



Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Life Quality and Resilience of Recovered Covid-19 Patients

Mojtaba Mahmoudi Nodezh¹, Azita Amirfakhraei^{2*}, Abdolvahab Samavi³

1. Ph.D. Candidate, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran.
2. Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran. Email: afakhraei2002@iauba.ac.ir
3. Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities, University of Hormozgan, Bandar Abbas, Iran.

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:

Received: 15 Aug 2021
Revised: 10 Oct 2021
Accepted: 26 Oct 2021
Published Online: 20 Feb 2023

Keywords:

*Acceptance and Commitment Therapy (ACT),
Life Quality,
Resilience,
People Recuperated from Covid-19.*

ABSTRACT

The purpose of this paper is to investigate the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the life quality and resilience of those recuperated from Covid-19. The research method was quasi-experimental with pre-test, post-test, control group and three-month follow-up period design. The statistical population of the study included those recuperated from Covid-19 with the record of hospitalization in the city of Bandar Abbas in the winter of 2020. Twenty-seven recovered people from Covid-19 were selected via the snowball method and randomly 13 of them were accommodated into experimental (7 males and 6 females) and 14 of them were accommodated into control groups (6 males and 8 females). The experimental group received ACT during two-and-a-half months (in 10 sessions). The applied questionnaires in this study included resilience questionnaire and life quality scale. The data from the study were analyzed through mixed ANOVA via SPSS-23 statistical software. The results showed that ACT has been effective on the life quality ($F=38.75$; $\eta^2=0.61$; $P<0001$) and resilience ($F=39.90$; $\eta^2=0.62$; $P<0001$) of recovered Covid-19 patients with the record of hospitalization in a way that it succeeded in improving their life quality and resilience. According to the findings of the present study, ACT can be used as an efficient method to improve the life quality and resilience of those recovered from Covid-19 through employing six main processes of acceptance, fusion, observer self, relationship with the present time, value and committed action.

Cite this article: Mahmodi Nodezh, M., Amirfakhraei, A., & Samavi, A. (2022). Efficacy Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Life Quality and Resilience of Those Recuperated from Recovered Covid-19 Patients. *Journal of Applied Psychological Research*, 13(4), 125-138. doi: 10.22059/japr.2023.328932.643948



© The Author(s).

DOI: <https://doi.org/10.22059/JAPR.2023.328932.643948>

Publisher: University of Tehran Press

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری بهبودیافتگان کووید-۱۹^۱مجتبی محمودی نودز^۲، آزی‌تا امیرفخرایی^{۳*}، عبدالوهاب سماوی^۴

۱. مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی نویسنده اول پژوهش است.

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران.

۳. نویسنده مسئول، استادیار، گروه روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران. رایانامه: afakhraei2002@iauba.ac.ir

۴. دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران.

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۲۴

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۰/۰۷/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۰۴

تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۱۲/۰۱

کلیدواژه:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،

کیفیت زندگی،

تاب‌آوری،

بهبودیافتگان کووید-۱۹.

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری بهبودیافتگان کووید-۱۹ انجام شد. روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل بهبودیافتگان کووید-۱۹ با سابقه بستری شهر بندرعباس در زمستان ۱۳۹۹ بود. از بین جامعه آماری، ۲۷ بهبودیافته کووید-۱۹ به‌صورت گلوله‌برفی انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند که ۱۳ نفر در گروه آزمایش (۷ مرد و ۶ زن) و ۱۴ نفر (۶ مرد و ۸ زن) در گروه گواه بودند. افراد حاضر در گروه آزمایش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ده جلسه) را طی دو ماه و نیم دریافت کردند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه تاب‌آوری و پرسشنامه کیفیت زندگی بود. داده‌ها به شیوه تحلیل واریانس آمیخته به‌وسیله نرم‌افزار آماری SPSS-23 تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی ($P < 0.001$): $F=3.8/7.5$; $\eta^2=0/61$) و تاب‌آوری ($F=3.9/9.0$; $\eta^2=0/62$; $P < 0.001$) بهبودیافتگان کووید-۱۹ با سابقه بستری تأثیر داشته است. بدین‌صورت که این درمان توانسته سبب بهبود کیفیت زندگی و تاب‌آوری آنان شود. براساس یافته‌های پژوهش حاضر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با بهره‌گیری از شش فرایند اصلی پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌تواند به‌عنوان درمانی مؤثر در جهت بهبود کیفیت زندگی و تاب‌آوری بهبودیافتگان کووید-۱۹ به‌کار گرفته شود.

استناد: محمودی نودز، مجتبی، امیرفخرایی، آزی‌تا، و سماوی، عبدالوهاب. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری بهبودیافتگان کووید-۱۹.

فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۳(۴)، ۱۲۵-۱۳۸.

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: <https://doi.org/10.22059/JAPR.2023.328932.643948>

© نویسندگان.



مقدمه

بیماری همه‌گیر جهانی ویروس کووید-۱۹ که اولین بار در ووهان (چین) گزارش شد، توجه گسترده‌ای را در سراسر جهان به خود جلب کرد (اصلی‌آزاد، فرهادی و خاکی، ۱۴۰۰). از ۲۳ سپتامبر ۲۰۲۰، بیش از ۴۰,۴۲۰,۰۳۶ میلیون مورد کرونا با حدود ۱,۳۲۴,۰۰۰ مورد مرگ در جهان گزارش شده است (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۲۰۲۲). در تاریخ ۳۰ ژانویه ۲۰۲۰، سازمان بهداشت جهانی شیوع را به‌عنوان یک فوریت بهداشت عمومی، از نگرانی‌های بین‌المللی اعلام کرد (دی‌بروین و همکاران، ۲۰۲۰). خطر درک‌شده از ابتلا به این بیماری، بسیاری از دولت‌ها را مجبور کرد تا اقدامات کنترلی مختلفی را انجام دهند (لاو، لانگ و ژو، ۲۰۲۰). در این بیماری، درحالی‌که اکثر بیماران با تب و علائم تنفسی مواجه هستند، چندین تظاهرات غیرمعمول مانند عوارض گوارشی، حوادث قلبی، نارسایی کلیه و نقص عصبی نیز گزارش شد (وو، وو، ليو و یانگ، ۲۰۲۰). نبود هرگونه درمان با پیشگیری قطعی و پیش‌بینی تعدادی از اپیدمیولوژیست‌ها در خصوص ابتلای دست‌کم ۶۰ درصد جامعه به این بیماری، استرس و نگرانی زیادی را در جوامع ایجاد کرد (اندرسون، هیستریک، کلینکبرگ و هولینگروث، ۲۰۲۰). در میان این نتایج، نگرانی درمورد تأثیر همه‌گیری بر سلامت روان و اینکه چه کسی ممکن است بیشتر در برابر پریشانی روانی حاصل از این بیماری آسیب‌پذیر باشد، وجود دارد (کوکس، جوزپ، لابر و اولاتنجی، ۲۰۲۰). این همه‌گیری بر همه بخش‌های زندگی روزمره به‌سرعت و عمیقاً تأثیر گذاشته است، از نحوه کار، زندگی، خرید، معاشرت و برنامه‌ریزی برای آینده. اگرچه تأثیر روان‌شناختی این تغییرات توسط رسانه‌ها اثبات شده، نیازهای بهداشت روان بیماران مبتلا به این بحران نسبتاً نادیده گرفته شده است؛ چرا که عمده توجه برنامه‌ریزان حوزه‌های مختلف کشورها، به برطرف کردن مشکلات اقتصادی ناشی از این ویروس و نیازهای بهداشتی است (اله‌ای، یانگ، مک‌کی و آسمندسون، ۲۰۲۰).

ابتلا به کرونا و بستری متعاقب آن، معمولاً بر کیفیت زندگی^۳ افراد اثر منفی دارد (گایدا و کارپتری، ۲۰۲۱). مفهوم کیفیت زندگی به‌طور گسترده‌ای شامل نحوه رفتار یک شخص در جنبه‌های متعدد زندگی خود می‌شود. این جنبه‌ها شامل واکنش‌های احساسی فرد به وقایع زندگی، تمایلات^۴، احساس تحقق زندگی^۵ و رضایت از روابط کاری و شخصی است. کیفیت زندگی مفهومی جامع و کلی است که همه ابعاد فیزیکی، روانی، شناختی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی زندگی فرد را دربرمی‌گیرد. در بعد فیزیکی، مهم‌ترین جنبه وضعیت عملکرد فرد است (چتورویدی و مولی‌لا، ۲۰۱۶). درک از کیفیت زندگی متأثر از توانایی شخص در سنین مختلف در جهت ادامه عملکرد و انجام فعالیت‌های روزمره نظیر مراقبت از خود و رفتن به محل کار است. در بعد روانی نیز باید گفت سلامت روانی و هیجانی قسمت مهمی از کیفیت زندگی است و داشتن نگرش مثبت در ارتقای کیفیت زندگی مؤثر است (جان، ۲۰۲۱). در بعد اجتماعی-فرهنگی، نقش‌های هر فرد در خانواده و جامعه و ارتباطات اجتماعی وی از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی هستند (لیو، استیونز، کنراد و هام، ۲۰۲۰). از طرفی کیفیت زندگی، عرصه‌های متنوع زندگی مانند شرایط مالی، شغل، عشق، مذهب و همچنین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی را شامل می‌شود. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی عبارت از تصور افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به بافت فرهنگی و سیستم‌های ارزشی که در آن به سر می‌برند، با در نظر گرفتن اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌هایشان است (به نقل از کیم، پارک، شلنک و کنگ، ۲۰۱۹).

علاوه بر کاهش کیفیت زندگی، ابتلا به کووید-۱۹ سبب می‌شود قدرت تاب‌آوری^۶ مبتلایان کاهش پیدا کند (کاراتاس و تاگای، ۲۰۲۱). تاب‌آوری قدرت سازگاری مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار زندگی به‌شمار می‌رود (گراسمن، هافمن، پالگی و شیرا، ۲۰۲۱). نمی‌توان چنین تصور کرد که تاب‌آوری فقط مقاومت منفعل در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده است، بلکه فرد تاب‌آور مشارکت‌کننده فعال و سازنده محیط خود به‌رغم وجود مشکلات و تنگناها است. تاب‌آوری به‌عنوان فرایند پویای

1. COVID-19
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)
3. quality of life
4. disposition
5. sense of life fulfilment
6. resilience

روان‌شناختی می‌تواند پاسخ‌های افراد را در موقعیت‌های چالش‌برانگیز و تنیدگی‌زای زندگی، تحت تأثیر قرار دهد و با مهار احساسات، عواطف و هیجان‌ها، موجب عملکرد بهتر آن‌ها در این موقعیت‌ها شود. این فرایند، سازگاری موفق با شرایط ناگوار را در افراد افزایش می‌دهد و سبب می‌شود فرد با گذر از شرایط تنش‌زا، پیامدهای سالم روان‌شناختی و محیطی را تجربه کند (توماس و آسلین، ۲۰۱۸). تاب‌آوری شامل حفظ آرامش در شرایط استرس، انعطاف‌پذیری در مواجهه با موانع، اجتناب از راهبردهای فرسایشی، حفظ خوش‌بینی و احساسات مثبت به هنگام دشواری‌ها است (مظفری، ۱۳۹۸). استنسما، هیجیر و استالن (۲۰۰۷) نشان دادند تاب‌آوری با بهره‌گیری از راهبردهای مؤثر مانند راهبردهای مقابله‌ای فعال و سازنده، جست‌وجوی حمایت اجتماعی، خوددلگرم‌سازی، افکار مثبت و خوش‌بینی سبب افزایش توان روانی می‌شود و در مقابل، راهبردهای مقابله‌ای غیرمفید مانند واکنش‌های افسردگی، راهبردهای حل مسئله منفعلانه و اجتنابی را کاهش می‌دهد. افراد تاب‌آور دارای جهت‌گیری مشخصی در زندگی‌اند، در ارتباط با دیگران و خود نقش حمایت‌گرانه دارند و قدرت درونی آن‌ها سبب می‌شود در برابر آسیب‌های روان‌شناختی مقاوم‌تر باشند (یکمن، ویس، شپیروز و هوگل، ۲۰۱۹).

به‌منظور بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی بهبودیافتگان کرونا، تاکنون روش‌های مداخله‌ای زیادی به‌کار گرفته نشده است، اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ از جمله درمان‌هایی است که کارایی بالینی آن در جهت بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی بیماران مختلف در پژوهش‌های گوناگون نشان داده شده است (رزیم‌پوش، رضانی، ماردپور و کولیوند، ۱۳۹۷؛ پاشنگ و خوش‌لهجه صدق، ۱۳۹۸؛ فرخزادیان، احمدیان و عندلیب، ۱۳۹۸؛ رویین‌تن، آزادی، افشین و امینی، ۱۳۹۸؛ محمدی و صوفی، ۱۳۹۸؛ هاشمی، افشاری و عینی، ۱۳۹۹؛ شهبابی، احتشام‌زاده، عسگری و مکوندی، ۱۳۹۹؛ کاویانی، بختیارپور، حیدری، عسگری و افتخارصعادی، ۱۳۹۹؛ فتحی، پویامنش، قمری و فتحی اقدام، ۱۳۹۹؛ بهاتاب و ال‌هادی، ۲۰۲۱؛ هیوان و همکاران، ۲۰۲۱؛ ژائو و همکاران، ۲۰۲۰؛ مورگان و همکاران، ۲۰۲۰؛ اونگ و همکاران، ۲۰۱۹؛ واین و همکاران، ۲۰۱۹). این در حالی است که نتایج مطالعات ژو، شن و ونگ (۲۰۲۱) و برگر، گارسیا، کاتانجس و تمیل (۲۰۲۱) نیز نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در دوران همه‌گیری ویروس کووید-۱۹ نیز موجب کاهش آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی شده است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با استفاده از شش فرایند مرکزی به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراجعان منجر می‌شود. پذیرش^۲، گسلس^۳، خود به‌عنوان زمینه^۴، ارتباط با زمان حال^۵، ارزش‌ها^۶ و عمل متعهدانه^۷ شش فرایندی است که در روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد کاربرد دارد (ژائو و همکاران، ۲۰۲۰). شیوه به‌کارگیری این شش فرایند بدین‌صورت است که در ابتدای درمان تلاش می‌شود مراجع در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و نظایر آن) خود پذیرش روانی بیشتری را از خود نشان دهد و در مقابل از اعمالی که کنترل نامؤثر در پی دارد، بپرهیزد. در گام دوم تلاش می‌شود تا مراجع با کسب آگاهی شناختی و روان‌شناختی، زمان حال را کانون توجه قرار دهد و این مهارت را در خود تقویت کند؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در زمان حال آگاهی یابد (اصلی‌آزاد، منشئی و قمرانی، ۱۳۹۸). در گام سوم تلاش می‌شود تا مراجع از تجارب ذهنی مورد هدف جدا شود (جداسازی شناختی^۸)؛ به شکلی که بتواند عمل مستقل از تجارب را در خود نهادینه کند. در گام چهارم، تمرکز بر خودتجسمی کاهش یابد تا مراجع داستان شخصی (مانند قربانی بودن) را که برای خود در ذهنش ساخته، رها کند. در گام پنجم، به فرد کمک می‌شود تا ارزش‌های شخصی اصلی و مهم زندگی خود را بشناسد، آن‌ها را تصریح کند و در جهت تبدیل آن‌ها به اهداف رفتاری اقدام کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). درنهایت تلاش می‌شود تا در مراجع، انگیزه لازم در جهت عمل متعهدانه ایجاد شود تا از این طریق، فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی در رأس اعمال فرد قرار گیرد (واین و همکاران، ۲۰۱۹). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سودمندی و کارکرد تجارب روان‌شناختی نظیر افکار، احساسات، خاطرات و

1. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
2. acceptance
3. defusion
4. self as context
5. present moment
6. values clarification
7. committed action
8. cognitive defusion

احساسات روان‌شناختی هدف قرار می‌گیرد و فعالیت‌های معنادار زندگی بدون توجه به وجودشان پیگیری می‌شود. فرایندهای شش‌گانه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال آن است که به افراد مختلف بیاموزد که چگونه دست از بازداری فکر بردارند، چگونه از افکار مزاحم بگسلند و چگونه هیجانات نامطبوع را بیشتر تحمل کنند (اونگ و همکاران، ۲۰۱۹).

درباره ضرورت انجام پژوهش حاضر می‌توان گفت کووید-۱۹ به دلیل قدرت پاندمی زیاد و آثار مخرب فیزیولوژیکی، رخداد بزرگ و دردناکی در زندگی انسان‌های قرن ۲۱ است که افراد مبتلا و بهبودیافته را در معرض آسیب‌های روان‌شناختی، هیجانی، عاطفی و شناختی مختلفی قرار می‌دهد و سبب بروز علائم آسیب‌های روان‌شناختی مزمن مانند افسردگی و اضطراب در آنان می‌شود (مالسزا و کازمارک، ۲۰۲۰). توجه به این فرایند، ضرورت انجام مداخله مناسب را برای بهبودیافتگان کووید-۱۹ برجسته می‌سازد؛ چنان‌که براساس نتایج پژوهش‌های پیشین، آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی در بهبودیافتگان کووید-۱۹ روبه‌رشد بوده که ضروری است با به‌کارگیری روش‌های درمانی مناسب اقدام شود؛ چرا که مداخلهٔ بهنگام سبب پیشگیری و درمان آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی همراه با این بیماری می‌شود و به‌مرور می‌تواند افراد مبتلا را به روند زندگی عادی خانوادگی و اجتماعی سوق دهد. حال با نگاهی به وجود آسیب‌های شناختی، روان‌شناختی و هیجانی در افراد مبتلا به کرونا و از سویی با نظر به کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در فروکاستن آسیب‌های شناختی و فیزیولوژیک افراد مختلف و نیز نبود پژوهشی مشابه، هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری بهبودیافتگان کووید-۱۹ است. به همین جهت فرضیهٔ زیر بررسی می‌شود: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تاب‌آوری و کیفیت زندگی بهبودیافتگان کووید-۱۹ اثربخش است.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دورهٔ پیگیری سه‌ماهه است. جامعه آماری شامل بهبودیافتگان کرونا با سابقهٔ بستری شهر بندرعباس در زمستان ۱۳۹۹ است. در پژوهش حاضر، از روش نمونه‌گیری گلوله‌برفی استفاده شد. بدین‌صورت که با پخش آگهی در گروه‌های واتس‌آپی، اینستاگرام و گروه‌های دوستان تلاش شد تا بهبودیافتگان کرونا با سابقهٔ بستری شناسایی شوند. در گام بعد، از افراد شناسایی‌شده درخواست شد اگر فرد دیگری را نیز می‌شناسند معرفی کنند تا بدین‌صورت تعداد مورد نیاز برای پژوهش حاضر (۳۰ بهبودیافته) تکمیل شود. در نهایت ۳۰ بهبودیافتهٔ کرونا با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه). گروه آزمایش، مداخلهٔ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در طی دو ماه و نیم به‌صورت هفته‌ای یک جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. این در حالی است که گروه گواه، مداخلات را دریافت نکردند و در انتظار دریافت این درمان بودند. پس از شروع مداخله، دو نفر در گروه آزمایش و یک نفر در گروه گواه از ادامهٔ حضور در پژوهش انصراف دادند. براین‌اساس، تعداد نهایی نمونه ۲۷ نفر بود (۱۳ نفر در گروه آزمایش و ۱۴ نفر در گروه گواه). به‌منظور رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت افراد برای شرکت در برنامهٔ مداخله کسب شد و از همهٔ مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی، این مداخلات را دریافت خواهند کرد. به اعضای هر دو گروه نیز اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. شایان ذکر است که پس از اتمام پژوهش، شش نفر از افراد حاضر در گروه گواه، مداخلهٔ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند و بقیه از حضور در جلسات مداخله انصراف دادند. ملاک‌های ورود به پژوهش، ابتلا به کووید ۱۹ با استفاده از آزمایش تشخیص کرونا (آزمایش واکنش زنجیره‌ای پلیمرز^۱)، PCR، بهبودیافتن از بیماری کووید-۱۹، داشتن سابقهٔ بستری در بیمارستان، داشتن تمایل به شرکت در پژوهش، داشتن حداقل سطح تحصیلات دیپلم و دریافت نکردن درمان روان‌پزشکی هم‌زمان در شش ماه اخیر بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش، داشتن بیش از دو جلسه غیبت، همکاری نکردن و انجام‌ندادن تکالیف مشخص‌شده در کلاس و نداشتن تمایل به ادامهٔ حضور در فرایند انجام پژوهش بود.

نسخه کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی^۱ (WHOQOL-BREF)

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، شامل ۲۶ سؤال است که کیفیت زندگی را در چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی اجتماعی می‌سنجد. سؤالات پرسشنامه، پنج‌گزینه‌ای است و نمره‌گذاری آن‌ها بین ۱ تا ۵ نمره است. براین اساس دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۶ تا ۱۳۰ است. کسب نمرات بیشتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالاتر است. از سال ۱۹۹۶ اعتبار و پایایی این پرسشنامه، توسط سازمان بهداشت جهانی در کشورها و فرهنگ‌های مختلف انجام شده است (واحدی، ۲۰۱۰). بونمی، پاتریک، باشنل و مارتین (۲۰۰۰) در بررسی پایایی درونی این آزمون، ضرایب ۰/۸۳ تا ۰/۹۵ را اعلام کردند. همچنین این پژوهشگران روایی محتوایی این پرسشنامه را مطلوب و ۰/۸۴ گزارش کردند. این پرسشنامه در ایران توسط نجات، منتظری، هلاکویی نایینی، محمد و مجدزاده (۱۳۸۵) استانداردسازی شد. نجات و همکاران (۱۳۸۵) روایی محتوایی^۲ و تشخیصی^۳ این پرسشنامه را مطلوب گزارش کردند. آن‌ها پایایی پرسشنامه را با استفاده از روش بازآزمایی^۴ برای حیطه‌های سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ به دست آوردند و همسانی درونی^۵ حیطه‌های مختلف آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای افراد سالم و بیمار بین ۰/۵۲ تا ۰/۸۴ محاسبه کردند. در پژوهش مرادی، ملک‌پور، امیری، مولوی و نوری (۱۳۸۹) همسانی درونی پرسشنامه ۰/۶۰ و پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

پرسشنامه تاب‌آوری^۶ (RQ)

پرسشنامه تاب‌آوری توسط کانر و دیویسون در سال ۲۰۰۳ به منظور سنجش میزان تاب‌آوری افراد طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۲۵ گویه و شامل مؤلفه‌های شایستگی فردی، اعتماد به غرایز شخصی، تحمل عواطف منفی، مهار و معنویت در افراد است. آزمودنی‌ها پاسخ خود را روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت از کاملاً نادرست (صفر) تا همیشه درست (۴) مشخص می‌کنند. امتیاز کل در این آزمون از ۰ تا ۱۰۰ است، در این پرسشنامه نمرات بالاتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر است. کانر و دیویسون (۲۰۰۳) همسانی درونی پرسشنامه تاب‌آوری را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۸۷ گزارش کردند. محمدی (۱۳۸۴) پایایی پرسشنامه کانر و دیویسون را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه و همچنین روایی آن را نیز مناسب گزارش کردند. همچنین پایایی این پرسشنامه در پژوهش مظفری (۱۳۹۸) با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش

پس از انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر شد)، بهبودیافتگان کرونا انتخاب شدند (۲۷ بیمار) و به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و استروسال، ۲۰۰۵) را در ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه در طول دو ماه و نیم دریافت کردند. شایان ذکر است که مداخلات پژوهش حاضر به صورت گروه‌های سه نفره و با رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی و پروتکل‌های بهداشتی ارائه شد. در پژوهش حاضر، از پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و استروسال، ۲۰۰۵) استفاده شد که این بسته درمانی در ایران و برای جامعه آماری بیماران در پژوهش‌های کاپوانی و همکاران (۱۳۹۹) و رویین‌تن و همکاران (۱۳۹۸) استفاده و اعتبار آن تأیید شده است.

1. World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF)
2. content validity
3. discriminate validity
4. test-retest
5. internal consistency
6. Resilience Questionnaire (RQ)

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	شرح جلسه
اول	آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، آموزش روانی، آموزش در خصوص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اهداف آن، تعریف مؤلفه‌های پژوهش و بیان هدف اجرای طرح برای افراد حاضر در پژوهش.
دوم	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها، کارآمدی به‌عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه با استفاده از استعاره مزرعه و جعبه‌ابزار، چالش با برنامه تغییر مراجع، مشخص کردن تکلیف منزل.
سوم	بررسی دنیای درون و بیرون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد، تفهیم این موضوع که کنترل مسئله است نه راه‌حل، معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل، مشخص کردن تکلیف منزل.
چهارم	بیان کنترل به‌عنوان مشکل، معرفی تمایل / احساسات / خاطرات و علائم جسمانی به‌عنوان پاسخ با استفاده از استعاره مهمان ناخوانده، مشخص کردن تکلیف منزل.
پنجم	کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی و تضعیف اثتلاف خود با افکار و عواطف همراه با تمرین پیاده‌روی با ذهن، مشخص کردن تکلیف منزل.
ششم	تأکید برای در زمان حال بودن و پرهیز از سرگردانی ذهن درون افکار، خاطرات یا خیال‌پردازی‌هایی در خصوص آثار بیماری، مشخص کردن تکلیف منزل.
هفتم	مشاهده خود به‌عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به‌عنوان مشاهده‌گر با استفاده از استعاره اتوبوس و مسافران، مشخص کردن تکلیف منزل.
هشتم	کاربرد تکنیک‌های ذهنی، الگوسازی خروج از ذهن با استفاده از استعاره قطارهای زیر پل، مشخص کردن تکلیف منزل.
نهم	معرفی مفهوم ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج و کشف ارزش‌های عملی زندگی با استفاده از استعاره قطب‌نمای ذهنی؛ مشخص کردن تکلیف منزل.
دهم	به‌کارگیری تجارب به‌دست‌آمده در زندگی واقعی و جمع‌بندی و تکلیف مادام‌العمر.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در این پژوهش، تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی صورت گرفت. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک^۱ برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین^۲ برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موجلی^۳ در بررسی پیش فرض کرویت داده‌ها و همچنین تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر^۴ برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده شد. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-23 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد میانگین سن افراد حاضر در گروه آزمایش ۴۴/۳۲ و در گروه گواه ۴۷/۲۰ سال است. همچنین در گروه آزمایش ۷ مرد (۵۳/۸۵ درصد) و ۶ زن (۴۶/۱۵ درصد) حضور داشتند. این در حالی بود که در گروه گواه ۶ مرد (۴۲/۸۵ درصد) و ۸ زن (۵۷/۱۴ درصد) حضور یافتند. این افراد دارای دامنه تحصیلات دیپلم تا فوق لیسانس بودند که در این بین در هر دو گروه آزمایش (۵ نفر معادل ۳۸/۴۶ درصد) و گواه (۶ نفر معادل ۴۲/۸۵ درصد) سطح تحصیلات دیپلم دارای بیشترین فراوانی بود.

یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد کیفیت زندگی و تاب‌آوری در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل سنجش سه‌گانه

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
کیفیت زندگی	گروه آزمایش	۶۱/۶۹	۱۱/۱۷	۷۵/۷۷	۱۱/۰۹	۱۰/۹۶
	گروه گواه	۶۲/۲۱	۱۳/۱۵	۶۱/۲۸	۱۳/۲۶	۱۳/۱۴
تاب‌آوری	گروه آزمایش	۴۸/۹۲	۷/۴۳	۶۲/۰۷	۸/۹۰	۸/۸۸
	گروه گواه	۴۷/۵۷	۹/۲۳	۴۶/۶۴	۹/۱۹	۹/۳۱

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک سنجش شدند. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو-ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای کیفیت زندگی و

1. Shapiro-Wilk test

2. Levene's test

3. Mauchly's test

4. analysis of variance with repeated measures

تاب‌آوری در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($p > 0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز با آزمون لوین سنجش شد که نتایج آن معنادار نبود. این یافته نشان داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در دو متغیر کیفیت زندگی و تاب‌آوری رعایت شده است ($p > 0/05$). از طرفی براساس نتایج آزمون t ، تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی و تاب‌آوری) معنادار نبوده است ($p > 0/05$). این در حالی بود که نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در کیفیت زندگی و تاب‌آوری رعایت شده است ($p > 0/05$).

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌منظور بررسی تأثیرات درون و بین‌گروهی برای متغیرهای کیفیت زندگی و تاب‌آوری بهبودیافتگان کووید-۱۹ با سابقه بستری

متغیرها	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
کیفیت زندگی	مراحل	۲	۳۸۱/۴۳	۳۳/۹۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷	۱
	گروه‌بندی	۱	۱۵۰۹/۳۰	۲۷/۷۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶	۱
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲	۴۳۵/۰۶	۳۸/۷۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۱
خطا	۵۶۱/۲۵	۵۰	۱۱/۲۲				
تاب‌آوری	مراحل	۲	۳۱۱/۸۶	۳۰/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵	۱
	گروه‌بندی	۱	۲۱۱۸/۱۴	۳۲/۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	۱
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲	۴۰۲/۷۷	۳۹/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲	۱
خطا	۵۰۴/۶۴	۵۰	۱۰/۰۹				

جدول ۳ نتایج آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر را نشان می‌دهد. براساس ضرایب F محاسبه‌شده، عامل زمان یا مرحله ارزیابی، تأثیر معناداری بر نمرات کیفیت زندگی و تاب‌آوری بهبودیافتگان کووید-۱۹ با سابقه بستری داشته است ($p < 0/001$). اندازه اثر نشان می‌دهد عامل زمان به‌ترتیب، ۵۷ و ۵۵ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات کیفیت زندگی و تاب‌آوری را تبیین می‌کند. علاوه‌براین، براساس ضریب F محاسبه‌شده، تأثیر عامل عضویت گروهی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) هم بر نمرات کیفیت زندگی و تاب‌آوری بهبودیافتگان معنادار است ($p < 0/001$)؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود عامل عضویت گروهی یا نوع درمان دریافتی نیز بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری بهبودیافتگان تأثیر معنادار داشته است. اندازه اثر نشان می‌دهد عضویت گروهی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) به‌ترتیب ۴۶ و ۵۱ درصد از تفاوت در نمرات کیفیت زندگی و تاب‌آوری را تبیین می‌کند. درنهایت نتایج بیانگر آن است که اثر متقابل نوع درمان و عامل زمان نیز بر نمرات کیفیت زندگی و تاب‌آوری افراد نمونه معنادار است ($p < 0/001$). بدین ترتیب نوع درمان دریافتی در مراحل مختلف ارزیابی نیز بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری بهبودیافتگان کووید-۱۹ با سابقه بستری به میزان ۶۱ و ۶۲ درصد تأثیر معنادار داشته است. توان آماری نیز حاکی از دقت آماری بالا و کفایت حجم نمونه است. در جدول ۴ مقایسه زوجی میانگین نمرات کیفیت زندگی و تاب‌آوری آزمودنی‌ها برحسب مرحله ارزیابی ارائه می‌شود.

جدول ۴. مقایسه زوجی میانگین نمرات کیفیت زندگی و تاب‌آوری آزمودنی‌ها برحسب مرحله ارزیابی

متغیر	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۶/۵۷	۱/۰۷	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۶/۴۵	۱/۰۶	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۶/۵۷	۱/۰۷	۰/۰۰۰۱
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۶/۱۱	۱/۰۷	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۵/۶۴	۱/۰۲	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۶/۱۱	۱/۰۷	۰/۰۰۰۱
			۰/۴۷	۰/۲۲	۰/۱۵

همان‌گونه که جدول ۴ نشان می‌دهد، میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای کیفیت زندگی و تاب‌آوری تفاوت معنادار دارد. این بدان معنا است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته به شکل معناداری نمرات پس‌آزمون و پیگیری کیفیت زندگی و تاب‌آوری بهبودیافتگان کووید-۱۹ با سابقه بستری را نسبت به مرحله پیش‌آزمون دچار تغییر کند. یافته دیگر این جدول نشان داد بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته را می‌توان چنین تبیین کرد که نمرات کیفیت زندگی و تاب‌آوری بهبودیافتگان کووید-۱۹ با سابقه بستری که در مرحله پیش‌آزمون دچار تغییر معنادار شده بود، توانسته این تغییر را در طول دوره پیگیری نیز حفظ کند. در یک جمع‌بندی می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب تغییر معنادار میانگین نمرات کیفیت زندگی و تاب‌آوری بهبودیافتگان کووید-۱۹ با سابقه بستری در مرحله پس‌آزمون شده و این اثر در مرحله پیگیری نیز ثابت خود را حفظ کرده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری بهبودیافتگان کووید-۱۹ انجام گرفت. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری بهبودیافتگان کووید-۱۹ با سابقه بستری تأثیر داشته است. بدین‌صورت که این درمان توانسته سبب بهبود کیفیت زندگی و تاب‌آوری آنان شود. یافته اول پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بهبودیافتگان کووید-۱۹ با نتایج پژوهش‌های زیر هم‌راستا است: فتحی و همکاران (۱۳۹۹) با اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سردرد مزمن، فرخزادیان، احمدیان و عندلیب (۱۳۹۸) با اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت علائم و کیفیت زندگی افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر، محمدی و صوفی (۱۳۹۸) با اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به سرطان، هاشمی، افشاری و عینی (۱۳۹۹) با اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سرطان، پاشنگ و خوش‌لهجه صدق (۱۳۹۸) با اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم، سرمایه روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و بهاتاب و ال‌هادی (۲۰۲۱) با اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان با اختلال در سلامت روانی. در تبیین چگونگی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بهبودیافتگان کووید-۱۹ می‌توان گفت درمان تعهد و پذیرش سبب بهبود حل مسئله شناختی رفتاری، آگاهی لحظه‌به‌لحظه از هیجانات (ذهن‌آگاهی) و پذیرش بی‌قیدوشرط مشکل است (محمدی و صوفی، ۱۳۹۸). این روند موجب می‌شود بهبودیافتگان کووید-۱۹ مهارت‌های مورد نیاز برای حل مشکلات ناشی از بیماری را در خود تقویت کنند و بتوانند مهارت‌های شناختی و رفتاری کارآمد مقابله‌ای را فراگیرند و به‌کار بندند که در نتیجه آن کیفیت زندگی آنان نیز بهبود می‌یابد. همچنین آموزش شیوه‌های مختلف چالش با افکار ناکارآمد درمورد بیماری و انتخاب رویکردی صحیح نسبت به مشکلات و مسائل می‌تواند بر کیفیت زندگی بهبودیافتگان کووید-۱۹ تأثیرگذار باشند. می‌توان گفت که در درمان پذیرش و تعهد به افراد آموزش داده می‌شود تا به‌جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت‌های چالش‌برانگیز و تنیدگی‌زا، با افزایش پذیرش روانی، برای بهبود وضعیت زندگی خود تلاش کنند و کیفیت زندگی خود را ارتقا بخشند. این در حالی است که از تکنیک‌های به‌کاررفته در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تقویت توانایی توجه بدون قضاوت به افکار، تصاویر ذهنی و خاطرات آسیب‌زای ناشی از تجارب، چالش‌برانگیز است (بهاتاب و ال‌هادی، ۲۰۲۱). از طرفی بهبودیافتگان کووید-۱۹ تجارب آسیب‌زای فراوانی در حوزه روان‌شناختی، شناختی، هیجانی، خانوادگی و ارتباطی ناشی از برجسب اجتماعی ابتلا به کووید-۱۹ دارند (الهای و همکاران، ۲۰۲۰). بر همین اساس، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با به‌کارگیری تکنیک ذهن‌آگاهی، آن‌ها را در نظاره تصاویر ذهنی توانمند می‌کند و سبب می‌شود این افراد به‌جای درهم‌آمیختگی با افکار و تصاویر ذهنی، آن‌ها را نظاره کنند و با استفاده از قدرت حل مسئله، آمیختگی فکر و عمل کمتری را تجربه کنند. این روند نیز موجب می‌شود بهبودیافتگان کووید-۱۹ با به‌کارگیری مهارت حل مسئله، چالش‌های پیش‌رو را حل و کیفیت زندگی بالاتری را تجربه کنند. در تبیینی دیگر و با در نظر گرفتن اندازه اثر به‌دست‌آمده (۶۱ درصد) برای متغیر کیفیت زندگی باید گفت درمان مبتنی بر پذیرش و

تعهد توانسته با ایجاد شش فرایند بنیادی، انعطاف‌پذیری روانی بهبودیافتگان کووید-۱۹ با سابقه بستری را بهبود بخشد و از این طریق آنان را در جهت مقابلهٔ بهنجار با مشکلات پیش‌رو توانمند سازد که این روند، چنین اندازهٔ اثر بالایی را توجیه می‌کند.

یافتهٔ دوم پژوهش مبنی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری بهبودیافتگان کووید-۱۹ هم‌راستا با نتایج پژوهش‌های زیر است: رزم‌پوش و همکاران (۱۳۹۷) با تأثیر آموزش پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری پرستاران، شهبابی و همکاران (۱۳۹۹) با اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری بیماران قلبی، کاویانی و همکاران (۱۳۹۹) تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و نگرش‌های ناکارآمد زنان مبتلا به ام‌اس، و هیوان و همکاران (۲۰۲۱) با تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای ارتقادهندهٔ سلامت در بیماران مبتلا به سرطان. درمورد سازوکار اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری بهبودیافتگان کووید-۱۹ می‌توان به نقش این درمان در ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی اشاره کرد (کاویانی و همکاران، ۱۳۹۹). زمانی که در روند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بهبودیافتگان کووید-۱۹ افزایش یافت، این افراد توانایی تفکر انعطاف‌پذیر را کسب می‌کنند و در به‌چالش کشیدن افکار ناکارآمد و غیرمنطقی خود درمورد بیماری و آثار اجتماعی آن، از توجیحات جایگزین استفاده می‌کنند، چارچوب فکری پردازش شناختی خود را به‌صورت مثبت بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌برانگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و در نتیجه از نظر روان‌شناختی تاب‌آوری بیشتری کسب می‌کنند. علاوه‌براین در طول جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پذیرش روانی افراد درمورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش و کنترل نامؤثر کاهش می‌یابد. به بهبودیافتگان کووید-۱۹ آموزش داده شد که هرگونه عملی برای کنترل یا اجتناب از تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی و بدون تلاش برای حذف، به‌طور کامل پذیرفت. همچنین بر آگاهی روانی فرد در لحظهٔ حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد و می‌آموزد خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد. این تمرینات به بهبودیافتگان کووید-۱۹ کمک می‌کند تا انطباق موفقیت‌آمیزی در مشکلات و استرس‌های ناتوان‌ساز آشکار داشته باشد و در نتیجه تاب‌آوری بهبود می‌یابد. به‌طور کلی فرایندهای مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بهبودیافتگان کووید-۱۹ می‌آموزد چگونه دست از بازداری افکار نگران‌کننده دربارهٔ بیماری و آثار آن، محدودیت‌های تصور شده و مشکلات خود بردارند و با افکار مزاحم، منفی و تکرارشونده‌شان آمیخته نشوند. این امر موجب تحمل بیشتر هیجانات و پردازش‌های شناختی نامطبوع و به‌تبع آن ارتقای تاب‌آوری در بهبودیافتگان کووید-۱۹ می‌شود. در تبیین دیگر و با در نظر گرفتن اندازهٔ اثر به‌دست‌آمده (۶۲ درصد) برای متغیر تاب‌آوری باید گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته بهبودیافتگان کووید-۱۹ را از درآمیختگی با افکار آزاردهندهٔ مربوط به بیماری برهاند و با به‌کارگیری ذهن آگاهی این افراد را یاری رساند تا آنان بتوانند قدرت مواجهه و مقابلهٔ بیشتری را کسب کنند و تاب‌آوری بیشتری را به‌دست آورند که این روند چنین اندازهٔ اثر بالایی را توجیه می‌کند.

محدودبودن دامنهٔ تحقیق به بهبودیافتگان کووید-۱۹ شهر بندرعباس، کنترل‌نشدن متغیرهای تأثیرگذار بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری بهبودیافتگان کووید-۱۹ و عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق، دیگر گروه بیماران کووید-۱۹ (مانند بیماران بدون سابقهٔ بستری، بیماران با آسیب ریوی حاد)، کنترل عوامل ذکر شده و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری بهبودیافتگان، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود در کنار درمان‌های فیزیولوژیکی و پزشکی برای افراد مبتلا، به فرایند روانی و هیجانی آنان نیز توجه کافی صورت پذیرد تا درمانگران با به‌کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای این بیماران، برای بهبود کیفیت زندگی و تاب‌آوری بهبودیافتگان اقدام عملی انجام دهند.

منابع

اصلی‌آزاد، م.، منشی، غ.، و قمرانی، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان وسواس-ناخودداری و درآمیختگی فکر و عمل در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس-ناخودداری. *فصلنامه علمی-پژوهشی علوم روان‌شناختی*. ۱۸(۷۳)، ۶۷-۷۶.

- اصلی آزاد، م.، فرهادی، ط.، و خاکی، س. (۱۴۰۰). اثربخشی واقعیت‌درمانی آنلاین بر استرس ادراک‌شده و اجتناب تجربه‌ای بهبودیافتگان کووید-۱۹. *فصلنامه روان‌شناسی سلامت*. ۱۰(۳۸)، ۱۵۶-۱۴۱.
- پاشنگ، س.، و خوش‌لهجه صدق، ا. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فرا شناختی بر کاهش علائم، سرمایه روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*. ۲۹(۲)، ۱۹۰-۱۸۱.
- رزم‌پوش، م.، رضانی، خ.، ماردپور، ع.، و کولیوند، پ. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری پرستاران. *علوم اعصاب شفای خاتم*. ۷(۱)، ۶۲-۵۱.
- رویین‌تن، س.، آزادی، ش.، افشین، ه.، و امینی، ن. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد و امیددرمانی بر کیفیت زندگی در بیماران سرطانی. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی (فرهنگ مشاوره)*. ۱۰(۲)، ۲۴۲-۲۲۱.
- شهابی، ع.، احتشام‌زاده، پ.، عسگری، پ.، و مکوندی، ب. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده بر تاب‌آوری بیماران قلبی مراجعه‌کننده به بخش بازتوانی قلب. *افق دانش*. ۳۶(۳)، ۲۹۷-۲۷۶.
- فتحی، س.، پویامنش، ج.، قمری، م.، و فتحی اقدم، ق. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سردرد مزمن. *دوماهنامه علمی-پژوهشی فیض*. ۳۴(۳)، ۳۱۱-۳۰۲.
- فرخزادیان، ع.، احمدیان، ف.، و عندلیب، ل. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت علائم و کیفیت زندگی سرپازان مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر. *مجله طب نظامی*. ۱۲(۱)، ۵۲-۴۴.
- کاویانی، ز.، بختیارپور، س.، حیدری، ع.، عسگری، پ.، و افتخارصعادی، ز. (۱۳۹۹). بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تاب‌آوری و نگرش‌های ناکارآمد زنان مبتلا به ام‌اس شهر تهران. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*. ۲۱(۱)، ۹۲-۸۴.
- محمودی، س.، و صوفی، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به سرطان. *روان‌شناسی سلامت*. ۴۸(۴)، ۷۲-۵۷.
- محمودی، م. (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء‌مصرف مواد. *پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی بالینی*. دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان. دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی تهران.
- مرادی، ا.، ملک‌پور، م.، امیری، ش.، مولوی، ح.، نوری، ا. (۱۳۸۹). مقایسه اثرات آموزش‌های عزت‌نفس، خودکارآمدی و انگیزش پیشرفت بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی. *فصلنامه کودکان استثنایی*. ۱۰(۱)، ۶۴-۴۹.
- مظفری، و. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و کنترل هیجانی همسران جانباز اعصاب و روان. *مجله طب جانباز*. ۱۱(۲)، ۶۶-۶۱.
- نجات، س.، منتظری، ع.، هلاکویی نایینی، ک.، محمد، ک.، و مجدزاده، س. ر. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: ترجمه و روان‌سنجی گونه ایران. *فصلنامه دانشکده بهداشت و بهداشت تحقیقات بهداشتی*. ۴(۴)، ۱۲-۱.
- هاشمی، ز.، افشاری، ع.، و عینی، س. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سرطان. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران*. ۲۸(۲)، ۱۷۱-۱۶۰.

References

- Anderson, R. M., Heesterbeek, H., Klinkenberg, D., & Hollingsworth, T. D. (2020). How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *The Lancet*, 395(10228), 931-934. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30567-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30567-5)
- Backmann, J., Weiss, M., Schippers, M. C., & Hoegl, M. (2019). Personality factors, student resiliency, and the moderating role of achievement values in study progress. *Learning and Individual Differences*, 72(4), 39-48.
- Bahattab, M., & AlHadi, A. N. (2021). Acceptance and commitment group therapy among Saudi Muslim females with mental health disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 19(2), 86-91.
- Berger, E., Garcia, Y., Catagnus, R., & Temple, J. (2021). The effect of acceptance and commitment training on improving physical activity during the COVID-19 pandemic. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20(3), 70-78.
- Bonomi, A. E., Patrick, D. L., Bushnell, D. M., & Martin, M. (2000). Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *Journal of*

- Clinical Epidemiology*, 53(1), 1-12.
- Chaturvedi, S. K., & Muliya, K. P. (2016). The meaning in quality of life. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 3(2), 47-49.
- Conner, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The conner – Davidson Resilience scale (CD- RISC). *Depression & Anxiety*, 18(2), 36-82.
- Cox, R. C., Jessup, S.C., Luber, M. J., & Olatunji, B. O. (2020). Pre-pandemic disgust proneness predicts increased coronavirus anxiety and safety behaviors: Evidence for a diathesis-stress model. *Journal of Anxiety Disorders*, 76(3), 102-107.
- De Bruin, Y. B., Lequarre, A. S., McCourt, J., Clevestig, P., Pigazzani, F., Jeddi, M. Z., ... & Goulart, M. (2020). Initial impacts of global risk mitigation measures taken during the combatting of the COVID-19 pandemic. *Safety science*, 128(3), 204-227.
- Elhai, J. D., Yang, H., McKay, D., & Asmundson, G. J. G. (2020). COVID-19 anxiety symptoms associated with problematic smartphone use severity in Chinese adults. *Journal of Affective Disorders*, 274(1), 576-582.
- Grossman, E. S., Hoffman, Y. S. G., Palgi, & Y., Shrira, A. (2021). *COVID-19 related loneliness and sleep problems in older adults: Worries and resilience as potential moderators*. *Personality and Individual Differences*, 168(2), 110-114.
- Guida, C., & Carpentieri, G. (2021). Quality of life in the urban environment and primary health services for the elderly during the Covid-19 pandemic: An application to the city of Milan (Italy). *Cities*, 110(4), 103-107.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2005). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Springer Science and Business Media.
- Huiyuan, L., Wong, C. L., Jin, X., Chen, J., Chong, Y. Y., & Bai, Y. (2021). Effects of Acceptance and Commitment Therapy on health-related outcomes for patients with advanced cancer: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 115(2), 1038-1044.
- John, M. T. (2021). Foundations of oral health-related quality of life. *Journal of Oral Rehabilitation*, 48(3), 355-359.
- Karataş, Z., & Tagay, O. (2021). The relationships between resilience of the adults affected by the covid pandemic in Turkey and Covid-19 fear, meaning in life, life satisfaction, intolerance of uncertainty and hope. *Personality and Individual Differences*, 172(3), 110-114.
- Kim, C., Park, H., Schlenk, E. A., Kang, S., & Se, E. W. J. (2019). The moderating role of acculturation mode on the relationship between depressive symptoms and health-related quality of life among international students in Korea. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(6), 192-197.
- Law, S., Leung, A. W., & Xu, C. (2020). *Severe acute respiratory syndrome (SARS) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): From causes to preventions in Hong Kong*. *International Journal of Infectious Diseases*, 94(3), 156-163.
- Liu, C. H., Stevens, C., Conrad, R. C., & Hahm, H. C. (2020). *Evidence for elevated psychiatric distress, poor sleep, and quality of life concerns during the COVID-19 pandemic among U.S. young adults with suspected and reported psychiatric diagnoses*. *Psychiatry Research*, 292(4), 113-115.
- Malesza, M., & Kaczmarek, M. C. (2020). *Predictors of anxiety during the COVID-19 pandemic in Poland*. *Personality and Individual Differences*, 170(5), 110-114.
- Morgan, T. A., Dalrymple, K., D'Avanzato, C., Zimage, S., Balling, C., Ward, M., & Zimmerman, M. (2020). *Conducting Outcomes Research in a Clinical Practice Setting: The Effectiveness and Acceptability of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in a Partial Hospital Program*. *Behavior Therapy*, 52(2), 272-285.
- Ong, C. W., Lee, E. B., Krafft, J., Terry, C. L., Barrett, T. S., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2019). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for clinical perfectionism. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22(4), 1004-1009.
- Steensma, H., Heijer, M. D., & Stallen, V. (2007). Effects of resilience training on the reduction of stress and depression among Dutch workers. *Quarterly of Community Health Education*, 27(2), 145-159.
- Thomas, L. J., & Asselin, M. (2018). Promoting resilience among nursing students in clinical education. *Nurse Education in Practice*, 28(1), 231-234.

- Vahedi, S. (2010). World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF): analyses of their item response theory properties based on the graded responses model. *Iranian Journal of Psychiatry*, 5(4), 140-153.
- World Health Organization (n.d). The true death toll of COVID-19. Retrieved January 13, 2021, from <https://www.who.int/data/stories/the-true-death-toll-of-covid-19-estimating-global-excess-mortality>
- Wu, D., Wu, T., Liu, Q., & Yang, Z. (2020). The SARS-CoV-2 outbreak: what we know. *International Journal of Infectious Diseases*, 94(3), 44-48.
- Wynne, B., McHugh, L., Gao, W., Keegan, D., Byrne, K., Rowan, C., ... & Mulcahy, H. E. (2019). Acceptance and Commitment Therapy Reduces Psychological Stress in Patients with Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology*, 156(4), 935-945.
- Xu, W., Shen, W., & Wang, S. (2021). Intervention of adolescent' mental health during the outbreak of COVID-19 using aerobic exercise combined with acceptance and commitment therapy. *Children and Youth Services Review*, 124(4), 1059-1064.
- Zhao, C., Lai, L., Zhang, L., Cai, Z., Ren, Z., Shi, C., Luo, W., & Yan, Y. (2020). The effects of acceptance and commitment therapy on the psychological and physical outcomes among cancer patients: A meta-analysis with trial sequential analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 140(1), 110-114.