

نقش سلامت معنوی و مقابله مذهبی در پیش‌بینی اضطراب مرگ در

بیماران مبتلا به ویروس کرونا

شهناز نوحی*

سیدحسین میرحسینی**

مسعود جان‌بزرگی***

حسین‌علی مهاجر****

ملکه ناصری فدافن*****

چکیده

این مطالعه با هدف بررسی نقش سلامت معنوی و مقابله مذهبی در پیش‌بینی اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به ویروس کرونا انجام شد؛ روش پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش کلیه افراد مبتلا به ویروس کرونا بودند که به بیمارستان پیامبر اعظم علیه‌السلام شهر گنبد کاووس در بهار ۱۳۹۹ مراجعه و به صورت اینترنتی در پژوهش شرکت کردند. در این پژوهش با توجه به محدودیت تردد، هنگام جدی شدن خطر کرونا در ایران، تعداد ۲۰۰ نفر به‌عنوان گروه نمونه به صورت در دسترس انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۰)، سلامت معنوی الیسون (۱۹۸۳) و مقابله مذهبی پارگمنت (۲۰۰۰) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند؛ نتایج نشان داد سلامت معنوی و مقابله مذهبی می‌تواند اضطراب مرگ را در بیماران مبتلا به ویروس کرونا پیش‌بینی کند ($p < 0.05$) و با تقویت ابعاد معنویت می‌توان اضطراب مرگ ناشی از بیماری را در بیماران مبتلا به کرونا کاهش داد. واژگان کلیدی: سلامت معنوی، مقابله مذهبی، اضطراب مرگ، ویروس کرونا.

Psynut.sh@gmail.com
mahdiyavar95@gmail.com
psychjan@gmail.com
hedy285@yahoo.com
shimanasery@gmail.com

* دکترای تخصصی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود (نویسنده مسئول)
** کارشناس ارشد دانشگاه آزاد شاهرود
*** دکترای تخصصی، استاد پژوهشگاه حوزه و دانشگاه
**** کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد رودهن
***** دانشجوی دکتری دانشگاه آزاد شاهرود
تاریخ دریافت: ۹۹/۳/۱ تاریخ تأیید: ۹۹/۶/۲۵

مقدمه

بیماری کروناویروس ۲۰۱۹ (COVID19) یک بیماری تنفسی نوظهور است که توسط یک ویروس جدید ایجاد می‌شود و نخستین بار در دسامبر سال ۲۰۱۹ در ووهان چین تشخیص داده شد. این بیماری بسیار عفونی و علائم اصلی آن شامل تب، سرفه خشک، خستگی و تنگی نفس است. در چین، ۱۸/۵ درصد از بیماران مبتلا به کروناویروس به مرحله شدید می‌رسند. این بیماری با سندرم اختلال حاد تنفسی، شوک سپتیک، اسیدوز متابولیک و خونریزی و عملکرد انعقادی مشخص می‌شود (ژونگ، لو، لی^۱ و همکاران، ۲۰۲۰، ص ۲).

اگرچه علت اصلی انتقال ویروس هنوز قابل بررسی است، اما پژوهش‌ها نشان می‌دهد کروناویروس، مشابه سارس، بتا-کروناویروس است که می‌تواند از طریق حیوانات مانند خفاش‌ها به انسان منتقل شود (پاول^۲ و همکاران، ۲۰۲۰، ص ۳). دانشمندان درصد انتقال کروناویروس را ۴/۰۸ تخمین زده‌اند (کائو،^۳ ۲۰۱۹، ص ۴)، بنابراین این موضوع نشان می‌دهد که به طور متوسط، هر مورد کروناویروس می‌تواند به چهار نفر دیگر منتقل شود؛ همچنین آمار گزارش مبتلایان به ویروس کرونا پس از ۱۷ ژانویه ۲۰۲۰ در مقایسه با نیمه اول ژانویه سال ۲۰۲۰، ۲۱ برابر افزایش یافته است (ژائو، ۲۰۲۰). موارد شدید می‌تواند به آسیب قلبی، نارسایی تنفسی، سندرم پریشانی حاد تنفسی و مرگ بینجامد (هالشو، ۲۰۲۰). میزان مرگ و میر ناشی از کرونا ویروس توسط سازمان جهانی بهداشت^۴ حدود ۰.۲٪ تخمین زده شده است، اما برخی محققان تخمین می‌زنند که این میزان از ۰/۳٪ تا ۰/۶٪ باشد (نیشارا،^۵ ۲۰۲۰، ص ۳).

ویروس کرونا در برخی مناطق جغرافیایی مبتلا، به راحتی در سطح جامعه گسترش می‌یابد. این موضوع به این معنا است که افراد آلوده به ویروس، به طور دقیق مطمئن نیستند کجا و چگونه به این ویروس مبتلا شدند (جرنیگان و هلفاند،^۶ ۲۰۲۰؛ به نقل از علی‌پور و همکاران، ۱۳۹۸، ص ۲).

بیماری کروناویروس، افزون بر ایجاد آسیب‌های جسمی بر سلامت روانی افراد نیز تأثیر جدی دارد. از ۲۰ ژانویه ۲۰۲۰ که چین انتقال بیماری کروناویروس از انسان به انسان را تأیید کرد، مردم رفتارهای اضطرابی بسیاری را نشان داده‌اند که سبب کمبود چشمگیر ماسک‌های پزشکی و

-
1. Zhong, BL; Luo, W. Li M.
 2. Paules, C.I.
 3. Cao, Z.
 4. World Health Organization
 5. Nishiura, H.
 6. Jernigan, J. A. & Helfand, R. F

الکل در سراسر کشور شده است (هانگ و ژو،^۱ ۲۰۲۰، ص ۴؛ زینهانت،^۲ ۲۰۲۰، ص ۴). بنابراین می‌توان پیش‌بینی کرد که شیوع بیماری کرونا واکنش‌های روان‌شناختی مانند تنش، اضطراب و ترس را در پی دارد که به اختلالات روانی مانند اختلال استرس حاد، افسردگی و خودکشی می‌انجامد. آکادمیک ژونگ نانشان،^۳ رهبر گروه کمیسیون بهداشت چین یادآور شد: ترس روانی ناشی از این بیماری بیشتر از خود بیماری ترس دارد. اگرچه بیماری‌های عفونی طیف گسترده‌ای از پاسخ‌های عاطفی را ایجاد می‌کنند، اما همه افراد به یک اندازه این تأثیر عاطفی منفی را تجربه نمی‌کنند (خلید^۴ و همکاران، ۲۰۱۶، ص ۸). یکی از مشکلاتی که مبتلایان به ویروس کرونا پس از ابتلا به بیماری با آن روبه‌رو هستند، اضطراب مرگ است (نتو، آلمیدا و اسمرالده،^۵ ۲۰۲۰، ص ۲). در بیشتر جوامع، نگرستن به مرگ ترسناک است و افراد را به نوعی از اضطراب دچار خواهد کرد. اضطراب مرگ در بسیاری از افراد، به‌ویژه بیماران، ممکن است به‌عنوان یکی از شایع‌ترین انواع اضطراب تجربه شود. اضطراب مرگ به ترس مداوم و زیاد از مرگ یا مردن اطلاق می‌شود. بر همین اساس اضطراب مرگ احساس ناخوشایندی است که از اندیشیدن به مرگ خود و دیگران ناشی می‌شود (موفلای^۶ و همکاران، ۲۰۱۶، ص ۵). یالوم^۷ (۲۰۱۴) معتقد است که ترس از مرگ منبع اصلی اضطراب و ترکیبی از ترس‌های کوچک‌تر و گسسته است که در مرکز آشفتگی‌های درونی قرار دارد. شرم^۸ و همکاران (۲۰۱۰) معتقدند که بیماران در مقایسه با افراد سالم، اضطراب مرگ بیشتری را تجربه می‌کنند؛ به ویژه افراد مبتلا به بیماری‌های ناشناخته که فراوانی و شدت افکار مرتبط با مرگ را افزایش می‌دهند (خاوار^۹ و همکاران، ۲۰۱۳، ص ۲).

براساس مطالعات، سلامت معنوی عاملی است که می‌تواند در کاهش اضطراب مرگ تأثیرگذار باشد. هنگام بروز بحران، معنویت منبع قدرتمندی است که مانعی جدی در مقابله با فشارهای روانی و اضطراب به شمار می‌آید. بیمارانی که سلامت معنوی آنها تقویت شود، به‌طور مؤثر می‌توانند با بیماری خود سازگار شوند (جان‌بابایی و همکاران، ۱۳۹۲، ص ۳). موبرگ برای نخستین بار در سال ۱۹۷۱ میلادی، اصطلاح سلامت معنوی را با عنوان بهزیستی معنوی استفاده

1. Huang Y & Zhao, N.
2. Zinhuanet
3. Nunshan, Zh.
4. Khalid, I.
5. Neto M, Almeida H, Esmeraldo J.
6. Muffly, L.
7. Yalom, ID.
8. Sherman, DW.
9. Khawar, M.

کرد. طبق نظر موبرگ و براسک سلامت معنوی متشکل از سازه‌ای چند بعدی است و یک بعد عمودی و یک بعد افقی را شامل می‌شود که بعد عمودی آن به ارتباط با خدا و بعد افقی آن به احساس هدفمندی و رضایت‌مندی در زندگی بدون در نظر گرفتن مذهبی خاص اشاره دارد. سلامت معنوی در اصطلاح پزشکی با رویکرد مادی‌گرا فرایندی است که با بهره‌گیری از آن می‌توان به درمان بیماران جسمی کمک کرد؛ اما در اصطلاح غیرپزشکی و یا پزشکی معناگرای سلامت معنوی فرایندی است که افزون بر بهره‌گیری از آن در درمان جسمی بیماران می‌تواند در درمان روانی آنها نیز مفید باشد و از آن بالاتر می‌تواند شرایطی را در جامعه پدید آورد که سلامت اجتماعی افزایش یابد و سرانجام به کمال و تعالی همه‌جانبه انسان و انسانیت بینجامد (ابوالقاسمی، ۱۳۹۱، ص ۱۸). از نظر الیسون (۱۹۸۳) مفهوم سلامت معنوی از دو مؤلفه تشکیل شده است: سلامت مذهبی که نشانه ارتباط با یک قدرت برتر، یعنی خدا است و سلامت وجودی که یک عنصر روانی-اجتماعی و نشانه احساس فرد است؛ از اینکه کیست، چه کاری را و برای چه انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد. این دو بعد در عین جدا بودن از یکدیگر، باهم تعامل و همپوشی دارند. بعد سلامت مذهبی، ما را برای رسیدن به خدا هدایت می‌کند؛ در حالی که بعد سلامت وجودی، انسان را فراتر از خود می‌برد و به سوی دیگران و محیط سوق می‌دهد.

از سوی دیگر به باور پارگامنت (۱۹۹۷)، باورهای مذهبی مانند یک سپر در برابر عوامل فشارزای زندگی عمل می‌کند و از این راه به راهبردهای مقابله‌ای فرد کمک می‌کند که وی با داشتن اطمینان قلبی به خداوند، به‌عنوان قدرت لایزال در سختی‌ها به او پناه برده، سطح اضطراب و نایمنی کمتری را تجربه کند. شیوه‌های مقابله، توانایی‌هایی شناختی و رفتاری هستند که از سوی فرد در معرض فشار، به منظور کنترل فشار روانی به کار می‌رود. در تعالیم اسلامی روش‌هایی برای مبارزه با سختی‌ها بیان شده است، از این‌رو در مبارزه با مشکلات، سختی‌ها و ناملازمات زندگی، به‌کارگیری راهبردهای سازگاری دینی به‌عنوان راه‌های کاهش‌دهنده تأثیرات منفی رویدادهای ناخوشایند زندگی، می‌تواند در افزایش بهزیستی روانی افراد نقش داشته باشد (محمدزاده و همکاران، ۱۳۹۴، ص ۳).

در مجموع می‌توان گفت بیماری همه‌گیر کرونا تهدیدهای جدی برای سلامت جسمی و زندگی افراد ایجاد کرده است؛ همچنین سبب ایجاد مشکلات گسترده روانی مانند اختلال هراس، اضطراب مرگ و... شده است. پس هدف اصلی این مطالعه، بررسی نقش سلامت معنوی و مقابله مذهبی در پیش‌بینی اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به ویروس کرونا است.

روش

با توجه به ماهیت موضوع پژوهش، روش توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به ویروس کرونا بود که به بیمارستان پیامبر اعظم صلی الله علیه و آله شهر گنبد کاووس در بهار ۱۳۹۹ مراجعه و به صورت اینترنتی در پژوهش شرکت کردند. در این پژوهش با توجه به محدودیت تردد، هنگام جدی شدن خطر کرونا در ایران تعداد ۲۰۰ نفر به‌عنوان گروه نمونه به صورت در دسترس انتخاب شدند. به این صورت که پرسشنامه‌ها به‌طور الکترونیکی و از طریق فضای مجازی برای افراد نمونه ارسال و پس از تکمیل پرسشنامه‌ها دوباره برای پژوهشگر ارسال گردید. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۰)، سلامت معنوی الیسون (۱۹۸۳) و مقابله مذهبی پارگامنت (۲۰۰۰) استفاده شد.

در این پژوهش از نسخه بیست و چهارم نرم‌افزار آماری SPSS جهت تجزیه و تحلیل توصیفی و استنباطی استفاده شده است.

ابزار پژوهش

پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر

تمپلر در سال ۱۹۷۰ این پرسشنامه را طراحی کرد و شامل پانزده سؤال است و براساس پاسخ بلی یا خیر، به آن نمره یک (اگر پاسخ فرد نشان‌دهنده وجود اضطراب مرگ باشد) یا نمره صفر (اگر پاسخ فرد نشانگر عدم وجود اضطراب مرگ باشد) داد؛ مثلاً در پرسش: آیا نگران مرگ هستید؟ پاسخ خیر، نشانگر عدم وجود اضطراب در فرد و کسب امتیاز صفر و پاسخ بلی، نشان‌دهنده وجود اضطراب مرگ در فرد و کسب نمره یک است. امتیاز پرسشنامه از ۰ (عدم وجود اضطراب مرگ) تا ۱۵ (اضطراب مرگ خیلی بالا) بود که حد وسط آن (۷، ۶)، نقطه برش در نظر گرفته شد. بیشتر از آن (۷ تا ۱۵) اضطراب مرگ بالا و کمتر از آن (۰ تا ۶) اضطراب مرگ پایین است. مقیاس سنجش اضطراب مرگ تمپلر یک پرسشنامه استاندارد بوده، در پژوهش‌های مختلف در سطح جهان برای سنجش اضطراب مرگ به کار می‌رود و در کشور ایران نیز ترجمه، تحلیل عاملی و اعتباریابی شده است؛ برای مثال رجیبی و بحرانی در سال ۱۳۸۰ آن را بر روی ۱۳۸ دانشجوی در شهر اهواز بررسی کرده و همسانی درونی آن را ۷۳ درصد گزارش نموده‌اند. مسعودزاده و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهش خود ضریب همبستگی سؤالات مقیاس اضطراب مرگ تمپلر را ۹۵٪ گزارش کرده‌اند.

سبک‌های مقابله مذهبی

کنت پارگامنت^۱، این پرسشنامه را طراحی کرده است؛ شامل چهارده سؤال که هفت سؤال مربوط به راهبردهای مقابله مذهبی مثبت و هفت سؤال مربوط به راهبردهای مقابله منفی می‌باشد؛ برای مثال «از خدا برای کاهش خشمم کمک می‌خواهم»، از گونه‌های مربوط به مقابله مذهبی مثبت و «به محبت خدا به خودم شک می‌کنم»، از گونه‌های مربوط به مقابله مذهبی منفی است (پارگامنت و همکاران، ۲۰۰۰، ص ۱۲)، شیوه نمره‌گذاری به صورت لیکرت چهار گزینه‌ای از به هیچ وجه تا بسیار زیاد انجام می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ مقابله مذهبی مثبت و منفی به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۳ و اعتبار و تحلیل مؤلفه‌ها با چرخش ابلمین ساختار ساده ۵/۳ درصد برای مقابله مذهبی مثبت و ۱۱۳ برای مقابله مذهبی منفی توسط مظاهری و شهابی‌زاده (۲۰۱۱) گزارش شده است.

مقیاس سلامت معنوی

مقیاس سلامت معنوی پالوتزیان و الیسون (۱۹۸۳) توسط خریمی مارکانی و همکاران (۱۳۹۰) در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ترجمه و تطبیق فرهنگی شده و نرم ایرانی آن برای استفاده موجود است. این مقیاس دارای ۲۰ گویه و حداقل نمره آن ۲۰ و حداکثر نمره آن ۱۲۰ می‌باشد. روایی محتوایی و روایی صوری آن با شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا توسط پانل کارشناسان و نیز پایایی آن به روش پایایی همسانی درونی ۰/۷۴ و پایایی ثبات در حد قابل قبول ۰/۷۲ تعیین شده است.

یافته‌ها

میانگین سن شرکت‌کننده‌های پژوهش ۳۲ سال بود که اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کننده‌های پژوهش در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کننده‌های پژوهش

| متغیر | فراوانی | درصد |
|---------------------|---------|------|
| جنسیت | | |
| زن | ۱۲۷ | ۶۳/۵ |
| مرد | ۷۳ | ۳۶/۵ |
| وضعیت تأهل | | |
| متاهل | ۱۵۱ | ۷۵/۵ |
| مجرد | ۴۹ | ۲۴/۵ |
| تحصیلات | | |
| زیردیپلم | ۹۵ | ۴۷/۵ |
| لیسانس | ۶۷ | ۳۳/۵ |
| فوق لیسانس و بالاتر | ۳۸ | ۱۹ |

1. Pargament, KI.

جدول ۱ نشان می‌دهد ۶۳/۵ درصد شرکت‌کنندگان زن و ۳۶/۵ درصد مرد و نیز ۷۵/۵ درصد متأهل و ۲۴/۵ درصد مجرد بودند. ۴۷/۵ درصد شرکت‌کنندگان زیر دیپلم و ۳۳/۵ درصد لیسانس و ۱۹ درصد دارای مدرک فوق لیسانس و بالاتر بودند. در جدول ۲ ضرایب همبستگی پیرسون جهت بررسی ارتباط میان متغیرهای پژوهش (سلامت معنوی، مقابله مذهبی و اضطراب مرگ) ارائه شده است.

جدول ۲. ضرایب همبستگی پیرسون برای تعیین ارتباط میان متغیرهای پژوهش

| شاخص | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
|-------------|--------|--------|--------|--------|---|
| سلامت وجودی | ۱ | | | | |
| سلامت مذهبی | ۰/۶۷* | ۱ | | | |
| اضطراب مرگ | -۰/۲۳* | -۰/۳۱* | ۱ | | |
| مقابله مثبت | ۰/۳۵* | ۰/۲۴* | -۰/۳۱* | ۱ | |
| مقابله منفی | -۰/۴۳* | -۰/۵۳* | ۰/۶۴* | -۰/۶۸* | ۱ |

همان‌طور که در جدول ۲ مشخص است، بین سلامت معنوی و زیرمقیاس‌های آن و اضطراب مرگ ارتباط معکوس معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$)؛ همچنین بین مقابله مذهبی مثبت و اضطراب مرگ ارتباط معکوس و بین مقابله مذهبی منفی و اضطراب مرگ رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$).

برای بررسی تأثیر ابعاد سلامت معنوی بر اضطراب مرگ از رگرسیون چندگانه استفاده شد. در جدول ۳ ورود متغیرهای پیش‌بین در تحلیل رگرسیون به روش گام به گام آورده شده است.

جدول ۳. تجزیه و تحلیل رگرسیون چندمتغیره متغیرهای پیش‌بینی کننده سلامت معنوی برای پیش‌بینی اضطراب مرگ

| R | مجذور R | R تعدیل شده |
|------|---------|-------------|
| ۰/۴۲ | ۰/۱۷ | ۰/۱۵ |

با توجه به جدول ۳ می‌توان این‌گونه اظهار نظر کرد که مؤلفه‌های سلامت معنوی وارد معادله رگرسیون شده و ۱۷ درصد از تغییرات اضطراب مرگ را تبیین کرده است؛ همچنین با توجه R تعدیل شده می‌توان عنوان کرد اضطراب مرگ مقدار ۱۵ درصد براساس سلامت معنوی قابل پیش‌بینی است.

نتایج تجزیه و تحلیل گام به گام سلامت معنوی در جدول ۴ ارائه شده است:

جدول ۴. رگرسیون گام به گام سلامت معنوی

| متغیرهای پیش‌بین | B | انحراف استاندارد | بتا | T | سطح معناداری |
|------------------|------|------------------|-------|-------|--------------|
| مقدار ثابت | ۴۵/۹ | ۳/۶ | | ۱۲/۴ | ۰/۰۰۱ |
| سلامت وجودی | -۱/۶ | ۰/۷ | -۰/۳ | -۵/۰۴ | ۰/۰۰۱ |
| سلامت مذهبی | -۲/۹ | ۰/۳ | -۰/۲۱ | -۵/۸ | ۰/۰۰۱ |

با توجه به جدول ۴ و با توجه به اینکه مقدار سطح معناداری از ۰/۰۵ کمتر است، می‌توان نتیجه گرفت که ضریب رگرسیون استاندارد (بتا) در ابعاد سلامت وجودی ۳۰ واحد و در ابعاد سلامت مذهبی ۲۱ واحد در میزان اضطراب مرگ تغییر ایجاد خواهد شد؛ یعنی هر دو خرده‌مقیاس سلامت وجودی و سلامت مذهبی می‌تواند اضطراب مرگ را در بیماران مبتلا به کرونا پیش‌بینی کند. همچنین برای بررسی تأثیر ابعاد مقابله مذهبی بر اضطراب مرگ از رگرسیون چندگانه استفاده شد. در جدول ۵ ورود متغیرهای پیش‌بین در تحلیل رگرسیون به روش گام به گام آورده شده است.

جدول ۵. تجزیه و تحلیل رگرسیون چندمتغیره متغیرهای پیش‌بینی‌کننده مقابله مذهبی برای پیش‌بینی اضطراب مرگ

| | R | مجذور R | R تعدیل‌شده |
|--------------|------|---------|-------------|
| مقابله مذهبی | ۰/۵۳ | ۰/۲۸ | ۰/۲۳ |

با توجه به جدول ۵ می‌توان این‌گونه اظهار نظر کرد که مؤلفه‌های مقابله‌های مذهبی وارد معادله رگرسیون شده و ۲۳ درصد از تغییرات اضطراب مرگ را تبیین کرده است؛ همچنین با توجه R تعدیل شده می‌توان عنوان کرد اضطراب مرگ مقدار ۲۳ درصد براساس مقابله مذهبی قابل پیش‌بینی است.

نتایج تجزیه و تحلیل گام به گام مقابله مذهبی در جدول ۶ ارائه شده است:

جدول ۶. رگرسیون گام به گام مقابله مذهبی

| متغیرهای پیش‌بین | B | انحراف استاندارد | بتا | T | سطح معناداری |
|------------------|--------|------------------|-------|--------|--------------|
| مقدار ثابت | ۴۷/۴۶۲ | ۳/۵۸۳ | | ۱۳/۲۴۸ | ۰/۰۰۱ |
| مقابله مثبت | -۱/۹۹ | ۰/۳۹۶ | -۰/۳۷ | -۴/۹۳ | ۰/۰۰۱ |
| مقابله منفی | ۱/۷۱۱ | ۰/۵۲۳ | ۰/۲۲۶ | ۳/۲۶۹ | ۰/۰۰۱ |

با توجه به جدول ۶ و با توجه به اینکه مقدار سطح معناداری از ۰/۰۵ کمتر است، در نتیجه می‌توان نتیجه گرفت که ضریب رگرسیون استاندارد در ابعاد مقابله مثبت ۳۷ واحد و در ابعاد

مقابله منفی ۲۲ واحد در میزان اضطراب مرگ تغییر ایجاد خواهد شد؛ یعنی هر دو خرده‌مقیاس مقابله مثبت و منفی می‌تواند اضطراب مرگ را در بیماران مبتلا به کرونا پیش‌بینی کند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج آزمون همبستگی پیرسون در جدول ۲ نشان داد که اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به ویروس کرونا براساس سلامت معنوی پیش‌بینی می‌شود. نتایج این پژوهش با تحقیقات شریف‌نیا و همکاران (۱۳۹۶)، محمدی‌زاده و همکاران (۱۳۹۵)، شوکلاوریشی^۱ (۲۰۱۷)، چونگ^۲ و همکاران (۲۰۱۵) همسو است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که بیماری همه‌گیر کرونا بسیاری از مردم جهان را درگیر کرده است و با اعلام تعداد کشته‌شدگان در اثر این بیماری، اضطراب ناشی از مرگ ویروس کرونا هر روز افزایش می‌یابد و از سوی دیگر می‌توان گفت سلامت معنوی یکی از مفاهیم اساسی در مورد چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش ناشی از بیماری به شمار آمده، به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت به یکپارچگی سایر ابعاد آن می‌انجامد. هنگامی که سلامت معنوی افراد پایین باشد، این احتمال وجود دارد که فرد دچار اختلالات روانی مانند احساس تهایی، اضطراب و ازدست‌دادن معنا در زندگی شود. بیماران مبتلا به ویروس کرونا که سلامت معنوی آنها تقویت می‌شود، به‌طور مؤثری می‌توانند با بیماری خود سازگار شوند (محمدی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۵، ص ۷). در این باره، پارگمنت، اسمیت و کوپینگ (۱۹۹۸) عقیده دارند که در موقعیت‌های تنش‌زایی که با معنویت همراه می‌شوند، منبع مهم سازگاری به‌شمار می‌آید که با رضایت‌مندی فرد از زندگی خود، سازگاری بهتر، کاهش درد و اضطراب از مرگ در ارتباط است؛ همچنین می‌توان گفت افرادی که سلامت معنوی بیشتری دارند، از آنجا که با ویژگی‌هایی مانند ثبات در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود، در نتیجه توانایی‌های بیشتری در صبر و تحمل و مدیریت مشکلات دارند و در مقایسه با افرادی که سلامت معنوی کمتری دارند، از دریچه دیگری به مشکلات پیش‌آمده در زندگی می‌نگرند (مددی اردکانی و کامکار، ۱۳۹۸، ص ۱۱). شایان ذکر است در مواردی که دشواری‌های طاقت‌فرسا، شخصیت انسان را در هم می‌کوبد و اراده را از وی می‌گیرد، اتکا به خداوند، اثری عمیق و انکارناپذیر در روح آدمی دارد. همان‌گونه که خداوند در آیه ۱۳۸ سوره آل عمران می‌فرماید: «اگر ایمان داشته باشید، نباید ترس و اندوه به خود راه دهید؛ زیرا شما با سرمایه ایمان بر دیگران برتری دارید». این آیه

1. Shukla, P. & Rishi, P.

2. Chung, MY.

یادآور می‌شود که ایمان در برابر عوامل ناراحتی روانی، زره محکمی را برای روح ساخته و مصونیت خاصی را در انسان به وجود می‌آورد؛ از این رو، با تکیه به ایمان می‌توان ذهن و روح را از غم آزاد ساخت و نقش رنج‌ها را از لوح دل زدود (محمدی‌زاده و همکاران، ص ۷).

از سوی دیگر یکی از ابعاد رشد ما، به‌عنوان انسان، رشد در قلمرو معنوی است. نیروی فوق‌العاده‌ای در ایمان به خدا وجود دارد که نوعی قدرت معنوی به انسان دیندار می‌بخشد و در تحمل سختی‌های زندگی به او کمک می‌کند. لازم به ذکر است که بعد وجودی سلامت معنوی با ابعاد جسمی و روانی فرد بیمار ارتباط معناداری دارد که براساس آن می‌توان به تأثیر سلامت معنوی به‌عنوان عاملی برای مقابله با مشکلات پی برد.

همچنین نتایج آزمون همبستگی پیرسون در جدول ۲ نشان داد که اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به ویروس کرونا براساس مقابله مذهبی پیش‌بینی می‌شود. نتایج این پژوهش با تحقیقات شریف‌نیا و همکاران (۱۳۹۶)، محمدی‌زاده و همکاران (۱۳۹۵)، محمدزاده و همکاران (۱۳۹۴)، شوکلاوری‌نیشی (۲۰۱۷)، چونگ و همکاران (۲۰۱۵) همسو است.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت مقابله مذهبی به‌عنوان یک تعدیل‌گر تنیدگی عمل کرده، افراد با مقابله مذهبی مثبت تنیدگی کمتری را تجربه می‌کنند. افرادی که دارای مقابله مذهبی مثبت هستند؛ یعنی هنگام مواجهه با مشکلاتی همچون درد و بیماری با انجام اعمال مذهبی، اضطراب خود را کاهش می‌دهند، در مقایسه با افرادی که مقابله مذهبی منفی دارند؛ بهداشت روانی مثبت‌تری دارند. افراد دارای مقابله مذهبی مثبت، سلامت روانی بالاتری دارند و افراد دارای مقابله مذهبی منفی احتمالاً پیامدهای منفی‌تری را تجربه می‌کنند. گاهی بیماری‌های مزمن و شرایط سخت بیماری، موجب بحران‌های معنوی و مذهبی در افراد می‌شود که ممکن است به کاهش مکانیسم‌های سازگاری در مددجو و افزایش سطح اضطراب آنها بینجامد و روند مراقبت و درمان را مشکل کند (شریف‌نیا و همکاران، ۱۳۹۶).

افراد مبتلا به کرونا که هنگام مواجهه با رویدادهای منفی می‌کوشند تا رابطه‌ای قوی با خدا داشته باشند، از خدا می‌خواهند کمکشان کند که بر خشم و عصبانیت ناشی از ناکامی غلبه کنند؛ آنها به خدا توکل و بر عقاید مذهبی‌شان تکیه می‌کنند تا مشکلاتشان کم شود و از این رو، اشتغال ذهنی کمتری با مرگ دارند و اضطراب مرگ اندکی را نشان می‌دهند. این گونه تصور از آفریدگار، در کاهش ناراحتی‌ها و فقدان‌هایی که در این جهان برای انسان پیش می‌آید، نوعی تسکین و آرامش در قلب پدید می‌آورد. انسانی که خدای خود را با تمام صفات زیبا شناخت، دیگر در برابر ناملایمات زندگی سر تسلیم فرود نمی‌آورد، او با توکل به خداوند تمامی مشکلات و سختی‌ها را پشت سر

می‌گذارد. در مقابل افرادی که هنگام مواجهه با رویدادهای منفی زندگی احساس می‌کنند که خداوند آنها را فراموش کرده، یا رویداد پیش‌آمده مجازاتی از سوی خداوند است و در مورد قدرت خداوند تردید کرده، خدا را نامهربان تصور می‌کنند؛ اضطراب مرگ بیشتری را نشان می‌دهند. مقابله مذهبی منفی فاقد یک رابطه عمیق درونی است و به نظر می‌رسد همراه با خصیصه اضطرابی باشد؛ یعنی در این نوع سبک مقابله مذهبی ترس از تنبیه و طرد از سوی خدا توسط فرد مدنظر قرار می‌گیرد. این افراد خدا را بیشتر به‌عنوان منبعی از درد و تنبیه تصور می‌کنند تا منبعی از عشق و محبت؛ در حالی که مقابله مذهبی مثبت مبتنی بر یک رابطه عاشقانه با خدا و حس ارتباطی معنوی با دیگران و اعتقاد به هدفمندی دنیا و در نتیجه نظری مثبت نسبت به آفرینش است.

از آنجا که در زمان اجرای این پژوهش شیوع گسترده بیماری در ایران اتفاق افتاد، امکان نمونه‌گیری حضوری وجود نداشت و به علت این محدودیت، گروه‌های سنی بالاتر و افرادی که مهارت استفاده از فضای مجازی را نداشتند، در نمونه مورد بررسی سهم کافی نداشتند و برای همین پیشنهاد می‌شود پس از کاهش شیوع مطالعات بیشتری در طبقات مختلف اجتماع انجام شود؛ همچنین نتایج این پژوهش می‌تواند به‌عنوان یک مرجع تاریخی استفاده شود.

منابع

۱. ابوالقاسمی، محمدجواد (۱۳۹۱)، «مفهوم‌شناسی سلامت معنوی و گستره آن در نگرش دینی»، مجله اخلاق پزشکی، س ۶، ش ۲۰، ص ۴۵-۷۰.
۲. جان‌بابایی، قاسم؛ روانبخش اسمعیلی؛ نورالدین موسوی‌نسب؛ منصور رنجبر و جبار حیدری (۱۳۹۲)، «بررسی نقش سلامت معنوی و عوامل مرتبط در بیماران مبتلا به سرطان گوارشی متاستاتیک» دین و سلامت، س ۱، ش ۲، ص ۱-۹.
۳. خرمی مارکانی، عبدالله؛ فریده یغمایی؛ محمد خدایاری فرد؛ حمید علوی مجد (۱۳۹۰)، تجربه تندرستی معنوی پرستاران انکولوژی: تحلیل محتوای کیفی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار (اسرار)، ۱۸(۳)، ص ۲۰۶-۲۱۶.
۴. شریف‌نیا، حمید؛ محمدعلی سلیمانی؛ عباس عبادی (۱۳۹۶)، «ارتباط بین هوش معنوی و سلامت معنوی با اضطراب مرگ در جانبازان ایرانی»، طب نظامی، س ۱۹، ش ۴، ص ۳۳۶-۳۴۳.
۵. شهابی‌زاده، فاطمه؛ محمدعلی مظاهری (۱۳۹۱)، دل‌بستگی ادراک شده دوران کودکی، کنشوری خانواده و مقابله مذهبی، نشریه روان‌شناسی تحولی، ۸(۳۱)، ص ۲۲۱-۲۳۴.
۶. علی‌پور، احمد؛ ابوالفضل قدمی؛ زهرا علی‌پور و حسن عبدالله‌زاده (۱۳۹۸)، «اعتباریابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS) در نمونه ایرانی» نشریه علمی روان‌شناسی سلامت، س ۸، ش ۴، ص ۱۶۳-۱۷۵.
۷. محمدزاده، علی؛ عیسی جعفری و نادر حاجلو (۱۳۹۴)، «رابطه اضطراب مرگ با روش‌های مقابله مذهبی، سبک‌های دل‌بستگی به خدا و عمل به باورهای دینی»، فرهنگ در دانشگاه اسلامی، س ۵، ش ۲، ص ۲۶۰-۲۷۴.
۸. محمدی‌زاده، عاطفه؛ قاسم عسگری‌زاده و مسعود باقری (۱۳۹۵)، «رابطه سلامت معنوی با اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس» دین و سلامت، س ۴، ش ۲، ص ۲-۲۰.
۹. مددی اردکانی، حسین و علی کامکار (۱۳۹۹)، «بررسی رابطه اضطراب مرگ و سلامت عمومی با سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان در شهر شیراز»، روان‌شناسی بالینی و شخصیت، س ۱۷، ش ۳۰، ص ۱۹-۳۰.

10. Cao, Z. Estimating the effective reproduction number of the 2019-nCoV in China. medRxiv 2020.
11. Chung MY, Cha KS, Cho OH. Correlation between self-esteem, death anxiety, and spiritual wellbeing in Korean University students. *Korean J Adult Nurs.* 2015; 27(3):367-74.
12. Ellison CW. Spiritual well -being: conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology.* 1983; 11(4):330-40.
13. Holshue, M.L. (2020). First Case of 2019 Novel Coronavirus in the United States. *N. Engl. J. Med.*
14. Huang Y, Zhao N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 epidemic in China: a web-based cross-sectional survey. <https://doi.org/10.1101/2020.02.19.20025395>
15. Jernigan, J. A., Low, D. E., & Helfand, R. F. (2004). Combining Clinical and Epidemiologic Features for Early Recognition of SARS. *Emerging Infectious Diseases*, 10(2), 327-333.
16. Khalid I, Khalid TJ, Qabajah MR, et al (2016). Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During a MERS-CoV Outbreak. *Clinical Medicine & Research*, 14(1): 7–14.
17. Khawar M, Aslam N, Aamir S. (2013). Perceived social support and death anxiety among patients with chronic diseases. *Pakistan journal of medical research* 52(3):75-79.
18. Muffly L, Hlubocky F, Khan N, Wroblewski N, Breitenbach N, Gomez K, McNeer J. (2016) Psychological Morbidities in Adolescent and Young Adult Blood Cancer Patients During Curative-Intent Therapy and Early Survivorship. *Cancer*, 15;122(6):954-61.
19. Neto M, Almeida H, Esmeraldo J. (2020). When health professionals look death in the eye: the mental health of professionals who deal daily with the 2019 coronavirus outbreak. *Psychiatry Research*, 288:112972
20. Nishiura, H.(2020). The Rate of Under ascertainment of Novel Coronavirus (2019-nCoV) Infection: Estimation Using Japanese Passengers Data on Evacuation Flights. *J. Clin. Med*, 9, 419.

21. Pargament , K. I. Smith , B. W. Koenig , H. G. & Perez , L. (1998). Pattern of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the scientific study of religion* , 37 , 710 – 724.
22. Pargament, KI. Koenig, HG. Perez, LM. (2000). The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*. 56: 519-43.
23. Paules, C.I.; Marston, H.D.; Fauci, A.S. (2020). Coronavirus Infections-More Than Just the Common Cold. *JAMA*.
24. Quin J, Shen B, Zhao M. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*. doi:10.1136/ gpsych-2020-100213.
25. Shukla, P. & Rishi, P. (2017). A Correlational Study of Psychosocial & Spiritual Well Being and Death Anxiety among Advanced Stage Cancer Patients. *American Journal of Applied Psychology*, 2(3), pp. 59-65.
26. XINHUANET. (2020). The Latest: China confirms human-to-human transmission of 2019-nCoV, infections among medical staff. Accessed January 21, 2020.
27. Zhong B, Lou W, Li H, Zhang Q, Liu X, Li W, Li Y. (2020). Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. *International Journal of Biological Sciences*, 16(10): 1745-1752.