مقاله پژوهشی

نقش ناگویی هیجانی و سبک‌های دل‌بستگی در پیش‌بینی ترس از ابتلا به بیماری در مادران دارای فرزند دبستانی در هنگام شیوع کرونا ویروس (کووید-۱۹)

لیلا یعقوبجانی غیاثوند[۱]

۱. کارشناس ارشد روانشناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، گروه روانشناسی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره ششم، شماره پنجاه و پنجم، سال ۱۴۰۰، صفحات ۲۶۳-۲۵۳

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۹/۱۰ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۱۸**

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی نقش ناگویی هیجانی و سبک‌های دل‌بستگی در پیش‌بینی ترس از ابتلا به بیماری در مادران دارای فرزند دبستانی در هنگام شیوع کرونا ویروس (کووید-۱۹) بود. روش پژوهش کّمی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش کلیه مادران دارای فرزند دبستانی شهر تهران در دوران شیوع کرونا در سال ۱۳۹۹ بودند. حجم نمونه ۱۵۰ نفر از این افراد بر اساس فرمول پلنت از تاباکینگ، فیدل و اولمن (۲۰۰۷) و به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به مقیاس ترس از ابتلا به ویروس کرونا (FDCS) ویسی و همکاران (۱۳۹۹)، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS) بگبی، پارکر و تیلور (۱۹۹۴) و مقیاس سبک‌های دل‌بستگی بزرگسالان (AAS) کولینز و رید (۱۹۹۰) پاسخ دادند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیره تحلیل شد. نتایج نشان داد که بین ناگویی هیجانی و سبک‌های دل‌بستگی با ترس از ابتلا به بیماری در مادران دارای فرزند دبستانی در هنگام شیوع کرونا ویروس (کووید-۱۹) رابطه معنادار وجود دارد ($P<۰/۰۱$). نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نیز آشکار کرد که ۷۵/۶ درصد واریانس ترس از ابتلا به بیماری کرونا ویروس به‌وسیله ناگویی هیجانی و سبک‌های دل‌بستگی تبیین می‌شود. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که ناگویی هیجانی و سبک‌های دل‌بستگی نقش مهمی در پیش‌بینی ترس از ابتلا به بیماری کرونا ویروس (کووید-۱۹) دارند.

کلیدواژه: ناگویی هیجانی، سبک‌های دل‌بستگی، ترس از ابتلا به بیماری، کرونا ویروس (کووید-۱۹).

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

مقدمه

یکی از بیماری‌های که اخیراً در ایران (ویسی و همکاران، ۱۳۹۹) و جهان در حال گسترش است، بیماری ناشی از کرونا ویروس (کووید-۱۹) است و کل جهان را فراگرفته است و ناشی از ویروس SARS-CoV-2 می‌باشد که چالش‌های برای نظام سلامت جهانی و تهدیدی برای همه افراد به وجود آورده است. در طول دوران پاندمیک بیماری کرونا ویروس (کووید-۱۹) افراد چالش‌های چون پایین آمدن سطح سلامت روانی (دوآن و ژو[1]، ۲۰۲۰)، افزایش مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب (شانافلت، ریپ و تورکل[2]، ۲۰۲۰)، نشانگان افسردگی و کیفیت خواب (هوآنگ و ژائو[3]، ۲۰۲۰)، اختلال خواب (ایکسائو، ژانگ، کونگ، لی و یانگ[4]، ۲۰۲۰)، پریشانی روان‌شناختی (کیو[5] و همکاران، ۲۰۲۰) و اختلال استرس پس از سانحه (شهیاد و محمدی، ۱۳۹۹) و ترس از ابتلا به بیماری کرونا ویروس مواجه هستند (ویسی، ایمانی، بهروز و ایمانی، ۱۳۹۹). با توجه بااینکه، هنوز دارو و واکسنی برای درمان فرد مبتلا شده به ویروس کرونا وجود ندارد، بسیاری از مردم در سراسر جهان، دچار ترس از مبتلا شدن به آن شده‌اند و منجر به شکل‌گیری یک ترس و استرس روان‌شناختی بیمارگونه در افراد شده است (ویسی، ایمانی، بهروز و ایمانی، ۱۳۹۹). از سوی دیگر تعداد زیاد بیماران و افراد ناقل بدون علامت باعث شد که بسیاری از کشورها اقدام به قرنطینه شهرها کنند و این باعث به وجود آمدن سبک جدیدی از زندگی در میان مردم گردید (علی‌اکبری دهکردی، محتشمی و تدریس تبریزی، ۱۳۹۹) و چنین شرایط بسیاری از افراد به ساعاتی بیشتر از روز را در منزل می‌مانند که این امر باعث اختلال در روال زندگی معمولی افراد (لیو، بائو، هوانگ، شی و لو[6]، ۲۰۲۰). یکی از مواردی که می‌تواند ترس از ابتلا به بیماری کرونا ویروس در افراد را تبیین کند، ناگویی هیجانی[7] است، به‌طوری‌که بر اساس نتایج یک پژوهش، ناگویی هیجانی نقش مهمی در پیش‌بینی اختلالات اضطرابی و ترس در افراد دارد (براردیس[8] و همکاران، ۲۰۰۸).

ناگویی هیجانی یک آسیب شخصیتی[9] است که شامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی بوده و به‌عنوان مشکل در فرآیند تنظیم هیجان، عدم وجود کلمات برای هیجانات و احساسات، فقدان توانایی برای برقراری ارتباط با احساسات توصیف‌شده است. به‌عبارتی‌دیگر، ناگویی هیجانی به‌عنوان اختلال در مکانیزم‌های تنظیم هیجان که شامل پاسخ‌های افتراقی هیجانی و جسمانی به رویدادهای زندگی افراد می‌باشد مفهوم‌سازی شده است (چیمنتی[10] و همکاران، ۲۰۱۹). افزون بر ناگویی هیجانی، سبک‌های دل‌بستگی نیز نقش مهمی در ترس ابتلا به بیماری‌های جسمانی و روان‌شناختی دارند (سروسینلی، روسی،

1. Duan & Zhu
2. Shanafelt, Ripp & Trockel
3. Huang & Zhao
4. Xiao, Zhang, Kong Li, & Yang
5. Qiu
6. Liu, J. Bao, Huang, Shi & Lu
7. alexithymia
8. Berardis
9. personality trauma
10. Chimenti

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

مونتباروسی و بالدارو[1]، ۲۰۱۰). بر اساس دیدگاه بالبی، دل‌بستگی از طریق روابط غیرکلامی بین نوزاد و مراقب اولیه آن‌ها شکل می‌گیرد. سبک‌های دل‌بستگی به مدل‌های درون‌کاری معینی از دل‌بستگی اشاره دارد که شکل پاسخ‌های رفتاری افراد را به جدایی از نگاره‌ای دل‌بستگی و پیوند مجدد با این نگاره‌ها تعیین می‌کند. این مدل‌های درون‌کاری یک پایگاه امنی را برای فرد فراهم می‌کند که وی را قادر می‌سازد احساسات خود را به روشی نسبتاً مستقل و کاربردی تنظیم کند (فوچشوبر، هیبلر-راگر، کریس، کاپفامر و اونترراینر[2]، ۲۰۱۹). با توجه به آنچه گفته شد این پژوهش به این سوال پاسخ داده است که آیا ناگویی هیجانی و سبک‌های دل‌بستگی می‌توانند ترس از ابتلا به بیماری در مادران دارای فرزند دبستانی در هنگام شیوع کرونا ویروس (کووید-۱۹) را پیش‌بینی کنند؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر کّمی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش کلیه مادران دارای فرزند دبستانی شهر تهران در دوران شیوع کرونا ویروس (کووید-۱۹) در سال ۱۳۹۹ بودند. برای برآورد حجم نمونه بر طبق فرمول $n=50+8m$ از تاباکینگ، فیدل و اولمن[3] (۲۰۰۷) تعداد ۹۸ نفر انتخاب شدند. ازآنجایی‌که احتمال ریزش برخی پاسخنامه پرسشنامه‌های افراد شرکت‌کننده وجود دارد و برای تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج حجم نمونه ۱۵۰ نفر انتخاب شد. برای جمع‌آوری اطلاعات در این تحقیق به روش نمونه‌گیری در دسترس (آنلاین) از طریق گوگل فرم استفاده شد. به این صورت که مقیاس‌ها به‌صورت آنلاین طراحی و لینک آن در اختیار صفحات شبکه‌های اجتماعی مجازی (واتساپ و تلگرام) مدارس ابتدایی قرار داده شد تا مادران فرزند دبستانی که مایل به شرکت در تحقیق بودند به سؤالات پاسخ دهند و پاسخ‌های خود را برای پژوهشگر ارسال کنند. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در سطح توصیفی و استنباطی عمل شد. در سطح توصیفی جهت سنجش متغیرهای پژوهش از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. مفروضه‌های پژوهش شامل آزمون کلموگروف اسمیرنوف[4] برای نرمال بودن توزیع نمرات، آماره‌ی دوربین واتسون[5] برای آزمون استقلال خطاها، آزمون ضریب تحمل[6] و تورم واریانس[7] برای بررسی عدم هم خطی چندگانه[8] بود. در سطح استنباطی جهت بررسی روابط بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون[9] و تحلیل رگرسیون چندمتغیره[10] استفاده شد.

ابزار پژوهش

مقیاس ترس از ابتلا به ویروس کرونا[11] (FDCS) ویسی و همکاران (۱۳۹۹): این مقیاس شامل ۵ سوال است که برای اندازه‌گیری ترس از مبتلا شدن به کرونا ویروس در بزرگسالان ساخته و هنجاریابی شده است. نمره‌گذاری آن به‌صورت پنج‌درجه‌ای لیکرت

1. Surcinelli, Rossi, Montebarocci & Baldaro
2. Fuchshuber, Hiebler-Ragger, Kresse, Kapfhammer & Unterrainer
3. Tabachnick, Fidell & Ullman
4. Kolmogrov Smirnov
5. durbin-watson
6. Tolerance
7. variance inflation factor (VIF)
8. multicollinearity
9. Pearson correlation coefficient
10. Multiple Regression
11. Fear of Disease Coronaviruses Scale (FDCS)

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

است به این صورت که برای خیلی کم نمره ۱، کم نمره ۲، متوسط نمره ۳، زیاد نمره ۴، خیلی زیاد نمره ۵ در نظر گرفته‌شده است. به‌منظور بررسی روایی همگرایی مقیاس ترس از ابتلا به بیماری کرونا ویروس از مقیاس آینده تاریک[1] (DFS) زالسکی، سوبول-کواپینسکا، پرزپیورکا و میسنر[2] (۲۰۱۹) استفاده شد که ضریب همبستگی پیرسون ۰/۵۹ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمد (ویسی و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین برای بررسی اعتبار مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده‌شده است که ضریب ۰/۸۱ محاسبه‌شده است (ویسی و همکاران، ۱۳۹۹). در پژوهش حاضر پایایی مقیاس نیز با آلفای کرونباخ بررسی و ضریب ۰/۸۱ محاسبه شد.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو[3] (TAS) بگبی، پارکر و تیلور[4] (۱۹۹۴): این مقیاس ۲۰ سوال دارد و سه زیر مؤلفه دشواری در شناسایی احساسات با سوالات ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳ و ۱۴، دشواری در توصیف احساسات با سوالات ۲، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۷؛ تفکر عینی با سوالات ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ را اندازه‌گیری می‌کند (تورس، گئورا، میلر، کاستا، کروز و ویرا و روچا[5]، ۲۰۱۹). نمره‌گذاری آن در در یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت به این صورت که کاملاً مخالفم نمره ۱، مخالفم (تا حدودی مخالفم) نمره ۲، نظری ندارم (نه مخالف و نه موافق) نمره ۳، موافقم (تا حدودی موافق) نمره ۴ و کاملاً موافقم ۵ نمره صورت می‌گیرد (چیمنتی و همکاران، ۲۰۱۹). سوالات ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. به این صورت کاملاً مخالفم نمره ۵، مخالفم نمره ۴، نظری ندارم نمره ۳، موافقم نمره ۲ و کاملاً موافقم ۱ نمره داده می‌شود (کافتسیوس و هیس[6]، ۲۰۱۹). نمره بالاتر از ۶۱ به‌عنوان نقطه برش مقیاس در نظر گرفته‌شده است (کینایرد، استورات و تچانتوریا[7]، ۲۰۱۹). در ایران برای بررسی همسانی درونی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده‌شده است که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به‌دست‌آمده است (مرزی‌فر و جوادی، ۱۳۹۸) و روایی همگرایی مقیاس ناگویی با مقیاس دلزدگی زناشویی[8] پاینز (۲۰۰۳) ضریب همبستگی ۰/۵۷ و معنادار در سطح ۰/۰۱ گزارش‌شده است (ذاکری، صفاریان طوسی و نجات، ۱۳۹۸). روایی همگرایی با استفاده از مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹) ضریب همبستگی ۰/۶۹- و معنی‌دار در سطح ۰/۰۱ به‌دست‌آمده است (سدیدی و یمینی، ۱۳۹۷). در خارج از کشور آلفای کرونباخ ۰/۶۴ به‌دست‌آمده است (گاودا و کرزولک[9]، ۲۰۱۹). در یک پژوهش دیگر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و ضریب بازآرایی ۰/۷۷(معنادار در سطح ۰/۰۱) گزارش‌شده است که نشان‌دهنده پایایی بسیار خوب مقیاس ناگویی هیجانی است (پرسی[10] و همکاران ۲۰۲۰). در پژوهش حاضر پایایی مقیاس نیز با آلفای کرونباخ بررسی و ضریب ۰/۹۰ محاسبه شد.

1. Dark Future Scale (DFS)
2. Zaleski, Sobol-Kwapinska, Przepiorka & Meisner
3. Toronto Alexithymia Scale (TAS)
4. Bagby, Parker & Taylor
5. Torres, Guerra, Miller, Costa, Cruz, Vieira & Rocha
6. Kafetsios & Hess
7. Kinnaird, Stewart & Tchanturia
8. Marital Burnout Questionnaire (MBQ)
9. Gawęda & Krężołek
10. Preece

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

مقیاس سبک‌های دل‌بستگی بزرگسالان[1] (AAS) کولینز و رید[2] (۱۹۹۰): این مقیاس ۱۸ سوال و سه زیر خرده مقیاس شامل دل‌بستگی ایمن با سوالات ۱، ۶، ۸، ۱۲، ۱۳ و ۱۷؛ دل‌بستگی ناایمن دوسوگرای اضطرابی با سوالات ۳، ۴، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۵؛ دل‌بستگی ناایمن اجتنابی با سوالات ۲، ۵، ۱۴، ۱۶، ۱۷ و ۱۸ را اندازه‌گیری می‌کند (خانجانی، قنبری و نعیمی، ۱۳۹۸). سوالات مقیاس توسط علامت‌گذاری روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از نوع لیکرت شامل کاملاً مخالفم نمره ۱، تا حدودی مخالفم نمره ۲، نه مخالف و نه موافق نمره ۳، تا حدودی موافق نمره ۴ و کاملاً موافق نمره ۵ نمره‌گذاری می‌شود (فوچشوبر، هیبلر-راگر، کریس، کاپفامر و اونترراینر، ۲۰۱۹). روایی سازه مقیاس توسط سازندگان آن بررسی و همبستگی معنی‌داری بین خرده مقیاس‌های آن با نمره کل وجود داشت که نشان‌دهنده روایی سازه مقیاس است (کولینز و رید، ۱۹۹۰). روایی همگرایی مقیاس سبک‌های دل‌بستگی با اعتیاد به اینترنت تائید شده است (ایچنبرگ، سچوت، دکر و سیندلار[3]، ۲۰۱۷). ضریب پایایی بازآزمایی این آزمون توسط کولینز و رید (۱۹۹۰) برای هر یک از سه زیر مقیاس ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب، ۰/۶۸، ۰/۷۱ و ۰/۵۲ گزارش‌شده است. در داخل ایران پایایی آزمون با ضریب آلفای کرونباخ برای دل‌بستگی ایمن ۰/۸۹، دل‌بستگی ناایمن دوسوگرای اضطرابی ۰/۷۷ و دل‌بستگی ناایمن اجتنابی ۰/۸۱ گزارش‌شده است (رضایی جمالویی، حسنی و نورمحمدی نجف‌آبادی، ۱۳۹۸) در یک پژوهش دیگر آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به‌دست‌آمده است (مرزی‌فر و جوادی، ۱۳۹۸). در خارج از کشور برای بررسی همسانی درونی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ، ضرایب برای دل‌بستگی ایمن ۰/۷۳، دل‌بستگی ناایمن دوسوگرای اضطرابی ۰/۷۵ و دل‌بستگی ناایمن اجتنابی ۰/۸۰ به‌دست‌آمده است (جونز، فرالی، اهرلیچ، استرن، لجوز، شاور و کاسیدی[4]، ۲۰۱۸). در یک پژوهش ضرایب برای دل‌بستگی ایمن ۰/۷۲، دل‌بستگی ناایمن دوسوگرای اضطرابی ۰/۶۷ و دل‌بستگی ناایمن اجتنابی ۰/۷۵ گزارش‌شده است (گوین و مک‌نیل[5]، ۲۰۱۹). بررسی نتایج یک پژوهش دیگر ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس را در دامنه بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۷ به دست آورده است (فوچشوبر، هیبلر-راگر، کریس، کاپفامر و اونترراینر، ۲۰۱۹). در پژوهش حاضر پایایی مقیاس نیز با آلفای کرونباخ بررسی و ضریب ۰/۸۵ محاسبه شد.

[1]. Adult Attachment Scale (AAS)
[2]. Collins & Read
[3]. Eichenberg, Schott, Decker & Sindelar
[4]. Jones, Fraley, Ehrlich, Stern, Lejuez, Shaver & Cassidy
[5]. Gouin & MacNeil

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

یافته‌ها

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	تعداد	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	نرمال بودن	معناداری
ترس از ابتلا به ویروس کرونا	۱۵۰	۱۴/۴۳	۴/۶۳۹	۰/۲۸۸	-۱/۲۸۶	۰/۳۵۲	۰/۱۰۱
دشواری در شناسایی احساسات	۱۵۰	۱۷/۲۰	۴/۳۲۳	۰/۰۷۴	-۰/۹۲۹	۰/۳۵۱	۰/۱۰۹
دشواری در توصیف احساسات	۱۵۰	۱۵/۸۰	۴/۲۶۰	۰/۳۷۲	-۱/۰۳۶	۰/۳۸۲	۰/۱۵۲
تفکر عینی	۱۵۰	۲۰/۶۰	۸/۸۱۴	۰/۴۴۴	-۱/۰۱۱	۰/۲۳۰	۰/۱۰۳
دل‌بستگی ایمن	۱۵۰	۱۷/۱۷	۶/۱۸۶	۰/۲۵۰	-۱/۸۰۵	۰/۲۸۴	۰/۰۹۹
دل‌بستگی ناایمن دوسوگرای اضطرابی	۱۵۰	۱۰/۶۳	۴/۳۸۵	۰/۹۵۵	-۰/۴۳۱	۰/۲۴۶	۰/۱۰۳
دل‌بستگی ناایمن اجتنابی	۱۵۰	۱۰/۹۰	۴/۰۰۰	۰/۶۷۱	-۰/۷۸۳	۰/۳۵۲	۰/۱۰۷

جدول ۱- تعداد، حداقل، حداکثر، میانگین، انحراف معیار، چولگی، کشیدگی و نرمال بودن متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. تعداد آزمودنی‌ها ۱۵۰ نفر بودند. همچنین از آنجایی سطوح معناداری آماره‌های نرمال بودن بزرگ‌تر از ۰/۰۵ هستند ($P>0/05$)، لذا توزیع نمرات دارای توزیع نرمال می‌باشند. همچنین چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازه (۲- تا ۲) قرار دارد که نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع نمرات است. لذا می‌توان از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره استفاده کرده نتایج حاصل از این آزمون‌های آماری قابل‌اطمینان است. در جدول ۲ ضرایب ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش آمده است.

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	متغیر ملاک= ترس از ابتلا به ویروس کرونا	سطح معناداری
دشواری در شناسایی احساسات	۰/۸۰۱**	۰/۰۰۱
دشواری در توصیف احساسات	۰/۴۹۹**	۰/۰۰۱
تفکر عینی	۰/۴۸۱**	۰/۰۰۱
دل‌بستگی ایمن	-۰/۳۷۹**	۰/۰۰۱
دل‌بستگی ناایمن دوسوگرای اضطرابی	۰/۷۸۶**	۰/۰۰۱
دل‌بستگی ناایمن اجتنابی	۰/۷۵۵**	۰/۰۰۱

**مقدار احتمال در سطح ۰/۰۱

بر اساس جدول ۲- نتایج ماتریس ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین ناگویی هیجانی و سبک‌های دل‌بستگی با ترس از ابتلا به ویروس کرونا رابطه معناداری وجود دارد ($P<0/01$). ازآنجایی‌که بین متغیرهای پژوهش رابطه معناداری وجود دارد این امر ادامه تحلیل را امکان‌پذیر می‌سازد، لذا برای پیش‌بینی ترس از ابتلا به ویروس کرونا بر اساس ناگویی هیجانی و سبک‌های دل‌بستگی از رگرسیون چندمتغیره استفاده می‌شود که نتایج آن در جداول ۳ آمده است.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

جدول۳. خلاصه مدل و ضرایب رگرسیون پیش‌بینی ترس از ابتلا به ویروس کرونا بر اساس ناگویی هیجانی و سبک‌های دل‌بستگی

متغیرهای پیش‌بین	ضریب استاندارد بتا (β)	t	معناداری	ضریب تحمل	تورم واریانس	دوربین واتسون
ثابت (Constant)	–	۰/۷۴۸-	۰/۴۵۶	–	–	
دشواری در شناسایی احساسات	۰/۵۹۸	۶/۳۷۵	۰/۰۰۱	۰/۱۱۸	۸/۴۴۳	
دشواری در توصیف احساسات	۰/۵۰۴	۴/۶۴۰	۰/۰۰۳	۰/۱۹۵	۵/۱۳۷	
تفکر عینی	۰/۴۷۴	۳/۸۴۲	۰/۰۰۸	۰/۳۱۳	۳/۱۹۴	۱/۵۰۶
دل‌بستگی ایمن	۰/۵۲۶-	۵/۳۰۴-	۰/۰۰۱	۰/۲۰۶	۴/۸۴۳	
دل‌بستگی دوسوگرای اضطرابی	۰/۳۵۰	۳/۸۵۷	۰/۰۰۵	۰/۲۹۰	۳/۴۴۵	
دل‌بستگی ناایمن اجتنابی	۰/۴۶۲	۳/۳۸۰	۰/۰۱۷	۰/۲۰۳	۴/۹۱۹	

R=۰/۸۷۰ ؛ R^2 =۰/۷۵۶ تعدیل‌شده ؛ R^2 = ۷۴۶؛ F=۷۳/۹۱۸

در جدول ۲ مفروضه استقلال خطاها و عدم هم خطی چندگانه بررسی‌شده است. بر اساس نتایج دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ به دست آمد که این نشان‌دهنده‌ی استقلال خطاها است. همچنین هم خطی چندگانه در متغیرهای پیش‌بین مشاهده نشد. بر این اساس ۷۵/۶ درصد از واریانس ترس از ابتلا به ویروس کرونا بر اساس ناگویی هیجانی و سبک‌های دل‌بستگی تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد ترس از ابتلا به ویروس کرونا بر اساس ناگویی هیجانی و سبک‌های دل‌بستگی قابل پیش‌بینی است. در بررسی پیشینه پژوهش، پژوهشی که با یافته‌های این پژوهش همسویی داشته باشد یافت نشد. در تبیین پیش‌بینی ترس از ابتلا به ویروس کرونا بر اساس ناگویی هیجانی می‌توان گفت افراد دارای ناگویی هیجانی در تنظیم هیجانات خود مشکل‌دارند و دچار نابسامانی هیجانی هستند. مدیریت نامناسب هیجانات در افراد دارای ناگویی هیجانی باعث می‌شود نتوانند مسائل و مشکلات را به‌درستی مدیریت کنند و در مواجهه با مشکلات خود را ناتوان می‌بینند و به‌شدت دچار استرس می‌شوند و در دوران اپیدمی بیماری کرونا نیز این استرس ناشی از ناگویی هیجانی خود را به شکل ترس افراطی از ابتلا به بیماری نشان می‌دهد. در حقیقت ناگویی هیجانی افراد را در برابر مسائل و مشکلات آسیب‌پذیر می‌کند. ناگویی هیجانی به‌عنوان نارسایی در درک، پذیرش و توصیف هیجان، باعث می‌شود افراد دچار اضطراب افراطی گردند. ناگویی هیجانی می‌تواند تأثیر منفی بر تشدید علائم اختلالات مختلف روانی بگذارد و می‌تواند با شدت بالا و نشانه‌های افسردگی همراه شود (گوئنسر، روفر، کریستینگ و سوسلاو[1]، ۲۰۱۶) که این عامل نیز در بروز ترس افراطی از ابتلا به بیماری کرونا می‌تواند نقش داشته باشد. افرادی که ناگویی هیجانی بالایی نسبت به بقیه افراد دارند، احساس‌های نامتمایزی دارند و این احساس‌ها همراه با یک برانگیختگی فعال باقی‌مانده و از بین نمی‌رود و این امر باعث اختلال در دستگاه عصبی خودکار و دستگاه ایمنی می‌شود. چنین برانگیختگی که همراه ناگویی هیجانی است، درنهایت باعث تولید علائم بیماری‌های جسمی و اضطراب و افسردگی می‌شود. درنتیجه ناگویی هیجانی، فرد مکرراً درماندگی و استرس در برابر هیجان‌ها را تجربه می‌کند، این

[1]. Guenther, Rufer, Kersting & Suslow

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

تجارب موجب درماندگی و عدم تحمل استرس در برابر هیجان‌ها می‌شود (دیتر[1] و همکاران، ۲۰۱۷). لذا منطقی است که ترس از ابتلا به ویروس کرونا بر اساس ناگویی هیجانی قابل پیش‌بینی باشد.

در تبیین پیش‌بینی ترس از ابتلا به ویروس کرونا بر اساس سبک‌های دلبستگی می‌توان گفت ویژگی‌های اصلی دلبستگی ایمن شامل خودباوری زیاد، لذت بردن از روابط صمیمانه، جستجوی حمایت اجتماعی و توانایی در به اشتراک گذاشتن احساسات با دیگران است (اعتمادی و سعادت، ۱۳۹۴)، که تمامی این آیتم‌ها در زندگی شاد و دوری از استرس مؤثر است، چنین اشخاصی با نگرش مثبتی که دارند در حال زندگی می‌کنند و نگرانی بابت بیمار شدن در آینده به خود راه نمی‌دهند. بر اساس دیدگاه بالبی، افرادی که درگذشته والدینی پاسخگو و حساس داشته‌اند به دیگران اعتماد می‌کنند و همچنین خود را ارزشمند می‌دانند و بنابراین مدل درون‌کاری مثبتی از خود و دیگران تشکیل می‌دهند و همین مدل درون کاری مثبت است که سبب ایجاد دلبستگی ایمن در آنان می‌شود و این دلبستگی ایمن خود زمینه‌ساز بسیاری از خصوصیات مثبت روانی در افراد می‌شود که این ویژگی‌های مثبت با ترس از بیماری احتمالی در آینده منافات دارد. افرادی که مراقب اولیه خوبی داشته‌اند و پاسخگو بوده‌اند در آینده دارای سبک دلبستگی ایمنی خواهند بود و همین امنیت دلبستگی موجب روابط مثبت با دیگران و دوری از مشکلاتی نظیر ترس از بیماری در آن‌ها می‌شود. افراد با دلبستگی ایمن بر این باورند که اگر احتمالاً به بیماری مبتلا شوند اطرافیان به‌خوبی از آن‌ها مراقبت می‌کنند و بیماری را به‌سلامت پشت سر می‌گذارند و بنابراین از ابتلای به بیماری کرونا نمی‌هراسند و حتی به آن فکر هم نمی‌کنند. سبک دلبستگی ناایمن فرد را در برابر فشارها و آشفتگی‌های روانی قرار می‌دهد و او را روان‌رنجور می‌کند. افراد دارای سبک دلبستگی ناایمن فاقد مهارت‌های لازم برای برقراری و شکل‌دهی روابط مناسب با دیگران هستند (داوودی، مهرابی‌زاده هنرمند و هاشمی، ۱۳۹۶)، لذا بیشتر درگیر ترس از ابتلا به بیماری می‌شوند و همیشه به این فکر می‌کنند که اگر من به بیماری کرونا مبتلا شوم اطرافیان مرا طرد می‌کنند و نمی‌توانم از بیماری نجات پیدا کنم، ازاین‌رو به‌طور افراطی از بیماری کرونا می‌ترسند.

یکی از محدودیت‌های اصلی این پژوهش مهیا نبودن شرایط اجرای پرسشنامه‌ها به‌صورت مداد-کاغذی بود که به دلیل شیوع کرونا ویروس (کووید-۱۹) به اجرای مجازی پرسشنامه‌ها از طریق شبکه‌های اجتماعی مجازی پرداخته شد. ازاین‌رو شانس همه مادران دارای فرزند دبستانی برای شرکت در پژوهش یکسان نبود و تنها کسانی قادر به شرکت در پژوهش بودند که دسترسی به اینترنت و فضای مجازی داشتند. در استفاده از نتایج باید دقت داشت که یافته‌های این تحقیق، محدود به مادران دارای فرزند دبستانی شهر تهران بوده است، بنابراین در تعمیم نتایج به مادران دارای فرزند دبستانی دیگر شهرها باید محتاطانه عمل کرد. مطالعه حاضر از نوع مطالعات همبستگی از نوع توصیفی بوده است، لذا روابط به‌دست‌آمده را نمی‌توان به‌عنوان روابط علت و معلولی تفسیر و تعبیر کرد. انجام این پژوهش با روش نمونه‌گیری در دسترس و حجم نمونه کمتری مقدور بود. درصورتی‌که نمونه بزرگ‌تری در دسترس بود این احتمال وجود داشت که نتایج متفاوت‌تری از نتیجه به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر به دست می‌آمد. برای تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج پیشنهاد می‌شود دانشجویان و پژوهشگران چنین پژوهش‌هایی را در سایر شهرها تکرار کنند تا شواهد بیشتری از روابط

[1]. Dieter

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

به‌دست‌آمده فراهم شود. پیشنهاد می‌شود که مدل پژوهش حاضر یعنی پیش‌بینی ترس از ابتلا به ویروس کرونا بر اساس سایر کارکردهای هیجانی و تحولی موردبررسی قرار دهند. استفاده از مطالعات طولی و سایر روش‌های تحقیق (ترکیبی شامل کیفی و کمی) می‌تواند برای بررسی این مطالعه سودمندتر باشد. به این صورت که پیشنهاد می‌گردد با استفاده از یک مطالعه کیفی به بررسی عوامل مؤثر بر ترس از ابتلا به ویروس کرونا پرداخته شود. به دانشجویان کارشناسی ارشد و دکتری و همچنین پژوهشگران پیشنهاد می‌شود در صورت امکان با انتخاب نمونه با حجم بیشتر و برگزیدن روش نمونه‌گیری تصادفی محدودیت پژوهش حاضر را برطرف کنند تا نتایج دقیق‌تری از نتیجه به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر به دست آید. دستاوردها و پیامدهای این پژوهش را می‌توان در دو سطح نظری و عملی مطرح کرد. در سطح نظری، یافته‌های پژوهش می‌توانند با تبیین نحوه اثرگذاری ناگویی هیجانی و سبک‌های دل‌بستگی به گسترش دانش، مفاهیم و مدل‌های موجود در زمینه ترس از ابتلا به ویروس کرونا کمک کنند. همچنین، نتایج پژوهش حاضر می‌تواند راهگشای پژوهش‌های جدیدتر به‌منظور گسترش دانش روان‌شناختی در زمینه عوامل مؤثر بر شکل‌گیری ترس از ابتلا به ویروس کرونا شود. در سطح عملی، از یافته‌های این پژوهش می‌توان در سازمان‌های ذی‌ربط مانند مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی، جهت کاهش ترس از ابتلا به ویروس کرونا کمک شود و مشاوران و روانشناسان بالینی می‌توانند بر این اساس از نتایج این پژوهش استفاده کنند.

منابع

- اعتمادی، عذرا؛ و سعادت، سجاد. (۱۳۹۴). نقش سلامت خانواده و سبک‌های دل‌بستگی در پیش‌بینی خودکارآمدی تحصیلی دانشجویان. *دوماهنامه علمی- پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی*، ۸(۴)، ۲۰۱-۱۹۵.
- خانجانی، مهدی؛ قنبری، فرشته؛ و نعیمی، ابراهیم. (۱۳۹۸). بررسی ارتباط کارکرد خانواده، سبک دل‌بستگی و سبک‌های تربیتی والدین با اعتیاد به اینترنت در نوجوانان. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۰(۳۷)، ۱۴۲-۱۲۱.
- داوودی، فریبا؛ مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز؛ هاشمی، اسماعیل. (۱۳۹۶). رابطه علی سبک‌های والدگری و سبک دل‌بستگی ناایمن با آمادگی به اعتیاد، از طریق میانجی‌گری ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های هویت در دانشجویان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*. ۱۱(۴۲)، ۱۴۰-۱۲۵.
- ذاکری، فاطمه؛ صفاریان طوسی، محمدرضا؛ و نجات، حمید. (۱۳۹۸). بررسی نقش تعدیل‌کننده شفقت خود در رابطه ناگویی هیجانی با دل‌زدگی زناشویی در زنان ناسازگار. *فصلنامه آموزش، مشاوره و روان‌درمانی*، ۸(۲۹)، ۶۴-۵۲.
- رضایی جمالویی، حسن؛ حسنی، جعفر؛ و نورمحمدی نجف‌آبادی، محمد. (۱۳۹۸). نقش سبک‌های دل‌بستگی در رفتارهای پرخطر نوجوانان پسر مقطع متوسطه دوم. *فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۲۰(۱)، ۱۲۱-۱۱۲.
- سدیدی، محسن؛ و یمینی، محمد. (۱۳۹۷). پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بر اساس راهبردهای مقابله‌ای و ناگویی هیجانی. *فصلنامه علمی و پژوهشی مطالعات روان‌شناختی*، ۱۴(۲)، ۱۴۱-۱۲۵.
- شهیاد، شیما؛ و محمدی، محمدتقی. (۱۳۹۹). آثار روان‌شناختی گسترش بیماری کووید-۱۹ بر وضعیت سلامت روان افراد جامعه: مطالعه مروری. *مجله طب نظامی*، ۲۲(۲)، ۱۹۲-۱۸۴.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

- علی‌اکبری دهکردی، مهناز؛ محتشمی، طیبه؛ و تدریس تبریزی، معصومه. (۱۳۹۹). ساخت، اعتباریابی و رواسازی مقیاس سبک زندگی در زمان همه‌گیری ابتلا به ویروس کووید-۱۹. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۹(۳۳)، ۱۷۷-۱۶۱.
- مرزی‌فر، عطیه؛ و جوادی، محمد جعفر. (۱۳۹۸). نقش ممیزی سبک‌های دل‌بستگی، ناگویی هیجانی و ویژگی‌های شخصیتی در تشخیص دانش‌آموزان دارای اعتیاد به اینترنت: تحلیل تابع تشخیصی. *پیشرفت های نوین در علوم رفتاری*، ۴(۳۶)، ۸۱-۵۴.
- ویسی، سعید؛ ایمانی، صدف؛ بهروز، بهزاد؛ و ایمانی، سارینا. (۱۳۹۹). ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس کوتاه ترس از ابتلا به بیماری کرونا ویروس (کووید-۱۹). *مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۵(۴۲)، ۱۰-۱.
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, *38* (1), 23-32.
- Berardis, D. D., Campanella, D., Nicola, S., Gianna, S., Alessandro, C., Chiara, C., & Ferro, F. M. (2008). The impact of alexithymia on anxiety disorders: a review of the literature. *Current Psychiatry Reviews*, *4*(2), 80-86.
- Brown, T. A., Avery, J. C., Jones, M. D., Anderson, L. K., Wierenga, C. E., & Kaye, W. H. (2018). The Impact of Alexithymia on Emotion Dysregulation in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa over Time. *European Eating Disorders Review*, *26* (2), 150-155.
- Chimenti, M. S., Fonti, G. L., Conigliaro, P., Hitaj, J., Triggianese, P., Teoli, M., & Perricone, R. (2019). Evaluation of alexithymia in patients affected by rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis: A cross-sectional study. *Medicine*, *98*(4).
- Collins, N.R., & Read, S.J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *J Personal Soc Psychol*, *58*, 644–663.
- Dieter, J., Hoffmann, S., Mier, D., Reinhard, I., Beutel, M., Vollstädt-Klein, S., & Leménager, T. (2017). The role of emotional inhibitory control in specific internet addiction–an fMRI study. Behavioural Brain Research, 324, 1-14.
- Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, *7*(4), 300-302.
- Eichenberg, C., Schott, M., Decker, O., & Sindelar, B. (2017). Attachment Style and Internet Addiction: An Online Survey. *Journal of Medical Internet Research*, *19*(5).
- Fuchshuber, J., Hiebler-Ragger, M., Kresse, A., Kapfhammer, H. P., & Unterrainer, H. F. (2019). The influence of attachment styles and personality organization on emotional functioning after childhood trauma. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 643.
- Gawęda, Ł., & Krężołek, M. (2019). Cognitive mechanisms of alexithymia in schizophrenia: Investigating the role of basic neurocognitive functioning and cognitive biases. *Psychiatry research*, *271*, 573-580.
- Gouin, J. P., & MacNeil, S. (2019). Attachment style and changes in systemic inflammation following migration to a new country among international students. *Attachment & human development*, *21*(1), 38-56.
- Guenther, V., Rufer, M., Kersting, A., & Suslow, T. (2016). Predicting symptoms in major depression after inpatient treatment: the role of alexithymia. *Nordic journal of psychiatry*, *70*(5), 392-398.
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 epidemic in China: a web-based cross-sectional survey. *MedRxiv*.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

- Jones, J. D., Fraley, R. C., Ehrlich, K. B., Stern, J. A., Lejuez, C. W., Shaver, P. R., & Cassidy, J. (2018). Stability of attachment style in adolescence: An empirical test of alternative developmental processes. *Child development*, *89*(3), 871-880.
- Kafetsios, K., & Hess, U. (2019). Seeing mixed emotions: Alexithymia, emotion perception bias, and quality in dyadic interactions. *Personality and Individual Differences*, *137*, 80-85.
- Kinnaird, E., Stewart, C., & Tchanturia, K. (2019). Investigating alexithymia in autism: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, *55*, 80-89.
- Liu, J. J., Bao, Y., Huang, X., Shi, J., & Lu, L. (2020). Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*, *4*(5), 347-349.
- Pines, A.M. (2003). The female entrepreneur: Burnout treated using a psychodynamic existential approach. *Clinical Case Studies*, *1*(2), 170-180.
- Preece, D. A., Becerra, R., Boyes, M. E., Northcott, C., McGillivray, L., & Hasking, P. A. (2020). Do self-report measures of alexithymia measure alexithymia or general psychological distress? A factor analytic examination across five samples. *Personality and Individual Differences*, *155*, 109721.
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General psychiatry*, *33*(2).
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, *57* (6), 1069.
- Shanafelt, T., Ripp, J., & Trockel, M. (2020). Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *Jama*.
- Surcinelli, P., Rossi, N., Montebarocci, O., & Baldaro, B. (2010). Adult attachment styles and psychological disease: Examining the mediating role of personality traits. *The Journal of psychology*, *144*(6), 523-534.
- Torres, S., Guerra, M. P., Miller, K., Costa, P., Cruz, I., Vieira, F. M., & Rocha, M. (2019). Factorial Validity of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) in Clinical Samples: A Critical Examination of the Literature and a Psychometric Study in Anorexia Nervosa. *Journal of clinical psychology in medical settings*, *26*(1), 33-46.
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, *26*, e923549-1.
- Zaleski, Z., Sobol-Kwapinska, M., Przepiorka, A., & Meisner, M. (2019). Development and validation of the Dark Future scale. *Time & Society*, *28*(1), 107-123.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]