



فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی در افراد بهبود یافته از بیماری کووید-۱۹

دانشجوی دکتری، گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران
استادیار گروه علوم تربیتی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران
استادیار گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران
استادیار گروه آمار، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران

معصومه حجار کارگر ^{id}

حسین اکبری امرغان ^{id*}

حمید نجات ^{id}

احسان ارمز ^{id}

dr.akbari@iauu.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول:

۱۴۰۰/۱۲/۱۵ پذیرش:

دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۲۲

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷

http://Aftj.ir

دوره ۲ | شماره ۵ | پیاپی ۳۷۳-۳۸۹

زمستان ۱۴۰۰

(مجموعه مقالات کووید-۱۹)

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی در افراد بهبود یافته از بیماری کووید-۱۹ انجام شد. **روش پژوهش:** پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه تجربی سه گروهی (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) همراه با سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه) بود. جامعه آماری شامل کلیه بهبودیافتگان از بیماری کووید-۱۹ که در سه ماه اول سال ۱۴۰۰ از بیمارستان امام رضا (ع) در مشهد، مرخص شده‌اند بود. از این جامعه ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس مبتنی بر هدف و با استفاده از ملاک‌های ورود انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری (آزمایش ۱ و آزمایش ۲ و گواه) جایگزین شدند. گروه آموزش (۱) ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر هیجان و گروه آموزش (۲) هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند، در حالی که گروه گواه آموزشی دریافت نکردند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه فاجعه‌پنداری سولیوان (۲۰۰۹) و پرسشنامه بهزیستی ذهنی کییز و ماگیارمو (۲۰۰۳) بود. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مختلط به کمک نرم افزار spss22 انجام گردید. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد میانگین نمرات فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه گواه، در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری پیدا کرد ($P < .001$). این نتایج در مرحله پیگیری نیز پایدار ماند. همچنین نتایج نشان داد بین اثربخشی دو گروه درمان مبتنی بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری یافت نشد. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به عنوان روش‌های مداخله‌ای مؤثر در کاهش فاجعه‌پنداری و ارتقاء بهزیستی ذهنی در افراد بهبود یافته از بیماری کووید-۱۹ مورد توجه قرار گیرد.

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(حجار کارگر، اکبری امرغان، نجات و ارمز،

۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

حجار کارگر، معصومه، اکبری امرغان، حسین، نجات، حمید، و ارمز، احسان. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی در افراد بهبود یافته از بیماری کووید-۱۹. *فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی*، ۲(۵) پیاپی ۳۷۳-۳۸۹.

کلیدواژه‌ها: هیجان، پذیرش و تعهد، فاجعه‌پنداری، بهزیستی ذهنی، کووید-۱۹

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی^۱ در ۱۱ مارس ۲۰۲۰، کووید-۱۹ که بیماری ناشی از ویروس کرونا^۲ است را یک بیماری همه‌گیر^۳ اعلام کرد (آردن و چیلکات، ۲۰۲۰). بحران کرونا در عین این که آسیب‌های جدی به جوامع مدرن و جهان سرمایه‌داری وارد کرده است، طلوع عصر جدیدی را موجب شده که نظم نوین جهانی را با تمام فراز و فرود تمدنی‌اش، با مخاطرات جدی روبه‌رو ساخته است (شیرعلی، ۱۳۹۹). این بحران پیامدهای نگران‌کننده‌ای دارد از جمله ترس گسترده، وحشت فراگیر، نگرانی عمیق و خلاصه‌بینوایی و درماندگی ناشی از شوک کرونا است (عبدالرشیدی، ۱۳۹۹). در حال حاضر، این بمباران بی‌امان منجر به تشدید اضطراب و پیامدهای مستقیم بر سلامت روان همه شده است. با این حال، احساس مداوم خطر می‌تواند تأثیرات بیشتری بر روان داشته باشد. به دلیل برخی واکنش‌های اساسی در حال تغییر به همه‌گیری، تصورات از سرایت باعث می‌شود افراد سازگارتر و جمع‌گراتر شوند (امین، ۲۰۲۰).

از آنجایی که عموم مردم، مستعد مبتلا شدن به بیماری ویروسی کووید-۱۹ هستند و افراد سالمند، ناتوان و دارای معلولیت، افراد دارای بیماری‌های زمینه‌ای، مزمن و ضعف در سیستم ایمنی در معرض خطر بیشتری نسبت به کروناویروس قرار دارند لذا احتمال اینکه تعداد زیادی از مردم از پیامدهای روان‌شناختی این ویروس در زمان بهبودی و بعد از آن رنج ببرند وجود دارد. ترس از کرونا، ترس از مواردی همچون اضطراب مرگ، زندگی کوتاه، داشتن دل‌بستگی‌های مختلف، در بند خواسته‌ها بودن و نداشتن حال خوب و ... و بطور کلی نشخوار ذهنی از مبتلا شدن دوباره و یا عدم بهبودی کامل می‌تواند نمونه‌هایی از این پیامدهای روان‌شناختی باشد (نظری کمال و همکاران، ۱۳۹۹).

این موضوعات بهزیستی جسمانی، روانی، اجتماعی فرد را به خطر می‌اندازد بدین معنی که با توجه به تعداد زیاد مبتلایان به این کروناویروس (کووید-۱۹) که به سرعت در حال افزایش است، ترس، اضطراب و نگرانی عمومی در بسیاری از مناطق افزایش یافته است. چنین نگرانی‌هایی باعث اختلال درک از موارد مربوط به بیماری و منجر به سایر چالش‌های روانی-اجتماعی از جمله فاجعه‌پنداری^۴ می‌شود که احتمال دارد بر بهزیستی ذهنی^۵ افرادی که به این بیماری مبتلا شده‌اند تأثیر منفی بگذارد. 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 بیش از حد بزرگ دیدن (مایرز و همکاران، ۲۰۱۶). در این راستا زیدنی و همکاران (۲۰۱۸) بیان کردند ارزیابی شناختی، به ویژه فاجعه بار کردن درد، نقش مهمی در درد مزمن دارد. دوستی و همکاران (۱۳۹۹) نیز در پژوهشی نشان دادند که بین نشخوار ذهنی، احساس درماندگی و بزرگنمایی در سنین مختلف جامعه به هنگام شیوع کرونا ویروس تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین نشخوار ذهنی در سنین مختلف متفاوت بود، احساس درماندگی با افزایش سن کمتر دیده شد و بزرگنمایی با روند افزایش سن کمتر مشاهده شد.

1. WHO
2. COVID-19
3. SARS-CoV-2
4. pandemic
5. Catastrophic
6. mental well-being

در دهه‌های اخیر برخی روان درمانگران سعی کرده‌اند از رویکردهای جدید در روان درمانی استفاده نمایند. یکی از این رویکردها درمان مبتنی بر هیجان یا هیجان مدار^۱ است. این درمان توسط لزی گرینبرگ معرفی و ابداع شده است. درمان هیجان مدار به رنج روان شناختی انسان با پردازش هیجانی^۲ می‌پردازد تا در عوض اجتناب و سرکوب هیجانات، آنها را تجربه کرده و معنای جدیدی بسازد. اصل اساسی این درمان، کار با هیجانات است و درمانگر نقش مربی را در هدایت هیجانات فرد از ناهشیار به هشیار بازی می‌کند (گرینبرگ، ۲۰۱۵). در این راستا شناگوی محرر و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی نشان دادند درمان هیجان مدار موجب کاهش علائم اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به اسکروز شده است. همچنین حسینی اردکانی (۱۳۹۹) در پژوهشی دریافت درمان مبتنی بر هیجان موجب کاهش میزان اضطراب اجتماعی و وابستگی بین فردی در زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های سلامت می‌گردد.

از سوی دیگر، یکی دیگر از درمان‌های روان شناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)^۳ است که به این گونه تعریف شده است: پذیرش فعال و آگاهانه افکار، هیجان‌ها و حس‌های بدنی منفی که در طی زندگی فرد ایجاد شده است، بدون تلاش‌های غیر ضروری برای تغییر فراوانی با شکل آنها، مخصوصاً موقعی که اعمال چنین تغییری موجب آسیب روان شناختی می‌شود. این درمان شامل شش فرایند پذیرش، گسلسش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌باشد (هایس و همکاران، ۲۰۰۶). این رویکرد راهی برای درگیر شدن با تجربیات دردناک است، به طوری که افراد، دیگر غم و اندوه، ترس، اضطراب یا خشم را احساس نمی‌کنند و به افراد کمک می‌کند تا با ذهنی آگاه به افکار و احساسات خود پاسخ داده و به جای چشم پوشی، آنها را بپذیرند (هازلدن، ۲۰۱۹). در این زمینه عزت پناه و لطیفی (۱۳۸۹) در پژوهشی دریافتند آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری درد، تحمل پریشانی بیماران مزمن اثر دارد. همچنین رضائیان و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که درمان گروهی پذیرش و تعهد در زنان مبتلا به درد مزمن لگن، بر اساس مقیاس فاجعه‌پنداری و ناتوان کنندگی درد مؤثر بوده است. همچنین اربابی (۱۳۹۵) در تحقیقی به این نتیجه دست یافت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان اثربخشی دارد.

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 روان شناختی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، می‌توان سودمندی درمان و مداخلات در زمینه بهبود پیامدهای روان شناختی این ویروس را در بهبود یافتگان نشان داد و دریافت که این پیامدها را با آموزش شیوه‌های درمانی مناسب از جمله درمان مبتنی بر هیجان و 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 بهبود یافته از ویروس کووید-۱۹ باشد و در این برهه از زمان چنین پژوهش‌هایی ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به مطالبی که بیان شد و با توجه به اینکه درمان مبتنی بر هیجان بر روی هیجانات و درمان مبتنی بر

1. Emotion-Focused Therapy (EFT)
2. Emotional processing
3. Acceptance and Commitment therapy (ACT)

پذیرش و تعهد بر روی رفتار افراد کار می‌کند؛ لذا به نظر می‌رسد هر دو منجر به کاهش فاجعه‌پنداری و افزایش بهزیستی روانی گردند و سوال اصلی این پژوهش این است:

۱. آیا بین تأثیر درمان مبتنی بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی در افراد بهبود یافته از بیماری کووید-۱۹ تفاوت معنادار وجود دارد؟
۲. درمان مبتنی بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی در افراد بهبود یافته از بیماری کووید-۱۹ در مرحله پس از آزمون مؤثر است؟
۳. درمان مبتنی بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی در افراد بهبود یافته از بیماری کووید-۱۹ در مرحله پیگیری پایدار است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه تجربی و طرح آن بصورت سه گروهی (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) همراه با سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری شامل کلیه بهبودیافتگان از ویروس کرونا که در بازه زمانی سه ماه نخست سال ۱۴۰۰ که از بیمارستان امام رضا (ع) در مشهد مرخص شده‌اند بود. از این جامعه ۴۵ نفر بصورت در دسترس مبتنی بر هدف و بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب و با روش جایگزینی تصادفی به سه گروه، گروه آزمایش (۱) درمان مبتنی بر هیجان (۱۵ نفر) و گروه آزمایش (۲) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) تقسیم شده و پرسشنامه فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی برای آنها به اجرا در آمد. سپس گروه آزمایش (۱) ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای پروتکل آموزشی درمان مبتنی بر هیجان و گروه آزمایشی (۲) هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند و گروه گواه هیچ آموزش دریافت نکردند. در انتهای جلسه آخر مجدد پرسشنامه‌های مربوطه بین سه گروه به اجرا درآمد. پس از گذشت سه ماه مجدد پرسشنامه بین گروه‌های آزمایش و گواه به عنوان پیگیری به اجرا گذاشته شد.

ابزار پژوهش

۱. **پرسشنامه فاجعه‌پنداری.** پرسشنامه فاجعه‌پنداری سالیوان (۲۰۰۹) یک ابزار ۱۳ ماده‌ای است و هدف آن ارزیابی میزان و وضعیت دردناکی در بین بیماران می‌باشد و شامل سه خرده‌مقیاس بزرگنمایی، نشخوار ذهنی و احساس درماندگی است. در این ابزار پاسخ‌ها به روش لیکرت از هرگز (۰) تا همیشه (۴) مشخص شده است. در تحقیق سالیوان و همکاران، نشخوار ذهنی ۴۱ درصد واریانس کل، بزرگ‌نمایی ۱۰ درصد واریانس کل و درماندگی ۸ درصد واریانس کل را تشکیل می‌دادند. ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های 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 (به نقل از محمدی و همکاران، ۱۳۹۲). همچنین پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ در پژوهش بوت و همکاران (۲۰۱۴) به ترتیب برای نشخوار ۰/۸۶، بزرگ‌نمایی ۰/۶۷ و درماندگی ۰/۹۶ به دست آمد. این ابزار در ایران توسط رحمتی و همکاران (۱۳۹۶) هنجاریابی شده است. آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۱ و ۰/۸۱ به دست آمد.

۲. پرسشنامه بهزیستی ذهنی (SWS)^۱. این مقیاس برای سنجش بهزیستی هیجانی، روان شناختی و اجتماعی بکار می‌رود که توسط کیزی و ماگیارمو (۲۰۰۳) هنجار شد که از ۴۵ سوال تشکیل شده است. ۱۲ سوال اول مربوط به بهزیستی هیجانی می‌باشد، ۱۸ سوال بعدی مربوط به بهزیستی روان شناختی می‌باشد و در نهایت ۱۵ سوال بعدی مربوط به بهزیستی اجتماعی است. جهت نمره‌گذاری از طیف لیکرت ۵ درجه‌ای استفاده می‌شود. اعتبار درونی زیر مقیاس بهزیستی هیجانی، ۰/۹۱ بود. زیر مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی و اجتماعی دارای اعتبار درونی متوسط از ۰/۴ تا ۰/۷ و اعتبار مجموع هر دو این مقیاسها ۰/۸ و بالاتر بود (کیزی و ماگیارمو، ۲۰۰۳). در مطالعه کیزی و ماگیارمو (۲۰۰۳) برای بررسی روایی این مقیاس از روایی عاملی استفاده شده است. نتایج تحلیل عامل تابیدی ساختار سه عاملی این مقیاس را تایید کرده است. گلستانی بخت (۱۳۸۶) پایایی مقیاس بهزیستی ذهنی و زیر مقیاس‌های بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی را به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۶، ۰/۶۴ و ۰/۷۶ به دست آورد و آلفای کرونباخ را برای هر یک از موارد فوق به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۶، ۰/۸۰ و ۰/۶۴ محاسبه کرد که حاکی از همسانی درونی مطلوب مقیاس است. معیارهای ورود آزمودنی‌ها در پژوهش حاضر عبارت بود از: سن بین ۲۰ الی ۴۵ سال، تحصیلات از سیکل تالیسانس و بهبود یافته از بیماری کووید-۱۹ و معیارهای خروج آزمودنی‌ها، غیبت در جلسات آموزشی و انجام ندادن تکالیف بود.

۳. درمان مبتنی بر هیجان. جلسات درمان مبتنی بر هیجان با اقتباس از کتاب گرینبرگ، (۲۰۱۵) در ده جلسه به مدت ۹۰ دقیقه تدوین و توسط ۳ تن از اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها و متخصصین مورد تأیید قرار گرفت.

جدول ۱. جلسات آموزشی درمان مبتنی بر هیجان

مرحله	جلسات	شرح
مرحله اول:	اول	معرفی و آشنایی با اعضای گروه، بیان اهداف، انگیزه و انتظارات و مشکلات، تعریف مفاهیم درمان
بحران زدایی و جلوگیری از مشکل	دوم سوم	تشویق اعضا به بیان ترس‌های خود (مانند ترس از مبتلا شدن مجدد به بیماری)، مشکل کنونی و شناسایی تجربه هیجانی دردناک و برجسته آنها. احساسات واکنشی ثانویه (خشم، ناکامی، تندی، احساسات مرتبط با بیماری و افکار فاجعه بار) منعکس و ارزش دادن به آنها، همراهی، مشاهده و کشف سبک پردازش هیجانی مراجع و کوچینگ هیجانی از طریق مراحل شناسایی، آگاهی، پذیرش، تحمل و تنظیم هیجان.
مرحله دوم:	چهارم پنجم	برون سازی هیجان‌ات و نگاه به احساسات اولیه و نیازهای تحقق نیافته به شکل یک چرخه دست یافتن به شناخت از جنبه‌های مختلف، تجربه احساس ارزشمندی، کشف و شناسایی هیجان‌ات (اولیه، ثانویه یا ابزاری) از طریق کار بر روی مارک‌های خرد و وظیفه‌ای و استفاده از فنون کار با صندلی

بازسازی الگوهای تعاملی	ششم	یادگیری اعتماد به هیجان‌هایی که به تازگی آشکار شده، تجربه واکنش‌های جدید نسبت به انگیزه‌های خود، شناسایی، بازنمایی و تنظیم هیجان‌ات اصلی زیربنایی، سازگار/ ناسازگار و یا سالم/ ناسالم.
مرحله سوم: تقویت و یکپارچگی	هفتم	پردازش کاملتر هیجان‌های اولیه، یادگیری قاعده‌های جدید، شناسایی و کار بر روی وقفه‌ها یا انسدادهای دسترسی به هیجان‌ات اولیه و ثانویه و تجربه خلق و تسهیل راه‌حل‌های جدیدی برای مشکلات، ردگیری و شناسایی موضوعات و تصاویر ابژه‌ای از مشکل کنونی و مرتبط کردن آن با تصاویر خود، پدر، مادر و یا سایر ابژه‌های احتمالی
	نهم	به یادآوری مسیری را که قبلاً حرکت می‌کرده و اینکه چگونه راه برگشتشان را یافتند، کوچینگ مراجع در حین بازنمایی ابژه‌ای و رسیدن به بینش تجربه‌ای
	دهم	تثبیت خود جدید و تعمیم به رویدادهای آینده

۴. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل درمانی هیز و استروشان (۲۰۱۰) در هشت جلسه به مدت ۹۰ دقیقه تدوین شد.

جدول ۲. جلسات آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

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 طناب کشی با هیولا، تأکید بر اهمیت ارتقاء و پرورش ذهن‌آگاهی.
چهارم	بررسی ارزش‌های افراد به صورت گروهی، معرفی ذهن‌آگاهی از طریق نفس کشیدن، استعاره راننده اتوبوس، تکلیف: ذهن‌آگاهی تنفس
پنجم	انجام تمریناتی برای گسلش، تمرین افزایش ذهن‌آگاهی، استعاره صفحه شطرنج، تکلیف: شناسایی یک عمل با ارزش.
ششم	آموزش مفهوم سازی آمیختگی به خود و چگونگی گسلش از آن، خود مشاهده گر، استعاره خانه با میلمان، تکلیف: انجام یک عمل با ارزش مشخص.
هفتم	انجام تمریناتی برای تقویت ذهن‌آگاهی (افراد در همان حال نشستند باید دقیقاً تمام صداهای اطراف را شنیده یا در همان حال تشخیص دهند که کدامیک از سطح بدنشان با کجا دارای ارتباط لامسه ای است). تکلیف: تمرین ذهن‌آگاهی در منزل.
هشتم	بررسی داستان زندگی متعهدانه هر فرد، استعاره صعود به قله، تکلیف: انجام یک عمل با ارزش مشخص و تمرینات ذهن‌آگاهی.

شیوه اجرا. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. در بررسی توصیفی داده‌ها شاخص‌های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS-22 استفاده گردیده است.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر گروه نمونه شرکت کننده در طرح پژوهش ۴۵ نفر بودند، ۱۵ نفر (۵ زن و ۶ مرد) در گروه آزمایش (۱) با میانگین سنی $32,60 \pm 7,04$ و ۱۵ نفر (۱۰ زن و ۵ مرد) در گروه آزمایش (۲) با میانگین سنی $33,93 \pm 7,67$ و ۱۵ نفر (۱۰ زن و ۵ مرد) در گروه گواه با میانگین سنی $30,73 \pm 7,55$ و نشان دهنده این مطلب است که این دو گروه با هم از نظر متغیر سن همگن هستند. از نظر تحصیلاتی بیشترین تعداد تحصیلات در گروه آزمایش (۱) لیسانس با فراوانی ۶ نفر (۴۰٪) و گروه آزمایش (۲) لیسانس با فراوانی ۷ نفر (۴۶,۷٪) و گروه گواه دیپلم با فراوانی ۶ نفر (۴۰٪) بود. از نظر شغل بیشترین تعداد در گروه آزمایش (۱) لیسانس با فراوانی ۶ نفر (۴۰٪) و گروه آزمایش (۲) لیسانس با فراوانی ۷ نفر (۴۶,۷٪) و گروه گواه دیپلم با فراوانی ۶ نفر (۴۰٪) بود. بیشترین فراوانی بر حسب متغیر شغل در گروه آزمایش (۱) با تعداد ۶ نفر (۴۰٪) و در گروه آزمایش (۲) با تعداد ۵ نفر (۳۳,۳٪) فرهنگی و آزاد و در گروه گواه با تعداد ۷ نفر (۴۶,۷٪) مربوط به آزمودنی‌های خانه دار بود. جدول شماره (۱) آمار توصیفی متغیر فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی را نشان می‌دهد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

متغیر	گروه	شاخص	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
فاجعه‌پنداری	درمان مبتنی بر هیجان	میانگین	۴۸,۲۷	۳۰,۱۳	۲۹,۶۰
		انحراف معیار	۶,۷۷	۷,۵۴	۶,۵۰
	درمان پذیرش و تعهد	میانگین	۴۴,۴۰	۳۰,۳۳	۲۹,۲۰
		انحراف معیار	۹,۴۱	۸,۳۶	۷,۱۵
بهزیستی ذهنی	گواه	میانگین	۴۴,۶۰	۴۴,۲۷	۴۳,۲۰
		انحراف معیار	۶,۴۲	۵,۰۶	۳,۳۶
	درمان مبتنی بر هیجان	میانگین	۱۳۰,۴۰	۱۸۳,۹۳	۱۷۹,۱۳
		انحراف معیار	۲۲,۱۳	۱۹,۶۰	۱۹,۹۹
درمان پذیرش و تعهد	میانگین	۱۳۹,۳۳	۱۸۰,۸۷	۱۷۷,۳۳	
	انحراف معیار	۲۷,۴۰	۱۷,۸۸	۱۷,۳۰	
گواه	میانگین	۱۲۹,۴۷	۱۲۷,۱۳	۱۲۵,۸۰	
	انحراف معیار	۱۴,۵۰	۱۲,۰۳	۱۰,۳۱	

همچنان که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود میانگین در گروه‌های آزمایش درمان مبتنی بر هیجان و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون در متغیر فاجعه‌پنداری کاهش و در متغیر بهزیستی ذهنی افزایش نشان می‌دهد و این کاهش در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است ولی در گروه گواه تغییر محسوسی مشاهده نشد. به منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمرات فاجعه‌پنداری از روش تحلیل واریانس مختلط (مکرر) استفاده شد. ابتدا مفروضه‌های تحلیل واریانس مختلط بررسی شد. در این راستا آزمون کالموگروف اسمیرنوف نشان داد داده‌های دو متغیر فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی در گروه آزمایش درمان مبتنی بر هیجان و گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه نرمال است ($p > 0.05$). همچنین آزمون F لوین جهت بررسی همسانی واریانس‌ها در پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه را نشان داد تساوی واریانس‌ها (f لوین) محاسبه شده در متغیر فاجعه‌پنداری و متغیر بهزیستی ذهنی در پیش‌آزمون در گروه آزمایش درمان مبتنی بر هیجان مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سطح $p > 0.05$ معنادار نشده است یعنی تفاوت معناداری بین واریانس‌های نمرات این مقیاس در پیش‌آزمون این گروه‌ها وجود ندارد. جهت بررسی مفروضه همگنی کوواریانس‌ها از آزمون M باکس استفاده شد. نتایج در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. آزمون M باکس و کرویت موخلی جهت بررسی فرض همگنی واریانس‌ها و کوواریانس‌ها

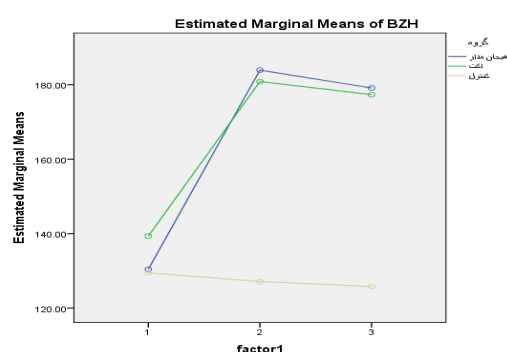
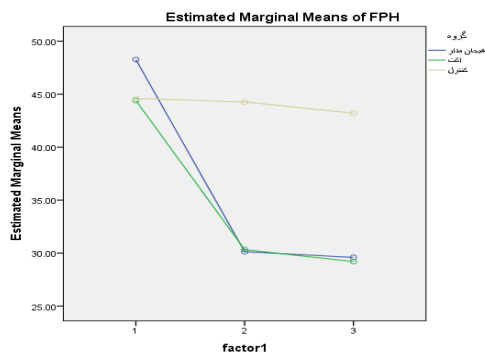
فاجعه‌پنداری	بهزیستی ذهنی	
۲۳/۹۹	۳۴/۷۴	Box's M
۱/۷۹	۲/۵۹	آماره F
۱/۲۰	۱۲	درجه آزادی ۱
۸۵۴۸/۶۲	۸۵۴۸/۶۲	درجه آزادی ۲
۰/۰۴	۰/۰۰۲	سطح معناداری
۲	۲	درجه آزادی
۰/۷۲	۰/۲۸	W موخلی
۰/۰۰۱	۲/۰۰۱	سطح معناداری

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد آزمون M باکس معنادار شده است. اگر معناداری کم‌تر از ۰/۰۰۱ باشد نشان دهنده آن است که در تمامی گروه‌ها، ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته، مساوی نیست. اگر مقدار معناداری کمتر از ۰/۰۰۱ باشد و تعداد آزمودنی‌ها در گروه‌ها برابر باشند، می‌توان آن را در نظر نگرفت (تاباچنیک و فیدل، ۲۰۰۱). همچنین واریانس تفاوت بین همه ترکیب‌های مربوط به گروه‌ها (کرویت) باید یکسان باشد. برای بررسی این مفروضه از آزمون کرویت موخلی استفاده شد که نتایج آن در جدول (۴) ذکر گردیده است. همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود فرض کرویت برقرار نیست ($P > 0.05$). بر این اساس در آزمون فرضیه‌ها از معیار گرین هاوس گیزر استفاده می‌شود تا تقریب دقیق‌تری بدست آید (هومن، ۱۳۸۰). خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط برای عوامل درون گروهی و بین گروهی در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. آزمون تحلیل واریانس مختلط فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی با معیار گرین هاوس گیزر

متغیر	شاخص آماری عوامل	SS	df	MS	F	Sig	Eta
فاجعه‌پنداری	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۳۸۴۹,۳۸	۱,۵۷	۲۴۵۸,۶۸	۲۰۰,۴۴	۰,۰۰۱	۰,۸۳
	تعامل آزمون* گروه	۱۷۰۵,۳۸	۳,۱۳	۵۴۴,۶۳	۴۴,۴۰	۰,۰۰۱	۰,۶۸
	بین گروهی	۲۳۱۲,۰۴	۲	۱۱۵۶,۰۲	۹,۲۵	۰,۰۰۱	۰,۳۱
بهزیستی ذهنی	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۲۵۹۸۸,۳۱	۱,۱۶	۲۲۹۹۴,۱۶	۱۱۶,۷۲	۰,۰۰۱	۰,۷۴
	تعامل آزمون* گروه	۱۶۳۴۱,۵۱	۲,۳۲	۷۰۳۸,۷۲	۳۶,۷۰	۰,۰۰۱	۰,۶۴
	بین گروهی	۴۲۶۸۰,۰۴	۲	۲۱۳۴۰,۰۲	۲۶,۲۷	۰,۰۰۱	۰,۵۶

با توجه به نتایج جدول ۵ برای عامل بین گروهی مقدار F محاسبه شده در سطح $0/05$ برای متغیر فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی معنادار است ($P < 0/05$). در نتیجه بین میانگین کلی نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی در دو گروه درمان مبتنی بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه تفاوت معنادار وجود دارد. بطور کلی می‌توان نتیجه گرفت که هر دو روش درمان (مبتنی بر هیجان و مبتنی بر پذیرش و تعهد) بر نمرات فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی تأثیر داشته است، بطوری که گروه‌های آزمایش نسبت به گروه گواه موجب کاهش نمرات فاجعه‌پنداری و افزایش نمرات بهزیستی ذهنی شده است، همچنین این روند در مرحله پیگیری نیز نسبت به مرحله پیش‌آزمون ادامه داشته است که نشان از پایداری درمان‌های (درمان مبتنی بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) است. همچنین آزمون بونفرونی نشان داد بین میانگین کلی نمرات میزان فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی در دو گروه درمان مبتنی بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معنادار وجود ندارد. نمودار تعاملی میانگین‌های تعدیل شده نمرات متغیر فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی در دو گروه درمان مبتنی بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مراحل مختلف پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در نمودار (۱) و (۲) نمایش داده شده است.



نمودار (۱ و ۲): میانگین‌های تعدیل شده نمرات فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی در دو گروه درمان مبتنی بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی در افراد بهبود یافته از بیماری کووید-۱۹ اجرا گردید. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش فاجعه‌پنداری و افزایش بهزیستی ذهنی در بیماران شد و بین دو درمان تفاوت معناداری یافت نشد. این یافته با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های پیشین نظیر پژوهش دوستی و همکاران (۱۳۹۹)، ثناگوی محرر و همکاران (۱۳۹۸)، حسینی اردکانی (۱۳۹۹)، عزت پناه و لطیفی (۱۳۸۹)، نصری و همکاران (۱۳۹۶)، رضائیان ابراهیمی و ضرغام (۱۳۹۳) و اربابی (۱۳۹۵) همسو بود. همچنین با یافته‌های مایرز و همکاران (۲۰۱۶) و زیدنی و همکاران (۲۰۱۸) نیز هم‌جهت بود.

دوستی و محرر (۱۳۹۹) در پژوهشی نشان دادند بین نشخوار ذهنی، احساس درماندگی و بزرگنمایی در سنین مختلف جامعه به هنگام شیوع کرونا ویروس تفاوت معناداری وجود دارد. پژوهش‌های دیگر نیز نشان دادند درمان هیجان مدار موجب کاهش علائم اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به اسکروز (ثناگوی محرر و همکاران، ۱۳۹۸) و موجب کاهش میزان اضطراب اجتماعی و وابستگی بین فردی در زنان (حسینی اردکانی، ۱۳۹۹) و بر بهزیستی ذهنی و سازگاری فردی اجتماعی افراد اثربخش است (نصری و همکاران، ۱۳۹۶). در زمینه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز عزت پناه و لطیفی (۱۳۸۹) نشان دادند این درمان بر فاجعه‌پنداری درد، تحمل پریشانی بیماران مزمن اثربخشی دارد و همچنین اثربخشی این درمان در درد مزمن لگن، بر اساس مقیاس فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کنندگی درد (رضائیان ابراهیمی و ضرغام، ۱۳۹۳) و کاهش اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان (اربابی، ۱۳۹۵) مؤثر بوده است. در این راستا مایرز و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند فاجعه‌پنداری یکی از دلایلی است که موجب می‌شود افراد از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده نکنند و پیش‌بینی‌های غیرمنطقی منفی از وقایع آینده داشته باشند و زیدنی و همکاران (۲۰۱۸) نیز بیان کردند، ارزیابی شناختی، به ویژه فاجعه بار کردن درد، نقش مهمی در درد مزمن دارد.

در پژوهش حاضر نشان داده شد که درمان مبتنی بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی اثربخشی دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد افراد بهبود یافته از بیماری کووید-۱۹ دچار مشکلات جسمی، روانی و ذهنی زیادی هستند. ترس از کرونا، ترس از خیلی چیزها می‌تواند باشد؛ از جمله اضطراب مرگ، ترس بابت زندگی نریخته، داشتن دل‌بستگی‌های مختلف، در بند خواسته‌ها بودن و گم کردن مسیر حال خوب (نظری کمال و همکاران، ۱۳۹۹). افراد بهبود یافته از بیماری کووید-۱۹ هیجان‌ات و افکارشان بهم ریخته و با داشتن استرس و اضطراب، افکاری فاجعه‌بار پیدا کرده‌اند. فاجعه‌پنداری به عنوان تمایل فرد به تمرکز و اغراق در مورد تهدید محرک‌های دردناک و ارزیابی منفی توانایی خود برای مقابله با درد تعریف شده است (سالیوان و همکاران، ۲۰۰۱). در نتیجه بهزیستی ذهنی آنها دچار مخاطره شده است. بهزیستی توسط اشنایدر و لوپز (۲۰۰۲) به عنوان ارزیابی شناختی و هیجانی فرد از خودش و زندگی‌اش تعریف شده است (علیزاده، ۱۳۹۲).

در این راستا هدف اصلی از درمان مبتنی بر هیجان این است که به مراجعان در روان درمانی کمک کند تا نسبت به هیجان‌ات خود آگاه شوند و به روشی مفید از آنها استفاده کنند. در این درمان به مراجعان کمک می‌شود هیجان‌ات خود را بهتر شناسایی کنند، تجربه کنند، بپذیرند، بررسی کنند، درک کنند، تغییر دهند

و به طرز انعطاف پذیر مدیریت کنند (گرینبرگ، ۲۰۱۵) و این خود باعث کاهش فاجعه‌پنداری و ارتقاء بهزیستی ذهنی در افراد می‌شود. افرادی که در زمان تجربه هیجان از راهبردهای شناختی سازگاران تنظیم هیجان استفاده می‌کنند، با تغییر ارزیابی‌های خود قادر به مدیریت مؤثر شدت هیجانهای منفی خویش می‌باشند. وقتی این هیجانهای منفی به طور مؤثر و سازگاران تنظیم می‌شوند، انعطاف‌پذیری فرد احتمالاً افزایش می‌یابد (تروی و ماوس، ۲۰۱۱).

در جلسات درمانی مبتنی بر هیجان، بیماران بهبود یافته از ویروس کووید-۱۹ احساسات و هیجانات خود را بیان کرده و هیجانات جدید را تجربه می‌کنند و به آنها کمک می‌شود که به روش بهتری هیجانات خود را شناسایی، تجربه، کشف، تغییر و مدیریت کنند و افرادی که توانایی بهتری در مدیریت هیجان دارند بهتر می‌توانند از هیجانهای منفی مانند اضطراب و استرس‌رهایی یابند و در زندگی با مشکل کمتری مواجه می‌شوند و در صورت بروز مشکل به صورت بهتر به شرایط پاسخ داده و با محیط سازگار می‌شوند. در جلسات درمانی، افکار فاجعه‌بار منعکس شده و به آنها ارزش داده می‌شود. ابتدا آن هیجانات کشف و پردازش شده سپس پذیرش، تحمل و تنظیم می‌شود. افراد به برون‌سازی مشکل پرداخته و در نهایت احساس ارزشمندی خود را تجربه می‌کنند. در مرحله بعد افراد می‌آموزند که به هیجان‌هایی که جدیداً آشکار شده اعتماد کنند و راه‌حل‌های نو برای مشکلات خلق کنند و حکایت جدیدی از مشکلات خود را بیان می‌کنند و تلاش می‌کنند آن را از نو طراحی کنند. از سوی دیگر درمان پذیرش و تعهد بر شناسایی افکار و احساساتی تمرکز دارد که موانعی بر سر راه مسیر زندگی ارزش‌مدارانه‌اند و هدفش این است که به جای تغییر تجربیات درونی، رابطه ما با این تجربیات را تغییر بدهد (استودارد و افاری، ۲۰۱۴). هیز و استروسال (۱۳۹۹) نیز معتقدند هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که شش فرایند درمان (پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه) با هم ترکیب شده و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را پدید آورند. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی موجب می‌شود بیماران بهبود یافته از ویروس کووید-۱۹ از دام افکار ناکارآمد رهایی یابند. این مواردی می‌تواند در اثربخشی این روش درمانی در کاهش فاجعه‌پنداری درد مؤثر بوده و همچنین موجب ارتقاء بهزیستی ذهنی بیماران شود.

در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد می‌آموزند به جای انکار و اجتناب، تجربه‌هایشان را بپذیرند. همچنین آموزش ذهن‌آگاهی 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 نقاهت بیماری را افزایش دهد. استعاره‌ها و تمرین‌های این درمان به منظور درهم آمیختگی فرایندهای روانی در جهت تمرکز بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به عنوان 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 اثربخشی درمان را در کاهش فاجعه‌پنداری و افزایش بهزیستی ذهنی منجر شود. نتایج پژوهش حاضر نشان دهنده آن است که درمان مبتنی بر هیجان سبب بهبود فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی می‌گردد و باعث می‌شود که بیماران با استفاده در ست از هیجانات، آگاهی از هیجانات و پذیرش آنها و ابراز مناسب

هیجانان در موقعیت های زندگی، از شدت هیجانان ناخوشایند کم کنند و در مواجهه با شرایط مختلف، مقابله سازنده‌تری از خود بروز دهند. در نتیجه میزان فاجعه‌پنداری در آنها کمتر و بهزیستی ذهنی فرد بهبود پیدا می‌کند و رضایت آنها از زندگی به طور مثبت و معنادار ارتقاء می‌یابد. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب بهبود فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی می‌گردد و بین اثربخشی این دو درمان تفاوت معناداری یافت نشد. پژوهش حاضر محدودیت‌هایی هم داشت از جمله این محدودیت‌ها این بود که امکان انتخاب تصادفی گروه نمونه وجود نداشت که این امر باعث می‌شود تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد. همچنین داده‌های پژوهش از راه نظر سنجی و پرسشنامه خودگزارشی حاصل شده‌اند و احتمال دارد با داده‌هایی که از طریق مشاهده بالینی حاصل می‌شوند متفاوت باشند. از طرفی امکان کنترل متغیرهای اجتماعی و فرهنگی در بحران کرونا وجود نداشت و در زمان مداخله، آزمودنی‌ها مکرر خبرهای ناگوار از ویروس کرونا در ایران و جهان را شنیده و این موجب افزایش فاجعه‌پنداری آنها می‌شد.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

به این وسیله از تمامی کسانی که ما را در این زمینه یاری نمودند، به ویژه مسئولین محترم بیمارستان امام رضا (ع) و تمامی بیمارانی که بی دریغ در روند اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از رساله دکتری نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد به تصویب رسیده است. نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشت.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- اربابی، علی. (۱۳۹۵). بررسی اثر رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان. *سومین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در علوم انسانی*
- استودارد، جیل ای. (۱۳۹۹). *استعاره‌های اکت، راهنمای درمانگر برای تمرین‌های تجربی و استعاره‌های درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش*. ترجمه شیوا جمشیدی، تهران: ارجمند (انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۱۴)

شناگوی محرر، غلامرضا، شیرازی، محمود، محمدی، رضا، و مقصدلو، فرشاد. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان هیجان مدار بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به اسکروز. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۱: ۲۰۰-۱۹۰.

حسینی اردکانی، اشرف. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان بر اضطراب اجتماعی و وابستگی بین فردی زنان مراجعه کننده به خانه های سلامت. *فصلنامه ایده های نوین روان شناسی*، ۴(۸): ۱-۱۱.

دوستی، پیمان، حسینی نیا، نرگس، قدرتی، گلناز، و ابراهیمی، محمد احسان. (۱۳۹۹). مقایسه نشخوار ذهنی، احساس درماندگی و بزرگنمایی در سنین مختلف و رابطه آنها با سبک های مقابله با استرس در بازدیدکنندگان یک وب سایت سنجش وضعیت روانی طی هفته اول شیوع کرونا و ویروس. *مجله دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۲۱(۲): ۱۱۴-۱۰۵.

رضائیان، معصومه، ابراهیمی، امرالله، ضرغام، مهتاب. (۱۳۹۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه پنداری و ناتوان کنندگی درد در زنان مبتلا به درد مزمن لگن. *پژوهش های علوم شناختی و رفتاری*، ۴(۲): ۶۲-۵۱.

شیرعلی، اسماعیل. (۱۳۹۹). *کرونا، ویروسی سیاسی یا اجتماعی؟*. انتشارات احسان

عزت پناه، فلورا، و لطیفی، زهره. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش، تعهد و شفقت بر فاجعه پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا. *مجله روان شناسی سلامت*، ۸(۴): ۱۴۲-۱۲۷.

علیزاده، حمید. (۱۳۹۲). *تاب آوری روانشناختی (بهزیستی روانی و اختلالهای رفتاری)*. تهران: نشر ارسباران

عبدالرشیدی، ع.ا. (۱۳۹۹). *جهان پسا کرونا*. انتشارات گویا

گلستانی بخت، طاهره. (۱۳۸۶). *ارائه الگوی بهزیستی ذهنی و شادمانی در جمعیت شهر تهران*. رساله دکتری روانشناسی بالینی دانشگاه الزهرا.

گرینبرگ، لزی (۱۳۹۷). *مربیگری در درمان هیجان مدار*، ترجمه: محمدآرش رضانی، زینب باقری و ایمان همت یار (۱۳۹۷)، تهران: انتشارات روان (انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۱۵)

محمدی، سمیه، دهقانی، محسن، حیدری، محمود، صداقت، مریم، و خطیبی، علی. (۱۳۹۲). بررسی شباهت های روانشناختی مرتبط با درد در بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی - اسکلتی و همسران آنها. *مجله علوم رفتاری*، ۷(۱): ۶۶-۵۷.

نظری کمال، مینا، کمال الدینی، معصومه، پیشنمازی، پروانه، گلی پور، صدیقه، و تاجیک اسماعیلی، هانیه. (۱۳۹۹). *تاب آوری در بحران کرونا*. نشر: آرویج ایرانیان

نصری، شیماء، کاکابرایی، کیوان، و شریفی، محمد. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان هیجان مدار بر بهزیستی ذهنی و سازگاری فردی - اجتماعی زمان مطلقه. *فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ*، ۹(۳۴): ۱۴۲-۱۲۹.

هومن، حیدرعلی. (۱۳۸۰). *استنباط آماری در پژوهش رفتاری*. ناشر: سمت

هیز، استیون، و استروسال. کریک. (۲۰۰۴). *راهنمای عملی درمان مبتنی بر پذیرش و پای بندی*. ترجمه: اکرم خمسه، ۱۳۹۹، تهران: انتشارات ارجمند.

References

- Amin, S. (2020). The psychology of coronavirus fear: Are healthcare professionals suffering from corona-phobia?. *International Journal of Healthcare Management*, 13(3), 249-256.
- Arden, M. A., & Chilcot, J. (2020). Health psychology and the coronavirus (COVID-19) global pandemic: A call for research. *British journal of health psychology*.

- Bot, A., Becker, S.E., Bruijnzeel, H., Mulders, 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).
- Hayes SC, Strosahl KD. *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. [New York]: Springer Press;2010.
- Hayes, S. C.; Luoma, J. B.; Bond, F. W.; Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behavior Research Therapy*, 44(1): 1-25.
- Hazelden, Betty. (2019). *Acceptance and Commitment Therapy*. BY: Hazelden Betty Ford Foundation, <https://www.hazeldenbettyford.org/articles/acceptance-commitment-therapy>
- Meyers, L., Gamst, G., Guarino, J. (2016). *Applied multivariate research: Design and Interpretation*. Third edition. London: Sage publication
- Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley L.A , Lefebvre J.C. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain* 2001; 17:52-64.27
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics* (4th ed.). boston: allyn & bacon
- Troy AS, Mauss IB. (2011). *Resilience in the face of stress: emotion regulation as a protective factor. Ch 2. In Southwick SM, Litz BT, Charney D & Friedman MJ. Resilience and Mental Health: Challenges Across the Lifespan*. Cambridge University Press. 30-44.
- Ziadni, M. S., Sturgeon, J. A., & Darnall, B. D. (2018). The relationship between negative metacognitive thoughts, pain catastrophizing and adjustment to chronic pain. *European Journal of Pain*, 22(4), 756-762.

پرسشنامه فاجعه سازی درد

عبارات					رتبه
همه اوقات	زیاد	به طور متوسط	ناحدهی	به هیچ وجه	
۵	۴	۳	۲	۱	
←————→					
۵	۴	۳	۲	۱	۱ من همیشه نگران این موضوع هستم که آیا این (درد) پایان خواهد یافت.
۵	۴	۳	۲	۱	۲ احساس می‌کنم که دیگر قادر به ادامه راه نیستم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳ این (درد) وحشتناک است و فکر می‌کنم که هرگز بهتر نخواهد شد.
۵	۴	۳	۲	۱	۴ این (درد) ترسناک است و احساس می‌کنم که بر من غلبه خواهد کرد.
۵	۴	۳	۲	۱	۵ من احساس می‌کنم که دیگر نمی‌توانم درد را تحمل کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۶ من از این می‌ترسم که درد بدتر از این شود.
۵	۴	۳	۲	۱	۷ من فکرم را از رویدادهای دردناک دیگر دور نگه می‌دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۸ من به طور نگران کننده‌ای می‌خواهم از درد دوری کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۹ به نظر می‌رسد که من نمی‌توانم درد را از ذهنم دور کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۰ من از فکر کردن در مورد این که درد تا چه حد آسیب زا خواهد بود اجتناب می‌کنم.

۱۱	من از فکر کردن درمورد این که اگر دردم را متوقف کنم، چقدر بد خواهد شد اجتناب می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲	من برای کاهش دردم هیچ کاری نمی‌توانم انجام دهم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳	من نسبت به اینکه چه چیز جدی ممکن است اتفاق افتد، شگفت زده می‌شوم.	۱	۲	۳	۴	۵

پرسشنامه بهزیستی ذهنی

طی یک ماه گذشته، تا چه حد احساس های زیر را تجربه کرده اید؟

ردیف	عبارات	تمام مدت	بیشتر اوقات	بعضی اوقات	کمی	اصلاً
۱	بشاش و بانشاط					
۲	روحیه خوب					
۳	شادمانی بسیار					
۴	آرامش					
۵	رضایت					
۶	سرشار از انرژی و حیات					

ردیف	عبارات	تمام مدت	بیشتر اوقات	بعضی اوقات	کمی	اصلاً
۱	همه چیز آنقدر غم انگیز بوده که چیزی باعث نشاطم نشده است.					
۲	عصبی					
۳	ناآرامی و بی قراری					
۴	ناامیدی					
۵	برای هر کاری باید تلاش کرد					
۶	بی ارزشی					

لطفاً جملات زیر را بخوانید، یا با آنها موافقید یا مخالف، در صورت موافقت میزان توافق خود را در قسمت موافق و در صورت مخالف نیز میزان آن را در قسمت مخالف با زدن علامت (✓) در خانه مربوطه نشان دهید.

ردیف	عبارات	موافق			مخالف		
		بسیار زیاد	کمی	بسیار کم	بسیار زیاد	کمی	بسیار کم
۱	بیشتر ویژگی‌های شخصیتم را دوست دارم.						
۲	وقتی داستان زندگیم را مرور می‌کنم از هر آنچه تا کنون رخ داده، خشنودم.						
۳	برخی از مردم در یک زندگی بی هدف سرگردانند، اما من از آنها نیستم.						
۴	کارهای روزانه زندگی، اغلب مرا آزرده خاطر می‌کند.						
۵	وقتی از جهات مختلف پیشرفت‌هایم را ارزیابی می‌کنم احساس یأس و ناامیدی می‌کنم.						
۶	حفظ روابط نزدیک برایم دشوار و محروم ساز بوده است.						
۷	هر روز برای همان روز زندگی می‌کنم و واقعاً به آینده فکر نمی‌کنم.						
۸	به طور کلی من مسئول و کنترل‌گر موقعیتی هستم که برای خود به وجود آورده‌ام و در آن زندگی می‌کنم.						

۹	به خوبی از عهده مسئولیت های روزمره زندگیم بر می‌آیم.
۱۰	گاهی اوقات احساس می‌کنم آنچه را باید در زندگی انجام داده، انجام داده‌ام.
۱۱	برای من زندگی فرآیندی مداوم از یادگیری، تغییر و رشد است.
۱۲	من فکر می‌کنم کسب تجارت جدیدی که مرا به فکر کردن در مورد خودم و دنیا وادار کند، مهم است.
۱۳	مردم مرا آدمی بخشنده می‌دانند زیرا وقتی را هم در اختیار دیگران می‌گذارم.
۱۴	مدت زیادی است که تلاش برای ایجاد هر گونه تغییر یا بهبود اساسی در زندگی را از دست داده‌ام.
۱۵	معمولاً افرادی که عقاید محکمی دارند مرا تحت تأثیر قرار می‌دهند.
۱۶	روابط گرم و صمیمانه زیادی را با دیگران تجربه نکرده‌ام.
۱۷	به عقاید اطمینان دارم، حتی اگر با افکار بیشتر مردم متفاوت باشد.
۱۸	من خودم را با آنچه برایم مهم است ارزیابی می‌کنم نه با ارزش هایی که برای دیگران مهم است.

ردیف	عبارات	موافق			مخالف		
		بسیار زیاد	کمی	کمی	کمی	بسیار زیاد	
۱	دنیا برایم بسیار پیچیده است.						
۲	احساس می‌کنم به هیچ گروهی تعلق ندارم.						
۳	مردمی که نیکی می‌کنند انتظار جبران ندارند.						
۴	چیزهای ارزشمندی برای عرضه به دنیا دارم.						
۵	دنیا برای همه جای بهتری می‌شود.						
۶	با افراد گروهم احساس نزدیکی می‌کنم.						
۷	فعالیت‌های روزانه من، چیز با ارزش و مفیدی برای جامعه‌ام ایجاد نمی‌کند.						
۸	نمی‌توانم درک کنم در دنیا چه می‌گذرد.						
۹	در جامعه پیشرفتی نیست.						
۱۰	مردم به مشکلات دیگران اهمیت نمی‌دهند.						
۱۱	جامعه من منبع آسایش و راحتی است.						
۱۲	سعی می‌کنم، بیندیشم و بفهمم در کشورم چه می‌گذرد.						
۱۳	جامعه من منبع آسایش و راحتی است.						
۱۴	معتقدم که مردم مهربانند.						
۱۵	هیچ چیز مهمی برای ارائه به جامعه ندارم.						

Comparison of the effectiveness of emotion-based therapy and acceptance-based therapy on disaster perception and mental well-being in people recovering from Covid-19 disease

Masoumeh. Hajar Kargar¹, Hossein. Akbari Amarghan^{*2}, Hamid. Nejat³, & Ehsan. Ormoz⁴

Abstract

Aim: The aim of this study was to compare the effectiveness of emotion-based therapy and therapy based on acceptance and commitment on disaster and mental well-being in people recovering from Covid-19 disease. **Methods:** The research was a quasi-experimental study of three groups (two experimental groups and one control group) with three stages (pre-test, post-test and quarterly follow-up). The statistical population included all those recovered from Covid-19 disease who were discharged from Imam Reza (AS) Hospital in Mashhad in the first three months of 2021. From this population, 45 people were selected by purposive sampling method based on purpose and using the inclusion criteria and were randomly assigned to three groups of 15 people (Experiment 1, Experiment 2 and Witness). Training group (1) received ten 90-minute sessions of emotion-based therapy and training group (2) received eight 90-minute sessions of acceptance-based therapy, while the training group did not receive a training certificate. The research instruments included Sullivan (2009) Disaster Questionnaire and Keys and Magyarmo (2003) Mental Well-Being Questionnaire. Data analysis method was performed using mixed measurement analysis of variance using spss22 software. **Results:** The results showed that the mean scores of disaster and mental well-being in the experimental groups compared to the control group in the post-test phase was significantly different ($P < 0.001$). These results remained stable in the follow-up phase. The results also showed that no significant difference was found between the effectiveness of the two groups of emotion-based therapy and therapy based on acceptance and commitment. **Conclusion:** It can be concluded that emotion-based therapy and therapy based on acceptance and commitment can be considered as effective intervention methods in reducing disaster and promoting mental well-being in people recovering from Covid-19 disease.

Keywords: Emotion, Acceptance and Commitment, Disaster Management, Mental Well-Being, Covid-19

1. PhD student, Department of Educational Sciences, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran

2. *Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran
Email: dr.akbari@iauuq.ac.ir

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

4. Assistant Professor of Statistics, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran