Journal of Research in Psychological Health

June 2022, Volume16, Issue2

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. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2022;16 (2), . [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 133of 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 R3% was significant. Interpersonal communication skills and neuroticism with beta coefficient -0.69 and 0.113 acordingly were significente 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.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

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

تاریخ دریافت
۱۴۰۰/۱۰/۲۱

تاریخ پذیرش

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

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 حاضربا هدف بررسی نقش مهارت ارتباط بین‌فردی، ویژگی‌های شخصیتی و انسجام خانواده با واسطه احساس تنهایی در مشکلات روانشناختی معلولین جسمی-حرکتی دردوران فاصله‌گذاری اجتماعی ناشی ازکرونا انجام شد.پژوهش با روش همبستگی و نمونه‌گیری در دسترس، بر روی۱۳۳نفر از معلولین جسمی-حرکتی استان تهران درسال ۱۴۰۰ انجام شد.اطلاعات با استفاده از مقیاس اضطراب، استرس و افسردگی(DASS-21)، مقیاس مهارت ارتباط بین‌فردی ماتسون، انسجام خانواده سامانی(۱۳۸۱)، ویژگی‌های شخصیتی نئو(NEO-PI) و احساس تنهایی راسل(ULS-20)گردآوری شد.تحلیل داده‌ها با استفاده ازضریب همبستگی پیرسون نشانگر رابطه معنادار مولفه‌های انسجام خانواده و مهارت ارتباط بین‌فردی با اضطراب، استرس و افسردگی،و روان‌رنجورخویی با اضطراب، احساس تنهاییبا استرس، مهارت ارتباط بین‌فردی و انسجام خانواده بودند. نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره به روش سلسله‌مراتبی نیزنشان داد که متغیرهای مهارت ارتباط بین‌فردی، انسجام خانواده، ویژگیهای شخصیتی و احساس تنهایی ۶۱٪ واریانس مشکلات روانشناختی معلولین جسمی-حرکتی را تبیین می‌کنند. نقش واسطه‌ای احساس تنهایی باضریب تعیین ۳٪ معنادار بود. همچنین مهارت ارتباط بین‌فردی و روان‌رنجورخویی به ترتیب با ضرایب بتا ۰/۶۹- و ۰/۱۱۳ پیش بین معنادار مشکلات روان‌شناختی بودند. برطبق نتایج این پژوهش کمبود مهارت ارتباط بین‌فردی و تمایل به تجربه هیجانات منفی با واسطه احساس تنهایی عامل مهمی در تبیین مشکلات روانشناختی معلولین جسمی-حرکتی می‌باشد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

مقدمه

معلولیت پدیده پیچیده‌ای است که منعکس‌کننده تعامل بین ویژگی‌هایی از جسم افراد و جامعه‌ای است که فرد درآن 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 عصبی-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 ۱۵درصد از جمعیت جهان با معلولیت‌هایی زندگی می‌کنند که ۲تا۴ درصد آنها رنج‌های بسیاری درعملکردشان تجربه می‌کنند (۳)؛ آمارهای جهانی رقم معلولان جسمی-حرکتی زیر۶۰ سال را درکل جمعیت، رقمی حدود یک درصد اعلام کرده که البته در افراد بالای۶۰ 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 ده‌ها 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 ناشنوایان ممکن نیست(۱۱). این الزامات ومحدودیت‌ها ترس و اضطراب بیشتری را برای آنها به همراه دارد. علاوه بر این با توجه به روابط بین‌فردی اندک معلولین جسمی-حرکتی و کم شدن منابع اجتماعی، و با توجه به بمباران اطلاعاتی پوشش‌های رسانه‌ای مبنی بر مخاطرات کرونا برای گروه-های در معرض خطر، مشکلات روانشناختی نیز در معلولین تشدید شده است. شایعترین این اختلالات استرس، اضطراب، و افسردگی است(۱۲،۶). اضطراب یک احساس مبهم هراس با منشا ناشناخته و با نشانه‌های درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژیکی است(۱۳). افسردگی اختلالی است که سبب غم و کاهش انرژی شده و عملکرد فرد افسرده از نظر فردی و اجتماعی دچار مشکل می‌شود(۱۴). علاوه بر اضطراب و افسردگی، استرس نیز امروزه در حال افزایش است(۱۵). استرس مداوم علاوه بر صدماتی که بر جسم و روان داشته، موجب ایجاد عوارضی مانند بی‌تفاوتی، خواب منقطع و احساس بی‌کفایتی می‌شود(۱۶).در جهان ۳۲۲ میلیون نفر دارای علائم افسردگی و ۲۶۴ میلیون نفر دارای علائم اضطراب هستند(۱). مطالعات نشان داده‌اند افسردگی از شایع‌ترین مشکلات روانشناختی در گروه‌های مختلف معلولین است (۱۷) و اینطور به نظر می‌رسد که ناتوانی‌های جسمی و مشکلات سلامتی می‌تواند زمینه‌ای برای بروز و تشدید مشکلات سلامت روان در معلولین باشد(۱۹،۱۸) و زمانی که چالش‌ها و محدودیت‌های محیطی و اجتماعی بیشتری 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.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

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 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، خونگرمی، 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 وظیفه شناسی 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(۲۹،۲۸). 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 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 مهارت های ارتباط بین‌فردی افراد، عوامل دیگری نیز از جانب خانواده در سلامت روان همه اعضای آن مخصوصا 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 اعضاء آن پی‌درپی باهم در تعامل‌اند و متقابلا بر همدیگر اثر می‌گذارند؛ اختلال در عملکرد این نظام، موجب اختلال در رفتار اعضای آن می‌شود به طوری که وجود الگوهای نامناسب درخانواده، 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 اعضاء خانواده و حدی از استقلال فردی است،که شخص در سیستم خانواده تجربه می‌کند (۳۴). همه‌گیری کووید-۱۹و محدودیت‌های اجتماعی متعاقب آن، وضعیت خانه‌ای را ایجاد کرده است که دارای پتانسیل فوق‌العاده‌ای برای درگیری بین اعضاء 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

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

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 بهزیستی روانشناختی افراد معلول و عوامل درون‌فردی و برون‌فردی 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 بین‌فردی 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 رسانه-های 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 می-تواند بهزیستی 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 بین‌فردی، انسجام خانواده و احساس تنهایی و به چه میزان در پیش-بینی 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 بین‌فردی نقش واسطه‌ای و تعدیل‌کننده دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان:

مطالعه حاضربنیادی 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

جمع‌آوری داده‌ها از طریق ۵ پرسشنامه اضطراب، استرس و افسردگی(DASS-21)، مقیاس مهارت ارتباط بین‌فردی 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 اخذشده به صورت کاملا محرمانه نزد محققین حفظ خواهد شد.

پرسشنامه استرس، اضطراب،و افسردگی (DASS)

این پرسشنامه توسط لاویبوند و لاویبوند درسال ۱۹۹۵ ساخته شده و دارای ۲۱ سوال با ۳ مولفه ۷ سوالی و نمره‌گذاری لیکرتی ۰ تا ۳ است که نمره نهایی هر مولفه از مجموع نمرات سوال‌های مربوط به آن به دست می‌آید. ازآنجاکهDASS-21 فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سوالی) است، نمره نهایی هریک ازخرده‌مقیاس‌ها باید

[1]Depression, Anxiety, stress scales

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

۲برابر شود. میزان روایی این پرسشنامه ۰/۷۷ و پایایی کل پرسشنامه و مولفه‌های افسرگی، 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).

در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای خرده-مقیاس‌های اضطراب، استرس و افسردگی ۰/۷۵، ۰/۷۳، ۰/۸۳و 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... داشته اید» و «آیا سابقه مشکلات اضطرابی و یا افسردگی حاد داشته اید؟» قرارداده 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[2]در سال ۱۹۸۰ ساخته شد و شامل ۲۰ سوال ۴ گزینه‌ای با نمره‌گذاری لیکرتی ۱تا۴ است. نمره‌گذاری سوالات ۱،۵،۶،۹،۱۰،۱۵،۱۶،۱۹ و۲۰ 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 درنسخه 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. دارای۲۸گویه بوده و نمره بالاتر بیانگر انسجام خانواده بیشتر است. مطالعه مقدماتی سامانی (۱۳۸۶) درخصوص این مقیاس براساس ۸عامل(همبستگی باپدر،مادر، مدت تعامل، مکان، تصمیم‌گیری، ارتباط عاطفی، روابط زناشویی و رابطه والدین با فرزندان)، حاکی ازکفایت این مقیاس برای ارزیابی همبستگی فرد با والدین بود. ضریب آلفا۰/۹۰ و ضریب پایایی برای کل این مقیاس ۰/۷۹گزارش شده است (۵۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ کل این پرسشنامه ۰/۷۳ بدست آمد.

پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی نئو[3](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 روان‌رنجورخویی، 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، و 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 ۱۹سوال 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 لیکرت ۵ امتیازی بوده و نمره‌های بالاتر نشان-دهنده مهارت ارتباط بین‌فردی بالاتر است (۵۲).

[1]. UCLA Loneliness scale
[2]. Russell
[3]. NEO(Neuroticism-Extraversion-Openness) Personality Inventory

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

در نمونه پژوهش انجام شده، روایی همزمان پرسشنامه محاسبه و یک همبستگی قوی بین آن با پرسشنامه توانایی برقراری ارتباط موثر بدست آمد(r=0/69) و در نتیجه روایی همزمان آن مورد تایید قرارگرفت. همچنین پایایی پرسشنامه با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ ۰/۷۳ بدست آمد. در این مطالعه نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ بدست آمده است(۵۳).

برای تجزیه و تحلیل داده¬ها از آمار توصیفی و استنباطی(میانگین و انحراف معیار، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی) در سطح معناداری ۰/۰۵، استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول شماره ۱، اطلاعات توصیفی مولفه‌های مهارت ارتباط بین‌فردی، ویژگی‌های شخصیتی و انسجام خانواده، احساس تنهایی و مشکلات روانشناختی(اضطراب، استرس و افسردگی) نمونه پژوهش ارائه شده است.

جدول۱. مشخصه‌های آماری مهارت ارتباط بین‌فردی، 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 بین‌فردی	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
روان‌رنجورخویی	۲۰/۰۱	۳/۲۲	۱۴	۳۳
برون‌گرایی	۲۰/۴۸	۷/۴۴	۱۲	۴۳
گشودگی نسبت به تجارب تازه	۴۰/۲۰	۴/۰۱	۳۰	۴۹
سازگاری	۳۹/۴۹	۳/۹۲	۳۰	۴۹
وظیفه‌شناسی	۱۷/۲۸	۴/۶۳	۱۲	۳۰

جدول۲. درصد فراوانی طبقات اضطراب افراد معلول به صورت چارکی بر اساس اطلاعات دموگرافیک در زمان قرنطینه

متغیر	طبقات	طبقات مشکلات روانشناختی معلولین			
		کمتراز۳۲	۳۳-۳۶	۳۷-۴۰	بالاتراز۴۱
محل نگهداری	خانه	۱۳/۰۰	۱۰/۶۰	۱۵/۴۰	۶۱/۰۰
	مرکز توانبخشی	۱۳/۱۰	۲۳/۸۰	۹/۱۰	۵۴/۰۰
نوع معلولیت	ضایعه نخاعی	۷/۷۰	۱۵/۴۰	۷/۷۰	۶۹/۲۰
	فلج مغزی	۰۰/۰۰	۰۰/۰۰	۰۰/۰۰	۱۰۰/۰۰
	فلج اطفال	۰۰/۰۰	۱۴/۳۰	۱۴/۳۰	۷۱/۴۰
	ارتوپدی	۹/۳۰	۹/۳۰	۲۴/۱۰	۵۷/۴۰
	مولتیپل اسکلروزیس	۲۵/۰۰	۶/۲۰	۹/۴۰	۵۹/۴۰
	صرع	۱۶/۷۰	۸/۳۰	۸/۳۰	۶۶/۷۰
شدت اختلالات	خفیف	۱۵/۵۰	۱۰/۳۰	۱۰/۳۰	۶۳/۸۰
	متوسط	۹/۹۰	۹/۹۰	۱۹/۷۰	۶۰/۶۰
	شدید	۲۵/۰۰	۰۰/۰۰	۰۰/۰۰	۷۵/۰۰
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۰۰/۰۰	۲۵/۰۰	۰۰/۰۰	۷۵/۰۰
	متوسط	۱۴/۳۰	۸/۴۰	۱۴/۳۰	۶۳/۰۰
	خوب	۰۰/۰۰	۲۰/۰۰	۳۰/۰۰	۵۰/۰۰
ابتلا به کرونا	بله	۱۳/۳۰	۱۰/۲۰	۱۵/۶۰	۶۰/۹۰

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

در اطرافیان	خیر	۰۰/۰۰	۰۰/۰۰	۰۰/۰۰	۱۰۰/۰۰
فوتی در اطرافیانبه	بله	۷/۲۰	۵/۵۰	۷/۲۰	۸۶/۰۰
علت کرونا	خیر	۱۱/۲۰	۹/۳۰	۱۴/۰۰	۶۵/۴۰

طبق جدول شماره۲، ۶۱٪ معلولینی که محل نگهداری آنها در خانه بود اضطراب بالای متوسط داشتند، درحالی که این میزان در افرادی که در مراکز توانبخشی نگهداری می‌شدند کمتر بود. همچنین با افزایش شدت معلولیت، میزان اضطراب یالای 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.

جدول۳. همبستگی مهارت ارتباط بین فردی، ویژگی شخصیتی، انسجام خانواده، واحساس تنهایی با مشکلات روانشناختی معلولین جسمی-حرکتی

متغیر	انسجام خانواده	مهارت ارتباط بین فردی	احساس تنهایی	ویژگی های شخصیتی				
				روان-رنجورخویی	برون-گرایی	گشودگی نسبت به تجارب تازه	سازگاری	وظیفه-شناسی
اضطراب	-۰/۳۲**	-۰/۳۳**	۰/۱۰	۰/۲۲*	۰/۰۷	-۰/۰۶	۰/۰۳	۰/۰۱
استرس	-۰/۴۸**	-۰/۵۹**	۰/۱۹*	۰/۱۰	-۰/۰۲	۰/۰۹	۰۰/۰۰	۰/۰۲
افسردگی	-۰/۷۱**	-۰/۸۵**	۰/۱۲	۰/۰۸	-۰/۱۰	-۰/۰۵	۰/۰۴	۰/۰۸

جدول۴.خلاصه تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی مشکلات روانشناختی معلولین جسمی-حرکتی از طریق میزان مهارت ارتباط بین‌فردی، ویژگی‌های شخصیتی، انسجام خانواده و احساس تنهایی

مدل	متغیر پیش‌بین	F	R	R^2change	β	سطح معنی‌داری
۱	احساس تنهایی	۴/۲۵	۰/۱۷	۰/۰۳	۰/۱۷	۰/۰۴
۲	انسجام خانواده	۲۴/۶۶	۰/۷۸	۰/۵۸	-۰/۰۷	۰/۴۳
	احساس تنهایی				۰/۰۶	۰/۲۸
	مهارت ارتباط بین فردی				-۰/۶۹	۰/۰۰۰۱
	روان رنجورخویی				۰/۱۱۳	۰/۰۵
	برون گرایی				-۰/۰۱۱	۰/۸۵
	گشودگی نسبت به تجارب تازه				۰/۰۳۴	۰/۵۷
	سازگاری				-۰/۰۱۰	۰/۸۶
	وظیفه شناسی				-۰/۰۱۷	۰/۷۷

در جدول شماره۳، همبستگی متغیرهای انسجام خانواده، میزان مهارت ارتباط بین‌فردی، احساس تنهایی و ویژگی-های 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 می-شود، 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 بین‌فردی و ویژگی‌های شخصیتی تبیین شده است. واریانس تبیین شده به وسیله کل مدل ۶۱ درصد بود و در مدل اول، احساس تنهایی و در مدل نهایی مهارت ارتباط بین‌فردی و روان‌رنجورخویی معنادار شده‌اند.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش عوامل درون‌فردی (ویژگی‌های شخصیتی و میزان مهارت ارتباط بین‌فردی) و برون‌فردی (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.

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 فاصله گذاری 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 نیاز های 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 گوشه گیری و کاهش مهارت مقابله با هیجانات ناخوشایند، و آسیب¬پذیری بیشتر نسبت به مشکلات روانشناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) شده است. این یافته با سایر مطالعات انجام‌شده 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 مازاد 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 جنبه های مختلف زندگی و فشار فزاینده این مسئولیت‌ها بر خانواده‌ها، نیروی مازاد 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 پژوهش های انجام شده در این زمینه همسو بود(۳۳،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 اعضا نیز توجه بیشتری دارند، اما در خانواده-هایی 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 کانال-های 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 دشواری-های حرکت و جابجایی، آنها را بیش از پیش مستعد مشکلات روانشناختی استرس، اضطراب و افسردگی می-سازد. این نتایج بایافته‌های 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 روان‌رنجورخویی با اضطراب بود. تجربه هیجانات منفی و عدم کنترل آنها، توأم با ناتوانی درمهارت ارتباط بین‌فردی و اظهار ناراحتی از مشکلات بزرگ و کوچک و واکنش هیجانی منفی نسبت به آنها و مشکلات فیزیولوژی زمینه-ای در معلولان جسمی-حرکتی، تشدیدکننده مشکلات روانشناختی آنها شده است(۲۶). این یافته تاییدکننده

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

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 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 آسیب-پذیری معلولین جسمی-حرکتی به مشکلات روانشناختی در دوران فاصله‌گذاری اجتماعی ناشی از شیوع بیماری کرونا داشته است.

به طورکلی 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 دراین 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 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 درسایراستان‌ها 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 نسبتا کم نمونه، تعمیم نتایج با محدودیت‌هایی نیز روبه‌رو است. از سوی دیگر، مطالعه حاضر از نوع تحقیقات همبستگی است و وجود رابطه لزوما به معنای روابط علت ومعلولی نمی‌باشد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

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, Bussières 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, Avendaño-Badillo D, Lazcano-Ponce E. Child labor and severe functioning difficulties and disability in Mexican children and adolescents 5-17 years of age.Salud Pública de México. 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 Medicin. 2020; 323(13), 1239-1242.
7. Valero-Moreno S, Lacomba-Trejo L, Casaña-Granell S. Psychometric properties of the questionnaire on threat perception of chronic illnesses in pediatric patients, Revista, Latino-americana 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. Communityparticipation and public transportation barriers experienced by people withdisabilities. J Desabil Rehabilit. 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 inSouth India, the SIDE (South India Disability Evidence) study. BMC Public Health. 2020; 14, 1125.
11. World Health Organization. Disability considerations during the COVID-19outbreak. 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 Medicin. 2020; 10, 1001-1562.
13. Honari N, Pourabolli I, Hakimizadeh 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. Deschênes SS, Burns RJ, Schmitz N. Associations between depression, chronicphysical health conditions, and disability in a community sample: a focus on thepersistence of depression. JAD. 2015; 179, 6–13.
19. Kostev K, Teichgräber F, Konrad M, Jacob L. Association between chronicsomatic conditions and

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

depression in children and adolescents: a retrospective studyof 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 ofcoronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, anddeath anxiety. JAD, 74, 102268.
23. Kotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson D. Linking “Big” personality traits toanxiety, 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 metasynthesis. Health Psychol. 2017; 36(8), 797-810.
25. Quilty L C, Pelletier M, Deyoung C. G, Bagby R M. Hierarchical personalitytraits 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, Philadephia: 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 prospectivecommunity-based study. J affect disord. 2016; 204, 59-69.
39. Hawkley L, Thisted R, Masi C, Cacioppo J. Loneliness predicts increased bloodpressure:5-year cross-lagged analyses in middle-aged and

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

older adults. Psychol aging. 2016; 25(1), 132-141.
40. Holwerda T, Deeg D, Beekman A, van Tilburg Stek M, Jonker C, Schoevers, R. Feelingsof loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the AmsterdamStudy 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 unrecognizedhealth 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 andhealth 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, lonelinessand isolation. Disabil Soc. 2018; 33(7), 1138-1159.
44. Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, Caan W. An overview of systematic reviews on the publichealth 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 Thearpy. 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. Monajemizade 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.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

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 supportand 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 Personslity (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.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

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

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]