اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس کرونا، اضطراب کرونا و پریشانی روان‌شناختی در افراد وابسته به مواد مخدر

فریبا زمانی[1]

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران، گچساران، ایران. (نویسنده مسئول).

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره ششم، شماره پنجاه و پنجم، سال ۱۴۰۰، صفحات ۵۲۳-۵۱۰

تاریخ وصول: ۱۴۰۰/۰۴/۲۹ **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۱۰**

چکیده

هدف ازانجام این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس کرونا، اضطراب کرونا و پریشانی روان‌شناختی در افراد وابسته به مواد مخدر بود. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل و همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل افراد وابسته به مواد مخدر مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد امید و زمستان شهر گچساران در سال ۱۴۰۰ بودند. ابتدا به روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و سپس به شیوه تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل). گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت. از مقیاس استرس کرونا (CSS-18) سلیمی و همکاران (۱۳۹۹)، مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS)علی پور و همکاران (۱۳۹۸) و پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی (K-10) کسلر و همکاران (۲۰۰۳) به‌منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ در دو بخش توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی) انجام پذیرفت. نتایج بیانگر این بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است استرس کرونا، اضطراب کرونا و پریشانی روان‌شناختی به‌طور معناداری بهبود بخشیده و نتایج در دوره پیگیری نیز ماندگار بوده است ($P<۰/۰۵$). نتایج حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر برای بهبود استرس کرونا، اضطراب کرونا و پریشانی روان‌شناختی در افراد وابسته به مواد مخدر مورداستفاده قرار گیرند.

کلیدواژه: درمان پذیرش و تعهد، استرس کرونا، اضطراب کرونا، پریشانی روان‌شناختی، وابستگی به مواد مخدر.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-09-17]

مقدمه

وابستگی به مواد مخدر از منظر روان‌پزشکی تحت عنوان اختلالات مرتبط با مواد تعریف‌شده است و به‌عنوان دومین اختلال روان‌شناختی شایع در جهان به شمار می‌آید (شناسا و همکاران، ۱۳۹۹). بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[1] (DSM-5) هر یک از اعتیادها و اختلالات مرتبط با مصرف مواد عبارت است از مجموعه‌ای از نشانگان شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک که نشان می‌دهند فرد به‌رغم مشکلات مهمی که برایش به وجود می‌آید به مصرف مواد ادامه می‌دهد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[2]، ۲۰۱۳). افراد وابسته به مواد مخدر، مانند هر گروهی دیگری از جامعه در دوران شیوع کرونا با مشکلاتی مواجه شده‌اند. کرونا ویروس جدید در دسامبر سال ۲۰۱۹ در ووهان[3] چین آغاز شد و ازآنجا به سایر کشورها سرایت پیدا کرد. اگرچه این ویروس منشأ خفیفی از سندرم عفونت ملایم[4] (پاونه[5] و همکاران، ۲۰۲۰) همراه با علائمی همچون سرفه، تب، سردرد و دردهای عضلانی[6] (گیوا[7] و همکاران، ۲۰۲۰) و به‌ندرت اختلالات گوارشی همراه است (جیانگ[8] و همکاران، ۲۰۲۱). از سوی کرونا ویروس جدید باعث آسیب‌های جدی ریوی[9] و مرگ می‌شود (هو[10] و همکاران، ۲۰۲۱) که این وضعیت باعث ترس از ابتلا به این بیماری و بروز مشکلات روان‌شناختی در بیماران و اضطراب مرگ[11] در آنان می‌گردد (لی[12] و همکاران، ۲۰۲۰).

پیدایش این بیماری هم‌اکنون به‌عنوان یک بحران سلامت عمومی است که چالش‌های بسیاری با خود به همراه دارد ازجمله آن‌ها می‌توان به تجربه انگ اجتماعی (ایکسو[13] و همکاران، ۲۰۲۱)، اضطراب کرونا (اعزازی بجنوردی و همکاران، ۱۳۹۹؛ سقزی و همکاران، ۱۳۹۹)، وسواس فکری-عملی (باقری شیخانگفشه و صادقی چوکامی، ۱۳۹۹) و اضطراب مرگ (لی و همکاران، ۲۰۲۰) اشاره که این موارد ازجمله تجاربی هستند که هم افراد سالم و هم افراد مبتلا به کرونا در طول دوران شیوع و ابتلا به کرونا ویروس تجربه می‌کنند. درمجموع می‌توان کرونا ویروس (کووید-۱۹) تهدیدی جدی برای سلامت جسمی و زندگی افراد ایجاد کرده و باعث مشکلات گسترده روان‌شناختی و جسمانی شده است. به‌طوری‌که در اثر تعداد فزاینده موارد مبتلا و مرگ‌ومیر ناشی از آن، هم در کادر پزشکی و هم افراد جامعه مشکلات روانی ازجمله اضطراب (دینگ[14] و همکاران، ۲۰۲۱) و استرس ایجادشده است (یان[15] و همکاران، ۲۰۲۱).

1. diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)
2. American Psychiatric Association
3. Wuhan
4. syndrome infectious mild
5. Pavone
6. myalgia
7. Giwa
8. Jiang
9. pulmonary pathologies
10. Hu
11. death anxiety
12. Lee
13. Xu
14. Ding
15. Yan

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-09-17]

شرایط ناشی از بیماری کرونا باعث بروز استرس در مردن شده است و آسیب‌های زیادی به آنان وارد کرده است. لذا می‌توان استرس ناشی از کرونا ویروس (کووید-۱۹) به‌عنوان تجربه نداشتن آرامش، عصبی بودن و نداشتن تمرکز به دلیل شیوع کرونا تعریف‌شده است (سلیمی و همکاران، ۱۳۹۹). استرس بخشی از زندگی روزمره است. استرس حالت یا فرایندی روان‌شناختی است که در هنگام وقوع‌اش فرد با حوادثی مواجه می‌شود که آن‌ها را نسبت به بهزیستی جسمی و روان‌شناختی خود تهدیدآمیز ادراک می‌کند (گریفن[۱] و همکاران، ۲۰۲۰). اختلال استرس پس از سانحه مجموعه‌ای از علائم مستمر و مکرر است که پس از تجربه یا مشاهده یک رخداد آسیب‌زا در فرد روی می‌دهد. به‌عبارتی‌دیگر، اختلال استرس پس از سانحه، از شایع‌ترین پیامدهای سلامت روان پس از بلایا و رویدادهای ترومایی و حوادث آسیب‌زا می‌باشد که این حوادث می‌توانند طبیعی[۲] و یا ساخته دست بشر[۳] باشند (بیرساو و جبیهو[۴]، ۲۰۲۱). نتایج تحقیقات اخیر نیز نشان داده است که شیوع کرونا ویروس و ترس از ابتلا به آن سبب بروز و ایجاد اختلال استرس در افراد می‌شود (ونگ[۵] و همکاران، ۲۰۲۱).

از سوی دیگر اضطراب ازجمله مشکلات روان‌شناختی است که ترس، نگرانی زیاد و رفتارهای پر هرج‌ومرج در آن‌ها رایج است و همبودی بالایی با سایر اختلالات مانند افسردگی (مک‌گرکن[۶] و همکاران، ۲۰۱۹) و اختلال خلق دارد (ادواردز[۷] و همکاران، ۲۰۱۹). اضطراب عبارت است از یک احساس منتشر بسیار ناخوشایند و مبهم دلواپسی که با یک یا چند احساس جسمی نظیر تنگی نفس، تپش قلب، تعریق، سردرد، بی‌قراری و میل به حرکت همراه می‌شود. به‌عبارتی‌دیگر، بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) اضطراب از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در جمعیت عمومی بوده که شامل یک حالت روانی یا برانگیختگی شدید توأم با ترس، تردید و نگرانی مفرط می‌باشند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اضطراب کرونا ویروس (کووید-۱۹) به‌عنوان یک نشانگر مهم در سلامت روان در طول بیماری همه‌گیر و پاندمیک کرونا ویروس برجسته شده است و با تعداد انگشت‌شماری از علائم جسمی مانند از بین رفتن اشتها، سرگیجه، بی‌خوابی و حالت تهوع مشخص می‌شود (لی[۸]، ۲۰۲۰؛ به نقل از میلمن[۹] و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس پیشینه پژوهش بین پریشانی روان‌شناختی با اضطراب ناشی از کرونا ویروس (کووید-۱۹) رابطه وجود دارد، به‌طوری‌که پریشانی روان‌شناختی و اضطراب کرونا رابطه دو سویه‌ای باهم دارند و می‌توانند همدیگر را پیش‌بینی کنند (پتزولد[۱۰] و همکاران، ۲۰۲۰). پریشانی روان‌شناختی به‌عنوان تجربه اضطراب، استرس و افسردگی توصیف‌شده است.

1. Griffin
2. natural
3. man-made
4. Biresaw & Gebeyehu
5. Wong
6. McCracken
7. Edwards
8. Lee
9. Milman
10. Petzold

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-09-17]

به‌عبارتی‌دیگر، پریشانی روان‌شناختی به‌عنوان احساس عصبی بودن[1]، ناامیدی[2]، بی‌قراری[3] یا بی‌احتیاطی[4] تعریف‌شده است که فرد به‌واسطه آن انگیزه انجام هیچ‌گونه فعالیتی را ندارد (هائو[5] و همکاران، ۲۰۲۰). با توجه به مشکلاتی که کرونا برای افراد مختلف به‌ویژه افراد وابسته به مواد مخدر ایجاد کرده ارائه مداخلات درمانی و روان‌شناختی برای بهبود مشکلات افراد وابسته به مواد مخدر اهمیت دارد. یکی از مداخلاتی که می‌تواند نقش مهمی در بهبود مشکلات روان‌شناختی داشته باشد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان درمان شناختی موج سوم[6] که توسط هیز[7] (۲۰۰۴) توسعه داده‌شده است که اصول رفتاری، ذهن‌آگاهی و پذیرش را باهم ترکیب می‌کند (هیز و همکاران، ۲۰۱۶).

در این درمان، ذهن‌آگاهی به حالتی از آگاهی اشاره دارد که بر بودن در لحظه حال تمرکز دارد (هیز و همکاران، ۲۰۰۲). پذیرش به انجام تمرینات مبتنی بر پذیرش (تمرینات تمایل[8]) همه رویدادهای ذهنی (مانند افکار و هیجانات) بدون تغییر، اجتناب یا کنترل آن‌ها اشاره دارد (هیز[9] و همکاران، ۲۰۰۶؛ هیز و همکاران، ۲۰۱۲). درمان پذیرش و تعهد که از گسترش درمان شناختی-رفتاری شکل‌گرفته است (مک‌کلوره[10] و همکاران ۲۰۲۰) و هدف آن ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (ورنر[11] و همکاران ۲۰۲۰)، شناسایی و کم کردن خطای شناختی، کنترل مشکل و تحلیل منطقی مشکلات است (سولوشوور[12] و همکاران، ۲۰۲۰). این شیوه از طریق آموزش پذیرش روانی، آگاهی روانی، گسلش شناختی، روشن‌سازی ارزش‌ها و ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود (فلوجاس کانتریراس و گومز[13]، ۲۰۱۸). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برخلاف درمان‌های شناختی رفتاری به‌طور مستقیم بر تغییر افکار و احساسات تأکید نمی‌شود، بلکه به افراد آموزش داده می‌شود تا آگاه باشند، شرایط را بپذیرند و بدون قضاوت و ارزیابی، مشاهده کنند (فانگ و دینگ[14]، ۲۰۲۰). این شیوه به افراد کمک می‌کند تا ارزش‌های خود را شناسایی و با توضیح درباره آن‌ها و با استفاده از استعاره‌ها تلاش کنند تا مفهوم عمل متعهدانه و مبتنی بر ارزش‌ها را بهبود بخشند (هیل[15] و همکاران، ۲۰۲۰).

1. nervous
2. hopeless
3. restless
4. fidgety
5. Hao
6. third-wave cognitive therapy
7. Hayes
8. willingness exercises
9. Hayes
10. McClure
11. Werner
12. Sloshower
13. Flujas-Contreras & Gómez
14. Fang & Ding
15. Hill

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-09-17]

بر اساس این درمان افراد نباید سعی کنند تجارب خود را تغییر دهند و به‌جای آن باید تجارب خود را بدون قضاوت بپذیرند. درنتیجه مزیت عمده این درمان نسبت به درمان‌های دیگر در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی به‌منظور تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است. درنتیجه فرآیند اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال آن است که به افراد یاد دهد چگونه دست از بازداری فکری بردارند، چگونه از افکار مزاحم جدا شوند و چگونه هیجان‌های نامطبوع را بیشتر تحمل کنند (هیز و همکاران ۲۰۱۶). ازآنجاکه لزوم ارائه مداخله روان‌شناختی جهت بهبود وضعیت روان‌شناختی افراد وابسته به مواد مخدر بیش‌ازپیش احساس می‌گردد؛ لذا مطالعه حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به چه میزان بر استرس کرونا، اضطراب کرونا و پریشانی روان‌شناختی در افراد وابسته به مواد مخدر مؤثر است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر ازنظر هدف کاربردی و ازنظر روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری ۲ ماهه بوده است. جامعه آماری پژوهش شامل افراد وابسته به مواد مخدر مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد امید و شکوفه زمستان گچساران کهگیلویه و بویراحمد در سال ۱۴۰۰ بودند. نمونه‌گیری در طی دو مرحله صورت گرفت در مرحله اول به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۰ نفر داوطلب انتخاب شدند و این ۳۰ نفر در مرحله دوم به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در دو گروه تقسیم شدند (۱۵ نفر به‌عنوان گروه آزمایش و ۱۵ نفر دیگر به‌عنوان گروه کنترل). ازآنجایی‌که در تحقیقات مشابه و منابع روش تحقیق حجم هر گروه ۱۵ نفر پیشنهاد گردیده است (سرمد و همکاران، ۱۳۹۸)، در این پژوهش نیز هر گروه ۱۵ نفر انتخاب گردید. رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و گذشتن حداقل یک سال از ابتلا به مواد مخدر در فرد نمونه از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. عدم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، استفاده همزمان از دیگر درمان‌های روان‌شناختی یا آموزشی غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی پذیرش و تعهد از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. حفظ حریم خصوصی و احترام به حقوق افراد نمونه، توضیح هدف تحقیق برای آنان، کسب رضایت آگاهانه، اختیاری بودن پژوهش و حق خروج از تحقیق، بدون ضرر بودن درمان پذیرش و تعهد، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به افراد نمونه و همچنین از ارائه جلسات درمان پذیرش و تعهد به‌صورت فشرده به افراد گروه کنترل بعد از اجرای پس‌آزمون و پیگیری از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. در این تحقیق از آمار توصیفی چون میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد. همچنین نرم‌افزار تحلیل داده‌ها SPSS نسخه ۲۴ بود.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-09-17]

جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اقتباس از هیز و همکاران (۲۰۱۶)

جدول ۱. جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	اهداف	محتوا	تکلیف
اول	آشنایی با قوانین و کلیاتی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی درباره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-
دوم	آشنایی با برخی از مفاهیم درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ازجمله تجربه اجتناب، آمیختگی و پذیرش روانی	سنجش مشکلات درمان‌جویان از نگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد. تهیه فهرستی از مزایا، معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات	شناسایی موقعیت‌های اجتنابی و اجازه دادن به رفت‌وآمد افکار منفی بدون اینکه با آن‌ها مبارزه یا عمداً از آن‌ها جلوگیری شود.
سوم	اجرای فنون درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مانند جداسازی شناختی، آگاهی روانی، خود تجسمی	بررسی تکالیف خانگی، تصریح ناکارآمدی، کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها، آموزش جداسازی شناختی، آگاهی روانی و خودتجسمی	گاهی از اینجا و اکنون و علاقه‌مندی به‌جای فرار ازآنچه هم‌اکنون در جریان است.
چهارم	آموزش فنون درمانی، آگاهی هیجانی، آگاهی خردمندانه (استعاره قربانی خود)	بررسی تکالیف خانگی، جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت به‌طوری‌که به انعطاف‌پذیری روانی و هیجانات مثبت منجر شود.	تمرکز بر تمام حالات روانی، افکار و رفتار در لحظه بدون هیچ‌گونه قضاوتی.
پنجم	آموزش فنون درمانی خود به‌عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن‌آگاهی	بررسی تکالیف خانگی، ارتباط بازمان حال و در نظر گرفتن خود به‌عنوان زمینه و آموزش فنون ذهن‌آگاهی به‌منظور پذیرش هیجان‌های منفی	تلاش در جهت کسب حس تعالی‌یافته با استفاده از فنون آموزش‌دیده.
ششم	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و روشن‌سازی ارزش‌ها و آموزش تنظیم هیجان‌ها (استعاره فنجان بد)	بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش‌های زندگی درمان‌جویان و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها. تهیه فهرستی از موانع پیش رو در تحقق ارزش‌ها و ایجاد هیجان‌های مثبت.	شناسایی ارزش‌های شخصی اصلی و طرح‌ریزی اهداف بر اساس ارزش‌ها.
هفتم	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و عمل متعهدانه و افزایش کارآمدی بین فردی (استعاره صفحه شطرنج)	بررسی تکالیف خانگی، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به‌کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها و ایجاد حس معناداری در زندگی.	تلاش متعهدانه برای رسیدن به اهداف طرح‌ریزی‌شده بر اساس فنون آموزش‌دیده
هشتم	مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده‌شده با تأکید بر تنظیم هیجان‌ها و حس معناداری در زندگی در دنیای واقعی.	بررسی تکالیف خانگی، گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها، درخواست از درمان‌جویان برای توضیح نتایج جلسات و اجرای فنون آموزش‌دیده در دنیای واقعی زندگی به‌منظور ایجاد حس معناداری و ایجاد هیجان‌های مثبت، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در دو ماه آینده.	-

ابزار پژوهش

مقیاس استرس کرونا[1] (CSS-18) سلیمی و همکاران (۱۳۹۹): این مقیاس شامل ۱۸ سوال است و نمره‌گذاری مقیاس در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد به این صورت که هرگز ۰ نمره، به‌ندرت ۱ نمره، گاهی اوقات ۲ نمره، اغلب اوقات ۳ نمره و همیشه ۴ نمره تعلق می‌گیرد. در پژوهش توسط سازندگان مقیاس روایی آن با روش تحلیل عاملی و اکتشافی تائید شد که مقدار خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA) ۰/۰۵۶ به دست آمد. همچنین پایایی مقیاس نیز با روش آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب برای حالت‌های روانی استرس ۰/۹۲، حالت‌های جسمانی استرس ۰/۸۲ و رفتارهای مرتبط با استرس ۰/۵۷ و کل پرسشنامه ۰/۹۱

[1]. Corona Stress Scale (CSS-18)

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-09-17]

به‌دست‌آمده است (سلیمی و همکاران، ۱۳۹۹). در این پژوهش پژوهشگر پایایی پرسشنامه را بررسی و آلفای کرونباخ ۰/۸۱ برای کل سؤالات به دست آمد.

مقیاس اضطراب بیماری کرونا[1] (CDAS) علی پور و همکاران (۱۳۹۸): این مقیاس شامل ۱۸ سوال است که نمره‌گذاری مقیاس در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای صورت می‌گیرد، به این صورت که هرگز صفر نمره، گاهی اوقات ۱ نمره، بیشتر اوقات ۲ نمره و همیشه ۳ نمره تعلق می‌گیرد. نمره ۰ تا ۱۶ نشان‌دهنده عدم اضطراب یا خفیف، نمره ۱۷ تا ۲۹ نشان‌دهنده اضطراب متوسط و نمره ۳۰ تا ۵۴ نشان‌دهنده اضطراب شدید بیماری کرونا است. در پژوهش توسط سازندگان مقیاس روایی آن با روش تحلیل عاملی تائید شد که مقدار خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب ۰/۰۸۶ به دست آمد. همچنین پایایی مقیاس نیز با روش آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب برای علائم روانی ۰/۸۸، علائم جسمانی ۰/۸۶ و کل مقیاس ۰/۹۹ به دست آورده‌اند (علی پور و همکاران، ۱۳۹۸). در پژوهش‌های دیگر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷(اعزازی بجنوردی و همکاران، ۱۳۹۹)، ۰/۹۵(عینی و همکاران، ۱۳۹۹) و ضریب ۰/۸۴ به‌دست‌آمده است (سقزی و همکاران، ۱۳۹۹). در پژوهش حاضر پایایی سیاهه بررسی و آلفای کرونباخ ۰/۹۱ برای کل سؤالات گزارش‌شده است.

پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر[2] (K-10) کسلر و همکاران (۲۰۰۳): این پرسشنامه شامل ۱۰ سوال است. نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد به این صورت که هیچ‌وقت ۱ نمره، اوقات محدودی ۲ نمره، گاهی اوقات ۳ نمره، اکثر اوقات ۴ نمره و تمام اوقات ۵ نمره تعلق می‌گیرد (برویجنیکز[3] و همکاران، ۲۰۲۰). نمره ۱۰ تا ۱۵ نشان‌دهنده پریشانی پایین، ۱۶ تا ۲۱ پریشانی متوسط، ۲۲ تا ۲۹ پریشانی بالا و ۳۰ تا ۵۰ پریشانی خیلی بالا می‌باشد (پریرا[4] و همکاران، ۲۰۱۹). در داخل ایران برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده‌شده است که ضریب ۰/۹۵(بهبهانی مندنی زاده و همائی، ۱۳۹۹) و ضریب ۰/۸۵ گزارش‌شده است (رمضانی و بختیاری، ۱۳۹۷). در یک پژوهش برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده و ضریب ۰/۸۸ محاسبه و روایی محتوایی مورد تائید قرارگرفته است (یوسفیان و همکاران، ۱۳۹۸). روایی ملاکی این پرسشنامه از طریق محاسبه نقطه برش آن‌که بازتابی از همبستگی‌اش با متغیر ملاک (فرم مصاحبه تشخیصی بین‌المللی مرکب[5]) می‌باشد، تائید می‌شود که نقطه برش آن نیز ۸ اعلام‌شده است (یعقوبی، ۱۳۹۴). روایی پرسشنامه با متغیر فراهیجان مثبت ۰/۳۳- و فراهیجان منفی ۰/۳۲ به‌دست‌آمده است که نشان‌دهنده روایی همگرای و واگرای پرسشنامه است (بهبهانی مندنی زاده و همائی، ۱۳۹۹). در بررسی-های خارج از کشور پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ بررسی‌شده است که ضریب ۰/۵۶(آسامیکا و اوجاسانیا[6]، ۲۰۱۹)، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به‌دست‌آمده است (برویجنیکز و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین مطالعه‌ای دیگر نشان داده است که این پرسشنامه

[1]. Corona Disease Anxiety Scale (CDAS)
[2]. Kessler Psychological Distress Scale (K-10)
[3]. Bruijniks
[4]. Pereira
[5]. Composite International Diagnostic Interview (CIDI)
[6]. Osamika & Ojasanya

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-09-17]

از پایایی بالایی برخوردار است و ضریب ۰/۹۳ گزارش‌شده است (رومرو[1] و همکاران، ۲۰۲۱). در پژوهش حاضر پایایی سیاهه بررسی و آلفای کرونباخ ۰/۷۳ برای کل سؤالات گزارش‌شده است.

یافته‌ها

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار استرس کرونا، اضطراب کرونا و پریشانی روان‌شناختی (تعداد هر گروه ۱۵ نفر)

متغیرهای وابسته	مرحله سنجش	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
استرس کرونا	پیش‌آزمون	۳۵/۱۳	۰/۹۹۰	۳۵/۶۰	۰/۹۱۰
	پس‌آزمون	۲۷/۴۰	۲/۴۷۳	۳۴/۹۳	۱/۷۵۱
	پیگیری	۲۸/۰۰	۳/۳۳۸	۳۴/۸۰	۱/۸۹۷
اضطراب کرونا	پیش‌آزمون	۳۴/۸۷	۰/۶۴۰	۳۵/۳۳	۰/۷۲۴
	پس‌آزمون	۲۷/۳۳	۲/۵۲۶	۳۴/۷۳	۱/۶۲۴
	پیگیری	۲۷/۵۳	۲/۶۹۶	۳۴/۴۷	۱/۷۲۷
پریشانی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۱۵/۱۳	۱/۱۲۵	۱۵/۳۳	۰/۷۲۴
	پس‌آزمون	۱۲/۰۰	۱/۱۹۵	۱۵/۱۳	۰/۹۱۵
	پیگیری	۱۲/۲۷	۱/۱۰۰	۱۵/۲۰	۰/۹۱۴

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار استرس کرونا، اضطراب کرونا و پریشانی روان‌شناختی گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در افراد نمونه را نشان داده است. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، برای رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های امباکس، کرویت موچلی و لوین بررسی شد. ازآنجاکه آزمون امباکس برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس رد نشد. همچنین معنادار نبودن هیچ‌یک از متغیرها در آزمون لوین نشان داد که شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است و میزان واریانس خطای متغیر وابسته در تمام گروه‌ها همگن است و به همین دلیل می‌توان برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس کرونا، اضطراب کرونا و پریشانی روان‌شناختی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده‌شده است. بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی مشخص کرد که این آزمون نیز برای متغیرهای وابسته معنادار است؛ بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نمی‌شود ($P<۰/۰۰۱$). ازاین‌رو از آزمون گرین هاوس گیزر به‌منظور بررسی نتایج آزمون تک‌متغیره برای اثرات درون گروهی و اثرات متقابل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ و ۴ آمده است.

[1]. Romero

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-09-17]

جدول ۳. تحلیل اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر استرس کرونا، اضطراب کرونا و پریشانی روان‌شناختی

متغیرهای پژوهش	منابع تغییر		F	مقدار احتمال	مجذور اتا	توان آماری
استرس کرونا	درون گروهی	زمان	۸۶/۲۰۶	۰/۰۰۱	۰/۷۵۵	۰/۹۹۹
		زمان*گروه	۵۸/۴۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۷۶	۰/۹۹۹
	بین گروهی	گروه	۶۰/۹۲۰	۰/۰۰۱	۰/۶۸۵	۰/۹۹۹
اضطراب کرونا	درون گروهی	زمان	۱۰۶/۲۱۷	۰/۰۰۱	۰/۷۹۱	۰/۹۹۹
		زمان*گروه	۷۱/۷۴۸	۰/۰۰۱	۰/۷۱۹	۰/۹۹۹
	بین گروهی	گروه	۷۸/۶۷۵	۰/۰۰۱	۰/۷۳۸	۰/۹۹۹
پریشانی روان‌شناختی	درون گروهی	زمان	۵۷/۸۰۴	۰/۰۰۱	۰/۶۷۴	۰/۹۹۹
		زمان*گروه	۴۶/۰۶۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲۲	۰/۹۹۹
	بین گروهی	گروه	۴۴/۵۹۴	۰/۰۰۱	۰/۶۱۴	۰/۹۹۹

نتایج جدول ۳- نشان می‌دهد، تحلیل واریانس استرس کرونا، اضطراب کرونا و پریشانی روان‌شناختی برای عامل بین گروهی ($P<۰/۰۰۱$) معنادار است. این بدین معناست که در استرس کرونا، اضطراب کرونا و پریشانی روان‌شناختی بین دو گروه آزمایش و کنترل در طی مراحل پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد که حاکی از تأثیر مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. برای بررسی تفاوت‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در هریک از متغیرها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج این آزمون در جدول ۴- مشاهده می‌شود.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی استرس کرونا، اضطراب کرونا و پریشانی روان‌شناختی

متغیرهای پژوهش	میانگین تعدیل شده		تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	مقدار احتمال
استرس کرونا	پیش‌آزمون	۳۵/۳۷	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۴/۲۰۰*	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۳۱/۱۷	پیش‌آزمون-پیگیری	۳/۹۶۷*	۰/۰۰۱
	پیگیری	۳۱/۴۰	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۲۳۳	۰/۹۹۹
اضطراب کرونا	پیش‌آزمون	۳۵/۱۰	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۴/۰۶۷*	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۳۱/۰۳	پیش‌آزمون-پیگیری	۴/۱۰۰*	۰/۰۰۱
	پیگیری	۳۱/۰۰	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۳۳	۰/۹۹۹
پریشانی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۱۵/۲۳	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱/۶۶۷*	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۳/۵۷	پیش‌آزمون-پیگیری	۱/۵۰۰*	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۳/۷۳	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۱۶۷	۰/۱۶۸

* در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است.

به‌منظور مشخص نمودن اینکه استرس کرونا، اضطراب کرونا و پریشانی روان‌شناختی در کدام مرحله با هم تفاوت معنی‌داری دارند از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد که به مقایسه دوبه‌دو میانگین‌ها پرداخته‌شده است. جدول ۵- نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس کرونا، اضطراب کرونا و پریشانی روان‌شناختی در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنی‌داری داشته است. همان‌که نتایج جدول نشان می‌دهد «تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون» و «تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پیگیری» بیشتر و معنادارتر از «تفاوت میانگین پس‌آزمون و پیگیری» است که این نشان‌دهنده آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پیگیری ماندگار بوده است.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-09-17]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف ازانجام این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس کرونا، اضطراب کرونا و پریشانی روان‌شناختی در افراد وابسته به مواد مخدر بود. نتایج بیانگر این بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است استرس کرونا، اضطراب کرونا و پریشانی روان‌شناختی به‌طور معناداری بهبود بخشیده و نتایج در دوره پیگیری نیز ماندگار بوده است. این نتیجه به‌دست‌آمده با نتایج تحقیقات مک‌کلوره و همکاران (۲۰۲۰)، ورنر و همکاران (۲۰۲۰)، سولوشوور و همکاران (۲۰۲۰) همسویی دارد. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس کرونا می‌توان گفت استفاده از فنون گلسش و پذیرش در فرآیند مداخله درمانی پذیرش و تعهد سبب می‌شود که فرد با آگاهی از هیجانات منفی خود، کمتر از وجود آن‌ها احساس رنج نمایند. بر این اساس با استفاده از فنون پذیرش و گسلش، هیجانات ناخوشایند سیری نزولی در پیش‌گرفته و باعث می‌شود که افراد وابسته به مواد مخدر توانمندی بیشتری را در ثبات روان‌شناختی، هیجانی و زندگی خود به دست آورده و از این طریق استرس کمتری را در زندگی تجربه کنند. لذا منطقی است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس کرونا اثربخش باشد.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب کرونا می‌توان گفت که فنون مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مانند تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌توان ماندگاری نتایج درمانی را حفظ کند. به این صورت که با ترغیب افراد وابسته به مواد مخدر به شناسایی ارزش‌هایشان و تعیین اهداف اعمال، موانع و درنهایت تعهد به انجام آن‌ها در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها باوجود مشکلات، باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن اضطراب کرونا را در خود کاهش دهند. از سوی دیگر فرآیندهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این پژوهش به دنبال این بود که افراد وابسته به مواد مخدر یاد دهد، فنونی را که برای کنترل فکر به کار می‌گرفتند را رها نمایند، چگونه با افکار مزاحم و اضطراب زا در هم نیامیزند و چگونه هیجاناتشان را مدیریت و کنترل نمایند. لذا منطقی است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب کرونا مؤثر باشد.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی می‌توان گفت که فن‌های مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر کاهش آمیختگی شناختی تأکید زیادی دارند. وقتی آمیختگی شناختی کاهش یابد یعنی محتوای افکار فرد گسلیده شده است. تمرینات گسلش شناختی به افراد وابسته به مواد مخدر می‌آموزد که افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات، خاطره را فقط خاطرات و احساسات بدنی را فقط احساسات بدنی ببینند. هیچ‌یک از رویدادهای درونی وقتی تجربه می‌شوند ذاتاً برای سلامتی انسان آسیب‌زا نیستند. آسیب‌زا بودن آن‌ها ازآنجا ناشی می‌شود که تجارب آن‌ها باید حذف و کنترل شوند. به اعتقاد هیز و همکاران (۲۰۱۶) درمانگر از طریق فرایند گسلش شناختی به مراجع می‌آموزد که رویدادهای درون را همان‌گونه که هستند ببیند، نه آن‌طور که خود آن رویدادها می‌گویند و این باعث می‌شود پذیرش بهتر صورت گیرد. بنابراین پذیرش و تعهد درمانی از طریق راهبردهای شناختی و هیجانی موجب تصحیح و کاهش پریشانی روان‌شناختی می‌شود. لذا منطقی است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی اثربخش باشد. در استفاده از نتایج باید دقت داشت که یافته‌های این تحقیق، محدود به افراد وابسته به مواد مخدر شهر گچساران بوده است، بنابراین استفاده‌کنندگان از نتایج این پژوهش در تعمیم نتایج به افراد وابسته به مواد مخدر در دیگر شهرها باید محتاطانه عمل نمایند. محدود بودن ابزار پژوهش به ابزارهای خود گزارشی (پرسشنامه) از دیگر محدودیت‌های پژوهش

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-09-17]

حاضر است؛ ممکن است افراد وابسته به مواد خواسته باشند خود را بهتر ازآنچه هستند خود نشان دهند و در پاسخ به سؤالات سوگیری داشته باشند و یا با بی‌دقتی پرسشنامه‌ها را تکمیل کرده باشند؛ ممکن است این بی‌دقتی و یا سوگیری آزمودنی‌ها نتایج این تحقیق را تحت تأثیر این نکته قرارگرفته باشد. برای تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج پیشنهاد می‌شود دانشجویان و پژوهشگران در آینده چنین پژوهش‌هایی را در سایر شهرها بر روی افراد وابسته به مواد مخدر تکرار کنند تا شواهد بیشتری از روابط به‌دست‌آمده فراهم شود. در پژوهش‌های آتی در صورت امکان علاوه بر پرسشنامه از مصاحبه نیز استفاده گردد تا داده‌ها با دقت بیشتری جمع‌آوری شود. به این صورت که با مصاحبه بر روی افراد وابسته به مواد تجارب زیسته آنان از بیماری اعتیاد و مشکلات آنان جمع‌آوری شود و بر اساس مضامین گردآوری‌شده سؤالات طراحی و متناسب با آن درمان‌های موج سوم مانند درمان تعهد و پذیرش به این افراد ارائه گردد.

محققان آینده‌ی علاقه‌مند به حوزه‌ی درمان‌های موج سوم مانند درمان پذیرش و تعهد می‌توانند اثربخشی این درمان را بر دیگر مشکلات این افراد موردبررسی و پژوهش قرار دهند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس کرونا، اضطراب کرونا و پریشانی روان‌شناختی در افراد وابسته به مواد مخدر اثربخش بود که در این راستا پیشنهاد می‌شود که مراکز مشاوره، خدمات روان‌شناختی برای بهبود استرس کرونا، اضطراب کرونا و پریشانی روان‌شناختی در افراد وابسته به مواد مخدر در کنار سایر مداخلات درمانی می‌توانند از این درمان برای کاهش مشکلات این افراد استفاده کنند. لذا نتایج این پژوهش می‌تواند برای مشاوران، روانشناسان و درمانگران حوزه خانواده کاربردی و مفید باشد. طی سال‌های اخیر، به‌کارگیری درمان‌ها و مداخلات مبتنی بر پذیرش در ایران افزایش پیداکرده است و مشخصه منحصربه‌فرد این مداخلات، استفاده از استعاره، داستان‌های متعدد به‌منظور فهم بهتر مفاهیم آن‌ها می‌باشد. این استعاره‌ها و داستان‌ها برگرفته از مفاهیم، سنن و آموزه‌های فرهنگ‌های غیر ایرانی است و فنون و مفاهیم این مدل‌ها باید بافرهنگ و زبان‌شناسی جامعه ایرانی انطباق یابد تا نتایج بهتری به دست آید. لذا مشاوران و روانشناسان بالینی حوزه خانواده می‌تواند با تأکید بر درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر فرهنگ ایرانی با برگزاری کارگاه‌ها و جلسات آموزشی در مراکز مشاوره به افراد وابسته به مواد مخدر کمک کنند.

منابع

- اعزازی بجنوردی، المیرا؛ قدم‌پور، سمانه؛ مرادی شکیب، آمنه؛ و غضبان‌زاده، رضیه. (۱۳۹۹). پیش‌بینی اضطراب کرونا بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سرسختی سلامت و اضطراب مرگ در بیماران دیابتی. *نشریه روان پرستاری*، *۸*(۲)، ۴۴-۳۴.
- باقری شیخانگفشه، فرزین؛ و صادقی چوکامی، الناز. (۱۳۹۹). وسواس فکری-عملی طی همه گیری کرونا ویروس ۲۰۱۹ (کووید-۱۹): نامه به سردبیر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، *۲۸*(۶)، ۲۷۰۴-۲۷۰۰.
- بهبهانی مندنی‌زاده، آناهید؛ و همائی، رضوان. (۱۳۹۹). رابطه علی انگ ناباروری و پریشانی روان‌شناختی با کیفیت رابطه زناشویی از طریق میانجی گری فراهیجان در زنان نابارور .*خانواده پژوهی*، *۱۶*(۱)، ۷۶-۵۵.
- رمضانی، بتول؛ و بختیاری، فروغ. (۱۳۹۷). اثربخشی معنویت درمانی بر اجتناب شناختی و پریشانی روان شناختی سالمندان حاضر در خانه سالمندان. *سالمندشناسی*، ۳(۳)، ۴۱-۳۲.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-09-17]

- سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس؛ و حجازی، الهه. (۱۳۹۸). *روش های تحقیق در علوم رفتاری*. ویرایش جدید. تهران؛ انتشارات آگاه. (تعداد صفحات ۴۰۶).
- سقزی، ایوب؛ یزدانی اسفیدواجانی، حمیده؛ و گل‌محمدیان، محسن. (۱۳۹۹). نقش واسطه‌ای فراشناخت و فراهیجان مثبت در رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با اضطراب کرونا. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۱*(۴۳)، ۶۲-۳۳.
- سلیمی، هادی؛ عابدینی چمگردانی، سمیه؛ قاسمی نافچی، نیکو؛ و تباشیر، سیروس. (۱۳۹۹). ساخت و اعتباریابی مقیاس استرس کرونا متناسب با سبک زندگی ایرانی. *قرآن و طب*، ۵(۴)، ۳۱-۲۳.
- شناسا، زینب؛ صفری، محمد امین؛ جوهری، علیرضا؛ زینلی، صفیه؛ و زر، عبدالصالح. (۱۳۹۹). تأثیر فعالیت ورزشی فریزبی بر خودکارآمدی، عقاید وسوسه‌انگیز و سلامت عمومی در معتادان مرد تحت درمان. فصلنامه *سلامت جامعه*، ۱۴(۲)، ۲۹-۲۰.
- علی پور، احمد؛ قدمی، ابوالفضل؛ علیپور، زهرا؛ و عبداله‌زاده، حسن. (۱۳۹۸). اعتباریابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا در نمونه ایرانی. *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۸(۳۲)، ۱۷۵-۱۶۳.
- عینی، ساناز؛ عبادی، متینه؛ و ترابی، نغمه. (۱۳۹۹). تدوین مدل اضطراب کرونا در دانشجویان براساس حس انسجام و تاب آوری: نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۱*(۴۳)، ۳۲-۱.
- یعقوبی، حمید. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روانسنجی نسخه ۱۰ سوالی پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر (۱۰). *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۶(۴)، ۵۷-۴۵.
- یوسفیان، زهرا؛ احدی، حسن؛ و کراسکیان موجناری، آدیس. (۱۳۹۸). اثربخشی معنویت‌درمانی بر پریشانی روان‌شناختی و تاب‌آوری بیماران تالاسمی. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روان‌شناختی، ۱۸*(۸۴)، ۲۲۹۳-۲۲۸۵.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5thed.). Washington, DC. American Psychiatric Press
- Biresaw, M. S., & Gebeyehu, E. T. (2021). Post-traumatic stress disorder and its associated factors among people who experienced traumatic events in east African countries, 2020: a protocol for systematic review and meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, *20*(1), 1-5.
- Bruijniks, S. J., Sijbrandij, M., & Huibers, M. J. (2020). The effects of retrieval versus rehearsal of online problem-solving therapy sessions on recall, problem-solving skills and distress in distressed individuals: An experimental study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *66*(1), 1-10.
- Ding, W., Lu, J., Zhou, Y., Wei, W., Zhou, Z., & Chen, M. (2021). Knowledge, attitudes, practices, and influencing factors of anxiety among pregnant women in Wuhan during the outbreak of COVID-19: a cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, *21*(1), 1-9.
- Edwards, J., Pananos, A. D., Thind, A., Stranges, S., Chiu, M., & Anderson, K. K. A Bayesian approach to estimating the population prevalence of mood and anxiety disorders using multiple measures. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *30*(1), 1-7.
- Fang, S., & Ding, D. (2020). The efficacy of group-based acceptance and commitment therapy on psychological capital and school engagement: A pilot study among Chinese adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *16*(1), 134-143.
- Flujas-Contreras, J. M., & Gómez, I. (2018). Improving flexible parenting with acceptance and commitment therapy: A case study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *8*(1), 29-35.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-09-17]

- Giwa, A. L., Desai, A., & Jagoda, A. (2020). Novel coronavirus COVID-19: an overview for emergency clinicians. *Emerg Med Pract*, *22*(2), 1-21.
- Griffin, M., Campos, H. C., Khramtsova, I., & Pearce, A. (2020). Stress and Anxiety Reduction in College Students through Biofeedback. *College Student Journal*, *54*(2), 258-268.
- Hao, X., Zhou, D., Li, Z., Zeng, G., Hao, N., Li, E., … & Yan, B. (2020). Severe psychological distress among patients with epilepsy during the COVID-19 outbreak in southwest China. *Epilepsia*, *61*(6), 1166-1173.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, *35* (4), 639-665.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2002). Relational frame theory: A précis. In *Relational frame theory* (pp. 141-154). Springer US.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, *44* (1), 1-25.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, *40* (7), 976-1002.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., &Wilson, K.G. (2016). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Second Edition. New York: Guilford Press
- Hill, M. L., Schaefer, L. W., Spencer, S. D., & Masuda, A. (2020). Compassion-focused acceptance and commitment therapy for women with restrictive eating and problematic body-checking: A multiple baseline across participants study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *16*(1), 144-152.
- Hu, D., Li, J., Gao, R., Wang, S., Li, Q., Chen, S., ... & Wu, X. (2021). Decreased CO2 Levels as Indicators of Possible Mechanical Ventilation-Induced Hyperventilation in COVID-19 Patients: A Retrospective Analysis. *Frontiers in Public Health*, *8*(1), 912-921.
- Jiang, M., Mu, J., Shen, S., & Zhang, H. (2021). COVID-19 with preexisting hypercoagulability digestive disease. *Frontiers in Medicine*, *7*(1), 1-10.
- Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., & Zaslavsky, A. M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of general psychiatry*, *60*(2), 184-189.
- Lee, S. A., Jobe, M. C., Mathis, A. A., & Gibbons, J. A. (2020). Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety. *Journal of anxiety disorders*, *74*(1), 1-10.
- McCracken, L. M., Badinlou, F., Buhrman, M., & Brocki, K. C. (2021). The role of psychological flexibility in the context of COVID-19: Associations with depression, anxiety, and insomnia. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *19*(1), 28-35.
- Milman, E., Lee, S. A., & Neimeyer, R. A. (2020). Social isolation and the mitigation of coronavirus anxiety: The mediating role of meaning. *Death Studies*, 1-13.
- Osamika, B., & Ojasanya, T. (2019). Influence of socio-demographic factors, perceived happiness and psychological distress on life satisfaction among civil servants in Ibadan metropolis, Nigeria. *Nigerian Journal of Psychological Research*, *15*(1), 1-10.
- Pavone, P., Ceccarelli, M., Taibi, R., La Rocca, G., & Nunnari, G. (2020). Outbreak of COVID-19 infection in children: fear and serenity. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, *24*(8), 4572-4575.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-09-17]

- Pereira, A., Oliveira, C. A., Bártolo, A., Monteiro, S., Vagos, P., & Jardim, J. (2019). Reliability and factor structure of the 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) among Portuguese adults. *Ciencia & saude coletiva*, *24*(1), 729-736.
- Petzold, M. B., Bendau, A., Plag, J., Pyrkosch, L., Mascarell Maricic, L., Betzler, F., & Ströhle, A. (2020). Risk, resilience, psychological distress, and anxiety at the beginning of the COVID-19 pandemic in Germany. *Brain and behavior*, *10*(9), 1-12.
- Romero, M., Marín, E., Guzmán-Parra, J., Navas, P., Aguilar, J. M., Lara, J. P., & Barbancho, M. Á. (2021). Relationship between parental stress and psychological distress and emotional and behavioural problems in pre-school children with autistic spectrum disorder. *Anales de Pediatría*, *1*(1), 1-10.
- Sloshower, J., Guss, J., Krause, R., Wallace, R. M., Williams, M. T., Reed, S., & Skinta, M. D. (2020). Psilocybin-assisted therapy of major depressive disorder using Acceptance and Commitment Therapy as a therapeutic frame. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *15*, 12-19.
- Werner, H., Young, C., Hakeberg, M., & Wide, U. (2020). A behavioural intervention for young adults with dental caries, using acceptance and commitment therapy (ACT): treatment manual and case illustration. *BMC Oral Health*, *20*(1), 1-8.
- Wong, S. M., Hui, C. L., Wong, C. S., Suen, Y. N., Chan, S. K., Lee, E. H., ... & Chen, E. Y. (2021). Prospective Prediction of PTSD and Depressive Symptoms during Social Unrest and COVID-19 using a Brief Online Tool. *Psychiatry Research*, 1(1), 1-10.
- Xu, J., Sun, G., Cao, W., Fan, W., Pan, Z., Yao, Z., & Li, H. (2021). Stigma, discrimination, and hate crimes in Chinese-speaking world amid Covid-19 pandemic. *Asian journal of criminology*, *1*(1), 1-24.
- Yan, L., Gan, Y., Ding, X., Wu, J., & Duan, H. (2021). The relationship between perceived stress and emotional distress during the COVID-19 outbreak: Effects of boredom proneness and coping style. *Journal of anxiety disorders*, *77*(1), 1-10.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-09-17]