Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article
Volume 12, Issue 2 , Summer 2023

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

Alipourpicha H[1], Abbasi Gh[2*], Hassanzadeh R[3]

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.

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

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-13]

فصلنامه مدیریت پرستاری
مقاله پژوهشی
دوره ۱۲، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۲

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

حسین علی پورپیچا[۱]، قدرت الله عباسی[۲*]، رمضان حسن زاده[۳]

۱- دانشجو دکتری روان‌شناسی 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 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 مبتلابه 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 بونفرنی در فضای نرم‌افزار SPSS26 مورد تجزیه‌وتحلیل 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<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: در مجموع می توان 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. ازاین‌رو، متخصصین، پژوهشگران و درمان گران این حوزه می‌توانند از این مداخله به عنوان گزینه درمانی مؤثری جهت بهبود کارکردهای روان‌شناختی بیماران مبتلابه کرونا استفاده کنند.

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

مقدمه

بی گمان کرونا یکی از یورش های سخت و همه‌جانبه بیماری های 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 مبتلابه 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

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-13]

کرونـا قـرار گرفـت. شـواهد پژوهشـی حاکـی از آن اسـت کـه میـزان اضطـراب بیمـاران مبتلابـه کرونـا در ایـران در دوران پاندمـی کووید -۱۹ افزایـش و سـلامت روان آن‌هـا کاهـش یافتـه اسـت (۴). مطالعـه وحیدیـان عظیمـی و همکاران نشـان داد کـه میـزان اضطـراب، اسـترس و افسـردگی در بیمـاران مبتلابـه کووید -۱۹ در ایـران بـالا اسـت، یافتـه ای کـه ضـرورت و نیـاز بـه کاربسـت مداخله‌هـای روان‌شـناختی را در جامعـه نجـات یافتـگان از کرونـا در ایـران را نمایـان مـی کنـد (۵).

نگرانی‌هـا در مـورد سـلامتی یـک تجربـه طبیعـی بـرای انسـان اسـت و گمـان بـر ایـن اسـت کـه در یـک پیوسـتار در جمعیـت عمومـی قابـل بررسـی اسـت (۶). در انتهـای بـالای پیوسـتار، افـراد تـرس وسواسـی از بیمـاری را تجربـه می‌کننـد (۷) کـه ممکـن اسـت در قلمـرو اضطـراب سـلامت قـرار گیـرد. اضطـراب سـلامت به‌عنـوان یـک ماهیـت تشـخیصی بـا یـک مشـغولیت ذهنـی یـا ابتـلا بـه یـک بیمـاری جسـمی جـدی مشـخص می‌شـود، کـه توسـط رفتارهایـی کـه جهـت بهبـود پریشـانی طراحـی شـده‌اند، حفـظ می‌شـود، امـا به‌طـور ناخواسـته علائـم جسـمانی و اضطـراب را افزایـش یـا حفـظ می‌کنـد (۸). اضطـراب سـلامت یـک واکنـش طبیعـی و رایـج در برابـر همه‌گیـری جهانـی کووید -۱۹ اسـت (۸). در ایـن مقالـه، مـا بـه دنبـال برون‌یابـی شـواهدی از تأثیـر مداخله‌هـای روان‌شـناختی مبتنـی بـر ذهـن آگاهـی جهـت کاهـش اضطـراب سـلامت در مبتلایـان بـه کرونـا هسـتیم تـا بدانیـم کـه چگونـه نگرانی‌هـای مربـوط به‌سـلامت در نجات‌یافتـگان از کرونـا را می‌تـوان در عمـل مدیریـت کـرد و پیامدهـای آن را کاهـش داد.

بدین‌سـان یکـی از اختلال‌هـای رایـج روان‌شـناختی کـه بیمـاران مبتلابـه کرونـا و کارکنـان مراقبت‌هـای بهداشـتی ممکـن اسـت بـا آن مواجـه شـوند اضطراب و وسـواس مـرگ اسـت(۹). اضطراب و وسـواس مـرگ مفهومـی چندبعـدی بـا ویژگی‌هـای هیجانـی، شـناختی و تجربـی اسـت کـه به‌عنـوان احسـاس اضطـراب یـا تـرس شـدید در مـورد مـرگ تعریـف می‌شـود. در سـیر درمـان بیمـاری کرونـا توجـه بـه وسـواس و اضطـراب مـرگ بسـیار مهـم اسـت؛ بـه ایـن دلیـل کـه نگرانـی هسـته اصلـی تمامـی اختلال‌هـای اضطرابـی اسـت و یکـی از مهم‌تریـن عوامـل تهدیدکننـده سـلامت روان بـه شـمار مـی‌رود (۱۰). در ایـن راسـتا، نظریـه مدیریـت وحشـت (Terror management theory) جهت توضیـح اثـرات اضطـراب و وسـواس مـرگ بـر رفتـار انسـان و چگونگـی محافظـت افـراد از خـود در برابـر نگرانی‌هـای مـرگ ارائـه شـد (۱۱). واکنـش ویـژه افـراد بـه نگرانی‌هـای مـرگ بـه میـزان آگاهانـه بـودن یـا ناآگاهانـه بـودن آن هـا بسـتگی دارد (۱۲). بـر اسـاس شـواهد موجـود در طـی همـه گیـری کووید ۱۹ افـراد بـا نادیـده انگاشـتن اخبـار مربـوط بـه آمـار مرگ‌ومیـر ناشـی از ایـن بیمـاری و تـلاش در جهـت انـکار آسـیب‌پذیری خـود، افـکار مـرگ را سـرکوب می‌کردنـد؛ بـه ایـن دلیـل کـه گمـان بـر ایـن بـود کـه بخشـی از گـروه پرخطـر و آسـیب‌زا در برابـر کرونـا نیسـتند و از ایـن بیمـاری در امـان هسـتند (۱۳). نتایـج مطالعه‌هـای مـرور سیسـتماتیک و فراتحلیـل نیـز نشـان داد کـه شـرکت‌کنندگان در مطالعـه هـای انجـام شـده نیمـی از نمـره کلـی اضطـراب و وسـواس مـرگ را بـه دسـت آورده‌انـد کـه ایـن یافتـه می‌توانـد بـه دلیـل عـدم اطمینـان در مـورد رونـد بیمـاری، شـیوع بـالا، میـزان بـالای مرگ‌ومیـر و تـرس از ابتـلا خـود یـا عزیـزان باشـد (۱۳).

بـا توجـه به پیامدهـای روان شـناختی ناشـی از کرونا پژوهشـگران بـه دنبـال اسـتفاده از مداخله‌هـای کارآمـد روان‌شـناختی به‌منظـور گسـلش ایـن زنجیـره معیـوب تـرس، وحشـت، وسـواس و نگرانی در حیـن و پـس از دوران قرنطینـه در مـورد بیمـاری کرونـا هسـتند.در طـول ۱۵ سـال گذشـته، علاقـه و درخواسـت‌های زیـادی بـه منظـور آمـوزش درمان‌هـای مبتنـی بـر ذهـن آگاهـی در سراسـر جهـان وجـود داشـته اسـت. در میـان مداخله‌هـای ایـن حـوزه کـه شـامل مراقبـه ذهـن آگاهانـه هسـتند، کاهـش اسـترس مبتنـی بـر ذهـن آگاهـی (MBSR)؛ (۱۴) و شـناخت درمانـی مبتنـی بـر ذهـن آگاهـی (MBCT)؛ (۱۵) موردتوجـه پژوهشـگران و درمـان گـران قرارگرفته‌انـد. در سـال‌های اخیـر تفسـیرهای مختلفـی از ایـن مداخله‌هـا شـده اسـت به‌طوری‌کـه برخـی از صاحب‌نظـران در جهـت یکپارچه‌سـازی مبانـی ایـن مداخله‌هـا گام‌هـای اثربخشـی برداشـته‌اند. MiCBT باوجـود برخـی همپوشـانی‌های اجتناب‌ناپذیـر بـا دیگـر مداخله‌هـای ذهـن آگاهـی از یـک رویکـرد «یکپارچه‌سـازی نظـری» اسـتفاده می‌کنـد کـه شـامل مهم‌تریـن عوامـل مشـترک ازجملـه یادگیـری، پذیـرش، خودآگاهـی، جدایـی از مجموعـه پاسـخ‌های عادتـی و روابـط درمانـی اسـت. ایـن روش مبتنـی بـر یـک چارچـوب فـرا نظـری چنـد رشـته‌ای اسـت کـه عناصـر اساسـی روان‌شناسـی بودایـی و غربـی را در یـک مداخلـه گام‌به‌گام ادغـام می‌کنـد. به‌طـور ویـژه، MiCBT به‌شـدت نظریـه یادگیـری، تکنیک‌هـای شـناختی و مواجهـه، علـوم اعصـاب هیجانـی و اجتماعـی، قانـون طبیعـی بی‌ثباتـی و اثـرات آن بـر حـس خـود، ذهـن آگاهـی، شـکیبایی، و مؤلفه‌هـای وجـودی فـرد از طریـق نظریـه عـدم تجربـه مسـتقیم در طـول تمریـن ذهـن آگاهـی

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-13]

را بـا هـم ترکیـب می‌کنـد (۱۶). MiCBT بـه عنـوان یـک مداخلـه ۸ جلسـه‌ای گروهـی به‌طـور بالقـوه کمـک ارزشـمندی بـه مجموعـه نوپیـدا مداخله‌هـای تشـخیصی می‌کنـد؛ زیرابـه تعـدادی از فرایندهـای تشـخیصی فراتشـخیصی ازجملـه آگاهـی فراشـناختی (تشـخیص و تنظیـم اسـتدلال)، توجـه انتخابـی بـه محرک‌هـا (درونـی و بیرونـی) و اجتنـاب می‌پـردازد. بدین‌سـان، MiCBT بـه تنظیـم هیجـان می‌پـردازد کـه به‌عنـوان یـک عامـل فراتشـخیصی مدنظـر قرارگرفتـه اسـت (۱۷). Francis و همـکاران (۱۷) اثربخشـی مداخلـۀ MiCBT را در کاهـش نشـانگان اضطـراب و افسـردگی مـورد تاییـد قـرار داده‌اند. همسـو بـا ایـن یافتـه نتایـج مطالعـه منتظری و همـکاران (۱۸)، و پویـان فـر و همـکاران (۱۹) اثربخشـی ایـن مداخلـه در جهـت کاهـش مشـکلات سـلامت روان در بیمـاران ام اس در ایـران را تاییـد کـرده اسـت. بـا توجـه بـه مبانـی نظـری و پژوهشـی مطـرح شـده در جهـت اثبـات فنـی و محتوایـی مسـاله مطالعـه حاضـر در جامعـه افـراد بهبـود یافتـه از کرونـا مـی تـوان چنیـن عنـوان کرد کـه کرونـا بـه عنـوان یـک یـورش و تهدیـد همـه جانبـه بـرای زندگـی انسـان درسـه سـال اخیـر بسـان دیگـر بیمـاری هـای حـاد و مزمـن پیامدهـای متعـددی در افـراد مبتـلا و اطرافیـان آن هـا در پـی داشـته اسـت کـه نیازمنـد ورود و کاربسـت مداخلـه هـای روان درمانـی اسـت.

در مواجهـه بـا یـک بیمـاری همه‌گیـر عفونـی بی‌سـابقه ماننـد کرونـا، طبیعـی اسـت کـه احسـاس نگرانـی کنیـم و نگـران سـلامت خـود و دیگـران باشـیم. بـرای بیشـتر افـراد، اضطـراب پاسـخی متناسـب و انطباقـی بـه تهدیـد ناشـی از ویـروس خواهـد بـود و افـراد را بـه انجـام رفتارهـای بهداشـتی معقـول و احتیاطـی برمی‌انگیـزد. بااین‌حـال، بـرای گروهـی از افـراد، به‌ویـژه آن‌هایـی کـه ممکـن اسـت مسـتعد اضطـراب و/یـا فاقـد منابـع مقابلـه‌ای باشـند، کوویـد-۱۹ می‌توانـد به‌عنـوان یـک «حادثـه تهدیدکننـده زندگـی» عمـل کنـد کـه باعـث نگرانی‌هـای مرتبـط بـا سـلامتی می‌شـود. در ایـن افـراد، اضطـراب سـلامتی «عـادی» تشـدید می‌شـود و آزاردهنـده و ناتوان‌کننـده می‌شـود. درحالی‌کـه بـرای دیگـران، تـرس هـای مربـوط بـه سـلامتی گـذرا هسـتند و زمانـی کـه تهدیـد شـروع بـه برطـرف شـدن کـرد، فروکـش می‌کننـد. از ایـن رو مطالعـه حاضـر بـر افـراد مبتلابـه کرونـا و دارای اضطـراب سـلامت و وسـواس مـرگ تمرکـز دارد تـا آسـیب‌های روان‌شـناختی ناشـی از ایـن بیمـاری را بـا اسـتفاده از مداخله‌هـای مبتنـی بـر ذهـن آگاهـی کاهـش دهـد. بـرای تأییـد ایـن موضـوع و اطمینـان از کارآمـدی درمان‌هـای موردنظـر و پایـداری نتایـج، پژوهش‌هـای مسـتند و باکیفیـت بیشـتری مـورد نیـاز اسـت. ازایـن‌رو در مطالعه حاضـر بـه بررسـی تأثیـر درمـان شـناختی رفتـاری یکپارچه‌شـده بـا ذهـن آگاهـی بـر اضطـراب سـلامت و وسـواس مـرگ در نجات‌یافتـگان از کرونـا پرداختـه شـد.

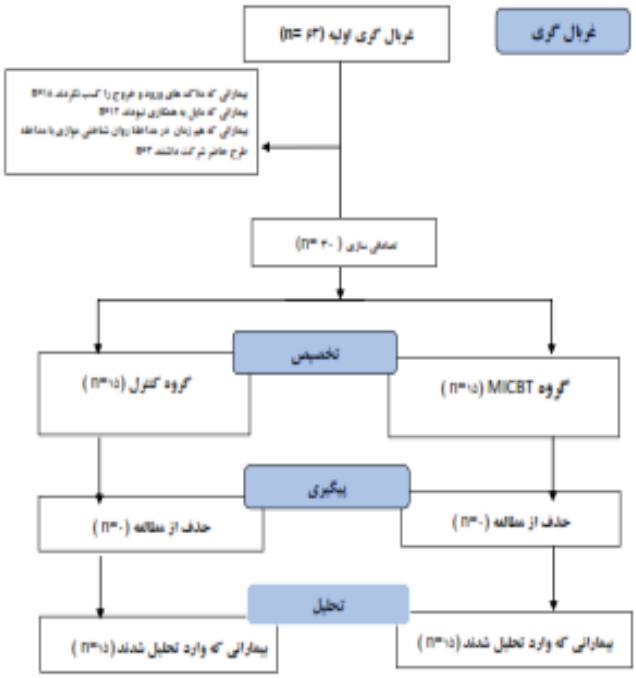
روش کار

پژوهـش حاضـر در قالـب یـک طـرح آزمایشـی بـا پیش‌آزمـون-پس‌آزمـون همـراه بـا گـروه کنتـرل و پیگیـری انجـام شـد. در ایـن پژوهـش « درمـان شـناختی رفتـاری یکپارچـه شـده بـا ذهن آگاهـی «متغیـر مسـتقل» و «اضطـراب سـلامت» و «وسـواس مـرگ» متغیرهـای وابسـته بودنـد. جامعـۀ آمـاری مطالعـۀ حاضـر شـامل افـراد نجـات یافتـه از کرونـا سـاکن شـهر آمـل در نیمـه اول سـال ۱۴۰۰ بودنـد. از بیـن بیمـاران دارای شـرایط همـکاری بـا اسـتفاده از روش نمونه‌گیـری در دسـترس گـروه نمونـه انتخـاب شـدند. جهـت تعییـن حجـم نمونـه از نرم‌افـزار جـی پـاور (G*Power)، بـر اسـاس مؤلفه‌هـای آلفـای (α=۰/۰۵)، تـوان آزمـون آمـاری (β=-۱ ۰/۸۰)، انـدازه اثـر به‌دسـت‌آمده بالاتـر از ۰/۶۰، تعـداد گروه‌هـا برابـر بـا ۲ و تعـداد اندازه‌گیری‌هـا برابـر بـا ۳ (پیش‌آزمـون، پس‌آزمـون و پیگیـری) اسـتفاده شـد؛ از ایـن رو تعـداد نمونـه ۳۰ نفـر در دو گـروه تعییـن و به‌طـور تصادفـی و بـا اسـتفاده از نرم‌افـزار تولیـد توالـی تصادفـی (Random allocation software) در دو گـروه آزمایـش و کنتـرل (هـر گـروه ۱۵ نفـر) تخصیـص یافتنـد.

ملاک‌هـای ورود شـامل، کسـب نمـره ۲۳< در پرسشـنامه سـلامت عمومـی، دامنـۀ سـنی بیـن ۲۵ تـا ۴۵ سـال، مبتـلا بودن بـه کوویـد -۱۹ بـا اسـتفاده از آزمایـش PCR، معاینـه بالینـی توسـط متخصـص عفونـی (تشـخیص قطعـی و پایـان قرنطینـه)، قرنطینـه حداقـل ۱۴ روز و داشـتن علایـم بالینـی شـدید، داشـتن توانمنـدی و علاقـه بـه شـرکت در مداخلـۀ آموزشـی، عـدم اسـتفاده از سـایر درمان‌هـای روان‌شـناختی در ۶ مـاه گذشـته یـا هم‌زمـان بـا مداخلـه حاضـر بـود. بدین‌سـان مـلاک هـای خـروج شـامل داشـتن علائـم کرونـا و عـدم بهبـود آن در حیـن اجـرای جلسـات مداخلـه؛ مشـکلات ارتباطـی و زبانـی کـه مانـع شـرکت در جلسـات مداخلـه شـناختی رفتـاری یکپارچـه شـده بـا ذهـن آگاهـی بـود؛ عـدم تعهـد بـه مداخلـه و شـرکت در مرحلـۀ پیگیـری؛ شـرکت در یـک برنامـه روان‌درمانـی مـوازی بـا طـرح حاضـر؛ غیبـت بیـش از دو جلسـه در درمـان و بـروز اسـترس هـای بـزرگ و حـوادث حـاد و غیرمنتظـره در هـر مرحلـه از انجـام

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-13]

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

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.آیتم‌های 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 آیتم از صفر تا ۳ است. دامنهٔ نمرات شرکت‌کنندگان در این مقیاس بین ۰ تا۵۴ است و نمره بالاتر در این پرسشنامه نشانه اضطراب سلامت بیشتر است. نتایج به‌دست آمده از مطالعات مرور نظام‌مند و فراتحلیل حاکی از آن است که SHAI ازلحاظ روان‌سنجی به‌منظور 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 (۹۶-۷۴) گزارش شده است (۲۰). بدین‌سان، در مطالعه Olatunji و همکاران (۲۱) پایایی بازآزمایی SHAI (r=۰/۸۷) گزارش شد. در مطالعه نرگسی و همکاران (۲۲) همسانی درونی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ (α=۰/۷۵) گزارش شده است. در این مطالعه همسانی درونی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ (α=۰/۷۹) به دست آمد.

پرسشنامه وسواس مرگ (the Death Obsession Scale (DOS)): این مقیاس توسط Abdel-Khalek (۲۳) به‌منظور 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 دامنهٔ نمره‌های آن بین ۱۵ تا ۷۵ قرار دارد. شواهد پژوهشی حاکی از همسانی درونی بالا، پایایی بازآزمایی و روایی همزمان قابل‌قبول این مقیاس در نمونه‌های مختلف از کشورهای گوناگون است (۲۴). در مطالعهٔ دادفر و همکاران همسانی درونی این مقیاس با

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-13]

استفاده از آلفای کرونباخ (α=۰/۹۵) و پایایی بازآزمایی آن پس از ۲ هفته (r=۰/۷۴) گزارش شد (۲۴). در مطالعه حاضر همسانی درونی مقیاس حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ (α=۰/۹۶) 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. برنامهٔ 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 کلینیک های 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 تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت و سطح معناداری آزمون های آماری α=۰/۰۵ 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 ازجمله آگاهی فراشناختی (تشخیص و تنظیم استدلال)، توجه انتخابی به محرک‌ها (درونی و بیرونی) و اجتناب می‌پردازد. افزون بر این، MiCBT به تنظیم هیجان ها 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 ازکایون، (۲۵))

	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 مبهم 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؛ وارسی بدنی. تکلیف خانگی: وارسی بدنی روزانه
۵	وارسی بدنی متقارن، بررسی افکار ثبت‌شده و شناسایی تحریف‌های شناختی و اثر آن بر احساسات تکلیف: وارسی بدنی 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؛ وارسی بدنی تکلیف: تمرین همدلی، پیاده‌روی ذهن آگاهانه
۸	مرور جلسات جمع‌بندی و بازخورد، وارسی بدنی

یافته‌ها

بر پایه یافته های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان دو گروه در متغیرهای سن، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات همگن بودند و تفاوت معناداری بین گروه ها گزارش نشد (جدول ۲). در ادامه اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان و آزمون آماری جهت همگنی گروه‌ها در متغیرهای جمعیت شناختی در جدول۲ گزارش شده است.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-13]

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

متغیر	دسته‌بندی	گروه MiCBT N (٪)	گروه کنترل N (٪)	آماره
سن	۲۵ تا ۳۰ سال	۵ (۳۳٪/۳)	۶ (۴۰٪)	$t_{(۲۸)}$= 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٪)	χ^2 =۰/۲۶ ،p =۰/۷۶
	مجرد	۵ (۳۳٪/۳)	۶ (۴۰٪)	
تحصیلات	دیپلم	۲ (۱۳٪/۳)	۱(۶/۷٪)	χ^2 =۲/۶۳ ،p =۰/۶۷
	کاردانی	۲(۱۳٪/۳)	۱(۶/۷٪)	
	کارشناسی	۷ (۴۶٪/۷)	۱۰ (۶۶/۷٪)	
	ارشد	۴ (۲۶٪/۷)	۳ (۲۰٪)	

سپس شاخص‌های توصیفی شرکت‌کنندگان 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	
		M	SD	M	SD	M	SD
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 مفروضهٔ استقلال خطاها با توجه به گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان به گروه ها، دریافت انفرادی مداخله و پاسخ دهی انفرادی به آزمون ها رعایت شد. همچنین، پیش‌فرض نرمال بودن نمونه موردنظر در زیرمولفه های اضطراب سلامت با استفاده از شاخص های 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 داده های مطالعه حاضر بود (P>۰/۰۵). درمجموع نتایج به دست آمده حاکی از برقراری پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته برای تحلیل یافته ها بوده است.

همچنین، نتایج آزمون چند متغیری، اثر پیلایی نیزنشان داد که بین دو گروه حداقل دریکی از متغیرهای وابسته در بعد زمان (n^2 =۰/۹۸، p< ۰/۰۰۱، F=۱۱۴/۶۲)؛ و تعامل زمان و گروه (n^2 =۰/۹۳، p<۰/ ۰۰۱، F= ۲۱/۶۳). 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 گروها در زیر مؤلفه‌های اضطراب سلامت در جدول ۴. گزارش شده است.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-13]

جدول ٤: نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تفاوت‌های بین گروهی در زیر مؤلفه‌های اضطراب سلامت

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	مجذور 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

با توجه به یافته های گزارش شده در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که اثر عامل زمان و تعامل زمان و گروه در زیرمولفه های 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 براین 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 دوبه‌دو میانگین‌های گروه مداخله شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی با گروه کنترل در احتمال ابتلا به بیماری در مرحله پس‌آزمون ($t_{(۲۸)}$= -۴/۳۲ ،p<۰/۰۰۱) و پیگیری ($t_{(۲۸)}$= -۳/۳۸ ،p =۰/۰۱) پیامدهای بیماری، در مرحله پس‌آزمون ($t_{(۲۸)}$=-۳/۰۴ ،p=۰/۰۱) و پیگیری (p=۰/۰۱، $t_{(۲۸)}$= -۳/۷۰)، اشتغال ذهنی در مرحله پس‌آزمون (p=۰/۰۱، $t_{(۲۸)}$= -۳/۳۱) و پیگیری ($t_{(۲۸)}$=-۲/۹۴ ،p =۰/۰۰۱) و اضطراب سلامت در مرحله پس‌آزمون ($t_{(۲۸)}$= -۴/۸۱،p<۰/۰۰۱) و پیگیری ($t_{(۲۸)}$=-۴/۹۶ ،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 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 زیرمولفه های وسواس مرگ به تفکیک گروه در جدول ۵ گزارش شده است.

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

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		M	SD	M	SD	M	SD
نشخوار مرگ	MiCBT	۲۱/۴۰	۳/۷۶	۱۴/۶۷	۳/۳۷	۱۴/۱۳	۲/۸۷
	کنترل	۲۱/۴۷	۳/۹۴	۲۰/۷۳	۳/۳۵	۲۰/۶۰	۳/۴۲
سلطه مرگ	MiCBT	۱۰/۹۳	۲/۹۴	۷/۰۷	۲/۰۲	۳/۶۷	۲/۴۷
	کنترل	۱۰/۶۰	۲/۶۹	۹/۹۳	۱/۸۷	۹/۸۷	۱/۶۲
افکار تکراری مربوط به مرگ	MiCBT	۷/۸۰	۲/۱۱	۵/۱۳	۱/۶۹	۴/۸۷	۱/۶۴
	کنترل	۷/۲۰	۲/۴۰	۷/۴۰	۲/۱۳	۷/۶۰	۱/۹۹
وسواس مرگ	MiCBT	۴۰/۱۳	۶/۶۵	۲۶/۸۷	۵/۰۳	۲۶/۶۷	۴/۶۲
	کنترل	۳۸/۶۰	۴/۹۴	۳۷/۸۰	۳/۹۳	۳۶/۶۷	۴/۰۸

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-13]

همان‌طور که در جدول ۵ قابل مشاهده است بین میانگین زیرمولفه های وسواس مرگ در گروه مداخله شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون 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 مفروضهٔ استقلال خطاها با توجه به گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان به گروه ها، دریافت انفرادی مداخله و پاسخ دهی انفرادی به آزمون ها رعایت شد. همچنین، پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه موردنظر در زیر مؤلفه‌های وسواس مرگ با استفاده از شاخص های 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- کوواریانس برای داده های مطالعه حاضر بود (P>۰/۰۵). درمجموع نتایج به دست آمده در جهت برقراری پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته برای تحلیل یافته ها بوده است.

بدین‌سان، نتایج آزمون چند متغیری، اثر پیلایی نیزنشان داد که حداقل دریکی از زیر مؤلفه‌های وسواس مرگ در بعد زمان ($F = ۱۶۴/۹۲$ ،$p<۰/۰۰۱$ ،$n^2 = ۰/۹۹$)؛ و تعامل زمان و گروه ($F = ۳۱/۳۶$ ،$p<۰/۰۰۱$ ،$n^2 = ۰/۹۵$). تفاوت معنی‌دار 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 گروها در زیر مؤلفه‌های وسواس مرگ در جدول ۶ گزارش شده است.

جدول ٦: نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تفاوت‌های بین گروهی در وسواس مرگ

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
نشخوار مرگ	زمان	۳۰۵/۸۷	۲	۱۵۲/۹۳	۶۳/۶۰	<۰/۰۰۱	۰/۶۹
	زمان*گروه	۱۹۲/۸۰	۲	۹۴/۴۰	۴۰/۰۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۹
	گروه	۳۹۶/۹۰	۱	۳۹۶/۹۰	۱۲/۶۸	<۰/۰۱	۰/۳۱
سلطه مرگ	زمان	۹۲/۰۹	۲	۴۶/۰۴	۲۳/۷۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۶
	زمان*گروه	۴۲/۷۶	۲	۲۱/۳۸	۱۱/۰۴	<۰/۰۰۱	۰/۲۸
	گروه	۵۰/۰۱	۱	۵۶/۰۱	۴/۹۸	<۰/۰۳	۰/۱۵
افکار تکراری مربوط به مرگ	زمان	۳۱/۲۷	۲	۱۵/۶۳	۱۸/۰۴	<۰/۰۰۱	۰/۳۹
	زمان*گروه	۴۸/۸۷	۲	۲۴/۴۳	۲۸/۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۰
	گروه	۴۸/۴۰	۱	۴۸/۴۰	۴/۶۶	۰/۰۴	۰/۱۴
وسواس مرگ	زمان	۱۰۹۲/۰۲	۲	۵۴۶/۰۱	۱۱۲/۴۰	<۰/۰۰۱	۰/۸۰
	زمان*گروه	۷۲۳/۲۷	۲	۴۱۷/۲۱	۷۴/۴۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۳
	گروه	۹۴۰/۹۰	۱	۹۴۰/۹۰	۱۴/۹۸	<۰/۰۱	۰/۳۵

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 وسواس مرگ معنادار بوده است. ازاین‌رو بر اساس یافته‌های جدول ۵ می‌توان چنین عنوان کرد که میانگین زیر مؤلفه‌های وسواس مرگ در گروه مداخله در مراحل پیش‌آزمون تا پیگیری کاهش معناداری داشته است. افزون براین نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که اثر عامل گروه بر زیر مؤلفه‌های وسواس مرگ 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 مورداستفاده به ترتیب ۰/۳۱، ۰/۱۵، ۰/۱۴ و ۰/۳۵ از تغییرات واریانس مؤلفه‌های نشخوار مرگ، سلطه مرگ، افکار

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-13]

تکراری مربوط به مرگ و وسواس مرگ در مرحلهٔ پس‌آزمون در بیماران مبتلابه کرونا را تبیین می‌کنند. به همین سان در مقایسه دوبه‌دو 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<۰/۰۱)، 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 مبتلا به 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 تایید قرار داد. نتایج مطالعهٔ 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 یادگیری است که به دو مرحله درونی سازی 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 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 درصورتی‌که بیماران از وضعیت شناختی مناسبی برخوردار باشند، خودتنظیم 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 مرحلهٔ نخست زمانی که بیماری فرد تشخیص داده

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-13]

می‌شود انگیزهٔ 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 می شود 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. به‌طورکلی می‌توان گفت که اگر بیمار مبتلابه کرونا از منابع شناختی مناسبی برخوردار باشد به‌تبع آن خودتنظیمی بالاتری نیز خواهد داشت و روند سازگاری وی با بیماری تسهیل می‌گردد.

بدین‌سان در تبیین اثربخشی مداخله های مورد استفاده چنین می توان گفت که فرض بر این است که «قدرت شفابخش» 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 می دهد (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 می کند.

با توجه به نتایج مثبت مداخلهٔ 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 می شود. 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 می شود. افزون بر این نتایج به دست آمده در کنار کاربردهای نظری می‌تواند در عمل نیز مورداستفاده روان شناسان، روان‌پزشکان، پرستاران و نهادهای تصمیم‌ساز در مورد بیماران مبتلابه کرونا و مدیریت چالش‌های ناشی 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 به‌احتمال 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، ازآنجایی‌که اضطراب سلامت و وسواس مرگ دارای ساختار چند عاملی هستند، پژوهش‌های آتی می‌توانند با نگاهی عمیق‌تر این متغیرها را بررسی کرده و اثربخشی مداخله‌های روان‌شناختی در حوزه کرونا را ارتقاء دهند.

نتیجه‌گیری

درمجموع، 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 روان شناسی 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 می آوریم.

تعارض منافع

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

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-13]

References

1. 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.
2. 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).
3. Sadooghiasl A, Ghalenow 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. Menzies RE, Menzies RG. Death anxiety in the time of COVID-19: theoretical explanations and clinical implications. Cognitive behaviour therapist. 2020;13:e19.
13. 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.
14. 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.
15. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse.. New York: Guilford; 2002.
16. Cayoun B, Francis S, Shires A. The Clinical Handbook of Mindfulness-integrated Cognitive Behavior Therapy. 2019.
17. 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.
18. 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.
19. 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

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-13]

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.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-13]