MEJDS. 2022; 12:234.

Published online 2023 Mar. **Original Article**

Comparing the Effectiveness of Compassion Therapy and Eye Movement Desensitization and Its Reprocessing on Coping Self-efficacy of Patients Recovered From COVID-19

Beiranvand N[1], *Chinaveh M[2], Bahrami M[3]

Author Address
1. PhD Student, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Pishtazan Higher Education Institute, Shiraz, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Malayer University, Malayer, Iran.
***Corresponding Author Email:** chinaveh@aiau.ac.ir

Received: 2022 November 22; **Accepted:** 2023 January 8

Abstract

Background & Objectives: Coping self–efficacy enables people to express more adaptive coping behaviors by regulating their emotions against environmental and social stress. Thus, people will use more coping skills and be less vulnerable to stress when facing problems and challenging situations over time. Studies emphasize providing special care for the recovered people from COVID–19 due to the physical and psychological damage caused by the disease. Compassion therapy and eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy are the interventions improving the psychological state in critical situations. Due to the significant number of people who recovered from coronavirus in Iran and its chronic physiological and psychological consequences, and the essential role of coping self–efficacy on the person for months after recovery, the present study aims to compare the effects of compassion therapy and EMDR on the coping self–efficacy of patients recovered from the coronavirus.

Methods: The present study was quasi–experimental with a pretest–posttest and a 2–month follow–up design with a control group. The study's statistical population included all the patients who recovered from coronavirus and were discharged from the ICUs of Shohaday–e Ashayer and Social Security hospitals in Khoramabad City, Iran, from November to the end of December 2020. The inclusion criteria included an age range of 20 to 40 years, minimum education of diploma, minimum stay of 10 days in the ICU, more than 1 month passed since the patient's discharge, not taking psychotropic or psychiatric drugs, informed consent to participate in the study, and obtaining a score lower than the mean in the Coping Self–Efficacy Questionnaire (Chesney et al., 2006). In this study, 45 people were included using a purposeful sampling method. They were randomly divided into three groups (two experimental groups and one control group, with 15 people in each group). The first intervention group received 8 sessions of compassion therapy intervention, and the second intervention group received 5 sessions of EMDR therapy intervention. The control group was placed on the intervention waiting list. The data collection tools included a demographic information questionnaire and a Coping Self–Efficacy Questionnaire (Chesney et al., 2006) used in three stages: pretest, posttest, and follow–up. Finally, the obtained data were analyzed using descriptive (mean, standard deviation) and inferential statistics (analysis of variance with repeated measurements and Bonferroni post hoc test) in SPSS–25 software. The significance level of the tests was considered at 0.05.

Results: The results showed significant effects of time, group, and the interaction of time and group on the coping self–efficacy variable ($p<0.001$). The mean scores of coping self–efficacy in the compassion therapy group ($p=0.010$) and EMDR ($p<0.001$) were significantly higher than the control group. However, there was no significant difference between the experimental groups ($p=0.825$). In both experimental groups, a significant difference was observed in the mean scores of coping self–efficacy between the pretest and posttest ($p<0.001$) and between the pretest and follow–up ($p<0.001$). However, no significant difference was observed between the posttest and the follow–up, indicating the persistence of the effectiveness of the interventions in the follow–up phase ($p=0.496$).

Conclusion: According to the findings, no significant difference was found between the effects of compassion therapy and EMDR. Therefore, they can be used as effective interventions to increase coping self–efficacy and improve the mental health of patients recovered from coronavirus.

Keywords: Compassion therapy, Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), Coping self–efficacy, Patients recovered from coronavirus.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-11-10]

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۲۳۴.

انتشار برخط اسفند ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی شفقت‌درمانی و درمان حساسیت‌زدایی ازطریق حرکت چشم و بازپردازش آن بر خودکارآمدی مقابله‌ای در بیماران بهبودیافته از بیماری کووید-۱۹

نسیم بیرانوند[۱]، *محبوبه چین‌اوه[۲]، محسن بهرامی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران؛

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، مؤسسهٔ آموزش عالی پیشتازان، شیراز، ایران؛

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد ملایر، دانشگاه آزاد اسلامی، ملایر، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** chinaveh@aiau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱ آذر ۱۴۰۱؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۸ دی ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: پیگیری بیماران بهبودیافته از کووید-۱۹ و انجام ارزیابی‌های جامع برای تشخیص و مدیریت مناسب در حوزهٔ روانی و جسمی و اجتماعی آن‌ها ضرورت دارد. پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی شفقت‌درمانی و درمان حساسیت‌زدایی ازطریق حرکت چشم و بازپردازش آن بر خودکارآمدی مقابله‌ای بیماران بهبودیافته از بیماری کووید-۱۹ صورت گرفت.

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری دوماهه همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی بیماران بهبودیافته از کووید-۱۹ شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. نمونهٔ پژوهش، ۴۵ نفر بیمار بهبودیافتهٔ واجد شرایط و داوطلب شرکت در مطالعه بودند که به‌طورتصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه آزمایش اول، مداخلهٔ شفقت‌درمانی را طی هشت جلسه و آزمودنی‌های گروه آزمایش دوم درمان حساسیت‌زدایی حرکت چشم را طی پنج جلسه دریافت کردند. ابزار پژوهش، پرسش‌نامهٔ خودکارآمدی مقابله‌ای (چسنی و همکاران، ۲۰۰۶) بود. تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها: تأثیر زمان و تأثیر گروه و اثر متقابل زمان و گروه، بر متغیر خودکارآمدی مقابله‌ای معنادار بود ($p<$۰/۰۰۱). میانگین نمرات خودکارآمدی مقابله‌ای در گروه شفقت‌درمانی ($p=$۰/۰۱۰) و درمان حساسیت‌زدایی ازطریق حرکات چشم ($p<$۰/۰۰۱) به‌طور معناداری بیشتر از گروه گواه بود؛ اما بین گروه‌های آزمایش تفاوت معناداری وجود نداشت ($p=$۰/۸۲۵).در دو گروه آزمایش تفاوت معناداری در میانگین نمرات خودکارآمدی مقابله‌ای در پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری مشاهده شد ($p<$۰/۰۰۱)؛ اما تفاوت معناداری بین پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد که ماندگاری اثربخشی مداخلات را در مرحلهٔ پیگیری نشان داد ($p=$۰/۴۹۶).

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌ها بین اثربخشی شفقت‌درمانی و درمان حساسیت‌زدایی ازطریق حرکت چشم و بازپردازش آن تفاوت معناداری وجود ندارد؛ بنابراین می‌توان از این دو روش مداخله به‌عنوان درمان‌های مؤثر بر خودکارآمدی مقابله‌ای بیماران بهبودیافته از کووید-۱۹ استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: شفقت‌درمانی، درمان حساسیت‌زدایی ازطریق حرکت چشم و بازپردازش آن، خودکارآمدی مقابله‌ای، بیماران بهبودیافته از کووید-۱۹.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار-غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-11-10]

۱ مقدمه

شیوع بیماری‌زاها[1]، از چالش‌های عمده‌ای به‌شمار می‌رود که بشریت همیشه با آن مواجه بوده است (۱)؛ چراکه اثرات فیزیکی و روانی گسترده‌ای را به‌دنبال دارد (۲). کووید-۱۹[2] ناشی‌از ویروس کرونا[3] ازجملهٔ این بیماری‌ها بوده که ترس[4] و اضطراب[5] زیادی را برای افراد در همهٔ جوامع ایجاد کرده است. ناشناخته و جدیدبودن ویروس کرونا (۳)، در کنار عوارض جسمی بیماری کووید-۱۹ و ابتلای تعدادی از افراد، جان‌باختن عده‌ای دیگر و عزادارشدن تعدادی از خانواده‌ها، پیامدهای منفی روحی زیادی را برای بسیاری از افراد در اثر ترس ناشی‌از ابتلا، در پی داشته است (۴). در مطالعات انجام‌شده در فرایند همه‌گیری، مشخص شد که دیدگاه‌ها و نگاه افراد به بیماری کووید-۱۹ موجب ایجاد اضطراب در آن‌ها شده و بر روان و رفتارشان تأثیر گذاشته است؛ همچنین، بیگانگی اجتماعی[6] و بسیاری دیگر از انواع ترس‌ها و اضطراب‌ها را به‌دنبال داشته است (۵). بیماری ناشی‌از ویروس کرونا نه‌تنها خطر مرگ ناشی‌از عفونت را سبب می‌شود، بلکه اثرات منفی روان‌شناختی را در قالب اضطراب، عصبانیت، سردرگمی، ترس و سایر مشکلات روان‌شناختی (۶)، علائم اختلال استرس پس از سانحه[7] (۷) و درنهایت پریشانی روان‌شناختی[8]، به‌همراه دارد.

از مؤلفه‌های روان‌شناختی مؤثر بر کیفیت و کمیت بیماری فرد می‌توان به خودکارآمدی مقابله‌ای[9] اشاره کرد. برخورداری از کارکرد کارساز و کارآمد در شرایط تهدیدکننده و استرس‌زا به مهارت‌ها و باورهای فرد دربارهٔ توانایی خود به‌منظور انجام مهارت‌ها بستگی دارد. برای گردانندگی متغیرها و عوامل پیچیده و دارای ابهام و نیز پیش‌بینی‌نشدنی که موجب تهدید و استرس می‌شوند، برخورداری از باورهای خودکارآمدی لازم است. ادراک فرد از باورهای خودکارآمدی مقابله‌ای در زمان روبه‌روشدن با موضوعات چالش‌زا و تهدیدکنندهٔ زندگی تأثیر بسزایی بر اندیشیدن، انگیزش، اقدامات و کارکرد فردی می‌گذارد؛ همچنین رفتار هر فردی در موقعیت‌هایی که به توانایی خود اطمینان دارد با موقعیت‌هایی که با نبود امنیت همراه بوده، بسیار متفاوت است (۸). خودکارآمدی مقابله‌ای، فرد را قادر می‌سازد با تنظیم هیجانات درمقابل استرس‌های محیطی و اجتماعی، پاسخ بهنجار (۹) و رفتارهای مقابله‌ای انطباقی[10] بیشتری را بروز دهد؛ درنتیجه در طول زمان، هنگام مواجهه با مشکلات و شرایط چالش‌برانگیز، از مهارت‌های مقابله‌ای بیشتری استفاده می‌کند و درمقابل استرس آسیب‌پذیری کمتری دارد (۱۰). به‌علاوه خودکارآمدی مقابله‌ای نقش مهمی در بهبود روانی پس از آسیب ایفا می‌کند (۱۱). نتایج پژوهش فراتحلیل لوژچینسکا و همکاران نشان داد، سطح بالاتر خودکارآمدی مقابله‌ای با سطوح پایین‌تر علائم اختلال استرس پس از سانحه ارتباط دارد (۱۲). همچنین خودکارآمدی مقابله‌ای سطوح پریشانی طولانی‌مدت را در انواع مختلف تروما ازجمله بلایا کاهش می‌دهد (۱۳،۱۴). در پژوهش‌های لازاروس و فولکمن (۱۵) و میلر و منگان (۱۶) و آوریل (۱۷) بر نقش مؤثر خودکارآمدی در تفاوت شیوه‌های مقابلهٔ افراد در موقعیت‌های استرس‌زا تأکید شد.

به‌علت آسیب‌های جسمی و روان‌شناختی ناشی‌از بیماری در بهبودیافتگان کووید-۱۹، مطالعات بر حمایت مراقبت ویژه در این افراد تأکید دارد تا با تغییر در برخی ویژگی‌های روان‌شناختی مؤثر به بهبودی آشفتگی‌های مرتبط با بیماری بینجامد. از مداخلاتی که دارای سابقهٔ خوبی در بهبود وضعیت روان‌شناختی در شرایط بحرانی است، می‌توان شفقت‌درمانی[11] و درمان حساسیت‌زدایی ازطریق حرکت چشم و بازپردازش آن[12] را نام برد. طی سال‌های اخیر با پیشرفت در زمینهٔ روان‌شناسی مثبت‌گرا توجه بسیاری به مقولهٔ شفقت در سلامت روان افراد جلب شده است. شفقت‌درمانی که امروزه توجه درمانگران را حتی در بیماری‌های خاص جلب کرده است، نوعی راهبرد هیجان‌محور[13] به‌شمار می‌رود که مُراجعان را دربارهٔ هیجانات مثبت و منفی خود آگاه می‌سازد و آن‌ها را به‌سمت پذیرش سوق می‌دهد (۱۸)؛ چراکه براساس این رویکرد درمانی اجتناب افراد از هیجان‌ها، احساسات، افکار ناخوشایند و دردها موجب ایجاد و تشدید مشکلات روان‌شناختی خواهد شد (۱۹). شفقت‌درمانی به تعدیل افکار و احساسات منفی دربارهٔ خود منجر می‌شود و فرد را درمقابل خودانتقادی و سرزنشگری مصون نگاه می‌دارد (۲۰). این روش درمانی همانند یک روش تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند و هیجانات منفی را کاهش می‌دهد و هیجانات مثبت را جایگزین آن می‌سازد (۲۱). ویلسون و همکاران (۲۲) و سامرز-اسپیکرمن و همکاران (۲۳) نتیجه گرفتند، درمان مبتنی‌بر شفقت موجب افزایش سلامت روان عمومی و بهزیستی و کاهش پریشانی روان‌شناختی می‌شود. بلوث و بلانتون در پژوهشی اثربخشی شفقت به خود را بر افزایش رضایت از زندگی، کاهش استرس ادراک‌شده و بهبود هیجان مثبت و منفی بررسی و تأیید کردند (۲۴). همتیان خیاط و همکاران دریافتند، دو روش درمان دیالکتیکی و شفقت‌درمانی باعث کاهش معنادار اضطراب کرونا، افزایش تحمل آشفتگی و افزایش تنظیم هیجانی می‌شود (۲۵). شمس و همکاران در پژوهشی نشان دادند، درمان مبتنی‌بر شفقت بر افزایش خودکارآمدی بیماران مبتلا به مالتیپل‌اسکلروزیس مؤثر است (۲۶). نتایج پژوهش وو مشخص کرد، درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش استرس ادراک‌شدهٔ ناشی‌از اپیدمی ویروس کرونا در زنان، اثربخش است (۲۷). حساسیت‌زدایی با حرکات چشم مانند روش‌های مؤثر برای یاری به افرادی است که از تجارب آسیب‌زا، اضطراب‌ها، اختلال استرس پس از سانحه، سوگ و به‌طورکلی مشکلات و اختلالات هیجانی[14]، رنج می‌برند (۲۸)؛ نوعی درمان مواجهه‌سازی برای مُراجعانی است که

1. Pathogens
2. COVID-19
3. Coronavirus
4. Fear
5. Anxiety
6. Social alienation
7. Post-traumatic stress disorder
8. Psychological distress
9. Coping self-efficacy
10. Adaptive coping strategies
11. Compassion Therapy
12. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
13. Emotions-focused Strategy
14. Motional disorders

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-11-10]

استرس آسیب‌زایی را تجربه کرده‌اند و به‌کمک حرکات چشم و فراخوانی خاطرات بدون درگیری با هیجانات منفی به مُراجع آسیب‌دیده کمک می‌کند (۲۹). در درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم هدف این است که بیمار هم‌زمان با تمرکز بر واقعهٔ آسیب‌زا به یک انگیزاننده و محرک خارجی نیز توجه کند. در این روش درمانی اثر حرکتی چشم موجب اختلال در حافظهٔ کاری و فعال، درنتیجه کاهش وضوح و میزان هیجان می‌شود (۳۰). برینهیلدزول اورن و همکاران دریافتند، حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و بازپردازش ازطریق بازپردازش حرکت‌های چشم سبب کاهش حساسیت‌ها به محرک‌ها و نیز ازبین‌رفتن پاسخ‌های دلسردکننده و رفتارهای نشانگر اضطراب و استرس پس از سانحه می‌شود (۳۱). اینسیناس و همکاران (۳۲)، عبدلی بیدهندی و همکاران (۳۳)، فتوت و همکاران (۳۴) و احمدی‌زاده و همکاران (۳۵) اثربخشی حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و بازپردازش آن را بر بهبود بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربهٔ ناشی‌از شرایط آسیب‌زا چون جنگ، بیماری‌ها و... بررسی و تأیید کردند.

نظر به جمعیت درخورتوجه بهبودیافتگان مبتلا به کووید_۱۹ در ایران و پیامدهای جسمانی و روان‌شناختی مزمن و باتوجه به کاستی‌های پژوهش‌های مداخله‌ای جامع در این حوزه و بر بیماران بهبودیافته از کووید_۱۹، استفاده از روش‌های درمانی منظم و تدوین‌شده به‌منظور مشخص‌شدن میزان اثربخشی هریک از روش‌ها بر حالات روان‌شناختی بیمارانی بهبودیافته از کووید_۱۹، روان‌درمانگران را قادر می‌سازد با افزایش خودکارآمدی مقابله‌ای افراد بهبودیافته، به آن‌ها کمک کنند تا درجهت رویارویی با پیشامدها و اتفاقات استرس‌زای زندگی اقدامات مهمی برای دستیابی به سلامت روان خود بردارند.

براساس مطالعات و پژوهش‌های مطرح‌شده، اگرچه استفاده از رویکردهای شفقت‌درمانی و نیز حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و بازپردازش آن در جوامع گوناگون طی پژوهش‌های مجزا بررسی شده است، هر دو روش مداخله‌ای در تلفیق با درمان شناختی‌رفتاری عمل می‌کند؛ اما تفاوت‌هایی بین دو روش در فنون و تکنیک‌های اجرایی وجود دارد؛ ازجمله اینکه شفقت‌درمانی به‌عنوان راهبردی هیجان‌محور بر این دید استوار است که اجتناب افراد از هیجان‌ها، احساسات، افکار ناخوشایند و دردها موجب ایجاد و تشدید مشکلات روان‌شناختی می‌شود؛ بنابراین با تعدیل افکار و هیجانات منفی دربارهٔ خود، فرد را درمقابل تشدید مشکلات روان‌شناختی مصون نگاه می‌دارد. درمان حساسیت‌زدایی ازطریق حرکت چشم و بازپردازش آن به‌کمک حرکات چشم و فراخوانی خاطرات بدون درگیری با هیجانات منفی خود به مُراجع آسیب‌دیده کمک می‌کند. باتوجه به شباهت و تفاوت دو روش بیان‌شده، در پژوهش حاضر از میان روش‌های مداخله‌ای سودمند موجود، دو روش مداخلهٔ مذکور انتخاب شد که کارایی آن‌ها در گذشته به‌تفکیک در درمان استرس پس از سانحه، اختلال وحشت‌زدگی، اضطراب، افسردگی و... بررسی شده است؛ اما به‌دلیل کاستی‌های پژوهشی دربارهٔ مقایسهٔ اثربخشی روش‌های مداخله‌ای مذکور در کشور، پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی شفقت‌درمانی و درمان حساسیت‌زدایی ازطریق حرکت چشم و بازپردازش آن بر خودکارآمدی مقابله‌ای بیماران بهبودیافته از کووید_۱۹ انجام گرفت.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با بهره‌گیری از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دوماهه انجام شد. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی بیماران بهبودیافته از کووید_۱۹ در شهر خرم‌آباد تشکیل دادند که در بازهٔ زمانی آبان تا آذر سال ۱۳۹۹ از بخش ویژهٔ بیماران کووید_۱۹ ترخیص شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول مقایسهٔ میانگین‌ها تعیین شد. تعداد نمونه با درنظرگرفتن ۵درصد خطای نوع اول و ۲۰درصد خطای نوع دوم و انحراف معیار ۱۴/۵، برای هر گروه پانزده نفر تعیین شد. در این پژوهش، روش نمونه‌گیری هدفمند به‌کار رفت. به این ترتیب که پس از کسب مجوز، با مراجعه به بخش ترخیص بیماران کووید_۱۹ در دو بیمارستان شهدای عشایر و تأمین اجتماعی به‌طور محرمانه پروندهٔ بیماران بررسی شد. سپس به‌مدت یک هفته طی تماس تلفنی با ارائهٔ توضیحاتی دربارهٔ اهداف و ملاحظات اخلاقی پژوهش، از بیماران بهبودیافتهٔ دارای معیارهای اولیهٔ ورود به پژوهش، برای شرکت در پژوهش دعوت صورت گرفت (۷۶ نفر) و آن‌ها به پرسش‌نامهٔ خودکارآمدی مقابله‌ای[1] (۸) با هدف غربالگری و پیش‌آزمون پاسخ دادند. چهل‌وپنج نفر از بیماران بهبودیافتهٔ واجد شرایط به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) وارد طرح درمانی‌پژوهشی شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش اول (شفقت‌درمانی) طی هشت جلسه و آزمودنی‌های گروه آزمایش دوم (درمان حساسیت‌زدایی ازطریق حرکت چشم و بازپردازش آن (EMDR)) طی پنج جلسه به‌شکل فردی مداخلهٔ مربوط را دریافت کردند. در این مدت شرکت‌کنندگان در گروه گواه در فهرست انتظار قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات و نیز بعد از طی دو ماه، مجدد پرسش‌نامهٔ خودکارآمدی مقابله‌ای (۸) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری اجرا شد.

معیارهای اولیهٔ ورود آزمودنی‌ها به پژوهش شامل دامنهٔ سنی ۲۰تا۴۰ سال، دست‌کم تحصیلات دیپلم، حداقل مدت زمان بستری در بخش مراقبت‌های ویژهٔ بیماران کووید_۱۹ ده روز، طی‌شدن بیش از یک ماه از زمان ترخیص، مصرف‌نکردن داروهای روان‌گردان یا داروهای روان‌پزشکی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و کسب نمرهٔ کمتر از میانگین (نمرهٔ میانگین=۱۳۰) در پرسش‌نامهٔ خودکارآمدی مقابله‌ای (۸) بود.

به‌منظور رعایت اخلاق پژوهش برای شرکت‌کنندگان، رعایت حریم خصوصی و حفظ رازداری، امکان انصراف از ادامهٔ همکاری در پژوهش در هر مقطعی از زمان، برگزاری جلسات مشاورهٔ رایگان با استفاده از روش مداخله با اثربخشی بیشتر برای بیماران بهبودیافتهٔ شرکت‌کننده در گروه گواه، توضیح و تعهد داده شد.

ابزارها و جلسات مداخلهٔ زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ پرسش‌نامهٔ خودکارآمدی مقابله‌ای: این پرسش‌نامه در سال ۲۰۰۶ توسط چسنی و همکاران ساخته شد (۸). پرسش‌نامه شامل ۲۶ گویه و

[1]. Coping Self-Efficacy Questionnaire

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-11-10]

سه خرده‌مقیاس مقابلهٔ مسئله‌مدار[1] و مقابلهٔ هیجان‌مدار[2] و حمایت اجتماعی[3] است و به‌صورت لیکرت (اصلاً نمی‌توانم انجام دهم=صفر، به‌طور متوسط می‌توانم انجام دهم=۱تا۵ نمره، همیشه می‌توانم انجام دهم=۵تا۱۰) نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین حداقل و حداکثر نمره در پرسش‌نامه صفر و ۲۶۰ و میانگین آن ۱۳۰ است (۸). چسنی و همکاران نتایج تحلیل عامل تأییدی و اکتشافی پرسش‌نامه را مناسب گزارش کردند. پایایی کل پرسش‌نامه به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و برای خرده‌مقیاس‌های مقابلهٔ مسئله‌مدار و مقابلهٔ هیجان‌مدار و حمایت اجتماعی به‌ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۴ و ۰/۸۰ بود. همچنین در ارزیابی روایی همبستگی نمرهٔ کل پرسش‌نامه با پرسش‌نامه‌های افسردگی و اضطراب رگه و اضطراب حالت به‌ترتیب ۰/۴۸ ـ و ۰/۵ ـ و ۰/۵۴ ـ برآورد شد (۸). پژوهش بهرامیان و همکاران با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه انجام گرفت و روایی سازه با روش تحلیل اکتشافی برای تمامی زیرمقیاس‌ها و کل پرسش‌نامه بین ۰/۴۰تا۰/۸۱ به‌دست آمد؛ همچنین روایی همگرای پرسش‌نامه با مقیاس خودکارآمدی عمومی[4] با روش همبستگی بررسی شد و خرده‌مقیاس‌های مقابلهٔ مسئله‌مدار و مقابلهٔ هیجان‌مدار و حمایت اجتماعی مثبت و به‌ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۳ و ۰/۷۹ بودند که نشان‌دهندهٔ روایی سازهٔ مناسب نسخهٔ ایرانی پرسش‌نامه است. ضرایب پایایی کل پرسش‌نامه به‌روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸ و تنصیف (اسپیرمن‌ـ براون و گاتمن) برابر با ۰/۸۷ (اسپیرمن‌ـ بروان) و ۰/۹۱ (گاتمن) گزارش شد (۳۶).

ـ جلسات مداخلهٔ شفقت‌درمانی: مداخلهٔ شفقت‌درمانی با استفاده از برنامهٔ شفقت‌درمانی گیلبرت تدوین شد که در ایران توسط اثباتی و فیضی ترجمه شده و به چاپ رسیده است (۳۷). این برنامه پس از اعمال تغییرات جزئی و تأیید چند تن از افراد متخصص، طی هشت جلسه به‌صورت هفتگی اجرا شد (جدول ۱).

ـ جلسات مداخلهٔ حساسیت‌زدایی ازطریق حرکات چشم و بازپردازش آن (EMDR): این جلسات به‌کمک برنامهٔ درمانی هشت‌مرحله‌ای شاپیرو (۳۸) که در ایران توسط حکمتیان فرد و همکاران استفاده شد و روایی آن به‌تأیید رسید (۳۹)، پس از اعمال تغییرات جزئی و تأیید چند تن از افراد متخصص طی پنج جلسهٔ نوددقیقه‌ای به‌صورت هفتگی اجرا شد (جدول ۲).

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات شفقت‌درمانی

جلسه	موضوع	محتوای جلسات
اول	آشنایی و بیان قواعد جلسات و مشکل فعلی	معرفی و برقراری ارتباط و ایجاد رابطهٔ حسنه و اتحاد درمانی و شرح قوانین گروه، تعیین هدف و فرمول‌بندی مُراجع، گوش‌سپردن به روایت‌ها و همدلی اعضا با یکدیگر (آموزش همدلی)، توضیح درخصوص شفقت به خود و عناصر آن. تکلیف: تمرین تنفس آرام‌بخش.
دوم	معرفی شفقت به خود و خودانتقادی	مرور جلسهٔ قبل و بررسی نوع برخورد اعضا با خود (سبک انتقادگر و شفقت‌گرا)، تعریف خودانتقادی و علل و پیامدهای آن، تعریف شفقت. تکلیف: پاسخ به این سؤال که چقدر به خود شفقت‌ورز هستید.
سوم	معرفی ویژگی‌ها و مهارت‌های شفقت به خود و چگونگی تأثیرگذاری آن بر حالات روانی فرد	بررسی تکلیف و مرور جلسهٔ قبل، شفقت به خود چیست؟ بررسی ویژگی‌ها و مهارت‌های آن و چگونگی تأثیرگذاری بر حالات روانی فرد، معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوهٔ تعامل با آن‌ها. تکلیف: شناسایی افکار و رفتار خود انتقادگر.
چهارم	معرفی تصویرسازی ذهنی	بررسی تکلیف و مرور جلسهٔ قبل، معرفی تصویرپردازی ذهنی و منطق آن، آموزش تمرین تصویرپردازی و اجرای آن در گروه (تصور رنگ، مکان و ویژگی‌های شفقت‌گر). تکلیف: تمرین تصویرسازی ذهنی.
پنجم	پرورش خود شفقت‌ورز و معرفی مفاهیم خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت‌پذیری	بررسی تکلیف و مرور جلسهٔ قبل، پرورش خود شفقت‌ورز و معرفی مفاهیم خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت‌پذیری در ایجاد شفقت، آموزش نحوهٔ تصویرپردازی دربارهٔ خود شفقت‌ورز. تکلیف: تصویرپردازی ذهنی خود شفقت‌ورز.
ششم	آموزش نامه‌نگاری شفقت‌ورز	بررسی تکلیف و مرور جلسهٔ قبل، آموزش نامه‌نگاری شفقت‌ورز. تکلیف: تصور کنید خود شفقت‌ورزتان به شما نامه‌ای می‌نویسد، مکالمه را تجسم کرده و آن را یادداشت کنید.
هفتم	توضیح ترس از شفقت به خود و شناسایی افکار ممانعت‌کننده از پرورش شفقت به خود	بررسی تکلیف و مرور جلسهٔ قبل، ترس از شفقت به خود، شناسایی افکار ممانعت از پرورش شفقت به خود و کار روی آن‌ها. تکلیف: تمرکز بر موانع موجود در پرورش شفقت به خود و تمرین شفقت دربارهٔ آن‌ها.
هشتم	جمع‌بندی مفاهیم بررسی‌شده در جلسات	بررسی تکلیف و مرور جلسهٔ قبل، جمع‌بندی مفاهیم بررسی‌شده در جلسات، درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه. تکلیف: ادامه به تمرین‌های تصویرپردازی.

[1]. Problem-focused coping
[2]. Emotions-focused coping
[3]. Social support
[4]. General Self-Efficacy Scale

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-11-10]

جدول ۲. خلاصهٔ جلسات حساسیت‌زدایی منظم با حرکات چشم و بازپردازش آن

مرحله	هدف	محتوا
اول	تاریخچه	کسب اطلاعات لازم از درمان‌جو، بررسی باورهای فرد، یافتن مکان امن مُراجع و مشخص‌کردن اهداف مداخله.
دوم	آمادگی	آموزش‌های لازم دربارهٔ روش درمان، آرمیدگی و استعاره‌های لازم به درمان‌جو؛ برای مثال تجسم دیدن صحنه‌های آسیب‌زا ازطریق تماشای تلویزیون یا تماشای صحنه‌های آسیب‌زا از پنجرهٔ قطار درحالی‌که درمان‌جو در قطار نشسته است و صحنه‌ها را در بیرون از قطار می‌نگرد.
سوم	ارزیابی	به انتخاب خاطرهٔ دردناکی که درمان‌جو تمایل به تغییر آن دارد، پرداخته می‌شود. سپس یک شناخت منفی مربوط به خاطرهٔ آسیب‌زا انتخاب می‌شود. این شناخت ناسالم است و به تجربهٔ آسیب‌زا ربط دارد؛ مثلاً من تنها و بی‌کس هستم یا من گناهکارم. سپس از درمان‌جو خواسته می‌شود که شناخت مثبت و سازگارانهٔ مرتبط با آسیب را نام ببرد. این شناخت در مراحل بعدی جایگزین شناخت ناسالم می‌شود.
چهارم	حساسیت‌زدایی	مرحلهٔ حساسیت‌زدایی دشوارترین و طولانی‌ترین مرحله است و طی آن مُراجع به تصویر دیداری مناظر رنج‌آور، باورهای منفی و هیجانات و احساسات بدنی خود متمرکز می‌شود و هم‌زمان تحریک دوجانبهٔ مغز به‌وسیله حرکات چشم درمان‌جو در تعقیب حرکت درمانگر رخ می‌دهد. معمولاً درمانگر دو انگشت خود را بالا نگه می‌دارد و کف دستش به‌سمت درمان‌جو است و حدود ۳۰تا۴۳ سانتی‌متر از درمان‌جو فاصله دارد. معمولاً ۱۵تا۳۰ حرکت دوجانبه انجام می‌گیرد. سپس درمان‌جو ضمن بستن چشمانش نفس عمیق می‌کشد. در این موقعیت از سوی درمانگر سؤالاتی نظیر احساست را بگو، چه تجربه‌ای داری و... مطرح می‌شود. پاسخ‌ها، احساسات عاطفی و بدنی را مشخص می‌کند. سپس از درمان‌جو خواسته می‌شود ضمن یادآوری خاطرهٔ دردناک درمعرض مجموعهٔ جدیدی قرار گیرد. در اینجا حرکات چشم تنها وسیله‌ای برای فعال‌کردن نظام پردازش اطلاعات است. ضربه‌های ملایم دست و تکرار نشانه‌های شنیداری محرک‌های دیگری هستند که به‌طور وسیعی به‌کار می‌روند.
پنجم	کدگذاری	هدف این مرحله کار گذاشتن و افزایش نیرومندی شناخت مثبت است. آنگاه که مقیاس SUD[1] ارزیابی شود و به عدد ۱ یا ۲ برسد، درمان‌جو تسکین پذیرفتنی یافته است؛ همچنین هرگاه در مقیاس VoC[2] به عدد ۶ یا ۷ برسد، تقریباً درمان انجام شده است.
ششم	پویش بدنی	وارسی بدنی است و در آن، درمان‌جو به‌کاوش در همهٔ اندام‌های بدن از سر تا نوک پا می‌پردازد و تنش و ناراحتی‌های جسمی را شناسایی می‌کند و با قرار در موقعیت در بافت مجموعه‌های جدید کمک می‌شود.
هفتم	بستن	خاتمه یا بستن است. در این مرحله درمان‌جو به وضعیت آرمیدگی برگردانده می‌شود و افکار و هیجانات و ویژگی‌های جسمانی به‌طور هم‌زمان بررسی خواهد شد.
هشتم	ارزیابی مجدد	مرحلهٔ ارزیابی مجدد است؛ بررسی اینکه هدف درمان تأمین شده است یا نه و براساس آن برنامه‌ریزی برای جلسات بعد انجام می‌شود.

داده‌های پژوهش ازطریق شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با رعایت پیش‌فرض‌های آن (آزمون شاپیرو-ویلک و آزمون لون) و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ تجزیه‌وتحلیل شد. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ بود.

۳ یافته‌ها

جدول ۳، شاخص‌های توصیفی گروه‌ها قبل و بعد از مداخله را نشان می‌دهد. نتایج توصیفی در جدول ۳ نشان می‌دهد، در گروه‌های مداخلهٔ اول و دوم، خودکارآمدی مقابله‌ای بیماران بهبودیافته در پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون افزایش درخورتوجهی داشت؛ اما در گروه گواه تغییرات چشمگیر نبود. معناداری این تغییرات در طول زمان در بین گروه‌ها باید آزمون شود.

پیش از استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های نرمال‌بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها و کرویت موچلی بررسی شد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیر خودکارآمدی مقابله‌ای در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های مداخله و گواه

گروه	مداخلهٔ ۱ (شفقت‌درمانی)		مداخلهٔ ۲ (EMDR)		گواه	
مراحل آزمون	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	۱۱۵/۹۳	۱۴/۱۶	۱۱۸/۶۰	۱۵/۱۴	۱۱۵/۶۶	۱۴/۷۶
پس‌آزمون	۱۴۹/۲۶	۱۷/۸۵	۱۵۶/۲۶	۱۵/۵۳	۱۲۴/۲۶	۲۰/۰۱
پیگیری	۱۴۶/۲۰	۱۸/۹۷	۱۵۴/۰۰	۱۲/۱۴	۱۲۲/۱۳	۱۸/۹۱

نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌های خودکارآمدی مقابله‌ای با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک مشخص کرد، توزیع نمره‌های خودکارآمدی

[1]. Subjective Units of Distress
[2]. Validation of Cognition

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-11-10]

مقابله‌ای در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری نرمال بود ($p>۰/۰۵$). نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه نشان داد، واریانس‌ها برای خودکارآمدی مقابله‌ای یکسان بود ($p>۰/۰۵$). همچنین نتایج آزمون موچلی مشخص کرد، مفروضهٔ کرویت برقرار بود ($p>۰/۰۵$).

به‌منظور بررسی تفاوت معنادار بین میانگین‌های نمرات خودکارآمدی مقابله‌ای در گروه‌های مداخله و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (یک عامل درون‌گروهی و یک عامل بین‌گروهی) استفاده شد. مراحل سه‌گانهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به‌عنوان عامل درون‌گروهی و گروه‌بندی آزمودنی‌ها در دو گروه به‌عنوان عاملی بین‌گروهی در نظر گرفته شد. یافته‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. خلاصهٔ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به عوامل درون‌گروهی و بین‌گروهی متغیر خودکارآمدی مقابله‌ای

	منابع تغییر	مقدار F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر	توان آزمون
عامل درون‌گروهی	اثر زمان	۹۷/۳۸۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۹۹	۱
	اثر متقابل زمان و گروه	۱۲/۲۰۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۶۸	۰/۹۵۰
عامل بین‌گروهی	اثر گروه	۹/۵۸۴	<۰/۰۰۱	۰/۳۱۳	۰/۹۳۲

باتوجه به یافته‌های جدول ۴، تأثیر زمان اندازه‌گیری بر میانگین نمرات خودکارآمدی مقابله‌ای معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$). همچنین اثر متقابل بین زمان اندازه‌گیری و گروه بر میانگین نمرات خودکارآمدی مقابله‌ای معنادار به‌دست آمد ($p<۰/۰۰۱$). تأثیر گروه نیز بر میانگین نمرات خودکارآمدی مقابله‌ای معنادار شد ($p<۰/۰۰۱$)؛ بدین‌معناکه بین دو گروه آزمایش و گروه گواه در خودکارآمدی مقابله‌ای در طی مراحل پژوهش اختلاف معناداری وجود داشت که حاکی‌از تأثیر مداخله بود.

جدول ۵. خلاصهٔ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ زوجی سه گروه شفقت‌درمانی و EMDR و گواه در متغیر خودکارآمدی مقابله‌ای

گروه	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
شفقت‌درمانی_EMDR	ـ۵/۸۲۲	۵/۲۷۵	۰/۸۲۵
شفقت‌درمانی_ گواه	۱۶/۴۴۴	۵/۲۷۵	۰/۰۱۰
EMDR_ گواه	۲۲/۲۶۷	۵/۲۷۵	<۰/۰۰۱

باتوجه به جدول ۵، براساس آزمون تعقیبی بونفرونی، میانگین نمرات متغیر خودکارآمدی مقابله‌ای در گروه مداخلهٔ شفقت‌درمانی با گروه مداخلهٔ EMDR تفاوت معناداری نداشت ($p=۰/۸۲۵$). همچنین میانگین نمرات متغیر خودکارآمدی مقابله‌ای در گروه مداخلهٔ شفقت‌درمانی ($p=۰/۰۱۰$) و گروه مداخلهٔ EMDR ($p<۰/۰۰۱$) به‌طور معناداری بیشتر از گروه گواه بود. این یافته‌ها در شکل ۱ نیز مشاهده می‌شود.

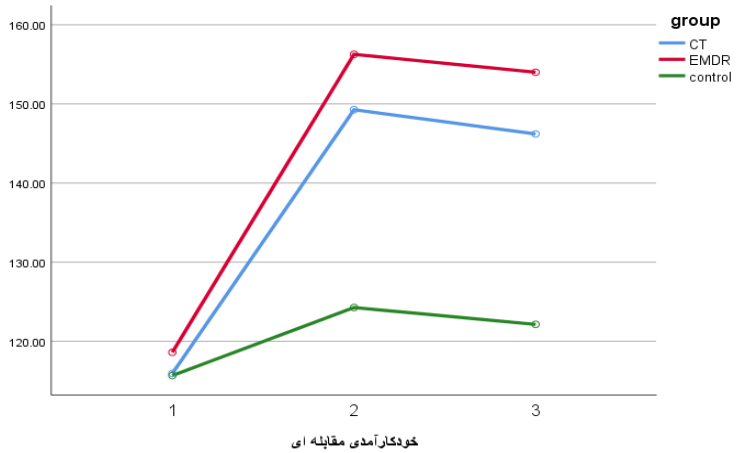
جدول ۶. خلاصهٔ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ زوجی متغیر خودکارآمدی مقابله‌ای در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحلهٔ آزمون		تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار احتمال
خودکارآمدی مقابله‌ای	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	ـ۲۶/۵۳۳	۲/۱۸۵	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	ـ۲۴/۰۴۴	۲/۳۱۳	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۲/۴۸۹	۱/۷۶۲	۰/۴۹۶

باتوجه به یافته‌های جدول ۶، در دو گروه آزمایش تفاوت معناداری در میانگین نمرات متغیر خودکارآمدی مقابله‌ای در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p<۰/۰۰۱$) و پیش‌آزمون و پیگیری ($p<۰/۰۰۱$) وجود داشت؛ اما تفاوت معناداری بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد که ماندگاری اثربخشی مداخلات را در مرحلهٔ پیگیری نشان داد ($p=۰/۴۹۶$).

شکل ۱ نمودار مقایسهٔ تغییرات خودکارآمدی مقابله‌ای گروه‌های مداخلهٔ اول و دوم و گروه گواه را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-11-10]



شکل ۱. نمودار مقایسهٔ روند تغییرات خودکارآمدی مقابله‌ای در مراحل مختلف سنجش در گروه‌های آزمایش و گواه

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسهٔ اثربخشی شفقت‌درمانی و درمان حساسیت‌زدایی ازطریق حرکت چشم و بازپردازش آن بر خودکارآمدی مقابله‌ای بیماران بهبودیافته از بیماری کووید-۱۹ بود. نتایج پژوهش نشان داد، شفقت‌درمانی موجب افزایش خودکارآمدی مقابله‌ای بیماران بهبودیافته از کرونا شد؛ همچنین روش حساسیت‌زدایی ازطریق حرکت چشم و بازپردازش آن، خودکارآمدی مقابله‌ای بیماران بهبودیافته از کرونا را افزایش داد و بین اثربخشی دو روش مداخله تفاوت معناداری وجود نداشت.

یافته‌های مطالعهٔ حاضر مبنی‌بر اثربخشی حساسیت‌زدایی ازطریق حرکت چشم و بازپردازش آن با نتایج پژوهش‌های زیر همسوست: عبدلی بیدهندی و همکاران دریافتند، درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد در کاهش افسردگی و استرس در بیماران جراحی بای‌پس عروق کرونر مؤثر است (۳۳)؛ فتوت و همکاران طی پژوهشی اثربخشی این روش درمانی را بر اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش تأیید کردند (۳۴)؛ همچنین یافته‌های به‌دست‌آمده از اثربخشی شفقت‌درمانی با نتایج پژوهش‌های ذیل همسوست: ویلسون و همکاران در مروری سیستماتیک اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت را بر افزایش خودشفقتی و کاهش آسیب‌های روانی در جمعیت‌های بالینی بررسی و تأیید کردند (۲۲)؛ سامرز-اسپیکرمن و همکاران مشخص کردند، درمان مبتنی‌بر شفقت سبب افزایش سلامت روان عمومی و بهزیستی و کاهش پریشانی روان‌شناختی می‌شود (۲۳)؛ در پژوهش بلوث و بلانتون، اثربخشی درمان شفقت به خود موجب افزایش رضایت از زندگی، کاهش استرس ادراک‌شده و بهبود هیجان مثبت و منفی می‌شود (۲۴)؛ همتیان خیاط و همکاران طی پژوهشی دریافتند، دو روش درمان دیالکتیکی و شفقت‌درمانی، کاهش معنادار اضطراب کرونا و افزایش تحمل آشفتگی و افزایش تنظیم هیجانی را در پی دارد (۲۵)؛ شمس و همکاران نشان دادند، درمان مبتنی‌بر شفقت بر افزایش خودکارآمدی بیماران مبتلا به مالتیپل‌اسکلروزیس مؤثر است (۲۶).

در راستای تبیین نتایج پژوهش حاضر مبنی‌بر اثربخشی شفقت‌درمانی بر افزایش خودکارآمدی مقابله‌ای بیماران بهبودیافته از کرونا می‌توان گفت، سیستم تهدید و محافظت در بیماران به‌واسطهٔ اختلال‌های روان‌شناختی چون اضطراب و استرس به‌نوعی پرکاری شدید دچار می‌شود؛ درنتیجهٔ آن سطوح استرس و نگرانی در این افراد بالا خواهد بود که همین امر منجربه کاهش سطوح خودکارآمدی مقابله‌ای در آن‌ها می‌شود. ازسویی‌دیگر در بیماران سیستم رضایت و تسکین سطح رشدیافتگی کاهش می‌یابد که فرصت کافی برای تحول این سیستم را هرگز نداشته‌اند (۴۰). شفقت‌درمانی به‌مانند فیزیوتراپی ذهن برای این افراد عمل می‌کند. بدین‌صورت که با تحریک سیستم تسکین‌بخشی، زمینهٔ تحول آن را فراهم می‌آورد و با تحول این سیستم تاب‌آوری فرد دربرابر مشکلات ناشی‌از بیماری افزایش می‌یابد و موجب بهبود عزت‌نفس و پیشرفت خودکارآمدی مقابله‌ای می‌شود (۲۷). همچنین درمان مبتنی‌بر شفقت بر حساسیت به وجود رنج در خود و دیگران، مهربان‌بودن با خود و داشتن توجه مهربانانه به خود، استدلال مهربانانه به‌جای استدلال منطقی و صحبت با خود با جملات مثبت به‌جای جملات انتقادی و خودسرزنشی و درمجموع پذیرفتن رنجی که بر فرد وارد است، همچنین برقراری ارتباط با آن بدون داشتن احساس شرمندگی و ضعف، فرد را به رفتار مهربانانه می‌رساند؛ درنتیجه این امر می‌تواند مسبب ایجاد احساس بهتر دربارهٔ کلیت خود و حس خودکارآمدی شود (۲۳)؛ بنابراین، در تبیین تأثیر درمان مبتنی‌بر شفقت بر خودکارآمدی مقابله‌ای بیماران بهبودیافته می‌توان گفت، درمان متمرکز بر شفقت به‌دنبال شفاف‌سازی اجزای اصلی شفقت مثل حساسیت توأم با توجه، انگیزهٔ مراقبت، همدردی، همدلی، تحمل پریشانی و داشتن دیدگاه غیرقضاوتی دربارهٔ خود است و درمان متمرکز بر شفقت بر آزادسازی افراد از این تله‌های ذهنی تأکید دارد (۱۹). درمان متمرکز بر شفقت بر آموزش تنفس و ذهن‌آگاهی و تصویرسازی تأکید می‌کند. علاوه‌براین، از تکنیک‌های عمل‌گرا چون تمرین عمل‌کردن و تصویرسازی خود به‌عنوان فردی مهربان استفاده می‌شود تا به افراد در ساختن هویتی با ویژگی‌های شفقت‌آمیز یاری رساند. به‌دنبال آن این «خود» جدید به پایگاهی امن برای مواجهه با مشکلات و رنج‌ها تبدیل می‌شود که زمینه‌ساز تحول در وجود فرد و غلبه بر احساس بی‌کفایتی و درنتیجه ارتقای حس خودکارآمدی در فرد است

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-11-10]

(۲۳)؛ به‌طوری‌که شفقت باعث تقویت شجاعت افراد در مواجهه با جنبه‌های دشوار و تاریک ذهن شده و منجربه احساس مثبت راجع به خود می‌شود. همچنین کاهش خصومت با خود و توسعهٔ توانایی‌های فرد برای ایجاد احساس خوداطمینانی، مهربانی و خودتسکینی از اهداف اساسی درمان متمرکز بر شفقت است که می‌تواند به‌عنوان پادزهری دربرابر فشار روانی ناشی‌از آن در بیماران بهبودیافته عمل کند (۴۰).

در راستای تبیین نتایج پژوهش حاضر مبنی‌بر اثربخشی حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و بازپردازش آن بر افزایش خودکارآمدی مقابله‌ای بیماران بهبودیافته از کرونا می‌توان به پژوهش برینهیلدزول اورن و همکاران اشاره کرد که دریافتند، حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و بازپردازش ازطریق بازپردازش حرکت‌های چشم موجب کاهش حساسیت‌ها درقبال محرک‌ها و نیز ازبین‌رفتن پاسخ‌های دلسردکننده و رفتارهای نشانگر اضطراب و استرس پس از سانحه می‌شود (۳۱). این روش درمانی با تعامل بین دو نیمکرهٔ مغز، قدرت شفای طبیعی ذهن را دوباره فعال می‌کند و پردازش مجدد آن اطلاعات را در پی دارد. علاوه‌براین، همان‌طورکه شاپیرو عنوان کرد، حرکات چشمی موجب می‌شود تا اضطراب به‌تدریج از آن جدا شود و فرد رویداد اصلی را با دیدی بی‌تفاوت و بی‌طرفانه بازبینی و بررسی کند؛ درست مانند تماشاکردن یک فیلم و رویدادهایی که در آن اتفاق می‌افتد؛ وضعیت نیز با سازمان‌دهی مجدد شناختی آن واقعه به بروز احساساتی طبیعی‌تر و خودجوش‌تر منجر می‌شود (۴۱). در درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و بازپردازش، ازطریق تحریک لمسی یا صوتی با حرکت‌های دوسویهٔ چپ و راست در چشم و با به‌کارانداختن و افزایش فعالیت قشر پیش‌پیشانی چپ که حافظهٔ کاری بیشتری در این قشر قرار دارد، خاطرات، رویدادهای آسیب‌زا، تجارب هیجانی و اطلاعات پردازش‌نشده همراه با افکار، احساسات و حس‌های بدنی مرتبط با آن تجربه که در شبکهٔ حافظه مسدود شده‌اند، پردازش مجدد می‌شود. سپس به‌گونه‌ای مناسب پردازش و هضم و درنتیجه ادراک از خود تغییر می‌یابد، فرد به‌لحاظ شناختی قادر به تعبیر و تفسیر خود می‌شود و تبیین‌های انطباقی‌تر برای تجارب آسیب‌زای خود پیدا می‌کند. درنهایت منجربه افزایش خودآگاهی در بیماران دچار اضطراب می‌شود (۳۱). در این راستا اینسیناس و همکاران در پژوهشی بالینی اثربخشی روش درمانی حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد را بر اضطراب و استرس و افسردگی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال طیف اتیسم بررسی کردند. آن‌ها به این نتیجه دست یافتند که این روش درمانی در کاهش اضطراب و استرس و افسردگی مؤثر است (۳۲). همچنین همان‌طورکه ذکر شد، عبدلی بیدهندی و همکاران نشان دادند، درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد در کاهش افسردگی و استرس در بیماران جراحی بای‌پس عروق کرونر مؤثر است (۳۳). فتوت و همکاران طی پژوهشی اثربخشی این روش درمانی را بر اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش تأیید کردند (۳۴). به‌علاوه، احمدی‌زاده و همکاران دریافتند، حساسیت‌زدایی ازطریق حرکات چشم و بازپردازش آن بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه در جانبازان مؤثر است (۳۵).

این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی مواجه بود. ازآنجاکه پژوهش روی بیماران بهبودیافته از کرونا در شهر خرم‌آباد انجام گرفت، در تعمیم نتایج آن به این نوع بیماران در دیگر شهرها باید جانب احتیاط رعایت شود. همچنین باتوجه به استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و حجم نمونهٔ اندک و اجرای فردی مداخلات درمانی به‌علت اجرای پژوهش در زمان همه‌گیری ویروس کرونا، تعمیم‌پذیری و استنباط از نتایج پژوهش باید بااحتیاط صورت گیرد.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به یافته‌های پژوهش، بین شفقت‌درمانی و درمان حساسیت‌زدایی ازطریق حرکت چشم و بازپردازش آن بر افزایش خودکارآمدی بیماران بهبودیافته از کووید_۱۹ تفاوت معناداری وجود ندارد؛ بنابراین، می‌توان از این دو رویکرد درمانی به‌عنوان یکی از مداخلات مؤثر بر افزایش خودکارآمدی مقابله‌ای و به‌نظر می‌رسد به‌طورکلی بهبود روانی بیماران بهبودیافته از کووید_۱۹، بهره‌مند شد.

۶ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

برای رعایت اصول اخلاقی در پژوهش، فرم رضایت آگاهانه در جلسهٔ اول توسط شرکت‌کنندگان و والدین آن‌ها امضا شد. همچنین به آن‌ها در زمینهٔ حفظ رازداری و محرمانه‌ماندن اطلاعات اطمینان داده شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترای تخصصی روان‌شناسی عمومی نویسندهٔ اول مقاله بوده که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد تصویب و با کد اخلاق IR.IAU.B.REC.1401.001 به‌ثبت رسیده است. نویسندگان هیچ تضاد منافعی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌کنند.

منابع مالی

همهٔ هزینه‌های مالی توسط نویسندهٔ اول تأمین شده است.

References

1. Gao GF. From "A" IV to "Z" IKV: attacks from emerging and re-emerging pathogens. Cell. 2018;172(6):1157–9. https://doi.org/10.1016/j.cell.2018.02.025
2. Bolton DJ, Robertson LJ. Mental health disorders associated with foodborne pathogens. J Food Prot. 2016;79(11):2005–17. https://doi.org/10.4315/0362-028X.JFP-15-587
3. Banerjee D, Nair VS. Handling the Covid-19 pandemic: proposing a community based toolkit for psycho-social management and preparedness. Asian J Psychiatr. 2020;51:102152. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102152
4. Mohammadi N, Sadri Damirchi E, Sheykholeslami A, Ghamari Givi H. The efficacy of crisis intervention

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-11-10]

program on adaptive and maladaptive regulation strategies of people with coronary heart disease crisis. Journal of Psychological Science. 2022;21(109):107–22. [Persian] http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.109.107
5. Rafique H. Covid 19 and changing facets of stress: a psychological study of stress-oriented people. Pakistan Social Sciences Review. 2020;4(3):734–48. http://doi.org/10.35484/pssr.2020(4-III)52
6. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, et al. The psychological impact of the Covid-19 epidemic on college students in China. Psychiatry Res. 2020;287:112934. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934
7. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. The Lancet. 2020;395(10227):912–20. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8
8. Chesney MA, Neilands TB, Chambers DB, Taylor JM, Folkman S. A validity and reliability study of the coping self-efficacy scale. Br J Health Psychol. 2006;11(3):421–37. https://doi.org/10.1348/135910705X53155
9. Rodkjaer L, Chesney MA, Lomborg K, Ostergaard L, Laursen T, Sodemann M. HIV-infected individuals with high coping self-efficacy are less likely to report depressive symptoms: a cross-sectional study from Denmark. Int J Infect Dis. 2014;22:67–72. https://doi.org/10.1016/j.ijid.2013.12.008
10. Bosmans MWG, van der Velden PG. Longitudinal interplay between posttraumatic stress symptoms and coping self-efficacy: a four-wave prospective study. Soc Sci Med. 2015;134:23–9. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.04.007
11. Bosmans MWG, Van Der Knaap LM, Van Der Velden PG. The predictive value of trauma-related coping self-efficacy for posttraumatic stress symptoms: differences between treatment-seeking and non–treatment-seeking victims. Psychol Trauma. 2016;8(2):241–8. https://doi.org/10.1037/tra0000088
12. Luszczynska A, Benight CC, Cieslak R. Self-efficacy and health-related outcomes of collective trauma: a systematic review. European Psychologist. 2009;14(1):51–62. https://doi.org/10.1027/1016-9040.14.1.51
13. Bosmans MWG, Benight CC, Van Der Knaap LM, Winkel FW, Van Der Velden PG. The associations between coping self-efficacy and posttraumatic stress symptoms 10 years post disaster: differences between men and women. J Trauma Stress. 2013;26(2):184–91. https://doi.org/10.1002/jts.21789
14. Benight CC, Cieslak R, Molton IR, Johnson LE. Self-evaluative appraisals of coping capability and posttraumatic distress following motor vehicle accidents. J Consult Clin Psychol. 2008;76(4):677–85. https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.4.677
15. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
16. Miller SM, Mangan CE. Interacting effects of information and coping style in adapting to gynecologic stress: should the doctor tell all? J Pers Soc Psychol. 1983;45(1):223–36. https://doi.org/10.1037/0022-3514.45.1.223
17. Averill JR. Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. Psychological Bull. 1973;80(4):286–303. https://doi.org/10.1037/h0034845
18. García-Campayo J, Navarro-Gil M, Demarzo M. Attachment-based compassion therapy. Mindfulness & Compassion. 2016;1(2):68–74. https://doi.org/10.1016/j.mincom.2016.10.004
19. Lack S, Brown R, Kinser PA. An integrative review of yoga and mindfulness-based approaches for children and adolescents with asthma. J Pediatr Nurs. 2020;52:76–81. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.03.006
20. Krieger T, Reber F, von Glutz B, Urech A, Moser CT, Schulz A, et al. An internet-based compassion-focused intervention for increased self-criticism: a randomized controlled trial. Behav Ther. 2019;50(2):430–45. https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.08.003
21. Solimanpour mahdi, Pirkhaefi A, Zahrakar kianoosh. Comparison of the efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) and compassion-focused therapy (CFT) on quality of life in patients with vitiligo. Journal of Psychological Science. 2022;21(113):987–1004. [Persian] http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.113.987
22. Wilson AC, Mackintosh K, Power K, Chan SWY. Effectiveness of self-compassion related therapies: a systematic review and meta-analysis. Mindfulness. 2019;10(6):979–95. https://doi.org/10.1007/s12671-018-1037-6
23. Sommers-Spijkerman MPJ, Trompetter HR, Schreurs KMG, Bohlmeijer ET. Compassion-focused therapy as guided self-help for enhancing public mental health: a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol. 2018;86(2):101–15. https://doi.org/10.1037/ccp0000268
24. Bluth K, Blanton PW. The influence of self-compassion on emotional well-being among early and older adolescent males and females. J Posit Psychol. 2015;10(3):219–30. https://doi.org/10.1080/17439760.2014.936967
25. Hemmtian Khayat D, Nejat H, Samari AA, Ormaz E. Comparison of the effectiveness of dialectical behavior therapy and compassion therapy on anxiety, disturbance tolerance and emotional regulation in Covid-19 survivors. Razi Journal of Medical Sciences. 2022;29(4):160–8. [Persian] http://rjms.iums.ac.ir/article-1-7526-en.html
26. Shams G, Pashang S, Sedaghat M. Comparison of the effectiveness of compassion-based therapy and reality therapy on self-efficacy of patients with multiple sclerosis. J Prevent Med. 2021;8(1):80–70. [Persian] http://dx.doi.org/10.52547/jpm.8.1.80

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-11-10]

27. Wu X. The effectiveness of compassion-focused group therapy on perceived stress in the Covid-19 epidemic among the academic women. Argentina Review of Psychological Clinic. 2021;30(2):633–9. https://doi.org/10.24205/03276716.2020.4066
28. Rezayi S, Khanjani M. The effectiveness of eye movement desensitization and cognitive reprocessing intervention (EMDR) on improving the quality of life and reducing the guilt feeling in parents of children with low-functioning autism. Family Research. 2017;13(3):461–75. [Persian] https://jfr.sbu.ac.ir/article_97591.html?lang=en
29. Littel M, Kenemans JL, Baas JMP, Logemann HNA, Rijken N, Remijn M, et al. The effects of β-adrenergic blockade on the degrading effects of eye movements on negative autobiographical memories. Biol Psychiatry. 2017;82(8):587–93. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.03.012
30. Auren TJB, Klæth JR, Jensen AG, Solem S. Intensive outpatient treatment for PTSD: an open trial combining prolonged exposure therapy, EMDR, and physical activity. Eur J Psychotraumato. 2022;13(2):2128048. https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2128048
31. Brynhildsvoll Auren TJ, Gjerde Jensen A, Rendum Klæth J, Maksic E, Solem S. Intensive outpatient treatment for PTSD: a pilot feasibility study combining prolonged exposure therapy, EMDR, physical activity, and psychoeducation. Eur J Psychotraumatol. 2021;12(1):1917878. https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1917878
32. Encinas M, Osorio A, Jarero I, Givaudan M. Randomized controlled clinical trial on the provision of the EMDR-PRECI to Family Caregivers of Patients with Autism Spectrum Disorder. Psychology and Behavioral Science. 2019;11(1):1–8. http://doi.org/10.19080/PBSIJ.2019.11.555802
33. Abdoli Bidhendi MR, Rafieinia P, Pourhosein R, Sabahi P, Shahmansouri N. The comparison of the efficacy of eye movement desensitization and reprocessing and progressive counting on anxiety, depression, and stress in patients with coronary artery bypass graft surgery. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal. 2021;10(3):65–76. [Persian] http://frooyesh.ir/article-1-2528-en.html
34. Fotovvat N, Moradi-Baglouee M, Soleimani MA, Mafi M. Effect of eye movement desensitization and reprocessing on death anxiety of gastrointestinal cancer patients in Qazvin hospital in 2018: a randomized clinical trial. Koomesh. 2021;23(2):183–91. [Persian] http://dx.doi.org/10.52547/koomesh.23.2.183
35. Ahmadizadeh MJ, Eskandari H, Falsafinejad MR, Borjali A. Comparison the effectiveness of «cognitive-behavioral» and «eye movement desensitization reprocessing» treatment models on patients with war post-traumatic stress disorder. Journal of Military Medicine. 2010;12(3)173–8. [Persian] https://militarymedj.bmsu.ac.ir/article_1000416.html?lang=en
36. Bahramiyan F, Morovati Z, Yousefi Afrashteh M, Amiri M. Reliability, validity, and factorial analysis of Coping Self-Efficacy Scale. Clinical Psychology & Personality. 2017;15(2):215–26. [Persian] http://cpap.shahed.ac.ir/article_2830.html?lang=en
37. Gilbert P. Compassion focused therapy the CBT distinctive features series. Esbati M, Feizi A. (Persian translator). Tehran: Ebnesina Pub; 2020.
38. Shapiro FE. Emdr as an integrative psychotherapy approach: experts of diverse orientations explore the paradigm prism. American Psychological Association; 2002.
39. Hekmatiyanfard S, Rajabi S, Hoseini FS. The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing therapy on the anxiety speech and educational self-efficacy in students with social anxiety. Culture Counseling. 2021;12(45):269–94. [Persian] https://qccpc.atu.ac.ir/article_11696.html?lang=en
40. Cheli S, Cavalletti V, Petrocchi N. An online compassion-focused crisis intervention during COVID-19 lockdown: a cases series on patients at high risk for psychosis. Psychosis. 2020;12(4):359–62. https://doi.org/10.1080/17522439.2020.1786148
41. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) Therapy. Third edition. New York: Guilford Press; 2018.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-11-10]