک بیماری جدی داشتم، هنوز می‌توانستم کمی در زندگی ام زندگی کنم. ج) اگر یک بیماری جدی داشتم تقریباً به طور کامل نمی‌توانستم از زندگی لذت ببرم. د) اگر یک بیماری جدی داشتم، نمی‌توانم به طور کامل از زندگی لذت ببرم.

۱۶	<p>الف) اگر من یک بیماری جدی داشتم شانس خوبی است که پزشکی مدرن بتواند من را درمان کند.</p> <p>ب) اگر یک بیماری جدی داشتم، احتمالاً متوسط است که پزشکی مدرن بتواند من را درمان کند.</p> <p>ج) اگر یک بیماری جدی داشتم، احتمال بسیار کمی وجود دارد که پزشکی مدرن بتواند من را درمان کند.</p> <p>د) اگر یک بیماری جدی داشتم شانس این نیست که پزشکی مدرن بتواند مرا درمان کند.</p>
۱۷	<p>الف) یک بیماری جدی، برخی از جنبه های زندگی من را خراب می کند.</p> <p>ب) یک بیماری جدی جنبه های بسیاری از زندگی من را خراب می کند.</p> <p>ج) یک بیماری جدی تقریباً هر جنبه ای از زندگی من را خراب می کند.</p> <p>د) یک بیماری جدی، هر جنبه ای از زندگی من را خراب می کند.</p>
۱۸	<p>الف) اگر من یک بیماری جدی داشتم، احساس نمی کردم که من شأنم را از دست داده بودم.</p> <p>ب) اگر من یک بیماری جدی داشتم، احساس می کردم که کمی از شأنم را از دست داده ام.</p> <p>ج) اگر یک بیماری جدی داشتم، احساس می کردم که من خیلی از شأنم را از دست داده ام.</p> <p>د) اگر یک بیماری جدی داشتم، احساس می کردم که من کاملاً شأنم را از دست دادم.</p>

The Relationship between Sleeping Disorders and Posttraumatic Stress Disorder Syndrome with Corona Anxiety: the Intermediary Role of Health Anxiety

Adine. Bazgouneh¹, & Mohammadreza. Zarbakhsh *²

Abstract

Aim: the objective of this research is determining the relationship between sleeping disorders and posttraumatic stress syndrome with Corona Anxiety considering the intermediary role of health anxiety in treatment cadre.

Methods: in terms of the study objectives, this paper is an applied research with descriptive design of correlation type. The study population included the treatment cadre, physicians and nurses (n=720), working in the hospitals in the east of Gilan Province. Using convenience method and Morgan's table, 250 individuals were selected. The study instrument was Corona Virus anxiety scale invented by Alipour et al (2020), sleeping disorders inventory constructed by Petersburg et al (1989), health anxiety questionnaire made by Salkovskis and Warwick (2002) and posttraumatic stress disorder inventory designed by Weathers et al (1993). The data were analyzed using SPSS software and Smart PLS software. **Results:** the results indicated that there is a positive and significant relationship between sleeping disorders and Corona anxiety ($r=0.403$), between post-accident stress disorder syndrome ($r=0.389$) and health anxiety ($r=0.503$) ($P<0.001$). Moreover, a positive and significant relationship was evidenced between health anxiety and sleeping disorders ($r=0.559$) and posttraumatic stress disorder syndrome ($r=0.278$) ($P<0.001$). **Conclusion:** the present study's findings well-indicated that health anxiety plays a more accentuated role than sleeping disorders in predicting the posttraumatic stress disorder.

Keywords: Corona anxiety, sleeping disorders, posttraumatic stress, health anxiety

1. Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

2. *Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

Email: mrzarkbakhsh@gmail.com