



The role of interpersonal communication skills, personality traits and family cohesion with the mediating role of loneliness in the psychological problems of the physically disabled during social distance which caused by corona

Citation: Elahi T, Zolfaghari A. The role of interpersonal communication skills, personality traits and family cohesion with the mediating role of loneliness in the psychological problems of the physically disabled during social distance which caused by corona. **Journal of Research in Psychological Health.** 2022 [Persian].

Key words:
corona virus, physical disability, psychological problems, interpersonal relationships, loneliness

Highlights

- The loneliness has the mediating role in aggravating the psychological problems of physical disabled.
- The interpersonal communication skills and neuroticism were significant predictors of psychological problems of the physical disabled during social distancing.

Abstract

The present study was conducted with the aim of investigating the role of interpersonal communication skills, personality traits and family cohesion with the mediating role of loneliness in the psychological problems of the physical disabled during social distancing. This correlational study by convenience sampling method was done on 133 of Physical disabled in Tehran in 2020. For collecting data, the Anxiety, Stress, and Depression Scale (DASS-21), the Matson Interpersonal Communication Skills Scale, the Samani Family Cohesion Scale (2002), the Neo Personality Traits, and the Russell Loneliness Scale were used. Pearson correlation coefficients between family cohesion and interpersonal communication skills with anxiety, stress and depression and between neuroticism with anxiety, Loneliness with stress, interpersonal communication skills and family cohesion were significant. The results of Multivariate regression analysis in hierarchical method showed that all of variables interpersonal communication skills, family cohesion, Personality Traits and loneliness accounted for 61% of the variance in the psychological problems of the physically disabled. The mediating role of loneliness with R² 3% was significant. Interpersonal communication skills and neuroticism with beta coefficient -0.69 and 0.113 accordingly were significant predictors of psychological problems, too. According to these results, Lack of interpersonal communication skills and tendency to experience negative emotions mediated by loneliness has been an important factor in aggravating the psychological problems of physical disabled.

نقش میزان مهارت ارتباطی بین فردی، ویژگی های شخصیتی و انسجام خانواده با واسطه احساس تنهایی در مشکلات روانشناختی معلولین جسمی-حرکتی در دوران فاصله گذاری اجتماعی ناشی از بیماری کرونا

یافته‌های اصلی

- احساس تنهایی در تبیین مشکلات روانشناختی معلولین جسمی-حرکتی نقش واسطه ای دارد.
- میزان مهارت ارتباط بین فردی و روان رنجورخویی پیش بین معناداری از مشکلات روانشناختی معلولین جسمی-حرکتی در مدت زمان فاصله گذاری اجتماعی بودند.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش مهارت ارتباط بین فردی، ویژگی های شخصیتی و انسجام خانواده با واسطه احساس تنهایی در مشکلات روانشناختی معلولین جسمی-حرکتی در دوران فاصله گذاری اجتماعی ناشی از کرونا انجام شد. پژوهش با روش همبستگی و نمونه گیری در دسترس، بر روی ۱۳۳ نفر از معلولین جسمی-حرکتی استان تهران در سال ۱۴۰۰ انجام شد. اطلاعات با استفاده از مقیاس اضطراب، استرس و افسردگی (DASS-21)، مقیاس مهارت ارتباط بین فردی ماتسون، انسجام خانواده سامانی (۱۳۸۱)، ویژگی های شخصیتی نتو (NEO-PI) و احساس تنهایی راسل (ULS-20) گردآوری شد. تحلیل داده ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون نشانگر رابطه معنادار مولفه های انسجام خانواده و مهارت ارتباط بین فردی با اضطراب، استرس و افسردگی، و روان رنجورخویی با اضطراب، احساس تنهایی استرس، مهارت ارتباط بین فردی و انسجام خانواده بودند. نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره به روش سلسله مراتبی نیز نشان داد که متغیرهای مهارت ارتباط بین فردی، انسجام خانواده، ویژگی های شخصیتی و احساس تنهایی ۶۱٪ واریانس مشکلات روانشناختی معلولین جسمی-حرکتی را تبیین می کنند. نقش واسطه ای احساس تنهایی با ضریب تعیین ۳٪ معنادار بود. همچنین مهارت ارتباط بین فردی و روان رنجورخویی به ترتیب با ضرایب $0/113$ و $-0/69$ پیش بین معنادار مشکلات روان شناختی بودند. برطبق نتایج این پژوهش کمبود مهارت ارتباط بین فردی و تمایل به تجربه هیجانات منفی با واسطه احساس تنهایی عامل مهمی در تبیین مشکلات روانشناختی معلولین جسمی-حرکتی می باشد.

تاریخ دریافت

۱۴۰۰/۱۰/۲۱

تاریخ پذیرش

واژگان کلیدی

ویروس کرونا، معلولیت جسمی-حرکتی، مشکلات روانشناختی، روابط بین فردی، احساس تنهایی

مقدمه

معلولیت پدیده پیچیده‌ای است که منعکس‌کننده تعامل بین ویژگی‌هایی از جسم افراد و جامعه‌ای است که فرد در آن زندگی می‌کند (۱). ازدیدگاه توانبخشی معلولیت‌ها به سه دسته حسی، ذهنی-روانی، و جسمی-حرکتی تقسیم می‌شوند. معلول جسمی-حرکتی به فردی اطلاق می‌شود که دارای اختلال در عملکردهای حسی، عملکردهای صدا و گفتار، و یا عملکردهای اسکلتی-عضلانی و حرکتی بوده (۲) و برای تحرک نیاز به وسایل کمکی داشته باشد. برآورد دقیق میزان شیوع معلولیت‌های جسمی-حرکتی بسیار دشوار است، طبق آمار سازمان جهانی بهداشت حدود ۱۵ درصد از جمعیت جهان با معلولیت‌هایی زندگی می‌کنند که ۴ تا ۲ درصد آنها رنج‌های بسیاری در عملکردشان تجربه می‌کنند (۳)؛ آمارهای جهانی رقم معلولان جسمی-حرکتی زیر ۶۰ سال را در کل جمعیت، رقمی حدود یک درصد اعلام کرده که البته در افراد بالای ۶۰ سال این نسبت بالاتر است (۴). معلولین جسمی-حرکتی با توجه به شرایط سلامتی، عوامل زمینه‌ای و شرایط خاص خود و تجربه فشار روانی ناشی از آن، از جمعیت‌های آسیب‌پذیر جامعه به ویژه در شرایط بحرانی هستند و میزان مرگ و میر آنها ۴ برابر بیشتر از دیگر افراد جامعه است (۵).

همه‌گیری بیماری‌های عفونی، در طول تاریخ یکی از جدی‌ترین عوامل تهدیدکننده سلامت بشر و سبب‌ساز شرایط بحرانی بوده است که در دو سال اخیر جامعه جهانی با جدیدترین نوع آن، یعنی ویروس کووید-۱۹ درگیر می‌باشد. این بیماری دارای همه‌گیری بالایی است و حاصل این همه‌گیری بزرگ، پرشدن تخت‌های بیمارستانی، خستگی مفرط تیم‌های درمانی و قرنطینه خانگی افراد بود که موجب بروز اثرات منفی روانشناختی در سطح جامعه شده است. ترس از بیماری، ترس از مرگ، انتشار اخبار غلط و شایعات، تداخل در فعالیت‌های روزمره، مقررات منع یا محدودیت سفر و عبور و مرور، کاهش روابط اجتماعی، بروز مشکلات شغلی و مالی، استرس و دها پیامد دیگر این شرایط، سلامت روان افراد را تهدید می‌نماید (۶،۷). با توجه به این عوامل، لزوم فاصله‌گذاری اجتماعی، با عنایت به شرایط زمینه‌ای افراد معلول مانند وابستگی بیشتر به خدمات اجتماعی، به نظر می‌رسد در شرایط همه‌گیری کرونا، این قشر از جامعه با چالش‌ها و محدودیت‌های

بیشتری مواجه شده‌اند؛ مانند محدودیت تحرک در جامعه (۸)، مشکل در دسترسی به خدمات حمل و نقل عمومی (۹) و بهداشتی-درمانی (۱۰). همچنین آنها نیاز دارند به طور منظم قرارهای ملاقات مراقبت بهداشتی و یا توانبخشی داشته باشند، برای انجام کارهای روزمره خود نیاز به برقراری تماس نزدیک با متخصص دارند و توانایی برقراری ارتباط با ماسک (صحبت کردن و شنیدن) برای تعدادی از آنها مانند ناشنویان ممکن نیست (۱۱). این الزامات و محدودیت‌ها ترس و اضطراب بیشتری را برای آنها به همراه دارد. علاوه بر این با توجه به روابط بین فردی اندک معلولین جسمی-حرکتی و کم شدن منابع اجتماعی، و با توجه به بمباران اطلاعاتی پوشش‌های رسانه‌ای مبنی بر مخاطرات کرونا برای گروه‌های در معرض خطر، مشکلات روانشناختی نیز در معلولین تشدید شده است. شایع‌ترین این اختلالات استرس، اضطراب، و افسردگی است (۱۲،۱۳). اضطراب یک احساس مبهم هراس با منشا ناشناخته و با نشانه‌های درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژیکی است (۱۴). افسردگی اختلالی است که سبب غم و کاهش انرژی شده و عملکرد فرد افسرده از نظر فردی و اجتماعی دچار مشکل می‌شود (۱۵). علاوه بر اضطراب و افسردگی، استرس نیز امروزه در حال افزایش است (۱۶). استرس مداوم علاوه بر صدماتی که بر جسم و روان داشته، موجب ایجاد عوارضی مانند بی‌تفاوتی، خواب منقطع و احساس بی‌کفایتی می‌شود (۱۷). در جهان ۳۲۲ میلیون نفر دارای علائم افسردگی و ۲۶۴ میلیون نفر دارای علائم اضطراب هستند (۱۸). مطالعات نشان داده‌اند افسردگی از شایع‌ترین مشکلات روانشناختی در گروه‌های مختلف معلولین است (۱۹) و اینطور به نظر می‌رسد که ناتوانی‌های جسمی و مشکلات سلامتی می‌تواند زمینه‌ای برای بروز و تشدید مشکلات سلامت روان در معلولین باشد (۲۰،۲۱) و زمانی که چالش‌ها و محدودیت‌های محیطی و اجتماعی بیشتر نیز برای‌شان به وجود آید آسیب‌پذیری آنها نسبت به مشکلات روانشناختی بیشتر خواهد شد. در این راستا ضروری است عوامل ارتقادهنده سلامت روان و پیشگیری از این اختلالات در معلولین جسمی-حرکتی شناسایی شوند تا بتوان از طریق آنها مداخلات موثری را برایشان برنامه‌ریزی کرد. عوامل ارتقادهنده سلامت روان را می‌توان در دو بخش عوامل درون‌فردی و عوامل برون‌فردی مدنظر قرار داد. از عوامل درون‌فردی می‌توان به ویژگی‌های شخصیتی و

خانوادگی، تهدید معیشت و ایجاد انگ به افراد آلوده را موجب می‌شود (۳۱). اما گذشته از این تاثیرات آشکار و مستقیم، فشار روانی ناشی از بودن در قرنطینه بسته به نوع روابط افراد در خانه، پیامدهای دیگری نیز به همراه دارد. برای مثال سطوح بالای استرس ناشی از محدود شدن در خانه با کاهش روابط بین‌فردی همراه است (۳۲).

بنا به آنچه گفته شد و با توجه به فاصله‌گذاری اجتماعی، کاهش تعاملات اجتماعی و افزایش مدت زمان حضور اعضای خانواده در کنار یکدیگر، علاوه بر عوامل شخصیتی و میزان مهارت‌های ارتباط بین‌فردی افراد، عوامل دیگری نیز از جانب خانواده در سلامت روان همه اعضای آن مخصوصاً افراد معلول نقش خواهند داشت. یکی از مؤثرترین این عوامل انسجام خانواده می‌باشد. خانواده، کانون اصلی پرورش افراد است و مانند سیستم پویایی عمل می‌کند که اعضا آن بی‌درپی باهم در تعامل‌اند و متقابلاً بر همدیگر اثر می‌گذارند؛ اختلال در عملکرد این نظام، موجب اختلال در رفتار اعضای آن می‌شود به طوری که وجود الگوهای نامناسب در خانواده، روابط نادرست والدین با فرزندان از نظر مهرورزی و عاطفی، و عدم انسجام بین اعضای خانواده، تاثیرات روانشناختی منفی بر تمام اعضای آن دارند (۳۳). انسجام خانواده به عنوان یکی از مؤلفه‌های کارکرد خانواده، پیوند عاطفی بین اعضای خانواده و حدی از استقلال فردی است، که شخص در سیستم خانواده تجربه می‌کند (۳۴). همه‌گیری کووید-۱۹ و محدودیت‌های اجتماعی متعاقب آن، وضعیت خانهای را ایجاد کرده است که دارای پتانسیل فوق‌العاده‌ای برای درگیری بین اعضای است، زیرا اعضای خانواده هم‌زمان با تجربه رویدادی استرس‌زا محکوم هستند که ساعت‌های بسیاری را در کنار یکدیگر در یک فضای فیزیکی محدود بگذرانند. این وضعیت در عین حال می‌تواند فرصت‌های بیشتری برای انسجام فراهم کند، زیرا اعضای خانواده زمان بیشتری را با هم تقسیم می‌کنند، با هم با چالش‌ها روبرو می‌شوند و در همکاری با یکدیگر به نقش‌های خارج از خانه می‌پردازند (۳۵). داشتن تعاملات نزدیک در خانواده می‌تواند عواقب روانی عوامل استرس‌زای بیرون از خانه را جبران کند (۳۶).

نظر به کاهش تعاملات اجتماعی در زمان قرنطینه ناشی از کرونا و تاثیرات آن بر الگوی تعاملات اجتماعی و خانواده، و با توجه به الگوی شخصیتی افراد معلول، یکی از متغیرهایی که به نظر می‌رسد می‌تواند نقش واسطه‌ای در رابطه بین

مهارت روابط بین‌فردی اشاره کرد. شخصیت مجموعه‌ای از ویژگی‌های روانی افراد است که علاوه بر تاثیر پایدار بر رفتار، واکنش‌های افراد را در موقعیت‌های گوناگون تعیین کرده و بر فرایندهای مقابله با استرس نیز تأثیر می‌گذارد (۲۰). یکی از برجسته‌ترین مدل‌های شخصیتی که توصیف فراگیری از ساختار شخصیتی افراد ارائه داده مدل پنج عامل بزرگ است. در این مدل، پنج عامل بزرگ شخصیت عبارتند از: روان‌رنجورخویی (تمایل به تجربه هیجانات منفی)، برون‌گرایی (تمایل به معاشرت، خونگرایی، جرأت‌مندی، فعال و شاد بودن)، گشودگی نسبت به تجارب تازه (تمایل به تخیل، خلاقیت، حساسیت هیجانی و هنری)، سازگاری (بعد بین‌فردی روابط با مشخصه دوستی، اعتماد و همکاری) و وظیفه‌شناسی (تمایل به نظم، پیشرفت‌گرایی، پافشاری و پیروی از قوانین و اصول اخلاقی) (۲۱). در مطالعه‌ای که لیو و همکاران در اوج همه‌گیری بیماری کرونا انجام دادند مشخص شد روان‌رنجورخویی، هم در اضطراب عمومی و هم در علائم افسردگی نقش دارد (۲۲). در مطالعات دیگر هم مشخص شد این پنج عامل با بیشترین نقش روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی و وظیفه‌شناسی حدود یک سوم از واریانس افسردگی را تبیین می‌کنند (۲۵-۲۳). همچنین روان‌رنجورخویی به عنوان یک ویژگی شخصیتی، عامل آسیب‌پذیری برای سندرم اضطراب ناشی از گسترش بیماری کرونا بوده و برون‌گرایی و وظیفه‌شناسی از عوامل محافظت‌کننده آن هستند (۲۶).

از دیگر عوامل درون‌فردی ارتقادهنده سلامت روان، مهارت ارتباط بین‌فردی است که به وسیله آن اطلاعات، معانی، و احساسات توسط افراد از طریق تبادل پیام‌های کلامی و غیرکلامی به اشتراک گذاشته می‌شود (۲۷). به طوری که برای برخی منبع لذت و پاداش بوده و برای برخی دیگر به عنوان مشکل تکراری در روابط اجتماعی، مشارکت و همکاری با دیگران و تمجید و قدردانی تلقی می‌شود. یادگیری و اکتساب این مهارت در کودکی شروع شده و در بزرگسالی گسترده‌تر می‌شود. کمبود مهارت‌های ارتباط بین‌فردی می‌تواند منجر به پریشانی، واکنش اجتماعی نامعقول و اختلالات روانشناختی شود (۲۸، ۲۹). مطالعات نشان داده‌اند مشکلات روانشناختی مانند استرس، اضطراب و افسردگی از طریق مهارت ارتباط بین‌فردی تعدیل می‌شوند (۳۰). در دوران همه‌گیری بیماری کرونا، قرنطینه و فاصله‌گذاری اجتماعی امکان افزایش وابستگی‌های

مطالعه حاضر بنیادی از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش همه معلولین جسمی حرکتی استفاده کننده خدمات مراکز توانبخشی تهران، شمیرانات و ورامین، در فاصله شهریور تا آبان سال ۱۴۰۰ بودند که ۱۳۳ نفر از آنها به روش در دسترس انتخاب شدند. نمونه پژوهش (۶۱٪ مرد و ۳۹٪ زن) در بازه سنی ۱۴-۶۰ سال با اختلالات ارتوپدی، فلج مغزی، صرع، فلج اطفال، آسیب نخاعی و بیماری مولتیپل اسکلروزیس بودند.

ب) ابزار و مواد

جمع آوری داده‌ها از طریق ۵ پرسشنامه اضطراب، استرس و افسردگی (DASS-21)، مقیاس مهارت ارتباط بین فردی ماتسون، انسجام خانواده سامانی (۱۳۸۱)، ویژگی‌های شخصیتی نئو (NEO-PI) و احساس تنهایی راسل (ULS-20) انجام شد. با توجه به اینکه بعضی از افراد نمونه به دلیل شرایط جسمی امکان پاسخگویی مستقیم به سوالات را نداشتند، از یکی از پرستاران و یا اعضای خانواده‌شان خواسته شد آنها را در پاسخگویی به سوالات یاری دهند. پس از اعلام همکاری مراکز توانبخشی ابتدا موضوع و اهمیت پژوهش به معلولین و خانواده آنها توضیح داده شد؛ جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، پرسشنامه‌ها بدون نام بودند و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات اخذ شده به صورت کاملاً محرمانه نزد محققین حفظ خواهد شد.

پرسشنامه استرس، اضطراب، و افسردگی (DASS)

این پرسشنامه توسط لایبوند و لایبوند در سال ۱۹۹۵ ساخته شده و دارای ۲۱ سوال با ۳ مولفه ۷ سوالی و نمره-گذاری لیکرتی ۰ تا ۳ است که نمره نهایی هر مولفه از مجموع نمرات سوال‌های مربوط به آن به دست می‌آید. از آنجا که DASS-21 فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سوالی) است، نمره نهایی هر یک از خرده‌مقیاس‌ها باید ۲ برابر شود. میزان روایی این پرسشنامه ۰/۷۷ و پایایی کل پرسشنامه و مولفه‌های افسردگی، اضطراب و استرس به روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۹، ۰/۸۴ و ۰/۸۲ بوده است (۴۶). در نمونه ایرانی نیز پایایی و روایی این مقیاس در سطح قابل قبولی گزارش شده است (۴۷).

بهبودی روانشناختی افراد معلول و عوامل درون فردی و برون فردی ارتقادهنده سطح سلامت روان آنها در زمان گسترش ویروس کووید-۱۹ داشته باشد، احساس تنهایی است. به گزارش سازمان آمار جهانی، احساس تنهایی پدیده‌ای فراگیر و شایع است که با کاهش روابط بین فردی و انزوای بیشتر منجر به غم و اندوه، اشتغال ذهنی، اضطراب (۳۷)، افسردگی (۳۸)، کاهش فعالیت جسمی (۳۹)، بدکارکردی شناختی (۴۰) و فیزیولوژیکی (۳۹) می‌شود. مطالعات متعدد نشان داده‌اند افراد دارای معلولیت در مقایسه با جمعیت عمومی تعداد دوستان کمتر و پشتیبانی اجتماعی کمتری داشته و منزوی‌تر هستند (۴۳-۴۱). در یک بررسی سیستماتیک نشان داده شد که با وجود ناشناخته بودن انشعابات فرهنگی انزوای اجتماعی و چگونگی تاثیر تنهایی ناشی از محدودیت‌های جسمی بر سلامت روان، انزوای عمومی اجتماعی و تنهایی با سلامت جسمی و روانی گروه‌های ضعیف‌تر ارتباط دارد (۴۴). همچنین در طی همه‌گیری کووید ۱۹، پیام‌رسانی‌ها نیز در تقویت موضوع تنهایی تاثیر منفی داشته است، به گونه‌ای که اصطلاح فاصله اجتماعی فراخوان مداوم رسانه‌های اجتماعی در برابر اصطلاح مناسب‌تر فاصله فیزیکی بوده و به ادراک جدایی اجتماعی افزوده است (۴۵).

لذا روابط نامناسب با جامعه و اعضای خانواده و انزوا می‌تواند بهبودی روانشناختی معلولین جسمی- حرکتی را کاهش داده و عامل تهدیدکننده‌ای برای مولفه‌های یاد شده باشد. از این رو پژوهش حاضر با هدف شناسایی عوامل موثر بر مشکلات روانشناختی (اضطراب، استرس و افسردگی) معلولین جسمی- حرکتی در زمان فاصله‌گذاری اجتماعی به بررسی این موضوع پرداخت که کدام یک از متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی، مهارت ارتباط بین فردی، انسجام خانواده و احساس تنهایی و به چه میزان در پیش‌بینی میزان اختلالات روان‌شناختی معلولین (اضطراب، استرس و افسردگی) نقش دارند؟ و آیا احساس تنهایی در افزایش و یا کاهش نقش ویژگی‌های شخصیتی، انسجام خانواده و مهارت ارتباط بین فردی نقش واسطه‌ای و تعدیل‌کننده

دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان:

موارد نگارشی و جمله بندی ها در راستای [M1] Commented حفظ انسجام متن اصلاح شد

¹Depression, Anxiety, stress scales

گیری، ارتباط عاطفی، روابط زناشویی و رابطه والدین با فرزندان)، حاکی از کفایت این مقیاس برای ارزیابی همبستگی فرد با والدین بود. ضریب آلفا ۰/۹۰ و ضریب پایایی برای کل این مقیاس ۰/۷۹ گزارش شده است (۵۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ کل این پرسشنامه ۰/۷۳ بدست آمد.

پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی نئو (NEO-PI)

این پرسشنامه توسط مک‌کری و کاستا در سال ۱۹۸۵ ساخته و توسط گروسی و همکاران در ایران هنجاریابی شده است. فرم کوتاه آن شامل ۶۰ ماده است که ۵ عامل اصلی روان‌رنجور خوبی، برون‌گرایی، گشودگی نسبت به تجارب تازه، سازگاری و وظیفه‌شناسی را می‌سنجد. پایایی پرسشنامه با روش بازآزمایی بر روی ۶۴ نفر به فاصله ۲ هفته برای پنج عامل فوق به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۴، ۰/۷۹، ۰/۸۰، ۰/۸۲ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۵، ۰/۵۹، ۰/۴۸ و ۰/۷۵ گزارش شده است (۵۱). ضریب آلفای گزارش شده توسط مک‌کری و کاستا بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ با میانگین ۰/۸۱ متغیر بوده است (۱۹). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ پنج عامل فوق به ترتیب ۰/۶۴، ۰/۸۴، ۰/۳۱، ۰/۴۸، ۰/۷۵ بدست آمد.

مقیاس مهارت ارتباط بین‌فردی ماتسون

این مقیاس دارای ۱۹ سوال بوده و هدف آن سنجش میزان مهارت ارتباط بین‌فردی در افراد مختلف است که توسط ماتسون در سال ۱۹۸۳ ساخته شده است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیبرت ۵ امتیازی بوده و نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده مهارت ارتباط بین‌فردی بالاتر است (۵۲).

در نمونه پژوهش انجام شده، روایی همزمان پرسشنامه محاسبه و یک همبستگی قوی بین آن با پرسشنامه توانایی برقراری ارتباط موثر بدست آمد (0/69) و در نتیجه روایی همزمان آن مورد تایید قرار گرفت. همچنین پایایی پرسشنامه با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ

در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای خرده-مقیاس‌های اضطراب، استرس و افسردگی ۰/۷۵، ۰/۷۳، ۰/۸۲ و برای کل مقیاس ۰/۸۵ بدست آمد. در انتهای این پرسشنامه، پرسشی بسته‌پاسخ در مورد تجربه فرد معلول از حوادث آسیب‌زا با این محتوا «آیا تجربه بد و یا تروماتیکی مثل تصادف رانندگی، خشونت، مرگ یکی از اطرافیان و... داشته‌اید» و «آیا سابقه مشکلات اضطرابی و یا افسردگی حاد داشته‌اید؟» قرار داده شد. اگر پاسخ مثبت بود با ۵ ماده دیگر که نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه و مشکلات اضطراب، استرس و افسردگی پیشین را هدف قرار داده بودند دنبال می‌شد. لازم به ذکر است که امتیاز این ۵ ماده در نمره کلی محاسبه نشده و از طریق آنها معلولین دارای سابقه مشکلات اضطرابی، استرس و افسردگی قبل از همه‌گیری بیماری کرونا شناسایی و از نمونه پژوهش حذف شدند.

پرسشنامه احساس تنهایی راسل (ULS-20)

پرسشنامه احساس تنهایی توسط راسل در سال ۱۹۸۰ ساخته شد و شامل ۲۰ سوال ۴ گزینه‌ای با نمره‌گذاری لیکرتی ۴ تا ۱ است. نمره‌گذاری سوالات ۱۹، ۱۵، ۱۶، ۱۰، ۹، ۶، ۵ و ۲۰ معکوس است. دامنه نمرات بین ۲۰ تا ۸۰ با میانگین نمره ۵۰ است. نمره بالاتر از میانگین بیانگر شدت بیشتر احساس تنهایی است. پایایی این آزمون در نسخه جدید تجدیدنظر شده ۰/۷۸ گزارش شد. پایایی آزمون به روش بازآزمایی توسط راسل ۰/۸۹ گزارش شده است (۴۸). این مقیاس در نمونه ایرانی نیز به فارسی ترجمه شده و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹ گزارش شده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۰ بدست آمد (۴۹).

پرسشنامه انسجام خانواده سامانی (۱۳۸۱)

این پرسشنامه بر اساس مجموعه‌ای از متون موجود درباره همبستگی خانواده و با اقتباس از مدل ترکیبی السون (۱۹۹۹) به وسیله سامانی تهیه شده است. دارای ۲۸ گویه بوده و نمره بالاتر بیانگر انسجام خانواده بیشتر است. مطالعه مقدماتی سامانی (۱۳۸۶) در خصوص این مقیاس براساس ۸ عامل (همبستگی با پدر، مادر، مدت تعامل، مکان، تصمیم

³. NEO (Neuroticism-Extraversion-Openness) Personality Inventory

¹. UCLA Loneliness scale

². Russell

۰/۷۳ بدست آمد. در این مطالعه نیز ضریب آلفای کرونباخ

۰/۹۲ بدست آمده است (۵۳).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و

استنباطی (میانگین و انحراف معیار، ضریب همبستگی

پیرسون و تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی) در سطح

معناداری ۰/۰۵، استفاده شد.

جدول ۱. مشخصه‌های آماری مهارت ارتباط بین فردی، ویژگی‌های شخصیتی، انسجام خانواده، مشکلات روانشناختی و احساس تنهایی معلولین جسمی-

حرکتی

متغیر	میانگین	انحراف معیار	نمره حداقل	نمره حداکثر
انسجام خانواده	۳۸/۲۷	۵/۹۵	۳۲	۵۲
مهارت ارتباط بین فردی	۳۲/۴۲	۱۰/۹۵	۲۲	۵۲
احساس تنهایی	۴۹/۲۸	۴/۵۲	۳	۶۱
اضطراب	۱۱/۹۹	۲/۹۴	۳	۲۱
استرس	۱۳/۳۹	۲/۹۰	۶	۱۹
افسردگی	۱۶/۴۴	۳/۰۰	۹	۱۹
روان‌رنجور خوبی	۲۰/۰۱	۳/۲۲	۱۴	۳۳
برون‌گرایی	۲۰/۴۸	۷/۴۴	۱۲	۴۳
گشودگی نسبت به تجرب تازه	۴۰/۲۰	۴/۰۱	۳۰	۴۹
سازگاری	۳۹/۴۹	۳/۹۲	۳۰	۴۹
وظیفه‌شناسی	۱۷/۲۸	۴/۶۳	۱۲	۳۰

جدول ۲. درصد فراوانی طبقات اضطراب افراد معلول به صورت چارکی بر اساس اطلاعات دموگرافیک در زمان قرنطینه

متغیر	طبقات مشکلات روانشناختی معلولین			
	کمتر از ۳۲	۳۳-۴۰	۴۱-۴۰	بالاتر از ۴۱
محل نگهداری	خانه	۱۲/۰۰	۱۰/۶۰	۱۵/۴۰
	مرکز توانبخشی	۱۳/۱۰	۲۳/۸۰	۹/۱۰
	ضایعه نخاعی	۷/۷۰	۱۵/۴۰	۷/۷۰
	فلج مغزی	۰۰/۰۰	۰۰/۰۰	۰۰/۰۰
نوع معلولیت	فلج اطفال	۰۰/۰۰	۱۴/۳۰	۱۴/۳۰
	ارتوپدی	۹/۳۰	۹/۳۰	۲۴/۱۰
	مولتیپل اسکلروزیس	۲۵/۰۰	۶/۲۰	۹/۴۰
	صرع	۱۶/۷۰	۸/۳۰	۸/۳۰
شدت اختلالات	خفیف	۱۵/۵۰	۱۰/۳۰	۱۰/۳۰
	متوسط	۹/۹۰	۹/۹۰	۱۹/۷۰
	شدید	۲۵/۰۰	۰۰/۰۰	۰۰/۰۰
	ضعیف	۰۰/۰۰	۲۵/۰۰	۰۰/۰۰
وضعیت اقتصادی	متوسط	۱۴/۳۰	۸/۴۰	۱۴/۳۰
	خوب	۰۰/۰۰	۲۰/۰۰	۳۰/۰۰
	بد	۱۳/۳۰	۱۰/۲۰	۱۵/۶۰
	خیر	۰۰/۰۰	۰۰/۰۰	۰۰/۰۰
ابتلا به کرونا در اطرافیان	بله	۷/۲۰	۵/۵۰	۷/۲۰
	خیر	۱۱/۲۰	۹/۳۰	۱۴/۰۰

طبق جدول شماره ۲، ۶۱٪ معلولینی که محل نگهداری آنها در خانه بود اضطراب بالای متوسط داشتند، در حالی که این میزان در افرادی که در مراکز توانبخشی نگهداری می‌شدند کمتر بود. همچنین با افزایش شدت معلولیت، میزان اضطراب بالای متوسط افزایش یافته است. علاوه بر این

۶۰٪ معلولینی که در اطرافیان‌شان فرد مبتلا شده به بیماری کرونا را داشتند، میزان اضطراب بیشتری را نسبت به سایر معلولان جسمی-حرکتی تجربه می‌کردند و ۸۶٪ معلولانی که از اطرافیان‌شان، فردی به علت این بیماری فوت شده بود اضطراب بالای متوسط داشتند.

جدول ۳. همبستگی مهارت ارتباط بین فردی، ویژگی شخصیتی، انسجام خانواده، و احساس تنهایی با مشکلات روانشناختی معلولین جسمی-حرکتی

متغیر	انسجام خانواده	مهارت ارتباط بین فردی	ویژگی‌های شخصیتی			
			احساس تنهایی	روان-رنجور خوبی	برون-گرایی	گشودگی نسبت به تجارب تازه
اضطراب	-.۳۳**	-.۳۳**	.۱۰	-.۲۲*	.۰۷	-.۰۶
استرس	-.۴۸**	-.۵۹**	.۱۹*	.۱۰	-.۰۲	.۰۹
افسردگی	-.۷۱**	-.۸۵**	.۱۲	.۰۸	-.۱۰	-.۰۵

جدول ۴. خلاصه تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی مشکلات روانشناختی معلولین جسمی-حرکتی از طریق میزان مهارت ارتباط بین فردی، ویژگی‌های شخصیتی، انسجام خانواده و احساس تنهایی

مدل	متغیر پیش‌بین	F	R	R ² change	β	سطح معنی‌داری
۱	احساس تنهایی	۴/۲۵	.۱۷	.۰۳	.۱۷	.۰۴
	انسجام خانواده				-.۰۷	.۴۳
	احساس تنهایی				.۰۶	.۲۸
	مهارت ارتباط بین فردی				-.۰۶۹	.۰۰۰۱
۲	روان رنجور خوبی	۲۴/۶۶	.۷۸	.۵۸	.۱۱۳	.۰۵
	برون گرایی				-.۰۱۱	.۸۵
	گشودگی نسبت به تجارب تازه				.۰۳۴	.۵۷
	سازگاری				-.۰۱۰	.۸۶
	وظیفه شناسی				-.۰۱۷	.۷۷

در جدول شماره ۳، همبستگی متغیرهای انسجام خانواده، میزان مهارت ارتباط بین فردی، احساس تنهایی و ویژگی‌های شخصیتی با مشکلات روانشناختی (اضطراب، استرس و افسردگی) نشان داده شده است.

با توجه به اطلاعات جدول ۴، مقدار F در هر دو مدل رگرسیون معنادار شده است. همانطور که مشاهده می‌شود، احساس تنهایی ۳ درصد واریانس مشکلات روانشناختی را تبیین کرده، و در گام دوم ۵۸ درصد دیگر از واریانس مشکلات روانشناختی پس از کنترل احساس تنهایی، از طریق انسجام خانواده، مهارت ارتباط بین فردی و ویژگی‌های شخصیتی تبیین شده است. واریانس تبیین شده به

وسيله كل مدل ۶۱ درصد بود و در مدل اول، احساس تنهایی و در مدل نهایی مهارت ارتباط بین فردی و روان-رنجور خوبی معنادار شده‌اند.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش عوامل درون فردی (ویژگی‌های شخصیتی و میزان مهارت ارتباط بین فردی) و برون فردی (انسجام خانواده) در مشکلات روانشناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) معلولین جسمی-حرکتی در زمان فاصله‌گذاری اجتماعی ناشی از ویروس کرونا با واسطه احساس تنهایی انجام شد.

اعضا نیز توجه بیشتری دارند، اما در خانواده‌هایی که از انسجام کمتری برخوردار هستند تعارضات والدین موجب می‌شود در هنگام بحران پشتیبانی کمتری داشته باشند که این موضوع باعث انزوا و کاهش سلامت روان افراد می‌شود، این یافته تاییدکننده دیگر پژوهش انجام گرفته در این زمینه بود.

از سوی دیگر معلولانی که دارای روابط بین‌فردی ضعیفی بوده و قادر نباشند از طریق فضای مجازی یا سایر کانال‌های ارتباطی شکل مناسبی از ارتباط را، متناسب با بحران ایجاد شده با افرادی خارج از دایره اعضای خانواده داشته باشند، احساس تنهایی بیشتری را تجربه کرده (۴۵) و ارتباطات بیشتری را از اعضای خانواده خود طلب خواهند کرد و بالتبع فشار بیشتری بر افراد خانواده وارد خواهند آورد و احتمال برخورد و ناراحتی بین آنها افزایش خواهد یافت. زمانی که این نیاز ارتباطی افراد معلول برآورده نشود، فشار روانی ناشی از ناراحتی پیش آمده در روابط خانوادگی، فاصله عاطفی بین اعضای خانواده، تکراری و یکنواخت بودن فضای خانه و محدودیت ارتباطات و فعالیت‌ها در کنار استرس‌های بیماری کرونا و دشواری‌های حرکت و جابجایی، آنها را بیش از پیش مستعد مشکلات روانشناختی استرس، اضطراب و افسردگی می‌سازد. این نتایج با یافته‌های دیگر پژوهش‌های انجام شده در زمینه ارتباط انسجام خانواده با مشکلات روانشناختی معلولین همسو بود (۶۲-۵۸، ۳۶).

همچنین پژوهش حاضر نشانگر رابطه مثبت و معنادار روان رنجورخویی با اضطراب بود. تجربه هیجانات منفی و عدم کنترل آنها، توأم با ناتوانی در مهارت ارتباط بین‌فردی و اظهار ناراحتی از مشکلات بزرگ و کوچک و واکنش هیجانی منفی نسبت به آنها و مشکلات فیزیولوژی زمینه‌ای در معلولان جسمی-حرکتی، تشدیدکننده مشکلات روانشناختی آنها شده است (۲۶). این یافته تاییدکننده نتایج سایر پژوهش‌های انجام گرفته در این زمینه است (۶۵-۶۳، ۳۶).

بر طبق نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره سلسله‌مراتبی، مهارت ارتباط بین‌فردی با توجه به ضریب بتا بزرگ‌تر، نقش مهمتری در پیش‌بینی مشکلات روانشناختی معلولین جسمی-حرکتی در دوران فاصله‌گذاری اجتماعی کرونا داشته است. کمبود میزان مهارت ارتباط بین‌فردی و تعاملات عاطفی و رفتاری مناسب با اطرافیان، به ویژه با اعضای خانواده در زمان قرنطینه ناشی از کرونا، توأم با نقش

بر اساس نتایج پژوهش، میزان مهارت ارتباط بین‌فردی دارای رابطه منفی و معناداری با افسردگی، استرس و اضطراب بود. با توجه به شیوع بیماری کرونا و ترس از ابتلا به بیماری و مرگ ناشی از آن و لزوم فاصله‌گذاری اجتماعی، معلولین جسمی-حرکتی که به علت شرایط جسمی و روانی، پتانسیل ابتلا و اضطراب بیشتری داشتند (۱۹، ۱۸، ۱۵)، مجبور به ماندن در خانه شدند، در صورتی که بخش مهمی از نیازهای آنها مانند درمانی و توانبخشی مربوط به خارج از خانه بوده (۱۰-۸)، و با عنایت بر دایره ارتباطات اجتماعی محدود (۴۳-۴۱) و ناتوانی آنها در مهارت ارتباط کلامی و غیرکلامی به صورت سازگارانه و همدلانه (۲۷)، و در نتیجه توانایی کمتر در درخواست کمک از دیگران، با توجه به شیوع بالای افسردگی در معلولین جسمی-حرکتی (۱۷)، موجب افزایش انزوا و گوشه‌گیری و کاهش مهارت مقابله با هیجانات ناخوشایند، و آسیب‌پذیری بیشتر نسبت به مشکلات روانشناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) شده است. این یافته با سایر مطالعات انجام شده در زمینه رابطه بین میزان مهارت ارتباط بین‌فردی و مشکلات روانشناختی ناشی از ناتوانی‌های جسمی و روانی معلولین و شرایط بحرانی ناشی از گسترش بیماری همسو بود (۵۷-۵۴، ۳۲-۳۰، ۲۸).

علاوه بر این با توجه به نتایج، انسجام خانواده دارای رابطه منفی و معناداری با افسردگی، استرس و اضطراب بود. عوامل تهدیدکننده مانند کرونا می‌تواند استرس مزاد بر خانواده‌ها تحمیل کند، چراکه لزوم ماندن در خانه و کاهش مراجعه معلولین جسمی-حرکتی به مراکز توانبخشی و در نتیجه افزایش مدت زمان حضور اعضا در کنار یکدیگر، به همراه ترس بیشتر خود و خانواده‌ها از ضعف جسمانی، و احتمال بیشتر ابتلا به بیماری در معلولین، با توجه به نیاز ویژه معلولان جسمی-حرکتی در جنبه‌های مختلف زندگی و فشار فزاینده این مسئولیت‌ها بر خانواده‌ها، نیروی مزاد از اعضای خانواده طلب کرده، و پتانسیل درگیری را بین اعضای خانواده افزایش داده و موجب تشدید مشکلات روانشناختی در معلولان جسمی-حرکتی شده است. این یافته با سایر پژوهش‌های انجام شده در این زمینه همسو بود (۳۲، ۳۲).

در این خصوص باید مدنظر داشت که در خانواده‌هایی که تعاملات عاطفی بیشتری وجود دارد، اعضای خانواده بیشتر خود را درگیر مشکلات یکدیگر کرده و به سلامت روان دیگر

جسمی-حرکتی، همراه با تداوم حمایت اجتماعی توسط دولت، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی و سایر مردم است.

این مطالعه در مراکز توانبخشی معلولین جسمی-حرکتی در سطح استان تهران انجام شد. توصیه می‌گردد در مطالعات آینده اطلاعات به دست آمده از سایر مراکز توانبخشی در سایر استان‌ها و سایر گروه‌های معلولین نیز بررسی و مقایسه گردد. براساس یافته‌های این مطالعه پیشنهاد می‌شود نقش دیگر عوامل دخیل در سطح مشکلات روانشناختی معلولین و انواع دیگر مشکلات روانشناختی آنها نیز بررسی شوند.

شایان ذکر است که با توجه به محدودیت جمع‌آوری اطلاعات در مدت زمان فاصله‌گذاری اجتماعی و انتخاب نمونه داوطلبانه، عدم همکاری توسط خانواده‌های معلولین و یا خود آنها و همچنین تعداد نسبتاً کم نمونه، تعمیم نتایج با محدودیت‌هایی نیز روبه‌رو است. از سوی دیگر، مطالعه حاضر از نوع تحقیقات همبستگی است و وجود رابطه لزوماً به معنای روابط علت و معلولی نمی‌باشد.

صفت شخصیتی روان‌رنجورخویی و تمایل به تجربه هیجانات منفی در معلولین جسمی-حرکتی با توجه به زمینه مشکلات جسمی و روانی، با واسطه احساس تنهایی و محدود شدن دایره ارتباطات معلولین با اعضای خانواده و افزایش انزوا و گوشه‌گیری، اثر فزاینده‌ای بر آسیب‌پذیری معلولین جسمی-حرکتی به مشکلات روانشناختی در دوران فاصله‌گذاری اجتماعی ناشی از شیوع بیماری کرونا داشته است.

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که با در نظر گرفتن زمینه مشکلات جسمی و روانی معلولین جسمی-حرکتی و فشار روانی تجربه‌شده حاصل از شیوع بیماری کرونا، کاهش میزان مهارت ارتباطی و الگوی روابط نامناسب با جامعه و خانواده بعلاوه تمایل به تجربه هیجانات منفی و اضطرابی، با واسطه احساس تنهایی، باعث تجربه و تشدید سطوح اضطراب، استرس و افسردگی در این گروه از افراد جامعه شده است. لذا نتایج بیانگر لزوم اتخاذ راهبردی جهت کاهش انزوا و تنهایی و آموزش و تقویت میزان تعاملات عاطفی و رفتاری، مهارت ارتباط کلامی و غیرکلامی و مدیریت هیجانات، در خانواده‌ها و مراکز توانبخشی معلولین

Commented [M2]:

موارد نگارشی و جمله بندی ها اصلاح شد، منابع ذکر شده در داخل متن، در پایان ذکر شد، نتیجه گیری تقویت و بازنویسی شد.

References

1. World Health Organization. 10 Facts on disability. 2018. <https://www.who.int/newsroom/facts-in-pictures/detail/disabilities>.
2. Lebrasseur A, Fortin B, edard N, Lettre J, Bussi eres EL, Best K, et al. Impact of COVID-19 on people with physical disabilities: A rapid review. *AAHD*. 2021; 14(1), 101014.
3. World Health Organization, Coronavirus disease. (COVID-19) situation report–34. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2020. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200223-sitrep-34-covid-19.pdf?sfvrsn=44ff8fd3_2pdf icon.
4. Davarmnesh A, Barati Sade F. Introduction to rehabilitation of the disabled, Tehran: Growth. 2007; 19-48. [Persian]
5. Villalobos A, De Castro F, Rojas R, Allen-Leigh B, Hubert C, Avenda o-Badillo D, Lazcano-Ponce E. Child labor and severe functioning difficulties and disability in Mexican children and adolescents 5-17 years of age. *Salud P blica de M xico*. 2017; 59(4, jul-ago), 380.
6. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons from the Corona virus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention external icon. *JAMA Internal Medicine*. 2020; 323(13), 1239-1242.
7. Valero-Moreno S, Lacomba-Trejo L, Casa a-Granell S. Psychometric properties of the questionnaire on threat perception of chronic illnesses in pediatric patients, *Revista, Latinoamericana de Enfermagem*. 2020; 28, 3144-3242.
8. Jonasdottir SK, Polgar JM. Services, systems, and policies affecting mobilitydevice users' community mobility: a scoping review. *CJOT*. 2018; 85(2), 106-116.
9. Bezyak JL, Sabella S, Hammel J, McDonald K, Jones RA, Barton D. Community participation and public transportation barriers experienced by people with disabilities. *J Rehabil*. 2019; 1, e9.
10. Gudlavalleti MV, John N, Allagh K, Sagar J, Kamalakannan S, Ramachandra SS. Access to health care and employment status of people with disabilities in South India, the SIDE (South India Disability Evidence) study. *BMC Public Health*. 2020; 14, 1125.
11. World Health Organization. Disability considerations during the COVID-19 outbreak. 2020. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1277373/retrieve>.
12. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: the need for prevention and early intervention. *JAMA Internal Medicine*. 2020; 10, 1001-1562.
13. Honari N, Pourabolli I, Hakimzadeh E, et al. Effect of vitex agnus castus extraction on anxiety-like behaviors in ovariectomized rats, *J of Babol Medical University*. 2012; 14(5):29-35. [Persian]
14. Seifsafari S, Firoozabadi A, Ghanizadeh A, Salehi A. A symptom profile analysis of depression in a sample of Iranian patients, *Iran Journal of Medical Sciences*. 2013; 38:22-29. [Persian]
15. Nakata A. Psychosocial job stress and immunity: a systematic review. *Methods Mol Biol*. 2012; 934:39-75.
16. Khodadadi M, Doltyarbastany R. Editors: Job stress prevention and coping. Tehran: Modaber Publication. 2007. [Persian]
17. Karimi Dermani HR. Specific groups with an emphasis on social rehabilitation services, Tehran: Growth. 2012; 45-56. [Persian]
18. Desch enes SS, Burns RJ, Schmitz N. Associations between depression, chronic physical health conditions, and disability in a community sample: a focus on the persistence of depression. *JAD*. 2015; 179, 6-13.
19. Kostev K, Teichgr ber F, Konrad M, Jacob L. Association between chronic somatic conditions and

- depression in children and adolescents: a retrospective study of 13,326 patients. *JAD*. 2019; 245, 697–701.
20. Leandro PG, Castillo MD. Coping with stress and its relationship with personality dimensions, anxiety, and depression. *J Procedia-Soc Behav Sci*. 2010; 5, 1562-1573.
 21. McCrae RR, Costa Jr. PT. A five-factor theory of personality. In: John OP, Robins RW, Pervin LA, editors. *Handbook of personality. Theory and research*, New York: Guilford Press. 1999.
 22. Lee, S. A., Jobe, M. C., Mathis, A. A., & Gibbons, J. A. (2020). Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety. *JAD*, 74, 102268.
 23. Kotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson D. Linking “Big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psycho.Bull*. 2010; 136(5), 768–821.
 24. Strickhouser JE, Zell E, Krizan Z. Does personality predict health and wellbeing? A meta-synthesis. *Health Psychol*. 2017; 36(8), 797-810.
 25. Quilty L C, Pelletier M, Deyoung C. G, Bagby R M. Hierarchical personality traits and the distinction between unipolar and bipolar disorders. *JAD*. 2013; 147(1–3), 247–254.
 26. Nikčević A V, Spada M M. The COVID-19 Anxiety Syndrome Scale: Development and psychometric properties. *Psychiatry Res*. 2020; 292, 113322.
 27. Keyton J, Caput, J M, Ford E A, Fu R, Leibowitz SA, Liu T, Wu C. Investigating verbal workplace communication behaviors. *Int.J.Bus.commun*. 2013; 50(1), 152–169.
 28. Markey P, Markey C, Nave C, August K. Interpersonal problems and relationship quality: An examination of gay and lesbian romantic couples. *J Res Per*. 2014; 51(4), 1-8.
 29. McKay M, Lev A, Skeen M. Acceptance and commitment therapy for interpersonal problems: Using mindfulness, acceptance, and schema awareness to change interpersonal behaviors. New Harbinger Publications. 2012.
 30. Joseph S. *What Doesn't Kill Us: The New Psychology of Posttraumatic Growth*, Philadelphia: Basic Books. 2013.
 31. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely P, Greenberg PN, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020; 395(10227), 912–20.
 32. Goodwin R, Hou WK, Sun SH, Ben-Ezra M. Quarantine, distress and interpersonal relationships during COVID-19. *General Psychiatry*. 2020; 33(6), 100-385.
 33. Nazir S, Sidra S, Malik MS, Falak S, Zarqa A, Muhammad Rizwan S. Parental Conflict And Its Effects On Youth Self Esteem (A Study At University Of Punjab). *J Asian Soc Sci*. 2012; 9, 1392-1400.
 34. Olson D H. Circumplex model of marital and family systems. *J Fam Ther*. 2015; 22(2), 144-167.
 35. Beharzusman V, Chavez V, Gattamorta J. Developing the measure of the impact of Covid-19 social distancing on household conflict and cohesion. *Fam Process*. 2020; 59(3), 1045–1059.
 36. Gard A.M, McLoyd V C, Mitchell C, Hyde LW. Evaluation of a longitudinal family stress model in a population-based cohort. *Soc Dev*. 2020; 29(4), 1–21.
 37. De Jong-Gierveld J, Van Tilburg T, Friedman H. Social isolation and loneliness. *Encyclopedia of Mental Health*. 2016; 4(2), 175-178.
 38. Santini Z, Fiori K, Feeney J, Tyrovolas S, Haro J, Koyanagi A. Social relationships, loneliness, and mental health among older men and women in Ireland: A prospective community-based study. *J affect disord*. 2016; 204, 59-69.
 39. Hawkey L, Thisted R, Masi C, Cacioppo J. Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and

- older adults. *Psychol aging*. 2016; 25(1), 132-141.
40. Holwerda T, Deeg D, Beekman A, van Tilburg Stek M, Jonker C, Schoevers, R. Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2014; 85(2), 135-142.
41. Krahn G, Walke DK, Correa-De-Araujo R. Persons with disabilities as an unrecognized health disparity population. *Ame J Public Health Association*. 2015; 105(2), 198-206.
42. Mithen J, Aitken Z, Ziersch A, Kavanagh AM. Inequalities in social capital and health between people with and without disabilities. *Soc Sci Med*. 2015; 126, 26-35.
43. Macdonald SJ, Deacon L, Nixon J, Akintola A, Gillingham A, Kent J, et al. The invisible enemy: disability, loneliness and isolation. *Disabil Soc*. 2018; 33(7), 1138-1159.
44. Leigh-Hunt N, Baggeley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, Caan W. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*. 2017; 152(7), 157-171.
45. Saltzman LY, Hansel TC, Bordnick, PS. Loneliness, Isolation, and Social Support Factors in Post-COVID-19 Mental Health. *Psychol Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2020; 12(1), 55-57.
46. Lovibond P F, Lovibond S H. The Structure of Negative Emotional States: Comparison of Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*. 1995; 33, 335- 343.
47. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population (Persian). *Iranian Psychologists*. 2005; 4(1):299-313. [Persian]
48. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure, *Journal of Personality Assessment*. 1996; 66:20-40.
49. Hojjati H, Koochaki G, Sanagoo A. The relationship between loneliness and life satisfaction of the elderly in Gorgan and Gonbad cities, *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery*. 2012; 9(1):61-68. [Persian]
50. Samani S. Investigating the causal model of family cohesion, emotional independence and adjustment Unpublished doctoral dissertation. Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University. 2002. [Persian]
51. Attari Y, Mehrabizadeh Honarmand M, Aman elahi A, Nekoi S. Investigating the relationship between personality traits and marital satisfaction in female employees of Ahvaz city government office, Abstracts of the Second National Congress of Family Pathology in Iran, Shahid Beheshti University. 2006. [Persian]
52. Yousefi F, Khayyer M. Assessing the reliability and validity of the Matson Social Skills Scale and comparing the performance of high school girls and boys in this scale, *Journal of Social Sciences and Humanities Shiraz University*. 2002; 18 (2), 147- 158. [Persian]
53. Monajemzade A. Investigating the Relationship between Interpersonal Communication Skills and Social Acceptance of Students of Payame Noor University of Khorasgan, Bachelor Thesis, Department of Social Sciences. 2012. [Persian]
54. Pourahmadi E, Jalali M, Jalil B, Pakdaman SH. Effect of teaching life skills on improving, social skills and behavior problems in the boys with coping behavior and disregard disorder, *Achievements of psychology (Educational Science and psychology)*. 2010; 4(1):67-86. [Persian]
55. Kapp-Simon KA, McGuire DE, Long BC, Simon DJ. Addressing quality of life issues in adolescents: social skills interventions. *The Cleft palate-craniofacial journal*. 2005;42(1): 45-50.
56. Kingsnorth S, Healy H, Macarthur C. Preparing for adulthood: a systematic review of life skill programs for youth

- with physical disabilities. *J Adolescent Health*. 2007;41(4):323-32.
57. Sarafino EP, Smith TW. *Health psychology: Biopsychosocial interactions*: John Wiley & Sons; 2014.
 58. Rahmatinejad P, Yazdi M, Khosravi Z, Shahisadrabadi F. Lived Experience of Patients with Coronavirus (Covid-19): A Phenomenological Study. *RPH*. 2020; 14 (1):71-86.[Persian]
 59. Yeh Z-T, Huang Y-h, Liu S-I. Maternal Depression and Adolescent Emotions: The Role of Family Functioning. *J Child Fam Stud*. 2016;25(7):2189-200.
 60. Daches S, Vine V, Layendecker KM, George CJ, Kovacs M. Family functioning as perceived by parents and young offspring at high and low risk for depression. *J Affect Disord*. 2018;226:355-60.
 61. Payravi H, Hajebi A, Panaghi L. Studying the relationship between social support and mental health among Tehran university students. *Health Syst Res*. 2010;6(2):75-82.[Persian]
 62. Ghaffari f, Rafiei H, Sanaei B. [Effectiveness of Family Training by using boen systemy Theory on Differentiation and Families function with children addicted]. *Iranian J Fam Res*. 2010;6(22):227-39.[Persian]
 63. Feist J, Feist GJ. *Theories of Personlity* (10th ed.). Seyed Mohammadi Y. (persian translator). Tehran: Ravan. 2014.
 64. Gholipour Z, Marashi S, Mehrabizadeh Honarmand M, Arshadi N. Resilience as a mediator between Big Five-Factor personality trait and happiness. *Educational Psychology*. 2016; 12(39), 135 -155.[Persian]
 65. Halgin RP, Whitbourne SK. *Abnormal Psychology: Clinical Perspectives on Psychologocal Disorders* (Vol 1). Seyed Mohammadi Y. (persian translator). Tehran: Ravan. 2016.

اصلاحات مدنظر داوری
 موارد نگارشی در کل متن وجود دارد که اصلا نشده
 در برخی موارد، نیاز به آوردن مرجع داخل متن که اشاره شده

اصلاح برخی جمله بندی ها
تقویت برخی قسمت های تبیین و نتیجه گیری که اشاره شده