

Comparison of rumination, Sense of helplessness, and magnification at different ages and their relation to stress coping styles in visitors of a mental health monitoring website during the first week of coronavirus outbreaks

Peyman Dousti. Ph.D.

Department of Psychology, Islamic Azad University of Tehran North, Tehran, Iran.

Narges Hosseini nia. M.A

Department of Psychology, Islamic Azad University of Science and Research, Tehran, Iran.

Golnaz Ghodrati. M.A

Department of Psychology, Khatam University, Tehran, Iran.

Mohammad Esmaeil Ebrahimi. Ph.D.

Department of Psychology, Islamic Azad University of Hamadan, Hamadan, Iran.

مقایسه نشخوار ذهنی، احساس درماندگی و بزرگنمایی در سنین مختلف و رابطه آنها با سبک‌های مقابله با استرس در بازدیدکنندگان یک وبسایت سنجش وضعیت روانی طی هفته اول شیوع کرونا و ویروس

پیمان دوستی*

گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، تهران، ایران.

نرگس حسینی‌نیا

گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

گلناز قدرتی

گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشگاه غیرانتفاعی خاتم، تهران، ایران.

محمد اسماعیل ابراهیمی

گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، همدان، ایران.

Abstract

The aim of this study was Comparison of rumination, sense of helplessness, and magnification at different ages and their relation to stress coping styles in visitors of a mental health monitoring website during the first week of coronavirus outbreaks. This research was descriptive and correlational. The statistical population of the study was consisted of all visitors to a mental health assessment website during the period of February 21st to 29th, 2020. The sample of this study consisted of 933 visitors who purposefully answered Catastrophizing Scale (Sullivan, 2009), and Coping Styles Questionnaire (Endler & Parker, 1990). Data were analyzed using analysis of variance and Pearson's correlation coefficient. The result showed that there was a significant difference between subjective rumination, Sense of helplessness, and magnification at different ages of society at the time of the outbreak of coronavirus ($P < 0.05$). Rumination was different at different ages. The sense of helplessness was less with age. Magnification was less common in people over 45 years old. Correlation between variables showed that problem solving coping strategy was negatively related to feelings of helplessness, magnification, and rumination ($P > 0.05$). Emotionalism was positive relation with all three variables ($P > 0.05$). Avoidance was positive relation with magnification and rumination ($P > 0.05$).

Keywords: catastrophizing, stress coping styles, online assessment of mental status, Covid-19

چکیده

هدف از این پژوهش، مقایسه نشخوار ذهنی، احساس درماندگی و بزرگنمایی در سنین مختلف و رابطه آنها با سبک‌های مقابله با استرس در بازدیدکنندگان یک وبسایت سنجش وضعیت روانی طی هفته اول شیوع کرونا و ویروس بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه بازدیدکنندگان از یک وبسایت سنجش وضعیت روانی در بازه زمانی ۲ تا ۱۰ اسفند ۱۳۹۸ بود. نمونه این پژوهش ۹۳۳ نفر از بازدیدکنندگان بود که به صورت هدفمند به پرسشنامه‌های فاجعه‌پنداری (Sullivan, 2009) و سبک‌های مقابله‌ای (Endler & Parker, 1990) پاسخ دادند. تجزیه و تحلیل داده‌ها به شیوه تحلیل واریانس و ضریب همبستگی پیرسون صورت گرفت. یافته‌ها نشان داد بین نشخوار ذهنی، احساس درماندگی و بزرگنمایی در سنین مختلف جامعه به هنگام شیوع کرونا و ویروس تفاوت وجود دارد ($P > 0.05$). نشخوار ذهنی در سنین مختلف متفاوت بود، احساس درماندگی با افزایش سن کمتر دیده شد و بزرگنمایی در افراد بالای ۴۵ سال با روند افزایش سن کمتر مشاهده شد. در خصوص همبستگی بین متغیرها یافته‌ها نشان داد سبک مسئله‌مدار با احساس درماندگی، بزرگنمایی و نشخوار ذهنی، رابطه منفی داشت ($P > 0.05$). سبک هیجان‌مدار با هر سه متغیر ($P > 0.05$) و سبک اجتنابی با بزرگنمایی و نشخوار ذهنی رابطه مثبت داشت ($P > 0.05$).

واژه‌های کلیدی: فاجعه‌پنداری، سبک‌های مقابله‌ای،

سنجش روانی اینترنتی، کرونا و ویروس

*. نویسنده مسئول: Peyman.Dousti@gmail.com

پذیرش: ۹۹/۰۱/۱۳

وصول: ۹۸/۱۲/۲۰

مقدمه

بی‌شماری از مردم ساکن در شهر ووهان و دیگر نقاط جهان را مبتلا کرد. هم‌زمان با افزایش تعداد مبتلایان به ویروس کرونا محققین و مسئولان سازمان بهداشت جهانی، تحقیقات خود را در زمینه ساخت واکسن و درمان این بیماری شروع کردند ولی همچنان این بیماری جزء بیماری‌های واگیردار و پر شیوع در تمام دنیا است (World Health Organization, 2019). بیماری مرتبط با ویروس جدید کرونا، موجب مشکلات شدید تنفسی، سرفه و تب می‌شود که برخی از مبتلایان جان خود را از دست می‌دهند. با این حال ممکن است بخشی از مبتلایان هم بدون هیچ نشانه‌ای یا با نشانه‌های خفیف باشند و پس از مدتی بهبود یابند، اما همچنان ناقل این ویروس هستند. در ابتدا تصور می‌شد نرخ مرگ‌ومیر مبتلایان به این ویروس که سرعت شیوع آن از دیگر هم‌خانواده‌های خود مانند سرماخوردگی و آنفولانزا بسیار بیشتر است، ۲ درصد باشد، اما اکنون به نظر می‌رسد این آمار اندکی بیشتر باشد. با این حال، همچنان یافته‌ها نشان می‌دهند افراد دارای سن بالاتر، ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای و یا دارای سیستم ایمنی ضعیف، بیش از سایرین در معرض خطر هستند (World Health Organization, 2020). در واقع، یکی از مهم‌ترین راه‌های کاهش ابتلا به بیماری‌های ویروسی یا بهبود وضعیت جسمانی، تقویت سیستم ایمنی بدن (système immunitaire) است که بخشی از بدن سلول‌ها و مولکول‌های خودی را از بیگانه مثل میکروب‌ها و ویروس‌ها شناسایی می‌کند و آنها را از بین می‌برد یا بی‌خطر می‌کند (Romero & Wintemute, 2018). مکانیسم ایمنی سلولی به مبارزه با سلول‌های آلوده به ویروس و باکتری و سلول‌های سرطانی می‌پردازد که در این روش، لنفوسیت‌های T نقش بازی می‌کنند و سلول‌ها پس از اتصال با آنتی‌ژنی خاص، تکثیر پیدا کرده و انواعی از سلول‌های T را به وجود می‌آورند (Ambler, 2019). علاوه بر این، سلول‌های T با مشکلات مربوط به روان و سبک‌های مقابله با استرس نیز در ارتباط است (Gunneil, 2016).

نکته حائز اهمیت این است که نحوه ارزیابی انسان‌ها از موقعیت‌های فشارزا و چگونگی مقابله آنان با فشار روانی در موقعیت‌های مختلف متفاوت است و از راهبردهای مقابله‌ای متفاوتی به عنوان مکانیزمی به منظور مهار استرس و برخورد با بحران استفاده می‌کنند که کارایی یا عدم کارایی این راهبردها

بحران (crisis)، پیشامدی است که به صورت ناگهانی و گاهی فزاینده رخ می‌دهد و به وضعیتی خطرناک و ناپایدار برای فرد، گروه یا جامعه می‌انجامد (Vaillant, 2019) که برای برطرف کردن آن به اقداماتی اساسی و فوق‌العاده نیاز است (Tamir, 2019). در واقع بحران، یک فشارزایی بزرگ و ویژه است که باعث درهم‌شکسته‌شدن انگاره‌های متعارف و واکنش‌های گسترده می‌شود و آسیب‌ها، تهدیدها، خطرها و نیازهای تازه‌ای به وجود می‌آورد (Staudinger & Bluckm, 2015). با این حال، شناخت هر چه دقیق‌تر بحران، به کنترل و هدایت هرچه مؤثرتر آن کمک می‌کند (Neugarten & Hagestad, 2013). از نظر آسیب‌شناسی اجتماعی، بیماری نیز یک بحران است که ناگهان آغاز می‌شود و ناهنجاری‌هایی در بدن یا روان افراد ایجاد می‌کند (Ouweland, Deridder & Bensing, 2017) که با حالت‌هایی مانند خستگی، ضعف، کسالت و اندوه متفاوت است (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005) و در برخی موارد عامل ایجاد آن می‌تواند یک علت بیرونی مانند باکتری، انگل یا ویروس باشد (Liebowitz, 2019). مضاف بر این، می‌توان گفت که بیماری‌های واگیردار نیز، بحرانی‌تر از بیماری‌های غیرواگیردار است و همه‌گیری‌های آن خسارات سنگینی بر جامعه بشری وارد کرده است (Ballard, Elston & Gabe, 2005).

علیرغم پیشرفت‌های شگرف علم پزشکی در زمینه‌های پیشگیری و درمان بیماری‌های واگیردار، متأسفانه هنوز هم بیماری‌های عفونی با قابلیت ایجاد اپیدمی به‌عنوان یک مشکل در سراسر جهان مطرح هستند (Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999). بروز مقاومت دارویی در عوامل بیماری‌زا و یا ناقلین آنها، بازگشت مجدد برخی بیماری‌ها به مناطقی که سال‌ها عاری از آن بیماری بوده‌اند و ظهور بیماری‌های جدید، از دلایل لزوم توجه همه بخش‌های درگیر سلامت به این بیماری‌ها هستند (Jain & Purohit, 2006). یکی از بیماری‌هایی که امروزه در جهان به‌عنوان بیماری واگیردار و شایع در حال گسترش است، ویروس جدید کرونا (2019 novel coronavirus) است که از ماه دسامبر ۲۰۱۹ در شهر ووهان (Wuhan) چین ظاهر شد و در مدت‌زمان کوتاهی این ویروس همه‌گیر شد و تعداد

نقش مهمی در سلامت جسم و روان افراد دارد. سه نوع سبک مقابله‌ای شامل ۱- راهبردهای مقابله مسئله مدار که عبارت است از رفتارهای حل مسئله و جست‌وجوی حمایت اجتماعی، ۲- سبک هیجان مدار مانند اضطراب و خودانتقادی و ۳- راهبردهای اجتنابی که به شکل روی آوردن و درگیر شدن در یک فعالیت تازه، تفکر آرزومندانه و یا انکار مشکلات ظاهر می‌شوند (Marquez-Arrico, Benaiges & Adan, 2015) و به نظر می‌رسد راهبردهای اجتنابی در طولانی مدت به شدت یافتن افکار و هیجان‌های ناخوشایند منجر شود (Dousti, Mohagheghi & Jafari, 2015; Dousti, 2016). سبک‌های هیجان‌مدار و اجتنابی به عنوان سبک‌های ناسازگار و سبک مسئله‌مدار به عنوان سبک سازگار برای مقابله با تنش‌های زندگی روزمره در مدل سبک‌های مقابله‌ای (Endler & Parker, 1999) در نظر گرفته شده است (Marquez-Arrico, Benaiges & Adan, 2015). تحقیقات اخیر حاکی از آن است که سبک‌های مقابله با استرس مورد استفاده توسط هر شخص، تأثیر بسزایی بر سلامت آنها دارد (Azadi, Akbari, Balootbangan, Vaezfar & Rahimi, 2014). در واقع، سبک‌های مقابله‌ای به تلاش‌های شناختی و رفتاری افراد برای کاهش، مهار و به طور کلی مدیریت استرس گفته می‌شود (Enley & Tomaka, 2011). بر همین اساس، تحقیقات Stinner (2019) بیانگر آن است که روش‌های مقابله‌ای مسئله مدار در برابر استرس با شاخص‌های بیماری و رفتارهای پرخطر همبستگی ضعیفی دارد، در حالی که روش‌های مقابله‌ای اجتنابی در برابر استرس همبستگی مثبتی با این ابعاد را نشان می‌دهد و فرد در معرض خطر و ناسازگاری قرار می‌گیرد، یعنی راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار با سلامت روان رابطه مثبت دارد (Stinner, 2019). از سوی دیگر، هدف اصلی متمرکز بر هیجان و راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار، کنترل ناراحتی هیجانی‌ای است که بیشتر با تمرین جسمانی، مراقبت، بیان احساسات و جستجوی حمایت اجتماعی همراه است (Delazar, 2012).
 بالاین حال، یکی از دلایل عدم استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مناسب، پیش‌بینی غیرمنطقی منفی از وقایع آینده است که با فاجعه‌پنداری (catastrophizing) مرتبط است که به معنی بیش‌ازحد بزرگ دیدن مشکلات و مسائل است.

(Meyers, Gamst & Guarino, 2016). در واقع، فاجعه‌پنداری مقیاسی است که متشکل از سه عنصر بزرگنمایی، نشخوار ذهنی و احساس درماندگی است (Rahmati, Asghari, Moghadam, Shairi, Paknejad, Rahmati & et al, 2017) و در مجموع باعث می‌شود شخص وضعیت را بسیار بدتر یا شدیدتر از آنچه به نظر می‌رسد، تلقی کند (Hermann, Hohmeister, Zohsel, Ebinger & Flor, 2007). از سوی دیگر، استفاده از سبک‌های مقابله‌ای متفاوت می‌تواند با تجربهٔ میزان استرس در ارتباط باشد (Moghadam, Rashidzadeh, Shamsalizadeh & Fallahi, 2014; Harvey, Gehrman & Espie, 2014; Schnider, Elhai & Gray, 2007; Piko, 2001). این موضوع در حالی است که تجربه تنش و پایین سیستم ایمنی بدن در ارتباط باشند (Khansari & Rad, 1998) و افرادی که از سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار در برابر استرس استفاده می‌کنند، همبستگی ضعیفی با بیماری نشان می‌دهند (Stinner, 2019). در عین حال، تقویت سیستم ایمنی نیز یکی از روش‌های مؤثر برای مقابله با بیماری‌های ویروسی است (Romero & Wintemute, 2018). این موضوع در حالی است که جستجوی پژوهشگر نشان می‌دهد با وجود تحقیق‌های گسترده‌ای که در خصوص سبک‌های مقابله با استرس یا فاجعه‌پنداری صورت گرفته است و پیش‌تر به برخی از آنها اشاره شد تاکنون تحقیقی در خصوص مقایسه نشخوار ذهنی، احساس درماندگی و بزرگنمایی در سنین مختلف و رابطه آنها با سبک‌های مقابله با استرس صورت نگرفته است. از سوی دیگر، با توجه به شرایط بحرانی‌ای که امروز به علت شیوع کرونا و ویروس در جامعه وجود دارد و رابطه بین سیستم ایمنی بدن و استرس، به نظر می‌رسد شناخت دامنه سنی‌ای که بیشتر در معرض مقیاس‌های فاجعه‌پنداری هستند و بررسی رابطه این مقیاس‌ها با سبک‌های مقابله با استرس، بتواند نقش مؤثری برای حمایت‌های روانی آینده به هنگام بحران ایفا نماید. بر این اساس، فرضیه‌های این پژوهش عبارت بودند از: ۱- بین نشخوار ذهنی، احساس درماندگی و بزرگنمایی در سنین مختلف جامعه به هنگام شیوع کرونا ویروس تفاوت وجود دارد و ۲- بین نشخوار ذهنی، احساس درماندگی و بزرگنمایی با سبک‌های مقابله با استرس رابطه وجود دارد.

روش

پرسشنامه عبارت‌اند از: ۱- به‌طور مداوم نگرانم که آیا این درد به پایان می‌رسد و ۲- احساس می‌کنم دیگر نمی‌توانم این وضعیت را تحمل کنم.

پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای: پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای (Endler & Parker (1990) دارای ۴۸ ماده است که پاسخ‌ها به روش لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) مشخص شده است و سه سبک ۱- اجتنابی، ۲- هیجان‌مدار و ۳- مسئله‌مدار را برای مقابله با استرس مشخص می‌کند. آزمودنی در هر خرده‌مقیاس نمره‌ای بین ۱۶ تا ۸۰ را کسب می‌کند. شیوه غالب رویارویی فرد با استرس، نمره‌ای است که بیشتر از دو خرده‌مقیاس دیگر کسب می‌شود. برای به دست آوردن پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است. آلفای کرونباخ به دست آمده در مقابله مسئله‌مدار ۰/۹۲، هیجان‌مدار ۰/۸۲ و اجتنابی ۰/۸۵ است (Endler & Parker, 1990). این ابزار در ایران توسط Ghoreyshi Rad (2010) هنجاریابی شده است که آلفای کرونباخ به دست آمده در سبک مسئله‌مدار ۰/۸۵، اجتنابی ۰/۸۳ و هیجان‌مدار ۰/۵۵ بود. آلفای کرونباخ این ابزار در این پژوهش به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۱، ۰/۷۱ به دست آمد. دو نمونه از سؤالات این پرسشنامه عبارت‌اند از: ۱- در برخورد با شرایط دشوار یا پراسترس، وقتم را به شکل بهتری تنظیم می‌کنم و ۲- در برخورد با شرایط دشوار یا پراسترس، روی مسئله متمرکز می‌شوم تا ببینم چطور می‌توانم آن را حل کنم.

پرسشنامه جمعیت‌شناختی: پرسشنامه جمعیت‌شناختی پژوهش اطلاعاتی مانند سن، جنسیت و استان محل زندگی آزمودنی را دریافت می‌کرد.

روش تحلیل داده‌ها

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس و ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. برای بررسی پیش‌فرض‌های استفاده از آزمون‌های پارامتریک، از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۱، به بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پژوهش پرداخت.

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش، توصیفی و از نوع پیمایشی اینترنتی و همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه بازدیدکنندگان از یک وب‌سایت سنجش وضعیت روانی در بازه زمانی ۲ تا ۱۰ اسفند ۱۳۹۸ (هفته اول شیوع کرونا و ویروس) بود. پرسشنامه جمعیت‌شناختی نشان داد، بیشترین بازدیدکنندگان از استان‌های قم، تهران، البرز، همدان، گیلان، مازندران و اصفهان بودند. نمونه این پژوهش ۹۳۳ نفر از بازدیدکنندگان بود که به‌صورت هدفمند به پرسشنامه‌های فاجعه‌پنداری سالیوان (۲۰۰۹) و سبک‌های مقابله‌ای اندلر و پارکر (۱۹۹۰) پاسخ دادند. معیارهای ورود به این پژوهش شامل سن بالاتر از ۱۵ سال و زندگی کردن در استان‌هایی بود که در آن زمان کرونا و ویروس در آنها شیوع پیدا کرده بود. به‌منظور کنترل این معیارها از پرسشنامه جمعیت‌شناختی استفاده شد که آزمودنی سن و استان محل زندگی خود را قبل از پاسخ به پرسشنامه‌ها از لیست انتخاب می‌کرد. داده‌هایی که مطابق با معیارهای ورود به این پژوهش نبودند مورد تحلیل قرار نگرفت. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، آزمودنی‌ها قبل از پاسخ به پرسشنامه‌ها اطلاعاتی در خصوص طرح پژوهش به دست می‌آوردند و سپس با انتخاب گزینه اصول اخلاقی را خواندند، می‌توانستند به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند.

ابزار سنجش

پرسشنامه فاجعه‌پنداری (catastrophizing scale): پرسشنامه فاجعه‌پنداری (Sullivan (2009) یک ابزار ۱۳ ماده‌ای است که سه خرده‌مقیاس بزرگنمایی، نشخوار ذهنی و احساس درماندگی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در این ابزار پاسخ‌ها به روش لیکرت از هرگز (۰) تا همیشه (۴) مشخص شده است. پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ در پژوهش Bot, Becker, Bruijnzeel & Mulders (2014) به ترتیب برای نشخوار ۰/۸۶، بزرگنمایی ۰/۶۷ و درماندگی ۰/۹۶ به دست آمد. این ابزار در ایران توسط Rahmati & et al (2017) هنجاریابی شده است آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۱ و ۰/۸۱ به دست آمد (Rahmati & et al, 2017). آلفای کرونباخ این ابزار در این پژوهش به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۵ و ۰/۸۳ به دست آمد. دو نمونه از سؤالات این

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پژوهش

جنسیت		سن										وضعیت تأهل	
زن	مرد	۲۰-۱۵	۲۵-۲۰	۳۰-۲۵	۳۵-۳۰	۴۰-۳۵	۴۵-۴۰	۵۰-۴۵	۵۵-۵۰	بالاتر از ۵۵	مجرد	متاهل	متارکه کرده
۷۲۶	۲۰۷	۴۲	۱۴۱	۲۱۰	۲۱۶	۱۲۰	۷۵	۹۰	۲۴	۱۵	۴۴۱	۴۵۶	۳۶

به منظور بررسی پیش فرض‌های استفاده از تحلیل‌های پارامتریک، از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. با توجه به عدم رد فرض صفر، استفاده از تحلیل پارامتریک

بلامانع بود. جدول ۲ با استفاده از تحلیل واریانس به مقایسه نشخوار ذهنی، احساس درماندگی و بزرگنمایی در گروه‌های مختلف سنی پرداخت.

جدول ۲. تحلیل واریانس نشخوار ذهنی، احساس درماندگی و بزرگنمایی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان اثر
سن	نشخوار ذهنی	۲۳۵۳۵۴/۶۳۱	۱	۲۳۵۳۵۴/۶۳۱	۶۱۵/۷۸۴	۰/۰۰۱	۰/۶۷۱
	درماندگی	۵۴۳۰۹/۵۰۳	۱	۵۴۳۰۹/۵۰۳	۱۵۹/۹۴۱	۰/۰۰۱	۰/۳۴۶
	بزرگنمایی	۲۱۳۶۵۴/۴۱۹	۱	۲۱۳۶۵۴/۴۱۹	۶۲۳/۰۶۶	۰/۰۰۱	۰/۶۷۴
خطا	نشخوار ذهنی	۱۱۵۴۲۵/۴۰۵	۹۰۹	۳۸۲/۲۰۳			
	درماندگی	۱۰۲۱۶۹/۲۷۹	۹۰۹	۳۳۸/۳۰۹			
	بزرگنمایی	۱۰۳۵۵۸/۲۴۵	۹۰۹	۳۴۲/۹۰۸			

تفاوت‌های دوه‌دو گروه‌های سنی نشان می‌دهند که تجربه نشخوار ذهنی در سنین مختلف روند یکسانی را طی نکرده است و گروه‌های سنی مختلف، میزان متفاوتی از نشخوار ذهنی را به صورت معنادار تجربه کرده‌اند. این یافته‌ها در خصوص احساس درماندگی نشان می‌دهند، با افزایش سن، میزان تجربه احساس درماندگی به طور معناداری کاهش پیدا می‌کند. همچنین یافته‌های جدول ۳ در خصوص بزرگنمایی نشان می‌دهد، میزان بزرگنمایی در سنین بالای ۴۵ سال رو به کاهش بوده است.

جدول ۴ با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، به بررسی فرضیه بعدی پژوهش یعنی رابطه نشخوار ذهنی، احساس درماندگی و بزرگنمایی با سبک‌های مقابله‌ای می‌پردازد.

یافته‌های جدول ۲، نشان می‌دهند که نشخوار ذهنی، احساس درماندگی و بزرگنمایی، در سنین مختلف جامعه متفاوت است. لذا فرضیه اول پژوهش مبنی بر وجود تفاوت بین نشخوار ذهنی، احساس درماندگی و بزرگنمایی در سنین مختلف جامعه به هنگام شیوع کرونا و ویروس، تأیید می‌شود ($P > 0/05$). جدول ۳ به مقایسه دوه‌دو گروه‌های سنی در متغیرهای نشخوار ذهنی، احساس درماندگی و بزرگنمایی پرداخت.

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد تجربه نشخوار ذهنی در سنین ۳۰ تا ۳۵، ۴۰ تا ۴۵، ۵۰ تا ۵۵ و بالاتر از ۵۵ سال، در مقایسه با گروه سنین ۱۵ تا ۲۰ سال، به طور معناداری کمتر بوده است. همچنین، تقریباً می‌توان گفت که تمام گروه‌های سنی نشخوار ذهنی کمتری نسبت به گروه‌های سنین ۲۰ تا ۲۵ و ۲۵ تا ۳۰ را تجربه کرده‌اند. باین حال، مقایسه میانگین

جدول ۳. مقایسهٔ دوه‌دو گروه‌های سنی در متغیرهای نشخوار ذهنی، احساس درماندگی و بزرگنمایی

بزرگنمایی	احساس درماندگی		نشخوار ذهنی		گروه	
	میانگین تفاوت	معناداری	میانگین تفاوت	معناداری	گروه اول	گروه دوم
سطح معناداری	میانگین تفاوت	معناداری	میانگین تفاوت	معناداری	گروه اول	گروه دوم
۰/۵۰۹	-۰/۷۴۴	۰/۹۷۷	۰/۰۳۱	۰/۶۶۰	۲۵-۲۰	
۰/۳۲۴	-۱/۰۷۱	۰/۸۶۹	-۰/۱۷۸	۰/۷۷۹	۳۰-۲۵	
۰/۹۱۵	۰/۱۱۵	۰/۰۳۲	۱/۳۶۲	۰/۰۵۰	۳۵-۳۰	
۰/۸۰۰	۰/۲۹۱	۰/۰۴۶	۱/۵۴۷	۰/۹۷۴	۴۰-۳۵	۲۰-۱۵
۰/۸۲۹	۰/۲۶۶	۰/۰۳۸	۱/۵۷۹	۰/۰۵۰	۴۵-۴۰	
۰/۰۱۸	۱/۶۱۱	۰/۰۴۶	۲/۳۸۱	۰/۷۰۰	۵۰-۴۵	
۰/۰۴۳	۳/۳۳۳	۰/۰۴۹	۳/۰۰۶	۰/۰۳۲	۵۵-۵۰	
۰/۰۱۲	۳/۰۰۰	۰/۰۴۹	۳/۶۳۱	۰/۰۵۰	بالاتر از ۵۵	
۰/۶۴۰	-۰/۳۲۶	۰/۷۶۲	-۰/۲۱۰	۰/۷۸۳	۳۰-۲۵	
۰/۲۱۶	۰/۸۶۰	۰/۰۵۰	۱/۳۳۰	۰/۰۲۷	۳۵-۳۰	
۰/۱۹۴	۱/۰۳۶	۰/۰۵۰	۱/۵۱۵	۰/۵۰۳	۴۰-۳۵	
۰/۲۷۱	۱/۰۱۱	۰/۰۵۰	۱/۵۴۶	۰/۰۴۹	۴۵-۴۰	۲۵-۲۰
۰/۰۰۷	۲/۳۵۶	۰/۰۰۷	۲/۳۴۹	۰/۰۵۰	۵۰-۴۵	
۰/۰۰۴	۴/۰۷۸	۰/۰۳۵	۲/۹۷۴	۰/۰۳۶	۵۵-۵۰	
۰/۰۳۲	۳/۷۴۵	۰/۰۳۸	۳/۵۹۹	۰/۰۴۸	بالاتر از ۵۵	
۰/۰۵۷	۱/۱۹۲	۰/۰۱۳	۱/۵۴۱	۰/۰۳۰	۳۵-۳۰	
۰/۰۶۴	۱/۳۶۳	۰/۰۱۹	۱/۷۲۶	۰/۶۴۱	۴۰-۳۵	
۰/۱۲۲	۱/۳۳۸	۰/۰۴۱	۱/۷۵۶	۰/۰۴۳	۴۵-۴۰	۳۰-۲۵
۰/۰۰۱	۲/۶۸۲	۰/۰۰۲	۲/۵۵۹	۰/۰۴۸	۵۰-۴۵	
۰/۰۰۲	۴/۴۰۴	۰/۰۲۱	۳/۱۸۴	۰/۰۳۴	۵۵-۵۰	
۰/۰۱۸	۴/۰۷۱	۰/۰۲۶	۳/۸۰۹	۰/۰۵۰	بالاتر از ۵۵	
۰/۸۱۰	۰/۱۷۶	۰/۷۹۹	۰/۱۸۵	۰/۰۵۰	۴۰-۳۵	
۰/۸۶۱	۰/۱۵۰	۰/۸۰۱	۰/۲۱۵	۰/۹۷۰	۴۵-۴۰	
۰/۰۵۰	۱/۴۹۵	۰/۰۲۰	۱/۰۱۸	۰/۰۵۰	۵۰-۴۵	۳۵-۳۰
۰/۰۲۰	۳/۲۱۷	۰/۰۲۳	۱/۶۴۳	۰/۰۳۸	۵۵-۵۰	
۰/۰۴۹	۲/۸۸۴	۰/۰۱۸	۲/۲۶۸	۰/۹۸۵	بالاتر از ۵۵	
۰/۹۷۹	-۰/۰۲۵	۰/۹۷۴	۰/۰۳۰	۰/۰۴۸	۴۵-۴۰	
۰/۰۴۸	۱/۳۱۹	۰/۰۴۲	۰/۸۳۳	۰/۴۶۸	۵۰-۴۵	۴۰-۳۵
۰/۰۳۵	۳/۰۴۱	۰/۰۳۲	۱/۴۵۸	۰/۰۲۱	۵۵-۵۰	
۰/۰۳۸	۲/۷۰۸	۰/۰۲۳	۲/۰۸۳	۰/۰۵۰	بالاتر از ۵۵	
۰/۰۱۸	۱/۳۴۴	۰/۰۴۲	۰/۸۰۳	۰/۵۸۲	۵۰-۴۵	
۰/۰۴۲	۳/۰۶۶	۰/۰۳۴	۱/۴۲۸	-۰/۰۴۶	۵۵-۵۰	۴۵-۴۰
۰/۰۴۸	۲/۷۳۳	۰/۰۲۵	۲/۱۲۵	۱/۰۰۰	بالاتر از ۵۵	
۰/۰۲۴	۱/۷۲۲	۰/۰۵۰	۰/۶۲۵	۰/۰۳۳	۵۵-۵۰	۵۰-۴۵
۰/۰۴۳	۱/۳۸۹	۰/۰۴۸	۱/۲۴۵	۰/۷۵۸	بالاتر از ۵۵	
۰/۸۷۵	-۰/۳۳۳	۰/۰۵۰	۰/۶۲۵	۰/۰۴۵	بالاتر از ۵۵	۵۵-۵۰

جدول ۴. ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهش

متغیر	احساس درماندگی	بزرگنمایی	نشخوار ذهنی
سبک مسئله‌مدار	ضریب همبستگی پیرسون	-۰/۲۸۹	-۰/۱۷۰
	سطح معناداری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۳
سبک هیجان‌مدار	ضریب همبستگی پیرسون	۰/۵۹۸	۰/۵۵۷
	سطح معناداری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
سبک اجتنابی	ضریب همبستگی پیرسون	۰/۰۳۲	۰/۱۵۰
	سطح معناداری	۰/۵۷۹	۰/۰۰۸

این یافته‌ها در خصوص احساس درماندگی نشان می‌دهند، با افزایش سن، میزان تجربه احساس درماندگی به‌طور معناداری کاهش پیدا می‌کند. همچنین در خصوص بزرگنمایی یافته‌ها حاکی از آن بود که میزان بزرگنمایی در سنین بالای ۴۵ سال رو به کاهش بوده است (جدول ۳). جستجوی پژوهشگر نشان می‌دهد تاکنون پژوهشی در این خصوص صورت نگرفته است تا یافته‌های این پژوهش با آن مقایسه گردد. در تبیین این یافته درباره نوسان فراوانی نشخوار ذهنی در سنین مختلف با توجه به میانگین تغییرات نشان داده شده در جدول ۲ می‌توان گفت، ۱۵ تا ۳۰ سال سنی است که فرد بیش‌ترین تعاملات اجتماعی شامل فعالیت‌های تحصیلی و دانشگاهی، روابط دوستانه، تکالیف اجتماعی همچون خدمت نظام‌وظیفه و بسیاری از تعاملات اجتماعی را انجام می‌دهد و شیوع بیماری‌های مسری همچون کرونا و ویروس می‌تواند از یک سو به تعاملات دلپذیر فرد همچون تعامل با گروه دوستان و همسالان لطمات جدی و محدودیت‌های ناگزیری ایجاد کند و هم در فعالیت‌هایی همچون خدمت نظام‌وظیفه (با احترام به تلاش‌های ستاد نیروهای مسلح برای بهداشتی نگاه‌داشتن پادگان‌ها و سایر مراکز نظامی) که فرد موظف است در اجتماعات گسترده شرکت کند، برای افراد این سنین ایجاد نگرانی و نشخوار ذهنی می‌کند. در سنین ۳۰ تا ۳۵ سالگی فرد تا حدودی از این دغدغه‌ها رهایی یافته، دایره دوستان و روابط دوستانه کاهش یافته، از حضور در اجتماعاتی چون مدرسه و دانشگاه و خدمت نظام‌وظیفه فارغ گشته و با توجه به اینکه بخش زیادی از جمعیت این سنین متأسفانه یا مجردند یا علیرغم ازدواج و تأهل فرزندی ندارند، می‌توانند وضعیت خود را راحت‌تر مدیریت کرده و بیش‌تر

فرضیه دوم پژوهش مبنی بر رابطه نشخوار ذهنی، احساس درماندگی و بزرگنمایی با سبک‌های مقابله با استرس در جدول ۴ بررسی شد. یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد، سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار با احساس درماندگی، بزرگنمایی و نشخوار ذهنی، رابطه معنادار منفی دارد ($P < 0/05$)، به این معنی که هرچه استفاده از سبک مسئله‌مدار بیشتر باشد، میزان احساس درماندگی، بزرگنمایی و نشخوار ذهنی کمتر است. سبک هیجان‌مدار با هر سه متغیر رابطه مثبت معنادار دارد ($P > 0/05$) به این معنی که هرچه میزان استفاده از سبک هیجان‌مدار بیشتر باشد، احساس درماندگی، بزرگنمایی و نشخوار ذهنی بیشتر است. همچنین سبک اجتنابی با بزرگنمایی و نشخوار ذهنی رابطه مثبت معنادار دارد ($P > 0/05$) به این معنی که هرچه استفاده از سبک اجتنابی بیشتر باشد، میزان بزرگنمایی و نشخوار ذهنی بیشتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش مقایسه نشخوار ذهنی، احساس درماندگی و بزرگنمایی در سنین مختلف جامعه به‌هنگام بحران شیوع کرونا و ویروس و رابطه آنها با سبک‌های مقابله با استرس بود. یافته‌های این پژوهش در خصوص فرضیه اول پژوهش مبنی بر بین نشخوار ذهنی، احساس درماندگی و بزرگنمایی در سنین مختلف جامعه به‌هنگام شیوع کرونا و ویروس تفاوت وجود دارد، تأیید می‌شود (جدول ۲ و ۳). یافته‌ها نشان داد، تجربه نشخوار ذهنی در سنین مختلف روند یکسانی را طی نکرده است و گروه‌های سنی مختلف، میزان متفاوتی از نشخوار ذهنی را به‌صورت معنادار تجربه کرده‌اند.

احساس درماندگی خود را کاهش دهد. در بحث مربوط به بزرگنمایی می‌توان گفت، اغلب افراد بعد از چهل‌سالگی به یک پختگی می‌رسند که ناشی از تجارب دشوار زندگی و نیز عبور از بحران هویت میانسالی بوده و این افراد به این شناخت و باور معروف که «این نیز بگذرد» می‌رسند و باور دارند که مشکلات و بحران‌ها به آن اندازه که برای نوجوانان و جوانان بزرگ به نظر می‌رسد، ماندگار و اثرگذار نخواهند بود. ضمناً افراد میانسال و کهنسال بر اثر فقدان‌ها و مشکلات لاینحل پیشین به حدی از پذیرش سرنوشت رسیده‌اند که مشکلات را فاجعه‌انگاری و بزرگ‌نمایی بیش‌ازحد نمی‌نمایند؛ بنابراین در پژوهش حاضر دیده می‌شود که از سن ۴۵ سالگی به بعد از میزان بزرگنمایی افراد کاسته شده است.

یافته‌های این پژوهش در خصوص فرضیه دوم مبنی بر رابطه بین نشخوار ذهنی، احساس درماندگی و بزرگنمایی با سبک‌های مقابله با استرس حاکی از آن بود که سبک مسئله‌مدار با احساس درماندگی، بزرگنمایی و نشخوار ذهنی، رابطه منفی دارد. سبک هیجان‌مدار با هر سه متغیر رابطه مثبت دارد. سبک اجتنابی با بزرگنمایی و نشخوار ذهنی رابطه مثبت دارد (جدول ۴). جستجوی پژوهشگر نشان می‌دهد که در خصوص این فرضیه نیز تاکنون تحقیق مشابهی صورت نگرفته است تا این یافته‌ها با آن مقایسه شود. با این حال، این یافته‌ها از این حیث که سبک‌های مقابله‌ای با تجربه استرس در ارتباط است با یافته‌های (Azadi & et al (2017), Moghadam & et al (2017), Harvey & et Piko (2001), Schnider & et al (2007) & Ackroyd (2005), al (2014) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت در سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار، فرد کمتر نقش قربانی به خود می‌گیرد و فعال‌تر به کسب اطلاعات پرداخته و می‌داند با رعایت نکات بهداشتی و پرهیز از حضور بی‌مورد در اجتماعات می‌تواند تا حدود زیادی خود و خانواده‌اش را از خطر ایمن سازد و بنابراین احساس درماندگی، بزرگنمایی و نشخوار ذهنی در این گروه از افراد کمتر دیده می‌شود. در حقیقت چرخ عمل به درستی و با ادراک درست از واقعیت به گردش درمی‌آید، چرخ فکر هم درست و با سرعت مناسب و به اندازه گردش می‌کند و بنابراین بزرگنمایی و نشخوار ذهنی کمتر دیده می‌شود و تمرکز بر رویاروی با مسئله به‌عنوان یک چالش

در خانه‌مانده و نشخوار ذهنی کمتری داشته باشند. در سنین ۳۵ تا ۴۰ سال ما بیش‌تر با گروهی از افراد، به‌ویژه آقایان روبه‌رو هستیم که از خانواده پدری استقلال یافته و بسیاری از آنها دارای فرزند خردسال آسیب‌پذیر هستند و موظف به حضور در محل کار خود می‌باشند و دائم نگران انتقال این بیماری به خانواده و فرزندان خردسال خود هستند. مجدداً از سن ۴۰ تا ۵۵ افراد در صورت داشتن فرزند، اغلب فرزندان دارند که چندان خردسال نبوده و می‌توانند خود-مراقبتی داشته و نیز در مقابل ویروس به اندازه کودکان پیش‌دبستانی آسیب‌پذیر نیستند. از سوی دیگر بسیاری از افراد در این سن از سلامت نسبی برخوردار بوده و بیماری‌های مزمنی چون دیابت، ناراحتی قلبی-عروقی و مشکلات تنفسی که از عوامل خطر ساز برای کرونا ویروس هستند در مقایسه با سنین بالاتر، از نرخ کمتری برخوردار است و بنابراین در این سن نشخوار ذهنی کاهش می‌یابد؛ اما به طرز جالبی می‌بینیم که در سنین بالای ۵۵ سال، نشخوار ذهنی مربوط به کرونا ویروس افزایش می‌یابد که می‌تواند چند علت احتمالی داشته باشد. نخست اینکه داده‌های اولیه راجع به این بیماری عنوان می‌کنند که سنین بالا بیش‌تر در خطر مرگ ناشی از کرونا قرار دارند. نکته بعدی اینکه یافته‌های اولیه سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهند که بیماری‌های مزمن همچون دیابت و بیماری‌های قلبی عروقی و بیماری‌های ریوی و تنفسی که در کهنسالان شایع‌ترند فرد را در برابر کرونا ویروس آسیب‌پذیر می‌سازد. نکته نهایی اینکه افراد کهنسال در فرهنگ ایرانی به نوه‌های خود دلبستگی داشته و نگران آنها هستند و در این شرایط راجع به آنها به نشخوار ذهنی می‌پردازند. در ادامه می‌بینیم که احساس درماندگی در سنین ۱۵-۳۰ سالگی بالاست و بعد از این سن کاهش می‌یابد. ممکن است دلیل این امر کمبود منابع اقتصادی، کمبود تجربه و وابستگی به تصمیمات خانواده پدری باشد که در این سنین شایع است. با توجه به اینکه در برخی خانواده‌ها کنترل‌گری شایع است، این امر آزادی‌های معقول نوجوان و جوان که از نظر مالی و اقتصادی به خانواده وابسته است را بیش‌ازحد محدود ساخته و وضعیت درماندگی ایجاد می‌کند. در سنین بالای سی سال فرد منابع مالی و حمایتی فراتر از والدین یافته و از دوستی‌های طولانی‌تری برخوردار شده و می‌تواند با دریافت حمایت اجتماعی از همسر و دوستان

می‌شود، به هنگام بحران‌های احتمالی آینده یافته‌های این پژوهش را از این حیث که کدام دامنه سنی می‌تواند اولویت مداخلات روانی باشد را مدنظر قرار دهند.

منابع

- Ackroyd, C. (2005). *Coping and Psychological Distress in Females Who Abuse Alcohol*. thesis for Clinical Psychology Doctorate course at the University of Hull.
- Ambler, M. (2019). *Who Flourishes in College? Using Positive Psychology and Student Involvement Theory to Explore Mental Health among Traditionally Aged Under Graduates*, In Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy A School Education the College of William and Mary.
- Azadi, M M., Akbari Balootbangan, A., Vaezfar, S S., Rahimi, M. (2014). The Role of Coping styles and Self-efficacy in Nurses Job Stress in Hospital. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2 (2):22-32.
- Ballard, K., Elston, M. A., & Gabe, J. (2005). *Beyond the mask: womens Examination of the process of change*. Phd Dissertation, University of Nevada Las Vegas.
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual Review Psychology*. 50, 471-507.
- Bot, A., Becker, S.E., Bruijnzeel, H., Mulders, M. (2014). Creation of the Abbreviated Measures of the Pain Catastrophizing Scale and the Short Health Anxiety Inventory: The PCS-4 and SHAI-5. *Journal of Musculoskeletal Pain*. 22(2). 10.3109/10582452.2014.883020.
- Delazar, M. (2012). Investigating the relationship between personality traits, coping styles and mental health in graduate students. Master Thesis. Shahid Beheshti University.
- Dousti, P., Mohagheghi, H., Jafari, D. (2015). The effect of acceptance and commitment therapy on the reduction of anxious thoughts in students. *Environment Conservation Journal*. 16. P: 327-333.
- Dousti, P., Gholami, S., Torabian, S. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on aggression among students with internet addiction. *Journal of Health and Care*. 18 (1). P: 63-72.
- Endler, NS., Parker, JDA. (1999). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*. 2nd ed. Toronto: Multi-Health Systems.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*. 58(5), 844-854.
- Enley, JA., Tomaka, J. (2011). Associations among the big five emotional responses and coping with acute stress. *Personality and Individual Differences*. 32(7): 1215-28.

جدی و نه یک خطر محتوم خواهد بود. در نتیجه احساس و فیزیولوژی با سرعت مناسبی حرکت می‌کنند و احساس درماندگی و استیصال در فرد کمتر دیده می‌شود. به عبارتی دیگر، وقتی فرد ارزش‌های خود را می‌شناسد و در راستای آنها اقدامات مؤثر (در این تحقیق کسب اطلاعات درست و رعایت نکات پزشکی و بهداشتی) انجام می‌دهد، طبیعتاً پذیرش نیز رخ می‌دهد. از دگرسو در سبک هیجان مدار می‌بینیم که فرد با اضطراب‌گری مداوم بر چرخ احساس و فیزیولوژی که به نوعی در گل‌گیر کرده است تأکید می‌کند و پیامد این تأکید نابجا ایجاد احساس درماندگی، بزرگنمایی و نشخوار ذهنی است. به زبانی دیگر، فرد به جای هشیاری کافی و توجه به لحظه کنونی، به بزرگنمایی خطرات و فجایع احتمالی آینده پرداخته، از ارزش‌های اساسی خود دور شده و اقدامات مؤثر انجام نمی‌دهد که در این پژوهش به شکل بزرگنمایی و نشخوار ذهنی دیده می‌شود. در نهایت برای سبک اجتنابی هم می‌بینیم که فرد به جای مقابله به اندازه و مؤثر با مشکل کرونا ویروس، مشکل را انکار کرده یا از شدت فاجعه‌انگاری مشکل، حالت منفعل به خود گرفته و نهایتاً اقدام انفعالی و اجتنابی ادامه خواهد داشت و تا حد زیادی از حرکت بازمی‌ماند.

این پژوهش مانند هر پژوهش دیگری دارای محدودیت‌هایی است. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به شیوه جمع‌آوری داده‌ها که به صورت اینترنتی بوده است اشاره کرد. همچنین به علت تازگی شیوع این ویروس در هنگام اجرای پژوهش، عوامل جمعیت شناختی و فرهنگی و روان‌شناختی زیادی از دید پژوهش‌گران مغفول مانده است. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی نقش عوامل میانجی همچون تأهل و داشتن فرزند و تعداد فرزندان و سن فرزندان و نیز منابع حمایتی فرد همچون وضعیت شغلی و اقتصادی افراد (آیا با وجود اختلال در کسب‌وکار از پشتوانه مالی برخوردار است تا دچار مشکل جدی در معیشت نشود، برخوردار است یا خیر) نیز در فاجعه‌پنداری و نشخوار فکری و درماندگی افراد لحاظ شود. همچنین از یافته‌های این پژوهش در خصوص تصمیم‌گیری‌های آتی برای مداخله روانی در بحران می‌توان استفاده کرد. لذا به متخصصین حوزه سلامت روان و مداخله در بحران پیشنهاد

- Ghoreyshi Rad, F. (2010). Validation of Endler & Parker coping scale of stressful situations. *Journal of Behavioral Sciences*. 4 (1). P: 1-7.
- Gunneil, D. (2016). The epidemiology of suicide. *International Review Of Psychiatry Journal*. 2:21-26.
- Hermann C, H., Zohsel K, E., Flor, H. (2007). The assessment of pain coping and pain-related cognitions in children and adolescents: current methods and further development. *The Journal of Pain*. 8(10): 802-813.
- Harvey, C., Gehrman, P., Espie, CA. (2014). Who is predisposed to insomnia: A review of familial aggregation, stress-reactivity, personality and coping style. *Sleep Medicine Reviews*. 18(3):237-247.
- Jain, M., Purohit, P. (2006). Spiritual intelligence: A contemporary concern with regard to living status of the senior citizens. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*. 32 (3), 227-233.
- Khansari, N. Rad, M. (1998). Stress and immunity. *Journal of Veterinary Research*. 53 (2). P: 72-76.
- Lazarus, RS., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Liebowitz, M. (2019). *Age and mental health*. London: Covington.
- Marquez-Arrico, JE., Benaiges, I., Adan, A. (2015). Strategies to cope with treatment in substance use disorder male patients with and without schizophrenia. *Psychiatry Research*. 228(3):752-9.
- Meyers, L., Gamst, G., Guarino, J. (2016). *Applied multivariate research: Design and Interpretation*. Third edition. London: Sage publication.
- Moghadam M, Rashidzadeh S, Shamsalizadeh N, Fallahi B. (2014). The impact of stress management training on the coping style and perceived stress in medical students. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 19 (3):52-60
- Neugarten, B. L., Hagestad, G. O. (2013). *Age and the life course*. Handbook of aging and social sciences.
- Ouwehand, C., Deridder, D. T., Bensing, J. M. (2017). A review of successful aging models: Proposing proactive coping an important additional strategy. *Clinical Psychology Review*. 27 (8), 873-884.
- Piko, B. (2001). Gender differences and similarities in adolescents ways of coping. *Psychological Record*. 51(2): 223-236.
- Rahmati N, Asghari Moghadam M A, SHAIRI M, Paknejad M, Rahmati Z, Ghassami M, et al. (2017). A Study of the Psychometric Properties of the Pain Catastrophizing Scale Amongst Iranian Patients with Chronic Persistent Pain. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 25 (1):63-79
- Romero, MP., Wintemute, GJ. (2018). The epidemiology of firearm suicide in United States. *J Urban Health*. 79(1): 39-48.
- Schnider, KR., Elhai, JD., Gray, Mj. (2007). Coping Style Use Predicts Posttraumatic Stress and Complicated Grief Symptom Severity Among College Students Reporting a Traumatic Loss. *Couns Psychol*. 54(3): 344- 50.
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American Psychologist*. 60(5), 410.
- Staudinger, U. M., Bluck, S. (2015). *A view on midlife development from life-span theory*. Hoboken, Wiley.
- Stinner, M.B. (2019). Senior Student Affairs Officer Round Table: Hottest Topics in Student Affairs, Session Held at the Annual Meeting of the National Association of Student, Personnel Administrators, Denver, Colorado. *University of Texas at Arlington*. 61. p 121-190.
- Sullivan, M. (2009). *Catastrophizing Scale*. Departments of Psychology, Medicine, and Neurology School of Physical and Occupational Therapy McGill University Montreal, Quebec.
- Tamir, L. M. (2019). *Modern myths about men at midlife: An assessment*. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Vaillant, G. E. (2019). *A daptation to life biston*. Little Brown.
- World Health Organization. (2019). *2019 novel coronavirus*. (Retrieved 2 March 2020, from http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicide-rates/en/).
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic*. (Retrieved 2 March 2020, from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>).