

شیوع افسردگی و تاثیر آن بر کیفیت زندگی کادر درمان در شیوع COVID-19

معصومه احمدی

masoume_ahmadi_14@yahoo.com

امیرحسین جعفری نیا پاریزی

Am.parizi@gmail.com

فرزاد تات شه دوست

Farzadtat1992@gmail.com

چکیده

با توجه به اینکه کارکنان مراقبت های بهداشتی و درمانی در خط اول مبارزه با بیماری های عفونی و بیماری کووید-۱۹ می باشند اولین کسانی هستند که در معرض آلودگی به این ویروس قرار می گیرند ترس و اضطراب ناشی از ابتلای احتمالی، بار روانی زیاد و مخربی ایجاد نموده که می تواند منجر به ناهنجاری های روحی و روانی، تضعیف سیستم ایمنی و کاهش توان بدن در مبارزه با بیماری ها در افراد جامعه من جمله تیم درمان (پرستاران، پزشکان و ...) شود. هدف پژوهش حاضر شیوع افسردگی و تاثیر آن بر کیفیت زندگی کادر درمان در شیوع COVID-19 می باشد روش پژوهش مطالعه حاضر از نوع کاربردی و روش آن توصیفی بود. جامعه آماری شامل تمام پرستاران و بهیاران شاغل در بیمارستانهای تهران منطقه ۳ طی بروز پاندمی COVID-19 در شش ماه سال ۱۴۰۰ بود. نتایج پژوهش با نرم افزار AMOS نشان داد که بین شیوع کرونا و کیفیت زندگی و همچنین بین افسردگی و کیفیت زندگی کادر درمان تاثیر منفی دارد.

واژگان کلیدی: شیوع افسردگی-کیفیت زندگی- کووئید ۱۹- کادر درمان

مقدمه

در اواخر دسامبر سال ۲۰۱۹ یک سری موارد در مورد پنومونی در ووهان چین گزارش شد و در ۲۱ ژانویه سال ۲۰۲۰ سازمان بهداشت جهانی، این ویروس را به عنوان کرونا ویروس نوین - ۲۰۱۹ نام گذاری کرد. بیماری کرونا ویروس ۲۰۱۹ یا کووید-۱۹ یک عفونت است که توسط ویروسی خاص به نام SARS - CO1 - 2 ایجاد می شود. مشکلات مربوط به تنفس هنگامی اتفاق می افتد که عفونت روی ریه ها اثر گذاشته باعث ایجاد پنومونی شود. مرگ در پی این علائم در انسان آلوده شده به ویروس کووید ۱۹ محتمل است (۱)

معمولا علائم چند روز پس از آلوده شدن در انسان شروع می شود اما در بعضی افراد ممکن است علائم کمی دیرتر ظاهر شوند، بر اساس آمارها و تحقیقات انجام شده علائم می توانند: شامل تب، سرفه خشک، اختلال تنفسی، احساس خستگی، درد عضلانی و اسهال باشند. به طور متوسط دوره نهفتگی علائم چهار روز بوده است کدورت در سی تی اسکن قفسه سینه در ۴،۵۶ درصد موارد دیده شده است بعضی از افراد هیچ علامتی ندارند یا فقط علائم خفیف دارند اما در افراد دیگر این ویروس می تواند منجر به مشکلات جدی مانند ذات الریه، عدم دریافت اکسیژن و مرگ شود (۲)، مبارزه با این ویروس به طور سراسری و همه جانبه در کل جهان در حال انجام است گرچه با توجه به جدید بودن این ویروس و میزان اطلاعات موجود در مورد بیماری زایی این ویروس و همچنین روش های کنترل و درمان آن محدود است (۳). وقوع حوادث و بحران یکی از چالش های اساسی کشورها می باشد، آنچه که در این خصوص مهم می باشد شیوه برخورد مدیران ارشد، متخصصان و نیز مردم در برخورد با آن چالش، تعیین کننده وضعیت آینده بحران خواهد بود (۱)

تا به امروز هیچ واکسن با داروی ضد ویروس موفقیت آمیزی برای عفونت های کرونا ویروس نوین - ۱۹ از نظر بالینی تایید نشده است بنابراین پیشگیری و کنترل عفونت و رعایت اصول بهداشتی توسط عموم مردم در اولویت می باشد اما این توصیه ها باید درست و متناسب با نیاز متخصصان و عموم مردم باشد (۴)، بنابراین یکی از اولین نیازهای افراد در زمان بحران کرونا ویروس، کسب اطلاعات معتبر برای تصمیم گیری دقیق می باشد (۵، ۹). پیشگیری از این بیماری مسئله ای است که توجه به سه مفهوم آگاهی، نگرش و عملکرد را می طلبد (۱۴). جانی و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که مبتلایان به بیماری های مزمن؛ از جمله ایدز، از سلامت روان مطلوبی برخوردار نیستند و سلامت روان پایین در آنها پیش بینی کننده میزان استرس ادراک شده 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 می شود (۱۰). یکی از مهم ترین مباحث اساسی در روان شناسی مثبت گرا، ایجاد تاب آوری است. روان شناسان مثبت نگر معتقدند تاب آوری می تواند از افراد در برابر رویدادهای تنش زای زندگی حمایت کند (۱۱). امید شامل ادراکات شخص در باره توانایی هایش برای تعیین اهداف روشن، تدوین طرح هایی 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 تاب آوری به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان، موجب ارتقای سلامت عمومی آنها می شود (۱۳). افزایش تاب آوری به زندگی می تواند تاب آوری و کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان را افزایش دهد (۱۴). رحیمی توتکابنی و همکاران (۲۰۱۷) ارتقای امید به زندگی در مبتلایان به ایدز می تواند موجب افزایش کیفیت زندگی و کاهش نگرش های ناکارآمد در آنان شود (۱۵). در پژوهش ثمین و اخلاقی کوهپایی (۲۰۱۹) نشان داده شد که رابطه تاب آوری به زندگی و کیفیت زندگی، یک رابطه دوسویه است و افرادی که تاب آوری به زندگی بالاتری دارند کمتر به انواع بیماری ها مبتلا می شوند و در صورت ابتلا نیز عوارض کمتری را تجربه می کنند و در واقع از جمله روش های تضمین کننده کنترل عفونت افزایش آگاهی و نگرش و بهبود عملکرد پرسنل میباشند (۱۵). پرستار به عنوان یکی از اعضای تیم مراقبت های بهداشتی با اقداماتی نظیر ضدعفونی کردن مناسب پوست، استفاده از دستکش و ماسک، جداسازی مناسب بیماران، به کارگیری اصول احتیاط استاندارد، رعایت بهداشت دست، پیشگیری از تماس اتفاقی دست با سرسوزن، اجتناب

از مواجهه با ترسحات و به کار گیری موازین پیشگیری نقش منحصر به فردی در کنترل و پیشگیری از عفونت های بیمارستانی دارد. به همین دلیل باید پرستاران اطلاعات علمی صحیح و کافی از این بیماری و روش های پیشگیری از ایجاد آنها داشته باشند. باید باورها، گرایشات آنان نسبت به رعایت این موارد تقویت شود تا بتوانند بیماران را از ابتلا به این بیماری محافظت نموده و هر چه سریع تر به خانواده و اجتماع بازگردانند به دلیل شیوع ناگهانی این بیماری، دامنه پژوهش های 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 یافته اند، می تواند از فشارهای وارد شده بر بهبودیافتگان بکاهد و موجب بهبود و ارتقای امید به زندگی و کیفیت زندگی آنان گردد؛ لذا، پژوهش حاضر در صدد شیوه افسردگی و تاثیر آن بر کیفیت زندگی کادر درمان در شیوع کووید-۱۹ می باشد.

پیشینه پژوهش

(۱۳۹۹) در پژوهش خود تحت عنوان تبیین فرایند مراقبت توسط مراقبین خانواده از مبتلایان به کووید ۱۹ ارایه مدل کاربردی با توجه به اهمیت مراقبت بیماران مبتلا به کووید ۱۹ در منزل و قرار گرفتن بخش اعظم مراقبت بر عهده مراقبین غیر رسمی، ارائه مدل کاربردی فرایند مراقبت توسط مراقبین، بستر مناسبی برای مداخلات و حمایت مراقبین توسط پرستاران و سیاست گزاران نظام سلامت فراهم خواهد نمود. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تبیین فرایند مراقبت توسط مراقبین خانواده از مبتلایان به کووید ۱۹ و ارایه مدل کاربردی انجام خواهد شد. روش کار: این مطالعه در دو مرحله انجام می شود. ابتدا طی یک مطالعه کیفی با روش گراندد تئوری، داده ها با استفاده از روش های مصاحبه، یادداشت برداری در عرصه، و مرور مستندات جمع آوری خواهد شد. مشارکت کنندگان در این مطالعه، مراقبین خانواده مبتلایان به کووید ۱۹ و افراد مرتبط با فرایند مراقبت می باشند. نمونه گیری، ابتدا به روش هدفمند و در ادامه بصورت نظری انجام خواهد شد. با استفاده از روش آنالیز مقایسه ای مداوم، فرایند جمع آوری داده ها، کدگذاری و تجزیه و تحلیل اطلاعات به طور همزمان انجام می گیرد. جمع آوری داده ها تا اشیاع نظری یعنی تکامل مفاهیم و تبیین نظریه ادامه خواهد یافت. آنالیز داده ها به روش کوربین - اشتراوس (۲۰۱۵) انجام خواهد شد که شامل پنج مرحله کدگذاری باز، توسعه مفاهیم با توجه به ویژگی ها و ابعادشان، تحلیل داده ها برای زمینه، وارد نمودن فرایند به تحلیل و یکپارچه سازی طبقات حول متغیر مرکزی و ارایه نظریه انجام می گردد. با توجه به اینکه نظریه ارایه شده در زمینه بیانگر وضعیت موجود نحوه مراقبت مراقبین خانوادگی است، در مرحله دوم با توجه به این یافته (نظری زمینه ای) که نشان دهنده وضع موجود است، مدلی کاربردی (نظریه تجویزی) برای مواجهه مناسب مراقبین خانواده از مبتلایان کووید ۱۹ (با توجه به رویکرد نظریه - تحقیق - نظریه ملیس (۲۰۱۲)) طراحی می گردد. جهت طراحی این مدل از راهبرد سه مرحله ای ساخت تئوری واکر و اوانت (۲۰۱۹) (بعنوان روش تحقیق) استفاده خواهد شد. جهت بررسی صحت و استحکام داده ها و ارزشیابی کیفیت یافته های پژوهش با استفاده از معیارهای پنجگانه جانسون به نقل از لینکن و کوبا و معیارهای عمومی ده گانه معرفی شده توسط کوربین و اشتراوس (۲۰۰۸) استفاده خواهد شد (۸)

حسین و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی تحت عنوان شیوع شناسی و سیر بیماری کرونا ویروس COVID-19 بیماری کرونا ویروس^۱ ناشی از SARS-COV2 می باشد و عامل سببی یک بیماری بالقوه کشنده است که از نگرانی های بهداشت عمومی جهانی است. با توجه به تعداد زیادی از افراد مبتلا که در معرض بازار آفریان در شهر ووهان، چین قرار گرفته اند، این احتمال وجود دارد که COVID-19 بین انسان و حیوانات مشترک باشد. انتقال عفونت COVID-19 از انسان به انسان منجر به ایزوله کردن بیماران شد که انواع مختلفی از درمانها را انجام دادند. اقدامات گسترده ای برای کاهش انتقال COVID-19 از انسان به انسان برای کنترل شیوع فعلی انجام شده است. توجه و تلاش ویژه برای محافظت یا کاهش انتقال باید در گروه های مستعد از جمله کودکان، ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی و افراد مسن اعمال شود. در این مطالعه علائم، اپیدمیولوژی (شیوع شناسی)، انتقال، پاتوژن

¹ (COVID-19)

(سیر بیماری)، تجزیه و تحلیل فیلوژنتیک (تکامل بیماری) و مسیرهای آینده برای کنترل شیوع این بیماری کشنده را برجسته می‌کنیم. (۱۰)

پارکویس و همکاران^۱ (۲۰۲۰) تحلیل تکاملی ژنوم کامل کرونا ویروس جدید (۲۰۱۹-nCoV) در رد فرضیه ظهور به عنوان نتیجه نو ترکیب رویداد اخیر یک کروناویروس جدید (۲۰۱۹-nCoV) با توانایی انتقال انسان به انسان و عفونت شدید انسانی به تازگی از شهر ووهان در چین گزارش شده است. اهداف ما در راستای توصیف روابط ژنتیکی ۲۰۱۹-nCoV و جستجوی نو ترکیب فرضی در تیره ساربوکوویروس می‌باشد. نو ترکیبی فرضی با استفاده از RDP4 و سیمپلوت ۷3.5.1 مورد بررسی قرار گرفت و خوشه بندی فیلوژنتیک ناموزون در قطعات ژنومی فردی با استفاده از تجزیه و تحلیل فیلوژنتیک با استفاده از روش های حداکثر احتمال و بیزی تأیید شد. تجزیه و تحلیل ما نشان می‌دهد که مدل ۲۰۱۹-nCoV گرچه به شدت با توالی BatCoV RaTG13 در کل ژنوم (شباهت رشته ۹۶٫۳٪) مرتبط است، اما خوشه بندی ناموزون را شبیه به توالی های کرونا ویروس Bat_SARS نشان می‌دهد. مخصوصاً در دهانه ۵ پرین ژنوم اولین نوکلئوتید لیگامان ۱۰،۹۰۱ که با نوکلئوتیدهای ۱۱،۴۹۸ زنجیره ی نمونه اولیه مطابقت داشت (NC- 045512) و آخرین زنجیره ی ۳ پرین موقعیت ۲۲،۸۳۱-۲۷،۹۳۳ (۲۴،۳۴۱-۳۰۶۹۶ نوکلئوتید در 2019-nCoV) و NC- 045512 و RaTG13 به شکل خوشه منفرد با توالی های کروناویروس سارس مانند خفاش، تشکیل شدند. مطالعات ما پیشنهاد می‌کند که ویروس کرناوی جدید (۲۰۱۹-nCoV) به صورت موزاییکی و تکه تکه نیستند و مشخص شده است که ارتباط نزدیکی به BatCoV RaTG13 در خفاش ها از کشور یونان دارند. سطح شباهت ژنومی بین ۲۰۱۹-nCoV و RaTG13 این طور نشان می‌دهد که دومی نوع دقیقی را نشان نمی‌دهد که باعث شیوع آن در انسان باشد، ولی فرضیه منشا گرفتن ۲۰۱۹-nCoV از خفاش ها بسیار محتمل است. از طرف دیگر مدارکی دال بر روابط فیلوژنتیکی ناسازگار بین ۲۰۱۹-nCoV و RaTG13 clade با نزدیک ترین شریکش، توالی های مشابه کروناویروس در سارس خفاش می‌باشد. بر طبق آنالیز های قبلی، توالی های کروناویروسی که مشابه سارس های خفاش هستند، در درخت فیلوژنی به صورت خوشه های متفاوتی قرار گرفتند، که پیشنهاد کننده ی این است که آن ها نو ترکیب هستند و بنابراین ۲۰۱۹-nCoV و RaTG13 از یک تبار نیستند (۱۱)

روش پژوهش

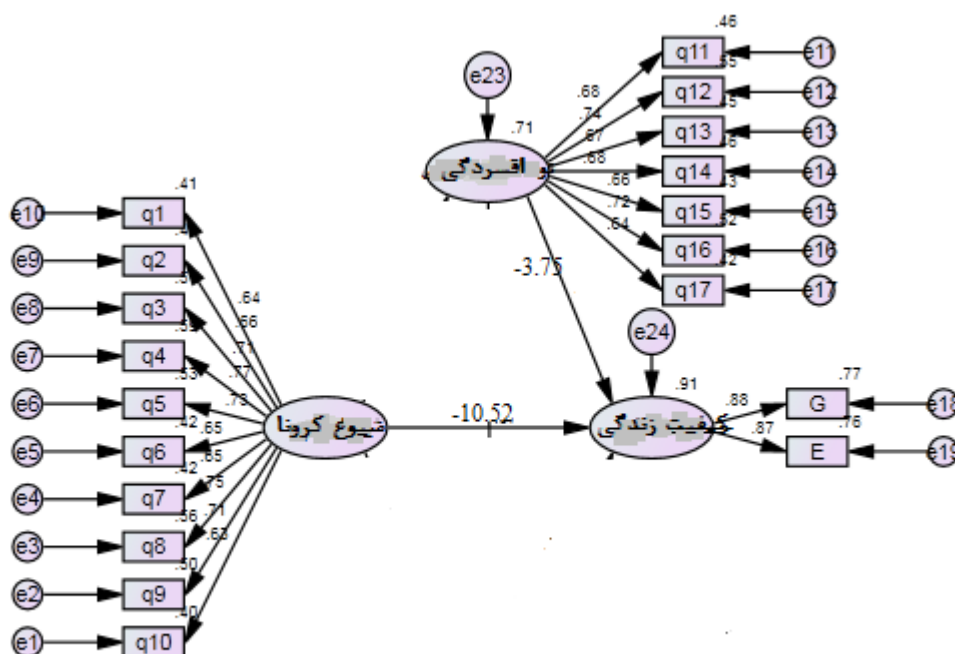
مطالعه حاضر از نوع کاربردی و روش آن توصیفی بود. جامعه آماری شامل تمام پرستاران و بهیاران شاغل در بیمارستان های منطقه ۳ طی بروز پاندمی COVID-۱۹ در سال ۱۴۰۰ بود. روش نمونه گیری به صورت در دسترس انجام شد و نفر از پرستاران در مطالعه شرکت کردند. پرسشنامه افسردگی، اضطراب (DASS-۲۱) برای سنجش سازه های روانشناختی افسردگی، اضطراب و استرس ساخته شده است. نسخه اصلی این مقیاس دارای ۴۲ سوال است که افسردگی، اضطراب و تنیدگی را می‌سنجد. بعدها، نسخه کوتاه شده این مقیاس به نام DASS-۲۱ توسط لایبوند و لایبوند در سال ۱۹۹۵ ساخته شد. فرم جدید به علت کوتاه تر بودن و داشتن ویژگی های نسخه اصلی کاربرد بیشتری در پژوهش ها داشته است. پرسشنامه کیفیت زندگی توسط استیگر و همکاران در سال (۲۰۰۶) طراحی شده است. این مقیاس دارای ۱۰ گویه و دو مولفه می‌باشد که با یک مقیاس لیکرت پنج درجه ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) و هر ماده دارای ارزشی بین ۱ تا ۵ است.

نتایج پژوهش

مدل معادلات ساختاری

پس از اطمینان از روایی و پایایی ابزار تحقیق با تحلیل داده های پرسش نامه، مدل معادلات ساختاری زیر حاصل شده است.

¹ Parkois et al



به ذکر است که در این مدل، گویه ها نقش متغیر مشاهده شده را در مدل ساختاری ایفا کردند.

تحلیل مدل ساختاری

برای تحلیل فرضیه‌ها، ابتدا باید مدل نظری تدوین شده برای هر فرضیه مورد پردازش قرار گیرد تا مشخص شود که داده‌های جمع‌آوری شده تا چه اندازه مدل نظری را مورد حمایت قرار می‌دهد که برای پاسخ به این سؤال از شاخص‌های کمی برازش مدل (CFI, GFI, RMR...) استفاده می‌شود. در صورتی که شاخص‌های کلی قابل قبول بودند یا به عبارتی مدل نظری مورد تأیید قرار گرفت در آن صورت می‌توان به روابط درون مدل پرداخت که این روابط متقابل ضریب رگرسیونی (ضریب تأثیر) مربوط به فرضیه و بارهای عاملی مربوط به هر گویه می‌باشند که برای آزمون قابل قبول بودن این ضرایب (ضرایب تأثیر بارهای عامل) از شاخص جزئی P استفاده می‌شود که مقدار آن برای مقادیر قابل قبول کم‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد. جدول ۴-۹ شاخص‌های برازش مدل به همراه مقادیر مطلوب را نشان می‌دهد.

جدول ۱ شاخص‌های برازش مدل نظری تحقیق

مقدار به دست آمده در مدل	مقدار ایده آل	مقدار قابل قبول	نام شاخص
۱۳۷۳	-	-	درجه آزادی (df)
۳۶۳۵/۰۱۱	$0 \leq \chi^2 \leq 2df$	$2df \leq \chi^2 \leq 3df$	کای اسکوئر (χ^2)
۰/۰۰۰	$.01 < p \leq .05$	$.05 < p \leq 1.00$	معناداری χ^2
۲/۶۴۷	$0 \leq \chi^2/df \leq 2$	$2 < \chi^2/df \leq 3$	کای اسکوئر بهینه شده (χ^2/df)
۰/۸۵۲	$.95 \leq GFI \leq 1.00$	$.80 \leq GFI < .95$	نیکویی برازش (GFI)
۰/۰۷۵	$0 \leq RMR \leq .05$	$0 < RMR \leq .10$	ریشه میانگین مربعات باقی مانده (RMR)
۰/۹۴۰	$.97 \leq CFI \leq 1.00$	$.90 \leq CFI < .97$	شاخص برازش تطبیقی (CFI)
۰/۰۷۲	$0 \leq RMSEA \leq .05$	$.05 < RMSEA$	ریشه‌ی میانگین مربعات خطای برآورد

		≤ 0.08	(RMSEA)
۰/۵۳۱	$.60 \leq PGFI \leq 1.00$	$.50 \leq PGFI < .60$	شاخص نیکویی برازش ایجازی (PGFI)
۰/۵۸۵	$.60 \leq PNFI \leq 1.00$	$.50 \leq PNFI < .60$	شاخص برازش ایجازی هنجار شده (PNFI)

شاخص کای اسکوئر یکی از شاخص‌های مطلق است، هر چه مقدار کای اسکوئر مدل کوچک‌تر باشد مدل تدوین شده توسط پژوهشگر رضایت‌بخش‌تر و بهتر است. چنان سطح معناداری برای χ^2 بزرگ‌تر از ۰/۰۵ باشد، مقدار کای اسکوئر برای مدل قابل قبول و چنانچه بین ۰/۰۱ تا ۰/۰۵ باشد ایده‌آل است. با توجه به این که سطح معناداری برای مدل مذکور بین ۰/۰۱ تا ۰/۰۵ است. می‌توان نتیجه گرفت که مقدار کای اسکوئر برای مدل ایده‌آل است. یکی از شاخص‌های عمومی شاخص کای اسکوئر بهنجار یا نسبی است که از تقسیم ساده مقدار کای اسکوئر به درجه‌ی آزادی مدل محاسبه می‌شود و اغلب مقادیر بین ۱ تا ۳ را برای این شاخص قابل قبول می‌دانند. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود این مقدار برای مدل مورد نظر ۲/۶۵ است که مقداری مناسب و قابل قبول است. شاخص GFI یکی از شاخص‌های تطبیقی است که مقدار بیش‌تر از ۰/۸ برای این مقدار نشان از برازش خوب مدل توسط داده‌ها دارد. مقدار GFI برای مدل ۰/۸۵۲ به دست آمد که نشان از برازش خوب مدل دارد. ماتریس باقی‌مانده یکی از ماتریس‌های معمولی است که هم می‌تواند برای ارزیابی برازش کلی (مدل تدوین شده) و هم برای برازش جزئی (پارامترها تعریف شده بین دو متغیر) مورد استفاده قرار گیرد. ریشه‌ی دوم میانگین مربعات باقی‌مانده یا RMR برای مدل مذکور ۰/۰۷۵ که برای مدل مقداری مطلوب است. شاخص برازش تطبیقی یا CFI یکی از شاخص‌های تطبیقی است که مقادیر بین ۰/۹ تا ۰/۹۷ به‌عنوان قابل قبول بودن و مقادیر بالاتر از ۰/۹۷ برای این شاخص به‌عنوان برازش بسیار خوب داده‌ها به مدل تفسیر می‌شود. مقدار CFI برای مدل مذکور ۰/۹۴۰ که با توجه به اینکه بین ۰/۹ تا ۰/۹۷ است می‌توان گفت که داده‌ها به طور بسیار مناسبی برازش یافته‌اند یا به‌عبارت دیگر مدل از مدل استقلال، فاصله و به یک مدل اشباع نزدیک می‌شود. شاخص ریشه دوم میانگین مربعات خطای برآورد یا RMSEA نیز همانند شاخص RMR بر مبنای تحلیل ماتریس باقی‌مانده قرار دارد. مدل‌های قابل قبول دارای مقدار ۰/۰۸ یا کوچک‌تر برای این شاخص هستند. برازش مدل‌هایی که دارای مقادیر بالاتر از ۰/۱ هستند ضعیف برآورد می‌شود. مقدار RMSEA برای این مدل ۰/۰۷۲ به دست آمده که نشان‌گر قابل قبول بودن مدل است. با توجه به مطالب بالا و شاخص‌های کمی برازش می‌توان نتیجه گرفت که مدل ساختاری مربوط به مدل نظری تحقیق مدلی قابل قبول است، پس حال می‌توان به روابط درون مدل و مقادیر ضریب مسیر بین متغیرهای پنهان پرداخت. برای آزمون فرضیه از دو شاخص جزئی (p-value) و عدد معناداری استفاده شده است و شرط معنادار بودن یک رابطه این است که مقدار شاخص اول (p-value) برای رابطه مورد نظر کم‌تر از ۰/۰۵ و مقدار شاخص دوم (t-value) از $\pm 1/96$ بیشتر باشد. در ادامه نتایج مدل آزمون شده نیز آورده شده است.

جدول ۲: نتایج مدل آزمون شده

مسیرها	اثر مستقیم	واریانس تبیین شده
به روی کیفیت زندگی از:		
شیوع کرونا	$-(5/991) ** 0/37$	۰/۹۲
افسردگی	$-(8/122) ** 0/82$	

بحث و نتیجه‌گیری

بیماری کووید-۱۹ که در دسامبر ۲۰۱۹ در چین آغاز شده دارای سرعت انتشار بسیار بالایی بوده و کمتر از چند ماه تمام کشورهای دنیا را مبتلا کرده است. گسترش بسیار سریع کووید-۱۹ که از مهترین ویژگی این ویروس بوده و همچنین درصد مرگ و میر ناشی از این بیماری، تعداد زیادی از کشورهای دنیا علی‌الخصوص کشورهای پیشرفته دنیا را با یک چالش عظیم بهداشتی روبرو کرده و اینکه این بحران در دنیا تا چه زمانی پایدار خواهد بود سوالی است بی پاسخ و نیاز به صبر و شکیبایی دارد. انتشار کووید-۱۹ به دلیل سرعت انتقال آن که از ویژگیهای این ویروس است باعث ایجاد یک وضعیت اورژانس در بهداشت

جهانی در کمتر از چند ماه در سراسر کشورهای جهان شده است. این بیماری واگیردار نه تنها سبب نگرانی‌هایی در ارتباط با سلامت جسمی همگانی شده بلکه سبب بروز تعدادی از بیماریهای روانشناختی نیز می‌شود. در این شرایط، حفظ وضعیت کیفیت زندگی افراد ضروری است زیرا مردم در قسمتهای مختلف جامعه ممکن است محرک‌های استرس‌زایی در طول انتشار کووید-۱۹ تجربه نمایند. از این رو در وضعیت پرمخاطره فعلی، شناسایی افراد مستعد اختلالات روانشناختی در سطوح مختلف جامعه که سلامت روان آنها ممکن است به خطر افتد امری ضروری بوده تا با راهکارها و تکنیک‌های مناسب روانشناختی بتوان سلامت روان افراد را حفظ نمود واکنش‌های رفتاری شامل اجتناب از موقعیت‌های خاص، پرسش‌های مکرر در مورد رو به راه بودن اوضاع، دائم به دنبال خاطر جمع بودن، سرزنش دیگران، گسترش شایعات، وابستگی به الکل و مواد و ... می‌شود. در شرایط جاری، ویروس کرونا نگران‌کننده است و نیاز به توجه و مراقبت دارد، به ویژه در زمانی که احساس تهدید می‌کنیم و توانایی لازم برای مقابله با آن را نداریم، طبیعی است که دچار ناراحتی، نگرانی، اضطراب و ترس شویم.

از طرف دیگر، در قرنطینه خانگی بودن باعث بی‌حوصلگی، بی‌حالی و در مواردی دچار افسردگی با درجه پایین خواهند شد. هر چند کرونا ویروس باعث شده که خانواده بیشتر در کنار هم شنونده‌های خوبی و احساس دل‌بستگی‌های مفیدی با هم داشته باشند. اما ممکن است در روزهای طولانی پیشگیری (دو هفته ابتدایی فروردین) دچار آسیب‌هایی نهفته‌ای چون وسواس، اضطراب‌های پس از حادثه، استرس و افسردگی شوند که باعث پرخاشگری و عصبانیت و وسواس کلامی، رفتاری گردد.

کیفیت زندگی را از جمله عوامل زمینه ساز کاهش افسردگی در نظر گرفت. امروزه با توجه به افزایش بیماری‌های روانی، لزوم پرداختن به آنها در جهت افزایش سلامت عمومی جامعه و نیل به توسعه پایدار، بیش از پیش می‌باشد. لذا می‌توان گفت در عصر حاضر و جامعه مورد مطالعه می‌توان با افزایش کیفیت زندگی کادر درمان و همچنین ایجاد زمینه بهبود و ثبات در زندگی و رسیدگی به شرایط روانی و اجتماعی آنها (به عنوان ابعاد کیفیت زندگی) موجبات کاهش میزان افسردگی را در بین کادر درمان فراهم کرد. همچنین با ایجاد روابط آرامش بخش برای کادر درمان و اشتغال آنان در فعالیت‌های سازنده، می‌توان اعتماد به نفس را در آنها افزایش داد. همچنین با تقویت امید به زندگی به آینده از ایجاد ناامیدی در کادر درمان جلوگیری می‌شود. همچنین پیشگیری، کاهش عوامل ایجاد کننده افسردگی و درمان افسردگی ممکن است باعث بهبود کیفیت زندگی افراد کادر درمان شود. طبق نتایج تحقیق، عوامل فشارزای روانی اجتماعی از عوامل افزایش افسردگی می‌باشد. با توجه به افزایش سطح عمومی سلامت و همچنین افزایش امید به زندگی، جمعیت کادر درمان در جامعه ما افزایش یافته است، همین امر موجب ایجاد نظم و همچنین دگرگونی جدیدی در رفتار، نقش، منزلت و جایگاه افراد شده است. بنابراین آگاه‌سازی و فرهنگ‌سازی در زمینه تغییر نگرش درباره کادر درمان به عنوان یک دوره از زندگی که لزوماً با ناتوانی همراه نیست، می‌تواند موجب ایجاد ثبات در نقش‌ها و افزایش انعطاف‌پذیری کادر درمان در مقابله با تغییرات گشته آنها را در مقابله با چالش‌های کادر درمان یاری کند. بنابراین لزوم توجه همگانی به امر کادر درمان و عدم دید منفی جامعه با مسئله کرونا می‌تواند حمایت اجتماعی و کاهش عوامل فشارزای روانی اجتماعی را در پی داشته و موجب کاهش افسردگی در بین کادر درمان شود. - براساس یافته‌های تحقیق حاضر، افرادی که میزان معنا در زندگی آنها بیشتر باشد، کمتر دچار افسردگی می‌شوند. از همین رو می‌توان گفت احساس بی‌انگیزگی، بی‌سوادی و یا کم‌سوادی، و اعتقاد به امور ماوراء الطبیعه مانند خداوند و سایر اعتقادات دینی در میزان افسردگی افراد تاثیر به‌سزایی دارد،

بنابراین افزایش انگیزه و حمایت از کادر درمان موجب امید به آینده و داشتن هدف در زندگی آنها شده و دلیلی بر کاهش میزان افسردگی آنها می شود، همچنین می توان با افزایش میزان دینداری و در بین افراد جامعه موجب کاهش افسردگی در بین کادر درمان گردید.

منابع

1. Andrew J. (2020) 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. (2012) 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. (2017) 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. (2016) 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. (2017) 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. (2017) Comparison of General Health, Mental Health and Coping Strategies among Patients with Diabetes Type 1, 2 and Patients with Multiple Sclerosis. *hrjbaq*. 2017; 2 (1) :33- 41. [Persian]
11. Snyder C R, Yamhure L C. (2000) 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. (2017) 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. (2016) 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, (2017) 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]