ORIGINAL ARTICLE

Perceived Stress and General and Spiritual Coping Strategies among People during COVID-19 Pandemic: A Mixed-Method Study

Zahra Validabady[1],
Mehrnoosh Aqdasi[1],
Fateme Taaki[1],
Nadere Memaryan[2]

[1] MSc Student in Mental Health, Student Research Committee, School of Behavioural Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2] Associate Professor, Spiritual Health Research Center, Department of Mental Health, School of Behavioural Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received December 28, 2020 ; Accepted May 9, 2021)

Abstract

Background and purpose: In addition to public health concerns, coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic has caused psychological disorders such as anxiety, fear, depression, stigma, etc. The present study aimed at examining the perceived stress levels of people in COVID-19 pandemic, their coping strategies and the efficacy of each strategy in reducing stress.

Materials and methods: This mixed-method online survey was performed in 246 Iranians aged 15-65 years old. In quantitative part, the level of stress was assessed and in qualitative part, coping strategies were examined through open-ended questions. Quantitative data were analyzed in STATA software and qualitative data were analyzed by content analysis.

Results: Moderate levels of perceived stress were seen in all samples (19.56±4.56). According to qualitative analysis, coping strategies included two themes: general coping and religious-spiritual coping. Generally, 67% of the participants reported using spiritual coping strategies during COVID-19 outbreak. The degree of efficacy of each coping strategy was estimated using a 1-10 scale which showed a significant difference between general coping (5.94±2.61) and spiritual coping (5.06±3.19) ($P < 0.05$).

Conclusion: Understanding coping strategies used by different age groups in both sexes and using them in public mental health programs helps policymakers not only in the COVID-19 pandemic but also in future outbreaks.

Keywords: stress, coping, spirituality, pandemic, COVID-19

J Mazandaran Univ Med Sci 2021; 31 (199): 27-41 (Persian).

* **Corresponding Author: Zahra Validabady -** School of Behavioural Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (E-mail: validabady.Z@IUMS.AC.IR)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و یکم شماره ۱۹۹ مرداد سال ۱۴۰۰ (۴۱-۲۷)

استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله‌ای عمومی و معنوی افراد در همه گیری کووید-۱۹: یک مطالعه ترکیبی

زهرا ولیدآبادی[۱]
مهرنوش اقدسی[۱]
فاطمه تاکی[۱]
نادره معماریان[۲]

چکیده

سابقه و هدف: بیماری همه‌گیر کووید-۱۹ علاوه بر نگرانی‌های سلامت همگانی، اختلالات روانشناختی همچون اضطراب، ترس، افسردگی، انگ و... را نیز موجب گردیده است. مطالعه حاضر به بررسی میزان استرس ادراک شده افراد در اپیدمی کووید-۱۹، چگونگی کاهش این استرس و همچنین به راهبردهای مقابله‌ای و میزانی که هریک در کاهش استرس موفق بوده‌اند، پرداخته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه ترکیبی(کمی-کیفی) به شیوه آنلاین بر روی ۲۴۶ نفر از مردم ایران در گروه سنی ۶۵-۱۵ سال انجام شد. در بخش کمی، میزان استرس ادراک شده و در بخش کیفی، راهبردهای مقابله‌ای افراد از طریق سوالات بازپاسخ مورد بررسی قرار گرفت. داده‌های کمی توسط نرم‌افزار STATA و داده‌های کیفی از طریق تحلیل محتوا مورد آنالیز قرار گرفتند.

یافته‌ها: میزان استرس ادراک شده در کل نمونه مورد بررسی در سطح متوسط می باشد (۱۹/۵۶±۴/۵۶). مطابق با نتایج تحلیل کیفی راهبردهای مقابله‌ای شامل ۲ درونمایه مقابله عمومی و مقابله مذهبی- معنوی بودند. ۶۷ درصد از نمونه‌ها اذعان کردند که از مقابله معنوی در شرایط استرس اپیدمی کرونا استفاده کرده‌اند. میانگین میزانی که هریک از راهکارهای بکار گرفته شده به کاهش استرس پاسخ‌دهندگان کمک می‌کرد، در مقیاسی از ۱ تا ۱۰ در مقابله عمومی (۲/۶۱ ±۵/۹۴) و مقابله معنوی (۵/۰۶±۳/۱۹) برآورد شد، این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد (P <۰/۰۵). (paired t-test;)

استنتاج: درک راهبردهای مقابله‌ای افراد در بازه سنی گوناگون در هر دو جنس و آگاهی از آن‌ها جهت بکارگیری کارآمد از استراتژی‌های مفید در برنامه‌های سلامت روان عمومی نه تنها در همه‌گیری کووید-۱۹ بلکه برای همه‌گیری‌های آینده نیز به سیاست‌گذاران کمک می‌کند.

واژه های کلیدی: استرس، مقابله، معنویت، همه‌گیری، کووید-۱۹

مقدمه

شیوع فعلی کووید-۱۹، بیانگر نیاز به اقدامات فراگیر از سوی محققان و متخصصان روانی است. چنان‌چه سازمان ملل متحد گزارش کرد که این بیماری، نه تنها سلامت جسمی را به خطر می‌اندازد، بلکه رنج روانی را

مولف مسئول: زهرا ولیدآبادی- تهران: ستارخان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران) E-mail: validabady.z@iums.ac.ir
۱. دانشجوی کارشناسی ارشد سلامت روان، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی ایران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲. دانشیار، مرکز تحقیقات سلامت معنوی، گروه سلامت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی ایران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۹/۱۰/۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۳۹۹/۱۱/۶ تاریخ تصویب : ۱۴۰۰/۲/۱۹

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

نیز افزایش می‌دهد(۱) و این موضوع نه فقط برای بیماری کووید-۱۹ بلکه برای شیوع دیگر بیماری‌های واگیردار در آینده نیز مهم خواهد بود(۲).

تاکنون مطالعات فراوانی به میزان شیوع اختلالات اضطرابی همزمان با همه‌گیری کووید-۱۹ پرداخته‌اند، ترس و اضطراب در بین افراد به دلایل متعددی می‌تواند در این همه‌گیری بروز کند، به عنوان مثال ترس از ابتلا به این ویروس، ترس از دست دادن عزیزان، انتشار اطلاعات نادرست مربوط به کووید-۱۹، عدم درمان پزشکی، مسائل مربوط به قرنطینگی (مثل انزوای طولانی مدت در خانه، فاصله اجتماعی، عدم امنیت غذایی، ترس از بیکاری، از دست دادن درآمد و غیره)(۷-۳)؛ لذا شیوع کووید-۱۹ بعنوان یک بیماری همه‌گیر، فارغ از عوامل خطر ایجادکننده آن، واکنش‌های روانشناختی عمومی را در پی داشته است. استفاده موفق از مکانیسم‌های مقابله روانی همان‌طورکه در مطالعات چندی بیان شده، به افراد کمک می کند تا وقایع استرس‌زا را مدیریت کرده و احساسات منفی را کاهش دهند(۸)؛ مقابله مطابق با تعریف لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) در برگیرنده مجموعه‌ای از فعالیت‌ها و فرایندهای شناختی- رفتاری جهت مدیریت و کاهش استرس می‌باشد(۹). مهارت‌های مقابله برای کاهش استرس و تأثیر منفی بیماری یا کاهش رفتارهای ناسازگار، چارچوب مشخصی را در اختیار افراد قرار می‌دهد(۱۰). مقابله معنوی مقابله‌ای است که شخص در انجام آن از اعتقادات دینی برای مقابله با مشکلات و فشارهای زندگی استفاده می‌کند و نوع آن به اعتقادات مذهبی بستگی دارد و می تواند در مواجهه فرد با بیماری اثرات مثبت یا منفی داشته باشد(۱۱). پارگامنت و هارپر بیان می‌کنند که مقابله مذهبی و معنوی به نوعی دنبال کردن معنا با روش‌های مرتبط با امور مقدس در زمان‌های استرس است. در دهه‌های اخیر، گزارش مستقیم‌تری از نقش پیشگیری‌کننده بالقوه دین در زمینه اضطراب پدید آمده است. این گزارش بر این مشاهدات استوار است که، هنگام مواجهه با وقایع استرس‌زای زندگی، پاسخ‌ها، تفسیرها و روندهای عمومی، کنش فرد به‌طور مکرر توسط دین تعیین و وی به‌طور فعال درگیر آن می‌شود(۱۲). با این حال اگرچه ادبیات موجود در مورد مقابله‌های معنوی نوید بخشند، اما مقابله‌های عمومی سهم بیش‌تری از ادبیات تحقیقی را نسبت به مقابله‌های معنوی به خود اختصاص داده است. بسیاری از مطالعات تأکید می‌کنندکه استفاده مناسب از راهبردهای مقابله معنوی منجر به ارزیابی درست اوضاع، افزایش احساس امنیت و اطمینان و تفکر می‌شود. همچنین، راهبرد مقابله‌ای مناسب منجر به کاهش استرس و اثرات عاطفی آن می شود(۱۷-۱۳). این اطلاعات از اعتبار رو به افزایش مقابله مذهبی (در مقایسه با اشکال مختلف مقابله عمومی) در پیش‌بینی متغیرهای روانی- اجتماعی پشتیبانی می‌کند. اما تاکنون مقابله‌های معنوی افراد، بخش مغفول مانده مطالعات درطول این بیماری همه‌گیر بوده است(۱۸-۲۱)، بدین جهت نیاز است که در خصوص این مکانیسم مقابله روانی در کنار سایر اشکال مقابله هم به صورت کیفی و هم کمی بررسی‌های تخصصی لازم، انجام شود. لذا مطالعه حاضر با هدف ارزیابی میزان استرس ادراک شده افراد و سپس تعیین راهبردهای مقابله‌ای آن‌ها در اپیدمی بیماری کووید-۱۹، بدنبال شناسایی راهبردهای مقابله‌ای با تاثیر بیش‌تر در کاهش استرس در شرایط استرس‌زا بوده است. اهمیت و ضرورت انجام پژوهش حاضر این است که با پاسخ به سوالات این پژوهش می‌توان تا حد امکان، بهترین رویکرد روانی برای مقابله با کرونا، را شناسایی کرد و متعاقب آن آموزش این رویکرد روانی را در سطح وسیع برای مردم به اجرا درآورد.

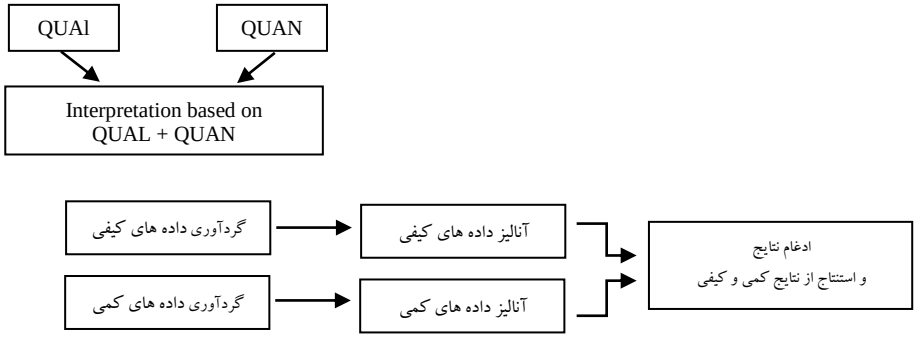
مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک بررسی آنلاین به روش ترکیبی می‌باشد. رویکرد مورد استفاده در این مطالعه، رویکرد زاویه‌بندی همزمان و موازی که داده‌های کمی و کیفی از الویت و ارزش یکسان برخوردارند و به‌صورت همزمان جمع‌آوری شده‌اند، می‌باشد. داده‌های کمی و کیفی به‌طور مستقل مورد آنالیز و تجزیه و تحلیل قرار گرفتند،

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

در مرحله نهایی نتایج ادغام گردیده و مورد تفسیر قرار گرفتند(۲۳،۲۲) (فلوچارت شماره ۱).

این مطالعه از نظر اخلاقی توسط دانشگاه علوم پزشکی ایران مورد تایید قرار گرفت و سپس لینک پرسشنامه بصورت آنلاین از طریق شبکه‌های اجتماعی فضای مجازی (تلگرام، اینستاگرام، توئیتر و واتساپ) در شهرهای مختلف در دسترس افراد عموم جامعه قرار گرفت. در ابتدا قبل از هدایت به سوالات پرسشنامه به پاسخ‌دهندگان پرسشنامه درباره هدف پژوهش، محتوای پرسشنامه و همچنین اصل محرمانه و ناشناس باقی ماندن اطلاعات، آگاهی لازم داده شد و درصورت موافقت آنان و انتخاب گزینه "موافق هستم" سوالات پرسشنامه در اختیار آن‌ها قرار گرفت. در ابتدای پرسشنامه از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا به اطلاعات دموگرافیک پاسخ دهند. سنجش میزان استرس افراد در شرایط ناشی از این بیماری همه‌گیر، با استفاده از پرسش‌نامه ۱۰ مادهای استرس ادراک شده کوهن که یکی از ابزارهای پرکاربرد برای سنجش تنش روانشناختی در وضعیت‌های بالینی و غیربالینی است، انجام شد. در این مطالعه از نسخه ۱۰ ماده‌ای هنجار ایرانی این پرسشنامه استفاده شد ضریب آلفای آن نیز در جمعیت ایرانی ۰/۹۰ می‌باشد. این پرسشنامه به‌صورت طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای می‌باشد (هرگز=۰، خیلی‌کم=۱۱، بعضی اوقات=۲، زیاد=۳، خیلی زیاد=۴). کم‌ترین نمره کسب شده ۰ و بیش‌ترین نمره کسب شده ۴۰ می‌باشد. نمرات ۰-۱۳ استرس ادراک شده کم، ۱۴-۲۶ متوسط و ۲۷-۳۰ بیانگر میزان استرس ادراک شده زیاد می‌باشد(۲۵،۲۴). به جهت بررسی راهبردهای مقابله‌ای افراد (عمومی- معنوی) و مصادیق هر یک از راه‌های بیان شده نیز از ۳ سوال باز پاسخ استفاده شد. سوالات بازپاسخی که در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفتند، براساس ایندکسی بود که اولین بار Koenig در سال ۱۹۹۲ تنظیم نموده است(۲۶). سوالات ایندکس کوئینگ جهت سنجش راهبردهای مقابله‌ای در واقع برای شناسایی دو نوع استراتژی مقابله طراحی شده‌اند: ۱) استراتژی‌های مقابله عمومی و ۲) استراتژی‌های مقابله مذهبی یا معنوی. اولین سوال آن نحوه مقابله و راهکارهای بکار گرفته شده را مورد بررسی قرار می‌دهد: "شما با موقعیت فعلی چگونه مقابله می‌کنید؟ چگونه از افسردگی، غمگین و دلسردشدن خود جلوگیری می‌کنید؟". سپس به مبحث معنویت و مذهب در مقابله با شرایط پرداخته می‌شود: "آیا باورهای معنوی یا مذهبی به شما برای مقابله کمک می کنند؟". در صورتی که پاسخ‌دهندگان به این سوال پاسخ مثبت بدهند و باورهای معنوی یا مذهبی به آنها کمک کند، با سوالی دیگر مصادیق هریک از راه‌های بیان شده از طریق مثال‌های شفاف از آنها پرسیده می‌شود "چگونه باورهای معنوی یا مذهبی به شما در مقابله کمک می‌کنند؟ می‌توانید چند نمونه مثال بزنید؟". سوالات ایندکس در این طرح پس از اعتبارسنجی و تطبیق توسط متخصصین مرتبط مورد استفاده قرار گرفت. در



فلوچارت شماره ۱: دیاگرام بصری مطالعه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

انتها نیز میزان تاثیر راه‌های بکار گرفته شده در کاهش استرس به بیان نمونه‌ها را در قالب دو سوال در مقیاس آنالوگ بصری مورد بررسی قرار دادیم. طیف این مقیاس از ۱ (کم‌ترین میزان) تا ۱۰ (بیش‌ترین میزان) می‌باشد(۲۷). نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها (اضافه نشدن کد جدید)(۲۸) ادامه یافت به گونه‌ای که پاسخ‌ها در طول روز مورد بررسی، تجزیه و تحلیل و کدگذاری قرار گرفته و این‌کار تا حاصل شدن کد جدید از پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان ادامه یافت. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها بر اساس اظهارات مشارکت‌کنندگان پاسخ‌های افراد با سن زیر ۱۵ سال و بالای ۶۵ سال و همچنین پاسخ‌نامه‌های ناکامل و مخدوش کنار گذاشته شدند، در مجموع از ۲۵۵ پاسخنامه، ۲۴۶ پاسخنامه مورد آنالیز نهایی قرارگرفت، در واقع بخش کیفی مطالعه حاضر با ۲۴۶ نمونه به اشباع رسید و به‌دلیل این‌که پس از آن کدهای جدیدی از پاسخ‌ها حاصل نگردید، جمع‌آوری داده‌ها خاتمه یافت.

داده‌های کمی با استفاده از آمار توصیفی و تحلیل‌های تی تست، آنالیز واریانس یک طرفه، آزمون من ویتنی و آزمون خی دو با استفاده از نرم‌افزار STATA مورد آنالیز قرار گرفته است. روش مورد استفاده بخش کیفی مطالعه حاضر، تحلیل محتوای قراردادی[1] می‌باشد(۲۹). پس از تکمیل هر پرسشنامه، استخراج پاسخ‌های سوالات بازپاسخ و بازبینی پژوهشگران در ابتدا با هدف غوطه‌وری در داده‌ها پاسخ‌ها چندین بار خوانده شده است، سپس مرحله دوم یعنی استخراج واحدهای معنایی صورت گرفت. در مرحله سوم کدها ایجاد و بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها با یکدیگر درون زیرطبقه‌ها قرار گرفتند، سپس با مقایسه زیر طبقه‌ها با یکدیگر طبقه اصلی را ایجاد کردیم. برای افزایش اعتبار داده‌ها از روش‌های درگیری طولانی مدت و مشاهده مداوم[2] و بازبینی توسط همکاران[3] استفاده شد(۳۰).

یافته ها

فاز کمی

صفات دموگرافیک نمونه‌های نهایی شامل ۲۴۶ نفر که به هردو بخش کمی و کیفی پاسخ داده‌اند، در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. نمونه‌ها در دامنه سنی ۵۹-۱۵ سال، شامل هر دو جنس خانم‌ها با میانگین سن ۹/۹۰ ± ۳۱/۹۸ سال و رنج سنی بین ۵۹-۱۵ سال، آقایان با میانگین سنی ۹/۳۰ ± ۲۹/۶۱ و رنج سنی بین ۵۸-۱۵ سال بود.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک نمونه ها و همگنی در رده ها بر اساس توزیع خی-دو

متغیر	انحراف معیار ± میانگین	تعداد (درصد)	میزان آماره	سطح معنی داری
سن	۹/۸۴± ۳۱/۶			
زیر ۲۶ سال		۸۸ (۳۵/۸)		
۴۵-۲۶ سال		۱۲۸ (۵۲)	۵۹/۲۱	< ۰/۰۰۱
۴۵ سال و بالاتر		۳۰ (۱۲/۲)		
جنسیت				
آقا		۴۹ (۲۰)	۸۸/۲۰	< ۰/۰۰۱
خانم		۱۹۶ (۸۰)		
میزان تحصیلات				
زیردیپلم		۱۷ (۶/۹)		
دیپلم		۵۱ (۲۰/۷)		
کارشناسی		۱۱۰ (۴۴/۷)	۱۲۳/۵۹	< ۰/۰۰۱
کارشناسی ارشد		۵۵ (۲۲/۴)		
دکترا و بالاتر		۱۳ (۵/۳)		
سابقه ابتلا به کووید-۱۹(خود یا اعضای خانواده)				
بلی		۲۶ (۱۰/۶)	۱۵۲/۹۹	< ۰/۰۰۱
خیر		۲۲۰ (۸۹/۴)		

میزان استرس ادراک شده در کل افراد و به تفکیک گروه‌های سنی، جنسیت، تحصیلات و سابقه ابتلا به بیماری کووید-۱۹ در خود یا اعضای خانواده در جدول شماره ۲ قابل مشاهده است. براساس نتایج حاصله تنها در رده‌های سنی، تفاوت معنی‌داری را در سطح معنی‌داری کم‌تر از ۰/۰۵ را می‌توان مشاهده نمود.

1. Conventional Approach
2. Prolonged engagement and persistent observation
3. Peer debriefing

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

جدول شماره ۲: میزان استرس ادراک شده

متغیر	انحراف معیار ± میانگین	نوع آزمون	سطح معنی داری
کل نمونه ها	۱۹/۵۶±۴/۵۶		
سن			
زیر ۲۶ سال	۲۰/۶۳±۴/۱۴		
۴۵-۲۶ سال	۱۹/۵۹±۴/۶۸	آنالیز واریانس یک طرفه	<۰/۰۰۱
۴۵ سال و بالاتر	۱۶/۳۳±۳/۷۹		
جنسیت			
آقا	۱۹/۱۶±۴/۵۲	نی تست مستقل	۰/۴۷
خانم	۱۹/۶۸±۴/۵۹		
میزان تحصیلات			
زیردیپلم	۱۸/۵۸±۴/۸۴		
دیپلم	۱۸/۶۰±۴/۹۹		
کارشناسی	۱۹/۵۶±۴/۳۶	آنالیز واریانس یک طرفه	۰/۱۷
کارشناسی ارشد	۲۰/۴۳±۴/۵۶		
دکترا و بالاتر	۲۱±۳/۶۰		
سابقه ابتلا به کووید-۱۹(خود یا اعضای خانواده)			
بلی	۱۹/۴۵±۴/۴۷	۱/۹۹ من‌ویتنی ۵۲	۰/۴۵
خیر	۲۰/۵۳±۵/۲۷		

فاز کیفی

تحلیل داده‌های کیفی منجر به انتزاع ۲ درونمایه "راهبردهای مقابله عمومی" و "راهبردهای مقابله مذهبی- معنوی" شد.

راهبردهای مقابله عمومی

سبک مقابله در راهبردهای عمومی بکار گرفته شده، در ۴ زیرطبقه فعال، غیرفعال، مسئله‌مدار و هیجان‌مدار دسته‌بندی شده است (جدول شماره ۳). منظور از سبک مقابله فعال، تلاهای شناختی و رفتاری جهت مقابله مستقیم با مشکلات و اثرات آن است. در مقابل، سبک غیرفعال (منفعل/اجتنابی) به تلاش‌های شناختی برای جلوگیری از مواجهه فعال با مشکلات یا رفتارها برای کاهش تنش اشاره دارد(۳۱). طبقه‌بندی دیگر، هیجان‌مدار و مسئله‌مدار است. سبک مقابله هیجان‌مدار شامل تمام تلاش‌های تنظیم هیجانی و مدیریت آن برای کاهش پیامدهای عاطفی رویدادهای استرس‌زا است(۹). در مقابل سبک مسئله‌مدار تلاش‌های فعال جهت مدیریت موقعیت‌های استرس‌زا و تغییر رابطه فرد و محیط آشفته برای تغییر یا از بین بردن منبع استرس صورت می‌گیرد(۳۲). در تقسیم‌بندی دیگری سبک مقابله به زیرطبقات هیجانی (مقابله مبتنی بر هیجان)، شناختی (مقابله مبتنی بر عملکردهای شناختی) و رفتاری (مقابله مبتنی بر رفتارهای بیرونی عینی)(۳۳) طبقه‌بندی شده است (جدول شماره ۴). در این بین به‌ترتیب کدهای مطالعه کردن، گوش کردن به موسیقی، تماشای فیلم و سریال، فکرکردن و برنامه‌ریزی برای آینده، صحبت با اطرافیان و ورزش، بیش‌ترین فراوانی را در بین پاسخ‌دهندگان داشتند.

جدول شماره ۳: درونمایه راهبردهای مقابله ای عمومی به همراه طبقه اصلی، زیرطبقه و کدها

درونمایه	طبقه اصلی	زیر طبقه	کدها
راهبردهای مقابله ای عمومی	سبک مقابله	فعال	انجام کارهای هنری
			تماشای فیلم و سریال
			ورزش در منزل
			آشپزی
			باغبانی و کاشت گیاه
			مراقبت ای پوستی
			نقاشی شیدن
			رقصیدن
			ضدعفونی کردن منزل
		غیر فعال	خوابیدن
			رویاپردازی
			دنبال نکردن اخبار
			انجام ندادن کار خاصی
		مسئله مدار	مطالعه جهت افزایش آگاهی در خصوص بیماری
			مراجعه به روانشناس و مشاوره
			فکرکردن و برنامه‌ریزی برای آینده
			کار کردن بصورت مجازی
			شرکت در کلاس‌های آنلاین
			ارتباط بیشتر با خانواده
			صحبت با اطرافیان
			تلاش برای پیدا کردن معنایی تازه در زندگی
			کمک بیشتر و مرور تکالیف فرزندان
			انجام کارهای عقب‌افتاده
			شروع به کسب و کار اینترنتی
			کشیدن سیگار
		هیجان مدار	مصرف قرص ضدافسردگی
			نوشیدن الکل

جدول شماره ۴: درونمایه راهبردهای مقابله عمومی به همراه طبقه اصلی، زیرطبقه (هیجانی- شناختی- رفتاری) و کدها

درونمایه	طبقه اصلی	زیرطبقه	کدها
راهبردهای مقابله ای عمومی	سبک مقابله	هیجانی	گریه کردن
			مصرف الکل
			مصرف قرص افسردگی
			دنبال نکردن اخبار
		شناختی	روی آوردن به روانشناسی
			مثبت نگر
			تلاش برای پیدا کردن
			معنایی تازه در زندگی
			مدیتیشن
			یوگا
			نوشتن
		رفتاری	مطالعه کردن
			مطالعه جهت افزایش آگاهی در خصوصی بیماری
			مراجعه به روانشناس و مشاوره
			تماشای فیلم و سریال
			ورزش در منزل
			کار کردن مجازی
			حل جدول
			آشپزی
			کمک بیشتر و مرور در تکالیف فرزندان
			گوش دادن به پادکست های علمی
			گوش کردن به موسیقی
			بازی های کامپیوتری
			نواختن موسیقی
			پیاده روی
			باغبانی و کاشت گیاه
			مراقبت های پوستی
			گرفتن و رسیدگی به حیوان خانگی
			خرید کردن

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

راهبردهای مقابله مذهبی- معنوی

در پاسخ به سوال دوم "آیا باورهای مذهبی- معنوی شما برای مقابله با موقعیت اخیر به شما کمک کردند؟"، بیش از دو سوم پاسخ‌دهندگان (۱۶۷ نفر، ۶۷ درصد) اظهار داشتند که از معنویت خود برای مقابله در این شرایط استفاده کرده‌اند. همچنین میزان استفاده راهبردهای مذهبی- معنوی در گروه سنی کم‌تر از ۲۶ سال، ۳۹ درصد (۳۴ نفر از ۸۸ نفر)، در گروه سنی ۴۵-۲۶ سال، ۷۱ درصد (۹۱ نفر از ۱۲۸ نفر) و در گروه سنی ۴۶ سال و بالاتر، ۸۰ درصد (۲۴ نفر از ۳۰ نفر) می‌باشد. کدهای حاصل از مصادیق راه‌های بکار گرفته شده در این بخش نیز در زیر طبقات فعال و غیرفعال دسته‌بندی شدند (جدول شماره ۵). همچنین به زیر طبقات هیجانی (مقابله مبتنی بر هیجان)، شناختی (مقابله مبتنی بر عملکردهای شناختی) و رفتاری (مقابله مبتنی بر رفتارهای بیرونی عینی) نیز طبقه‌بندی شد (جدول شماره ۶).

همان‌طورکه در ادامه اشاره می‌شود، راهبردهای مذهبی- معنوی در بخشی از زندگی افراد به‌صورت ضمنی یا آشکار نهفته بود. تعداد زیادی علی‌رغم استفاده از راهبردهای مذهبی- معنوی بدان آگاه نبوده، با آن‌ها آشنا نیستند و آن‌ها را به‌عنوان راهبرد مقابله نمی‌دانند. برای مثال پاسخ‌دهندگانی با وجود این‌که بیان داشته‌اند باورهای معنوی ندارند و باورهای مذهبی- معنوی زیاد به آن‌ها کمک نکرده‌اند، اما در سوال آخر به این صورت پاسخ داده‌اند"فقط دعا کردیم که زودتر این بیماری تموم شه از جهان ولی نشده"و "مثلا نماز خواندن و شاکر خدا بودن تا حدودی بهم آرامش میداده". به‌طور رایج بین عامه مردم، راهبرد مذهبی با معنوی یکی دانسته می‌شود مانند این پاسخ "با دعاکردن و اطمینان به خدای واحد که همیشه درکنار ما هست" و "یکی این‌که مرگ و زندگی دست خداست، با دعا کردن قضا و قدر تغییر می‌کند". در این درونمایه کدهای توکل به خداوند، یادآوری باورهای مذهبی- معنوی، انجام اعمال مذهبی مانند خواندن قران و دعا، خواندن نماز و استفاده از اذکار معنوی، بیش‌ترین فراوانی را در بین پاسخ‌دهندگان داشتند.

جدول شماره ۵: درونمایه راهبردهای مقابله ای مذهبی- معنوی به همراه طبقه اصلی، زیرطبقه و کدها

درونمایه	طبقه اصلی	زیر طبقه	کدها
راهبردهای مقابله ای مذهبی- معنوی	سبک مقابله	فعال	خواندن قران
			ذکر گفتن
			نماز خواندن
			خواندن دعا
			مولانا خوانی
			مدیتیشن
			یوگا
		غیر فعال	توکل کردن به خدا
			فکر کردن به معنای زندگی
			فکرکردن به مرگ

جدول شماره ۶: درونمایه راهبردهای مقابله مذهبی- معنوی به همراه طبقه اصلی، زیرطبقه (هیجانی- شناختی- رفتاری) و کدها

درونمایه	طبقه اصلی	زیر طبقه	کدها
راهبردهای مقابله ای مذهبی- معنوی	سبک مقابله	هیجانی	اعتقاد به این گزاره که ارواح نگهبان افراد زنده هستند
			اعتقاد به این گزاره که یک معجزه زمانی اتفاق می افتد
			اعتقاد به این گزاره که مشکلات همیشه حل میشوند
			اعتقاد به این گزاره که همیشه بهترین ها اتفاق می افتد
			بخشیدن دیگران
			تلاش برای پیدا کردن معنایی تازه در زندگی
			مدیتیشن
			یوگا
		شناختی	اعتقاد به این گزاره که همه چیز به خواست خداست
			اعتقاد به این گزاره که خداوند مراقب من است
			اعتقاد به این گزاره که من جزئی از یک کائنات بزرگتر هستم
			اعتقاد به این گزاره که خداوند انسان را با اختیار افریده است و خودمراقبتی اتفاقی است که هر انسان باید به اختیار خود آن را انجام دهد
			اعتقاد به این گزاره که بعد از هر سختی آسانی است
			اعتقاد به این گزاره که خدای دیروز خدای امروز هم هست
			اعتقاد به این گزاره که انسان ها بازخورد اعمالشان را در این دنیا میبینند
			اعتقاد به این گزاره که سرنوشت از پیش تعیین شده
			اعتقاد به این گزاره که خداوند رحمان و رحیم است
			اعتقاد به این گزاره که این اتفاقات علائم ظهور اند و باید آز آنها گذر کرد
			اعتقاد به این گزاره که این فرصتی است که خدواند آن را به بندگانش داده است پس باید از آن استفاده کرد
			فکر کردن به معاد و سعی در شناخت آن
			خواندن اشعار مولانا
			توکل بر خدا
			اعتقاد به این گزاره که خدا ناظر بر همه چیز است
			اعتقاد به این گزاره که خداوند انسان ها را از این مصائب عبور میدهد
			توسل به ائمه
		رفتاری	نماز خواندن
			خواندن دعا
			ذکر گفتن
			صدقه دادن
			دعا نوشتن
			روزه گرفتن
			خواندن احادیث
			انجام مستحبات دینی
			صحبت با خدا
			نذر کردن
			کمک به دیگران
			انجام کار خیر
			استفاده از طب اسلامی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

تاثیر راهبردهای مقابله‌ای بکار گرفته شده در کاهش استرس افراد

میانگین میزانی که هر یک از راهبردهای معنوی و یا عمومی برای مقابله با شرایط استرس‌زا وکاهش استرس آن‌ها کمک کرده بود، در جدول شماره ۷ قابل مشاهده است؛ تفاوت بین دو میانگین از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد.

جدول شماره ۷: مقایسه میانگین راهبردهای مقابله‌ای بکار گرفته شده در کاهش استرس افراد

راهبردهای مقابله	انحراف معیار ± میانگین	آماره تی زوجی	درجه آزادی	سطح معنی داری (دو طرفه)
عمومی	۵/۹۴ ± ۲/۶۱	۳/۳۷	۲۳۷	۰/۰۰۰۹
مذهبی- معنوی	۵/۰۶ ± ۳/۱۹			

بحث

میزان استرس و راهبردهای مقابله‌ای جمعیت عمومی در شرایط بیماری همه‌گیر کووید-۱۹ در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. در کل سطح استرس افراد در حد متوسط بوده است؛ با در نظر داشتن این نکته که این پژوهش حدود چند ماه پس از شیوع این بیماری همه‌گیر صورت گرفته است، بنابراین طبیعی است که میزان استرس افراد نسبت به اوایل شیوع بیماری پایین‌تر باشد. اما بر خلاف نتایج سایر مطالعات که نتایج آن حاکی از استرس بیش‌تر در زنان نسبت به مردان است(۳۵،۳۴)، تفاوت چندانی در میزان استرس خانم‌ها و آقایان، افراد دارای سابقه ابتلا به کووید-۱۹ و افراد بدون سابقه ابتلا و افراد با تحصیلات گوناگون مشاهده نگردید.

نتایج حاصل از مطالعه حاضر حاکی از این است که به‌کارگیری راهبردهای مذهبی- معنوی درگروه سنی جوان، ۳۹ درصد بوده است که براساس برخی از مقوله‌های حاصل از پاسخ افراد می‌توان احتمال داد غیرمعنوی بودن راهبردهای آن‌ها به‌دلیل نبود آموزش، آگاهی و عدم شناخت و آشنایی به مقوله‌های مذهبی- معنوی می‌باشد در حالی که گروه سنی میانسال با ۸۰ درصد، بیش‌ترین میزان استفاده از راهکارهای مذهبی- معنوی را داشته‌اند؛ میزان استرس آن‌ها نیز نسبت به دو گروه سنی دیگر پایین‌تر بود. به‌طورکلی نقش دین و معنویت در زندگی افراد با سنین بالاتر پررنگ‌تر بوده است، این یافته با نتایج پژوهش Malone و Dadswell مطابقت دارد(۳۶).

Meyer (۲۰۰۱) به دو دسته راهبرد مقابله سازگار و ناسازگار اشاره می‌کند(۳۷) و مطالعات پیشین نیز بیان می‌دارند به‌کارگیری استراتژی‌های مقابله‌ای ناسازگار با استرس درک شده بیش‌تری همراه است(۳۹،۳۸). یافته‌های ما نشان می‌دهد گروه سنی میانسال، بیش‌ترین میزان استفاده از راهکارهای مذهبی از نوع فعال را داشته‌اند که مطابق با نظر Meyer به‌عنوان راهکارهای سازگار شناخته می‌شوند، درحالی‌که راهکارهای غیرفعال و هیجان‌مدار که جز راهکارهای ناسازگار شناخته می‌شوند، تنها در دو گروه جوان و بزرگسال مورد استفاده قرار گرفته بودند. لذا ممکن است پایین بودن میزان استرس در جمعیت میانسال بدلیل استفاده بیش‌تر آن‌ها از سبک‌های مقابله سازگارانه باشد. علاوه بر این افرادی‌که از مقابله مذهبی استفاده می‌کنند خوش‌بینی بیش‌تر، پریشانی روانشناختی کم‌تر و کنش‌های سازش یافته‌ای را نشان می‌دهند(۴۱،۴۰)؛ اما با توجه به این‌که عوامل مختلفی بر میزان استرس ادراک شده تأثیر می‌گذارند و جمعیت مورد بررسی پژوهش‌های گذشته با مطالعه حاضر متفاوت است، داده‌های فعلی ما نیز برای تبیین علت پایین بودن میزان استرس جمعیت میانسال کفایت نمی‌کند و بررسی‌های بیش‌تری را در مطالعات آتی می‌طلبد.

اطلاعات حاصل از بخش کیفی مطالعه حاضر و تحلیل‌های انجام شده نشان داد افراد شیوه‌های مقابله عمومی چندگانه‌ای را برای غلبه براسترس خود در شرایط ناشی از این بیماری همه‌گیر مورد استفاده قرار داده‌اند. مطابق با اظهارات افراد، پرکاربردترین راهبردهای مقابله‌ای عمومی، سبک مقابله فعال "تدابیری اندیشیدم که تونستم مشکلات رو بر طرف کنم و سعی کردم با توجه به مشکلات پیش آمده با صحبت کردن مشکل رو حل کنم و برای جلوگیری از افسرده شدن هم برای خودم سرگرمی مثل رسیدگی به گل و گیاه ایجاد

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

کردم"، مسئله‌مدار "با صبر و حوصله و شکیبایی میتوان بر تمام مشکلات غلبه کرد. همیشه مشکلاتی در زندگی برای هر شخص به وجود می‌آید و همه میدانیم این مشکلات همیشگی نیستند و یه روز تمام میشوند، به همین خاطر با گذر زمان و اندیشیدن و تصمیم درست و عقلانی میتوان از هر مشکلی فارغ شد" و رفتاری "انجام دادن کارهایی که شادم میکنه مثل کتاب خوندن، ورزش کردن، موسیقی گوش دادن/ خودمو مشغول کارهای مورد علاقه ام کردم، حتی تونستم کسب درآمد اینترنتی داشته باشم"بود. اقلیت پاسخ‌دهندگان با مقابله‌های غیرفعال و هیجان‌مدار با اظهاراتی همچون "به بی خیالی زدم، کار خاصی نکردم سعی کردم خودم رو رها کنم"، "کشیدن سیگار، نوشیدن الکل" سعی بر جلوگیری از مواجهه با مشکلات برای کاهش تنش داشته‌اند. در این بین گروه سنی جوان بیش‌تر از بزرگسالان و میانسالان راهبردهای مقابله‌ای هیجانی را مورد استفاده قرار داده بودند. بر خلاف نتایج مطالعه Yu و همکاران(۲۱)، در مطالعه حاضر استراتژی‌های مقابله فعال بیش‌تر مورد استفاده قرار گرفته‌است که این با نتایج مطالعه Park و همکاران مطابقت دارد(۲۰). استفاده بیش‌تر از مقابله‌های فعال و مسئله‌مدار دلگرم‌کننده است، به طور کلی استراتژی‌های مقابله ای گزارش شده نشان می‌دهد که افراد از مقابله‌های سازگارانه برای مدیریت استرس خود در این شرایط بهره برده‌اند.

افرادی که احساس می‌کردند کنترل شخصی بر شرایط استرس‌زا ندارند یا تلاش‌های مکرر آن‌ها بی‌فایده بوده، معنویت و راه‌کارهای مذهبی- معنوی به‌عنوان یک استراتژی مقابله‌ای موثر تحت شرایط غیرقابل کنترل جهت سازگاری با شرایط و موقعیت استرس‌زا به آن‌ها کمک کرده است. به گونه‌ای که راه حل مشکلات غیر قابل کنترل را در معنویت و تکیه بر نیرویی برتر دانسته و برای گریز از موقعیت استرس‌زای غیرقابل کنترل به‌دنبال حمایت معنوی‌اند مانند پاسخ دهنده‌ای که بیان داشت "با حرف زدن با خدا و با اعتقاد به اینکه خدا و اهل بیت رهام نمیکنن و همیشه و هر وقت صداشون بزنم و کمک بخوام هستن". این یافته مطابق با مطالعات پیشین است که بیان شده افراد غالبا در هنگام مواجهه با شرایط دشواری همچون تجارب استرس‌زا، ترومـا، از دست رفتن توانایی به دلیل بیماری‌های ناتوان کننده و... برای مقابله با چالش‌های مختلف زندگی به روابط خود با خدا روی می‌آورند، به چیزی مقدس متوسل شده و به معنویت روی می‌آورند(۱۴،۴۲). مطالعه حاضر نیز این یافته‌ها را تایید و آن را به جمعیت عمومی که به فضای‌مجازی دسترسی داشتند، گسترش داده است.

افراد به‌دنبال تعالی معنوی و تلاش برای ساختن معنایی از هدف نهایی مرگ و زندگی بودند و برای مقابله از منابع مذهبی به شیوه فعال و غیرفعال استفاده کرده‌اند مانند فردی که بیان داشته "در فشارهای زندگی، پذیرش این‌که من جزئی از یک کل بزرگ (کائنات) هستم و هرچیزی که پیش میاد برای من رشد هست، در نهایت میشه معنی توکل به خدا، بعدم نماز خوندن خودش آرامش بخشه"؛ حتی در افرادی که از مقابله غیرمعنوی استفاده کرده بودند نیز در انتها باور و اعتقادات معنوی تسکین‌دهنده آن‌ها بود. همراستا با مطالعه Bernard و همکاران (۲۰۱۷) که رابطه معنی‌دار منفی در ارتباط معنویت با پریشانی روانشناختی و افسردگی یافت شد و از معنویت بعنوان یک عامل محافظ در برابر پریشانی روانشناختی نام برده‌اند(۴۳)، داده‌های به‌دست آمده از پژوهش ما نیز حاکی از اینست که در این میان راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر دین که از فطرت الهی افراد سرچشمه می‌گیرد و مبتنی بر آمیزه‌های اعتقادی و دینی است می‌توانند نقش بارزتری در سازگاری افراد با شرایط استرس‌زا، مصائب و شرایط غیرقابل کنترل داشته باشد. همان‌گونه که پاراگامنت به بعد مذهبی- معنوی مقابله اشاره کرد و بیان نمود که مذهب و معنویت می‌تواند بخشی از ساخت مرکزی هر فرآیند مقابله باشد و توانایی افراد را در مقابله با شرایط استرس‌زا افزایش دهد و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

معتقد بود که افراد نمی‌توانند بدون هیچ تکیه گاهی با حوادث استرس‌زا رو به رو شوند(۴۴). یافته‌های این پژوهش نیز از آن حمایت می‌کنند به‌خصوص هنگامی که پس زمینه اعتقادی مذهبی- معنوی در افرادی که از مقابله غیرمعنوی استفاده کرده بودند نیز مشاهده گردید؛ معنویت نقش مهمی در مدیریت بحران‌های زندگی داشته و پژوهش حاضر نیز توانست موید وجود نقش مهم معنویت در شرایط استرس‌زا باشد. همان گونه که مقابله معنوی در بیماری‌های جسمی و روانی حتی در کودکان مفید دانسته می‌شود(۴۸-۴۵)، در مطالعه Hodge (۲۰۲۰)، استراتژی‌های مقابله معنوی منجر به کاهش سطح بیش‌تری از استرس در افرادگردیده بود(۲۷). در طول این بیماری همه‌گیر نیز بر بکارگیری مهارت‌های مقابله و باورهای مذهبی- معنوی در کادر درمان، بیماران و داغدیدگان تاکید شده است(۵۱-۴۹)؛ یافته‌های ما نیز حاکی از آن است که مقابله معنوی در جمعیت مورد مطالعه نیز به‌عنوان یک استراتژی مقابله مهم می‌باشد.

Rabelo و همکاران بیان داشتند که دین عامل تسهیل‌کننده بهزیستی روانشناختی در میان جمعیت مورد مطالعه در طی شیوع ابولا بوده است(۵۲). اطلاعات مختص به اعتقادات فرهنگی و مذهبی در سلامت روان در میان بازماندگان اپیدمی سارس نقش داشته است(۵۳). با این حال مطالعه ماتوآ و همکاران نشان داد که معنویت، نه دینداری، راهی برای فراتر رفتن از قربانی شدن به منظور بازیابی مجدد توانمندی خود در میان بازماندگان اپیدمی است (به نقل ازKołodziejczy و همکاران، ۲۰۲۱)(۵۴). همه این نتایج همراستا با یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از تأثیر دین و معنویت بر سلامت‌روان در طی رویدادهای همه‌گیر می‌باشند.

در انتها لازم به ذکر است اگرچه در نتایج مشاهده شد که راهبردهای مقابله‌ای عمومی و معنوی به‌کار گرفته شده، هر دو تقریبا به یک میزان در کاهش استرس افراد موفق بوده‌اند، اما به‌دلیل این‌که اکثریت افراد از راهبردهای مذهبی- معنوی استفاده کرده‌اند و حتی افرادی هم که از راهبردهای عمومی استفاده کرده بودند، زمانی که در سوال دوم بطور مشخص به مقابله معنوی اشاره شد، آن‌ها راهبردهای مذهبی- معنوی خود را نیز بیان داشتند، بنابراین می‌توان گفت اغلب افراد علی‌رغم استفاده از راهبردهای مذهبی- معنوی به آن آگاه نیستند و به همین دلیل نیز قادر به بکارگیری و استفاده مطلوب از مهارت‌های معنوی خود برای کاهش استرس نیستند و این عقاید و باورهای مذهبی- معنوی در کاهش استرس افراد موفق نبوده است. لذا همان‌طور که در تحقیقات قبلی مشخص گردید، مداخلات روانشناختی برای جمعیت عمومی در طول شیوع بیماری همه گیر کووید-۱۹ و پس از آن به فوریت، ضروری به‌نظر می‌رسد(۵۵) و از آن‌جایی‌که اغلب افراد دارای پس زمینه مذهبی- معنوی بوده‌اند، نتایج این مطالعه همانند مطالعه Thomas و Barbato (۵۶)، نشان می‌دهد بایستی بر مهارت‌های مقابله مذهبی- معنوی افراد نیز تمرکز شود و به‌ست آوردن اطلاعات مقدماتی در خصوص راهبردهای مقابله‌ای افراد می‌تواند در برنامه‌های سلامت‌روان عمومی به‌ویژه در همه‌گیری‌های جهانی کمک‌کننده باشد، همچنین برای متخصصین هم درک مقابله مذهبی- معنوی افراد و دانستن اینکه افراد غالباً برای مقابله به مذهب و معنویت تکیه می‌کنند، نشان می‌دهد که معمولاً نیاز است که یک ارزیابی معنوی انجام شود تا از راهکارهای معنوی که افراد برای مقابله با چالش‌ها از آن استفاده می‌کنند، غافل نشد. به بیان دیگر، درک راهبردهای مقابله‌ای رایج، متخصصین را به دانش لازم جهت ارزیابی، شناسایی و عملیاتی کردن نقاط قوت افراد مجهز می‌کند. همچنین آموزش به‌کارگیری مهارت‌های معنوی جهت مقابله با شرایط ناخوشایند نیز در این زمینه کمک‌کننده خواهد بود. علی‌رغم این‌که پژوهش‌های متعدد بسیاری در باب مقابله معنوی که در جمعیت بیمار صورت گرفته و بر به‌کارگیری استراتژی‌های مقابله‌ای مذهبی- معنوی جهت تسکین، کاهش استرس، افزایش امید، بهبود

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

وضعیت روانشناختی و... تاکید می‌شود(۶۰-۵۷)؛ هنوز در به‌کارگیری مهارت‌های مقابله معنوی در جمعیت عمومی خلا وجود دارد، این‌که چگونه افراد با داشتن پس زمینه اعتقادی مذهبی- معنوی از این مهارت‌ها به گونه‌ای موثر استفاده کنند؟ از آن‌جایی‌که در این پژوهش صرفا به شناسایی و شناخت راهکارهای مقابله‌ای پرداخته‌ایم، بنابراین پیشنهاد می‌شود همراه با بکار بستن نظرات متخصصین دینی بر افزایش آگاهی افراد در خصوص راهبردهای مقابله‌ای مذهبی- معنوی از طریق رسانه‌های جمعی، آموزش این مهارت از طریق طراحی و تدوین بسته‌ها و پروتکل‌های آموزشی جهت توانمند سازی آن‌ها در این زمینه، تدوین متون و کتاب به ویژه کتاب‌های خودآموز برای استفاده افراد، به‌کارگیری و بررسی اثربخشی این موارد نیز پرداخته شود تا راهگشای مسیر معنویت در افراد و جوامع باشد.

ازمحدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدودیت عدم امکان مصاحبه عمیق با افراد و پیگیری سوالات و پاسخ‌ها و مطرح کردن سوالات بعدی اشاره کرد، که داده‌های کیفی آن به اندازه سایر داده‌های مطالعه کیفی که به شیوه مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته چهره به چهره صورت می‌گیرد، عمیق و غنی نیست؛ اما با توجه به محدودیت‌های شرایط حاضر این بهترین روش برای دریافت اطلاعات و انجام پژوهش بود و همچنین قادر به بررسی تعداد بیش‌تری افراد گردیدیم که در به حداکثر رساندن تنوع پاسخ‌دهندگان کمک کرده است و به اعتبار مطالعه می‌افزاید؛ اما لازم است به کم‌تر بودن جنس آقایان نسبت به خانم‌ها و تعداد کم پژوهش‌های مقابله مذهبی- معنوی صورت گرفته در جمعیت عمومی که امکان مقایسه را محدود می‌نمود، اشاره کرد. در انتها اگرچه این پژوهش در یک کشور اسلامی با جمعیت مسلمان صورت گرفت و ممکن است قابل تعمیم به سایر کشورها نباشد، اما به‌صورت کلی، اطلاعات حاصل در خصوص راهبردهای مقابله‌ای مورد استفاده افراد، قابل انتقال است.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب در دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد: 17775-15-1-99 و کد اخلاق: IR.IUMS.REC.1399.303 می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایران و همه هموطنانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

References

1. Wu T, Jia X, Shi H, Niu J, Yin X, Xie J, et al. Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders 2020; 281: 91-98.
2. Asmundson GJ, Taylor S. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. Journal of Anxiety Disorders 2020; 70: 102196.
3. Naser AY, Dahmash EZ, Al-Rousan R, Alwafi H, Alrawashdeh HM, Ghoul I, et al. Mental health status of the general population, healthcare professionals, and university students during 2019 coronavirus disease outbreak in Jordan: a cross-sectional study. Brain Behav2020; 10(8): e01730.
4. Pakpour AH, Griffiths MD. The fear of COVID-19 and its role in preventive behaviors. Journal of Concurrent Disorders 2020; 2(1): 58-63.
5. Pakpour AH, Griffiths MD, Chang K-C, Chen Y-P, Kuo Y-J, Lin C-Y. Assessing the fear of COVID-19 among different populations: A response to Ransing et al. (2020). Brain, Behavior, and Immunity 2020; 89: 524-525.
6. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. The Lancet 2020; 395: 912-920.

7. Hossain MM, Tasnim S, Sultana A, Faizah F, Mazumder H, Zou L, et al. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. F1000 research 2020; 9: 636.
8. Huang L, rong Liu H. Emotional responses and coping strategies of nurses and nursing college students during COVID-19 outbreak. Med Rxiv 2020.
9. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping: Springer publishing company; 1984.
10. Braido F, Baiardini I, Bordo A, Menoni S, Di Marco F,Centanni S, et al. Coping with asthma: Is the physician able to identify patient's behaviour? Respiratory Medicine 2012; 106(12): 1625-1630.
11. Hassan Adeli S, Moghaddam Shiri S, Hosseinzadeh F. General health and religious copingstrategies in patients suffering from asthma. Health Spiritual Med Ethics 2014; 1(3): 2-9 (Persian).
12. Pargament KI. The psychology of religion and coping: Theory,research, practice: Guilford press; 1997.
13. Ibrahim MA, Isa KQ, Haji-Idris A, Nawi S-H, Teo YC, Rahman HA, et al. Spiritual Coping with Stress Among Emergency and Critical Care Nurses: A Cross-Sectional Study. Community Mental Health Journal 2019; 56(2): 287-293.
14. Koenig H, Koenig HG, King D, Carson VB. Handbook of religion and health: Oup Usa; 2012.
15. Pirutinsky S, Cherniak AD, Rosmarin DH. COVID-19, mental health, and religious coping among American Orthodox Jews. Journal of Religion and Health 2020; 59(5): 2288-2301.
16. Riklikienė O, Kaselienė S, Spirgienė L, Karosas L, Fisher JW. Spiritual Wellbeing of Cancer Patients: What Health-Related Factors Matter? J Relig Health 2020; 59(6): 2882-2898.
17. Yates III L, Moore J, Vairez Jr MR, Barber-Freeman PT, Ross W, Parker WH, et al. The Grit of African American Male Pre-Service Teachers. Journal of the Texas Alliance Black School Educators 2015; 1(2): 11-38.
18. Chew QH, Wei KC, Vasoo S, Chua HC, Sim K. Narrative synthesis of psychological and coping responses towards emerging infectious disease outbreaks in the general population: practical considerations for the COVID-19 pandemic. Singapore Med J 2020; 61(7): 350-356.
19. Gurvich C, Thomas N, Thomas EH, Hudaib A-R, Sood L, Fabiatos K, et al. Coping styles and mental health in response to societal changes during the COVID-19 pandemic. Int J Soc Psychiatry 2020; 67(5): 540-549.
20. Park CL, Russell BS, Fendrich M, Finkelstein-Fox L, Hutchison M, Becker J. Americans' COVID-19 stress, coping, and adherence to CDC guidelines. J Gen Intern Med 2020; 35(8): 2296-2303.
21. Yu H, Li M, Li Z, Xiang W, Yuan Y, Liu Y, et al. Coping style, social support and psychological distress in the general Chinese population in the early stages of the COVID-19 epidemic. BMC Psychiatry 2020; 20: 426.
22. Tashakkori A, Johnson RB, Teddlie C. Foundations of mixed methods research: Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences. 2nd ed: Sage publications; 2020.
23. Leech NL, Onwuegbuzie AJ. A typology of

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

mixed methods research designs. Quality & Quantity 2009; 43(2): 265-275.

24. Martínez de Toda IM, Miguélez L, Siboni L, Vida C, De la Fuente M. High perceived stress in women is linked to oxidation, inflammation and immunosenescence. Biogerontology 2019; 20(6): 823-835.
25. Maroufizadeh S, Zareiyan A, Sigari N. Reliability and validity of Persian version of perceived stress scale (PSS-10) in adults with asthma. Arch Iran Med 2014; 17(5): 361-365 (Persian).
26. Koenig H, Cohen H, Blazer D, Pieper C, Meador K, Shelp F, et al. Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. Am J Psychiatry 1992; 149(12): 1693-1700.
27. Hodge DR. How Do Trafficking Survivors Cope? Identifying the General and Spiritual Coping Strategies of Men Trafficked into the United States. Journal of Social Service Research 2021; 47(2): 155-166.
28. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursingpractice: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
29. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative Health Research 2005; 15(9): 1277-1288.
30. Tabatabaee A, Hasani P, Mortazavi H, Tabatabaeichehr M. Strategies to enhancerigor in qualitative research. J North Khorasan Univ Med Sci 2013; 5(3): 663-670 (Persian).
31. Billings AG, Moos RH. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. Journal of Behavioral Medicine 1981; 4(2): 139-157.
32. Folkman S. Stress: Appraisal and Coping. In: Gellman MD, Turner JR, editors. Encyclopedia of Behavioral Medicine. New York, NY: Springer New York; 2013: 1913-1915.
33. Taylor SE, Stanton AL. Coping Resources, Coping Processes, andMental Health. Annual Review of Clinical Psychology 2007; 3(1): 377-401.
34. Khademian F, Delavari S, Koohjani Z, Khademian Z. An investigation of depression, anxiety, and stress and its relating factors during COVID-19 pandemic in Iran. BMC Public Health. 2021; 21: 275.
35. Shokri A, Moradi G, Piroozi B, Darvishi S, Amirihosseini S, Veysi A, et al. Perceived stress due to COVID-19 in Iran: Emphasizing the role of social networks. Med J Islam Repub Iran 2020; 34: 55.
36. Malone J, Dadswell A. The Role of Religion, Spirituality and/or Belief in Positive Ageing for Older Adults. Geriatrics (Basel) 2018; 3(2): 28.
37. Meyer B. Coping with severe mental illness: Relations of the Brief COPE with symptoms, functioning, and well-being. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment 2001; 23(4): 265-277.
38. Penley JA, Tomaka J, Wiebe JS. The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. J Behav Med 2002; 25(6): 551-603.
39. Vannini P, Gagliardi GP, Kuppe M, Dossett ML, Donovan NJ, Gatchel JR, et al. Stress, Resilience, and Coping Strategies in a sample of community-dwelling Older Adults during COVID-19. J Psychiatr Res 2021; 138: 176-185.
40. Ai AL, Tice TN, Peterson C, Huang B. Prayers, spiritual support, and positive attitudes in coping with the September 11 national crisis. J Pers 2005; 73(3): 763-791.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

41. Ano GG, Vasconcelles EB. Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. J Clin Psychol 2005; 61(4): 461-80.
42. Hodge DR. Spiritual assessment in social work and mental health practice: Columbia University Press; 2015.
43. Bernard M, Strasser F, Gamondi C, Braunschweig G, Forster M, Kaspers-Elekes K, et al. Relationship between spirituality, meaning in life, psychological distress, wish for hastened death, and their influence on quality of life in palliative care patients. J Pain Symptom Manage 2017; 54(4): 514-522.
44. Pargament KI, Ensing DS, Falgout K, Olsen H, Reilly B, Van Haitsma K, et al. God help me:(I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. American Journal of Community Psychology 1990; 18(6): 793-824.
45. Monfared Kashki M, Maleki A, Amini K, Faghihzadeh S. Effect of Spirituality-Based Consultation on Coping Patterns with Pregnancy Challenges in Primigravida Women. J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29(176): 81-91 (Persian).
46. Hedayatizadeh-Omran A, Janbabaei G, Faraji Emafti M, Noroozi A, Kolagari S, Modanloo M. Relationship between Spirituality and Death Anxiety in Patients with Cancer Undergoing Chemotherapy. J Mazandaran Univ Med Sci 2018; 27(156): 98-108 (Persian).
47. Sira N, Lamson A, Foster CL. Relational and Spiritual Coping Among Emerging and Young Adult Cancer Survivors. Journal of Holistic Nursing 2020; 38(1): 52-67.
48. Ferrell BR, Handzo G, Picchi T, Puchalski C, Rosa WE. The urgency of spiritual care: COVID-19 and the critical need for whole-person palliation. J Pain Symptom Manag 2020; 60(3): e7-e11.
49. Chirico F, Nucera G. An Italian Experience of Spirituality from the Coronavirus Pandemic. Journal of Religion and Health 2020; 59: 2193-2195.
50. Bayod RP. COVID-19 Age: Spirituality and Meaning Making in the Face of Trauma, Grief and Deaths. Eubios Journal of Asian and International Bioethics 2020; 30(5): 238-241.
51. Fardin MA. COVID-19 epidemic and spirituality: A Review of the benefits of religion in times of crisis. Jundishapur J Chronic Dis Care 2020; 9(2): e104260.
52. Rabelo I, Lee V, Fallah MP, Massaquoi M, Evlampidou I, Crestani R, et al. Psychological Distress among Ebola Survivors Discharged from an Ebola Treatment Unit in Monrovia, Liberia-A Qualitative Study. Fron Public Health 2016; 4: 142.
53. McCauley M, Minsky S, Viswanath K. The H1N1 pandemic: media frames, stigmatization and coping. BMC Public Health 2013; 13: 1116.
54. Kołodziejczyk A, Misiak B, Szcześniak D, Maciaszek J, Ciułkowicz M, Łuc D, et al. Coping Styles, Mental Health, and the COVID-19 Quarantine: A Nationwide Survey in Poland. Front Psychiatry 2021; 12: 625355.
55. Wang H, Xia Q, Xiong Z, Li Z, Xiang W, Yuan Y, et al. The psychological distress and coping styles in the early stages of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic in the general mainland Chinese population: A web-based survey. Plos One 2020; 15(5): e0233410.
56. Thomas J, Barbato M. Positive religious coping and mental health among Christians and Muslims in response to the COVID-19 pandemic. Religions 2020; 11(10): 498.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

57. Costa DT, Silva DMRd, Cavalcanti IDL, Gomes ET, Vasconcelos JLdA, Carvalho MVGd. Religious/spiritual coping and level of hope in patients with cancer in chemotherapy. Rev Bras Enferm 2019; 72(3): 640-645.
58. Cruz JP, Colet PC, Alquwez N, Inocian EP, Al-Otaibi RS, Islam SMS. Influence of religiosity and spiritual coping on health-related quality of life in Saudi haemodialysis patients. Hemodial Int 2017; 21(1): 125-132.
59. Pinho CM, Dâmaso BFR, Gomes ET, Trajano MdFC, Andrade MS, Valença MP. Religious and spiritual coping in people living with HIV/Aids. Rev Bras Enferm 2017; 70(2): 392-399.
60. Milner K, Crawford P, Edgley A, Hare-Duke L, Slade M. The experiences of spirituality among adults with mental health difficulties: a qualitative systematic review. Epidemiology and Psychiatric Sciences 2020; 29: e34.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]