رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۱، شماره پیاپی ۷۰، فروردین ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(1), 2022

ارتباط مقابله مذهبی (مثبت و منفی) با ابعاد سلامت‌روان دانشجویان در دوران قرنطینه همه-گیری ویروس کرونا: نقش واسطه‌ای تاب‌آوری روانی

The relationship between religious coping (positive and negative) with Dimensions of mental health in students during the quarantine of the Corona virus epidemic

دکتر بتول مهرگان
استادیار گروه فقه و حقوق، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
دکتر سامره اسدی مجره (نویسنده مسئول)
استادیار گروه روان شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
دکتر لیلا مقتدر
استادیار گروه روان شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

Dr. Batool Mehregan
Assistant Professor, Department of jurisprudence and law, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.
Dr. Samereh Asadi Majareh
Assistant Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.
asadimajreh_psy@yahoo.com
Dr. Leila Moghtader
Assistant Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط مقابله مذهبی (مثبت و منفی) با ابعاد سلامت روان دانشجویان در دوران قرنطینه همه‌گیری ویروس کرونا به واسطه نقش تاب‌آوری انجام گردید. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی به روش تحلیل مسیر می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود که از میان آن‌ها، نمونه‌ای شامل ۲۲۰ دانشجو به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و پرسشنامه سلامت‌روان گلدبرگ و میلر، (GHQ)، پرسشنامه تاب آوری کانر-دیویدسون (CD-RISC) و فرم کوتاه مقیاس مقابله مذهبی پارگامنت و همکاران (RCS) را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل مسیر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که ارتباط تاب‌آوری با ابعاد سلامت‌روان (شکایات جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی) معنادار است (p<۰/۰۱). ارتباط مقابله مذهبی مثبت و منفی با تاب‌آوری نیز مستقیم و معنادار بود (p<۰/۰۱). همچنین، ارتباط مقابله مذهبی منفی با ابعاد سلامت روان به واسطه تاب‌آوری معنادار دارد (p<۰/۰۱). بر اساس یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که مدل مفهومی از برازش خوبی برخوردار است و یافته‌های پژوهش مبنی بر ارتباط مقابله مذهبی با سلامت روان دانشجویان به واسطه تاب‌آوری، دارای تلویحات کاربردی برای روان‌شناسان بالینی و سلامت می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: *تاب آوری، سلامت روان، ویروس کرونا، مقابله مذهبی*

Abstract

The aim of this study was to investigate the relationship between religious coping (positive and negative) with the dimensions of mental health in students during the quarantine of the coronavirus epidemic: role of resuscitation. The research method is descriptive of correlation type with path analysis. The statistical population of the study included all undergraduate students of Islamic Azad University, Rasht Branch in the second semester of the academic year 2020-2021, from which a sample of 220 students was selected by the available sampling method and completed the mental health questionnaire of Goldberg and Miller (GHQ), Connor & Davidson Resilience Questionnaire (CD-RISC) and the short form of Religious coping Scale by Pargament et al. (RCS). Data were analyzed using the path analysis method. The results showed that the direct effect of resilience on dimensions of mental health (physical complaints, anxiety and insomnia, social dysfunction, and depression) was significant (p <0.01). The effect of positive and negative religious coping on resilience was direct and significant (p <0.01). Also, positive and negative religious coping through resilience has an indirect and significant effect on the dimensions of mental health (p <0.01). Based on the findings, it can be concluded that the conceptual model has a good fit and the research findings on the relationship between religious coping and students' mental health through resilience, have practical implications for clinical and health psychologists.

Keywords: *Resilience, Mental health, Corona virus, Religious coping*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : مهر ۱۴۰۰** **پذیرش: بهمن ۱۴۰۰** **ویرایش نهایی: فروردین ۱۴۰۱**

مقدمه

نظام‌های آموزش عالی، به عنوان بارزترین نمود سرمایه‌گذاری نیروی انسانی، نقش اصلی را در تربیت و تأمین نیروی انسانی کارآمد بر عهده دارند که در این میان، دانشجویان از اقشار مستعد و برگزیده جامعه و سازندگان فردای هر کشور می‌باشند. همه‌گیری ویروس کرونا

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.3.0]

و قرنطینه خانگی، سبک زندگی آموزشی دانشجویان را تغییر داده و منجر به پیامدهای مختلفی در حوزه‌های تحصیلی و وضعیت روان-شناختی آنها گردیده است. در حال حاضر پاندمی کرونا[1] یکی از مسائل مهم و اصلی بهداشت و درمان در ایران و تمام دنیا می‌باشد (لیپستیک، سوئردلو و فینلی[2]، ۲۰۲۰) و نظام سلامت ایران و جامعه آن به شدت تحت تاثیر این پاندمی قرار گرفته است (سازمان بهداشت جهانی[3]، ۲۰۲۰). کرونا ویروس (کووید ۱۹) خانواده بزرگ از ویروس‌ها هستند که ممکن است باعث عفونت‌های تنفسی از سرماخوردگی گرفته تا بیماری‌های شدیدتر مانند مرس و سارس شوند. اخیراً این ویروس به نام کووید *۱۹* نام‌گذاری شده است؛ شیوع این ویروس از دسامبرسال ۲۰۱۹ در یوهان چین آغاز شد (سازمان بهداشت جهانی[4]، ۲۰۲۰). ویروس کرونا در ایران، نیز شیوع پیدا کرد و به سرعت سلامت روان[5] و جسمی را به خطر انداخت. علائم بیماری این ویروس از خفیف تا شدید متغیر است. علائم و نشانه‌های عفونت شامل تب، سرفه و مشکل در تنفس است (وو و مک گوکان[6]، ۲۰۲۰). اگرچه قرنطینه برای محافظت از سلامتی افراد در برابر بیماری‌های عفونی است، اما به طور گسترده‌ای به عنوان یک تجربه ناخوشایند در نظر گرفته می‌شود که ممکن است مشکلات روانی مختلفی از جمله افسردگی، اضطراب، ترس، تنهایی، نارضایتی و سرگیجه را در پی داشته باشد (لی و همکاران، ۲۰۲۰). متأسفانه محدود کردن تحرک افراد و محروم کردن آن‌ها از فعالیت و مراودات اجتماعی تأثیر منفی بر سطح شادی داشته است. علاوه بر این، در این مواقع، افزایش عواطف منفی توسط افراد، مانند احساس تنش، آشفتگی، غمگینی، اضطراب یا تنهایی (سیبلی و همکاران[7]، ۲۰۲۰) گزارش شده است. سلامت روانی دانشجویان می‌تواند تحت تاثیر شرایط همه‌گیری ویروس کرونا قرار بگیرد. سلامت در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی (۱۹۴۸) عبارت است از حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و تنها نبودن بیماری، معلولیت و یا زمین‌گیری نیست. ابعاد سلامت روان در پژوهش حاضر شامل شکایات جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی می‌باشد. مروری بر نتایج تحقیقات متعدد بر روی بیماران مبتلا به کووید-۱۹ نشان داد که اختلالات روانشناختی از جمله اضطراب[8]، ترس[9]، افسرگی[10]، تغییرات هیجانی، بیخوابی و اختلال استرس پس از سانحه[11] در این بیماران شایع است (شهیاد و محمدی، ۱۳۹۹). لیو[12] و همکاران(۲۰۲۰) نشان دادند که در زمان شیوع ویروس کرونا احساسات منفی (مانند اضطراب، افسردگی و عصبانیت) افزایش می‌یابد، در حالی که نمرات احساسات مثبت (شادکامی) و رضایت از زندگی کاهش یافته است و مردم بیشتر نگران سلامتی و خانواده خود بودند و کمتر به اوقات فراغت و دوستان توجه داشتند. کیو، شن، ژائو، وانگ، ژی و ژو (۲۰۲۰) و سارین و اریکسون (۲۰۱۳) دریافته‌اند که پریشانی‌های روانی مانند وحشت‌زدگی، اضطراب، افسردگی، ترس، انکار و ناامیدی اساسی‌ترین واکنش‌های روانی آسیب‌زا در اغلب افراد آسیب‌دیده و افراد در معرض شیوع بیماری‌ها بوده-اند. مطالعات حاکی از آن است که هم مذهب و هم تاب‌آوری نقش مهمی را در ارتقای سطح بهزیستی در شرایط همه‌گیری ایفا می‌کنند (جکسون[13]، ۲۰۲۱؛ کوسمس[14]، ۲۰۲۰).

هنگام بروز بحران، معنویت منبع قدرتمندی است که مانعی جدی در مقابله با فشارهای روانی و اضطراب به شمار می آید. باورهای مذهبی نقش مهمی در زندگی سلامت محور، بهبود سیستم ایمنی بدن و مقابله با فشارهای روانی دارد و از ارتباط فرد با خدا و زندگی ماورای طبیعت نشأت گرفته است (لی، گیل،هیدر و وانگ[15]، ۲۰۱۹). اعمال و باورهای مذهبی نقش موثری در کاهش استرس و اضطراب کرونا در بزرگسالان دارند (وکیلی، ریاضی، صفرپور دهکردی و ثناگوی محرر، ۱۳۹۹؛ هارولد و

1 - Corona Pandemic
2 - Lipsitc, Swerdlow, Finelli
3 - World Health Organization
4 - World Health Organization
5 - Menal Healh
6 - Wu & McGoogan
7 - Sibley -
8 - Anxiety
9 - Fear
10 - Depression
11 - Post Traumatic Stress
12 - liu
13 - Jackson
14 - Cosmas
15 . Li, Xu, Gill, Haider, Wang

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.3.0]

کوئینگ[1]، ۲۰۲۰؛ لی، وانگ، یو، ژاو، و ژیو[2]،۲۰۲۰). مذهب نیز در ماهیت شناختی نوعی سبک مقابله است و نقش جدایی ناپذیری در مقابله افراد با حوادث استرس‌زا بازی می‌کند. به عبارتی دیگر، مذهب و مقابله همگرا هستند، بخصوص زمانی که مذهب در زندگی فرد مهم است و با حوادث استرس‌زا مواجه می‌شود (فوکس[3]، ۲۰۰۱؛ نقل از احمدی، ۱۳۹۱). افزایش باورهای دینی می‌تواند سطح اضطراب افراد را کاهش دهد (سالاری‌پور، مکتبی و عالی‌پور بیرگانی، ۱۳۹۷) و اثرگذاری مثبتی بر تعدیل اثرات منفی تجارب درناک زندگی (اوده، ۲۰۰۹)، تنظیم هیجانات(محمودی، صادقی و جمال امیدی، ۱۳۹۶)، گسترش ایمنی درونی (اسمیت و مک شری،۲۰۰۴) افزایش سلامت روان (هوج، موزر، و شیفر، ۲۰۱۹ و دیلی و استوارت، ۲۰۰۱) داشته باشد (شیوندی و حسنوند، ۱۳۹۹). مقابله مذهبی می‌تواند هم بی‌اثر (منفی) شامل ارزیابی منفی از خدا به عنوان تنبیه‌کننده، خشم و شک و تردید درباره قدرت خدا و ... باشد (پارگامنت، کوئینگ و پرز[4]، ۲۰۰۰)، و هم موثر (مثبت) شامل به چالش کشیدن تبیین‌های علوم طبیعی و یافتن معنا و تعریف مجدد عوامل استرس‌زا به عنوان فرصتی برای رشد معنویت باشد (کینگ و روسر[5]، ۲۰۰۹). پیشینه‌ها در خصوص ارتباط مقابله مذهبی با سلامت روان بسیار محدود است اما در این راستا یوسفی، رفیعی و طیری (۱۳۹۸) نشان داده‌اند که هرچه میزان سلامت معنوی در افراد بالاتر باشد، میزان آسیب‌های روانی در آن‌ها کمتر است و این عامل یک پیش‌بینی کننده‌ی قوی در رویارویی موفق با بحران‌های روانی است. نتایج مطالعه میرحسینی، نوحی، جان بزرگی، مهاجر و ناصری (۱۳۹۹) نشان داد سلامت معنوی و مقابله مذهبی می‌تواند اضطراب مرگ را در بیماران مبتلا به ویروس کرونا پیش‌بینی کند.

ارتباط بین باورهای مذهبی و سلامت روان دانشجویان در همه‌گیری ویروس کرونا می‌تواند ناشی از نقش واسطه‌ای سازه تاب‌آوری باشد. در همه‌گیری ویروس کرونا، تاب‌آوری بر سلامت روان تاثیر دارد (لیزا[6] و همکاران، ۲۰۲۱؛ فگیو[7] و همکاران، ۲۰۲۰؛ گلدن[8]، ۲۰۲۱). کرونا منجر به سطح پایین تاب‌آوری می‌شود (نصیرزاده، آخوندی، جمالی‌زاده و خرم نیا، ۱۳۹۹). تابآوری مفهوم روان‌شناختی است که توضیح می‌دهد چگونه افراد با موقعیتهای غیرمنتظره کنار می‌آیند و به معنای سرسختی در مقابل استرس، توانایی برگشت به حالت عادی و زنده ماندن و تلاش کردن در شرایط ناگوار است (میکائیلی،گنجی و طالبی، ۱۳۹۱). مک‌کوبین[9](۱۹۹۶) تاب‌آوری را کنارآمدن موفقیت‌آمیز فرد با عوامل استرس‌زا و موقعیت‌های دشوار تعریف کرده است. افـراد دارای تـاب‌آوری بـالا، برخلاف افراد دارای تاب‌آوری پایین از چالش‌ها بیشتر لذت می‌برند، هیجان‌ها و احساس‌های منفی را مثبت‌تر ارزیابی می‌کنند، نگاه خوش بینانه‌تری به زندگی دارند و از راهبردهای مقابله‌ای سازگارتر و مناسب‌تر استفاده می‌کنند (ساس[10]، ۲۰۲۰). مقابله مذهبی با تاب‌آوری مرتبط می‌باشد (باقری، صفورایی و صفورایی، ۱۳۹۹؛ پیروتینسکی، چرینیاک و روزمارین[11]،۲۰۲۰). ادارا[12] و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که در همه‌گیری ویروس کرونا، تاب‌آوری بر ارتباط مذهب با بهزیستی روانی دانشجویان نقش واسطه‌ای دارد. مطالعه شاو[13] (۲۰۲۰) نشان داد که بیماری همه‌گیر کرونا از طریق افزایش ناامیدی و ناتوانی و کاهش تاب‌آوری باعث کاهش بهزیستی روانی می‌شود.

روی هم رفته، تعطیلی دانشگاه‌ها و قرنطینه‌کردن خانگی دانشجویان به دلیل شیوع بیماری کرونا، روی سلامت روان شناختی آن‌ها تأثیرگذار است. کم‌شدن فعالیت فیزیکی، به‌وجود آمدن محرک‌های استرس‌زا مانند ترس از مبتلا شدن در منزل، افکار ناخوشایند، کمبود ارتباط با هم‌کلاسی‌ها، دوستان، کمبود فضای مناسب برای فعالیت‌ها و همچنین ترس و اضطراب خانواده در خانه می‌تواند اثرات ماندگاری روی سلامت‌روان دانشجویان داشته باشد. اضطراب ناشی از ویروس کرونا و قرنطینه‌سازی خانواده‌ها، سلامت روان دانشجویان را تحت تاثیر قرار می دهد و به نوبه خود نقش باورهای مذهبی و تاب‌آوری در شرایط همه‌گیری و تاثیر آن بر سلامت روان دانشجویان غیرقابل انکار هست. از سویی دیگر، در خصوص ارتباط متغیرهای پژوهش و بویژه در جمعیت دانشجویی، خلاء پژوهشی وجود دارد. لذا، پژوهش حاضر

1 . Harold & Koenig
2 . Li, Wang, Xue, Zhao, Zhu
3 . Fox
4 . Pargament, Koeing, & Perez
5 . king, & Roeser
6 . Lisa
7 . Fugui
8 . Golden
9 . Harold & Koenig
10 . Suss
11 . Pirutinsky, Chriniak, Rosmarin
12 . Edara
13 . Shaw

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.3.0]

با هدف بررسی رابطه مقابله مذهبی (مثبت و منفی) با ابعاد سلامت روان دانشجویان در دوران قرنطینه همه‌گیری ویروس کرونا به واسطه نقش تاب‌آوری انجام شد.

روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف، بنیادی و از نظر روش اجرای پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی به روش تحلیل مسیر می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت که در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ مشغول به تحصیل بودند، می‌باشد که از میان آن‌ها، نمونه‌ای شامل ۲۲۰ دانشجو به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. با توجه به همه‌گیری ویروس کرونا و عدم بازگشایی دانشگاه و برگزاری کلاس‌ها بصورت مجازی، فرایند نمونه گیری به‌صورت آنلاین و از طریق شبکه اجتماعی واتساپ بود. معیارهای ورود به پژوهش عبارت است از دانشجوی مقطع کارشناسی بودن، دامنه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال (مرحله جوانی)، عدم سابقه اختلالات‌روانی و عدم مصرف داروهای روانپزشکی بر اساس اظهارات خود دانشجویان. معیار خروج شامل تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها بود. شیوه اجرای پژوهش به این صورت بود که با همکاری مسئول محترم آموزش و هماهنگی‌های انجام شده، پرسشنامه-ها در گروه‌های واتساپی مربوط به دروس دانشجویان مقطع کارشناسی ارسال شد و با ارائه توضیحات لازم در خصوص هدف پژوهش و همکاری اساتید مربوطه از دانشجویان درخواست شد که به سوالات پاسخ دهند. اطمینان‌بخشی به آزمودنی‌ها مبنی بر محرمانه ماندن اطلاعات صورت گرفت و از شرکت‌کنندگان خواسته شد که با صداقت به سؤالات پاسخ دهند. اجرا به صورت انفرادی بود و جهت تکمیل پرسشنامه‌ها محدودیت زمانی وجود نداشت. جهت بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و آمار توصیفی، با کمک نرم افزار SPSS-۲۰، شاخص‌های توصیفی فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌های آماری جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش از روش آماری تحلیل مسیر با استفاده از نرم افزار آماری لیزرل ورژن ۸/۸۰ استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه سلامت روان[1](GHQ): این پرسشنامه توسط گلدبرگ و میلر[2] (۱۹۷۲) ارائه شده است. دارای ۲۱ سؤال، چهار مقیاس فرعی (شکایات جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی، افسردگی) و هر مقیاس دارای هفت پرسش است. پاسخ به هر سؤال با یک طیف لیکرت از چهارگزینه‌ای از ۰ تا ۳ نمره-گذاری می‌شود. چان (۱۹۸۵) ثبات درونی آزمون را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) اعتبار آزمون را با استفاده از روش بازآزمایی به فاصله ۸ ماه ۰/۹۰ گزارش کردند (امین پور و زارع، ۱۳۹۴). کالمن، ویلسن و کالمن (۱۹۸۳)، دو پرسشنامه سلامت عمومی و مقیاس ناامیدی بک را بر روی ۱۰۱ نفر آزمودنی اجرا نمودند و ضریب روایی همزمان ۰/۶۹ را گزارش نمودند (تقوی، ۱۳۸۰). در ایران حساسیت این آزمون بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۸، کارایی آن ۰/۷۶، ضریب اعتبار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ گزارش شده است (برجعلی و ناصری‌نیا، ۱۳۹۸). پایایی ابزار در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ نیز ۰/۸۰ به دست آمد.

پرسشنامه تاب‌آوری کانر-دیویدسون[3](CD-RISC): پرسشنامه تاب‌آوری را کانر و دیویدسون[4] (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹-۱۹۹۱ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. پرسشنامه دارای ۲۵عبارت است، که در یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از ۰ (کاملاًنادرست) تا ۴ (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات آزمون بین ۱ تا ۱۰۰قرار دارد. کانر و دیویدسون پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کردند. روایی همگرا پرسشنامه با پرسشنامه سرسختی روانشناختی کوباسا در سطح ۰/۰۱ معنادار (r=۰/۸۵) و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شد (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). در ایران عیوضی، کرمی و حاتمیان (۱۳۹۸) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش کردند. در ایران، روایی همزمان این مقیاس با پرسشنامه‌های خودکارآمدی، پرخاشگری، و رضایت از زندگی، به ترتیب r=۰/۱۸، r=۰/۲۳، و r=۰/۱ به دست آمده است (کیهانی، تقوایی، رجبی و امیرپور، ۱۳۹۴). پایایی ابزار در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ نیز ۰/۸۸ به دست آمد.

1 . Goldberg mental health
2 . goldberg & miller
3 . Connor-Davidson Resilience scale
4 . Connor & avidson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.3.0]

مقیاس مقابله مذهبی- فرم کوتاه(*RCS*)[1]: فرم کوتاه مقیاس مقابله مذهبی توسط پارگامنت و همکاران (۲۰۱۱) به منظور سنجش سبک‌های مقابله مذهبی هنگام مواجهه با فشارزاهای روانی و بحران‌های زندگی ساخته شده است. این مقیاس شامل ۱۴ سوال است. هفت سوال مربوط به راهبردهای مقابله مذهبی مثبت و هفت سوال مربوط به راهبردهای مقابله منفی است. سوالات ۱تا۷ سبک مقابله مثبت و سوالات ۸ تا ۱۴ سبک مقابله منفی را می‌سنجد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از ۰ (هیچوقت) تا ۳ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. پارگامنت و همکاران (۲۰۱۱) گزارش کرده‌اند که مقابله مذهبی منفی از روایی همزمان مناسبی با مقیاس عاطفه منفی (r=۰/۶۱) برخوردار است و ضریب همسانی درونی دو زیرمقیاس را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۱ گزارش نمودند. محمدزاده، جعفری و حاجلو (۱۳۹۴) نیز با روش آلفای کرونباخ به همسانی درونی ۰/۹۲ و ۰/۸۱ دست یافتند. و ضریب همبستگی زیرمقیاس مقابله مذهبی مثبت و نیز زیرمقیاس مقابله مذهبی منفی را با مقیاس اضطراب مرگ به ترتیب، ۰/۸۵ و ۰/۸۳- به دست آوردند. در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی مقابله مذهبی مثبت و منفی به روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۰ به دست آمد.

یافته ها

در خصوص ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد نمونه باید اذعان کرد که ۱۸۹ نفر (۸۵/۹٪) از نمونه‌ها دانشجوی دختر و۳۱ نفر (۱۴/۱٪) دانشجوی پسر بودند. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان به ترتیب ۲۲/۵۸ و ۳/۲۴ بود. ۸۹٪ افراد شرکت‌کننده در پژوهش به طبقه اقتصادی- اجتماعی متوسط تعلق داشتند. جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱-مقابله مذهبی مثبت	-						
۲-مقابله مذهبی منفی	-۰/۴۷	-					
۳-تاب آوری	۰/۵۱	-۰/۳۹	-				
۴-شکایات جسمانی	-۰/۶۱	۰/۴۷	-۰/۴	-			
۵-اضطراب و بی¬خوابی	-۰/۵۸	۰/۴۴	-۰/۴۸	۰/۵۷	-		
۶-نارساکنش¬وری اجتماعی	۰-/۴۷	۰/۳۳	۰-/۶۳	۰/۴۹	۰/۶۴	-	
۷-افسردگی	-۰/۵۹	۰/۵	-۰/۴۴	۰/۶۱	۰/۵۴	۰/۶۲	-
میانگین	۱۵/۲	۳/۱	۸۹/۱۶	۶	۷	۱۳/۲۴	۴/۵۶
انحراف استاندارد	۴/۱۱	۲/۳	۱۷/۰۵	۳/۰۴	۴/۶۱	۳/۴۳	۲/۵

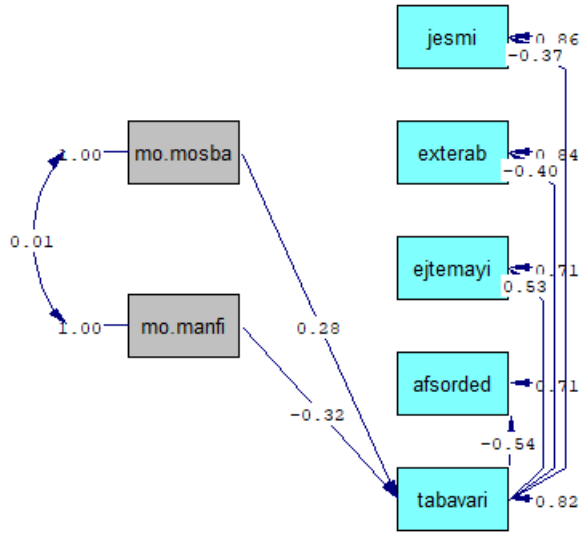
ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است. بر اساس نتایج جدول ۱، همبستگی بین مقابله مذهبی مثبت و تاب‌آوری با ابعاد سلامت روان منفی و معنادار است (P<۰/۰۱) اما ارتباط مقابله مذهبی منفی با ابعاد سلامت‌روان مثبت و معنادار می‌باشد (P<۰/۰۱).

به منظور تعیین روابط مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پیش‌بین (مقابله مذهبی مثبت، مقابله مذهبی منفی، تاب‌آوری) با متغیر ملاک (ابعاد سلامت روان)، جهت آزمون روابط مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک، از روش تحلیل مسیر استفاده گردید. در ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها با روش کالموگروف اسمیرنف بررسی شد که نتایج حاکی از آن بود که توزیع متغیرها نرمال

1 . Religious Coping Scale

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.3.0]

می‌باشد (P<۰/۰۵). همچنین مفروضه وجود رابطه خطی بین متغیرهای پیش‌بین با متغیر وابسته و نیز عدم وجود همخطی چندگانه در سطح ۰/۰۵برقرار بود. ابتدا نمودار مدل مقادیر (ضرایب) مسیر مستقیم و غیرمستقیم استاندارد شده روابط میان متغیرها در شکل ۱ ترسیم گردید. به منظور نشان دادن معناداری روابط بین متغیرهای پژوهش از آماره t-value استفاده شده است. قدر مطلق این آماره برای معناداری روابط بین مسیرها (متغیرها)، و مقادیر برآورد شده ، باید بزرگتر از ۲ باشد، تا از لحاظ آماری معنادار تلقی شوند. با توجه به قدر مطلق t-value های محاسبه شده، کلیه ضرایب مسیر به دست آمده از لحاظ آماری معنادار هستند.



شکل ۱. مدل مسیر متغیرهای پیش‌بین بر متغیر ملاک

نتایج مسیر متغیرهای پیش بین بر متغیر ملاک در شکل ۱ نشان می دهد که نقش واسطه ای تاب‌آوری در رابطه مقابله مذهبی با ابعاد سلامت روان تایید شده است. بدین صورت که از بین متغیرهای پیش‌بین، مقابله مذهبی مثبت و مقابله مذهبی منفی ارتباط غیرمستقیم و تاب‌آوری ارتباط مستقیم بر ابعاد سلامت روان دارد. در مجموع، نتایج ارتباط مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پیش‌بین (مقابله مذهبی مثبت، مقابله مذهبی منفی، تاب‌آوری) بر متغیر ملاک ابعاد سلامت روان (شکایات جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش وری اجتماعی، افسردگی) را نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج روابط مستقیم متغیرهای پیش بین و ملاک

متغیرها	مقادیر استاندارد شده	مقادیر استاندارد نشده	T	سطح معناداری
مقابله مذهبی مثبت بر تاب‌آوری	۰/۵۲	۱/۸۵	۹/۵۲	۰/۰۰۱
مقابله مذهبی منفی بر تاب آوری	-۰/۲۳	-۱/۱۶	-۴/۲۳	۰/۰۰۱
تاب آوری بر شکایات جسمانی	-۰/۲۴	-۰/۲۶	-۳/۱۱	۰/۰۰۱
تاب آوری بر اضطراب و بی خوابی	-/۳۳	-۰/۲۸	-۴/۴	۰/۰۰۱
تاب آوری بر نارساکنش وری اجتماعی	-۰/۵۱	-۰/۳۶	-۷/۳	۰/۰۰۱
تاب آوری بر افسردگی	-۰/۳۷	-۰/۲۹	-۵/۶	۰/۰۰۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.3.0]

بر اساس نتایج جدول ۲، مقابله مذهبی مثبت با ضریب اثر ۰/۵۲ و مقابله مذهبی منفی با ضریب اثر ۰/۲۳- دارای ارتباط مستقیم و معناداری با متغیر تاب‌آوری می باشند. تاب‌آوری با ضرایب اثر ۰/۲۴- بر شکایات جسمانی، با ضریب اثر ۰/۳۳- بر اضطراب و بی‌خوابی، با ضریب تاثیر ۰/۵۱ - بر نارساکنش‌وری اجتماعی و با ضریب تاثیر ۰/۳۷- با افسردگی ارتباط مستقیم و معناداری دارد. لذا می‌توان گفت یافته پژوهش مبنی بر ارتباط مستقیم مقابله مذهبی مثبت و منفی با تاب‌آوری تایید می‌شود. همچنین ارتباط مستقیم تاب‌آوری با ابعاد سلامت روان معنادار می‌باشد.

جدول ۳. نتایج روابط غیر مستقیم متغیرهای پیش بین و ملاک

متغیرها	مقادیر استاندارد شده	مقادیر استاندارد نشده	T	سطح معنی داری
مقابله مذهبی مثبت بر شکایات جسمانی	-۰/۰۷	-۰/۰۴	-۰/۹۳	P>۰/۰۵
مقابله مذهبی منفی بر شکایات جسمانی	۰/۳	-۰/۲۶	۴/۷۱	P<۰/۰۰۱
مقابله مذهبی مثبت بر اضطراب و بی خوابی	-۰/۰۴	-۰/۰۴	-۰/۵۶	P>۰/۰۵
مقابله مذهبی منفی بر اضطراب و بی خوابی	۰/۲۳	۰/۲۸	۳/۶	P<۰/۰۰۱
مقابله مذهبی مثبت بر نارساکنش وری اجتماعی	-۰/۰۵	-۰/۰۵	-۰/۷۴	P>۰/۰۵
مقابله مذهبی منفی بر نارساکنش وری اجتماعی	۰/۱۲	-۰/۱۱	-۱/۵۴	P<۰/۰۰۱
مقابله مذهبی مثبت بر افسردگی	-۰/۱۰	-۰/۰۹	-۱/۶۴	P>۰/۰۵
مقابله مذهبی منفی بر افسردگی	۰/۳۵	۰/۴۴	۶/۲۹	P<۰/۰۰۱

نتایج جدول ۳ نشان داد ارتباط غیرمستقیم مقابله مذهبی منفی با شکایات جسمانی با ضریب اثر ۰/۳، بر اضطراب و بی‌خوابی با ضریب تاثیر ۰/۲۳، و بر افسردگی با ضریب تاثیر ۰/۳۵ معنادار می‌باشد. ارتباط غیرمستقیم مقابله مذهبی مثبت با ابعاد سلامت روان معنادار نمی‌باشد. لذا می‌توان مقابله مذهبی منفی بواسطه تاب آوری با ابعاد سلامت روان ارتباط دارد.

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل

شاخص‌های برازش	CFI	GFI	AGFI	NNFI	RMSEA
دامنه مورد قبول	> ۰/۹	> ۰/۹	> ۰/۹	> ۰/۹	< ۰/۰۶
مقادیر برازش	۱	۱	۰/۹۹	۱/۰۳	۰/۰۰۲

نتایج شاخص‌های برازش بدست آمده در جدول ۴ نشان می دهد که مقادیر بدست آمده در مدل، با داده‌ها برازش دارد و شاخص های بدست آمده، نشاندهندهٔ برازندگی و تناسب خوب مدل می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه مقابله مذهبی (مثبت و منفی) با ابعاد سلامت روان دانشجویان در دوران قرنطینه همه‌گیری ویروس کرونا با در نظر گرفتن نقش واسطه‌ای تاب‌آوری انجام شد. یافته اول پژوهش مبنی بر ارتباط مستقیم مقابله مذهبی مثبت و منفی با تاب‌آوری مورد تایید قرار گرفت. مقابله مذهبی مثبت ارتباط مثبت و مقابله مذهبی منفی ارتباط منفی و معکوس دارد. این یافته همسو با نتایج پژوهش باقری و همکاران (۱۴۰۰) و پیروتینسکی و همکاران (۲۰۲۰) می‌باشد. چانگ و همکاران (۲۰۲۱) ارتباط مذهب با تاب‌آوری روانی مراقبین سلامت را در همه‌گیری ویروس کرونا معنادار گزارش کردند. در تبیین این یافته باید اشاره کرد که افراد با معنویت بالا به دلیل توجه بیشتر به تعاملات مثبت اجتماعی و محیطی و نیز دوری از انزوای اجتماعی و برخورداری از مهارت حل مسئلهٔ فعال و زندگی همراه با هدف، کیفیت زندگی بالاتری را تجربه خواهند نمود (هیدی، ۲۰۱۰). دینر (۲۰۰۲) رابطهٔ مستقیمی بین نگرش معنوی و قدرت

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.3.0]

انطباق با محیط و مقابلهٔ مؤثر در افزایش سطح روانی گزارش کرده است. عوامل مذهبی و معنویت می‌تواند نقش مهمی در توانمندسازی افراد در جنبه‌های مختلف زندگی داشته باشد (ستوده و همکاران، ۱۳۹۵). عمل به دین، ابراز ایمان و پرورش معنویت می‌تواند مقاومت جسمانی و روانی انسان را افزایش دهد (لوین[1]، ۲۰۲۰).در همه‌گیری ویروس کرونا، مردم برقدرت خدا تکیه کرده و باور به وجود خداوند بیانگر نشاط خوشایندی است که منجر به تاب‌آوری فرد در چالش‌های بحران همچون همه‌گیری کنونی می‌شود (ادارا و همکاران، ۲۰۲۰). مذهب و معنویت به عنوان منابع راهبردهای مقابله با درماندگی هیجانی در شرایط چالش انگیز شناخته می شوند (نیتا[2]، ۲۰۱۹)، و با توانایی افراد برای انطباق با مشکلات و عوامل استرس‌زای همه‌گیری بیماری‌ها مرتبط است (ادارا و همکاران، ۲۰۲۱). نگرش معنوی و به تبع آن مقابله مذهبی منجر به پذیرش قدرت لایزال خداوند و اعتقاد به ناپایداری دنیا می‌شود، این نگرش با افزایش آستانهٔ تحمل و تاب‌آوری در مواجهه با شرایط دشوار زندگی، سازگاری را ارتقا داده و منجر به ارتقای بهزیستی روانی افراد می‌گردد.

یافته دوم پژوهش نشان داد که ارتباط تاب آوری با ابعاد سلامت روان مورد تایید قرار گرفت که این یافته همسو با نتایج پژوهش لیزا و همکاران (۲۰۲۱)، گلدن و همکاران (۲۰۲۱)، و فیوگیو و همکاران (۲۰۲۱) می‌باشد. به باور ریف و سینگر (۲۰۰۳)، افراد تاب‌آور در حفظ سلامت جسمی و روان‌شناختی خود بهتر عمل می‌کنند، که این وضعیت قدرت بیشتری را برای بهبود آسان‌تر و سریع‌تر از موقعیت‌های تنیدگی زا می‌دهد و نقش مهمی در سلامت روان‌شناختی بازی می‌کند (وینایاک و جادج[3]، ۲۰۱۸). هر چه فرد قدرت بیشتری در تاب‌آوری، مقابله با مشکلات زندگی و تنیدگی‌های زندگی داشته باشد، کمتر در معرض آشفتگی‌های روانی و هیجانی قرار می‌گیرد و از سلامت و بهزیستی بالاتری بهره مند می‌شود (هارون الرشید و منصوری راد، ۱۳۹۶). تاب‌آوری بر سازگاری فرد با شرایط کرونا تاثیر مثبت دارد (بکهوس[4] و همکاران، ۲۰۲۱). هرچه فرد، قدرت بیشـــتری در مقابله با مشکلات و استرس‌های زندگی داشته باشد، کمتر در معرض آشـــفتگی‌های روانی و هیجانی قرار می‌گیرد و از سلامت و بهزیستی روانی بالاتری بهره‌مند می‌شود. به نظر می‌رسد افراد تاب‌آور، به طرز خالقانه و انعطاف‌پذیری به مسائل می‌نگرند، برای حل آنها طرح و برنامه‌ریزی می‌کنند و منابع کاملی برای مقابله با مشکلات دارند که این عوامل باعث می‌شـــود فرد از بهداشـــت روانی و بهزیســـتی روان‌شناختی بالایی برخوردار باشد.

همچنین یافته سوم پژوهش نشان داد که ارتباط مقابله مذهبی منفی با ابعاد سلامت روان به واسطه تاب‌آوری معنادار است که این یافته نیز در راستای نتایج پژوهش ادارا و همکاران (۲۰۲۱) است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت مقابله مذهبی به عنوان یک تعدیلگر تنیدگی عمل کرده، افـراد با مقابله مذهبی مثبت، تنیدگی کمتری را تجربه می‌کننـد. افـرادی کـه دارای مقابلـه مـذهبی مثبـت هستند؛ یعنی هنگام مواجهه با مشکلاتی همچون درد و بیماری با انجام اعمال مـذهبی، اضـطراب خود را کاهش می‌دهند، در مقایسه با افـرادی کـه مقابلـه مـذهبی منفـی دارنـد؛ بهداشـت روانـی مثبت‌تری دارند. افراد دارای مقابله مذهبی مثبت، سلامت روانی بالاتری دارند و افراد دارای مقابلـه مذهبی منفی احتمالاً پیامدهای منفی‌تری را تجربه می‌کنند (شریف‌نیا و همکاران، ۱۳۹۶). افرادی که رابطـه‌ای قـوی بـا خـدا داشته باشند، به خدا توکل و برعقاید مذهبیشان تکیه می‌کنند تا مشکلاتشان کم شود. مقابله مذهبی منفی فاقد یک رابطه عمیق درونی است و به نظر می‌رسد همراه با خصیصه اضطرابی باشد؛ یعنی در این نوع سبک مقابله مذهبی، ترس از تنبیه و طرد از سوی خدا توسط فرد مدنظر قرار می‌گیرد. این افراد خدا را بیشتر به عنوان منبعی از درد و تنبیه تصور مـی‌کننـد تـا منبعـی از عشـق و محبت؛ در حالی که مقابله مذهبی مثبت مبتنی بر یـک رابطـه عاشـقانه بـا خـدا و حـس ارتبـاطی معنوی با دیگران و اعتقـاد به هدفمندی دنیا و در نتیجه نظری مثبت نسبت به آفرینش است (میرحسینی و همکاران، ۲۰۲۰). باورها و نگرش های مذهبی و معنوی بر مولفه های شناختی افراد مانند تفسیر وقایع، خوش بینی یا بدبینی و نوع پنداشت آن‌ها تاثیر گذاشته و این مولفه ها نیز از راه سامانه ایمنی و عصبی روانی بر سلامت بهزیستی و بهداشت جسم و روان انسان تاثیر می گذارند (پاکیزه، ۱۳۸۷؛ نقل از مقتدر، ۱۳۹۶). دانشجویان با مقابله مذهبی منفی، به دلیل تاب‌آوری پایین، کمتر می‌توانند در شرایط تنش‌زایی همچون همه‌گیری ویروس کرونا، عواطف منفی‌شان را کنترل کرده و مشکلات زندگی را مدیریت کنند و رفتارهای سازگارانه‌تری خواهند داشت، در نتیجه از وضعیت مطلوب سلامت روان برخوردار خواهند بود. دانشجویان به دلیل شرایط قرنطینه، با انجام اعمال مذهبی و مقابله مذهبی، توان تحمل بالایی در برابر شرایط دشوار داشته و به دلیل تاب‌آوری بالا در برابر شرایط استرس‌زای ناشی از ویروس کرونا و دوران قرنطینه به بهزیستی لازم دست می‌یابند. در واقع، مقابله

1 . Levin
2 . Nita
3 . Vinayak, & Judge
4 . Backhaus

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.3.0]

مذهبی منفی کمتر و تاب‌آوری بیشتر به عنوان سپری در برابر شرایط دشوار قرنطینه بوده و مقابله بهتر و امیدواری بیشتری را در غلبه بر مشکلات سلامت روان رقم می‌زنند.

بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که در شرایط قرنطینه همه‌گیری ویروس کرونا، دانشجویانی که از سطح بالای تاب‌آوری روانی برخوردارند شکایات جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی کمتری خواهند داشت. همچنین، دانشجویانی که از نمره بالایی در مقابله مذهبی منفی برخوردارند شکایات جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی بالایی را تجربه می‌کنند. یافته‌های پژوهش مبنی بر ارتباط مقابله مذهبی با سلامت روان دانشجویان به واسطه تاب‌آوری، دارای تلویحات کاربردی برای روان‌شناسان بالینی و سلامت می‌باشد.

محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت است از انتخاب افراد به روش در دسترس و غیرتصادفی که البته به دلیل شرایط همه‌گیری ویروس کرونا بوده که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی انتخاب افراد به صورت تصادفی صورت گیرد. همچنین، عدم کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی محدودیت دیگر پژوهش است که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مدنظر قرار گیرد. انجام چنین اقداماتی ممکن است الگوهای جدیدی از همبستگی‌ها را آشکار سازد.

منابع

احمدی، ب. (۱۳۹۱). نقش واسطه‌گری مقابله مذهبی در سبک‌های دلبستگی به خدا و سلامت‌روان والدین کودک با ناتوانی ویژه. تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۱۰، ۷-۲۰.

امین‌پور، ح.، زارع، ح. (۱۳۹۴). کاربرد آزمون‌های روانی. تهران: دانشگاه پیام نور.

باقری، ل.، صفورائی پاریزی، س.، صفورائی پاریزی، م. م. (۱۳۹۹). پیش‌بینی تاب‌آوری مبتلایان به کرونا بر اساس امید، سبک مقابله‌ی مذهبی، هوش معنوی و شفقت به خود. *قرآن و طب*، ۵، ۱-۱۰.

برجعلی، م.، ناصری‌نیا، س. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرایندی هیجان بر سلامت روان، شفقت خود و وسوسه در معتادان. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۰(۴۰)، ۱۳۳-۱۵۴.*

تقوی، م. ر. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی. *مجله روان‌شناسی*، ۵(۴)، ۳۸۱-۳۹۸.

ستوده، ح.، شاکری‌نیا، ا.، خیراتی، م.، درگاهی، ش.، قاسمی جوبنه، ر. (۱۳۹۵). رابطه بین هوش معنوی و هوش اخلاقی با بهزیستی روان‌شناختی پرستاران. اخلاق و تاریخ پزشکی، ۹(۱)، ۶۳-۷۳.

شریف‌نیا، ح.، حجتی، ح.، نظری، ر.، قربانی، م.، آخوندزاده، گ. (۱۳۹۱). تأثیر دعا بر سلامت معنوی بیماران همودیالیزی . *پرستاری مراقبت ویژه*، ۵ (۱)، ۳۴-۲۹.

شهیاد، ش.، محمدی، م. ت. (۱۳۹۹). آثار روان‌شناختی گسترش بیماری کووید-۱۹ بر وضعیت سلامت روان افراد جامعه: مطالعه مروری. *مجله طب نظامی*، ۲(۲۲)، ۱۸۴-۱۹۲.

شیوندی، ک.، حسنوند، ف. ا. (۱۳۹۹). تدوین مدل پیامدهای روان‌شناختی اضطراب ناشی از اپیدمی کروناویروس و بررسی نقش میانجی‌گری سلامت معنوی. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۱۱(۴۲)، ۱-۳۶.

عیوضی، س.، کرمی، ج.، حاتمیان، پ. (۱۳۹۸). اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر یوگا بر کاهش اضطراب و ارتقاء تاب‌آوری در زنان میانسال شهر کرمانشاه. پژوهش پرستاری، ۱۴ (۲)، ۳۷-۳۱.

کیهانی، م.، تقوایی، د.، رجبی، ا.، امیرپور، ب. (۱۳۹۴). ثبات درونی و تحلیل عاملی تاییدی مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون در بین زنان پرستار. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۴(۱۰)، ۸۵۷-۸۶۵.

محمدزاده، ع.، عیسی، ج.، حاجلو، ن. (۱۳۹۴). ارتباط اضطراب مرگ با مقابله مذهبی، دلبستگی به خدا و عمل به باورهای مذهبی. *فرهنگ در دانشگاه اسلامی*، ۵ (۲)، ۲۵۹-۲۷۲.

مقتدر، ل. (۱۳۹۶). رابطه باورهای مذهبی و راهبردهای رویارویی با استرس در تاب‌آوری روانی و رضایت‌مندی زناشویی همسران جانباز. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*،۲۶ (۱۰۳)، ۴۵-۳۷.

میکائیلی، ن.، گنجی، م .، طالبی جویباری، م. (۱۳۹۱). مقایسه تاب‌آوری، رضایت از زناشویی و سلامت روان در والدین با کودکان دارای ناتوانی یادگیری و عادی. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۱(۲)، ۱۲۰-۱۳۷.

نوحی، ش.، میرحسینی، ح.، جان بزرگی، م.، مهاجر، ح.، ناصری فدافان، م. (۲۰۲۰). نقش سلامت معنوی و مقابله مذهبی در پیش‌بینی اضطراب مرگ بیماران با بیماری قلبی. *مطالعات در اسلام و روان‌شناسی*، ۱۴(۲۶)، ۲۹-۴۲.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.3.0]

نصیرزاده، م.، آخوندی، م.، جمالیزاده نوق، ا.، خرم‌نیا، س. (۱۳۹۹). بررسی وضعیت استرس، اضطراب، افسردگی و تاب‌آوری ناشی از شیوع بیماری کرونا در خانوارهای شهرستان انار در سال ۱۳۹۹: یک گزارش کوتاه. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۹ (۸)، ۸۹۸-۸۸۹.

هارون رشیدی، ه.، منصوری راد، و. (۱۳۹۶). رابطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تاب‌آوری با درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۳ (۱۴۶)، ۲۲-۱۵.

وکیلی، س.، ریاضی، ز.، صفرپور دهکردی، س.، ثناگوی محرر، غ. (۱۳۹۹). نقش فراهیجان‌های مثبت و منفی، باورهای مذهبی و تاب‌آوری در پیش‌بینی اضطراب کرونا مبتلایان به بیماری دیابت نوع دو. *پژوهش پرستاری*، ۱۵(۴)، ۹۲-۸۳.

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

Backhaus, I., isenop, F., Begotaraj, E., Cachia, J., Capolongo, S. (2021). Resilience and Coping with COVID-19: The COPERS Study. *Commentary Int J Public Health*, 66, 1-2.

Chang, M. C., Chen, P. F., Lee, T. H., Lin, C. C., Chiang, K. T., ET, A. L. (2021). The Effect of Religion on Psychological Resilience in Healthcare Workers during the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-8.

Connor, K. M., Davidson, J. R.T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*, 18(2), 76-82.

Cosmas, G. (2020). Psychological Support in Uplifting University Students' Happiness in Fighting the Coronavirus Lockdown. *Postmodern Openings*, 11 (2), 31–42.

Edara, R., Del Castillo, F., Ching, G. S., del Castillo, C. D. (2021). Religiosity, Emotions, Resilience, and Wellness during the COVID-19 Pandemic: A Study of Taiwanese University Students. *Enviromental Research and Public Health*, 18, 1-21.

Golden, E. A., Zweig, M., Danieletto, M., Landell, K., Nadkarni, G., et al. (2021). A Resilience-Building App to Support the Mental Health of Health Care Workers in the COVID-19 Era: Design Process, Distribution, and Evaluation. *JMIR Formative Research*, 5(5), 1-12.

Headey, B., Schupp, J., Tucci, I., Wagner, G. G. (2010). Authentic happiness theory supported by impact of religion on life satisfaction: A longitudinal analysis with data for Germany. *The Journal of Positive Psychology*, 5(1),73-82.

Harold, G., Koenig, M. D. (2020). Ways of protecting religious older adults from the consequences of COVID-19. The American *Journal of Geriatry Psychiatry*, 28 (7), 776-779.

Jackson, S.L. (2021). Faith, Resilience and Practice: The Relationship as the Medium for Connected Teaching. *Social Work & Christianity*, 48(1), 106–110.

King, P. E., & Roeser, R. W. (2009). *Religion and Spirituality in Adolescent Development.* Handbook of Adolescent Psychology.

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., et al. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), 1-12.

Li, C., Xu, Y., Gill, A., Haider, Z. A., Wang, Y. (2019). Religious beliefs, socially responsible investment, and cost of debt: Evidence from entrepreneurial firms in India. *Emerging Markets Review*, 38, 102-14.

Li, F., Luo, S., Mu, W., Li, Y., Ye, L., Zheng, X., … & Chen, X. (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), 1-14.

Li, L., Wan, C., Ding, R., Liu, Y., Chen, J., Wu, Z., … & Li, C. (2015). Mental distress among Liberian medical staff working at the China Ebola Treatment Unit: a cross sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 13(156), 1-6.

Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., Zhu, T. (2020).The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: A study on active Weibo users. *Environmental Research and Public Health*, 17(6), 1-9.

Lipsitc, M., Swerdlow, D. L., Finelli, L. (2020). Defining the epidemiology of Covid-19—studies needed. *New England Journal of Medicine*, 382 (13), 1194-1196.

Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y., Liu, Z., & Hu, S., Zhang, B. (2020). Mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 47-50.

Nita, M. (2019). Spirituality in Health Studies: Competing Spiritualities and the Elevated Status of Mindfulness. *Journal of Religion and Health*, 58, 1605–1618.

Pargament, K. I., Feuille, F., Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping. *Religions*, 2, 51-76.

Pargament, K. I., Koeing, H. G., & Perez, L. M. (2000). The Many Methods of Religious Coping: Development and Initial Validation of the Rcope. *Journal of clinical of psychology*, 56(4), 519-543.

Pirutinsky, S., Chriniak, A. D., Rosmarin, D. H. (2020). COVID-19, Mental Health, Religious Coping Among American Orthodox Jew. *Journal of Religion and Health*, 59, 2288–2301.

Sareen, J., Erickson, J., Medved, M. I. (2013). Risk factors for post-injury mental health problems. *Depress Anxiety*, 30, 321–327.

Shaw, S. C. K. (2020). Hopelessness, helplessness and resilience: The importance of safeguarding our trainees' mental wellbeing during the COVID-19 pandemic. *Nurse Education in Practice*, 44, 1-2.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.3.0]

Sibley, C. G., Greaves, L., Satherley, N., Wilson, M., Lee, C., … & Brlow, F. K. (2020). Short-term Effects of the Covid-19 Pandemic and a Nationwide Lockdown on Institutional Trust, Attitudes to Government, Health and Wellbeing. *American Psychology*, 75(5), 618-630.

Suss, H., Ehlert, U. (2020). Psychological resilience during the perimenopause. *Maturitas*, 131, 48-56.

Vinayak, S., & Judge, J. (2018). Resilience and empathy as predictors of psychologicalwellbeing among adolescents. *International Journal of Health Sciences & Research*, 8 (4), 192-200.

Vos, L. M. W., Habibovic., M., Nyklicek, I., Smeets, T., Mertens, G. (2021). Optimism, mindfulness, and resilience as potential protective factors for the mental health consequences of fear of the coronavirus. *Psychiatry Research*, 300, 1-8.

W.H.O. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak situation. (2020). Available from: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019.

Wu. Z., McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Jama*, 323 (13), 1239-1242.

Zhu, Y., Chen, L., Ji, H., Xi, M., Fang, Y., Li, Y. (2020). The Risk and Prevention of Novel Coronavirus Pneumonia Infections Among Inpatients in Psychiatric Hospitals. *Neuroscience Bulletin, 36(3), 299-302.*

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.3.0]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.3.0]