



## نقش میانجی خودشفقت‌ورزی در رابطه میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تأثیر رویداد قرنطینه اجباری خانگی مبتلایان به کووید-۱۹

### The Mediating Role of Self-Compassion in the Relationship between Perceived Social Support and the Impact of Home Quarantine for Patients with Covid-19

Azra Zebardast

Sajjad Rezaei

Mona Sharifnia

عذرا زبردست\*

سجاد رضائی\*\*

منا شریف‌نیا\*\*\*

#### Abstract

This study aims to examine the mediating role of self-compassion in the relationship between perceived social support and the impact of a forced home quarantine event for patients with Covid-19. This study is basic, descriptive, cross-sectional, and correlational. The statistical population consists of men and women aged 18 and over with Covid-19 who were undergoing home quarantine nationwide. From these individuals, 240 samples were selected for a structural model using the purposive nonprobability method. The time of implementation of the study was January 2021, coinciding with the third wave of the disease in Iran. The instruments were the Short Form of Self-Compassion Scale (SCS-SF), the Revised Event Impact Scale (IES-R), and the Multidimensional Perceived Social Support Scale (MSPSS). To collect information, questionnaires were created online and sent to participants through cyberspace. Data was analyzed using Pearson moment correlation coefficient and structural equation modelling technique with SPSS version 22 and AMOS software, and to test the significance of indirect paths, bootstrap analysis was used according to Macro Preacher and Hayes (2008). The results showed the significance of the mediating role of self-compassion in the relationship between perceived social support and the impact of the home quarantine event on patients ( $p < 0.01$ ). The results indicated that self-compassion could mediate the corresponding effect of social support to reduce the impact of home quarantine. Therefore, health professionals should prescribe self-compassion guidelines for psychological self-care to all people, especially the ill, during the Covid-19 pandemic.

**Keywords:** Self-Compassion, Perceived Social Support, Effect of Event, Home Quarantine, Patient with Covid-19.

#### چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش میانجی خودشفقت‌ورزی در رابطه میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تأثیر رویداد قرنطینه اجباری خانگی در مبتلایان به کووید-۱۹ است. این مطالعه بنیادی و روش آن توصیفی-مقطعی از نوع همبستگی است. جامعه آماری را زنان و مردان ۱۸ سال به بالای مبتلایه کووید-۱۹ با الزام به گذراندن قرنطینه خانگی در سراسر کشور تشکیل دادند. از میان این افراد، ۲۴۰ نمونه به روش غیراحتمالی هدفمند برای تدوین الگوی ساختاری انتخاب شدند. زمان اجرای پژوهش، دی‌ماه سال ۱۳۹۹ هم‌زمان با موج سوم ابتلا در ایران بود. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، فرم کوتاه مقیاس خودشفقت‌ورزی (SCS-SF)، مقیاس تجدیدنظرشده تأثیر رویداد (IES-R) و مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده (MSPSS) بودند. برای جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌ها به صورت برخط تنظیم و از طریق فضای مجازی برای شرکت‌کنندگان ارسال شد. در تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون و مدل‌سازی معادلات ساختاری، با نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS و AMOS و برای آزمون معناداری مسیرهای غیرمستقیم از تحلیل بوت‌استرپ در برنامه ماکرو پریرچر و هایز (۲۰۰۸) استفاده شد. نتایج حاکی از معناداری نقش میانجی خودشفقت‌ورزی در رابطه میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تأثیر رویداد قرنطینه خانگی در مبتلایان بود ( $p < 0.01$ ). نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد خودشفقت‌ورزی می‌تواند برای اثر سازنده و اثر مطلوب حمایت اجتماعی در کاهش عوارض قرنطینه نقش میانجی ایفا کند؛ بنابراین لازم است متخصصان بهداشت و درمان حوزه پاندمی کووید-۱۹، دستورالعمل‌های مرتبط با خودشفقت‌ورزی را به منظور خودمراقبتی روانی برای عموم افراد و مبتلایان تجویز کنند.

**واژه‌های کلیدی:** حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خودشفقت‌ورزی، تأثیر رویداد، قرنطینه خانگی، مبتلایان به کووید-۱۹.

\* نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران  
\*\* استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران  
\*\*\* دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

Email: zebardast@guilan.ac.ir

Received: 24 Feb 2021

Accepted: 15 May 2021

پذیرش: ۰۰/۰۲/۲۵

دریافت: ۹۹/۱۲/۰۶

## مقدمه

در دو دهه گذشته تا امروز، سه نوع کروناویروس<sup>۱</sup> سبب همه‌گیری<sup>۲</sup> و دنیاگیری<sup>۳</sup> حاد تنفسی شده‌اند. سارس<sup>۴</sup> در سال ۲۰۰۳، مرس<sup>۵</sup> در سال ۲۰۱۲ و کووید-۱۹<sup>۶</sup> در سال ۲۰۱۹، کرونا ویروس‌هایی هستند که الزامات بهداشتی و رفتاری خاصی را برای افراد و سیاست‌های کلان جوامع تعیین کرده‌اند. با مشاهده موارد ذات‌الریه ویروسی در ووهان چین در ۳۱ دسامبر ۲۰۱۹، کروناویروس با ویژگی‌های جهش‌یافته و جدیدتر از سارس، شناسایی و نیز به‌دلیل شناسایی آن در سال ۲۰۱۹، در ۲۱ فوریه ۲۰۲۰، به کووید-۱۹ نام‌گذاری شد (سازمان بهداشت جهانی<sup>۷</sup>، ۲۰۲۰a). از زمان ظهور این بیماری تاکنون، جوامع راهبردهای متفاوتی را برای مقابله با واگیری آن مطرح و آزمون کردند؛ از جمله شست‌وشوی مداوم دست‌ها با صابون یا ضدعفونی کردن آن‌ها با الکل، حرارت‌بخشی به مواد غذایی پیش از مصرف، تعطیلی مراکز آموزشی، محدودیت روزهای حضور و تعداد کارکنان در محیط کار، محدودیت ساعات تردد شهری، لزوم رعایت فاصله اجتماعی برای همه و اجباری کردن قرنطینه خانگی<sup>۸</sup> برای مبتلایان بدون نیاز به بستری در بیمارستان‌ها که تقریباً در تمام کشورها اعمال شد.

تمام این دستورالعمل‌ها شامل توجه به مراقبت‌های جسمانی برای پیشگیری، درمان و انتقال بیماری است که البته ضروری و بجاست، اما توجه به بعد روان‌شناختی مسئله و سلامت روان مبتلایان در برخی موارد نادیده گرفته شده است. از سوی دیگر، بسیار ضروری است که گستره توجه و مراقبت‌ها ابعاد روان‌شناختی را نیز شامل شود. به‌طور ویژه می‌توان به افرادی اشاره کرد که به‌دلیل مواجهه با سطحی از درگیری ابتلا به این ویروس، مبتلا تشخیص داده شده است، اما به بستری نیاز ندارند و در اصطلاح مبتلایان سرپایی نامیده می‌شوند. آن‌ها موظف به غیبت از محل کار و گذراندن دست‌کم ۱۴ روز متوالی قرنطینه در منزل بدون ارتباط و اشتراک با اعضای خانواده و دیگران هستند. واضح است که چنین شرایطی بسیار تنش‌زا و طاقت‌فرساست. این تنش از چند مسئله ناشی می‌شود: ۱. تحمل نشانه‌های ابتلا، ۲. نگرانی درباره سیر بیماری و خلاصی از بیماری به‌طور قطعی و کامل، ۳. محدودیت ارتباطات و دریافت‌نکردن برخی از حمایت‌های اجتماعی<sup>۹</sup>. در بررسی‌های تأثیر رویداد قرنطینه خانگی، نتایج پژوهش‌های پیشین و نیز پژوهش‌هایی که با شروع کووید-۱۹ درباره جوانب روانی قرنطینه خانگی انجام شده است، تأثیرات نامطلوب روانی در تمام گروه‌های سنی و جنسیتی گزارش شده است. بیشترین تأثیرات درباره تجربه حاد استرس و

- 
1. corona virus
  2. epidemic
  3. pandemic
  4. SARS
  5. MERS
  6. COVID-19
  7. World Health Organization
  8. home quarantine
  9. social support

اجتناب افراطی از نزدیکان است (هوآنگ و ژائو، ۲۰۲۰؛ وانگ و همکاران، ۲۰۱۱؛ لئو و همکاران، ۲۰۱۲). فراتحلیل‌های<sup>۱</sup> اخیر نیز نتایج قابل‌توجهی را درباره‌ی اثرات رویداد قرنطینه و ایزوله بر سلامت روان گزارش کرده‌اند؛ مواردی مانند طردشدگی<sup>۲</sup>، تنهایی<sup>۳</sup>، عصبانیت، افسردگی، اضطراب، کمبود حرمت خود<sup>۴</sup>، کمبود خودکنترلی<sup>۵</sup>، ترس، کسالت، مشکلات عاطفی<sup>۶</sup>، اختلال در امور روزمره<sup>۷</sup> و تأثیرات منفی در کنارآمدن<sup>۸</sup> و عملکردهای روان‌شناختی<sup>۹</sup> (حسین، سلطانا و پورهیت، ۲۰۲۰؛ بروکس و همکاران، ۲۰۲۰). در بیشتر پژوهش‌ها، تأثیر رویداد قرنطینه تأیید شده و نشانه‌های عمده آن حاکی از وجود نشانه‌های استرس پس از رویداد<sup>۱۰</sup> (PTSD) است (سنات، موکانزی، نوری‌شاد و راشو، ۲۰۲۰؛ گائو و همکاران، ۲۰۲۰؛ رضائی، ثامنی-توسروندانی و زبردست، ۱۳۹۹؛ جوادی، مرسا و رحمانی، ۱۳۹۹). براساس نشانه‌های تشخیصی استرس پس از رویداد در DSM-V<sup>۱۱</sup>، سه بعد از سمپتوم‌های مزاحمت<sup>۱۲</sup> (مثل خاطرات مزاحم، رؤیاهای رنج‌آور، واکنش‌ها یا فلش‌بک‌های<sup>۱۳</sup> گسستگی، استرس شدید و پاسخ فیزیولوژیک به محرک‌های ماشه‌چکان<sup>۱۴</sup>)، اجتناب<sup>۱۵</sup> دائمی از خاطرات، افکار یا احساسات مرتبط با رویداد آسیب‌رسان<sup>۱۶</sup>، یا اجتناب از به‌یادآورنده‌های خارجی<sup>۱۷</sup> (مثل برخی از افراد، برخی از مکان‌ها) و گوش‌به‌زنگی شدید<sup>۱۸</sup> یا افزایش برانگیختگی (مثل پرخاشگری، خشم انفجاری<sup>۱۹</sup>، مشکلات خواب، مشکلاتی مرتبط با تمرکز حواس، رفتار بی‌احتیاط یا رفتار خودمخرب<sup>۲۰</sup>) به‌کمک مقیاس تجدیدنظرشده تأثیر رویداد<sup>۲۱</sup> (IES-R) بررسی می‌شود (رضائی، ثامنی-توسروندانی و زبردست، ۱۳۹۹).

یکی از عوامل مرتبط با تأثیر رویداد، به‌عنوان پیامد الزامی جسمانی و روانی قرنطینه، محدودیت روابط اجتماعی و تغییر سطح دریافت حمایت اجتماعی است (شیگمورا، اورسانو، مورگانساتین، کوراساوا و بندک،

- 
1. meta-analysis
  2. rejection
  3. loneliness
  4. low self-esteem
  5. low self-control
  6. affective problems
  7. dysfunction of daily functioning
  8. negative effects of coping
  9. Psychological functions
  10. Post Traumatic Disorder (PTSD)
  11. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 5th Edition
  12. intrusion
  13. flash back
  14. triggers
  15. avoidance
  16. traumatic
  17. external cues
  18. hyperarousal
  19. explosive anger
  20. self-destructive behavior
  21. Impact of Event Scale-Revised (IES-R)

۲۰۲۰). به تبادلات بین‌فردی در شبکه بین‌فردی که برای فرد سودمند و مفید است، حمایت اجتماعی گفته می‌شود. این تبادلات با ایجاد تعهد و وابستگی به بهبود کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و رفتارهای مرتبط با سلامت منجر می‌شوند (لئو، هرماندز، تروت، کلیمن و بوزای، ۲۰۱۷). البته درک حمایت اجتماعی از دریافت آن و نگرش افراد به حمایت دریافتی از میزان حمایت ارائه‌شده مهم‌تر است که به آن حمایت اجتماعی ادراک‌شده<sup>۱</sup> گفته می‌شود و نقش بسزایی در مقابله با رویدادهای تنش‌زا دارد. اعضای شبکه ارائه‌کننده حمایت نیز که اغلب خانواده و دوستان نزدیک فرد محسوب می‌شوند، با کاهش انزوا و دستیاری فرد در مقابله با رویداد تنش‌زا مؤثرند (کانگ، ۲۰۱۳).

دو فرضیه درباره اثر عمده<sup>۲</sup> حمایت اجتماعی به‌عنوان عوامل مؤثر بر مقابله با رویداد برای رفتار سلامت وجود دارد: نخست اینکه تجربه یا ادراک دریافت حمایت اجتماعی به‌منزله تجربه‌ای پاداش‌دهنده، احساس قوی دوست‌داشته‌شدن و مورد مراقبت قرارگرفتن را برای فرد ایجاد می‌کند و سبب سلامت روانی و به‌تبع آن سلامت جسمانی می‌شود. دوم اینکه حمایت اجتماعی به‌عنوان استرس-ضربه‌گیر<sup>۳</sup> به‌صورت غیرمستقیم، استرس رویداد تنش‌زا را کم می‌کند و از پیامد و تأثیر رویداد استرس می‌کاهد (کوهن و ویلز، ۱۹۸۵؛ اشوارتز و کنول، ۲۰۰۷). به عبارت دیگر، حمایت اجتماعی ادراک‌شده می‌تواند در سازش‌یافتگی افراد با تنش‌های عمده سلامتی با بهبود عملکرد سیستم ایمنی و کاهش استرس و سلامت بیشتر مؤثر باشد. افراد در مواجهه با حمایت اجتماعی، شفقت<sup>۴</sup> بالایی دریافت می‌کنند و این امر سپری در برابر استرس می‌شود (میشرا، ۲۰۲۰؛ ژبائو، ژنگ، کونگ، لی و یانگ، ۲۰۲۰).

شفقت نه‌تنها از سوی دیگران و در قالب حمایت اجتماعی ادراک‌شده بلکه توسط خود شخص و نسبت به خود نیز دارای پیشینه گسترده‌ای در ارتباط با کاهش اثر رویداد است (مارش، چان و مک‌بث، ۲۰۱۸؛ موریس و پتروچی، ۲۰۱۷). خودشفقت‌ورزی<sup>۵</sup> به‌معنای مهربانی با خود، گشوده‌بودن در برابر رنج‌های خود و داشتن نگرش غیرقضاوتی همراه با درک نسبت به شکست‌هاست و شامل مراقبت از خود و تشخیص این است که تجربه فرد بخشی از تجربه بشری به‌شمار می‌آید. همچنین خودشفقت‌ورزی پیامدهای مثبتی مانند تاب‌آوری (نف، ۲۰۰۹، ۲۰۱۱) و کاهش علائم تنش‌زا دارد (فین‌لی جونز، ریس و کان، ۲۰۱۵؛ علیزاده، خان‌احمدی، ودادهیر و برجسته، ۲۰۱۸). سه مؤلفه تشکیل‌دهنده خودشفقت‌ورزی یعنی خودمهربانی<sup>۶</sup> در برابر خودقضاوتی<sup>۷</sup>، حس مشترک انسانی<sup>۸</sup> در برابر انزوا<sup>۹</sup> و ذهن‌آگاهی<sup>۱۰</sup> به هیجان‌ها در برابر همسان‌سازی

1. perceived social support
2. main-effect hypothesis
3. stress-buffering
4. compassion
5. self-compassion
6. self-kindness
7. self-judgment
8. common humanity
9. isolation
10. mindfulness

افراطی<sup>۱</sup> (نف و جرمر، ۲۰۱۳)، پیش‌بینی‌کننده سلامت روان است و سبب می‌شود که فرد در مقابله با رویداد تنش‌زا، به‌جای انکار و نادیده‌انگاری یا فاجعه‌پنداری، رویدادها را بدون قضاوت بپذیرد و به‌جای اینکه این رویداد تنش‌زا را تنها به‌عنوان شکستی برای خود ببیند، آن را رویدادی مشترک در بین سایر افراد می‌پندارد که ممکن است به هر دلیلی برای هرکسی رخ دهد؛ در نتیجه در مقابله با تأثیر رویداد تنش‌زا با نگرش مثبت، تاب‌آوری بیشتری خواهد داشت (اسمیت، نف، آلبرت و پیتز، ۲۰۱۴).

برخی افراد در شرایط بحرانی فعلی پاندمی کووید-۱۹ به‌منزله رویدادی تأثیرگذار با بیش از یک سال از شروع، که آن را به استرسی مزمن بدل کرده است، به‌دلیل از دست دادن شغل و بیکاری، احساس تنهایی، کاهش امید به زندگی و دریافت‌نکردن حمایت اجتماعی، ممکن است خود و دیگران را به‌دلیل تأمین‌نشدن نیازهای خود و خانواده‌شان سرزنش کنند (هارپر، ساچل، فیدو و لازمن، ۲۰۲۰؛ شولتز، بینگانان و نریا، ۲۰۱۵؛ شیگمورا و همکاران، ۲۰۲۰؛ روبین و وسلی، ۲۰۲۰؛ ژانگ و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین برحسب نتایج پژوهش‌ها پیامد روانی منفی دیگر پاندمی کووید-۱۹، اضطراب سلامتی یا احساس تهدید در زمینه مرگ و حیات است که ممکن است افراد در شرایط فعلی و به‌طور ویژه در قرنطینه اجباری تجربه کنند (کاواکل، آک، یوغوز، ترکمن، ۲۰۲۰؛ محمدپور و همکاران، ۲۰۲۰)؛ بنابراین لازم است افراد از منابع حمایتی روانی لازم برای مقابله با پیامدهای منفی روان‌شناختی و در بیانی جامع، برای تأثیر رویداد برخوردار باشند. به‌نظر می‌رسد حمایت اجتماعی ادراک‌شده می‌تواند به‌عنوان منبع حمایتی در مواجهه با رویداد تنش‌زا اثر محافظت‌کنندگی داشته باشد. نقش خودمراقبتی روانی، یعنی خودشفقت‌ورزی در کنار حمایت اجتماعی ادراک‌شده در مواجهه با تأثیر رویداد مهم خواهد بود؛ از این‌رو پژوهش حاضر متفاوت از پژوهش‌های اخیر، خودشفقت‌ورزی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده را در مواجهه با رویداد قرنطینه اجباری خانگی برای مبتلایان به کووید-۱۹ بررسی کرده است. تاکنون پژوهش‌های صورت‌گرفته (قابل‌دستیابی برای محققان پژوهش حاضر) نمونه‌های غیرمبتلا را بررسی کردند و هم‌زمان دو منبع حمایتی درونی خودشفقت‌ورزی و منبع حمایتی بیرونی حمایت اجتماعی ادراک‌شده را مطالعه نکرده‌اند. مدل مفهومی مدنظر محققان برای بررسی در نمونه پژوهش در شکل ۱ آمده است.



شکل ۱. مدل مفهومی نقش میانجی‌گرایانه خودشفقت‌ورزی در رابطه میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تأثیر رویداد قرنطینه

1. over-identification

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر بنیادی و توصیفی-مقطعی از نوع همبستگی است. در این پژوهش، حمایت اجتماعی به منزله متغیر برون‌زا، تأثیر رویداد قرنطینه به عنوان متغیر درون‌زا و خودشفقت‌ورزی به مثابه متغیر میانجی در نظر گرفته شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بود که از بیمارستان مرخص شده و دستور قرنطینه ۲۱ روزه را از پزشک معالج خود دریافت کرده بودند. نمونه‌ها از سراسر کشور، به‌ویژه استان‌های شمالی به روش غیراحتمالی و هدفمند انتخاب شدند. زمان اجرای پژوهش در دی‌ماه سال ۱۳۹۹ و هم‌زمان با موج سوم ابتلا در ایران بود. به منظور تعیین حجم نمونه برای تدوین الگوی ساختاری از روش مولر (۱۹۹۶) با در نظر گرفتن اندازه اثر مورد انتظار متوسط، توان آزمون ۰/۸۰ و سطح اطمینان ۹۵ درصد استفاده شد که طی آن مشخص شد مدل اندازه‌گیری پیشنهادشده با ۴۸ پارامتر آزاد در مدل اندازه‌گیری، ۳ متغیر مکنون و ۴۶ نشانگر به ۲۴۰ نمونه به شرط وجود داده‌های مفقود کمتر از ۱۰ درصد نیاز دارد. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بود از: افراد ۱۸ سال و بالاتر که ۱۵ روز قبل از پژوهش به دلیل ابتلا به کرونا قرنطینه خانگی را می‌گذراندند یا در حال گذراندن قرنطینه خانگی به دلیل ابتلا بوده و قادر به پاسخگویی از طریق لینک آزمون‌ها با تلفن هوشمند چه از نظر سلامت جسمانی و چه سواد اینترنتی بودند. ملاک‌های خروج نیز دربرگیرنده بستری‌بودن در بیمارستان به دلیل ابتلا به کووید-۱۹، دریافت نکردن تشخیص قطعی ابتلا پس از انجام تست تشخیصی - برای مواردی که تست‌ها به صورت تشخیص فوری نبود و به گذشت زمان تا اعلام نتیجه تشخیصی نیاز بود- و عدم ابتلا با وجود نشانه‌های ابتلا به کووید-۱۹ بود.

### شیوه اجرای پژوهش

به منظور جمع‌آوری اطلاعات و به دلیل جلوگیری از شیوع ویروس و قطع زنجیره انتقال، پرسشنامه‌ها به صورت برخط (آنلاین) در بستر سایت پرس‌لاین<sup>۱</sup> تنظیم و از طریق فضای مجازی برای شرکت‌کنندگان انتخاب شده ارسال شدند. نمونه‌ها از سراسر کشور، به‌ویژه استان‌های شمالی بودند؛ زیرا لینک پرسشنامه در گروه‌های آموزش مجازی دانشجویی و نیز شبکه‌های اجتماعی پرمخاطب در استان‌های شمالی معرفی و منتشر شده بود. علاوه بر ابزارهای فوق، شرکت‌کنندگان در این پژوهش به سؤالات جمعیت‌شناختی مانند سن، جنسیت و سطح تحصیلات نیز پاسخ دادند. از نظر ملاحظات اخلاقی سعی شد تمامی موارد ممکن رعایت شود. به همراه لینک ارسالی متنی مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج برای شرایط شرکت در پژوهش، توضیح هدف تحقیق، بی‌نام‌ماندن افراد و محرمانه‌ماندن اطلاعات ایشان و نیز امکان خروج پژوهش و انصراف از پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌های برخط ارسال شد. از آزمودنی‌ها خواسته شد در صورت تمایل، با رضایت آگاهانه و به صورت داوطلبانه به پرسشنامه‌های برخط پاسخ دهند.

۱. قابل دسترس در <http://survey.porsline.ir/s/diAbusc>

## ابزار پژوهش

**فرم کوتاه مقیاس خودشفقت‌ورزی<sup>۱</sup> (SCS-SF):** این مقیاس را رایس، پومی‌بر، نف و ون گخت (۲۰۱۱) طراحی کردند که شامل دوازده گویه است و پاسخگویان می‌بایست در یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (۱= تقریباً هرگز، ۵= تقریباً همیشه) به عبارات پاسخ می‌دادند. این مقیاس شامل شش عامل مهربانی به خود<sup>۲</sup>، قضاوت نسبت به خود<sup>۳</sup>، تجارب مشترک انسانی<sup>۴</sup>، ذهن‌آگاهی<sup>۵</sup>، انزوا<sup>۶</sup> و همانندسازی افراطی<sup>۷</sup> است. رایس و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه خود همسانی درونی فرم کوتاه مقیاس خودشفقت‌ورزی (SCS-SF) را ۰/۸۶ گزارش کردند. تحلیل عاملی تأییدی<sup>۸</sup> مرتبه دوم نیز مانند فرم بلند یا ۲۴ سؤالی این ابزار، شش عامل بیان شد که تحت یک عامل مکنون<sup>۹</sup> شفقت به خود قرار دارد. در پژوهش حسنی و پاسدار (۱۳۹۶) دامنه ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۰ محاسبه شد. پایایی بازآزمایی SCS-SF و دامنه همبستگی بین ماده‌ها ۰/۷۸-۰/۵۴ مطلوب بود. همچنین روایی محتوایی<sup>۱۰</sup>، واگرایی<sup>۱۱</sup>، همگرایی<sup>۱۲</sup> و ملاکی<sup>۱۳</sup> بیانگر روایی آن به تأیید رسید. در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ فرم کوتاه مقیاس خودشفقت‌ورزی (SCS-SF) برابر با ۰/۸۱ محاسبه شد.

**مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده<sup>۱۴</sup> (MSPSS):** این ابزار را زیمت، دالم، زمیت و فارلی (۱۹۸۸) ساختند که دوازده گویه دارد و سه مولفه حمایت دوستان<sup>۱۵</sup>، حمایت خانواده<sup>۱۶</sup> و حمایت دیگران مهم<sup>۱۷</sup> را اندازه می‌گیرد. پاسخگویی به سؤالات در طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای (۱= کاملاً مخالف تا ۷= کاملاً موافقم) امکان‌پذیر است. زیمت و همکاران (۱۹۸۸) همسانی درونی<sup>۱۸</sup> این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش کردند. میزان پایایی این ابزار در نمونه‌های غیربالینی ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ به دست آمده است (یاداو، ۲۰۱۰). در ایران این ابزار را سلیمی، جوکار و نیک‌پور (۱۳۸۸) ترجمه و هنجاریابی کردند. مقدار

1. Self-Compassion Scale–Short Form (SCS-SF)
2. self-kindness
3. self-judgment
4. common humanity
5. mindfulness
6. isolation
7. over-identification
8. confirmatory factor analysis
9. latent factor
10. content validity
11. divergent
12. convergent
13. criterion
14. Multidimensional Perceived Social Support Scale (MSPSS)
15. friends
16. family
17. significant other
18. internal consistency

شاخص آزمون KMO<sup>۱</sup> برابر ۰/۸۷۰ و ضریب کرویت بارتلت<sup>۲</sup> ۲۴۸۵/۸۹ محاسبه شد که حاکی از کفایت نمونه‌برداری بود. آن‌ها همسانی درونی این ابزار را برای سه بعد خانواده، دوستان و دیگران به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش کردند. در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده (MSPSS) برابر با ۰/۹۱ محاسبه شد.

**مقیاس تجدیدنظرشده تأثیر رویداد<sup>۳</sup> (IES-R):** ابزاری ۲۲ ماده‌ای است که در سال ۱۹۹۷ توسط وایس و مارمر معرفی شد. هشت ماده آن به علائم اجتنابی، هشت ماده به افکار مزاحم و شش ماده آن به علائم برانگیختگی شدید مربوط است. این مقیاس سه معیار از معیارهای اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) را پوشش می‌دهد و خود فرد آن را تکمیل می‌کند. وی باید با توجه به علائم خود در هفت روز پیش از پژوهش، پرسشنامه را تکمیل کند. این پرسشنامه دارای طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای (هرگز = ۰، به ندرت = ۱، گاهی = ۲، اغلب = ۳، به شدت = ۴) است. نمرات کل بالاتر پرسشنامه بیانگر میزان درماندگی بیشتر است (وایس و مارمر، ۱۹۹۷). در ایران طی مطالعه‌ای درباره ۲۷۲ نفر از بازماندگان زلزله بم، مشخص شد که نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظرشده تأثیر رویداد (IES-R) پایایی قابل توجه و سازگاری درونی مناسبی دارد (پناغی، حکیم‌شوشتری و عطاری‌مقدم، ۱۳۸۵). در پژوهش مذکور ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۷ در خرده‌مقیاس برانگیختگی در گروه سنی بیشتر از ۲۰ سال تا ۰/۸۷ برای نمره کل آزمون در تغییر بود که قابل مقایسه با سایر مطالعات انجام شده است. این نتایج نشان‌دهنده پایایی نسخه فارسی این مقیاس است. همچنین روایی صوری<sup>۴</sup> پرسشنامه را یک روان‌پزشک و یک فوق‌تخصص روان‌پزشکی کودکان کودکان بررسی و تأیید کردند. در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تجدیدنظرشده تأثیر رویداد (IES-R) برابر با ۰/۹۳ محاسبه شد.

در پژوهش حاضر، به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون و مدل‌سازی معادلات ساختاری و در همه تحلیل‌های آماری از نرم‌افزار SPSS و AMOS استفاده شد. همچنین برای آزمون معناداری مسیرهای غیرمستقیم از تحلیل بوت‌استرپ در برنامه پریچر و هایز (۲۰۰۸) استفاده شد.

## یافته‌ها

### الف) توصیف جمعیت‌شناختی

دویست و چهل بیمار مبتلا به بیماری کروناویروس کووید-۱۹ در این پژوهش شرکت کردند. پیش از تحلیل داده‌ها برای بررسی وجود داده‌های پرت چندمتغیری، شاخص فاصله ماهالانوبیس<sup>۵</sup> ارزیابی شد و سطوح معناداری کمتر از ۰/۰۵ حاکی از دورافتاده بودن داده‌های پرت در نظر گرفته شد. براساس این شاخص،

1. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Test
2. Bartlett's sphericity test
3. Impact of Event Scale-Revised (IES-R)
4. face validity
5. Mahalanobis distance



یک داده پرت وجود داشت که کنار گذاشته و پژوهش با ۲۳۹ نمونه پیگیری شد. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در این پژوهش  $32/80 \pm 9/51$  بود که در دامنه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال قرار داشتند. میانگین سال‌های تحصیل نیز ۱۵/۸۷ سال بود. فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی به اختصار در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. متغیرهای جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به کووید-۱۹

متغیرها	فراوانی	درصد
<b>جنسیت</b>		
زن	۱۱۸	۷۵/۷
مرد	۵۸	۲۴/۳
<b>وضعیت زناشویی</b>		
مجرد	۱۱۱	۴۶/۴
متاهل	۱۲۸	۵۳/۶
<b>وضعیت شغلی</b>		
بیکار	۸۴	۳۵/۱
شاغل	۱۵۵	۶۴/۹

(ب) توصیف شاخص‌ها

جدول ۲ شاخص‌های کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری را نشان می‌دهد. براساس نظر کلاین (۲۰۱۶)، قدرمطلق مقدار کجی کوچک‌تر از ۳ و قدرمطلق مقدار کشیدگی کوچک‌تر از ۱۰، نشان‌دهنده نبود مشکل تحلیل داده‌ها از نظر نرمال بودن تک‌متغیری است؛ بنابراین می‌توان گفت انجام این تحلیل از نظر نرمال بودن تک‌متغیری بلامانع است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد)

متغیرهای پژوهش (n=۲۳۹)

متغیر	میانگین	SD	کجی	کشیدگی	کمینه و بیشینه
حمایت اجتماعی	۵۹/۰۲	۱۵/۶۲	-۰/۵۴۵	-۰/۰۴۹	۱۷-۸۴
خودشفقت‌ورزی	۳۸/۰۲	۸/۲۸	-۰/۱۳۳	-۰/۵۹۰	۱۶-۵۶
تأثیر رویداد	۳۵/۱۹	۱۸/۵۴	-۰/۱۶۰	-۰/۵۲۰	۰-۸۶

جدول ۳ اطلاعات مربوط به ضرایب همبستگی پیرسون میان نمرات را نشان می‌دهد. بین حمایت اجتماعی و خودشفقت‌ورزی رابطه‌ای مثبت و معنادار ( $p < 0/01$ ) و بین خودشفقت‌ورزی و تأثیر رویداد رابطه‌ای منفی و معنادار وجود دارد ( $p < 0/01$ )، اما بین تأثیر رویداد و حمایت اجتماعی رابطه معناداری مشاهده نشد ( $p > 0/05$ ).

## جدول ۳. ماتریس همبستگی میان متغیرهای

## برون‌زا، میانجی و درون‌زا

متغیر	۱	۲	۳
۱. حمایت اجتماعی	۱		
۲. خودشفقت‌ورزی	**۰/۲۶۷	۱	
۳. تأثیر رویداد	-۰/۰۵۷	**۰/۳۰۲	۱

\*\* P&lt;۰/۰۱

از روش بیشینه درست‌نمایی برای ارزیابی الگوی ساختاری و برازش آن با داده‌های گردآوری شده استفاده شد. در این پژوهش، برای بررسی نرمال بودن چندمتغیره از ضریب کشیدگی استاندارد شده<sup>۱</sup> مردیا<sup>۱</sup> استفاده شد. این عدد در پژوهش حاضر ۳/۱۲۹ به دست آمد که کمتر از ۱۵ است و از طریق فرمول  $p(p+2)$  محاسبه شده است. در این فرمول،  $p$  مساوی است با تعداد متغیرهای موجود در مدل که در این پژوهش ۳ است (تتو و نویس، ۲۰۱۴). برای تعیین برازش مدل پیشنهادی پژوهش از شاخص‌هایی استفاده شد که مقادیر آن در جدول ۴ گزارش شده است (میرز، گامست و گوآرینو، ۲۰۱۲). با آزمون این مدل مقرر بود به این سؤال پاسخ داده شود که آیا رابطه ساختاری حمایت اجتماعی از طریق میانجی‌گری خودشفقت‌ورزی بر تأثیر رویداد قرنطینه خانگی اجباری ناشی از کروناویروس برازش دارد. پیش از بررسی ضرایب ساختاری، برازندگی الگوی اصلی بررسی شد. برازش الگوی اولیه براساس شاخص‌های برازندگی معرفی شده ارزیابی شدند. اگرچه الگوی پیشنهادی در برخی از شاخص‌ها از برازش نسبتاً خوبی برخوردار بود، برازش مطلوب‌تر با آزاد کردن تعدادی از خطاهای کواریانس حاصل شد (شکل ۲).

(ج) ارزیابی برازندگی مدل ساختاری پیشنهادی و اصلاح شده

پیش از بررسی فرضیه‌های پژوهش لازم است نرمال بودن متغیرهای تحقیق با آزمون کولموگروف-اسمیرنف ارزیابی شود.

## جدول ۴. شاخص‌های پراکندگی الگوی پیشنهادی و الگوی نهایی پژوهش

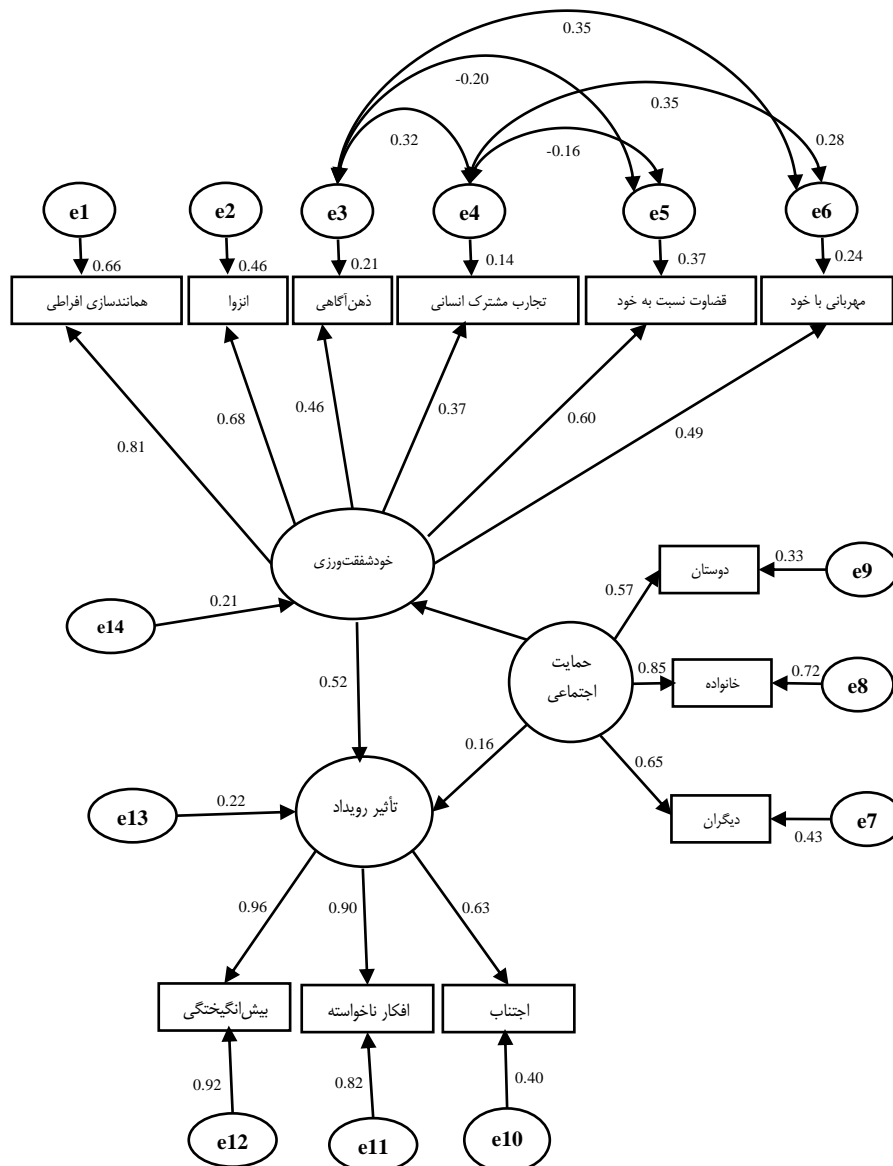
AIC	IFI	PCFI	CFI	PNFI	RMSEA	$\chi^2/df$	P-Value	df	$\chi^2$	شاخص برازندگی الگو
۲۱۳/۹۸۴	۰/۹۱۹	۰/۷۰۹	۰/۹۱۸	۰/۶۷۸	۰/۰۸۴	۲/۶۶۶	۰/۰۰۰	۵۱	۱۳۵/۹۸۴	الگوی پیشنهادی
۱۵۷/۰۰۴	۰/۹۷۸	۰/۶۸۲	۰/۹۷۸	۰/۶۵۳	۰/۰۴۶	۱/۵۰۰	۰/۰۱۶	۴۶	۶۹/۰۰۴	الگوی اصلاح شده نهایی

یادداشت: میزان قابل قبول شاخص‌ها:  $PCFI, PNFI > 0/5$ ;  $CFI, IFI > 0/9$ ;  $RMSEA < 0/08$ ; AIC هرچه پایین‌تر باشد، بهتر است؛  $CMIN/df < 5$  خوب،  $CMIN/df < 2$  قابل قبول،  $CMIN/df < 1$  ایده‌آل.

شاخص  $R^2$  میزان واریانس تبیین شده متغیرهای نهفته درون‌زا را نشان می‌دهد. ضریب تعیین متغیر تأثیر

1. Mardia's normalized multivariate kurtosis value

رویداد ۰/۲۲ و حاکی از آن است که متغیرهای برون‌زا و میانجی، یعنی حمایت اجتماعی و خودشفقت‌ورزی می‌توانند ۲۲ درصد تغییرات تأثیر رویداد را پیش‌بینی کنند. همچنین مشاهده می‌شود که ضریب تعیین متغیر خودشفقت‌ورزی ۲۱ درصد است که این میزان تبیین‌کنندگی در حد نسبتاً متوسط قرار دارد. جدول ۵ نیز ضرایب استاندارد مسیرها و شکل ۲ الگوی اصلاح‌شده را نشان می‌دهد.



شکل ۲. ضرایب استاندارد مدل نهایی برای رابطه ساختاری حمایت اجتماعی بر تأثیر رویداد قرنطینه‌خانی اجباری ناشی از کروناویروس از طریق میانجی‌گری خودشفقت‌ورزی

جدول ۵. ضرایب استاندارد مسیرهای الگوی نهایی

مسیر	ضرایب استاندارد	خطای معیار	نسبت بحرانی	P-Value
حمایت اجتماعی ---> تأثیر رویداد	۰/۱۶	۰/۰۸۶	-۱/۹۲۲	۰/۰۵۵
حمایت اجتماعی ---> خودشفقت‌ورزی	۰/۴۶	۰/۰۳۶	۵/۲۱۷	۰/۰۰۰۱
خودشفقت‌ورزی ---> تأثیر رویداد	-۰/۵۲	۰/۲۴۳	-۵/۲۸۳	۰/۰۰۰۱

در ادامه، به منظور تعیین معناداری رابطه میانجی و ارزیابی اثر غیرمستقیم متغیر برون‌زا بر متغیر درون‌زا از طریق متغیر میانجی از تحلیل بوت‌استرپ در برنامه MACRO پریچر و هایز (۲۰۰۸) بر نرم‌افزار SPSS استفاده شد. سطوح اطمینان ۹۵ درصد و تعداد نمونه‌گیری مجدد بوت‌استرپ ۵۰۰۰ در نظر گرفته شد. حد پایین فاصله اطمینان برای خودشفقت‌ورزی به‌عنوان متغیر میانجی بین حمایت اجتماعی و تأثیر رویداد (۰/۱۹۱۴-) و حد بالای آن (۰/۰۴۸۲-) است. با توجه به اینکه صفر بیرون از این فاصله اطمینان قرار می‌گیرد و نیز از لحاظ آماری معنادار است ( $p=۰/۰۰۰۷$ )، خودشفقت‌ورزی در رابطه میان حمایت اجتماعی و تأثیر رویداد نقش میانجی دارد.

جدول ۶. نتایج تحلیل بوت‌استرپ برای مسیرهای غیرمستقیم الگوی پژوهش

P-value	شاخص‌ها			بوت	داده	مسیرها
	حد بالا	حد پایین	خطا			
۰/۰۰۰۷	-۰/۰۴۸۲	-۰/۱۹۱۴	۰/۰۳۶۵	-۰/۰۰۱۵	-۰/۱۱۰۶	-۰/۱۰۹۱

حمایت اجتماعی از تأثیر رویداد  
به‌کمک خودشفقت‌ورزی

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان می‌دهد رابطه میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تأثیر رویداد، به‌کمک خودشفقت‌ورزی میانجی می‌شود. هر چقدر خودشفقت‌ورزی بیشتر باشد، تأثیر رویداد قرنطینه‌خانگی کمتر است و رابطه‌ای منفی و معنادار ( $T=-۰/۳۰۲$ ;  $p<۰/۰۱$ ) مشاهده می‌شود؛ همان‌طور که در پژوهش‌های محمدپور و همکاران (۲۰۲۰)، مرادی کلارده، آقاجانی، قاسمی و بهاروند (۱۳۹۸)، ایزدی و سجادیان (۱۳۹۵) نیز رابطه معنادار و منفی میان خودشفقت‌ورزی و استرس یا تأثیر رویداد دیده شد. به‌نظر می‌رسد مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده خودشفقت‌ورزی از جمله اینکه چنین شرایط سختی تنها برای فرد اتفاق نیفتاده و افراد دیگری نیز با چنین رویداد سختی مواجه می‌شوند، حس مشترک انسانی در برابر انزوا، سبب تاب‌آوری و تحمل شرایط سخت تأثیر رویداد می‌شود و مواجهه را ممکن‌تر و سازنده‌تر می‌کند. همچنین مؤلفه خودمهربانی به‌جای قضاوت، سبب حل مسئله می‌شود، از خودسرزنشی جلوگیری می‌کند و از تأثیر رویداد می‌کاهد.

همچنین براساس نتایج پژوهش حاضر، بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تأثیر رویداد رابطه معناداری مشاهده نشد ( $T=-۰/۰۵۷$ ). این نتیجه نشان می‌دهد که هر چقدر افراد ادراک بالایی از دریافت حمایت اجتماعی داشته باشند، باز هم تأثیر رویداد قرنطینه‌خانگی به‌قدری زیاد است که دریافت حمایت اجتماعی

به صورت مستقیم تغییری در تاب‌آوری و مواجهه بیمار حاصل نمی‌کند و به عبارت دیگر، همگامی و رابطه معنادار حاصل نمی‌شود. چنین نتایجی در پژوهش‌های دیگر نیز به دست آمد؛ برای مثال، در پژوهش رضوانی، وزیری و لطفی کاشانی (۱۳۹۸) حمایت اجتماعی با میزان استرس افراد رابطه معناداری نداشت. به نظر می‌رسد در مواجهه با استرس، اولین اقدام ارزیابی توانمندی‌های شخصی در مقابله با رویداد است و حمایت اجتماعی ادراک شده در مواجهه با رویداد قرنطینه خانگی برای بیماری هولناکی مانند کووید-۱۹ که مرزی میان مرگ و زندگی است، چندان مؤثر نیست؛ زیرا فرد قادر به دریافت حمایت اجتماعی نیست. شاید به همین دلیل برخی پژوهش‌ها به کاهش حمایت اجتماعی ادراک شده تأکید دارند (شیگمورا و همکاران، ۲۰۲۰). نکته دیگر اینکه در برخی افراد انگ اجتماعی ابتدا به کرونا مانع از درمیان گذاشتن مسئله و کمک‌جویی از شبکه حمایتگر اجتماعی می‌شود (شهشهانی، ۱۳۹۹؛ سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰b). نکته جالب توجه اینکه اگرچه شفقت‌ورزی با تأثیر رویداد، رابطه منفی و معنادار و حمایت اجتماعی ادراک شده با تأثیر رویداد رابطه‌ای معنادار ندارند، با توجه به جدول ۳، هر چقدر حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتر باشد، خودشفقت‌ورزی بیشتر و این رابطه مستقیم و معنادار است ( $F=0/267$ ;  $p<0/01$ )؛ بنابراین همسو با پژوهش‌های موجود (میشرا، ۲۰۲۰؛ امیدیان و اسماعیل‌پور اشکفتکی، ۱۳۹۹؛ ژیانو و همکاران، ۲۰۲۰) حمایت اجتماعی با بهبود شناخت در افراد، افزایش کیفیت زندگی و مبتنی بر سرمایه روان‌شناختی با حمایت درون‌فردی خودشفقت‌ورزی رابطه دارد و به کاهش تنش منجر می‌شود. در تفسیر کلی، نتایج مدل‌سازی معادلات ساختاری نشان می‌دهد، متغیر خودشفقت‌ورزی در رابطه میان حمایت اجتماعی و تأثیر رویداد، نقش میانجی دارد؛ یعنی خودشفقت‌ورزی می‌تواند اثر سازنده و مطلوب حمایت اجتماعی را برای کاهش عوارض قرنطینه به دنبال داشته باشد و می‌تواند اثرات مطلوب و مؤثر حمایت اجتماعی را برای کاهش اثرات منفی قرنطینه صورت دهد. در اهمیت اثر خودشفقت‌ورزی برای مقابله روان‌شناختی سازشی با پاندمی کروناویروس، جرمر و نف (۲۰۲۰)، مؤلفان مطرح حوزه خودآگاهی و خودشفقت‌ورزی، ده دستورالعمل را توصیه می‌کنند:

۱. عمل به هر سه مؤلفه خودشفقت‌ورزی، ۲. خودنوازشگری (لمس تسکینی)<sup>۱</sup>، ۳. شفقت‌ورزیدن به دیگران و دریافت شفقت از آن‌ها، ۴. کارکردن با هیجان‌های سخت، ۵. توجه آگاهانه به تماس کف پا با زمین، ۶. تنفس محبت‌آمیز، ۷. خودشفقت‌ورزی در زندگی روزمره، ۸. اسکن بدنی شفقت‌ورزانه، ۹. توجه به ارزش‌های بنیادین (معنای زندگی)، ۱۰. شوق و سپاسگزاری که با تشریح چگونگی دستورالعمل و تبیین چگونگی اثربخشی هریک از دستورالعمل‌ها، تحمل قرنطینه خانگی را برای افراد ممکن و مثبت می‌کنند. این مسئله مهم توجه بیشتر متخصصان و مسئولان و نیز عموم افراد در سراسر دنیا را برای حمایت از خود در مقابله با تأثیر رویداد کووید-۱۹ و شرایط حاصل از آن مثل الزام قرنطینه خانگی یا محدودیت‌های اجتماعی و در مجموع تغییرات حاصل در سبک زندگی می‌طلبد.

در کنار اهمیت کاربرد نتایج حاصل از پژوهش حاضر، برای تعمیم این نتایج باید محدودیت‌های پژوهش را در نظر داشت؛ از جمله شمول هم‌زمان دو وضعیت تأهل (مجرد و متأهل) برای نمونه‌های پژوهش که می

تواند در ادراک حمایت اجتماعی اثر هم‌پسته داشته باشد، خودگزارش‌دهی بودن تشخیص ابتلا به کووید-۱۹، شمول محدوده سنی بزرگسال و شامل‌نبودن دوره سنی زیر ۱۸ سال و نیز سنجش سازه‌های بررسی‌شده تنها به کمک پرسشنامه که تعمیم نتایج را با احتیاط همراه می‌کند؛ از این‌رو به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود برای پژوهش‌های آتی تأهل را در گروه‌های مجرد و متأهل به‌صورت تفکیک‌شده و قابل‌مقایسه، گروه‌های زیر ۱۸ سال و روش‌های تکمیلی مانند مصاحبه را به‌منظور سنجش و بررسی نقش شفقت‌ورزی در حمایت خود برای مقابله سازه‌های کووید-۱۹ لحاظ کنند. همچنین براساس نتایج به متخصصان کادر درمان در فرایند درمان و نیز کادر آموزش بهداشت و پیشگیری در فرایند آموزش و پیشگیری پیشنهاد می‌شود در کنار ارائه دستورالعمل‌های غیرروان‌شناختی شامل شست‌وشوی دست‌ها، زدن ماسک و حفظ فاصله اجتماعی، دستورالعمل‌های مربوط به خودشفقت‌ورزی و ارتقای آن را به عموم افراد و به‌طور ویژه به مبتلایان انشا و تجویز کنند. بر همین اساس به متخصصان و آموزشگران حوزه مشاوره و روان‌درمانی پیشنهاد می‌شود با آموزش و انتشار عمومی دستورالعمل‌هایی درباره خودشفقت‌ورزی به تاب‌آوری افراد در گذراندن بحران کووید-۱۹ و همچنین روزهای سخت قرنطینه خانگی اجباری به‌منظور تأثیرپذیری کمتر از این رویداد، کمک کنند.

## تعارض در منافع

میان منافع نویسندگان پژوهش حاضر تعارضی وجود ندارد.

## تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر بدون هیچ‌گونه حمایت مالی و معنوی دانشگاه، سازمان و نهادی، به‌صورت پژوهشی شخصی تدوین و اجرا شد. پژوهشگران پژوهش حاضر ضمن آرزوی صحت و سلامت برای همه مبتلایان به کووید-۱۹، از شرکت‌کنندگان در پژوهش قدردانی می‌کنند.

## منابع

- امیدیان، م.، و اسماعیل‌پور اشکفتکی، م. (۱۳۹۹). پیش‌بینی حمایت اجتماعی دانشجویان براساس مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و سرمایه روان‌شناختی در بحران همه‌گیری کرونا. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*. ۳۹(۱۰)، ۱۷۹-۱۶۳.
- ایزدی، ن.، و سجادیان، ا. (۱۳۹۵). رابطه سازگاری زناشویی و استرس مرتبط با ناباروری: نقش میانجیگری شفقت خود و خودقضاوتی. *نشریه روان‌پرستاری*. ۲(۵)، ۲۱-۱۵.
- پناغی، ل.، حکیم‌شوستری، م.، و عطاری مقدم، ج. (۱۳۸۵). اعتباریابی نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظریافته تأثیر حوادث. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*. ۶۴(۳)، ۶۰-۵۲.

جوادی، س. م. ح.، مرسا، ر.، و رحمانی، ف. (۱۳۹۹). میزان شیوع و عوامل خطر ساز اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) در طول پاندمی شدن بیماری COVID-19 در ایران. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (ویژه‌نامه کووید-۱۹)*. ۳۹۴-۳۹۹، (۳)۲۶.

حسنی، ج.، و پاسدار، ک. (۱۳۹۶). بررسی ساختار عاملی تأییدی، روایی و پایایی نسخه فارسی مقیاس خودشفقتی در دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد در سال ۱۳۹۲. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*. ۷۴۲-۷۲۷، (۸)۱۶.

رضائی، س.، ثامی‌توسروندانی، آ.، و زبردست، ع. (۱۳۹۹). تأثیر قرنطینه خانگی ناشی از پاندمی کروناویروس (COVID-19) بر استرس والدین و رابطه آن با اضطراب و افسردگی کودکان گیلانی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (ویژه‌نامه کووید-۱۹)*. ۲۹۳-۲۸۰، (۳)۲۶.

رضوانی، ف.، وزیری، ش.، و لطفی‌کاشانی، ف. (۱۳۹۸). تدوین مدل ساختاری استرس ناباروری براساس طرح‌واره‌های هیجانی، تعارض زوجین، شفقت بر خود با میانجیگری حمایت اجتماعی. *نشریه روان‌پرستاری*. ۷۵-۸۳، (۴)۷.

سلیمی، ع.، جوکار، ب.، و نیک‌پور، ر. (۱۳۸۸). ارتباطات اینترنتی در زندگی: بررسی نقش ادراک حمایت اجتماعی و احساس تنهایی در استفاده از اینترنت. *مطالعات روان‌شناختی*. ۸۱-۱۰۲، ۳.

شهشهانی، م. (۱۳۹۹). اهمیت توجه به انگ اجتماعی پس از ابتلا به کروناویروس (کووید-۱۹). *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*. ۶۵۹-۶۵۷، (۶)۱۹.

مرادی کلارده، س.، آقاجانی، س.، قاسمی‌جوبنه، ر.، و بهاروند، ا. (۱۳۹۸). نقش خودشناسی انسجامی، اجتناب تجربی و شفقت خود در اضطراب امتحان دانشجویان دختر. *نشریه راهبردهای آموزش در علوم پزشکی*. ۱۱۱-۱۱۵، (۱)۱۲.

## References

- Alizadeh, S., Khanahmadi, S., Vedadhir, A., & Barjasteh, S. (2018). The relationship between resilience with self-compassion, social support and sense of belonging in women with breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*. 19(9), 2469-2474.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet Psychiatry*. 395(14), 912-920.
- Cénat, J. M., Mukunzi, J. N., Noorishad, P. G., Rousseau, C., Derivois, D., & Bukaka, J. (2020). A systematic review of mental health programs among populations affected by the Ebola virus disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 131, 109966.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bullion*. 98(2), 310-357.
- Finlay-Jones, A. L., Rees, C. S., & Kane, R. T. (2015). Self-compassion, emotion regulation and stress among Australian psychologists: Testing an emotion

- regulation model of self-compassion using structural equation modeling. *PloS One*. 10(7), e0133481.
- Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., Wang, Y., Fu, H., & Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PloS One*. 15(4), e0231924.
- Germer, C., & Neef, k. (2020). *10 self-Compassion practices to help you cope with the coronavirus pandemic*. Retrieved February 24, 2021, from [https://www.guilford.com/add/10\\_SC\\_Practices\\_for\\_the\\_coronavirus.pdf?t](https://www.guilford.com/add/10_SC_Practices_for_the_coronavirus.pdf?t)
- Harper, C. A., Satchell, L. P., Fido, D., & Latzman, R. D. (2020). Functional fear predicts public health compliance in the COVID-19 pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 18(2), 1–14.
- Hossain, M. M., Sultana, A., & Purohit, N. (2020). Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence. *Epidemiology and Health*. 42, e2020038.
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: A web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*. 288, 112954.
- Kang, J. (2013). Instrumental social support, material hardship, personal control and neglectful parenting. *Children and Youth Services Review*. 35(9), 1366-73.
- Kavaklı, M., A. K. M., Uğuz, F., & Türkmen, O. O. (2020). The mediating role of self-compassion in the relationship between perceived COVID-19 threat and death anxiety. *Turkish Journal of Clinical Psychiatry*. 23(Supp 1), 15-23.
- Kline, R. B. (2016). Data preparation and psychometrics review. *Principles and practice of structural equation modeling* (4<sup>th</sup> ed., pp. 64-96). New York. NY: Guilford.
- Liu, R. T., Hernandez, E. M., Trout, Z. M., Kleiman, E. M., & Bozzay, M. L. (2017). Depression, social support, and long-term risk for Coronary heart disease in a 13-year longitudinal epidemiological study. *Psychiatry Research*. 251(5), 36-40.
- Liu, X., Kakade, M., Fuller, C. J., Fan, B., Fang, Y., Kong, J., ..., & Wu, P. (2012). Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Comprehensive Psychiatry*. 53(1), 15-23.
- Marsh, I. C., Chan, S. W. Y., & MacBeth, A. (2018). Self-compassion and psychological distress in adolescents: A meta-analysis. *Mindfulness*. 9(4), 1011-1027.
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2012). *Applied multivariate research: Design and interpretation*. United States. SAGE Publications.
- Mishra, S. (2020). Social networks, social capital, social support and academic success in higher education: A systematic review with a special focus



- on 'underrepresented' students. *Educational Research Review*. 29, 100307.
- Mohammadpour, M., Ghorbani, V., Khoramnia, S., Ahmadi, S. M., Ghvami, M., & Maleki, M. (2020). 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. *Iranian Journal of Psychiatry*. 15(3), 213–219.
- Muris, P., & Petrocchi, N. (2017). Protection or vulnerability? A meta-analysis of the relations between the positive and negative components of self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 24(2), 373–383.
- Neff, K. D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*. 52(4), 211–214.
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*. 5(1), 1-12.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*. 69(1), 28-44.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*. 40(3), 879-891.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 18(3), 250-255.
- Rubin, G. J., & Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *British Medical Association (Clinical research Ed.)*. 368, m313.
- Schwarzer, R., & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: a theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*. 42(4), 252-243.
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 74(4), 281-282.
- Shultz, J. M., Baingana, F., & Neria, Y. (2015). The 2014 Ebola outbreak and mental health: Current status and recommended response. *JAMA*. 313(6), 567–568.
- Smeets, E., Neff, K. D., Alberts, H., & Peters, M. (2014). Meeting suffering with kindness: Effects of a brief self-compassion intervention for female college students. *Perspective Psychiatry Research*. 190(1), 72–78.
- Teo, T., & Noyes, J. (2014). Explaining the intention to use technology among pre-service teachers: A multi-group analysis of the unified theory of acceptance and

- use of technology. *Interactive Learning Environments*. 22(1), 51-66.
- Wang, Y., Xu, B., Zhao, G., Coa, R., He, X., & Fu, S. (2011). Is quarantine related to immediate negative psychological consequences during the 2009 H1N1 epidemic? *General Hospital Psychiatry*. 33(1), 75-77.
- Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The impact of Event Scale-Revised. W: Wilson, J., & Keane, T. (red.). *Assessing psychological trauma and PTSD: A handbook for practitioners*. New York: Guildford Press. 399-411.
- World Health Organization. (2020a). Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report – 22. Retrieved February 10, 2020, from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus>.
- World Health Organization. (2020b). *A guide to preventing and addressing social stigma associated with COVID-19*. Retrieved February 24, 2020, from <https://www.who.int/publications/m/item/a-guide-to-preventing-and-addressing-social-stigma-associated-with-covid-19>.
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Clinical Research*. 26, e923549.
- Yadav, S. (2010). Perceived social support, hope, and quality of life of persons living with HIV/AIDS: A case study from Nepal. *Quality of Life Research*. 19(2), 157-66.
- Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M., ..., & Wang, H. X. (2020). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 89(4), 242-250.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*. 52(1), 30-41.