

Predicting Adaptive Behaviors Against COVID-19 based on Affects, Self-compassion & Psychological Vulnerability

Hamideh Moghadam, *A., Sharifipour Chokami, Z., Abolghasemi, A.

Abstract

Introduction: According to the role of Psychological factors in adaptive behaviors, the purpose of this research is prediction of adults' adaptive behaviors according to the role of positive and negative affects, self-compassion and psychological vulnerability.

Method: This research performed descriptively and by a correlation design. Participants were included 284 adults from Rasht city that were chosen by an available sampling procedur. The Clark and colleagues Adaptive Behaviors Against COVID-19 Questionnaire, Watson and colleagues Positive and Negative Affect Scale (PANAS), Neff and colleagues Self-Compassion Scale (short-form) and Dura and colleagues Brief Symptoms Inventory 18 were completed online.

Results: The results of multivariate regression analysis showed that self-compassion, positive affect, negative affect and psychological vulnerability specify 31/1 percent of adaptive behaviors against COVID-19 variance among adults.

Conclusion: Findings of this study indicated the important role of affects, self-compassion and psychological vulnerability in predicting the use of adaptive behaviors against COVID-19 in adults. It is recommended that training programs be designed and implemented with the aim of increasing self-compassion and positive affects and reducing the psychological vulnerability and negative affects of adults to make people resilient in the current situation.

Keywords: psychological vulnerability, self-compassion, compliance behaviors, affects, COVID-19.

پیش‌بینی رفتارهای انطباقی در برابر کووید ۱۹ بر اساس نقش عواطف، خودشفقتی و آسیب‌پذیری روانی

عارفه حمیده‌مقدم^۱، زینب شریفی‌پور چوکامی^۲، عباس ابوالقاسمی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۱۲

چکیده

مقدمه: با توجه به نقش عوامل روانشناختی در رفتارهای انطباقی، هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی رفتارهای انطباقی بزرگسالان در برابر کووید ۱۹ بر اساس نقش عواطف مثبت و منفی، خودشفقتی و آسیب‌پذیری روانی است.

روش: این پژوهش توصیفی، با طرح همبستگی انجام شد. شرکت‌کنندگان در تحقیق شامل ۲۸۴ بزرگسال ساکن شهر رشت بودند که به صورت در دسترس انتخاب شدند. پرسشنامه رفتارهای انطباقی در برابر کووید ۱۹ کلارک و همکاران، پرسشنامه عواطف مثبت و منفی واتسون و همکاران، فرم کوتاه شفقت به خود نف و فرم کوتاه پرسشنامه نشانه‌های دورا و همکاران به صورت آنلاین تکمیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که عواطف مثبت و منفی، شفقت به خود و آسیب‌پذیری روانی ۳۱/۱ درصد واریانس رفتارهای انطباقی بزرگسالان در برابر ویروس کووید ۱۹ را پیش‌بینی می‌کنند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش حاکی از نقش مهم عواطف، خودشفقتی و آسیب‌پذیری روانی در پیش‌بینی به کار بستن رفتارهای انطباقی در برابر کووید ۱۹ در بزرگسالان است. پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های آموزشی با هدف افزایش خودشفقتی و عواطف مثبت و کاهش آسیب‌پذیری و عواطف منفی بزرگسالان برای مقاوم سازی افراد در شرایط کنونی طراحی و اجرا شوند.

واژه‌های کلیدی: آسیب‌پذیری روانی، خودشفقتی، رفتار انطباقی، عواطف، کووید ۱۹.

arefemoghadam@webmail.guilan.ac.ir

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران

مقدمه

به چالش می‌کشند(۱۱)، باعث ایجاد احساسات منفی شده و ارزیابی شناختی را نیز متأثر می‌سازند(۱۲). عوامل استرس‌زا مانند طولانی شدن قرنطینه، ترس، ناامیدی، کسالت، اطلاعات ناکافی و افزایش خسارت‌های مالی، باعث افزایش نگرانی و درک تهدید توسط فرد شده(۱۳) و درک تهدید، تحولات هیجانی و خلقی را سبب می‌گردد(۱۴). یکی از مفاهیم مرتبط با این موضوع، عاطفه^۳ مثبت و منفی است (۱۵). عاطفه مثبت میزان احساس اشتیاق، فعال بودن و هوشیاری را منعکس می‌کند(۱۶). فردی که عاطفه مثبت بالایی دارد، پرنرژی است، درگیر سرگرمی‌های لذت‌بخش می‌شود و تمرکز کامل دارد. سطح پایین عاطفه مثبت، به وسیله ناراحتی و بی‌حالی مشخص می‌گردد. در مقابل، عاطفه منفی بعدی کلی از پریشانی، درگیری ذهنی ناخوشایند و درد عاطفی است، که شامل انواع حالات خلقی آزاردهنده می‌باشد. افرادی که میزان بیشتری از عاطفه مثبت را دارا هستند، اعمال و رفتارهای مرتبط با سلامت بیشتری را انجام می‌دهند و سطح هورمون‌های استرس آنها نیز پایین‌تر می‌باشد(۱۱)، همچنین افرادی که بهزیستی بالاتری دارند ممکن است با انگیزه بیشتری درگیر رفتارهای سالم شوند(۱۷) و توجه بیشتری به اطلاعات مربوط به عوامل خطرناک برای سلامتی داشته و آنها را با دقت بیشتری پردازش کنند(۱۸)، اما افراد با عاطفه منفی بالا بیشتر در معرض خطر مرگ‌ومیر و ابتلا به بیماری هستند(۱۹). در همین راستا تحقیقات مشخص کرده‌اند که تهدید ادراک شده از بیماری همه‌گیر کووید ۱۹ می‌تواند با عاطفه منفی و حالات هیجانی همچون غم و اضطراب مرتبط باشد(۱۱). پرفونتس و همکاران(۱۱) در مطالعه خود رابطه بین عاطفه منفی با افزایش درک فرد از تهدید کووید ۱۹ و خلق منفی را نشان دادند. تحقیقات سین و همکاران(۲۰)، کوهن و پرسمن(۱۹) و استپتو و واردل(۲۱) نیز عاطفه مثبت را با رفتارهای بهداشتی، درک افراد بزرگسال از سلامتی‌شان، درد کمتر و داشتن سطح مطلوب سلامتی مرتبط دانستند. از دیگر صفاتی که می‌تواند رفتار انطباقی و یا غیر انطباقی افراد در برابر موقعیت‌های تهدیدآمیز برای سلامتی را پیش بینی کند، خودشفقتی^۴ است. خودشفقتی مهربانی‌ای با تمرکز

ویروس کووید ۱۹، ابتدا در ووهان چین، شیوع یافت و تنها طی دو ماه به یک بیماری همه‌گیر جهانی تبدیل شد(۱). این بیماری، یک بیماری عفونی تنفسی حاد با علائم اصلی تب، سرفه و تنگی نفس می‌باشد که ممکن است به دلیل عوارض پیشرونده تنفسی با مرگ پایان یابد(۲ و ۳). این ویروس می‌تواند طیف گسترده‌ای از موجودات از جمله انسان را آلوده کرده و باعث بیماری‌های تنفسی، روده‌ای، کبدی و عصبی شود(۴). با شیوع کووید ۱۹ کشورهای جهان با چالش‌های بسیاری مواجه شدند(۵). این شیوع، زندگی روزمره افراد را در حیطه‌های مختلف دچار اختلال نموده مثلاً با کندی تولید کالاهای اساسی، اختلال در زنجیره تأمین محصولات و کاهش چشمگیر درآمد، وضع اقتصادی مردم و با لغو یا تعویق مسابقات ورزشی، جلوگیری از سفرهای داخلی و بین‌المللی، اختلال در برگزاری جشن‌ها و غیره، بعد اجتماعی زندگی و در مجموع رضایت از زندگی و رفاه آنها به شدت تحت تأثیر قرار گرفته‌است(۶ و ۷). رفتارهای انطباقی فردی در برابر کووید ۱۹ برای کنترل شیوع این ویروس بسیار مهم خواهد بود و ممکن است مهم‌ترین مسئله، شخص باشد و نه اقدام دولت. جداسازی^۲ شخصی، جست‌وجوی توصیه‌های پزشکی و فاصله‌گذاری اجتماعی از موارد کلیدی می‌باشند(۵). اثربخشی این اقدامات کنترلی به تمایل عموم مردم برای همکاری بستگی دارد(۸)، با این وجود، پذیرش و پیروی از این اقدامات بهداشتی عمومی از سوی مردم، بیشتر وابسته به نحوه درک آنها از سطح تهدید بیماری همه‌گیر است. تحقیقات نشان داده‌اند که ادراکات ذهنی تا حد زیادی ماهیت و میزان پاسخ‌های رفتاری انطباقی و غیر انطباقی را در جهت کنترل تهدیدات سلامتی شکل می‌دهد(۹). اقدامات انطباقی کاهنده خطر مانند فاصله‌گذاری اجتماعی و قرنطینه کردن فرد، عموماً داوطلبانه‌اند و به ندرت می‌توانند به شکل اجباری انجام گیرند، اما افراد باید آنچه را که برای سلامتی آنها ضروری است، درک کنند و از اهمیت تبعیت از آن، مطمئن شوند(۱۰).

موقعیت‌های غیر منتظره مانند شیوع کووید ۱۹ که تهدید جسمی و روانی تلقی می‌شود، توانایی فرد در کنترل اوضاع را

3. affect
4. self-compassion

1. COVID-19
2. isolation

عاطفی سازگاران در افراد مبتلا و در معرض دیابت را پیش بینی می‌نماید.

از دیگر متغیرهایی که در شرایط استرس‌زا نقش تعیین کننده‌ای در رفتار افراد دارد، آسیب‌پذیری روانشناختی^۱ است. افراد با آسیب‌پذیری بالاتر در شرایط استرس‌زا در معرض مشکلات روانشناختی بیشتری قرار می‌گیرند، کمتر سازگار می‌شوند و کمتر دارای افکار امیدوارانه هستند (۳۰). شیوع کووید ۱۹ باعث قرنطینه و در نتیجه کاهش تعاملات اجتماعی و انزوای بیشتر افراد شده و این انزوا به عنوان عاملی تنش‌زا سبب افزایش اضطراب و حساسیت به درجات مختلف گردیده است. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که تنهایی ظرفیت افراد برای تنظیم افکار، احساسات و رفتارهای ایشان را برای رسیدن به اهداف، پیروی از هنجارها و میزان رفتارهای سالم کاهش می‌دهد (۳۱). ونگ و همکاران (۳۲)، دریافتند که آسیب‌پذیری کمتر و ظرفیت مقابله بیشتر، سازگاری با اپیدمی کووید ۱۹ را آسان‌تر می‌نماید. کوهن (۳۳)، در اعلام نتایج آزمایشات ۳۵ ساله خود که شامل قرار دادن افراد در معرض سرما و ویروس آنفلوآنزا بود عامل اصلی آسیب‌پذیری روانشناختی در برابر بیماری را استرس روانشناختی بالا دانست. پائولسن‌دو و همکاران (۳۴)، در پژوهش خود دریافتند که آسیب‌پذیری روانی اجتماعی با رفتارهای ناسالمی همچون فعالیت بدنی کم، سیگار کشیدن، نوشیدن الکل و وعده‌های غذایی نامناسب همبستگی دارد. ساتیکی (۳۰)، به این نتیجه رسید که آسیب‌پذیری روانشناختی با امید، تاب‌آوری، رضایت از زندگی و عواطف مثبت رابطه منفی و با عواطف منفی رابطه مثبت دارد. در رابطه بهزیستی و آسیب‌پذیری نقش تعدیل‌کننده دارد. بشارت و همکاران (۳۱)، در بررسی ۴۱۹ نفر از جمعیت عمومی تهران دریافتند که انزوای اجتماعی با آسیب‌پذیری روانی و بدنی رابطه مثبت دارد.

جدید بودن موقعیت ایجاد شده در اثر شیوع کووید ۱۹ و شناخت کم از عوامل روانی دخیل در آن، انجام تحقیقاتی در این زمینه را ضروری ساخته‌است. دامنه تحقیقات درباره رابطه متغیرهای این پژوهش با بیماری‌های جسمی محدود است و به طور خاص رابطه آنها با رفتارهای انطباقی در جریان شیوع کووید ۱۹ نیز مورد بررسی قرار نگرفته است.

بر درون فرد است بدین گونه که در زمان مواجهه با رنج، فرد با خویش به عنوان موضوع مراقبت و نگرانی رفتار می‌کند. به عقیده نف خودشفقتی دارای سه مولفه مهربانی به خود در برابر سرزنش خود، تجربه مشترک بشری در برابر انزوا و ذهن‌آگاهی در برابر بیش همانندسازی است (۲۲). می‌توان خودشفقتی را به صورت گشودگی و همراهی با رنج‌های خود، داشتن حس مراقبت و مهربانی نسبت به خود، نگاهی فاقد قضاوت‌گری و دارای درک نسبت به شکست‌ها و بی‌کفایتی‌ها و در نهایت تشخیص تجربه خویش به عنوان بخشی از تجربه بشری، توصیف نمود (۲۳). شیوع کووید ۱۹ و قرنطینه باعث تغییر سبک زندگی خانواده‌ها شده و شرایط سختی را شکل داده است. محققان دریافته‌اند که وجود خودشفقتی در خانواده، افراد را برای مقابله با این شرایط و افزایش بهزیستی روانشناختی توانمند ساخته و در نتیجه منجر به استفاده از رفتارهای سالم می‌گردد (۲۴). افرادی با خودشفقتی بالا کمتر تحت تأثیر هیجانات منفی همچون اضطراب قرار می‌گیرند و ادراک واقع بینانه‌تری نسبت به خود، دیگران و شرایط زندگی دارند (۲۵). خودشفقتی از طریق کاهش استرس ادراک شده و افزایش خودتنظیمی، تاب‌آوری و احساس مسئولیت فرد در برابر موقعیت، او را مجاب به بهبود وضعیت خود می‌نماید (۲۶). از دیدگاه دیگر، وقتی افرادی با خودشفقتی بالا در برابر رویدادهای منفی مانند شیوع کووید ۱۹ قرار می‌گیرند می‌دانند که تنها نیستند و دیگران نیز در حال تجربه آن رویدادند، پس سعی می‌کنند با احساسات و موقعیت‌های منفی کنار بیایند و با مهربان بودن در حق خویش با آنها سازگار شوند (۲۷). حاتمی ورنزه و همکاران (۲۸)، در پژوهشی آنلاین دریافتند که خودشفقتی با نگرش داوطلبانه در مشارکت‌های مردمی در جریان شیوع کووید ۱۹ همبستگی مثبت دارد. کاواکلی و همکاران (۲۷)، دریافتند که خودشفقتی متغیری بسیار مهم در تعدیل رابطه تهدید ادراک شده کووید ۱۹ و ترس از مرگ محسوب می‌شود. محمدپور و همکاران (۲۹)، در بررسی آنلاین ۴۰۳ نفر دریافتند که نمره خودشفقتی در افرادی که رفتارهای خود مراقبتی را انجام می‌دهند با کسانی که این رفتارها را انجام نمی‌دهند، متفاوت است. مورگان و همکاران (۲۶) با بررسی تحقیقات نتیجه گرفتند که خودشفقتی، رفتارها و پاسخ‌دهی

1. psychological vulnerability

رفتارهای مرتبط با کووید ۱۹، نمره می‌دهد. این پرسشنامه ۸ خرده مقیاس دارد که شامل پیروی از قانون، اقدامات پیشگیرانه بهداشتی، ارائه توصیه‌های بهداشتی به دیگران، آسیب‌ناپذیری درک شده در مقابل کووید ۱۹، مختل‌کنندگی ادراک شده ابتلا به کووید ۱۹، اهمیت سلامت شخصی، باور به اثربخشی اقدامات رفتاری پیشگیرانه و اعتماد به دولت را ارزیابی می‌کند که آلفای کرونباخ آنها به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۶۵، ۰/۸۲، ۰/۶۸، ۰/۸۵، ۰/۷۴، ۰/۷۲ و ۰/۲۹ به دست آمد (۱۰). در پژوهش حاضر ضریب پایایی همسانی درونی این پرسشنامه ۰/۷۹ به دست آمد و ضریب همبستگی بین این پرسشنامه و مقیاس رضایت از زندگی داینر و همکاران ۰/۳۴ بود ($p < ۰/۰۰۱$).

۲. مقیاس عاطفه مثبت و منفی: این مقیاس که توسط واتسون و همکاران ساخته و اعتباریابی شده است، ۲۰ سؤال در دو زیر مقیاس ۱۰ سؤالی عاطفه مثبت و منفی دارد. باید به هر گویه بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از «اصلاً» تا «بسیار زیاد» پاسخ داده شود و نمرات هر زیر مقیاس آن در دامنه ۱۰ تا ۵۰ می‌باشد. واتسون و همکاران (۱۵) ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس عاطفه مثبت و عاطفه منفی را به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۷ گزارش کردند. ضریب پایایی همسانی درونی این پرسشنامه در ایران نیز توسط قره داغی و کمیلی‌پور (۳۶) با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۶۴ گزارش شده است.

۳. مقیاس شفقت به خود (فرم کوتاه): این مقیاس دارای ۱۲ گویه است که پاسخ هر یک از آنها در یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرتی از تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه (۱ تا ۵) قرار می‌گیرد. سه مولفه دوقطبی در ۶ زیر مقیاس مهربانی با خود در برابر قضاوت خود، ذهن‌آگاهی در برابر همانندسازی افراطی و اشتراکات انسانی در برابر انزوا توسط این مقیاس سنجیده می‌شود که نمره‌گذاری قطب‌های دوم به صورت معکوس است. راس و همکاران ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۷ و ضریب همبستگی آن با فرم بلند شفقت به خود را ۰/۹۷ گزارش نموده‌اند. خانجانی و همکاران نیز در نتیجه اعتباریابی این فرم در ایران ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۹۰ را به دست آوردند (۳۷ و ۳۸).

اهمیت رفتار افراد در کنترل کووید ۱۹ سبب شده است که شناسایی پیش‌بینی‌کننده‌های این عامل ضروری به نظر آید. لذا هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی رفتارهای انطباقی بزرگسالان در برابر کووید ۱۹ بر اساس عواطف مثبت و منفی، خودشفقتی و آسیب‌پذیری روانی است.

روش

طرح پژوهش: این پژوهش توصیفی، با طرح همبستگی (از نوع پیش‌بینی) انجام شده است.

آزمودنی‌ها: در این پژوهش متغیرهای عواطف، خودشفقتی و آسیب‌پذیری روانشناختی، به عنوان متغیرهای پیش‌بین و رفتارهای انطباقی، به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شده‌اند. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه زنان و مردان شهر رشت در سال ۱۳۹۹ بود. نمونه آماری این پژوهش در مرحله مقدماتی متشکل از ۵۳۰ نفر بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند، اما به دلیل نقص در تکمیل و عدم بازگشت پرسشنامه‌ها، ۲۸۴ شرکت‌کننده بزرگسال به عنوان نمونه مورد بررسی قرار گرفتند. علت ریزش نمونه ماهیت آنالین پژوهش و حذف داده‌های پرت بود. حجم نمونه برای رگرسیون چندگانه از طریق فرمول گرین (۳۵) برآورد شد ($8K+50$). بر این اساس حداقل حجم نمونه برای این پژوهش ۱۳۸ نفر است ($8*11+50$)، اما به منظور احتمال نقص در تکمیل پرسشنامه، وجود داده‌های پرت و افزایش اعتبار بیرونی، ۲۸۴ نفر به عنوان نمونه در نظر گرفته شدند. ملاک‌های ورود شامل سن ۱۸ تا ۵۰ سال، تحصیلات دوره دبیرستان و رضایت کامل افراد و ملاک‌های خروج نیز شامل مشکلات حسی و حرکتی، اختلالات روانشناختی (با پرسش از طریق چک لیست) بود. لازم به ذکر است ملاحظات اخلاقی در این پژوهش کاملاً رعایت گردید، به گونه‌ای که به شرکت‌کنندگان در زمینه محرمانه ماندن و استفاده صرفاً پژوهشی اطلاعات اطمینان خاطر داده شد و آنها با رضایت کامل، پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند.

ابزار

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱. پرسشنامه رفتارهای انطباقی در برابر کووید ۱۹: این پرسشنامه ۳۲ ماده‌ای که برای اولین بار توسط کلارک و همکاران استفاده شد در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ تا ۵ (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق)، به نگرش‌ها، باورها و

1. Positive and Negative Affect Scales
2. Self-compassion Scale (short-form)

مقادیر خطای استاندارد چولگی (۰/۱۵) و کشیدگی (۰/۲۹) نیست، توزیع متغیرها بهنجار است. همچنین با توجه به این که مقادیر کشیدگی و چولگی همه متغیرها کمتر از ± 1 هستند، توزیع متغیرها بهنجار است (۴۲)، لذا با توجه به توزیع بهنجار متغیرها، استفاده از آماره‌های پارامتریک بلامانع است.

نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای مورد مطالعه با رفتارهای انطباقی در برابر کووید ۱۹ در جدول ۲ آمده است.

با توجه به این که آماره دورین واتسون بین ۱/۵ و ۲/۵ قرار دارد، می‌توان گفت خطاها از یکدیگر مستقل بوده و در نتیجه مفروضه استقلال خطاها برقرار است. همچنین مقدار آماره هم‌خطی چندگانه برای متغیرهای پیش‌بین کمتر از ۱۰ و مقدار تلرانس بزرگ‌تر از ۰/۲ است، بنابراین هم‌خطی چندگانه وجود ندارد و این مفروضه هم‌خطی چندگانه نیز برقرار است، بنابراین انجام تحلیل رگرسیون چندگانه بلامانع است.

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد ۳۱/۱ درصد از واریانس رفتارهای انطباقی بزرگسالان در برابر کووید ۱۹ توسط متغیرهای پیش‌بین تبیین می‌شود. ۱۷/۸ درصد از واریانس رفتارهای انطباقی بزرگسالان در برابر کووید ۱۹ توسط عواطف مثبت و منفی، ۱۱/۸ درصد آن از طریق مولفه‌های شفقت به خود و ۴/۱ آن توسط مؤلفه‌های آسیب‌پذیری روانی پیش‌بینی می‌شود. با توجه به مقادیر بتا، به ترتیب عاطفه مثبت ($\beta = 0/251$) و عاطفه منفی ($\beta = -0/211$) در گام اول، مهربانی به خود ($\beta = 0/227$)، انزوا ($\beta = -0/167$)، ذهن‌آگاهی ($\beta = 0/173$) و تجربیات مشترک ($\beta = 0/131$) در گام دوم و اضطراب ($\beta = -0/228$) در گام سوم می‌توانند تغییرات مربوط به رفتارهای انطباقی در برابر کووید ۱۹ را پیش‌بینی کنند ($P < 0/05$).

۴. فرم کوتاه پرسشنامه نشانه‌ها: این پرسشنامه توسط دورا و همکاران (۳۹) تدوین شده است و ۱۸ سؤال دارد که در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از هرگز تا همیشه (۱ تا ۵) پاسخ داده می‌شود و سه زیرمقیاس افسردگی، اضطراب و جسمانی کردن را در بر می‌گیرد. ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۹ و ضریب همبستگی با نسخه قبلی ۰/۹۰ گزارش شده است. در ایران نیز مدانلو ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و دو نیمه سازی ۰/۸۱ را برای این پرسشنامه به دست آورد (۴۰).

روند اجرای پژوهش: با توجه به ادامه دار شدن وضعیت قرمز شیوع کووید ۱۹ در استان گیلان، در طی فراخوانی اینترنتی و از طریق صفحات مجازی از مردم شهر رشت خواسته شد که در اجرای این تحقیق مشارکت به عمل آورند و سؤالات را با دقت و صداقت پاسخ دهند. سؤالات پرسشنامه‌های پژوهش در لینک تحقیق قرار داده شد و در نهایت ۵۳۰ شرکت‌کننده در طول یک هفته به سؤالات پاسخ دادند. ۲۴۶ عدد از آزمودنی‌ها به علت ناقص و شانسی پاسخ دادن از نمونه پژوهش حذف شدند و در نهایت داده‌های مربوط به ۲۸۴ شرکت‌کننده پژوهش با روش رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

از ۲۸۴ نمونه نهایی در این پژوهش، ۷۸/۵ درصد از افراد را زنان و ۲۱/۵ درصد از آنان را مردان تشکیل دادند. ۴۱/۳ درصد از زنان، شاغل و ۵۸/۷ درصد از آنها، خانه‌دار بودند. ۶۲/۳ درصد از مردان را مردان شاغل و ۳۷/۷ درصد آنها را مردان بیکار تشکیل دادند. ۶/۳ درصد شرکت‌کننده‌ها در پژوهش زیر دیپلم، ۱۴/۸ درصد دیپلم، ۴۵/۱ درصد کارشناسی، ۲۸/۵ درصد کارشناسی ارشد و ۵/۳ درصد دکتری بودند. داده‌های پژوهش، توسط تحلیل رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در ادامه در جدول ۱، شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

برای بررسی انحراف از بهنجار بودن از راهبرد مقایسه خارج قسمت اندازه کجی یا کشیدگی بر خطای معیار (۴۱) و مقایسه این ضریب با جدول توزیع نرمال استفاده شد. با توجه به این که مقادیر چولگی و کشیدگی دو برابر بزرگتر از

جدول ۱) میانگین، انحراف از معیار و مقادیر کجی و کشیدگی متغیرهای مورد مطالعه

کشیدگی	کجی		انحراف معیار	میانگین	متغیرها	
	خطای استاندارد	آماره			خطای استاندارد	آماره
۰/۲۸۸	-۰/۲۱۶	۰/۱۴۵	-۰/۳۳۹	۹/۶۹	۱۲۸/۵۱	رفتارهای انطباقی در برابر کووید ۱۹
۰/۲۸۸	-۰/۳۲۱	۰/۱۴۵	-۰/۰۶۸	۶/۹۷	۳۴/۰۴	مثبت
۰/۲۸۸	-۰/۳۵۴	۰/۱۴۵	-۰/۳۶۱	۷/۳۰	۳۴/۰۴	منفی
۰/۲۸۸	-۰/۲۶۴	۰/۱۴۵	-۰/۱۴۵	۵/۵۶	۳۸/۸۹	کل
۰/۲۸۸	-۰/۵۷۴	۰/۱۴۵	-۰/۰۰۷	۱/۶۸	۶/۶۴	مهربانی با خود
۰/۲۸۸	-۰/۱۸۸	۰/۱۴۵	-۰/۵۱۹	۱/۶۹	۴/۵۳	قضاوت خود
۰/۲۸۸	-۰/۱۳۷	۰/۱۴۵	-۰/۳۶۲	۱/۷۱	۵/۰۶	تجربیات مشترک
۰/۲۸۸	۰/۳۱۷	۰/۱۴۵	-۰/۴۴۷	۱/۶۰	۵/۴۵	انزوا
۰/۲۸۸	-۰/۳۲۷	۰/۱۴۵	-۰/۰۱۱	۱/۸۰	۶/۲۰	ذهن آگاهی
۰/۲۸۸	-۰/۱۹۱	۰/۱۴۵	-۰/۴۹۵	۱/۷۷	۵/۰۴	بیش همانندسازی
۰/۲۸۸	۰/۴۲۱	۰/۱۴۵	-۰/۹۸۳	۱۰/۳۵	۳۱/۲۱	کل
۰/۲۸۸	۰/۱۴۸	۰/۱۴۵	-۰/۷۹۷	۳/۹۳	۱۱/۴۴	جسمانی کردن
۰/۲۸۸	۰/۷۱۹	۰/۱۴۵	۱/۰۶۰	۳/۶۹	۹/۹۸	افسردگی
۰/۲۸۸	۰/۶۴۷	۰/۱۴۵	۱/۰۹۱	۳/۵۲	۹/۸۰	اضطراب

جدول ۲) ماتریس همبستگی عواطف مثبت و منفی، خود شفتی و آسیب پذیری روانی با رفتارهای انطباقی بزرگسالان در برابر کووید-۱۹

متغیرها	عاطفه مثبت	عاطفه منفی	خودشفتی	آسیب پذیری روانشناختی	رفتارهای انطباقی
عاطفه مثبت	۱				
عاطفه منفی	*-۰/۶۶۹	۱			
خودشفتی	*۰/۵۶۱	*-۰/۵۹۳	۱		
آسیب پذیری روانشناختی	*-۰/۵۳۰	*۰/۷۵۶	*-۰/۵۵۴	۱	
رفتارهای انطباقی	*۰/۳۹۲	*-۰/۳۷۸	*۰/۴۶۸	*-۰/۴۱۸	۱

جدول ۳) نتایج تحلیل رگرسیون متوالی عواطف مثبت و منفی، خودشفتی و آسیب پذیری روانی با رفتارهای انطباقی در برابر کووید ۱۹

VIF	تلرانس	Sig	T	β	ضرایب غیراستاندارد		F	R ²	متغیرهای پیش بین
					SE	B			
-	-	<۰/۰۰۱	۲۱/۰۶	-	۵/۴۴	۱۱۴/۵۲	-	-	مقدار ثابت
۱/۸۱	۰/۵۵۳	۰/۰۰۱	۳/۴۵	۰/۲۵۱	۰/۱۰۱	۰/۳۴۹	۳۰/۴۵	۰/۱۷۸	عواطف مثبت
۱/۸۱	۰/۵۵۳	۰/۰۰۴	-۲/۹۰	-۰/۲۱۱	۰/۰۹۷	-۰/۲۸۰	(۰<۰/۰۰۱)	-	عواطف منفی
۱/۷۱	۰/۵۸۴	۰/۰۰۱	۳/۴۳	۰/۲۲۷	۰/۳۸۲	۱/۳۱	-	-	مهربانی با خود
۱/۴۴	۰/۶۹۴	۰/۰۷	-۱/۸۴	-۰/۱۱۲	۰/۳۴۸	-۰/۶۴۲	-	-	قضاوت خود
۱/۱۶	۰/۸۶۰	۰/۰۲	۲/۴۰	۰/۱۳۱	۰/۳۰۹	۰/۷۴۰	۱۴/۴۹	۰/۱۱۸	تجربه مشترک
۱/۳۲	۰/۷۶۰	۰/۰۰۴	-۲/۸۷	-۰/۱۶۷	۰/۳۵۲	-۱/۰۱	(۰<۰/۰۰۱)	-	انزوا
۱/۷۵	۰/۵۶۸	۰/۰۱	۲/۵۸	۰/۱۷۳	۰/۳۶۲	۰/۹۳۴	-	-	ذهن آگاهی
۱/۶۳	۰/۶۱۳	۰/۰۸	۱/۷۵	۰/۱۱۳	۰/۳۵۴	۰/۶۱۹	-	-	بیش همانندسازی
۳/۹۱	۰/۲۵۶	۰/۷۴	-۰/۳۳	-۰/۰۳۲	۰/۲۴۰	-۰/۰۷۹	۱۲/۵۹	۰/۰۴۱	جسمانی کردن
۴/۱۰	۰/۲۴۴	۰/۵۳	-۰/۶۴	-۰/۰۶۳	۰/۲۶۲	-۰/۱۶۷	(۰<۰/۰۰۱)	-	افسردگی
۳/۲۳	۰/۳۱۰	۰/۰۱	-۲/۵۸	-۰/۲۲۸	۰/۲۴۴	-۰/۶۲۹	-	-	اضطراب

ARS=۰/۳۱۱

DW=۲/۲۱۱

بحث

اولین یافته این پژوهش حاکی از آن بود که بخشی از رفتارهای انطباقی بزرگسالان در برابر کووید ۱۹ بر اساس عواطف مثبت و منفی تبیین می‌شود. این نتایج با مطالعات سین و همکاران (۲۰)، کوهن و پرسمن (۱۹) و استپتو و واردل (۲۱)، که ارتباط بین عاطفه مثبت با رفتارهای بهداشتی بیماران، درک افراد بزرگسال از سلامتی خود و داشتن سطح مطلوب سلامتی را نشان دادند و پژوهش پرفونتس و همکاران (۱۱) که در آن رابطه بین عاطفه منفی با افزایش درک فرد از تهدید کووید ۱۹ نشان داده شد، هم سویی دارد. افرادی که دارای میزان بالایی از عاطفه مثبت هستند، پر انرژی می‌باشند، تمرکز کامل دارند، اعمال مرتبط با سلامت و رفتارهای بهداشتی بیشتری انجام می‌دهند و همچنین سطح هورمون‌های استرس پایین‌تری دارند (۱۱)، چنین افرادی که بهزیستی بالاتر دارند احتمالاً با انگیزه بیشتری درگیر رفتارهای سالم می‌شوند (۱۷). با توجه به این که عاطفه منفی بعدی کلی از پریشانی و درگیری ناخوشایند ذهنی می‌باشد و عاطفه منفی بالا، منعکس‌کننده شرایط پریشانی و درد عاطفی است (۱۱)، سبک‌های عاطفی منفی، به دلیل این ویژگی‌های خود می‌توانند خطر ابتلا به بیماری و مرگ را افزایش دهند (۱۹). رابطه مثبت بین عاطفه مثبت با رفتارهای انطباقی این گونه قابل تبیین است که طبیعتاً افراد با عاطفه مثبت در جست‌وجوی اطلاعات مربوط به سلامت، بانگیزه هستند و فعالیت‌های مرتبط با سلامت را با توجه بیشتری نسبت به دیگران دنبال می‌کنند، بنابراین طی شیوع کووید ۱۹ انتظار می‌رود در انجام اقدامات پیشگیرانه و بهداشتی و توصیه‌های پزشکی، فعال‌تر و متعهدتر از دیگران باشند. این افراد با پیگیری توصیه‌های بهداشتی، احساس می‌کنند کنترل بیشتری بر شرایط و ناتوانی کمتری دارند و در نتیجه رفتارهای انطباقی بیشتری از خود نشان می‌دهند. با توجه به انرژی پایین و پریشانی روانی بالا در افراد با عاطفه منفی انتظار می‌رود که شیوع کرونا نیز با وجود عوامل استرس‌زایی که به دنبال دارد بر پریشانی ذهنی این افراد بیافزاید و انگیزه و امید آنها برای دنبال کردن رفتارهای حافظ سلامتی و پیشگیری‌های لازم برای جلوگیری از ابتلا به ویروس را کاهش دهد. همچنین وجود عواطف منفی همچون ناامیدی و اندوه فرد را دچار احساس ناتوانی در

جهت مقابله با بیماری خواهد کرد و چنین شخصی احتمالاً راهبردهای ناکارآمدی مانند انکار موقعیت موجود و جدی نگرفتن توصیه‌های بهداشتی در پیش خواهد گرفت. بنابراین این عوامل می‌توانند ارتباط منفی بین رفتارهای انطباقی و عاطفه منفی را توضیح دهند.

همچنین نتیجه دیگر پژوهش نقش پررنگ خودشفقتی در تبیین رفتارهای انطباقی در برابر کووید ۱۹ را نشان داد. هرچند تاکنون پژوهشی نقش خودشفقتی در پیش‌بینی رفتارهای انطباقی در برابر کووید ۱۹ را مورد بررسی قرار نداده اما نقش آن در پیش‌بینی رفتارهای انطباقی در برابر بیماری‌های دیگر مانند دیابت توسط مورگان (۲۶) تأیید شده است. همچنین یافته‌های محمدپور و همکاران (۲۹) مبنی بر تفاوت نمره خودشفقتی در افرادی که رفتارهای خودمراقبتی را انجام می‌دهند یا نمی‌دهند نتایج تحقیق حاضر را تأیید می‌نماید. یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش‌های کواکلی و همکاران (۲۷) و حاتمی و رزانه و همکاران (۲۸) نیز هم‌سو می‌باشد. خودشفقتی، استرس ادراک شده از موقعیت را کاهش و خودتنظیمی، تاب‌آوری و احساس مسئولیت فرد را افزایش می‌دهد و از طریق این عملکردها او را مجاب به بهبود شرایط برای خود می‌نماید (۲۶). از دیدگاه دیگر عامل تجربه مشترک می‌تواند نقش مهمی در این رابطه ایفا کند بدین صورت که وقتی افرادی با خودشفقتی بالا در برابر رویدادهای منفی مانند شیوع یک بیماری ویروسی قرار می‌گیرند می‌دانند که تنها نیستند و دیگران نیز در حال تجربه آن رویدادند پس سعی می‌کنند با احساسات و موقعیت‌های منفی کنار بیایند و با مهربان بودن در حق خویش با رویداد سازگار شوند و شرایط را تسهیل نمایند (۲۷). می‌توان نقش پیش‌بینی‌کننده خودشفقتی را بدین‌گونه مورد تبیین قرار داد که نمره بالای این صفت در افراد حاکی از درجه بالای خصوصیات مانند احساس مهربانی در برابر خود، ذهن‌آگاهی و نگاه مشترک نسبت به تجربیات و درجه پایین صفاتی همچون قضاوت خود، انزوا و بیش‌هماندسازی است. حال فردی که با خود به عنوان موضوع مهربانی رفتار می‌کند، کمتر خود را سرزنش قرار می‌کند و در نتیجه تاب‌آوری بیشتری در برابر موقعیت‌های دشوار از خود نشان می‌دهد و استرس و اضطراب کمتری را متحمل می‌شود. انتظار می‌رود فرد در این حالت فکر و عملکرد خود را بهتر مدیریت نماید،

گفت که رفتارهای خودمراقبتی به نوعی حاصل دیدگاهی امیدوارانه به زندگی و امید به حفظ سلامتی در اپیدمی کووید ۱۹ هستند. فردی که به بهبود شرایط و عدم ابتلا به بیماری با استفاده از رفتارهای انطباقی امیدوار است سعی می‌کند این رفتارها را به کار گیرد. حال اضطراب، کاهنده امید و نگاه منطقی به وضعیت و احساس خودکارآمدی در کنترل موقعیت است. فردی با آسیب‌پذیری بالای حاصل از اضطراب ابتلا به ویروس و حتی مرگ در اثر آن و بی‌فایده بودن مقابله، کمتر قدرت سازگاری با موقعیت را دارد و بیش از برنامه‌ریزی برای رفتارهای سالم، درگیر پیش‌بینی‌های منفی درباره بیماری می‌شود و ناامیدی حاصل از این افکار منفی او را به این نتیجه می‌رساند که کارآمدی و کفایت لازم برای مقابله با موقعیت را ندارد و اتفاقات پیش‌رو به هیچ وجه در کنترل او نیستند. بنابراین انتظار می‌رود که افراد با آسیب‌پذیری روانی بالا، کمتر رفتارهای انطباقی را انجام دهند. همچنین اضطراب و تنش مداوم و نیافتن راه حل مناسب به تدریج فرد را دچار نوعی درماندگی آموخته شده می‌نماید و به سوی انفعال سوق می‌دهد و در چنین شرایطی انرژی لازم برای به کار بستن رفتار درست تحلیل می‌رود، در صورتی که به کارگیری رفتارهای انطباقی و پیشگیرانه در برابر کووید ۱۹ عملی فعالانه است که به عنوان راه حل ارزیابی می‌گردد و نیازمند انرژی، امید و برنامه‌ریزی می‌باشد.

به طور کلی نتایج حاصل از این پژوهش نشان دادند که عواطف، خودشفقتی و آسیب‌پذیری قدرت پیش‌بینی رفتارهای انطباقی افراد در برابر کووید ۱۹ را دارند و می‌توان از این نتایج، برای طرح‌ریزی پژوهش‌های درمانی و آزمایشی بعدی استفاده نمود. به دلیل شیوع ویروس و شرایط قرنطینه، تحقیق کاملاً بر اساس یک ارزیابی آنلاین خودگزارشی انجام گرفت و امکان اجرای روش‌های مستقیم تر وجود نداشت. از طرفی، ماهیت آنلاین تحقیق، افرادی که در فضاهای مجازی حضور ندارند را از نمونه کنار گذاشته است. این محدودیت‌ها باعث می‌شود که در تعمیم‌پذیری نتایج احتیاط لازم صورت گیرد. همچنین مسئله ریزش نمونه نیز ممکن است تا حدودی نتایج را تحت تأثیر قرار داده باشد. پیشنهاد می‌شود که تحقیقاتی در حوزه برنامه‌های آموزشی با هدف افزایش مراقبت از خود و ارتقاء ایمنی

در برنامه‌ریزی رفتاری عملکرد موفقیت‌آمیزتری داشته باشد و بدین ترتیب به مراقبت از خویش و تلاش در جهت حفظ سلامتی و کیفیت زندگی خود و اطرافیانش اهمیت دهد و به دنبال بهترین راهکارها در جهت تحقق این اهداف باشد. فردی با نگاه مشترک به تجربیات انسانی می‌داند که شیوع کووید ۱۹ یک مسئله جهانی و تجربه مشترک است و اعمال فردی در این بحبوحه بر دیگران نیز تأثیرگذار است و در نتیجه خود را فردی تنها در برابر یک بیماری نمی‌یابد و تلاش بیشتری در جهت پذیرش مسئولیت مراقبت از خود و دیگران می‌نماید. با توجه به این که در زمان حاضر تنها راهکار مراقبت از خود همان رفتارهای انطباقی حافظ سلامتی است که توسط سازمان‌های بهداشتی گوسزد می‌گردند و در این پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند انتظار می‌رود که فردی با خودشفقتی بالا در جهت اجرای این رفتارها عمل نماید.

نتیجه نهایی پژوهش این بود که آسیب‌پذیری روانشناختی نیز در پیش‌بینی رفتارهای انطباقی در برابر کووید ۱۹ حائز اهمیت است. این یافته با نتیجه پژوهش ونگ و همکاران (۳۲) که آسیب‌پذیری کمتر را عامل سازگاری با شیوع کووید ۱۹ دانست، در یک جهت قرار دارد. همچنین نتیجه پژوهش حاضر توسط تحقیقات ساتیکی (۳۰)، بشارت و همکاران (۳۱)، کوهن (۳۳) و پائولسن دو و همکاران (۳۴)، که حاکی از رابطه منفی بین آسیب‌پذیری و رفتارهای خودمراقبتی هستند، نیز تأیید می‌شود. در این رابطه می‌توان گفت افراد آسیب‌پذیرتر، در شرایط استرس‌زا در معرض مشکلات روانشناختی بیشتری قرار می‌گیرند، عملکرد رفتاری و ذهنی آنها کمتر با شرایط سازگار می‌شود و افکار امیدوارانه کمتری دارند (۳۰). از طرفی شیوع کووید ۱۹، شرایط قرنطینه رسمی و داوطلبانه را ایجاد کرده و بدین شکل باعث تغییر روابط، کاهش تعاملات اجتماعی و افزایش انزوای افراد شده است. نتایج تحقیقات نیز گویای آن است که تنهایی با مدیریت عملکرد تضاد دارد و ظرفیت افراد برای تنظیم افکار، احساسات و رفتارهایشان را برای رسیدن به اهداف و پیروی از هنجارهای اجتماعی کاهش می‌دهد و به همین ترتیب باعث کاهش رفتارهای سالم می‌گردد (۳۱). از میان مؤلفه های آسیب‌پذیری تنها اضطراب نقش پیش‌بینی کننده رفتارهای انطباقی را داشته است. در تبیین این نقش می‌توان

review of the evidence. *Lancet*. 2020; 395(10227):912–20.

14. Macatee RJ, Albanese BJ, Schmidt NB, Cogle JR. Attention bias towards negative emotional information and its relationship with daily worry in the context of acute stress: An eye-tracking study. *Behaviour research and therapy*. 2017; (90):96–110.

15. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1988; (54):1063–1070.

16. Watson D, Clark LA. Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*. (1984); (96):465–490.

17. Strecher VJ, DeVellis BM, Becker MH, Rosenstock IM. The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health education quarterly*. 1986;13(1):73–92.

18. Aspinwall LG. Rethinking the role of positive affect in self-regulation. *Motiv Emot*. 1998;22(1):1–32.

19. Cohen S, Pressman SD. Positive affect and health. *Current Directions in Psychological Science*. 2006; (15):122–125.

20. Sin NL, Moskowitz JT, Whooley MA. Positive Affect and Health Behaviors Across 5 Years in Patients With Coronary Heart Disease: The Heart and Soul Study. *Psychosom Med*. 2015;77(9):1058–1066.

21. Steptoe A, Wardle J. Positive affect and biological function in everyday life. *Neurobiology of Aging*. 2005;26(11):108–S112.

22. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*. 2003;2(2):85–101.

23. Foroughi A, Khanjani S, Rafiee S, Taheri A. Self-compassion: conceptualization, research, and interventions (Brief review). *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2020;6(6):77–87 (Persian).

24. Coyne LW, Gould ER, Grimaldi M, Wilson KG, Baffuto G, Biglan A. First Things First: Parent Psychological Flexibility and Self-Compassion During COVID-19 [published online ahead of print, 2020 May 6]. *Behav Anal Pract*. 2020;1–7.

25. Sharifi Saki, Sh, Alipor A, Aghayuosefi A, Mohamadi M, Ghobari Bonab B. The Relationship between Self-Compassion with Depression in Women with Breast Cancer with Mediation Death Anxiety. *Health Psychology*. 2019;8(29):52–67 (Persian).

26. Morgan TL, Semenchuk BN, Ceccarelli L, et al. Self-Compassion, Adaptive Reactions and Health Behaviours Among Adults With Prediabetes and Type 1, Type 2 and Gestational Diabetes: A Scoping Review. *Can J Diabetes*. 2020;44(6):555–565.

27. Kavakli, M; AK, M; Uguz, F & Tukmen, OO. The mediating role of self-compassion in the

روانشناختی و آموزش مهارت‌های مقابله با اضطراب و استرس در وضعیت های اضطراری انجام گیرد.

منابع

1. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The lancet. Psychiatry*. 2020;7(3):228–229.

2. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y. et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet (London, England)*. 2020;395(10223):507–513.

3. Wu Z, McGoogan J M. Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020;323(13):1239–1242.

4. Weiss SR, Leibowitz J L. Coronavirus pathogenesis. *Advances in virus research*. 2011; (81):85–164.

5. Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, Hollingsworth TD. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic?. *Lancet (London, England)*. 2020;395(10228):931–934.

6. Haleem A, Javaid M, Vaishya R. Effects of COVID 19 pandemic in daily life. *Current medicine research and practice*. 2020;10(2):78–79.

7. Zhang SX, Wang Y, Rauch A, Wei F. Unprecedented disruption of lives and work: Health, distress and life dissatisfaction of working adults in China one month into the COVID-19 outbreak. *Psychiatry research*. 2020; (288):112958.

8. Leppin A, Aro AR. Risk perceptions related to SARS and avian influenza: theoretical foundations of current empirical research. *International journal of behavioral medicine*. 2009;16(1):7–29.

9. Petrie KJ, Weinman J. Illness beliefs about hypertension among non-patients and healthy relatives of patients. *Journal of Psychosomatic Research*. 1997;42(2):113–116.

10. Clark C, Davila A, Regis M, Kraus S.X. Predictors of COVID-19 voluntary compliance behaviors: An international investigation. *Global Transitions*. 2020; (2):76–82.

11. Pérez-Fuentes M, Molero Jurado M, Martos Martínez Á, Gázquez Linares J J. Threat of COVID-19 and emotional state during quarantine: Positive and negative affect as mediators in a cross-sectional study of the Spanish population. *PloS one*; 2020;15(6):e0235305.

12. Slovic P. Perception of risk. *Science*. (New York, N.Y.). 1987;236(4799):280–285.

13. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid

39. Dura AE, Anreua Y, Galdona JM, Murguib S, Povedac R, Jimenez Y. Psychological Assessment Of Patients With Temporomandibular Disorders, Confirmatory Analysis Of The Dimensional Structure Of The Brief Symptoms Inventory18B. *Journal Of Psychosomatic Research..* 2006; (60):365- 370.
40. Abolghasemi A, Ebrahimi Y, narimani M, Asadi F. The role of defense mechanisms and resiliency in the prediction of psychological vulnerability in asthmatic patients. *Health Psychology.* 2015;3(4):84-96 (Persian).
41. Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics. 4th Edition. Boston: Allyn and Bacon; 2001.
42. George D, Mallery P. Using SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference. 4th Edition. London: Pearson Education; 2003.
- relationship between perceived COVID-19 threat and death anxiety. *Turkish J Clinical Psychiatry.* 2020; (23):15-23.
28. Hatami Varzaneh A, Fathi E, Khanipour H, Habibi N. Predicting Helping Attitude based on Attachment styles, Empathy, and Self-compassion among Volunteer and non-Volunteer Groups in Public Participation during COVID-19 Outbreak. *Research in Psychological Health.* 2020;14(1):87-101 (Persian).
29. Mohammadpour M, Ghorbani V, Khoramnia S, Ahmadi SM, Ghvami M, Maleki M. Anxiety, Self-Compassion, Gender Differences and COVID-19: Predicting Self-Care Behaviors and Fear of COVID-19 Based on Anxiety and Self-Compassion with an Emphasis on Gender Differences. *Iran J Psychiatry.* 2020;15(3):213-219.
30. Satici, AS. Psychological vulnerability, resilience, and subjective well-being: The mediating role of hope. *Personality and Individual Differences.* 2016; (102):68-73.
31. Besharat MA, Masoudi M, Gholmali Lavasani M. Predicting psychological and physical vulnerabilities based on social isolation: The moderating role of gender and marital status. *Journal of Psychological Sciences.* 2015;13(52):474-489 (Persian).
32. Wong MC, Teoh JY, Huang J, Wong SH. The potential impact of vulnerability and coping capacity on the pandemic control of COVID-19. *J Infect.* 2020;81(5):816-846.
33. Cohen Sh. Psychosocial Vulnerabilities to Upper Respiratory Infectious Illness: Implications for Susceptibility to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Perspectives on Psychological Science.* 2020; 16(1):161-174.
34. Paulsson-Do U, Edlund B, Stenhammar C, Westerling R. Psychosocial vulnerability underlying four common unhealthy behaviours in 15-16-year-old Swedish adolescents: a cross-sectional study. *BMC Psychol.* 2017;5(1):39.
35. Green SB. How Many Subjects Does It Take To Do A Regression Analysis, Multivariate Behavioral Research. 1991; 26(3): 499-510.
36. Gharadaghi A, Komeylipour F. The Effectiveness of Positive Cognitive Behavioral Therapy on the Positive and Negative Affect of women with spouse with Mental Disorders. *Quarterly of Counseling Culture and Psychotherapy.* 2019;10(38):177-193 (Persian).
37. Raes F, Pommier E, Neff K, Gucht D. Construction and Factorial Validation of a Short Form of the Self-Compassion Scale. *Clinical psychology & psychotherapy.* 2011; (18): 250-255.
38. Khanjani S, Foroughi A, Sadghi Kh, Bahrainian, SA. Psychometric properties of Iranian version of self-compassionscale (short form). *Pajoothane.* 2016;21(5):282-289 (Persian).