

پیش‌بینی پریشانی روانی بیماران MS بر اساس سبک زندگی و مسئولیت‌پذیری در دوره کووید ۱۹

مارال حسین زاده^۱، اصغر جعفری^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۵/۱۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۸/۲۰

چکیده

پژوهش حاضر به منظور پیش‌بینی پریشانی روانی بیماران MS بر اساس سبک زندگی و مسئولیت‌پذیری در دوره کووید ۱۹ انجام شد. روش پژوهش توصیفی-همبستگی بود. جامعه‌آماری، بیماران ام. اس در بیمارستان‌های نیکان، ابن‌سینا و عرفان در شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند. طبق جدول کرجسی و مورگان (۱۹۷۰) و به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده ۱۵۰ شرکت‌کننده دارای ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب شدند و پرسشنامه‌های پریشانی روان‌شناختی کسلر و همکارانش (۲۰۰۲)، سبک زندگی لعلی و همکاران (۱۳۹۱) و مسئولیت‌پذیری گاف (۱۹۷۵) را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری به شیوه همزمان تحلیل شدند. نتایج نشان داد که ابعاد سبک زندگی سالم؛ سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری‌ها و سلامت اجتماعی و ابعاد مسئولیت‌پذیری؛ وظیفه‌شناسی، احساس تعهد، سخت‌کوشی، قابلیت اعتماد و رفتار مبتنی بر نظم به طور معکوس پریشانی روانی را پیش‌بینی می‌کنند ($P < 0/01$). نتایج شواهدی را نشان می‌دهند که سبک زندگی و مسئولیت‌پذیری از طریق متعادل کردن گستره زندگی در جنبه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری، پریشانی روانی را کاهش می‌دهند. لذا به منظور پیشگیری و کاهش پریشانی روانی بیماران MS پیشنهاد می‌شود آنها را در بکارگیری سبک زندگی سالم و مسئولیت‌پذیری تشویق شوند.

کلیدواژه‌ها: پریشانی، کووید-۱۹، سبک زندگی، مسئولیت، ام. اس

۱. کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران. (نویسنده مسئول)

مقدمه

ویروس‌های کرونا، خانواده بزرگی از ویروس‌ها هستند که ویروس سرماخوردگی معمولی تا ویروس‌های ایجادکننده بیماری‌های شدیدتری مثل سارس^۱، مرس^۲ و کووید^۳ ۱۹ را شامل می‌شوند. ویروس کرونا برای اولین بار در سال ۱۹۶۵ کشف و مطالعه آن تا اواسط دهه ۱۹۸۰ ادامه داشت. تاکنون هفت ویروس کرونای انسانی کشف شده که آخرین آن در دسامبر ۲۰۱۹ در شهر ووهان چین با عنوان کووید-۱۹ شناسایی شد (ژو، شی، وانگ، ژانگ، هانگ، ژانگ^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). با پیشرفت شیوع این بیماری، انتقال از فرد به فرد به عنوان راه اصلی انتقال گزارش شد که تصور می‌شود بیشترین انتقال بوسیله قطرات تنفسی است. هنگامی که فرد آلوده سرفه، عطسه، یا صحبت می‌کند، ویروس در ترشحات تنفسی رها می‌شود و در صورت تماس مستقیم با غشاهای مخاطی بینی و دهان سرایت پیدا می‌کند (ولاولان و مییر^۵، ۲۰۲۰). با این حال هنوز شواهد علمی در خصوص چگونگی انتقال این ویروس کامل نیست. نتایج پژوهش وانگ^۶ و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که عوامل روان‌شناختی مانند اضطراب، استرس و افسردگی در وضعیت سلامتی افراد مبتلا به کووید ۱۹ نقش دارند و افراد با بیماری‌های خاص و گروه‌های آسیب‌پذیر بیشتر در معرض ابتلا به ویروس کرونا هستند. بر این اساس به منظور پیشگیری و درمان این افراد در دوره کووید ۱۹، باید به ویژگی‌های روان‌شناختی آنان توجه شود. همچنین نتایج مطالعه کیو^۷ و همکاران (۲۰۲۰) درباره نگرانی افراد چینی در دوره شیوع کووید ۱۹، به این نتیجه رسیدند که نگرانی روانی، ایمنی افراد را در برابر ویروس کرونا کاهش می‌دهد و پریشانی روانی که معمولاً به صورت اضطراب، استرس و افسردگی در افراد دیده می‌شود، سطح آسیب‌پذیری آنان را افزایش می‌دهد. افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروز^۸ از جمله گروه‌های آسیب‌پذیر در دوره کووید ۱۹ هستند. مولتیپل اسکلروز یک بیماری مزمن دمی‌لیناسیون^۹ سیستم اعصاب مرکزی و غیر قابل درمان است که عوارض و مشکلات فراوانی برای بیماران مبتلا ایجاد نموده و آنها را به سوی ناتوانی حرکتی سوق می‌دهد (جونز و آمتمان^{۱۰}، ۲۰۱۵). همچنین اختلالات عصبی پیشرونده مولتیپل اسکلروزیس اغلب با اختلالات روان‌شناختی مانند پریشانی روانی همراه می‌گردد پریشانی روانی، حالت منفی سلامت روانی است و شامل اضطراب، استرس و افسردگی است و بیشتر تحت تاثیر کیفیت زندگی افراد، سلامت جسمانی و روانی آنان است (گیلن و همکاران^{۱۱}، ۲۰۱۹).

1. Sars
2. Mers
3. COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)
4. Xu, Shi, Wang, Zhang, Huang, Zhang
5. Velavan, T. P., & Meyer C. G.
6. Wang, C., & et al.
7. Qiu, J., & et al.
8. multiple sclerosis (M. S)
9. Demyelization
10. Jones, S. M., & Amtmann, D.
11. Ghielen, I., h et al

نتایج پژوهش‌ها بیانگر این است که نظم‌جویی هیجان نقش مهمی را در اختلال‌های هیجانی از جمله افسردگی، اضطرابی و اختلال دوقطبی بر عهده دارد. در این راستا، مطالعات نشان داده است افراد مبتلا به این اختلال‌ها تمایل دارند هیجان‌های منفی خود را به صورت قریب الوقع و غیرقابل کنترل تجربه کنند و اغلب فاقد مهارت‌های لازم برای مدیریت و نظم‌جویی این تجارب هیجانی شدید هستند (کارل، سوسکین، کرنز و بارلو، ۲۰۱۳).

بر این اساس در راستای ارتقاء سلامت و پیشگیری از ابتلا به ویروس کرونا، پریشانی روانی مقوله‌ای است که درباره بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس باید مورد بررسی قرار گیرد و عوامل موثر در پریشانی روانی آنان شناسایی شوند. سبک زندگی افراد یکی از عواملی است که روی سلامت روانی آنان تاثیر می‌گذارد. آدلر مفهوم سبک زندگی را برای اولین بار در سال ۱۹۰۰ مطرح کرد که در سه بعد مهم زندگی؛ کار، جامعه و روابط صمیمانه می‌توان به سبک زندگی افراد پی‌برد (شارف^۱، ۲۰۰۰؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۳۹۸). سبک زندگی مهم‌ترین عاملی است که هر کس زندگی خود را بر اساس آن تنظیم می‌کند، بر این اساس، سبک زندگی مجموعه عقاید، برنامه‌ها، الگوهای رفتاری، اهداف و شیوه‌های تبیین و تفسیر فرد از شرایط اجتماعی و شخصی در فرآیند زندگی روزانه است که نوع خاص واکنش‌های فرد را نسبت به زندگی تعیین می‌کند (ولتن و همکاران^۲، ۲۰۱۴). یانگ و همکاران (۲۰۱۷) اعتقاد دارند که سبک زندگی با سلامت روانی رابطه دارد و سبک زندگی ناسالم می‌تواند سلامت روانی افراد را کاهش دهد.

همچنین، سبک زندگی عواملی مانند ویژگی‌های شخصیتی، تغذیه، ورزش، خواب، مقابله با استرس، حمایت اجتماعی و استفاده از دارو را در بر می‌گیرد (کوکرهام^۳، ۲۰۱۵). سبک زندگی سالم شامل رفتارهایی است که سلامت جسمانی و روانی فرد را تضمین می‌کند. سبک زندگی سالم در بردارنده بعد جسمانی شامل تغذیه، ورزش و خواب است و بعد روانی شامل ارتباطات اجتماعی، مقابله با استرس و معنویت است (لعلی و همکاران، ۱۳۹۵). افراد دارای سبک زندگی سالم زندگی متعادلی دارند که بر اساس انتخاب‌های منطقی و عاقلانه پیش می‌رود (یانگ و همکاران^۴، ۲۰۱۷). نوری (۱۳۹۵) اعتقاد دارد که سبک زندگی سالم، عامل ارزشمندی در کاهش شیوع مشکلات سلامتی و نیز منبع ارتقاء سلامت، سازگاری با عوامل استرس‌زای زندگی و ارتقاء دهنده کیفیت زندگی بالا است. چو^۵ (۲۰۱۸) سبک زندگی سالم را ساختاری متشکل از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی و رفتارهای حفاظت کننده سلامتی می‌داند و سبک زندگی ناسالم را الگوی تغذیه ناسالم، خواب شبانه ناکافی، ورزش نکردن، استرس و اضطراب زیاد، مصرف مواد و افکار منفی تعریف می‌کند که در کشورهای توسعه‌یافته علت بسیاری از مرگ و میرها و بیماری‌های صعب‌العلاج نتیجه سبک زندگی ناسالم افراد است. طبق گزارش انجمن قلب آمریکا، به لحاظ سبب شناسی، علت حدود ۷۰ درصد از بیماری‌های روانی - جسمانی از

1. Sharf
2. Velten, J., et al
3. Cockerham
4. Yang, H., et al
5. Chou

جمله بیماری ام. اس ناشی سبک زندگی ناسالم افراد می‌داند. در کنار عامل سبک زندگی که گستره زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد، مسئولیت‌پذیری عامل دیگری است که به نظر می‌رسد در سلامتی افراد نقش دارد و بر سطح اضطراب، استرس و افسردگی افراد تاثیر می‌گذارد. از دیدگاه فروم (۲۰۰۴) مسئولیت‌پذیری فقط یک وظیفه یا تکلیفی نیست که باید توسط یک فرد انجام شود، بلکه بیانگر نوعی احساس و حالت است که توسط خود فرد، برانگیخته شده و در بردارنده پاسخ و واکنش فرد نسبت به نیازهای دیگران به صورت آشکار یا پنهان است (شین، هور و کانگ^۱، ۲۰۱۶). از آن جایی که ویژگی مسئولیت‌پذیری، فرد را به انجام وظایف ضروری و مهم وادار می‌کند و روحیه اطاعت کردن از قوانین زندگی مبتنی بر ارزش‌های اخلاقی به همراه تعادل را در فرد ایجاد می‌کند و توانایی پاسخگویی فرد در مورد اعمال انجام شده را تحریک می‌کند، افراد دارای ویژگی مسئولیت‌پذیری بالا، استرس و اضطراب بیشتری را در مقابله با چالش‌های زندگی تجربه می‌کنند (بوپتا و همکاران^۲، ۲۰۱۸). حصیرچمن، شاکری نیا و صادقی (۱۳۹۷) در پژوهشی دریافته‌اند که بین ویژگی مسئولیت‌پذیری و سلامت روانی کارمندان رابطه وجود دارد.

فراتر بودن خواست‌های محیطی از ظرفیت سازش‌یافتگی فرد با تغییرات زیست‌شناختی و روان‌شناختی، فرد را پریشان می‌کند و فرد در معرض استرس، اضطراب و افسردگی قرار می‌دهد (هانج، هاروی و موگان^۳، ۲۰۱۰).

از طرفی دیگر مسئولیت‌پذیری یک ویژگی شخصیتی است که معمولاً به صورت یک نگرش در ساختار روانی و رفتاری فرد شکل می‌گیرد و یک متغیر اساسی و تاثیرگذار در ابعاد عاطفی و رفتارهای اجتماعی فرد محسوب می‌شود. مسئولیت‌پذیری در ابعاد فردی و اجتماعی، مفهومی است که می‌تواند ابزار و وسیله خوبی برای حفظ و ثبات عاطفی و انسجام اجتماعی در عین احترام به تفاوت‌های موجود و فهم آنها باشد (ود، گوسلینگ و پوتر^۴، ۲۰۰۷). مسئولیت‌پذیری در یک تقسیم‌بندی کلی به دو بخش مسئولیت‌پذیری فردی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی تقسیم می‌شود. مسئولیت‌پذیری فردی به این معناست که فرد نسبت به خود و موقعیتی که در آن قرار گرفته و همچنین نیازها و سلامتی دیگران مسئول بداند و در ذیبری اجتماعی نسبت به رفتارهای اجتماعی و سلامت جامعه مسئول است (مرگلر، اسپنسر و پوتر^۵، ۲۰۰۸).

نتایج پژوهش هپنر ویتی و دیکسون^۶ (۲۰۱۵) نشان می‌دهد که یکی از شاخص‌های مهم سلامت روانی افراد در جامعه، مسئولیت‌پذیری آنان است. داشتن حس مسئولیت‌پذیری از جمله معیارهایی هستند که با واسطه آنها می‌توان سطح سلامت روانی افراد را برآورد کرد. و با تضعیف شدن این معیارها شدت اختلالات رفتاری و عاطفی بیشتر می‌شود. طبق گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

1. Shin, Hur, Kang
2. Buchta, K., et al
3. Hatch, Harvey & Maughan
4. Wood, Gosling & Potter
5. Mergler, Spencer & Patton
6. Heppner, Witty & Dixon

ایران (۱۴۰۰) افراد مبتلا به بیماری ام. اس نسبت به افرادی که بیماری ام. اس ندارند، در برابر کووید ۱۹ آسیب‌پذیرتر هستند. بر این اساس بیشتر دچار پریشانی روان‌شناختی می‌شوند. وانگ، دی، یی و ویی^۱ (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای دریافتند که پاسخ‌های روانی، جسمانی و رفتاری افراد به استرس در واقع مکانیزم‌های روان‌شناختی برای دفاع از خود هستند. از منظر سلامت روانی و جسمانی اگر افراد به کووید ۱۹ پاسخ مناسب‌دهند، می‌توانند انگیزه درونی بدن خود را برای جنگیدن موثر در برابر این بیماری تحریک کنند و با واکنش نامناسب یا افراطی تحمل بدن آنان ضعیف می‌شود. این واکنش به طور طبیعی تعادل کارکردهای روان‌شناختی و جسمانی فرد را مختل می‌کند و ممکن است بیماری‌های روانی و جسمانی جدی دیگری ایجاد کند (دروری^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). با توجه به شیوع بالا و انتقال سریع کووید ۱۹ در جهان (جی^۳ و همکاران، ۲۰۲۰) و در ایران (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران، ۱۴۰۰) و تهدید جدی برای آسیب‌پذیری بیماران ام. اس و به خطر افتادن سلامت روانی، اجتماعی و جسمانی این افراد، شناخت عوامل روان‌شناختی پریشانی روان‌شناختی بیماران ام. اس ضرورت دارد. لذا پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی پریشانی روانی بیماران MS بر اساس سبک زندگی و مسئولیت‌پذیری در دوره کووید ۱۹ انجام شد و در راستای هدف پژوهش، این سؤال پژوهشی بررسی شد که پیش‌بینی پریشانی روانی بیماران مبتلا به ام. اس بر اساس سبک زندگی و مسئولیت‌پذیری در دوره کووید ۱۹ چگونه است؟

روش

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری ۴۰۰ بیمار ام. اس در بیمارستان نیکان، ابن سینا و عرفان در شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند. طبق جدول کرجسی و مورگان (۱۹۷۰) و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده ۱۵۰ شرکت‌کننده به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. ملاک‌های ورود به پژوهش؛ تشخیص بیماری ام. اس در پرونده ایشان باشد، مشکل روانی، جسمانی یا خانوادگی دیگری غیر از ام. اس نداشته باشد. این معیار با استفاده از اطلاعات موجود در پرونده کنترل شد. جهت شرکت در پژوهش رضایت آگاهانه داشته باشند. معیارهای خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش عدم توانایی جسمانی و ذهنی در تکمیل پرسشنامه و عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه‌ها بود. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان و ابراز تمایل آن‌ها برای شرکت در پژوهش تایید شد و اصل رازداری در اطلاعات شخصی و محرمانه بودن نتایج پژوهش رعایت شد. درباره اهداف پژوهش و الزامی نبودن نوشتن نام در پرسشنامه‌ها برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد در صورت عدم تمایل شرکت‌کنندگان به ادامه همکاری، ترک پژوهش بدون پیامد منفی برای آنها امکان‌پذیر بود.

1. Wang, Y., Di, Y., Ye, J., & Wei, W.

2. Drury, J., & et al.

3. Ge, H., & et al.

ابزار پژوهش

پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی: این پرسشنامه توسط کسلر و همکارانش (۲۰۰۲) در ۱۰ سوال برای شناسایی اختلالات روانی در جمعیت عمومی تدوین شده است. نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌بندی از هیچ وقت = صفر تا همیشه = ۴ انجام می‌شود. برای محاسبه امتیاز کلی، نمره همه گویه‌های پرسشنامه‌ها با هم جمع می‌شود. دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۰ تا ۴۰ خواهد بود. هر چه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان‌دهنده میزان بیشتر پریشانی روان‌شناختی خواهد بود و بالعکس. نتایج تحلیل عاملی پژوهش کسلر و همکاران (۲۰۰۲) روایی این پرسشنامه را تایید کرد و پایایی آن به روش باز آزمایی ۰/۷۸ بدست آمد. یعقوبی (۱۳۹۴) روایی سازه‌ای تاییدی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرد و ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۳ و ضریب پایایی تصنیف و اسپیرمن- براون ۰/۹۱ به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمد.

پرسشنامه سبک زندگی: این پرسشنامه بوسیله لعلی و همکاران (۱۳۹۱) طراحی و اعتباریابی شده است، این پرسشنامه شامل ۷۰ گویه بسته پاسخ بر اساس طیف پنج درجه ای لیکرت است و ابعاد سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت روان‌شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها، مواد مخدر و الکل، پیشگیری از حوادث، سلامت محیطی را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه توسط شاهی وند (۱۳۹۴) روایی محتوایی شده است. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بدست آمد.

پرسشنامه مسئولیت‌پذیری: این پرسشنامه توسط گاف (۱۹۷۵) تدوین شد و سپس برای اولین بار همراه با ۱۴ مقیاس دیگر در "پرسشنامه روان‌شناختی کالیفرنیا" توسط گاف (۱۹۸۴) مطرح گردید. مقیاس سنجش مسئولیت‌پذیری ۴۲ سوالی به منظور سنجش ویژگی‌هایی از قبیل وظیفه‌شناسی، احساس تعهد، سخت‌کوشی، جدیت، قابلیت اعتماد، رفتار مبتنی بر نظم و مقررات، منطق و احساس مسئولیت مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه از گزاره صحیح و غلط تشکیل شده است برای ارزشیابی افراد بین ۱۲ تا ۷۰ ساله به کار گرفته می‌شود، عمدتاً برای استفاده بزرگسالان جوان که از توانایی خواندن حداقل در سطح پایه چهارم برخوردارند ساخته شده است. ضرایب پایایی مقیاس بخش مسئولیت‌پذیری از طریق روش تصنیف و آلفای کرونباخ در پژوهش عسکری، عنایتی و روشنی (۱۳۹۰) به ترتیب برابر با ۰/۷۰ و ۰/۸۱ و در پژوهش حمیدی و قیطاسی (۱۳۸۹) برابر با ۰/۵۰ و ۰/۵۵ بود. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ محاسبه گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری به شیوه همزمان و نرم افزار SPSS-23 تحلیل شدند.

نتایج

داده‌های مربوط به ۱۵۰ شرکت‌کننده در تحلیل وارد شدند که میانگین سنی آنان ۴۳/۴۸ سال و انحراف معیار ۴/۸۳ بود. در متغیر جنس ۷۶/۷۰ درصد (۱۱۵ نفر) زن و ۲۳/۳۰ درصد (۳۵ نفر) مرد بودند.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی بین ابعاد سبک زندگی و پریشانی روانی

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
سلامت جسمانی	۸/۳۲	۲/۳۹										
ورزش و تندرستی	۶/۴۹	۲/۶۴	-۰/۷۱**									
کنترل وزن و تغذیه	۷/۱۷	۲/۱۰	-۰/۷۴**	-۰/۷۶**								
پیشگیری از بیماری	۶/۸۹	۱/۳۲	-۰/۶۹**	-۰/۶۸**	-۰/۷۱**							
سلامت روان	۸/۴۰	۲/۱۰	-۰/۶۷**	-۰/۶۳**	-۰/۶۵**	-۰/۵۴**						
شناختی	۸/۳۶	۲/۱۱	-۰/۵۷**	-۰/۵۷**	-۰/۶۱**	-۰/۶۲**	-۰/۵۹**					
سلامت اجتماعی	۸/۱۳	۲/۰۲	-۰/۴۹**	-۰/۵۳**	-۰/۶۰**	-۰/۵۵**	-۰/۴۸**	-۰/۵۶**				
اجتناب از مواد مخدر	۹/۲۵	۲/۲۱	-۰/۴۶**	-۰/۴۴**	-۰/۵۱**	-۰/۴۸**	-۰/۴۳**	-۰/۵۱**	-۰/۴۷**			
پیشگیری از حوادث	۸/۳۱	۲/۰۶	-۰/۴۳**	-۰/۵۱**	-۰/۵۴**	-۰/۵۰**	-۰/۴۶**	-۰/۵۵**	-۰/۴۹**	-۰/۵۱**		
پریشانی روانی	۱۸/۰۹	۳/۳۳	-۰/۵۱**	-۰/۵۵**	-۰/۵۳**	-۰/۵۸**	-۰/۴۸**	-۰/۵۳**	-۰/۴۷**	-۰/۵۶**	-۰/۵۱**	۱

نتایج جدول ۱، نشان می‌دهد که ابعاد سبک زندگی با پریشانی روانی در بیماران MS همبستگی معکوس و معنادار دارند ($p < 0/01$). به منظور بررسی مفروضه‌ها، نتایج آزمون‌های کالموگروف-اسمیرنف و عامل تورم واریانس نشان دادند که مفروضه‌های نرمال بودن داده‌ها درباره در همه متغیرها و عامل تورم واریانس درباره متغیرهای پیش‌بین برقرار می‌باشند و همچنین مفروضه توزیع متقارن چولگی و کشیدگی داده‌ها برقرار است. به منظور بررسی سهم ابعاد سبک زندگی در پیش‌بینی پریشانی روانی در بیماران MS از رگرسیون چندمتغیری به شیوه همزمان استفاده شد.

جدول ۲. خلاصه ضرایب رگرسیون به شیوه همزمان برای ابعاد سبک زندگی روی پریشانی روانی

سطح معناداری	t	ضریب استاندارد(بتا)	SE	ضریب رگرسیون (B)	F	R ²	R	مدل نهایی
۰/۰۰۱	۲/۲۳	---	۰/۲۹	۰/۶۶	۱۲/۶۱**	۰/۵۵	۰/۷۴	ثابت
۰/۰۰۱	-۳/۶۶	-۰/۳۴	۰/۰۹۵	-۰/۳۴				سلامت جسمانی
۰/۴۸	-۱/۲۵	-۰/۱۰۳	۰/۴۰۴	۰/۲۵				ورزش و تندرستی
۰/۰۰۵	-۳/۶۳	-۰/۱۸	۰/۱۱	-۰/۱۹				کنترل وزن و تغذیه
۰/۰۳	-۲/۱۹	-۰/۲۴	۰/۱۰	-۰/۲۳				پیشگیری از بیماری
۰/۴۷	۰/۷۲	۰/۰۷	۰/۱۱	۰/۰۸۴				سلامت روان شناختی
۰/۳۶	۰/۸۶	۰/۱۰	۰/۱۲	۰/۱۰				سلامت معنوی
۰/۰۰۶	-۰/۳۸	-۰/۱۵	۰/۲۸	-۰/۳۶				سلامت اجتماعی
۰/۹۰	-۰/۱۲	-۰/۰۱	۰/۱۲	-۰/۰۱				اجتناب از مواد مخدر
۰/۸۲	۰/۲۲	۰/۰۲	۰/۰۹	۰/۰۲۱				پیشگیری از حوادث
۰/۵۷	-۰/۵۶	-۰/۰۵	۰/۰۹	-۰/۰۵				سلامت محیطی

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که ابعاد سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری‌ها و سلامت اجتماعی به صورت منفی قادر به پیش‌بینی متغیر پریشانی روانی هستند.

جدول ۳. خلاصه ضرایب رگرسیون به شیوه همزمان برای ابعاد مسئولیت‌پذیری روی پریشانی روانی

مدل نهایی	R	R ²	F	ضریب رگرسیون (B)	SE	ضریب استاندارد (بتا)	t	سطح معناداری
ثابت	۰/۳۰	۰/۵۵	۷/۶۸***	-۰/۳۸	۰/۵۷	---	۱/۷۵	۰/۰۸۱
وظیفه‌شناسی				-۰/۳۸	۰/۱۳	-۰/۱۸	-۶/۳۵	۰/۰۰۳
احساس تعهد				-۰/۲۹	۰/۱۰۶	-۰/۲۶	-۲/۷۸	۰/۰۰۶
سخت‌کوشی				-۰/۱۱	۰/۱۲	-۰/۱۶	-۵/۵۶	۰/۰۰۷
جدیت				۰/۲۱	۰/۱۰	۰/۲۲	۱/۹۶	۰/۰۵۲
قابلیت اعتماد				-۰/۱۶	۰/۱۳	-۰/۱۵	-۵/۱۹	۰/۰۰۴
رفتار مبتنی بر نظم				-۰/۳۷	۰/۱۱	-۰/۴۰	-۳/۳۱	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که ابعاد وظیفه‌شناسی، احساس تعهد، سخت‌کوشی، قابلیت اعتماد و رفتار مبتنی بر نظم به صورت منفی قادر به پیش‌بینی متغیر پریشانی روانی هستند.

بحث

نتایج پژوهش نشان داد که ابعاد سبک زندگی؛ سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری‌ها و سلامت اجتماعی به طور معکوس پریشانی روانی بیماران MS را پیش‌بینی می‌کنند. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های منافی و دهشیری (۱۳۹۶)، علی اکبری دهکردی، صالحی و رضایی (۱۳۹۲)، رنجبر نوشهری و همکاران (۱۳۹۲)، دیسی و همکاران^۱ (۲۰۱۴)، گیلن و همکاران^۲ (۲۰۱۹) و کلارک و همکاران^۳ (۲۰۱۲) مطابقت داشت.

استرس و اضطراب مهم‌ترین احساسی هستند که با آگاهی از بیماری ایجاد می‌شوند و در نهایت می‌توانند بر کیفیت زندگی بیماران و اعضای خانواده آنها تأثیر منفی بگذارند. بیماران به مراقبت طولانی مدت احتیاج دارند. به محض تشخیص بیماری مزمن، فرد به دلیل نگرانی از نگرش منفی جامعه به طور بالقوه در معرض انگ قرار می‌گیرد. اختلالات شناختی و مزاج و معلولیت‌های جسمی که با MS همراه است می‌تواند منجر به انگ زدن شود. خطر افسردگی و اضطراب و ایجاد احساسات درگیری اجتماعی و ناراحتی روانی. به طور منظم و پذیرش درمان مراقبان خانواده بیماران MS نیز در معرض درجات مختلفی از فشار اجتماعی و انگ قرار دارند. احساس شرم، ترس از تحقیر شدن توسط دیگران، ترس از محروم شدن توسط سایر اعضای خانواده و تلاش برای پنهان کردن وضعیت بیماران

1. Deasy,
2. Ghielen,
3. Clark, F. Jackson,

خود به منظور جلوگیری از انگ زدن، به عنوان نمونه ای از تجربیات مراقبین خانواده گزارش شده است.

مولتیپل اسکلروزیس، شایع‌ترین ناتوانی عصبی، یک اختلال ناشی از خود ایمنی است که بر سیستم عصبی مرکزی تأثیر می‌گذارد و اغلب منجر به ناتوانی شدید جسمی یا شناختی و همچنین مشکلات عصبی در بزرگسالان می‌شود. افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس اغلب افسردگی یا اضطراب را به عنوان عوارض بیماری تجربه می‌کنند. افسردگی و اضطراب می‌تواند ناشی از علائم ام. اس مانند تغییرات شناختی و عوارض جسمانی یا داروهای مورد استفاده برای درمان ام. اس باشد. چندین مطالعه نشان داده است که افسردگی و اضطراب در بزرگسالی هم در جمعیت عمومی کاهش می‌یابد. این نتایج همسو با نتایج رنجبر نوشهری و همکاران (۱۳۹۲) و وار، استریت، کاریدس^۱ (۲۰۱۱) بود. عبدالپور و همکاران (۱۳۹۷) نشان دادند میانگین نمرات باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، از افراد بهنجار به طور معنی‌داری بیشتر است. به نظر می‌رسد بیماران مبتلا به استرس پس از سانحه راهبردهای کنترل فکر ناکارآمدتر و باورهای فراشناختی مختل‌تری دارند. نصیرآبای و همکاران (۱۳۸۹) در بررسی تأثیر آموزش بر سبک زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های ایسکیمی قلبی نشان دادند آموزش بر تعدیل سبک زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های ایسکمیک قلبی اثربخش می‌باشد. یافته‌های آماری نمایانگر آن است که مجموع آگاهی بیماران در زمینه بیماری قلبی، وضعیت کلی سبک زندگی، نمایه توده بدنی، وضعیت کلسترول خون، تری‌گلیسیرید خون، قندخون و فشار خون افراد گروه مورد پس از انجام مداخله آموزشی افزایش یافته و آگاهی آنها مطلوب‌تر شده است. آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره مجموع آگاهی بیماران برای تعدیل سبک زندگی در دو گروه مورد و کنترل پس از انجام آموزش وجود دارد. از طرفی، ریمانس و همکاران (۱۹۹۷) در مطالعه خود نشان دادند افراد مبتلا به سرطان سینه، مکرراً درد را گزارش کرده‌اند و طبق این پژوهش درد همه ابعاد کیفیت زندگی این افراد شامل جسمانی، اجتماعی، روانی و حیطة مذهبی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بسیاری از این زنان روند درمان را دردناک‌تر از خود بیماری می‌دانند و بیماری و روند درمان سلامت عمومی این افراد و در نتیجه کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنا بر تحقیقات صورت گرفته، سرطان اثر منفی بر کیفیت زندگی و ابعاد آن دارد (صفاری، محمدی زیدی، پاک پورحاجی آقا، ۱۳۹۱). در مطالعه اورکی (۱۳۹۴) در بررسی رابطه باورهای فراشناخت، امید به زندگی و کیفیت زندگی با افسردگی بیمارستانی در بیماران کلیوی تحت همودیلیز شهر کرج نشان داد باورهای فراشناخت غیر قابل کنترل، اطمینان شناختی پایین، باورهای منفی کلی در مورد افکار بصورت مثبت و باورهای فراشناختی مثبت و خودآگاهی شناختی بصورت منفی توان پیش‌بینی معنادار افسردگی بیمارستانی را داشت. و از بین مولفه‌های کیفیت زندگی، مولفه- اقتصادی و اجتماعی بصورت منفی توان پیش‌بینی معنی‌دار افسردگی

بیمارستانی و سایر مولفه‌ها (سلامتی و عملکرد، وضعیت روانی و معنوی و خانوادگی) بصورت مثبت توان پیش‌بینی معنی‌داری افسردگی بیمارستانی را داشته‌اند.

در پژوهشی که خطیبی، دهقان و علیزاده در سال (۱۳۸۷) انجام دادند به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلابه دردهای مزمن با سطح بالاتر ترس از درد، در مقایسه با افراد با سطوح پایین تر ترس از درد، میزان اضطراب، افسردگی و استرس بیشتری را گزارش می‌کنند و همچنین بیماران با ترس بالاتر از درد، اضطراب بیشتری در مقابل نشانه‌های درد نشان می‌دهند و این اضطراب بالاتر در بیماران، با ناتوانی جسمی بیشتر در نتیجه درد و گوش به زنگی بیشتری در برابر نشانه‌های مرتبط با آن همراه است. بر این اساس می‌توان ادعا کرد که افزایش مکانیزم‌های مقابله و نیز آموزش‌های روان‌شناختی و تغییر شناخت می‌تواند در کاهش فاجعه‌انگاری و نیز گوش به زنگی موثر باشد. تغییرات شناختی و عاطفی بخش غیرقابل انکاری از تظاهرات بالینی بیماران سرطانی هستند. تبیینی که برای این نتیجه می‌توان ذکر کرد این است که ممکن است درمان و امید به بهبود، کیفیت زندگی بیماران را ارتقا داده و شرایط زندگی‌شان را شبیه افراد سالم کرده است بنابراین در موقعیت‌های استرس‌زا شبیه افراد سالم رفتار می‌کنند.

همچنین نتایج نشان داد که ابعاد مسئولیت‌پذیری؛ وظیفه‌شناسی، احساس تعهد، سخت کوشی، قابلیت اعتماد و رفتار مبتنی بر نظم به طور معکوس پریشانی روانی بیماران MS را پیش‌بینی می‌کنند. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های مکبول و زامیر (۲۰۱۸)، رنجبرنوشهری و همکاران (۱۳۹۲)، دیسی و همکاران^۱ (۲۰۱۴) و گیلن و همکاران^۲ (۲۰۱۹) مطابقت داشت. فورد^۳ (۱۹۸۵) مسئولیت‌پذیری را پیروی از قوانین اجتماعی و برآوردن انتظارات جامعه از فرد می‌داند. این قوانین متأثر از نقش‌های اجتماعی و در واقع بیانگر هنجارهای اجتماعی و فرهنگی است. همچنین می‌تواند تعهد والتزام فرد را نسبت به سایر افراد جامعه نشان دهد. مسئولیت‌پذیری حایز دو وجه عمده است: یکی انگیزه برای مسئولانه عمل کردن و دیگری فرصت و زمینه مساعد محیطی برای رشد این انگیزه، توجه به انگیزه در مسئولیت‌پذیری، بر مولفه‌های مهمی چون شناخت اجتماعی و تمایلات هنجاری تاکید می‌کند. استرس‌های ناشی از بیماری می‌تواند بر پریشانی روان‌شناختی بیماران MS تاثیر بگذارد و فرد حالات ناخوشایندی را تجربه کند. در انجام این پژوهش محدودیت‌های زیر وجود داشت:

از آن جایی که بیماران MS در شهر تهران به لحاظ شرایط خانوادگی و ویژگی‌های شخصیتی با هم تفاوت دارند، احتمال دارد این ویژگی‌ها روی نتایج پژوهش تاثیر گذاشته باشند.

به نظر می‌رسد که سبک زندگی افراد به طور غیرمستقیم از متغیرهای طبقه اقتصادی-اجتماعی و شغل افراد تاثیرپذیری دارد، لذا در زمینه اسنادهای علت‌شناسی، تبیین و تعمیم نتایج محدودیت ایجاد می‌کند.

بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده نقش متغیرهای عوامل خانوادگی، ویژگی‌های شخصیتی و نقش واسطه‌ای متغیرهای طبقه اقتصادی-اجتماعی و شغل افراد کنترل یا مطالعه شوند. همچنین به منظور پیشگیری و کاهش سطح پریشانی روانی بیماران MS، پیشنهاد می‌شود در جلسات مشاوره ابعاد سبک زندگی افراد بررسی شود و بوسیله آموزش، تشویق و حمایت اطرافیان زمینه بکارگیری سبک زندگی سالم در بعد جسمانی شامل تغذیه سالم، ورزش و خواب و در بعد روانی شامل ارتباطات اجتماعی، مقابله با استرس و معنویت برای این بیماران فراهم شود. همچنین ویژگی مسئولیت‌پذیری این بیماران به عنوان یک ویژگی شخصیتی بررسی شود و با تغییرات شناختی و عاطفی، زمینه ارتقاء سطح مسئولیت‌پذیری مطلوب فراهم شود.

منابع

حصیرچمن، احیاء؛ شاکری نیا، ایرج و صادقی، عباس. (۱۳۹۷). رابطه مهارت‌های ارتباطی، مسئولیت پذیری و تنظیم هیجانی با سلامت روان در کارمندان بانک ملی. فصلنامه مشاوره شغلی و سازمانی، ۱(۲۴): ۲۳-۴۳.

منافی، سیده فاطمه، دهشیری، غلامرضا. (۱۳۹۶). ترس از پیشرفت بیماری در بیماران مبتلا به سرطان و مولتیپل اسکلروزیس و رابطه آن با مشکلات عاطفی. فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت، ۶(۲): ۳۴-۴۵.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران. (۱۴۰۰). <http://corona.behdasht.gov.ir>.

Buchta, K., Jakubiak, M., Skiert, M., & Wilczewski, A. (2018). University social responsibility—theory vs. practice. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, (520), 22-33.

Clark, F. Jackson, J. Carlson, M. (2012). Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomized Controlled Trial. *Journal Epidemiology Community Health*, 66(9), 782–790.

Deasy, C., Coughlan, B., Pironom, J., Jourdan, D., & Mcnamara, P. M. (2014). Psychological distress and lifestyle of students: implications for health promotion. *Health promotion international*, 30(1), 77-87.

Drury, J., Carter, H., Cocking, C., Ntontis, E., Tekin Guven, S., & Amlôt, R. (2019). Facilitating collective psychosocial resilience in the public in emergencies: Twelve recommendations based on the social identity approach. *Front. Public Health*, 6(7), 141. Doi: org/10.3389/ fpubh. 2019.00141

Ge, H., Wang, X., Yuan, X., Xiao, G., Wang, C., Deng, T., Yuan, Q., & Xiao, X. (2020). The epidemiology and clinical information about COVID-19. *European Journal of Clinical Microbiology Infect Di*, 14\1-9. Doi: 10.1007/s10096-020-03874-z

Ghielen, I., Rutten, S., Boeschoten, R. E., Houniet-de Gier, M., van Wegen, E. E., van den Heuvel, O. A., & Cuijpers, P. (2019). The effects of cognitive behavioral and mindfulness-based therapies on psychological distress in patients with multiple sclerosis, Parkinson's disease and Huntington's disease: Two meta-analyses. *Journal of Psychosomatic Research*, 122, 43-51. doi:10.1016/j.jpsychores.2019.05.001

Heppner, D., Witty. T. E., Dixon, W. A. (2015). Problem Solving appraisal and human adjustment a review of research using he problem solving inventory. *Journal of counseling psychology*, 32, 390 -391.

Jones, S. M., & Amtmann, D. (2015). The relationship of age, function, and psychological distress in multiple sclerosis. *Psychology, health & medicine*, 20(6), 629-634.

Maqbool, S., & Zameer, M. N. (2018). Corporate social responsibility and financial performance: An empirical analysis of Indian banks. *Future Business Journal*, 4(1), 84-93.

Mergler, A., Spencer, F. M., & Patton W. A. (2008). Personal Responsibility: The Creation, Implementation and Evaluation of a School-Based Program. *Journal of Student Well-being*, 2(1), 35-51.

Shin, I., Hur, W. M., Kang, S. (2016). Employees' perceptions of corporate social responsibility and job performance: A sequential mediation model. *Sustainability*, 8(493), 1-12.

- Velten, J., Lavallee, K. L., Scholten, S., Meyer, A. H., Zhang, X. C., Schneider, S., & Margraf, J. (2014). Lifestyle choices and mental health: a representative population survey. *BMC psychology*, 2(1), 1-11.
- Wang, Y., Di, Y., Ye, J., & Wei, W. (2020). Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Journal of Psychology Health Medicine*. Doi:10.1080/13548506.2020.1746817
- Wood, D., Gosling, S. D., & Potter, J. (2007). Normality evaluations and their relation to Personality traits and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 861-879.
- Yang, H., Gao, J., Wang, T., Yang, L., Liu, Y., Shen, Y., ... & Zhu, S. (2017). Association between adverse mental health and an unhealthy lifestyle in rural-to-urban migrant workers in Shanghai. *Journal of the Formosan Medical Association*, 116(2), 90-98.

The Prediction of psychological distress of patients with MS based on Life Style and responsibility in COVID-19

Maral Hossin Zadeh¹, Asghar Jafari²

Abstract

The present study aimed to predict psychological distress of patients with MS based on Life Style and responsibility in COVID-19. Method was descriptive- correlation. Population was 400 patients with MS in the hospitals of Nikan, Ebne Sina and Erfan in Tehran in 2021. According to the table of Krejcie & Morgan (1970) and using simple random sampling 150 participants with inclusion criteria were selected and completed the questionnaires of Kesler & et al, s (2002) psychological distress, Lali & et al, s (2012) Life Style and Gaff, s (1975) responsibility. Data were analyzed by Pearson correlation and enter regression. The results indicated that healthy life style; physical health, exercise, weight control, disease prevention and social health and responsibility; punctuation, commitment, diligence, trust and discipline negatively predict psychological distress of patients with MS ($p < 0.01$). The results show evidence that Life Style and responsibility through moderating life span in the cognitive, affective and behavioral aspects decrease psychological distress of patients with MS. Therefore, in order to prevent and decrease psychological distress of patients with MS, it is necessary to encourage them to apply healthy life style and responsibility.

Keywords: Psychological Distress, COVID-19, Life Style, Responsibility, MS

1. Department of Psychology, Saveh branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Kashan, Kashan, Iran