

# مقایسه حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ در پرستاران بخش کرونایی و غیر کرونایی

## شهرستان ارومیه

هاله علی پور<sup>۱</sup>، اسماعیل سلیمانی<sup>۲\*</sup>

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول).

۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره هفتم، شماره بیست و هشتم، زمستان ۱۴۰۴، صفحات ۲۳۱-۲۲۰

### چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ در پرستاران بخش کرونایی و غیرکرونایی شهرستان ارومیه بود. روش پژوهش توصیفی از نوع علی مقایسه‌ای مقطعی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه پرستاران شهرستان ارومیه در سال ۱۴۰۰ در بازه زمانی فروردین ماه الی خرداد ماه بودند. نمونه آماری مطالعه حاضر شامل ۳۰ نفر به عنوان گروه اصلی و ۳۰ نفر به عنوان گروه مقایسه از بین جامعه آماری بود که بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های پرسشنامه حمایت اجتماعی فیلیپس (۱۹۸۶) و پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۰) استفاده شد. برای تحلیل داده‌های این پژوهش از ابزارهای آمار توصیفی از جمله جداول فراوانی، میانگین و انحراف معیار و همچنین برای بررسی سؤالات پژوهشی از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA)، آزمون اسمیرنوف-کلموگروف، آزمون لوین و آزمون باکس استفاده شد. نتایج نشان داد بین حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ در پرستاران بخش کرونایی و غیر کرونایی تفاوت وجود دارد. بر اساس نتایج حاصل از مطالعه حاضر به مسئولان حوزه پزشکی و بیمارستان‌ها پیشنهاد می‌گردد در کاهش اضطراب مرگ و افزایش حمایت اجتماعی تدابیر روان‌شناختی لازم را در نظر داشته باشند.

واژگان کلیدی: حمایت اجتماعی، اضطراب مرگ، پرستار، کرونا.

## مقدمه

با توجه به گستردگی شیوع کووید ۱۹ در جهان و میزان تلفات این بیماری کارکنان حوزه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به دلیل بودن در خط اول مقابله با این بیماری امکان بیشتری نسبت به دیگران دارند که در معرض بروز اختلالات روان‌شناختی و اضطراب قرار گیرند. یک مطالعه مقطعی که روی پرسنل پزشکی در کشور چین طی شیوع کووید-۱۹ انجام شد نشان داده است که از بین ۵۱۲ نفر کارمند، حدود ۱۶۴ نفر تماس مستقیم با بیمار آلوده داشتند. در این میان میزان شیوع اضطراب مرگ حدود ۵/۱۲ درصد بود که ۳۵/۱۰ درصد اضطراب خفیف، ۳۶/۱ اضطراب متوسط و حدود ۷۸/۰ درصد اضطراب شدید را تجربه کردند (بروکس، ویستر، اسمیت، وودلند و وسلی<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). مطالعات گذشته نشان می‌دهند که اختلالات روانی، از جمله اختلال استرس پس از سانحه، اضطراب مرگ، افسردگی، حملات هراس، تحریک‌پذیری، دلهره، بی‌اعتمادی و افکار خودکشی، در پرستارانی که مراقب بیماران مبتلا به سارس بودند رواج داشت. این اختلالات می‌توانند منجر به از دست دادن اشتها، خستگی، متغیر دیگری که منعکس‌کننده جهت‌گیری کلی فرد به زندگی است و فرد را در یافتن و استفاده از منابع برای حفظ سلامتی و مدیریت استرس راهنمایی می‌کند (کیم و همکاران، ۲۰۲۰). ریف، سینگر (۲۰۰۰) حمایت اجتماعی را به عنوان مجموعه گسترده‌ای از عوامل حمایتی که به روابط اجتماعی و آمیزش با دیگران منجر می‌شود تعریف می‌کنند. حمایت اجتماعی را این‌گونه تعریف کرده است، حمایت اجتماعی، قابلیت و کیفیت ارتباط با دیگران است که منابعی را در مواقع موردنیاز فراهم می‌کنند. حمایت دیگران، تأمین‌کننده خدمات و اطلاعات عینی است که احساسی از مراقبت شدن، موردحمایت واقع‌شدن، احترام داشتن، ارزشمند بودن را برای فرد تأمین می‌سازد، فرد احساس می‌کند که در بخش قابل‌توجهی از مراودات اجتماعی قرار داشته و در یک تعهد دوجانبه شریک است (لیندزی، ۲۰۱۸).

حمایت اجتماعی عبارت است از ادراک فرد از اینکه موردتوجه و علاقه دیگران است. از دیدگاه آنان فردی ارزشمند است و چنانچه دچار مشکل و ناراحتی شود، افراد مثل دوستان و همکاران به او یاری خواهند رسانند. حمایت اجتماعی به احساس تعلق داشتن، پذیرفته شدن، مورد عشق و محبت قرار گرفتن اطلاق می‌شود. حمایت اجتماعی برای هر فرد یک ارتباط امن به وجود می‌آورد که احساس محبت و نزدیکی از ویژگی‌های اصلی این روابط است (رفیعی و همکاران، ۱۳۹۳). تعریف دیگر شامل مساعده‌های عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی است که توسط دیگران تأمین می‌گردد (جرالد، لاندی، میر، ۲۰۰۶). همچنین حمایت اجتماعی به احساس تعلق داشتن، پذیرفته شدن و مورد عشق و محبت، مساعده و توجه اعضاء و خانواده و دوستان و سایرین تعریف شده است (ابراهیمی قوام، ۱۳۹۱). دوک (۱۹۸۵) و گاتلیب (۱۹۸۳) دو گونه‌ی متمایز از حمایت اجتماعی را معرفی کرده‌اند: حمایت اجتماعی متمرکز بر هیجان و حمایت اجتماعی ابزاری. در حمایت اجتماعی هیجانی، نوعی همدردی و هم‌حسی اظهارشده و نوعی احساس اشتراک در رنج‌های به وجود آمده‌ی آحاد می‌شود. در حمایت اجتماعی ابزاری، خدماتی نظیر تلاش برای حل مشکل فرد، صورت می‌گیرد (هاشمی نصره آباد، ۱۳۹۶). حمایت اجتماعی به احساس تعلق داشتن، پذیرفته شدن و مورد عشق و محبت قرار گرفتن اطلاق می‌شود. حمایت اجتماعی برای هر فرد یک ارتباط امن به وجود می‌آورد که احساس

<sup>1</sup> . Brooks, Webster, Smith, Woodland, Wessely & Greenberg

محبت و نزدیکی از ویژگی‌های اصلی این روابط است (موس، ۱۹۸۲). روان‌شناسانی که جهت‌گیری شناختی دارند تأکید می‌کنند که ادراک‌های حمایتی به این دلیل مهم هستند که مردم بیشتر از اینکه چگونه دنیایشان را تفسیر می‌کنند متأثر می‌شوند، نه ضرورتاً از آنچه واقعاً هست. در نتیجه یک عمل مهرورزانه ممکن است دشمنانه تعبیر شده و یک عمل خائنانه ممکن است سودمند تعبیر شود. زمانی که ادراک‌ها آشکارا تا این حد از واقعیت فاصله می‌گیرند، اهمیت وافری می‌یابند (احمدی، ۱۳۹۷). حمایت اجتماعی می‌تواند به بهترین صورت به عنوان شرکت فعال اشخاص به اهمیت در کوشش‌هایی که شخص برای غلبه بر فشار روانی انجام می‌دهد، فهمیده شود (دیماتو، ۲۰۱۹). حمایت اجتماعی عبارت است از هرگونه درون دادی از اشخاص دیگر که هدف دریافت‌کننده حمایت را پیش می‌برد. از نظر شوماکر و برونل (۲۰۰۴) حمایت اجتماعی عبارت است از تبادل منابع کمکی حداقل بین دو نفر که با قصد انجام شود و شامل یک دهنده و یک گیرنده حمایت است که این امر بهزیستی گیرنده را افزایش می‌دهد.

اضطراب مرگ و به‌طور کلی، مرگ همیشه همراه انسان بوده و خواهد بود، از این رو که بخشی از زندگی اوست و پیوسته ذهن او را به خود مشغول کرده و به دنبال پاسخی برای پرسش‌هایی درباره مرگ است. بشر بدین دلیل که نمی‌تواند بر مرگ چیره شود، به فکر می‌افتد که به آن نیندیشد تا شادکام شود، برخی نیز اندیشیدن درباره مرگ را علت اصلی ترس از آن می‌دانند؛ بنابراین، هرگونه اندیشه، مطالعه و صحبت درباره مرگ را به حداقل می‌رسانند؛ اما در واقع انکار مرگ افزون بر اینکه نتوانسته است جلوی احساس‌های منفی مرگ را بگیرد، آثار منفی نیز به‌جای گذاشته است؛ چراکه عقب راندن مرگ از شمار مسائل زندگی، مداومت در تجاهل به جنبه‌های واقعی آن است و این خود رنج و ترس همراه با واقعیات را تشدید می‌کند. هرچه انسان از مرگ بیشتر بترسد، کمتر آن را می‌شناسد و هر چه کمتر درباره آن بپرسد، بیشتر می‌ترسد، بی‌اعتنایی به مرگ آرامشی برای زیستن ایجاد نمی‌کند؛ بلکه فرد را به وضعیت ناراحتی، که بین بی تشویش و اغتشاش نوسان دارد قرار می‌دهد؛ پس باید گفت مسئله انسان، شکل‌گیری فراموشی درباره مرگ نیست، بلکه باید آن را به‌صورت هشیارانه در خدمت زندگی خود درآورد (آرنت، راتلج و گلدنبرگ، ۲۰۲۰). اضطراب نیز یکی از عمده مسائل و مشکلاتی است که در بین افراد به‌وفور دیده می‌شود. اضطراب کما واکنشی است در برابر خطری نامعلوم، مبهم و منشأ آن، ناخودآگاه و غیرقابل مهار است که عوامل متعددی آن را ایجاد می‌کنند. در این میان، انواع خاصی از اضطراب، بر اساس منشأ آن، شناخته و نام‌گذاری شده‌اند که اضطراب مرگ یکی از مهم‌ترین آن‌هاست. اضطراب مرگ مفهومی چندبعدی دارد و اغلب به‌عنوان ترس از مردن خود و دیگران تعریف می‌شود. اضطراب مرگ شامل پیش‌بینی مرگ خود و ترس از فرایند مرگ و مردن در مورد افراد مهم زندگی است. این اضطراب نوعی از اضطراب است که انسان‌های زنده آن را تجربه می‌کنند و می‌تواند سلامتی و جودی فردی و مخصوصاً کارکرد سلامت روانی را تحت تأثیر قرار دهد (قاضوی، ۱۳۹۶).

اضطراب مرگ صرفاً یک اضطراب دوردست نیست که در پایان راه به انتظارمان نشسته باشد، اضطراب نهفته‌ای است که به نهانگاه‌های احساس رخنه می‌کند تا جایی که گویی طعم مرگ را در همه‌چیز می‌چشیم. در اواخر بزرگسالی، سال‌خوردگان به مرگ می‌اندیشند و درباره آن صحبت می‌کنند اما آن‌ها از تغییرات جسمانی، میزان بالای بیماری و معلولیت و از دست دادن خویشاوندان و دوستان کما شواهد بیشتری برای مردن به دست می‌آورند، با توجه به این‌که تجربه کردن مقداری اضطراب درباره‌ی مرگ طبیعی است؛ اما مانند سایر ترس‌ها، چنانچه این اضطراب خیلی شدید باشد سازگاری را تضعیف می‌کند. اضطراب مرگ

می‌تواند نگرش منفی در مورد پیری را افزایش دهد و حتی منجر به اضطراب و ترس از پیری شود و این اضطراب با نگرانی و ناراحتی، احساس عدم امنیت و تنش همراه است (قاضوی، ۱۳۹۶). عبادی و هاشمی (۱۴۰۰) در تحقیقی با عنوان «اضطراب کرونا در پرستاران: نقش پیش‌بینی کننده‌ی حمایت اجتماعی ادراک‌شده و احساس انسجام» با قرار دادن جامعه پرستاران شاغل در کلینیک‌ها و بیمارستان‌های شهر رشت موفق شدند که ۲۰۰ نفر از آن‌ها را به‌صورت آنلاین موردبررسی قرار دهند که به این نتیجه رسیدند که اضطراب ناشی از بیماری کرونا در پرستاران دارای رابطه‌ی منفی و معنی‌دار با حمایت اجتماعی ادراک‌شده و احساس انسجام می‌باشد. حمایت اجتماعی ادراک‌شده و احساس انسجام ۴۲ درصد واریانس، امتیازات اضطراب از کرونا را در پرستاران پیش کرد؛ بنابراین آن‌ها به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی ادراک‌شده و احساس انسجام نقش حیاتی در اضطراب از بیماری کرونا در پرستاران ایفا می‌کند. سربوزی حسین آبادی، عسکری، میری و نمازی نیا (۱۴۰۰) در تحقیقی با عنوان «افسردگی، استرس و اضطراب پرستاران در پاندمی کووید-۹۱ در بیمارستان نهم دی تربت حیدریه» با مطالعه بر روی ۱۲۵ پرستار شاغل در بخش‌های بستری بیماران مبتلا به کوید - ۱۹ در بیمارستان نهم دی شهر تربت حیدریه اعلام کردند که نتایج آزمون کای اسکوئر نشان داد افسردگی، اضطراب و استرس پرستاران در حد متوسط بود. نتایج آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد افسردگی با سن ( $P=0/002$ )، اضطراب با سن ( $P=0/018$ )، وضعیت استخدامی ( $P=0/009$ ) و رضایت از تجهیزات حفاظت فردی ( $P=0/015$ ) و استرس با سن ( $P=0/011$ ) وضعیت استخدامی ( $P=0/023$ ) به‌صورت معنی‌داری در ارتباط است. عینی، عبادی و هاشمی (۱۳۹۹) در تحقیقاتی با عنوان «اضطراب کرونا در پرستاران: نقش پیش‌بینی کننده‌ی حمایت اجتماعی ادراک‌شده و احساس انسجام» با قرار دادن جامعه پرستاران شاغل در کلینیک‌ها و بیمارستان‌های شهر رشت موفق شدند که ۲۰۰ نفر از آن‌ها را به‌صورت آنلاین موردبررسی قرار دهند که به این نتیجه رسیدند که اضطراب ناشی از بیماری کرونا در پرستاران دارای رابطه‌ی منفی و معنی‌دار با حمایت اجتماعی ادراک‌شده و احساس انسجام می‌باشد. حمایت اجتماعی ادراک‌شده و احساس انسجام ۴۲ درصد واریانس، امتیازات اضطراب از کرونا را در پرستاران پیش کرد؛ بنابراین آن‌ها به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی ادراک‌شده و احساس انسجام نقش حیاتی در اضطراب از بیماری کرونا در پرستاران ایفا می‌کند. کیم، لی و چو (۲۰۲۰) در تحقیقی با عنوان «مطالعه‌ای درباره قصد حفظ شغل پرستاران بر اساس حمایت اجتماعی در وضعیت کوید ۱۹»، ۳۷۷ پرستار را موردبررسی قراردادند. تفاوت در گروه‌های مختلف پرستار شرکت‌کننده که با حمایت اجتماعی پیگیری می‌شدند معنی‌دار نبود. آن دسته از پرستاران که حمایت اجتماعی از خانواده دریافت می‌کردند امتیاز بیشتری در مقایسه با آن‌هایی که از همکاران دریافت می‌کردند داشتند. این مطالعه نشان داد که تفاوت در درگیر شدن شغلی و قصد حفظ شغل پرستاران شاغل در خط مقدم کوید ۱۹ به ویژگی‌های اجتماعی و حمایت اجتماعی از آن‌ها بستگی دارد. تفاوت در درگیر شدن شغلی و قصد حفظ شغل بر اساس ویژگی‌های فردی پرستاران و محیط کار می‌باشند، بنابراین این ویژگی‌ها باید در عمل برای ادامه کار پرستاران در نظر گرفته شوند. به طور خاص، قصد حفظ شغل پرستاران شاغل در بخش‌های مربوط به کوید ۱۹ کم بود. هو، کنگ، لی، هان و ژانگ (۲۰۲۰) در تحقیقی با عنوان «افسردگی شغلی، اضطراب، افسردگی و وضعیت‌های ترس و عوامل مرتبط با آن‌ها در پرستاران خط مقدم در هنگام شیوع کوید ۱۹ در ووهان، چین: یک مطالعه مقطعی بزرگ» با بررسی در مجموع ۲۰۱۴ پرستار واجد شرایط از دو

بیمارستان به این نتیجه رسیدند که حدود نیمی از پرستاران فرسودگی شغلی متوسط و زیاد گزارش کردند و پرستاران به ترتیب از اضطراب، افسردگی و ترس در حد متوسط و زیاد گزارش کردند. لذا سعی شده تا با انجام تحقیقات پیرامون شرایط روان‌شناختی پرستاران گامی در جهت سلامت روانی آن‌ها برداشته شود اما از یک‌سو با توجه به دسترسی محدود به پرستاران بخش کرونایی به علت فشار بالای شغلی با توجه به شیوع پاندمی کرونا و ویروس کووید ۱۹ و از سوی دیگر به دلیل ماهیت نوظهور بیماری که با ناشناخته بودن و مبهم بودن خود بیماری و نیز شرایط قرنطینه‌ای حاکم بر جامعه و سایر شرایط موجود همراه شده همگی این مسائل باعث شده که پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه اندک و با وسعت کم صورت گرفته است. لذا با توجه به خلأ پژوهشی موجود این تحقیق بر آن است تا با بررسی و تحقیق پیرامون جوانب امر به این پرسش اساسی پاسخ دهد که آیا بین حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ در پرستاران بخش کرونایی و غیر کرونایی تفاوت وجود دارد.

### روش پژوهش

روش پژوهش حاضر با توجه به هدف پژوهش حاضر، علی-مقایسه‌ای از نوع مقطعی-مقایسه‌ای بود که متغیرهای مستقل مطالعه حاضر شامل دو گروه پرستاران بخش کرونایی و غیرکرونایی و متغیرهای وابسته شامل امید به زندگی، حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل تمام پرستاران شاغل در تمامی مراکز درمانی و بهداشتی دولتی و خصوصی شهرستان ارومیه در بازه فروردین ماه تا خرداد ماه سال ۱۴۰۰ می‌باشد، که با برآوردهای موجود بالای ۲۰۰۰ نفر را در این زمینه در نظر گرفته شد؛ که در دو بیمارستان مورد مطالعه جمعاً در حدود ۱۵۰ نفر می‌باشند.

ابزارهای اندازه‌گیری عبارتند از:

**پرسشنامه‌ی حمایت اجتماعی:** توسط واکس، فیلیپس، هالی، تامپسون، ویلیامز و استوارت، در سال ۱۹۸۶ بر مبنای تعریف کوب از حمایت اجتماعی ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۲۳ ماده است. این پرسشنامه سه خرده مؤلفه دارد: حمایت خانواده، حمایت دوستان، و حمایت دیگران؛ که با دیدن سؤالات به‌سادگی می‌توان متوجه شد کدام سؤال مربوط به کدام خرده مقیاس است. نمره‌گذاری سؤالات ۳، ۱۰، ۱۳، ۲۱ و ۲۲ به شکل وارونه است (واکس، فیلیپس، هالی، تامپسون، ویلیامز و استوارت، ۱۹۸۶). این آزمون در مطالعه ابراهیمی قوام (۱۳۷۱) بر روی ۱۱۱ دانشجو و ۲۱۱ دانش‌آموز اجرا شد. پایایی آزمون در نمونه دانشجویی در کل مقیاس ۰/۹۱ و در نمونه دانش‌آموزی ۰/۷۱ و در آزمون مجدد در دانش‌آموزان پس از شش هفته ۰/۸۱ بود. همچنین در پژوهش حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد که نشان از مطلوبیت روایی ابزار اندازه‌گیری می‌باشد.

**پرسشنامه اضطراب مرگ<sup>۱</sup> تمپلر:** پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر (DAS) در سال ۱۹۷۰ توسط تمپلر طراحی و برای اندازه‌گیری اضطراب مربوط به مرگ ساخته شده و بیشترین کاربرد را در نوع خود داشته است. این پرسشنامه یک پرسشنامه خود اجرا متشکل از ۱۵ سؤال چهارگزینه‌ای (خیلی کم، کم، زیاد، خیلی زیاد) است. این پرسشنامه دارای ۱۵ سؤال و ۵ بعد می‌باشد. شیوه امتیازدهی بدین ترتیب می‌باشد که برای هر گزینه‌ها از ۰ تا ۳ نمره در نظر گرفته می‌شود. البته این روش نمره‌گذاری در سؤالات ۱۰، ۱۱،

<sup>۱</sup>. DAS: Death Anxiety Scale

۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵ معکوس می‌شود (۳ تا ۰). ابعاد این پرسشنامه شامل ترس از مرگ (سؤالات ۱۲ - ۱ - ۱۴)، ترس از درد و بیماری (سؤالات ۱۳ - ۶ - ۴ - ۲)، افکار مربوط به مرگ (سؤالات ۱۱ - ۹ - ۵)، زمان گذرا و زندگی کوتاه (۱۰ - ۷ - ۳)، ترس از آینده (سؤالات ۱۵ - ۸) می‌باشند.

#### یافته‌ها

به‌منظور بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش از آزمون کولموگروف اسمیرنوف بهره گرفته شد. اگر سطح معناداری بیشتر از ۵٪ باشد متغیر نرمال و اگر کمتر از ۵٪ باشد متغیرها نرمال نیستند. جدول ۱- خروجی این آزمون را به نمایش درآورده است.

جدول ۱. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای تست نرمال بودن داده‌ها

متغیر	ابعاد	مقدار آزمون	سطح معناداری
امید به زندگی		۰/۰۹۷	۰/۲۰۰
اضطراب مرگ	کل	۰/۱۲۰	۰/۱۳۱
	ترس از مرگ	۰/۱۲۴	۰/۲۳۰
	ترس از درد و بیماری	۰/۱۰۰	۰/۲۰۰
	افکار مربوط به مرگ	۰/۱۱۸	۰/۱۳۹
	زمان گذرا و زندگی کوتاه	۰/۱۳۶	۰/۱۷۳
	ترس از آینده	۰/۲۱۸	۰/۱۴۸

نظر به این‌که سطح معناداری همه متغیرها بیشتر از ۵٪ می‌باشد، همه متغیرها نرمال می‌باشند.

طبق مشاهدات به‌دست‌آمده، به‌طورکلی اختلاف معنی‌داری بین حمایت اجتماعی به تفکیک مؤلفه‌ها در پرستاران بخش کرونایی و غیرکرونایی بیمارستان امام خمینی شهرستان ارومیه که در پژوهش حاضر شرکت کرده بودند، مشاهده شد. بر اساس تست لون، همگنی واریانس‌ها برقرار است. البته ابتلا یا عدم ابتلا به کرونا تأثیر معنی‌داری بر روی نتایج نداشت.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی متغیر حمایت اجتماعی

متغیر	بخش	ابتلا به کرونا	تعداد	میانگین	انحراف معیار	
حمایت خانواده	کرونا	خیر	۱۶	۲۹/۸۱	۳/۷۶۳	
		بله	۱۴	۳۱/۹۳	۵/۱۵۱	
		کل	۳۰	۳۰/۸۰	۶/۵۱۴	
		غیر کرونا	خیر	۱۳	۳۲/۰۰	۲/۶۱۹
			بله	۱۷	۳۱/۲۰	۲/۳۲۹
			کل	۳۰	۳۱/۵۷	۲/۴۰۱
	مجموع	خیر	۳۰	۳۰/۸۹	۲/۲۳۷	
		بله	۳۰	۳۱/۵۵	۲/۶۷۲	
		کل	۶۰	۳۱/۱۷	۲/۴۴۷	
		کرونا	خیر	۱۶	۲۲/۴۴	۶/۵۱۲
			بله	۱۴	۲۵/۴۳	۲/۹۴۶
			کل	۳۰	۲۴/۳۷	۵/۸۵۷
غیر کرونا	خیر		۱۳	۲۲/۳۱	۵/۰۲۰	
	بله		۱۷	۲۶/۱۳	۲/۳۵۶	
	کل		۳۰	۲۵/۲۹	۳/۸۷۶	
مجموع	خیر	۳۰	۲۲/۸۳	۵/۸۵۶		
	بله	۳۰	۲۵/۷۹	۳/۷۶۴		
	کل	۶۰	۲۴/۸۱	۲/۹۷۹		
	کرونا	خیر	۱۶	۲۸/۰۰	۲/۴۱۲	
		بله	۱۴	۲۹/۰۰	۲/۶۰۸	
		کل	۳۰	۲۸/۲۷	۲/۲۵۵	
غیر کرونا		خیر	۱۳	۲۹/۱۵	۲/۶۷۰	
		بله	۱۷	۲۹/۸۷	۵/۱۵۳	
		کل	۳۰	۲۹/۵۲	۲/۸۵۷	
مجموع	خیر	۳۰	۲۸/۵۲	۲/۴۸۵		
	بله	۳۰	۲۹/۴۵	۲/۸۳۰		
	کل	۶۰	۲۸/۹۸	۲/۶۴۳		

روش استاندارد برای ارزیابی برابری ماتریس‌های کواریانس آزمون M باکس است، که در آن معناداری آماری شاخص ناهمگنی یا نابرابری محسوب می‌شود.

جدول ۳. آزمون M باکس متغیر حمایت اجتماعی

۴۳/۱۴۱	M باکس
۲/۱۵۰	آزمون F
۱۸	درجه آزادی اول
۹۷۶۹/۷۰۸	درجه آزادی دوم
۰/۰۰۳	سطح معناداری

آزمون لاندای ویلکس بین صفر و یک نوسان دارد و هر چه به مقدار صفر نزدیک شود گواهی به تفاوت بیشتر میانگین متغیرهای کمی در گروه‌ها می‌دهد و بر عکس هر چه به یک نزدیک‌تر نشان از عدم تفاوت میانگین‌ها در بین گروه‌ها است. در اینجا و بر اساس داده‌های جدول ۴، میانگین‌های مؤلفه‌های حمایت اجتماعی در بین پرستاران، برای ابتلا یا عدم ابتلا به کرونا نزدیک به هم بودند. (این موضوع احتمالاً می‌تواند ناشی از ترس همگانی از کرونا باشد) اما این میانگین‌ها در پرستاران شاغل در بخش‌های کرونا و غیر کرونا اختلاف معناداری داشتند؛ به عبارت دیگر، پرستاران شاغل در بخش کرونا، حمایت اجتماعی بیش‌تری نسبت به شاغلین در سایر بخش‌ها دریافت کرده‌اند.

جدول ۴. آزمون لاندای ویلکس متغیر حمایت اجتماعی

متغیر	مقدار لاندای	آزمون F	سطح معناداری	درجه آزادی آزمون فرض	درجه آزادی خطا
بخش	۰/۰۱۵	۱۲۳/۲۸۶	۰/۰۰۰	۶	۱۰۴
ابتلا به کرونا	۰/۹۵۲	۰/۸۷۰	۰/۴۶۳	۳	۵۲
بخش و ابتلا به کرونا	۰/۹۶۸	۰/۵۷۲	۰/۶۳۶	۳	۵۲

جدول ۵. آزمون لوین برای برابری واریانس‌ها بر روی متغیر حمایت اجتماعی

متغیر	آزمون F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
امید به زندگی	۰/۵۶۳	۳	۵۶	۰/۶۴۲
حمایت اجتماعی	۲/۲۴۲	۳	۵۶	۰/۰۹۴
اضطراب مرگ	۰/۰۷۶	۳	۵۶	۰/۹۷۳

با نگاهی به نتایج جدول لوین مشخص است که مقدار sig برای متغیر حمایت اجتماعی بالای ۰/۰۵ است بنابراین واریانس‌های خطاهای آن‌ها باهم برابر هستند.

جدول بعدی یعنی جدول ۶- (Test of Between-Subjects Effects) به بررسی اثرات هر یک از متغیرهای کمی به صورت جداگانه در گروه‌های متغیرهای کیفی و نیز اثر تعاملی آن دو متغیر می‌پردازد. همان‌طور که پیش‌تر نیز گفته شد، شاغل بودن در بخش‌های کرونا و غیرکرونا اثر معناداری بر روی میانگین‌های مؤلفه‌های حمایت اجتماعی در بین پرستاران داشت؛ اما ابتلا یا عدم ابتلا به کرونا اثر معناداری بر روی این میانگین‌ها در پرستاران نداشت؛ به عبارت دیگر، پرستاران شاغل در بخش کرونا، حمایت اجتماعی درک شده‌ی کم‌تری نسبت به شاغلین در سایر بخش‌ها داشتند؛ اما ابتلا یا عدم ابتلا به کرونا تأثیر معناداری در این وضعیت نداشت. (و همان‌طور که ذکر شد، این موضوع احتمالاً می‌تواند ناشی از ترس همگانی از کرونا باشد).

جدول ۶. آزمون اثرات متغیرهای کیفی بر روی حمایت اجتماعی

منبع اثر	متغیر	جمع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آزمون F	سطح معناداری
بخش	حمایت خانواده	۵۴۳۶۸/۳۴۳	۲	۲۸۱۸۴/۱۷۱	۱۴۱۴/۷۵۵	۰/۰۰۰
	حمایت دوستان	۳۵۷۱۴/۳۱۹	۲	۱۷۸۵۷/۱۶۰	۷۱۵/۴۱۶	۰/۰۰۰
	حمایت دیگران	۴۸۷۳۶/۵۶۹	۲	۲۴۳۶۸/۲۸۵	۱۰۹۵/۲۷۲	۰/۰۰۰
ابتلا به کرونا	حمایت خانواده	۷/۲۵۰	۱	۷/۲۵۰	۰/۳۶۴	۰/۵۲۹
	حمایت دوستان	۵۲/۷۱۴	۱	۵۲/۷۱۴	۲/۱۱۲	۰/۱۵۲
	حمایت دیگران	۱۰/۷۰۸	۱	۱۰/۷۰۸	۰/۴۸۱	۰/۴۹۱
بخش و ابتلا به کرونا	حمایت خانواده	۳۰/۶۴۱	۱	۳۰/۶۴۱	۱/۵۳۸	۰/۲۲۰
	حمایت دوستان	۰/۰۹۹	۱	۰/۰۹۹	۰/۰۰۴	۰/۹۵۰
	حمایت دیگران	۰/۲۹۷	۱	۰/۲۹۷	۰/۰۱۳	۰/۹۰۸

طبق مشاهدات به دست آمده، به طور کلی اختلاف معنی داری بین اضطراب مرگ و خرده مؤلفه‌های آن در پرستاران بخش کرونایی و غیرکرونایی شهرستان ارومیه که در پژوهش حاضر شرکت کرده بودند، مشاهده شد. بر اساس تست لون، همگنی واریانس‌ها برقرار است. البته ابتلا یا عدم ابتلا به کرونا تأثیر معنی داری بر روی نتایج نداشت.

جدول ۷. اطلاعات توصیفی متغیر اضطراب مرگ

متغیر	بخش	ابتلا به کرونا	تعداد	میانگین	انحراف معیار	
ترس از مرگ	کرونا	خیر	۱۶	۷/۱۹	۱/۹۰۵	
		بله	۱۴	۸/۳۶	۲/۵۶۰	
		کل	۳۰	۷/۷۳	۲/۲۷۳	
	غیر کرونا	خیر	۱۳	۷/۶۹	۱/۹۳۲	
		بله	۱۷	۸/۸۷	۲/۱۶۷	
		کل	۳۰	۸/۳۲	۲/۱۰۹	
	مجموع	خیر	۳۰	۷/۴۱	۱/۹۰۰	
		بله	۳۰	۸/۶۲	۲/۳۳۶	
		کل	۶۰	۸/۰۲	۲/۱۹۶	
	ترس از درد و بیماری	کرونا	خیر	۱۶	۱۲/۲۵	۲/۶۷۱
			بله	۱۴	۱۱/۵۰	۳/۶۳۲
			کل	۳۰	۱۱/۹۰	۳/۱۲۲
غیر کرونا		خیر	۱۳	۱۱/۰۸	۳/۶۸۵	
		بله	۱۷	۱۱/۳۳	۳/۷۱۶	
		کل	۳۰	۱۱/۲۱	۳/۶۳۵	
مجموع		خیر	۳۰	۱۱/۷۲	۳/۱۶۱	
		بله	۳۰	۱۱/۴۱	۳/۶۱۱	
		کل	۶۰	۱۱/۵۷	۳/۳۶۷	
افکار مربوط به مرگ		کرونا	خیر	۱۶	۱۰/۸۸	۲/۲۱۷
			بله	۱۴	۱۱/۴۳	۱/۳۹۹
			کل	۳۰	۱۱/۱۳	۱/۸۷۱
	غیر کرونا	خیر	۱۳	۱۱/۶۹	۲/۵۶۲	
		بله	۱۷	۱۲/۳۳	۲/۲۵۷	
		کل	۳۰	۱۲/۰۴	۲/۳۸۰	
	مجموع	خیر	۳۰	۱۱/۲۴	۲/۳۷۰	
		بله	۳۰	۱۱/۹۰	۱/۹۱۵	
		کل	۶۰	۱۱/۵۷	۲/۱۶۱	
	زمان گذرا و زندگی کوتاه	کرونا	خیر	۱۶	۹/۱۳	۱/۶۶۸
			بله	۱۴	۸/۳۶	۱/۲۷۷
			کل	۳۰	۸/۷۷	۱/۵۲۴
غیر کرونا		خیر	۱۳	۷/۹۲	۳/۰۹۵	
		بله	۱۷	۸/۰۰	۳/۳۸۱	
		کل	۳۰	۷/۹۶	۳/۱۹۱	
مجموع		خیر	۳۰	۸/۵۹	۲/۴۴۲	
		بله	۳۰	۸/۱۷	۳/۵۵۰	
		کل	۶۰	۸/۳۸	۲/۴۸۴	
ترس از آینده		کرونا	خیر	۱۶	۶/۱۳	۱/۶۶۸

۱/۳۹۳	۴/۶۴	۱۴	بله	غیر کرونا
۱/۶۹۵	۵/۲۳	۳۰	کل	
۱/۳۷۷	۵/۳۱	۱۳	خیر	مجموع
۰/۹۲۶	۶/۰۰	۱۷	بله	
۱/۱۸۸	۵/۶۸	۳۰	کل	
۱/۵۷۳	۵/۷۶	۳۰	خیر	
۱/۳۴۴	۵/۳۴	۳۰	بله	
۱/۴۶۵	۵/۵۵	۶۰	کل	

روش استاندارد برای ارزیابی برابری ماتریس‌های کوواریانس آزمون M باکس است، که در آن معناداری آماری شاخص ناهمگنی یا نابرابری محسوب می‌شود. بر اساس نتایج جدول ۷، ماتریس‌های کوواریانس همگن بودند.

#### جدول ۸. آزمون M باکس متغیر اضطراب مرگ

۸۳/۴۰۱	M باکس
۱/۵۳۴	آزمون F
۴۵	درجه آزادی اول
۶۸۸۶/۴۸۲	درجه آزادی دوم
۰/۱۱۲	سطح معناداری

آزمون لاندای ویلکس بین صفر و یک نوسان دارد و هر چه به مقدار صفر نزدیک شود گواهی به تفاوت بیشتر میانگین متغیرهای کمی در گروه‌ها می‌دهد و بر عکس هر چه به یک نزدیک‌تر نشان از عدم تفاوت میانگین‌ها در بین گروه‌ها است. در این‌جا و بر اساس داده‌های جدول ۶، میانگین‌های مؤلفه‌های اضطراب مرگ در بین پرستاران، برای ابتلا یا عدم ابتلا به کرونا نزدیک به هم بودند. (این موضوع احتمالاً می‌تواند ناشی از ترس همگانی از کرونا باشد) اما این میانگین‌ها در پرستاران شاغل در بخش‌های کرونا و غیرکرونا اختلاف معناداری داشتند؛ به عبارت دیگر، پرستاران شاغل در بخش کرونا، اضطراب مرگ بیش‌تری نسبت به شاغلین در سایر بخش‌ها داشتند.

#### جدول ۹. آزمون لاندای ویلکس

متغیر	مقدار لاندای	آزمون F	سطح معناداری	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا
بخش	۰/۰۲۰	۶۰/۷۰۵	۰/۰۰۰	۱۰	۱۰۰
ابتلا به کرونا	۰/۷۸۹	۲/۶۷۶	۰/۰۳۲	۵	۵۰
بخش و ابتلا به کرونا	۰/۱۸۵	۲/۲۶۴	۰/۰۶۲	۵	۵۰

#### جدول ۱۰. آزمون لوین برای برابری واریانس‌ها

متغیر	آزمون F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
ترس از مرگ	۰/۴۰۱	۳	۵۶	۰/۷۵۳
ترس از درد و بیماری	۰/۶۷۷	۳	۵۶	۰/۵۷۰
افکار مربوط به مرگ	۱/۱۳۵	۳	۵۶	۰/۳۲۳
زمان گذرا و زندگی کوتاه	۲/۲۳۵	۳	۵۶	۰/۱۰۷
ترس از آینده	۳/۷۵۲	۳	۵۶	۰/۲۱۶

با نگاهی به نتایج جدول لوین مشخص است که مقدار sig برای متغیر اضطراب مرگ بالای ۰/۰۵ است بنابراین واریانس‌های خطاهای آن‌ها با هم برابر هستند. در جدول بعدی یعنی جدول ۱۱ (Test of Between-Subjects Effects) به بررسی اثرات هر یک از متغیرهای کمی به صورت جداگانه در گروه‌های متغیرهای کیفی و نیز اثر تعاملی آن دو متغیر پرداخته شده است. همان‌طور که پیش‌تر نیز گفته شد، شاغل بودن در بخش‌های کرونا و غیرکرونا اثر معناداری بر روی میانگین‌های مؤلفه‌های اضطراب مرگ در بین پرستاران داشت؛ اما ابتلا یا عدم ابتلا به کرونا اثر معناداری بر روی این میانگین‌ها در پرستاران نداشت؛

به عبارت دیگر، پرستاران شاغل در بخش کرونا، اضطراب مرگ بیش‌تری نسبت به شاغلین در سایر بخش‌ها داشتند؛ اما این اضطراب در اثر ابتلا یا عدم ابتلا به کرونا نبود. (و همان‌طور که ذکر شد، این موضوع احتمالاً می‌تواند ناشی از ترس همگانی از کرونا باشد).

جدول ۱۱. آزمون اثرات بین متغیرها

منبع اثر	متغیر	جمع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آزمون F	سطح معناداری
بخش	ترس از مرگ	۳۷۳۲/۰۲۶	۲	۱۸۶۶/۵۱۳	۴۰۲/۹۱۸	۰/۰۰۰
	ترس از درد و بیماری	۷۷۶۹/۵۸۶	۲	۳۸۸۴/۷۹۳	۳۳۰/۴۸۷	۰/۰۰۰
	افکار مربوط به مرگ	۷۷۷۴/۵۶۹	۲	۳۸۸۷/۲۸۵	۸۴۲/۰۷۵	۰/۰۰۰
	زمان گذرا و زندگی کوتاه	۴۰۸۱/۶۶۹	۲	۲۰۴۰/۸۳۵	۳۲۶/۱۵۹	۰/۰۰۰
	ترس از آینده	۱۷۸۸/۵۲۶	۲	۸۹۴/۲۶۳	۲۷۴/۶۷۴	۰/۰۰۰
ابتلا به کرونا	ترس از مرگ	۱۹/۸۱۹	۱	۱۹/۸۱۹	۴/۲۷۸	۰/۰۲۳
	ترس از درد و بیماری	۱/۰۰۸	۱	۱/۰۰۸	۰/۰۸۶	۰/۷۷۱
	افکار مربوط به مرگ	۵/۱۲۲	۱	۵/۱۲۲	۱/۱۱۰	۰/۲۹۷
	زمان گذرا و زندگی کوتاه	۱/۸۷۲	۱	۱/۸۷۲	۰/۲۹۹	۰/۵۸۷
	ترس از آینده	۲/۷۰۳	۱	۲/۷۰۳	۱/۲۳۵	۰/۲۳۶
بخش و ابتلا به کرونا	ترس از مرگ	۸/۰۱۵	۱	۸/۰۱۵	۰/۰۰۰	۰/۹۹۷
	ترس از درد و بیماری	۳/۶۵۰	۱	۳/۶۵۰	۰/۳۱۰	۰/۵۸۰
	افکار مربوط به مرگ	۰/۰۰۲	۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۶	۰/۹۳۹
	زمان گذرا و زندگی کوتاه	۲/۵۷۲	۱	۲/۵۷۲	۰/۴۱۱	۰/۵۲۴
	ترس از آینده	۱۷/۰۳۸	۱	۱۷/۰۳۸	۹/۰۲۴	۰/۰۰۴

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اختلاف معنی‌داری بین حمایت اجتماعی در تفکیک پرستاران بخش کرونایی و غیرکرونایی وجود دارد؛ بنابراین مطالعه حاضر مبنی بر «بین حمایت اجتماعی در پرستاران بخش کرونایی و غیر کرونایی تفاوت وجود دارد.» تأیید شد. بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که حمایت اجتماعی همکاران و خانواده از پرستاران، مقابله با شرایط استرس‌زا را برای آن‌ها آسان‌تر می‌کند. همچنین فنگ و همکاران (۲۰۱۸) به بررسی اهمیت حمایت اجتماعی در مقابله با استرس روانی در گروهی از پرستاران پرداختند و نشان دادند حمایت اجتماعی و اعتماد به نفس نقش مهمی در مقابله با استرس‌های روانی داشته است. همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد اختلاف معنی‌داری بین اضطراب مرگ در تفکیک پرستاران بخش کرونایی و غیرکرونایی وجود دارد؛ بنابراین مطالعه حاضر مبنی بر «بین اضطراب مرگ در پرستاران بخش کرونایی و غیر کرونایی تفاوت وجود دارد.» تأیید شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که جامعه مورد بررسی از نظر میزان نمره اضطراب مرگ در سطح مطلوبی قرار ندارد زیرا تنها یک‌چهارم پرستاران دارای اضطراب خفیف بودند. در تبیین این یافته می‌توان عللی چون افزایش فشار کاری، شیفت‌های پی‌درپی و بدون فرصت استراحت را بیان کرد. نتایج مطالعه مسعود زاده و همکاران (۱۳۸۷) نیز نشان داد که ۵۷/۸ درصد از کارکنان بیمارستان دولتی شهر ساری اضطراب مرگ بالایی داشته‌اند، آن‌ها نیز در مطالعه خود شرایط ویژه‌کاری و ترکیب سنی و جنسی نمونه‌ها را عامل اضطراب بالا دانسته‌اند البته پژوهش آن‌ها بر روی تمام کارکنان بیمارستان و نه صرفاً گروه پزشکی انجام شده بود. مطالعات نشان داده‌اند که میزان اضطراب مرگ در حرفه پرستاری بیشتر از سایر حرفه‌ها می‌باشد مطالعه چن و همکاران (۲۰۱۶) در بررسی اضطراب مرگ سه گروه از دانشجویان (پرستاری با تجربه پرستاری بدون تجربه، غیرپزشکی)

در تایوان نشان داد که دانشجویان پرستاری با تجربه، اضطراب مرگ بیشتری نسبت به دو گروه دیگر داشته و اضطراب مرگ دانشجویان کمتر بوده است و آموزش پرستاری ممکن است باعث افزایش اضطراب در دانشجویان گردد.

روش نمونه‌گیری این مطالعه از نوع در دسترس بود که باید در تعمیم نتایج به‌دست‌آمده جوانب احتیاط را ملاحظه نمود. مطالعه حاضر بر روی پرستاران شهرستان ارومیه که جمعیت نسبتاً همگنی بوده، صورت گرفته است. در این پژوهش برای ارزیابی متغیرها از ابزارهای خود گزارشی استفاده شده که ممکن است آزمودنی‌ها با سوگیری، عدم صداقت یا عدم شناخت صحیح از وضعیت خود، به سؤالات پاسخ‌گو بوده باشند، لذا این نیز تعمیم‌پذیری پژوهش را با محدودیت مواجه می‌کند. در شرایط بحرانی کرونا پرستاران سایر بخش‌ها مانند بخش گوارش و قلب و عروق برای ارائه مراقبت به بخش کرونا انتقال یافتند در این صورت باید بین پرستاران بخش سی‌سی‌یو که میزان مرگ‌ومیر در آن زیاد است و با استرس بیشتر همراه است مورد تفکیک قرار گیرد.

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده در مطالعه حاضر در پرستاران بخش کرونایی و غیرکرونایی شهرستان ارومیه پیشنهاد می‌گردد مسئولین تمهیداتی از قبیل آموزش عوامل مقابله با استرس، مرخصی برای پرستاران و استفاده از لباس‌ها و عینک‌ها و شیلدهای مخصوص بیمارستانی برای مقابله با کرونا و همچنین افزایش تعداد کادر پرستاری جهت کاهش حجم کار پرستاران انجام دهند تا نقش حمایت اجتماعی را در کاهش اضطراب مرگ و امید به زندگی خود در نظر بگیرند. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده در مطالعه حاضر مبنی بر وجود اختلاف معنی‌دار در اضطراب مرگ در پرستاران بخش کرونایی و غیر کرونایی پیشنهاد می‌گردد، مسئولین تمهیداتی از قبیل آموزش عوامل مقابله با استرس، مرخصی برای پرستاران و افزایش تعداد کادر پرستاری جهت کاهش حجم کار پرستاران انجام دهند همچنین مسئولین تمهیداتی اتخاذ نمایند برای ملاقات پرستاران بخش کرونا با خانواده‌هایشان تا عوامل اضطراب در کلیه پرستاران کاهش یابد. نتیجه شخصی این است که مطالعه حاضر به نفع گروه پرستاران بخش کرونایی است و اقدامات لازم پیشنهاد شده می‌توان کمک بیشتری به این گروه از پرستاران کند تا میزان اثرات منفی در این شرایط بحرانی را تعدیل یابد. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده در مطالعه حاضر مبنی بر وجود اختلاف معنی‌دار در حمایت اجتماعی در پرستاران بخش کرونایی و غیر کرونایی پیشنهاد می‌گردد، مسئولین تمهیداتی از قبیل افزایش پاداش و تشویق برای پرستاران به عمل‌آوردن همچنین استفاده از محل‌هایی دور از محیط بیمارستان جهت قرنطینه و دیدار با خانواده‌هایشان برای مقابله با کرونا تا پرستاران در کلیه بخش‌های بیمارستانی از حمایت اجتماعی لازم برخوردار گردند.

## منابع

- احمدی، حبیب (۱۳۹۷). جامعه‌شناسی انحرافات. تهران: انتشارات سمت.
- سربوزی حسین آبادی، طاهره؛ عسکری، محمدرضا؛ میری، خیزران؛ نمازی نیا، محمد. (۱۳۹۹)، افسردگی، استرس و اضطراب پرستاران در پاندمی کووید-۹۱ در بیمارستان نهم دی تربت حیدریه. مجله طب نظامی، ۲۲(۶)، ۵۲۶-۵۳۳.
- قاضوی، سیدتقی. (۱۳۹۶). زمینه‌های ایجاد اضطراب مرگ و راه‌های پیشگیری از آن در تعالیم اسلام. فصلنامه فرهنگ و تربیت اسلامی، ۱۳، ۱۷۳-۱۹۴.
- کلانتری، صمد. (۱۳۹۸). مبانی جمعیت‌شناسی. اصفهان: انتشارات مانی
- لوکاس، دیوید و پاول، میر. (۱۳۹۸). درآمدی بر مطالعات جمعیتی. ترجمه حسین محمودیان، تهران: انتشارات دانشگاه تهران

- مسعودزاده، عباس؛ جواد، ستاره؛ محمدپورتهمتن، رضاعلی و مدانلوکردی، منا. (۱۳۸۷). شیوع اضطراب مرگ بین کارکنان یک بیمارستان دولتی شهر ساری در بهار ۱۳۸۷. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۱۸(۶۷)، ۸۴-۹۰.
- نادری، فرح، بختیارپور، سعید و شکوهی، مینا. (۱۳۸۹). مقایسه اضطراب مرگ، خوش بینی و شوخ طبعی بین پرستاران زن. فصلنامه زن و فرهنگ، ۲(۳)، ۴۱-۵۰.
- Arnetz, J.E., Goetz, C.M., Arnetz, B.B., Arble, E. (2020), Nurse Reports of Stressful Situations during the COVID-19 Pandemic: Qualitative Analysis of Survey Responses, *International Journal of Environmental research and public health*, 17, 1-12.
- Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, X., Zhu, L., & et.al. (2020), Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study,. Published by Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100424>.
- Huang, Yeen & Zhao, Ning (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 epidemic in China: a web-based cross-sectional survey. medrxiv. The Preprint Server for Health Sciences. March 09, 2020. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.02.19.20025395>.
- Kavaklı, M., Uğuz, F., Türkmen, O.O. (2020). The mediating role of self-compassion in the relationship between perceived COVID-19 threat and death anxiety, *Turkish J Clinical Psychiatry*, 23 (Supp 1), 15-23.
- Kim, Y.J., Lee, S.Y., Cho, J.H. (2020). A Study on the Job Retention Intention of Nurses Based on Social Support in the COVID-19 Situation, *Sustainability Journal*, 12(7276), 1-9.
- Li, J., & Hardly, W. (2019). The WHOQoL Group development of the world health organization. *Quality of life. Assesment Internal perspective*. 12: 6-1.
- Miller, J.F., & Powers, M. J. (1988). Development of an instrument to measure hope. *Nurs Res*, 37(1), 6-10.
- Samantha, K., Rebecca, K., Louise, E., ... (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Published Online February 26, 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety scale. *Journal of General Psychology*, 82:165-177.
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety scale. *Journal of General Psychology*, 82:165-177.
- Vaux, A., Phillips, J., Holly, L., Thomson, B., Williams, D., & Stewart, D. (1986). The social support appraisals (SS-A) scale: Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*, 14(2), 195-219.