



پیش‌بینی استرس تروماتیک کرونا و رشد پس از آسیب در پرستاران بخش مراقبت بیماران کرونایی براساس حمایت اجتماعی ادراک‌شده: نقش میانجی شفقت خود و تنظیم شناختی هیجان

Predicting Covid-19 Traumatic Stress and Post-Traumatic Growth in Nurses of Coronavirus Patient Care Unit Based on Perceived Social Support: The Mediating Role of Self-Compassion and Cognitive Emotion Regulation

Sara Zadafshar
Mohadese Kheradmand
Hessam Kazemian
Nahid Akrami

سارا زادافشار*
محدثه خردمند**
حسام کاظمیان***
ناهید اکرمی****

Abstract

The aim of the present study was to predict COVID-19 traumatic stress and posttraumatic growth in nurses of coronavirus patient care unit based on perceived social support considering the mediating role of self-compassion and cognitive emotion regulation. The present study is a descriptive correlation with the structural equation model and in terms of purpose is applied. The statistical population includes all nurses who worked in hospitals in Isfahan in 2021, of which 230 (143 female and 87 male) were selected through an available sample. Research instruments included the multidimensional perceived social support (MSPSS), self-compassion (SCS), cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ), posttraumatic growth inventory (PGI), and COVID-19 traumatic stress scale (CTSS). Descriptive statistics and structural equation modeling as well as SPSS-23 and Amos-23 were used to analyze the data. Results showed that perceived social support directly and indirectly through matched cognitive emotion regulation strategies and self-compassion had a positive effect on posttraumatic growth ($\beta = 0.228, P < 0.01$) and a negative effect on COVID-19 traumatic stress ($\beta = -0.316, P < 0.01$), whereas the relationship between non-matched cognitive emotion regulation strategies and posttraumatic growth was not significant ($P < 0.05$). The research findings not only have practical and theoretical implications, but also can be used as a useful model to provide nurses with adequate services to pave the way for growth and development after trauma and prevent covid-19 traumatic stress.

Keywords: Perceived Social Support, Cognitive Emotion Regulation, Self-Compassion, Post-Traumatic Growth, Traumatic Stress, COVID-19.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی استرس تروماتیک کرونا و رشد پس از آسیب در پرستاران بخش مراقبت بیماران کرونایی براساس حمایت اجتماعی ادراک‌شده صورت گرفت و برای این منظور نقش میانجی شفقت خود و تنظیم شناختی هیجان را در نظر گرفته است. پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی با مدل معادلات ساختاری و به لحاظ هدف کاربردی است. جامعه آماری شامل پرستاران شهر اصفهان بود که در بیمارستان‌های مراقبت از بیماران کرونایی در سال ۱۴۰۰ مشغول به کار بودند. از میان آن‌ها ۲۳۰ نفر (۱۴۳ زن و ۸۷ مرد) به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل حمایت اجتماعی ادراک‌شده چندبعدی (MSPSS)، شفقت خود (SCS)، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ)، رشد و تکامل پس از آسیب (PGI) و استرس تروماتیک کرونا (CTSS) بود. برای تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی، مدلیابی معادلات ساختاری و نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۳ و ایموس نسخه ۲۳ استفاده شد. نتایج نشان می‌دهد حمایت اجتماعی ادراک‌شده به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم به کمک راهبردهای سازش‌یافته تنظیم شناختی هیجان و شفقت به خود بر رشد پس از سانحه ($\beta = 0.228, P < 0.01$) تأثیر مثبت و بر استرس تروماتیک کرونا ($\beta = -0.316, P < 0.01$) تأثیر منفی دارد؛ درحالی‌که ضریب مسیر مربوط به رابطه بین راهبرد سازش‌نیافته تنظیم هیجان با رشد پس از سانحه معنادار نیست ($P > 0.05$). یافته‌های این پژوهش علاوه‌بر تلویحات کاربردی و نظری می‌تواند الگویی مفید برای ارائه خدماتی مؤثر به پرستاران باشد تا زمینه رشد و تکامل پس از آسیب و جلوگیری از ایجاد استرس تروماتیک کرونا به کار گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی، تنظیم شناختی هیجان، شفقت به خود، رشد پس از آسیب، استرس تروماتیک، کرونا.

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

** دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

*** دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

**** نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

ویروس کرونا (کووید-۱۹)^۱ پدیده استرس‌زای تروماتیک جهانی است که به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم بر همه تأثیر گذاشته است و به افزایش پریشانی روان‌شناختی افراد سطوح مختلف اجتماع، به‌ویژه در کارکنان خدمات بهداشتی و پرستاران شده منجر است (سنتا باربارا و همکاران، ۲۰۲۱). پرستاران بخش کرونایی با محیط کاری طاقت‌فرسا مواجه هستند. همچنین ساعات کاری زیاد، کمبود عوامل حمایتی، دوری از خانواده، مواجهه روزانه با تعداد بالای مرگ‌ومیر در شبانه‌روز و عوامل استرس‌زای دیگر مانند کمبود تجهیزات محافظت شخصی، قرارگرفتن در معرض موارد تأییدشده بیماری، ترس از آلوده‌شدن، ترس از انتقال ویروس به اعضای خانواده، نگرانی درباره مراقبت از فرزندان بر سلامت جسمی و روانی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (کوی و همکاران، ۲۰۲۱)؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد این گروه در مقایسه با پیامدهای دوران شیوع ویروس کرونا از جمله استرس تروماتیک کرونا^۲ آسیب‌پذیرتر باشد (کتریتوفیز، کارانیکولا، میکائیلیدو و کنستاندینیدو، ۲۰۲۱)؛ البته این بدین معنا نیست که تأثیرات همه‌گیری کرونا منفی است. در این میان حوادث مربوط به کار آسیب‌زا، ممکن است سبب تغییر مثبت افراد با پدیده رشد پس از آسیب^۳ شود (چن و همکاران، ۲۰۲۱).

رشد پس از آسیب یعنی رشد شخصی و تغییرات روان‌شناختی مثبتی که ناشی از مبارزه با حوادث آسیب‌زا و استرس‌زای زندگی است (سیبورن، لالوند و تاکو، ۲۰۲۰). توسعه شبکه ارتباطی و صمیمیت بیشتر، ایجاد مسیر یا فرصت جدید، افزایش قدرت درونی و توانایی اتکا به خود در سختی‌ها، فهم تجارب و تقویت باورهای معنوی و پی‌بردن به ارزش زندگی از مؤلفه‌های رشد پس از آسیب هستند (عسگری و نقوی، ۱۳۹۸). در نتیجه کار در خط مقدم مبارزه علیه ویروس کرونا، پرستاران ممکن است با تغییرات مثبتی مواجه شوند که به یافتن معنایی برای آن منجر شود. این امر نه‌تنها سبب کاهش اثرات منفی آسیب‌زای مرتبط با کار می‌شود، بلکه به بهبود رضایت از زندگی و رشد و تکامل روانی هم کمک می‌کند (پن‌کوی و همکاران، ۲۰۲۱)؛ بنابراین مطالعه هم‌زمان استرس تروماتیک و رشد پس از آسیب در پرستاران برای بررسی نقش عوامل روان‌شناختی مؤثر در این باره مهم است (اورجوئلا داویلا، لونس، ساگوی هسنون، تدسکی و شپز، ۲۰۱۹).

در این باره، حمایت اجتماعی^۴ یکی از مهم‌ترین پیش‌بین‌های تعیین‌کننده نوع واکنش‌های فرد در شرایط شرایط آسیب‌زاست (ژو، وو و ژن، ۲۰۱۷). حمایت اجتماعی منبعی کلیدی برای فهم تغییرات مثبت در واکنش به بحران‌های زندگی و پیش‌رو رشد شخصی به‌شمار می‌آید که در نتیجه سبب ارتقای رفتارهای مقابله‌ای مثبت و انطباق موفقیت‌آمیز به‌دنبال حوادث منفی می‌شود. حمایت اجتماعی منبعی برای افراد آسیب‌دیده است تا از کنارآمدن با پریشانی به‌سوی سازگاری با تجربه‌های آسیب‌زا از راه مثبت حرکت کنند (یه و

1. coronavirus (covid-19)

2. covid-19 traumatic stress

3. Post-Traumatic Growth (PTG)

4. social support

همکاران، ۲۰۲۰). مجموعه گسترده‌ای از تحقیقات به‌طور مداوم ارتباط مثبت حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی را نشان داده‌اند؛ برای مثال ویلسون، ویز و شوک (۲۰۲۰) در پژوهش خود نشان دادند حمایت اجتماعی ادراک‌شده بیشتر با احساس مثبت و رضایت از زندگی بیشتر و افسردگی، اضطراب و علائم استرس پس از آسیب کمتر همراه است.

از دیگر متغیرهای مرتبط با استرس تروماتیک کرونا و رشد پس از آسیب، تنظیم شناختی هیجان^۱ است که روش‌شناختی مدیریت اطلاعات هیجانی تحریک‌شده محسوب می‌شود. افراد در مواجهه با شرایط استرس‌زا از راهبردهای تنظیم هیجان متفاوتی استفاده می‌کنند که این می‌تواند به‌صورت راهبردهای منفی شامل نشخوار فکری^۲، سرزنش خود^۳، سرزنش دیگران^۴، فاجعه‌انگاری^۵ یا راهبردهای مثبت شامل تمرکز مجدد مثبت^۶، دیدگاه‌گیری^۷ و تمرکز مبتنی بر برنامه‌ریزی^۸ باشند (چاکورجی، چوک وو، اوزگبو، ایفیگوازی و آگوو، ۲۰۲۰).

براساس تئوری رشد پس از آسیب افراد هنگام مواجهه با رویدادی آسیب‌زا باید فرضیه‌های اساسی درباره خودشان، دیگران و جهان را متناسب با واقع سازگار کنند. همچنین ضروری است با احساسات ناراحت‌کننده ناشی از واقعه آسیب‌زا مواجه شوند تا به معنا دست یابند (تدسچی و کالهنون، ۲۰۰۴). در این فرایند، ارزیابی مجدد شناختی ممکن است سبب درک معنای آن رویداد در زندگی، انتخاب‌های آگاهانه‌تر، درنهایت کاهش پیامدهای منفی رویداد آسیب‌زا و تسکین علائم پس از آسیب شود (هانگ، ژانگ، آن و خو، ۲۰۱۹): درحالی‌که باورهای منفی به واکنش‌های منفی جسمی و ذهنی منجر می‌شوند. همچنین وقتی افراد احساسات خود را سرکوب و نشخوار فکری می‌کنند، علائم پس از تروما، افسردگی بیشتر و اضطراب اجتماعی و احساسات منفی بیشتری ایجاد می‌شوند (ریچاردز، باتلر و گروس، ۲۰۰۳). نتایج پژوهش‌ها نیز در این باره نشان داده است که حمایت اجتماعی می‌تواند نیازهای ارتباطی افراد را برآورده کند و در دستیابی به منابع اجتماعی و حمایتی بیشتر آن‌ها را یاری کند؛ زیرا حمایت اجتماعی می‌تواند تأثیر بسزایی در انتخاب راهبردهای تنظیم هیجان داشته باشد (ماروکین و نولن هوکسما، ۲۰۱۵).

شفقت به خود^۹ از دیگر متغیرهای مرتبط تحقیق است. استفاده از خودشفقتی برای فرد امنیتی هیجانی ایجاد می‌کند که بدون ترس از سرزنش خود به مشاهده خویش‌نشین بنشیند. همچنین به او اجازه می‌دهد الگوی ناسازگار افکار، احساسات و رفتار خود را درک و اصلاح کند (وانگ و یانگ، ۲۰۱۷). درواقع پردازش هیجان‌ات

-
1. cognitive emotion regulation
 2. rumination
 3. self-blame
 4. others-blame
 5. catastrophizing
 6. positive refocusing
 7. perspective-taking
 8. focus on planing
 9. self compassion

به شیوه خودشفقت‌آمیز سبب کاهش عاطفه منفی می‌شود. رویکرد پذیرش‌محورانه افراد با سطوح خودشفقتی بالا مانع این می‌شود که در رویارویی با جنبه‌های ناخواستنی خود واکنش دفاعی و نشخوارکردن را درپیش بگیرند (برزگری دهج، جهان‌داری، محمودپور و نادری، ۱۳۹۷)؛ بنابراین شفقت به خود می‌تواند رشد پس از آسیب را تسهیل کند. افرادی که از سطوح بالای شفت به خود برخوردارند، تمایل کمتری به تفسیر وحشتناک وقایع منفی دارند و هنگام مواجهه با وقایع منفی بهتر می‌توانند هیجان‌های خود را تنظیم کنند (خورشید و شهناز، ۲۰۲۰). در مقابل خطر ابتلا به اختلال استرس پس از آسیب در افرادی که چنین ویژگی‌هایی ندارند، بیشتر است (کارانیکا و هاگ، ۲۰۱۶). در همین باره نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد شفقت‌ورزی که در تعاملات اجتماعی مثبت ارائه می‌شود، نمایانگر مهربانی‌ای است که در افراد مشفق با خود دیده می‌شود؛ درواقع حمایت اجتماعی ممکن است امکان پردازش رویداد با تفسیرهای متفاوت، همراه با شفقت و قضاوت‌نشدن را فراهم کند که سبب ایجاد شفقت به خود و در نتیجه کاهش علائم آسیب شود. حمایت اجتماعی منبعی خارجی است که می‌تواند شفقت را (منبعی داخلی) برای محافظت در برابر آسیب‌شناسی روانی افزایش دهد که در نتیجه با افزایش حمایت اجتماعی و به دنبال آن شفقت خود بیشتر می‌توان از علائم استرس پس از آسیب در افراد مواجه‌شده با رویداد تروماتیک کاست (ماهوکس و پرایس، ۲۰۱۶؛ سلیگوفسکی، میرون و ارکات، ۲۰۱۵؛ گرمر، ۲۰۰۹).

با توجه به گذشت بیش از یک سال از شروع همه‌گیری کووید-۱۹ و احتمال ادامه آن در ماه‌ها یا شاید سال‌های آینده، همچنین با توجه به تماس مستقیم و اجتناب‌ناپذیر پرستاران در خط مقدم جبهه مبارزه با این بیماری و مستعدشدن آن‌ها برای اختلالات اضطرابی، افسردگی و استرس پس از آسیب به نظر می‌رسد این گروه کاندیدای مناسبی برای تلاش به‌منظور ارتقای رشد پس از آسیب و کاهش استرس تروماتیک کرونا هستند؛ بنابراین شناسایی نقش مفروض حمایت اجتماعی ادراک‌شده با میانجی‌گری شفقت خود، تنظیم شناختی هیجان و مشخص‌شدن زمینه‌های آسیب‌پذیری و رشد پس از آسیب می‌تواند زمینه‌ساز اقدامات پیشگیرانه و حمایتی برای این گروه از افراد باشد که در خط مقدم اقدامات درمانی برای افراد مبتلا به بیماری کرونا هستند. در شکل ۱ مدل تدوینی پژوهشگر ارائه شده است. در این مدل فرض بر آن است که حمایت اجتماعی ادراک‌شده به‌کمک شفقت به خود و تنظیم شناختی هیجان می‌تواند رشد پس از آسیب و استرس تروماتیک کرونا را پیش‌بینی کند.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

روش

جامعه، نمونه و روش اجرا

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی با مدل معادلات ساختاری و به لحاظ هدف کاربردی است. جامعه آماری پژوهش را پرستاران شهر اصفهان تشکیل داده‌اند که در بیمارستان‌های بیماران مبتلا به ویروس کووید-۱۹ در سال ۱۴۰۰ مشغول به کار بودند. با توجه به هدف پژوهشی یعنی ارزیابی برآزش مدل پیشنهادی، استفاده از نرم‌افزار جی‌پاور و در نظر گرفتن نوع تست آماری، سطح خطای اندازه‌گیری، میزان ضریب تأثیر و تعداد متغیرهای موجود حجم نمونه ۲۶۰ نفر برآورد شد (هومن، ۱۳۹۳). در نهایت با توجه به ناقص بودن و اعتبار نداشتن پاسخ‌گویی برخی پرسشنامه‌ها، ۲۳۰ مورد (۱۴۳ زن و ۸۷ مرد) تجزیه و تحلیل شدند. نمونه‌گیری در پژوهش به صورت دردسترس بود؛ بدین صورت که از مجموعه بیمارستان‌های مرتبط در سطح استان اصفهان از دو بیمارستان که با توجه به موضوع پژوهش و درخواست پژوهشگر تمایل به همکاری داشتند، درخواست شد پرسشنامه‌های مربوط را به صورت آنلاین میان پرستاران بخش کرونایی آن بیمارستان‌ها توزیع کنند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چندبعدی^۱ (MSPSS)

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چندبعدی را زیمت، داهلم، زیمت و فارلی (۱۹۸۸) تهیه کرده‌اند. این پرسشنامه به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده با ۱۲ سؤال و سه زیرمقیاس حمایت خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی تهیه شده است. نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷) درجه‌بندی می‌شود. افشاری (۱۳۸۶) رابطه مثبت و معناداری میان نمرات این مقیاس و خرده‌مقیاس‌های آن با رضایت از زندگی به دست آورد که نشان‌دهنده روایی همگرا و واگرایی این مقیاس است. ضریب آلفای کل آزمون ۰/۹۱ و ضریب آلفای زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای از ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ قرار دارد (زیمت و همکاران، ۱۹۸۸). در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

مقیاس شفقت به خود^۲ (SCS)

فرم کوتاه مقیاس شفقت به خود را ریس، پامیر، نف و ونگاچت (۲۰۱۱) ساخته‌اند که شامل ۱۲ ماده و ۶ عامل دوجبهی مهربانی با خود در مقابل قضاوت درباره خود، احساس مشترکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل فزون همانندسازی است. پاسخ‌دهندگان می‌بایست در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای تقریباً هرگز = ۱ تا تقریباً همیشه = ۵ به عبارات پاسخ می‌دادند. به منظور نمره‌گذاری مقیاس میانگین ضمن

1. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

2. Self-Compassion Scale (SCS)

در نظر داشتن اینکه گویه‌های ۲، ۶، ۵، ۱۰، ۳ و ۷ به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند، نمرات شش مؤلفه با هم جمع می‌شوند و یک نمره کلی شفقت به خود حاصل می‌شود. در پژوهش خانجانی، فروغی، صادقی و بحرینیان (۱۳۹۵) ضریب روایی ابزار ۰/۸۹ گزارش شد. ریس و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه خود همسانی درونی مقیاس را ۰/۸۶ گزارش کردند. در مطالعه سبزه‌آرای لنگرودی (۱۳۹۲) علاوه بر بررسی ساختار عاملی در نمونه ایرانی، آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۶۸ گزارش شد. در مطالعه قربانی، واتسن، ژو و نوربالا (۲۰۱۲) همسانی درونی مقیاس ۰/۸۴ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۷ به‌دست آمد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۱ (CERQ)

این مقیاس را گارنفسکی و کرایج (۲۰۰۶) ساخته‌اند و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و تنیدگی‌زای زندگی در طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت و برحسب ۹ زیرمقیاس سنجیده‌اند. راهبرد شناختی تنظیم هیجان به دو دسته کلی راهبردهای سازش‌نیافته شامل خودسرزنشگری^۲، دگرسرزنشگری^۳، نشخوارگری^۴، فاجعه‌نمایی^۵ و راهبردهای سازش‌یافته شامل کم‌اهمیت‌شماری^۶، تمرکز مجدد مثبت^۷، ارزیابی مجدد مثبت^۸، پذیرش^۹ و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی^{۱۰} تقسیم می‌شوند. مقیاس ۱۸ سؤال دارد و حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ است که نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود. بشارت و بزازیان (۱۳۹۳) پایایی کرونباخ زیرمقیاس‌های این ابزار را در رنج ۰/۹۳ - ۰/۷۸ و روایی همگرایی مقیاس را در رنج ۰/۵۱ - ۰/۴۴ برآورد کردند. جرمن، وندرلیندن، اکرمانت و زرماتن (۲۰۰۶) پایایی کرونباخ زیرمقیاس‌های این ابزار را در رنج ۰/۸۷ - ۰/۶۸ گزارش کردند. کاکمک و سویک (۲۰۱۰) ضریب همبستگی بین سؤالات را در رنج ۰/۶۰ - ۰/۱۶ و پایایی کرونباخ زیرمقیاس‌ها را در رنج ۰/۷۴ - ۰/۶۳ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز ضریب کرونباخ ۰/۸۱ به‌دست آمد.

پرسشنامه رشد و تکامل پس‌آسیبی^{۱۱} (PGI)

این پرسشنامه را تدسچی و کالهون در سال ۲۰۰۴ به‌منظور اندازه‌گیری دستاوردهای شخصی بعد از رویداد

1. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)
2. self-blame
3. others-blame
4. rumination
5. catastrophizing
6. devaluation
7. positive refocusing
8. positive reassessment
9. acceptance
10. refocus on planing
11. Posttraumatic Growth Inventory (PGI)

آسیب‌زا تهیه کردند. پرسشنامه دارای ۲۱ سؤال و ۵ خرده مقیاس مربوط به دیگران، فرصت‌های جدید^۱، قدرت شخصی^۲، درک ارزش زندگی^۳ و تغییر معنوی^۴ است. نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۴ (کاملاً موافقم) است. رجبی، نادری و خجسته‌مهر (۱۳۹۲) ضرایب روایی هم‌زمان پرسشنامه رشد و تکامل پس‌آسیبی و فرم کوتاه مقیاس تکامل مرتبط به تنش را در کل نمونه ۰/۷۱ و در خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه بین ۰/۶-۰/۴ معنادار بیان کردند ($p > 0.001$). تدسچی و کالهن (۲۰۰۴) آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را ۰/۹ و رجبی، نادری و خجسته‌مهر (۱۳۹۲) ۰/۸۷ برآورد کردند. در پژوهش حاضر نیز ضریب کرونباخ مقیاس ۰/۸۵ به دست آمد.

مقیاس استرس تروماتیک کووید-۱۹^۵

این مقیاس را کیرا و همکاران (۲۰۲۰) به منظور سنجش استرس تروماتیک کرونا ساخته‌اند. مقیاس از سه مولفه ترس از ابتلا به ویروس و مرگ^۶، سختی‌های اقتصادی و انزوا^۷ و برهم‌خوردن نظم زندگی^۸ تشکیل شده است. این مقیاس از ۱۲ سؤال تشکیل شده و طیف نمره‌گذاری به صورت لیکرت پنج درجه است که نمره ۱ به پاسخ هرگز و نمره ۵ به پاسخ خیلی زیاد تعلق می‌گیرد. در پژوهش کیرا و همکاران (۲۰۲۰) ضریب روایی ابزار به روش تحلیل عامل اکتشافی ۰/۹۵، آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸، برای ترس از ابتلا ۰/۸، سختی اقتصادی ۰/۷۵ و برای برهم‌خوردن نظم زندگی ۰/۷ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۳ حاصل شد.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

به منظور بررسی میانگین و انحراف استاندارد متغیرها، همبستگی متغیرها با یکدیگر و اطلاعات جمعیت‌شناختی از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد. همچنین برای آزمون برازندگی مدل مدنظر، از روش مدلیابی معادلات ساختاری و نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۳ و برای تعیین کفایت برازش مدل پیشنهادی با داده‌ها، از شاخص‌های برازندگی استفاده شد.

یافته‌ها

تعداد ۲۳۰ پرستار در این مطالعه شرکت کردند که از میان ۶۲/۳۱ درصد نمونه زن بودند و ۸۳/۳۶ درصد

-
1. new opportunities
 2. personal power
 3. life-value perception
 4. spiritual change
 5. covid-19 traumatic stress scale
 6. fear of virus infection and death
 7. economic hardship and isolation
 8. disruption of life order

آن‌ها مدرک کارشناسی داشتند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۴/۱۷، انحراف استاندارد ۸/۵۶ و ساعات کاری روزانه آن‌ها ۹/۲۱ با انحراف استاندارد ۴/۷ ساعت بود. در این بخش، ابتدا یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و سپس نتایج تحلیل مسیر ارائه شده است که به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش صورت گرفتند. اطلاعات توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش و همچنین ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

۶	۵	۴	۳	۲	۱	انحراف معیار	میانگین	
					۱	۴/۹۱۱	۴۷/۶۶	۱. حمایت اجتماعی ادراک شده
				۱	**۰/۵۱۹	۵/۲۶۷	۳۳/۷۱	۲. راهبرد تنظیم هیجان سازش‌یافته
			۱	*-۰/۱۴۵	*-۰/۱۳۶	۲/۸۴۸	۲۱/۲۲	۳. راهبرد تنظیم هیجان سازش‌نیافته
		۱	*-۰/۱۴۱	**۰/۵۳۸	**۰/۴۴۵	۶/۲۱۷	۳۷/۳۹	۴. شفقت به خود
	۱	**۰/۴۳۱	-۰/۱۱۸	**۰/۵۴۱	**۰/۵۱۴	۹/۴۸۳	۵۴/۲۸	۵. رشد پس از سانحه
۱	**۰/۵۷۷	**۰/۵۶۴	**۰/۳۲۲	**۰/۶۲۴	**۰/۵۶۸	۶/۵۵۳	۲۹/۶۶	۶. استرس تروماتیک کرونا

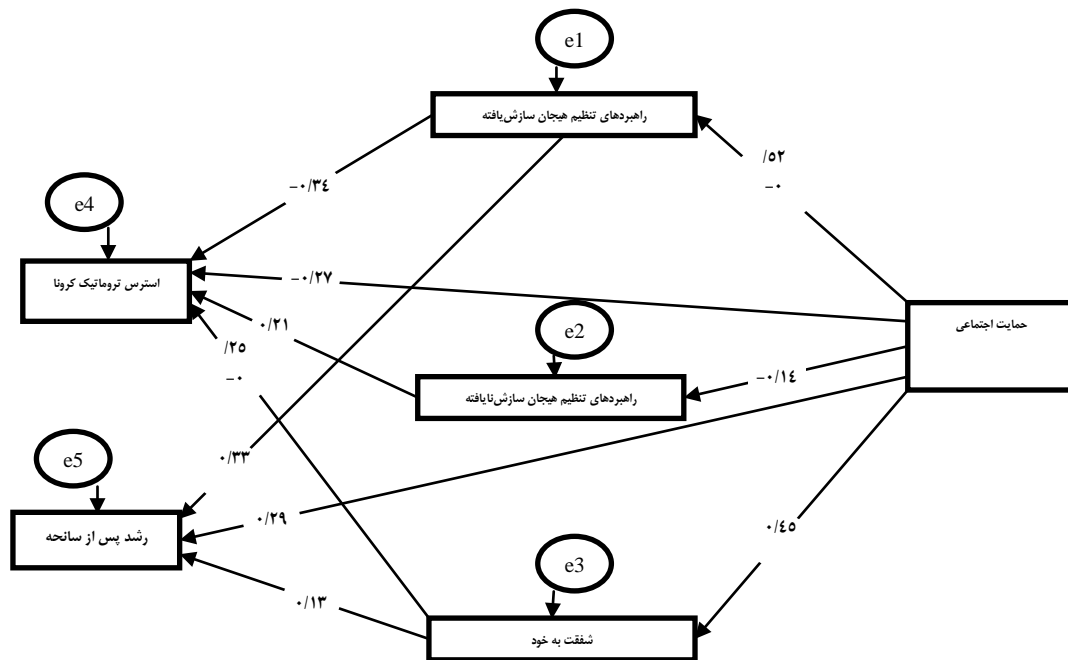
* معناداری در سطح ۰/۰۵ ** معناداری در سطح ۰/۰۱

در جدول ۱ نتایج ضرایب همبستگی بین متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک‌شده، تنظیم شناختی هیجان و شفقت خود با استرس تروماتیک کرونا و رشد پس از سانحه ارائه شده است. براساس نتایج به‌دست‌آمده ضریب همبستگی بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده، راهبرد تنظیم هیجان سازش‌یافته و شفقت به خود با استرس تروماتیک کرونا منفی است. همبستگی بین راهبرد تنظیم هیجان سازش‌نیافته نیز با استرس تروماتیک کرونا مثبت و در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است ($P < 0/01$). همبستگی بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده، راهبرد تنظیم هیجان سازش‌یافته و شفقت به خود با رشد پس از سانحه مثبت و در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است ($P < 0/01$). همبستگی بین راهبرد تنظیم هیجان سازش‌نیافته با رشد پس از سانحه معنادار نیست ($P > 0/05$).

کجی و کشیدگی توزیع نمرات متغیرها با استفاده از نرم‌افزار SPSS محاسبه شد و نتایج نشان داد هیچ‌کدام از مقادیر کجی و کشیدگی بیشتر از دامنه ± 1 نیست. نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی شد. همچنین مشخص شد توزیع نمرات تمامی متغیرهای مدل نرمال است ($P > 0/05$). فرض استقلال خطاها با آماره دوربین واتسون برای محاسبه معادلات رگرسیونی مدل پژوهش بررسی شد که مقدار به‌دست‌آمده بیانگر برقراری این مفروضه است. مفروضه هم‌خطی بین متغیرها با استفاده از همبستگی پیرسون بین زوج متغیرها بررسی شد. با توجه به اینکه همبستگی دو متغیری ۰/۹ و بالاتر نشان‌دهنده هم‌خطی است، این مشکل در داده‌های پژوهش حاضر مشاهده نشد. علاوه‌براین آماره تحمل و عامل تورم واریانس به‌منظور بررسی هم‌خطی چندگانه محاسبه شد.

نتایج نشان داد هیچ‌کدام از مقادیر آماره تحمل کوچک‌تر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ‌کدام از مقادیر عامل

تورم واریانس بزرگ‌تر از حد مجاز ۱۰ نیستند؛ بنابراین براساس دو شاخص ذکر شده وجود هم‌خطی چندگانه در داده‌ها مشاهده نشد. پس از بررسی مفروضه‌ها و حصول اطمینان از برقراری آن‌ها، به منظور ارزیابی مدل مدنظر از تحلیل مسیر استفاده شد که نتایج در شکل ۲ ارائه شده است. در شکل ۲، ضرایب استاندارد مدل نهایی مربوط به نقش میانجی شفقت خود و تنظیم شناختی هیجان درباره حمایت اجتماعی ادراک شده با استرس تروماتیک کرونا و رشد پس از سانحه نشان داده شده است. ضریب مسیر مربوط به رابطه راهبرد تنظیم هیجان سازش‌نا یافته با رشد پس از سانحه معنادار نبود و از مدل حذف شد.



شکل ۲. ضرایب استاندارد مدل نهایی نقش میانجی نقش میانجی شفقت خود و تنظیم شناختی هیجان در رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با استرس تروماتیک کرونا و رشد پس از سانحه

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل

شاخص برازش	دامنه مورد قبول	مقدار مشاهده شده
IFI	> 0.9	0.936
GFI	> 0.9	0.931
RMSEA	< 0.08	0.068
SRMR	< 0.08	0.047
CFI	> 0.9	0.936
NFI	> 0.9	0.932

در جدول ۲ شاخص‌های برازش مدل ارائه شده است. خطای ریشه مجذور میانگین تقریبی^۱ (RMSEA) ۰/۰۶۸ و ریشه دوم میانگین مربعات باقی‌مانده^۲ (SRMR) ۰/۰۴۷ است که از میزان ملاک (۰/۰۸) کوچک‌تر است و در نتیجه برازش مدل را تأیید می‌کند. شاخص‌های CFI، GFI، IFI و NFI نیز از ملاک مورد نظر (۰/۹) بزرگ‌تر هستند. ضرایب به‌دست‌آمده حاکی از برازش مطلوب مدل است. روابط بین متغیرهای موجود در مدل شامل اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرهاست که در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. اثرهای مستقیم، غیرمستقیم و کل در مدل نهایی

از متغیر	به متغیر	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	واریانس تبیین‌شده
حمایت اجتماعی ادراک‌شده	راهبرد تنظیم هیجان سازش‌یافته	**۰/۵۱۹	-	**۰/۵۱۹	۰/۲۶۹
	راهبرد تنظیم هیجان سازش‌نایافته	**۰/۱۳۶	-	**۰/۱۳۶	۰/۰۱۸
	شفقت به خود	**۰/۴۴۵	-	**۰/۴۴۵	۰/۱۹۸
	رشد پس از سانحه	**۰/۲۹۳	**۰/۲۲۸	**۰/۵۲۱	
راهبرد تنظیم هیجان سازش‌یافته	راهبرد تنظیم هیجان سازش‌یافته	**۰/۲۷۱	**۰/۳۱۶	**۰/۵۸۸	
	راهبرد تنظیم هیجان سازش‌نایافته	**۰/۳۲۵	-	**۰/۳۲۵	۰/۳۶۱
	شفقت به خود	**۰/۱۳۰	-	**۰/۱۳۰	
	راهبرد تنظیم هیجان سازش‌یافته	**۰/۳۴۰	-	**۰/۳۴۰	
راهبرد تنظیم هیجان سازش‌نایافته	راهبرد تنظیم هیجان سازش‌نایافته	**۰/۲۱۲	-	**۰/۲۱۲	۰/۵۲۴
	شفقت به خود	**۰/۲۵۰	-	**۰/۲۵۰	
	رشد پس از سانحه	-	-	-	

* معناداری در سطح ۰/۰۵ ** معناداری در سطح ۰/۰۱

با توجه به اطلاعات مندرج و براساس نتایج تحلیل مسیر، حمایت اجتماعی ادراک‌شده به‌صورت مستقیم بر راهبرد تنظیم هیجان سازش‌یافته ($P < 0.01, \beta = 0.519$)، شفقت به خود ($P < 0.01, \beta = 0.445$) و رشد پس از سانحه ($P < 0.01, \beta = 0.293$) تأثیر مثبت و بر راهبرد تنظیم هیجان سازش‌نایافته ($P < 0.01, \beta = -0.136$)، و استرس تروماتیک کرونا ($P < 0.01, \beta = -0.271$) تأثیر منفی دارد. همچنین حمایت اجتماعی ادراک‌شده به‌صورت غیرمستقیم به‌کمک راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و شفقت به خود بر رشد پس از سانحه ($P < 0.01, \beta = 0.228$) تأثیر مثبت و بر استرس تروماتیک کرونا ($P < 0.01, \beta = -0.316$) تأثیر منفی دارد. راهبرد تنظیم هیجان سازش‌یافته به‌صورت مستقیم بر رشد پس از سانحه ($P < 0.01, \beta = 0.325$) تأثیر مثبت و بر استرس تروماتیک کرونا ($P < 0.01, \beta = -0.340$) تأثیر منفی دارد. ضریب مسیر مربوط به رابطه راهبرد تنظیم هیجان سازش‌نایافته با رشد پس از سانحه معنادار نیست ($P > 0.05$). شفقت به خود به‌صورت مستقیم بر رشد پس از سانحه ($P < 0.05, \beta = 0.130$) تأثیر مثبت و بر استرس تروماتیک کرونا ($P < 0.01, \beta = -0.250$) تأثیر منفی دارد.

1. root mean square error of approximation

2. standardized root mean square residual

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی استرس تروماتیک کرونا و رشد پس از آسیب در پرستاران بخش مراقبت بیماران کرونایی براساس حمایت اجتماعی ادراک‌شده و با در نظر گرفتن نقش میانجی شفقت خود و تنظیم شناختی هیجان انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد حمایت اجتماعی به‌کمک راهبردهای سازش‌یافته تنظیم هیجان می‌تواند رشد پس از آسیب را پیش‌بینی و از استرس تروماتیک پس از کرونا جلوگیری کند؛ درحالی‌که راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم هیجان بر احتمال استرس تروماتیک کرونا می‌افزایند. این نتایج با یافته‌های پژوهش ژو، وو و ژن (۲۰۱۷) و اورجوئلا داویلا و همکاران (۲۰۱۹) همسویی دارد.

در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت حمایت اجتماعی ادراک‌شده می‌تواند احساس امنیت و تعلق خاطر فرد را افزایش دهد. همچنین در کاهش تنش فرد با ارائه اطلاعات و تأثیر بر انتخاب راهبردهای سازش‌یافته در برابر هیجان‌های منفی نقش مؤثری ایفا می‌کند و او را در برابر مسائل آسیب‌زا یاری می‌کند؛ یعنی حمایت اجتماعی به‌کمک تأثیر بر راهکارهای تنظیم شناختی هیجان که فرد به‌کار می‌گیرد، سبب محافظت از او در برابر شرایط آسیب‌زا می‌شود. حمایت اجتماعی ادراک‌شده با ارتقای راهبردهای سازش‌یافته مانند ارزیابی مجدد شناختی می‌تواند توجه افراد آسیب‌دیده را از جنبه‌های منفی و آسیب‌زا منحرف می‌کند و تمرکز آن‌ها را بر جنبه مثبت حفظ می‌کند. سپس این احتمال برای افراد آسیب‌پذیر ایجاد می‌شود تا بتوانند درک از خود و روابط بین‌فردی را تغییر دهند و معنای دنیای پس از آسیب و تروما را می‌یابد تا بدین ترتیب رشد پس از آسیب تحقق یابد (ژو، وو و ژن، ۲۰۱۷). همچنین ارزیابی مجدد شناختی افراد را ملزم می‌کند تا با محتوای رویداد منفی درگیر شوند و ضمن یافتن معنا، آن رویداد را با دیدگاه مثبت‌تری ارزیابی کنند که این فرایند درنهایت می‌تواند به کاهش شدت علائم تروماتیک در اثر آسیب کمک کند؛ درحالی‌که در محیطی با حمایت اجتماعی پایین، افراد کمتر احساسات خود را نشان می‌دهند و احساسات منفی را تخلیه نمی‌کنند؛ در نتیجه احتمال نشخوار فکری که نوعی راهبرد سازش‌نیافته تنظیم هیجان است، افزایش می‌یابد و فرایندی بالعکس محقق می‌شود؛ یعنی به‌کمک نشخوار حادثه و سرکوب هیجان‌های ناشی از آن، حادثه موقعیتی ناخواسته، محدودکننده، آسیب‌زا و منفی است که این امر به افزایش استرس حاصل از تروما منجر می‌شود؛ شرایطی که هیچ‌گونه اثر مثبتی برای فرد ندارد. همان‌طور که از مدل پژوهش مشاهده می‌شود، راهبردهای سازش‌نیافته تنها بر استرس تروماتیک کرونا اثرگذار بوده است (ریچاردز، بوتلر و گراس، ۲۰۰۳).

همچنین نتایج پژوهش نشان می‌دهد حمایت اجتماعی به‌کمک شفقت به خود می‌تواند رشد پس از آسیب را پیش‌بینی کند و از احتمال رخداد استرس تروماتیک کرونا بکاهد. این نتایج با یافته‌های پژوهش سلیگوفسکی، میرون و ارکات (۲۰۱۵) و ماهوکس و پرایس (۲۰۱۶) همسویی دارد. در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت حمایت اجتماعی سبب سهولت دسترسی به افکار مثبت درباره خود می‌شود؛ بنابراین تأثیر مثبتی بر شفقت خود دارد. پژوهش‌ها نیز از وجود رابطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده و شفقت به خود حمایت کرده‌اند (ویلسون، ویز و شوک، ۲۰۲۰). این نتیجه از این ادعا حمایت می‌کند که نوع رفتار افراد با خودشان،

از ارزیابی و نحوه رفتار افراد مهم زندگی‌شان با آن‌ها تأثیر می‌پذیرد (گرم، ۲۰۰۹)؛ به این معنا که دریافت حمایت اجتماعی از افراد مهم زندگی، در کمک به نگرشی مشفقانه و همراه با مهربانی به خود نقش دارد. همچنین اگر افراد مهم، فرد و مشکلات او را درک کنند و با نگرشی گرم و بدون قضاوت او را بنگرند، فرد نیز یاد می‌گیرد به همان روشی که دیگران با او رفتار می‌کنند، با خود رفتار می‌کند که این همان برخورد مشفقانه با خود است. در تبیین نقش شفقت به خود بر رشد پس از آسیب می‌توان گفت این نقش عاملی حفاظتی در برابر پیامدهای روان‌شناختی منفی متعاقب تجربه رویدادهای آسیب‌زاست. افرادی که خودشفقتی بالایی دارند، رنج‌های اجتناب‌ناپذیری را که بیشتر افراد با آن مواجه می‌شوند، با شیوه‌های ناکارآمد خودمحکوم‌سازی، انزوا، همانندسازی افراطی با افکار و احساسات و نشخوار فکری شدت نمی‌بخشند، بلکه همراه با ذهن‌آگاهی، پذیرش و گشودگی در برابر تجارب ناخوشایند توانایی بیشتری در پشت سر گذاشتن موفقیت‌آمیز تجارب آسیب‌زا دارند. در شرایط سخت روانی درک به‌نسبت مشابه افراد از موقعیت، پیوند اجتماعی آن‌ها را گسترش می‌دهد. همچنین شفقت به خود، ایمنی عاطفی را برای افراد فراهم می‌کند تا بتوانند خود و واقعیت را به‌وضوح ببینند، این امر پردازش تجربیات منفی را در قالب شناختی مثبت‌تر تسهیل می‌کند (وانگ و یانگ، ۲۰۱۷)؛ بدین ترتیب سطوح هیجان‌پذیری منفی هنگام مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا، کاهش و تعادل واکنش‌های هیجانی ایجاد می‌شود؛ درحالی‌که خطر ابتلا به اختلال استرس پس از آسیب در افرادی که چنین ویژگی‌هایی ندارند، بیشتر است (کارانیکا و هاگ، ۲۰۱۶).

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بوده است. نمونه‌گیری پژوهش در دسترس و محدود بوده است. همچنین سنجش به‌صورت خودگزارشی و آنلاین صورت گرفته است که امکان خطا و سوگیری در پاسخ وجود دارد؛ بنابراین باید در تعمیم نتایج جانب احتیاط را رعایت کرد. در راستای نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی ضمن برطرف کردن محدودیت‌های پژوهش حاضر، الگوی به‌دست‌آمده عملیاتی و عینی شود و پژوهش درباره سایر جمعیت‌ها نیز صورت بگیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود متخصصان، مسئولان و روان‌شناسان به‌منظور پیشگیری از استرس تروماتیک کرونا و فراهم کردن بستر ایجاد رشد پس از آسیب در پرستاران، حمایت اجتماعی و همچنین شفقت به خود و تنظیم شناختی هیجان را به‌منزله متغیرهای تأثیرگذار مدنظر داشته باشند. از منظر مداخله و ارتقای سلامت، این مطالعه همچنین پیامدهای مهمی را برای پرستاران مشغول به خدمت در بیمارستان‌های مراقبت از بیماران کرونایی برجسته می‌کند. تلاش‌های بالینی باید بر بهبود حمایت اجتماعی در این افراد متمرکز شود. علاوه‌براین باید آن‌ها را تشویق کرد که به جنبه مثبت روابط بین‌فردی و جهان پس از آسیب نگاه کنند. با این کار، آن‌ها می‌توانند احساسات و افکار خود را دوباره تنظیم کنند، از اثرات منفی پس از آسیب بکاهند و در عوض به رشد مثبت خود کمک کنند.

منابع

افشاری، س. (۱۳۸۶). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده، عزت‌نفس و عوامل شخصیتی با رضایتمندی از زندگی دانشجویان. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی*. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی. دانشگاه علامه

طباطبایی.

برزگری دهج، ا.، جهانداری، پ.، محمودپور، ع.، و نادری، ر. (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای خودشفقتی در ارتباط بین نشخوار فکری و علائم افسردگی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *پرستار و پزشک در رزم*، ۱۹/۶، ۳۲-۴۰.

بشارت، م.، و بزازیان، س. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی*، ۲۴(۸۴)، ۶۱-۷۰.

خانجانی، س.، فروغی، ع.، صادقی، خ.، و بحرینیان، س. (۱۳۹۵). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ایرانی پرسشنامه شفقت به خود (فرم کوتاه). *پژوهنده*، ۳۱(۵)، ۲۸۹-۲۸۲.

رجبی، غ.، نادری، ز.، و خجسته‌مهر، ر. (۱۳۹۲). بررسی پیشایندهای رشد و تکامل پس‌آسیبی (شکست رابطه عاشقانه) در دانشجویان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۵(۵۸)، ۴۶۶-۴۷۵.

سبزه‌آرای لنگرودی، م. (۱۳۹۲). رابطه بین آرزوها و وابستگی‌های ارزش خود با شفقت خود، خودشیفتگی ناسالم، خودشناسی انسجامی و حرمت خود. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی*. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی. دانشگاه تهران.

عسگری، ز.، و نقوی، ا. (۱۳۹۸). تبیین فرایند رشد پس از سانحه: ترکیب مضمون مطالعات کیفی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۵(۲)، ۲۳۵-۲۲۲.

هومن، ح. (۱۳۹۳). *مدل‌یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم افزار لیزرل*. تهران: سمت.

References

- Cakmak, A. F., & Cevik, E. I. (2010). Cognitive emotion regulation questionnaire: development of Turkish version of 18-item short form. *African Journal of Business Management*, 4(10), 2097-2102.
- Chatzittofis, A., Karanikola, M., Michailidou, K., & Constantinidou, A. (2021). Impact of the covid-19 pandemic on the mental health of healthcare workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1435-1443.
- Chen, R., Sun, C., Chen, J. J., Jen, H. J., Kang, X. L., Kao, C. C., & Chou, K. R. (2021). A large-scale survey on trauma, burnout, and posttraumatic growth among nurses during the covid-19 pandemic. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(1), 102-116.
- Chukwuorji, J. C., Chukwu, C. V., Uzuegbu, C. N., Ifeagwazi, C. M., & Ugwu, C. (2020). Social support serves emotion regulation function in death anxiety among people living with hiv/aids. *South African Journal of Psychology*, 50(3), 395-410.
- Cui, S., Jiang, Y., Shi, Q., Zhang, L., Kong, D., Qian, M., & Chu, J. (2021). Impact of covid-19 on anxiety, stress, and coping styles in nurses in emergency departments and fever clinics: a cross-sectional survey. *Risk Management and Healthcare Policy*, 2021(14), 585-594.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire—development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41(6), 1045-1053.

- Germer, C. (2009). *The mindful path to self-compassion: freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. Guilford Press. England.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Chen, Z., & Norbala, F. (2012). Self-compassion in iranian muslims: relationships with integrative self-knowledge, mental health, and religious orientation. *International Journal for the Psychology of Religion*, 22(2), 106-118.
- Huang, Q., Zhang, Q., An, Y., & Xu, W. (2019). The relationship between dispositional mindfulness and ptsd/ptg among firefighters: the mediating role of emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 151, 109492.
- Jermann, F., Van der Linden, M., d'Acremont, M., & Zermatten, A. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ): Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the French translation. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(2), 126-131
- Karanika, K., & Hogg, M. K. (2016). Being kind to ourselves: self-compassion, coping, and consumption. *Journal of Business Research*, 69(2), 760-769.
- Khursheed, M., & Shahnawaz, M. G. (2020). Trauma and post-traumatic growth: spirituality and self-compassion as mediators among parents who lost their young children in a protracted conflict. *Journal of Religion and Health*, 59(5), 2623-2637.
- Kira, I. A., Shuwiekh, H. A., Rice, K. G., Ashby, J. S., Elwakeel, S. A., Sous, M. S. F., ... & Jamil, H. J. (2020). Measuring covid-19 as traumatic stress: initial psychometrics and validation. *Journal of Loss and Trauma*, 26(3), 220-237.
- Maheux, A., & Price, M. (2016). The indirect effect of social support on post-trauma psychopathology via self-compassion. *Personality and Individual Differences*, 88, 102-107.
- Marroquín, B., & Nolen-Hoeksema, S. (2015). Emotion regulation and depressive symptoms: close relationships as social context and influence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 109(5), 836-855.
- Orejuela-Dávila, A. I., Levens, S. M., Sagui-Henson, S. J., Tedeschi, R. G., & Sheppes, G. (2019). The relation between emotion regulation choice and posttraumatic growth. *Cognition & Emotion*, 33(8), 1709-1717.
- Pan Cui, P., pan Wang, P., Wang, K., Ping, Z., Wang, P., & Chen, C. (2021). Post-traumatic growth and influencing factors among frontline nurses fighting against covid-19. *Occupational and Environmental Medicine*, 78(2), 129-135.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(3), 250-255.
- Richards, J. M., Butler, E. A., & Gross, J. J. (2003). Emotion regulation in romantic relationships: the cognitive consequences of concealing feelings. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20(5), 599-620.
- Santabárbara, J., Bueno-Notivol, J., Lipnicki, D. M., Olaya, B., Pérez-Moreno, M., Gracia-García, P., ... & Ozamiz-Etxebarria, N. (2021). Prevalence of anxiety in health care professionals during the covid-19 pandemic: a rapid systematic review (on published articles in medline) with meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 107, 110244.

- Seligowski, A. V., Miron, L. R., & Orcutt, H. K. (2015). Relations among self-compassion, PTSD symptoms, and psychological health in a trauma-exposed sample. *Mindfulness*, 6(5), 1033-1041.
- Seyburn, S. J., LaLonde, L., & Taku, K. (2020). A sense of growth among teenagers after hurting others: a potential application of posttraumatic growth theory. *Journal of Loss and Trauma*, 25(1), 22-33.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). "Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- Wilson, J. M., Weiss, A., & Shook, N. J. (2020). Mindfulness, self-compassion, and savoring: factors that explain the relation between perceived social support and well-being. *Personality and Individual Differences*, 152, 109568.
- Wong, C. C. Y., & Yeung, N. C. (2017). Self-compassion and posttraumatic growth: cognitive processes as mediators. *Mindfulness*, 8(4), 1078-1087.
- Ye, Z., Yang, X., Zeng, C., Wang, Y., Shen, Z., Li, X., & Lin, D. (2020). Resilience, social support, and coping as mediators between COVID-19-related stressful experiences and acute stress disorder among college students in China. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 12(4), 1074-1094.
- Zhou, X., Wu, X., & Zhen, R. (2017). Understanding the relationship between social support and posttraumatic stress disorder/posttraumatic growth among adolescents after Ya'an earthquake: the role of emotion regulation. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(2), 214-222.
- Zimet, G., Dahlem, N., Zimet S & Farley, G. (1988). The multidimensional scale of perceived social support, *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.