J Crit Care Nurs. 2023 March;16(1):26-34

10.30491/JCC.16.1.26 **Research Article**

The Effectiveness of Cognitive Behavioral Hypnotherapy on Self-efficacy, Resilience, Mental Health and Sleep Disorders of Treatment Staff Involved in the Care of Patients with COVID-19: A Semi-Experimental Study

Farzaneh Norian[1], Narges Rasouli[*2], Mehdi Fathi[3]

[1] Department of Psychology, Islamic Azad University, Bojnourd Branch, Bojnourd, Iran
[2] Department of Psychology, Islamic Azad University, Kashmar Branch, Kashmar, Iran
[3] Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

[*] **Corresponding Author:** Narges Rasouli. Department of psychology, Kashmar Branch, Islamic Azad University, Kashmar, Iran. E-mail: narges.rasouli@yahoo.com

How to Cite: Norian F, Rasouli N, Fathi M. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Hypnotherapy on Self-efficacy, Resilience, Mental Health and Sleep Disorders of Treatment Staff Involved in the Care of Patients with COVID-19: A Semi-Experimental Study. J Crit Care Nurs. 2023;16(1):26-34. doi: 10.30491/JCC.16.1.26

Received: 16 December 2022 **Accepted:** 22 January 2023 **Online Published:** 25 January 2023

Abstract

Background & aim: Considering the widespread psychological effects caused by the spread of COVID-19 in societies, there is strong evidence that the treatment staff of hospitals, due to their jobs, are prone to the occurrence of many psychological disorders, such as reducing self-efficacy, resilience, mental health, and sleep disorders. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of cognitive behavioral hypnotherapy on self-efficacy, resilience, mental health and sleep disorders of treatment staff involved in the care of patients with COVID-19.
Methods: The research method was quasi-experimental along with a pre-test-post-test design and a control group. The sample consisted of 30 medical staff involved in the care of patients with Covid-19 in Shahid Modares Hospital in Tehran who were randomly divided into experimental and control groups. Cognitive behavioral hypnotherapy sessions were held individually in eight sessions (each lasting for 120 minutes) and one session per week.
Results: Findings show that cognitive behavioral hypnotherapy had an effect on self-efficacy ($F = 13.15$, $P<0.001$), resilience ($F = 19.59$, $P<0.001$), mental health ($F = 25.35$, $P<0.001$) and sleep disorders ($F = 98.43$, $P<0.001$) in the treatment staff involved in the care of patients with COVID-19.
Conclusion: According to findings it can be concluded that this method can be used to treat disorders of the medical staff in the cases of COVID-19.

Keywords: Coronavirus, Cognitive Behavioral Hypnotherapy, Self-efficacy, Resilience, Mental Health, Sleep Disorder

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-14]

[DOI: 10.30491/JCC.16.1.26]

Copyright © 2023 The Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

دوره ۱۶، شماره ۱، بهار ۱۴۰۲
10.30491/JCC.16.1.26

اثربخشی هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر خودکارآمدی، تاب‌آوری، سلامت روان و اختلال خواب کادر درمان مواجه با بیماران مبتلا به کووید-۱۹: یک مطالعه نیمه تجربی

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

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

* **نویسنده مسئول:** نرگس رسولی، گروه روانشناسی، واحد کاشمر، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشمر، ایران. پست الکترونیک: narges.rasouli@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۹/۲۵ **پذیرش مقاله:** ۱۴۰۱/۱۱/۰۲ **انتشار مقاله:** ۱۴۰۱/۱۱/۵

چکیده

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

روش‌ها: روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه است. نمونه مورد پژوهش تعداد ۳۰ 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 شاهد قرار گرفتند. جلسات هیپنوتراپی شناختی رفتاری به صورت فردی و در هشت جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای و یک جلسه در هفته برگزار شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر خودکارآمدی ($P<۰/۰۰۱$ و $F = ۱۳/۱۵$)، تاب‌آوری ($P<۰/۰۰۱$ و $F = ۱۹/۵۹$)، سلامت روان ($P<۰/۰۰۱$ و $F = ۲۵/۳۵$) و اختلال خواب ($P<۰/۰۰۱$ و $F = ۹۸/۴۳$) در کادر درمان مواجه با بیماران مبتلا به کووید-۱۹ اثرگذار بوده است.

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

کلیدواژه‌ها: کروناویروس، هیپنوتراپی شناختی رفتاری، خودکارآمدی، تاب‌آوری، سلامت روان، اختلال خواب

مقدمه

بیماری کرونا ویروس ۲۰۱۹ (کووید-۱۹) (Coronavirus disease 2019 (COVID-19)) در دسامبر سال ۲۰۱۹ به عنوان یک بیماری همه‌گیر در چین خود را نشان داد و به سرعت در تمامی کشورهای جهان گسترش پیدا کرد [۱]. سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization)، این بیماری را به عنوان 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]. 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 [۳] و 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 هیپنوتراپی شناختی رفتاری را نام برد.

هیپنوتراپی شناختی رفتاری (CBH) نوعی روان‌درمانی است که در اکثر موارد اختلالات روانشناختی کارایی بالایی دارد [۴]. هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر این فرض استوار است که بیشتر آشفتگی‌های روانشناختی معلول یک شکل منفی خودهیپنوتیزم است، به طوری که افکار منفی به طور انتقادی و حتی بدون اطلاع آگاهانه، پذیرفته می‌شوند. هیپنوتراپی شناختی رفتاری شامل چند روش اساسی شامل آرام‌سازی، تصویرسازی هدایت شده، بازسازی شناختی، حساسیت‌زدایی تدریجی و آموزش مهارت‌های هیپنوتیک است [۴]. مزیت و برتری این

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-14]
[DOI: 10.30491/JCC.16.1.26]

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 [۴].

پژوهش‌های بسیار اندکی به اثربخشی هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر متغیرهای روانشناختی انجام شده است که از جمله پژوهش‌های انجام شده؛ رستمی، احتشام‌زاده، عسگری، علوی فاضل (۱۴۰۱)، اظهار داشتند که هیپنوتراپی شناختی موجب افزایش خودکارآمدی مقابله‌ای در زنان چاق می‌شود [۵]. کلبادی‌نژاد، اسدی، پوراصغرعربی، آقایی، (۱۴۰۰)، در پژوهش خود گزارش کردند که هیپنوتراپی شناختی رفتاری موجب بهبود کیفیت خواب و تاب‌آوری زنان مبتلا به سندروم فیبرومیالژیا می‌شود [۶].

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 [۷]. 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 شود [۸]. 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 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 بررسی اثربخشی هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر خودکارآمدی، تاب‌آوری، سلامت روان و اختلال خواب کادر درمان مواجه با بیماران مبتلا به کووید-۱۹ انجام شد.

روش‌ها

پژوهش حاضر یک طرح نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و دوره پیگیری با گروه شاهد بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی کادر درمان مواجه با بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در استان تهران بود. از این جامعه، تعداد ۳۰ نفر از کادر درمان مواجه با بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در بیمارستان شهید مدرس که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. نمونه‌های شرکت‌کننده 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 گروه شاهد جایگزین شدند. در نهایت دو نفر از گروه شاهد و سه نفر از گروه آزمایش به علل شخصی از ادامه کار منصرف شدند و نتایج بر اساس ۲۵ نفر (گروه شاهد ۱۳ نفر و گروه آزمایش ۱۲ نفر) تجزیه و تحلیل شد. در پیش از شروع تحقیق از آزمودنی‌ها رضایت‌نامه کتبی اخذ شد و به افراد اطمینان داده شده که آنها کاملاً محرمانه باقی می‌مانند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بود 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 بود از: عدم شرکت در برنامه جلسات هیپنوتراپی شناختی رفتاری؛ غیبت بیشتر از دو جلسه در برنامه جلسات هیپنوتراپی 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. 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 (Scale Efficacy-Self General (GSE-10، در سال ۱۹۷۹ توسط Schwarzer و Jerusalem طراحی شد. 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 [۹]. دلاور و نجفی (۱۳۹۲) در پژوهشی به بررسی خصوصیات روان‌سنجی مقیاس خودکارآمدی عمومی در کارکنان دانشگاه پرداختند؛ این پژوهشگران پیشنهاد کردند که خودکارآمدی عمومی به طور قابل ملاحظه‌ای می‌تواند به

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-14]

[DOI: 10.30491/JCC.16.1.26]

سازمان تحقیق و عمل کمک نماید. نتایج تحلیل عاملی و روش مؤلفه‌های اصلی ساختار پرسشنامه را تأیید کرد [۱۰]؛ 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 [۱۱] نظر به اینکه پرسش‌نامه خودکارآمدی عمومی به صورت طیف لیکرت طراحی شده است و در واقع از نوع نگرش‌سنج است، مناسب‌ترین روش برای محاسبه اعتبار، ضریب آلفای کرونباخ است. در پژوهش حاضر نیز از طریق ضریب آلفای کرونباخ میزان پایایی آن محاسبه شد که ۰/۸۳ بدست آمد. مقادیر آلفای کرونباخ سازه اصلی بیش‌تر از ۰/۷ شده است که بیانگر پایایی قابل قبول پرسشنامه خودکارآمدی عمومی است.

پرسشنامه استاندارد تاب‌آوری Connor و Davidson 2003))، در سال ۲۰۰۳ طراحی شد و دارای ۲۵ سؤال است [۱۲]. 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 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 [۱۲]. (Connor Davidson, (2003) 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 [۱۲]. کیهانی و همکاران (۱۳۹۳) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۶ همبستگی این ابزار را با مقیاس خودکارآمدی عمومی Schwarzer (Schwarzer General Self-Efficacy Scale) و پرسشنامه پرخاشگری Buss & Perry (Buss & Perry Aggression Questionnaire) به ترتیب برابر با ۰/۲۲ و ۰/۱۷- گزارش کردند [۱۳]. 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 تاب‌آوری است.

پرسشنامه سلامت روان (GHQ-28)، که توسط Goldberg در سال ۱۹۷۲ ساخته شده، از جمله شناخته‌شده‌ترین ابزارهای غربالگری اختلالات روانی است که به صورت فرم‌های ۱۲، ۲۸، ۳۰ و ۶۰ در دسترس است. در این پژوهش از پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی که به صورت چهار گزینه‌ای است استفاده شد [۱۴]. 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 [۱۴]. Shariati و همکاران (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 [۱۵]. 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 (Insomnia Severity Index)، یک پرسشنامه خود گزارش‌دهی است که ادراک بیمار را از شدت بی‌خوابی خود می‌سنجد و در سال ۱۹۹۳ توسط Morin و همکارانش ابداع شد [۱۶]. 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) نمره‌بندی می‌شود و حداقل نمره کسب شده صفر و حداکثر نمره ۲۸ است. 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 [۱۶]. در استانداردسازی این پرسشنامه باستین و همکاران اعتبار همسانی درونی را ۰/۷۴، روایی همزمان با برگه ثبت خواب را ۰/۶۵و همبستگی هر سؤال با کل آزمون را ۰/۳۷ تا ۰/۶۹ گزارش کردند [۴]. در ایران این پرسشنامه توسط Sadeghniiat-Haghighi و همکاران (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 [۱۷]. 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.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-14]

[DOI: 10.30491/JCC.16.1.26]

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) [۱۸] و کلبادی‌نژاد، اسدی، پوراصغر و آقایی (۱۴۰۰) بود [۶].

جلسات این مداخله به این صورت بود:

جلسه اول: خوش‌آمدگویی، معارفه، ارزیابی‌های اولیه و آشنایی با برنامه + فرم فعالیت روزانه و رفع سوء برداشت از هیپنوتیزم

جلسه دوم: آشنایی با چرخه احساس افکار رفتار و افکار خودآیند منفی + بازبینی فرم فعالیت روزانه + تجربه خلسه هیپنوتیزمی و شرطی‌سازی

جلسه سوم: 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)

جلسه چهارم: بازبینی فرم فعالیت روزانه + بازبینی فرم افکار خودآیند + تلقینات مستقیم مرتبط با کنترل افکار خودآیند منفی ذکر شده در جلسه

جلسه پنجم: بازبینی فرم فعالیت روزانه + بازبینی فرم افکار خودآیند + تلقینات مستقیم مرتبط با کنترل افکار خودآیند منفی ذکر شده در جلسه

جلسه ششم: بازبینی فرم فعالیت روزانه + بازبینی فرم افکار خودآیند+ بازگشت سنی به تجربیات آسیب‌رسان گذشته

جلسه هفتم: بازبینی فرم افکار خودآیند + پیشرفت سنی به زمانی که مراجع به توانایی مدیریت شرایط شغلی خود دست یافته است

جلسه هشتم: بازبینی فرم افکار خودآیند + جمع‌بندی جلسات قبلی و آموزش خود هیپنوتیزمی.

این پژوهش توسط کمیته اخلاقی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد با شناسه IR.IAU.BOJNOURD.REC.1401.007 تأیید شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا پیش‌فرض‌های آزمون آنالیز واریانس 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 شد. برای تجزیه و تحلیل یافته‌های تحقیق از آزمون آماری آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر (Repeated Measure) و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و از نرم افزار SPSS نسخه شماره ۲۵ استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی مرتبط با این پژوهش در (جدول ۱) ذکر شده است. شاخص‌های آمار توصیفی مربوط به ویژگی‌های فردی آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و گواه در (جدول ۲) ذکر شده است.

جدول ۱. آمار توصیفی مربوط به داده‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
سن	هیپنوتراپی شناختی رفتاری	۱۴ نفر	۳۸/۰۵	۶/۴۹	۲۵	۴۹
	شاهد	۱۳ نفر	۳۶/۵۰	۵/۳۱	۲۶	۴۹
سابقه کاری	هیپنوتراپی شناختی رفتاری	۱۴ نفر	۶/۶۰	۲/۲۵	۳	۱۱
	شاهد	۱۳ نفر	۷/۲۵	۱/۵۸	۴	۱۰
		مرد	درصد	زن	درصد	
جنس	هیپنوتراپی شناختی رفتاری	۴	۲۸	۱۰	۷۲	
	شاهد	۵	۳۰	۸	۷۰	

جدول ۲. مشخصات توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	گروه	میانگین	SD	میانگین	SD	میانگین	SD
خودکارآمدی	آزمایش	۲۳/۴۶	۴/۲۵	۳۴/۷۱	۷/۱۲	۳۴/۵۱	۷/۰۱
	گواه	۲۶/۲۲	۵/۳۱	۲۵/۱۹	۴/۷۸	۲۵/۹۲	۴/۷۸
تاب‌آوری	آزمایش	۴۴/۰۴	۱۶/۱۲	۷۹/۲۲	۱۹/۸۰	۷۹/۱۸	۲۱/۱۱
	گواه	۴۵/۲۲	۱۸/۱۵	۴۳/۰۶	۱۶/۲۶	۴۴/۸۹	۱۷/۱۸
سلامت عمومی	آزمایش	۲۳/۲۰	۴/۱۹	۱۶/۹۶	۳/۲۳	۱۵/۷۷	۳/۱۹
	گواه	۲۰/۱۹	۳/۶۲	۲۱/۷۴	۴/۰۵	۲۱/۳۲	۳/۸۶
اختلال خواب	آزمایش	۱۷/۴۹	۳/۰۵	۹/۲۲	۱/۹۱	۸/۷۰	۲/۲۵
	گواه	۱۷/۵۵	۳/۳۷	۱۷/۵۹	۳/۴۶	۱۸/۰۱	۳/۲۱

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-14]

[DOI: 10.30491/JCC.16.1.26]

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا پیش‌فرض‌های آزمون آنالیز واریانس که شامل؛ بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، بررسی مفروضهٔ همگنی واریانس‌ها، وجود ارتباط خطی بین متغیر هم‌پراش (پیش‌آزمون) با متغیر وابسته و همگنی شیب خط رگرسیون اجرا شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو- ویلک استفاده شد و نتایج نشان داد که داده‌های بدست آمده در هر دو گروه آزمایش و شاهد در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در همه متغیرها است. 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. وجود ارتباط خطی بین متغیرهای هم‌راش (پیش‌آزمون) با متغیرهای وابسته در طول پژوهش یکی دیگر از مفروضه‌های آزمون آنالیز واریانس است که نتایج نشان داد در سطح خطای ۰/۰۵ در متغیرهای پژوهش معنادار است. همچنین مفروضهٔ همگنی شیب خط رگرسیون در متغیرهای پژوهش برقرار بود؛ به نحوی که در سطح خطای ۰/۰۵ در پس‌آزمون و پیگیری بدست آمد.

بعد از بررسی پیش‌فرض‌های آزمون آنالیز واریانس محقق توانست از آزمون استفاده کند و نتایج آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر در (جدول ۳) گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

مقیاس	موقعیت	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	حجم اثر	توان آماری
خودکارآمدی	درون گروهی	زمان	۷۹۵۱۵	۱	۷۹۵۱۵	۳۹۶/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲۵	۰/۹۵
		زمان*گروه	۸۹۵۶	۱	۸۹۵۶	۱۳/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۲۶۱	۰/۷۵
		خطا	۲۶۴۳۸	۳۸	۱۹/۵۲	--	--	--	--
	بین گروهی	گروه	۵۶۲۴	۱	۸۶/۹۹	۱۹/۵۲	۰/۰۰۳	۰/۵۹	۰/۸۱
		خطا	۱۲۵۶	۱۳	۳۶۷/۵۳	--	--	--	--
تاب‌آوری	درون گروهی	زمان	۱۶۹۴۷۵	۱	۱۶۹۴۷۵	۳۵۵/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۹۵۶	۰/۹۵
		زمان*گروه	۷۴۹۵	۱	۷۴۹۵	۱۹/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۳۲۶	۰/۸۲
		خطا	۱۸۵۶۲	۳۸	۶۲۰	--	--	--	--
	بین گروهی	گروه	۵۶۳۲۰	۱	۸۶۱۰۱	۲۰/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۷۵۲	۰/۹۳
		خطا	۹۵۶	۱۳	۲۰۲	--	--	--	--
سلامت روان	درون گروهی	زمان	۱۸۵۳۳۸	۱	۱۸۵۳۳۸	۸۹۵/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۶۴	۰/۹۹
		زمان*گروه	۵۲۸۰	۱	۵۲۸۰	۲۵/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۳۹۸	۰/۹۴
		خطا	۸۲۳۷	۳۸	۲۱۶	--	--	--	--
	بین گروهی	گروه	۸۷۹۴	۱	۸۷۹۴	۲۱/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۰/۹۴
		خطا	۶۰۲	۱۳	۵۱۹	--	--	--	--
اختلال خواب	درون گروهی	زمان	۱۹۵۲۶	۱	۱۹۵۲۶	۵۳۶/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲۱	۰/۹۹
		زمان*گروه	۱۳۲۰	۱	۱۳۲۰	۹۸/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴۳	۰/۹۶
		خطا	۴۵۹	۳۸	۱۲	--	--	--	--
	بین گروهی	گروه	۶۲۵۴	۱	۲۶۳۴	۲۰/۵۶	۰/۰۱۹	۰/۷۰۱	۰/۹۳
		خطا	۸۱۲	۱۳	۸۴	--	--	--	--

نتایج آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد ۸ جلسه درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری موجب افزایش معنادار نمرات خودکارآمدی ($P < ۰/۰۰۱$)؛ تاب‌آوری ($P < ۰/۰۰۱$) و کاهش نمرات سلامت عمومی ($P < ۰/۰۰۱$) و اختلال خواب ($P < ۰/۰۰۱$) در کادر درمان مواجه با بیماران مبتلا به کووید-۱۹ می‌شود. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی که بین زمان‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گرفته شد در (جدول ۴) نشان داده شد.

جدول ٤. سطح معنی‌داری در آزمون تعقیبی بونفرونی در زمان‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	معناداری در گروه آزمایش	معناداری در گروه گواه
خودکارآمدی	بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون	۰/۰۰۱	۱/۰۰
	بین پیش‌آزمون و پیگیری	۰/۰۱۲	۱/۰۰
	بین پس‌آزمون و پیگیری	۰/۴۵۱	۰/۷۰۶
تاب‌آوری	بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون	۰/۰۰۱	۰/۶۰۲
	بین پیش‌آزمون و پیگیری	۰/۰۰۱	۰/۷۸۴
	بین پس‌آزمون و پیگیری	۰/۳۲۰	۱/۰۰
سلامت عمومی	بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون	۰/۰۰۱	۰/۳۲۰
	بین پیش‌آزمون و پیگیری	۰/۰۰۱	۰/۵۲۱

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-14]

[DOI: 10.30491/JCC.16.1.26]

اختلال خواب	بین پس‌آزمون و پیگیری	۰/۲۲۹	۰/۴۵۱
	بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون	۰/۰۰۴	۰/۶۲۳
	بین پیش‌آزمون و پیگیری	۰/۰۰۱	۰/۲۳۹
	بین پس‌آزمون و پیگیری	۰/۶۳۴	۰/۴۱۲

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد در متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد اما بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار مشاهده نشد. همچنین در گروه شاهد بین هیچکدام از مراحل آزمون تفاوت معناداری مشاهده نشد.

بحث

هدف اصلی پژوهش حاضر حاکی از بررسی اثربخشی هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر خودکارآمدی، تاب‌آوری، سلامت روان و اختلال خواب کادر درمان مواجه با بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بود. نتایج نشان داد هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر متغیرهای خودکارآمدی، تاب‌آوری، سلامت روان و اختلال خواب کادر درمان به طور معناداری اثرگذار بوده است.

در راستای یافته‌های این پژوهش چندین پژوهش یافته‌های یکسانی را گزارش کردند. برای مثال؛ علی‌وردی‌لو و جراره (۱۳۹۹)، در پژوهش خود نشان دادند هشت جلسه هیپنوتراپی شناختی رفتاری تأثیر مثبت و معناداری بر خودکارآمدی دانشجویان دارد [۱۹]. سعادت‌طلب و جعفری (۱۳۹۹)، 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 برازش 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 [۲۰].

Liu و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی مقطعی گزارش کردند که ۳۶/۱ درصد از کارکنان درمانی در دوران شیوع کووید-۱۹ به بی‌خوابی مبتلا شدند و هیپنوتراپی شناختی رفتاری اثربخشی معناداری بر کاهش اختلال خواب در این افراد می‌شود [۸].

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که هیپنوتراپی شناختی رفتاری تکنیک‌های آرامش‌سازی همچون مدتیتیشن، مراقبه و تکنیک‌های تنفس که بیشتر در درمان‌های ذهن‌آگاهی (درمان‌های نسل سوم شناختی رفتاری) مورد استفاده قرار می‌گیرند 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 می‌شود که این مهم توسط کاهش آگاهانه تنش‌های غیرضروری در عضلات بوجود می‌آید که در نهایت موجب بهبود کیفیت زندگی و بهره‌وری شغلی در افرادی که در معرض استرس شغلی هستند می‌شود [۲۱].

همچنین در فرآیند هیپنوتراپی شناختی رفتاری، اثربخشی قدرت ذهن بر جسم افزایش پیدا می‌کند. این فرآیند می‌تواند ظرفیت مثبت‌نگری را افزایش داده و اعتماد به نفس را در افراد به آرامی القا نماید تا شخص بتواند بر منابع شخصی و هیجانی و رفتاری اساسی تکیه نماید [۲۲]، یکی دیگر از ویژگی‌های هیپنوتیزم درمانی استفاده از تلقینات و تکرار آنها است که در جلسات مختلف و یا در یک نشست در فواصل گوناگون انجام می‌گیرد و تکرار دیگرگویی و یا خودگویی‌ها عاملی است که موجب دگرگونی نظام باورهای شخص می‌شود، در نتیجه درمانگر با گفتن جملات مستقیم یا استعاره، افزایش احساس شایستگی و توانمندی، امیدواری و هدفمندی را در هیپنوتیزم شونده آماج تلقینات خود قرار می‌دهد [۱۹].

در نهایت و با توجه به بررسی‌های کلی می‌توان اظهار داشت که کیفیت روحی و جسمی فرد ارتباط دو سویه با یکدیگر دارند. بدین معنی که تنش‌های روحی سبب تشدید یا شکل‌گیری تنش‌های جسمی می‌شود و تنش‌های جسمی هم در بروز مشکلات روان‌شناختی نقش دارند. به همین دلیل آرام‌سازی یکی از راه‌های غلبه بر استرس است که پیامد نهایی آن تعدیل فشارهای روحی و احساس آرامش است و از آنجا که آرام‌سازی از تکنیک‌های اصلی هیپنوتیزم شناختی رفتاری است خود می‌تواند منجر به کاهش تعداد تنفس شود و به شخصی که در معرض استرس قرار گرفته باشد کمک می‌کند تا تنش عضلاتش را کنترل کند و در نهایت منجر به بهبود تاب‌آوری در مشاغل دشوار همچون پرستاری و همچنین بهبود خودکارآمدی، سلامت روان و کاهش اختلالات خواب در این افراد می‌شود.

هر پژوهش کاستی‌ها و محدودیت‌هایی دارد و پژوهش حاضر هم عاری از این نیست. از جمله محدودیت‌های موجود در پژوهش حاضر به شرح زیر است؛ در این پژوهش صرفاً از پرسشنامه استفاده شده است. به همین خاطر ممکن است در اطلاعات به دست آمده سوگیری ایجاد شده باشد؛ محدود بودن جامعه‌ی پژوهش به بیمارستان شهید مدرس شهر تهران تعمیم نتایج به سایر شهرها را با محدودیت مواجه می‌سازد؛ نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به صورت نمونه‌گیری هدفمند بوده که خود تعمیم نتایج این پژوهش را به جامعه بزرگتر با مشکل مواجه می‌کند.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-14]

[DOI: 10.30491/JCC.16.1.26]

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج حاکی از اثربخشی یک دوره هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر برخی متغیرهای روانشناختی بود و می‌توان از این روش برای درمان اختلالات کادر درمان در شرایط شیوع بیماری کووید-۱۹ استفاده کرد.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر حاصل بخشی از رساله مقطع دکتری در رشته روانشناسی عمومی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد است. از تمامی آزمودنی‌ها و کادر درمان و پرسنل بیمارستان شهید مدرس که در انجام این پژوهش ما را یاری کردن کمال تقدیر و تشکر را داریم. همچنین کمیته اخلاقی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد این پژوهش را با شناسه IR.IAU.BOJNOURD.REC.1401.007 تأیید کرده است.

تعارض منافع

نتایج این مطالعه با منافع نویسندگان در تعارض نیست.

منابع

1. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, Zhao X, Huang B, Shi W, Lu R, Niu P. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. New England Journal of Medicine. 2020;382:727-733. doi.10.1056/NEJMoa2001017
2. Shen KL, Yang YH, Jiang RM, Wang TY, Zhao DC, Jiang Y, Lu XX, Jin RM, Zheng YJ, Xu BP, Xie ZD. 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):232-9. doi.10.1007/s12519-020-00362-4
3. Zhang C, Yang L, Liu S, Ma S, Wang Y, Cai Z, Du H, Li R, Kang L, Su M, Zhang J. 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/fpsyt.2020.00306
4. Palsson OS, Ballou S. Hypnosis and cognitive behavioral therapies for the management of gastrointestinal disorders. Current Gastroenterology Reports. 2020;22(7):1-9. doi.10.1007/s11894-020-00769-z
5. 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 Journal of Psychology and Psychiatry. 2022;9(1):118-133. doi.10.32598/shenakht.9.1.118
6. 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. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ). 2021;10(3):21-34.
7. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, Ho RC. 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):1729. doi.10.3390/ijerph17051729
8. 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. The Lancet Psychiatry. 2020;7(4):17-28. doi.10.1016/S2215-0366(20)30077-8
9. Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized self-efficacy scale. J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and Control Beliefs. 1995;35:37-45.
10. 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.
11. Abdoli 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.
12. 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
13. 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):857-65.
14. Goldberg DP. User's guide to the General Health Questionnaire. Windsor. 1988.
15. 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(3):29-37.
16. Morin CM. Insomnia severity index. 1993. doi.10.1037/t07115-000
17. 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. Quality of Life Research. 2014;23(2):533-7.
18. Fine CG. Cognitive behavioral hypnotherapy for dissociative disorders. American Journal of

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-14]

[DOI: 10.30491/JCC.16.1.26]

Clinical Hypnosis. 2012;54(4):331-52. doi.10.1080/00029157.2012.656856
19. Aliverdilou M, Jarareh J. The Effectiveness of Cognitive Hypnotherapy on Students' Self-Efficacy. Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2020;15(57):7-16.
20. 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):115-29. doi.10.52547/rph.14.1.115
21. O'Keefe T. Clinical hypnotherapy for stopping drug and alcohol addiction: Building resilience in clients to reduce relapses and remain clean and sober. Australian Journal of Clinical Hypnotherapy & Hypnosis. 2020;41(1):16-26. doi.10.3316/informit.619714009702926
22. Alladin A, Amundson J. Cognitive hypnotherapy as an assimilative model of integrative therapy. Contemporary Hypnosis & Integrative Therapy. 2011;28(1):17–45.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-14]

[DOI: 10.30491/JCC.16.1.26]