

نقش انواع مقابله دینی در تجربه سوگ و سلامت روانی بازماندگان افراد جان‌باخته در اثر ویروس کرونا

فاطمه شبیک^۱، سیده محدثه پیشنمازی^۲، محمد تقی تبیک^۳، روح‌الله دهقانی بنادکی^۴

چکیده

از اوایل سال ۲۰۲۰ با شیوع جهانی ویروس کرونا، افراد زیادی به این بیماری مبتلا شده و تعداد قابل توجهی جان خود را از دست داده‌اند. بازماندگان افراد درگذشته، به علت محدودیت‌های شدید ارتباطی (قرنطینه)، از انواع حمایت‌های فردی و اجتماعی برای تسهیل تجربه سوگ محروم بودند که این خود سلامت جسمی و روان‌شناختی بازماندگان را تهدید می‌کند. در این میان منابع شخصی مقابله‌ای افراد می‌تواند نقش بسزایی داشته باشد. دین یکی از این منابع مقابله است. هدف از این پژوهش بررسی رابطه چندمتغیری سبک‌های مختلف مقابله دینی، تجربه سوگ و نیز سلامت روانی بازماندگان افراد درگذشته مبتلا به بیماری کرونا بود. ۲۷۷ نفر از ساکنان شهر مشهد که یکی از بستگان نزدیک‌شان را در بیمارستان بستری و به علت ابتلا به کرونا از دست داده بودند، با رضایت خویش پرسش‌نامه‌های الکترونیکی این پژوهش را تکمیل کردند. روش این پژوهش توصیفی از نوع هم‌بستگی بود. برای سنجش متغیرهای پژوهش از سیاهه آثار سوگ، مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس و مقیاس مقابله دینی استفاده شده است. نتایج تحلیل یافته‌ها نشان داد، میان تمام متغیرهای پژوهش رابطه معنادار مشاهده شد و بیشترین ضریب هم‌بستگی بین مقابله دینی منفی دینی و مؤلفه انفصال و طرد تجربه سوگ و کم‌ترین آن بین مقابله دینی مثبت و رفتار وحشت‌زدگی تجربه سوگ به دست آمد؛ مقابله دینی مثبت آسیب کم‌تر در تجربه سوگ و سلامت روانی بیشتر و مقابله دینی منفی آسیب بیشتر در تجربه سوگ و سلامت روانی کم‌تر را پیش‌بینی کرد.

واژه‌های کلیدی: مقابله دینی، سلامت روانی، تجربه سوگ، ویروس کرونا.

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، پژوهشکده علوم رفتاری، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران
۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه قرآن و حدیث، قم، ایران (mtabik@gmail.com) نویسنده مسئول
۴. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

The role of types of religious coping in the experience of mourning and mental health of survivors of the COVID-19

Fateme Sheibak¹

Seyede Mohadese Pishnamazi²

Mohammad Taghi Tabik³

Ruhollah Dehghan⁴

By the COVID-19 pandemic since early 2020, many people have been infected with the disease and a significant number of people has lost their lives. The survivors of the deceased were deprived of any individual and social support to facilitate the experience of mourning due to severe communication restrictions (quarantine); such a condition would threaten the physical and psychological health of the survivors. Meanwhile, the personal coping resources are of the significant role. Religion is one of these resources. The aim of this study was to investigate the multivariate relationship between different styles of religious coping, the experience of mourning and the mental health of survivors of COVID-19. 277 residents of Mashhad, who had lost one of their close relatives in the hospital due to COVID-19, have accepted to complete the electronic questionnaires of this study. The method of this research was descriptive-correlational. The mourning list, the Anxiety, Depression and Stress Scale, and the Religious Coping Scale were used to measure the research variables. The results of analysis showed that there is a significant relationship between all research variables; the highest correlation coefficient was between the negative religious coping and the component of separation and rejection of the experience of mourning. The lowest correlation coefficient was between positive religious coping and panic behavior of grief experience. Positive religious coping predicted less harm in the experience of grief and more mental health, hence, negative religious coping predicted more harm in the experience of grief and less mental health.

Keywords: Religious Coping, mental health, experience of mourning, Coronavirus

-
1. M.A. Student in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiyat-e-Modares University, Tehran, Iran
 2. PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Research Institute of Behavioral Sciences, Research Institute of Hawzeh & University, Qom, Iran
 3. Assistant Professor, Department of Psychology, University of Quran & Hadith, Qom, Iran, (Corresponding author; mtabik@gmail.com)
 4. M.A. in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Shahid, Tehran, Iran

مقدمه

ویروس کرونا^۱ طی یک سال اخیر افراد بسیاری را مبتلا کرده است. برخی از این افراد راهی بیمارستان‌ها و در موارد شدید در بخش مراقبت‌های ویژه بستری شده‌اند و تعدادی از آن‌ها بعد از چند روز جان خود را ازدست داده‌اند. مرگ‌های ناشی از کرونا شرایط خاصی را برای بازماندگان ایجاد کرده است، به طوری که افراد قابل توجهی امکان حضور بر بالین بیمار و خداحافظی با وی را پیدا نکرده‌اند، برخی از بازماندگان به علت ابتلا به بیماری حتی نتوانستند در مراسم خاک‌سپاری شرکت کنند و این بدان معناست که طی زمان قرنطینه فرد سوگواری از دریافت هرگونه همدردی و تسلی خاطر حضوری محروم بوده و این در حالی است که امکان برگزاری مراسم‌های سوگواری و رفتن به آرامستان‌ها نیز به‌طور قانونی وجود نداشته و گذر از سوگ را برای افراد داغ‌دار، طاقت‌فرساتر کرده است.

تجربه متفاوت سوگ بازماندگان افراد در گذشته مبتلا به کرونا و تأثیر آن بر سلامت روانی بازماندگان، یکی از چالش‌های مهم حوزه بهداشت و سلامت در این روزهاست. سوگ^۲ به احساس‌های ذهنی که در نتیجه مرگ عزیزان پدید آمده است، گفته می‌شود (پورافکاری، ۱۳۸۶، ص ۶۳۸). عوامل متفاوتی بر نوع و شدت تجربه سوگ بازماندگان تأثیر می‌گذارند که از آن جمله می‌توان به ناگهانی بودن تجربه سوگ و چگونگی دریافت و ادراک عوامل حمایتی در مراسم‌های پس از فوت اشاره کرد. تجربه سوگ پاسخی طبیعی به فقدان محسوب می‌شود و به دو دسته تقسیم می‌شود: دسته اول آمادگی ذهنی را برای فقدان به دست می‌آورند و دسته دوم مرگ عزیزشان را ناگهانی تجربه می‌کنند و در نتیجه مرحله شوک و انکار با شدت و طولانی‌تر تجربه می‌شود (آسنجرانی، ۱۳۹۰، ص ۵). از این رو ارتباط‌های باکیفیت و خودمراقبتی‌های برنامه‌ریزی شده اهمیت شایانی به منظور تسکین تجربه سوگ دارند (والاس^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). جلوه‌های سوگ حاصل از کرونا به دلایلی نظیر قرنطینه، به وجود آمدن شرایطی که افراد در زمان انتظار ترخیص فرد بستری شده، ناباورانه با خبر فوت وی روبه‌رو شدند، عدم امکان شرکت در مراسم خاک‌سپاری، ممنوعیت برگزاری مراسم‌های سوگواری و همچنین عدم حضور بر مزار فرد به دلیل محدودیت‌های اعمال شده متمایز از سوگ‌های

1. COVID-19
2. Greif
3. Wallace

غیرکروناست و این در حالی است که تحقیقات نقش مثبت و اثرگذار حمایت خانواده در افزایش تاب آوری و محافظت از سلامت روانی بازماندگان را به وضوح تأیید کرده‌اند (کیانی و همکاران، ۱۳۹۹).

سازمان جهانی بهداشت^۱ در سال ۲۰۰۴، سلامت روانی را چنین تعریف کرده است: «حالت آسایشی^۲ که افراد به وسیله آن توانمندی‌های خود را به واقعیت بدل کنند و بتوانند با فشارهای زندگی مقابله و به صورت پرتنرم و مولدانه کار کنند و در جامعه خود مشارکت داشته باشند» (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۴، ص ۱۲ به نقل از کیز و میشالک^۳، ۲۰۰۹). ویژگی خاص این تعریف، در توجه هم‌زمان بر نبود مؤلفه‌های منفی و هم بر وجود مؤلفه‌های مثبت است. نظر به اینکه راه کنترل و قطع زنجیره انتقال این ویروس، فاصله‌گذاری اجتماعی است، این مسئله با دریافت حمایت‌های اجتماعی به‌عنوان عامل کاهش استرس‌ها به خصوص در افراد سوگوار منافات دارد. اضطراب ناشی از ویروس کرونا با سلامت روان افراد هم‌بستگی منفی دارد (علیزاده فرد و صفاری‌نیا، ۱۳۹۹). همچنین فراتحلیلی که در سال ۲۰۲۰ انجام شده حاکی از این است که پیامدهای شیوع ویروس کرونا در حوزه‌های مشکلات خلقی، اضطرابی، بی‌خوابی و انکار بیش از همه‌گیری‌های مشابه بوده است (تورالس^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعات مشابه در ایران نیز بیشترین پیامد شیوع ویروس کرونا را دامن‌گیر حوزه خانواده، آموزش و کار دانسته است (ایمانی جاجرمی، ۱۳۹۹).

پژوهش‌های کیز درمورد سلامت روانی به این نتیجه رسیده است که پارادایم حاکم بر پژوهش‌ها و خدمات حوزه سلامت روانی لازم است شامل دو راهبرد اساسی که مکمل هستند، باشد: (۱) پیشگیری و درمان بیماری روانی؛ (۲) ارتقا و حفظ بالندگی (کیز، ۲۰۰۳). افراد بدون منابع کمکی نمی‌توانند با موقعیت‌های پرفشار رویارو شوند. آن‌ها بر نظامی از عقاید، اعمال و روابط تکیه دارند که بر نحوه رویارویی مؤثر است. در فرایند مقابله این نظام جهت‌دهنده در قالب برآوردها، فعالیت‌ها و اهداف عینی وابسته به موقعیت نمود می‌یابد (سیلورمن و پارگامنت، ۱۹۹۰، ص ۲ به نقل از اسپیلکا^۵ و همکاران، ۲۰۰۳).

1. World Health Organization(WHO)
2. Well-being
3. Keyes & Michalec
4. Torales
5. Spilka

ترجمه دهقانی، ۱۳۹۰). پژوهش‌های فراوانی در ادبیات روان‌شناختی و دینی بر این نکته صحه می‌گذارند که رابطه مهمی میان دین‌ورزی و سلامت روانی وجود دارد (نلسن^۱، ۲۰۱۰). تحقیقات انجام‌شده در مورد نقش معنویت بر آرامش روانی، تأییدکننده تأثیرگذاری آن در شرایط بحرانی است که برای افراد رخ می‌دهد (فردین، ۲۰۲۰). حال که میزان استرس‌ها با محدودیت‌های کرونایی، نگرانی از ابتلا و پیامدهای ناگوار فقدان‌های ناشی از کرونا، افزایش چشم‌گیری داشته، شایسته است که افراد به شیوه‌های مقابله‌ای مناسب برای کاهش اثرات روان‌شناختی نامطلوب کرونا مجهز شوند.

«مقابله به معنای تلاش‌های شناختی و رفتاری برای حل مشکلاتی است که انسان با آن مواجه است. این کار ممکن است از طریق تغییر دادن محیط، تغییر دادن خود و یا تغییر نسبی هر دو صورت پذیرد» (اسپیلکا و همکاران، ۲۰۰۳، ترجمه دهقانی، ۱۳۹۰). مقابله‌ها را می‌توان از منظر رویکرد مقابله، به مسئله‌مدار و هیجان‌مدار، از نگاه زمینه‌های مقابله‌ای به شناختی، رفتاری، بین‌فردی و معنوی و به لحاظ راهبردهای مقابله‌ای به سه دسته فعال، منفعل و تعاملی طبقه‌بندی کرد. در رویکرد مقابله‌ای مسئله‌مدار فرد در مواجهه با چالش ضمن پذیرش موقعیت در پی راهکارهایی مؤثر برای حل مسئله است، اما در رویکرد هیجان‌مدار فرد صرفاً به ابراز هیجانات منفی موقعیت استرس‌آور می‌پردازد و تلاشی در زمینه حل مسئله نمی‌کند. شیوه‌های مورداستفاده در مقابله مسئله‌مدار، برنامه‌ریزی (تفکر درباره چگونگی مقابله)، جست‌وجوی حمایت اجتماعی و مقابله فعال (ابداع فعالیت‌ها و بالا بردن تلاش) است، اما شیوه‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار برون‌ریزی هیجانی و جست‌وجوی حمایت‌های اجتماعی هیجان‌محور را شامل می‌شود (روچ^۲ و واینر^۳، ۲۰۰۱).

ادبیات پژوهشی در این حوزه نیز شامل تحقیقات بی‌شماری می‌شود که به شرح اثربخشی مقابله‌های دینی مؤثر پرداخته‌اند. همان‌طور که لوکتی و همکاران (۲۰۲۰) جنبه‌های مذهبی و معنوی افراد در تسکین پیامدهای قرنطینه و آثار نامطلوب آن بر سلامت را مؤثر دانسته‌اند. مقابله‌های مذهبی می‌تواند اضطراب ناشی از مرگ را پیش‌بینی کند، به طوری که با ارتقای جنبه‌های معنوی امکان کاهش این اضطراب نیز وجود دارد (نوحی و همکاران، ۱۳۹۹). کما اینکه درمان با رویکرد دینی در بهبود کیفیت زندگی مادرانی که تجربه سوگ فرزند داشته‌اند، مؤثر است (نعمتی‌پور و گلزاری، ۱۳۹۴). ریاس و همکاران

1. Nelson
2. Roesch
3. Weiner

(۲۰۲۰) دریافتند که افراد با سطح معنویت کم تر نسبت به اشخاص با معنویت بیشتر، اضطراب بالاتری را درباره ویروس کرونا تجربه می کنند.

اگر ارتباط مذهبی انسان با خداوند مبتنی بر تسلیم^۱ باشد، راهبرد مقابله ای منفعل محسوب می شود، چرا که کوششی برای حل مسئله نمی کند و چاره جویی را به طور کامل به خداوند واگذار می کند. این راهبرد چندان سودمند نیست. در رویکرد فعال، فرد در مواجهه با مسائل کم ترین نقشی برای خداوند قائل نمی شود و مسئولیت حل مسئله را به تنهایی به دوش می گیرد، اما سودمندترین راهبرد مقابله ای زمانی رخ می دهد که رابطه انسان و خداوند حالت تعاملی داشته باشد. در این حالت فرد ضمن اینکه از خداوند خواستار یاری و کمک است برای حل مسئله نیز گام بر می دارد (اسپیلکا و همکاران، ۱۳۹۰).

پارگامنت و همکاران (۲۰۰۵) انواع مقابله دینی را در پنج دسته شناسایی و طبقه بندی کرده اند: (۱) روش های دینی مقابله برای یافتن معنا؛ (۲) روش های دینی مقابله برای به دست آوردن تسلط و مهار؛ (۳) روش های دینی مقابله برای به دست آوردن آرامش و تقرب به خداوند؛ (۴) روش های دینی مقابله برای به دست آوردن صمیمیت با دیگران و تقرب به خداوند؛ (۵) روش های دینی مقابله برای دستیابی به دگرگونی در زندگی.

نوع مقابله دینی به کار برده شده می تواند یاری گر یا آسیب زا باشد. همان طور که پارگامنت و همکاران (۲۰۰۵) روش های مقابله دینی را در دو طبقه مقابله دینی مثبت و منفی تقسیم بندی کرده اند. مقابله های دینی مثبت ارتباط ایمن با خدا و حس رابطه معنوی با دیگران را منعکس می کنند و اینکه برای افرادی که رخ داده های تنیدگی را تجربه می کنند، سودمندتر است. فراتحلیلی از پژوهش های مقابله دینی و سازگاری روان شناختی با تنیدگی، راهبردهای مقابله ای دینی مثبت مانند ارتباط معنوی، بازارزیابی های دینی خیراندیشانه، مقابله دینی گروهی، حمایت جویی معنوی، حمایت جویی از روحانی یا اعضا با پیامدهای مثبتی مثل رشد و کمال مربوط به استرس و رشد معنوی ارتباط مثبت و با پیامدهای منفی نظیر افسردگی، اضطراب و پریشانی، ناامیدی و احساس گناه رابطه منفی دارند. همچنین مقابله دینی منفی با اضطراب و استرس و افسردگی هم بستگی مثبتی دارند (یلدیریم^۲ و همکاران، ۲۰۲۱).

1. deferring
2. Yildirim

باتوجه به محدودیت‌هایی که این بیماری در برگزاری شیوه‌های رایج سوگواری جامعه ایجاد کرده است، ضرورت بررسی سلامت روان و شیوه‌های مقابله‌ای بازماندگان به گونه‌ای که سازگاری مؤثرتری رخ دهد، بدیهی است. چراکه درک صحیح از این تجربه سوگ نوظهور، امکان سنجش دقیق‌تر وضعیت بازماندگان، پیش‌بینی پیامدهای احتمالی و تشخیص افراد در معرض خطر را ممکن کرده تا بتوان درمان و حمایت مناسب را برای این افراد فراهم کرد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه میان تجربه سوگ، سبک‌های مقابله دینی و سلامت روانی بازماندگان در گذشتگان ناشی از کرونا، فرضیه‌های ذیل را به‌بوتنه تجربه گذاشت: ۱. مقابله دینی مثبت سلامت روان بیشتر، و مقابله دینی منفی سلامت روان کم‌تری را در بازماندگان در گذشتگان کرونا پیش‌بینی می‌کند. ۲. مقابله دینی مثبت پیامدهای منفی تجربه سوگ را کاهش و پیامدهای مثبت آن را افزایش می‌دهد؛ و مقابله دینی منفی پیامدهای منفی تجربه سوگ را افزایش و پیامدهای مثبت آن را در بازماندگان در گذشتگان کرونا کاهش می‌دهد. نیز، این سؤال پژوهشی وجود داشت که کدام یک از متغیرهای پژوهش بهترین پیش‌بین سلامت روانی و مؤلفه‌های تجربه سوگ در مقیاس هوگان هستند.

روش

پژوهش حاضر از نوع هم‌بستگی است. جامعه آماری شامل تمامی افرادی است که یکی از بستگان درجه یک آن‌ها از اسفندماه ۱۳۹۸ تا بهمن ۱۳۹۹ در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد با تشخیص ابتلا به کرونا فوت شده است. با توجه به ماهیت روش پژوهشی کنونی، ۲۷۷ نفر از جامعه مذکور با شیوه نمونه‌گیری در دسترس، برگزیده شدند و با رضایت خویش پرسش‌نامه‌های اینترنتی پژوهش را تکمیل کردند. لینک دسترسی به پرسش‌نامه‌ها از طریق فضای مجازی برای آن‌ها ارسال شد و به صورت برخط پاسخ‌گویی انجام شد. تنها معیار ورود به پژوهش این بود که افراد نمونه صرفاً بازماندگان افراد درگذشته به‌علت ویروس کرونا باشند.

ابزار

سیاهه آثار سوگ هوگان^۱ (HGCRC) (هوگان، گرینفیلد و اشمیت، ۲۰۰۱) به‌نقل از

1. Hogan Grief Reaction Checklist (HGRC)

شریفی و همکاران، ۱۳۹۲): این پرسش نامه ۶۱ سؤالی با شش زیرمقیاس ناامیدی، رفتارهای وحشت زدگی، رشد شخصی، سرزنش و خشم، درهم ریختگی، انفصال و کناره گیری آماده شده است که هر عامل به صورت مستقل و جداگانه بخشی از ماهیت سوگ بهنجار را می سنجد. از همین رو جمع کل خرده مقیاس ها معنادار نیست و مبنای تحلیل و تفسیر قرار نمی گیرد. این ابزار دارای مؤلفه متمایز رشد شخصی است و از این جهت آثار روان شناختی مثبت سوگ را نیز مورد توجه قرار می دهد. همسانی درونی آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ در دامنه ای از ۰/۷۹ تا ۰/۹۰ و با استفاده از روش باز آزمایی در دامنه ای از ۰/۵۹ تا ۰/۸۴ ($P < 0/001$) گزارش کرده اند. شرکت کنندگان در یک طیف ۵ درجه ای شدت احساسات خود را در طول دو هفته گذشته معین می کنند. ضرایب همسانی درونی به وسیله آلفای کرونباخ برای مؤلفه رشد شخصی ۰/۹۴ و عامل در ماندگی سوگ ۰/۹۲ است. هم بستگی بالا و معناداری نیز با مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (۲۱-DASS) دارد که حاکی از روایی همگرایی آن است (ضرایب هم بستگی بین ۰/۸۰۱-۰/۹۰۱ و $P < 0/001$) (به نقل از شریفی و همکاران، ۱۳۹۱).

مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس^۱ DASS (لاویبوند، ۱۹۹۵، به نقل از فتحی و داستانی، ۱۳۹۳): این مقیاس توسط لاویبوند در ۱۹۹۵ ساخته شده است. مجموعه ای از سه مقیاس خود گزارش دهی برای ارزیابی حالات عاطفی منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است. کاربرد اصلی این مقیاس اندازه گیری نشانه های اصلی افسردگی، اضطراب و استرس است. برای تکمیل پرسش نامه فرد باید وضعیت یک نشانه را در طول هفته گزارش کند. این مقیاس می تواند مقایسه ای از شدت علائم در هفته های مختلف فراهم کند، می تواند برای ارزیابی پیشرفت درمان در طول زمان به کار برده شود. ضریب آلفا برای عوامل این مقیاس به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بوده است. روایی و اعتبار این مقیاس در ایران توسط سامانی و جوکار (۱۳۸۶) مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار باز آزمایی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش کرده اند. شرکت کنندگان به ۲۱ پرسش از یک مقیاس پنج درجه ای لیکرت پاسخ دادند.

مقیاس مقابله دینی (بارگامنت، ۲۰۰۰): آزمون شامل دو الگوی مقابله مثبت و منفی در مواجهه با استرس هاست که در قالب ۲۲ گویه با طیفی ۵ درجه ای از اصلاً تا خیلی زیاد

1. Depression Anxiety Stress Scales (DASS)

تنظیم شده است. ضریب آلفای کرونباخ آزمون ۸۰/۸ است که بیانگر همسانی درونی مطلوب است. رابطه بین این آزمون با مقیاس‌های سازگاری مانند: تعالی وابسته به استرس، سلامت فیزیکی، سلامت عمومی و میزان استرس (GHQ^۱-۱۹۹۶) تدسکی و کالهن معنادار است. همسانی درونی آزمون برای راهبردهای مثبت ۰/۷۸ و برای راهبردهای منفی ۰/۷۰ به دست آمده است (به نقل از سیدموسوی و همکاران، ۱۳۸۸).

یافته‌ها

۲۷۷ نفر از ساکنان شهر مشهد که یکی از بستگان نزدیکشان را در بیمارستان بستری و به علت ابتلا به کرونا از دست داده بودند، با رضایت خویش پرسش‌نامه‌های الکترونیکی این پژوهش را تکمیل کردند. پارامترهای استنباطی متغیرها با استفاده از ضریب هم‌بستگی پیرسون و رگرسیون خطی به روش گام به گام، تحلیل شد و نتایج آن در جدول‌های ذیل ذکر شده است. همان‌طور که در جدول ۱ قابل مشاهده است، همه ضرایب هم‌بستگی به دست آمده بین متغیرهای پژوهش در سطح $P \leq 0/01$ معنادار هستند.

جدول ۱ ماتریس هم‌بستگی پیرسون متغیرهای پژوهش

| متغیر | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ |
|---------------------|-------|------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| ۱. مقابله دینی مثبت | ۱ | | | | | | | |
| ۲. مقابله دینی منفی | -۰/۲۸ | ۱ | | | | | | |
| ۳. سلامت روانی | -۰/۳۰ | ۰/۵۱ | ۱ | | | | | |
| ۴. ناامیدی | -۰/۲۳ | ۰/۵۳ | ۰/۸۲ | ۱ | | | | |
| ۵. وحشت‌زدگی | -۰/۱۹ | ۰/۴۰ | ۰/۷۹ | ۰/۷۴ | ۱ | | | |
| ۶. رشد شخصی | +۰/۴۳ | ۰/۲۵ | -۰/۳۶ | -۰/۲۷ | -۰/۲۱ | ۱ | | |
| ۷. خشم | -۰/۲۷ | ۰/۵۶ | ۰/۷۵ | ۰/۷۵ | ۰/۷۰ | -۰/۳۹ | ۱ | |
| ۸. انفصال | -۰/۲۴ | ۰/۵۶ | ۰/۸۲ | ۰/۸۰ | ۰/۷۷ | -۰/۳۳ | ۰/۷۸ | ۱ |
| ۹. درهم ریختگی | -۰/۲۷ | ۰/۴۳ | ۰/۷۲ | ۰/۶۵ | ۰/۷۶ | -۰/۱۷ | ۰/۶۸ | ۰/۷۹ |

برای بررسی سؤال پژوهش، مبنی بر اینکه کدام یک از متغیرهای موردنظر بهترین پیش‌بین سلامت روانی و مؤلفه‌های تجربه سوگ در مقیاس هوگان هستند از روش تحلیل رگرسیون چندگانه، به روش ورود گام به گام استفاده شد. تحلیل رگرسیون چندگانه برای

1. The General Health Questionnaire (GHQ)

ترکیب خطی مؤلفه‌های مقابله دینی منفی و مثبت با سلامت روانی ($P < 0/001$ و $F = 56/48$) معنادار است. ضریب تعیین اصلاح شده نشان می‌دهد ۲۸ درصد از واریانس متغیر ملاک، یعنی سلامت روانی تبیین می‌شود. به منظور بررسی دقیق‌تر رابطه بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک، روش گام به گام نشان داد مقابله دینی منفی با $\beta = 0/46$ قدرت بیشتری در تبیین سلامت روانی نسبت به مقابله دینی مثبت ($P < 0/002$ و $\beta = -0/17$)، در سطح $0/001$ معنادار دارد.

همچنین رگرسیون چندگانه برای ترکیب خطی مقابله دینی منفی با مؤلفه ناامیدی تجربه سوگ هوگان ($P < 0/001$ و $F = 111/79$) معنادار است و ۲۸ درصد از واریانس متغیر ملاک، یعنی ناامیدی توسط مقابله دینی منفی تبیین می‌شود. روش تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد، مقابله دینی منفی ($P < 0/001$ و $\beta = 0/53$) قدرت پیش‌بینی این مؤلفه را دارد، اما مقابله دینی مثبت در مدل ارائه شده در این تحقیق از توان پیش‌بینی برخوردار نیست. مقابله دینی منفی، ۱۶ درصد واریانس رفتار وحشت‌زدگی ($P < 0/001$ و $F = 54/58$) را تبیین می‌کند و به تنهایی، قدرت پیش‌بینی متغیر ملاک را در سطح $0/001$ با $\beta = 0/40$ دارد. به منظور بررسی دقیق‌تر رابطه بین مقابله دینی مثبت و منفی و مؤلفه رشد شخصی، روش گام به گام نشان داد مقابله دینی مثبت ($P < 0/001$ و $\beta = 0/39$) قدرت بیشتری در تبیین رشد شخصی نسبت به مقابله دینی منفی ($P < 0/012$ و $\beta = -0/14$) دارد. ۳۳ درصد از واریانس سرزنش و خشم پس از تجربه سوگ تبیین می‌شود و مقابله دینی منفی با $\beta = 0/53$ قدرت بیشتری در تبیین سرزنش و خشم نسبت به مقابله دینی مثبت با $\beta = -0/11$ ، در سطح $0/001$ دارد. علاوه بر این، ۳۲ درصد واریانس انفصال و کناره‌گیری توسط مقابله دینی منفی با $F = 131/59$ در سطح $0/001$ تبیین می‌شود و مقابله دینی منفی به تنهایی، قدرت پیش‌بینی متغیر ملاک را در سطح $0/001$ با $\beta = 0/56$ دارد. مؤلفه‌های مقابله دینی منفی و مثبت در مدل ارائه شده با $F = 37/94$ در سطح $0/001$ ، $0/21$ از واریانس متغیر درهم‌ریختگی را تبیین می‌کنند و قدرت مقابله دینی منفی در پیش‌بینی این متغیر با $\beta = 0/39$ و مقابله مثبت با $\beta = -0/16$ ، به ترتیب با سطوح $0/001$ و $0/004$ معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه اول پژوهش این بود که مقابله دینی مثبت سلامت روان بالاتر و مقابله دینی منفی سلامت روان پایین‌تر را در بازماندگان درگذشتگان کرونا پیش‌بینی می‌کند. طبق نتایج

پژوهش حاضر، مقابله دینی مثبت و منفی با سلامت روانی هم‌بستگی معناداری دارد. بنابراین افرادی که از مقابله‌های دینی مثبت بهره می‌برند از سلامت روان بالاتری برخوردارند. همچنین مقابله دینی منفی نیز می‌تواند سلامت روانی بازماندگان کرونا را پیش‌بینی کند، به طوری که قدرت پیش‌بینی سلامت روانی به وسیله این مؤلفه در مقایسه با مقابله دینی مثبت نیز، بیشتر است. فرضیه دوم پژوهش این بود که مقابله دینی مثبت پیامدهای منفی تجربه سوگ را کاهش و پیامدهای مثبت آن را افزایش می‌دهد و مقابله دینی منفی پیامدهای منفی تجربه سوگ را افزایش و پیامدهای مثبت آن را در بازماندگان درگذشتگان مبتلا به کرونا کاهش می‌دهد. نتایج پژوهش حاضر بیانگر معناداری هم‌بستگی میان مقابله دینی مثبت با مؤلفه‌های درهم ریختگی، رشد شخصی و سرزنش و خشم است؛ یعنی افراد سوگواری که از مقابله‌های مثبت دینی بهره می‌برند، رشد شخصی بالاتر و آشفتگی، سرزنش و خشم کم‌تری را تجربه می‌کنند. مقابله دینی منفی نیز با مؤلفه انفصال و کناره‌گیری، وحشت‌زدگی، درهم ریختگی، رشد شخصی و ناامیدی در تجربه سوگ رابطه معناداری دارد. گفتنی است که قدرت پیش‌بینی ناامیدی فقط برای مقابله دینی منفی وجود دارد و مقابله دینی مثبت فاقد قدرت پیش‌بینی‌پذیری در این خصوص است. همچنین مقابله دینی منفی، سرزنش و خشم پس از سوگ را بیشتر از مقابله دینی مثبت پیش‌بینی می‌کند. به بیان دیگر بازماندگان که سبک مقابله دینی آن‌ها منفی است، اجتناب، آشفتگی، ناامیدی بیشتر و رشد شخصی کم‌تری را تجربه می‌کنند.

لازم به توضیح است که در هیچ پژوهشی به بررسی این دو متغیر در بازماندگان درگذشتگان کرونا پرداخته نشده است، بنابراین به بیان یافته‌های مطالعات مشابه در این حیطه بسنده می‌کنیم. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های شریفی و همکاران (۱۳۹۱)؛ موسوی و همکاران (۱۳۹۹)؛ نوحی و همکاران (۱۳۹۹)؛ اسدزندی و همکاران (۱۳۹۹)؛ فردین (۲۰۲۰)؛ پیروتینسکی و همکاران (۲۰۲۰)؛ کاستیلو^۱ و همکاران (۲۰۲۰)؛ ریاس و همکاران (۲۰۲۰)؛ لوکیتی و همکاران (۲۰۲۰) همسویی دارد. طی زمینه‌یابی که کوالچیک و همکارانش (۲۰۲۰) انجام داده‌اند، زنان در مواجهه با ویروس کرونا معنویت و اعتقادات دینی‌شان مستحکم‌تر شده است.

همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد، پرسش‌نامه سوگ هوگان دارای شش خرده‌مقیاس است که پنج مورد آن پیامدهای منفی و یک مورد باقی‌مانده پیامدهای مثبت تجربه سوگ

را ارزیابی می‌کنند. بنابراین تبیین و تفسیر فرضیه‌های پژوهش حاضر که مربوط به تجربه سوگ می‌شوند، در قالب دو بخش پیامدهای مثبت و منفی سوگ صورت می‌گیرد. البته همان‌طور که مشخص شد مقابله دینی مثبت به تنهایی نمی‌تواند گویای تمام فرایندهای مقابله دینی باشد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که الگوهای مقابله دینی مثبت و منفی با پیامدهای متفاوتی ارتباط دارند. به‌طور کلی الگوهای مقابله دینی مثبت قدرت پیش‌بینی‌کنندگی بیشتری در مورد پیامدهای مثبت سوگ (رشد شخصی) نسبت به مقابله دینی منفی دارند. این در حالی است که بین مقابله‌های منفی دینی با پیامدهای منفی سوگ رابطه قوی‌تری وجود دارد. بنابراین تنها بهره‌بردن از مقابله دینی مثبت کافی نیست و حتماً لازم است فرد مقابله‌های دینی منفی کم‌تری داشته باشد تا فرایند سوگ به‌صورت طبیعی و کم‌آسیب سپری شود.

آنچه ما را در تبیین این مطالب یاری می‌دهد توجه به نظر جانوف بولمن^۱ است که ویژگی مهم افراد تاب‌آور در برابر رخدادهای آسیب‌زا را در نوع معنای درک‌شده آن‌ها از دنیا و شیوه‌های شناختی که به‌منظور بازسازی و انطباق استفاده می‌کنند، دانسته است. ادراک‌ها و اسنادهای افراد هم در تبیین امور گذشته و هم در شکل‌گیری رفتارهای آینده اثرگذارند (روچ و همکاران، ۲۰۰۱). با توجه به آنچه گفته شد و نتایج پژوهش، مقابله‌های منفی دینی در این ادراک و جهت‌دهی آینده نقش قدرتمندتری دارند و اهمیت دارد که افراد فاقد آن باشند. باورهای دینی بسیاری از افراد سوگوار به‌منزله جهان‌بینی استواری برای زندگی و رویارویی با استرس‌های آن است که چارچوبی را برای تفسیر چالش‌های زندگی و تاب‌آوری بیشتر به آن‌ها ارائه می‌دهد.

از سوی دیگر می‌توان گفت که مقابله دینی منفی، آسیب‌های سلامت روانی بیشتری را به همراه دارد و این مسئله بستری برای بروز ناامیدی (همان مؤلفه‌ای که در آیه ۸۷ سوره یوسف بدان اشاره شده و گناهی بالاتر از آن پس از شرک به خداوند وجود ندارد) افزون‌تر و تجربه سوگی با عوارض منفی بیشتر را فراهم می‌کند.

در تفسیر یافته‌های پژوهش حاضر همچنین می‌توان از نظرات پارگامنت و همکاران (۲۰۰۵) کمک گرفت که معتقدند کارکرد مقابله دینی بیش از کاهش اضطراب است و به عبارتی از طریق معناسازی و ایجاد کنترل شخصی بر سلامت روان افراد تأثیرگذار است. به عبارت بهتر، مقابله‌های دینی از طریق تفسیر مجدد وقایع منفی زندگی از نگاه دینی،

فرصت رشد و شکوفایی معنوی که می‌تواند زیرمجموعه رشد شخصی قلمداد شود، می‌شوند. گفتنی است که عوامل مختلفی رابطه میان مقابله‌های دینی و پیامدهای رخ دادهای استرس‌زا را تعدیل می‌کنند از جمله: سودمندی بیشتر مقابله دینی برای افراد دین‌دارتر و در موقعیت‌های بحرانی‌تر که منابع شخصی و حمایت‌های اجتماعی محدودند. این شرایط با شرایط بازماندگان درگذشتگان کرونا و تجربه سوگ آن‌ها سنخیت بسیاری دارد.

برنارد اسپیلکا و پاول ورم^۱ (۱۹۷۱)، به نقل از وولف، ۱۹۹۶، ترجمه دهقانی، (۱۳۸۶) معتقدند که از چهار طریق می‌توان میان دین و سلامت روانی پیوند برقرار کرد: (۱) دین گریزگاهی برای فرار از ناراحتی روانی موجود است؛ (۲) ممکن است نشانه‌های بیماری روانی را سرکوب و فرد را دوباره اجتماعی سازد، و وی را ترغیب کند تا به شکل‌هایی از تفکر و رفتار روی آورد که متعارف‌تر و از لحاظ اجتماعی پذیرفته‌تر باشد؛ (۳) دین ممکن است ملجأ و پناهگاهی برای گریز از فشارهای زندگی فراهم آورد، فشارهایی که اگر دین نباشد می‌تواند اختلال روانی را تسریع کنند؛ (۴) ممکن است منابعی برای رشد دیدگاه‌های وسیع‌تر و تحقق کامل‌تر توانایی‌های فردی ایجاد کند.

تبیین‌های احتمالی دیگری در ارتباط میان دین و سلامت روانی مطرح شده است، از جمله اینکه: (۱) باورهای دینی، جهان‌بینی مثبتی را به انسان‌ها ارائه می‌دهد که موجب معناداری، هدفمندی و نگرش خوش‌بینانه در مواجهه با مشکلات می‌شود؛ (۲) باورهای دینی یک سبک زندگی سالم و روابط مثبت با دیگران را به ارمان می‌آورد؛ (۳) دین هیجانات مثبتی را در پی انجام مناسک و آیین‌های گروهی و فردی به‌جا می‌گذارد؛ (۴) دین باعث دریافت حمایت‌های اجتماعی و معنوی می‌شود؛ (۵) دین‌داری موجب ادراک حمایت از جانب خداوند می‌شود (نلسن، ۲۰۱۰). در مجموع می‌توان گفت دین از پانزده طریق (پارک و اسلتری^۲، ۲۰۱۳) بر سلامت روانی تأثیر می‌گذارد: حمایت اجتماعی، هویت اجتماعی، هدایت‌گری زندگی، بخشایش، روابط مثبت با خدا، حس تعالی، منابع/ راهبردهای مقابله‌ای، اعمال دینی، عاطفه مثبت و منفی، حس معنا، تنظیم هیجانی، باور به جهان آخرت، اسنادها/ تفاسیر منفی دینی، تعاملات اجتماعی منفی دینی، ادراک تضاد میان درمان‌های روان‌شناختی و آموزه‌های دینی.

1. Werme

2. Park & Slattery

طبق پژوهش‌های انجام‌شده، مقابله دینی می‌تواند اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به کرونا را پیش‌بینی کند (نوحی و همکاران، ۱۳۹۹)، آرامش روانی در شرایط بحرانی ایجاد کند (فردین، ۲۰۲۰؛ کاستیلو و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین، پژوهش‌ها نشان داده‌اند معنویت اثر تسکین‌بخش بر رنج‌ها و پیامدهای متعاقب قرنطینه کرونا را دارد (لوکیتی و همکاران، ۲۰۲۰) و با سلامت هیجانی بهتر (کوالچیک و همکاران، ۲۰۲۰) و اضطراب کم‌تر هم‌بستگی دارد (ریاس و همکاران، ۲۰۲۰).

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بوده است که از آن جمله می‌توان به عدم بررسی نظر بازماندگان درمورد رضایت از شرایط بستری و پرستاری گروه درمان در طول دوران حضور متوفی در بیمارستان و عدم ارزیابی مدت زمان بستری در گذشتگان در بیمارستان اشاره کرد. علاوه بر این، با توجه به ضرورت لحاظ کردن تفاوت‌های فرهنگی در زمینه تجربه سوگ، از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش انتخاب نمونه پژوهش به صورت غیرتصادفی و محدود بودن داده‌ها به ساکنان خراسان رضوی به ویژه شهر مشهد است و امکان دارد این نمونه، معرف جامعه بازماندگان سوگ کرونا در کل کشور نباشد و تعمیم نتایج به دقت و تأمل بیشتری نیاز دارد. پیشنهاد می‌شود این محدودیت‌ها در پژوهش‌های بعدی مورد توجه محققان قرار گیرد و نمونه‌گیری از شهرهای مختلف با بافت فرهنگی و مذهبی متنوع صورت پذیرد. با توجه به اثرات نامطلوب سوگ بر سلامت روان افراد بازمانده و نیاز جدی آن‌ها به حمایت‌های روان‌شناختی، پیشنهاد می‌شود نوع مقابله‌های دینی افراد سوگوار در مشاوره‌های سوگ به منظور تسهیل در روند سوگ طبیعی، کاهش آثار منفی آن و ارتقای سلامت روان، مورد توجه بیشتری قرار گیرد. برای نمونه، می‌توان با استفاده از پرسش‌نامه یا مصاحبه‌های متناسب، مقابله‌های منفی دینی این افراد را، که احتمالاً در قالب تعارضات و کشمکش‌های روانی معنوی نمایان می‌شوند، شناسایی کرد (تیک و همکاران، ۲۰۲۰) و با مداخلات روان‌شناختی متناسب با فرهنگ ایرانی - اسلامی (برای نمونه، جان‌بزرگی، ۱۳۹۸؛ پیشنهادی و همکاران، ۱۳۹۶) در صدد اصلاح این مقابله‌های منفی دینی برآییم.

منابع

قرآن کریم.

آسنجرانی، ف. (۱۳۹۰). روان‌شناسی سوگ و فقدان. اراک: آی سانا.

- اسپیلکا، ب.، هود، ر. د.، هونسبرگر، ب.، و گرساچ، ر. (۲۰۰۳). روان‌شناسی دین: براساس رویکرد تجربی. ترجمه م. دهقانی (۱۳۹۰). تهران: رشد.
- اسدزندی، م.، ابوالقاسمی، ح.، جوادی، م.، و سرهنگی، ف. (۱۳۹۹). ارزیابی تطبیقی رفتارهای سلامت معنوی مردم ایران در پاندمی کووید-۱۹ با شواهد دینی. *طب نظامی*، ۲۲(۸)، ۸۶۴-۸۷۲.
- ایمانی جاجرمی، ح. (۱۳۹۹). پیامدهای اجتماعی شیوع ویروس کرونا در جامعه ایران. *ویژنه نامه پیامدهای شیوع ویروس کرونا- کووید، ۱۹*، ۲.
- پورافکاری، ن. ا. (۱۳۸۶). فرهنگ جامع روان‌شناسی - روان‌پزشکی انگلیسی - فارسی و زمینه‌های وابسته. تهران: فرهنگ معاصر. ج ۱.
- پیشمازی، م.، تیک، م. ت.، و براتی سده، ف. (۱۳۹۶). طراحی مداخله بازسازی دینی و بررسی اثربخشی آن بر سلامت روانی. *روان‌شناسی فرهنگی*، ۱(۲)، ۲۳-۴۸.
- جان‌بزرگی، م. (۱۳۹۸). *درمان چندبعدی معنوی: یک رویکرد خداسو برای مشاوره و روان‌درمانگری: فنون و برنامه‌ها*. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- سیدموسوی، پ.، وفایی، م.، رسول‌زاده طباطبائی، ک.، و نادعلی، ح. (۱۳۸۸). رابطه راهبردهای مقابله مذهبی با تعالی پس‌ضربه‌ای و درماندگی در دانشجویان. *روان‌شناسی معاصر*، ۴(۱)، ۱۰۲-۱۱۱.
- شریفی، م.، احمدی، ا.، و فاتحی‌زاده، م. (۱۳۹۱). رابطه مقابله مذهبی با آثار سوگ در دانشجویان داغ‌دیده. *روان‌شناسی و دین*، ۵(۲)، ۱۱۵-۱۲۷.
- شریفی، م.، فاتحی‌زاده، م.، و احمدی، س. ا. (۱۳۹۲). ویژگی‌های روان‌سنجی سیاهه آثار سوگ هوگان در خانواده‌های داغ‌دیده ایرانی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۴(۳)، ۶۹-۷۹.
- علیزاده فرد، س.، و صفاری‌نیا، م. (۱۳۹۹). پیش‌بینی سلامت روان براساس اضطراب و هم‌بستگی اجتماعی ناشی از بیماری کرونا. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۳۶، ۱۲۹-۱۴۱.
- کیانی، ا.، فتحی، ا.، هنرمند قوجه بیگلر، پ.، عبدی، س.، و استاجی، ر. (۱۳۹۹). رابطه سبک‌های دلبستگی، حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله‌ای با تاب‌آوری روان‌شناختی در افراد دارای تجربه سوگ: ارائه مدل تحلیل مسیر. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۱(۴۱)، ۱۵۷-۱۸۰.
- نعمتی‌پور، ز.، و گلزاری، م. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی به شیوه گروهی بر ارتقای سطح کیفیت زندگی مادران داغ‌دیده فرزندان. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۱(۵)، ۵۲-۶۹.
- نوحی، ش.، میرحسینی، ح.، جان‌بزرگی، م.، مهاجر، ح. ع.، و ناصری فدافن، م. (۱۳۹۹). نقش سلامت معنوی و مقابله مذهبی در پیش‌بینی اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به ویروس کرونا. *روان‌شناسی*، ۱۴(۶)، ۲۹-۴.

وولف، د. م. (۱۹۹۶). *روان‌شناسی دین*. ترجمه م. دهقانی (۱۳۸۶). تهران: رشد.

- Tabik, M. T., Fathi-Ashthiani, A., M. Janbozorgi., Rasoolzade Tabatabaei, & S. K. (2020). Conceptual model of religious and spiritual struggles in Iran: A qualitative study. *International Journal of Behavioral Sciences*, 14, 85-90.
- Fardin, M. A. (2020). COVID-19 Epidemic and Spirituality: A Review of the Benefits of Religion in Times of Crisis. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 9(2), 1-4. doi: 10.5812/jjcd.104260.

- Lucchetti, G., Góes, L. G., Amaral, S. G., Ganadjian, G. T., Andrade, I., Almeida, P. O. A., Carmo, V. M. & Manso, M. E. G. (2020). Spirituality, religiosity and the mental health consequences of social isolation during Covid-19 pandemic. *International Journal of Social Psychiatry*, 0(00), 1-8. doi: 10.1177/0020764020970996
- Keyes, C. L. M. (2003). Complete mental health: An agenda for the 21st century. In C. L. M. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (pp. 293-312). Washington, DC: American Psychological Association.
- Keyes, C. L. M., & Michalec, B. (2009). Mental health. In S Lopez (Ed.), *The encyclopedia of positive psychology* (pp. 614-617). Chichester, England: Blackwell.
- Kowalczyk, O., Roszkowski, K., Montane, X., Pawlitzak, W., Tylkowski, B. & Bajek, A. (2020). Religion and Faith Perception in a Pandemic of COVID-19. *Journal of Religion and Health*, 59, 2671–2677. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01088-3>
- Nelson, J. M. (2010). *Psychology, religion, and spirituality*. New York: Springer.
- Park, C. L., & Slattery, J. M. (2003). Religion and spirituality and mental health. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (2nd ed.; pp. 240–219). New York: Guilford Press.
- Pirutinsky, S., Cherniak, A. D., & Rosmarin, D. H. (2020). COVID-19, Mental Health, and Religious Coping Among American Orthodox Jews. *Journal of Religion and Health*, 59, 2288-2301. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01070z>
- Pargament, K. I., Ano, G. G. & Wachholtz, A. (2005). The religious dimension of coping. In R. Paloutzian & C. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 479-495). New York: Guilford Press.
- Rias, Y. A., Rosyad, Y. S., Chipojola, R., Wiratama, B. S., Safitri, C. I., Weng, S. F., Yang, C. Y. & Tsai, H. T. (2020). Effects of Spirituality, Knowledge, Attitudes, and Practices toward Anxiety Regarding COVID-19 among the General Population in INDONESIA: A Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical Medicine*, 2-16. doi:10.3390/jcm9123798
- Roesch, S. C. & Weiner, B. (2001). A meta-analytic review of coping with illness: Do casual attributions matter?. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 205-219.
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental Health. *International Journal of Social Psychiatry*, 00(0), 1-4. doi: 10.1177/0020764020915212.
- Wallace, C. L., Wladkowski, S. P., Gibson, A. & White, P. (2020). Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *Journal of Pain and Symptom management*. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>.