

بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوهی اینترنتی و آنالین بر کیفیت خواب و افکار وسواسی ناشی از بیماری کرونا در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر

محمدجعفر اسودی^{۱*}، مهدی معتکف فر^۲، مسعود رضایی کوچکسرای^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بجنورد، خراسان شمالی، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بجنورد، خراسان شمالی، ایران.

۳. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بجنورد، خراسان شمالی، ایران.

فصلنامه راهبردهای نو در روانشناسی و علوم تربیتی، دوره سوم، شماره یازدهم، پاییز ۱۴۰۰، صفحات ۱-۱۱

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوهی اینترنتی و آنالین بر کیفیت خواب و افکار وسواسی ناشی از بیماری کرونا در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر می باشد. پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه شاهد بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی مراجعه کنندگان به کلینیک های روان درمانی سطح شهر مشهد بودند که به وسیلهی مصاحبهی بالینی و پرسشنامهی اختلال اضطراب فراگیر اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) تشخیص این اختلال را گرفته بودند. از میان مراجعه کنندگان، تعداد ۳۰ نفر از افراد انتخاب شدند. این افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. متغیرهای پژوهش در مرحله پیش آزمون در دو گروه مورد سنجش قرار گرفت. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر، کیفیت خواب پیتزبورگ و پرسشنامه باورهای وسواسی (OBQ) بود. پس از اتمام جلسات مداخله که طبق برنامه درمانی الگوی کابات زین و همکاران (۱۹۹۲) تنظیم شد متغیرهای پژوهش در مرحله پس آزمون در دو گروه مورد سنجش قرار گرفت. نتایج آنکوا نشان داد که با $F=۹۵$ درصد اطمینان می توان گفت میانگین گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای کیفیت خواب ($F=۵/۹۶۵$ و $p=۰/۰۳۵$) و افکار وسواسی ناشی از بیماری کرونا ($F=۶/۷۸۹$ و $p=۰/۰۳۵$) متفاوت است و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوهی اینترنتی و آنالین بر کیفیت خواب و افکار وسواسی ناشی از بیماری کرونا در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر می باشد.

واژه های کلیدی: شناخت درمانی، ذهن آگاهی، آنالین، کیفیت خواب، افکار وسواسی، کرونا، اختلال اضطراب فراگیر.

مقدمه

اختلالات اضطرابی^۱ از شایع ترین اختلالات روان پزشکی می باشند؛ به طوری که از هر ۱۰ نفر، سه نفر در طول عمر خود دچار این اختلالات می شوند. بر اساس نتایج مطالعات شایع ترین اختلال اضطرابی در کشور اختلال اضطراب فراگیر^۲ می باشد (حمیدپور، دولت شاهی و دادخواه، ۲۰۱۱). اختلال اضطراب فراگیر، با نگرانی مزمن، افراطی و غیرقابل کنترل در مورد شماری از موضوعات و اضطراب، گوش به زنگی و علائم بدنی همراه آن مشخص می شود. به بیان دقیق تر نشانگان این اختلال شامل: اضطراب و نگرانی مفرط، احساس ناتوانی در تسلط بر این نگرانی ها، وجود سه مورد از شش مورد بی قراری، زود خسته شدن، دشواری در تمرکز، تحریک پذیری، تنیدگی عضلانی و به هم خوردن خواب می باشد (سادوک و سادوک، ۲۰۱۳). سن شروع این اختلال را می توان ۱۰ سالگی به عنوان یک اختلال اصلی و اواخر ۲۳ سالگی به عنوان یک اختلال ثانویه در نظر گرفت. باین حال، میانگین سن شروع این اختلال در مطالعات مختلف بین ۹ تا ۳۳ سال گزارش شده است (نات، دیمینگل و دیویس^۳، ۲۰۱۴). پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی شیوع ۱۲ ماهه این اختلال را در ایالت متحده آمریکا را در میان نوجوانان ۹٪ و در میان بزرگسالان ۲/۹٪ ذکر کرده است. همچنین شیوع این اختلال در سایر کشورها را در دامنه ۰/۴٪ تا ۳/۶٪ گزارش کرده است (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). نسبت زن به مرد در این اختلال دوهیک است و تقریباً ۲۵ درصد بیمارانی که به درمانگاه های اختلالات روانی مراجعه می کنند به اختلال اضطراب فراگیر مبتلا هستند (سادوک، سادوک، ۲۰۱۳). در سال ۲۰۲۰ جهان درگیر نوعی از بیماری ناشناخته، مرموز و همه گیر به نام ویروس کرونا^۴ شده است. تعداد قربانیان زیاد این بیماری موجی از وسواس و افسردگی و اضطراب حاصل از قرنطینه را در کل جهان به راه انداخته است (مک اینتوش^۵، ۲۰۲۰). ناشناخته بودن بیماری در افرادی که از قبل مستعد اختلالات اضطرابی هستند ممکن است باعث بدتر شدن نشانه های بیماری شود. یکی از این نشانه ها افکار وسواسی است. افکار وسواسی مجموعه ای افکاری منفعلانه هستند که جنبه تکراری دارند، بر علل و نتایج علائم متمرکزند و مانع حل مسئله سازگارانه شده و به افزایش افکار منفی می انجامند (نولن هوکسما^۶، ۱۹۹۹؛ به نقل از خسروی، مهربانی و عزیزی مقدم، ۱۳۸۷). این نوع تفکر در برخی اختلالات هیجانی نظیر افسردگی، وسواس فکری - عملی، اضطراب فراگیر و اختلال استرس پس از حادثه مشاهده می شود (پاپاچریوک و ولز^۷، ۲۰۰۷). تاکنون پژوهش ها رابطه بین وسواس فکری با اختلال های افسردگی اساسی، اضطراب منتشر، دوقطبی، تیک، بیش فعالی تکانش گری، خوردن، اوتیسم، اسکیزوفرنی، اسکیزوتایپی (محمد زاده، یعقوبی و جعفری، ۲۰۱۰) و استرس (خلاصه زاده، ۲۰۱۴) را نشان داده اند.

¹ Anxiety Disorders

² Generaliz anxiety disorder

³ Sadock, Sadock

⁴ Nutt, deMiguel, Davies

⁵ covid19

⁶ McIntosh

⁷ Nolen-hokesema, Davis

⁸ Papajerjeyouk, Velz

بیماری کرونا و استرس ناشی از آن می تواند باعث مشکلات خواب در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی شود. بای سی، رین ولد، مانک، برمن و کوپفر^۱ کیفیت خواب را شامل تعیین الگوهای بد کاری خواب از جمله کیفیت ذهنی خواب^۲، تأخیر در به خواب رفتن^۳، طول مدت خواب^۴، خواب مفید^۵، اختلالات خواب^۶، مصرف داروهای خواب آور^۷ و اختلالات عملکرد روزانه^۸ تعریف می کنند (بایسی و همکاران، ؛ به نقل از جوادی و قربانی، ۱۳۹۷). به طور کلی، افراد مبتلا به GAD اختلال خواب را در هر دو شاخص ذهنی و عینی نشان می دهند. بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بالأخص در مقایسه با افراد سالم، زمان طولانی تر تأخیر در خواب، کاهش مدت زمان خواب، کاهش بازده کلی خواب و مدت بیداری افزایش یافته در طول خواب را گزارش می کنند (هرناندز، استیویل و کانتالاپیدرا^۹، ۲۰۱۰).

برای درمان مشکلات روان شناختی، علاوه بر درمان های دارویی، درمان های روان شناختی متعددی نیز در طول سال های متوالی ابداع شده است. امروزه با نسل سوم این نوع درمان ها مواجه هستیم که آن ها را می توان تحت عنوان کلی مدل های مبتنی بر پذیرش^{۱۰} نامید؛ مانند درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی^{۱۱}. در این درمان ها به جای تغییر شناخت ها، سعی می شود تا ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. (هایس^{۱۲}، ۲۰۱۰). به واسطه تمرین ها و تکنیک های مبتنی بر ذهن آگاهی فرد نسبت به فعالیت های روزانه خود، آگاهی پیدا می کند، به کارکرد خودکار ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می یابد و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار و احساسات و حالت های جسمانی بر آن ها کنترل پیدا می کند و ذهن روزمره و خودکار متمرکز برگزشته و آینده، رها می شود (سگال، ویلیامز و تیزدل^{۱۳}، ۲۰۰۹). ذهن آگاهی سبب افزایش پذیرش، ایجاد حس هیجانی به دور از قضاوت و با احساس گناه کمتر و پی بردن به این موضوع می شود که نیازی نیست هیجان ها کنترل یا سرکوب شوند، بلکه می توان آن ها را تحمل و تجربه کرد (آرمسترانگ و ریمز^{۱۴}، ۲۰۱۶). برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوارهای ذهنی و کاستن از افکار منفی تنش زا (کالین و همکاران^{۱۵}، ۲۰۱۶) تأثیر دارد و موجب بهبود انعطاف شناختی در افراد می شود (نوروزی، فخری، طالبی، روشندل و محمدی، ۱۳۹۶). لذا با توجه به مطالب گفته شده هدف از پژوهش حاضر

¹ Buysee, Reynolds, Monk, Berman, Kupfer

² Subjective Sleep Quality

³ Sleep Latency

⁴ Sleep Duration

⁵ Habitual Sleep Efficiency

⁶ Sleep Disturbances

⁷ Use Of Sleeping Medication

⁸ Daytime Dysfunction

⁹ Hernandez Cl.Estivill E.Cantalapiedra

¹ Acceptance based Models

² Based Cognitive Therapy Mindfulness

³ Hayes

⁴ Segal, Williams, & Teasdale

¹⁴ Armstrong, & Rimes

¹⁵ Kline, Chesin, Latorre, Miller, Hill, Shcherbakov

پاسخگویی به این سؤال است که آیا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه ی اینترنتی و آنلاین بر کیفیت خواب و افکار و سواسی ناشی از بیماری کرونا در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه شاهد بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی مراجعه کنندگان به کلینیک های روان درمانی سطح شهر مشهد بودند که به وسیله ی مصاحبه ی بالینی و پرسشنامه ی اختلال اضطراب فراگیر اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) تشخیص این اختلال را گرفته بودند. از میان مراجعه کنندگان، تعداد ۳۰ نفر از افراد به صورت در دسترس انتخاب شدند و پس از دریافت ملاک های ورود و رضایت شرکت در جلسات درمانی وارد طرح پژوهش شدند. معیارهای ورودی بیماران به پژوهش شامل دارا بودن ملاک های تشخیصی DSM برای اختلال اضطراب فراگیر به تشخیص روان شناس بالینی و روان پزشک، عدم دریافت درمان های روان شناختی قبل از ورود به پژوهش، داشتن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال و امضای رضایت نامه کتبی بودند و معیارهای خروجی پژوهش شامل داشتن اختلال سایکوتیک و سوء مصرف مواد، دارا بودن ملاک های کامل اختلال شخصیت در محور دو و بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته، مخالفت بیمار برای همکاری در هر زمان پژوهش بود. در مرحله بعد، این افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. متغیرهای پژوهش در مرحله پیش آزمون در دو گروه مورد سنجش قرار گرفت. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر، کیفیت خواب پیتزبورگ و پرسشنامه باورهای وسواسی (OBQ) بود. پس از اتمام مرحله پیش آزمون، اعضای گروه آزمایش تحت ۸ جلسه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی که طبق الگوی کابات-زین و همکاران (۱۹۹۲) که دستورالعمل جلسات آن در کتاب شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای افسردگی (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲) آمده است قرار گرفتند. جلسات مداخله به سبب شرایط ناشی از پاندمی کرونا و لزوم رعایت فاصله گذاری اجتماعی به صورت اینترنتی و آنلاین انجام گرفت. پس از اتمام جلسات، متغیرهای پژوهش در مرحله پس آزمون در دو گروه مورد سنجش قرار گرفت.

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI): پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ توسط بایی، رینولدز، مونک، برمن و کوپفر در سال ۱۹۸۹ ساخته شده که پرسشنامه ای خود گزارشی است که جهت اندازه گیری کیفیت و الگوهای خواب در طی یک ماه گذشته ساخته شده است. پرسشنامه ای استاندارد است و ۱۸ گویه دارد. امتیاز هر سؤال بین ۰ تا ۳ و امتیاز هر جزء نیز حداکثر ۳ است. مجموع میانگین نمرات این هفت جزء، نمره کل ابزار را تشکیل می دهد که دامنه آن از ۰ تا ۲۱ است. هر چه نمره به دست آمده بیشتر باشد، کیفیت خواب بدتر است. نمره بیشتر از ۶ بر کیفیت خواب نامطلوب دلالت می کند. بویس و همکاران (۱۹۸۹) انسجام درونی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آوردند. در پژوهش کوشکی و هارون رشیدی (۱۳۹۸) پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

مقیاس اختلال اضطراب فراگیر اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶): مقیاس ۷ سؤالی اختلال اضطراب فراگیر اسپیتزر و همکاران، (۲۰۰۶) به عنوان یک مقیاس تشخیصی کوتاه که بتواند موارد احتمالی اختلال اضطراب فراگیر را شناسایی کرده و شدت نشانه های بالینی را نیز مشخص نماید ساخته شده است. این مقیاس دارای ۷ سؤال است که هرکدام از ۱ تا ۳ به صورت لیکرت نمره گذاری می شود. اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) همسانی درونی این مقیاس را فوق العاده (آلفای کرونباخ ۰/۹۲) و پایایی آزمون- باز آزمون آن را خوب (۰/۸۳) گزارش نموده اند. در ایران مطالعه ای توسط نائینیان و همکاران (۲۰۱۱) باهدف بررسی ویژگی های روان سنجی مقیاس ۷-GAD صورت گرفت که آلفای کرونباخ مقیاس برابر ۰/۸۵ و پایایی آزمون-باز آزمون برابر ۰/۴۸ به دست آمد.

پرسشنامه باورهای وسواسی (۲۰۰۵) (OBQ)^۱: این پرسشنامه شامل ۴۴ پرسش است که ابعاد بیماری زایی را در حیطه شناختی بیماران مبتلا به وسواس مورد ارزیابی قرار می دهد. این پرسشنامه توسط کارگروه شناخت های اختلال وسواسی طراحی و ساخته شده است. سه خرده مقیاس این پرسشنامه احساس مسئولیت برای صدمه و آسیب و ارزیابی خطر (۱۶ گویه)، کمال طلبی و نیاز به برخورداری از اطمینان (۱۶ گویه) و اهمیت و کنترل افکار (۱۲ گویه) است. این آزمون در ایران توسط شمس، قدیری، اسماعیلی و ابراهیمی، (۲۰۰۵) هنجاریابی شد که در این مطالعه آلفای کرونباخ ۰/۹۲ ضریب همبستگی به روش دو نیمه سازی ۰/۹۴، ضریب پایایی باز آزمایی ۰/۸۲ و روایی آن با دو پرسشنامه وسواس فکری - عملی (OCI-R) و وسواسی جبری مادزلی ۰/۵۰ گزارش شده است.

ساختار جلسات روان درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت آنلاین: برنامه درمانی طبق الگوی کابات-زین و همکاران (۱۹۹۲) که دستورالعمل جلسات آن در کتاب شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای افسردگی (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲) آمده است تنظیم شد و به شرح زیر انجام شد:

جلسه	محتوای جلسات
اول	معرفی اعضا؛ تعیین قوانین برنامه، گرفتن تعهدنامه؛ گرفتن پیش آزمون؛ معرفی اختلال اضطراب فراگیر؛ توضیح درباره درمان؛ آگاهی بیشتر از احساسات، افکار و حس های بدنی لحظه به لحظه و تجربه بودن هر لحظه؛ گرفتن بازخورد؛ ارائه تکالیف منزل
دوم	مرور جلسه قبل؛ توجه به احساسات و افکار، و گسترش و پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند و پرخاشگرانه؛ پی بردن به ذهن سرگردان؛ آموزش چرخه ی فکر، حس، رفتار در جهت کاهش افکار وسواسی؛ تمرین دوره تنفس سه دقیقه ای جهت انجام آن قبل از خواب؛ گرفتن بازخورد؛ ارائه تکالیف منزل
سوم	مرور جلسه قبل؛ تنفس ذهن آگاهانه؛ مهارت های پاسخگویی به فکر یا احساس ناخوشایند، افسرده وار، اضطراب زا و پرخاشگرانه؛ مراقبه نشسته و انجام تمرین هایی که توجه را به لحظه حال می آورند؛ گرفتن بازخورد؛ ارائه تکالیف خانگی
چهارم	مرور جلسه قبل؛ یادگرفتن اینکه بدون اجتناب از افراد، در لحظه حاضر باقی بمانیم و تلاطم افکار را نظاره کنیم؛ حرکت از دنیای درون فردی به سمت دنیای بین فردی؛ تمرین تنفس سه دقیقه ای؛ گرفتن بازخورد؛ ارائه تکالیف خانگی

¹ Obsessive Beliefs Questionnaire

پنجم	مرور جلسه قبل؛ تغییر عادات قدیمی افکار (شناخت امور روزمره خودکار، بی انگیزه بودن در کارها، بی نتیجه دانستن) فعالیت-ها؛ آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آن‌ها بدون قضاوت و دخالت مستقیم؛ گرفتن بازخورد؛ ارائه تکالیف خانگی
ششم	مرور جلسه قبل؛ افکار واقعیت نیستند؛ مدیریت افکار خودآیند منفی؛ تغییر خلق و افکار از طریق تلقی افکار به عنوان فقط فکر و نه واقعیت؛ تمرین تنفس سه دقیقه‌ای؛ گرفتن بازخورد؛ ارائه تکالیف خانگی
هفتم	مرور جلسه قبل؛ آموزش این مسئله که چگونه می‌توانم به بهترین شکل از خودم مراقبت کنم؛ تمرین تنفس سه دقیقه‌ای؛ گرفتن بازخورد؛ آماده کردن بیماران برای اتمام درمان؛ ارائه تکالیف خانگی
هشتم	مرور جلسه قبل؛ استفاده از آنچه تاکنون آموخته شده است جهت مقابله با خلق نامتناسب در آینده؛ مرور کل دوره درمان؛ استفاده از فنون حضور در حال برای زندگی و تعمیم آن‌ها به کل جریان زندگی؛ گرفتن پس‌آزمون؛ اتمام درمان

یافته‌ها

میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۳۱/۶۸ و انحراف استاندارد ۶/۵۱ و در گروه شاهد میانگین ۳۴/۸۱ و انحراف استاندارد ۴/۳۹ بود. در گروه آزمایش ۶ نفر (۴۰ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) دارای تحصیلات لیسانس و ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) دارای تحصیلات فوق‌لیسانس بوده‌اند. در گروه کنترل ۹ نفر (۶۰ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) دارای تحصیلات فوق‌لیسانس و ۱ نفر (۶/۷ درصد) دارای تحصیلات فوق‌لیسانس بوده‌اند.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی دو گروه در پیش‌آزمون

گروه	آماره	کیفیت خواب	افکار وسواسی
آزمایش	میانگین	۱۴/۸۸	۱۵۳/۷۴
	انحراف استاندارد	۸/۰۹	۱۲/۲۴
کنترل	میانگین	۱۵/۱۹	۱۵۰/۲۹
	انحراف استاندارد	۷/۸۸	۱۱/۶۴

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی دو گروه، در هر یک از متغیرهای پژوهش در قسمت پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی دو گروه در پس‌آزمون

گروه	آماره	کیفیت خواب	افکار وسواسی
آزمایش	میانگین	۸/۲۴	۱۱۰/۱۴
	انحراف استاندارد	۶/۲۱	۱۰/۰۸
کنترل	میانگین	۱۵/۸۱	۱۴۹/۴۱
	انحراف استاندارد	۷/۹۲	۱۱/۸۶

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی دو گروه، در هر یک از متغیرهای پژوهش در قسمت پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین های کیفیت خواب و افکار وسواسی

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	p
آزمون اثر پیلاپی	۱/۶۵	۵	۱	۸۰۲/۵	۰/۰۳
آزمون لامبدای ویلکز	۱/۵۲۳ ۰	۵	۱	۸۰۲/۵	۰/۰۳
آزمون اثر هتلینگ	۱/۳۲۵ ۴	۵	۱	۸۰۲/۵	۰/۰۳
آزمون بزرگ ترین ریشه روی	۱/۳۲۵ ۴	۵	۱	۸۰۲/۵	۰/۰۳

همان طوری که در جدول ۳ مشخص است، یافته ها بیانگر آن هستند که بین اعضای گروه های آزمایش و کنترل، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (کیفیت خواب، افکار وسواسی) تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=802/5$ و $p<0/03$). به منظور تعیین اینکه در کدام یک از متغیرهای وابسته بین گروه ها مورد مطالعه تفاوت وجود دارد از آزمون آنکوا استفاده شد.

جدول ۴. نتایج آزمون آنکوا برای بررسی تفاوت گروه ها در متغیرهای کیفیت خواب، افکار وسواسی

منبع تغییر ت	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معنی داری
گروه	کیفیت خواب	۱۰/۳۲۸	۱	۱۰/۳۲۸	۵/۹۶۵	۰/۰۳۵
	افکار وسواسی	۱۶/۵۲۴	۱	۱۶/۵۲۴	۶/۷۸۹	۰/۰۰۳
خطا	کیفیت خواب	۷۲/۷۵۶	۲۵	۲/۰۰۱		
	افکار وسواسی	۸۹/۳۴۷	۲۵	۲/۴۹۳		
کل	کیفیت خواب	۱۴۶۵۲	۳۰			
	افکار وسواسی	۱۸۳۶۴	۳۰			

نتایج آنکوا نشان می دهد که با کنترل پیش آزمون، نتایج پس آزمون برای همه متغیرهای مورد بررسی در بین گروه های مطالعه تفاوت معنی داری دارد و با ۹۵ درصد اطمینان می توان گفت میانگین گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای کیفیت خواب و افکار وسواسی متفاوت است. نتایج ارائه شده در جدول ۵ حاکی از اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیرهای ذکر شده می باشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت اینترنتی و آنلاین بر بهبود کیفیت خواب و افکار وسواسی ناشی از بیماری کرونا در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت اینترنتی و آنلاین بر بهبود کیفیت خواب و افکار وسواسی ناشی از بیماری کرونا در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر معنادار دارد. یافته اول حاکی از آن بود که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت اینترنتی و آنلاین بر کیفیت خواب به صورت معنی دار اثربخش است. نتیجه این قسمت از پژوهش نیز مؤید پژوهش های گذشته است (جوادی و قربانی، ۱۳۹۷؛ ژانگ و همکاران^۱، ۲۰۱۵). در بیماران با اختلال بی خوابی، نشخوار ذهنی مداوم فرد در مورد بخواب رفتن در طول روز یا شب منجر به برانگیختگی جسمانی و هیجانی در فرد می شود. حتی فرد ممکن است در مورد خود این افکار نیز تفکر نماید. تمرینات مبتنی بر ذهن آگاهی از جمله تنفس آگاهانه و اسکن بدن آگاهی فرد را از دامنه ای از محرک های درونی (از جمله افکار، هیجانات، حس های فیزیولوژیک) و محرک های بیرونی افزایش می دهد. این تمرینات به بیماران مبتلا به بی خوابی کمک می کند تا با هدایت توجه، بازبینی بسیار زیاد و توجه انتخابی بر روی نشانه های درونی (حس های درونی) و بیرونی (ساعت) مرتبط با خواب را تغییر دهند. همچنین در طول جلسات بیماران آموختند که ارتباط با تجاربشان (افکار، هیجانات یا حس های فیزیولوژیک) را از طریق پذیرش آن ها نه اجتناب یا کنترلشان تغییر دهند. (فرح بخش و دهقانی، ۱۳۹۵). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به فرد کمک می کند تا نسبت به کارگیری الگوهای شناختی تکراری، در مواجهه با افکار و هیجانات مرتبط با خواب که منجر به بروز استرس و آشفتگی هیجانی می گردد، آگاهی کسب کنند. بدین ترتیب بیماران با شرکت در جلسات درمان ذهن آگاهی، آموزش های لازم را در زمینه تغییر نگرش های منفی به خواب کسب نموده و یاد گرفتند چگونه کمتر درگیر افکار ناراحت کننده و نشخوار فکری شان شوند که در نتیجه سبب کاهش اضطراب و افسردگی و بدین ترتیب سلامت روان بیشتر آنان شد (پیت و هوگارد^۲، ۲۰۱۱).

یافته دوم حاکی از آن بود که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت اینترنتی و آنلاین بر افکار وسواسی به صورت معنی دار اثربخش است. نتیجه این قسمت از پژوهش نیز مؤید پژوهش های گذشته است (مقتدر، ۱۳۹۵؛ گلدین^۳، ۲۰۱۳؛ سونگ و لیندکوئیست^۴، ۲۰۱۵؛ آریانا کیا، ۲۰۱۴). در تبیین این امر می توان این طور بیان نمود که نشخوار فکری و تکرار ذهنی افکار منفی از جمله ویژگی های افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی است و این نشخوار فکری در دوران ناشی از بیماری ناشناخته کرونا به افزایش اضطراب در آنان منجر می شود. امروز استفاده از شیوه های روان درمانگری از جمله شناخت درمانی به این بیماران کمک می کند تا افکار خود را شناسایی و تغییر دهند. آموزش انعطاف پذیری روی توجه، غنی سازی ذهنی، توقف نشخوار فکری، اصلاح باورهای مثبت و منفی غلط و همچنین چالش با باورهای منفی مربوط به هیجانات باعث کاهش افسردگی و

¹ Zhang, Liu, Xie, Zhao, Shan, Zhang, Kong, Cui² Piet J Hougaard E³ Goldin, Lee, Ziv, Jazaieri, Heimberg, James⁴ Song, & Lindquist

نشخوار فکری می‌شود. درواقع این شیوه درمانی از طریق تمرکز بر زمان حال و با توجه به اتفاقات مثبت کمک می‌کند تا بیماران اضطرابی کمتر به افکار منفی توجه و آن را در ذهن نشخوار کنند و از این طریق بر کنترل اضطراب خود توانمندتر گردند (مقتدر، ۱۳۹۵). هرچند هدف اصلی ذهن آگاهی آرام سازی نیست اما مشاهده غیر قضاوتی رویدادهای منفی درونی یا برانگیختگی فیزیولوژی باعث بروز این حالت می‌شود (بروکویچ^۱، ۲۰۰۲) و به ما اجازه می‌دهد که در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت کننده‌اند دریافت کنیم. وقتی ما نسبت به زمان حال آگاه هستیم دیگر توجه ما روی گذشته یا آینده درگیر نیست درحالی که بیشتر مشکلات روانی ناشی از تمرکز برگزشته خود است و این مسئله می‌تواند نگرش‌های ناکارآمد را در بیماران کاهش دهد. (کابات زین^۲، ۲۰۰۳).

از محدودیت‌هایی که در این پژوهش وجود داشت این است که پژوهش از نوع مقطعی بوده و داده‌ها در یک مقطع زمانی خاص به دست آمد، این پژوهش صرفاً روی نمونه افراد شهر مشهد انجام شد و در تعمیم نتایج آن باید جانب احتیاط را رعایت کرد. نمونه‌گیری در دسترس از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌باشد. البته به دلیل این که گمارش افراد برای گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی بود تا حدودی این محدودیت کنترل شده است ولی باین حال باید در تعمیم پذیری نتایج جانب احتیاط را رعایت کرد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت آنلاین با سایر مداخلات روان شناختی مانند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی- رفتاری، دارودرمانی و غیره مقایسه شده و سایر درمان‌ها نیز در شرایط بیماری کرونا به صورت آنلاین انجام شده و اثربخشی آن‌ها نیز مشخص گردد.

منابع

- جواد، زهرا؛ غفرانی، مریم (۱۳۹۷). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *فصلنامه علمی پژوهشی/فقه دانش*، ۲۵ (۲)، ۱۲۶-۱۱۷.
- خسروی، معصومه؛ مهرابی، حسین علی؛ عزیزی مقدم، میعاد (۱۳۸۷). بررسی مقایسه ای مولفه های نشخوار فکری در بیماران افسرده، وسواس اجباری و افراد عادی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان*، ۱۰ (۱)، ۷۲-۶۵.
- فرحبخش، عاطفه؛ دهقانی، فهیمه (۱۳۹۵). اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و سلامت روان زنان مبتلا به اختلال بیخوابی. *مجله تنین سلامت*، ۴ (۳)، ۱۵-۸.
- کوشکی، فاطمه؛ هارون رشیدی، همایون (۱۳۹۸). اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر کیفیت خواب و درماندگی روانشناختی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲. *فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت زایل*، ۷ (۳)، ۸۴۴-۸۵۶.
- مقتدر، لیلا (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری، نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند منفی در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر. *مجله پزشکی /رومیه*، ۲۷ (۹)، ۸۳۵-۸۲۵.

¹ Borkovec

² Kabat-Zinn

- Ariana-Kia, E., Moradi, A. R., & Hatami, M. (2014). The Effectivness of Combined of Brief Behavioral Activation Therapy and Mindfulnessbased Cognitive Therapy in Patients with Major Depressive Disorder, *Journal of Clinical Psychology*, 1 (21), 15-27.
- Armstrong, L., & Rimes, K. A. (2016). Mindfulnessbased cognitive therapy for neuroticism (stress vulnerability): A pilot randomized study. *Behavior therapy*, 47(3), 287-298.
- Baer, R. A. (2011). *Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinicians Guide to Evidence Base and Application*. USA: Academic Press is an imprint of Elsevier
- Borkovec, T.D. (2002).Life in the future versus life in the present. *Clin Psychol Sci Pract*, 9(13), 76–80
- Buysee, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., Kupfer, D.J. (1989). The Pissburgh Sleep Quality Index: A New Instrument For Psychiatric Practice And Research. *Psychiatry Res*, 28(2), 193-213
- Buysse, D. J., Reynolds Iii, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
- Goldin, P.R., Lee, I., Ziv, M., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., James, G. J. (2014). Trajectories of change in emotion regulation and social anxiety during cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Behav Res Ther*, 56, 7-15.
- Hamidpour, H., Dolatshai, B., Dadkhah, A. (2011). The efficacy of schema therapy in treating women's generalized anxiety disorder. *Iran J Psych Clin Psychol*, 16(4), 420-31
- Hernandez, C.I., Estivill, E., Cantalapiedra, A. (2010). A.Impact Of Nocturi a On Sleep Quality In Patient With lowerunirary Tract Symptomps Suggesting Benign Prostatic Hyperplasia.The Nocsu Study.*Actas Urol Esp*, 34(5), 450-459
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clin Psychol Sci Pract*, 10(2), 144–56.
- Kaplan, H., Saduk, B. (2013).Summary of psychiatry, *behavioral science and clinical psychiatry*. Trans. Purafkary. [Full Text in Persian]
- Kholasezadeh, G. (2014). Frequency of obsessive-compulsive disorder and its relationship with the stress level in third year high school student Shahr Babak [Thesis for Ph.D. in Clinical Psychology]. [Yazd, Iran]: Islamic Azad University, Yazd Branch; [Persian] [Link]
- Kline, A., Chesin, M., Latorre, M., Miller, R., Hill, L.S., Shcherbakov, A., et al. (2016). Rationale and study design of a trial of mindfulness-based cognitive therapy for preventing suicidal.
- McIntosh, K. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Hirsch MS (Ed). Uptodate.
- Mohammadzadeh, A., Yaghubi, H., Jafari, I. (2010). Comorbidity of depression and obsessive-compulsive disorder subtypes in non-clinical samples. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 12(2), 506–13. [Persian] [Link]
- Nayinian, M.R., Shoori, M. R., Sharifi, M., Hadiyan, M. (2011). Reliability and Reliability of the Scale of Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). *Daneshvar Behavior*, 3(4), 41-50.
- Nutt, D., deMiguel, B. G., Davies, S. J. C. (2014). Phenomenology of anxiety disorders. In: Blanchard, R. J., Blanchard, D. C., Griebel, G., Nutt, D. (Eds.), *Handbook of Anxiety and Fear*, 17 (pp.365-393). Oxford: Elsevier, 365-393

- O'Connor, P.J., Becker, K., Bell, S. (2017). Embracing ambiguity in the workplace: A new measure of tolerance of ambiguity. *Queensland University of Technology*, Australia.
- Papajerjeyouk, K., and Velz, A. (2007). New theories in depression disorder. Translators: Yoosefi Z, Bahrami F, Berklin M. Esfahan: Arkane Danesh. (Persian)
- Piet, J., Hougaard, E. (2011). The Effect of mindfulness based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1032-1040
- Rahimi, M., Vaezfar, S.S., Jayervand, H. (2015). Simple and Multiple Relationships with Family Emotional Climate of Tolerance for Ambiguity and Cognitive Creativity. *Innovation & Creativity In Human Science*, 5(2), 147-64. [In Persian]
- Rosenzweig, S. (2011). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 29-36.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2013). Synopsis of psychiatry behavioral sciences. Rezaei F. (translator). Tehran: Arjmand. (Persian)
- Saedi, S., Mirzaee Moein, R., Ghiasi, M., Moghaddasi, M. (2017). The Effectiveness Of Cognitive Therapy Based on Mindfulness On Severity And Pain Quality Of Patient with Migraine Hedeache. The 4 Th International Conference On Recent Innovation In Psychology Og Counseling And Behavioral Sciensec, 1, 45-57 (Persian).
- Saeedi Mobarakeh, M., Ahmadpour, A. (2013). Relationship between the ambiguity tolerance of computer students and their programming grades. *Educ Strategy Med Sci*. 5(4), 219-22. [Article in Persian]
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford press, 121-145.
- Song, Y., & Lindquist R. (2015). Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse Edu today*, 35 (1), 86-90.
- Spitzer, R, L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., Bernd, Lo'we (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder The GAD-7. *ARCH INTERN MED*, 166
- Zhang, J.X., Liu, X.H., Xie, X.H., Zhao, D., Shan, M.S., Zhang, X.L., Kong, X.M., Cui, H. (2015). Mindfulness-based stress reduction for chronic insomnia in adults older than 75 years: a randomized, controlled, single-blind clinical trial. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 11(3), 180-5.