Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2022, Volume 20, Issue 2

Investigating the Structural Relationships between Abnormal Personality Traits and Fear of the Corona Virus with Health-Oriented Behavioral Patterns During the Covid- Pandemic Period

Parisa Nasiri[1], **Reza Abdi**[2], **Gholamreza Chalabianloo**[3]

1. PhD student in psychology, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.
2. (Corresponding author)* Associate Professor, Faculty of Education and Psychology, Department of Psychology, Shahid Madani University of Azerbaijan, Tabriz, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Madani University of Azerbaijan, Tabriz, Iran.

Abstract

Aim and Background: Nowadays, in the global society, it is necessary to examine people's behavior, especially their behavior patterns. Health promotion is receiving more and more attention due to its central role in health care. The main goal of this research was to investigate the structural relationships between abnormal personality traits and fear of the corona virus with health-oriented behavior patterns during the covid- pandemic.

Methods and Materials: The research method of this study was descriptive-correlation. The statistical population included the employees of Alzahra State Hospital in Isfahan. The sampling method was available and according to the table of Morgan and Gerjesi, it was equal to people. The research tools included the questionnaire of abnormal dimensions of personality (PID-5), the scale of fear of the corona virus (Visi et al.) and health-oriented behavioral patterns (Walker et al.). Pearson's correlation coefficient (with SPSS. software) and structural equation modeling (SMART PLS.) were used for data analysis.

Findings: There was a relationship between abnormal personality traits and health-oriented behavior patterns during the covid- pandemic period ($p<.05$). There was a relationship between the fear of corona virus and health-oriented behavior patterns during the covid- pandemic period ($p<.05$). Also, the mediating role of fear of corona virus in the relationship between abnormal personality traits and health-oriented behavioral patterns was significant ($p<.05$).

Conclusions: According to the results of the current research, it can be said that fear of corona has a significant mediating role in the relationship between abnormal personality traits and health-oriented behavioral patterns.

Keywords: abnormal personality traits, fear of corona virus, health-oriented behavioral patterns.

Citation: Nasiri Parisa, Abdi Reza, Chalabianlu Gholamreza. **Investigating the structural relationships between abnormal personality traits and fear of the corona virus with health-oriented behavioral patterns during the covid-pandemic**. Res Behav Sci, 2022; 20(2):329-342.

*** Reza Abdi,**
Email: R.abdi@azaruniv.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.2.12.8]

[DOI: 10.52547/rbs.20.2.329]

بررسی روابط ساختاری صفات نابهنجار شخصیت و ترس از ویروس کرونا با الگوهای رفتاری سلامت‌محور در دوره پاندمی کووید

پریسا نصیری[1]، رضا عبدی[2]*، غلامرضا چلبیانلو[3]

۱- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

۳- دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: امروزه در جامعه جهانی بررسی رفتارهای افراد به‌ویژه الگوهای رفتاری آنان امری ضروری است و ارتقاء سلامت با توجه به نقش محوری آن در مراقبت‌های بهداشتی موردتوجه روزافزون است. هدف اصلی این پژوهش بررسی روابط ساختاری صفات نابهنجار شخصیت و ترس از ویروس کرونا با الگوهای رفتاری سلامت‌محور در دوره پاندمی کووید بود.

مواد و روش‌ها: روش تحقیق این مطالعه از نوع توصیفی- همبستگی بود. جامعه آماری شامل کارکنان بیمارستان دولتی الزهرا اصفهان بود. روش نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس و طبق جدول مورگان و گرجسی برابر با نفر بود. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه ابعاد نابهنجار شخصیت (PID-5)، مقیاس ترس از ویروس کرونا (ویسی و همکاران،) و الگوهای رفتاری سلامت‌محور (والکر و همکاران،) بود. از ضریب همبستگی پیرسون (با نرم‌افزار SPSS.) و مدل یابی معادلات ساختاری (SMART PLS.) برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: بین صفات نابهنجار شخصیت و الگوهای رفتاری سلامت‌محور در دوره پاندمی کووید رابطه وجود داشت (p<۰/۰۵). بین ترس از ویروس کرونا و الگوهای رفتاری سلامت‌محور در دوره پاندمی کووید رابطه وجود داشت (p<۰/۰۵). همچنین نقش میانجی ترس از ویروس کرونا در ارتباط بین صفات نابهنجار شخصیت و الگوهای رفتاری سلامت‌محور معنی‌دار بود (p<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که ترس از کرونا نقش میانجی معنی‌داری در ارتباط بین صفات نابهنجار شخصیت و الگوهای رفتاری سلامت‌محور دارد.

واژه‌های کلیدی: صفات نابهنجار شخصیت، ترس از ویروس کرونا، الگوهای رفتاری سلامت‌محور.

ارجاع: نصیری پریسا، عبدی رضا، چلبیانلو غلامرضا. **بررسی روابط ساختاری صفات نابهنجار شخصیت و ترس از ویروس کرونا با الگوهای رفتاری سلامت‌محور در دوره پاندمی کووید .** مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۴۰۱؛ ۲۰(۲):۳۲۹-۳۴۲.

*- **رضا عبدی**

رایانامه: R.abdi@azaruniv.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.2.12.8]

[DOI: 10.52547/rbs.20.2.329]

مقدمه

نوع جدید ویروس کرونا به‌عنوان یک عامل اتیولوژیکی در موارد ذات‌الریه در دسامبر در شهر ووهان چین مشاهده شد (۱). این ویروس متعاقباً به‌سرعت در سرتاسر جهان پخش شد و منجر به بیماری همه‌گیر معروف به کووید شد. گرچه این ویروس برای اولین بار در چین مشاهده شد، اما کشورهای قاره اروپا و آمریکا بیشترین آسیب را از این ویروس دیده‌اند. بیماری همه‌گیر کووید- از هر لحاظ بر افراد، اقتصادها و جوامع تأثیر گذاشته است. افزایش تعداد موارد کووید- و مرگ‌ومیر، ماندگاری طولانی‌مدت، محدودیت‌های اساسی در زندگی عمومی و رکود اقتصادی، به‌احتمال‌زیاد بر سلامت روان تأثیر منفی خواهد گذاشت (۲). جمعیت ممکن است محدودیت فعالیت، وحشت، بهداشت روانی پایین، از دست دادن بستگان، شرایط تهدیدکننده زندگی، بیکاری، کاهش درآمد و جدایی از خانواده یا همسر خود را تجربه کنند (۳).

رفتارهای سلامتی قابل اصلاح مانند عادات غذایی، فعالیت بدنی و استعمال دخانیات از عوامل اصلی پیشرفت بیماری‌های مزمن است. در یک مطالعه در مقیاس بزرگ، گزارش شد که فعالیت بدنی پایین، مصرف الکل، سیگار کشیدن، شاخص توده بدنی و نامنظم بودن تعامل اجتماعی همگی با پیامدهای سلامت روان خاص (مانند افسردگی، اضطراب و استرس) مرتبط هستند (۴). درواقع، شواهد رو به رشدی وجود دارد که روابط اجتماعی ضعیف تأثیر نامطلوبی بر عملکرد سلامت روان دارد (۵).

یکی از عواملی که با الگوهای رفتاری سلامت‌محور در زمان شیوع کرونا در ارتباط است، صفات نابهنجار شخصیت است. سیستم صفات شخصیتی شامل پنج بعد گسترده‌ای از صفات شخصیتی مختلفی چون هیجان پذیری منفی (در مقابل ثبات هیجانی)، گسلش (در مقابل برون‌گرایی)، مخالفت ورزی (در مقابل توافق پذیری)، مهارگسیختگی (در مقابل باوجدان بودن) و روان‌پریشی‌خویی (در مقابل شفاف بودن) است (۶).

بسیاری از مطالعات تفاوت‌های قابل‌توجهی را در واکنش افراد به تهدید، با توجه به ویژگی‌های شخصیتی خاص، برجسته کرده‌اند (۷, ۸). به‌عنوان‌مثال، تحقیقات رابطه بین هیجان پذیری منفی و گسلش - دو حالت نابهنجار صفات شخصیت (۹) و آسیب روانی درونی (مانند افسردگی و اضطراب) (۱۰) را نشان می‌دهد. مازا و همکاران دریافتند که برخی از ویژگی‌های شخصیتی عوامل خطر مهمی را برای مشکلات سلامت روانی در طول قرنطینه نشان می‌دهند (۸). چلی و همکاران در تحقیقی نشان دادند که گسلش، هیجان پذیری منفی و روان پریشی-خویی به‌طور قابل‌توجهی رابطه بین ادراک خطر ابتلا به ویروس کرونا و پریشانی روانی-اجتماعی را تبیین کردند (۱۱). سیکا و همکاران در تحقیقی گزارش کردند که تمامی صفات نابهنجار شخصیت با پریشانی روان‌شناختی ارتباط دارند؛ به‌طور خاص قوی‌ترین ارتباط برای هیجان پذیری منفی و ضعیف‌ترین برای خصومت بود (۱۲). نتایج آنان نشان می‌دهند که در طول یک‌زمان استرس‌زا شدید، ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی نابهنجار و پریشانی روان‌شناختی ممکن است، حداقل تا حدی، با راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار توضیح داده شود (۱۲). ولوتی و همکاران گزارش کردند که سطوح شخصیت نابهنجار به‌طور طولی سطوح اختلال استرس پس از حادثه و ترس از کووید- را پیش‌بینی می‌کند (۱۳).

عامل مهم بعدی در ارتباط با رفتارهای سلامت‌محور، ترس از بیماری کروناست. ترس از بیماری کرونا به‌طور مستقیم با میزان انتقال، سرعت، همچنین بیمار شدن و مرگ‌ومیر ناشی از آن تعریف می‌شود. این امر به چالش‌های روانی اجتماعی دیگری ازجمله انگ یا بدنام سازی، تبعیض و فقدان منجر می‌شود (۱۴). طبق دیدگاه اهرسو و همکاران، یکی از ویژگی‌های منحصربه‌فرد عفونت‌های ویروسی همه‌گیر، ترسی است که آن‌ها می‌توانند در بسیاری از مردم ایجاد کنند(۱۴). ترس یک هیجان منفی است که با سطوح شدید اجتناب از هیجان در ارتباط با محرک‌های خاص شناخته می‌شود (۱۵). ترس با فوبی‌ها و اختلال اضطراب اجتماعی در ارتباط است (۱۶)، و به همین ترتیب ترس ناشی از عفونت‌های ویروسی همه‌گیر می‌تواند منجر به سطح قابل‌توجهی از پریشانی روانی در سطح جمعیت شود.

علیرغم پیامدهای منفی ترس و اضطراب، این احساسات منفی دامنه‌ای از رفتارها را برمی‌انگیزد که از درگیر شدن در رفتارهای پرخطر می‌کاهد. به‌عنوان‌مثال، سطح کمی از ترس و اضطراب در کودکان با سطح پایین‌تری از مصرف الکل (۱۷) و مصرف سیگار و ماری‌جوانا همراه است (۱۸). هارپر و همکاران تحقیقی با موضوع ترس، عملکردی برای انجام بهداشت عمومی در زمان بیماری همه‌گیر کووید-، انجام دادند. نتایج بررسی‌های آنان نشان داد علی‌رغم پیامدهای منفی ترس با حالات روان‌شناختی و هیجانی در دوران شیوع کرونا، ترس می‌تواند ابزار مهمی در رعایت پروتکل‌های بهداشتی و رعایت فاصله اجتماعی باشد (۱۹).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.2.12.8]
[DOI: 10.52547/rbs.20.2.329]

اما درعین‌حال ترس از بیماری پدیده‌ای چندوجهی است، متشکل از احساسات ناراحت‌کننده، برانگیختگی فیزیولوژیکی و احساسات مربوط به بدن، افکار و تصاویر خطر و اجتناب و سایر رفتارهای دفاعی. بسیاری از افراد در زندگی روزمره این پدیده را گاه‌گاهی تجربه می‌کنند. ترس از بیماری یک مسئله اساسی است و هر دو حالت افزایش و کاهش آن می‌تواند منجر به مشکلاتی شود (۲۰). با در نظر گرفتن ترس از بیماری به‌عنوان یک طیف گسترده، ترس از بیماری افراد را می‌توان در طیف بالا یا پایین طبقه‌بندی کرد (۲۱). برخی از افراد با ترس از بیماری در طی بیماری همه‌گیر ممکن است با مراجعه مکرر به پزشکان و بیمارستان‌ها باعث ازدحام در سیستم بهداشتی شوند. افراد دیگر که ترس زیادی دارند، ممکن است تمایلی برای کمک پزشکی نداشته باشند زیرا بیمارستان‌ها منبع انتقال هستند. در مقابل، افراد با ترس بیماری پایین ممکن است تمایلی به رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی نداشته باشند و ممکن است رفتاری سهل‌انگارانه داشته باشند (۲۲).

طبق نظریه سیستم ایمنی رفتاری (۲۳)، افراد به‌احتمال‌زیاد عواطف منفی (به‌عنوان‌مثال، گریز، اضطراب و غیره) و ارزیابی شناختی منفی را برای محافظت از خود به هنگام رویدادهای بحرانی ایجاد می‌کنند. در مواجهه با تهدید بیماری، مردم تمایل به ایجاد رفتارهای اجتنابی دارند (به‌عنوان‌مثال، از تماس با افرادی که علائم کووید- دارند) خودداری می‌کنند (۲۴). طبق تئوری استرس (۲۵) و نظریه ریسک درک شده (۲۶)، فوریت-های پزشکی عمومی عواطف منفی بیشتری را برانگیخته و بر ارزیابی شناختی نیز تأثیر می‌گذارد. این احساسات منفی افراد را در هنگام مراجعه به بیماری از عوامل بیماری‌زای احتمالی دور می‌کند. بااین‌حال، احساسات منفی طولانی‌مدت ممکن است عملکرد سیستم ایمنی افراد را کاهش داده و تعادل مکانیسم‌های فیزیولوژیکی طبیعی آن‌ها را از بین ببرد (۲۷). در همین حال، ممکن است افراد در صورت وجود راهنمایی‌های کمتر از سوی مسئولین، نسبت به هر بیماری بیش‌ازحد واکنش نشان دهند که ممکن است منجر به رفتارهای بیش‌ازحد اجتناب‌کننده و انطباق ناسازگار شود (۲۸)؛ بنابراین، درک به‌موقع تغییرات روان‌شناختی ناشی از کووید- ضروری است.

شیوع گسترده ویروس کرونا، بار سنگینی را بر دوش دولت-ها، سازمان‌ها و افراد گذاشته است (۲۹). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در مه ، کل موارد تائید شده به کووید ، نفر با مرگ بوده است. همه‌گیری باعث ایجاد ترس، وحشت و مشکلات بهداشت روانی در مردم و کارکنان بهداشت و درمان (۳۰) می‌شود.

بنابراین با توجه به نقش مخرب ویروس کرونا در همه ابعاد زندگی افراد به‌ویژه کارکنان درمانی و نقشی که کادر درمانی در مراقبت و بهبود وضعیت جسمانی و روانی بیماران دارند، پژوهش حاضر به این سؤال پاسخ داده است که آیا روابط ساختاری صفات نابهنجار شخصیت و ترس از ویروس کرونا با الگوهای رفتاری سلامت‌محور در دوره پاندمی کووید معنی‌دار است؟

مواد و روش‌ها

روش تحقیق این مطالعه ازلحاظ هدف، بنیادی و به لحاظ روش پژوهش از نوع طرح‌های غیرآزمایشی و همبستگی است که در آن ارتباط بین متغیرهای پژوهش در قالب مدل یابی معادلات ساختاری مورد تحلیل قرارگرفته است.

جامعه آماری شامل پرسنل بیمارستان دولتی الزهرا اصفهان به تعداد ۲۶۰۰ نفر بود که هدف بر این است که جمعیت غیر بالینی و افرادی است که تشخیص کووید۱۹ را دریافت نکرده‌اند، جزو مشارکت‌کنندگان پژوهش باشند. روش نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس و طبق جدول مورگان و گرجسی برابر با ۳۳۵ نفر بود که به خاطر احتمال مخدوش شدن پرسشنامه یا عدم تکمیل توسط پرسنل به ۴۰۰ نفر افزایش یافت، و از این تعداد ۳۸۵ پرسشنامه سالم وارد فرایند پژوهش شد.

گردآوری اطلاعات در این تحقیق به‌صورت میدانی و با استفاده از پرسش‌نامه بود. از تمام افراد شرکت‌کننده در مطالعه رضایت‌نامه آگاهانه به‌صورت شفاهی گرفته شد. پرسش‌نامه‌های مربوط به هریک از متغیرهای اصلی پژوهش در اختیار پرسنل زحمت‌کش بیمارستان دولتی الزهرا اصفهان قرار گرفت و پس از پر کردن جمع‌آوری شد. به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که هدف از اجرای این پژوهش جنبه علمی و تحقیقاتی داشته و اطلاعات آنان در اختیار ارگان یا سازمان خاصی قرار نمی‌گیرد؛ از آن‌ها خواسته شد به جزو ویژگی‌های جمعیت شناختی نیازی به درج نام و نام خانوادگی نیست. معیارهای ورود به مطالعه شامل کادر درمانی و اداری بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی بیمارستان دولتی الزهرا اصفهان اعم از طرحی، قراردادی، شرکتی، پیمانی و رسمی و سن بالای ۱۸ سال و معیارهای خروج از مطالعه شامل ناقص بودن پرسش‌نامه‌ها و عدم تمایل برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها بود. ابزار پژوهش در ذیل مطرح‌شده‌اند.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.2.12.8]
[DOI: 10.52547/rbs.20.2.329]

پرسشنامه ابعاد نابهنجار شخصیت (PID-5): این ابزار به‌منظور ارزیابی مدل ابعادی پنج بعد نابهنجار شخصیت طراحی‌شده که فرم بلند آن ۲۵ رویه و ۵ حیطه هیجان‌پذیری- منفی (۸.۹.۱۰.۱۱.۱۵) ، گسلش (۴.۱۳.۱۴.۱۶.۱۸) ، مخالفت- ورزی (۱۷.۱۹.۲۰.۲۲.۲۵) ، مهارگسیختگی (۱.۲.۳.۵.۶) و روانپریشی خویی (۷.۱۲.۲۱.۲۳.۲۴) را می‌سنجد، فرم کوتاه مستخرج از فرم بلند آن که دارای ۲۵ گویه هست پنج حیطه یا بعد نابهنجار شخصیت را می‌سنجد (۳۱, ۳۲). طیف نمره‌گذاری به‌صورت لیکرتی (کاملاً یا اغلب غلط= ۰ تا کاملاً یا اغلب درست=۳) هست. دامنه نمرات بین ۰ تا ۷۵ هست و نمرات بالاتر نشان‌دهنده نابهنجاری بیشتر صفات شخصیت است. کروگر و همکاران ویژگی‌های روان‌سنجی آن را در نمونه‌های جمعیت عادی و بیماران موردبررسی قرار داده و گزارش کرده‌اند که همسانی درونی مقیاس‌های آن از متوسط تا بالا (۰/۷۳ تا ۰/۹۵) با میانگین ۰/۸۶ گزارش‌شده است (۹). مطالعات مربوط به ساختار عاملی این سیاهه نشان داده‌اند که ۲۵ مقیاس آن بر چندین عامل درجه بالا بار گرفته‌اند (۳۱, ۳۳). در ایران اولین بار عبدی و چلبیانلو به بررسی و هنجاریابی پرسشنامه صفات نابهنجار شخصیت پرداختند (۳۴). پایایی پرسشنامه به روش همسانی درونی دامنه آلفای کرونباخ ۰/۸۳ تا ۰/۸۹ و ضرایب باز آزمایی ۰/۷۷ تا ۰/۸۷ را برای خرده آزمون‌ها حاکی از پایایی مطلوب نسخه فارسی این پرسشنامه بود و وجود الگوهای خاص ضرایب همبستگی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه با پرسشنامه شخصیتی پنج عاملی نئو حاکی از اعتبار ملاکی خوب این مقیاس بود (۳۴). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۸۸ به دست آمد.

مقیاس ترس از ویروس کرونا(FDCS): مقیاس ترس از ویروس کرونا توسط ویسی، ایمانی، بهروز و ایمانی (۳۵) ساخته‌شده است. این مقیاس شامل ۵ سوال است که برای اندازه‌گیری ترس از مبتلا شدن به کرونا ویروس در بزرگسالان ساخته و هنجاریابی شده است. نمره‌گذاری آن به‌صورت پنج‌درجه‌ای لیکرت است به این صورت که برای خیلی کم نمره ۱، کم نمره ۲، متوسط نمره ۳، زیاد نمره ۴، خیلی زیاد نمره ۵ در نظر گرفته‌شده است. دامنه نمراتی که شخص به دست می‌آورد بین ۵ تا ۲۵ هست که نمرات بالاتر نشان از ترس بیشتر از کرونا می‌باشد. ویسی و همکاران (۳۵) به‌منظور بررسی روایی همگرایی مقیاس ترس از ابتلا به بیماری کرونا از مقیاس آینده تاریک (DFS) استفاده کردند که ضریب همبستگی پیرسون ۰/۵۹و مقیاس فوبیای مرگ (TS) ضریب ۰/۵۸ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمد. همچنین برای بررسی اعتبار مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده‌شده است که ضریب ۰/۸۱ محاسبه‌شده است که نشان‌دهنده اعتبار مقیاس ترس از ابتلا به بیماری کرونا ویروس است (۳۵). در پژوهش حاضر کرونباخ در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۹۲ به دست آمد.

الگوهای رفتاری سلامت‌محور (HBP): این پرسشنامه از سوی والکر و همکاران (۳۶) بر اساس مدل ارتقای سلامت پندر برای اندازه‌گیری رفتارهای ارتقادهندهٔ سلامتی ساخته شد. این پرسشنامه یک ابزار ارزیابی چندبعدی از رفتارهای ارتقادهندهٔ سلامتی است که شامل ۴۹ سؤال است و ۶ جنبه از رفتارهای ارتقادهندهٔ سلامتی شامل تغذیه، فعالیت فیزیکی، رشد معنوی، مسئولیت‌پذیری سلامتی، مدیریت استرس و روابط بین‌فردی را اندازه می‌گیرد و هر سؤال در مقیاس لیکرت ۴ نقطه‌ای به‌صورت هرگز (۱)، گاهی اوقات(۲)، معمولاً (۳) و همیشه (۴) درجه‌بندی می‌شود. دامنه نمرات شخص بین ۴۹ تا ۱۹۶ خواهد بود. در مطالعه‌ای (۳۷) ضرایب همسانی درونی نمره کلی نیمرخ رفتارهای سبک زندگی ارتقا دهندهٔ سلامت، مسئولیت‌پذیری سلامتی، فعالیت فیزیکی، تغذیه، رشد معنوی، روابط بین‌فردی و مدیریت استرس به ترتیب برابر۰/۹۴، ۰/۸۶، ۰/۸۵، ۰/۸۰، ۰/۸۶، ۰/۸۷ و ۰/۷۹ به دست آمد. این ضرایب در تحقیق بشر پور و همکاران (۳۸) در دامنهٔ ۰/۷۳ برای مدیریت استرس تا ۰/۹۸ برای مسئولیت‌پذیری سلامتی به دست آمد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۴ به دست آمد.

در این پژوهش پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزارهای آماری SPSS و اسمارت pls در دو سطح توصیفی و استنباطی و همچنین معادلات ساختاری مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. در آمار استنباطی از ضریب همبستگی پیرسون و مدل یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

روش اسمارت pls مبتنی بر واریانس بوده و یک روش عالی برای برآورد روابط متقابل پیچیده به‌طور هم‌زمان است و به دلیل توانایی پیش‌بینی در مطالعات فاکتور یا عوامل، موفقیت زیادی کسب کرده است. اسمارت pls می‌تواند هر دو نوع مدل اندازه‌گیری انعکاسی و سازنده را در خود جای دهد. برخلاف

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.2.12.8]
[DOI: 10.52547/rbs.20.2.329]

مدل یابی ساختاری مبتنی بر کوواریانس که بر اساس یک مدل فاکتور مشترک ساخته‌شده است، روش اسمارت pls از روش مدل ترکیبی در برآورد اندازه‌گیری سازه پیروی می‌کند. به همین ترتیب، نه‌تنها برای اندازه‌گیری شاخص‌های اثر در مدل اندازه‌گیری انعکاسی، بلکه همچنین شاخص‌های ترکیبی در یک مدل اندازه‌گیری سازنده، عالی است. این رویکرد جدید مبتنی بر واریانس، مؤلفه اصلی و تحلیل همبستگی کانونی را به سطح بعدی گسترش می‌دهد. برخلاف لیزرل یا ایموس، برای ایجاد انعطاف‌پذیری برای مدل اکتشافی طراحی‌شده است. اسمارت pls به خاطر رویکرد مدل‌سازی آسان، شناخته‌شده است که هیچ فرض توزیعی در محاسبه پارامترهای مدل ایجاد نمی‌کند. ازآنجاکه اسمارت pls متناسب با هر قسمت از مدل جداگانه عمل می‌کند، تعداد نمونه مورد نیاز را کاهش می‌دهد.

همچنین هریک از روش‌های تحلیل مبتنی بر کوواریانس (مثل لیزرل) و اسمارت pls می‌توانند برحسب هدف محقق مورداستفاده قرار گیرند. تمایز رویکردهای موردنظر این است که از روش کوواریانس برای آزمون و توسعه یک نظریه استفاده می‌شود درحالی‌که اسمارت pls بیشتر برای کاربردهای پیش‌بینی طراحی‌شده است. هدفی که تحقیق حاضر به دنبال آن بود.

در موقعیت‌هایی که نظریه قوی است و هدف توسعه و آزمون بیشتر است، روش‌های برآورد مبتنی بر کوواریانس مناسب‌تر بوده و اطلاعات کاملی را برای نتیجه‌گیری فراهم می‌آورد. بااین‌وجود به دلیل عدم تعیین برآورد نمره‌های عاملی دقت پیش‌بینی کاهش می‌یابد. این امر استفاده از اسمارت pls برای مقاصد پیش‌بین را ضروری می‌سازد، علاوه بر آن که از اسمارت pls می‌توان برای تأیید نظریه و همچنین پیشنهاد ارتباط‌های احتمالی و موضوعاتی برای آزمون بعدی استفاده نمود.

یافته‌ها

در این بخش نتایج تجزیه‌وتحلیل داده‌ها مطرح می‌شود. مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها در جدول نشان داده‌شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت شناختی

ویژگی‌ها		فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۱۲۰	۳۱/۲
	زن	۲۶۵	۶۸/۸
	کل	۳۸۵	۱۰۰
سابقه شغلی	کمتر از ۵ سال	۴۶	۱۱/۹
	۶ تا ۱۰ سال	۱۸۷	۴۸/۶
	۱۱ تا ۱۵ سال	۸۹	۲۳/۱
	۱۶ سال و بالاتر	۶۳	۱۶/۴
	کل	۳۸۵	۱۰۰
بخش	اعصاب و روان	۲۸	۷/۳
	گفتاردرمانی	۵۳	۱۳/۸
	اورژانس قلب	۴۲	۱۰/۹
	رادیوتراپی	۴۳	۱۱/۲
	اورولوژی	۶۰	۱۵/۶
	شنوایی‌سنجی	۳۸	۹/۹
	ایمنولوژی و آلرژی	۴۷	۱۲/۲
	داخلی	۴۲	۱۰/۹
	آسم و آلرژی	۳۲	۸/۳
	کل	۳۸۵	۱۰۰

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.2.12.8]
[DOI: 10.52547/rbs.20.2.329]

جدول۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. یافته‌ها نشان داد از بین آزمودنی‌های تحقیق، ۳۱/۲ درصد مرد و ۶۸/۸ درصد زن بودند. ۱۱/۹ درصد سابقه شغلی ۵ سال و کمتر، ۴۸/۶ درصد سابقه شغلی بین ۶ تا ۱۰ سال، ۲۳/۱ درصد سابقه شغلی ۱۱ تا ۱۵ سال و ۱۶/۴ درصد هم سابقه شغلی ۱۶ سال و بالاتر داشتند. همچنین بیشترین و کمترین فراوانی آزمودنی‌ها به ترتیب در بخش اورولوژی و اعصاب و روان بودند.

جدول۲. مقادیر شاخص‌های توصیفی در خصوص متغیرهای تحقیق

متغیرها		میانگین	انحراف استاندارد	کشیدگی(Kurtosis)	چولگی(Skewness)
صفات نابهنجار شخصیت	هیجان پذیری منفی	۷/۰۴	۲/۲۳	-۰/۰۸۹	-۰/۴۱۴
	گسلش	۵/۸۴	۲/۲۹	-۰/۹۳۵	۰/۲۳۶
	مخالفت ورزی	۶/۲۳	۲/۰۶	-۰/۳۵۸	-۰/۱۲۸
	مهارگسیختگی	۴/۶۹	۱/۵۱	۰/۹۱۹	-۰/۰۴۹
	روان‌پریشی خویی	۳/۸۲	۲/۲۹	-۰/۷۵۱	۰/۰۲۹
	کل	۲۷/۶۵	۶/۱۳	۰/۰۵۹	-۰/۳۶۸
باورهای سلامتی	مزایای خودیاری	۳۰/۶۷	۲/۲۷	-۰/۲۵۶	-۰/۱۵۳
	مزایای درمان پزشکی	۲۳/۸۸	۱/۹۷	۰/۳۴۲	-۰/۴۸۹
	شدت ادراک‌شده	۱۷/۸۳	۱/۴۱	-۰/۱۴۸	-۰/۵۴۵
	حساسیت ادراک‌شده	۱۶/۲۲	۲/۰۱	-۰/۲۶۸	-۰/۳۵۵
	تهدید سلامتی عمومی	۶/۹۵	۰/۸۷	۰/۰۵۱	-۰/۵۹۴
	نگرانی‌های سلامت عمومی	۱۳/۲۴	۱/۵۰	-۰/۰۷۴	-۰/۲۷۰
	کل	۱۰۸/۸۱	۶/۱۲	۰/۵۹۲	-۰/۴۴۴
الگوهای رفتاری سلامت‌محور	تغذیه	۲۳/۱۴	۲/۱۳	۰/۲۱۸	-۰/۲۷۱
	فعالیت فیزیکی	۲۳/۹۱	۲/۰۹	-۰/۲۲۳	-۰/۲۴۰
	رشد معنوی	۲۴/۰۱	۹/۴۶	-۱/۶۴	۰/۰۷۸
	مسئولیت‌پذیری سلامتی	۲۹/۵۲	۱۵/۳۳	-۱/۷۴	۰/۰۱۴
	مدیریت استرس	۱۲/۲۳	۶/۰۶	-۱/۷۵	-۰/۰۹۱
	روابط بین‌فردی	۱۹/۹۲	۳/۲۴	-۰/۴۶۰	-۰/۰۵
	کل	۱۳۲/۷۵	۳۲/۹۷	-۱/۶۶	-۰/۰۱۹
ترس از کرونا	-	۱۳/۳۵	۲/۸۸	۰/۵۱۳	۰/۵۱۰

جدول۳. ضریب همبستگی متغیرهای پژوهشی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱-هیجان پذیری منفی	-						
۲-گسلش	۰/۳۴۸**	-					
۳-مخالفت ورزی	۰/۳۸۸**	۰/۲۵۵**	-				
۴-مهارگسیختگی	۰/۰۸۷	۰/۲۳۴**	۰/۰۶۴	-			
۵-روان‌پریشی خویی	۰/۰۷۷	۰/۱۷۸**	۰/۱۸۹**	۰/۱۵۸**	-		
۶-ترس از کرونا	۰/۱۳۷**	۰/۲۲۲**	۰/۰۱	۰/۱۱*	۰/۱۳۱*	-	
۷-الگوهای رفتاری سلامت‌محور	-۰/۴۲۸**	-۰/۵۱۳**	-۰/۲۵۳**	-۰/۱۲۹*	-۰/۱۵۳**	-۰/۵۱۱**	-

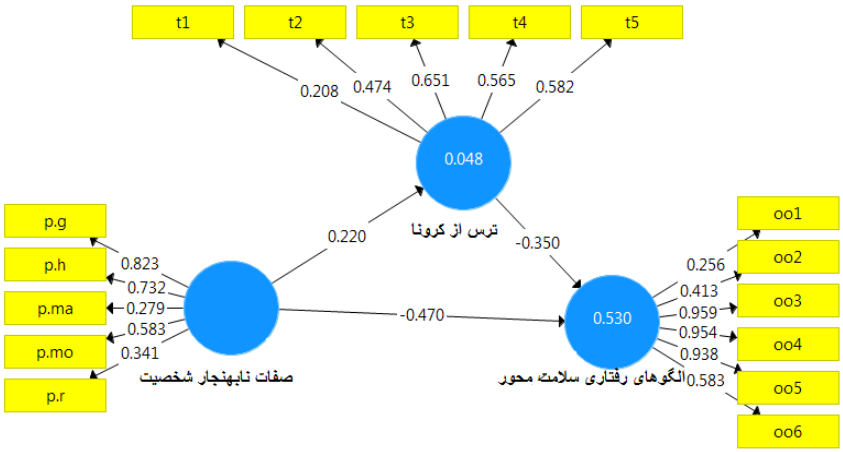
جدول ۲، مقادیر شاخص‌های توصیفی در خصوص متغیرهای تحقیق را نشان می‌دهد. طبق نتایج میانگین و انحراف استاندارد صفات نابهنجار شخصیت (۲۷/۶۵ ±۶/۱۳)، باورهای سلامتی (۱۰۸/۸۱±۶/۱۲)، الگوهای رفتاری سلامت‌محور (۱۳۲/۷۵±۳۲/۹۷) و ترس از کرونا (۱۳/۳۵±۲/۸۸) به دست آمد. مقدار چولگی مشاهده‌شده در بازه

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.2.12.8]
[DOI: 10.52547/rbs.20.2.329]

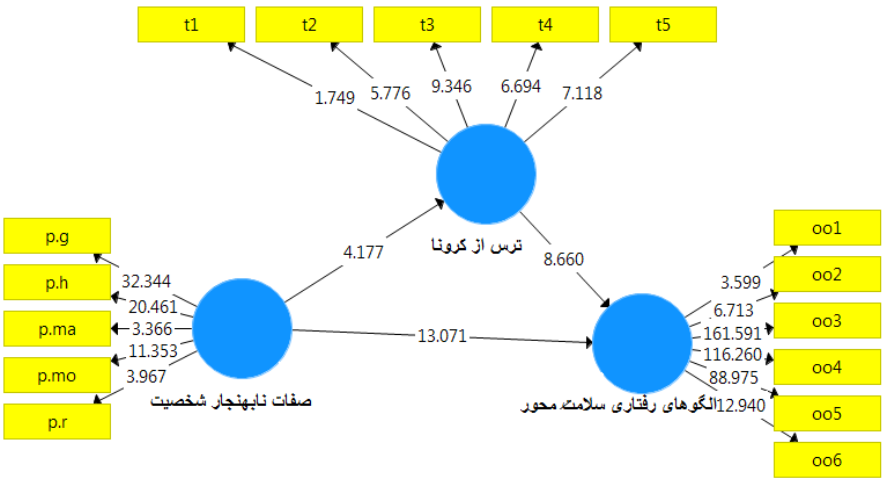
(۲ ، ۲-) قرار دارد. یعنی ازلحاظ کجی متغیرهای مذکور نرمال بوده و توزیع آن متقارن است. مقدار کشیدگی نیز در بازه (۲ ، ۲-) قرار دارد. این نشان می‌دهد توزیع متغیر از کشیدگی نرمال برخوردار است.

در ادامه برای پاسخگویی به فرضیه پژوهش از همبستگی پیرسون و مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده می‌شود.

جدول ۳ ضریب همبستگی متغیرهای پژوهشی را نشان می‌دهد. با توجه به اینکه بیشتر متغیرهای پژوهشی دارای روابط همبستگی معنی‌داری هستند، از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری برای بررسی روابط علی متغیرها استفاده می‌شود. اشکال شماره (در حالت تخمین استاندارد) و (در حالت معنی-داری) نتیجه مدل‌سازی معادلات ساختاری را نشان می‌دهند. جدول شماره نیز β (ضریب استاندارد) و ارزش t را نشان می‌دهد. ضریب استاندارد رابطه موجود درصورتی‌که ارزش t، از ۱/۹۶- کوچک‌تر باشد، در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی‌دار خواهد بود.



شکل ۱. مدل اندازه‌گیری برازش شده در حالت تخمین استاندارد



شکل ۲. مدل اندازه‌گیری برازش شده در حالت معنی‌داری (t-value)

جدول شماره ۴ نتایج اجرای مدل ساختاری بین متغیرهای پژوهشی را نشان می‌دهد. طبق نتایج بین صفات نابهنجار شخصیت و الگوهای رفتاری سلامت‌محور در دوره پاندمی کووید ۱۹ رابطه وجود دارد (β=-۰/۴۷ و p<۰/۰۱). بین ترس

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.2.12.8]
[DOI: 10.52547/rbs.20.2.329]

از ویروس کرونا و الگوهای رفتاری سلامت‌محور در دوره پاندمی کووید ۱۹ رابطه وجود دارد (β=-۰/۳۵ و p<۰/۰۱). همچنین نقش میانجی ترس از ویروس کرونا در ارتباط بین صفات نابهنجار شخصیت و الگوهای رفتاری سلامت‌محور معنی‌دار است (β=-۰/۰۷۷ و p<۰/۰۱). این موضوع نشان می‌دهد که ترس از کرونا نقش میانجی معنی‌داری در ارتباط بین صفات نابهنجار شخصیت و الگوهای رفتاری سلامت‌محور دارد.

جدول شماره ۵. بررسی برازش مدل با استفاده از دو معیار روایی همگرا و پایایی مدل

متغیر	صفات نابهنجار شخصیت	ترس از کرونا	الگوهای رفتاری سلامت‌محور
میانگین واریانس استخراج‌شده	۰/۴۴۲	۰/۵۴۷	۰/۴۲۸
آلفای کرونباخ	۰/۷۰۸	۰/۷۹۱	۰/۷۰۵
پایایی ترکیبی(CR)	۰/۷۴۰	۰/۸۶۱	۰/۷۲۸

روایی پرسشنامه توسط معیار روایی همگرا که مختص مدل‌سازی معادلات ساختاری است، بررسی شد. روایی همگرا به میزان توانایی شاخص‌های یک بُعد در تبیین آن بُعد اشاره دارد. برای ارزیابی روایی همگرا از معیار AVE (میانگین واریانس استخراج‌شده) استفاده شد. مقدار ملاک برای سطح قبولی AVE، ۰/۴ هست. همان‌گونه که در جدول ۵ آمده است، تمامی مقادیر AVE مربوط به سازه‌ها از ۰/۴ بیشتر بوده و این مطلب، مؤید این هست که روایی همگرای پرسشنامه حاضر در حد قابل‌قبول است. برای سنجش پایایی مدل به بررسی پایایی ترکیبی و آلفای کرونباخ پرداخته شد. ضریب آلفای کرونباخ بیانگر میزان توانایی سؤالات در تبیین مناسب ابعاد مربوط به خود است. همچنین ضریب پایایی ترکیبی نیز میزان همبستگی سؤالات یک بُعد به یکدیگر برای برازش کافی مدل‌های اندازه‌گیری را مشخص می‌کند. همان‌طور که در جدول ۵ مشخص است همه متغیرها از پایایی بالایی در مدل برخوردارند. پایایی ترکیبی و ضریب آلفای کرونباخ در مورد همه متغیرها بالاتر از ۰/۷ است. ازآنجایی‌که بالاتر بودن آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی از ۰/۷ نشان‌دهنده برازش مناسب مدل است. نتایج پژوهش حاضر در مورد این دو معیار نیز برازش مناسب را تأیید می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی روابط ساختاری صفات نابهنجار شخصیت و ترس از ویروس کرونا با الگوهای رفتاری سلامت‌محور در دوره پاندمی کووید بود. یافته‌ها بیانگر این بود که نقش میانجی ترس از ویروس کرونا در ارتباط بین صفات نابهنجار شخصیت و الگوهای رفتاری سلامت‌محور معنی‌دار بود. این نتیجه به‌دست‌آمده با نتایج تحقیقات (۱۱, ۱۳, ۴۰) همسویی دارد.

رفتارهای سلامت‌محور افراد به‌طور گسترده در زمینه بحران‌های بهداشت عمومی موردبررسی قرار می‌گیرد. رفتارهای سلامت‌محور نقش حیاتی در مهار شیوع بیماری‌ها و تضمین سلامت عمومی ایفا می‌کند (۴۱). در مواجهه با خطر احتمالی ابتلا به یک بیماری، افراد تمایل دارند به‌طور فعال در رفتارهای سلامت‌محور شرکت کنند تا خطر ابتلای خود را به بیماری کاهش دهند. بااین‌حال، علیرغم مزایای سلامتی، اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه سلامت‌محور افراد به دلایل مختلف، متفاوت هستند (۴۲).

یکی از عواملی که می‌تواند در ارتباط با رفتارهای سلامت‌محور در دوران شیوع کووید- مهم باشد، صفات نابهنجار شخصیت است. بیوندی و همکاران در طی تحقیقی که به بررسی صفات شخصیتی نابهنجار با وضعیت قرنطینه در دوران شیوع کرونا پرداخته بودند، سه گروه از افراد را با خوشه‌بندی متفاوتی از هم جدا کردند (گروه یک با نشانه‌های خفیفی از هیجان پذیری منفی و خصومت کم، گروه دوم با نشانه‌های کاملی از هیجان پذیری منفی، روان‌پریشی‌خویی و گسلش و گروه سوم بدون هیچ‌گونه نشانه‌هایی از صفات نابهنجار شخصیت بودند)(۴۳). گروه اول از تعاملات اجتماعی-عاطفی اجتناب کردند و تلاش کمتری برای احساس لذت داشتند و مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد را نشان دادند. آزمودنی‌های خوشه ویژگی‌های ناکارآمدی را در حوزه‌های PID-5 از قبیل هیجان پذیری منفی، روان‌پریشی خویی و گسلش، با اختلال رفتاری و رابطه‌ای مهم، احساسات منفی (نگرانی، خشم، اضطراب و افسردگی)، کناره‌گیری از تعاملات بین فردی و فرآیندهای

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.2.12.8]
[DOI: 10.52547/rbs.20.2.329]

شناختی ناسازگار نشان دادند (۴۳). آن‌ها همچنین آگاهی تحریف‌شده از رویدادهای روانی ناخوشایند را نشان دادند (۴۴).

بیوندی و همکاران همچنین سعی کردند مشخص کنند که آیا سطوح افسردگی، اضطراب و استرس بین خوشه‌های شناسایی‌شده متفاوت است یا خیر. یافته‌های آنان با توجه به تمامی متغیرهای روان‌شناختی مذکور تفاوت معنی‌داری را نشان دادند و آزمودنی‌های خوشه بدترین عملکرد را نشان دادند. آن‌ها حتی تبعیت کمتری با اقدامات بهداشتی توصیه‌شده توسط دولت ایتالیا در مقایسه با خوشه‌های و نشان دادند. در واقع، آزمودنی‌های خوشه تبعیت کمتری از اقدامات توصیه‌شده را گزارش کردند و به تبع آن کنترل کمتری نیز در مصرف الکل نیز داشتند (۴۳).

تمایل افراد به تجربه هیجانی منفی و بی‌ثباتی هیجانی، قوی‌ترین پیش‌بینی کننده مشکلات عاطفی است و بر نقش روان‌رنجورخویی در پیش‌بینی طیف وسیعی از مشکلات عاطفی و اجتماعی تأکید دارد (۳۹). گرایش به اجتناب از تجربه عاطفی- اجتماعی (نمرات بالا در مقیاس جدایی PID-5) و عدم جهت‌گیری به سمت رضایت فوری و رفتار تکانشی (نمرات پایین در مقیاس مهارگسیختگی PID-5) به طور قابل توجهی با رشد مشکلات عاطفی مرتبط است، این متغیرهای شخصیتی ناکارآمد به نظر می‌رسد با یافته های اخیر که بر نقش پرداختن به ترس‌ها در درمان ناسازگاری روان‌شناختی مرتبط با کوید-۱۹ تأکید می‌کنند (۴۵) و همچنین با مدل‌های روان‌شناختی که تأکید به ارزیابی اولیه و سیستماتیک پریشانی عاطفی در طول همه گیری کوید-۱۹ دارند، مطابقت دارد (۴۶).

مازا و همکاران عوامل خطر پریشانی روانی را در بین شرکت کننده ایتالیایی در طول دوره قرنطینه بررسی کردند. مطابق با یافته های قبلی، آن‌ها دریافتند که صفت نابهنجار هیجان پذیری منفی و گسلش با سطوح بالاتر افسردگی، اضطراب و استرس مرتبط است (۸). در طول اپیدمی، تعداد افرادی که سلامت روانی آن‌ها تحت تأثیر قرار می‌گیرد بیشتر از تعداد افرادی است که تحت تأثیر عفونت قرار می‌گیرند (۴۷). تراژدی‌های گذشته نشان داده‌اند که پیامدهای سلامت روان می‌تواند طولانی‌تر باشد و شیوع بیشتری نسبت به خود همه‌گیری داشته باشد و اگر فراوانی آن‌ها را در زمینه‌های مختلف در نظر بگیریم، تأثیرات روانی اجتماعی و اقتصادی می‌تواند غیرقابل محاسبه باشد (۴۷, ۴۸).

از آنجایی که هزینه‌های اقتصادی مرتبط با اختلالات روانی بالا است، بهبود استراتژی‌های درمان سلامت روان می‌تواند منجر به دستاوردهایی هم در سلامت جسمانی و هم در بخش اقتصادی شود. علاوه بر ترس واقعی از مرگ، همه‌گیری COVID-19 پیامدهایی برای سایر حوزه‌ها نیز دارد: سازمان خانواده، تعطیلی مدارس، شرکت‌ها و مکان‌های عمومی، تغییر در روال کار، انزوا که منجر به احساس درماندگی و رهاشدگی می‌شود. علاوه بر این، می‌تواند ناامنی را به دلیل پیامدهای اقتصادی و اجتماعی این فاجعه بزرگ افزایش دهد. به عنوان مثال، در طول شیوع ابولا، رفتارهای مرتبط با ترس، هم به صورت فردی و هم به صورت جمعی در تمام مراحل این رویداد تأثیر اپیدمیولوژیک داشت و میزان رنج و علائم روان‌پزشکی جمعیت را افزایش داد که به افزایش مرگ و میر غیرمستقیم از عللی غیر از ابولا کمک کرد (۴۹). در حال حاضر، سهولت دسترسی به فناوری‌های ارتباطی و انتقال اطلاعات هیجان‌انگیز، نادرست یا نادرست می‌تواند واکنش‌های اجتماعی مضر مانند خشم و رفتار پرخاشگرانه را افزایش دهد. مطالعه دیگری گزارش داد که بیماران مبتلا به کووید- (مشکوک به آلوده بودن) ممکن است واکنش‌های احساسی و رفتاری شدیدی مانند ترس، کسالت، تنهایی، اضطراب، بی‌خوابی یا خشم را تجربه کنند (۴۸) همان‌طور که در مورد موقعیت‌های مشابه در این بیماری گزارش شده است (۵۰)، چنین شرایطی می‌تواند به اختلالاتی اعم از افسردگی، اضطراب (از جمله حملات پانیک و استرس پس از سانحه)، روان پریشی یا پارانوئید و حتی می‌تواند منجر به خودکشی شود (۵۰, ۵۱). این شرایط می‌تواند به ویژه در بیماران قرنطینه ای که پریشانی روانی آن‌ها بیشتر است، شایع باشد (۵۰). در برخی موارد، عدم اطمینان در مورد عفونت و مرگ یا در مورد آلوده کردن خانواده و دوستان می‌تواند حالات روانی ناخوشایند را تشدید کند (۴۷, ۴۸).

ترس از کرونا در میان کادر پزشکی ممکن است به دلیل نقش آن‌ها در مراقبت از بیمار به صورت مکرر و برای مدت طولانی‌تر در مقایسه با سایر کارکنان بهداشتی باشد. احتمال ابتلا و انتقال عفونت به دیگران و منحصر به فرد بودن موارد ممکن است منجر به افزایش ترس در میان کادر درمانی شود؛ بنابراین، برای جلوگیری از ترس از کووید و ناراحتی روانی، استراتژی‌های مؤثر برای کاهش ترس با تمرکز بر کادر درمان لازم است و این موارد می‌تواند شامل حمایت مدیریت به‌ویژه با مشوق‌ها، چرخش شغلی و ساعات کاری، حمایت خانواده و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.2.12.8]
[DOI: 10.52547/rbs.20.2.329]

حمایت اجتماعی، کمک‌های اولیه روان‌شناختی، حفاظت فـردی کـافی باشـد. در مطالعـه خانـال و همکـاران، بـیش از نیمـی از کارکنان بهداشتی در طول همه‌گیری کووید-، بدنامی و انـگ را تجربه کردند. انگی که کارکنان بهداشت با آن مواجـه می‌شـوند نیز به طور قابـل‌توجهی بـا احتمـال بـالاتری از وجـود تـرس از کوید-۱۹ مرتبط است (۵۲).

محدودیت اول پژوهش انتخاب کادر درمانی در طیف هـای مختلف بیمارستان بود؛ به همین دلیل ممکن اسـت کـه میـزان ترس از ویروس کرونا در همه افراد یکسان نباشد، از طرفی خود گزارشـی بـودن ابزارهـای پژوهشـی و مشـغله زیـاد کارکنـان محدودیت‌های بعدی پژوهش بود. توصیه می‌شـود کـه ارزیـابی به‌موقع و اقدامات مـؤثر بـرای بهبـود سـلامت شـاغلین مراکـز بهداشتی درمانی که خط مقدم مبارزه بـا کرونـاویروس هسـتند، انجام شود. برای این کار بهتر است تجهیـزات حفـاظتی و مـواد ضدعفونی‌کننده کافی در اختیار شاغلین مراکز بهداشتی درمـانی قرار گیرد، زیرا اگر کارکنان مراقبت‌های بهداشتی نتوانند ایمنـی خود را تضمین کنند، اشتیاق و کارآیی آن‌ها برای کمک به حفظ سلامت مردم جامعه کاهش می‌یابد و میـزان تـرس آن‌هـا بـالا خواهد رفت.

تقدیر و تشکر

بدین وسـیله از مـدیریت و کارکنـان بیمارسـتان دولتـی الزهـرا اصفهان به خاطر کمک در جمع‌آوری نمونـه تشـکر و قـدردانی می‌شود.

References

1. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. New England journal of medicine. 2020.
2. Fetzer T, Hensel L, Hermle J, Roth C. Coronavirus perceptions and economic anxiety. Review of Economics and Statistics. 2021;103(5):968-78.
3. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. The lancet psychiatry. 2020;7(4):300-2.
4. Velten J, Lavallee KL, Scholten S, Meyer AH, Zhang X-C, Schneider S, et al. Lifestyle choices and mental health: a representative population survey. BMC psychology. 2014;2(1):1-11.
5. Santini ZI, Jose PE, Cornwell EY, Koyanagi A, Nielsen L, Hinrichsen C, et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. The Lancet Public Health. 2020;5(1):e62-e70.
6. Vahia VN. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: A quick glance. Indian journal of psychiatry. 2013;55.۲۲۰:(۳)
7. Ioannou MC, Mogg K, Bradley BP. Vigilance for threat: Effects of anxiety and defensiveness. Personality and Individual Differences. 2004;36(8):1879-91.
8. Mazza C, Ricci E, Marchetti D, Fontanesi L, Di Giandomenico S, Verrocchio MC, et al. How personality relates to distress in parents during the COVID-19 lockdown: The mediating role of child's emotional and behavioral difficulties and the moderating effect of living with other people. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020;17(17):6236.
9. Krueger R, Derringer J, Markon K, Watson D, Skodol A. The personality inventory for DSM-5—brief form (PID-5-BF)—adult. American Psychiatric Association. 2013.
10. Anderson JL, Sellbom M, Salekin RT. Utility of the Personality Inventory for DSM-5–Brief Form (PID-5-BF) in the measurement of maladaptive personality and psychopathology. Assessment. 2018;25(5):596-607.
11. Cheli S, Lam WW, Estapé T, Winterling J, Bahcivan O, Andritsch E, et al. Risk perception, treatment adherence ,and personality during COVID-19 pandemic: An international study on cancer patients. Psycho-oncology. 2022.
12. Sica C, Latzman RD, Caudek C, Cerea S, Colpizzi I, Caruso M, et al. Facing distress in Coronavirus era: The role of maladaptive personality traits and coping strategies. Personality and individual differences. 2021;177:110833.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.2.12.8]
[DOI: 10.52547/rbs.20.2.329]

13. Velotti P, Civilla C, Rogier G, Beomonte Zobel S. A fear of COVID-19 and PTSD symptoms in pathological personality: the mediating effect of dissociation and emotion dysregulation. Frontiers in psychiatry. 2021;12:590021.

14. Ahorsu DK, Lin C-Y, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. International journal of mental health and addiction. 2020:1-9.

15. Perin C, Beghi M, Cerri CG, Peroni F, Viganò B, Cornaggia CM. Experience of group conversations in rehabilitation medicine: methodological approach and pilot study. Journal of Medicine and the Person. 2015;13(2):96-104.

16. Krueger RF, Kotov R, Watson D ,Forbes MK, Eaton NR, Ruggero CJ, et al. Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. World Psychiatry. 2018;17(3):282-93.

17. Kaplow JB, Curran PJ, Angold A, Costello EJ. The prospective relation between dimensions of anxiety and the initiation of adolescent alcohol use. Journal of clinical child psychology. 2001;30(3):316-26.

18. Colder CR, Scalco M, Trucco EM, Read JP, Lengua LJ, Wieczorek WF, et al. Prospective associations of internalizing and externalizing problems and their co-occurrence with early adolescent substance use. Journal of abnormal child psychology. 2013;41(4):667-77.

19. Harper CA, Satchell LP, Fido D, Latzman RD. Functional fear predicts public health compliance in the COVID-19 pandemic. International journal of mental health and addiction. 2021;19(5):1875-88.

20. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. General psychiatry.(۲)۳۳;۲۰۲۰ .

21. Taylor S. The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease. 2019.

22. Asmundson GJ, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. Journal of anxiety disorders. 2020;71:102211.

23. Terrizzi Jr JA, Shook NJ, McDaniel MA. The behavioral immune system and social conservatism: A meta-analysis. Evolution and Human Behavior. 2013.۹۹-۱۰۸:(۲)۳۴;

24. Li W, Li G, Xin C, Wang Y, Yang S. Challenges in the practice of sexual medicine in the time of COVID-19 in China. The journal of sexual medicine. 2020;17(7):1225-8.

25. Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ. 60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. Psychiatry. 2002;65(3):240-60.

26. Slovic P. Perception of risk. Science. 1987;236(4799):280-5.

27. Kiecolt-Glaser JK, McGuire L, Robles TF, Glaser R. Emotions, morbidity, and mortality: New perspectives from psychoneuroimmunology. Annual review of psychology. 2002;53(1):83-107.

28. Schaller M, Murray DR, Bangerter A. Implications of the behavioural immune system for social behaviour and human health in the modern world. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences. 2015;370(1669):20140105.

29. Rosenbaum L. The untold toll—the pandemic's effects on patients without Covid-19. Mass Medical Soc; 2020. p. 2368-71.

30. Pereira-Sanchez V, Adiukwu F, El Hayek S, Bytyçi DG, Gonzalez-Diaz JM, Kundadak GK, et al. COVID-19 effect on mental health: patients and workforce. The Lancet Psychiatry. 2020;7(6):e29-e30.

31. Krueger RF, Eaton NR, Clark LA, Watson D, Markon KE, Derringer J, et al. Deriving an empirical structure of personality pathology for DSM-5. Journal of personality disorders. 2011;25(2):170.

32. Wright AG, Thomas KM, Hopwood CJ, Markon KE, Pincus AL, Krueger RF. The hierarchical structure of DSM-5 pathological personality traits. Journal of abnormal psychology. 2012;121(4):951.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.2.12.8]

[DOI: 10.52547/rbs.20.2.329]

33. Anderson JL, Sellbom M, Bagby RM, Quilty LC, Veltri CO, Markon KE, et al. On the convergence between PSY-5 domains and PID-5 domains and facets: Implications for assessment of DSM-5 personality traits. Assessment. 2013;20(3):286.۹۴-

34. Abdi R, Chalabianlou G. Adaptation and psychometric characteristic of personality inventory for DSM-5-Brief Form (PID-5-BF). Journal of Modern Psychological Researches. 2017;12(45):131-54.

35. Vaisi S IS, Behrouz B, Imani S. Evaluation of the psychometric properties of the short scale of fear of contracting the coronavirus disease (Covid-19). Advances in Behavioral Sciences. 2020;5(42):1-10.

36. Sechrist KR, Walker SN, Pender NJ. Health promotion model-instruments to measure HPM behavioral determinants: exercise benefits/barriers scale [EBBS](Adult Version). 1987.

37. Frank-Stromborg M, Pender NJ, Walker SN, Sechrist KR. Determinants of health-promoting lifestyle in ambulatory cancer patients. Social Science & Medicine. 1990;31(10):1159-68.

38. Beshrpour S HRH, Atadakht A, Dryadel SJ, Nasiri R. Health-promoting lifestyle: the role of beliefs and health-promoting lifestyle in predicting anxiety in pregnant women. Journal of Health Education and Health Promotion of Iran. 2015;3(3):171-80.

39. Cuijpers P, Smit F, Penninx BW, de Graaf R, ten Have M, Beekman AT. Economic costs of neuroticism: a population-based study. Archives of general psychiatry. 2010;67(10):1086-93.

40. Nikčević AV, Marino C, Kolubinski DC, Leach D, Spada MM. Modelling the contribution of the Big Five personality traits, health anxiety, and COVID-19 psychological distress to generalised anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic. Journal of affective disorders. 2021;279:578-84.

41. Burton LC, Newsom JT, Schulz R ,Hirsch CH, German PS. Preventive health behaviors among spousal caregivers. Preventive medicine. 1997;26(2):162-9.

42. Niu Z, Qin Z, Hu P, Wang T. Health beliefs, trust in media sources, health literacy, and preventive behaviors among high-risk Chinese for COVID-19. Health Communication. 2022;37(8):1004-12.

43. Biondi S, Casale S, Burrai J, Mazza C, Cavaggioni G, Ferracuti S, et al. Personality and lockdown: a study on Italian undergraduates during the covid-19 pandemic. Frontiers in Psychiatry. 2021;12:6.۲۲۳۶۶

44. Costa RM, Brody S. Immature psychological defense mechanisms are associated with greater personal importance of junk food, alcohol, and television. Psychiatry Research. 2013;209(3):535-9.

45. Schimmenti A, Billieux J, Starcevic V. The four horsemen of fear: An integrated model of understanding fear experiences during the COVID-19 pandemic. Clinical Neuropsychiatry. 2020;17(2):41.

46. Orrù G, Ciacchini R, Gemignani A, Conversano C. Psychological intervention measures during the COVID-19 pandemic .Clinical Neuropsychiatry. 2020;17(2):76.

47. Reardon S. Ebola's mental-health wounds linger in Africa: health-care workers struggle to help people who have been traumatized by the epidemic. Nature. 2015;519(7541):13-5.

48. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. Psychiatry and clinical neurosciences. 2020;74(4):281.

49. Shultz JM, Cooper JL, Baingana F, Oquendo MA, Espinel Z, Althouse BM, et al. The role of fear-related behaviors in the 2013–2016 West Africa Ebola virus disease outbreak. Current psychiatry reports. 2016;18(11):1-14.

50. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al .The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. The lancet. 2020;395(10227):912-20.

51. Xiang Y-T, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. The lancet psychiatry. 2020;7(3):228-9.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.2.12.8]
[DOI: 10.52547/rbs.20.2.329]

52. Khanal P, Paudel K, Devkota N, Dahal M, Mishra SR, Joshi D. Corona virus fear among health workers during the early phase of pandemic response in Nepal: A web-based cross-sectional study. PLOS Global Public Health. 2021;1(12):e0000083.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.2.12.8]

[DOI: 10.52547/rbs.20.2.329]