

پیش بینی حمایت ادراک شده در افراد پانیک بر اساس مقابله خانواده و درگیری عاطفی خانواده با نقش میانجی نگرش های مذهبی

مریم روزبهانی^۱، مهناز مجیدی^۲

۱. کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. دکتری تخصصی، گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول: mahnaz.majidi@yahoo.com

تاریخ ارسال: ۱۴۰۳/۰۷/۰۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۸/۰۶

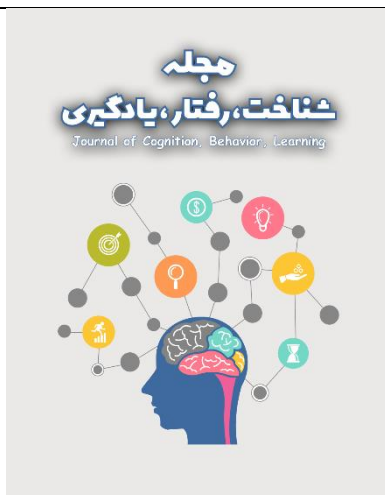
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۲۳

تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۱۱/۰۱

چکیده

هدف این تحقیق تعیین میزان پیش بینی پذیری حمایت ادراک شده در افراد دارای اختلال پانیک بر اساس مقابله خانواده و درگیری عاطفی خانواده با نقش میانجی نگرش های مذهبی است. این پژوهش از لحاظ هدف از نوع بنیادی و از نظر ماهیت از نوع توصیفی-پیمایشی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش دو گروه تلگرامی است که جمعا دارای ۷۰۰ نفر اعضای دارای اختلال پانیک هستند. ۱۰۵ نفر که اختلال پانیک آنها قبلا توسط روانپزشک تشخیص گذاری شده بودند به عنوان نمونه انتخاب شدند. روش گردآوری داده ها مقیاس چند بعدی حمایت ادراک شده زیمت و فارلی (۱۹۸۸)، پرسشنامه مقابله خانواده مک کوبین و همکاران (۱۹۹۶)، مقیاس درگیری عاطفی در خانواده شیلدز و همکاران (۱۹۹۲) و پرسشنامه نگرش مذهبی گلریز و براهنی (۱۳۸۴) است. در این پژوهش برای تحلیل داده ها از معادلات ساختاری با نرم افزار SMART PLS استفاده شده است. نتایج نشان می دهد که حمایت ادراک شده در افراد دارای اختلال پانیک قادر به پیش بینی توسط مقابله خانواده به صورت مثبت و معنی دار است اما حمایت ادراک شده در افراد اختلال پانیک قادر به پیش بینی توسط درگیری عاطفی خانواده نمی باشد. همچنین حمایت ادراک شده در افراد دارای اختلال پانیک قادر به پیش بینی توسط مقابله خانواده و با نقش میانجی نگرش های مذهبی به صورت مثبت و معنی دار می باشد. از سوی دیگر نیز حمایت ادراک شده در افراد دارای اختلال پانیک قادر به پیش بینی توسط درگیری عاطفی خانواده و با نقش میانجی نگرش های مذهبی به صورت منفی و معنی دار می باشد.

کلیدواژه ها: حمایت ادراک شده، اختلال پانیک، مقابله خانواده، درگیری عاطفی خانواده، نگرش های مذهبی.



شیوه استناددهی: روزبهانی، مریم، مجیدی، مهناز. (۱۴۰۳). پیش بینی حمایت ادراک شده در افراد پانیک بر اساس مقابله خانواده و درگیری عاطفی خانواده با نقش میانجی نگرش های مذهبی. شناخت، رفتار، یادگیری، ۱(۴)، ۲۶-۱۴.

Predicting Perceived Support in Individuals with Panic Disorder Based on Family Coping and Family Emotional Involvement: The Mediating Role of Religious Attitudes

Maryam Roozbahani¹, Mahnaz Majidi^{2*}

1. MA, Department of Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. PhD, Department of Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

*Corresponding Author's Email: mahnaz.majidi@yahoo.com

Submit Date: 2024-09-21

Revise Date: 2024-10-26

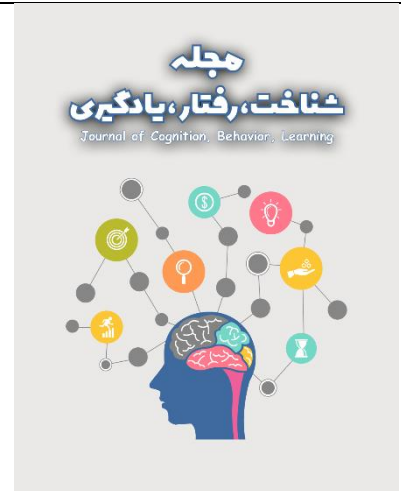
Accept Date: 2024-12-13

Publish Date: 2024-12-21

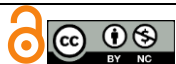
Abstract

The aim of this study was to determine the extent to which perceived support in individuals with panic disorder can be predicted based on family coping and family emotional involvement, with the mediating role of religious attitudes. This research is fundamental in terms of its objective and descriptive-survey with a correlational design in terms of its nature. The statistical population included two Telegram groups with a total of 700 members diagnosed with panic disorder. A sample of 105 individuals whose panic disorder had been previously diagnosed by a psychiatrist was selected. Data collection instruments included the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet & Farley, 1988), the Family Coping Index (McCubbin et al., 1996), the Family Emotional Involvement and Criticism Scale (Shields et al., 1992), and the Religious Attitudes Questionnaire (Golriz & Baraheni, 2005). Structural equation modeling was used to analyze the data via SMART PLS software. The results indicate that perceived support in individuals with panic disorder can be positively and significantly predicted by family coping. However, perceived support in individuals with panic disorder cannot be predicted by family emotional involvement. Furthermore, perceived support in individuals with panic disorder can be positively and significantly predicted by family coping through the mediating role of religious attitudes. On the other hand, perceived support in individuals with panic disorder can be negatively and significantly predicted by family emotional involvement through the mediating role of religious attitudes.

Keywords: *perceived support, panic disorder, family coping, family emotional involvement, religious attitudes*



How to cite: Roozbahani, M., & Majidi, M. (2024). Predicting Perceived Support in Individuals with Panic Disorder Based on Family Coping and Family Emotional Involvement: The Mediating Role of Religious Attitudes. *Cognition, Behavior, Learning*, 1(4), 14-26.



اختلال پانیک یکی از اختلالات اضطرابی است که با هجوم‌های ناگهانی از ترس، نگرانی یا ناراحتی شدید همراه است. این هجوم‌ها معمولاً به‌صورت ناگهانی و بدون هشدار قبلی رخ می‌دهند و مدت چند دقیقه تا نیم ساعت ادامه‌دارند (Hine et al., 2023). در طول این هجوم‌ها، فرد ممکن است تنفس سریع، با دشواری یا تنفس نامنظم داشته باشد و به علت افزایش ترس، پلک‌هایش تند تند بزنند. همچنین، فرد ممکن است علائم خود را با علائم بیماری قلبی یا بیماری‌های دیگر اشتباه بگیرد که می‌تواند ترس و نگرانی او را بیشتر کند. علت دقیق اختلال پانیک هنوز شناخته‌نشده است، اما فرضیه‌های مختلفی برای آن وجود دارد، از جمله نقص در تعادل شیمیایی مغز، عوامل ژنتیکی، استرس‌های زیاد و مشکلات روانی. درمان اختلال پانیک می‌تواند شامل دارودرمانی، روان‌درمانی و ترکیبی از این دو باشد. زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی، از جمله کارکرد خانواده و باورهای مذهبی، می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر بروز و تجربه اختلال پانیک داشته باشد. روابط خانوادگی ناکارآمد، مانند سطح بالای تعارض عاطفی و استراتژی‌های ضعیف مقابله‌ای خانواده، می‌تواند اضطراب و علائم پانیک را تشدید کند. برعکس، حمایت قوی خانوادگی می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی عمل کرده و به کاهش شدت این اختلال کمک کند (Hicks et al., 2023).

در این میان حمایت اجتماعی ادراک شده نیز نقش مهمی ایفا می‌کند. حمایت اجتماعی ادراک‌شده به ارزیابی ذهنی فرد از در دسترس بودن و کافی بودن حمایت از سوی شبکه اجتماعی او، شامل خانواده، دوستان و جامعه گسترده‌تر اشاره دارد. برخلاف معیارهای عینی حمایت، حمایت ادراک‌شده بر این باور فرد تمرکز دارد که شخص به حمایت‌های عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری دسترسی دارد زمانی که به آن نیاز دارد. حمایت اجتماعی ادراک شده بر تاب‌آوری هیجانی فرد و توانایی او در مقابله با استرس و اضطراب تأثیر می‌گذارد (Yamamoto et al., 2023). در زمینه اختلال پانیک، سطوح بالاتر حمایت ادراک‌شده می‌تواند به کاهش و جلوگیری از شدت علائم با ایجاد حس امنیت و اطمینان، به‌ویژه در زمان‌های پریشانی کمک کند (Petty, 2020).

تعارض عاطفی در خانواده به تنش‌های عاطفی حل نشده‌ای اشاره دارد که می‌تواند از طریق مشاجرات، رفتارهای غیرمستقیم پرخاشگرانه یا انزوای عاطفی بروز کند و یک محیط سمی برای اعضای خانواده ایجاد کند. در چنین محیط‌هایی، انتقاد خانوادگی، که شامل ارزیابی‌های منفی و ابراز عدم رضایت است، بیشتر باعث تشدید ناراحتی عاطفی می‌شود. انتقاد خانوادگی می‌تواند برای افراد مبتلا به اختلال پانیک به ویژه مضر باشد، زیرا اغلب احساسات ناکافی بودن را تقویت می‌کند و درک تهدید را در طول حملات پانیک تشدید می‌کند (Kishino et al., 2022). در بافت اختلال پانیک، سطوح بالای تعارض عاطفی و انتقاد، توانایی فرد را در تنظیم احساسات مختل می‌کند و احتمال حملات پانیک را افزایش می‌دهد. خانواده‌هایی که فاقد ارتباط باز و حمایتی هستند ممکن است در مقابله با شدت عاطفی اختلال پانیک مشکل داشته باشند و در نتیجه یک چرخه اضطراب و واکنش عاطفی را ادامه دهند (Erkul, 2023). اختلال پانیک به شدت تحت تأثیر استراتژی‌های مقابله‌ای خانواده و همچنین درگیری عاطفی اعضای خانواده است. خانواده‌هایی که از استراتژی‌های مقابله‌ای سازگارانه مانند حل مسئله و حمایت عاطفی استفاده می‌کنند، می‌توانند افراد را در برابر عوارض شدید علائم پانیک محافظت کنند. این استراتژی‌ها حس امنیت و تأیید را تقویت می‌کنند و تهدید ادراک شده فرد را کاهش داده و حملات پانیک را کاهش می‌دهند (Coons, 2020).

نگرش مذهبی به جنبه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری رابطه فرد با مذهب اشاره دارد. از لحاظ نظری، این مفهوم به‌عنوان یک سازه چندبعدی شناخته می‌شود که شامل باورها، تجربیات و مناسک است و بر چگونگی درک افراد از جهان و پاسخ آن‌ها به استرس تأثیر می‌گذارد. در بافت اختلال پانیک، نگرش‌های مذهبی می‌توانند راهبردهای مقابله‌ای و تنظیم هیجانی را شکل دهند. برای افرادی که باورهای مذهبی قوی دارند، ایمان ممکن است چارچوبی برای درک چالش‌های شخصی فراهم کند و با ایجاد احساس هدف و کنترل، به تاب‌آوری کمک کند. در مقابل، نگرش‌های مذهبی ناسازگار، مانند باورهای سختگیرانه یا تنبیهی، ممکن است با تقویت احساس گناه یا ناتوانی، اضطراب را تشدید کنند (VanderWeerd, 2024).

مذهب، به‌ویژه در فرهنگ‌های جمع‌گرا مانند ایران، نیز می‌تواند نقش دوگانه‌ای داشته باشد. برای بسیاری، باورهای مذهبی چارچوبی برای مقابله با استرس و عدم قطعیت فراهم می‌کنند و حس کنترل و معنا را ارائه می‌دهند. با این حال، نگرش‌های مذهبی سفت و سخت یا تنبیهی ممکن است اضطراب و احساس گناه را افزایش داده و در نتیجه علائم اختلال پانیک را تشدید کنند. درک تعامل بین مکانیسم‌های مقابله‌ای خانواده، تعارض عاطفی و نگرش‌های مذهبی می‌تواند بینش ارزشمندی را در مورد مدیریت و درمان اختلال پانیک در زمینه‌های فرهنگی مختلف ارائه دهد (Kurdoglu, 2023).

درک ابعاد مختلف نگرش مذهبی برای کشف نقش میانجی‌گری آن در رابطه بین درگیری عاطفی خانواده، راهبردهای مقابله‌ای و بروز اختلال پانیک ضروری است (Korbman et al., 2022).

افراد دارای اختلال پانیک ممکن است نیازمند حمایت و همراهی خانواده باشند تا بتوانند با این اختلال روبرو شوند. بررسی ارتباط بین حمایت ادراک‌شده و مقابله خانواده می‌تواند به ما کمک کند تا بفهمیم که چگونه حمایت خانواده می‌تواند در مقابله با این اختلال مؤثر باشد و به بهبود علائم آن کمک کند. درگیری عاطفی خانواده ممکن است تأثیر منفی بر حمایت عاطفی و روانی فرد داشته باشد. بررسی این ارتباط می‌تواند به ما کمک کند تا بفهمیم که چگونه درگیری عاطفی خانواده می‌تواند احساسات و حمایت ادراک‌شده فرد را تحت تأثیر قرار دهد و به تداوم و بهبود اختلال پانیک کمک کند. نگرش‌های مذهبی ممکن است بر روی رویکردهای افراد نسبت به اختلال پانیک و همچنین روش‌های مقابله آن‌ها تأثیر بگذارد. بررسی نقش میانجی نگرش‌های مذهبی در ارتباط بین حمایت ادراک‌شده، مقابله خانواده و درگیری عاطفی خانواده می‌تواند به ما کمک کند تا بفهمیم که چگونه این نگرش‌ها می‌توانند در بهبود حمایت خانواده و کاهش درگیری عاطفی تأثیرگذار باشند. مذاهب و دین‌ها دستورات و راهنمایی‌هایی برای رفتار صحیح و برخورد مناسب با دیگران ارائه می‌دهند. به‌طور کلی، نگرش‌های مذهبی تأثیرگذاری قابل‌توجهی در زندگی روزمره فرد و خانواده‌اش دارند. این تأثیر ممکن است در زمینه‌های مختلفی از جمله هدف‌گذاری، ارتباطات، ارزش‌ها، رفتارها، تصمیمات و مقابله با مشکلات مشهود شود؛ بنابراین در این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال هستیم که پیش‌بینی‌پذیری حمایت ادراک‌شده در افراد پانیک بر اساس مقابله خانواده و درگیری عاطفی خانواده با نقش میانجی نگرش‌های مذهبی به چه صورتی است؟

روش‌شناسی

این پژوهش از لحاظ هدف از نوع بنیادی و از نظر ماهیت از نوع توصیفی-پیمایشی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش دو گروه تلگرامی است که جمعاً دارای ۷۰۰ نفر اعضای دارای اختلال پانیک بود. ۱۰۵ نفر توسط روان‌پزشک، مبتلابه اختلال پانیک به‌عنوان نمونه انتخاب شدند.

پرسشنامه نگرش مذهبی براهنی (۱۳۸۴): این پرسشنامه شامل ۲۵ سؤال و هر سؤال دارای پنج درجه و نمره کل آن ۱۰۰ می‌باشد. زیر مقیاس‌های پرسشنامه استاندارد نگرش‌های مذهبی براهنی (۱۳۸۴) عبارت‌اند از بعد اعتقادی، بعد تجربه‌ای یا عواطف دینی، بعد پیامدی، بعد مناسکی. روایی و پایایی اعتبار این آزمون از طریق ضریب همبستگی با آزمون آلپورت ورنون، ولیندزی (۱۹۶۰) به دست آمده است که برابر ۸۰/۸۰ می‌باشد (Golriz & Baraheni, 2005).

پرسشنامه حمایت ادراک‌شده زیمت و فارلی (۱۹۸۸): این پرسشنامه توسط زیمت و فارلی (۱۹۸۸) با هدف سنجش حمایت ادراک ساخته شده است. پرسشنامه حمایت ادراک شده ۱۲ سول دارد. در پژوهش زیمت و همکاران (۱۹۸۸) پایایی مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده به روش ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس‌های دیگران مهم، خانواده و دوستان به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۸۵ گزارش شده است. همچنین پایایی این مقیاس به روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس‌های دیگران مهم، خانواده و دوستان به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۵ و ۰/۷۵ گزارش شده است. زیمت و همکاران (۱۹۸۸) جهت بررسی روایی این مقیاس، آن را با خرده مقیاس‌های اضطراب و افسردگی چک لیست نشانگان هاپکینس همبسته نمودند، نتایج نشان داد که مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده با خرده مقیاس‌های اضطراب ($r=-0/18, p<0/01$) و افسردگی ($r=-0/24, p<0/01$) رابطه منفی و معناداری داشتند (Zimet et al., 1988).

پرسشنامه مقیاس درگیری عاطفی و انتقاد در خانواده (FEICS): این پرسشنامه توسط شیلدرز و همکاران (۱۹۹۲) به منظور ارزیابی عواطف ابراز شده در خانواده طراحی شده است. این مقیاس با ۱۴ عبارت برای ارزیابی دو جنبه از عواطف ابراز شده که به لحاظ نظری به سایکوپاتولوژی مربوط می‌شود تهیه شده است این دو جنبه عبارتند از: درگیری عاطفی و انتقادهای دریافتی. پایایی زیرمقیاس درگیری عاطفی و انتقادهای دریافتی برای گروه نمونه کلینیک درمانی خانواده، به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۴ بوده است. زیرمقیاس انتقادهای دریافتی دارای اعتبار همزمان و ملاکی بسیار خوبی بوده است. نمرات آن با دو مقیاس دیگر عملکرد خانواده، سلامت روان، وضعیت پزشکی، تشخیص وضعیت روانی، وضعیت روانی و عملکرد جسمانی همستگی داشته است. ساختار مجزای زیرمقیاس به وسیله تحلیل عامل تأییدی مورد اثبات قرار گرفت. نمرات حاصل از زیرمقیاس درگیری عاطفی با حمایت اجتماعی، پیوند و سازگاری خانواده همستگی داشت که اعتبار ملاکی را مورد تأیید قرار می‌دهد (Shields et al., 1992).

پرسشنامه مقابله خانواده مک کوبین و همکاران (۱۹۹۶): در سال ۱۹۹۶ توسط مک کوبین و همکاران به منظور ارزیابی تلاش‌های مقابله‌ای خانواده‌ها طراحی شده است. این مقیاس به نحوی طراحی شده که نسبت به قومیت حساس است و میتوان آن را برای قومیت‌های مختلف به کار برد. این پرسشنامه دارای سه زیر مقیاس است: جستجوی راهنمایی حرفه‌ای و معنوی، جستجوی حمایت خانوادگی و همسایگی و اثبات اعتماد به نفس خانواده است. پایایی پرسشنامه مقابله خانواده از ثبات درونی بسیار مطلوبی برخوردار است ضریب آلفای کل آزمون ۰/۱۸۵ گزارش شده است. همچنین ضریب پایایی حاصل از بازآزمایی این مقیاس در فاصله بین ۶ تا ۱۲ ماه برای کل آزمون ۰/۵۶ و برای زیر مقیاس‌ها بین ۰/۵۱ تا ۱۵۷ گزارش شده است. روایی پرسشنامه مقابله خانواده از اعتبار پیش بین خوبی برخوردار است. روایی پرسشنامه‌ها بر اساس نظر اساتید دانشگاه رشته‌های مربوطه مورد تأیید بوده و پایایی پرسشنامه بر اساس روش آلفای کرونباخ مورد تأیید است (McCubbin et al., 1996).

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از معادلات ساختاری با نرم‌افزار SMART PLS استفاده شد.

یافته‌ها

از بین ۱۰۵ نمونه‌ای که در این تحقیق شرکت کرده‌اند، ۵۲ نفر مرد (۴۹/۵ درصد)، ۵۳ نفر زن (۵۰/۵ درصد) بوده‌اند. همچنین از این تعداد، ۴۷ نفر کمتر از ۲۰ سال (۴۴/۳ درصد)، ۳۷ نفر ۲۱ تا ۳۰ سال (۳۴/۹ درصد) و ۳۱ تا ۴۰ سال (۱۸/۹ درصد) و نفر بیشتر ۴۰ سال (۱/۹ درصد) بوده‌اند.

برای بررسی روایی تشخیصی سازه‌ها از ماتریس همبستگی متغیرهای مکنون استفاده می‌کنیم که در جدول ۱ می‌باشد.

جدول ۱. همبستگی متغیرهای تحقیق

نگرش مذهبی	مقدار همبستگی	۱	نگرش مذهبی	مقدار همبستگی	۱	نگرش مذهبی	مقدار همبستگی	۱	نگرش مذهبی	مقدار همبستگی	۱
سطح معنی‌داری	تعداد	۱۰۵	سطح معنی‌داری	تعداد	۱۰۵	سطح معنی‌داری	تعداد	۱۰۵	سطح معنی‌داری	تعداد	۱۰۵
درگیری عاطفی	مقدار همبستگی	۰/۷۶۲	درگیری عاطفی	مقدار همبستگی	۰/۷۶۲	درگیری عاطفی	مقدار همبستگی	۰/۷۶۲	درگیری عاطفی	مقدار همبستگی	۰/۷۶۲
سطح معنی‌داری	تعداد	۱۰۵	سطح معنی‌داری	تعداد	۱۰۵	سطح معنی‌داری	تعداد	۱۰۵	سطح معنی‌داری	تعداد	۱۰۵
حمایت ادراک‌شده	مقدار همبستگی	۰/۴۱۰	حمایت ادراک‌شده	مقدار همبستگی	۰/۴۱۰	حمایت ادراک‌شده	مقدار همبستگی	۰/۴۱۰	حمایت ادراک‌شده	مقدار همبستگی	۰/۴۱۰
سطح معنی‌داری	تعداد	۱۰۵	سطح معنی‌داری	تعداد	۱۰۵	سطح معنی‌داری	تعداد	۱۰۵	سطح معنی‌داری	تعداد	۱۰۵
مقابلۀ خانواده	مقدار همبستگی	۰/۳۶۵	مقابلۀ خانواده	مقدار همبستگی	۰/۳۶۵	مقابلۀ خانواده	مقدار همبستگی	۰/۳۶۵	مقابلۀ خانواده	مقدار همبستگی	۰/۳۶۵
سطح معنی‌داری	تعداد	۱۰۵	سطح معنی‌داری	تعداد	۱۰۵	سطح معنی‌داری	تعداد	۱۰۵	سطح معنی‌داری	تعداد	۱۰۵

بر اساس نتایج جدول ۱، سطح معنی‌داری بین متغیرهای تحقیق برابر با ۰/۰۰۰ می‌باشد که از مقدار ۰/۰۵ کمتر می‌باشد، لذا همبستگی بین متغیرهای تحقیق برقرار است.

بررسی اعتبار مرکب و میانگین واریانس استخراج‌شده هر یک از گویه‌ها در جدول زیر نشان داده‌شده است:

جدول ۲. نتایج کلی از سازه‌های تحقیق

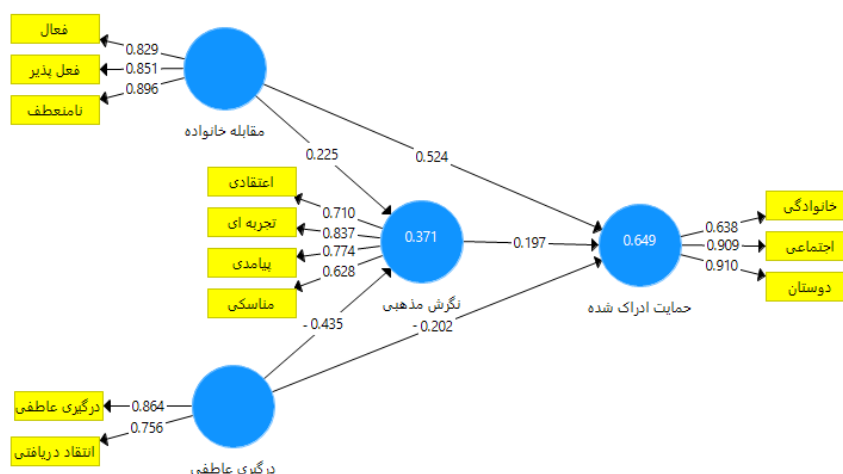
متغیرهای تحقیق	میانگین واریانس استخراج‌شده اعتبار مرکب	آلفای کرونباخ	R ²
نگرش مذهبی	۰/۷۰	۰/۸۵۹	۰/۹۴
درگیری عاطفی	۰/۶۶۱	۰/۷۴۸	
حمایت ادراک‌شده	۰/۶۸۵	۰/۸۰۳	
مقابله خانواده	۰/۶۷۰	۰/۸۲۱	

با توجه به جدول فوق اعدادی که زیرستون اعتبار مرکب می‌باشد، ضریب دیلون - گلدشتاین می‌باشند که مقادیر بیشتر از ۰/۷ برای این ملاک قابل‌قبول هستند. مقادیر متوسط واریانس استخراج‌شده - AVE در جدول بالا باید بیشتر از ۰/۵ باشد که در جدول مذکور نشان داده‌شده است.

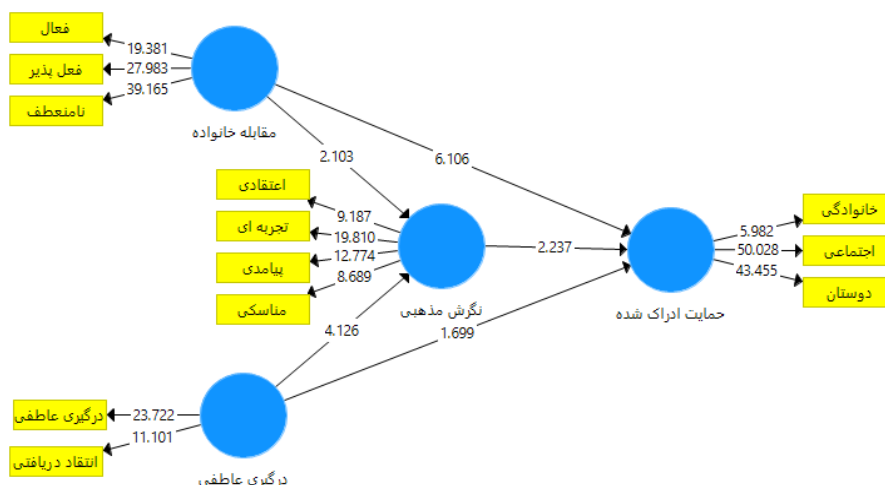
برای انتخاب بهترین مدل، از معیار کیفیت جهانی که توسط آماتو و همکاران در سال ۲۰۰۴ مطرح شد، استفاده می‌کنیم.

$$GOF = \sqrt{\text{communality} \times \overline{R^2}}$$

communality ، میانگین اشتراک هر متغیر و کیفیت مدل بیرونی را می‌سنجد. $\overline{R^2}$ مینگین R^2 برای ر متغیر پنهان برونزا می‌باشد. R^2 ، کیفیت مدل داخلی را می‌سنجد و برای هر متغیر درون‌زا بر طبق متغیر پنهان که آن را توضیح می‌دهد، محاسبه می‌شود. برازش بالاتر از ۰/۳۶، کیفیت بهتر مدل نشان می‌دهد که ا مدل توسط حداقل مربعا جزئی به‌خوبی تبیین شده است. برازش این مدل برابر با ۰/۳۹۵ می‌با،



شکل ۱. حالت ضریب مسیر



شکل ۲. حالت معنی‌داری (T)

جدول ۳. نتایج مقادیر t و ضریب مسیر متغیرهای تحقیق

متغیر اثرگذار (مستقل)	متغیر اثرپذیر (وابسته)	متغیر میانجی	مقادیر t	ضریب مسیر	نتیجه فرضیه
مقابله خانواده	حمایت ادراک شده		۶/۱۰۶	۰/۵۲۹	تائید
درگیری عاطفی	حمایت ادراک شده		۱/۶۹۹	-۰/۲۰۲	رد
مقابله خانواده	حمایت ادراک شده	نگرش مذهبی	۲/۲۳۷*۲/۱۰۳	۰/۱۰۹۷*۰/۲۲۵	تائید
درگیری عاطفی	حمایت ادراک شده	نگرش مذهبی	۲/۲۳۷*۴/۱۲۶	۰/۱۹۷*-۰/۴۳۵	تائید

با توجه به جدول ۳ تحقیق، نتایج حاصل شده از تجزیه و تحلیل با معادلات ساختاری بر اساس PLS به صورت ارائه شده است:

نتایج آزمون فرضیه اول: با توجه به الگوی تحلیل مسیر با استفاده از روش حداقل مربعات جزئی تأثیر مقابله خانواده بر حمایت ادراک شده با مقدار آماره $t_{6/106}$ بیشتر از $1/96$ و ضریب مسیر $0/529$ می‌باشد؛ بنابراین فرضیه H_0 رد شده و می‌توان نتیجه گرفت که حمایت ادراک شده در افراد دارای اختلال پانیک قادر به پیش‌بینی توسط مقابله خانواده به صورت مثبت و معنی‌دار می‌باشد.

نتایج آزمون فرضیه دوم: با توجه به الگوی تحلیل مسیر با استفاده از روش حداقل مربعات جزئی تأثیر درگیری عاطفی خانواده بر حمایت ادراک شده با مقدار آماره $t_{1/699}$ کمتر از $1/96$ و ضریب مسیر $-0/202$ می‌باشد؛ بنابراین فرضیه H_0 تأیید شده و می‌توان نتیجه گرفت که حمایت ادراک شده در افراد دارای اختلال پانیک قادر به پیش‌بینی توسط درگیری عاطفی خانواده نمی‌باشد.

نتایج آزمون فرضیه سوم: با توجه به الگوی تحلیل مسیر با استفاده از روش حداقل مربعات جزئی تأثیر مقابله خانواده بر حمایت ادراک شده با میانجی نگرش‌های مذهبی با مقدار آماره $t_{2/237*2/103}$ بیشتر از $1/96$ و ضریب مسیر $0/1097*0/225$ می‌باشد؛ بنابراین فرضیه H_0 رد شده و می‌توان نتیجه گرفت که حمایت ادراک شده در افراد دارای اختلال پانیک قادر به پیش‌بینی توسط مقابله خانواده و با نقش میانجی نگرش‌های مذهبی به صورت مثبت و معنی‌دار می‌باشد.

نتایج آزمون فرضیه چهارم: با توجه به الگوی تحلیل مسیر با استفاده از روش حداقل مربعات جزئی تأثیر درگیری عاطفی خانواده بر حمایت ادراک شده با میانجی نگرش‌های مذهبی با مقدار آماره $t_{2/237*4/126}$ بیشتر از $1/96$ و ضریب مسیر $0/197*-0/435$ می‌باشد؛ بنابراین فرضیه H_0 رد شده و می‌توان نتیجه گرفت که حمایت ادراک شده در افراد دارای اختلال پانیک قادر به پیش‌بینی توسط درگیری عاطفی خانواده و با نقش میانجی نگرش‌های مذهبی به صورت منفی و معنی‌دار می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که حمایت ادراک‌شده در افراد مبتلا به اختلال پانیک، به طور مثبت و معنادار توسط سبک‌های مقابله خانواده پیش‌بینی می‌شود. این یافته حاکی از آن است که شیوه‌هایی که خانواده برای مقابله با استرس به کار می‌برد، نقش مهمی در ادراک فرد از حمایت اجتماعی دارد. این نتیجه با یافته‌های مطالعه مک‌کوبین و همکاران هم‌راستا است که نشان دادند سبک‌های مقابله خانواده به عنوان منابع روانی - اجتماعی مؤثر می‌توانند در سازگاری اعضا با فشارهای روانی مؤثر واقع شوند (Kishino et al., 2022). افزون بر این، نتایج پژوهش‌های دیگری نیز موید نقش مؤثر خانواده در سلامت روان افراد مبتلا به اختلال پانیک هستند. به عنوان نمونه، مطالعه شکیبایی و اسکندر نژاد نشان داد که فعالیت‌های جمعی، سبک زندگی فعال و حمایت خانواده می‌توانند ویژگی‌های مثبت‌نگری و بهزیستی روان‌شناختی را در افراد دارای اختلالات اضطرابی تقویت کنند (Shakibai & Eskandarnajad, 2023). به همین ترتیب، مطالعه زیمت و فارلی نیز نشان داد که ادراک حمایت اجتماعی به طور مستقیم با سطح اضطراب و افسردگی مرتبط است و خانواده به عنوان منبع اصلی حمایت، در کاهش نشانه‌های اختلال پانیک مؤثر است (Moosefid & Mehr Mohammadi, 2022; Rosmarin & Leidl, 2020).

از سوی دیگر، یافته‌ها نشان دادند که درگیری عاطفی خانواده به‌تنهایی نمی‌تواند حمایت ادراک‌شده در افراد مبتلا به اختلال پانیک را پیش‌بینی کند. این یافته را می‌توان با توجه به نقش منفی درگیری‌های هیجانی و تعارضات بین‌فردی در ساختار خانواده تبیین کرد. هنگامی که روابط خانوادگی سرشار از هیجان‌های منفی، نقد بیش از حد یا کنترل بیش‌فعال باشند، فرد به‌رغم حضور فیزیکی اعضای خانواده، حمایت روانی و اجتماعی لازم را احساس نمی‌کند. این نتایج با یافته‌های شیلدز و همکاران همخوان است که نشان دادند درگیری هیجانی بالا با افزایش ابراز هیجانات منفی و کاهش درک حمایت اجتماعی همراه است (Sabzi Arablou & Abdolali Zadeh, 2023; VanderWeerd, 2024; White et al., 2006; Yamamoto et al., 2023). همچنین یافته‌های مطالعه هیکس و همکاران نیز نشان داد که محیط‌های خانوادگی پرتنش می‌توانند منجر به حساسیت بیش از حد روانی شده و احتمال بروز حملات پانیک را افزایش دهند (Hicks et al., 2023). بنابراین، صرف وجود روابط خانوادگی بدون کیفیت عاطفی مثبت، برای ارتقاء حمایت ادراک‌شده کافی نیست.

نتایج دیگر این پژوهش حاکی از آن است که نگرش‌های مذهبی می‌توانند در رابطه بین مقابله خانواده و حمایت ادراک‌شده نقش میانجی مثبت ایفا کنند. افرادی که نگرش مذهبی مثبت‌تری دارند، معمولاً معانی مثبتی برای رنج‌ها و مشکلات در نظر می‌گیرند و این امر موجب تقویت احساس حمایت درونی و بیرونی می‌شود. این یافته با نتایج مطالعه گلریز و براهنی سازگار است که نشان دادند نگرش‌های مذهبی نقش کلیدی در سازگاری روانی دارند (Golriz & Baraheni, 2005). همچنین، مطالعه کوربمن و همکاران نیز نشان داد که راهبردهای مذهبی، از جمله نیایش و توکل، می‌توانند شدت اضطراب را کاهش داده و حمایت اجتماعی را درک‌پذیرتر کنند (Korbman et al., 2022). افزون بر این، رزم‌رین و لیدل تأکید می‌کنند که باورهای معنوی می‌توانند به عنوان منبعی برای معناسازی از تجربیات اضطراب‌آور عمل کرده و در نتیجه حمایت ادراک‌شده را تقویت کنند (Rosmarin & Leidl, 2020).

در کنار آن، یافته‌ها نشان دادند که نگرش‌های مذهبی در رابطه بین درگیری عاطفی خانواده و حمایت ادراک‌شده نیز نقش میانجی دارند، اما این نقش به صورت منفی و معنادار بود. به عبارت دیگر، در خانواده‌هایی که سطح درگیری هیجانی بالاست، حتی نگرش‌های مذهبی مثبت نیز ممکن است نتوانند مانع کاهش حمایت ادراک‌شده شوند. این نتیجه را می‌توان چنین تبیین کرد که در محیط‌هایی با تنش زیاد، منابع معنوی نیز ممکن است تحت تأثیر تجربه‌های منفی قرار گیرند و کارکرد حمایت‌گرانه آن‌ها کاهش یابد. یافته‌های مطالعه موسفید و مهرمحمدی نیز حاکی از آن است که باورهای ناکارآمد و سبک زندگی ناسالم می‌توانند منابع حمایتی درونی، از جمله نگرش مذهبی، را تضعیف کنند (Moosefid & Mehr Mohammadi, 2022). همچنین، مطالعه آسادنیا و همکاران نشان داد که حساسیت هیجانی در افراد مبتلا به پانیک ممکن است باعث شود منابع معنوی نیز نتوانند به‌درستی درک و تجربه شوند (Asadnia et al., 2023).

در نهایت، این پژوهش با سایر یافته‌های جهانی در این حوزه نیز همخوانی دارد. به عنوان مثال، مطالعه هین و همکاران تأکید دارند که حمایت اجتماعی و ساختار خانواده تأثیر بسزایی بر شدت و دفعات حملات پانیک دارند (Hine et al., 2023). همچنین مطالعه یاماموتو و همکاران در ژاپن نشان داد که منابع حمایتی، به‌ویژه در محیط خانواده، با کاهش اضطراب و افزایش تاب‌آوری ارتباط دارد (Yamamoto et al., 2023). مطالعه کیم و همکاران نیز بر این نکته تأکید دارند که تفسیر منفی از رویدادهای خطرناک در افراد مبتلا به پانیک با کاهش درک حمایت اجتماعی همراه است (Kim et al., 2020). در مجموع، یافته‌های این مطالعه تأکید می‌کنند که برای درک بهتر حمایت ادراک‌شده در افراد دارای اختلال پانیک، باید تعامل چندبعدی بین خانواده، مذهب و تجربه هیجانی مورد توجه قرار گیرد.

یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های این مطالعه، استفاده از نمونه‌گیری در دسترس از طریق گروه‌های تلگرامی بود که ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج را کاهش دهد. همچنین، تشخیص اختلال پانیک بر اساس گزارش قبلی روانپزشک و نه ارزیابی مجدد در زمان پژوهش، می‌تواند دقت نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به استفاده از ابزارهای خودگزارشی اشاره کرد که ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی شرکت‌کنندگان قرار گیرد. افزون بر این، ماهیت همبستگی مطالعه اجازه نتیجه‌گیری علی نمی‌دهد و برای تأیید فرضیه‌های علی به طراحی‌های طولی و تجربی نیاز است.

پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود تا تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد. همچنین، انجام پژوهش‌هایی با طراحی طولی می‌تواند به روشن‌تر شدن جهت و تأثیر روابط بین متغیرها کمک کند. استفاده از ابزارهای مصاحبه بالینی و ارزیابی‌های چندمنبعی می‌تواند دقت اندازه‌گیری متغیرها را بهبود بخشد. پژوهش‌های آینده می‌توانند به بررسی نقش دیگر متغیرهای میانجی همچون تاب‌آوری، تنظیم هیجان یا حمایت معنوی بپردازند. همچنین، بررسی تفاوت‌های جنسیتی یا فرهنگی در نقش مؤلفه‌های خانوادگی و مذهبی در ادراک حمایت اجتماعی می‌تواند یافته‌های ارزشمندی ارائه دهد.

بر اساس نتایج این پژوهش، مداخلات روان‌درمانی برای افراد مبتلا به اختلال پانیک باید به تقویت راهبردهای مقابله‌ای خانواده و کاهش درگیری‌های هیجانی در محیط خانوادگی توجه ویژه‌ای داشته باشند. همچنین، در آموزش مهارت‌های زندگی به خانواده‌ها، تقویت نگرش‌های مذهبی مثبت به عنوان یک منبع حمایتی مؤثر می‌تواند مدنظر قرار گیرد. روان‌درمانگران می‌توانند از رویکردهای تلفیقی مبتنی بر خانواده و معنویت در فرایند درمان بهره گیرند. طراحی برنامه‌های مشاوره‌ای مبتنی بر خانواده با محوریت کاهش تعارضات هیجانی و تقویت کارکردهای معنوی، می‌تواند به افزایش احساس حمایت در بیماران منجر شود.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

Extended Abstract

Introduction

Panic disorder is a prevalent anxiety disorder marked by sudden, intense episodes of fear, worry, or discomfort, often without any identifiable trigger and typically lasting several minutes (Hine et al., 2023). These episodes are frequently accompanied by physical symptoms such as rapid breathing, irregular heartbeat, and trembling, which may be mistaken for more severe medical conditions, thereby intensifying fear and anxiety. Although the exact causes of panic disorder remain unclear, hypotheses include chemical imbalances in the brain, genetic predispositions, high stress levels, and underlying psychological issues. In addition to pharmacological and psychotherapeutic treatments, social and cultural contexts—particularly family functioning and religious beliefs—play a critical role in the manifestation and management of panic symptoms. Dysfunctional family relationships, including high emotional conflict and poor coping strategies, can exacerbate panic symptoms.

In contrast, strong family support may act as a protective buffer, alleviating symptom severity (Hicks et al., 2023).

Perceived social support plays a central role in mental health and is particularly influential in individuals with panic disorder. It refers to an individual's subjective assessment of available emotional, informational, and instrumental support from their social network, especially family, friends, and the broader community. Higher levels of perceived support are associated with better emotional resilience and reduced stress and anxiety (Yamamoto et al., 2023). In the context of panic disorder, this perceived support can significantly reduce symptom intensity by offering a sense of security and reassurance during distressing episodes (Petty, 2020). Family emotional involvement—defined as unresolved emotional tensions manifested through arguments, passive-aggressive behaviors, or emotional withdrawal—can create a toxic environment. In such settings, family criticism, often expressed through negative evaluations and dissatisfaction, can be particularly harmful to individuals with panic disorder, reinforcing feelings of inadequacy and amplifying the perceived threat during panic attacks (Kishino et al., 2022). Dysfunctional emotional dynamics in families disrupt emotional regulation and increase the likelihood of panic attacks. Conversely, families that employ adaptive coping strategies, such as problem-solving and emotional support, can help mitigate the adverse effects of panic disorder by fostering a sense of security and validation (Coons, 2020).

Religious attitudes encompass cognitive, emotional, and behavioral dimensions of one's relationship with religion. This multidimensional construct includes beliefs, experiences, and rituals that influence how individuals perceive stress and adversity. For those with strong religious convictions, faith may offer a framework for interpreting personal challenges and foster resilience through a sense of purpose and control. Conversely, rigid or punitive religious attitudes may exacerbate anxiety by increasing feelings of guilt or helplessness (VanderWeerd, 2024). In collectivist societies like Iran, religion can simultaneously serve as a source of support and stress, depending on the nature of one's religious interpretation (Kurdoglu, 2023). Understanding the mediating role of religious attitudes in the relationship between family dynamics and perceived support may offer valuable insights for culturally informed therapeutic interventions (Korbman et al., 2022).

This study aims to determine the predictability of perceived support in individuals with panic disorder based on family coping and emotional involvement, with religious attitudes as a mediating factor.

Methods and Materials

This study employed a fundamental research design and a descriptive-correlational methodology. The statistical population comprised 700 members from two Telegram groups, all previously diagnosed with panic disorder. From this population, 105 individuals confirmed to have panic disorder by a psychiatrist were selected as the final sample. The following instruments were used: the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, the Family Coping Index, the Family Emotional Involvement and Criticism Scale, and the Religious Attitudes Questionnaire. Each tool had demonstrated satisfactory reliability and validity in previous studies. Structural equation modeling was conducted using SMART PLS to analyze the data.

Findings

Among the 105 participants, 52 were male (49.5%) and 53 were female (50.5%). The age distribution was as follows: 47 participants were under 20 years old (44.3%), 37 were between 21 and 30 years (34.9%), 19 were between 31 and 40 years (18%), and 2 were over 40 years old (1.9%). Correlation matrix results showed significant positive relationships among the study variables. Composite reliability and average variance extracted (AVE) values were all above the acceptable thresholds of 0.70 and 0.50, respectively, indicating strong construct validity.

The coefficient of determination (R^2) values demonstrated that the endogenous variable, perceived support, was well explained by the model. Model fit indices, including the global quality index, indicated an acceptable level of model fitness with a global fit value of 0.395.

Path analysis revealed the following:

- Family coping significantly and positively predicted perceived support ($t = 6.106$, $\beta = 0.529$).
- Emotional involvement did not significantly predict perceived support ($t = 1.699$, $\beta = -0.202$).
- Family coping, mediated by religious attitudes, significantly and positively predicted perceived support ($t = 2.103$ and 2.237 , $\beta = 0.225 * 0.1097$).
- Emotional involvement, mediated by religious attitudes, significantly and negatively predicted perceived support ($t = 4.126$ and 2.237 , $\beta = -0.435 * -0.197$).

Discussion and Conclusion

The results suggest that perceived support in individuals with panic disorder is significantly and positively influenced by family coping strategies. This indicates that the ways in which families manage stress play a critical role in shaping the individual's perception of social support. Adaptive coping mechanisms such as emotional encouragement, problem-solving, and open communication appear to bolster perceived support and buffer against the emotional consequences of panic disorder. The presence of cohesive and resilient familial relationships may thus provide a foundation for emotional safety and psychological stability.

Conversely, emotional involvement, when characterized by high conflict or negative emotional exchanges, did not directly predict perceived support. This finding underscores that emotional closeness alone is insufficient; the quality and nature of the emotional interaction are what matter. Individuals in emotionally tense families may not perceive support even when it is nominally present, as critical or overinvolved behavior may actually undermine feelings of safety and validation.

Religious attitudes emerged as a significant mediating variable in both predictive relationships, although with differing directional impacts. When linked to family coping, positive religious attitudes enhanced the perception of support. Individuals who interpret challenges through a religious framework that emphasizes meaning, resilience, and connectedness may be more likely to internalize familial efforts as supportive. In contrast, when emotional involvement was high, even positive religious attitudes failed to compensate for the negative impact, and in fact, their mediating role was significantly negative. This suggests that in emotionally toxic family environments, religious coping mechanisms may be overwhelmed or rendered ineffective by pervasive stress and conflict.

These findings emphasize the complex interplay between family dynamics, religious beliefs, and perceived support in individuals with panic disorder. The multifaceted nature of support perception underscores the necessity of integrative therapeutic approaches that address not only the individual's psychological needs but also the relational and spiritual contexts in which they operate.

The study's limitations include its reliance on a convenience sample drawn from online support groups, which may restrict the generalizability of the results. Furthermore, the diagnosis of panic disorder was based on prior psychiatric assessments rather than clinical interviews at the time of data collection. The use of self-report instruments may also have introduced response biases. Lastly, the cross-sectional design precludes any causal inferences.

Future research should employ randomized sampling methods and longitudinal designs to clarify the directionality of observed relationships. Incorporating clinical interviews and multi-informant assessments could also improve the validity of findings. Researchers are encouraged to explore additional mediators such as emotional regulation, resilience, or spiritual well-being. Examining gender and cultural variations in the influence of family and religious factors on perceived support could further refine our understanding of these dynamics.

In practical terms, the findings point to the importance of incorporating family-based and spiritually informed interventions into treatment plans for panic disorder. Psychotherapeutic approaches that strengthen family coping skills, reduce emotional conflict, and foster adaptive religious attitudes may enhance perceived support and, by extension, improve clinical outcomes. Counseling programs tailored to reinforce positive familial interactions and promote meaning-making through religious or spiritual frameworks could play a vital role in supporting individuals living with panic disorder.

References

- Asadnia, S., Alilo, M., Bairami, M., & Bakhshipour, A. (2023). The mediating role of emotional sensitivity in the relationship between temperament dimensions and panic disorder. *Journal of Applied Psychology*, 17(4). <https://www.sid.ir/paper/1121353>
- Coons, M. J. (2020). Panic attack. In *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 1623). https://doi.org/10.1007/978-3-030-39903-0_1162
- Erkul, B. M. (2023). *The investigation of the relationship between social anxiety, psychological flexibility, perceived parenting attitudes, and emotion regulation* [İzmir Ekonomi Üniversitesi]. <https://hdl.handle.net/20.500.14365/5105>
- Golriz, M., & Baraheni, M. (2005). Religious Attitude Questionnaire. <https://hamanandjoo.ir/?p=8346>
- Hicks, T. D., Yousif, D., Perez, I. A., Keens, T. G., & Bansal, M. (2023). When to panic about a panic attack: A challenging case of hypersensitivity pneumonitis. *Paediatric Respiratory Review*. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2023.05.002>
- Hine, R., Ward, B., Kippen, R., Sutton, K., Duncan, Z., Quinn, B., Powell, A., & Dietze, P. (2023). Prevalence and correlates of panic attacks among people who primarily smoke methamphetamine. *International journal of mental health and addiction*, 1-19. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01042-w>
- Kim, M., Kim, S., Lee, K. U., & Jeong, B. (2020). Pessimistically biased perception in panic disorder during risk learning. *Depression and Anxiety*, 37(7), 609-619. <https://doi.org/10.1002/da.23007>
- Kishino, M., Ellis-Smith, C., Afolabi, O., & Koffman, J. (2022). Family involvement in advance care planning for people living with advanced cancer: A systematic mixed-methods review. *Palliative Medicine*, 36(3), 462-477. <https://doi.org/10.1177/02692163211068282>
- Korbman, M. D., Pirutinsky, S., Feindler, E. L., & Rosmarin, D. H. (2022). Childhood sexual abuse, spirituality/religion, anxiety, and depression in a Jewish community sample: The mediating role of religious coping. *Journal of interpersonal violence*, 37(15-16), NP12838-NP12856. <https://doi.org/10.1177/08862605211001462>
- Kurdoglu, R. S. (2023). Puritanical moral rules as moral heuristics coping with uncertainties. *Behavioral and brain sciences*, 46. <https://doi.org/10.1017/S0140525X23000341>
- McCubbin, H., Thompson, A. I., & Elver, K. M. (1996). Family coping index (F-COPES). In *Family Assessment: Resiliency Coping and Adaptation: Inventories for Research and Practice* (pp. 509-535). Madison: University of Wisconsin Press. https://www.mccubbinresilience.org/uploads/5/9/7/9/59799889/famci_description_-_english.pdf
- Moosefid, M., & Mehr Mohammadi, M. (2022). Predicting social well-being based on health-oriented lifestyle and irrational beliefs in women with panic disorder. *Journal of Rehabilitation Research and Nursing*, 8(4), 65-75. https://ijrn.ir/browse.php?a_id=700&slc_lang=en&sid=1&printcase=1&hbnr=1&hmb=1
- Petty, S. (2020). Women's experience of perinatal anxiety and help-seeking in the context of the COVID-19 pandemic <http://hdl.handle.net/1993/37632>
- Rosmarin, D. H., & Leidl, B. (2020). Spirituality, religion, and anxiety disorders. In *Handbook of Spirituality, Religion, and Mental Health* (pp. 41-60). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816766-3.00003-3>
- Sabzi Arablou, S., & Abdolali Zadeh, Y. (2023). The effectiveness of positive psychotherapy on quality of life, psychological well-being, and feelings of aging in individuals with panic disorder. *Proceedings of the Ninth National Conference on New Studies and Research in Educational Sciences, Psychology, and Counseling*, <https://civilica.com/doc/1843297>
- Shakibai, E., & Eskandarnajad, M. (2023). *Changes in psychological well-being characteristics, positive and negative affect, and reaction time following mountain climbing and aerobic exercise in panic patients* [University of Tabriz, Faculty of Physical Education and Sports Sciences]. <https://orcid.org/0000-0002-2136-0465>
- Shields, C. G., Franks, P., Harp, J. J., McDaniel, S. H., & Campbell, T. C. (1992). Development of the Family Emotional Involvement and Criticism Scale (FFEICS): A self-report scale to measure expressed emotions. *Journal of marital and family therapy*, 18, 395-407. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1992.tb00953.x>

- VanderWeerd, A. L. (2024). *Spiritual disciplines and mental resiliency: The effectiveness of spiritual coping mechanisms to decrease anxiety and depression symptoms* <https://digitalcommons.liberty.edu/doctoral/5613>
- White, K. S., Brown, T. A., Somers, T. J., & Barlow, D. H. (2006). Avoidance behavior in panic disorder: The moderating influence of perceived control. *Behavior Research and Therapy*, 44(1), 147-157. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.07.009>
- Yamamoto, T., Nishinaka, H., & Matsumoto, Y. (2023). Relationship between resilience, anxiety, and social support resources among Japanese elementary school students. *Social Sciences and Humanities Open*, 7(1), 100458. <https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2023.100458>
- Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S., & Farley, G. (1988). The Multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2