

پیش‌بینی امید به زندگی براساس حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان در میان بهبودیافتگان بیماری کووید-۱۹

مجید صفاری نیا^۱، فاطمه عیسی زاده^{۲*}، زهرا حمزئی^۳

۱. استاد روانشناسی اجتماعی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه پیام نور.
۲. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه پیام نور، امارات.
۳. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه پیام نور.

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۳/۱۳
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۲۴

زمینه و هدف: بیماری کووید-۱۹ با شیوع روزافزون خود و آسیب‌هایی که بر منابع جانی، مالی و روانشناختی وارد می‌کند، بسیار مورد بحث است؛ لذا، هدف پژوهش حاضر، پیش‌بینی امید به زندگی بر اساس حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت روان در میان بهبودیافتگان بیماری کووید-۱۹ بود.

مواد و روش: جامعه آماری پژوهش حاضر، ۱۱۷ فرد بهبودیافته از بیماری کووید-۱۹ بود که بر اساس جدول مورگان ۹۰ نفر از آنها حجم نمونه آماری پژوهش حاضر را تشکیل دادند. پژوهش حاضر در سال ۱۳۹۹ و در استان بوشهر انجام گرفت و نمونه‌گیری، بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس انجام گرفت. ابزار این پژوهش شامل سه پرسشنامه کتبی حمایت اجتماعی ادراک‌شده زیمت (۱۹۸۸) (MSPSS)، سلامت روان گلدبرگ (۱۹۷۲) (GHQ-12) و پرسشنامه امید به زندگی اشنايدر (۱۹۹۱) بود. پژوهش حاضر، مطالعه‌ای توصیفی است و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان با امید به زندگی همبستگی دارند. همچنین مشخص شد که حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان به ترتیب ۴۹ (P=۰/۰۰۰) و ۳۶ درصد (P=۰/۰۰۶) از تغییرات امید به زندگی را پیش‌بینی می‌کنند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه حاضر، حاکی از آن است که با فراهم آوردن زمینه‌های مناسب برای بهبود کیفیت، تقویت و ایجاد شاخصه‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت روان در بهبودیافتگان از بیماری کووید-۱۹ می‌توان امید به زندگی را در آنها بهبود بخشید.

کلیدواژه‌ها:

حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت روان، امید به زندگی، بهبودیافتگان بیماری کووید-۱۹.

۱. مقدمه

تا عامل بیماری‌های شدیدتری همچون سارس^۳، مرس^۴ و کووید-۱۹^۵ را شامل می‌شود. کروناویروس‌ها در دهه ۱۹۶۰ کشف شدند و مطالعه روی آن‌ها به‌طور مداوم تا اواسط دهه ۱۹۸۰ ادامه داشت. این ویروس، به‌طور طبیعی

کروناویروس‌ها^۱ خانواده بزرگی از ویروس‌ها و زیرمجموعه کروناویروس^۲ هستند که از ویروس سرماخوردگی معمولی

4 MERS
5 COVID -19

1 Coronaviruses
2 Coronaviridae
3 SARS

* نویسنده مسئول: فاطمه عیسی‌زاده

نشانی: امارات، دانشگاه پیام نور، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

تلفن: ۰۲۱۴۴۴۵۱۱۸۹

رایانامه: f.eisazadeh74@gmail.com

شناسه ORCID: 0000-0001-9171-4559

شناسه ORCID نویسنده اول: 0000-0003-4225-5899

سازگاری با آنها و برآورده شدن نیازهای متعادل خویشتن، تعریف شده است و عامل مهمی برای سلامت افراد جامعه محسوب می‌شود (۸). سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۱)، سلامت روانی را چنین تعریف می‌کند: سلامت روانی در درون مفهوم کلی سلامت قرار می‌گیرد و سلامت روانی یعنی توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمی؛ به عبارت دیگر، سلامت، تنها نبود بیماری یا عقب‌ماندگی نیست (۹). جانی و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که مبتلایان به بیماری‌های مزمن؛ از جمله ایدز، از سلامت روان مطلوبی برخوردار نیستند و سلامت روان پایین در آنها پیش‌بینی‌کننده میزان استرس ادراک‌شده بالا در آنها، خودکارآمدی پایین، امید به زندگی پایین، علائم جسمانی شدید، افسردگی و اضطراب بالا و عملکرد اجتماعی پایین است (۸). رحیمی و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که بهبود سلامت روان باعث افزایش کیفیت زندگی و امید به زندگی می‌شود (۱۰).

یکی از مهم‌ترین مباحث اساسی در روان‌شناسی مثبت‌گرا^۵، ایجاد امید است. روان‌شناسان مثبت‌نگر معتقدند امید می‌تواند از افراد در برابر رویدادهای تنش‌زای زندگی حمایت کند (۱۱). امید شامل ادراکات شخص درباره توانایی‌هایش برای تعیین اهداف روشن، تدوین طرح‌هایی برای رسیدن به این اهداف (مسیرهای تفکر)، یافتن و حفظ انرژی و انگیزش مورد نیاز برای رفتن به دنبال آن اهداف و پیگیری آن‌ها (عامل تفکر) است (۱۲). موحدی و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که افزایش امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان، موجب ارتقای سلامت عمومی آنها می‌شود (۱۳). افزایش امید به زندگی می‌تواند تاب‌آوری و کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان را افزایش دهد (۱۴). رحیمی توتکابنی و همکاران (۲۰۱۷) ارتقای امید به زندگی در مبتلایان به ایدز می‌تواند موجب افزایش کیفیت زندگی و کاهش نگرش‌های ناکارآمد در آنان شود (۱۵). در پژوهش‌های شمین و اخلاقی کوهپایی (۲۰۱۹) نشان داده شد که رابطه امید به زندگی و کیفیت زندگی، یک رابطه دوسویه است و افرادی که امید به زندگی بالاتری دارند کمتر به انواع بیماری‌ها مبتلا می‌شوند و در صورت ابتلا نیز عوارض کمتری را تجربه می‌کنند (۱۶).

با توجه به شیوع روز افزون بیماری کووید ۱۹ در جهان و فشارهای جسمی، روانی و اجتماعی فاحشی که بر

در پستانداران و پرندگان شیوع پیدا می‌کند، با این حال تاکنون هفت کروناویروس منتقل‌شده به انسان، کشف شده است. آخرین نوع آن‌ها، کروناوی جدید، در دسامبر ۲۰۱۹ در شهر ووهان^۱ چین با همه‌گیری در انسان شیوع پیدا کرد (۱).

بر اساس بیانات ستاد ملی مبارزه با کرونا (۲۰۲۰) تعداد مبتلایان به بیماری کووید ۱۹ در استان بوشهر تا روز پنج‌شنبه ۲۱ فروردین ۱۳۹۹، ۱۴۱ نفر (۷۹ مرد و ۶۲ زن) می‌باشد که تاکنون ۱۱۷ نفر شامل ۷۰ مرد و ۴۷ زن با حال عمومی خوب ترخیص شدند و در منزل تحت مراقبت هستند (۲).

در طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیش از چهارهزار بیمار مبتلا به کرونا که در یک ماه اخیر از بیمارستان ترخیص شده‌اند، بر اساس شاخص‌های سازمان جهانی بهداشت در تهران بزرگ مطالعه شدند. در این طرح تحقیقاتی، عوارض روانی ناشی از ابتلا به کرونا سنجیده شد که نتایج آن مشخص کرد نزدیک به ۵۰ درصد از ترخیص‌شدگانی که به دلیل ابتلا به کرونا در بیمارستان بستری بودند، مشکلات روانی دارند (۳).

بیشتر تعاریف اولیه از حمایت اجتماعی^۲ ریشه در درک افراد از محبوبیت و مورد توجه و احترام بودنشان دارد. حمایت اجتماعی ادراک شده^۳ عبارت است از: میزان ادراک افراد از محبت و حمایت خانواده و دوستان و اطرافیان وی در مقابل فشارهای روانی و حوادث (۴). حمایت اجتماعی ادراک شده نقش مهمی در تسکین اثرات منفی بیماری بر بعد روانی بیماران دارد و با تجربه پریشانی کمتر، احساس کنترل بیشتر، بهبود اعتماد به نفس، کاهش تأثیرات حوادث منفی بر زندگی و بهبود کیفیت زندگی همراه می‌باشد (۵). رابرت (۲۰۱۹) معتقد است که برخورداری از حمایت اجتماعی مطلوب، فرد را به سلامت جسمی و بهزیستی روانی هدایت می‌کند (۶). حمایت اجتماعی در کل باعث افزایش سازگاری افراد با بیماری، ارتقای کیفیت زندگی، مدت بقا و نتایج مراقبت‌های حرفه‌ای، بهبود وضعیت اقتصادی، حفظ احساس هم‌سانی اجتماعی، تسهیل خودارزشیابی، پیوند با اجتماع و مقابله با احساس تنهایی می‌گردد (۷).

سلامت روان^۴ به عنوان رفتار موزون و هماهنگ با جامعه، شناخت و پذیرش واقعیت‌های اجتماعی، قدرت

برای جمع‌آوری داده‌ها از سه پرسشنامه کتبی حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت^۱ (۱۹۸۸) (MSPSS)، سلامت روان گلدبرگ^۲ (GHQ-12) و پرسشنامه امید به زندگی اسنایدر^۳ (۱۹۹۱) استفاده شد.

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت (۱۹۸۸) (MSPSS): این پرسشنامه ۱۲ گویه‌ای را زیمت، داهلم، زیمت و فارلی (۱۹۸۸) در سال ۱۹۸۸ طراحی کرده‌اند. این مقیاس، ادراکات بسندگی حمایت اجتماعی را در سه منبع خانواده، دوستان و دیگران مهم می‌سنجد. سؤالات ۳-۴-۸-۱۱ منبع خانواده، سؤالات ۶-۷-۹-۱۲ منبع دوستان و سؤالات ۱-۲-۵-۱۰ منبع حمایتی از دیگران مهم را می‌سنجد. نمره‌گذاری این پرسشنامه براساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) انجام می‌شود و به هر پاسخ نمره‌ای از ۱ تا ۵ اختصاص داده می‌شود (۱۷). حداقل امتیاز ممکن برای هر فرد ۱۲ و حداکثر ۶۰ می‌باشد و نمره بالا در این مقیاس نمایانگر حمایت اجتماعی ادراک شده بالا می‌باشد؛ به عبارت دیگر، نمرات بین ۱۲ تا ۲۰ نشانگر حمایت اجتماعی ادراک شده پایین، نمرات بین ۲۰ تا ۴۰ نشانگر حمایت اجتماعی ادراک شده متوسط و نمرات بالاتر از ۴۰ نشانگر حمایت اجتماعی ادراک شده در حد بالا می‌باشد (۱۸). روایی و پایایی این مقیاس را زیمت و همکاران (۱۷) در حد مطلوب گزارش کرده‌اند.

سلامت روان گلدبرگ (GHQ-12): این آزمون را ابتدا گلدبرگ و در سال ۱۹۷۲ برای غربالگری اختلالات روانی طرح کرد و دارای ۶۰ سؤال بود. سپس فرم ۱۲ سؤالی از آن استخراج شد که به علت کوتاه بودن، بسیار مورد استقبال قرار گرفت. نمره‌گذاری آن بر اساس لیکرت چهارگزینه‌ای (صفر= اصلاً و ۳= خیلی زیاد) و نقطه برش آن در سیستم ۳۶ نمره‌ای برابر با نمره ۱۴/۵ است. نمرات بالا نشانه وجود اختلالات روانی در فرد هستند (۱۹). در بررسی روایی سازه و در تحلیل عاملی این مقیاس در جامعه ایرانی، پژوهش یعقوبی و همکاران (۲۰۱۲) مشخص کردند که این مقیاس دارای دو عامل نشانه‌های سلامت روان مثبت و نشانه‌های اختلال روانی است. همچنین همبستگی مناسب آن با فرم مصاحبه تشخیص بین‌المللی مرکب، نشان‌دهنده روایی ملاک آن بود (۲۰). اعتبار این مقیاس نیز با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برای کل آزمون و ۰/۸۷ برای نشانه‌های اختلالات روانی و ۰/۸۸ برای سلامت روان مثبت و ضریب

بهبودیافتگان از این بیماری وارد می‌شود، پژوهش در خصوص این افراد ضرورت می‌یابد. به دلیل شیوع ناگهانی این بیماری، دامنه پژوهش‌های انجام شده در این زمینه اندک است و پژوهش در حیطه حمایت اجتماعی ادراک شده و امید به زندگی بیماران که از این بیماری رهایی یافته‌اند، می‌تواند از فشارهای وارد شده بر بهبودیافتگان بکاهد و موجب بهبود و ارتقای امید به زندگی و کیفیت زندگی آنان گردد؛ لذا، پژوهش حاضر درصدد پیش‌بینی امید به زندگی براساس حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان در میان بهبودیافتگان از بیماری کووید-۱۹ می‌باشد.

۲. مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-همبستگی بود که در سال ۱۳۹۹ و در استان بوشهر انجام شد. جامعه آماری مطالعه حاضر کلیه بهبودیافتگان از بیماری کووید-۱۹ استان بوشهر بود که با حال عمومی خوب ترخیص شدند و در منزل تحت مراقبت بودند. این افراد بنا به آمار ستاد ملی مبارزه با کرونا تا تاریخ ۲۱ فروردین ۱۳۹۹، ۱۱۷ نفر (۷۰ مرد و ۴۷ زن) می‌باشند. روش نمونه‌گیری در این مطالعه از نوع نمونه‌گیری در دسترس بود. براساس جدول مورگان در پژوهش حاضر، حجم نمونه، ۹۰ (۴۵ مرد و ۴۵ زن) نفر از بهبودیافتگانی (از بیماری کووید ۱۹) است که تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش نیز ۵۸/۹۱ سال بود. همچنین شایان ذکر است که سؤالات پرسشنامه به‌صورت آنلاین از مبتلایان پرسیده شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل: بهبودی از بیماری کووید ۱۹ و وضعیت عمومی مطلوب، اقامت در استان بوشهر، سن بالاتر از ۱۸ سال و تمایل به شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: عدم تمایل به ادامه مشارکت در پژوهش و وضعیت جسمانی نامطلوب. ملاحظات اخلاقی مطالعه شامل: کسب رضایت شفاهی در خصوص شرکت در پژوهش از تک‌تک افراد مورد مطالعه، ارائه توضیحات کامل درباره مراحل، جزئیات و اهداف مطالعه برای شرکت‌کنندگان و حضور داوطلبانه آنها در مطالعه بود و همچنین به شرکت‌کنندگان اعلام گردید، هر زمان که بخواهند می‌توانند از مطالعه خارج شوند و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات آنها کاملاً محرمانه خواهد ماند.

می‌کنند. همسانی درونی کل آزمون، بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است. پایایی بازآزمون ۰/۸۰ و در دوره‌های بیش از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان نیز بالاتر است (۲۴).

در ادامه، به منظور بررسی فرضیه‌های مطالعه، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-25 و به روش تحلیل رگرسیون تجزیه و تحلیل گردید.

۳. یافته‌ها

داده‌های دموگرافیک و همچنین تحلیل میانگین نمرات سه متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت روان و امید به زندگی را بر اساس جنسیت، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات در جدول ۱ بررسی شد. بر اساس جدول ۱ بیشترین میزان حمایت اجتماعی ادراک شده در مردان و زنان متأهل و دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر است و همچنین وضعیت سلامت روان (نمرات پایین، بیانگر سلامت روان بالا) و امید به زندگی نیز در افراد متأهل و دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر، مطلوب‌تر از سایر دسته‌ها است.

بازآزمایی ۰/۹۱ به روش دو نیمه کردن، تأیید شد. در مجموع، کاربرد این مقیاس برای جامعه ایرانی، تأیید شده است (۲۱).

پرسشنامه امید به زندگی اسنایدر (۱۹۹۱): این مقیاس را اسنایدر، هریس، اندرسون، هالرن، ایروینگ، سیگمون و همکاران (۱۹۹۱) به منظور سنجش امیدواری تهیه کردند. مقیاس حاضر دارای ۱۲ عبارت در در طیف پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) است و به صورت خودسنجی اجرا می‌شود. از این عبارات، چهار عبارت برای سنجش تفکر عاملی (عبارات ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲)، چهار عبارت برای سنجش تفکر راهبردی (عبارات ۱، ۴، ۶ و ۸) و چهار عبارت انحرافی (عبارات ۳، ۵، ۷ و ۱۱) است (۲۲)؛ بنابراین، این مقیاس دو زیرمقیاس دارد که عبارت است از: تفکر عاملی و تفکر راهبردی. به هر عبارت، نمره‌ای بین ۰ تا ۴ اختصاص داده می‌شود؛ با توجه به اینکه چهار عبارت انحرافی در نمره‌گذاری محاسبه نمی‌شوند، دامنه نمره افراد بین ۰ تا ۳۲ می‌باشد و نمره بالاتر به معنی امید به زندگی بیشتر است (۲۳). تحقیقات بسیاری، از روایی و پایایی این مقیاس، به عنوان مقیاس اندازه‌گیری حمایت

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک و تحلیل میانگین نمرات سه متغیر اصلی پژوهش

متغیر	دسته‌ها	جنسیت	تعداد	درصد	حمایت اجتماعی ادراک شده	سلامت روان	امید به زندگی
وضعیت تأهل	متاهل	مرد	۲۹	۳۲/۲۲	۲۸/۱۶	۱۵/۱۲	۱۵/۲۷
	بیوه	مرد	۱۰	۱۱/۱۱	۱۵/۳۳	۳۰/۹۰	۱۵/۳۶
مطلقه	زن	زن	۱۱	۱۲/۲۲	۱۳/۵۹	۳۲/۶۹	۷/۸۱
	مرد	مرد	۶	۶/۶۶	۱۴/۹۴	۲۹/۳۵	۹/۶۶
دیپلم و زیردیپلم	مرد	مرد	۳۰	۳۳/۳۳	۱۹/۸۱	۲۲/۴۵	۱۰/۶۹
	زن	زن	۳۲	۳۵/۵۵	۲۰/۴۷	۲۱/۴۴	۱۲/۰۸
تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس	مرد	مرد	۱۰	۱۱/۱۱	۳۱/۵۹	۱۷/۳۸	۱۳/۷۱
	زن	زن	۹	۱۰	۲۹/۳۴	۱۸/۵۸	۱۵/۱۱
کارشناسی ارشد و بالاتر	مرد	مرد	۵	۵/۵۵	۳۴/۴۰	۱۷/۹۰	۲۰/۴۷
	زن	زن	۴	۴/۴۴	۳۳/۸۹	۱۶/۲۳	۲۱/۰۱

۱۲/۹۷ و ۷/۹۹ می‌باشد.

جدول ۲ به همبستگی میان متغیرهای پژوهش مربوط می‌شود. نتایج آزمون همبستگی در جدول ۳ بیانگر آن است

همچنین میانگین و انحراف استاندارد نمرات حمایت اجتماعی ادراک شده به ترتیب ۲۳/۷۵ و ۱۱/۰۹، سلامت روان به ترتیب ۲۰/۶۲ و ۱۰/۷۸ و امید به زندگی به ترتیب

سلامت روان بالا است؛ لذا، همبستگی سلامت روان با سایر متغیرها به صورت منفی (معنادار) است.

که بین حمایت اجتماعی ادراک شده (مثبت و معنادار) و سلامت روان (منفی و معنادار) با امید به زندگی رابطه معناداری وجود دارد. با توجه به اینکه نمرات پایین نشانه

جدول ۲. نتایج آزمون همبستگی پیرسون میان متغیرهای مورد مطالعه

امید به زندگی	سلامت روان	حمایت اجتماعی ادراک شده
		۱
	۱	*-۰/۴۷۹
۱	*-۰/۶۱۱	*-۰/۲۶۸

*p<.05, **p<.01

بودن متغیر ملاک، استقلال خطاها و عدم خطی بودن متغیرهای پیش‌بین، مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. نتایج تحلیل رگرسیون در جداول ۳ و ۴ ارائه شده است.

برای آزمون فرضیه پژوهش و بررسی رابطه متغیر پیش‌بین (حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان) با متغیر ملاک (امید به زندگی) از روش تحلیل رگرسیون استفاده شد. پیش از اجرای آزمون، پیش‌فرض‌های نرمال

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیونی برای پیش‌بینی امید به زندگی براساس حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	مجموع مربعات	R2	R
۰/۰۰۶	۱۹/۴۹	۱۴۳۱/۷۱	۲۹۶۳/۵۷	۰/۶۶۰	۰/۸۱۳

حدود ۶۶ درصد از امید به زندگی بهبودیافتگان از کووید-۱۹ وابسته به دو متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان می‌باشد.

جدول ۳ نشان می‌دهد که مدل پیش‌بینی امید به زندگی براساس حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان، معنادار می‌باشد و این مدل قادر است تا ۶۶ درصد از تغییرات امید به زندگی را تبیین کند. به عبارت دیگر،

جدول ۴. آزمون ضرایب رگرسیونی برای پیش‌بینی امید به زندگی براساس حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان

متغیر پیش‌بین	B	β	P	VF
حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۸۵	۰/۴۹	۰/۰۰۰	۱
سلامت روان	-۰/۷۳	-۰/۳۶	-۰/۰۰۶	۱

که به ازای کاهش ۱ انحراف استاندارد متغیر سلامت روان، متغیر امید به زندگی به اندازه ۰/۳۶ انحراف استاندارد افزایش می‌یابد (نمرات بالاتر GHQ نشان‌دهنده سلامت روان پایین‌تر است).

میان حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت روان و امید به زندگی، رابطه معناداری وجود دارد؛ لذا، فرضیه پژوهش حاضر تأیید گردید و نشان داده شد که میان حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان، با امید به زندگی، رابطه معناداری در حد ۰/۰۱ وجود دارد؛ به عبارت دیگر، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت که میان دو متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان، با امید به زندگی، رابطه معناداری وجود دارد.

نتایج ضرایب استاندارد شده β نشان می‌دهد که مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان، تأثیر معناداری بر امید به زندگی در بهبودیافتگان از کووید-۱۹ دارند و متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده ($\beta=۰/۴۹$) پیش‌بین قوی‌تری نسبت به متغیر سلامت روان در امید به زندگی در بهبودیافتگان از کووید-۱۹ است. همچنین ضرایب تأثیر متغیرهای پیش‌بین در جدول ۴ نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی ادراک شده قادر است تا ۴۹ درصد از واریانس امید به زندگی را تعیین کند؛ به شکلی که به ازای افزایش ۱ انحراف استاندارد متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده، متغیر امید به زندگی به اندازه ۰/۴۹ انحراف استاندارد افزایش می‌یابد. به همین ترتیب، سلامت روان قادر است تا ۳۶ درصد از واریانس امید به زندگی را تعیین کند؛ به شکلی

۴. بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه حاضر، پیش‌بینی امید به زندگی براساس حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان در میان بهبودیافتگان از بیماری کووید-۱۹ در استان بوشهر بود. نتایج پژوهش اخیر، حاکی از آن می‌باشد که دو متغیر پیش‌بین پژوهش (حمایت اجتماعی ادراک شده و امید به زندگی) توانایی پیش‌بینی متغیر ملاک (امید به زندگی) را دارند؛ همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان، به ترتیب ۴۹ و ۳۶ درصد از واریانس امید به زندگی را تعیین می‌کنند. بر اساس نتایج پژوهش حاضر، حمایت اجتماعی ادراک شده ۴۹ درصد از واریانس امید به زندگی را تعیین می‌کند. هم‌سان با نتایج پژوهش اخیر، بسیاری از محققان در تحقیقات خود نشان دادند که حمایت اجتماعی ادراک شده در سطح مطلوب، موجب افزایش امید به زندگی نیز می‌گردد. در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت که حمایت اجتماعی ادراک شده نقش مهمی در تسکین تأثیرات منفی بیماری بر بعد روانی بیماران دارد و با تجربه پریشانی کمتر، احساس کنترل بیشتر، بهبود اعتمادبه‌نفس، کاهش تأثیرات حوادث منفی بر زندگی و بهبود کیفیت زندگی همراه می‌باشد. حمایت اجتماعی، قوی‌ترین و نیرومندترین نیروهای مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان افراد در زمان درگیری افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و شرایط تنش‌زا شناخته شده است و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند و از طریق ایفای نقش واسطه‌ای میان عوامل تنش‌زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش تجربه شده، افزایش میزان بقا و بهبود وضعیت‌های بهداشتی و در پایان سازگاری این افراد با بیماری می‌شود (۵). رابرت (۲۰۱۹) معتقد است که برخورداری از حمایت اجتماعی مطلوب، فرد را به سلامت جسمی و بهزیستی روانی هدایت می‌کند (۶). حمایت اجتماعی در کل باعث افزایش سازگاری افراد با بیماری، ارتقای کیفیت زندگی، مدت بقا و نتایج مراقبت‌های حرفه‌ای، بهبود وضعیت اقتصادی، حفظ احساس هم‌سانی اجتماعی، تسهیل خودارزشیابی، پیوند با اجتماع و مقابله با احساس تنهایی می‌گردد (۷).

بر اساس نتایج پژوهش حاضر سلامت روان ۳۶ درصد از واریانس امید به زندگی را تعیین می‌کند. هم‌سان با نتایج پژوهش اخیر، ارتباط سلامت روان با امید به زندگی در تحقیقات گوناگون به اثبات رسیده است که از جمله آن

می‌توان به تحقیقات جانی و همکاران (۲۰۱۷) و رحیمی و همکاران (۲۰۱۷) اشاره کرد (۸ و ۱۰). در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت که همان‌طور که کاهش سلامت روان در مبتلایان به بیماری‌های مزمن موجب میزان استرس ادراک شده بالا در آنها، خودکارآمدی پایین، امید به زندگی پایین، علائم جسمانی شدید، افسردگی و اضطراب بالا و عملکرد اجتماعی پایین می‌شود (۸)؛ ارتقای سلامت روان نیز می‌تواند از طریق ایجاد احساس خودکارآمدی بالا، امید به زندگی بالا، کاهش علائم جسمانی تجربه شده، کاهش افسردگی و اضطراب و به‌طور کلی حالات روانی منفی و همچنین ارتقای سطح عملکرد و روابط اجتماعی موجب افزایش امید به زندگی گردد؛ لذا سلامت روان قابلیت پیش‌بینی میزان امید به زندگی را داراست.

به‌طور کلی بر اساس نتایج این پژوهش، حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان با امید به زندگی، رابطه معنادار دارند، البته این امر هرگز به معنی وجود رابطه علت و معلولی در بین این دو متغیر نیست. متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان، پیش‌بینی‌کننده‌های امید به زندگی محسوب می‌شوند. هم‌سان با نتایج پژوهش اخیر، علی‌اکبری دهکردی، عیسی‌زاده و آقاجان بگلو (۲۰۲۰)، در پژوهش خود دریافتند که مبتلایان به بیماری کرونا پیامدهای روانی-اجتماعی بسیاری را تجربه می‌کنند که از جمله مهم‌ترین آنها می‌توان به ترس از مرگ، افسردگی و اضطراب در بعد روانی و کاهش فعالیت‌های اجتماعی، تجربه احساس طرد اجتماعی، کاهش ارتباط مؤثر با خانواده و جامعه و تجربه انگ توسط مبتلایان و خانواده‌هایشان در بعد اجتماعی اشاره کرد؛ لذا، پیامدهای روانی و اجتماعی این بیماری می‌تواند بر کیفیت زندگی و امید به زندگی در مبتلایان به کرونا تأثیر بگذارد (۲۶). همچنین علی‌زاده فرد و صفاری‌نیا (۲۰۱۹) نیز در پژوهش خود نشان دادند که شرایط بحرانی همه‌گیری بیماری کرونا علاوه بر افزایش عوامل منفی مانند اضطراب، باعث ایجاد عوامل مثبت مانند همبستگی و مشارکت اجتماعی نیز شده است که به‌صورت منفی و مثبت بر سلامت روان، تأثیرگذار هستند (۲۷).

افراد بهبودیافته از کرونا که تا چندی پیش با این بیماری و به نوعی با مرگ دست‌وپنجه نرم می‌کردند، هنگامی که در تمامی جوانب زندگی به‌ویژه جنبه عاطفی و روانی مورد حمایت اجتماعی قرار گیرند و حس ارزشمند بودن کنند و احساس تنهایی، اضطراب و افسردگی در آنها

در این راستا توصیه می‌شود که با توجه به اهمیت دو متغیر حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت روان در ارتقای امید به زندگی و کیفیت زندگی بهبودیافتگان از کروناویروس جدید، برنامه‌ها و آموزش‌هایی که موجب ارتقای حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت روان می‌شوند، تدوین گردند. با توجه به اهمیتی که خانواده‌ها در احساس دریافت حمایت اجتماعی و ارتقای سلامت روان در بهبودیافتگان از کرونا دارند، توصیه می‌شود که با فرد بهبودیافته همدلی کنند و از طرد او بپرهیزند. آموزش همدلی و برقراری ارتباط همدلانه و محبت‌آمیز به افراد خانواده نیز می‌تواند مفید واقع گردد. رسانه‌ها و نشریات گروهی نیز می‌توانند از انگ ابتلا به کرونا در جامعه بکاهدند و در نتیجه، موجب افزایش حمایت اجتماعی دریافت و ارتقای سلامت روان بهبودیافتگان گردند که این امر نیز موجب افزایش امید به زندگی در بهبودیافتگان می‌گردد.

کاهش یابد و در نتیجه سلامت روان خویش را ارتقا دهند، امید به زندگی در آنها افزایش می‌یابد و به عبارت دیگر، توانایی درک‌شده آنها برای یافتن راهی برای رسیدن به هدف، افزایش می‌یابد (تفکر راهبردی) و همچنین انگیزه لازم برای استفاده از راه‌های رسیدن به هدف (تفکر عاملی) نیز در آنان تقویت می‌گردد؛ بنابراین زمانی که بهبودیافتگان مورد حمایت اجتماعی قرار گیرند و از فشارهای روانی و اجتماعی تحمیل شده بر آنها که بر سلامت روان تأثیر دارد، کاسته شود، امید به زندگی در آنها افزایش می‌یابد.

پژوهش حاضر نیز مانند سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی دارد که از جمله مهم‌ترین آنها می‌توان به استفاده از نمونه در دسترس، محدود بودن جامعه آماری پژوهش به بهبودیافتگان استان بوشهر و اجرای پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین اشاره کرد.

References

- [1]. Andrew J. New coronavirus can cause infections with no symptoms, studies show. STAT-US. Retrieved 26 January 2020.
- [2]. Corona National Headquarters, April 17, 2020. <http://www.president.ir>. [Persian]
- [3]. Hamshahri Online. Fifty-two percent of Corona patients in Tehran have mental health problems / gender and age: 2020. [Persian]
- [4]. Sanderson C A. Health psychology. 2nd ed. New York: Wiley Global Education: 2012.
- [5]. Benedict R H B. Predicting quality of life in multiple sclerosis: For physical disability, fatigue, cognition, mood disorder, personality, and behavior change. Journal of Neurological Science 2017; 231(1): 29- 34.
- [6]. Roberts J E. Social support and personality in depression: Implications from quantitative genetics. In: Pierce GR, Lakey B, Sarason IG, Sarason BR (editors). Sourcebook of social support and personality. New York: Plenum 2019; 29: 187- 214.
- [7]. Courtens A M. Longitudinal study and quality of life and social support in cancer patients. Cancer Nurs 2016; 3: 162-169.
- [8]. Jani M, Jamilian H, Aramoon A. Comparing Perceived Stress, Self-efficacy and Mental Health in Patients With HIV and Hepatitis C. J Arak Uni Med Sci 2017; 20 (9): 12-21. [Persian]
- [9]. World Health Organization Report. Mental health: New understanding, new hope. Geneva, Switzerland: World Health Organization: 2001. <https://www.who.int/whr/2001>.
- [10]. Rahimi E, Abyar Z, Homam Zakeri langroudi A, Zamani N. Comparison of General Health, Mental Health and Coping Strategies among Patients with Diabetes Type 1, 2 and Patients with Multiple Sclerosis. hrijbaq. 2017; 2 (1) :33-41. [Persian]
- [11]. Snyder C R, Yamhure L C. Heartland Forgiveness Scale. Unpublished manuscript, University Kansas, Lawrence: 2000.
- [12]. Magyar-Moe J. Therapist's guide to positive psychological interventions: 2009.
- [13]. Movahedi M, Movahedi Y, Farhadi A. Effect of hope therapy training on life expectancy and general health in cancer patients. journal of HOLISTIC NURSING AND MIDWIFERY 2017; 25(76): 84-92. [Persian]
- [14]. Bagheri Zanjani Asl Monfared L, Entesar Foumany G. The effectiveness of group based hope- therapy on increasing resilience and hope in life expectancy in patients with breast cancer. JHPM. 2016; 5 (4) :58-64. [Persian]
- [15]. Rahimi A, Khodabakhshi-Koolae A, Falsafinejad MR. The Effectiveness of Group Hope-Therapy on Hope and Dysfunctional Attitudes in HIV Positive Patients. Journal of Health Chimes 2017; 5(2): 20-28. [Persian]
- [16]. Samin T, Akhlaghi Kohpaei H. Prediction of Life Expectancy based on Quality of Life, Perceived Stress and Fatigue in Patients with Multiple Sclerosis (MS). Journal of health psychology 2019; 8(29): 101-118. [Persian]
- [17]. Zimet G D, Dahlem N W, Zimet S G, Farley G K. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment 1988; 52: 30- 41.
- [18]. Nasiri F, Abdolmalek S. Explaining the Relationship between Perceived Social Support and Quality of Life, Perceived Stress Mediator Role in Female-Headed Households in Sanandaj. Journal of Applied Sociology 2016; 27(4): 99-116. [Persian]
- [19]. Goldberg D P. The Detection of psychiatric Illness by Questionnaire. Muadsley Monograph, Oxford: Oxford University press 1972; 21.
- [20]. Yaghubi H, Karimi M, Omidi A, Barouti E, Abedi M. Validity and Factor Structure of the General Health Questionnaire (GHQ- 12) in University Students. Journal of Behavioral Sciences 2012; 6(2): 153-160. [Persian]
- [21]. Aminpour H, Zare H. Psychological tests. Aeezh: 2013. [Persian]
- [22]. Snyder C R, Harris C, Anderson J R, Holleran S, Irving L M, Sigmon S T & et al. The Will and the ways: Development and validation of an individual differences measure of hope. J Pers Soc Psychol 1991; 60(4): 807- 817.
- [23]. Koohsarian P. Investigating the effect of hope therapy on reducing depression in diabetic women in Semnan Diabetes Research Center. Master Thesis, General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University: 2008. [Persian]
- [24]. Sedation S H, Mostajeran M, Ghamrani A. The comparative Analysis of hope and optimism among Normal students and those suffering from Hearing Impairment. Exceptional Education. 2012; 4 (112) :18-26. [Persian]

- [25]. Beak L. Development through the lifespan. *Arasbaran*, 39: 2019.
- [26]. Aliakbari dehkordi M, Eisazadeh F, Aghjanbaglu S. Psychological consequences of patients with coronavirus (COVID- 19): A Qualitative Study. *Biquarterly Iranian Journal of Health Psychology* 2020; 2(2). [Persian]
- [27]. Alizadehfard S, Saffarinia M. The prediction of mental health based on the anxiety and the social cohesion that caused by Coronavirus. *Social Psychology Research* 2019; 36: 129-141.

Life expectancy predictions based on perceived social support and mental health among those recovering from covid-19 disease

Majid Saffarinia¹, Fatemeh Eisazadeh^{2*}, Zahra Hamzehei³

1. Professor of Social Psychology, Faculty of Education and Psychology, Payame Noor University.
2. PhD student in Health Psychology, Faculty of Education and Psychology, Payame Noor University, Emirates.
3. PhD student in Health Psychology, Faculty of Education and Psychology, Payame Noor University.

Abstract

Introduction: Covid-19 disease is highly debated with its increasing prevalence and the damage it inflicts on life, financial and psychological resources; so, The aim of the present study is to predict life expectancy based on perceived social support and mental health among those recovering from Covid-19 disease.

Materials and Methods: The statistical population of the present study was 117 people with improved covid-19 disease, 90 of whom were the statistical sample size of the present study according to Morgan table. The present study was conducted in 1399 in Bushehr province and sampling was done based on available sampling method. The study's tools included three written perceptions of perceived social support, Zimet (1988) (MSPSS), Goldberg's Mental Health (1972) (GHQ-12), and Snyder's Life Hope Questionnaire (1991). The present study was a descriptive study and Pearson correlation coefficient and regression analysis were used to analyze the data.

Results: The results showed that perceived social support and mental health are correlated with life expectancy. It was also found that perceived social support and mental health predicted 49(P=0/000) and 36(P=-0/006) percent of life expectancy changes, respectively.

Conclusion: The findings of the present study indicate that by providing suitable grounds for improving quality, strengthening and creating the characteristics of perceived social support and mental health in those recovering from covid-19 disease, life expectancy can be expected in They improved.

Received: 2020/06/02

Accepted: 2021/02/12

Keywords: Social Support, Mental Health, Life Expectancy, Covid- 19.