


رابطه نگرش دینی با اضطراب سلامت و اضطراب مرگ افراد در معرض کووید ۱۹ و افراد عادی

کرامت اعظم بیانلو / دکترای روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی دانشگاه الزهراء، تهران

a.bayanlou@yahoo.com  orcid.org/0000-0001-8788-8994

rjafaridh@gmail.com

رضا جعفری هرندی / دانشیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه قم

 <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>

دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۲۳ - پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۲۴

چکیده

با شیوع ویروس عالمگیر کووید ۱۹ نه تنها سلامت جسم، بلکه سلامت روان میلیون‌ها انسان در معرض خطر قرار گرفت. به سبب نقش اعتقادات دینی در افزایش سازوکارهای انطباقی انسان‌ها، این پژوهش ارتباط «نگرش دینی» با «اضطراب سلامت» و «اضطراب مرگ» افراد در معرض کووید ۱۹ و افراد عادی را بررسی کرده است. روش پژوهش از نوع «توصیفی - همبستگی» بوده است. ۳۶۸ تن به روش «در دسترس» و داوطلبانه در این پژوهش شرکت کردند. از مقیاس «نگرش سنج دینی»، پرسشنامه «سنجش اضطراب سلامت» و پرسشنامه «سنجش اضطراب مرگ» برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شده است. داده‌ها با استفاده از آزمون t مستقل، همبستگی پیرسون و رگرسیون تجزیه و تحلیل شد. مطابق یافته‌ها، متغیر «اضطراب سلامت» و «اضطراب مرگ» بین افراد در معرض کووید ۱۹ و عادی تفاوت معناداری داشت؛ ولی در نگرش دینی دو گروه تفاوت معناداری به دست نیامد. در افراد در معرض کووید ۱۹ ارتباط «نگرش دینی» با «اضطراب سلامت» و «اضطراب مرگ» معنادار بود، در حالی که در افراد عادی ارتباط معناداری وجود نداشت. همچنین متغیر «نگرش دینی» توانست «اضطراب سلامت» و «اضطراب مرگ» را در افراد در معرض کووید ۱۹ پیش‌بینی کند. می‌توان نتیجه گرفت که افراد در معرض کووید ۱۹ بیش از افراد عادی نشانه‌های بدنی را به صورت علائم تهدیدآمیز تفسیر می‌کنند و افکار منفی و مزاحم بیشتری درباره مرگ خود یا اعضای خانواده‌شان دارند. اما به نظر می‌رسد مطابق نظریه «مدیریت وحشت»، باورهای دینی پیش‌بینی‌کننده خوبی برای کاهش اضطراب سلامت و اضطراب مرگ در همه‌گیری‌ها، به‌ویژه در افراد در معرض بیماری است. به همین سبب، توصیه می‌شود در مواردی همچون همه‌گیری‌ها، مداخله‌های دینی بیش از گذشته مدنظر قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: نگرش دینی، اضطراب سلامت، اضطراب مرگ، کووید ۱۹.

در دسامبر ۲۰۱۹ کرونا ویروس جدید «کووید ۱۹» (Covid-19) به سرعت در سراسر کشور چین و سپس در سایر نقاط جهان منتشر شد (کائو و همکاران، ۲۰۲۰). شیوع این ویروس به گونه‌ای بود که با سرعت بالایی در کل جهان انتشار یافت و در کمتر از چهار ماه، تمام کشورهای جهان را آلوده کرد. گرچه به علت جدید بودن این ویروس و میزان اطلاعات کم درباره آن، روش‌های پیش و درمان آن محدود است، ولی در حال حاضر مهم‌ترین روش مقابله با آن پیشگیری از انتشار ویروس است (شهید و محمدی، ۱۳۹۹).

تغییر در سبک زندگی روزمره افراد، آمار کشته‌شدگان و اقدامات شدیدی که برای مقابله با گسترش بیماری در سراسر جهان انجام می‌شود از موارد بی‌سابقه در زندگی مردم است (شیانگ و همکاران، ۲۰۲۰).

با توجه به اینکه فاجعه‌های جمعی، به ویژه مواردی که مربوط به بیماری‌های عفونی است، برای مردم غافلگیرکننده هستند، اغلب موج‌های ترس و اضطراب در میان مردم افزایش می‌یابد و موجب اختلال‌های گسترده در رفتار و بهزیستی روانی بسیاری از آنها می‌شود. تحقیقاتی که درخصوص تأثیر روانی شیوع بیماری‌های جهانی قبلی انجام شده، ارتباط واضح و قابل توجهی بین بیماری‌های همه‌گیر با استرس، اضطراب، نگرانی از آلودگی (Contamination Concerns)، اضطراب سلامت (Health anxiety) و استرس پس‌ضربه‌ای (Stress post-traumatic) را نشان داده است (لی، ۲۰۲۰).

شواهد نشان می‌دهد با توجه به خصوصیت بیماری‌زایی و همه‌گیری (Pandemic) ویروس کرونا، سرعت انتشار و درصد مرگ و میر ناشی از آن، گروه‌های گوناگون جامعه علائم روان‌شناختی متعددی، از جمله اضطراب، افسردگی و اضطراب سلامت را نشان دادند (براون و همکاران، ۲۰۱۹؛ کیبی و همکاران، ۲۰۲۱).

در تحقیقی که کائو و همکارانش (۲۰۲۰) درباره اثرات روان‌شناختی شیوع ویروس کووید ۱۹ در کشور چین انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که تغییر وضعیت زندگی روزمره، تأخیر در فعالیت‌های شغلی و تحصیلی و نگرانی برای سلامتی، همبستگی مثبتی با علائم اضطراب در میان افراد داشت.

همچنین در تحقیق دیگری که انجام شد، افراد ترس و اضطراب زیادی درخصوص سلامتی و عفونت ویروس داشتند (اسماندسن و تیلور، ۲۰۲۰).

«اضطراب سلامتی» به نگرانی ناشی از تهدید درک‌شده برای سلامتی گفته می‌شود که می‌تواند از حساسیت و آگاهی نسبت به سلامتی تا اضطراب مرضی نسبت به سلامتی را شامل شود. در این اضطراب افراد احساسات بدنی یا علائم خوش‌خیم را به صورت تهدیدآمیز یا نشانه بیماری تعبیر می‌کنند که به میزان قابل توجهی می‌تواند تحت تأثیر گزارش رسانه‌ها قرار گیرد (بیلر و همکاران، ۲۰۱۶).

با توجه به فرایندهای تفسیر و انتساب، احتمال بیشتری دارد که در موارد شیوع ویروس، احساسات یا علائم بدنی مطابق با این زمینه تعبیر شود (برای مثال: من سریع‌تر نفس می‌کشم، ممکن است به بیماری کرونا مبتلا

شده باشم) (جانگمن و ویتافت، ۲۰۲۰). البته «اضطراب سلامتی» در بیماری‌های همه‌گیر می‌تواند از فردی به فرد دیگر متفاوت باشد (گایگری و همکاران، ۲۰۱۲).

در تحقیقی وانگ و همکاران (۲۰۲۰) به ارزیابی اثرات روان‌شناختی شیوع کووید ۱۹ پرداختند. ۱/۲۱۰ شرکت‌کننده از ۱۹۴ شهر چین در این پژوهش شرکت داشتند و به پرسشنامه برخط آنها پاسخ دادند. نتایج تحقیق آنها نشان داد ۵۳/۸ درصد این افراد دچار تأثیرات شدید روانی (همچون اضطراب ناشی از شیوع این بیماری) بودند. آنها به این نتیجه رسیدند که بیش از نیمی از مشارکت‌کنندگان در این پژوهش که شامل جمعیت عمومی بودند، در دوران شیوع کووید ۱۹ نگرانی و اضطراب زیادی درباره وضعیت سلامت خود و خانواده‌هایشان داشتند.

از سوی دیگر، اضطراب و نگرانی درباره سلامت در دوران همه‌گیری می‌تواند اثرات روان‌شناختی قابل ملاحظه‌ای، همچون استرس، افکار مزاحم منفی (Negative intrusive thoughts) مانند افکار مزاحم درباره مرگ خود یا اعضای خانواده و «اجتناب» (Avoidance) را افزایش دهد (کوئی و همکاران، ۲۰۲۰). از این رو «اضطراب مرگ» (Death Anxiety) همواره در کنار «اضطراب سلامت» مطرح می‌شود (آن د. استیج و همکاران، ۲۰۱۸).

«اضطراب مرگ» مفهومی چندبعدی بوده و تعریف آن دشوار است. این مفهوم اغلب به‌عنوان «ترس از مردن خود و افراد مهم زندگی» تعریف می‌شود. به بیان دیگر «اضطراب مرگ» شامل پیش‌بینی مرگ خود و ترس از فرایند مرگ و مردن افراد مهم زندگی است. این اضطراب به «احساس مبهم و مضطربانه‌ای از ترس یا ناراحتی‌های ایجادشده توسط ادراکات از تهدیدی واقعی یا خیالی در برابر هستی» تعریف می‌شود. «اضطراب مرگ» نوعی اضطراب است که می‌تواند بر سلامتی وجودی و به‌ویژه کارکرد سلامتی روانی افراد تأثیر بگذارد (گی، ۲۰۱۴).

تحقیقات نشان داده است «اضطراب سلامتی» و «اضطراب مرگ» با یکدیگر ارتباط مثبت دارند. زمانی که «اضطراب سلامتی» افزایش پیدا می‌کند «اضطراب مرگ» نیز بیشتر می‌شود و بعکس، زمانی که افراد دچار «اضطراب مرگ» هستند هر علامت بدنی را نگران‌کننده توصیف می‌کنند و دچار «اضطراب سلامتی» می‌شوند (نویس و همکاران، ۲۰۰۲).

اگرچه جنبه‌های نگران‌کننده بسیاری در بیماری همه‌گیر کووید ۱۹ وجود دارد، اما مطابق نظریه «مدیریت وحشت» (Terror Management Theory)، تعداد بسیار کشته‌ها و ماهیت مسری این ویروس نقش مهمی در اشکال گوناگون آشفتگی‌های ناشی از این بحران دارد (پیچنسکی و همکاران، ۲۰۲۱).

نظریه «مدیریت وحشت» اشاره به این دارد که انسان‌ها به صورت کاملاً ذاتی - که نتیجه رشد توانایی‌های شناختی آنهاست - از اجتناب‌ناپذیری مرگ آگاهند (گرینبرگ و همکاران، ۱۹۸۶). این وحشت توسط عواملی که متشکل از جهان‌بینی فرهنگی، عزت نفس و روابط نزدیک بین فردی است، مهار می‌شود.

«جهان بینی فرهنگی» (Cultural worldviews) شامل اعتقادات مشترک درباره واقعیت‌ها و پاسخ‌های اساسی در خصوص زندگی، استانداردهای رفتار ارزشمند و وعده جاودانگی به کسانی است که به آن عمل می‌کنند. این باورها به انسان این امید را می‌دهند که زندگی پس از مرگ جسمی نیز ادامه خواهد یافت که مفاهیم مربوط به زندگی پس از مرگ (مانند بهشت) نمونه‌ای از آن است (پیچنسکی و همکاران، ۲۰۲۱).

در ارتباط با این نظریه، افراد و گروه‌هایی از محققان در سراسر جهان درباره تأثیر ایمان به خدا، دین، محیط‌های دینی و آداب و رسوم دینی در سلامت روانی افراد و بهداشت روانی جامعه و ایجاد آرامش به نتایج مثبت و قابل توجهی دست یافته‌اند (مهری‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۵؛ سهرابی، ۱۳۹۷).

در سال‌های اخیر، دین به منزله یکی از عمده‌ترین متغیرهای مؤثر بر رفتار و حالات روانی افراد، مورد توجه بسیاری از متخصصان علوم رفتاری قرار گرفته، تا جایی که برخی آن را عامل اصلی در بهداشت فردی و اجتماعی معرفی کرده‌اند. دین می‌تواند در تمام موقعیت‌ها، نقش مؤثری در استرس‌زدایی داشته باشد و در ارزیابی موقعیت، ارزیابی شناختی فرد، فعالیت‌های مقابله، منابع حمایتی و مانند آن سبب کاهش گرفتاری روانی شود (سلیمی بچستانی و همکاران، ۱۳۹۳).

لی (۲۰۲۰) در تحقیق خود که با بزرگسالان مبتلا به اضطراب در دوران شیوع ویروس کرونا انجام داد، به این نتیجه رسید که بین میزان اضطراب و سازگاری دینی افراد همبستگی منفی وجود دارد، و هر قدر سازگاری دینی آنها بالا باشد میزان اضطراب آنها کاهش پیدا می‌کند.

در مطالعه دیگری کوئینگ و همکاران (۱۹۹۷) در یک بررسی فراتحلیلی روی ۸۵۰ مطالعه درباره «ارتباط میان باورها و اعمال دینی با بهداشت روان و کارکرد اجتماعی» گزارش دادند که دین از طریق بالا بردن توانایی در مقابله با استرس، ایجاد فضای حمایت اجتماعی، ایجاد امید و خوش‌بینی در جهت کمک به ایجاد هیجان‌های مثبت (مثل زندگی بهتر، رضایت از زندگی و شادکامی)، بر سلامت روان تأثیر می‌گذارد.

در تحقیقی که بنترن (۲۰۲۰) انجام داد به این نتیجه رسید که از دسامبر سال ۲۰۱۹ که ویروس کرونا در جهان گسترش پیدا کرد، آمار جست‌وجوی واژه «دعا» و واژه‌های مرتبط با «دینداری» در جست‌وجوگر گوگل بیش از ۵۰ درصد افزایش پیدا کرد. این آمار حتی در کشورهای کمتر دیندار نیز افزایش داشت.

هرچند از زمان شیوع کووید ۱۹ توجه زیادی به اقدامات لازم برای شناسایی افراد مبتلا به عفونت کرونا ویروس شده، ولی شناسایی مراقبت‌های لازم برای سلامت روان افراد در این بیماری همه‌گیر مغفول مانده است (شیانگ و همکاران، ۲۰۲۰).

از سوی دیگر، تاکنون روش پیشگیری و درمان قطعی برای بیماری کرونا پیدا نشده است و مدام جهش‌های متعددی در ساختار این ویروس اتفاق می‌افتد که راه مقابله و درمان آن را دشوارتر می‌سازد. جهش‌های متعدد

ویروس و ادامه دار شدن شرایط ترس و اضطراب و محدودیت‌های اعمال شده در جامعه می‌تواند به شدت به سلامت روان افراد آسیب بزند. ناگزیر لازم است عوامل مؤثر در سلامت روان افراد شناسایی گردد. شناسایی عوامل تأثیرگذار و تعدیل‌کننده‌های سلامت روان می‌تواند موجب درک بهتر از کاهش یا افزایش دهنده‌های آن شود و به تدابیر احتمالی پیشگیری و مداخلات درمانی کمک کنند (اسماندن و تیلور، ۲۰۲۰).

چون دین و باورهای دینی از جمله نیازهای اساسی روان انسان‌هاست، دستورالعمل‌های دینی می‌تواند به افراد کمک کند تا دوره‌های پراسترس و فشار و همچنین عدم قطعیت‌های زندگی را راحت‌تر تحمل کند (بهر و همکاران، ۲۰۱۳).

بدین‌روی در پژوهش حاضر، ارتباط «نگرش دینی» با میزان «اضطراب سلامت» و «اضطراب مرگ» افرادی که یک یا چند تن از اعضای خانواده آنها مبتلا به ویروس کووید ۱۹ شده بودند، با افراد عادی بررسی گردید.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع «توصیفی - همبستگی» است. جامعه آماری شامل تمام افراد بزرگسال بالای ۱۸ سال در ایران بود که ۳۶۸ تن به روش «نمونه‌گیری در دسترس» و داوطلبانه در این پژوهش شرکت کردند.

معیار ورود افراد به این پژوهش داشتن حداقل ۱۸ سال سن، مشارکت داوطلبانه و رضایت آگاهانه برای شرکت کردن بود.

به منظور رعایت اصول اخلاقی توضیح مختصری درخصوص معرفی پژوهش و اهداف آن ارائه شد و به شرکت‌کنندگان این اطمینان داده شد که داده‌های مربوط به آنها فقط برای انجام پژوهش حاضر است و پاسخ‌های آنها کاملاً محرمانه باقی خواهند ماند. همچنین نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان درخواست نشد. داده‌های به‌دست‌آمده از اجرای پژوهش، توسط نرم‌افزار SPSS24 و با استفاده از روش «آمار توصیفی t» برای مقایسه گروه‌های مستقل، همبستگی پیرسون و رگرسیون تجزیه و تحلیل گردید.

ابزارهای پژوهش

۱. مقیاس «نگرش‌سنج مذهبی»

این پرسشنامه توسط گلریز و برهنی (۱۳۵۳) طراحی و اعتباریابی شده و شامل ۲۵ گویه بسته پاسخ براساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت (شامل: کاملاً موافقم = ۵ نمره تا کاملاً مخالفم = ۱ نمره) است. این پرسشنامه توسط منزوی (۱۳۹۳) اعتباریابی شده است. کسب نمره ۱-۲۵ نگرش دینی حد پایین، نمره ۲۶-۷۵ نگرش متوسط، ۷۵ به بالا نگرش عالی نسبت به دین را نشان می‌دهد.

اعتبار این آزمون از طریق ضریب همبستگی با آزمون آلپورت و رمون و لیندزی برابر با $0/80$ به دست آمد. همچنین اعتباریابی این پرسشنامه از طریق روش گروه‌های شناخته‌شده نیز استفاده شد و تفاوت میانگین بین دو گروه عادی و دیندار معنادار بود. این پرسشنامه در سال‌های اخیر مجدداً ارزیابی شده است. پایایی این پرسشنامه از روش اسپیرمن - براون برابر با $0/63$ و روایی آن برابر با $0/248$ به دست آمد.

منزوی نیز در مطالعه خود برای به دست آوردن روایی پرسشنامه از نظرات متخصصان و کارشناسان درباره مربوط بودن سؤالات، واضح بودن، قابل فهم بودن سؤالات و اینکه آیا این سؤالات برای پرسشنامه تحقیقاتی مناسب است و آنها را می‌سنجد، نظرخواهی کرد و آن را تأیید نمود (منزوی، ۱۳۹۳). در این پژوهش نیز ضرایب پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای مقیاس «نگرش سنج دینی» $0/67$ به دست آمد که اعتبار قابل قبولی است.

۲. مقیاس «سنجش اضطراب سلامت»

مقیاس «سنجش اضطراب سلامت» (سالکوسکیس و وارویک، ۱۹۸۹) شامل ۱۸ گویه است. هر گویه چهار گزینه دارد و هریک از گزینه‌ها شامل توصیف فرد از مؤلفه‌های سلامت و بیماری به صورت یک جمله خبری است که پاسخگو باید یکی از جملاتی که بهتر او را توصیف می‌کند، انتخاب نماید. نمره‌گذاری برای هر گزینه از صفر تا ۳ است و نمره بالا در آن نشانه «اضطراب سلامتی» به شمار می‌رود. پایایی بازآزمایی این مقیاس $0/90$ و ضریب آلفای کرونباخ آن از $0/70$ تا $0/82$ گزارش شده است (سالکوسکیس و وارویک، ۲۰۰۲).

در پژوهش نرگسی و همکاران (۱۳۹۶) نیز ضریب آلفای کرونباخ $0/87$ را برای پرسشنامه «اضطراب سلامتی» به دست آمد که حاکی از پایایی رضایت‌بخش آن است. روایی این مقیاس را سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۲) $0/72$ به دست آوردند و آبر/موویتز و همکاران (۲۰۰۷) ضریب روایی آن را $0/94$ محاسبه کردند.

این مقیاس برای اولین بار در ایران توسط نرگسی و همکاران (۱۳۹۶) به فارسی برگردانده شد و برای سنجش روایی آن از پرسشنامه «خودبیمارانگاری اهواز» استفاده شد. ضریب همبستگی بین این پرسشنامه و آزمون «خودبیمارانگاری اهواز» برابر با $0/75$ - به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز ضرایب پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای مقیاس اضطراب سلامت $0/86$ به دست آمد که اعتبار بالا و مطلوبی است.

۳. مقیاس «سنجش اضطراب مرگ»

مقیاس «اضطراب مرگ» (تمپلر، ۱۹۷۰) ابزاری برای اندازه‌گیری اضطراب مربوط به مرگ است که بیشترین کاربرد را در نوع خود دارد. این مقیاس یک پرسشنامه خوداجرایی متشکل از ۱۵ سؤال صحیح - غلط است. دامنه نمرات از صفر تا ۱۵ و نمره زیاد معرف درجه بالایی از «اضطراب مرگ» است (رجبی و بحرانی، ۱۳۸۰).

بررسی‌های به عمل آمده درباره اعتبار مقیاس «اضطراب مرگ» نشان می‌دهد که این مقیاس از اعتبار قابل قبولی برخوردار است. تمپلر (۱۹۷۰) ضریب بازآزمایی مقیاس DAS را ۰/۸۳ به دست آورده است. رجبی و بحرانی (۱۳۸۰) نیز ضریب اعتبار تصنیف مقیاس «اضطراب مرگ» را بعد از اعمال فرمول تصحیح شده اسپیرمن براون معادل ۰/۶۲ محاسبه کردند.

همچنین همسانی درونی پرسشنامه نیز با کمک محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد که مقدار این ضریب برای کل پرسشنامه معادل ۰/۷۳ به دست آمد. برای روایی این مقیاس، رجبی و بحرانی (۱۳۸۰) از دو آزمون مقیاس «نگرانی مرگ» و پرسشنامه «اضطراب آشکار» استفاده کردند. ضریب همبستگی بین مقیاس «اضطراب مرگ» و مقیاس «نگرانی مرگ» ۰/۴۰ و با «اضطراب آشکار» ۰/۴۳ به دست آمد. در این پژوهش نیز ضرایب پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای مقیاس «اضطراب مرگ» ۰/۸۴ به دست آمد که اعتبار مطلوبی است.

یافته‌های پژوهش

شرکت‌کنندگان شامل ۳۶۸ تن (۳۰۵ زن و ۶۳ مرد) و میانگین سنی آنها ۲۲/۲۴ بود. از لحاظ تحصیلات نیز ۵۷ تن دیپلم و کمتر از دیپلم، ۱۲ تن کاردانی، ۲۵۸ تن کارشناسی، ۳۱ تن کارشناسی ارشد و ۱۰ تن تحصیلات دکتری داشتند. از بین شرکت‌کنندگان ۱۴۵ تن گزارش کردند که - دست کم - یکی از اعضای خانواده آنها مبتلا به کووید ۱۹ شده است (در معرض کووید ۱۹) و ۲۲۳ تن عضو مبتلا شده به کووید ۱۹ نداشتند (افراد عادی). میانگین و انحراف استاندارد نمره‌ها در متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک دو گروه، در جدول (۱) ذکر شده است:

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمره‌ها براساس متغیرهای مورد مطالعه

متغیرهای مورد مطالعه	در معرض کووید ۱۹	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب سلامت	خیر	۱۶/۲۰	۶/۸۶
	بله	۲۰/۵۳	۸/۶۳
اضطراب مرگ	خیر	۸/۸۲	۲/۶۵
	بله	۱۰/۱۶	۳/۴۲
نگرش دینی	خیر	۶۸/۸۹	۹/۵۹
	بله	۶۷/۴۴	۱۶/۷۳

همان‌گونه که نتایج جدول (۱) نشان می‌دهد، میانگین نمره افراد در معرض کووید ۱۹ نسبت به افراد عادی در دو متغیر «اضطراب سلامت» و «اضطراب مرگ» بیشتر است، ولی در نگرش دینی تفاوت چندانی در میانگین‌ها وجود ندارد. به منظور مقایسه معناداری و تفاوت آماری نمرات دو گروه در سه مقیاس «اضطراب سلامت»، «اضطراب مرگ» و «نگرش دینی» از آزمون t برای گروه‌های مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول (۲) ذکر شده است:

جدول ۲: آزمون t برای گروه‌های مستقل (در معرض کووید ۱۹ و عادی) در متغیرهای «اضطراب سلامت»، «اضطراب مرگ» و «نگرش دینی»

متغیرهای مورد مطالعه	F	T	درجه آزادی	سطح معناداری
اضطراب سلامت	۹/۲۸	-۵/۳۳	۳۶۶	۰/۰۰
اضطراب مرگ	۱/۳۹	-۳/۴۹	۳۶۶	۰/۰۰
نگرش دینی	۲۵/۳۰	۱/۰۵	۳۶۶	۰/۳۹

نتیجه آزمون t نشان داد در دو متغیر «اضطراب سلامت» و «اضطراب مرگ» بین دو گروه تفاوت معنادار آماری وجود داشت ($P=۰/۰$)، ولی در متغیر نگرش دینی، تفاوت معناداری بین دو گروه به دست نیامد ($P=۰/۳۹$). برای تعیین میزان همبستگی بین «نگرش دینی»، «اضطراب سلامت» و «اضطراب مرگ» در دو گروه از همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول (۳) آمده است:

جدول ۳: ماتریس همبستگی پیرسون بین اضطراب سلامت، اضطراب مرگ و نگرش دینی

در معرض کووید ۱۹	متغیرهای مورد مطالعه	اضطراب سلامت	اضطراب مرگ	نگرش دینی
خیر	اضطراب سلامت	۱		
	اضطراب مرگ	۰/۵۰**	۱	
	نگرش دینی	-۰/۰۳	-۰/۱۳	۱
بله	اضطراب سلامت	۱		
	اضطراب مرگ	۰/۴۳**	۱	
	نگرش دینی	-۰/۴۷**	-۰/۶۰**	۱

بر اساس داده‌های جدول (۳) در گروه افراد عادی، همبستگی بین «اضطراب مرگ» و «اضطراب سلامت» برابر با ($r=۰/۵۰$) بود که یک ارتباط معنادار است؛ اما در ارتباط بین متغیرهای «نگرش دینی» با «اضطراب سلامت» و «اضطراب مرگ» در این گروه ارتباطی معنادار وجود نداشت.

در گروه افراد در معرض کووید ۱۹، همبستگی بین «اضطراب مرگ» و «اضطراب سلامت» برابر با ($r=۰/۴۳$) بود که ارتباطی معنادار است. همچنین ارتباط بین «نگرش دینی» با «اضطراب سلامت» ($r=-۰/۴۷$) و «نگرش دینی» با «اضطراب مرگ» ($r=-۰/۶۰$) به دست آمد که نشان‌دهنده یک ارتباط منفی بین این متغیرهاست. ارتباط بین «نگرش دینی» و «اضطراب مرگ» در میان افراد در معرض کووید ۱۹ قوی‌ترین ارتباطی بود که در این پژوهش به دست آمد. برای بررسی نقش نگرش دینی در پیش‌بینی متغیرهای «اضطراب سلامت» و «اضطراب مرگ» در بین دو گروه از تحلیل رگرسیون استفاده شد که نتایج آن در جدول (۴) آمده است:

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیونی داده‌ها برای متغیرهای اضطراب سلامت و اضطراب مرگ بر اساس متغیر نگرش دینی شرکت‌کنندگان

متغیرها	در معرض کووید ۱۹	ضریب تعیین	F	سطح معناداری	بتا	T	سطح معناداری
اضطراب سلامت	خیر	۰/۰۰	۰/۲۳	۰/۶۳	-۰/۰۳	-۰/۴۸	۰/۶۴
	بله	۰/۳۲	۳۸/۸۸	۰/۰۰	-۰/۴۷	-۶/۲۴	۰/۰۰
اضطراب مرگ	خیر	۰/۰۱	۲/۵۹	۰/۰۹	-۰/۱۳	-۱/۹۰	۰/۰۶
	بله	۰/۳۷	۸۰/۵۸	۰/۰۰	-۰/۶۰	-۸/۹۸	۰/۰۰

نتایج جدول (۴) نشان داد نگرش دینی به طور معناداری ($p=0/0$) می‌تواند «اضطراب سلامت» و «اضطراب مرگ» در بین افراد در معرض کووید ۱۹ را پیش‌بینی کند. در این گروه ۲۲ درصد از واریانس مربوط به «اضطراب سلامت» و ۳۷ درصد از واریانس مربوط به «اضطراب مرگ» توسط نگرش دینی شرکت‌کنندگان قابل پیش‌بینی بود.

بحث و نتیجه‌گیری

بیماری همه‌گیر کرونا به‌مثابه یک بحران جهانی از سال ۲۰۱۹ تاکنون، سلامت جسمی و روانی میلیون‌ها انسان را به چالش کشیده است. بنابراین، شناسایی عناصر تأثیرگذار بر کاهش یا افزایش مشکلات جسمی و روان‌شناختی مرتبط با این بحران و اتخاذ رویکردها و اقدامات مناسب از اهمیت زیادی برخوردار است.

از این رو پژوهش حاضر با هدف مطالعه ارتباط «نگرش دینی» با «اضطراب سلامت» و «اضطراب مرگ» افراد در معرض کووید ۱۹ و افراد عادی انجام شد. براساس آنچه از یافته‌های این پژوهش به دست آمد، متغیر «نگرش دینی» بین افراد در معرض کووید ۱۹ و عادی تفاوتی معنادار نداشت؛ ولی در متغیرهای «اضطراب سلامت» و «اضطراب مرگ» تفاوتی معنادار بود.

نبود تفاوت معنادار در نگرش دینی دو گروه نشان می‌دهد باورها و عقاید دینی مردم در کشوری مانند ایران که از بافت و فرهنگ دینی برخوردار است، در بیشتر افراد مشابه یکدیگر است و تفاوت زیادی بین آنها وجود ندارد. یافته بعدی تحقیق که تفاوت معنادار دو گروه در متغیرهای «اضطراب سلامت» و «اضطراب مرگ» را نشان می‌دهد، با یافته وانگ و همکاران (۲۰۲۰) و کوئی و همکاران (۲۰۲۰) همسو می‌باشد و نشان می‌دهد که افراد در معرض کووید ۱۹، حتی علائم خوش‌خیم بدنی را نیز به صورت تهدیدآمیز و نشانه ابتلا به ویروس کرونا تفسیر می‌کنند و «اضطراب سلامت» بیشتری دارند. از سوی دیگر، به‌طور دائم افکار مزاحم درباره مرگ خود یا اعضای خانواده‌شان دارند که می‌تواند به شدت سلامت روان آنها را به خطر بیندازد.

هدف بعدی پژوهش مطالعه ارتباط «نگرش دینی» با «اضطراب سلامت» و «اضطراب مرگ» افراد در معرض کووید ۱۹ و افراد عادی بود. نتایج نشان داد ارتباط بین این متغیرها در افراد در معرض کووید ۱۹ معکوس و معنادار است؛ ولی در افراد عادی، ارتباط معناداری وجود نداشت. این یافته نشان می‌دهد رفتارها و عقاید دینی تأثیر مثبتی در کاهش اضطراب سلامت و اضطراب مرگ افراد، به‌ویژه کسانی که در معرض کووید ۱۹ هستند، داشته است. در واقع، افرادی که باورهای دینی قوی‌تری دارند با وجود اینکه در معرض کووید ۱۹ هستند «اضطراب سلامت» کمتری تجربه می‌کنند.

می‌توان گفت: دین به‌مثابه یک سامانه وسیع، متشکل از برنامه‌های زیادی برای هدایت است که شامل

عناصری از خودکنترلی نیز هست؛ زیرا راهنمایی‌ها و قواعد خاص اخلاقی به منظور مهار نفس و امتناع از برخی رفتارها را در اختیار فرد قرار می‌دهد. دانش و مهارتی که فرد از این طریق کسب می‌کند، می‌تواند مانع از «اضطراب سلامت» یا سایر رفتارهای آسیب‌زا باشد (خدایاری فرد و رحیمی‌نژاد، ۱۳۸۸).

برای مثال، در دین اسلام اشاره مستقیم به اهمیت حفظ سلامتی و ارزش حیات انسان شده است که احساس مسئولیت انسان‌ها را در برابر سلامتی و جانشان افزایش می‌دهد. در آیه ۱۹۵ سوره «بقره» «وَلَا تَلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ»، خداوند انسان‌ها را از اضرار به نفس و آسیب رساندن به جسم بازداشته است. در جهان بینی توحیدی هر چیزی، از جمله بدن و اعضا و جوارح که در اختیار ما قرار می‌گیرد، امانت الهی است. از این‌رو مراقبت از این امانت الهی از ویژگی‌های اهل ایمان است (معارج: ۳۲). در اسلام مراقبت و حفظ سلامت و بهداشت از واجبات محسوب می‌شود و هر عمل زیانبار برای بدن، حرام اعلام شده است (حسینی و مرزبند، ۱۳۹۹).

بنابراین، براساس چنین آموزه‌هایی می‌توان گفت: افرادی که باورهای دینی قوی‌تری دارند تلاش بیشتری برای حفظ سلامتی خود می‌کنند. احتمالاً در دوران همه‌گیری کرونا نیز بیش از دیگران مسائل بهداشتی و مراقبتی را رعایت کرده، همین مسئله میزان اضطراب آنها را از ابتلا به ویروس کاهش می‌دهد. در آیه ۸۰ سوره «شعراء» نیز آمده است: «وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ»؛ زمانی که بیمار شوم مرا شفا می‌دهد. بنابراین، حتی در صورتی که این افراد یا اطرافیانشان به بیماری مبتلا شوند، با توجه به اینکه معتقد هستند، خداوند آنها را شفا خواهد داد، نگرانی کمتر و امیدهای بیشتری نسبت به سایر افراد دارند که نقش مستقیم و چشمگیری در کاهش اضطراب سلامت آنها می‌تواند داشته باشد.

ارتباط معکوس و معنادار «نگرش دینی» و «اضطراب مرگ» افراد در معرض کووید ۱۹ نیز نشان می‌دهد دین نقش زیادی در معنادار کردن زندگی افراد دارد؛ زیرا مطابق نظریه «مدیریت وحشت» (پیچنسکی و همکاران، ۲۰۲۱) جهان بینی دینی با وعده جاودانگی انسان، ترس از مرگ را در انسان‌ها کاهش می‌دهد و به زندگی پس از مرگ امیدوار می‌سازد.

در آیه ۱۱ سوره «سجده» خداوند به پیامبر اشاره می‌کند: «قُلْ يَتَوَفَّاكُم مَلَكُ الْمَوْتِ الَّذِي وُكِّلَ بِكُمْ ثُمَّ إِلَىٰ رَبِّكُمْ تُرْجَعُونَ»؛ ای پیامبر به آنها بگو: فرشته مرگ که مأمور قبض روح شماست، جان شما را خواهد گرفت و پس از مرگ به سوی خدای خود بازگردانده می‌شوید. کاملاً واضح به نظر می‌رسد که این نوع نگرش نسبت به جاودانگی می‌تواند نقش زیادی در کاهش اضطراب مرگ افراد داشته باشد.

در آیه ۵۱ سوره «توبه» نیز آمده است: «قُلْ لَنْ يُصِيبَنَا إِلَّا مَا كَتَبَ اللَّهُ لَنَا هُوَ مَوْلَانَا وَ عَلَى اللَّهِ فَلْيَتَوَكَّلِ الْمُؤْمِنُونَ»؛ بگو هرگز جز آنچه خداوند برای ما مقرر کرده است، به ما نخواهد رسید. او مولای ماست و مؤمنان باید تنها بر خداوند توکل کنند. در جای دیگری از قرآن کریم (احزاب: ۳) آمده است: «وَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ وَ كَفَىٰ بِاللَّهِ وَكِيلاً»؛ بر خداوند توکل کن. همین بس که خداوند یاور و نگهبان انسان است.

با توجه به این آیات و آیات مشابه دیگر که به وفور در قرآن کریم و آموزه‌های دین اسلام وجود دارد، می‌توان نتیجه گرفت: رفتارهایی از قبیل توکل به خداوند، عبادت و زیارت می‌توانند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش‌های مثبت، موجب آرامش درونی فرد شوند. داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل‌زا، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی، همگی از جمله روش‌هایی هستند که افراد دیندار با دارا بودن آنها می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، آسیب کمتری ببینند. بر این اساس، مدت‌هاست که تصور می‌شود بین دین و سلامت روان، ارتباط مثبتی وجود دارد و اخیراً نیز روان‌شناسان دین حمایت‌های تجربی بسیاری را در این زمینه به دست آورده‌اند (سلیمی بجستانی و همکاران، ۱۳۹۳).

می‌توان نتیجه گرفت که ایمان دینی منبع مهمی برای سلامت و بهزیستی روانی انسان است که در دوران شیوع کووید ۱۹ می‌تواند بر انعطاف‌پذیری افراد از نظر روحی و جسمی اثرات مثبتی داشته باشد و «اضطراب سلامت» و «اضطراب مرگ» افراد را در مواجهه با این بیماری همه‌گیر کاهش دهد. چون دین یکی از منابعی است که به رنج‌های انسان معنا می‌بخشد، به همین علت توصیه می‌شود افراد در این دوران، اعمال دینی و معنوی خود (مانند دعا کردن و تمرکز بر مقدسات) را افزایش دهند. همچنین پوشش‌هایی که برای نیایش‌های همگانی در کشورهای گوناگون، به‌ویژه ایران به راه افتاد، یکی از مناسب‌ترین روش‌ها برای کاهش اضطراب و نگرانی در میان مردم بود که ویژگی همگانی بودن آن از نظر روان‌شناختی اثرات بهتر و بیشتری می‌تواند داشته باشد.

از مهم‌ترین نقاط قوت این پژوهش می‌توان به دو متغیر روان‌شناختی قوی «اضطراب سلامت» و «اضطراب مرگ» که در زمان مواجهه با بیماری‌های همه‌گیر یا صعب‌العلاج ممکن است بروز کند، اشاره کرد. بنابراین، با استفاده از آموزه‌های دینی می‌توان شناخت انسان‌ها از معنای رنج و بیماری را تصحیح کرد و با کمک آنها به تقویت امید و افزایش روحیه افراد و کاهش اضطراب‌های تجربه شده در این دوران پرداخت.

همان‌گونه که در پژوهش بنترن (۲۰۲۰) نیز به خوبی می‌توان مشاهده کرد، نیاز روانی انسان‌ها به یک منبع قدرتمند که بتواند آنها را در برابر بیماری محافظت کند، موجب شد واژه «دعا» و واژه‌های مرتبط با «دین» در این دوران بیش از سایر زمان‌ها توسط کاربران در گوگل جست‌وجو شود. این واقعیت نشان می‌دهد در دوران بحران به‌ویژه شرایطی که دانش و پیشرفت‌های بشری نمی‌تواند به کمک او بیاید، سازگاری دینی اهمیت زیادی پیدا می‌کند. مردم در این شرایط تنها با توسل به یک قدرت فوق بشری می‌توانند اضطراب‌ها و ترس‌های خود را مهار کرده، امید خود را حفظ کنند. بنابراین، نگرش مثبت و امیدواری که از باورهای دینی به دست می‌آید به‌ویژه در بحران‌های غیرقابل پیش‌بینی و مهار باید بیشتر مورد تأکید قرار بگیرد.

محدودیت‌ها و پیشنهادات پژوهش

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این نکته اشاره کرد که عوامل دیگری مانند جنسیت شرکت‌کنندگان، وضعیت اقتصادی افراد، میزان شیوع بیماری در منطقه جغرافیایی، دسترسی به امکانات پزشکی مناسب، سابقه بیماری جسمی و روان‌شناختی افراد نیز می‌تواند نقش زیادی در تجربه این اضطراب‌ها داشته باشد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده که در خصوص عوامل مؤثر بر سلامت روان افراد در بیماری‌های همه‌گیر انجام می‌شود، به بررسی عوامل گفته‌شده نیز بپردازد. همچنین یکی از رفتارهای دینی مرتبط با بهداشت روان، دعا کردن است که پیشنهاد می‌شود ارتباط دعا، به‌ویژه نیایش‌های همگانی در خصوص بیماری‌های همه‌گیر مانند کووید ۱۹ بررسی گردد.

- حسینی، سیدحمزه ح و رحمت‌الله مرزبند، ۱۳۹۹، «راهبردهای حفظ و ارتقای سلامت مبتنی بر آموزه‌های اسلامی در پاندمی کرونا»، *دین و سلامت*، ش ۸(۲)، ص ۷۹-۸۹.
- خدایاری فرد، محمد و عباس رحیمی‌نژاد، ۱۳۸۸، «آماده سازی مقیاس دینداری و ارزیابی سطوح دینداری اقصاء مختلف جامعه ایران»، *طرح پژوهشی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران*.
- رجبی، غلامرضا و محمود بحرانی، ۱۳۸۰، «تحلیل عاملی سؤال‌های مقیاس اضطراب مرگ»، *روان‌شناسی*، ش ۵(۴)، ص ۳۳۱-۳۳۴.
- سلیمی بجستانی، حسین و همکاران، ۱۳۹۳، «ارتباط جهت‌گیری مذهبی و امیدواری با اضطراب سلامت در زنان پرستار بیمارستان امام خمینی تهران»، *پژوهش پرستاری*، ش ۹(۱)، ص ۱۷-۲۴.
- سهرابی، فرامرز، ۱۳۹۷، «رابطه هوش عمومی و معنوی با آسایش معنوی»، *روان‌شناسی فرهنگی*، ش ۲(۲)، ص ۵۹-۷۹.
- شهیداد، شیمیا و محمدتقی محمدی، ۱۳۹۹، «آثار روان‌شناختی گسترش بیماری کووید ۱۹ بر وضعیت سلامت روان افراد جامعه: مطالعه مروری»، *طب نظامی*، ش ۲۲(۲)، ص ۱۸۴-۱۹۲.
- منزوی، حسن، ۱۳۹۳، *رابطه نگرش مذهبی با بهترین‌رئیتی روان‌شناختی و فرسودگی شغلی در معلمان مرد مدارس متوسطه شهر شهرکرد*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی.
- مهری‌نژاد، سیدابوالقاسم و همکاران، ۱۳۹۵، «بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و پایداری به مذهب با اضطراب مرگ در سالمندان»، *سالمند*، ش ۱۱(۴)، ص ۴۹۴-۵۰۳.
- نرگسی، فریده و همکاران، ۱۳۹۶، «بررسی اعتبار و روایی نسخه فارسی پرسشنامه اضطراب سلامت در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان»، *اندازه‌گیری تربیتی*، ش ۳(۲۷)، ص ۱۴۷-۱۶۰.
- Aan de Stegge, B. M., Tak, L. M., Rosmalen, J. G. M., & Oude Voshaar, R. C., 2018, "Death anxiety and its association with hypochondriasis and medically unexplained symptoms: A systematic review", *Journal of Psychosomatic Research*, N. 115, p. 58-65.
- Abramowitz, J. S., & Moore, E. L, 2007, "An experimental analysis of hypochondriasis", *Behaviour Research and Therapy*, N. 45(3), 413.-424
- Asmundson, G. J. G., & Taylor, S, 2020, "Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak", *Journal of Anxiety Disorders*, N. 70, p. 102-196.
- Bailer, J., Kerstner, T., Withhöft, M., Diener, C., Mier, D., & Rist, F., 2016, "Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. Anxiety", *Stress, and Coping*, N. 29(2), p. 219-239.
- Behere, P.B., Das, A., Yadav, R & Behere, A. P., 2013, "Religion and mental health", *Indian Journal of Psychiatry*, N. 55(2), 187-194.
- Bentzen, J., 2020, "In Crisis, We Pray: Religiosity and the COVID-19 Pandemic", *CEPR Discussion*, Paper No, DP14824.
- Brown, R. J., Skelly, N., & Chew-Graham, C. A, 2020, "Online health research and health anxiety: A systematic review and conceptual integration", *Clinical psychology: Science and practice*, N. 27(2), e12299.
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J, 2020, "The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China", *Psychiatry research*, N. 287, 112934.
- Gaygisiz, U., Gaygisiz, E., Ozkan, T., & Lajunen, T., 2012, "Individual differences in behavioral reactions to H1N1 during a later stage of the epidemic", *Journal of Infection and Public Health*, N. 5(1), p. 9-21.

- Gire, J., 2014, "How Death Imitates Life: Cultural Influences on Conceptions of Death and Dying", *Online Readings in Psychology and Culture*, N. 6(2), p. 1-22.
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., & Solomon, S., 1986, "The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory", in R. F. Baumeister (eds.), *Public self and private self*, Springer.
- Jungmann, S. M & Witthoft, M., 2020, "Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety?", *Journal of Anxiety Disorders*, N. 73, p. 1-9.
- Kibbey, M. M., Fedorenko, F.J & Farris, S.G., 2021, "Anxiety, depression, and health anxiety in undergraduate students living in initial US outbreak "hotspot" during COVID-19 pandemic", *Cognitive Behaviour Therapy*, N. 50(5), p. 1-14.
- Koenig, H.G., Hays, J.C., George, L.K., Blazer, D.G., Larson, D.B., & Landerman LR., 1997, "Modeling the crosssectional relationships between religion, physical health, social support, and depressive symptoms", *American Journal of Geriatric Psychiatry*, N. 5(2), p. 131-144.
- Lee, sh. A., 2020, "Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety", *Death Studies*, N. 44(7), p. 393-401.
- Noyes, R., Stuart, S., Longley, S. L., Langbehn, D. R., & Happel, R. L., 2002, "Hypochondriasis and fear of death", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, N. 190(8), p. 503-509.
- Pyszczynski, T., Lockett, M., Greenberg, J., & Solomon, S., 2021, "Terror Management Theory and the COVID-19 Pandemic", *Journal of Humanistic Psychology*, N. 61(2), p. 173-189.
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y., 2020, "A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations", *General Psychiatry*, N. 33(2), e100213, doi:10.1136/gpsych-2020-100213.
- Salkovskis, P. M., & Warwick, H., 2002, "The Health Anxiety Inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis", *Psychological Medicine*, N. 32, p. 843-853.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C., 2020, "Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, N. 17(5), p. 17-29.
- Xiang, Y., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H., 2020, "Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed", *Lancet*, N. 7, p. 228-229.