

Predicting Adult Mental Health During the COVID-۱۹ Pandemic Based on Family Relationships: The Mediating Role of Loneliness and Perceived Social Support

مدل‌یابی نقش روابط خانوادگی در پیش‌بینی سلامت روان بزرگسالان در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ با میانجی‌گری احساس تنهایی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده

فاطمه جاوید*

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

fateme.javid@iau.ac.ir

Abstract

The present study aimed to investigate the role of family relationships in adult mental health during the COVID-۱۹ pandemic, considering the mediating effects of loneliness and perceived social support. This research was applied in purpose and descriptive-correlational in design. The statistical population consisted of adults over the age of ۱۸ who had experienced COVID-۱۹ infection either personally or within their family and had undergone home quarantine. A total of ۳۱۴ participants were selected using convenience sampling. Data were collected using the Family Functioning Scale (FFS; Mark L., ۱۹۸۷), the General Health Questionnaire (GHQ; Goldberg, ۱۹۷۹), the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA-S; DiTommaso, ۲۰۰۴), and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet, ۱۹۸۸). Data analysis was performed using Structural Equation Modeling (SEM) with AMOS software. The results indicated that loneliness played a significant negative mediating role in the relationship between family relationships and mental health, such that improved family relationships were associated with reduced loneliness and, consequently, better mental health. In addition, perceived social support acted as a significant positive mediator, strengthening the association between family relationships and mental health. Overall, the findings highlight the critical role of interpersonal mechanisms in explaining adult mental health during large-scale public health crises.

Key words: Family Relationships, Mental, Health, Adult, COVID-۱۹ Pandemic, Loneliness, Perceived Social Support.

چکیده:

پژوهش حاضر با هدف تبیین نقش روابط خانوادگی در سلامت روان بزرگسالان در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ با در نظر گرفتن نقش میانجی احساس تنهایی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده انجام شد. این مطالعه از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بزرگسالان بالای ۱۸ سال بود که حداقل یک‌بار خود یا یکی از اعضای خانواده آن‌ها به بیماری کووید-۱۹ مبتلا شده و دوره قرنطینه خانگی را تجربه کرده بودند. از این جامعه، ۳۱۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه عملکرد خانواده مارک ال (۱۹۸۷)، مقیاس سلامت روان گلدبرگ (۱۹۷۹)، مقیاس احساس تنهایی اجتماعی-عاطفی بزرگسالان (SELSA-S) دی‌توماسو (۲۰۰۴) و پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده زیمت (۱۹۸۸) بود. داده‌ها با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری و نرم‌افزار AMOS تحلیل شدند. نتایج نشان داد که احساس تنهایی نقش میانجی منفی در رابطه بین روابط خانوادگی و سلامت روان ایفا می‌کند، به گونه‌ای که افزایش کیفیت روابط خانوادگی منجر به کاهش احساس تنهایی و در نتیجه ارتقای سلامت روان می‌شود. همچنین، حمایت اجتماعی ادراک‌شده به عنوان یک متغیر میانجی مثبت، رابطه بین روابط خانوادگی و سلامت روان را به طور معناداری تقویت می‌کند. به طور کلی، یافته‌ها بر اهمیت نقش سازوکارهای بین‌فردی در تبیین وضعیت سلامت روان بزرگسالان در شرایط بحران‌های فراگیر سلامت تأکید دارند.

واژگان کلیدی: روابط خانوادگی، سلامت روان، بزرگسالان، همه‌گیری کووید-۱۹، احساس تنهایی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده.

مقدمه

در ۱۱ مارس ۲۰۱۹، سازمان بهداشت جهانی، بیماری کرونا ویروس ۲۰۱۹ را به عنوان یک بیماری همه‌گیر جهانی گزارش کرد و بهمین خاطر بسیاری از کشورها را مجبور کرد که سیاست‌های محدودکننده‌ای را اتخاذ کنند که قبلاً هرگز انجام نداده بودند (بروکز^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر تهدید سلامت انسان، بیماری‌های همه‌گیر می‌توانند اثرات روانی غیرقابل برگشتی را در سطح جهانی ایجاد کنند (رنجبر و همکاران، ۲۰۲۱). که این اثرات روانی و زمینه‌های استرس‌زا چالش‌های پیش آمده، می‌تواند کیفیت و روابط زوجین و عملکرد خانواده‌ها را به خطر بیندازد (نف و کارنی^۳، ۲۰۱۷). همه‌گیری کووید-۱۹، مانند همه بلایای و رویدادها عمومی مشترک، خطر انزوای گسترده، از دست دادن و جدایی را افزایش می‌دهد. محدودیت‌های همه‌گیر باعث جدایی از افراد مهم از قبیل: خانواده، دوستان و همکاران؛ شبکه‌های حمایتی مانند: مراقبت از کودکان، مراقبت‌های بهداشتی؛ همچنین همراه با خسارات بی‌شماری مثل: مالی، شغل، سلامت، زمان، مکان؛ شده است که سلامت و رفاه را به چالش کشیده است (پریم^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). در این زمینه، بسیاری از خانواده‌ها مجبور شده‌اند خود را منزوی کنند و حمایت اجتماعی، خانوادگی، تحصیلی و کاری را از دست بدهند و حتی مجبور به دورکاری یا حتی از دست دادن شغل خود شده‌اند. یکی از سازه‌های مهمی در همه‌گیری‌ها که مورد توجه قرار می‌گیرد، سلامت روان افراد می‌باشد.

سلامت روان به عنوان رفتار موزون و هماهنگ با جامعه، شناخت و پذیرش واقعیت‌های اجتماعی، قدرت سازگاری با آن‌ها و برآورده شدن نیازهای متعادل خویشتن، تعریف شده است و یکی از عوامل مهم سلامت عمومی افراد جامعه محسوب می‌شود (جانی^۵ و همکاران، ۲۰۱۷). کووید-۱۹ تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم روان‌شناختی و اجتماعی گسترده‌ای دارد که می‌تواند بر سلامت روان افراد تأثیر بگذارد. به این معنا که نه تنها مبتلا شدن به آن، بلکه ترس از مبتلا شدن نیز منجر به عدم دسترسی به منابعی می‌شود که مقاومت افراد را در برابر این همه‌گیری، می‌تواند بهبود بخشد (راجکومار^۶، ۲۰۲۰). در همه‌گیری، علاوه بر آسیب‌هایی که این بیماری بر مبتلایان خود می‌گذارد مانند ترس از آلوده شدن، از دست دادن عزیزان، از دست دادن شغل، از دست دادن فرصت‌های تحصیلی، تفریح، آزادی و حمایت؛ عوارض روان‌شناختی از جمله استرس‌های ناشی از بیماری، تاکید برای ماندن افراد در خانه، قرنطینه و عدم شرکت و پرهیز از دورهمی‌ها، مرتبط با قرنطینه نیز دارد (تورابیان^۷، ۲۰۲۰). همچنین افراد در اثر حبس در خانه، رفتارهای ناسالم در رژیم غذایی (عمار^۸ و همکاران، ۲۰۲۰)، اختلالات روان‌شناختی و عاطفی و همچنین کیفیت پایین‌تر خواب را نیز تجربه می‌کنند (عمار و همکاران، ۲۰۲۰؛ عمار و همکاران، ۲۰۲۱). در حقیقت، مطالعات اخیر نشان داده‌اند اقدامات قرنطینه در اثر کووید ۱۹ باعث افزایش تعداد افراد غیرفعال شده است (عمار و همکاران، ۲۰۲۱) به این معنا که فرد فعالیت‌های اجتماعی را کاهش داده است. فراتحلیل‌های اخیر نتایج قابل توجهی را درباره اثرات رویداد قرنطینه و ایزوله بر سلامت روان از قبیل مواردی مانند تنهایی، اضطراب، ترس، مشکلات عاطفی، افسردگی، طردشدگی، کمبود خودکنترلی، کمبود حرمت خود، عصبانیت، کسالت، اختلال در امور روزمره و تأثیرات منفی در کنار آمدن با مسائل و مشکلات، و عملکردهای شناختی گزارش کرده‌اند (حسین^۹ و همکاران، ۲۰۲۰). احساس تنهایی یکی از مواردی است که در نتیجه همه‌گیری حاصل می‌شود و بر روی سلامت افراد تأثیرگذار است.

نگرانی‌ها در مورد افزایش تنهایی در مطالعاتی که از مجموعه داده‌های مقطعی در طول همه‌گیری کووید-۱۹ استفاده می‌کنند، بیان و گزارش شده است (بیوتل^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۱). چنانچه یک مطالعه طولی بر روی جمعیت عمومی هلند نشان از افزایش شیوع تنهایی عاطفی را پس از شیوع ویروس داد (واندر-ولدن^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۱). در مطالعه لی^{۱۲} و همکاران (۲۰۲۰)، با ۱۵۵۳۰ شرکت‌کننده نشان داده شد، در زمان شیوع کووید-۱۹، ۲۹/۲ درصد افراد نشانه‌های اختلالات روان‌پزشکی نشان می‌دادند و ۳۵/۸۶ درصد افراد احساس تنهایی را تجربه می‌کردند. این میزان تنهایی در جوانان به ۶۱/۵ درصد نیز می‌رسید. با این وجود، برخی از پژوهش‌های طولی انجام گرفته، این تغییرات گسترده را در سطح جمعیت در زمان شیوع بیماری همه‌گیر

^۱. COVID-۱۹

^۲. Brooks

^۳. Nef, & Karney

^۴. Prime

^۵. Jani

^۶. Rajkumar

^۷. Turabian

^۸. Ammar

^۹. Hossain

^{۱۰}. Beutel

^{۱۱}. Vander-Velden

^{۱۲}. Li

گزارش نکرده‌اند (آلت^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). اما مدارک و شواهدی دال بر افزایش احساس تنهایی در گروه‌های مانند افراد مجرد، مسن و جوانان برون‌گرا در زمان فاصله‌گذاری اجتماعی، نشان داده‌اند (وان-تیبورگ^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). تنهایی با پیامدهای منفی سلامت جسمی و روانی متعددی از قبیل: اضطراب، افسردگی، مشکلات قلبی عروقی و استرس همراه است (مک کواید^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). احساس تنهایی به صورت دیرینه با تفسیر منفی از تعاملات اجتماعی مرتبط است که بر نحوه تعامل فرد با اجتماع خود تاثیر می‌گذارد (کیوآتر^۴ و همکاران، ۲۰۱۵)؛ که در این باره مانند رفتارهای منفعلانه در برخورد با تعاملات اجتماعی که به صورت هم‌آلایین و هم‌آنلاین می‌باشد (نولند^۵ و همکاران، ۲۰۱۸). به این ترتیب، اثرات بالقوه کووید-۱۹ بر تنهایی نه تنها از منظر بهزیستی فردی مرتبط است، بلکه از نظر پیامدهای سلامت روحی و جسمی نیز مرتبط است. از طرفی، تنهایی به یک تجربه ذهنی ناخوشایند اشاره دارد که ناشی از کمبود ادراک شده در روابط اجتماعی فرد است (پپلاو و پرلمان^۶، ۱۹۸۲). نیاز به ارتباطات اجتماعی معنادار و احساس تعلق، از نیازهای اساسی انسان بودن است (کاکوپو و پاتریک^۷، ۲۰۱۸).

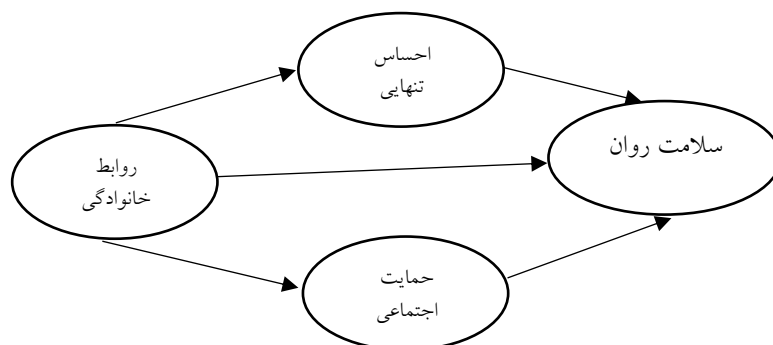
از جمله منابع مهم سازگاری در شرایط تنش‌زا، میزان حمایت و توجهی است که از سوی نزدیکان دریافت می‌شود. حمایت اجتماعی شامل برخورداری از کمک‌های عاطفی، ابزاری و اطلاعی است که توسط دیگران تأمین می‌شود (عمارلو و شاره، ۲۰۱۸). تعاریف اولیه‌ای که از حمایت اجتماعی شده است، ریشه در درک افراد از محبوبیت، مورد احترام بودن و مورد توجه قرار گرفتن، دارد. حمایت اجتماعی ادراک شده عبارت است از: میزان ادراک افراد از محبت و حمایت خانواده و دوستان و اطرافیان او در مقابل فشارهای روانی و حوادث (ساندرسون^۸، ۲۰۱۹). رابرت معتقد است که برخورداری از حمایت اجتماعی مطلوب، فرد را به سلامت جسمی و بهزیستی روانی هدایت می‌کند (رابرت^۹، ۱۹۹۷). در این خصوص نتایج مطالعه‌ی گارگانو و همکارانش نشان داد که میزان حمایتی که افراد از دوستان و خانواده خویش در شرایط بهداشتی شیوع ویروس کرونا، دریافت می‌کنند، زمینه‌ساز کاهش نگرانی و اضطراب آنان است (گارگانو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۱). به این معنا که، افراد دارای حمایت اجتماعی بالا، احساس قوی‌تری از مورد محبت مراقبت قرار گرفتن و دوست داشته شدن، دارند و این امر تاثیر پایداری بر سلامتی روانی آن‌ها دارد (کیوی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۹). به نظر می‌رسد، حمایت اجتماعی ادراک شده، نقش مهمی در تسکین اثرات منفی بیماری بر بُعد روانی بیماران دارد و با تجربه پریشانی کمتر، احساس کنترل بیشتر، بهبود اعتماد به نفس، کاهش تأثیرات حوادث منفی بر زندگی و بهبود کیفیت زندگی همراه می‌باشد (بندیک^{۱۲}، ۲۰۰۵).

از آنجایی که بیماری همه‌گیر کووید-۱۹ کل جمعیت جهان را تحت تاثیر قرار می‌دهد، بسیار مهم است که عواملی را که مشکلات سلامت روان و نیازهای حمایتی را تشدید می‌کنند، شناسایی کرد (مورنو^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۱). پژوهش‌هایی درباره همه‌گیری و اثرات آن بر روی روابط خانوادگی و سلامت روان افراد انجام گرفته است. در این راستا یافته‌های کیفی یک مطالعه مبتنی بر جامعه بر روی والدین کانادایی نشان می‌دهد که ایجاد تعادل بین مسئولیت‌های کاری با مراقبت از کودک و یا حمایت از تحصیل از راه دور کودکان در حین کار از خانه منبع قابل توجهی از استرس برای بسیاری از والدین بوده است (کارول^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین مطالعه دیگری روی ۱۵۷ زوجی که همراه با فرزندانشان در قرنطینه اجباری محبوس شده بودند، نشان داد که استرس بیشتر مرتبط با قرنطینه، کاهش در عملکرد رابطه از قبیل: افزایش شدت مشکل رابطه، کاهش کارایی حل مسئله؛ و عملکرد خانواده مانند افزایش هرج و مرج در خانه، کاهش انسجام خانواده، را پیش‌بینی می‌کند (اورال^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۲). در این باره پژوهش شهریاری‌راد و همکاران (۲۰۲۱) تاثیر ذهنی همه‌گیری کووید-۱۹ را نیز بر زندگی روزمره مردم، حمایت کرده است. یافته‌های دیگری نشان داد که تقریباً ۲۱ درصد از افراد در سراسر جهان با افسردگی قابل توجه بالینی مواجه هستند و بین ۶ تا ۵۱ درصد از افراد علائم اضطراب را در طول همه‌گیری کووید-۱۹ گزارش کرده‌اند که بالاتر از نرخ‌های گزارش شده قبل از همه‌گیری است (لیی^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۱) و همچنین در کشورهای پاکستان، تایلند، فیلیپین و مالزی بالاترین

۱. Alt
۲. Van-Tilburg
۳. McQuaid
۴. Qualter
۵. Nowland
۶. Peplau, & Perlman
۷. Cacioppo & Patrick
۸. Sanderson
۹. Roberts
۱۰. Gargano
۱۱. Cui
۱۲. Benedict
۱۳. Moreno
۱۴. Carroll
۱۵. Overall
۱۶. Lee

میزان افسردگی، اضطراب و استرس را در میان کشورهای با درآمد متوسط داشتند (وانگ^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین مطالعات اخیر نشان داده است که افراد در طول دوره‌های فاصله‌گذاری، حمایت بیشتری را از افراد دیگر دریافت کرده‌اند (فیلپوت^۲ و همکاران، ۲۰۲۱)، که این حمایت توانسته است از پریشانی روانی و تنهایی بیشتر در طول همه‌گیری افراد محافظت کند (بو و همکاران، ۲۰۲۰). در نتیجه می‌توان نتیجه گرفت که سلامت روان و زندگی روانی اجتماعی افراد جامعه در طول دوران همه‌گیری باید به اندازه توجهات بالینی، مورد توجه قرار گیرند (استکلی و کوریاناگی^۳، ۲۰۱۶).

گرچه فاصله‌گذاری اجتماعی و قرنطینه یک راه حل مؤثر برای کندکردن شیوع بیماری‌های عفونی است، اما در خانه ماندن تأثیرات منفی را بر سلامت روان و مشارک اجتماعی و رضایت از زندگی داشته داشته است (آلت و همکاران، ۲۰۲۱) و الگوهای روابط خانوادگی میلیون‌ها نفر را دستخوش تغییرات اساسی داده است. همچنین نتایج پیامدهای منفی سلامت روان از جمله احساس تنهایی (هانسه^۴ و همکاران، ۲۰۲۱) و تأثیر مثبت حمایت اجتماعی بر سلامت روان (گراوپنسرپرگر^۵ و همکاران، ۲۰۲۰) در طول همه‌گیری نشان داده شد. پژوهش‌هایی در حوزه کودکان، نوجوانان، دانشجویان و قشر سالمند انجام گرفته است اما در این میان بزرگسالانی که جنبه حمایتی و پشتیبانی از قشرهای کم‌توان و آسیب‌پذیر جامعه را دارند، کمتر مورد توجه و مطالعه قرار گرفته‌اند و این خلاء پژوهشی احساس شد؛ به همین منظور این پژوهش به دنبال تأثیر روابط خانوادگی در طول همه‌گیری کووید - ۱۹ بر روی سلامت روان افراد بزرگسال با میانجی‌گری احساس تنهایی و حمایت اجتماعی درک شده می‌باشد.



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

روش‌شناسی پژوهش

روش پژوهش با توجه به ماهیت موضوع، مطالعه توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش را بزرگسالان بالای ۱۸ سال ساکن شهر تهران که حداقل یکبار خود یا اعضای خانواده‌شان مبتلا به کووید-۱۹ شده و در قرنطینه خانگی محبوس شده بودند، تشکیل دادند. جهت تعیین حجم نمونه براساس دیدگاه کلین که عنوان می‌کند در مدلیابی معادلات ساختاری حجم نمونه مورد قبول باید حداقل ۲/۵ و حداکثر ۵ برابر گویه‌ها یا سوالات ابزارهای اندازه‌گیری باشد (کلاین^۶، ۲۰۲۳)؛ در پژوهش حاضر با احتساب مجموع ۹۴ گویه باید حداقل ۲۳۵ نفر و یا حداکثر ۴۷۰ نفر انتخاب شوند که در پژوهش تعداد ۳۱۴ فرد با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. زمان اجرای پژوهش بهار سال ۱۴۰۱، هنگام کاهش چشمگیر ابتلا به کووید-۱۹ در ایران بود. برای جمع‌آوری اطلاعات از طریق کتابخانه‌ای و هم پرسشنامه استفاده شد. به منظور گردآوری داده‌ها در این پژوهش با استفاده از پرسشنامه آنلاین پرسال و با همکاری سرگروه کانال‌ها در شبکه‌های اجتماعی واتس‌آپ و تلگرام، و با در اختیار قرار دادن لینک پرسشنامه‌ها و با رعایت معیار ورود افراد در این پژوهش، داده‌ها جمع‌آوری گردید. ملاحظات اخلاقی اعم از مطلع بودن شرکت‌کنندگان از روند پژوهش و جلب رضایت جهت شرکت در مطالعه و محرمانه ماندن اطلاعات شرکت‌کنندگان نیز در پژوهش رعایت گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و برازش مدل از روش مدلیابی معادلات ساختاری و با استفاده از نرم افزار amos24 انجام پذیرفت. جهت سنجش متغیرهای پژوهش از ابزار پرسشنامه به شرح زیر استفاده شده است: پرسشنامه مقیاس عملکرد خانواده (FFS): برای سنجش متغیر روابط خانوادگی از مقیاس عملکرد خانواده (FFS) مارک آل. تاویتیان، جودیت لوبینر، لورا گرین، لاورنس سی، گریستین و وای ناف ولیسر (۱۹۸۷) که دارای ۴۰ گویه است، استفاده

^۱ . Wang

^۲ . Philpot

^۳ . Stickley & Koyanagi

^۴ . Hansen

^۵ . Graupensperger

^۶ . Kline

شد. نمره‌گذاری این مقیاس به صورت طیف لیکرت ۷ نقطه‌ای؛ هرگز، تقریباً هرگز، به ندرت، برخی اوقات، خیلی اوقات، غالباً، همیشه که به ترتیب دارای امتیاز ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶ و ۷ است. این مقیاس دارای ۵ مولفه؛ عواطف مثبت خانوادگی (از گویه ۱ تا ۸)، ارتباطات خانوادگی (از گویه ۹ تا ۱۶)، تعارضات خانوادگی (از گویه ۱۷ تا ۲۴)، نگرانی‌های خانوادگی (از گویه ۲۵ تا ۳۲) و حمایت‌ها و تشویق خانوادگی (از گویه ۳۳ تا ۴۰) می‌باشد. گویه‌های شماره ۲۱، ۴ و ۳۸ بصورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حد پایین نمرات ۴۰ و حد بالای نمرات ۲۸۰ است. این مقیاس با ضرایب آلفا ۰/۹۰ برای خرده مقیاس عواطف مثبت خانوادگی تا ۰/۷۴ برای خرده مقیاس تعارضات، از همسانی درونی نسبی برخوردار است. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر ۰/۸۰ بدست آمد.

سلامت روان گلدبرگ: این پرسشنامه توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۹ معرفی شده و ۲۸ سوال دارد. فرم ۲۸ سوالی پرسشنامه گلدبرگ و هیلیر از طریق اجرای روش تحلیلی عاملی بر روی فرم بلند (۶۰ سوالی) آن طراحی شده است. سوال‌های این پرسشنامه وضعیت روانی فرد در یک ماهه اخیر را بررسی می‌کند و شامل نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات ناهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده است که بر وضعیت اینجا و اکنون تأکید دارد. این پرسشنامه از چهار مقیاس ۷ سوالی تشکیل شده است، به طوری که سوال‌های ۷-۱ مربوط به مقیاس علائم جسمانی، سوال‌های ۱۴-۸ مربوط به مقیاس علائم اضطرابی و اختلال، سوال‌های ۲۱-۱۵ مربوط به مقیاس اختلال در خواب و سوال‌های ۲۸-۲۲ مربوط به مقیاس عملکرد اجتماعی است. نمره‌گذاری این مقیاس به صورت طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (۰، ۱، ۲، ۳) می‌باشد و در نتیجه دامنه نمره فرد از صفر تا ۸۴ خواهد بود که نمره بالاتر نشان‌دهنده بهداشت روانی بهتر و نمره پایین‌تر بالعکس است. در بررسی گلدبرگ و ویلیامز ضریب پایایی دو نیمه کردن برای کل پرسشنامه ۰/۹۵ گزارش شده است (گلدبرگ و ویلیامز، ۲۰۰۰). در ایران، میرخشتی (به نقل از سیدان و عبدالصمدی، ۱۳۸۹) در مطالعه‌ای ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۹۲ و ضریب پایایی بازآزمایی آن را ۰/۸۴ گزارش کرد. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر ۰/۸۲ بدست آمد.

مقیاس احساس تنهایی اجتماعی - عاطفی بزرگسالان (SELSA-S): برای سنجش احساس تنهایی از مقیاس احساس تنهایی اجتماعی - عاطفی بزرگسالان (SELSA-S)، دی توماسو، برانن و بست (۲۰۰۴) استفاده شد. این مقیاس دارای ۱۵ گویه (در فرم ایرانی به ۱۴ گویه تقلیل یافته است) و سه زیرمقیاس احساس تنهایی رمانتیک (گویه‌های ۳، ۶، ۸، ۱۰)، خانوادگی (گویه‌های ۲، ۳، ۷، ۱۱، ۱۳) و اجتماعی (گویه‌های ۱، ۵، ۹، ۱۲، ۱۳) است. مولفان این مقیاس آلفای کرونباخ را بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند که از همسانی درونی مناسب این مقیاس حکایت دارد. این پرسشنامه دارای لیکرت ۵ گزینه‌ای (از کاملاً مخالف=۱، تا کاملاً موافق=۵) می‌باشد که در این مقیاس همه گویه‌ها به جز گویه ۱۴، تمامی سوالات به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره فرد در کل مقیاس به ترتیب ۱۴ و ۷۰ بدست می‌آید. در این پرسشنامه مجموع نمرات سه زیرمقیاس نشان‌دهنده احساس تنهایی عاطفی-اجتماعی می‌باشد. نمره تنهایی عاطفی از ضرب نمرات تنهایی رمانتیک با تنهایی خانوادگی بدست می‌آید. نمره تنهایی اجتماعی نیز با نمره زیرمقیاس تنهایی اجتماعی معین می‌شود. در این مقیاس نمره بالا نشان‌دهنده تنهایی عاطفی-اجتماعی و نمره پایین نیز نشان‌دهنده آن است که فرد تجربه تجربه تنهایی عاطفی و اجتماعی ندارد. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر ۰/۸۱ بدست آمد.

پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده زیمت و همکاران (۱۹۸۸): برای سنجش حمایت اجتماعی درک شده از مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی درک شده زیمت، دالم، زیمت و فارلی استفاده شد. این مقیاس یک ابزار ۱۲ ماده‌ای با سه زیرمقیاس خانواده (عبارات ۱۱، ۸، ۴، ۳)؛ دوستان (۶، ۷، ۹، ۱۲) و اجتماع (۱۰، ۵، ۲، ۱) ساخته شده است. تمام ماده‌های این مقیاس براساس طیف ۷ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالف ۱ امتیاز تا کاملاً موافق ۷ امتیاز) تقسیم‌بندی شده است. حداقل و حداکثر نمره فرد در کل مقیاس به ترتیب ۱۲ و ۸۴ محاسبه می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتر است. اعتبار درونی برای کل مقیاس ۰/۸۸؛ برای زیرمقیاس خانواده ۰/۸۷؛ برای زیرمقیاس دوستان ۰/۸۵ و برای زیرمقیاس اجتماع ۰/۹۱ گزارش شده است. در پژوهش بشارت (۱۳۸۶) ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و سه زیرمقیاس حمایت اجتماعی خانوادگی، دوستان و اجتماع به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۸۳ محاسبه شد و ضرایب همسانی درونی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی درک شده را تایید کرد. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر ۰/۸۱ بدست آمد.

یافته ها

جدول ۱. توزیع فراوانی نمونه مورد مطالعه به تکفیک متغیرهای جمعیت شناختی

متغیرهای جمعیت شناسی	شاخص‌های آماری	فراوانی ساده	فراوانی تراکمی
جنسیت	مرد	۱۱۶	۳۶/۹
	زن	۱۹۸	۶۳/۱
سن	۳۰ سال و کمتر	۳۹	۱۲/۴
	بین ۳۰ تا ۴۰ سال	۹۶	۳۰/۶
	بین ۴۰ تا ۵۰ سال	۱۴۵	۴۶/۲
	۵۰ سال و بیشتر	۳۴	۱۰/۸
تحصیلات	دیپلم و کمتر	۵۶	۱۷/۸
	کارشناسی	۱۱۲	۳۵/۷
	کارشناسی ارشد	۱۱۲	۳۵/۷
	دکتری و بالاتر	۳۴	۱۰/۸
وضعیت تاهل	مجرد	۷۰	۲۲/۳
	متاهل	۲۳۰	۷۳/۲
	جدا شده	۱۴	۴/۵
	فوت شده	-	-
وضعیت اشتغال	شاغل بخش دولتی یا خصوصی	۱۶۹	۵۳/۸
	خوداشتغالی	۴۱	۱۳/۱
	عدم اشتغال	۲۶	۸/۳
	خانه دار	۷۸	۲۴/۸
	مجموع کل	۳۱۴	۱۰۰٪

مطابق با جدول ۱، ۳۶/۹٪ (۱۹۸ نفر) از نمونه آماری را زنان و ۶۳/۱٪ (۱۱۶ نفر) را نیز مردان به خود اختصاص داده‌اند. همچنین نمونه مورد مطالعه از نظر سنی اکثراً در محدوده سنی ۴۰ تا ۵۰ سال؛ از نظر تحصیلات، در کارشناسی و کارشناسی ارشد با ۳۵٪ (۱۱۲ نفر در هر گروه)؛ از نظر وضعیت تاهل ۷۳/۲٪ (۲۳۰ نفر) متاهل؛ و از نظر اشتغال ۵۳/۸٪ (۱۶۹ نفر) شاغل بخش دولتی یا خصوصی بوده‌اند.

جدول ۲: میانگین، انحراف استاندارد، چالگی و کشیدگی متغیرهای مدل پیشنهادی

متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
			مقدار	خطای استاندارد	مقدار
روابط خانوادگی	۳۱۴	۱۸۰/۹۵۲۲	۱۹/۲۸۵۸۳	-۰/۳۳۳	۰/۱۳۸
سلامت روان	۳۱۴	۶۲/۴۰۷۶	۱/۰۸۸۷۶	-۱/۱۶۷	۰/۱۳۸
احساس تنهایی	۳۱۴	۳۱/۲۵۴۸	۹/۷۷۱۷۸	۰/۸۴۸	۱/۰۹۲
حمایت اجتماعی درک شده	۳۱۴	۵۹/۱۴۰۱	۱۲/۷۷۷۲۶	-۰/۲۳۷	۰/۱۳۸

با توجه به مندرجات جدول مقادیر کشیدگی و چولگی نمره کل متغیرها در محدوده نرمال قرار دارد. ابتدا ضرایب همبستگی پیرسون مدل بررسی شد و نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳: ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش مدل

متغیرها	روابط خانوادگی	سلامت روان	احساس تنهایی	حمایت اجتماعی درک شده
روابط خانوادگی	۱			
سلامت روان	۰/۱۱۴*	۱		
احساس تنهایی	-۰/۳۹۸**	-۰/۴۰۰**	۱	
حمایت اجتماعی درک شده	۰/۳۶۳**	۰/۲۷۸**	-۰/۷۴۱**	۱

در جدول ۳، در بررسی محاسبه ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش همان‌طور که مشاهده می‌شود بین متغیرهای روابط خانوادگی و سلامت روان ۰/۱۱، روابط خانوادگی و حمایت اجتماعی درک شده ۰/۳۶، حمایت اجتماعی درک شده و سلامت روان ۰/۲۷؛ رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. ولی بین روابط خانوادگی و احساس تنهایی ۰/۳۹-، احساس تنهایی و سلامت روان ۰/۴-، احساس تنهایی و حمایت اجتماعی درک شده ۰/۷۴-؛ رابطه منفی و معناداری برقرار است.

جدول ۴: پارامترهای مدل اندازه‌گیری پژوهش در تحلیل عاملی تاییدی

متغیرهای مکنون	متغیرهای نشانگر	بارهای عاملی غیراستاندارد B	بارهای عاملی استاندارد Beta	خطای استاندارد برآورد SE	مقداره آماره T	سطح معناداری P-valu	پایایی سازه CR	روایی همگرا AVE
روابط خانوادگی	عواطف مثبت خانوادگی	۱/۰۰۰	۰/۴۶۲					
	ارتباطات خانوادگی	۱/۸۹۳	۰/۶۷۹	۰/۲۱۰	۹/۰۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۰/۰۵
	تعارضات خانوادگی	۱/۷۳۷	۰/۶۸۳	۰/۲۰۲	۸/۵۹۷	۰/۰۰۱		
	نگرانی‌های خانوادگی	۱/۸۲۴	۰/۶۹۷	۰/۲۴۸	۷/۳۶۶	۰/۰۰۱		
	حمایت و تشویق خانوادگی	۲/۴۶۶	۰/۸۸۴	۰/۳۱۶	۷/۷۹۵	۰/۰۰۱		
سلامت روان	علائم جسمانی	۱/۰۰۰	۰/۷۷۳				۰/۸۵	۰/۰۶
	علائم اضطرابی	۱/۲۶۳	۰/۹۰۳	۰/۰۹۵	۱۳/۳۲۰	۰/۰۰۱		
	اختلال در خواب	۰/۶۳۵	۰/۶۰۹	۰/۰۱	۱۰/۴۶۴	۰/۰۰۱		
	عملکرد اجتماعی	۰/۹۸۸	۰/۶۶۹	۰/۰۸۵	۱۱/۶۱۱	۰/۰۰۱		
احساس تنهایی	رمانتیک	۱/۰۰۰	۰/۶۰۹				۰/۶۷	۰/۰۸
	خانوادگی	۱/۱۵۴	۰/۸۲۲	۰/۱۸۴	۶/۲۸۵	۰/۰۰۱		
	اجتماعی	۰/۷۸۰	۰/۵۲۴	۰/۱۱۲	۶/۹۸۱	۰/۰۰۱		
حمایت اجتماعی درک شده	خانواده	۱/۰۰۰	۰/۷۱۹				۰/۶۸	۰/۱
	دوستان	۰/۹۵۷	۰/۶۸۲	۰/۱۴۶	۶/۵۶۱	۰/۰۰۱		
	اجتماع	۰/۷۵۶	۰/۵۳۶	۰/۱۱۶	۶/۵۲۳	۰/۰۰۱		

جدول ۴ نشان می‌دهد که بارهای عاملی استاندارد همه نشانگرها بالاتر از ۰/۳۲ است. طبق دیدگاه تاباچینیک و فیدل (۲۰۱۳)، بارهای عاملی پایین‌تر از ۰/۳۲ ضعیف محسوب شده و می‌توان گفت چنین نشانگرهایی از توان لازم برای سنجش متغیر مکنون خود برخوردار نیستند. براساس جدول ۵ بالاترین بار عاملی متعلق به نشانگر علائم اضطرابی در شناسایی احساس تنهایی ($\beta=0/903$) و پایین‌ترین بار عاملی متعلق به نشانگر عواطف مثبت در روابط خانوادگی است ($\beta=0/462$). با استناد به نتایج جدول ۵ می‌توان گفت همه نشانگرها از قابلیت لازم برای اندازه‌گیری متغیرهای مکنون خود برخوردارند. بارهای عاملی استاندارد

نشده مربوط به چهار نشانگر عواطف مثبت خانوادگی، علائم جسمانی، رمانتیک و خانواده با عدد ۱ ثبت شده، بنابراین خطای استاندارد و نسبت بحرانی آنها محاسبه نشده است. در ستون انتهای جدول دو شاخص برازش تحلیلی عاملی، پایایی سازه و روایی همگرا آمده است که مقادیر نشان از برازش مطلوب مدل می‌دهند. قبل از بررسی ضرایب مسیر باید در ابتدا از برازش مدل با داده‌ها اطمینان حاصل کرد. در ادامه جدول ۵، شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری و در جدول ۶ شاخص‌های برازش مدل طراحی شده گزارش شده است.

جدول ۵: شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری پژوهش در تحلیل عاملی تاییدی

مقیاس‌های پژوهش	نسبت کای اسکوتر به درجات آزادی (CMIN/DF) ^۱	سطح معناداری کای دو (χ^2) ^۲	شاخص برازش هنجار شده (GFI) ^۳	ریشه میانگین مجذور خطای میانگین (RMSEA) ^۴	شاخص برازش تطبیقی (CFI) ^۵	شاخص برازش نسبی (NFI) ^۶	شاخص افزایشی (IFI) ^۷
روابط خانوادگی	۲/۹۸	۰/۰۳	۰/۹۸	۰/۰۸	۰/۹۹	۰/۹۸	۰/۹۹
سلامت روان	۲/۴۴	۰/۱۱	۰/۹۹	۰/۰۶	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۹
احساس تنهایی	-	-	۱/۰۰	۰/۴۰	۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰
حمایت اجتماعی درک شده	-	-	۱/۰۰	۰/۳۹	۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰

جدول ۶: شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی

شاخص‌ها	حد قابل قبول	مقادیر
نسبت کای اسکوتر به درجات آزادی (CMIN/DF)	کوچک‌تر از ۳	۳/۰۰
سطح معناداری کای دو (χ^2)	کمتر از ۰/۰۵	۰/۰۰۱
شاخص برازش هنجار شده (GFI)	بالتر از ۰/۹	۰/۹۱۳
ریشه میانگین مجذور خطای میانگین (RMSEA)	کوچک‌تر از ۰/۰۸	۰/۰۸
شاخص برازش تطبیقی (CFI)	بالتر از ۰/۹	۰/۹۴
شاخص برازش نسبی (NFI)	بالتر از ۰/۹	۰/۹۱۷
شاخص برازش افزایشی (IFI)	بالتر از ۰/۹	۰/۹۴

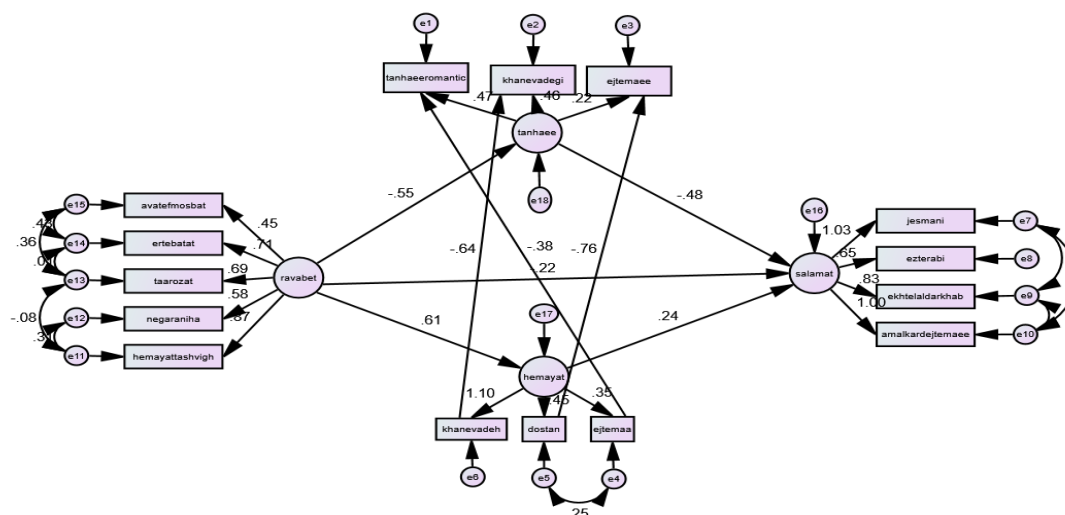
نتایج شاخص‌های برازش در جدول ۵ برای مدل اندازه‌گیری و جدول ۶ برای مدل پیشنهادی نشان می‌دهد که کلیه شاخص‌های برازندگی از جمله χ^2 ($P > ۰/۰۵$)، GFI، AGFI و CFI در دامنه قابل قبول ۰/۹۰ به بالا هستند و شاخص RMSEA در دامنه مجاز ۰/۰۸ قرار دارد و نشان‌دهنده مطلوب بودن مدل اندازه‌گیری و مدل پیشنهادی می‌باشد، بعبارتی می‌توان گفت مدل با داده‌های حاصل از پژوهش برازش مناسبی دارد. نتایج مربوط به اثرات مستقیم و غیرمستقیم برای آزمون فرضیه در جدول ۴ و شکل ۲ آورده شده است.

جدول ۷: ضرایب رگرسیون مسیر مستقیم، غیرمستقیم متغیرهای موجود در مدل

^۱ . Chi-Square Ratio to Degrees of Freedom
^۲ . Chi – square p-value
^۳ . Goodness of fit index
^۴ . Root mean square residual
^۵ . Comparative fit index
^۶ . Relative Fit Index
^۷ . Relative Fit Index

متغیرها	ضریب رگرسیون غیراستاندارد B	ضریب رگرسیون استاندارد Beta	خطای استاندارد برآورد S. E	مقدار آماره T	سطح معناداری P-value
روابط خانوادگی - سلامت روان	-۰/۱۷۹	-۰/۲۲۴	۰/۶۸	-۲/۶۲۸	۰/۰۰۹
روابط خانوادگی - احساس تنهایی	-۰/۲۳۰	-۰/۵۵۲	۰/۰۴۲	-۵/۴۷۲	۰/۰۰۱
روابط خانوادگی - حمایت اجتماعی درک شده	۰/۲۲۳	۰/۶۰۷	۰/۰۴۹	۴/۵۵۱	۰/۰۰۱
احساس تنهایی - سلامت روان	-۰/۹۲۳	-۰/۴۸۲	۰/۱۷۹	-۵/۱۴۶	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی درک شده - سلامت روان	۰/۵۲۷	۰/۲۴۲	۰/۱۳۳	۳/۹۵۲	۰/۰۰۱

نتایج در جدول ۷ نشان می‌دهد که مسیر روابط خانوادگی و سلامت روان در سطح معناداری ۰/۰۵ و بقیه مسیرها در سطح ۰/۰۱ معنادار هستند. ضرایب رگرسیون روابط خانوادگی و سلامت روان (-۰/۲۲)، روابط خانوادگی و احساس تنهایی (-۰/۵۵) و احساس تنهایی و سلامت روان (-۰/۴۸) دال بر رابطه معنادار و منفی است و در متغیرهای روابط خانوادگی و حمایت اجتماعی درک شده (۰/۶۰) و حمایت اجتماعی درک شده و سلامت روان (۰/۲۴) دارای رابطه معنادار و مثبت می‌باشد.



شکل ۲: مدل مفهومی پژوهش

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین روابط خانوادگی با سلامت روان با نقش میانجی احساس تنهایی و حمایت اجتماعی درک شده صورت گرفته است. نتایج یافته‌ها نشان می‌دهد که ضریب اثر مستقیم روابط خانوادگی بر سلامت روان (-۰/۲۲) در سطح (۰/۰۵ < p) معنادار است، به این معنا که هرچه روابط خانوادگی در افراد بیشتر بوده است، فرد سلامت روان کمتری را تجربه کرده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش یانگ^۱ و همکاران (۲۰۱۹)، کارول و همکاران (۲۰۲۰) و اورال و همکاران (۲۰۲۲) هم‌سو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که در همه‌گیری کووید-۱۹، خانواده‌ها در قرنطینه اجباری محبوس شده‌اند، به همین سبب استرس و اضطراب بیشتری را در دوران قرنطینی تجربه کردند که این منجر به کاهش در سطح عملکرد خانواده‌ها از قبیل افزایش شدت مشکل رابطه، کاهش کارایی حل مسئله، افزایش هرج و مرج در خانه، کاهش انسجام خانواده و ... شده است که این منجر شده است که افراد سلامت روان کمتری را در طول همه‌گیری تجربه کنند. همچنین می‌توان بیان کرد که عموماً اعضای یک رابطه، درک ثابتی را از کیفیت یک رابطه ندارند (دی‌لوس ریس^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). به عنوان مثال در طول

^۱ . Yang

^۲ . De Los Reyes

همه‌گیری، ادراک زنان از روابط زناشویی ممکن است نوسانات بیشتری نسبت به مردان داشته باشد (لائورسن^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). یا در رابطه والد-کودک، والدین و فرزندان معمولاً درک‌های متفاوتی به نقش‌ها و اهداف و ظایف وجود دارد. بر این اساس، دسترسی به دیدگاه‌های اعضای مختلف یک رابطه برای درک جامع تأثیر همه‌گیری بر روابط خانوادگی ارزشمند است. در این راستا نتایج پژوهش یانگ و همکارانش؛ یک الگوی دوطرفه را نشان داد؛ بدین معنا که افراد هم تغییرات مثبت و هم تغییرات منفی را در طول همه‌گیری تجربه کرده‌اند. آن‌ها دریافتند که دانش مردم از کووید-۱۹، روان‌رنجوری، خوش‌بینی، تنظیم احساسات و واکنش‌های عاطفی منفی به میزان‌های متفاوتی است که این تفاوت‌ها، تفاوت‌های فردی را در تغییرات روابط خانوادگی نشان می‌دهد (جیانگ^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). براین اساس درمی‌یابیم که همه‌گیری یک تأثیر دوطرفه در بیشتر روابط خانوادگی داشته است؛ از یک طرف که خود همه‌گیری که استرس درونی را موجب می‌شود و از طرف دیگر اقدامات محدودکننده آن برای مهار گسترش ویروس که عوامل خارجی استرس را دربرمی‌گیرد. به همین سبب می‌توان گفت که تقریباً همه خانواده‌ها در درجات مختلف دچار اضطراب و استرس شده‌اند (ژانگ^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). در نتیجه، دردسرهای روزانه در خانواده افزایش می‌یابد، که ممکن است به نوبه خود باعث کاهش اشتراک عواطف و مقابله دوجانبه، تضعیف احساسات با هم بودن، به خطر افتادن کیفیت ارتباط و افزایش رفتارهای کناره‌گیری شود (راندال و بودنمان^۴، ۲۰۱۷). به همین ترتیب در زندگی خانوادگی ممکن است برخی مشکلاتی که از قبل وجود دارند، تشدید شود و یا برخی از مشکلات جدید، ایجاد شود، که همه‌ی این‌ها چالش‌های بیشتری را در روابط خانوادگی نسبت به قبل همه‌گیری وارد می‌کند (پریم و همکاران، ۲۰۲۰). با این حال، از سوی دیگر، عوامل استرس‌زا و روابط خانوادگی باعث ایجاد فرایندهای مشترک در زندگی خانوادگی شده است (لبو^۵، ۲۰۲۰). که به بهبود سلامت روان افراد منجر شده است.

همچنین در بخش دیگر، نتایج نشان داد که رابطه میان روابط خانوادگی و سلامت روان به کمک احساس تنهایی و حمایت اجتماعی درک شده میانجی می‌شوند. نتایج در رابطه با متغیر میانجی احساس تنهایی نشان داد که بین روابط خانوادگی و احساس تنهایی (۰/۵۵-) و احساس تنهایی و سلامت روان (۰/۴۸-) در سطح (۰/۰۱) معنادار است. بدین معنا که روابط خانوادگی از طریق احساس تنهایی بر سلامت روان افراد اثر غیرمستقیم دارد، بدین گونه که روابط نامطلوب خانوادگی می‌تواند با افزایش احساس تنهایی در افراد باعث کاهش سلامت روان شود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش وندرولدن و همکاران (۲۰۲۱) و مک کواید و همکاران (۲۰۲۱) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت احساس تنهایی یک واکنش هیجانی است. فردی که قادر به برقراری ارتباط با دیگران نیست و احساس می‌کند که از خانواده و یا دوستان جداست و به طور قابل ملاحظه‌ای روابط اجتماعی ضعیفی دارد. چنین فردی نمی‌تواند احساسات مثبت یا منفی، ترس‌ها و نگرانی‌ها و امید و آرزوهایش را با خانواده یا دوستان نزدیکش درمیان بگذارد و بازخورد دریافت کند. در این صورت فرد از حمایت اجتماعی لازم محروم است و طبیعتاً ترس بیشتری را احساس می‌کند که این به کاهش وضعیت بهزیستی سلامت روان فرد منجر می‌شود. تحقیقات روانشناسی به وضوح نشان می‌دهد که انزوا می‌تواند بر سلامت روان تأثیر منفی بگذارد. در طول همه‌گیری، کاهش رفت‌وآمدهای خانوادگی و دوستانه، و افزایش ترس از ابتلا به بیماری باعث شده است احساس تنهایی در افراد افزایش یابد. احساس تنهایی فقط نتیجه تنهایی زندگی کردن نیست، بلکه در غیاب ارتباطات اجتماعی با کیفیت نیز رخ می‌دهد (معمودی و همکاران، ۱۳۹۶). برخی از تحقیقات طولی، تغییر قابل توجهی را در سطح جمعیت پس از شیوع بیماری همه‌گیر گزارش نکرده‌اند، اما شواهدی از افزایش تنهایی در زیرگروه‌هایی مانند افراد مجرد، افراد مسن و جوانان برون‌گرا در حالی که فاصله‌گذاری اجتماعی وجود دارد، یافته‌اند (هانسه و همکاران، ۲۰۲۱). پژوهش‌ها نیز گویای آن است که دوره‌های انزوا در قرنطینه خانگی بر سلامت روان تأثیرات مخرب داشته است (استکلی و کوریاناگی، ۲۰۱۶). هافارت^۶ و همکارانش (۲۰۲۲) در پژوهش خود به این موضوع پرداختند که پروتکل‌های فاصله‌گذاری اجتماعی که برای جلوگیری از شیوع بیشتر ویروس کووید-۱۹ طراحی شده‌اند، پیامدهای شدید سلامت روان، از

^۱ . Laursen

^۲ . Jiang

^۳ . Zhang

^۴ . Randal, Bodenmann

^۵ . Lebow

^۶ . Hoffart

جمله احساس تنهایی را دارند. همچنین، وانگ و همکارانش (۲۰۲۰) دریافتند که افزون بر تهدید همه‌گیری کرونا، قرنطینه‌ی خانگی و تجربه‌ی درگیری‌های خانوادگی منجر به بروز مشکلات عاطفی مانند احساس تنهایی گردیده است. نتایج در رابطه با متغیر میانجی حمایت اجتماعی درک شده نیز نشان داد که بین روابط خانوادگی و حمایت اجتماعی درک شده (۰/۶۰) و حمایت اجتماعی درک شده و سلامت روان (۰/۲۴) در سطح معنادار (۰/۰۱) معنادار است. بدین صورت که روابط خانوادگی با افزایش حمایت اجتماعی درک شده، می‌تواند سلامت روان در افراد را افزایش دهد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش فیلیپورت و همکاران (۲۰۲۱) و بو^۱ و همکاران (۲۰۲۰) هم‌راستا می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت طبق نظریه هرمان، حمایت اجتماعی ادراک‌شده از ارزیابی شناختی فرد از محیط و روابطش با دیگران شکل می‌گیرد. نظریه‌پردازان حمایت اجتماعی ادراک‌شده بیان می‌کنند که تمام روابطی که فرد با دیگران دارد، حمایت اجتماعی محسوب نمی‌شود، به بیان دیگر ارتباط اجتماعی منابع حمایت اجتماعی نیست مگر آنکه فرد آن را به عنوان منبعی در دسترس یا مناسب برای رفع نیاز خود ادراک کند، بنابراین نه خود حمایت بلکه ادراک فرد از حمایت است که اهمیت دارد. زمانی که فرد این حمایت اجتماعی را احساس نمی‌کند دچار احساس تنهایی، اضطراب و ناامیدی می‌شود و شرایط روانی و جسمانی وی تحت تأثیر قرار می‌گیرد، همین امر موجب کاهش سلامت روان در او می‌شود. حمایت اجتماعی می‌تواند از سوی خانواده، دوستان، افراد خاص و یا سایرین صورت گیرد. نتایج مطالعه گراپن‌اسپرگر نشان داد که میزان حمایتی که افراد از دوستان و خانواده خویش در شرایط شیوع ویروس کووید-۱۹ دریافت می‌کنند، زمینه‌ساز کاهش نگرانی و اضطراب آنان است که این به نوبه خود سلامت روان افراد را بهبود می‌بخشد. همچنین دریافتند که حمایت اجتماعی بر سلامت روان دانشجویان تأثیر مثبتی می‌گذارد گراوینسپرگر و همکاران، ۲۰۲۰. می‌توان بیان کرد که حمایت اجتماعی عنصری کلیدی برای ادامه زندگی به‌ویژه احساس رضایت‌مندی از زندگی است. چراکه از طریق حمایت اجتماعی افراد می‌توانند فشارهای روانی خود را تحمل کنند و نیروی مقابله برای مواجهه موفقیت‌آمیز در زمان درگیری با شرایط تنش‌زا را به دست آورند. داشتن تماس اجتماعی می‌تواند فرد را به این باور برساند که مورد عشق و علاقه و تأیید و ارزش قرار گرفته و متعلق به شبکه‌ای از ارتباطات و وظایف متقابل است. به‌عبارتی دیگر، با دریافت حمایت اجتماعی، منابع روان‌شناختی محسوسی برای افراد فراهم می‌شود تا بتوانند با شرایط استرس‌زای زندگی و مشکلات روزانه کنار بیایند و در نتیجه شادکامی بیش‌تری را احساس کنند. در این باره، رابرت معتقد است که برخورداری از حمایت اجتماعی مطلوب، فرد را به سلامت جسمی و بهزیستی روانی هدایت می‌کند (ساندرسون، ۲۰۱۲). در مجموع، با توجه به نقش احساس تنهایی و حمایت اجتماعی ادراک شده در مولفه خانواده، دوستان و تأثیر این متغیرها بر کاهش استرس و اضطراب ناشی از کووید-۱۹، می‌توان ادعا کرد که با تقویت ابعاد متنوع و متفاوت خانواده و بنیان خانواده و کمک به کاهش مشکلات اشتراکی و مقابله‌ای در روابط خانوادگی و افزایش کیفیت روابط و کاهش احساسات تنهایی افراد با تقویت و افزایش روابط اجتماعی افراد به‌ویژه با حمایت اجتماعی در ارتباط با همه‌گیری بیماری کووید-۱۹، سلامت روان‌شناختی و جسمانی بهتری را شاهد خواهیم بود. پژوهش حاضر نیز مانند سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی دارد که از جمله مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به استفاده از نمونه در دسترس، محدود بودن جامعه آماری پژوهش به شهر تهران و اجرای پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین اشاره کرد. لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی در جامعه آماری دیگر و به شکل‌های مقایسه‌ای انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت حضوری و با راهنمایی و نظارت بیشتر پژوهشگران بر خودگزارش‌دهی آزمودنی‌ها صورت پذیرد. و در آخر با توجه به اهمیت دو متغیر احساس تنهایی و حمایت اجتماعی درک شده در روابط خانوادگی و نقش تاثیرگذار آن بر سلامت روان افراد، آموزش‌ها و کارگاه‌هایی که موجب ارتقای سلامت روان می‌شوند، تدوین گردند.

سپاسگزاری

بدین وسیله از افرادی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

- معمودی، عبدالله... قادری بگه جان، کاوه.. مظاهری نژاد فرد، گلناز. و سلطانی، شیرین. (۱۳۹۶). بررسی مقایسه احساس تنهایی در میان مردان سالمند بازنشسته و کارگر. فصلنامه مددکاری اجتماعی. ۵۰-۴۳، (۲)۶. [https://socialworkmag.ir/article-fa.html۱-۳۰۸](https://socialworkmag.ir/article-fa.html۱-۳۰۸https://socialworkmag.ir/article-fa.html۱-۳۰۸)
- Alt, P., Reim, J., & Walper, S. (۲۰۲۱). Fall from grace: Increased loneliness and depressiveness among extraverted youth during the German COVID-۱۹ lockdown. *Journal of Research on Adolescence*, 31(۳), ۶۷۸-۶۹۱. <https://doi.org/۱۰.۱۱۱۱/jora.۱۲۶۴۸>
- Ammar, A., Trabelsi, K., Brach, M., Chtourou, H., Boukhris, O., Masmoudi, L., ... & Hoekelmann, A. (۲۰۲۱). Effects of home confinement on mental health and lifestyle behaviours during the COVID-۱۹ outbreak: Insight from the ECLB-COVID۱۹ multicenter study. *Biology of sport*, 38(۱), ۹-۲۱. <https://doi.org/۱۰.۱۰۱۱/biol sport.۲۰۲۰.۹۶۸۵۷>
- Ammar, A., Mueller, P., Trabelsi, K., Chtourou, H., Boukhris, O., Masmoudi, L., ... & ECLB-COVID۱۹ Consortium. (۲۰۲۰). Psychological consequences of COVID-۱۹ home confinement: The ECLB-COVID۱۹ multicenter study. *PloS one*, 15(۱۱), e۰۲۴۰۲۰۴. <https://doi.org/۱۰.۱۳۷۱/journal.pone.۰۲۴۰۲۰۴>
- Amarloo, P., & Shareh, H. (۲۰۱۸). Social support, responsibility, and organizational procrastination: A mediator role for basic psychological needs satisfaction. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 24(۲), ۱۷۶-۱۸۹. <http://dx.doi.org/۱۰.۳۲۵۹۸/ijpcp.۲۴,۲,۱۷۶> [Persian]
- Benedict, R. H., Wahlig, E., Bakshi, R., Fishman, I., Munschauer, F., Zivadinov, R., & Weinstock-Guttman, B. (۲۰۰۵). Predicting quality of life in multiple sclerosis: accounting for physical disability, fatigue, cognition, mood disorder, personality, and behavior change. *Journal of the neurological sciences*, 231(۱-۲), ۲۹-۳۴. <https://doi.org/۱۰.۱۰۱۶/j.jns.۲۰۰۴.۱۲.۰۰۹>
- Beutel, M. E., Hettich, N., Ernst, M., Schmutzer, G., Tibubos, A. N., & Braehler, E. (۲۰۲۱). Mental health and loneliness in the German general population during the COVID-۱۹ pandemic compared to a representative pre-pandemic assessment. *Scientific reports*, 11(۱), ۱۴۹۴۶. <https://doi.org/۱۰.۱۰۳۸/s4۱۵۹۸-۰۲۱-۹۴۴۳۴-۸>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (۲۰۲۰). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395(۱۰۲۲۷), ۹۱۲-۹۲۰. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS۰۱۴۰-۶۷۳۶\(۲۰\)۳۰۴۶۰-۸/fulltext?ref=thepeasanttimes.com](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS۰۱۴۰-۶۷۳۶(۲۰)۳۰۴۶۰-۸/fulltext?ref=thepeasanttimes.com)
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (۲۰۲۰). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395(۱۰۲۲۷), ۹۱۲-۹۲۰.
- Bu, F., Steptoe, A., & Fancourt, D. (۲۰۲۰). Loneliness during a strict lockdown: Trajectories and predictors during the COVID-۱۹ pandemic in ۳۸,۲۱۷ United Kingdom adults. *Social science & medicine*, 265, ۱۱۳۵۲۱. <https://doi.org/۱۰.۱۰۱۶/j.socscimed.۲۰۲۰.۱۱۳۵۲۱>
- Cacioppo, J. T., & Patrick, W. (۲۰۰۸). *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. WW Norton & Company.
- Carroll, N., Sadowski, A., Laila, A., Hruska, V., Nixon, M., Ma, D. W., ... & Guelph Family Health Study. (۲۰۲۰). The impact of COVID-۱۹ on health behavior, stress, financial and food security among middle to high income Canadian families with young children. *Nutrients*, 12(۸), ۲۳۵۲. <https://doi.org/۱۰.۳۳۹۰/nu۱۲۰۸۲۳۵۲>
- Cui, J., Li, F., & Shi, Z. L. (۲۰۱۹). Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. *Nature reviews microbiology*, 17(۳), ۱۸۱-۱۹۲. <https://doi.org/۱۰.۱۰۳۸/s4۱۵۷۹-۰۱۸-۰۱۱۸-۹>
- De Los Reyes, A., Ohannessian, C. M., & Racz, S. J. (۲۰۱۹). Discrepancies between adolescent and parent reports about family relationships. *Child Development Perspectives*, 13(۱), ۵۳-۵۸. <https://doi.org/۱۰.۱۱۱۱/cdep.۱۲۳۰۶>
- Gargano, J. W. (۲۰۲۱). Use of mRNA COVID-۱۹ vaccine after reports of myocarditis among vaccine recipients: update from the Advisory Committee on Immunization Practices—United States, June ۲۰۲۱. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 70, ۹۷۷-۹۸۲. <http://dx.doi.org/۱۰.۱۵۵۸۵/mmwr.mm۷۰۲۷e۲>
- Graupensperger, S., Benson, A. J., Kilmer, J. R., & Evans, M. B. (۲۰۲۰). Social (un) distancing: Teammate interactions, athletic identity, and mental health of student-athletes during the COVID-۱۹ pandemic. *Journal of Adolescent Health*, 67(۵), ۶۶۲-۶۷۰. <https://doi.org/۱۰.۱۰۱۶/j.jadohealth.۲۰۲۰.۰۸.۰۰۱>
- Hansen, T., Nilsen, T. S., Yu, B., Knapstad, M., Skogen, J. C., Vedaa, Ø., & Nes, R. B. (۲۰۲۱). Locked and lonely? A longitudinal assessment of loneliness before and during the COVID-۱۹ pandemic in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 49(۷), ۷۶۶-۷۷۳. <https://doi.org/۱۰.۱۱۷۷/۱۴۰۳۹۴۸۲۱۹۹۳۷۱۱>
- Hoffart, A., Johnson, S. U., & Ebrahimi, O. V. (۲۰۲۲). Loneliness during the COVID-۱۹ pandemic: change and predictors of change from strict to discontinued social distancing protocols. *Anxiety, Stress, & Coping*, 35(۱), ۴۴-۵۷. <https://doi.org/۱۰.۱۰۸۰/۱۰۶۱۵۸۰۶,۲۰۲۱,۱۹۵۸۷۹۰>
- Hossain, M. M., Sultana, A., & Purohit, N. (۲۰۲۰). Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence. *Epidemiology and health*, 42, e۲۰۲۰۰۳۸. <https://doi.org/۱۰.۴۱۷۸/epih.e۲۰۲۰.۰۳۸>
- Jiang, Y., Tan, Y., Wu, D., Yin, J., & Lin, X. (۲۰۲۳). The double-edged impact of the COVID-۱۹ pandemic on Chinese family relationships. *Journal of Family Issues*, 44(۱), ۹۱-۱۱۱. <https://doi.org/۱۰.۱۱۷۷/۰۱۹۲۵۱۳X۲۱۱.۴۱۹۹۰>

- Jani M, Jamilian H, Aramoon A. (۲۰۱۷). Comparing Perceived Stress, Self-efficacy and Mental Health in Patients With HIV and Hepatitis C. J Arak Uni Med Sci, ۲۰ (۹): ۱۲-۲۱
URL: <http://jams.arakmu.ac.ir/article-۱-۵۲۷۴-en.html> [Persian]
- Kline, R. B. (۲۰۲۳). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications. [https://books.google.com/books?hl=fa&lr=&id=t۳CvEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP۱&dq=۲۴.+Kline.+R.+B.+\(۲۰۱۱\).+Principles+and+practice+of+structural+equation+modeling+\(۲.+Bask%۴B۱\).+New+York,+NY:+Guilford.%E۲%۸۰%۴F&ots=sWXEU۱۸۰۰hN&sig=rgmRVlGmkdWb۰OCf U۹۸NsuX۴lw#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com/books?hl=fa&lr=&id=t۳CvEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP۱&dq=۲۴.+Kline.+R.+B.+(۲۰۱۱).+Principles+and+practice+of+structural+equation+modeling+(۲.+Bask%۴B۱).+New+York,+NY:+Guilford.%E۲%۸۰%۴F&ots=sWXEU۱۸۰۰hN&sig=rgmRVlGmkdWb۰OCf U۹۸NsuX۴lw#v=onepage&q&f=false)
- Laursen, B., & Collins, W. A. (۲۰۰۹). Parent-child relationships during adolescence. *Handbook of adolescent psychology*, 2, ۱-۴۲.
[https://books.google.com/books?hl=fa&lr=&id=modqtujZm۳۰C&oi=fnd&pg=PA۳&dq=۲۵.+Laursen.+B.+Collins.+W.+A.+\(۲۰۰۹\).+Parent%۴%۸۰%۴۳child+relationships+during+adolescence.+In+Lerner.+R.+Steinberg.+L.+\(Eds.\).+Handbook+of+adolescent+Psychology:+Contextual+influences+on+adolesece nt+development+\(۳rd+ed.,+Vol.+۲,+pp.+۳%۴%۸۰%۴۳۴۲\).+New+York:+Wiley.&ots=QUhRxI۱۶DSd&si g=DWC۱Lky۱M۱ahRYNNLrc۱FQnla۴۴#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com/books?hl=fa&lr=&id=modqtujZm۳۰C&oi=fnd&pg=PA۳&dq=۲۵.+Laursen.+B.+Collins.+W.+A.+(۲۰۰۹).+Parent%۴%۸۰%۴۳child+relationships+during+adolescence.+In+Lerner.+R.+Steinberg.+L.+(Eds.).+Handbook+of+adolescent+Psychology:+Contextual+influences+on+adolesece nt+development+(۳rd+ed.,+Vol.+۲,+pp.+۳%۴%۸۰%۴۳۴۲).+New+York:+Wiley.&ots=QUhRxI۱۶DSd&si g=DWC۱Lky۱M۱ahRYNNLrc۱FQnla۴۴#v=onepage&q&f=false)
- Lebow, J. L. (۲۰۲۰). Family in the age of COVID-۱۹. *Family process*, 59(۲), ۳۰۹.
<https://doi.org/۱۰.۱۱۱۱/famp.۱۲۰۴۲>
- Lee, Y., Lui, L. M., Chen-Li, D., Liao, Y., Mansur, R. B., Brietzke, E., ... & McIntyre, R. S. (۲۰۲۱). Government response moderates the mental health impact of COVID-۱۹: a systematic review and meta-analysis of depression outcomes across countries. *Journal of affective disorders*, 290, ۳۶۴-۳۷۷.
<https://doi.org/۱۰.۱۰۱۶/j.jad.۲۰۲۱.۰۴.۰۵۰>
- Li, L. Z., & Wang, S. (۲۰۲۰). Prevalence and predictors of general psychiatric disorders and loneliness during COVID-۱۹ in the United Kingdom. *Psychiatry research*, 291, ۱۱۳۲۶۷.
<https://doi.org/۱۰.۱۰۱۶/j.psychres.۲۰۲۰.۱۱۳۲۶۷>
- McQuaid, R. J., Cox, S. M., Ogunlana, A., & Jaworska, N. (۲۰۲۱). The burden of loneliness: Implications of the social determinants of health during COVID-۱۹. *Psychiatry research*, 296, ۱۱۳۶۴۸.
<https://doi.org/۱۰.۱۰۱۶/j.psychres.۲۰۲۰.۱۱۳۶۴۸>
- Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., ... & Arango, C. (۲۰۲۰). How mental health care should change as a consequence of the COVID-۱۹ pandemic. *The lancet psychiatry*, 7(۹), ۸۱۳-۸۲۴. [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS۲۲۱۵-۰۳۶۶\(۲۱\).۰۲۱۶-۹/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS۲۲۱۵-۰۳۶۶(۲۱).۰۲۱۶-۹/fulltext)
- Neff, L. A., & Karney, B. R. (۲۰۱۷). Acknowledging the elephant in the room: How stressful environmental contexts shape relationship dynamics. *Current opinion in psychology*, 13, ۱۰۷-۱۱۰.
<https://doi.org/۱۰.۱۰۱۶/j.copsyc.۲۰۱۶.۰۵.۰۱۳>
- Nowland, R., Necka, E. A., & Cacioppo, J. T. (۲۰۱۸). Loneliness and social internet use: pathways to reconnection in a digital world?. *Perspectives on psychological science*, 13(۱), ۷۰-۸۷.
<https://doi.org/۱۰.۱۱۷۷/۱۷۴۵۶۹۱۶۱۷۷۱۳.۵۲>
- Overall, N. C., Chang, V. T., Pietromonaco, P. R., Low, R. S., & Henderson, A. M. (۲۰۲۲). Partners' attachment insecurity and stress predict poorer relationship functioning during COVID-۱۹ quarantines. *Social Psychological and Personality Science*, 13(۱), ۲۸۵-۲۹۸. <https://doi.org/۱۰.۱۱۷۷/۱۹۴۸۵۵.۶۲۱۹۹۲۹۷۳>
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (۱۹۸۲). Perspectives on loneliness. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, ۱-۱۸.
- Prime, H., Wade, M., & Browne, D. T. (۲۰۲۰). Risk and resilience in family well-being during the COVID-۱۹ pandemic. *American psychologist*, 75(۵), ۶۳۱. <https://psycnet.apa.org/buy/۲۰۲۰-۳۴۹۹۵-۰۰۱>
- Philpot, L. M., Ramar, P., Roellinger, D. L., Barry, B. A., Sharma, P., & Ebbert, J. O. (۲۰۲۱). Changes in social relationships during an initial "stay-at-home" phase of the COVID-۱۹ pandemic: A longitudinal survey study in the US. *Social Science & Medicine*, 274, ۱۱۳۷۷۹.
<https://doi.org/۱۰.۱۰۱۶/j.socscimed.۲۰۲۱.۱۱۳۷۷۹>
- Qualter, P., Vanhalst, J., Harris, R., Van Roekel, E., Lodder, G., Bangee, M., ... & Verhagen, M. (۲۰۱۵). Loneliness across the life span. *Perspectives on psychological science*, 10(۲), ۲۵۰-۲۶۴.
<https://doi.org/۱۰.۱۱۷۷/۱۷۴۵۶۹۱۶۱۵۵۶۸۹۹۹>
- Rajkumar, R. P. (۲۰۲۰). COVID-۱۹ and mental health: A review of the existing literature. *Asian journal of psychiatry*, 52, ۱۰۲۰۶۶. <https://doi.org/۱۰.۱۰۱۶/j.ajp.۲۰۲۰.۱۰۲۰۶۶>
- Ranjbar, K., Hosseinpour, H., Shahriarirad, R., Ghaem, H., Jafari, K., Rahimi, T., ... & Hosseinpour, P. (۲۰۲۱). Students' attitude and sleep pattern during school closure following COVID-۱۹ pandemic quarantine: a web-based survey in south of Iran. *Environmental health and preventive medicine*, 26(۱), ۳۳.
<https://doi.org/۱۰.۱۱۸۶/s۱۲۱۹۹-۰۲۱-۰۰۹۵۰-۴>
- Randall, A. K., & Bodenmann, G. (۲۰۱۷). Stress and its associations with relationship satisfaction. *Current opinion in psychology*, 13, ۹۶-۱۰۶. <https://doi.org/۱۰.۱۰۱۶/j.copsyc.۲۰۱۶.۰۵.۰۱۰>
- Roberts, J. E., & Gotlib, I. H. (۱۹۹۷). Social support and personality in depression: Implications from quantitative genetics. In *Sourcebook of social support and personality* (pp. ۱۸۷-۲۱۴). Boston, MA: Springer US.
<https://doi.org/۱۰.۱۰۷/۹۷۸-۱-۴۸۹۹-۱۸۴۳-۷۹>
- Sanderson, C. A., & Huffman, K. R. (۲۰۱۹). *Real world psychology*. John Wiley & Sons.
[https://books.google.com/books?hl=fa&lr=&id=gmfDDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA۱۴&dq=۴۲.+Sander son.+C.+A.+\(۲۰۱۲\).+Health+psychology.+۳nd+ed.+New+York:+Wiley+Global+Education.&ots=cArQ QNpYle&sig=le۸ZmPHwf۱NYpw۰-](https://books.google.com/books?hl=fa&lr=&id=gmfDDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA۱۴&dq=۴۲.+Sander son.+C.+A.+(۲۰۱۲).+Health+psychology.+۳nd+ed.+New+York:+Wiley+Global+Education.&ots=cArQ QNpYle&sig=le۸ZmPHwf۱NYpw۰-)

- [mEa9OAPMaSY#v=onepage&q=42.%20Sanderson%20C.%20A.%20\(2012\).%20Health%20psychology.%20nd%20ed.%20New%20York%3A%20Wiley%20Global%20Education.&f=false](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.02.004)
- Shahriarirad, R., Erfani, A., Ranjbar, K., Bazrafshan, A., & Mirahmadizadeh, A. (۲۰۲۱). The mental health impact of COVID-۱۹ outbreak: a Nationwide Survey in Iran. *International journal of mental health systems*, 15(۱), ۱۹. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00440-3>
- Stickley, A., & Koyanagi, A. (۲۰۱۶). Loneliness, common mental disorders and suicidal behavior: Findings from a general population survey. *Journal of affective disorders*, 197, ۸۱-۸۷. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.004>
- Turabian, J. L. (۲۰۲۰). Implications on mental health by the coronavirus disease ۲۰۱۹ (COVID-۱۹) pandemic: The role of general practitioner. *Archives of Psychiatry and Mental Health*, 4(۱), ۰۳۵-۰۴۱. <https://doi.org/10.29328/journal.apmh.1001011>
- Van der Velden, P. G., Hyland, P., Contino, C., von Gaudecker, H. M., Muffels, R., & Das, M. (۲۰۲۱). Anxiety and depression symptoms, the recovery from symptoms, and loneliness before and after the COVID-۱۹ outbreak among the general population: Findings from a Dutch population-based longitudinal study. *PloS one*, 16(۱), e۰۲۴۵۰۵۷. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.۰۲۴۵۰۵۷>
- Van Tilburg, T. G., Steinmetz, S., Stolte, E., Van der Roest, H., & De Vries, D. H. (۲۰۲۱). Loneliness and mental health during the COVID-۱۹ pandemic: A study among Dutch older adults. *The journals of gerontology: Series B*, 76(۷), e۲۴۹-e۲۵۵. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa۱۱۱>
- Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J., & Jiang, F. (۲۰۲۰). Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-۱۹ outbreak. *The lancet*, 395(۱۰۲۲۸), ۹۴۵-۹۴۷.
- Wang, C., Tee, M., Roy, A. E., Fardin, M. A., Srichokchatchawan, W., Habib, H. A., ... & Kuruchittham, V. (۲۰۲۱). The impact of COVID-۱۹ pandemic on physical and mental health of Asians: A study of seven middle-income countries in Asia. *PloS one*, 16(۲), e۰۲۴۶۸۲۴. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.۰۲۴۶۸۲۴>
- Yang, X., Xiong, Z., Li, Z., Li, X., Xiang, W., Yuan, Y., & Li, Z. (۲۰۲۰). Perceived psychological stress and associated factors in the early stages of the coronavirus disease ۲۰۱۹ (COVID-۱۹) epidemic: Evidence from the general Chinese population. *PLoS One*, 15(۱۲), e۰۲۴۳۶۰۵. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.۰۲۴۳۶۰۵>
- Zhang, Y., Xu, J., Li, H., & Cao, B. (۲۰۲۰). A novel coronavirus (COVID-۱۹) outbreak: a call for action. *Chest*, 157(۴), e۹۹. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.02.014>