رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۳، شماره پیاپی ۶۰، خرداد ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(3), 2021

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری(CBT) و درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری(CBH) بر تاب آوری وکیفیت خواب زنان مبتلا به سندروم فیبرومیالژیا

Comparison the effectiveness of Cognitive-Behavioral therapy and Cognitive-Behavioral Hypnotherapy on Resiliency and sleep quality of women with Fibromyalgia syndrome

مهدیه کلبادی نژاد
دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی, دانشکده علوم انسانی, واحد گرگان, دانشگاه آزاد اسلامی,گرگان, ایران.
دکتر جوانشیر اسدی (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی, واحد گرگان, دانشگاه آزاد اسلامی,گرگان ,ایران.
دکتر مهدی پوراصغر
دانشیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری, ایران. (استاد مدعو دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان).
دکتر مهرداد آقایی
دانشیار، گروه روماتولوژی ,دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران. (استاد مدعو دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان).

چکیده
هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری (CBT) و درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری (CBH) بر تاب آوری و کیفیت خواب بیماران مبتلا به سندروم فیبرومیالژیا شهر گرگان بود. در این پژوهش از طرح های تک آزمودنی (A-B-A) استفاده شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سندروم فیبرومیالژیا می باشد که به مراکز درمانی شهر گرگان مراجعه کرده اند. با توجه به طرح پژوهش حاضر از تعداد ۹ مراجع استفاده شد. از این تعداد ۳ بیمار درمان شناختی رفتاری و ۳ بیمار درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری دریافت کردند. سه بیمار نیز در گروه گواه جای گرفتند. به منظور جمع آوری داده ها از پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و پرسشنامه کیفیت خواب یتزبورگ (بویس، ۱۹۸۹) استفاده شد. مداخلات درمانی برای گروه های آزمایشی به مدت ۸ جلسه برگزار شد، گروه گواه هیچ گونه مداخلات درماتی دریافت نکردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های تحلیل نمودار، شاخص تغییر پایا، معناداری بالینی و درصد بهبودی استفاده شد. با توجه به نتایج به دست آمده می توان گفت در رابطه با اختلال خواب بیشترین اثربخشی مربوط به درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری با درصد بهبودی ۶۱/۲۲ میباشد که در سطح ۰/۰۵ درصد معنی دار بوده است (p<۰/۰۵) و در رابطه با تاب آوری نیز بیشترین اثربخشی مربوط به درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری با درصد بهبودی ۵۹/۸۸ میباشد که در سطح ۰/۰۵ درصد معنی دار بوده است (p<۰/۰۵). بطور کلی بر اساس یافته های به دست آمده می توان گفت هردو درمان نسبت به گروه بدون مداخله توانسته اند بر متغیرهای پژوهش تاثیر

Mahdieh. Koldinejad
Ph.D. Student of Psychology, Department of psychology, faculty of human sciences, Gorgan branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.
Dr. Javanshir Asadi *
Assistant Professor, Department of Psychology, faculty of human sciences, Gorgan branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.
Ardeshir.asadi@yahoo.com
Dr. Mehdi Pourasghar
Associate Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. (Invited Professor of Islamic Azad University Gorgan branch).
Dr. Mehrdad Aghaie
Associate Professor, Department of Rheumatology, School of Medicine, Golestan University of Medical Science, Gorgan, Iran. (Invited Professor of Islamic Azad University Gorgan branch).

Abstract
The aim of this study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) and cognitive-behavioral hypnotherapy (CBH) on resilience and sleep quality in patients with fibromyalgia syndrome in Gorgan. In this study, single-subject designs (A-B-A) were used. The statistical population includes all women with fibromyalgia syndrome who have referred to medical centers in Gorgan. According to the present research design, 9 references were used. Of these, 3 patients received cognitive-behavioral therapy and 3 patients received cognitive behavioral hypnotherapy. 3 patients were included in the control group. In order to collect data, Connor & Davidson's (2003) Resiliency Questionnaire and Pittsburgh Sleep Quality Questionnaire (Boyce, 1989) were used. Therapeutic interventions for experimental groups were held for 8 sessions, the control group did not receive any dermatological interventions. To analyze the data, graph analysis methods, stable change index, clinical significance, recovery percentage were used. According to the obtained results, it can be said that in relation to sleep disorder, was most effective related to cognitive-behavioral hypnotherapy with a recovery rate of 61.22 which was significant at the level of rate 0.05 (P<0.05) and in the resilience variable, the most effective was related to cognitive-behavioral hypnotherapy with a recovery rate 59/88 which was significant at the level of rate 0.05 (P<0.05). In general, based on the findings, it can be said that both treatments were able to affect the research variables compared to the non-intervention

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.16.0]

بگذارند. بنابراین توصیه می شود تا پزشکان در درمان این سندرم به درمانهای شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری نیز توجه داشته باشند.

واژه‌های کلیدی: *فیبرومیالژیا، تاب آوری، کیفیت خواب، هیپنوتراپی شناختی رفتاری ، درمان شناختی رفتاری.*

group. Therefore, it is recommended that physicians pay attention to cognitive-behavioral therapies and cognitive-behavioral hypnotherapy in the treatment of this syndrome.

Keywords: *Fibromyalgia, Resiliency, Sleep quality, Cognitive-behavioral hypnotherapy, Cognitive-behavioral therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : فروردین ۱۴۰۰** **پذیرش: اردیبهشت ۱۴۰۰** **ویرایش نهایی : اردیبهشت ۱۴۰۰**

مقدمه

سندرم فیبرومیالژیا[1] (FMS) نوعی بیماری مزمن است که با درد اسکلتی عضلانی گسترده ای همراه می باشد (هاسر، سارزی-پوتینی و فیتزچارلز[2]، ۲۰۱۹). شیوع تخمینی این اختلال بین ۲ تا ۴ درصد در جمعیت عمومی است که عمدتاً زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (بین ۶۱ تا ۹۰ درصد) (وولف[3]، ۲۰۱۰). افراد مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا خستگی، بی‌خوابی، خشکی صبحگاهی[4]، افسردگی و اضطراب را تجربه می کنند (گالوز-سانچز، داسچک و پاسو[5]، ۲۰۱۹). در کنار علائم جسمانی مشکلات عمده ای نیز در خواب و اختلالات مربوط به خواب در این بیماران وجود دارد (دیاز-پیدرا، کانتنا، سانچز، میرو، مارتینز و بلو-کاسل[6]، ۲۰۱۵). پژوهش تأیید می کند که بیماران سندرم فیبرومیالژیا مدت زمان خواب کمتر، زمان بیشتر در خواب سبک، راندمان خواب کمتر و مدت زمان طولانی تر بیدار شدن از خواب را نسبت به افراد سالم تجربه می کنند (آکیا، آکیا، آتلی، آکار، کاتلبس و شاهین[7]، ۲۰۱۳). پژوهش نشان داد که بهبود کیفیت خواب می تواند باعث کاهش درد در بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا شود که نتایج آزمایشات بالینی نیز این مساله را تایید می کنند (آندراده، ویلارینو،سیچسکا،کیمبار،بولیکا و استفان[8]، ۲۰۱۸). بی‌خوابی نه تنها درد مزمن را تشدید می کند بلکه منجر به ایجاد شرایط دردناک می‌شود (اولسن، شری، بیونه، مک کو،کلاگر و بروکس[9]، ۲۰۱۳). با توجه به تاثیر استرس در بیماری فیبرومیالژیا به نظر می رسد تاب آوری در این افراد می تواند به عنوان یک مولفه مهم در رابطه با کنار آمدن با استرس ها در فرایند مداخله مدنظر قرار گیرد (کاسل[10] و همکاران، ۲۰۱۹). به نظر می رسد افزایش تاب آوری فرد می تواند باعث شود که بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا سختی‌ها و استرس های ناشی از بیماری را بهتر تحمل نمایند و در نتیجه با احتمال کمتری در چرخه ای قرار گیرند که سرانجام آن تشدید بیماری است (اورز، زاترا و تیم[11]، ۲۰۱۱). افزایش تاب آوری این افراد می تواند استفاده از راهبردهای مداخله ای به منظور بهبود علائم جسمانی و همچنین علائم روانشناختی را نیز تسهیل نماید (زاترا، جانسون و داویس[12]، ۲۰۰۵).

رویکرد مداخله ای سندرم فیبرومیالژیا طی سالهای اخیر تکامل یافته است (مک فارلن[13]، و همکاران، ۲۰۱۷). به طور فزاینده تمرکز بر روی روش‌های درمانی غیر دارویی برای سندرم فیبرومیالژیا می‌تواند سودمند باشد اما در کنار علائم جسمانی این بیماران چالش‌هایی وجود دارد که فرایند مداخله را با مشکل روبه رو می‌سازد (والیت، هاسر، ولف و ویتچارلز[14]، ۲۰۱۹). تئوهاریدس[15] و همکاران (۲۰۱۵) معتقدند مشکلات چند بعدی این بیماران باعث شده است که درمان آن ها با سختی همراه باشد. به همین دلیل بسیاری از پژوهشگران

[1]. Fibromyalgia syndrome
[2]. Häuser, Sarzi-Puttini, Fitzcharles
[3]. Wolfe
[4]. Morning stiffness
[5]. Galvez-Sánchez, Duschek, del Paso
[6] Diaz-Piedra, Catena, Sánchez, Miró, Martínez, Buela-Casal
[7] Akkaya, Atalay, Acar, M., Catalbas, N., & Sahin
[8] Andrade, Vilarino, Sieczkowska, Coimbra, Bevilacqua, Steffens
[9] Olsen, Sherry, Boyne, McCue, Gallagher, Brooks
[10] Casale
[11] Evers, Zautra, Thieme
[12] .Johnson, Davis
[13] Macfarlane
[14] Walitt, Häuser,
[15].Theoharides

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.16.0]

صرف تمرکز بر علائم جسمانی را به عنوان یک هدف درمانی کافی نمی‌دانند (اشمیت-ویکل و دیرز[۱]، ۲۰۱۷). دستورالعمل‌های درمانی توصیه شده برای فیبرومیالژیا شامل ترکیبی از رویکردهای درمانی دارویی و رفتاری است (ویتساید[۲] و همکاران، ۲۰۱۸). درمان شناختی رفتاری (CBT) نوعی روان درمانی است که در بیماران مبتلا به درد مزمن بسیار کاربرد دارد (بیسلی، پرسکات، اسکتلند، لوول و کلی[۳]، ۲۰۱۵). فرض اصلی درمان شناختی رفتاری این است که شناخت‌های ناسازگار در حفظ پریشانی عاطفی و مشکلات رفتاری نقش دارند. درمان شناختی رفتاری با اصلاح احساسات جسمی، تفکر فاجعه آمیز و رفتارهای ناسازگارانه بر کاهش درد و پریشانی متمرکز است (هافمن، آسنانی، ونک، سوایر و فانگ[۴]، ۲۰۱۲). به اعتقاد بناردی، کلوزه، بوش، چوی و هاسر[۵](۲۰۱۹) مکانیسم درمان شناختی رفتاری بر کلیه علائم روانی جسمانی بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا، به اثرات آن بر درد مزمن مربوط می‌شود. درمان شناختی رفتاری شامل مداخلاتی است که مبتنی بر این فرض است که درد مزمن و سایر علائم فیبرومیالژیا مانند اختلال خواب تحت تأثیر هیجانات و فعالیت های فکری آگاهانه مانند تفکر، استدلال یا به یاد آوردن و همچنین عوامل رفتاری قرار می گیرند (مک‌کری[۶]و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین تا به امروز درمان شناختی رفتاری موثرترین درمان روانشناختی برای فیبرومیالژیا است (آدلر-نیل و زیدان[۷]، ۲۰۱۷). با این حال علیرغم این اثربخشی به ویژه در زنان متاسفانه اثربخشی طولانی مدت این درمانها محدود است (والیت، فیتزچارلز ، هاست، کاس و ولف[۸]، ۲۰۱۱).

اثربخشی محدود درمان شناختی رفتاری باعث شده است که برخی از روانشناسان به روش های دیگری روی آورند چرا که دردهای ناشی از این بیماری به قدری است که باعث می‌شود بیمار توان کافی برای مقابله با آن و ایجاد آرامش در بدن خود را نداشته باشد. در این حالت روش های دیگر از جمله روش هیپنوتراپی می‌تواند موفق تر عمل نماید. در واقع برخی از نظریه ها بر این باورند که در حالت طبیعی فرایندهای ذهنی و مقاومت های فرد اجازه نمی دهد تا بتوان تغییرات شناختی و رفتاری را برای مقابله با درد و استرس فراهم نمود (میلبورن[۹]، ۲۰۱۱). اعتقاد این دسته از روانشناسان بر این است که روش شناختی رفتاری توانایی و قدرت لازم برای کاهش درد جسمانی را به ویژه در مراحل اولیه درمان ندارد (سریجالا، کومنیگز و دونالدسون[۱۰]، ۱۹۹۲). هیپنوتراپی با تغییر درکنترل پاسخ های عملکردهای بالاتر اجرایی باعث می شود زیر سیستم های شناختی که تأثیر مستقیمی در پاسخ های رفتاری دارند بدون قضاوت یا انتقاد بررسی شوند. به طور خلاصه، تئوری های هیپنوتراپی نشان می دهند که هیپنوتیزم تغییر کیفی در ماهیت فرآیندهای شناختی ایجاد می کند (آنوگرا، کونکرو، سومرانی، مردینو و سوندو[۱۱]، ۲۰۱۷). با هیپنوتراپی می توان ارتباط سالمی با ذهن بیمار ایجاد نمود تا بتواند فارغ از محدودیت ها و مکانیسم های دفاعی در اعماق ذهن ناخودآگاه خود اثرات درمانی را دریافت کند (کرفت[۱۲]، ۲۰۱۱).

برخی از محققان از جمله آدلر، نیل و زیدان (۲۰۱۷) در راستای ارائه بهترین راهبردهای مداخله ای برای این بیماران معتقدند که پروتکل‌های درمانی مؤثر باید از یک روش چند عاملی استفاده کنند تا بهتر تاب آوری، همبودی روانی و خواب این بیماران را بهبود بخشند. به نظر می رسد ترکیب دو درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی می تواند به صورت مکمل نقاط ضعف یکدیگر را برای این بیماری که متضمن استفاده از روش های ترکیبی است کاهش دهد. با این حال این موارد بیشتر جنبه نظری و تئوری دارد و شواهدی مبنی بر انجام یک پروتکل ترکیبی و سازگار آن با روش های دیگر وجود ندارد. از این رو در این مطالعه به دنبال پاسخگویی به این سوال اساسی هستیم که آیا بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری (CBT) و درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری (CBH) بر تاب آوری و کیفیت خواب بیماران مبتلا به سندروم فیبرومیالژیا شهر گرگان تفاوت وجود دارد؟

---

[1] Schmidt-Wilcke, Diers
[2] Whiteside
[3]. Beasley, M., Prescott, G. J., Scotland, G., Lovell, K., Keeley
[4]. Hofmann, Asnaani,Vonk, Sawyer, Fang
[5]. Bernardy, Klose, Busch, Choy, Haeuser
[6]. McCrae
[7]. Adler-Neal, Zeidan
[8].Hassett, Katz, Häuser
[9]. Milburn
[10]. Syrjala,Cummings, Donaldson
[9]. Anuhgera, Kuncoro, Sumarni, Mardiyono, Suwondo
[10]. Kraft

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.16.0]

روش

در این پژوهش از طرح های تک آزمودنی، A-B-A استفاده گردید. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سندروم فیبرومیالژیا می باشد که در سال ۹۸ به مراکز درمانی شهر گرگان مراجعه نموده و توسط پزشک متخصص تشخیص این بیماری را دریافت کرده‌اند. بیماران واجد شرایط که توسط پزشک تشخیص فیبرومیالژیا گرفته اند به درمانگر ارجاع داده شدند. نمونه این پژوهش به روش نمونه گیری هدفمند می باشد. با توجه به هدف طرح ۹ نفر از بیماران مبتلا به سندروم فیبرومیالژیا براساس ملاک های ورودی مورد پژوهش به عنوان نمونه انتخاب شدند، سپس به طور تصادفی در ۳ گروه درمان شناختی رفتاری، درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری و گروه در انتظار درمان قرار گرفتند. ملاک های ورود به پژوهش عبارت بود از عدم دریافت درمان های روانشناختی منسجم قبل از ورود به پژوهش، حداقل سن ۲۰ سال و حداکثر ۶۰ سال، دارا بودن حداقل سطح تحصیلات دیپلم، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت نامه کتبی، ابتلاء فرد به سندروم فیبرومیالژیا، نداشتن اختلال سایکوتیک و سوء مصرف مواد، نداشتن بیماری‌های جدی طبی؛ شامل نارسایی شدید کبدی و کلیوی و عدم وجود ملاک های کامل اختلال شخصیت ضد اجتماعی. لازم به ذکر است تمامی ملاک های خروج براساس پرونده بیمار مورد بررسی ارزیابی شد. ملاک خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از یک جلسه، ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی و یا سایر بیماری‌های جسمانی مزمن در حین فرآیند درمان و عدم رضایت برای ادامه همکاری در روند پژوهش بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون[1] (CD-RIS)- این پرسشنامه را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی (۱۹۹۱-۱۹۷۹) در حوزه‌ی تاب آوری تهیه کردند. این مقیاس شامل ۲۵ ماده است که که در مقیاس لیکرت نمره گذاری می شود و جهت اندازه گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید تهیه شده است. حداکثر نمره ۱۰۰ و حداقل صفر می باشد. نقطه برش این پرسشنامه امتیاز ۵۰ می باشد. هر چه این امتیاز بالاتر باشد به همان اندازه میزان تاب آوری فرد بالاتر خواهد بود و برعکس. مانزانو و گارسیا روایی معیار فرم اصلی این آزمون را ۰/۷۳ وضریب پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ گزارش کردند (مانزانو-گارسیا[2] ،۲۰۱۳). در ایران قنبری طلب و پولاد چنگ نیز در پژوهش خود از این پرسشنامه استفاده نمودند که میزان روایی محتوا آزمون برابر ۰/۷۸ و پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۷۴بدست آمد (قنبری طلب و فولاد چنگ، ۱۳۹۴). در پژوهش دیگری هاشمی و جوکار (۱۳۹۰) ضریب آلفای این مقیاس را ۰/۸۷و پایایی با روش بازآزمایی برابر ۰/۷۳به دست آوردند. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶به دست آمد که نشان دهنده پایایی مطلوب این ابزار است.

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ[3](PSQI)- این پرسشنامه توسط بایس[4] و همکاران (۱۹۸۹) جهت اندازه گیری کیفیت و الگوهای خواب در افراد بزرگسال طی یک ماه گذشته ساخته شده است. این پرسشنامه کیفیت خواب ضعیف را از خوب افتراق میدهد. پرسشنامه کیفیت خواب دارای هفت زیرمقیاس ۱) کیفیت ذهنی خواب، ۲) تأخیر در به خواب رفتن، ۳) طول مدت خواب، ۴) خواب مفید (واقعی)، ۵) اختلالات خواب، ۶) م صرف داروهای خواب آور و ۷) اختلال عملکرد روزانه است. این پرسشنامه شامل ۱۸عبارت است. چهار عبارت نخست آن به زمان به رختخواب رفتن، ساعت در رختخواب ماندن، زمان بیدار شدن و مدت زمان واقعی خواب مربوط میشود. ۱۴سؤال بعدی در یک طیف ۰تا ۳ نمره گذاری میشوند که نمره های ۰ ،۱ ،۲و ۳در هر مقیاس به ترتیب بیانگر و ضعیت طبیعی، وجود مشکل خفیف، متوسط و شدید است و نمره کل پرسشنامه از ۰تا ۲۱متغییر است. نمره کل ۵و بزرگتر نشان دهنده این است که آزمودنی، فردی دارای کیفیت خواب ضعیف و دارای مشکل حداقل در دو حیطه یا دارای مشکلات متوسط در بیشتر از سه حیطه است. سازندگان

---

[1]. Connner-Davidson Resilience Scale
[2]. Manzano-García
[3].Pittsburgh Sleep Quality Index
[4].Buysse

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.16.0]

این پرسشنامه (بایس و همکاران، ۱۹۸۹) ضریب اعتبار محتوا پرسش نامه کیفیت خواب را ۰/۳۶ و ضریب پایایی آن را براساس آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۳ بدست اوردند. روایی صوری این ابزار در نمونه ایرانی توسط مقدم، نخعی، شیبانی، گروسی و امیرکافی (۲۰۱۲) برابر ۰/۷۸ گزارش شده است. است به گونه ای که نمرات هفت زیرمقیاس با نمرات پرسشنامه ۱۲سؤالی سلا مت روانی به عنوان ابزاری برای سنجش نرخ بیماری روانپزشکی همبستگی داشته و ضریب حساسیت و تمیز آن با نقطه برش ۵ برای گروه بیماران مبتلا به بیخوابی و افراد عادی به ترتیب ۰/۹۴و ۰/۷۲بود. همچنین، آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۷۷به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب اعتبار این پرسشنامه با استفاده از ضریب همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷بود.

در این مطالعه متغیر وابسته سه بار در طی مرحله خط پایه و چهار بار در مرحله درمانی (بعد از جلسات دوم، چهارم، ششم و هفتم) ، یعنی زمانی که متغیر مستقل ارائه می شود اندازه گیری شد. برای اندازه گیری خط پایه حداقل سه بار اندازه گیری مورد نیاز است (بارلو و هرسن، ۱۹۹۴؛ نقل از بیابانگرد، ۱۳۸۶). لذا قبل از اجرای متغیر مستقل، متغیر وابسته از بیست روز قبل تا روز اجرای جلسه مقدماتی به منظور اندازه گیری خطوط پایه مورد اندازه گیری قرار گرفت و نتایج آنها با مشاهدات دیگری که در خلال درمان یا پس از آن به دست آمد مقایسه شد. با مقایسه اندازه های پس از درمان با اندازه های خط پایه، اثربخشی درمان مشخص گردید. لازم به ذکر است که تکمیل کننده پرسشنامه ها فردی به غیر از درمانگر است که در جریان درمان نیز نمی باشد. تمامی مراحل درمان در روش های درمانی توسط پژوهشگر انجام گرفته است. ملاحظات اخلاقی لحاظ شده در این پژوهش بدین صورت بود که در ابتدا هدف از اجرای ازمون صادقانه و به دور از ابهام توسط درمانگر برای شرکت کنندگان بطور کامل توضیح داده شد و گفته شد چنانچه مایل باشند نتایج را بدانند بعد از اجرای پژوهش به آن ها گزارش می شود. همچنین افراد شرکت کننده در هر زمانی که مایل به کناره گیری از پژوهش باشند می توانند کناره گیری کنند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش های تحلیل نمودار، شاخص تغییر پایا، معناداری بالینی و درصد بهبودی استفاده شد. بهترین روش برای بررسی معناداری فرضیه و اثربخشی مداخلات موردی روش جاکوبسن و تراکس است. داده ها از طریق نرم افراز Spss-26 مورد تجزیه وتحلیل قرار گرفتند.

درمان شناختی-رفتاری- در این مطالعه درمان شناختی رفتاری تورک (۲۰۰۷) و فری (۲۰۰۴) به صورت فردی در ۸ جلسه به صورت هفتگی و هر جلسه ۶۰ دقیقه توسط خود پژوهشگر با کد کارآزمایی بالینی IRCT20191130045558N1 اجرا شد. در جدول زیر محتوا و جلسات درمانی به طور خلاصه آورده شده است (لیهی، ۱۳۹۴).

جدول۱. محتوای جلسات درمانی شناختی رفتاری در هر هفته

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	خوش آمدگویی، معارفه، ارزیابی های اولیه و آشنایی با برنامه+ فرم فعالیت روزانه
جلسه دوم	اشنایی با چرخه احساس افکار رفتار و افکار خودایند منفی + بازبینی فرم فعالیت روزانه
جلسه سوم	بازبینی فرم فعالیت روزانه + اشنا نمودن مراجع با نحوه تکمیل فرم افکار خودایند(یافتن افکار خودایند منفی و احساسات همراه افکار منفی و یافتن پاسخ های مثبت)
جلسه چهارم	بازبینی فرم فعالیت روزانه + بازبینی فرم افکار خودایند + یافتن افکار خودایند منفی و احساسات همراه افکار منفی و یافتن پاسخ های مثبت مرتبط با تاب آوری
جلسه پنجم	بازبینی فرم فعالیت روزانه + بازبینی فرم افکار خودایند + یافتن افکار خودایند منفی و احساسات همراه افکار منفی و یافتن پاسخ های مثبت مرتبط با اختلال خواب
جلسه ششم	بازبینی فرم فعالیت روزانه + بازبینی فرم افکار خودایند + بازسازی شناختی مرتبط با تاب آوری
جلسه هفتم	بازبینی فرم افکار خودایند+ باز سازی شناختی مرتبط با اختلال خواب
جلسه هشتم	بازبینی فرم افکار خودایند + جمع بندی جلسات قبلی

هیپنوتراپی شناختی-رفتاری- در پژوهش حاضر، افراد طی ۸ جلسه (هفته ای ۱ جلسه) تحت درمان هیپنوتراپی با رویکرد شناختی-رفتاری قرار گرفتند. در جدول زیر محتوا و جلسات درمانی به طور خلاصه آورده شده است (هاموند، ۱۳۹۲).

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.16.0]

جدول۲. محتوای جلسات درمانی درمان شناختی درمانی هیپنوتیزمی در هر هفته

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	خوش آمدگویی، معارفه، ارزیابی های اولیه و آشنایی با برنامه+ فرم فعالیت روزانه و رفع سوء برداشت از هیپنوتیزم
جلسه دوم	اشنایی با چرخه احساس افکار رفتار و افکار خودایند منفی + بازبینی فرم فعالیت روزانه + تجربه خلسه هیپنوتیزمی و شرطی سازی
جلسه سوم	بازبینی فرم فعالیت روزانه + آشنا نمودن مراجع با نحوه تکمیل فرم افکار خودایند(یافتن افکار خودایند منفی و احساسات همراه افکار منفی و یافتن پاسخ های مثبت) تقویت ایگو(تقویت توانمندی در فعالیت های روزانه و مشکلات مرتبط با بیماری)
جلسه چهارم	بازبینی فرم فعالیت روزانه + بازبینی فرم افکار خودایند + تلقینات مستقیم مرتبط با کنترل افکار خود ایند منفی ذکر شده در جلسه،
جلسه پنجم	بازبینی فرم فعالیت روزانه + بازبینی فرم افکار خودایند + تلقینات مستقیم مرتبط با کنترل افکار خود ایند منفی ذکر شده در جلسه
جلسه ششم	بازبینی فرم فعالیت روزانه + بازبینی فرم افکار خودایند+ بازگشت سنی به تجربیات اسیب رسان گذشته
جلسه هفتم	بازبینی فرم افکار خودایند +۷ پیشرفت سنی به زمانی که مراجع بع توانایی مدیریت شرایط بیماری دست یافته است
جلسه هشتم	بازبینی فرم افکار خودایند + جمع بندی جلسات قبلی و اموزش خود هیپنوتیزم

یافته‌ها

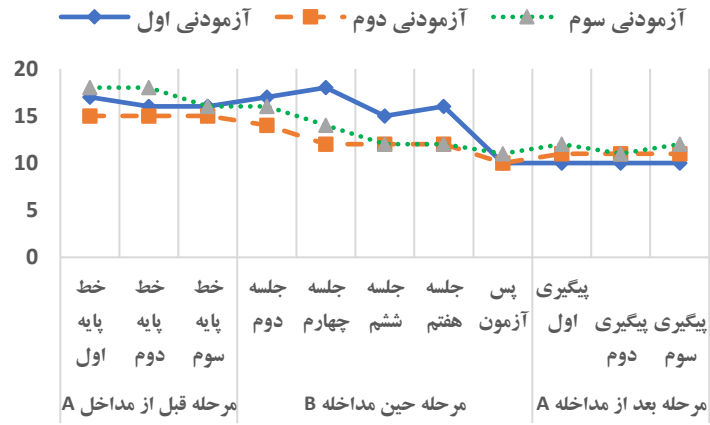
مشخصات و سوابق نمونه ها براساس پرونده بیمار مورد بررسی قرار گرفت. سن شرکت کنندگان گروه درمان شناختی رفتاری، ۳۷، ۳۸ و ۴۰ سال و میانگین سن آنها ۳۸/۳۳ سال بوده است. سن شرکت کنندگان گروه درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری نیز ۳۹، ۴۰ و ۴۱ سال و میانگین سن آنها ۴۰ سال بوده است. همچنین سن شرکت کنندگان گروه در انتظار درمان نیز ۳۸، ۳۹ و ۴۰ سال و میانگین آن ۳۹ سال بوده است. میزان تحصیلات شرکت کنندگان درمان شناختی رفتاری ۲ نفر دیپلم و ۱ نفر لیسانس بود. میزان تحصیلات شرکت کنندگان درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری ۲نفر لیسانس و ۱ نفر فوق لیسانس بود و در گروه شرکت کنندگان در انتظار درمان بصورت ۱ نفر دیپلم, ۱نفر لیسانس و ۱ نفر فوق لیسانس بود.

جدول ۳- مقایسه اثربخشی مداخلات بر متغیرهای پژوهش بر حسب شاخص پایا و درصد بهبودی کل

مولفه ها	شاخص ها / مداخله	هیپنوتراپی شناختی رفتاری	درمان شناختی رفتاری	در انتظار درمان
اختلال خواب	متوسط خط پایه	۱۶/۳۳	۱۶/۲۲	۱۵/۲۲
	پس آزمون	۶/۳۳	۱۰/۳۳	۱۵/۶۷
	انحراف استاندارد کل	۴/۶۳	۲/۴۴	۰/۳۸
	خطای معیار اندازه گیری	۱/۱۷	۱/۱۷	۱/۱۷
	تفاوت پیش آزمون-پس آزمون	۱۰/۰۰	۵/۸۹	-۰/۴۴
	شاخص تغییر پایا*پس آزمون	-۶/۰۶	-۳/۵۷	۰/۲۷
	درصد بهبودی پس از مداخله	۶۱/۲۲	۳۶/۳۰	-۲/۹۲
	متوسط پیگیری	۶/۴۴	۱۰/۸۹	۱۵/۰۰
	تفاوت پیش آزمون-پیگیری	۹/۸۹	۵/۳۳	۰/۲۲
	شاخص تغییر پایا*پیگیری	-۵/۹۹	-۳/۲۳	-۰/۱۳
	درصد بهبودی ۲ ماه پس از مداخله	۶۰/۵۴	۳۲/۸۸	۱/۴۶

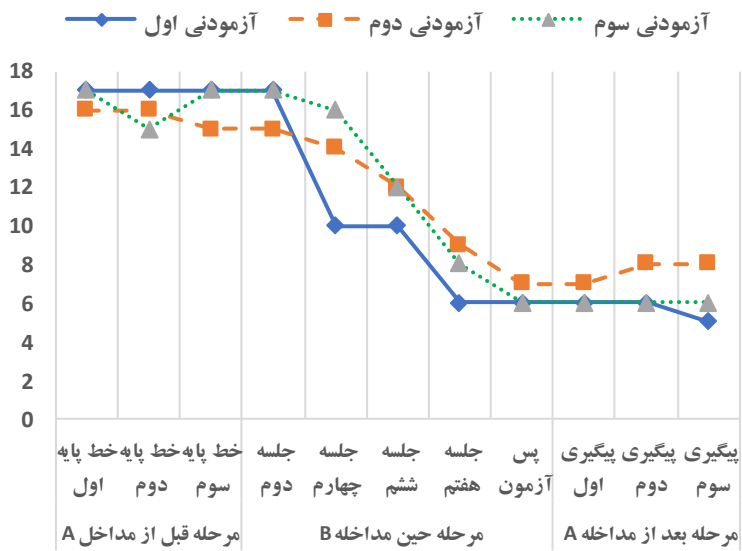
[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.16.0]

به منظور بررسی یافته های پژوهش و معناداری اثربخشی مداخلات درمانی بر اختلال خواب بیماران فیبرومیالژیا از روش جاکوبسن و تراکس استفاده شد. در این روش ابتدا شاخص تغییر پایا-پس آزمون و سپس شاخص تغییر پایا-پیگیری انجام شد. همچنین درصد بهبودی نیز در دو مرحله پس آزمون و پیگیری محاسبه گردید. با توجه به نتایج به دست آمده (جدول ۳) در تمامی مداخله های انجام شده شاخص های پایا در مرحله پیش آزمون و پس آزمون بیشتر از مقدار ملاک (۱/۹۷) می باشد که نشان از تاثیر معنادار آن ها دارد. با این حال در رابطه با متغیر اختلال خواب بیشترین اثربخشی مربوط به درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری با درصد بهبودی ۶۱/۲۲ بوده است. به طور کلی بر اساس یافته های به دست آمده می توان بیان داشت هردو درمان نسبت به گروه بدون مداخله توانسته اند بر متغیر اختلال خواب تاثیر بگذارند.



نمودار ۱ سیر نمرات اختلال خواب برای آزمودنی ها در گروه درمان شناختی رفتاری

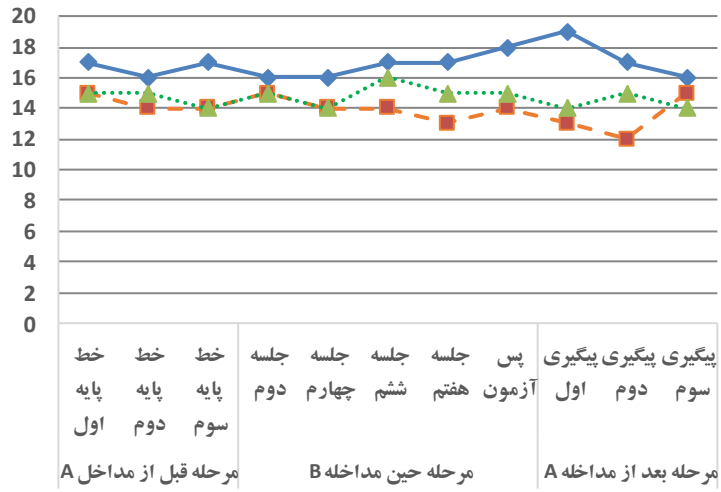
بررسی نتایج درمان شناختی رفتاری نشان می دهد که در مرحله ی پس آزمون، در هر سه آزمودنی، کاهش قابل توجهی رخ داده است. نمرات آزمودنی اول به نسبت آزمودنی دوم و سوم افت و خیز بیشتری در علائم نشان داده است. با این حال در انتهای جلسه پس از کاهش محسوس این روند ثبات پیدا کرده است. در آزمودنی دوم و سوم نیز شیب ملایم نشان می دهد که روند مداخله به مرور باعث کاهش علائم اختلال شده و در پایان دوره پس از سه بار پیگیری ثبات خود را حفظ نموده است.



نمودار ۲ سیر نمرات اختلال خواب برای آزمودنی ها در گروه درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.16.0]

در گروه هیپنوتراپی شناختی رفتاری به نظر می رسد نسبت به دو گروه مداخله دیگر شیب کاهشی با زاویه تند تری رخ داده است. در این گروه هر سه آزمودنی تقریبا خط پایه نزدیک به همی داشته اند و پس از مداخله نیز با روند نزدیک به همی کاهش علائم اختلال خواب را نشان می دهند. در آزمودنی سوم پس از دوره پیگیری ثبات کامل دیده می شود. اما در آزمودنی دوم بازگشت اندکی در مرحله پیگیری قابل روئیت است. این در حالی است که آزمودنی سوم در مرحله ترکیبی هیپنوتراپیش شناختی رفتاری در دو مرحله پیگیری پس از ثبات در مرحله سوم حتی نسبت به مرحله پس آزمون نیز کاهش علائم اختلال خواب بیشتر شده است.



نمودار ۳ سیر نمرات اختلال خواب برای آزمودنی ها در گروه بدون مداخله

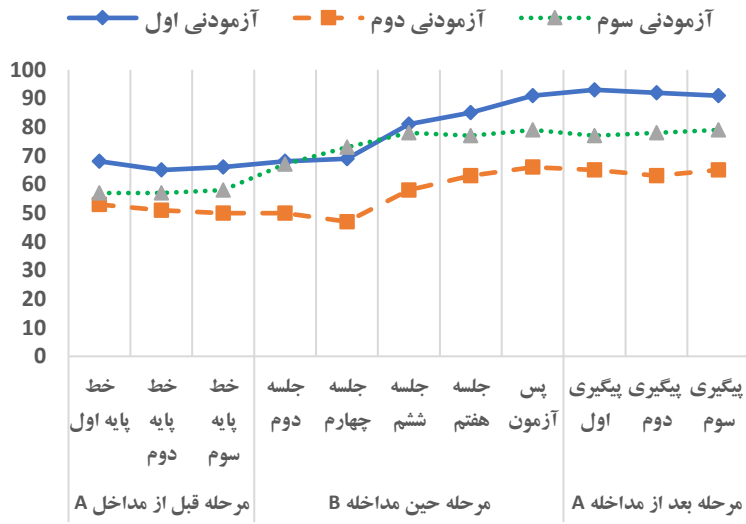
درگروه بدون مداخله روند به گونه متفاوتی نسبت به دوگروه دیگر رخ داده است. به نظر می رسد روال مشخصی برای کاهش یا افزایش علائم وجود ندارد. در آزمودنی اول همانطور که مشخص است علائم اختلال خواب حتی روند صعودی داشته است. این در حالی است که در آزمودنی دوم و سوم نوسان انجام شده در نهایت یک خط ثابت مستقیم را نشان می دهد. به طور کلی در یک جمع بندی از نتایج گزارش شده در رابطه با اختلال خواب می توان گفت دو درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری به نسبت گروه بدون مداخله توانسته اند روند اختلال خواب را به صورت کاهشی پیش ببرند. اما درمان شناختی رفتاری به نسبت پر نوسان و شیب ملایم تری داشته است. درمان ترکیبی نیز نسبت به درمان شناختی رفتاری شیب تندتری را در روند کاهش علائم اختلال خواب نشان می دهد.

جدول ۴- مقایسه اثربخشی مداخلات در افزایش تاب آوری بر حسب شاخص پایا و درصد بهبودی کل

مولفه ها	مداخله / شاخص ها	هیپنوتراپی شناختی رفتاری	درمان شناختی رفتاری	بدون مداخله
تاب آوری	متوسط خط پایه	۵۷/۳۳	۵۸/۳۳	۵۶/۳۳
	پس آزمون	۹۱/۶۷	۷۸/۶۷	۵۷/۰۰
	انحراف استاندارد کل	۱۶/۰۱	۹/۰۷	۰/۸۷
	خطای معیار اندازه گیری	۴/۲۶	۴/۲۶	۱/۱۷
	تفاوت پیش آزمون-پس آزمون	-۳۴/۳۳	-۲۰/۳۳	-۰/۶۷
	شاخص تغییر پایا*پس آزمون	۵/۷۰	۳/۳۸	۰/۴۰
	درصد بهبودی پس از مداخله	-۵۹/۸۸	-۳۴/۸۶	-۱/۱۸
	متوسط پیگیری	۹۱/۶۷	۷۸/۱۱	۵۸/۲۲
	تفاوت پیش آزمون-پیگیری	-۳۴/۳۳	-۱۹/۷۸	-۱/۸۹
	شاخص تغییر پایا*پیگیری	۵/۷۰	۳/۲۹	۱/۱۴

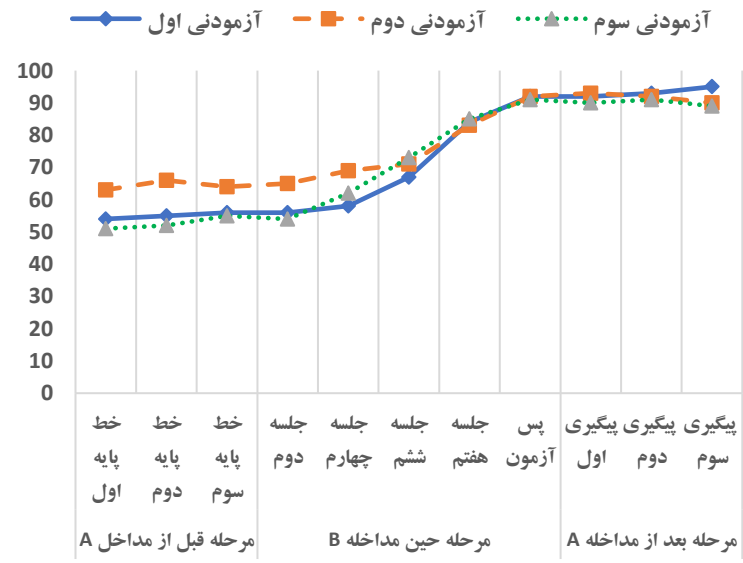
[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.16.0]

به منظور بررسی یافته های پژوهش و معناداری اثربخشی مداخلات درمانی بر تاب آوری بیماران فیبرومیالژیا از روش جاکوبسن و تراکس استفاده شد. در این روش ابتدا شاخص تغییر پایا-پس آزمون و سپس شاخص تغییر پایا-پیگیری انجام شد. همچنین درصد بهبودی نیز در دو مرحله پس آزمون و پیگیری محاسبه گردید. با توجه به نتایج به دست آمده (جدول ۴) در تمامی مداخله های انجام شده شاخص های پایا در مرحله پیش آزمون و پس آزمون بیشتر از مقدار ملاک (۱/۹۷) می باشد که نشان از تاثیر معنادار آن ها دارد. با این حال در رابطه با متغیر تاب آوری بیشترین اثربخشی مربوط به هیپنوتراپی شناختی رفتاری با درصد بهبودی ۵۹/۸۸ بوده است. به طورکلی براساس یافته های به دست آمده می توان بیان داشت هر دو درمان نسبت به گروه بدون مداخله توانسته اند بر متغیر تاب آوری تاثیر بگذارند.



نمودار ۴ سیر نمرات تاب آوری برای آزمودنی ها در گروه درمان شناختی رفتاری

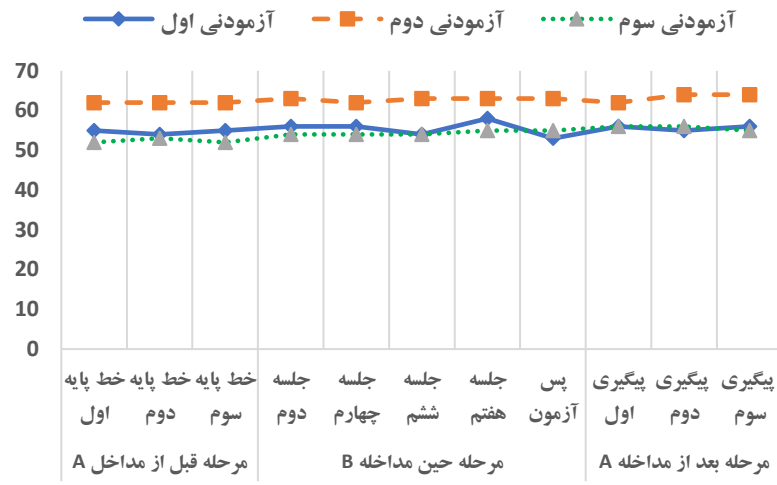
درگروه درمان شناختی رفتاری در واقع سه آزمودنی روند یکسانی را طی ننموده و با اینکه روند صعودی است اما در پایان پیگیری با یکدیگر تفاوت بیشتری نسبت به مرحله پیش آزمون دارند. به نظر می رسد آزمودنی دوم کمترین مقدار افزایش را نسبت به آزمودنی های دیگر دارد.



نمودار ۵ سیر نمرات تاب آوری برای آزمودنی ها در گروه درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.16.0]

در گروه درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری روند مداخله متفاوت رقم خورده و بدون افت و خیز مشخص به صورت صعودی با شیب تندتر نسبت به درمان شناختی رفتاری افزایش تاب آوری را رقم زده است. در مداخله هیپنوتراپی شناختی رفتاری تاب آوری آزمودنی اول و سوم با نرخ بیشتری افزایش داشته و روندشان هر جلسه نسبت به جلسه قبل بهتر و بهتر شده است. حتی آزمودنی اول در این گروه در مرحله آخر پیگیری تاب آوری بیشتری نسبت به پس آزمون نیز داشته است.



نمودار ۶ سیر نمرات تاب آوری برای آزمودنی ها در گروه بدون مداخله

در گروه کنترل شیب ملاحظه شده نشان می دهد که روند ارزیابی ثبات نسبی داشته است. در واقع در هر سه آزمودنی انحراف استاندارد کمی بین نمرات از مرحله خط پایه تا مرحله پیگیری دیده می شود. این نشان می دهد که نوسان تغییرات اندک بوده و تفاوت زیادی بین سه مرحله ارزیابی A، B و C دیده نمی شود. به طور کلی در یک جمع بندی می توان گفت نمودارهای روند نشان می دهد که هر دو درمان شناختی رفتاری و درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری می توانند روند افزایشی را نسبت به گروه بدون مداخله در میزان تاب آوری ایجاد نمایند. هیپنوتراپی شناختی رفتاری بیشتر از درمان شناختی رفتاری توانسته است در سه آزمودنی خود روند افزایشی در میزان تاب آوری ایجاد نماید.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد هر دو درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری نسبت به گروه گواه توانسته اند بر تاب آوری تاثیر بگذارند. هرچند بررسی سوابق به طور مقایسه ای مداخلات یاد شده را ارزیابی نکرده اند، اما این یافته ها را می‌توان با پژوهش‌هایی که به اثربخشی مجزای این مداخلات پرداخته اند همخوان دانست. در رابطه با درمان شناختی رفتاری نتایج به دست آمده را می توان با مطالعات ذبیحی یگانه و همکاران(۲۰۱۹)، مک‌کری و همکاران(۲۰۱۹)، شافر، کامچو و لرد[1](۲۰۱۹)، بنت و نلسون[2](۲۰۰۶)، منگا[3]و همکاران(۲۰۱۴)، لاملی[4](۲۰۱۱)، ولفولک، آلن و آپتر[5](۲۰۱۲)، بناردی، کلوز، ولش و هاسر[6](۲۰۱۸)، فریزن، آلبرت، تیتو و دایر[7](۲۰۱۷)، بیسلی و همکاران(۲۰۱۵)، الکینز، جانسون و فیشر[8](۲۰۱۲) همخوان است.

1. Shaffer, Camacho, Lord
2. Bennett, Nelson
3. Menga
4. Lumley
5. Woolfolk, Allen, Apter
6. Welsch
7. Friesen, Alberts, Titov, Dear
8. Elkins, Jensen, Patterson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.16.0]

در تبیین یافته‌های این تحقیق جهت اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تاب‌آوری باید بیان نمود که این نوع از درمان سبب نوعی تنظیم هیجانی می‌شود که به بهبود تحمل آشفتگی و استرس می‌پردازد. در مجموع این درمان باعث آگاهی از حالات ذهنی، هیجانی و جسمانی می‌شود که حاصل اتخاذ موضعی غیرقضاوتی و پذیرش بیماری و محدودیت‌های آن و کنارآمدن با تعارضات پیش‌آمده است. مجموعه این تغییرات می‌تواند زمینه کاهش استرس را در بیماران فیبرومیالژیا فراهم آورد و بنابراین تاب‌آوری را افزایش دهد (گابانا[1]، ۲۰۱۷). همچنین درمان شناختی رفتاری با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا موجب کاهش خُلق منفی و افسرده این بیماران می‌شود (لاملی، اسکوبینر، لاکهارت، کلاو و ویلیامز[2]، ۲۰۱۷). همچنین درمان شناختی رفتاری برای کاهش نشخوار فکری شامل توقف فکر و روش‌های منحرف‌کننده حواس مثبت و آموزش مهارت‌های حل مسئله و یادگیری مهارت‌های تن‌آرامی است که با تمرکز بر طرزکار در سطح فرآیند فکری و تأکید بر بناکردن درمان مبتنی بر تجربیات عینی می‌تواند در مقابله با این پدیده متداول و ناتوان کننده مؤثر واقع شود (انجم، محرر و شیرازی[3]، ۲۰۲۰).

در تبیین یافته‌های این تحقیق جهت اثربخشی هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر تاب‌آوری باید بیان نمود که هیپنوتراپی شناختی رفتاری تکنیک‌های آرامش‌سازی مانند مدیتیشن، مراقبه و تکنیک‌های تنفس موجود در درمان‌های ذهن‌آگاهی (نسل سوم درمان‌های شناختی رفتاری) در ترکیب با تکنیک‌های آرام‌سازی تدریجی عضلانی دارای کاربرد گسترده‌ای شامل اضطراب، تنش ناسازگار در موقعیت‌های عملکردی، بی‌خوابی، کنترل درد، مسائل اسکلتی عضلانی، بیماری‌های روانی جسمی و خودگردانی کامل می‌باشد که این هدف از طریق کاهش آگاهانه تنش‌های غیرلازم در عضلات تحقق می‌یابد. افزون بر این، تلفیق آزادسازی تنش با درمان شناختی باعث تسریع فرآیند درمانی می‌شود زیرا به دلیل افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، تضعیف قدرت عادت‌ها و کاهش اعتبار افکار مضطرب در زمان آرامش عضلانی، فرد احساس بهتری نسبت به خود و توجه بیشتری به زمان حاضر دارد (علاالدین[4]، ۲۰۱۵). همچنین استفاده از تمرین فرضی مهارت‌های مقابله و استفاده از تخیلات فرد (معمولاً در هیپنوتراپی) برای تمرین رفتار جدید، شیوه‌های مقابله‌ای مؤثر و جدید و مقابله با موقعیت‌های چالش برانگیز و یا موقعیت‌های عملکردی بسیار مفید واقع می‌شود و گواهی بر کارایی بالاتر درمان در صورت ترکیب رویکردهای شناختی رفتاری و هیپنوتراپی می‌باشد (فوهر، اسکوئیزر، میسنر و باترا[5]، ۲۰۱۷).

نتایج این مطالعه نشان داد درمان شناختی رفتاری نسبت به گروه گواه توانسته اند بر اختلال خواب تاثیر بگذارند. همچنین بررسی پیشینه و ادبیات نظری نشان می دهد که هیپنوتراپی نیز می‌تواند علائم روانی-جسمانی بیماران فیبرومیالژیا را بهبود بخشد. بنابراین بخشی از نتایج به دست آمده را می‌توان با مطالعات پیکارد، جاسومه، بویتت، دال و عبدلات-کیولیر[6](۲۰۱۳)، الکینز، جنسن و پترسون (۲۰۰۷)، آلوارز و نجرز-کستیلو[7](۲۰۰۷)، بوکر و دروستین[8](۲۰۱۶) و تیلور و جنکوف[9](۲۰۱۹) همخوان دانست.

در رابطه با اثربخشی درمان شناختی رفتاری برکیفیت خواب باید گفت که این درمان شامل روش‌هایی می‌شود که برای درمان افراد دچار بی‌خوابی به کار می‌رود. با این رویکرد بیمار اطلاعاتی درباره خواب طبیعی یا متوسط خود دریافت کرد، یاد گرفت چگونه خواب خود را تنظیم کند و تشویق شد بهداشت خواب مناسب را رعایت کند. نوعاً بیمار یاد گرفت نشانه‌هایی که ممکن است خواب‌آلودگی را ایجاد کنند تشخیص دهد و آن‌ها را از بین ببرد. بیماران از افکار و انتظارات خود درباره خواب آگاه‌تر شدند و بعداً بهتر قادر بودند آن‌ها را تغییر دهند (رزکاند و گرگوری[10]، ۲۰۱۰). این روش چندین تکنیک آرام‌سازی مختلف را آموزش می دهد که موجب می شود که مراجعان راحت‌تر خوابشان ببرد و خواب آسوده‌تری داشته باشند. همان طور که نتایج پژوهش نیز نشان داد این درمان در بهبود کیفیت خواب به طور معنی‌داری مؤثر بوده است. درجه بهبود معمولاً به مقدار تلاشی که افراد به خرج می‌دهند بستگی دارد. برای توجیه تأثیر این درمان

[1] Gabana
[2].Schubiner, Lockhart, Clauw & Williams
[3] Anjom, Moharer & Shirazi
[4]. Alladin
[5]. Fuhr, Schweizer, Meisner , Batra
[6]. Picard, Jusseaume, Boutet, Dualé, Aublet-Cuvellier
[7]. Alvarez-Nemegyei, Negreros-Castillo
[8]. Bowker, Dorstyn
[9]. Taylor, Genkov
[10] Rosekind , Gregory

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.16.0]

می‌توان این‌گونه مطرح نمود که در بی‌خوابی مزمن اشکال در خوابیدن با تفسیرهای ذهنی، باورها، نگرش‌ها و رفتارهایی که با تداوم و وخیم شدن اختلال خواب مرتبط است، همراه می‌شود (ون‌درورت، بیسدونیس، کیل، لانسی و ون‌استراتن[1]، ۲۰۱۹).

در تبیین اثربخشی هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر کیفیت خواب باید گفت که اگرچه پیشینه پژوهشی زیادی در رابطه با اثربخشی درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری وجود ندارد اما نظرات و پژوهش‌های مرتبط نشان داده‌اند که این درمان که تلفیقی از درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی است می‌تواند بهبودی مراجعان و سلامت روان را در پی داشته باشد. در همین راستا باید گفت که اثربخشی هیپنوتراپی شناختی‌رفتاری را می‌توان به عوامل مختلفی نسبت داد. استفاده از هیپنوتیزم در روند درمان با به حداکثررساندن آگاهی طولانی‌مدت و سطوح متعددی از عملکرد مغز و همچنین با به حداکثر رساندن توجه و تمرکز و با به حداقل‌رساندن حواس‌پرتی و تداخل ناشی از دیگر منابع تنش‌زا، تفکر واگرا را تسهیل می‌کند (توسی و بایسدن[2]، ۲۰۰۸). همچنین هیپنوتیزم، چارچوبی ذهنی ارائه کرد مبنی بر این‌که توجه می‌تواند به سوی تجاربی گسترده‌تر مانند احساس صمیمیت، شادی و احساساتی از این قبیل هدایت شود. چنین راهبردهایی می‌تواند سبب افزایش تفکر واگرا شود و بازسازی واقعیت‌هایی غیرعادی را تسهیل بخشد (علاالدین، ۲۰۱۵). این دو مزیت هیپنوتیزم، فرایند بازسازی شناختی را در درمان سندروم فیبرومیالژیا تسهیل می‌کند. همچنین بینش دادن و بازسازی باورهای بنیادین نیز با این تفکر واگرا تسهیل می‌شود. به‌طورکلی، یکی از مشکلات در اختلالات روانی مختلف، نبودن تفکر واگرا و یک‌جانبه‌نگری بیمار است که به خطاهای شناختی و تحریف واقعیت منجر می‌شود. این‌گونه به نظر می‌رسد که هیپنوتیزم با تأثیر بر مؤلفهٔ بازبودن ذهن و گسترش آگاهی (مشابه با تکنیک‌های درمان‌های موج سومی همانند ذهن آگاهی) تفکر واگرا را تسهیل می‌کند و در برطرف‌کردن این مشکل، کمک‌کننده است (الکینز و همکاران، ۲۰۱۲).

هر پژوهشی با توجه به امکانات و موقعیتی که در آن به اجرا درآمده است دارای محدودیت هایی است که تعمیم پذیری آن را به جامعه با مشکلاتی همراه می سازد. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر عبارت است از عدم استفاده از سخت افزارها جهت سنجش شاخصهای زیستی و اکتفا به گزارش های مراجعان. با توجه به این که پژوهش حاضر بر روی زنان انجام شده است نمی توان نتایج را به مردان تعمیم داد. پژوهش در شهر گرگان انجام شده که تعمیم نتایج به سایر شهرها با توجه به زمینه فرهنگی و اجتماعی متفاوت با محدودیت مواجه است.

پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی، بر روی تعداد نمونه های بیشتری و به صورت طرح آزمایشی و در قالب گروه های آزمایش و کنترل مطالعاتی انجام گیرد. پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری تاثیر فزاینده ای بر نشانه های بیماری در افراد مبتلا به فیبرومیالژیا دارد، بنابراین پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی درمان ترکیبی در بهبود این بیماری مزمن بررسی شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد کتابچه هایی را طراحی که در آن به تشریح تاثیر درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری پرداخته شود و با قرار دادن کتابچه‌های مذکور در اختیار بیماران مزمن به ویژه افراد مبتلا به فیبرومیالژیا، گامی موثر در راستای ارتقاء و بهبود مشکلات آنها برداشته شود.

منابع

پورافضل، ف.، و سیدفاطمی، ن.، و اینانلو، م.، و حقانی، ح. (۱۳۹۲). بررسی همبستگی استرس درک شده با تاب آوری در دانشجویان کارشناسی پرستاری. *فصلنامه حیات*، ۱۹(۱)، ۴۱-۵۲.

حیدری، ع؛ احتشامزاده، پ؛و مرعشی، م. (۱۳۸۹) رابطه شدت بیخوابی،کیفیت خواب، خواب آلودگی و اختلال در سلامت روان با عملکرد تحصیلی در دختران. *فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ*،۱(۴) ، ۶۵-۷۶.

لیهی، ر. (۲۰۰۸). *تکنیک های شناختی - رفتاری برای افسردگی و اختلالات اضطرابی*، ترجمه سمیرا معصومیان(۱۳۹۴).تهران. انتشارات ابن سینا.

سوری، ح.، و حجازی، ا.، و سوری نژاد، م. (۱۳۹۳). رابطه تاب آوری و بهزیستی روان شناختی: نقش واسطه ای خوش بینی. *فصلنامه دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۱۵(۱ (پیاپی ۵۵))، ۵-۱۵.

[1].van der Zweerde, Bisdounis, Kyle, Lancee , van Straten
[2].Tosi , Baisden

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.16.0]

عطادخت، ا.، و نوروزی، ح.، و غفاری، ع. (۱۳۹۲). تاثیر آموزش حل مساله اجتماعی در ارتقای بهزیستی روان شناختی و تاب آوری کودکان دارای اختلال یادگیری. *نشریه ناتوانی های یادگیری*، ۳(۲ (پیاپی ۹))، ۹۲-۱۰۸.

قنبری طلب، م و فولاد چنگ، م. (۱۳۹۴). رابطه بین تاب آوری ونشاط ذهنی با استعداد اعتیاد دانشجویان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۹(۳۴) ، ۲۲-۱۰.

هاموند، ر. (۱۳۹۲). *تلقینات و استعارات هیپنوتیزمی*. ترجمه مدرسان انجمن علمی هیپنوتیزم بالینی ایران. تهران: انجمن علمی هیپنوتیزم بالینی ایران.

Adler-Neal, A. L., & Zeidan, F. (2017). Mindfulness meditation for fibromyalgia: mechanistic and clinical considerations. *Current rheumatology reports*, *19*(9), 59.

Alladin, A. (2015). Integrative CBT for anxiety disorders: An evidence-based approach to enhancing cognitive behavioural therapy with mindfulness and hypnotherapy. John Wiley & Sons

Akkaya, N., Akkaya, S., Atalay, N. S., Acar, M., Catalbas, N., & Sahin, F. (2013). Assessment of the relationship between postural stability and sleep quality in patients with fibromyalgia. *Clinical rheumatology*, *32*(3), 325-331.

Alvarez-Nemegyei, J., Negreros-Castillo, (2007). Ericksonian hypnosis in women with fibromyalgia syndrome. *Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(4), 395-401.

Andrade, A., Vilarino, G. T., Sieczkowska, S. M., Coimbra, D. R., Bevilacqua, G. G., & Steffens, R. D. A. K. (2018). The relationship between sleep quality and fibromyalgia symptoms. *Journal of health psychology*, 1359105

Anjom, H., Moharer, R., & Shirazi, M. (2020). Comparing the Effectiveness of Training Cognitive Behavioral Therapy and Neuro-linguistic Programming Strategies on Enhancing Resilience of High School Students in Kerman, Iran. *International Journal of Pediatrics*, 8(8), 11877-11889.

Anuhgera, D., Kuncoro, T., Sumarni, S., Mardiyono, M., & Suwondo, A. (2017). Hypnotherapy is more effective than acupressure in the production of prolactin hormone and breast milk among women having given birth with caesarean section. *Medicine and Clinical Science*.

Beasley, M., Prescott, G. J., Scotland, G., Lovell, K., Keeley, P., (2015). 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. RMD open, 1(1), e000026.

Bennett, R., & Nelson, D. (2006). Cognitive behavioral therapy for fibromyalgia. *Nature Clinical Practice Rheumatology*, *2*(8), 416-424.

Bernardy, K., Klose, P., Welsch, P., & Häuser, W. (2018). Efficacy, acceptability and safety of cognitive behavioural therapies in fibromyalgia syndrome–A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Pain*, 22(2), 242-260.

Bowker, E., & Dorstyn, D. (2016). Hypnotherapy for disability-related pain: A meta-analysis. *Journal of health psychology, 21(4)*, 526-539.

Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28(2), 193-213.

Casale, R., Sarzi-Puttini, P., Botto, R., Alciati, A., Batticciotto, A., Marotto, D., & Torta, R. (2019). Fibromyalgia and the concept of resilience. *Clin Exp Rheumatol*, *37*(116), S105-S113.

Conner, K. M, & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Journal of Depression and Anexiety*, 18, pp 76-82.

Diaz-Piedra, C., Catena, A., Sánchez, A. I., Miró, E., Martínez, M. P., & Buela-Casal, G. (2015). Sleep disturbances in fibromyalgia syndrome: the role of clinical and polysomnographic variables explaining poor sleep quality in patients. *Sleep medicine*, *16*(8), 917-925.

Elkins, G., Jensen, M. P., & Patterson, D. R. (2007). Hypnotherapy for the management of chronic pain. *Intl. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *55*(3), 275-287.

Evers, A. W., Zautra, A., & Thieme, K. (2011). Stress and resilience in rheumatic diseases: a review and glimpse into the future. *Nature Reviews Rheumatology*, *7*(7), 409.

Friesen, L. N., Alberts, N. M., Titov, N., & Dear, B. F. (2017). Examination of an internet-delivered cognitive behavioural pain management course for adults with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Pain*, 158(4), 593-604.

Fuhr, K., Schweizer, C., Meisner, C., & Batra, A. (2017). Efficacy of hypnotherapy compared to cognitive-behavioural therapy for mild-to-moderate depression: study protocol of a randomised-controlled rater-blind trial (WIKI-D). *BMJ open*, *7(11)*, *e016978.*

*Gabana, N. (20*17). A strengths-based cognitive behavioral approach to treating depression and building resilience in collegiate athletics: The individuation of an identical twin. Case Studies in Sport and Exercise Psychology, 1(1), 4-15.

Galvez-Sánchez, C. M., Duschek, S., & del Paso, G. A. R. (2019). Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. *Psychology research and behavior management*, *12*, 117.

Häuser, W., Sarzi-Puttini, P., & Fitzcharles, M. A. (2019). Fibromyalgia syndrome: under-, over-and misdiagnosis. *Clin. Exp. Rheumatol*, *37*, 90-97.

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, *36(5)*, 427-440

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.16.0]

Kraft, D. (2011). Counteracting resistance in agoraphobia using hypnosis. *Contemporary Hypnosis & Integrative Therapy*, 28(3), 235-48.

Lumley, M. A. (2011). Beyond cognitive-behavioral therapy for fibromyalgia: addressing stress by emotional exposure, processing, and resolution.

Lumley, M. A., Schubiner, H., Lockhart, N. A., Kidwell, K. M., Harte, S. E., Clauw, D. J., & Williams, D. A. (2017). Emotional awareness and expression therapy, cognitive-behavioral therapy, and education for fibromyalgia: a cluster-randomized controlled trial. *Pain*, 158(12), 2354.

Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., ... & Dincer, F. (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the rheumatic diseases*, 76(2), 318-328.

McCrae, C. S., Williams, J., Roditi, D., Anderson, R., Mundt, J. M., Miller, M. B., ... & Robinson, M. E. (2019). Cognitive behavioral treatments for insomnia and pain in adults with comorbid chronic insomnia and fibromyalgia: clinical outcomes from the SPIN randomized controlled trial. *Sleep*, 42(3), zsy234.

Menga, G., Ing, S., Khan, O., Dupre, B., Dornelles, A. C., Alarakhia, A., ... & Quinet, R. (2014). Fibromyalgia: can online cognitive behavioral therapy help?. *Ochsner Journal*, *14*(3), 343-349.

Milburn, M. C. (2011). Cognitive-behavior therapy and change: Unconditional self acceptance and hypnosis in CBT. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *29*(3), 177-191.

Moghaddam, J. F., Nakhaee, N., Sheibani, V., Garrusi, B., & Amirkafi, A. (2012). Reliability and validity of the Persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-P). Sleep and Breathing, 16(1), 79-82.

Olsen, M. N., Sherry, D. D., Boyne, K., McCue, R., Gallagher, P. R., & Brooks, L. J. (2013). Relationship between sleep and pain in adolescents with juvenile primary fibromyalgia syndrome. *Sleep*, *36*(4), 509-516.

Picard, P., Jusseaume, C., Boutet, M., Dualé, C., & Aublet-Cuvellier, B. (2013). Hypnosis for management of fibromyalgia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61(1), 111-123.

Schmidt-Wilcke, T., & Diers, M. (2017). New insights into the pathophysiology and treatment of fibromyalgia. *Biomedicines*, *5*(2), 22.

Shaffer, K. M., Camacho, F., Lord, H. R., (2019). Do treatment effects of a web-based cognitive behavioral therapy for insomnia intervention differ for users with and without pain interference? A secondary data analysis. *Journal of behavioral medicine*, 1-8.

Syrjala, K. L., Cummings, C., & Donaldson, G. W. (1992). Hypnosis or cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: *a controlled clinical trial. Pain*, 48(2), 137-146.

Taylor, D. A., & Genkov, K. A. (2019). Hypnotherapy for the Treatment of Persistent Pain: A Literature Review. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 78-83.

Theoharides, T. C., Tsilioni, I., Arbetman, L., Panagiotidou, S., Stewart, J. M., Gleason, R. M., & Russell, I. J. (2015). Fibromyalgia syndrome in need of effective treatments. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 355(2), 255-263.

Tosi DJ, Baisden BS. (2008) Cognitive-experiential therapy and hypnosis. Clinical hypnosis: A multidisciplinary approach. In: Alladin A, editor. Cognitive Hypnotherapy: An Integrated Approach to the Treatment of Emotional Disorders. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.

van der Zweerde, T., Bisdounis, L., Kyle, S. D., Lancee, J., & van Straten, A. (2019). Cognitive behavioral therapy for insomnia: a meta-analysis of long-term effects in controlled studies. *Sleep medicine reviews*, 48, and 101208.

Walitt, B., Fitzcharles, M. A., Hassett, A. L., Katz, R. S., Häuser, W., & Wolfe, F. (2011). The longitudinal outcome of fibromyalgia: a study of 1555 patients. *The Journal of rheumatology*, *38*(10), 2238-2246.

Walitt, B., Häuser, W., Wolfe, F., & Fitzcharles, M. A. (2019). Fibromyalgia: New Clinical Concepts. *The Medical Roundtable General Medicine Edition*.

Whiteside, N., Sarmanova, A., Chen, X., Zou, K., Abdullah, N., Doherty, M., & Zhang, W. (2018). Proportion of contextual effects in the treatment of fibromyalgia—a meta-analysis of randomised controlled trials. Clinical rheumatology, 37(5), 1375-1382.

Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., ... & Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis care & research*, *62*(5), 600-610.

Woolfolk, R. L., Allen, L. A., & Apter, J. T. (2012). Affective-cognitive behavioral therapy for fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Pain research and treatment*.

Zabihiyeganeh, M., Afshar, S. V., Kadijani, A. A., Jafari, D., Bagherifard, A., Janbozorgi, M., ... & Mirzaei, A. (2019). The effect of cognitive behavioral therapy on the circulating proinflammatory cytokines of fibromyalgia patients: A pilot controlled clinical trial. *General hospital psychiatry*, 57, 23-28.

Zautra, A. J., Johnson, L. M., & Davis, M. C. (2005). Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain. *Journal of consulting and clinical psychology*, *73*(2), 212.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.16.0]