

## پیش‌بینی سلامت روان بر اساس اضطراب و همبستگی اجتماعی ناشی از بیماری کرونا

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۱۱/۲۰ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۱/۰۵

سوسن علیزاده فرد\*<sup>۱</sup>

مجید صفاری نیا<sup>۲</sup>

### چکیده

**هدف:** همه‌گیری بیماری کرونا و اجرای قرنطینه، اثرات مختلفی بر جنبه‌های روانی و اجتماعی افراد جامعه گذاشته است. هدف از پژوهش حاضر مطالعه ارتباط اضطراب و همبستگی ناشی از بیماری کرونا با سلامت روان در جامعه شهر تهران است.

**روش:** به این منظور نمونه‌ای شامل ۶۱۸ زن و مرد بزرگسال توسط پرسشنامه GHQ-12، مقیاس اضطراب بیماری کرونا (علیپور، ۱۳۹۸)، و همبستگی اجتماعی (بر اساس پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴) به صورت اینترنتی و از طریق شبکه‌های مجازی مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل نشان داد که اضطراب بیماری کرونا (بصورت منفی) و همبستگی اجتماعی ناشی از بیماری کرونا (بصورت مثبت) با سلامت روان همبستگی دارد. همچنین مشخص شد که اضطراب و همبستگی اجتماعی ناشی از بیماری کرونا، به ترتیب ۴۷ و ۲۶ درصد از تغییرات سلامت روان را پیش‌بینی می‌کنند.

**نتیجه‌گیری:** این نتایج نشان‌دهنده بروز اثرات مثبت و منفی روانی و اجتماعی در زمان قرنطینه بوده و دارای تلوپحات کاربردی در تدوین مداخلات بحران در زمان همه‌گیری بیماری کرونا است.

**کلمات کلیدی:** سلامت روان، اضطراب، همبستگی اجتماعی، بیماری کرونا، کروناویروس.

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

\* نویسنده مسئول: s.alizadehfard@pnu.ac.ir

۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

## The prediction of mental health based on the anxiety and the social cohesion that caused by Coronavirus

Susan Alizadeh Fard<sup>1\*</sup>

Majid Saffarinia<sup>2</sup>

### Abstract

**Introduction:** The corona disease epidemic and quarantine have had different effects on the social and psychological aspects of individuals. The aim of this research was to study the relationship between the anxiety and the social cohesion that caused by **Coronavirus** with mental health in Teheran.

**Method:** For this purpose, a sample of 618 men and women adults evaluated by GHQ-12 Inventory, Corona Disease Anxiety Scale (Alipour, 2020), and social cohesion (based on wellbeing questionnaire of Keys and Shapiro, 2004) through online recall and via social network. To analyze the data, Pearson correlation coefficient and regression analysis was used. **Results:** The results showed anxiety and social cohesion that caused by Coronavirus had meaningful statistical correlation with mental health. Also mental health could be predicted positively by social cohesion, negatively by anxiety.

**Conclusion:** These results indicated the positive and negative psychological and social effects of quarantine, and had practical implications in the development of crisis interventions at the time of the Corona disease outbreak.

**Keywords:** mental health, anxiety, social cohesion, Corona disease, Coronavirus.

---

1. Assistant Professor of psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

\* Corresponding Author: s.alizadehfard@pnu.ac.ir

2. Professor of psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

## مقدمه

در ماه دسامبر ۲۰۱۹ نوع جدیدی از ویروس کرونا (nCoV-2019) در شهر ووهان چین شناسایی شد و به سرعت در تمام چین گسترش یافت. طبق گزارش کمیسیون بهداشت ملی چین، تا ۴ فوریه ۲۰۲۰ حدود ۲۴۳۳۴ نفر به این بیماری مبتلا شدند (کمیسیون ملی بهداشت چین، ۲۰۲۰). دامنه همه‌گیری این بیماری از شهر ووهان به ۳۱ استان چین و سپس به کشورهای دیگر نیز گسترش یافت؛ چنان‌که در زمان کوتاهی مناطقی در جنوب شرق آسیا (تایلند، سنگاپور، مالزی، ویتنام، فیلیپین، و کامبوج)، شرق آسیا (چاپین و کره جنوبی)، جنوب آسیا (هند، نپال، و سریلانکا)، غرب آسیا (امارات، ایران)، اروپا (ایتالیا، آلمان، انگلیس، فرانسه، و اسپانیا)، قاره آمریکا (کانادا و ایالت‌های مختلف آمریکا) و حتی استرالیا با شیوع این بیماری روبرو شدند (بیانیه سازمان بهداشت جهانی، فوریه ۲۰۲۰). از مهمترین نشانه‌های این بیماری، علائم حاد تنفسی است که در ۲ درصد موارد منجر به مرگ بیمار می‌شود. با توجه به قدرت شیوع و انتقال بیماری، سازمان بهداشت جهانی در ۴ فوریه وضعیت اضطراری اعلام و توصیه نمود تا کشورها انتقال فرد به فرد این بیماری را از طریق کاهش تماس افراد بخصوص افراد مبتلا و کارکنان بخش‌های مراقبتی و درمانی بیماران کاهش داده و گسترش جهانی آن را کنترل نمایند (بیانیه سازمان بهداشت جهانی، ژانویه ۲۰۲۰). متأسفانه این روش به تنهایی کارساز نبود و تعداد فزاینده مبتلایان نشان داد که علاوه بر بیماران، تعداد زیادی از ناقلان بدون علامت نیز در جامعه حضور دارند. این امر موجب شد تا برخی مناطق مجبور به انجام قرنطینه کامل (مانند چین و ایتالیا) و یا اجرای مراقبت‌های پیشگیری در سطح کلان و ملی (مانند ایران، امارات، کره جنوبی) در شهر، استان یا حتی کل کشور شدند.

اجرای این سیاست‌های بهداشتی علیرغم پیامدهای مثبت، موجب بروز اثرات منفی روان‌شناختی در سطح جامعه شده است. ترس از بیماری، ترس از مرگ، انتشار اخبار غلط و شایعات، تداخل در فعالیت‌های روزمره، مقررات منع یا محدودیت سفر و عبور و مرور، کاهش روابط اجتماعی (همکاران، دوستان، خانواده)، بروز مشکلات شغلی و مالی، و ده‌ها پیامد دیگر این شرایط، سلامت روان افراد جامعه را تهدید می‌نماید. بی‌شک یکی از مهمترین این عوامل، اضطراب مربوط به بیماری کرونا است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بروز بیماری‌هایی مانند بیماری‌های تنفسی به علت مشکلات جدی جسمانی و کاهش کیفیت زندگی بیماران باعث بروز اضطراب ناشی از بیماری خواهند شد (وو و مک کوگان<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰؛ دونگ، ونگ، تاو، سو، لی، لیو، ژائو و ژنگ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷؛ والرومورنو، لاکومبا ترزو، و کاسانا گرانل<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰). بیشتر تحقیقات بر اضطراب بیماران تمرکز دارند، اما واقعیت آن است که در زمان همه‌گیری یک بیماری مانند کرونا، ترس از بیماری و ترس از مرگ، در کنار آشفته‌گی فعالیت‌های روزمره، موجب می‌شود تا افراد سالم نیز با اضطراب بیماری درگیر شوند (فیشهوف<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰).

1. Wu, McGoogan
2. Dong, Wang, Tao, Suo, Li, Liu, Zhao, Zhang
3. Valero-Moreno, Lacomba-Trejo, Casaña-Granell
4. Fischhoff

این عوامل می‌توانند مجموعه‌ای از نشانه‌ها تا اختلالات بالینی جدی را به وجود آورند. افزایش احساس تنهایی، کاهش حمایت اجتماعی، کاهش امید به زندگی (شیگمورا، اورسانو، مورگانستین، کوراساوا، بندیک<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰)؛ و از احساس ترس و نگرانی تا استرس و اضطراب بالینی، وسواس فکری و عملی مرتبط با بیماری (رابین و ویسلی<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰)، و حتی نشانه‌هایی از استرس پس از سانحه در شرایط مشابه دیده شده است (شولتز، بینگانا، نریا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴).

این شکل از همه‌گیری یک بیماری، در واقع یک رخداد بزرگ اجتماعی است که نه تنها در سطح یک منطقه، که در سطح کشور و حتی کل دنیا مطرح گشته و لازم است تا آثار اجتماعی آن نیز مورد توجه قرار گیرد. از دیدگاه جامعه‌شناسی، شیوع بیماری‌های واگیر مانند زمانی است که حوادث و بلایای طبیعی رخ می‌دهند. حوادثی که هر از چندگاهی رخ نموده و فجایع اجتماعی را رقم می‌زنند. حوادثی مانند زلزله و یا طوفان که بشر در ایجاد آنها نقشی نداشته است. همچنین همه‌گیری بیماری‌های خطرناک در سطح جامعه و بروز تلفات انسانی فراوان نیز جزو بلایای طبیعی قلمداد می‌شوند (اگرچه گاهی میزان دخالت انسان در ایجاد و کنترل آنها بیشتر است). هرچه سطح گسترش و شیوع بیماری وسیع‌تر باشد، اثرات اجتماعی آن نیز گسترده‌تر خواهد بود (شادی‌طلب، ۱۳۷۱).

تأثیر متقابل سلامت روانی و اجتماعی همواره موضوع بحث بوده، و تحقیقات اخیر نشان‌دهنده ارتباط عوامل اجتماعی و روانی در مواردی مانند خشم و افسردگی تا سوء مصرف مواد بوده است (کاسیوپو، برنتسون و دستی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). بنابراین توصیه شده تا در بررسی مدل‌های علی و ساختاری، به نقش متقابل سلامت در ابعاد اجتماعی و روانی بر یکدیگر توجه شود. به نظر می‌رسد که شاید بروز همه‌گیری بیماری کرونا، علاوه بر اثرات منفی روان‌شناختی مانند استرس، موجب اثرات مثبتی نیز بر شاخص‌های اجتماعی مانند همبستگی اجتماعی شده باشد.

مفهوم سلامت اجتماعی را شامل ابعاد عملکرد مثبت ذهن در روابط اجتماعی می‌داند. این ابعاد عبارتند از: پذیرش خود، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، هدفمند بودن در زندگی و استقلال، کیز و شاپیرو<sup>۵</sup> (۲۰۰۴) با توجه به مفهوم پردازی‌های نظری از سلامت اجتماعی، یک مدل پنج بُعدی قابل سنجش ارائه دادند که در سطوح فردی قابل استفاده است. در این نظریه منظور از شکوفایی اجتماعی ارزیابی پتانسیل و خط سیر جامعه است. همبستگی اجتماعی یعنی ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش. انسجام اجتماعی قابل قیاس با بی‌معنابودن زندگی است و شامل دیدگاه‌هایی در این باره است که جامعه قابل سنجش و پیش‌بینی است. پذیرش اجتماعی نسخه اجتماعی پذیرش خود است و مشارکت اجتماعی عبارت است از ارزیابی ارزش اجتماعی که فرد دارد (صفاری‌نیا، ۱۳۹۴).

1. Shigemura, Ursano, Morganstein, Kurosawa, and Benedek
2. Rubin, Wessely
3. Shultz, Baingana, Neria
4. Cacioppo, Berntson, & Decety
5. Keyes & Shapiro

همبستگی اجتماعی، احساس مسئولیت متقابل بین چند نفر یا چند گروه است که از آگاهی و اراده برخوردار باشند. همچنین همبستگی می‌تواند شامل پیوندهای انسانی و برادری بین انسان‌ها به‌طور کلی، و یا حتی وابستگی متقابل حیات و منافع بین آنها باشد (بیرو، ترجمه ۱۳۸۰). به عبارت دیگر همبستگی اجتماعی، قبول همکاری آگاهانه و از روی میل و اراده برای رسیدن به یک هدف خاص؛ یا مشارکت همراه با اختیار در یک عمل جمعی توأم با تعهد و مسئولیت، بر مبنای استفاده از اطلاعات و فرصت‌ها می‌باشد (نصرآبادی، ۱۳۸۴).

این مفهوم از عناصر اصلی ادبیات روان‌شناسی اجتماعی در بحث سلامت اجتماعی است. از آنجا که مفهوم سلامت اجتماعی در بستر اجتماع و روابط بین افراد ظهور می‌یابد، می‌توان گفت که شرایط اجتماعی، روان‌شناختی، اقتصادی، فرهنگی و حتی سیاسی در آن نقش اساسی ایفا کرده و به تبع آن با تأکید بر شاخص‌های متفاوت، تعاریف مختلفی بدست می‌آید. (زاهدی‌اصل و پيله ور، ۱۳۹۳). صاحب‌نظرانی مانند کیز<sup>۱</sup> (۱۹۹۸ و ۲۰۰۴) بر ارتباط سلامت روان و بهزیستی اجتماعی تمرکز نموده و در این معنا، بهزیستی اجتماعی را چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در اجتماع می‌دانند (کیز، ۱۹۹۸). بر اساس همین دیدگاه، کیز مولفه‌های بهزیستی اجتماعی را همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی برمی‌شمارد (صفاری‌نیا، ۱۳۹۴).

بنابر آنچه بیان شد می‌توان چنین نتیجه گرفت که شرایط بحرانی همه‌گیری بیماری می‌تواند باعث آثار مثبت و منفی روانی و اجتماعی شود که به نوعی بر سلامت روان افراد جامعه اثرگذار هستند. در همین راستا هدف پژوهش حاضر نیز بررسی نقش اضطراب (عامل روان‌شناختی) و همبستگی اجتماعی (عامل اجتماعی) بر سلامت روان افراد جامعه در زمان شیوع بیماری کرونا است و این فرضیه را می‌سنجد که اضطراب و همبستگی اجتماعی ناشی از بیماری کرونا می‌توانند سلامت روان افراد جامعه را در زمان همه‌گیری این بیماری پیش‌بینی نمایند.

## روش پژوهش

طرح این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بود و جامعه آماری آن شامل جامعه بزرگسالان شهر تهران (بالا تر از ۲۰ سال) در هفته سوم و چهارم اسفند ۱۳۹۸ (۱۹ الی ۲۶ اسفند) بود. با توجه به آن که جمعیت بزرگسال شهر تهران بیش از ۱۰ میلیون نفر تخمین زده می‌شود و بر اساس فرمول کوکران، تعداد نمونه حداقل تعداد ۲۸۵ نفر محاسبه شد. به دلیل شرایط خاص جامعه و محدودیت تردد و ارتباطات اجتماعی، از روش نمونه‌گیری و اجرای اینترنتی استفاده شد. روش کار به این شکل بود که پرسشنامه بصورت آنلاین طراحی شد و از طریق شبکه‌های اجتماعی (تلگرام و واتس‌آپ) انتشار یافت. بعد از حذف موارد ناقص و سنین پاسخگویان کمتر از ۲۰ سال، و همتاسازی تصادفی بر اساس مدرک تحصیلی و موقعیت اقتصادی، نهایتاً تعداد ۶۱۸ پاسخنامه بدست آمد که بیش از ۱/۵ برابر حداقل تعداد نمونه مورد نیاز بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-25 و به روش تحلیل رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

## ابزارهای پژوهش

**الف) مقیاس سلامت روان GHQ-12:** این آزمون ابتدا توسط گلدبرگ<sup>۱</sup> ۱۹۷۲ برای غربالگری اختلالات روانی طراحی شد و دارای ۶۰ سوال بود. سپس فرم ۱۲ سوالی از آن استخراج شد که بعلاوه کوتاه بودن، مورد استقبال بسیار قرار گرفت. نمره‌گذاری آن بر اساس لیکرت چهارگزینه‌ای (صفر=اصلاً و ۳=خیلی زیاد) بوده و نقطه برش آن در این سیستم ۳۶ نمره‌ای برابر با نمره ۱۴/۵ است. نمرات بالاتر نشانه وجود اختلالات روانی در فرد هستند. در بررسی روایی سازه و در تحلیل عاملی این مقیاس در جامعه ایرانی، پژوهش یعقوبی و همکاران (۱۳۸۱) مشخص کرد که مقیاس دارای دو عامل نشانه‌های سلامت روان مثبت و نشانه‌های اختلال روانی است. همچنین همبستگی مناسب آن با فرم مصاحبه تشخیصی بین‌المللی مرکب، نشان‌دهنده روایی ملاک آن بود. اعتبار این مقیاس نیز با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برای کل آزمون و ۰/۸۷ برای نشانه‌های اختلالات روانی و ۰/۸۸ برای سلامت روان مثبت؛ و ضریب بازآزمایی ۰/۹۱ به روش دومینمه کردن مورد تایید قرار گرفت. در مجموع کاربرد این مقیاس برای جامعه ایرانی به تایید رسیده است (امین‌پور و زارع، ۱۳۹۲).

**ب) مشارکت و همبستگی اجتماعی ناشی از بیماری کرونا:** این متغیر با استفاده از برخی گویه‌های پرسشنامه پهنیستی اجتماعی کیز بررسی شد (کیز و شاپیرو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). تعداد ۱۳ گویه مربوط به زیر مقیاس‌های همبستگی و مشارکت اجتماعی از پرسشنامه پهنیستی اجتماعی انتخاب و هر گویه منطبق با بیماری کرونا طراحی شد. گویه‌ها بر اساس لیکرت پنج درجه‌ای نمره‌گذاری شدند (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵). روایی و اعتبار پرسشنامه اصلی در ایران مورد بررسی قرار گرفته و روایی آن از طریق روایی محتوی و تحلیل عاملی تایید شده و همچنین پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۵ بدست آمده بود (صفاری‌نیا، تدریس‌تبریزی، علی‌اکبری دهکردی؛ ۱۳۹۳). مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۹ برای کل پرسشنامه، ۰/۹۱ و ۰/۸۸ به ترتیب برای زیرمقیاس‌های همبستگی و مشارکت اجتماعی بدست آمد.

**ج) مقیاس اضطراب بیماری کرونا:** این پرسشنامه در زمان همه‌گیری بیماری کرونا توسط علیپور و همکاران (۱۳۹۸) ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۸ گویه است که بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (هرگز= صفر و همیشه=۳) نمره‌گذاری می‌شود. دو عامل علائم روانی و علائم جسمی در این پرسشنامه وجود دارد. پایایی آن با مقدار آلفای کرونباخ ۰/۹۱۹ برای کل پرسشنامه و ۰/۸۷۰ برای عامل اول، و ۰/۸۶۱ برای عامل دوم مورد تایید قرار گرفت. همچنین روایی آن با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی و تاییدی تایید شده است (علیپور، قدمی، علیپور، عبدالله زاده، ۱۳۹۸).

1. Goldberg  
2. Keyes & Shapiro

## یافته‌ها

در این پژوهش پاسخنامه ۶۱۸ نفر مرد بررسی قرار گرفت که از نظر مدرک تحصیلی و موقعیت اجتماعی هم‌تاسازی شده بودند. میانگین سن افراد ۳۸ سال  $\pm ۸/۱۷$  بود. تعداد ۳۷۵ نفر زن (۶۰/۱۹) و ۲۴۳ نفر مرد (۳۹/۳۲) بودند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار
GHQ	۶۱۸	۱۹/۰۲	۲/۰۶
اضطراب کرونا	۶۱۸	۱۸/۴۱	۷/۸۲
مشارکت و همبستگی اجتماعی	۶۱۸	۴۰/۱۲	۴/۵۸

همانطور که در جدول ۱ نشان داده شده است، میانگین نمرات GHQ ۱۹/۰۲ (نمرات بالاتر نشان‌دهنده سلامت روان پایین‌تر است)، مشارکت و همبستگی اجتماعی ناشی از کرونا ۴۰/۱۲، و اضطراب بیماری کرونا ۱۸/۴۱ بوده است. همبستگی بین این متغیرها از طریق روش همبستگی پیرسون بررسی شد که نتایج در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. میزان همبستگی متغیرهای پژوهش

	اضطراب کرونا	GHQ	مشارکت و همبستگی اجتماعی
GHQ		۱	
اضطراب کرونا	۱	*-۰/۶۰۲	
مشارکت و همبستگی اجتماعی	-۰/۲۱۷	*-۰/۵۱۷	۱

\*  $P < 0/01$

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که همبستگی اجتماعی و اضطراب ناشی از بیماری کرونا با سلامت روان رابطه معنادار (اضطراب رابطه منفی و همبستگی رابطه مثبت) دارند. جهت آزمون فرضیه پژوهش و بررسی رابطه متغیرهای پیش‌بین (همبستگی اجتماعی و اضطراب ناشی از بیماری کرونا) با متغیر ملاک (نمرات GHQ) از روش رگرسیون استفاده شد. قبل از اجرای آزمون پیش‌فرض‌های نرمال بودن متغیر ملاک، استقلال خطاها، و عدم خطی بودن متغیرهای پیش‌بین مورد بررسی و تایید قرار گرفت. نتایج تحلیل رگرسیون در جدول ۳ و ۴ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون مدل پیش‌بینی نمرات GHQ

سطح معناداری	F	میانگین مجزورات	مجموع مربعات	R <sup>2</sup>	R
۰/۰۰۱	۲۱/۲۶	۱۵۰۶/۱۹	۳۱۲۷/۶۸	۰/۵۴۶	۰/۷۳۹

جدول ۳ نشان می‌دهد که پیش‌بینی سلامت روان بر اساس همبستگی اجتماعی و اضطراب ناشی از بیماری کرونا معنادار بوده و این مدل قادر است تا ۵۴ درصد از تغییرات سلامت روان را تبیین می‌کند.

جدول ۴. ضرایب رگرسیون همزمان نمرات همبستگی اجتماعی و اضطراب ناشی از کرونا در پیش‌بینی

نمرات GHQ			
VF	p	B	متغیر پیش‌بین
۱	۰/۰۰۸	۰/۴۷	۰/۸۳ اضطراب
۱	-۰/۰۲	-۰/۲۶	مشارکت و همبستگی اجتماعی

همچنین ضرایب تاثیر متغیرهای پیش‌بین در جدول ۴ نشان می‌دهد که مشارکت و همبستگی اجتماعی قادر است تا ۲۶ درصد از واریانس سلامت روان را تعیین کند به شکلی که به ازای افزایش ۱ انحراف استاندارد متغیر همبستگی اجتماعی ناشی از کرونا، متغیر سلامت روان به اندازه ۰/۲۶ انحراف استاندارد افزایش می‌یابد. به همین ترتیب اضطراب قادر است تا ۴۷ درصد از واریانس سلامت روان را تعیین کند به شکلی که به ازای افزایش ۱ انحراف استاندارد متغیر اضطراب کرونا، متغیر سلامت روان به اندازه ۰/۴۷ انحراف استاندارد کاهش می‌یابد (نمرات بالاتر GHQ نشان‌دهنده سلامت روان پایین‌تر است).

### بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر رابطه بین سلامت روان با اضطراب و همبستگی اجتماعی ناشی از بیماری کرونا مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که سلامت روان با اضطراب و همبستگی اجتماعی همبستگی معنادار دارد؛ به طوری که همبستگی اجتماعی ناشی از کرونا دارای رابطه مثبت معنادار، و اضطراب کرونا دارای رابطه منفی معنادار با سلامت روان هستند. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که اضطراب و همبستگی اجتماعی به ترتیب ۴۷ و ۲۶ درصد از واریانس سلامت روان را تعیین می‌کنند.

اگرچه ادبیات پژوهش‌های روان‌شناختی ایران در رابطه با همه‌گیری بیماری‌های واگیر به‌طور کلی و بیماری کرونا به‌طور خاص، بسیار اندک است، لیکن می‌توان بر نقش عمده اضطراب و بهزیستی اجتماعی بر سلامت روان در شرایط کلی و در بحران‌های اجتماعی توجه نموده و در تبیین این نتایج از آنها بهره گرفت. مطابق با دیدگاه‌های جدید، سلامت به معنای سطح بالایی از سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی مفهوم‌سازی می‌شود؛ به طوری که کمبود در هر یک منجر به کاستی در سایر ابعاد شده و عوامل تاثیرگذار در هر مورد موجب تاثیر بارز بر روی ابعاد دیگر خواهد شد (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴)، بنابراین لازم است تا تغییرات سلامت روان با توجه به عوامل روان‌شناختی و اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته و تبیین شود.

در شرایط بحرانی، ساختارهای اجتماعی و فردی زندگی دچار آشفتگی می‌گردد. آشفتگی ساختارهای فردی، به معنای کاهش قدرت کنترل فرد، و کاهش پیش‌بینی‌پذیری جریان زندگی است (رابین و ویسلی، ۲۰۲۰). مثلاً در دوران قرنطینه خانگی، روال زندگی فرد مختل شده و در نتیجه کمتر می‌تواند آینده خود را پیش‌بینی کند و برای آن برنامه‌ریزی نماید. افراد احساس می‌کنند که از میزان کنترل آنها بر جریان زندگی کاسته شده و این شرایط موجب احساس عدم امنیت می‌گردد. مزو امنیت را یکی از نیازهای اساسی بشر



دانسته و آن را قدرت پیش‌بینی آینده تعریف می‌کند (تنگ، ابراهیم، وست<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). این عدم امنیت، موجب اضطراب خواهد شد. اضطراب اساسی‌ترین خصوصیت شرایط بحرانی بوده و در ایجاد آن، پیش‌بینی ناپذیری آینده بیشترین سهم را داراست (منک، چیپرفیلد، پری<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). البته می‌توان به این شرایط، ترس از بیمار شدن، ترس از مرگ، ترس از مشکلات مادی و از دست‌دادن شغل و مانند آن‌را هم اضافه نمود (شیگمورا، ناکاموتو، اورسانو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹). بنابراین مشخص است که این اضطراب بر سلامت روان افراد جامعه تاثیر منفی خواهد گذاشت، چنان‌چه نتایج پژوهش حاضر نیز این موضوع را مورد تایید قرار داده است.

از سوی دیگر، اختلال در ساختارهای اجتماعی نیز موجب نوعی آنومی<sup>۴</sup> و آشفتگی اجتماعی می‌گردد. اگرچه در ظاهر بلایای طبیعی موضوع مباحث جامعه‌شناختی نیست، اما باید در نظر داشت که پیامدهای اجتماعی چنین حوادثی ایجاد نابسامانی و عدم تعادل اجتماعی است. این رخدادها با جریان‌های عادی زندگی اجتماعی و الگوهای تکرارشونده فعالیت‌های انسانی در تضاد هستند. در واقع الگوهای مرسوم و متعارف زندگی اجتماعی مردم دچار فروپاشی شده و ساختارهای جدیدی جایگزین آنها می‌شوند؛ ساختارهایی که بر اساس شرایط بحرانی، ارزش‌ها و اهداف اجتماعی وابسته به آن شکل می‌گیرند (نجریان، براتی سده، ۱۳۷۹). تاثیر این شرایط بر اجتماع، پیامدها و آثاری متفاوت و دوگانه را نشان می‌دهد. از سویی موجب آشفتگی اجتماعی و ضعیف شدن قواعد اجتماعی شده، و بی‌تفاوتی اجتماعی و خودخواهی و نفع‌طلبی فردی را افزایش می‌دهند. اما از دیگر سو ممکن است سبب تقویت و تحکیم همبستگی اجتماعی، همکاری مردم، توسعه فعالیت‌های خیریه و سازمان‌های مردمی، تقویت روابط و مناسبات عاطفی، تحکیم خانواده، و نیز افزایش انگیزه کار و تلاش، مشارکت و دگرخواهی و دگرباری منجر شود و به‌طور کلی مشارکت و همبستگی اجتماعی را افزایش دهد (وحید، سلطانی‌نژاد، ۱۳۹۱).

در واقع ممکن است ساختارهای جدید ناسازگار و یا سازگار با سلامت روان باشند. مثلاً ممکن است کاهش روابط اجتماعی، موجب افزایش احساس تنهایی گردد و یا ادراک فرد از حمایت اجتماعی را کم کند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در چنین شرایطی سلامت روان فرد به مخاطره خواهد افتاد (ژنگ، یو، اونگواری، کورل، چيو<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴)؛ زیرا حمایت اجتماعی، اثرات مثبتی بر سرسختی روانی و کیفیت زندگی می‌گذارد (قربانپور، یاقوتی، رضایی، ۱۳۹۸).

همچنین ممکن است در این موقعیت‌های بحرانی، ساختارهای سازگار نیز شکل گیرند. مثلاً شرایط بحرانی سبب گردد تا همه افراد جامعه در یک حرکت همسو، دارای هدف مشترکی گردند و ارزش‌های مشترکی را در پیش گیرند: پیشگیری و کنترل بیماری. به عبارت دیگر شرایط بحرانی موجب شود تا معنای جدیدی در زندگی اجتماعی افراد بوجود آید که قبلاً مشابه آن یا وجود نداشته و یا بسیار کم‌رنگ بوده است. در این معنای جدید، رفتار همه افراد جامعه دارای کارکردی یکسان و بخصوص وابسته بهم می‌شود. این

1. Tang, Ibrahim, West  
2. Menec, Chipperfield, Perry  
3. Shigemura, Nakamoto, Ursano  
4. Anomie  
5. Xiang, Yu, Ungvari, Correll, Chiu

احساس که رفتار فرد به شدت بر کل جامعه اثرگذار است، حس مثبتی است که شاید قبلاً به این شکل در زندگی افراد وجود نداشته است. در این شرایط حتی قطع ارتباطات اجتماعی، یک کنش اجتماعی با ارزش‌گذاری کاملاً مثبت تلقی می‌گردد.

واترمن<sup>۱</sup> (۱۹۹۳) سلامت را از دو دیدگاه لذت‌جویانه و کارکردگرایانه بررسی کرد و سلامت اجتماعی را معادل با رضایت از زندگی و حس مثبت از آن دانسته و در دیدی کارکردی، به اهمیت شخصی، معناداری زندگی و آمادگی برای ایفای نقش اجتماعی تاکید می‌کند (واترمن، شوارتز، زامبونگا، لاورت، ویلیامز، آگوچا و دونلان<sup>۲</sup>؛ ۲۰۱۰). بنابراین اگرچه ساختارهای اجتماعی معمول از بین رفته و با دچار اختلال شده‌اند؛ اما می‌تواند در جامعه، ساختارهای اجتماعی قوی‌تر و با کارکرد مثبت‌تری بوجود آید.

کیز و ریف<sup>۳</sup> (۲۰۰۰) فردی را دارای سلامت اجتماعی قلمداد می‌کنند که علاوه بر رضایت از زندگی، آن را هدفدار دیده، بر زندگی خود تسلط داشته، و خود را حاکم بر زندگی و نه قربانی آن ببیند (زاهدی اصل و پیله‌وری، ۱۳۹۳). رعایت رفتارهای پیشگیری از بیماری کرونا، همان هدف تازه‌ای است که زندگی اجتماعی مردم را تحت تأثیر قرار داده است و موجب شده تا افراد احساس کنند که با تبعیت از آنها می‌توانند نه تنها بر سلامت جسمی خود، که بر سلامت جامعه نیز تسلط داشته و خود را حاکم بر شرایط و نه قربانی آن ببینند. این حس مشترک، در اصطلاح جامعه‌شناسی همبستگی و مشارکت اجتماعی نامیده می‌شود.

آگوست کنت، جامعه‌شناس فرانسوی، توافق اذهان را ملاک شکل‌گیری همبستگی اجتماعی می‌داند و معتقد است که جامعه واقعی به وجود نمی‌آید، مگر آنکه اعضای آن اعتقادات واحدی داشته باشند (وحید، سلطانی‌نژاد، ۱۳۷۹). امیل دورکیم جامعه‌شناس دیگر فرانسوی نیز معتقد است که همبستگی اجتماعی و فاق ملی براساس ارزش‌ها و قواعد اخلاقی و پذیرش این ارزش‌ها از جانب اکثریت افراد جامعه صورت می‌گیرد و فردگرایی آفت بزرگ فاق اجتماعی است (امیل دورکیم<sup>۴</sup>، ترجمه ۱۳۸۷). در جامعه ایران، با توجه به فرهنگ جمع‌گرایانه و ارزش‌های ملی و دینی مبتنی بر یکپارچگی و همبستگی، همواره در شرایط بحرانی شاهد آن بوده‌ایم که، ساختارهای تازه بر اساس این ارزش‌ها شکل گرفته‌اند و موجب فاق و همبستگی اجتماعی و مشارکت جمعی شده است (نجاریان، براتی‌سده، ۱۳۷۹). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که همبستگی اجتماعی موجب بهبود بهزیستی روانی و اجتماعی خواهد شد (عطا‌دخت، زارع، کرامتی، ۱۳۹۴؛ هزارجریبی، مهری، ۱۳۹۱) و نتایج پژوهش حاضر نیز تایید نمودند که بخشی از تغییرات سلامت روان تحت تأثیر همین همبستگی اجتماعی بوده و موجب مقاومت در برابر اختلالات و آسیب‌های روان‌شناختی شده است.

بنابراین مشخص می‌شود که شرایط بحرانی همه‌گیری بیماری کرونا علاوه بر افزایش عوامل منفی مانند اضطراب، باعث ایجاد عوامل مثبتی مانند همبستگی و مشارکت اجتماعی نیز شده است که بصورت منفی و مثبت بر سلامت روان تأثیر گذار هستند. از همین رو، پیشنهاد می‌شود تا از این ظرفیت مهم اجتماعی جهت حفظ و ارتقای سلامت روان جامعه بهره‌گرفته شود.

1. Waterman
2. Waterman, Schwartz, Zamboanga, Ravert, Williams, Agocha & Donnellan
3. Ryff
4. Émile Durkheim

این پژوهش در جامعه شهر تهران انجام شد و پیشنهاد می‌گردد تا در سایر مناطق نیز چنین بررسی صورت گیرد تا اولویت‌های بهداشتی و اجرایی همان مناطق مشخص شوند. با توجه به شرایط همه‌گیری بیماری، اجرای این پژوهش بصورت غیرحضوری و از طریق شبکه‌های مجازی صورت گرفت؛ بسیاری از افراد بزرگسال که توانایی یا دسترسی استفاده از شبکه‌های مجازی را نداشتند، در این پژوهش شرکت نکردند. همچنین نظارت کامل پژوهشگر بر نحوه اجرا وجود نداشته است. ماهیت پویا و تغییر پذیر متغیرهای پژوهش، یکی از مهمترین محدودیت‌های نتیجه‌گیری در این پژوهش بود. بنابراین ضروری است این پویایی مدنظر قرار گرفته و در فاصله‌های زمانی مناسب تکرار شود تا تغییرات سلامت روان و عوامل موثر بر آن روشن گردد.

## منابع

- امیل دورکیم، د. (۱۳۸۷). درباره تقسیم کار اجتماعی. ترجمه باقر پرهام. تهران: نشر مرکز.
- امین پور، ح؛ زارع، ح. (۱۳۹۲). کاربرد آزمونهای روانی، تهران: انتشارات دانشگاه پیام‌نور.
- باقی نصرآبادی، ع. (۱۳۸۴). همبستگی اجتماعی و مشارکت عمومی، حصون، شماره ۶، ۱۸۷-۱۶۵.
- بیرو، ا. (۱۹۶۹). ترجمه باقر ساروخانی، ۱۳۸۰، تهران، چاپ کیهان.
- زاهدی اصل، م؛ پیله‌وری، ا. (۱۳۹۳). فراتحلیلی بر مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی، فصلنامه برنامه‌ریزی و توسعه اجتماعی، شماره ۱۹، ۱۰۷-۷۱.
- شادی‌طلب، ژ. (۱۳۷۲). مدیریت بحران، برنامه‌ریزی پس از فاجعه زلزله، فصلنامه علوم اجتماعی. شماره‌های ۳ و ۴، ۱۵۱-۱۲۵.
- صفاری‌نیا، م؛ تدریس تبریزی، م و علی‌اکبری دهکردی، م. (۱۳۹۳). رواسازی و اعتباریابی پرسشنامه بهزیستی اجتماعی در زنان و مردان ساکن شهر تهران، فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی، سال ۵، شماره ۱۸، ۱۳۳-۱۱۵.
- صفاری‌نیا، مجید (۱۳۹۳) مولفه‌های اجتماعی روان‌شناسی سلامت در ایران، فصلنامه روان‌شناسی سلامت، پاییز ۱۳۹۳، شماره ۱۱ ص ۱۰۱-۱۱۹
- عطا‌دخت الف، زارع ر، کرامتی تیراقلو، ن. (۱۳۹۴). ارتباط میزان علاقه اجتماعی با سلامت عمومی سالمندان غیرمقیم و مقیم در مراکز سالمندان شهرستان اردبیل، فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، ۲، ۳، ۱۴۹-۱۴۱.
- علیپور، ا؛ قدمی، ا؛ علیپور، ز؛ عبدالله زاده، ح. (۱۳۹۸). اعتباریابی مقدماتی اضطراب بیماری کرونا در نمونه ایرانی، روان‌شناسی سلامت، ۸، ۴، ۱۷۵-۱۶۳.
- قربان‌پور لقمجانی، ا؛ یاقوتی، م؛ رضایی، س. (۱۳۹۸). نقش میانجی‌گرانه حمایت اجتماعی در رابطه بین سرسختی روانی و احساس انسجام با کیفیت زندگی در کارکنان بیمارستانهای شهر قوچان، پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، ۳۴، ۱۳۹-۱۱۹.
- نجاریان، ب؛ براتی سده، ف. (۱۳۷۹). پیامدهای روان‌شناختی فاجعه‌ها. تهران: نشر مسیر.

- وحید، ف و سلطانی‌نژاد، م. (۱۳۹۱). پیامدهای جامعه‌شناختی زلزله بیه، مطالعات علوم اجتماعی ایران، ۹، ۳۵-۲۰۸-۱۸۹.
- هزارجریبی، ج؛ مهری، ا. (۱۳۹۱). تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی و اجتماعی، فصلنامه علوم اجتماعی، ۵۹، ۸۸-۴۱.
- Cacioppo, J. T., Berntson, G. G., & Decety, J. (2010). Social neuroscience and its relationship to social psychology. *Social Cognition*. 28: 675-685.
- Dong, X., Wang, L., Tao, Y., Suo, X., Li, Y., Liu, F., Zhao, Y., Zhang, Q. (2017). Psychometric properties of the Anxiety Inventory for Respiratory Disease in patients with COPD in China. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 12:49-58. <https://doi.org/10.2147/COPD.S117626>.
- Fischhoff, B. (2020). Speaking of Psychology: Coronavirus Anxiety. In: <https://www.apa.org/research/action/speaking-of-psychology/coronavirus-anxiety>.
- Health Commission of Hubei Province. Update on epidemic situation of novel coronavirus-infected pneumonia in Hubei province. Feb 4, 2020. <http://wjw.hubei.gov.cn/fbjd/dtyw/202002/t202002052019293.shtml> (accessed Feb 5, 2020).
- Keyes, C. M. (1998). Social well-being. *Social psychology quarterly*, 2, 121 – 140.
- Keyes, C. M., & Ryff, C. D. (2000). Subjective change and mental health: a self-concept theory. *Social psychology quarterly*. 63: 264 – 279.
- Keyes, C. M. & Shapiro, A. (2004). *Social Well-being in U.S.A. descriptive epidemiology*. In Orville Brim, Carol D.
- Keyes, C. M. (2005). Mental Health and / or Mental Illness? Investigation Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 73: 539 – 548.
- Menec, V. H., Chipperfield, J. G., Perry, R. P. (1999). Self-perceptions of health: a prospective analysis of mortality, control, and health. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*. 54: 85–93.
- Rubin, G. J., Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *BMJ (Clinical research ed.)*, 368, m313. doi: 10.1136/bmj.m313.
- Shigemura, J., Nakamoto, K., Ursano, R. J. (2009). Responses to the outbreak of novel influenza A (H1N1) in Japan: risk communication and shimaguni konjo. *American Journal of Disaster Medicine*. 4: 133–134.
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M. and Benedek, D. M. (2020) Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. doi:10.1111/pcn.12988.
- Shultz, J. M., Baingana, F., Neria, Y. (2015). The 2014 Ebola outbreak and mental health: current status and recommended response. *JAMA*. 313: 567–68.
- Tang, T. L.; Ibrahim, A. H.; West, W. B. (2002). Effects of war-related stress on the satisfaction of human needs: The United States and the Middle East. *International Journal of Management Theory and Practices*. 3 (1): 35–53.
- Valero-Moreno, S., Lacomba-Trejo, L., Casaña-Granell, S. (2020). Psychometric properties of the questionnaire on threat perception of chronic illnesses in pediatric

- patients. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 28:e3242. DOI: 10.1590/1518-8345.3144.3242.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness and hedonic enjoyment. *Journal of personality and social psychology*. 64: 678-691.
  - Waterman, A. S., Schwartz, S. J., Zamboanga, B. L., Ravert, R. D., Williams, M. K., Agocha, B. & Donnellan, M. B. (2010). The Questionnaire for Eudaimonic Well-Being: Psychometric properties, demographic comparisons, and evidence of validity. *Journal of Positive Psychology*. 6: 41-61.
  - WHO. Novel coronavirus (2019-nCoV) situation report - 15. Feb 4, 2020. [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200204-Sitrep-15-ncov.pdf?sfvrsn=88fe8ad6\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200204-Sitrep-15-ncov.pdf?sfvrsn=88fe8ad6_2) (accessed Feb 4, 2020).
  - WHO. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Jan 30, 2020. [https://www.who.int/newsroom/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/newsroom/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)) (accessed Feb 4, 2020).
  - 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 external icon. *JAMA*. Published online: February 24. DOI:10.1001/jama.2020.2648.
  - Xiang, Y. T., Yu, X., Ungvari, G. S., Correll, C. U., Chiu, H. F. (2010). Outcomes of SARS survivors in China: not only physical and psychiatric co-morbidities. *East Asian Archives Psychiatry*. 24: 37-38.