

Research Paper



The Mediating Role of Psychological Distress in the Relationship Between Health Locus of Control and Corona Anxiety in Students



Houshang Garavand *¹

1. Assistant Professor, Psychology Department, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran.



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.13.3](https://doi.org/20.1001.1.27173852.1401.17.66.13.3)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15274.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:
health locus of control,
psychological distress,
corona anxiety

Received:
Accepted:
Available:

The purpose of this study was to investigate the mediating role of psychological distress in the relationship between health locus of control and corona anxiety. The research method was correlation of the type path analysis. The population of this study included all Undergraduate students Poldokhtar Higher Education Center who were studying in the academic year 2020-2021. The statistical sample size was determined based on the rules of thumb Kline equal to 230 people, which was done by available sampling method and online questionnaire. The instruments used in this study were Corona Disease Anxiety Scale (CDAS), Kessler Psychological Distress Scale (KPDS-10), and the Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC). Data analysis was performed using Path analysis statistical method and by the SPSS-22, and AMOS-24 software. Bootstrapping method was used to examine the mediating role of the variables in Amos software. Based on the findings of the study, there was a direct causal relationship between the chance health locus of control and corona anxiety ($p < 0.01$); However, the internal health locus of control mediated by psychological distress can reduce corona anxiety, and the powerful others health locus of control mediated by psychological distress can increase corona anxiety in students. Therefore, it is recommended to psychologists and counselors in the treatment of students' psychological problems to emphasize the internal health control center as an important variable in promoting physical and mental health and lead students to this component so that they can better adapt to critical situations.



* Corresponding Author: Houshang Garavand

E-mail: garavand.h@lu.ac.ir

مقاله پژوهشی



نقش میانجی پریشانی روان‌شناختی در رابطه بین کانون کنترل سلامت و اضطراب کرونا در دانشجویان

هوشنگ گراوند^{*۱}

۱. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.13.3](https://doi.org/10.27173852.1401.17.66.13.3)URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15274.html

چکیده

مشخصات مقاله

پژوهش حاضر با هدف نقش واسطه‌ای پریشانی روان‌شناختی در رابطه بین کانون کنترل سلامت و اضطراب کرونا صورت پذیرفت. روش پژوهش، همبستگی از نوع تحلیل مسیر بود. جامعه‌ی این پژوهش شامل تمامی دانشجویان مقطع کارشناسی مرکز آموزش عالی پلدختر در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۴۰۰ بود. حجم نمونه آماری بر اساس قاعده سرانگشتی کلاین برابر ۲۳۰ نفر تعیین شد که به روش نمونه‌گیری در دسترس و با پرسشنامه آنلاین انجام شد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش مقیاس اضطراب کرونا ویروس (CDAS)، مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر (KPDS-10) و مقیاس چند وجهی کانون کنترل سلامت (MHLC) بود. تحلیل داده‌ها به روش آماری تحلیل مسیر و با استفاده از نرم‌افزارهای آماری SPSS-22 و AMOS-24 انجام شد و برای بررسی نقش واسطه‌ای متغیرها از آزمون بوت‌استرپ استفاده شد. بر اساس یافته‌های پژوهش، بین کانون کنترل سلامت مربوط به شانس و اضطراب کرونا رابطه علی مستقیم وجود داشت ($p < 0.01$)؛ اما کانون کنترل سلامت درونی با واسطه‌گری پریشانی روان‌شناختی می‌تواند از میزان اضطراب کرونا بکاهد و کانون کنترل سلامت مربوط به افراد مؤثر با واسطه‌گری پریشانی روان‌شناختی می‌تواند بر اضطراب کرونای دانشجویان بیفزاید. بنابراین، به روان‌شناسان و مشاوران پیشنهاد می‌گردد در درمان مشکلات روان‌شناختی دانشجویان بر کانون کنترل سلامت درونی به عنوان متغیری مهم در ارتقای سلامت جسمی و روانی تأکید کنند و دانشجویان را به سمت این مؤلفه سوق دهند تا بهتر بتوانند با شرایط بحرانی سازگار شوند.

کلیدواژه‌ها:

کانون کنترل سلامت، پریشانی روان‌شناختی، اضطراب کرونا

دریافت شده:

پذیرفته شده:

منتشر شده:

* نویسنده مسئول: هوشنگ گراوند

رایانامه: garavand.h@lu.ac.ir

مقدمه

زندگی انسان‌ها با حوادث و رویدادهای زیادی مواجه است. برخی از رویدادها مانند بیماری‌ها با خود نگرانی‌هایی به همراه دارند که می‌توانند منشأ پیامدهای روانی نامطلوب باشند. یکی از این پدیده‌ها که اخیراً زندگی روزمره همه انسان‌ها را دستخوش تغییرات کرده است، ویروس کووید-۱۹ است. این بیماری به سبب ناشناخته و کشنده بودن، موج جدیدی از وحشت را در دنیا به راه انداخت و در زمان کوتاهی در کل دنیا شیوع پیدا کرد. به گونه‌ای که تا زمان انجام تحقیق بیش از ۲۲۵ میلیون مبتلا و ۴/۵ میلیون مرگ و میر بر اثر این بیماری ثبت شده است (سازمان بهداشت جهانی^۹، ۲۰۲۱). سهم ایران از این آمار ۵۳ میلیون مبتلا و ۱۱۴ هزار فوتی است (گزارش وزارت بهداشت ایران، ۱۴۰۰). این بیماری، موجب ظهور و تشدید برخی از اختلالات روانی در سطح جوامع مختلف شده و سلامت روان افراد را به خطر انداخته است. اضطراب کرونا^{۱۰} یکی از این اختلالات است (وانگ، پن، وان، تان، زوو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۰). ناشناخته و جدید بودن ویروس کرونا، پخش فوری آمارهای مرگ‌ومیر و مبتلایان، نگرانی درباره آینده، تبعات و آسیب‌های اقتصادی، نگرانی درباره کافی بودن امکانات درمانی در کنترل بیماری (مغانی‌باشی، ۲۰۲۰) ماندن در قرنطینه (لیما، دی‌مدیروس کاروالهو، لیما، دی‌آلبیورا نانز و سارایوا^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۰)، همگی می‌توانند به بالا رفتن اضطراب منجر شوند. بررسی مغانی‌باشی (۲۰۲۰)، در ارتباط با سنجش اضطراب در ایران هم‌زمان با شیوع کرونا نشان داد تقریباً یک‌پنجم افراد، اضطراب شدید تا خیلی شدید را تجربه می‌کنند. همچنین این بررسی میزان بالاتری از اضطراب را در افراد ۲۱ تا ۴۰ سال نشان داد که در سنین فعال جامعه قرار دارند.

در این پژوهش، پریشانی روان‌شناختی^{۱۳} به عنوان محوری اساسی و یکی از مهمترین عوامل تأثیرگذار و تأثیرپذیر در تبیین اضطراب کرونا مورد توجه واقع شده است. ترس از ناشناخته‌ها، ادراک ایمنی را در انسان کاهش داده و همواره برای بشر اضطراب‌زا بوده است و درباره ویروس کووید-۱۹، نیز اطلاعات کم علمی، این اضطراب را تشدید کرده (زهو، ویی و نیو^{۱۴}، ۲۰۲۰) و موجب پریشانی روان‌شناختی می‌گردد. پریشانی سازه‌ای متداول در پژوهش‌های مربوط به بی‌نظمی عاطفی است که به صورت سازه‌های فراهیجانی و به عنوان قابلیت فرد برای تجربه و مقاومت در برابر حالت‌های هیجانی منفی بیان شده است (مک کیلوپ و دویت^{۱۵}، ۲۰۱۳). این سازه که ممکن است در نتیجه فرایندهای شناختی و یا فیزیکی در فرد ایجاد شود، به صورت حالتی هیجانی است که اغلب با تمایلات عملی برای کاهش اثرهای منفی حاصل از تجربه هیجانی مشخص می‌شود؛ هم‌چنین، تحمل پریشانی ماهیتی چندبعدی داشته و شامل ابعاد متعددی از جمله (۱) توانایی تحمل پریشانی

هیجانی (۲) ارزیابی و ظرفیت پذیرش حالت عاطفی (۳) شیوه تنظیم هیجان به وسیله فرد و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی (۴) مقدار جذب توجه به وسیله هیجان‌های منفی و مقدار سهم آن در به وجود آمدن اختلال در عملکرد، می‌شود (لیرو، زولنسکی و برنشتاین^{۱۶}، ۲۰۱۲). منظور از پریشانی روان‌شناختی وجود افسردگی، اضطراب و استرس می‌باشد. افراد دارای تحمل پریشانی کم، اضطراب را غیرقابل تحمل می‌دانند و نمی‌توانند به آشفتگی و پریشانی‌شان رسیدگی نمایند. این افراد وجود اضطراب را نمی‌پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می‌کنند؛ زیرا توانایی مقابله‌ای خود با هیجانات را دست‌کم می‌گیرند. اگر این افراد قادر به تسکین هیجانات و اضطراب نباشند، تمام توجه‌شان جلب این هیجان و اضطراب آشفته‌کننده می‌شود و عملکردشان کاهش می‌یابد (ویلیامز، تامپسون و اندریوز^{۱۷}، ۲۰۱۳). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که تحمل پریشانی بر ارزیابی و پیامدهای ناشی از اضطراب و تجربه هیجان‌های منفی تأثیرگذار است، به گونه‌ای که افرادی که در مقایسه با دیگران تحمل پریشانی کم‌تری دارند، واکنشی شدیدتر به استرس و اضطراب نشان می‌دهند. افزون بر این، این افراد توانایی‌های مقابله‌ای ضعیف‌تری در برابر پریشانی از خود نشان داده و در نتیجه تلاش می‌کنند تا به کارگیری استراتژی‌هایی که هدف آنها کاهش حالت‌های هیجانی منفی است، از این گونه هیجان‌ها اجتناب کنند (کاف، ریکاردی، تیمپانو، میچل و اش‌میت^{۱۸}، ۲۰۱۰). سالاری، بکرایی، شریفی‌نژاد نعمت‌آباد و عالی‌زاده و محسنی (۱۳۹۹) در پژوهشی نشان دادند که بین راهبرد تنظیم هیجانی انطباقی و تحمل پریشانی با اضطراب کرونا همبستگی منفی و بین راهبرد تنظیم هیجانی غیرانطباقی با اضطراب کرونا همبستگی مثبت وجود دارد. پناهنده، میرزائزاد اصل و سعیدی زرانجی (۱۴۰۰) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که بین پریشانی روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) با اضطراب کرونا در پرستاران رابطه مثبت معناداری وجود دارد. نتایج پژوهش یانگ، وو، هو، وانگ، دای^{۱۹} و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که بیماران مبتلا به ویروس کرونا اضطراب، استرس، افسردگی و بی‌خوابی زیادی دارند.

پیچیدگی موضوع پریشانی روان‌شناختی و تأثیر آن بر متغیرهای شناختی از جمله مفهوم اضطراب کرونا باعث طرح سؤال‌های اساسی درباره پیشایندهای مرتبط با پریشانی روان‌شناختی به عنوان متغیری تأثیرگذار بر اضطراب کرونا شده است. از جمله متغیرهای پیشایندهی پریشانی روان‌شناختی در پژوهش‌های گذشته، کانون کنترل سلامت^{۲۰} است (سرلی و سکستن^{۲۱}، ۲۰۰۴). سازه منبع کنترل سلامت، برگرفته از نظریه یادگیری اجتماعی است که در سال ۱۹۶۶ توسط راتر^{۲۲} مطرح شد. نظریه یادگیری اجتماعی بیانگر آن است که افراد بر اساس پیشینه تقویت‌های خود،

9 . Leyro, Zvolensky & Bernstein

10 . Williams, Thompson & Andrews

11 . Keough, Riccardi, Timpano, Mitchell & Schmidt

12 . Yang, Wu, Hou, Wang & Dai,

13 . health locus of control

14 . Srlie & Sexton

15 . Rotter

1 . covid-19

2 . world health organization

3 . corona disease anxiety

4 . Wang, Pan, Wan, Tan & Xu

5 . Lima, de Medeiros Carvalho, Lima, de Oliveira Nunes & Saraiva

6 . psychological distress

7 . Zhu, Wei & Niu

8 . MacKillop & De Wit

عوامل اجتماعی مسئولیت سلامت آنها را بر عهده دارند بیشتر احتمال دارد که رفتارهای ارتقادهنده سلامت را به کار ببندند (قنبری و همکاران، ۱۳۹۷). همچنین کانون کنترل سلامت عامل مهمی در کاهش اضطراب کرونا به حساب می‌آید؛ برای مثال تابع بردبار، عیسی‌خانی و اسماعیلی (۱۴۰۰) در پژوهشی نشان دادند که منبع کنترل سلامت درونی دارای رابطه معکوس با اضطراب کرونا و منبع کنترل سلامت بیرونی و شانس نیز دارای رابطه مثبت با اضطراب کرونا بودند. کرامپی، دونبولت، هاور و استالتس و اسپنجل^۷ (۲۰۲۱) در پژوهشی نشان دادند که مکان کنترل سلامت در ارتباط بین استرس ناشی از بیماری کرونا و سلامت روانی اثرات تعدیل قابل توجهی دارد. سیگورینس دوتیر، توریس‌دوتیر و گیل‌فاسون^۸ (۲۰۲۰) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند داشتن منبع کنترل بیرونی با علائم افسردگی، اضطراب و استرس بیشتری همراه است. نتایج پژوهش نقیبی، حسینی، یزدانی، شفیعی و خراسانی (۱۳۹۲) بیانگر این بود که دانشجویان با کنترل بیرونی در مقایسه با کنترل درونی، شکایات جسمانی بیشتر، مشکل اضطراب و اختلال خواب بیشتر و کارکرد اجتماعی ضعیف‌تر داشته و بیشتر مبتلا به افسردگی می‌شوند.

با مرور فرآیندها و برون‌دادهای پژوهشی، کانون کنترل سلامت و پریشانی روان‌شناختی به عنوان دو متغیر از پیش‌آیندهای اضطراب کرونا در نظر گرفته شدند. اما مرور مدل‌ها و پژوهش‌ها، بیانگر تقدم و تأخر بین این چند مفهوم است. رابطه معنادار بین کانون کنترل سلامت با پریشانی روان‌شناختی (آلت و همکاران، ۲۰۲۱؛ لی و همکاران، ۲۰۲۱؛ محمدآبادی و حسین‌زاده فیروزآباد، ۱۳۹۵) و پریشانی روان‌شناختی و اضطراب (پناهنده و همکاران، ۱۴۰۰؛ سالاری و همکاران، ۱۳۹۹؛ یانگ و همکاران، ۲۰۲۰) را تأیید کرده‌اند. رابطه کانون کنترل سلامت با اضطراب کرونا نیز در پژوهش‌های اندکی تأیید شده است (تابع بردبار و همکاران، ۱۴۰۰؛ کرامپی و همکاران، ۲۰۲۱؛ سیگورینس دوتیر و همکاران، ۲۰۲۰). با توجه به اینکه این روزها جهان درگیر بیماری کرونا است و به دنبال شیوع این بیماری مشکلات جسمی، روان‌شناختی، اقتصادی و بسیاری از مشکلات دیگر در حال افزایش است، لزوم کار پژوهشی روی انواع پیامدهای ناشی از کرونا دیده می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده است که اضطراب یکی از هسته‌ای‌ترین مشکلات است که مشکلات دیگر را به دنبال خود دارد. بنابراین، این پژوهش بر آن است که نقش میانجی پریشانی روان‌شناختی را در رابطه بین کانون کنترل سلامت و اضطراب کرونا بررسی کند تا با استفاده از نتایج آن و طراحی برنامه‌های مداخلات مرتبط با آن، از گستره‌تر شدن مشکلات پیشگیری به عمل آورد. با استناد به مبانی مطرح شده درباره اضطراب ناشی از ویروس کرونا، کانون کنترل سلامت و پریشانی روان‌شناختی و همچنین یافته‌های پژوهشی موجود، ضرورت بررسی این مسأله بیشتر برجسته می‌شود که آیا پریشانی روان‌شناختی بین کانون کنترل سلامت و اضطراب کرونا نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند؟

می‌آموزند که انتظارات کلی و خاصی را رشد دهند و از طریق فرآیند یادگیری این باور را در خود می‌پروراند که پیامدهای معینی نتیجه اعمال‌شان است یا نتیجه عوامل دیگری مستقل از خودشان است (قنبری، عبدالرحیمی نوشاد، بزاززاده، اسکندری و مؤذن، ۱۳۹۷). منبع کنترل سلامت یا باورهای کنترل سلامت اشاره به این موضوع دارد که افراد می‌توانند منبع کنترل بیرونی برای رفتارها و حوادث در نظر بگیرند و مسئولیت رفتارها را به شانس، تقدیر، تصادف و عوامل محیطی بدهند و یا می‌توانند عامل رفتار را منبع درونی فرض نمایند و خود مسئولیت رفتار بپذیرند و خود را عامل مهمی در رفتارها و پیامدهای رفتار در نظر بگیرند که هر یک از این باورها با پیامدهای منفی و مثبت همراه می‌باشد (کولپین، استاپینسکی، میلیس، آرایا و جونسون^۱، ۲۰۱۵). اکثر مشکلات بهداشتی، با رفتار انسان ارتباطی تنگاتنگ دارند. نظریه‌ها و الگوهای رفتاری می‌توانند برای درک چگونگی پیشگیری از مشکلات بهداشتی، مورد استفاده قرار گیرند (لوکویس، گارسیا و آشفورد^۲، ۲۰۰۳). اگر فرد در برخورد با رویدادهای زندگی، توانایی شناسایی شیوه‌های رویارویی سالم را با این رویدادها نداشته باشد، در واکنش فعال نسبت به چالش‌های زندگی، با دشواری روبرو خواهد شد و برای حل مشکلات زندگی خود به رفتارهای انحرافی پناه می‌برد (کان، مکمانوس، هاریس، شانکلین، فلینت^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین اگر بتوان نوع کنترل افراد را مشخص و سپس تکنیک مشاوره را بر پایه آن انتخاب نمود، می‌توان احساس خودکارآمدی را در افراد افزایش داد (آقاملایی، درساره، پوراحمدگرندی و قنبری‌نژاد، ۱۳۹۴). با توجه به این امر مهم تئوری کانون کنترل سلامت به کار گرفته شد که نوع کنترل افراد را مشخص می‌کند. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که باور به کنترل درونی با بهزیستی روان‌شناختی ارتباط دارد، افرادی که منبع کنترل درونی دارند سعی در کنترل حوادث و رفتارها برمی‌آیند و متعاقباً باعث ایجاد احساس کنترل و اثربخشی و همچنین ایجاد پیامدهای موردنظر مثبت می‌شوند (ریچاردسون، فیلد، نیوتن، ریندل و لوکاس^۴، ۲۰۱۳). آلت، داس، آرورا و جی‌ها^۵ (۲۰۲۱) در پژوهشی با عنوان نقش سرمایه روان‌شناختی و مکان کنترل سلامت درونی بر سلامت روانی در دوران کرونا در هندوستان به این نتیجه دست یافتند که سرمایه روان‌شناختی و منبع کنترل درونی با ناراحتی روانی ارتباط منفی دارند. لی، سو و لی^۶ (۲۰۲۱) در پژوهشی بر روی نوجوانان کره‌ای به این نتیجه دست یافتند که مکان کنترل سلامت درونی تأثیر مثبتی بر سلامت روانی داشت و همچنین مشارکت ورزشی تأثیر مثبت بر مکان کنترل سلامت درونی و سلامت روانی دارا بود. نتایج پژوهش محمدآبادی و حسین‌زاده فیروزآباد (۱۳۹۵) بیانگر این بود که از بین مؤلفه‌های کنترل سلامت، مؤلفه‌های درونی، دیگران و خدا با افسردگی و مؤلفه‌های درونی، شانس و دیگران با سلامت عمومی سالمندان رابطه معنی‌داری داشتند. پیشینه تحقیق بیانگر این موضوع است که استفاده کنندگان از منبع کنترل درونی در مقایسه با افرادی که معتقدند شانس یا

5 . Alat, Das, Arora & Jha

6 . Lee, So & Lee

7 . Krampe, Danbolt, Haver, Stålsett & Schnell

8 . Sigurvinsdottir, Thorisdottir & Gylfason

1 . Culpin, Stapinski, Miles, Araya & Joinson

2 . Luquis, Garcia & Ashford

3 . Kann, McManus, Harris, Shanklin & Flint

4 . Richardson, Field, Newton & Bendell

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

روش پژوهش بر اساس هدف کاربردی و بر حسب گردآوری اطلاعات و یافته‌ها از نوع توصیفی-همبستگی است و برای تجزیه و تحلیل اطلاعات، از روش تحلیل مسیر استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانشجویان مرکز آموزش عالی پلدختر (ویژه پسران) می‌باشد، که در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۴۰۰ مشغول به تحصیل بودند. طبق آماری که از طریق مرکز آموزش عالی پلدختر در اختیار این پژوهش قرار گرفت، تعداد ۴۵۰ دانشجوی پسر در مقطع کارشناسی در رشته‌های تحصیلی روانشناسی، حسابداری، آموزش زبان انگلیسی، علوم ورزشی، مهندسی کشاورزی و رشته کامپیوتر در این مرکز مشغول به تحصیل هستند.

تعیین حداقل حجم نمونه لازم برای گردآوری داده‌های مربوط به مدل‌یابی ساختاری بسیار با اهمیت است. با وجود آنکه در مورد حجم نمونه لازم برای تحلیل عاملی و مدل‌های ساختاری توافق کلی وجود ندارد (شریبر، نورا، استیج، بارلو و کینگ^۱، ۲۰۰۶). در تحقیقات مدل‌سازی تعداد نمونه ۲۰۰ نفر قابل قبول است (کلاین^۲، ۲۰۱۵). با توجه به اینکه بر اساس قاعده سرانگشتی کلاین (۲۰۱۵) به ازاء هر مسیر می‌توان حداقل ۱۰ و حداکثر ۲۰ نفر را انتخاب کرد و پژوهش حاضر دارای ۱۰ مسیر (هفت مسیر مستقیم و سه مسیر غیرمستقیم) بود حجم نمونه برابر ۲۳۰ نفر تعیین گردید. (برای جلوگیری از ریزش حجم نمونه تعداد ۲۴۵ پرسشنامه توزیع گردید). روش نمونه‌گیری با توجه به محدودیت تردد هنگام جدی شدن خطر کرونا در ایران به صورت در دسترس و پرسشنامه آنلاین بود. نمونه‌گیری غیراحتمالی، رایج‌ترین نوع مورد استفاده در پیمایش‌های اینترنتی است (کوپر^۳، ۲۰۰۰). در این نوع پیمایش‌ها هیچ تلاشی برای شناسایی چهارچوب نمونه‌گیری با انتخاب تصادفی نمونه صورت نمی‌گیرد. این شیوه عموماً در مواردی که شناسایی جامعه پژوهش و یا تماس با یک نمونه احتمالی از جامعه مشکل است مورد استفاده قرار می‌گیرد. ناتان^۴ (۲۰۰۳) نیز اذعان داشته که اکثر پیمایش‌های اینترنتی مبتنی بر نمونه‌گیری غیراحتمالی و خودگزینشی هستند. پرسش‌نامه‌ها از طریق واتساپ^۵ در گروه‌های واتسای که دانشجویان در ایام آموزش مجازی به عنوان مکمل سامانه مدیریت یادگیری الکترونیکی برای هر درس تشکیل داده بودند، به اشتراک گذاشته شد. از دیگر روش‌های گردآوری داده‌ها می‌توان به فرستادن ایمیل و تقاضای همکاری از دوستان و همکاران پژوهشگر که با دانشجویان مرکز آموزش عالی پلدختر تدریس داشتند و همچنین فرستادن لینک پرسش‌نامه به ایمیل بعضی از دانشجویان، اشاره کرد. پس از پالایش اولیه داده‌ها و حذف نمونه‌های مخدوش و ناقص شامل داده‌های مفقودی، در نهایت ۲۳۰ نفر تجزیه و تحلیل شد. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل تحصیل در مرکز آموزش عالی پلدختر، جنسیت پسر

و تمایل داشتن جهت مشارکت در پژوهش و ملاک‌های خروج از مطالعه تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت ناقص یا نامعتبر بود.

ابزار سنجش

مقیاس اضطراب کرونا ویروس (CDAS)^۷: این ابزار جهت سنجش اضطراب ناشی از شیوع ویروس کرونا در ایران توسط علی‌پور، قدمی، علی‌پور و همکاران (۱۳۹۸) تهیه و اعتباریابی شده است. نسخه نهایی این ابزار دارای ۱۸ گویه و ۲ مؤلفه (عامل) است. گویه‌های ۱ تا ۹ علائم روانی و گویه‌های ۱۰ تا ۱۸ علائم جسمانی را می‌سنجد. این ابزار در طیف ۴ درجه‌ای لیکرت (هرگز=۰، گاهی اوقات=۱، بیشتر اوقات=۲ و همیشه=۳) نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین بیشترین و کمترین نمره‌ای که افراد پاسخ‌دهنده در این پرسشنامه کسب می‌کنند بین ۰ تا ۵۴ است. نمرات بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده سطح بالاتری از اضطراب در افراد است. پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای عامل اول ۰/۸۷۹، عامل دوم ۰/۸۶۱ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۱۹ به دست آمد. جهت بررسی روایی وابسته همبستگی به ملاک این پرسشنامه از همبسته کردن این ابزار با پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ گویه‌ای استفاده شد که نتایج نشان داد پرسشنامه اضطراب کرونا با نمره کل پرسشنامه سلامت عمومی و مؤلفه اضطراب، نشانه‌های جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب برابر ۰/۴۸، ۰/۵۱، ۰/۴۲ و ۰/۲۷ است و کلیه این ضرایب در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی‌دار بودند. همچنین با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی نشان دادند که ساختار پرسش‌نامه دارای دو عامل می‌باشد که برازش قابل قبولی با داده‌ها دارند. همچنین در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ و برای خرده مؤلفه‌های علائم روانی و جسمانی به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۵ به دست آمد که نتایج حاکی از پایایی مناسب ابزار پژوهش می‌باشد.

پرسش‌نامه چند وجهی کانون کنترل سلامت (MHLC)^۸: مقیاس چند وجهی منبع کنترل سلامت توسط والس‌تون، والس‌تون و دی‌ولیس^۸ (۱۹۷۸) به منظور تعیین کانون کنترل سلامت افراد ساخته شد. این مقیاس متشکل از سه فرم (A, B, C) می‌باشد که فرم C برای استفاده در شرایط بیماری طراحی شده و فرم‌های A و B مقیاس‌های کانون کنترل سلامت جنبه‌ی عمومی دارند. هر یک از این دو فرم مجموعاً ۱۸ گویه و در برگیرنده سه زیر مقیاس کانون کنترل درونی (IHLC)^۹، کانون کنترل سلامت بیرونی افراد مؤثر (PHLC)^{۱۰} و کانون کنترل سلامت بیرونی شانس (CHLC)^{۱۱} می‌باشند. در این پژوهش فرم B استفاده شده است. هر ماده مقیاس دارای شش گزینه (کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) است. نمره فرد بین ۶ تا ۳۶ برای هر خرده آزمون متغیر خواهد بود. خرده آزمون کانون کنترل سلامت درونی (۶ گویه)، کانون کنترل سلامت بیرونی افراد مؤثر (۶ گویه) و کانون کنترل سلامت بیرونی شانس (۶ گویه) است. مشکلی، غفرانی‌پور، آزادفلاح و

7. multidimensional health locus of control
8. Wallston, Wallston & DeVellis
9. internal health locus of control
10. powerful other health locus of control
11. chance health locus of control

1. Schreiber, Nora, Stage, Barlow & King
2. Kline
3. Couper
4. Nathan
5. WhatsApp
6. corona disease anxiety scale

تاییدکننده تک عاملی بودن پرسشنامه K-10 می‌باشد و مقادیر بار عاملی برای سنجش عامل اصلی بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۴ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۳ و ضریب پایایی تصنیف و اسپیرمن-براون ۰/۹۱ به دست آمد. همچنین در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی ۰/۸۸ به دست آمد که نتایج حاکی از پایایی مناسب ابزار پژوهش می‌باشد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از میانگین، انحراف معیار، کجی، کشیدگی، ضریب هم‌بستگی پیرسون و تحلیل مسیر و روش بوت‌استرپ (bootstrap) برای بررسی مسیرهای میانجی و بسته‌های نرم‌افزاری آماری برای علوم اجتماعی (SPSS) و ویراست ۲۲ و نرم‌افزار آموس (AMOS) ۲۴ انجام گردید.

نتایج

متغیرهای حاضر در این پژوهش مشتمل بر اضطراب کرونا به عنوان متغیر درون‌زاد، پریشانی روان‌شناختی به عنوان متغیر واسطه‌ای و کانون کنترل سلامت (درونی، افراد مؤثر، شانس) به عنوان متغیرهای برون‌زاد پژوهش بودند. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱: توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان بر حسب رشته تحصیلی

رشته تحصیلی	روانشناسی	حسابداری	انگلیسی	آموزش زبان	علوم ورزشی	کامپیوتر	کشاورزی	مهندسی	جمع
تعداد	۶۷	۴۴	۴۲	۲۵	۳۲	۱۰	۲۳۰		
درصد	۲۹/۱	۱۹/۱	۱۸/۳	۱۵/۲	۱۳/۹	۴/۳	۱۰۰		

همانطور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود ۲۹/۱ درصد دانشجوی رشته روانشناسی، ۱۹/۱ درصد دانشجوی رشته حسابداری، ۱۸/۳ درصد دانشجوی رشته آموزش زبان انگلیسی، ۱۵/۲ درصد دانشجوی رشته علوم ورزشی، ۱۳/۹ درصد دانشجوی رشته کامپیوتر و ۴/۳ درصد دانشجوی رشته مهندسی کشاورزی بودند.

در جدول ۲ میانگین، انحراف استاندارد، کجی، کشیدگی و ضرایب هم‌بستگی بین متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

حاجی‌زاده (۱۳۸۵) پژوهشی با هدف تعیین روایی و پایایی فرم B از مقیاس چند وجهی کانون کنترل سلامت در ایران انجام دادند. در این مطالعه، ۴۹۶ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و گناباد شرکت نمودند. پس از انجام مراحل ترجمه، برای مطالعه روایی ابزار مورد نظر از سه روش روایی محتوا، هم‌زمان و سازه (تحلیل عوامل و همبستگی) استفاده شد. پایایی پرسشنامه به سه روش دوباره‌سنجی، آزمون‌های هم‌تا و آلفای کرونباخ بررسی گردید؛ روایی هم‌زمان مقیاس نیز از طریق اجرای هم‌زمان با مقیاس فارسی لونسون انجام گردید. نتایج نشان داد که ضریب همبستگی به ترتیب برای مؤلفه‌های I، P و C برابر بود با ۰/۵۷، ۰/۵۱ و ۰/۵۳. نتیجه تحلیل عاملی تأییدی، سه عامل IPC را در ساختار فرم B تأیید نمود؛ در ضمن با تحلیل همبستگی، متعامد بودن تقریبی ابعاد به دست آمد. نتایج پایایی پرسشنامه به روش‌های دوباره سنجی، ثابت درونی و فرم‌های موازی نیز قابل قبول و رضایت‌بخش بودند؛ بطوریکه ضریب آلفای کرونباخ برای کنترل سلامت درونی ۰/۶۲، کنترل سلامت بیرونی (افراد مؤثر) ۰/۶۵ و کنترل سلامت بیرونی (شانس) ۰/۶۰ به دست آمد. بنابراین بر اساس این نتایج، فرم B از مقیاس MHLC دارای مقبولیت روایی و پایایی است و قابل استفاده در پژوهش‌ها و فعالیت‌های مورد نظر شناخته شد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مؤلفه‌های عامل درونی، عامل بیرونی شانس و عال بیرونی قدرت دیگران یا افراد مؤثر به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۳ و ۰/۸۰ به دست آمد که نتایج حاکی از پایایی مناسب ابزار پژوهش می‌باشد.

مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر (KPDS):

مقیاس پریشانی روان‌شناختی که توسط کسلر، بارکر، کولپی، اپستاین، جفروریر^۲ و همکاران در سال ۲۰۰۲ به صورت ۱۰ سوالی تدوین شده، ویژه‌ی شناسایی اختلالات روانی در جمعیت عمومی است و وضعیت روانی را طی یک ماه اخیر بررسی می‌کند. پاسخ به سؤالات این پرسشنامه، به صورت ۵ گزینه‌ای (همیشه تا هرگز) است و بین صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود (کسلر و همکاران، ۲۰۰۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که این پرسشنامه برای شناسایی اختلالات خلقی و اضطرابی کارایی مناسبی دارد (اندرسن، گرمسرو، مایر، ویلیامز، استین^۳ و همکاران، ۲۰۱۱). وزیری و لطفی کاشانی (۱۳۹۱) نیز در یک مطالعه پژوهشی، پایایی پرسشنامه‌ی کسلر را با روش آلفای کرونباخ (۰/۹۰۴) و با روش دونیمه‌سازی (۰/۸۶۸) بدست آوردند. آنها با بدست آوردن همبستگی نمرات این پرسشنامه با پرسشنامه‌ی سلامت عمومی روایی این آزمون را ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. یعقوبی (۱۳۹۴) پژوهشی با هدف، بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی، ساختار عاملی و نقطه برش پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر بر روی دانشجویان و آماده‌سازی آن به عنوان یک ابزار غربال‌گری سلامت روانی انجام داد. ۵۰۰ دانشجو از دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران با روش نمونه‌گیری نسبی انتخاب کردند. مشارکت‌کنندگان به پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر پاسخ دادند و توسط مصاحبه‌گران آموزش دیده با فرم مصاحبه تشخیصی بین‌المللی مرکب مورد مصاحبه قرار گرفتند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی انجام شده،

3 . Andersen, Grimsrud, Myer, Williams & Stein

1 . Kessler sychological distress scale

2 . Kessler, Barker, Colpe, Epstein & Gfroerer

جدول ۲: میانگین، انحراف استاندارد، کجی، کشیدگی و ضرایب هم‌بستگی بین

متغیرها	متغیرهای پژوهش				
	۵	۴	۳	۲	۱
۱. کانون کنترل سلامت درونی					۰/۷۵
سلامت درونی					
۲. کانون کنترل سلامت مربوط به افراد مؤثر				۰/۷۳	**۰/۲۹
۳. کانون کنترل سلامت مربوط به شانس			۰/۸۰	**۰/۵۸	**۰/۱۸
۴. پریشانی روان‌شناختی	۰/۸۸	**۰/۲۱	**۰/۲۹	-۰/۱۲	
۵. اضطراب کرونا	۰/۸۹	**۰/۲۵	**۰/۲۶	**۰/۲۷	-۰/۰۷
میانگین	۱/۳۹	۱/۶۳	۳/۳۸	۳/۳۶	۳/۶۱
انحراف استاندارد	۰/۵۳۹	۰/۸۱۳	۱/۱۹	۱/۲۴	۱/۲۳
کجی	۰/۴۵۳	۰/۰۱۵	-۰/۰۸۳	-۰/۰۷۳	-۰/۲۵۲
کشیدگی	-۰/۷۴۶	-۰/۱۹۱	-۰/۳۲۲	-۰/۵۲۶	-۰/۵۰

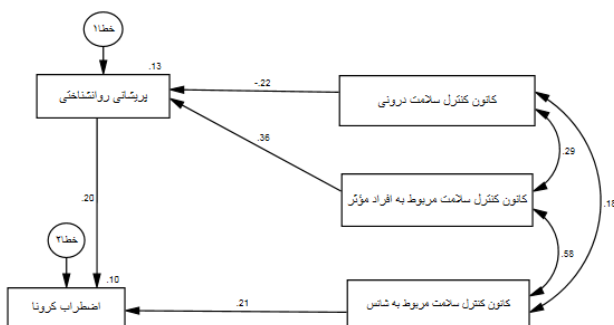
* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

چنانچه از جدول ۲ مشاهده می‌شود، بجزء رابطه بین کانون کنترل سلامت درونی با پریشانی روان‌شناختی و اضطراب کرونا بقیه روابط بین متغیرها معنی‌دار می‌باشند ($p < 0.01$).

برای آزمون مدل فرضی، چند مفروضه اصلی تحلیل مسیر شامل داده‌های مفقودی، نرمال بودن و هم خطی چندگانه مورد بررسی قرار گرفتند. پیش‌فرض‌های تحلیل مسیر نشان داد که متغیرهای پژوهش همگی دارای قدر مطلق ضریب کجی کوچکتر از ۲ و قدر مطلق ضریب کشیدگی کوچکتر از ۱۰ هستند و داده‌ها تابع توزیع نرمال می‌باشند. هیچ یک از متغیرهای برونزا دارای هم‌بستگی بالای ۰/۸ نبود و شاخص تحمل برای تمام متغیرهای پیش‌بین کوچکتر از ۰/۸۸۶، و شاخص تورم واریانس کوچکتر از ۱/۶۹ به‌دست آمد؛ لذا مفروضه‌های تحلیل مسیر برقرار است. از این رو می‌توان از تحلیل مسیر برای آزمون مدل تحقیق استفاده کرد.

مدل پیشنهادی اولیه یک مدل اشباع شده بود. این مدل‌ها به دلیل درجه آزادی صفر دارای مقدار کای اسکور صفر بوده و به‌طور غیرواقعی برازش کامل با داده‌ها دارند. به منظور دستیابی به شاخص‌های برازش بایستی با حذف ضرایب غیرمعنادار یک مدل اصلاح شده با درجه آزادی مثبت تدوین شود.

مدل اصلاح شده نهایی در حالت ضرایب استاندارد، در شکل ۱ نشان داده شده است.



شکل ۱: مدل اصلاح شده نهایی تأثیر کانون کنترل سلامت بر اضطراب کرونا با میانجی‌گری پریشانی روان‌شناختی

همان‌طور که در شکل ۱ مشاهده می‌شود پس از حذف سه مسیر مستقیم از کانون کنترل سلامت درونی و کانون کنترل سلامت مربوط به افراد مؤثر به اضطراب کرونا و کانون کنترل سلامت مربوط به شانس به پریشانی روان‌شناختی، مسیرهای کانون کنترل سلامت مربوط به شانس به پریشانی روان‌شناختی ($\beta = 0.21, P = 0.001$) و پریشانی روان‌شناختی ($\beta = 0.20, P = 0.001$) دارای اثر مثبت بر اضطراب کرونا بودند، اما کانون کنترل سلامت درونی و افراد مؤثر بر اضطراب کرونا اثر مستقیم نداشتند. کانون کنترل سلامت درونی ($\beta = -0.22, P = 0.001$) دارای اثر منفی بر پریشانی روان‌شناختی و کانون کنترل سلامت مربوط به افراد مؤثر ($\beta = 0.26, P = 0.001$) دارای اثر مثبتی بر پریشانی روان‌شناختی بود. شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی و مدل اصلاح شده نهایی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های برازندگی مدل‌های پیشنهادی و اصلاح شده

شاخص	χ^2	df	P	χ^2/df	RMSEA	GFI	AGFI	CFI	NFI	IFI	TLI
مدل پیشنهادی	۰	۰	-	-	۰/۲۷	۱/۰۰	-	۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	-
مدل اصلاح شده	۴/۷۷	۲	۰/۰۹۲	۲/۳۸	۰/۰۷۸	۰/۹۹	۰/۹۴	۰/۹۸	۰/۹۷	۰/۹۸	۰/۹۲
مقدار مطلوب	-	-	> ۰/۰۵	< ۳	< ۰/۰۸	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰

نیاز به توجه ویژه‌ای دارد، پژوهش حاضر به دلیل شیوع بالای اضطراب ناشی از بیماری ویروسی جدید به نام کرونا و با توجه به اینکه یکی از گروه‌های در معرض خطر اصلی این ویروس دانشجویان هستند، با هدف بررسی نقش واسطه‌ای پریشانی روان‌شناختی در رابطه میان کانون کنترل سلامت و اضطراب کرونا انجام شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که از بین مؤلفه‌های کانون کنترل سلامت، کانون کنترل سلامت درونی و مربوط به افراد مؤثر با اضطراب کرونا در قالب مدل مسیر مستقیم آنها معنی‌دار نبود و از مدل حذف شد. به این معنی که این دو کانون سلامت در این پژوهش تمام تأثیر خود را بر اضطراب کرونا از طریق پریشانی روان‌شناختی گذاشتند. بدین معنی که کانون کنترل سلامت درونی فرد بر پریشانی روان‌شناختی او اثر منفی گذاشته و از این طریق، میزان اضطراب کرونا در فرد کاهش می‌یابد. اگر چه در پژوهش‌های قبلی کسی دقیقاً این فرضیه را به آزمون نگذاشته است ولی بسیاری از نظریه‌ها و پژوهش‌های قبلی مانند کرامپی و همکاران (۲۰۲۱) و تابع‌بردار و همکاران (۱۴۰۰) که به این فرضیه نزدیک هستند و فرضیه هم بر اساس همین پیشینه‌ها نوشته شد، با این نتیجه همسو هستند. در تبیین این یافته می‌توان گفت کانون کنترل سلامت به عنوان یک سازه روان‌شناختی باورهای افراد را در مورد رفتارهای مربوط به سلامتی تنظیم می‌کند. در واقع به نوعی منبع حاکم بر رفتار افراد می‌باشد که از طیف درون تا بیرونی در نوسان است. افرادی که معتقدند سلامتی آنها تحت کنترل، خود و عوامل درونی می‌باشد پاسخ‌های سازگارانه‌تری نسبت به موقعیت‌های پرفشار زندگی می‌دهند، این افراد موفقیت‌ها و شکست‌هایشان را بر حسب توانایی و ضعف‌هایشان ارزیابی می‌کنند (محمدآبادی و حسین‌زاده فیروزآبادی، ۱۳۹۵). افرادی که دارای کانون کنترل درونی می‌باشند می‌توانند دارای چنین ویژگی‌هایی باشند: در مسیر انجام امور زندگی و شکوفایی استعدادها، خود را قبول دارند، ارزیابی مثبتی از زندگی خویش دارند، مدام در حال رشد و توسعه می‌باشند، هدف‌هایی برای زندگی خود دارند، رابطه مثبتی با دیگران برقرار می‌کنند، بر محیط اطراف خودشان تسلط دارند و دارای اعتماد به نفس بالایی هستند. از آنجایی که چنین ویژگی‌هایی از ویژگی‌های مهم بهزیستی ذهنی می‌باشد (رایان و دسی^۲، ۲۰۰۵؛ به نقل از قائدی و یعقوبی، ۱۳۸۷)؛ لذا طبیعی است که کانون کنترل سلامت درونی باعث کاهش پریشانی روان‌شناختی شود. وجود بیماری کرونا به سبب مرگ و میر زیادی که دارد، زمینه‌ساز اضطراب کرونا در افراد می‌گردد. در این راستا یکی از مهم‌ترین

نتایج جدول بالا حاکی از آن است که همه‌ی شاخص‌ها در حد مطلوب گزارش شده‌اند و مدل نهایی با داده‌ها برازش مطلوب دارد. از این رو، با توجه به شاخص‌های برازش می‌شود استنباط کرد فرضیه اصلی پژوهش که درباره برازش مدل مفهومی بوده با تعدیل‌های در نظر گرفته شده، مورد پذیرش واقع می‌شود.

جدول ۴ نتایج حاصل از روش بوت استرپ را برای روابط واسطه‌ای نشان می‌دهد.

جدول ۴: ضریب مسیر غیرمستقیم مدل نهایی اضطراب کرونا با استفاده از روش بوت استرپ

مسیرها	β	فاصله اطمینان ۹۵٪		معنی‌داری
		حد بالا	حد پایین	
کنترل درونی ← پریشانی روان‌شناختی ← اضطراب کرونا	-۰/۰۴۵	-۰/۰۱۵	-۰/۰۸۷	۰/۰۰۴
کنترل افراد مؤثر ← پریشانی روان‌شناختی ← اضطراب کرونا	۰/۰۷۳	۰/۱۴۸	۰/۰۲۱	۰/۰۰۴

نتایج غیرمستقیم مدل پژوهش نشان داد که کانون کنترل سلامت درونی از طریق میانجی‌گری پریشانی روان‌شناختی اثر غیرمستقیم بر اضطراب کرونا دارد؛ زیرا نتایج آزمون بوت استرپ برای اثر غیرمستقیم نشان داد که حد پایین و حد بالای این ضریب مسیر، صفر را دربر نمی‌گیرد (-۰/۰۴۵ - ۰/۰۱) - ۰/۰۸ ~ ۹۵ درصد CI)؛ همچنین کانون کنترل سلامت مربوط به افراد مؤثر از طریق میانجی‌گری پریشانی روان‌شناختی اثر غیرمستقیم بر اضطراب کرونا دارد؛ زیرا نتایج آزمون بوت استرپ برای اثر غیرمستقیم نشان داد که حد پایین و حد بالای این ضریب مسیر، صفر را دربر نمی‌گیرد (۰/۰۷ - ۰/۱۴) ~ ۹۵ درصد CI).

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه اضطراب، به عنوان یک متغیر زمینه‌ساز و تهدید کننده سلامت عمل می‌کند همواره مورد تأیید محققان بوده است (بجاما، اوستر، مک‌گورن، لیندستروم، استینگر^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). مشکلات روان‌شناختی

خبرات روانی که می‌تواند زمینه را برای وجود اضطراب کرونا بیشتر کند، پریشانی روان‌شناختی فرد مانند استرس و اضطراب است. زمانی که فرد دارای استرس و اضطراب باشد سیستم ایمنی بدن دچار ضعف شده و این عامل می‌تواند زمینه‌ساز افزایش ابتلا به کرونا و ویروس گردد. به‌علاوه اینکه وجود استرس و اضطراب می‌تواند بر نگرانی فرد در خصوص ویروس کرونا دامن بزند.

نتایج نشان داد که کانون کنترل سلامت مربوط به افراد مؤثر بر اضطراب کرونا، از طریق میانجی‌گری پریشانی روان‌شناختی، اثر غیرمستقیم دارد. بدین معنی که کانون کنترل سلامت مربوط به افراد مؤثر بر پریشانی روان‌شناختی او اثر مثبت گذاشته و از این طریق، میزان اضطراب کرونا در فرد افزایش می‌یابد. این یافته با نتایج پژوهش‌های کرامپی و همکاران (۲۰۲۱) و تابع بردبار و همکاران (۱۴۰۰) هماهنگ می‌باشد. این یافته بر خلاف انتظار بود، در تبیین این یافته می‌توان گفت امروزه همه از کرونا حرف می‌زنند و ترس ابتلا از آن دوگانگی رفتاری و سردرگمی میان برخی را رقم زده است. آنهایی که تا دیروز حتی با وجود سرماخوردگی شدید هم به مراکز درمانی مراجعه نمی‌کردند اکنون با یک عطسه و سرفه ساده راهی بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها می‌شوند. از سوی دیگر افراد عادی و حتی آنهایی که برای چکاپ‌های ماهانه، انجام آزمایش و حتی ویزیت‌های ضروری نیاز شدید به درمان دارند از ترس ابتلا به کرونا یا شلوعی به پزشک و بیمارستان مراجعه نمی‌کنند؛ اگر هم افراد به پزشک مراجعه می‌کنند تا چندین روز این استرس را دارند که به کرونا مبتلا شده‌اند؛ بنابراین در چنین شرایط بحرانی و بیماری‌های واگیردار طبیعی است که کانون کنترل سلامت افراد مؤثر (پزشکان و متخصصان کادر درمان) بر پریشانی روان‌شناختی اثر مثبت داشته باشد، لذا وجود پریشانی روان‌شناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) می‌تواند موجب تعمیم نگرانی، استرس و اضطراب فرد شده و زمینه افزایش اضطراب کرونا را فراهم نماید.

نتایج نشان داد که کانون کنترل سلامت مربوط به شانس اثر علی و مستقیم مثبتی بر اضطراب کرونا دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های آلت و همکاران (۲۰۲۱)، لی و همکاران (۲۰۲۱)، کرامپی و همکاران (۲۰۲۱)، سیگورینس دوتیر (۲۰۲۰)، تابع بردبار و همکاران (۱۴۰۰) و نقیبی و همکاران (۱۳۹۲) هماهنگ می‌باشد. شکاف دانشی موجود در مورد علت، راه‌های انتقال، درمان و مرگ و میر بالای کووید-۱۹ گمانه‌زنی‌ها پیرامون آن را افزایش داده و موجب سردرگمی بیشتر سیاست‌گذاران و درمانگران حوزه سلامت شده است. علاوه بر ناشناخته بودن بیماری، مواردی نظیر قدرت سرایت بالای ویروس و کمبود تسهیلات مورد نیاز از جمله کمبود تخت‌های بیمارستانی، نسبت پزشک و پرستار به تخت، تجهیزات و امکانات مراقبتی مانند تجهیزات حفاظت فردی و ونتیلاتور باعث شده که چالش‌های اساسی را برای نظام‌های سلامت و سیاستگذاران مطرح نماید (جبلی، وره‌رام، سلطانی‌فرد رازلیقی، پالیزدار و قازانچایی، ۱۳۹۹). همه این موارد باعث می‌شود که کانون کنترل درونی و افراد مؤثر کمترین تأثیر را بر اضطراب کرونا داشته باشند در حالیکه کانون کنترل شانس قدرت پیش‌بینی‌کننده زیادی داشته باشد.

نتایج نشان داد که پریشانی روان‌شناختی اثر علی و مستقیم مثبتی بر اضطراب کرونا دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پناهنده و همکاران (۱۴۰۰)، سالاری و همکاران (۱۳۹۹) و یانگ و همکاران (۲۰۲۰) هماهنگ می‌باشد. در واقع می‌توان گفت توانایی تحمل پریشانی موجب می‌شود تا افراد قادر به تسکین هیجانات خود بوده و در بحران‌ها، آشفتگی و فشار روانی را تحمل کنند که این خود سبب توانایی رویارویی با مشکلات و حل آنها می‌شود. به عبارت دیگر، افراد دارای پریشانی هیجانی نمی‌توانند به خوبی هیجانات خود را در موقعیت‌های آسیب‌زای زندگی (مثل بحران کرونا و ویروس) کنترل کرده و به حل مشکلات بپردازند. همین امر زمینه را برای تشدید اضطراب کرونا و ویروس مهیا می‌سازد. در تبیین یافته‌های این پژوهش این‌گونه می‌توان گفت دانشجویانی که تحمل پریشانی آنها بالاست بهتر می‌توانند با اضطراب ناشی از کرونا و ویروس و استرس ادراک شده کنار بیایند. همچنین، به احتمال زیاد از هیجانات مثبت برای روبه‌رو شدن با تجارب سخت استفاده می‌کنند دانشجویانی که نمی‌توانند فشارها و بحران‌های آسیب‌زا را به صورت منطقی مدیریت کنند و به جای پذیرش مسائل و تمرکز بر مشکلات برای یافتن راه‌حل بهتر از شیوه‌های اجتنابی و کمتر استرس‌زا استفاده می‌کنند، به احتمال زیاد با شدت گرفتن فشارها و استرس‌های ناشی از موقعیت آسیب‌زا، احساس درماندگی می‌کنند و قدرت کمتری برای تحمل این پریشانی‌ها از خود نشان می‌دهند که باعث افزایش شیوه‌های اجتنابی برخورد با مسائل در این افراد می‌شود که پیامدهای منفی زیادی از جمله افزایش اضطراب برای آنها به همراه دارد. افراد با تحمل پریشانی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجانات منفی خود درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند به نظر می‌رسد تحمل پایین این افراد آنها را مجبور برای یافتن راهی فوری برای خلاصی از هیجانات می‌کند.

هر پژوهشی در هنگام اجرا با محدودیت‌هایی مواجه است و از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به نمونه‌گیری در دسترس با استفاده از پرسشنامه آنلاین و محدود شدن جامعه پژوهش به دانشجویان پسر مرکز آموزش عالی پلدختر اشاره کرد. یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه را می‌توان استفاده از روش خودگزارش‌دهی برای سنجش متغیرهای روان‌شناختی دانشجویان برشمرد. پیشنهاد می‌شود در تعمیم یافته‌های پژوهش به سایر افراد جامعه و گروه‌های سنی باید احتیاط کرد به دلیل اینکه در پژوهش حاضر امکان دسترسی به نمونه‌هایی از گروه‌های سنی و جنسیت متفاوت فراهم نشد و چون کانون کنترل سلامت و به تبع آن مسئله اضطراب در گروه‌های سنی و جنسیت متفاوت است پیشنهاد می‌شود یافته‌های پژوهش حاضر در نمونه‌های دیگر و با تعداد بیشتری بررسی شود تا شاهد پژوهش‌هایی با تعمیم‌یافتگی بیشتر و دقیق‌تر باشیم. همچنین، به بررسی دیگر عوامل مؤثر در ارتباط با اضطراب در دانشجویان پرداخته شود. همچنین به روان‌شناسان و مشاوران پیشنهاد می‌گردد در درمان مشکلات روان‌شناختی دانشجویان به ابعاد کانون کنترل سلامت توجه داشته باشند و بر بعد کانون کنترل سلامت درونی به عنوان متغیری مهم در ارتقای سلامت جسمی و روانی تأکید کنند و دانشجویان را به سمت این بعد سوق دهند تا بهتر بتوانند با شرایط بحرانی سازگار شوند.

- Alat, P., Das, S. S., Arora, A., & Jha, A. K. (2021). Mental health during COVID-19 lockdown in India: Role of psychological capital and internal locus of control. *Current Psychology, 42* (2), 1-13.
- Andersen, L., Grimsrud, A., Myer, L., Williams, D., Stein, D., & Seedat, S. (2011). The psychometric properties of the K10 and K6 scales in screening for mood and anxiety disorders in the South African Stress and Health study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 20*(4), 215-223.
- Bajema, K. L., Oster, A. M., McGovern, O. L., Lindstrom, S., Stenger, M. R., Anderson, T. C., . . . Chu, V. T. (2020). Persons evaluated for 2019 novel coronavirus—United States, January 2020. *Morbidity and mortality weekly report, 69*(6), 166-170.
- Couper, M. P. (2000). Web surveys: A review of issues and approaches. *The Public Opinion Quarterly, 64*(4), 464-494.
- Culpin, I., Stapinski, L., Miles, Ö. B., Araya, R., & Joinson, C. (2015). Exposure to socioeconomic adversity in early life and risk of depression at 18 years: the mediating role of locus of control. *Journal of affective disorders, 183*, 269-278.
- Kann, L., McManus, T., Harris, W. A., Shanklin, S. L., Flint, K. H., Queen, B., . . . Thornton, J. (2018). Youth risk behavior surveillance—United States, 2017. *MMWR Surveillance Summaries, 67*(8), 1-114.
- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy, 41*(4), 567-574.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S.-L., . . . Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine, 32*(6), 959-976.
- Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., . . . Walters, E. E. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of general psychiatry, 60*(2), 184-189.
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*: New York: Guilford publications.
- Krampe, H., Danbolt, L. J., Haver, A., Stålsett, G., & Schnell, T. (2021). Locus of control moderates the association of COVID-19 stress and general mental distress: results of a Norwegian and a German-speaking cross-sectional survey. *BMC psychiatry, 21*(1), 1-13.
- Lee, D.-J., So, W.-Y., & Lee, S.-M. (2021). The Relationship between Korean Adolescents' Sports Participation, Internal Health Locus of Control, and Wellness during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(6), 2950; <https://doi.org/10.3390/ijerph18062950>
- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychological bulletin, 136*(4), 576.
- Lima, C. K. T., de Medeiros Carvalho, P. M., Lima, I. d. A. A. S., de Oliveira Nunes, J. V. A., Saraiva, J. S., de Souza, R. I., . . . Neto, M. L. R. (2020). The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry research, 287*, 112915. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112915>.

تعارض منافع

نویسنده اذعان می‌کند که در این مقاله هیچ نوع تعارض منافی وجود ندارد.

سپاسگزاری

نویسنده مراتب تشکر خود را از دانشجویانی که در جمع‌آوری اطلاعات نقش داشته‌اند، اعلام می‌دارند.

منابع

- آقاملائی، تیمور؛ دسراره، فاطمه؛ پوراحمد، فاطمه؛ قنبرنژاد، امین (۱۳۹۴). ارتباط کانون کنترل بر سلامت با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در دانش‌آموزان دبیرستان شهر بندرعباس. *مجله طب پیشگیری*، ۲ (۲)، ۹-۱.
- پناهنده، مریم؛ میرانژاد اصل، فهیمه؛ سعیدی زارنجی، سیدابراهیم (۱۴۰۰). پیش‌بینی اضطراب کرونا بر اساس پریشانی روان‌شناختی در پرستاران بخش کرونایی بیمارستان‌های شهر اردبیل. *مجله دستاوردهای نوین در مطالعات علوم انسانی*، ۴ (۳۹)، ۱۲۰-۱۲۶.
- تابع‌ردبار، فریبا؛ عیسی‌خانی، شهرزاد؛ اسماعیلی، معصومه (۱۴۰۰). نقش ویژگی‌های شخصیتی و منبع کنترل سلامت در پیش‌بینی اضطراب کرونا در زنان. *فصلنامه روانشناسی بالینی*، ۱۳ (۳)، ۱-۱۲.
- جلیلی، بهشته؛ وهرام، محمد؛ سلطانی فرد رازلیقی، مسعود؛ پالیزدار، مژگان؛ قازانچایی، الهام (۱۳۹۹). راهبردهای مدیریتی جهت کنترل بحران بیماری کووید-۱۹ در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری. *مجله طب نظامی*، ۲۲ (۶)، ۶۱۶-۶۲۲.
- سالاری، محبوبه؛ بکریایی، سعیدی؛ شریفی‌نژاد نعمت‌آباد، محمد امین؛ عالی‌زاده، نرگس؛ محسنی، فاطمه (۱۳۹۹). پیش‌بینی اضطراب کرونا ویروس بر اساس تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان در زنان شاغل. *فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی*، ۱ (۴)، ۳۸-۵۲.
- علی‌پور، احمد؛ قدمی، ابوالفضل؛ علی‌پور، زهرا؛ عبدالله‌زاده، حسن (۱۳۹۸). اعتباریابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS) در نمونه ایرانی. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۸ (۳۲)، ۱۶۳-۱۷۵.
- قائدی، غلام حسین؛ یعقوبی، حمید (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی در دانشجویان دختر و پسر. *مجله ارمغان دانش*، ۱۳ (۲)، ۶۹-۸۱.
- قنبری، فرشته؛ عبدالرحیمی نوشاد، لیلا؛ بزاززاده، نیلوفر؛ اسگندری، آریتا؛ مؤذن، نسرين (۱۳۹۷). بررسی مقایسه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و منبع کنترل سلامت در کودکان مبتلا به آسم. *نشریه پژوهش پرستاری ایران*، ۱۳ (۳)، ۷۵-۸۱.
- محمدآبادی، محمدصالح؛ حسین‌زاده فیروزآباد، یحیی (۱۳۹۵). بررسی کانون کنترل سلامت و رابطه آن با افسردگی و سلامت عمومی در سالمندان شهر شیراز. *فصلنامه پرستاری سالمندان*، ۲ (۴)، ۴۸-۳۵.
- مشکی، مهدی؛ غفرانی پور، فضل‌اله؛ آزاد فلاح، پرویز؛ حاجی‌زاده، ابراهیم (۱۳۸۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس چندوجهی جایگاه مهار سلامت در بین دانشجویان علوم پزشکی. *افتق دانش*، ۱۲ (۱)، ۴۱-۳۳.
- نقیبی، ابوالحسن؛ حسینی، حمزه؛ یزدانی، جمشید؛ شفیعی، رقیه؛ خراسانی، فاطمه (۱۳۹۲). رابطه منبع کنترل و مذهبی بودن با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۳۸۹. *دین و سلامت*، ۱ (۱)، ۸-۱.
- وزیری، شهرام؛ لطفی‌کاشانی، فرح (۱۳۹۱). سبک‌های هویت و پریشانی روانی. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۷ (۲۶)، ۷۷-۸۶.
- یعقوبی، حمید (۱۳۹۴). ویژگی‌های روانسنجی نسخه ۱۰ سؤالی پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۶ (۴)، ۴۵-۵۷.

- Luquis, R. R., Garcia, E., & Ashford, D. (2003). A qualitative assessment of college students' perceptions of health behaviors. *American Journal of Health Studies, 18*(2/3), 156-164.
- MacKillop, J., & De Wit, H. (2013). The Wiley-Blackwell Handbook of Addiction Psychopharmacology. *Contemporary Family Therapy, 35*(3), 393-402.
- Moghanibashi-Mansourieh, A. (2020). Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19 outbreak. *Asian journal of psychiatry, 51*, 102076. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102076>.
- Nathan, G. (2003). *Methodologies for internet surveys and other telesurveys*. Paper presented at the Proceedings of Exchange of Technology and Know-how and the Fourth New Techniques and Technologies for Statistics (NTTS) Seminar, Crete, Greece.
- Richardson, A., Field, T., Newton, R., & Bendell, D. (2012). Locus of control and prenatal depression. *Infant Behavior and Development, 35*(4), 662-668.
- Sigurvinsdottir, R., Thorisdottir, I. E., & Gylfason, H. F. (2020). The impact of COVID-19 on mental health: The role of locus on control and internet use. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(19), 6985; <https://doi.org/10.3390/ijerph17196985>.
- Srlie, T., & Sexton, H.C (2004). Predictors of change in health locus of control following surgical treatment. *Personality and Individual Differences, 36*(5), 991-1004.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education monographs, 6*(1), 160-170.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C.S, & et al (2020). *Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(5), 1729; <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>.
- Williams, A. D., Thompson, J., & Andrews, G. (2013). The impact of psychological distress tolerance in the treatment of depression. *Behaviour research and therapy, 51*(8), 469-475.
- World Health Organization. (2021). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report-34. Geneva, Switzerland: World Health Organization. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200223-sitrep-34-covid-19.pdf?sfvrsn=44ff8fd3_2pdf icon
- Yang, L., Wu, D., Hou, Y., Wang, X., Dai, N., Wang, G., . . . Ji, Y. (2020). Analysis of psychological state and clinical psychological intervention model of patients with COVID-19. *MedRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.03.22.20040899>.
- Zhu, H., Wei, L., & Niu, P. (2020). The novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. *Global health research and policy, 5*(1), 1-3.