



Effect of Mindfulness-integrated Cognitive Behavior Therapy on the Intolerance of Uncertain and Psychological Distress in Patients with COVID-19

Hossein Alipourpicha¹, Ghodratollah Abbasi^{2*}, Ramazan Hassanzadeh³

1- PhD student in Genral Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

2- Associatet Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

3- Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Corresponding Author: Ghodratollah Abbasi, Associatet Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Email: gh_abbasi@iausari.ac.ir

Received: 29 Aug 2023

Accepted: 20 Jan 2024

Abstract

Introduction: This study investigated the effectiveness of mindfulness-integrated cognitive behavior therapy (MiCBT), to decrease intolerance of uncertainty and psychological distress in patients with COVID-19.

Methods: This research was conducted in the form of an experimental design with pre-test-post-test and follow-up with a control group. thirty patients with COVID-19 in Amol City were randomly allocated to either the experimental group (n = 15) or, the control group (n = 15). Outcomes were assessed at pre-, postintervention, and 2-month follow-up with the Kessler psychological distress scale-10 (K10) and the short version of the intolerance of uncertainty scale. The data were analyzed using SPSS.26 software and mixed covariance analysis with repeated measures and Bonferroni post hoc test.

Results: The MiCBT intervention significantly reduced intolerance of uncertainty and psychological distress scores at posttreatment and the gains were maintained at 2-month follow-up ($p < 0.001$).

Conclusions: The results support the effectiveness of MiCBT in creating a rapid and sustainable reduction of intolerance of uncertainty and psychological distress in patients with COVID-19. Therefore, experts, researchers, and therapists in this field can use this intervention as an effective treatment option to improve the psychological functions of patients with COVID-19 in Iran.

Keywords: COVID-19, Intolerance of uncertainty, Psychological distress, Mindfulness-integrated Cognitive Behavior Therapy.



تأثیر درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی بر عدم تحمل ابهام و پریشانی روان شناختی در بیماران مبتلابه کووید-۱۹

حسین علی پوریچا^۱، قدرت الله عباسی^۲، رمضان حسن زاده^۳

۱- دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۲- دانشیار، گروه روان شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۳- استاد، گروه روان شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

نویسنده مسئول: قدرت الله عباسی، دانشیار گروه روان شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

ایمیل: gh_abbasi@iausari.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۷/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۹/۱۵

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری یکپارچه با ذهن آگاهی بر عدم تحمل ابهام و پریشانی روان شناختی در بیماران مبتلا به کووید-۱۹ انجام شد.

روش کار: این پژوهش در قالب یک طرح آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری دو ماهه همراه با گروه کنترل انجام شد. از بین بیماران مبتلابه کووید-۱۹ دارای سابقه بستری در شهر آمل در نیمه اول سال ۱۴۰۰ با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل گمارش شدند. گروه شناختی رفتاری یکپارچه با ذهن آگاهی ۸ جلسه گروهی مداخله دریافت کردند. شرکت کنندگان دو گروه، در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری پرسشنامه پریشانی روان شناختی کسلر و همکاران (K10) و مقیاس عدم تحمل ابهام (IU-12) را تکمیل کردند. یافته های به دست آمده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرنی در فضای نرم افزار SPSS26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: مداخله شناختی رفتاری یکپارچه با ذهن آگاهی تأثیرات معناداری بر کاهش عدم تحمل ابهام و پریشانی روان شناختی در بیماران مبتلا به کووید-۱۹ داشت ($P < 0.001$).

نتیجه گیری: مداخله شناختی رفتاری یکپارچه با ذهن آگاهی از اثربخشی قابل توجهی در جهت کاهش عدم تحمل ابهام و پریشانی روان شناختی در بیماران مبتلابه کووید-۱۹ در ایران برخوردار است. از این رو متخصصین، پژوهشگران و درمان گران این حوزه می توانند از این مداخله به عنوان گزینه های مؤثر درمانی جهت بهبود کارکردهای روان شناختی بیماران مبتلا به کرونا استفاده کنند.

کلیدواژه ها: پریشانی روان شناختی، تحمل ابهام، کووید-۱۹، مداخله شناختی رفتاری یکپارچه با ذهن آگاهی.

مقدمه

بی گمان کرونا یکی از یورش های سخت و دلهره آور بیماری های ویروسی و واگیردار در طول تاریخ علیه سلامت روان انسان است. همه گیری ویروس کرونا در سه سال گذشته، زندگی افراد زیادی را دستخوش تغییر قرار داده است. این ویروس تا سپتامبر ۲۰۲۲، در سراسر جهان

بیش از ۶۴۰ میلیون مورد ابتلا و ۶/۵ میلیون مرگ و میر و تأثیرات شگفت و غیرقابل انکاری بر روال زندگی سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و به ویژه سلامت مردم داشته است (۱). پیرو شواهد پژوهشی موجود بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در کنار ترس از مرگ و مشکلات جسمانی مختلف با مشکلات سلامت روان مانند افسردگی، اضطراب، کاهش

بر مراقبه ذهن آگاهانه هستند، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR)؛ (۱۶) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)؛ (۱۷) مورد توجه پژوهشگران و درمان گران قرار گرفته‌اند. در سال‌های اخیر تفسیرهای مختلفی از این مداخله‌ها شده است به‌طوری‌که برخی از صاحب‌نظران در جهت یکپارچه‌سازی مبانی این مداخله‌ها گام‌های اثربخشی برداشته‌اند. درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی باوجود برخی همپوشانی‌های اجتناب‌ناپذیر با دیگر مداخله‌های ذهن آگاهی از یک رویکرد یکپارچه‌سازی نظری بهره می‌گیرد که در برگیرنده مهم‌ترین عوامل اشتراکی این مداخله‌ها مانند یادگیری، پذیرش، خودآگاهی، جدایی از مجموعه پاسخ‌های عادت‌ی و روابط درمانی است. این روش مبتنی بر یک چارچوب فرا نظری چند رشته‌ای است که مؤلفه‌های اساسی روان‌شناسی بودایی و غربی را در یک مداخله گام‌به‌گام ترکیب می‌کند. به‌طور ویژه، درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی به شدت نظریه یادگیری، فنون شناختی و مواجهه، علوم اعصاب هیجانی و اجتماعی، قانون طبیعی بی‌ثباتی و اثرات آن بر حس خود، ذهن آگاهی، شکیبایی و مؤلفه‌های وجودی فرد از طریق نظریه عدم تجربه مستقیم در طول تمرین ذهن آگاهی را با هم ترکیب می‌کند (۱۸). درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی به‌عنوان یک مداخله ۸ جلسه‌ای گروهی به‌طور بالقوه کمک ارزشمندی به مجموعه نوپیدای مداخله‌های تشخیصی کرده است؛ زیرا به تعدادی از فرایندهای فراتشخیصی ازجمله آگاهی فراشناختی (تشخیص و تنظیم استدلال)، توجه انتخابی به محرک‌ها (درونی و بیرونی) و اجتناب می‌پردازد. بدین‌سان، درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی به تنظیم هیجان نیز می‌پردازد که به‌عنوان یک عامل فراتشخیصی مدنظر قرار گرفته است (۱۹). Francis و همکاران (۱۹) اثربخشی درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی را در کاهش نشانگان اضطراب و افسردگی مورد تایید قرار داده‌اند. بدین‌سان نتایج مطالعه ایوبی و همکاران (۲۰) حاکی از تأثیر معنادار این مداخله بر بهبود شاخص‌های کیفیت زندگی، وضعیت پیروی درمان و کاهش پریشانی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود. همسو با این یافته نتایج مطالعه‌های منتظری و همکاران (۲۱) و پویان فر و همکاران (۲۲) اثربخشی این درمان در جهت کاهش مشکلات سلامت روان در بیماران ام اس در ایران را

کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی روبرو هستند (۲،۳). همسو با دیگر کشورهای جهان ایران نیز در آزمون سخت رویارویی با کرونا قرار گرفت. شواهد پژوهشی حاکی از آن است که مشکلات سلامت روان بیماران مبتلا به کرونا در ایران در دوران پاندمی کووید-۱۹ افزایش و سلامت روان آن‌ها کاهش یافته است (۴). مطالعه وحیدیان عظیمی و همکارانش چنین نشان داد که میزان اضطراب، استرس و افسردگی در بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در ایران بالا است و نیاز جدی به انجام مداخله‌های روان‌شناختی دارد (۵). اطلاعات انباشته شده بالینی، پرسش‌ها و تردیدها در مورد بیماری همه‌گیر و همچنین سردرگمی در مورد شیوه‌نامه‌ها و اقدامات پیشگیرانه منجر به افزایش عدم تحمل ابهام و اطمینان و اضطراب در افراد بیمار و اطرافیان آنها شده است (۶، ۷). عدم تحمل ابهام منعکس‌کننده نبود اعتماد به توانایی فرد به‌منظور پیش‌بینی نتایج خاص است (۸) و می‌تواند بار قابل توجهی بر بهزیستی هیجانی و روانی افراد داشته باشد (۹، ۱۰). عدم قطعیت در طول بلایا و بحران‌های سلامت عمومی پدیده‌ای رایج است (۱۱، ۱۲)، که در آن عدم اطمینان با پریشانی روان‌شناختی مرتبط است (۱۱). در ارتباط با کووید-۱۹، میزان زیادی از اضطراب، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه و پریشانی روانی در بسیاری از کشورها گزارش شده است (۱۳، ۱۴) و در این راستا پژوهشی نشان داد که استرس عدم تحمل ابهام در طول همه‌گیری به‌طور مثبت با علائم افسردگی و اضطراب مرتبط بود (۱۵). بالین‌حال، تا به امروز، هیچ مطالعه‌ای تأثیر مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی را بر عدم اطمینان و پیامدهای منفی سلامت روان را در طول همه‌گیری کووید-۱۹ مورد بررسی قرار نداده است. بنابراین، ما در مطالعه حاضر به دنبال گسترش مبانی نظری و پژوهش‌های پیشین تأثیر مداخله شناختی رفتاری یکپارچه با ذهن آگاهی (MiCBT) را بر عدم تحمل ابهام و پریشانی روان‌شناختی را در بین بیماران مبتلا به کووید-۱۹ را مورد بررسی قرار خواهیم داد. با توجه به پیامدهای روان‌شناختی ناشی از کرونا پژوهشگران به دنبال استفاده از مداخله‌های کارآمد روان‌شناختی به‌منظور گسلش زنجیره معیوب ترس، وحشت، وسواس و نگرانی در حین و پس از دوران قرنطینه در مورد بیماری کرونا هستند. در طول ۱۵ سال اخیر، علاقه و درخواست‌های زیادی به‌منظور آموزش درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی در سراسر جهان شکل گرفته است. در میان مداخله‌های این حوزه که مبتنی

تایید کرده است.

یکی از عوامل بالقوه که در افزایش میزان افسردگی و اضطراب نقش دارد، عدم تحمل ابهام و نداشتن اطمینان است. چنین می‌توان عنوان کرد که افرادی که کمترین میزان تحمل را دارند (عدم تحمل بالاترین) در معرض خطر افزایش مشکلات سلامت روانی ضعیف (۲۳)، به‌ویژه اضطراب فراگیر و افسردگی هستند. همه‌گیری کووید-۱۹ با خود، ناامنی‌های بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی قابل توجهی را به همراه داشته است. بنابراین، عدم تحمل بالاترین ابهام می‌تواند به طور ویژه پیش‌بینی کننده مشکلات سلامت روان در طول همه‌گیری و پس از آن باشد (۲۴).

عدم اطمینان و تحمل ابهام باعث ترس و اضطراب و پریشانی روان‌شناختی می‌شود و تأثیرات نامطلوبی بر بهزیستی روان‌شناختی آنها می‌گذارد. همه‌گیری کووید-۱۹ یکی از این شرایط بود که ترس از عدم اطمینان را در سراسر جهان ایجاد کرد به گونه‌ای که در مورد زندگی و زنده ماندن و سلامت جسمی و روانی، بالاترین وجود داشت که تا به امروز نیز ادامه دارد (۲۵). بیشتر بیماران مبتلابه کووید-۱۹ از عدم قطعیت بیزار و به دنبال برون رفت از این شرایط سخت و پیش‌بینی‌ناپذیر نیازمند دریافت خدمات روان‌شناختی مورد نیاز هستند. چارچوب‌های ذهن آگاهی، منابع روان‌شناختی مانند شجاعت، امید، پذیرش و انعطاف‌پذیری را برجسته می‌کنند که به این بیماران کمک و نیرو می‌دهد و آنها را قادر می‌سازد تا بهزیستی ذهنی و روان‌شناختی خود را بهبود بخشند به گونه‌ای که این ویژگی‌ها مهارت‌های مقابله و حل مساله را افزایش می‌دهند و در نتیجه بهزیستی را افزایش می‌دهند (۲۶). از این‌رو از بعد تاکتیکی به منظور اثبات مساله پژوهش حاضر پژوهشگر سهم عمده‌ای در جبران کاستی‌های این حوزه می‌تواند داشته باشد و ضمن واکاوی وضع موجود به بلوغ درمان‌های روان‌شناختی برای بیماران مبتلابه کووید-۱۹ در ایران کمک شایانی خواهد کرد. بدین‌سان از لحاظ محتوایی یا اهمیت و پیامدهای پژوهش حاضر نیز چنین می‌توان سخن به میان آورد که با توجه به جامعه گسترده، تعمیم‌پذیری بالاتر امکان‌پذیر است و این مساله می‌تواند کاربردهای آموزشی، روش‌شناختی داشته و به تصمیم‌گیری بهتر منجر شود که این مسیر کاربردهای بی‌شماری برای دانش در این حوزه دارد.

در رویارویی با یک بیماری همه‌گیر عفونی بی‌سابقه مانند

کووید-۱۹ برای بیشتر افراد، اضطراب پاسخی متناسب و انطباقی به تهدید ناشی از ویروس است که آنها را به انجام رفتارهای بهداشتی معقول و احتیاطی سوق می‌دهد. با این حال، برای گروهی از افراد، به ویژه آن‌هایی که ممکن است مستعد اضطراب و/یا فاقد منابع مقابله‌ای مناسب باشند، کووید-۱۹ می‌تواند به‌عنوان یک رخداد تهدیدکننده زندگی عمل کند که باعث نگرانی‌های مرتبط با سلامتی می‌شود. بدین‌سان برای تأیید این موضوع و اطمینان از کارآمدی درمان‌های موردنظر و پایداری نتایج، پژوهش‌های مستند و باکیفیت بیشتری مورد نیاز است. از این‌رو مطالعه حاضر باهدف بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی بر عدم تحمل ابهام و پریشانی روان‌شناختی در بیماران مبتلابه کرونا انجام شد.

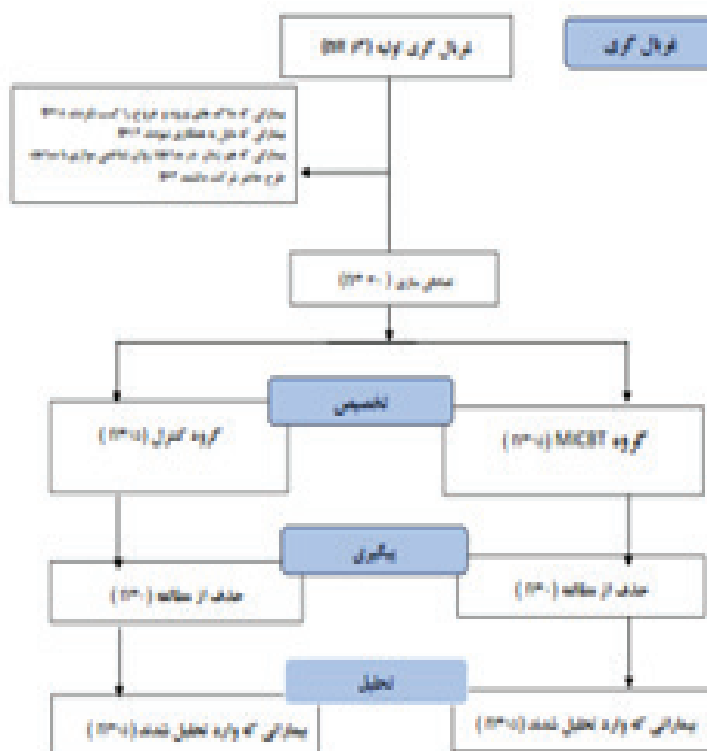
روش کار

پژوهش حاضر در قالب یک طرح آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری انجام شد. جامعه آماری مطالعه حاضر شامل بیماران مبتلابه کووید-۱۹ ساکن شهر امل در نیمه اول سال ۱۴۰۰ بودند. از بین بیماران دارای شرایط با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس نمونه انتخاب شدند. جهت تعیین حجم نمونه از نرم‌افزار جی پاور (G*Power)، بر اساس مؤلفه‌های آلفای (0/05)، توان آزمون آماری (0/80)، اندازه اثر به دست آمده بالاتر از 0/60، تعداد گروه‌ها برابر با ۲ و تعداد اندازه‌گیری‌ها برابر با ۳ (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) استفاده شد؛ از این رو تعداد نمونه ۳۰ نفر در دو گروه تعیین و به طور تصادفی و با استفاده از نرم‌افزار تولید توالی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارش یافتند.

ملاک‌های ورود شامل: دامنه سنی بین ۲۵ تا ۴۵ سال، مبتلا بودن به بیماری کووید-۱۹ با استفاده از آزمایش PCR، معاینه بالینی توسط متخصص عفونی (تشخیص قطعی و پایان قرنطینه)، قرنطینه حداقل ۱۴ روز و داشتن علایم بالینی شدید، داشتن توانمندی و علاقه به شرکت در مداخله روان‌شناختی، عدم استفاده از سایر درمان‌های روان‌شناختی در ۶ ماه گذشته یا هم‌زمان با مداخله حاضر بود. بدین‌سان ملاک‌های خروج شامل داشتن علائم کرونا و عدم بهبود آن در حین اجرای جلسه‌های مداخله؛ مشکلات ارتباطی و زبانی که مانع شرکت در جلسه‌های مداخله شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی بود؛

در ادامه در شکل ۱ روند غربال، گمارش و دریافت مداخله در شرکت کنندگان به تفکیک گروه در قالب نمودار کانسورت ارائه شده است.

عدم تعهد به مداخله و شرکت در مرحله پیگیری؛ شرکت در یک برنامه روان درمانی موازی با طرح حاضر؛ غیبت بیش از دو جلسه در درمان و بروز استرس های بزرگ و حوادث حاد و غیرمنتظره در هر مرحله از انجام پژوهش بود.



شکل ۱. روند غربال شرکت کنندگان و انجام مداخله در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha=0/9$) به دست آمد. مقیاس پریشانی روان شناختی (K10): مقیاس پریشانی روان شناختی Kessler و همکاران (۲۹) ابزار غربالگری روانی است که به منظور شناسایی بزرگسالان با سطوح قابل توجهی از پریشانی روانی طراحی شده است. مقیاس حاضر دارای ۱۰ گویه است که در طیف لیکرت ۵ گزینه ای از هیچ وقت = ۱ تا همیشه = ۵ نمره گذاری می شود. کمینه و بیشینه نمرات این مقیاس بین ۱۰ تا ۵۰ است و کسب نمره بالاتر حاکی از پریشانی روان شناختی بیشتر است (۲۹). این پرسشنامه اختلال روان شناختی خاصی را هدف قرار نمی دهد؛ ولی سطح اضطراب و افسردگی را که فرد در چند هفته اخیر تجربه کرده است را می سنجد. ویژگی های روان سنجی K10 به طور گسترده ثابت شده است. نمرات K10 ارتباط قوی با مصاحبه CIDI جهت تشخیص اضطراب و اختلال های هیجانی دارد (۳۰). همسانی درونی این مقیاس

ابزارها

مقیاس عدم تحمل ابهام (The Intolerance of Uncertainty Scale): این مقیاس توسط Carleton و همکاران (۲۷) طراحی شده است. مقیاس حاضر شامل ۱۲ گویه است که دو زیر مقیاس اضطراب آینده نگر و اضطراب بازدارنده را می سنجد. در طیف لیکرت ۵ درجه ای از ۱= هرگز در مورد من صدق نمی کند تا ۵= کاملاً در مورد من صدق می کند نمره گذاری می شود. کسب نمره بالاتر در هر خرده مقیاس نشان دهنده سطح بالاتری از اضطراب آینده نگر و اضطراب بازدارنده است. همسانی درونی این مقیاس در مطالعه اصلی با استفاده از آلفای کرونباخ ($\alpha=0/93$)، گزارش شده است (۲۷). همسانی درونی این مقیاس در ایران در مطالعه Vadivel و همکاران (۲۸) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha=0/89$) و پایایی ترکیبی ($CR=0/86$) گزارش شد. در مطالعه حاضر همسانی درونی این مقیاس با استفاده از

یکپارچه شده با ذهن آگاهی با استفاده از مباحث نظری و تمرینات عملی به صورت هفتگی، گروهی و جلسات دو ساعته در یکی از کلینیک های روان درمانی شهر آمل انجام شد. داده های پژوهش حاضر با استفاده از آزمون های خی دو، تی مستقل و تحلیل واریانس آمیخته با استفاده از نرم افزار SPSS 26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سطح معناداری آزمون های آماری $\alpha=0/05$ در نظر گرفته شد. درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی (MiCBT) یک برنامه ۸ هفته ای است که به طور بالقوه سهم ارزشمندی در مجموعه مداخله های فراتشخیصی جدید دارد؛ زیرا به تعدادی از فرآیندهای فراشناختی از جمله آگاهی فراشناختی (تشخیص و تنظیم استدلال)، توجه انتخابی به محرک ها (درونی و بیرونی) و اجتناب می پردازد. افزون بر این، MiCBT به تنظیم هیجان ها می پردازد که به عنوان یک عامل فراتشخیصی مورد استفاده قرار می گیرد. تکالیف هفتگی پیشنهادی شامل دو جلسه مدیتیشن نیم ساعته در روز (۷ ساعت در هفته) بود. در ادامه خلاصه ای از محتوای جلسات در جدول ۱ گزارش شده است.

با استفاده از آلفای کرونباخ در نسخه اصلی ($\alpha=0/93$) گزارش شده است (۲۹). در مطالعه حاجبی و همکاران (۳۱) همسانی درونی این مقیاس در ایران با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha=0/87$) گزارش شده است. بدین سان در مطالعه حاضر همسانی درونی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha=0/92$) به دست آمد. تمامی شرکت کنندگان یک هفته پیش از شروع مداخله گروهی درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی (T0)، در هفته نخست (T1)، در هفته ۸ (T2)، پس از آن و پس از یک دوره پیگیری دوماهه (T3)، ابزارها و فرآیند مداخله را تکمیل کردند. اطلاعات جمعیت شناختی در T0، پرسش های ارزیابی برنامه مداخله در مراحل T2 و T3 انجام شد. پژوهش حاضر با کد IR.IAU.SARI.REC.1400.019 به تایید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری رسیده است. تمامی شرکت کنندگان در دو گروه پیش از اجرای مداخله برگه رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش را تکمیل و امضاء کردند. برنامه مداخله مورد استفاده در پژوهش حاضر توسط دو متخصص روان شناسی سلامت و بالینی با اشراف کامل به مداخله شناختی رفتاری

جدول ۱ محتوای جلسه های درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی به تفکیک جلسه (برگرفته از کایون، (۳۲))

جلسه	
۱	آشنایی، بررسی انتظارات گروه و روان شناس، منطق درمان در بیماران بهبود یافته از کرونا با ذهن آگاهی و فنون شناختی- رفتاری و تمرین آرام سازی. تکلیف: آرام سازی به روش جاکوبسن روزانه ۲۰ دقیقه
۲	تمرین افکار و احساسات (شرکت کنندگان یک سناریو مبهم مانند جواب سلام ندادن یک دوست را تجسم کردند. سپس واکنش هایشان را به یک چنین رخدادی و اینکه این چه تأثیری می تواند بر خلق داشته باشد را مورد بررسی قرار دادند). تمرین تنفس ذهن آگاهانه همراه مراقبه نشسته. تکلیف: ثبت وقایع خوشایند و تمرین روزانه مراقبه نشسته روزانه ۱۰ دقیقه
۳	فضای تنفس ۳ دقیقه ای، مراقبه نشسته همراه تمرکز بر شنیدن. تکلیف خانگی: ثبت وقایع ناخوشایند؛ فضای تنفس ۳ دقیقه ای سه بار در هر روز
۴	مراقبه دیدن / مراقبه شنیدن؛ پایش بدنی. تکلیف خانگی: پایش روزانه بدنی
۵	وارسی بدنی متقارن، بررسی افکار ثبت شده و شناسایی تحریف های شناختی و اثر آن بر احساسات تکلیف: پایش بدنی سریع روزانه ۵ دقیقه
۶	تمرین خوردن ذهن آگاهانه کشمش، تمرین راه رفتن ذهن آگاهانه تکلیف: تنفس ۳ دقیقه ای سه بار در هر روز و هر زمانی که استرس یا هیجانهایی دشوار وجود داشته باشد
۷	تمرین جرأت ورزی همراه با ایفای نقش با تأکید بر همدلی و شفقت؛ پایش بدنی تکلیف: تمرین همدلی، پیاده روی ذهن آگاهانه
۸	مرور جلسات جمع بندی و بازخورد، پایش بدنی

یافته‌ها

همگن بودند و تفاوت معناداری بین گروه‌ها گزارش نشد (جدول ۲). در ادامه اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان و آزمون آماری جهت همگنی گروه‌ها در متغیرهای جمعیت شناختی در جدول ۲ گزارش شده است.

بر پایه یافته‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان دو گروه در متغیرهای سن، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات

جدول ۲. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در متغیرهای سن، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات به تفکیک گروه

متغیر	دسته‌بندی	گروه MiCBT (%)	گروه کنترل (%)	آماره
سن	۲۵ تا ۳۰ سال	۵ (۳۳/۳)	۶ (۴۰)	$t_{(۳۸)} = ۰/۷۱, P = ۰/۴۸۱$
	۳۰ تا ۴۰ سال	۸ (۵۳/۳۳)	۶ (۴۰)	
	۴۰ سال به بالا	۲ (۱۳/۳۳)	۳ (۲۰)	
وضعیت تأهل	متأهل	۱۰ (۶۶/۶۶)	۹ (۶۰)	$\chi^2 = ۰/۲۶, p = ۰/۷۶$
	مجرد	۵ (۳۳/۳)	۶ (۴۰)	
	دیپلم	۲ (۱۳/۳)	۱ (۶/۷)	
تحصیلات	کاردانی	۲ (۱۳/۳)	۱ (۶/۷)	$\chi^2 = ۲/۶۳, p = ۰/۶۷$
	کارشناسی	۷ (۴۶/۷)	۱۰ (۶۶/۷)	
	ارشد	۴ (۲۶/۷)	۳ (۲۰)	

سپس آماره‌های توصیفی شرکت‌کنندگان در زیر پریشانی روان‌شناختی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در

جدول ۳. آماره‌های توصیفی پریشانی روان‌شناختی به تفکیک گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		SD	M	SD	M	SD	M
پریشانی روان‌شناختی	MiCBT	۲۶/۸۰	۳/۲۰	۱۹/۸۷	۳/۰۵	۲۰/۲۱	۲/۵۱
	کنترل	۲۶/۸۷	۳/۱۹	۲۶/۱۳	۲/۸۶	۲۵/۸۷	۲/۷۷

واریانس - کواریانس برای داده‌های مطالعه حاضر بود ($P > ۰/۰۵$). در مجموع نتایج به دست آمده حاکی از برقراری پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته برای تحلیل یافته‌ها بوده است.

همچنین، نتایج آزمون چند متغیری، اثر پیلایی نیز نشان داد که بین دو گروه در پریشانی روان‌شناختی در بعد زمان ($F = ۲۸/۴۳, p < ۰/۰۰۱, \eta^2 = ۰/۶۸$)؛ و تعامل زمان و گروه ($F = ۱۸/۲۴, p < ۰/۰۰۱, \eta^2 = ۰/۵۸$). تفاوت معنی‌دار وجود دارد. بدین معنی که از مرحله پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پس‌آزمون تا پیگیری در گروه مداخله (MiCBT) نسبت به گروه کنترل تفاوت‌های معنی‌داری وجود دارد. در ادامه نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تفاوت‌های بین گروه‌ها در پریشانی روان‌شناختی در جدول ۴ گزارش شده است.

همان‌طور که در جدول ۳ قابل مشاهده است بین پریشانی روان‌شناختی در دو گروه مداخله شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت‌های وجود دارد، اما اینکه این تفاوت‌ها از حد شانس و احتمال بالاتر است یا نه بر ما مشخص نیست. از این‌رو جهت بررسی تغییرات ایجادشده، از آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. پیش از انجام آزمون تحلیل واریانس آمیخته مفروضه استقلال خطاها با توجه به گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان به گروه‌ها، دریافت انفرادی مداخله و پاسخ‌دهی انفرادی به آزمون‌ها رعایت شد. همچنین، پیش‌فرض نرمال بودن نمونه مورد نظر در زیرمرفه‌های اضطراب سلامت با استفاده از شاخص‌های کجی و کشیدگی و آزمون شاپیرو-ویلک مورد بررسی قرار گرفت ($P > ۰/۰۵$)؛ و نتایج آزمون همگنی کواریانس کرویت موخلی و ام باکس مبنی بر برقراری شرط کرویت ماتریس

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تفاوت‌های بین گروهی در پریشانی روان‌شناختی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	DF	میانگین مجزورات	F	مقدار احتمال	مجزور اتا
پریشانی روان‌شناختی	زمان	۲۹۱/۳۶	۲	۱۴۵/۶۸	۵۰/۱۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۴
	زمان*گروه	۱۷۵/۴۰	۲	۸۷/۷۰	۳۰/۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۲
	گروه	۳۶۰/۰۰۰	۱	۳۶۰/۰۰۰	۱۷/۹۰	<۰/۰۰۱	۰/۳۹

با توجه به یافته‌های گزارش شده در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که اثر عامل زمان و تعامل زمان و گروه در پریشانی روان‌شناختی معنادار بوده است. از این رو بر اساس یافته‌های جدول ۳ می‌توان چنین عنوان کرد که میانگین پریشانی روان‌شناختی در گروه مداخله در مراحل پیش‌آزمون تا پیگیری کاهش معناداری داشته است. افزون بر این نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که اثر عامل گروه در پریشانی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری نشان می‌دهد. بدین‌سان، بر اساس میزان ضریب اتای به دست آمده در تفاوت‌های بین گروهی می‌توان چنین بیان کرد که مداخله مورد استفاده ۰/۳۹ از تغییرات واریانس پریشانی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون در بیماران مبتلابه کووید-۱۹ را تبیین می‌کند.

بدین‌سان نتایج به دست آمده از تحلیل تعقیبی بونفرنی در مقایسه دویه دو میانگین‌های گروه مداخله شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی با گروه کنترل در پریشانی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون ($t_{(۲۸)} = -۵/۸۲, p < ۰/۰۰۱$) و پیگیری ($t_{(۲۸)} = -۵/۸۷, p = ۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری گزارش شد. بدین معنا که شرکت‌کنندگان در گروه مداخله شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی پس از دریافت مداخله در پریشانی روان‌شناختی میانگین پایین‌تری کسب کردند که این مهم نشان از بهبود وضعیت بیماران مبتلابه کرونا در پریشانی روان‌شناختی پس از دریافت مداخله شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی است و این تفاوت در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است. در ادامه شاخص‌های توصیفی زیرمؤلفه‌های عدم تحمل ابهام به تفکیک گروه در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵. شاخص‌های توصیفی زیرمؤلفه‌های عدم تحمل ابهام به تفکیک گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		SD	M	SD	M	SD	M
بالاتکلیفی	MiCBT	۱۹/۲۷	۲/۳۲	۱۳/۷۳	۱/۶۷	۱۳/۹۳	۱/۹۸
	کنترل	۱۹/۶۷	۲/۳۲	۱۹/۸۶	۲/۱۷	۱۹/۲۷	۲/۳۷
غیرمنصفانه بودن و تباه کردن	MiCBT	۱۸/۲۷	۲/۱۹	۱۴/۵۳	۲/۲۳	۱۳/۸۷	۲/۲۳
	کنترل	۱۷/۶۷	۱/۳۹	۱۷/۴۷	۲/۸۳	۱۷/۵۳	۲/۵۹
عدم تحمل ابهام	MiCBT	۳۷/۵۳	۲/۶۷	۲۸/۲۷	۳/۰۶	۲۷/۸۰	۳/۱۲
	کنترل	۳۷/۳۳	۳/۶۶	۳۷/۳۳	۳/۶۶	۳۶/۸۰	۴/۱۸

همان‌طور که در جدول ۵ قابل مشاهده است بین میانگین زیرمؤلفه‌های عدم تحمل ابهام در گروه مداخله شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت‌های وجود دارد، اما این که این تفاوت‌ها از حد شانس و احتمال بالاتر است یا نه بر ما پوشیده است. از این رو جهت بررسی تغییرات ایجاد شده، از آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. پیش از انجام آزمون تحلیل واریانس آمیخته مفروضه

استقلال خطاها با توجه به گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان به گروه‌ها، دریافت انفرادی مداخله و پاسخ‌دهی انفرادی به آزمون‌ها رعایت شد. همچنین، پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه موردنظر در زیرمؤلفه‌های عدم تحمل ابهام با استفاده از شاخص‌های کجی و کشیدگی و آزمون شاپیرو-ویلک مورد بررسی قرار گرفت ($P > ۰/۰۵$)؛ و نتایج آزمون همگنی کوواریانس کرویت موخلی و ام باکس حاکی از برقراری شرط کرویت ماتریس واریانس-کواریانس برای

بین دو گروه وجود دارد. بدین‌سان که از مرحله پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پس‌آزمون تا پیگیری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل تفاوت‌های معنی‌داری وجود دارد. در ادامه نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تفاوت‌های بین گروه‌ها در زیرمؤلفه‌های عدم تحمل ابهام در جدول ۶ گزارش شده است.

داده‌های مطالعه حاضر بود ($P > 0.05$). در مجموع نتایج به دست آمده در جهت برقراری پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته برای تحلیل یافته‌ها بوده است. بدین‌سان، نتایج آزمون چند متغیری، اثر پیلایی نیز نشان داد که حداقل در یکی از زیر مؤلفه‌های عدم تحمل ابهام در بعد زمان ($n^2 = 0.99$, $p < 0.001$, $F = 666.70$)؛ و تعامل زمان و گروه ($n^2 = 0.90$, $p < 0.001$, $F = 36.27$). تفاوت معنی‌دار

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تفاوت‌های بین گروهی در عدم تحمل ابهام

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	DF	میانگین مجزورات	F	مقدار احتمال	مجزور اتا
بالاتکلیفی	زمان	۱۵۳/۶۹	۲	۷۶/۸۴	۸۲/۱۹	< 0.001	۰/۷۵
	زمان*گروه	۱۴۴/۶۲	۲	۷۲/۳۱	۷۷/۳۵	< 0.001	۰/۷۳
	گروه	۳۵۲/۰۴	۱	۳۵۲/۰۴	۳۱/۱۵	< 0.01	۰/۵۳
غیرمنصفانه بودن	زمان	۹۰/۹۶	۲	۴۵/۴۸	۳۵/۵۵	< 0.001	۰/۵۶
	زمان*گروه	۷۸/۰۷	۲	۳۹/۰۳	۳۰/۵۱	< 0.001	۰/۵۲
	گروه	۹۰/۰۰	۱	۹۰/۰۰	۶/۸۶	< 0.01	۰/۲۰
عدم تحمل ابهام	زمان	۴۸۰/۷۰	۲	۲۴۰/۳۴	۱۳۳/۲۳	< 0.001	۰/۸۳
	زمان*گروه	۴۲۶/۲۹	۲	۲۱۳/۱۴	۱۱۸/۱۵	< 0.001	۰/۸۱
	گروه	۷۹۸/۰۴	۱	۷۹۸/۰۴	۲۴/۷۰	۰/۰۴	۰/۴۷

با توجه به یافته‌ای گزارش شده در جدول ۶ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که اثر عامل زمان و تعامل زمان و گروه در مؤلفه‌های عدم تحمل ابهام معنادار بوده است. از این‌رو بر اساس یافته‌های جدول ۵ می‌توان چنین عنوان کرد که میانگین زیر مؤلفه‌های عدم تحمل ابهام در گروه مداخله در مراحل پیش‌آزمون تا پیگیری کاهش معناداری داشته است. افزون بر این نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که اثر عامل گروه بر زیر مؤلفه‌های عدم تحمل ابهام در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری نشان می‌دهد. با مشاهده میانگین‌ها در مرحله پیگیری در گروه آزمایش ملاحظه می‌شود که اثر مداخله ماندگار بوده است. همچنین، بر اساس میزان ضریب اتای به دست آمده در تفاوت‌های بین گروهی می‌توان چنین بیان کرد که مداخله‌های مورد استفاده به ترتیب ۰/۵۳، ۰/۲۰ و ۰/۴۷ از تغییرات واریانس مؤلفه‌های بالاتکلیفی، غیرمنصفانه بودن و عدم تحمل ابهام در مرحله پس‌آزمون در بیماران مبتلا به کرونا را تبیین می‌کنند.

با توجه به یافته‌ای گزارش شده در جدول ۶ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که اثر عامل زمان و تعامل زمان و گروه در مؤلفه‌های عدم تحمل ابهام معنادار بوده است. از این‌رو بر اساس یافته‌های جدول ۵ می‌توان چنین عنوان کرد که میانگین زیر مؤلفه‌های عدم تحمل ابهام در گروه مداخله در مراحل پیش‌آزمون تا پیگیری کاهش معناداری داشته است. افزون بر این نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که اثر عامل گروه بر زیر مؤلفه‌های عدم تحمل ابهام در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری نشان می‌دهد. با مشاهده میانگین‌ها در مرحله پیگیری در گروه آزمایش ملاحظه می‌شود که اثر مداخله ماندگار بوده است. همچنین، بر اساس میزان ضریب اتای به دست آمده در تفاوت‌های بین گروهی می‌توان چنین بیان کرد که مداخله‌های مورد استفاده به ترتیب ۰/۵۳، ۰/۲۰ و ۰/۴۷ از تغییرات واریانس مؤلفه‌های بالاتکلیفی، غیرمنصفانه بودن و عدم تحمل ابهام در مرحله پس‌آزمون در بیماران مبتلا به کرونا را تبیین می‌کنند.

بحث

پژوهش حاضر باهدف بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری یکپارچه با ذهن آگاهی بر عدم تحمل ابهام و پریشانی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به کووید-۱۹ انجام شد.

کووید-۱۹ بود (۱۸).

در تبیین این یافته بر اساس مبانی پژوهشی موجود که بر نقش عدم قطعیت و ابهام در ایجاد و حفظ اختلال‌های روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی و استرس پرداخته‌اند (۳۷، ۳۸) می‌توان چنین عنوان کرد که درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی با تأکید بر حفظ توجه و پذیرش فعال مشکلات ناشی از بیماری کووید-۱۹ احساس کنترل ادراک‌شده را در این بیماران افزایش داده که به نوبه خود منجر به رفتارهای سازگارانه و مقابله‌های حل مساله محور شده است که بر سلامت جسمی و روانی تأثیر این افراد تأثیرات مثبتی در پی دارد.

در زمینه کووید-۱۹، از بین بردن عدم قطعیت و انبوه ابهامات و پرسش‌های مرتبط با این بیماری و تأثیر آن بر زندگی روزمره احتمالاً واقع‌بینانه نیست؛ بنابراین، رویکرد مناسب‌تر برای کاهش تأثیر منفی عدم اطمینان در این زمان، نیازمند تلاش‌هایی برای تقویت عواملی است که می‌توانند پیامدهای منفی عدم اطمینان را کاهش دهند. در مبانی موجود دو عامل محافظت‌کننده برای کاهش عدم اطمینان و پریشانی روان‌شناختی در بیماران مبتلابه کووید-۱۹ شامل تاب‌آوری روانی و حمایت اجتماعی است (۱۲). از این رو استفاده از مداخله‌های مؤثر و باکارآمدی بالا مانند درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی می‌تواند ضمن کاهش عدم اطمینان و پریشانی روان‌شناختی در نجات‌یافتگان از کووید-۱۹ به افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی این افراد کمک کرده و راهبردهای مقابله حل مساله محور و تنظیم هیجان را در میان آن‌ها تقویت نماید. بر اساس نتایج به دست آمده نخستین گام به سمت نشان دادن اثربخشی آموزش درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی در تسهیل ایجاد یک محیط ذهنی مبتنی بر ذهن آگاهی است که می‌تواند رویکردی کاربردی برای مقابله با تجارب استرس‌زا، مانند همه‌گیری کووید-۱۹ را ارتقا دهد.

همچنین بر اساس مبانی نظری موجود این یافته در چارچوب مدل خودتنظیمی رفتار بیماری (The Self-Regulation Model of Illness (SRMI)) لونتال که یک الگو یا چارچوب را برای درک، مقابله و سازگاری با بیماری فراهم می‌کند قابل تبیین است. بر مبنای استنباط از این مدل، بازنمایی‌های شناختی صحیح از بیماری موجب می‌شود که فرد راهبردهای مقابله‌ای مناسب مانند مراجعه

نتایج به دست آمده نشان داد که درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی منجر به تفاوت معناداری بین میانگین‌های دو گروه در پریشانی روان‌شناختی و عدم تحمل ابهام در مراحل پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه شده است. بر اساس نتایج مطالعه حاضر میانگین پریشانی روان‌شناختی و عدم تحمل ابهام در گروه مداخله پس از دریافت درمان درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل به‌طور معنادار کاهش نشان می‌دهد و سپس این تفاوت معنادار در پیگیری نیز پایدار بود. به همین سان نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل تعقیبی بونفرنی نیز تفاوت بین گروهی و تأثیر درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی در کاهش نشانگان پریشانی روان‌شناختی و عدم تحمل ابهام در بیماران مبتلابه کووید-۱۹ را مورد تایید قرار داد. نتایج مطالعه ما با مبانی پژوهشی این حوزه از جمله Song و همکاران (۳۳)، Liu و همکاران (۳۴)، زلفی و همکاران (۳۵)، پرهون و همکاران (۳۶)، Francis و همکاران (۱۹) از لحاظ نظری همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان چنین گفت که تأثیرگذاری درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی در جهت کاهش عدم تحمل ابهام و پریشانی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به کرونا حاصل چهار مرحله یادگیری است که به دو مرحله درونی‌سازی و برونی‌سازی تقسیم می‌شوند که با ذهن آگاهی امکان تغییر در سطح شناختی را فراهم می‌کند. سلسله مراتب تغییر در نتیجه این مداخله بر اساس مراحل درون فردی (مرحله شخصی)، موقعیتی (مرحله مواجهه)، بین فردی (مرحله بین فردی) و مرحله فرا فردی (همدلی) شکل می‌گیرد که در آن به افراد شرکت‌کننده آموزش داده می‌شود که توجه را درونی‌کند تا تنظیم توجه، خودتنظیمی و تنظیم هیجان پیدا کنند و سپس این مهارت‌ها را به زمینه‌هایی که در آن شرایط روانی آن‌ها تحریک یا حفظ می‌شود، تعمیم دهند. در مرحله نخست با آموزش مدیتیشن ذهن آگاهانه در جهت درونی‌سازی توجه برای بیماران مبتلابه کووید-۱۹ اقدام شده که پیامد آن کاهش واکنش‌های هیجانی و مدیریت هیجان و کنترل تکانه خشم و اضطراب مرگ در این افراد بود. در حقیقت با افزایش خودآگاهی، آگاهی هیجانی بیماران افزایش، خودکارآمدی در مدیریت افکار و هیجان‌ها پیش از پرداختن به مشکلات زندگی و ترومای کرونا در آن‌ها شکل گرفت که پیامد آن کاهش مشکلات روان‌شناختی ناشی از

می دهد (۴۲). مکانیسم‌هایی که توسط آن درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی تأثیرات مثبت و پایداری بر بهزیستی و سلامت روان در بر داشته است. اهداف اولیه مکانیسم‌ها ذهن آگاهی، افزون بر تنظیم هیجان و کنترل شناختی در قالب تغییر دیدگاه فرد به عنوان تابعی از تمرین ذهن آگاهی عمل می‌کند.

نتیجه‌گیری

درمجموع، نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر حاکی از تأثیرات مثبت درمان شناختی رفتاری یکپارچه با ذهن آگاهی در جهت کاهش پریشانی روان‌شناختی و عدم تحمل ابهام در بیماران مبتلا به اپیدمی کرونا در ایران بود. این تأثیرگذاری مثبت می‌تواند به ارتقاء شاخص‌های کیفیت زندگی و سلامت روان در این بیماران کمک کرده و پیامدهای روان‌شناختی و شناختی ناشی از این بیماری عفونی را تا حد امکان کاهش دهد.

با توجه به نتایج مثبت درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی در جهت کاهش عدم اطمینان و ابهام و پریشانی روان‌شناختی نجات‌یافتگان از کرونا استفاده از این مداخله کوتاه‌مدت و اثربخش را به تیم سلامت روان این بیماران و پژوهشگران و روان‌درمانگران حوزه سلامت روان آن‌ها پیشنهاد می‌شود. همچنین با توجه به موفقیت‌آمیز بودن این روش مداخله‌ای، استفاده از آن‌ها در کاهش مشکلات سلامت روان در دیگر بیماری‌های حاد و مزمن به پژوهشگران و درمانگران حوزه سلامت روان پیشنهاد می‌شود. بدین سان نتایج به دست آمده در کنار کاربردهای نظری می‌تواند در عمل نیز مورداستفاده روان‌شناسان، روان‌پزشکان، پرستاران و نهادهای تصمیم‌ساز در مورد بیماران مبتلا به کرونا و مدیریت چالش‌های ناشی از این بیماری منجر شود و به نتایج امیدبخشی منجر شود. افراد در طول همه‌گیری کووید-۱۹ اضطراب و ناامنی روان‌شناختی بالایی را تجربه کردند که بر زندگی آن‌ها تأثیر منفی گذاشت؛ بنابراین آموزش روش‌های مقابله با اضطراب و استرس حاد (در شبکه‌های اجتماعی و حتی در برنامه‌های درسی مدارس و دانشگاه‌ها) ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به احتمال شروع موج‌های دیگر کووید-۱۹ یا سایر بیماری‌های همه‌گیر در آینده، نتایج این پژوهش می‌تواند بستر مناسبی را برای پژوهش‌های آتی و مداخله‌های مرتبط فراهم کند. جمعیت عمومی کمابیش واکنش مشابهی به

به پزشک، مصرف دارو، رعایت رژیم خوراکی و شرکت در جلسات مداخله روان‌درمانی را اتخاذ نماید و با توجه به نتایج مثبت احتمالی، از درمان خودارزیابی‌های مثبت و سازنده‌ای داشته باشد و روند درمان خود را ادامه دهد؛ بنابراین می‌توان گفت در صورتی که بیماران از وضعیت شناختی مناسبی برخوردار باشند، خودتنظیم‌گر خواهند بود و با اتخاذ رفتارهای مقابله‌ای مناسب میزان خودکنترلی و خودتنظیمی آن‌ها نیز افزایش خواهد یافت. یکی از مدل‌هایی که نتایج فوق بر اساس آن قابل تبیین است مدل خودتنظیمی رفتار بیماری Leventhal و همکاران (۳۹) است. در مدل خودتنظیمی رفتار بیماری که بر پایه رویکرد حل مسئله استوار است، فرض بر این است که زمانی که افراد با تشخیص بیماری یا تغییر در وضع موجود روبرو می‌شوند برای برگشت به حالت اولیه انگیزه پیدا خواهند کرد (۴۰). Ogden (۴۱) بر این باور است که بر اساس نظریه حل مسئله در مرحله نخست زمانی که بیماری فرد تشخیص داده می‌شود انگیزه بیشتری پیدا خواهد نمود که سلامتی خود را دوباره به دست آورد، انگیزه بیمار برای برگشت به حالت تعادل اولیه از معنای که فرد به بیماری خود می‌دهد ناشی می‌شود این معنا از باورهای شناخت بیماری به دست می‌آید؛ بنابراین بازنمایی‌های شناختی از بیماری فرد را قادر به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مناسب می‌کند. از این رو می‌توان گفت که بهبود وضعیت شناختی بیماران منجر به بازنمایی‌های شناختی مؤثرتر شده و به تبع آن فرد انگیزه مناسبی برای ادامه درمان داشته و راهبردهای مقابله‌ای مناسب مانند مراجعه به پزشک، مصرف دارو، رعایت رژیم خوراکی و شرکت در جلسات مداخله‌ای را اتخاذ کرده است. به‌طور کلی می‌توان گفت که اگر بیمار مبتلا به کووید-۱۹ از منابع شناختی مناسبی برخوردار باشد به تبع آن خودتنظیمی بالاتری نیز خواهد داشت و روند سازگاری وی با بیماری تسهیل می‌گردد.

بدین سان در تبیین اثربخشی مداخله‌های مورد استفاده چنین می‌توان گفت که فرض بر این است که قدرت شفافبخش ذهن آگاهی از طریق دو فرآیند شناختی، آگاهی، توجه و آموزش مدیتیشن به‌منظور افزایش خودتنظیمی احساسات و افکار، از طریق استفاده از آگاهی لحظه به لحظه، بدون قضاوت/غیر واکنشی نسبت به تجربیات درونی و بیرونی که منجر به کاهش نشخوار فکری و تفصیل در مورد گذشته یا تجارب ناراحت‌کننده آینده می‌شود، رخ

سپاسگزاری

مقاله حاضر از تز دکتری نویسنده نخست پژوهش در رشته روان شناسی عمومی در دانشگاه آزاد واحد ساری استخراج شده است. بدین وسیله نهایت سپاس و قدردانی خود را از تمامی افراد شرکت کننده در این پژوهش به عمل می آوریم.

تضاد منافع

در زمینه اجرا و چاپ مقاله حاضر هیچ گونه تضاد منافی گزارش نشد.

همه گیری ها نشان می دهد. این مطالعه با مشخص کردن نقش مداخله های مبتنی بر ذهن آگاهی در جهت کاهش عدم اطمینان و ابهام و پریشانی روان شناختی در نجات یافتگان از کرونا، امکان اتخاذ برنامه های مراقبت سلامت و تصمیم های مبتنی بر شواهد را برای تصمیم سازان بهداشت و درمان فراهم کرده است. در نهایت، از آنجایی که عدم اطمینان و ابهام و پریشانی روان شناختی دارای ساختار چندعاملی هستند، پژوهش های آتی می تواند با نگاهی عمیق تر این متغیرها را بررسی کرده و اثربخشی مداخله های روان شناختی در حوزه کرونا را ارتقاء دهند.

References

- Ahuja KK. Scanning the VIRUS: A study of dimensions of stress and coping with COVID-19. *Current psychology* (New Brunswick, NJ). 2022;41(10):7326-36. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01369-4>
- Nguyen HC, Nguyen MH, Do BN, Tran CQ, Nguyen TTP, Pham KM, et al. People with Suspected COVID-19 Symptoms Were More Likely Depressed and Had Lower Health-Related Quality of Life: The Potential Benefit of Health Literacy. *Journal of clinical medicine*. 2020;9(4). <https://doi.org/10.3390/jcm9040965>
- Sadooghiasl A, Ghaleenow HR, Mahinfar K, Hashemi SS. Effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction Program in Improving Mental Well-being of Patients with COVID-19: A Randomized Controlled Trial. *Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine*. 2022;26(4):439-45. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24164>
- Alizadeh Fard S, Saffarinia M. The prediction of mental health based on the anxiety and the social cohesion that caused by Coronavirus. *Social Psychology Research*. 2020;9(36):129-41.[Persian].
- Vahedian-Azimi A, Moayed MS, Rahimibashar F, Shojaei S, Ashtari S, Pourhoseingholi MA. Comparison of the severity of psychological distress among four groups of an Iranian population regarding COVID-19 pandemic. *BMC psychiatry*. 2020;20(1):402. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02804-9>
- Altig D, Baker S, Barrero JM, Bloom N, Bunn P, Chen S, et al. Economic uncertainty before and during the COVID-19 pandemic. *Journal of public economics*. 2020;191:104274. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104274>
- Wilson JM, Lee J, Fitzgerald HN, Oosterhoff B, Sevi B, Shook NJ. Job Insecurity and Financial Concern During the COVID-19 Pandemic Are Associated With Worse Mental Health. *Journal of occupational and environmental medicine*. 2020;62(9):686-91. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001962>
- Penrod J. Refinement of the concept of uncertainty. *Journal of advanced nursing*. 2001;34(2):238-45. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01750.x>
- Eche IJ, Aronowitz T, Shi L, McCabe MA. Parental Uncertainty: Parents' Perceptions of Health-Related Quality of Life in Newly Diagnosed Children With Cancer. *Clinical journal of oncology nursing*. 2019;23(6):609-18. <https://doi.org/10.1188/19.CJON.609-618>
- Perez MN, Traino KA, Bakula DM, Sharkey CM, Espeleta HC, Delozier AM, et al. Barriers to care in pediatric cancer: The role of illness uncertainty in relation to parent psychological distress. *Psycho-oncology*. 2020;29(2):304-10. <https://doi.org/10.1002/pon.5248>
- Afifi WA, Felix ED, Afifi TD. The impact of uncertainty and communal coping on mental health following natural disasters. *Anxiety, stress, and coping*. 2012;25(3):329-47. <https://doi.org/10.1080/10615806.2011.603048>
- Ben Salah A, DeAngelis BN, alAbsi M. Uncertainty and psychological distress during COVID-19: What about protective factors? *Current Psychology*. 2023;42(25):21470-7.

- <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03244-2>
13. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and health*. 2020;16(1):57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w> <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00620-0>
 14. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of affective disorders*. 2020;277:55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
 15. Wang XL, Gao LY, Miu QF, Dong XD, Jiang XM, Su SM, et al. Perceived uncertainty stress and its predictors among residents in China during the COVID-19 pandemic. *Psychology, health & medicine*. 2022;27(1):265-79. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1883692>
 16. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness (Revised ed.). New York: Random House; 2014.
 17. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. . New York: Guilford; 2002.
 18. Cayoun B, Francis S, Shires A. The Clinical Handbook of Mindfulness-integrated Cognitive Behavior Therapy. 2019. <https://doi.org/10.1002/9781119389675>
 19. Francis SEB, Shawyer F, Cayoun B, Enticott J, Meadows GN. Group Mindfulness-Integrated Cognitive Behavior Therapy (MiCBT) Reduces Depression and Anxiety and Improves Flourishing in a Transdiagnostic Primary Care Sample Compared to Treatment-as-Usual: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in psychiatry*. 2022;13:815170. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.815170>
 20. Ayoubi J, Bigdeli I, Mashhadi A. The Effect of Mindfulness-Integrated Cognitive Behavior Therapy on Quality of Life, Psychological Distress and Adherence in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Health Psychology*. 2020;9(34):75-94. [Persian].
 21. Montazeri S, Aghaei A, Golparvar M. Mindfulness-integrated cognitive behavioral therapy: Is it effective on stress coping strategies in women with multiple sclerosis? *Caspian journal of internal medicine*. 2022;13(3):634-8.
 22. Pouyanfard S, Mohammadpour M, ParviziFard AA, Sadeghi K. Effectiveness of mindfulness-integrated cognitive behavior therapy on anxiety, depression and hope in multiple sclerosis patients: a randomized clinical trial. *Trends in psychiatry and psychotherapy*. 2020;42(1):55-63. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0105>
 23. McEvoy PM, Hyett MP, Shihata S, Price JE, Strachan L. The impact of methodological and measurement factors on transdiagnostic associations with intolerance of uncertainty: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2019;73:101778. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101778>
 24. Andrews JL, Li M, Minihan S, Songco A, Fox E, Ladouceur CD, et al. The effect of intolerance of uncertainty on anxiety and depression, and their symptom networks, during the COVID-19 pandemic. *BMC psychiatry*. 2023;23(1):261. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04734-8>
 25. Colenberg S, Appel-Meulenbroek R, Romero N, Keyson D. Conceptualizing social well-being in activity-based offices. *Journal of Managerial Psychology*. 2020;Ahead of print. <https://doi.org/10.1108/JMP-09-2019-0529>
 26. Dutta T, Chhajer R, Nag S, Dhir S. Impact of intolerance of uncertainty on well-being during COVID-19 pandemic in India: Does practising gratitude and mindfulness help? *IIMB Management Review*. 2023;35(3):286-97. <https://doi.org/10.1016/j.iimb.2023.07.004>
 27. Carleton RN, Norton MA, Asmundson GJ. Fearing the unknown: a short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of anxiety disorders*. 2007;21(1):105-17. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.014>
 28. Vadivel B, Azadfar Z, Talib MA, Mutlak DA, Suksatan W, Abbood AAA, et al. Intolerance of Uncertainty Scale-12: Psychometric Properties of This Construct Among Iranian Undergraduate Students. *Frontiers in psychology*. 2022;13:894316. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.894316>
 29. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress.

- Psychological medicine. 2002;32(6):959-76.
<https://doi.org/10.1017/S0033291702006074>
30. Andrews G, Slade T. Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). Australian and New Zealand journal of public health. 2001;25(6):494-7.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.2001.tb00310.x>
31. Hajebi A, Motevalian A, Amin-Esmaili M, Rahimi-Movaghar A, Sharifi V, Hoseini L, et al. Adaptation and validation of short scales for assessment of psychological distress in Iran: The Persian K10 and K6. International journal of methods in psychiatric research. 2018;27(3):e1726.
<https://doi.org/10.1002/mpr.1726>
32. Cayoun BA. Mindfulness-integrated CBT: Principles and practice. Chichester. UK: Wiley; 2011.
<https://doi.org/10.1002/9781119993162>
33. Song J, Jiang R, Chen N, Qu W, Liu D, Zhang M, et al. Self-help cognitive behavioral therapy application for COVID-19-related mental health problems: A longitudinal trial. Asian journal of psychiatry. 2021;60:102656.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102656>
34. Liu Z, Qiao D, Xu Y, Zhao W, Yang Y, Wen D, et al. The Efficacy of Computerized Cognitive Behavioral Therapy for Depressive and Anxiety Symptoms in Patients With COVID-19: Randomized Controlled Trial. Journal of medical Internet research. 2021;23(5):e26883.
<https://doi.org/10.2196/26883>
35. Zolfa R, Moradi A, Mahdavi M, Parhoon H, Parhoon K, Jobson L. Feasibility and acceptability of written exposure therapy in addressing posttraumatic stress disorder in Iranian patients with breast cancer. Psycho-oncology. 2023; 32 (1):68-76.
<https://doi.org/10.1002/pon.6037>
36. Parhoon H, Masomzadeh K, Moradi A, Parhoon K, Mirmotahari M. Effectiveness of mindfulness-based Stress reduction (MBSR) on anxiety, depression and post-traumatic stress disorder symptoms in patients with HIV/ AIDS. International Journal of Behavioral Sciences. 2016;10(2):81-6. [Persian].
37. Carleton RN. Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. Journal of anxiety disorders. 2016;39:30-43.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.007>
38. Oglesby ME, Raines AM, Short NA, Capron DW, Schmidt NB. Interpretation bias for uncertain threat: A replication and extension. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2016;51:35-42.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.12.006>
39. Leventhal H, Phillips LA, Burns E. The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. Journal of behavioral medicine. 2016;39(6):935-46.
<https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2>
40. Parhoon H, moradi A, hatami M, parhoon k. Comparison of the Brief Behavioral Activation Treatment and Meta-cognitive Therapy in the Reduction of the Symptoms and in the Improvement of the Quality of Life in the Major Depressed Patients. Journal title. 2013;6(4):36-52. [Persian].
41. Ogden J. Health Psychology, 6e: McGraw-Hill Education.2019.
42. Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. The American journal of psychiatry. 1992;149(7):936-43.
<https://doi.org/10.1176/ajp.149.7.936>