

Effect of Mindfulness-integrated Cognitive Behavior Therapy) MiCBT (on the Health Anxiety and Death Obsession in Patients with COVID-19

Alipourpicha H¹, Abbasi Gh^{2*}, Hassanzadeh R³

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

Abstract

Introduction: This study investigated the effectiveness of a group-based 8-week intervention, mindfulness-integrated cognitive behavior therapy (MiCBT), to decrease health anxiety and death obsession in Patients with COVID-19.

Methods: Participants (n = 30, aged 25–45) were randomized to two groups (MiCBT), and control. Outcomes were assessed at pre-, postintervention and at 2-month follow-up. The Secondary outcome measures were the Short Health Anxiety Inventory (SHAI) and the Death Obsession Scale (DOS).

Results: The MiCBT intervention significantly reduced health anxiety and death obsession scale 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 rapid and sustainable reduction of health anxiety and death obsession in Patients with COVID-19. These promising results support the feasibility and acceptability implementation of this intervention in patients with COVID-19 in Iran.

Keywords: COVID-19, Death Obsession, Health Anxiety, Mindfulness-integrated Cognitive Behavior Therapy (MiCBT).

تأثیر درمان شناختی رفتاری یکپارچه با ذهن آگاهی بر اضطراب سلامت و وسواس مرگ در بیماران مبتلا به کرونا

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

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

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

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

نویسنده مسئول: قدرت الله عباسی، دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
ایمیل: gh_abbasi@iausari.ac.ir

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر باهدف بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری یکپارچه با ذهن آگاهی بر اضطراب سلامت و وسواس مرگ در بیماران مبتلا به کرونا انجام شد.

روش کار: این پژوهش در قالب یک طرح آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل انجام شد. از بین بیماران مبتلا به کرونا دارای سابقه بستری در شهر آمل در نیمه اول سال ۱۴۰۰ با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل گمارش شدند. گروه شناختی رفتاری یکپارچه با ذهن آگاهی در ۸ جلسه مداخله خود را دریافت کردند. شرکت‌کنندگان دو گروه، مقیاس کوتاه اضطراب سلامت (SHAI) و مقیاس وسواس مرگ (DOS)، در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه را تکمیل کردند. یافته‌های به دست آمده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفونی در فضای نرم‌افزار SPSS26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: مداخله شناختی رفتاری یکپارچه با ذهن آگاهی تأثیرات معناداری بر کاهش اضطراب سلامت و وسواس مرگ در نجات یافتگان از بیماری کرونا داشت ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: در مجموع می‌توان چنین عنوان کرد که مداخله شناختی رفتاری یکپارچه با ذهن آگاهی از اثربخشی قابل توجهی در جهت کاهش اضطراب سلامت و وسواس مرگ در نجات یافتگان از کرونا در ایران برخوردار است. از این رو، متخصصین، پژوهشگران و درمان‌گران این حوزه می‌توانند از این مداخله به عنوان گزینه درمانی مؤثری جهت بهبود کارکردهای روان‌شناختی بیماران مبتلا به کرونا استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: اضطراب سلامت، کووید ۱۹، مداخله شناختی رفتاری یکپارچه با ذهن آگاهی، وسواس مرگ.

مقدمه

بی‌گمان کرونا یکی از یورش‌های سخت و همه‌جانبه بیماری‌های ویروسی و واگیردار در طول تاریخ علیه سلامت جسم و روان انسان است. همه‌گیری ویروس کرونا در سه سال گذشته، زندگی افراد زیادی را دستخوش تغییر قرار کرده است. این ویروس تا سپتامبر ۲۰۲۲، در سراسر جهان بیش از ۶۴۰ میلیون مورد ابتلا و ۶/۵ میلیون مرگ‌ومیر و

تأثیرات شگفت و غیرقابل‌انکاری بر روال زندگی سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و به‌ویژه سلامت مردم داشته است (۱). پیرو شواهد پژوهشی موجود بیماران مبتلا به COVID-19 در کنار ترس از مرگ و مشکلات جسمانی مختلف با مشکلات سلامت روان مانند افسردگی، اضطراب، کاهش کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی روبرو هستند (۲،۳). همسو با دیگر کشورهای جهان ایران نیز در آزمون سخت رویارویی با

میزان آگاهانه بودن یا ناآگاهانه بودن آن‌ها بستگی دارد (۱۲). بر اساس شواهد موجود در طی همه‌گیری کووید ۱۹ افراد با نادیده انگاشتن اخبار مربوط به آمار مرگ‌ومیر ناشی از این بیماری و تلاش در جهت انکار آسیب‌پذیری خود، افکار مرگ را سرکوب می‌کردند؛ به این دلیل که گمان بر این بود که بخشی از گروه پرخطر و آسیب‌زا در برابر کرونا نیستند و از این بیماری در امان هستند (۱۳). نتایج مطالعه‌های مرور سیستماتیک و فراتحلیل نیز نشان داد که شرکت‌کنندگان در مطالعه‌های انجام شده نیمی از نمره کلی اضطراب و وسواس مرگ را به دست آورده‌اند که این یافته می‌تواند به دلیل عدم اطمینان در مورد روند بیماری، شیوع بالا، میزان بالای مرگ‌ومیر و ترس از ابتلا خود یا عزیزان باشد (۱۳).

با توجه به پیامدهای روان‌شناختی ناشی از کرونا پژوهشگران به دنبال استفاده از مداخله‌های کارآمد روان‌شناختی به‌منظور گسلس این زنجیره معیوب ترس، وحشت، وسواس و نگرانی در حین و پس از دوران قرنطینه در مورد بیماری کرونا هستند. در طول ۱۵ سال گذشته، علاقه و درخواست‌های زیادی به منظور آموزش درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی در سراسر جهان وجود داشته است. در میان مداخله‌های این حوزه که شامل مراقبه ذهن آگاهانه هستند، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR)؛ (۱۴) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)؛ (۱۵) مورد توجه پژوهشگران و درمان‌گران قرار گرفته‌اند. در سال‌های اخیر تفسیرهای مختلفی از این مداخله‌ها شده است به طوری که برخی از صاحب‌نظران در جهت یکپارچه‌سازی میانی این مداخله‌ها گام‌های اثربخشی برداشته‌اند. MiCBT با وجود برخی همپوشانی‌های اجتناب‌ناپذیر با دیگر مداخله‌های ذهن آگاهی از یک رویکرد «یکپارچه‌سازی نظری» استفاده می‌کند که شامل مهم‌ترین عوامل مشترک از جمله یادگیری، پذیرش، خودآگاهی، جدایی از مجموعه پاسخ‌های عادت‌ی و روابط درمانی است. این روش مبتنی بر یک چارچوب فرا نظری چند رشته‌ای است که عناصر اساسی روان‌شناسی بودایی و غربی را در یک مداخله گام‌به‌گام ادغام می‌کند. به‌طور ویژه، MiCBT به‌شدت نظریه یادگیری، تکنیک‌های 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

کرونا قرار گرفت. شواهد پژوهشی حاکی از آن است که میزان اضطراب بیماران مبتلابه کرونا در ایران در دوران پاندمی کووید ۱۹- افزایش و سلامت روان آن‌ها کاهش یافته است (۴). مطالعه وحیدیان عظیمی و همکاران نشان داد که میزان اضطراب، استرس و افسردگی در بیماران مبتلابه کووید ۱۹- در ایران بالا است، یافته‌ای که ضرورت و نیاز به کاربست مداخله‌های روان‌شناختی را در جامعه نجات‌یافتگان از کرونا در ایران را نمایان می‌کند (۵).

نگرانی‌ها در مورد سلامتی یک تجربه طبیعی برای انسان است و گمان بر این است که در یک پیوستار در جمعیت عمومی قابل بررسی است (۶). در انتهای بالای پیوستار، افراد ترس و وسواسی از بیماری را تجربه می‌کنند (۷) که ممکن است در قلمرو اضطراب سلامت قرار گیرد. اضطراب سلامت به‌عنوان یک ماهیت تشخیصی با یک مشغولیت ذهنی یا ابتلا به یک بیماری جسمی جدی مشخص می‌شود، که توسط رفتارهایی که جهت بهبود پریشانی طراحی شده‌اند، حفظ می‌شود، اما به‌طور ناخواسته علائم جسمانی و اضطراب را افزایش یا حفظ می‌کند (۸). اضطراب سلامت یک واکنش طبیعی و رایج در برابر همه‌گیری جهانی کووید ۱۹- است (۸). در این مقاله، ما به دنبال برون‌یابی شواهدی از تأثیر مداخله‌های روان‌شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی جهت کاهش اضطراب سلامت در مبتلایان به کرونا هستیم تا بدانیم که چگونه نگرانی‌های مربوط به سلامت در نجات‌یافتگان از کرونا را می‌توان در عمل مدیریت کرد و پیامدهای آن را کاهش داد.

بدین‌سان یکی از اختلال‌های رایج روان‌شناختی که بیماران مبتلابه کرونا و کارکنان مراقبت‌های بهداشتی ممکن است با آن مواجه شوند اضطراب و وسواس مرگ است (۹). اضطراب و وسواس مرگ مفهومی چندبعدی با ویژگی‌های هیجانی، شناختی و تجربی است که به‌عنوان احساس اضطراب یا ترس شدید در مورد مرگ تعریف می‌شود. در سیر درمان بیماری کرونا توجه به وسواس و اضطراب مرگ بسیار مهم است؛ به این دلیل که نگرانی هسته اصلی تمامی اختلال‌های اضطرابی است و یکی از مهم‌ترین عوامل تهدیدکننده سلامت روان به شمار می‌رود (۱۰). در این راستا، نظریه مدیریت وحشت (Terror management theory) جهت توضیح اثرات اضطراب و وسواس مرگ بر رفتار انسان و چگونگی محافظت افراد از خود در برابر نگرانی‌های مرگ ارائه شد (۱۱). واکنش ویژه افراد به نگرانی‌های مرگ به

را با هم ترکیب می‌کند (۱۶). MiCBT به عنوان یک مداخله ۸ جلسه‌ای گروهی به‌طور بالقوه کمک ارزشمندی به مجموعه نوپیدا مداخله‌های تشخیصی می‌کند؛ زیرا به تعدادی از فرایندهای تشخیصی فراتشخیصی از جمله آگاهی فراشناختی (تشخیص و تنظیم استدلال)، توجه انتخابی به محرک‌ها (درونی و بیرونی) و اجتناب می‌پردازد. بدین‌سان، MiCBT به تنظیم هیجان می‌پردازد که به‌عنوان یک عامل فراتشخیصی مدنظر قرار گرفته است (۱۷). Francis و همکاران (۱۷) اثربخشی مداخله MiCBT را در کاهش نشانگان اضطراب و افسردگی مورد تایید قرار داده‌اند. همسو با این یافته نتایج مطالعه منتظری و همکاران (۱۸)، و پویان فر و همکاران (۱۹) اثربخشی این مداخله در جهت کاهش مشکلات سلامت روان در بیماران ام اس در ایران را تایید کرده است. با توجه به میانی نظری و پژوهشی مطرح شده در جهت اثبات فنی و محتوایی مساله مطالعه حاضر در جامعه افراد بهبود یافته از کرونا می‌توان چنین عنوان کرد که کرونا به عنوان یک یورش و تهدید همه جانبه برای زندگی انسان درسه سال اخیر بسان دیگر بیماری‌های حاد و مزمن پیامدهای متعددی در افراد مبتلا و اطرافیان آن‌ها در پی داشته است که نیازمند ورود و کاربست مداخله‌های روان درمانی است.

در مواجهه با یک بیماری همه‌گیر عفونی بی‌سابقه مانند کرونا، طبیعی است که احساس نگرانی کنیم و نگران سلامت خود و دیگران باشیم. برای بیشتر افراد، اضطراب پاسخی متناسب و انطباقی به تهدید ناشی از ویروس خواهد بود و افراد را به انجام رفتارهای بهداشتی معقول و احتیاطی برمی‌انگیزد. با این حال، برای گروهی از افراد، به‌ویژه آن‌هایی که ممکن است مستعد اضطراب و/یا فاقد منابع مقابله‌ای باشند، کووید-۱۹ می‌تواند به‌عنوان یک «حادثه تهدیدکننده زندگی» عمل کند که باعث نگرانی‌های مرتبط با سلامتی می‌شود. در این افراد، اضطراب سلامتی «عادی» تشدید می‌شود و آزاردهنده و ناتوان‌کننده می‌شود. درحالی‌که برای دیگران، ترس‌های مربوط به سلامتی گذرا هستند و زمانی که تهدید شروع به برطرف شدن کرد، فروکش می‌کنند. از این رو مطالعه حاضر بر افراد مبتلابه کرونا و دارای اضطراب سلامت و وسواس مرگ تمرکز دارد تا آسیب‌های روان‌شناختی ناشی از این بیماری را با استفاده از مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی کاهش دهد. برای تأیید این موضوع و اطمینان از

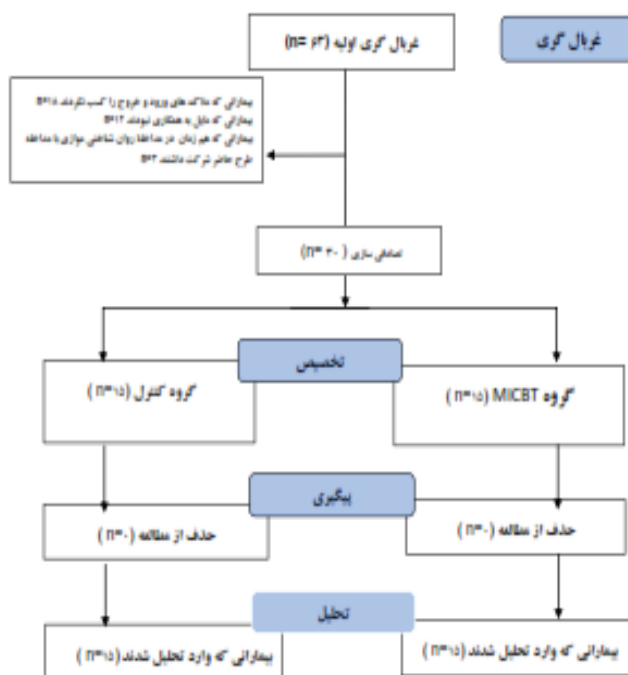
کارآمدی درمان‌های موردنظر و پایداری نتایج، پژوهش‌های مستند و باکیفیت بیشتری مورد نیاز است. از این‌رو در مطالعه حاضر به بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری یکپارچه‌شده با ذهن آگاهی بر اضطراب سلامت و وسواس مرگ در نجات‌یافتگان از کرونا پرداخته شد.

روش کار

پژوهش حاضر در قالب یک طرح آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری انجام شد. در این پژوهش «درمان شناختی رفتاری یکپارچه‌شده با ذهن آگاهی «متغیر مستقل» و «اضطراب سلامت» و «وسواس مرگ» متغیرهای وابسته بودند. جامعه آماری مطالعه حاضر شامل افراد نجات یافته از کرونا ساکن شهر آمل در نیمه اول سال ۱۴۰۰ بودند. از بین بیماران دارای شرایط همکاری با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس گروه نمونه انتخاب شدند. جهت تعیین حجم نمونه از نرم‌افزار جی پاور ($G*Power$)، بر اساس مؤلفه‌های آلفای ($\alpha=0/05$)، توان آزمون آماری ($\beta=1-0/80$)، اندازه اثر به‌دست‌آمده 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 به‌طور تصادفی و با استفاده از نرم‌افزار تولید توالی تصادفی (Random allocation software) در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تخصیص یافتند.

ملاک‌های ورود شامل، کسب نمره >23 در پرسشنامه سلامت عمومی، دامنه سنی بین ۲۵ تا ۴۵ سال، مبتلا بودن به کووید-۱۹ با استفاده از آزمایش PCR، معاینه بالینی توسط متخصص عفونی (تشخیص قطعی و پایان قرنطینه)، قرنطینه حداقل ۱۴ روز و داشتن علائم بالینی شدید، داشتن توانمندی و علاقه به شرکت در مداخله آموزشی، 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 جلسات مداخله؛ مشکلات ارتباطی و زبانی که مانع شرکت در جلسات مداخله شناختی رفتاری یکپارچه‌شده با ذهن آگاهی بود؛ عدم تعهد به مداخله و شرکت در مرحله پیگیری؛ شرکت در یک برنامه روان‌درمانی موازی با طرح حاضر؛ غیبت بیش از دو جلسه در درمان و بروز استرس‌های بزرگ و حوادث حاد و غیرمنتظره در هر مرحله از انجام

پژوهش بود. در ادامه در شکل ۱ روند غربال، گمارش و دریافت مداخله در شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه ارائه شده است.



شکل ۱. روند غربال شرکت‌کنندگان و انجام مداخله در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مطالعه Olatunji و همکاران (۲۱) پایایی بازآزمایی SHAI ($r=0/87$) گزارش شد. در مطالعه نرگسی و همکاران (۲۲) همسانی درونی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha=0/75$) گزارش شده است. در این مطالعه همسانی درونی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha=0/79$) به دست آمد.

پرسشنامه وسواس مرگ (the Death Obsession Scale DOS): این مقیاس توسط Abdel-Khalek (۲۳) به منظور ارزیابی اشتغالات ذهنی، تکانه‌ها و عقاید مقاوم مربوط به مرگ طراحی شده است. مقیاس حاضر از ۱۵ گویه و ۳ خرده مقیاس نشخوار مرگ، سلطه مرگ و عقاید تکراری مربوط به مرگ تشکیل شده است. پرسشنامه حاضر در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از هرگز= ۱ تا خیلی زیاد = ۵ نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمره‌های آن بین ۱۵ تا ۷۵ قرار دارد. شواهد پژوهشی حاکی از همسانی درونی بالا، پایایی بازآزمایی و روایی هم‌زمان قابل قبول این مقیاس در نمونه‌های مختلف از کشورهای گوناگون است (۲۴). در مطالعه دادفر و همکاران همسانی درونی این مقیاس با

ابزارها

پرسشنامه اضطراب سلامت- فرم کوتاه (The Short Health Anxiety Inventory (SHAI): این مقیاس شامل ۱۸ گویه است که اضطراب سلامت را مستقل از وضعیت سلامت جسمانی ارزیابی می‌کند. آیت‌های مقیاس حاضر نگرانی در مورد سلامتی، آگاهی از حساسیت‌ها یا تغییرات بدنی و پیامدهای ترس از ابتلا به بیماری را ارزیابی می‌کنند. این مقیاس قابلیت اطمینان خوب، اعتبار معیار و حساسیت به درمان را نشان داده است (۳). نمره‌گذاری برای هر آیت از صفر تا ۳ است. دامنه نمرات شرکت‌کنندگان در این مقیاس بین ۰ تا ۵۴ است و نمره بالاتر در این پرسشنامه نشانه اضطراب سلامت بیشتر است. نتایج به دست آمده از مطالعات مرور نظام‌مند و فراتحلیل حاکی از آن است که SHAI از لحاظ روان‌سنجی به منظور ارزیابی اضطراب سلامت در میان نمونه‌های غیر بالینی، بالینی، و پزشکی از اعتبار بالایی برخوردار است (۲۰). همسانی درونی این مقیاس در ۱۶ مطالعه خوب تا عالی (۷۴-۹۶) گزارش شده است (۲۰). بدین‌سان، در

استفاده از آلفای کرونباخ ($\alpha=0/95$) و پایایی بازآزمایی آن پس از ۲ هفته ($r=0/74$) گزارش شد (۲۴). در مطالعه حاضر همسانی درونی مقیاس حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha=0/96$) به دست آمد.

روش اجرا

تمامی شرکت‌کنندگان یک هفته پیش از شروع مداخله گروهی (MiCBT(T0)، در هفته نخست (T1)، در هفته ۸ (T2)، پس‌آزمون و پس از آن یک دوره پیگیری دوماهه (T3)، ابزارهای و فرآیند مداخله را تکمیل کردند. اطلاعات جمعیت شناختی در T0، پرسش‌های 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 شرکت‌کنندگان 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 روان‌شناسی سلامت و بالینی با اشراف کامل به مداخله شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی با استفاده از مباحث نظری

و تمرینات عملی به صورت هفتگی، گروهی و جلسات دو ساعته در یکی از کلینیک‌های روان‌درمانی شهر آمل انجام شد. داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از آزمون‌های خی دو، تی مستقل و تحلیل واریانس آمیخته با استفاده از نرم‌افزار SPSS 26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سطح معناداری آزمون‌های آماری $\alpha=0/05$ در نظر گرفته شد. درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی (MiCBT) درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی (MiCBT) یک برنامه ۸ هفته‌ای است که به‌طور بالقوه سهم ارزشمندی در مجموعه مداخله‌های فراتشخیصی نو پیدا دارد؛ زیرا به تعدادی از فرآیندهای فراشناختی از جمله آگاهی فراشناختی (تشخیص و تنظیم استدلال)، توجه انتخابی به محرک‌ها (درونی و بیرونی) و اجتناب می‌پردازد. افزون بر این، MiCBT به تنظیم هیجان‌ها می‌پردازد که به‌عنوان یک عامل فراتشخیصی مورد استفاده قرار می‌گیرد. تکالیف هفتگی پیشنهادی شامل دو جلسه مدیتیشن نیم ساعته در روز (۷ ساعت در هفته) بود. در ادامه خلاصه‌ای از محتوای جلسات در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی به تفکیک جلسه (برگرفته از کاپون، (۲۵))

جلسه	محتوای جلسه
۱	آشنایی، بررسی انتظارات گروه و روان‌شناس، منطق درمان در بیماران بهبود یافته از کرونا با ذهن آگاهی و فنون شناختی- رفتاری و تمرین آرام‌سازی. تکلیف: آرام‌سازی به روش جاکوبسن روزانه ۲۰ دقیقه
۲	تمرین افکار و احساسات (شرکت‌کنندگان یک سناریو مهم مثل جواب سلام ندادن یک دوست را تجسم کردند. سپس واکنش‌هایشان را به یک چنین رخدادی و اینکه این چه تأثیری می‌تواند 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 دقیقه‌ای، مراقبه نشسته همراه تمرکز بر شنیدن. تکلیف خانگی: ثبت وقایع ناخوشایند؛ فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای سه بار در هرروز
۴	مراقبه دیدن / مراقبه شنیدن؛ واری بدن. تکلیف خانگی: واری بدن روزانه
۵	واری بدن متقارن، بررسی افکار ثبت‌شده و شناسایی تحریف‌های شناختی و اثر آن بر احساسات تکلیف: واری بدن سریع روزانه ۵ دقیقه
۶	تمرین خوردن ذهن آگاهانه کشمش، تمرین راه رفتن ذهن آگاهانه تکلیف: تنفس ۳ دقیقه‌ای سه بار در هرروز و هرزمانی که استرس یا هیجانات دشوار وجود داشته باشد
۷	تمرین جرأت‌ورزی همراه با ایفای نقش با تأکید بر همدلی و شفقت؛ واری بدن تکلیف: تمرین همدلی، پیاده‌روی ذهن آگاهانه
۸	مرور جلسات جمع‌بندی و بازخورد، واری بدن

۲. در ادامه اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان و آزمون آماری جهت همگنی گروه‌ها در متغیرهای جمعیت شناختی در جدول ۲ گزارش شده است.

یافته‌ها

بر پایه یافته‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان دو گروه در متغیرهای سن، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات همگن بودند و تفاوت معناداری بین گروه‌ها گزارش نشد (جدول

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

متغیر	دسته بندی	گروه MicBT N (%)	گروه کنترل N (%)	آماره
سن	۲۵ تا ۳۰ سال	۵ (۳۳٪/۱۳)	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٪/۱۶۶)	۹ (۶۰٪)	$\chi^2 = ۰/۲۶, p = ۰/۷۶$
	مجرد	۵ (۳۳٪/۱۳)	۶ (۴۰٪)	
	دیپلم	۲ (۱۳٪/۱۳)	۱ (۶٪/۷)	
تحصیلات	کاردانی	۲ (۱۳٪/۱۳)	۱ (۶٪/۷)	$\chi^2 = ۲/۶۳, p = ۰/۶۷$
	کارشناسی	۷ (۴۶٪/۱۷)	۱۰ (۶۶٪/۷۰)	
	ارشد	۴ (۲۶٪/۱۷)	۳ (۲۰٪)	

سپس شاخص‌های توصیفی شرکت کنندگان در زیر مؤلفه‌های اضطراب سلامت در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی زیر مؤلفه‌های اضطراب سلامت به تفکیک گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		SD	M	SD	M	SD	M
احتمال ابتلا به بیماری	MicBT	۱۱/۵۳	۲/۸۵	۶/۸۰	۲/۳۴	۷/۶۰	۲/۵۶
	کنترل	۱۰/۴۰	۲/۲۶	۱۰/۴۸	۲/۲۳	۱۰/۶۴	۲/۴۱
پیامدهای بیماری	MicBT	۷/۰۷	۲/۹۴	۳/۸۷	۲/۵۹	۳/۶۷	۲/۴۷
	کنترل	۶/۶۰	۱/۸۱	۶/۴۰	۱/۹۹	۶/۷۳	۲/۰۵
اشتغال ذهنی	MicBT	۱۱/۹۳	۲/۱۹	۹/۰۰	۲/۲۱	۹/۰۰	۲/۳۶
	کنترل	۱۱/۶۰	۲/۳۵	۱۱/۸۰	۲/۴۰	۱۱/۴۷	۲/۲۳
اضطراب سلامت	MicBT	۳۰/۵۳	۵/۴۱	۲۰/۶۰	۵/۱۷	۲۰/۸۰	۴/۴۳
	کنترل	۲۸/۸۰	۳/۷۵	۲۸/۲۰	۳/۲۸	۲۸/۰۰	۳/۴۴

همان‌طور که در جدول ۳ قابل مشاهده است بین میانگین زیر مؤلفه‌های اضطراب سلامت 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 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 شرکت کنندگان به گروه‌ها، دریافت انفرادی مداخله و پاسخ دهی انفرادی به آزمون‌ها رعایت شد. همچنین، پیش‌فرض نرمال بودن نمونه موردنظر در زیرمؤلفه‌های اضطراب سلامت 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 مبنی بر برقراری همان‌طور که در جدول ۳ قابل مشاهده است بین میانگین زیر مؤلفه‌های اضطراب سلامت 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 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 شرکت کنندگان به گروه‌ها، دریافت انفرادی مداخله و پاسخ دهی انفرادی به آزمون‌ها رعایت شد. همچنین، پیش‌فرض نرمال بودن نمونه موردنظر در زیرمؤلفه‌های اضطراب سلامت 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 مبنی بر برقراری

شرط کرویت ماتریس 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 پیلایبی نیز نشان داد که بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته در بعد زمان ($F = ۱۱۴/۶۲, p < ۰/۰۰۱, n^2 = ۰/۹۸$)؛ و تعامل زمان و گروه ($F = ۲۱/۶۳, p < ۰/۰۰۱, n^2 = ۰/۹۳$)، 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 زیر مؤلفه‌های اضطراب سلامت در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تفاوت‌های بین گروهی در زیر مؤلفه‌های اضطراب سلامت

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	DF	میانگین مجزورات	F	مقدار احتمال	مجزور اتا
احتمال ابتلا به بیماری	زمان	۹۲/۴۷	۲	۴۶/۲۳	۴۱/۲۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۰
	زمان*گروه	۱۰۰/۸۲	۲	۵۰/۴۱	۴۵/۰۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۲
	گروه	۷۶/۵۵	۱	۷۶/۵۵	۴/۸۵	۰/۰۳	۰/۱۵
پیامدهای بیماری	زمان	۵۵/۶۲	۲	۲۷/۸۱	۳۴/۹۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۶
	زمان*گروه	۵۴/۴۲	۲	۲۷/۲۱	۳۴/۱۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۵
	گروه	۶۵/۸۸	۱	۶۵/۸۸	۴/۴۴	۰/۰۴	۰/۱۴
اشتغال ذهنی	زمان	۴۲/۴۶	۲	۲۱/۲۳	۲۳/۸۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۶
	زمان*گروه	۴۴/۴۲	۲	۲۲/۲۱	۲۴/۹۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۷
	گروه	۶۰/۸۴	۱	۶۰/۸۴	۴/۳۶	۰/۰۴	۰/۱۵
اضطراب سلامت	زمان	۵۵۴/۷۶	۲	۲۷۷/۳۸	۱۳۲/۱۴	<۰/۰۰۱	۰/۸۳
	زمان*گروه	۴۱۷/۶۹	۲	۲۰۸/۸۴	۹۹/۴۹	<۰/۰۰۱	۰/۷۸
	گروه	۴۲۶/۸۴	۱	۴۲۶/۸۴	۸/۲۱	۰/۰۱	۰/۲۳

پس‌آزمون ($t_{(p,8)} = -3/04$, $p = 0/01$) و پیگیری ($p = 0/01$)، اشتغال ذهنی در مرحله پس‌آزمون ($t_{(p,8)} = -3/70$, $p = 0/01$)، پیگیری ($t_{(p,8)} = -3/31$) و پیگیری ($t_{(p,8)} = -2/94$, $p = 0/001$) و اضطراب سلامت در مرحله پس‌آزمون ($t_{(p,8)} = -4/81$, $p < 0/001$) و پیگیری ($t_{(p,8)} = -4/96$, $p < 0/001$) تفاوت معناداری گزارش شد. بدین معنا که شرکت‌کنندگان در گروه مداخله شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی پس از دریافت مداخله در زیر مؤلفه‌های اضطراب سلامت میانگین پایین‌تری کسب کردند که این مهم نشان از بهبود وضعیت بیماران مبتلا به کرونا در اضطراب مرتبط با سلامت 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 وسواس مرگ به تفکیک گروه در جدول ۵ گزارش شده است.

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 زیرمؤلفه‌های اضطراب سلامت معنادار بوده است. از این رو بر اساس یافته‌های جدول ۳ می‌توان چنین عنوان کرد که میانگین زیر مؤلفه‌های اضطراب سلامت 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 زیر مؤلفه‌های اضطراب سلامت در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری نشان می‌دهد. بدین‌سان نتایج به دست آمده از تحلیل تعقیبی بونفرنی در مقایسه دوجه دو میانگین‌های گروه مداخله شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی با گروه کنترل در احتمال ابتلا به بیماری در مرحله پس‌آزمون ($t_{(p,8)} = -4/32$, $p < 0/001$) و پیگیری ($t_{(p,8)} = -3/28$, $p = 0/01$) پیامدهای بیماری، در مرحله

جدول ۵: شاخص‌های توصیفی زیر مؤلفه‌های وسواس مرگ به تفکیک گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		SD	M	SD	M	SD	M
نشخوار مرگ	MiCBT	۲۱/۴۰	۲/۷۶	۳/۳۷	۱۴/۶۷	۲/۸۷	۱۴/۱۳
	کنترل	۲۱/۴۷	۳/۹۴	۳/۳۵	۲۰/۷۳	۲/۴۲	۲۰/۶۰
سلطه مرگ	MiCBT	۱۰/۹۳	۲/۹۴	۲/۰۲	۷/۰۷	۲/۴۷	۳/۶۷
	کنترل	۱۰/۶۰	۲/۶۹	۱/۸۷	۹/۹۳	۱/۶۲	۹/۸۷
افکار تکراری مربوط به مرگ	MiCBT	۷/۸۰	۲/۱۱	۵/۱۳	۲/۱۱	۱/۶۴	۴/۸۷
	کنترل	۷/۲۰	۲/۴۰	۲/۱۳	۷/۴۰	۱/۹۹	۷/۶۰
وسواس مرگ	MiCBT	۴۰/۱۳	۶/۶۵	۲۶/۸۷	۴/۶۵	۴/۶۲	۲۶/۶۷
	کنترل	۳۸/۶۰	۴/۹۴	۳۷/۸۰	۳/۹۳	۴/۰۸	۲۶/۶۷

حسین علی پورپیچا و همکاران

موخلی و ام باکس حاکی از برقراری شرط کرویت ماتریس واریانس- کواریانس برای داده های مطالعه حاضر بود ($P > 0.05$). در مجموع نتایج به دست آمده در جهت برقراری پیش فرض های آزمون تحلیل واریانس آمیخته برای تحلیل یافته ها بوده است.

بدین سان، نتایج آزمون چند متغیری، اثر پیلایی نیز نشان داد که حداقل در یکی از زیر مؤلفه های وسواس مرگ در بعد زمان ($F = 164/92, p < 0.001, \eta^2 = 0/99$)؛ و تعامل زمان و گروه ($F = 31/36, p < 0.001, \eta^2 = 0/95$). تفاوت معنی دار بین دو گروه وجود دارد. بدین سان که از مرحله پیش آزمون تا پس آزمون و پس آزمون تا پیگیری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل تفاوت های معنی داری وجود دارد. در ادامه نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تفاوت های بین گروهها در زیر مؤلفه های وسواس مرگ در جدول ۶ گزارش شده است.

همان طور که در جدول ۵ قابل مشاهده است بین میانگین زیرمؤلفه های وسواس مرگ در گروه مداخله شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی و گروه کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت های وجود دارد، اما این که این تفاوت ها 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 شرکت کنندگان به گروه ها، دریافت انفرادی مداخله و پاسخ دهی انفرادی به آزمون ها رعایت شد. همچنین، پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه مورد نظر در زیر مؤلفه های وسواس مرگ با استفاده از شاخص های کجی و کشیدگی و آزمون شاپیرو- ویلک مورد بررسی قرار گرفت ($P > 0.05$)؛ و نتایج آزمون همگنی کوواریانس کرویت

جدول ۶: نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تفاوت های بین گروهی در وسواس مرگ

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
نشخوار مرگ	زمان	305/87	2	152/93	63/60	<0.001	0/69
	زمان*گروه	192/80	2	96/40	40/09	<0.001	0/59
سلطه مرگ	گروه	396/90	1	396/90	12/68	<0.01	0/31
	زمان	92/09	2	46/04	23/77	<0.001	0/46
افکار تکراری مربوط به مرگ	زمان*گروه	42/76	2	21/38	11/04	<0.001	0/28
	گروه	50/01	1	50/01	4/98	<0.03	0/15
وسواس مرگ	زمان	31/27	2	15/63	18/04	<0.001	0/39
	زمان*گروه	48/87	2	24/43	28/19	<0.001	0/50
وسواس مرگ	گروه	48/40	1	48/40	4/66	0/04	0/14
	زمان	1092/02	2	546/01	112/40	<0.001	0/80
وسواس مرگ	زمان*گروه	723/27	2	361/21	74/44	<0.001	0/73
	گروه	940/90	1	940/90	14/98	<0.01	0/35

بر زیر مؤلفه های وسواس مرگ در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری نشان می دهد. با مشاهده میانگین ها در مرحله پیگیری در گروه آزمایش ملاحظه می شود که اثر مداخله ماندگار بوده است. همچنین، بر اساس میزان ضریب اتای به دست آمده در تفاوت های بین گروهی می توان چنین بیان کرد که مداخله های مورد استفاده به ترتیب 0/31، 0/15، 0/14 و 0/35 از تغییرات واریانس مؤلفه های نشخوار مرگ، سلطه مرگ، افکار

با توجه به یافته ای گزارش شده در جدول ۶ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر نشان داد که اثر عامل زمان و تعامل زمان و گروه در مؤلفه های وسواس مرگ معنادار بوده است. از این رو بر اساس یافته های جدول ۵ می توان چنین عنوان کرد که میانگین زیر مؤلفه های وسواس مرگ در گروه مداخله در مراحل پیش آزمون تا پیگیری کاهش معناداری داشته است. افزون بر این نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که اثر عامل گروه

یادگیری است که به دو مرحله درونی سازی و برونی سازی 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 درونی کند 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 درونی سازی 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 کرونا بود (۱۶).

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 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، خودتنظیمی گر 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 (۳۰) است. در مدل خودتنظیمی رفتار بیماری که بر پایه رویکرد حل مسأله 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. Ogden (۳۱) نظریه حل مسأله در مرحله نخست زمانی که بیماری فرد تشخیص داده

تکراری مربوط به مرگ و وسواس مرگ در مرحله پس‌آزمون در بیماران مبتلابه کرونا را تبیین می‌کنند. به همین سان در مقایسه دوه‌دو میانگین‌های گروه مداخله شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی با گروه کنترل در متغیرهای نشخوار مرگ در مرحله پس‌آزمون ($t_{(۳۸)} = -۴/۹۴, p < ۰/۰۰۱$) و پیگیری ($t_{(۳۸)} = -۵/۶۱, p < ۰/۰۰۱$) سلطه مرگ، در مرحله پس‌آزمون ($t_{(۳۸)} = -۴/۰۴, p < ۰/۰۰۱$) و پیگیری ($t_{(۳۸)} = -۳/۲۷, p < ۰/۰۰۱$)، افکار تکراری مربوط به مرگ در مرحله پس‌آزمون ($t_{(۳۸)} = ۳/۲۳, p < ۰/۰۰۱$) و پیگیری ($t_{(۳۸)} = ۴/۱۰, p < ۰/۰۰۱$) و وسواس مرگ در مرحله پس‌آزمون ($t_{(۳۸)} = -۶/۶۴, p < ۰/۰۰۱$) و پیگیری ($t_{(۳۸)} = -۶/۲۸, p < ۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری گزارش شد. بدین معنا که شرکت‌کنندگان در گروه مداخله شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی پس از دریافت مداخله در وسواس مرگ نسبت به گروه کنترل میانگین پایین‌تری کسب کردند که این یافته نشان از اثربخشی مداخله شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی در کاهش وسواس مرگ در بیماران مبتلابه کرونا است به طوری که این تفاوت در مرحله پیگیری نیز پابرجا بوده است.

بحث

پژوهش حاضر باهدف بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری یکپارچه با ذهن آگاهی بر اضطراب سلامت و وسواس مرگ در بیماران مبتلابه کرونا انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد که درمان MiCBT منجر به تفاوت معناداری بین میانگین‌های دو گروه در اضطراب سلامت و وسواس مرگ در مراحل پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه شده است. بر اساس نتایج مطالعه حاضر میانگین اضطراب سلامت و وسواس مرگ در گروه مداخله پس از دریافت درمان MiCBT 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 مداخله MiCBT در کاهش نشانگان اضطراب سلامت و وسواس مرگ در نجات‌یافتگان از بیماری کرونا را مورد تأیید قرار داد. نتایج مطالعه ما با مبانی پژوهشی این حوزه از جمله Song و همکاران (۲۶)، Liu و همکاران (۲۷)، زلفی و همکاران (۲۸)، پرهون و همکاران (۲۹)، Francis و همکاران (۱۷) از لحاظ نظری همسو است. در تبیین این یافته می‌توان چنین گفت که تأثیرگذاری MiCBT در جهت کاهش اضطراب روان‌شناختی و وسواس مرگ در نجات‌یافتگان از بیماری کرونا حاصل چهار مرحله

از این بیماری منجر شود و به نتایج امیدبخشی منجر شود. افراد در طول همه‌گیری کووید-۱۹ اضطراب مرگ بالایی را تجربه کردند که بر زندگی آن‌ها تأثیر منفی گذاشت؛ بنابراین آموزش روش‌های مقابله با اضطراب مرگ (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 آینده، نتایج این پژوهش می‌تواند بستر مناسبی را برای پژوهش‌های آتی و مداخله‌های مرتبط فراهم کند. جمعیت عمومی تقریباً واکنش مشابهی به همه‌گیری‌ها نشان می‌دهد. این مطالعه با مشخص کردن نقش مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی در جهت کاهش اضطراب سلامت و وسواس مرگ در نجات یافتگان از کرونا، امکان اتخاذ برنامه‌های مراقبت سلامت و تصمیم‌های مبتنی بر شواهد را برای مسئولان بهداشت و درمان فراهم کرده است. در نهایت، از آنجایی که اضطراب سلامت و وسواس مرگ دارای ساختار چند عاملی هستند، پژوهش‌های آتی می‌تواند با نگاهی عمیق‌تر این متغیرها را بررسی کرده و اثربخشی مداخله‌های روان‌شناختی در حوزه کرونا را ارتقاء دهند.

نتیجه‌گیری

در مجموع، نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر حاکی از تأثیرات مثبت درمان شناختی رفتاری یکپارچه با ذهن آگاهی در جهت کاهش اضطراب سلامت و وسواس مرگ در افراد نجات یافته از کرونا 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.

سپاسگزاری

مقاله حاضر از تز دکتری نویسنده نخست پژوهش در رشته روان‌شناسی عمومی در دانشگاه آزاد واحد ساری استخراج شده است. بدین‌وسیله نهایت سپاس و قدردانی خود را از تمامی افراد شرکت‌کننده در این پژوهش به عمل می‌آوریم.

تعارض منافع

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

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 را اتخاذ کرده است. به‌طور کلی می‌توان گفت که اگر بیمار مبتلابه کرونا از منابع شناختی مناسبی برخوردار باشد به تبع آن خودتنظیمی بالاتری نیز خواهد داشت و روند سازگاری وی با بیماری تسهیل می‌گردد.

بدین‌سان 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 و توجه و آموزش مدیتیشن به منظور 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 می‌دهد (۳۲). مکانیسم‌هایی که توسط آن MiBCT بر بهزیستی و سلامت روان تأثیرات مثبت و بادوامی بر جا گذاشته است. اهداف اولیه مکانیسم‌ها ذهن آگاهی، افزون بر تنظیم هیجان و کنترل شناختی در قالب تغییر دیدگاه فرد به‌عنوان تابعی از تمرین ذهن آگاهی بوده نیز عمل می‌کند.

با توجه به نتایج مثبت مداخله MiBCT در جهت کاهش اضطراب سلامت و وسواس مرگ نجات یافتگان 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. افزون بر این نتایج به دست آمده در کنار کاربردهای نظری می‌تواند در عمل نیز مورداستفاده روان‌شناسان، روان‌پزشکان، پرستاران و نهادهای تصمیم‌ساز در مورد بیماران مبتلابه کرونا و مدیریت چالش‌های ناشی

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.
- 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).
- 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.
- 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.
- 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.
- Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine*. 2002;32(5):843-53.
- Norbye AD, Farbu EH, Terjesen CL, Fleten N, Höper AC. The level of health anxiety before and during the COVID-19 pandemic. *PloS one*. 2023;18(5):e0285799.
- Haig-Ferguson A, Cooper K, Cartwright E, Loades ME, Daniels J. Practitioner review: health anxiety in children and young people in the context of the COVID-19 pandemic. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2021; 49(2), 129–143
- Moudi S, Bijani A, Tayebi M, Habibi S. Relationship between Death Anxiety and Mental Health Status among Nurses in Hospitals Affiliated to Babol University of Medical Sciences. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2017;19(2):47-53.
- Khajoei R, Dehghan M, Heydarpour N, Mazallahi M, Shokohian S, Azizzadeh Forouzi M. Comparison of Death Anxiety, Death Obsession, and Humor in Nurses and Medical Emergency Personnel in COVID-19 Pandemic. *Journal of Emergency Nursing*. 2022;48(5):559-70.
- Greenberg J. *Terror management theory: From genesis to revelations. Meaning, mortality, and choice: The social psychology of existential concerns*. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2012. p. 17-35.
- Menzies RE, Menzies RG. Death anxiety in the time of COVID-19: theoretical explanations and clinical implications. *Cognitive behaviour therapist*. 2020;13:e19.
- Patra I, Muda I, Ketut Acwin Dwijendra N, Najm MA, Hamoud Alshahrani S, Sajad Kadhim S, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis on Death Anxiety During COVID-19 Pandemic. *Omega*. 2023:302228221144791.
- Kaba 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.
- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse..* New York: Guilford; 2002.
- Cayoun B, Francis S, Shires A. *The Clinical Handbook of Mindfulness-integrated Cognitive Behavior Therapy*. 2019.
- 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.
- 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.
- 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.
20. Alberts NM, Hadjistavropoulos HD, Jones SL, Sharpe D. The Short Health Anxiety Inventory: a systematic review and meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*. 2013;27(1):68-78.
 21. Olatunji BO, Etzel EN, Tomarken AJ, Ciesielski BG, Deacon B. The effects of safety behaviors on health anxiety: an experimental investigation. *Behaviour research and therapy*. 2011;49(11):719-28.
 22. nargesi f, izadi f, kariminejad k, rezaii sharif a. The investigation of the reliability and validity of Persian version of Health anxiety questionnaire in students of Lorestan University of Medical Sciences. *Quarterly of Educational Measurement*. 2017;7(27):147-60.
 23. Abdel-Khalek AM. The structure and measurement of death obsession. *Personality and Individual Differences*. 1998;24(2):159-65.
 24. Dadfar M, Abdel-Khalek AM, Lester D. Validation of the Farsi version of the Death Obsession Scale among nurses. *International Journal of Nursing Sciences*. 2018;5(2):186-92.
 25. Cayoun BA. *Mindfulness-integrated CBT: Principles and practice*. Chichester. UK: Wiley; 2011.
 26. 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.
 27. 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.
 28. 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.
 29. 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.
 30. 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.
 31. Ogden J. *Health Psychology*, 6e: McGraw-Hill Education. 2019.
 32. 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.