



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



وزارت کشور

استاندارداری اردبیل

پژوهش دفتر برنامه‌ریزی، نوسازی و تحول اداری

## گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

### عنوان:

**بررسی نقش سازه‌های روانی، اجتماعی و معنوی در پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا (COVID-19) در بین شهروندان استان اردبیل و ارائه راهکارهای مقابله‌ای**

### مجری طرح:

معاونت پژوهشی دانشگاه محقق اردبیلی

### پژوهشگر:

دکتر علی شیخ‌الاسلامی

### همکاران طرح:

دکتر عیسی جعفری، دکتر نسترن سیداسماعیلی قمی، نسیم محمدی

این طرح با تصویب و حمایت مالی استانداری اردبیل اجرا گردیده است.

زمستان - ۱۴۰۰

## تقدیر و شکر:

سپاس خدای را که سخنوران، در ستودن او بانند و شمارندگان، شمردن نعمت های او ندانند و کوشندگان، حق

او را گزاردن نتوانند و سلام و درود بر محمد و خاندان پاک او، طاهران معصوم، هم آنان که وجودمان و امدار

وجودشان است؛ و نفرین پیوسته بر دشمنان ایشان تا روز رستاخیز.

این گزارش در قالب طرح پژوهشی با تصویب و حمایت مالی استانداری اردبیل اجرا گردیده است.

لذا از استاندار محترم، معاونت محترم پژوهش دفتر برنامه ریزی، نوسازی و تحول اداری و تمامی

کارکنان محترم استانداری اردبیل که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند و همچنین شرکت کنندگان

پژوهش کمال شکر و قدردانی می شود.

## فهرست مطالب

شماره و عنوان مطالب	صفحه
---------------------	------

### فصل اول: کلیات پژوهش

۱-۱- بیان مسئله	۸
۲-۱- ضرورت و اهمیت پژوهش	۱۲
۳-۱- اهداف پژوهش	۱۴
۱-۳-۱- هدف کلی	۱۴
۲-۳-۱- اهداف جزئی	۱۴
۴-۱- فرضیه‌های پژوهش	۱۴
۵-۱- تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها	۱۵
۱-۵-۱- تعریف مفهومی	۱۵
۲-۵-۱- تعریف عملیاتی	۱۶

### فصل دوم: مبانی نظری پژوهش

۱-۲- سرمایه روان شناختی مثبت	۱۹
۲-۲- هدف روان شناسی مثبت نگر	۱۹
۳-۲- سرمایه روان شناختی	۲۰
۴-۲- مولفه‌های سرمایه‌های روان‌شناختی	۲۱
۱-۴-۲- خودکارآمدی	۲۱
۲-۴-۲-۱- خودکارآمدی براساس نظریه‌های شناختی-اجتماعی بندورا	۲۳
۲-۴-۲-۲- ویژگی‌های افراد خودکارآمد	۲۳
۲-۴-۲-۵- ابعاد خودکارآمدی	۲۳
۲-۴-۲-۶- اثرات خودکارآمدی بر کارکردهای روان‌شناختی	۲۴
۲-۴-۲-۲- تابآوری	۲۵
۲-۴-۲-۱- ویژگیهای افراد تابآور	۲۸
۲-۴-۲-۲- مؤلفه‌های تابآوری	۲۹

۳۰	..... ۲-۴-۲-۳- انواع تابآوری
۳۱	..... ۲-۴-۳- خوش بینی
۳۳	..... ۲-۴-۳-۱- انواع خوش بینی از نظر پترسون
۳۳	..... ۲-۴-۴- امید
۳۴	..... ۲-۴-۴-۱- نظریه اشنایدر پیرامون امید
۳۵	..... ۲-۴-۴-۲- مؤلفه‌های امید
۳۶	..... ۲-۵- مفهوم حمایت اجتماعی ادراک شده
۳۸	..... ۲-۶- حمایت اجتماعی ادراک شده
۳۹	..... ۲-۷- انواع حمایت اجتماعی
۴۱	..... ۲-۸- منابع حمایت اجتماعی
۴۲	..... ۲-۹- تئوری های حمایت اجتماعی
۴۲	..... ۲-۱۰- مدل های حمایت اجتماعی
۴۳	..... ۲-۱۱- چهار مقوله از حمایت اجتماعی
۴۴	..... ۲-۱۲- ابعاد حمایت اجتماعی
۴۴	..... ۲-۱۳- منابع حمایت اجتماعی
۴۵	..... ۲-۱۴- سیستم حمایت اجتماعی
۴۶	..... ۲-۱۵- کارکردهای کلی حمایت اجتماعی
۴۷	..... ۲-۱۶- بهزیستی معنوی
۴۸	..... ۲-۱۷- شناسایی راهکار مناسب در تبیین بهزیستی معنوی
۴۹	..... ۲-۱۸- تأثیر دین و باورهای دینی در سلامت روانی فرد و جامعه
۵۰	..... ۲-۱۹- تأثیر دین و باورهای مذهبی در بهداشت روانی
۵۱	..... ۲-۲۰- مقابله‌های دینی و سلامت روانی
۵۲	..... ۲-۲۱- اضطراب
۵۳	..... ۲-۲۲- اضطراب کرونا
۵۴	..... ۲-۲۳- نظریه های اضطراب
۵۴	..... ۲-۲۳-۱- نظریه روان تحلیلیگری

۵۵	..... ۲-۲۳-۲- نظریه رفتارگرا
۵۶	..... ۲-۲۳-۳- نظریه شناختی
۵۷	..... ۲-۲۴-۲- مراحل اضطراب
۵۷	..... ۲-۲۵-۲- علائم اضطراب
۵۸	..... ۲-۲۶-۲- انواع اضطراب
۵۹	..... ۲-۲۷-۲- پیشینه‌های پژوهش

#### فصل سوم: مواد و روش پژوهش

۶۹	..... ۳-۱- روش پژوهش
۶۹	..... ۳-۲- جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری
۶۹	..... ۳-۳- ابزار جمع‌آوری اطلاعات
۷۰	..... ۳-۴- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

#### فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

۷۲	..... پیشگفتار
۷۲	..... ۴-۱- یافته‌های توصیفی
۷۳	..... ۴-۲- یافته‌های استنباطی

#### فصل پنجم: نتیجه‌گیری و بحث

۸۸	..... ۵-۲- محدودیت‌های پژوهش
۸۹	..... ۵-۳- پیشنهادهای پژوهشی
۸۹	..... ۵-۴- پیشنهادهای کاربردی
۹۱	..... فهرست منابع و مآخذ:
۱۱۴	..... پیوست‌ها و ضمایم (در صورت لزوم)

## فهرست جداول

شماره و عنوان مطالب	صفحه
جدول ۴-۱- آماره‌های توصیفی سرمایه‌ی روانشناختی و مولفه‌های آن	۷۲
جدول ۴-۲- آماره‌های توصیفی حمایت اجتماعی و مولفه‌های آن	۷۲
جدول ۴-۳- آماره‌های توصیفی بهزیستی معنوی و مولفه‌های آن	۷۳
جدول ۴-۴- آماره‌های اضطراب کرونا	۷۳
جدول ۴-۵- ماتریس همبستگی بین سرمایه‌ی روانشناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی) با اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل	۷۳
جدول ۴-۶- ماتریس همبستگی بین حمایت اجتماعی (حمایت افراد مهم زندگی، حمایت خانواده و حمایت دوستان) با اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل	۷۴
جدول ۴-۷- ماتریس همبستگی بین بهزیستی معنوی (بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی) با اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل	۷۵
جدول ۴-۸- خلاصه مدل تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل براساس سرمایه‌ی روانشناختی، حمایت اجتماعی و بهزیستی معنوی	۷۶
جدول ۴-۹- تحلیل واریانس مدل رگرسیون برای پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل براساس سرمایه‌ی روانشناختی، حمایت اجتماعی و بهزیستی معنوی	۷۶
جدول ۴-۱۰- ضرایب بتا و آزمون معناداری $t$ برای متغیرهای پیش‌بین	۷۶
جدول ۴-۱۱- خلاصه مدل تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل براساس مولفه‌های سرمایه‌ی روانشناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی)	۷۷
جدول ۴-۱۲- تحلیل واریانس مدل رگرسیون برای پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل براساس مولفه‌های سرمایه‌ی روانشناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی)	۷۷
جدول ۴-۱۳- ضرایب بتا و آزمون معناداری $t$ برای متغیرهای پیش‌بین	۷۸



- جدول ۴-۱۴- خلاصه مدل تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل براساس مولفه‌های حمایت اجتماعی (افراد مهم زندگی، خانواده و دوستان) .. ۷۸
- جدول ۴-۱۵- تحلیل واریانس مدل رگرسیون برای پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل براساس مولفه‌های حمایت اجتماعی (افراد مهم زندگی، خانواده و دوستان) .. ۷۹
- جدول ۴-۱۶- ضرایب بتا و آزمون معناداری t برای متغیرهای پیش‌بین ..... ۷۹
- جدول ۴-۱۷- خلاصه مدل تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل براساس مولفه‌های بهزیستی معنوی (بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی) ... ۸۰
- جدول ۴-۱۸- تحلیل واریانس مدل رگرسیون برای پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل براساس مولفه‌های بهزیستی معنوی (بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی) ... ۸۰
- جدول ۴-۱۶- ضرایب بتا و آزمون معناداری t برای متغیرهای پیش‌بین ..... ۸۰

## چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش سازه‌های روانی، اجتماعی و معنوی در پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا (COVID-19) در بین شهروندان استان اردبیل و ارائه‌ی راهکارهای مقابله‌ای انجام شد. این پژوهش از نظر روش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری پژوهش را تمامی شهروندان استان اردبیل در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. از میان جامعه‌ی آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای ۵۰۰ شهروند در مرکز، شمال، جنوب، شرق و غرب استان اردبیل به عنوان نمونه انتخاب شدند و به پرسشنامه‌ی سرمایه‌ی روانشناختی لوتانز (۲۰۰۷)، پرسشنامه‌ی حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت، داهلم و فارلی (۱۹۸۸)، پرسشنامه‌ی بهزیستی معنوی پالوتزین و همکاران (۱۹۸۲) و مقیاس اضطراب بیماری کرونا علی پور و همکاران (۱۳۹۸)، پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی از گزارش فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از روش ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که بین سرمایه‌ی روانشناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی)، حمایت اجتماعی (حمایت افراد مهم زندگی، حمایت خانواده و حمایت دوستان) و بهزیستی معنوی (بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی) با اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل همبستگی منفی معناداری وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون آشکار کرد که سرمایه‌ی روانشناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی)، حمایت اجتماعی (افراد مهم زندگی، خانواده و دوستان) و بهزیستی معنوی (بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی) در پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل نقش دارند. با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که سرمایه‌ی روانشناختی، حمایت اجتماعی و بهزیستی معنوی می‌توانند در کاهش اضطراب ناشی از بیماری کرونا در شهروندان استان اردبیل نقش داشته باشد. لذا این متغیرها نیازمند توجه و بررسی بیشتر توسط روانشناسان و مشاوران و مسئولین مربوطه می‌باشد.

**کلیدواژه‌ها:** سرمایه‌ی روانشناختی، حمایت اجتماعی، بهزیستی معنوی، اضطراب کرونا.

فصل اول:

**کلیات پژوهش**

## ۱-۱- بیان مسئله

با شیوع بیماری کرونا در شهر ووهان در تاریخ ۳۱ دسامبر ۲۰۱۹، برنامه‌ریزی کشور چین برای مقابله با این بیماری مورد توجه جهانی قرار گرفته است. این بیماری به سرعت در سایر کشورهای جهان پخش شد و سازمان بهداشت جهانی آن را یکی دیگر از بیماری‌های همه‌گیر جهانی اعلام کرد. تا امروز، تعداد کشورهایی که درگیر این بیماری شده‌اند به طور چشمگیری افزایش یافته است. بیماری کرونا ویروس<sup>۱</sup> نوین-۲۰۱۹ یا کووید-۱۹ یک بیماری حاد تنفسی<sup>۲</sup> است که در ارتباط نزدیک با کرونا ویروس سارس است (شیگمورا، یورسانو، مورگانستین، کیوروساوا و بندک<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). علائم اولیه کووید-۱۹ شامل پنومونی<sup>۴</sup>، تب، دردهای عضلانی و خستگی می‌باشد. طبق آمار جهانی اعلام شده، نرخ مرگ و میر ۳/۴٪ برای این بیماری ثبت شده است (رحیمی ریس، ارشادی و شهابی حقیقی، ۱۳۹۹). سازمان بهداشت جهانی در آوریل سال ۲۰۲۰ بیش از ۷ میلیون مورد بیمار مبتلا به کرونا و بیش از ۳۰۰ هزار مرگ را گزارش کرده است. به دلیل شیوع بالا و به تبع آن بالا رفتن میزان مبتلایان و مرگ و میر ناشی از بیماری، نگرانی‌ها در سطح بین‌المللی در حال افزایش است. کشور ایران نیز در بهمن ۱۳۹۸ اولین مبتلایان به بیماری را ثبت کرده و تعداد تجمعی موارد تأیید شده در ایران تا هشتم اردیبهشت ۱۳۹۹ بیش از ۹۲۰۰۰ نفر و تعداد کل مرگ و میرها بیش از ۵۸۰۰ نفر گزارش شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰). در یک تحقیق با جامعه مورد مطالعه ۹۹ بیمار مبتلا به بیماری کرونا در شهر ووهان کشور چین شامل ۶۷ مرد و ۳۲ زن با میانگین سنی ۵۵ اطلاعات زیر به دست آمد. ۵۱٪ بیماران دارای سوابقی از بیماری‌های مزمن بودند. همچنین از علائم بالینی این بیماری تب (۸۳٪)، سرفه (۸۲٪)، تنگی نفس (۳۱٪)، درد عضله (۱۱٪)، گیجی (۹٪)، سردرد (۸٪)، گلودرد (۵/۵٪)، درد قفسه سینه (۲٪)، اسهال (۲٪) و حالت تهوع و استفراغ (۱٪) گزارش شده است (چن<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). در تحقیقات دیگری که در تاریخ ۲ ژانویه سال ۲۰۲۰ منتشر شد، ۴۱ بیمار بستری با نتیجه آزمایش کرونا مثبت دارای شرایط زیر بودند: در اولین مورد برای ۵۵٪ از آن‌ها تنگی نفس گزارش شده است، برای دومین مشخصه مهم زمان متوسط از شروع بیماری تا تنگی نفس ۸ روز به طول

۱. Corona Virus Diseases

۲. COVID-19

۳. Severe Acute Respiratory Syndrome

۴. Shigemura, Ursano, Morganstein, Kurosawa & Benedek

۵. pneumonia

۶. Chen

انجامیده است و همچنین در تصویربرداری سی تی اسکن از ریه های تمام بیماران موارد غیرطبیعی مشاهده و ثبت شده است. این تحقیق با مورد مطالعه قرار دادن بیماران نشان می دهد که ۲۹٪ عوارض شامل سندرم پریشانی حاد، ۱۲٪ آسیب حاد قلبی و ۱۰٪ عفونت ثانویه در بیماران گزارش شده است. همچنین حائز اهمیت است که ۳۲٪ بیماران در بخش مراقبت های ویژه بستری شده اند و ۱۵٪ از آنها فوت کرده اند. بیماران مراقبت های ویژه در مقایسه با بیماران دیگر سطح پلاسمای بیشتری داشتند (هوانگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). علائم بیماری این ویروس از خفیف تا شدید متغیر از جمله سرفه و مشکل در تنفس است (وو و مک کوگان<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰).

اضطراب یک نشانه مشترک در بیماران مبتلا به اختلال تنفسی مزمن است و می تواند کیفیت زندگی بیماران را به میزان قابل توجهی کاهش دهد. تقریباً در غالب موارد سنجش اضطراب شامل موارد جسمی نیز می باشد و می تواند با علائم بیماری مزمن تنفسی و عوارض جانبی داروها همپوشانی داشته باشد (دونگ<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). اضطراب بالینی تا دو سوم بیماران مزمن تنفسی را درگیر می کند و منجر به کاهش کیفیت زندگی و عملکرد جسمی می شود. اضطراب در مورد بیماری کرونا شایع است و به نظر می رسد بیشتر به دلیل ناشناخته بودن و ایجاد ابهام شناختی در افراد درباره این ویروس است. ترس از ناشناخته ها ادراک ایمنی را در انسان کاهش می دهد و همواره برای بشر اضطراب زا بوده است. درباره ی بیماری کرونا همچنان اطلاعات کم علمی نیز این اضطراب را تشدید می کند (بجاما، اوستر و مک گورن<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰). در این زمان، افراد به دنبال اطلاعات بیشتر برای رفع اضطراب خود هستند. اضطراب می تواند باعث شود افراد نتوانند اطلاعات درست و غلط را تشخیص دهند، بنابراین ممکن است آن ها در معرض اخبار نادرست قرار بگیرند (تو، تسانگ و ییپ<sup>۵</sup>، ۲۰۲۰). استرس و اضطراب می تواند سیستم ایمنی بدن را تضعیف کرده و آن ها را در برابر بیماری ها از جمله کرونا آسیب پذیر کند (چانگ، لینگ و وین، ۲۰۲۰). یافته های پژوهش سان و همکاران (۲۰۲۰) نشان می دهد که فشار روانی در افراد مبتلا به علائم حاد استرس پس از سانحه می شود، که با وحشت<sup>۶</sup> فراگیر همراه است. از طرفی پاسخ های شناختی و رفتاری افراد مبتلا به بیماری کرونا ویروس

---

۱. Huang

۲. Wu & McGoogan

۳. Dong

۴. Bajema, Oster & McGovern

۵. To, Tesang and Yip

۶. Panic

نویسنده: نوین-۲۰۱۹ در شرایط پرفشار به آمادگی روانی و حمایت‌های اجتماعی کسب شده بستگی دارد (مالتا، ریموینا و استراد<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). براساس نظریه فشار روانی، منابع<sup>۲</sup> شناختی، رفتاری و حمایتی موجود برای افراد، نقش اساسی در چگونگی انطباق آنان دارد، که واکنش‌های هیجانی مانند ترس، اضطراب و وحشت را در افراد مبتلا تحت تاثیر قرار می‌دهد (پارک و پارک<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰). در مدل فشار روانی ناشی از بیماری، دو دسته منابع فردی و منابع اجتماعی به عنوان عناصر مهمی در نظر گرفته شده‌اند که می‌توانند برای فرد، نتایج مثبت یا منفی درمانی را به بار بیاورند (لیما<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). از نقطه نظر شناختی، فقط عوامل فشارزای روانی که شخص متحمل می‌شود مهم نیستند (الرابیاء<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰)، بلکه مهم نحوه ادراک فرد از فشار روانی است که سلامتی وی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (جایارام، ریونا، کمپ و پاین<sup>۶</sup>، ۲۰۱۷). این ادراک می‌تواند به دو صورت مثبت (فرد به توانایی خود در مقابله موثر با عوامل فشار روانی‌زا اطمینان دارد) و منفی (فرد احساس می‌کند نمی‌تواند از عهده مشکلات و چالش‌های موجود برآید) صورت گیرد (بیونخاری و همکاران، ۲۰۱۶). از جمله منابع فردی مهم تاثیرگذار بر فشار روانی می‌توان به سرمایه‌های روانی<sup>۷</sup> و بهزیستی معنوی<sup>۸</sup> و از جمله منابع اجتماعی می‌توان به سرمایه‌های اجتماعی<sup>۹</sup> اشاره کرد.

سرمایه‌ی روان‌شناختی یکی از متغیرهای روان‌شناختی مثبت است که می‌تواند فرد را قادر سازد، موقعیت‌های مشکل‌آفرین روزمره و تاثیر هیجانی آنها را به خوبی کنترل کند و از این طریق تنهایی را در خود کاهش دهد. سرمایه‌ی روان‌شناختی یکی از شاخص‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا می‌باشد که با ویژگی‌هایی از قبیل باور فرد به توانایی‌هایش برای دستیابی به موفقیت، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف، ایجاد اسنادهای مثبت درباره‌ی خود و تحمل کردن مشکلات تعریف می‌شود (آوی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۶). ظرفیت‌های روان‌شناختی از قبیل امیدواری<sup>۱۱</sup>، تاب‌آوری<sup>۱۲</sup>، خوش‌بینی<sup>۱</sup> و خودکارآمدی<sup>۲</sup> در کنار هم، عاملی را با عنوان سرمایه‌ی روان‌شناختی

---

۱. Malta, Rimoin & Strathdee

۲. resource

۳. Park & Park

۴. Lima

۵. Al-Rabiaah

۶. Jayaram, Runa, Kemp & Payne

۷. psychological capital

۸. spiritual well-being

۹. social capital

۱۰. Avey

۱۱. Hope

۱۲. resiliency

تشکیل می‌دهند (قاسمی جوبنه، زهراکار، همدی و کریمی، ۱۳۹۴). خودکارآمدی اعتقاد فرد به قابلیت و شایستگی‌اش برای برخورد با مشکلات و یا وظایف و سازگاری با سختی‌ها در موقعیت‌های موردنیاز است (محمدی، ۱۳۹۵). جلیلیان کاسب، حجت‌خواه و رشیدی (۱۳۹۵) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی، خودپنداره و جهت‌گیری مذهبی درونی از طریق سرسختی روان‌شناختی با اضطراب در افراد رابطه‌ی منفی معنادار دارند. تاب‌آوری نشانگر سرسختی بوده و به این معنی می‌باشد که افراد در شرایط سخت، چقدر سازنده عمل می‌کنند. افراد با تاب‌آوری بالا، قادر هستند که در مواجهه با شرایط و رویدادهای ناخوشایند و تنش‌آمیز، به تلاش و مقابله‌ی کارآمد خود ادامه دهند تا با پشت سر گذاشتن مراحل سخت زندگی، به موفقیت برسند (سویتویک، بونانو، ناستن، پانتربریک و یهودا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). افراد خوش‌بین، اتفاقات مثبت رخ داده در زندگی را به عوامل دائمی و شخصی ربط می‌دهند و برعکس، رویدادهای نامناسب و ناخوشایند را به عوامل خارجی، موقتی و شرایط خاص نسبت می‌دهد (توگاد، فردریکسون و بارت<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). امیدواری نیز حالتی است که افراد را قادر می‌سازد که اهدافی واقعی، چالش‌برانگیز، جذاب، قابل‌دسترس و قابل پیش‌بینی را برای خود مشخص سازند و با تلاش، رغبت و استعدادی که از خود نشان می‌دهند، در جهت رسیدن به آن‌ها تلاش می‌کنند (چریستنس، کولیورا و تاهیر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). پژوهش‌های گذشته‌نگر نشان داده‌اند که سرمایه‌ی روان‌شناختی، با طیف متنوعی از متغیرها، نظیر افزایش بهزیستی و توانمندی روان‌شناختی (کیولبرتسون، فیلاگار و میلز<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰)، بهبود در کارکردهای شغلی و اجتماعی (پنگ، چیانگ، ژانگ، اکسیاو، سانگ، فنگ، ژانگ و میاوا<sup>۶</sup>، ۲۰۱۳) همراه است.

منابع حمایتی و اجتماعی به عنوان قوی‌ترین و نیرومندترین نیروهای مقابله‌ای در رویارویی موفقیت‌آمیز، در زمان درگیری با شرایط تنش‌زا می‌باشد که تحمل مشکلات را برای فرد تسهیل می‌نماید (صدری دمیرچی، فیاضی و محمدی، ۱۳۹۵). منظور از منابع حمایتی، قابلیت و کیفیت ارتباط با دیگران است که منابعی را در مواقع مورد نیاز فراهم می‌کند. منابع حمایتی را به عنوان «پی بردن فرد به اینکه از طرف دیگران به اعتقادات، احساسات او اهمیت داده و به عنوان یک شخص ارزشمند در نظر گرفته می‌شود» تعریف می‌کنند

---

۱. optimism

۲. self efficacy

۳. Southwick, Bonanno, Masten, Pante r-Brick & Yehuda

۴. Tugade, Fredrickson & Barrett

۵. Christens, Collura & Tahir

۶. Culbertson, Fullagar & Mills

۷. Peng, Jiang, Zhang, Xiao, Song, Feng, Zhang & Miao

(باکیوتیان، ۲۰۱۱). بسیاری از پژوهش‌ها نشان دادند که منابع حمایتی، در پیشگیری، درمان و جلوگیری از بیماری نقش دارد. منابع حمایتی که در دسترس مصرف‌کنندگان است، بر مسیر اعتیاد آن‌ها و عود پس از درمان تاثیر دارد (نیکوی کوپس، کریمی، آسوده نالکیاشری و یونسی، ۱۳۹۶).

معنویت احساس آرامش ذهنی با موجودی متعالی در نظر گرفته می‌شود (آندو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). در زندگی انسان سه رویکرد مسلط در توجه به معنویت وجود دارد. در رویکرد اول که به رویکرد دینی معروف است، معنویت به عنوان پیروی از دستورات یک دین خاص نگریسته می‌شود. در رویکرد دوم، یعنی رویکرد درون‌گرایانه، معنویت یک احساس درونی تلقی می‌شود که به فرد احساس آرامش می‌دهد و بالاخره در رویکرد سوم، یعنی رویکرد وجودگرایانه، معنویت به عنوان معناجویی در کار و زندگی تعریف شده است (گومز و فیشر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). در حقیقت بهزیستی معنوی، تجربه‌ی معنوی انسان در دو چشم‌انداز مختلف است: الف) چشم‌انداز سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی‌شان هنگامی که با قدرت بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است و ب) چشم‌انداز بهزیستی معنوی وجودی که بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی افراد متمرکز است (صدری دمیرچی و محمدی، ۱۳۹۵). بهزیستی معنوی ماهیت جمعی و اجتماعی نیز دارد. به این معنا که عشق، عدالت، امیدواری و ارزش‌گذاری به خصایص انسانی از زمره شاخص‌های مطرح برای بهزیستی معنوی است (بهبو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹). بهزیستی معنوی، در نتیجه‌ی افزایش کنترل ادراک شده و پرمعنا بودن، ارتباط منفی با اضطراب و فرآیندهای ایجاد اختلال در سلامت دارند (بیکرتون، ۲۰۱۳).

جامه‌ی ایرانی در شرایط کنونی مرحله‌ی خاصی را تجربه می‌کند که مستلزم نظریه‌پردازیهای کلان در خصوص آن است، حال آنکه مطالعاتی که درخصوص اضطراب ناشی از بیماری کرونا در کشور انجام می‌شود عموماً به صورت تک بعدی این مسئله را بررسی می‌کنند و به ارائه‌ی راهکارهای روانی، اجتماعی و معنوی مقابله با آن نمی‌پردازند. لذا طرح حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که سازه‌های روانی، اجتماعی و معنوی توان پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا (COVID-19) در بین شهروندان استان اردبیل را دارند و راهکارهای مقابله‌ای چیست؟

---

۱. Ando

۲. Gomez & Fisher

۳. Blue



## ۱-۲- ضرورت و اهمیت پژوهش

بیش از پنج ماه از شیوع کرونا در کشور ایران می‌گذرد و در این دوران جامعه در بخش‌های مختلف تحت تأثیر این ویروس مرموز و خطرناک قرار گرفته است. در کنار عوارض جسمی این بیماری و ابتلای تعدادی از افراد، جان باختن عده‌ای دیگر و عزادار شدن تعدادی از خانواده‌ها، سلامت روان بسیاری در اثر ترس زیاد و اضطراب ناشی از ابتلا به کرونا و به مخاطره افتادن وضعیت اقتصادی و معیشتی، پیامدهای منفی جسمی و روحی زیادی را به دنبال داشته و دامنگیر بخشی از افراد جامعه شده است.

این احساس ناامنی روانی و نداشتن امنیت شغلی باعث بروز مشکلات روانی همچون اضطراب و افسردگی شده است و هر روز می‌توان این نابسامانی روانی را در سطوح مختلف جامعه مشاهده کرد. در همین راستا یافته‌های ژانگ و همکارانش نشان داد فشار روانی ناشی از بیماری کرونا بر سلامت کلی افراد، کیفیت خواب و علائم استرس پس از سانحه<sup>۱</sup> تأثیر گذار است (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۰).

بر اساس مطالعات داخل و خارج از کشور و به ویژه در خارج از کشور نشان داده شده که در سال جاری میلادی، اختلالات روانی ۲/۵ تا ۳ برابر افزایش پیدا کرده است. البته این موضوع طبیعی است؛ چرا که ویروس کرونا ناشناخته بوده و هنوز واکسنی ندارد و مسلماً شهروندان در مقابل خطری جدی قرار دارند که درصد زیادی از جمعیت را تحت تأثیر قرار داده است. در ایران نیز طی تحقیقاتی که صورت گرفته اختلالات روان‌شناختی در سطح بالاتری از حالت حد طبیعی است. پژوهش‌های متعدد در کشور چین علایم روان‌شناختی همچون اضطراب، ترس، افسردگی، افکار منفی، تغییرات هیجانی، بی‌خوابی، اختلال استرس پس از سانحه، وسواس، را با درصد شیوع بالا را گزارش کرده‌اند (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۹).

در این بین اضطراب ناشی از کرونا می‌تواند موجب آسیب‌های دائمی مثل هجوم خاطره‌های مزاحم، رفتارهای اجتنابی تحریک‌پذیری و کرختی هیجان، در افرادی بشود که وضعیت تهدید کننده این ویروس را تجربه کرده‌اند؛ همچنین اختلال خواب در مبتلایان مشکوک به کرونا که در بخش‌های ایزوله یا قرنطینه به سر می‌برند احتمال وقوع زیادی داشته است؛ همچنین اضطراب و افسردگی در بین بیماران تنفسی، وسواس و ترس در بین افراد عادی شیوع بیشتری داشته است (شیگمیورا و همکاران، ۲۰۱۹).

آنچه اکنون مهم است اینکه بیماری کرونا مردم را درگیر نوع خاصی از اضطراب، یعنی اضطراب مرگ کرده است؛ مرگ به دلیل ماهیت پر ابهامی که دارد، برای اغلب انسان‌ها تهدید محسوب می‌شود. اضطرابی که ممکن است شامل ترس از مرگ خود فرد یا اطرافیانش باشد. این اضطراب امروز کیفیت زندگی افراد

---

<sup>۱</sup>. posttraumatic stress symptoms

جامعه را به صورت خیلی جدی تحت شعاع قرار دهد. لذا شناسایی عوامل موثر در کاهش اضطراب ناشی از بیماری کرونا و ارائه راهکارهای مقابله‌ای با آن از ضرورت‌های پژوهش حاضر محسوب می‌گردد.

### ۳-۱- اهداف پژوهش

#### ۱-۳-۱- هدف کلی

- بررسی نقش سازه‌های روانی، اجتماعی و معنوی در پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا (COVID-19) در بین شهروندان استان اردبیل و ارائه راهکارهای مقابله‌ای.

#### ۲-۳-۱- اهداف جزئی

۱- تعیین رابطه‌ی سرمایه‌ی روانشناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی) با اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل.

۲- تعیین رابطه‌ی حمایت اجتماعی (حمایت افراد مهم زندگی، حمایت خانواده و حمایت دوستان) با اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل.

۳- تعیین رابطه‌ی بهزیستی معنوی (بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی) با اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل.

۵- تعیین نقش سرمایه‌ی روانشناختی، حمایت اجتماعی و بهزیستی معنوی در پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل.

۶- تعیین نقش مولفه‌های سرمایه‌ی روانشناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی) در پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل.

۷- تعیین نقش مولفه‌های حمایت اجتماعی (افراد مهم زندگی، خانواده و دوستان) در پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل.

۸- تعیین نقش مولفه‌های بهزیستی معنوی (بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی) در پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل.

#### ۴-۱- فرضیه‌های پژوهش

۱- بین سرمایه‌ی روانشناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی) با اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل رابطه وجود دارد.

۲- بین حمایت اجتماعی (حمایت افراد مهم زندگی، حمایت خانواده و حمایت دوستان) با اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل رابطه وجود دارد.

۳- بین بهزیستی معنوی (بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی) با اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل رابطه وجود دارد.

۴- سرمایه‌ی روانشناختی، حمایت اجتماعی و بهزیستی معنوی در پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل نقش دارند.

۵- مولفه‌های سرمایه‌ی روانشناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی) در پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل نقش دارند.

۶- مولفه‌های حمایت اجتماعی (افراد مهم زندگی، خانواده و دوستان) در پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل نقش دارند.

۷- مولفه‌های بهزیستی معنوی (بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی) در پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل نقش دارند.

#### ۱-۵-۵- تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

##### ۱-۵-۱- تعریف مفهومی

- سرمایه‌ی روانشناختی: سرمایه‌ی روان‌شناختی یکی از متغیرهای روانشناختی مثبت است که می‌تواند فرد را قادر سازد، موقعیت‌های مشکل‌آفرین روزمره و تاثیر هیجانی آنها را به خوبی کنترل کند و از این طریق تنهایی را در خود کاهش دهد. سرمایه‌ی روانشناختی یکی از شاخص‌های روانشناسی مثبت‌گرا می‌باشد که با ویژگی‌هایی از قبیل باور فرد به توانایی‌هایش برای دستیابی به موفقیت، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف، ایجاد اسنادهای مثبت درباره‌ی خود و تحمل کردن مشکلات تعریف می‌شود (آوی، ۲۰۰۶). ظرفیت‌های روان‌شناختی از قبیل امیدواری<sup>۱</sup>، تاب‌آوری<sup>۲</sup>، خوش‌بینی<sup>۳</sup> و خودکارآمدی<sup>۴</sup> در کنار هم، عاملی را با عنوان سرمایه‌ی روان‌شناختی تشکیل می‌دهند (قاسمی جوبنه، زهراکار، همدمی و کریمی، ۱۳۹۴).

---

۱. Avey

۲. Hope

۳. resiliency

۴. optimism

۵. self efficacy

- سرمایه‌ی حمایتی و اجتماعی: منظور از سرمایه‌های حمایتی و اجتماعی، قابلیت و کیفیت ارتباط با دیگران است که منابعی را در مواقع مورد نیاز فراهم می‌کند. منابع حمایتی را به عنوان «پی بردن فرد به اینکه از طرف دیگران به اعتقادات، احساسات او اهمیت داده و به عنوان یک شخص ارزشمند در نظر گرفته می‌شود» تعریف می‌کنند (باکیوتایان، ۲۰۱۱).

- بهزیستی معنوی: بهزیستی معنوی را می‌توان حسی از ارتباط داشتن با دیگران، داشتن معنی و هدف در زندگی و داشتن اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی تعریف کرد (بادان فیروز، بابامحمدی و صباحی، ۱۳۹۶). معنویت احساس آرامش ذهنی با موجودی متعالی در نظر گرفته می‌شود (آندو، ۲۰۱۰). در حقیقت بهزیستی معنوی، تجربه‌ی معنوی انسان در دو چشم انداز مختلف است: الف) چشم انداز سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی‌شان هنگامی که با قدرت بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است و ب) چشم‌انداز بهزیستی معنوی وجودی که بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی افراد متمرکز است (گومز و همکاران، ۲۰۱۲؛ به نقل از صدری دمیرچی و محمدی، ۱۳۹۵).

- اضطراب کرونا: اضطراب یک احساس منتشر ناخوشایند و اغلب مبهم دلواپسی است که با یک یا چند احساس و علائم جسمی همراه می‌گردد. یک علامت هشداردهنده است و خبر از خطری قریب‌الوقوع می‌دهد و شخص را برای مقابله با تهدید آماده می‌سازد (کاپلان، ۲۰۰۷؛ ترجمه پورافکاری، ۱۳۹۴). اضطراب بالینی تا دو سوم بیماران مزمن تنفسی را درگیر می‌کند و منجر به کاهش کیفیت زندگی و عملکرد جسمی می‌شود. اضطراب در مورد COVID-19 شایع است و به نظر می‌رسد بیشتر به دلیل ناشناخته بودن و ایجاد ابهام شناختی در افراد درباره این ویروس است. ترس از ناشناخته‌ها ادراک ایمنی را در انسان کاهش می‌دهد. همواره برای بشر اضطراب‌زا بوده است. درباره COVID-19 همچنان اطلاعات کم علمی نیز این اضطراب را تشدید می‌کند (بجاما، اوستر و مک‌گورن، ۲۰۲۰). در این زمان، افراد به دنبال اطلاعات بیشتر برای رفع اضطراب خود هستند. اضطراب می‌تواند باعث شود افراد نتوانند اطلاعات درست و غلط را تشخیص دهند، بنابراین ممکن است آن‌ها در معرض اخبار نادرست قرار بگیرند (تو، تسانگ و ییپ، ۲۰۲۰).

## ۱-۵-۲- تعریف عملیاتی

- **سرمایه‌ی روانشناختی:** در این پژوهش منظور از سرمایه‌ی روانشناختی، نمره‌ای است که شهروندان اردبیلی در پرسشنامه‌ی سرمایه‌های روانشناختی لوتانز (۲۰۰۷) کسب کرده‌اند. مقیاس اندازه‌گیری این متغیر فاصله‌ای می‌باشد.
- **سرمایه‌ی حمایتی و اجتماعی:** در این پژوهش منظور از سرمایه‌ی حمایتی و اجتماعی، نمره‌ای است که شهروندان اردبیلی در پرسشنامه‌ی منابع حمایتی زیمت، داهلم و فارلی (۱۹۸۸) کسب کرده‌اند. مقیاس اندازه‌گیری این متغیر فاصله‌ای می‌باشد.
- **بهریستی معنوی:** منظور از بهزیستی معنوی در این پژوهش، نمره‌ای است که شهروندان اردبیلی در پرسشنامه‌ی بهزیستی معنوی پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲) کسب کرده‌اند. مقیاس اندازه‌گیری این متغیر فاصله‌ای هست.
- **اضطراب کرونا:** در این پژوهش منظور از اضطراب کرونا، نمره‌ای است که شهروندان اردبیلی در پرسشنامه‌ی اضطراب کرونا علی‌پور و همکاران (۱۳۹۸) کسب کرده‌اند. مقیاس اندازه‌گیری این متغیر فاصله‌ای می‌باشد.

## فصل دوم:

### مبانی نظری پژوهش

## پیشگفتار

در این فصل به بررسی پیشینه‌های نظری موجود و همچنین پیشینه‌ی میدانی قبلی پرداخته شده است. به گونه‌ای که ابتدا ادبیات پژوهشی و سپس پیشینه‌ی میدانی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. در ابتدا به تعریف، سرمایه روانشناختی، حمایت اجتماعی، بهزیستی معنوی و اضطراب پرداخته شده است. سپس پیشینه‌های پژوهشی در ارتباط با متغیرها ذکر شده است.

### ۲-۱- سرمایه روان شناختی مثبت

روانشناسی مثبت نگر مطالب علمی تجربه‌ها و صفات فردی مثبت و نهادهایی است که رشد این ویژگی‌ها را تسهیل می‌کنند. روانشناسی مثبت نگر با توجه به اینکه به آسایش روانی و کارکرد بهینه می‌پردازد در بدو امر شاید یک پیوستار از روانشناسی با بخشی از آن باشد اما بر طبق این دیدگاه افرادی که فشار روانی و شناختی را تحمل می‌کنند در زندگی به دنبال آملری به مراتب بیشتر از تسکین درد و رنج هستند و این افراد در پی خشنودی بیشتر، لذت و رضایتمندی بیشتری هستند تا علاوه بر کم کردن غم و نگرانی، زندگی معنی داری داشته و دارای هدف باشند (کاظم ستاری سفیدان جدید، ۱۳۹۳) با آغاز سده بیست و یکم گروهی از روانشناسان به رهبری سیگمن علی رغم رسیدن به دستاوردهای چشمگیری، در یافتن درمان‌های مؤثر برای بیماری‌های ذهنی و رفتارهای ناکارآمد است، به این دلیل که توجه کمی به رشد، توسعه و خودشکوفایی افراد سالم شده بود سعی کردند در تحقیقات خود دو رویکرد را مورد نظر قرار دهند ۱- کمک به افراد سالم برای برخورداری از شادی و بهره‌وری بیشتر ۲- کمک به شکوفایی قابلیت‌های انسانی.

بدین ترتیب مکتب روانشناسی مثبت گرا ایجاد شد. این رویکرد به مطالعه و کاربرد توانمندی‌های مثبت روان شناختی و نقاط قوت منابع انسانی که قابل توسعه و اندازه‌گیری باشند می‌پردازد و به شکوفایی و کمال انسان و تبدیل شدن به آنچه او می‌تواند باشد تأکید دارد (لوتاتر و جنسین، ۲۰۰۳). در نتیجه با ظهور نهضت مثبت گرایی در کار، در آغاز هزاره سوم، در کنار سرمایه ضمنی اینک قابلیت‌ها و توانمندی‌های سرمایه اجتماعی و انسانی را در برمی‌گیرد می‌تواند حتی از آن فراتر رفته و به عنوان مزیتی رقابتی برای سازمان‌های امروزی مورد بهره‌برداری قرار گیرد (لوتانز، یوسف و آوی، ۲۰۰۷؛ لوتانز و یوسف، ۲۰۰۴)، به طور خلاصه می‌توان گفت، تمرکز روانشناسی مثبت نگر، بیشتر بر قدرت‌ها و توانایی‌های فرد است تا جستجو در ضعفها و نقص‌های فرد (نیتان ۲۰۰۹).

### ۲-۲- هدف روان شناسی مثبت نگر

روانشناسی مثبت نگر به عنوان رویکرد تازه‌ای در روان شناسی، پر فهم و تشریح شادمانی و احساس ذهنی

بهبودی و هم چلین پیش بینی دقیق عواملی که بر آن ها مؤثرند، تمرکز دارد و از منظر روان شناسی مثبت، عدم وجود نشانه های بیماری روانی، شاخص سلامتی نیست. بلکه سازگاری، شادکامی و شکوفایی قابلیت های خود، نشانه سلامت است؛ بنابراین روانشناسی مثبت گرا، بر وجود ویژگی های مثبت و رشد توانایی های فردی تأکید دارد و جنبه های مثبت روانی فرد را در نظر می گیرد (ریان و دسی، ۲۰۰۱) روان شناسی مثبت نگر به عنوان یک اقدام متهورانه علمی بر فهم و تبیین شادمانی و سلامت ذهنی و به طور دقیق به پیش بینی عامل هایی تمرکز دارد که بر چنین حالت هایی تأثیر می گذارند. روان شناسی مثبت به عنوان یک تلاش مثبت به جای اینکه جایگزین روان شناسی بالینی سنتی باشد، متمم آن است. مأموریت روان شناسی مثبت این است که نتیجه گیری در مورد آنچه را که می تواند دنیای بهتری بسازد، به جای توسل به عقاید و معانی بیان، بر علم پایه گذاری کند. البته مربوط ترین و آشکار ترین انتخاب موضوع برای یک روانشناسی مثبت، عبارت است از مطالعه سلامت روانی و انواع دیگر سلامت سلامت زیبایی شناختی، سلامت ارزشی، سلامت جسمانی و نظایر آن؛ اما یک روان شناس مثبت همچنین مستلزم مطالعه بیشتری در مورد انسان های خوب، مطمئن، متعهد و دارای منش مردم گرا، انسان های خوش بخت، آرام، ساکت، صلح جو، دلسوزه سخاوتمند، مهربان، افراد خلاق، قهرمانان، افراد قوی، نوابغ و سایر انسان های نمونه است مازلو، ۱۳۶۷، ترجمه رضوانی).

## ۲-۳- سرمایه روان شناختی

سرمایه روان شناختی ریشه در رفتار سازمانی مثبت گرا دارد. هدف نهضت مثبت گرایی بیشتر توجه به فوتها و توانمندی های انسانهاست تا رفع نقاط ضعف و ناتوانی های آنها، سرمایه روان شناختی را می توان به عنوان منبع مزیت رقابتی پایدار برای سازمان در محیط های پر چالش امروز در نظر گرفت و با ویژگی هایی از قبیل باور فرد به توانایی هایش برای دستیابی به موفقیت، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف، ایجاد اسناد مثبت درباره خود و تحمل کردن مشکلات، تعریف می شود و افراد را قادر می سازد تا علاوه بر مقابله بهتر در برابر موقعیت های استرس زا، کمتر دچار تنش شده و در برابر مشکلات از توان بالایی برخوردار باشد (لوتانز و همکاران، ۲۰۰۴) محققان سرمایه روان شناختی اغلب هم به صورت نظری ثابت کرده اند (لوتانز و یوسف، ۲۰۰۷) و هم به صورت تجربی نشان داده اند (داوید لوتانز و یوسف، ۲۰۱۰) اوی، ورنسینگ و لوتانز، ۲۰۰۸؛ اویو، اوی و نورمن ۲۰۰۷) که سرمایه روان شناختی یک مفهوم مرکزی یا یک مفهوم چندبعدی است. در واقع لوتانز و همکارانش بر این باورند که سرمایه روان شناختی، با تکیه بر تغییرهای روان شناختی مثبت گرایی همچون امیدواری و خودکارآمدی منجر به ارتقای ارزش سرمایه



انسانی دانش و مهارت های افراد) و سرمایه اجتماعی شبکه روابط میان آنها در سازمان می شود؛ بنابراین، سرمایه روان شناختی، از متغیرهای روان شناختی مثبت گرایی تشکیل شده است که قابل اندازه گیری، توسعه و پرورش هستند و امکان اعمال مدیریت بر آنها وجود دارد. این متغیرها عبارت اند از: خودکارآمدی، امید، خوش بینی و تاب آوری (پیچه و دونو هو، ۲۰۰۴).

سرمایه روان شناختی یک حالت توسعه ای مثبت روان شناختی با مشخصه های زیر است ۱- اعتماد به نفس (خودکارآمدی)، تعهد و انجام تلاش برای موفقیت در کارها و وظایف چالش برانگیز، ۲- داشتن استناد مثبت (خوش بینی) درباره موفقیت حال و آینده . ۳- پایداری در راه هدف و در صورت لزوم تغییر مسیر رسیدن به هدف برای دستیابی به موفقیت (امید). ۴- پایداری و استواری هنگام بروز سختی ها و مشکلات برای حفظ و بازیابی خود و حتی فراتر از آن، پیشرفت و ترقی هنگام مواجه با مشکلات و سختیها (تاب آوری). هرچند ممکن است از نظر لغوی این مؤلفه ها بسیار شبیه به هم و قابل جایگزینی به نظر بیایند اما ادبیات سرمایه روان شناختی بین مفاهیم تمایز قائل شده و تحلیل های تجربی نیز از وجود اختلاف بین این مفاهیم حکایت دارند (برینت، کوانگراس، ۲۰۰۴؛ لوتانز و یوسف، ۲۰۰۷).

## ۲-۴- مولفه های سرمایه های روانشناختی

### ۲-۴-۱- خودکارآمدی<sup>۱</sup>

خودکارآمدی را به عنوان "باور به قابلیت های شخصی برای سازماندهی و اجراسازی مسیر عمل لازم برای تولید موفقیت" تعریف کرده اند (باندورا، ۱۹۹۷؛ به نقل از ساون آهن، بانگ و کیم، ۲۰۱۷). خود کارآمدی به احساس عزت نفس و ارزش خود، احساس کفایت و کارآمدی در برخورد با زندگی اطلاق می شود میزان برآورده شدن معیارها از سوی ما احساس خود کارآمدی ما را تعیین می کند که دومین جنبه ی مهم خود خویشتن در نظریه بندورا است (شولنز ۱۹۹۰، نقل از کریمی، جمهری، نقش بندی، گودرزی، بحیرایی و نیکخو، ۱۳۹۵).

در واقع می توان بیان کرد که خودکارآمدی به عنوان سطح اعتماد افراد نسبت به خود تعریف می شود (ژهیو، چن، شی، لیانگ و لیو، ۲۰۱۶) و اشاره به درک افراد در ارتباط با توانایی انجام وظایف در موقعیت های مختلف دارد. باورهای خودکارآمدی می توانند تأثیرات مثبت و منفی بر روی سلامت روانی افراد داشته

<sup>۱</sup> Self-efficacy

<sup>۲</sup> . Seon Ahn, Bong & Kim

<sup>۳</sup> . Zhu, Chen, Shi, Liang & Liu

باشند. این باورها موجب تأثیرگذاری بر شیوه تفکر، احساس، انگیزش یا رفتار فرد نیز می‌گردد (استروبل، تیوماسجان و اپورل<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). باور به خودکارآمدی بالا می‌تواند بهترین پیش‌بینی کننده عملکرد فرد در تمام زمینه‌ها می‌باشد (بلومکیوست، دهقان فراشاه و توماس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶). مطالعات اولیه در حوزه‌ی خودکارآمدی به بررسی خودکارآمدی در رابطه با وظایف مشخص پرداخته‌اند. مطالعات اخیر در این حوزه مفهوم خودکارآمدی را به مفهوم بزرگ‌تری تحت عنوان خودکارآمدی عمومی بسط داده‌اند. خودکارآمدی عمومی عبارت است از سطح اطمینان فرد به توانایی‌اش برای مدیریت موفق انواع مختلفی از تقاضاها، موقعیت‌های جدید و عوامل تنیدگی‌زا. اندازه‌گیری خودکارآمدی عمومی در موقعیت‌های مختلف نظیر ارزیابی میزان تحمل زنان سرپرست خانوار در شرایط دشوار، حائز اهمیت ویژه‌ای است (سوهای<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳).

بخش عمده‌ی زندگی، توسط باورهای کارآمدی هدایت می‌شود، چراکه افراد معمولاً آن دست از کارهایی را دنبال می‌کنند که باور دارند به نتایج مطلوب می‌انجامد و در مورد انجام دادن کارهایی که باور دارند به شکست می‌انجامد انگیزه‌ای ندارند (کار<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱). از این رو، باورهای خودکارآمدی از قدرت انگیزشی بسیار بالا برخوردارند چراکه انتظارات پیامدی افراد در رابطه با موفقیت را تحت تأثیر قرار داده و میزان تلاش و ایستادگی فرد را تعیین می‌کنند. افراد با خودکارآمدی ضعیف قبل از رسیدن به پیامدهای مطلوب، تلاش خود را متوقف می‌سازند، اما افراد با خودکارآمدی قوی تا رسیدن به پیامد مطلوب به تلاش خود ادامه می‌دهند. این گروه از افراد معتقدند که قادرند به طور مؤثری از عهده رویدادهای زندگی خود برآیند. این حالت به آنان دیدگاهی می‌دهند که از دیدگاه کسانی که از نظر خود کارآمدی ضعیف‌اند، متفاوت است و اثر مستقیمی روی رفتار آنان دارد. از آنجا که اشخاص دارای خودکارآمدی قوی در غلبه بر مشکلات انتظار موفقیت دارند، آنان در کوشش‌های خود به مراتب ثابت‌قدم‌ترند تا کسانی که از نظر خودکارآمدی ضعیف هستند. آنها اعتماد بیشتری به توانایی‌های خود دارند و در تردیدهای خود غرق نمی‌شوند. در انجام تکالیف خود با پشتکارند و در نتیجه غالباً عملکرد آنان در سطح بالایی است به علاوه آنان تکالیف دشوار را به عنوان چالش می‌بینند تا تهدید، و فعالانه چالش می‌جویند و سخت می‌کوشند تا بر آنها غلبه کنند. مسلم است افرادی که خودکارآمدی بالایی برخوردارند، با تلاش و پشتکار بیشتر و بهره‌گیری از تجربیات خود و دیگران به نحو مطلوب، زندگی را مدیریت نموده از سلامت روانی اجتماعی بالاتری برخوردار می‌باشند

---

<sup>۱</sup>. Strobel, Tumasjan & Sporrle

<sup>۲</sup>. Blomquist, Dehghanpour Farashah & Thomas

<sup>۳</sup>. Sohail

<sup>۴</sup>. Carr

(اردوگان و بایورا، ۲۰۱۲).

## ۲-۴-۱-۱- خودکارآمدی براساس نظریه های شناختی-اجتماعی بندورا

نظریه های روانشناختی متعددی در خلال سال ها سعی کردند تا رفتار آدمی را تبیین کنند، نظریه شناختی، اجتماعی یکی از این نظریه هاست. در این نظریه، بندورا (۱۹۸۶) نقش "باورهای خود" را در شناخت انگیزش، عاطفه و رفتار آدمی برجسته نمود. وی اظهار می دارد که رشد انسانی در تعاملی فعال میان شخص (توانایی شناختی، ویژگی های جسمانی، باورها و نگرش ها)، رفتار شخص (پاسخ های کلامی و حرکتی و تعامل اجتماعی) و محیط (محیط های فیزیکی، خانواده، دوستان و سایر تاثیرات اجتماعی) اثر می پذیرد. اعتقاد به خودکارآمدی منعکس کننده اعتماد به توانایی های فردی است، و نوعی خودارزیابی است که بر تلاش ها و تصمیمات اثر می گذارد و در مقابل موانع قرار می گیرد و تصمیمات مربوط به فعالیت هایی که اجرا خواهند شد را پاداش می دهد (شاملو، ۱۳۹۱).

## ۲-۴-۱-۲- ویژگی های افراد خودکارآمد

- هدف های والایی برای خود تعیین می کنند و ایفای وظایفی دشوار برای رسیدن به آن هدف ها را بر عهده می گیرند.
- به استقبال چالش ها می روند و برای رویارویی با چالش ها سخت تلاش می کنند.
- انگیزه فردی آنها به شدت بالا است.
- برای دستیابی به هدف های خود از هیچ تلاشی مضایقه نمی کنند.
- در رویارویی با موانع، ثابت قدم هستند (پروین، ترجمه جوادی و کدیور، ۱۳۹۵).

## ۲-۴-۱-۵- ابعاد خودکارآمدی

- به طور کلی، باورهای خودکارآمدی از لحاظ سطح، نیرومندی و عمومیت با یکدیگر متفاوت اند.
- **سطح:** باورهای خودکارآمدی از لحاظ سطح متفاوت است. به طوری که باورهای خودکارآمدی در حوزه ای ممکن است در حد فعالیت های ساده، متوسط و دشوار باشد. از این رو، انتخاب فعالیت ها باید مبتنی بر میزان احساس خودکارآمدی افراد باشد. انتخاب نادرست فعالیت منجر به تضعیف احساس خودکارآمدی می شود. افراد در رویارویی با فعالیت ها و تکالیف خیلی ساده، احساس کاذب

خودکارآمدی و در مواجهه با فعالیت ها و تکالیف خیلی دشوار احساس ناکارآمدی خواهند کرد.

- **نیرومندی:** یکی دیگر از ابعاد خودکارآمدی بعد نیرومندی است. باورهای خودکارآمدی ضعیف در اثر تجارب ناموفق به سهولت بی اعتبار می شود؛ اما افرادی که اعتماد بالایی به خود دارند، در برابر مشکلات و سختی ها نیز کارآمدی خویش را حفظ می کنند؛ بنابراین احساس کارآمدی، هرچه نیرومندتر باشد ثبات و دوام آن بیشتر خواهد بود، هم چنین رابطه ی بیشتری با رفتار پیدا می کند.

- **عمومیت:** افراد ممکن است در حد یک حوزه یا فقط بخشی ز آن حوزه خود را کارآمد بدانند. باورهای خودکارآمدی در این بعد متاثر از عواملی هم چون شباهت فعالیت ها و حیطه ی بروز آن ها در رفتارهای عالی، کیفیت شرایط و ویژگی های افرادی که رفتارها به آن ها مربوط می شود، است (بخشایی، ۱۳۸۶).

#### ۲-۴-۱-۶- اثرات خودکارآمدی بر کارکردهای روانشناختی

بندورا معتقد است که خودکارآمدی به چند روش در رفتار اثر می گذارد:

**فرآیندهای شناختی:** به اعتقاد بندورا (۱۹۹۳؛ به نقل از اثرزاده و همکاران، ۱۳۹۰) باورهای خودکارآمد از طریق تاثیر بر روی الگوهایی تفکر می توانند عملکرد را کاهش یا افزایش دهند. کسانی که به کارایی خودشان در حل مسائل خود اعتقاد دارند، هنگام رویدادهای تولید کننده ی فشار روانی، از نظر تفکر تحلیلی کارآمد می مانند. احساس کرایبی نیرومند به فرد امکان می دهد حتی، در صورت روبه رو شدن با فشار روانی موقعیتی و بن بست های حل مسئله، تمرکز خود را بر تکلیف ادامه دهد. در مقابل، خودناباوری تصمیم گیرندگان را از تفکر بر تکلیف منحرف می کند؛ به طوری که توجه آنها به نارسایی های خود تکلیف معطوف می شود. افراد با احساس خودکارآمدی بالا تمرکز انرژی شان به تحلیل و رفع مشکلات گرایش دارد، در صورتی که افراد با خودکارآمدی ضعیف غرق در نگرانی های ارزش یابی می شوند، درباره مهارت ها و توانایی هایشان و پیش بینی شکستشان قبل از این که تلاش را در حل مسئله به کار گیرند. این باورهای منفی باعث افزایش فشار روانی، کاهش استفاده از راهبردهای شناختی و در نتیجه شکست می شود.

**فرآیندهای انگیزشی:** انگیزاننده ی شناختی مانند اسناد موفقیت و شکست، تعیین اهداف و برآورد ارزش از اهداف انتخابی و انتظار پیامد احتمالی، رفتار را برای فرد مجسم و او را برای آغاز رفتار یا اجتناب از موقعیتی تحریک می کند. در این میان، باورهای خودکارآمدی در تنظیم انگیزش افراد نقش مهمی دارند (بندورا، ۱۹۹۳؛ به نقل از اثرزاده، ۱۳۹۰).

فرآیندهای عاطفی: باورهای خودکارآمدی بر ماهیت و شدت تجربه های هیجانی و خودنظم بخشی این حالات عاطفی ا سه طریق اثر می گذارد: ۱- سوگیری در توجه و چگونگی ساخت هیجانی و بازنمایی آنها. ۲- کنترل الگوهای فکری نگران کننده و ۳- حمایت از روش هایی که موجب تغییر محیط می شود (بندورا، ۱۹۹۳؛ به نقل از اثرزاده، ۱۳۹۰).

فرآیندهای انتخابی: باورهای خودکارآمدی می توانند زندگی افراد را با انتخاب فعالیت ها و محیط شکل دهد و یا تحت تاثیر قرار دهد. افراد از موقعیت ها و فعالیت هایی که فراتر از توانایی ها و توانایی های آنان باشد اجتناب می ورزند. افراد با این انتخاب ها، شایستگی ها، علایق و روابط اجتماعی گوناگونی ایجاد می کنند و که بر زندگی آنان تاثیر می گذارد (بندورا، ۱۹۹۳؛ به نقل از اثرزاده و همکاران، ۱۳۹۰).

## ۲-۴-۲- تاب آوری

تاب آوری از جمله مفاهیمی است که تأثیر زیادی بر روانشناسی گذاشته است، زیرا که روانشناسی را از بررسی افراد بیماری که مشکلات متعددی دارند به سمت افرادی برد که با وجود مشکلات متعدد بر موقعیتهای مشکل زندگی غلبه می کنند و موفقیت به دست می آورند (حسین خانی و مرادیانی گیزه رود، ۱۳۹۳). تاب آوری جایگاه ویژه ای در حوزه های روانشناسی تحول، روانشناسی خانواده و بهداشت روانی یافته است، به طوری که هر روز بر شمار پژوهش های مرتبط با این سازه افزوده می شود (مرتضوی و یاراللهی، ۱۳۹۴). علی رغم ازدیاد پژوهش ها در مورد تاب آوری، توافق کاملی در مورد تعریف این سازه هنوز به وجود نیامده است (توکلی چالسپاری، ۱۳۹۱).

تاب آوری مهارتی مناسب برای پشت سر گذاشتن مشکلات زندگی حتی در شرایط نامطلوب و سخت است. تاب آوری به زبان ساده، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (والر و اوکاموتو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳؛ گوین، هکتور، مارک، کریستینا و پاتریکا<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸) و بر این فرض بنا شده که عده ای از افراد در معرض خطر یک مشکل آن را تجربه نمی کنند (وکس من، هوآنگ و پاردون<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷). این دیدگاه محصول نگاهی سلامت نگر است که صرفاً سمت منفی سلامت از جمله عوامل خطر بیماری ها را نمی بیند بلکه به ارتقاء<sup>۴</sup> سمت مثبت سلامت هم توجه می کند (کریمی، شریفیان ثانی، رفیعی، محمدی، حسینی و همکاران، ۱۳۹۴).

<sup>۱</sup> Waller & Okamoto

<sup>۲</sup> Quyen, Hector, Mark, Christina & Patrica

<sup>۳</sup> Waxman, Huang & Padron

<sup>۴</sup> promotion

تاب‌آوری فرایند توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز به رغم اوضاع چالش برانگیز و تهدیدکننده است (گارمزی و ماستن، ۱۹۹۱؛ به نقل از آقاییوسفی و همکاران، ۱۳۹۴). اگر چه تاب‌آوری تا حدی نوعی ویژگی شخصی و تا حدود دیگری نیز نتیجه تجربه‌های محیطی افراد است، انسان‌ها قربانی محیط یا وراثت خود نیستند و می‌توان واکنش افراد را در مقابل تنش، رویدادهای ناخوشایند و دشواری‌ها تغییر داد به طوری که بتوانند بر مشکلات و تأثیرات منفی محیط غلبه کنند (آقاییوسفی و همکاران، ۱۳۹۴). بونانو<sup>۱</sup> (۲۰۰۴)، تاب‌آوری را میزان توانایی فرد در تطابق با اوضاع ناگوار و مقاومت در برابر تنش تعریف کرده‌است و با رشد مثبت، انطباق‌پذیری و رسیدن به سطحی از تعامل پس از به وجود آمدن اختلال در وضعیت تعادلی پیشین، مطابقت می‌کند. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) بیان می‌کنند که تاب‌آوری، توانایی افراد در سازگاری مؤثر با محیط است، که این سازگاری با وجود قرار داشتن فرد در معرض عامل‌های خطرآفرین (آن دسته شرایط و موقعیت‌های منفی که با پیامدهای منفی و مشکل‌های رفتاری مرتبط می‌شوند) صورت می‌گیرد.

تاب‌آوری به فرآیند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار اطلاق می‌شود. همچنین آن را به معنای مهارت‌ها، خصوصیات و توانمندی‌هایی تعریف می‌کنند که فرد را قادر می‌سازد با سختی‌ها، دشواری‌ها و چالش‌ها سازگار شود (اسمیت و وبر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳).

تاب‌آوری نقطه مقابل آسیب‌پذیری به شمار می‌آید و تا حدی ویژگی شخصیتی و متأثر از عوامل محیطی است (کارلتون، گئوبرت، میاموتو، آندرد، هیشینوما و دیگران، ۲۰۰۶).

از این رو می‌توان از طریق آموزش، آن را ارتقاء داد و به افراد کمک کرد تا با رویدادها و واقعیت‌های ناخوشایند زندگی به گونه‌ای مثبت و کارآمد رویارو شوند (اکونور و بچلر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵).

با یک جمع‌بندی کلی می‌توان تاب‌آوری را شامل حفظ آرامش زیر فشار، انعطاف‌پذیری در مواجهه با موانع، اجتناب از راهبردهای فرسایشی، حفظ خوش بینی و احساسات مثبت به هنگام دشواری‌ها و خلاص شدن از موانع درونی دانست (۰). افراد تاب‌آور درجه‌هایی از سلامتی و استقلال را نشان می‌دهند. آن‌ها قادرند که خود فکر کنند و آن را عملی سازند و وقتی از محیط خود انتقاد دارند، قادر هستند که نظرات را به دیگران انتقال دهند. آن‌ها احساسات خوبی نسبت به اطرافیان دارند و توانایی‌هایشان را برای تغییر دادن محیط باور

---

<sup>۱</sup> Bonanno

<sup>۲</sup> Smith & Webber

<sup>۳</sup> Oconnor & Batcheller

دارند (الورد و بگاردیانا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶).

تاب‌آوری به عنوان اطمینان فرد به توانایی‌هایش برای غلبه بر تنش، داشتن توانایی‌های مقابله‌ای، حرمت خود، ثبات عاطفی و ویژگی‌های فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می‌دهد تعریف شده است. این سازه از جمله عواملی است که از بروز مشکلات روانی در میان جوانان و نوجوانان جلوگیری به عمل می‌آورد و آنها را از بروز اثرات روانی رویدادهای مشکل‌زا در امان نگاه می‌دارد (پینکوآرت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). تاب‌آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی‌باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. می‌توان گفت تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی، در شرایط خطرناک است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳).

کامپفر<sup>۳</sup> (۱۹۹۹) باور داشت که تاب‌آوری، بازگشت به تعادل اولیه‌ی رسیدن به تعادل سطح بالاتر (در شرایط تهدیدکننده) است و از این رو سازگاری موفق در زندگی را فراهم می‌کند. در عین حال کامپفر به این نکته نیز اشاره می‌نماید که سازگاری مثبت با زندگی، هم می‌تواند پیامد تاب‌آوری به شمار رود و هم به عنوان پیش‌آیند، سطح بالاتری از تاب‌آوری را سبب شود. وی این مسئله را ناشی از پیچیدگی تعریف و نگاه فرآیندی به تاب‌آوری می‌داند (به نقل از مرتضوی و یاراللهی، ۱۳۹۴).

پژوهش‌های بی‌شماری نشان می‌دهند که تاب‌آوری عامل مهمی در تعدادی از گروه‌های در معرض خطر، به حساب آمده و نقش میانجی بسیار مهمی را در بروز بسیاری از اختلالات روانی از خود نشان می‌دهد (میلانت، تدی و کوآوز و میهان<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲).

تاب‌آوری را به معنای مهارت‌ها، خصوصیات و توانمندی‌هایی تعریف می‌کنند که فرد را قادر می‌سازد با سختی‌ها، مشکلات و چالش‌ها سازگار شود. به‌طور کلی، تاب‌آوری شامل حفظ آرامش زیر فشار، انعطاف پذیری در مواجهه با موانع، اجتناب از راهبردهای فرسایشی، حفظ خوش‌بینی و احساسات مثبت به هنگام دشواری‌ها و خلاص شدن از موانع درونی است. افراد تاب‌آور به‌طور عادی قادر به تفکر خلاق و منعطف درباره‌ی حل مسائل‌اند و درجه‌هایی از سلامت روان و استقلال را از خود نشان می‌دهند.

---

<sup>۱</sup> Alvord & Bcgardiana

<sup>۲</sup> Pinquart

<sup>۳</sup> Kampfer

<sup>۴</sup> Mylant, Tde, Cuaves & Meehan

والر<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) تاب‌آوری را سازگاری مثبت فرد در واکنش به شرایط ناگوار می‌داند (به نقل از طرقة، علی اکبری دهکردی و علیپور، ۱۳۹۴). تاب‌آوری نگرشی مرکب از سه زیرمؤلفه‌ی تعهد<sup>۲</sup>، کنترل<sup>۳</sup> و چالش<sup>۴</sup> است که با تبدیل شرایط بحرانی به یک تجربه‌ی بالنده، به حل موفقیت‌آمیز استرس کمک می‌کند (فرح بیجاری و پیوسته‌گر و صدر، ۱۳۹۴). تاب‌آوری به دنبال کنترل عوامل خطر و ارتقاء و تقویت عوامل محافظت‌کننده- است (کریمی و همکاران، ۱۳۹۴).

## ۲-۴-۱- ویژگی‌های افراد تاب‌آور

فردی وجود ندارد که طی دوره‌ی حیات خود، حتی برای یک مرتبه هم که شده با رخداد‌های آسیب‌زا و استرس‌آور مواجه نشده باشند، اما همه‌ی افراد به اختلالات بالینی مبتلا نمی‌شوند و در برابر تنش دچار آسیب و لطمه نمی‌شوند، گاه در یک خانواده که شرایط محیطی تقریباً برابری هم برای رشد همه‌ی فرزندان وجود دارد، چند تن یا تنها یکی از افراد خانواده در شرایط پراسترس دوام نمی‌آورد و سایرین همگی مراحل دشوار را به سادگی طی می‌کنند. باید به دنبال این سؤال بود که این افراد چه ویژگی‌های فردی دارند که از آن‌ها در برابر استرس محافظت می‌کند (فرح بیجاری و همکاران، ۱۳۹۴). در ذیل برخی از ویژگی‌های این افراد تاب‌آور ذکر شده‌است:

از نظر (ماستن، بست<sup>۵</sup> و گارمزی، ۱۹۹۰)، افراد تاب‌آور چهار ویژگی دارند: کفایت اجتماعی (مانند تفاهم، انعطاف، همدلی، مهارت‌های ارتباطی، و شوخ طبعی)، مهارت‌های حل مسئله (مانند برنامه‌ریزی، یاری‌جویی و تفکر انتقادی و خلاق)، خودگردانی (هویت خودکارآمدی، خودآگاهی و تسلط بر وظایف) و هدف‌مندی و خوش‌بینی به آینده (هدف‌گیری، خوش‌بینی و معنویت) (به نقل از محمدی، آقاجانی و زهتاب‌ور، ۱۳۹۰؛ هادی‌یساولی و عبدی، ۱۳۹۴). افراد با تاب‌آوری بالا حس قوی برای پیشرفت دارند و دارای خودباوری بالایی هستند. یکی از ویژگی‌های مهمی که افراد تاب‌آور از آن برخوردار هستند، توانایی حل-مسئله می‌باشد که این توانمندی می‌تواند به اشکال گوناگون بروز کند (طرقة و همکاران، ۱۳۹۴).

افراد تاب‌آور دارای رفتارهای خودشکنا نه نیستند. از نظر عاطفی آرام بوده و توانایی مقابله با شرایط ناگوار

---

<sup>۱</sup> Waller

<sup>۲</sup> commitment

<sup>۳</sup> control

<sup>۴</sup> challenge

<sup>۵</sup> Best



را دارند (هوآنگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). فرد دارای تاب‌آوری، چاره‌ساز و انعطاف‌پذیر بوده، مطابق تغییرات محیطی خود را وفق می‌دهد و بعد از برطرف شدن عوامل فشار زا به سرعت به حالت بهبود باز می‌گردد (سیبرت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷).

افراد تاب‌آور به مشکلات به‌عنوان فرصت‌هایی برای رشد نگاه می‌کنند، این افراد نه تنها به خوبی با استرس-ها و ناراحتی‌های غیرمعمول کنار می‌آیند، بلکه عملاً چالش‌هایی همانند یادگیری و فرصت‌های رشدی را تجربه می‌کنند (ماستن، ۲۰۰۱؛ به نقل از اسدی، جاویدی و قاسمی، ۱۳۹۴). شواهد نشان می‌دهد که افراد تاب‌آور دارای سلامت روان بهتر، مهارت‌های خودتنظیمی بیشتر و عزت نفس بالاتر می‌باشند، همچنین تحت حمایت والدین بوده و کمتر احتمال دارد در رفتارهای پرخطر مثل سوءمصرف مواد درگیر شوند (مولایی‌یساوولی و عبدی، ۱۳۹۴). افراد تاب‌آور دارای منبع کنترل درونی، رفتارهای اجتماعی سازش یافته، همدلی با دیگران و خودپنداره‌ی مثبت هستند. آن‌ها افرادی خوشبین و در سازماندهی فعالیت‌های روزانه‌شان توانا می‌باشند (فریبرگ، هم‌دال، روزنوینگ و مارتینوسن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳).

## ۲-۴-۲- مؤلفه‌های تاب‌آوری

متخصصان علوم رفتاری سه مؤلفه برای تاب‌آوری در نظر گرفتند که عبارت هستند از: تاب‌آوری روان-شناختی<sup>۴</sup>، تاب‌آوری هیجانی<sup>۵</sup> و تاب‌آوری اجتماعی<sup>۶</sup>.

### تاب‌آوری روان‌شناختی

تاب‌آوری روان‌شناختی به ظرفیت و گنجایش افراد برای تحمل فشارهای روانی در شرایط سخت و ناگوار زندگی مثل ابتلاء به یک بیماری روانی یا قرار گرفتن در یک موقعیت استرس آفرین اشاره دارد، به عبارت دیگر تاب‌آوری روان‌شناختی، ترجمان تحمل روان‌شناختی است که افراد را از آسیب‌های روانی دور می‌کند (بورنی<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴).

### تاب‌آوری هیجانی

---

<sup>۱</sup> Huang

<sup>۲</sup> Sibert

<sup>۳</sup> Friborg, Hjemdal, Rosenvinge & Martinussen

<sup>۴</sup> psychological Resilience

<sup>۵</sup> emotional Resilience

<sup>۶</sup> social Resilience

<sup>۷</sup> Bourne

تاب‌آوری هیجانی بیان‌کننده‌ی تحمل افراد در شرایط سخت عاطفی و هیجانی به منظور کاهش ستیز درونی است. افرادی که تاب‌آوری هیجانی بالایی دارند، وقتی در شرایط سخت هیجانی و عاطفی قرار می‌گیرند، پیش از آن‌که از شیوه‌ی هیجان‌مدار استفاده کنند، سعی می‌کنند با استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای انطباقی<sup>۱</sup> و مسئله‌مدار<sup>۲</sup> فشارهای هیجانی خود را کاهش دهند.

### تاب‌آوری اجتماعی

منظور از تاب‌آوری اجتماعی، مبین پایداری و مقاومت افراد در برابر آسیب‌ها و شرایط تهدیدکننده‌ی اجتماعی مانند فقر، تهیدستی، مجادله‌های خانوادگی و درگیری‌های اجتماعی است. در این شرایط افراد پیش از آن‌که تسلیم شرایط موجود شوند، تلاش می‌کنند با اتخاذ راه‌های منطقی و با روحیه‌ی مشارکت‌جویی با دیگر افراد نه تنها استرس‌های اجتماعی را کنترل کنند، بلکه وضعیت موجود را در جهت مثبت ارتقا دهند (مدی و خوشابا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵؛ بورنی، ۲۰۰۴).

### ۲-۴-۲- انواع تاب‌آوری

بنا به نظر هارت، آنجل، بلینکو و توماس<sup>۴</sup> (۲۰۰۷)، توصیف تاب‌آوری سه روند را شامل می‌شود: تاب‌آوری عمومی<sup>۵</sup>، تاب‌آوری واقعی<sup>۶</sup> و تاب‌آوری تلقیحی<sup>۷</sup>.

### تاب‌آوری عمومی

در زبان عامه همان غلبه بر موقعیت‌های دشواری است که هرکسی با آن موقعیت‌ها مواجه می‌شود، با این تعریف تاب‌آوری همان چیزی است که تقریباً همه‌ی ما از آن برخورداریم و به نظر می‌رسد که برای نژاد بشر برنامه‌ریزی شده‌است. آن دسته از افرادی که کودکی خوبی را پشت سر گذاشته‌اند با بسیاری از چالش‌ها و مشکلات پیش‌آمده درگیر می‌شوند. حتی اگر بعضی از این مشکلات بدون هیچ‌گونه اغراقی بزرگ و شکفت‌آور به نظر آیند. البته همیشه استثنا وجود دارد و کسانی هستند که به راهنمایی، مدیریت و حمایت صریح نیاز دارند، اما بیشتر افراد دارای یک ذهنیت تاب‌آوری مساعد می‌باشند. همه‌ی ما عاشق می-

---

<sup>۱</sup> adoptive Coping Skills

<sup>۲</sup> focused Problem

<sup>۳</sup> Maddi & Khoshaba

<sup>۴</sup> Hart, Angle, Blincow & Thomas

<sup>۵</sup> Popular resiliency

<sup>۶</sup> real resiliency

<sup>۷</sup> inoculated resiliency

شویم، زندگی می‌کنیم، کار می‌کنیم، عمق درد و اندوه را می‌آزماییم و سپس بر آن چیره می‌شویم.

### تاب‌آوری واقعی

یک مفهوم مقایسه‌ای است و روان‌شناسان را در درک اینکه چه چیزی در پس تفاوت‌های افراد و حرکت در مسیر زندگی شخصی‌شان قرار دارد، یاری می‌کند و این همان چیزی است که ما را برای ایجاد آینده‌ای بهتر برای کودکانی که می‌شناسیم، شگفت‌زده، مصمم و امیدوار می‌سازد. تاب‌آوری واقعی در جایی آشکار می‌شود که افراد با دارایی و منابع بسیار کم و یا کودکانی با آسیب‌پذیری بالا، آینده‌ای بهتر از آنچه ما با توجه به شرایطشان و در مقایسه با سایر کودکان پیش‌بینی می‌کردیم، نشان می‌دهند. توصیف روان‌تر از تاب‌آوری به عنوان مقاومت نسبی در برابر تجارب خطرناک اجتماعی، این مطلب را به خوبی بیان می‌کند.

### تاب‌آوری تلقیحی

این قسمت کمی پیچیده‌تر است. تاب‌آوری تلقیحی، ما را به‌عنوان متخصص گیج و دستپاچه می‌کند و انتظارات ما را آشفته‌تر و مغشوش‌تر می‌کند. این مقوله حتی آسیب‌پذیری‌ها و مکانیزم‌های حفاظتی را منبع و منشاء تاب‌آوری می‌داند و به‌عنوان یک مفهوم، ظرفیت تغییر مصیبت و بدبختی را به موفقیت و یا حداقل توان پیشگیری از اثرات بدتر مصیبت و بلا فراهم می‌کند. در اینجا تقریباً به‌طور ناخودآگاه، بلا و مصیبت به نتایج و پیامدهای بهینه در تاب‌آوری تبدیل می‌شود. به هر حال چنین تلقی‌ای به ندرت در زندگی کودکان مورد نظر ما به چشم می‌خورد. اثر تلقیحی می‌تواند با توجه به تجارب فرد ادامه یابد، البته مادامی که این تجربیات سخت و طاقت فرسا نباشند.

### ۲-۴-۳- خوش بینی

سرمایه روانشناختی مفاهیمی انتزاعی و درون روانی می‌باشند که به خصایص مثبت روانی هر فرد اشاره می‌کنند. مدل سرمایه روان‌شناختی، خوش بینی را یک روش توضیحی که وقایع مثبت را به موارد درونی، دائمی و فراگیر نسبت می‌دهد و وقایع منفی را به انواع شرایط موقتی و خاص بیان می‌کند (لوتانز و همکاران، ۲۰۰۴). روانشناسان خوش بینی را به‌عنوان یک ویژگی شناختی که انتظار خروجی مثبت و یا استناد علی مثبت به رخدادها دارد و یا یک اسناد علی مثبت تعمیم یافته، تلقی می‌کنند (لوتانز، ۲۰۱۰). در سرمایه روان‌شناختی، خوش بینی واقعی مورد نظر است، زیرا خوش بینی غیر واقعی منجر به پیامدهای منفی می‌شود (جنسن و لوتانز، ۲۰۰۶). در خوش بینی واقع بینانه در حقیقت، فرد به ارزیابی آنچه می‌تواند به دست آورد در برابر آنچه قادر به کسب آن نیست، می‌پردازد. لذا خوش بینی واقع بینانه، نقش مهمی در

ارتقای خودکارآمدی فرد دارد (لوتانز و اولیو، ۲۰۰۷). سلیگمن، پیشگام جنبش روانشناسی مثبت، خوش بینی را به عنوان یک سبک اسنادی که حوادث مثبت را به علل شخصی، دائمی و فراگیر و حوادث منفی را به موقعیت های خاص، موقتی و خارجی اسناد می کند، تعریف می کند. در حالی که افراد بدبین حوادث و اسنادات مثبت را موقتی و وابسته به شرایط خاص و حوادث منفی را پایدار و فراگیر میدانند. به عنوان یک نتیجه گیری، افراد خوش بین با داشتن انتظارات مثبت رفتارهایی را بر می انگیزند تا به اهداف آینده شان برسند ولی افراد بدبین با عدم اعتماد به نفس و انتظارات منفی خود در رسیدن به اهداف آینده شان عقب نشینی می کنند (سلیگمن، به نقل از جمشیدیان و فروهر، ۱۳۹۲).

واژه خوش بینی تداعی کننده مفاهیم متعددی در ذهن است، مفاهیمی چون تفکر مثبت، امید، شادی و معمولاً به عنوان نشانه ای از سرزندگی، شور و نشاط در نظر گرفته می شود. خوش بینی در فرهنگ لغت به معنای با نظر خوب به امری نگرستن و جنبه های مثبت امور را دیدن تعریف شده است و فرد خوش بین کسی است که جنبه مثبت امور را مورد توجه قرار می دهد (عرونی عزیز، ۱۳۸۶).

رابط اورفستاین و سوئل خوش بینی را از دیدگاه روان شناسی چنین تعریف کرده اند: تمایل به جستجو، در به خاطر آوردن و انتظار کسب تجارب لذت بخش که یکی از اولویت های فعالانه فرد است، نه صرفاً نوعی واکنش انفعالی که او را به توجه به جنبه های روشن و آفتابی زندگی تشویق کند (زمردی، ۱۳۸۶). خوش بینی مانند خودکارآمدی و امید یک ظرفیت روان شناختی توسعه پذیر است که می تواند در ارتباط با تعقیب اهداف شخصی توسعه یافته و برانگیخته شود و علاوه بر اینکه مانند آنها عمدتاً از طریق یک دیدگاه عاملی و درونی تشریح می شود، یک بعد خارجی نیز به آن اضافه می کند. برای مثال انتظار مثبت یک فرد خوش بین که دید مطلوبی از آینده به او می دهد می تواند توسط خود فرد، دیگران و عوامل بیرونی به دست آید. به همین ترتیب تفسیرهای به فرد خوش بین از حوادث منفی عمدتاً روی دور نگه داشتن خود از شکست ها تکیه دارد. به هر حال برخلاف خودکارآمدی که حوزه خاصی است، خوش بینی از اسناد کلی و تعمیم یافته استفاده می کند. همچنین خوش بینی برای ایجاد مسیری برای رسیدن به هدف و اجرای آن مورد استفاده قرار نمی گیرد (لوتانز و جنسن، به نقل از صفری، ۱۳۹۲). علاوه بر این خودکارآمدی و امید ماهیت شناختی دارند اما خوش بینی ترکیبی از اجزای انگیزشی، احساسی و شناختی است (سلیگمن و میهالی، به نقل از جمشیدیان و فروهر، ۱۳۹۲). در نهایت مطالعات تجربی زیادی از تمایز خودکارآمدی، امید و خوش بینی حمایت کرده اند. همان طور که درماندگی به عنوان یک مفهوم مخالف خوش بینی می تواند یاد گرفته شود، خوش بینی هم می توان طی یکسری از اقدامات یاد گرفته شود و توسعه یابد (لوتانز و آوری و دیگران، به

نقل از تقی زاده، ۱۳۹۲). بدبینی اکثر اوقات به دلیل اسناد بدبینانه و منحرف کننده توسعه می‌یابد. بدبینی را می‌توان در روش‌های مختلف به خوش بینی تبدیل کرد. مثلاً بدبین‌ها بر حسب عادت مسئولیت‌های خارج کنترلشان را به دیگران واگذار می‌کنند. این نوع بدبینی می‌تواند با به چالش کشیدن مفروضات مخرب اساسی و جایگزین آن با اسنادات مثبت که نتیجه آن یک نوع خوش بینی واقع‌گرایانه خواهد شد، تغییر کند. بعضی افراد نیز با ایجاد انتظارات غیرواقع بینانه و اهداف غیر قابل دسترسی بدبینی را در درون خود توسعه می‌دهند و به جای اینکه به موفقیت برسند بیشتر شکست را تجربه می‌کنند. با یاد دادن استراتژی‌های هدف‌گذاری مؤثر به این افراد می‌توان خوش بینی را توسعه داد (اسنایدر، به نقل از تقی زاده، ۱۳۹۰).

## ۲-۴-۳-۱- انواع خوش بینی از نظر پترسون

۱- خوش بینی گرایشی: در این رویکرد خوش بینی به عنوان یک ویژگی شخصیتی گسترده مفهوم شده و توسط انتظارات خوش بینانه مشخص می‌شود. خوش بینی گرایشی یک انتظار کلی است که بیشتر چیزهای خوب در آینده اتفاق می‌افتد تا چیزهای بد (آلن کار، ۲۰۰۴). ۲- خوش بینی تبیینی یا اسنادی: مارتین تیلگهن در سال ۱۹۹۸ مطرح می‌کند که خوش بینی یک شیوه تبیین است تا یک صفت شخصیتی گسترده. در این رویکرد افراد خوش بین، وقایع منفی یا تجربیات منفی

## ۲-۴-۴- امید

فرهنگ لغت وبستر امید را «تمایل به تکمیل چیز باارزشی با احتمال واقعی تحقق همراه با تداوم انتظار وقوع آن» تعریف می‌کند. در فرهنگنامه رندم هاوس نیز امید به صورت «انتظار مثبت فعال و مداوم برای تعقیب در جهت یک شایستگی مطلوب معقول» تعریف شده است (بهار، ۱۳۹۰).

می‌توان گفت امید یک راه‌انگیزش و هیجان معنی‌دار است که به عنوان عامل مقابله با مصیبت‌ها و حوادث-هایی که در زندگی رخ می‌دهد، عمل کند. در واقع امید کلیدی برای یافتن راه‌حل مسئله در موقعیت‌های سخت زندگی است (ساناتانی و اسکریبر، ۲۰۰۸).

اسنایدر (۲۰۰۲) نیز امید را چنین تعریف می‌کند حالت انگیزشی مثبتی که از احساس موفقیت ناشی از رابطه‌ی متقابل بین عامل و مسیرهای دستیابی به هدف به وجود می‌آید. در این تعریف منظور از عامل، فردی است که انرژی و اراده لازم را برای رسیدن به هدف‌هایشان صرف می‌کند و مسیر دستیابی به عنوان برنامه‌ریزی‌هایی که برای تأمین اهداف و دستیابی به آنها ضروری هستند، تعریف می‌شود.

لذا با توجه به آن چه گفته شد از دیدگاه روانشناختی می‌توان سه بعد کلی برای امید در نظر گرفت. (۱) اهداف (۲) مسیر دستیابی به این اهداف (۳) عمل یا فاعلی که این اهداف برایش تعریف شدند. تجربه بیانگر آن است که میزان امیدواری در افراد تحت تأثیر عوامل گوناگونی از جمله نوع هدف، راه‌های دستیابی آن، میزان دشواری این راه‌ها، شدت انگیزه عامل یا هدف و موانع احتمالی قرار دارد. لذا می‌توان گفت که در همه افراد ظرفیت امیدواری وجود دارد (چونز و فلدمن، ۲۰۰۶).

در سوره بقره آیه‌ی (۲۰۸) آمده است که مؤمنین کسانی‌اند که به رحمت خدایشان امیدوارند و خداوند در جای دیگر می‌فرماید: نباید از تعقیب کردن در کار دشمنان سستی و کاهلی کنید که اگر شما از آن به رنج و زحمت می‌افتید، آنها نیز از دست شما رنج می‌کشند جز اینکه شما مؤمنین به لطف خدا امیدوارید و آنان که به خدا ایمان ندارند امیدی ندارند و خدا دانا و حکیم است و امیدواران را محروم نمی‌سازد (سوره نساء، آیه ۱۰۴).

در روایات معصومین (ع) نیز امید داشتن و امیدوار بودن سفارش شده است، برای نمونه، حضرت علی (ع) می‌فرماید امیدوار باشید چون سختی‌ها به نهایت رسد، گشایش پدید آید و آن هنگام که حلقه‌های بلا تنگ گردد آسایش فرا رسد (نهج البلاغه، ترجمه دشتی، ۱۳۸۹).

کسانی که طرفدار عملکرد امید هستند و بر توانایی‌ها تأکید دارند و معتقدند که حوزه روانشناسی مثبت‌نگر به متخصصین این امکان را می‌دهد تا با به کارگیری فنون جدید مراجعین خود را با دید گسترده‌تری بنگرند. در طول تاریخ، امید و اثر آن مورد شک و تردید بود و تعاریف آن مورد بحث و بررسی قرار گرفته، ارزیابی شدند و تغییرهایی در آنها صورت گرفت. شنایدر امید را به عنوان روند فکری می‌داند که به وسیله آن، افراد فعالانه با به کارگیری توانمندی خود برای رسیدن به هدف‌هایشان تلاش می‌کنند (شنایدر، ۲۰۰۲).

افرادی که می‌توانند امیدوار یا حتی خوشبین باشند، بیشتر احتمال می‌رود برای بهبود اوضاع خود تلاش کنند و همین امر تفاوت عمده‌ای را در شرایط عملی و روحی آنان ایجاد می‌کند (لازاروس، ۲۰۰۲). ترجمه نجفی‌زند، ۱۳۸۷).

## ۲-۴-۱- نظریه شنایدر پیرامون امید

امید و افسردگی: با استفاده از نظریات شنایدر پیرامون ناامیدی و افسردگی، به بررسی مفهوم ناامیدی و علل و عوامل پیدایش آن و نیز راهکارهای مقابله با آن می‌پردازد. به طور کلی اصول این نظریه، می‌تواند هم برای

پیشگیری و هم برای درمان نشانه‌های ناامیدی و افسردگی مورد استفاده قرارگیرد. طبق این نظریه، تفکر امیدوارانه می‌تواند ادراک انسان را نسبت به شکست، به دو طریق تغییر دهد: اول با تمرکز بر راه‌های اطراف مانع. به این ترتیب نرسیدن به هدف، دیگر شکست نیست بلکه درسی است برای اینکه فرد دریابد چگونه از مسیرهای مناسب‌تر به هدف برسد. دوم: جستجوی راهی برای حفظ انگیزه در طول مسیر حرکت است. به این ترتیب زمانی که فرد با مانعی مواجه می‌شود، آن را یک چالش در نظر می‌گیرد، نه نقطه‌ای برای توقف. از این رو عواملی که می‌تواند منجر به افسردگی شوند، به تلاشی مجدد برای یافتن راهی جدید به سوی هدف منجر خواهند شد. از این رو طبق این نظریه، امید نوری است برای بیرون آمدن از ظلمات افسردگی. همچنین خاستگاه امید در این نظریه، بر مبنای اهداف فرد و نوع جهان‌بینی وی (مادی‌گرا یا معنا-گرا) تعریف می‌شود. به دیگر سخن، این نظریه، از جهت ارزش‌گذاری اهداف، یک نظریه‌ی تقریباً خنثی به شمار می‌رود و در مورد مطلوب یا نامطلوب بودن اهداف سخن نمی‌گوید و هر فرد براساس نگرش و نوع جهان‌بینی خویش، به تعریف و ایجاد هدف می‌پردازد. از این رو، این نظریه تنها به منزله ابرازی برای کسب امید محسوب می‌گردد. (سرای، ۱۳۸۱).

## ۲-۴-۲- مؤلفه‌های امید

### اهداف

اهداف، نقاط پایانی و آخرین حلقه زنجیره عمل ذهنی را به وجود می‌آورند. آنها مرجع نظری امید و اساس نظریه‌ی امید هستند. اهداف می‌توانند به صورت کوتاه مدت و بلند مدت باشند و با درجه اهمیتی که دارند دسته‌بندی می‌شوند. اهداف می‌بایست به حد کافی با ارزش باشند تا در ذهن هشیار افراد قرار بگیرند. اهداف امیدوارانه به گونه‌ای عدم حتمی بودن را همراه دارند. که در یک سر حلقه این زنجیر قرار دارند و در سر دیگر، اهداف غیر قابل دستیابی که احتمال رسیدن به آنها صفر است، قرار دارند و به جای این که مفید باشند ناکام کننده هستند.

در واقع مطالعات بر این نکته تأکید دارند که به نظر مردم، امید یک کامیابی است که در موقعیت‌هایی که احتمال دستیابی به هدف در حد وسط باشد، وجود دارد. در نظریه‌ی امید، اهداف منبع اصلی دستیابی به هدف در حد وسط باشد، وجود دارد. در نظریه‌ی امید، اهداف منبع اصلی ایجاد کننده‌ی هیجان هستند. هیجان‌ات مثبت در پی رسیدن به هدف یا تصور رسیدن و نزدیک شدن به آن است. در حالی که، هیجان‌ات منفی و ناکامی ناشی از شکست در رسیدن به هدف یا تصور ذهنی دور شدن از آن است. با توجه به رسیدن

به هدف و هیجان‌ات مثبت این چنین به نظر می‌رسد که بهترین راهکار، تعیین اهداف قابل دسترس و آسان است. ولی می‌توان گفت افرادی که امید بالایی دارند معمولاً اهدافی را دنبال می‌کنند که دستیابی به آنها دشوار است (اشنایدر، ۲۰۰۲).

### تفکرات گذرگاه<sup>۱</sup>

تفکرات گذرگاه، توانمندی‌های درک شده توسط فرد هستند و راه‌های عملی را در پی رسیدن به اهداف تعیین شده ایجاد می‌کنند. تفکر گذرگاه معمولاً در سخن درونی از قبیل «من برای انجام این کار راهی پیدا می‌کنم» قابل مشاهده و درک است. با وجود این که تفکر گذرگاه خواستار می‌تواند تنها یک گذرگاه مورد استفاده برای رسیدن به هدف خواسته شده است، ولی اشخاص با سطح امیدواری بالاتر، معمولاً قادر به تصور چندین گذرگاه هستند و از تفکر واگرا استفاده می‌کنند. این راه‌های متنوع می‌توانند در جهت مقابله با موانع یا مشکلاتی که در راه دستیابی موفقیت آمیز به اهداف به وجود می‌آیند، کمک کننده باشند. تفکر گذرگاه، توانمندی درک شده توسط فرد برای شناسایی و ایجاد کننده‌ی راه‌های دستیابی به هدف است. از آن جایی که بعضی از طرح و برنامه‌ها ممکن است به پیروزی نرسند و با شکست مواجه شوند، افراد امیدوارتر در جهت مبارزه با مشکلات و موانع، چندین گذرگاه را در نظر می‌گیرند (آروینگ<sup>۲</sup> و اشنایدر ۱۹۹۸؛ چیونز و همکاران، ۲۰۰۶).

### تفکرات عامل<sup>۳</sup>

تفکرات عامل، افکاری هستند که از طریق آنها افراد با توجه به توانمندی‌هایشان، گذرگاه‌هایی را انتخاب می‌کنند و به تلاش خود در رسیدن به هدف ادامه می‌دهند. تفکرات عامل مؤلفه انگیزشی نظریه امید است که فرد را مطمئن می‌کند که آیا می‌تواند در جهت رسیدن به هدف، تلاش‌های لازم را در دنبال کردن گذرگاه خاص شروع کند و سختی‌ها را تحمل کند یا نه. تفکرات عامل بازتاب شناخت افراد در مورد توانمندی‌شان برای شروع و ادامه راه و تحمل رفتارهای هدف‌گرا است. و با سخنان درونی مانند «من قادرم اینکار را انجام دهم» و «من نباید توقف کنم» تشخیص داده می‌شوند. باید توجه داشت که اهداف افراد بدون قصد و اراده حرکت به سوی هدف و تحمل دشواری راه و حفظ تلاش برای رسیدن به آن، قابل دسترسی نیست (اشنایدر، ۲۰۰۲؛ چیونز و همکاران، ۲۰۰۶).

---

<sup>۱</sup> pathway thinkings

<sup>۲</sup> Irving

2. Agency thinkings



## ۲-۵- مفهوم حمایت اجتماعی ادراک شده

به حمایت از منظر ارزیابی شناختی فرد از محیط و روابطش با دیگران می‌نگرد. نظریه پردازان حمایت اجتماعی بر این باورند که تمام روابطی که فرد با دیگران برقرار می‌کند، حمایت اجتماعی محسوب نمی‌شود. به عبارت دیگر روابط منبع حمایت اجتماعی نیستند، مگر آنکه فرد آن‌ها را به عنوان منبعی مناسب یا در دسترس برای رفع نیازهای خود ادراک کند (چادویک و کالینز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵).

هر فردی در آغاز زندگی‌اش به صورت وابسته‌ترین موجود نمایان می‌شود و تقریباً تمام جنبه‌های زندگی او به حمایت دیگران وابسته است و تا زمانی که زنده است با وجوه مختلف حمایت سر و کار دارد. انسان موجودی است که به صورت اجتماعی زندگی می‌کند و در طول حیات خویش نیازمند هموعان خود می‌باشد. این نیازمندی از جنبه‌های مختلف و به صورت‌های متفاوتی قابل تصور است. هستی انسان تا حدود زیادی در گرو ارتباطات و تعاملات اجتماعی است و در غیاب این روابط اجتماعی موجودیت او به احتمال زیاد محکوم به فنا است. صرف نظر از اینکه گرایش به زندگی اجتماعی را ذاتی بدانیم یا اکتسابی، آنچه مهم است انکارناپذیر بودن نیرومندی این گرایش‌ها در حیات آدمی است. درباره‌ی تعریف حمایت اجتماعی نقطه نظرات متفاوتی مورد توجه می‌باشد. این اصطلاح گاهی به وجود روابط اجتماعی یا کمیت روابط اطلاق می‌گردد و زمانی نیز نوع به خصوصی از روابط اجتماعی، همچون رابطه‌ی زناشویی، دوستی و عضویت سازمانی مورد نظر بوده است. همچنین ساخت روابط اجتماعی و محتوای کارکردی روابط نیز از جمله مواردی هستند که در اندازه‌گیری حمایت اجتماعی به کار می‌روند (مک کاینلی<sup>۲</sup> و رایت<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴).

حمایت اجتماعی ادراک شده بر وضعیت جسمی، روانی، رضایت از زندگی و جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی افراد اثرات زیادی دارد (کلارا، کاکس، انس، مورای و ترگروودیک، ۲۰۰۳؛ تجلانی، صبحی و قنبری پناه، ۱۳۸۹) و به عنوان یک عامل تعدیل‌کننده مؤثر در مقابله و سازگاری با شرایط استرس‌زای زندگی شناخته شده است (فریدلندر لورا، ریدگراهام، شوپاک و کریبی، ۱۳۸۶). در مطالعات موجود در این زمینه، حمایت اجتماعی به دو صورت حمایت اجتماعی دریافت شده<sup>۴</sup> و ادراک شده<sup>۵</sup> مورد مطالعه قرار می‌گیرد. در

---

<sup>۱</sup>. Chadwick & Collins

<sup>۲</sup> - Mckinley

<sup>۳</sup> - Wright

<sup>۴</sup>. Revised

<sup>۵</sup>. Perceived

حمایت اجتماعی دریافت شده، میزان حمایت های کسب شده توسط فرد مورد تأکید است و در حمایت اجتماعی ادراک شده، ارزیابی های فرد از در دسترس بودن حمایت ها در مواقع ضروری و مورد نیاز بررسی می شود (گلاکت، ۱۳۸۹). مفهوم حمایت اجتماعی ادراک شده به حمایت از دیدگاه ارزیابی شناختی فرد از روابطش اشاره دارد. نظریه پردازان این حوزه بر این باورند که تمام روابطی که فرد با دیگران دارد حمایت اجتماعی محسوب نمی شود؛ مگر اینکه فرد آن ها را به عنوان یک منبع در دسترس و مناسب برای رفع نیازهایش ارزیابی کند (کلارا، کاکس، انس، مورای و ترگروودیک، ۲۰۰۳). مقیاس های حمایت اجتماعی ادراک شده نیز بر ارزیابی شناختی فرد از محیطش و سطح اطمینان فرد به اینکه در صورت لزوم کمک و حمایت در دسترس خواهد بود متمرکز هستند (بروور، امسلی، کید، لاجنر و سیدات، ۱۳۸۷).

## ۲-۶- حمایت اجتماعی ادراک شده

حمایت اجتماعی ادراک شده به ارزیابی های شناختی از در دسترس بودن و بسندگی حمایت از دیگران اشاره می کند. کارکرد اصلی حمایت اجتماعی ادراک شده این است که ارزیابی ذهنی و انتظارات از حمایت به فرد کمک می کند تا باور کند که وی مورد احترام و مورد توجه است و عضوی از یک شبکه وظایف متقابل می باشد (تویتس، ۱۹۸۲).

حمایت اجتماعی یکی از مهم ترین شکل های روابط اجتماعی است و برخوردار از آن و ادراک و تصور آن، همچنین نیاز به آن با توجه به سن، جنس، شخصیت و حتی فرهنگ می تواند متفاوت باشد. از طرف دیگر در هر مرحله از زندگی نیز ممکن است جنبه هایی از حمایت، اهمیت پیدا کنند و نسبت به جنبه های دیگر آن اثرات بیشتری داشته باشند. در دوران نوزادی و کودکی، حمایت خانوادگی از اهمیت زیادی برخوردار بوده و در مقایسه با سایر منابع حمایتی، نقش مهم تری در حفظ امنیت جسمانی و روانی بازی می کند (ابوالقاسمی، تقی پور و نریمانی، ۱۳۹۱). همراه با تحولات رشدی نیاز به حمایت اجتماعی نیز تحول پیدا می کند و به تدریج شکل های پیچیده تری به خود می گیرد ولی در هیچ برهه ای از زندگی این نیاز، اهمیت خود را از دست نمی دهد. اثر حمایت اجتماعی، بیشتر در موقعیت هایی نمایان می شود که آدمی در مقابل حوادث استرس زا قرار می گیرد (مظلومی، سعیدی، واحدیان، جلال پور و کیانی، ۱۳۹۲).

وقوع رویدادهایی نظیر از دست دادن افراد مورد علاقه و شغل با استرس فراوانی توأم هستند. در چنین موقعیت هایی اگر شخص تصور کند که کسی نیست تا او را حمایت کند و به طور کلی، احساس تنهایی کند، چگونه قادر به مقابله با آن رویداد استرس آور خواهد بود؟

معمولاً زندگی انسان در هر مرحله با استرس همراه است و شاید نتوان دوره ای را پیدا کرد که خالی از

استرس باشد. مقابله‌ی موفقیت آمیز با این موقعیت‌های استرس زا به میزان زیادی به نحوه روابط اجتماعی و به خصوص به حمایت اجتماعی ادراک شده فرد بستگی دارد. منابع حمایتی فرد، مواردی همچون خانواده، دوستان و همسالان، افراد آشنا و نزدیک، معلمان و حمایت عمومی را شامل می‌شود. تحقیقات زیادی نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی می‌تواند نتایج منفی فشار روانی را تعدیل نماید. محققان بسیاری حمایت اجتماعی را مفهومی چندبعدی تلقی کرده‌اند که شامل «صمیمیت عاطفی» و «نزدیکی» به عنوان مهمی تلقی می‌گردد (ساراسون، پیرس و ساراسون، ۱۹۹۰). حمایت اجتماعی اغلب به طور معمول، به اعمال انجام شده برای یک فرد آشفته به وسیله‌ی افراد عمده از قبیل اعضای خانواده، دوستان، همکاران، خویشاوندان و همسایگان اطلاق می‌شود. این اعمال معمولاً «کمک ابزاری»<sup>۱</sup>، «کمک اجتماعی- هیجانی»<sup>۲</sup> و «کمک اطلاعاتی»<sup>۳</sup> را شامل می‌شود. کمک ابزاری به اعمال یا مواد فراهم شده به وسیله‌ی دیگران اطلاق می‌شود که فرد را برای انجام مسئولیت‌های مربوط به نقش معمولی قادر می‌سازد (حریریان، آقاجانلو و غفوری فرد، ۱۳۹۲).

کمک اجتماعی- هیجانی، به تأییدات (فرد) یا تظاهرات عشق، گریه کردن، اعتماد دادن، همدردی و احساس تعلق به گروه اطلاق می‌شود. کمک اطلاعاتی به ارتباطات فکری یا آشکار کردن واقعیت برای مشکلات موجود، از قبیل نصیحت و توصیه، پسخوراند شخصی و اطلاعاتی اطلاق می‌شود که ممکن است شرایط زندگی فرد را آسان‌تر سازد. حمایت اجتماعی یک کمک دوجانبه است که موجب خلق تصور مثبت از خود، پذیرش خود، احساس عشق و ارزشمندی می‌گردد و تمام اینها به فرد فرصت خودشکوفائی و رشد را می‌دهد. کهن و آنتونیستی (۱۹۸۰، به نقل از کاسپرز، کادورت، یوکیوس و تروتمن، ۲۰۰۵) اظهار نمودند که حمایت اجتماعی ترکیبی از سه عنصر عاطفه، تصدیق و یاری است. عاطفه، شامل ابراز عشق و محبت است. تصدیق آگاهی از رفتار و بازخوردی مناسب است. کمک شامل مساعدت مستقیم است مانند پول قرض دادن و یا یاری دادن فرد در انجام کارها.

## ۲-۷- انواع حمایت اجتماعی

محققان حمایت اجتماعی را به دو نوع کارکردی و ساختاری تقسیم نموده‌اند.

مفهوم حمایت اجتماعی ساختاری: معمولاً به جنبه‌های عینی حمایت اشاره دارد و به عنوان وجود ارتباطات

---

<sup>۱</sup> - Instrumental Aid

<sup>۲</sup> - Socioemotional Aid

<sup>۳</sup> - Informational Aid

اساسی و اولیه تعریف می‌گردد (پورمحمدرضای تجریشی و میرزمانی بافقی، ۱۳۸۶).

وضعیت زناشویی، عضویت در سازمان‌های رسمی، نقش‌ها و دلبستگی‌ها و سایر ویژگی‌های شبکه‌ای ارتباطی مانند تعداد افراد و همخوانی پیوندها از نشانه‌های حمایت اجتماعی ساختاری هستند (عبدالله زاده رافی، حسن زاده اول، احمدی، طاهری و حسینی، ۱۳۹۱).

حمایت اجتماعی کارکردی: جنبه‌ی کیفی ارتباطات اجتماعی است که تا حدود زیادی مربوط به پاسخ‌های به استرس است. حمایت اجتماعی کارکردی، شامل کارکردهایی نظیر حمایت اطلاعاتی، ابزاری و محترم شمردن فرد، صمیمیت در ارتباطات اجتماعی و میزان دسترسی و زمان دریافت حمایت اجتماعی می‌گردد (عطادخت، نریمانی، احدی، ابوالقاسمی، زاهد و ایران پرور، ۱۳۹۲).

در مقایسه دو نوع حمایت اجتماعی، حمایت اجتماعی ساختاری دارای اثرات اساسی است و حمایت اجتماعی کارکردی بیشتر توأم با تعاملات بوده و دارای اثرات محافظتی است. هاس (۱۹۸۱)، به نقل از پراکاگول<sup>۱</sup>، گرانت<sup>۲</sup> و کلتنر<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) نظرات محققان قبلی را هماهنگ کرده و به چهار نوع حمایت اجتماعی دست یافت:

۱) حمایت هیجانی (اعمال احترام آمیز)

۲) حمایت ارزیابی کننده (پسخوراند راجع رفتار و دیدگاه فرد)

۳) حمایت اطلاعاتی (نصیحت و جمع آوری اطلاعات مؤثر در حل مسأله)

۴) حمایت ابزاری (یاری و مساعدت آشکار)

البته هر چهار نوع حمایت، ارتباط متقابل و نزدیکی با هم دارند. به عنوان مثال، در بحران‌ها فرد نیازمند به همدردی و مساعدت‌های مالی و هیجانی است در حالی که فرد دیگر در مرحله تصمیم‌گیری صرفاً نیاز به اطلاعات صحیح و مساعدت ابزاری دارد (عسگری و شرف‌الدین، ۱۳۸۹).

هوس (۱۹۸۱) متداول‌ترین سنخ‌شناسی را درباره‌ی حمایت اجتماعی ارائه کرد. هوس (۱۹۸۱) با هدف سازمان‌دهی تعاریف مطرح شده درباره حمایت اجتماعی، یک سوال اساسی را مطرح کرد: «با توجه به مسئله موجود، چه کسی، چه چیزی را به چه کسی ارائه می‌دهد؟». هوس (۱۹۸۱) با مرور تعاریف متنوع حمایت هیجانی در ادبیات پژوهش، چهار بعد برای مفهوم حمایت اجتماعی پیشنهاد کرد: حمایت هیجانی

<sup>۱</sup> - Prachakul

<sup>۲</sup> - Grant

<sup>۳</sup> - Keltner

که بیانگر ابراز عشق، مراقبت، احترام، همدردی و احساس تعلق به گروه می‌باشد، حمایت ارزیابی که بیانگر تائید، بازخورد و مقایسه اجتماعی است، حمایت اطلاعاتی که بیانگر تبادل افکار در مواجهه با دشواری های فعلی است و حمایت ابزاری که به اعمال و امکانات فراهم شده اشاره می‌کند. علاوه بر این هوس (۱۹۸۱) تاکید کرد که حمایت هیجانی در بین انواع تجارب هیجانی، در مواجهه با عوامل استرس زا از اثرات ضربه گیرانه بیشتری برخوردار می‌باشد (مظفری، ۱۳۹۲). محققان برای سهولت مطالعه، حمایت اجتماعی را به چند گونه تقسیم کرده اند. این اقسام شامل دو نوع اساسی کارکردی و ساختاری هستند. مفهوم حمایت اجتماعی ساختاری معمولاً به جنبه عینی حمایت اطلاق می‌شود و به ارتباطات اجتماعی اصل و اولیه اشاره دارد. برای مثال عضویت در سازمانهای رسمی و ایفای نقش در آنها، یک حمایت اجتماعی ساختاری است. حمایت اجتماعی کارکردی همان جنبه کیفی ارتباطات اجتماعی است و شامل کارکردهایی چون اطلاعات ابزاری و محترم شمردن فرد، صمیمیت در ارتباطات و میزان دسترسی به حمایت و زمان دریافت آن است (گانستر، ۱۹۸۸؛ نقل از مظفری، ۱۳۹۲).

شش کارکرد اساسی برای حمایت اجتماعی عنوان شده است:

- ۱- گوش دادن (گوش دادن فعال بدون ارائه نصیحت یا قضاوت)
- ۲- حمایت و قدردانی (از روی صداقت و اطمینان)
- ۳- تکنیک های به مبارزه طلبیدن (طلب حق)
- ۴- به مبارزه طلبیدن عاطفی از یک شخص که به ما کمک کند تا در مواقعی که به میزان زیادی درگیر یک موقعیت هستیم بتوانیم به طور منطقی فکر کنیم)
- ۵- حمایت هیجانی
- ۶- واقعیت اجتماعی سهیم در مشکل (عدی فرد، ۱۳۷۴؛ نقل از مظفری، ۱۳۹۲).

## ۲-۸- منابع حمایت اجتماعی

دامنه‌ی منابع حمایت اجتماعی بسیار گسترده است. نظریه‌هایی که بر نظریه‌ی دلبستگی بالبی استوار است، اعضای خانواده و دوستان را منابع اصلی حمایت اجتماعی محسوب می‌کند و از نظر هندرسون سایر افراد به عنوان منابع مهم حمایت، تلقی می‌شوند. در نهایت منابع به خصوصی مانند درمانگران و مشاوران که به نحوی در بهبود وضعیت فرد مؤثرند، عضویت در کلیسا که اعضاء به طور رسمی همدیگر را مورد مساعدت و یاری قرار می‌دهند نیز جزء منابع حمایت اجتماعی محسوب می‌گردند. میشل و همکاران (۱۹۸۲)، به نقل از حیدری و جعفری، (۱۳۸۸) در تحلیل مطالعاتی که پیرامون حمایت اجتماعی صورت گرفته است، دریافتند

که منابع حمایت اجتماعی بسیار گسترده است و اثرات متنوعی در رفع مشکلات مختلف دارد. اگر فرد به حمایت هیجانی نیاز داشته باشد، افراد خانواده و دوستان بهتر از افراد غریبه و اعضای گروه‌های خودیاری، این کارکرد را انجام می‌دهند، اما اگر فرد برای حل مشکل خود، نیازمند تجارب گذشته افراد و اطلاعات و راهبردهای مقابله‌ی آنها باشد، افراد غریبه به همان خوبی‌اشنایان می‌توانند به فرد مشکل‌دار یاری رسانند. مؤثرترین حمایت اجتماعی به زمینه‌ی اجتماعی خود فرد بستگی دارد. مثلاً در بررسی هلمن و موس (۱۹۸۲)، به نقل از داودی، زرگر، مظفری‌پورسی سخت، نرگسی و مولا، (۱۳۹۱) دریافتند که برای زنانی که شاغل هستند، حمایت خانواده بسیار مؤثر است، اما برای مردان شاغل، همکاران و سرپرستان بهترین منبع حمایت محسوب می‌گردند.

## ۲-۹- تئوری‌های حمایت اجتماعی

تئوری‌های مختلفی راجع پیرامون حمایت اجتماعی تا کنون مطرح شده است. برخی از تئوری‌ها تأکید بر پیوندهای اولیه فرد با اعضای خانواده دارند. در حالی که تئوری‌های دیگر به گستره‌ی تماس‌های روزانه فرد با شبکه ارتباطی اجتماعی می‌پردازند (حریریان، آقاجانلو و غفوری فرد، ۱۳۹۲). تئوری‌هایی نیز به هر جنبه‌ی پیوندهای اولیه با اعضای خانواده و رابطه با اعضای شبکه ارتباطی پرداخته‌اند و در نهایت تئوری‌هایی نیز به بررسی مکانیزم‌های حمایت اجتماعی پرداخته‌اند.

## ۲-۱۰- مدل‌های حمایت اجتماعی

هر چند مطالعات متعدد، دال بر وجود ارتباط بین حمایت و سلامت می‌کند، اما در تئوری این نتایج از طریق فرایند متفاوتی رخ می‌دهد که به شکل مدل ارائه می‌گردد.

### الف) مدل اثر اصلی حمایت:

تأثیر سودمند و تعمیم یافته‌ی حمایت می‌تواند به علت شبکه‌های وسیع اجتماعی که برای افراد تجارب مثبت و مجموعه‌ای از نقش‌های پاداش آور و ثابتی در جامعه فراهم می‌کند، ایجاد شود. روی هم رفته این نوع حمایت به دلیل فراهم نمودن تأثیر مثبت، احساس پیش‌بینی‌پذیری و ثبات در موقعیت زندگی و ترفیع ارزش خویشتن در بهزیستی فرد مؤثر می‌باشد. از دیدگاه جامعه‌شناسانه، حمایت اجتماعی به عنوان تعامل اجتماعی، نظم یافتن، قرار دادن هر فرد در نقش‌های اجتماعی در نظر گرفته شده است. از دیدگاه روان‌شناسی، حمایت اجتماعی به عنوان تعامل اجتماعی، انسجام اجتماعی، روابط پاداش دهنده و یا موقعیت حمایتی تعریف شده است (مک کاینلی و رایت، ۲۰۱۴).

به طور خلاصه مدل اثر کلی حمایت اجتماعی معتقد است که حمایت اجتماعی دارای اثرات سودمندی

است، صرف نظر از اینکه فرد تحت شرایط استرس باشد یا نباشد.

### حمایت به عنوان سپر استرس

در این مدل فرض بر این است که استرس زمانی موجب برانگیختگی می‌شود که یک موقعیت به عنوان موقعیتی تهدید کننده ارزیابی گردد. در غیر این صورت با وجود نیاز به مقابله، پاسخ مقابله‌ای مناسب داده نمی‌شود (حریریان، آقاجانلو و غفوری فرد، ۱۳۹۲).

هرچند که یک حادثه استرس آمیز به تنهایی نیاز به توان مقابله‌ای بالایی را در بیشتر افراد ندارد، اما نیاز به مقابله زمانی احساس می‌شود که از یک طرف مسائل و مشکلات متنوع و متراکم گردیده و از طرف دیگر اصرار و پافشاری برای حل مسأله در اشخاصی پدیدار می‌شود که ظرفیت ابتلای به اختلالات شدید روانی دارند. مکانیزم‌هایی که با استرس و بیماری گره خورده‌اند، شامل گسیختگی شدید در نروآندروکراین یا عملکرد سیستم ایمنی، تغییرات سریع و برجسته در رفتارهای بهداشتی (مثل استفاده گسترده از الکل) یا شکست‌های متعدد در توجه به خود.

### ب) مدل خاص حمایت

علاوه بر اثرات ارزیابی شناختی، حمایت اجتماعی مستقیماً دارای کارکردی به عنوان راهبرد مقابله‌ای است و موجب تأمین منابع مورد نیازی که به واسطه‌ی استرس به وجود آمده است، می‌شود. آن‌ها اظهار نمودند که منابع استرس را می‌توان بر طبق نیازهای مختلفی که برای افرادی که تحت استرس قرار می‌گیرند، مقوله‌بندی کرد. حمایت موفقیت آمیز به عنوان منبع مقابله محسوب می‌شود مثلاً اگر از دست دادن کار، استرس محسوب گردد، قرض دادن پول و یا سایر مساعدت‌های آشکار، حمایت تلقی می‌شود (۲۰۱۱؛ آلبور<sup>۱</sup>، اوفوف<sup>۲</sup>، استافورد<sup>۳</sup>، بالاس<sup>۴</sup>، ویلکینسون<sup>۵</sup> و پیکت<sup>۶</sup> به نقل از مظلومی و همکاران، ۱۳۹۲).

### پ) مدل انطباق شناختی

مدل انطباق شناختی به تازگی مطرح شده است. تایلور (۱۹۵۴)، به نقل از هارلی<sup>۷</sup> و اسکیزی<sup>۸</sup> (۲۰۰۶) اظهار

---

<sup>۱</sup> - Albor

<sup>۲</sup> - Uphoff

<sup>۳</sup> - Stafford

<sup>۴</sup> - Ballas

<sup>۵</sup> - Wilkinson

<sup>۶</sup> - Pickett

<sup>۷</sup> - Harley

<sup>۸</sup> - Eskenazi

نمود افرادی که تحت استرس هستند سه فرایند را برای مقابله‌ی شناختی با حوادث تهدیدآمیز طی می‌کنند. اولاً جستجوی معنا برای حادثه، ثانیاً سعی بر اعاده تسلط بر زندگی خود دارند. ثالثاً عزت نفس آن‌ها افزایش می‌یابد و حمایت نقش مهمی را در هر کدام از این فرایندها ایفا می‌کند.

## ۲-۱۱- چهار مقوله از حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی عزت مند، مفهوم آن عبارت است از آنکه شخص محترمانه مورد پذیرش دیگران است. عزت نفس به وسیله ارتباط با اشخاصی که برای خود و تجاریشان ارزش قائلند و علی‌رغم مشکلات یا خطای شخص مورد پذیرشند، افزایش می‌یابد.

حمایت اطلاعاتی بدین معنی است که فرد در اثر ارتباط با دیگران اطلاعات بیشتری پیرامون موضوع خاص کسب می‌کند و دانشش بیشتر می‌شود.

حمایت عاطفی زمانی است که فرد از نظر عاطفی مورد تایید دیگران قرار می‌گیرد. حمایت وسیله‌ای نیز به تهیه و تدارک کمک‌های مالی، منابع مادی و خدمات مورد نیاز اطلاق می‌شود (شکری، ۱۳۸۸).

## ۲-۱۲- ابعاد حمایت اجتماعی

بنابر تعریف، حمایت اجتماعی دو جنبه یا بعد اساسی دارد:

الف: جنبه ذهنی: بعد ذهنی حمایت اجتماعی به تصویری اطلاق می‌گردد که فرد از افرادی دارد که قادرند به طور موثر در مواقع درماندگی و ناچاری وی را مساعدت نمایند.

ب: جنبه عینی: بعد عینی یا بالفعل حمایت اجتماعی به میزان واقعی مساعدت‌ها و همیاری‌های ارائه شده به فرد بستگی دارد. هر نوع تغییر ناگهانی یا بروز مصیبتی در زندگی فرد از جمله منابع فشاری است که ممکن است موجب پریشانی و نگرانی شخص شود.

جنبه‌ی ذهنی در میزان عملکرد فرد تاثیر فراوانی دارد و یافته‌های پژوهشی حاکی از آنست که هرچه ذهنیت فرد در برخورداری از حمایت دیگران (حمایت بالقوه) بیشتر باشد، میزان پاسخ‌های موفقیت‌آمیزی که به فشارهای روانی و موقعیت‌های بغرنج نشان می‌دهد، بیشتر است. به عکس اگر فرد احساس کند که از حمایت اجتماعی کافی اطرافیان برخوردار نیست، احتمالاً آمادگی کمتری برای مقابله با خطر از خود نشان می‌دهد و ممکن است به جای رویارویی با مسائل، به اجتناب متوسل شود.

با توجه به بعد عینی حمایت اجتماعی حضور افراد موثر در مساعدت و یاری فرد تا حد زیادی از شدت فشار روانی می‌کاهد و فرد را قادر به انطباق دوباره قادر خواهد ساخت به عنوان مثال، ازدواج از جمله



وقایعی است که سبب ایجاد فشارهای مضاعف روانی بر فرد می‌شود، حضور و شرکت افراد خانواده و دوستان در مجلس عروسی تا اندازه‌ای پذیرش نقش همسری و مسئولیت را برای عروس و داماد آسانتر می‌کند. همچنین مساعدت‌هایی که تا مدت‌ها بعد از عروسی به زوج جوان از سوی اطرافیان به خصوص خانواده ارائه می‌شود، به میزان قابل توجهی از فشار روانی ناشی از تغییر زندگی و بار مسئولیت‌ها می‌کاهد و آن‌ها را قادر می‌سازد که با موقعیت و شرایط تازه انطباق لازم به عمل آورند (بیابانگرد، ۱۳۷۰، نقل از مظفری، ۱۳۹۲).

## ۲-۱۳- منابع حمایت اجتماعی

انواع مساعدت‌هایی که از سوی منابع حمایتی به فرد دردمند ارائه می‌شود، متنوع و متعدد هستند. در این طیف وسیع، نصیحت کردن، هم‌دردی و هم‌حسی نمودن، دلجویی کردن، گوش دادن به حرف‌های فرد نیازمند، ارائه راهنمایی‌های عملی برای اخذ تصمیم مناسب و مساعدت‌های ملی \_ اجتماعی به فرد، صرفاً چند نمونه از انواع مختلف حمایت‌ها به شمار می‌روند.

منابع حمایت اجتماعی نیز بسیار متنوع و گوناگون است. محیط خانواده به عنوان محل کسب اولین تجارب حمایت اجتماعی و دیگر منابع از قبیل گروه همسالان، دوستان، خویشاوندان، همسایگان، مغازه‌دار محله، معلم، همکاران، و سایرین در این طیف گسترده قرار می‌گیرند. به طور کلی تمام افرادی که فرد را به گونه‌ای می‌پذیرند و برای رفع مشکلاتش وی را یاری رسانده و مورد حمایت قرار می‌دهند، به عنوان منابع حمایتی مطرح هستند. برخی از این منابع مثل دوستان و همسایگان به طور غیر رسمی و برخی دیگر مانند موسسات مشاوره و بهداشت روانی، کمیته امداد و سازمان بهزیستی به شکل رسمی و تخصصی حمایت خود را عرضه می‌کنند. طبعاً هرچه تعداد این منابع حمایتی و میزان کمک‌هایی که به فرد ارائه می‌شود افزایش یابد و نیز هرچه ذهن فرد در مورد مساعدت‌های بالقوه روش‌تر و مطمئن‌تر باشد، توانایی وی در رویارویی با مشکلات و اعتماد به نفس او بیشتر خواهد شد (مظفری، ۱۳۹۲).

حمایت خانوادگی: این نوع حمایت، چهار عملکرد مخصوص حمایتی را شامل می‌شود که عبارتند از: حمایت عزت‌نفس، حمایت اطلاعاتی، مصاحبت اجتماعی و حمایت وسیله‌ای (داون، ۱۹۸۷، نقل از مظفری، ۱۳۹۲). به احتمال زیاد حمایت خانوادگی، امنیت شخصی و مهارتی را که پیشرفت و سازگاری عمومی با تکالیف را آسان می‌سازد، آماده می‌کند. از این رو حمایت خانوادگی ممکن است از نوع حمایت عزت‌نفس و یا انواع حمایت اطلاعاتی باشد. به علاوه ممکن است خانواده گهگاهی حمایت وسیله‌ای را تدارک ببینند (مانند: پول تو جیبی، گفتگو و ...).

هنگامی که مردم علیه یک دشمن مشترک یا در راه دستیابی به یک هدف مشترک با هم کار می‌کنند، اضطراب‌ها و تعارض‌های فردی به دست فراموشی سپرده می‌شود. در جنگ جهانی دوم در خلال بمباران شدید شهر لندن از عده کسانی که از مشکلات روحی خود شکایت می‌کردند به طرز چشم‌گیری کاسته شد (شکری، ۱۳۸۸).

## ۲-۱۴- سیستم حمایت اجتماعی

سیستم‌های حمایت اجتماعی مطابق با نظر کاپلان (۱۳۷۰) عبارت است از واگذار کردن بخشی از ضروریات بین فردی به گروهی از افراد که قادرند در مواقع اضطراری حفاظت‌های عاطفی و منابع حمایتی را برای افراد مهیا کنند. به علاوه مردم با فراهم کردن کمک‌ها، منابع اطلاعات و آگاهی‌های شناختی برای افراد نیازمند، موجب افزایش توانایی آنان در مقابله با بحران‌های روحی می‌شوند. مطابق با نظر کاپلان (۱۳۷۰) یک فرد به گروه‌های حمایتی متعددی در خانه، محل کار و تفریح‌گاه‌های عمومی نیازمند است. در سال ۱۹۶۷ به وسیله کاپلان نظریه مفیدی درباره این که چگونه خانواده به عنوان سیستم حمایتی عمل می‌کند، ارائه شد. کاپلان می‌گوید که خانواده به چند راه مختلف به عضو خود خدمت می‌رساند؛ به عنوان یک منبع اطلاعاتی درباره جهان و سیستمی برای کنترل و اصلاح متقابل، منبع ایدئولوژی و راهنما و واسطه‌ای در حل مشکلات، خدمت عملی و راهنمایی صحیح، پناهگاهی برای استراحت و رفع خستگی و به عنوان یک گروه کنترل و مرجع، خانواده تاریخچه‌ای از چگونگی زندگی اعضا و ارتباط متقابل و طریقه مقابله با مشکلات زندگی را برای اعضای خود تهیه می‌کند. هر عضو خانواده تجارب زیادی دارد که در اختیار بقیه می‌گذارد. ساختار خانواده می‌تواند به عنوان یک حلال مشکل برای تصمیم‌گیری در شرایط بحرانی کمک کند و می‌تواند به عنوان نیروی قدرتمندی برای حمایت در برابر دگرگونی‌ها عمل نماید (شکری، ۱۳۸۸).

محققان گاهی این سوال را مطرح می‌کنند که چرا سیستم‌های حمایت اجتماعی چنین اثرات مشخصی دارند. تحلیل کنونی پیشنهاد می‌کند که بخشی از دلیل این است که اشخاص حمایت‌کننده، اطمینان مجدد و پذیرش را به شخص عرضه می‌کنند. همانطور که کوب (۱۹۷۶) عنوان کرده است: «اطلاع‌رسانی از جانب دیگران منجر به این می‌شود که شخص اعتقاد پیدا کند به اینکه مورد احترام و ارزشمند است».

## ۲-۱۵- کارکردهای کلی حمایت اجتماعی

در قلمرو مطالعاتی حمایت اجتماعی، جهت‌گیری نظریه‌های نظری متفاوتی رابطه بین حمایت اجتماعی و نتایج وابسته به آن را تبیین کرده‌اند. دو جهت‌گیری نظری کلی شامل الگوی اثرات اصلی و الگوی اثرات

ضربه گیرانه می‌باشد. در الگوی اثرات اصلی فرض می‌شود که تجربه منابع حمایت کننده برای همه افراد با صرف نظر از شرایط زندگی آنها مفید می‌باشد. با توجه به وجود هنجارها و کنترل اجتماعی موجود در محیط، اعضای شبکه اجتماعی از طرف یکدیگر حمایت می‌شوند. به طور ذاتی رفتارهای مراقبتی سالم را فرا می‌گیرند. الگوی ضربه گیرانه حمایت اجتماعی پیشنهاد می‌کند که حمایت اجتماعی فقط برای افرادی که در معرض رخدادهای منفی و استرس زای زندگی هستند، اثرات مفیدی به همراه دارد (کوهن، گاتلیب و آندروود، ۲۰۰۰). تجربه حمایت یا مستقیماً به صورت یک عامل ضربه گیرانه واقعی بین موقعیت ناخوشایند و آسیب روان شناختی ظاهر می‌شوند و یا از طریق اثر گذاری بر متغیرهای مداخله کننده مانند مقابله در برابر اثرات موقعیت های منفی یا رخدادهای استرس زا عمل می‌کند (مکی آبادی، ۱۳۸۸).

الگوی اثرات ضربه گیرانه حمایت اجتماعی به طرق متفاوتی عمل می‌کند. آگاهی از وجود منابع حمایتی سبب می‌شود که فرد باور کند که برای تغییر در موقعیت رخداد از کمک دیگران برخوردار می‌شوند. بنابراین باور فرد منابع مقابله ای وی را در مواجهه با رخدادهای استرس زا تقویت می‌کند (کوهن و همکاران، ۲۰۰۰). به بیان دیگر، در ابتدا، رخداد به صورت منفی و استرس زا ادراک می‌شود اما منابع موجود برای مواجهه با عامل تنش به فرد کمک می‌کند. به نوبت، حمایت اجتماعی سبب می‌شود که فرد رخداد را به صورت منفی ادراک نکند. ادراک فرد از دسترسی به منابع حمایت کننده، در تضعیف اثر منفی رخداد استرس زا موثر است و در نهایت، فرد رخداد را به صورت غیر قابل کنترل ارزیابی نمی‌کند (مکی آبادی، ۱۳۸۸).

## ۲-۱۶- بهزیستی معنوی

ما مخلوقاتی هستیم که در این دنیا خود را غریب، سرگردان و پا در هوا احساس می‌کنیم و به دنبال این هستیم که معنایی از اتفاقات این جهان به خود عرضه کنیم تا خود را از غربت نجات دهیم و اتصال خود را به مبدایی نشان دهیم تا بتوانیم خود را از تنهایی رها کنیم.

دوست داریم که بدانیم کجا هستیم؛ از کجا آمده‌ایم و به کجا می‌رویم و منزلگاه واقعی ما کجاست... قرابت اینگونه سخنان روان تحلیلگران جدید با اشعار بسیاری از بزرگان ما مانند مولانا، حافظ و ... ضمن سندیت بخشیدن بر فطری و جهان شمول بودن این سوالات، اهمیت معنویت و نیازهای معنوی را به ذهن متبادر می‌کند.

نیازهای معنوی به عنوان یکی از عمیق‌ترین نیازهای بشر از نیازهایی است که شناسایی و تامین آن در ارتقای سلامت و توسعه پاسخ به بیماری، جایگاه ویژه ای دارد. استال وود و استول (۱۹۷۵) نیازهای معنوی

را چنین تعریف می‌کنند: «هر عاملی که برای ایجاد یا ابقای ارتباط پویای فرد با خداوند (که توسط آن فرد تعریف می‌شود) و خارج از این رابطه، برای تجربه بخشودن، عشق، امید، اعتماد، معنا و هدف در زندگی ضروری است.»

امروزه، شناسایی نیازهای معنوی اهمیت خاصی پیدا کرده است. برای مثال جورج گالوپ، ریاست موسسه بین‌المللی جورج گالوپ با بهره‌گیری از تحقیقات معنوی و مذهبی متنوع و بسیار به شناسایی ۶ نیاز معنوی پایه و بنیادی مردم آمریکا در زمان حاضر پرداخته است:

۱- نیاز به اینکه معتقد باشند زندگی معنا دار است و هدفی دارد.

۲- نیاز به داشتن حس اجتماعی و ارتباطات عمیق تر.

۳- نیاز به قدردانی شدن و مورد احترام واقع شدن.

۴- نیاز به گوش داده شدن و شنیدن.

۵- نیاز به این احساس که ایمانشان در حال رشد است.

۶- نیاز به کمک عملی در توسعه ایمانی کارآمد.

## ۲-۱۷- شناسایی راهکار مناسب در تبیین بهزیستی معنوی

کمیسیون الحاقی اعتباری سازمان مراقبت سلامت (JCAHO) نیز بر لزوم اعمالی که شناخت و تامین نیازهای معنوی و مذهبی بیماران را فراهم می‌کند تاکید کرده است (ونس، ۲۰۰۱). با این تفاسیر چنین به نظر می‌رسد که پرداختن به معنویت بدون بذل توجه کافی به مسایل زیربنایی تر آن مانند شناسایی نیازهای معنوی ما را به سرمنزل مقصود که بهزیستی معنوی است، نخواهد رسانید. از این رو پژوهشگران متعددی به شناسایی و طبقه بندی مولفه هایی که در زمره نیازهای معنوی قرار می‌گیرند پرداخته‌اند.

این مولفه ها عبارت‌اند از:

- نیاز به معنا و هدف

- نیاز به عشق و وابستگی

- نیاز به بخشودن

- نیاز به منبع امید و قدرت

- نیاز به آفرینندگی و خلاقیت

- نیاز به اعتماد

- نیاز به ابراز باورها و ارزش‌های فردی

- نیاز به فعالیت‌های معنوی

- نیاز به بیان باور فرد به خدا

در اینجا باید توجه داشت که معنویت و نیازهای معنوی با اعمال و باورهای پذیرفته شده یک فرهنگ خاص بیان شده و شکل می‌گیرد. برای مثال در جامعه ما معنویت اغلب توسط یک چارچوب مذهب، برانگیخته شده یا توسعه یافته است که بالطبع به دنبال آن نیازهای معنوی ما نیز تحت تاثیر این آموزه‌ها و ایدئولوژی‌ها قرار می‌گیرد. با وجود این و با وجود جایگاه معنویت و مذهب به خصوص در زمان بحران مانند تشخیص و درمان بیماری‌های مزمن یا کنارآمدن با مشکلات در فرهنگ ایرانی اغلب به طبقه بندی‌هایی از نیازهای معنوی استناد می‌کنیم که بر اساس پژوهش‌هایی با محوریت رویکردهای یهودی - مسیحی به معنویت بنا نهاده شده‌اند. این مطلب به معنای نادیده گرفتن اهمیت این طبقه بندی‌ها نیست بلکه مقصود آن است که پذیرش این طبقه بندی‌ها به عنوان نیازهایی فطری و جهان‌شمول نباید باعث نادیده انگاشتن آثار ناشی از خلأ شناسایی این نیازها در زمینه فرهنگ بومی ما شود.

## ۲-۱۸- تاثیر دین و باورهای دینی در سلامت روانی فرد و جامعه

سلامت روانی و رضایت از زندگی یکی از ویژگی‌های فرد سالم است. بنابراین تلاش جهانی در جهت فراهم کردن یک بستر مناسب برای زندگی عاری از بیماری تنها معطوف به پیشگیری و درمان بیماری‌هایی همچون قلبی، و عفونی و ... نمی‌شود، بلکه علاوه بر سلامت جسمانی، توجه ویژه‌ای به فراهم کردن محیطی آرام جهت آرامش درونی و سلامت روانی افراد معطوف داشته است. با وجود پیشرفت‌های سریع در جهت حل مشکلات جسمی انسان‌ها، علم پزشکی هنوز گامی موثر در جهت حل مشکلات روحی - روانی انسان‌ها برنداشته است، این در حالی است که مشکلات روانی نقش مهمی را در ایجاد بیماری‌های جسمی نیز ایفا می‌کند. دین با مکانیسم‌های گوناگون موجب سلامت روانی فرد و جامعه می‌شود. نمونه‌هایی از سلامت روانی ناشی از دین، وجود امید، انگیزه و مثبت‌نگری در دین، ایجاد شبکه حمایتی عاطفی و اجتماعی، دادن پاسخ روشن و قاطع به مفهوم خلقت، جهان و زندگی، تبیین و تعریف لذت بخش و معقول از رنج، درد و محرومیت و مکانیسم‌های بسیار دیگر. به طور کلی تاثیر دین و باورهای دینی در سلامت فرد و جامعه بسیار پراهمیت است. مطالعات انجام شده حاکی از آن است که می‌توان در گرو اعتقادات و اعمال صالح و اخلاقی پسندیده به یک آرامش روانی دست یافت و انسان معتقد را به یک انسان سرزنده و بشاش که همیشه در حال تلاش و تکاپوست در می‌آورد، در ارتباط با جامعه خود است و در هر زمینه فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی سعی بر آن دارد که با توجه به توانایی‌های خودش بهترین باشد. ارتقای سلامتی افراد

جامعه یکی از مهم‌ترین مسائل اساسی هر کشور، ارتقای سلامتی افراد آن جامعه است که باید از ابعاد مختلف از جمله روانی مورد توجه قرار گیرد. وظیفه اصلی بهداشت روانی تأمین سلامت فکر و روان افراد جامعه است. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت بهداشت روانی در مفهوم کلی بهداشت جای می‌گیرد و بهداشت یعنی توانایی کامل برای ایفای نقشهای اجتماعی، روانی و جسمی، بهداشت تنها نبود بیماری نیست. (گنجی، ۱۳۸۲).

بنابراین بهداشت روانی علمی است برای بهزیستی، رفاه اجتماعی و سازش منطقی یا پیشامدهای زندگی که تمام زوایای زندگی از محیط خانه تا مدرسه، دانشگاه، محیط کار و نظایر آن را می‌گیرد. امروزه با وجود پیشرفت‌های علمی چشمگیر که در زمینه‌های روانپزشکی و روان‌درمانی به وجود آمده است ملاحظه می‌گردد که بعضی از صاحب نظران برجسته نیاز به نقش، اهمیت و ضرورت دین نیز در بهداشت روانی و روان‌درمانی تأکید فراوان داشته‌اند و عقیده دارند که اعتقادات مذهبی و توکل به خدا موجب تسکین و بهبودی سریع‌تر آلام و مشکلات روانی می‌شود. در قرآن در سوره مبارکه فتح می‌خوانیم: «هو الذی انزل السکینه فی قلوب المؤمنین لیزدادوا ایمانا مع ایمانهم..؛ او کسی است که آرامش را در دل‌های مؤمنان نازل کرد تا ایمانی به ایمانشان بیفزایند...» اولین برداشتی که صورت می‌گیرد این است که بدون ایمان، آرامش روحی و روانی وجود ندارد.

یا حداقل اینگونه می‌توان گفت که یکی از عوامل ایجاد آرامش دارا بودن ایمان به خدا هست. به تعبیر علامه طباطبایی «ظاهراً مراد از سکینت در این آیه آرامش و سکون نفس و اطمینان آن، به عقائدی است که به آن ایمان آورده و لذا نزول سکینت را این دانسته که «لیزدادوا ایمانا مع ایمانهم» تا ایمانی بر ایمان سابق بیفزایند. پس معنای آیه این است که: خدا کسی است که ثبات و اطمینان را لازمه مرتبه ای از مراتب روح است در قلب مؤمن جای داد تا ایمانی که قبل از نزول سکینت داشته بیشتر و کامل‌تر شود.» (عسگری، ۱۳۸۶)

پیرامون اهمیت مذهب بر سلامت روانی می‌توان به سخن بنیامین راش به عنوان پدر علم روانپزشکی اشاره کرد. او اظهار می‌دارد که نقش مذهب در سلامت روانی انسان همانند اکسیژن برای تنفس است. (کرمی و همکاران، ۱۳۸۵)

## ۲-۱۹- تاثیر دین و باورهای مذهبی در بهداشت روانی

امروزه بیش از هر زمان دیگر نیازمند تفکر و اندیشه در باب تأثیرگذاری تقیّدات دینی بر تمامی امور انسانی به ویژه مسایل عاطفی و روحی هستیم. امروزه بسیاری از اندیشمندان و صاحب‌نظران بر این باورند که مذهب تاثیر انکارناپذیری بر سلامت روح و جسم و دیگر ابعاد زندگی بشر دارد.

کارل گوستاو یونگ می‌گوید: «من صدها تن از بیماران را معالجه و درمان کرده‌ام. از میان بیمارانی که در نیمه عمر خود ۳۵ سالگی به بعد به سر می‌برند حتی یک بیمار را نیز ندیدم که اساساً مشککش نیاز به یک گرایش دینی در زندگی نباشد. به جرأت می‌توانم بگویم که تک تک آن‌ها به این دلیل قربانی بیماری روانی شده بودند که آن چیزی را که ادیان موجود در هر زمانی به پیروان خود می‌دهند، نداشتند و فرد فرد آن‌ها، تنها وقتی که به دین و دیدگاه‌های دینی بازگشته بودند به طور کامل درمان شدند.» (بوترابی، ۱۳۸۶)

اما برخی از نظریه پردازان روانشناسی نظر دیگری دارند. فروید در نامه ای به یونگ در سال ۱۹۱۰ می‌نویسد: من از اعماق وجود خود تنها به یک چیز می‌توانم اطمینان کنم، عمیقاً بر این باورم که تمامی شالوده نیاز انسان به دین، بر درماندگی خردسالانه او قرار دارد. نوع بشر پس از تولد دنیای بدون پدر و مادر را نمی‌تواند تحمل کند و برای خود، خدای عادل و طبیعت دلپذیر، این دو بدترین دروغ انسانی را که می‌توانست تصور کند، بنا می‌نهد. فروید به شدت معتقد بود که نیروی مخالفت‌های او در برابر دین، در ویژگی علمی آن‌ها نهفته است و مجادلات او در برابر دین، بدان جهت نیرومندند که دین دقیقاً همان علائم بیماری روان آزرده را از خود نشان می‌دهد که علم روان تحلیل‌گری از طریق فرآیند پژوهش تجربی به دست آورده است. (پالمر، ۲۰۱۰)

در پژوهشی که اخیراً توسط محمدی و مهرابی زاده انجام گرفته ارتباط بین نگرش مذهبی با مکان کنترل بررسی شده است. مکان کنترل، بیانگر آن است که فرد حوادث زندگی خود را به تا چه حد به عوامل بیرونی (مانند شانس، تصادف افراد دیگر، سرنوشت، قضا و قدر و دیگر نیروهای بیرونی) یا عوامل درونی (مانند گرایش‌های شخصی، توانمندی یا کوشش درونی نسبت می‌دهد. در حالت اول به مکان کنترل بیرونی و در مورد دوم درونی اطلاق می‌شود. (محمدی و مهرابی زاده، ۱۳۸۵).

## ۲-۲۰- مقابله‌های دینی و سلامت روانی

شیوه‌های مقابله، توانایی‌های شناختی و رفتاری هستند که توسط فرد در معرض استرس به منظور کنترل نیازهای خاص درونی و بیرونی که فشارآور بوده و فراتر از منابع فردی می‌باشند، به کار گرفته می‌شوند. در همین راستا مقابله دینی به عنوان روشی که از منابع دینی مانند دعا، نیایش، توکل و توسل به خداوند و... برای مقابله استفاده می‌کند، تعریف شده است. یافته‌های اخیر نشان داده‌اند، از آن جا که این نوع مقابله‌ها هم به عنوان منبع حمایت عاطفی و هم وسیله ای برای تفسیر مثبت حوادث زندگی هستند و می‌توانند به کارگیری مقابله‌های بعدی را تسهیل نمایند، از این رو به کارگیری آن‌ها برای بیشتر افراد مفید است. دین به طور اعم ارتباط انسان با خالق هستی و اعتقاد به حضور دائم او، می‌تواند در ایجاد بهداشت روانی و درمان

بیماری‌های روانی تأثیر بسزایی داشته باشد. داشتن معنی و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن در زندگی به منبعی والا و امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل زای، برخورداری از حمایت‌های اجتماعی و ... همگی از جمله منابعی هستند که افراد متدین با برخورداری از آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی آسیب کمتری را متحمل شوند. (هینز و همکاران، ۱۹۹۱).

بی‌پناهی، احساس بی‌کسی و پوچی که در بیشتر اختلال‌های روانی به چشم می‌خورد، در اعتقاد به وجود یک، حامی مقتدر و پناه دهنده که مصدر نیکی‌ها و کارهای خیر است رگ می‌بازد و در بالا بردن بهداشت روانی او موثر است. (قریشی راد، فخرالسادات، ۱۳۸۵).

در تحقیق دیگری که توسط پالوما و پندلتون در مورد نقش مذهب در سلامت روان انجام شد، مشاهده گردید که اعتقادات مذهبی و نماز خواندن ارتباط قوی و مستقیمی با احساس رضایت کامل از زندگی دارند (کریمی و همکاران، ۱۳۸۵).

## ۲-۲۱- اضطراب

اضطراب یا تشویش یا دلشوره عبارت است از یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم هراس و نگرانی با منشأ ناشناخته، که به فرد دست می‌دهد و شامل عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژی است. وقوع مجدد موقعیت‌هایی که قبلاً استرس‌زا بوده‌اند یا طی آن‌ها به فرد آسیب رسیده است باعث اضطراب در افراد می‌شود. همه‌ی انسان‌ها در زندگی خود دچار اضطراب می‌شوند، ولی اضطراب مزمن و شدید، غیرعادی و مشکل‌ساز است (رافون، ۱۹۷۳، گنجی، ۱۳۹۳). فروید اضطراب را نتیجه‌ی تعارض روانی بین خواسته‌های ناخودآگاه جنسی یا پرخاشگرانه و تهدیدهای مرتبط با آن در فراخود یا جهان خارجی تلقی کرد، اضطراب از دیدگاه فروید: اضطراب به سه نوع تقسیم شده است: ۱- اضطراب واقعی: هنگامی تجربه می‌شود که شخصی با خطرات و تهدیدهای بیرونی مواجه است. ۲- اضطراب نوروتیک: زمانی بروز می‌کند که تکانه‌های (نهاد) موجب تهدید فرد در برابر قطع کنترل‌های (من) و ظهور رفتارهایی می‌شود که منجر به تنبیه وی خواهد شد. ۳: اضطراب اخلاقی: وقتی ظاهر می‌شود که فرد عملی خلاف وجدان اخلاقی یا ارزش‌های اخلاقی خویش انجام داده است و یا حتی در نظر دارد انجام دهد و به این دلیل احساس گناه می‌کند. از آنجایی که اضطراب شکلی از انرژی است لذا از نظر مشاهده قابل دسترس نیست، این وضع عموماً توسط شخصی که آن را تجربه می‌کند، گزارش می‌گردد (فروید، ۱۹۴۰؛ به نقل از شفیع آبادی،



۱۳۹۵). رولومی<sup>۱</sup>، ترسی را که در اثر به خطر افتادن یکی از ارزش‌های اصولی زندگی شخص ایجاد می‌شود عامل اضطراب می‌داند. در یک جمع بندی کلی شاید بتوان اضطراب را به عنوان احساس رنج‌آوری که با یک موقعیت ضربه‌آمیز کنونی یا با انتظار خطری که به شیء نامعین وابسته است تعریف کرد. به عبارت دیگر اضطراب مستلزم مفهوم ناایمنی یا تهدیدی است که فرد منبع آن را به وضوح درک نمی‌کند. درحالی‌که احساس ترس به احساسی پوشش می‌دهد که در مقابل یک شیء که به منزله‌ی شی‌ای خطرناک محسوب می‌شود بوجود می‌آید. از همین زاویه است که اغلب روانشناسان ترس را از اضطراب متمایز کرده‌اند. بدین معنا که ترس را واکنش در برابر خطری دانسته اند که با ایجاد حالت احتیاط، اجتناب و گریز در فرد می‌تواند از وی در برابر خطرها حمایت کند در حالی که اضطراب را به عنوان احساسی توصیف کرده اند که نشانه‌های آن مانند ترسی پراکنده و مبهم است و علت بروز آن نیز مشخص نیست. ضمن آنکه امکان بروز همزمان ترس و اضطراب در یک فرد وجود دارد (انجمن روانپزشکی امریکا، ۲۰۱۳، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۳).

## ۲-۲۲- اضطراب کرونا

سازمان بهداشت جهانی بیماری کرونا ویروس ۲۰۱۹ را بیماری همه‌گیر اعلام کرده است. (سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹) کرونا ویروس توسط سندرم تنفسی حاد ایجاد می‌شود و علائم مختلفی را از خفیف تا شدید (ذات الریه) نشان می‌دهد که می‌تواند در برخی از افراد منجر به مرگ شود. این علائم که غالباً به صورت سرفه، تب و تنگی نفس است و معمولاً از دو تا چهارده روز پس از مواجهه با ویروس ظاهر می‌شوند. (لی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). بروز این علائم باعث شد تا بسیاری از مکان‌های عمومی و مراکز آموزشی و تفریحی برای جلوگیری از انتشار این ویروس، تعطیل شوند. در ایران نیز بیش از یکسال از شیوع کرونا در کشور می‌گذرد و در این دوران جامعه در بخش‌های مختلف تحت تأثیر این ویروس مرموز و خطرناک قرار گرفته است. در کنار عوارض جسمی این بیماری، ابتلای هر روزه تعداد زیادی از افراد جامعه و جان باختن عده‌ای دیگر و عزادار شدن بسیاری از خانواده‌ها باعث شده است تا سلامت روان بسیاری از افراد جامعه بر اثر ترس زیاد و اضطراب ناشی از ابتلا به کرونا به خطر بیفتد. علاوه بر این به مخاطره افتادن وضعیت اقتصادی و معیشتی بر اثر بیماری کرونا در کشور پیامدهای منفی جسمی و روحی زیان‌باری را برای بخش زیادی از افراد جامعه به همراه داشته است. این احساس ناامنی روانی و نداشتن امنیت شغلی

<sup>۱</sup>. Roulomi

<sup>۲</sup>. World Health Organization Report

<sup>۳</sup>. Li

باعث بروز مشکلات روانی همچون اضطراب و افسردگی شده است و هر روز می‌توان این نابسامانی روانی را در میان اقشار گوناگون جامعه مشاهده کرد. واقعیت بر این است که بیماری کرونا نه تنها سلامت جسمانی را به شیوه‌ای منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه سلامت روان را نیز با خطرات جدی روبرو می‌کند. (راجکومار<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰)، به طوری که یافته‌های یک پژوهش فراتحلیل نشان داد که در ایام کرونا میزان شیوع افسردگی و اضطراب نسبتاً بالا و شیوع استرس بسیار بالا است. (باریکا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰)

پژوهشی دیگر که به شیوه فراتحلیل انجام شد نیز نشان داد که بخش قابل توجهی از عموم مردم در جوامع مختلف مانند ایران در دوران کرونا از علائم اضطراب، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه، پریشانی روان‌شناختی و استرس شدید رنج می‌برند. (اکسیانگ<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). در همین راستا یافته‌های ژانگ<sup>۴</sup> و همکارانش (۲۰۲۰) نشان داد فشار روانی ناشی از بیماری کرونا بر سلامت کلی افراد، کیفیت خواب و علائم هیجانی افراد نیز تأثیرگذار است و منجر به بروز اضطراب در افراد شده است. اضطراب یک نشانه مشترک در بیماران مبتلا به اختلال تنفسی مزمن است و می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را به میزان قابل توجهی کاهش دهد. تقریباً در غالب موارد سنجش اضطراب شامل موارد جسمی نیز می‌باشد و می‌تواند با علائم بیماری مزمن تنفسی و عوارض جانبی داروها همپوشانی داشته باشد. (دونگ<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۷) اضطراب بالینی تا دو سوم بیماران مزمن تنفسی را درگیر می‌کند و منجر به کاهش کیفیت زندگی و عملکرد جسمی می‌شود. اضطراب در مورد بیماری کرونا شایع است و به نظر می‌رسد بیشتر به دلیل ناشناخته بودن و ایجاد ابهام شناختی در افراد درباره این ویروس است. ترس از ناشناخته‌ها ادراک ایمنی را در انسان کاهش می‌دهد و همواره برای بشر اضطراب‌زا بوده است. لازم به ذکر است که دانسته‌های علمی اندک نیز اضطراب ناشی از کرونا را تشدید می‌کند. (بجاما، اوستر و مک‌گورن<sup>۶</sup>، ۲۰۲۰). هم‌چنین یافته‌ها بیانگر آن هستند که در ایام کرونا زنان نسبت به مردان اضطراب بیشتری را نشان می‌دهند و در مقایسه با مردان بیشتر از پریشانی روانی رنج می‌برند. (هو، بی، جیائو، لو و سانگ<sup>۷</sup>، ۲۰۲۰؛ سعید المری<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ اکسیانگ و

---

<sup>۱</sup>. Rajkumar

<sup>۲</sup>. Bareeqa

<sup>۳</sup>. Xiong

<sup>۴</sup>. Zhang

<sup>۵</sup>. Dong

<sup>۶</sup>. Bajema, Oster & McGovern

<sup>۷</sup>. Hou, Bi, Jiao, Luo & Song

<sup>۸</sup>. Saeed Alamri

همکاران، ۲۰۲۰). به طور مثال یافته‌های یک پژوهش نشان داد که؛ زنان علائم استرس و اضطراب شدیدتری را در ایام کرونا تجربه می‌کنند، درحالی‌که مردان مقاومت بهتری نسبت به استرس نشان می‌دهند. (هو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). پیشینه پژوهش نیز بیانگر آن است که به‌طورکلی زنان در مقایسه با مردان از آشفتگی‌های هیجانی بیشتری مانند اضطراب رنج می‌برند. (مدارا، ساروخانی، ولی زاده و ساروخانی، ۱۳۹۶؛ مک‌لین، اسنانی، لیتز و هافمن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱؛ پیگوت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳) یافته‌های پژوهشی دیگر بیانگر آن است که بین زنان و مردان از لحاظ اضطراب سلامتی نیز تفاوت وجود دارد و زنان بیشتر از مردان دچار اضطراب سلامتی هستند (داودی، نرگسی و مهربانی زاده هنرمند، ۱۳۹۱)

## ۲-۲۳- نظریه های اضطراب

### ۲-۲۳-۱- نظریه روان تحلیل گری

فروید<sup>۱</sup> معتقد است که اضطراب هشدار و تهدیدی است علیه «خود» که از فشار یک تمایل یا خواسته غیر منطقی ناشی می‌شود و در صدد وارد شدن به حیطة آگاهی، جهت تخلیه بار هیجانی می‌باشد. این فشار از طرف ناخودآگاه خود را به استفاده کردن از جهت مقابله با سائق های نامعقول وادار می‌نماید. مفهوم اضطراب برای رویکرد روانکاوی ضروری است. اضطراب حالتی از تنش است که ما را برای انجام دادن کاری با انگیزه می‌کند. اضطراب از تعارض بین نهاد، من و فرمن بر سر کنترل کردن انرژی روانی موجود، به وجود می‌آید و وظیفه آن هشدار دادن درباره خطر قریب الوقوع است. فروید معتقد است در صورتی که من شدیداً تحت فشار باشد، اضطراب بوجود می‌آید. فروید سه نوع اضطراب را مطرح می‌کند: ۱) اضطراب واقعی: ترس از خطر ناشی از دنیای بیرونی است. ۲) اضطراب وران رنجور: ترس از کنترل شدن غرایز است. ۳) اضطراب اخلاقی: ترس از وجدان است. اضطراب واقعی اولین نوع اضطراب است که سایر اضطراب‌ها از آن حاصل می‌شود. این ترس از خطرات ملموس در زندگی عملی است. اغلب ما بطور قابل توجهی از آتش، طوفان، زلزله و بلایای مشابه می‌ترسیم. ما از حیوانات وحشی، اتومبیل‌هایی که با سرعت حرکت می‌کنند و ساختمان‌هایی که در حال سوختن است می‌گریزیم. اضطراب واقعی رفتار ما را برای گریختن از

---

<sup>۱</sup> . Hou

<sup>۲</sup> . McLean, Asnaani, Litz & Hofmann

<sup>۳</sup> . Pigott

<sup>۱</sup>Freud

<sup>۲</sup>Kely

<sup>۳</sup>Sarason

خطرهای واقعی و محافظت کردن از خودمان هدایت می‌کند. وقتی که این تهدید دیگر وجود نداشته باشد، ترس ما فروکش می‌کند. اما این ترس‌های مبتنی بر واقعیت می‌توانند به افراط کشیده شوند. کسی که بخاطر ترس از اینکه اتومبیلی با او برخورد کند از خانه بیرون نمی‌رود، یا بخاطر ترس از آتش کبریت روشن نمی‌کند، ترس‌های مبتنی بر واقعیت را به نقطه‌ی نابهنجاری کشانده است. اضطراب روان‌رنجور ریشه در کودکی دارد، یعنی در تعارض ارضای غریزی با واقعیت. معمولاً کودکان بخاطر ابراز نکردن تکانه‌های جنسی و پرخاشگری تنبیه می‌شوند. بنابراین، میل به ارضا کردن برخی تکانه‌های نهاد، موجب اضطراب می‌شود. اضطراب اخلاقی از تعارض بین نهاد و فرامن ناشی می‌شود. در واقع، این ترس از وجدان است. وقتی که برای نشان دادن تکانه‌ای غریزی که با اصول اخلاقی شما مغایر است تحریک می‌شوید، فرامن شما باعث می‌شود احساس شرم و گناه کنید و به این طریق از شما انتقام می‌گیرد (دادستان، ۱۳۹۴).

## ۲-۲۳-۲- نظریه رفتارگرا

اضطراب یا ترس نامطبوع است که فرد را از انجام فعالیت‌های روزمره باز می‌دارد و یا او را بسوی رفتاری محدودتر و ناسازگارتر سوق می‌دهد. گرچه اضطراب و رفتار روان‌نزدی در نظر برخی‌ها آموخته شده است، عده‌ای نیز بر این عقیده‌اند که این رفتارها برآمده از عدم یادگیری الگوهای رفتاری مناسب می‌باشد و فرد اصولاً پاسخ‌ها و مهارت‌های لازم را یاد نگرفته است (شفیع‌آبادی، ۱۳۹۹). به عقیده‌ای رفتارگرایان اضطراب واکنشی است که براساس یادگیری قابل تبیین است. به مشکلات رفتاری به منزله الگوهایی از پاسخ‌های نامناسب نگاه می‌شود که احتمالاً در ارتباط با شرایط محرک‌های بیزارکننده آموخته می‌شوند. از دیدگاه رفتارگرایان بسیاری از حالات غیرعادی روانی بویژه حالات روان‌نژدی، پاسخ‌های شرطی هستند که به نحوی تقویت می‌شوند و ادامه می‌یابند. اضطراب واکنشی است که بر اساس قوانین یادگیری، قابل توجیه است. مشکلات رفتاری به منزله الگوهایی از پاسخ نامناسب نگریسته می‌شوند که احتمالاً با شرایط محرک بیزارکننده، آموخته می‌شوند؛ و به علت این که در زمینه کمک به فرد برای اجتناب از پیامدهای نامطلوب کارایی دارند، حفظ می‌شوند. بر اساس این دیدگاه، بسیاری از حالات غیر روانی، پاسخ‌های شرطی هستند که به نحوی تقویت می‌شوند و ادامه می‌یابند (پور افکاری، ۱۳۹۶). در واقع اضطراب یک واکنش شرطی در مقابل محرک طبیعی خاص است و نیز در نظریه یادگیری اجتماعی، فرض بر این است که فرد با تقلید واکنش‌های اضطرابی از والدین خود، ممکن است واکنش درونی اضطراب را یاد بگیرد. در نتیجه اضطراب

از طریق یادگیری کلاسیک، یادگیری عامل و یادگیری جانشینی کسب شده و در نتیجه خطر محیطی واقعی یا خطر خیالی پدید می‌آید (شفیع‌آبادی، ۱۳۹۹).

## ۲-۲۳-۳- نظریه شناختی

مفاهیم شناختی حالت‌های اضطرابی، حاکی از آن است که الگوهای تفکر اشتباه‌آمیز، مسخ شده و ویرانگر، با رفتارهای سازش نایافته و اختلال‌های هیجانی همراه است. از این دیدگاه افراد مضطرب، میزان خطر و احتمال آسیب دیدن را در یک موقعیت خاص بیش از حد و توانایی خود را، کمتر از حد، برآورد می‌کنند. کلی<sup>۲</sup> بر نقش برداشت‌های شخصی، به عنوان علل واکنش‌های هیجانی تأکید می‌کند و معتقد است اضطراب، نتیجه شناخت عدم کفایت و عدم لیاقت در سیستم سازه‌های فرد می‌باشد؛ و زمانی که یک سازه از ارائه معنی و مفهوم برای یک تجربه شخصی عاجز می‌ماند، اضطراب و احساس گناه در فرد به وجود می‌آید (جمالفر، ۱۳۹۳). ساراسون<sup>۳</sup> بر این عقیده است که وقتی بفهمیم نظام ساختارهای ما، از عهده مشکلی که داریم بر نمی‌آید؛ احساس اضطراب می‌کنیم.

در این نظریه عقیده بر این است که عامل بوجود آورنده‌ی اضطراب یا فشار روانی، رویدادها، مشکلات نیستند بلکه تفسیر فرد از رویدادها یا وقایع است که می‌تواند این مشکلات را به دنبال داشته باشد. یک می‌گوید: اضطراب آسیب‌شناختی ناشی از برآورد اضافی و مکرر خطر در یک یا دو مورد از ابعاد زیر است:

۱. برآورد اضافی وقوع رویداد ترس‌آور.
۲. برآورد اضافی وخامت یا شدت رویداد ترس‌آور.
۳. دسته کم گرفتن توانایی‌های خود برای کنار آمدن با مشکل.
۳. ناچیز شمردن احتمال کمک از سوی شخصی دیگر (گنجی، ۱۳۹۷).

## ۲-۲۴- مراحل اضطراب

۱- اضطراب خفیف: این نوعی اضطراب با تنش روزانه زندگی همراه است. فرد در جریان این اضطراب هوشیار است و حوزه ادراکی او از قبیل شنیدن، دیدن و غیره بیش از پیش افزایش می‌یابد. این نوع اضطراب می‌تواند یادگیری را برانگیزاند و رشد و خلاقیت فرد را افزایش دهد.

۲- اضطراب متوسط: در اضطراب متوسط، فرد به رابطه فوری و محدود کردن پیرامون خود تمرکز دارد. حوزه ادراکی اش برای شنیدن و دیدن و شناخت پدیده‌ها تا حدی محدود می‌شود. با این حال اگر فرد در حال انجام کاری باشد، شاید توجه وی در این زمینه بیشتر شود.

۳- اضطراب شدید: در این مرحله از اضطراب، حوزه ادراکی فردی شدیداً کاهش می‌یابد و فرد میل دارد فقط به جزئیات خاص تمرکز کرده و به چیز دیگری فکر نکند. تمام رفتار متوجه کسب راحتی می‌شود و فرد بیش از حد توجه خود را به زمینه‌های دیگری غیر از موضوعات اصلی متمرکز می‌کند.

۴- اضطراب سطح چهارم یا وحشت زدگی<sup>۱</sup>: این مرحله با رعب و وحشت همراه می‌شود. در این مرحله جزئیات از حد تناسب خارج می‌گردد. چون افراد در این مرحله از دست دادن کنترل را بر رفتار خود تجربه می‌کنند، فرد قادر نیست عملی را با دستور انجام دهد. وحشت نهایتاً به از هم پاشیدگی شخصیت منجر می‌شود. در وحشت زدگی فعالیت حرکتی افزایش یافته و توانایی ارتباط با دیگران کمتر می‌شود. ادراکات تهدید می‌شوند و افکار منطقی از بین می‌روند و فرد قادر به برقراری ارتباط و کنش موثر نیست (گنجی، ۱۳۹۷).

## ۲-۲۵- علائم اضطراب

۱- علائم جسمی: آشفتگی چهره و نامرتب بودن وضع ظاهری، به هم ریختن وضع تنفس، لرزش اندام و تشنج و تیک.

۲- علائم جسمی درونی: ایجاد اختلال در دستگاه گوارش، قلب حتی تا مرز سکنه، بی‌خوابی که خود عامل تشدید اضطراب است.

۳- علائم عاطفی: حالت یاس و افسردگی، بغض، کینه و خشم سریع و آنی، غم و غصه‌های بی‌حساب حسادت به افرادی که از آرامش و امنیت نسبی برخوردارند، ترس شدید همراه با احساس بی‌دفاعی.

۴- علائم روانی: عدم احساس امنیت به گونه‌ای که وجود و هستی خود را در معرض خطر می‌بینند. عدم اطمینان و اعتماد به اطرافیان و در مواردی حتی خودش عدم احساس کفایت و ناامنی از لیاقت و توان و مهارت خود، وسواس و تردید امور.

۵- علائم ذهنی: ضعف حافظه و حتی فراموشی، خیالبافی‌های مکرر و نگران کننده، ضعف دقت، عدم توانایی ابداع و اختراع، ضعف ادراک.

۶- علائم رفتاری: بی‌تابی و بی‌قراری به گونه‌ای که نتواند بایستد بنشیند یا دراز بکشد و دائماً در حال جابجایی است، نشان دادن حالت عصبی مثل از جاپیریدن و یا شنیدن صدای زنگ، اعتراض و پرخاشگری (گارسی، ۲۰۱۰). احساس خستگی، عصبی بودن و بی‌قراری، ترس و نگرانی، بی‌خوابی، و یا بدخوابی، تپش قلب و تنفس نامنظم و سریع، عرق کردن، سردرد و سرگیجه، مشکل در تمرکز و حافظه، لرزش یا پرش عضلات، تکرار ادرار. از نظر ویژگی‌های فردی (طبق دیدگاه اشپیلبرگر<sup>۱</sup>) تقریباً مانند تمام عوامل مربوط به شخصیت، در اضطراب نیز تفاوت‌های فردی وجود دارد. براین اساس اضطراب به دو دسته حالت و صفت تقسیم می‌شود (میربلوکی، ۱۳۸۷).

## ۲-۲۶- انواع اضطراب

اختلال اضطراب فراگیر یا منتشر: ترکیبی از علائم زیر در این اختلال وجود دارد: تپش قلب، تنگی نفس، اسهال، بی‌اشتهایی، سستی، سرگیجه، تعریق، بی‌خوابی، تکرار ادرار، لرزش، فقدان آرامش، مرطوب بودن کف دست، احساس گرفتگی گلو، نگرانی نسبت به آینده، گوش به زنگ بودن نسبت به محیط. باید توجه داشت، در اضطراب فراگیر، این نگرانی‌ها بدون وجود خطر واقعی ایجاد می‌شوند.

اختلال هراس: افراد مبتلا به این اختلال دچار حملات اضطرابی پیش‌بینی نشده‌ای می‌شوند که ممکن است ظرف چند ثانیه تا چند ساعت، حتی چند روز نوسان کند. مبتلایان به این اختلال می‌ترسند مبدا بمیرند، دیوانه شوند یا بی‌اختیار دست به کارهایی بزنند یا علائم روانی حسی غیرمعمول نشان دهند. دیگر علائم اختلال اضطراب فراگیر تنیز در این اختلال مشاهده می‌گردد.

ترس از مکان‌های باز: افراد مبتلا به این اختلال از وارد شدن به موقعیت‌های نا آشنا هراس دارند. مثلاً از رفتن به فضای باز، مسافرت و حضور در ازدحام امتناع می‌کنند. این افراد از ترک کردن محیط منزل به شدت می‌ترسند. این اختلال در نوجوانی شروع می‌شود و این افراد تجربه‌ی اضطراب جدایی را در دوران کودکی داشته‌اند.

ترس‌های اجتماعی: این نوع ترس از اواخر دوران کودکی یا اوائل نوجوانی آغاز می‌شود. افراد مبتلا به این اختلال از مواجهه با دیگران احساس شرمساری می‌کنند و نگران‌اند که دست‌ها و صدایشان نلرزد و صورتشان سرخ نشود. معمولاً از صحبت کردن و غذا خوردن در حضور جمع، ابراز وجود کردن، انتقاد کردن، اظهار نظر کردن و اشتباه کردن می‌ترسند.

---

<sup>۱</sup>. Ashpelberger

اختلال استرس پس از سانحه: این اختلال قبلاً سندرم موج نامیده می‌شد. معمولاً با یک استرس شدید هیجانی که شدت آن می‌تواند برای هرکس آسیب رسان باشد همراه است از قبیل جنگ، بلا یا سوانح طبیعی مثل زلزله، مورد حمله یا تجاوز واقع شدن و تصادفات شدید (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۳).

## ۲-۲۷- پیشینه‌های پژوهش

- نریمانی و عینی (۱۴۰۰) پژوهشی تحت عنوان "مدل علی اضطراب ویروس کرونا در سالمندان براساس تنیدگی ادراک شده و حس انسجام: نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده" انجام دادند. جامعه آماری شامل کلیه سالمندان مقیم سراهای سالمندان شهرستان اردبیل در سال ۱۳۹۹ بود که از بین آنها ۱۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس اضطراب کرونا علی‌پور و همکاران، پرسش‌نامه حس انسجام فرم ۱۳ گویه‌ای آنتونوسکی، مقیاس تنیدگی ادراک شده کوهن و همکاران و مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران استفاده شد. نتایج نشان داد که مدل علی رابطه بین تنیدگی ادراک شده، حس انسجام، حمایت اجتماعی ادراک شده و اضطراب کرونا در سالمندان براساس شاخص‌های مختلف برازش تایید شد. تنیدگی ادراک شده، حس انسجام و حمایت اجتماعی ادراک شده در اضطراب کرونا سالمندان اثر مستقیم دارند؛ همچنین تنیدگی ادراک شده و حس انسجام از طریق حمایت اجتماعی ادراک شده بر اضطراب کرونا در سالمندان تاثیر غیرمستقیم دارند. بنابراین، در شرایط همه‌گیری کووید-۱۹ می‌توان با آگاه‌سازی و به‌کارگیری تدابیری جهت توانمندسازی سالمندان در زمینه تنیدگی ادراک شده، حس انسجام، حمایت اجتماعی ادراک شده نقش بسزایی در کاهش اضطراب کرونا در سالمندان ایفا کرد.

- رحمتی، براتی سده و تیبیک (۱۴۰۰) پژوهشی تحت عنوان "رابطه سبک زندگی اسلامی و عوامل شخصیت با شادکامی و بهباشی روان‌شناختی" انجام دادند. جامعه پژوهش دانشجویان و طلاب شهر قم دادند که با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، ۹۱۱ دانشجوی و طلبه به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند و به پرسش‌نامه‌های سبک زندگی اسلامی (ILST-75)، پاسخ دادند. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که بین سبک زندگی اسلامی و خرده‌مقیاس‌های آن، با بهباشی روان‌شناختی و شادکامی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. همچنین رابطه معنادار صفات شخصیت با بهباشی و شادکامی بود. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که سبک زندگی اسلامی و خرده‌مقیاس‌های آن،



شامل مالی، اخلاق و زمان‌شناسی و صفات شخصیتی برون‌گرایی و گشودگی، به تجربه قابلیت پیش‌بینی شادکامی را دارند. همچنین در پیش‌بینی بهباشی روان‌شناختی، نتایج رگرسیون نشان داد که سبک زندگی اسلامی و خرده‌مقیاس‌های اخلاق، زمان‌شناسی، امنیتی، عبادی، تفکر و علم و مالی و صفات شخصیتی توافق، گشودگی به تجربه، ثبات هیجانی و برون‌گرایی، توان پیش‌بینی بهباشی روان‌شناختی را دارند. بنابراین، تقویت پایبندی‌های دینی - اسلامی می‌تواند موجب تقویت و افزایش شادکامی و بهباشی روان‌شناختی در افراد شود و توجه به صفات شخصیتی افراد، می‌تواند بسیاری از تغییرات شادکامی و بهباشی در افراد را موجب شود.

- عباسی و احمدی (۱۳۹۹) پژوهشی تحت عنوان " بررسی نقش حمایت اجتماعی، تنظیم هیجانی و بهزیستی معنوی در اضطراب و ویروس کرونا" انجام دادند. ۲۹۲ شرکت‌کننده از طریق شبکه‌های اجتماعی بر اساس نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه اصلاح شده اضطراب بلکی و همکاران (۲۰۱۵)، مقیاس حمایت اجتماعی زیمت و همکاران (۱۹۸۸) پرسشنامه تنظیم هیجان گروس (۲۰۰۳) و بهزیستی معنوی جولیا و همکاران (۲۰۱۰) استفاده شد. نتایج نشان داد که بین حمایت اجتماعی، راهبرد ارزیابی مجدد شناختی، راهبرد سرکوب هیجانی و بهزیستی معنوی با اضطراب و ویروس کرونا رابطه معنی‌داری وجود داشت. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که متغیرهای پژوهش ۱۹/۵ درصد از تغییرات اضطراب و ویروس کرونا را پیش‌بینی می‌کنند که در این میان بهزیستی معنوی بیشترین سهم را در پیش‌بینی اضطراب کرونا داشت.

- هوشیاری و علی‌پور (۱۳۹۹) پژوهشی تحت عنوان " نقش میانجی امید در رابطه بین هوش معنوی و اضطراب ناشی از بحران کرونا" انجام دادند. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام افرادی بود که در ایران اثرات اپیدمی کرونا و ویروس را درک کرده بودند. از جامعه مذکور ۲۱۷ نفر از افراد در استان‌های مختلف به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های اضطراب کرونا، علی‌پور و همکاران (۱۳۹۹)، هوش معنوی عبدالله زاده (۱۳۹۶) و امید به زندگی اشنایدر (۱۹۹۶) پاسخ دادند. نتایج نشان داد که الف) بین اضطراب کرونا و هوش معنوی رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد؛ ب) بین امید و هوش معنوی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد؛ ج) بین اضطراب کرونا و امید رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد؛ د) بین اضطراب کرونا با هوش معنوی و امید، رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد؛ ه) نتایج تحلیل مسیر نشان داد هوش معنوی از طریق امید

بر اضطراب کرونا اثر دارد و ۰/۷۸ از ارتباط بین هوش معنوی و اضطراب کرونا از مسیر امید انجام می شود.

- کاکاوند و همکاران (۱۳۹۹) پژوهشی تحت عنوان " نقش میانجی ناگویی هیجانی و اضطراب ناشی از کرونا در ارتباط بین تاب آوری با تعارضات زناشویی " انجام دادند. جامعه آماری پژوهش، همه زوجین دانشجوی دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره) قزوین در سال ۱۳۹۹ بود. در این پژوهش ۱۰۰ زوج به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه رضایت زناشویی (ثنایی‌ذاکره)، پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو، مقیاس اضطراب بیماری کرونا (علی‌پور و همکاران) و پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون جمع‌آوری و با استفاده از مدل معادلات ساختاری تحلیل شد. نتایج نشان داد که ناگویی هیجانی و اضطراب ناشی از کرونا بین تعارضات زناشویی زوجین و تاب‌آوری نقش میانجی دارد؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت با ارتقاء تاب‌آوری، توانایی مقابله در برابر عوامل اضطراب‌زا و تنظیم هیجان افزایش می‌یابد و به دنبال آن مشکلاتی همچون تعارضات زناشویی کاهش می‌یابد. از این یافته می‌توان استفاده از آموزش برنامه‌های ارتقای تاب‌آوری در مقابله با اضطراب و مشکلات وابسته را پیشنهاد کرد.

- عینی، عبادی و ترابی (۱۳۹۹) پژوهشی تحت عنوان " تدوین مدل اضطراب کرونا در دانشجویان براساس خوش بینی و تاب‌آوری: نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده " انجام دادند. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر کلیه دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی که در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ مشغول به تحصیل بودند را تشکیل می‌داد که ۳۰۰ نفر به صورت اینترنتی و از طریق شبکه‌های مجازی در پژوهش شرکت کردند. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات شامل مقیاس اضطراب بیماری کرونا (علی‌پور و همکاران، ۱۳۹۸)، پرسشنامه جهت‌گیری زندگی (شیر و کارور، ۱۹۹۲)، مقیاس تاب‌آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) و مقیاس چند-بعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده (زیمت و همکاران، ۱۹۸۸) بود. نتایج نشان داد که مدل علی رابطه بین خوش بینی، تاب‌آوری، حمایت اجتماعی ادراک شده و اضطراب کرونا دانشجویان براساس شاخص‌های مختلف برازش تایید شد. خوش‌بینی، تاب‌آوری و حمایت اجتماعی ادراک شده بر میزان اضطراب کرونا دانشجویان اثر مستقیم دارند؛ همچنین خوش‌بینی و تاب‌آوری از طریق حمایت اجتماعی ادراک شده بر اضطراب کرونا دانشجویان تأثیر غیرمستقیم دارد.

- وکیلی و همکاران (۱۳۹۹) پژوهشی تحت عنوان "نقش فراهیجان‌های مثبت و منفی، باورهای مذهبی و تاب‌آوری در پیش‌بینی اضطراب کرونا مبتلایان به بیماری دیابت نوع دو" انجام دادند. جامعه پژوهش مبتلایان به بیماری دیابت نوع دو استان فارس در سال ۱۳۹۹ بودند. نمونه پژوهش شامل ۴۵۰ نفر از مبتلایان بودند که با روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند. ابزارهای مطالعه مقیاس‌های اضطراب کرونا علی‌پور و همکاران، فراهیجان‌های مثبت و منفی میتمانسگروبر و همکاران و باورهای مذهبی آلپورت و راس و پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون بودند. نتایج نشان داد که فراهیجان‌های مثبت ( $r=0/294$ )، جهت‌گیری مذهبی درونی ( $r=0/355$ ) و تاب‌آوری ( $r=0/380$ ) با اضطراب کرونا در مبتلایان به بیماری دیابت نوع دو رابطه منفی و معنی‌دار و فراهیجان‌های منفی ( $r=0/336$ ) و جهت‌گیری مذهبی بیرونی ( $r=0/181$ ) با اضطراب کرونا آنان رابطه مثبت و معنی‌دار داشتند. همچنین، فراهیجان‌های مثبت و منفی، باورهای مذهبی و تاب‌آوری توانستند ۲۷/۶ درصد از تغییرات اضطراب کرونا در مبتلایان به بیماری دیابت نوع دو را پیش‌بینی کنند.

- حبیب‌نژاد و عامری (۱۳۹۹) در پژوهشی تحت عنوان "نظام مداخلات حمایتی دولت از گروه‌های آسیب‌پذیر در وضعیت‌های بحرانی و اضطراری با تاکید بر همه‌گیری کرونا" به این نتیجه رسیدند که سرنوشت محرومان در هنگام وقوع وضعیت‌های اضطراری همچون گسترش ویروس کرونا، کمتر در ادبیات حقوقی مورد توجه قرار گرفته است. قوانین بشماره تصریح می‌کنند که جمعیت آسیب‌پذیر حق دارند از مزایای خاص و حمایت‌های دولتی استفاده کنند؛ اما این قوانین بیشتر در خصوص مواقع عادی است و کمتر معطوف به مواقع اضطراری. چارچوب‌های قانونی موجود باید با نظر داشت نیازهای ویژه افراد و گروه‌های آسیب‌پذیر در مراحل سه‌گانه پیش، حین و پس از وضعیت اضطراری با مقررات خاص حمایتی ویژه شرایط اضطراری تکمیل شود. مسئولیت اجرای تمهیدات لازم به منظور مقابله با وضعیت‌های اضطراری در مراحل پیش‌گفته غالباً بر عهده دولت است. این پژوهش با روشی تحلیلی-توصیفی مولفه‌های نظام مداخلات حمایتی دولت از گروه‌های آسیب‌پذیر در شرایط اضطراری را مورد بررسی قرار داده است. این مولفه‌ها مشتمل بر مواردی چون شناسایی دقیق این گروه‌ها، تعیین نهاد مسئول و پاسخگوی شهروندان در وضعیت‌های اضطراری، آموزش به منظور تقویت آگاهی از خطرات و آسیب‌پذیری‌ها، توسعه پوشش‌های بیمه‌ای، ایجاد و تقویت سیستم‌های

اطلاع رسانی، جلب مشارکت نهادهای غیردولتی، ارائه خدمات عمومی مختلف و توانبخشی و بازتوانی گروه‌های آسیب پذیر است

- شیوندی و حسونند (۱۳۹۹) در پژوهشی تحت عنوان "تدوین مدل پیامدهای روان شناختی اضطراب ناشی از اپیدمی کروناویروس و بررسی نقش میانجی‌گری سلامت معنوی" به این نتیجه رسیدند که اضطراب فراگیر تأثیری مثبت بر سطح پرخاشگری و تأثیری منفی بر کیفیت رابطه خانواده و نگرش به آینده مثبت داشت. سلامت معنوی توانست اثرات نامطلوب اضطراب فراگیر بر نگرش به آینده مثبت و کیفیت رابطه با خانواده را میانجی‌گری نماید، ولی اثر میانجی‌گرانه بر پرخاشگری نشان نداد.

- صفورایی پاریزی و همکاران (۱۳۹۸) پژوهشی تحت عنوان "نقش تعدیل کننده هوش معنوی در رابطه بین حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ در بیماران کرونایی" انجام دادند. جامعه آماری شامل همه مردان و زنانی ایرانی است که کرونا را تجربه کرده‌اند. از جامعه مذکور ۱۳۴ نفر به روش نمونه‌گیری گلوله برفی انتخاب شد. برای گردآوری داده‌های پژوهش از پرسشنامه‌های هوش معنوی عبدالله زاده (۱۳۸۸)، حمایت اجتماعی واکس (۱۹۸۶) و اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۰) استفاده شده است. نتایج نشان داد که الف) بین حمایت اجتماعی با اضطراب مرگ رابطه منفی معنی دار وجود دارد. ب) بین هوش معنوی با اضطراب مرگ رابطه منفی معنی دار وجود دارد. ج) هوش معنوی در رابطه بین دو متغیر حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ نقش تعدیل کننده دارد.

- علیزاده فرد و صفاری‌نیا (۱۳۹۸) در پژوهشی تحت عنوان "پیش‌بینی سلامت روان بر اساس اضطراب و همبستگی اجتماعی ناشی از بیماری کرونا" به این نتیجه رسیدند که اضطراب بیماری کرونا (بصورت منفی) و همبستگی اجتماعی ناشی از بیماری کرونا (بصورت مثبت) با سلامت روان همبستگی دارد. همچنین مشخص شد که اضطراب و همبستگی اجتماعی ناشی از بیماری کرونا، به ترتیب ۴۷ و ۲۶ درصد از تغییرات سلامت روان را پیش‌بینی می‌کنند.

- علی‌پور، قدمی، علیپور و عبدالله‌زاده (۱۳۹۸) در پژوهشی تحت عنوان "اعتباریابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS) در نمونه ایرانی" به این نتیجه رسیدند که مقدار  $\lambda=2$  گاتمن برای کل پرسشنامه ( $\lambda=2=0/922$ ) و ضریب آلفای کرونباخ برای علایم روانی ( $\alpha=0/879$ )، علایم جسمانی ( $\alpha=0/861$ ) و برای کل پرسشنامه ( $\alpha=0/919$ ) به دست آمد. داده‌های این پژوهش با مدل دوعاملی برازش مناسبی دارد. جداول نمرات استاندارد رسم شد و دامنه نمرات عامل‌های پرسشنامه و

نمره کل شدت اضطراب کرونا بر اساس نمرات استاندارد T به سه دامنه عدم اضطراب یا خفیف، متوسط و شدید تقسیم شد.

- لشنی، حسنی و صفاری (۱۳۹۸) در پژوهشی تحت عنوان "ارائه مدل مدیریت توان بخشی فیزیکی معلولان، سالمندان و مصدومین در شرایط اضطراری" به این نتیجه رسیدند که به هنگام بروز حادثه یا بلایای طبیعی، بخش عمده آسیب متوجه کم توانان شامل کودکان، سالخوردهگان و معلولان است. معلولان به دلایلی مورد کم توجهی قرار گرفته اند. در هر یک از مراحل چرخه مدیریت بحران این کم توجهی مشهود است. این مشکل در شرایط اضطراری برجسته تر است و اغلب نیاز به خدمات توان بخشی در شرایط اضطراری بویژه ۷۲ ساعت طلایی بعد از زلزله، به فراموشی سپرده می شود. اهم یافته های تحلیل پرسشنامه ها عبارتند از: حوادث ترافیکی اصلی ترین عامل معلولیت؛ معلولیت حرکتی به عنوان مبنای مدل مدیریت توان بخشی، موقعیت یابی، روش های نوین هشدار و ارتباط، تیم های سیار توان بخشی محله با سرتیمی متخصصین طب فیزیکی و توان بخشی، ضرورت حضور تیم توان بخشی از ۷۲ ساعت اول پس از زلزله، آموزش امداد گران با تمرکز بر پیشگیری از ایجاد معلولیت در مصدومین زلزله، از اهم یافته های نظرات صاحب نظران است.

- ایروانی (۱۳۹۷) در پژوهشی تحت عنوان "نقش عملکرد افراد در وقوع حوادث طبیعی از دیدگاه روایات" به این نتیجه رسید که عملکرد افراد، صرفا یکی از عواملی است که در حد «مقتضی» می تواند بر وقوع یا تشدید برخی از حوادث طبیعی و خسارت های ناشی از آن موثر باشد، لیک از آنجا که از یکسو اصولا بروز حوادث طبیعی جزء شرور اجتناب ناپذیر نظام خلقت است و از دیگر سو، جنبه ی آزمایش و ابتلا در مصائب، وجه غالب می باشد، نمی توان صدمات ناشی از حوادث طبیعی را لزوما عقوبت گناه افراد دانست.

- مبینی دهکردی و پیرانی (۱۳۹۶) در پژوهشی تحت عنوان "بلایای طبیعی: راهکارهای کاهش آسیب ها، مدیریت بحران و نقش صندوق بین المللی پول" به این نتیجه رسیدند که مداخله در بحران از جمله عوامل موثری می باشد که میتواند در شرایط بحرانی به کاهش آسیب های روانی منجر شود.

- نارویی، عبدالهی و سلطانی (۱۳۹۴) در پژوهشی تحت عنوان "اختلال استرس پس از سانحه در بازماندگان بلایای طبیعی" به این نتیجه رسیدند که بلایای طبیعی، باعث بروز استرس تروماتیک می شوند و زندگی میلیون ها نفر را در سراسر دنیا تحت تأثیر قرار می دهند. جایگاه استراتژی پیشگیری، بخصوص در برنامه ریزی ها برای بلایای طبیعی به طور فزاینده ای، اهمیت پیدا کرده است.

اکثر افرادی که با فاجعه روبرو می‌شوند، فقط علایم متوسطی از آسیب را نشان می‌دهند. برخی افراد دچار بیماری‌های روانی بعد از فاجعه می‌شوند. یکی از شدیدترین این اختلالات، اختلال استرس پس از سانحه می‌باشد که تأثیر زیادی بر روی زندگی شخصی و اجتماعی افراد می‌گذارد.

- واینگانکار و همکاران (۲۰۲۱) پژوهشی تحت عنوان "ارتباط تعلقات مذهبی با سلامت روان و اختلالات روانی پرداختند. پژوهش بر روی ۲۲۷۰ نفر در سنگاپور انجام شد. شرکت کنندگان وابستگی مذهبی خود را به بودیسم، مسیحیت، هندوئیسم، اسلام، سیکسزم، تائوئیسم یا سایر ادیان گزارش کردند. نتایج نشان داد که بین وابستگی‌های مذهبی با مولفه‌هایی از جنبه‌های مثبت سلامت روان از جمله مقابله‌ی کلی با استرس، حمایت هیجانی، معنوی بودن، مهارت‌های بین فردی، رشد فردی و خودکفایتی و عاطفه‌ی جهانی رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد؛ ضمن آنکه رابطه‌ی منفی و معناداری با وجود اختلالات روانی مشاهده شده است. نتایج نشان می‌دهد که وابستگی مذهبی به طور قابل توجهی با سلامت روان مثبت بالاتر مرتبط است، اما با اختلالات روانی در یک محیط جامعه آسیایی ارتباط معنی داری ندارد.

- جونز-بیتون و همکاران (۲۰۲۰) پژوهشی تحت عنوان "استرس، اضطراب، افسردگی و تاب‌آوری در کشاورزان کانادایی" انجام دادند. یک نظرسنجی مقطعی آنلاین با استفاده از مقیاس‌های روان‌سنجی معتبر [مقیاس استرس درک شده (PSS)، مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان، مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون] که بین سپتامبر ۲۰۱۵ و فوریه ۲۰۱۶ با کشاورزان در کانادا انجام شد. ۱۱۳۲ کشاورز در این مطالعه شرکت کردند. میانگین نمره PSS 18.9 بود. تقریباً ۵۷ درصد و ۳۳ درصد از شرکت کنندگان به ترتیب به عنوان موارد ممکن و احتمالی برای اضطراب طبقه بندی شدند. نتایج نشان داد که در بین تنیدگی ادراک شده و اضطراب رابطه معناداری وجود دارد و قرار گرفتن در معرض استرس‌های حاد و مزمن منجر به اختلالات اضطرابی می‌شود.

- ژانگ و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی تحت عنوان "خطر بالای عفونت باعث ایجاد علائم استرس پس از سانحه در افراد با کیفیت پایین خواب: یک مطالعه در مورد تأثیر بیماری کورونا ویروس (COVID-19) در چین" به این نتیجه رسیدند که فشار روانی ناشی از بیماری کووید-۱۹ بر سلامت کلی افراد، کیفیت خواب و علائم استرس پس از سانحه تأثیر گذار است.

- کیو و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی تحت عنوان "بررسی سراسر کشور از پریشانی روانشناختی در بین مردم چین در اپیدمی COVID-19: پیامدهای و توصیه‌های سیاست" دریافته‌اند که

پیشانی‌های روانشناختی مانند وحشت‌زدگی، اضطراب، افسردگی، ترس، انکار و ناامیدی اساسی‌ترین واکنش‌های روانی آسیب‌زا در اغلب افراد آسیب‌دیده و افراد در معرض شیوع بیماری‌ها بوده‌اند.

- علی اکبری، عیسی‌زاده و آقاجانگلو (۲۰۲۰) در پژوهشی تحت عنوان " پیامدهای روانی اجتماعی مبتلایان به بیماری کرونا و ویروس جدید (کوئید ۱۹): یک مطالعه کیفی " به این نتیجه رسیدند که شایع‌ترین پیامدهای روانی کرونا و ویروس جدید، شامل ترس از مرگ، افسردگی و اضطراب می‌باشد؛ همچنین کاهش فعالیت‌های اجتماعی، احساس طرد از سوی جامعه، کاهش ارتباط موثر با خانواده و اطرافیان و تجربه انگ توسط بیمار و خانواده اش از جمله پیامدهای اجتماعی این بیماری محسوب می‌شوند.

- شیرین، کوالچیک، اوراستریت، راپاپورت، ویلیامسون<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۹)، در پژوهشی تحت عنوان " بررسی نشانگان وراثتی و محیطی PTSD به دنبال بروز بلایای طبیعی " به این نتیجه رسیدند که اگرچه PTSD زمینه زیستی دارد اما بر اثر محرک‌های محیطی همچون بلایای طبیعی بروز می‌کند.

- زورموسکی، رزنیک، پرایس، گالنا، کیلپاتریک<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۹)، در پژوهشی تحت عنوان " بررسی افکار خودکشی در بین افراد، پس از بروز بلایای طبیعی " به این نتیجه رسیدند که پس از بروز هر رخداد طبیعی مثل سیل و یا زلزله میزان افکار خودکشی در افراد بیشتر می‌گردد. آنها همچنین میزان خشونت بین‌فردی بیشتری را نیز گزارش کردند.

- بروراسمیت و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که معنویت و اعتقادات مذهبی با اختلالات عصبی و روانشناختی ارتباط منفی دارند و منابع قدرتمند امید، معنا، آرامش، راحتی و بخشش هستند.

- پیک، أبرامسون، کوکس، فادرگیل و توبین<sup>۳</sup> (۲۰۱۸)، در پژوهشی تحت عنوان " بررسی عمیق کودکان و آسیب‌ها از جمله بلایای طبیعی " به این نتیجه رسیدند که بلایا و آسیب‌ها بر سلامت ذهنی و واکنش‌های رفتاری کودکان اثرگذار است، همچنین سلامت فیزیکی و بهزیستی آنها را تهدید کرده و حمایت‌های اجتماعی و مداخلات پس‌آسیبی می‌توانند به بهبود ایشان کمک نمایند.

<sup>۱</sup> Sheerin, Kovalchick, Overstreet, Rappaport & Williamson

<sup>۲</sup> Zuromski, Resnick, Price, Galea & Kilpatrick

<sup>۳</sup> Peek, Abramson, Cox, Fothergill & Tobin

- کانیاستی<sup>۱</sup> (۲۰۱۲)، در پژوهشی تحت عنوان "یک مطالعه طولی به بررسی نقش سلامت روانی- اجتماعی در آسیب‌ها" به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی نقش کاهش‌دهنده آسیب را در تروماها ایفا می‌کند.

- گارگامنت، اسمیت، کوئینگ و پرز (۲۰۰۲) پژوهشی تحت عنوان "مقابله مذهبی مثبت و منفی با عوامل استرس زای عمده زندگی" انجام دادند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که افرادی که به طور مکرر دعا و نیایش می‌کنند، کمتر از افسردگی و اضطراب رنج می‌برند. به عبارت دیگر، می‌توان گفت: داشتن هدف‌های معنوی، هدفمند بودن زندگی و عشق و علاقه به خدا، یکی از راه‌های اصلی برای رسیدن به سلامت و بهباشی روان‌شناختی است. به گونه‌ای که داشتن رابطه معنوی با خدا موجب کاهش استرس و افزایش رهبردهای مقابله با استرس و اضطراب و ناکامی می‌شود.

---

<sup>۱</sup> Kaniasty



# فصل سوم:

## مواد و روش پژوهش

## پیشگفتار

در این فصل ابتدا توضیح مختصری درباره‌ی روش تحقیق ارائه شده و پس از آن جامعه‌ی آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری مورد بحث قرار گرفته است. سپس ابزارهای گردآوری داده‌ها و اعتبار آن‌ها عنوان شد و در نهایت روش تجزیه و تحلیل داده‌ها مورد بررسی قرار گرفته است.

### ۳-۱- روش پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف، کاربردی بوده و از نظر روش، توصیفی از نوع همبستگی بود که سرمایه‌ی روانشناختی، حمایت اجتماعی و بهزیستی معنوی به عنوان متغیرهای پیش‌بین و اضطراب ناشی از بیماری کرونا به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شدند.

### ۳-۲- جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه‌ی آماری پژوهش را تمامی شهروندان استان اردبیل در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. از میان جامعه‌ی آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای ۵۰۰ شهروند در مرکز، شمال، جنوب، شرق و غرب استان اردبیل به عنوان نمونه انتخاب شدند.

### ۳-۳- ابزار جمع‌آوری اطلاعات

- پرسشنامه‌ی سرمایه‌ی روانشناختی (PCQ): این پرسشنامه توسط لوتانز (۲۰۰۷) تهیه گردیده و شامل ۲۴ سوال و ۴ خرده مقیاس امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی است که در آن، هر خرده مقیاس شامل ۶ گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) لیکرت پاسخ می‌دهد. حداکثر نمره برابر ۱۴۴ و حداقل آن برابر ۲۴ می‌باشد. سوالات ۱ تا ۶ مربوط به خرده مقیاس خودکارآمدی، سوالات ۷ تا ۱۲ مربوط به خرده مقیاس امیدواری، سوالات ۱۳ تا ۱۸ مربوط به خرده مقیاس تاب‌آوری و سوالات مربوط به ۱۹ تا ۲۴ مربوط به خرده مقیاس خوش‌بینی می‌باشد. برای به دست آوردن نمره سرمایه‌روانی، ابتدا نمره هر خرده مقیاس به صورت جداگانه به دست می‌آوریم و سپس مجموع آن‌ها به عنوان نمره کل سرمایه‌روانشناختی محسوب می‌شود. کای دو این آزمون برابر ۲۴/۶ است و آماره‌های RMSEA, CFI به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۰۸ هستند (یوسف و لیوتنس، ۲۰۰۷). هاک (۲۰۱۴) در پژوهش خود ضریب پایایی این مقیاس را از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶، و همچنین هاشمی نصرت‌آباد، باباپور خیرالدین و بهادری خسروش (۱۳۹۰) در پژوهش خود ضریب پایایی آن را از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش نموده‌اند.

- پرسشنامه‌ی حمایت اجتماعی ادراک شده: این مقیاس توسط زیمت، داهلم و فارلی (۱۹۸۸) ارائه گردیده است و دارای ۱۲ سوال می‌باشد، علاوه بر نمره کل می‌توان ۳ نمره دیگر نیز برای حمایت خانواده، حمایت دوستان و سرانجام افراد مهم زندگی فرد به دست آورد. پاسخ‌های آزمودنی به صورت ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر نشان‌دهنده حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتر می‌باشد. مولفان ضریب آلفای آن را در دامنه‌ی ۰/۸۵ و ۰/۹۱ و با روش آزمون مجدد ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. روایی سازه آزمون از طریق رابطه معنادار بین نمره‌های آزمون با خرده مقیاس‌های افسردگی و اضطراب چک لیست علایم هاپکینز (HSCL) به اثبات رسیده است (زیمنت، پووال، فارلی، کمن و برکوف، ۱۹۹۰).

- پرسشنامه‌ی بهزیستی معنوی: این پرسشنامه توسط پالوتزین و همکاران در سال ۱۹۸۲ ساخته شده و شامل ۲۰ سوال و دو خرده مقیاس مذهبی (۱ تا ۱۰) و وجودی (۱۱ تا ۲۰) است. مقیاس پاسخگویی به سوالات به صورت طیف لیکرت شش درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) تنظیم شده است. حداقل نمره ۲۰ و حداکثر آن ۱۲۰ می‌باشد. پالوتزین و همکاران (۱۹۸۲) در پژوهشی، ضرایب آلفای کرونباخ بهزیستی مذهبی و وجودی و کل مقیاس را به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند.

- مقیاس اضطراب کرونا ویروس (CDAS): این ابزار جهت سنجش اضطراب ناشی از شیوع ویروس کرونا در کشور ایران تهیه و اعتباریابی شده است. نسخه نهایی این ابزار دارای ۱۸ گویه و ۲ مولفه (عامل) است. گویه‌های ۱ تا ۹ علائم روانی و گویه‌های ۱۰ تا ۱۸ علائم جسمانی را می‌سنجد. این ابزار در طیف ۴ درجه‌ای لیکرت (هرگز-، ۰، گاهی اوقات = ۱، بیشتر اوقات = ۲ و همیشه = ۳) نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین بیشترین و کمترین نمره‌ای که افراد پاسخ‌دهنده در این پرسشنامه کسب می‌کنند بین ۰ تا ۵۴ است. نمرات بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده‌ی سطح بالاتری از اضطراب در افراد است. پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای عامل اول ۰/۸۷۹، عامل دوم ۰/۸۶۱ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۱۹ بدست آمد (علی‌پور، قدمی، علی‌پور و عبدالله‌زاده، ۱۳۹۸).

### ۳-۴- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی از گزارش فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون استفاده شد.

فصل چهارم:

**یافته‌های پژوهش**

## پیشگفتار

این فصل مانند یک مؤلف، داده‌ها و اطلاعات به دست آمده را به نتایج مبتنی بر مبانی علمی تبدیل می‌کند. ابزار اصلی، آمار و فنون آماری هستند که در دو بخش یافته‌های توصیفی و یافته‌های استنباطی ارائه می‌شوند. در بخش اول داده‌های خام، به داده‌های دسته‌بندی تبدیل شده و مرتب می‌شوند و به وسیله‌ی اندازه‌های مرکزی و پراکندگی گزارشی از وضعیت کلی داده‌ها ارائه می‌شود. در بخش دوم از طریق آزمون‌های آماری به بررسی فرضیه‌های پژوهشی پرداخته خواهد شد تا معناداری روابط و تفاوت‌های ظاهری بین داده‌ها بررسی شود.

### ۴-۱- یافته‌های توصیفی

جدول ۴-۱- آماره‌های توصیفی سرمایه‌ی روانشناختی و مولفه‌های آن

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
خودکارآمدی	۲۱/۲۵	۵/۱۵
امیدواری	۲۰/۱۸	۵/۲۴
تاب‌آوری	۱۹/۳۱	۵/۲۲
خوش‌بینی	۱۹/۷۳	۴/۵۱
سرمایه‌ی روانشناختی	۸۰/۴۸	۱۵/۸۸

همان‌طور که در جدول ۴-۱ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار مولفه‌ی خودکارآمدی به ترتیب برابر با ۲۱/۲۵ و ۵/۱۵، میانگین و انحراف معیار مولفه‌ی امیدواری به ترتیب برابر با ۲۰/۱۸ و ۵/۲۴، میانگین و انحراف معیار مولفه‌ی تاب‌آوری به ترتیب برابر با ۱۹/۳۱ و ۵/۲۲، میانگین و انحراف معیار مولفه‌ی خوش‌بینی به ترتیب برابر با ۱۹/۷۳ و ۴/۵۱، و میانگین و انحراف معیار سرمایه‌ی روانشناختی به ترتیب برابر با ۸۰/۴۸ و ۱۵/۸۸، می‌باشد.

جدول ۴-۲- آماره‌های توصیفی حمایت اجتماعی و مولفه‌های آن

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
حمایت افراد مهم زندگی	۱۴/۲۲	۵/۷۰
حمایت خانواده	۱۶/۸۱	۵/۴۹

۵/۸۹	۱۵/۲۰	حمایت دوستان
۱۴/۳۳	۴۶/۲۳	حمایت اجتماعی

همان‌طور که در جدول ۴-۲ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار مولفه‌ی حمایت افراد مهم زندگی به ترتیب برابر با ۱۴/۲۲ و ۵/۷۰، میانگین و انحراف معیار مولفه‌ی حمایت خانواده به ترتیب برابر با ۱۶/۸۱ و ۵/۴۹، میانگین و انحراف معیار مولفه‌ی حمایت دوستان به ترتیب برابر با ۱۵/۲۰ و ۵/۸۹، و میانگین و انحراف معیار حماات اجتماعی به ترتیب برابر با ۴۶/۲۳ و ۱۴/۳۳، می‌باشد.

#### جدول ۴-۳- آماره‌های توصیفی بهزیستی معنوی و مولفه‌های آن

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
بهزیستی مذهبی	۲۸/۵۵	۷/۳۴
بهزیستی وجودی	۲۶/۰۰	۶/۹۹
بهزیستی معنوی	۵۴/۵۵	۱۳/۸۸

همان‌طور که در جدول ۴-۳ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار مولفه‌ی بهزیستی مذهبی به ترتیب برابر با ۲۸/۵۵ و ۷/۳۴، میانگین و انحراف معیار بهزیستی وجودی به ترتیب برابر با ۲۶/۰۰ و ۶/۹۹، و میانگین و انحراف معیار بهزیستی معنوی به ترتیب برابر با ۵۴/۵۵ و ۱۳/۸۸، می‌باشد.

#### جدول ۴-۴- آماره‌های اضطراب کرونا

متغیر	میانگین	انحراف معیار
اضطراب کرونا	۳۸/۴۲	۱۴/۸۳

همان‌طور که در جدول ۴-۴ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار اضطراب کرونا به ترتیب برابر با ۳۸/۴۲ و ۱۴/۸۳، می‌باشد.

#### ۴-۲- یافته‌های استنباطی

جدول ۴-۵- ماتریس همبستگی بین سرمایه‌ی روانشناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و

خوش‌بینی) با اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل

متغیرها	خودکارآمدی	امیدواری	تاب‌آوری	خوش‌بینی	سرمایه‌ی روانشناختی	اضطراب کرونا

					۱	خودکارآمدی
				۱	۰/۴۹**	امیدواری
			۱	۰/۶۴**	۰/۵۰**	تاب آوری
		۱	۰/۴۴**	۰/۳۶**	۰/۵۱**	خوش بینی
	۱	۰/۷۱**	۰/۸۳**	۰/۸۰**	۰/۸۰**	سرمایه‌ی روانشناختی
۱	-۰/۷۳**	-۰/۵۰**	-۰/۶۰**	-۰/۶۱**	-۰/۵۸**	اضطراب کرونا

\*\*P<0.01

همان‌طور که در جدول ۴-۵ مشاهده می‌شود، بین مولفه‌ی خودکارآمدی با اضطراب کرونا ( $r=-0/58$ )، بین مولفه‌ی امیدواری با اضطراب کرونا ( $P<0/01$ ،  $r=-0/61$ )، بین مولفه‌ی تاب‌آوری با اضطراب کرونا ( $P<0/01$ ،  $r=-0/60$ )، بین مولفه‌ی خوش‌بینی با اضطراب کرونا ( $P<0/01$ ،  $r=-0/50$ )، و بین سرمایه‌ی روانشناختی با اضطراب کرونا ( $P<0/01$ ،  $r=-0/73$ )، رابطه‌ی منفی معناداری وجود دارد. جدول ۴-۶- ماتریس همبستگی بین حمایت اجتماعی (حمایت افراد مهم زندگی، حمایت خانواده و حمایت دوستان) با اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل

متغیرها	حمایت افراد مهم زندگی	حمایت خانواده	حمایت دوستان	حمایت اجتماعی	اضطراب کرونا
حمایت افراد مهم زندگی	۱				
حمایت خانواده	۰/۶۰**	۱			
حمایت دوستان	۰/۵۳**	۰/۵۴**	۱		
حمایت اجتماعی	۰/۸۵**	۰/۸۴**	۰/۸۳**	۱	

۱	-۰/۷۷**	-۰/۶۵**	-۰/۶۹**	-۰/۶۰**	اضطراب کرونا
---	---------	---------	---------	---------	--------------

\*\*P<0.01

همان‌طور که در جدول ۴-۶ مشاهده می‌شود، بین مولفه‌ی حمایت افراد مهم زندگی با اضطراب کرونا (P<۰/۰۱، r=-۰/۶۹)، بین مولفه‌ی حمایت خانواده با اضطراب کرونا (P<۰/۰۱، r=-۰/۶۰)، بین مولفه‌ی حمایت دوستان با اضطراب کرونا (P<۰/۰۱، r=-۰/۶۵)، و بین حمایت اجتماعی با اضطراب کرونا (P<۰/۰۱، r=-۰/۷۷)، رابطه‌ی منفی معناداری وجود دارد.

جدول ۴-۷- ماتریس همبستگی بین بهزیستی معنوی (بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی) با اضطراب

ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل

اضطراب کرونا	بهزیستی معنوی	بهزیستی وجودی	بهزیستی مذهبی	متغیرها
			۱	بهزیستی مذهبی
		۱	۰/۸۸	بهزیستی وجودی
	۱	۰/۹۶	۰/۹۷	بهزیستی معنوی
۱	-۰/۷۱	-۰/۶۸	-۰/۶۹	اضطراب کرونا

\*\*P<0.01

همان‌طور که در جدول ۴-۷ مشاهده می‌شود، بین مولفه‌ی بهزیستی مذهبی با اضطراب کرونا (r=-۰/۶۹)، بین مولفه‌ی بهزیستی معنوی با اضطراب کرونا (P<۰/۰۱، r=-۰/۶۸)، و بین بهزیستی معنوی با اضطراب کرونا (P<۰/۰۱، r=-۰/۷۱)، رابطه‌ی منفی معناداری وجود دارد.

جدول ۴-۸- خلاصه مدل تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین

شهروندان استان اردبیل براساس سرمایه‌ی روانشناختی، حمایت اجتماعی و بهزیستی معنوی

مدل	R	R <sup>2</sup>	R تعدیل شده
۱	۰/۸۴	۰/۷۰	۰/۷۰

همان‌طور که در جدول ۴-۸ مشاهده می‌شود، تقریباً ۷۰ درصد از واریانس اضطراب ناشی از بیماری کرونا براساس سرمایه‌ی روانشناختی، حمایت اجتماعی و بهزیستی معنوی قابل پیش‌بینی است.

جدول ۴-۹- تحلیل واریانس مدل رگرسیون برای پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین

شهروندان استان اردبیل براساس سرمایه‌ی روانشناختی، حمایت اجتماعی و بهزیستی معنوی



Sig	F	میانگین مجذورات	Df	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
۰/۰۰۱	۳۸۷/۶۷	۳۵۶۳۲/۲۱	۳	۷۶۸۹۶/۶۰	رگرسیون
		۶۶/۱۲	۴۹۶	۳۲۷۹۵/۲۰	باقیمانده
			۴۹۹	۱۰۹۶۹۱/۸۰	کل

همان‌طور که در جدول ۴-۹ مشاهده می‌شود، نسبت F بیانگر این است که رگرسیون اضطراب ناشی از بیماری کرونا براساس سرمایه‌ی روانشناختی، حمایت اجتماعی و بهزیستی معنوی معنادار می‌باشد.

جدول ۴-۱۰- ضرایب بتا و آزمون معناداری t برای متغیرهای پیش‌بین

Sig	T	$\beta$	STE	B	متغیرهای پیش‌بین	متغیر ملاک
۰/۰۰۱	۴۸/۰۵	-	۱/۹۸	۹۵/۲۹	مقدار ثابت	اضطراب کرونا
۰/۰۰۱	-۸/۸۲	-۰/۳۱	۰/۰۳	-۰/۲۹	سرمایه‌ی روانشناختی	
۰/۰۰۱	-۸/۹۸	-۰/۳۶	۰/۰۴	-۰/۳۷	حمایت اجتماعی	
۰/۰۰۱	-۸/۰۶	-۰/۲۸	۰/۰۴	-۰/۳۰	بهزیستی معنوی	

همان‌طور که در جدول ۴-۱۰ مشاهده می‌شود، سرمایه‌ی روانشناختی با بتای  $-۰/۳۱$ ، حمایت اجتماعی با بتای  $-۰/۳۶$ ، و بهزیستی معنوی با بتای  $-۰/۲۸$ ، به طور منفی معناداری می‌توانند اضطراب ناشی از بیماری کرونا را پیش‌بینی کنند.

جدول ۴-۱۱- خلاصه مدل تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل براساس مولفه‌های سرمایه‌ی روانشناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی)

R تعدیل شده	R <sup>2</sup>	R	مدل
۰/۵۳	۰/۵۴	۰/۷۳	۱

همان‌طور که در جدول ۴-۱۱ مشاهده می‌شود، تقریباً ۵۴ درصد از واریانس اضطراب ناشی از بیماری کرونا براساس مولفه‌های سرمایه‌ی روانشناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی) قابل پیش‌بینی است.

جدول ۴-۱۲- تحلیل واریانس مدل رگرسیون برای پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل براساس مولفه‌های سرمایه‌ی روانشناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی)

Sig	F	میانگین مجذورات	Df	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
۰/۰۰۱	۱۴۳/۷۸	۱۴۷۳۸/۳۱	۳	۵۸۵۹۳/۲۵	رگرسیون
		۱۰۲/۵۰	۴۹۵	۵۰۷۳۸/۵۵	باقیمانده
			۴۹۹	۱۰۹۶۹۱/۸۰	کل

همان‌طور که در جدول ۴-۱۲ مشاهده می‌شود، نسبت F بیانگر این است که رگرسیون اضطراب ناشی از بیماری کرونا براساس مولفه‌های سرمایه‌ی روانشناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی) معنادار می‌باشد.

جدول ۴-۱۳- ضرایب بتا و آزمون معناداری t برای متغیرهای پیش‌بین

Sig	T	$\beta$	STE	B	متغیرهای پیش‌بین	متغیر ملاک
۰/۰۰۱	۳۸/۷۲	-	۲/۴۰	۹۳/۱۲	مقدار ثابت	اضطراب کرونا
۰/۰۰۱	-۶/۲۳	-۰/۲۴	۰/۱۱	-۰/۷۰	خودکارآمدی	
۰/۰۰۱	-۷/۰۰	-۰/۲۹	۰/۱۲	-۰/۸۲	امیدواری	
۰/۰۰۱	-۵/۱۲	-۰/۲۲	۰/۱۲	-۰/۶۱	تاب‌آوری	
۰/۰۰۱	-۴/۸۱	-۰/۱۸	۰/۱۲	-۰/۵۸	خوش‌بینی	

همان‌طور که در جدول ۴-۱۳ مشاهده می‌شود، مولفه‌ی خودکارآمدی با بتای ۰/۲۴-، مولفه‌ی امیدواری با بتای ۰/۲۹-، مولفه‌ی تاب‌آوری با بتای ۰/۲۲-، و مولفه‌ی خوش‌بینی با بتای ۰/۱۸-، به طور منفی معناداری می‌توانند اضطراب ناشی از بیماری کرونا را پیش‌بینی کنند.

جدول ۴-۱۴- خلاصه مدل تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل براساس مولفه‌های حمایت اجتماعی (افراد مهم زندگی، خانواده و دوستان)

R تعدیل شده	R <sup>2</sup>	R	مدل
۰/۶۰	۰/۶۱	۰/۷۸	۱

همان‌طور که در جدول ۴-۱۴ مشاهده می‌شود، تقریباً ۶۱ درصد از واریانس اضطراب ناشی از بیماری کرونا براساس مولفه‌های حمایت اجتماعی (افراد مهم زندگی، خانواده و دوستان) قابل پیش‌بینی است.

جدول ۴-۱۵- تحلیل واریانس مدل رگرسیون برای پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل براساس مولفه‌های حمایت اجتماعی (افراد مهم زندگی، خانواده و دوستان)

Sig	F	میانگین مجزورات	f	مجموع مجزورات	منبع تغییرات
۰/۰۰۱	۲۵۵/۳۹	۲۲۱۹۵/۲۰	۳	۶۶۵۸۵/۶۰	رگرسیون
		۸۶/۹۱	۴۹۶	۴۳۱۰۶/۲۰	باقیمانده
			۴۹۹	۱۰۹۶۹۱/۸۰	کل

همان‌طور که در جدول ۴-۱۵ مشاهده می‌شود، نسبت F بیانگر این است که رگرسیون اضطراب ناشی از بیماری کرونا براساس مولفه‌های حمایت اجتماعی (افراد مهم زندگی، خانواده و دوستان) معنادار می‌باشد.

جدول ۴-۱۶- ضرایب بتا و آزمون معناداری t برای متغیرهای پیش‌بین

Sig	T	$\beta$	STE	B	متغیرهای پیش‌بین	متغیر ملاک
۰/۰۰۱	۵۳/۱۰	-	۱/۴۴	۸۶/۳۲	مقدار ثابت	اضطراب کرونا
۰/۰۰۱	-۴/۶۷	-۰/۱۷	-۰/۱۰	-۰/۴۵	حمایت افراد مهم زندگی	
۰/۰۰۱	-۱۱/۰۳	-۰/۴۱	-۰/۱۰	-۱/۱۰	حمایت خانواده	
۰/۰۰۱	-۹/۶۴	-۰/۳۴	-۰/۰۹	-۰/۸۵	حمایت دوستان	

همان‌طور که در جدول ۴-۱۶ مشاهده می‌شود، مولفه‌ی حمایت افراد مهم زندگی با بتای  $-۰/۱۷$ ، مولفه‌ی حمایت خانواده با بتای  $-۰/۴۱$ ، و مولفه‌ی حمایت دوستان با بتای  $-۰/۳۴$ ، به طور منفی معناداری می‌توانند اضطراب ناشی از بیماری کرونا را پیش‌بینی کنند.

جدول ۴-۱۷- خلاصه مدل تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل براساس مولفه‌های بهزیستی معنوی (بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی)

مدل	R	R <sup>2</sup>	R تعدیل شده
۱	۰/۷۱	۰/۵۰	۰/۵۰

همان‌طور که در جدول ۴-۱۷ مشاهده می‌شود، تقریباً ۵۰ درصد از واریانس اضطراب ناشی از بیماری کرونا براساس مولفه‌های بهزیستی معنوی (بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی) قابل پیش‌بینی است.

جدول ۴-۱۸- تحلیل واریانس مدل رگرسیون برای پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل براساس مولفه‌های بهزیستی معنوی (بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی)

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	Sig
رگرسیون	۵۴۸۴۵/۱۲	۲	۲۷۴۲۲/۵۶	۲۴۸/۴۹	۰/۰۰۱
باقیمانده	۵۴۸۴۶/۶۸	۴۹۷	۱۱۰/۳۵		
کل	۱۰۹۶۹۱/۸۰	۴۹۹			

همان‌طور که در جدول ۴-۱۸ مشاهده می‌شود، نسبت F بیانگر این است که رگرسیون اضطراب ناشی از بیماری کرونا براساس مولفه‌های بهزیستی معنوی (بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی) معنادار می‌باشد.

جدول ۴-۱۹- ضرایب بتا و آزمون معناداری t برای متغیرهای پیش‌بین

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	B	STE	$\beta$	T	Sig
اضطراب کرونا	مقدار ثابت	۷۹/۷۱	۱/۹۱	-	۴۱/۶۸	۰/۰۰۱
	بهزیستی مذهبی	-۰/۸۷	۰/۱۳	-۰/۴۳	-۶/۵۳	۰/۰۰۱
	بهزیستی وجودی	-۰/۶۳	۰/۱۴	-۰/۳۰	-۴/۵۱	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۴-۱۹ مشاهده می‌شود، مولفه‌ی بهزیستی مذهبی با بتای  $-۰/۴۳$ ، و مولفه‌ی بهزیستی وجودی با بتای  $-۰/۳۰$ ، به طور مثبت معناداری می‌توانند اضطراب ناشی از بیماری کرونا پیش‌بینی کنند.

# فصل پنجم:

## نتیجه گیری و بحث

## پیشگفتار

در این فصل ابتدا نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها برای هریک از پرسشهای پژوهش تبیین می‌شود و براساس این نتایج، پیشنهاداتی ارائه می‌گردد. در پایان نیز با توجه به پژوهش‌های پیشین و محدودیت‌های پیش روی این پژوهش، پیشنهاداتی جهت تحقیقات بعدی ارائه می‌گردد.

## ۱-۵- بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش سازه‌های روانی، اجتماعی و معنوی در پیش‌بینی اضطراب ناشی از بیماری کرونا (COVID-19) در بین شهروندان استان اردبیل و ارائه‌ی راهکارهای مقابله‌ای انجام گرفت. در ذیل به بحث و نتیجه‌گیری پیرامون یافته‌های پژوهش پرداخته می‌شود.

یافته‌ی پژوهش نشان داد که بین سرمایه‌ی روانشناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی) با اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل رابطه وجود دارد و این متغیرها در پیش‌بینی اضطراب ناشی از کرونا در بین شهروندان استان اردبیل نقش دارند. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های هوشیاری و همکاران (۱۳۹۹)، کاکاوند و همکاران (۱۳۹۹)، عینی و همکاران (۱۳۹۹)، شیوندی و حسونند (۱۳۹۹)، علیزاده‌فرد و همکاران (۱۳۹۸)، کیو و همکاران (۲۰۲۰)، جونز-بیتون و همکاران (۲۰۲۰)، همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت فشارهای روانی ناشی از کرونا بخش عمده‌ای از زندگی افراد را در محیط زندگی تحت تاثیر قرار داده است. چنانچه فشار روانی مدت زیادی ادامه یابد، به تدریج فرد خسته شده و ادامه‌ی این وضعیت باعث می‌شود تا انرژی جسمی و احساسی فرد کاهش یافته و توانایی او تضعیف گردد. از آنجا که سرمایه‌های روانشناختی یکی از شاخص‌های روانشناسی مثبت‌گرایی است که با ویژگی‌هایی از قبیل باور فرد به توانایی‌هایش برای دستیابی به موفقیت، دانش پشتکار در دنبال کردن اهداف، ایجاد دستاوردهای مثبت درباره خود و تحمل کردن مشکلات تعریف می‌شود. برخوردار بودن از سرمایه‌های روانشناختی افراد را قادر می‌سازد تا علاوه بر مقابله‌ی بهتر در برابر موقعیت‌های اضطراب‌زا، کمتر دچار تنش شده و در برابر مشکلات از توان بالایی برخوردار باشند، به دیدگاه روشنی در مورد خود برسند و کمتر تحت تاثیر وقایع روزانه قرار بگیرند. لذا اینگونه افراد دارای سلامت روانشناختی بالاتری نیز هستند.

در واقع می‌توان اینگونه بیان کرد که افراد با سرمایه‌های روانشناختی بالا از وجود استرس و اضطراب در زندگی‌شان اجتناب نمی‌کنند. در عوض شرایط استرس‌آمیز را به عنوان فرصتی برای رشد و بالندگی‌شان در نظر می‌گیرند. به این معنی افرادی که خودکارآمدی بیشتری برای رسیدن به هدف در خود احساس می‌کنند، با امید بیشتری برای رسیدن به هدف برنامه‌ریزی کرده و با خوش‌بینی بیشتری در مقابل موانع و ناکامی‌ها تاب می‌آورند. هر چه سرمایه روانی فرد بیشتر باشد می‌تواند موقعیت‌های سخت را به عنوان موقعیت قابل کنترل در نظر بگیرند و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد، توانایی چندین توجیه جایگزین را داشته باشد و در موقعیت‌های سخت بتواند به راه‌حل‌های جایگزین فکر کند و در نتیجه ظرفیت او در مقابله، سازگاری و بهبود از استرس و دشواری‌های زندگی بالاتر است و سلامت روانی بالاتری نیز خواهد (فرامنی و تقی‌زاده، ۲۰۱۴). افراد با امیدواری بالا توانایی بسیاری در ایجاد مسیرهایی برای رسیدن به اهدافشان دارند. همچنین افرادی که امید بالایی دارند، وظایفشان را طوری چارچوب بندی و تنظیم می‌کنند که آنها را برای رسیدن به موفقیت در وظایفی که در دست دارند بسیار با انگیزه نگه می‌دارد (آوی و همکاران، ۲۰۰۸). آنها که در مولفه امید بالا هستند، برای رسیدن به اهداف و خرده‌اهداف از برنامه‌ریزی‌های احتمالی در هنگامی که با موانع پیش‌بینی نشده مواجه می‌شوند، استفاده می‌کنند و به طور پیش‌بینانه و پیش‌دستانه ای مسیرهای چندگانه را برای دستیابی به اهداف تعیین شده، شناسایی می‌کنند (اشنایدر، ۲۰۱۰). به عبارت دیگر، امید از اراده برای موفقیت و توانایی شناخت، تبیین و دنبال کردن راه رسیدن به موفقیت، تشکیل شده است (لوتانز، آوولیو، آوی و نورمن، ۲۰۱۷). خودکارآمدی اعتقاد فرد به قابلیت و شایستگی‌اش برای برخورد با مشکلات و یا وظایف و سازگاری با سختی‌ها در موقعیت‌های موردنیاز است (محمدی، ۱۳۹۵). جلیلیان کاسب، حجت‌خواه و رشیدی (۱۳۹۵) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی، خودپنداره و جهت‌گیری مذهبی درونی از طریق سرسختی روانشناختی با اضطراب در افراد رابطه‌ی منفی معنادار دارند. افراد با تاب‌آوری بالا، قادر هستند که در مواجهه با شرایط و رویدادهای ناخوشایند و تنش‌آمیز، به تلاش و مقابله‌ی کارآمد خود ادامه دهند تا با پشت سر گذاشتن مراحل سخت زندگی، به موفقیت برسند (سویثویک، بونانو، ناستن، پانتربریک و یهودا، ۲۰۱۴). افراد خوش‌بین نیز، اتفاقات مثبت رخ داده در زندگی را به عوامل دائمی و شخصی ربط می‌دهند و برعکس،

رویدادهای نامناسب و ناخوشایند را به عوامل خارجی، موقتی و شرایط خاص نسبت می‌دهد (توگاد، فردریکسون و بارت<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳).

به طور کل می‌توان اینگونه بیان کرد که افرادی که سرمایه‌های روانشناختی بالایی دارند، از توجهات جایگزین استفاده می‌کنند، چارچوب فکری خود را به صورت مثبتی بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و نسبت به افرادی که سرمایه روانشناختی بالایی ندارند، از نظر روان‌شناختی سلامت روانی بیشتری دارند. ویژگی و نیمرخ شخصیت افراد با سرمایه روانشناختی بالا به گونه‌ای است که واقعیت را می‌پذیرند، باور عمیق دارند که زندگی با معنی است و توانایی بهبود و سازگاری معنی‌دار با تغییرات زندگی را دارند می‌توانند در راه خود شکوفایی مسیر خود را ادامه بدهند و این خصایص می‌تواند به سلامت روانی آنها کمک کند. افرادی که از سلامت روانی برخوردارند در مقایسه با افراد فاقد این خصیصه، رویدادهای منفی را به صورت انعطاف‌پذیرتر و واقع‌بینانه‌تر در نظر می‌گیرند و مشکلات را اغلب موقتی و محدود می‌دانند. سرمایه‌های روانشناختی از طریق ایجاد مراقبت، توجه جدید به خود و پیشنهاد فرایندهای درونی دلسوزانه به تغییر افراد و استفاده از سبک‌های حل مسئله سازنده و مناسب کمک می‌کند. این تغییرات می‌تواند به صورت نوعی از درمان فیزیولوژی-روانی-عصبی تعبیر و تفسیر شود (گیلبرت و پروکتر، ۲۰۰۶). لذا به صورت مستقیم می‌تواند بر کاهش اضطراب کرونا و ویروس نقش داشته باشد.

یافته‌ی پژوهش نشان داد که بین حمایت اجتماعی (حمایت افراد مهم زندگی، حمایت خانواده و حمایت دوستان) با اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل رابطه وجود دارد و این متغیرها در پیش‌بینی اضطراب ناشی از کرونا در بین شهروندان استان اردبیل نقش دارند. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های نریمانی و همکاران (۱۴۰۰)، عباسی و همکاران (۱۳۹۹)، حبیب‌نژاد و همکاران (۱۳۹۹)، لشنی و همکاران (۱۳۹۸)، ایروانی (۱۳۹۷)، مبینی دهکردی و همکاران (۱۳۹۶)، ناروئی و همکاران (۱۳۹۴)، ژانگ و همکاران (۲۰۲۰)، علی اکبری و همکاران (۲۰۲۰)، کانیاستی (۲۰۱۲)، همسو می‌باشد.

در تبیین یافته‌های حاضر می‌توان اینگونه بیان کرد که منابع حمایتی و اجتماعی به عنوان قوی‌ترین و نیرومندترین نیروهای مقابله‌ای در رویارویی موفقیت‌آمیز، در زمان درگیری با شرایط تنش‌زا می‌باشد که

---

<sup>۱</sup>. Tugade, Fredrickson & Barrett



تحمل مشکلات را برای فرد تسهیل می‌نماید (صدری دمیرچی، فیاضی و محمدی، ۱۳۹۵). منظور از منابع حمایتی، قابلیت و کیفیت ارتباط با دیگران است که منابعی را در مواقع مورد نیاز فراهم می‌کند. منابع حمایتی را به عنوان «پی بردن فرد به اینکه از طرف دیگران به اعتقادات، احساسات او اهمیت داده و به عنوان یک شخص ارزشمند در نظر گرفته می‌شود» تعریف می‌کنند (باکیوتیان، ۲۰۱۱). بسیاری از پژوهش‌ها نشان دادند که منابع حمایتی، در پیشگیری، درمان و جلوگیری از بیماری روانشناختی نقش دارد (نیکوی کوپس، کریمی، آسوده نالکیاشری و یونسی، ۱۳۹۶). علاوه بر اثرات ارزیابی شناختی، حمایت اجتماعی مستقیماً دارای کارکردی به عنوان راهبرد مقابله‌ای است و موجب تأمین منابع مورد نیازی که به واسطه‌ی استرس به وجود آمده است، می‌شود. منابع اضطراب را می‌توان بر طبق نیازهای مختلفی که برای افرادی که تحت اضطراب قرار می‌گیرند، مقوله‌بندی کرد. حمایت موفقیت‌آمیز به عنوان منبع مقابله محسوب می‌شود.

در واقع می‌توان اینگونه بیان کرد که رضایت از زندگی و داشتن سلامت روانی، به برقراری و حفظ فعال روابط خانوادگی و مشارکت مستمر در تعامل‌های اجتماعی بستگی دارد. براین اساس می‌توان گفت ارتباطات فعال خانوادگی و تنوع روابط اجتماعی به دلیل پویا نگه‌داشتن فرد، ضمن تأمین سرزندگی وی، از انزوای اجتماعی و اضطراب او جلوگیری می‌کنند و نیروی بالقوه‌ای برای پشتیبانی سلامت روانی محسوب می‌شوند. برای مثال، در ارتباطات اجتماعی، فرد می‌تواند با دیگران روابط مناسب برقرار کند، بر محیط اجتماعی مسلط شود یا هدفی برای خود انتخاب کند که همگی از ملاک‌های سلامت روانی هستند. در مجموع شرکای ارتباطی می‌توانند ارتقای بهزیستی را تسهیل کنند. همچنین تعامل‌های اجتماعی فعال، تأثیرات مثبت و سازگار بر بهزیستی افراد در مواقع بروز بیماری دارند و آسیب دیدگان را قادر به تجدید سازش یافتگی روانی و حتی تلاش برای غلبه بر عوامل آسیب‌زا می‌کنند و بدین ترتیب از رنج ناشی از آثار منفی تنیدگی‌های پس‌رویدادی می‌کاهند (کوهن و ویلز، ۱۹۸۵). نتیجه این‌که هم ارتقای کیفیت روابط و هم در دسترس بودن حمایت‌های اجتماعی، به غنی‌تر شدن احساس بهزیستی ذهنی و هیجانی در افراد دچار اضطراب ناشی از کرونا می‌انجامد و باعث رضایت بیشتر از زندگی می‌شود. اگر فرد از حمایت اجتماعی بیشتر برخوردار است، تعامل با شبکه اجتماعی افزایش یافته و اثر منفی رویدادهای زندگی کاهش می‌یابد. افزون بر آن پیوندهای گسترده‌تر اجتماعی در بستر حمایت اجتماعی افزایش می‌یابد. در واقع براساس نیاز به انسجام اجتماعی، حدود تعلق و ارتباط فرد با دیگران است که به زندگی معنا و مفهوم می‌بخشد. در غیر

این صورت هر چیزی ممکن است وسیله‌ای برای خلاص شدن انسان از زندگی شود. به عبارتی افراد دچار اضطراب ناشی از کرونا هر چه بیشتر از حمایت عاطفی مانند همدلی، مهربانی، تعامل، تماس فیزیکی، داشتن اوقات فراغت برخوردار باشند، تعامل آن‌ها با دیگران افزایش پیدا می‌کند و به تبع آن میزان شفقت خود هم افزوده می‌شود. هم‌چنین از لحاظ انواع دیگر حمایت اجتماعی نیز، افرادی که کسانی را مانند خانواده، دوست و یا همکار داشته‌اند که در زمان اضطرابشان در فعالیت‌های عادی روزانه با آن‌ها همراه شوند و اطلاعات مفیدی در رابطه با حل مسائل روزانه یا مربوط به مراقبت از خود در بروز اضطراب در اختیار آنان قرار دهند از سلامت روانی بالاتری نسبت به سایرین برخوردار بوده‌اند. در واقع وجود حمایت‌های اجتماعی به صورت سپری در مقابل عوامل فشارزای درونی عمل کرده و توانایی مقابله با مشکلات را افزایش داده و به احساس سلامت و خوددلسوزی منجر می‌گردد. حمایت اجتماعی فراهم شده توسط دیگران با تامین منابع اجتماعی برای افراد در برخورد با فشارهای روانی، منجر به افزایش مشارکت‌های اجتماعی شده و دلبستگی اجتماعی و روابط پایدار و گرم میان افراد را افزایش می‌دهد. حمایت اجتماعی به عنوان یک محافظ بر حوادث تنیدگی‌زای زندگی عمل می‌کند، چون کیفیت عاطفی آن که با حس تعلق همراه است، اطلاعات مورد نیاز را برای کاهش نتایج زیان‌بار جسمی یا روانشناختی در برابر حوادث زندگی فراهم می‌کند. ارتباطات نزدیک و حمایت اجتماعی که توسط خانواده، دوستان، همکاران و جامعه فراهم می‌شود، ارتباط مثبتی با مقابله با مشکلات زندگی، سازگاری عمومی، کاهش درماندگی و افزایش شفقت خود دارد.

یافته‌ی پژوهش نشان داد که بین بهزیستی معنوی (بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی) با اضطراب ناشی از بیماری کرونا در بین شهروندان استان اردبیل رابطه وجود دارد و این متغیرها در پیش‌بینی اضطراب ناشی از کرونا در بین شهروندان استان اردبیل نقش دارند. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های رحمتی و همکاران (۱۴۰۰)، وکیلی و همکاران (۱۳۹۹)، شیوندی و همکاران (۱۳۹۹)، صفورایی پاریزی و همکاران (۱۳۹۸)، وایتگانکار و همکاران (۲۰۲۱)، بروراسمیت و همکاران (۲۰۱۴)، گارگامنت و همکاران (۲۰۰۲)، همسو می‌باشد.

در تبیین یافته‌ی حاضر می‌توان اینگونه بیان کرد که شیوه‌های مقابله، توانایی‌های شناختی و رفتاری هستند که توسط فرد در معرض استرس به منظور کنترل نیازهای خاص درونی و بیرونی که فشارآور بوده و فراتر از منابع فردی می‌باشند، به کار گرفته می‌شوند. در همین راستا مقابله دینی به عنوان روشی که از منابع دینی

مانند دعا، نیایش، توکل و توسل به خداوند و... برای مقابله استفاده می‌کند، تعریف شده است. یافته‌های اخیر نشان داده‌اند، از آن جا که این نوع مقابله‌ها هم به عنوان منبع حمایت عاطفی و هم وسیله ای برای تفسیر مثبت حوادث زندگی هستند و می‌توانند به کارگیری مقابله‌های بعدی را تسهیل نمایند، از این رو به کارگیری آن‌ها برای بیشتر افراد مفید است. دین به طور اعم ارتباط انسان با خالق هستی و اعتقاد به حضور دائم او، می‌تواند در ایجاد بهداشت روانی و درمان بیماری‌های روانی تأثیر بسزایی داشته باشد. داشتن معنی و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن در زندگی به منبعی والا و امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل زای، برخورداری از حمایت‌های اجتماعی و... همگی از جمله منابعی هستند که افراد متدین با برخورداری از آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی آسیب کمتری را متحمل شوند.

سلامت معنوی به واسطه نقش مقابله‌ای در برابر فشارهای روانی ناشی می‌تواند اضطراب را پیشگیری کند. زیرا باورهای شناختی افراد متدین نظیر اعتقاد به این که خداوند در سختی‌ها به انسان کمک می‌کند، اعتقاد به اینکه خداوند انسان را آزاد آفریده است و او را مسئول رفتار خودش قرار داده است و یا احساس اطمینان و آرامش از طریق نیایش، بر واکنش فرد متدین در مقابله با فشار روانی تأثیر می‌گذارد. دین از عوامل مهم و تاثیرگذار در سلامت روان است. دین چهره جهان را در نظر فرد دین‌دار گوناگون می‌سازد و طرز تلقی او را از خود، خلقت و رویدادهای پیرامون تغییر می‌دهد. هوشیاری و علی پور (۱۳۹۹) در پژوهشی تحت عنوان " نقش میانجی امید در رابطه بین هوش معنوی و اضطراب ناشی از بحران کرونا" به این نتیجه رسیدند که الف) بین اضطراب کرونا و هوش معنوی رابطه منفی معنی داری وجود دارد؛ ب) بین امید و هوش معنوی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد؛ ج) بین اضطراب کرونا و امید رابطه منفی معنی داری وجود دارد؛ د) بین اضطراب کرونا با هوش معنوی و امید، رابطه منفی و معنی دار وجود دارد؛ ه) نتایج تحلیل مسیر نشان داد هوش معنوی از طریق امید بر اضطراب کرونا اثر دارد و  $0/78$  از ارتباط بین هوش معنوی و اضطراب کرونا از مسیر امید انجام می‌شود. شیوندی و حسنوند (۱۳۹۹) در پژوهشی تحت عنوان " تدوین مدل پیامدهای روان شناختی اضطراب ناشی از اپیدمی کروناویروس و بررسی نقش میانجی‌گری سلامت معنوی" به این نتیجه رسیدند که اضطراب فراگیر تأثیری مثبت بر سطح پرخاشگری و تأثیری منفی بر کیفیت رابطه خانواده و نگرش به آینده مثبت داشت. سلامت معنوی توانست اثرات نامطلوب اضطراب فراگیر بر نگرش به آینده مثبت و کیفیت رابطه با خانواده را میانجی‌گری نماید، ولی اثر میانجی‌گرانه بر پرخاشگری نشان نداد.

فرد دین‌دار خود را تحت حمایت و لطف همه جانبه خداوند، بزرگترین نیروی موجودات می‌بیند و بدین ترتیب احساس اطمینان و آرامش و لذت معنوی عمیقی به وی دست می‌دهد. او اطمینان دارد که این حوادث و رویدادها گذرا هستند و او پاداش صبر خود را خواهد گرفت. فرد دین‌دار با هموعان و اطرافیان خود رابطه خوب و مبتنی بر احترام مقابل و محبت برقرار می‌کند (کراوس، ۲۰۰۳).

با یک دید کلی می‌توان در اهمیت نقش مذهب و نهادهای مذهب این‌گونه بیان داشت که سلامت معنوی به عنوان یک سامانه وسیع متشکل از برنامه‌های زیادی برای هدایت است، شامل عناصری از خودکنترلی نیز هست، زیرا راهنمایی‌ها و قواعد خاص اخلاقی به منظور کنترل نفس و امتناع از برخی رفتارها را در اختیار فرد قرار می‌دهد؛ دانش و مهارتی که فرد از این طریق کسب می‌کند، می‌تواند مانع از اضطراب یا سایر رفتارهای آسیب‌زا باشد (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۸). در واقع سلامت معنوی و مذهب از تاثیر فشارهای زندگی بر اختلالات روانی از جمله اضطراب می‌کاهد. عقاید و باورهای مذهبی و معنوی به عنوان عوامل حمایتی یا حائلی هستند که از طریق دادن امید، قدرت و معنابخشی به زندگی، فشار روانی زندگی را کم می‌کند و کیفیت زندگی را در زنان بهبود می‌بخشد.

#### ۲-۵- محدودیت‌های پژوهش

- محدود بودن به منطقه جغرافیایی خاص (استان اردبیل) و محدود بودن امکان تعمیم نتایج آن به سایر مناطق جغرافیایی.
- محدودیت دیگر این پژوهش انجام پژوهش با روش همبستگی و عدم امکان استنباط روابط علی بین متغیرها است.
- انجام پژوهش با رویکرد کمی و استفاده صرف از پرسشنامه برای جمع‌آوری داده‌ها.

#### ۳-۵- پیشنهادهای پژوهشی

- پژوهش در مناطق جغرافیایی دیگر انجام پذیرد تا امکان تعمیم نتایج حاصل شود.
- پیشنهاد می‌شود در آینده پژوهش‌هایی از این نوع با روش آزمایشی انجام پذیرد تا امکان استنباط روابط علی بین متغیرها فراهم شود.
- در پژوهش‌های آتی علاوه بر پرسشنامه، از سایر ابزارهای اندازه‌گیری همچون مصاحبه‌های بالینی نیز استفاده شود.

## ۵-۴- پیشنهادهای کاربردی

- پیشنهاد می‌شود کلینیک‌های مشاوره و روان‌درمانی کارگاه‌های آموزشی آنلاین در ارتباط با ارتقای سرمایه‌های روانشناختی، حمایت اجتماعی ادراک شده و بهزیستی معنوی در جهت کاهش سطح اضطراب ناشی از بیماری کرونا برای عموم مردم تدارک ببینند و آنها را به اجرا درآورند.
- با توجه به اینکه سرمایه‌های روانشناختی (تاب‌آوری، خوش‌بینی، خودکارآمدی، امیدواری) با اضطراب ناشی از کرونا دارای همبستگی منفی معنی‌دار می‌باشد لذا می‌توان با آموزش مداخلات مبتنی بر سرمایه‌های روانشناختی در جهت کاهش اضطراب ناشی از کرونا قدم‌های موثری برداشت.
- استفاده از راهکارهای ساده مانند بولتن‌های خبری تلویزیونی، پرکاربردترین منبع اطلاع‌رسانی پیام‌های سلامت جهت رفع نگرانی بیماری در کوید-۱۹ شناسایی شده و سپس شبکه‌های اجتماعی می‌تواند در این زمینه بسیار موثر واقع شوند.
- برگزاری کارگاه‌های آموزشی و حمایتی به صورت مجازی به منظور کاهش اضطراب ناشی از کرونا در آنان.
- پیشنهاد می‌شود برنامه‌های مداخله در بحران به منظور کاهش فشار روانی ناشی از کرونا به صورت مجازی یا حضوری با رعایت پروتکل‌های پیشنهادی ترتیب داده شود.
- پیشنهاد می‌شود رسانه‌ها، برنامه‌هایی به منظور افزایش سلامت معنوی و سرمایه روانشناختی در افراد جامعه به اجرا بگذارند تا از شدت فشار روانی افراد در دوران همه‌گیری کرونا کاسته شود.
- با توجه به نقش موثر خانواده به عنوان یکی از نهادهای اصلی و منبع حمایت اجتماعی در کاهش فشار روانی ناشی از کرونا می‌توان با آموزش‌هایی در جهت افزایش عوامل موثر در بهبود حمایت خانواده از اضطراب ناشی از کرونا نقش موثری در کاهش فشار روانی افراد برداشت.

## فهرست منابع و مآخذ:

- ابوالقاسمی، عباس، تقی پور، مریم و نریمانی، محمد. (۱۳۹۱). ارتباط تیپ شخصیتی D، خوددلسوزی و حمایت اجتماعی در بیماران کرونا قلبی. *مجله روانشناسی سلامت*، ۳(۱)، ۱-۱۳.
- اتکینسون، ریتال و اتکینسون، ریچارد سی و اسمیت، ادواردی و بم، داریل ج و نولن، سوزان. (۱۹۹۵). *زمینه روانشناسی هیلگارد* (ترجمه محمد نقی براهنی، بهروز بیرشک، مهرداد بیک، رضا زمانی، سعید شاملو، مهرناز شهر آرای، یوسف کریمی، نیسان گاهان، مهدی محی الدین، کیانوش هاشمیان، ۱۳۸۵). تهران: رشد.
- اثرزاده، رضا؛ بجانی، حسین و ملکی نیا، عماد. (۱۳۹۰). بررسی خودکارآمدی نیروی انسانی در سازمان ها و ارائه ی الگوی مفهومی برای سنجش آن. *دوماهنامه ی توسعه ی انسانی پلیس*، ۸(۳۲).
- احمدی، خدابخش. (۱۳۷۶). *خودشناسی در روان شناسی*. تهران: انتشارات مکیال.
- اصغرنژاد، فرید، بوالهدی، جعفر و دماغی، پرویز. (۱۳۸۶). اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر پایه تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرحواره‌های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۳(۴)، ۳۷۵-۳۶۶.
- اعتمادی، عذرا و نوابی نژاد، شکوه و احمدی، سیداحمد و فرزاد، ولی اله. (۱۳۸۴) بررسی اثربخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری بر صمیمیت زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره در شهر اصفهان. *مجله مطالعات روان شناختی*، ۲(۱ و ۲)، ۸۷-۶۹.
- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۱۹۹۴). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی*. (ترجمه محمد رضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس، ۱۳۸۴). تهران: سخن.
- ایروانی، جواد و عارفی ورام، نرگس. (۱۳۹۷). تاثیر عملکرد انسان بر رخدادهای طبیعی از دیدگاه قرآن. *فصلنامه مشکوه*، ۱۴۰(۱)، ۵-۲۸.
- ایروانی، جواد. (۱۳۹۷). *نقش عملکرد افراد در وقوع حوادث طبیعی از دیدگاه روایات*. نشریه آموزه های حدیثی. ۲(۱)، ۳.
- آتش پور، سید حمید، گل پرور، محسن و آقایی، اصغر. (۱۳۹۱). روانشناسی اعتیاد و سبب شناسی و درمان. اصفهان: دانشگاه آزاد اسلامی خوارسگان.
- آسایش، حمید، قربانی، مصطفی، سالاری، هادی، منصوریان، مرتضی، صفری، رویا (۱۳۸۹). ارتباط ویژگی‌های فردی و خانوادگی با گرایش افراد به سوء مصرف مواد مخدر. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۱۲(۴)، ۹۹-۹۱.
- آقایوسفی، علیرضا و شریف، نسیم. (۱۳۹۰). رابطه‌ی سبک‌های حل مسئله و بهزیستی شخصی در دانشجویان. *اندیشه و رفتار*، ۶(۲۲)، ۸۸-۷۹.

آقایوسفی، علیرضا؛ صفاری‌نیا، مجید؛ ایمانی‌فر، حمیدرضا، (۱۳۹۴)، اثربخشی عمل به باورهای دینی بر تاب‌آوری و سرسختی روان‌شناختی بین طلاب علوم دینی و دانشجویان. *مجله‌ی پژوهش در مسائل تعلیم و تربیت اسلامی*، ۲۸(۲۳)، ۱۴۷-۱۳۱.

بادان فیروز، علی؛ بابامحمدی، مهسا و صباحی، پرویز. (۱۳۹۶). افسردگی در دانشجویان پیراپزشکی: نقش پیش‌بینی‌کننده بهزیستی معنوی و امید. *دین و سلامت*، ۵(۱)، ۵۰-۴۰.

بحرینیان، عبدالمجید، و یآوری کرمانی، مریم. (۱۳۸۸). رضایتمندی جنسی و رضایتمندی زندگانی. *فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی*، شماره ۵۱ و ۵۲، ۶۷-۸۵.

بخشایش، علیرضا، و مرتضوی، مهناز. (۱۳۸۸). رابطه رضایت جنسی، سلامت عمومی و رضایت زناشویی زوجین. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۳(۴)، ۸۵-۷۳.

بخشایشی، فرح. (۱۳۸۶). *رابطه باورهای کارآمدی جمعی و باورهای خودکارآمدی با فرسودگی شغلی معلمان مقطع ابتدایی شهر کرمان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

برک، لورا. (۲۰۰۷). *روانشناسی رشد*. (ترجمه یحیی سیدمحمدی، ۱۳۸۹). تهران: انتشارات رشد. بشرپور، سجاد. (۱۳۹۲). ارتباط سبک‌های مقابله‌ای و حمایت اجتماعی با استرس ادراک شده. *مطالعات روانشناختی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء*، ۹(۲).

بطلانی، سعیده. (۱۳۸۷). *بررسی تأثیر آموزش سبک‌های دلبستگی بر صمیمیت جنسی و رضایت زناشویی زوجین شهر اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.

بطلانی، سعیده، احمدی، احمد، بهرامی، فاطمه، شاه‌سیاه، مرضیه، و محبی، سیامک. (۱۳۸۹). تأثیر زوج‌درمانی مبتنی بر دلبستگی بر رضایت و صمیمیت جنسی. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ۲، ۴۹۶-۵۰۵.

بهاری، فرشاد، (۱۳۹۰). *مبانی امید و امید‌درمانی (راهنمای امید‌آفرینی)*، چاپ اول، تهران: انتشارات دانژه.

بیابانگرد، اسماعیل. (۱۳۸۲). *روش‌های افزایش عزت‌نفس در کودکان و نوجوانان*. چاپ هفتم، تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان.

بیرشک، بهروز، پرویزی‌فرد، علی‌اکبر و عاطف وحید، محمد کاظم. (۱۳۸۰). بررسی همبودی اختلال‌های خلقی و اضطرابی در معتادان جویای درمان و افراد بهنجار. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۷(۱ و ۲)، ۵۴-۴۵.

پاشا، غلامرضا و صفرزاده، سحر و مشاک، رویا. (۱۳۸۶). مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۳(۹). پروین، لارنس و جان، ایور. شخصیت: نظریه و پژوهش. (ترجمه محمد جوادی و پروین کدیور، ۱۳۹۵)، تهران: آبیژ.

پورمحمدرضایتجریشی، معصومه و میرزمانی بافقی، سیدمحمود. (۱۳۸۶). ارتباط بین فعالیت سیستم های مغزی-رفتاری، حمایت اجتماعی و افسردگی. *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۷(۲۶). ۲۳۱-۲۳۱.

ترکی، عاطفه، صالحی، مهرداد و فاتحی زاده، مریم السادات. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر آموزش شناختی- رفتاری زوجین در کاهش گرایش به مواد بيماران وابسته به مواد تریاکی در شهر اصفهان. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۲(۸)، ۳۸۲-۳۷۱.

تقوی، ابراهیم. (۱۳۸۶). *کنکاش بیولوژیکی از چگونگی تاثیرات مخدرها بر سلسله اعصاب مرکزی و سیستم‌های دیگر*. تهران: جهاد دانشگاهی.

تقی‌زاده، محمد احسان (۱۳۷۹). *باد بی آرام نوجوانی*. اصفهان: انتشارات یکتا. جعفر زادگان، تورج و زارعی، فرامرز. (۱۳۸۰). بررسی رابطه عزت نفس و مصرف سیگار در بین دانش آموزان پسر دبیرستان‌های استان قزوین. *دفتر پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر آموزش و پرورش*، ۴(۱۰)، ۱۶۹-۱۵۴.

جلیلیان کاسب، فاطمه؛ حجت خواه، سیدمحسن و رشیدی، علیرضا. (۱۳۹۵). بررسی نقش میانجی گری سرسختی روان شناختی در رابطه بین جهت گیری مذهبی، خودکارآمدی و خودپنداره با گرایش به اعتیاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۰(۴۰)، ۱۶۰-۱۴۵.

جهانگیری، بیژن. (۱۳۸۹). *راهنمای شناخت و درمان اعتیاد در ایران*. تهران: انتشارات ارجمند. چیرلو، استفانو، برینی، آرکامبازو و جی و مازاآر. (۲۰۰۹). *اعتیاد به مواد مخدر در آینه روابط خانوادگی* (ترجمه سعید پیر مرادی، ۱۳۹۰). اصفهان: امام.

حبیب‌نژاد، سیداحمد و عامری، زهرا. (۱۳۹۹). نظام مداخلات حمایتی دولت از گروه های آسیب پذیر در وضعیت های بحرانی و اضطراری با تاکید بر همه گیری کرونا. *فصلنامه حقوق اسلامی*، ۵(۶۴)، ۱۸۱-۲۰۴.

حریریان، حمیدرضا، آقاجانلو، علی، غفوری فرد، منصور. (۱۳۹۲). بررسی وضعیت حمایت اطلاعاتی و حمایت ابزاری از بیماران همودیالیزی بیمارستان‌های زنجان در سال ۱۳۹۲. *مجله مراقبت‌های پیشگیرانه در پرستاری و مامایی*، ۱(۱)، ۳۰-۲۵.



حسن آبادی، حمیدرضا. (۱۳۸۵). مقایسه میزان اثربخشی به روش گروه درمانی عقلانی عاطفی، وجودی، افسانگرایانه معنوی- مذهبی در افزایش عزت نفس زندانیان مرد زندان مرکزی مشهد. رساله دکتری رشته مشاوره خانواده، دانشگاه تربیت معلم.

حسین خانی، محمد؛ مرادیانی گیزه رود، خدیجه، ۱۳۹۳، تأثیر امنیت در مدرسه بر تاب‌آوری: نقش واسطه‌ای عزت نفس و حل مسئله، مجله‌ی اندیشه‌های نوین تربیتی، ۱۰(۳)، ۱۲۱-۱۰۳.

حقیقی، جمال، موسوی، محمد، مهربانی زاده، مهناز و بشلیده، کیومرث. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی و عزت نفس دانش آموزان دختر سال اول دوره متوسطه. مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، ۳(۱۳)، ۷۸-۶۱.

حیدری، علیرضا و جعفری، فرزانه. (۱۳۸۸). مقایسه کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و سلامت عمومی افراد آلوده به ویروس ایدز با افرادی عادی شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اهواز.

خمسه، اکرم. (۱۳۸۸). راهبردهای جدید در زوج درمانی. تهران: نشر ارجمند.

دادستان، پریخ (۱۳۹۴). شکل‌گیری اضطراب در جریان تحول و بررسی تجربی آن در دوره نوجوانی. مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه تهران، ۲(۱۵)، ۹۸-۸۱.

داودی، ایران؛ نرگسی، فریده؛ و مهربانی زاده، هنرمند (۱۳۹۱). تفاوت‌های جنسیتی در اضطراب سلامتی و باورهای ناکارآمد مرتبط با آن: با کنترل متغیر سن. فصلنامه روانشناسی سلامت، ۱(۳)، ۳۸-۳۰.

داودی، ایران، زرگر، یداله، مظفری پورسی سخت، الهام، نرگسی، فریده، و مولی، کریم. (۱۳۹۱). رابطه فاجعه‌سازی درد، روان رنجورخویی، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله با ناتوانی عملکردی در بیماران روماتیسمی. روانشناسی سلامت، ۱، ۷۳-۵۹.

دیویسیون، جeraldسی و گلدفرید، ماروین آر. (۲۰۰۸). رفتار درمانی بالینی. (ترجمه احمد احمدی علون آبادی، ۱۳۹۰). تهران: مرکز نشر دانشگاهی.

راجرف جان، و مک ویلیامز، پیتر. تفکر منفی. (ترجمه مهدی قراچه داغی، ۱۳۷۰). تهران: شباهنگ.

رجبی، محسن و عطاری، عاطفه. (۱۳۸۳). راهنمای مقیاس انتظارات خودکارآمدی شغلی فرم آ، مجموعه مقالات اولین همایش نقش راهنمایی و مشاوره شغلی در بازار کار تهران. انتشارات معیوبی.

رحمتی، امین؛ براتی سده، فرید و تیبک، محمدتقی. (۱۴۰۰). رابطه سبک زندگی اسلامی و عوامل شخصیت با شادکامی و بهباشی روان شناختی. فصلنامه روانشناسی و دین، ۵۳، ۹۷.

رحیمی ریسه، زینب؛ ارشادی، محمدمهدی و شهابی حقیقی، سیدحمیدرضا. (۱۳۹۹). تجزیه و تحلیل مبتنی بر سناریو شروع کرونا در ایران توسط مدل‌سازی پویایی‌شناسی سیستم‌ها- با محوریت سیستم حمل و نقل. فصلنامه علمی پژوهشنامه حمل و نقل، ۱۷(۲)، ۴۷-۳۳.

رستاک، ریچارد. (۲۰۰۶). مغز آخرین مرز (ترجمه هوشنگ گودرزی، ۱۳۸۹). تهران: دانا.

ریاحی، محمد اسماعیل؛ وردی نیا، اکبر علی و پور حسین، سیده زینت. (۱۳۸۹). بررسی رابطه‌ی بین حمایت اجتماعی و سلامت روان. فصلنامه‌ی علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۱۰(۳۹).

ری، دانیل و دیلسون، ترنس. (۲۰۱۰). رفتار درمانی، کاربرد و بازده (ترجمه نسرین پودات، علی اکبر سیف و میر افیض، ۱۳۹۱). تهران: فردوس.

ساراسون، ایوجین و ساراسون، باربارا. (۲۰۰۳). روانشناسی مرضی (ترجمه نجاریان و همکاران، ۱۳۸۳). تهران: رشد.

سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۱). گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۱: سلامت روان: درکی نو، امیدی نو. ترجمه و ویرایش: امیر عباس فتاح زاده و دیگران (۱۳۸۲). تهران: موسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ.

سراج خرمی، ناصر. (۱۳۹۰). شناخت، پیشگیری و درمان اعتیاد. دزفول: افهام

سعادت، محمد صادق. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های هم‌دلی به صورت گروهی بر افزایش صمیمیت زوج‌های شهر شیراز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.

سیاسی، علی اکبر. (۱۳۹۵). نظریه‌های شخصیت، مکاتب روانشناسی. تهران: نشر دانشگاه تهران، موسسه انتشارات و چاپ.

سیف، علی اکبر. (۱۳۸۸). تغییر رفتار و رفتار درمانی. تهران: نشر دوران.

شاملو، سعید (۱۳۸۱). سلامت روان. تهران: انتشارات رشد.

شاملو، سعید. (۱۳۹۱). مکتب‌ها و نظریه‌ها در روانشناسی شخصیت. تهران: انتشارات رشد.

شعبانی، سمیه؛ دلاور، علی؛ بلوکی، آزاده؛ مام شریفی، اسماعیل. ۱۳۹۱. بررسی روابط خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و خوشبینی در پیش‌بینی کنندگی بهزیستی ذهنی جهت تدوین مدل ساختاری در دانشجویان. فصلنامه مطالعات بالینی، ۹(۲).

شفیع‌آبادی، عبدالله. (۱۳۹۹). راهنمایی و مشاوره شغلی و تحصیلی. چاپ هفتم، تهران: انتشارات رشد.

شولتز، دوان و شولتز، سیدنی آلن. (۲۰۰۵). نظریه‌های شخصیت. (ترجمه یحیی سیدمحمدی، ۱۳۹۵). تهران: انتشارات ویرایش.

شیوندی، کامران و حسنونند، فصل الله. (۱۳۹۹). تدوین مدل پیامدهای روان شناختی اضطراب ناشی از اپیدمی کروناویروس و بررسی نقش میانجی گری سلامت معنوی. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۶(۴۲)، ۳۶-۱.

صدرالسادات، سید جلال و شمس اسفند آباد، حسن. (۱۳۸۰). عزت نفس در افراد با نیازهای ویژه تهران. انتشارات بهزیستی کشور و دانشگاه علوم بهزیستس و توانبخشی.

صدری دمیرچی، اسماعیل و محمدی، نسیم. (۱۳۹۵). نقش جهت گیری مذهبی و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی بهزیستی معنوی جانبازان. فصلنامه طب جانباز، ۹(۳)، ۱۳۱-۱۲۷.

صفورایی و پاریزی. (۱۳۸۶). «بررسی ارتباط سلامت روان با مذهب درونی و بیرونی در شهر کاشان»، فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، ۳(۱۰)، ۸۸-۶۵.

طرقه، میترا؛ علی اکبری دهکردی، مهناز؛ علیپور، احمد، ۱۳۹۴، ارتباط شوخ طبعی با میزان فرسودگی شغلی و تاب آوری پرستاران. مجله‌ی پرستاری و مامایی جامع‌نگر، ۲۵(۷۶)، ۶۴-۵۷.

عاشوری، احمد، ملازاده، جواد و محمدی، نوراله. (۱۳۸۷). اثر بخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری در بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و پیشگیری از عود در افراد معتاد. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۴(۳)، ۲۸۸-۲۸۱.

عباسی، قدرت الله و احمدی، رقیه. (۱۳۹۹). بررسی نقش حمایت اجتماعی، تنظیم هیجانی و بهزیستی معنوی در اضطراب ویروس کرونا. مجله مطالعات اسلامی در حوزه سلامت، ۴(۴)، ۶۲-۵۳.

عبدالحسینی، فاطمه. (۱۳۸۸). اثربخشی برنامه غنی‌سازی و ارتقای زندگی و درمان عقلانی- هیجان- رفتاری بر بهبود شاخص‌های درمان اعتیاد در زنان سوء مصرف کننده مواد. پایان نامه کارشناسی ارشد. منتشر شده، دانشگاه فردوسی.

عبداله زاده رافی، مهدی، حسن زاده، مریم، احمدی، شکوفه، طاهری، محمد و حسینی، محمدعلی. (۱۳۹۱). رابطه حمایت اجتماعی با افسردگی و اضطراب سه ماهه سوم بارداری. نشریه پژوهش پرستاری، ۷(۲۶)، ۱۰-۱.

عبداللهی، احمد. (۱۳۸۵). نقش خودکارآمدی در توانمند سازی کارکنان تهران. نشریه تدبیر ماهنامه علمی و آموزشی در زمینه مدیریت، ۱۲(۱۶۸).

عسگرپور، احمد. (۱۳۸۸). بررسی کارکردهای اجرایی در افراد بهنجار، بیماران وابسته به هروئین و افراد در پرهیز. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران

عسگری، پرویز و شرف الدین، هدا. (۱۳۸۹). رابطه اضطراب اجتماعی، امیدواری و حمایت اجتماعی با احساس ذهنی بهزیستی در دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اهواز.

عطادخت، اکبر، نریمانی، محمد، احدی، بتول، ابوالقاسمی، عباس، زاهد، عادل و ایران‌پرور، منوچهر. (۱۳۹۲). بررسی روانشناختی بیماران دیابتی و ارتباط آن با حمایت اجتماعی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، ۱۳(۲)، ۱۹۵-۲۰۵.

علی اکبری، مهناز؛ عیسی‌زاده، فاطمه و آقاجانبگلو، سوسن. (۱۳۹۹). پیامدهای روانی اجتماعی مبتلایان به بیماری کرونا و ویروس جدید (کوئید ۱۹): یک مطالعه کیفی. *مجله ایرانی روانشناسی سلامت*، ۲(۲)، ۹-۲۰.

علی‌پور، احمد؛ قدمی، ابوالفضل؛ علی‌پور، زهرا و عبدالله‌زاده، حسن. (۱۳۹۸). اعتباریابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا در نمونه ایرانی، نشریه علمی روانشناسی سلامت، ۸(۴)، ۱۷۵-۱۶۳. علیپور، فردین. سجادی، حمیرا. فروزان، آمنه. بیگلریان، اکبر (۱۳۸۸). نقش حمایت‌های اجتماعی در کیفیت زندگی سالمندان. *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۹(۳۳).

علیزاده‌فرد، سوسن و صفاری‌نیا، مجید. (۱۳۹۸). پیش‌بینی سلامت روان بر اساس اضطراب و همبستگی اجتماعی ناشی از بیماری کرونا. *فصلنامه پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۳۶، ۱۴۱-۱۲۹.

علیزاده، توران. (۱۳۸۲). *بررسی رابطه عزت‌نفس و منبع کنترل درونی- بیرونی با استرس ناباوروری زنان و مردان ناباور شهر تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت معلم تهران. عمید، حسن (۱۳۷۱). *فرهنگ عمید*. تهران، انتشارات امیرکبیر، چاپ هشتم.

عینی، ساناز؛ عبادی، متینه و ترابی، نغمه. (۱۳۹۹). تدوین مدل اضطراب کرونا در دانشجویان براساس خوش‌بینی و تاب‌آوری: نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده. *فصلنامه ابن‌سینا*، ۲۲(۱)، ۱۷-۲۸.

فرح بیجاری، اعظم؛ پیوسته‌گر، مهرانگیز؛ صدر، مهدیه سادات، ۱۳۹۴، رابطه‌ی تاب‌آوری با ابعاد پنجگانه‌ی شخصیت و اختلالات بالینی افسردگی، اضطراب و جسمانی‌سازی در دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه الزهرا (س). *مجله‌ی مطالعات روان‌شناختی*، ۳(۱۱)، ۷۸-۵۳.

قاسمی جوبنه، رضا؛ زهراکار، کیانوش؛ همدی، میثم و کریمی، کامبیز. (۱۳۹۴). نقش سلامت معنوی و ذهن آگاهی در سرمایه روان‌شناختی دانشجویان. *پژوهش در آموزش پزشکی*، ۲(۸)، ۲۷-۳۶. قربان حسینی، علی اصغر. (۱۳۸۸). *پژوهشی نو در مواد مخدر و اعتیاد*. تهران: امیر کبیر.

کاپلان، سادوک. (۲۰۰۳). *خلاصه روانپزشکی* (ترجمه نصرت ا. پور افکاری، ۱۳۸۴). تهران: شهرآب. کارلسون، نایل آر. (۱۹۹۵). *مبانی، روانشناختی فیزیولوژیک* (ترجمه مهرداد پژهان، ۱۳۷۴). اصفهان: غزل.

- کارولا، رابرت و جی، ئی هارلی و سی، آرنوباک. (۱۹۹۷). *آناتومی و فیزیولوژیکی اینانی* (ترجمه محمد رضا واعظ مهدوی و امیر حسین تکیان، ۱۳۷۶). تهران: علمی و فرهنگی.
- کاکابرای، کیوان؛ ارجمنیا، علی اکبر؛ افروز، غلامعلی. ۱۳۸۹. رابطه سبک های مقابله ای و حمایت اجتماعی ادراک شده با مقیاس های بهزیستی روانی در بین والدین با کودکان استثنایی و عادی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۸۹. *مجله روانشناسی افراد استثنایی*، شماره ۷.
- کاکاوند، علیرضا؛ شیرمحمدی، فرهاد؛ جعفری جوزانی، عسل و حاجی امیدی، سمیرا. (۱۳۹۹). نقش میانجی ناگویی هیجانی و اضطراب ناشی از کرونا در ارتباط بین تاب آوری با تعارضات زناشویی. *فصلنامه مطالعات روانشناختی*، ۱۶(۴)، ۱۵۹-۱۴۳.
- کرتیس، جی، آنتونی. (۲۰۰۲). *روان شناسی سلامت*. (ترجمه، فرامرز سهرابی، ۱۳۸۲). تهران: طلوع دانش.
- کریمی، صلاح‌الدین؛ شریفیان‌ثانی، مریم؛ رفیعی، حسن؛ محمدی، فرحناز؛ حسینی، محبوبه؛ ضمیران، بهاره؛ احمدی، سینا، صفوی، عیسی؛ پیکانی، تکتک، ۱۳۹۴، تجارب تاب‌آوری جوانان در برابر سوء مصرف مواد: یک مطالعه کیفی، *دوماهنامه‌ی علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۹(۴)، ۲۳۰-۲۲۲.
- کریمی، سعید. (۱۳۹۰). *شناسایی فرایند تاب‌آوری نوجوانان و جوانان محله دروازه غار تهران*، در برابر سوء مصرف مواد، پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- گروسی فرشی، میر تقی (۱۳۸۰). *رویکردهای نوین در ارزیابی شخصیت*. چاپ اول، تبریز: انتشارات دانیال.
- گلدنبرگ، ایرنه. گلدنبرگ، هربرت. (۱۳۸۷). *خانواده درمانی*. ترجمه حمیدرضا حسین شاهی برواتی، سیامک نقشبندی، الهام ارجمنند. تهران، انتشارات: روان.
- گنجی، حمزه. (۱۳۹۷). *راهنمای کامل تغییرات و نکات ضروری DSM-5*. چاپ سوم، تهران: نشر ساوالان.
- لازاروس، ریچارد اس؛ لازاروس، برتایس ان. (۲۰۰۲). *کنار آمدن با سالمندی*، ترجمه‌ی جعفر نجفی زند، ۱۳۸۷، تهران: انتشارات دانژه.
- لشنی، فرانک؛ حسنی، نعمت و صفاری، حمید. (۱۳۸۹). ارائه مدل مدیریت توان بخشی فیزیکی معلولان، سالمندان و مصدومین در شرایط اضطراری (زلزله). *فصلنامه دانش پیشگیری و مدیریت بحران*، ۹(۲)، ۱۶۷-۱۷۸.

لیندزی، اس جی وئی و جیو پاول، تی. (۲۰۰۸). *اصول روانشناسی بالینی بزرگسالان* (ترجمه هامایاک آوادیس و محمد رضا نیکخواه، ۱۳۸۹). تهران: بیکران.

ماکسول، ماتز. (۲۰۰۱). *روان‌شناسی خودپنداره*. (ترجمه احمد تقی‌پور، ۱۳۸۵). تهران: انتشارات بنیاد. مبینی دهکردی، مصطفی و پیرانی، طاهره. (۱۳۹۶). *بلایای طبیعی: راهکارهای کاهش آسیب‌ها، مدیریت بحران و نقش صندوق بین‌المللی پول*. *فصلنامه اقتصاد شهر*، ۱(۳)، ۲۵.

مجیدیان، فرزانه. (۱۳۸۴). *بررسی رابطه باورهای خودکارآمدی و سخت‌رویی با استرس شغلی*. *مدیران مقطع متوسطه شهر سنندج*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران

محسنی، نیک‌چهره. (۱۳۷۵). *ادراک خود از کودکی تا بزرگسالی*. تهران: انتشارات سمت. محمدی، ابوالفضل؛ آقاجانی، میترا؛ زهتاب‌آور، غلام‌حسین، (۱۳۹۰)، *ارتباط اعتیاد، تاب‌آوری و مؤلفه‌های هیجانی، مجله‌ی روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۷(۲)، ۱۴۲-۱۳۶.

محمدی، نسیم. (۱۳۹۵). *اثربخشی آموزش خود-دلسوزی شناختی بر خودکارآمدی و سلامت روان زنان سرپرست خانوار*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه محقق اردبیلی.

مدارا، فرهاد؛ ساروخانی، دیانا؛ ولی‌زاده، رضا؛ و ساروخانی، ماندانا. (۱۳۹۶). *بررسی میانگین نمره اضطراب در ایران: مرور سیستماتیک و متاآنالیز*. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۵(۲)، ۱۸۱-۲۱۰.

مددی، عباس و نوغانی، فاطمه. (۱۳۹۱). *درسنامه اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر*. تهران: جامعه‌نگر. مرتضوی، نرگس سادات و یاراللهی، نعمت‌الله، (۱۳۹۴)، *فراتحلیل رابطه‌ی بین تاب‌آوری و سلامت روان، مجله‌ی اصول بهداشت روانی*، ۱۷(۳)، ۱۰۸-۱۰۳.

مظفری، فاطمه (۱۳۹۲). *نقش تشخیصی تنظیم هیجان و حمایت اجتماعی در معنادان گمنام و معنادان تحت درمان نگهدارنده‌ی متادون*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خوارزمی، تهران.

مظلومی، سیدسعید، سعیدی، معصومه، واحدیان، محمد، جلال‌پور، زهرا و کیانی، محمدعلی. (۱۳۹۲). *تاثیر فرسودگی شغلی بر حمایت اجتماعی و عزت نفس پرسنل بهداشتی درمانی شهرستان یزد*. *فصلنامه علمی پژوهشی طب کار*، ۵(۱).

معارف‌وند، معصومه. (۱۳۹۰). *ارزیابی تاثیر مداخلات اجتماع محور پیشگیری از عود در مانایی معنادان در درمان به روش پرهیز مدار و ایمان مدار*. پایان‌نامه دکتری مددکاری اجتماعی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.

مکی‌آبادی، زهرا سادات (۱۳۸۱). *رابطه خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان شناختی دانشجویان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه تربیت معلم تهران.

مولایی یساولی، هادی؛ عبدی، منصور، (۱۳۹۴)، مقایسه‌ی تاب‌آوری و راهبردهای مقابله با فشار روانی در افراد وابسته به مواد و عادی، فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۴(۱)، ۲۹-۲۴.

میرابی، رامانا. (۱۳۸۴). بررسی و مقایسه عزت‌نفس و خودپنداره با پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان پایه سوم راهنمایی مدارس مجری طرح آموزش جهانی با مدارس عادی در شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت معلم تهران.

میراحمدی‌زاده، علی، نفعی‌امروودی، نجف، طباطبایی، سید حسین رافعی، و شفیع‌یان، رضا. (۱۳۹۲). رضامندی زناشویی و تعیین عوامل تاثیرگذار بر آن در شیراز. اندیشه و رفتار، ۸(۴)، ۶۳-۵۶.

میلانی فر، بهروز (۱۳۸۲). *بهداشت روانی*. تهران: انتشارات ققنوس.

نابدل، یونس. (۱۳۹۲). *راهنمای پزشک در درمان وابستگی به مواد افیونی*. تهران: ارجمند.

ناروئی، پرک؛ رضا عبدالهی و علی سلطانی. (۱۳۹۴). *اختلال استرس پس از سانحه در بازماندگان بلایای طبیعی، همایش علمی پژوهشی زلزله دیروز، امروز، فردا، اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر*.

نریمانی، محمد و عینی، ساناز. (۱۴۰۰). مدل علی اضطراب و ویروس کرونا در سالمندان براساس تنیدگی ادراک شده و حس انسجام: نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده. *فصلنامه روانشناسی پیری*، ۷(۱)، ۲۷-۱۳.

نریمانی، محمد. (۱۳۷۷). *بررسی علل اعتیاد و راه‌های پیشگیری از آن در معتادان شهرهای اردبیل، خلخال و پارس آباد*. تبریز: فرمانداری تبریز.

نظری، علی محمد. (۱۳۸۳). *بررسی و مقایسه تأثیر برنامه غنی سازی ارتباط و مشاوره راه حل محور بر رضایت زناشویی زوج‌های هر دو شاغل*. رساله دکتری رشته مشاوره، دانشگاه تربیت معلم تهران. نیکخو، محمد رضا و آوادیس یانس، هامایاک. (۱۳۷۶). *اصول روانپزشکی بالینی*. (چاپ اول). تهران: سخن.

وکیلی، سمیرا؛ ریاضی، زهره؛ صفارپور دهکردی، سپیده و ثناگوی محرر، غلامرضا. (۱۳۹۹). نقش فراهیجان‌های مثبت و منفی، باورهای مذهبی و تاب‌آوری در پیش‌بینی اضطراب کرونا مبتلایان به بیماری دیابت نوع دو. *مجله پژوهش‌های پرستاری ایران*، ۱۵(۴)، ۹۲-۸۳.

وندر زندن، جیمز (۱۳۸۳). *روانشناسی رشد*. ترجمه: حمزه گنجی. تهران: انتشارات بعثت.

هاشمی، بهروز. (۱۳۸۵). *تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر رشد اجتماعی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان مقطع راهنمایی شهرستان بروجن در سال تحصیلی ۱۳۸۵-۱۳۸۴*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان اصفهان.

هاشمی، عثمان. (۱۳۸۷). بررسی رابطه مفهوم خود کلی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت معلم تهران.

هوشیاری، جعفر و علی پور، احمد. (۱۳۹۹). نقش میانجی امید در رابطه بین هوش معنوی و اضطراب ناشی از بحران کرونا. *مجله پژوهش‌های روانشناسی اسلامی*، ۳(۱)، ۷۴-۵۹.

Al-Rabiaah A, Temsah MH, Al-Eyadhy AA, Hasan GM, Al-Zamil F, Al-Subaie S, et al. (2020). Middle East Respiratory Syndrome-Corona Virus (MERS-CoV) associated stress among medical students at a university teaching hospital in Saudi Arabia. *Journal of Infection and Public Health*, 27: 49-54.

Alvord, C. B., Bcgardiana, H. (2006). Resiliency determinants and resiliency processes among female adult. *Surn Child Sex Abuse*, 10: 125-130.

Ando M, Morita T, Miyashita M, Sanjo M, Kira H, Shima Y. (2010). Effects of bereavement life review on spiritual wellbeing and depression. *J Pain Symptom Manage*, 40(3):453-9.

Archer, J., (1997). Why do people love their pets? *Evolution and Human Behavior*, 18 (4), 237-259.

Asher, S.R., & Paquette, J.A. (2003). Loneliness and peer relation in childhood. *Current Directions in Psychological Science*, 12 (3), 75-78.

Avey, B, (2006), The implications of positive psychological capital on employee absenteeism, *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 13(2), 231-248.

Avey, JB. Wernsing, TS. & Luthans, F. (2018). Can positive employees help positive organizational change? Impact of psychological capital and emotions on relevant attitudes and behaviors. *J Appl Behav Sci*. 44(1):48- 70. Baily TC, Snyder CR. (2017). Satisfaction with life and hope: a look at age and marital status. *Psychol Rec*. 57(2):233-40.

Bagarozzi, D.A. (2001). *Enhancing Intimacy in Marriage: A Clinician's Handbook*. Brunner-Routledge.

Bajema K.L., Oster A.M., McGovern O.L. (2020). Persons Evaluated for 2019 Novel Coronavirus —United States, *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. ePub: February 7, 2020. DOI: dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6906e1.

Bajema, K.L., Oster, A.M., & McGovern, O.L. (2020). Persons Evaluated for 2019 Novel Coronavirus —United States, *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. ePub: February 7, 2020. DOI: dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6906e1.

Bakken, K.A.S., & Landheim, P.V. (2005). Substance-dependent patients with and without social anxiety disorder: Occurrence and clinical differences: A study of a consecutive sample of alcohol-dependent and poly-substance-dependent patients treated in two counties in Norway.



- Journal of Drug and Alcohol Dependence, Volume 80, Issue3, Pages321-328.
- Balasubramani, M.M., Husain, F.M., Quitkin, P.J., & Mac, G. (2005). Substance use disorder comorbidity in major depressive disorder: an exploratory analysis of the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression cohort. *Comprehensive Psychiatry*, Volume 46, Issue 2, Pages 81-89.
- Banks MR, Banks WA. The effects of group and individual animal-assisted therapy on loneliness in residents of long-term care facilities. *Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals*. 2005; 18(4):396-408.
- Baqutayan S. (2011). Stress and Social Support. *Indian J Psychol Med*, 33(1): 29-34.
- Bareeqa, S., Ahmed, S., Samar, S., Yasin, W., Zehra, S., Monese, G., & Gouthro, R. (2020). Prevalence of depression, anxiety and stress in china during COVID-19 pandemic: A systematic review with meta-analysis. *Int J Psychiatry*, 27, 1-5.
- Baumeister, R. F., Campell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychol. Sci. Public Interest*, 4, 1–24.
- Berguno, G., Leroux, P., McAinish, K., & Shaikh, S. (2004). Children's experience of loneliness at school and its relation to bullying and quality of teacher interventions. *The Qualitative Report*, 9(3), 483- 499.
- Bickerton, G. R. (2013). Spiritual Resources as Antecedents of Work Engagement among Australian Religious Workers.
- Blackshaw, J.K., 1996. Developments in the study of human-animal relationships. *Applied Animal Behaviour Science*, 47 (1/2), 1-6.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss.Trauma, and human resilience. *Americanpsychologist*, 59: 20-28.
- Bongers, I. L., Koot, H. M., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2003). The normative development of child and adolescent problem behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(2), 179-192.
- Bourne, B. 2004. *Resiliency: What we have lernned*. Fourth edition, Sanfrancisco wested.
- Bowden, M. & Verennikina, I. (2008). Positive Factors that Build, Enhance and Maintain Resilience in Adolescents, University of Wollongong, pp 1-7.
- Bray, C.T. (1977). Intimacy, attachment style and shame in married couples. PHD thesis: Marshal University.
- Brewer-Smyth, K., & Koenig, HG. (2014). Could spirituality and religion promote stress resilience in survivors of childhood trauma? *Issues in Mental Health Nursing*, 35(4):251–256.

- Brown, B.B. (2004). Adolescents' relationships with peers. In *Handbook of Adolescent Psychology* (2nd ed) (Lerner, R.M. and Steinberg, L., eds), pp: 363–394, John Wiley & Sons.
- Brown, M.N., & Amatea, E.S. (2000). *Love and intimate relationship*. London: Brunner Mazzel Press.
- Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C., & Seedat, S. (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry*; 49: 195–201.
- Bukhari EE, Temsah MH, Aleyadhy AA, Alrabiaa AA, Alhboob AA, Jamal AA, et al. (2016). Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) outbreak perceptions of risk and stress evaluation in nurses. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 10(08): 845-50.
- Carlton, B. S., Goebert, D. A., Miyamoto, R. H., Andrade, N. N., Hishinuma, E. S, Makini, G. K., et al. (2006). Adolescents resilience family adversity and well-being among Hawaiian and non-Hawaiian adolescents. *Int J Soc Psychiatry*, 52: 291-300.
- Carr A. *Positive psychology*: Routledge. 2011.
- Caspers, K.M., Cadoret, R.J., Langbehn, D., Yucuis, R., & Troutman, B. (2005). Contributions of attachment style and perceived social support to lifetime use of illicit substances. *Addictive Behavior*, 30, 1007-11.
- Centers for Disease Control and Prevention”, available at: <https://www.cdc.gov>.
- Chadwick KA, Collins PA. Examining the relationship between social support availability, urban center size, and self-perceived mental health of recent immigrants to Canada: a mixed-methods analysis. *Soc Sci Med*. 2015;128:220-30
- Cheavens, J. S. D. B. Feldman. (2006). Hope therapy in a community sample: A pilot investigation. *Social Indicators Research* .77(1):1-78.
- Chen, A. (2004). Goals, interests, and learning in physical education. *The Journal Of Educational Research*. Vol 97 (no6).
- Chen, N., Zhou, M., Dong, X., Qu, J., Gong, F., Han, Y. ... & Yu, T., (2020), “Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study”, *The Lancet*, 395(10223), pp.507-513.
- Cheng, S.T., & Chan, A.C.M. (2004). The multidimensional scale of perceived social support: dimensionality and age and gender differences in adolescents, Department of Applied Social Studies, City University of Hong Kong, *Personality and Individual Differences*.
- Clara, I.P., Cox, B.J., Enns, M.W., Murray, L.T., & Torgruudic, L.J. (2003). Confirmatory factor analysis of the multidimensional scale of perceived

- social support in clinically distressed and student sample. *Journal of Personality Assessment*;81 (3):265–70.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* , 38, 300-314 .
- Cooper,c.Pervin,L . A.(1998).Personality,critical concepts in psychology. Frist published, London and New york,Routledge.
- Dallas, T.X.; David, W.; & Julie, K. (2010). Staley behavioral neuroscience of drug addiction. *Journal of Biosocieties*, 6, 22-39.
- Dong X., Wang L., Tao Y., Suo X., Li Y., Liu F., Zhao Y., Zhang Q. (2017). Psychometric properties of the Anxiety Inventory for Respiratory Disease in patients with COPD in China. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 12,49-58 <https://doi.org/10.2147/COPD.S117626>.
- Dong, X., Wang, L., Tao, Y., Suo, X., Li, Y., Liu, F., Zhao, Y., & Zhang, Q. (2017). Psychometric properties of the Anxiety Inventory for Respiratory Disease in patients with COPD in China. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 12,49-58 <https://doi.org/10.2147/COPD.S117626>.
- Edalati, A., & Redzuan. M. (2010). Perception of women towards family values and their maritalz satisfaction. *Journal of American science*, 6 (4), 132-137.
- Edwards, L.M, (2004). Measuring Perceived Social Support in Mexican American Youth: Psychometric.
- Eerdogan B, Bauer N. (2012). Whistle While You Work: A Review of the Life Satisfaction. *Journal Management*. 47(2): 116-121.
- Eliopoulos C. Gerontological nursing.Philadlephia: Lippincott Williams & Wilkins;2013
- Enders-Slegers, J.M.P., 2000. Een leven lang gezelschap: empirisch onderzoek naar de betekenis van gezelschapsdieren voor de kwaliteit van leven van ouderen. Dissertatie Universiteit Utrecht. Faculteit Sociale Wetenschappen, Capaciteitsgroep Klinische Psychologie.
- Fine, A.H. (ed.) 2000. Handbook on animal-assisted therapy: theoretical foundations and guidelines for practice. Academic Press, San Diego.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, O. H., Martinussen, M. A. (2003). new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12: 65-76
- Friedlander Laura, J., Reid Graham, J., Shupak, N., & Cribbie, R. (2007). Social support, self-esteem, and stress as predictors of Adjustment to university among first-year undergraduates. *Journal of College Student Development*; 48(3):259-74.
- Froman, L. (2009). Positive psychology in the work place. *Journal on Pshchology Department*, 2, pp 169-185.

- Gallagher, S. (2000). Philosophical conceptions of the self: implications for cognitive science. *Trends Cognition. Science*, 4, 14-21.
- Gianotten, W. (2008). How cancer and treatment emotionally disturb sexual intimacy and relationship? *Journal of Sexologies*, 17, p 20.
- Gifford-Smith, M.E., & Brownell, C.A. (2003). Childhood peer relationships: Social acceptance, friendships and peer networks. *Journal of School Psychology*, 41, 235-284.
- Gilbert, P., & Procter, S. J. C. P. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilotstudy of a group therapy approach. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 13(6): 379-353.
- Goldenberg, I., Goldenberg, H. (2000). Family therapy and over view. Books/ cole, Thomson learning, Canada.
- Gomez, R., & Fisher, J.W. (2012). Item response theory analysis of the spiritual well-being questionnaire. School of Behavioral and Social Sciences and Humanities, University of Ballarat, P.O. Box 663, Ballarat, Victoria 3350, Australia.
- Gülaçt, F. (2010). The effect of perceived social support on subjective well-being. *Procedia Social and Behavioral Sciences*; 2:3844–49.
- Gundby, P., 1979. Patients progressing well? He may have a pet. *J. Am. Med. Assoc.* 241, 438. *International Journal of Psychology* 1991; 26(2): 241-52.
- Hart., Angie., Blimcow, D., Thomas, H. (2007). Resilient therapy: working with children and families. London and New York. Rout ledge.
- Harter, S., & Whitesell, N. R. (2003). Beyond the debate: Why some adolescents report stable self-worth over time and situations, whereas other report changes in self-worth. *Journal of Personality*, 71(6), 1027-1058.
- Hawkley, L.C., Burleson, M.H., Berntson, G.G., & Cacioppo, J.T. (2003). Loneliness in everyday life: Cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 105-120.
- Hawks, S R., Hull, M., Thalman, RL., & Richins, P M. (1995). Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. *American Journal of health Promotion.* 9(5): 371- 378.
- Heller, P.E., Wood, B. (1998). The process of intimacy. *Journal of Marital And Family Therapy*, 24, p 273.
- Henline, B.H. (2006). Technology use and intimacy development in committed relationship. PHD thesis, Texas Teach University.
- Hergentan,B. r.,Olson, M. h. (1999). An introduction to theories of personality. Fifth Edition, New Jersey, Prentice Hall.
- Herold, B., Stanley, A., Oltrogge, K., Alberto, T., Shackelford, P., Hunter, E., & et al. (2020). Post-Traumatic Stress Disorder, Sensory Integration,

- and Aquatic Therapy: A Scoping Review. *Occup Ther Ment Health*, 32(4), 392-9.
- Hespos, S.J., & Rochat, P. (1997). Dynamic mental representation in infancy. *Cognition* 64, 153-188.
- Holt, M.L., Devlin, J.M., Flamez, B, & Eckstein, D. (2009). Using the holt relationship intimacy questionnaire (HRIQ): What intimacy means to you and your partner. *Journal Of The Family*, 2, pp 146-150.
- Honarvar, B., Lankarani, KB., Kharmandar, A., Shaygani, F., Zahedroozgar, M., Rahmanian Haghghi, MR., & et al. (2020). Knowledge, attitudes, risk perceptions, and practices of adults toward COVID-19: a population and fieldbased study from Iran. *International Journal of Public Health*, 65(6):731-9.
- Horowitz, L.M., & French, R.S. (1979). Interpersonal problems of people who describe themselves as lonely. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 762-764.
- Hou, F., Bi, F., Jiao, R., Luo, D., & Song, K. (2020). Gender differences of depression and anxiety among social media users during the COVID-19 outbreak in China: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 20, 1-11.
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y. ... & Cheng, Z., (2020), "Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China", *The Lancet*, 395(10223), pp.497-506.
- Jayaram DT, Runa S, Kemp ML, Payne CK. (2017). Nanoparticle-induced oxidation of corona proteins initiates an oxidative stress response in cells. *Nanoscale*, 9(22):7595-7601.
- John, O. P., Robins, R . W., & Pervin, L. A.(Eds.).(2008). *Handbook of Personality : Theory and Research*.New York: Guilford Press.
- Johnson B & Warren R. Personality characteristics and self-esteem in pet owners and non-owners.
- Johnson, S. B., & Rule, W. R. (1991). Personality characteristics and self-esteem in pet owners and nonowners.*International Journal of Psychology*, 26, 241–252.
- Johnson, S.M., Denton, W. (2002). *Clinical hand book of couple therapy*. New York: Guilford.
- Johnson, S.M., Makinen, J.A. & Millikin, J.W. (2001). Attachment injuries in couple relationships. *Journal Of Marital And Family Therapy*, 27, pp 145-155.
- Johnson, S.M., Whifen, V.E. (2003). *Attachment process in couple therapy*. The Guilford Press. New York, London.
- Jones-Bitton, A., Best, C., MacTavish, J., Fleming, S., & Hoy, S. (2020). Stress, anxiety, depression, and resilience in Canadian farmers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55, 229-236.

- Kaniasty, K. (2012). Predicting social psychological well-being following trauma: The role of postdisaster social support. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(1), 22-33.
- Kernis, M.H., Paradies, A.W., Whitaker, D.J., Wheatman, S.R., & Goldman, B.N. (2000). Master of one's psychological domain? Not likely if one's self-esteem is unstable. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 1297-305.
- Krause-Parello, C.A. (2008). Loneliness in the school setting. *Journal of School Nursing*, 24(2), 66-70.
- Landazabal, M. G. (2006). Psychopathological symptoms, social skills, and personality traits: A study with adolescents. *The Spanish journal of psychology*, 9: 182-192.
- Levinson, B.M., 1969. *Pet-oriented child psychotherapy*. Charles C. Thomas, Springfield.
- Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., & et al. (2020). Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med*. Mar 26;382(13):1199-1207. doi: 10.1056/NEJMoa2001316 .
- Lima CK, de Medeiros Carvalho PM, Lima ID, de Oliveira Nunes JV, Saraiva JS, de Souza RI, et al. (2019). The Emotional Impact of Coronavirus 2019-Ncov (New Coronavirus Disease). *Psychiatry Research*, 12:112915.
- Lowe, S.N., Rogers. (2009). Issues of intimacy and sexual dysfunction following major head and neck cancer treatment. *Journal of Oral Oncology*, Vol, 45, Issue 10, pp 898-903.
- Madden, T. E., Graham, A. V., Straussner, S. L. A., Saunders, L. A., Schoener, E., Henry, R., et al. (2006). Interdisciplinary benefits in Project MAINSTREAM: a promising health professions educational model to address global substance abuse. *Journal of interprofessional care*, 20: 655-64.
- Malta M, Rimoin AW, Strathdee SA. (2020). The coronavirus 2019-nCoV epidemic: Is hindsight 20/20. *EClinicalMedicine*, 1:20-24.
- Margain, S.A., & Gordova, J.V. (2007). Emotion skills and marital health: The association between observed and self-reported emotion skills, intimacy and marital satisfaction. *Journal of Social And Clinical Psychology*, 26, 983-1009.
- McCrae, R.R., & Costa, P.T. Jr. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychology*, 52, 509-516.
- McKinley, C.J., Luo, Y., & Wright, P. (2014). Re-assessing the nature and prevalence of mental health resources on college counseling center websites: An over-time and cross-country comparison. Paper to be

- presented at the annual conference of the International Communication Association, Seattle, WA.
- McLean, C., Asnaani, A., Litz, B., & Hofmann, S. (2011). Gender Differences in Anxiety Disorders: Prevalence, Course of Illness, Comorbidity and Burden of Illness. *J Psychiatr Res*, 45(8), 1027–1035.
- Melson, G.F., 2002. Psychology and the study of human-animal relationship .*Society and Animals*, 10(4), 347\_352. [<http://www.psyeta.org/sa/sa10.4/melson.shtml>].
- Millikin, J.W. (2000). Resolving attachment injuries in couples using emotionally focused therapy: A process study. *Marriages and families*. Unpublished doctoral dissertation. Virginia Polytechnic institute and state university, Virginia.
- Mylant, M., Tde, B., Cuaves, E., Meehan, M. (2002). Adolescent children of alcoholics: Vulnerable or resilience? *J Am Psychiatry*, 8: 57-64.
- Oconnor, M., Batcheller, J. (2015). The resilient nurse leader reinvention after experiencing job loss. *Nurs Adm*, 39: 123-31.
- Odendaal, J.S.J., 2000. Animal-assisted therapy: magic or medicine? *Journal of Psychosomatic Research*, 49 (4), 275-280.
- Osilla, K.C., Kimberly, A., Hepner, R.F., Muñoz, S.W., & Katherine, W. (2009). Developing an integrated treatment for substance use and depression using cognitive-behavioral therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Volume 37, Issue 4, Pages 412-420.
- Otto, M.W.R., Kathryn, M., Naomi, M., Simon, F.J., Farach, John.J., & Worthington, Mark, H.P. (2010). Efficacy cognitive – behavioral therapy for less of panic disorder in addicts. *Behaviour Research and Therapy*, Volume 48, Issue 8, August 2010, Pages 720-727.
- Paden Levy D. Relationship of extraversion, neuroticism, alienation, and divorce incidence with petownership. *Psychological Reports* 1985; 57(1-3): 868-70.
- Pajares, F., & Miller, D. M. (1994). Role of self-efficacy and self-concept belief in mathematical problem solving. *Journal of Educational Psychological*, Vol. 86, No, 2, 193-203.
- Pajer, D. (2006). Intimacy and female friendship: The role of attachment style, interpersonal trust and negative mood regulation. M.S. dissertation California State University.
- Park SC, Park YC. (2020). Mental Health Care Measures in Response to the 2019 Novel Coronavirus Outbreak in Korea. *Psychiatry Investigation*, 17(2):85- 91.
- Parkhurst, J.T., & Hopmeyer, A. (1999). Developmental change in the source of Loneliness in childhood: Constructing a theoretical model. in: K. J. Rotenberg & S. Hymel (Eds.), *Loneliness in childhood and adolescence* (pp. 56-76). New York: Cambridge University Press.

- Parslow A, Jorm AF, Christensen H, Rodgers B & Jacomb P. Pet ownership and health in older adults: Findings from a survey of 2,551 community-based Australians aged 60-64. *Gerontology* 2005; 51(1): 40-7.
- Peek L., Abramson D.M., Cox R.S., Fothergill A., Tobin J. (2018) Children and Disasters. In: Rodríguez H., Donner W., Trainor J. (eds) *Handbook of Disaster Research. Handbooks of Sociology and Social Research*. Springer, Cham.
- Peretti, P. O. (1990). Elderly-animal friendship bonds. *Social Behavior and Personality*, 18, 151-156.
- Pielage, S., Luteinjin, F. & Arrindell, W. (2005). Adult attachment, intimacy and psychological distress in a clinical and community sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 455- 464.
- Pigott, T. (2003). Anxiety disorders in women. *Psychiatr Clin North Am*. 26(3), 621-72.
- Pinquart, M. (2008). Moderating effect of dispositional resilience on association between hassles and psychological distress. *J Appl Dev Psychol*, 23: 1-8.
- Plaut, M., Zimmerman, E.M. and Goldstein, R.A., 1996. Health hazards to humans associated with domestic pets. *Annual Review of Public Health*, 17, 221-245.
- Ponzetti, J. J. , & Hopmeyer, A. (1999). Loneliness among college student. *Family relations*, July, 336-340.
- Prachakul, W., Grant, J.S., & Keltner, N.L. (2007). Relationships Among Functional Social Support, HIV-Related Stigma, Social Problem Solving, and Depressive Symptoms in People Living With HIV: A Pilot Study. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18: 67-76.
- Price, E.O., 1984. Behavioural aspects of animal domestication. *Quarterly Review of Biology*, 59, 1-32.
- 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, 1-4.
- Qualter, P., Brown, S.L., Rotenberg, K.J., Vanhalst, J., Harris, R.A., Goossens, L., Bangee, M., Munn, P. (2013). Trajectories of loneliness during childhood and adolescence: predictors and health outcomes. *Journal of Adolescence*, 15, 1-11.
- Qualter, P., Rotenberg, K.J., Barrett, L., Henzi, P., Barlow, A., Stylianou, M.S. (2013). Investigating hypervigilance for social threat of lonely children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 325–338.
- Raina, P., Waltner-Toews, D., Bonnett, B., Woodward, C., Abernathy, T. (1999). Influence of companion animals on the physical and psychological health of older people: An analysis of a one-year



- longitudinal study, *Journal of the American Geriatrics Society* 47: 323-329.
- Rajkumar, R. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian J Psychiatr*, 52, 1-5.
- Raussi, S., 2003. Human-cattle interactions in group housing. *Applied Animal Behaviour Science*, 80 (3), 245-262.
- Rochat, P. (2003). Five levels of self-awareness as they unfold early in life. *Consciousness. Cognition*, 12, 717-731.
- Rosenfeld, L.B., Richman, J.M., & Bowen, G.L. (2011). Social support networks and school outcomes: The centrality of the teacher. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 17(3),205-226.
- Saeed Alamri, H., Algarni, A., Shehata, S., Al Bshabshe, A., Alshehri, N., et al. (2020). Prevalence of Depression, Anxiety, and Stress among the General Population in Saudi Arabia during Covid-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*, 17(24): 9183.
- Sanatani, M., G. Schreier, (2008). Level and direction of hope in cancer Patients: an exploratory longitudinal study. *Supportive Care in Cancer*, 16(5): 493-499.
- Sarason, I.G., Pierce, G.R., & Sarason, B.R. (1990). Social support and interactional processes: a triadic hypothesis. *Journal of Social and Personal Relationships*. 7, 465-506.
- Sebastian, C., Burnett, S., & Blakemore, S. (2008). Development of the self-concept during adolescence. *Review Journal*.
- Seon Ahn, H., Bong, M., & Kim, S. 2017. Social models in the cognitive appraisal of self-efficacy information. *Contemporary Educational Psychology* 48 (2017) 149–166.
- Serpell JA. Beneficial effects of pet ownership on some aspects of human health and behavior. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1991; 84(12): 717-20.
- Sharp, S.A.(2000). *The ways we love*. The Culfor Press, New York, London.
- Shearer R, Davidhizar R. Loneliness and the spouse of the geriatric patient. *Geriatric Nursing*,1993; 14 (6): 307-310.
- Shearer R. & Davidhizar, R. Conquering loneliness. *Elder Care*, 1999; 11 (2): 12-15.
- Sheerin, C.M.; Kovalchick, L.V.; Overstreet, C.; Rappaport, L.M.; Williamson, V.; Vladimirov, V.; Ruggiero, K.J.; Amstadter, A.B. (2019). Genetic and Environmental Predictors of Adolescent PTSD Symptom Trajectories Following a Natural Disaster. *Brain Sci*, 9, 146.
- Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in

- Japan: mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 1: 32- 41.
- Sibert. A. I. (2007). How to Develop Resiliency Stregths.Available: [www. Resiliency.](http://www.Resiliency.com)
- Siegel, J.M. (1990). Stressful life events an use of physician services among the elderly: The moderating role of pet ownership, *Journal of Personality and Social Psychology* 58: 1081-1086.
- Smiley, R. K. (2011). Model development to measure resilience in adolescents, Ph.D thesis., University of Missouri, Kansas.
- Smith, L., Webber, R., DeFrain, J. (2013). Spiritual wellbeing and its relationship to resilience in young people: A mixed methods case study, 1-13. doi: 10.1177/2158244013485582.
- Snyder, C. R. (2000). *Handbook of hope*. San Diego: Academic Press.
- Sohail N. (2013). Stress and academic performance among medical students. *Journal of the College of Physicians and Surgeons—Pakistan : JCPSP*. 23(1):67-71.
- Southwick, SM., Bonanno, GA., Masten, AS., Pante r-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *Eur J Psychotraumatol*, 5(10), 1- 10.
- Stricklin, W.R., 2001. The evolution and domestication of social behaviour. In: Keeling, L. and Gonyou, H.W. eds. *Social behaviour in farm animals*. CABI Publishing, Wallingford, 83-110.
- Strobel M, Tumasjan A, Sporrle M. (2011). Be yourself, believe in yourself, and be happy: self-efficacy as a mediator between personality factors and subjective well-being. *Scand Journal Psychol*. 2(1):43-48.
- Sun L, Sun Z, Wu L, Zhu Z, Zhang F, Shang Z, et al. (2020). Prevalence and Risk Factors of Acute Posttraumatic Stress Symptoms during the COVID- 19 Outbreak in Wuhan, China. *medRxiv*, 1:112- 131.
- Tajalli, P., sobhi, A., & Ganbaripanahah, A. (2010). The relationship between daily hassles and social support on mental health of university students. *Procedia Social and Behavioral Sciences*; 5: 99–103.
- Taylor, S. E., Sherman, D., Kim, H. S., Jarcho, J., Takagi, K., & Dunagan, M. S. (2004). Culture and social support: Who seeks it and why? *Journal of Personality and Social Psychology*, 87 (3), 354-362.
- Thoits, P.A. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of health and social behaviors*. 23.34-48
- Vaingankar, J. A., Choudhary, N., Chong, S. A. Kumar, F. D. S., Abdin, E., Shafie, S., Chua, B.Y., van Dam, R. M., Subramaniam, M. (2021). Religious Affiliationin Relation to Positive Mental Health and Mental

- Disorders in a Multi-Ethnic Asian Population. *International Journal of Environment Research and Public Health*, 18, 3368.
- Vanhalst, J., Klimastra, T.A., Luyckx, K., Scholte, R.H.J., Engels, R.C.M.E., & Goossens, L. (2012). The interplay of loneliness and depressive symptoms across adolescence: exploring the role of personality traits. *Journal of Youth and Adolescence*, 41, 776-787.
- Vincent J. Old age. New York: Routledge;2013.
- Waller, M. A., Okamoto, J. (2003). Resiliency factor related to substance use. *Journal of Sociology and Social* , 6: 18-23.
- Waterfield, E.A. (2010). Social Resiliency Factors and Abstinence from Substance Abuse in Lucas County, Ohio Adolescents, Submitted to the Graduate Faculty as partial fulfillment of the requirements for the Doctor of Philosophy Degree in Counselor Education, pp3-14.
- Waxman, H. C, Huang, S. L, Padron, Y. N. (1997). Motivation and learning environment differences between resilient and no resilient Latino middle school students. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 19: 137-55.
- Wenger G, Burholt V. Changes in levels of social isolation and loneliness among older people in a rural area: a twenty-year longitudinal study. *Canadian Journal of Aging*, 2004; 23:115–127.
- WHO reports about countries, available at: <https://experience.arcgis.com/experience/685d0ace521648f8a5beeee1b9125cd>.
- Wilks, k.1999. When dogs are man's best friend — the health benefits of companion animals in the modern society, *Urban Animal Management Conference Proceedings 1999*.
- Woodward, L. E., & Bauer, A. L. (2007). People and their pets: A relational perspective on interpersonal complementarity and attachment in companion animal owners. *Society & Animals*,15(2), 169-189.
- World Health Organization Report. (2019). *Mental health: New understanding, new hope*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report–34*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200223-sitrep-34-covid-19.pdf?sfvrsn=44ff8fd3\\_2pdf](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200223-sitrep-34-covid-19.pdf?sfvrsn=44ff8fd3_2pdf) icon.
- Wright, S.L. (2005). *Loneliness in the workplace*. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Canterbury.
- Wu Z., McGoogan J. M. (2020). Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention external icon. *JAMA*. Published online: February 24.DOI:10.1001/jama.2020.2648.

- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., M.W. Lui, L., Gill, H., et al.(2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J Affect Disord*, 277, 55–64.
- Young, Mark, E., Long, Lynn, L. (1998). *Counseling and therapy for couples*, Brooks/cole. Publishing Company. USA.
- Zhang F, Shang Z, Ma H, Jia Y, Sun L, Guo X, et al. (2020). High risk of infection caused posttraumatic stress symptoms in individuals with poor sleep quality: A study on influence of coronavirus disease (COVID- 19) in China. *medRxiv*, 1: 58-62.
- Zhang, F., Shang, Z., Ma, H., Jia, Y., Sun, L., Guo, X., & et al. (2020). High risk of infection caused posttraumatic stress symptoms in individuals with poor sleep quality: A study on influence of coronavirus disease (COVID- 19) in China. *medRxiv*, 1, 58-62.
- Zhu B, Chen C, Shi Z, Liang H, Liu B. (2016). Mediating effect of self-efficacy in relationship between emotional intelligence and clinical communication competency of nurses. *International Journal of Nursing Sciences*. 3(2): 162-168.
- Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S., & Farley, G. (1988). The multidimensional scale of perceived social support, *Journal of Personality Assessment*, Vol. 52, pp. 30-41.
- Zuromski, K. L., Resnick, H., Price, M., Galea, S., Kilpatrick, D. G., & Ruggiero, K. (2019). Suicidal ideation among adolescents following natural disaster: The role of prior interpersonal violence. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(2), 184-188.

## پیوست‌ها و ضمایم

### پرسشنامه سرمایه روانشناختی

مورفه	ردیف	عبارات	کاملاً مخالفم	مخالقم	تا حدودی مخالفم	تا حدودی موافقم	موافقم	کاملاً موافقم
خودکارآمدی	۱	با اعتماد یک مساله طولانی را بررسی می‌کنم تا یک راه حل بیابم.						
	۲	من با اعتماد کامل می‌توانم وظایفم را در کارهای جمعی معین کنم.						
	۳	من با اعتماد می‌توانم در بحث‌های اساسی زندگی ام مشارکت کنم.						
	۴	من با اعتماد کامل می‌توانم اهداف زندگی ام را تعیین کنم.						
	۵	من با اعتماد کامل می‌توانم در بیرون با مردم روبرو شوم تا درباره مسائل و مشکلات بحث کنم.						
	۶	من با اعتماد کامل می‌توانم اطلاعات مفیدی به سایر دانشجویان هم رشته ام ارائه کنم.						
امیدواری	۷	اگر من در کار و موقعیتی گیر بیفتم می‌توانم راههای زیادی برای خلاص شدن از آن بیابم.						
	۸	در حال حاضر من به شدت اهداف تحصیلی ام را دنبال می‌کنم.						
	۹	من فکر می‌کنم روشهای زیادی برای هر مشکل وجود دارد.						
	۱۰	هم اکنون من خودم را به عنوان موفق‌ترین فرد در تحصیل می‌بینم.						
	۱۱	من می‌توانم راههای زیادی برای رسیدن به اهداف جاری تحصیلم بیابم.						
	۱۲	در حال حاضر من می‌توانم با اهداف تحصیلی که برای خودم مشخص کرده ام روبرو شوم.						
آوردی، ژان	۱۳	زمانی که با مانعی در امور تحصیلی ام روبرو می‌شوم با زحمت کمی آن را اصلاح می‌کنم و به کارم						

						ادامه می دهم.	
						من معمولاً مشکلات متنوع را می توانم مدیریت کنم.	۱۴
						من اگر مجبور باشم، در حین انجام تکالیف با خودم حرف می زنم.	۱۵
						من معمولاً در مواقع فشار کاری یا تحصیلی قدم می زنم.	۱۶
						من می توانم بر مشکلاتم غلبه کنم، زیرا که قبلاً تجربه چنین مشکلاتی را داشته ام.	۱۷
						من احساس می کنم که می توانم در حین انجام امور تحصیلی چند فعالیت دیگر را نیز انجام دهم.	۱۸
						من انتظار بهترین عملکرد را دارم، حتی زمانی که اهداف کاری ام در حین انجام آنها نامشخص باشند.	۱۹
						اگر چیز اشتباهی برایم پیش آید، سعی می کنم عملکرد عاقلانه و بهتری را از خود نشان بدهم.	۲۰
						من همیشه جنبه های مثبت کارم را می بینم.	۲۱
						من راجع به آنچه که برایم در آینده در ارتباط با کار و تحصیلم اتفاق می افتد خوشبین هستم.	۲۲
						در امور تحصیلی کارها هیچ وقت در مسیری که من می خواستم پیش نرفته است.	۲۳
						من به امور تحصیلی ام به عنوان بهترین وجه زندگی ام، نگاه می کنم.	۲۴

۱  
۲  
۳  
۴

### پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده

ردیف	سؤالات حمایت اجتماعی ادراک شده	کاملاً مخالفم	تقریباً مخالفم	کمی مخالفم	کمی موافقم	تقریباً موافقم	کاملاً موافقم
۱	به هنگام نیاز، شخص خاصی وجود دارد که به من کمک کند.						
۲	شخص خاصی وجود دارد که من می توانم ناراحتی ها و خوشی هایم را با او در میان بگذارم.						
۳	خانواده ام برای کمک به من واقعا تلاش می کنند.						
۴	۴. وقتی من به خانواده ام نیاز دارم کمک و حمایت عاطفی به دست می آورم.						
۵	برای من یک شخص خاصی وجود دارد که منبع آرامش بخشی برای من است.						
۶	دوستانم واقعا تلاش می کنند که به من کمک کنند.						
۷	وقتی امورات زندگی ام به هم میریزد من می توانم روی دوستانم حساب باز کنم.						
۸	من می توانم راجع به مشکلات خودم با خانواده ام صحبت کنم.						
۹	من دوستانی دارم که می توانم ناراحتی ها و خوشی هایم را با آن ها در میان بگذارم.						
۱۰	در زندگی من شخص خاصی وجود دارد که مراقب و دلواپس من است.						
۱۱	خانواده ام تمایل دارند که در تصمیم گیری ها به من کمک کنند.						
۱۲	من می توانم با دوستانم راجع به مشکلاتم صحبت کنم.						

پرسشنامه بهزیستی معنوی

کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم	عبارات	رتبه
						
					در دعا و خلوت با خداوند احساس رضایت زیادی نمی‌کنم.	۱
					نمی‌دانم که هستم ، از کجا آمده ام و به کجا خواهم رفت .	۲
					عقیده دارم که خداوند مرا دوست دارد و مراقب من است .	۳
					احساس می‌کنم زندگی یک تجربه مثبت است.	۴
					معتقدم که خداوند غیر قابل تجسم است و به من و زندگی روزانه من توجه ندارد.	۵
					احساس می‌کنم آینده نامعلومی دارم.	۶
					با خداوند ارتباط معنادار خاصی دارم.	۷
					در زندگی به حد کمال رسیده و از زندگی رضایت دارم.	۸
					از خداوند نیز و حمایت زیادی دریافت نمی‌کنم.	۹
					نسبت به مسیر زندگی که در پیش رو دارم ، احساس خوبی می‌کنم.	۱۰
					باور دارم که خداوند به فکر مشکلات من است.	۱۱
					از زندگیم لذت زیادی نمی‌برم.	۱۲
					ارتباط فردی رضایت بخشی با خداوند ندارم.	۱۳
					نسبت به آینده ام احساس خوبی دارم.	۱۴
					ارتباط با خداوند به من کمک می‌کند تا احساس تنهایی نکنم.	۱۵
					احساس می‌کنم زندگی پر از ناملايمات و ناخوشی ها است.	۱۶
					وقتی رابطه صمیمی و نزدیک با خداوند دارم ، احساس کمال می‌کنم.	۱۷
					زندگی معنای زیادی ندارد.	۱۸
					ارتباط با خداوند در احساس سلامتی من نقش دارد .	۱۹
					معتقدم ، هدف خاصی برای زنده بودنم وجود ندارد.	۲۰



### مقیاس اضطراب کرونا

ردیف	سوالات	هرگز	گاهی اوقات	بیشتر اوقات	همیشه
۱	فکر کردن به کرونا مرا مضطرب می کند.				
۲	وقتی درباره تهدید کرونا فکر می کنم احساس تنش دارم.				
۳	درباره شیوع بیماری کرونا به شدت نگرانم.				
۴	می ترسم کرونا بگیرم.				
۵	فکر می کنم هر لحظه ممکن است کرونا بگیرم.				
۶	با کوچکترین علائم، فکرم می کند کرونا گرفته ام و خود را واری می کنم.				
۷	من نگران سرایت کرونا به اطرافیانم هستم.				
۸	اضطراب مربوط به کرونا فعالیت های مرا مختل کرده است.				
۹	توجه رسانه ها به کرونا مرا نگران می کند.				
۱۰	فکر کردن به کرونا خواب مرا مختل کرده است.				
۱۱	فکر کردن به کرونا مرا بی اشتها کرده است.				
۱۲	وقتی به کرونا فکر می کنم دچار سردرد می شوم.				
۱۳	وقتی به کرونا فکر می کنم تنم می لرزد.				
۱۴	وقتی به کرونا فکر می کنم موهای تنم سیخ می شود.				
۱۵	کرونا برای من به یک کابوس تبدیل شده است.				
۱۶	به خاطر ترس از کرونا فعالیت بدنی ام کم شده است.				
۱۷	صحبت کردن درباره کرونا با دیگران برایم دشوار است.				
۱۸	وقتی درباره کرونا فکر می کنم تپش قلب می گیرم.				

**Abstract:**

The aim of this study was to investigate the role of psychological, social and spiritual structures in predicting anxiety due to coronary heart disease (COVID-19) among citizens of Ardabil province and to provide coping strategies. The leading research was descriptive-correlational in terms of fundamental purpose and in terms of data collection method. The statistical population of the study consisted of all citizens of Ardabil province in 2022. From the statistical population, using random sampling method, 500 citizens in the center, north, south, east and west of Ardabil province were selected as a sample and perceived social support according to Lutans (2007) Psychological Capital Questionnaire: This scale by Zimmet, Dahlem and Farley (1988), the spiritual well-being of Palutzin et al. (1982) and the Corona Alipour et al. Anxiety Scale (2020). To analyze and analyze the data in the descriptive statistics section, the frequency report, mean and standard deviation and in the inferential statistics section, the method of correlation coefficient and regression analysis in SPSS-21 statistical software has been used. Findings showed that there is a significant negative correlation between psychological capital (self-efficacy, hope, resilience and optimism), social support (support of important people in life, family support and support of friends) and spiritual well-being (religious well-being and existential well-being) with Corona anxiety. has it. Also components of psychological capital components (self-efficacy, hope, resilience and optimism), components of social support (important people in life, family and friends) and components of spiritual well-being (religious well-being and existential well-being) in predicting anxiety due to coronary heart disease among citizens Involved. According to the obtained results, it can be concluded that psychological capital, social support and spiritual well-being can play a role in reducing coronary heart disease anxiety in the citizens of Ardabil province. Therefore, this issue needs further investigation and attention by officials, psychologists and counselors.

**Keywords:** Psychological capital, Social support, Spiritual well-being, Corona anxiety.



وزارت کشور

استاندارداری اردبیل



پژوهش دفتر برنامه ریزی، نوسازی و تحول اداری

## ***Final Report of Research Project***

### **Title:**

**Investigating the role of psychological, social and spiritual structures in predicting anxiety caused by coronary heart disease (COVID-19) among the citizens of Ardabil province and providing solutions to deal with it**

### **By:**

Vice Chancellor for Research, Mohaghegh Ardabili University

### **Researcher:**

Dr. Ali Sheykholeslami

### **Co-Worker:**

Dr. Isa jafari, Dr. Nastaran Seyedesmaili Ghomi, Nasim Mohammadi

**This research project has been financially supported by the Ardabil governor general offices for research**

**Winter-2022**

