

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی در افراد بهبودیافته از بیماری کووید-۱۹

The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on catastrophizing and mental well-being in people who have recovered from Covid-19

Masoumeh Hajjar Kargar*

Ph.D. student in counseling, Department of Educational Sciences, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran

Dr. Hossein Akbari Amarghan

Assistant Professor, Department of Counseling and Psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran. drakbari54@yahoo.com

Dr. Hamid Nejat

Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.

Dr. Ehsan Ormoz

Assistant Professor, Department of Mathematics and Statistics, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.

معصومه حجار کارگر

دانشجوی دکتری مشاوره دانشجوی دکتری مشاوره، گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

دکتر حسین اکبری امرغان نویسنده مسئول

استادیار گروه مشاوره و روان‌شناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران.

دکتر حمید نجات

استادیار گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

دکتر احسان ارمز

استادیار گروه ریاضی و آمار، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

Abstract

The current study aimed to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on catastrophizing and mental well-being in people who have recovered from COVID-19. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of this study included all those who recovered from the Covid-19 disease who were discharged from Imam Reza (AS) hospital in Mashhad in the second quarter of 2021, among them there were 24 people, 12 in the control group and 12 in the control group. The experimental group was selected through an available sampling method and randomly placed in two groups. The research tools include Sullivan et al's Pain Catastrophizing Scale (PCS, 1995) and Keyes and Magyarmo's Subjective Wellbeing Scale (SWS, 2003), and the acceptance and commitment treatment protocol by Hayes et al. (2006) in 8 sessions of 90 minutes, twice a week as a group for the experimental group Done. Accomplished. To analyze the data, the multivariate covariance test (MANCOVA) was used. The findings of the research showed that by controlling the effect of the pre-test, there was a significant difference at the level of 0.05 between the post-test mean of catastrophizing and mental well-being in the two experimental and control groups. As a result, treatment based on acceptance and commitment can be considered an effective intervention for those who have recovered from the Covid-19 period.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Catastrophizing, Mental Well-Being, Covid-19.

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی در افراد بهبودیافته از بیماری کووید-۱۹ بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بهبودیافتگان از بیماری کووید-۱۹ که در سه ماه دوم سال ۱۴۰۰ از بیمارستان امام رضا (ع) در مشهد، مرخص شده بودند، بود که از بین آنان تعداد ۲۴ نفر، ۱۲ نفر در گروه گواه و ۱۲ در گروه آزمایش از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه جایگذاری شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های فاجعه‌پنداری سولیوان و همکاران (PCS، ۱۹۹۵) و بهزیستی ذهنی کبیز و ماگیارمو (SWS، ۲۰۰۳) و پروتکل درمان پذیرش و تعهد هیز و همکاران (۲۰۰۶) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای دو بار به صورت گروهی برای گروه آزمایش اجرا شد. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آزمون کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون بین میانگین پس‌آزمون فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۵ وجود داشت. در نتیجه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به‌عنوان یک مداخله مؤثر برای بهبودیافتگان دوره کووید-۱۹، مورد توجه قرار داده شود.

واژه‌های کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، فاجعه‌پنداری، بهزیستی ذهنی، کووید-

۱۹

مقدمه

در ۱۱ مارس ۲۰۲۰، سازمان بهداشت جهانی^۱ کووید-۱۹ که بیماری ناشی از ویروس کرونا و ویروس سندرم حاد تنفسی^۲ است را یک بیماری همه‌گیر^۳ اعلام کرد (چن^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). سازمان جهانی بهداشت آمار فوت ناشی از کووید-۱۹ را تا دوازدهم آوریل ۲۰۲۳ در جهان ۶۸۹۷۰۲۵ و در ایران ۱۴۵۵۷۱ نفر اعلام نمود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۳). بحران کووید-۱۹ پیامدهای نگران‌کننده‌ای از جمله ترس از کووید-۱۹، ترس از مواردی همچون اضطراب مرگ، زندگی کوتاه، داشتن دل‌بستگی‌های مختلف، در بند خواسته‌ها بودن و نداشتن حال خوب و به‌طور کلی نشخوار ذهنی از مبتلا شدن دوباره و یا عدم بهبودی کامل، می‌تواند نمونه‌هایی از این پیامدهای روان‌شناختی باشد (زارعی محمودآبادی و همکاران، ۱۴۰۲).

از طرفی نیز این پیامدها، بهزیستی فرد را به خطر می‌اندازد، بدین معنی که با توجه به تعداد زیاد مبتلایان به این ویروس (کووید-۱۹) که به سرعت در حال افزایش است، ترس، اضطراب و نگرانی عمومی در بسیاری از مناطق افزایش یافته است (امین^۵، ۲۰۲۰). چنین نگرانی‌هایی باعث اختلال درک از موارد مربوط به بیماری و منجر به سایر چالش‌های روانی - اجتماعی از جمله فاجعه‌پنداری^۶ می‌شود. فاجعه‌پنداری یکی از دلایلی است که موجب می‌شود افراد از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده نکنند و پیش‌بینی‌های غیرمنطقی منفی از وقایع آینده داشته باشند. فاجعه‌پنداری یعنی مشکلات و مسائل را بیش‌ازحد بزرگ دیدن (آناگنوستوپولوس^۸ و همکاران، ۲۰۲۳). در این راستا چن و همکاران (۲۰۲۲) بیان کردند افکار فاجعه‌آمیز مرتبط با درد اثرات بالقوه‌ای بر همبودی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و درد مزمن دارد.

از طرفی نیز فاجعه‌پنداری می‌تواند بر بهزیستی ذهنی^۹ افرادی که به بیماری کووید-۱۹ مبتلا شده‌اند، تأثیر منفی بگذارد. بهزیستی ذهنی یکی از حوزه‌های شایع در تحقیقات روان‌شناسی مثبت است و یک مفهوم چندمؤلفه‌ای و شامل پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی است (تونیس^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۳). در واقع بهزیستی ذهنی شامل افکار و احساسات مثبتی است که افراد زندگی خود را به‌طور مطلوب ارزیابی می‌کنند (آرسلان^{۱۱}، ۲۰۲۳). بهزیستی ذهنی یک مفهوم چندمؤلفه‌ای دربرگیرنده: (۱) پذیرش خود^{۱۲}، (۲) روابط مثبت با دیگران^{۱۳}، (۳) خودمختاری^{۱۴}، (۴) تسلط بر محیط^{۱۵}، (۵) زندگی هدفمند، (۶) رشد شخصی است (وون^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین بهزیستی ذهنی به معنای قابلیت یافتن تمام استعدادهای فرد است و در این رویکرد تمرکز بر سلامتی و بهزیستی از جنبه‌ی مثبت و نیز توضیح و تبیین ماهیت روان‌شناختی بهزیستی است. به‌عبارتی دیگر بهزیستی ذهنی از جمله مفاهیم و سازه‌های بهنجار مورد توجه و مطالعه‌ی روان‌شناختی مثبت است (کوترا^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۲).

شواهد فراوان گویای آن است که افراد بهبودیافته از کووید-۱۹، اغلب برای کاهش پیامدهای ناشی از بیماری، برای درمان و یاری از مداخلات روان‌درمانی، مراجعه می‌کنند (هازلدن^{۱۸}، ۲۰۱۹). یکی از این مداخلات رویکرد پذیرش و تعهد است. رویکردهای روان‌شناختی موج سوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از توانایی خوبی در مهار نگرش‌ها و ادراکات فرد در برابر پیشامدهای استرس‌زای زندگی برخوردار است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، توسط دکتر استیون هیز در سال ۱۹۸۳ مطرح شد. هسته و فرض اساسی این رویکرد این است که اجتناب و تقلا برای فرار از درد باعث رنج حقیقی می‌شود. این رویکرد از توانایی خوبی در مهار انتظارات نایبجا، ادراکات و نگرش‌های نادرست فرد در برابر پیش‌آیندهای استرس‌زای زندگی برخوردار است. این رویکرد درمانی به مراجع کمک می‌کند تا تشخیص دهد چه چیزی برای او مهم است و سپس از او می‌خواهد از این ارزش‌ها برای هدایت تغییرات رفتاری در زندگی استفاده کند (ما^{۱۹} و همکاران، ۲۰۲۳). دلیل انتخاب این رویکرد این است که بر اساس این نوع درمان، انسان‌ها دارای انگیزه‌های درونی هستند تا قادر به محقق کردن نیاز عشق و تعلق خاطر، احساس قدرت، آزادی، بقاء، سلامت و تفریح باشند. این نظریه اذعان می‌دارد که مردم می‌توانند با انتخاب آگاهانه احساسات و رفتارشان، زندگی خود را بهتر کنند. در این زمینه قطره ثمنی و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی دریافته‌اند آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش فاجعه‌سازی درد و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن می‌شود. کاشفی مهر و همکاران (۱۴۰۱)

1. WHO
2. Covid-19
3. Sars-Cov-2
4. Pandemic
5. Chen
6. Amin
7. Catastrophic
8. Anagnostopoulos
9. Mental Well-Being
10. Tönis
11. Arslan
12. Self-Acceptance
13. Positive Relation Withothers
14. Autonomy
15. Environmental Mastery
16. Voon
17. Kotera
18. Hazelden
19. Ma

در پژوهش خود نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری درد و تاب‌آوری بیماران آسیب طناب نخاعی تأثیرگذار است. همچنین دانش نیا و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با بهره‌گیری از فنونی همانند کاربرد تکنیک‌های ذهنی، مشاهده خود به‌عنوان زمینه، تکنیک‌های گسلش شناختی، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌تواند به‌عنوان یک درمان کارآمد جهت کاهش فاجعه‌پنداری درد در زنان مبتلا به سرطان پستان مورد استفاده گیرد.

با توجه به شیوع نسبتاً بالای ویروس کووید-۱۹ در ایران لذا مدیریت پیامدهای این بیماری به سبب تأثیر بر زندگی میلیون‌ها نفر حائز اهمیت است. با بررسی پیشینه پژوهشی در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود علائم روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، می‌توان سودمندی درمان و مداخلات در زمینه بهبود پیامدهای روان‌شناختی این ویروس را در بهبودیافتگان نشان داد و دریافت که این پیامدها را با آموزش شیوه‌های درمانی مناسب از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کنترل و تعدیل نمود و این پژوهش می‌تواند مبنای طراحی دوره‌ها و جلسات آموزشی درمانی برای کاهش فاجعه‌پنداری و افزایش بهزیستی ذهنی در بیماران بهبودیافته از ویروس کووید-۱۹ باشد و در این برهه از زمان چنین پژوهش‌هایی ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به مطالبی که بیان شد، به نظر می‌رسد هر دو منجر به کاهش فاجعه‌پنداری و افزایش بهزیستی روانی گردند. حال با عنایت به آنچه گفته شد پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی در افراد بهبودیافته از بیماری کووید-۱۹ در سال ۱۴۰۰ انجام پذیرفت.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه بهبودیافتگان از ویروس کووید-۱۹ که در بازه زمانی سه ماه نخست سال ۱۴۰۰ که از بیمارستان امام رضا (ع) در مشهد مرخص شده بودند، بود. از بین جامعه آماری پژوهش تعداد ۲۴ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس که تمایل به شرکت در این دوره درمانی داشتند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند، در ادامه با گمارش تصادفی ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه گواه قرار گرفتند، ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان در این پژوهش: (۱) بهبودیافتگی از کووید-۱۹ بعد از بستری در بیمارستان، (۲) تمایل فرد به شرکت در پژوهش، (۳) رضایت خانواده، (۴) نداشتن مشکل جسمانی و روانی شدید بر اساس خوداظهاری فرد، (۵) عدم مصرف داروی روان‌پزشکی در یک سال اخیر بر اساس خوداظهاری فرد بود و ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان: غیبت بیش از دو جلسه عدم تمایل آزمودنی به ادامه‌ی شرکت در پژوهش، شرکت هم‌زمان در برنامه‌های مشاوره یا روان‌درمانی دیگر، غیبت بیش از دو جلسه و همکاری نکردن در تکمیل پرسشنامه‌ها در دو مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از انجام هماهنگی لازم با دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد و مدیریت و حراست بیمارستان امام رضا (ع)، پرونده بیماران مبتلا به کووید-۱۹ که در بازه زمانی تیرماه تا شهریورماه سال ۱۴۰۰ در بیمارستان بستری بودند و پس از بهبودی، ترخیص شده بودند، در اختیار پژوهشگر قرار گرفت و با تماس تلفنی، مصاحبه اولیه‌ای با هریک از بهبودیافتگان متقاضی به عمل آمده و پس از جایگزینی در گروه‌ها، شرکت‌کنندگان پیش از اجرای مداخله، به پرسشنامه پژوهش به‌عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایشی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شیوه گروهی به صورت آنلاین با توالی هر هفته دو جلسه دریافت کردند. اما شرکت‌کنندگان گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون و ۶۰ روز بعد پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند. ملاحظات اخلاقی بدین شرح بود: پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً هر سه گروه در مرحله پس‌آزمون و ۶۰ روز بعد در مرحله پیگیری به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند در این پژوهش ملاحظات اخلاقی به شرح ذیل رعایت شد: ۱- پیش از شروع مطالعه، شرکت‌کنندگان از موضوع و روش اجرای پژوهش مطلع شدند، ۲- پژوهشگر متعهد شد تا از اطلاعات خصوصی آزمودنی‌ها محافظت کند و از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش استفاده کند، ۳- پژوهشگر متعهد شد نتایج پژوهش را در صورت تمایل آزمودنی‌ها برای آنها تفسیر کند، ۴- در صورت مشاهده هرگونه ابهام، راهنمایی‌های لازم به آزمودنی‌ها ارائه شد، ۵- مشارکت در تحقیق هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان به دنبال نداشت، ۶- این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی نداشت. درنهایت برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته که توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تحلیل قرار گرفت، استفاده شد.

ابزار سنجش

مقیاس فاجعه‌پنداری سولیوان (PCS):^۱ این پرسشنامه توسط سولیوان^۲ و همکاران (۱۹۹۵) طراحی شده است. این مقیاس یک ابزار ۱۳ ماده‌ای است و هدف آن ارزیابی میزان وضعیت دردناکی در بین بیماران می‌باشد و شامل سه خرده مقیاس بزرگنمایی (سؤالات ۳، ۴، ۱۴)، نشخوار ذهنی (سؤالات ۱، ۶، ۷، ۸، ۱۰ و ۱۱) و احساس درماندگی (سؤالات ۲، ۵، ۹ و ۱۲) است. در این ابزار پاسخ‌ها به روش لیکرت از هرگز (۰) تا همیشه (۴) مشخص شده است. در تحقیق سولیوان و همکاران (۱۹۹۵)، نشخوار ذهنی ۴۱ درصد واریانس کل، بزرگ‌نمایی ۱۰ درصد واریانس کل و درماندگی

1. Pain Catastrophizing Scale
2. Sullivan

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی در افراد بهبودیافته از بیماری کووید-۱۹
The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on catastrophizing and mental well-being in people ...

۸ درصد واریانس کل را تشکیل می‌دادند. همچنین ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۶۰ و ۰/۷۹ و برای نمره کل مقیاس فاجعه‌سازی درد برابر با ۰/۸۷ بود. در پژوهش سولیوان و همکاران (۱۹۹۵) میزان پایایی زیرمقیاس‌ها با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب برای نشخوار ۰/۸۸، بزرگ‌نمایی ۰/۶۷، درماندگی ۰/۸۹ و برای کل مقیاس آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد. همچنین پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ در پژوهش بوت^۱ و همکاران (۲۰۱۴) به ترتیب برای نشخوار ۰/۸۶، بزرگ‌نمایی ۰/۶۷ و درماندگی ۰/۹۶ به دست آمد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش شکرانی و منشئی (۱۴۰۰) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۷ برای این مقیاس بدست آمد.

مقیاس بهزیستی ذهنی (SWS)^۲: این مقیاس توسط کبیز و ماگیارمو^۳ (۲۰۰۳) طراحی شده است. این مقیاس برای سنجش بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی بکار می‌رود که از ۴۵ سؤال تشکیل شده است. ۱۲ سؤال اول مربوط به بهزیستی هیجانی می‌باشد، ۱۸ سؤال بعدی مربوط به بهزیستی ذهنی می‌باشد و در نهایت ۱۵ سؤال بعدی مربوط به بهزیستی اجتماعی است. جهت نمره‌گذاری از طیف لیکرت ۵ درجه‌ای استفاده می‌شود. همسانی درونی زیر مقیاس بهزیستی هیجانی، ۰/۹۱ بود. زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی دارای همسانی درونی متوسط از ۰/۴ تا ۰/۷ و پایایی مجموع هر دو این مقیاس‌ها با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸ و بالاتر بود (کبیز و ماگیارمو، ۲۰۰۳). در مطالعه کبیز و ماگیارمو (۲۰۰۳) برای بررسی روایی این مقیاس از روایی عاملی استفاده شده است. نتایج تحلیل عامل تأییدی ساختار سه عاملی این مقیاس را تأیید کرده است. هاشمیان و همکاران (۱۳۸۶) ضریب همسانی درونی برای کل پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و برای مقیاس‌های فرعی آن شامل بهزیستی هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰ و ۰/۶۱ گزارش کردند و در پژوهش مقامی و همکاران (۱۳۹۹) روایی واگرا و همگرا، پایایی بازآزمایی در یک بازه زمانی ۳۰ روزه و همسانی درونی مقیاس به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۹، ۰/۸۱ و ۰/۶۴ به دست آمد که مورد تأیید قرار گرفته است. جهت بررسی پایایی این ابزار از آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن برای نمره کل پرسشنامه ۰/۹۷ به دست آمد. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۵ برای این مقیاس بدست آمد.

جلسات مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: درمان پذیرش و تعهد اقتباس از هیز^۴ و همکاران (۲۰۰۶) در ۸ جلسه دوساعتی و به صورت هفتگی به گروه آزمایش آموزش داده شد و خلاصه این بسته آموزشی در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. شرح جلسات مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۲۰۰۶)

| جلسات | شرح |
|-------|--|
| اول | آشنایی گروه با همدیگر و با تیم درمان، تشریح مراحل درمان و جلسات، تشریح متغیر فاجعه‌پنداری، هر یک از اعضا در مورد سیر بیماری خود مواردی را یادداشت می‌کنند. |
| دوم | بررسی دنیای درون و بیرون در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، استعاره ببر گرسنه. |
| سوم | شناسایی ارزش‌های افراد و بیان اهداف به روشنی مجسم می‌شود. بعد موارد مهمی که در حین تمرین بیان شده توسط هر فرد نوشته خواهد شد، استعاره طناب‌کشی با هیولا، تأکید بر اهمیت ارتقاء و پرورش ذهن آگاهی. |
| چهارم | بررسی ارزش‌های افراد به صورت گروهی، معرفی ذهن آگاهی از طریق نفس کشیدن، استعاره راننده اتوبوس، تکلیف: ذهن آگاهی نفس |
| پنجم | انجام تمریناتی برای گسلش، تمرین افزایش ذهن آگاهی، استعاره صفحه شطرنج، تکلیف: شناسایی یک عمل بارز. |
| ششم | آموزش مفهوم‌سازی آمیختگی به خود و چگونگی گسلش از آن، خود مشاهده‌گر، استعاره خانه با مبلمان، تکلیف: انجام یک عمل بارز مشخص. |
| هفتم | انجام تمریناتی برای تقویت ذهن آگاهی (افراد در همان حال نشسته باید دقیقاً تمام صداهای اطراف را شنیده یا در همان حال تشخیص دهند که کدامیک از سطح بدنشان با کجا دارای ارتباط لامسه‌ای است). تکلیف: تمرین ذهن آگاهی در منزل. |
| هشتم | بررسی داستان زندگی متعهدانه هر فرد، استعاره صعود به قله، تکلیف: انجام یک عمل بارز مشخص و تمرینات ذهن آگاهی. |

یافته‌ها

1. Bot
2. Subjective Wellbeing Scale
3. Keyes & Magyarmo
4. Hayes

در پژوهش حاضر گروه نمونه شرکت کننده در طرح پژوهش ۲۴ نفر بودند که در گروه آزمایش، ۱۲ نفر (زن و ۵ مرد) با میانگین سنی $7.04 \pm$ و در گروه گواه، ۱۲ نفر (زن و ۳ مرد) با میانگین سنی 7.55 ± 3.173 و نشان دهنده این مطلب است که این دو گروه باهم از نظر متغیر سن همگن هستند. از نظر تحصیلاتی بیشترین تعداد تحصیلات در گروه آزمایش لیسانس با فراوانی ۶ نفر (۴۰٪) و گروه کنترل دیپلم با فراوانی ۶ نفر (۴۰٪) بود. جدول شماره ۲ آمار توصیفی متغیر فاجعه پنداری درد و بهزیستی ذهنی را نشان می دهد.

جدول ۲. شاخص توصیفی متغیرهای پژوهش

| متغیر | گروه | پیش آزمون | | پس آزمون | |
|------------------|--------|-----------|--------------|----------|--------------|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| فاجعه پنداری درد | آزمایش | ۴۶/۹۲ | ۱۴/۷۳ | ۳۰/۵۵ | ۹/۳۲ |
| | گواه | ۶۵/۷۵ | ۱۳/۶۲ | ۴۴/۰۱ | ۱۰/۰ |
| بهزیستی ذهنی | آزمایش | ۳۴/۰۵ | ۵/۴۷ | ۴۱/۷۵ | ۳/۱۳ |
| | گواه | ۳۵/۰۹ | ۶/۳۸ | ۱۱/۰ | ۴/۰ |

همان طور که در جدول ۲ ملاحظه می شود، متغیرهای پریشانی روان شناختی و بهزیستی ذهنی برای دو گروه کنترل و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در دو مرحله سنجش (پیش آزمون و پس آزمون) نشان داده شده است. همان طور که ملاحظه می گردد، در گروه کنترل میانگین متغیر پریشانی روان شناختی و بهزیستی ذهنی در پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون تغییر چندانی را نشان نمی دهد. ولی در گروه می توان شاهد کاهش قابل توجه پریشانی روان شناختی و افزایش بهزیستی ذهنی در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون بود.

با توجه به جدول یک مشاهده می شود که آماره کالموگروف - اسمیرنوف برای خردمقیاس های دارای سطوح معناداری بالاتر از مقدار مفروض (۰/۰۵) هستند که نشان می دهد از مفروضه طبیعی و نرمال بودن داده ها در گروه ها تخطی نشده است. همچنین یافته های جدول فوق نشان می دهد میانگین نمره های گروه آزمایش در متغیر بهزیستی ذهنی از پیش آزمون تا پس آزمون افزایش و متغیر فاجعه پنداری درد از پیش آزمون تا پس آزمون کاهش یافته است. نتیجه بررسی پیش فرض های تحلیل کوواریانس به این شرح بود در ابتدا جهت بررسی وجود داده پرت از باکس پلات استفاده شد که داده پرتی مشاهده نگردید همگنی شیب رگرسیون بدین معنی است که شیب رگرسیونی خطوط مختلف در بین گروه ها باید برابر باشد که می تواند با یک آزمون F بر روی تعامل متغیرهای مستقل با کوواریانسها ارزیابی شود. ملاحظه شد سطح معنی داری تعامل گروه تحقیق پیش آزمون فاجعه پنداری درد برابر ۰/۳۳ و بیشتر از ۰/۰۵ می باشد. این امر نشان دهنده این است که پیش فرض سطح معنی داری تعامل گروه تحقیق * پیش آزمون بهزیستی ذهنی برابر ۰/۲۶۳ و بیشتر از ۰/۰۵ می باشد. این امر نشان دهنده این است که پیش فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت می شود. جهت بررسی تجانس ماتریس های واریانس کوواریانس از آزمون Box-M استفاده شد. این آزمون فرض صفر را مورد آزمون قرار می دهد که ماتریس های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین گروه های مختلف برابرند. مشاهده شد چون مقدار F (۱/۸۰۲) در سطح خطای داده شده (۰/۱۴۸) معنی دار نیست، بنابراین فرض صفر رد نمی شود. به این معنی که ماتریس های کوواریانس مشاهده شده بین گروه های مختلف باهم برابرند. از آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس ها استفاده شد. فرضیه صفر این آزمون بیان می کند داده ها به لحاظ واریانس همگن هستند. مشاهده شد برای متغیر فاجعه پنداری درد چون مقدار (۲/۸۰۲) از سطح خطای داده شده (۰/۷۸) بزرگ تر است، لذا این پیش فرض برای متغیر فاجعه پنداری درد رعایت شده است. همچنین برای متغیر بهزیستی ذهنی چون مقدار F (۱/۴۳۳) از سطح خطای داده شده (۰/۶۶) بزرگ تر است، لذا این پیش فرض برای متغیر بهزیستی ذهنی رعایت شده است. بنابراین از آزمون های اثر پیلای، لامبدای ویلکز، اثر هلتنینگ و بزرگترین ریشه روی جهت اعتبار تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ قابل مشاهده است.

جدول ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری بر روی متغیرها در دو گروه کنترل و آزمایش

| اثر | ارزش | F | سطح معناداری | مربع اتای جزئی | توان آزمون |
|-------------------|---------|----------|---------------|----------------|------------|
| اثر پیلایی | ۰/۹۹ | ۲۰۱۳/۷۶۲ | $P \leq 0.01$ | ۰/۸۹ | ۱ |
| لامبدای ویلکز | ۰/۰۰۵ | ۲۰۱۳/۷۶۲ | $P \leq 0.01$ | ۰/۸۹ | ۱ |
| اثر هلتنینگ | ۱۹۱/۷۸۷ | ۲۰۱۳/۷۶۲ | $P \leq 0.01$ | ۰/۸۹ | ۱ |
| بزرگترین ریشه روی | ۱۹۱/۷۸۷ | ۲۰۱۳/۷۶۲ | $P \leq 0.01$ | ۰/۸۹ | ۱ |

با توجه به نتایج شاخص های فوق می توان استنباط کرد که با کنترل اثر پیش آزمون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی ذهنی و فاجعه پنداری درد در افراد بهبود یافته از بیماری کووید-۱۹ اثربخش است. همچنین جدول فوق نشان می دهد حداقل در یک از متغیرهای مورد مطالعه بین دو گروه تفاوت معنادار است و تفاوت مشاهده شده در متغیرهای مورد مطالعه ناشی از تأثیر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی ذهنی و فاجعه‌پنداری درد در افراد بهبودیافته از بیماری کووید-۱۹ در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون

| منابع تغییرات | مجموع مربع‌ها | درجه آزادی | میانگین مجذورها | آماره F | Sig | ضریب اتا | توان آزمون |
|----------------------------|---------------|------------|-----------------|---------|------|----------|------------|
| پیش‌آزمون فاجعه‌پنداری درد | ۴۴۱/۶۷۹ | ۱ | ۴۴۱/۶۷۹ | ۸/۰۷۸ | ۰/۰۱ | ۰/۲۸۸ | ۱ |
| گروه | ۳۷۸/۲۴۲ | ۱ | ۳۷۸/۲۴۲ | ۶/۹۱۴ | ۰/۰۲ | ۰/۲۵۷ | ۱ |
| خطا | ۱۰۹۴/۰۵۶ | ۲۰ | ۵۴/۷۰۳ | | | | |
| پیش‌آزمون بهزیستی ذهنی | ۱۵۳/۰۶۵ | ۱ | ۱۵۳/۰۶۵ | ۱۰۸/۵۸۶ | ۰/۰۱ | ۰/۸۳۸ | ۱ |
| گروه تحقیق | ۲۱/۱۰۳ | ۱ | ۲۱/۱۰۳ | ۱۴/۹۷۱ | ۰/۰۱ | ۰/۴۱۶ | ۱ |
| خطا | ۲۹/۶۰۲ | ۲۰ | ۱/۴۱۰ | | | | |

با توجه به مقادیر جدول فوق می‌توان استنباط کرد بین دو گروه مورد مطالعه از نظر هر یک از مؤلفه‌های مورد بررسی تفاوت معنادار وجود دارد چراکه مقادیر F محاسبه‌شده در سطح $p < 0/05$ معنی دارند و با توجه به میانگین‌های برآوردشده این معنی‌داری به نفع گروه آزمایش بوده است و لذا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی در افراد بهبودیافته از بیماری کووید-۱۹ اثربخش بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی در افراد بهبودیافته از بیماری کووید-۱۹ بود. یافته‌های پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فاجعه‌پنداری و افزایش بهزیستی ذهنی در افراد بهبودیافته از بیماری کووید-۱۹ اثربخش است. این یافته با پژوهش کاشفی مهر و همکاران (۱۴۰۱)، دانش نیا و همکاران (۱۳۹۹)، چن و همکاران (۲۰۲۲) و قطره ثمنی و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری درد می‌توان این‌گونه بیان کرد که درمان پذیرش و تعهد بر شناسایی افکار و احساساتی تمرکز دارد که موانعی بر سر راه مسیر زندگی ارزش‌مدارانه‌اند و هدفش این است که به‌جای تغییر تجربیات درونی، رابطه ما با این تجربیات را تغییر بدهد (استودارد و آفاری، ۲۰۱۴، ترجمه جمشیدی و ربیعی، ۱۳۹۹). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که شش فرایند درمان (پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه) باهم ترکیب شده و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را پدید آورند. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی موجب می‌شود بیماران بهبودیافته از ویروس کووید-۱۹ از دام افکار ناکارآمد رهایی یابند. این مواردی می‌تواند در اثربخشی این روش درمانی در کاهش فاجعه‌پنداری درد مؤثر بوده است.

از طرفی نیز در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی ذهنی در افراد بهبودیافته از بیماری کووید-۱۹ می‌توان این‌گونه بیان کرد که، استعاره‌ها و تمرین‌های این درمان به منظور درهم‌آمیختگی فرایندهای روانی در جهت تمرکز بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌عنوان یک کل استفاده می‌شوند. استعاره‌ها در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل اصول نهفته در آن مانند افزایش آگاهی، پذیرش، خودداری از اجتناب تجربی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت می‌تواند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش داده و در نتیجه فاجعه‌پنداری در این بیماران کاهش پیدا کرد. یافته دیگر پدر جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد می‌آموزند به‌جای انکار و اجتناب، تجربه‌هایشان را بپذیرند. همچنین آموزش ذهن آگاهی منجر به خودتنظیمی و حالات هیجانی مثبت شده که این امر بهزیستی زندگی فرد را ارتقاء می‌بخشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود که دردهای خود را بپذیرند و در نتیجه موجب کاهش فاجعه‌پنداری و ارتقاء بهزیستی ذهنی مؤثر است و توانایی مقابله در برخورد با چالش‌های ناشی از ناهت بیماری را افزایش دهد (پاللیوناس^۲ و همکاران، ۲۰۱۸).

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق گسلش شناختی از همسنگ قلمداد شدن افکار مزاحم و که همان شناختی و سواسی با اعمال اجباری و سپس نشخوار کردن این افکار جلوگیری می‌کند. از آنجایی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌جای اجتناب به پذیرش، تعهد بر ارزش‌ها، زیستن در زمان حال و دستیابی به حس‌های متعالی از خویشستن و تلاش در جهت تغییر ارتباط با تجربیات درونی به‌جای تغییر خود تجربیات تأکید می‌کند، واضح و روشن است که در کاهش فاجعه‌پنداری درد و بهزیستی ذهنی مؤثر واقع می‌شود. پژوهش حاضر شامل محدودیت‌هایی هم بود از جمله این محدودیت‌ها این بود که امکان انتخاب تصادفی گروه نمونه در پژوهش حاضر وجود نداشت که باعث می‌شود تعمیم

نتایج با احتیاط صورت گیرد. داده‌های پژوهش از راه نظرسنجی و پرسشنامه خودگزارشی حاصل شده‌اند و احتمال دارد با داده‌هایی که از طریق مشاهده بالینی حاصل می‌شوند متفاوت باشند. عدم امکان کنترل متغیرهای اجتماعی و فرهنگی در بحران کرونا یکی دیگر از محدودیت‌ها بود. عدم دوره پیگیری نیز یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بدین منظور که در زمان مداخله، شرکت‌کنندگان مکرر خبرهای ناگوار از ویروس کرونا در ایران و جهان را شنیده و این موجب افزایش اضطراب آنها می‌شد.

منابع

- استودارد، ج. و افاری، ن. (۲۰۱۴). کتاب جامع استعاره‌های اکت، راهنمای درمانگر برای تمرین‌های تجربی و استعاره‌های درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش. ترجمه شیوا جمشیدی (۱۳۹۹). تهران: ارجمند.
- دانش‌نیا، ف.، داودی، ح.، تقوایی، د.، و حیدری، ح. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری درد و نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان پستان. روان‌شناسی تحلیلی شناختی، ۱۱(۴۳)، ۱-۱۲. https://psy.garmsar.iau.ir/article_679422.html
- زارعی محمود آبادی، ح.، سدرپوشان، ن.، و کلاتری، م. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش گروهی مقابله با سوگ در بهبود تجربه سوگ ناشی از کووید-۱۹ در زنان سوگوار شهر یزد. طلوع بهداشت، ۲۳(۱)، ۱۶-۳۳. <https://tbj.ssu.ac.ir/article-1-3479-fa.html>
- شکرانی، ز.، و منشی، غ. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر کیفیت خواب و فاجعه‌پنداری درد در زنان مبتلا به پوکی استخوان. مجله دانشکده پزشکی، ۶۴(۱)، ۲۶۸۰-۲۶۷۰. https://mjms.mums.ac.ir/article_17961.html
- کاشفی مهر، ن.، شمع سوزان، ن.، و اسمحانی اکبری نژاد، ه. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری درد و تاب‌آوری بیماران آسیب طناب نخاعی. بیهوشی و درد، ۱۳(۲)، ۱۱۵-۱۳۱. <http://jap.iuims.ac.ir/article-1-5642-fa.html>
- مقامی، ح.، رجیبیان ده زیره، م.، و شریفی، س. (۱۳۹۹). تأثیر چند رسانه‌ای آموزشی مبتنی بر الگوی آشور بر جو انگیزشی درک شده و بهزیستی ذهنی دانشجویان. راهبردهای شناختی در یادگیری، ۸(۱۵)، ۱۲۷-۱۰۷. https://asj.basu.ac.ir/article_3628.html
- هاشمیان، ک.، پورشهریاری، م.، بنی جمالی، ش.، و گلستانی بخت، ط. (۱۳۸۶). بررسی رابطه بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با میزان بهزیستی ذهنی و شادمانی در جمعیت شهر تهران. مطالعات روان‌شناختی، ۳(۱۲)، ۱۶۳-۱۳۹. https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_1706.html
- Amin, S. (2020). The psychology of coronavirus fear: Are healthcare professionals suffering from corona-phobia?. *International Journal of Healthcare Management*, 13(3), 249-256. <https://doi.org/10.1080/20479700.2020.1765119>
- Anagnostopoulos, F., Paraponiari, A., & Kafetsios, K. (2023). The Role of Pain Catastrophizing, Emotional Intelligence, and Pain Intensity in the Quality of Life of Cancer Patients with Chronic Pain. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 30(3), 501-519. <https://doi.org/10.1007/s10880-022-09921-5>
- Arslan, G. (2023). Psychological Well-Being and Mental Health in Youth: Technical Adequacy of the Comprehensive Inventory of Thriving. *Children (Basel, Switzerland)*, 10(7), 1269. <https://doi.org/10.3390/children10071269>
- Bot, A. G. J., Becker, S. J. E., Bruijnzeel, H., Mulders, M. A. M., Ring, D., & Vranceanu, A.-M. (2014). Creation of the abbreviated measures of the Pain Catastrophizing Scale and the Short Health Anxiety Inventory: The PCS-4 and SHAI-5. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 22(2), 145-151. <https://doi.org/10.3109/10582452.2014.883020>
- Chen, R., Sun, C., Chen, J. J., Jen, H. J., Kang, X. L., Kao, C. C., & Chou, K. R. (2021). A Large- Scale Survey on Trauma, Burnout, and Posttraumatic Growth among Nurses during the COVID-19 Pandemic. *International journal of mental health nursing*, 30(1), 102-116. <https://doi.org/10.1111/inm.12796>
- Chen, Y., Ju, P., Xia, Q., Cheng, P., Gao, J., Zhang, L., Gao, H., Cheng, X., Yu, T., Yan, J., Wang, Q., Zhu, C., & Zhang, X. (2022). Potential Role of Pain Catastrophic Thinking in Comorbidity Patients of Depression and Chronic Pain. *Frontiers in psychiatry*, 13, 839173. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.839173>
- Ghatreh Samani, M., Najafi, M., & Rahimian Bouger, I. (2019). Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and physiotherapy on quality of life and pain catastrophizing in patients with chronic pain. *J Shahrekord Univ Med Sci*, 21(6), 271-275. <https://doi.org/10.34172/jsums.2019.47>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hazelden, Betty. (2019). *Acceptance and Commitment Therapy*. BY: Hazelden Betty Ford Foundation, <https://www.hazeldenbettyford.org/articles/acceptance-commitment-therapy>
- Keyes, C. L. M., & Magyar-Moe, J. L. (2003). *The Measurement and Utility of Adult Subjective Well-Being*. In S. J. Lopez, & C. R. Snyder (Eds.), *Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures* (pp. 411-425). Washington DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10612-026>
- Kotera, Y., Green, P., & Sheffield, D. (2022). Positive Psychology for Mental Wellbeing of UK Therapeutic Students: Relationships with Engagement, Motivation, Resilience and Self-Compassion. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20, 1611-1626. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00466-y>
- Ma, J., Ji, L., & Lu, G. (2023). Adolescents' experiences of acceptance and commitment therapy for depression: An interpretative phenomenological analysis of good-outcome cases. *Frontiers in psychology*, 14, 1050227. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1050227>
- Paliliunas, D., Belisle, J., & Dixon, M. R. (2018). A Randomized Control Trial to Evaluate the Use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to Increase Academic Performance and Psychological Flexibility in Graduate Students. *Behavior analysis in practice*, 11(3), 241-253. <https://doi.org/10.1007/s40617-018-0252-x>

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی در افراد بهبودیافته از بیماری کووید-۱۹
The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on catastrophizing and mental well-being in people ...

- Sullivan, M. J. L., Bishop, S., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: Development and validation. *Psychology Assessment*, 7(4), 524-532. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.524>
- Tönis, K. J. M., Kraiss, J. T., Linssen, G. C. M., & Bohlmeijer, E. T. (2023). The effects of positive psychology interventions on well-being and distress in patients with cardiovascular diseases: A systematic review and Meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 170, 111328. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111328>
- Voon, S.P., Lau, P.L., Leong, K.E., & Jaafar, J. L. S. (2022). Self-Compassion and Psychological Well-Being Among Malaysian Counselors: The Mediating Role of Resilience. *Asia-Pacific Edu Res*, 31, 475-488. <https://doi.org/10.1007/s40299-021-00590-w>
- World Health Organization. (2023). WHO coronavirus (COVID-19) dashboard. Available at: <https://covid19.who.int/>, 2023