

نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سرسختی روانشناختی و خوشبینی در پیش‌بینی اضطراب مرگ زنان در سه‌ماهه سوم بارداری

سارا نصیری^۱، قاسم عسکری‌زاده^{۲*}، مسعود فضیلت‌پور^۲

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران
^۲ استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران
 * نویسنده مسئول: قاسم عسکری‌زاده، استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران.
 ایمیل: gh.askarizadeh@uk.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۲/۱۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۶/۰۱

چکیده

مقدمه: بارداری یک رویداد طبیعی در زندگی زنان محسوب می‌شود، اما مستلزم یک‌رشته سازگاری‌های فیزیولوژیکی و انطباق‌های روانشناختی است. کیفیت سازگاری با این تغییرات می‌تواند زنان را در معرض خطر مشکلات روانشناختی قرار دهد. با توجه به نقش مؤثر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سرسختی روانشناختی و خوشبینی در کنار آمدن فرد با شرایط مختلف و موقعیت‌های تنش‌زا، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سرسختی روانشناختی و خوشبینی در پیش‌بینی اضطراب مرگ در سه‌ماهه سوم بارداری زنان باردار انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی و همبستگی است. نمونه پژوهش شامل ۲۲۰ زن باردار در سه‌ماهه سوم بارداری بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس در شهرستان شیراز انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از فرم کوتاه فارسی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان، مقیاس سرسختی روانشناختی، آزمون جهت‌گیری زندگی (LOT) و مقیاس ۱۵ سؤالی اضطراب مرگ تمپلر گردآوری شدند. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار برای اضطراب مرگ ۲/۷ (۸/۲)، تنظیم شناختی هیجان ۷/۶ (۵۴/۹۵)، سرسختی روانشناختی ۱۰/۰۷ (۴۶/۶۸) و خوشبینی ۳/۸۷ (۱۶/۰۵) بدست آمد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان دادند که تنظیم شناختی هیجان، سرسختی روانشناختی و خوشبینی با اضطراب مرگ ارتباط دارند، به طوری که بین فاجعه‌نمایی، خود سرزنشگری و نشخوارگری با اضطراب مرگ ارتباط مثبت معنادار وجود داشت و همچنین، بین ارزیابی مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، سرسختی و خوشبینی با اضطراب مرگ ارتباط معکوس معنادار وجود داشت، بعلاوه بین دیگر سرزنشگری، کم‌اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت و پذیرش با اضطراب مرگ ارتباط معناداری یافت نشد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که به ترتیب سرسختی روانشناختی با $(B = -0/06)$ ، خوشبینی با $(B = -0/20)$ و فاجعه‌نمایی با $(B = 0/35)$ پیش‌بینی‌کننده بهتری برای اضطراب مرگ هستند.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سرسختی روان‌شناختی و خوشبینی می‌توانند راهکارهای مناسبی جهت کاهش و کنترل اضطراب مرگ در زنان باردار در سه‌ماهه سوم بارداری‌شان باشند.

واژگان کلیدی: تنظیم شناختی هیجان، سرسختی روانشناختی، خوشبینی، اضطراب مرگ

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

است (۳) و برخی معتقدند که شیوع اضطراب در سه‌ماهه سوم بارداری نسبت به سه‌ماهه اول و دوم بارداری بیشتر است (۴، ۵). اضطراب واکنشی در برابر خطری نامعلوم، درونی و مبهم است. انواع خاصی از اضطراب بر اساس منشأ آن شناخته‌شده که یکی از آن‌ها اضطراب مرگ است مرگ، واقعیتی است اجتناب‌ناپذیر و از آنجایی که هرگز تجربه نشده و هیچ‌کس آن را به وضوح لمس نکرده همه به نوعی در مورد

بارداری و دوره پس از آن، با تغییرات روان‌شناختی و فیزیولوژیک بسیار مهمی همراه است که گاهی منجر به تغییراتی می‌شود که این تغییرات می‌تواند باعث اختلال روانی شده و در جنبه‌هایی از زندگی فرد و روابط او با دیگران تأثیر داشته باشد (۱). در کشورهای مختلف میزان شیوع اختلالات اضطرابی در بارداری ۶/۶٪ - ۲۱/۷٪ گزارش شده است (۲). بر اساس مطالعات قبلی، اضطراب در ۱۵٪ زنان باردار ایرانی گزارش شده

سرسخت نه تنها خود را قربانی تغییر نمی‌پندارند بلکه خود را عامل تعیین‌کننده نتایج حاصل از تغییر می‌دانند (۲۳). از آنجایی که توانایی تنظیم شناختی هیجان با پیامدهای روانی مرتبط است و نارسایی در تنظیم شناختی هیجان، سازوکار زیر بنایی اختلال‌های اضطرابی است و با توجه به اینکه ویژگی سرسختی روانشناختی باعث می‌شود وقایع زندگی مانند فرصتی برای پرورش و پیشرفت باشد نه تسلیم شدن و ویژگی خوش‌بینی که سبب می‌شود که افراد در انتظار امور خوشایند و مطلوب در آینده باشند به نظر می‌رسد هرکدام از این سه مؤلفه می‌توانند عاملی در جهت کنترل و تعدیل اضطراب مرگ باشند. با توجه به این مسئله که مطالعات محدودی در این زمینه انجام شده است لذا پژوهش حاضر باهدف بررسی رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سرسختی روانشناختی و خوش‌بینی با اضطراب مرگ در زنان سه‌ماهه سوم بارداری انجام گردیده است.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان باردار در سه‌ماهه سوم بارداری از درمانگاه شهید مطهری شهرستان شیراز در سال ۹۵-۱۳۹۴ بود. نمونه پژوهش شامل ۲۲۰ زن باردار در سه‌ماهه سوم بارداری بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از میان زنان بارداری که در محدوده زمانی پژوهش به این درمانگاه مراجعه کرده بودند انتخاب شدند و به علت محدود بودن جامعه هدف به این حجم نمونه اکتفا شد. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: ایرانی و ساکن شهر شیراز بودن، بارداری تک قلو، قرار داشتن در هفته ۲۹-۳۲ بارداری، عدم ابتلاء به بیماری‌های جسمی و داشتن سواد خواندن و نوشتن بود. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: وجود تشخیص اختلال عمده روان‌پزشکی، مصرف داروهای ضد اضطراب و ضدافسردگی، بروز حوادث ناگوار شدید در طی مطالعه مانند مرگ عزیزان. جهت گردآوری داده‌ها از فرم مشخصات دموگرافیک، فرم کوتاه فارسی پرسشنامه نظم دهی شناختی هیجانی، مقیاس سرسختی روانشناختی اهواز، آزمون جهت گیری زندگی و مقیاس اضطراب مرگ استفاده شد. فرم کوتاه فارسی پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Persian Short form) این پرسشنامه بر مبنای پرسشنامه اصلی نظم جویی شناختی هیجانی و توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون در کشور هلند تدوین شده است. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است و دارای ۱۸ ماده می‌باشد. این پرسشنامه از نه خرده مقیاس تشکیل شده است. خرده مقیاس‌های مذکور ۹ راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوار گری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه سازی و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. دامنه نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) است (۲۴).

در پژوهش گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۷)، ضریب آلفای کرونباخ برای نه خرده مقیاس پرسشنامه مذکور بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۰ گزارش شده است (۲۵). در ایرانی حسنی (۱۳۹۰) روایی و اعتبار این مقیاس را مورد بررسی قرار دادند. به منظور بررسی روایی ملاکی فرم کوتاه پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان از شیوه روایی همزمان (اجرای همزمان با پرسشنامه افسردگی بک) استفاده شد که روایی همزمان هر خرده

آن دچار اضطراب هستند، ولی هر کس بنابر عوامل معینی درجات مختلفی از اضطراب مرگ را تجربه می‌کند (۶). اضطراب مرگ به‌عنوان یک ترس غیرعادی و بزرگ از مرگ همراه با احساساتی از وحشت از مرگ یا دلهره هنگام فکر به فرآیند مردن یا چیزهایی که پس از مرگ رخ می‌دهند، تعریف می‌شود (۷). این نوع اضطراب از اجزای سازنده بشری است و زمانی به‌عنوان یک آشفتگی هیجانی تلقی می‌گردد که از حد طبیعی خارج شود و فرد را درمانده کند (۸). عوامل و ویژگی‌های متعددی در ارتباط با پدیده مرگ وجود دارند که می‌توانند زمینه‌ساز پذیرش یا برعکس سبب ایجاد اضطراب و انکار واقعیت مذکور شوند. خوش‌بینی از جمله ویژگی‌هایی است که باعث درک بهتر این پدیده می‌گردد. چراکه افراد خوش‌بین اغلب در مواجهه با یک رویداد یا مسئله به جای اینکه آن را انکار کنند از فرایند حل مسئله استفاده می‌کنند. همزمان با گسترش جنبش روان‌شناسی مثبت نگر در دهه اخیر خوش‌بینی به‌عنوان یک سازه روان شناختی در مقابله با شرایط، به‌طور فزاینده‌ای مورد توجه قرار گرفته است (۹). به‌طور کلی خوش‌بینی، بر روی باورهای مثبت بر بیماری، سلامت روانی و جسمانی و پذیرش مرگ تأثیر زیادی می‌گذارد (۱۰).

یکی دیگر از مؤلفه‌های مرتبط با اضطراب مرگ، هیجان و راهبردهای نظم دهی آن است. تنظیم شناختی هیجان، نوعی راهبرد مقابله‌ای شناختی است که با فرایندهایی مشخص می‌شود که از طریق آن افراد می‌توانند بر این‌که چه هیجانی داشته باشند و چه وقت آن‌ها را بروز کنند، کنترل داشته باشند. تنظیم شناختی هیجان، مخزن پاسخ فرد در مواقع مواجهه با عوامل استرس‌زا است و تمام فرایندهای درونی و بیرونی را که مسئول کنترل، ارزیابی و تعدیل واکنش‌های هیجانی است، دربرمی‌گیرد (۱۱، ۱۲). از آنجاکه در موقعیت‌های تنش‌زا، چگونگی تنظیم عواطف رویدادی مهم و ضروری است، آن را تجلی عالی‌ترین شکل برخورد با حوادث و رویدادهای تنش‌زا دانسته‌اند (۱۳). تنظیم هیجان به‌طور روزافزونی درون مدل‌های آسیب‌شناختی روانی جایابی شده است؛ به‌طوری‌که اختلال‌های استرس، اضطراب و افسردگی به‌طور وسیعی در نتیجه مشکلات در تنظیم هیجان مشاهده شده‌اند (۱۴). مطالعات قبلی نشان داده‌اند که ارتباط بین اضطراب مرگ و راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان در بین دانشجویان قادر به پیش‌بینی نمرات اضطراب مرگ می‌باشند (۱۵، ۱۶).

از جمله متغیرهای دیگری که با اضطراب مرگ رابطه دارد می‌توان به نقش برجسته سرسختی روانشناختی اشاره کرد. به‌گونه‌ای که هر چه سرسختی افراد بالاتر باشد، بهتر می‌توانند با منابع اضطراب‌آور مقابله کنند (۱۷، ۱۸). مطالعات متعددی در زمینه نقش کاهش‌دهنده سرسختی روانشناختی در اضطراب، سلامت جسمی و روانی و افزایش کیفیت زندگی انجام شده است (۱۸-۲۰). سرسختی به «عملکرد فرد بر اساس ارزیابی شناختی» اشاره دارد (۲۱). افراد دارای سرسختی قادر به حل کارآمد چالش‌ها و استرس‌های بین فردی هستند و در مواجهه با حوادث از آن به‌عنوان منبع مقاومت مانند سپری محافظ استفاده می‌کنند. همچنین این افراد به آنچه انجام می‌دهند متعهدترند، وقت خود را صرف هدف می‌کنند، احساس تسلط بر اوضاع دارند و خودشان را عامل مهمی در ایجاد تغییرات زندگی می‌دانند (۲۲). از سوی دیگر، سرسختی روانشناختی نیز یکی از مهارت‌هایی است که فرد را برای درگیری با مشکلات زندگی آماده می‌کند. افراد

سرسختی روانشناختی بالاتر در فرد است. برای سنجش پایایی این مقیاس، این آزمون دوباره پس از شش هفته به ۱۱۹ دانشجو ارائه شد که ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ به دست آمده نشان‌دهنده پایایی این مقیاس می‌باشد. روایی این پرسشنامه از روش اعتبار ملاکی همزمان با پرسشنامه‌های اضطراب عمومی، پرسشنامه افسردگی اهواز، پرسشنامه خود شکوفایی مازلو و مقیاس سازه‌ای سرسختی با ضریب همبستگی ۰/۵۵، ۰/۷۰، ۰/۶۵، ۰/۴۴ بوده است. هنگام انتخاب اعضای گروه نمونه، از رضایت آن‌ها مبنی بر شرکت در پژوهش اطمینان حاصل گردید. برای رعایت اخلاق و حقوق مشارکت‌کنندگان از آن‌ها درخواست شد تا در صورت تمایل، در تکمیل پرسشنامه همکاری نمایند همچنین توضیح داده شد که داده‌ها محرمانه و پرسشنامه بدون نام است. سپس بعد از جمع‌آوری داده‌ها تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماري SPSS نسخه ۲۰ انجام شد. در تجزیه و تحلیل داده‌ها برای مشخصات فردی و دموگرافیک از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد) و برای بررسی فرضیه اصلی از آمار استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام) استفاده شد.

یافته‌ها

اطلاعات مربوط به مشخصات جمعیت شناختی مشارکت‌کنندگان پژوهش نشان که ۸۵ درصد از زنان باردار خانه‌دار و ۱۵ درصد شاغل بودند. ۲۸/۶ درصد مشارکت‌کنندگان بین سنین ۱۶ تا ۲۲، ۴۳/۲ درصد بین سنین ۲۳ تا ۲۹، ۲۱/۴ درصد بین سنین ۳۰ تا ۳۶ و ۶/۸ درصد بین سنین ۳۷ تا ۴۴ سال بودند. ۲۰/۵ درصد مشارکت‌کنندگان زیر دیپلم، ۳۹ درصد دیپلم، ۱۰/۹ درصد فوق دیپلم، ۲۱/۴ درصد لیسانس، ۸/۲ درصد بالای لیسانس بودند. ۲۳/۲ درصد سابقه سقط داشتند و ۷۶/۸ درصد سابقه سقط نداشتند. شاخص‌های توصیفی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد پژوهش در **جدول ۱** گزارش شده است. بر اساس یافته‌های پژوهش همه مقیاس‌ها از کجی و کشیدگی کمتر از (۱/۵) برخوردار بودند و نرمال بودن داده‌ها نیز تأیید شد.

نتایج حاصل از بررسی ضرایب همبستگی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سرسختی روانشناختی و خوش‌بینی با اضطراب مرگ (**جدول ۲**) نشان داد که بین فاجعه‌نمایی، خود سرزنشگری و نشخوارگری با اضطراب مرگ رابطه مثبت معنادار ($P < 0/01$) و بین ارزیابی مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، سرسختی و خوش‌بینی با اضطراب مرگ رابطه منفی معنادار وجود داشت ($P < 0/01$). بین دیگر سرزنشگری، کم‌اهمیت‌شماری، تمرکز مجدد مثبت و پذیرش با اضطراب مرگ رابطه معناداری یافت نشد. جهت تعیین نقش هر یک از خرده مقیاس‌های راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سرسختی روانشناختی و خوش‌بینی در پیش‌بینی کنندگی اضطراب مرگ از تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه گام‌به‌گام استفاده شد. در این تحلیل راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سرسختی روانشناختی و خوش‌بینی به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین، متغیر اضطراب مرگ به‌عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون چندگانه با روش گام‌به‌گام شدند.

مقیاس به ترتیب ۰/۳۲، ۰/۲۱، ۰/۲۹، ۰/۲۳، ۰/۱۹، ۰/۲۶، ۰/۱۷، ۰/۴۵، ۰/۳۸ بدست آورده است و برای اعتبار از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که این ضرایب برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ بود (**۲۶**). مقیاس اضطراب مرگ (Death Anxiety Scale) تمپلر در سال ۱۹۷۰ ساخته شده است و شامل ۱۵ ماده است که نگرش مشارکت‌کنندگان را به مرگ می‌سنجد. مشارکت‌کننده‌ها پاسخ‌های خود را به هر سؤال با گزینه‌های بلی یا خیر مشخص می‌کنند. پاسخ بلی نشان‌دهنده وجود اضطراب در فرد است. به این ترتیب نمره‌های این مقیاس بین صفر تا ۱۵ متغیر است که نمره بالا معرف اضطراب زیاد افراد در مورد مرگ است. تمپلر ضریب باز آزمایی مقیاس اضطراب مرگ را ۰/۸۳ بدست آورده (**۲۷**). رجبی و بحرانی (۱۳۸۰)، این پرسشنامه را روی ۳۸ دانشجو در شهر اهواز بررسی کردند و ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۳ گزارش شد و برای روایی مقیاس اضطراب مرگ از دو آزمودنی مقیاس نگرانی مرگ و پرسشنامه آشکار استفاده شد. ضریب همبستگی بین مقیاس اضطراب مرگ و نگرانی مرگ ۰/۴۰ اضطراب آشکار ۰/۴۳ به دست آمد (**۲۸**). آزمون جهت‌گیری زندگی (Life Orientation Test) شیبور و کارور در سال ۱۹۸۵ برای ارزیابی خوش‌بینی سرشتی، آزمون جهت‌گیری زندگی را تدوین کرده و بعدها آن را مورد تجدیدنظر قرار دادند. نوع خوش‌بینی که توسط این آزمون ارزیابی می‌شود، یک صفت مطلوب شخصیتی است که مشخصه آن انتظارات مطلوب شخصی در آینده است (**۲۹**). این آزمون تفاوت‌های فردی در خوش‌بینی را می‌سنجد و شامل ۶ ماده است (سه عبارت مثبت و سه عبارت منفی). پرسشنامه خوش‌بینی، ابزاری خود گزارشی است و هر آزمودنی با یکی از پنج گزینه «کاملاً موافقم»، «موافقم»، «بی‌طرف»، «مخالقم»، «کاملاً مخالفم» به هر ماده پاسخ می‌دهند. این گزینه‌ها به ترتیب از صفر (کاملاً مخالفم) تا چهار (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شوند. کارور و شیبور و همکاران (**۲۹**) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و ضریب پایایی باز آزمایی با چهار هفته فاصله را برای یک گروه از دانشجویان را ۰/۷۹ گزارش کردند. پایایی ضریب آلفا در نمونه شامل ۵۹ زن دچار سرطان ۰/۷۸ و پایایی باز آزمایی با فاصله ۱۲ ماه ۰/۷۴ بوده است. در ایران موسوی نسب (۱۳۸۴) پایایی این پرسشنامه را با شیوه پایایی باز آزمایی ۰/۷۰ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۵۴ گزارش کرده است (**۳۰**). همچنین خدابخشی (۱۳۸۳)، ضریب روایی همزمان بین مقیاس خوش‌بینی با افسردگی و خود تسلط یابی را به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۷۲ بدست آورد (**۳۱**).

مقیاس سرسختی روانشناختی اهواز (Ahvaz Psychological Hardiness scale) ۲۷ ماده‌ای اهواز که توسط کیامرثی و همکاران (**۳۲**) ساخته و اعتبار یابی شده است. ضرایب پایایی پرسشنامه را به دو روش باز آزمایی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۶ محاسبه کردند. روش نمره‌گذاری به این صورت است که هر ماده دارای چهار گزینه «هرگز»، «به ندرت»، «گاهی اوقات» و «بیشتر اوقات» می‌باشد و نمره هر ماده به ترتیب مقادیر ۰، ۱، ۲ و ۳ می‌باشد. در این پرسشنامه ۶ عبارت که شامل (۶، ۷، ۱۰، ۱۳، ۱۷، ۲۱) به شیوه معکوس نمره‌گذاری می‌شوند دامنه نمره در این پرسشنامه عدد ۰ تا ۸۱ است. با توجه به میانگین نمرات، کسب نمره بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	حداقل نمره	حداکثر نمره	انحراف معیار
اضطراب مرگ	۸/۲۰	۲	۱۴	۲/۷۰
خود سرزنشگری	۵/۹۷	۲	۱۰	۱/۹۰
دیگر سرزنشگری	۴/۷۵	۱	۱۰	۱/۸۸
نشخوار گری	۷/۰۲	۴	۱۰	۱/۶۶
فاجعه نمایی	۵/۵۱	۲	۱۰	۱/۹۵
کم‌اهمیت‌شماری	۶/۶۸	۳	۱۰	۱/۷۶
تمرکز مجدد مثبت	۶/۰۵	۲	۱۰	۱/۹۸
ارزیابی مجدد مثبت	۶/۵۷	۳	۱۰	۲/۰۷
پذیرش	۶/۱۱	۲	۱۰	۱/۸۳
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۶/۲۵	۳	۱۰	۱/۹۹
سرسختی روانشناختی	۴۶/۶۸	۱۹	۶۹	۱۰/۰۷
خوش‌بینی	۱۶/۰۵	۶	۲۴	۳/۸۷

جدول ۲: ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	(۱)	(۲)	(۳)	(۴)	(۵)	(۶)	(۷)	(۸)	(۹)	(۱۰)	(۱۱)	(۱۲)
۱ اضطراب مرگ												
۲ خود سرزنشگری	۰/۲۴**											
۳ دیگر سرزنشگری	۰/۰۴	-۰/۰۱										
۴ نشخوار گری	۰/۱۵*	۰/۳۰**	۰/۰۰۳									
۵ فاجعه نمایی	۰/۳۱**	۰/۱۸**	۰/۴۴**	۰/۰۹								
۶ کم‌اهمیت‌شماری	-۰/۰۹	۰/۰۲	۰/۲۱**	۰/۰۶	-۰/۰۲							
۷ تمرکز مجدد مثبت	-۰/۱۱	-۰/۰۷	-۰/۰۵	۰/۰۳	-۰/۰۴	۰/۲۳**						
۸ ارزیابی مجدد مثبت	-۰/۱۷**	-۰/۰۴	-۰/۱۲	۰/۰۰	-۰/۱۸**	۰/۳۱**	۰/۴۴**					
۹ پذیرش	۰/۰۵	۰/۲۷**	۰/۰۶	-۰/۳۴**	۰/۰۸	-۰/۰۷	-۰/۱۱	-۰/۱۱				
۱۰ تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	-۰/۲۱**	-۰/۰۶	۰/۰۴	-۰/۰۳	۰/۰۵	۰/۳۴**	۰/۴۳**	۰/۴۹**	-۰/۲۰**			
۱۱ سرسختی روانشناختی	-۰/۳۵**	-۰/۲۳**	۰/۰۳	-۰/۰۷	-۰/۲۷**	۰/۳۰**	۰/۴۹**	۰/۴۳**	-۰/۰۶	۰/۴۳**		
۱۲ خوش‌بینی	-۰/۳۳**	-۰/۱۲	-۰/۰۴	-۰/۰۸	۰/۰۲	-۰/۰۰	۰/۱۷**	۰/۱۵*	-۰/۰۶	۰/۱۸**	۰/۱۷**	

* P < ۰/۰۵ ** P < ۰/۰۱

جدول ۳: خلاصه تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام نمرات اضطراب مرگ بر روی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سرسختی روانشناختی و خوش‌بینی

گام و متغیرها	B	β	t	سطح معناداری t	R ²	R ² Change	FChange	سطح معناداری FChange
اول								
Constant	۱۲/۶۶		۱۵/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۱۲	۰/۱۲	۳۱/۸۱	۰/۰۰۱
سرسختی روانشناختی	-۰/۰۹	-۰/۳۵	-۵/۶۴	۰/۰۰۱				
دوم								
Constant	۱۵/۰۸		-۱۵/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۱۹	۰/۰۷	۱۸/۹۸	۰/۰۰۱
سرسختی روانشناختی	-۰/۰۸	-۰/۳۰	-۴/۹۹	۰/۰۰۱				
خوش‌بینی	-۰/۱۸	-۰/۲۶	-۴/۳۵	۰/۰۰۱				
سوم								
Constant	۱۲/۴۰		۱۱/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۰۶	۱۷/۶۸	۰/۰۰۱
سرسختی روانشناختی	-۰/۰۶	-۰/۲۳	-۳/۷۵	۰/۰۰۱				
خوش‌بینی	-۰/۲۰	-۰/۲۸	-۴/۸۳	۰/۰۰۱				
فاجعه نمایی	۰/۳۵	-۰/۲۵	۴/۲۰	۰/۰۰۱				

اضطراب مرگ بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد خوش‌بین اغلب در مواجهه با یک رویداد یا مسئله به‌جای اینکه آن را انکار کنند از فرایند حل مسئله استفاده می‌کنند. خوش‌بینی به مواردی اشاره دارد که در آن معمولاً پیامدهای مثبت مورد انتظارند و این پیامدها به‌عنوان عوامل ثابت، کلی و درونی در نظر گرفته می‌شوند. خوش‌بینی و به‌طور کلی، باورهای مثبت، بر بیماری، سلامت روانی و جسمانی انسان تأثیر زیادی می‌گذارند (۱۰) و به نظر می‌رسد این ویژگی‌ها، راهکارهای موثری برای مقابله با اضطراب مرگ هستند.

بعلاوه، همسو با یافته‌های عیسی زادگان (۱۶) و قاسم پور همکاران (۱۵)، مطالعه حاضر نشان داد که فاجعه‌نامایی سومین متغیر پیش بین اضطراب مرگ بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که از راهبرد فاجعه‌نامایی استفاده می‌کنند، درباره واقعه منفی اشتغال ذهنی پیدا می‌کنند و مدام آن را مرور می‌کنند و بر وحشت از تجربه تأکید دارند و آن را وحشتناک‌تر و شدیدتر ابراز می‌کنند. این راهبرد ناسازگارانه، فرد را مستعد اضطراب می‌کند (۱۵) در نتیجه به‌جای واکنش مناسب به رویدادهای تنش‌زا و فشارزا همچون مرگ، با آشفتگی و تشویش به آن‌ها واکنش نشان می‌دهد. در مجموع می‌توان نتیجه‌گیری نمود، زنان بارداری که به‌جای تفکر مداوم بر جنبه‌های منفی بارداری و تأثیرات ناگوار آن بر زندگی به جنبه‌های مثبت توجه می‌کنند، به‌جای فاجعه‌بار تلقی کردن بارداری، آن را کم‌اهمیت جلوه می‌دهند یا بر نسبت آن در مقایسه با دیگر وقایع تأکید می‌کنند و برای تغییر موقعیت تنش‌زا، طرح‌ها و برنامه‌هایی را در نظر می‌گیرند، مسلماً استفاده از این راهبردها باعث کاهش اضطراب مرگ در آن‌ها می‌شود و با افزایش میزان سرسختی روانشناختی و خوش‌بینی زنان در دوره بارداری آن‌ها در زندگی تاب‌آورتر می‌شوند و به یک احساس توانمندی و قابلیت تأثیرگذاری به‌جای تسلیم صرف در مقابل یک موقعیت تنش‌زا، دست می‌یابند.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر در مجموع نشان داد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، اضطراب مرگ را در زنان باردار سه ماهه سوم بارداری به خوبی پیش بینی می‌کنند. هیجان‌های افراد با شناخت‌هایشان پیوند خورده‌اند و چگونگی شناخت‌ها بر شدت و نوع تجربه هیجانی آن‌ها اثر می‌گذارد. بنابراین یافته‌های این پژوهش می‌تواند به درمانگران و روان‌شناسان بالینی در زمینه‌ی درمان اختلالات اضطرابی کمک کند. به‌طوری‌که در برنامه‌های درمانی توجه خاصی به راهبردهای شناختی به‌ویژه راهبردهای ناسازگارانه از قبیل فاجعه‌سازی، نشخوار فکری و سرزنش خود داشته باشند. چراکه هیجان‌ها از نظر اجتماعی مفید هستند و در ایجاد، حفظ و تداوم رابطه با دیگران نقش دارند، بنابراین تعدیل و تنظیم آن‌ها از طریق آموزش تنظیم هیجان ممکن است بر کاهش مشکلات اضطرابی از قبیل اضطراب مرگ مؤثر باشد. با استفاده از نتایج این مطالعه و مطالعات قبلی می‌توان به راهکارهای عملی و مهمی از جمله به‌کارگیری روانشناسان در مراکز بهداشتی درمانی در کنار سایر کارکنان این مراکز جهت غربالگری و تشخیص مادران دارای اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی و تلاش در جهت حل این اختلالات، آموزش مهارت‌های مؤثر تنظیم هیجان، اجرای برنامه‌های مداخله‌ای گروهی

براساس تحلیل رگرسیون در جدول ۳، از یازده متغیری که وارد معادله رگرسیون شده‌اند، سه متغیر سرسختی، خوش‌بینی و فاجعه‌نامایی توان لازم جهت ورود به معادله رگرسیون را داشتند. در گام اول متغیر سرسختی به دلیل دارا بودن بالاترین ضریب همبستگی با متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شده و ۱۲/۷ درصد از واریانس متغیر اضطراب مرگ را تبیین کرده است که با توجه به F مشاهده‌شده ۳۱/۸۱، این میزان واریانس تبیین شده و در نتیجه مدل رگرسیون در گام اول در سطح ($P \leq 0/001$) معنی‌دار است. در گام دوم متغیر خوش‌بینی به همراه سرسختی مجموعاً ۱۹/۸ درصد از واریانس متغیر اضطراب مرگ را تبیین کرده‌اند که با توجه به F مشاهده‌شده ۱۸/۹۸، این میزان واریانس در سطح ($P \leq 0/001$) تبیین شده و در نتیجه رگرسیون در گام دوم معنی‌دار است. در گام سوم دو متغیر سرسختی و خوش‌بینی همراه با فاجعه‌نامایی ۲۵/۸ درصد از واریانس اضطراب مرگ را تبیین کردند که با توجه به F مشاهده‌شده ۱۷/۶۸، مدل رگرسیون و میزان واریانس تبیین شده در سطح ($P \leq 0/001$) معنی‌دار است.

بحث

پژوهش حاضر به‌منظور پیش‌بینی اضطراب مرگ بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سرسختی روانشناختی و خوش‌بینی در زنان باردار سه‌ماهه سوم بارداری انجام گرفت. نتایج نشان داد که سرسختی روانشناختی، خوش‌بینی و فاجعه‌نامایی پیش‌بینی معناداری از اضطراب مرگ انجام دادند. همبستگی پیرسون نشان داد که راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان همچون ارزیابی مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی به‌صورت معکوس و از میان راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان، فاجعه‌نامایی، خود سرزنشگری و نشخوارگری به‌صورت مستقیم با اضطراب مرگ ارتباط معناداری دارند. درحالی‌که بین دیگر سرزنشگری، کم‌اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت و پذیرش با اضطراب مرگ ارتباط معناداری یافت نشد. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین سرسختی روانشناختی و خوش‌بینی با اضطراب مرگ ارتباط منفی معنادار وجود دارد. تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نشان داد که سرسختی روانشناختی و خوش‌بینی نقش پیش‌بینی‌کننده مثبت و فاجعه‌نامایی نقش پیش‌بینی‌کننده معکوس در اضطراب مرگ را دارند. همچنین تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که به ترتیب سرسختی روانشناختی، خوش‌بینی و فاجعه‌نامایی پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار اضطراب مرگ هستند، به‌طوری‌که ۲۵/۸ درصد از پیش‌بینی اضطراب مرگ در زنان سه‌ماهه سوم با استفاده از این سه متغیر پیش‌بینی می‌شود و این یافته با نتایج پژوهش‌های مک (۱۷)، پور اکبری و همکاران (۱۸)، ارمی و همکاران (۳۳) و هانتون (۳۴) همسو بود در تبیین این یافته می‌توان گفت، سرسختی به عنوان یک منبع مقاومت در مواجهه با رویدادهای استرس‌زاست، افراد سرسخت کسانی هستند که در برابر اعمال و رفتار احساس تعهد کرده و به جای اینکه آن را تهدیدی برای زندگیشان بشمار آورند معتقدند که رویدادهای زندگی قابل کنترل و پیش‌بینی هستند (۳۵) پس این افراد بهتر می‌توانند با ترس از مرگ کنار بیایند. همچنین همسو با یافته‌های عیسی زادگان و همکاران (۱۶)، عبدل خالک و لستر (۳۶) و اسماعیل (۳۷)، مطالعه حاضر نشان داد خوش‌بینی دومین متغیر پیش‌بین

سپاسگزاری

بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خویش را از تمامی کسانی که در انجام پژوهش ما را یاری رساندند، به ویژه مادران باردار شرکت کننده در این مطالعه اعلام می‌داریم.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافی برای نویسندگان در این مقاله وجود ندارد.

جهت شناسایی و اصلاح راهبردهای منفی و غیر انطباقی تنظیم هیجان در زنان باردار، آموزش مهارت‌های سرسختی روانشناختی و خوشبینی دست‌یافت. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به دشواری در فراهم آوردن تعداد کافی مشارکت کنندگان، خود گزارشی بودن پرسشنامه و وسیع بودن منطقه پژوهش اشاره نمود. همچنین پیشنهاد می‌شود در برنامه‌ریزی‌ها و پژوهش‌های مربوط به کاهش اختلالات اضطرابی مرگ در زنان باردار به چگونگی تأثیر و آموزش راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان بر اختلالات اضطرابی و جهت‌گیری زندگی توجه ویژه‌ای شود.

References

- Cattaruzza A. Difficulties in the Treatment of Depression During Pregnancy and Postpartum Depression. *J Infant Child Adolesc Psychother.* 2014;13(1):75-87. DOI: [10.1080/15289168.2014.880296](https://doi.org/10.1080/15289168.2014.880296)
- Alder J, Urech C, Fink N, Bitzer J, Hoesli I. Response to induced relaxation during pregnancy: comparison of women with high versus low levels of anxiety. *J Clin Psychol Med Settings.* 2011;18(1):13-21. DOI: [10.1007/s10880-010-9218-z](https://doi.org/10.1007/s10880-010-9218-z) PMID: [21225321](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21225321/)
- Mehraban Z, Alizadeh L, Narimani M. [Maternal prenatal pregnancy-related anxiety and spontaneous preterm birth in ardebil health centers in 2011]. *Urmia Med J.* 2013;23(6):670-5.
- Arch JJ. Pregnancy-specific anxiety: which women are highest and what are the alcohol-related risks? *Compr Psychiatry.* 2013;54(3):217-28. DOI: [10.1016/j.comppsy.2012.07.010](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.07.010) PMID: [22943960](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22943960/)
- Sadeghi N, Azizi S, Molayynezhad M. Anxiety status in pregnant mothers at third trimester of pregnancy and its related factors in referrals to Bandar Abbas Hospitals in 2012. *Iran J Obstet Gynecol Infertil.* 2014;17(122):8-15.
- Singh A, Singh D, Nhzamie S. Death and dying: Mental Health reviews; 2003. Available from: <http://www.Psyplexus.com/excl/cdmi.html>.
- Naderi F, Roushani K. [Relationship of spiritual intelligence and social intelligence with death anxiety in old women]. *J Women and Cult.* 2012;2(6):55-67.
- Belsky J. *The Psychology of Aging: Theory, Research and Intervention.* 3rd ed. Wadsworth: Cengage Learning; 1999.
- Seligman ME, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *Am Psychol.* 2005;60(5):410-21. DOI: [10.1037/0003-066X.60.5.410](https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410) PMID: [16045394](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16045394/)
- Peterson C. The future of optimism. *Am Psychol.* 2000;55(1):44-55. PMID: [11392864](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11392864/)
- Salehi A, Baghban I, Bahrami F, Ahmadi A. [Relationship between cognitive emotional regulation strategies and emotional problems with attention to individual and familial factors]. *J Fam Counsel Psychother.* 2011;1(1):1-18.
- Abdi S, Babapoor J, Fathi H. [Relationship between cognitive emotion regulation styles and general health among university students]. *Ann Mil Health Sci Res.* 2011;8(4):258-64.
- Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Pers Individ Differ.* 2006;40(8):1659-69. DOI: [10.1016/j.paid.2005.12.009](https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009)
- Campbell-Sills L, Barlow DH, Brown TA, Hofmann SG. Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behav Res Ther.* 2006;44(9):1251-63. DOI: [10.1016/j.brat.2005.10.001](https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.001) PMID: [16300723](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16300723/)
- Ghasempour A, Sooreh J. [Predicting death anxiety on emotion cognitive regulation strategies]. *Knowledge Res Appl Psychol.* 2012;13(2):63-70.
- Issazadeghan A, Ashraf Zadeh S, Sheikhi S. [The relationship of cognitive emotion regulation strategies and optimism with death anxiety among nurses in urmia city]. *J Urmia Nurs Midwifery Fac.* 2014;12(6):467-76.
- MacDermott D. Psychological hardiness and meaning making as protection against sequelae in veterans of the wars in Iraq and Afghanistan. *Int J Emerg Ment Health.* 2010;12(3):199-206. PMID: [21473370](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21473370/)
- Pourakbari F, Khajevand Khoshli A, Asadi J. [Relationship of psychological hardiness and quality of life with death anxiety in nurses]. *J Res Dev Nurs & Midwifery.* 2014;11(2):53-9.
- Sandvik AM, Hansen AL, Hystad SW, Johnsen BH, Bartone PT. Psychopathy, anxiety, and resiliency – Psychological hardiness as a mediator of the psychopathy–anxiety relationship in a prison setting. *Pers Individ Differ.* 2015;72:30-4. DOI: [10.1016/j.paid.2014.08.009](https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.08.009)
- Hashemi N, Soury A, Ashoori J. [The relationship between social capital and psychological hardiness with general health of patients with type II diabetes]. *J Diabetes Nurs.* 2016;4(1):43-53.
- Aghajani M, Tizdast T, Abbas Ghorbani M, Bajvar M. [The relationship of psychological hardiness and burnout among nurses]. *J Holist Nurs Midwifery.* 2013;23(70):1-7.

22. Delahajj A, Gaillard C, Van Dam P. Hope and Hardiness as related to life satisfaction. *J Posi Psych*. 2010;3(8):171-9.
23. Mirzaeean B, Baazat F, Khakpour N. [Internet addiction among college students and its impact on mental health]. *J Inf Commun Technol Educ*. 2011;2(1):141-60.
24. Hosni J. [Psychometric properties of cognitive emotion regulation questionnaire]. *J Clin Psychol*. 2011;7:73-83.
25. Garnefski N, Rieffe C, Jellesma F, Terwogt MM, Kraaij V. Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9 - 11-year-old children: the development of an instrument. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007;16(1):1-9. DOI: [10.1007/s00787-006-0562-3](https://doi.org/10.1007/s00787-006-0562-3) PMID: [16791542](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16791542/)
26. Hosni J. [The reliability and validity of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-Short Form]. *J Behav Sci*. 2012;9:229-40.
27. Templer DI. The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *J Gen Psychol*. 1970;82(2d Half):165-77. DOI: [10.1080/00221309.1970.9920634](https://doi.org/10.1080/00221309.1970.9920634) PMID: [4394812](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4394812/)
28. Rajabi G, Bahrani M. [Factor analysis of death anxiety scale]. *J Psychol*. 2002;4(20):331-44.
29. Carver CS, Scheier MF, Segerstrom SC. Optimism. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(7):879-89. DOI: [10.1016/j.cpr.2010.01.006](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.006) PMID: [20170998](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20170998/)
30. Mousavi Nasab SM. [Optimism - pessimism. Stress appraisal and coping strategies]. Shiraz Shiraz university; 2006.
31. Khoda Bakhsh H. Standardization, reliability and validity of the scale of optimism in Isfahan. Isfahan Isfahan University; 2005.
32. Kiamarzi A, Najarian B. [Mehrabizadeh honarmand M. creating and accrediting a Scale for assessing Psychological Hardiness]. *J Psychol*. 1998;2(3):271-84.
33. Orme GJ, Kehoe EJ. Hardiness as a predictor of mental health and well-being of Australian army reservists on and after stability operations. *Mil Med*. 2014;179(4):404-12. DOI: [10.7205/MILMED-D-13-00390](https://doi.org/10.7205/MILMED-D-13-00390) PMID: [24690965](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24690965/)
34. Hanton S, Neil R, Evans L. Hardiness and anxiety interpretation: An investigation into coping usage and effectiveness. *Eur J Sport Sci*. 2013;13(1):96-104. DOI: [10.1080/17461391.2011.635810](https://doi.org/10.1080/17461391.2011.635810)
35. Kobasa SC, Maddi SR, Zola MA. Type A and hardiness. *J Behav Med*. 1983;6(1):41-51. PMID: [6876154](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6876154/)
36. Abdel-Khalek A, Lester D. Optimism and pessimism in Kuwaiti and American college students. *Int J Soc Psychiatry*. 2006;52(2):110-26. DOI: [10.1177/0020764006062092](https://doi.org/10.1177/0020764006062092) PMID: [16615244](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16615244/)
37. Ismail A. Optimism, pessimism, and some Psychological Variables for a sample of Umm Al Qura University Students. *Educ J*. 2000;20:115-23.

The Role of Cognitive Regulation Strategies of Emotion, Psychological Hardiness and Optimism in the Prediction of Death Anxiety of Women in their Third Trimester of Pregnancy

Sara Naseiri ¹, Ghassem Askarizadeh ^{2,*}, Masoud Fazilat Pour ²

¹ Masters Student, Department of General Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran

* **Corresponding author:** Ghassem Askari zadeh, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran. E-mail: gh.askarizadeh@uk.ac.ir

Received: 22 Aug 2016

Accepted: 05 Mar 2017

Abstract

Introduction: Pregnancy is a natural event in women's lives, but requires a series of physiological adaptations and compliances. Quality adjustment to these changes may put women at risk for psychological problems. Considering the effective role of cognitive regulation strategies of emotion, psychological hardiness and optimism in coping of individual with different situations and stressful conditions, the present study aimed to investigate the role of cognitive regulation strategies of emotion, psychological hardiness and optimism in predicting death anxiety in women who are in their third trimester of pregnancy.

Methods: The present study was descriptive and correlational. The studied sample consisted of 220 pregnant women in the third trimester of pregnancy whom were selected by convenient sampling method from Shiraz city. Data were collected using Persian Short form Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, Ahvaz Psychological Hardiness Scale, Life Orientation Test (LOT) and 15-items Templer Death Anxiety Scale. Data were subjected to analysis with descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (Pearson's correlation coefficient and stepwise regression).

Results: Mean and SD were 8.2 (2.7 for death anxiety, 54.95 (7.6 for cognitive emotion regulation, 46.68 (10.07 for psychological hardiness, and 16.05 (3.87 for optimism. Pearson's correlation coefficient showed that cognitive emotion regulation, psychological hardiness and optimism were correlated with death anxiety, whereby there was significant and positive correlation in catastrophizing, self-blame and focus on thought with death anxiety. In addition, there was a significant reverse correlation in positive reappraisal, refocus on planning, hardness and optimism with death anxiety. The relationships of other-blame, putting into perspective, positive refocusing and acceptance with death anxiety were not significant. Regression analysis showed that psychological hardiness ($B = -0.06$), optimism ($B = -0.20$) and catastrophizing ($B = 0.35$) were the significant predictors of death anxiety.

Conclusions: Results showed that cognitive emotion regulation strategies, psychological hardiness and optimism can be appropriate strategies to reduce and control death anxiety among pregnant women in their third trimester of pregnancy.

Keywords: Cognitive Regulation of Emotion, Psychological Hardiness, Optimism, Death Anxiety