Medical Science Journal of Islamic Azad University Vol. 34, No. 3, Autumn 2024 **ORIGINAL ARTICLE**

Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and cognitive behavioral hypnotherapy on self-efficacy, resilience, mental health and sleep disorder of medical staff involved in the care of patients with COVID-19

Farzaneh Norian[1], Narges Rasouli[2], Mehdi Fathi[3]
[1] Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.
[2]Assistant Professor, Department of Psychology, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
[3] Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Abstract

Background: Considering the extensive psychological effects caused by the spread of Covid-19 in societies, there is strong evidence that hospital treatment staff, due to their jobs, are prone to many psychological disorders such as reduced self-efficacy, resilience, mental health and sleep disorders. The purpose of this study was to compare the effectiveness of cognitive behavioral therapy and cognitive behavioral hypnotherapy on self-efficacy, resilience, mental health and sleep disorders of treatment staff facing patients with covid-19.
Materials and methods: The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a follow-up period and a control group. The research sample consisted of 45 medical staff involved in the care of patients with covid-19 in Shahid Modares Hospital in Tehran, whom were randomly divided into two experimental groups and one control group. Cognitive behavioral therapy and cognitive behavioral hypnotherapy sessions were held individually in 8 sessions of 120 minutes and one session per week. To analyze the data, Variance analysis test with repeated measurements and SPSS version 25 software were used at a significance level of 0.05.
Results: The findings of the research showed that both cognitive behavioral therapy and cognitive behavioral hypnotherapy were effective on self-efficacy, resilience, mental health and sleep disorders in the treatment staff dealing with patients with covid-19 ($P<0.05$) and no significant difference was observed between two treatment groups.
Conclusion: According to the findings of the research, these methods can be used to treat the disorders of the medical staff in the conditions of the outbreak of the Covid-19 disease.
Keywords: *Cognitive behavioral therapy, Cognitive behavioral hypnotherapy, Self-efficacy, Resilience, Mental health, Sleep disorder.*

Cited as: Norian F, Rasouli N, Fathi M. Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and cognitive behavioral hypnotherapy on self-efficacy, resilience, mental health and sleep disorder of medical staff involved in the care of patients with COVID-19. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2024; 34(3): **324-335.**

Correspondence to: Narges Rasouli
Tel: *+98 9194416900*
E-mail: Narges.rasouli@yahoo.com
ORCID ID: 0000-0002-2955-6008
Received: 25 Aug 2023; **Accepted:** 26 Nov 2023

مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۳۴، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۳، صفحات ۳۲۴ تا ۳۳۵

Original Article

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر خودکارآمدی، تاب‌آوری، سلامت روان و اختلال خواب کادر درمان درگیر مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹

فرزانه نوریان[۱]، نرگس رسولی[۲]، مهدی فتحی[۳]

[۱] گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران
[۲] استادیار گروه روانشناسی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[۳] دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

سابقه و هدف: *با توجه به اثرات روان‌شناختی گسترده ناشی از شیوع کووید-۱۹ در جوامع، شواهد قوی وجود دارند که کادر درمان بیمارستان‌ها به‌واسطه شغل خود، مستعد بروز اختلالات روان‌شناختی متعدد همچون کاهش خودکارآمدی، تاب‌آوری، سلامت روان و بروز اختلال خواب هستند. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر خودکارآمدی، تاب‌آوری، سلامت روان و اختلال خواب کادر درمان مواجه با بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بود.*

روش بررسی: *روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با دوره پیگیری و با گروه کنترل است. نمونه مورد پژوهش تعداد ۴۵ نفر از کادر درمان درگیر مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در بیمارستان شهید مدرس تهران بود که به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. جلسات درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری به‌صورت فردی و در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای و یک جلسه در هفته برگزار شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر از نرم افزار SPSS نسخه شماره ۲۵ در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ استفاده شد.*

یافته‌ها: *یافته‌های پژوهش نشان داد هر دو درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر خودکارآمدی، تاب‌آوری، سلامت روان و اختلال خواب در کادر درمان مواجه با بیماران مبتلا به کووید-۱۹ اثرگذار بودند ($P<0/05$) و بین هر دو درمان تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.*

نتیجه‌گیری: *با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان از این روش‌ها برای درمان اختلالات کادر درمان در شرایط شیوع بیماری کووید-۱۹ استفاده کرد.*

واژگان کلیدی: *درمان شناختی رفتاری، هیپنوتراپی شناختی رفتاری، خودکارآمدی، تاب‌آوری، سلامت روان، اختلال خواب.*

مقدمه

بیماری کرونا ویروس ۲۰۱۹ (کووید ۱۹) در دسامبر سال ۲۰۱۹ به‌عنوان یک بیماری همه‌گیر در چین خود را نشان داد و به‌سرعت در تمامی کشورهای جهان گسترش پیدا کرد (۱). سازمان بهداشت جهانی، این بیماری را به عنوان یک تهدید بزرگ برای سلامت جسمانی و روانی معرفی کرده است چرا که شیوع بیماری کوید ۱۹، موجب شد تا زندگی روزانه و عادی خانواده‌ها دگرگون شده و به شکل ویژه‌ای بر سبک زندگی خانواده‌ها تأثیر گذاشته است (۲).

توجه به مشکلات کادر درمان در زمان شیوع بیماری کوید ۱۹ و اتخاذ راهبردهای مقابله‌ای با اثرات این بیماری بر زندگی این افراد اهمیت اساسی دارد (۳) و از مداخلات درمانی روان-

آدرس نویسنده مسئول: کاشمر، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کاشمر، نرگس رسولی
(**email**: Narges.rasouli@yahoo.com)
ORCID ID: 0000-0002-2955-6008
تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۶/۶
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۹/۵

شناختی برای بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان و جلوگیری از بروز اختلالات خواب کادر درمان سود جست. از جمله درمان‌های مفید می‌توان درمان‌های شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری را نام برد.

درمان شناختی رفتاری، نوعی روان‌درمانی است که در اکثر موارد اختلالات روان‌شناختی کارایی بالایی دارد و فرض اصلی درمان شناختی رفتاری این است که شناخت‌های ناسازگار در حفظ پریشانی عاطفی و مشکلات رفتاری نقش دارند. درمان شناختی رفتاری با اصلاح احساسات جسمی، تفکر فاجعه‌آمیز و رفتارهای ناسازگارانه بر کاهش درد و پریشانی متمرکز است (۴). از معدود پژوهش‌های موجود در این زمینه خاکی و همکاران (۱۴۰۱)، اظهار داشتند که شیوع کووید ۱۹ موجب بروز اختلالات روان‌شناختی متعدد همچون استرس، اضطراب، افسردگی و اختلال خواب در کادر درمان و به‌ویژه پرستاران در خط مقدم مقابله با کووید ۱۹ می‌گردد و رویکرد درمان شناختی رفتاری به صورت آنلاین در این افراد اثربخش است (۵).

همچنین هیپنوتراپی شناختی رفتاری (Cognitive Behavioral Hypnotherapy (CBH)) نوعی روان‌درمانی است که در اکثر موارد اختلالات روان‌شناختی کارایی بالایی دارد (۶). هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر این فرض استوار است که بیشتر آشفتگی-های روان‌شناختی معلول یک شکل منفی خودهیپنوتیزم است، به‌طوری‌که افکار منفی به‌طور انتقادی و حتی بدون اطلاع آگاهانه، پذیرفته می‌شوند. هیپنوتراپی شناختی رفتاری شامل چند روش اساسی شامل آرام‌سازی، تصویرسازی هدایت‌شده، بازسازی شناختی، حساسیت‌زدایی تدریجی و آموزش مهارت‌های هیپنوتیک است (۶). مزیت و برتری این روش درمانی نسبت به سایر روش‌های درمانی استفاده از تکنیک‌های آرامش‌سازی همچون مدتیتیشن، مراقبه و تکنیک‌های تنفس که بیشتر در درمان‌های نسل سوم شناختی رفتاری مورد استفاده قرار می‌گیرند، است (۶). پژوهش‌های بسیار اندکی به اثربخشی هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر متغیرهای روان‌شناختی انجام شده است که از جمله پژوهش-های انجام شده؛ رستمی، احتشام زاده، عسگری، علوی فاضل (۱۴۰۱)، اظهار داشتند که هیپنوتراپی شناختی موجب افزایش خودکارآمدی مقابله‌ای در زنان چاق می‌گردد (۷). کلبادی نژاد، اسدی، پوراصغرعربی، آقایی، (۱۴۰۰)، در پژوهشی خود گزارش کردند که هیپنوتراپی شناختی رفتاری موجب بهبود کیفیت خواب و تاب‌آوری زنان مبتلا به سندروم فیبرومیالژیا می‌گردد (۸).

در زمان پاندمی کووید ۱۹ چالش‌های متعددی کادر درمان (خصوصاً افرادی که در بخش‌های مرتبط با کووید ۱۹ مشغول به کار هستند) را تحت تأثیر خود قرار می‌داد و از جمله این چالش‌ها؛ خطر ابتلا به بیماری، نگرانی از آسیب اطرافیان، فشار کاری زیاد، مشاهده‌ی درد و رنج بیماران و خانواده‌ی آنها، جدا بودن از خانواده، الزام به تصمیمات سخت و دشوار در شرایط مرگ و زندگی و عدم دسترسی به منابع و امکانات بود (۹). همچنین با توجه به اینکه کادر درمان در خط مقدم تشخیص، درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به کووید ۱۹ قرار دارند و در معرض بروز مشکلات عدیده جسمانی و روانی هستند، رشد روزافزون تعداد مبتلایان و موراد مشکوک به ابتلا، فشار کار زیاد، کمبود تجهزات حفاظت شخصی، فقدان داروهای خاص و احساس حمایت ناکافی می‌تواند موجب ایجاد فشار روانی در کادر درمان گردد (۱۰). همچنین این امکان وجود دارد که کادر درمان از نظر فاکتورهای بهزیستی روان-شناختی از جمله استرس، افسردگی، اختلال خواب، ترس، انزوا، سلامت روان، تنهایی، عصبی بودن، درماندگی، اندوه و نگرانی و فاکتورهای شغلی مثل خودکارآمدی و تاب‌آوری با مشکلات بیشتری مواجه شوند، پژوهش در این زمینه را ضروری می‌کند. همچنین چون این ویروس جدید است و پژوهش بر کادر درمان درگیر با کووید ۱۹ بسیار اندک است ضرورت انجام این پژوهش را دوچندان می‌کند. در نهایت و با توجه به توضیحات ذکر شده پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر خودکارآمدی، تاب‌آوری، سلامت روان و اختلال خواب کادر درمان مواجه با بیماران مبتلا به کووید ۱۹ انجام شد.

مواد و روشها

پژوهش حاضر یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و دوره پیگیری سه ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی کادر درمان مواجه با بیماران مبتلا به کوید ۱۹ در استان تهران بود. از این جامعه، تعداد ۴۵ نفر از کادر درمان مواجه با بیماران مبتلا به کوید ۱۹ در بیمارستان شهید مدرس در منطقه ۲ تهران که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. نمونه‌های شرکت کننده در پژوهش بر اساس نتایج تمامی پرسشنامه‌ها (نمره پایین در خودکارآمدی، تاب‌آوری و سلامت روان و اختلال در خواب) انتخاب شدند و به صورت تصادفی

ساده در دو گروه هیپنوتراپی شناختی رفتاری و درمان شناختی رفتاری و یک گروه کنترل جایگزین شدند. در نهایت یک نفر از گروه هیپنوتراپی شناختی رفتاری، ۳ نفر از گروه درمان شناختی رفتاری و ۲ نفر از گروه کنترل به‌علل شخصی از ادامه کار منصرف شدند و نتایج براساس ۳۹ نفر (گروه هیپنوتراپی شناختی رفتاری ۱۴ نفر، گروه درمان شناختی رفتاری ۱۲ نفر و گروه کنترل ۱۳ نفر) تجزیه و تحلیل شد. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: کادر درمان درگیر مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در بیمارستان شهید مدرس شهر تهران؛ کسب نمره پایین در پرسشنامه‌های خودکارآمدی، تاب‌آوری و اختلال سلامت و اختلال در خواب؛ تکمیل رضایت‌نامه شرکت در مطالعه؛ عدم مصرف داروهای روانپزشکی؛ عدم دریافت روش‌های درمانی روان‌شناختی دیگر در هنگام اجرای پژوهش؛ عدم بروز رخداد حادثه تنش‌زا مانند طلاق یا مرگ عزیزان در شش ماه گذشته. همچنین ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از: عدم شرکت در برنامه جلسات هیپنوتراپی شناختی رفتاری و درمان شناختی رفتاری؛ غیبت بیشتر از دو جلسه در برنامه جلسات هیپنوتراپی شناختی رفتاری و درمان شناختی رفتاری؛ عدم تکمیل کامل و صحیح پرسشنامه‌ها در هر مرحله از پژوهش؛ بروز حادثه تأثیرگذار بر زندگی شخصی آزمودنی به طوری که توانایی ادامه شرکت در جلسات روان‌درمانی را نداشته باشند. این پژوهش برخی اصول اخلاقی همچون توضیح اهداف پژوهش برای آزمودنی‌ها، حفظ رازداری، گمنام ماندن آزمودنی-ها، اخذ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه، اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه در هر مرحله‌ای از آن، پاسخ به تمامی سؤالات موجود و در اختیار قرار دادن نتایج پژوهش در صورت تمایل آزمودنی‌ها و همچنین اجرای ۸ جلسه درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری برای گروه کنترل را رعایت نمود. همچنین کمیته اخلاقی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد این پژوهش را با شناسه IR.IAU.BOJNOURD.REC.1401.007 تأیید کرده است. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های خودکارآمدی (۱۹۷۹)، تاب‌آوری (۲۰۰۳)، سلامت روان (۱۹۷۲) و اختلال خواب (۱۹۹۳) و در سه مرحله (پیش از شروع پژوهش، پس از جلسات درمانی و پس از دوره پیگیری سه ماهه) استفاده شد.

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (GSE-10): این پرسشنامه در سال ۱۹۷۹ توسط Schwarzer و Jerusalem طراحی گردید. این مقیاس دارای ۱۰ گویه است و نحوه امتیازدهی بر اساس طیف لیکرت چهار درجه‌ای از اصلاً صحیح نیست (نمره ۱) تا کاملاً صحیح است (نمره ۴) است که کمینه و بیشنه نمره آن از ۱۰ تا ۴۰ است. نمرات بین ۱۰ تا ۲۰ به عنوان خودکارآمدی پایین ، ۲۱-۳۰ خودکارآمدی متوسط و نمرات بالاتر از ۳۰ به عنوان خودکارآمدی بالا در نظر گرفته شده است (۱۱). دلاور و نجفی (۱۳۹۲) در پژوهشی به بررسی خصوصیات روان‌سنجی مقیاس خودکارآمدی عمومی در کارکنان دانشگاه پرداختند؛ این پژوهشگران پیشنهاد کردند که خودکارآمدی عمومی به‌طور قابل ملاحظه‌ای می‌تواند به سازمان تحقیق و عمل کمک نماید. نتایج تحلیل عاملی و روش مؤلفه‌های اصلی ساختار پرسشنامه را تأیید کرد (۱۲)؛ در پژوهش عبدلی و اسدی (۱۳۹۹) پایایی پرسشنامه با استفاده از روش همسانی درونی و محاسبه آلفای کرونباخ نشان دارد که ضریب آلفا برابر با ۰/۹۲ است که مقدار مناسبی است (۱۳). نظر به اینکه پرسش‌نامه خودکارآمدی عمومی به‌صورت طیف لیکرت طراحی شده است و در واقع ازنوع نگرش‌سنج می‌باشد، مناسب‌ترین روش برای محاسبه اعتبار، ضریب آلفای کرونباخ است. در پژوهش حاضر نیز از طریق ضریب آلفای کرونباخ میزان پایایی آن محاسبه گردید که ۰/۸۳ به دست آمد. مقادیر آلفای کرونباخ سازه اصلی بیش‌تر از ۰/۷ شده است که بیانگر پایایی قابل قبول پرسشنامه خودکارآمدی عمومی است.

پرسشنامه استاندارد تاب‌آوری: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۳ طراحی گردید و دارای ۲۵ سؤال است (۱۴). مقیاس پاسخ‌دهی به سؤالات این پرسشنامه طیف لیکرت ۵ درجه‌ای و از کاملاً نادرست (نمره صفر) تا همیشه درست (نمره ۴) است. حداقل نمره‌ای که فرد می‌تواند کسب کند صفر و حداکثر نمره-ای که می‌تواند کسب کند ۱۰۰ است و نقطه برش این پرسشنامه ۵۰ است که هرچه نمره بالاتر باشد به همان اندازه تاب‌آوری فرد بیشتر است (۱۴). Connor و Davidson (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و همبستگی درونی بین عوامل را در دامنه‌ای از ۰/۳۰ تا ۰/۷۰ و ضریب باز آزمایی ۰/۸۷ را به عنوان شاخصی از همسانی درونی و همبستگی مثبت مقیاس تاب‌آوری با ابزار سخت رویی کوباسا (Kobasa Hardiness Measure) برابر با ۰/۸۳ را به عنوان شاخصی از روایی همگرای این ابزار گزارش کردند (۱۴). کیهانی و همکارانش (۱۳۹۳) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۶ همبستگی این ابزار را با مقیاس خودکارآمدی عمومی شوارزر (Schwarzer General Self-Efficacy Scale) و پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (Buss & Perry Aggression Questionnaire) به ترتیب برابر با ۰/۲۲ و ۰/۱۷- گزارش کردند (۱۵). در پژوهش حاضر نیز از طریق ضریب آلفای کرونباخ میزان پایایی پرسشنامه استاندارد تاب‌آوری محاسبه شد و ۰/۹۰ بدست آمد و مقادیر آلفای کرونباخ سازه اصلی بیش‌تر از ۰/۷

شده است که بیانگر پایایی قابل قبول پرسشنامه استاندارد تاب-آوری است.

پرسشنامه سلامت روان (GHQ-28): این پرسشنامه توسط Goldberg در سال ۱۹۷۲ ساخته شد و از جمله شناخته‌شده-ترین ابزارهای غربالگری اختلالات روانی است که به صورت فرم‌های ۱۲، ۲۸، ۳۰ و ۶۰ در دسترس است. در این پژوهش از پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی که به صورت ۴ گزینه‌ای می‌باشد استفاده شد (۱۶). نمره‌دهی به صورت طیف لیکرت ساده (با ۰، ۱، ۲، ۳) محاسبه می‌شود. نمره نهایی ۲۳ و بالاتر بیانگر عدم سلامت روان و نمره پایین‌تر از ۲۳ نشان‌دهنده سلامت روانی است (۱۶). Shariati و همکارانش (۲۰۰۲) ضریب پایایی کلی این آزمون را ۰/۸۸ و ضریب پایایی خرده آزمون‌ها را بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. میزان پایایی این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای مقیاس‌های علایم جسمی ۰/۸۵، اضطراب و بی‌خوابی ۰/۷۸، اختلال در عملکرد اجتماعی ۰/۷۹ و افسردگی وخیم ۰/۹۱ و کل پرسشنامه، ۰/۸۵ به دست آمده است (۱۷). در پژوهش حاضر نیز از طریق ضریب آلفای کرونباخ میزان پایایی پرسشنامه سلامت روان محاسبه شد و ۰/۸۱ بدست آمد و مقادیر آلفای کرونباخ سازه اصلی بیش‌تر از ۰/۷ شده است که بیانگر پایایی قابل قبول پرسشنامه سلامت روان است.

پرسشنامه شاخص شدت بی‌خوابی (ISI): یک پرسشنامه خودگزارش‌دهی است که ادراک بیمار را از شدت بی‌خوابی خود می‌سنجد و در سال ۱۹۹۳ توسط Morin و همکارانش ابداع گردید (۱۸). این پرسشنامه شامل ۷ سؤال است که به ارزیابی مشکل در شروع خواب، تداوم خواب، بیدار شدن زودهنگام از خواب و رضایت از خواب می‌پردازد. همچنین در این پرسشنامه تداخل بی‌خوابی با عملکرد روزانه و شدت نگرانی ناشی از مشکل خواب ارزیابی می‌شود. هر سؤال در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از گزینه هرگز (نمره صفر) تا گزینه خیلی زیاد (نمره ۴) نمره-بندی می‌شود و حداقل نمره کسب شده صفر و حداکثر نمره ۲۸ می‌باشد. امتیازهای صفر تا هفت نشان دهنده عدم وجود بی‌خوابی بارز، امتیازهای ۸ تا ۱۴ نشانگر بی‌خوابی زیر حد آستانه، امتیازهای ۱۵ تا ۲۱ نشانگر وجود بی‌خوابی بالینی با شدت متوسط و امتیازهای ۲۲ تا ۲۸ نشانگر وجود بی‌خوابی شدید است (۱۹). در ایران این پرسشنامه توسط Sadeghniiat-Haghighi و همکارانش (۲۰۱۴) مورد ارزیابی قرار گرفته و خصوصیات روان‌سنجی آن مشخص شده است. این محققین نشان دادند که نسخه فارسی شاخص شدت بی‌خوابی، ثبات درونی قابل قبولی دارد و آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۷۸ بدست آمد. همچنین نشان دادند که نسخه فارسی شاخص شدت بی‌خوابی از قدرت تمایز کافی جهت تشخیص بیماران از افراد سالم برخوردار است (۱۹). در پژوهش حاضر نیز از طریق ضریب آلفای کرونباخ میزان پایایی پرسشنامه شاخص شدت بی‌خوابی محاسبه شد و ۰/۷۶ بدست آمد و مقادیر آلفای کرونباخ سازه اصلی بیش‌تر از ۰/۷ شده است که بیانگر پایایی قابل قبول پرسشنامه شاخص شدت بی‌خوابی است.

آزمودنی‌های گروه آزمایش تحت درمان مداخله هیپنوتراپی شناختی رفتاری و درمان شناختی رفتاری به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته و هر هفته یک جلسه قرار گرفتند.

مداخله شناختی رفتاری

آزمودنی‌های گروه آزمایش تحت درمان مداخله شناختی رفتاری به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته و هر هفته یک جلسه قرار گرفتند. محتوای مداخله درمان شناختی رفتاری بر گرفته از درمان شناختی رفتاری تورک (۲۰۰۷) و فری (۲۰۰۴) به‌صورت فردی در ۸ جلسه به صورت هفتگی و هر جلسه ۶۰ دقیقه بود (۸). خلاصه جلسات به شرح زیر است: ۱- خوش آمدگویی، معارفه، ارزیابی‌های اولیه و آشنایی با برنامه+ فرم فعالیت روزانه، ۲- آشنایی با چرخه احساس افکار رفتار و افکار خودآیند منفی+ بازبینی فرم فعالیت روزانه، ۳- بازبینی فرم فعالیت روزانه + آشنا نمودن مراجع با نحوه تکمیل فرم افکار خودایند (یافتن افکار خودآیند منفی و احساسات همراه افکار منفی و یافتن پاسخ‌های مثبت)، ۴- بازبینی فرم فعالیت روزانه + بازبینی فرم افکار خودآیند + یافتن افکار خودآیند منفی و احساسات همراه افکار منفی و یافتن پاسخ‌های مثبت مرتبط با خودکارآمدی و تاب‌آوری، ۵- بازبینی فرم فعالیت روزانه + بازبینی فرم افکار خودآیند + یافتن افکار خودآیند منفی و احساسات همراه افکار منفی و یافتن پاسخ‌های مثبت مرتبط با سلامت روان و اختلال خواب، ۶- بازبینی فرم فعالیت روزانه + بازبینی فرم افکار خودایند + بازسازی شناختی مرتبط با خودکارآمدی و تاب‌آوری، ۷- بازبینی فرم افکار خودایند+ بازسازی شناختی مرتبط با سلامت روان و اختلال خواب، ۸- بازبینی فرم افکار خودآیند + جمع‌بندی جلسات قبلی

مداخله هیپنوتراپی شناختی رفتاری

آزمودنی‌های گروه آزمایش تحت درمان مداخله هیپنوتراپی شناختی رفتاری به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته و هر هفته یک جلسه قرار گرفتند. محتوای مداخله هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر گرفته از پژوهش Fine (۲۰۱۲) (۲۰) و کلبادی‌نژاد، اسدی، پوراصغر و آقایی (۱۴۰۰) بود (۸). خلاصه جلسات به شرح زیر است: ۱- خوش‌آمدگویی، معارفه، ارزیابی‌های اولیه و آشنایی با برنامه+ فرم فعالیت روزانه و رفع سوء برداشت از هیپنوتیزم، ۲- آشنایی با چرخه احساس افکار رفتار و افکار خودآیند منفی + بازبینی فرم فعالیت روزانه + تجربه خلسه هیپنوتیزمی و شرطی‌سازی، ۳- بازبینی فرم فعالیت روزانه + آشنا نمودن آزمودنی با نحوه تکمیل فرم افکار خودآیند (یافتن افکار خودآیند منفی و احساسات همراه افکار منفی و یافتن پاسخ‌های مثبت (تقویت ایگو) تقویت توانمندی در فعالیت‌های روزانه و مشکلات مرتبط با درگیری شغلی)، ۴- بازبینی فرم فعالیت روزانه + بازبینی فرم افکار خودآیند + تلقینات مستقیم مرتبط با کنترل افکار خودآیند منفی ذکر شده در جلسه، ۵- بازبینی فرم فعالیت روزانه + بازبینی فرم افکار خودآیند + تلقینات مستقیم مرتبط با کنترل افکار خودآیند منفی ذکر شده در جلسه، ۶- بازبینی فرم فعالیت روزانه + بازبینی فرم افکار خودآیند+ بازگشت سنی به تجربیات آسیب‌رسان گذشته، ۷- بازبینی فرم افکار خودآیند + پیشرفت سنی به زمانی که مراجع به توانایی مدیریت شرایط شغلی خود دست یافته است، ۸- بازبینی فرم افکار خودایند + جمع‌بندی جلسات قبلی و آموزش خود هیپنوتیزمی.

فرضیه پژوهش: اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر خودکارآمدی، تاب‌آوری، سلامت روان و اختلال خواب کادر درمان درگیر مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹

متغیرهای مستقل: درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری

متغیرهای وابسته: خودکارآمدی، تاب‌آوری، سلامت روان و اختلال خواب

تحلیل آماری

برای تحلیل داده‌ها، ابتدا پیش‌فرض‌ها شامل بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس‌ها، همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام باکس)، برابری ماتریس کوواریانس خطاها اجرا شد. برای تحلیل یافته‌های تحقیق از آزمون آماری آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده شد.

یافته‌ها

۴۵ نفر به صورت تصادفی ساده در سه گروه هیپنوتراپی شناختی رفتاری (۱۵ نفر)، درمان شناختی رفتاری (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. اما در طول دوره پژوهش تعداد ۶ نفر از آزمودنی‌ها با دلایل شخصی از ادامه کار با پژوهشگران منصرف شدند و نتایج براساس ۳۹ نفر (گروه هیپنوتراپی شناختی رفتاری ۱۴ نفر و گروه درمان شناختی رفتاری ۱۲ نفر و گروه کنترل ۱۳ نفر) تحلیل شد. میانگین سنی در بین افراد شرکت‌کننده در گروه هیپنوتراپی شناختی رفتاری ۳۸/۰۵ سال، در گروه درمان

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون (انحراف معیار± میانگین)	پس‌آزمون (انحراف معیار± میانگین)	پیگیری (انحراف معیار± میانگین)
خودکارآمدی	هیپنوتراپی شناختی رفتاری	۲۳/۴±۴۶/۲۵	۳۴/۷±۷۱/۱۲	۳۴/۷±۵۱/۰۱
	درمان شناختی رفتاری	۲۴/۴±۰۹/۵۸	۳۳/۷±۶۵/۱۰	۳۲/۶±۲/۹۵
	کنترل	۲۶/۵±۲۲/۳۱	۲۵/۴±۱۹/۷۸	۲۵/۴±۹۲/۷۸
تاب‌آوری	هیپنوتراپی شناختی رفتاری	۴۴/۱۶±۰۴/۱۲	۷۹/۱۹±۲۲/۸۰	۷۹/۲۱±۱۸/۱۱
	درمان شناختی رفتاری	۴۲/۱۵±۳۹/۰۱	۷۵/۲۲±۵۱/۶۲	۷۷/۲۱±۲۲/۷۹
	کنترل	۴۵/۱۸±۲۲/۱۵	۴۳/۱۶±۰۶/۲۶	۴۴/۱۷±۸۹/۱۸
سلامت روان	هیپنوتراپی شناختی رفتاری	۲۳/۴±۲۰/۱۹	۱۶/۳±۹۶/۲۳	۱۵/۳±۷۷/۱۹
	درمان شناختی رفتاری	۲۱/۳±۴۵/۱۲	۱۵/۲±۲۶/۳۴	۱۵/۳±۱۹/۰۱
	کنترل	۲۰/۳±۱۹/۶۲	۲۱/۴±۷۴/۰۵	۲۱/۳±۳۲/۸۶
اختلال خواب	هیپنوتراپی شناختی رفتاری	۱۷/۳±۴۹/۰۵	۹/۱±۲۲/۹۱	۸/۲±۷۰/۲۵
	درمان شناختی رفتاری	۱۸/۳±۰۲/۱۶	۶/۱±۱۹/۲۲	۸/۱±۲۲/۹۵
	کنترل	۱۷/۳±۵۵/۳۷	۱۷/۳±۵۹/۴۶	۱۸/۳±۰۱/۲۱

شناختی رفتاری ۳۹/۶۵ سال و در گروه کنترل ۳۶/۵۰ سال بود. همچنین نتایج مربوط به جنسیت کادر درمان نشان داد در گروه هیپنوتراپی شناختی رفتاری تعداد ۴ نفر (۲۸ ٪) جنسیت مرد و ۱۰ نفر (۷۲ ٪) جنسیت زن داشتند. در گروه درمان شناختی رفتاری تعداد ۴ نفر (۳۳ ٪) مرد و تعداد ۸ نفر (۷۷ ٪) زن بودند و در گروه کنترل تعداد ۵ نفر (۳۰ ٪) مرد و تعداد ۸ نفر (۷۰ ٪) زن بودند. علاوه بر اطلاعات فوق، نتایج نشان داد میانگین سابقه کاری در گروه هیپنوتراپی شناختی رفتاری ۶/۶۰ سال، در گروه درمان شناختی رفتاری ۷/۵۰ سال و در گروه کنترل ۷/۲۵ سال بود. در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش برای هر سه گروه در هر سه مرحله آزمون در جدول فوق ارائه‌شده است. افزون بر آن در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از روش آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو- ویلک استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو- ویلک در هیچ یک از مراحل معنی‌دار نبود ($p>۰/۰۵$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال است (جدول ۲).

برای بررسی مفروضهٔ همگنی واریانس از آزمون لوین استفاده شد. با توجه به اینکه نتایج آزمون لوین در هر متغیر در سطح ۰/۰۵ تأیید شد، این مفروضه هم استفاده از آزمون تحلیل آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر را رد نکرد. همچنین داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است ($p>۰/۰۵$). برای آزمون برابری ماتریس کوواریانس خطاها از آزمون موخلی استفاده شد و نتایج نشان داد ارزش مجذور کای در متغیرها معنی‌دار نبوده و حاکی از برقراری مفروضه کرویت

جدول ۲. یافته‌های آزمون شاپیرو- ویلک در مورد توزیع طبیعی متغیرهای وابسته تحقیق

		گروه درمان شناختی رفتاری			گروه هیپنوتراپی شناختی رفتاری			گروه کنترل		
تغیر	زمان نمونه‌گیری	Zنمره	معنی-داری	طبیعی بودن	Zنمره	معنی-داری	طبیعی بودن	Zنمره	معنی-داری	طبیعی بودن
خودکارآمدی	پیش آزمون	۰/۹۸۸	۰/۹۲۵	√	۰/۹۵۰	۰/۴۱۲	√	۰/۹۶۰	۰/۵۸۱	√
	پس آزمون	۰/۹۳۲	۰/۱۸۷	√	۰/۶۹۶	۰/۷۵۰	√	۰/۹۶۵	۰/۶۷۰	√
	پیگیری	۰/۹۳۸	۰/۲۳۰	√	۰/۹۴۲	۰/۱۲۲	√	۰/۹۵۲	۰/۴۵۱	√
تاب‌آوری	پیش آزمون	۰/۹۶۴	۰/۹۷۰	√	۰/۹۶۵	۰/۸۰۰	√	۰/۹۶۲	۰/۴۰۰	√
	پس آزمون	۰/۹۴۹	۰/۳۸۰	√	۰/۹۷۱	۰/۵۲۱	√	۰/۹۵۱	۰/۳۳۰	√
	پیگیری	۰/۹۶۹	۰/۷۷۶	√	۰/۹۶۸	۰/۷۵۶	√	۰/۹۶۶	۰/۶۵۰	√
سلامت عمومی	پیش آزمون	۰/۸۶۵	۰/۰۵۱	√	۰/۹۵۵	۰/۵۰۹	√	۰/۹۵۹	۰/۵۹۵	√
	پس آزمون	۰/۹۶۱	۰/۶۲۰	√	۰/۹۴۹	۰/۳۷۹	√	۰/۹۶۸	۰/۸۲۲	√
	پیگیری	۰/۹۳۹	۰/۲۶۶	√	۰/۹۶۵	۰/۷۵۰	√	۰/۹۶۰	۰/۴۴۹	√
اختلال خواب	پیش آزمون	۰/۹۵۹	۰/۵۴۹	√	۰/۹۲۹	۰/۱۳۰	√	۰/۹۴۶	۰/۲۸۶	√
	پس آزمون	۰/۹۲۶	۰/۱۴۸	√	۰/۹۶۰	۰/۵۲۹	√	۰/۹۵۲	۰/۳۸۶	√
	پیگیری	۰/۹۶۱	۰/۸۲۹	√	۰/۹۳۹	۰/۱۹۹	√	۰/۹۳۱	۰/۱۵۵	√

جدول ۳. نتایج آزمون مفروضه همگنی واریانس‌های خطا، برابری ماتریس‌های واریانس کووریانس و برابری ماتریس کوواریانس خطاها

متغیر	مقادیر F آزمون لوین			برابری ماتریس واریانس کوواریانس‌ها		برابری ماتریس کوواریانس خطا	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	M.Box	F	شاخص موخلی	χ^2
خودکارآمدی	۰/۸۰۹	۲/۱۲۰	۲/۲۲۵	۱۵/۲۸	۰/۹۸	۰/۹۰۱	۴/۵۱
تاب‌آوری	۲/۹۸۵	۰/۹۹۱	۰/۵۳۳	۱۱/۲۹	۰/۸۸	۰/۹۴۹	۲/۹۹
سلامت روان	۰/۵۶۶	۳/۲۸۴	۲/۶۶۹	۱۵/۹۴	۱/۰۱	۰/۹۲۸	۳/۳۴
اختلال خواب	۰/۱۸۴	۱/۰۲۲	۳/۹۵۲	۱۱/۶۱	۰/۸۸	۰/۸۹۱	۴/۸۳

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر هیپنوتراپی شناختی رفتاری و درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی، تاب‌آوری، سلامت روان و اختلال خواب

مقیاس	اثرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
خودکارآمدی	اثر گروه	۲۰۵۱/۶۱	۷۱۵۸/۹۸	۳۳/۹۴	٭۰/۰۰۲	۰/۷۱۵
	اثر زمان	۱۰۹۸/۲۰	۵۲۵۹/۶۳	۳۵/۵۷	٭۰/۰۱۵	۰/۷۲۵
	اثر تعاملی گروه ٭ زمان	۹۹۸/۵۱	۱۰۰۶/۰۹	۱۹/۲۲	٭<۰/۰۰۱	۰/۸۴۶
تاب آوری	اثر گروه	۲۰۲/۲۵	۹۵۶/۶۱	۶۹/۱۰	٭۰/۰۰۱	۰/۶۸۵
	اثر زمان	۵۲۹/۴۴	۸۸۹/۵۱	۱۲۰/۶۹	٭۰/۰۰۶	۰/۳۶۲
	اثر تعاملی گروه ٭ زمان	۱۴۶۴/۵۵	۷۷۳/۲۸	۱۵۲/۲۲	٭<۰/۰۰۱	۰/۸۸۹
سلامت روان	اثر گروه	۲۱۵۳/۴۱	۹۵۴۱/۳۰	۱۰۸/۹۷	٭<۰/۰۰۱	۰/۹۲۵
	اثر زمان	۳۲۶۵/۸۵	۴۴۹۱/۳۳	۱۱۰/۱۱	٭۰/۰۰۱	۰/۷۴۱
	اثر تعاملی گروه ٭ زمان	۱۲۵۱۶/۷۶	۲۲۳۱۶/۱۱	۷۱/۲۹	٭<۰/۰۰۱	۰/۷۰۲
اختلال خواب	اثر گروه	۹۴۳/۲۵	۴۷۱/۶۲	۸۸/۳۷	٭<۰/۰۰۱	۰/۸۳۱
	اثر زمان	۹۰۱/۶۲	۱۱۱۹/۰۵	۱۹/۲۳	٭<۰/۰۰۱	۰/۳۲۵
	اثر تعاملی گروه ٭ زمان	۷۲۸/۲۹	۱۲۰۹/۲۳	۱۱۲/۱۱	٭<۰/۰۰۱	۰/۷۸۴

جدول ۵. سطح معنی‌داری در آزمون تعقیبی بونفرونی برای متغیرهای پژوهش

		پس آزمون	پیگیری
خودکارآمدی	بین درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری	۱/۰۰	۰/۸۵۹
	بین درمان شناختی رفتاری و کنترل	٭<۰/۰۰۱	٭۰/۰۲۱
	بین هیپنوتراپی شناختی رفتاری و کنترل	٭<۰/۰۰۱	٭۰/۰۱۲
تاب‌آوری	بین درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری	۰/۳۸۸	۰/۵۲۰
	بین درمان شناختی رفتاری و کنترل	٭<۰/۰۰۱	٭<۰/۰۰۱
	بین هیپنوتراپی شناختی رفتاری و کنترل	٭<۰/۰۰۱	٭<۰/۰۰۱
سلامت روان	بین درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری	۱/۰۰	۰/۶۹۸
	بین درمان شناختی رفتاری و کنترل	٭<۰/۰۰۱	٭۰/۰۱۶
	بین هیپنوتراپی شناختی رفتاری و کنترل	٭<۰/۰۰۱	٭<۰/۰۰۱
اختلال خواب	بین درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری	۱/۰۰	۰/۹۹۴
	بین درمان شناختی رفتاری و کنترل	٭<۰/۰۰۱	٭<۰/۰۰۱
	بین هیپنوتراپی شناختی رفتاری و کنترل	٭<۰/۰۰۱	٭<۰/۰۰۱

برای متغیرها است. با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده کرد (جدول ۳).

بعد از بررسی پیش‌فرض‌های آزمون آنالیز واریانس محقق توانست از آزمون استفاده کند و نتایج آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۴ گزارش شده است.

یافته‌های درون‌گروهی آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر حاکی از تأثیر معنادار هیپنوتراپی شناختی رفتاری و درمان شناختی رفتاری در متغیرهای خودکارآمدی، تاب-آوری، سلامت روان و اختلال خواب بود و این اثربخشی در مرحله پیگیری هم ادامه داشت ($p<۰/۰۵$). همچنین یافته-های بین‌گروهی حاکی از وجود تفاوت معنادار بین گروه-های مورد مطالعه بود که برای مشخص شدن اختلاف نمرات کسب شده بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که یافته‌های این آزمون در جدول ۵ ذکر شده است.

با توجه به یافته‌های به‌دست آمده از آزمون تعقیبی بونفرونی می‌توان اظهار داشت که در متغیرهای خودکارآمدی، تاب‌آوری، سلامت روان و اختلال خواب در بین گروه‌های درمان شناختی رفتاری با کنترل و هیپنوتراپی شناختی رفتاری با کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد ($p\leq۰/۰۵$) اما بین

گروه‌های هیپنوتراپی شناختی رفتاری و درمان شناختی رفتاری تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p>۰/۰۵$).

بحث

به‌دنبال شیوع گسترده ویروس کووید ۱۹ آثار متعدد نامطلوب بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی در کشورهای مختلف دنیا از جمله کشور ما به همراه داشته است. سرعت بسیار بالای شیوع این ویروس به گونه‌ای است که منجر به بروز پیامدهای گسترده روانی بر تمامی اقشار جامعه شده است. یکی از آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه که تحت تأثیر شیوع ویروس کووید ۱۹ قرار گرفتند، کادر درمان، پرستاران و تمامی افرادی که با بیماران مبتلا به این ویروس سروکار داشتند، است. از جمله اختلالات روان‌شناختی که متعاقب شیوع کووید ۱۹ در کادر درمان پدیدار گردید کاهش خودکارآمدی، تاب‌آوری و سلامت روان و همچنین افزایش اختلالات خواب بود.

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر خودکارآمدی، تاب-آوری، سلامت روان و اختلال خواب کادر درمان درگیر مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بود. به طور کلی یافته‌های پژوهش حاکی از تأثیر معنادار درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری در متغیرهای خودکارآمدی، تاب-آوری، سلامت روان و اختلال خواب در کادر درمان درگیر مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بود و این اثربخشی در مرحله پیگیری سه ماهه هم ادامه داشت. همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد بین درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری تفاوت معناداری در هیچ کدام از متغیرها وجود ندارد.

در راستای نتایج پژوهش حاضر باقری شیخانگفشه (۱۳۹۹)، در بررسی سلامت روان دانشجویان پزشکی در همه‌گیری کووید-۱۹، اظهار داشتند که دانشجویان پزشکی که دوران کارورزی را در بیمارستان‌ها طی می‌کردند، به دلیل اینکه در محیط‌های آلوده به ویروس کووید-۱۹ حضور داشتند، بیشتر در معرض خطر ابتلاء به کرونا ویروس ۲۰۱۹ بودند. همین موضوع منجر به افزایش استرس و اضطراب دانشجویان پزشکی در مقایسه با سایر دانشجویان شد (۲۱). شاهد حق‌قدم، فتحی آشتیانی، راه نجات، احمدی طهور ساسانی، تقوا، ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۹)، در پژوهشی مروری با عنوان "پیامدها و مداخلات روان‌شناختی در پاندمی کووید-۱۹" از مجموع ۷۵ مقاله بررسی شده، دریافتند که در زمان پاندمی کووید-۱۹ اثرات روان‌شناختی منفی از جمله اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی، اضطراب، استرس، اختلال خواب، عصبانیت در کادر درمان و سایر افراد درگیر با کووید-۱۹ به‌طور معنی-داری افزایش یافته است. همچنین یافته‌های این بررسی نشان داد در زمان شیوع کووید-۱۹ رویکرد درمانی شناختی-رفتاری به‌صورت آنلاین مؤثر است (۲۲). هم راستا با پژوهش حاضر کلبادی نژاد، اسدی، پوراصغرعربی، آقایی (۱۴۰۰)، در پژوهشی گزارش کردند درمان شناختی رفتاری و درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر تاب‌آوری و کیفیت خواب زنان مبتلا به سندروم فیبرومیالژیا به طور یکسانی اثربخش هستند (۸). عسگری، قدمی، امینیانی و رضازاده (۱۳۹۹)، در پژوهشی مروری به بررسی ابعاد روان‌شناختی بیماری کووید-۱۹ و آسیب‌های روانی ناشی از آن پرداختند. آنها اظهار داشتند افزایش اضطراب و افسردگی، اختلالات خواب، احساس تنهایی و استرس پس از سانحه از پیامدهای روان‌شناختی شیوع بیماری کووید-۱۹ در جامعه به‌شمار می‌روند (۲۳).

برای تبیین یافته‌های به‌دست آمده از این پژوهش برای اثربخشی درمان شناختی رفتاری می‌توان علل گوناگونی را ذکر کرد که در ادامه ذکر خواهد شد. برای تبیین اول می‌توان گفت که درمان‌های شناختی رفتاری موجب آگاهی فرد از حالات ذهنی، هیجانی و جسمانی می‌گردد که حاصل اتخاذ موضعی غیرقضاوتی و پذیرش موقعیت کنونی و محدودیت‌های موجود در این موقعیت و کنار آمدن با تعارضات پیش‌آمده می‌گردد (۲۴). از سویی درمان شناختی رفتاری برای کم کردن نشخوارهای فکری همچون توقف تفکر و روش‌های منحرف کننده حواس مثبت از آموزش مهارت‌های مبتنی بر حل مسئله و یادگیری مهارت‌های تن‌آرامی استفاده می‌کند که با تمرکز بر اصول استفاده در سطوح فرایند فکری و تأکید بر بنا نمودن درمان مبتنی بر تجربیات عینی می‌تواند در مقابله با موقعیت کنونی که منجر به بروز اختلال شده، تأثیرگذار باشد (۲۵). تبیین دیگر اینکه درمان شناختی رفتاری منجر به تسلط بر نشانه‌های رفتاری، درک علت‌های رفتار و اولویت‌بندی آنها، چگونگی فکر کردن، مهارت ثبت افکار، مبارزه با افکار منفی، آموزش مهارت حل مسئله، اصلاح باورهای نادرست و استفاده از راهبردهای جانشین می‌شود که می‌توان نتیجه گرفت درمان شناختی رفتاری می‌تواند نقش اساسی در بهبود اختلالات روان‌شناختی و همچنین سلامت روان ایفا کند (۲۶).

برای تبیین یافته‌های به‌دست آمده از این پژوهش برای اثربخشی هیپنوتراپی شناختی رفتاری می‌توان اظهار داشت که هیپنوتراپی شناختی رفتاری از تکنیک‌های آرامش‌سازی

همچون مدتیتیشن، مراقبه و تکنیک‌های تنفس که بیشتر در درمان‌های ذهن‌آگاهی (درمان‌های نسل سوم شناختی رفتاری) استفاده می‌کند و این تکنیک‌ها را با تکنیک‌های آرام‌سازی تدریجی عضلانی ترکیب کرده که خود موجب افزایش اثربخشی این درمان در موارد متعددی همچون اضطراب، تنش ناسازگار در موقعیت‌های عملکردی، اختلالات خواب و بی‌خوابی، کنترل و کاهش دردهای موضعی، کنترل ناهنجاری‌های اسکلتی و عضلانی، بیماری‌های روانی جسمی و خودگردانی می‌گردد که این مهم توسط کاهش آگاهانه تنش-های غیرضروری در عضلات بوجود می‌آید (۲۷). همچنین ترکیب آزادسازی تنش با درمان شناختی رفتاری موجب افزایش سرعت فرآیند طولانی مدت درمان می‌گردد چراکه با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، ضعیف کردن عادت‌ها و کاهش اعتبار افکار اضطراب‌آور در حین آرامش عضلانی، شخص بیمار احساس بهتری نسبت به خود و توجه بیشتری به زمان حال پیدا می‌کند (۸).

در نهایت برای تبیین مقایسه درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری می‌توان اظهار داشت که هر دو درمان با استفاده از اصلاح و تغییر مؤلفه‌های شناختی ناکارآمد (مثل افکارخودآیند منفی، باورهای واسطه‌ای و باورهای اساسی) که موجب کاهش خودکارآمدی و افزایش استرس و اضطراب و بروز اختلالات خواب می‌گردند، تغییر در رفتار و احساسات مراجع را پدید می‌آورند و موجب بهبود خودکارآمدی، تاب‌آوری، سلامت روان و کاهش اختلال خواب در کادر درمان درگیر مراقبت از بیماران مبتلا به کووید- ۱۹ گردید. همچنین هیپنوتراپی شناختی رفتاری در مجموع شبیه درمان شناختی رفتاری است و این دو درمان از اصولی یکسان بهره می‌برند. در هیپنوتراپی شناختی رفتاری فرض می‌شود که علت بسیاری از ناراحتی‌های روان‌شناختی، اشکال منفی خودهیپنوتیزم هستند که در آن افکار منفی بی‌آن که مورد نقد و بررسی قرار بگیرند و حتی بدون آگاهی پذیرفته می-شوند و درمانگر با استفاده از روش‌های هیپنوتیزمی توأم با روش‌های شناختی رفتاری در اصلاح، تغییر و تصویرسازی سازنده و از همه مهم‌تر تعلیق تفکر نقاد در جهت افزایش خودکارآمدی، تاب‌آوری، سلامت روان و کاهش اختلال خواب گام برمی‌دارد (۲۸).

پژوهش حاضر دربردارنده چندین محدودیت بود که رفع آن‌ها در پژوهش‌های بعدی می‌تواند نتایج مؤثرتر و قابل‌اعتمادتری فراهم کند. یکی از محدودیت‌های این مطالعه بحث سنجش و پرسشنامه‌های مورداستفاده بود. همه پرسشنامه‌های مورداستفاده در پژوهش حاضر از نوع خودسنجی بودند که علی‌رغم این‌که در زمان کوتاهی اطلاعات ارزشمند و گسترده-ای در اختیار قرار می‌دهند، ممکن است دارای سوگیری و یا سنجش ناکارآمد نیز باشند. یکی دیگر از مهم‌ترین محدودیت-هایی که این پژوهش با آن روبه‌رو بود، بحث محدود بودن جامعه‌ی پژوهش به بیمارستان شهید مدرس شهر تهران بود که تعمیم یافته‌ها به سایر شهرها را با محدودیت مواجه می-سازد. محدودیت دیگر این مطالعه مربوط نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به صورت نمونه‌گیری هدفمند بود که خود تعمیم یافته های این پژوهش را به جامعه بزرگتر با مشکل مواجه می‌کند. با توجه به محدودیت‌هایی که پژوهش حاضر با آن‌ها روبه‌رو بود، پیشنهاد می‌شود برای پژوهش‌های آتی و برای غنای بیشتر مطالعه بسته درمانی تدوین گردد که از ترکیب درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری استفاده شده و از فنون مکمل در این دو روش روان‌درمانی برای نتیجه‌گیری بهتر از درمان استفاده شود. همچنین با توجه به اینکه در پژوهش حاضر از کادر درمان درگیر مراقبت از بیماران مبتلا به کووید ۱۹ استفاده شد می‌توان پژوهش‌های آتی را بر روی کادر درمانی که خود به ویروس کووید ۱۹ مبتلا شده و بهبود یافته‌اند اجرا کرد و از متغیرهایی همچون اضطراب بیماری، رضایت شغلی و اختلال استرس پس از آسیب روانی استفاده نمود. در نهایت و با توجه به اثربخشی هر دو درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر روی کادر درمان درگیر مراقبت از بیماران مبتلا به کووید ۱۹ می‌توان در پژوهش‌های آتی از این درمان‌ها بر اختلالات روان-شناختی ناشی از بیماری کووید ۱۹ بر بیماران بهبود یافته از بیماری کووید ۱۹ استفاده نمود.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمامی کادر درمان و پرسنل بیمارستان شهید مدرس که در انجام این پژوهش ما را یاری کردن کمال تقدیر و تشکر را داریم.

REFERENCES

1. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al; China Novel Coronavirus Investigating and Research Team. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. N Engl J Med 2020;382:727-733

2. Shen KL, Yang YH, Jiang RM, Wang TY, Zhao DC, Jiang Y, et al. Updated diagnosis, treatment and prevention of COVID-19 in children: experts' consensus statement. World J Pediatr 2020;16:232-239.

3 Zhang C, Yang L, Liu S, Ma S, Wang Y, Cai Z, et al. Survey of Insomnia and Related Social Psychological Factors Among Medical Staff Involved in the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak. Front Psychiatry 2020;11:306.

4. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. Cognit Ther Res 2012;36:427-440.

5. khaki S, Fallahi-Khoshkenab M, arsalani N, mojtaba R, sadeghy N, nematifard T. Mental Health Status of Nurses During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. IJSR 2022; 2: 36-52. [In Persian]

6. Palsson OS, Ballou S. Hypnosis and Cognitive Behavioral Therapies for the Management of Gastrointestinal Disorders. Curr Gastroenterol Rep 2020;22:31.

7. Rostami M, Ehteshamzade P, Asgari P, Alavi Fazel S K. Effectiveness of cognitive hypnotherapy on coping self-efficacy and cognitive emotion regulation components in obese women. Shenakht J Psychol Psyc 2022; 9: 118-133. [In Persian]

8. Koldinejad M, Asadi J, Pourasghar M, Aghaei M. Comparison the effectiveness of Cognitive-Behavioral therapy and Cognitive-Behavioral Hypnotherapy on Resiliency and sleep quality of women with Fibromyalgia syndrome. RRJ 2021; 10: 21-34. [In Persian]

9. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. Int J Environ Res Public Health 2020;17:1729.

10. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S, Zhang B. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. Lancet Psychiatry 2020;7:e17-e18.

11. Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized self-efficacy scale. In: Weinman J, Wright S, Johnston M, Ed. Measures in health psychology: A user's portfolio. United Kingdom: nferNelson; 1995.

12. Delavar A, Najafi M. The psychometric properties of the general self-efficacy scale among university staff. JEM 2013; 3: 87-104. [In Persian]

13. Abdoli R, Asadi N. Predicting general health using individual variables, self-efficacy and anxiety in COVID-19 health care workers (student and nonstudent). Edu Psychol 2020; 16: 239-268. [In Persian]

14. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor□Davidson resilience scale (CD□RISC). Dep anxiety 2003; 18: 76-82.

15. Keyhani M, Taghvaei D, Rajabi A, Amirpour B. Internal consistency and confirmatory factor analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) among nursing female. Iran J Med Edu 2015; 14: 857-65. [In Persian]

16. Goldberg DP. User's guide to the General Health Questionnaire. United Kingdom: nferNelson; 1988.

17. Shariati M, Kaffashi A, Ghalehbandi MF, Fateh A, Ebadi M. Mental health in medical students of the Iran University of Medical Sciences. IUMS 2002; 1: 29-37.

18. Morin CM. Insomnia severity index. 1993.

19. Sadeghniiat-Haghighi K, Montazeri A, Khajeh-Mehrizi A, Nedjat S, Aminian O. The Insomnia Severity Index: cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of a Persian version. Qual Life Res 2014; 23: 533-7.

20. Fine CG. Cognitive behavioral hypnotherapy for dissociative disorders. Am J Clin Hypn 2012;54:331-52. doi: 10.1080/00029157.2012.656856.

21. Bagheri Sheykhangafshe F. Mental Health of Medical Students during the Coronavirus 2019 Epidemic (COVID-19). J Rafsanjan Uni Med Sci 2021; 20: 251-6. [In Persian]

22. Shahed –HaghGhadam H, Fathi Ashtiani A, Rahnejat AM, Ahmadi Tahour, Soltani M, Taghva A, et al. Psychological consequences and interventions during the COVID-19 pandemic: narrative review. J Marine Med 2020; 2: 1-11. [In Persian]

23. Asgari M, Ghadami A, Aminaei R, Rezazadeh R. Psychological effects of Covid 19 and its psychological effects: A systematic review. Educ Psychol 2020; 16: 173-206.

24. Gabana N. A strengths-based cognitive behavioral approach to treating depression and building resilience in collegiate athletics: The individuation of an identical twin. CSSEP 2017; 1: 4-15.

25. Anjomshoaa H, Snagui Moharer R, Shirazi M. Comparing the effectiveness of training cognitive behavioral therapy and neuro-linguistic programming strategies on enhancing resilience of high school students in Kerman, Iran. Int J Pediatr 2020; 8: 11877-89.

26. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. Psyc Res 2020; 288: 112954.

27. O'Keefe T. Clinical hypnotherapy for stopping drug and alcohol addiction: Building resilience in clients to reduce relapses and remain clean and sober. Aust J Clin Hypnother and Hypn 2020; 41: 16-26.

28. Badeleh M, Fathi M, Aghamohammadian Sharbaf HR, Taghi Badeleh M, Ostadi N. Compare the effect of group cognitive behavioral hypnotherapy and group cognitive behavioral therapy on increasing the self-esteem of adolescents. JFMH 2013; 15: 194-204. [In Persian].