ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2024;13:e32

Journal of Police Medicine

ORIGINAL ARTICLE OPEN ACCESS

The role of lifestyle aspects of promoting health and resilience on the feeling of loneliness and the tendency to consume alcohol in students during the quarantine period of Covid-19

Ali Akbar Malekirad [1], Solmaz Sadeghi [2*], Ayatollah Fathi [3], Ali Arman [4], Sanaz Binazir [5]

[1] Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
[2] Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences & Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.
[3] Research Center for Cognitive and Behavioral Sciences in Police, Deputy Health, Relief and Treatment, Police Command, Tehran, Iran and Naja Institute of Police Sciences and Social Studies, Tehran, Iran.
[4] Department of Clinical Psychology, Faculty of Medical Sciences, Tabriz Islamic Azad University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.
[5] Department of Educational Psychology, Faculty of Educational Sciences & Psychology, Tabriz Branch of Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

ABSTRACT

AIM: Quarantine conditions can provide a basis for mental disorders and a context for loneliness and alcohol consumption far from spirituality as a way to escape from psychological stress. Therefore, the present study aimed to investigate the role of lifestyle dimensions of health promotion and resilience on loneliness and tendency to alcohol consumption with an emphasis on spirituality in students at the end of the quarantine period in 2019 among non-medical students in Tabriz.

MATERIAL and METHOD: The research is a correlational analysis, 311 students voluntarily participated in the research through an online call and responded to the Russell, Pilva, and Crotona (1980) loneliness questionnaire, risk-taking (IRAS) (1390), Walker et al. (1987) health promotion lifestyle, and Wagnelund (2009) resilience dimensions. Data analysis was performed with SPSS16 software using the stepwise regression method.

FINDINGS: The results showed that lifestyle components; Regarding loneliness, interpersonal relationships (52.6%) were the first predictor, followed by responsibility and spiritual growth (total 34.4%), and for alcohol use, spiritual growth, exercise, and stress management (37.2%). Among the resilience components, self-confidence (39.1%), self-management, and total resilience score (30.6%) explained the variance of loneliness, and self-management (24.4%) and total resilience (38.8%) predicted alcohol use.

CONCLUSION: Improving lifestyle dimensions and strengthening resilience and spirituality can help reduce loneliness and alcohol use in students during similar crises.

KEYWORDS: Healthy Lifestyle; Loneliness; COVID-19; Resilience; Spirituality; Alcohol Drinking.

How to cite this article:

Maleki Rad AA, Sadeghi S, Fathi A, Arman A, Binazir S. *The role of lifestyle aspects of promoting health and resilience on the feeling of loneliness and the tendency to consume alcohol in students during the quarantine period of Covid-19*. J Police Med. 2024;13:e32.

***Correspondence:**

Address: 29 Bahman Blvd., Tabriz, Iran, Postal Code: 5166616471.
solmaz.sadeghi@tabriz.ac.ir

Article History:

Received: 08/06/2024
Accepted: 26/11/2024
ePublished: 27/12/2024

Copyright © 2024, Journal of Police Medicine | This open access article is licensed under a *Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License*

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2024;13:e32

نشریه طب انتظامی

مقاله اصیل

دسترسی آزاد

نقش ابعاد سبک زندگی ارتقا سلامت و تاب آوری بر احساس تنهایی و گرایش به مصرف الکل در دانشجویان در دوره قرنطینه کووید۱۹

علی اکبر ملکی‌راد[۱]، سولماز صادقی[۲*]، آیت اله فتحی[۳]، علی آرمان[۴]، ساناز بی‌نظیر[۵]

[۱] گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
[۲] گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
[۳] مرکز تحقیقات علوم شناختی و رفتاری در پلیس، معاونت بهداشت، امداد و درمان، فرماندهی انتظامی، تهران، ایران و پژوهشگاه علوم انتظامی و مطالعات اجتماعی ناجا، تهران، ایران.
[۴] گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
[۵] گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، تبریز، ایران.

چکیده

اهداف: شرایط قرنطینه می‌تواند زمینهٔ ابتلا به اختلالات روانی و بستر احساس تنهایی و مصرف الکل به دور از معنویت را به عنوان راهکار فرار از فشار روانی فراهم کند. لذا، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش ابعاد سبک زندگی ارتقا سلامت و تاب‌آوری بر احساس تنهایی و گرایش به مصرف الکل، با تاکید بر معنویت در دانشجویان غیر علوم پزشکی اواخر دوره قرنطینه سال۱۴۰۰ تبریز انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش به صورت تحلیلی از نوع همبستگی بود. ۳۱۱ نفر از دانشجویان از طریق فراخوان اینترنتی به صورت داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند و به پرسشنامه‌های احساس تنهایی راسل، پیلوا و کورتونا (۱۹۸۰)، خطرپذیری (IRAS) (۱۳۹۰)، سبک زندگی ارتقا سلامت واکر و همکاران (۱۹۸۷) و ابعاد تاب‌آوری واگنیلد (۲۰۰۹) پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با نرم افزار Spss۱۶ به روش رگرسیون گام به گام انجام گرفت.

یافته‌ها: در این پژوهش از مجموع ۳۱۱ نفر شرکت‌کننده، ۲۰۷ نفر (۶۶/۵۶ درصد) دختر و ۱۰۴ نفر (۳۳/۴۴ درصد) پسر بودند و میانگین سنی آن‌ها معادل ۵/۲۲±۲۶ سال بود. نتایج نشان داد که مؤلفه‌های سبک زندگی، در مورد احساس تنهایی، روابط بین‌فردی (۵۲/۶ درصد) در گام نخست و سپس مسئولیت‌پذیری و رشد معنوی (مجموع ۳۴/۴ درصد) و برای گرایش به مصرف الکل، رشد معنوی، ورزش و مدیریت استرس (۳۷/۲ درصد) پیش‌بینی‌کننده بودند. از مؤلفه‌های تاب‌آوری نیز، اعتماد به نفس (۳۹/۱ درصد)، مدیریت خود و نمره کل تاب‌آوری (۳۰/۶ درصد) واریانس احساس تنهایی را تبیین کردند و مدیریت خود (۲۴/۴ درصد) و تاب‌آوری کل (۳۸/۸ درصد) گرایش به الکل را پیش‌بینی کردند.

نتیجه‌گیری: ارتقای ابعاد سبک زندگی و تقویت تاب‌آوری و معنویت می‌تواند به کاهش احساس تنهایی و مصرف الکل در دانشجویان طی بحران‌های مشابه کمک کند.

کلیدواژه‌ها: سبک زندگی سالم، احساس تنهایی، کووید ۱۹، تاب‌آوری، معنویت، مصرف الکل.

نحوه استناد به مقاله:

Maleki Rad AA, Sadeghi S, Fathi A, Arman A, Binazir S. *The role of lifestyle aspects of promoting health and resilience on the feeling of loneliness and the tendency to consume alcohol in students during the quarantine period of Covid-19.* J Police Med. 2024;13:e32.

نویسنده مسئول*:

نشانی: ایران، آذربایجان شرقی، تبریز، بلوار ۲۹ بهمن، دانشگاه تبریز، کد پستی: ۵۱۶۶۶۱۶۴۷۱.
پست الکترونیکی:
solmaz.sadeghi@tabriz.ac.ir

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۱۹
پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۰۶
انتشار: ۱۴۰۳/۱۰/۰۷

Copyright © 2024, Journal of Police Medicine | This open access article is licensed under a *Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License*

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2024;13:e31

مقدمه

جهان از آغاز خلقت بارها با بحران‌های ناگهانی و گسترده مواجه شده که اثرات مثبت و منفی ماندگاری بر جوامع انسانی برجای گذاشته‌اند. در دوران مدرن، با وجود پیشرفت‌های چشمگیر علمی و فناوری، همه‌گیری کووید-۱۹، به‌عنوان یکی از مخرب‌ترین پاندمی‌های قرن بیست‌ویکم ظهور کرد و سازمان بهداشت جهانی در مارس ۲۰۲۰ اعلام کرد که این بیماری، به دلیل سرعت بالای انتشار جهانی و تهدید جدی سلامت جسمی و روانی، یک بیماری همه‌گیر است. این بحران نه‌تنها یک چالش پزشکی، بلکه یک رویداد اجتماعی عمیق بود که سبک زندگی افراد را در سراسر جهان متحول کرد و اثرات روانی و اجتماعی گسترده‌ای به همراه داشت [۱]. کووید-۱۹، به‌عنوان یک رخداد اجتماعی در سطح ملی و بین‌المللی، دولت‌ها را وادار به اجرای اقداماتی نظیر قرنطینه، تعطیلی دانشگاه‌ها و اماکن عمومی کرد تا از گسترش ویروس جلوگیری شود. این اقدامات، تغییراتی غیرمعمول در سبک زندگی افراد ایجاد کرد که تأثیرات آن بر اساس تفاوت‌های فرهنگی و فردی متنوع بود. برای مثال، در جوامع جمع‌گرا مانند ایران و سایر کشورهای خاورمیانه، حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی به کاهش اثرات منفی قرنطینه کمک کرد، در حالی که در جوامع فردگرا مانند کشورهای غربی، انزوای اجتماعی به تشدید احساس تنهایی و مشکلات روانی منجر شد [۲].

احساس تنهایی، که تنها نتیجه زندگی انفرادی نیست، بلکه از کمبود ارتباطات اجتماعی و معنوی باکیفیت ناشی می‌شود، به‌عنوان یک حالت روان‌شناختی تعریف می‌شود که از نارسایی‌های کمی و کیفی در روابط اجتماعی و معنوی به وجود می‌آید و به سه حالت تقسیم می‌شود؛ تنهایی اجتماعی و معنوی (ناشی از فقدان مشارکت اجتماعی و شبکه‌های حمایتی)، تنهایی عاطفی (ناشی از دلبستگی ناایمن و احساس عدم امنیت حتی در حضور دیگران)، و تنهایی وجودی (ناشی از فقدان عزیزان همراه با غمگینی و احساس پوچی) [۳]. این احساس، در دوران قرنطینه کووید-۱۹ به دلیل کاهش تعاملات اجتماعی تشدید شد، اما تأثیر آن در فرهنگ‌های مختلف متفاوت بود. برای مثال، مطالعه *Boursier* و همکاران در سال ۲۰۲۰ در ایتالیا نشان داده‌اند که جوانان به دلیل کاهش تعاملات اجتماعی و افزایش استفاده از رسانه‌های اجتماعی، بیشتر در معرض تنهایی عاطفی می‌باشند [۴]. مطالعه‌ای شیوندی‌چلیچه و همکاران نشان داده است که در ایران، ارتباطات خانوادگی و معنویت نقش محافظتی در برابر احساس تنهایی ایفا می‌کند، در حالی که در کشورهای غربی، کاهش تعاملات اجتماعی به افزایش نرخ افسردگی و اضطراب منجر می‌شود [۵]. این تفاوت‌ها نشان می‌دهند که کووید-۱۹، تأثیر یکسانی بر همه فرهنگ‌ها و افراد نداشته و عوامل فرهنگی، اجتماعی و فردی در واکنش به این بحران نقش پراهمیت داشته‌اند [۱]. نیروی انسانی به‌عنوان مهم‌ترین سرمایه هر جامعه، در این شرایط تحت تأثیر قرار می‌گیرد و کیفیت بالای این سرمایه، ضامن موفقیت، بقا و پیشرفت جوامع است [۵] و سلامت آن‌ها، به‌عنوان یکی از شاخص‌های اصلی توسعه‌یافتگی کشورها، تحت تأثیر عوامل متعدد درونی و بیرونی قرار دارد [۶].

در سال ۲۰۱۹، سازمان بهداشت جهانی سلامت را حالتی از بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی تعریف می‌کند، نه صرفاً نبود بیماری [۷]. یکی از عوامل تأثیرگذار بر سلامت، سبک زندگی است که در شرایط بحرانی مانند پاندمی کووید-۱۹، به‌ویژه در دوره قرنطینه، اهمیت بیشتری یافت. در این راستا، شواهد علمی نشان می‌دهند که انتخاب‌ها و الگوهای سبک زندگی افراد بر سلامت و طول عمر آن‌ها اثر مستقیم دارند [۶]. سبک زندگی، به‌عنوان مجموعه‌ای از فعالیت‌های روزمره که افراد به‌طور معمول پذیرفته‌اند، از مهم‌ترین ارکان مؤثر بر سلامت است [۷]. آلفرد آدلر آن را به‌عنوان بازتاب شخصیت در عمل تعریف کرده و شیوه‌ای خاص برای مدیریت زندگی می‌داند که با سلامت افراد ارتباط نزدیکی دارد [۸]. سبک زندگی سالم می‌تواند سلامت جسمی و روانی افراد را ارتقا دهد [۷].

یکی از انواع سبک‌های زندگی، سبک زندگی ارتقادهنده سلامت است که شامل رفتارهایی برای توانمندسازی افراد در جهت کنترل بیشتر بر سلامت خود و بهبود سلامت جامعه می‌شود. *Walker* و همکاران، شش بعد برای سبک زندگی ارتقادهنده سلامت معرفی کردند؛ رشد معنوی، تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت، مدیریت استرس و روابط بین‌فردی [۹]. از نظر *Pargament*، معنویت به‌عنوان یکی از ابعاد کلیدی سبک زندگی، به جست‌وجوی امری مقدس و تعالی در زندگی اشاره دارد و شامل جنبه‌های ذهنی، تجربی و شخصی است [۱۰]. مطالعه *Badcock* و همکاران در سال ۲۰۲۴ نشان داده است که رشد معنوی از طریق تقویت بهزیستی روانی و کاهش عقاید منفی درباره مصرف مواد، گرایش به الکل و مواد مخدر را کاهش می‌دهد [۱۱].

امروزه، به جای تمرکز صرف بر درمان، بسیاری از کشورها بر آموزش و برنامه‌ریزی برای ارتقای سلامت از طریق اصلاح سبک زندگی تأکید دارند. تحقیقات نشان می‌دهند که بسیاری از مشکلات سلامتی ریشه در سبک زندگی و رفتارهای بهداشتی افراد دارند و سبک زندگی بر کیفیت زندگی و پیشگیری از بیماری‌های جسمی و روانی تأثیر بسزایی دارد [۱۲]. مطالعات اخیر نشان داده‌اند که سبک زندگی پیش‌بینی‌کننده احساس تنهایی است [۱۳-۱۴]. مطالعه *احمدی* و همکاران در سال ۲۰۲۳ نشان داده است که سبک زندگی سالم، با کاهش احساس تنهایی در دانشجویان ارتباط دارد [۱۳]. همچنین، پژوهش *Shi* و همکاران نیز گزارش داده‌اند که فعالیت‌های معنوی و اجتماعی می‌توانند اثرات منفی انزوای اجتماعی را کاهش دهند [۱۴].

تاب‌آوری، به‌عنوان توانایی سازگاری مثبت با شرایط بحرانی، نقش مهمی در کاهش اثرات منفی کووید-۱۹ بر سلامت روانی ایفا کرد. تاب‌آوری فقدان پیامدهای منفی علی‌رغم مواجهه با خطر تعریف می‌گردد و در حقیقت، افراد تاب‌آور از نقاط قوت و محدودیت‌های خود آگاه‌اند و می‌توانند با تکیه بر حمایت‌های عاطفی و معنوی بر مشکلات غلبه کنند [۱۵]. اگرچه تاب‌آوری تا حدی به ویژگی‌های شخصیتی وابسته است، اما تجربه‌های محیطی نیز در شکل‌گیری آن نقش دارند، بنابراین، انسان‌ها قربانی مطلق وراثت یا محیط نیستند و می‌توانند با تقویت تاب‌آوری و حمایت‌های اجتماعی و معنوی، واکنش‌های خود را در برابر استرس و بحران‌های محیطی بهبود بخشند و از راهکارهای منفی مانند مصرف الکل اجتناب کنند [۱۶]. نتایج مطالعه‌ای نشان داده است که تاب‌آوری در دانشجویان ایرانی به دلیل ارتباطات خانوادگی و معنوی، پیش‌بینی‌کننده منفی معنادار احساس تنهایی است [۱۵]. همچنین، پژوهش پاینده و همکاران نشان داده که تاب‌آوری با کاهش گرایش به مصرف الکل در جوانان ارتباط دارد [۱۶]. علاوه‌بر این، مطالعهٔ *Lyvers* و همکاران در سال ۲۰۲۰، نشان داده که تاب‌آوری رابطه محافظتی پیش‌بینی‌شده با مصرف الکل دارد [۱۷].

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2024;13:e31

مصرف الکل یکی از معضلات اجتماعی جهانی است. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۵، تلفات مستقیم ناشی از مصرف مواد اعتیادآور مانند الکل و دخانیات سالانه به ۲/۷ میلیون نفر می‌رسد [۱۸] که این آمار در مورد کشور ایران ۵۰ هزار نفر گزارش شده است. کاهش سن مصرف الکل از ۱۷ به ۱۴ سال و مصرف آن توسط حدود نیمی از جوانان، تهدیدی جدی برای سلامت فردی و اجتماعی محسوب می‌شود [۱۶]. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰، بیماری‌ها و مرگ‌ومیر ناشی از مصرف الکل و دخانیات به ۱۰ میلیون نفر در سال برسد [۱۸]. بر این اساس، تلاقی همه‌گیری کووید-۱۹ و گرایش به مصرف الکل، سلامت عمومی را به‌طور مضاعف تهدید می‌کند، در این راستا، پژوهش *Lyvers* و همکاران نشان داده که افزایش احساس تنهایی در دوران قرنطینه به افزایش مصرف الکل در جوانان منجر می‌شود، اما برنامه‌های مبتنی بر معنویت و تاب‌آوری توانستند این گرایش را کاهش دهند [۱۷].

با توجه به موارد بیان شده و پیشینه پژوهشی، سبک زندگی با هدف رشد معنویت و میزان تاب آوری می‌تواند بر احساس تنهایی و مصرف الکل جوانانی که تحت تاثیر شرایط بحرانی و اضطراری به‌دور از اجتماع قرار دارند تاثیرگذار باشد و همچنین، بر اساس گزارش‌های جهانی مانند افزایش ۲۵ درصدی افسردگی و اضطراب طی شرایط بحرانی و نقش تاب‌آوری در کاهش مشکلات روانشناختی، که نشان‌دهنده نیاز به بررسی عوامل محافظ مانند سبک زندگی و تاب‌آوری در شرایط بحرانی نظیر قرنطینه دوره کرونا و شرایط مشابه در ایران است؛ این پژوهش با هدف بررسی نقش ابعاد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و تاب‌آوری بر احساس تنهایی و گرایش به مصرف الکل در دانشجویان طی قرنطینه کووید-۱۹ در دانشجویان غیرعلوم پزشکی دانشگاه آزاد تبریز انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این تحقیق از نوع کاربردی و تحلیلی-توصیفی (همبستگی) بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی غیرعلوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز در سال ۱۴۰۰ (دوره قرنطینه کووید-۱۹) به تعداد تقریبی ۱۵۰۰۰ نفر بود. نمونه‌گیری به روش داوطلبانه از طریق فراخوان اینترنتی انجام شد و ۳۳۶ نفر شرکت کردند. پس از بررسی، ۲۵ پرسشنامه به دلیل داده‌های گمشدهٔ زیاد حذف شد و داده‌های ۳۱۱ پرسشنامه (۲۰۷ دختر و ۱۰۴ پسر با میانگین سنی ۲۶ سال) وارد تحلیل شد.

ملاک‌های ورورد شامل (دانشجوی مقطع کارشناسی غیرعلوم‌پزشکی باشد، سابقه اختلال روانی و مصرف داروی روانپزشکی و روانگردان نداشته باشد، در پروسهٔ شرکت در پژوهش، داروی روانپزشکی و روانگردان مصرف ننماید، سابقهٔ مصرف الکل داشته باشد) بوده و ملاک‌های خروج شامل (دانشجوی مقطع کارشناسی غیرعلوم‌پزشکی نباشد، عدم تمایل به ادامه، بدون پاسخ بودن سوالات پرسشنامه و شروع مصرف داروی روانپزشکی و روانگردان) بود.

ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه احساس تنهایی UCLA (۱۹۸۰)، پرسشنامه خطرپذیری نوجوانان ایرانی (IRAS) (۱۳۹۰)، پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت واکر (۱۹۸۷) (II-HPLP) ، و پرسشنامه تاب‌آوری واگنیلد (۲۰۰۹) بودند.

پرسشنامهٔ سبک زندگی ارتقادهندهٔ سلامت (HPLP). این پرسشنامه را *Walker* و همکاران در سال ۱۹۸۷ طراحی کرده‌اند. ۵۲ گویه دارد که شش بعد تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، روابط بین فردی و رشد معنوی را می‌سنجد. برای نمره‌گذاری از طیف لیکرت ۴ درجه‌ای و نمره‌دهی از ۱ تا ۴ استفاده می‌شود و دامنهٔ نمرات از ۵۲ تا ۲۰۸ است. *Walker* و همکاران، برای تعیین پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کردند که برای نمرهٔ کل ۰/۹۴ و برای زیر مقیاس‌ها بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۰ بدست آمد که حاکی از پایایی مطلوب پرسشنامه است [۹]. در ایران، روایی و پایایی نسخهٔ فارسی این پرسشنامه توسط محمدی زیدی و همکاران بررسی شده است. آلفای کرونباخ ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۲ و برای زیر شاخه‌ها از ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ است. همه موارد، همبستگی مورد- کل قابل قبولی داشتند (بیشتر از ۰/۳۴) که نشان‌دهندهٔ همسانی درونی مناسب است [۱۹]. در این پژوهش، آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۰/۸۹ محاسبه شد که حاکی از پایایی مطلوب پرسشنامه بود.

پرسشنامه ابعاد تاب‌آوری واگنیلد (RS-14). فرم بلند مقیاس تاب‌آوری در سال ۲۰۰۹ توسط *Wagnild* به منظور سنجش تاب‌آوری فردی معرفی گردیده است [۲۰]. فرم اصلی ۲۵سوالی است که *Wagnild* و *Yang* (۱۹۹۳) آن را طراحی کرده بودند. تحلیل عاملی بر روی گویه‌های فرم بلند، وجود دو عامل را تأیید کرد؛ یکی صلاحیت شخصی و دیگری پذیرش خود و زندگی. فرم کوتاه مقیاس تاب‌آوری شامل ۱۴ سؤال از فرم بلند است. پژوهشگران مختلفی از مقیاس فرم کوتاه استفاده نموده و روایی و پایایی مطلوبی برای آن گزارش نموده‌اند. بررسی کفایت روانسنجی این مقیاس در کره جنوبی، وجود دو بعد را تأیید کرد. به این صورت که با استفاده از تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی و با چرخش قائم، دو بعد استخراج شد که تحت عنوان اعتماد به نفس و کنترل خود نامگذاری شده‌اند. پژوهشگران مقاله، ضریب بارتلت را ۱۷۵۲/۸۶ گزارش کرده‌اند که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بوده است. همچنین ضریب KMO برابر با ۰/۹۱۷ است. آنها پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، برای بعد اعتماد به نفس ۰/۸۶، برای بعد کنترل خود ۰/۸۴، برای بعد معناداری ۰/۸۷ و برای کل مقیاس ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. تمام سؤالات این مقیاس، به صورت مثبت براساس طیف لیکرت از کاملاً مخالفم (۵) تا کاملاً موافقم (۱) نمره‌گذاری می‌شوند [۲۰]. در مطالعه نوریان و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار ۰/۷۷ بوده و ضریب همبستگی درون طبقه‌ای بین دو بار اجرای مقیاس به فاصله دو هفته، ۰/۹۰ (p<۰/۰۰۱) محاسبه شده است [۲۱]. در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۰/۹۱ محاسبه شد که حاکی از پایایی مطلوب پرسشنامه بود.

پرسشنامهٔ احساس تنهایی (UCLA). پرسشنامهٔ احساس تنهایی توسط Russell و همکاران در سال ۱۹۸۰ ساخته شد که شامل ۲۰ سوال به صورت ۴ گزینه‌ای طیف لیکرت، ۱۰ جمله منفی و ۱۰ جمله مثبت دارد. دامنهٔ نمرات بین ۲۰ تا ۸۰ بوده و میانگین ۵۰ است. نمرهٔ بالاتر نشان‌دهندهٔ احساس تنهایی بیشتر است [۲۲]. پایایی این آزمون در نسخه جدید تجدیدنظرشده، ۰/۷۸ گزارش شده است اما *Russell* و همکاران، با روش بازآزمایی، پایایی آزمون را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. این مقیاس توسط شکرکن و میردریکوند ترجمه و پس از اجرای مقدماتی و اصلاحات، به کار گرفته شده است و روایی پرسشنامه نیز در مطالعهٔ رضایی و همکاران با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۴، تنهایی عاطفی ۰/۸۲ و تنهایی اجتماعی ۰/۷۱ به دست آمده که همگی رضایت بخش هستند [۲۳]. در این پژوهش، آلفای

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2024;13:e31

کرونباخ برای پرسشنامه ۰/۸۷ محاسبه شد که حاکی از پایایی مطلوب پرسشنامه بود.

پرسشنامهٔ خطرپذیری نوجوانان ایرانی (IARS). این پرسشنامه در سال ۱۳۹۰ توسط *زاده‌محمدی* و *احمدآبادی* برای سنجش خطرپذیری در نوجوانان ایرانی تدوین یافته است. ۳۸ سؤال پرسشنامه برای سنجش رفتارهای پرخطر از قبیل رانندگی (۶سوال)، خشونت (۵سوال)، سیگارکشیدن (۵سوال)، مصرف مواد مخدر (۸سوال)، گرایش به مصرف الکل (۶سوال)، رابطه یا رفتار جنسی و گرایش به جنس مخالف (۸سوال) به کار برده شده است. پاسخگویان موافقت یا مخالفت خود را با این سؤالات در یک مقیاس ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۵) مطرح می‌کنند. اعتبار این مقیاس به روش همسانی درونی و با کمک آلفای کرونباخ و روایی سازه آن با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و روش تحلیلی مؤلفه‌های اصلی و برای ابعاد مورد بررسی قرار گرفته‌است. میزان آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۹۳۸ و برای ابعاد پرسشنامه ۰/۷۱۵ و ۰/۹۳۱ بوده است. نتایج به دست آمده از روایی و پایایی مقیاس حاکی از آن بوده که ابزاری مناسب در سنجش خطرپذیری نوجوانان ایرانی است [۲۴]. در مطالعهٔ اخوی ثمرین برای بررسی روایی از روایی واگرا و همگرا استفاده شده و مورد تأیید قرار گرفته است و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در مطالعهٔ حاضر برای نمره کل رفتارهای خطرپذیری و مؤلفه‌های آن در دامنه ۰/۸۶ تا ۰/۹۱ به‌دست آمده است [۲۵]. در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۰/۹۲ محاسبه شد که حاکی از پایایی مطلوب پرسشنامه بود. در این مطالعه، بنابر هدف پژوهش، داده‌های مولفهٔ مصرف الکل وارد تحلیل شدند.

ملاحظات اخلاقی. پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.TABRIZU.REC.1399.018 در دانشگاه علوم پزشکی تبریز تصویب شد. اصول اخلاقی به‌طور کامل در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان سؤال رضایت آگاهانه را تأیید کردند و به آنها اعلام شد که می‌توانند هر زمان که تمایل داشتند، از پاسخ به پرسشنامه امتناع کنند و به آنها اطمینان داده شد تمامی اطلاعات وارد شده محرمانه است.

تجزیه و تحلیل آماری. برای تجزیه و تحلیل آماری از نرم افزار SPSS 16 با روش رگرسیون گام به گام و جهت تعیین نرمال بودن توزیع داده ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید.

نتایج

بر اساس نتایج حاصل از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف (جدول ۱)، ضریب معنی‌داری متغیرهای پژوهش (p>۰/۰۵) بود، بنابراین توزیع داده ها نرمال بود. همچنین، با توجه به جدول ۱ و احتساب میانگین بین نمرات حداقل و حداکثر نشان داد که میانگین مدیریت خود دانشجویان که حداقل نمره در آن ۸ وحداکثر نمره ۲۵ بود، برابر با (۱۹/۰۴) بود و میانگین رشد معنوی آنها از بین حداقل نمره ۱۰ و حداکثر نمره ۴۰ برابر با (۲۷/۲۲) شد که نسبت به مابقی مؤلفه‌ها دارای نمرات بالایی بودند. همچنین نمره احساس تنهایی بین ۲۸ تا ۷۱ و مصرف الکل بین ۶ تا ۲۹ بوده و نیز میانگین کل دانشجویان از احساس تنهایی در دورهٔ قرنطینه ۴۴/۴۳ و گرایش به مصرف الکل ۱۶/۰۵ بود که هر دو در طیف متوسط قرار داشتند.

جدول ۱) شاخص‌های توصیفی متغیرهای سبک زندگی، تاب‌آوری، احساس تنهایی و مصرف الکل

متغیرها		آزمون کولموگروف-اسمیرنوف			
	میانگین ± انحراف معیار	حداقل	حداکثر	آماره	معنی داری
رشد معنوی		۲۷/۲۲ ± ۴/۶	۱۰	۴۰	۰/۳۹۶	۰/۲۱۱
سبک زندگی	روابط بین فردی	۱۷/۲۶ ± ۴/۱۱	۶	۲۸	۱/۱۹	۰/۱۱۷
	مسئولیت پذیری	۲۹/۶۲ ± ۶/۳۶	۱۴	۵۱	۱/۲۱	۰/۴۵۱
	تغذیه	۱۵/۱۶ ± ۳/۱۵	۷	۲۸	۰/۹۳۵	۰/۵۵۱
	مدیریت استرس	۱۲/۹۸ ± ۳/۱۰	۵	۲۱	۰/۱۵۰	۰/۱۸۵
	ورزش	۱۴/۶۲ ± ۳/۶۵	۷	۲۸	۰/۱۲۵	۰/۱۱۰
تاب آوری	مدیریت خود	۱۹/۰۴± ۳/۱۲	۸	۲۵	۰/۸۰۶	۰/۱۱۲
	معناداری	۱۵/۵۸ ± ۵/۲۹	۵	۲۵	۰/۹۷۶	۰/۱۱۱
	اعتماد به نفس	۱۴/۵۹ ± ۲/۵۹	۸	۲۰	۰/۵۲۶	۰/۲۱۸
	نمره کل	۴۹/۲۲ ± ۷/۸۱	۲۸	۶۸	۰/۲۱۴	۰/۲۳۴
احساس تنهایی		۴۴/۴۳ ± ۵/۲۷	۲۸	۷۱	۰/۱۳۹	۰/۰۹۴
گرایش به مصرف الکل		۱۶/۰۵ ± ۵/۸۶	۶	۲۹	۰/۲۱۸	۰/۰۷۶

جهت بررسی نقش هر یک از ابعاد سبک زندگی (رشد معنوی، مسئولیت‌پذیری، روابط بین فردی، مدیریت استرس، ورزش و تغذیه) بر احساس تنهایی و گرایش به مصرف الکل از رگرسیون گام به گام (جدول ۳) استفاده شد. در این تحلیل مؤلفه‌های سبک زندگی به عنوان متغیر پیش‌بین و احساس تنهایی و گرایش به مصرف الکل به عنوان متغیر ملاک مورد نظر بودند. همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود در گام اول، متغیر روابط بین فردی به دلیل دارا بودن بیشترین ضریب همبستگی با متغیر وابسته وارد معادله رگرسیون شد و ۵۲/۶ درصد از واریانس متغیر احساس تنهایی را تبیین کرد و در گام بعدی، متغیر مسئولیت‌پذیری به دلیل دارا بودن بالاترین ضریب همبستگی با احساس تنهایی وارد معادله شد و این دو متغیر به همراه متغیر رشد معنوی، در مجموع ۳۴/۴ درصد از واریانس متغیر احساس تنهایی را تبیین کردند و مؤلفه‌های مدیریت استرس، ورزش و تغذیه از معادله خارج شدند. همچنین، در مورد متغیر مصرف الکل در گام اول، مؤلفهٔ رشد معنوی با بیشترین ضریب همبستگی و در ادامه، مؤلفهٔ ورزش و مدیریت استرس وارد معادله رگرسیون شدند و این دو مؤلفه، ۳۷/۲ درصد از واریانس گرایش به مصرف الکل را تبیین کردند و بقیه مؤلفه‌ها که رابطه معنی‌دار پایین داشتند یا رابطه نداشتند، از معادله خارج شدند.

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2024;13:e31

همچنین، جهت بررسی نقش هریک از ابعاد تاب‌آوری (پیش‌بین) بر احساس تنهایی و میزان گرایش به مصرف الکل (ملاک) در دورهٔ قرنطینه، از رگرسیون گام به گام استفاده شد. همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در گام اول، متغیر اعتماد به نفس به دلیل دارا بودن بیشترین ضریب همبستگی با متغیر وابسته وارد معادله رگرسیون شد و ۳۹/۱ درصد از واریانس متغیر احساس تنهایی را تبیین کرد و در گام بعدی، متغیر مدیریت خود به دلیل دارا بودن بالاترین ضریب همبستگی با احساس تنهایی وارد معادله شد و این متغیر به همراه اعتماد به نفس، در مجموع ۳۲/۴ درصد و نمرهٔ کل تاب‌آوری ۳۰/۶ درصد از واریانس متغیر احساس تنهایی دورهٔ قرنطینه را تبیین کردند. همچنین، مؤلفهٔ معناداری، توانایی پیش بینی احساس تنهایی را نداشت، لذا از معادله خارج شد. همچنین مؤلفهٔ مدیریت خود ۲۴/۴ درصد و نمرهٔ کل تاب آوری ۳۸/۸ درصد از واریانس گرایش به مصرف الکل را تبیین کرد و دو مؤلفهٔ اعتماد به نفس و معناداری که رابطه معنی‌دار نداشتند، از معادله خارج شدند.

جدول ۲) رگرسیون گام به گام نقش ابعاد سبک زندگی ارتقا سلامت تاکید بر رشد معنوی براحساس تنهایی و میل به مصرف الکل در دوره قرنطینه

مدل		متغیر	B	خطای استاندارد	بتا	t	P-value	R	R۲
احساس تنهایی	۱	روابط بین فردی	۰/۲۶۱	۰/۰۷۴	۰/۲۴۲	۲/۸۶۳	۰/۰۱۱	۰/۷۲۱	۰/۵۲۶
		روابط بین فردی	۰/۱۹۱	۰/۰۸۳	۰/۱۴۷	۲/۲۹۳	۰/۰۲۳	۰/۳۸۳	۰/۲۳۳
	۲	مسئولیت پذیری	-۰/۱۵۶	۰/۰۵۰	-۰/۱۹۹	-۳/۱۰۳	۰/۰۰۲		
		روابط بین فردی	۰/۳۰۷	۰/۱۰۵	۰/۲۳۶	۲/۹۳۱	۰/۰۰۴	۰/۴۱۹	۰/۳۴۴
	۳	مسئولیت پذیری	-۰/۱۱۶	۰/۰۵۵	-۰/۱۱۷	-۲/۱۰۸	۰/۰۳۶		
		رشد معنوی	-۰/۱۴۵	۰/۰۸۰	-۰/۱۶۰	-۱/۸۱۵	۰/۰۴۹		
مصرف الکل	۱	ورزش	-۰/۲۱۵	۰/۰۶۸	-۰/۱۹۶	-۱/۶۹۵	۰/۰۱۸	۰/۴۰۶	۰/۱۹۸
	۲	رشد معنوی	-۰/۲۱۶	۰/۰۹۲	-۰/۱۸۰	-۲/۳۵۴	۰/۰۱۹	۰/۳۰۲	۰/۳۷۲
		ورزش	-۰/۱۴۲	۰/۰۷۷	-۰/۱۲۴	-۱/۲۳۳	۰/۰۲۲		
		مدیریت استرس	-۰/۱۳۱	۰/۰۸۹	-۰/۱۰۳	-۱/۱۱۲	۰/۰۴۷		

جدول ۳) رگرسیون گام به گام نقش ابعاد تاب‌آوری بر احساس تنهایی و میل به مصرف الکل در دوره قرنطینه

مدل		متغیر	B	خطای استاندارد	بتا	t	P-value	R	R۲
احساس تنهایی	۱	اعتماد به نفس	-۱/۵۰۲	۰/۰۷۸	-۰/۷۳۹	-۱۱/۱۷	۰/۰۰۲	۰/۵۲۳	۰/۳۹۱
	۲	اعتماد به نفس	-۱/۱۲۳	۰/۰۸۵	-۰/۵۵۳	-۶/۲۶۲	۰/۰۰۱	۰/۴۴۴	۰/۳۲۴
		مدیریت خود	-۰/۳۷۸	۰/۰۷۰	-۰/۳۴۲	-۸/۲۰۹	۰/۰۰۱		
	۳	نمره تاب آوری	-۰/۳۷۳	۰/۰۳۲	-۰/۴۵۱	-۷/۵۹۱	۰/۰۱۰	۰/۵۰۷	۰/۳۰۶
مصرف الکل	۱	مدیریت خود	-۰/۲۴۶	۰/۱۳۲	-۰/۱۴۵	-۱/۸۶۱	۰/۰۴۶	۰/۳۱۱	۰/۲۴۴
	۲	نمره تاب آوری	-۰/۱۳۵	۰/۰۳۹	-۰/۱۹۵	-۳/۴۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۱۷	۰/۳۸۳

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که از میان مؤلفه‌های سبک زندگی، سه مؤلفهٔ رشد معنوی، روابط بین‌فردی و مسئولیت‌پذیری، در مجموع ۳۴/۴ درصد از واریانس متغیر احساس تنهایی در دورهٔ قرنطینه را تبیین کردند. بین مؤلفهٔ روابط بین‌فردی در سبک زندگی فرد با احساس تنهایی او رابطه مثبت معنادار و بین دو مؤلفهٔ مسئولیت‌پذیری و رشد معنوی با احساس تنهایی در دورهٔ قرنطینه رابطه معکوس معنادار وجود داشت. این یافته‌ها با نتایج برخی مطالعات دیگر همسو بود [۳، ۲۶]. در یافته دیگر، رشد معنوی، ورزش و مدیریت استرس نیز با گرایش به مصرف الکل رابطه معکوس داشت [۱۰، ۱۲، ۲۷، ۲۸]. همچنین، ابعاد تاب‌آوری (مدیریت خود و اعتماد به نفس) و نمره کل تاب‌آوری نیز با احساس تنهایی و گرایش به مصرف الکل رابطه معکوس نشان دادند [۱۵، ۲۹].

در تبیین یافته‌های به‌دست‌آمده می‌توان گفت که ارتقای سلامت، علم و هنر تغییر شیوهٔ زندگی برای رسیدن به کمال مطلوب است و شامل رفتارهایی مانند تقویت معنویت، تغذیه مناسب، ورزش منظم، دوری از رفتارهای مخرب و مواد مخدر و الکل، محافظت در برابر حوادث، تشخیص به‌موقع نشانه‌های بیماری در بعد جسمی، کنترل عواطف و افکار، کنار آمدن با تنش‌ها در بعد روانی و اصلاح روابط بین‌فردی در بعد اجتماعی است [۴]. این رفتارها برای سلامتی افراد در هر دوره‌ای اهمیت دارند [۷]. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، ۶۰ درصد مرگ‌ومیر در جهان و ۸۰ درصد در کشورهای در حال توسعه به دلیل سبک زندگی ناسالم است و ارتقای سبک زندگی سالم یکی از اهداف اصلی این سازمان است [۸]. روابط بین‌فردی به عنوان مؤلفه‌ای از سبک زندگی، با احساس تنهایی رابطه مثبت و قوی دارد، زیرا در دوره قرنطینه کووید-۱۹، محدودیت‌های اجتماعی و کاهش تعاملات، افراد با روابط اجتماعی قوی‌تر را به دلیل دوری از دیگران، به احساس تنهایی بیشتری سوق داد که در این راستا، یافته‌های گل‌محمدیان و سقزی نشان داده است که میانگین احساس تنهایی بین افراد با و بدون اختلال بین‌فردی تفاوت معنادار دارد [۳۰]. مسئولیت‌پذیری، افراد را به حفظ سلامت حساس‌تر می‌کند؛ این افراد با آگاهی از صدمات روانی، جای خالی روابط اجتماعی در قرنطینه را با فعالیت‌های معنوی و جایگزین پر می‌کنند که به کاهش احساس تنهایی و ارتقای سلامت کمک می‌کند [۲۶].

در تبیین یافته دیگر، رشد معنوی با اصلاح باورهای نادرست و ایجاد معنای جدید در زندگی، اثر کاهشی بر احساس تنهایی دارد، زیرا افراد را به یافتن هدف در شرایط دشوار تشویق می‌کند [۱۷]. از سوی دیگر، رشد معنوی، ورزش و مدیریت استرس با کاهش فشار روانی، گرایش به مصرف الکل را کم می‌کنند، زیرا افراد به جای پناه بردن به الکل، به فعالیت‌های مثبت مانند ورزش روی می‌آورند [۳۱-۲۸]. مطالعه *Bulumac* (۲۰۲۵) نشان داده که

معنویت با مدیریت استرس رابطه مثبت دارد و به پرهیز از مصرف الکل کمک می‌کند [۲۸]. با این حال، نتایج متناقضی نیز گزارش شده است؛ مثلاً زاده‌محمدی و احمدآبادی نشان داده‌اند که ورزش ممکن است در برخی موارد با افزایش خطرپذیری مرتبط باشد [۲۴]. این تناقض می‌تواند به تفاوت در نمونه‌ها یا شرایط مطالعه مربوط باشد.

علاوه‌براین، در تبیین یافتهٔ دیگر پژوهش می‌توان گفت، تاب‌آوری، با ایجاد نگاه مثبت و کنترل هیجانات منفی، مانند یک سپر در برابر استرس عمل می‌کند و از تشدید احساس تنهایی و گرایش به مصرف الکل جلوگیری می‌نماید [۲۱، ۲۲]. مطالعهٔ *Jakobsen* و همکاران، رابطه معکوس تاب‌آوری با احساس تنهایی را تأیید کرد [۳۱]. مطالعه *Marchini* و همکاران نیز نشان داده شده است که تاب‌آوری در برابر تأثیرات آسیب‌زای کووید-۱۹ بر سلامت روان جوانان نقش حفاظتی دارد [۳۰]. در دوره قرنطینه، که سبک زندگی غیرطبیعی را تحمیل کرد، انتخاب تنهایی به‌عنوان تنها گزینه موجود، با ارتقای ابعاد سبک زندگی سالم و تاب‌آوری همراه شد. مطالعهٔ کیفی غلامزاد و همکاران نشان داده که در دوره کرونا، مسئولیت‌پذیری، رژیم غذایی سالم، خودمدیریتی و رشد معنوی به سازگاری و رشد روانی کمک کرده است [۳۲]. تاب‌آوری با کمک به افراد برای تفسیر مثبت موقعیت‌ها، کنترل هیجانات منفی و کاهش گرایش به الکل را تسهیل می‌کند، زیرا رفتار فرد بیش از شرایط عینی، به تفسیر او از موقعیت بستگی دارد [۲۹]. مطالعهٔ *Da Silva* و *Testino*، افزایش اختلالات مصرف الکل در دورهٔ قرنطینه را تأیید کرده و بیان می‌کند، مصرف الکل به سیستم‌های مختلف بدن آسیب می‌رساند و سلامت روانی-اجتماعی را مختل می‌کند [۳۳].

در بحث از محدودیت‌های پژوهش، باید در نظر داشت که رابطه بین روابط بین‌فردی، مسئولیت‌پذیری و احساس تنهایی همبستگی است و رابطه علی قطعی نیست و عوامل دیگر مانند وضعیت اقتصادی، خانوادگی، حمایت اجتماعی و تحصیلات بررسی نشدند. راهکارهای عملی برای ترویج مسئولیت‌پذیری و رشد معنوی ارائه نشد، که کاربردپذیری نتایج را محدود می‌کند. پیشنهادات مشخص برای برنامه‌های مداخله‌ای یا سیاست‌گذاری در زمینه مدیریت استرس و سبک زندگی سالم ارائه نشد. تاب‌آوری با کاهش احساس تنهایی و گرایش به مصرف الکل مرتبط است، اما تأثیر آن به شرایط فردی و محیطی می‌تواند وابسته باشد. همچنین، شرایط کووید-۱۹ بر نتایج اثر گذاشته، اما این تأثیر کنترل نشده و تعمیم نتایج محدود است. همچنین با توجه به شیوع کرونا و استفاده از روش نمونه‌گیری آنلاین و داوطلبانه، ممکن است نمونه‌گیری با سوگیری انتخاب همراه باشد، زیرا تنها دانشجویانی که دسترسی به اینترنت و تمایل به شرکت داشتند، مشارکت کردند. همچنین، جامعه مورد مطالعه محدود به دانشجویان غیرعلوم پزشکی دانشگاه آزاد تبریز در سال ۱۴۰۰ است و نتایج ممکن است به راحتی به سایر گروه‌های سنی یا دانشگاهی تعمیم‌پذیر نباشد. علاوه بر این، حذف ۲۵ پرسشنامه به دلیل داده‌های گمشده می‌تواند بر نمایندگی نمونه تأثیرگذار باشد. در نهایت، عدم امکان مصاحبه‌های حضوری یا پیگیری‌های بلندمدت، عمق تحلیل کیفی را محدود نموده است.

با توجه به مطالعه، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی مدیریت استرس، مشاوره گروهی و سیاست‌های سلامت روان برای کاهش انزوا و مصرف الکل اجرا شود، زیرا روش‌ها و سیاست‌های عملی برای ارتقای تاب‌آوری و سبک زندگی سالم در این پژوهش کلی هستند. همچنین، با توجه به یافته‌ها که نشان‌دهنده نقش مثبت سبک زندگی و تاب‌آوری در کاهش تنهایی و گرایش به الکل بود، پیشنهاد می‌شود: ۱) دانشگاه‌ها برنامه‌های آموزشی آنلاین برای ارتقای ابعاد سبک زندگی (مانند کارگاه‌های مدیریت استرس و فعالیت بدنی مجازی) اجرا کنند. ۲) مشاوره‌های روان‌شناختی برای تقویت تاب‌آوری دانشجویان در دوران بحران ارائه شود. ۳) سیاست‌گذاران آموزشی کمپین‌های آگاهی‌بخشی در مورد خطرات مصرف الکل در قرنطینه راه‌اندازی کنند. ۴) برای تحقیقات آتی پیشنهاد می‌شود که این مطالعه در جمعیت های دیگر غیراز جمعیت دانشگاهی و درنمونه های گسترده تر انجام گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان می‌دهد که همه‌گیری کووید-۱۹ سلامت روان‌شناختی و جسمی افراد را به خطر می اندازد و با کاهش روابط اجتماعی، احساس تنهایی و مصرف الکل را افزایش می‌دهد. کیفیت روابط بین‌فردی، مسئولیت‌پذیری، رشد معنوی، ورزش، مدیریت استرس، اعتماد به نفس و خودمدیریتی دانشجویان، احساس تنهایی و گرایش به مصرف الکل را در شرایط پاندمی کاهش می‌دهند.

نکات بالینی و کاربردی در طب انتظامی

برنامه‌های مداخله در بحران، تأثیرگذاری مثبتی در جوامع مختلف دارد، این برنامه‌ها، سربازان را قادر می‌سازد تا در شرایط سخت ارتباط مناسبی با یکدیگر برقرار سازند و از آسیب‌های بعدی جلوگیری می‌نماید. همچنین، وظیفهٔ سربازی به گونه‌ای است که نیاز به توجه بیشتری به تاب‌آوری، سازگاری و کنترل خشم احساس می‌شود، بنابراین، این مداخلات برای سربازان نیز می‌تواند مؤثر واقع شود تا تاب‌آوری و سازگاری بیشتری برای خود فراهم آورند.

تشکر و قدردانی: از رئیس مرکز دانشگاه آزاد اسلامی علوم پزشکی تبریز و مسئولین بیمارستان الغدیر فراجا شهر تبریز برای کمک و حمایتشان تشکر و تقدیر می‌شود. همچنین از کمک و شکیبایی همه سربازانی که شرکت در این پژوهش را پذیرفتند، قدردانی می‌شود.

سهم نویسندگان: ارائه ایده و طراحی مطالعه، علی اکبر ملکی راد؛ تجزیه و تحلیل داده‌ها، سولماز صادقی؛ ارائه ایده و طراحی مطالعه، آیت اله فتحی؛ جمع‌آوری داده، علی آرمان؛ جمع آوری داده، ساناز بی نظیر. همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله و بازنگری آن سهیم بودند و همه با تأیید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

تعارض منافع: بدین‌وسیله نویسندگان مقاله تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تعارض منافعی در قبال مطالعه حاضر وجو ندارد.

حامی مالی: این مطالعه هیچ‌گونه حمایت مالی نداشت.

References

1. © World Health Organization 18 march (2020). Some rights reserved. This work is available under the CC BY-NC-SA 3.0 IGO licence.
2. Alizadeh Fard, S and Saffarinia, M (2020). Predicting mental health based on anxiety and social correlation due to coronary heart disease. Social Psychology Research; (36): 129-141.

3. Khoshe Mehri, Sheida, Fathi Aghdam, Ghorban, Javad Puruqar, Mohammad. (2019). The effect of cognitive-behavioral group therapy with emphasis on healthy lifestyle on reducing depression, loneliness and body image of adolescent female students in Tehran. Islamic lifestyle with a focus on health, 3 (3), 136-144.
4. Boursier, V., Gioia, F., Musetti, A., & Schimmenti, A. (2020). Facing loneliness and anxiety during the COVID-19 isolation: the role of excessive social media use in a sample of Italian adults. Frontiers in psychiatry, 11, 586222.
5. Shivandi Chalicheh, Kamran, Dartaj, Zohreh, Hassanvand, Fadlallah and Ghaemi, Fatemeh. (2021). Developing a causal model of meaningful life and loneliness based on psychological distress with the mediating role of family emotional climate in individuals with experience of facing the coronavirus pandemic. Research in Educational Systems, 15(55), 74-84.
6. Norouzi Nia, R; Aghaberi, M; Kohan, Mahmoud and Karimi, Mehrdad (2020). Investigating behaviors that promote health and its correlation with anxiety levels and some demographic characteristics of Alborz University of Medical Sciences students. Health Promotion Management; 2 (4): 39-49.
7. Ghazavi, Z; Zeighami, R; Sarichello, M E and Shahsavari, S (2019). Effective training of cognitive cognitive regulation strategies on the psychological well-being of nurses working in psychiatric wards. Journal of Psychiatry; 7 (4): 65-73.
8. Najjar Nasab, S and Dasht-e Bozorgi, Z (2019). The effect of motivational interviews on lifestyle enhancing the health and blood pressure of women with eating disorders. Journal of Health Psychology; 3 (consecutive 31): 103-118.
9. Walker SN, Hill-Polerecky DM (1996). Psychometric evaluation of Health Promoting Lifestyle Profil II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, College of Nursing, Lincoln.
10. Pargament, K. I. (2007). Spiritually-Integrated Psychotherapy: Understanding and Addressing theSacred. New York: The Guilford Press.
11. Badcock, J. C., Holt-Lunstad, J., Garcia, E., Bombaci, P., & Lim, M. H. (2022). Position statement: Addressing social isolation and loneliness and the power of human connection. Global Initiative on Loneliness and Connection (GILC), 1-43.
12. Yavari, S; nouri, R & Hasanabadi, H (2015). Structural Modeling of Substance Use in University Students: Religious Involvement, Social Modeling, Spiritual Well-being and Attitude towards Substance. Journal title; 9 (2):1-12.
13. Ahmadi, F., Cetrez, Ö. A., & Zandi, S. (2023). Living through a global pandemic: A cross-sectional study on the psychological resilience of the university population in Iran. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(6), 4844.
14. Shi, X., & Wang, R. (2023). School victimization and Internet addiction among Chinese adolescents: The mediating roles of life satisfaction and loneliness. Frontiers in Psychology, 13, 1059486.
15. Fathi, Marjan; Ahadi, Hassan; Jamhari, Farhad and Kalhernia Golkar, Maryam (2019). The mediating role of resilience in the relationship between arousal and alcohol consumption in young people aged 24-40 years in Tehran: a descriptive study. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences; 18: 1211-1232.
16. Payandeh, M., Hashemianfar, S. A., & Mohammadi, A. (2022). Lived experience of women alcoholics from personal and family relationships (Case study: Isfahan). medical journal of mashhad university of medical sciences, 64(6).
17. Lyvers, M., Holloway, N., Needham, K., & Thorberg, F. A. (2020). Resilience, alexithymia, and university stress in relation to anxiety and problematic alcohol use among female university students. Australian journal of psychology, 72(1), 59-67.
18. World Health Organization. (2025). WHO guidelines for clinical management of arboviral diseases: dengue, chikungunya, Zika and yellow fever. World Health Organization: Geneva.
19. MOHAMADI ZEIDI, A.. (2011). VALIDITY AND RELIABILITY OF THE PERSIAN VERSION OF HEALTH PROMOTING LIFESTYLE QUESTIONNAIRE. JOURNAL OF MAZANDARAN UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES, 21(1), 103-113. SID. https://sid.ir/paper/44289/en
20. Wagnild, G.M. (2009). The Resilience Scale user's guide for the US English version of the Resilience Scale and the 14-Item Resilience Scale (RS-14). Worden, MT: The Resilience Center, Available from: URL; http:// WWW
21. NOURIAN, MANIJEH, MOHAMMADI SHAHBOULAGHI, FARAHNAZ, NOUROZI, KIAN, RASSOULI, MARYAM, & BIGLARRIAN, AKBAR. (2015). PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE PERSIAN VERSION OF WAGNILD AND YOUNG'S RESILIENCE SCALE IN INSTITUTIONALIZED ADOLESCENTS. IRANIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY, 21(3 (82)), 262-273. SID. https://sid.ir/paper/17102/en
22. Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. Journal of personality and social psychology, 39(3), 472.
23. REZAEI, A.M., SAFAEE, M., & SADAT HASHEMI, F.. (2013). PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE STUDENT LONELINESS FEELING SCALE (SLFS). JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY, 5(3 (19)), 81-90. SID. https://sid.ir/paper/152696/en
24. Zadeh Mohammadi, A., Ahmadabadi, Z., & Heidari, M. (2011). Construction and assessment of psychometric features of Iranian adolescent's risk-taking scale. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology, 17(3):218-225.
25. Akhavi Samaraein Z. (2023). Structural Equation Model of the Role of Poor Parental Supervision in

Predicting Adolescents' Tendency to High-Risk Behaviors with the Mediating Role of School Atmosphere: A Descriptive Study. JRUMS. 22 (8) :859-872

26. Nasab, K., Hamid, B., Ganji, L., Amini, M., Pashmdarfard, M., & Davari, Z. (2025). Relationship of Loneliness, Perceived Social Support, and Dysfunctional Attitudes with Death Anxiety in Older Adults; the Mediating Role of Spiritual Health. Iranian Journal of War and Public Health, 17(1), 29-35.
27. Gol Mohammadian, Mohsen, Saqezi, Ayub. (2021). Comparison of emotional-social loneliness and psychological abuse in single girls with and without symptoms of interpersonal disorders. Social Psychology Research. 22; 11 (43): 89-104.
28. Bulumac, A. L. (2025). The Role of Spirituality in Alcoholism Recovery in the Context of 12 Step Programs. Social Work Review/Revista de Asistenţă Socială, 24(3).
29. Walczak, B., Kołodziejczyk, J., Walczak, A., & Tricas-Sauras, S. (2025). Sport activity and alcohol use among adolescents: challenges to the education and prevention management.
30. Marchini, S., Zaurino, E., Bouziotis, J., Brondino, N., Delvenne, V., & Delhaye, M. (2021). Study of resilience and loneliness in youth (18–25 years old) during the COVID-19 pandemic lockdown measures. Journal of community psychology, 49(2), 468-480.
31. Jakobsen, I. S., Madsen, L. M. R., Mau, M., Hjemdal, O., & Friborg, O. (2020). The relationship between resilience and loneliness elucidated by a Danish version of the resilience scale for adults. BMC psychology, 8(1), 1-10.
32. Gholamzad, Shakiba, Saeedi, Narges, Danesh, Shiva, Ranjbar, Hadi and Zarei, Mahsa. (2021). Living in Quarantine: An Analysis of the Experiences of the Elderly in the Covid Disease Pandemic - 19. Journal of the Elderly, 16 (1), 30-45.
33. Da Silva, J., & Testino, G. (2020). Risks of alcohol abuse, alcoholism and stress-related drinking during the COVID-19 pandemic. Alcoholism and Drug Addiction/Alcoholism a Nark mania, 33(1), 95-98.