

Research Paper



**Evaluation of Coronary Anxiety in Adolescents of Families with Disease's Covid-19:
The Moderating Role of Social Support and Resilience in Relation to Mental Well-being**



Sadegh Hekmatiyani Fard¹, Faredeh Sadat hoseini^{2*}

1. PhD Student in Psychology, Faculty of Psychology, Persian Gulf University, Bushehr, Iran.
2. Assistant Professor, Faculty of Psychology, Persian Gulf University, Bushehr, Iran.



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.29.9](https://doi.org/20.1001.1.27173852.1401.17.66.29.9)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15290.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:
Corona Anxiety, Mental Well-Being, Resilience, Social Support, Covid-19, Adolescent

The aim of the present study was to investigate coronary anxiety in adolescents of families with Covid's disease 19: The moderating role of social support and resilience in relation to psychological well-being. The research design was descriptive-correlation. The statistical population of the study was all adolescents whose families were involved in corona in 2019-2021, 300 of whom were selected by simple random accessible sampling. After completing the Anxiety Questionnaire of Corona Alipour et al. (2019), the Social Support Questionnaire of Wax et al. (1986), Connor and Davidson Resilience Questionnaire (2003) and the Reef Psychological Welfare Questionnaire (1989) and after screening, 300 people. (157 boys and 143 girls between the ages of 13 and 15) were diagnosed with the disorder. In order to analyze the obtained data, SPSS software version 26 and correlation matrix test and hierarchical regression were used. The results showed that there is a negative relationship between social support and psychological well-being ($p \leq 0.001$). There is a positive relationship between resilience and psychological well-being ($p \leq 0.001$). There is a negative relationship between coronary anxiety and psychological well-being ($p \leq 0.001$). There is a positive relationship between coronary anxiety and social support ($p \leq 0.001$). There is a negative correlation between coronary anxiety and resilience ($p \leq 0.001$). Social support and resilience play a moderating role in relation to psychological well-being ($p \leq 0.001$). Since the prevalence of anxiety due to COVID-19 can affect adolescents, it seems necessary to provide education to members of the community, especially adolescents who are more likely to experience severe coronary anxiety disorder. To be able to control their anxiety.

Received:
Accepted
Available:



* Corresponding Author: Sadegh Hekmatiyani Fard

E-mail: fsadathoseini@yahoo.com

مقاله پژوهشی



بررسی اضطراب کرونا در نوجوانان خانواده‌های درگیر شده با بیماری کووید ۱۹: نقش تعدیل‌کنندگی حمایت اجتماعی و تاب‌آوری در رابطه با بهزیستی روانی



صادق حکمتیان فرد^۱، فریده سادات حسینی^{۲*}

۱. دانشجوی دکتری رشته روانشناسی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران.

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران.



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.29.9](https://doi.org/10.27173852.1401.17.66.29.9)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15290.html



چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

اضطراب کرونا، بهزیستی روانی، تاب‌آوری، حمایت اجتماعی، کووید ۱۹، نوجوانان

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اضطراب کرونا در نوجوانان خانواده‌های درگیر شده با بیماری کووید ۱۹: نقش تعدیل‌کنندگی حمایت اجتماعی و تاب‌آوری در رابطه با بهزیستی روانی بود. طرح پژوهشی، توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه نوجوانان که خانواده‌هایشان در سال‌های ۱۴۰۰-۱۳۹۸ درگیر کرونا شده بودند، بود که تعداد ۳۰۰ نفر از آنها به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده و در دسترس انتخاب گردیدند. پس از تکمیل پرسشنامه اضطراب کرونا علی‌پور و همکاران (۱۳۹۸)، پرسشنامه حمایت اجتماعی واکس و همکاران (۱۹۸۶)، پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) و پرسشنامه بهزیستی روانی ریف (۱۹۸۹) و بعد از غربالگری آن، تعداد ۳۰۰ نفر (۱۵۷ پسر و ۱۴۳ دختر بین سن ۱۳ تا ۱۵ سال)، مستعد این اختلال تشخیص داده شدند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و آزمون ماتریس همبستگی و رگرسیون سلسله‌مراتبی استفاده شد. نتایج نشان داد بین حمایت اجتماعی با بهزیستی روانی رابطه منفی وجود دارد ($p \leq 0.001$). بین تاب‌آوری با بهزیستی روانی رابطه مثبت وجود دارد ($p \leq 0.001$). بین اضطراب کرونا با بهزیستی روانی رابطه منفی وجود دارد ($p \leq 0.001$). بین اضطراب کرونا با حمایت اجتماعی رابطه مثبت وجود دارد ($p \leq 0.001$). بین اضطراب کرونا با تاب‌آوری رابطه منفی وجود دارد ($p \leq 0.001$). حمایت اجتماعی و تاب‌آوری در رابطه با بهزیستی روانی نقش تعدیل‌کننده دارد ($p \leq 0.001$). از آنجا که شیوع اضطراب ناشی از بیماری کووید-۱۹ می‌تواند بر نوجوانان اثرگذار باشد، از این رو به نظر لازم است که آموزش‌هایی در اختیار افراد جامعه به خصوص نوجوانانی که بیشتر در معرض تجربه اضطراب شدید کرونا هستند، قرار داده شود تا بتوانند اضطراب خود را کنترل کنند.

دریافت شده:

پذیرفته شده:

منتشر شده:

* نویسنده مسئول: فریده سادات حسینی

رایانامه: fsadathoseini@yahoo.com

مقدمه

نوجوان به عنوان افرادی در گروه سنی ۱۰ تا ۱۹ سال تعریف می‌شود (ساویر^۱ و همکاران، ۲۰۱۸) که در آن گروه سنی آسیب‌پذیری برای ابتلا به اختلالات منفی در سلامت روان است، زیرا آنها نسبت به تحولات روانی و اجتماعی بسیار حساس هستند. نوجوان تعامل با همسالان و دنیای اجتماعی بالاتری را نسبت به خانواده خود تجربه می‌کند و حتی در مقایسه با هم‌تایان کوچکتر خود مانند نوزادان و کودکان روابط پیچیده‌ای با همسالان ایجاد می‌کند. هر گونه جدایی از روابط با همسالان مانند طرد شدن، قلدری یا تنهایی با اختلالات سلامت روان مانند افسردگی، خشم، ترس، استرس و اضطراب مرتبط است (اوربن^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). اکثر نوجوانان در طول این بیماری همه‌گیر کووید-۱۹ در معرض فاصله‌گذاری فیزیکی یا قرنطینه قرار گرفتند، تغییرات سلامت روان نوجوانان می‌تواند بر اساس شرایط و انگیزه آنها برای رعایت فاصله‌گذاری فیزیکی متفاوت باشد (جیانگ^۳ و همکاران، ۲۰۲۰).

همه‌گیری کووید-۱۹ که سازمان بهداشت جهانی آن را یک وضعیت اضطراری بهداشت عمومی با نگرانی بین‌المللی نامید، به دلیل انتقال سریع آن و ایجاد درجات مختلف بیماری، مورد توجه جهانی قرار گرفته است. از این رو، همه‌گیری ممکن است بار روانی و عاطفی سنگینی را برای جمعیت عمومی ایجاد کند. یک بیماری همه‌گیر یک رویداد بسیار استرس‌زا است و در حالی که احساس استرس و اضطراب منطقی است، در افراد در هنگام بحران نیز انعطاف‌پذیری بالایی از خود نشان می‌دهند. علاوه بر این، از آنجایی که مردم با هجوم عوامل استرس‌زا مرتبط با اختلالات زندگی خود ناشی از بیماری همه‌گیر مواجه می‌شوند، باید برای ارتباط و راهبردهای مقابله‌ای به یکدیگر تکیه کنند تا وزن بحران سلامت عمومی را بر سلامت روان خود کاهش دهند (لی^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین، درک پیامدهای سلامت روان فردی و عوامل محافظتی مرتبط (مانند حمایت اجتماعی، تاب‌آوری روانی) می‌تواند به ارائه پیشنهادها و کمک‌های هدفمند بهتر برای افراد مختلف کمک کند.

علاوه بر این، وانگ^۵ و همکاران (۲۰۲۰) مشاهده کردند که در طول گسترش کووید-۱۹، افراد چینی سطوح متوسط تا شدید اضطراب، افسردگی و استرس را نشان دادند. با این حال، این سطوح زمانی که از استراتژی‌های حفاظتی مانند ماسک استفاده می‌کردند کمتر بود. هوانگ^۶ و همکاران (۲۰۲۰) تأثیر بر سلامت روان در میان کارکنان پزشکی خط مقدم بالینی در نقاط داغ کووید-۱۹ را بررسی کرد و بروز شدید اختلالات اضطرابی و استرس را در میان کارکنان پزشکی کشف کرد. از آنجایی که مردم ترس از آلوده

شدن را نشان می‌دهند و ترجیح می‌دهند در قرنطینه بمانند، یعنی خود را از دیگران جدا کنند. می‌توان انتظار داشت که اختلالات سلامت روان در بین این افراد ظاهر شود (کومز^۷ و همکاران، ۲۰۲۰؛ هورموویچ^۸، ۲۰۱۹؛ لی و همکاران، ۲۰۱۸؛ روبین و وسلی^۹، ۲۰۲۰؛ ژیانگ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰).

بروکس^{۱۱} و همکاران (۲۰۲۰) انتظار داشتند که افراد در قرنطینه (انزوا) ممکن است از افسردگی، استرس، اضطراب، خلق و خوی ضعیف، بی‌خوابی، اختلال استرس پس از حادثه، خشم و خستگی عاطفی رنج ببرند. در عوض، یک بررسی چتر نشان داد که سطح بالایی از مشکلات سلامت روان در میان بیماران، مراقبان و ارائه‌دهندگان سلامت روان مشاهده شد (حسین^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۰). ایوجنکو^{۱۳} و همکاران (۲۰۲۰) دریافتند که مشکلات روانی نامطلوب در طول قرنطینه و انزوا در میان جمعیت ایتالیا شامل بی‌حوصلگی، احساس بی‌حرکتی و اضطراب است. از سوی دیگر، جونگ و جون^{۱۴} (۲۰۲۰) دریافتند افرادی که در قرنطینه و انزوا هستند و مشکوک به ابتلا یا ناقل ویروس هستند با افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال استرس حاد، عصبانیت، بی‌خوابی، تحریک‌پذیری و عاطفی مرتبط هستند. فرسودگی بنابراین، حمایت روان‌شناختی، مداخلات روان‌شناختی و تقویت سیستم‌های حمایت اجتماعی برای کاهش مسائل بهداشت روانی در بین افراد در قرنطینه و انزوا مورد نیاز است (ژانگ^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۰؛ ژو^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۰).

به طور کلی، حمایت اجتماعی ادراک شده می‌تواند از منابع مختلفی از جمله خانواده، دوستان، شرکای عاشقانه، حیوانات خانگی، روابط اجتماعی و همکاران، اما نه محدود به آن، به دست آید. انبوهی از تحقیقات نشان داده است که منابع مختلف حمایت اجتماعی تأثیرات متفاوتی بر سلامت روان در جوانان دارند (ویس^{۱۷} و همکاران، ۲۰۱۹؛ واتسون^{۱۸} و همکاران، ۲۰۱۹؛ موستانسکی^{۱۹} و همکاران، ۲۰۱۱). به طور خاص، حمایت اجتماعی از طرف خانواده، اما نه از جانب دوستان، با اختلال استرس پس از سانحه و علائم افسردگی مرتبط بود (ویس و همکاران، ۲۰۱۹) و حمایت اجتماعی همسالان نسبت به حمایت اجتماعی خانواده در مطالعه دیگری اثر محافظتی قوی‌تری در برابر پریشانی روانی داشت (موستانسکی و همکاران، ۲۰۱۱). منابع حمایت می‌تواند طبیعی (مثلاً خانواده و دوستان) یا رسمی‌تر (مثلاً متخصصان سلامت روان یا سازمان‌های اجتماعی) باشد و لازم است منابع مختلف حمایت اجتماعی هنگام بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان در نظر گرفته شود (کاونتری^{۲۰} و همکاران، ۲۰۰۴). اگرچه حمایت اجتماعی را می‌توان به روش‌های مختلفی اندازه‌گیری کرد، حمایت اجتماعی ادراک شده رایج‌ترین شاخص اندازه‌گیری حمایت اجتماعی است (ایبارا-رویلارد و کوپپر^{۲۱}، ۲۰۱۱)، با توجه به سهولت اندازه‌گیری آن و شواهدی مبنی بر اینکه

12. Hossain
13. Ivchenko
14. Jung & Jun
15. Zhang
16. Zhou
17. Wise
18. Watson
19. Mustanski
20. Coventry
21. Ibarra-Rovillard & Kuiper

1. Sawter
2. Orben
3. Jiang
4. Li
5. Wang
6. Huang
7. Coomes
8. Huremović
9. Rubin & Wessely
10. Xiang
11. Brooks

خانواده با در نظر گرفتن منابع مختلف حمایت، نقش منحصر به فردی در مهار اثرات منفی استرس ایفا می‌کند (رافلی^۴ و همکاران، ۲۰۱۳).

تحقیقات نشان داد که تاب‌آوری روان‌شناختی ممکن است بسته به سن متفاوت باشد (روتروموند و برنداستادتر^{۱۵}، ۲۰۰۳). یک نظرسنجی بر اساس یک نمونه بزرگ مقطعی ژاپنی نشان داد که تاب‌آوری روانی می‌تواند از مرحله بزرگسالان جوان به مرحله بزرگسالان مسن‌تر افزایش یابد (آئنو^۶ و همکاران، ۲۰۱۸). تحقیقات همچنین نشان داد که رابطه بین منابع حمایت اجتماعی و سلامت روان را تعدیل می‌کند و نشان می‌دهد حمایت اجتماعی خانواده با علائم کمتر اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی در شرکت‌کنندگان با سن ۱۶ تا ۱۹ ساله مرتبط است، در حالی که حمایت اجتماعی دوستان با علائم کمتری مرتبط است (ویس و همکاران، ۲۰۱۹). نقش احتمالی سن در شرکت‌کنندگان بالای ۲۰ سال در این تحلیل‌ها مورد بررسی قرار گرفت و تفاوت‌های سنی در ارتباط بین تاب‌آوری و سلامت روان (ماتزکا^۷ و همکاران، ۲۰۱۶) و نقش تعدیل‌کننده سن بین منابع حمایت و سلامت روان مورد بررسی قرار گرفت و معنادار بود (ویس و همکاران، ۲۰۱۹). همان‌طور که قبلاً ذکر شد، طبق فرضیه مهار استرس (کوهن و ویلز، ۱۹۸۵)، افرادی که سطح حمایت اجتماعی بالاتری دارند ممکن است اثر منفی سطوح پایین تاب‌آوری بر سلامت روان را خنثی کنند. معتمدی شلمزاری و همکاران (۱۳۸۴) در پژوهشی به بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایتمندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی در بین سالمندان پرداختند که نتایج مطالعه‌شان نشان داد بین انواع حمایت اجتماعی با سلامت عمومی همبستگی وجود دارد و میزان همبستگی بعد حمایت عاطفی بیش از حمایت ابزاری می‌باشد (معتمدی شلمزاری، ۱۳۸۴).

متخصصان نظام سلامت در سراسر جهان تاکید کرده‌اند که اپیدمی حاضر صرفاً یک مشکل و پدیده فیزیولوژیک نیست و به همان اندازه که بر بعد روانشناختی افراد تاثیر می‌گذارد، منجر به سطح وسیعی از اختلالات خواهد شد. تاثیر منفی اپیدمی کووید-۱۹ بر سلامت روان افراد از همان ابتدای شیوع بیماری مورد توجه سازمان جهانی بهداشت بوده است و اهمیت آن را در کنار رعایت بهداشت فردی در دوران شیوع کروناویروس، به افراد توصیه کرده است (هلمز و همکاران، ۲۰۲۰^{۱۸}). حمایت اجتماعی نیرومندترین نیروی مقابله برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان در زمان درگیری با شرایط تنش‌زا و تسهیل تحمل مشکلات برای بیماران به شمار می‌رود و فقدان

پیش‌بینی‌کننده بهتری برای سلامت روان نسبت به سایر معیارها است (دور^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). انبوهی از تحقیقات اثر محافظتی حمایت اجتماعی ادراک شده را بر سلامت روان در موقعیت‌های استرس‌زا نشان داده‌اند (عثمان^۲ و همکاران، ۲۰۱۵؛ خان و حسین^۳، ۲۰۱۰). علاوه بر این، حمایت اجتماعی دریافتی (دریافت رفتارهای حمایتی) نیز یکی از زیرساخت‌های مهم حمایت اجتماعی است (هابر^۴ و همکاران، ۲۰۰۷). عقیده بر این است که در طول همه‌گیری کووید-۱۹، نیاز یک فرد به حمایت با نوع حمایت ارائه‌شده مطابقت دارد، بنابراین، حمایت اجتماعی دریافت شده توسط افراد اندازه‌گیری شد تا حمایت اجتماعی دریافت شده منعکس شود.

مشاهده شده است که اگرچه بسیاری از افراد ممکن است از مشکلات یا بحران‌هایی رنج ببرند، نتایج سلامت روان همچنان در بین افراد متفاوت است و تاب‌آوری روان‌شناختی نقش مهمی در توضیح چنین واریسی ایفا می‌کند. تاب‌آوری روان‌شناختی می‌تواند به عنوان یک ویژگی یا یک فرآیند/نتیجه در نظر گرفته شود (فلتچر و سرکار^۵، ۲۰۱۳). به عنوان یک ویژگی، تاب‌آوری مجموعه‌ای از ویژگی‌ها را نشان می‌دهد که افراد را قادر می‌سازد تا با شرایطی که با آن مواجه می‌شوند سازگار شوند (کانر و داویدسون^۶، ۲۰۰۳) و تاب‌آوری تأثیر مثبتی بر سلامت روانی افراد دارد (علی و هو^۷، ۲۰۱۶). یک متآنالیز نشان داد که تاب‌آوری ممکن است در محافظت از سلامت روان، تسریع بهبودی و کاهش اثرات منفی یک بحران نقش داشته باشد (داویدو^۸ و همکاران، ۲۰۱۰). به عنوان مثال، توگاد^۹ و همکاران (۲۰۰۴) تاب‌آوری را به عنوان یک بهبودی سریع و مؤثر پس از استرس توصیف می‌کنند، در حالی که پاتل و گودمن^{۱۰} (۲۰۰۷) تاب‌آوری را به عنوان حفظ سلامت روان در مواجهه با نامایمات تصور نمودند. بنابراین، به عنوان یک ویژگی، تاب‌آوری روانی یک منبع کلیدی برای کمک به جلوگیری از تأثیر منفی یک بحران است.

همانطور که قبلاً ذکر شد، منابع حمایت و تاب‌آوری روانی دو منبعی هستند که از سلامت روانی فرد در موقعیت‌های استرس‌زا محافظت می‌کنند. تحقیقات نشان داد که حمایت اجتماعی زمانی کلید تاب‌آوری است که به عنوان یک فرآیند نتیجه در نظر گرفته شده است (گافی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۶؛ سیپل^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۵). با این حال، هنگامی که تاب‌آوری به عنوان یک ویژگی در نظر گرفته می‌شود، نمی‌توانیم بپرسیم، از آنجایی که تفاوت‌های فردی در حمایت اجتماعی و تاب‌آوری روانی وجود دارد، آیا فراوانی در حمایت اجتماعی ادراک شده می‌تواند کمبود تاب‌آوری روانی را جبران کند؟ مطالعه دیگری نشان داد که رابطه بین تاب‌آوری و پریشانی روانی توسط افراد تعدیل نمی‌شود (ماتزکا^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۶). محققین دریافتند که حمایت

10. Patel & Goodman
11. Gaffey
12. Sippel
13. Matzka
14. Raffaelli
15. Rothermund & Brandtstädter
16. Ueno
17. Matzka
9. Holmes

1. Dour
2. Eisman
3. Khan & Husain
4. Haber
5. Fletcher & Sarkar
6. Connor & Davidson
7. Ali & Hu
8. Davydov
9. Tugade

تحت درمان‌های موزی روانشناختی یا روانپزشکی، ۵. شرکت در تحقیق باید با رضایت کامل باشد. معیارهای خروج از پژوهش حاضر، عبارتند از: ۱. مشارکت در برنامه‌های درمانی دیگر، ۲. عدم رضایت به ادامه شرکت در جلسات، ۳. عدم تمایل به همکاری. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر عبارتند از: ۱. رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در پژوهش، ۲. اطلاعات نمونه آماری محرمانه خواهد ماند، ۳. انتشار نتایج بدون نشر دادن اطلاعات خصوصی نمونه آماری است. در این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل یافته‌ها در سطح آمار توصیفی از میانگین، انحراف استاندارد و درصد فراوانی و در سطح آمار استنباطی از ماتریس همبستگی و رگرسیون سلسله‌مراتبی استفاده شد. یافته‌های این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش

۱- پرسشنامه اضطراب کرونا علی‌پور و همکاران (۱۳۹۸): 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. نمره برش در این پرسشنامه ۹ و در حد مطلوب است. پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای عامل اول ($\alpha=0/879$)، عامل دوم ($\alpha=0/861$) و برای کل پرسشنامه ($\alpha=0/919$) به دست آمد. همچنین مقدار $\lambda=2$ گاتمن ۵ برای عامل اول ($\lambda=2=0/882$)، عامل دوم ($\lambda=2=0/864$) و برای کل پرسشنامه ($\lambda=2=0/922$) به دست آمد. جهت بررسی روایی وابسته همبستگی به ملاک این پرسشنامه از همبسته کردن این ابزار با پرسشنامه GHQ-28 استفاده شد که نتایج نشان داد پرسشنامه اضطراب کرونا با نمره کل پرسشنامه GHQ-28 و مؤلفه اضطراب، نشانه‌های جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب برابر با $0/483$ ، $0/507$ ، $0/418$ ، $0/333$ و $0/269$ است و کلیه این ضرایب در سطح $0/01$ معنادار بود. در تحقیق حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس $0/90$ برآورد شد.

۲- پرسشنامه حمایت اجتماعی واکس و همکاران (۱۹۸۶): این پرسشنامه توسط واکس، فیلیپس، هالی، تامپسون، ویلیامز و استوارت در سال (۱۹۸۶) بر مبنای تعریف کوب از حمایت اجتماعی با ۲۳ سوال ساخته شد. این پرسشنامه شامل سه خرده مقیاس حمایت خانواده «۱،۶،۱۰،۱۵،۱۶،۱۹،۲۳»، حمایت دوستان «۲،۴،۷،۹،۱۱،۱۳،۱۸،۲۲» و حمایت دیگران «۳،۵،۸،۱۲،۱۴،۱۷،۲۰،۲۱» است. نمره‌گذاری گزینه‌ها در این مقیاس به صورت بله و خیر است و نمره‌گذاری سوالات ۱۳، ۲۱ و ۳۰ و ۲۲ به شکل وارونه است. این پرسشنامه در مطالعه ابراهیمی‌قوام (۱۳۷۱) بروی ۱۰۰ دانشجو و ۲۰۰ دانش‌آموز اجرا شد. پایایی آزمون در نمونه دانشجویی در کل مقیاس $0/90$ و در نمونه دانش‌آموزی $0/70$ و در آزمون مجدد در دانش‌آموزان پس از شش هفته $0/81$ بود. شهبخش (۱۳۸۹) ضرایب پایایی درونی این آزمون را در یک گروه ۳۰۰ نفری از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی $0/66$ محاسبه کرد. در تحقیق حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس $0/79$ برآورد شد.

حمایت اجتماعی بر وضعیت روانی افراد تاثیرگذار هست (السنبروخ^۱ و همکاران، ۲۰۰۷).

با توجه به آنچه در مرور بر تحقیقات گذشته و یافته‌های تئوری و پژوهشی مختلف در زمینه علل و اهمیت اختلال اضطراب کرونا در دوره نوجوانی و تاثیر آن بر مراحل بعدی زندگی آمد، می‌توان گفت نقش تعدیل‌گری حمایت اجتماعی و تاب‌آوری در رابطه با و بهزیستی روانی می‌تواند بر اضطراب کرونا در نوجوانان ۱۳ تا ۱۵ ساله که خانواده‌هایشان با کرونا درگیر شده بودند، اثرگذار باشد. بنابراین هدف این پژوهش بررسی اضطراب کرونا در نوجوانان خانواده‌های درگیر شده با بیماری کووید ۱۹: نقش تعدیل‌کنندگی حمایت اجتماعی و تاب‌آوری در رابطه با بهزیستی روانی بوده است. از همین رو افراد دارای اختلال اضطراب کرونا طیف وسیعی از مشکلات را تجربه می‌کنند که لازم است تا توجه ویژه‌ای به آنها شود. از سویی دیگر مرور پژوهشی در زمینه بررسی اضطراب کرونا در نوجوانان خانواده‌های درگیر شده با بیماری کووید ۱۹: نقش تعدیل‌کنندگی حمایت اجتماعی و تاب‌آوری در رابطه با بهزیستی روانی در زمینه‌های مختلف هم در داخل ایران و هم در خارج از ایران، یافت نشد؛ بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است بین اضطراب کرونا در نوجوانان خانواده‌های درگیر شده با بیماری کووید ۱۹: با توجه به نقش تعدیل‌کنندگی حمایت اجتماعی و تاب‌آوری در رابطه با بهزیستی روانی رابطه‌ای وجود دارد؟

روش

طرح کلی پژوهش با توجه به هدف، ماهیت و جامعه آن کمی، از نوع توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه نوجوانان ۱۳ تا ۱۵ سال در سال ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۰ که خانواده‌هایشان با کرونا درگیر شده بودند، بود که آمار دقیقی از افراد در دسترس نبود و طی فراخوان تعداد ۷۵۴ نفر طی بازه زمانی ۳ ماهه در پژوهش شرکت کردند و به پرسشنامه‌های تحقیق پاسخ دادند. در این پژوهش نمونه‌ها به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده و در دسترس انتخاب شدند. پس از توزیع پرسشنامه‌های اختلال اضطراب کرونا، نوجوانانی که نمره بالاتر از ۱۰ را در پرسشنامه اضطراب کرونا کسب کردند «به دلیل این‌که افرادی که در این پرسشنامه نمرات بین ۱۰ تا ۵۴ به دست آورند، مبتلا به اضطراب اجتماعی هستند»، به عنوان نمونه انتخاب شدند. بر این اساس تعداد ۷۵۴ پرسشنامه توزیع شد که از این تعداد ۳۰۰ نفر در پرسشنامه اضطراب کرونا نمره بالاتر از ۱۰ به دست آوردند و تعداد ۳۰۰ نفر (۱۵۷ پسر و ۱۴۳ دختر ۱۳، ۱۴ و ۱۵ ساله)، از نوجوانانی که پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند، مستعد اختلال اضطراب کرونا تشخیص داده شدند و به عنوان نمونه پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری در پژوهش حاضر پرسشنامه اضطراب کرونا علی‌پور و همکاران (۱۳۹۸)، پرسشنامه حمایت اجتماعی واکس^۲ و همکاران (۱۹۸۶)، پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون^۳ (۲۰۰۳) و پرسشنامه بهزیستی روانی ریف^۴ (۱۹۸۹) بود. معیارهای ورود به پژوهش حاضر شامل: ۱. رده سنی بین ۱۳ تا ۱۵ سال، ۲. بین سال‌های ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۰ درگیر کرونا شده اند، ۳. توانایی شرکت در پژوهش حاضر را داشته باشند، ۴. عدم قرار داشتن

1. Elsenbruch
2. Vaux
3. Reff

4. Connor & Davidson
5. Guttman

در پژوهش واحدی و غنی‌زاده (۱۳۸۸) مقدار پایایی و آلفای کرونباخ این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند. بیانی و همکاران (۱۳۸۸)؛ به نقل از ظریف گلباریزی، (۱۳۹۰) به‌منظور هنجاریابی مقیاس بهزیستی روانشناختی در ایران آن را بر روی نمونه‌ای از ۱۴۵ نفر اجرا کردند و ضریب پایایی به روش بازآزمایی این مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد که از نظر آماری معنی‌دار بود. همچنین همبستگی این مقیاس با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی آکسفورد و پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ به‌دست‌آمده است بیانی و همکاران (۱۳۸۸)؛ به نقل از ظریف گلباریزی، (۱۳۹۰). در تحقیق حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۹۱ برآورد شد.

نتایج

در این بخش به توصیف آمار توصیفی و استنباطی پرداخته شده است. از مجموع ۳۰۰ نفر اعضای نمونه، تعداد ۱۵۷ نفر (۵۲/۳۳ درصد) آنان پسر و تعداد ۱۴۳ نفر (۴۷/۶۷ درصد) دختر و نسبت نوجوانان پسر بیشتر از نوجوانان دختر است. میانگین و انحراف استاندارد سن نوجوانان پسر برابر ۱۳/۹۶ و ۰/۸۰۳ و این میزان برای نوجوانان دختر برابر با ۱۴/۰۰۷ و ۰/۷۹۲ بوده است. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۲ آمده است:

جدول (۱) شاخص‌های توصیفی مربوط به یافته‌ها

شاخص متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	خطای معیار	نما	میانه	حداقل	حداکثر
اضطراب کرونا	۴۵/۴۲	۱۳/۴۶	۰/۷۷۷	۴۳	۴۴	۱۸	۷۲
حمایت اجتماعی	۳۴/۱۱	۳/۶۲	۰/۲۰۹	۳۲	۳۴	۲۷	۴۲
تاب‌آوری	۷۰/۰۷	۲۴/۴۲	۱/۴۱	۴۶	۶۷	۲۵	۱۲۵
بهزیستی روانی	۶۱/۱۰	۱۳/۴۲	۰/۷۷۵	۵۷	۷۲	۳۷	۸۹

به منظور بررسی رابطه بین متغیرهای اضطراب کرونا، حمایت اجتماعی و تاب‌آوری در رابطه با بهزیستی روانی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که یافته‌های آن در جدول شماره ۲ آمده است:

جدول (۲) ماتریس ضریب همبستگی پیرسون مربوط به متغیرها

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱- اضطراب کرونا	۱			
۲- حمایت اجتماعی	۰/۷۰۰	۱		
۳- تاب‌آوری	-۰/۶۹۶	-۰/۷۳۲	۱	
۴- بهزیستی روانی	-۰/۵۶۴	-۰/۷۱۰	۰/۸۶۲	۱

همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۲ مشاهده می‌شود. بر اساس مندرجات این جدول اضطراب کرونا با حمایت اجتماعی همبستگی مثبت معنی‌دار، اضطراب کرونا با تاب‌آوری همبستگی منفی معنی‌دار، اضطراب کرونا با بهزیستی روانی همبستگی منفی معنی‌داری دارد.

۳- پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳): پرسشنامه تاب‌آوری را کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. این پرسشنامه، ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری شده است. نمره‌گذاری گزینه‌ها در این مقیاس بدین شرح است: (کاملاً نادرست=۰ به ندرت=۱ گاهی درست=۲ اغلب درست=۳ همیشه درست=۴). بنابراین طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب‌آوری بیشتر آزمودنی است. نتایج تحلیل عاملی حاکی از آنند که این آزمون دارای ۵ عامل: تصور شایستگی فردی «۲۵-۲۴-۲۳-۱۷-۱۶-۱۲-۱۱-۱۰»، اعتماد به‌خود فردی، تحمل عاطفه منفی «۲۰-۱۹-۱۸-۱۵-۱۴-۷-۶»، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن «۸-۵-۴-۲-۱»، کنترل «۲۲-۲۱-۱۳» و تأثیرات معنوی «۹-۳» است. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات را با هم جمع کنید. این امتیاز دامنه‌ای از ۰ تا ۱۰۰ را خواهد داشت. هر چه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان تاب‌آوری بیشتر فرد پاسخ دهنده خواهد بود و برعکس. نقطه برش این پرسشنامه امتیاز ۵۰ می‌باشد. به عبارتی، نمره بالاتر از ۵۰ نشانگر افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود و هرچه این امتیاز بالاتر از ۵۰ باشد، به همان میزان شدت تاب‌آوری فرد نیز بالاتر خواهد بود و برعکس. کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. محمدی (۱۳۸۴) برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است. در تحقیق حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۸ برآورد شد.

۴- پرسشنامه بهزیستی روانی ریف (۱۹۸۹): پرسشنامه بهزیستی روانشناختی توسط ریف در سال (۱۹۸۹) برای اندازه‌گیری سازه‌های (۱) پذیرش خود؛ یعنی نگرش مثبت نسبت به خود و پذیرش جنبه‌های مختلف خود مانند ویژگی‌های خوب و بد و احساس مثبت درباره زندگی گذشته؛ (۲) روابط مثبت با دیگران؛ احساس رضایت و صمیمیت از رابطه با دیگران و درک اهمیت این وابستگی‌ها؛ (۳) خودمختاری؛ احساس استقلال و اثرگذاری در رویدادهای زندگی و نقش فعال در رفتارها؛ (۴) تسلط بر محیط؛ حس تسلط بر محیط؛ کنترل فعالیت‌های بیرونی و بهره‌گیری مؤثر از فرصت‌های پیرامون؛ (۵) زندگی هدفمند؛ داشتن هدف در زندگی و باور به اینکه زندگی حال و گذشته او معنادار است؛ (۶) رشد فردی؛ احساس رشد مداوم و دستیابی به تجربه‌های نو به‌عنوان یک موجود دارای استعدادها بالقوه است.)، تدوین شد. نسخه کوتاه این پرسشنامه با ۱۸ سوال و ۶ مؤلفه اصلی الگوی بهزیستی روانشناختی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. شیوه نمره‌گذاری گزینه‌های مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی ریف بدین شرح است: کاملاً مخالفم=۱؛ تا حدی مخالفم=۲؛ کمی مخالف=۳؛ کمی موافق=۴؛ تا حدی موافق=۵؛ کاملاً موافق=۶). با به دست آوردن نمره مربوط به هر زیر مقیاس، کافی است نمره همه عبارات مربوط به زیر مقیاس موردنظر را با هم جمع کنید، از جمع امتیاز ۱۸ عبارت نیز نمره بهزیستی روانشناختی کلی به دست می‌آید. عبارات مربوط به هر زیر مقیاس: ۱. خرده مقیاس پذیرش خود: ۲، ۸، ۱۰، ۲. خرده مقیاس روابط مثبت با دیگران: ۳، ۱۱، ۱۳، ۳. خرده مقیاس خودمختاری: ۹، ۱۲، ۱۸، ۴. زیر مقیاس تسلط بر محیط: ۱، ۴، ۶، ۵. خرده مقیاس زندگی هدفمند: ۵، ۱۴، ۱۶، ۶. خرده مقیاس رشد فردی: ۷، ۱۵، ۱۷، در ضمن عبارات: ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند.

جدول (۳) نتایج تحلیل رگرسیون بهزیستی روانی بر اساس حمایت اجتماعی و تاب‌آوری

متغیرها	Beta	Sig	R	R ²	F(Sig)
اضطراب کرونا	-.۰۵۶۳	۰/۰۰۱	۰/۵۶۴	۰/۳۱۸	۱۳۹/۵۴
تاب‌آوری	-.۰۵۰۱	۰/۰۰۱	۰/۸۶۴	۰/۷۴۶	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی	-.۰۱۸۶۳	۰/۰۰۱	۰/۸۷۶	۰/۷۶۷	۰/۰۰۱

جدول ۳ اثر اضطراب کرونا، تاب‌آوری و حمایت اجتماعی را بر بهزیستی نشان می‌دهد. به این صورت که میزان افزایش بهزیستی روانی در افراد دارای درگیر کرونا بیشتر شتاب دارد.

جدول (۴) نتایج رگرسیون سلسه‌مراتبی

متغیرها	B	خطای استاندارد (s.d)	Beta	t	سطح معناداری (sig.)
مرحله اول	ثابت	۸/۶۵۸	۲/۲۵۹	۳۸/۳۵۳	۰/۰۰۱
اضطراب	۶	۰/۵۶۳	۰/۰۴۸	-۱۱/۷۹۶	۰/۰۰۱
مرحله دوم	ثابت	۲/۸۷۸	۳/۱۶۹	۷/۲۱۹	۰/۰۰۱
اضطراب	۲	۰/۰۶۹	۰/۰۴۱	۱/۷۰۴	۰/۰۸۹
تاب‌آوری	۰/۵۰۱	۰/۰۲۲	۰/۰۲۲	۲۲/۳۶۱	۰/۰۰۱
مرحله سوم	ثابت	۵/۶۸۰	۶/۴۶۹	۸/۱۴۴	۰/۰۰۱
اضطراب	۲	۰/۱۵۵	۰/۰۴۲	۳/۶۶۸	۰/۰۰۱
تاب‌آوری	۰/۴۴۰	۰/۰۲۴	۰/۰۲۴	۱۸/۰۰۰	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی	-	۰/۸۶۳	۰/۱۶۵	-۵/۲۱۸	۰/۰۰۱

نتیجه‌ی مقایسه مدل‌های رگرسیون شماره دو و سه در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد اثر تعدیل کننده تاب‌آوری باعث افزایش ضریب تعیین به اندازه ۰/۸۶ درصد و حمایت اجتماعی باعث افزایش ضریب تعیین به اندازه ۰/۸۷ درصد شده است که این میزان معنی‌دار است. بنابراین می‌توان گفت حمایت اجتماعی و تاب‌آوری توانسته است در رابطه‌ی بین سه متغیر حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با ۵۲ درصد با بهزیستی روانی نقش تعدیل کننده داشته باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی اضطراب کرونا در نوجوانان خانواده‌های درگیر شده با بیماری کووید ۱۹؛ نقش تعدیل‌کنندگی حمایت اجتماعی و تاب‌آوری در رابطه با بهزیستی روانی بود تا تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم این متغیرها بر اختلال اضطراب کرونا در نوجوانان مشخص گردد. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بین حمایت اجتماعی با بهزیستی روانی رابطه منفی وجود دارد. این یافته با نتایج تحقیق کوهن و ویلز (۱۹۸۵) همخوانی دارد. با

1. Cénat and Derivois
2. Guo

توجه به فرضیه مهار استرس، محققان ادعا کردند که حمایت اجتماعی به عنوان یک بافر برای کاهش تأثیر منفی استرس بر بهزیستی عمل می‌کند. بین تاب‌آوری با بهزیستی روانی رابطه مثبت وجود دارد. این یافته با تحقیق خان و حسین (۲۰۱۰) همخوانی دارد. منابع حمایت اجتماعی (خانواده، دوستان و دیگران) به طور قابل توجهی رابطه بین تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی را در دانشجویان تعدیل می‌کند (خان و حسین، ۲۰۱۰)، تاب‌آوری سازگاری است که در هنگام مشکلات و استرس‌های ناتوان کننده خود را نشان می‌دهد. این تعریف از تاب‌آوری بیان می‌کند که یک تعامل پیچیده بین یک موقعیت خطرناک و عوامل محافظتی وجود دارد (کنت و دیویوس^۱، ۲۰۱۴).

بین اضطراب کرونا با بهزیستی روانی رابطه منفی وجود دارد. این یافته با تحقیق کریمی و همکاران (۱۳۹۹) همخوانی دارد. هنگام تجربه استرس و اضطراب از نظر روان‌شناختی کمتر آسیب می‌بینند و بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها کمتر تهدید می‌شود.

یافته‌ی دیگر پژوهش نشان داد بین اضطراب کرونا با حمایت اجتماعی رابطه مثبت وجود دارد. این یافته با نتایج تحقیق گنو^۲ و همکاران (۲۰۲۱) که نشان دادند شرکت‌کنندگانی که حمایت اجتماعی پایینی داشتند با علائم سلامت روان همبستگی منفی داشتند. در نتیجه، مردان و حمایت اجتماعی پایین با داشتن سطح بالاتری از علائم افسردگی، اضطراب و استرس در بین دانشجویان کارشناسی در استان شانشی در طول همه‌گیری COVID-19 در چین مرتبط بود، همخوانی دارد.

یافته‌ی دیگر پژوهش نشان داد بین اضطراب کرونا با تاب‌آوری رابطه منفی وجود دارد. این یافته با نتایج تحقیق شریفی‌نیا و همکاران (۱۳۹۹) که در تحقیق خود نشان دادند که اکثر افراد در طول همه‌گیری کووید-۱۹ دارای اضطراب متوسط تا شدید (۸۰/۱۷ درصد) و سطح بالایی از انعطاف‌پذیری (۹۶/۴ درصد) بودند. اکثریت شرکت‌کنندگان دارای سطح متوسط استرس (۵۸/۹٪) بودند. کمترین و بیشترین شیوع اختلالات روانپزشکی به ترتیب در استان سیستان و بلوچستان (۳/۱۴ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر) و سمنان (۷۵/۹ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر) بوده است. مردان و افراد مجرد تنها متغیرهایی بودند که به طور معنی‌داری با اضطراب و تاب‌آوری مرتبط بودند. سن، جنس و تحصیلات به طور قابل توجهی با استرس بیش از حد برانگیختگی مرتبط بود و نصیرزاده و همکاران (۱۳۹۹) همخوانی دارد که در تحقیق خود به این نتایج دست یافتند که به ترتیب (۵۷/۷ درصد) ۲۵۱، (۵۱/۴ درصد) ۲۳۳ و (۵۷/۳ درصد) ۲۶۰ نفر استرس، اضطراب و افسردگی داشتند. میانگین نمره تاب‌آوری ۳۷/۵۵±۱۹/۱۸ بود. بین نمره اضطراب با سطح تحصیلات، شغل و سن و بین افسردگی و شغل ارتباط معنی‌داری مشاهده شد. برای تبیین می‌توان گفت تحقیقات قابل توجه در مورد نقش تاب‌آوری تحت شرایط مختلف نشان داده است که تاب‌آوری می‌تواند به افراد در مواجهه با ناملایمات استرس‌زا زندگی کمک کند (ایزدی‌نیا و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین می‌تواند سطوح استرس و ناتوانی را در موقعیت‌های استرس‌زا تعدیل کند و مهارت‌های حل مسئله را افزایش دهد (پینکوارت^۳، ۲۰۰۸). افراد تاب‌آور از مهارت‌های مقابله‌ای برای مقابله با استرس استفاده می‌کنند (کمپل-سیلز^۴ و همکاران، ۲۰۰۶). تاب‌آوری در مورد بهبود فعالیت‌های اجتماعی و غلبه بر مشکلات با وجود قرار گرفتن در معرض استرس

3. Pinquart
4. Campbell-Sills

منابع

- ابراهیمی‌قوام، صغری. (۱۳۷۱). بررسی اعتبار سه مفهوم منبع کنترل، عزت نفس و حمایت اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی.
- صالح‌صدق‌پور، بهرام، اسدی، مسعود و میری، میرنادر. (۱۳۸۹). رابطه نیازهای بنیادین و حمایت اجتماعی در سازگاری آموزشی، اجتماعی و عاطفی دانش‌آموزان. *مجله روان‌شناسی*، ۱۴ (۴)، ۴۰۱-۴۱۶.
- شهبخش، افشین. (۱۳۸۹). بررسی و مقایسه رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی، حمایت اجتماعی با فرسودگی تحصیلی در دانشجویان با سطوح بالا و پایین فرسودگی تحصیلی دانشگاه علامه طباطبایی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- علی‌پور، احمد، قدمی، ابوالفضل، علیپور، زهرا و عبداله‌زاده، حسن. (۱۳۹۸). اعتباریابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS) در نمونه ایرانی. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۸ (۳۲)، ۱۶۳-۱۷۵.
- ظریف‌گلباریزی، هانیه، آقامحمدیان‌شعرباف، حمیدرضا، موسوی‌فر، نزهت و معینی‌زاده، مجید. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان بهزیستی بر استرس و بهزیستی روانشناختی زنان نابارور. *مجله زنان مامایی و نازایی ایران*، ۱۵ (۲)، ۵۶-۴۹.
- کریمی، علی، کارسازی، حسین، فاضلی‌مهرآبادی، علیرضا. (۱۳۹۹). نقش علائم افسردگی، اضطراب و استرس در بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان: اثر تعدیل‌کننده جهت‌گیری دینی. *مجله علمی پژوهان*، ۱۹ (۲)، ۶۵-۵۸.
- متمدنی‌سلمزاری، عبدالله. (۱۳۸۴). نقش رویدادهای زندگی در سالمندی موفق. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۲۲ (۴)، ۱۸۹-۲۰۳.
- نصیرزاده، مصطفی، آخوندی، مریم، جمالی‌زاده‌نوق، احمد و خرم‌نیا، سعید. (۱۳۹۹). بررسی وضعیت استرس، اضطراب، افسردگی و تاب‌آوری ناشی از شیوع بیماری کرونا (COVID-19) در خانوارهای شهرستان انار در سال ۱۳۹۹: یک گزارش کوتاه. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۹ (۸)، ۸۹۸-۸۸۹.
- واحدی، شهرام و غنی‌زاده، سمیه. (۱۳۸۸). الگوی تحلیل مسیر روابط بین انگیزش درونی، مذهبی، نماز، بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی با بهزیستی روانشناختی دانشجویان. *فصلنامه علمی-پژوهشی در سلامت روانشناختی*، ۳ (۲)، ۴۲-۲.

شدید، اضطراب و تجارب دشوار زندگی است. تاب‌آوری توانایی رشد، بلوغ و افزایش ظرفیت یک فرد در برابر شرایط نامطلوب است (امیری، ۲۰۱۹). یافته‌ی دیگر پژوهش نشان داد حمایت اجتماعی و تاب‌آوری در رابطه با بهزیستی روانی نقش تعدیل‌کننده دارد. همچنین، می‌توان گفت حمایت اجتماعی و تاب‌آوری توانسته است در رابطه‌ی بین سه متغیر حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با بهزیستی روانی نقش تعدیل‌کننده داشته باشد. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات نصیرزاده و همکاران (۱۳۹۹)، گئو و همکاران (۲۰۲۱)، لی و همکاران (۲۰۲۱)، شریفی‌نیا و همکاران (۱۳۹۹) همخوانی دارد. با ظهور بیماری کرونا و گسترش سریع آن، سطح اضطراب را در جمعیت جهانی افزایش داده که منجر به اختلال در سلامت افراد جامعه می‌شود. با توجه به آنچه در مرور بر تحقیقات گذشته و یافته‌های تئوری و پژوهشی مختلف در زمینه علل و اهمیت اختلال اضطراب کرونا در دوره نوجوانی و تاثیر آن بر مراحل بعدی زندگی آمد، می‌توان گفت نقش تعدیل‌گری حمایت اجتماعی و تاب‌آوری در رابطه با و بهزیستی روانی می‌تواند بر اضطراب کرونا در نوجوانان ۱۳ تا ۱۵ ساله که خانواده‌هایشان با کرونا درگیر شده بودند، اثرگذار باشد.

اولین محدودیت پژوهش حاضر، عدم دسترسی به تمام جامعه آماری درگیر کرونا در بازه سنی ۱۵-۱۳ ساله کشور بود. همچنین، عدم تنوع در پرسشنامه اضطراب کرونا، یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود که مردم حمایت اجتماعی بیشتری را برای نوجوانان ۱۵-۱۳ ساله کشور در طول همه‌گیری کووید-۱۹ ارائه کنند. یافته‌های کنونی پیامدهای عملی اساسی دارند. ابتدا، طبق نتایج ما، افراد باید یک سیستم حمایت اجتماعی برای مقابله با همه‌گیری COVID-19 ایجاد کنند. مردم باید فاصله اجتماعی را رعایت کنند، اما از نظر اجتماعی منزوی نشوند. در طول همه‌گیری، باید به حفظ ارتباطات اجتماعی و افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده توجه ویژه شود. علاوه بر این، حمایت خانواده برای همه گروه‌های سنی و به ویژه برای بزرگسالان حیاتی است. هرچه مشکلات بیشتری وجود داشته باشد، نیاز بیشتری به حمایت اجتماعی از اعضای خانواده خود داریم. افراد باید از منابع مختلف حمایت اجتماعی برای مقابله با تأثیر منفی بیماری همه‌گیر بر اضطراب کرونا استفاده کامل کنند. دوم، اگرچه نمایه پنهان منابع حمایت اجتماعی در گروه‌های سنی مختلف اساساً یکسان بود، اما تفاوت‌هایی در توزیع وجود داشت و منابع حمایت اجتماعی بر اضطراب کرونا گروه‌های سنی مختلف در الگوهای مختلف تأثیر می‌گذاشت. در نهایت، یافته‌های ما نشان داد که سطوح بالایی از تاب‌آوری برای جوانان، میانسالان و مسن‌ترها لازم است تا از این همه‌گیری «بازگشت» شوند، زیرا اثر بافر حمایت اجتماعی برای گروه‌های سنی مختلف یکسان بود. هنگامی که تاب‌آوری وجود ندارد، تنها سطوح بالای منابع حمایت اجتماعی از همه جنبه‌ها می‌تواند اثرات منفی تاب‌آوری پایین بر اضطراب کرونا را جبران کند. بنابراین، این یک راه موثر برای افراد برای بهبود تاب‌آوری روانی خود در برابر خطرات سلامت روان ناشی از همه‌گیری است.

سپاسگزاری

از تمامی افرادی که در تحقیق حاضر، همکاری لازم را نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

- Ai H, Hu J. (2016). Psychological resilience moderates the impact of social support on loneliness of "left-behind" children. *J Health Psychol*; 21:1066–73. <https://doi.org/10.1177/1359105314544992>.
- Amiry, H. L. (2019). Comparison of resilience and anxiety among parents with disabled children in Tehran. *J. Excell. Counsel. Psychother.* 8, 65–76.
- Barbee AP, Cunningham MR, Winstead BA, Derlega VJ, Gulley MR, Yankeelov PA, Druen PB. (1993). Effects of gender role expectations on the social support process. *J Soc Issues*; 49:175–90. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1993.tb01175.x>.
- Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*; 395(10227):912–920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., and Stein, M.B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behav. Res. Ther.* 44, 585–599. doi: 10.1016/j.brat.2005.05.001
- Cénat, J. M., and Derivois, D. J. (2014). Psychometric properties of the creole haitian version of the resilience scale amongst child and adolescent survivors of the 2010 earthquake. *Comprehen. Psychiatry* 55, 388–395. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.09.008
- Cohen S, Underwood LG, Gottlieb BH. (2000). Social support measurement and intervention: a guide for health and social scientists. *New York: Oxford University Press*.
- Cohen S, Wills TA. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull*; 98: 310. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>.
- Coomes EA, Leis JA, Gold WL. (2020). Quarantine. *Canadian Medical Association Journal*; 192(13):E338–E338. doi: 10.1503/cmaj.200393.
- Connor KM, Davidson JR. (2003). Evelopment of a new resilience scale: the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*; 18:76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>.
- Coventry WL, Gillespie NA, Heath AC, Martin NG. (2004). Perceived social support in a large community sample--age and sex differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 39:625–36. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0795-8>.
- Cutrona CE, Russell DW. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. In: Sarason BR, Sarason IG, Pierce GR, editors. *Wiley series on personality processes. Social support: An interactional view*. p. 319–66.
- Davydov DM, Stewart R, Ritchie K, Chaudieu I. (2010). Resilience and mental health. *Clin Psychol Rev*; 30:0–495. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.003>.
- Dour HJ, Wiley JF, Roy-Byrne P, Stein MB, Sullivan G, Sherbourne CD, Bystritsky A, Rose RD, Craske MG. (2014). Perceived social support mediates anxiety and depressive symptom changes following primary care intervention. *Depress Anxiety*; 31:436–42. <https://doi.org/10.1002/da.22216>.
- Eisman AB, Stoddard SA, Heinze J, Caldwell CH, Zimmerman MA. (2015). Depressive symptoms, social support, and violence exposure among urban youth: a longitudinal study of resilience. *Dev Psychol*; 51:1307–16. <https://doi.org/10.1037/a0039501>.
- Elsenbruch, S., Benson, S., Rucke, M., Rose, M., Dudenhausen, J., Pincus-Knackstedt, M. K., ... & Arck, P. C. (2007). Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human reproduction*, 22(3), 869–877.
- Fletcher D, Sarkar M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *Eur Psychol*. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>.
- Gaffey AE, Bergeman CS, Clark LA, Wirth MM. (2016). Ging and the HPA axis: stress and resilience in older adults. *Neurosci Biobehav Rev*; 68:928–45. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.05.036>.
- Guo, K., Zhang, X., Bai, S., Minhat, H.S., Nazan, A.I.N.M., Feng, J. (2021) Assessing social support impact on depression, anxiety, and stress among undergraduate students in Shaanxi province during the COVID-19 pandemic of China. *PLoS ONE* 16(7): e0253891. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253891>
- Haber MG, Cohen JL, Lucas T, Baltes BB. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: a meta-analytic review. *Am J Community Psychol*; 39:133–44. <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9100-9>.
- Hossain MM, Sultana A, Purohit N. (2020). Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: A systematic umbrella review of the global evidence. *Advance Online Publication*.doi: 10.2139/ssrn.3561265.
- Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al.(2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID -19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*;7(7):e43 .
- Huang, J. Z., Han, M. F., Luo, T. D., Ren, A. K., & Zhou, X. P. (2020). Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Zhonghua lao dong wei sheng zhi ye bing za zhi= Zhonghua laodong weisheng zhiyebing zazhi= Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases*, 38(3), 192- 195. 10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063
- Huremović, D. (Ed.). (2019). Psychiatry of pandemics: A mental health response to infection outbreak. *Springer*.
- Ibarra-Rovillard MS, Kuiper NA. (2011). Social support and social negativity findings in depression: perceived responsiveness to

- basic psychological needs. *Clin Psychol Rev*; 31: 342–52. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.01.005>.
- Ivchenko, A., Jachimowicz, J., King, G., Kraft-Todd, G., Ledda, A., MacLennan, M., & Slepici, F. R. (2020). Evaluating COVID-19 public health messaging in Italy: Self-reported compliance and growing mental health concerns. *MedRxiv. Advance online publication*. 10.1101/2020.03.27.20042820
- Khan A, Husain A. (2010). Social support as a moderator of positive psychological strengths and subjective well-being. *Psychol Rep*; 106:534–8. <https://doi.org/10.2466/PRO.106.2.534-538>.
- Lee SM, Kang WS, Cho AR, Kim T, Park JK. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive Psychiatry*; 87:123–127. doi: 10.1016/j.comppsy.2018.10.003.
- Li, F., Luo, S., Mu, W. (2021). Effects of sources of social support and resilience on the mental health of different age groups during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry* 21, 16 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03012-1>
- Lin N. S.R., Ensel WM, Kuo W. (1979). Social support, stressful life events, and illness a model and an empirical test. *J Health Soc Behav*; 20: 108–19. <https://doi.org/10.2307/2136433>.
- Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev*; 71:543–62. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>.
- Lynch TR, Mendelson T, Robins CJ, Krishnan KRR, Blazer DG. (1999). Perceived social support among depressed elderly, middle-aged, and young-adult samples cross-sectional and longitudinal analyses. *J Affect Disord*; 55:159–70. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00017-8).
- Jiang S, Li Z, Zhang G, Lei L, Zhao W, Guo C. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 29:749–758 Available from. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>
- Jung, S. J., & Jun, J. Y. (2020). Mental health and psychological intervention amid COVID-19 outbreak: Perspectives from South Korea. *Yonsei Medical Journal*, 61(4), 271–272. 10.3349/ymj.2020.61.4.271
- Matzka M, Mayer H, Kock-Hodi S, Moses-Passini C, Dubey C, Jahn P, Schneeweiss S, Eicher M. (2016) elationship between resilience, Psychological Distress and Physical Activity in Cancer Patients: A Cross-Sectional Observation Study. *PLoS One*; 11:e0154496. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154496>.
- Mustanski B, Newcomb ME, Garofalo R. (2011). Mental health of lesbian, gay and bisexual youths: a developmental resiliency perspective. *J Gay Lesbian Soc Serv*; 23:204–25. <https://doi.org/10.1080/10538720.2011.561474>.
- Orben A, Tomova L, Blakemore S. (2020). Viewpoint the effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *Lancet child Adolesc Heal* 4642:1–7 Available from: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30186-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30186-3)
- Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. (2020). Pandemic fear and COVID-19: Mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*; 42(3):232–235.
- Panzeri, A., Bertamini, M., Butter, S., Levita, L., Gibson-Miller, J., Vidotto, G., (2021) Factors impacting resilience as a result of exposure to COVID-19: The ecological resilience model. *PLoS ONE* 16(8): e0256041. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256041>
- Patel V, Goodman A. (2007). Researching protective and promotive factors in mental health. *Int J of Epidemiol*; 36:703–7. <https://doi.org/10.1093/ije/dym147>.
- Raffaelli M, Andrade FC, Wiley AR, Sanchez-Armass O, Edwards LL, Aradillas-Garcia C. (2013). Stress, social support, and depression: A test of the stress-buffering hypothesis in a Mexican sample. *J Res Adolesc*; 23: 283–9. <https://doi.org/10.1111/jora.12006>.
- Rothermund K, Brandtstädter J. (2003). Depression in later life: cross-sequential patterns and possible determinants. *Psychol Aging*; 18:80–90. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.1.80>.
- Rubin GJ, Wessely S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *British Medical Journal*; 368:m313. doi: 10.1136/bmj.m313.
- Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2(3):223–8. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
- Sippel LM, Pietrzak RH, Charney DS, Mayes LC, Southwick SM. (2015). How does social support enhance resilience in the trauma-exposed individual? *Ecol Soc*; 20: 10. <https://doi.org/10.5751/ES-07832-200410>.
- Sharif Nia H, Akhlaghi E, Torkian S, Khosravi V, Etesami R, Froelicher ES and Pahlevan Sharif S. (2021). Predictors of Persistence of Anxiety, Hyperarousal Stress, and Resilience During the COVID-19 Epidemic: A National Study in Iran. *Front. Psychol*. 12:671124. doi: 10.3389/fpsyg.2021.671124
- Tugade MM, Fredrickson BL, Barrett LF. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: examining the benefits of positive emotions on coping and health. *J Pers*; 72: 1161–90. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00294.x>.
- Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, Ng CH. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*; 7(3):228–229. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8.
- Vaux, A., Phillips, J., Holly, L., Thomson, B., Williams, D., & Stewart, D. (1986). The social support appraisals (SS-A) scale:

- Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*, 14(2), 195-218.
- Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, Ho RC. (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. doi: 10.3390/ijerph17051729.
- Watson RJ, Grossman AH, Russell ST. (2019). Sources of social support and mental health among LGB youth. *Youth Soc*; 51:30-48. <https://doi.org/10.1177/0044118X16660110>.
- Wise AE, Smith BC, Armelie AP, Boarts JM, Delahanty DL. (2019). Age moderates the relationship between source of social support and mental health in racial minority lesbian, gay, and bisexual youth. *J Health Psychol*; 24:888-97. <https://doi.org/10.1177/1359105316686667>.
- Ueno Y, Hirano M, Oshio A. (2018). The relationship between resilience and age in a large cross-sectional Japanese adult sample. *Japanese J Psychol*; 89:514-9. <https://doi.org/10.4992/jjpsy.89.17323>.
- Zhang J, Wu W, Zhao X, Zhang W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: A model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*; 3(1):3-8. doi: 10.1093/pcmedi/pbaa006.
- Zhou X, Snoswell CL, Harding LE, Bambling M, Edirippulige S, Bai X, Smith AC. (2020). The role of telehealth in reducing the mental health burden from COVID-19. *Telemedicine and e-Health*; 26(4):377-379. doi: 10.1089/tmj.2020.0068.