

تأثیر مداخلات شناختی بر میزان فاکتورهای سلامت روان ناشی از پاندمی کرونا در یک دوره یک ساله بر افراد با PTSD ناشی از کرونا

عاطفه عباسی^۱، دکتر ناصر امینی^۲

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوشهر

۲. استادیار گروه روانشناسی بالینی- دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوشهر، ایران

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله شناختی مبتنی بر تمرین های ذهن آگاهی بر فاکتورهای سلامت روان (احساس تنهایی، کیفیت زندگی، عملکرد اجتماعی، افسردگی و اضطراب) ناشی از پاندمی کرونا در افرادی که دچار اختلال استرس بعد از سانحه کرونا شده اند، صورت گرفت. روش: روش این تحقیق طرح نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و گروه کنترل بود. جهت انجام این پژوهش ۶۰ نفر از افراد با تشخیص PTSD ناشی از کرونا به مراکز روان درمانی شهر بوشهر مراجعه کرده بودند به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در گروه های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایشی تحت برنامه های مداخلات شناختی و مدیریت استرس قرار گرفتند. داده ها به وسیله پرسشنامه های استاندارد سلامت روان در سه مرحله: قبل از مداخله و بعد از یک دوره یکساله مداخله و در یک ماه بعد از اتمام مداخله جمع آوری شدند. نتایج نشان داد که مداخلات شناختی مبتنی بر تمرین های ذهن آگاهی به طور معناداری باعث کاهش علائم PTSD و بهبود کیفیت زندگی و سایر فاکتورهای سلامت روان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد.

کلمات کلیدی: سلامت روان، PTSD، پاندمی کرونا، درمان شناختی

مقدمه

در دسامبر ۲۰۱۹ میلادی انتشار یک بیماری ویروسی در شهر ووهان چین گزارش شد. عامل این بیماری یک نوع ویروس جدید و تغییر ژنتیک یافته از خانواده کرونا ویروس ها با عنوان SARS-COV-2 بود که بیماری کووید-۱۹- نامگذاری گردید (۱). متأسفانه، این ویروس به دلیل قدرت سرایت بسیار بالا به سرعت در کل جهان انتشار پیدا کرد و تقریباً طی زمانی اندک (کمتر از چهار ماه) تمامی کشورهای جهان را آلوده نمود (۲و۳). بیماری کووید-۱۹ که عامل آن یک ویروس RNA دار است بیشتر دستگاه تنفسی افراد مبتلا به بیماری را تحت تأثیر قرار داده و به طور فاجعه آمیزی در حال گسترش است (۴). متأسفانه، این ویروس کشور عزیزمان ایران را همچون سایر کشورهای جهان آلوده کرده و مبارزه با این ویروس به طور سراسری و همهجانبه در کل کشور در حال انجام است. گرچه با توجه به جدید بودن این ویروس و میزان اطلاعات موجود در مورد بیماری زایی ویروس SARS-COV-2 و همچنین روشهای کنترل و درمان این بیماری محدود بوده ولی در حال حاضر مهمترین روش مقابله با آن پیشگیری و جلوگیری از انتشار ویروس است (۵). با توجه به وضعیت عالمگیر (پاندمی) بیماری کووید-۱۹- که تقریباً تمامی جنبه های مهم اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و حتی نظامی تمامی کشورهای جهان را تحت تأثیر قرار داده، و به عبارت دیگر فلج کرده، بحث آثار روانشناختی این بیماری ویروسی بر روی بهداشت سلامت روان افراد در سطوح مختلف جامعه از اهمیت به سزایی برخوردار است (۶). با توجه به خصوصیت بیماری زایی این ویروس، سرعت انتشار و همچنین درصد مرگ و میر ناشی از آن این بیماری وضعیت بهداشت سلامت روان افراد در سطوح مختلف جامعه از بیماران مبتلا، کارکنان مراقبتهای بهداشتی و درمانی، خانواده ها، کودکان، دانشجویان، بیماران روانشناختی و حتی پرسنل مشاغل مختلف را به نوعی متفاوت در معرض مخاطره قرار داد (۷و۸). از اینرو در وضعیت پرمخاطره فعلی، شناسایی افراد مستعد اختلالات روانشناختی در سطوح مختلف جامعه که سلامت روان آنها ممکن است به خطر افتد امری ضروری بوده تا با راهکارها و تکنیک های مناسب روانشناختی بتوان سلامت روان این افراد را حفظ نمود.

بیماری کووید-۱۹- یک ویژگی منحصر به خود دارد زیرا به دلیل سرایت خیلی بالا در طول کمتر از چند ماه با ایجاد یک وضعیت پاندمی، تمامی کشورهای جهان را آلوده کرد (۵و۱۰). بر این اساس و با توجه به وضعیت اورژانسی این بیماری، قابل پیش بینی است که برخی از نشانه های اختلالات روانشناختی در بیماران مبتلا به کووید-۱۹- بروز نماید. در این راستا، بررسی نتایج تحقیقات متعدد که بر روی بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در کشور چین در طی انتشار بیماری انجام شده تعدادی از این اختلالات روانشناختی از جمله اضطراب، ترس، افسردگی، تغییرات هیجانی، بیخوابی و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD - Posttraumatic stress disorder) با درصد شیوع بالا از این بیماران گزارش شده است (۱۱و۱۲). انتشار افسارگسیخته کووید-۱۹- وضعیت نامطلوب بیماران ایزوله شده در بخش مراقبتهای ویژه و با مشکل حاد تنفسی، عدم وجود یک درمان دارویی موثر و در نهایت مرگ و میر ناشی از این بیماری از مهم ترین فاکتورهایی بود که توانست بر سلامت روان افراد آلوده به این ویروس به شدت تأثیر گذار باشد (۱۵و۱۳). بر اساس بررسی های انجام شده، بیماران کووید-۱۹- دارای ظرفیت تحمل روانشناختی پایینی بوده و با توجه به وضعیت بیماری در جهان این افراد به شدت در معرض بروز اختلالات روانشناختی مانند اضطراب، ترس، افسردگی و همچنین افکار منفی قرار دارند (۱۶).

یکی از مهمترین اختلالات روانشناختی که می تواند به سلامت روان بیماران مبتلا به کووید-۱۹- آسیب وارد نماید اختلال استرس پس از سانحه است (۱۵). در صورت عدم کنترل این اختلال روانشناختی، ممکن است در افراد بیمار آسیبهای دائمی مثل هجوم خاطره های مزاحم (intrusive memories) رفتارهای اجتنابی، تحریک پذیری و کرختی هیجان

(numbing emotional) را در پی داشته باشد (۱۷ و ۱۵). اختلال استرس پس از سانحه یک مشکل روانشناختی مرتبط با استرس است و در افرادی که وضعیت تهدید کننده زندگی را تجربه می کنند به وجود می آید (۱۸). بر اساس منابع موجود، تجربه بیماری های فیزیکی تهدید کننده زندگی مثل کووید-۱۹ می تواند به عنوان یک علت بروز نشانه های اختلال استرس پس از سانحه باشد (۱۷). نتایج تحقیقی در چین در طی انتشار بیماری کووید-۱۹ که در شهر ووهان انجام شده نشان می دهد شاخص کیفیت خواب در این بیماران به شدت کاهش پیدا می کند (۱۹). از طرفی نتایج این تحقیق نشان می دهد بین اختلال در کیفیت خواب افراد و بروز اختلالات روانشناختی همچون اختلال استرس پس از سانحه ارتباط وجود دارد. از دیگر اختلالات روانشناختی مهم که می تواند در سلامت روان بیماران مبتلا به کووید-۱۹ آسیب ایجاد کند اختلال اضطراب و افسردگی است. نتایج یک مطالعه که بر روی بیماران بستری در یکی از بیمارستان های چین انجام شده که شامل ۱۴۳ شرکت کننده بوده و از بین آنها ۲۶ نفر آلوده به کووید-۱۹ و ۸۶ نفر دارای بیماری پنومونی و ۳۰ نفر افراد سالم هستند نشان می دهد شاخص ارزیابی اضطراب و افسردگی در افراد بیمار با مشکل تنفسی (بیماران آلوده به کووید-۱۹ و دارای پنومونی) نسبت به افراد سالم بیشتر است. در این میان، هر دو شاخص افسردگی و اضطراب در افراد آلوده به کووید-۱۹ نسبت به افراد دارای بیماری پنومونی به طور قابل توجهی بالاتر است (۱۱). از آنجایی که این افراد در کنار دریافت خدمات پزشکی جهت درمان بیماری فیزیکی خود، نیاز به مداخلات روانشناختی نیز دارند استفاده از مداخلات روانشناختی بر اساس نتایج همین تحقیق باعث کاهش قابل ملاحظه شاخص های سلامت روان در بیماران کووید-۱۹ خواهد شد.

اختلال فشار روانی پس از سانحه یا استرس پس از حادثه : (Posttraumatic stress disorder) به صورت مخفف: PTSD، نشانگانی است که پس از مشاهده، تجربه مستقیم یا شنیدن یک عامل استرس زا و آسیب زای شدید روی می دهد که می تواند به مرگ واقعی یا تهدید به مرگ یا وقوع یک سانحه جدی منجر شود. برای مثال ممکن است اختلال PTSD در نتیجه آگاهی فردی از مرگ خشونت بار یکی از اعضای خانواده یا دوستان نزدیک رخ دهد. همچنین ممکن است این اختلال در نتیجه قرار گرفتن مکرر در معرض جزئیات وحشتناک یک حادثه (تروما) رخ دهد؛ مانند افسران پلیسی که در معرض جزئیات موارد کودک آزاری قرار می گیرند (۲۰).

بیمار نسبت به این تجربه ها احساس ترس و درماندگی می کند، اغلب رفتارهای آشفته و حاکی از بی قراری بروز می دهد و مدام تلاش می کند از یادآوری رویداد و سانحه اجتناب کند. حوادثی همچون سوءاستفاده جنسی، تصادف، جنگ، سوانح طبیعی مانند زلزله، سیل و... به طور کلی افرادی که چنین رویدادهایی را تجربه می کنند حتی در مورد کودکان، بیشتر از این که ما بتوانیم تجربه آن ها را تصور کنیم و احساسات آن ها را درک کنیم از آن واقعه رنج می برند. همین امر وجه تمایز فشار روانی پس از سانحه با سایر حوادث زندگی است (استرس بیش از حد طبیعی به حادثه).

علائم و نشانه های اختلال فشار روانی پس از سانحه عبارتند از: افکار مزاحم (Intrusive Thoughts)، اجتناب (Avoidance)، تغییرات در شناخت، خلق و خو، واکنش پذیری، و گوش به زنگی مفرط (۲۱).

ناآرامی و بی قراری، رفتارهای پر خاشگرانه، احساس بیزاری از دیگران.

گوشه گیری و مشکلات در روابط بین فردی، به سختی انس گرفتن با دیگران.

احساس گناه و شرمزدگی، بی احساسی و فقر هیجانی که از طریق جمع کردن خود و انقباض عضلات صورت می گیرد.

واپسروی های رشدی (بازگشت به رفتارهای اولیه کودکان، شبادراری، مکیدن شست و...) رفتارهای تهییجی و برانگیختگی بیش از حد (حالت گوش به زنگ بودن که به محض مواجه شدن با محرک تنش زا شوکه می شود) اختلال خواب، کابوس و خواب های ترسناک (رویاهای هولناک بدون محتوای مشخص، دندان قروچه). اجتناب از افکار و احساسات و حتی اماکنی که وقایع ناخوشایند را یادآوری می کند. تکرار خاطره های آسیب زا از قبیل مزاحمت، تجاوز و... در ذهن. تمایل به بازی های تکراری پیرامون حادثه ای که تجربه کردند (درمورد کودکان). اختلال در کار روزانه، مشکلات در تمرکز و آموزش. البته همه این ها باید سه شرط مهم دیگر را نیز به همراه داشته باشند: فرد باید در معرض یک رویداد پرتنش قرار گرفته باشد. فرد باید مرتب به یاد این رویداد بیفتد و فلاش بک داشته باشد. علائم باید بیش از یک ماه طول بکشد.

کسلر و همکاران (۱۹۹۵) میزان شیوع دائمی این اختلال را ۸/۷ درصد (مردان ۵ درصد و زنان ۴/۱۰ درصد) در آمریکا، ۸ درصد در آمریکای شمالی برآورد کردند. میزان شیوع یکساله در آمریکا و استرالیا نیز بین ۳/۱ درصد تا ۳/۶ درصد گزارش شد (۲۲). این میزان بر اساس راهنمای آماری ملاکهای تشخیصی اختلالات روانی در شیوع یکماهه بین ۵/۱ تا ۸/۱ درصد ذکر شد (۲۳). با توجه به این میزان بالای شیوع، طبیعتاً مطالعات کنترل شده بسیاری در زمینه ارزیابی ها و درمان های متفاوت برای این اختلال صورت گرفته که عمده آنها به صورت رفتاری شناختی بوده است. برادلی و همکاران (۲۰۰۵) طی مطالعه ای از نوع فراتحلیل به شناسایی و مرور ۲۶ مطالعه درمانی مرتبط با این اختلال پرداختند که ۴۴ موقعیت درمانی را مورد استفاده قرار داد و از این میزان، ۳۷ مورد آن با یکی از عناوین درمان های رفتاری - شناختی از جمله حساسیت زدایی با استفاده از چشم طبقه بندی می شدند، و از ۴۴ موقعیت، فقط ۲۳ مورد از شرایط کنترل متغیرها استفاده کرده بودند (۲۴).

برخی از افراد مدت ها پس از تجربه آسیب زای اولیه رنج می برند. آنها در درد و از دست دادن راکد می مانند، قادر به بهبودی یا حتی بازگشت به برخی از موارد ظاهری زندگی قبل از تروما نیستند. آنها به دلیل همه چیزهایی که از دست داده اند و دردی که همچنان احساس می کنند فلج شده اند. آنها ممکن است احساس غرق شدن و نداشتن پشتیبان برای بهبودی کنند (۲۴). از نظر بالینی، ما از این به عنوان PTSD (اختلال استرس پس از سانحه) یاد می کنیم و می تواند سالها طول بکشد. این می تواند در نتیجه هر نوع رویداد آسیب زا (و به عنوان واکنشی به آن) رخ دهد و تمام سطوح اجتماعی-اقتصادی، قومیت ها و فرهنگ را در بر می گیرد. آگاهی فرهنگی ما از PTSD در دهه های اخیر به طور چشمگیری افزایش یافته است و اغلب یکی از اولین شرایطی است که افراد را با تروما مرتبط می کند (۲۴).

به نظر می‌رسد یکی از روش‌هایی که می‌تواند در ارتقای سلامت روان نقش به سزایی را ایفا کند، درمان‌های شناختی است. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی از جمله یکی از آنهاست. این روش درمانی بر سلامت روان موثر است. درمان شناختی روشی است که سعی دارد با آموزش، به تغییر باورهای بیمار در مقابله با ترس، افزایش تمرکز حواس در کنترل بدن و تغییر باورها و رفتارهای مرتبط با تاثیرات منفی روانی درد به بیماران کمک کند (۲۵). درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی از انواع مداخله‌های موج سوم روان- شناختی است که اثربخشی رضایت بخشی بر نشانه‌های بالینی افراد دارد و به این علت بسیار مورد توجه قرار گرفته است (۲۶). به طور کلی آموزش‌های مبتنی بر ذهن، جایگاه خود را در درمان مکمل در کنار سایر درمانهای جسمانی و روانشناختی پیدا کرده است (۲۷). مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی نوعی آگاهی است که در طول زمان، توجه ما به تجربیاتمان در موضوعات گوناگون آن را شکل می‌دهد و عبارت است از اختصاص توجه به شیوه خاص، تعمدی، لحظه به لحظه و فارغ از پیشداوری و قضاوت، که می‌تواند بر فرایندهای پردازش شناختی خودکار نظارت کند و به انعطاف پذیری شناختی کمک کند (۲۸). درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن به عنوان هسته مرکزی مداخلات ذهن آگاهی می‌تواند بر سه مولفه حسی، عاطفی و قضاوتی- شناختی اثرگذار باشد به واسطه تمرین‌ها و تکنیک‌های مبتنی بر ذهن آگاهی، فرد به فعالیت‌های روزانه خود آگاهی پیدا کرده، به کارکرد اتوماتیک ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می‌یابد و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و حالتهای جسمانی، بر آنها کنترل پیدا میکند (۲۹). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، از مدل کاهش استرس مبتنی بر روش ذهن آگاهی کابات-زین اقتباس شده و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده است (۳۰).

تحقیقات و پژوهش‌های فراوانی در حمایت این رویکرد درمانی در کاهش مشکلات روانشناختی صورت گرفته است. از جمله اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روان زنان یائسه (۳۱)، کاویانی، جواهری و بحیرایی (۱۳۸۴) برای اولین بار پژوهشی تحت عنوان «بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب با پیگیری ۶۰ روزه» را در ایران انجام دادند. نتایج این پژوهش که در دانشجویان ساکن خوابگاه انجام شد، حاکی از اثرگذاری MBCT بر کاهش اضطراب و افسردگی، و نیز کاهش افکار خودآیند منفی و نگرش ناکارآمد دانشجویان غیرافسرده بود. اسکلمن طور تصادفی افراد را به دو گروه آزمایشی و شاهد تقسیم کرد و با هدف پیگیری از اضطراب و افسردگی آنها را تحت آموزش MBCT قرار داد. پس از یک دوره یکساله پیگیری، شرکت کنندگان در دوره آموزشی نسبت به گروه شاهد به طور معناداری اضطراب و افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد کمتری داشتند. همچنین رابین و جانکین (۲۰۱۴) در پژوهشی نشان دادند، روش MBCT یک روش قدرتمند در کاهش احساس تنهایی و افزایش عزت نفس افراد بزرگسال در موقعیت‌های مختلف زندگی است. در همگرایی با پژوهشهای فوق میلانی (۱۳۹۲) و گینگستون، کنی (۲۰۱۴) در پژوهشهای خود نشان دادند، روش MBCT یک روش قدرتمند در کاهش بسیاری از نشانگان افسردگی مانند نشخوارهای ذهنی، نگرش‌های ناکارآمد، کمرویی، گوشه وغمگینی در افراد دانش آموزان افسرده است. ناکامورا، لپسچیتزا، لاندوراب، کانا و وسب (۲۰۱۱) تاثیر آموزش ذهن آگاهی را بر روی کیفیت زندگی افراد مبتلا به فشار روانی پس آسیبی مورد بررسی قرار دادند.

روش پژوهش

این پژوهش بر اساس طرح آزمایشی دو گروهی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری انجام گرفت. جامعه آماری این تحقیق را افراد دارای اختلال PTSD شهر بوشهر در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ تشکیل دادند. اعضا نمونه به روش نمونه گیری در دسترس

انتخاب شدند و پس از مراجعه به مراکز روان درمانی شهر بوشهر ۱۵ نفر از افرادی که دارای این تشخیص بودند در رده سنی ۲۰ تا ۴۵ ساله برگزیده شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس پرسشنامه PTSD (PCL-۵)، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، پرسشنامه کیفیت زندگی و پرسشنامه احساس تنهایی به عنوان پیش آزمون در دو گروه اجرا گردید و گروه آزمایش تحت مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت.

تمرین های درمانی با یک پیمایش پنج مرحله ای در ۵۲ جلسه ۶۰ دقیقه ای به صورت هفتگی در یکسال اجرا شد. در این پیمایش پنج مرحله ای افراد در زمینه آگاهی، بیداری، شدن، بودن و دگرگونی آموزش دیدند و به آنها آموزش داده شد از ارزش ها، افکار و احساسات خود و دیگران آگاه شوند و در مورد آن ها بحث کنند. تمرین های این برنامه بر اساس کتاب تسهیل ذهن آگاهی و کتاب ذهن آگاهی برای درمانگران درک عمیق تر ذهن آگاهی برای بهبود عملکرد حرفه ای و بهزیستی شخصی انتخاب شد. در این یکسال برای گروه کنترل به صورت هفتگی مدیتیشن گروهی صورت می گرفت و هیچ مداخله دیگری صورت نگرفت. بعد از اتمام دوره آموزشی یکساله پس آزمون به عمل آمد. همچنین برای خلاصه نمودن و توصیف اطلاعات از شاخص های مرکزی و پراکندگی آمار توصیفی استفاده شد و برای تحلیل داده های استنباطی از روش تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر به کمک نرم افزا SPSS ۲۵ استفاده شد. بعد از یک ماه از اتمام مداخله، پیگیری ماندگاری و تاثیرگذاری نتایج مداخله صورت گرفت.

پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire (GHQ)

این تست ۲۸ ماده است، توسط گلدبرگ و میلر بر اساس تکنیک تحلیل عاملی بر روی فرم ۶۰ ماده ای آن طراحی شده است. پرسشنامه اصلی دارای ۶۰ سؤال است، اما فرم های کوتاه شده ۳۰ سؤالی، ۲۸ سؤالی و ۱۲ سؤالی نیز موجود است. نسخه نهایی دارای ۲۸ سوال است که کارایی آن تقریباً به همان میزان فرم ۶۰ سؤالی است.

این پرسشنامه دارای چهار مقیاس فرعی است که در هر یک از آنها هفت سؤال قرار دارد. عناوین مقیاس های این پرسشنامه عبارتند از:

۱- علایم جسمانی (Hypochondria-sis)

۲- علایم اضطراب و اختلال خواب (Anxiety)

۳- کنش اجتماعی (Social impairment)

۴- علایم افسردگی (Depression)

پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه (PCL-۵)

پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه (PCL) یک مقیاس خودگزارش دهی است که برای ارزیابی میزان اختلال و غربال کردن این بیماری از افراد عادی و سایر بیماران به عنوان یک ابزار کمک تشخیصی به کار می رود. این فهرست به وسیله ویدرز، لیتز، هرمن، هوسکا و کین در سال ۱۹۹۳ طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۱۷ سوال است که پنج ماده آن مربوط

به علائم و نشانه های تجربه مجدد حادثه آسیب زای تروماتیک، ۷ ماده آن مربوط به علائم و نشانه های کرختی عاطفی و اجتناب و ۵ ماده این فهرست مربوط به علائم و نشانه های برانگیختگی شدید است.

پرسشنامه WHO QOL BREF به سنجش چهار بعد از کیفیت زندگی می پردازد که عبارتند از:

۱-سلامت جسمی (Physical health)

۲-سلامت روانشناختی (Psychological health)

۳-روابط اجتماعی (Social relationships)

۴-محیط اجتماعی (Social environment)

این پرسشنامه فرم کوتاه است و دارای ۲۶ سوال است که جواب هر سوال از بسیار بد تا بسیار خوب می باشد.

پرسشنامه احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی بزرگسالان (SELSA-S)

این پرسشنامه توسط دی توماسو، برانن و بست در سال ۲۰۰۴، بر اساس تقسیم بندی ویس، ساخته شده است. هدف از ساخت این پرسشنامه ارزیابی احساس تنهایی اجتماعی - عاطفی بزرگسالان می باشد. این پرسشنامه دارای ۱۴ سوال و ۳ مولفه، احساس تنهایی رمانتیک، خانوادگی و اجتماعی می باشد. روایی و پایایی پرسشنامه احساس تنهایی اجتماعی - عاطفی بزرگسالان (SELSA-S) تایید شده است.

جدول ۱- شرح جلسات مداخله صورت گرفته روی گروه آزمایش

شرح جلسات مداخله

مراحل اهداف محتوای جلسات تکلیف

مرحله آگاهی: پذیرش رادیکال

آشنایی با یکدیگر، تقویت ارتباط و دوری از انزوا، پیدا کردن آسیب پذیری، ایجاد ذهن آگاهی برای حذف آشفتگی ذهنی، آگاهی از درد، آشنایی اعضا با یکدیگر و با قوانین گروه، آشنایی با راهبردهای مقابله ای، آشنایی با احساسات و نام گذاری آنها، یادگیری جملات تاکیدی تمرکز بر نفس کشیدن خود به آرامی و پیدا کردن احساسات و نوشتن آنها، نوشتن روایت زندگی خود

مرحله بیداری: ایمنی و حفاظت

آموزش تنفس عمیق، روبرو شدن با احساس امن تنهایی، شناخت شبکه حامی و پشتیبان، ردیابی احساسات و افکار، شناسایی خطاهای شناختی آموزش تنفس عمیق، شناسایی شبکه پشتیبان، شناسایی واگویه های درونی،

آشنایی با تکنیک VAR، تغییر سبک زندگی آسیب رسان، حرکت از سکوت به سمت پویایی تمرین تنفس عمیق، پیدا کردن نشانه های همدلی دیگران، انجام فعالیتهای لذت بخش

مرحله شدن: روایتی جدید

پیدا کردن احساسات در پس منطق، افزایش حس خود ارزشمندی، انجام کارهای خلاقانه، آموزش راهبردهای مقابله ای، تبیین خطاهای شناختی تمرین تنفس عمیق با تمرکز بر ایمنی و حفاظت از خود، آشنایی با سیگنالهای بدن و گوش دادن به احساسات، شناسایی امکانات و استعدادهای درونی، شناسایی افکار آزار دهنده، تمرین راهبردهای مقابله ای سازنده تمرین تنفس عمیق، پیدا کردن باورها و افکاری که باید رها شوند، راهکارهای ایجاد آزمون در زمان اضطراب، انجام یک فعالیت جدید

مرحله بودن: ادغام

تمرین انعطاف پذیری در برابر احساسات، تمرین پذیرش احساسات، شناسایی احساس تعلق به دنیا و دیگران، آشتی با خود و پیرامون، خنثی کردن خطاهای شناختی تمرین تنفس عمیق، ایجاد پیوند بین دنیای قدیم و جدید، پیدا کردن تغییرات در احساسات و گفتگوهای درونی، برنامه ریزی برای دنیای جدید، پیدا کردن زخم های باقیمانده، تمرین تنفس عمیق، ثبت درک جدید از احساسات و افکار، نوشتن نقاط قوت خود و اطرافیان، ثبت تغییرات جدید در زندگی درون و بیرون

مرحله دگرگونی: خرد و رشد

قدردانی از خود و قدرت درونی خود، نوشتن روایت جدید از زندگی خود، بررسی میزان اعتماد ایجاد شده، تمرکز بر ارزش ها و باورها تمرین تنفس عمیق و قدردانی از خود و زندگی، شناسایی قدرت شخصی، صحبت در مورد معنای روابط، بیان اهداف جدید زندگی انجام مدیتیشن مهربانی، نوشتن روایت جدید از زندگی، نوشتن اهداف و آرزوها، تقویت روابط معنادار

یافته ها:

با توجه به تحلیل آماری صورت گرفته ابتدا در بخش آمار توصیفی به بررسی میانگین و انحراف استاندارد پرداخته شده است. همچنین در بخش آمار استنباطی جهت تحلیل داده ها و پاسخگویی به پرسش های پژوهش آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر چندگانه مورد استفاده قرار گرفت و تجزیه و تحلیل داده ها به وسیله نرم افزار SPSS ۲۵ انجام گرفت. در جدول ۲ ویژگی جمعیت شناختی آزمودنی ها نشان داده شده است. در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد مقیاس کلی کیفیت زندگی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، احساس تنهایی و شدن PTSD ارائه شده است. همچنین جهت بررسی نرمال بودن متغیرها از آزمون کلموگروف-اسمینوف استفاده شد.

جدول ۲- جمعیت شناختی آزمودنی ها

متغیر گروه آزمایش گروه کنترل

میانگین انحراف معیار میانگین انحراف معیار

سن (سال) ۳۱/۴۲ ۴/۵۸ ۲۹/۸۳ ۳/۶۷

جنسیت فراوانی (درصد)

زن ۱۹ ۲۲

مرد ۱۱ ۸

تحصیلات فراوانی (درصد)

دیپلم ۱۱ (۳۶/۶) ۸ (۲۶/۷)

کارشناسی ۱۶ (۵۴/۴) ۲۰ (۶۶/۶)

کارشناسی ارشد ۲ (۶/۷) ۲ (۶/۷)

دکتر ۱ (۳/۳) ۰

جدول ۳- آماره های توصیفی نمره آزمودنی ها به تفکیک مرحله و گروه

اندازه گیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری			
مقیاس	گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه آزمایش	گروه کنترل
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
PTSD	۴۳.۸۱	۵.۰۴	۴۳.۶۷	۴.۵۲	۲۵.۵۶	۳.۴۵
	۵.۳۵				۴۱.۲۷	۴.۶۳
کیفیت زندگی	۱۹۴.۵۳	۴۸.۱۷	۱۹۷.۲۶	۵۳.۸۶	۲۸۳.۲۶	۴۷.۶۱
	۱۹۶	۴۹.۲۶			۱۹۵.۳۳	۵۱.۴۹
جسمانی	۴۴.۳۷	۷.۲	۴۶.۸۵	۶.۲	۳۶.۸۳	۴.۱
	۶.۱				۴۶.۱۶	۶.۲
اضطراب	۴۲.۵۶	۵.۳	۴۳.۴۷	۵.۲	۳۳.۲۷	۳.۹
	۵.۱				۴۱.۷۸	۵.۲

افسردگی	۴۴.۲۷	۶.۱	۴۳.۵۸	۵.۳	۳۷.۴۶	۴.۱	۴۳.۴۷	۵.۲	۳۲.۸۵	۳.۶	۴۲.۱۹
عملکرد اجتماعی	۱۸.۴۰	۲.۶۱	۱۷.۷۳	۱.۹۸	۲۲.۳۱	۲.۵۸	۱۷.۸۱	۲.۲۶	۲۳.۱۴	۲.۲۰	۱۸.۱۶
احساس تنهایی	۵۷.۶۷	۳.۵۵	۵۶.۹۳	۴.۴۱	۴۳.۶۰	۴.۳۲	۵۷.۴۷	۵.۶۳	۴۵.۵۱	۳.۰۶	۵۷.۸۰

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود میانگین گروه های آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون تفاوت اندکی دارند. اما میانگین گروه آزمایش در پس آزمون و پیگیری بیشتر از گروه کنترل است. همچنین نتایج آزمون کلموگروف-اسمینروف نشان داد فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمره های در متغیرهای پژوهش در تمامی مراحل و گروه ها برقرار است. (در تمامی سطوح بالاتر از ۰.۰۵).

همچنین نتایج لوین جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس ها نشان داد در همه مراحل و گروه های پژوهش فرض همگنی واریانس ها مورد تأیید است (در تمامی سطوح بالاتر از ۰.۰۵). نتایج آزمون باکس جهت بررسی برابری ماتریس واریانس-کوواریانس نیز در مورد همه متغیرهای تحقیق تأیید شد (در تمامی سطوح معناداری بالاتر از ۰.۰۵). قبل از تحلیل استنباطی داده ها با بررسی چولگی و کشش (در بازه ۲+ و ۲-) فرض نرمال بودن برای تمام متغیرهای پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. در نتیجه می توان از آزمون های پارامتری مناسب با تحقیق استفاده نمود. جهت بررسی معناداری تفاوت میان دو گروه از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. پیش از انجام این تحلیل آزمون شرط کرویت جهت بررسی شرط تقارن مورد استفاده قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴ آزمون شرط کرویت برای بررسی پیش فرض تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در متغیرهای تحقیق

اثر درون آزمودنی	ارزش موجلی	خی دوتقریبی	درجه آزادی	سطح معناداری
PTSD	۰.۹۳	۱.۹۱	۲	۰.۳۸
کیفیت زندگی	۰.۸۹	۲.۶۱	۲	۰.۲۶
جسمانی	۰.۹۶	۱	۲	۰.۶
اضطراب	۰.۹۲	۲.۲۳	۲	۰.۳۲
افسردگی	۰.۷۳	۲.۵۴	۲	۰.۲۴
عملکرد اجتماعی	۰.۹۰	۲.۳۱	۲	۰.۳۱
احساس تنهایی	۰.۳۸	۲.۶۲	۲	۰.۴۱

همانطور که جدول ۴ نشان می دهد آزمون کرویت با سطح معناداری های قید شده در جدول برای متغیرهای تحقیق معنادار نمی باشد، بنابراین با توجه به اینکه یکی از فرض های اساسی انجام تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برقرار بودن آزمون کرویت است (که بر اساس این جدول برقرار می باشد) لذا انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بلامانع می باشد. در جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر به عنوان آزمون پیگیری آورده شده است.

همانطور که جدول ۵ نشان می دهد تفاوت بین دو گروه برای متغیرهای کیفیت زندگی با مقدار (۳۸.۸۶F)، PTSD با مقدار (۵۰.۶۱F)، متغیرهای سلامت عمومی (اضطراب (۳۰.۸۲)، افسردگی (۷.۹۳)، عملکرد اجتماعی (۱۱.۴۷) و جسمانی (۲.۹۱)) در سطح معناداری ($P < 0.05$) معنادار است. با مراجعه به جدول ۴ مشخص می شود گروه آزمایش نمرات بالاتری را در این مولفه های آزمون کسب کرده اند.

اثر تکرار متغیرهای تحقیق نشان می دهد که تفاوت بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سطح ($P < 0.01$) معنادار است. با توجه به جدول ۴ مشخص می شود که نمره های پس آزمون، آزمون پیگیری در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل می باشد.

جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر اثر گروه و تکرار آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات F	سطح	معناداری
اثر گروه PTSD	۱۱۹۲۱.۳۲	۵۰.۶۱۱۹۲۱.۳۲	۰.۰۰۱	۰.۴۷		
اثر تکرار آزمون	۱۱۵۸.۲۸۵	۵۸.۲۷۱۵۸.۲۸۵	۰.۰۰۱	۰.۵۲		
تعامل گروه با تکرار آزمون	۱۲۳۲.۲۶۳	۶۲.۷۳۲۳۲.۲۶۳	۰.۰۰۱	۰.۵۴		
کیفیت زندگی	اثر گروه	۴۱۸.۱۷	۱	۴۱۸.۱۷	۳۸.۸۶	۰.۰۰۱

در دسامبر ۲۰۱۹ میلادی انتشار یک بیماری ویروسی در شهر ووهان چین گزارش شد. عامل این بیماری یک نوع ویروس جدید و تغییر ژنتیک یافته از خانواده کرونا ویروس ها با عنوان SARS-COV2 بود که بیماری کووید-۱۹ نامگذاری گردید (۱). متأسفانه، این ویروس به دلیل قدرت سرایت بسیار بالا به سرعت در کل جهان انتشار پیدا کرد و تقریباً طی زمانی اندک (کمتر از چهار ماه) تمامی کشورهای جهان را آلوده نمود (۳ و ۲). بیماری کووید-۱۹ که عامل آن یک ویروس RNA دار است بیشتر دستگاه تنفسی افراد مبتلا به بیماری را تحت تاثیر قرار داده و به طور فاجعه آمیزی در حال گسترش است (۴). متأسفانه، این ویروس کشور عزیزمان ایران را همچون سایر کشورهای جهان آلوده کرده و مبارزه با این ویروس به طور سراسری و همهجانبه در کل کشور در حال انجام است. گرچه با توجه به جدید بودن این ویروس و میزان اطلاعات موجود در مورد بیماری زایی ویروس SARS-COV2 و همچنین روشهای کنترل و درمان این بیماری محدود بوده ولی در حال

حاضر مهمترین روش مقابله با آن پیشگیری و جلوگیری از انتشار ویروس است (۵). با توجه به وضعیت عالمگیر (پاندمی) بیماری کووید-۱۹- که تقریباً تمامی جنبه های مهم اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و حتی نظامی تمامی کشورهای جهان را تحت تاثیر قرار داده، و به عبارت دیگر فلج کرده، بحث آثار روانشناختی این بیماری ویروسی بر روی بهداشت سلامت روان افراد در سطوح مختلف جامعه از اهمیت به سزایی برخوردار است (۶). با توجه به خصوصیت بیماری زایی این ویروس، سرعت انتشار و همچنین درصد مرگ و میر ناشی از آن این بیماری وضعیت بهداشت سلامت روان افراد در سطوح مختلف جامعه از بیماران مبتلا، کارکنان مراقبتهای بهداشتی و درمانی، خانواده ها، کودکان، دانشجویان، بیماران روانشناختی و حتی پرسنل مشاغل مختلف را به نوعی متفاوت در معرض مخاطره قرار داد (۷ و ۸). از اینرو در وضعیت پرمخاطره فعلی، شناسایی افراد مستعد اختلالات روانشناختی در سطوح مختلف جامعه که سلامت روان آنها ممکن است به خطر افتد امری ضروری بوده تا با راهکارها و تکنیک های مناسب روانشناختی بتوان سلامت روان این افراد را حفظ نمود.

بیماری کووید-۱۹- یک ویژگی منحصر به خود دارد زیرا به دلیل سرایت خیلی بالا در طول کمتر از چند ماه با ایجاد یک وضعیت پاندمی، تمامی کشورهای جهان را آلوده کرد (۵ و ۱۰). بر این اساس و با توجه به وضعیت اورژانسی این بیماری، قابل پیش بینی است که برخی از نشانه های اختلالات روانشناختی در بیماران مبتلا به کووید-۱۹- بروز نماید. در این راستا، بررسی نتایج تحقیقات متعدد که بر روی بیماران مبتلا به کووید-۱۹- در کشور چین در طی انتشار بیماری انجام شده تعدادی از این اختلالات روانشناختی از جمله اضطراب، ترس، افسردگی، تغییرات هیجانی، بیخوابی و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD - Posttraumatic stress disorder) با درصد شیوع بالا از این بیماران گزارش شده است (۱۱ و ۱۲). انتشار افسارگسیخته کووید-۱۹- وضعیت نامطلوب بیماران ایزوله شده در بخش مراقبتهای ویژه و با مشکل حاد تنفسی، عدم وجود یک درمان دارویی موثر و در نهایت مرگ و میر ناشی از این بیماری از مهم ترین فاکتورهایی بود که توانست بر سلامت روان افراد آلوده به این ویروس به شدت تاثیر گذار باشد (۱۵ و ۱۳). بر اساس بررسی های انجام شده، بیماران کووید-۱۹- دارای ظرفیت تحمل روانشناختی پایینی بوده و با توجه به وضعیت بیماری در جهان این افراد به شدت در معرض بروز اختلالات روانشناختی مانند اضطراب، ترس، افسردگی و همچنین افکار منفی قرار دارند (۱۶).

یکی از مهمترین اختلالات روانشناختی که می تواند به سلامت روان بیماران مبتلا به کووید-۱۹- آسیب وارد نماید اختلال استرس پس از سانحه است (۱۵). در صورت عدم کنترل این اختلال روانشناختی، ممکن است در افراد بیمار آسیب های دائمی مثل هجوم خاطره های مزاحم (intrusive memories) رفتارهای اجتنابی، تحریک پذیری و کرختی هیجان (numbing emotional) در پی داشته باشد (۱۵ و ۱۷). اختلال استرس پس از سانحه یک مشکل روانشناختی مرتبط با استرس است و در افرادی که وضعیت تهدید کننده زندگی را تجربه می کند به وجود می آید (۱۸). بر اساس منابع موجود، تجربه بیماری های فیزیکی تهدید کننده زندگی مثل کووید-۱۹- می تواند به عنوان یک علت بروز نشانه های اختلال استرس پس از سانحه باشد (۱۷). نتایج تحقیقی در چین در طی انتشار بیماری کووید-۱۹- که در شهر ووهان انجام شده نشان می دهد شاخص کیفیت خواب در این بیماران به شدت کاهش پیدا می کند (۱۹). از طرفی نتایج این تحقیق نشان می دهد بین اختلال در کیفیت خواب افراد و بروز اختلالات روانشناختی همچون اختلال استرس پس از سانحه ارتباط وجود دارد. از دیگر اختلالات روانشناختی مهم که می تواند در سلامت روان بیماران مبتلا به کووید-۱۹- آسیب ایجاد کند اختلال اضطراب و

افسردگی است. نتایج یک مطالعه که بر روی بیماران بستری در یکی از بیمارستان های چین انجام شده که شامل ۱۴۳ شرکت کننده بوده و از بین آنها ۲۶ نفر آلوده به کووید ۱۹- و ۸۶ نفر دارای بیماری پنومونی و ۳۰ نفر افراد سالم هستند نشان می دهد شاخص ارزیابی اضطراب و افسردگی در افراد بیمار با مشکل تنفسی (بیماران آلوده به کووید ۱۹- و دارای پنومونی) نسبت به افراد سالم بیشتر است. در این میان، هر دو شاخص افسردگی و اضطراب در افراد آلوده به کووید ۱۹- نسبت به افراد دارای بیماری پنومونی به طور قابل توجهی بالاتر است (۱۱). از آنجایی که این افراد در کنار دریافت خدمات پزشکی جهت درمان بیماری فیزیکی خود، نیاز به مداخلات روانشناختی نیز دارند استفاده از مداخلات روانشناختی بر اساس نتایج همین تحقیق باعث کاهش قابل ملاحظه شاخص های سلامت روان در بیماران کووید ۱۹- خواهد شد.

اختلال فشار روانی پس از سانحه یا استرس پس از حادثه (Posttraumatic stress disorder): به صورت مخفف: PTSD، نشانگانی است که پس از مشاهده، تجربه مستقیم یا شنیدن یک عامل استرس زا و آسیب زای شدید روی می دهد که می تواند به مرگ واقعی یا تهدید به مرگ یا وقوع یک سانحه جدی منجر شود. برای مثال ممکن است اختلال PTSD در نتیجه آگاهی فردی از مرگ خشونت بار یکی از اعضای خانواده یا دوستان نزدیک رخ دهد. همچنین ممکن است این اختلال در نتیجه قرار گرفتن مکرر در معرض جزئیات وحشتناک یک حادثه (تروما) رخ دهد؛ مانند افسران پلیسی که در معرض جزئیات موارد کودک آزاری قرار می گیرند (۲۰).

بیمار نسبت به این تجربه ها احساس ترس و درماندگی می کند، اغلب رفتارهای آشفته و حاکی از بی قراری بروز می دهد و مدام تلاش می کند از یادآوری رویداد و سانحه اجتناب کند. حوادثی همچون سوءاستفاده جنسی، تصادف، جنگ، سوانح طبیعی مانند زلزله، سیل و... به طور کلی افرادی که چنین رویدادهایی را تجربه می کنند حتی در مورد کودکان، بیشتر از این که ما بتوانیم تجربه آن ها را تصور کنیم و احساسات آن ها را درک کنیم از آن واقعه رنج می برند. همین امر وجه تمایز فشار روانی پس از سانحه با سایر حوادث زندگی است (استرس بیش از حد طبیعی به حادثه).

علائم و نشانه های اختلال فشار روانی پس از سانحه عبارتند از: افکار مزاحم (Intrusive Thoughts)، اجتناب (Avoidance)، تغییرات در شناخت، خلق و خو، واکنش پذیری، و گوش به زنگی مفرط (۲۱).

- ناآرامی و بی قراری، رفتارهای پرخاشگرانه، احساس بیزاری از دیگران.
- گوشه گیری و مشکلات در روابط بین فردی، به سختی انس گرفتن با دیگران.
- احساس گناه و شرمزدگی، بی احساسی و فقر هیجانی که از طریق جمع کردن خود و انقباض عضلات صورت می گیرد.
- واپسروی های رشدی (بازگشت به رفتارهای اولیه کودکان، شبادراری، مکیدن شست و...)
- رفتارهای تهییجی و برانگیختگی بیش از حد (حالت گوش به زنگ بودن که به محض مواجه شدن با محرک تنش زا شوکه می شود)
- اختلال خواب، کابوس و خواب های ترسناک (رویاهای هولناک بدون محتوای مشخص، دندان قروچه).
- اجتناب از افکار و احساسات و حتی اماکنی که وقایع ناخوشایند را یادآوری می کند.
- تکرار خاطره های آسیب زا از قبیل مزاحمت، تجاوز و... در ذهن.

• تمایل به بازی های تکراری پیرامون حادثه ای که تجربه کردند (درمورد کودکان).

• اختلال در کار روزانه، مشکلات در تمرکز و آموزش.

البته همه این ها باید سه شرط مهم دیگر را نیز به همراه داشته باشند:

• فرد باید در معرض یک رویداد پرتنش قرار گرفته باشد.

• فرد باید مرتب به یاد این رویداد بیفتد و فلاش بک داشته باشد.

• علائم باید بیش از یک ماه طول بکشد.

کسلر و همکاران (۱۹۹۵) میزان شیوع دائمی این اختلال را ۸/۷ درصد (مردان ۵ درصد و زنان ۴/۱۰ درصد) در آمریکا، ۸ درصد در آمریکای شمالی برآورد کردند. میزان شیوع یکساله در آمریکا و استرالیا نیز بین ۳/۱ درصد تا ۳/۶ درصد گزارش شد (۲۲). این میزان بر اساس راهنمای آماری ملاکهای تشخیصی اختلالات روانی در شیوع یکماهه بین ۵/۱ تا ۸/۱ درصد ذکر شد (۲۳). با توجه به این میزان بالای شیوع، طبیعتاً مطالعات کنترل شده بسیاری در زمینه ارزیابی ها و درمان های متفاوت برای این اختلال صورت گرفته که عمده آنها به صورت رفتاری شناختی بوده است. برادلی و همکاران (۲۰۰۵) طی مطالعه ای از نوع فراتحلیل به شناسایی و مرور ۲۶ مطالعه درمانی مرتبط با این اختلال پرداختند که ۴۴ موقعیت درمانی را مورد استفاده قرار داد و از این میزان، ۳۷ مورد آن با یکی از عناوین درمان های رفتاری - شناختی از جمله حساسیت زدایی با استفاده از چشم طبقه بندی می شدند، و از ۴۴ موقعیت، فقط ۲۳ مورد از شرایط کنترل متغیرها استفاده کرده بودند (۲۴).

برخی از افراد مدت ها پس از تجربه آسیب زای اولیه رنج می برند. آنها در درد و از دست دادن راکد می مانند، قادر به بهبودی یا حتی بازگشت به برخی از موارد ظاهری زندگی قبل از تروما نیستند. آنها به دلیل همه چیزهایی که از دست داده اند و دردی که همچنان احساس می کنند فلج شده اند. آنها ممکن است احساس غرق شدن و نداشتن پشتیبان برای بهبودی کنند (۲۴). از نظر بالینی، ما از این به عنوان PTSD (اختلال استرس پس از سانحه) یاد می کنیم و می تواند سالها طول بکشد. این می تواند در نتیجه هر نوع رویداد آسیب زا (و به عنوان واکنشی به آن) رخ دهد و تمام سطوح اجتماعی-اقتصادی، قومیت ها و فرهنگ ها را در بر می گیرد. آگاهی فرهنگی ما از PTSD در دهه های اخیر به طور چشمگیری افزایش یافته است و اغلب یکی از اولین شرایطی است که افراد را با تروما مرتبط می کند (۲۴).

به نظر می رسد یکی از روش هایی که می تواند در ارتقای سلامت روان نقش به سزایی را ایفا کند، درمان های شناختی است. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی از جمله یکی از آنهاست. این روش درمانی بر سلامت روان موثر است. درمان شناختی روشی است که سعی دارد با آموزش، به تغییر باورهای بیمار در مقابله با ترس، افزایش تمرکز حواس در کنترل بدن و تغییر باورها و رفتارهای مرتبط با تاثیرات منفی روانی درد به بیماران کمک کند (۲۵). درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی از انواع مداخله های موج سوم روان - شناختی است که اثربخشی رضایت بخشی بر نشانه های بالینی افراد دارد و به این علت بسیار مورد توجه قرار گرفته است (۲۶). به طور کلی آموزش های مبتنی بر ذهن، جایگاه خود را در درمان مکمل در کنار سایر درمان های جسمانی و روانشناختی پیدا کرده است (۲۷). مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی نوعی آگاهی است که در طول

زمان، توجه ما به تجربیاتمان در موضوعات گوناگون آن را شکل می دهد و عبارت است از اختصاص توجه به شیوه خاص، تعمیدی، لحظه به لحظه و فارغ از پیشداوری و قضاوت، که می تواند بر فرایندهای پردازش شناختی خودکار نظارت کند و به انعطاف پذیری شناختی کمک کند (۲۸). درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن به عنوان هسته مرکزی مداخلات ذهن آگاهی می تواند بر سه مولفه حسی، عاطفی و قضاوتی -شناختی اثرگذار باشد به واسطه تمرین ها و تکنیک های مبتنی بر ذهن آگاهی، فرد به فعالیت های روزانه خود آگاهی پیدا کرده، به کارکرد اتوماتیک ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می یابد و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و حالت های جسمانی، بر آنها کنترل پیدا میکند (۲۹). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، از مدل کاهش استرس مبتنی بر روش ذهن آگاهی کابات-زین اقتباس شده و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده است (۳۰).

تحقیقات و پژوهش های فراوانی در حمایت این رویکرد درمانی در کاهش مشکلات روانشناختی صورت گرفته است. از جمله اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روان زنان یائسه (۳۱)، کاپانی، جواهری و بحیرایی (۱۳۸۴) برای اولین بار پژوهشی تحت عنوان «بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب با پیگیری ۶۰ روزه» را در ایران انجام دادند. نتایج این پژوهش که در دانشجویان ساکن خوابگاه انجام شد، حاکی از اثرگذاری MBCT بر کاهش اضطراب و افسردگی، و نیز کاهش افکار خودآیند منفی و نگرش ناکارآمد دانشجویان غیرافسرده بود. اسکلمن طور تصادفی افراد را به دو گروه آزمایشی و شاهد تقسیم کرد و با هدف پیشگیری از اضطراب و افسردگی آنها را تحت آموزش MBCT قرار داد. پس از یک دوره یکساله پیگیری، شرکت کنندگان در دوره آموزشی نسبت به گروه شاهد به طور معناداری اضطراب و افسردگی و نگرش های ناکارآمد کمتری داشتند. همچنین رابین و جانکین (۲۰۱۴) در پژوهشی نشان دادند، روش MBCT یک روش قدرتمند در کاهش احساس تنهایی و افزایش عزت نفس افراد بزرگسال در موقعیت های مختلف زندگی است. در همگرایی با پژوهش های فوق میلانی (۱۳۹۲) و گینگستون، کنی (۲۰۱۴) در پژوهش های خود نشان دادند، روش MBCT یک روش قدرتمند در کاهش بسیاری از نشانگان افسردگی مانند نشخوارهای ذهنی، نگرش های ناکارآمد، کمروبی، گوشه و غمگینی در افراد دانش آموزان افسرده است. ناکامورا، لپسچیتزا، لاندوراب، کانا و وسب (۲۰۱۱) تاثیر آموزش ذهن آگاهی را بر روی کیفیت زندگی افراد مبتلا به فشار روانی پس آسیبی مورد بررسی قرار دادند.

روش پژوهش

این پژوهش بر اساس طرح آزمایشی دو گروهی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری انجام گرفت. جامعه آماری این تحقیق را افراد دارای اختلال PTSD شهر بوشهر در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ تشکیل دادند. اعضا نمونه به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از مراجعه به مراکز روان درمانی شهر بوشهر ۱۵ نفر از افرادی که دارای این تشخیص بودند در رده سنی ۲۰ تا ۴۵ ساله برگزیده شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس پرسشنامه PTSD (PCL-۵)، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، پرسشنامه کیفیت زندگی و پرسشنامه احساس تنهایی به عنوان پیش آزمون در دو گروه اجرا گردید و گروه آزمایش تحت مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت.

تمرین های درمانی با یک پیمایش پنج مرحله ای در ۵۲ جلسه ۶۰ دقیقه ای به صورت هفتگی در یکسال اجرا شد. در این پیمایش پنج مرحله ای افراد در زمینه آگاهی، بیداری، شدن، بودن و دگرگونی آموزش دیدند و به آنها آموزش داده شد از ارزش ها، افکار و احساسات خود و دیگران آگاه شوند و در مورد آن ها بحث کنند. تمرین های این برنامه بر اساس کتاب تسهیل ذهن آگاهی و کتاب ذهن آگاهی برای درمانگران درک عمیق تر ذهن آگاهی برای بهبود عملکرد حرفه ای و بهزیستی شخصی انتخاب شد. در این یکسال برای گروه کنترل به صورت هفتگی مدیتیشن گروهی صورت می گرفت و هیچ مداخله دیگری صورت نگرفت. بعد از اتمام دوره آموزشی یکساله پس از آزمون به عمل آمد. همچنین برای خلاصه نمودن و توصیف اطلاعات از شاخص های مرکزی و پراکندگی آمار توصیفی استفاده شد و برای تحلیل داده های استنباطی از روش تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر به کمک نرم افزا SPSS۲۵ استفاده شد. بعد از یک ماه از اتمام مداخله، پیگیری ماندگاری و تاثیرگذاری نتایج مداخله صورت گرفت.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) General Health Questionnaire

این تست ۲۸ ماده است، توسط گلدبرگ و میلر بر اساس تکنیک تحلیل عاملی بر روی فرم ۶۰ ماده ای آن طراحی شده است. پرسشنامه اصلی دارای ۶۰ سؤال است، اما فرم های کوتاه شده ۳۰ سؤالی، ۲۸ سؤالی و ۱۲ سؤالی نیز موجود است. نسخه نهایی دارای ۲۸ سوال است که کارایی آن تقریباً به همان میزان فرم ۶۰ سؤالی است.

این پرسشنامه دارای چهار مقیاس فرعی است که در هر یک از آنها هفت سؤال قرار دارد. عناوین مقیاس های این پرسشنامه عبارتند از:

۱- علایم جسمانی (Hypochondria-sis)

۲- علایم اضطراب و اختلال خواب (Anxiety)

۳- کنش اجتماعی (Social impairment)

۴- علایم افسردگی (Depression)

پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه (PCL-۵)

پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه (PCL) یک مقیاس خودگزارش دهی است که برای ارزیابی میزان اختلال و غربال کردن این بیماری از افراد عادی و سایر بیماران به عنوان یک ابزار کمک تشخیصی به کار می رود. این فهرست به وسیله ویدرز، لیتز، هرمن، هوسکا و کین در سال ۱۹۹۳ طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۱۷ سوال است که پنج ماده آن مربوط

به علائم و نشانه های تجربه مجدد حادثه آسیب زای تروماتیک، ۷ ماده آن مربوط به علائم و نشانه های کرختی عاطفی و اجتناب و ۵ ماده این فهرست مربوط به علائم و نشانه های برانگیختگی شدید است.

پرسشنامه WHO QOL BREF به سنجش چهار بعد از کیفیت زندگی می پردازد که عبارتند از:

۱-سلامت جسمی (Physical health)

۲-سلامت روانشناختی (Psychological health)

۳-روابط اجتماعی (Social relationships)

۴-محیط اجتماعی (Social environment)

این پرسشنامه فرم کوتاه است و دارای ۲۶ سوال است که جواب هر سوال از بسیار بد تا بسیار خوب می باشد.

پرسشنامه احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی بزرگسالان (SELSA-S)

این پرسشنامه توسط دی توماسو، برانن و بست در سال ۲۰۰۴، بر اساس تقسیم بندی ویس، ساخته شده است. هدف از ساخت این پرسشنامه ارزیابی احساس تنهایی اجتماعی - عاطفی بزرگسالان می باشد. این پرسشنامه دارای ۱۴ سوال و ۳ مولفه، احساس تنهایی رمانتیک، خانوادگی و اجتماعی می باشد. روایی و پایایی پرسشنامه احساس تنهایی اجتماعی - عاطفی بزرگسالان (SELSA-S) تایید شده است.

جدول ۱- شرح جلسات مداخله صورت گرفته روی گروه آزمایش

شرح جلسات مداخله			
مراحل	اهداف	محتوای جلسات	تکلیف
مرحله آگاهی: پذیرش رادیکال	آشنایی با یکدیگر، تقویت ارتباط و دوری از انزوا، پیدا کردن آسیب پذیری، ایجاد ذهن آگاهی برای حذف آشفتگی ذهنی، آگاهی از درد،	آشنایی اعضا با یکدیگر و با قوانین گروه، آشنایی با راهبردهای مقابله ای، آشنایی با احساسات و نام گذاری آنها، یادگیری جملات تاکیدی	تمرکز بر نفس کشیدن خود به آرامی و پیدا کردن احساسات و نوشتن آنها، نوشتن روایت زندگی خود
مرحله بیداری: ایمنی و حفاظت	آموزش تنفس عمیق، روبرو شدن با احساس امن تنهایی، شناخت شبکه	آموزش تنفس عمیق، شناسایی شبکه پشتیبان، شناسایی واگویه های	تمرین تنفس عمیق، پیدا کردن نشانه های همدلی

دیگران، انجام فعالیتهای لذت بخش	درونی، آشنایی با تکنیک VAR، تغییر سبک زندگی آسیب رسان، حرکت از سکوت به سمت پویایی	حامی و پشتیبان، ردیابی احساسات و افکار، شناسایی خطاهای شناختی	
تمرین تنفس عمیق، پیدا کردن باورها و افکاری که باید رها شوند، راهکارهای ایجاد آزمون در زمان اضطراب، انجام یک فعالیت جدید	تمرین تنفس عمیق با تمرکز بر ایمنی و حفاظت از خود، آشنایی با سیگنالهای بدن و گوش دادن به احساسات، شناسایی امکانات و استعدادهای درونی، شناسایی افکار آزار دهنده، تمرین راهبردهای مقابله ای سازنده	پیدا کردن احساسات در پس منطق، افزایش حس خود ارزشمندی، انجام کارهای خلاقانه، آموزش راهبردهای مقابله ای، تبیین خطاهای شناختی	مرحله شدن: روایتی جدید
تمرین تنفس عمیق، ثبت درک جدید از احساسات و افکار، نوشتن نقاط قوت خود و اطرافیان، ثبت تغییرات جدید در زندگی درون و بیرون	تمرین تنفس عمیق، ایجاد پیوند بین دنیای قدیم و جدید، پیدا کردن تغییرات در احساسات و گفتگوهای درونی، برنامه ریزی برای دنیای جدید، پیدا کردن زخم های باقیمانده،	تمرین انعطاف پذیری در برابر احساسات، تمرین پذیرش احساسات، شناسایی احساسات تعلق به دنیا و دیگران، آشتی با خود و پیرامون، خنثی کردن خطاهای شناختی	مرحله بودن: ادغام
انجام مدیتیشن مهربانی، نوشتن روایت جدید از زندگی، نوشتن اهداف و آرزوها، تقویت روابط معنادار	تمرین تنفس عمیق و قدردانی از خود و زندگی، شناسایی قدرت شخصی، صحبت در مورد معنای روابط، بیان اهداف جدید زندگی	قدردانی از خود و قدرت درونی خود، نوشتن روایت جدید از زندگی خود، بررسی میزان اعتماد ایجاد شده، تمرکز بر ارزش ها و باورها	مرحله دگرگونی: خرد و رشد

یافته ها:

با توجه به تحلیل آماری صورت گرفته ابتدا در بخش آمار توصیفی به بررسی میانگین و انحراف استاندارد پرداخته شده است. همچنین در بخش آمار استنباطی جهت تحلیل داده ها و پاسخگویی به پرسش های پژوهش آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر چندگانه مورد استفاده قرار گرفت و تجزیه و تحلیل داده ها به وسیله نرم افزار SPSS ۲۵ انجام گرفت. در جدول ۲ ویژگی جمعیت شناختی آزمودنی ها نشان داده شده است. در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد مقیاس کلی کیفیت زندگی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، احساس تنهایی و شدن PTSD ارائه شده است. همچنین جهت بررسی نرمال بودن متغیرها از آزمون کلموگروف- اسمینروف استفاده شد.

جدول ۲- جمعیت شناختی آزمودنی ها

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سن (سال)	۳۱/۴۲	۴/۵۸	۲۹/۸۳	۳/۶۷
جنسیت	فراوانی (درصد)			
زن	۱۹		۲۲	
مرد	۱۱		۸	
تحصیلات	فراوانی (درصد)			
دیپلم	۱۱ (۳۶/۶)		۸ (۲۶/۷)	
کارشناسی	۱۶ (۵۴/۴)		۲۰ (۶۶/۶)	
کارشناسی ارشد	۲ (۶/۷)		۲ (۶/۷)	
دکتر	۱ (۳/۳)		۰	

جدول ۳- آماره های توصیفی نمره آزمودنی ها به تفکیک مرحله و گروه

اندازه گیری	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه آزمایش	گروه کنترل
مقیاس	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار

۵.۳۵	۴۴.۵۷	۲.۳۷	۲۴.۷۸	۴.۶۳	۴۱.۲۷	۳.۴۵	۲۵.۵۶	۴.۵۲	۴۳.۶۷	۵.۰۴	۴۳.۸۱	PTSD
۴۹.۲۶	۱۹۶	۴۸.۹۷	۲۸۴.۲۰	۵۱.۴۹	۱۹۵.۳۳	۴۷.۶۱	۲۸۳.۲۶	۵۳.۸۶	۱۹۷.۲۶	۴۸.۱۷	۱۹۴.۵۳	کیفیت زندگی
۶.۱	۴۵.۲۱	۴.۰	۳۲.۳۴	۶.۲	۴۶.۱۶	۴.۱	۳۶.۸۳	۶.۲	۴۶.۸۵	۷.۲	۴۴.۳۷	جسمانی
۵.۱	۴۰.۹۶	۳.۷	۳۱.۱۶	۵.۲	۴۱.۷۸	۳.۹	۳۳.۲۷	۵.۲	۴۳.۴۷	۵.۳	۴۲.۵۶	اضطراب
۵.۲	۴۲.۱۹	۳.۶	۳۲.۸۵	۵.۲	۴۳.۴۷	۴.۱	۳۷.۴۶	۵.۳	۴۳.۵۸	۶.۱	۴۴.۲۷	افسردگی
۱.۹۴	۱۸.۱۶	۲.۲۰	۲۳.۱۴	۲.۲۶	۱۷.۸۱	۲.۵۸	۲۲.۳۱	۱.۹۸	۱۷.۷۳	۲.۶۱	۱۸.۴۰	عملکرد اجتماعی
۵.۳۳	۵۷.۸۰	۳.۰۶	۴۵.۵۱	۵.۶۳	۵۷.۴۷	۴.۳۲	۴۳.۶۰	۴.۴۱	۵۶.۹۳	۳.۵۵	۵۷.۶۷	احساس تنهایی

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود میانگین گروه های آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون تفاوت اندکی دارند. اما میانگین گروه آزمایش در پس آزمون و پیگیری بیشتر از گروه کنترل است. همچنین نتایج آزمون کلموگروف-اسمینروف نشان داد فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمره های در متغیرهای پژوهش در تمامی مراحل و گروه ها برقرار است. (در تمامی سطوح بالاتر از ۰.۰۵).

همچنین نتایج لوین جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس ها نشان داد در همه مراحل و گروه های پژوهش فرض همگنی واریانس ها مورد تائید است (در تمامی سطوح بالاتر از ۰.۰۵). نتایج آزمون باکس جهت بررسی برابری ماتریس واریانس-کوواریانس نیز در مورد همه متغیرهای تحقیق تائید شد (در تمامی سطوح معناداری بالاتر از ۰.۰۵). قبل از تحلیل استنباطی داده ها با بررسی چولگی و کشش (در بازه ۲+ و ۲-) فرض نرمال بودن برای تمام متغیرهای پژوهش مورد تائید قرار گرفت. در نتیجه می توان از آزمون های پارامتری مناسب با تحقیق استفاده نمود. جهت بررسی معناداری تفاوت میان دو گروه از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. پیش از انجام این تحلیل آزمون شرط کرویت جهت بررسی شرط تقارن مورد استفاده قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴ آزمون شرط کروییت برای بررسی پیش فرض تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در متغیرهای تحقیق

اثر درون آزمودنی	ارزش موجلی	خی دوتقریبی	درجه آزادی	سطح معناداری
PTSD	۰.۹۳	۱.۹۱	۲	۰.۳۸
کیفیت زندگی	۰.۸۹	۲.۶۱	۲	۰.۲۶
جسمانی	۰.۹۶	۱	۲	۰.۶
اضطراب	۰.۹۲	۲.۲۳	۲	۰.۳۲
افسردگی	۰.۷۳	۲.۵۴	۲	۰.۲۴
عملکرد اجتماعی	۰.۹۰	۲.۳۱	۲	۰.۳۱
احساس تنهایی	۰.۳۸	۲.۶۲	۲	۰.۴۱

همانطور که جدول ۴ نشان می دهد آزمون کروییت با سطح معناداری های قید شده در جدول برای متغیرهای تحقیق معنادار نمی باشد، بنابراین با توجه به اینکه یکی از فرض های اساسی انجام تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برقرار بودن آزمون کروییت است (که بر اساس این جدول برقرار می باشد) لذا انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بلامانع می باشد. در جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر به عنوان آزمون پیگیری آورده شده است.

همانطور که جدول ۵ نشان می دهد تفاوت بین دو گروه برای متغیرهای کیفیت زندگی با مقدار $F(38.86)$ ، PTSD با مقدار $F(50.61)$ ، متغیرهای سلامت عمومی (اضطراب (30.82) ، افسردگی (7.93) ، عملکرد اجتماعی (11.47) و جسمانی (2.91)) در سطح معناداری ($P < 0.05$) معنادار است. با مراجعه به جدول ۴ مشخص می شود گروه آزمایش نمرات بالاتری را در این مولفه های آزمون کسب کرده اند.

اثر تکرار متغیرهای تحقیق نشان می دهد که تفاوت بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سطح $(P < 0.01)$ معنادار است. با توجه به جدول ۴ مشخص می شود که نمره های پس آزمون، آزمون پیگیری در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل می باشد.

جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر اثر گروه و تکرار آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
PTSD	اثر گروه	۱۹۲۱.۳۲	۱	۱۹۲۱.۳۲	۵۰.۶۱	۰.۰۰۱	۰.۴۷
	اثر تکرار آزمون	۱۵۸.۲۸۵	۱	۱۵۸.۲۸۵	۵۸.۲۷	۰.۰۰۱	۰.۵۲
	تعامل گروه با تکرار آزمون	۲۳۲.۲۶۳	۱	۲۳۲.۲۶۳	۶۲.۷۳	۰.۰۰۱	۰.۵۴
	اثر گروه	۴۱۸.۱۷	۱	۴۱۸.۱۷	۳۸.۸۶	۰.۰۰۱	۰.۴۴
کیفیت زندگی	اثر تکرار آزمون	۱۵۰.۰۲	۱.۷	۱۰۴.۲۴	۵۱.۵۳	۰.۰۰۱	۰.۶۴
	تعامل گروه با تکرار آزمون	۲۳۰.۴۶	۱.۷	۱۶۰.۱۴	۷۹.۱۶	۰.۰۰۱	۰.۷۳
	اثر گروه	۱۴۰.۱۴۷	۱	۱۴۰.۱۴۷	۳.۰	۰.۰۰۱	۰.۵۱
جسمانی	اثر تکرار آزمون	۶۸.۰۲۸	۱	۶۸.۰۲۸	۱۴.۱۲	۰.۰۰۱	۰.۵۷
	تعامل گروه با تکرار آزمون	۱۳۴.۸۵۳	۱	۱۳۴.۸۵۳	۱۷.۱۹	۰.۰۰۱	۰.۶۱
	اثر گروه	۱۸۰.۸۸۰	۱	۱۸۰.۸۸۰	۳۰.۸۲	۰.۰۰۱	۰.۳۲
	اثر تکرار آزمون	۵۴.۰۹۶	۱	۵۴.۰۹۶	۱۱.۹۸	۰.۰۰۱	۰.۶۱
اضطراب	تعامل گروه با تکرار آزمون	۱۱۲.۸۷	۱	۱۱۲.۸۷	۱۲.۲۴	۰.۰۰۱	۰.۶۷
	اثر گروه	۳۹۶.۹۰	۱	۳۹۶.۹۰	۷.۹۳	۰.۰۰۹	۰.۲۲
	اثر تکرار آزمون	۳۳۰.۸۲	۲	۱۶۵.۴۱	۲۶.۵۷	۰.۰۰۱	۰.۴۸
افسردگی	تعامل گروه با تکرار آزمون	۳۳۸.۶۰	۲	۱۶۹.۳۰	۲۷.۱۹	۰.۰۰۱	۰.۴۹
	اثر گروه	۱۴۴۴۰	۱	۱۴۴۰	۱۱.۴۷	۰.۰۰۲	۰.۳
	عملکرد اجتماعی						

۰.۳۷	۰.۰۰۱	۱۷.۰۵	۴۷۱.۹۶	۱.۲۳	۵۸۲.۶۸	اثر تکرار آزمون	
۰.۳۵	۰.۰۰۱	۱۵.۳۴	۴۲۴.۸۰	۱.۲۳	۵۲۴.۴۶	تعامل گروه با تکرار آزمون	
۰.۶۴	۰.۰۰۱	۴۸.۳۱	۲۱۴۰.۵۲	۱	۲۱۴۰.۵۲	اثر گروه	احساس تنهایی
۰.۴۵	۰.۰۰۱	۲۲.۸۴	۱۰۱۲.۰۱	۱	۱۰۱۲.۰۱	اثر تکرار آزمون	
۰.۵۷	۰.۰۰۱	۳۱.۲۵	۱۱۹۶.۲۵	۱	۱۱۹۶.۲۵	تعامل گروه با تکرار آزمون	

اثر تعاملی در متغیرهای تحقیق نیز نشان می دهد که تفاوت در سطح ($P/0.01$) معنا دار است. در نتیجه شرایط تکرار در گروه وجود داشته است و پس آزمون در دو گروه به یک اندازه افزایش نیافتند وبا نگاهی به جدول ۴ مشخص می شود که پس آزمون گروه آزمایش بیشتر از پس آزمون گروه کنترل بوده است، یعنی مداخله به افزایش نمره در گروه آزمایش منجر شده است.

به منظور تاثیر تاثیر مداخلات شناختی بر میزان فاکتورهای سلامت روان ناشی از پاندمی کرونا در یک دوره یک ساله بر افراد با PTSD ناشی از کرونا از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج نشان داد که نمره متغیرهای تحقیق گروه آزمایش در پس آزمون و پیگیری به طور معناداری بالاتر بود و این بدین معناست که مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم اختلال استرس بعد از سانحه، کیفیت زندگی، متغیرهای سلامت عمومی و احساس تنهایی موثر می باشد.

بحث و نتیجه گیری:

بیماری کووید ۱۹ که در دسامبر ۲۰۱۹ در چین آغاز شد، دارای سرعت انتشار بالایی بود و کمتر از چند ماه تمام دنیا را مبتلا کرد. گسارش بسیار سریع کووید ۱۹ که از مهمترین ویژگی این ویروس بوده و همچنین درصد مرگ و میر ناشی از این بیماری، تعداد زیادی از کشورها را با یک چالش عظیم بهداشتی روبرو کرد و سلامت روان افراد در سطوح مختلف جامعه را به نوعی در معرض مخاطره قرار داد (۱).

لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رویکرد شناختی مبتنی بر تمرین های ذهن آگاهی بر بهبود علائم استرس پس از سانحه، فاکتورهای سلامت عمومی، احساس تنهایی و کیفیت زندگی در دوره پساکرونا صورت گرفت. یافته ها نشان داد مداخله شناختی مبتنی بر تمرین های ذهن آگاهی موجب کاهش علائم استرس بعد از سانحه، علائم جسمانی، اضطراب، افسردگی و بهبود کیفیت زندگی و عملکرد اجتماعی و کاهش احساس تنهایی شده است.

در تبیین یافته حاضر بر ارتقا و بهبود سلامت روان می توان گفت که مداخله شناختی مبتنی بر تمرین های ذهن آگاهی سبب می شود افراد نسبت به زمان حال هشیار شوند، از افکار و حس های بدنی خود در هر لحظه آگاه شده و نگرشی بدون قضاوت نسبت به خود داشته باشند. همچنین شناخت افکار باعث تعدیل احساسات بدوت قضاوت و افزایش آگاهی فرد نسبت به احساسات روانی و پذیرا بودن هیجان های منفی همانگونه که اتفاق می افتد، می شود. چنین حالاتی از یکسو باعث افزایش شناخت و آگاهی افراد از بدن، احساسات و افکار می شود و مقابله موثر با رویدادهای منفی را فراهم می سازد و از سوی دیگر خود پذیری و واقع گرایی را ارتقا می دهد.

با توجه به اینکه سلامت روان در هر فرد ناشی از عقاید، باورها و تصویر ذهنی فرد درباره خود و اتفاقات و تغییرات محیطی است، ذهن آگاهی با ایجاد نگرشی جدید، پذیرش بدون قضاوت، نزدیک شدن به افکار و احساس برای خلاص شدن از حالات خلقی منفی نظیر اضطراب و افسردگی قادر است نارضایتی فرد را کاهش دهد و هیجانات منفی را اصلاح کند و این اثرات توانست فاکتورهای سلامت روان را در افراد با اختلال استرس پس از سانحه در دوران پسا کرونا را بهبود دهد.

در تبیین یافته حاصل بر کاهش اضطراب می توان گفت فرد با آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، یک سازه فرا هیجانی به نام تحمل پریشانی را در خود افزایش می دهد. بدین ترتیب که نسبت به آن جلب توجه می کند، آن را ارزیابی می کند و وقتی نمی تواند شرایط را تغییر دهد آن را پذیرفته و تحمل می کند و هیجانات به ویژه نیروی حاصل از تمایلات عمل در جهت اجتناب یا تضعیف فوری تجربه را تنظیم می کند و دچار از هم گسیختگی عملکرد نمی شود. تحمل پریشانی توانایی فرد برای مقاومت و تجربه حالت روانی منفی است. افرادی که تحمل کمی دارند پریشانی را به عنوان یک ساختار غیرقابل تحمل توصیف می کنند. افراد با تحمل پریشانی کم می توانند با استفاده از تکنیک بارش به مشاهده درون خود بپردازند و بعد روی تجربه درونی با پذیرش متمرکز شوند. این تکنیک یک روش ذهن آگاهانه برای کار با هیجانات شدید و مشکل است که به یافتن پناه گاه درست در هنگام بروز پریشانی می پردازد (۲۳).

درباره اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر آگاهی، بر کاهش اضطراب در پژوهش حاضر میتوان گفت این شیوه درمانی از روش بازسازی شناختی برخوردار است که بر اساس آن، فرد الگوهای تفکر منطقی از جمله تهدیدآمیز بودن محیط را با افکار منطقی و مثبت جایگزین کرده و موجب کاهش اضطراب در آنان می شود، به عبارت دیگر، درمان شناختی مبتنی بر آگاهی سبب شناسایی افکار اضطرابی، چالش و نبرد با این افکار، روبه رو شدن و جایگزین کردن آنها با افکار غیراضطرابی و غیرتهدیدآمیز در افراد با استرس پس از سانحه و همین امر در بهبود علائم سلامت روان در آنان مؤثر است. در نتیجه میتوان امید داشت بهبود فاکتورهای سلامت روان، در نهایت به آرامش در محیط کار و زندگی آنها منجر می شود. همچنین در افزایش خلق و کاهش افسردگی می توان گفت که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی یک روش مناسب برای تنظیم خلق و هیجان است. ذهن آگاهی قابلیت مثبت است که به فرد اجازه می دهد به جایگزین ها فکر کند و خود را با شرایط جدید محیط پیرامون سازگار کند که این همان انعطاف پذیری است. در واقع فرد ذهن آگاه، شیوهی فراشناختی پردازش را به کار می گیرد و انعطاف پذیری در پاسخ به تهدید را افزایش میدهد (۲۴). همچنین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق فنون ذهن آگاهی در افزایش آرام بخشی عضلانیو در نتیجه کاهش نگرانی، استرس و اضطراب مؤثر است که این خود باعث افزایش بهزیستی روانشناختی می گردد. تمرینات ذهن آگاهی آرامش را القا کرده و در نتیجه استرس را کاهش می دهند.

لذا می توان چنین نتیجه گرفت که تداوم تمرین های ذهن آگاهی منجر به پذیرش مشکلات از جانب فرد مبتلا و ایجاد تغییرات رفتاری برای خود مراقبتی بهتر و از بین بردن موانع روانشناختی موجود بر سر راه کنترل عوارض اختلال استرس پس از سانحه می شود.

از محدودیت های این پژوهش دسترسی محدود به افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه بود که آن هم به دلیل روند یکساله گروه درمانی باعث ایجاد محدودیت های جغرافیایی می شد و حتما باید این افراد از یک شهر انتخاب می شدند. همچنین گاهی اوقات بروز مشکلات جدید در زندگی این افراد باعث تشدید علائم سلامت روان می شد و بایستی برای این موارد ما راهکارهای حمایتی و پیشگیری را مدنظر قرار می دادیم. همچنین از محدودیتهای این پژوهش عدم مقایسه برای روش های روان درمانی دیگر و سایر روشهای درمانی دارویی ممکن بود. از دیگر محدودیتهای قابل ذکر موارد مربوط به گروه کنترل بود که امکان داشت در حین پژوهش تاثیرات منفی زندگی آنها را افزایش دهد اما با توجه به اینکه نمی خواستیم روند درمانی خاصی را برای این گروه در نظر بگیریم، این موارد می توانست بر نتیجه پژوهش تاثیر بگذارد. همچنین به دلیل هزینه بر بودن پروژه امکان حضور افراد موثر در محیط زندگی این اشخاص در روند درمان مقدور نشد.

منابع

۱. Zhu H, Wei L, Niu P. The novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. Global health research and policy. ۲۰۲۰;۵:۶
۲. Zangrillo A, Beretta L, Silvani P, Colombo S, Scandroglio AM, Dell'Acqua A, et al. Fast reshaping of intensive care unit facilities in a large metropolitan hospital in Milan, Italy: facing the COVID-۱۹ pandemic emergency. Critical care and resuscitation: journal of the Australasian Academy of Critical Care Medicine. ۲۰۲۰.
۳. Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-۱۹ and Italy: what next? Lancet (London, England). ۲۰۲۰.
۴. Lai CC, Shih TP, Ko WC, Tang HJ, Hsueh PR. Severe acute respiratory syndrome coronavirus ۲ (SARS-CoV-۲) and coronavirus disease-۲۰۱۹ (COVID-۱۹): The epidemic and the challenges. International journal of antimicrobial agents. ۲۰۲۰; ۵۵(۳):۱۰۵۹۲۴.
۵. Liu X, Na RS, Bi ZQ. [Challenges to prevent and control the outbreak of Novel Coronavirus Pneumonia (COVID-۱۹)]. Zhonghua liu xing bing xue za zhi = Zhonghua liuxingbingxue zazhi. ۲۰۲۰; ۴۱(۰):E۰۲۹.

۶. Li S, Wang Y, Xue J, Zhao N, Zhu T. The Impact of COVID-۱۹ Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. ۲۰۲۰;۱۷(۶).
۷. Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. ۲۰۱۹-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *Lancet* (London, England). ۲۰۲۰;۳۹۵ (۱۰۲۲۴): e۳۷-e۸.
۸. Ryu S, Chun BC. An interim review of the epidemiological characteristics of ۲۰۱۹ novel coronavirus. *Epidemiology and health*. ۲۰۲۰;۴۲: e۲۰۲۰۰۰۶.
۹. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-۱۹ outbreak. *The lancet Psychiatry*. ۲۰۲۰;۷(۴):e۱۵-e۶.
۱۰. Zhao S, Chen H. Modeling the epidemic dynamics and control of COVID-۱۹ outbreak in China. *Quantitative biology* (Beijing, China). ۲۰۲۰:۱- ۹.
۱۱. Yang L, Wu D, Hou Y, Wang X, Dai N, Wang G, et al. Analysis of psychological state and clinical psychological intervention model of patients with COVID-۱۹. *medRxiv*. ۲۰۲۰.
۱۲. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-۱۹ outbreak. *The lancet Psychiatry*. ۲۰۲۰; ۷(۴):e۱۷-e۸.
۱۳. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the ۲۰۱۹ novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The lancet Psychiatry*. ۲۰۲۰ □۷(۳):۲۲۸-۹.
۱۴. Lima CKT, Carvalho PMM, Lima I, Nunes J, Saraiva JS, de Souza RI, et al. The emotional impact of Coronavirus ۲۰۱۹-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry research*. ۲۰۲۰ □۲۸۷:۱۱۲۹۱۵.
۱۵. Bo HX, Li W. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-۱۹ in China. ۲۰۲۰:۱-۷.
۱۶. Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-۱۹ epidemic. *The lancet Psychiatry*. ۲۰۲۰;۷(۴):e۲۱.
۱۷. Sun L, Sun Z, Wu L, Zhu Z, Zhang F, Shang Z, et al. Prevalence and Risk Factors of AcutePosttraumatic Stress Symptoms during the COVID۱۹ Outbreak in Wuhan, China. *medRxiv*. ۲۰۲۰.

۱۸. Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *The Journal of clinical psychiatry*. ۲۰۰۰.
۱۹. Zhang F, Shang Z, Ma H, Jia Y, Sun L, Guo X, et al. High risk of infection caused posttraumatic stress symptoms in individuals with poor sleep quality: A study on influence of coronavirus disease (COVID۱۹) in China. *medRxiv*. ۲۰۲۰.
۲۰. Salimi S.H, Rahnejat A, Rabiee M, fathiashtiani A, Dabaghi P, Donyavi V, An analytical review of metacognitive therapy for Post-Traumatic Stress Disorder: a review of the system. *Nursing and Physician Quarterly in Race*. ۲۰۱۵; No.۲۵ [In Persian]
۲۱. Simons M. Meta cognitive Therapy and Other Cognitive-Behavioral Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. *Verhaltenstherapie*. ۲۰۱۰; ۲۰:۰۰۰
- ۲۲- Narrow, W. E., Rae, D. S., Robins, L. N., et al. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile ۲ surveys' estimates. *Archives of General Psychiatry*. ۲۰۰۴; ۵۹: ۱۱۵-۱۲۳
- ۲۳- Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L., et al. Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*. ۱۹۹۷; ۱۵۴: ۱۱۱۴-۱۱۱۹.
- ۲۴- Silverman WK, Ortiz CD, Viswesvaran C, Burns BJ, Kolko DJ, Putnam FW, AmayaJackson L. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *J Clin Child Adolesc Psychol*. ۲۰۰۸; ۳۷:۱۵۶-۱۸۳
۲۵. O'Keeffe M, Purtill H, Kennedy N, O'Sullivan P, Dankaerts W, Tighe A, et al. Individualised cognitive functional therapy compared with a combined exercise and pain education class for patients with nonspecific chronic low back pain: study protocol for a multicentre randomised controlled trial. *BMJ Open* ۲۰۱۵; ۵: e۰۰۷۱۵۶.
۲۶. Cayoun BA. Operationalization of mindfulness, in mindfulness-integrated CBT: principles and practice. John Wiley & Sons, Ltd: Chichester, UK. ۲۰۱۱.
۲۷. Lindsay EK, Young SH, Smyth JM, Brown KW, Creswell JD. Acceptance lowers stress reactivity: Dismantling mindfulness training in a randomized controlled trial. *Psych neuroendocrinology*. ۲۰۱۸; ۸۷:۶۳-۷۳

۲۸. Eby LT, Allen TD, Conley KM, Williamson RL, Henderson TG, Mancini VS. Mindfulness-based training interventions for employees: A qualitative review of the literature. *Human Resource Management Review*. ۲۰۱۹; ۲۹(۲): ۱۵۶-۷۸.
۲۹. Melzack R, Casey KL. Sensory, motivational and central control determinants of pain: a new conceptual model. *The Skin Senses* ۱۹۶۸; ۱.
۳۰. MacKenzie MB, Kovovski NL. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Trends and developments. *Psychology Research and Behavior Management*. ۲۰۱۶; ۹:۱۲۵-۳۲.
- ۳۱-The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the mental health of postmenopausal women, Zahra Masihpour ۲۰۲۲.