

رابطه درک بیماری با باورهای وسواسی با میانجی‌گری سلامت عمومی در بیماران مراجعه کننده جهت تشخیص کرونا

لیلا ذوقی^۱، بیتا آجیل‌چی^۲، الهام یوسفی‌راد^۳، علی اصغر دهقان منظم^۴

تاریخ وصول: ۹۹/۰۲/۱۵

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۳/۱۵

چکیده

بحران بیماری کرونا به شیوه‌های متفاوتی اعم از جسمانی، هیجانی، اقتصادی، اجتماعی و روان‌شناختی تأثیر گذار بوده است. که یکی از مهمترین متغیر روان‌شناختی سلامت عمومی است. بنابراین هدف این پژوهش بررسی رابطه درک بیماری با باورهای وسواسی با میانجی‌گری سلامت عمومی در بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی جهت تشخیص کرونا بود. توصیفی، از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه افراد مراجعه کننده به مراکز درمانی چهارگانه استان تهران در سال ۹۸-۹۹ برای تشخیص بیماری کرونا بودند. که از این تعداد ۳۸۴ نفر از مراجعه کنندگان به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. سپس به کلیه پرسشنامه‌های درک بیماری، سلامت عمومی و باور وسواسی پاسخ دادند. به منظور ارزیابی از الگویابی معادلات ساختاری SEM استفاده شد. جهت تعیین کفایت برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها، ترکیبی از شاخص‌های برازندگی مورد استفاده قرار گرفتند. همچنین جهت بررسی روابط واسطه‌ای از روش بوت استرپ استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که الگوی مد نظر پژوهش دارای برازش است و سلامت عمومی رابطه بین درک بیماری و باورهای وسواسی را میانجی‌گری می‌کند. با توجه به یافته‌ها با بالا رفتن سطح درک بیماری، سلامت عمومی افزایش یافته و باورهای وسواسی کاهش می‌یابند. بنابراین تقویت ادراک بیماری به منظور کمک به سلامت عمومی و کاهش باورهای وسواسی می‌تواند به بهبود بیماران کمک کند. بنابراین بالابردن درک بیماری به عنوان یک راهبرد مهم در مداخله‌های درمانی و آموزشی ضروری به نظر می‌رسد.

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه علوم انتظامی امین، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

leila.zoghi@yahoo.com

۲. دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه رفتار حرکتی، دانشکده تربیت‌بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه علامه طباطبائی،

تهران، ایران.

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

واژگان کلیدی: درک بیماری، باورهای وسواسی، سلامت عمومی، کرونا

مقدمه

ویروس کرونا به معضل و چالش بزرگی در بیش از ۲۰۰ کشور جهان اعم از پیشرفته و جهان سومی مبدل شده است. سازمان بهداشت جهانی از این ویروس به عنوان کووید ۱۹ یاد کرده است. به طور کلی این ویروس نیز شبیه سندروم حاد تنفسی که سارس نامیده می‌شود است، اما به هیچ وجه یکسان نیستند. منشا و منبع آلودگی عمدتاً بیماران مبتلا به ویروس کووید ۱۹ هستند. این ویروس می‌تواند از شخصی به شخص دیگر منتقل شود. شیوع از طریق ترشحات مجرای تنفس و تماس با سطوح و یا فرد با فرد از مهمترین عوامل انتقال ویروس اند. همچنین انتقال از راه ذرات هوا نیز یکی دیگر از راه‌های انتقال این ویروس است (ون هونگ^۱، ۲۰۲۰، ترجمه بذرافشان و همکاران، ۱۳۹۸).

بیماران با کووید ۱۹ تأیید شده یا مشکوک به بیماری ممکن است ترس از عواقب عفونت را با ویروس جدید کشنده تجربه کنند و افراد در قرنطینه ممکن است بی‌حوصلگی، تنهایی و عصبانیت را تجربه کنند. علاوه بر این، علائم عفونت مانند تب، هیپوکسی، سرفه و همچنین عوارض جانبی مانند بی‌خوابی ناشی از کورتیکواستروئیدها می‌تواند به بدتر شدن اضطراب و پریشانی ذهنی منجر شود (شیانگ^۲ و همکاران، ۲۰۲۰).

همچنین تهدید ادراک شده از این بیماری می‌تواند باعث ناسازگاری شدید روانی مانند افسردگی، اضطراب و استرس شود (پرز-فونتزو و همکاران^۳، ۲۰۲۰). شاید هیچ گروه از افراد مبتلا به اختلالات روانی به طور مستقیم تحت تأثیر شیوع کووید ۱۹ به اندازه‌ی افراد مبتلا به وسواس فکری^۴ قرار نگرفته باشند. عمدتاً اضطراب در مورد ویروس باعث ترس وسواسی از آلودگی در برخی از افراد مبتلا به OCD شده و باعث تحریک اقدامات اجباری مضر می‌شود. برای این افراد ویروس کرونا دقیقاً به همان چیزی تبدیل می‌شود که به آن فکر

-
1. Van Hong
 2. Xiang et al
 3. Pérez-Fuentes
 4. Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

می کنند (آدام^۱، ۲۰۲۰، به نقل از فاینبرگ^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). در واقع برخی از بیماران مبتلا به OCD مربوط به آلودگی در مورد منطقی بودن درمان‌هایی که دنبال می‌کردند شک داشتند. برخی از بیماران به پزشکان خود گفتند که «کاملاً خوب هستند» و بقیه دقیقاً مانند آنها هستند. برای دیگران احتمالاً کووید ۱۹ سایه‌ی طولانی دارد زیرا همه‌ی افراد مبتلا به OCD به طور خاص در پاسخ ناآگاهانه به خطر انعطاف پذیر نیستند به خصوص زمانی که از کار افتاده می‌شوند و در نتیجه در معرض اضطراب و پریشانی ناشی از ویروس قرار می‌گیرند (فاینبرگ و همکاران، ۲۰۲۰).

افکار وسواسی یک فکر، احساس، عقیده، یا حس مزاحم و تکرار شونده است و در مقابل آن عمل وسواس، رفتاری خودآگاه، میزان شده و تکراری نظیر شمارش، اجتناب یا بازبینی است. به طور معمول فکر وسواس، اضطراب شخص را افزایش می‌دهد درحالی که انجام عمل وسواس اضطراب شخص را کاهش می‌دهد. بر همین اساس، وقتی شخص در مقابل انجام آن مقاومت می‌کند اضطرابش افزایش می‌یابد. هم افکار و هم اعمال وسواسی می‌تواند بسیار وقت گیر بوده و به طور قابل ملاحظه در برنامه معمول و عملکرد شخص تداخل نماید (مارشال ریو، ۲۰۱۷). درحالی که افکار ناخواسته و مزاحم ممکن است در هر فردی رخ دهد، تفسیر فاجعه آمیز فرد در مورد اهمیت به این افکار، به فکر وسواسی منجر می‌شود. باور افکار وسواسی شامل؛ دنبال کردن حوادث ذهنی و گوش به زنگی بالا، پیامدهای شکست در کنترل افکار، پیامدهای رفتاری و روانشناختی شکست در کنترل افکار (مثل افت عملکرد) و کفایت کنترل فکر (به گونه‌ای که توانایی فرد در کنترل افکار به هیچ وجه نباید کاهش یابد) می‌شود (موسی نژاد و محمود علیلو، ۱۳۹۲).

از آن جا که رابطه معناداری بین شدت اضطراب، درک علیت و افکار کنترل شده در وسواس فکری مشخص شده بنابراین درک بیماری در درمان این بیماری ممکن است نتایج بهبود یافته‌ای به همراه داشته باشد (دایاس و همکاران، ۲۰۱۸). افراد هنگام برخورد با بیماری یا عامل تهدید کننده، تصویری کلی و باوری خاص از بیماری و درمان آن در ذهن خود ایجاد می‌کنند که به آن ادراک بیماری می‌گویند درک از بیماری در نحوه رفتار فرد، تطابق وی با بیماری، کنترل بیماری توسط خود فرد و در کل در نتیجه بیماری (نحوه و میزان

1. Adam
2. Fineberg

بهبودی بیمار) تأثیرگذار است (ساده تیریان، غیاثوندیان، حقانی، ۱۳۹۷). از طرفی درک نادرست از بیماری نقش مهمی در تبعیت نکردن از درمان، در بیماران دارد. درک از بیماری به باورهای بیمار در مورد علائم، عواقب، دوره زمانی، کنترل پذیری و علل بیماری اشاره دارد (طیبیان، سلیمانی، بخشنده و اصغری، ۱۳۹۸). رابطه بین باورهای بیماری و پیامدهای مربوط به سلامتی به طور گسترده‌ای مورد مطالعه قرار گرفته است و درک بیماری از اهمیت کلی برای رفتار و پیامدهای بیمار برخوردار است (هاگر و اوربل^۱، به نقل از مورگان و همکاران، ۲۰۱۴).

از آن جا که اضطراب نقش مهم و تعیین کننده‌ای در ادراک بیماری و تأثیر بر جنبه‌های مختلف خودتنظیمی و پیامدهای آن و مشکلات سلامت روان دارد (دایاس و همکاران، ۲۰۱۸). کاوش در رابطه بین ادراک بیماری، افسردگی و اضطراب، بینشی از ارتباط نظری و عملی ادراک بیماری در زمینه سلامت روان ارائه می‌دهد (مورگان و همکاران^۲، ۲۰۱۴).

مفهوم سلامت روان، جنبه‌ای از مفهوم سلامتی کلی است که به کلیه تدابیر و روش‌هایی اطلاق می‌شود که برای جلوگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی، درمان و تواتبخشی آنان به کار می‌رود (جانسون، ۲۰۰۲، به نقل از یوسفی و محمدخانی، ۱۳۹۲). در واقع سلامت یک کالای عمومی است و به صورت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری و معلولیت تعریف می‌شود. سلامتی نه تنها به رفاه جسمی فرد دلالت می‌کند، بلکه بر رفاه اجتماعی، عاطفی، روحی و فرهنگی کل جامعه نیز تمرکز دارد (عالمی، ۱۳۹۰).

افراد مشکوک به ویروس به دلیل عدم اطمینان در مورد وضعیت سلامتی اشان مضطرب هستند و علائم و سواس فکری از جمله کنترل مکرر دمای بدن و استریل کردن مکرر، افزایش پرخاشگری دارند. علاوه بر این قرنطینه موجب طرد اجتماعی، ضرر مالی، تبعیض و مشکلات جدی می‌گردد (یانگ و همکاران، ۲۰۲۰). که تمامی این موارد تهدیدی برای سلامت روانی جامعه به حساب می‌آید.

تأیید و موارد مشکوک کووید ۱۹ ممکن است ترس از عواقب شدید بیماری و عفونت را تجربه کنند (شیانگ و همکاران، ۲۰۲۰). در نتیجه، آن‌ها ممکن است تنهایی، انکار، اضطراب، افسردگی، بی‌خوابی و ناامیدی، که ممکن است پایبندی به درمان را کاهش دهد.

-
1. Hagger & Orbell
 2. Morgan

با توجه به اینکه ویروس کرونا علائم بالینی مختلفی دارد، علت عفونت، ویژگی‌های اپیدمیولوژیک، الگوی انتقال سریع و آمادگی ناکافی مقامات بهداشتی برای رسیدگی به این شیوع، مشابه هستند. تاکنون مراقبت‌های بهداشتی روان برای بیماران و متخصصان بهداشت به طور مستقیم تحت تأثیر اپیدمی کووید ۱۹ قرار نگرفته است، اگرچه کمیسیون سلامت ملی چین، اعلامیه‌ی اصول پایه برای مداخلات بحران روانی اضطراری برای پنومونی کووید ۱۹ را در ۲۹ ژانویه ۲۰۲۰ منتشر کرد (شیانگ و همکاران، ۲۰۲۰). اما به نظر می‌رسد هنوز در ایران این بیماری به یکی از بزرگترین چالش‌های زندگی فردی و اجتماعی تبدیل شده است. ترس از بیماری به علت مخاطره آمیز بودن آن موجب اضطراب و به تبع آن باور وسواسی و یا موجب تشدید باور و رفتارهای وسواس گونه گردیده که پیامدهای زیادی بر سلامت می‌گذارد. دانش محدود از کووید ۱۹ و اخبار شایع ممکن است منجر به اضطراب و ترس در عموم (یانگ و همکاران، ۲۰۲۰) می‌گردد. که جامعه نیز ممکن است بی‌حوصلگی، ناامیدی، و تحریک پذیری تحت اقدامات جداسازی را تجربه کند (یانگ و همکاران، ۲۰۲۰). از آن جا که کشور ایران از نخستین کشورهای مبتلا به بیماری کرونا در خاورمیانه است و از نظر تعداد مبتلایان، فوتی‌ها و بهبود یافته‌ها در جهان به ترتیب در رتبه سوم بعد از چین و ایتالیا و رتبه دوم بعد از چین قرار گرفته است (شیرزاد، فرنوش، عباسی فرج زاده، حسینی و ذیجود، ۱۳۹۹). بنابراین بررسی مشکلات سلامت روان در تحقیقات حاضر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. از آن جا که تحقیق حاضر به لحاظ تمرکز بر سلامت روان و متغیرهای آن در شرایط بحرانی کرونا در کشور عزیزمان نوین بوده و خلا تحقیقات در این زمینه را روشن می‌سازد. در شرایطی که جامعه با پیامدهای این بحران درگیر است انجام چنین تحقیقاتی ضرورت انجام تحقیق را نمایان می‌سازد. بنابراین فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارتست از:

فرضیه ۱: الگوی نقش میانجی سلامت عمومی در رابطه ادراک بیماری با باورهای وسواسی برآزنده داده‌هاست.

- فرضیه ۲: ادراک بیماری اثر منفی مستقیم بر سلامت عمومی دارد.
 فرضیه ۳: سلامت عمومی اثر منفی مستقیم بر باورهای وسواسی دارد.
 فرضیه ۴: ادراک بیماری اثر مثبت مستقیم بر باورهای وسواسی دارد.

فرضیه ۵. ادراک بیماری از طریق سلامت عمومی بر باورهای وسواسی اثر غیرمستقیم دارد.

روش

روش پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش کلیه افراد مراجعه کننده به مراکز درمانی چهارگانه استان تهران برای تشخیص بیماری کرونا بود. که از این تعداد ۳۸۴ نفر از مراجعه کنندگان به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. از ۳۸۴ آزمودنی‌ها ۴۷/۳ درصد آزمودنی‌ها مرد و ۵۲/۷ درصد زن بودند. همچنین تحصیلات ۴۷/۱ درصد آزمودنی‌ها دیپلم، ۶/۵ درصد فوق دیپلم، ۲۸/۷ درصد لیسانس ۱۲/۹ درصد فوق لیسانس بودند. از تمامی شرکت کنندگان رضایت‌نامه موافقت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش گرفته شد.

پرسشنامه باورهای وسواسی: این مقیاس شامل ۴۴ گویه می‌باشد که برگرفته از فرم اصلی ۷۷ سوالی بوده و نمره‌گذاری آن به روش لیکرت و هفت نمره‌ای (کاملاً مخالفم، تا حدودی مخالفم، کمی مخالفم، نه موافقم و نه مخالفم، کمی موافقم، تا حدودی موافقم و کاملاً موافقم) است. آزمون از شش زیرگروه افکار تشکیل شده است که دامنه‌های کلیدی حوزه‌های شناخت در OCD می‌باشد. این شش گروه عبارتند از: ۱- احساس مسئولیت برای صدمه و آسیب ۲- ارزیابی تهدید و خطر ۳- کمال طلبی ۴- نیاز به برخورداری از اطمینان ۵- اهمیت دادن به افکار و کنترل افکار ۶- احساس مسئولیت برای صدمه و آسیب. برای محاسبه پایایی همزمان، پایایی ثبات درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ (۰.۹۲) و ضریب دو نیمه‌سازی با عنوان همبستگی اصلاح شده (۰/۹۴) برآورد شد و از ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی آزمون ۰/۸۲ نیز برای محاسبه پایایی غیر هم‌زمان استفاده شده است. همچنین برای برآورد روایی ملاک این پرسشنامه همبستگی آن با دو پرسشنامه وسواس فکری و عملی بازنگری شده و پرسشنامه وسواس جبری مادزلی محاسبه شده که به ترتیب ۰/۵۷ و ۰/۵۰ به دست آمده است (شمس، کرم قدیری، ترکانبوری، ابراهیم‌خانی، ۱۳۸۳). ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰.۷۶ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت عمومی: این مقیاس توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ تدوین و سوال‌های آن بر اساس روش تحلیل عاملی فرم ۶۰ سوالی اولیه استخراج گردیده که در برگیرنده‌ی چهار زیرمقیاس علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید بود. نسخه ۲۸ سوالی نسبت به سایر نسخه‌ها دارای بیشترین میزان اعتبار، حساسیت و ویژگی است. این مقیاس توسط نظیفی و همکاران (۱۳۹۲) نشان دادند که همه ضرایب آلفا بالاتر از ۰.۷۴ بودند که این یافته از همسانی درونی مناسب زیر مقیاس‌های این پرسشنامه حکایت دارد. در این پژوهش ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های (نشانه‌های جسمانی ۰/۷۶۵، اضطراب و بی خوابی ۰/۸۵۰، نارسایی کارکرد اجتماعی ۰/۸۴۶، افسردگی شدید، ۰/۸۸۱) و مقیاس کلی ۰/۸۹۵ به دست آمد.

پرسشنامه ادراک بیماری: پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری پرسشنامه شامل ۹ گویه می‌باشد، که توسط بردبنت، پتریه، مین و وینمن (۲۰۰۶) جهت ارزیابی تجسم عاطفی و شناختی بیماری طراحی شده است. سؤال‌ها به ترتیب پیامدها، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری، را می‌سنجند. دامنه نمرات ۸ سؤال اول از ۰ تا ۱۰ است. سؤال ۹ پاسخ باز بوده و سه علت عمده ابتلا به بیماری را به ترتیب مورد سؤال قرار می‌دهد، در پژوهش آقاییوسفی، شقاقی، دهستانی و برقی ایرانی (۱۳۹۱) آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۰ و ضریب پایایی باز آزمایی به فاصله ۶ هفته برای سوالات مختلف از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۷۱ به دست آمد.

نتایج

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه گردیده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشدگی
ادراک بیماری	۴۲/۰۱	۱۵/۹۳	-۰/۳۴۱	۰/۶۰۸
سلامت عمومی	۵۴/۷۵	۹/۲۹	۰/۲۷۷	۰/۱۲۳
علائم جسمانی	۱۱/۹۱	۲/۹۷	۰/۶۷۵	۰/۷۸۲
اضطراب و اختلال خواب	۱۱/۷۱	۴/۰۱	۰/۴۰۹	-۰/۵۲۲
اختلال در کارکرد اجتماعی	۱۴/۰۱	۲/۷۵	-۰/۲۷۲	۰/۲۶۸
افسردگی	۱۷/۱۰	۳/۹۲	۰/۱۸۶	۰/۳۱۴

۰/۸۳۶	-۰/۳۷۷	۴۰/۱۹	۱۷۸/۸۴	باورهای وسواسی
۰/۳۱۸	-۰/۳۵۲	۹/۲۵	۳۴/۹۴	احساس مسئولیت برای صدمه
۰/۴۶۳	۰/۱۰۹	۷/۸۲	۲۷/۲۶	ارزیابی تهدید و خطر
-۰/۲۴۷	-۰/۱۲۳	۸/۸۶	۲۸/۷۰	کمال طلبی
-۰/۳۴۹	۰/۰۳۱	۸/۶۴	۲۹/۸۲	نیاز به برخورداری از اطمینان
-۰/۰۷۵	۰/۰۸۷	۸/۱۴	۲۶/۱۳	اهمیت دادن به افکار
-۰/۲۲۴	-۰/۰۶۵	۱۰/۳۲	۳۱/۹۷	کنترل افکار

همانطور که در جدول ۱ نشان داده شده است متغیرهای پژوهش همگی دارای قدر مطلق ضریب کجی کوچکتر از ۳ و قدر مطلق ضریب کشیدگی کوچکتر از ۱۰ هستند و لذا تخطی از بهنجار بودن داده‌ها قابل مشاهده نیست. به علاوه بررسی داده‌های پرت یک متغیره و چندمتغیره نشان داد که در هیچ یک از متغیرهای اندازه گیری شده داده‌های پرت وجود ندارد. همچنین نتایج نشان داد که ارزش‌های تحمل به دست آمده برای متغیرها، بالای ۰/۱ بودند که نشان‌دهنده عدم وجود هم‌خطی چندگانه بین متغیرها می‌باشند. همچنین مقدار عامل تورم واریانس به دست آمده برای متغیرها، کوچکتر از ۱۰ بودند و این نشان می‌دهد که بین متغیرها، هم‌خطی چندگانه وجود ندارد.

فرضیه ۱: الگوی نقش میانجی سلامت عمومی در رابطه ادارک بیماری با باورهای وسواسی برازنده داده‌هاست.

جهت بررسی فرضیه اول پژوهش، برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها بررسی شد. به منظور ارزیابی الگوی پیشنهادی از الگویابی معادلات ساختاری^۱ استفاده شد. تمامی تحلیل‌ها با استفاده از نرم افزارهای SPSS و پیراست ۱۸ و AMOS و پیراست ۱۸ انجام شدند. جهت تعیین کفایت برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها، ترکیبی از شاخص‌های برازندگی مورد استفاده قرار گرفتند. همچنین جهت بررسی روابط واسطه‌ای از روش بوت استراپ^۲ استفاده شد. با توجه به اینکه مبنای تجزیه و تحلیل الگوهای علی، ماتریس همبستگی است. ماتریس همبستگی متغیرهای مورد بررسی، در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. ماتریس ضریب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

ردیف	متغیرها	۱	۲	۳
------	---------	---	---	---

1. Structural Equation Modeling (SEM)
2. Bootstrap

۱	ادراک بیماری	۱	
۲	سلامت عمومی	۱	-۰/۲۴۳*
۳	باورهای وسواسی	۱	-۰/۲۵۵*
			۰/۳۱۸*

** P < ۰/۰۵

تحلیل‌های همبستگی در جدول ۲، بینشی در خصوص روابط دو متغیری بین متغیرهای پژوهش را فراهم می‌کند.

در الگوی اصلی با وجود اینکه مقادیر اکثر شاخص‌های برازندگی، نشان‌دهنده برازش قابل قبول الگوی پیشنهادی با داده‌ها بودند، اما شاخص جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) نشان داد که الگو نیاز به بهبود دارد. گام بعدی ارتقا برازش الگوی پیشنهادی از طریق همبسته کردن خطای مسیر سلامت عمومی به باورهای وسواسی بود. نتایج حاکی از برازش مطلوب الگوی نهایی است. شاخص‌های برازندگی و الگوهای پیشنهادی و نهایی در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳. برازش الگوهای پیشنهادی و نهایی با داده‌ها براساس شاخص‌های برازندگی

شاخص‌های برازندگی الگو	χ^2	df	χ^2 / df	GFI	AGFI	IFI	TLI	CFI	NFI	RMSEA
الگوی اصلی	۱۶۹/۱۷	۳۷	۴/۵۷	۰/۹۰	۰/۸۴	۰/۸۶	۰/۹۰	۰/۸۸	۰/۸۱	۰/۱
الگوی نهایی	۸۶/۰۱	۳۶	۲/۳۸	۰/۹۱	۰/۹۰	۰/۹۰	۰/۹۴	۰/۹۱	۰/۹۱	۰/۰۵

بر اساس شاخص‌های ارائه شده در جدول ۳ مشخص می‌گردد که الگوی مد نظر پژوهش دارای برازش است. بنابراین فرضیه اول تایید می‌گردد.

۰/۰۵۰۳	۰/۰۱۷۵	۰/۰۱۰۵	-۰/۰۰۲۲	۰/۰۲۳۳	۰/۰۲۳۵	ادراک بیماری < سلامت
						عمومی < باورهای وسواسی

فاصله‌های اطمینان برای مسیرهای مندرج در جدول ۴ حاکی از قرار نگرفتن صفر در ارتباط با مسیر غیر مستقیم و در نتیجه معناداری مسیر غیرمستقیم در پژوهش حاضر می‌باشد. سطح اطمینان برای این فاصله‌ها ۹۵ و تعداد نمونه گیری‌های مجدد بوت استراپ ۱۰۰۰ بود. به این معنا که سلامت عمومی میانجی‌گر کامل رابطه ادراک بیماری با باورهای وسواسی می‌باشد. بنابراین فرضیه ۵ هم تایید می‌گردد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد میان درک بیماری و باورهای وسواسی و سلامت عمومی ارتباطی معنادار وجود دارد و سلامت عمومی میانجی‌گر کاملی برای درک بیماری و باورهای وسواسی می‌باشد. این یافته با پژوهش‌هایی که رابطه بین باورهای بیماری و پیامدهای مربوط به سلامتی و اهمیت درک بیماری برای رفتار و پیامدهای بیمار صورت گرفته اند (هاگر و اوربل، به نقل از مورگان و همکاران، ۲۰۱۴) در یک راستا قرار می‌گیرد. همچنین با پژوهشی که توسط چیلکوت و همکاران (۲۰۱۲) انجام شد، درک از بیماری را به عنوان عاملی مهم در پیش بینی بیماری توسط طیف وسیعی از پیامدهای بالینی و روانی مانند افسردگی نشان دادند نیز هم‌راستا می‌باشد. همچنین، با پژوهش (شیانگ و همکاران، ۲۰۲۰) که نشان دادند بیماران مشکوک به کرونا به علت ترس از عواقب شدید بیماری و عفونت ممکن است تنهایی، انکار، اضطراب، افسردگی، بی‌خوابی و ناامیدی، را تجربه کنند. که ممکن است پایبندی به درمان کاهش یافته و سلامت روان به خطر افتد نیز همسو می‌باشد. همچنین با نتایج پژوهش کریمی و ایزدی (۱۳۹۴) که نشان دادند بین اجتناب تجربه‌ای و حساس بودن به علائم اضطراب با افسردگی، اضطراب، استرس و سلامت عمومی رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد در یک راستا قرار می‌گیرد. همچنین بندورا معتقد است که درک از بیماری یک

چارچوب مهم جهت بررسی باور بیماران و نحوه تاثیر آن بر رفتارهای بهداشتی فراهم می‌کند (حسین زاده و همکاران، ۱۳۹۱).

به بیان دایاس و همکاران (۲۰۱۸) از آن جا که رابطه معناداری بین شدت اضطراب، درک علیت و افکار کنترل شده در وسواس فکری به دست آمده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درک بیماری از جمله عواملی است که سبب افزایش یا کاهش سطح اضطراب و باورهای وسواسی و سلامت در بین افراد مراجعه کننده برای تشخیص بیماری کرونا می‌شود. به همین ترتیب افرادی که دارای سلامت روان بالاتری هستند و در برخورد با این بیماری آگاهانه‌تر عمل می‌کنند دچار باورهای غلط وسواسی کمتر خواهند شد. برعکس هر چه مراجعه کنندگان به مراکز درمانی برای تشخیص کرونا از سطح درک بیماری پایین‌تری برخوردار باشند به همان میزان دارای سلامت روان پایین‌تری خواهند بود. تمامی مطالعاتی که به آن‌ها اشاره شد ابعاد مختلف درک از بیماری و ارتباط آن با پیامدهای روانی و سلامتی را مورد بررسی قرار داده‌اند و مویید یکدیگر هستند به طوری که به نظر می‌رسد درک از بیماری به عنوان یک پیش فرض برای افراد مبتلا به بیماری کرونا می‌تواند در تعیین رفتارهای مرتبط با سلامت و کنترل باورهای وسواسی ایجاد شده از این بیماری در آینده کمک کننده باشد. با توجه به یافته‌های پژوهش به نظر می‌رسد بتوان با طراحی برنامه‌های آموزش بالینی در جهت ارتقا درک از بیماران بویژه بیمارانی که برای نخستین بار بستری می‌شوند اهتمام ورزید. طراحی برنامه‌های آموزشی توسط مدیران آموزشی و مدرسان پرستاری جهت ایجاد درک عمیق‌تر می‌تواند موثر واقع گردد. از آن جا که درک شخص از بیماری بالقوه قابل تغییر است و به انجام مداخلات برای بهبود پیامدهای بالینی و روانی توصیه می‌گردد. همچنین ترس از بیماری به علت مخاطره آمیز بودن آن موجب اضطراب و به تبع آن باور وسواسی و یا موجب تشدید باور و رفتارهای وسواس گونه گردیده که پیامدهای زیادی بر سلامت می‌گذارد. بنابراین می‌توان از آموزش‌ها و روش‌های مداخله آنلاین توسط متخصصان و مشاوران استفاده کرد تا به افزایش سلامت روان جامعه و کاهش میزان آسیب پذیری روانی این بیماری کمک کرد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن جامعه آماری به شهر تهران و جدا نکردن بیماران از لحاظ شدت بیماری و مرحله ی بیماری اشاره کرد که پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی مورد توجه قرار گیرند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش به دلیل همکاری ارزشمند آنها قدردانی می شود.

منابع

آقایوسفی، علیرضا؛ شقاقی، فرهاد؛ دهستانی، مهدی؛ برقی ایرانی، زیبا. (۱۳۹۱). ارتباط کیفیت زندگی و سرمایه روان شناختی با ادراک بیماری در بیماران مبتلا به ام اس، فصلنامه روان شناسی سلامت، ۱ (۱)، ۱-۱۵.

ساده تبریان، منصوره؛ غیاثوندیان، شهرزاد؛ حقانی، شیمایا. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش مبتنی بر مدل خود تنظیمی لونتال بر درک از بیماری، بیماران مبتلا به دیابت. نشریه پژوهش پرستاری ایران، ۱۳ (۶)، ۷۶-۸۲.

شمس، گیتی؛ کرم قدیری، نرگس؛ اسماعیلی ترکانبودی، یعقوب؛ ابراهیم خانی، نرگس. (۱۳۸۳). اعتبار و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه باورهای وسواسی-۴۴، فصلنامه تازه های علوم شناختی، ۶ (۱ و ۲)، ۲۳-۳۶.

طیبیان، سمیرا؛ سلیمانی، محمد علی؛ بخشنده، هومن؛ اصغری، مرضیه. (۱۳۹۸). بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی بر درک از بیماری در بیماران تحت درمان با همودیالیز یک کارآزمایی بالینی. فصلنامه مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، ۲۷ (۲)، ۷۳-۸۱.

موسی نژاد جدی، الناز؛ علیلو، مجید. (۱۳۹۲). رابطه باورهای وسواسی با آمیختگی فکر-عمل در نوجوانان، فصلنامه مطالعات روان شناسی بالینی، ۱۱ (۱)، ۷۷-۹۰.

نظیفی، مرتضی، مکرمی، حمیدرضا؛ اکبری تبار، علی اکبر؛ فرجی کوجردی، مهدی؛ رهی، عمید؛ تبریزی، رضا. (۱۳۹۲). مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا، ۳ (۴)، ۳۳۶-۳۴۲.

بذر افشان، امین؛ بختیارزاده، طاهره؛ ذبیحی، پرهام؛ سیفان، فاطمه؛ صادقی نسب، محمد جواد؛ قیطاسی، فهیمه؛ گرگان نژاد، هدیه؛ موسوی، علی اصغر؛ یزدانی احمد آبادی، فریبا. (۱۳۹۸). دستورالعمل عمومی پیشگیری از ابتلا به ویروس کووید ۱۹، انتشارات مرکز بررسی استراتژی ریاست جمهوری.

یوسفی، فائق؛ محمدخانی، مونا. (۱۳۹۲). بررسی میزان سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان و رابطه آن با متغیرهای سن، جنس و رشته تحصیلی آنان. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۵۶ (۶)، ۳۵۴-۳۶۱.

Alami, A. (2011). Equity in health from social determinants of health's point of view. *Journal of Research & Health*; 1:7-9.

- Chilcot, J. (2012). The importance of illness perception in end-stage renal disease: associations with psychosocial and clinical outcomes. *Seminars in dialysis*, 25(1):59–64.
- Dias, R. Stangier, U. Laurito, L. Vigne, P. Loureiro, C. dos Santos-Ribeiro, S. Oliveira, M. Menezes, G. Fontenelle, L. (2018). Illness Perceptions across Obsessive-Compulsive Disorder, Social Anxiety Disorder, and Panic Disorder Patients. *International Journal of Cognitive Therapy*, 11. 10-120.
- Fineberg, N. A., Van Ameringen, M., Drummond, L., Hollander, E., Stein, D. J., Geller, D., Walitza, S., Pallanti, S., Pellegrini, L., Zohar, J., Rodriguez, C. I., Menchon, J. M., Morgado, P., Mpavaenda, D., Fontenelle, L. F., Feusner, J. D., Grassi, G., Lochner, C., Veltman, D. J., Sireau, N., Dell'Osso, B. (2020). How to manage obsessive-compulsive disorder (OCD) under COVID-19: A clinician's guide from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCs) and the Obsessive-Compulsive and Related Disorders Research Network (OCRN) of the European College of Neuropsychopharmacology. *Comprehensive psychiatry*, 100, 125-135.
- Goldberg, D. P. & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Journal of Psychology Medicine*, 9(1): 139-145.
- Karimi, J. & Izadi, R. (2015). The role of experiential avoidance and anxiety sensitivity in the prediction of mental and general health in Nursing Students Iranian. *Journal of Nursing Research*, 10.432-42
- Li, W., Yang, Y., Liu, Z. H., Zhao, Y. J., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., & Xiang, Y. T. (2020). Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *International Journal of Biological Sciences*, 16 (10), 1732–1738.
- Marshall Rio, J. (2017). *Understanding Motivation and Emotion*. Tehran: Virayesh Publication.
- Morgan, K., Villiers-Tuthill, A., Barker, M. & Mcgee, H. (2014). The contribution of illness perception to psychological distress in heart failure patients. *BMC Psychology*, 2(1):50-55
- Pérez-Fuentes MDM, Moleró Jurado MDM, Fátima Oropesa N, Martos Martínez A, Simón Márquez MdM, Herrera-Peco I, Gázquez Linares JJ. (2020). Questionnaire on Perception of Threat from COVID-19. *Journal of Clinical Medicine*, 9(4):96-104.
- Shirzad, H. Abbasi Farajzadeh, M. Hosseini Zijoud, SR. Farnoosh, G. (2020). The Role of Military and Police Forces in Crisis Management due to the COVID-19 Outbreak in Iran and the World. *Journal of Police Medicine*; 9 (2):63-70.
- Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 228–238.