

مقایسه‌ی استیگمای احساسی بیمار روانی، شدت علایم روان‌تنی و افسردگی مربوط به مرگ در افراد با و بدون اضطراب بیماری کرونا ویروس-۱۹

بهار سمندر^۱

مهریار عناصری^۲

چکیده

با توجه به موضوع پژوهش حاضر که به مقایسه‌ی استیگمای احساسی بیمار روانی، شدت علایم روان‌تنی و افسردگی مربوط به مرگ در افراد با و بدون اضطراب بیماری کرونا ویروس-۱۹ می‌پردازد. جامعه‌ی آماری، افراد با و بدون اضطراب بیماری کرونا ویروس-۱۹ می‌باشند که از طریق پرسش‌نامه‌ی استیگمای احساسی بیمار روانی، شدت علایم روان‌تنی و افسردگی مورد بررسی قرار خواهند گرفت. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری در دسترس می‌باشد که تعداد ۶۰ نفر (۳۰ نفر با اضطراب بیماری کرونا ویروس-۱۹ و ۳۰ نفر بدون اضطراب بیماری کرونا ویروس-۱۹) برای این پژوهش انتخاب شدند. برای تحلیل داده‌ها با توجه به مقیاس به کار رفته برای سنجش متغیرها و فرضیه‌های پژوهش، از آزمون‌های آماری پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیره و تک متغیره استفاده شد. در نهایت مشخص گردید که بین استیگمای احساسی بیمار روانی، شدت علایم روان‌تنی و افسردگی مربوط به مرگ در افراد با و بدون اضطراب کرونا ویروس-۱۹، تفاوت معناداری وجود دارد.

واژه‌گان کلیدی: استیگمای احساسی بیمار روانی، شدت علایم روان‌تنی، افسردگی مربوط به مرگ، افراد با اضطراب بیماری کرونا ویروس-۱۹، افراد بدون اضطراب بیماری کرونا ویروس-۱۹.

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران

۲- دکتری تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران

مقدمه

تنش‌های در دسامبر سال ۲۰۱۹ میلادی، انتشار یک بیماری ویروسی در شهر ووهان^۱ چین گزارش شد. عامل این بیماری یک نوع ویروس جدید و تغییر ژنتیک یافته از خانواده کرونناویروس‌ها^۲ با عنوان سندرم تنفسی حاد^۳ (SARS-CoV-2) بود که به بیماری ویروس کرونا-۲۰۱۹ (COVID-19)^۴ نام‌گذاری شد (ژاو، وی و نی^۵، ۲۰۲۰). کووید-۱۹، قدرت سرایت بالایی داشته و به طور میانگین هر شخص می‌تواند سه نفر دیگر را مبتلا کند. شایع‌ترین علایم طی ۲ تا ۱۴ روز شامل تب، خستگی، سرفه خشک، درد عضلانی و تنگی نفس است (وریتی، اوکل و دوریگاتی^۶، ۲۰۲۰). متأسفانه این ویروس به دلیل قدرت سرایت بسیار بالا به سرعت در کل جهان انتشار و تقریباً طی زمان اندک (چهار ماه) تمامی کشورهای جهان را آلوده کرد. طبق آمار سازمان جهانی بهداشت (WHO)^۷ تا روز ۸ مارس ۲۰۲۱ (۱۸ اسفند ۱۳۹۹) تعداد مبتلایان در سطح جهان، ۱۱۶ میلیون و ۲۰۰ هزار نفر و تعداد مرگ و میر، ۲ میلیون و ۵۶۰ هزار و ۹۶۷ نفر، گزارش شده است. در کشور ایران نیز ۱ میلیون ۶۸۲ هزار و ۶۸۱ نفر تا به امروز مبتلا شده‌اند و متأسفانه ۶۰ هزار و ۵۹۴ نفر از هموطنانمان بر اثر کووید-۱۹ جان باخته‌اند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۱). تأکید بر اقدامات احتیاطی گسترده مانند پروتکل گسترده بهداشتی (برای مثال، شستن منظم دست‌ها، جلوگیری از تعامل چهره به چهره و غیره)، فاصله اجتماعی، ماسک زدن، قرنطینه و ممانعت از تجمع و در نهایت واکسن، از جمله راهکارهای جلوگیری و دفع این ویروس است (حلیم، جاوید و وایشیا^۸، ۲۰۲۰).

بی‌شک، یکی از مهمترین این عوامل، اضطراب ناشی از مبتلا شدن به ویروس کووید-۱۹ است که بیشتر ناشی از ناشناخته بودن و وجود ابهام شناختی در خصوص این بیماری است (اعزازی، قدم‌پور، مرادی و غضبان‌زاده، ۱۳۹۹). عمدتاً، اضطراب در خصوص این ویروس

1. Wuhan

2. Coronavirus disease

3. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2

4. Coronavirus disease 2019

5. Zhu, Wei & Niu

6. Verity, Okell & Dorigatti

7. World Health Organization

8. Haleem, Javaid & Vaishya

باعث ترس و سواسی از آلودگی شده و می‌تواند موجب تحریک اقدامات جبری مضر شود (فایربنگ، وان، درومند، هولاندر^۱، ۲۰۲۰). از این رو، در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ و فاصله‌گذاری و قرنطینه و تعامل اجتماعی کمتر در میان افراد می‌تواند تأثیرات مثبتی بر سلامت و بهداشت روانی آنها داشته باشد (لی، وو، منگ، لی و وانگ^۲، ۲۰۲۰). در اصطلاح روان‌شناسی استیگما، اولین بار توسط گافمن^۳ (۱۹۸۳) به‌کار گرفته شد. با این که مفهوم استیگما حول و حوش چند دهه است که مطرح می‌شود ولی تنها در طی دهه قبل است که مطالعات زیادی را به خود اختصاص داده است (ادلمن^۴، ۲۰۱۲). استیگما را این گونه تعریف کرد: یک ویژگی که شدیداً ننگ آور ست و باعث می‌شود که شخص حامل آن ویژگی از یک شخص معمولی به یک شخص بی اهمیت و ننگ دار در جامعه تبدیل شود. وی بحث کرد که استیگما نوع خاص ارتباط یک ویژگی با یک تصور قالبی است و تصدیق کرد که استیگما یک نوع زبان ارتباطی است. الوس^۵ و همکاران (۲۰۱۱) استیگما موقعی روی می‌دهد که فردی یک ویژگی یا مشخصه غالباً عینی داشته باشد که هویت اجتماعی او را به صورت بی ارزش کردن وی پوشش دهد، تا جایی که ویژگی‌های دیگر وی هر چند مثبت و برجسته باشد در پرده‌ی آن ویژگی منفی پنهان شود. لینک و فلان^۶ (۲۰۱۳) مفهوم استیگما را شامل ۵ عنصر: برچسب زدن، تصور قالبی، جداسازی شناختی، واکنش‌های عاطفی و تبعیض دانستند. برچسب‌ها شامل هر نوع برچسب پزشکی (مانند ایدز، دیابت، زالی، چاقی و...)، روان‌شناختی (مثل انواع بیماری‌های روانی، ناتوانی‌های ذهنی و... اجتماعی (مثل طلاق، بیکاری، جرم) است، به طوری که هر فردی در جامعه به خاطر ویژگی خاصی که از هنجار جامعه انحراف دارد و در اقلیت قرار بگیرد، برچسب آن ویژگی را انتساب رسمی ویژگی‌های انحرافی به وسیله برچسب‌ها باعث به می‌خورد. به قول لمرت جریان افتادن فزاینده استیگمای اجتماعی می‌شود (دومار، کلاپ و اسلاسی^۷، ۲۰۱۵). مطابق با پژوهش‌های اخیر افراد با آشفتگی هیجانی-روانی^۱ بیشتر از

^۱ Fineberg, Van Ameringen, Drummond, Hollander

^۲ Li, Wu, Meng, Li & Wang,

^۳ Gaffman

^۴ Edelman

^۵ Elvess

^۶ Link & Fealan

^۷ Domar, Clapp & Slasby

نشانه‌های بیماری جسمی شکایت می‌کنند، و فراوانی بیماری‌های جسمی، پیش بین قدرتمند وقوع آسیب در کارکرد جسمی، روانشناختی و اجتماعی می‌باشد (چینگ و همکاران^۲، ۲۰۱۵). پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که بین علایم بیماری جسمی و روانشناختی رابطه دو طرفه برقرار است، بطوری که حضور علایم جسمی موجب تجربه آشفتگی هیجانی و حضور علایم بیماری روانشناختی موجب تجربه نشانه‌های بیماری جسمی می‌شود. به نظر اسپیلبرگر و همکاران؛ خشم^۳ یک حالت روانی-زیستی است که با تنش ماهیچه‌ای و برانگیختگی سیستم عصبی خودکار همراه است و دامنه‌ی آن از ناراحتی خفیف تا عصبانیت و غضب شدید تغییر می‌کند (حاتری روحانی، ۱۳۹۴). از مسائلی که اغلب افراد در طول زندگی خود با آن روبرو می‌شوند اضطراب مرگ است. اضطراب مرگ احساسی از نداشتن زندگی خوشایند در زندگی می‌باشد و فردی که از اضطراب مرگ رنج می‌برد زندگی برای او لذت بخش نبوده و احساس بی‌معنی بودن می‌کند (باندلو و استین^۴، ۲۰۰۵). اضطراب مرگ مهمترین اضطرابی است که فرد در طول زندگی خود تجربه می‌کند. بلکسی (۱۹۹۹) اضطراب مرگ را افکار، ترسها و هیجانات مرتبط به واقعه پایایی زندگی و فراتر از حالت عادی زندگی می‌داند. اضطراب مرگ مفهومی پیچیده است که به سادگی قابل توضیح نیست و بطور کلی شامل ترس از مرگ خود و دیگران است. به بیان دیگر اضطراب مرگ شامل پیش‌بینی مرگ خود و ترس از فرایند مرگ و مردن در مورد افراد مهم زندگی است (کاتو و پارک^۵، ۲۰۱۳). اگر چه مرگ یک واقعیت زیست‌شناختی و روان‌شناختی است و احساسات در مورد فرایند مرگ و مردن ریشه در چگونگی اجتماعی شدن فرد در جامعه دارد اما اندیشیدن به مرگ ترسناک است و بیشتر مردم ترجیح می‌دهند به آن فکر نکنند چرا که مرگ آسیب‌پذیری بشر را با وجود پیشرفتهای فناوری یادآوری می‌کند و اضطراب و ترس از مرگ تجربه ناخوشایند انسانهاست. توانایی‌های عقلانی انسان این قدرت را به او بخشیده است که بتواند تشخیص دهد که مرگ غیر قابل‌گریز است (براون و همکاران، ۲۰۱۶). آگاهی از مرگ غیر قابل‌گریز و

^۱. Psychological Distress

^۲. Cheng

^۳. Anger

^۴ Bandelow & Stein

^۵ Cato & Park

اضطراب همراه آن به رفتارهای گوناگونی منجر می‌شود. مردم در برابر افکار هوشیار مرگ از خود مکانیسم‌های دفاعی متفاوتی نشان می‌دهند و در جهت رفع این افکار رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی را مورد استفاده قرار می‌دهند. از نظر سازمان بهداشت جهانی سلامت روانی عبارت است از: قابلیت فرد در برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، توانایی در تغییر و اصلاح محیط اجتماعی خویش و حل مناسب و منطقی تعارض‌های هیجانی و تمایلات شخصی خود. شواهد گوناگونی مبنی بر ارتباط ابعاد گوناگون بهداشت روانی با عملکردهای فردی وجود دارد. افسردگی و سایر اختلالات روانی با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شود و با تغییر در سطح فعالیت توانایی‌های شناختی، تکلم، وضعیت خواب، اشتها و سایر ریتم‌های بیولوژیک همراه است افسردگی منجر به اختلال در عملکرد تحصیلی، شغلی، روابط اجتماعی و بین فردی می‌شود (شاملو، ۱۳۸۶). افرادی که به دلایلی دچار آشفتگی‌های هیجانی هستند و بهداشت روانی آنها تضعیف شده است، به شیوه‌های متفاوت آشفتگی‌های خود را بروز می‌دهند. این افراد اغلب دارای مشکلاتی از قبیل خودپنداره ضعیف، افت تحصیلی، طرد اجتماعی و ناتوانی در برقراری ارتباط با همسالان و عدم پایبندی به قوانین اجتماعی هستند؛ این مشکلات روانی- اجتماعی تاثیر مستقیم بر فرایند یادگیری آنها می‌گذارد (سرافراز، ۱۳۸۸). امروزه بیشتر محققانی که فرایندهای روانشناختی را مطالعه می‌کنند نظرات ساده‌انکارانه‌ی اختصاصی بودن و مستعد بودن اندام را برای توجیه علایم جسمی رد می‌کنند و نقطه‌نظر تعاملی به علایم جسمانی می‌نگرند؛ به‌طوری که در بیشتر مطالعات بر تعامل حالات روان‌شناختی و متغیرهای زیست- شناختی و اجتماعی تاکید شده است. همین امر اهمیت کار پژوهش حاضر را توضیح خواهد داد که در این پژوهش به بررسی استیگمای احساسی بیماران روانی، شدت علایم روان‌تنی و افسردگی مربوط به مرگ در افراد با و بدون اضطراب بیماری خواهیم پرداخت. آیا بین استیگمای احساسی بیماران روانی، شدت علایم روان‌تنی و افسردگی مربوط به مرگ در افراد با و بدون اضطراب بیماری کرونا و ویروس-۱۹ تفاوت معنادار است؟

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی مقایسه‌ای است. جامعه آماری تحقیق حاضر را کلیه افراد با و بدون اضطراب بیماری کرونا و ویروس-۱۹ شهر تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل می‌دهند. حجم نمونه تحقیق حاضر را ۶۰ نفر (۳۰ نفر با اضطراب بیماری کرونا و ویروس-۱۹ و ۳۰ نفر بدون اضطراب بیماری کرونا و ویروس-۱۹) از افراد جامعه تشکیل می‌دهند. با توجه به اینکه در این تحقیق نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس گزینش شده‌اند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه‌ی استیگمای احساسی بیمار روانی: این مقیاس توسط ریتشر و همکاران (۲۰۰۳) ساخته شده و دارای ۲۹ عبارت است و هدف آن بررسی و ارزیابی مؤلفه‌های استیگمای احساسی بیمار روانی (بیگانگی، تأیید تصورات قالبی، تجربه‌ی تبعیض اجتماعی، کناره‌گیری اجتماعی و مقاومت استیگما) است. این مقیاس بر اساس طیف لیکرت است که از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری شده است. شیوه‌ی نمره‌گذاری در مورد عبارات ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸ و ۲۹ معکوس شده است. در صورتی که نمرات از ۲۹ تا ۵۸ باشد، میزان استیگمای احساسی بیمار روانی ضعیف است. در صورتی که نمرات از ۵۹ تا ۸۷ باشد، میزان استیگمای احساسی بیمار روانی در سطح متوسط است. در صورتی که نمرات از ۸۸ تا ۱۱۶ باشد، میزان استیگمای احساسی بیمار روانی بسیار بالا است. پایایی این مقیاس در مؤلفه بیگانگی ۰/۶۸، تأیید تصورات قالبی ۰/۹۴، تجربه‌ی تبعیض اجتماعی ۰/۸۹، کناره‌گیری اجتماعی ۰/۸۹ و مقاومت استیگما ۰/۸۰ است.

پرسشنامه‌ی تجزیه‌ی روان‌تنی (SDQ-20): این پرسشنامه توسط نیجنهویس و همکاران (۱۹۹۶) به منظور ارزیابی شدت علایم روان‌تنی ساخته شد. این مقیاس با ۲۰ عبارت برای ارزیابی شدت علایم روان‌تنی که عموماً در اختلالات تجربه‌ای دیده می‌شوند، طراحی شده است. این علایم عبارتند از بی‌حسی (فقدان ادراک بصری، شنوایی، چشایی و بویایی)، فراموشی (فقدان ظرفیت بازبینی اطلاعات) و بی‌ارادگی (فقدان قدرت اراده یا اختیار و محدودیت طیف ابزار و تجربه عواطف). گویه‌های پرسشنامه تجزیه روان‌تنی از میان ۷۷ عبارت انتخاب شده و اعتبار صوری آن توسط هیئت متخصصین مورد ارزیابی قرار گرفته

است. معیار باقی‌مانده گویه‌ها، این بود: هر عبارتی که می‌توانست یک فرد مبتلا به اختلال تجزیه‌ای را از فردی که به انواع دیگر اختلالات روانی مبتلا بود، متمایز سازد، باقی می‌ماند. ۲۰ عبارتی که به این ترتیب انتخاب شدند یک مقیاس تک بُعدی را تشکیل می‌دهند. نسخه‌ی کوتاه‌تری از این ابزار، فقط شامل موارد ۴، ۸، ۱۳، ۱۵ و ۱۸ می‌تواند برای غربالگری اولیه بالینی مورد استفاده واقع شود. نسخه‌ی کوتاه‌تر دارای یک نمره‌ی مرزی ۸ یا بالاتر است که نشان می‌دهد شدت علایم به اندازه‌ای بالا است که ارزیابی بیشتر برای اختلال تجزیه‌ای لازم باشد. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است و آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای میزان موافقت یا مخالفت خود با هر یک از عبارات آن را مشخص سازد. شیوه نمره-گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت پنج درجه‌ای است. نمره بالاتر حاکی از شدت بیشتر علایم روان‌تنی است. میانگین نمره ۲۰ گویه‌ای این مقیاس برای مردان مبتلا به اختلال تجزیه‌ای ۴۰/۸ ($SO=11$) و برای زنان ۴۹/۱ ($SO=15/56$) بوده است. مردان مبتلا به بیماری‌های روانی غیر از اختلال تجزیه‌ای دارای میانگین ۲۳/۸ ($SO=3$) و زنان دارای میانگین ۲۳/۴ ($SO=4/2$) بودند. پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش شده است. همچنین ثبات درونی نسخه ۵ عبارتی پرسشنامه تجزیه روان‌تنی ۰/۸۰ است که برای مقیاسی با این حجم کم خوب است.

پرسشنامه‌ی افسردگی مربوط به مرگ: مقیاس افسردگی مربوط به مرگ یک ابزار ۱۷ عبارتی است که در سال ۱۹۹۰ توسط تمپلر و همکاران به منظور سنجش میزان افسردگی مرتبط با مرگ قریب‌الوقوع یا پدیده‌ی مرگ به طور کلی، طراحی شده است. اگرچه ابزارهای دیگری برای سنجش ترس یا اضطراب درباره‌ی مرگ طراحی شده‌اند، اما این مقیاس اولین ابزار سنجش افسردگی مرتبط با مرگ گزارش شده است. مقیاس افسردگی مربوط به مرگ دارای شش زیرمقیاس است: ناامیدی ناشی از مرگ، تنهایی ناشی از مرگ؛ وحشت از مرگ؛ غم مرگ؛ افسردگی ناشی از مرگ؛ فنا شدن با مرگ. مقیاس افسردگی مربوط به مرگ می‌تواند به صورت درست-نادرست (که در اینجا آمده) یا به شکل مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۱= به شدت موافقم تا ۵= به شدت مخالفم) به کار رود. نمرات این دو شکل اجرایی دارای همبستگی ۰/۷۷ است. از بین ۱۷ عبارت این مقیاس، کلید همی موارد به جز موارد ۱۱ و ۱۲، «درست» در نظر گرفته می‌شود. هر مورد که «صحیح»

(یعنی مطابق با کلید) نمره داده شود، ۱ نمره می‌گیرد و نمره‌ی کل، حاصل جمع این موارد خواهد بود (شکل لیکرت نیز به همین صورت نمره‌دهی می‌شود، با نمره‌ی معکوس موارد ۱۱ و ۱۲ و سپس جمع زدن نمرات کل عبارت‌ها) نمره بالاتر نشانه‌ی افسردگی مرگ بالاتر خواهد بود. مقیاس افسردگی مربوط به مرگ ابتدا روی ۱۹۰ دانشجوی دوره‌ی کارشناسی روان شناسی دانشگاه فرزنو کالیفرنیا انجام شد. ۶۲ نفر از افراد گروه نمونه مرد و ۱۲۸ نفر زن با میانگین سنی ۳۲/۲ بودند. ثبات درونی مقیاس افسردگی مربوط به مرگ خوب بوده و ضریب کدور-ریچاردسون آن ۰/۷۷ گزارش شده است.

مقیاس اضطراب کرونا ویروس-۱۹^۱ (CDAS): این ابزار جهت سنجش اضطراب ناشی از شیوع ویروس کرونا در کشور ایران تهیه و اعتبار یابی شده است. نسخه نهایی این ابزار دارای ۱۸ گویه و ۲ مؤلفه (عامل) است. گویه‌های ۱ تا ۹ علایم روانی و گویه‌های ۱۰ تا ۱۸ علایم جسمانی را می‌سنجد. این ابزار در طیف ۴ درجه‌ای لیکرت (هرگز=۰، گاهی اوقات=۱، بیشتر اوقات=۲ و همیشه=۳) نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین بیشترین و کمترین نمره‌ای که افراد پاسخ‌دهنده در این پرسشنامه کسب می‌کنند بین ۰ تا ۵۴ است. نمرات بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده سطح بالاتری از اضطراب در افراد است. پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای عامل اول ($\alpha=0/879$)، عامل دوم ($\alpha=0/861$) و برای کل پرسشنامه ($\alpha=0/919$) به دست آمد. همچنین مقدار $\lambda-2$ گاتمن^۲ برای عامل اول ($\lambda-2=0/882$)، عامل دوم ($\lambda-2=0/864$) و برای کل پرسشنامه ($\lambda-2=0/922$) به دست آمد. جهت بررسی روایی وابسته همبستگی به ملاک این پرسشنامه از همبسته کردن این ابزار با پرسشنامه GHQ-28 استفاده شد که نتایج نشان داد پرسشنامه اضطراب کرونا با نمره کل پرسشنامه GHQ-28 و مؤلفه اضطراب، نشانه‌های جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب برابر با ۰/۴۸۳، ۰/۵۰۷، ۰/۴۱۸، ۰/۳۳۳ و ۰/۲۶۹ است و کلیه این ضرایب در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. در جدول ۱ شاخصه‌های توصیفی «میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی» عامل‌های پرسشنامه گزارش شد.

¹ Corona Disease Anxiety Scale

² Guttman

یافته‌ها

جدول ۱. آمار توصیفی مقیاس «استیگمای احساسی بیمار روانی»، مقیاس «شدت علایم روان‌تنی» و

مقیاس «افسردگی مربوط به مرگ» در افراد بدون و دارای اضطراب کرونا

متغیرها	آزمودنی‌ها	میانگین	انحراف معیار	تعداد
مقیاس «استیگمای احساسی بیمار روانی»	افراد بدون اضطراب کرونا	44.17	3.130	30
	افراد دارای اضطراب کرونا	42.27	3.473	30
	مجموع	43.22	3.415	60
مقیاس «شدت علایم روان‌تنی»	افراد بدون اضطراب کرونا	19.80	.664	30
	افراد دارای اضطراب کرونا	20.33	.959	30
	مجموع	20.07	.861	60
مقیاس «افسردگی مربوط به مرگ»	افراد بدون اضطراب کرونا	2.50	1.383	30
	افراد دارای اضطراب کرونا	4.57	3.234	30
	مجموع	3.53	2.677	60

داده‌های جدول و نمودار بالا، نتایج آمار توصیفی مقیاس «استیگمای احساسی بیمار روانی»، مقیاس «شدت علایم روان‌تنی» و مقیاس «افسردگی مربوط به مرگ» در افراد بدون و دارای اضطراب کرونا را نشان می‌دهد.

با توجه به نتایج به دست آمده: به لحاظ توصیفی، مقیاس «استیگمای احساسی بیمار روانی» در افراد بدون اضطراب کرونا؛ بیشتر از افراد دارای اضطراب کرونا؛ دیده می‌شود. در بقیه موارد؛ افراد دارای اضطراب کرونا؛ میانگین بیشتری دارند.

برای همین منظور؛ برای بررسی فرض همگنی کوواریانس‌ها و واریانس‌ها در مقیاس «استیگمای احساسی بیمار روانی»، مقیاس «شدت علایم روان‌تنی» و مقیاس «افسردگی مربوط به مرگ» در افراد بدون و دارای اضطراب کرونا، به صورت چندمتغیره از روش آزمون «ام. باکس» با دقت آلفای بیشتر از ۰/۰۵؛ استفاده شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون «ام باکس» برای بررسی همگنی کوواریانس‌ها و واریانس‌ها در مقیاس «استیگمای احساسی بیمار روانی»، مقیاس «شدت علایم روان‌تنی» و مقیاس «افسردگی مربوط به مرگ» در افراد بدون و دارای اضطراب کرونا

متغیرها	آماره‌ها	مقادیر	نتیجه آزمون
مقیاس «استیگمای احساسی بیمار روانی»، مقیاس «شدت علایم روان‌تنی» و مقیاس «افسردگی مربوط به مرگ» در افراد بدون و دارای اضطراب کرونا	Box's M	17.964	ماتریس کوواریانس‌ها
	F	1.398	و واریانس‌ها دارای
	df1	6	توزیع همگن است
	df2	24373.132	
	Sig.	.129	

داده‌های جدول بالا، نتایج آزمون «ام.باکس» برای بررسی همگنی کوواریانس‌ها و واریانس‌ها در مقیاس «استیگمای احساسی بیمار روانی»، مقیاس «شدت علایم روان‌تنی» و مقیاس «افسردگی مربوط به مرگ» در افراد بدون و دارای اضطراب کرونا را نشان می‌دهد. یافته‌های به دست آمده از آزمون «ام.باکس»، حاکی از آن است که، کوواریانس‌ها و واریانس‌ها بین مقیاس «استیگمای احساسی بیمار روانی»، مقیاس «شدت علایم روان‌تنی» و مقیاس «افسردگی مربوط به مرگ» در افراد بدون و دارای اضطراب کرونا، دارای توزیع همگن است.

جدول ۳. نتایج آزمون «لوین» برای بررسی همگنی واریانس‌ها در مقیاس «استیگمای احساسی بیمار روانی»، مقیاس «شدت علایم روان‌تنی» و مقیاس «افسردگی مربوط به مرگ» در افراد بدون و دارای

اضطراب کرونا

متغیرها	F	Df1	Df2	P	نتیجه آزمون
مقیاس «استیگمای احساسی بیمار روانی»	1.794	1	58	.186	ماتریس واریانس‌ها دارای توزیع همگن است
مقیاس «شدت علایم روان‌تنی»	1.614	1	58	.209	ماتریس واریانس‌ها دارای توزیع همگن است
مقیاس «افسردگی مربوط به مرگ»	2.195	1	58	.084	ماتریس واریانس‌ها دارای توزیع همگن است

داده‌های جدول بالا، نتایج آزمون «لوین» برای بررسی همگنی واریانس‌ها در مقیاس «استیگمای احساسی بیمار روانی»، مقیاس «شدت علایم روان‌تنی» و مقیاس «افسردگی مربوط

به مرگ» در افراد بدون و دارای اضطراب کرونا را نشان می‌دهد. یافته‌ها با آلفای بیشتر از ۰/۰۵ حاکی از آن است که:

واریانس‌های مقیاس «استیگمای احساسی بیمار روانی»، دارای توزیع همگن است. $P>0/05$

واریانس‌های مقیاس «شدت علایم روان‌تنی»، دارای توزیع همگن است. $P=>0/05$

واریانس‌های مقیاس «افسردگی مربوط به مرگ»، دارای توزیع همگن است. $P=>0/05$

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیره دوعاملی مقیاس «استیگمای احساسی بیمار روانی»،

مقیاس «شدت علایم روان‌تنی» و مقیاس «افسردگی مربوط به مرگ» در افراد بدون و دارای

اضطراب کرونا

منبع واریانس	متغیرها	مجموع مربعات	Df	میانگین مجذور	F	P	Eta ²
افراد بدون	مقیاس «استیگمای احساسی بیمار روانی»	54.150	1	54.150	4.954	.030	.079
اضطراب کرونا	مقیاس «شدت علایم روان‌تنی»	4.267	1	4.267	6.270	.015	.098
افراد دارای اضطراب کرونا	مقیاس «افسردگی مربوط به مرگ»	64.067	1	64.067	10.354	.002	.151

داده‌های جدول بالا، نتایج آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیره را در مقیاس «استیگمای احساسی بیمار روانی»، مقیاس «شدت علایم روان‌تنی» و مقیاس «افسردگی مربوط به مرگ» در افراد بدون و دارای اضطراب کرونا، نشان می‌دهد. بین مقیاس «استیگمای احساسی بیمار روانی» در افراد بدون اضطراب کرونا و برون‌گرا، با اطمینان ۹۵ درصد، تفاوت معناداری وجود دارد. بین مقیاس «شدت علایم روان‌تنی» در افراد بدون اضطراب کرونا و برون‌گرا، با اطمینان ۹۵ درصد، تفاوت معناداری وجود دارد. بین مقیاس «افسردگی مربوط به مرگ» در افراد بدون اضطراب کرونا و برون‌گرا، با اطمینان ۹۹ درصد، تفاوت معناداری وجود دارد.

مقایسه زوجی متغیرها (آزمون تعقیبی (تفاوت میانگین‌ها):

نتایج آزمون تعقیبی (تفاوت میانگین‌ها) برای بررسی تفاوت مقیاس «استیگمای احساسی بیمار روانی»، مقیاس «شدت علایم روان‌تنی» و مقیاس «افسردگی مربوط به مرگ» در افراد بدون و دارای اضطراب کرونا.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی (تفاوت میانگین‌ها) برای مقیاس «استیگمای احساسی بیمار روانی»، مقیاس «شدت علایم روان‌تنی» و مقیاس «افسردگی مربوط به مرگ» در افراد بدون و دارای اضطراب کرونا

متغیرهای مورد بررسی	آزمودنی‌ها	میانگین	تفاوت میانگین‌ها (i-j)	استاندارد خطای میانگین	P-value	نتیجه آزمون تفاوت میانگین‌ها
مقیاس «استیگمای احساسی بیمار روانی»	افراد بدون اضطراب کرونا (i)	44.167	1.900	.854	.030	تفاوت موجود معنادار است
	افراد دارای اضطراب کرونا (j)	42.267				
مقیاس «شدت علایم روان‌تنی»	افراد بدون اضطراب کرونا (i)	19.800	-.533	.213	.015	تفاوت موجود معنادار است
	افراد دارای اضطراب کرونا (j)	20.333				
مقیاس «افسردگی مربوط به مرگ»	افراد بدون اضطراب کرونا (i)	2.500	-2.067	.642	.002	تفاوت موجود معنادار است
	افراد دارای اضطراب کرونا (j)	4.567				

داده‌های جدول بالا، نتایج آزمون تعقیبی (تفاوت میانگین‌ها) برای مقیاس «استیگمای احساسی بیمار روانی»، مقیاس «شدت علایم روان‌تنی» و مقیاس «افسردگی مربوط به مرگ» در افراد بدون و دارای اضطراب کرونا، را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج به دست آمده؛ تفاوت میانگین مقیاس «استیگمای احساسی بیمار روانی» در افراد بدون و دارای اضطراب کرونا (به نفع افراد دارای اضطراب کرونا)، با اطمینان ۹۵ درصد، تفاوت معناداری وجود دارد. تفاوت میانگین مقیاس «شدت علایم روان‌تنی» در افراد بدون و دارای اضطراب کرونا (به نفع افراد بدون اضطراب کرونا)، با اطمینان ۹۵ درصد، تفاوت معناداری وجود دارد. تفاوت میانگین مقیاس «افسردگی مربوط به مرگ» در افراد بدون و دارای اضطراب کرونا (به نفع افراد بدون اضطراب کرونا)، با اطمینان ۹۹ درصد، تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

بین مقیاس «استیگمای احساسی بیمار روانی»، مقیاس «شدت علایم روان‌تنی» و مقیاس «افسردگی مربوط به مرگ» در افراد بدون و دارای اضطراب کرونا، تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین تأثیر مقیاس «استیگمای احساسی بیمار روانی»، مقیاس «شدت علایم روان‌تنی» و مقیاس «افسردگی مربوط به مرگ» در افراد بدون و دارای اضطراب کرونا، به میزان ۲۶ درصد برآورد شده است.

اگر چه مرگ یک واقعیت زیست شناختی و روان شناختی است و احساسات در مورد فرایند مرگ و مردن ریشه در چگونگی اجتماعی شدن فرد در جامعه دارد اما اندیشیدن به مرگ ترسناک است و بیشتر مردم ترجیح می‌دهند به آن فکر نکنند چرا که مرگ آسیب‌پذیری بشر را با وجود پیشرفت‌های فناوری یادآوری می‌کند و اضطراب و ترس از مرگ تجربه ناخوشایند انسان‌ها است. توانایی‌های عقلانی انسان این قدرت را به او بخشیده است که بتواند تشخیص دهد که مرگ غیر قابل‌گریز است (پزینسکی و همکاران ۱۹۹۷). آگاهی از مرگ غیر قابل‌گریز و اضطراب همراه آن به رفتارهای گوناگونی منجر می‌شود. مردم در برابر افکار هوشیار مرگ از خود مکانیسم‌های دفاعی متفاوتی نشان می‌دهند و در جهت رفع این افکار رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی را مورد استفاده قرار می‌دهند. از طرف دیگر استیگمای احساسی بیمار روانی عبارت است از مجموعه‌ای از نگرش‌ها، عقاید و تفکرات منفی نسبت به بیماری روانی بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که ارزیابی فرد از یک موقعیت استرس‌زا در پیامدهای بعدی آن نقشی تعیین کننده دارد. یک رویداد خاص را دو فرد به صورت‌های متفاوتی ادراک می‌کنند و این امر بستگی به ارزیابی آنها از موقعیت مورد نظر دارد و به نظر می‌رسد که اضطراب بیماری این ارزیابی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. بر همین اساس، بررسی‌ها نشان می‌دهند که حساسیت اضطرابی یک عامل آسیب‌پذیری در ایجاد و تداوم اختلالات روانی می‌باشد (کاکس و همکاران، ۲۰۱۹). در نهایت اینکه عامل روان‌تنی در مقیاس حساسیت اضطرابی بیشترین همبستگی را با پدیده‌های مرتبط با وحشتزدگی داشته است. در مقابل، عامل ترس از عدم کنترل شناختی همبستگی متوسطی با افسردگی دارد. ترس از ویروس کرونا توجه جهان را به خود جلب کرده است. هر چند تقریباً بیشترین موارد ابتلا در چین است اما این امر

باعث نگرانی مردم دیگر کشورها نیز شده است. ترس و وحشت ایجاد شده از این بیماری کاذب بوده و بسیار شدیدتر از خود بیماری است. کرونا یک بیماری جسمی است و بالاخره زمانی فروکش خواهد کرد اما تبعات روانی ناشی از آن بسیار بیشتر از جنبه جسمی آن بوده و اختلالات روانی جدی به دنبال خواهد داشت.

تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به بیماری‌های مزمن از اهمیت بسزایی برخوردار است و بیمار می‌تواند با کسب مهارت‌های خودمراقبتی، برآسایش، توانایی‌های عملکردی و فرایندهای بیماری خود تاثیرگذار باشند (شیرینی، ۱۳۹۷)؛ از طرفی کیفیت زندگی نیز در بیمار مبتلا به اضطراب کرونا پایین است؛ رضایی به نقل از کودیات بیان می‌کند که مشارکت بیمار مبتلا به اضطراب در درمان و ایفای رفتارهای مناسب مراقبت از خود در هنگام بیماری از عوامل موثر در بهبود کیفیت زندگی در این بیمار می‌باشد. همچنین وی به نقل از استرومبرگ (۲۰۲۰) بیان می‌کند که یکی از بخش‌های مهم برنامه‌های کنترل بیماریهای اضطرابی، آموزش و کمک به بیمار جهت سازگاری با شرایط مزمن بیماری و انجام مراقبت از خود می‌باشد. ارتقاء رفتار مراقبت از خود به بیمار کمک می‌کند تا کنترل بیشتری بر روی زندگی روزانه خود داشته باشند و بتوانند از عهده عملکرد اجتماعی خود برآیند و بدین وسیله کیفیت زندگی خود را ارتقا دهند. عامل مهم دیگری که تصور می‌شود با خودمراقبتی ضعیف در بیمار مبتلا به اضطراب بیماری در ارتباط باشد وجود علایم اضطراب می‌باشد (نبی‌پور، ۱۳۹۵). علایم افسردگی نیز یک مشکل فیزیولوژیک شایع در بیمار مبتلا به اضطراب بیماری است که تقریباً ۳/۲ یا ۳/۴ از این بیمار درجه‌ای از علایم افسردگی و اضطراب را دارند. علایم اضطراب بیماری یک پیش‌بینی‌کننده‌ی مرگ و میر افزایش یافته در بیمار مبتلا به اضطراب کرونا می‌باشد (علی‌پور، ۱۳۹۹). در اصطلاح روان‌شناسی استیگما، اولین بار توسط گافمن^۱ (۱۹۸۳) به‌کار گرفته شد. با این که مفهوم استیگما حول و حوش چند دهه است که مطرح می‌شود ولی تنها در طی دهه قبل است که مطالعات زیادی را به خود اختصاص داده است (مک، پون، پن و شفای، ۲۰۱۷.^۲).

1. Gaffman

2. Mcpun& Shefae

به نظر کراکر، ماژور و استیل^۱ (۲۰۱۸)، استیگما موقعی روی می‌دهد که فردی یک ویژگی یا مشخصه غالباً عینی داشته باشد که هویت اجتماعی او را به صورت بی‌ارزش کردن وی پوشش دهد، تا جایی که ویژگی‌های دیگر وی هر چند مثبت و برجسته باشد در پرده‌ی آن ویژگی منفی پنهان شود. لینک و فلان^۲ (۲۰۱۳) مفهوم استیگما را شامل ۵ عنصر: برجسب زدن، تصور قالبی، جداسازی شناختی، واکنش‌های عاطفی و تبعیض دانستند. برجسب‌ها شامل هر نوع برجسب پزشکی (مانند ایدز، دیابت، زالی، چاقی و...)، روان‌شناختی (مثل انواع بیماری‌های روانی، ناتوانی‌های ذهنی و اجتماعی) (مثل طلاق، بیکاری، جرم) است، به طوری که هر فردی در جامعه به خاطر ویژگی خاصی که از هنجار جامعه انحراف دارد و در اقلیت قرار بگیرد، برجسب آن ویژگی را انتساب رسمی ویژگی‌های انحرافی به وسیله برجسب‌ها باعث به می‌خورد. به قول لمرت جریان افتادن فزاینده استیگمای اجتماعی می‌شود (به نقل از لینک و فلان، ۲۰۱۷). مطابق با پژوهش‌های اخیر افراد با آشفتگی هیجانی - روانی^۳ بیشتر از نشانه‌های بیماری جسمی شکایت می‌کنند، و فراوانی بیماری‌های جسمی، پیش‌بین قدرتمند وقوع آسیب در کارکرد جسمی، روانشناختی و اجتماعی می‌باشد (چینگ و همکاران^۴، ۲۰۱۵). پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که بین علایم بیماری جسمی و روانشناختی رابطه‌ی دو طرفه برقرار است، بطوری که حضور علایم جسمی موجب تجربه آشفتگی هیجانی و حضور علایم بیماری روانشناختی موجب تجربه نشانه‌های بیماری جسمی می‌شود. به نظر اسپیلبرگر و همکاران؛ خشم^۵ یک حالت روانی - زیستی است که با تنش ماهیچه‌ای و برانگیختگی سیستم عصبی خودکار همراه است و دامنه‌ی آن از ناراحتی خفیف تا عصبانیت و غضب شدید تغییر می‌کند. از مسائلی که اغلب افراد در طول زندگی خود با آن روبرو می‌شوند اضطراب مرگ است. اضطراب مرگ احساسی از نداشتن زندگی خوشایند در زندگی می‌باشد و فردی که از اضطراب مرگ رنج می‌برد زندگی برای او لذت بخش نبوده و احساس بی‌معنی بودن

1. Keraker, Major & Steal

2. Link & Fealan

3. Psychological Distress

4. Cheng

5. Anger

می‌کند. اضطراب مرگ مهمترین اضطرابی است که فرد در طول زندگی خود تجربه می‌کند. بلکسی (۱۹۹۹)، اضطراب مرگ را افکار، ترس‌ها و هیجانات مرتبط به واقعه پایایی زندگی و فراتر از حالت عادی زندگی می‌داند. اضطراب مرگ مفهومی پیچیده است که به سادگی قابل توضیح نیست و به طور کلی شامل ترس از مرگ خود و دیگران است. به بیان دیگر اضطراب مرگ شامل پیش بینی مرگ خود و ترس از فرایند مرگ و مردن در مورد افراد مهم زندگی است (گریز، ۲۰۰۲). اگر چه مرگ یک واقعیت زیست شناختی و روان شناختی است و احساسات در مورد فرایند مرگ و مردن ریشه در چگونگی اجتماعی شدن فرد در جامعه دارد اما اندیشیدن به مرگ ترسناک است و بیشتر مردم ترجیح می‌دهند به آن فکر نکنند چرا که مرگ آسیب پذیری بشر را با وجود پیشرفتهای فناوری یادآوری می‌کند و اضطراب و ترس از مرگ تجربه ناخوشایند انسانهاست. توانایی های عقلانی انسان این قدرت را به او بخشیده است که بتواند تشخیص دهد که مرگ غیر قابل گریز است. آگاهی از مرگ غیر قابل گریز و اضطراب همراه آن به رفتارهای گوناگونی منجر می‌شود. مردم در برابر افکار هوشیار مرگ از خود مکانیسمهای دفاعی متفاوتی نشان می‌دهند و در جهت رفع این افکار رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی را مورد استفاده قرار می‌دهند. از نظر سازمان بهداشت جهانی سلامت روانی عبارت است از: قابلیت فرد در برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، توانایی در تغییر و اصلاح محیط اجتماعی خویش و حل مناسب و منطقی تعارض‌های هیجانی و تمایلات شخصی خود (میر کمالی، ۱۳۹۳). شواهد گوناگونی مبنی بر ارتباط ابعاد گوناگون بهداشت روانی با عملکرد های فردی وجود دارد. افسردگی و سایر اختلالات روانی با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شود و با تغییر در سطح فعالیت توانایی‌های شناختی، تکلم، وضعیت خواب، اشتها و سایر ریتم‌های بیولوژیک همراه است افسردگی منجر به اختلال در عملکرد تحصیلی، شغلی، روابط اجتماعی و بین فردی می‌شود. افرادی که به دلایلی دچار آشفتگی‌های هیجانی هستند و بهداشت روانی آنها تضعیف شده است، به شیوه‌های متفاوت آشفتگی‌های خود را بروز می‌دهند. این افراد اغلب دارای مشکلاتی از قبیل خودپنداره ضعیف، افت تحصیلی، طرد اجتماعی و ناتوانی در برقراری ارتباط با همسالان و عدم پایبندی به قوانین اجتماعی هستند؛ این مشکلات روانی-

اجتماعی تاثیر مستقیم بر فرایند یادگیری آنها می‌گذارد. امروزه بیشتر محققانی که فرایندهای روانشناختی را مطالعه می‌کنند نظرات ساده‌انکارانه‌ی اختصاصی بودن و مستعد بودن اندام را برای توجیه علایم جسمی رد می‌کنند و نقطه‌نظر تعاملی به علایم جسمانی می‌نگرند؛ به‌طوری که در بیشتر مطالعات بر تعامل حالات روان‌شناختی و متغیرهای زیست‌شناختی و اجتماعی تاکید شده است.

منابع

- ۱) حائری روحانی، مریم (۱۳۹۴). «مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر علایم بیمار مبتلا به اختلال افسردگی»، **تحقیقات علوم رفتاری**، ۱۲، ۱.
- ۲) سرافراز، مهدی رضا (۱۳۸۸). «مقایسه سوگیری توجه در نوجوانان مبتلا به اختلال هراس اجتماعی و نوجوانان بهنجار»، **تازه های علوم شناختی**، ۱۱، ۱.
- ۳) شاملو، سعید (۱۳۸۶). **بهداشت روانی**، تهران: رشد.
- ۴) نبی پور، مریم (۱۳۹۵). «اثر بخشی درمان شناختی تحلیل بر سلامت روان بیمار مبتلا به اختلال وسواسی اجباری»، **مجله روان شناسی بالینی**، (۱).
- 5) Bandelow, B., Stein, D.J. (2005). Social Anxiety Disorder university of cottingen, Germany.
- 6) Brawon. & Ryan , R. M , 8 Creswell , J.D. (2016). Mindfulness : Theoretical Foundation And Evidence For Its Salutary Effects. *Psychological Inquiry* , 18 , 211-237
- 7) Cato. K Park. L (2013) Experiential Avoidance And Emotion Regulation In Borderline Personality Disorder. *J Rat-Emo Cognitive-Behav Ther*, 29:35-52.
- 8) Cheng Y, Guo Yl, Yeh WY. (2015)A National Survey Of Psychosocial Job Stressors And Their Implications For Health Among Working People In Taiwn. *Int Arch Occup Environ Health*. 2015; 74(7): 495-504.
- 9) Domar & Clapp & Slasby (2015) Positive Psychological Capital: A Preliminary Exploration Of The Construct. Working Paper, Monash University, Department Of Management.
- 10) Edelman,T.I(2012).Anger And Hostility Predict The Development Of Atrial Fibrillation In Men In The Framingham Offspring Study.*Circulation*,109:1267-1271.
- 11) Elves, Castro, Paiva & Candiuzzi (2011) Coping Style And Sleep Quality In Men With Cancer. *An Behavemed*, 37, 88-93.
- 12) Jerimer D. (2014). Goal Dysregulation In The Affective Disorders, Kring AM, Sloan DM, Emotion Regulation And Psychopathology: A Transdiagnostic Approach To Etiology And Treatment. New York: Guilford Press; 204-28 P.
- 13) Kendall, W.T.(2010).Characteristics Of Worry In GAD Patients, Social Phobics, And Controls. *Depression And Anxiety*,13,89-96.

- 14) Krochmalik & Menzies. (2015) Hope And Coping In Family Members Of Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal Of anxiety Disorders*, 20, 614-629.
- 15) Melterz. K Okasha. K (2011) Effectiveness Of An Educational And Support Program For Family Members Of A Substance Abuser. *Journal Of Family Therapy*, 40, 208-213
- 16) Nakao M, Yamanaka G, Kuboki T. (2016) Suicidal Ideation And Somatic Symptoms Of Patients With Mind/Body Distress In A Japanese Psychosomatic Clinic. *Suicide Life Threat Behavior*; 32(1): 80-90.
- 17) Prapanej. (2015) Acceptance And Commitment Therapy: Model, Processes, And Outcomes. *Behav Res Ther* 2015;44(1): 1-25.