




## نقش واسطه‌ای امید به زندگی در رابطه باورهای مذهبی و اضطراب بیماری کروناویروس

مهدی ارخودی قلعه نوئی \*  دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد، ایران.

مرضیه حقایقی  دانشجوی دکتری سنجش و اندازه‌گیری دانشگاه تهران، ایران.

طلیعه سعیدی رضوانی  دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد، ایران.

### چکیده

همه‌گیری کروناویروس در جهان و ایران موجب مشکلات جسمی و روانی بسیاری از جمله اضطراب در افراد شده است. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای امید به زندگی در رابطه باورهای مذهبی و اضطراب بیماری کروناویروس بود. طرح پژوهش توصیفی همبستگی و به عبارت دقیق‌تر تحلیل مسیر بود. جامعه آماری کلیه افراد ۱۸ تا ۶۰ ساله بودند که طی یک فراخوان اینترنتی در پژوهش شرکت کردند. پرسشنامه‌های اضطراب بیماری کروناویروس، امید به زندگی و باورهای مذهبی به صورت آنلاین برای شرکت‌کنندگان ارسال شد و تعداد ۱۱۱۵ نفر (۸۲۵ زن و ۲۹۰ نفر مرد) به صورت در دسترس به پرسشنامه‌ها پاسخ گفتند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS19 و AMOUS تحلیل شد. نتایج نشان داد مدل پیشنهادی اصلاح شده از برازش مناسبی برخوردار است ( $\chi^2=48/75$ ،  $df=13$ ،  $P=0/20$ ،  $df=13$ ،  $\chi^2/df=3/75$ ،  $AIC=518/33$  و  $058/0=RMSEA$ ،  $98/0=NFI$ ،  $98/0=CFI$ ،  $92/0=AGFI$ ،  $94/0=GFI$ ). اثر غیرمستقیم باورهای مذهبی بر اضطراب بیماری کروناویروس با میانجی‌گری امید به زندگی معنی‌دار بود. همچنین اثر مستقیم و مثبت باورهای مذهبی بر امید به زندگی (با دو مؤلفه تفکر راهبردی و تفکر عاملی) و نیز اثر مستقیم و منفی امید به زندگی (با دو مؤلفه تفکر راهبردی و تفکر عاملی) با اضطراب بیماری کروناویروس معنی‌دار بود. با استفاده از تقویت باورهای مذهبی در افراد، می‌توان به‌طور غیرمستقیم اضطراب بیماری کروناویروس را در همه‌گیری این بیماری کاهش داد.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، کروناویروس، امید به زندگی، باورهای مذهبی.

\* نویسنده مسئول: mahdi.arkhodi@gmail.com

## مقدمه

همه‌گیری کروناویروس جدید که در دسامبر ۲۰۱۹ از شهر ووهان چین آغاز شد و به سرعت در سایر نقاط جهان گسترش یافت، ممکن است باعث بروز مشکلات شدید تنفسی و کشنده از سرماخوردگی گرفته تا بیماری‌های شدیدتر مانند مرس<sup>۱</sup> و سارس<sup>۲</sup> شود (هوآنگک، وانگک، لی، رن، ژائو، هو و گو<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰) در پی بحران همه‌گیری بیماری کروناویروس در جهان، این بیماری در ایران نیز به سرعت شیوع پیدا کرده، سلامت جسمانی افراد را تهدید کرده و منجر به فوت بسیاری از افراد گردیده است (فرونش؛ علیشیری، حسینی ذی جود، درستکار و جلالی فراهانی، ۱۳۹۹). همه‌گیری کرونا ویروس همچنین دارای تأثیرات روان‌شناختی قابل توجهی بر انسان بوده است به طوری که موجب بروز انواع مشکلات روان‌شناختی همچون اختلال استرس پس از سانحه، اضطراب و افسردگی در افراد شده است (اسماندسون و تیلور<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰؛ چن، لیانگک، لی، گائو، فی، وانگک و لی<sup>۵</sup>، ۲۰۲۰؛ دوان و ژو<sup>۶</sup>، ۲۰۲۰، ژیاو<sup>۷</sup>، ۲۰۲۰).

اضطراب<sup>۸</sup> که به‌عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی در بحران همه‌گیری کروناویروس شناخته شده است (اسماندسون و تیلور، ۲۰۲۰) پاسخی معمول به شرایط ناراحت‌کننده ذهنی، ترس یا احساس درماندگی مرتبط با شرایط تهدیدکننده یا پیش‌بینی تهدید ناشناخته نسبت به خود و اطرافیان تعریف شده است (داویدهیزار و دود<sup>۹</sup>، ۱۹۹۶). به‌طور کلی وجود اضطراب نشان‌دهنده موضع‌گیری متفاوت انسان‌ها در برابر شرایط تهدیدکننده، متفاوت بوده و می‌تواند اثر مثبتی بر فرآیند زندگی و رشد داشته باشد، لذا اضطراب در حد متوسط، پاسخی انطباقی تلقی می‌شود و نه تنها ضرری برای فرآیند رشد

- 
1. MERS
  2. SARS
  3. Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y. & Gu, X
  4. Asmundson, G. J., & Taylor, S.
  5. Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L. & Li, X
  6. Duan, L., & Zhu, G.
  7. Xiao, C.
  8. Anxiety
  9. Davidhizar, R., & Dowd, S. B.

انسان ندارد، بلکه می‌تواند امری مثبت و مفید در نظر گرفته شود (اسماندسون و تیلور، ۲۰۲۰)؛ اما اضطراب بالا تبعات منفی بسیاری برای سلامت روانی و جسمی افراد دارد به طوری که ممکن است در طولانی مدت منجر به بروز انواع اختلالات روانی، تضعیف سیستم ایمنی بدن و افزایش خطر ابتلا به بیماری گردد (ژو، سان، ژانگ، اونگ، فن، یانگ و ژیاو<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). در شرایط بحرانی همه‌گیری نیز سطح بهینه‌ای از اضطراب می‌تواند نقش مهمی در موفقیت راهبردهای بهداشت عمومی و رفتارهای خودمراقبتی جهت مدیریت همه‌گیری ایفا کند (تیلور، ۲۰۱۹). بنا بر پژوهش‌ها، در بحران همه‌گیری بیماری کروناویروس، احساس اضطراب با احساس وحشت و ترس بیشتری همراه بوده است (اسماندسون و تیلور، ۲۰۲۰؛ لین<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰؛ زرقامی ۲۰۲۰) و تهدیدی برای سلامت روان است (عینی، عبادی و ترابی، ۱۳۹۹)؛ بر این اساس بررسی عوامل اثرگذار بر سطح اضطراب در بحران همه‌گیری بیماری کرونا اهمیت بسیاری می‌یابد.

پژوهش‌ها در زمینه‌ی عوامل مؤثر بر اضطراب در شرایط تهدیدزا بیانگر اثرگذاری عوامل جمعیت شناختی و شخصیتی (اوزدین و یایراک اوزدین<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰؛ ولک، برازیل، فرانکلین-لوتر، دان و ویلانکورت<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰، سیریلی<sup>۵</sup>، ۱۹۹۹)؛ فرهنگی (اوک، شملوفسکی و رینهاردت<sup>۶</sup>، ۲۰۱۹) و مذهبی (کوئینگ<sup>۷</sup>، ۲۰۲۰؛ توماس و بارابتو<sup>۸</sup>، ۲۰۲۰) بر سطح اضطراب افراد بوده است؛ که در این بین عوامل مذهبی که از جمله شاخص‌های آن، باورهای مذهبی<sup>۹</sup> و عمل به آن است، از مهم‌ترین پیش‌بین‌های سطح اضطراب به شمار می‌آید (احمد و جابر<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۹؛ دی زوتر، سوئنز، لوئیکس، بروینیل، ونستینکیست، دورینز

- 
1. Zhu, J., Sun, L., Zhang, L., Wang, H., Fan, A., Yang, B. & Xiao
  2. Lin, C. Y.
  3. Özdin, S., & Bayrak Özdin, Ş.
  4. Volk, A. A., Brazil, K. J., Franklin-Luther, P., Dane, A. V., & Vaillancourt, T.
  5. Cicirelli, V. G.
  6. Oker, K., Schmelowszky, Á., & Reinhardt, M.
  7. Koenig, H. G.
  8. Thomas, J., & Barbato, M.
  9. Religious Beliefs
  10. Ahmad, A. A., & Gaber, O. H.

و هاتسبوت<sup>۱</sup>؛ ۲۰۰۸؛ هبرت، دنگ و شولز<sup>۲</sup>؛ ۲۰۰۷؛ سافارا و بهاتیا<sup>۳</sup>؛ ۲۰۰۸؛ سلیم و سلیم<sup>۴</sup>؛ ۲۰۲۰؛ ون<sup>۵</sup>؛ ۲۰۱۰). دین نظام اعتقادی منسجمی است که همراه با مجموعه‌ای از اعمال، شیوه‌ی پاسخ‌دهی افراد به تجارب زندگی را تعیین کرده و در ابعاد گوناگون زندگی انسان نقش قابل توجهی دارد (زولینگ، وارد و هورن<sup>۶</sup>؛ ۲۰۰۶). عمل به باورهای دینی اشاره به کاربرد دستورات دین در سه جنبه اعتقادات، عبادات و اخلاقیات دارد. منظور از «اعتقادات» بخشی از شناخت‌ها و دانش دینی است که اعتقاد به آن‌ها لازم است؛ مثل ایمان به وجود خدا، ایمان به یگانگی او، عدل، حکمت، رحمت و دیگر صفات الهی. منظور از «عبادات» همان شعائر دینی، مثل نماز، روزه، دعا، ذکر و تلاوت قرآن است و منظور از «اخلاقیات» نیز آن بخش از تعالیم اسلام است که صفات و رفتارهای پسندیده و ناپسند را مشخص می‌کند (داوودی، ۱۳۸۵؛ نقل در عزیزی، صادقی، مظاهری، فیاض بخش، ۱۳۹۱).

نقش‌های روان‌شناختی مهم و متعددی چون ایجاد امید، صمیمیت با دیگران، آرامش هیجانی، خودشکوفایی، نزدیکی به خدا و کمک به حل مشکلات را برای مذهب توصیف شده است که به افراد در درک و کنار آمدن با وقایع تهدیدزای زندگی کمک می‌کند (عزیزی و همکاران، ۱۳۹۱؛ محمد زاده، جعفری و حاجلو، ۱۳۹۴). کوئینگ (۲۰۲۰) تصریح می‌کند باورهای مذهبی و عمل به آن، راهبردی مقابله‌ای در شرایط تهدیدزا بوده و در بحران همه‌گیری بیماری، برقراری ارتباط با خدا، سلامت معنوی، حمایت از والدین و دوستان، اثر مثبتی بر تقویت سیستم ایمنی، کاهش سطح استرس و اضطراب و سلامت روانی و جسمی خواهد گذاشت. پژوهش‌ها بر نقش پیشگیرانه مذهب در برابر اختلالات روانی از جمله اضطراب، افسردگی و به‌طور کلی سلامت روان تأکید کرده‌اند به‌طوری‌که نتایج نشان می‌دهد افرادی که باورهای مذهبی قوی‌تری دارند و در انجام اعمال مذهبی

1. Dezutter, J., Soenens, B., Luyckx, K., Bruyneel, S., Vansteenkiste, M., Duriez, B., & Hutsebaut, D.
2. Hebert, R. S., Dang, Q., & Schulz, R.
3. Safara, M., & Bhatia, M.
4. Saleem, T., & Saleem, S.
5. Wen, Y.-H.
6. Zullig, K. J., Ward, R. M., & Horn, T.

مقیدتر هستند، نسبت به افرادی که باور و عمل مذهبی ندارند از سلامت روان و سازگاری بهتری در برابر شرایط تهدیدزای زندگی برخوردار هستند (جلالیان، گرامی پور و برجعلی، ۱۳۹۵؛ سلیمانی و همکاران، ۲۰۲۰؛ جعفری و محمدزاده، ۱۳۹۲؛ محمدزاده و همکاران، ۱۳۹۴؛ منصور نژاد، کججاف، ۱۳۹۱؛ گنجی و حسینی، ۱۳۸۹).

باورهای مذهبی علاوه بر تأثیری که می‌تواند بر کاهش اضطراب افراد در مواجهه با شرایط تهدید زا و بحرانی داشته باشد، از طریق اثرگذاری بر متغیرهای متعددی چون امید به زندگی<sup>۱</sup> نیز می‌تواند بر کاهش سطح اضطراب افراد مؤثر واقع شود. اسنایدر، امیدواری را فرایند تفکر در مورد اهداف شخصی، همراه با انگیزشی برای حرکت به سمت اهداف و روش‌هایی برای رسیدن به آن‌ها تعریف می‌کند (اسنایدر، لیمان، کلاک و مانسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). بر اساس نظریه اسنایدر، امید مکانیسم سازگاری مهمی در نظر گرفته می‌شود که می‌تواند در شرایط تهدید زا و بحرانی از جمله بیماری، به افراد در شناسایی اهداف و سازگاری در مقابل مشکلات و بیماری کمک کند (برجعلی، عباسی، اسدیان و اعیادی، ۱۳۹۵). در مقابل ناامیدی حالتی است که با احساس ناممکن بودن امور و ناتوانی و بی‌رغبت بودن به زندگی آشکار می‌شود، به طوری که فرد توانایی ارزیابی موقعیت‌ها و تصمیم‌گیری درست را از دست داده و در شرایط تهدید زا به احتمال بیشتری دچار انواع اختلالات روانی و جسمی می‌شود (رویین تن، آزادی، افشین و امینی، ۱۳۹۸). یافته‌های اسنایدر در این زمینه نشان می‌دهد امید به زندگی نقش مؤثری در بهبود و ارتقا سطح فعالیت‌های خودمراقبتی، کیفیت زندگی، سلامت جسمانی و روانی بیماران ایفا می‌کند (اسنایدر، لیمن، کلاک و ماسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). برندس، کیف، سومرز، کوتادیا، پورتر و چیونز<sup>۴</sup> (۲۰۱۰) در مطالعه خود نشان دادند امید و خوش‌بینی به آینده، از طریق اثرگذاری بر سازگاری روان‌شناختی و بهزیستی پیش‌بینی شده کاهش علائم افسردگی و

---

1. Hope

2. Snyder, C., Lehman, K. A., Kluck, B., & Monsson, Y.

3. Snyder, C., Lehman, K. A., Kluck, B., & Monsson, Y.

4. Berendes, D., Keefe, F. J., Somers, T. J., Kothadia, S. M., Porter, L. S., & Cheavens, J. S.

اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان هستند. نتایج مطالعه انجم<sup>۱</sup> (۲۰۲۰) نیز بیانگر نقش پیش‌بینی‌کنندگی بالای هیجان‌ات مثبت ثانویه همچون امید، اعتماد، رضایت، خوشبختی و اشتیاق در تقویت سیستم ایمنی روانی و کاهش پیامدهای منفی بحران همه‌گیری بیماری کروناویروس چون اختلالات هراسی و عملکردی است. نتایج سایر پژوهش‌ها نیز نشان‌دهنده نقش امید به زندگی در کاهش اضطراب و افسردگی بوده است (دیپیرو، فیت و جانسون-موتویاما<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸؛ جرمن، لئونارد، هیث، استوارد و لیوری<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸؛ راجاندرام، هو، سامان، چان، مک-گراس و زوالن<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱). همچنین نقش میانجی‌گرانه امید در ارتباط بین باورهای مذهبی و متغیرهای روان‌شناختی همچون بهزیستی روانی (آقا بابائی، ۲۰۱۹؛ ون کاپلان، گوادیر، ساروعلو و فردریکسون<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶) و افسردگی (چنگ و همکاران، ۲۰۱۶؛ روزه، روزه، میلر و دیر<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸) نیز مورد تأیید قرار گرفته است.

بدین ترتیب با نظر به روند رو به رشد اختلالات اضطرابی مرتبط با بیماری کرونا و پیامدهای منفی ناشی از آن، چون تضعیف سیستم ایمنی و آسیب‌پذیری افراد در برابر این بیماری و نقش انکارناپذیر دو متغیر باورهای مذهبی و امید به زندگی بر کاهش سطح اضطراب، هدف پژوهش حاضر بررسی اثرات مستقیم و غیرمستقیم باورهای مذهبی بر اضطراب کرونا از طریق متغیر واسطه‌ای امید به زندگی در قالب مدل‌های علی بود.

### روش پژوهش

روش پژوهش حاضر به لحاظ هدف، کاربردی و از حیث گردآوری داده‌ها در زمره پژوهش‌های پیمایشی و به لحاظ ماهیت و شیوه اجرا همبستگی و به عبارت دقیق‌تر بررسی روابط علی غیرآزمایشی قرار داشت. جامعه آماری پژوهش کلیه افراد ۱۸ تا ۶۰ ساله بود که طی یک فراخوان اینترنتی در پژوهش شرکت کردند. این روش با توجه به شرایطی که

1. Anjum, G.
2. DiPierro, M., Fite, P. J., & Johnson-Motoyama, M.
3. Germann, J. N., Leonard, D., Heath, C. L., Stewart, S. M., & Leavey, P. J.
4. Rajandram, R. K., Ho, S. M., Samman, N., Chan, N., McGrath, C., & Zwahlen, R. A.
5. Van Cappellen, P., Toth-Gauthier, M., Saroglou, V., & Fredrickson, B. L.
6. Rose, A. H., Rose, J. R., Miller, R. B., & Dyer, W. J.

جامعه ایران تحت تأثیر ویروس کرونا بوده، مردم در قرنطینه به سر می‌بردند و محدودیت‌های تردد وجود داشت انتخاب شد. نمونه‌ای بالغ بر ۱۱۱۵ نفر (۸۲۵ زن و ۲۹۰ نفر مرد) به نسخه اینترنتی پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین پاسخ دادند؛ بنابراین انتخاب نمونه با روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS19 و AMOUS تحلیل شدند.

جهت گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱) مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS8): این مقیاس جهت سنجش اضطراب ناشی از شیوع بیماری کروناویروس در ایران توسط علی‌پور، قدمی، علی‌پور و عبدالله زاده (۱۳۹۸) تهیه و اعتبار یابی شده است. نسخه نهایی این مقیاس دارای ۱۸ گویه و ۲ مؤلفه (عامل) است. گویه‌های ۱ تا ۹ علائم روانی و گویه‌های ۱۰ تا ۱۸ علائم جسمانی را می‌سنجد که در طیف ۴ درجه‌ای لیکرت (هرگز=۰، گاهی اوقات=۱، بیشتر اوقات=۲ و همیشه=۳) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالا نشان‌دهنده سطح بالاتری از اضطراب بیماری کروناویروس در افراد است. پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای عامل اضطراب روانی (۰/۸۷۹)، عامل اضطراب جسمانی (۰/۸۶۱) و برای کل پرسشنامه (۰/۹۱۹) به دست آمده است. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ برابر برابر ۰/۹۳ بدست آمد.

۲) پرسشنامه امید به زندگی اسنایدر: پرسشنامه امید به زندگی اسنایدر (۱۹۹۱) که به ارزیابی میزان امید به زندگی در افراد می‌پردازد، دارای ۱۲ آیتم است که ۸ آیتم آن مورد استفاده قرار می‌گیرد و ۴ آیتم دیگر دروغ‌سنج هستند و در نمره‌گذاری به حساب نمی‌آیند. از این ۸ آیتم، چهار آیتم آن مربوط به تفکر عاملی (۲، ۹، ۱۰، ۱۲) و چهار آیتم آن مربوط به تفکر راهبردی (۱، ۴، ۶ و ۸) است که بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. سؤالات ۳، ۷ و ۱۱ معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. امتیازات بالاتر، نشان‌دهنده امید به زندگی بیشتر در فرد است و برعکس. اسنایدر و همکاران (۲۰۰۰) همسانی درونی مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ

۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و ضریب اعتبار آن را با روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. در روایی هم‌زمان اسنایدر و همکاران (۲۰۰۷) همبستگی این مقیاس را با مقیاس افسردگی بک ۰/۴۴- گزارش کرده‌اند (کوهساریان، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۳ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب این پرسشنامه است.

۳) پرسشنامه باورهای مذهبی: این پرسشنامه توسط نجفی (۱۳۸۵) برای سنجش عمل به باورهای دینی تهیه شده است که دارای ۲۵ پرسش است و در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (خیلی کم=۱ تا خیلی زیاد=۵) نمره‌گذاری شده و عمل (نه اعتقاد و نگرش) به باورهای دینی را می‌سنجد. در پژوهش پورستار و حکمتی (۱۳۸۹)، پایایی این آزمون از طریق بازآزمایی و دونیمه کردن به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۹۱ به دست آمده است. هم‌چنین ضریب آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۹۴ به دست آمده است. روایی آزمون نیز با استفاده از روایی صوری مناسب گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۳ به دست آمد که نشان‌دهنده مطلوب بودن پایایی این پرسشنامه است.

### یافته‌ها

پس از حذف پرسشنامه‌های ناقص، داده‌های مربوط به ۱۱۱۱ نفر (۸۲۶ زن و ۲۸۵ نفر مرد) موردبررسی قرار گرفت. در کل نمونه ۷۴/۳۴ درصد را زنان تشکیل می‌دادند، ۵۵/۴۴ درصد مجرد، ۲۳/۴۰ درصد تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم، ۴۸/۷۰ درصد لیسانس، ۲۳/۸۵ فوق‌لیسانس و ۴/۰۵ تحصیلات دکتری داشتند. ۴۲/۱۲ درصد افراد سن بالای ۳۳ سال را داشتند و کمینه و بیشینه سن ۱۸ و ۶۰ سال بود. میانگین زنان و مردان در اضطراب بیماری کروناویروس به ترتیب ۱۴/۴۰ و ۱۲/۵۸ بود. هم‌چنین برای زنان و مردان میانگین امید به زندگی به ترتیب ۳۲/۳۷ و ۳۲/۸۴ و نیز میانگین باورهای مذهبی به ترتیب ۴۶/۶۱ و ۴۵/۱۸ بود.

پیش از اجرای تحلیل آماری به غربالگری داده‌ها و شناسایی پرت‌های تک متغیره با نمودار باکس پرداخته شد. تعداد ۱۱ پرسشنامه که پرت تک متغیره بودند حذف شدند. شناسایی پرت‌های چندمتغیره نیز با آمار ماهالانویس صورت گرفت و داده‌های ۱۱



آزمودنی که فاصله ماها لانویس آنها بیشتر از مقدار خی-دو ( $\chi^2 = 11/345$ ) بر اساس درجات آزادی (تعداد متغیرها که در اینجا سه متغیر پیش‌بین موجود در مدل بود) و سطح اطمینان ۰/۰۱، به‌عنوان داده پرت چندمتغیره حذف شدند. بر این اساس تحلیل با داده‌های مربوط به ۱۰۸۹ نفر شرکت‌کننده ادامه یافت. شاخص اصلاح‌شده در مورد تمامی شرکت‌کنندگان از  $\alpha = 0/02$  بزرگ‌تر بود. شاخص‌های توصیفی و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهشی در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهشی

متغیرها	اضطراب کرونا و ویروس			
	روانی	جسمانی	تفکر عاملی	تفکر راهبردی
اضطراب کرونا	۱			
ویروس	۰/۷۲**	۱		
تفکر عاملی	-۰/۲۲**	-۰/۱۸**	۱	
امید به زندگی	-۰/۳۰**	-۰/۳۰**	۰/۶۵**	۱
تفکر راهبردی	-۰/۱۲*	-۰/۱۲*	۰/۱۷**	۰/۱۴**
باورهای مذهبی	۱۰/۴۱	۳/۲۷	۱۵/۹۳	۱۶/۶۹
میانگین	۴۶/۳۷	۴/۳۲	۲/۵۲	۲/۲۷
انحراف معیار	۵/۵۸	۰/۰۵	-۰/۵۹	-۰/۵۴
کجی	۰/۶۳	۰/۰۵	-۰/۵۹	-۰/۴۷
کشیدگی	۰/۰۳	-۰/۲۴	۰/۲۵	۰/۲۵

\*\* معناداری در سطح ۰/۰۱ و \* معناداری در سطح ۰/۰۵

نتایج درج‌شده در جدول ۱ نشان می‌دهد که همبستگی بین مؤلفه‌های امید به زندگی (تفکر عاملی، تفکر راهبردی) و مؤلفه‌های اضطراب کرونا و ویروس (روانی و جسمانی) منفی و معنادار بود ( $P \leq 0/01$ ). همچنین همبستگی بین زیر مؤلفه‌های امید به زندگی و

باورهای مذهبی مثبت و معنادار بود ( $P \leq 0/01$ ). همبستگی بین اضطراب بیماری کرونا در زیر مؤلفه‌های آن و باورهای مذهبی نیز معنادار بود ( $P < 0/05$ ).

تحلیل مسیر، علاوه بر غربالگری اولیه، آن‌چنان که در بالا اشاره شد، نیازمند بررسی برخی مفروضات اساسی است. بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها (جدول ۱)، با در نظر گرفتن کجی و کشیدگی در بازه (+۱ و -۱)، (فیدل و اولمان<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷) نشان داد که کجی و کشیدگی در تمامی متغیرها در سطح مطلوبی قرار داشت. در بررسی نرمال بودن چند متغیره، پس از محاسبه مقادیر باقیمانده‌های استاندارد شده<sup>۲</sup>، توزیع باقیمانده‌ها با آزمون کالموگروف-اسمیرنوف یک‌راهه<sup>۳</sup> مورد بررسی قرار گرفت. بزرگ‌تر بودن سطح معناداری آزمون از آلفای  $P \geq 0/001$  نشان از نرمال بودن توزیع متغیرها دارد (تاباکنیک و همکاران، ۲۰۰۷). نتایج نشان داد که توزیع باقیمانده‌ها نرمال است ( $P \geq 0/01$ ،  $df=1088$ ،  $Z=0/031$ ).

در بررسی عدم هم‌خطی متغیرهای پیش‌بین مدل، اگر شاخص تحمل<sup>۴</sup> کوچک‌تر از ۱ و بزرگ‌تر از ۰/۴۰ و شاخص تورم واریانس<sup>۵</sup> (VIF) کوچک‌تر از ۱۰ باشد (استیونس<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲) مفروضه عدم هم‌خطی چندگانه محقق شده است. نتایج نشان داد که ضرایب تحمل از ۰/۷۹ تا ۰/۹۸ و تورم واریانس از ۱/۰۳ تا ۱/۲۳ در تغییر بودند. بر این اساس می‌توان رأی به تحقق مفروضه داد. در بررسی مفروضه استقلال خطاها از آماره دوربین واتسون استفاده شد. ضرایب نزدیک به ۲ برای این آماره نشان از استقلال خطاها دارند (نتر، کانتر، ناچتشیتم و وسرمن<sup>۷</sup>، ۱۹۹۶). این ضریب در مدل مسیر پژوهش حاضر برابر با ۱/۹۴ بود.

1. Tabachnick, Fidell, & Ullman
2. Standardized residuals
3. One way Kolmogorov-smirnov
4. Tolerance
5. Variance inflation facto (VIF)
6. Stevens, J. P.
7. Neter, J., Kutner, M. H., Nachtsheim, C. J., & Wasserman, W.

پس از تحقق مفروضات، مدل مفهومی پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. برآورد مدل با روش بیشینه درست نمایی<sup>۱</sup> انجام شد. جهت بررسی برازش مدل شاخص‌های متعددی وجود دارد. غیرمعتادار بودن آماره خبی دو یکی شاخص‌های برازش مدل است؛ اما این شاخص از حجم نمونه تأثیر می‌پذیرد. بر این اساس باید از سایر شاخص‌های برازش نیز استفاده شود. مقادیر بین یک تا ۳ برای خبی دو به درجات آزادی  $(df/۲\chi)$ ، مقادیر ۰/۰۵ و کمتر ریشه میانگین خطای مجذورات تقریب<sup>۲</sup> (RMSEA) و مقادیر ۰/۹۵ و بیشتر برای شاخص نیکویی برازش<sup>۳</sup> (GFI)، شاخص تعدیل شده نیکویی برازش<sup>۴</sup> (AGFI)، شاخص برازندگی تطبیقی<sup>۵</sup> (CFI) و شاخص نرم شده برازندگی<sup>۶</sup> (NFI) نشان از برازش مطلوب مدل دارند (تاباکنیک و همکاران، ۲۰۰۷).

شاخص‌های برازش مدل اولیه (جدول ۲) نشان داد که مدل اولیه پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار نیست ( $۲\chi=۵۴۴/۲۲$ ،  $df=۱۰۹$ ،  $P=۰/۰۰$ ،  $df/۲\chi=۸۴/۰$ ،  $GFI=۰/۸۴$ ،  $AGFI=۰/۸۳$ ،  $CFI=۰/۸۱$ ،  $NFI=۰/۸۲$ ،  $RMSEA=۰/۱۲۳$ ،  $AIC=۸۲۸/۵۰$ ).

جدول ۲: شاخص‌های برازش مدل

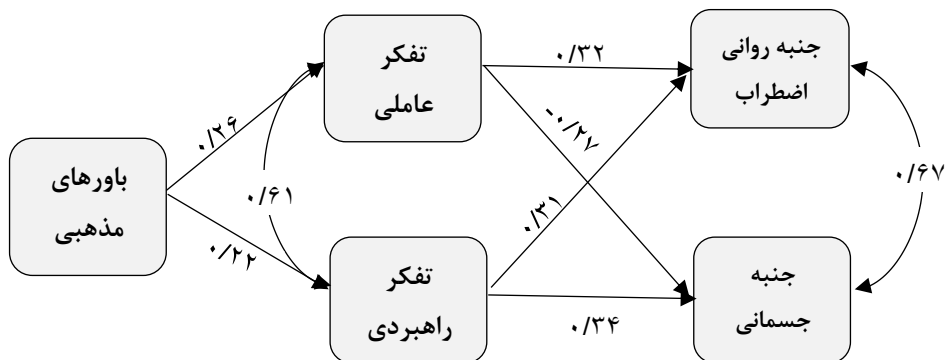
مدل	$۲\chi$	df	P	$df/۲\chi$	GFI	AGFI	CFI	NFI	RMSEA	AIC
اولیه	۷۴/۸۵	۱۵	۰/۰۰	۴/۹۹	۰/۸۴	۰/۸۳	۰/۸۱	۰/۸۲	۰/۱۲۳	۸۲۸/۵۰
اصلاح شده	۴۸/۷۵	۱۳	۰/۲۰	۳/۷۵	۰/۹۴	۰/۹۲	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۰۵۸	۵۱۸/۳۳

آزمون برازندگی الگو با استفاده از انتخاب اصلاح الگو با حذف مسیر باورهای مذهبی به اضطراب کرونا و ایجاد کواریانس باقیمانده‌های خطا برای زیر مؤلفه‌های امید به زندگی شامل تفکر عاملی و تفکر راهبردی و همچنین ایجاد کواریانس مشترک باقیمانده‌های خطا برای زیر مؤلفه‌های جنبه روانی اضطراب کرونا و جنبه جسمانی اضطراب کرونا باعث کاهش ۲ واحد در درجه آزادی الگوی اصلاح شده و همچنین کاهش مقدار ۲۶/۱۰ واحد

1. Maximum Likelihood
2. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)
3. Goodness of Fit Index (GFI)
4. Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)
5. Comparative Fit Index (CFI)
6. Normed Fit Index (NFI)

از ارزش عددی مقدار خی دو در این الگو شد. نهایتاً نتایج نشان داد که مدل اصلاح شده (جدول ۲) از برازش مطلوبی برخوردار است.

برای قضاوت در مورد مدل اصلاحی می‌توان به معیار اطلاعات آکائیک<sup>۱</sup> (AIC) نیز رجوع کرد. این معیار تعادلی میان دقت مدل و پیچیدگی آن برقرار می‌کند. چند مدل رقیب ممکن است با توجه به معیار اطلاعات آکائیک رتبه‌بندی شوند و مدل دارای کمترین ضریب بهترین است (برنهام و اندرسون<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸). بر اساس نتایج جدول ۲، اصلاح مدل سبب شد که مقدار ۳۱۰/۱۷ از مقدار اولیه شاخص آکائیک (AIC) کاسته شود. از این رو مدل اصلاح شده که مقدار آکائیک آن به‌طور چشمگیری کاهش یافته از مطلوبیت خوبی برخوردار است. نمودار مسیر در مدل اصلاح شده در شکل ۱ آمده است.



شکل شماره ۱. الگوی ساختاری مدل واسطه‌گری امید به زندگی در رابطه‌ی بین باورهای مذهبی و اضطراب کرونا ویروس

بررسی ضرایب مسیر نشان داد ضریب مسیر استاندارد شده بین باورهای مذهبی و مؤلفه تفکر عاملی ( $\gamma=26/0, P\leq 0/01$ ) و تفکر راهبردی ( $\gamma=22/0, P\leq 0/01$ ) در سازه امید به زندگی مثبت و معنی‌دار است، ضرایب مسیر استاندارد شده مؤلفه‌ی تفکر عاملی و جنبه‌روانی ( $\gamma=-32/0, P\leq 0/01$ ) و جنبه‌جسمانی ( $\gamma=-27/0, P\leq 0/01$ ) اضطراب کرونا منفی و معنی‌دار بود. همچنین ضرایب استاندارد شده تفکر راهبردی و جنبه روانی

1. Akaike information criterion (AIC)

2. Burnham, K. P., & Anderson, D. R.

( $\gamma = -31/0$ ,  $P \leq 0/01$ ) و جنبه جسمانی ( $\gamma = -34/0$ ,  $P \leq 0/01$ ) اضطراب کروناویروس منفی و معنی‌دار بود. بررسی ضرایب استاندارد شده اثرات غیرمستقیم و کل نشان داد که اثر غیرمستقیم باورهای مذهبی به واسطه تفکر عاملی امید به زندگی بر جنبه روانی و جسمانی اضطراب کرونا به ترتیب برابر با  $-0/19$  و  $-0/18$  و معنادار بود ( $P \leq 0/01$ ). اثر غیرمستقیم باورهای مذهبی به واسطه تفکر راهبردی بر جنبه روانی و جسمانی اضطراب کرونا نیز به ترتیب برابر با  $-0/24$  و  $-0/21$  و معنی‌دار بود ( $P \leq 0/05$ ). میزان واریانس تبیین شده اضطراب بیماری کرونا برحسب ابعاد امید به زندگی و باورهای مذهبی برابر با  $0/29$  بود. بدین معنی که ۲۹ درصد از تغییرات اضطراب بیماری کرونا متأثر از ابعاد امید به زندگی و باورهای مذهبی است. بنا به پیشنهاد کوهن<sup>۱</sup> (۱۹۹۲) می‌توان ضرایب  $0/10$  تا  $0/30$  را به‌عنوان اندازه اثرهای متوسط و ضرایب بیشتر از  $0/3$  را به‌عنوان ضرایب خوب به شمار آورد.

### نتیجه‌گیری و بحث

باتوجه به لزوم بررسی عوامل مؤثر بر کاهش اضطراب بیماری کرونا در هنگام همه‌گیری این بیماری، در پژوهش حاضر به بررسی نقش باورهای مذهبی در اضطراب بیماری کروناویروس از طریق میانجی‌گیری امید به زندگی پرداخته شد. بررسی مدل اصلاحی پژوهش نشان داد باورهای مذهبی به‌طور غیرمستقیم و از طریق میانجی‌گری امید به زندگی، می‌توانند پیش‌بینی‌کننده اضطراب بیماری کروناویروس باشند (اثرات غیرمستقیم). همسو با این نتایج کوئینگ (۲۰۰۴) بر این باور است که باورهای مذهبی از طریق ایجاد امید، خوش‌بینی، معنا و هدف از زندگی بر سلامت روانی و جسمی انسان اثرگذار است. افراد مذهبی به علت امیدی که به زندگی دارند، رفتار خود مراقبتی بالاتری داشته، بهتر با بیماری خود سازگار می‌شوند و دوره‌ی درمان را سریع‌تر سپری می‌کنند درحالی‌که افراد ناامید به علت نداشتن انگیزه و امید، تلاش کمی برای رعایت برنامه‌ی درمانی خود می‌کنند و سازگاری کم‌تری دارند. نتایج مطالعه کندلر، لئو، گاردنر، مک-

1. Cohen, J.

کالو، لارسون و پرسکات<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) نیز گویای آن است که نگرش منفی افراد نسبت به زندگی که به علت نداشتن باورهای مذهبی به وجود می‌آید موجب افزایش احتمال ابتلا به انواع اختلالات روانی می‌شود. ورثینگتون<sup>۲</sup> (۱۹۸۹) نیز در این خصوص تصریح کرده است که دینداری از طریق فراهم ساختن معنا، امید و نگرش مثبت به زندگی، به افراد کمک می‌کند تا در موقعیت‌های تهدیدزا، خود را از لحاظ هیجانی مستحکم نگاه دارند. امید به زندگی موجب می‌شود فرد در شرایط مشکل‌زا، زندگی را دارای معنا بداند و با بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماع و احساس تعلق به منبعی والا، در مواجهه با بیماری، فشار کمتری را متحمل شده و اضطراب کمتری داشته باشد؛ بنابراین با توجه به آنچه ذکر شد، می‌توان اضطراب بیماری کروناویروس را به‌طور غیرمستقیم و با استفاده از نقش میانجی‌گرانه امید به زندگی در افراد پیش‌بینی نمود.

یکی دیگر از نتایج پژوهش نشان‌دهنده تأثیر مثبت باورهای مذهبی بر امید به زندگی در دو بعد تفکر عاملی و تفکر راهبردی بود بدین معنی که با افزایش باورهای مذهبی افراد، امید به زندگی نیز افزایش می‌یابد و بالعکس. این یافته‌ها با یافته‌های کوئینگ (۲۰۲۰)، قهرمانی و ناد (۲۰۲۰)، سیاروچی و هیون (۲۰۱۲) و محمدزاده و همکاران (۱۳۹۴) همسو می‌باشد. این پژوهشگران معتقدند افراد با باورهای مذهبی قوی‌تر، نگرشی متفاوت به زندگی دارند و مرگ و زندگی را مبتنی بر قضا و قدر الهی می‌دانند، لذا هراسی از مرگ ندارند و در برابر شرایط تهدیدزای زندگی با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای، ارتباط با خداوند، توکل به خداوند و سپردن نتیجه امور به او، عملکرد سازگارانه‌تری دارند. افرادی که باورهای مذهبی قوی‌تری دارند، در امور مختلف با توکل به خداوند، بهترین راه را برای رسیدن به اهداف دلخواه انتخاب می‌کنند (تفکر راهبردی). همچنین تقید به انجام اعمال مذهبی و در نظر گرفتن خداوند به‌عنوان ناظر بر امورات انسان، موجب افزایش انگیزه او برای استفاده از راهبردهای مختلف در رسیدن به اهداف می‌شود (تفکر عاملی). بنابراین باورهای مذهبی نقشی اساسی در بهبود امید به زندگی در فرد دارد.

1. Kendler, K. S., Liu, X.-Q., Gardner, C. O., McCullough, M. E., Larson, D., & Prescott, C. A.

2. Worthington Jr, E. L.

همچنین از دیگر نتایج پژوهش، معناداری اثر مستقیم و منفی امید به زندگی (در هر دو مؤلفه تفکر عاملی و تفکر راهبردی) بر اضطراب کرونا بود. از برخی نتایج همسو با این یافته می‌توان به یافته‌های جرمن و همکاران (۲۰۱۸)؛ دپیرو و همکاران (۲۰۱۸)؛ برندس و همکاران (۲۰۱۰) و انجم (۲۰۲۰) اشاره کرد. اسنایدر (۲۰۰۶) معتقد است امید به زندگی نقش مؤثری در افزایش فعالیت‌های خودمراقبتی فرد دارد که می‌تواند به سلامت جسمانی و روانی او کمک شایانی بکند، لذا امید به زندگی موجب می‌شود فرد به دنبال راه‌های مؤثرتر و بهتر در جهت سازگاری بیشتر و مقابله مشکلات داشته باشد (تفکر راهبردی) و با به‌کارگیری این راه‌های مقابله‌ای (تفکر عاملی)، اضطراب کمتری را در مواجهه با مشکلات و بیماری‌ها تجربه کند.

یکی دیگر از نتایج پژوهش این بود که باورهای مذهبی نمی‌تواند به‌طور مستقیم موجب کاهش معنی‌دار اضطراب بیماری کرونا و ویروس شود که این یافته‌ها با نتایج برخی پژوهش‌ها (احمد و جابر، ۲۰۱۹؛ هربرت و همکاران، ۲۰۰۷؛ جانگ، رز، فلیپ، چانگ، سیمونز و هالبرستاد، ۲۰۱۸ و سافارو بهاتیا، ۲۰۰۸) ناهمسو است. این ناهمخوانی را می‌توان از دو جهت موردبررسی قرارداد. نخست از جهت نوع بیماری و به طبع آن اضطراب ناشی از آن که در پژوهش‌های مذکور اضطراب افراد مبتلا به بیماری بررسی شده است اما در پژوهش حاضر اضطراب ابتلای احتمالی افراد در آینده مدنظر قرار گرفته است. همچنین تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی و نوع شعائر و آداب و مناسک خاص مذهبی در نظام اسلامی می‌تواند سطوح مختلف و متفاوتی از باورهای مذهبی را در افراد موجب شود، لذا این ناهمخوانی با وجود طیف متفاوت افراد با سطوح مختلف باورهای مذهبی محتمل است.

در مجموع یافته‌های پژوهش نشان داد مدل پیش‌بینی اضطراب بیماری کروناویروس بر اساس باورهای مذهبی، با نقش میانجی‌گرانه امید به زندگی مدلی مورد تأیید بود. پژوهش حاضر در نمونه ایرانی و در زمان اوج همه‌گیری بیماری کروناویروس انجام شد و به این دلیل در تعمیم نتایج به سایر جوامع باید جوانب احتیاط را رعایت کرد. پیشنهاد

می‌شود برای کاهش اضطراب بیماری کروناویروس در افراد، با استفاده از برنامه‌های جامع روحیه امید به زندگی در افراد تقویت شود. همچنین آموزش‌ها و برنامه‌هایی که بر تقویت اعتقادات و باورهای مذهبی در افراد تأکید دارند، می‌تواند به سازش یافتگی بیشتر با شرایط بحرانی اضطراب همه‌گیری کروناویروس کمک کند. همچنین پیشنهاد می‌شود مشاوران و روانشناسان در تشخیص و سبب‌شناسی و درمان اختلالات اضطرابی افراد در مواقع همه‌گیری اینچینی، تأثیر باورهای مذهبی را مدنظر قرار دهند و با دخالت دادن این عوامل، اثربخشی خدمات خود را ارتقاء دهند.



## منابع

- برجعلی، محمود؛ عباسی، مسلم؛ اسدیان، آرزو؛ اعیادی، نادر (۱۳۹۵). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر اضطراب مرگ و امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان معده. مجله علمی پزشکی جندی شاپور، ۱۵ (۶)، ۶۳۵-۶۴۵.
- جعفری، عیسی؛ محمدزاده، علی (۱۳۹۲). بررسی رابطه عمل به باورهای دینی با اضطراب و افسردگی در کارکنان نظامی. فصلنامه روانشناسی نظامی، ۴ (۱۴)، ۱۷-۲۳.
- جلالیان، نجمه؛ گرامی پور، مسعود و برجعلی، محمود (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای سلامت روان در رابطه میان باورهای مذهبی و سلامت سازمانی (مورد مطالعه: دانشگاه‌های دولتی شهر تهران). فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۷ (۲۷): ۱۲۹-۱۴۸.
- رویین تن، سجاده؛ آزادی، شهذخت؛ افشین، همایون و امینی، ناصر (۱۳۹۸). اثربخشی درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد و امید درمانی بر کیفیت زندگی در بیماران سرطانی. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۰ (۳۸): ۲۲۱-۲۴۳.
- عزیزی، سمیه؛ صادقی، منصوره سادات؛ مظاهری، محمدعلی؛ فیاض بخش، محمدعلی (۱۳۹۱). مقایسه «عمل به باورهای دینی» و «راهبردهای کنار آمدن با مشکل» در دانش‌آموزان مدارس غیرانتفاعی مذهبی و معمولی دخترانه شهر تهران. فصلنامه روانشناسی تربیتی، ۸ (۲۵)، ۵۶-۸۷.
- علی‌پور، احمد؛ قدمی، ابوالفضل؛ علی‌پور، زهرا و عبدالله زاده، حسن (۱۳۹۸). اعتباریابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS) در نمونه ایرانی. علوم تربیتی و روانشناسی (روانشناسی سلامت)، ۸ (۳۲): ۱۶۳-۱۷۵.
- عینی، ساناز؛ عبادی، متینه و ترابی، نغمه (۱۳۹۹). تدوین مدل اضطراب کرونا در دانشجویان بر اساس حس انسجام و تاب‌آوری: نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک‌شده. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۱ (۴۳): ۱-۳۲.
- فروش، غلامرضا؛ علیشیری، غلامحسین؛ حسینی ذیجود، سیدرضا؛ درستکار، روح‌الله؛ جلالی فراهانی، علیرضا (۱۳۹۹). شناخت کروناویروس نوین-۲۰۱۹ و کووید-۱۹ بر اساس شواهد موجود- مطالعه مروری. طب نظامی، ۲۲ (۱)، ۱-۱۱.

- گنجی، طاهره؛ حسینی، آغافاطمه (۱۳۸۹). *باورهای مذهبی دانشجویان پرستاری کارشناسی و ارتباط آن با میزان اضطراب آنان*. نشریه پرستاری ایران، ۲۳ (۶۴): ۴۴-۵۱
- محمد زاده، علی؛ جعفری، عیسی؛ حاجلو، نادر (۱۳۹۴). *رابطه اضطراب مرگ با روش‌های مقابله مذهبی، سبک‌های دل‌بستگی به خدا و عمل به باورهای دینی*. فرهنگ در دانشگاه اسلامی، ۵ (۱۵)، ۲۷۲-۲۵۹.
- منصورنژاد، زهرا؛ کجباق، محمدباقر (۱۳۹۱). *رابطه بین جهت‌گیری مذهبی (درونی، بیرونی) و جنسیت، با اضطراب مرگ در میان دانشجویان*. پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۲ (۱)، ۶۴-۵۵.

- Aghababaei, N. (2019). *The Relationship between the Dark Triad Traits and Subjective and Psychological Well-being among Iranian Students*. International Journal of Behavioral Science, 13 (3) , 92-96.
- Ahmad, A. A., & Gaber, O. H. (2019). *The relationship between death anxiety, level of optimism and religiosity among adult cancer patients: A predictive study*. International Journal of Psychological Studies, 11 (1) , 26-35.
- Anjum, G. (2020). *Emotional burden & psychological capital in the times of COVID-19: a study in the academic context of Pakistan Short notes on the economy during the COVID-19 crisis* (pp. 16-21).
- Asmundson, G. J., & Taylor, S. (2020). *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, 71, 102211-102211.
- Berendes, D., Keefe, F. J., Somers, T. J., Kothadia, S. M., Porter, L. S., & Cheavens, J. S. (2010). *Hope in the context of lung cancer: relationships of hope to symptoms and psychological distress*. Journal of pain and symptom management, 40 (2) , 174-182.
- Burnham, K. P., & Anderson, D. R. (1998). *Practical use of the information-theoretic approach Model selection and inference* (pp. 75-117): Springer.
- Chang, E. C., Jilani, Z., Fowler, E. E., Yu, T., Chia, S. W., Yu, E. A.,... Hirsch, J. K. (2016). *The relationship between multidimensional spirituality and depressive symptoms in college students: Examining hope agency and pathways as potential mediators*. The journal of positive psychology, 11 (2) , 189-198.

- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., Li, X. (2020). *Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak*. The Lancet Psychiatry, 7 (4) , e15-e16.
- Ciarrochi, J., & Heaven, P. C. (2012). *Religious values and the development of trait hope and self- esteem in adolescents*. Journal for the Scientific Study of Religion, 51 (4) , 676-688.
- Cicirelli, V. G. (1999). *Personality and demographic factors in older adults' fear of death*. The Gerontologist, 39 (5) , 569-579.
- Cohen, J. (1992). *Quantitative methods in psychology: A power primer*. Psychol. Bull., 112, 1155-1159.
- Davidhizar, R., & Dowd, S. B. (1996). *Fear in the patient with undiagnosed symptoms*. Journal of Nuclear Medicine Technology, 24 (4) , 325-328.
- Dezutter, J., Soenens, B., Luyckx, K., Bruyneel, S., Vansteenkiste, M., Duriez, B., & Hutsebaut, D. (2008). *The role of religion in death attitudes: Distinguishing between religious belief and style of processing religious contents*. Death studies, 33 (1) , 73-92.
- DiPierro, M., Fite, P. J., & Johnson-Motoyama, M. (2018). *The role of religion and spirituality in the association between hope and anxiety in a sample of Latino youth*. Paper presented at the Child & Youth Care Forum.
- Duan, L., & Zhu, G. (2020). *Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic*. The Lancet Psychiatry, 7 (4) , 300-302.
- Germann, J. N., Leonard, D., Heath, C. L., Stewart, S. M., & Leavey, P. J. (2018). *Hope as a predictor of anxiety and depressive symptoms following pediatric cancer diagnosis*. Journal of pediatric psychology, 43 (2) , 152-161.
- Ghahramani, S., & Nadi, M. A. (2012). *Relationship between religious and spiritual components with mental health and hope for the future in Shiraz government hospital staff*. Journal of Nursing Care Research Center (Iranian Nursing Journal) , 25 (79) , 1-11.
- Hebert, R. S., Dang, Q., & Schulz, R. (2007). *Religious beliefs and practices are associated with better mental health in family caregivers of patients with dementia: Findings from the REACH study*. The American journal of geriatric psychiatry, 15 (4) , 292-300.
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Gu, X. (2020). *Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China*. The lancet, 395 (10223) , 497-506.
- Jong, J., Ross, R., Philip, T., Chang, S.-H., Simons, N., & Halberstadt, J. (2018). *The religious correlates of death anxiety: A systematic review and meta-analysis*. Religion, Brain & Behavior, 8 (1) , 4-20.
- Kendler, K. S., Liu, X.-Q., Gardner, C. O., McCullough, M. E., Larson, D., & Prescott, C. A. (2003). *Dimensions of religiosity and their*

- relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. American journal of psychiatry*, 160 (3) , 496-503.
- Koenig, H. G. (2004). *Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice*. *South Med J*, 97 (12) , 1194-1200.
- Koenig, H. G. (2020). *Ways of Protecting Religious Older Adults from the Consequences of COVID-19*. *The American journal of geriatric psychiatry*.
- Lin, C. Y. (2020). *Social reaction toward the 2019 novel coronavirus (COVID-19)*. *Social Health and Behavior*, 3 (1) , 1.
- Neter, J., Kutner, M. H., Nachtsheim, C. J., & Wasserman, W. (1996). *Applied linear statistical models*.
- Oker, K., Schmelowszky, Á., & Reinhardt, M. (2019). *Comparison of the Relationship Between Death Anxiety and Depressive and Anxiety Symptoms Among Norwegian and Turkish Female Psychology Students*. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 0030222819868111.
- Özdin, S., & Bayrak Özdin, Ş. (2020). *Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender*. *International Journal of Social Psychiatry*, 0020764020927051
- Rajandram, R. K., Ho, S. M., Samman, N., Chan, N., McGrath, C., & Zwahlen, R. A. (2011). *Interaction of hope and optimism with anxiety and depression in a specific group of cancer survivors: a preliminary study*. *BMC research notes*, 4 (1) , 519.
- Rose, A. H., Rose, J. R., Miller, R. B., & Dyer, W. J. (2018). *Exploring hope as a mediator between religiosity and depression in adolescents*. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 37 (3) , 239-253.
- Safara, M., & Bhatia, M. (2008). *Relationship of religious beliefs with anxiety and depression*. *Delhi Psyquiatic Journal*, 11 (2) , 177-179.
- Saleem, T., & Saleem, S. (2020). *Religiosity and death anxiety: A study of Muslim dars attendees*. *Journal of religion and health*, 59 (1) , 309-317.
- Snyder, C., Lehman, K. A., Kluck, B., & Monsson, Y. (2006). *Hope for rehabilitation and vice versa*. *Rehabilitation Psychology*, 51 (2) , 89.
- Soleimani, M. A., Bahrami, N., Zarabadi-Pour, S., Motalebi, S. A., Parker, A., & Chan, Y. H. (2020). *Predictors of death anxiety among patients with heart disease*. *Death studies*, 44 (3) , 160-167.
- Stevens, J. P. (2012). *Applied multivariate statistics for the social sciences*: Routledge.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2007). *Using multivariate statistics (Vol. 5)*: Pearson Boston, MA.

- Taylor, S. (2019). *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*: Cambridge Scholars Publishing.
- Thomas, J., & Barbato, M. (2020). *Positive religious coping and mental health among Christians and Muslims in response to the COVID-19 pandemic*. Religions, 11 (10) , 498.
- Van Cappellen, P., Toth-Gauthier, M., Saroglou, V., & Fredrickson, B. L. (2016). *Religion and well-being: The mediating role of positive emotions*. Journal of Happiness Studies, 17 (2) , 485-505.
- Volk, A. A., Brazil, K. J., Franklin-Luther, P., Dane, A. V., & Vaillancourt, T. (2020). *The influence of demographics and personality on COVID-19 coping in young adults*. Personality and individual differences, 168, 110398.
- Wen, Y.-H. (2010). *Religiosity and death anxiety*. The Journal of Human Resource and Adult Learning, 6 (2) , 31.
- Worthington Jr, E. L. (1989). *Religious faith across the life span: Implications for counseling and research*. The Counseling Psychologist, 17 (4) , 555-612.
- Xiao, C. (2020). *A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19) -related psychological and mental problems: structured letter therapy*. Psychiatry investigation, 17 (2) , 175.
- Zarghami, M. (2020). *Psychiatric aspects of Coronavirus (2019-nCoV) infection*. Iran J Psychiatry Behav Sci, 14 (1) , e102957.
- Zhu, J., Sun, L., Zhang, L., Wang, H., Fan, A., Yang, B. Xiao, S. (2020). *Prevalence and Influencing Factors of Anxiety and Depression Symptoms in the First-Line Medical Staff Fighting Against COVID-19 in Gansu*. Frontiers in Psychiatry, 11.
- Zullig, K. J., Ward, R. M., & Horn, T. (2006). *The association between perceived spirituality, religiosity, and life satisfaction: The mediating role of self-rated health*. Social Indicators Research, 79 (2) , 255.

