

Comparison of the effectiveness of logo therapy with mindfulness-based cognitive therapy on the life expectancy and psychological well-being of patients with corona virus

Sara Zolfali Pormalek¹, Asma Bakhshandeh², Fatemeh Khorasani³, Hadi Smkhani Akbarinejhad⁴

¹ MA Student in Family Counseling, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran

² MA Student of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Medical Sciences Unit, Tabriz, Iran

³ BC of Psychology, University College of Seraj, Tabriz, Iran

⁴ Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran

Abstract

Background: The present study aimed to compare the effectiveness of logo therapy (LT) with mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on life expectancy and psychological well-being of patients with corona virus.

Materials and methods: This study was a semi-experimental with a pretest-posttest control group design. The population of this study consisted of all people with corona virus in Tabriz who had referred to the medical clinics of this city in 2021. 45 people were selected by purposive sampling method, and randomly divided into three groups (15 people each). Members of both experimental groups received their treatment in 8 sessions of 1.5 hours; however, the control group did not receive any treatment. Analysis was done through repeated measures analysis of variance & Bonferroni post hoc test.

Results: In the pre-test, the mean and standard deviation of LT for life expectancy was 15.13 ± 3.09 and for psychological well-being 46.73 ± 5.98 , in MBCT for life expectancy 14.80 ± 2.39 and for psychological well-being it was 45.87 ± 5.05 , and in the control group it was 13.73 ± 2.65 for life expectancy and 46.60 ± 6.55 for psychological well-being ($p > 0.05$). Both treatments compared to the control group, increased life expectancy and psychological well-being in patient after the test ($p < 0.001$). In the follow-up phase, the effect of these two treatments on life expectancy and psychological well-being was lasting ($p < 0.001$). The effect of these two treatments at posttest and follow-up was not different ($p > 0.05$).

Conclusion: LT and MBCT can potentially increase life expectancy and psychological well-being of patients with corona virus.

Keywords: Logo therapy, Mindfulness, Life expectancy, Psychological well-being, Corona virus.

Cited as: Zolfali Pormalek S, Bakhshandeh A, Khorasani F, Smkhani Akbarinejhad H. Comparison of the effectiveness of logo therapy with mindfulness-based cognitive therapy on the life expectancy and psychological well-being of patients with corona virus. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2023; 33(1): 80-90.

Correspondence to: Hadi Smkhani Akbarinejhad

Tel: +98 41-34421999

E-mail: Hadiakbarinejhad@yahoo.com

ORCID ID: 0000-0001-5997-1790

Received: 26 Jun 2022; **Accepted:** 21 Aug 2022

مقایسه اثربخشی معنادرمانی با شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ویروس کرونا

سارا زلفعلی پورملکی^۱، اسماء بخشنده^۲، فاطمه خراسانی^۳، هادی اسمخانی اکبری نژاد^۴

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی، تبریز، ایران

^۳ کارشناسی روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی سراج، تبریز، ایران

^۴ گروه روان‌شناسی، موسسه آموزشی عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

چکیده

سابقه و هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی معنادرمانی با شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ویروس کرونا صورت گرفت.

روش بررسی: روش پژوهش حاضر نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل افراد مبتلا به ویروس کرونا شهر تبریز بود که در سال ۱۴۰۰ به کلینیک‌های درمانی این شهر مراجعه کرده بودند. ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه (هر کدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه‌های آزمایشی درمان مختص گروه خود را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته دریافت کردند؛ گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بوئنرونی تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** در پیش‌آزمون، میانگین و انحراف معیار معنادرمانی برای امید به زندگی $15/13 \pm 3/09$ و برای بهزیستی روان‌شناختی $46/73 \pm 5/98$ ، در شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای امید به زندگی $14/80 \pm 2/39$ و برای بهزیستی روان‌شناختی $45/87 \pm 5/05$ ، و در گروه کنترل برای امید به زندگی $13/72 \pm 2/65$ و برای بهزیستی روان‌شناختی $46/60 \pm 6/55$ بود ($P > 0/05$). هر دو درمان در مقایسه با گروه کنترل، امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی را در پس‌آزمون افزایش دادند ($P < 0/01$). در مرحله پیگیری، اثر این دو درمان بر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی ماندگار بود ($P < 0/01$). تأثیر این دو درمان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری یکسان بود ($P < 0/01$). **نتیجه‌گیری:** معنادرمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی احتمالاً می‌توانند سبب افزایش امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ویروس کرونا شوند.

واژگان کلیدی: معنادرمانی، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، امید به زندگی، بهزیستی روان‌شناختی، ویروس کرونا.

مقدمه

از دسامبر سال ۲۰۱۹، گونه جدیدی از کرونا ویروس (corona virus) در ووهان چین شناسایی شد. بعد آن، کووید-۱۹ در کل کشور چین و سپس در سراسر جهان به‌سرعت گسترش

یافت. این بیماری سبب علائمی مانند تب، مشکل در تنفس، سرفه و ضایعات تهاجمی در هر دو ریه بیماران می‌شود (۱). در نتیجه شیوع بیماری کووید-۱۹ وضعیت بحران اجتماعی-اقتصادی و پریشانی شدید روانی به‌سرعت در سراسر جهان رُخ داد. مشکلات روانی مختلف و پیامدهای مهم از نظر سلامت روان از جمله استرس، اضطراب، افسردگی، ناامیدی، عدم اطمینان در طول شیوع این بیماری به‌تدریج ظهور کردند (۲). همچنین این بیماری تأثیر منفی بر بهزیستی روان‌شناختی

آدرس نویسنده مسئول: تبریز، گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، هادی اسمخانی اکبری نژاد (email: Hadiakbarinejad@yahoo.com)

ORCID ID: 0000-0001-5997-1790

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۴/۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۵/۳۰

(psychological well-being) عموم مردم داشت (۳ و ۴). در طول همه گیری بیماری کرونا تعداد مرگ و میر ناشی از این بیماری افزایش یافت، که این امر منجر به کاهش امید به زندگی (life expectancy) در میان مردم گردید (۵).

امید به عنوان عاملی شناختی می تواند در مسیر رسیدن به موفقیت نقش کمک کننده ای داشته باشد. به گفته Snyder، امید قابلیت ادراکی است برای ایجاد روش های مختلف جهت دستیابی به اهداف، نیازها، خواسته های خویش و نیروی برانگیزاننده خویشستن (۶). امید به زنده ماندن مکانیسم سازگاری مهمی است که به فرد جرأت می دهد که با شرایط موجود رو به رو شده و ظرفیت مقابله با آن ها را افزایش دهد (۷).

Ryff بهزیستی روان شناختی را کوششی در راستای رشد و پیشرفت جهت تحقق بخشیدن به توانایی های بالقوه فرد قلمداد می کند و آن را به عنوان عملکرد مطلوب انسان تعریف کرده است. رشد شخصی، داشتن ارتباط مثبت با دیگران، خودمختاری، پذیرش خود، هدفمندی در زندگی و تسلط بر محیط از مؤلفه های تشکیل دهنده بهزیستی روان شناختی ریف است (۸). ایجاد و افزایش بهزیستی اشخاص را به سوی کامروایی در زندگی، مراوده اجتماعی یاری گر سالم تر و سلامت جسمی و روانی بیش تر سوق می دهد (۹).

در مداخلاتی که پس از ابتلا به کرونا جهت پذیرش، سازگاری و بهبودی هر چه بهتر و سازگاری سریع تر با مشکلات برآمده از آن صورت می گیرد، لازم است علاوه بر مداخلات پزشکی و طبی، مداخلات روان شناختی از جمله مشاوره (counseling) و روان درمانی (psychotherapy) نیز مدنظر قرار گیرد. پژوهش ها نشان می دهند که انواع مداخلات روان شناختی نقش موثری در کنترل یا کاهش نشانگان روان شناختی، و یا افزایش توانمندی های اجتماعی و روانی بیماران مبتلا به کرونا دارند (۱۰)، که معنادرمانی (logo therapy) شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (mindfulness-based cognitive therapy) از جمله آن هاست.

معنادرمانی با درنظر گرفتن گذرایی زندگی و وجود انسانی به جای بدبینی و انزوا، انسان را به تالش و فعالیت فرامی خواند و بیان می کند که آن چه انسان ها را از پای درمی آورد، رنج ها و سرنوشت نامطلوبشان نیست، بلکه بی معنا شدن زندگی است که مصیبت بار است. اگر رنج شجاعانه پذیرفته شود تا واپسین دم، زندگی معنا خواهد داشت و معنای زندگی می تواند حتی معنای بالقوه درد و رنج را نیز شامل شود (۱۱). از این رو، معنایابی در زندگی می تواند تأثیرات عمیقی بر کاهش

مشکلات روان شناختی گروه های مختلف بیماران داشته باشد (۱۲). معنادرمانی بر امید به زندگی بیماران قلبی (۱۳)، اضطراب مرگ و امید به به زندگی بیماران مبتلا به سرطان معده (۱۴)، بهزیستی روان شناختی بیماران مبتلا به ایدز (۱۵)، و بهزیستی روان شناختی و امید به زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ (۱۶) اثربخش است.

تمرین های درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی طوری طراحی شده است که توجه به بدن را افزایش می دهد. این درمان به بیماران کمک می کند تا یاد بگیرند چگونه از احساسات بدنی، افکار و هیجانات خود آگاه شوند و به شکل غیرمستقیم با کاهش میزان استرس، پاسخ سازگارانهای به علائم هشداردهنده عود بیماری نشان دهند (۱۷). اصول اساسی این درمان حضور در زمان حال و قضاوت نکردن است (۱۸). این درمان بر کاهش اضطراب کرونا (۱۹)، بهزیستی روان شناختی (۲۰)، سلامت روان (۲۱)، و سلامت روان و کیفیت زندگی (۲۲) بیماران مبتلا به کرونا، و امیدواری بیماران مبتلا به صرع (۲۳) اثربخش است.

امروزه با تغییر رویکرد بیماری نگر و پیدایش دیدگاه های سلامت نگر، سلامتی فقط روی یک محور که یک سوی آن بیمار و سوی دیگر آن سلامتی افراد قرار دارد، درنظر گرفته نمی شود؛ بلکه سلامت پیوستاریست که حالت انفعالی ندارد و نیازمند پرورش است. بدیهی است در این رابطه شناخت عوامل مؤثر بر غنی سازی زندگی و افزایش ظرفیت ها و سرمایه های روان شناختی و یافتن رویکردهای درمانی مؤثر برای زندگی آرام و مطمئن برای بیماران از اهمیت ویژه ای برخوردار باشد.

مواد و روشها

روش پژوهش حاضر، نیمه تجربی و طرح آن از نوع پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران مبتلا به کرونا شهر تبریز که در نیمه سال اول سال ۱۴۰۰ به دلیل ابتلا به کرونا نتایج تست PCR (تست تشخیص عفونی بیماری کرونا) آن ها مثبت بود و ۴۵ روز از زمان تشخیص بیماری آن ها گذشته بود (رعایت این مورد به این جهت است که بتوانند در پژوهش شرکت کنند) تشکیل داد. برای نمونه گیری از روش نمونه گیری غیراحتمالی در دسترس مبتنی بر هدف استفاده شد؛ به طوری که پس از کسب رضایت از مسئولین کلینیک ها و بیماران، از مبتلایان جهت بررسی میزان آمادگی آن ها برای مشارکت در پژوهش و جلسات درمانی، توسط پژوهشگران مصاحبه به عمل آمد، و سپس با در نظر گرفتن

معیارهای ورود (جنسیت مونث، سن ۲۵ تا ۳۵، عدم ابتلا به بیماری جدی دیگری به غیر از ویروس کرونا، عدم استفاده از داروهای روان پزشکی، عدم شرکت در جلسات مشاوره و روان درمانی فردی و گروهی)، پرسشنامه‌های امید به زندگی Miller و بهزیستی روان‌شناختی Ryff در بین ۱۹۸ نفر از آن‌ها که مایل به شرکت در پژوهش بودند اجرا شد (توضیح این‌که پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها و در حضور پژوهش‌گران تکمیل شدند)، و از بین آن‌هایی که در این پرسشنامه‌ها یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین نمره کسب کردند (۸۸ نفر)، ۴۵ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی (به شیوه قرعه‌کشی از طریق پرتاب سکه) به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم گردیدند (هر کدام ۱۵ نفر). ملاک‌های خروج از مطالعه (عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات درمانی و غیبت بیش از دو بار در جلسات درمانی) بودند. با بهره‌گیری از نرم‌افزار G پاور (۵/۰/۰۵) اندازه اثر: ۰/۱۵ و حجم نمونه مطالعات نیمه‌آزمایشی گذشته، حجم نمونه مطالعه حاضر ۴۵ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) تعیین گردید. توضیح این‌که حجم نمونه بزرگ‌تر از ۱۵ نفر در روان‌درمانی‌های گروهی ممکن است کیفیت درمان و پویایی گروه‌های درمانی را پایین بیاورد.

شایان ذکر است که تمام اصول اخلاقی در این مقاله رعایت گردیده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد. در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفت. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد. کد اخلاق پژوهش حاضر IR.IAU.Z.REC.1399.155 بود.

اطلاعات جمعیت‌شناختی که از نمونه‌ها جمع‌آوری شوند شامل سن، مدت زمان تشخیص ابتلا به بیماری کرونا، میزان تحصیلات و شغل بود.

پرسشنامه امید به زندگی میلر (Miller's life expectancy questionnaire) (۱۹۸۷): پرسشنامه امید به زندگی Miller از نوع تشخیصی بوده که شامل ۴۸ جنبه از حالت‌های امیدواری و درماندگی می‌شود که ماده‌های قیدشده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار یا پنهان رفتاری در افراد امیدوار یا ناامید برگزیده شدند. هر سوال نشانه رفتاری است، و بر اساس مقیاس لیکرت (۱: بسیار مخالف، ۲: مخالف، ۳: بی تفاوت، ۴: موافق و ۵: بسیار موافق) تنظیم شده است. هر فرد با انتخاب جمله‌ای که درباره او صدق می‌کند، امتیاز کسب می‌کند. ارزش‌های نمره‌های هر جنبه از ۱ تا ۵ تغییر می‌کند. جمع امتیاز کسب‌شده مبین امیدواری یا ناامیدی است. دامنه امتیازات کسب شده در این آزمون از ۴۸ تا ۲۴۰ متغیر است و نمره بالاتر نشان‌دهنده امیدواری بیش‌تر است

(۲۴). Hajiazizi جهت تعیین روایی این پرسشنامه، از نمره سوال ملاک استفاده کرده است. بدین صورت که نمره کل پرسشنامه یا نمره سوال ملاک همبسته می‌باشد و مشخص شد بین این دو رابطه مثبت معنی‌داری وجود داشته است (۲۴). وی جهت تعیین پایایی پرسشنامه از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده کرده است که ضریب‌ها به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۰ است (۲۴). پایایی این مقیاس در این مطالعه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمده است.

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی (psychological well-being scale): این مقیاس را Ryff در سال ۱۹۸۰ طراحی کرد. فرم اصلی دارای ۱۲۰ پرسش بود، ولی در بررسی‌های بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ سوالی، ۵۴ سوالی و ۱۸ سوالی نیز پیشنهاد گردید. در این پژوهش از فرم ۱۸ سوالی آن استفاده شد. مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی دارای شش خرده مقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است. در فرم ۸۴ سوالی هر عامل دارای ۱۴ پرسش، و در فرم ۱۸ سوالی هر عامل ۳ سوال دارد. گزینه‌های این پرسشنامه شش‌گانه بوده و از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۶) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره پرسشنامه ۱۸ و حداکثر آن ۱۰۸ است. نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بهتر است (۲۵). ضریب پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ و خرده مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۸، به دست آمده است (۲۵). روایی این آزمون با استفاده از روش روایی سازه با اجرای مقیاس بهزیستی روان‌شناختی و پرسشنامه شادکامی محاسبه شده که همبستگی آن‌ها ۰/۶۸ به دست آمده است، که نشانگر روایی قابل قبولی است (۲۵). روایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی در ایران به کمک روش روایی سازه، با اجرای مقیاس بهزیستی روان‌شناختی، پرسشنامه شادکامی آکسفورد، پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ و همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با یکدیگر و با مقیاس اصلی محاسبه گردید. همبستگی بین مقیاس بهزیستی روان‌شناختی با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی آکسفورد و پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۸، ۰/۵۸ و ۰/۱۷ به دست آمد (۲۶). در تعیین پایایی این ابزار در ایران به روش بازآزمایی، با دو ماه فاصله، ضریب پایایی ۰/۸۲ برای کل مقیاس، و برای خرده‌مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد

درمانی در یک مرکز مشاوره خصوص در شهر تبریز توسط یک متخصص مشاوره با درجه دکتری، و دو دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره و روان شناسی بالینی برگزار شدند. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه های آزمایش، از آن ها خواسته شد تا سه ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. بعد از اتمام جلسات (پس آزمون) و سه ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر سه گروه با استفاده از ابزارهای اندازه گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه ها، حین مصاحبه اولیه با تک تک آن ها از اعضا خواسته شد تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات نیز رصد می شد و همبستگی

شخصی به ترتیب ضرایب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۸ به دست آمد (۲۶). در پژوهش حاضر، پایایی کل این مقیاس توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد. پس از اجرای پیش آزمون، اعضای گروه آزمایش اول طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای (دو ماه؛ هفته ای یک جلسه) معنادرمانی را به صورت گروهی طبق برنامه درمانی Andreason (۲۷) دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه آزمایش دوم نیز طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای (دو ماه؛ هفته ای یک جلسه) از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت گروهی طبق برنامه درمانی Segal، Williams و Teasdale (۲۸) برخوردار شدند (جدول ۲)؛ اما اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. جلسات

جدول ۱. محتوای جلسات و پروتکل معنادرمانی

جلسه	هدف و محتوا
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با مشاور و فرآیند مشاوره
دوم	آشنایی با رویکرد معنادرمانی
سوم	پذیرش مسئولیت فرد نسبت به خود و دیگران
چهارم	یافتن هدف در زندگی
پنجم	بررسی موضوع مرگ و زندگی
ششم	غلبه بر یأس و ناامیدی
هفتم	نگرش و احساسات افراد در زندگی
هشتم	خلاصه و پایان جلسات گروهی، اجرای پس آزمون

جدول ۲. محتوای جلسات و پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	هدف و محتوا
اول	هدف: آگاهی بیش تر از احساسات، افکار و حس های بدنی لحظه به لحظه و تجربه بودن در لحظه. موضوع: توضیح درباره اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در این جا و اکنون، و باز کردن مفهوم ذهن آگاهی برای اعضا با استفاده از چند فن، و یاد گرفتن انجام امور روزمره، همراه با توجه کردن به آن ها.
دوم	هدف: توجه به احساسات و افکار، و گسترش و پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند. موضوع: پی بردن به ذهن سرگردان و تمرین توجه به بدن، احساس جسمی و فیزیکی و توجه به تنفس.
سوم	هدف: مهارت های پاسخ گویی به فکر یا احساس ناخوشایند. موضوع: آرام گرفتن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه نشسته و انجام تمرین هایی که توجه را به لحظه حال می آورند.
چهارم	هدف: جلوگیری از ایجاد تثبیت افکار منفی. موضوع: یاد گرفتن این که بدون فرار و دوری کردن از افراد، در لحظه اکنون باقی بمانیم و تلاطم افکار را نظاره کنیم.
پنجم	هدف: تغییر عادات قدیمی فکر کردن مانند شناخت امور روزمره خودکار، بی انگیزه بودن در کارها، بی نتیجه دانستن فعالیت ها، فرار یا اجتناب از موقعیت های سخت زندگی، آرزوهای بزرگ داشتن، مقایسه همیشگی وضع موجود خود با وضعیت دل خواه. موضوع: آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آن ها بدون قضاوت و دخالت مستقیم.
ششم	هدف: آگاه شدن از علایم هشداردهنده تاب آوری و بهزیستی روان شناختی. موضوع: تغییر خلق و افکار از طریق تلقی افکار به عنوان فقط فکر و نه واقعیت.
هفتم و هشتم	هدف: آگاهی از تغییرات جزیی خلق. موضوع: هشیار بودن از نشانه های کاهش تاب آوری و بهزیستی روان شناختی، و تنظیم برنامه برای روبه رو شدن احتمالی با نشانه های کاهش تاب آوری و بهزیستی روان شناختی؛ برنامه ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در لحظه برای ادامه زندگی و تعمیم آن ها به کل جریان زندگی.

یافته‌ها

در جدول ۳، یافته‌های توصیفی متغیرهای سن، مدت زمان تشخیص ابتلا به بیماری کرونا، میزان تحصیلات و شغل آزمودنی‌ها آورده شده است. در جدول ۳، سطوح معنی‌داری به‌دست آمده نشان می‌دهند که بین سه گروه از نظر سن، مدت زمان تشخیص ابتلا به بیماری کرونا، میزان تحصیلات و شغل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p < 0.05$).

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون Kolmogorov-Smirnov نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی محقق شده است؛ زیرا مقادیر Z محاسبه‌شده در سطح بررسی ($p > 0.05$) معنی‌دار نیستند. در آزمون ام باکس، از آن‌جایی که F متغیرهای امید به زندگی ($F=1/651$) و بهزیستی روان‌شناختی ($F=2/411$) به‌ترتیب در سطح 0.0266 و

گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه گردید.

فرضیه پژوهش: اثربخشی معنادرمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ویروس کرونا متفاوت است.

متغیرهای مستقل: معنادرمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

متغیرهای وابسته: امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی
برای تجزیه و تحلیل آماری از نرم‌افزار SPSS ورژن 24 استفاده شد. در این پژوهش نیز از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه، مجذور کای، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید. در این پژوهش سطح معناداری معادل 0.05 در نظر گرفته شد.

جدول ۳. یافته‌های توصیفی بیماران مبتلا به کرونای شهر تبریز در سال ۱۴۰۰ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر	گروه آزمایش ۱	گروه آزمایش ۲	گروه کنترل	P
سن (سال)	30.07 ± 2.78	29.40 ± 2.64	30.20 ± 2.65	۰/۶۸۷
مدت زمان تشخیص ابتلا به بیماری کرونا (میانگین و انحراف معیار)	5.27 ± 0.59	5.60 ± 0.73	5.27 ± 0.59	۰/۲۷۴
میزان تحصیلات (تعداد (درصد))				۰/۶۸۱
سیکل تا دیپلم	۳ (۳)	۲ (۲)	۳ (۳)	
فوق‌دیپلم تا لیسانس	۴ (۴)	۴ (۴)	۳ (۲)	
فوق‌لیسانی و بالاتر	۳ (۲)	۴ (۴)	۴ (۴)	
شغل (تعداد (درصد))				۰/۷۵۵
کارمند	۴ (۴)	۵ (۲)	۵ (۲)	
خانه‌دار	۶ (۲)	۵ (۲)	۵ (۲)	

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار متغیر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بیماران مبتلا به کرونای شهر تبریز در سال ۱۴۰۰ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	سطح معناداری تغییرات داخل گروهی	سطح معناداری تغییرات بین گروهی
امید به زندگی						
معنادرمانی		24.93 ± 4.25	25.13 ± 4.20	15.13 ± 3.09	$P < 0.001^*$	$P < 0.001^*$
شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی		24.13 ± 2.56	23.93 ± 2.40	14.80 ± 2.39	$P < 0.001^*$	$P < 0.001^*$
کنترل		13.47 ± 2.41	13.60 ± 2.72	13.73 ± 2.65	$P > 0.855$	
بهزیستی روان‌شناختی						$P < 0.001^*$
معنادرمانی		53.53 ± 5.97	53.73 ± 6.12	46.73 ± 5.98	$P < 0.001^*$	
شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی		55.13 ± 5.09	55.33 ± 5.38	45.87 ± 5.05	$P < 0.001^*$	
کنترل		46.00 ± 6.27	46.27 ± 6.28	46.60 ± 6.55	$P > 0.903$	

نوع آزمون: تحلیل واریانس آمیخته؛ * $p < 0.05$ (اختلاف معنی‌دار)

۰/۴۳۱ معنادار نبودند، می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. از سوی دیگر، آزمون کرویت موخلی نشان دادند با توجه به این که مقدار کرویت موخلی (۰/۵۵۵) متغیر امید به زندگی در سطح خطای داده شده (۰/۴۱۰) و مقدار کرویت موخلی (۰/۶۵۰) متغیر بهزیستی روان‌شناختی در سطح خطای داده شده (۰/۵۲۵) معنی‌دار نیست، می‌توان کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت؛ بنابراین، این پیش‌فرض نیز برقرار است. در آخر، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به عدم معنی‌داری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از (۰/۰۵) می‌توان گفت که واریانس خطای متغیر پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهند که بین نمرات متغیر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). همچنین نتایج حاکی از آن هستند که نمرات امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد (P<۰/۰۰۱). علاوه بر این تأثیر معنادرمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر امید

به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به ویروس کرونا پس از سه ماه پیگیری ماندگار بوده است (P<۰/۰۰۱). نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهند که اختلاف میانگین نمره امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های درمانی با گروه کنترل معنادار است (P<۰/۰۰۱). نتایج مقایسه‌های زوجی برای مرحله پیگیری نیز نشان از آن دارند که اختلاف میانگین نمرات امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های درمانی با گروه کنترل معنادار می‌باشد (P<۰/۰۰۱). از سوی دیگر، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی حاکی از آن هستند که معنی‌داری تغییرات بین‌گروهی به دلیل تفاوت تغییرات گروه‌های درمانی با گروه کنترل است؛ به‌طوری که هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری، نمرات امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی گروه‌های درمانی بیش‌تر از نمرات گروه کنترل است؛ اما نمره امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی معنادرمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی متفاوت از یکدیگر نمی‌باشد؛ بنابراین، معنادرمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افزایش امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی، نسبت به یکدیگر برتری ندارند. با توجه به این که آزمون اثر پیلای در موقعیت‌های عملی دارای قدرت بیش‌تری نسبت به سایر آزمون‌ها می‌باشد، نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است. اطلاعات بخش اول

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	تأثیر	مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر
امید به زندگی	زمان	۰/۹۴۶	۳/۵۸۵	۲/۰	۴۱/۰	۰/۰۰۱	۰/۹۴
بهزیستی روان‌شناختی	زمان*	۰/۹۷۳	۱۹/۸۸۰	۴/۰	۸۴/۰	۰/۰۰۱	۰/۴۸
	زمان	۰/۸۵۹	۱/۲۵۳	۲/۰	۴۱/۰	۰/۰۰۱	۰/۸۵۹
	زمان*	۰/۷۹۳	۱۳/۷۹۴	۴/۰	۸۴/۰	۰/۰۰۱	۰/۳۹

p<۰/۰۵ * اختلاف معنادار

جدول ۶. مقایسه‌های زوجی برای متغیرهای پژوهش بر اساس آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	گروه معنادرمانی در مقایسه با گروه کنترل	گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با گروه کنترل	گروه معنادرمانی در مقایسه با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی
امید به زندگی	تفاوت میانگین‌ها	تفاوت میانگین‌ها	تفاوت میانگین‌ها
	۱۱/۵۳۳	۱۰/۳۳۳	۰/۹۳۵
بهزیستی روان‌شناختی	تفاوت میانگین‌ها	تفاوت میانگین‌ها	تفاوت میانگین‌ها
	۷/۴۶۷	۹/۰۶۷	۱/۰۰۰

p<۰/۰۵ * اختلاف معنادار

و بهزیستی روان‌شناختی گروه‌های درمانی، تفاوت معنی‌داری با یکدیگر ندارند؛ بنابراین برتری درمان در پس‌آزمون و پیگیری در افزایش امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی به‌نفع هیچ یک از درمان‌ها نیست.

بحث

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی معنادرمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ویروس کرونا بود، که به‌صورت یک طرح نیمه‌آزمایشی انجام شد. در این راستا، تحلیل داده‌ها نشان داد که معنادرمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ویروس کرونا تأثیر دارند، و تأثیر معنادرمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی متفاوت از هم نیست. همچنین، یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و گذر زمان نقش تعدیل‌کنندگی بر تأثیر درمان‌ها در افزایش امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی دارد و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی افزایش یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه‌های مداخله‌ای با نزدیک‌شدن به پایان مداخله بر روی نمرات امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی افراد در هر دو گروه مداخله‌ای مثبت بود.

بنابراین می‌توان گفت که معنادرمانی بر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ویروس کرونا اثربخش است. لازم به‌ذکر است که در جست‌وجوهای انجام‌شده هیچ پژوهشی پیدا نشد که اثربخشی معنادرمانی بر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ویروس کرونا را مورد بررسی قرار داده باشد، اما می‌توان به‌نتایج پژوهش Matinfar (۱۳)، Borjali و همکاران (۱۴)، Smkhani و Akbarinejhad و Faroughi (۱۶)، و Shabani و Mahmoudi Tabar (۱۶) اشاره کرد که به‌ترتیب نشان دادند معنادرمانی بر امید به زندگی بیماران قلبی، اضطراب مرگ و امید به به زندگی بیماران مبتلا به سرطان معده، بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ایدز، و بهزیستی روان‌شناختی و امید به زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ اثربخش است. نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های

جدول ۵ در مورد متغیر امید به زندگی بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول حاکی از آن هستند که بین نمرات متغیر امید به زندگی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش (معنادرمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی) و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ به‌عبارت دیگر بین زمان و مداخله، تعامل وجود دارد. اندازه اثر به‌دست‌آمده برای متغیر امید به زندگی (۰/۴۸) نشان می‌دهد که ۴۸٪ از تغییرات متغیر امید به زندگی مربوط به معنادرمانی و اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بوده است. علاوه بر این، اطلاعات بخش اول جدول ۵ برای متغیر بهزیستی روان‌شناختی بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر بهزیستی روان‌شناختی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش (معنادرمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی) و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ به‌عبارت دیگر، زمان و مداخله تعامل دارند. اندازه اثر به‌دست‌آمده برای متغیر بهزیستی روان‌شناختی (۰/۳۹) نشان می‌دهد که ۳۹٪ از تغییرات متغیر بهزیستی روان‌شناختی مربوط به اثربخشی معنادرمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بوده است.

برای بررسی این مهم که نمرات کدام‌یک از گروه‌ها در متغیرهای امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت دارند، مقایسه زوجی انجام شد (جدول ۶). نتایج نشان دادند که اختلاف میانگین نمرات امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی گروه‌های آزمایشی با گروه کنترل، معنادار بوده است ($P < 0.001$)؛ اما اختلاف میانگین نمرات امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های آزمایشی نسبت به یکدیگر معنادار نمی‌باشد ($P > 0.05$). نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز حاکی از آن هستند که معنی‌داری تغییرات بین‌گروهی، ناشی از تفاوت تغییرات گروه‌های معنادرمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با کنترل است؛ به‌طوری‌که هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری، نمرات امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی گروه‌های آزمایشی بیش‌تر از نمره گروه کنترل است؛ اما نمرات امید به زندگی

مذکور همسو است. مطالعه حاضر همانند پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهد که معنادرمانی با بهره‌گیری از اصول درمانی خود که مشخصاً با بی‌معنایی زندگی چالش می‌کند و فرد را قادر می‌سازد تا مقدرات زندگی خود را پذیرفته و معنای شخصی خود را کسب کند، توانسته است امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ویروس کرونا را افزایش دهد.

معنادرمانی با انسان و دنیای او سر و کار دارد، و به فرد این فرصت را می‌دهد تا با نگرانی‌ها و مفاهیم زیربنایی زندگی از قبیل زندگی و مرگ، امید و ناامیدی، رابطه با دیگران یا ماندن در انزوا، انتخاب آزادانه، آگاهی و احساس مسئولیت نسبت به خود و دیگران، تعالی خویشتن و جستجوی معنا در دوره‌ای از زندگی که با مرگ نزدیک است مواجه شود. در چنین شرایطی و پس از درک مفاهیم معنادرمانی، فرد مسئولیت‌پذیری بیش‌تری نسبت به زندگی خود دارد و دگرگونی‌های بنیادین در باورهای خود تجربه می‌کند که احساس شادکامی و انگیزه در کنار مسئولیت‌پذیری نسبت به خود و دیگران باعث می‌شود تا افراد به تغییر در رفتار خود نسبت به دیگران و ارتباط با محیط پیرامون‌شان بپردازند و از این طریق جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها پس از درک معنا و هدف خود در زندگی‌شان بیش‌تر می‌شود (۲۹).

درباره اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی هم می‌توان نتیجه گرفت که این درمان بر افزایش امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ویروس کرونا اثربخش است. در این راستا، هیچ مطالعه‌ای که اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ویروس کرونا مورد بررسی قرار دهد در دسترس نیست. اما می‌توان به نتیجه پژوهش‌های Zolfaghari و Qoshchian (۱۹)، Mardpour و همکاران (۲۰)، Zhu و همکاران (۲۱)، Si و همکاران (۲۱)، Mohamadpour و همکاران (۲۱) اشاره کرد که به‌ترتیب نشان دادند شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب کرونا، بهزیستی روان‌شناختی، سلامت روان، و سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کرونا، و امیدواری بیماران مبتلا به صرع اثربخش است. پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد. این پژوهش مانند پژوهش‌های قبلی به‌نوعی به این نتیجه رسید که د شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با کمک به پذیرش فعالانه مشکلات برآمده از بیماری کرونا توانسته است مقاومت آن‌ها را درباره مشکلات‌شان که برآمده از بیماری کرونا است

بیش‌تر کند و از این‌رو امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ویروس کرونا را افزایش دهد. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به بیماران کمک می‌کند تا یاد بگیرند چگونه از احساسات بدنی، افکار و هیجانات خود آگاه شوند و به‌شکل غیرمستقیم با کاهش میزان استرس، پاسخ سازگارانه‌ای به علائم هشداردهنده عود بیماری نشان دهند (۳۰). انجام تمرینات ذهن‌آگاهی باعث رشد عواملی چون مشاهده، غیرقضاوتی‌بودن، غیرواکنشی‌بودن و عمل همراه با هوشیاری، و در نهایت رشد بهزیستی روان‌شناختی، کاهش استرس و نشانه‌های روان‌شناختی می‌شود. در حقیقت، وقتی ذهن‌آگاهی افزایش می‌یابد توانایی برای عقب ایستادن و مشاهده‌کردن حالت‌هایی مثل اضطراب افزایش می‌یابد، در نتیجه فرد می‌تواند خود را از الگوهای رفتاری خودکار رها کند و از طریق درک و دریافت مجدد، دیگر با حالت‌هایی مثل اضطراب و ترس کنترل نشود، بلکه می‌تواند از اطلاعات برخاسته از این حالت‌ها استفاده کند و با هیجانات همراه باشد و در نتیجه امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی خود را ارتقاء دهد (۲۸).

این پژوهش نشان داد که تأثیر معنادرمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ویروس کرونا متفاوت از هم نیست. هیچ پژوهشی اثربخشی این دو درمان را بر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ویروس کرونا مقایسه نکرده است. این دو رویکرد درمانی با کاربرد اصول، مبانی و فنون خاص و ویژه خود توانسته‌اند به این بیماران کمک کنند تا بیماری و مشکلات برآمده از آن را بهتر پذیرش کنند که این امر سبب شده تا بهتر با آن مقابله کنند، که متعاقباً امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی آنان افزایش پیدا کرده است.

با توجه اثربخشی این دو درمان، و این‌که این دو روش درمانی از نظر تأثیر بر پیامدهای مورد بررسی اثر یکسانی دارند می‌توان گفت که معنادرمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با کاربرد فرآیندها و فنون خود، سبب افزایش به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ویروس کرونا شده است.

نمونه پژوهش حاضر را کلیه زنان متأهل ۲۵ تا ۳۵ ساله مبتلا به ویروس کرونای شهر تبریز تشکیل دادند که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است؛ و تعمیم یافته‌ها به همه زنان مبتلا به ویروس کرونای جوان‌تر و مسن‌تر، و زنان غیرمتأهل که از حمایت همسر و خانواده برخوردار نیستند را

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر کنند. امور مربوط به گردآوری داده‌ها و نگارش و تحلیل داده‌ها به عهده هادی اسمخانی اکبری‌نژاد و سارا زلفعلی پورملک بود. اسماء بخشنده و فاطمه خراسانی اصلاحات مقاله و شناسایی نمونه متشکل از افراد مبتلا به کرونا را بر عهده داشتند و پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را اجرا کردند. بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخدهی محتمل به نظر می‌رسد. علاوه بر این‌ها، آزمودنی‌های پژوهش حاضر از منظر متغیرهایی نظیر وضعیت اقتصادی و اجتماعی همنا نشده‌اند که این مورد نیز یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. با توجه به نقش مهم زنان در خانواده و جامعه، و از طرفی لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های دولتی و خصوصی، از معنادرمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در زمینه افزایش امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ویروس کرونا استفاده شود.

REFERENCES

1. Song F, Shi N, Shan F, Zhang Z, Shen J, Lu H, et al. Emerging 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) Pneumonia. *Radiology* 2020; 295: 210-17.
2. Serafini G, Parmigiani B, Amerio A, Aguglia A, Sher L. The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM* 2020; 113: 531-537.
3. Sønderskov KM, Dinesen PT, Santini ZI, Østergaard SD. The depressive state of Denmark during the COVID-19 pandemic. *Acta Neuropsychiatr* 2020; 32: 226-28.
4. Li H, Hafeez H, Zaheer MA. COVID-19 and Pretentious Psychological Well-Being of Students: A Threat to Educational Sustainability. *Front Psychol* 2021; 27: 628003.
5. Chan EYS, Cheng D, Martin J. Impact of COVID-19 on excess mortality, life expectancy, and years of life lost in the United States. *PLOS One* 2021.
6. Afshari E, Zarei A, Mahmoudalilou M, Nemati F. Comparing Coping strategies, happiness, hope for future in adolescent's survivor Bam earthquake with other adolescents. *Shenakht J Psychol Psychiatry* 2018; 5: 38-52. [In Persian]
7. Radmehr P, Yousefvand L. The investigating rate of mindfulness-based cognitive therapy in reduces perceived stress and increase life expectancy in women suffering coronary artery disease. *Iran J health Educ Health Promot* 2017; 5: 164-172. [In Persian]
8. Ryff, C. D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *JPSP* 1989; 57: 1069-81.
9. Crous, G. Child psychological well-being and its associations with material deprivation and type of home. *CYSR* 2017; 80: 88-95.
10. De Sousaa A, Mohandas E, Javed A. Psychological interventions during COVID-19: Challenges for low and middle income countries. *AJP* 2020, 51: 102128.
11. Frankel V, eds. Man search for meaning. Translated by Salehian N, Milani M. 56th ed. Tehran: Rasa; 2019. P.23-24. [In Persian]
12. Prochaska J, Norcross J, eds. Theories of Psychotherapy (Psychotherapy Systems): An Interdisciplinary Analysis. Translated by: SeyedMohammadi Y. 56th ed. Tehran: Ravan; 2016. P.219-220. [In Persian]
13. Matinfar B. The effectiveness of meaning therapy on life expectancy in heart patients. *JNIP* 2021; 7: 1-9. [In Persian]
14. Borjali M, Abbasi M, Asadian A, Ayadi N. Effectiveness of Group Logo Therapy on the Anxiety of Death and Life Expectancy of Patients with Stomach Cancer. *JSMJ* 2017; 15: 635-464. [In Persian]
15. Smkhani Akbarinejad H, Faroughi P. Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Logotherapy on the Psychological Well-being and Death Anxiety of Women with AIDS. *Qom Univ Med Sci J* 2021; 14: 48-60. [In Persian]

16. Shabani J, MahmoudiTabar R. The effectiveness of logo therapy training on psychological well-being and life expectancy of patients with type 2 diabetes in Salas itie. JPSES 2019; 4: 65-88. [In Persian]
17. Fumero A, Peñate W, Oyanadel C, Porter B. The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions on Anxiety Disorders. A Systematic Meta-Review. EJIHPE 2020; 10: 704-719.
18. Burgess EE, Selchen S, Diplock BD, Rector NA. A Brief Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) Intervention as a Population-Level Strategy for Anxiety and Depression. Int J Cogn Ther 2021; 20: 1-19.
19. Zolfaghari S, Qoshchian S. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on reducing coronary anxiety in patients with multiple sclerosis in Semnan. SPES 2020; 6: 84-92. [In Persian]
20. Mardpour A, Akbari Ebtekar M, Haji Adineh S, Sadati Brothers M. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the psychological well-being of women with coronary heart disease. Ninth International Conference on Research in Psychology, Counseling and Educational Sciences, International Organization for Academic Studies, Tafli, Georgia; 2021. p. 161-172.
21. Zhu JL, Schülke R, Vatansever D, Xi D, Yan J, Zhao H, Xie X, et al. Mindfulness practice for protecting mental health during the COVID-19 pandemic. Translational Psychiatry 2021, 11: 329.
22. Si M-Y, Xiao W-J, Pan C, Wang H, Huang Y-M, Lian J, et al. Mindfulness-based online intervention on mental health and quality of life among COVID-19 patients in China: an intervention design. Infectious Diseases of Poverty 2021; 10: 69.
23. Mohamadpour S, Shahi M, Tajikzadeh F. The effect of mindfulness-based cognitive therapy on the psychological well-being, hope, core self-evaluations among epileptic patients. CPAP 2018; 15: 37-50. [In Persian]
24. Hajiazizi AH, Bahmani B, Mahdi N, Manzari Tavakoli V, Barshan A. Effectiveness of Group Logotherapy on Death Anxiety and Life Expectancy of the Elderly Living in Boarding Houses in Kerman. Salmand 2017; 12: 220-231. [In Persian]
25. Ryff, C. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. JPSP 1989; 57: 1069-1081.
26. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and Validity of Ryff's Psychological Well-being Scales. IJPCP 2008; 14: 146-151. [In Persian]
27. Andreason A. Logo therapy and spirituality, a course in Viktor Frankls Logotherapy. Available at: URL: www.workshaper.org.uk; 2007. <http://www.workshaper.org.uk/>
28. Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD, eds. Mindfulness Based cognitive therapy for depression. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2013. p. 86.
29. Sri Suyanti T, Keliat BA, Helena Catharina Daulima N. Effect of logo-therapy, acceptance, commitment therapy, family psychoeducation on self-stigma, and depression on housewives living with HIV/AIDS. Enfermeria Clinica 2018; 28: 98-108.
30. Garland E, Gaylord S, Park J. The role of mindfulness in positive reappraisal. Explore (NY) 2009; 5: 37-44.