

Received: 2022/10/29

Accepted: 2023/8/29

How to cite:

Norian F, Rasoli N, Fathi M. Impact of cognitive-behavioral therapy on self-efficacy, resilience, mental health, and sleep disorders among medical staff working in corona wards. *EBNESINA* 2024;26(1):15-27.

DOI: 10.22034/26.1.15

## Original Article

# Impact of cognitive-behavioral therapy on self-efficacy, resilience, mental health, and sleep disorders among medical staff working in corona wards

Farzaneh Norian<sup>1</sup>, Narges Rasoli<sup>2✉</sup>, Mehdi Fathi<sup>3</sup>

## Abstract

**Background and aims:** Hospital medical staff are highly susceptible to the SARS-CoV-2 virus, leading to a heightened risk of developing psychological disorders. The primary objective of this study was to explore the impact of cognitive-behavioral therapy (CBT) on the self-efficacy, resilience, mental health, and sleep disorders of medical professionals working in COVID-19 wards.

**Methods:** The research employed a quasi-experimental design with a pre- post-test structure and a control group. The sample comprised 30 medical staff from Shahid Modares Hospital in Tehran, caring for COVID-19 patients, selected through purposeful and accessible sampling. They were randomly assigned to experimental and control groups. CBT sessions were conducted individually over eight sessions lasting 120 minutes each, held weekly. Data were collected using General Self-Efficacy Questionnaire (GSE-10), Resilience Scale, General Health Questionnaire (GHQ-28), and Insomnia Severity Index (ISI). Data analysis was performed using covariance analysis.

**Results:** The results indicated that CBT had a significant positive effect on self-efficacy, resilience, and mental health, while it had a significant negative effect on sleep disorders ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** Overall, the findings suggest that CBT can be an effective intervention for addressing psychological issues among medical staff in corona wards. Implementing this therapy could be beneficial in managing the mental well-being of healthcare workers in such high-stress environments.

**Keywords:** COVID-19, Hospital Medical Staff, Cognitive-Behavioral Therapy, Resilience, Mental Health, Sleep Disorder

EBNESINA - IRIAF Health Administration

(Vol. 26, No. 1, Serial 86 Spring 2024)

1. PhD Student in general psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Bojnourd Branch, Bojnourd, Iran

2. Assistant professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Kashmar Branch, Kashmar, Iran

3 Associate professor, College of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

✉ Corresponding Author:

Narges Rasoli

Address: Department of Psychology, Islamic Azad University, Kashmar Branch, Kashmar, Iran

Tel: +98(21) 22148327

E-mail: Narges.rasouli@yahoo.com



Copyright© 2024. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms. Downloaded from: <http://www.ebnesina.ajums.ac.ir>

# اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی، تاب‌آوری، سلامت روان و اختلال خواب کادر درمان شاغل در بخش‌های کرونا

فرزانه نوریان<sup>۱</sup>، نرگس رسولی<sup>۲</sup>، مهدی فتحی<sup>۳</sup>

### چکیده

**زمینه و اهداف:** کادر درمان بیمارستان‌ها بسیار در معرض این ویروس SARS-CoV-2 قرار دارند و به همین علت احتمال بروز اختلالات روان‌شناختی در آنها وجود دارد. هدف پژوهش حاضر، اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی، تاب‌آوری، سلامت روان و اختلال خواب کادر درمان شاغل در بخش‌های کرونا بود.

**روش بررسی:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. تعداد ۳۰ نفر از کادر درمان درگیر مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در بیمارستان شهید مدرس تهران با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. جلسات درمان شناختی رفتاری به صورت فردی و در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای و یک جلسه در هفته برگزار شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های خودکارآمدی عمومی (GSE-10)، تاب‌آوری، سلامت روان (GHQ-28) و شاخص شدت بی‌خوابی (ISI) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کواریانس استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی، تاب‌آوری، سلامت روان به صورت مثبت و معناداری و در اختلال خواب به صورت منفی و معناداری اثرگذار بوده است ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** به طور کلی نتایج حاکی از تأثیر معنادار یک دوره درمان شناختی رفتاری بر برخی متغیرهای روان‌شناختی بود و می‌توان پیشنهاد کرد از این روش برای درمان اختلالات کادر درمان شاغل در بخش‌های کرونا در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی استفاده شود.

**کلمات کلیدی:** کووید-۱۹، کادر درمانی بیمارستانی، درمان شناختی رفتاری، تاب‌آوری، سلامت روان، اختلال خواب

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بجنورد، بجنورد، ایران
۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کاشمر، کاشمر، ایران
۳. دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده پزشکی، مشهد، ایران

نویسنده مسئول: نرگس رسولی

آدرس: گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کاشمر، کاشمر، ایران  
تلفن: ۲۲۱۴۸۳۳۷ (۲۱) ۹۸+  
ایمیل: Narges.rasouli@yahoo.com

(سال بیست و ششم، شماره اول، بهار ۱۴۰۳، مسلسل ۸۶)  
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۶/۷

فصلنامه علمی پژوهشی ابن سینا / اداره بهداشت، امداد و درمان نهجا  
تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۸/۷

## مقدمه

کرونا ویروس از جمله ویروس‌هایی است که موجب بروز عفونت در سیستم تنفسی می‌گردد. این ویروس می‌تواند به شکل‌های بیماری‌های خفیف مثل سرماخوردگی تا بیماری‌های شدیدتر مثل مرس و سارس<sup>۱</sup> خود را نمایان سازد. 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. این بیماری برای اولین بار در شهر ووهان در استان هوبی چین تشخیص داده شد، جایی که چندین مرکز درمانی، گروه‌هایی از بیماران مبتلا به مشکلات شدید تنفسی با علت نامعلوم را گزارش نمودند [۱]. سازمان بهداشت جهانی، این بیماری را به‌عنوان یک تهدید بزرگ برای سلامت جسمانی و روانی معرفی کرده است چرا که شیوع بیماری کووید-۱۹، موجب شد تا زندگی روزانه و عادی خانواده‌ها دگرگون شده و به شکل ویژه‌ای بر سبک زندگی خانواده‌ها تأثیر گذاشته است [۲].

تجرباتی که از پرستاران در بیماری‌های همه‌گیر در گذشته ناشی از انواع دیگر کرونا ویروس همچون سندرم شدید حاد تنفسی<sup>۲</sup> و سندرم تنفسی خاورمیانه<sup>۳</sup> به ثبت رسیده است نشان می‌دهند که کارکنان بهداشتی درمانی ترس بسیاری از احتمال ابتلای خود و خانواده‌شان به این بیماری‌ها را گزارش کردند و بسیاری از آنها به خاطر احتمال ابتلا و فشار اجتماعی ناشی از بیماری تمایل زیادی به فعالیت در دوران شیوع بیماری در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی نداشتند و سطح بالایی از نشانه‌های سوء عملکرد روانشناختی همچون افزایش استرس، اضطراب و افسردگی را هم از خود بروز داده‌اند [۳]. شیوع بیماری کووید-۱۹ در جوامع گوناگون هم به‌طور مداوم در حال افزایش است که نه تنها موجب بروز نگرانی‌هایی در رابطه با سلامت جامعه می‌شود، بلکه ممکن است موجب بروز مشکلات

1. MERS & SARS  
2. Severe Syndrome Respiratory Acute  
3. Syndrome Respiratory East Middle

روانشناختی و شغلی جدی مانند کاهش خودکارآمدی و تاب‌آوری، بروز اختلالات خواب و کاهش کیفیت خواب و همچنین کاهش سلامت عمومی در کادر درمان درگیر مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ گردد [۴]. با توجه به اینکه بیماری کووید-۱۹ یک بیماری نوظهور است پژوهش‌های انجام شده در راستای تأثیر این بیماری بر خودکارآمدی، تاب‌آوری، سلامت عمومی و اختلال خواب کادر درمان درگیر مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بسیار اندک است. از جمله این پژوهش‌ها سعادت‌طلب و جعفری در بررسی ارتباط بین سرمایه‌های اجتماعی و حمایت اجتماعی با تاب‌آوری کارکنان در برابر همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ در دروان فاصله‌گذاری اجتماعی گزارش کردند مدل مفهومی پژوهش با داده‌های تجربی برآزش بسیار مطلوبی دارد و نشاط معنوی نقش میانجی کامل در ارتباط با سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی با تاب‌آوری کارکنان در برابر همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ در دوران فاصله‌گذاری اجتماعی دارد [۵]. صفا و همکاران به بررسی پاسخ‌های فوری روان‌شناختی دانشجویان پزشکی در بنگلادش طی همه‌گیری کووید-۱۹ پرداختند. نتایج این پژوهش مشخص کرد ۶۵/۹٪ دانشجویان سطوح مختلفی از اضطراب را تجربه کردند که ۲۷/۳٪، خفیف، ۲۹/۸٪ متوسط و ۱۱/۸٪ نیز شدید بود. از سویی دیگر، ۴۹/۹٪ دانشجویان پزشکی دارای نشانگان افسردگی بودن که ۳/۳٪ دانشجویان افسردگی شدید رنج می‌بردند [۶]. عبدلی و اسدی در پژوهش خود که روی ۱۷۰ نفر از کادر درمان درگیر از مراقبت بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در شهر کرمانشاه انجام گردید گزارش کردند که مدل طراحی شده از برآزش مطلوبی با داده‌ها برخوردار است و تحصیلات، خودکارآمدی، و اضطراب توانستند با میانجی‌گری اضطراب در حدود ۴۰٪ از تغییرات سلامت عمومی کادر درمان را پیش‌بینی نمایند [۷].

توجه به مشکلات کادر درمان در زمان شیوع بیماری کووید-۱۹ و اتخاذ راهبردهای مقابله‌ای با اثرات این بیماری بر زندگی این افراد اهمیت اساسی دارد. راهبردهای مقابله‌ای

مشاهده درد و رنج بیماران و خانواده آنها، جدا بودن از خانواده، الزام به تصمیمات سخت و دشوار در شرایط مرگ و زندگی و عدم دسترسی به منابع و امکانات وجود دارد و مشخص شده که شیوع کووید-۱۹ بر تمام زمینه‌های عملکرد انسان تأثیرگذار بوده و موجب بروز اختلالات خواب، اختلالات خوردن، استرس، اضطراب، افسردگی و کاهش سلامت روان در افراد جامعه شده است [۱۳]. 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 موارد مشکوک به ابتلا، فشار کار زیاد، کمبود تجهیزات حفاظت شخصی، فقدان داروهای خاص و احساس حمایت ناکافی می‌تواند موجب ایجاد فشار روانی در کادر درمان گردد [۱۴]. همچنین این امکان وجود دارد که کادر درمان از نظر فاکتورهای بهزیستی روان‌شناختی 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 مواجهه شوند به طوری که در پژوهشی بهداشت روان پایین کادر درمان درگیر مراقبت از بیماران کرونایی و بروز اختلالات روان‌شناختی همچون کاهش خودکارآمدی، تاب‌آوری و افزایش اضطراب سلامت گزارش شد که پژوهش در این زمینه را ضروری می‌کند [۱۵]. پس می‌توان CBT را به عنوان یک درمان امیدوارکننده برای حمایت از کادر درمان شاغل در بخش‌های کرونا که مبتلا به اختلالات روانی ناشی از شیوع بیماری کووید-۱۹ شدند، معرفی نمود. دیگر موردی که ضرورت این پژوهش را نشان می‌دهد، خلأ پژوهشی در مورد اثربخشی CBT بر مشکلات روان‌شناختی کادر درمان در زمان شیوع بیماری کووید-۱۹ بود و تحقیقات بیشتری برای امکان‌سنجی، کارایی، مقبولیت و اثربخشی نسبی CBT در مقابله با استرس‌های کادر درمان مورد نیاز است. در نهایت و با توجه به توضیحات ذکر شده می‌توان اظهار داشت که کادر درمان شاغل در بخش‌های کرونا با کاهش خودکارآمدی،

می‌تواند راهبردهای خودمراقبتی و مداخلات درمانی باشد. استراحت و خواب کافی در طی زمان کاری یا بین شیفت‌ها، تغذیه مناسب و کافی، انجام فعالیت ورزشی، ارتباط با خانواده و دوستان می‌تواند از جمله راهبردهای خود مراقبتی باشد [۸]. اما از مداخلات درمانی روان‌شناختی برای بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان و جلوگیری از بروز اختلالات خواب کادر درمان سود جست. از جمله درمان‌های مفید می‌توان درمان شناختی رفتاری را نام برد.

درمان شناختی-رفتاری (CBT)<sup>۱</sup> نوعی روان‌درمانی است که در اکثر موارد اختلالات روان‌شناختی کارایی بالایی دارد [۹]. فرض اصلی CBT این است که شناخت‌های ناسازگار در حفظ پریشانی عاطفی و مشکلات رفتاری نقش دارند. CBT با اصلاح احساسات جسمی، تفکر فاجعه‌آمیز و رفتارهای ناسازگارانه بر کاهش درد و پریشانی متمرکز است [۱۰]. در شیوه CBT به درمان‌جو کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف‌شده و رفتار ناکارآمد خود را تشخیص دهد و برای آن بخش‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیق و سازمان‌یافته‌ای ایجاد کند. CBT در بررسی خود بر عاطفه، شناخت و رفتار متمرکز می‌شود و به این ترتیب، هر سه حوزه را همزمان در نظر می‌گیرد [۱۱].

پژوهش‌های بسیار اندکی به اثربخشی CBT بر متغیرهایی همچون خودکارآمدی، تاب‌آوری، سلامت روان و اختلال خواب در کادر درمان درگیر مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ انجام شده است که از این معدود، جانی و همکاران در پژوهشی به بررسی تأثیر CBT به واسطه اینترنت بر کاهش اضطراب کرونا در پرستاران پرداختند. یافته‌های آنها نشان داد این درمان به واسطه اینترنت، موجب کاهش اضطراب کرونا در کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شده است [۱۲].

در زمان پاندمی کووید-۱۹ مشکلات زیادی همچون خطر ابتلا به بیماری، نگرانی از آسیب اطرافیان، فشار کاری زیاد،

1. Cognitive-Behavioral Therapy

در هنگام اجرای پژوهش و عدم بروز رخداد حادثه تنش‌زا مانند طلاق یا مرگ عزیزان در شش ماه گذشته. همچنین شرایط خروج از مطالعه هم عبارت بودند از عدم شرکت در برنامه جلسات گروه درمانی شناختی رفتاری، غیبت بیشتر از دو جلسه در برنامه جلسات گروه درمانی 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 نداشت و مصرف داروهای اثرگذار بر نتایج پژوهش.

در این پژوهش از پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (GSE-10)<sup>۱</sup> استفاده شد. پرسشنامه خودکارآمدی در سال ۱۹۷۹ توسط اسچوارز و جروسلم<sup>۲</sup> 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. نمرات بین ۲۰-۱۰ به عنوان خودکارآمدی پایین، ۳۰-۲۱ خودکارآمدی متوسط و نمرات بالاتر از ۳۰ به عنوان خودکارآمدی بالا در نظر گرفته شده است [۱۷]. رجبی در سال ۱۳۸۵ به بررسی پایایی و روایی مقیاس باورهای خودکارآمدی عمومی پرداخت و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد. همچنین ضریب روایی همزمان برای مقیاس باورهای خودکارآمدی عمومی و مقیاس عزت نفس ۰/۳ برآورد شد که معنادار بودند. بنابراین نشان داده شد که مقیاس ۱۰ سؤالی خودکارآمدی عمومی را می‌توان در پژوهش‌های روان‌شناختی به کار گرفت. همچنین دلاور و نجفی 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 [۱۸]؛ در پژوهش عبدلی و اسدی پایایی

تاب‌آوری، سلامت روان و همچنین افزایش اختلالات خواب مواجه هستند که این پژوهش به دنبال بررسی تأثیر CBT بر این متغیرها است. لذا پژوهش حاضر با هدف، اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی، تاب‌آوری، سلامت روان و اختلال خواب کادر درمان شاغل در بخش‌های کرونا انجام شد.

## روش بررسی

پژوهش حاضر یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی کادرهای درمان درگیر مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در استان تهران بود. روش نمونه‌گیری در این پژوهش هدفمند و در دسترس بود. در ابتدا ۵۰ نفر از کادر درمان شاغل در بخش‌های کرونا به عنوان پیش‌آزمون پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند که از این ۵۰ نفر، تعداد ۳۰ نفر از کادر درمان شاغل در بخش‌های کرونا در بیمارستان شهید مدرس که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند و نمره پایینی در پرسشنامه‌های خودکارآمدی، تاب‌آوری کسب کردند همچنین در پرسشنامه‌های سلامت روان و اختلال خواب نمره بالاتری از حد نرمال کسب کردند، انتخاب شدند. این تعداد آزمودنی به دلیل اینکه در روش پژوهش نیمه‌آزمایشی حداقل حجم نمونه باید ۱۵ نفر باشد، انتخاب شد [۱۶]. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل تقسیم شدند. در نهایت ۲ نفر از گروه کنترل و ۳ نفر از گروه آزمایش به‌علل شخصی از ادامه کار منصرف شدند و نتایج بر اساس ۲۵ نفر (گروه کنترل ۱۳ نفر و گروه آزمایش ۱۲ نفر) تجزیه و تحلیل شد.

ملاک‌های ورود به مداخله 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، تمایل و رضایت به شرکت در مطالعه، عدم مصرف داروهای روانپزشکی، عدم دریافت روش‌های درمانی روان‌شناختی دیگر

1. General Self-Efficacy Scale (GSE-10)

2. Schwarzer & Jerusalem

۲۸، ۳۰ و ۶۰ در دسترس است. در این پژوهش از پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی که به صورت ۴ گزینه‌ای است استفاده شد. این پرسشنامه از ۴ خرده‌مقیاس تشکیل شده است که هر کدام از آن‌ها دارای ۷ سؤال است. سؤالات مربوط به ۴ خرده‌مقیاس، پشت سر هم آمده است و خرده‌مقیاس‌های کارکرد جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی را شامل می‌شوند [۲۲]. نمره‌دهی به صورت طیف لیکرت ساده (صفر تا ۳) محاسبه می‌شود. نمره نهایی ۲۳ و بالاتر بیانگر عدم سلامت روان و نمره پایین‌تر از ۲۳ نشان‌دهنده سلامت روانی است [۲۰]. شریعتی و همکاران ضریب پایایی کلی این آزمون را ۰/۸۸ و ضریب پایایی خرده‌آزمون‌ها 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 و خیم ۰/۹۱ و کل پرسشنامه ۰/۸۵ به دست آمده است [۲۳]. در کل مطالعات بسیاری از این پرسشنامه برای بررسی سلامت روان افراد با حرفه‌ها و اختلالات متنوع استفاده کرده‌اند [۲۴].

پرسشنامه شاخص شدت بی‌خوابی (ISI)<sup>۷</sup> پرسشنامه خودگزارش‌دهی است که ادراک بیمار را از شدت بی‌خوابی خود می‌سنجد و در سال ۱۹۹۳ توسط مورین<sup>۸</sup> و همکارانش ابداع گردید [۲۵]. این پرسشنامه دارای هفت موضوع است که شامل شدت مشکل در شروع خواب، تداوم خواب، زود بیدار شدن از خواب، رضایت از الگوی خواب فعلی، اختلال عملکرد در طی روز، قابل توجه بودن مشکل فرد از دید دیگران و ناراحتی و پریشانی فرد از مشکل بی‌خوابی است. هر سؤال در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از گزینه هرگز=نمره صفر تا گزینه خیلی زیاد=نمره ۴) نمره‌بندی می‌شود و حداقل نمره کسب شده صفر و حداکثر نمره ۲۸ است. امتیازهای صفر تا هفت نشان‌دهنده عدم وجود بی‌خوابی بارز، امتیازهای ۸ تا ۱۴ نشانگر بی‌خوابی

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 [۷].

پرسشنامه استاندارد تاب‌آوری توسط داویدسون و کونور<sup>۱</sup> در سال ۲۰۰۳ طراحی گردید و دارای ۲۵ سؤال است [۱۹]. مقیاس پاسخ‌دهی به سؤالات این پرسشنامه طیف لیکرت ۵ درجه‌ای و از (کاملاً نادرست=نمره صفر تا همیشه درست=نمره ۴) است. این پرسشنامه شامل زیرمقیاس‌های تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، مقیاس کنترل و تأثیرات معنوی است. حداقل نمره‌ای که فرد می‌تواند کسب کند صفر و حداکثر نمره‌ای 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 [۱۹]. داویدسون و کونور 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 سخت‌رویی کوباسا<sup>۲</sup> برابر با ۰/۸۳ را به عنوان شاخصی از روایی همگرایی این ابزار گزارش کردند [۱۹]. کیهانی و همکاران برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۶ همبستگی این ابزار را با مقیاس خودکارآمدی عمومی شوارزر<sup>۳</sup> و پرسشنامه پرخاشگری باس و پری<sup>۴</sup> به ترتیب برابر با ۰/۲۲ و ۰/۱۷- گزارش کردند [۲۰]. پایایی پرسشنامه در پژوهش مؤمنی و علیخانی مورد تأیید قرار گرفته و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش شده است [۲۱].

پرسشنامه سلامت روان (GHQ-28)<sup>۵</sup> توسط گلدبرگ<sup>۶</sup> در سال ۱۹۷۲ ساخته شد و از جمله شناخته شده‌ترین ابزارهای غربالگری اختلالات روانی است که به صورت فرم‌های ۱۲،

1. Davidson & Connor
2. Kobasa Hardiness Measure
3. Schwarzer General Self-Efficacy Scale
4. Buss & Perry Aggression Questionnaire
5. General Health Questionnaire
6. Goldberg

7. Insomnia Severity Index

8. Morin

جدول ۱- جلسات درمان شناختی- رفتاری

جلسه	فعالیت
اول	خوش آمدگویی، معارفه، ارزیابی‌های اولیه و آشنایی با برنامه + فرم فعالیت روزانه
دوم	آشنایی با چرخه احساس افکار رفتار و افکار خودآیند منفی+ بازیابی فرم فعالیت روزانه
سوم	بازیابی فرم فعالیت روزانه + آشنا نمودن مراجع با نحوه تکمیل فرم افکار خودآیند (یافتن افکار خودآیند منفی و احساسات همراه افکار منفی و یافتن پاسخ‌های مثبت)
چهارم	بازیابی فرم فعالیت روزانه + بازیابی فرم افکار خودآیند + یافتن افکار خودآیند منفی و احساسات همراه افکار منفی و یافتن پاسخ‌های مثبت مرتبط با خودکارآمدی و تاب‌آوری
پنجم	بازیابی فرم فعالیت روزانه + بازیابی فرم افکار خودآیند + یافتن افکار خودآیند منفی و احساسات همراه افکار منفی و یافتن پاسخ‌های مثبت مرتبط با سلامت روان و اختلال خواب
ششم	بازیابی فرم فعالیت روزانه + بازیابی فرم افکار خودآیند + بازسازی شناختی مرتبط با خودکارآمدی و تاب‌آوری
هفتم	بازیابی فرم افکار خودآیند+ بازسازی شناختی مرتبط با سلامت روان و اختلال خواب
هشتم	بازیابی فرم افکار خودآیند + جمع‌بندی جلسات قبل

### تجزیه و تحلیل آماری

در این پژوهش برای نشان دادن نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک<sup>۱</sup> استفاده گردید و همچنین برای بررسی تأثیر ۸ جلسه CBT بر متغیرهای مورد مطالعه از آزمون تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده شد. در کلیه آزمون‌ها مقدار  $p < 0/05$  معنی‌دار تلقی شد.

### یافته‌ها

میانگین سنی در بین افراد شرکت‌کننده در گروه CBT ۳۹/۶۵ سال و در گروه کنترل ۳۶/۵۰ سال بود. همچنین نتایج مربوط به جنسیت کادر درمان نشان داد در گروه CBT 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. نتایج نشان داد میانگین سابقه کاری در گروه CBT ۷/۵۰ سال و در گروه کنترل ۷/۲۵ سال بود. در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش اراده شده است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس که شامل بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها، وجود ارتباط خطی بین متغیر هم‌پراش (پیش‌آزمون) با متغیر وابسته و همگنی شیب خط رگرسیون اجرا گردید. برای بررسی نرمال بودن توزیع

زیر حد آستانه، امتیازهای ۱۵ تا ۲۱ نشانگر وجود بی‌خوابی بالینی با شدت متوسط و امتیازهای ۲۲ تا ۲۸ نشانگر وجود بی‌خوابی شدید است. در استانداردسازی این پرسشنامه باستین و همکاران اعتبار همسانی درونی را ۰/۷۴، روایی همزمان با برگه ثبت خواب را ۰/۶۵ و همبستگی هر سؤال با کل آزمون را ۰/۳۷ تا ۰/۶۹ گزارش کردند [۴]. در ایران این پرسشنامه توسط صادق‌نیت حقیقی و همکاران 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 به دست آمد [۲۶]. همچنین در مطالعه داستانی و همکاران همسانی درونی آزمون از طریق آلفای کرونباخ، ۰/۷۲ گزارش شد [۲۷].

آزمودنی‌های گروه آزمایش تحت CBT به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته و هر هفته یک جلسه قرار گرفتند. محتوای مداخله برگرفته از تورک (۲۰۰۷) و فری (۲۰۰۴) به صورت فردی در ۸ جلسه به صورت هفتگی و هر جلسه ۶۰ دقیقه بود [۲۸].

(جدول ۱)

### ملاحظات اخلاقی

برای انجام پژوهش حاضر تعداد ۳۰ نفر از کادر درمان شاغل در بخش‌های کرونا که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند و با تأکید به مسائلی همچون بی‌نامی آزمودنی‌ها و محرمانه ماندن اطلاعات فرم رضایت‌نامه را تکمیل کردند. در طول مدت تحقیق پرسشنامه‌ها با رضایت کامل پر شدند و به افراد اطمینان داده شده که آنها کاملاً محرمانه باقی می‌مانند. قبل از پر کردن پرسشنامه‌ها به افراد توضیح داده شد که این یک تحقیق دانشگاهی است و هیچ‌گونه استفاده شخصی از آن نخواهد شد.

1. Shapiro-Wilk

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات آزادی	درجه	میانگین مجذورات اثر	اندازه اثر	F مقدار	p مقدار
خودکارآمدی	گروه	۸۳۹۶/۱۳	۱	۸۳۹۶/۱۳	۰/۷۲۵	۹۲/۲۹	<۰/۰۰۱
	خطا	۲۴۷۶/۶۶	۲۵	۹۹/۰۶			
تاب‌آوری	گروه	۶۳۲۹/۸۱	۱	۶۳۲۹/۸۱	۰/۶۸۵	۶۹/۱۰	<۰/۰۰۱
	خطا	۱۴۲۸/۵۹	۲۵	۵۷/۱۴			
سلامت عمومی	گروه	۵۶۲۷/۳۳	۱	۵۶۲۷/۳۳	۰/۷۰۲	۷۱/۲۹	<۰/۰۰۱
	خطا	۶۶۶/۷۳	۲۵	۲۶/۶۷			
اختلال خواب	گروه	۷۲۸/۵۶	۱	۷۲۸/۵۶	۰/۷۸۴	۱۱۲/۱۱	<۰/۰۰۱
	خطا	۲۰۳/۰۹	۲۵	۸/۱۳			

عبارت دیگر تفاوت ایجاد شده در میزان تاب‌آوری کادر درمان در دو مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون ناشی از مداخله محقق بوده است و پیش‌آزمون تأثیر معناداری بر آن نداشته است. مقدار اندازه اثر نشان می‌دهد که این تأثیر ۶۸/۵٪ است.

همچنین نتایج به دست آمده برای متغیر سلامت عمومی ( $p < 0/001$  و  $F = 71/29$ ) و حاکی از تأثیر معنادار CBT بر سلامت عمومی کادر درمان درگیر مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بود. به عبارت دیگر تفاوت ایجاد شده در میزان سلامت عمومی کادر درمان در دو مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون ناشی از مداخله محقق بوده است و پیش‌آزمون تأثیر معناداری بر آن نداشته است. مقدار اندازه اثر نشان می‌دهد که این تأثیر ۷۰/۲٪ است.

در نهایت نتایج به دست آمده برای متغیر اختلال خواب ( $p < 0/001$  و  $F = 112/11$ ) و حاکی از تأثیر معنادار CBT بر اختلال خواب کادر درمان درگیر مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بود. به عبارت دیگر تفاوت ایجاد شده در میزان اختلال خواب کادر درمان در دو مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون ناشی از مداخله محقق بوده است و پیش‌آزمون تأثیر معناداری بر آن نداشته است. مقدار اندازه اثر نشان می‌دهد که این تأثیر ۷۸/۴٪ است.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد CBT بر متغیرهای خودکارآمدی، تاب‌آوری، سلامت روان و اختلال خواب کادر درمان اثرگذار بوده است. در راستای بررسی اثربخشی CBT بر خودکارآمدی کادر درمان شاغل در بخش‌های کرونا، متقی و همکاران در

جدول ۲- مشخصات توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
خودکارآمدی	آزمایش	۲۴/۰۹±۴/۵۸	۳۳/۶۵±۷/۱۰
	گواه	۲۶/۲۲±۵/۳۱	۲۵/۱۹±۴/۷۸
تاب‌آوری	آزمایش	۴۲/۳۹±۱۵/۰۱	۷۵/۵۱±۲۲/۶۲
	گواه	۴۵/۲۲±۱۸/۱۵	۴۳/۰۶±۱۶/۲۶
سلامت عمومی	آزمایش	۲۱/۴۵±۳/۱۲	۱۵/۲۶±۲/۳۴
	گواه	۲۰/۱۹±۳/۶۲	۲۱/۷۴±۴/۰۵
اختلال خواب	آزمایش	۱۸/۰۲±۳/۱۶	۶/۱۹±۱/۲۲
	گواه	۱۷/۵۵±۳/۳۷	۱۷/۵۹±۳/۴۶

داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد و نتایج نشان داد که داده‌های به دست آمده در هر دو گروه آزمایش و شاهد در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در همه متغیرها است. برای بررسی مفروضه 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 کوواریانس را رد نکرد. وجود ارتباط خطی بین متغیرهای هم‌پراش (پیش‌آزمون) با متغیرهای وابسته در طول پژوهش یکی دیگر از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس است که نتایج نشان داد در سطح خطای ۰/۰۵ در متغیرهای پژوهش معنادار است. همچنین مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون در متغیرهای پژوهش برقرار بود؛ به نحوی که در سطح خطای ۰/۰۵ در پس‌آزمون به دست آمد. برای بررسی تأثیر CBT از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج این آزمون در جدول ۳ ذکر گردیده است.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود نتایج به دست آمده برای متغیر خودکارآمدی حاکی از تأثیر معنادار CBT بر خودکارآمدی کادر درمان درگیر مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بود ( $p < 0/001$  و  $F = 92/29$ ) و به عبارت دیگر تفاوت ایجاد شده در میزان خودکارآمدی کادر درمان در دو مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون ناشی از مداخله محقق بوده است و پیش‌آزمون تأثیر معناداری بر آن نداشته است. مقدار اندازه اثر نشان می‌دهد که این تأثیر ۷۲/۵٪ است.

نتایج به دست آمده برای متغیر تاب‌آوری ( $p < 0/001$  و  $F = 69/10$ ) و حاکی از تأثیر معنادار CBT بر تاب‌آوری کادر درمان درگیر مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بود. به



نماید و در نتیجه موجب بهبود و ارتقای سطح کیفیت زندگی این افراد گردد [۳۲]. از دیدگاه وینر<sup>۱</sup> و همکاران، CBT نقاط قوت متعددی دارد؛ از جمله این که به شخص نوعی فرصت یادگیری مهارت‌های جدید و خاص همچون کاهش اجتناب تجربی و افزایش پذیرش روانی و ارتباط با زمان حال را می‌دهد و همین ویژگی موجب می‌گردد که شخص نه تنها از اجتناب روی برگردان شود، بلکه به صورت انعطاف‌پذیری با آن روبرو می‌شود. این امر منجر می‌گردد که فرد با سبک مقابله‌ای کارآمدتری با مسائل روبرو شود که موجب افزایش خودکارآمدی می‌گردد. این بهبود خودکارآمدی در کادر درمان شاغل در بخش‌های کرونا موجب کنترل بهتر شرایط بیماران شده و کادر درمان با دستیابی به انعطاف‌پذیری و مهارت‌های مقابله‌ای به خوبی می‌تواند با شرایط ناگوار ناشی از پیامدهای شیوع کرونا بر مدیریت و سازمان‌دهی شرایط سخت در این دوران کمک نماید [۳۳].

در راستای اثربخشی CBT بر تاب‌آوری، چنگ<sup>۲</sup> و همکاران در پژوهش خود گزارش کردند که CBT اینترنتی می‌تواند موجب افزایش تاب‌آوری افراد جامعه در طول همه‌گیری بیماری کرونا گردد [۳۴]. اعظمی و نبی‌فارسی، در پژوهش خود به مقایسه تاب‌آوری کادر درمان در بخش‌های کرونا و غیرکرونا، بیمارستان‌های نیروی زمینی ارتش تهران پرداختند و نتیجه گرفتند تاب‌آوری در کادر درمان بخش‌های غیرکرونا، بهتر از کادر درمان بخش‌های کرونایی بود [۱۵]. عبدی‌زرین و مهدوی در پژوهشی دریافتند که CBT موجب افزایش خودکارآمدی و تاب‌آوری معتادان می‌گردد [۳۵].

اعظمی و نبی‌فارسی، علت اصلی کاهش تاب‌آوری در کادر درمان شاغل در بخش‌های کرونایی را تنش‌های روانی وارده به خاطر درگیری با بیماران کرونایی می‌دانند. آنها اظهار داشتند که این افراد دارای هیجانات منفی بیشتری هستند، چرا که با شرایط سخت و طاقت‌فرسا روبرو هستند، فشار کاری زیادی را

پژوهش خود اثربخشی CBT را بر خودکارآمدی در مدیریت دیابت در زمان پاندمی کرونا بررسی کردند و دریافتند این درمان به صورت حضوری و آنلاین تأثیر معناداری بر خودکارآمدی در مدیریت دیابت ایفا می‌کند و بین درمان حضوری و آنلاین تفاوت معناداری وجود ندارد [۲۹]. عابدی‌شرق و همکارانش در پژوهشی به بررسی اثربخشی CBT بر افزایش خودکارآمدی سبک زندگی در طی اپیدمی کووید-۱۹ پرداختند و دریافتند با وجود همه‌گیری بیماری کووید-۱۹، CBT می‌تواند موجب افزایش خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن در زنان گردد [۲۷]. دورودیان، مداحی و خلعتبری در پژوهشی مقایسه‌ای بین CBT و درمان پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی نشان دادند که هر دو درمان موجب افزایش خودکارآمدی در زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی می‌گردد [۲۸].

در تبیین یافته‌های مذکور می‌توان بیان کرد که CBT موجب می‌گردد تا شخص ضمن برخورداری از تصویری کارآمد از خود، مهارت‌های مقابله‌ای ضروری را برای مدیریت شرایط کاری در طول روز کسب نماید و این باور را داشته باشد که توانایی داشتن کنترل بر روی مشکلات روزمره خود را دارد [۲۹]. از دیدگاه کمزرین و همکاران، رمز موفقیت CBT در این است که این درمان تأکید بر شناسایی خطاهای شناختی اشخاص دارد و بر آگاه نمودن این افراد تمرکز دارد، چرا که این روند شناسایی و آگاهی فرد از افکار خود را نمی‌توان با داوردرمانی متوجه شد و ضروری است که درمان‌های روان‌شناختی استفاده شود و چون CBT تمرکز جدی روی این روند دارد، استفاده از این درمان مناسب است. راهبردهای CBT با تمرکز بر اصلاح سبک‌های اسنادی، برخورد با باورهای غیرمنطقی، آرام‌سازی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای با شرایط استرس‌زا می‌تواند به افراد برای مقابله با شرایط دشوار زندگی و شغلی مقابله کرده که خود موجب افزایش خودکارآمدی می‌گردد و می‌تواند از کادر درمان در مقابل استرس و فشارهای ناشی از مقابله با این بیماری محافظت

1. Weiner  
2. Cheng

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 CBT می‌تواند نقش اساسی در بهبود سلامت روان ایفا کند [۳۷].

در راستای بررسی اثربخشی CBT بر اختلال خواب کادر درمان شاغل در بخش‌های کرونا در چندین پژوهش مشخص شده که کادر درمان شاغل در بخش‌های کرونا به اختلالات خواب دچار شدند. برای مثال هانگ و ژائو<sup>۱</sup> در پژوهشی نشان دادند که ۱۸/۱٪ از کارکنان درمانی و غیردرمانی مراکز به اختلالات خواب دچار شدند [۳۷]. لیو<sup>۲</sup> و همکاران در پژوهشی مقطعی گزارش کردند که ۳۶/۱٪ از کارکنان درمانی در دوران شیوع کرونا به بی‌خوابی مبتلا شدند [۱۴].

در تبیین یافته‌های مذکور می‌توان گفت که CBT به مراجع کمک می‌کند تا افکار و احساساتی را که روی رفتارشان اثرگذار است، درک کند، چرا که افکار و احساساتی که فرد مبتلا به اختلال خواب، پیش از خواب تجربه می‌کند، موجب برانگیختگی هیجانات منفی در وی می‌گردد و در نتیجه این هیجانات بر رفتار و افزایش مدت زمان بی‌خوابی در این افراد تأثیر می‌گذارد، اما تکنیک‌های CBT به افراد مبتلا به بی‌خوابی کمک می‌کند تا افکار و احساسات آسیب‌رسان و ناکارآمد خود را شناسایی کرده و بتوانند نسبت به هیجان‌های حاصل از این افکار و احساسات ناکارآمد آگاهی پیدا کند و برای مقابله و حذف آنها اقدام نماید [۳۸].

به طور کلی نتایج حاکی از تأثیر معنادار یک دوره CBT بر برخی متغیرهای روان‌شناختی بود و می‌توان از این روش برای درمان اختلالات کادر درمان در شرایط شیوع کرونا استفاده کرد.

از جمله محدودیت‌های موجود در پژوهش حاضر شامل موارد ذیل است. در این پژوهش صرفاً از پرسشنامه استفاده

در اثر دیدن بیماران با وضع وخیم تحمل می‌کنند و در نتیجه تاب‌آوری کمتری نسبت به سایر کادر درمان دارند [۱۵]. در نهایت برای تبیین تأثیر معنادار CBT بر افزایش تاب‌آوری کادر درمان شاغل در بخش‌های کرونایی می‌توان اظهار داشت که، این روش درمانی ترکیبی از روش‌های متنوع همچون آرمیدگی، بازسازی شناختی، حل مسئله و تلقیح استرس است. این رویکرد افکار و نگرش‌های نادرست را به چالش کشیده و همچنین با آموزش روش‌های مقابله، گفتگوی درونی و راهبردهای حل مسئله در جهت ارتقای رفتارهای اجتماعی و افزایش ارتباط مثبت می‌کوشد که در نهایت موجب افزایش تاب‌آوری کارکنان مشاغل سخت و حتی موقعیت‌های دشوار روزمره و خانوادگی می‌گردد [۳۶].

در راستای اثربخشی CBT بر بهبود سلامت عمومی، چنگ و همکاران در پژوهش خود گزارش کردند که CBT اینترنت‌ای می‌تواند موجب بهبود سلامت افراد جامعه در طول همه‌گیری بیماری کرونا گردد [۳۴]. اعظمی و نبی‌فارسی، در پژوهش خود به مقایسه سلامت روان کادر درمان در بخش‌های کرونا و غیرکرونایی بیمارستان‌های نیروی زمینی ارتش تهران پرداختند و نتیجه گرفتند سلامت روان در کادر درمان بخش‌های غیرکرونایی بهتر از کادر درمان بخش‌های کرونایی بود [۱۵]. جانی و همکاران در پژوهشی که روی کادر درمان بیمارستان‌های پارس‌آباد اجرا کردند دریافتند که CBT موجب بهبود علائم اضطراب کرونا در کادر درمان گردیده است [۱۲].

در تبیین یافته‌های مذکور می‌توان بیان کرد که CBT شامل کنترل و نظم‌بخشی به عواطف و احساسات، کنترل فشار روانی، برقراری ارتباط مؤثر و خودکنترلی می‌گردد و از سوی دیگر ساختار ارزشی و خودکارآمدی را در بر می‌گیرد و در اثر تعامل شخص با محیط موجب ارتقاء بهداشت روانی افراد می‌شود. در نتیجه اگر شخص توسط برنامه شناختی رفتاری در مسیر مناسبی هدایت شود از عوامل تهدید کننده سلامت روان آنان کاسته می‌شود و سلامت روان آنان هم بهبود پیدا می‌کند [۳۶]. به بیان دیگر، CBT منجر به تسلط بر نشانه‌های

1. Huang &amp; Zhao

2. Liu

## تشکر و قدردانی

این پژوهش در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی - واحد بجنورد با کد اخلاق IR.IAU.BOJNOURD.REC.1401.007 به تصویب رسیده است. بدین وسیله از تمامی آزمودنی‌ها و کادر درمان و کارکنان بیمارستان شهید مدرس که در انجام این پژوهش ما را یاری کردن کمال تقدیر و تشکر را داریم.

## تعارض منافع

نتایج این مطالعه با منافع نویسندگان در تعارض نیست.

## سهام نویسندگان

تمامی نویسندگان در تدوین طرح و نگارش این مقاله به یک اندازه سهیم هستند.

## منابع مالی

این پژوهش از هیچ سازمانی حمایت مالی دریافت نکرده است.

شده است؛ به همین خاطر ممکن است در اطلاعات به دست آمده سوگیری ایجاد شده باشد. محدود بودن جامعه پژوهش به بیمارستان شهید مدرس شهر تهران تعمیم نتایج به سایر شهرها را با محدودیت مواجه می‌سازد. نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به صورت نمونه‌گیری در دسترس بوده که خود تعمیم نتایج این پژوهش به جامعه بزرگتر را با مشکل مواجه می‌کند. حجم نسبی آزمودنی‌ها به دلیل افزایش دقت در درمان کوچک بوده است. استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، مدت زمان اندک و نبود دوره پیگیری از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. در نهایت پیشنهاد می‌شود با توجه به یافته‌های پژوهش و همچنین شرایط شغلی پرستاران و کادر درمان که در مدت شیوع بیماری کووید-۱۹ شرایط شغلی بسیار سخت و طاقت‌فرسایی را طی کردند، درمان CBT به صورت عمومی و گروهی اجرا گردد تا شاید تسلی خاطر برای این قشر زحمتکش باشد. 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 PTSD استفاده نمود.

## References

- Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with Pneumonia in China, 2019. *The New England Journal of Medicine*. 2020;382(8):727-733. doi:10.1056/NEJMoa2001017
- 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 (condensed version of the second edition). *World Journal of Pediatrics*. 2020;16(3):232-239. doi:10.1007/s12519-020-00362-4
- Kim JS, Choi JS. Factors influencing emergency nurses' burnout during an outbreak of Middle East respiratory syndrome coronavirus in Korea. *Asian Nursing Research (Korean Soc Nurs Sci)*. 2016;10(4):295-299. doi:10.1016/j.anr.2016.10.002
- Bustin S, Vahidifard M, Bahadivand chegini AH, Biranvand H. Covid-19 and its psychological consequences. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2020;9(7):35-44. [Persian]
- Saadattalab A, Jafari M. Mediator role of spiritual happiness in the relationship between social capital and social support with resiliency in employees against, Covid -19 diseases epidemic in the period of Social distance. *Journal of Research in Psychological Health*. 2020;14(1):115-129. [Persian] doi:10.52547/rph.14.1.115
- Safa F, Anjum A, Hossain S, Trisa TI, Alam SF, Abdur Rafi M, et al. Immediate psychological responses during the initial period of the COVID-19 pandemic among Bangladeshi medical students. *Children and Youth Services Review*. 2021;122:105912. doi:10.1016/j.childyouth.2020.105912
- Asadi R, Asadi N. Predicting general health using individual variables, self-efficacy and anxiety in COVID-19 health care workers (student and nonstudent). *Educational Psychology*. 2020;16(55):239-268. [Persian] doi:10.22054/jep.2020.53332.3046

8. 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. *Frontiers in Psychiatry*. 2020;11:306. doi:10.3389/fpsy.2020.00306
9. Beasley M, Prescott GJ, Scotland G, McBeth J, Lovell K, Keeley P, et al. Patient-reported improvements in health are maintained 2 years after completing a short course of cognitive behaviour therapy, exercise or both treatments for chronic widespread pain: long-term results from the MUSICIAN randomised controlled trial. *Rheumatic & Musculoskeletal Diseases Open*. 2015;1(1):e000026. doi:10.1136/rmdopen-2014-000026
10. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*. 2012;36(5):427-440. doi:10.1007/s10608-012-9476-1
11. Southam-Gerow MA, Chapman JE, Martinez RG, McLeod BD, Hogue A, Weisz JR, et al. Are therapist adherence and competence related to clinical outcomes in cognitive-behavioral treatment for youth anxiety? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2021;89(3):188-199. doi:10.1037/ccp0000538
12. Jani S, Mikaeili N, Rahimi P. The effectiveness of internet-delivered cognitive behaviour therapy on reducing corona-related anxiety in parsabad health care workers. *Information and Communication Technology in Educational Sciences*. 2020;10(40):129-145. [Persian]
13. 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. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(5):1-25. doi:10.3390/ijerph17051729
14. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e17-e18. doi:10.1016/s2215-0366(20)30077-8
15. Aazami Y, Nabi-Farsi F. Comparison of resilience, mental health and the amount of health anxiety in the treatment staff working in the corona and non-corona departments of Tehran army ground forces hospitals in 2021-2022. *Nurse and Physician within War*. 2022;10(36):78-87. [Persian] doi:10.29252/npwjm.10.36.78
16. Delavar A. Theoretical and practical principles of research in the humanities and social sciences. 9<sup>th</sup> ed. Tehran: Roshd Publications; 2011. pp: 1-432. [Persian]
17. Schwarzer R, Jerusalem M. Measures in health psychology: A user's portfolio. *Causal and Control Beliefs*. 1995;1:35-37.
18. Delavar A, Najafi M. The psychometric properties of the general self efficacy scale among university staff. *Quarterly of Educational Measurement*. 2013;3(12):87-104. [Persian]
19. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The connor-davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003;18(2):76-82. doi:10.1002/da.10113
20. 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. *Iranian Journal of Medical Education*. 2015;14(10):857-865. [Persian]
21. Momeni K, Alikhani M. The relationship between family functioning, differentiation of self and resiliency with stress, anxiety and depression in the married women Kermanshah city. *Family Counseling and Psychotherapy*. 2013;3(2):297-329. [Persian]
22. Goldberg DP, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. London: nferNelson; 1988.
23. Shariati M, Yunesian M, Vash JH. Mental health of medical students: A cross-sectional study in Tehran. *Psychological Reports*. 2007;100(2):346-354. doi:10.2466/pr0.100.2.346-354
24. Zare N, Parvareh M, Noori B, Namdari M. Mental health status of Iranian university students using the GHQ-28: a meta-analysis. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2016;21(4):1-16. [Persian]
25. Morin CM, Belleville G, Bélanger L, Ivers H. The Insomnia Severity Index: Psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*. 2011;34(5):601-608. doi:10.1093/sleep/34.5.601
26. Sadeghniaat-Haghighi K, Montazeri A, Khajeh-Mehrzi A, Nedjat S, Aminian O. The insomnia severity index: Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of a persian version. *Quality of Life Research*. 2014;23(2):533-537. doi:10.1007/s11136-013-0489-3
27. Dastani M, Jomheri F, Fathi-Ashtiani A, Sadeghniaat Kh, Someloo S. Effectiveness of drug therapy and behavioral therapy on chronic insomnia. *Journal of Behavioral Sciences*. 2011;5(1):27-32. [Persian]
28. Kolbadinejad M, Asadi J, Pourasghar M, Aghaie M. Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy with cognitive behavioral hypnotherapy on sexual satisfaction of women with fibromyalgia syndrome: A clinical trial study. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2022;24(1):26-34. [Persian]
29. Mottaghi S, Rahimian Boogar I, Moradi S, Sotodehasl N. Effectiveness of face-to-face and online methods of cognitive-behavioral therapy based on stress reduction on diabetes management self-efficacy and adherence to treatment among patients with diabetes during the coronavirus pandemic. *Journal of Diabetes Nursing*. 2022;10(2):1844-1861. [Persian]
30. Abedishargh N, Ramezani Farani A, Gharraee B, Ghorbani S, Farahani H. The effectiveness of internet-based cognitive behavioral therapy (ICBT) in reducing body weight and increasing weight efficacy life style via virtual group: During Covid-19 pandemic. *Journal of Military Medicine*. 2022;23(3):209-219. [Persian] doi:10.30491/jmm.23.3.209
31. Doroudian N, Maddahi ME, Khal'atbary J. A comparison of the impact of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on the emotional regulation and self-efficacy of women with social anxiety. *The Women and Families Cultural-Educational*. 2018;13(44):89-108. [Persian]
32. Kamarzarin H, Zaree H, Brouki M, Hosin. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on increasing of self-efficacy and improving of addiction symptoms among drug dependency patients. *Research on Addiction*. 2012;6(22):75-85. [Persian]

33. Weiner L, Berna F, Nourry N, Severac F, Vidailhet P, Mengin AC. Efficacy of an online cognitive behavioral therapy program developed for healthcare workers during the COVID-19 pandemic: The reduction of stress (REST) study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2020;21(1):1-10. doi:10.1186/s13063-020-04772-7
34. Cheng P, Casement MD, Kalmbach DA, Castelan AC, Drake CL. Digital cognitive behavioral therapy for insomnia promotes later health resilience during the coronavirus disease 19 (COVID-19) pandemic. *Sleep*. 2021;44(4):1-9. doi:10.1093/sleep/zsaa258
35. Abdi Zarrin S, Mahdavi H. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in self-efficacy and resilience among addicts referring to Behshahr addiction treatment camps. *Research on Addiction*. 2019;12(49):39-56. [Persian]
36. Sharrock MJ, Mahoney AEJ, Haskelberg H, Millard M, Newby JM. The uptake and outcomes of Internet-based cognitive behavioural therapy for health anxiety symptoms during the COVID-19 pandemic. *Journal of Anxiety Disorders*. 2021;84:102494. doi:10.1016/j.janxdis.2021.102494
37. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: A web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*. 2020;288:112954. doi:10.1016/j.psychres.2020.112954
38. Yarahmadi M, Hafezi F, Makvandi B. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for insomnia on emotional regulation and dysfunctional sleep beliefs among insomnia patients. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2022;28(2):196-209. [Persian] doi:10.32598/ijpcp.28.2.1979.2