

مقایسه انعطاف پذیری شناختی، سرمایه روان شناختی و راهبردهای مقابله با درد بین افراد مبتلا به کووید ۱۹ پاسخ دهنده و عدم پاسخ دهنده به درمان خانگی

اصغر جعفری^۱

(صفحات ۴-۳۵)

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱/۲ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۳/۳

هدف: هدف پژوهش مقایسه انعطاف پذیری شناختی، سرمایه روان شناختی و راهبردهای مقابله با درد بین افراد مبتلا به کووید ۱۹ پاسخ دهنده و عدم پاسخ دهنده به درمان خانگی بود. روش: روش پژوهش علی - مقایسه‌ای بود. جامعه آماری، افراد مبتلا به کووید ۱۹ پاسخ دهنده و عدم پاسخ دهنده به درمان خانگی در شهر تهران بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری گلوله برفی، ۸۷ نفر پاسخ دهنده به درمان خانگی و ۹۲ نفر عدم پاسخ دهنده به درمان خانگی انتخاب شدند و پرسشنامه‌های انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندروال (۲۰۱۰)، سرمایه روان شناختی لوتانز و همکاران (۲۰۰۷) و راهبردهای مقابله با درد روزنشتایل و کیف (۱۹۸۳) را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره تحلیل شدند. یافته‌ها: بین انعطاف‌پذیری شناختی، ابعاد سرمایه روان شناختی و راهبردهای مقابله با درد گروه‌های پاسخ دهنده و عدم پاسخ دهنده به درمان تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0/01$). راهبرد مقابله‌ای فاجعه‌آفرینی در گروه پاسخ دهنده به درمان کمتر از گروه عدم پاسخ دهنده به درمان بود ولی در انعطاف‌پذیری شناختی، خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و راهبردهای مقابله‌ای توجه‌برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده انگاشتن درد، دعا- امیدواری، افزایش فعالیت رفتاری) گروه پاسخ دهنده به درمان بالاتر از گروه عدم پاسخ دهنده به درمان بود. نتیجه‌گیری: انعطاف‌پذیری شناختی، سرمایه روان شناختی و راهبردهای مقابله با درد در

۱. (نویسنده مسئول)، دکترای روان‌شناسی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.
ORCID: 0000-0001-6581-3246 As_Jafari@sbu.ac.ir

پاسخ‌دهی به درمان خانگی کووید ۱۹ تأثیر دارند. نتایج شواهدی را نشان داد که بکارگیری مداخلات پیشگیرانه و درمانی مبتنی بر روان‌شناسی مثبت مانند تقویت انعطاف‌پذیری شناختی، سرمایه روان‌شناختی و راهبردهای کارآمد مقابله با درد می‌توانند در روند درمان خانگی و افزایش پاسخ به درمان کووید ۱۹ موثر باشند. **واژه‌های کلیدی:** انعطاف‌پذیری شناختی، سرمایه روان‌شناختی، راهبردهای مقابله، کووید ۱۹، درمان خانگی.

مقدمه

ویروس‌های کرونا خانواده بزرگی از ویروس‌ها و زیرمجموعه کروناویریده^۱ هستند که از ویروس سرماخوردگی معمولی تا عامل بیماری‌های شدیدتری مثل سارس^۲، مرس^۳ و کووید ۱۹^۴ را شامل می‌شوند. ویروس‌های کرونا در سال ۱۹۶۵ کشف شدند و مطالعه بر روی آنها بطور مداوم تا اواسط دهه ۱۹۸۰ ادامه داشت. این ویروس به طور طبیعی در پستانداران و پرندگان شیوع پیدا می‌کند، با این حال تاکنون هفت ویروس کرونای انسانی کشف شده است. آخرین نوع آنها در دسامبر ۲۰۱۹ در شهرووهان چین با همه‌گیری در انسان شیوع پیدا کرد (ژو^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). پژوهش‌های شیوع‌شناسی این ویروس در ووهان، رابطه اولیه‌ای را بین بازار غذاهای دریایی که حیوانات زنده می‌فروشنند و ابتلا به این ویروس را شناسایی کردند. با این حال همزمان با پیشرفت شیوع این بیماری، انتقال فرد به فرد به عنوان راه اصلی انتقال این بیماری گزارش شده است که تصور می‌شود انتقال فرد به فرد سنندرم تنفسی حاد ناشی از ویروس کرونای جدید همانند انتقال آنفلوانزا به طور عمده از طریق قطرات تنفسی باشد. با انتقال از طریق قطرات تنفسی، هنگامی که فرد آلوده سرفه، عطسه، یا مکالمه می‌کند، ویروس در ترشحات تنفسی رها می‌شود و در صورتی که تماس مستقیم با غشاهای مخاطی وجود

1. Coronaviridae.
2. Sars.
3. Mers.
4. COVID-19 (Corona Virus Disease 2019).
5. Zhu, N., & et al.

داشته باشد، می‌تواند افراد دیگر را آلوده کند. همچنین در صورت لمس سطح آلوده و سپس لمس چشم، بینی و دهان عفونت می‌تواند رخ دهد (ولاوان و مییر^۱، ۲۰۲۰). میزان انتقال از یک فرد دارای عفونت علامت‌دار با توجه به مکان و مداخلات کنترل عفونت در آن منطقه، متفاوت است (گددیی^۲، ۲۰۲۰). با این حال هنوز مستندات علمی در خصوص چگونگی انتقال این ویروس کامل نیست.

دوره کمون برای کووید ۱۹، ۱۴ روز پس از قرار گرفتن در معرض محیط آلوده است، که در بیشتر موارد تقریباً ۴ تا ۵ روز پس از مواجهه، اتفاق می‌افتد. در یک مطالعه بر روی ۱۰۹۹ بیمار مبتلا به کووید ۱۹، دوره متوسط کمون چهار روز (بین دو تا هفت روز) بود (گددیی، ۲۰۲۰). به نظر می‌رسد التهاب ریه شایع‌ترین علائم و تظاهرات جدی عفونت ناشی از این ویروس است که در مرحله ابتدایی با تب، سرفه، تنگی نفس و ارتشاح دو طرفه در تصویربرداری از قفسه سینه مشخص می‌شود. در یک مطالعه بر روی ۱۳۸ مبتلای به کووید ۱۹ در ووهان، شایع‌ترین ویژگی‌های بالینی در شروع بیماری شامل این موارد بودند: ۹۹ درصد تب، ۷۰ درصد خستگی، ۵۹ درصد سرفه خشک، ۴۰ درصد آنورکسی، ۳۵ درصد درد عضلانی، ۳۱ درصد تنگی نفس و ۲۷ درصد تولید خلط را گزارش کردند. تنگی نفس در ۳۱ درصد پس از متوسط ۵ روز از بیماری ایجاد شد و پیشرفت کرد. سندرم درد تنفسی حاد در ۲۰ درصد وجود داشت. هر چند که تب ممکن است یک علائم عمومی نباشد اما در یک مطالعه، تب تقریباً در کل بیماران گزارش شده است، تقریباً حدود ۲۰ درصد افراد تب خیلی خفیف کم‌تر از ۳۸ درجه سانتی‌گراد داشتند. در یک مطالعه دیگر از ۱۰۹۹ بیمار از ووهان و مناطق دیگر چین، تب (شاخص دمای زیر بغل بیش از ۳۷/۵ درجه سانتی‌گراد) تنها در ۴۴ درصد بستری وجود داشت اما در نهایت در ۸۹ درصد از بیماران در طول بستری تب به عنوان یکی از علائم بیماری کووید ۱۹ ذکر شد. سایر علائم که کمتر شایع است شامل سردرد، گلودرد و آب‌ریزش بینی

1. Velavan, T. P, & Meyer C. G.

2. Geddie, J. S. J.

می‌باشد. علاوه بر علائم تنفسی، علائم گوارشی تهوع و اسهال نیز در برخی بیماران گزارش شده است، اما این موارد نسبتاً غیرمعمول هستند (هانگ^۱ و همکاران، ۲۰۲۰).

درمان و مدیریت بیماران مشکوک یا قطعی کووید ۱۹، شامل اطمینان از کنترل مناسب عفونت و مراقبت‌های حمایتی است. در حال حاضر دارودرمانی بیشتر بر اساس کنترل و درمان سندرم حاد تنفسی انجام می‌شود. به نظر می‌رسد مراقبت‌های حمایتی و درمان در منزل برای بیمارانی که دارای عفونت خفیف هستند و یا می‌توانند بصورت سرپایی درمان شوند و در شرایط مناسب مانند خانه ایزوله شوند، مناسب باشد. مدیریت چنین بیمارانی باید بر جلوگیری از انتقال ویروس به دیگران و نظارت و ارزیابی کردن وضعیت بالینی تمرکز داشته باشد تا در صورت نیاز سریعاً بستری شوند. بیماران قابل درمان بصورت سرپایی، باید در خانه بمانند و سعی کنند خود را از سایر افراد و حیوانات خانگی جدا کنند (ادهیکاری^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). ایچاوستی، مک‌بث، حاسون اوهایون و دیمایگیو^۳ (۲۰۲۰) در پژوهشی بر روی بیماران با تشخیص مثبت کووید ۱۹ دریافتند که استفاده از مداخلات روان‌شناختی در درمان این بیماران در کنار فرآیند دارودرمانی کمک می‌کند که سلامت روانی این بیماران ارتقاء یابد و در نهایت آنان بتوانند به‌تروبه شیوه موثرتری فرآیند درمان بیماری را طی کنند و به‌طور کارآمدتری به درمان بیماری کووید ۱۹ پاسخ دهند.

وانگ^۴ و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی بر روی ۱۲۱۰ نفر در مراحل اولیه بیماری کووید ۱۹ در چین دریافتند که درصد بالایی از شرکت‌کنندگان اعلام کردند که وضعیت سلامتی پایین آنان تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی مانند سطح اضطراب، استرس و افسردگی آنان می‌باشد. این پژوهش پیشنهاد می‌کند که برای بهبود سلامت روانی گروه‌های آسیب‌پذیر در دوره شیوع کووید ۱۹، باید ویژگی‌های روان‌شناختی آنان ارتقاء

1. Huang, C., & et al.

2. Adhikari, S. P., & et al.

3. Inchausti, F., MacBeth, A., Hasson-Ohayon, I., & Dimaggio, G.

4. Wang, C., & et al.

یابند. یوان^۱ و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی بر روی ساکنین شهرهای مبتلا به کووید ۱۹ و ساکنین شهرهای غیرمبتلا به کووید ۱۹، دریافتند که در طول ۲ هفته، افرادی که در شهرهای مبتلا به کووید ۱۹ بودند و نسبت به خطر ابتلا به این بیماری و شانس بقاء، نگرش مثبت‌تری داشتند، اضطراب کمتر و کیفیت زندگی بهتری داشتند. کیو^۲ و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای درباره نگرانی روان‌شناختی افراد چینی در طول دوره شیوع کووید ۱۹، به این نتیجه رسیدند که به منظور پیشگیری و مقابله اولیه با استرس ناشی از شیوع کووید ۱۹، باید از کمک‌های اولیه روان‌شناسی استفاده کرد و راهبردهای مقابله‌ای موثر و کارآمد در افراد ارتقاء یابند و مداخلات باید در راستای کاهش نگرانی‌ها و پیشگیری از بروز مشکلات روان‌شناختی بکار گرفته شوند. وانگ، دی، یی و ویی^۳ (۲۰۲۰) در مطالعه وضعیت روان‌شناختی و عوامل مرتبط با آن را در مردان و زنان چینی در دوره شیوع کووید ۱۹ دریافتند که پاسخ‌های روانی، جسمانی و رفتاری افراد به استرس در واقع مکانیزم‌های روان‌شناختی برای خوددفاعی می‌باشند. از منظر سلامت روانی و جسمانی اگر افراد به کووید ۱۹ پاسخ مناسب دهند، می‌توانند انگیزه درونی بدن خود را برای جنگیدن در مقابل شیوع این بیماری تحریک کنند و برعکس اگر افراد واکنش نامناسب یا افراطی از خود نشان دهند بدن آنان در سطح خیلی پایین می‌تواند تحمل کند. که این به طور طبیعی تعادل کارکردهای روان‌شناختی و جسمانی فرد را مختل می‌کند و به سلامت روانی و جسمانی آنان آسیب می‌زند و حتی ممکن است بیماری‌های روانی و جسمانی جدی دیگری را در فرد ایجاد کند (دروری^۴ و همکاران، ۲۰۱۹).

در سال‌های اخیر رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا در حوزه روان‌شناسی سلامت اهمیت ویژه‌ای پیدا کرده است. در روان‌شناسی مثبت‌گرا روی استعداد

1. Yuan, S., & et al.
2. Qiu, J., & et al.
3. Wang, Y., Di, Y., Ye, J., & Wei, W.
4. Drury, J., & et al.

توانمندی‌های افراد به جای ناهنجاری و اختلال تأکید می‌شود. عواملی که نیازهای انسان را هدف قرار می‌دهند، موضوعات کلیدی در روان‌شناسی مثبت‌گرا است (کمپبل - سیلز، کوهن و استین^۱، ۲۰۰۶). یکی از موضوعات کلیدی در روان‌شناسی مثبت‌گرا، انعطاف‌پذیری شناختی است که به میزان تجربه‌پذیری فرد در مقابل تجارب درونی و بیرونی گفته می‌شود. به عبارتی دیگر انعطاف‌پذیری شناختی، توانایی تغییر آمیبه‌های شناختی به منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی است (دنيس و واندر وال^۲، ۲۰۱۰). این ویژگی شخصیتی، در افراد گوناگون به درجات مختلف مشاهده می‌شود و نوع واکنش افراد را در مقابل تجارب جدید مشخص می‌کند. افراد انعطاف‌پذیر، درباره دنیای درونی و بیرونی خود، کنج‌کاو هستند و زندگی آنها به لحاظ تجربه غنی است، چون تجارب جدید را می‌پسندند و خواهان تجربه آن هستند. آنها نه تنها از مواجهه با تجارب درونی و بیرونی اجتناب نمی‌کنند، بلکه حتی گاهی خود به دنبال تجارب جدید می‌روند (کاشدان و رویتنبرگ^۳، ۲۰۱۰). از نظر گلوستر، میرو لیب^۴ (۲۰۱۷) افرادی که تفکر انعطاف‌پذیر دارند، از توجهات جایگزین استفاده می‌کنند، به صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌برانگیز را رویدادهای استرس‌زای خود می‌پذیرند و به لحاظ روان‌شناختی در مقایسه با افراد انعطاف‌ناپذیر پرتحمل و بردبارتر هستند.

از طرفی دیگر براسل^۵ و همکاران (۲۰۱۶) اعتقاد دارند که انعطاف‌پذیری، توانایی فرد را در دریافت تجارب عاطفی منفی در زمان حال و سازگاری با رویدادهای آشفته‌ساز و محدودکننده دامنه رفتاری افزایش می‌دهد. انعطاف‌پذیری بالا به مجموعه‌ای از نتایج

1. Campbell- Sills, L., Cohen, S. L. & Stein, M. B.
2. Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S.
3. Kashdan, J., & Roitenberg, J.
4. Gloster, A. T., Meyer, A. H., & Lieb, R.
5. Brassell, A. A., & et al.

مثبت، از جمله کیفیت زندگی بالا، رفاه عاطفی، و سازگاری عملکردی منتج می‌شود، در عوض انعطاف‌پذیری پایین با واکنش‌های هیجانی منفی همراه است. همچنین انعطاف‌پذیری شناختی بالا افراد را قادر می‌سازد که موقعیت‌های گوناگون را بررسی کنند و بهترین گزینه‌ها و ایده‌ها را انتخاب و جایگزین کنند. انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار کند (المازوقی، چیکلوت و مک کراکن^۱، ۲۰۱۷). بگلری، ملکی و قائینی (۱۳۹۶) در پژوهشی بر روی دانشجویان دریافتند که بین آمادگی قلبی- تنفسی و عملکرد شناختی در بزرگسالی رابطه مثبت وجود دارد. انعطاف‌پذیری شناختی، در توانایی افراد برای به دست آوردن تعادل پس از مواجهه و غلبه بر شرایط دشوار جهت رسیدن به سازگاری مثبت نقش دارد. در همین راستا نتایج پژوهش فلدنر^۲ و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که در یک تکلیف القای درد فیزیکی بوسیله سرد کردن بدن، افرادی که انعطاف‌پذیری بالاتری داشتند، تحمل‌پذیری، تحمل درد و میزان بهبودی بالاتری بدست آوردند. سلطانی، شاره، بحرینیان و فرمانی (۱۳۹۲) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که انعطاف‌پذیری شناختی در انجام رفتارهای مرتبط با سلامت، نقش اساسی دارد. در این زمینه نتایج پژوهش دیویس، باررت و گریفیتس^۳ (۲۰۲۰) نشان داد که انعطاف‌پذیری شناختی در رابطه بین اثرات دارودرمانی برای بیمارهای حاد و کاهش اضطراب و افسردگی نقش میانجی دارد. همچنین نتایج پژوهش پسندیده و سالک مهدی (۱۳۹۸) نشان داد که بین افراد مبتلا به بیماری دستگاہ گوارش و افراد بهنجار به لحاظ انعطاف‌پذیری شناختی تفاوت وجود دارد.

علاوه بر انعطاف‌پذیری شناختی، سرمایه روان‌شناختی هم می‌تواند توانایی مقابله‌ای افراد را در برخورد با درد و استرس بهبود بخشد و رضایت از زندگی آنان را افزایش دهد

-
1. Almarzooqi, S., Chilcot, J., & McCracken, L. M.
 2. Feldner, M. T., & et al.
 3. Davis, A. K., Barrett, F. S., & Griffiths, R. R.

(جعفری و حسام‌پور، ۱۳۹۶). سرمایه روان‌شناختی سازه‌ای از روان‌شناسی مثبت در زمینه رشد و تحول فرد است که دارای چهار بعد می‌باشد: خودکارآمدی (اطمینان داشتن به توانایی خود و تلاش لازم به منظور کسب موفقیت در تکالیف چالش‌برانگیز)، امیدواری (داشتن پشتکار در جهت رسیدن به اهداف و تغییر مسیر برای دستیابی به موفقیت در صورت نیاز)، خوش‌بینی (اسناد مثبت نسبت به موفقیت در زمان حال و آینده) و تاب‌آوری (انعطاف‌پذیر بودن در دستیابی به موفقیت و اهداف در هنگام روبرو شدن با دشواری و مشکلات (استارتمن و یوسف - مورگان^۱، ۲۰۱۹). طبق نتایج پژوهش امینی، دهقانی، صالحی و سلطانی‌زاده (۱۳۹۸) افرادی که سرمایه روان‌شناختی بالایی دارند دارای ویژگی‌های شخصیتی هستند که سلامت روانی، هیجانی و انگیزشی آنها را افزایش می‌دهد. از آنجایی که انعطاف‌پذیری شناختی و سرمایه روان‌شناختی از سازه‌های روان‌شناسی مثبت هستند، قاسمی، گودرزی، میردریگونند و غلامرضایی (۱۳۹۷) معتقدند مداخلات روان‌شناسی مثبت ممکن است برای برخی از بیماران درد مزمن در راستای توانمندسازی آنها در فرآیند مقابله با درد مفید باشد. به نظر می‌رسد مداخلات روان‌شناسی مثبت برای بعضی از بیماران یک مکمل سودمند برای افزایش اثرات سایر مداخلات درمانی باشد. نتایج پژوهش لیگیدو-کویگلی^۲ و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد شیوع بالای کووید ۱۹، درماندگی زیادی را در زمینه ظرفیت، پاسخگویی و تاب‌آوری بر روی نظام‌های مراقب سلامت عمومی و خصوصی وارد می‌کند و افراد مبتلا به کووید ۱۹ که سطح تاب‌آوری پایینی دارند اغلب در فرآیند درمان و پاسخ مثبت به درمان رایج برای بیماری با مشکل مواجهه می‌شوند. دوان و ژو^۳ (۲۰۲۰) در پژوهشی بر روی افراد مبتلا به کووید ۱۹ دریافتند که مداخلات روان‌شناختی که بر افزایش توانایی انعطاف‌پذیری، خودکارآمدی، تاب‌آوری و توانمندی‌های روان‌شناختی افراد در

1. Stratman, J. L., & Youssef-Morgan, C. M.
2. Legido-Quigley, H., & et al.
3. Duan, L., & Zhu, G.

مقابله با استرس تمرکزی می‌کنند به طور موثری می‌توانند در فرآیند درمان کووید ۱۹ از مرحله کنترل بیماری تا مرحله درمان و بهبودی نقش داشته باشند. زگوب^۱ و همکاران (۲۰۲۰) در یک برنامه درمانی که به صورت مداخله در بحران و براساس عوامل روان‌شناختی برای درمان کووید ۱۹ طراحی شده است، اظهار کردند که مداخلات درمانی برای کووید ۱۹ باید شامل عوامل روان‌شناسی مثبت مانند خوش‌بینی، تاب‌آوری، مقابله کارآمد با استرس و درد و ارتقاء سطح انعطاف‌پذیری و تغییر آمیبه‌های شناختی افراد در فرآیند درمان باشد و باید سطح توانمندی‌های روان‌شناختی افراد را ارتقاء دهد.

افزون بر این، نتایج پژوهش ادھیکاری و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که افراد مبتلا به کووید ۱۹ در دوره اولیه این بیماری و در فرآیند درمان درد زیادی را در بخش تنفسی و ریه‌های خود تجربه می‌کنند. اما شدت این درد در افراد گوناگون متفاوت است. راهبردهای مقابله‌ای افراد مبتلا به کووید ۱۹ با درد و شیوه‌های کنار آمدن با این بیماری بر فرآیند درمان و پاسخ آنان به کنترل و کاهش علائم کووید ۱۹ تأثیر می‌گذارد. مقابله با درد، در تجربه‌ی درد، نقش واسطه‌ای قوی دارند. مقابله به تلاش‌های فکری، هیجانی و رفتاری فرد به هنگام رویاوری با فشارهای روانی به منظور غلبه، تحمل یا به حداقل رساندن عوارض ناشی از بیماری اطلاق می‌شود (آلدوین و کارولین^۲، ۲۰۰۷). در واقع مقابله با درد، بکارگیری افکار، هیجان‌ها و رفتارهای خاصی است که افراد از آنها برای کنترل و مدیریت درد یا واکنش‌های عاطفی خود به درد استفاده می‌کنند (برونر^۳، ۲۰۰۸). پژوهشگران بر این باورند که مقابله با درد، ادراک فرد از شدت درد و همچنین توانایی فرد برای کنترل و تحمل درد و نیز استمرار فعالیت روزمره در فرآیند درمان و پاسخ به درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (تورنر، ارسک و کمپ^۴، ۲۰۰۵). مطالعه بیماران مبتلا به درد حاکی از آن است که استفاده از راهبردهای مقابله‌ای فعال مانند تلاش برای انجام

1. Zgueb, Y., & et al.

2. Aldvin, M., & Carolin, M.

3. Brunner, L. S.

4. Turner, J. A., Ersek, M., & Kemp, C.

وظایف با وجود درد، عدم توجه به درد، استفاده از آرامش عضلانی دارای نتایج سازش‌یافته‌ای است و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای غیرفعال مانند فاجعه‌آفرینی، وابستگی و محدود کردن فعالیت) با درد بیشتر، ناتوانی جسمانی شدیدتر، ترس زیاد، اضطراب، نگرانی و احتمال افسردگی همراه است (شارما، ساندها، شنوی^۱، ۲۰۱۱). با توجه به شیوع بالا و انتقال سریع کووید ۱۹ در جهان (جی^۲ و همکاران، ۲۰۲۰) و در ایران (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران، ۱۳۹۹) و اثرات منفی آن بر بخش‌های گوناگون جامعه و تهدید جدی برای سلامت روانی، اجتماعی و جسمانی افراد، شناخت هرچه بیشتر عوامل زمینه‌ساز و تداوم‌بخش روان‌شناختی درگیر در این بیماری ضرورت می‌یابد. تا الان در فرآیند درمان، مداخلات درمانی بیشتر به بررسی ابعاد جسمانی کووید ۱۹ پرداختند، در حالی که عوامل جسمانی، تنها تعیین‌کننده‌های تشدید این بیماری نیستند. عوامل روان‌شناختی با عوامل جسمانی آسیب‌زای این بیماری تعامل دارند و زمینه‌ساز و تداوم‌بخش آن هستند. از آن جایی که درمان در خانه یک روش درمانی اولیه برای افراد مبتلا به کووید ۱۹ است توسط پزشک تجویز می‌شود و از تشدید این بیماری و مراجعه حضوری بیماران به بیمارستان و بستری شدن پیشگیری می‌کند، لذا بهبود فرآیند درمان خانگی برای افراد مبتلا به کووید ۱۹ و تسریع پاسخ‌دهی مثبت به درمان مستلزم توجه به عوامل روان‌شناختی است که می‌توانند تداوم‌بخش این بیماری باشند. باتوجه به نقش عوامل روان‌شناسی مثبت در تشدید کووید ۱۹ و به سبب خلاء پژوهشی بارز در این زمینه در داخل کشور، پژوهش حاضر با هدف مقایسه انعطاف‌پذیری شناختی، سرمایه روان‌شناختی و راهبردهای مقابله با درد بین افراد مبتلا به کووید ۱۹ پاسخ‌دهنده و عدم پاسخ‌دهنده به درمان خانگی انجام شد.

1. Sharma, P., Sandhu, J. S., & Shenoy, S.

2. Ge, H., & et al.

روش

روش پژوهش علی - مقایسه‌ای بود. جامعه آماری افراد مبتلا به کووید ۱۹ در شهر تهران بودند که در فروردین و نیمه اول اردیبهشت ۱۳۹۹، آزمایش کرونا برای آنان مثبت اعلام شده بود و پزشک درمان خانگی را برایشان تجویز کرد. به طور کلی این افراد دو دسته بودند: افرادی که فقط بوسیله درمان خانگی بهبود یافتند (گروه پاسخ‌دهنده به درمان خانگی) و افرادی که درمان خانگی برای آنها موثر نبوده و در نهایت در بیمارستان بستری شدند و بهبود یافتند (گروه عدم پاسخ‌دهنده به درمان خانگی). با استفاده از روش نمونه‌گیری گلوله برفی، ۸۷ نفر مبتلا به کووید ۱۹ پاسخ‌دهنده به درمان خانگی و ۹۲ نفر مبتلا به کووید ۱۹ عدم پاسخ‌دهنده به درمان خانگی انتخاب شدند. با توجه به جامعه آماری افراد مبتلا به کووید ۱۹ تحت درمان خانگی، چون چارچوب مشخصی برای نمونه‌گیری وجود نداشت و همچنین به دلیل رعایت نکات بهداشتی و مسایل اجتماعی، امکان دسترسی مستقیم به این افراد وجود نداشت، از روش نمونه‌گیری گلوله برفی استفاده شد. به این صورت که پژوهشگر با ۵ نفر مبتلا به کووید ۱۹ تحت درمان خانگی که می‌شناخت، به صورت تلفنی ارتباط برقرار کرد. در صورتی که رضایت آگاهانه و تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، پرسشنامه‌ها از طریق وات‌ساپ یا تلگرام برای آنان ارسال می‌شد و از آنها خواسته می‌شد که به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. در ادامه از این افراد پرسیده می‌شد در صورتی که افراد دیگر مبتلا به کووید ۱۹ تحت درمان خانگی را می‌شناسند، معرفی کنند. دوباره پرسشنامه‌ها برای افراد معرفی شده جدید فرستاده شد و از آنها خواسته شد که افراد دیگر مبتلا به کووید ۱۹ تحت درمان خانگی را معرفی کنند. انتخاب نمونه به صورت گلوله برفی و زنجیره‌وار تا جایی ادامه داشت که شرکت‌کننده آخر هیچ فرد مبتلا به کووید ۱۹ تحت درمان خانگی را معرفی نکرد. کلاً ۱۷۹ فرد مبتلا به کووید ۱۹ تحت درمان خانگی پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند که ۸۷ نفر پاسخ‌دهنده به درمان خانگی و ۹۲ نفر عدم پاسخ‌دهنده به درمان خانگی بودند. داده‌ها

با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شدند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش این موارد بودند: آزمایش کرونا برای آنها مثبت باشد، درمان خانگی باید بوسیله پزشک تجویز شده باشد و امکان رعایت شرایط درمان خانگی برای بیمار وجود داشته باشد. معیارهای خروج نیز شامل؛ داشتن بیماری زمینه‌ای مانند پرفشاری خون، دیابت، آسم و مشکلات گوارشی و تنفسی، اعتیاد، اختلال روانی، عدم رضایت آگاهانه و عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه‌ها بودند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی: این پرسشنامه توسط دنیس و وندروال (۲۰۱۰) ساخته شده و یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سئوالی براساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای است و سه جنبه از انعطاف‌پذیری شناختی را می‌سنجد: الف) میل به درک موقعیت‌های سخت به عنوان موقعیت‌های قابل کنترل (ادراک کنترل‌پذیری)، ب) توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان‌ها (ادراک توجیه رفتار)، ج) توانایی ایجاد چندین راه حل جایگزین برای موقعیت‌های سخت (ادراک گزینه‌های مختلف). این پرسشنامه برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیربالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی رفتاری افسردگی و سایر بیماری‌های روانی به کار می‌رود. روایی همزمان این پرسشنامه با افسردگی بک برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین^۱ (۱۹۹۵) ۰/۷۵ بود (دنیس و وندروال، ۲۰۱۰). در ایران سلطانی، شاره، بحرینیان و فرمانی (۱۳۹۲) ضریب بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۵۵ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر ضریب پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹

1. Martin, M. M., & Rubin, R. B.

بدست آمد.

پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی: این پرسشنامه بوسیله لوتانز، آولیو و آوی^۱ (۲۰۰۷) طراحی شد. ۲۴ سؤال و چهار خرده‌مقیاس؛ خودکارآمدی (سئوالات ۱ تا ۶)، امیدواری (سئوالات ۷ تا ۱۲)، تاب‌آوری (سئوالات ۱۳ تا ۱۸) و خوش‌بینی (سئوالات ۱۹ تا ۲۴) دارد. آزمودنی به هر سؤال براساس مقیاس ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۶) لیکرت پاسخ می‌دهد. نمره بالا نشان‌دهنده سرمایه روان‌شناختی بالا می‌باشد. در پژوهش جعفری و سیدخراسانی (۱۳۹۷) میزان پایایی این پرسشنامه براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد. نتایج تحلیل عاملی روایی سازه آن را تایید کرد. نسبت خی دو این آزمون برابر با ۲۴/۶ و آماره‌های CFI، RMSEA در این مدل به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۰۸ بودند که روایی سازه این پرسشنامه را تایید کردند. در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب پایایی ۰/۸۸ بدست آمد.

پرسشنامه راهبردهای مقابله با درد: این پرسشنامه روزنشتایل و کیف^۲ (۱۹۸۳) طراحی شده است. ۴۲ عبارت و ۷ خرده‌مقیاس دارد. در واقع شش راهبرد شناختی (توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده انگاشتن درد، فاجعه آفرینی، دعا-امیدواری) و یک راهبرد مقابله‌ای رفتاری (افزایش فعالیت رفتاری) را می‌سنجد. هر راهبرد از ۶ عبارت تشکیل شده و دامنه نمره بین صفر تا ۳۶ است. روزنشتایل و کیف (۱۹۸۵) ضریب همسانی درونی ۷ خرده‌مقیاس را بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ بر روی مبتلایان به درد حاد و مزمن بدست آورد که روایی قابل قبولی برای این پرسشنامه است. اصغری مقدم و گلک (۱۳۸۴) در پژوهشی بر روی جمعیت ایرانی مبتلا به درد مزمن ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۳ بدست آوردند. همچنین در این پژوهش روایی ملاکی و روایی پیش‌بین این پرسشنامه تأیید شد. در پژوهش رضایی، افشارنژاد، کافی، سلطانی و فلاح‌کهن (۱۳۸۸) پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ

1. Luthans, F., Avolio, B., & Avey, J

2. Rosenstiel, A. K., & Keefe, F. J.

برای خرده مقیاس نادیده انگاشتن درد، دعا و امیدواری، توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، فاجعه انگاری، گفتگو با خود و افزایش فعالیت رفتاری به ترتیب ۰,۷۷، ۰,۶۵، ۰,۷۶، ۰,۷۸، ۰,۸۵، ۰,۶۶، ۰,۶۸، گزارش شد. در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ضریب پایایی خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰,۸۱، ۰,۷۹، ۰,۸۵، ۰,۸۸، ۰,۸۳، ۰,۷۸ و ۰,۸۶ بدست آمد.

یافته‌ها

داده‌های مربوط به ۱۷۹ شرکت‌کننده (۸۷ نفر مبتلا به کووید ۱۹ پاسخ‌دهنده به درمان خانگی و ۹۲ نفر مبتلا به کووید ۱۹ عدم پاسخ‌دهنده به درمان خانگی) تحلیل شدند که میانگین سنی آنان ۳۸ سال با دامنه ۲۸ تا ۵۷ سال و انحراف معیار ۳/۲ بود. طبقات اقتصادی - اجتماعی بر اساس الگوی ارزش‌های طبقاتی جلالی پور و عزیزی مهر (۱۳۹۶) تقسیم‌بندی شد. در جدول ۱، وضعیت طبقات اقتصادی - اجتماعی شرکت‌کنندگان در پژوهش ارائه گردید.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

متغیرها	سطوح	گروه پاسخ‌دهنده به درمان		گروه عدم پاسخ‌دهنده به درمان	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
طبقات اقتصادی - اجتماعی	بالا	۲۴	۲۷/۵۸	۱۹	۲۱/۸۳
	متوسط	۳۷	۴۲/۵۲	۳۳	۳۷/۹۳
	پایین	۲۹	۳۳/۳۳	۳۵	۴۰/۲۲
جنسیت	زن	۳۵	۴۰/۲۲	۳۸	۴۳/۶۷
	مرد	۵۲	۵۹/۷۷	۴۹	۵۶/۳۲
شغل	ثابت	۵۶	۶۴/۳۶	۲۹	۳۳/۳۳
	آزاد	۳۱	۳۵/۶۳	۵۸	۶۶/۶۶

نتایج جدول ۱، نشان می‌دهد که در طبقات اقتصادی - اجتماعی گروه پاسخ‌دهنده

به درمان، ۲۷/۵۸ درصد در سطح بالا، ۴۲/۵۲ درصد در سطح متوسط، ۳۳/۳۳ درصد در سطح پایین و در گروه عدم پاسخ دهنده به درمان، ۲۱/۸۳ درصد در سطح بالا، ۳۷/۹۳ درصد در سطح متوسط و ۴۰/۲۲ درصد در سطح پایین بودند. در گروه پاسخ دهنده به درمان، ۴۰/۲۲ درصد زن و ۵۹/۷۷ درصد مرد و در گروه عدم پاسخ دهنده به درمان، ۴۳/۶۷ درصد زن و ۵۶/۳۲ درصد مرد بودند و به لحاظ وضعیت شغلی در گروه پاسخ دهنده به درمان، ۶۴/۳۶ درصد دارای شغل ثابت و ۳۵/۶۳ درصد دارای شغل آزاد و در گروه عدم پاسخ دهنده به درمان، ۳۳/۳۳ درصد دارای شغل ثابت و ۶۶/۶۶ درصد هم دارای شغل آزاد بودند.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار داده‌ها در افراد مبتلا به کووید

۱۹ پاسخ دهنده و عدم پاسخ دهنده به درمان خانگی

متغیرها	گروه مؤلفه‌ها	گروه پاسخ دهنده به درمان		گروه عدم پاسخ دهنده به درمان		
		تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین
سرما به ریزش شناسایی راهِ دردهای مقابلیه با درد	انعطاف پذیری شناختی	۸۷	۷۹/۴۶	۸/۹۴	۹۲	۴۲/۳۱
	خودکارآمدی	۸۷	۲۸/۹۷	۵/۰۴	۹۲	۱۶/۰۴
	امیدواری	۸۷	۲۹/۲۳	۵/۳۰	۹۲	۱۸/۱۲
	تاب آوری	۸۷	۳۳/۷۲	۶/۱۸	۹۲	۱۵/۲۳
	خوش بینی	۸۷	۳۰/۳۶	۵/۸۳	۹۲	۱۶/۱۴
	توجه برگردانی	۸۷	۲۸/۹۸	۵/۱۴	۹۲	۱۵/۳۵
	تفسیر مجدد درد	۸۷	۱۸/۲۴	۵/۲۳	۹۲	۱۱/۸۸
	گفتگو با خود	۸۷	۲۹/۰۷	۶/۵۱	۹۲	۱۸/۷۸
	نادیده انگاشتن درد	۸۷	۲۵/۲۸	۶/۴۲	۹۲	۱۲/۳۷
	فاجعه آفرینی	۸۷	۱۰/۴۸	۴/۱۷	۹۲	۲۸/۹۱
دعا- امیدواری	۸۷	۲۸/۲۴	۵/۲۳	۹۲	۱۸/۶۷	
افزایش فعالیت رفتاری	۸۷	۲۷/۲۱	۵/۴۱	۹۲	۱۴/۱۳	

میانگین و انحراف معیار انعطاف‌پذیری شناختی، مولفه‌های سرمایه روان‌شناختی و راهبردهای مقابله با درد در گروه‌های پاسخ‌دهنده و عدم پاسخ‌دهنده به درمان در جدول ۲ گزارش شد. نتایج نشان می‌دهد که نمره‌های گروه پاسخ‌دهنده به درمان در راهبرد مقابله‌ای فاجعه‌آفرینی کمتر از گروه عدم پاسخ‌دهنده به درمان بود ولی در انعطاف‌پذیری شناختی، ابعاد سرمایه روان‌شناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی) و راهبردهای مقابله‌ای (توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده انگاشتن درد، دعا- امیدواری، افزایش فعالیت رفتاری) گروه پاسخ‌دهنده به درمان بالاتر از گروه عدم پاسخ‌دهنده به درمان بود.

جدول ۳: نتایج آزمون‌های نرمال بودن داده‌ها و همگنی واریانس‌ها

کالموگروف- اسمیرنوف		لون		متغیرها
P	F	Z		
۰/۴۲	۰/۱۹	۰/۸۴		انعطاف‌پذیری شناختی
۰/۰۹	۰/۵۱	۰/۷۶		خودکارآمدی
۰/۱۸	۰/۴۲	۰/۶۱		امیدواری
۰/۳۷	۰/۲۳	۰/۷۳		تاب‌آوری
۰/۱۶	۰/۳۱	۰/۵۷		خوش‌بینی
۰/۱۴	۰/۳۵	۰/۶۹		توجه برگردانی
۰/۳۶	۰/۲۴	۰/۷۴		تفسیر مجدد درد
۰/۴۳	۰/۱۸	۰/۸۱		گفتگو با خود
۰/۳۶	۰/۲۸	۰/۷۹		نادیده انگاشتن درد
۰/۴۰	۰/۲۱	۰/۶۴		فاجعه‌آفرینی
۰/۳۹	۰/۲۶	۰/۷۱		دعا- امیدواری
۰/۴۴	۰/۱۹	۰/۸۲		افزایش فعالیت رفتاری

در جدول ۳ نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف حاکی از برقراری مفروضه توزیع طبیعی نمره‌ها و نتایج آزمون لون حاکی از برقراری مفروضه همگنی واریانس گروه‌ها است.

جدول ۴: نتایج کلی تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) بر روی متغیرهای پژوهش

آزمون	ارزش	F	DF1	DF2	P
اثربخایی	۰/۵۲۱	۳۶/۲۳۰	۱۲	۱۶۶	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۵۸۷	۳۶/۲۳۰	۱۲	۱۶۶	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۰/۷۹۸	۳۶/۲۳۰	۱۲	۱۶۶	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۰/۷۹۸	۳۶/۲۳۰	۱۲	۱۶۶	۰/۰۰۱

نتایج چهار آزمون در جدول ۴ نشان می‌دهد که بین گروه‌های مبتلا به کووید ۱۹ پاسخ‌دهنده و عدم پاسخ‌دهنده به درمان خانگی حداقل در یکی از متغیرهای مورد مطالعه تفاوت معنادار وجود داشت ($P < 0/01$).

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه متغیرها در

گروه‌های پاسخ‌دهنده و عدم پاسخ‌دهنده به درمان

متغیرها	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
انعطاف‌پذیری	۲۶۷۷/۶۱	۱	۲۶۷۷/۶۱	۵۵/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۵۷
شناختی	۱۹۸۱/۳۲	۱	۱۹۸۱/۳۲	۴۲/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۴۶
خودکارآمدی	۱۸۹۹/۵۱	۱	۱۸۹۹/۵۱	۴۴/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸
امیدواری	۲۹۷۳/۸۹	۱	۲۹۷۳/۸۹	۵۳/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۵۴
تاب‌آوری	۲۷۸۵/۶۵	۱	۲۷۸۵/۶۵	۴۹/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۵۲
خوش‌بینی	۱۹۸۹/۷۴	۱	۱۹۸۹/۷۴	۴۲/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۴۷
توجه‌برگردانی	۸۹۴/۵۷	۱	۸۹۴/۵۷	۳۴/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۳۱
تفسیر مجدد درد	۱۸۶۴/۷۹	۱	۱۸۶۴/۷۹	۴۲/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۴۶
گفتگو با خود	۱۳۴۲/۱۹	۱	۱۳۴۲/۱۹	۳۷/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۳۵
نادیده انگاشتن درد						

متغیرها	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
فاجعه‌آفرینی	۲۳۰۵/۴۵	۱	۲۳۰۵/۴۵	۴۹/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲
دعا- امیدواری	۲۰۳۴/۱۱	۱	۲۰۳۴/۱۱	۴۸/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۵۰
افزایش فعالیت رفتاری	۹۹۷/۳۲	۱	۹۹۷/۳۲	۳۶/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۳۵

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بین انعطاف‌پذیری شناختی ($P < 0/01$)، ابعاد سرمایه روان‌شناختی ($P < 0/01$) و راهبردهای مقابله با درد ($P < 0/01$) گروه‌های پاسخ‌دهنده و عدم پاسخ‌دهنده به درمان خانگی کووید ۱۹ تفاوت معناداری وجود داشت. شاخص اندازه اثر، مقدار تأثیرگذاری متغیرها را در پاسخ‌دهی به درمان نشان می‌دهد که همگی در سطح ($P < 0/01$) معنادار بودند. راهبرد مقابله‌ای فاجعه‌آفرینی با ۵۲ درصد به طور معکوس در پاسخ‌دهی به درمان خانگی کووید ۱۹ تأثیر داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاکی از آن بود که بین افراد مبتلا به کووید ۱۹ پاسخ‌دهنده و عدم پاسخ‌دهنده به درمان خانگی به لحاظ انعطاف‌پذیری شناختی، ابعاد سرمایه روان‌شناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی) و راهبردهای مقابله‌ای (توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده انگاشتن درد، فاجعه‌آفرینی، دعا- امیدواری، افزایش فعالیت رفتاری) تفاوت وجود داشت. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های ایچاوستی و همکاران (۲۰۲۰)، وانگ و همکاران (۲۰۲۰)، گلوستر و همکاران (۲۰۱۷)، لیگیدو- کویگلی و همکاران (۲۰۲۰)، دوان و ژو (۲۰۲۰)، زگوب و همکاران (۲۰۲۰)، دیویس و همکاران (۲۰۲۰)، اکلستون^۱ و همکاران (۲۰۲۰)، دورری و همکاران (۲۰۱۹) و قاسمی و همکاران (۱۳۹۷) همسو بود.

1. Eccleston, C., & et al.

بین گروه پاسخ‌دهنده به درمان خانگی و گروه عدم پاسخ‌دهنده به درمان خانگی به لحاظ انعطاف‌پذیری شناختی تفاوت وجود داشت. از نظر گلوسترو و همکاران (۲۰۱۷) افرادی دارای انعطاف‌پذیری شناختی بالاتر، سعی می‌کنند از توجیه‌های ذهنی جایگزین استفاده کنند، رویدادهای استرس‌زا را بپذیرند و به لحاظ روان‌شناختی در مقایسه با افراد انعطاف‌ناپذیر، پرتحمل و بردبارتر هستند. از آن جایی که انعطاف‌پذیری شناختی تحمل‌پذیری، تحمل درد و میزان بهبودی افراد را در برابر بیماری افزایش می‌دهد، افراد مبتلا به کووید ۱۹ که انعطاف‌پذیری شناختی بالاتری داشتند به لحاظ شناختی با تمرکز ذهنی بیشتر و تصویرسازی ذهنی مثبت دوره درمان را سپری می‌کنند و در شرایط به دور از استرس و به شیوه‌ای مطلوب‌تر و دیدگاهی کارآمدتر فرآیند درمان خانگی را طی کردند. همچنین دیویس و همکاران (۲۰۲۰) اعتقاد دارند که انعطاف‌پذیری شناختی در تأثیر دارودرمانی برای بیمارهای حاد و کاهش اضطراب و افسردگی نقش میانجی دارد. به نظر می‌رسد داشتن انعطاف‌پذیری شناختی به فرد کمک می‌کند که موقعیت‌های سخت و پراسترس زندگی را به عنوان موقعیت‌های قابل کنترل در نظر بگیرد و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد، توانایی پیدا کردن چندین توجیه جایگزین را داشته باشد و در موقعیت‌های سخت بتواند به راه‌حل‌های جایگزین فکر کند. در نتیجه ظرفیت او در مقابله، سازگاری و بهبودی از استرس و دشواری‌های زندگی بالاتر است (برونرو و لامونت^۱، ۲۰۱۰). بر این اساس می‌توان گفت که انعطاف‌پذیری شناختی بالا در مبتلایان به کووید ۱۹ تحت درمان خانگی کمک کرد که آنان شرایط بیماری و روند درمان آن را بیشتر در کنترل خود در بیاورند و بتوانند در شرایط به دور از استرس روند درمان خانگی کووید ۱۹ را طی کنند. از طرفی دیگر تمایل اکثریت افراد به اجتناب از افکار و تجربه‌های درونی ناخواسته به طور معکوس باعث افزایش برانگیختگی فیزیولوژیک و هیجانات منفی می‌شود و در نتیجه احتمال دارد که تجارب هیجانی

ناخواسته در آینده دوباره و با شدت بیشتری رخ دهد (بوئلن و ریجنتجز^۱، ۲۰۰۸). همچنین، باید خاطر نشان کرد که کارکرد اولیه اجتناب تجربی، کنترل یا به حداقل رساندن تأثیر تجارب آزارنده است. این کارکرد می‌تواند آرامش فوری و کوتاه مدت ایجاد کند اما بعداً به شکل منفی رفتار را تقویت می‌کند. این اجتناب زمانی مشکل‌زا خواهد شد که با عملکرد روزانه و دستیابی به اهداف زندگی شخص تداخل نماید (ایفرت^۲ و همکاران، ۲۰۰۹). بنابراین ممکن است استفاده همیشگی از اجتناب تجربی با هدف کنترل و یا به حداقل رساندن تجارب درونی منفی به عنوان یک راه حل، خود تبدیل به مشکل شود و بهزیستی روان‌شناختی فرد را کاهش دهد که بعداً در موقعیت‌های نگران‌کننده و پراسترس زندگی مانند بیماری، مخل روند درمان است. همچنین، انعطاف‌پذیری شناختی به توانایی افراد برای تمرکز بر موقعیت فعلی و استفاده از فرصت‌های آن موقعیت برای گام برداشتن در جهت اهداف و ارزش‌های درونی به رغم حضور رویدادهای روان‌شناختی چالش‌برانگیز یا ناخواسته اشاره دارد (هایزلوین، پلومب - ویلارداگا، ویلات و پیستورلو^۳، ۲۰۱۳). از آن جایی که انعطاف‌پذیری شناختی بالا توانایی سازگاری فرد با رویدادهای آشفته‌ساز و محدودکننده دامنه رفتاری فرد را افزایش می‌دهد (براسل و همکاران، ۲۰۱۶) و فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار می‌کند (المارزوگی و همکاران، ۲۰۱۷)، بنابراین به نظر می‌رسد افراد مبتلا به کووید ۱۹ که انعطاف‌پذیری شناختی بالایی داشتند در شرایط غیرمنتظره و تهدیدکننده بیماری و درد ناشی از ابتلا به ویروس کرونا و انجام دوره درمان خانگی، توانستند خود را به خوبی سازماندهی کنند و بهترین گزینه را جهت سازگاری با شرایط پیش‌رو انتخاب کنند. این افراد توانستند مشکلات و موقعیت‌های جدید مرتبط با بیماری کووید ۱۹ و دوره درمان خانگی آن را در سطوح مختلف بررسی کرده و گزینه‌های

1. Boelen, P. A., & Reijntjes, A.

2. Eifert, G. H., & et al.

3. Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J.

مناسب دیگری را جهت سازگاری با شرایط جدید انتخاب و جایگزین کنند. براین اساس منطقی به نظر می‌رسد که این دسته از افراد در پاسخ‌دهی به دوره درمان خانگی در کنار روند دارودرمانی موفق‌تر عمل می‌کنند. درباره بیماران که انعطاف‌پذیری شناختی پایین‌تری داشتند، آنها بر عقاید تغییرناپذیر خود که معمولاً عواقب منفی به همراه دارد، اصرار می‌کنند و این اصرار احساس عدم کنترل اوضاع در آنها ایجاد می‌کند و منجر به درماندگی آموخته شده و در نهایت سبب شکل‌گیری سبک تبیینی بدبینانه در آنها می‌شود که همسوبا نتایج پژوهش کار بونلا و تیمپانو^۱ (۲۰۱۶) بود که اعتقاد داشتند این افراد به سختی می‌توانند آن دسته از یادگیری‌های اولیه خود را فراموش کنند که به سازگاری آنها با شرایط جدید آسیب می‌رساند. لذا پایین بودن انعطاف‌پذیری شناختی افراد مبتلا به کووید ۱۹، شرایط و پیامدهایی در زندگی آنان ایجاد کرد که تداوم بخش بیماری کووید ۱۹ بود. در نتیجه پاسخ‌دهی آنان به درمان خانگی کووید ۱۹ منفی بود و دوره درمان بیماری آنان طولانی‌تر شد.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ابعاد سرمایه روان‌شناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی) در پاسخ‌دهی افراد مبتلا به کووید ۱۹ به درمان خانگی تأثیر دارند. همان‌طوری که ایچاوستی و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی بر روی بیماران کووید ۱۹ دریافتند که بکارگیری آن دسته از مداخلات روان‌شناختی که جنبه‌های مثبت و سرمایه روان‌شناختی را افزایش می‌دهند به بیماران کمک می‌کنند تا فرآیند دارودرمانی را به‌طور موثرتری کنند. سرمایه‌های روان‌شناختی بالا مانند خودکارآمدی، امیدواری و خوش‌بینی به‌طور چشم‌گیری سیستم ایمنی بدن فرد را تقویت می‌کنند. براین اساس در پژوهش حاضر احتمالاً افراد مبتلا به کووید ۱۹ تحت درمان خانگی که سرمایه روان‌شناختی بالای داشتند، از طریق تقویت سیستم ایمنی بدن خود، کارایی مکانیزم‌های تأثیرگذاری دارودرمانی و درمان خانگی را در روند درمان کووید ۱۹

افزایش دادند. در روان‌شناسی مثبت، فرض بر آن است که توانمندی‌هایی مانند خوش بینی، ایمان، امیدواری و پشتکار در انسان وجود دارند که به عنوان یک سپردفاعی علیه بیماری‌ها عمل می‌کنند و نقطه مقابل درماندگی است. با توجه به طولانی و دشوار بودن روند درمان بیماری‌های مزمن، معمولاً بیمار دچار درماندگی می‌شود و این مسئله در روند درمان و زندگی بیماران تأثیر منفی داشته و موجب عدم پذیرش بیماری و در نتیجه احساس عدم رضایت از زندگی می‌شود (نصرتی، مومنی، مزده و کرمی، ۱۳۹۷). بر این اساس بیماران کووید ۱۹ که سرمایه روان‌شناختی بالایی دارند، بهتر و به شیوه‌ای مناسب‌تر دوره درمان خانگی را طی می‌کنند. داشتن امیدواری در زندگی به عنوان یک نیروی درونی است که می‌تواند باعث غنای زندگی شود و افراد را قادر می‌سازد که چشم‌اندازی فراتر از وضعیت کنونی و ناپس‌امان درد و رنج داشته باشند. فقدان امید به زندگی و هدف دار نبودن زندگی منجر به کاهش کیفیت زندگی، سلامت روانی و ایجاد باورهای یاس‌آور و اضطراب و نگرانی می‌شود. جهت‌یابی آینده، انتظارات مثبت هدفمند، واقع‌گرایی در تنظیم اهداف و ارتباط درونی از ویژگی‌های مهم امید در زندگی هستند. برعکس ناامیدی به عنوان تحمل وضعیت فائق نیامدنی تعریف می‌شود که در آن دستیابی به هیچ هدفی مورد انتظار نیست و با افسردگی و آرزوی مرگ همراه می‌شود (جعفری و حسام‌پور، ۱۳۹۶). تمرکز بر امید، باعث افزایش اعتماد به نفس، معنا در زندگی و کاهش اضطراب و نشانه‌های افسردگی، استرس و اضطراب می‌شود و این امر می‌تواند به بیماران برای مقابله با عود بیماری کمک کند. بیماران که امید را به عنوان منبع مهمی در زندگی خود درک کنند، می‌توانند بر موانع و مشکلات مبارزه با شرایط نامطلوب غلبه کنند. امید می‌تواند منبع انگیزشی درون‌روانی بسیار مهمی برای کمک به بیماران در کاهش علائم مربوط به بیماری، مقابله با درد و رنج و کنار آمدن با بیماری باشد. از طرفی افراد دارای خودکارآمدی بالا، اعتماد به نفس بالایی هم دارند که این امر توان پاسخ‌گویی به چالش‌های مرتبط با عوامل پراسترس زندگی مانند بیماری را افزایش

می‌دهد. افزون بر این خودکارآمدی بالا معمولاً با سلامت روانی و عملکرد جسمانی بالا در بیماران همراه است (صدوقی، مهرزاد و محمدصالحی، ۱۳۹۶). تاب‌آوری بالا با کاهش ناراحتی‌های عاطفی پس از قرار گرفتن در معرض وقایع آسیب‌زا در ارتباط است. بیمارانی که سطح تاب‌آوری بالاتری دارند با افسردگی کمتری مواجهه می‌شوند و سطح تاب‌آوری می‌تواند یک عامل حفاظتی در برابر افسردگی و پریشانی روانی باشد. تاب‌آوری بالا می‌تواند به کاهش آسیب‌های ناشی از درمان، افزایش فعالیت‌های بدنی و به بهبود بیماری در زمانی کوتاه‌تر کمک کند. خوش‌بینی به عنوان یک بعد دیگر سرمایه روان‌شناختی نقش مهمی در سازگاری با رویدادهای استرس‌زای زندگی دارد. افراد خوش‌بین هنگام روبرو شدن با یک چالش، باور دارند که نامایمات می‌توانند به روش موفقیت‌آمیزی مدیریت شوند. در مقابل، افراد بدبین، مردد و ناپایدار هستند و این تفاوت ممکن است در شرایط دشواری نظیر دریافت تشخیص بیماری، روند درمان و مبارزه با یک بیماری تهدیدکننده، بیشتر آشکار شود (تسور، هسو و لین^۱، ۲۰۱۹). در همین راستا به نظر می‌رسد آن دسته از افراد مبتلا به کووید ۱۹، که قبل از شروع دوره درمان، انتظار مطلوبی از درمان داشتند، چون اضطراب آنها کاهش یافت و در نتیجه اقدامات مربوط به روند درمان (دارودرمانی و درمان خانگی) را سریع‌تر آغاز کردند، برنامه درمانی خود را به طور جدی‌تر و مطلوب‌تر انجام دادند. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که داشتن سرمایه روان‌شناختی بالا افراد را قادر می‌سازد تا در برابر مشکلات از توانایی بالایی برخوردار باشند و کمتر تحت تأثیر وقایع و رویدادهایی ناخوشایند روزانه قرار گیرند. افرادی که سطح خودکارآمدی بالاتری دارند تمایل به انتخاب وظایف چالش‌برانگیز دارند و از تلاش‌ها و منابع انگیزشی خود برای دستیابی به اهداف خود و مقاومت در مواجهه با مشکلات و بیماری استفاده می‌کنند. افرادی که سطح تاب‌آوری بالایی دارند تمایل به توسعه روش‌های جدید در هنگام مواجهه با مشکلات دارند. آنها

1. Tsaur., S., Hsu, F., & Lin, H.

می‌توانند از تجربیات احساسی منفی سریع‌تر عبور کنند و بیشتر مستعد تجربه احساسات مثبت در برابر وقایع و رویدادهای استرس‌زای زندگی هستند. افرادی که سطح خوش‌بینی بالاتری دارند در برخورد با رویدادهای منفی و نامطلوب زندگی کارآمدتر عمل می‌کنند، بنابراین، احتمال تجربه افسردگی، گناه، سرزنش خود و ناامیدی از بین می‌رود، احتمال تسلیم شدن شان کمتر است و بیشتر آنها نگاه مثبت به رویارویی با موقعیت‌های پر استرس دارند، هنگام روبرو شدن با سختی‌ها مقاومت می‌کنند و به دنبال پیدا کردن روش‌های جدید برای حل مشکلات و بهره‌مند شدن از فرصت‌ها هستند. بنابراین در پژوهش حاضر منطقی به نظر می‌رسد که افراد مبتلا به کووید ۱۹، پاسخ‌دهنده به درمان خانگی به لحاظ سرمایه روان‌شناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی) بالاتر از افرادی باشند که نتوانستند به درمان خانگی کووید ۱۹ پاسخ مثبت دهند.

وانگ و همکاران (۲۰۲۰) اعتقاد دارند که پاسخ‌های مقابله‌ای مردان و زنان چینی در دوره شیوع کووید ۱۹ می‌تواند سلامت جسمانی و روانی آنان را تحت تأثیر قرار دهد. پاسخ‌ها و واکنش‌های افراد، انگیزه درونی آنان برای حفظ و ارتقاء سلامت روانی و جسمانی و همچنین جنگیدن در مقابل این بیماری را تحریک می‌کند. استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مثبت و کارآمد مانند توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده انگاشتن درد، دعا- امیدواری و افزایش فعالیت رفتاری، حس انسجام و یکپارچگی درون روانی افراد را تقویت می‌کند و عوامل استرس‌زای درگیر در زندگی مانند شیوع ویروس کرونا را به عنوان یک مسئله قابل حل درک می‌کنند، در مقابل، افرادی که بیشتر از راهبردهای هیجانی منفی و ناکارآمد مانند فاجعه‌آفرینی برای کنار آمدن با این ویروس استفاده می‌کنند سطح پایینی از حس انسجام را تجربه می‌کنند و بیشتر حس از هم‌گسیختگی و درماندگی را تجربه می‌کنند و عوامل استرس‌زای مرتبط با دوره درمان را به عنوان یک تهدید و فاجعه تلقی می‌کنند. بر این اساس افراد مبتلا به کووید ۱۹ تحت درمان خانگی تا زمانی که با شرایط بیماری و روند درمان آن به شیوه‌ای ناکارآمد و

غیرسازنده مقابله می‌کنند، نه تنها به آنها کمک نمی‌کند بلکه فشار روانی آنان را افزایش می‌دهد و شرایط پیش‌آمده در زندگی خود را پراسترس، فاجعه‌آمیز و نگران‌کننده‌تر تجربه می‌کنند. از آن جایی که استرس زیاد مخل سیستم ایمنی بدن فرد می‌باشد و به مرور زمان سیستم ایمنی بدن را خیلی ضعیف می‌کند، در نتیجه فرد نمی‌تواند در شرایطی که بدن درگیر با یک ویروس و بیماری است، تسهیل‌کننده فرآیند درمان باشد.

فشار روانی ناشی از بیماری به تنهایی و به طور مستقیم نمی‌تواند سلامت روانی و جسمانی فرد را متاثر سازد، بلکه نوع برداشت و ارزیابی فرد از فشار روانی و در نتیجه شیوه مقابله‌ای او که معمولاً به صورت یک الگوی شناختی و رفتاری عمل می‌کند، تعیین‌کننده روند درمان می‌باشد. پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد می‌توانند اثرات منفی و سازش‌نیافته‌ای بر فرآیند تحول روانی افراد داشته باشند. در شیوه‌های مقابله‌ای ناکارآمد، فرد پاسخ‌های غیرمنطقی و هیجانی مانند فاجعه‌آفرینی را در رویاوری با رویدادهای ناگوار زندگی انتخاب می‌کند، یا به دنبال راه‌حل‌های کوتاه‌مدت می‌گردد که به طور موقت تسکین پیدا کند (ژو^۱ و همکاران، ۲۰۱۷) که با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارد. در تبیینی دیگر می‌توان گفت که راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد سطح استرس و اضطراب فرد را افزایش می‌دهد که تأثیر مستقیمی بر تضعیف سیستم ایمنی بدن، اختلال در روند درمان بیماری و ادامه بیماری دارد. همچنین افزایش استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد مانند فاجعه‌آفرینی با افزایش اضطراب، آسیب جسمانی و افسردگی همراه است. به این ترتیب بکارگیری راهبرد مقابله‌ای ناکارآمد بیشتر بر علائم جسمانی و هیجانی بیماری موثر است. در صورتی که راهبردهای مقابله‌ای کارآمد بیشتر بر تعاملات فردی و عملکرد اجتماعی افراد تأثیر می‌گذازند و در فرآیند مقابله به شیوه‌ای مطلوب، بیشتر از مهارت‌های شناختی برای حل مشکل و مواجهه با استرس و اضطراب استفاده می‌شود. بر این اساس راهبردهای مقابله‌ای توجه‌برگردانی، گفتگو با خود، نادیده

انگاشتن درد، دعا- امیدواری در آماده‌سازی افراد برای رویاوری موثر با بیماری و مقابله کارآمد با روند درمان بیماری نقش اساسی دارند. فرد با بکارگیری راهبردهای مقابله‌ای کارآمد، از مهارت‌های شناختی سازنده و کارآمدی برای حل مشکل استفاده می‌کند. این وضعیت باعث نظم و انسجام فکری افراد می‌شود و آشفتگی‌های هیجانی که معمولاً با اختلالات اضطرابی همراه هستند، را کاهش می‌دهد. در سایه انسجام فکری و آرامش هیجانی به دست‌آمده، منبع استرس نیز بهتر شناسایی می‌شود و ممکن است قابل کنترل ارزیابی شود. شناخت منبع استرس که معمولاً در جریان راهبردهای مقابله‌ای مثبت و کارآمد اتفاق می‌افتد، از طریق افزایش اعتماد به نفس، خودکارآمدی و توانمندی خود، به فرد کمک می‌کند که حس خوشایندی نسبت به روند درمان تجربه کند. این تجربه خوشایند تأثیر مستقیمی بر میزان پاسخ‌دهی به درمان دارد.

بنابراین در این پژوهش نتیجه گرفته شد که انعطاف‌پذیری شناختی، سرمایه روان‌شناختی و راهبردهای مقابله‌ای به طور معنی‌داری در پاسخ‌دهی به درمان خانگی افراد مبتلا به کووید ۱۹ نقش دارند. به نظر می‌رسد بیماران پاسخ‌دهنده به درمان خانگی در مقایسه با بیماران عدم پاسخ به درمان خانگی، انعطاف‌پذیری شناختی، خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی بالاتری دارند و در مواجهه با استرس‌ها و مشکلات مربوط به روند درمان بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده انگاشتن درد، دعا- امیدواری و افزایش فعالیت رفتاری استفاده می‌کنند. استرس و ناکارآمدی سیستم ایمنی بدن در عدم پاسخ به درمان بیماری کووید ۱۹ نقش اساسی دارند که در افراد عدم پاسخ به درمان خانگی کووید ۱۹ به شکل فاجعه‌آمیز جلوه دادن بیماری انجام می‌شود. بنابراین می‌توان گفت وقتی افراد مبتلا به کووید ۱۹ تحت درمان خانگی، انعطاف‌پذیری شناختی و سرمایه روان‌شناختی پایینی دارند و در مقابله با بیماری ناکارآمد عمل می‌کنند، یعنی نمی‌توانند موقعیت‌های هیجانی منفی را مدیریت کنند و خلق منفی بیشتری مانند اضطراب و افسردگی را در

روند درمان تجربه می‌کنند و در نتیجه نمی‌توانند در درمان خانگی کووید ۱۹ موفق باشند. از این رو پزشکاران، پرستاران و سایر متخصصانی که در حوزه پیشگیری و درمان کووید ۱۹ فعالیت می‌کنند، شایسته است که در فرآیند درمان این بیماری به نقش عوامل روان‌شناختی انعطاف‌پذیری شناختی، سرمایه روان‌شناختی و راهبردهای مقابله‌ای توجه کنند و برنامه‌های آموزشی و درمانی لازم و مناسب را برای تغییر، اصلاح و کارآمدسازی این عوامل اتخاذ کنند. با توجه به این‌که پژوهش حاضر بر روی افراد مبتلا به کووید ۱۹ تحت درمان خانگی در شهر تهران انجام شد که احتمالاً سبک زندگی، طبقات اقتصادی-اجتماعی و توانمندی‌های شناختی، عاطفی و رفتاری متفاوتی داشتند و ممکن است این ویژگی‌ها نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار داده باشد. بر این اساس محدودیت‌هایی را در زمینه استنباط نتایج، تبیین نتایج و تعمیم نتایج ایجاد می‌کند که باید به آنها توجه شود. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی نقش این متغیرها کنترل یا مطالعه شوند.

سپاسگزاری

گروه پژوهش بر خود لازم می‌داند از همکاری شایسته خانواده‌های بیماران مبتلا به کووید ۱۹ تحت درمان خانگی و کلیه بیماران شرکت‌کننده در پژوهش، قدردانی کند. مقاله حاضر مستخرج از یک فعالیت پژوهشی می‌باشد که بدون حمایت مالی انجام شده است و هیچ تعارضی در منافع آن وجود ندارد.

منابع

- اصغری مقدم، م. ع؛ و گلک، ن. (۱۳۸۴). نقش راهبردهای مقابله با درد در سازگاری با درد مزمن. *دوماهنامه دانش‌ور رفتار*، ۱۲ (۱۰): ۱-۲۳.
- امینی، س؛ دهقانی، ا؛ صالحی، ا؛ و سلطانی‌زاده، م. (۱۳۹۸). نقش سرمایه‌های روان‌شناختی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در پیش‌بینی احساس تنهایی سالمندان. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۵ (۱): ۷۲-

- Almarzooqi, S., Chilcot, J., & McCracken, L. M. (2017). The role of psychological flexibility in migraine headache impact and depression. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6 (2) , 239-243. doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.04.004
- Boelen, P. A., & Reijntjes, A. (2008). Measuring Experiential Avoidance: Reliability and Validity of the Dutch 9-item Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *Journal of Psychopathology Behavior Assess*, 30 (4): 241-51. Doi:10.1007/s10862-008-9082-4
- Brassell, A. A., Rosenberg, E., Parent, J., Rough, J. N., Fondacaro, K., & Seehuus, M. (2016). Parent's psychological flexibility: Associations with parenting and child psychosocial wellbeing. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5 (2) , 111-120. Doi: 10.3390/children3040032
- Brunero, S., & Lamont, S. (2010). Health behavior beliefs and physical health risk factors for cardiovascular in an outpatient sample of consumers with a severe mental illness: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (6): 753-760. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.11.004
- Brunner, L. S. (2008). Pain Treatment, Health Check, Critical Thinking, Ethical Decision and the Nursing Process. *Sami Puran. Tehran: Boshra*. 18-19.
- Campbell- Sills, L., Cohen, S. L. & Stein, M. B. (2006). Relationship or resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 44, 585-599. Doi:10.1016/j.brat.2005.05.001
- Carbonella, J. Y., & Timpano, K. R. (2016). Examining the link between hoarding symptoms and cognitive flexibility deficits. *Journal of Behavior Therapy*, 47 (2) , 262-273. Doi.org/10.1016/j.beth.2015.11.003
- Davis, A. K., Barrett, F. S., & Griffiths, R. R. (2020). Psychological flexibility mediates the relations between acute psychedelic effects and subjective decreases in depression and anxiety. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 39-45. Doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.11.004
- Dennis, J.P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Journal of Cognitive therapy and research*, 34 (3) , 241-253. Doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4
- Drury, J., Carter, H., Cocking, C., Ntontis, E., Tekin Guven, S., & Amlôt, R. (2019). Facilitating collective psychosocial resilience in the public in emergencies: Twelve recommendations based on the social identity approach. *Front. Public Health*, 6 (7) , 141. Doi: org/10.3389/fpubh. 2019.00141
- Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*, 7 (4) , 300-302. Doi.org/10.1016/S2215-0366 (20) 30073-0
- Eccleston, C., Blyth, F. M., Dear, B. F., Emma A. Fisher, E. A., Keefe, F. J., Lynch, M. E., Palermo, T. M., Reid, M. C., & Williams, A.C. (2020). Managing patients with chronic pain during the COVID-19 outbreak: considerations for the

- rapid introduction of remotely supported (eHealth) pain management services. *Journal of Pain*, 161 (5): 889-893. Doi: 10.1097/j.pain.0000000000001885
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*, 16 (4):368-85. Doi: 10.1016/j.cbpra.2009.06.001
 - Feldner, M. T., Hekmat, H., Zvolensky, M. J., Vowles, K. E., Sechrist, Z. & Leen- Feldner, E. W. (2006). The role of experiential avoidance in acute pain tolerance: A laboratory test. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 146–158. Doi: 10.1016/j.jbtep.2005.03.002
 - Ge, H., Wang, X., Yuan, X., Xiao, G., Wang, C., Deng, T., Yuan, Q., & Xiao, X. (2020). The epidemiology and clinical information about COVID-19. *European Journal of Clinical Microbiology Infect Di*, 14: 1-9. Doi: 10.1007/s10096-020-03874-z
 - Geddie, J. S. J. (2020). To Mask or Not to Mask: Confusion Spreads over Coronavirus Protection. 31 January 2020. Available online: <https://uk.reuters.com/article/us-china-health-masks-safety/to-mask-or-not-to-maskconfusion-spreads-over-coronavirus-protection-idUKKBN1ZU0PH>.
 - Gloster, A. T., Meyer, A. H., & Lieb, R. (2017). Psychological flexibility as a malleable public health target: Evidence from a representative sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6 (2) , 166-171. Doi: 10.1177/0145445518820036
 - Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Journal of Behavior therapy*, 44 (2) , 180-198. doi: 10.1016/j.beth.2009.08.002
 - Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M., Xiao, Y., Gao, H., Guo, L., Xie, J., Wang, G., Jiang, R., Gao, Z., Jin, Q., Wang, J., & Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*, 395 (10223):497-506. Doi:10.1016/S0140-6736 (20) 30183-5
 - Inchausti, F., MacBeth, A., Hasson-Ohayon, I., & Dimaggio, G. (2020). Psychological intervention and COVID-19: what we know so far and what we can do. *Research gate*. Doi: 10.31234/osf.io/8svfa
 - Kashdan, J., & Roitenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*. 30 (7). 865-878. Doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001
 - Legido- Quigley, H., Mateos- García, J. T., Campos, V. R., Gea- Sánchez, M., Muntaner, C. Y., & McKee, M. (2020). The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *Lancet Public Health*. Doi.org/10.1016/S2468-2667 (20) 30060-8
 - Luthans, F., Avolio, B., & Avey, J. (2007). *Psychological capital questionnaire*. New York: Mind Garden Inc.

- Martin, M. M., & Rubin, R. B. (1995). A new measure of cognitive flexibility. *Psychological Reports*, 76 (2):623-6. doi.org/10.2466/pr0.1995.76.2.623
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33: e100213. Doi:10.1136/gpsych-2020-10021
- Rosenstiel, A. K., & Keefe, F. J. (1983). The Use of Coping Strategies in Chronic Low Back Pain Patients: Relationship to Patient Characteristics and Current Adjustment. *Journal of Pain*, 17 (1): 33-44. doi: 10.1016/0304-3959 (83) 90125-2.
- Sharma, P., Sandhu, J. S., & Shenoy, S. (2011). Variation in response to pain between athletes and non-athletes. *Ibnosina Journal medicine and biomedical sciences*, 3 (5): 165-71. Doi: 10.4103/1947-489X.210889
- Stratman, J. L., & Youssef-Morgan, C. M. (2019). Can positivity promote safety? Psychological capital development combats cynicism and unsafe behavior. *Journal of Safety Science*, 166, 13-25. Doi: 10.1016/j.ssci.2019.02.031
- Tsauro, S., Hsu, F., & Lin, H. (2019). Workplace fun and work engagement in tourism and hospitality: The role of psychological capital. *International Journal of Hospitality Management*, 81,131-140. Doi.org/10.1016/j.ijhm.2019.03.016
- Turner, J. A., Ersek, M., & Kemp, C. (2005). Self-Efficacy for Managing Pain is Associated with Disability, Depression, and pain coping Among Retirement Community Residents with Chronic pain. *Journal of Pain*, 6: 471-479. DOI:10.1016/j.jpain.2005.02.011
- Velavan, T. P, Meyer C. G. (2020). The COVID-19 epidemic. *Trop Medicine International Health*, 25 (3): 278-80. Doi.org/10.1111/tmi.13383
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Cyrus S. Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17 (1729): 1-25. Doi: 10.3390/ijerph17051729
- Wang, Y., Di, Y., Ye, J., & Wei, W. (2020). Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Journal of Psychology Health Medicine*. Doi:10.1080/13548506.2020.1746817
- Yuan, S., Liao, Z., Huang, H., Jiang, B., Zhang, X., Wang, Y., & Zhao, M. (2020). Comparison of the Indicators of Psychological Stress in the Population of Hubei Province and Non-Endemic Provinces in China During Two Weeks During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in February 2020. *Journal of Medical Science Monitor*, 26: e923767: 1-10. Doi: 10.12659/MSM.923767
- Zgueb, Y., Bourgou, S., Neffeti, A., Amamou, B., Masmoudi, J., Chebbi, H., Somrani, N., & Bouasker, A. (2020). Psychological crisis intervention response to the COVID19 pandemic: A Tunisian Centralized Protocol. *Journal of Psychiatry Research*, 289, 113042. Doi: org/10.1016/j.psychres.2020.113042

- Zhou, H., Peng, J., Wang, D., Kou, L., Chen, F., Ye, M., Deng, Y., Yan, J., Liao, S. (2017). Mediating effect of coping styles on the association between psychological capital and psychological distress among Chinese nurses: a cross-sectional study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 24 (2-3): 114-122. Doi:10.1111/jpm.12350
- Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., Zhao, X., Huang, B., Shi, W., Lu, R., Niu, P., & Zhan, F. (2020). A Novel Coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N England Journal of Medicine*, 382 (8): 727-33. Doi: 10.1056/NEJMoa2001017



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی