خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۲، پیاپی (۴)۳۹ ص ۱۴۷-۱۵۰

Family and health Quarterly, vol13, Issue 4, Winter 2024, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.4.5.8

# بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان بر فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی در افراد بهبودیافته از بیماری ویروس کرونا

معصومه حجار کارگر،[۱] حسین اکبری امرغان*،[۲] حمید نجات،[۳] احسان ارمز[۴]

## چکیده

**مقدمه:** بیماری همه‌گیر ویروس کرونا یک رویداد ناگهانی و مخرب بود که منجر به مرگ و میر متعددی شد. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان بر فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی در افراد بهبودیافته از بیماری ویروس کرونا انجام شد.

**روش پژوهش:** روش پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه‌تجربی دوگروهی (آزمایش و کنترل) همراه با سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه) بود. جامعه آماری شامل کلیه بهبودیافتگان از ویروس ویروس کرونا بود که سه‌ماهه نخست سال ۱۴۰۰ از بیمارستان امام رضا (ع) در مشهد مرخص شده بودند. از این جامعه ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری دردسترس مبتنی بر هدف و با استفاده از ملاک‌های ورود انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری (آزمایش و کنترل) جایگزین شدند. گروه آموزش ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر هیجان گرینبرگ دریافت کردند، درحالی‌که گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه فاجعه‌پنداری سولیوان و پرسشنامه بهزیستی ذهنی کییز و ماگیارمو بود که در هر دو گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بر روی شرکت‌کنندگان اجرا شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام گردید.

**یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد میانگین نمرات فاجعه‌پنداری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، در مرحله پس‌آزمون کاهش معناداری پیدا کرد ($P<۰/۰۰۱$). همچنین میانگین نمرات بهزیستی ذهنی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، در مرحله پس‌آزمون افزایش معناداری پیدا کرد ($P<۰/۰۰۱$). این نتایج در مرحله پیگیری نیز پایدار ماند.

**نتیجه‌گیری:** بنابراین درمان مبتنی بر هیجان می‌تواند به‌عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر در کاهش فاجعه‌پنداری و ارتقاء بهزیستی ذهنی در افراد بهبودیافته از بیماری ویروس کرونا مورد توجه قرار گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** بهزیستی ذهنی، بهزیستی روانی، درمان هیجان‌مدار، فاجعه‌پنداری، ویروس کرونا

**تاریخ دریافت:** ۱۴۰۱/۱۱/۳۰ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۱۴۰۲/۳/۱۰

**استناد:** حجار کارگر معصومه، اکبری امرغان حسین، نجات حمید، ارمز احسان. بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان بر فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی در افراد بهبودیافته از بیماری ویروس کرونا، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۲؛ ۱۳(۳): ۱۵۰-۱۴۷

[۱]- دانشجوی دکتری مشاوره، گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران

[۲]- استادیار گروه علوم تربیتی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران. (نویسنده مسئول)

[۳]- استادیار گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران

[۴]- استادیار گروه ریاضی و آمار، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کریتیو کامنز http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

**مقدمه:**

از دسامبر ۲۰۱۹، جهان با یک ویروس جدید و بسیار مسری به نام ویروس کرونا مواجه شده است (۱). گسترش سریع عفونت‌ها، خطر مرگ‌ومیر و مشکلات بهداشتی مرتبط، همراه با پیامدهای اقتصادی و اجتماعی ناشی از قرنطینه، باعث ایجاد ناراحتی و ناامیدی در جوامع شده است (۲). بیماری همه‌گیر ویروس کرونا یک رویداد ناگهانی و مخرب بود که منجر به مرگ و میرهای زیادی شد و بار بیش از حد بر سیستم مراقبت‌های بهداشتی، قطع عادات اجتماعی و تغییر در چشم‌انداز زندگی داشت (۳). بحران کرونا نه تنها باعث مشکلات جسمی، بلکه سلامت روانی عموم مردم را نیز به‌طورجدی تحت تأثیر قرار داد (۴). همه‌گیری بیماری ویروس کرونا بر بهزیستی مردم در سراسر جهان تأثیر گذاشته (۵)، این بیماری باعث ایجاد یک وضعیت اضطراری بزرگ با نگرانی‌های چشمگیر در زمینه‌های بهداشتی، اقتصادی و روانی شده است (۳).

مطالعات اوزامیز، دوزیل، پیکازا و ایدویاگا [۱] و ورما و میشرا[۲] افزایش سطح پریشانی روانی (شامل استرس، اضطراب و افسردگی) در کشورهای مختلف به دلیل تأثیر همه‌گیری و اقدامات محدودکننده قرنطینه را تأیید کرده‌اند (۷-۶). مدل‌های پیش‌بینی پریشانی روانی در این بیماری بین افراد در جوامع مختلف متفاوت بود و برخی از جوامع سازگارتر و انعطاف‌پذیری بیشتری از خود نشان دادند (۱).

با توجه به تعداد زیاد مبتلایان به ویروس کرونا که به‌سرعت در حال افزایش است، اضطراب و نگرانی عمومی افزایش یافته است. متأسفانه، چنین نگرانی‌هایی باعث اختلال درک از موارد مربوط به بیماری و منجر به سایر چالش‌های روانی- اجتماعی ازجمله فاجعه‌پنداری[۳] می‌شود. فاجعه‌پنداری یعنی مشکلات و مسائل را بیش‌ازحد بزرگ دیدن (۸). زیدنی، استرگوئن و دامال[۴] (۹) بیان کردند، ارزیابی شناختی، به‌ویژه فاجعه‌بار کردن درد، نقش مهمی در درد مزمن دارد و موجب تشدید شدن بیماری کرونا ویروس بر می‌شود. فاجعه‌پنداری یکی از دلایلی است که موجب می‌شود افراد از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده نکنند و پیش‌بینی‌های غیرمنطقی منفی از وقایع آینده داشته باشند. در این راستا دوستی، حسینی نیا، قدرتی و ابراهیمی (۱۰) در پژوهشی نشان دادند نشخوار ذهنی از ویروس کرونا در سنین مختلف متفاوت بود، همچنین احساس درماندگی با افزایش سن کمتر دیده شد و بزرگ‌نمایی با روند افزایش سن کمتر مشاهده شد.

فاجعه‌پنداری احتمال دارد بر بهزیستی ذهنی[۵] افرادی که به این بیماری مبتلا شده‌اند، تأثیر منفی بگذارد. بهزیستی ذهنی متغیری تأثیرگذار در بهبود سریع‌تر بیماری کرونا ویروس است. بهزیستی ذهنی شامل اصول مهمی است که از طریق تأثیر احساسات بر همه ابعاد رفتار انسان و پیشرفت او (شامل سلامت فیزیکی و روانی، پیشرفت مهارتی و آموزشی، صلاحیت اجتماعی و ایجاد روابط مثبت اجتماعی) قابل شناسایی است (۱۱). بر اساس دیدگاه کییز و ماگیارمو[۶] (۱۲) بهزیستی ذهنی از سه عامل وابسته به هم اما متمایز تشکیل می‌شود، شامل: بهزیستی هیجانی[۷]، بهزیستی روان‌شناختی[۸] و بهزیستی اجتماعی[۹]. در این دیدگاه بهزیستی نشانگر ادراک‌ها و ارزیابی‌های فرد از زندگی خود بر اساس حالت‌های عاطفی و کنشگری روان‌شناختی و اجتماعی است.

---

۱. Ozamiz, Dosil, Picaza &, Idoiaga
۲. Verma, Mishra
۳. Catastrophic
۴. Ziadni, Sturgeon & Darnall
۵. Mental well-being
۶. Keyes & Magyar-Moe
۷. Emotional well-being
۸. psychological well-being
۹. social well-being

این دیدگاه، هر سه جنبه بهزیستی یعنی جنبه عاطفی (بهزیستی هیجانی) و جنبه کارکردی (بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی) را دربر گرفته است. بر اساس مدل سلامت ذهنی کییز، بهزیستی به‌عنوان حالتی تعریف می‌شود که ابتدا فقدان بیماری روانی و درعین‌حال حضور در سطح بالای بهزیستی است (۱۳). گلستانی بخت نشان داد افراد با احساس بهزیستی بالا هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند (۱۴).

در دهه‌های اخیر برخی روان‌درمانگران سعی کرده‌اند از رویکردهای جدید در روان‌درمانی استفاده نمایند. یکی از این رویکردها درمان مبتنی بر هیجان و یا هیجان‌مدار است. این درمان توسط لزلی گرینبرگ[۱] معرفی و ابداع شده است. درمان هیجان‌مدار[۲] به رنج روان‌شناختی انسان با پردازش هیجانی[۳] می‌پردازد تا در عوض اجتناب و سرکوب هیجانات، آنها را تجربه کرده و معنای جدیدی بسازد. اصل اساسی این درمان، کار با هیجانات است و درمانگر نقش مربی را در هدایت هیجانات فرد از ناهشیار به هشیار بازی می‌کند (۱۵). در این راستا پژوهش ذریعه، نادری، عسگری و بختیارپور (۱۶) در پژوهشی نشان دادند درمان هیجان‌مدار در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و حس انسجام در بیماران قلبی- عروقی اثربخش است. همچنین دلخوش و موحدی (۱۷) در مطالعه‌ای نشان دادند درمان هیجان‌مدار باعث افزایش تاب‌آوری و کاهش آمیختگی شناختی می‌شود. در همین زمینه میرلوحیان، علیزاده، زارع حسین زادگان، آشکار، بازگونه و سام خانیانی (۱۸) نیز در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان هیجان‌مدار در بهبود افسردگی و انعطاف‌پذیری کنشی آزمودنی‌های مؤثر بود و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار گزارش شد. همچنین ثناگوی محرر، شیرازی، محمدی و مقصودلو (۱۹) در پژوهشی نشان دادند درمان هیجان‌مدار موجب کاهش علائم اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به اسکلروز شده است.

با توجه به شیوع نسبتاً بالای ویروس ویروس کرونا در ایران، مدیریت پیامدهای این بیماری به سبب تأثیر بر زندگی میلیون‌ها نفر حائز اهمیت است و با آگاهی از این امر که تمرکز درمان مبتنی بر هیجان بر روی هیجانات افراد است لذا با آگاه کردن بیماران به هیجانات منفی خود به آنها کمک می‌شود که با اثرات احساسات منفی آن به‌خوبی سازگار شوند. همچنین با بررسی پیشینه پژوهشی در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان بر بهبود علائم روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، می توان سودمندی درمان را در زمینه بهبود پیامدهای روان‌شناختی این ویروس در بهبودیافتگان نشان داد. با توجه به مطالبی که بیان شد به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر هیجان منجر به کاهش فاجعه‌پنداری و افزایش بهزیستی روانی گردد و سؤال اصلی این پژوهش این است که آیا درمان مبتنی بر هیجان بر فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی در افراد بهبودیافته از بیماری ویروس کرونا اثربخشی دارد؟

**روش پژوهش:**

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه‌تجربی و طرح آن به صورت دوگروهی (آزمایش و کنترل) همراه با سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری شامل کلیه بهبودیافتگان از ویروس ویروس کرونا که در بازه زمانی سه ماه نخست سال ۱۴۰۰ از بیمارستان امام رضا (ع) مشهد مرخص شده‌اند بود. از این جامعه ۳۰ نفر به صورت دردسترس مبتنی بر هدف و بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب و با روش جایگزینی تصادفی به دو گروه، آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شده و پرسشنامه‌ها برای آنها به اجرا درآمد. سپس گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر هیجان را دریافت کردند و

---

۱. Leslie Greenberg
۲. Emotion-Focused Therapy (EFT)
۳. Emotional processing

گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. در انتهای جلسه آخر مجدد پرسشنامه‌های مربوطه بین دو گروه به اجرا درآمد. پس از گذشت سه ماه مجدد پرسشنامه بین گروه‌های آزمایش و کنترل به‌عنوان پیگیری به اجرا گذاشته شد. معیارهای ورود آزمودنی‌ها در پژوهش حاضر عبارت بود از: سن بین ۲۰ الی ۴۵ سال، تحصیلات از سیکل تا لیسانس و بهبودیافته از بیماری ویروس کرونا و معیارهای خروج آزمودنی‌ها، غیبت در جلسات آموزشی و انجام ندادن تکالیف بود.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل موارد زیر بود:

**پرسشنامه فاجعه‌پنداری[۱] (PCS):** این پرسشنامه توسط سولیوان[۲] و همکاران در سال ۱۹۹۵ طراحی شده و یک ابزار ۱۳ ماده‌ای است و هدف آن ارزیابی میزان وضعیت دردناکی در بین بیماران می‌باشد و شامل سه خرده مقیاس بزرگ‌نمایی، نشخوار ذهنی و احساس درماندگی است. در این ابزار پاسخ‌ها به روش لیکرت از هرگز (۰) تا همیشه (۴) مشخص شده است. در تحقیق سالیوان و همکاران (۲۰)، نشخوار ذهنی ۴۱ درصد واریانس کل، بزرگ‌نمایی ۱۰ درصد واریانس کل و درماندگی ۸ درصد واریانس کل را تشکیل می‌دادند. ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۶۰ و ۰/۷۹ و برای نمره کل مقیاس فاجعه‌سازی درد برابر با ۰/۸۷ بود (۲۰). در پژوهش محمدی و همکاران (۲۱) ضریب آلفای کرونباخ برای این خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۵۳، ۰/۸۱ و برای نمره کل ۰/۸۴ بود و روایی نیز از طریق تحلیل عامل تاییدی مطلوب و مناسب گزارش شد. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۶ محاسبه شد.

**مقیاس بهزیستی ذهنی[۳](SWS):** این مقیاس برای سنجش بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی توسط کییز و ماگیارمو[۴] در سال ۲۰۰۳ طراحی شده که از ۴۵ سؤال تشکیل شده است. ۱۲ سؤال اول مربوط به بهزیستی هیجانی می‌باشد، ۱۸ سؤال بعدی مربوط به بهزیستی روان‌شناختی می‌باشد و درنهایت ۱۵ سؤال بعدی مربوط به بهزیستی اجتماعی است. جهت نمره‌گذاری از طیف لیکرت ۵ درجه‌ای استفاده می‌شود. در پژوهش کیز و ماگیارمو اعتبار درونی زیر مقیاس بهزیستی هیجانی، ۰/۹۱ بود. زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی دارای اعتبار درونی متوسط از ۰/۴ تا ۰/۷ و اعتبار مجموع هر دو این مقیاس‌ها ۰/۸ و بالاتر بود (۱۲). در مطالعه کییز و ماگیارمو (۱۲) برای بررسی روایی این مقیاس از روایی عاملی استفاده شده است. نتایج تحلیل عامل تأییدی ساختار سه‌عاملی این مقیاس را تأیید کرده است. در مطالعه مرآتی ، مرآتی و برزگر (۲۲) ضریب پایایی این پرسشنامه ۰/۶۸ گزارش شده است و روایی این پرسشنامه نیز از طریق تحلیل عامل تاییدی نشان دهنده برازش خوب مدل در تعیین عاملها به شکل اولیه بیان شده توسط کییز و ماگیارمو بود. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۹ محاسبه شد.

پروتکل درمان مبتنی بر هیجان: جلسات آموزشی درمان مبتنی بر هیجان با اقتباس از کتاب گرینبرگ (۱۵) به شرح زیر است:

**جدول ۱.** جلسات آموزشی درمان مبتنی بر هیجان (۱۵)

| مرحله | جلسات | شرح |
|---|---|---|
| مرحله اول: بحران‌زدایی و جلوگیری از مشکل | اول | شامل آ شنایی کلی با اع ضای گروه، معرفی درمانگر، بیان اهداف و برر سی انگیزه و انتظار آنان از شرکت در کلاس، ارائه تعریف مفاهیم درمان هیجان‌مدار، آشنایی اولیه با مشکلات اعضا |
| | دوم | در این جل سه درمانگر مراجعین را ت شویق می‌کند که ترس‌های خود را مانند ترس از مبتلا شدن مجدد به بیماری را بیان کنند، مشکل کنونی و شناسایی تجربه هیجانی دردناک و برجسته مراجع |

۱. Pain Catastrophizing Scale
۲. Sullivan
۳. Subjective wellbeing scale
۴. Keyes & Magyar-Moe

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۲، پیاپی (۴)۳۹ ص ۱۴۷-۱۵۰
Family and health Quarterly, vol13, Issue 4, Winter 2024, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.4.5.8

| | | |
|---|---|---|
| | سوم | در این جلسه احساسات واکنشی ثانویه مانند خشم، ناکامی، تندی، احساسات مرتبط با بیماری و افکار فاجعه‌بار منعکس شده و به آنها ارزش داده می‌شود، همراهی، مشاهده و کشف سبک پردازش هیجانی مراجع و کوچینگ هیجانی از طریق مراحل شنا سایی، آگاهی، پذیرش، تحمل و تنظیم هیجان |
| | چهارم | در این جلسه اعضای گروه به کمک درمانگر به برون‌سازی مشکل پرداخته و به احساسات اولیه و نیازهای تحقق‌نیافته به طریقی که چرخه به صورت مشکل ارتباطی کلیدی نگاه می‌کنند. |
| مرحله دوم: بازسازی هیجانات | پنجم | در این جلسه اعضای گروه به شناخت از جنبه‌های مختلف خود دست یافته و درنهایت احساس ارزشمندی خود را تجربه می‌کنند، کشف و شنا سایی هیجانات اولیه، ثانویه و یا ابزاری از طریق کار بر روی مارکرهای خرد و وظیفه‌ای و استفاده از فنون کار با صندلی |
| | ششم | در این جلسه اعضای گروه یاد می‌گیرند که به هیجان‌هایی که به‌تازگی آشکار شده اعتماد کنند و واکنش‌های جدید را نسبت به انگیزه‌هایشان تجربه نمایند، ادامه شناسایی، بازنمایی و تنظیم هیجانات اصلی زیربنایی، سازگار/ ناسازگار و یا سالم/ ناسالم. |
| | هفتم | در این جلسه هیجان‌های اولیه که در مراحل قبلی شناسایی شده بودند به صورت کامل‌تری پردازش می‌شوند. درمانگر قاعده‌ای را آغاز می‌کند که بر طبق آن مراجع اشتیاق خود را به نوع جدیدی از ارتباط به صورت تقریباً واضح بیان می‌کند، شناسایی و کار بر روی وقفه‌ها یا انسدادهای دسترسی به هیجانات اولیه و ثانویه و تجربه |
| مرحله سوم: تقویت و یکپارچگی | هشتم | تسهیل راه‌حل‌های جدیدی برای مشکلات خلق می‌کنند و حکایت جدیدی از مشکلاتشان را بیان می‌کنند و تلاش می‌کنند، آن را از نو طراحی کنند، ردگیری و شناسایی موضوعات و تصاویر ابژه‌ای از مشکل کنونی و مرتبط کردن آن با تصاویر خود، پدر، مادر و یا سایر ابژه‌های احتمالی |
| | نهم | در این جلسه مراجعین مسیری را که قبلاً حرکت می‌کردند و این‌که چگونه راه برگشتشان را یافتند را به یاد می‌آورند، کوچینگ مراجع در حین بازنمایی ابژه‌ای و رسیدن به بینش تجربه‌ای |
| | دهم | تثبیت خود جدید و تعمیم به رویدادهای آینده |

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر به کمک نرم‌افزار spss-22 انجام گردید.

**یافته‌ها:**

در پژوهش حاضر گروه نمونه شرکت‌کننده در طرح پژوهش ۳۰ نفر بودند که در گروه آزمایش، ۱۵ نفر (۹ زن و ۶ مرد) با میانگین سنی ۷/۰۴ ± ۳۲/۶۰ و در گروه کنترل، ۱۵ نفر (۱۰ زن و ۵ مرد) با میانگین سنی ۷/۵۵ ± ۳۰/۷۳ و نشان‌دهنده این مطلب است که این دو گروه باهم از نظر متغیر سن همگن هستند. از نظر تحصیلاتی بیشترین تعداد تحصیلات در گروه آزمایش لیسانس با فراوانی ۶ نفر (۴۰٪) و گروه کنترل دیپلم با فراوانی ۶ نفر (۴۰٪) بود. جدول شماره ۲ و ۳ آمار توصیفی متغیر فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی را نشان می‌دهد.

**جدول ۲.** میانگین (انحراف معیار) فاجعه‌پنداری به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

| متغیر | گروه | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیگیری |
|---|---|---|---|---|
| بزرگ‌نمایی | آزمایش | ۱۵/۰۷ (۲/۵۲) | ۹/۴۰ (۳/۲۹) | ۸/۴۷ (۲/۶۴) |
| | کنترل | ۱۴/۰۷ (۲/۸۷) | ۱۴/۳۳ (۲/۷۹) | ۱۲/۸۷ (۲/۱۷) |
| نشخوار ذهنی | آزمایش | ۱۵/۵۳ (۲/۶۲) | ۹/۱۳ (۲/۱۳) | ۸/۹۳ (۱/۹۸) |
| | کنترل | ۱۳/۶۷ (۲/۸۷) | ۱۳/۶۰ (۲/۱۶) | ۱۳/۸۰ (۱/۷۰) |
| احساس درماندگی | آزمایش | ۱۷/۶۷ (۲/۶۴) | ۱۱/۶۰ (۳/۰۷) | ۱۲/۲۰ (۲/۶۵) |
| | کنترل | ۱۶/۸۷ (۲/۴۲) | ۱۶/۳۳ (۲/۳۵) | ۱۶/۵۳ (۲/۳۶) |
| فاجعه‌پنداری | آزمایش | ۴۸/۲۷ (۶/۷۷) | ۳۰/۱۳ (۷/۵۴) | ۲۹/۶۰ (۶/۵۰) |
| | کنترل | ۴۴/۶۰ (۶/۴۲) | ۴۴/۲۷ (۵/۰۶) | ۴۳/۲۰ (۳/۳۶) |

**جدول ۳.** میانگین (انحراف معیار) بهزیستی ذهنی به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

| متغیر | گروه | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیگیری |
|---|---|---|---|---|
| بهزیستی هیجانی | آزمایش | ۲۶/۴۰ (۳/۸۳) | ۴۳/۰۷ (۵/۵۳) | ۴۲/۱۳ (۳/۶۴) |
| | کنترل | ۲۶/۶۷ (۴/۹۸) | ۲۷/۲۰ (۴/۳۰) | ۲۷/۲۰ (۳/۹۱) |
| بهزیستی روان‌شناختی | آزمایش | ۵۸/۹۳ (۱۴/۶۳) | ۷۹/۲۷ (۱۰/۶۱) | ۷۵/۷۳ (۱۲/۹۶) |
| | کنترل | ۴۷/۴۰ (۱۱/۹۶) | ۵۵ (۱۰/۸۰) | ۵۵/۴۰ (۱۰/۵۵) |
| بهزیستی اجتماعی | آزمایش | ۴۵/۰۷ (۱۱/۳۵) | ۶۱/۶۰ (۱۰/۹۱) | ۶۱/۲۷ (۱۱/۰۱) |
| | کنترل | ۴۵/۴۰ (۷/۵۶) | ۴۴/۹۳ (۵/۸۷) | ۴۴/۲۰ (۵/۴۴) |
| بهزیستی ذهنی | آزمایش | ۱۳۰/۴۰ (۲۲/۱۳) | ۱۸۳/۹۳ (۱۹/۶۰) | ۱۷۹/۱۳ (۱۹/۹۹) |
| | کنترل | ۱۲۹/۴۷ (۱۴/۵۰) | ۱۲۷/۱۳ (۱۲/۰۳) | ۱۲۵/۸۰ (۱۰/۳۱) |

همچنان که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود میانگین در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون کاهش و در جدول ۳ میانگین در گروه‌های آزمایش در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون افزایش نشان می‌دهد و این تغییرات در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است ولی در گروه کنترل تغییر محسوسی مشاهده نشد.

به‌منظور بررسی تأثیر روش درمان مبتنی بر هیجان و گروه کنترل بر نمرات فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، از روش تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر استفاده شد. ابتدا مفروضه‌های تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر بررسی شد. در این راستا آزمون کالموگروف - اسمیرنوف نشان داد داده‌های دو متغیر فاجعه‌پنداری و مؤلفه‌ها و بهزیستی ذهنی و مؤلفه‌ها در گروه آزمایش و کنترل نرمال است ($p>۰/۰۵$). همچنین آزمون F لهوین جهت بررسی همسانی واریانس‌ها در پیش‌آزمون گروه آزمایش و کنترل نشان داد تساوی واریانس‌های محاسبه‌شده در متغیر فاجعه‌پنداری و مؤلفه‌ها و متغیر بهزیستی

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۲، پیاپی (۴)۳۹ ص ۱۴۷-۱۵۰
Family and health Quarterly, vol13, Issue 4, Winter 2024, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.4.5.8

ذهنی و مؤلفه‌ها در پیش‌آزمون در گروه آزمایش در سطح p>۰/۰۵ معنادار نشده است یعنی تفاوت معناداری بین واریانس‌های نمرات این مقیاس در پیش‌آزمون این گروه‌ها وجود ندارد. مفروضه بعدی آزمون M باکس است و نتایج نشان داد آزمون M باکس معنادار شده است (p<۰/۰۵). تاباچنیک و فیدل[۱] (۲۳) بیان می‌کنند اگر مقدار معناداری کمتر از ۰/۰۰۱ باشد و تعداد آزمودنی‌ها در گروه‌ها، برابر باشند، می‌توان آن را در نظر نگرفت. همچنین واریانس تفاوت بین همه ترکیب‌های مربوط به گروه‌ها (کرویت) باید یکسان باشد. برای بررسی این مفروضه از آزمون کرویت موچلی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

**جدول ۴.** آزمون کرویت موچلی بررسی همگنی کوواریانس‌ها

| متغیرها شاخص | بزرگ‌نمایی | نشخوار ذهنی | احساس درماندگی | فاجعه‌پنداری | بهزیستی هیجانی | بهزیستی روان‌شناختی | بهزیستی اجتماعی | بهزیستی ذهنی |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Df | ۲ | ۲ | ۲ | ۲ | ۲ | ۲ | ۲ | ۲ |
| Mauchly's W | ۰/۸۵ | ۰/۶۲ | ۰/۸۲ | ۰/۷۲ | ۰/۶۲ | ۰/۷۲ | ۰/۱۱ | ۰/۲۸ |
| Sig | ۰/۱۲ | ۰/۰۰۲ | ۰/۰۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ |

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود فرض کرویت در متغیرها به غیر از مؤلفه بزرگ‌نمایی و احساس درماندگی برقرار نیست. بر این اساس در آزمون آن فرضیه‌ها از معیار گرین هاوس گیزر[۲] استفاده می‌شود تا تقریب دقیق‌تری به دست آید. خلاصه نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر برای عوامل درون‌گروهی و بین‌گروهی برای مؤلفه‌های فاجعه‌پنداری در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

**جدول ۵.** آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر نمرات مؤلفه‌های فاجعه‌پنداری

| متغیر | شاخص آماری عوامل | SS | df | MS | F | Sig | Eta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **بزرگ‌نمایی** | آزمون (تکرار اندازه‌گیری) | ۲۹۳/۴۰ | ۲ | ۱۱۹/۷۰ | ۶۷/۲۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۱ |
| | تعامل آزمون * گروه | ۱۶۱/۶۲ | ۲ | ۸۰/۸۱ | ۴۵/۴۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۲ |
| | بین‌گروهی | ۱۷۳/۶۱ | ۱ | ۱۷۳/۶۱ | ۹/۲۰ | ۰/۰۰۵ | ۰/۲۵ |
| **نشخوار ذهنی** | آزمون (تکرار اندازه‌گیری) | ۲۰۹/۰۹ | ۱/۴۵ | ۱۴۴/۴۶ | ۵۸/۸۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۸ |
| | تعامل آزمون * گروه | ۲۱۴/۰۲ | ۱/۴۵ | ۱۴۷/۸۷ | ۶۰/۱۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۸ |
| | بین‌گروهی | ۱۳۹/۳۸ | ۱ | ۱۳۹/۳۸ | ۱۱/۶۱ | ۰/۰۰۲ | ۰/۲۹ |
| **احساس درماندگی** | آزمون (تکرار اندازه‌گیری) | ۱۹۴/۶۰ | ۲ | ۹۷/۳۰ | ۸۱/۸۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۵ |
| | تعامل آزمون * گروه | ۱۴۲/۸۲ | ۲ | ۷۱/۴۱ | ۶۰/۰۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۸ |
| | بین‌گروهی | ۱۷۰/۸۴ | ۱ | ۱۷۰/۸۴ | ۹/۶۵ | ۰/۰۰۴ | ۰/۲۶ |
| **فاجعه‌پنداری** | آزمون (تکرار اندازه‌گیری) | ۳۸۴۹/۳۸ | ۱/۵۷ | ۲۴۵۸/۶۸ | ۲۰۰/۴۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۳ |
| | تعامل آزمون * گروه | ۱۷۰۵/۳۸ | ۳/۱۳ | ۵۴۴/۶۳ | ۴۴/۴۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۸ |

۱. Tabachnick & Fidell
۲. Greenhouse-Geisser

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| بین‌گروهی | ۲۳۱۲/۰۴ | ۲ | ۱۱۵۶/۰۲ | ۹/۲۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۱ |

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون‌گروهی مقدار F محاسبه‌شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین گروه درمان مبتنی بر هیجان و کنترل در سطح ۰/۰۵ برای فاجعه‌پنداری و مؤلفه‌های آن (بزرگ‌نمایی، نشخوار ذهنی و احساس درماندگی) معنادار است (P<۰/۰۵). درنتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات مؤلفه‌های فاجعه‌پنداری در مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری درمانی تفاوت معنادار وجود دارد. خلاصه نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر بر متغیر بهزیستی ذهنی و مؤلفه‌های آن در جدول ۶ ارائه شده است.

**جدول ۶.** آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر نمرات مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی

| متغیر | شاخص آماری عوامل | SS | df | MS | F | Sig | Eta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **بهزیستی هیجانی** | آزمون (تکرار اندازه‌گیری) | ۱۴۰۳/۲۹ | ۱/۴۵ | ۹۷۰/۷۲ | ۱۱۳/۲۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۰ |
| | تعامل آزمون * گروه | ۱۲۳۰/۴۹ | ۱/۴۵ | ۸۵۱/۱۸ | ۹۹/۳۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۸ |
| | بین‌گروهی | ۲۳۳۰/۷۱ | ۱ | ۲۳۳۰/۷۱ | ۵۰/۴۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۴ |
| **بهزیستی روان‌شناختی** | آزمون (تکرار اندازه‌گیری) | ۱۳۲۲/۸۲ | ۱/۵۶ | ۸۴۸/۵۲ | ۱۷/۱۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۸ |
| | تعامل آزمون * گروه | ۲۲۹۳/۶۲ | ۱/۵۶ | ۱۴۷۱/۲۳ | ۲۹/۷۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۲ |
| | بین‌گروهی | ۵۵۵۳/۸۸ | ۱ | ۵۵۵۳/۸۸ | ۱۵/۶۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۶ |
| **بهزیستی اجتماعی** | آزمون (تکرار اندازه‌گیری) | ۱۲۱۰/۶۹ | ۱/۰۶ | ۱۱۴۴/۱۲ | ۱۸/۸۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۰ |
| | تعامل آزمون * گروه | ۱۴۷۹/۸۰ | ۱/۰۶ | ۱۳۹۸/۴۳ | ۲۲/۹۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۵ |
| | بین‌گروهی | ۲۷۸۸/۹۰ | ۱ | ۲۷۸۸/۹۰ | ۱۵/۴۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۶ |
| **بهزیستی ذهنی** | آزمون (تکرار اندازه‌گیری) | ۲۵۹۸۸/۳۱ | ۱/۱۶ | ۲۲۹۹۴/۱۶ | ۱۱۶/۷۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۴ |
| | تعامل آزمون * گروه | ۱۶۳۴۱/۵۱ | ۲/۳۲ | ۷۰۳۸/۷۲ | ۳۶/۷۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۴ |
| | بین‌گروهی | ۴۲۶۸۰/۰۴ | ۲ | ۲۱۳۴۰/۰۲ | ۲۶/۲۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۶ |

با توجه به نتایج جدول ۶ در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه‌شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین گروه درمان مبتنی بر هیجان و کنترل در سطح ۰/۰۵ برای هر سه مؤلفه بهزیستی ذهنی (بهزیستی هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی) معنادار است (P<۰/۰۵). درنتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد.

**بحث و نتیجه‌گیری:**

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان بر فاجعه‌پنداری و بهزیستی ذهنی در افراد بهبودیافته از بیماری ویروس کرونا اجرا شد. نتایج تحقیق نشان داد که درمان مبتنی بر هیجان موجب کاهش فاجعه‌پنداری و مؤلفه‌های آن (نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و احساس درماندگی) و موجب افزایش بهزیستی ذهنی و مؤلفه‌های آن (بهزیستی هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی) شد و این اثر در دوره پیگیری نیز ماندگار بوده است.

این یافته با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های پیشین همچون پژوهش ذریعه، نادری، عسگری و بختیارپور (۱۶) که نشان دادند درمان هیجان‌مدار در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و حس انسجام در بیماران قلبی - عروقی اثربخش است و پژوهش دلخوش و موحدی (۱۷) که دریافتند درمان هیجان‌مدار باعث افزایش تاب‌آوری و کاهش آمیختگی شناختی می‌شود، همچنین با پژوهش میرلوحیان، علیزاده، زارع حسین زادگان، آشکار، بازگونه و سام خانیانی (۱۸) که در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان هیجان‌مدار در بهبود افسردگی و انعطاف‌پذیری کنشی آزمودنی‌های مؤثر بود، همسو است. این یافته‌ها با یافته‌های مایرز، گامست وگوارینو[۱] (۸) که نشان دادند فاجعه‌پنداری یکی از دلایلی است که موجب می‌شود افراد از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده نکنند و پیش‌بینی‌های غیرمنطقی منفی از وقایع آینده داشته باشند و زیدنی، استرگوئن و دامال (۹) که بیان کردند، ارزیابی شناختی، به‌ویژه فاجعه‌بار کردن درد، نقش مهمی در درد مزمن دارد و آمین[۲] (۲۴) که دریافت بیماری ویروس کرونا بر بهزیستی ذهنی انسان تأثیر روانی منفی دارد و لی، مک آئولی، هوبچر، کمپر، تراگر و موسلی[۳] (۲۵) که در پژوهشی نشان دادند رابطه بین تغییرات فاجعه‌بار و شدت درد ضعیف است، هم‌جهت می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد با توجه به اینکه بیماری ویروس کرونا یک بیماری همه‌گیر است و این بیماری زندگی میلیاردها نفر را تحت تأثیر قرار داده و افراد و ملت‌ها را تهدید کرده است لذا اقدامات پیشگیرانه توسط دولت‌ها برای محدود کردن سرایت اعمال‌شده لازم و همچنین بررسی واکنش‌های رفتاری، شناختی، احساسی و روانی پس از بیماری ضروری به نظر می‌رسد (۲۷-۲۶). از سوی دیگر فاجعه قابل‌تعریف نیست، ولی می‌توان آن را به صورت عملی درک کرد. هیچ فاجعه‌ای بدون فقدان، درد و رنج، سردرگمی و پریشانی نیست. آنچه رویدادی را به یک فاجعه تبدیل می‌کند اختلال شدید در جسم، ذهن، خانواده، خانه، معیشت و جامعه است. وقتی جامعه‌ای با یک حادثه مواجه می‌شود (مثل شیوع بیماری ویروس کرونا)، نگرانی‌های گذرا و شدید کاملاً طبیعی است و ممکن است در تلاش برای حل سریع مشکلات حالت انطباقی داشته باشد. این واکنش‌ها اگر در عملکردهای اساسی مانند غذا خوردن، خوابیدن و حل مشکلات ضروری اختلال ایجاد کنند نیازمند توجه به سلامت روان هستند (۲۸).

در این زمینه هدف اصلی از درمان مبتنی بر هیجان این است که به مراجعان در روان‌درمانی کمک کند تا نسبت به هیجانات خود آگاه شوند و به روشی مفید از آنها استفاده کنند. در این درمان به مراجعان کمک می‌شود هیجانات خود را بهتر شناسایی کنند، تجربه کنند، بپذیرند، بررسی کنند، درک کنند، تغییر دهند و به طرزی انعطاف‌پذیر مدیریت کنند (۱۵) و این خود باعث کاهش فاجعه‌پنداری و ارتقاء بهزیستی ذهنی در افراد می‌شود.

در جلسات درمانی مبتنی بر هیجان، بیماران بهبودیافته از ویروس ویروس کرونا احساسات و هیجانات خود را بیان کرده و هیجانات جدید را تجربه می‌کنند و به آنها کمک می‌شود که به روش بهتری هیجانات خود را شناسایی، تجربه، کشف، تغییر و مدیریت کنند و از هیجان‌های منفی مانند اضطراب و استرس رهایی یابند و در زندگی با مشکل کمتری مواجه شوند و در صورت بروز مشکل به صورت بهتر به شرایط پاسخ داده و با محیط سازگار شوند. همچنین در جلسات درمانی، افکار فاجعه‌بار منعکس شده و به آنها ارزش داده می‌شود. بدین‌صورت که ابتدا آن هیجانات کشف و پردازش شده، سپس پذیرش، تحمل و تنظیم می شود. افراد به برون‌سازی مشکل پرداخته و درنهایت احساس ارزشمندی خود را تجربه می‌کنند. درنهایت می‌آموزند که به

---

۱. Meyers, Gamst & Guarino
۲. Amin
۳. Lee, McAuley, Hübscher, Kamper ,Traeger & Moseley

هیجان‌هایی که جدیداً آشکار شده، اعتماد کنند و راه‌حل‌های نو برای مشکلات خلق کنند و حکایت جدیدی از مشکلات خود را بیان کرده و تلاش می‌کنند آن را از نو طراحی کنند.

باید اذعان کرد که در جلسات درمانی مبتنی بر هیجان، بیماران بهبودیافته از کرونا یاد گرفتند نسبت به احساساتشان هشیار باشند و بدون نیاز به ابراز کلامی احساسات خود را به روش‌های مختلف همچون حالات چهره، حرکات بدنی و صداها ابراز کنند سپس به این درک برسند که خود آنها باید اراده لازم برای تغییر را پیدا کنند. همچنین مراجعین یاد گرفتند باورها و الگوهای فکری مخربی که احساسات ناسالم او را بیان می‌کند شناسایی کرده و آن افکار منفی را به‌گونه‌ای برون‌سازی کرده که گویی از او بیرون می‌رود. آنها باورهای غیرمنطقی که باعث این هیجانات شدید در آنها می‌شوند را تشخیص داده و از آنها دوری کرده و شروع به سازمان‌دهی مجدد کنند و جرئت‌مندتر شوند. همچنین آنها پیام‌های واکنش‌های خود را درک کرده و به‌طور معقول عمل و تجربه کرده و موقعیت را اصلاح کردند و بدین‌گونه بهزیستی آنها ارتقاء یافت.

**محدودیت‌های پژوهش**

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی هم بود ازجمله این محدودیت‌ها این بود که امکان انتخاب تصادفی گروه نمونه در پژوهش حاضر وجود نداشت که باعث می‌شود تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد. داده‌های پژوهش از راه نظرسنجی و پرسشنامه خودگزارشی حاصل شده‌اند و احتمال دارد با داده‌هایی که از طریق مشاهده بالینی حاصل می‌شوند متفاوت باشند. عدم امکان کنترل متغیرهای اجتماعی و فرهنگی در بحران کرونا یکی دیگر از محدودیت‌ها بود. بدین منظور که در زمان مداخله، آزمودنی‌ها مکرر خبرهای ناگوار از ویروس کرونا در ایران و جهان را شنیده و این موجب افزایش فاجعه‌پنداری آنها می‌شد.

**تضاد منافع**

نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

**سپاسگزاری**

در پایان از دکتر عابدین و همه شرکت‌کنندگان که در این پژوهش با اینجانب همکاری داشتند ویژه مسئولین محترم بیمارستان امام رضا (ع) و تمامی شرکت‌کنندگان که بی‌دریغ در روند اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

**References:**

1. Palomera R, González-Yubero S, Mojsa-Kaja J, Szklarczyk-Smolana K. Differences in psychological distress, resilience and cognitive emotional regulation strategies in adults during the Coronavirus pandemic: A cross-cultural study of Poland and Spain. Anales de Psicología/Annals of Psychology. 2022;38(2):201-208. Doi:10.6018/analesps.462421
2. Vallejo-Slocker L, Fresneda J, Vallejo MA. Psychological Wellbeing of Vulnerable Children During the COVID-19 Pandemic. Psicothema. 2020;32(4):501-507. 7 doi:10.7334/psicothema2020.218
3. Pino O, Cunegatti F, D'Angelo M. The Role of Life Meaning in Psychological Distress and Post-traumatic Growth among Italian First-Aid Volunteers during the COVID-19 Outbreak. Trends in Psychology. 2022; 1-23. doi: 10.1007/s43076-022-00182-7
4. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsi E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A system atic review and meta-analysis. Brain, Behavior and Immunity. 2020; 88: 901-907. Doi:10.1016/j.bbi.2020.05.026

5. Cheah WL, Law LS, Samy AL, Chua BS, Siau CS, Fitriana M, Low WY. Influence of mental health on the well-being status among Malaysian adults before and during COVID-19 pandemic. Psychology, Health & Medicine. 2023; 28(1): 189-199. doi:10.1080/13548506.2022.2063351
6. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. [Levels of stress, anxiety and depression in the first phase of the COVID-19 outbreak in a sample collected in northern] Cadernos de Saúde Pública. 2020; 36(4): 1-10. Doi:10.1590/0102- 311X00054020
7. Verma S, Mishra A. Depression, anxiety, and stress and sociodemographic correlates among general Indian public during COVID19. International Journal of Social Psychiatry. 2020; 66(8): 756-762. doi:10.1177/0020764020934508
8. Meyers L, Gamst G, Guarino J. Applied multivariate research: Design and Interpretation. Third edition. London: Sage publication, 2016.
9. Ziadni MS, Sturgeon JA, Darnall BD. The relationship between negative metacognitive thoughts, pain catastrophizing and adjustment to chronic pain. European Journal of Pain. 2018; 22(4): 756-762. doi:10.1002/ejp.1160
10. Dousti P, hosseininia N, Ghodrati G, Ebrahimi ME. Comparison of rumination, Sense of helplessness, and magnification at different ages and their relation to stress coping styles in visitors of a mental health monitoring website during the first week of coronavirus outbreaks. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2020; 21(2):105-114. (In Persian)
11. Bridges LJ, Margie NG, Zaff JF. Background for community level work on emotional well-being in Adolescence: Reviewing the literature on contributing factors. New York: Child Trends, 2002. Available from: http://www.chilrends.org/files/Kemotional.pdf
12. Keyes CLM, Magyar-Moe JL. The measurment and utility of adult subjective well-being in positive psychological assessment: Handbook of models and measures, edited by Lopez SJ and Snyder R. Washington DC: American Psychological Association, 2003: 411-425
13. Savadjan S, Mohaqeqi Kamal S H, Hasan Moradi N, Ghaedamini Harouni G. The Relationship between Subjective Well-being and Quality of Educational Life among Students of the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences in Tehran, Refahj. 2018; 18(69): 247-229. (In Persian)
14. Golestani Bakht, T Presenting the model of mental health and happiness in the population of Tehran. PhD. Thesis in clinical psychology, Al-Zahra University, 2007. (In Persian)
15. Greenberg LS. Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings. Translate by Ramezani M, Bagheri Z, Hematyar I. Tehran: Ravan Publication, 2018. (In Persian)
16. Zarieh S, Naderi F, Asgari P, Bakhtiarpoor S. The effectiveness of emotion-focused therapy in psychological flexibility and internal cohesion among cardiovascular patients with obesity. The Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2021; 64(3): 3363-3374. (In Persian)

17. Delkosh A, Movahedi Y. The Effectiveness of Emotion-focused Couple Therapy on Resilience and Cognitive Fusion in Couples Seeking Divorce. Paramedical Sciences and Military Health. 2021; 16(1): 24-31. (In Persian)
18. Mirlohian M, Alizadeh Z, Zareh Hoseinzadeghan Z, Ashekar Z, Bazgouneh A, Samkhaniani E. Comparison of the Effectiveness of Emotionally-Focused Couples Therapy (EFCT) and Reality Therapy in Reducing the Symptoms of Depression and Resilience of Couples with Marital Problems. Applied Family Therapy Journal. 2021; 2(2): 250-269. (In Persian)
19. Sanagavi Moharrar Gh, Shirazi M, Mohammadi R, Maghsoodloo F. Effectiveness of Emotional Therapy on Reducing Anxiety and Depression in Patients with Multiple Sclerosis. The Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2019; 61(1): 190-200. (In Persian)
20. Sullivan MJ, Bishop SR, Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation. Psychological assessment. 1995; 7(4):524-532. doi:10.1037/1040-3590.7.4.524
21. Mohammadi S, Dehghani M, Heidari M, Sedaghat M, Khatibi A. The evaluation of pain-related psychological similarities among patients with musculoskeletal chronic pain and their spouses. 2013; 7: 57-66. (In Persian)
22. Merati A, Merati M, Barzagar Bafroee M. Comparison of Students' Subjective Well-Being and Interpersonal Relationship from the Perspective of Superiority (Left and Right). Journal of New Approaches in Educational Sciences. 2022; 4(2): 58-68. (In Persian)
23. Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics (4th ed.). boston: allyn & bacon, 2001.
24. Amin S. The psychology of coronavirus fear: Are healthcare professionals suffering from corona-phobia?. International Journal of Healthcare Management. 2020; 13(3): 249-256. doi:10.1080/20479700.2020.1765119
25. Lee H, McAuley JH, Hübscher M, Kamper SJ, Traeger AC, Moseley GL. Does changing pain-related knowledge reduce pain and improve function through changes in catastrophizing?. Pain. 2016;157(4):922-930. doi:10.1097/j.pain.0000000000000472
26. Gallegos M, Zalaquett C, Sanchez SEL, Mazo-Zea R, Ortiz-Torres B, Penagos-Corzo JC, ... & Miranda RL. Coping with the Coronavirus (Covid-19) pandemic in the Americas: recommendations and guidelines for mental health. Interamerican Journal of Psychology. 2020; 54(1): [e1304]. https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i1.1304
27. Karimi, E, Tajaddini, M. Prevalence of Anxiety Disorders in Kerman Families in Corona Crisis and Its Relationship with Demographic Characteristics. . 2022; 12(1): 46-56. (In Persian)
28. Berner GH, Boush DH, & Moses J. Creating spiritual and psychological resilience: integrating care in disaster relief work. Translate by Lotfi A, & Derakhshehs A. Tehran: Defense Industries Educational and Research Institute, 2018. (In Persian)