رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۳، شماره پیاپی ۸۴، خرداد ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(3), 2023

نقش میانجی تاب‌آوری روانشناختی در رابطه بین پریشانی روانشناختی و انزوای اجتماعی با بهزیستی روانشناختی بهبود یافتگان کووید-۱۹

The mediating role of psychological resilience in the relationship between psychological distress and social isolation with the psychological well-being of recovered from Covid-19

حمیدرضا حیدری
کارشناسی روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان(خوراسگان) اصفهان، ایران.
سمیه رهنمائی (نویسنده مسئول)
دانشجوی دکتری روانشناسی،گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان(خوراسگان) اصفهان، ایران.

چکیده
هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین پریشانی روانشناختی و انزوای اجتماعی با بهزیستی روانشناختی بهبودیافتگان کووید-۱۹ بود. این پژوهش، از نوع توصیفی- همبستگی و بر مبنای تحلیل مسیر بود. جامعه آماری شامل تمامی بهبودیافتگان بیماری کووید-۱۹ در زمستان ۱۴۰۰ بود که تعداد ۲۷۰ نفر به روش نمونه-گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس پریشانی روانشناختی (K-10)، انزوای اجتماعی (SIQ)، بهزیستی روانشناختی (RSPWB)، تاب‌آوری (CD-RISC) بود. داده‌ها با روش‌های ضرایب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد مسیرمستقیم پریشانی روانشناختی به تاب‌آوری روانشناختی و بهزیستی روانشناختی اثر معنادار داشت (P<۰/۰۵). همچنین مسیرمستقیم انزوای‌اجتماعی به تاب‌آوری روانشناختی معنادار بود (P<۰/۰۵). پریشانی روانشناختی با میانجیگری تاب‌آوری روانشناختی بر بهزیستی روانشناختی اثر معنادار غیرمستقیم داشت (P<۰/۰۵). انزوای‌اجتماعی با میانجیگری تاب‌آوری روانشناختی بر بهزیستی روانشناختی اثر معنادار غیرمستقیم داشت (P<۰/۰۵)، که این حاکی از برازش مطلوب بود. نتایج نشان داد که انزوای اجتماعی و پریشانی روانشناختی به واسطه کاهش تاب‌آوری روانشناختی بر بهزیستی روانشناختی در بین بهبودیافتگان کووید-۱۹ نقش دارد.

واژه‌های کلیدی: انزوای اجتماعی، بهبودیافتگان کووید-۱۹، بهزیستی روانشناختی، پریشانی روانشناختی، تاب‌آوری روانشناختی.

Hamidreza Heidari
Bachelor of Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.
Somayeh Rahnamaee*
Ph.D student, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.
s.rahnama2013@gmail.com

Abstract
The purpose of this study was to investigate the mediating role of resilience in the relationship between psychological distress and social isolation with the psychological well-being of those who have recovered from Covid-19. This research was descriptive correlation based on path analysis. The statistical population included all those who recovered from the Covid-19 disease in the winter of 1400, of which 270 people were selected by available sampling. Research tools included the psychological distress scale (K-10), social isolation (Yazdi School, 2013), psychological well-being (RSPWB), and resilience (CD-RISC). Data were analyzed by Pearson correlation coefficients and path analysis. The findings showed that the direct path of psychological distress to psychological resilience and psychological well-being had a significant effect (P<0.05). Also, the direct path of social isolation to psychological resilience was significant (P<0.05). Psychological distress had a significant indirect effect on psychological well-being through the mediation of psychological resilience (P<0.05). Social isolation with the mediation of psychological resilience had a significant indirect effect on psychological well-being (P<0.05), which indicated a favorable fit. The results showed that social isolation and psychological distress play a role in psychological well-being among those who have recovered from Covid-19 due to the reduction of psychological resilience.

Keywords: *Social isolation, recovered from Covid-19, psychological well-being, psychological distress, psychological resilience.*

نوع مقاله : پژوهشی	دریافت : مرداد ۱۴۰۱	پذیرش: فروردین ۱۴۰۲	ویرایش نهایی: خرداد ۱۴۰۲

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-18]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.18.6]

مقدمه

بیماری همه‌گیرکووید-۱۹در سراسر جهان، تأثیرات عمیق و طولانی مدت مخربی برسلامت و بهزیستی افراد داشت (چن[1]و همکاران، ۲۰۲۲). در چندسال اخیر، سراسر جهان با همه‌گیری ناشی از بیماری کووید-۱۹[2]، روبه رو شده است. از میان افراد مبتلاء حدوداً ۸۵ درصد، بهبود یافته‌اند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۲). افراد حتی پس از بهبودی از مرحله حاد بیماری، علائم پایدار یا دوره‌ای را تجربه می‌کنند که تأثیرات منفی بر عملکردهای شناختی، عملکرد روزانه و کیفیت زندگیشان دارد (کیم[3] و همکاران، ۲۰۲۲). این بیماری علاوه بر مشکلات جسمانی که برای افراد می‌تواند به همراه داشته باشد، طیف گسترده‌ای از عوارض روانی- اجتماعی را به واسطه قرارگرفتن در شرایط استرس‌زا نیز شامل شود (پانچانی[4] و همکاران، ۲۰۲۱). در میان این اثرات روانی- اجتماعی، علائمی چون، استرس شدید، اضطراب، ترس، اختلال در نحوه ارتباط با خود و محیط را می‌توان برشمرد. به همین دلیل انتظار می‌رود که زمینه‌های روانشناختی افراد تحت تاثیر قرار گیرند و باعث ایجاد فضای پریشانی روانی و انزوای اجتماعی گردد (باگوس[5] و همکاران، ۲۰۲۱). طبق نظرسنجی‌های انجام‌شده، بیماران اغلب پس از بهبودی از بیماری کووید-۱۹ از اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه، مشکلات روانشناختی و مشکل خواب رنج می‌برند (النیپکون [6]و همکاران، ۲۰۲۲). زورچر[7] و همکاران (۲۰۲۰) نشان داده‌اند که میزان درگیری افراد به مشکلات روانشناختی مانند اضطراب، افسردگی و استرس در این دوره افزایش چشم‌گیری داشته است.

در طول دوره همه‌گیری کووید-۱۹، زندگی افراد به شدت تغییر کرده است، یکی از تغییرات کلیدی ناشی از این همه‌گیری، افزایش پریشانی روانشناختی[8] می‌باشد (آهورسو[9]و همکاران، ۲۰۲۰؛ فرنچ[10]و همکاران، ۲۰۲۰). پریشانی روانشناختی یک توصیف برای احساسات یا هیجانات ناخوشایند که بر عملکرد فرد تاثیر می‌گذارد، به عبارت دیگر، نوعی ناراحتی روانی است که در فعالیت‌های روزمره افراد اختلال ایجاد می‌کند و می‌تواند منجربه دیدگاه‌های منفی نسبت به خود و دیگران شود (خالد[11] و همکاران، ۲۰۲۱). مطالعه مک گنتی[12] و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که میزان پریشانی روانی در سال ۲۰۲۰ در مقایسه با سال ۲۰۱۸ بالاتر بوده است. پژوهش‌های دیگر حاکی از کاهش شدید بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری روانشناختی و همچنین افزایش پریشانی روانشناختی در بین افراد دارای تجربه ابتلاء به کووید-۱۹ است (لی[13] و همکاران، ۲۰۲۱؛ لین[14]، ۲۰۲۰ و سدلار[15] و همکاران، ۲۰۱۸).

علاوه براین، در بیماری‌های همه‌گیر سطوح بالا و طولانی مدت انزوای اجتماعی[16]می‌تواند اثرات مخربی برسلامت روانی داشته باشد (ویلدراسمیت و فریدمن[17] ، ۲۰۲۰). ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۸) انزوای اجتماعی را عدم وابستگی به ارزش‌های موجود در اجتماع تعریف می‌کنند. به دیگر بیان انزوای اجتماعی از نظر ساختاری به عنوان فقدان تعاملات اجتماعی و ارتباط با خانواده و دوستان درسطح فردی تعریف می‌شود (جونگ[18] و همکاران، ۲۰۲۲). با شروع همه‌گیری کووید-۱۹دولت‌ها مجبور به اعمال محدودیت‌هایی از جمله قرنطینه خانگی وکاهش گردهمایی‌های عمومی به دلیل کاهش زنجیره انتقال شدند که این کاهش ارتباط اجتماعی افراد منجر به انزوای اجتماعی در سراسر جهان گردید (ویلدراسمیت و فریدمن، ۲۰۲۰). انزوای اجتماعی که در طول یک بیماری همه‌گیر اتفاق می‌افتد، اثرات روانشناختی فراوانی به همراه دارد (رضی و همکاران، ۲۰۲۰). شواهد ونتایج به دست آمده از شیوع بیماری‌های همه‌گیر عفونی قبلی از جمله سارس،

1 Chen
2 Novel coronavirus
3 Kim
4 Pancani
5 Bagus
6 Olanipekun
7 Zürcher
8 Psychological distress
9 Ahorsu
10 French
11 Khalid
12 McGinty
13 Lee
14 Lin
15 Sedlar
16 Social isolation
17 Wilder-Smith & Freedman
18 Jeong

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.18.6]

اثرات روانی زیان آور انزوای اجتماعی را نشان می‌دهد (بروکس[1] و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین نتایج پژوهش بردیت[2] و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد روابط اجتماعی ضعیف در دوران بیماری‌های همه‌گیر با بهزیستی روانشناختی ضعیف‌تر همراه است.

اثرات منفی انزوای اجتماعی بر بهزیستی روانشناختی[3] در مطالعات زیادی مورد بررسی قرارگرفته است (پانچانی و همکاران، ۲۰۲۱؛ اورو[4] وهمکاران، ۲۰۲۰). بهزیستی روانشناختی یکی از عوامل مهم سلامت‌روان است و می‌توان آن را به عنوان شادی و تاب‌آوری لذت‌بخش تعریف کرد (تنگ[5]و همکاران، ۲۰۱۹). بهزیستی روانشناختی را به معنای حفظ زندگی به شکلی رضایت بخش، پیش‌برنده وکاملاً خودشکوفا تعریف می‌شود (ماتود[6]، ۲۰۱۹). به طوری‌که گفته می‌شود بهزیستی روانشناختی از فقدان کامل چالش‌ها ناشی نمی‌شود؛ بلکه از رویارویی موفقیت آمیز با مشکلات زندگی بوجود می‌آید (گراهام[7]و همکاران، ۲۰۱۸). بروکس و همکاران (۲۰۲۰) اثرات منفی انزوای اجتماعی ناشی از قرنطینه و پریشانی روانشناختی شدید بر بهزیستی روانشناختی را گزارش کردند. درپژوهش‌های مختلفی انزوای اجتماعی و پریشانی روانشناختی بالا با بهزیستی روانشناختی پایین همراه بوده است (کیم وجونگ[8]، ۲۰۲۱؛ چی[9] و همکاران، ۲۰۲۲؛ وایت‌هد[10] و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین مطالعه ویلانی[11] و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که در اتفاقات ناگواری مانند بیماری کووید-۱۹، به علت بلند مدت بودن زنجیره انتقال، افراد با فشارهای روانی مواجه می‌شوند که اثرات قابل ملاحظه‌ای بر بهزیستی و سلامت روانی‌شان دارد.

تاب‌آوری روانشناختی[12] برای افزایش بهزیستی روانی حائز اهمیت است، به همین جهت افزایش تاب‌آوری روانشناختی یک راهبرد مؤثر برای توسعه بهزیستی‌روانشناختی است(سپانچی و آکایا[13]، ۲۰۲۲). کوپر[14] و همکاران (۲۰۲۰) تاب‌آوری روانشناختی را یک فرآیند پویا و توانایی فردی برای بازگشت از شرایط استرس‌زا معرفی می‌کنند. از جمله شرایط استرس‌زا می‌توان به همه‌گیری کووید-۱۹ اشاره کرد که انزوای اجتماعی، افسردگی، اضطراب را به همراه دارد و باعث کاهش شدید تاب‌آوری روانشناختی در افراد می‌شوند (نووتنی[15]، ۲۰۱۹). از جهت این‌که تاب‌آوری شناختی به بازگشت موفق از چالش‌های استرس‌زای زندگی گفته می‌شود پس می‌تواند در حفظ و ارتقای بهزیستی روانشناختی مؤثر باشد (چیترا و کارونانیدی[16]، ۲۰۲۱). بر همین اساس روانشناسی مثبت‌گرا تاب‌آوری روانشناختی را یکی از اجزای کلیدی بهزیستی روانی معرفی می‌کند که افراد را قادر می‌سازد تا از سلامت روانی خود محافظت کنند و به راحتی در برابر موقعیت‌های تنش‌زای زندگی تسلیم نشوند (هولز[17]و همکاران، ۲۰۲۰). از طرفی تاب‌آوری روانشناختی از جمله عواملی است که اثرات منفی انزوای اجتماعی و پریشانی روانشناختی بر خلق و خوی و عدم سازگاری با ناملایمات را خنثی می‌کند (کالوتی[18]و همکاران، ۲۰۱۹؛ وات‌نال[19]و همکاران، ۲۰۱۹). از همین رو کاهش تاب‌آوری روانشناختی نقش مؤثری در کاهش بهزیستی روانشناختی به‌واسطه افزایش تنش‌ها، اضطراب‌ها و استرس‌های حاصل از بیماری کووید-۱۹ دربهبود یافتگان دارد.

با توجه به این‌که بیماری کووید-۱۹ به عنوان بزرگ‌ترین چالش سال‌های اخیر در زمینه سلامت جامعه جهانی است و اثرات روانی تاثیر گرفته از این بیماری طولانی مدت به نظر می‌رسند، اهمیت و ضرورت پرداختن به این پژوهش را در دو جنبه فردی و اجتماعی مشخص می‌کند، اولا قرنطینه طولانی مدت خانگی و قطع ارتباط اجتماعی که منجر به انزوای اجتماعی واز طرفی و نگرانی، اضطراب، استرس و ترس در مورد ابتلاء خود و از دست دادن نزدیکان پریشانی روانشناختی را به همراه داشت، ثانیا افزایش فضای پریشانی روانشناختی کاهش چشم‌گیر بهزیستی روانشناختی که به معنای رضایت‌مندی از زندگی می‌باشد را درپی دارد. هم‌چنین نیز تاب‌آوری روانشناختی که

1 Brooks
2 Birditt
3 psychological well-being
4 Orrù
5 Tang
6 Matud
7 Graham
8 Jung
9 Qi
10 Whitehead
11 Villani
12 Psychological resilience
13 Sapanci & Akkaya
14 Cooper
15 Novotney
16 Chitra & Karunanidhi
17 Holz
18 Kaloeti
19 Whatnall

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.18.6]

عاملی مؤثر بر بهزیستی روانشناختی و تاثیرپذیر از پریشانی روانشناختی و انزوای اجتماعی می‌باشد به عنوان متغیر میانجی به آن پرداخته شد. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی تاب‌آوری روانشناختی در رابطـــه بیـــن پریشانی روانشناختی و انزوای اجتماعی با بهزیستی روانشناختی در بهبود یافتگان از کووید-۱۹ انجام شد.

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی – همبستگی و بر مبنای تحلیل مسیر بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بهبود یافتگان بیماری کووید-۱۹ در زمستان ۱۴۰۰ شهر اصفهان بود. ۲۷۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. و در خصوص ملاک های ورود به پژوهش علاوه بر علاقه و تمایل به شرکت در پژوهش، رویت تست کرونا – مثبت، درگیر نبودن همزمان به بیماری زمینه‌ای و خاص و همچنین بهبود یافتگی از بیماری کووید-۱۹ در بازه‌ی ۱ تا ۶ ماه. و همچنین ملاک خروج از پژوهش، عدم پاسخگویی کامل به پرسشنامه‌ها بود. برای گرداوری داده‌ها لینک پرسشنامه در شبکه‌های اجتماعی واتساپ و اینستاگرام بین نمونه‌ها توزیع شد، ۳۰ پرسشنامه به دلیل دارا بودن شرایط ملاک خروج، از تحلیل آماری داده‌ها کنار گذاشته شدند و در نهایت ۲۷۰ پرسشنامه وارد تحلیل آماری شد. تمام ملاحظات اخلاقی، از جمله شرط امانت و صداقت رعایت شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل مسیر و همبستگی پیرسون در نرم افزار های Amos نسخه ۲۴ و SPSS نسخه ۲۵ انجام گردید.

ابزار سنجش

مقیاس تاب آوری[1](CD-RISC): این مقیاس توسط کانر[2] و دیویدسون[3](۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی در حوزه تاب آوری تهیه گردید. این مقیاس شامل ۲۵ گویه و پنج مولفه شامل: اعتماد به غرایز (تحمل عواطف)، شایستگی (استحکام شخصی)، مهار، معنویت و پذیرش عواطف مثبت (روابط امن) می‌باشد و هدف آن سنجش میزان تاب آوری در افراد است، شیوه نمره گذاری این مقیاس به صورت طیف لیکرت بوده، که هر ماده به کمک پنج گزینه (۱=کاملا غلط تا ۵= کاملا درست) براساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای نمره داده می‌شود. حداقل و حداکثر نمره این پرسشنامه به ترتیب ۲۵ و ۱۲۵ بوده و نقطه برش آن نیز ۶۵ می‌باشد. کمترین نمره نشان دهنده‌ی میزان تاب‌آوری پایین فرد و نمره بالا نشان دهنده میزان تاب‌آوری بالا فرد است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، روایی همزمان این مقیاس را براساس همبستگی با مقیاس‌های استرس ادارک شده[4] و مقیاس سرسختی در بیماران سرپایی کوباسا[5] بررسی کردند که این میزان به ترتیب r=-۰/۷۶ و r=۰/۸۳ در سطح معناداری P<۰/۰۰۱ بود. پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای‌کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کردند. در پژوهش مشعل‌پور (۱۳۸۹) روایی این مقیاس از طریق همبسته نمودن آن با مقیاس سرسختی‌روانشناختی اهواز با محاسبه همبستگی r=۰/۶۴ در سطح معناداری P<۰/۰۰۱ نشان داد (به‌نقل از بشارت وعباس‌پور، ۲۰۱۰). همچنین پژوهش سامانی و همکاران (۱۳۸۶) پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای‌کرونباخ مورد آزمون قرار گرفت که مقدار آن برابر با ۰/۸۷ بود. در پژوهش حاضر ضریب پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای‌کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

مقیاس بهزیستی‌روانشناختی[6](RSPWB): این مقیاس توسط ریف[7] (۱۹۸۹) طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفت. فرم کوتاه ۱۸ سوالی این پرسشنامه مشتمل بر ۶ عامل که عبارتند از: تسلط برمحیط، رشد شخصی، استقلال، عامل ارتباطی مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود است. شیوه نمره گذاری این مقیاس بصورت طیف لیکرت می‌باشد، که برای کاملا مخالفم=۱ تا کاملا موافقم=۶، در نظر گرفته شده است. حداقل و حداکثر نمره این مقیاس ۱۸ تا ۱۰۸ و خط‌برش آن نیز ۶۵ می‌باشد، نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده بهزیستی روانشناختی بالا و نمره پایین نشان دهنده بهزیستی روانشناختی پایین است. ریف و سینگر[8] (۲۰۰۶) همبستگی فرم ۱۸ سوالی این مقیاس با فرم ۸۴ سوالی را ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ گزارش نمودند. در پژوهش آکین[9] (۲۰۰۸)، روایی همزمان این مقیاس با پرسشنامه شفقت به خود[10] مورد بررسی قرار

1 Connor-Davidson Resilience Scale
2 Connor
3 Davidson
4 PSS-10
5 Kobasa hardiness measure in psychiatric outpatients
6 Ryff Scales of Psychological Well-being
7 Ryff
8 Singer
9 Akin
10 DASS

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.18.6]

گرفت که نتایج همبستگی شفقت به خود با هر شش مؤلفهٔ این مقیاس معناداری بود (به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۳۹، ۰/۴۹، ۰/۵۱، ۰/۳۶ و ۰/۵۵). در ایران بیانی و همکاران (۲۰۰۸) روایی سازه این مقیاس را اجرای همبستگی با مقیاس SWLS، پرسشنامهOHI، پرسشنامهRSES به ترتیب ۰/۴۸، ۰/۵۸ و ۰/۱۷ به دست آورد. خانجانی و همکاران (۱۳۹۳)، همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از آلفای‌کرونباخ برای مولفه‌های تسلط برمحیط، ارتباط مثبت با دیگران، رشد شخصی، پذیرش خود، هدفمندی در زندگی و خودمختاری به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۱، ۰/۷۰و ۰/۸۲ به‌دست آوردند. همچنین آلفای‌کرونباخ کلی این مقیاس را ۰/۷۱ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر ضریب پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای‌کرونباخ ۰/۷۶به دست آمد.

مقیاس پریشانی روانشناختی[1](K-10): این مقیاس توسط کسلر[2] و همکاران (۲۰۰۳) به منظور سنجش اختلالات روانی طراحی و تدوین شده است. این مقیاس دارای ۱۰ سوال و سه مولفه اضطراب، استرس و افسردگی می‌باشد. روش نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس طیف چهار گزینه‌ای لیکرت است. برای همیشه =۴ و برای هیچ وقت= صفر، درنظر گرفته شده است. حداقل و حداکثر نمره این مقیاس به ترتیب صفر و ۴۰ بوده و خط‌برش آن ۲۷ است. کسب نمره کمتر از ۱۳ پریشانی روانشناختی خفیف، نمره ۱۴ تا۲۷ پریشانی روانشناختی متوسط و نمره ۲۸ تا ۴۰ پریشانی روانشناختی شدید را نشان می‌دهد. روایی این مقیاس از طریق روایی همزمان براساس همبستگی بین نمرات این مقیاس با پرسشنامه میزان شیوع اختلال‌های روانی[3] به میزان r=۰/۴۱ در سطح معناداری P<۰/۰۰۱ برآورد و تایید شد (لینز[4] و همکاران، ۲۰۲۱). رومرو[5] و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش خود میزان پایایی این مقیاس براساس آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش دادند. در پژوهش یعقوبی (۱۳۹۴) روایی ملاکی این مقیاس از طریق محاسبه نقطه برش آن‌که بازتابی از همبستگی‌اش با متغیر ملاک(فرم مصاحبه تشخیصی بین المللی مرکب) می‌باشد که حساسیت و ویژگی برای نمره برش ۸ به ترتیب برابر با ۸۱ درصد و ۸۰/۵ درصد بود که بهترین تعادل را در مقایسه با سایر نمرات برش دارد همچنین ارزش پیش‌بینی مثبت در نمره برش ۸ برابر با ۷۶/۴۹ و ارزش پیش‌بینی منفی برابر با ۸۴/۴۹ است یعنی با احتمال ۷۶/۵درصد یک فرد واقعا بیمار را بیمار و با احتمال ۸۴/۵ درصد یک فرد واقعا سالم را سالم تشخیص می‌دهد، همچنین میزان پایایی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده بالای ۰/۷ برآورد شده است. در این پژوهش پایایی مقیاس براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۳بود.

پرسشنامه انزوای اجتماعی (SIQ): این پرسشنامه توسط مدرسی یزدی (۱۳۹۳) به منظور سنجش میزان انزوای اجتماعی ساخته شده است، این پرسشنامه دارای ۱۸ گویه و چهار مولفه شامل: یأس اجتماعی ، عجز، تنهایی اجتماعی و کاهش تحمل اجتماعی می‌باشد. روش نمره گذاری این پرسشنامه بصورت طیف لیکرت است، برای بسیارکم=۱ تا بسیار زیاد=۵ در نظر گرفته شده است. حداقل و حداکثر نمره این پرسشنامه ۱۸و ۹۰ بوده و خط‌برش آن ۴۵ است. نمره بین ۱۸ تا ۳۰ میزان انزوای اجتماعی در حد پایین، نمره ۳۰ تا ۶۰ میزان انزوای اجتماعی در حد متوسط و نمره بالای ۶۰ میزان انزوای اجتماعی در حد بالا را نشان می‌دهد. در پژوهش مدرسی یزدی (۱۳۹۵) به منظور سنجش پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و طبق نتایج مؤلفه‌های تنهایی، عجز، یاس اجتماعی و کاهش تحمل اجتماعی به ترتیب دارای ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹، ۰/۸۵، ۰/۷۳و ۰/۷۸بود که نشان دهنده پایایی قابل قبول می‌باشد. همچنین محاسبه روایی پرسشنامه از طریق روایی صوری به دست آمد و روایی آن توسط چند تن از اساتید متخصص مورد تأیید قرارگرفت. در پژوهشی شهبازیان خونیق و همکاران (۱۳۹۹) ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای مولفه‌ها بالای ۰/۷و برای کل پرسشنامه ۰/۷۶ به دست آوردند، که نشان دهنده پایایی قابل قبول برای این مقیاس می‌باشد. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بود.

یافته‌ها

در این پژوهش، میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان ۳۵/۴۹ و ۳/۱۸ بود. از تعداد۲۷۰ نفر شرکت‌کننده، ۱۱۳ نفر (۴۱/۸درصد) مجرد و۱۵۷ نفر (۵۸/۱ درصد) متاهل، همچنین ۱۶۴ نفر (۶۰/۸ درصد) زن و ۱۰۶ نفر مرد (۳۹/۲ درصد) بودند. نیز ۲۲۱ نفر (۸۲/۲درصد) در قرنطینه و استراحت در خانه، ۲۲ نفر (۷/۸ درصد) بستری در بیمارستان و ۲۷ نفر (۱۰ درصد) بستری در بیمارستان

1 Kessler Psychological Distress Scale
2 Kessler
3 SRQ-20
4 Lins
5 Romero

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.18.6]

با اوضاع وخیم بودند. میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی پریشانی روانشناختی، انزوای‌اجتماعی، بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری روانشناختی بهبودیافتگان کووید-۱۹ در جدول۱ ارائه شده است.

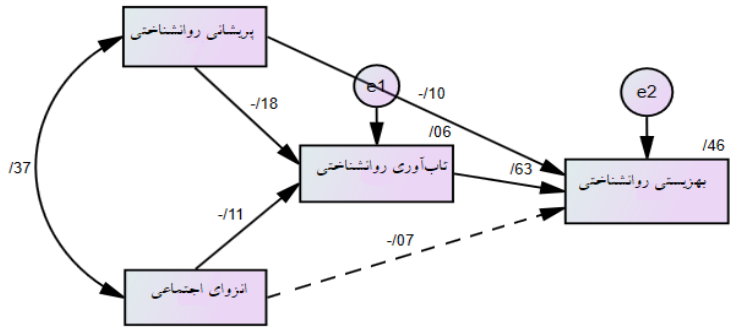
جدول ۱: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	پریشانی روانشناختی	انزوای اجتماعی	بهزیستی روانشناختی	تاب‌آوری روانشناختی
پریشانی‌روانشناختی	۱			
انزوای‌اجتماعی	۰/۳۶**	۱		
بهزیستی‌روانشناختی	-۰/۲۶**	-۰/۲۱**	۱	
تاب‌آوری‌روانشناختی	-۰/۲۱**	- ۰/۱۷**	**۰/۶۶	۱
میانگین	۲۵/۰۲	۵۱/۱۸	۶۶/۱۴	۶۵/۲۷
انحراف معیار	۴/۰۶	۵/۱۳	۴/۹۴	۴/۰۸
کجی	۰/۰۹	۰/۲۳	-۰/۰۶	-۰/۴۱
کشیدگی	۰/۸۳	۰/۴۳	-۰/۵۷	-۰/۴۵

**P ‹۰/۰۱

طبق نتایج جدول۱. بین متغیرهای پریشانی روانشناختی، انزوای اجتماعی، بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری روانشناختی در بهبودیافتگان ازکووید-۱۹ در سطح کوچک‌تر از ۰/۰۱ همبستگی معنادار وجود داشت.

قبل از تحلیل داده‌ها و برای اطمینان از این‌که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی مدل‌یابی معادلات ساختاری رابرآورد می‌کنند، چند مفروضه اصلی معادلات ساختاری مانند نرمال بودن داده ها وهم خطی چندگانه مورد بررسی قرار گرفتند. باتوجه به جدول ۱ شاخص چولگی و کشیدگی برای متغیرها بین ۲- و۲+ قرار داشتند، نرمال بودن توزیع متغیرها مشاهده شد. برای بررسی عدم هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای پیش بین عامل تورم واریانس وآماره تحمل مورد بررسی قرار گرفت. مقدار عامل تورم واریانس برای متغیرهاکوچک‌تراز ۱۰ و آماره تحمل کمتر از ۰/۱ بدست آمدکه نشان‌دهنده عدم هم‌خطی چندگانه بین متغیرها است. در شکل ۱ مدل پژوهش ارائه شده است.



شکل۱. مدل نهایی پژوهش در حالت استاندارد

در این مدل پریشانی روانشناختی و انزوای‌اجتماعی به عنوان متغیرهای برون‌زاد قرارگرفته که نقش مستقیم و غیرمستقیم آن بر بهزیستی روانشناختی مورد بررسی قرارگرفته است. نقش متغیر تاب‌آوری روانشناختی به عنوان متغیرمیانجی در مدل آورده شده است. مدل فوق نشان می دهد که مجموع مجذور همبستگی های چندگانه برای متغیر بهزیستی روانشناختی برابر با۰/۴۶ به دست آمده است این یافته بیانگر آن است که پریشانی روانشناختی، انزوای اجتماعی و تاب آوری روانشناختی در مجموع ۴۶ درصد از واریانس بهزیستی روانشناختی را در بهبود یافتگان کووید -۱۹ تبیین می کنند. همچنین در مدل مسیر مستقیم انزوای اجتماعی (β=-۰/۰۷ و P = ۰/۲۳) بر بهزیستی روانشناختی معنادار نبود.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.18.6]

جدول۲. ضرایب مسیر اثرات مستقیم‌بین متغیرهای پژوهش در مدل پژوهش

مسیر	ضرایب مسیراستاندارد	خطای معیار	نسبت بحرانی	P
پریشانی روانشناختی به تاب آوری روانشناختی	-۰/۱۸	۰/۰۶۴	-۲/۸۲۲	۰/۰۰۴
انزوای اجتماعی به تاب آوری روانشناختی	-۰/۱۱	۰/۱۴۲	-۱/۶۵۳	۰/۰۳
پریشانی روانشناختی به بهزیستی روانشناختی	-۰/۱۰	۰/۰۵۲	-۱/۹۹۸	۰/۰۴۶
انزوای اجتماعی به بهزیستی روانشناختی	-۰/۰۷	۰/۱۱۴	-۱/۴۳۳	۰/۱۵۲
تاب آوری روانشناختی به بهزیستی روانشناختی	۰/۶۳	۰/۰۴۹	۱۳/۷۸۹	۰/۰۰۱

در جدول فوق ضرایب مسیر اثرات مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل پیشنهادی آمده است. همانطور که در جدول مشاهده شد، در مدل نهایی مسیرهای مستقیم به جز مسیرمستقیم (انزوای اجتماعی به بهزیستی روانشناختی) در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار بودند. جهت بررسی رابطه غیرمستقیم مدل پیشنهادی از روش بوت استروپ[1] استفاده شده است. که نتایج را درجدول ۳ ملاحظه می نمایید.

جدول۳. آزمون میانجیگری روابط غیرمستقیم به روش بوت‌استروپ

مسیرغیرمستقیم	ضریب مسیر	حد پایین	حدبالا	معناداری
پریشانی روانشناختی به بهزیستی روانشناختی با میانجی تاب‌آوری روانشناختی	-۰/۱۱	-۰/۱۹۹	-۰/۰۴۵	۰/۰۰۱
انزوای اجتماعی به بهزیستی روانشناختی با میانجی تاب‌آوری روانشناختی	-۰/۰۶۷	-۰/۱۴۲	-۰/۰۱۹	۰/۰۴

نتایج روش بوت استروپ برای بررسی مسیرهای میانجیگری غیرمستقیم در جدول۳ ارائه شده است. یافته ها نشان داد که ضرایب اثر غیرمستقیم بین پریشانی روانشناختی و بهزیستی روانشناختی (β=-۰/۱۱ و P< ۰/۰۱) منفی و در سطح ۰/۰۱ معنادار می باشد. همچنین ضریب مسیر غیرمستقیم بین انزوای اجتماعی و بهزیستی روانشناختی (β=-۰/۰۶۷ و P< ۰/۰۴) منفی و در سطح ۰/۰۴ معنادار بود. براین اساس می توان نتیجه گرفت که تاب‌آوری رابطه بین پریشانی روانشناختی و انزوای اجتماعی با بهزیستی روانشناختی را به صورت منفی و معنادار میانجیگری می‌کند.

جدول۴. شاخص های برازندگی مدل پیشنهادی پژوهش

شاخص‌های برازندگی	$\chi2$	DF	X^2/df	GFI	NFI	CFI	IFI	TLI	RMSEA
پژوهش حاضر	۲/۰۴۷	۱	۲/۰۴	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۰/۹۸	۰/۹۷	۰/۰۳۶
قابل قبول	-	-	<۳	≥۰/۹	≥۰/۹	≥۰/۹	≥۰/۹	≥۰/۹	<۰/۰۵

برای بررسی برازندگی مدل از شاخص هایی استفاده شد که در جدول ۴ می توان این شاخص ها را مشاهده کرد. با توجه به مقادیر گزارش شده درجدول فوق می توان گفت که مدل آزمون شده از برازش مناسبی برخوردار است. مقدار ریشه دوم واریانس خطای تقریب

1 Bootstrapping

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.18.6]

(RMSEA) در حد بسیار مطلوب (کمتر از ۰/۰۵) قرار دارد. همچنین سایر شاخص های برازش تطبیقی (CFI)، برازش هنجارشده (NFI)، نیکویی برازش (GFI)، شاخص برازندگی افزایشی(IFI) و شاخص توکر- لوییس (TLI) در سطح بسیار مطلوب (بالاتر از ۰/۹۰) به دست آمدند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی نقش میانجی تاب‌آوری روانشناختی در رابطه بین پریشانی روانشناختی و انزوای اجتماعی با بهزیستی روانشناختی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که مسیر مستقیم پریشانی روانشناختی به بهزیستی روانشناختی و نیز تاب‌آوری روانشناختی به بهزیستی روانشناختی معنی‌دار بود، که این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های، بروکس و همکاران (۲۰۲۰)، فرنچ و همکاران (۲۰۲۰)، وایت‌هد و همکاران (۲۰۲۱)، مبنی بر وجود رابطه معکوس بین پریشانی روانشناختی با بهزیستی روانشناختی و همچنین وجود رابطه بین بهزیستی روانشناختی با تاب‌آوری همسو بود. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت، پریشانی روانشناختی حاصل از همه‌گیری کووید-۱۹ تجربه منفی روانی را برای افراد رقم زده است که این تاثیر منفی ابعاد مختلف زندگی را شامل می‌شود از جمله ابعادی که تحت تاثیر منفی پریشانی روانشناختی قرار گرفته است بهزیستی روانشناختی می‌باشد. پریشانی روانشناختی به واسطه فراهم آوردن فضای اضطراب، استرس و افسردگی در فرد موجب کاهش عوامل مهم برای سلامت و بهزیستی روانی مانند عواطف مثبت، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود می‌گردد و مقدمات کاهش بهزیستی روانشناختی را فراهم می‌کند تا جایی که فرد برای ادامه زندگی احساس ناتوانی می‌کند (هاتون و کورتچا[1]، ۲۰۲۲). همچنین نیز تاب‌آوری روانشناختی در دوران همه‌گیری کاهش چشم‌گیری داشته است و موجب بروز ناتوانی افراد در مواجهه با شرایط استرس‌زا و چالش برانگیز گردیده است به واسطه این کاهش چشم‌گیر، میزان بهزیستی روانشناختی افراد نیز کاهش یافته است. تاب‌آوری روانشاختی از آن جهت که توانایی بازگشت به شرایط عادی و بازپس‌گیری کنترل زندگی در شرایط چالش‌زا محسوب می‌گردد، کاهش آن موجب ناتوانی در حفظ زندگی به شکلی رضایت بخش، پیش‌برنده وکاملاً خودشکوفا که از عوامل بهزیستی روانشناختی هستند گردیده است. لذا بهبود تاب‌آوری، برای غلبه بر موقعیت‌های دشوار و توانایی برای افزایش سازگاری در بیماری‌های همه‌گیر از جمله کووید-۱۹، ضروری به نظر می‌رسد.

از طرفی دیگر یافته‌های پژوهش نشان داد که مسیر مستقیم پریشانی روانشناختی و انزوای اجتماعی به تاب‌آوری روانشناختی معنی‌دار بود. که این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های سدلار و همکاران (۲۰۱۸)، چی و همکاران (۲۰۲۲)، مبنی بر رابطه معکوس بین پریشانی روانشناختی و انزوای اجتماعی با تاب‌آوری روانشناختی همسو بود. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت در طول همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ سطح استرس، اضطراب و افسردگی را افزایش می‌یابد و موجب بروز مشکلاتی روانشناختی همچون پریشانی روانشناختی و انزوای اجتماعی می‌گردد که در طولانی مدت کاهش تاب‌آوری روانشناختی را به همراه دارد. تاب‌آوری روانشناختی در طول همه‌گیری کووید-۱۹ به دلیل نگرانی‌هایی مانند: از دست دادن نزدیکان، طولانی شدن مدت قرنطینه، محدود شدن ارتباط با اجتماع و کیفیت روابط با نزدیکان به شدت کاهش یافته است که این کاهش می‌تواند، توانایی مواجهه با شرایط استرس‌زا و آمادگی روانی فرد برای مقابله با چالش‌ها را به شدت تحت تاثیر قرار دهد و با افزایش تجربه احساسات و هیجانات ناخوشایند، کاهش برخورداری از خلق و خوی مثبت، سطح انرژی بالا و روابط رضایت‌بخش توام گردد.

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که مسیرغیرمستقیم پریشانی روانشناختی به بهزیستی روانشناختی با میانجیگری تاب‌آوری روانشناختی معنی‌دار بود. تاکنون پژوهشی به بررسی نقش میانجیگری تاب‌آوری روانشناختی در رابطه بین پریشانی روانشناختی و بهزیستی روانشناختی پرداخته باشد، صورت نگرفته است. اما این نتیجه با نتایج پژوهش‌های کالوتی و همکاران (۲۰۱۹)، وات‌نال و همکاران (۲۰۱۹)، کیم و جونگ (۲۰۲۱) مبنی بر این‌که رابطه معکوس بین پریشانی روانشناختی با بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری روانشناختی وجود دارد همسو بود. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت زمانی که فرد سطح بالایی از پریشانی روانشناختی را تجربه می‌کند، بهزیستی روانشناختی‌اش به واسطه پایین آمدن تاب‌آوری روانشناختی کاهش پیدا می‌کند. پریشانی روانشناختی با تاثیر منفی خود از راه افزایش اضطراب و استرس در دوران همه‌گیری بر تاب‌آوری روانشناختی موجب کاهش آن می‌شود و شرایط را برای کاهش رضایت از زندگی و ناراحتی روانی فراهم

1 Hatun & Kurtça

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.18.6]

می‌کند. با افزایش تاب‌آوری روانشناختی به عنوان یک عامل محافظت کننده در برابر رویدادهای آسیب‌زا و موقعیت‌های استرس‌زا مانند شیوع بیماری‌های عفونی می‌توان تا حد قابل قبولی استرس و اضطراب که از مولفه های پریشانی روانشناختی هستند را کمتر تجربه می‌کنند (ساویتسکی[1]، ۲۰۲۰).

علاوه بر آن، مسیر غیرمستقیم انزوای‌اجتماعی به بهزیستی روانشناختی با میانجیگری تاب‌آوری روانشناختی معنی‌دار بود. یافته‌های به دست آمده با نتایج مطالعات سپانچی و آکایا (۲۰۲۲)، پانچانی و همکاران (۲۰۲۱)، اورو و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر این که رابطه معکوس بین انزوای اجتماعی با بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری روانشناختی وجود دارد همسو بود. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت قرنطینه و کاهش ارتباطات ناشی از کووید-۱۹، موجب گسست شبکه‌های عاطفی افراد و آسیب پذیری را به همراه دارد، به همین دلیل، عواملی مانند: تنهایی، تغییر در روال عادی ارتباطات، احساس رها شدن، ترس از فقدان تشدید می‌شوند که موجب افزایش اضطراب، تضاد در تصمیم گیری، کاهش عزت نفس و بی هدفی در زندگی را به دنبال دارد و باعث کاهش تاب‌آوری روانشناختی می‌شود (شاه[2] و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین تاب‌آوری روانشناختی به عنوان یکی از متغیرهای مرتبط با بهزیستی روانشناختی است که بر سلامت روانی افراد تاثیر محافظتی دارد، که در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ به دلیل افزایش انزوای اجتماعی کاهش یافته است، و از همین رو موجب کاهش بهزیستی روانشناختی گردیده است.

با توجه به آن‌چه بیان گردید می‌توان نتیجه گرفت انزوای اجتماعی و پریشانی روانشناختی حاصل از دوران همه‌گیری کووید-۱۹ سلامت روان افراد را تحت تاثیر قرار داده است و باعث کاهش تاب‌آوری روانشناختی که یک عامل بسیار مهم در حفظ سلامت روان می‌باشد گردیده است، با کاهش تاب‌آوری روانشناختی، بهزیستی روانی نیز کاهش می‌یابد و میزان احساس رضایت از زندگی در افراد به طور چشم‌گیری کم می‌شود. لذا تدوین برنامه‌ای در جهت کاهش میزان استرس و اضطراب و توسعه تاب‌آوری روانشناختی گامی بسیار مؤثر در افزایش بهزیستی روانشناختی محسوب می‌شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش جمع‌آوری اطلاعات براساس پرسشنامه بود، دراین شیوه میزان انگیزه، تمرکز و صداقت می‌توانند بر صحت داده‌های جمع‌آوری شده تاثیرگذار باشند. محدودیت دیگر، با توجه به این که پژوهش حاضر برروی بهبود یافتگان بیماری کووید-۱۹ و به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام گرفت، به منظور افزایش میزان تعمیم پذیری پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، علاوه بر استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی، از شیوه‌های مصاحبه و مشاهده جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شود.

منابع

ابراهیمی، پ.، افشانی، ع.، حسنی درمیان، غ.، کرمانی، م. (۱۳۹۸). مطالعه مقایسه‌ای تأثیر انزوای اجتماعی بر سلامت شهروندان مشهد . *مطالعات فرهنگی اجتماعی خراسان*. (۳)۱۳، ۷-۷۷. http://doi.org/10.22034/fakh.2019.190400.1337

خانجانی، م.، شهیدی، ش.، فتح آبادی، ج.، مظاهری، م.ع.، شکری، ا. (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. *اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی*. ۹(۳۲)، ۲۷-۳۷. https://jtbcp.riau.ac.ir/article_67.html

سامانی، س.، جوکار، ب.، صحراگرد، ن. (۱۳۸۶). تاب آوری، سلامت روانی ورضایتمندی از زندگی. *مجله روانپزشکی وروانشناسی بالینی ایران(اندیشه ورفتار)*. (۱۳)،۲۹۰-۲۹۵. http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-275-fa.html

شهبازیان خونیق، آ.، علی پور، ف.، آناهید، ا.، محمدیان قریبه، ع، ا.، شیخعلی زاده، س. (۱۳۹۹). نقش تشخیصی هوش اجتماعی، قلدری وبهزیستی تحصیلی در انزوای اجتماعی دانش آموزان. *اندیشه های نوین تربیتی*. ۴(۱۶)، ۱۳۵-۱۵۱. https://doi.org/10.22051/jontoe.2020.31664.3061

مدرسی یزدی، ف. (۱۳۹۳). بررسی عوامل اجتماعی،فرهنگی انزوای اجتماعی دختران مجرد بالای ۳۰ سال شهر یزد، *پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه یزد، دانشکده علوم اجتماعی*. https://ganj.irandoc.ac.ir//#/articles/dff18d69c934b3abfd3c87d9374f36e4

مدرسی یزدی، ف.، فرهمند، م.، افشانی، ع. (۱۳۹۵). بررسی انزوای اجتماعی دختران مجرد وعوامل فرهنگی-اجتماعی مؤثر برآن(دختران مجرد بالای ۳۰ سال شهر یزد). *مسائل اجتماعی ایران*. ۱(۸)، ۱۲۱-۱۴۳. http://jspi.khu.ac.ir/article-1-2724-fa.html

1 Savitsky
2 Shah

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.18.6]

یعقوبی، ح. (۱۳۹۴). ویژگی های روانسنجی نسخه ۱۰ سوالی پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر k-10. *فصلنامه پژوهش های کاربردی روانشناختی*.۶(۴)، ۴۵-۵۷. https://japr.ut.ac.ir/article_57963.html

Abbaspour Doplani, T., & Besharat, M. A. (2010). The relationship between metacognitive strategies and creativity with resilience among university students. *New Findings on Psychology*, *5*(14), 109-122. https://sid.ir/paper/175021/fa

Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The fear of COVID-19 scale:development and initial validation. *International journal of mental health and addiction*, 1-9. https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8

Akin, A. (2008). The scales of psychological well-being: a study of validity and reliability. *Educational sciences: Theory and practice*, *8*(3), 741-750. https://eric.ed.gov/?id=ej837765

Bagus, P., Peña-Ramos, J. A., & Sánchez-Bayón, A. (2021). COVID-19 and the political economy of mass hysteria. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(4), 1376. https://doi.org/10.3390/ijerph18041376

Bayani, A. A., Mohammad Koochekya, A., & Bayani, A. (2008). Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*, *14*(2), 146-151. http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-464-fa.html

Birditt, K. S., Turkelson, A., Fingerman, K. L., Polenick, C. A., & Oya, A. (2021). Age differences in stress, life changes,and social ties during the COVID-19 pandemic: Implications for psychological well-being. *The Gerontologist*, *61*(2), 205-216. https://doi.org/10.1093/geront/gnaa204

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, *395*(10227), 912-920. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8

Chen, X., Huang, H., Ju, J., Sun, R., & Zhang, J. (2022). Impact of vaccination on the COVID-19 pandemic in US states. *Scientific reports*, *12*(1), 1-10. https://doi.org/10.1038/s41598-022-05498-z

Chitra, T., & Karunanidhi, S. (2021). The impact of resilience training on occupational stress, resilience, job satisfaction, and psychological well-being of female police officers. *Journal of Police and Criminal Psychology*, *36*(1), 8-23. https://doi.org/10.1007/s11896-018-9294-9

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, *18*(2), 76-82. https://doi.org/10.1002/da.10113

Cooper, A. L., Brown, J. A., Rees, C. S., & Leslie, G. D. (2020). Nurse resilience: A concept analysis. *Internationaljournal of mental health nursing*, *29*(4), 553-575. https://doi.org/10.1111/inm.12721

French, M. T., Mortensen, K., & Timming, A. R. (2020). Psychological distress and coronavirus fears during the initial phase of the covid-19 pandemic in the united states. *The journal of mental health policy and economics*, *23*(3), 93-100. https://europepmc.org/article/med/32853158

Graham, C., von Keyserlingk, M. A., & Franks, B. (2018). Zebrafish welfare: Natural history, social motivation and behaviour. *Applied animal behaviour science*, *200*, 13-22. https://doi.org/10.1016/j.applanim.2017.11.005

Hatun, O., & Kurtça, T. T. (2022). Self-compassion, Resilience, Fear of COVID-19, Psychological Distress, and Psychological Well-being among Turkish Adults. *Current Psychology*, 1-11. https://doi.org/10.1007/s12144-022-02824-6

Holz, N. E., Tost, H., & Meyer-Lindenberg, A. (2020). Resilience and the brain: a key role for regulatory circuits linked to social stress and support. *Molecular psychiatry*, *25*(2), 379-396. https://doi.org/10.1038/s41380-019-0551-9 https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8

Jeong, H., Yim, H. W., & Nam, B. W. (2022). Independent predictors of depressive symptoms and social isolation on 2-year all-cause mortality among the Korean elderly in a population-based cohort study: gender differences. *Epidemiology and health*, 44. https://doi.org/10.4178/epih.e2022012

Kaloeti, D. V. S., Rahmandani, A., Sakti, H., Salma, S., Suparno, S., & Hanafi, S. (2019). Effect of childhood adversity experiences, psychological distress, and resilience on depressive symptoms among Indonesian university students. *International Journal of Adolescence and Youth*, *24*(2), 177-184. https://doi.org/10.1080/02673843.2018.1485584

Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., ... & Zaslavsky, A. M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of general psychiatry*, *60*(2), 184-189. https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.2.184

Khalid, A., Younas, M. W., Khan, H., Khan, M. S., Malik, A. R., Butt, A. U. A., & Ali, B. (2021). Relationship between knowledge on COVID-19 and psychological distress among students living in quarantine: an email survey. *AIMS Public Health*, *8*(1), 90. https://doi.org/10.3934/publichealth.2021007

Kim, H. H. S., & Jung, J. H. (2021). Social isolation and psychological distress during the COVID-19 pandemic: A cross-national analysis. *The Gerontologist*, *61*(1), 103-113. https://doi.org/10.1093/geront/gnaa168

Kim, Y., Kim, S. W., Chang, H. H., Kwon, K. T., Bae, S., & Hwang, S. (2022). Post-acute COVID-19 syndrome in patients after 12 months from COVID-19 infection in Korea. *BMC infectious diseases*, *22*(1), 1-12. https://doi.org/10.1186/s12879-022-07062-6

Lee, S., Jobe, M., & Mathis, A. (2021). Mental health characteristics associated with dysfunctional coronavirus anxiety. *Psychological Medicine*, *51*(8), 1403-1404. https://doi.org/10.1017/S003329172000121X

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.18.6]

Lin, C. Y., Broström, A., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). Investigating mediated effects of fear of COVID-19 and COVID-19 misunderstanding in the association between problematic social media use, psychological distress, and insomnia. *Internet interventions*, 21. https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100345

Lins, G. O. D. A., Lima, N. A. D. S., Sousa, G. S. D., Guimarães, F. J., Frazão, I. D. S., & Perrelli, J. G. A. (2021). Validity and reliability of Kessler Psychological Distress Scale for Brazilian elderly: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *74*. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0365

Matud, M. P., López-Curbelo, M., & Fortes, D. (2019). Gender and psychological well-being. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(19), 3531. https://doi.org/10.3390/ijerph16193531

McGinty, E. E., Presskreischer, R., Han, H., & Barry, C. L. (2020). Psychological distress and loneliness reported by US adults in 2018 and April 2020. *Jama*, *324*(1), 93-94. https://doi.org/10.1001/jama.2020.9740

Novotney, A. (2019). Continuing education the risks of social isolation. *Monitor on Psychology*, *50*(5), 32-37. https://www.apa.org/monitor/2019/05/ce-corner-isolation

Olanipekun, T., Abe, T., Effoe, V., Westney, G., & Snyder, R. (2022). Incidence and severity of depression among recovered African Americans with COVID-19-associated respiratory failure. *Journal of racial and ethnic health disparities*, *9*(3), 954-959. https://doi.org/10.1007/s40615-021-01034-3

Orrù, G., Ciacchini, R., Gemignani, A., & Conversano, C. (2020). Psychological intervention measures during the COVID-19 pandemic. *Clinical Neuropsychiatry*, *17*(2), 76. https://doi.org/10.36131/CN20200208

Pancani, L., Marinucci, M., Aureli, N., & Riva, P. (2021). Forced social isolation and mental health: a study on 1,006 Italians under COVID-19 lockdown. *Frontiers in Psychology*, *12*, *1540*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.663799

Qi, X., Zhang, W., Wang, K., Pei, Y., & Wu, B. (2022). Social Isolation and Psychological Well-Being among Older Chinese Americans: Does Resilience Mediate the Association?. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 37(8). https://doi.org/10.1002/gps.5791

Razai, M. S., Oakeshott, P., Kankam, H., Galea, S., & Stokes-Lampard, H. (2020). Mitigating the psychological effects of social isolation during the covid-19 pandemic. *Bmj*, 369. https://doi.org/10.1136/bmj.m1904

Romero, M., Marín, E., Guzmán-Parra, J., Navas, P., Aguilar, J. M., Lara, J. P., & Barbancho, M. Á. (2021). Relationship between parental stress and psychological distress and emotional and behavioural problems in pre-school children with autistic spectrum disorder. *Anales de Pediatría (English Edition)*, *94*(2), 99-106. https://doi.org/10.1016/j.anpede.2020.03.014

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, *57*(6), 1069. https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069

Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social science research*, *35*(4), 1103-1119. https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2006.01.002

Sapanci, A., & Akkaya, G. (2022). The Mediating Role of Resilience and Personality Traits in the Relationship between Social Isolation and Psychological Well-Being in the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Psychology and Educational Studies*, *9*(2), 462-478. https://dergipark.org.tr/en/pub/pes/issue/69240/1096754

Savitsky, B., Findling, Y., Ereli, A., & Hendel, T. (2020). Anxiety and coping strategies among nursing students during the covid-19 pandemic. *Nurse education in practice*, 46. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102809

Sedlar, A. E., Stauner, N., Pargament, K. I., Exline, J. J., Grubbs, J. B., & Bradley, D. F. (2018). Spiritual struggles among atheists: Links to psychological distress and well-being. *Religions*, *9*(8), 242. https://doi.org/10.3390/rel9080242

Shah, S. S., Memon, F. A., Qureshi, F., Soomro, A. B., Kemal, A. A., & Shah, A. A. (2022). Mental well-being during COVID-19 pandemic: the role of fear, social isolation and psychological resilience. *Cogent Psychology*, *9*(1), 2006993. https://doi.org/10.1080/23311908.2021.2006993

Tang, Y. Y., Tang, R., & Gross, J. J. (2019). Promoting psychological well-being through an evidence-based mindfulness training program. *Frontiers in human neuroscience*, 13, 237. https://doi.org/10.3389/fnhum.2019.00237

Villani, L., Pastorino, R., Molinari, E., Anelli, F., Ricciardi, W., Graffigna, G., & Boccia, S. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on psychological well-being of students in an Italian university: a web-based cross-sectional survey. *Globalization and health*, *17*(1), 1-14. https://doi.org/10.1186/s12992-021-00680-w

Whatnall, M. C., Patterson, A. J., Siew, Y. Y., Kay-Lambkin, F., & Hutchesson, M. J. (2019). Are psychological distress and resilience associated with dietary intake among Australian university students?. *International journal of environmental research and public health*, *16*(21), 4099. https://doi.org/10.3390/ijerph16214099

Whitehead, R., Bates, G., Elphinstone, B., & Yang, Y. (2021). The relative benefits of nonattachment to self and self-compassion for psychological distress and psychological well-being for those with and without symptoms of depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *94*(3), 573-586. https://doi.org/10.1111/papt.12333

who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---25-may-2022. https://covid19.who.int/

Wilder-Smith, A., & Freedman, D. O. (2020). Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Journal of travel medicine*, 27(2). https://doi.org/10.1093/jtm/taaa020

Zürcher, S. J., Kerksieck, P., Adamus, C., Burr, C. M., Lehmann, A. I., Huber, F. K., & Richter, D. (2020). Prevalence of mental health problems during virus epidemics in the general public, health care workers and survivors: a rapid review of the evidence. *Frontiers in public health*, 8. https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.560389

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.18.6]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-18]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.18.6]