

The Mediating Role of Coronavirus Coping Styles & Perceived Stress in the Relationship between Social Support and Aggression in Adolescents

Hajian, *M., NikooNejad, Z.

Abstract

Introduction: The aim of this study was to investigate the mediating role of Coronavirus coping styles and perceived stress in the relationship between social support and aggression in adolescents.

Method: This correlational study conducted by a structural equation modeling procedure. The statistical population included all high school students in Tehran who were studying in the first semester of the academic year 1399-1400. The sample size consisted of 352 students on a voluntarily basis and questionnaires of Coronavirus coping style, social support, adolescent aggression scale and perceived stress scale were administered. Data were analyzed using descriptive statistics and Structural Equation Modeling using AMOS and SPSS softwares.

Results: The effect of social support on aggression with beta coefficients of $-/26$ was significant. The effect of perceived stress on aggression was significant with a beta of $/30$. The effect of coping styles on aggression with a beta coefficient of $/22$ was also significant. The indirect effect of social support on aggression was significant due to Coronavirus coping styles and perceived stress with a beta coefficient of $-0/17$ as well.

Conclusion: Social support, Coronavirus coping styles and perceived stress could impact directly on aggression. Coronavirus coping styles and perceived stress could also mediate the relationship between social support and aggression.

Keywords: Stress, Aggression, Social Support, Coping Styles, Adolescence, Coronavirus.

نقش میانجی‌گر سبک‌های مقابله با کرونا و استرس ادراک‌شده در رابطه بین حمایت اجتماعی و پرخاشگری در نوجوانان

مژگان حاجیان^۱، فروغ نیکونژاد^۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۱۵

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی‌گر سبک‌های مقابله با کرونا و استرس ادراک‌شده در رابطه بین حمایت اجتماعی و پرخاشگری در نوجوانان انجام گرفت.

روش: پژوهش حاضر همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دوره متوسطه دوم شهر تهران بود که در نیمسال اول سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ مشغول تحصیل بودند. حجم نمونه با روش نمونه‌گیری داوطلبانه ۳۵۲ نفر را شامل می‌شد و از پرسشنامه‌های سبک مقابله با کرونا، حمایت اجتماعی، مقیاس پرخاشگری نوجوانان و مقیاس استرس ادراک‌شده استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش آمار توصیفی و تحلیل معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار AMOS و SPSS مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: اثر حمایت اجتماعی بر پرخاشگری با ضرایب بتای $-0/26$ معنی‌دار بود. اثر استرس ادراک‌شده بر پرخاشگری با ضریب بتای $0/30$ معنی‌دار بود. اثر سبک‌های مقابله‌ای بر پرخاشگری با ضریب بتای $0/22$ نیز معنی‌دار بود. اثر غیرمستقیم حمایت اجتماعی بر پرخاشگری به واسطه سبک‌های مقابله با کرونا و استرس ادراک‌شده با ضریب بتای $-0/17$ نیز معنی‌دار محاسبه شد.

نتیجه‌گیری: حمایت اجتماعی، سبک‌های مقابله با کرونا و استرس ادراک‌شده بر پرخاشگری اثر مستقیم دارند. سبک‌های مقابله با کرونا و استرس ادراک‌شده رابطه بین حمایت اجتماعی و پرخاشگری را میانجی‌گری می‌کند.

واژه‌های کلیدی: استرس، پرخاشگری، حمایت اجتماعی، سبک‌های مقابله‌ای، نوجوانی، ویروس کرونا.

مقدمه

در ماه دسامبر ۲۰۱۹ نوع جدیدی از ویروس کرونا در شهر ووهان چین شناسایی شد و به سرعت در تمام چین گسترش یافت. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، تا اواسط ماه ژانویه ۲۰۲۱ بیش از ۸۸ میلیون نفر به این بیماری مبتلا و نزدیک به دو میلیون نفر نیز جان خود را از دست دادند. دامنه همه‌گیری این بیماری از چین به کشورهای دیگر نیز گسترش یافت و در زمانی کوتاهی مناطقی در جنوب شرق آسیا (تایلند، سنگاپور، مالزی و فیلیپین)، شرق آسیا (ژاپن و کره جنوبی)، جنوب آسیا (هند و نپال)، غرب آسیا (امارات و ایران)، اروپا (ایتالیا، آلمان، انگلیس، فرانسه، و اسپانیا) و قاره آمریکا (کانادا و ایالت متحده) با شیوع این بیماری روبه‌رو شدند (۱). در همین راستا شیوع کرونا در سراسر دنیا باعث ایجاد مشکلاتی در سلامت روان مردم در بسیاری از نقاط جهان شده است (۱). نهادهای مرتبط با سلامت و بهداشت کشورها دستورالعمل‌هایی را برای مقامات و مردم بیان داشته‌اند. با این حال، اجرای این سیاست‌های بهداشتی علی‌رغم پیامدهای مثبت، موجب بروز اثرات منفی روانشناختی در سطح جامعه شده است (۳).

ترس از بیماری و مرگ، انتشار اخبار غلط و شایعات، تداخل در فعالیت‌های روزمره، مقررات منع یا محدودیت سفر و عبور و مرور، کاهش روابط اجتماعی با همکاران، دوستان و خانواده، بروز مشکلات شغلی و مالی، خطر بالای عفونت و محافظت ناکافی در برابر آلودگی، سرخوردگی، تبعیض، انزوا، احساسات منفی، خستگی و دها پیامد دیگر در این شرایط، سلامت روان افراد جامعه را تهدید می‌نماید (۴). چنین وضعیتی مشکلات سلامت روانی مانند استرس، اضطراب، علائم افسردگی، بی‌خوابی، انکار، عصبانیت و ترس را باعث می‌شود (۵). این مشکلات بهداشت روان نه تنها بر توجه، درک و توانایی تصمیم‌گیری مردم تأثیر می‌گذارد، بلکه مانع از مبارزه با کرونا می‌شود و می‌تواند تأثیر ماندگاری بر بهزیستی کلی داشته باشند (۶).

علاوه بر این، تجربه بیماری‌های همه‌گیر نشان داده که بروز بیماری‌های واگیردار مانند بیماری‌های تنفسی به علت مشکلات جدی جسمانی و روانی باعث کاهش کیفیت زندگی خانوادگی بیماران خواهند شد (۳، ۷). برای مثال، در

سال ۲۰۰۳، در حین شیوع ویروس سارس^۱ در سنگاپور، ۲۷ درصد از کارکنان مراقبت‌های بهداشتی علائم اختلال روانی را گزارش کردند. همچنین طی شیوع این بیماری در تایوان در همان سال، بسیاری از افراد نیز دچار اختلال استرس پس از ضربه شدند (۸). افراد درگیر با ویروس مرس^۲ در کره جنوبی در سال ۲۰۱۵ علائم اختلال‌های استرسی را نشان دادند که میزان علائم حتی پس از قرنطینه خانگی افزایش یافته بود (۹). افراد درگیر با این نوع از بیماری‌ها در حقیقت از احساس انزوای بین‌فردی و ترس از انتقال ویروس به سایرین خبر می‌دهند (۱۰).

شرایط فوق زمانی اهمیت دو چندان می‌یابد که پیامدهای این رویداد را در برهه نوجوانی مورد بررسی قرار گیرد، زیرا نوجوانی از بحرانی‌ترین دوره‌های زندگی است که رشد سریع جسمی و تحولات عاطفی و روانی و دوره انتقال بین کودکی به بزرگسالی رخ می‌دهد. به همین دلیل اکثر روانشناسان، از نوجوانی به‌عنوان دوره طوفان، تنش و استرس یاد می‌کنند. به‌رغم وجود فشارهای روانی در تمام مراحل زندگی، مرحله نوجوانی به دلیل رویارویی با تغییرات همه جانبه جسمی، روانی و اجتماعی با فشار بیشتری همراه است به گونه‌ای که برخی نوجوانی را یک عامل خطر برای آشفتگی‌های روانی می‌دانند (۱۱). در همین رابطه یکی از واکنش‌های معمول نوجوانان به احساس ناکامی، ارائه محرک‌های آزاردهنده و ناتوانی در کنترل خشم است که در قالب پرخاشگری بیان می‌شود (۱۲). پرخاشگری در دوران نوجوانی نه تنها به دیگران آسیب وارد می‌سازد بلکه رشد خود نوجوان پرخاشگر را نیز در معرض خطر قرار می‌دهد. نوجوانان پرخاشگر نسبت به نوجوانان غیرپرخاشگر به احتمال بیشتری از سوی همسالان طرد شده و حمایت اجتماعی کمتری را از دوستان دریافت می‌کنند (۱۳). برخی از نوجوانان نمی‌توانند به درستی پیامدهای رفتار خود را پیش‌بینی کنند و در نتیجه، در محرک‌های اجتماعی نشانه‌های خصمانه فراوانی مشاهده می‌کنند و راه‌حل‌های پرخاشگرانه را به کار می‌گیرند (۱۴). نتایج پژوهش‌ها بیان‌گر تداوم اشکال مختلف پرخاشگری در طول زمان و اثرگذاری آن بر جنبه‌های مختلف زندگی فردی و اجتماعی در آینده می‌باشد (۱۵). افراد پرخاشگر معمولاً از

1. SARS-CoV

2. MERS

می‌آورند، به‌طور مؤثرتری با چالش‌های خود روبه‌رو می‌شوند و به سازگاری‌های روانشناختی بیشتری دست می‌یابند (۲۶). حمایت اجتماعی از افراد در برابر تجارب استرس‌زا حمایت می‌کند. در واقع، حمایت اجتماعی باعث پیشگیری یا تقلیل عوامل استرس‌زا از طریق تدارک منابع بیشتر برای مقابله با استرس می‌شود (۲۷).

شواهد نشان می‌دهند افرادی که استرس و اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند، احتمال ابتلا به اختلالات روانی از جمله پرخاشگری در آنها بسیار زیاد است (۲۸).

استرس مهم‌ترین عامل زیربنایی مؤثر بر پرخاشگری است، به‌نحوی که استرس خود زمینه‌ساز بروز و بعداً پدیدآیی باورهای پرخاشگرانه می‌شود (۲۹). چرا که منابع استرس‌زا با تأثیرات شناختی، هیجانی و رفتاریشان سیستم ایمنی فرد را دچار مشکل می‌کنند، بنابراین فرد برای حفظ ایمنی خود ممکن است دست به رفتارهای پرخاشگرانه بزند (۳۰، ۳۱).

نکته حائز اهمیت این است که نحوه ارزیابی انسان‌ها از موقعیت‌های فشارزا و چگونگی مقابله آنان با فشار روانی در موقعیت‌های مختلف، متفاوت است و از راهبردهای مقابله‌ای متفاوتی به‌عنوان مکانیزمی به‌منظور مهار استرس و برخورد با بحران استفاده می‌کنند که کارایی یا عدم کارایی این راهبردها نقش مهمی در سلامت روان و روابط بین‌فردی افراد دارد. بنابراین بحث پرخاشگری و پیامدهای آن نیازمند توجه به مفهوم مقابله^۱ است.

سبک‌های مقابله به تلاش‌های خاص، اعم از رفتاری و روانی، اشاره دارد که افراد برای تسلط، تحمل، کاهش یا به حداقل رساندن رویدادهای استرس‌زا به کار می‌گیرند (۳۲). راهبردهای مقابله را به‌عنوان مجموعه‌ای از پاسخ‌های رفتاری و شناختی تعریف کرده‌اند که هدف آنها به حداقل رساندن فشارهای موقعیت استرس‌زا است، مطالعات بسیاری ارتباط سبک‌های مقابله را با سلامت روان نشان داده‌اند (۳۳-۳۵). راهبردهای مقابله‌ای مؤثر باعث می‌شود که واکنش فرد به سطوح بالای تنیدگی کاهش یابد و آثار زیانبار آن تعدیل شود (۳۶). سبک‌های مقابله می‌تواند مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و یا اجتنابی باشد (۳۷). مقابله مسئله‌مدار می‌تواند به‌عنوان تلاش برای مدیریت و تغییر مسأله استرس‌زا در نظر گرفته شود، اما مقابله هیجان‌مدار تلاش برای کم کردن استرس

مهارت‌های سازگارانه حل‌مسأله برخوردار نیستند و هنگامی که از نظر جسمی برانگیخته می‌شوند، به‌طور تکانشی عمل می‌کنند. همچنین عدم توانایی در قابلیت سازگاری از مشخصه‌های نوجوانان پرخاشگر می‌باشد (۱۶).

در این راستا یکی از متغیرهای روانشناختی که می‌تواند در عوامل تنش‌زای روانی نقش داشته باشد، حمایت اجتماعی است (۱۷). حمایت اجتماعی، به بهره‌مندی از مهربانی و محبت، همراهی، توجه دوستان، اعضای خانواده و سایر افراد تعریف شده است (۱۸). حمایت اجتماعی ادراک شده، حاصل ارزیابی‌های فرد از در دسترس بودن حمایت‌ها در مواقع مورد نیاز بوده (۱۹) و به‌عنوان یک عامل تعدیل‌کننده و تأثیرگذار بر سازگاری و مقابله با شرایط پر تنش زندگی است (۲۰).

پژوهشگران، حمایت اجتماعی را یکی از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت جسمی و روانشناختی افراد از کودکی تا بزرگسالی می‌دانند (۲۱). حمایت اجتماعی می‌تواند با تأثیر بر خودپنداره و توانایی‌ها، ادراک فرد را از عوامل فشارزا تحت تأثیر قرار داده (۲۲) و بر سلامت روانی تأثیرگذار باشد. روابط حمایتی می‌تواند سبب برانگیختن رفتارهای سالمتری گردد. افرادی که حمایت اجتماعی کمتری دریافت می‌کنند بیشتر در معرض مشکلات روانی و جسمی هستند (۲۳).

از آنجا که یکی از آشفتگی‌هایی که در شرایط بحرانی محتمل به نظر می‌رسد، استرس و عوامل مربوط به آن است و پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ادراک سطح بالایی از استرس می‌تواند به عملکرد ضعیف تحصیلی، افسردگی، پرخاشگری و مشکلات جدی سلامتی منجر شود (۲۴). استرس حالتی است که وقتی افراد با رویدادهایی مواجه می‌شوند که آنها را خطرناک و تهدیدکننده سلامت روانی و جسمانی خود می‌یابند، رخ می‌دهد. استرس حالتی است که توسط عوامل فشارزا بوجود می‌آید و منجر به تولید پاسخ‌های استرسی می‌شود. این پاسخ‌ها به‌منظور کنارآمدن اثربخش با یک وضعیت ناخوشایند، طراحی و اجرا می‌شود (۲۵).

تصور می‌شود که حمایت اجتماعی به‌عنوان سپری ضربه‌گیر در برابر استرس عمل می‌کند (۲۱) برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند افرادی که حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتری را تجربه می‌کنند، در برابر شرایط استرس‌زا بیشتر تاب

باید افزود که نوع حمایت فراهم شده باید با موقعیت فرد و نیازهای وی متناسب باشد تا به کارکردهای مطلوب آن اعم از افزایش سازگاری و افزایش مهارت‌های ارتباطی، افزایش صلاحیت، کاهش استرس و پرخاشگری دست یافت (۴۲).

فرضیه^۱ اثر عمده^۱ بیان می‌کند که حمایت اجتماعی به این دلیل که برای اشخاص تجارب مثبت منظم و پایدار و پاداش دهنده ارائه می‌کند، به صورت مستقیم بر سلامت روانی تأثیر می‌گذارد و مستقل از میزان استرسی است که شخص تجربه می‌کند. طبق این فرضیه افراد دارای حمایت اجتماعی بالا احساس قوی‌تری از مورد مراقبت قرار گرفتن و دوست داشته شدن دارند و این امر تأثیر پایداری بر سلامتی روانی آنها دارد (۴۴).

فرضیه دوم، که به عنوان فرضیه^۲ استرس - ضربه‌گیر^۲ شناخته شد، بیان می‌کند که حمایت اجتماعی یک اثر غیر مستقیم داشته و استرس حاصل را کاهش می‌دهد و این امر با جلوگیری از پیامدهای منفی حادثه استرس‌زا انجام می‌شود. طبق این فرضیه حمایت اجتماعی به عنوان یک منبع مقابله‌ای عمل می‌کند. موقع مواجهه با حوادث استرس‌زا، ادراک حمایت، انتخاب واقعی یک راهبرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴۵).

از سوی دیگر، سبک‌های مقابله و حمایت اجتماعی به طور قوی به هم وابسته هستند. پژوهش‌های قبلی نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی اثرات ناشی از استرس را اغلب به وسیله سبک‌های مقابله تعدیل می‌کند. در پژوهشی دریافته شد حمایت اجتماعی می‌تواند انتخاب یک راهبرد مقابله‌ای خاص و تأثیر و قوت آن را تحت تأثیر قرار دهد (۴۶). آنها به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی کافی در انتخاب راهبردهای مقابله سازگارانه نقش دارد. نتایج مطالعه اگرابیا و نیچر (۴۷) نیز نشان داد که سطح بالای حمایت اجتماعی با رابطه ضعیف بین اضطراب و خشونت همراه بود، در حالی که استفاده از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی با ارتباط قوی‌تر بین اضطراب و خشونت همراه است. در کل شواهد کافی در این زمینه وجود دارد که سبک‌های مقابله‌ای متمرکز بر مسأله و جستجوی حمایت اجتماعی با پیامدهای مثبت روانی و کاهش رفتارهای منفی ارتباط دارند، در حالی

هیجانی است و روی کنترل نشانه‌های فشار متمرکز می‌شود (۳۴). در مقابله اجتنابی فرد مرتباً از روبرو شدن با رویداد طفره رفته و اجتناب می‌کند حال آن که در سراسر مدت فرار، مسئله در ذهن حضور دارد و تمرکز را به هم می‌زند (۳۶).

تحقیقات اخیر حاکی از آن است که سبک‌های مقابله با استرس مورد استفاده توسط هر شخص، تأثیر بسزایی بر سلامت و میزان پرخاشگری آنها دارد (۳۸).

لی و همکاران در پژوهشی نشان دادند که گروه‌های سالم از روش متمرکز بر مسئله و گروه‌های متعارض از روش مقابله‌ای متمرکز بر هیجان استفاده می‌کنند (۳۹). تحقیقات استینر (۴۰) بیان‌گر آن است که روش‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار در برابر استرس با شاخص‌های بیماری و رفتارهای پرخطری مانند پرخاشگری همبستگی ضعیفی دارد، در حالی که روش‌های مقابله‌ای اجتنابی در برابر استرس همبستگی مثبتی با این ابعاد را نشان می‌دهد و فرد در معرض خطر و ناسازگاری قرار می‌گیرد. همچنین، مطالعه کاریکلا و پانییوتو (۴۱) نشان داد که سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتناب تجربی با آشفتگی روانشناختی پایین و پرخاشگری بالا ارتباط داشتند. اما نکته‌ای که لازم به ذکر است این پژوهش‌ها در زمان بحران‌های اجتماعی گسترده مانند شیوع کرونا انجام نشده و از سوی دیگر، عموم نمونه‌های پژوهش‌شان را افرادی غیر از نوجوانان تشکیل می‌دادند.

در مقابل، حمایت اجتماعی سازه دیگری است که به نظر می‌رسد بر استرس ادراک‌شده و سبک‌های مقابله‌ای افراد تأثیر می‌گذارد. حمایت اجتماعی باعث می‌شود افراد باور کنند که مورد عشق، مراقبت، احترام و ارزش دیگران هستند و این‌که به شبکه‌ای با تعهدات دو سویه تعلق دارند (۴۲). حمایت‌های اجتماعی اغلب به کنش‌های متقابل بین فردی، شخص و ارتباطات اشاره دارد. خانواده و دوستان به طور خاصی اغلب به عنوان منابع مهم حمایت اجتماعی برای نوجوانان در نظر گرفته می‌شوند. خانواده نیز اغلب به عنوان یک مدل رفتار مقابله‌ای عمل کرده و برای شخص احساس ایمنی فراهم می‌کند. در حالی که دوستان بیشتر به عنوان راهی برای کاهش انزوا و جدایی عمل می‌کنند و به تلاش‌های مقابله‌ای شخص کمک می‌کنند (۴۳). همچنین

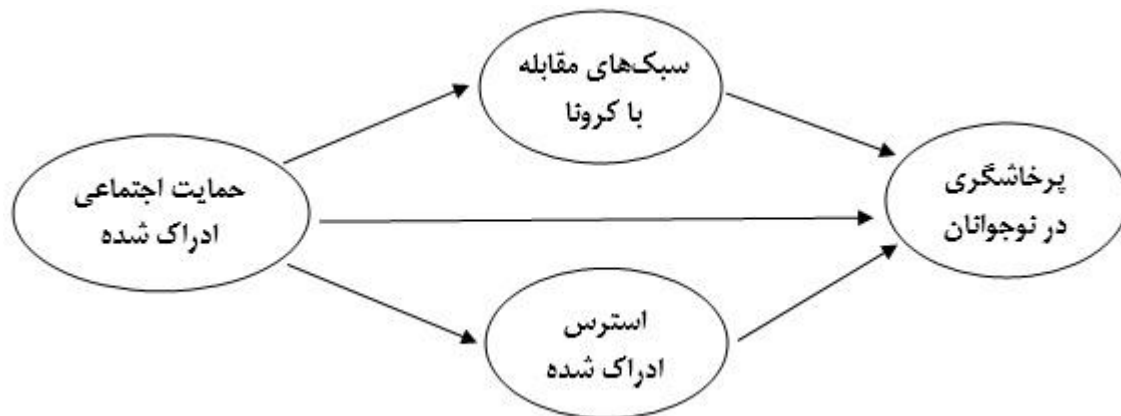
1. Main-effect Hypothesis

2. stress-buffering

نوجوانان که می‌تواند بحران‌های هویت‌های آنها را بیش از پیش کند، سؤال پژوهش حاضر آن است که آیا سبک‌های مقابله با کرونا و استرس ادراک‌شده در رابطه بین حمایت اجتماعی و پرخاشگری در نوجوانان نقش میانجی گر دارد؟

که سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و دریافت نکردن حمایت اجتماعی راهبردهای غیر انطباقی مانند پرخاشگری بوده و اثرات منفی بر روان دارند (۴۸).

بنابراین، با در نظر گرفتن پیشینه موجود و با توجه به اهمیت بررسی پرخاشگری و عوامل تأثیرگذار بر آن در میان



تصویر مدل پیشنهادی

یک مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت پاسخ می‌دهند که شامل صفر (بکار نبردم)، یک (خیلی کم بکار بردم)، دو (تا حدی بکار بردم) و سه (به مقدار زیاد بکار بردم) است. یافته‌های این پژوهش پایایی پرسشنامه را بر اساس آلفای کرونباخ تأیید کرد. میزان همبستگی میان اضطراب با سبک‌های مقابله‌ای رویاروگر (۶ گویه)، اجتناب (۸ گویه)، انکار (۶ گویه) و مسئولیت‌پذیری (۴ گویه) به ترتیب برابر با ۰/۶۲، ۰/۵۷، ۰/۳۸- و ۰/۵۲- به دست آمد که نشانگر روایی ملاکی پرسشنامه بود. نتایج تحلیل اکتشافی نشان داد که کفایت نمونه‌گیری مناسب و چهار عاملی بودن پرسشنامه تأیید شد. همچنین، این چهار عامل توانستند ۶۶ درصد از واریانس کل متغیر سبک‌های مقابله‌ای را تبیین نمایند. تحلیل عاملی تأییدی، نتایج حاصل از روایی محتوایی و تحلیل اکتشافی را مبنی بر هشت عاملی بودن پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای در رویارویی با اپیدمی کرونا تأیید کرد (۴۹).

۲. مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده (mspss): این پرسشنامه را زیمت و همکاران در سال ۱۹۸۸ به منظور سنجش حمایت اجتماعی ادراک‌شده از طرف خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی فرد تهیه کرده‌اند.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع پژوهش‌های بنیادین و به لحاظ روش، از نوع پژوهش‌های توصیفی و همبستگی از نوع معادلات ساختاری است. است.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش آموزان دوره متوسطه دوم شهر تهران بود که در نیمسال اول سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ مشغول تحصیل بودند. برای تعیین حجم نمونه به علت بزرگ بودن جامعه آماری از فرمول نمونه‌گیری کوکران استفاده شد که مطابق این فرمول حجم نمونه ۳۰۰ نفر برآورد شد ولی برای افزایش اعتبار پژوهش نمونه‌ای به تعداد ۴۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری داوطلبانه (به علت وجود شرایط خاص بهداشتی و محدودیت‌های کرونا) از بین جامعه آماری مورد نظر انتخاب شدند و در نهایت ۳۵۲ نفر وارد پژوهش شدند.

ابزار

۱. پرسشنامه سبک مقابله با کرونا: پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای در رویارویی با اپیدمی کرونا، دارای ۲۴ سؤال است که توسط درتاج، دانش‌پایه، حسنوند و موسوی در سال ۱۳۹۸ در میان افراد ساکن در استان لرستان ساخته شد. نمونه مورد پژوهش بر اساس فرمول کوکران ۳۸۴ نفر بود که به صورت نسبتاً یکسان از میان زنان و مردان به عنوان حجم نمونه انتخاب شد. روش نمره‌گذاری به هر ماده روی

1. Multidimensional Scale of perceived Social Support

شده است. مقادیر ضرایب همسانی درونی برای عوامل خودکارآمدی ادراک شده، درماندگی ادراک شده و نمره کلی استرس ادراک شده به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۶۰ و ۰/۷۶ به دست آمد. همچنین طی پژوهش باستانی و همکاران، روایی محتوایی پرسشنامه تأیید شده و پایایی آن به شیوه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه و گزارش شده است (۳۵).

۴. پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (AQ)^۲: به منظور اندازه‌گیری پرخاشگری نوجوانان از پرسشنامه پرخاشگری باس - پری استفاده می‌شود. نسخه جدید پرسشنامه پرخاشگری که نسخه قبلی آن تحت عنوان پرسشنامه خصومت بود، توسط باس و پری (۱۹۹۲) مورد بازنگری قرار گرفت. که یک ابزار خودگزارشی است و شامل ۲۹ گویه و ۴ زیر مقیاس پرخاشگری جسمانی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت می‌باشد. نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد. نمره کل برای پرخاشگری با مجموع نمرات زیر مقیاس‌ها به دست می‌آید. باس و پری ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را ۰/۸۹ و پایایی آن را با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (۵۳). ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه توسط سامانی ۰/۷۸ گزارش شده است. همچنین همبستگی بالای عوامل با نمره کل پرسشنامه، همبستگی ضعیف عوامل با یکدیگر و مقادیر ضریب آلفا همگی نشان‌دهنده کفایت و کارایی این پرسشنامه برای کاربرد پژوهشگران، متخصصان و روانشناسان در ایران است. پرسشنامه از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شده و ضرایب به دست آمده برای کل پرسشنامه به ترتیب برابر ۰/۸۹ و ۰/۹۰ بوده است که بیانگر ضریب پایایی مطلوب می‌باشد (۵۴).

روند اجرای پژوهش: به‌علت شرایط حاصل از بیماری کرونا و تعطیلی مدارس امکان پرکردن حضوری پرسشنامه‌ها فراهم نبود. لذا لینک پرسشنامه در کانال‌های تلگرامی و گروه‌های شاد مرتبط با استان تهران قرار گرفت و پرسشنامه‌ها به‌صورت آنلاین تکمیل گردید. همچنین پرسشنامه‌های بی‌اعتبار و ناقص (عدم پاسخ‌گویی به پنج گویه در هر یک از پرسشنامه‌ها) از پژوهش حذف شدند. داده‌های جمع‌آوری شده نیز با استفاده از آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و تحلیل معادله‌ی ساختاری از طریق

این مقیاس یک ابزار ۱۲ ماده‌ای است که حمایت اجتماعی ادراک‌شده هر فرد را در هر یک از سه حیطة مذکور در اندازه‌های هفت درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره فرد در کل مقیاس به ترتیب ۱۲ و ۸۴ و در هر یک از زیرمقیاس‌های حمایت خانوادگی، اجتماعی و دوستان به ترتیب ۴ و ۲۸ محاسبه می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده حمایت اجتماعی ادراک‌شده بیشتر است. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده در پژوهش‌های خارجی تأیید شده است (۵۰).

در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس در نمونه‌هایی از دانشجویان و جمعیت عمومی ایرانی ($n=742$) : ۳۱۱ دانشجو، ۴۳۱ نفر از جمعیت عمومی، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و ماده‌های سه زیرمقیاس حمایت اجتماعی خانوادگی، اجتماعی و دوستان به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۹ محاسبه شد و ضرایب همسانی درونی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده را تأیید کرد (۵۰).

۳. مقیاس استرس ادراک‌شده (PSS): این مقیاس را در سال ۱۹۸۳، کوهن و همکاران ساخته‌اند؛ این مقیاس ۱۴ آیتم دارد و هر آیتم بر اساس یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای پاسخ داده می‌شود. مقیاس استرس ادراک‌شده دو خرده مقیاس ادراک منفی از استرس و ادراک مثبت از استرس را در بر می‌گیرد. ضرایب پایایی همسانی درونی مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ به دست آمده است. مقیاس استرس ادراک شده به‌طور معناداری با رویدادهای زندگی، نشانه‌های افسردگی و جسمی، بهره‌مندی از خدمات بهداشتی، اضطراب اجتماعی و رضایت از زندگی پایین همبسته است. این مقیاس ابزاری مناسب برای سنجش تجربه استرس کلی در گروه‌های سنی مختلف است (۵۱).

تحلیل روانسنجی نسخه فارسی مقیاس استرس ادراک شده در گروهی از بیماران مبتلا به سرطان توسط صفایی و شکری (۵۱) انجام شد. نتایج تحلیل مؤلفه‌های اصلی نشان داد که نسخه فارسی مقیاس استرس ادراک شده از دو عامل خودکارآمدی ادراک شده و درماندگی ادراک شده تشکیل

(۱۹/۳۱) بودند. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش نیز در جداول ۱ آمده است.

به‌منظور پاسخ‌گویی به سؤالات تحقیق مبنی بر وجود ارتباط بین متغیرهای مورد مطالعه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. ماتریس همبستگی‌ها در جدول ۲ ارائه آمده است.

نسخه‌ی SPSS و AMOS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش ۳۵۲ دانش‌آموز دوره دوم متوسطه وارد شدند که از این میان ۱۶۷ نفر پسر (۴۷/۴۴ درصد) و ۱۸۵ نفر دختر (۵۲/۵۶ درصد) بودند. ۱۳۸ نفر دهم (۳۹/۲۲ درصد)، ۱۴۶ نفر یازدهم (۴۱/۴۷ درصد) و ۶۸ نفر نیز دوازدهم

جدول (۱) آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	متغیر	میانگین	انحراف معیار
سبک مقابله	۶۶/۳۵	۷/۲۹	حمایت اجتماعی	۳۵/۱۷	۷/۸۱
رویاروگر	۱۶/۴۵	۴/۶۹	خانواده	۹/۹۵	۷/۲۵
اجتناب	۲۴/۶۷	۵/۰۵	دوستان	۱۳/۳۶	۷/۶۴
انکار	۱۵/۴۸	۴/۲۷	اجتماع	۱۱/۸۶	۶/۹۳
مسئولیت‌پذیری	۹/۷۵	۴/۱۰	استرس ادراک‌شده	۶۰/۰۹	۱۳/۹۹
پرخاشگری	۱۱۸/۳۵	۱۲/۸۴	-	-	-

جدول (۲) ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه در گروه نمونه

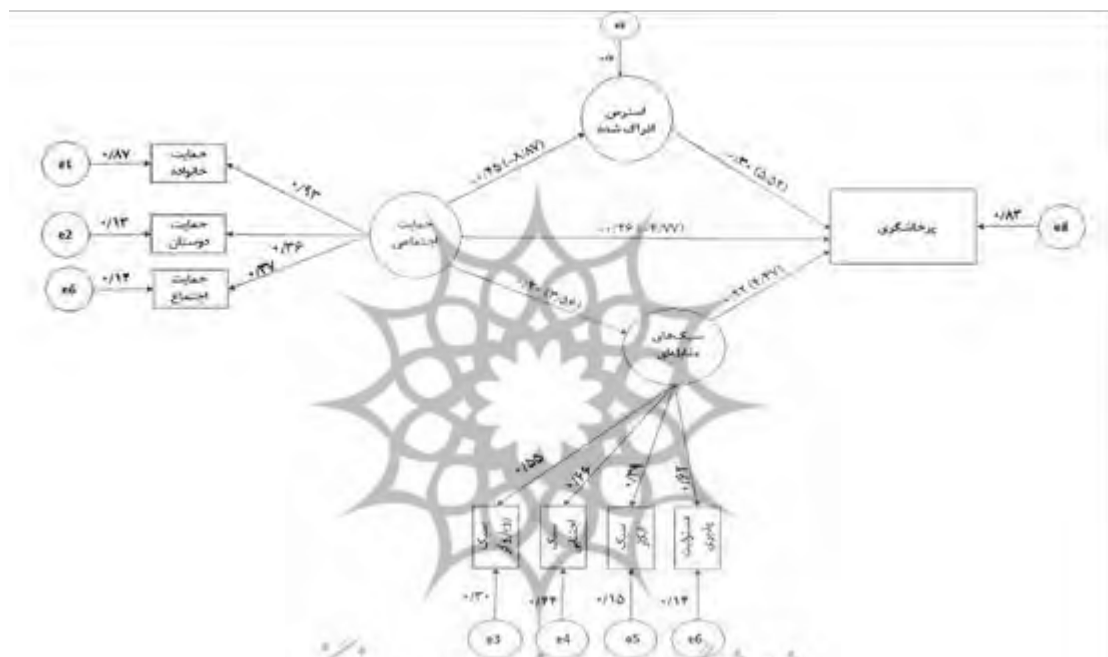
متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. سبک رویاروگر	۱							
۲. سبک اجتنابی	-.۰/۲۵**	۱						
۳. سبک انکار	-.۰/۶۷**	۰/۴۹**	۱					
۴. مسئولیت‌پذیری	۰/۲۴**	-.۰/۵۳**	-.۰/۳۹**	۱				
۵. حمایت خانواده	۰/۴۴**	-.۰/۱۹**	-.۰/۱۱*	۰/۲۶**	۱			
۶. حمایت دوستان	۰/۳۳**	-.۰/۱۸**	-.۰/۴۵**	۰/۲۵**	۰/۳۶**	۱		
۷. حمایت اجتماع	۰/۴۷**	-.۰/۲۱**	-.۰/۱۳**	۰/۳۱**	۰/۴۷**	۰/۳۷**	۱	
۸. پرخاشگری	-.۰/۳۳**	۰/۴۴**	۰/۳۸**	-.۰/۴۳**	-.۰/۵۳**	-.۰/۶۵**	-.۰/۶۴**	۱
۹. استرس ادراک‌شده	-.۰/۳۹**	۰/۶۴**	-.۰/۵۱**	-.۰/۴۹**	-.۰/۵۰**	-.۰/۶۱**	-.۰/۵۹**	۰/۲۴**

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود رابطه بین استرس ادراک‌شده و ابعاد حمایت اجتماعی به ترتیب میزان همبستگی مربوط به حمایت دوستان ($R = -.۰/۶۱$)، حمایت اجتماع ($R = -.۰/۵۹$) و حمایت خانواده ($R = -.۰/۴۹$) می‌باشد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود ارتباط استرس ادراک‌شده با ابعاد حمایت اجتماعی منفی و مطلوب بوده که در سطح ۹۹ درصد معنادار است. علاوه‌براین بین ابعاد حمایت اجتماعی با پرخاشگری، به ترتیب میزان همبستگی، حمایت دوستان ($R = -.۰/۶۵$)، حمایت اجتماع ($R = -.۰/۶۴$) و حمایت خانواده ($R = -.۰/۴۳$) است که در کل رابطه منفی و نسبتاً بالایی را در سطح ۹۹ درصد نشان می‌دهد. در ادامه جهت بررسی برازش مدل مدنظر از معادلات ساختاری استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود رابطه بین استرس ادراک‌شده و ابعاد حمایت اجتماعی به ترتیب میزان همبستگی مربوط به حمایت دوستان ($R = -.۰/۶۱$)، حمایت اجتماع ($R = -.۰/۵۹$) و حمایت خانواده ($R = -.۰/۴۹$) می‌باشد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود ارتباط استرس ادراک‌شده با ابعاد حمایت اجتماعی منفی و مطلوب بوده که در سطح ۹۹ درصد معنادار است. علاوه‌براین بین ابعاد حمایت اجتماعی با پرخاشگری، به ترتیب میزان همبستگی، حمایت دوستان ($R = -.۰/۶۵$)، حمایت اجتماع ($R = -.۰/۶۴$) و حمایت خانواده ($R = -.۰/۴۳$) است که در کل رابطه منفی و نسبتاً بالایی را در سطح ۹۹ درصد نشان می‌دهد. در ادامه جهت بررسی برازش مدل مدنظر از معادلات ساختاری استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳) شاخص‌های برازش مدل

نتیجه	معیار پذیرش	ارزش	آماره برازش
-	-	۱۰۶/۲۶	مجذور خی دو (χ^2)
-	-	۴۲	درجه آزادی (df)
قابل قبول	کمتر از ۳	۲/۵۳	χ^2/df
قابل قبول	کمتر از ۰/۰۸	۰/۰۵۶	ریشه میانگین مجذورات تقریب (RMSEA)
قابل قبول	کمتر از ۰/۰۸	۰/۰۶۳	ریشه میانگین مجذورات باقیمانده (RMR)
قابل قبول	بیشتر از ۰/۹۰	۰/۹۰	شاخص نیکویی برازش (GFI)
قابل قبول	بیشتر از ۰/۸۵	۰/۸۸	شاخص تعدیل شده نیکویی برازش (AGFI)
قابل قبول	بیشتر از ۰/۹۰	۰/۹۳	شاخص مقایسه‌ای برازش (CFI)
قابل قبول	بیشتر از ۰/۹۰	۰/۹۱	شاخص نرم شده برازش (NFI)
قابل قبول	بیشتر از ۰/۹۰	۰/۹۱	شاخص نرم نشده برازش (NNFI)



اطلاعات ارائه شده در شکل ضریب مسیر حمایت اجتماعی به استرس ادراک شده ۰/۴۵ منفی و متوسط است ($t= ۸/۷۸$ ؛ $p < ۰/۰۵$)؛ بر همین روش دیده شد که تمامی مسیرها در سطح ۹۵ درصد اطمینان ضرایب معناداری دارند.

در شکل فوق مقادیر ضریب مسیر و t متناظر با آنها (داخل پرانتز و جلوی ضریب در شکل) برای هر یک از مسیرهای علی از متغیر برون‌زا به متغیرهای میانجی و درون‌زا و از متغیرهای میانجی به متغیر درون‌زا نیز وجود دارد. این ضرایب، قدرت نسبی هر مسیر را نشان می‌دهد. براساس

جدول ۴) ضرایب مسیر اثرات مستقیم و غیرمستقیم و کل، در الگوی تأییدشده

متغیر برون‌زا (از)	متغیر درون‌زا (به)	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	واریانس تبیین شده
حمایت اجتماعی	پرخاشگری	-۰/۲۶	-۰/۱۷	-۰/۴۳	۰/۳۱
	استرس ادراکی	۰/۳۰	-	۰/۳۰	
	سبک مقابله‌ای	۰/۲۲	-	۰/۲۲	
حمایت اجتماعی	استرس ادراکی	۰/۴۵	-	۰/۴۵	۰/۲۰
حمایت اجتماعی	سبک مقابله‌ای	۰/۲۰	-	۰/۲۰	۰/۰۴

در جدول ۴ ضرایب اثرهای مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرهای پژوهش آورده شده است. همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود، متغیر برون‌زا (حمایت اجتماعی)، بر متغیر درون‌زای پرخاشگری، هم اثر مستقیم و هم غیرمستقیم دارد. اثر غیرمستقیم حمایت اجتماعی بر پرخاشگری، به واسطه‌ی استرس ادراک‌شده و سبک مقابله‌ای بوده است. در نتیجه می‌توان گفت که متغیرهای استرس ادراک‌شده و سبک مقابله‌ای نقشی میانجی در رابطه حمایت اجتماعی و پرخاشگری دارند.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی نقش میانجی‌گر سبک‌های مقابله با کرونا و استرس ادراک‌شده در رابطه بین حمایت اجتماعی و پرخاشگری در نوجوانان انجام شد، همان‌طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد این مدل از برازش خوبی برخوردار است. در این مطالعه، رابطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده، سبک‌های مقابله با کرونا، استرس ادراک‌شده و پرخاشگری در نوجوانان معنادار بود. حمایت اجتماعی ادراک‌شده، سبک‌های مقابله با کرونا و استرس ادراک‌شده هر کدام به‌طور جداگانه توانستند پرخاشگری در نوجوانان را به‌طور مستقیم پیش‌بینی کنند، به‌علاوه اثر غیرمستقیم حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر پرخاشگری در نوجوانان با واسطه‌ی سبک‌های مقابله با کرونا و استرس ادراک‌شده معنی‌دار بود. اثر مستقیم حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر پرخاشگری در نوجوانان با مطالعات لی و همکاران (۱۶)، اگریا و نیچر (۴۷)، رایت و واش (۴۸) همسو بود. در رابطه میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و پرخاشگری باید گفت که حمایت اجتماعی ادراک‌شده می‌تواند عوامل منفی روانی همچون رفتارهای پرخاشگرانه را به گونه‌ای تحت تأثیر قرار دهد که بروز رفتارهای خشونت‌آمیز اعم از کلامی، رابطه‌ای و رفتاری کاهش یابد (۵۵). علت این امر را می‌توان بدین شکل بیان کرد که حمایت اجتماعی باعث می‌شود افراد باور کنند که مورد عشق، مراقبت، احترام و ارزش دیگران هستند و این‌که به شبکه‌ای با تعهدات دو سویه تعلق دارند. همان‌گونه که پیش‌تر نیز گفته شده این شبکه ارتباطی شامل خانواده و دوستان و اجتماعی می‌شود که رابطه مستقیم و یا غیرمستقیمی را با نوجوان برقرار کرده و می‌تواند از جهات مختلف او را یاری رسانند (۵۶). در همین

راستا، خانواده اغلب به‌عنوان یک مدل رفتار مقابله‌ای عمل کرده و برای شخص احساس ایمنی فراهم می‌کند. در حالی که دوستان بیشتر به‌عنوان راهی برای کاهش انزوا و جدایی عمل می‌کنند و به تلاش‌های مقابله‌ای شخص کمک می‌کنند. بنابراین طبیعی است که در پی احساس ایمنی و کاهش انزوایی که فرد از حمایت اجتماعی ادراک‌شده به دست می‌آورد، سطح پرخاشگری او کاهش یابد (۵۵).

یافته دیگر این پژوهش اثر مستقیم حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر سبک مقابله با کرونا بود که با مطالعات جانستون و همکاران (۴۲)، مک‌کینلی (۴۵)، یو و همکاران (۴۶) همسو بود. ال کو و همکاران (۵۷) نشان دادند حمایت اجتماعی کافی در انتخاب راهبردهای مقابله سازگارانه نقش دارد. بنابراین با دریافت حمایت اجتماعی از جانب خانواده و دوستان، شخص استرس کمتری را متحمل شده و سعی نخواهد کرد که وقایع استرس‌زا را انکار کرده و به طریق اجتنابی با آنها مقابله کند. با حمایت از جانب دیگران شخص همچنین هنگام مواجه با رویدادهای استرس‌زا راهکارهای آنها را به کار می‌بندد. بنابراین فرصت مقابله شناختی برایش وجود نخواهد داشت (۵۸).

یافته دیگر این پژوهش اثر مستقیم حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر استرس ادراک‌شده بود که با پژوهش‌های قی و همکاران (۴۴) و یو و همکاران (۴۶) همسو بود. طبق آنچه که در فرضیه اثر عمده بیان شده است که حمایت اجتماعی به این دلیل برای اشخاص تجارب مثبت منظم و پایدار و پاداش‌دهنده ارائه می‌کند که به‌صورت مستقیم بر سلامت روانی تأثیر می‌گذارد و مستقل از میزان استرسی است که شخص تجربه می‌کند. طبق این فرضیه افراد دارای حمایت اجتماعی بالا احساس قوی‌تری از مورد مراقبت قرار گرفتن و دوست داشته شدن دارند و این امر تأثیر پایداری بر سلامتی روانی آنها دارد (۴۴). بنابراین اگر پرخاشگری و استرس را از ملاک‌های عدم سلامت روانی در نظر بگیریم، بدیهی به نظر می‌رسد که با افزایش حمایت اجتماعی، عوامل به‌خطر انداختن سلامت روان، کاهش یابند. در سازگاری با استرس‌های عمده مؤثر بر سلامتی افراد، حمایت اجتماعی می‌تواند اثر مثبت داشته باشد. به عبارت دیگر حمایت اجتماعی می‌تواند در سازگاری روانشناختی افرادی که با استرس‌های عمده سلامتی مواجه می‌شوند،

تحقق می‌یابد. در نتیجه استفاده از هر دو روش مقابله با استفاده از امکانات شناختی یا رفتاری می‌توانند مؤثر بر استرس و یا واکنش‌های هیجانی چون پرخاشگری باشند (۱۶). همچنین یافته به دست آمده را می‌توان این گونه تبیین کرد که زمانی که افراد با استرس مواجه می‌شوند درگیر حالات و عواطف منفی شده و این امر به نوبه خود موجب پرخاشگری در افراد می‌شود. در این شرایط اگر افراد از سبک‌های مقابله هیجانی و اجتنابی استفاده کنند میزان پرخاشگری بالاتر می‌رود (۳۸).

یافته دیگر پژوهش اثر مستقیم استرس ادراک‌شده بر پرخاشگری بود که با مطالعات زهیری و همکاران (۶۹) و منصوری و همکاران (۷۰) همسو بود. در این رابطه می‌توان گفت افراد با استرس بالا توانایی خود نظارتی پایینی دارند، توانایی کنترل احساسات و هیجانات خود را نداشته و در دانستن این که در شرایط خاص چه چیزی مناسب می‌باشد، مهارت ندارند و شیوه‌های مقابله‌ای ناسازگارانه به استرس را به کار برده و فشارهای روانی زیادی را متحمل می‌شوند که به نوبه خود موجب هیجاناتی چون پرخاشگری می‌شود.

به علاوه در این مطالعه اثر غیرمستقیم حمایت اجتماعی و پرخاشگری در نوجوانان با میانجی‌گری سبک‌های مقابله با کرونا و استرس ادراک‌شده معنادار بود، که با مطالعه‌ی مک‌کینلی (۴۵)، یو و همکاران (۴۶) همسو بود. همان‌طور که یو و همکاران (۴۶) عنوان داشته‌اند، حمایت اجتماعی اثرات ناشی از استرس را اغلب به وسیله سبک‌های مقابله تعدیل می‌کند. حمایت اجتماعی می‌تواند انتخاب یک راهبرد مقابله‌ای خاص و تأثیر و قوت آن را تحت تأثیر قرار دهد. سطح بالای حمایت اجتماعی با رابطه ضعیف بین اضطراب و خشونت همراه است، در حالی که استفاده از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی با ارتباط قوی‌تر بین اضطراب و خشونت همراه است. در کل شواهد کافی در این زمینه وجود دارد که سبک‌های مقابله‌ای متمرکز بر مسأله و جستجوی حمایت اجتماعی با پیامدهای مثبت روانی و کاهش رفتارهای منفی ارتباط دارند، در حالی که سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و دریافت نکردن حمایت اجتماعی بر روان دارند. نوجوانان و افرادی که از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند، هنگام مواجه شدن با شرایط

مداخله کند و با افزایش درک صحیح از رویدادهای استرس‌زا، باعث کاهش تأثیر فشار روانی گشته و عوارض ناشی از یک تجربه ناخوشایند را به حداقل برساند (۵۹).

یافته دیگر پژوهش اثر مستقیم سبک‌های مقابله با کرونا بر پرخاشگری بود که با یافته‌های کاریکلا و پانایوتو (۴۱)، بردی (۶۰)، کسیمی و کسیمی (۶۱)، ری و همکاران (۶۲) و سو (۶۳) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت راهبرد مقابله‌ای افراد مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی، هیجانی و رفتاری فرد است که در جهت تغییر، تفسیر و اصلاح موقعیت تنش‌زا به کار می‌رود تا رنج ناشی از آن کاسته شود (۶۴). افراد با توجه به ویژگی‌های شخصیتی و آمادگی‌های روانی خود، هنگامی که با استرس روبه‌رو می‌شوند به شیوه‌های مختلفی پاسخ می‌دهند. چگونگی مقابله با استرس با سلامت روان ارتباط دارد و استرس می‌تواند سطح پرخاشگری را در افراد بالا ببرد (۶۵). یافته به دست آمده را می‌توان این گونه تبیین کرد که زمانی که افراد با استرس مواجه می‌شوند درگیر حالات و عواطف منفی شده و این امر به نوبه خود موجب پرخاشگری در افراد می‌شود. در این شرایط اگر افراد از سبک‌های مقابله‌ای هیجانی و اجتنابی استفاده کنند میزان پرخاشگری بالاتر می‌رود چرا که راهبردهای مقابله‌ای بر هیجانات و افکار منفی مانند برون‌ریزی هیجانات متمرکزند و باعث افزایش آشفتگی روانی می‌شوند (۶۶) و در نتیجه مقابله هیجان‌مدار به علت تمرکز بر هیجانات منفی از جمله؛ خشم، اضطراب، شرم، ناامیدی و... باعث افزایش خطر پرخاشگری می‌شود (۶۷).

از سوی دیگر سبک‌های مقابله‌ای که در پژوهش حاضر معطوف به مقابله با کرونا در نظر گرفته شد می‌تواند بر میزان پرخاشگری اثر داشته باشد که در این راستا باید گفت در سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌محور، تمرکز فرد بر عنصر استرس‌زاست و کوشش می‌کند تا با بررسی ابعاد و یاری گرفتن از راهبردهای حل مسئله، مانند کمک‌طلبی از دوستان و افراد متخصص، رابطه استرس‌زا بین خود و محیط را در جهت کاهش استرس تغییر دهد (۶۸)، ولی هدف مقابله هیجان‌محور، نظم‌دهی به حالت هیجانی ناشی از استرس است و با اجتناب از عامل استرس‌زا، ارزیابی مجدد آن از زاویه شناختی و توجه به جنبه‌های مثبت خود و موقعیت،

the National Academy of Sciences, 2017; 114(44), 11663-11668.

6. Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., ... & Chen, J. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*, 2020; 7(3), e14.

7. Dong, X. Y., Wang, L., Tao, Y. X., Suo, X. L., Li, Y. C., Liu, F., ... & Zhang, Q. Psychometric properties of the Anxiety Inventory for Respiratory Disease in patients with COPD in China. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 2017; 12, 49.

8. Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, Y., ... & Xing, X. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *New England Journal of Medicine*. 2020.

9. Srivatsa, S., Stewart, K. A. How should clinicians integrate mental health into epidemic responses? *AMA Journal of Ethics*, 2020; 22(1), 10-15.

10. Lee, A. H., & DiGiuseppe, R. Anger and aggression treatments: a review of meta-analyses. *Current Opinion in Psychology*, 2018; 19, 65-74.

11. Ollendick, T. H., White, S. W., & White, B. A. (Eds.). *The Oxford Handbook of Clinical Child and Adolescent Psychology*. Oxford Library of Psychology. 2018.

12. Beier, A. M., Lauritzen, L., Galfalvy, H. C., Cooper, T. B., Oquendo, M. A., Grunebaum, M. F., ... & Sublette, M. E. Low plasma eicosapentaenoic acid levels are associated with elevated trait aggression and impulsivity in major depressive disorder with a history of comorbid substance use disorder. *Journal of psychiatric research*, (2014); 57, 133-140.

13. Averill, J. R. *Anger and aggression: An essay on emotion*. Springer Science & Business Media. (2017).

14. Graham, K., Wells, S., & Jolley, J. The social context of physical aggression among adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 2012; 17(1), 64-83.

15. Vaillancourt, T., Brendgen, M., Boivin, M., & Tremblay, R. E. A longitudinal confirmatory factor analysis of indirect and physical aggression: Evidence of two factors over time?. *Child development*, 2013; 74(6), 1628-1638.

16. Lee, K. H., Baillargeon, R. H., Vermunt, J. K., Wu, H. X., & Tremblay, R. E. Age differences in the prevalence of physical aggression among 5-11-year-old Canadian boys and girls. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 2017; 33(1), 26-37.

17. Schulz, U., & Schwartzberg, R. Long - term effects of spousal support on coping with cancer after surgery. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2014; 23(5), 716 -732.

استرس‌زا به جای برخورد و اداره هیجانات خویش، به احتمال بیشتری در شرایط استرس‌زا غرق می‌شوند و در نتیجه آمادگی فرسوده شدن در انبوه هیجانات را نشان می‌دهند. بنابراین سبک‌های مقابله‌ای و استرس ادراک‌شده تعدیل‌کننده تأثیر حمایت اجتماعی بر پرخاشگری است.

بنابراین با توجه به اینکه حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله‌ای و میزان استرس ادراک‌شده پیش‌بینی‌کننده قوی برای پرخاشگری هستند و در حال حاضر که در دوران شیوع کرونا به سر می‌بریم و این موضوع می‌تواند در نوجوانان با توجه به اینکه در مرحله بحرانی به سر می‌برند، آسیب‌زا باشد، بنابراین لازم است تا آموزش سبک‌های مقابله‌ای و استفاده از سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار در مسیر آموزش نوجوانان قرار گیرد و همچنین آموزش خانواده‌ها در جهت حامی بودن برای نوجوانان خود در راس امور مهم باشد که به این ترتیب می‌توان در کاهش پرخاشگری و استرس نوجوانان و افزایش سلامت‌روان آنها و به تبع آن افزایش سلامت‌روان جامعه گام مهمی برداشت.

در پایان باید اشاره کرد که به‌علت شرایط بهداشتی ناشی از پاندمی کرونا امکان جمع‌آوری حضوری داده‌ها میسر نبود. همچنین افراد به‌صورت داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند که این عوامل می‌تواند روایی پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد.

منابع

1. World Health Organization. *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*, 18 March 2020 (No. WHO/2019-nCoV/Mental Health/2020.1). World Health Organization.
2. Cucinotta, D., Vanelli, M. WHO declares COVID-19 a pandemic. *Acts bio-medical: Aeneid Parmesans*, 2020; 91(1), 157-160.
3. Wu, Z., McGoogan, J. M. 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. *Jama*, 2020; 323(13), 1239-1242.
4. Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 2020; 74(4), 281.
5. Jones, N. M., Thompson, R. R., Schetter, C. D., & Silver, R. CDistress and rumor exposure on social media during a campus lockdown. *Proceedings of*

- deployment and combat exposure. *Epidemiologic reviews*. 2015; 37(1): 196-212.
32. Noorbakhsh, S. N., Besharat, M. A., Zarei, J. Emotional intelligence and coping styles with stress. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2010; 5, 818-22.
33. Steiner H, Erickson JM, Hernandez PL, Pavelski R. Coping styles as correlates of health in high school students. *Journal of Adolescent Health*, 2002; 30(5), 326- 335.
34. Halpern LF. The relations of coping and family environment to preschooler's problem behavior. *Applied Developmental Psychology*, 2004; 25(4), 399- 421.
35. Kamali Eagle S, Hasani F. The relationship between coping strategies and emotional intelligence and mental health of students participating in the exam classes. *Journal of Behavioral Sciences*. 2013; 7 (1), 49-56. (Persian)
36. Farzin Rad B, Asgharnejad Farid AA, Yekke yazdandoost R, Habibi Asgarabad M. Comparison of coping strategies and personality styles in depressed and non-depressed students. *Journal of Behavioral Sciences*, 2010; 4 (1): 17-21. (Persian)
37. Fata L, Motaby F. Kazemzade Atoofi M. Bolhari J. *Stress Management: A Guide to Training Workshop*. Tehran: Danzheh. 2008; P 12. (Persian)
38. Azadi, M.M., Akbari Balootbangan, A., Vaezfar, S.S., Rahimi, M. The Role of Coping styles and Self-efficacy in Nurses Job Stress in Hospital. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2014; 2 (2):22-32.
39. Lee, J. H., Seo, M., Lee, M., Park, S. Y., Lee, J. H., & Lee, S. M. Profiles of coping strategies in resilient adolescents. *Psychological reports*, 2017; 120(1), 49-69
40. Stinner, M.B. Senior Student Affairs Officer Round Table: Hottest Topics in Student Affairs, Session Held at the Annual Meeting of the National Association of Student, Personnel Administrators, Denver, Colorado. University of Texas at Arlington. 2019; 6(1): 121-190.
41. Karekla, M, & Panayiotou, G. Coping and experiential avoidance: Unique or overlapping constructs? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2011. 43, 163-170.
42. Johnstone, M. J., Kanitsaki, O., & Currie, T. The nature and implications of support in graduate student transition programs: an Australian study. *Journal of Professional Nursing*, 2018; 24(1), 46-53.
43. Cobb, S. *Social support as a moderator of life stress*. Psychosomatic medicine. 1976.
44. Qi, M., Zhou, S. J., Guo, Z. C., Zhang, L. G., Min, H. J., Li, X. M., & Chen, J. X. The effect of social support on mental health in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Journal of Adolescent Health*, 2020; 67(4), 514-518.
18. Riahi M E, Aliverdinia A, Pourhossein Z. Relationship between Social Support and Mental Health. *refahj*. 2011; 10 (39):85-121.
19. Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C., & Seedat, S. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive psychiatry*, 2008; 49(2), 195–201.
20. Friedlander Laura J, Reid Graham J, Shupak N, Cribbie R. Social support, self-esteem, and stress as predictors of Adjustment to university among firstyear undergraduates. *Journal of College Student Development*. 2007; 48(3):259-74
21. Farhadi N. Relationship between relationship patterns and family cohesion with Quality of Life of exceptional students, *MA thesis of general psychology*, Islamic Azad University, Ahvaz, 2012. [Persian]
22. Hematirad G, Sepah Mansur M. The relationship between stress and social support among university students in Tehran. *Thought Behav Clin Psychol*. 2008;2(7):79-86. [Persian]
23. Wilkinson RG, Marmot M. *Social determinants of health: the solid facts*. 2nd ed. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003.
24. Feiss, R., Dolinger, S. B., Merritt, M., Reiche, E., Martin, K., Yanes, J. A., ... & Pangelinan, M. A systematic review and meta-analysis of school-based stress, anxiety, and depression prevention programs for adolescents. *Journal of youth and adolescence*, 2019; 48(9), 1668-1685
25. Curtis, Anthony James. *Health psychology*. Translated by Faramarz Sohrabi. Tehran: Tolo Danesh. 2000
26. Rizalar S, Ozbas A, Akyolcu N, Gungor B. Effect of perceived social support on psychosocial adjustment of Turkish patients with breast cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15:3429–34.
27. Au A, Lai MK, Lau KM, Pan PC, Lam L, Thompson L, Gallagher-Thompson D. Social support and well-being in dementia family caregivers: The mediating role of self-efficacy. *Aging Ment Health*. 2009;13(5):761-8.
28. Hay P, Williams SE. Exploring relationships over time between psychological distress, perceived stress, life events and immature defense style on disordered eating pathology. *J BMC Psychology* 2013; 1(1): 1-8.
29. - Sharf, R.S., *Theories of psychotherapy & counseling: Concepts and cases*. *Cengage Learning*. 2015.
30. Miles, S.R., et al., Emotion dysregulation mediates the relationship between traumatic exposure and aggression in healthy young women. *Personality and Individual Differences*. 2015; 76: 222-27.
31. MacManus, D., et al., Aggressive and violent behavior among military personnel deployed to Iraq and Afghanistan: prevalence and link with

59. Ezzati A, Nouri R, Hasani J. Structural relationship model between social support, coping strategies, stigma and depression in infertile women in Tehran, Iran, 2010. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2013; 16(45): 20-28. (Persian)
60. Brady, Sonya S et al. "Adaptive coping reduces the impact of community violence exposure on violent behavior among African American and Latino male adolescents." *Journal of abnormal child psychology* vol. 2008; 36,1.105-15.
61. Csibi,S. and Csibi .M. Study of aggression related to coping, self-appreciation and social support among adolescents. *Nordic Psychology*. 2011, 63, pp. 35-55
62. Rey, L. & Extremera, N. Physical-Verbal Aggression and Depression in Adolescents: The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies. *Universitas Psychologica*.2012; 11(4), 1245-1254.
63. So, Suzanna, "Examining the Effects of Coping Strategies Specific to Community Violence Exposure Among African American Adolescents" 2016. Master's Theses. 3152.
64. Kheirabadi GR, Bagherian R, Nemati K, Daghighzadeh H, Maracy MR, & Gholamrezayee A. The effectiveness of coping strategies on the severity of symptoms, quality of life and psychological symptoms among patients with irritable bowel syndrome. *J Med Sci*. 2010; 28(110): 473-83. [Persian].
65. Herbert JD, Forman EM. Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies: Wiley, 2011.
66. Billings, A., Moos, R. (1984). Coping, Stress, and Social Resources among Adults with Unipolar Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1984;46(4), 877-891.
67. Shalini B, Alimoradi F, Sadeghi S. The relationship between stress coping strategies and social skills with aggression in deaf female students. *psj*. 2018; 16 (2):11-18
68. Babore, A., Lombardi, L., Viceconti, M. L., Pignataro, S., Marino, V., Crudele, M., ... & Trumello, C. Psychological effects of the COVID-2019 pandemic: Perceived stress and coping strategies among healthcare professionals. *Psychiatry research*, 2020; 293, 113366
69. Zuhairi, Fatemeh and Koushki, Shirin, The relationship between failure tolerance and perceived stress with aggression in students, Fifth National Conference on School Psychology, Tehran.2018. <https://civilica.com/doc/>
70. Mansouri A, Shahdadi H, Arefi F, Shahaki Vahed A. Study of the relationship between perceived Stress and aggression in patients with type II diabetes referring to diabetes clinic of zabol. *J Diabetes Nurs*. 2016; 4 (2):40-47.
45. McKinley, G. P. We need each other: Social supports during COVID 19. *Social Anthropology*.2020; 25(4): 126-134
46. Yu, H., Li, M., Li, Z., Xiang, W., Yuan, Y., Liu, Y., ... & Xiong, Z. Coping style, social support and psychological distress in the general Chinese population in the early stages of the COVID-2019 epidemic. *Social Support and Psychological Distress in the General Chinese Population in the Early Stages of the COVID-2019 Epidemic* .2020.
47. Agbaria, Q., & Natur, N. The relationship between violence in the family and adolescents aggression: The mediator role of self-control, social support, religiosity, and well-being. *Children and Youth Services Review*,2018; 91, 447-456.
48. Wright, M. F., & Wachs, S. Does social support moderate the relationship between racial discrimination and aggression among Latinx adolescents? A longitudinal study. *Journal of adolescence*,2019; 73, 85-94.
49. dortaj, F., danesh payeh, M., hasanvand, F., musavi, S. Construct and validate a questionnaire Coping Styles in the face of the coronavirus epidemic. *Educational Psychology*, 2020; 16(55): 137-155.
50. Besharat, M. Multidimensional Scale of Perceived Social Support: Questionnaire, *Instruction and Scoring*. 2019; 15(60): 449-447.
51. Safaee.M,shokrt.O. Assessing Stress in Cancer Patients: Factorial Validity of the Perceived Stress Scale in Iran. *IJPN*. 2014; 2 (1):13-22
52. Bastani F, Rahmatnejad L, Jesmi F, Haghani H. [Breastfeeding self efficacy and perceived stress]. *Iranian journal of nursing* 2008; 21: 9-22. (Persian)
53. Buss, A. H., & Perry, M. The aggression questionnaire. *Journal of personality and social psychology*,1992; 63(3), 452.
54. Samani S. Study of Reliability and Validity of the Buss and Perry's Aggression Questionnaire. *IJPCP*. 2008; 13 (4):359-365.
55. Coneo, A. M. C., Thompson, A. R., & Lavda, A. The influence of optimism, social support and anxiety on aggression in a sample of dermatology patients: an analysis of cross-sectional data. *British Journal of Dermatology*,2017; 176(5), 1187-1194.
56. Heerde, J. A., & Hemphill, S. A. Examination of associations between informal help-seeking behavior, social support, and adolescent psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Developmental Review*, 2018; 47, 44-62.
57. Ell, KO, Mantell, J.E, & Hamovitch, M.B. Social support, sense of control, and coping among patients with breast, lung, or colorectal cancer. *Journal of Psychosomatic Oncology*,1989; 7, 6389.
58. Basharpour, S., Narimani, M., Esazadeghan, A. Relation of coping styles and social support with perceived stress. *Journal of Psychological Studies*, 2013; 9(2): 29-48.