Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Summer 2024, Volume 10, Issue 4 10.22034/IJRN.10.4.10

The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Depression and Perceived Stress of Patients After Corona Treatment

Seyedeh Marziyeh Mortazavi[1], Forozan Rostami[2*]

1- Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Nursing and Midwifery. Islamic Azad University, Chalous Branch, Chalous, Iran
2- Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Chaloos Branch, Chaloos, Iran

Corresponding author: Forouzan Rostami, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Chaloos Branch, Chaloos, Iran.
Email: frznrostami@yahoo.com

Received: 2023/11/18 Accepted: 2024/4/20

Abstract

Introduction: Corona epidemic is one of the biggest crises in the history of human life. Due to the high speed of transmission of the coronavirus, the whole world experienced this great crisis within a few months. This virus not only caused illness physical disorders and death in infected people; Rather, it has caused the emergence of many mental disorders such as fear, anxiety, avoidance and obsessive behaviors, sleep disorders, and post-traumatic stress disorder among all strata of society. The purpose of conducting this research is that cognitive behavioral therapy is effective in reducing depression in patients after coronavirus treatment in Tehran's 22nd district

Methods: The current research method was semi-experimental and the design used in this research was a two-group pre-test-post-test design. The statistical population of this research was made up of patients from the 22nd district of Tehran after treatment for coronavirus. The sample size was 20 people in each group. Beck's depression and perceived stress questionnaires were used to collect information. Cognitive-behavioral therapy protocol sessions were implemented in 9 60-minute sessions.

Results: The results of univariate covariance analysis showed that cognitive behavioral therapy has an effect of 0.21 on reducing depression in patients after corona treatment ($p<0.01$). Also, the results of multivariate covariance analysis showed that cognitive behavioral therapy has a 0.33 effect on reducing the perceived stress of patients after corona treatment ($p<0.01$, 0.33, $\eta 2=8.709$, F, 668 /0=Λ). Based on the results of this test, cognitive behavioral therapy affects reducing the perceived lack of self-efficacy of patients after corona treatment by 0.18 ($p<0.01$) and reducing the perceived helplessness of patients after corona treatment by 0.18 ($p<0.01$).

Conclusions: When patients, through training and cognitive-behavioral therapy techniques, can gain sufficient knowledge and awareness about the thoughts that lead to their discomfort and stress in life, and the beliefs and presuppositions in If they test their mind in reality, they can realize the incorrectness of their thoughts.

Keywords: Cognitive Behavioral, Depression, Coronavirus.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.10]

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی
تابستان ۱۴۰۳، دوره ۱۰، شماره ٤
10.22034/IJRN.10.4.10

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افسردگی و استرس ادراک شده بیماران بعد از درمان کرونا

سیده مرضیه مرتضوی[۱]، فروزان رستمی[۲*]

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس، چالوس، ایران.
۲- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد چالوس، چالوس، ایران.

نویسنده مسئول: فروزان رستمی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس، چالوس، ایران.
ایمیل: frznrostami@yahoo.com

دریافت مقاله: ۲۷/ ۸/ ۱۴۰۲ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۲/۱

چکیده

مقدمه: همه گیری کرونا یکی از بحران های بزرگ در تاریخ زندگی بشر محسوب می شود. به دلیل سرعت بالای انتقال ویروس کرونا، تمام جهان در طی چند ماه دچار این بحران بزرگ شد. این ویروس نه تنها موجب بیماری و آشفتگی جسمی و مرگ در افراد مبتلا شد؛ بلکه سبب بروز بسیاری از اختلالات روانی مانند ترس، اضطراب، رفتارهای اجتنابی و وسواسی، اختلالات خواب و اختلال استرس پس از سانحه، در بین همه اقشار جامعه شده است. هدف از انجام این پژوهش درمان شناختی رفتاری برکاهش افسردگی بیماران بعد از درمان کرونا منطقه ۲۲ تهران اثربخش است

روش کار: روش پژوهش حاضر نیمه تجربی و طرح مورد استفاده در این پژوهش طرح پیش آزمون- پس آزمون دو گروهی بود. جامعه آماری این پژوهش را بیماران منتطقه ۲۲ تهران بعد از درمان کرونا تشکیل دادند. حجم نمونه ۲۰ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد. جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه های افسردگی بک و استرس ادراک شده صایی و شکری استفاده شد. جلسات پروتکل درمان شناختی - رفتاری در ۹ جلسه ۶۰ دقیقه ای اجرا شد.

یافته ها: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری نشان داد که درمان شناختی رفتاری برکاهش افسردگی بیماران بعد از درمان کرونا به میزان ۰,۲۱ تاثیر دارد ($p<۰,۰۱$). همچنین نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که درمان شناختی رفتاری برکاهش استرس ادراک شده بیماران بعد از درمان کرونا به میزان ۰/۳۳ تاثیر دارد ($p<۰,۰۱$, $\eta^2=۰/۳۳$, $F=۸/۷۰۹$, $\Lambda=۰/۶۶۸$). براساس نتایج این آزمون درمان شناختی رفتاری برکاهش فقدان خودکارآمدی ادراک شده بیماران بعد از درمان کرونا به میزان ۰/۱۸ ($p<۰,۰۱$) و برکاهش درماندگی ادراک شده بیماران بعد از درمان کرونا به میزان ۰/۱۸ ($p<۰,۰۱$) تاثیر دارد.

نتیجه گیری: هنگامی که بیماران از طریق آموزش ها و فنون درمان شناختی رفتاری بتوانند نسبت به افکاری که منجر به ناراحتی و استرس آنها در زندگی می شود، شناخت و آگاهی کافی پیدا کنند و باورها و پیش فرض های موجود در ذهن خود را در واقعیت آزمون کنند، می توانند به نادرست بودن افکار خود پی ببرند.

کلیدواژه ها: شناختی رفتاری، افسردگی، کرونا.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.10]

مقدمه

ویروس COVID-19 با شیوع قابل توجهی در سراسر جهان گسترش یافته است (۱). علاوه بر این، بیماران با انبوهی از مشکلات دیگر از جمله اضطراب ناشی از عوارض، ناراحتی جسمی و تبعیض منتشر شده از طریق رسانه های جمعی مواجه شده اند (۲, ۳). در دوران پس از درمان کرونا افراد مبتلا با موجی از بیماری های روحی و روانی مواجه شده اند، از جمله : استرس، اضطراب، افسردگی، بروز رفتارهای خشن و پرخاشگرانه، اختلال شخصیت و... برخی از مشکلاتی هستند که در دوران پس از درمان کرونا در سطح جامعه در افراد نمایان شده است و این رفتار ها و بیماری ها با توجه به آسیب پذیری و زمینه های پزشکی که هر فردی دارد، خودش را نشان داده اند، بنابراین، اولین نیاز هر فرد در جامعه امنیت روانی او است. در این میان خیلی از خانواده ها دچار بیماری شده و گاهی به خاطر درگیری همه اعضای خانواده به کرونا آنها حتی قادر به پرستاری از یکدیگر نبودند حتی خیلی ها عزیزانشان را در این شرایط از دست داده و نمی توانند به خوبی گذشته سوگواری کنند (۳-۷)، هرچند که روش های تلفنی و مجازی جایگزین همدلی حضوری شده است. همه اینها امنیت روانی فرد را تهدید کرده است، اضطراب و اختلالات خلقی شایعترین عارضه تشخیص داده شده در بین مبتلایان به کووید-۱۹ است و احتمالا به دلیل استرس ناشی از تجربه بیماری بسیار شدید یا بستری شدن در بیمارستان رخ داده اند. اضطراب، نگرانی، ترس از ابتلا به بیماری، قرنطینه، مشکلات اقتصادی و ترس از بیکارشدن، همه و همه باعث شده است که بسیاری از شهروندان در پاندمی کرونا دچار افسردگی شوند)(۸). آن طور که در تحقیقات پزشکان آمده است، ابتلا به افسردگی بعد از بهبود از کرونا فراوانی زیادی دارد و از هر پنج فردی که بیماری کرونای او بهبود پیدا کرده است، یکی مبتلا به افسردگی می‌شود (۹, ۱۰)، همچنین، بسیاری از داروهایی که برای درمان ویروس کرونا تجویز می شود خود باعث بیماری های روحی و روانی از جمله افسردگی میشود، البته خود بیماری ویروسی هم باعث ابتلا یا تشدید بیماری‌های روحی می‌شود. افسردگی یکی از اختلال روحی و روانی است که بر اساس چهارمین ویرایش تجدیدنظر شده راهنمای تشخیص و آماری اختلالت روانی با علائمی چون خلق افسرده یا از دست دادن علاقه، کاهش یا افزایش اشتها، بیخوابی یا پرخوابی، کندی روانی- حرکتی، خستگی یا فقدان انرژی، احساس بی ارزشی و گناه، کاهش توانایی تمرکز و تفکر است (۱۱). وقتی افراد مطالبات محیط پیرامونی را از مجموعه منابع مقابله ای خویشتن فراتر ارزیابی می کنند، آن ها در معرض استرس قرار می گیرند (۱۲-۱۵). در مدل های روانشناختی استرس تاکید می شود که رخدادها فقط بر افرادی اثر می گذارند که آن ها را استرس زا ارزیابی کنند؛ البته، الگوهای منتخبِ ارزیابی های استرس فقط محصول شرایط محرک یا متغیرهای پاسخ نیستند بلکه فرآوردهٔ تفاسیر افراد از روابطشان با محیط پیرامونی خویش است (۱۶-۱۹). ولی تنها میزان معینی از استرس برای انسان مفید است زیرا استرس بیش از حد می تواند با کاهش مقاومت بدن فرد را مستعد هر گونه بیماری جسمانی و روانی کند (۲۰)؛ و نکته مهم آن است که استرس ها نه تنها در شروع و عودبیماری ها، بلکه در به تأخیر انداختن درمان نیز تأثیر به سزایی دارند (۲۱-۲۳). همچنین، چنانچه استرس، ناشی از انتظاراتی باشد که شخص از نظر جسمانی یا روانی نتواند آن ها را برآورده سازد، سلامت جسمانی و روانی او به خطر می افتد. در مورد اهمیت این مطالعه لازم است بیان شود بی شک این پاندمی پیامدهای کوتاه مدت و دراز مدت احتمالی مختلفی را به دنبال دارد، این مطالعه هم خود را بر به کار گیری درمان شناختی رفتاری جهت کاهش افسردگی و استرس ادراک شده از سوی افرادی است که از کرونا جان سالم به در برده اند ولی در حال حاضر به افسردگی یا استرس ادراک شده مبتلا شده اند، مستند بر ادبیات پژوهشی این مطالعه بر آن است تا به این سوالات اصلی جواب بدهد که درمان شناختی رفتاری برکاهش افسردگی بیماران بعد از درمان کرونا منطقه ۲۲ تهران اثربخش است؟

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی و طرح مورد استفاده در این پژوهش طرح پیش آزمون- پس آزمون دو گروهی می باشد. طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل از گروه آزمایش و گروه کنترل معادل تشکیل شد.

بیماران بعد از درمان کرونا منطقه ۲۲ تهران جامعه آماری این مطالعه را تشکیل داد که ۱۷ مرکز درمانی در این منطقه وجود داشت. نمونه آماری از بین بیماران بعد از درمان کرونا در مرکز روانشناسی و مشاوره قاسمی انتخاب شدند به صورت انتخاب تصادفی. با توجه به ماهیت تحقیقات تجربی و نیمه

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.10]

تجربی که در آنها مداخله آزمایشی صورت گرفت حجم نمونه به ناچار محدود بود تا شرایط برای کنترل و قرنطینه و اجرای دقیق مهیا شود، برای پژوهش های آزمایشی و نیمه آزمایشی حجم نمونه براساس فرمول کوکران برای هر گروه ۲۰ نفر در نظر گرفته شد؛ بنابراین، در این مطالعه تعداد ۴۰ بیمار بعد از درمان کرونا مرکز روانشناسی و مشاوره قاسمی به عنوان واحدهای نمونه گیری تعیین شد.

جهت گردآوری اطلاعات در پژوهش حاضر از پرسشنامه های زیر استفاده شد:

استرس ادراک شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳): مقیاس استرس ادراک شده به مثابهٔ یک ابزار خودگزارش دهی مشتمل بر ۱۴ سوال به منظور آگاهی از این که افراد تجارب دشوار و طاقت فرسای خویش را چگونه ارزیابی می کنند، توسعه یافت، در این مقیاس از افراد تقاضا می شود که بر روی یک طیف لیکرت پنج درجه ای هرگز تا همیشه به سوالات پاسخ بدهند. در مطالعهٔ کوهن و همکاران (۱۹۸۳) روایی پرسشنامه بررسی و تایید شد و همچنین در مطالعهٔ ذکر شده ضرایب همسانی درونی برای هر یک از زیرمقیاس ها و نمرهٔ کلی به دست بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۶ به دست آمد. در مطالعهٔ صفایی و شکری (۱۳۹۳) ضرایب آلفای کرانباخ برای عامل های خودکارآمدی ادراک شده و درماندگی ادراک شده و نمرهٔ کلی استرس ادراک شده به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۶۰ و ۰/۷۶ به دست آمده است.

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II): پرسشنامه افسردگی بک: این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط بک تدوین شد و در سال ۱۹۹۴ مورد تجدید نظر قرار گرفت . این مقیاس شامل ۲۱ ماده میباشد و هر ماده نمره ای بین صفر تا ۳ می گیرد. بالاترین نمره در این پرسشنامه ۶۳ است . هر یک از مواد این پرسشنامه یکی از علائم افسردگی را می سنجد. پایایی بازآزمایی آن از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ با میانگین ۰/۸۶ گزارش شده است قاسم زاده (۱۳۹۶) و همکاران ضریب آلفای این پرسشنامه را ۰/۸۷ و ضریب باز آزمایی آن را ۰/۷۳ و همبستگی آن با ویرایش اول پرسشنامه افسردگی بک را ۰/۹۳ گزارش کردند. در ایران حمیدی و همکاران (۲۰۱۵) ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سر پایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را۰/۹۳ به دست آوردند.

بدین منظور از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده های بدست آمده، استفاده شد. کد اخلاق (IR.IAU.SARI.REC.1400.113) از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس اخذ شد.

یافته ها

آمار توصیفی متغیرهای تحقیق

در این بخش آمار توصیفی مربوط به نمرات متغیر های تحقیق و هر یک از مؤلفه های آن آمده است.

جدول ۱. آمار توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل و آزمایش

منبع متغیر		تعداد	کنترل		آزمایش	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	پیش آزمون	۲۰	۵۹/۵۵	۷/۸۴	۶۱/۳۵	۸/۱۵
	پس آزمون	۲۰	۵۸/۸۵	۸/۰۶	۵۸/۱۵	۷/۶۹
فقدان خودکارآمدی ادراک شده	پیش آزمون	۲۰	۱۸/۹۵	۵/۶۸	۱۵/۹۵	۳/۱۲
	پس آزمون	۲۰	۱۹/۰۰	۵/۱۳	۱۴/۶۵	۴/۱۸
درماندگی ادراک شده	پیش آزمون	۲۰	۱۴/۱۰	۴/۵۵	۱۱/۰۰	۳/۸۸
	پس آزمون	۲۰	۱۴/۱۵	۴/۱۷	۱۱/۰۰	۳/۰۴
استرس ادراک شده	پیش آزمون	۲۰	۳۳/۰۵	۹/۹۷	۲۶/۹۵	۶/۱۷
	پس آزمون	۲۰	۳۳/۱۵	۸/۹۹	۲۵/۶۵	۶/۰۵

با توجه به اطلاعات جدول ۱، میانگین نمرات افسردگی و استرس ادراک شده در پس آزمون گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل است.

درمان شناختی رفتاری برکاهش افسردگی بیماران بعد از درمان کرونا منطقه ۲۲ تهران اثربخش است. برای بررسی این فرضیه از تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شده است. لذا قبل از آن به بررسی پیش فرض های آزمون پرداخته شده است.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.10]

جدول۲. نتایج تحلیل آنکوا برای بررسی تفاوت نمرات افسردگی بیماران بعد از درمان کرونا

منبع متغیر		SS	df	MS	F	Sig	ضریب اتا
افسردگی	گروه	۵۶/۴۵۹	۱	۵۶/۴۵۹	۹/۸۲	۰/۰۰۳	۰/۲۱۰
	خطا	۲۱۲/۶۳۸	۳۷	۵/۷۴۷	–	–	–
	کل اصلاح شده	۲۳۶۴/۰۰۰	۳۹	–	–	–	–

نتایج تحلیل در جدول ۲ نشان داد، مقدار F بدست آمده برای تفاوت میانگین افسردگی برابر با ۹/۸۲ (F =۹/۸۲) ۳ محاسبه شده است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با ۰/۰۰۳ (α=۰/۰۰۳) آمده است و این سطح از مقدار مفروض ۰/۰۱ کمتر است؛ بنابراین درمان شناختی رفتاری برکاهش افسردگی بیماران بعد از درمان کرونا به میزان ۰/۲۱ تاثیر دارد (F=۹/۸۲,η^2 =۰/۲۱ , p<۰/۰۱). برای بررسی میزان در هر دو گروه کنترل و آزمایش، میانگین های تعدیل شده در جدول ۳رائه شد.

جدول ۳. میانگین تعدیل شده نمرات افسردگی

متغیر	گروه	افسردگی
میانگین	کنترل	۵۹/۶۹
	آزمایش	۵۷/۳۰
انحراف معیار	کنترل	۰/۵۳۸
	آزمایش	۰/۵۳۸

با توجه به اطلاعات جدول ۳، میانگین تعدیل شده نمرات افسردگی (۵۷/۳۰ و ۵۹/۶۹) در گروه کنترل بیشتر از آزمایش است، در نتیجه درمان شناختی رفتاری برکاهش افسردگی بیماران بعد از درمان کرونا تاثیر معناداری دارد.

درمان شناختی رفتاری بر کاهش مولفه های استرس ادراک شده (فقدان خودکارآمدی ادراک شده، درماندگی ادراک شده) بیماران بعد از درمان کرونا منطقه ۲۲ تهران اثربخش است.

فرض همگنی ماتریس کواریانس

جدول ٤. آزمون M باکس جهت بررسی همگنی ماتریس کواریانس

Box'M	F	df 1	df 2	.Sig
۷/۱۴۳	۲/۲۴۵	۳	۲۵۹۹۲۰	۰/۰۸۱

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می شود، مقدار آماره باکس برابر با ۷/۱۴۳ و مقدار F بدست آمده برای این آماره ۲/۲۴۵ می باشد. سطح معنی داری مقدار F برابر با ۰/۰۸۱ محاسبه شده که بزرگتر ۰/۰۰۱ می باشد (p>۰/۰۰۱). بنابراین فرض همگنی ماتریس کواریانس پذیرفته می شود و لامبدای ویلکز مورد بررسی قرار می گیرد.

جدول ۵. نتایج آزمون های چند متغیره بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری برکاهش استرس ادراک شده بیماران بعد از درمان کرونا

آزمون	مقدار	F	d.f فرضیه	Df خطا	P	η2
پیلایی	۰/۳۳۲**	۸/۷۰۹	۲	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۳۳۲
لامبدای ویلکز	۰/۶۶۸**	۸/۷۰۹	۲	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۳۳۲
هوتلینگ	۰/۴۹۸**	۸/۷۰۹	۲	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۳۳۲
بزرگترین ریشه روی	۰/۴۹۸**	۸/۷۰۹	۲	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۳۳۲

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.10]

با توجه به اطلاعات جدول ۵ مشاهده می شود که مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰/۶۶۸ و مقدار F بدست آمده در این آماره ۸/۷۰۹ است. سطح معنی داری این مقدار با درجه آزادی ۲ و ۳۵ کمتر از ۰/۰۱ است (P<۰/۰۱). این امر نشان می دهد که بین افراد گروه های کنترل و آزمایش حداقل در یکی از مولفه های استرس ادراک شده تفاوت وجود دارد. با توجه به ضریب اتا، درمان شناختی رفتاری برکاهش استرس ادراک شده بیماران بعد از درمان کرونا به میزان ۰/۳۳ تاثیر دارد ($F_{(۳۵و۲)}$=۸/۷۰۹ η2 =۰/۳۳ , p<۰/۰۱ , Λ=۰/۶۶۸).

جدول ٦. آزمون همگنی واریانس ها

متغیر	F	df1	df2	Sig.
فقدان خودکارآمدی ادراک شده	۱/۱۱۸	۱	۳۸	۰/۱۰۲
درماندگی ادراک شده	۲/۴۷۸	۱	۳۸	۰/۱۲۴

با توجه به نتایج حاصل از تحلیل آزمون لون واریانس ها نشان می دهد سطح معنی داری مقدار F بدست آمده برای مولفه ها بالاتر از ۰/۰۵ است (p>۰/۰۵). بنابراین فرض همگنی واریانس ها پذیرفته شد و می توان تحلیل کواریانس تک متغیری را انجام داد که ادامه به آن پرداخته شد (جدول ۶).

جدول ۷. نتایج تحلیل آنکوا برای بررسی تفاوت نمرات استرس ادراک شده بیماران بعد از درمان کرونا

	منبع متغیر	SS	df	MS	F	Sig	ضریب اتا
گروه	فقدان خودکارآمدی ادراک شده	۱۸/۵۴۵	۱	۱۸/۵۴۵	۸/۱۰	۰/۰۰۷	۰/۱۸۴
	درماندگی ادراک شده	۵/۰۸۰	۱	۵/۰۸۰	۷/۸۳	۰/۰۰۸	۰/۱۷۹
خطا	فقدان خودکارآمدی ادراک شده	۸۲/۳۲۷	۳۶	۲/۲۸۷	–	–	–
	درماندگی ادراک شده	۲۳/۳۵۵	۳۶	۰/۶۴۹	–	–	–
کل اصلاح شده	فقدان خودکارآمدی ادراک شده	۱۰۲۱/۷۷۵	۳۹	–	–	–	–
	درماندگی ادراک شده	۶۲۹/۹۰۰	۳۹	–	–	–	–

نتایج تحلیل در جدول ۷ نشان داد، مقدار F بدست آمده برای تفاوت میانگین فقدان خودکارآمدی ادراک شده برابر با ۸/۱۰ (F =۸/۱۰) محاسبه شده است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با ۰/۰۰۷ (α=۰/۰۰۷) آمده است و این سطح از مقدار مفروض ۰/۰۱ کمتر است؛ بنابراین درمان شناختی رفتاری برکاهش فقدان خودکارآمدی ادراک شده بیماران بعد از درمان کرونا به میزان ۰/۱۸ تاثیر دارد ($F=۸/۱۰ \ \eta^2=۰/۱۸ , p<۰/۰۱$). مقدار F بدست آمده برای تفاوت میانگین درماندگی ادراک شده برابر با ۷/۸۳ (F =۷/۸۳) محاسبه شده است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با ۰/۰۰۸ (α=۰/۰۰۸) آمده است و این سطح از مقدار مفروض ۰/۰۱ کمتر است؛ بنابراین درمان شناختی رفتاری برکاهش درماندگی ادراک شده بیماران بعد از درمان کرونا به میزان ۰/۱۸ تاثیر دارد ($F=۷/۸۳ \ \eta^2=۰/۱۸ , p<۰/۰۱$). برای بررسی میزان در هر دو گروه کنترل و آزمایش، میانگین های تعدیل شده در جدول ۷ ارائه شد.

جدول ۸. میانگین تعدیل شده نمرات استرس ادراک شده

متغیر	گروه	فقدان خودکارآمدی ادراک شده	درماندگی ادراک شده
میانگین	کنترل	۱۷/۵۵	۱۲/۸۳
	آزمایش	۱۶/۰۹	۱۲/۰۶
انحراف معیار	کنترل	۰/۳۵۰	۰/۱۸۷
	آزمایش	۰/۳۵۰	۰/۱۸۷

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.10]

با توجه به اطلاعات جدول ۸، میانگین تعدیل شده نمرات فقدان خودکارآمدی ادراک شده (۱۶/۰۹ و ۱۷/۵۵) و نمرات استرس ادراک شده (۱۲/۰۶ و ۱۲/۸۳) در گروه کنترل بیشتر از آزمایش است، در نتیجه درمان شناختی رفتاری بر کاهش استرس ادراک شده بیماران بعد از درمان کرونا تاثیر معناداری دارد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف درمان شناختی رفتاری برکاهش افسردگی بیماران بعد از درمان کرونا منطقه ۲۲ تهران بود. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که درمان شناختی رفتاری برکاهش افسردگی واسترس ادراک شده بیماران بعد از درمان کرونا تاثیر دارد. براساس نتایج این آزمون درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی بیماران بعد از درمان کرونا بر کاهش استرس ادراک شده بیماران بعد از درمان کرونا تاثیر دارد. این یافته با نتایج حاصل از پژوهش های (۲۴،۲۵،۲۶،۲۷،۲۸) همسو است.

در ارتباط با تبیین یافته حاضر می توان گفت که، طبق نظریه بک (۱۹۹۴) (۲۹)، آنچه برای فرد اهمیت دارد خود تجربه نیست، بلکه معنایی است که به این تجربه نسبت می دهد و از این طریق به تعبیر و تفسیر آن می پردازد. براساس مدل شناختی بک، هنگامی که فردی افسرده می شود، مجموعه ای از تحریف های شناختی شکل گرفته توسط وی بر کارکردهای روزانه او تاثیر خواهد گذاشت که این تحریف ها خودشان را به صورت نگرش منفی نسبت به خود، نسبت به تجربه جاری و آینده، نشان می دهند. در این پژوهش نشان داده شد که درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی بیماران بعد از درمان کرونا اثربخش است. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که درمان شناختی رفتاری برکاهش استرس ادراک شده بیماران بعد از درمان کرونا به میزان تاثیر دارد. براساس نتایج این آزمون درمان شناختی رفتاری برکاهش فقدان خودکارآمدی ادراک شده بیماران بعد از درمان کرونا برکاهش درماندگی ادراک شده بیماران بعد از درمان کرونا به میزان تاثیر دارد. این یافته با نتایج حاصل از پژوهش های (۳۰) همسو است. در ارتباط با تبیین یافته حاضر می توان گفت که، ابتلا به بیماری های واگیرداری نظیر کرونا به دلیل عدم وجود درمان قطعی، نبود واکسن و مرگ و میر بسیار بالای آن، می تواند موجب بروز ناراحتی ها و نگرانی های بسیار زیادی در فرد مبتلا شود. افرادی که دچار بیماری شده اند ممکن است احساساتی نظیر شرم، ننگ و گناه را تجربه کنند. این شرایط می تواند عوارض روانشناختی متفاوتی مانند افسردگی، اضطراب، حملات عصبی شدید، علائم جسمی، شوک های عصبی، علائم استرس پس از سانحه، هذیان و روان پریشی را در افراد پدید آورد (۳۱). در این پژوهش مشخص شد درمان شناختی رفتاری بر کاهش مولفه های استرس ادراک شده (فقدان خودکارآمدی ادراک شده، درماندگی ادراک شده) بیماران بعد از درمان کرونا اثربخش است. در تبیین این یافته می توان گفت که به کارگیری فنون درمان شناختی رفتاری همچون آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی، موجب به چالش کشیدن افکار و به دنبال آن تغییر باورهای بیماران خواهد شد و از این طریق به کم شدن هیجان ها و عواطف ناخوشایند آن ها کمک خواهد کرد. لذا با توجه به اینکه رویکرد شناختی رفتاری معتقد است حالت های تنش زا همچون اضطراب؛ اغلب به وسیله افکار تحریف شده، افراطی و سوگیرانه، تداوم پیدا می کنند و از راه پردازش های غلط شدت می یابند، از این رو این درمان بر روی تغییر تفسیرهای بیماران از رویدادها تمرکز کرده و تلاش می کند که پردازش های آنان به صورت منطقی صورت گیرد (۳۲).

نتیجه گیری

هنگامی که بیماران از طریق آموزش ها و فنون درمان شناختی رفتاری بتوانند نسبت به افکاری که منجر به ناراحتی و استرس آنها در زندگی می شود، شناخت و آگاهی کافی پیدا کنند و باورها و پیش فرض های موجود در ذهن خود را در واقعیت آزمون کنند، می توانند به نادرست بودن افکار خود پی ببرند. این امر به احتمال بسیار زیادی سبب می شود که تعبیرهای افراطی و بزرگ جلوه دادن مشکلات و تنش های موجود در زندگی در بیماران کاهش پیدا کنند و از این طریق استرس کمتری را تجربه کنند.

با توجه به نتایج پژوهش مبنی بر اثربخش بودن درمان شناختی رفتاری برکاهش افسردگی واسترس ادراک شده بیماران بعد از درمان کرونا، پیشنهاد می شود مدیران بیمارستان های تخصصی روش های روان درمان می تواند به عنوان شیوه انتخابی و مکمل درمان پزشکی، در جهت کاهش مشکلات روانشناختی بیماران بیماران مبتلا به کرونا به کار گرفته شود. به گونه ای که مشکلات بیماران بعد از درمان کرونا را نیز بهبود بخشد.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.10]

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌نمایند که تضاد منافعی در این پژوهش وجود ندارد.

Refrences

1. Paules CI, Marston HD, Fauci AS. Coronavirus infections-more than just the common cold. Jama. 2020;323(8):707-8. https://doi.org/10.1001/jama.2020.0757
2. Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. Psychiatry research. 2020;288:112936. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112936
3. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. Psychiatry and clinical neurosciences. 2020;74(4):281. https://doi.org/10.1111/pcn.12988
4. Bondade S, Hosthota A, Basavaraju V. Stressful life events and psychiatric comorbidity in acne-a case control study. Asia-Pacific Psychiatry. 2019;11(1):e12340. https://doi.org/10.1111/appy.12340
5. Ren F, Yu X, Dang W, Niu W, Zhou T, Lin Y, et al. Depressive symptoms in C hinese assembly-line migrant workers: A case study in the shoe-making industry. Asia-Pacific Psychiatry. 2019;11(2):e12332. https://doi.org/10.1111/appy.12332
6. Xiang Y-T, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, Ng CH. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. The lancet psychiatry. 2020;7(3):228-9. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8
7. Li W, Yang Y, Liu Z-H, Zhao Y-J, Zhang Q, Zhang L, et al. Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. International journal of biological sciences. 2020;16(10):1732. https://doi.org/10.7150/ijbs.45120
8. Leonard BE. The immune system, depression and the action of antidepressants. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. 2001;25(4):767-80. https://doi.org/10.1016/S0278-5846(01)00155-5
9. Wu KK, Chan SK, Ma TM. Posttraumatic stress, anxiety, and depression in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies. 2005;18(1):39-42. https://doi.org/10.1002/jts.20004
10. Mak IWC, Chu CM, Pan PC, Yiu MGC, Chan VL. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. General hospital psychiatry. 2009;31(4):318-26. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.03.001
11. Ma Y-F, Li W, Deng H-B, Wang L, Wang Y, Wang P-H, et al. Prevalence of depression and its association with quality of life in clinically stable patients with COVID-19. Journal of affective disorders. 2020;275:145-8. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.033
12. Araghi NM, Zarei MA, Saei S, Nodeh HRY, Mahmoudi E. The effect of online cognitive behavioral therapy on depressive symptoms in recovered patients with COVID-19. Journal of Education and Health Promotion. 2022;11(1):70. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_727_21
13. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. The lancet psychiatry. 2020;7(4):300-2. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0
14. Ratajska A, Zurawski J, Healy B, Glanz BI. Computerized cognitive behavioral therapy for treatment of depression in multiple sclerosis: A narrative review of current findings and future directions. International journal of MS care. 2019;21(3):113-23. https://doi.org/10.7224/1537-2073.2017-094
15. Li J, Li X, Jiang J, Xu X, Wu J, Xu Y, et al. The effect of cognitive behavioral therapy on depression, anxiety, and stress in patients with COVID-19: a randomized controlled trial. Frontiers in psychiatry. 2020;11:580827. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.580827
16. Newman MG, Szkodny LE, Llera SJ, Przeworski A. A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for anxiety and depression: is human contact necessary for therapeutic efficacy? Clinical psychology review. 2011;31(1):89-103. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.008

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.10]

https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.10.002
17. Schure MB, Lindow JC, Greist JH, Nakonezny PA, Bailey SJ, Bryan WL, Byerly MJ. Use of a fully automated internet-based cognitive behavior therapy intervention in a community population of adults with depression symptoms: randomized controlled trial. Journal of medical Internet research. 2019;21(11):e14754. https://doi.org/10.2196/14754
18. Chan P, Bhar S, Davison TE, Doyle C, Knight BG, Koder D, et al. Characteristics of cognitive behavioral therapy for older adults living in residential care: protocol for a systematic review. JMIR Research Protocols. 2018;7(7):e9902. https://doi.org/10.2196/resprot.9902
19. Hollon SD, Beck AT. Cognitive therapy of depression. Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures. 1979:153-203. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-404480-7.50012-5
20. Hartley S, Dagneaux S, Londe V, Liane M-T, Aussert F, des Francs CC, Royant-Parola S. Self-referral to group cognitive behavioural therapy: Is it effective for treating chronic insomnia? L'encéphale. 2016;42(5):395-401. https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.08.013
21. Yang Y-L, Sui G-Y, Liu G-C, Huang D-S, Wang S-M, Wang L. The effects of psychological interventions on depression and anxiety among Chinese adults with cancer: a meta-analysis of randomized controlled studies. BMC cancer. 2014;14:1-26. https://doi.org/10.1186/1471-2407-14-956
22. Tang W, Kreindler D. Supporting homework compliance in cognitive behavioural therapy: essential features of mobile apps. JMIR mental health. 2017;4(2):e5283. https://doi.org/10.2196/mental.5283
23. Rajabi G, Molavi S, Sudani M. Effect of Cognitive-Behavioral Therapy in Reducing Postpartum Depression and Increasing Marital Satisfication in Women with Postpartum Depression Disorder: A Single Case Study. Iranian Journal of Nursing Research. 2018;13(4):79-89.
24. Tajeri B. Effectiveness of problem solving training on interpersonal sensitivity & aggression in students. Journal of School Psychology. 2016;5(3):39-55.
25. Saleh J, Mahmoudi O, Paydar M. Efficacy of cognitive-behavioral therapy on the reduction of depression among students. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2015;2(1):83-8.
26. Ghaderi D, Maroufi M, Ebrahimi A. Comparing the effectiveness of schema therapy with cognitive-behavioural therapy on improving quality of life and modifying dysfunctional attitudes in patients with bipolar disorder type I and II in Isfahan. RECHT & PSYCHIATRIE. 2016;724(2247):410-20.
27. De Marre MEA, Bhola R. Making and Unmaking Ancient Memory: Routledge, Taylor & Francis Group; 2022. https://doi.org/10.4324/9780429352843
28. Jarrett RB, Vittengl JR, Doyle K, Clark LA. Changes in cognitive content during and following cognitive therapy for recurrent depression: substantial and enduring, but not predictive of change in depressive symptoms. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2007;75(3):432. https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.3.432
29. Beck AT. Manual for the beck depression inventory-II. (No Title). 1996. https://doi.org/10.1037/t00742-000
30. Kiani S, Sabahi P, Makvand Hosaini S, Rafienia P, Alebouyeh M. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and positive cognitive-behavioral therapy on the pain self-efficacy of patients with chronic pain. Journal of Psychological Science. 2020;19(89):567-78.
31. Nooraei S, Entezari M, Hushmandi K, Raei M. Stress and anxiety caused by covid-19 in the communities. Journal of Marine Medicine. 2020;2(1):65-6.
32. KHALATBARI J, AHADI H, HATAMI HR, Mohammadizadeh S. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy, cognitive-behavioral therapy and spiritual therapy on perceived stress, body image and the quality of life of women with breast cancer. 2020.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.10]