

تدوین مدل پیامدهای روان‌شناختی اضطراب ناشی از اپیدمی کروناویروس و بررسی نقش میانجی‌گری سلامت معنوی

کامران شیوندی*^۱ / فضل‌الله حسونند^۲

تاریخ پذیرش: ۹۹/۲/۱۷

تاریخ ارسال: ۹۹/۱/۴

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف تدوین مدل پیامدهای روان‌شناختی اضطراب اپیدمی کرونا و بررسی نقش میانجی‌گری سلامت معنوی بر این پیامدها به انجام رسید. روش‌شناسی: از نظر هدف، پژوهشی کاربردی و از حیث ماهیت، توصیفی - همبستگی است. جامعه‌ی آماری شامل تمامی ساکنان استان لرستان در سال ۱۳۹۸ بود که با اثرات اپیدمی کروناویروس روبرو بودند. نمونه بر اساس فرمول کوکران برابر با ۳۸۴ نفر شامل زنان و مردان بود. نمونه‌گیری به صورت هدفمند به منظور پوشش دادن تمام سطح انجام گرفت و پرسشنامه‌ها به صورت داوطلبانه و به شیوه‌ی نظرسنجی اینترنتی تکمیل شد. داده‌ها در SPSS23 و AMOS تحلیل شد. مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶)، نگرش به آینده مثبت میلو و وورل (۲۰۰۷)، سلامت معنوی پالوتزین و الیسون (۱۹۸۳) و پرسشنامه پژوهشگر ساخته پرخاشگری و کیفیت رابطه فرد با خانواده به منظور گردآوری داده‌ها استفاده شد. یافته‌ها: 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 میانجی‌گری آن بر پرخاشگری نشان نداد. ارزش: با توجه به تهدیدهای روانی بیماری کرونا ضرورت شناخت عوامل تعدیل‌گر آشکارا دیده می‌شود و یافته‌های این پژوهش مبنی بر تأیید تعدیل‌گری سلامت معنوی، ابزاری راهبردی در اختیار روان‌شناسان و برنامه‌ریزان کشور قرار می‌دهد.

۱- *استادیار روان‌شناسی تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول). ksheivandi@gmail.com

۲- دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی. fazl.hasanvand@gmail.com

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش گویای آن است که سلامت معنوی می‌تواند به‌عنوان یک عامل اساسی در تعدیل اثرات اضطراب فراگیر حاصل از بحران کرونا، باید به‌عنوان سنگ بنایی جهت حفظ تندرستی افراد مورد استفاده قرار گیرد

کلیدواژه‌ها: اضطراب، پیامدهای روانی، اپیدمی کرونا، سلامت معنوی.



مقدمه

بیماری‌های عفونی (یعنی بیماری‌های همه‌گیر مانند آبله، ایدز، آنفلوانزا و ابولا) برگرفته از عوامل ناشناخته‌ای هستند که باعث بروز پیامدها و عوارض بسیار قابل توجهی برای بشریت شده و هستند (مورنس، فالكور و فاوسی^۱، ۲۰۰۸ و چریف، بیرلی و هارتادو^۲، ۲۰۱۶). این بیماری‌ها هم از نظر جسمی و هم از نظر روانی، فرهنگی و اجتماعی فشار زیادی بر افراد وارد می‌کنند (شروسبوری^۳، ۲۰۰۵). در همین راستا، در چند دهه اخیر، بیماری‌های عفونی موجب بروز برخی تحولات رفتاری و فرهنگی شده‌اند (نوبرگ و همکاران^۴، ۲۰۱۱)؛ تا بدین طریق، انسان بتواند سازگاری‌های رفتاری و فرهنگی خود برای به حداقل رساندن یا کاهش شیوع بیماری‌های عفونی را فراهم سازد. اگرچه بسیاری از تغییرات رفتاری مانند انتقال اطلاعات، دوری از جمعیت‌های انسانی مانند قرنطینه‌خانه‌گی، اجتناب از جمعیت و مشارکت در درمان‌های ضدویروسی تا اندازه‌ای در کشورهای مختلف اثراتی مثبت داشته است (پالتی و همکاران^۵، ۲۰۱۱ و رود، مک‌کول، فلماند و آپوستولومیس^۶، ۲۰۱۹)، ولی این تغییرات با وجود اثرگذاری بر سلامت جسمی، عموماً نتوانسته‌اند پیامدهای روانی بیماری‌ها را از بین ببرند (بروکس و همکاران^۷، ۲۰۲۰) و حتی برخی راهکارها مانند قرنطینه بلندمدت، خود، پیامدهای روان‌شناختی آسیب‌زایی مانند استرس پس از سانحه، سردرگمی و عصبانیت، ناامیدی، فرسودگی، شکست‌های مالی و برچسب خوردن برای افراد به بار آورده‌اند (بروکس و همکاران، ۲۰۱۰).

بر این اساس، باید توجه داشت که هم خود بیماری‌های اپیدمیک و هم راهکارهای رویارویی با آنها دارای اثرات آسیب‌زای روان‌شناختی بوده‌اند که عدم توجه پژوهشگران

1. Morens D. M., Folkers, G. K., Fauci. A. S
2. Cherif, A., Barley, K., Hurtado, M
3. Shrewsbury, J. F
4. Neuberg, S. L., Kenrick, D. T., Schaller, M
5. Poletti, P., Poletti, B., Ajelli, M
6. Raude, J., MCColla, K., Flamand, C., Apostolidis, T
7. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J

به این گستره می‌تواند زمینه‌ساز آسیب‌های روان‌شناختی گسترده‌تر گردد (لاو، یانگ، سوی، پنگ و وینگ^۱، ۲۰۰۶؛ فانگ و همکاران^۲، ۲۰۱۵ و جیانگ و همکاران، ۲۰۱۹). در این میان، اپیدمی کروناویروس^۳ (کووید ۱۹)^۴ به‌طور خاص، از ژانویه سال ۲۰۲۰ یک بحران ناگهانی در بهداشت عمومی جهان ایجاد کرده است؛ که در طی مدت کوتاهی از شهر ووهان چین به سراسر جهان گسترش یافته و به تهدیدی جدی برای بشر بدل شده است (ژیانگ و همکاران^۵، ۲۰۱۰). این بیماری به سبب قابلیت انتقال بالا، قریب‌الوقوع بودن و نامرئی بودن، دهکده جهانی را با چالشی بزرگ روبرو کرده است (پیس و همکاران^۶، ۲۰۰۹). کیو، شن، ژائو، وانگ، ژی و ژو^۷ (۲۰۲۰) و سارین و اریکسون^۸ (۲۰۱۳) دریافته‌اند که پریشانی‌های روانی مانند وحشت‌زدگی، اضطراب، افسردگی، ترس، انکار و ناامیدی اساسی‌ترین واکنش‌های روانی آسیب‌زا در اغلب افراد آسیب‌دیده و افراد در معرض شیوع بیماری‌ها بوده‌اند. مک و همکاران^۹ (۲۰۱۰) گزارش کرده‌اند که در این گونه بحران‌ها، اختلال استرس پس از سانحه به‌عنوان شایع‌ترین پیامد دارای اثرات ناخوشایندی بر کارکرد افراد بوده است. کاوا و همکاران^{۱۰} (۲۰۰۵) و لی و همکاران^{۱۱} (۲۰۰۵) نیز نشان داده‌اند که ترس، انکار و ناامیدی به ترتیب اساسی‌ترین واکنش‌های آزارنده در پاسخ به ترس در اغلب بیماران و افراد در معرض شیوع بیماری سارس بوده‌اند. اضطراب فراتر از پیامدهای جسمی بیماری (ایچلبرگر^{۱۲}، ۲۰۰۷) و درک ننگین بودن

1. Lau, J. T., Yang, X., Tsui, H. Y., Pang, E., Wing, Y. K
2. Funk, S., Bansal, S., Bauch, C.T., Eames, K.T., Edmunds, W.J., Galvani, A.P., Klepac, P
3. Coronavirus pneumonia
4. COVID-19
5. Jiang, X., Denga, L., Zhu, Y., Jia, H., Taoc, L., Liua, L., Yanga, D., Jia, W
6. Pappas, G., Kiriaze, J., Giannakis P., & Falagas, M. E
7. Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y
8. Sareen, J., Erickson, J., Medved, M. I
9. Mak, I. W., Chu, C. M., Pan, P. C., Yiu, M. G., Ho, S. C., Chan, V. L
10. Cava, M. A, Fay, K. E, Beanlands, H. J, McCay, E. A., Wignall, R
11. Lee, S., Chan, L. Y., Chau, A. M., Kwok, K. P. Kleinman, A
12. Eichelberger, L

بیماری و بدنام خوانده شدن توسط مردم (بارنت و براون^۱، ۲۰۰۸) نیز از جمله تبعات بیماری‌های واگیردار بوده است. روی هم رفته، گسترش بیماری‌های واگیر می‌تواند موجب افزایش اضطراب گردد و این اضطراب نیز به نوبه‌ی خود دارای اثراتی ناخوشایند بر وضعیت روانی افراد است (تیلور و همکاران^۲، ۲۰۰۸) در این راستا، در پژوهش پیش‌رو تلاش شده تا اثرات اضطراب حاصل از اپیدمی کرونا بر کیفیت روابط خانوادگی، نگرش به آینده مثبت و بروز خشونت در افراد مورد بررسی قرار گیرد.

کیفیت ارتباط افراد در خانواده نخستین متغیری وابسته‌ای بوده که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است. ارتباط کارآمد بین فردی یکی از مؤلفه‌های قابل توجه برای انسان‌ها محسوب می‌شود. انسان‌ها اگر ارتباط سالمی داشته باشند، اختلالات آن‌ها به حداقل می‌رسد و زندگی بهنجار و قابل توجهی را تجربه می‌کنند؛ در غیر این صورت، نابهنجاری و ظهور بسیاری از نگرانی‌ها مانند اضطراب و افسردگی آشکارتر و آسان‌تر می‌شود (پورعباس و عیسی‌مراد، ۱۳۹۸). ارتباط در خانواده، عمل ترکیب اطلاعات، عقاید، افکار و احساسات شناخته‌شده اعضای خانواده تعریف شده است (السون و بارنس^۳، ۲۰۰۴؛ به نقل از طالب‌زاده نوبریان و همکاران، ۱۳۹۳) و در رویکردهای مهمی همچون نظریه‌ی صمیمیت^۴ با تأکید بر شریک شدن در احساسات و فراهم آوردن حمایت عاطفی و لزوم پختگی فردی (السون، دیفرین و اسکوگران^۵، ۲۰۱۱؛ به نقل از اصغری، اسکافی و کاردان، ۱۳۹۵)، نظریه مزلو با تأکید بر روابط انسانی و تعامل با دیگران جهت برآوردن نیازهای انسانی، نظریه پیوندجویی موری مبتنی بر نیاز به ارتباط جهت نیل به پیشرفت، نظریه نظام‌های خانوادگی بوون^۶ (به نقل از یوسفی و همکاران، ۱۳۸۹) مبتنی بر عنصر خودتمیزی به معنای توانایی احساس تمایز خود و تمایز از دیگران با حفظ تعادل همگام با

-
1. Barrett, R., & Brown, P. J
 2. Taylor, M. R., Agho, K.E., Stevens, G. J., Raphael, B
 3. Olson, D. H., & Barns, H
 4. Intimacy
 5. Olson, D., Defrain, J., & Skogrand, L
 6. Bowen, M

احساس صمیمیت و واکنش عاطفی مثبت به دیگران و نظریه نقش اجتماعی با تأکید بر اهمیت ایفای نقش افراد در جامعه مورد تأکید قرار گرفته است. در این راستا، در صورتی که افراد خانواده روابط میان فردی مناسب را یاد نگرفته باشند، در هنگام رویارویی با مشکلات، این ناتوانی خود به عنوان عاملی استرس زا و محرک تنش زا احتمال بروز اضطراب را افزایش می دهد (وایتمن، جنسن و مک هیل^۱، ۲۰۱۷). یورتیک^۲ (۲۰۱۷) و کوالیاری^۳ (۲۰۱۶) دریافته اند که بین اضطراب اجتماعی با کیفیت روابط دوستانه و فراوانی تجربه های مثبت فردی رابطه منفی وجود دارد و در صورت افزایش اضطراب، کیفیت رابطه ی افراد با اعضای خانواده تحت تأثیر قرار می گیرد. کشاورز افشار و همکاران (۱۳۹۷) نشان داده اند که میان مؤلفه های کیفیت روابط خانوادگی (مانند کیفیت روابط خواهر و برادر) با اضطراب اجتماعی رابطه ای منفی برقرار است.

نگرش به آینده مثبت^۴، متغیر دیگری است که به عنوان یکی از عوامل متأثر از اضطراب ناشی از اپیدمی کرونا مورد بررسی قرار گرفته است. نگرش به زمان یک بعد از دیدگاه به زمان است که به هیجانانگیز بودن افراد و ارزیابی احساسی آن ها نسبت به گذشته، حال و آینده اشاره دارد (آندرتا، وورل، میلو و آکسون^۵، ۲۰۱۳). به نظر زیمباردو و بوید^۶ (۲۰۰۸) نگرش به زمان قادر است توان فرد را برای درک عملکرد شخصی افراد افزایش دهد. علاقه ی روانشناسان به چگونگی ادراک افراد از گذشته، حال و رویدادهای آینده در زندگی به کارهای کورت لوین برمی گردد (رشید و همکاران، ۱۳۹۶). در نظریه پیازه نیز باور بر این است که توانایی رشد انتزاعی و بازنمایی ذهنی از زمان با شروع عملیات صوری در سن نوجوانی شروع می شود. اریکسون در نظریه ی رشد خود دیدگاه زمانی را مطرح می کند و پیشنهاد می کند که بخشی از پیشرفت هویت در بزرگسالان ناشی از توانایی

-
1. Whiteman, S. D., Jensen, A. C., & McHale, S. M
 2. Juretic, J
 3. Kokaliari, E
 4. Positive future attitude (time attitude)
 5. Anderta, J., Worrell, F., Mello, Z., & Dixon, D
 6. Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N

آن‌ها در ادغام گذشته، حال و آینده است (میلو، وورل و بول^۱، ۲۰۱۱؛ به نقل از رشید، ۱۳۹۶). یافته‌های مطالعاتی مانند همچون باکی^۲ (۲۰۱۷) و گانی، کالافات و بویسان^۳ (۲۰۱۰) نشان داده‌اند که میزان اضطراب بالا در افراد زمینه‌ساز بروز نگرش‌های منفی و ناامیدی در افراد نسبت به آینده می‌گردد و در این میان، گسترش اضطراب حاصل از اپیدمی کرونا بر نگرش افراد به آینده موضوعی بوده است که توجه پژوهشگر را جلب کرده است.

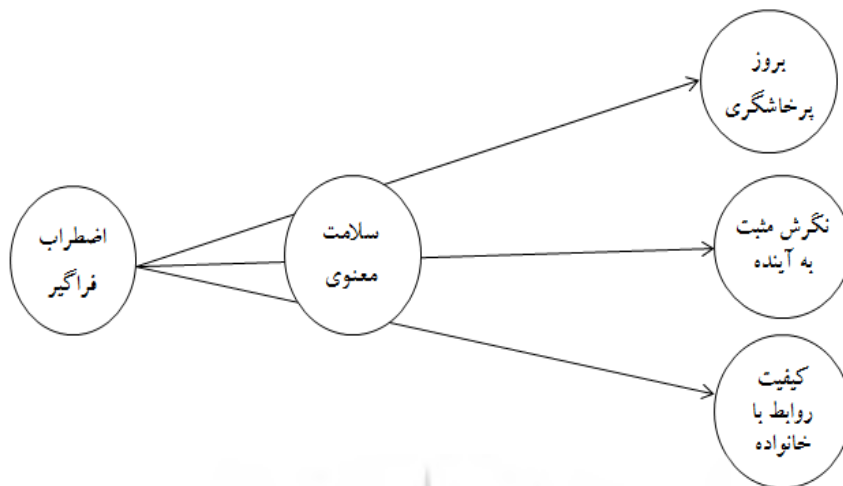
سطح پرخاشگری افراد^۴، متغیر دیگری است که به‌عنوان یکی از عوامل متأثر از اضطراب ناشی از اپیدمی کرونا مورد بررسی قرار گرفته است. از سال ۱۹۷۰ تاکنون مسئله پرخاشگری^۵ در محیط خانه مورد توجه جامعه جهانی قرار گرفته است (سان؛ وو و باتون، لی و سو^۶، ۲۰۱۱). در حقیقت، مشکلات رفتاری گاهی در چارچوب اعمال پرخاشگرانه نمود می‌یابد که از نظر جسمی، کلامی و اجتماعی قابل بروز است. بسته به روش آسیب، انواع پرخاشگری به دو شکل اصلی، یعنی پرخاشگری مستقیم جسمی و پرخاشگری رابطه‌ای غیرمستقیم توصیف می‌شود (چانگ و همکاران، ۲۰۱۹). پرخاشگری مستقیم با آسیب رساندن به بهزیستی جسمی افراد به آنان زیان وارد می‌کند و شامل رفتارهای پرخاشگرانه جسمی و کلامی می‌شود، درحالی‌که پرخاشگری غیرمستقیم با آسیب رساندن به روابط اجتماعی به دیگران زیان می‌رساند (ویتارو، برنجن و برنلی^۷، ۲۰۰۲). کولی و همکاران^۸ (۲۰۱۷) و چانگ و همکاران^۹ (۲۰۱۹) نشان داده‌اند که اضطراب دارای رابطه‌ای معنادار با سطح پرخاشگری در افراد جامعه است و ممکن است به‌عنوان یک پاسخ عاطفی

-
1. Mello, Z. R., Worrell, F. C., & Buhl, M
 2. Baki, Y
 3. Guney, S., Kalafat, T., & Boysan, M
 4. Violence
 5. Aggression
 6. Sun, G., Ivan, Y., Wu, Y., Button, D. C., Li, J., & Su, M
 7. Vitaro, F., Brendgen, M., Tremblay, R. E
 8. Cooley, J. L., Frazer, A. L., Fite, P. J., Brown, S., & DiPierro, M
 9. Chung, J. E., Song, G., Kim, K., Yee, J., Kim, J. H., Lee, K. E., & Gwak, H. S

از طرف فرد در اوضاع وخیم صادر شود (بایون^۱، ۲۰۱۵)؛ که قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌ی بروز رفتارهای پرخطر و تهدیدآمیز است (جاودانی، ساده و ورونا^۲، ۲۰۱۱).

بر اساس آنچه گفته شد، آگاهی از میزان اثرات گسترش بیماری‌های اپیدمیک از سوی و پشت سر گذراندن دوره‌های فاجعه‌بار تجربه‌ی بیماری‌های اپیدمیک در تاریخ کشورمان (مانند طاعون در خلیج فارس (کاووسی عراقی، ۱۳۸۱)، طاعون در مشهد (دهقان‌نژاد و کثیری، ۱۳۸۹)، دیفتی، تب مالت، تیفوس و جذام (میرصالحیان و دالوند، ۱۳۹۷) و وبا در کل کشور (محمدصالحی، ۱۳۹۷) از سوی دیگر، تلنگری بوده است که پژوهشگر را در این پژوهش بر آن داشته تا به دنبال متغیرهای میانجی‌گری باشد که در این شرایط بفرنج بتواند اثرات منفی احتمالی اضطراب فراگیر را تعدیل سازد. در حقیقت، در این شرایط، مداخله در بحران روان‌شناختی به صورت فوری برای تمام افراد در معرض، از جمله بیماران، کادر پزشکی، افراد نزدیک به بیماران، افراد ساکن در مناطق آسیب دیده و همچنین عموم مردم بسیار ضروری است (زو و همکاران^۳، ۲۰۲۰). کما این که افراد بسیاری در گوشه و کنار جهان و به ویژه در کشورمان به سبب نبود برنامه‌های رویارویی منظم در رویارویی با بحران‌های ناشی از این بیماری، از تهدیدهای بالقوه در امان نیستند و به طور مستقیم، افزون بر اثرات جسمی، در معرض خطر پریشانی و ناسلامتی روانی قرار دارند. بر این اساس، در این پژوهش تلاش شده تا میزان نقش تعدیل‌گری سلامت معنوی بر اثرات منفی اضطراب فراگیر ناشی از بیماری کرونا مورد بررسی قرار گیرد (شکل ۱).

1. Byeon, H
2. Javdani, S, Sadeh, N, Verona, E
3. Zhu, Y., Chen, L., Ji, H., Xi, M., Fang, Y., Li, Y



شکل ۱: مدل مفهوم پژوهش

در سالیان اخیر، سلامت معنوی به‌عنوان مفهومی در چارچوب معنویت، در کنار ابعاد اجتماعی، عاطفی، روحی و جسمی سلامت انسان مورد پذیرش قرار گرفته است (دار، چاتورودی و نندان^۱، ۲۰۱۳ و میلر و تورسن^۲، ۲۰۰۳). معنویت، مفهومی گسترده و پیوندیافته با خردورزی و همدردی (میلر و ناکاگاوا^۳، ۲۰۰۲) است که به‌عنوان یک ظرفیت ذاتی انسان برای تعالی از راه مقدسات (چیزی بزرگ‌تر از خود) (یاست، جانسون، ساسو و رولکپارتین^۴، ۲۰۰۶)، گستره‌ای بی‌کران دارد که سلامت معنوی، به‌عنوان یکی از ابعاد حیاتی ادراک انسان از زندگی و معنای جهان (زیباد، فروغان، محمدی، رفیعی و رسولی^۵، ۲۰۱۶) در بطن آن ریشه دارد. مک‌کلین، روزنفیلد و بریتبارت^۶ (۲۰۰۳)، سلامت معنوی را به‌عنوان هسته‌ی مرکزی مفهوم سلامت در نظر گرفته‌اند که نوعی یکپارچگی و هماهنگی

1. Dhar, N., Chaturvedi, S., & Nandan, D
2. Miller, J. P., & Nakagawa, Y
3. Miller, W. R., & Thoresen, C. E.
4. Yust, K. M., Johnson, A. N., Sasso, S. E., & Roehlkepartain, E. C
5. Zibad, H. A., Foroughan, M., Mohammadi, F., Rafiey, H., & Rassouli, M
6. McClain, C. S., Rosenfeld, B., & Breitbart, W

میان مؤلفه‌های درونی شکل‌دهنده‌ی هویت فرد به بار می‌آورد (کریون^۱، ۲۰۰۹؛ به نقل از زیباد و همکاران، ۲۰۱۶). سلامت معنوی نیروی یگانه‌ایی است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می‌کند و برای سازگاری با بیماری لازم است. (مارکوس، دیمن و کینگ^۲، ۲۰۰۵). گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی ایران، سلامت معنوی را وضعیتی می‌داند که دارای مراتب گوناگون است و در آن متناسب با ظرفیت‌ها و قابلیت‌های فرد، بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌های لازم برای تعالی روح (که همان تقرب به خدای متعال است)، تمام امکانات درونی به‌طور هماهنگ و متعادل در جهت هدف کلی مزبور به کار گرفته می‌شوند و رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی متناسب با آن‌ها نسبت به خدا، فرد، جامعه و طبیعت ظهور می‌یابد (مصباح، ۱۳۹۱؛ به نقل از امیری و همکاران، ۱۳۹۳). گومز و فیشر^۳ (۲۰۱۰؛ به نقل از حیدری، ۱۳۹۸) این مفهوم را به‌عنوان حالتی از بودن، احساسات مثبت، شناخت ارتباط فرد با خود، دیگران و برخورداری از یک نیروی ماورایی فطری تعریف می‌کنند که برای فرد، احساس هویت، کمال، رضایت‌مندی، لذت، خرسندی، زیبایی، عشق، احترام، نگرش مثبت، هدف‌مندی و جهت‌مندی زندگی، آرامش و توازن درونی را به ارمغان می‌آورد. فیشر (۲۰۱۱) باور دارد که این بعد از سلامت، کیفیتی ذاتی و درونی خاص انسان است که در برگیرنده‌ی باور به چیزی بزرگ‌تر از خود و نیروی هماهنگ‌کننده و تکمیل‌کننده‌ی سایر ابعاد سلامت انسان است. روح بی‌قرار انسان در جستجوی معنا در زندگی به دنبال چیزی برتر از خود است (ماینر و ویلیامز^۴، ۲۰۰۶) و ارتباط با خدا یا هستی متعالی^۵ پایه‌ای برای این معنا شکل می‌دهد (دلگادو^۶، ۲۰۰۵). سلامت معنوی در تعاریف دینی و اسلامی ضمن داشتن جایگاهی ارزشمند و والا به‌عنوان وضعیتی با مراتب گوناگون تعریف شده است که در آن، هر فرد متناسب با ظرفیت‌ها،

-
1. Craven, S
 2. Marques, J. Dhiman, S. King, R
 3. Gomez, R., & Fisher, J. W
 4. Miner-Williams, D
 5. Transcendental being
 6. Delgado, C

قابلیت‌ها، بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌های خود در جهت تعالی روح (همان تقرب به خدای متعال) گام برمی‌دارد؛ یعنی همه امکانات درونی فرد به‌طور هماهنگ و متعادل، در جهت هدف کلی مزبور به کار گرفته می‌شود و رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی متناسب با آن‌ها نسبت به خدا، فرد، جامعه و طبیعت ظهور می‌یابد (حیدری، ۱۳۹۸). اهمیت ادراک‌شده از تعاریف مطرح‌شده نشان می‌دهد که سلامت معنوی به‌عنوان عاملی با پیامدهای مثبت چشم‌گیر در زندگی فردی و اجتماعی انسان در رویکردهای علم روان‌شناسی و سلامت، می‌تواند در تعدیل اثرات اضطراب، در شرایط فعلی رویارویی با کروناویروس، نقشی مهم بازی کند. در این راستا، یوسفی، رفیعی و طیری (۱۳۹۸) نشان داده‌اند که هرچه میزان سلامت معنوی در افراد بالاتر باشد، میزان آسیب‌های روانی در آن‌ها کمتر است و این عامل یک پیش‌بینی‌کننده قوی در رویارویی موفق با بحران‌های روانی است. همچنین، سلامت معنوی و افزایش باورهای دینی می‌تواند سطح اضطراب افراد را کاهش دهد (سالاری‌پور، مکتبی و عالی‌پور بیرگانی، ۱۳۹۷) و اثرگذاری مثبتی بر تعدیل اثرات منفی تجارب درناک زندگی (اوده، ۲۰۰۹)، بهبود زندگی معنادار کهنسالان (زیباد و همکاران، ۲۰۱۶)، تنظیم هیجانات (محمودی، صادقی و جمال‌امیدی، ۱۳۹۶)، گسترش ایمنی درونی (اسمیت و مک‌شری، ۲۰۰۴) و افزایش سلامت روان (هوج، موزر و شیفر، ۲۰۱۳ و دیلی و استوارت، ۲۰۰۷) داشته باشد. اکبری، قنبری‌هاشم‌آبادی، اصغری ابراهیم‌آباد و آزادگان‌مهر (۱۳۹۹) نشان داده‌اند که توحیددرمانی بر کاهش پرخاشگری افراد دارای اختلال شخصیت تأثیر دارد. ضمن این‌که پورعباس و عیسی‌مراد (۱۳۹۸) نشان داده‌اند که آموزش جامع دینی در تقویت ارتباط بین فردی اثرات مثبت به دنبال دارد. در این میان، بر اساس مشاهدات میدانی پژوهشگران این مطالعه، استان لرستان به‌دلایلی چند از وضعیتی خاص در رویارویی با اپیدمی کرونا برخوردار است که ضرورت

1. Eade, T
2. Smith, J., & McSherry, W
3. Hodge, D. R., Moser, S.E., & Shafer, M. S
4. Dailey, D. E., & Stewart, A. L

انجام این پژوهش را مبرهن می‌سازد. این استان به سبب قرار گرفتن در مسیر جاده بین‌المللی، از سویی با حجم بالای خودروهای ورودی به‌منظور تعطیلات زودهنگام نوروزی (به سبب فصل مناسب گردشگری) رویارو بوده است و از سویی، عبور خودروهای سنگین به‌منظور حمل‌ونقل از جنوب به شمال کشور و توقف در این استان موجب ورود شمار بالایی از افراد غیربومی به این استان می‌شود؛ که خود موجب گسترش نوعی ترس و اضطراب در زمینه‌ی شیوع اپیدمی کرونا شده بود. از سوی دیگر، فرار رسیدن فصل کوچ عشایر از شهر الشتر (که متأسفانه به شکل عجیبی آمار بسیار بالایی در زمینه مبتلایان کرونا داشت)، به شهر پل دختر، موجب شکل‌گیری موجی از اعتراضات، گاهی همراه با خشونت در میان مردمان جنوب استان و به‌نوعی، ناامیدی و نگرش منفی و شکاکانه به آینده در دامداران شمال استان شده است. در کنار این موارد، نبود امکانات و عدم وجود بیمارستان‌های تخصصی و بزرگ، این موج ترس و اضطراب را دوچندان کرده است. در نهایت، فرهنگ خاص مردم این دیار مبنی بر ضرورت بی‌چون‌وچرای تجدید دیدار با افراد کهنسال هر خانواده و انجام دیدوبازدیدهای نوروزی به‌عنوان شاکله‌های ارتباطی خانواده، هم در کادر درمانی و هم در عامه‌ی مردم نگرانی‌هایی خاص را سبب شده است. بر اساس آنچه گفته شد. مطالعه دقیق آثار و پیامدهای روان‌شناختی گسترش اپیدمی کرونا که کشور ما و در این مطالعه، استان لرستان، امروزه با برون‌دادهای آن دست‌وپنجه نرم می‌کند، هم می‌تواند در شناسایی عوارض و آسیب‌های این بحران یارای دست‌اندرکاران اجرایی باشد و هم با شناخت متغیرهای اثرگذار بر بهبود وضعیت روان‌شناختی مردم، راه مناسب برای استفاده از مداخله‌های روان‌شناختی مناسب را نشان دهد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف پاسخ به این پرسش به انجام رسید که آیا مدل تدوین‌شده‌ی پیامدهای روان‌شناختی اپیدمی کرونا و ویروس با نقش میانجی‌گری سلامت معنوی از برازش مناسب برخوردار است و آیا سلامت معنوی می‌تواند آسیب‌های روان-شناختی حاصل از اضطراب را میانجی‌گری نماید؟

روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش از نظر هدف، از نوع کاربردی و از حیث ماهیت، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل تمامی افراد ساکن در استان لرستان بود که در سال ۱۳۹۸ اثرات تهدید اپیدمی کروناویروس را درک کرده بودند. نمونه موردپژوهش بر اساس فرمول کوکران ۳۸۴ نفر بود که به صورت نسبتاً یکسان از میان زنان و مردان به عنوان حجم نمونه انتخاب گردید. با توجه به اینکه در استان لرستان چهار گویش مختلف (بختیاری، بالاگریوه، لکی و خرم آبادی) زندگی می‌کنند و همچنین، بیماری کرونا به صورت گسترده در تمام استان افراد را تحت تأثیر قرار داده است، در این پژوهش تلاش شد تا نمونه به گونه‌ای انتخاب شود که تمام استان پوشش داده شود؛ بنابراین، در گام اول از روش هدفمند به منظور انتخاب چهار منطقه استفاده شد و در گام دوم، از روش داوطلبانه به منظور تکمیل پرسشنامه‌ها بهره گرفته شد. بدین ترتیب، پس از شناسایی کانال‌های تلگرامی و صفحات معتبر اینستاگرامی معتبر در هر شهرستان و به کارگیری انواع راهبردهای استفاده از ظرفیت فضای مجازی، لینک پرسشنامه به صورت گسترده در تمام مناطق توزیع شد و افراد به صورت داوطلبانه وارد صفحه‌ی اینترنتی مربوطه شده (در سایت پرس آل^۱) و به گویه‌ها پاسخ دادند. حجم نمونه‌ی انتخاب شده مبتنی بر فرمول کوکران به تناسب جمعیت هر شهر در نظر گرفته شد. بر این اساس، شهرستان خرم‌آباد (مرکز استان)، دورود (شرق استان)، الشتر (شمال استان) و پلدختر (جنوب و غرب استان) به منظور نمونه‌گیری انتخاب شدند تا بدین ترتیب، تمام جامعه آماری در سطح استان پوشش داده شود. در پایان ۴۳۰ پرسشنامه پاسخ داده شد که بر اساس میزان دقت در پاسخگویی و کامل بودن پاسخ‌ها و مبتنی بر فرمول کوکران، ۳۸۴ نفر انتخاب شد و در نهایت، پاسخ‌ها نرم‌افزار SPSS23 و AMOS تحلیل شد و ضمن آزمودن برازش مدل مفهومی، فرضیه‌های پژوهشی مورد تحلیل قرار گرفت. ملاک پذیرش پرسشنامه‌ها پاسخگویی داوطلبانه و به تبع، دقت در پاسخ به پرسشنامه و ملاک خروج عدم دقت در پاسخ‌گویی و قرار نداشتن محل

زندگی فرد در محدوده‌ی جغرافیایی موردنظر پژوهشگر بود. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد. لازم به ذکر است که گزینش سؤالات از ابعاد خاص برخی پرسشنامه‌ها هم (مانند نگرش به زمان مثبت و سلامت معنوی) به سبب عدم تمایل آزمودنی‌ها در پاسخگویی به پرسشنامه‌های خیلی بلند در نظرسنجی اینترنتی، تعیین روایی محتوایی پرسشنامه‌ها توسط متخصصین و لزوم تغییر و طراحی پرسشنامه‌ها در جهت برآوردن اهداف دقیق و جزئی موردنظر پژوهشگر بود:

- مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7): این ابزار در سال ۲۰۰۶ توسط اسپیتزر، کروئنکه، ویلیامز و برند^۱ ساخته شد و دارای هفت سؤال است؛ که اضطراب فراگیر و نیز میزان تداخل اختلال در کارکرد فرد را می‌سنجد را تنها در یک بعد اضطراب فراگیر می‌سنجد. مقیاس پاسخگویی به سؤالات به صورت طیف لیکرتی از صفر تا سه نمره گذاری می‌شود. نمرات به دست آمده برای هفت سؤال با یکدیگر جمع شده تا نمره کل اضطراب به دست آید؛ که دارای گستره‌ای بین صفر تا ۲۱ می‌باشد. در پژوهش اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) روایی همگرایی این پرسشنامه با محاسبه همبستگی آن با دو پرسشنامه اضطراب بک و خرده‌مقیاس اضطراب سیاهه‌ی نشانه بالین به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۷۴ گزارش شد و پایایی آن بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۳ محاسبه گردید. در پژوهش نائینیان، شعیری، شریفی و هادیان (۱۳۸۸) روایی همگرایی این پرسشنامه با محاسبه همبستگی آن با پرسشنامه اضطراب حالت و صفت اسپیلبرگر (۰/۷۱) و ۰/۵۲ و پایایی آن بر اساس آلفای کرونباخ و روش بازآزمایی مشخص شد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر بر اساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۳ به دست آمد.

- نگرش به آینده مثبت میلو و وورل (۲۰۰۷): این آزمون در سال ۲۰۰۷ توسط میلو و وورل^۲ ساخته شده است و در ایران به وسیله رشید (۱۳۹۰) به نقل از رشید، علیزاده و مرادی، (۱۳۹۶) ترجمه و اعتباریابی شد. بخش اصلی این ابزار شامل ۳۰ گویه برای ارزیابی

1. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Bernd, L.

2. Mello, Z. R., & Worrell, F. C

نگرش افراد نسبت به زمان گذشته، حال و آینده (هرکدام در دو حالت مثبت و منفی) است. پاسخ‌ها نیز در قالب طیف لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً ناموافقم ساخته شده‌اند. در این پژوهش از نگرش به زمان آینده مثبت با پنج سؤال بهره گرفته شد که میزان خوش‌بینی افراد، میزان شادی و اشتیاق آنان نسبت به زمان آینده را می‌سنجد. پایایی این پرسشنامه در نمونه‌ی ایرانی بر اساس آلفای کرونباخ برای کل آزمون برابر با ۰/۷۷ و برای بعد آینده‌نگر مثبت برابر با ۰/۷۲ به دست آمد. تحلیل عاملی انجام شده برای بررسی روایی عاملی ابزار نیز نشان داد که این ابزار اعتبار لازم را دارد. همچنین، اعتبار همگرایی این پرسشنامه توسط وورل و میلو با محاسبه‌ی ضریب همبستگی آن با مقیاس امید، خوش‌بینی، استرس و خودپنداره (از ۰/۷۹ تا ۰/۸۵ گزارش شده است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر بر اساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸ به دست آمد.

– مقیاس سلامت معنوی پالوتزین و الیسون (۱۹۸۳): یک پرسشنامه حاوی ۲۰ پرسش است که پاسخ‌های آن بر طبق مقیاس لیکرت شش‌قسمتی از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم طراحی گردید و دارای بعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی است؛ که هرکدام ده عبارت را شامل می‌شود. در این پژوهش از بعد سلامت مذهبی بهره گرفته شده است. نمره کل برای هر بعد برابر با ۶۰ است. در هر بعد، نمره ۱۰ به معنای سطح سلامت معنوی پایین، ۲۱ تا ۴۰ یعنی سطح متوسط و نمره بالاتر از ۴۱ یعنی سطح سلامت معنوی بالا. پایایی این پرسشنامه در ایران توسط سیدفاطمی و همکاران (۱۳۸۵) بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ به دست آمد و روایی آن از طریق اعتبار محتوایی تأیید شد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر بر اساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ به دست آمد.

– پرسشنامه پرخاشگری پژوهشگر ساخته: این پرسشنامه توسط پژوهشگران در این مطالعه با ۱۰ گویه ساخته شد و مقیاس پاسخ‌دهی آن بر طبق مقیاس لیکرت شش‌بخشی از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم طراحی گردید. تحلیل عاملی اکتشافی بر روی این پرسشنامه بر اساس نتایج تحلیل مؤلفه‌های اصلی نشان داد که مقدار کفایت نمونه‌گیری کایر-میر-

الکین^۱ برابر با ۰/۹۰ و آزمون کرویت بارتلت^۲ برابر با ۲۲۸۹/۶۶۴ که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود. بنابراین، با توجه به بالابودن مقدار این شاخص‌ها ماتریس همبستگی و حجم نمونه برای انجام تحلیل عاملی اکتشافی اعتبار داشت. همچنین، بار عاملی برای تمام پرسش‌ها بالاتر از ۰/۳ محاسبه شد و دو عامل اصلی؛ یعنی پرخاشگری ادراک شده از خود نسبت به دیگران و پرخاشگری ادراک شده از رفتار خانواده شناسایی شد و این دو عامل توانستند ۷۰ درصد از واریانس پرخاشگری کلی را تبیین نمایند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر بر اساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ به دست آمد.

– پرسشنامه کیفیت رابطه با خانواده پژوهشگر ساخته: این پرسشنامه توسط پژوهشگران در این مطالعه با ۱۰ گویه ساخته شد و مقیاس پاسخ‌دهی آن مبتنی بر طیف لیکرت شش‌بخشی از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم بود. تحلیل عاملی اکتشافی این ابزار مبتنی بر تحلیل مؤلفه‌های اصلی نشان داد که مقدار کفایت کایر-میر-الکین برابر با ۰/۸۳ و آزمون کرویت بارتلت برابر با ۱۳۴۴/۴۹۲ که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. بنابراین، با توجه به بالابودن مقدار KMO و معناداری آزمون کرویت بارتلت، ماتریس همبستگی و حجم نمونه برای انجام تحلیل عاملی اکتشافی مناسب بود. همچنین، بار عاملی پرسش‌ها بجز یک مورد، بالاتر از ۰/۳ محاسبه شد و یک عامل اصلی، یعنی کیفیت رابطه با خانواده شناسایی شد که توانست ۵۵ درصد از واریانس کیفیت رابطه با خانواده را تبیین نمایند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر بر اساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۴ به دست آمد. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که در ارتباط با جنسیت، ۵۲٫۱ درصد مرد (۲۰۰ نفر) و ۴۷٫۹ درصد زن (۱۸۴ نفر) بود. در ارتباط با سطح تحصیلات، ۶٫۳ درصد (۲۴ نفر) زیر دیپلم، ۱۵٫۴ درصد (۵۹ نفر) دیپلم، ۳٫۴ درصد (۱۳ نفر) کاردانی، ۳۹٫۳ درصد (۲۴ نفر) کارشناسی، ۳۲٫۶ درصد (۱۲۵ نفر) کارشناسی ارشد و ۳٫۱ درصد (۱۲ نفر) دارای مدرک دکتری بودند. در ارتباط با شغل، ۷٫۶ درصد (۲۹ نفر) بیکار، ۱۴٫۶ درصد (۵۶ نفر)

1. Kaiser - Meyer - Oklin
2. Bartlett's test of sphericity

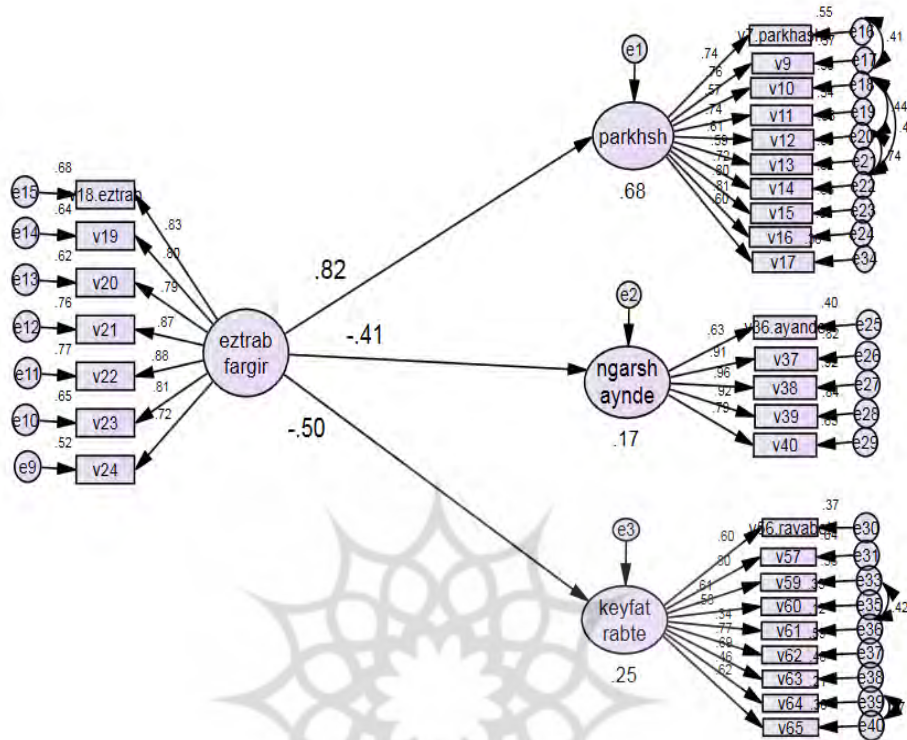
خانه‌دار، ۲۵,۳ درصد (۹۷ نفر) دانشجو و دانش آموز، ۲۷,۳ درصد (۱۰۵ نفر) فرهنگیان و اساتید، ۱۴,۸ درصد (۵۷ نفر) کارمندان، ۱,۸ درصد (۷ نفر) کادر درمانی بیمارستان و ۸,۶ درصد (۳۳ نفر) مشاغل دیگر بودند. در ارتباط با سن، ۹,۱ درصد (۳۵ نفر) زیر ۲۱ سال، ۲۲,۷ درصد (۸۷ نفر) از ۲۱ تا ۳۰ سال، ۳۹,۸ درصد (۱۵۳ نفر) از ۳۱ تا ۴۰ سال، ۲۱,۶ درصد (۸۳ نفر) از ۴۱ تا ۵۰ سال و ۶,۸ درصد (۲۶ نفر) بالاتر از ۵۰ سال داشتند.

یافته‌های پژوهش

در محاسبات آماری لازم است که شرایط کلی داده‌ها توصیف شود. بدین منظور از شاخص‌های مرکزی مانند میانگین و پراکندگی مانند انحراف استاندارد استفاده می‌شود. در توصیف متغیرها، میانگین متغیرهای اضطراب فراگیر، پرخاشگری، نگرش به آینده مثبت، کیفیت رابطه با خانواده و سلامت معنوی به ترتیب برابر است با ۱۲/۱۴، ۳۶/۹۸، ۲۱/۰۸، ۴۴/۲۶ و ۵۰/۵۱ و میزان انحراف معیار آن‌ها به ترتیب برابر با ۵/۷۲، ۱۲/۵۴، ۶/۷۷، ۷/۹۷ و ۱۱/۸۴ محاسبه شد.

برازش مدل پژوهش بدون نقش میانجی‌گری سلامت معنوی

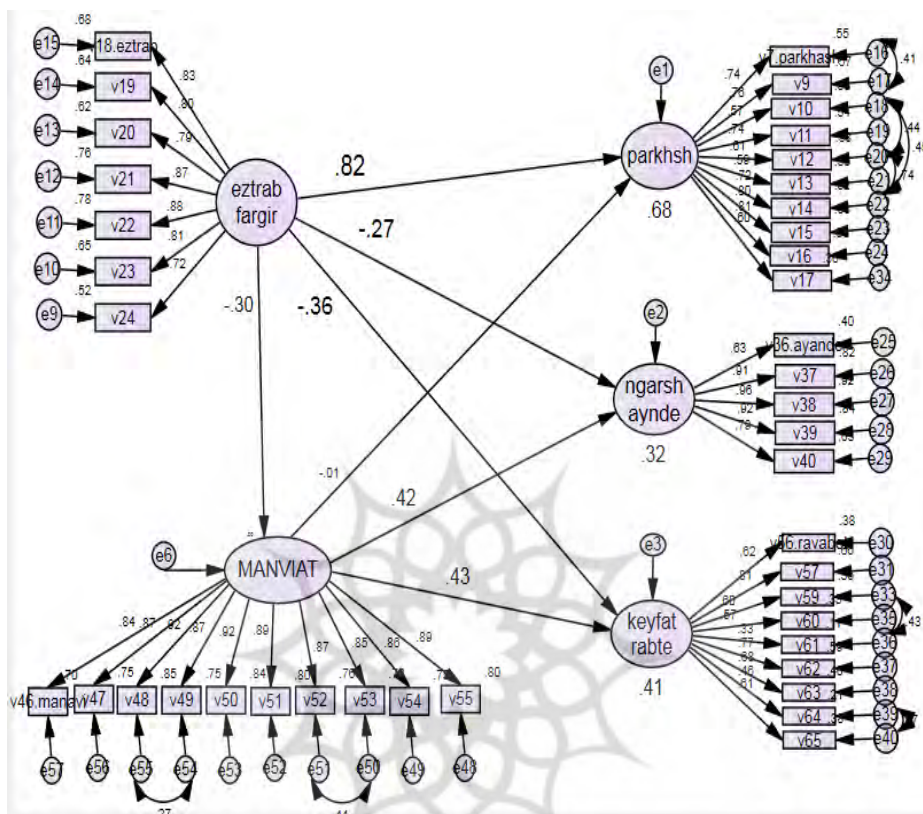
پس از بررسی شاخص‌های توصیفی، اکنون، با استفاده از مدل معادلات ساختاری به بررسی برازش مدل ساختاری و فرضیه‌های پژوهش پرداخته شده است. به منظور بررسی نقش میانجی‌گری سلامت معنوی، ابتدا لازم است که مدل مفهومی بدون نقش میانجی-گرانه‌ی این متغیر برازش داده شود. بر این اساس، در شکل ۲، ارتباط متغیرهای پژوهشی با یکدیگر و روابط آن‌ها با سؤالات مربوطه نشان داده شده است.



شکل ۲: مدل پیامدهای روان‌شناختی اضطراب کروناویروس بدون میانجی‌گری سلامت معنوی

بررسی ضرایب تأثیر استاندارد نشان می‌دهد که اضطراب فراگیر به‌طور مستقیم دارای تأثیری به میزان $+0/82$ بر میزان پرخاشگری، $-0/41$ بر نگرش نسبت به آینده و $-0/50$ بر کیفیت رابطه با خانواده است. همچنین، همان‌طور که مشاهده می‌شود به‌جز گویه‌ی دوم متغیر کیفیت رابطه با خانواده که حذف شده است، بار عاملی تمام گویه‌های پرسشنامه‌های مورد استفاده برای اندازه‌گیری متغیرهای اضطراب فراگیر، پرخاشگری، نگرش به آینده مثبت و کیفیت رابطه با خانواده در سطح مناسب است، زیرا در صورتی که بار عاملی محاسبه شده برای هر پرسش بالاتر از $0/3$ باشد، اعتبار آن پرسش تأیید می‌شود (حبیب‌پور و صفری شال، ۱۳۹۰).

برازش مدل پژوهش با نقش میانجی‌گری سلامت معنوی



شکل ۳: مدل پیامدهای روان‌شناختی اضطراب کروناویروس با میانجی‌گری سلامت معنوی

بر اساس مدل برازش‌یافته در شکل ۳، مشاهده می‌شود که پس از ورود متغیر سلامت معنوی به مدل پژوهش نیز بار عاملی تمام گویه‌های پرسشنامه‌های مورد استفاده برای اندازه‌گیری متغیرهای اضطراب فراگیر، پرخاشگری، نگرش به آینده مثبت، کیفیت رابطه با خانواده و سلامت معنوی در سطح مناسب است. در جدول ۲، این بارهای عاملی بیان شده است. همچنین، مقدار معناداری ضریب تأثیر تمام پرسش‌ها کمتر از ۰,۰۵ (معادل با مقدار t برابر با ۱/۹۶) بود. پس اعتبار تمام گویه‌ها برای حضور در مدل تأیید گردید.

بر اساس شکل ۳، پس از ورود سلامت معنوی به مدل، میزان اثرات منفی اضطراب فراگیر بر نگرش به آینده مثبت و کیفیت ارتباط با خانواده کاهش یافت، ولی این نقش

میانجی‌گرانه در ارتباط اضطراب فراگیر با سطح پرخاشگری مشاهده نگردید. بر این اساس، بررسی ضرایب تأثیر استاندارد نشان می‌دهد که اضطراب فراگیر به‌طور مستقیم دارای تأثیری به میزان $+0/82$ بر میزان پرخاشگری، $-0/27$ - بر نگرش نسبت به آینده، $-0/36$ - بر کیفیت رابطه با خانواده و $-0/30$ - بر سلامت معنوی است. همچنین، اگرچه ضریب تأثیر استاندارد سلامت معنوی بر پرخاشگری به‌صورت مستقیم برابر با صفر و معنادار نیست؛ ولی سلامت معنوی دارای ضریب تأثیر مستقیمی بر نگرش مثبت نسبت به آینده به میزان $0/42$ و بر کیفیت ارتباط با خانواده به میزان $0/43$ می‌باشد.

جدول ۱: بارهای عاملی محاسبه‌شده برای گویه‌های پرسشنامه‌ها

متغیر	پرسش‌ها	بار عاملی	متغیر	پرسش‌ها	بار عاملی	متغیر	پرسش‌ها	بار عاملی
پر خاشگری	پر خاشگری ۱	۰/۷۴	سلامت معنوی	سلامت معنوی ۱	۰/۸۴	کیفیت رابطه با خانواده	کیفیت رابطه ۱	۰/۶۲
	پر خاشگری ۲	۰/۷۶		سلامت معنوی ۲	۰/۸۷		کیفیت رابطه ۲	۰/۸۱
	پر خاشگری ۳	۰/۵۷		سلامت معنوی ۳	۰/۹۲		کیفیت رابطه ۳	۰/۶۰
	پر خاشگری ۴	۰/۷۴		سلامت معنوی ۴	۰/۸۷		کیفیت رابطه ۴	۰/۵۷
	پر خاشگری ۵	۰/۶۱		سلامت معنوی ۵	۰/۹۲		کیفیت رابطه ۵	۰/۳۳
	پر خاشگری ۶	۰/۵۹		سلامت معنوی ۶	۰/۸۹		کیفیت رابطه ۶	۰/۷۷
	پر خاشگری ۷	۰/۷۲		سلامت معنوی ۷	۰/۸۷		کیفیت رابطه ۷	۰/۶۸
	پر خاشگری ۸	۰/۸۰		سلامت معنوی ۸	۰/۸۵		کیفیت رابطه ۸	۰/۴۶
	پر خاشگری ۹	۰/۸۱		سلامت معنوی ۹	۰/۸۶		کیفیت رابطه ۹	۰/۶۱
	پر خاشگری ۱۰	۰/۶۰		سلامت معنوی ۱۰	۰/۸۹			
اضطراب	اضطراب ۱	۰/۸۳	نگرش به آینده مثبت	نگرش مثبت ۱	۰/۶۳			
	اضطراب ۲	۰/۸۰		نگرش مثبت ۲	۰/۹۱			
	اضطراب ۳	۰/۷۹		نگرش مثبت ۳	۰/۹۶			
	اضطراب ۴	۰/۸۷		نگرش مثبت ۴	۰/۹۲			
	اضطراب ۵	۰/۸۸		نگرش مثبت ۵	۰/۷۹			
اضطراب ۶	۰/۸۱							
اضطراب ۷	۰/۷۲							

بر اساس جدول ۱، بار عاملی ۱۰ گویهی پرسشنامه پرخاشگری به ترتیب برابر با ۰/۷۴، ۰/۷۶، ۰/۵۷، ۰/۷۴، ۰/۶۱، ۰/۵۹، ۰/۷۲، ۰/۸۰، ۰/۸۱ و ۰/۶۰؛ بار عاملی ۷ گویهی مربوط به پرسشنامه اضطراب فراگیر به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۸۰، ۰/۷۹، ۰/۸۷، ۰/۸۸، ۰/۸۱ و ۰/۷۲؛ بار عاملی ۱۰ گویهی مربوط به پرسشنامه اضطراب فراگیر به ترتیب برابر با ۰/۸۴، ۰/۸۷، ۰/۹۲، ۰/۸۷، ۰/۹۲، ۰/۸۹، ۰/۸۷، ۰/۸۵، ۰/۸۶ و ۰/۸۹؛ بار عاملی ۵ گویهی مربوط به پرسشنامه نگرش به آینده مثبت به ترتیب برابر با ۰/۶۳، ۰/۹۱، ۰/۹۶، ۰/۹۲ و در نهایت، بار عاملی ۹ گویهی مربوط به متغیر کیفیت رابطه با خانواده به ترتیب برابر با ۰/۶۲، ۰/۸۱، ۰/۶۰، ۰/۵۷، ۰/۳۳، ۰/۷۷، ۰/۶۸، ۰/۴۶ و ۰/۶۱ محاسبه شد. در ادامه، پس از بررسی شاخص‌های برازش مدل، فرضیه‌های پژوهشی مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

شاخص‌های برازش مدل

معیارهای علمی قابل‌پذیرش برای تأیید مدل نظری با استفاده از داده‌ها بحث اصلی «شاخص‌های برازش مدل»^۱ است که در ادامه به آن پرداخته شده است.

جدول ۲: شاخص‌های برازش مدل پژوهش حاضر

شاخص برازش مدل	مقدار شاخص	سطح مطلوب	وضعیت برازش
ریشه میانگین مجذورات تقریب ^۲	۰/۰۶	زیر ۰/۱	مطلوب است
تقسیم df / CMIN	۲/۴۴	زیر ۳	مطلوب است
شاخص برازش استاندارد ^۳	۰/۹۱	بالاتر یا مساوی ۰/۹	مطلوب است
شاخص برازش تطبیقی ^۴	۰/۹۴	بالاتر یا مساوی ۰/۹	مطلوب است
شاخص برازش تطبیقی نرمال‌شده ^۵	۰/۹۲	بالاتر یا مساوی ۰/۹	مطلوب است
شاخص برازش این کری منتال ^۶	۰/۹۴	بالاتر یا مساوی ۰/۹	مطلوب است
ضریب تاکر- لوئیس ^۷	۰/۹۱	بالاتر یا مساوی ۰/۹	مطلوب است

1. Modeling fit indexes
2. Root mean square error of approximation (RMSEA)
3. Normalized fitness index (NFI)
4. Comparative fitness index (CFI)
5. Parsimony Comparative fitness index (PCFI)
6. Incremental fitness index (IFI)
7. Tucker-Lewis coefficient (TLI)

شاخص ریشه میانگین مربعات خطاهای تخمین^۱، یکی از شاخص‌های اصلی نیکویی برازش در مدل‌یابی معادلات ساختاری است که در تمام مدل‌های معادلات ساختاری از آن استفاده می‌شود. بر اساس دیدگاه بیشتر پژوهشگران، اگر این شاخص کوچک‌تر از ۰/۱ باشد، برازندگی مدل مورد تأیید است. بر اساس جدول ۲، در پژوهش حاضر، با توجه به این که مقدار این شاخص برابر با ۰/۰۶ است، می‌توان گفت که برازش مدل تأیید گردید. همچنین، یکی دیگر از شاخص‌های برازش مهم نتیجه تقسیم CMIN بر درجه آزادی است که اگر پایین‌تر از ۳ باشد، برازش تأیید می‌گردد و در این پژوهش نیز برابر با ۲/۴۴ محاسبه گشت. افزون بر این دو شاخص اصلی، اگر شاخص‌هایی مانند برازش استاندارد، برازش تطبیقی، برازش تطبیقی نرمال‌شده، برازش این‌کری‌متال و ضریب تاکر-لوئیس بالاتر یا مساوی ۰/۹ محاسبه شوند، برازندگی مدل تأیید می‌شود؛ به سبب اینکه در این مدل، این شاخص‌ها به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۹۴، ۰/۹۲، ۰/۹۴ و ۰/۹۳ محاسبه شده‌اند، برازش مدل تأیید شد. پس از ارائه توضیح کامل درباره‌ی مدل برازش داده شده، در ادامه، فرضیه‌های پژوهشی به صورت جداگانه بررسی شده‌اند.

بررسی فرضیه نخست پژوهش نشان داد که اضطراب فراگیر تأثیری منفی به میزان ۰/۵۰- بر کیفیت رابطه افراد با خانواده داشت که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود؛ و با ورود سلامت معنوی به مدل به ۰/۳۶- کاهش یافت. از سوی دیگر، با توجه به اینکه سلامت معنوی در سطح ۰/۰۰۱ دارای تأثیری مثبت به میزان ۰/۴۳ بر کیفیت رابطه با خانواده بود و به گونه‌ای منفی به میزان ۰/۳۰- تحت تأثیر اضطراب فراگیر قرار داشت، می‌توان گفت که سلامت معنوی یک متغیر میانجی‌گر با اثر مثبت و معنادار در جهت کاهش اثرات اضطراب فراگیر بر کیفیت رابطه با خانواده است. نتایج آزمون بوت‌استرپ^۲ نیز نشان داد که اثر غیرمستقیم اضطراب فراگیر بر کیفیت رابطه با خانواده برابر با ۰/۱۳ به طور معنی‌داری در سطح ۰/۰۱ تأیید گردید. در نهایت، میزان تبیین واریانس کلی کیفیت رابطه با خانواده بر

1. RMSEA
2. Boot-strap

اساس اضطراب فراگیر از راه میانجی‌گری سلامت معنوی برابر با ۴۱ درصد بود. بر این اساس، فرضیه نخست پژوهش تأیید گردید.

بررسی فرضیه دوم پژوهش نشان داد که اضطراب فراگیر تأثیری منفی به میزان ۰/۴۱- بر نگرش به آینده مثبت داشت که در سطح ۰,۰۰۱ معنادار بود؛ و با ورود سلامت معنوی به مدل به ۰/۲۷- کاهش یافت. همچنین، با توجه به اینکه سلامت معنوی در سطح ۰,۰۰۱ دارای تأثیری مثبت به میزان ۰/۴۲ بر نگرش به آینده مثبت داشت، می‌توان گفت که سلامت معنوی یک متغیر میانجی‌گر با اثر مثبت و معنادار در جهت کاهش اثرات اضطراب فراگیر بر نگرش مثبت فرد نسبت به آینده بود. نتایج آزمون بوت‌استرپ نیز نشان داد که اثر غیرمستقیم اضطراب فراگیر بر نگرش به آینده مثبت برابر با ۰/۱۲ به‌طور معنی‌داری در سطح ۰/۰۲ تأیید شد. روی هم رفته، میزان تبیین واریانس کلی نگرش به آینده مثبت بر اساس اضطراب فراگیر از راه میانجی‌گری سلامت معنوی برابر با ۳۲ درصد بود. بر این اساس، فرضیه دوم پژوهش تأیید گردید.

بررسی فرضیه سوم پژوهش نشان داد که اضطراب فراگیر دارای اثری مثبت به میزان ۰/۸۲ بر سطح پرخاشگری در افراد بود که در سطح معناداری ۰/۰۰۱، نشان از تأثیر مستقیم و بسیار زیاد اضطراب فراگیر بر تغییرات پرخاشگری داشت. همچنین، مشخص شد که سلامت معنوی با ورود به مدل تأثیر معناداری بر میزان پرخاشگری بر جای نمی‌گذارد و تغییری در سطح پرخاشگری افراد به وجود نیاورد. نتایج آزمون بوت‌استرپ نیز نشان داد که اثر غیرمستقیم اضطراب فراگیر بر پرخاشگری برابر با ۰/۰۰۳ است که در سطح ۰/۷۹ غیرمعنادار است؛ بنابراین، فرضیه سوم پژوهش رد شد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل پیامدهای روان‌شناختی اضطراب حاصل از اپیدمی کروناویروس و بررسی نقش میانجی‌گری سلامت معنوی به انجام رسید که بر اساس یک پژوهش توصیفی - همبستگی بر پایه مدل معادلات ساختاری در نمونه‌ای از افراد در معرض بیماری کرونا در استان لرستان انجام گردید.

فرضیه اول پژوهش، مبنی بر تأثیر اضطراب فراگیر بر کیفیت رابطه با خانواده با میانجی‌گری سلامتی معنوی نشان داد که اضطراب فراگیر دارای تأثیری منفی بر کیفیت روابط خانوادگی است و سلامت معنوی توانایی تعدیل این اثرات منفی را دارد. این بدان معناست که پریشانی و اضطراب در برخورد با محیط، نگرانی‌های غیرقابل کنترل و چندبعدی (در مورد امور مختلف)، ناتوانی در حفظ آرامش، بی‌قراری روزانه، زودرنجی و حساسیت نسبت به کلام و گفتار دیگران و انتظار وقوع رخداد‌های ناگوار در اثر گسترش ویروس کرونا در میان مردم زمینه‌ساز کاهش بروز رفتارهای غیردوستانه، بی‌توجهی به مسئولیت‌های فردی در خانواده، انجام مشاجرات لفظی و کاهش گرمی و صمیمیت در افراد خانواده می‌گردد؛ ولی خوشبختانه واسطه‌گری سلامت معنوی در افراد، به معنای داشتن ارتباط مثبت با خداوند، امید به حل مشکلات با یاری پروردگار و داشتن معنا در زندگی موجب تعدیل اثرات مخرب اضطراب شده است. نتایج حاصل از آزمودن این فرضیه با نتایج پژوهش میلان و همکاران (۱۳۹۷)، فاطمی و حیاتی (۱۳۹۶)، میرزایی (۱۳۹۴)، صیدی و همکاران (۱۳۹۰) و آکراوی و همکاران^۱ (۲۰۱۷) همسو و با نتیجه پژوهش کوکری و همکاران^۲ (۲۰۱۱) ناهمخوان بود. در حقیقت، در بسیاری از پژوهش‌های گذشته بر این یافته صحنه نهاده شده که در شرایط دشوار سلامت معنوی می‌تواند شرایط نامطلوب را تعدیل نماید و گسترش بیماری‌ها همچون شرایط کنونی نیز می‌تواند تحت تأثیر اثرات مثبت این عامل اساسی قرار گیرد. ملکی فاراب (۱۳۹۸) نشان داده‌اند که از میان کارکردهای مستخرج از متون دینی، کارکردهای حمایتی عاطفی بیشترین تعداد از مقوله‌ها را به خود اختصاص داده است. این نکته خود‌گویای این است که سلامت معنوی به معنای بهره‌وری مثبت از مؤلفه‌های اساسی سلامت دینی، مذهبی و معنوی می‌تواند کارکردهای خانواده در جهت برقراری روابط منسجم و اثرگذاری مثبت را بهبود بخشد. از سوی به سبب آن‌که تجارب معنوی می‌توانند موجب افزایش انسجام خانواده و پذیرش

1. Akrawi, D., Bartrop, R., Surgenor, L., Shanmugam, S., Potter, U., & Touyz, S

2. Corkery, S. A., Curran, M., Curran, Parkman, S. A

مسئولیت‌پذیری بیشتر در افراد شوند (فاطمی و حیاتی، ۱۳۹۶) محیطی سرشار از همدلی و درک همدردی چندجانبه در محیط خانواده ایجاد می‌گردد که به‌خوبی می‌تواند اثرات عوامل منفی همچون اضطراب و پریشانی روانی را تعدیل نماید و واکنش در برابر تنش‌های درونی و بیرونی را بهبود بخشد (میرزایی، ۱۳۹۴). از سویی دیگر، اینکه عنصر سلامت معنوی در خانواده از راه بهبود کیفیت ارتباطات در میان اعضا به مدیریت مناسب مشکلات و افزایش تاب‌آوری در رویارویی با موقعیت‌های دشوار کمک می‌کند (صیدی و همکاران، ۱۳۹۰)؛ بنابراین، بر اساس آنچه گفته شد، در استان لرستان، در این شرایط بحرانی اپیدمی کرونا، عامل سلامت معنوی به عینه توانسته است با مستحکم کردن پیوندهای ارتباطی، تعمیق روابط عاطفی و افزایش آرامش در میان اعضای خانواده، زمینه‌ی تعدیل اثرات مخرب اضطراب را موجب شود. کما اینکه در برخوردهای مختلف با افراد جامعه، این سطح از سلامت روانی با بیان جملاتی مانند "از جنگ گذشتیم، از این هم خواهیم گذشت"، "تا جانی هست، باید سر پا ماند"، "اول خدا، بعد دوا" یا "امید به خدا و پشتیبانی او هیچ دری را بسته نخواهد گذاشت" قابل درک و فهم بود. بر این اساس، افراد جامعه مورد مطالعه تاکنون توانسته‌اند در این بحران سخت با برخورداری از سلامت معنوی در برابر ضربه‌های روانی و اضطراب فراگیر آن مقاومت کنند و نگرش مثبت آنان به آینده و پیوندهای خانوادگی آنان پابرجا بماند.

فرضیه دوم این پژوهش مبنی بر اثرات اضطراب فراگیر بر نگرش به آینده مثبت با میانجی‌گری سلامت معنوی نشان داد که اضطراب فراگیر تأثیری منفی بر نگرش افراد نسبت به آینده دارد، ولی خوشبختانه سلامت معنوی افراد می‌تواند این اثرات منفی را تعدیل نماید. این بدان معنا است که گسترش نگرانی‌های غیرقابل کنترل، ناتوانی در حفظ آرامش، زودرنجی و حساسیت افراد نسبت به یکدیگر و داشتن انتظار برای وقوع رخداد‌های ناخوشایند در آینده به دنبال گسترش ویروس کرونا دارای تأثیری منفی بر نگرش افراد نسبت به آینده دارد؛ ولی به سبب وجود سلامت معنوی، افراد جامعه هنوز احساس می‌کنند که هنوز زندگی برای آنان تمام نشده و با اندیشه درباره آینده حس خوش‌بینی دارند، فکر می‌کنند که آینده خوبی در انتظار آنان است، هر لحظه به فکر

برنامه‌ریزی برای آینده هستند و حتی در این روزهای سخت هم با تصور زندگی آینده احساس نشاط درونی دارند؛ که به‌طور حتم این نگرش به آینده مثبت ناشی از سلامت معنوی و اعتقاد به این است که معنایی در زندگی وجود دارد که آنان برای رسیدن به آن در حال تلاش‌اند و خدایی هست که در این مسیر یارای آنان است. نتایج آزمودن این فرضیه با نتایج پژوهش جین و مهروترا^۱ (۲۰۱۷)، کاور^۲ (۲۰۱۵) و ریس^۳ (۲۰۰۸) هم‌خوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که هم‌لن گونه که هاشمی و یحیایی (۱۳۹۷) نشان می‌دهند که ایمن‌سازی افراد در برابر اضطراب با روش‌های مداخله‌ای می‌تواند بر افزایش امید به زندگی افراد مبتلا به بیماری اثرگذار باشد. در راستای همین گفته، سلامت معنوی در این پژوهش همچون سپری روان‌شناختی عمل کرده که توانسته است اثرات مخرب اضطراب فراگیر ناشی از اپیدمی کرونا را خنثی کند و زمینه‌ی بهبود نگرش مثبت افراد به آینده فراهم گردد. این گفته در راستای یافته‌های جین و مهروترا (۲۰۱۷) مبتنی بر اثرگذاری معنویت بر مثبت‌اندیشی، امید به داشتن زندگی موفق و برخورداری از چشم‌اندازی خوش‌بینانه و درک معنای زیستن و زندگی هدفمند از دیدگاه کاور (۲۰۱۵) می‌باشد.

فرضیه سوم این پژوهش مبنی بر اثرات اضطراب فراگیر بر سطح پرخاشگری با میانجی‌گری سلامت معنوی نشان داد که اضطراب فراگیر تأثیری بسیار منفی بر پرخاشگری افراد جامعه دارد، با این وجود، سلامت معنوی نتوانست اثرات منفی این سطح از اضطراب را تعدیل نماید. این بدان معنا است که افزایش ناتوانی افراد در حفظ آرامش و کاهش قدرت کنترل آنان بر رفتار خود دارای تأثیری مثبت بر افزایش پرخاشگری آنان است؛ یعنی حالت اضطراب موجب کاهش تحمل افراد نسبت به رفتار و کلام دیگران، عصبانیت زیاد بر سر مسائل جزئی و ناچیز، گسترش بدخلقی‌های موقعیتی و افزایش جروبحث در محیط خانواده می‌شود. نتایج حاصل از بررسی این فرضیه از معناداری تأثیر

1. Jain, P., & Mehrotra, S

2. Kavar, L. F

3. Rys, E

مثبت افزایش اضطراب بر سطح خشونت فردی با نتایج پژوهش‌های چانگ و همکاران (۲۰۱۹)، زینزوف و جفیرز^۱ (۲۰۱۸) و نیومن، وینما و بیدربک^۲ (۲۰۱۰) هم‌خوان است و در جمله‌ی این پژوهش‌ها نشان داده شده است که افزایش اضطراب موجبات پرخاشگری بیشتر را موجب می‌گردد، ولی از سویی با نتایج پژوهش صادقی‌فرد و همکاران (۲۰۲۰)، بلوچی، اباذری و میرزایی^۳ (۲۰۱۸) و چرخابی و همکاران (۲۰۱۴) مبنی بر رابطه منفی میان سلامت معنوی و پرخاشگری ناهم‌خوان است. در تبیین علت اینکه سلامت معنوی در این پژوهش نتوانسته است اثرات مثبتی بر تعدیل پرخاشگری داشته باشد، می‌توان گفت این نوع پرخاشگری موقعیتی و تحت شرایط بحران تا حدی تکانشی و غیرقابل کنترل می‌باشد، چون سرعت افزایش و بروز آن به سبب گسترش سریع کرونا در سطح جامعه بسیار بالا بوده است؛ پس به سبب قرارگیری مردم در یک بحران غافلگیرانه نوعی پرخاشگری موقعیتی، نه صفتی بروز یافته است که ریشه در شخصیت افراد ندارد. همچنین، این نوع پرخاشگری را می‌توان نوعی پاسخ ناهشیار به بی‌نظمی هیجانی حاصل از اضطراب دانست و همچون قرار دادن چیزی در دیگی جوشان است که ناچار می‌جوشد. این در حالی است که سلامت معنوی بیشتر ریشه در نگرش‌ها و باورهای فرد دارد که پایدار هستند و متغیرهایی مانند پرخاشگری لحظه‌ای که ریشه در شخصیت فرد نداشته و پاسخی هیجانی به موقعیت بحرانی است، کمتر تحت تأثیر آن قرار می‌گیرد. همچنین، پرخاشگری نسبت به دیگر متغیرهای وابسته (پیامدهای اضطراب) بیشتر تحت تأثیر تغییرات زیستی و هورمونی قرار دارد که به سبب اضطراب دچار عدم تنظیم شده‌اند؛ پس درحالی که سلامت معنوی قادر بوده دیگر متغیرها را تحت تأثیر خود قرار دهد، از اثرگذاری بر و تعدیل پرخاشگری حاصل از اضطراب ناتوان بوده است. هرچند اگر زمان بیشتری از این بحران بگذرد و فرد بتواند کنترل کامل خود بر شرایط را اعمال کند و با محیط سازگار شود، ممکن است سلامت معنوی بتواند سطح پرخاشگری را کاهش دهد.

1. Zinzow, H. M., & Jeffers, S. M

2. Neumann, I., Veenema, A., Beiderbeck, N

3. Baloochi, A., Abazari, F., & Mirzae, M

از جمله محدودیت‌های این پژوهش عدم امکان مراجعه حضوری به افراد جامعه و بهره‌وری از دیگر روش‌های گردآوری داده مانند مصاحبه بود. بر اساس نتایج به‌دست آمده از این پژوهش، دو پیشنهاد پژوهشی اساسی به پژوهشگران دیگر ارائه می‌شود. نخست، با توجه به عدم اثرگذاری سلامت معنوی بر سطح پرخاشگری، پیشنهاد می‌شود که دیگر محققان، اثربخشی متغیرهای دیگر مانند تنظیم هیجانی یا حمایت خانوادگی در تعدیل اثرات اضطراب بر پرخاشگری را مورد آزمون قرار دهند. دوم، بر اساس اثرات تعدیلگر سلامت معنوی بر دو متغیر وابسته دیگر به محققان پیشنهاد می‌شود که بر مبنای محتوای غنی دینی و ادبی ما (مولانا یا نیایش‌نامه‌های معتبر)، مؤلفه‌های اساسی سلامت معنوی را استخراج کنند و روشی آموزشی به‌منظور افزایش سلامت معنوی افراد طراحی نمایند. همچنین، از نظر کاربردی، نخست، به درست‌اندرکاران حوزه بهداشت، پیشنهاد می‌شود که با به‌کارگیری برنامه‌های افزایش سلامت معنوی، امید به درمان را افزایش و تحمل دردهای بیماری را آسان‌تر سازند و دوم، به مسئولان آموزش و پرورش پیشنهاد می‌شود که در طراحی کتب درسی، ارائه‌ی محتوای مناسب جهت پرورش سلامت معنوی دانش‌آموزان، به‌عنوان بزرگ‌سالان آینده را مورد توجه قرار دهند.

منابع

- اصغری، بی‌بی اقدس؛ اسکافی نوغانی، مریم و کاردان مقدم، حسین. (۱۳۹۵). بررسی کیفیت روابط متقابل در شبکه‌ی روابط اجتماعی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی گناباد. فصلنامه علمی ترویجی مطالعات فرهنگی - اجتماعی خراسان. ۱۱ (۲)، ص ۲۶ - ۱.
- اکبری، امیرحسین؛ قنبری هاشم‌آبادی، بهرام‌علی؛ اصغری ابراهیم‌آباد، محمدجواد و آزادگان مهر، مریم. (۱۳۹۹). اثربخشی توحید درمانی بر بهبود کنش‌های اجرایی و کاهش پرخاشگری زندانیان مبتلا به اختلال شخصیت. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی دانشگاه علامه طباطبائی. ۱۱ (۴۱)، ص ۹۰ - ۶۱.
- پورعباس، سیده‌نرگس و عیسی‌مراد، ابوالقاسم. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش روان‌درمانی جامع دینی بر تقویت ارتباط بین فردی دانش‌آموزان و والدین در دوره دوم متوسطه. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی دانشگاه علامه طباطبائی. ۱۰ (۴۰)، ص ۹۸ - ۷۱.
- حیدری، حنا. (۱۳۹۸). بررسی تأثیر آموزش شایستگی هیجانی بر تحلیل رفتگی آموزشی، درگیری تحصیلی، سلامت معنوی و رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان با گرایش به بزهکاری در شهر خرم‌آباد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه لرستان، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
- دهقان‌نژاد، مرتضی و کثیری، مسعود. (۱۳۸۹). مروری بر تاریخچه مشکلات ایجاد قرنطینه در ایران در دوره ناصرالدین‌شاه. پژوهش‌های تاریخی (مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی اصفهان)، ۴۶ (۴)، ص ۱۳ - ۱.
- رشید، خسرو؛ علیزاده، گلاویژ و مرادی، آزاده. (۱۳۹۶). رابطه‌ی شادی و بهزیستی روان‌شناختی با نگرش به زمان در دانشجویان دانشگاه بوعلی سینا همدان. روانشناسی بالینی و شخصیت. ۱۵ (۲)، ص ۱۹۵ - ۱۷۹.

سالاری پور، سیدمولود؛ مکتبی، غلامحسین و عالی پور بیرگانی، سیروس. (۱۳۹۷). رابطه هوش هیجانی و جهت‌گیری دینی با اضطراب مرگ در کارکنان مرد بازنشسته‌ی شرکت صنایع فولاد خوزستان شهر اهواز. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی دانشگاه علامه طباطبائی. ۹ (۳۳)، ص ۱۱۷ - ۹۹.

سیدفاطمی، نعیمه؛ رضایی، محبوبه؛ گبوری، اعظم و حسینی، فاطمه. (۱۳۸۵). اثر دعا بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان. نشریه پایش، ۵ (۴)، ص ۳۰۴ - ۲۹۵.

صیدی، محمد؛ پورابراهیم، تقی؛ باقریان، فاطمه و منصور، لادن. (۱۳۹۰). رابطه بین معنویت خانواده و تاب‌آوری با واسطه‌گری کیفیت رابطه افراد خانواده. روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی. ۲ (۵)، ص ۷۹ - ۶۳.

طالب‌زاده نویریان، محسن؛ صیدی، محمدسجاد؛ موسوی، سیدحسین و میرلو، محمد مهدی. (۱۳۹۳). رابطه‌ی معنویت والد‌گری با کیفیت ارتباط در خانواده و سرسختی روان‌شناختی دانش‌آموزان: تعیین نقش واسطه‌ای کیفیت ارتباط. فصلنامه خانواده و پژوهش، ۲۰، ص ۲۴ - ۶.

فاطمی عقدا، مهناز و حیاتی، مژگان. (۱۳۹۶). بررسی تجارب معنوی و مسئولیت‌پذیری زنان برانسجام خانواده. مجله مطالعات روان‌شناختی زنان. ۱۵ (۲)، ص ۲۰۳ - ۱۸۵.

کاووسی عراقی، محمدحسن. (۱۳۸۱). فهرست اسناد مکمل قاجاریه. مرکز اسناد و تاریخ دیپلماسی. جلد ۱۵.

کشاورز افشار، حسین؛ صفاری‌فرد، راضیه؛ حسینی، مه‌سا و هدهدی، زهرا. (۱۳۹۷). طراحی و آزمون مدل کیفیت روابط خانوادگی و اضطراب اجتماعی با نقش واسطه‌ای انسجام خانواده. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۲۸ (۱۶۶)، ص

۸۱ - ۹۵

محمدصالحی، نرگس؛ هلاکویی نایینی، کوروش؛ عشرتی، بابک؛ محمدبیگی، ابوالفضل؛ احمدنژاد، الهام؛ ارسنگ‌جنگ، الهام. (۱۳۹۷). بررسی روند زمانی پنجاه سال اخیر بیماری و با در ایران و مدل‌سازی تأثیر دما و بارش سالیانه بر بروز طغیان‌های جدید

بیماری طی سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۳. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران. ۱۴ (۱)، ص ۸-۱.

ملکی فاراب، ندا؛ شجاع نوری، فروغ‌الصباح؛ بستان نجفی، حسین؛ حسینیان، سیمین؛ لیبی، محمدمهدی و پورحسین، رضا. (۱۳۹۷). تدوین شاخص‌ها و ترسیم الگوی خانواده تراز اسلام (از منظر آیات قرآن و روایات) با بهره‌گیری از تکنیک پژوهش کیفی داده بنیاد. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی دانشگاه علامه طباطبائی. ۱۰ (۴۰)، ص ۷۰-۲۹.

میرزایی، نیکتا. (۱۳۹۴). بررسی نقش معنویت، در کیفیت ارتباط خانواده، اولین کنفرانس بین‌المللی علوم انسانی با رویکرد بومی - اسلامی و با تأکید بر پژوهش‌های نوین، ساری، بسیج اساتید دانشگاه پیام نور استان مازندران، شرکت علمی پژوهشی و مشاوره‌ای آینده ساز.

میر صالحیان، اکبر و دالوند، مصیب. (۱۳۹۷). تاریخچه بیماری‌های عفونی باکتریایی شایع در ایران. مجله میکروب‌شناسی پزشکی ایران. ۱۲ (۴)، ص ۲۹۰-۲۷۹.

نائینیان، محمدرضا؛ شعیری، محمدرضا؛ شریفی، معصومه و هادیان، مهری. (۱۳۸۹). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر. مجله دانشور رفتار، ۳ (۴)، ص ۵۵-۴۰.

هاشمی، سارا و یحیایی، علی اکبر. (۱۳۹۷). تأثیر ایمن‌سازی در برابر استرس بر کیفیت زندگی و امید به زندگی در مردان مبتلا به سرطان پوست. پوست و زیبایی، ۷ (۳)، ص ۲۲۰-۲۰۸.

یوسفی، فائق؛ رفیعی، سحر و طیری، طیری. (۱۳۹۸). بررسی سلامت معنوی و ارتباط آن با سلامت روان در دانشجویان جدیدالورود دانشگاه علوم پزشکی کردستان. مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت. ۶ (۴)، ص ۱۰۹-۱۰۰.

یوسفی، ناصر اعتمادی، عذرا؛ بهرامی، فاطمه؛ بشلیده، کیومرث؛ شیربگی، ناصر. (۱۳۸۹). بررسی روابط ساختاری آسیب‌شناسی خود‌تمایزی در خانواده‌درمانی بوونی با

بهبودی ذهنی، سلامت روانی و بهداشت کیفیت زناشویی « برآزش نظریه بون.
مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. ۱۲ (۳)، ۸۶ – ۶۷.

- Akrawi, D., Bartrop, R., Surgenor, L., Shanmugam, S., Potter, U., & Touyz, S. (2017). *The relationship between spiritual, religious and personal beliefs and disordered eating psychopathology*. 5 (1), 44 – 55.
- Anderta, J., Worrell, F., Mello, Z., & Dixon, D. (2013). *Demographic group differences in adolescents' time attitudes*. Journal of Adolescence, 36, 289–301.
- Baki, Y. (2017). *The Effect of Anxiety and Attitudes of Secondary School Students towards Reading on their Reading Habits: A Structural Equation Modeling*. Education and Science, 42 (191), 371-395.
- Baloochi, A., Abazari, F., & Mirzae, M. (2018). *The relationship between spiritual intelligence and aggression in medical science students in the southeast of Iran*. International Journal of Adolescent Medicine and Health. 4 (2), 2-7.
- Barrett, R., & Brown, P. J. (2008). *Stigma in the time of influenza: social and institutional responses to pandemic emergencies*. Journal of Infection Disease, 197 – 220.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*. Rapid Review. 395, 912 – 920.
- Byeon H. (2015). *Association among smoking, depression, and anxiety: findings from a representative sample of Korean adolescents*. Peer Journal. 3, 12 - 18.
- Cava, M. A, Fay, K. E, Beanlands, H. J, McCay, E. A., Wignall, R. (2005). *Risk perception and compliance with quarantine during the SARS outbreak*. Nursing Scholarsh, 37, 343–347.
- Charkhabi, A., Mortazavi, S., Alimohammadi, S., Hayati, D. (2014). *The Effect of Spiritual Intelligence Training on the Indicators of Mental Health in Iranian Students: An Experimental Study*. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 159, 355 – 358.
- Cherif, A., Barley, K., Hurtado, M. (2016). *Homo-psychological: reactionary behavioral aspects of epidemics*. Epidemics, 14, 45–53.
- Chung, J. E., Song, G., Kim, K., Yee, J., Kim, J. H., Lee, K. E., Gwak, H. S. (2019). *Association between anxiety and aggression in adolescents: a cross-sectional study*. BMC Pediatrics, 19 (115), 1-9.
- Cooley, J. L., Frazer, A. L., Fite, P. J., Brown, S., & DiPierro, M. (2017). *Anxiety symptoms as a moderator of the reciprocal links between*

- forms of aggression and peer victimization in middle childhood.* Aggress Behav, 43 (5), 450–459.
- Corkery, S. A., Curran, M., Curran, Parkman, S.A. (2011). *Spirituality, and Relationship Quality for Expectant Cohabitors.* Marriage & Family Review, 47 (6), 345-362.
- Dailey, D. E., & Stewart, A. L. (2007). *Psychometric characteristics of the spiritual perspectives scale in pregnant African-American women.* Research in Nursing & Health, 30, 61–71.
- Delgado, C. (2005). *A discussion of the concept of spirituality.* Nursing Science Quarterly, 18(2), 157–162.
- Dhar, N., Chaturvedi, S., & Nandan, D. (2013). *Spiritual health, the fourth dimension: A public health perspective.* WHO South-East Asia Journal of Public Health, 2(1), 3–5.
- Eaude, T. (2009). *Happiness, emotional well-being and mental health: What has children's spirituality to offer?* International Journal of Children's Spirituality, 14 (3), 185–196.
- Eichelberger, L. (2007). *SARS and New York's Chinatown: the politics of risk and blame during an epidemic of fear.* Social Science Medication, 65, 1284–1295.
- Fisher J. W. (2011). *The four domains model: Connecting spirituality, health and well-being.* Religions. 2, 17–28.
- Funk, S., Bansal, S., Bauch, C.T., Eames, K.T., Edmunds, W.J., Galvani, A.P., Klepac, P (2015). *Nine challenges in incorporating the dynamics of behavior in infectious diseases models.* Epidemics 10, 21–25.
- Guney, S., Kalafat, T., & Boysan, M. (2010). *Dimensions of mental health: life satisfaction, anxiety and depression: a preventive mental health study in Ankara University students population.* Procedia Social and Behavioral Sciences 2, 1210–1213.
- Hodge, D. R., Moser, S.E., & Shafer, M. S. (2013). *Spirituality and Mental Health among Homeless Mothers.* Social Work Research. 36 (4), 245 – 266.
- Jain, P., & Mehrotra, S. (2017). *Spirituality as a factor in positive aging.* International journal of Indian psychology. 4 (2), 234- 248.
- Javdani S, Sadeh N, Verona E. (2011). *Sociality as a function of impulsivity, callous unemotional traits, and depressive symptoms in youth.* Journal Abnormal Psychology. 120 (2), 400–413.
- Jiang, W., Hou, G., Li, J., Peng, C., Wang, S., Liu, S., Zhuang, Q., Chen, J., Liu, H. (2019). *Prevalence of H7N9 subtype avian influenza viruses in poultry in China, 2013-2018.* Trans boundary emergency diseases. 66 (4), 1758–1761.

- Jiang, X., Denga, L., Zhu, Y., Jia, H., Taoc, L., Liua, L., Yanga, D., Jia, W. (2020). *Psychological crisis intervention during the outbreak period of new coronavirus pneumonia from experience in Shanghai*. *Psychiatry Research*, 286, 112 – 116.
- Juretic, J. (2017). *Quality of close relationships and emotional regulation regarding social anxiety*. *Psychiatric Daubing*, 30 (4), 441-451.
- Kavar, L. F. (2015). *Spirituality and the Sense of Self: An Inductive Analysis*. *The Qualitative Report*, 20 (5), 697-711
- Kokaliari, E. (2016). *Quality of life, anxiety, depression, and stress among adults in Greece following the global financial crisis*. *International Social Work*, 18, 1 – 15.
- Lau, J. T., Yang, X., Tsui, H. Y., Pang, E., Wing, Y. K. (2006). *Positive mental health-related impacts of the SARS epidemic on the general public in Hong Kong and their associations with other negative impacts*. *Journal of Infections*, 53 (2), 114-124.
- Lee, S., Chan, L. Y., Chau, A. M., Kwok, K. P. Kleinman, A. (2005). *The experience of SARS-related stigma at Amoy Gardens*. *Social Science Medication*, 61, 2038-2046.
- Mak, I. W., Chu, C. M., Pan, P. C., Yiu, M. G., Ho, S. C., Chan, V. L. (2010). *Risk factors for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in sars survivors*. *Gen. Hosp. Psychiatry* 32 (6), 590-598.
- Marques, J. Dhiman, S. King, R. (2005). *Spirituality in the workplace: Developing an integral model and a comprehensive definition*. *American Academy of Business*. 7 (1), 81-91.
- McClain, C. S., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2003). *Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients*. *The Lancet*, 361(9369), 1603-1607.
- Miller, J. P., & Nakagawa, Y. (Eds.). (2002). *Nurturing our wholeness: Perspectives on spirituality in education*. Brandon, VT: The Foundation for Educational Renewal.
- Miller, W. R., & Thoresen, C. E. (2003). *Spirituality, religion, and health: An emerging research field*. *American Psychologist*, 58(1), 24-35.
- Morens D. M., Folkers, G. K, Fauci. A. S. (2008). *Emerging infections: a perpetual challenge*. *Lancet Infection Diseases*, 8, 710-719.
- Neuberg, S. L., Kenrick, D. T., Schaller, M. (2011). *Human threat management systems: self-protection and disease avoidance*. *Neuroscience Bio behavior revolution journal*, 35 (4), 1042-1051.
- Neumann, I., Veenema, A., Beiderbeck, N. (2010). *Aggression and Anxiety: Social Context and Neurobiological Links*. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 4 (12), 30 – 42.

- Pappas, G., Kiriaze, J., Giannakis P., & Falagas, M. E. (2009). *Psychosocial consequences of infectious diseases*. *Clinical Microbiology and Infection*, 15 (8), 289 – 295.
- Poletti, P., Poletti, B., Ajelli, M. (2009). *Spontaneous behavioural changes in response to epidemics*. *Journal of Theoretical Biology*, 260 (1), 31-40.
- 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.
- Raude, J., MCColla, K., Flamand, C., Apostolidis, T. (2019). *Understanding health behaviour changes in response to outbreaks: Findings from a longitudinal study of a large epidemic of mosquito-borne disease*. *Social Science & Medicine*, 230, 184 – 193.
- Rys, E. (2008). *The sense of life as a subjective spiritual human experience: empirical study*. *Central Europeans journal of social studies*, 2 (2), 11 – 22.
- Sadeghifard, Y. Z., Veisani, Z., Mohamadian, F., Azizifar, A., Naghipour, S., Aibod, S. (2020). *Relationship between aggression and individual resilience with the mediating role of spirituality in academic students – A path analysis*. *Journal of Education Health Promotion*. 9 (2), 43 – 51.
- Sareen, J., Erickson, J., Medved, M. I. (2013). *Risk factors for post-injury mental health problems*. *Depress Anxiety*, 30, 321–327.
- Shrewsbury, J. F. (2005). *A History of Bubonic Plague in the British Isles*. Cambridge University Press, London, Cambridge.
- Smith, J., & McSherry, W. (2004). *Spirituality and child development: a concept analysis*. *Journal of advanced nursing*, 45 (3), 307-315.
- Spitzer, R, L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Bernd, L. (2006). *A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder the GAD-7*. *Arch internal medicine*. 166.
- Sun, G., Ivan, Y., Wu, Y., Button, D. C., Li, J., & Su, M. (2011). *Appropriate police response to domestic violence: Comparing perceptions of Chinese and American college students*. *International Journal of Law, Crime and Justice* 39 (2011) 81- 99.
- Taylor, M. R., Agho, K.E., Stevens, G. J., Raphael, B. (2008). *Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: Data from Australia's first outbreak of equine influenza*. *BMC Public Health*, 8, 347 – 353.
- Vitaro, F., Brendgen, M., Tremblay, R. E. (2002). *Reactively and proactively aggressive children: antecedent and subsequent characteristics*. *Journal of Child Psychology Psychiatry*. 43 (4), 495–505.

- Whiteman, S. D., Jensen, A. C., McHale, S. M. (2017). *Sibling Influences on Risky Behaviors from Adolescence to Young Adulthood: Vertical Socialization or Bidirectional Effects?* New Dir Child Adolescence Development. (156), 67-85.
- Yust, K. M., Johnson, A. N., Sasso, S. E., & Roehlkepartain, E. C. (2006). *Traditional wisdom: Creating space for religious reflection on child and adolescent spirituality.* Nurturing child and adolescent spirituality: Perspectives from the world's religious traditions, 1-14.
- Zhu, Y., Chen, L., Ji, H., Xi, M., Fang, Y., Li, Y. (2020). *The risk and prevention of novel coronavirus pneumonia infections among inpatients in psychiatric hospitals.* Neuroscience. Bullet.
- Zibad, H. A., Foroughan, M., Mohammadi Shahboulaghi, F., Rafiey, H., Rassouli, M. (2016). *Perception of Spiritual Health: A Qualitative Content Analysis in Iranian Older Adults.* Educational Gerontology. 7, 21-32.
- Zimbardo, P. G., Boyd, J. N., (2008). *The time paradox: The new psychology of time that will change your life.* New York, NY: Free Press.
- Zinzow, H. M., & Jeffirs, S. M. (2018). *Driving Aggression and Anxiety: Intersections, Assessment, and Interventions.* Journal of clinical psychology, 24 (1), 43 – 72.