



مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، مداخله مختصر و مداخله ترکیبی بر حمایت اجتماعی بهبودیافتگان کووید ۱۹

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران
استادیار علوم پایه پزشکی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

عباس رحمتی ^{id}

رضا احمدی* ^{id}

شهرام مشهدی‌زاده ^{id}

احمد غضنفری ^{id}

Rozgarden28@yahoo.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۱/۲۱

دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۱۸

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، مداخله مختصر و مداخله ترکیبی بر حمایت اجتماعی بهبودیافتگان کووید ۱۹- شهر اندیمشک انجام شد. **روش پژوهش:** روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. نمونه پژوهش شامل ۸۰ نفر از بهبودیافتگان ویروس کووید-۱۹ که تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهر اندیمشک بودند که به روش هدفمند انتخاب و در گروه‌های آزمایش و گواه (هر گروه ۲۰ نفر) بطور تصادفی گمارده شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته یک بار تحت مداخلات رفتار درمانی شناختی قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکرد. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه حمایت اجتماعی فیلیپس و همکاران استفاده شد و برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که میانگین نمرات حمایت اجتماعی در درمان شناختی رفتاری، مداخله مختصر و مداخله ترکیبی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنادار داشته است ($P < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده نتیجه‌گیری می‌شود که درمان شناختی رفتاری، مداخله مختصر و مداخله ترکیبی بر حمایت اجتماعی بهبودیافتگان کووید ۱۹ شهر اندیمشک موثر بوده است و بین اثربخشی این سه رویکرد درمانی تفاوت وجود دارد.

فصلنامه علمی پژوهشی خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۵ | پیاپی ۹ | ۳۹۰-۴۰۳
زمستان ۱۴۰۰

(مجموعه مقالات کووید-۱۹)

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(رحمتی، احمدی، مشهدی‌زاده و غضنفری،
۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

رحمتی، عباس، احمدی، رضا، مشهدی‌زاده، شهرام، و غضنفری، احمد. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، مداخله مختصر و مداخله ترکیبی بر حمایت اجتماعی بهبودیافتگان کووید ۱۹. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۵ پیاپی ۹): ۳۹۰-۴۰۳.

کلیدواژه‌ها: هیجان، پذیرش و تعهد، فاجعه‌پنداری، بهزیستی ذهنی، کووید-۱۹

مقدمه

در اواخر دسامبر ۲۰۱۹، ویروس جدیدی به نام کرونا ویروس شناخته شد که یک ویروس متعلق به دسته بتاکروناویروس است. چان و همکاران (۲۰۲۰) تایید کردند که کروناویروس نوین-۲۰۱۹ یک کرونا ویروس جدید بوده که با کروناویروس سارس خفاش بسیار مرتبط است. تا اوایل اگوست ۲۰۲۱ تعداد ۲۲۰ کشور از همه قاره‌های جهان درگیر این ویروس بوده و ۹۰۲۳۶۶۱۷ مورد مثبت در این کشورها ثبت شده، از این تعداد ۱۹۳۷۳۷۶ نفر فوت شدند و ۶۴۶۰۳۸۳۶ نفر نیز بهبود یافته‌اند. وضعیت همه‌گیری فعلی ویروس کرونا در سرتاسر جهان همچنان شدید و نگران‌کننده است و به یک تهدید بالینی برای جمعیت عمومی و پرسنل مراقبت‌های بهداشتی در سراسر جهان تبدیل شده است. بر این اساس و با توجه به وضعیت اورژانسی فعلی این بیماری، قابل پیش‌بینی است که برخی از نشانه‌های اختلالات روانشناختی در بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بروز نماید. در این راستا، بررسی نتایج تحقیقات متعدد که بر روی بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در کشور چین در طی انتشار بیماری انجام شده تعدادی از این اختلالات روانشناختی از جمله اضطراب، ترس، استرس پس از سانحه، تغییرات هیجانی و بی‌خوابی و افسردگی، با درصد شیوع بالا از این بیماران گزارش شده است (یانگ و همکاران، ۲۰۲۰؛ لیو و همکاران، ۲۰۲۰). در پژوهشی که با حضور ۸۲۲ فرد مشارکت‌کننده انجام شد، نتایج نشان داد که ۲۹/۳۵ درصد افراد نشانه‌های افسردگی از خود اظهار نموده‌اند (یینگ و همکاران، ۲۰۱۹). از طرفی خود قرنطینه در زمان پنومونی ویروس کرونا نیز احتمال بروز مشکلات روانی را افزایش می‌دهد. قرنطینه به تدریج افراد را از یکدیگر دور می‌کند و در صورت عدم برقراری ارتباط بین فردی، بیگانگی اجتماعی را به همراه می‌آورد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۵؛ شهیدی، ۲۰۲۰)؛ بیگانگی، بر اساس دیکشنری آکسفورد (۲۰۱۳) به معنای کنش‌ها یا فرایندهای معینی هستند که موجب احساس انزوا یا غریبگی یا احساس غیر همدلانه و خصمانه یک فرد می‌شود و عموماً به معنای جهت‌گیری منفی احساسات ناهماهنگ فرد، احساس بی‌معنایی در زندگی، احساس جدایی از خویشتن و بی‌زاری از ارزش‌های جامعه است. به عبارتی نوعی پاسخ یا عکس‌العمل فرد نسبت به فشارها، تنش‌ها، ناملازمات زندگی و اختلاف دیدگاه‌های فردی و اجتماعی تعریف می‌شود (رسولی، ۱۳۸۵). اسکات (۱۳۸۰) معتقد است بیگانگی اجتماعی^۱، از دست دادن شرایطی است که قبلاً برای فرد قابل ارزش بوده است.

یکی از مولفه‌های که در بهبود یافتگان کووید ۱۹ باید مورد توجه جدی قرار گیرد و نقش مهمی در سلامت افراد دارد حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی، به منابعی اشاره دارد که از دیگران دریافت می‌کنیم. حمایت اجتماعی، مفهومی چند بعدی است که به اشکال و طرق مختلفی تعریف شده است. برخی از پژوهشگران، حمایت اجتماعی را میزان برخورداری از محبت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه، و کمک دریافت شده از سوی افراد و گروه‌های دیگر نظیر اعضای خانواده، دوستان، و افراد مهم برای فرد تعریف کرده‌اند (گرومن، اشنایدر و کوتس، ۱۳۹۸). تیلور (۲۰۰۷) معتقد است حمایت اجتماعی^۲ مفهومی است که عموماً به عنوان کمکی که از جانب دیگران در شرایط دشوار زندگی دریافت می‌شود، درک می‌گردد. گاجل و همکاران نیز معتقدند (۱۳۷۷) حمایت اجتماعی یعنی این احساس که شخص مورد توجه دیگران است و دیگران برای او ارزش قائلند و اینکه او به یک شبکه اجتماعی متعلق است. پژوهشگران، نقش حمایت

1 . social alienation

2 . social support

اجتماعی را در ارتباط با بیماری‌های مزمن و مهلک بررسی کردند (تیلور و سی‌رویس، ۲۰۱۲) و به این نتیجه رسیدند که عوامل اجتماعی همان گونه که می‌تواند نقش مهمی در ایجاد، حفظ و ارتقا سلامتی ایفا کند؛ در بروز، شیوع و تداوم بیماری نیز دارای سهمی چشمگیر است (کوکرین، ۱۳۷۶). تحقیقات نشان می‌دهد که این احساس تحت تاثیر برداشت‌های فرد است و افکار نقش مهمی در ادراک آن دارد؛ از جمله رویکردهای درمانی که بر افکار متمرکز است، درمان شناختی-رفتاری می‌باشد. درمان شناختی-رفتاری رویکردی است مبتنی بر عقل سلیم که بر دو اصل بنیادی استوار استوار است: نخست، اینکه شناخت‌واره‌های اثری کنترل-کننده بر هیجان‌ها و رفتارها دارند؛ و دوم، اینکه چگونگی عملکرد یا رفتار اثری قوی در الگوهای فکری و هیجانی‌های فرد می‌گذارند. عناصر شناختی این دیدگاه، به وسیله سوفسطایی مانند اپیک تتوس و نیز سیسرون، سه‌نه‌کا و دیگران، سده‌ها پیش از آنکه درمان شناختی-رفتاری معرفی شود، شناسایی شده بودند (بک و همکاران، ۱۹۷۹).

از جمله رویکردهای درمانی که بر افکار متمرکز است، درمان شناختی-رفتاری می‌باشد. درمان شناختی-رفتاری رویکردی است مبتنی بر عقل سلیم که بر دو اصل بنیادی استوار استوار است: نخست، اینکه شناخت-واره‌های اثری کنترل‌کننده بر هیجان‌ها و رفتارها دارند؛ و دوم، اینکه چگونگی عملکرد یا رفتار اثری قوی در الگوهای فکری و هیجانی‌های فرد می‌گذارند. عناصر شناختی این دیدگاه، به وسیله سوفسطایی مانند اپیک تتوس و نیز سیسرون، سه‌نه‌کا و دیگران، سده‌ها پیش از آنکه درمان شناختی-رفتاری معرفی شود، شناسایی شده بودند (بک و همکاران، ۱۹۷۹). در این مدل، پردازش شناختی نقش محوری بر عهده دارد، چرا که افراد پیوسته اهمیت رویدادهای محیط اطراف و درون خود را مورد ارزیابی قرار می‌دهند (مانند رویدادهای پر فشار، گرفتن پسخورد یا نگرستن پسخورد از دیگران، خاطرات رویدادهای از گذشته، وظایف محوله، احساس-های جسمی). اثر بخشی رویکرد شناختی-رفتاری در پژوهش‌های زیادی نشان داده شده است (بارلو و همکاران، ۱۹۸۹؛ کلارک و همکاران، ۱۹۹۴). با توجه به طولانی بودن جلسات شناختی-رفتاری در مورد افسردگی (۲۰ جلسه طبق نظر بک) و عناصر مرتبط با آن، و سطح انگیزه و انرژی پایین در این افراد، اثربخشی مداخله مختصر نیز مورد بررسی قرار خواهد گرفت. مداخله مختصر، خلاصه و فشرده مطالب مربوط به درمان شناختی-رفتاری است که تعداد جلسات آن به ۴ تا ۸ جلسه کاهش یافته است و تمرکز آن بر درمان اختصاصی برای تعداد محدودی از مشکلات فرد است (براتی سده و مولوی، ۱۳۹۴). بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری، مداخله مختصر و مداخله ترکیبی بر کاهش افسردگی بهبودیافتگان کووید ۱۹ تحت پوشش مراکز خدمات جامع انجام خواهد شد و به دنبال پاسخگویی به این سوال هستیم:

۱. آیا درمان شناختی-رفتاری، مداخله مختصر و مداخله ترکیبی بر کاهش افسردگی بهبودیافتگان کووید ۱۹ در مرحله پس آزمون اثربخش بوده و با یکدیگر تفاوت معناداری دارند؟
۲. آیا درمان شناختی-رفتاری، مداخله مختصر و مداخله ترکیبی بر کاهش افسردگی بهبودیافتگان کووید ۱۹ در مرحله پیگیری پایدار بوده و با یکدیگر تفاوت معناداری دارند؟

روش پژوهش

طرح مورد استفاده در این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را بهبودیافتگان از ویروس کووید-۱۹ که تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهر اندیمشک تشکیل دادند. به این نحو که ابتدا پرسشنامه حمایت اجتماعی برای افراد بهبودیافته از ویروس کووید-۱۹ که تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهر اندیمشک ارسال شد. سپس تعداد ۴۰ نفر از افرادی که تشخیص ابتلا به افسردگی قبل از ابتلا به کووید-۱۹ را نداشته بودند و تمایل به همکاری در طرح پژوهشی را داشتند همچنین نمره افسردگی آنها بالاتر از متوسط بود، به عنوان معیارهای ورود و سوء مصرف مواد، دارای اختلال روانی، شرکت در جلسات مشابه، غیبت بیش از دو جلسه، به عنوان معیارهای خروج انتخاب و در ۲ گروه (آزمایش و گواه) گمارده شدند. سپس پرسشنامه حمایت اجتماعی جهت تکمیل برای آنها ارسال شد. گروه آزمایش تحت مداخله درمان شناختی-رفتاری قرار گرفته و گروه کنترل در لیست انتظار قرار داده شد. مداخله شناختی-رفتاری بر گروه آزمایش در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته هفته‌ای یک جلسه اجرا گردید. پس از اتمام جلسات از دو گروه (آزمایش و گواه) پس آزمون گرفته و داده‌های حاصله جمع‌آوری شد. پس از اتمام دوره مداخله گروه‌های آزمایش، به افراد حاضر در گروه گواه کتاب خودیاری در این حوزه جهت مطالعه معرفی شد.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه حمایت اجتماعی. این پرسشنامه توسط فیلیپس و همکاران (۱۹۸۶) تهیه گردید. این مقیاس دارای ۲۳ سوال و ۳ خرده مقیاس، مقیاس خانواده، دوستان و سایرین می‌باشد. ناخداکان (۱۳۷۷) ضرایب پایایی این پرسشنامه را در سه روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶، تنصیف ۰/۵۵، و گاتمن ۰/۸۴ محاسبه نموده است. در نمونه دانشجویان ایرانی ضرایب پایایی خرده مقیاس‌های خانواده، دوستان و سایرین به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۶۴، ۰/۵۴ است. ضرایب اعتبار کل مقیاس حمایت اجتماعی ۰/۷۰ است. و در تحقیق حیدری و جعفری (۱۳۸۸) که از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شده است که برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۸ می‌باشد و از ضرایب مطلوب برخوردار بوده است. پایایی کلی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

جدول ۱. پروتکل درمان شناختی رفتاری

جلسات	محتوا و موضوعات جلسات درمان شناختی رفتاری
اول	برقراری ارتباط، معرفی اعضا، بیان قواعد گروه (از جمله رازداری، احترام، گوش دادن و...)، صحبت در مورد مسائل، آشنایی با فرایند درمان و معرفی جلسه های درمان به صورت کوتاه، شرح قوانین گروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی درباره کرونا و آثار آسیب‌زای روانشناختی و مسائل مربوط به این دوره، معارفه و آشنایی، تعیین اهداف درمان
دوم	مرور بر جلسه قبل، آموزش و بررسی مدل شناختی و چرخه فکر با ذکر مثال و ارائه چند نمونه در جلسه، ارائه توضیحاتی در باب ویژگی های افکار خود آیند منفی، معرفی و شناسایی خطاهای شناختی به همراه درجه اعتقاد به آنها، خلاصه و جمع بندی، مشخص کردن تکلیف
سوم	مرور بر جلسه قبل، بررسی تکالیف جلسه قبل و موانع آن، مرور و بررسی راهبردهایی برای مبارزه با تحریف شناختی (آموزش تکنیک بررسی شواهد) و کار در جلسه، تعیین کردن تکلیف

چهارم	مرور بر جلسه قبل، بررسی تکالیف جلسه قبل و موانع آن، آموزش روانشناختی، مرور و بررسی راهبردهایی برای مبارزه با تحریف‌های شناختی (تکنیک بررسی سود و زیان) و تمرین آن در جلسه با مسائل افراد گروه، خلاصه و جمع بندی، مشخص کردن تکلیف
پنجم	مرور بر جلسه قبل، بررسی تکالیف جلسه قبل و موانع آن، بررسی تکالیف، شناسایی موقعیت‌های ناراحت کننده و بررسی و شناسایی هیجان‌ها، آموزش و توضیح هیجانها و ارتباط آنها با افکار، جمع بندی و مشخص کردن تکلیف
ششم	مرور بر جلسه قبل، بررسی تکالیف جلسه قبل و موانع آن، بررسی تکالیف، بررسی باز پاسخها در موقعیت های ناراحت کننده (با تکنیک تصویر سازی و حدس زدن فکر)، جمع بندی و مشخص کردن تکلیف
هفتم	مرور بر جلسه قبل، بررسی تکالیف جلسه قبل و موانع آن، بررسی تکالیف، آموزش شناسایی علائم بدنی در مواقع ناراحتی با استفاده از تکنیک تصویر سازی و آموزش ریلکسیشن به منظور کاهش علائم بدنی، جمع بندی و مشخص کردن تکلیف
هشتم	مرور بر جلسه قبل، بررسی تکالیف جلسه قبل و موانع آن و رفع هر گونه ابهام در خصوص جلسات پیشین، جمع بندی، تعیین زمان اجرای پس آزمون‌های مربوطه با ارسال پرسشنامه‌ها، تشکر از گروه و ختم جلسات.

جدول ۲. پروتکل جلسات مداخله مختصر

جلسات	محتوا و موضوعات جلسات مداخله مختصر
اول	برقراری ارتباط، معرفی اعضا، بیان قواعد گروه (از جمله رازداری، احترام، گوش دادن و...)، صحبت در مورد مسائل، آشنایی با فرایند درمان و معرفی جلسه های درمان به صورت کوتاه، شرح قوانین گروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی درباره کرونا و آثار آسیب‌زای روانشناختی، توضیح مختصر در مورد مداخله مختصر
دوم	آشنایی با ویژگیهای خلق نیازمند حمایت اجتماعی، آگاهی از نقش خطاهای شناختی در افکار منفی در بروز و تشدید، دادن جدول خود بازننگری به عنوان تکلیف خانگی
سوم	بررسی تکالیف خانگی، آشنایی با اهمیت حل مساله و آموزش مهارت حل مسئله منطقی، دادن برگه اطلاعات مهارت حل مساله و کار برگ حل مسئله، آموزش اهداف کوتاه مدت و بلند مدت و نوشتن آنها به عنوان تکلیف خانگی
چهارم	بررسی تکالیف خانگی، مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده شده با تاکید بر حمایت اجتماعی، جمع بندی، تعیین زمان اجرای پس آزمون‌های مربوطه با ارسال پرسشنامه‌ها، تشکر از گروه و ختم جلسات

شیوه اجرا. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح زیر بود: اهداف پژوهش و چگونگی انجام آن برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شده و رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از آنان اخذ شد. محرمانه بودن کلیه اطلاعات شرکت‌کنندگان کتباً اعلام به آزمودنی‌ها شد. همچنین به بیماران شرکت کننده جهت محرمانه ماندن اطلاعات و نیز عدم نیاز به ذکر نام و نام خانوادگی در روی پرسشنامه‌ها اطمینان خاطر داده شد. اصل امانت در تمام مراحل پژوهش از ابتدا تا انتها رعایت شد. به شرکت‌کنندگان حق انصراف از شرکت در پژوهش در هر مرحله از پژوهش داده شد. مطابق با بند بیست کدهای اخلاقی در پژوهش، انجام روش پژوهش مغایر

با موازین دینی و فرهنگی نمونه‌های پژوهش نبوده است. اصول اخلاقی در استفاده از منابع و پژوهش‌های دیگر رعایت شد. برای تحلیل اطلاعات به دست آمده از شیوه‌های آمار توصیفی (شاخص‌های مرکزی و پراکندگی) مانند فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد که برای نمایش و خلاصه کردن اطلاعات به دست آمده استفاده شده است و آمار استنباطی از تحلیل کواریانس استفاده شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده شده است.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد میانگین (انحراف معیار) سن در گروه درمان شناختی-رفتاری ۳۴/۷۸ (۶/۴۹)، مداخله مختصر ۳۵/۷۱ (۷/۲۱) و مداخله ترکیبی ۳۴/۵۵ (۶/۳۲) بود. در ادامه به میانگین و انحراف استاندارد نمرات حمایت اجتماعی در گروه‌های آزمایش و گواه، به تفکیک مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پرداخته شد.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه

متغیرها	مراحل	درمان شناختی- رفتاری		مداخله مختصر		مداخله ترکیبی		گروه گواه
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
حمایت اجتماعی	پیش آزمون	۳۸/۴۰۰	۲/۳۲۶	۳۸/۸۵۰	۱/۷۸۵	۳۹/۵۵۰	۲/۲۱۱	۴۰/۰۰۰
	پس آزمون	۲۲/۸۵۰	۳/۵۴۳	۲۸/۱۵۰	۲/۹۲۴	۲۱/۶۵۰	۲/۴۱۲	۴۲/۳۵۰
	پیگیری	۲۲/۹۳۵	۳/۶۱۴	۲۸/۵۴۷	۲/۹۶۷	۲۱/۷۴۲	۲/۴۵۷	۴۲/۴۸۹

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، میانگین و انحراف استاندارد نمرات حمایت اجتماعی آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون تفاوت چندانی نداشته‌اند. با این حال، در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات حمایت اجتماعی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه کاهش یافته است. یکی از پیش‌شرط‌های لازم برای استفاده از تحلیل کواریانس، اطمینان پیدا کردن از نرمال بودن داده‌ها است که با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۴. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنوف		آزمون لوین		موخلی	
		درجه آزادی	آماره	درجه آزادی	آماره	موخلی	معناداری
شناختی- رفتاری		۲۰	۰/۶۱۸	۰/۸۴			
	مداخله مختصر	۲۰	۰/۸۲۱	۰/۵۱	۷۶	۲/۳۳	۰/۱۸
					۲/۶۹	۰/۹۱	۰/۲۷

حمایت اجتماعی	مداخله ترکیبی	۲۰	۱/۱۲	۰/۱۶
	گواه	۲۰	۰/۷۸۱	۰/۵۷

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیر حمایت اجتماعی نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیر حمایت اجتماعی تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش‌آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر بر روی نمرات حمایت اجتماعی گروه‌های آزمایش و گواه

منابع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور Eta
اثر زمان	۶۲۳/۰۰۷	۱	۶۲۳/۰۰۷	۵۴/۴۳۴	۰/۰۰۱	۰/۴۲۱
اثر زمان و گروه	۶۵۸۹/۹۲۴	۳	۲۱۹۶/۶۴۱	۱۹۱/۹۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۸۵
اثر گروه	۸۵۸/۳۹۳	۷۵	۱۱/۴۴۵			

همان‌طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، احتمال پذیرش فرض صفر برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون متغیر حمایت اجتماعی از ۰/۰۵ کوچکتر است ($F=191/926, P<0/001$). به عبارت دیگر، پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، عامل بین آزمودنی‌های چهار گروه اثر معنادار دارد. بنابراین، با توجه به شواهد جمع‌آوری شده در این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که به‌طور کلی، درمان شناختی-رفتاری، مداخله مختصر و مداخله ترکیبی بر افزایش حمایت اجتماعی بهبودیافتگان کووید ۱۹ شهر اندیمشک اثربخش بوده است. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین متغیر حمایت اجتماعی در پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش بالاتر از گروه گواه بوده است و بین عملکرد اعضای چهار گروه در پس‌آزمون متغیر حمایت اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج نشان می‌دهد بین گروه‌ها از نظر اثربخشی درمان‌های مختلف تفاوت معنادار وجود دارد و بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، مداخله مختصر و مداخله ترکیبی بر حمایت اجتماعی بهبودیافتگان کووید ۱۹ شهر اندیمشک تفاوت وجود دارد. در ادامه به بررسی این تفاوت با استفاده از آزمون تعقیبی شفه می‌پردازیم.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی شفه مربوط به متغیر حمایت اجتماعی

گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری	حد پایین	حد بالا
شناختی-رفتاری-مداخله مختصر	۶/۱۰۰۰۰	۱/۳۹۶۱۴	۰/۰۰۱	۲/۱۰۸۲	۱۰/۰۹۱۸
شناختی-رفتاری-مداخله ترکیبی	-۰/۴۰۰۰۰	۱/۳۹۶۱۴	۰/۹۹۴	-۴/۳۹۱۸	۳/۵۹۱۸

۲۶/۰۹۱۸	۱۸/۱۰۸۲	۰/۰۰۱	۱/۳۹۶۱۴	۲۲/۱۰۰۰۰	شناختی-رفتاری-گواه
-۲/۱۰۸۲	-۱۰/۰۹۱۸	۰/۰۰۱	۱/۳۹۶۱۴	-۶/۱۰۰۰۰	مداخله مختصر- شناختی-رفتاری
-۲/۵۰۸۲	-۱۰/۴۹۱۸	۰/۰۰۱	۱/۳۹۶۱۴	-۶/۵۰۰۰۰	مداخله مختصر- مداخله ترکیبی
۱۹/۹۹۱۸	۱۲/۰۰۸۲	۰/۰۰۱	۱/۳۹۶۱۴	۱۶/۰۰۰۰۰	مداخله مختصر- گواه
۴/۳۹۱۸	-۳/۵۹۱۸	۰/۹۹۴	۱/۳۹۶۱۴	۰/۴۰۰۰۰	مداخله ترکیبی- شناختی-رفتاری
۱۰/۴۹۱۸	۲/۵۰۸۲	۰/۰۰۱	۱/۳۹۶۱۴	۶/۵۰۰۰۰	مداخله ترکیبی- مداخله مختصر
۲۶/۴۹۱۸	۱۸/۵۰۸۲	۰/۰۰۱	۱/۳۹۶۱۴	۲۲/۵۰۰۰۰	مداخله ترکیبی- گواه
-۱۸/۱۰۸۲	-۲۶/۰۹۱۸	۰/۰۰۱	۱/۳۹۶۱۴	-۲۲/۱۰۰۰۰	گواه- شناختی-رفتاری
-۱۲/۰۰۸۲	-۱۹/۹۹۱۸	۰/۰۰۱	۱/۳۹۶۱۴	-۱۶/۰۰۰۰۰	گواه- مداخله ترکیبی
-۱۸/۵۰۸۲	-۲۶/۴۹۱۸	۰/۰۰۱	۱/۳۹۶۱۴	-۲۲/۵۰۰۰۰	گواه- مداخله مختصر

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد بین اثربخشی گروه آزمایش شناختی رفتاری و مداخله مختصر بر متغیر حمایت اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد، اما بین اثربخشی گروه شناختی رفتاری و مداخله ترکیبی بر متغیر حمایت اجتماعی تفاوت معنادار وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر نشان می‌دهد که میانگین نمرات افسردگی در درمان شناختی-رفتاری، مداخله مختصر و مداخله ترکیبی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنادار داشته است. نتایج نشان داد که میانگین نمرات حمایت اجتماعی در درمان شناختی رفتاری، مداخله مختصر و مداخله ترکیبی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنادار داشته است. در واقع این چهار گروه در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری نداشتند حال آنکه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنادار نشان می‌دهند. با توجه به نتایج به دست آمده نتیجه‌گیری می‌شود که درمان شناختی رفتاری، مداخله مختصر و مداخله ترکیبی بر حمایت اجتماعی بهبودیافتگان کووید ۱۹ شهر اندیمشک موثر بوده است و بین اثربخشی این سه رویکرد درمانی تفاوت وجود دارد.

نتایج این پژوهش در مورد اثربخشی رویکرد شناختی رفتاری بر حمایت اجتماعی با پژوهش میرشفیعی و محمد پور (۱۳۹۷)؛ میرشفیعی، محمدی پور و رحیم‌آبادی (۱۳۹۵) همسو است. در مورد اثربخشی مداخله مختصر، به علت اینکه پژوهشی در این زمینه انجام نشده است، نمی‌توان همسویی آن را مورد بررسی قرار داد. در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر حمایت اجتماعی می‌توان بیان نمود، حمایت اجتماعی مهمترین ویژگی است که در رابطه با خنثی‌سازی تأثیرات نامطلوب و فشارهای روانی بررسی شده است. و همان‌طور که گفته شد حمایت اجتماعی بنا به تعریف احساس تعلق داشتن، پذیرفته شدن، مورد علاقه،

عشق و محبت قرار گرفتن اطلاق می‌شود و برای هر فرد یک رابطه امن به وجود می‌آورد که در این رابطه ویژگی‌های اساسی احساس امنیت، صمیمیت و نزدیکی است. مطالعات نشان می‌دهد حمایت اجتماعی نه تنها فرد را در مقابل تنش‌های ناشی از بیماری محافظت می‌کند بلکه سازگاری روانی اجتماعی را افزایش می‌دهد. مطالعات مثبت زیادی از حمایت اجتماعی حاصل می‌شود که از جمله می‌توان افزایش سلامت رفتاری، رشد شایستگی و صلاحیت فردی، تطابق بهتر با بیماری، احساس خوب بودن، افزایش عزت نفس، کاهش افسردگی را نام برد. اغلب افرادی که به افسردگی پس از ابتلا به ویروس کووید-۱۹ مبتلا می‌شوند از نظر حمایت اجتماعی احساس کمبود داشته‌اند. حمایت اجتماعی بر وضعیت جسمی، روانی فرد اثرات زیادی دارد و به عنوان یک عامل تعدیل‌کننده موثر در مقابله و سازگاری با شرایط استرس‌زای زندگی شناخته می‌شود. با توجه به اینکه حمایت اجتماعی را می‌توان در دو گروه دریافت‌شده و ادراک‌شده قرار داد و مسئله مهم این است که درک از حمایت‌هایی که دریافت می‌شوند از خود خدمات ارائه شده مهمتر به نظر می‌رسد، بنابراین درمان شناختی رفتاری با کار بر روی خطاهای شناختی به افراد کمک می‌کند ادراک تحریف‌شده منفی آنها را اصلاح نماید. تحریف‌های شناختی به پردازش ناکارآمد اطلاعات منتهی می‌شوند و می‌توانند سوخت لازم را برای افکار خودآیند منفی تأمین کنند و تا زمانی که فرد به نقش مهم آنها در تقویت افکار خودآیند منفی پی نبرد، نمی‌توان آنها را به چالش کشید. چالش موفق با افکار خودآیند منفی مستلزم شناسایی تحریف‌های شناختی است که در درون آنها جای گرفته‌اند. آشنا شدن با تحریف‌های شناختی سبب می‌شود که افراد بر فرآیند پردازش اطلاعات خود آگاهانه نظارت داشته باشند و بتوانند ضمن داشتن انتظارات واقع‌بینانه، حمایت‌ها و محبت‌هایی که به آنها می‌شود را به صورت درست تعبیر و تفسیر نمایند. همچنین با کار بر روی باورهای بنیادین به این باور برسند که دوست داشتنی، مهم و ارزشمند هستند.

درمانگر با همدلی به موقع و به اندازه فرد را به این باور می‌رساند که مورد حمایت قرار گرفته است. از دیدگاه شناختی رفتاری، همدلی درست عبارتست از توانایی اینکه درمانگر خود را در جایگاه بیمار قرار دهد، به نحوی که احساسات و تفکر او را لمس کند و در عین حال، بتواند به طور عینی تحریف‌های مربوط به استدلال‌های غیر منطقی یا رفتارهای ناسازگار احتمالی را که ممکن است در مسئله نقش داشته باشند، تشخیص دهد. ابراز کامل همدلی درست در درمان شناختی رفتاری همراه با جست‌وجوی جدی برای یافتن راه حل هاست. توجه حساس به تنهایی کافی نیست. درمانگر باید این توجه و علاقه را به عمل تبدیل کند، عملی که رنج بیمار را کاهش دهد و به او کمک نماید که بتواند مسائل زندگی‌اش را سامان ببخشد. بدین ترتیب، درمانگر شناختی رفتاری، ابراز همدلانه مناسب را با سوال سقراطی و سایر روش‌های درمان شناختی رفتاری که به تفکر منطقی میدان می‌دهند و رفتارهای سالمی را تقویت می‌کنند، در هم می‌آمیزد. اغلب موثرترین پاسخ همدلانه برای افزایش حمایت اجتماعی در درمان شناختی رفتاری عبارت است از طرح سوال‌هایی که بیمار بتواند به چشم انداز جدیدی برسد، به جای آنکه صرفاً با جریان افکار ناکارآمد خود دمساز شود. درمانگر با ایجاد همدلی و حمایت در جلسات درمانی، بیمار را به جهت ادراک این حمایت در زندگی شخصی سوق می‌دهد. در تبیین رویکرد ترکیبی نیز می‌توان بیان نمود با توجه به اینکه انتظار می‌رفت نسبت به دو رویکرد شناختی رفتاری و مداخله مختصر از اثربخشی بیشتری برخوردار باشد، اما طبق نتایج به دست آمده تفاوت معناداری بین اثربخشی رویکرد ترکیبی با شناختی رفتاری حاصل نشد. معنادار نشدن

تفاوت بین میانگین نمرات آزمودنی‌ها در رویکرد شناختی رفتاری با مداخله ترکیبی نشان می‌دهد از لحاظ مکانیسم اثر مداخله شناختی رفتاری با مداخله ترکیبی تفاوت معناداری نداشتند. که در مورد متغیر حمایت اجتماعی می‌تواند ناشی از تفاوت‌های مربوط به مقطع سنی، مقطع تحصیلی و تفاوت‌های فردی باشد.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- آخوندی، مریم، نصیرزاده، مصطفی، جمالی زاده نوق، احمد، و خرم‌نیا، سعید (۱۳۹۹). بررسی وضعیت استرس، اضطراب، افسردگی و تاب‌آوری ناشی از شیوع بیماری کرونا در خانواده‌های شهرستان انار در سال ۱۳۹۹، مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۹ (۸): ۸۸۹-۸۹۸.
- اسکات، ریچارد (۱۳۸۰). سازمان‌ها: سیستم‌های حقیقی، حقوقی و باز، ترجمه ی محمدرضا بهرنگی، تهران: کمال تربیت، ویرایش چهارم.
- پورحمیدی، مجید، سروقد، سیروس، رضایی، آذرمدخت، و بقولی، حسین (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری؛ بقولی، حسین (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری در کاهش علائم اضطراب و بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان دوره متوسطه اول دارای اضطراب امتحان، مجله روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، ۱۰ (۳۵): ۱۷-۳۹.
- خوشه‌مهری، شیدا، فتحی‌ا قدم، قربان، و پوروقار، محمدجواد (۲۰۱۹). تاثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری با تاکید بر سبک زندگی سالم بر کاهش افسردگی، احساس تنهایی و تصویر بدنی دانش‌آموزان دختر نوجوان تهران. مجله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۳ (۵): ۵۹-۶۷.
- دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت (۱۳۸۰). تحقیق در ارتقای سلامت، ترجمه سعید پارسینیا و دیگران، تهران، دفتر ارتباطات و آموزش بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ذکایی، محمد سعید، و اسماعیلی، محمد جواد (۱۳۹۱). جوانان و بیگانگی تحصیلی و دانشگاهی، فصلنامه تحقیقات فرهنگی ایران، ۴ (۱۶): ۵۵-۹۰.
- ذوالفقاری، علیرضا، بهرامی، هادی، و گنجی، کامران (۱۳۹۶). بررسی و مقایسه اثربخشی مداخله‌های پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری بر اختلال اضطراب فراگیر، مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۲۰ (۲): ۲۴-۳۴.
- رسولی، زهره (۱۳۸۵). بررسی میزان بیگانگی اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه تبریز و عوامل مرتبط با آن، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز.
- رایس، فیلیپ (۱۳۸۸). رشد انسان. ترجمه مهشید فروغان، انتشارات ارجمند.

- رجبی، اسوران، و علیمرادی، خدیجه (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر وضوح خودپنداره، افسردگی، اضطراب و استرس و عزت نفس در دانشجویان دارای نشانگان ضربه عشق، فصلنامه علمی مطالعات روانشناختی، ۱۴ (۳): ۱۳۱-۱۴۶.
- رضایی، فاطمه، نشاط دوست، حمید طاهر، و کیلی زارچ، نجمه، امرا، بابک، و مولوی، حسین (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به آسم، نشریه علمی روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۰ (۲): ۲۳-۳۲.
- سهندی فر، سلماز، حسینی، راضیه، حسینی، شهره، نعمتی نیا، فاطمه، و فرضی، فرامرز (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر خودپنداره کودکان بیش فعال/نارسایی توجه، مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی، ۳ (۲): ۱۹-۲۴.
- سادوک، بنجامین جیمز، و سادوک، ویرجینیا (۲۰۱۵). خلاصه روانپزشکی کاپلان و ساودک بر اساس DSM-5، مترجم مهدی گنجی، حمزه گنجی، نشر ساوالان، تهران.
- شهریاری، حسین، زارع، حسین، علی اکبر دهکردی، مهناز، و صرامی فرونشانی، علیرضا (۱۳۹۷). اثربخشی مداخلات شناختی-رفتاری در درمان اختلال اضطراب فراگیر: یک مطالعه مروری با رویکرد فراتحلیل، مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۷ (۵): ۴۶۱-۴۷۸.
- شهیداد، شیما، و محمدی، محمد تقی (۱۳۹۹). آثار روانشناختی گسترش بیماری کویید-۱۹ بر وضعیت سلامت روان افراد جامعه: مطالعه مروری، مجله طب نظامی، ۲ (۸۶): ۱۸۴-۱۹۲.
- عزیزی، سمیه، جان بزرگی، مسعود، و رسول زاده طباطبایی، کاظم (۱۳۹۸). مقایسه تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با درمان شناختی-رفتاری (CBT) بر افسردگی دانشجویان با توجه به سطح تحول روانی-معنوی آنها. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۹ (۳۵): ۱۴۷-۱۷۲.
- غلامی حیدر آبادی، زهرا، و ابراهیمی پور، سمیرا (۱۳۹۸). اثربخشی فنون درمان شناختی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی و عزت نفس در دانش آموزان ۱۱ تا ۱۲ ساله شهر تهران، فصلنامه پژوهش های کاربردی در مشاوره، ۲ (۱): ۱-۲۶.
- کرامتی، کرامت، زرگر، یداله، نعمی، عبدالزهرا، بشلیده، کیومرث، و داودی، ایران (۱۳۹۴). بررسی اثر درمان شناختی-رفتاری گروهی کودک و مادر-کودک بر اضطراب اجتماعی، عزت نفس و جرات ورزی دانش آموزان پایه های پنجم و ششم شهر اهواز، مجله دستاوردهای روان شناختی، ۲۲ (۲): ۱۵۳-۱۷۰.
- گاچل، رابرت، و کرانتس، دیوید. (۱۳۷۷) زمینه روانشناسی تندرستی، ترجمه دکتر غلامرضا خوینژاد، تهران، انتشارات آستان قدس رضوی.
- گرومن، جیمی، اشنایدر، فرانک دلبیو، و کوتس، لاری (۱۳۹۸). روانشناسی اجتماعی کاربردی، مترجم یحیی سید محمدی، نشر روان، تهران.
- محمدپور، ابراهیم، هنرور، حسین، علی پور، هدایت، و رحمانیان، عاطفه. (۱۴۰۰). مطالعه ارتباط بین مولفه های تحول در باورها و رفتارهای توسعه ای و بیگانگی اجتماعی (مورد مطالعه: دانشجویان دانشکده های حقوق و علوم اجتماعی و کشاورزی دانشگاه تهران)، دو فصلنامه جامعه شناسی اقتصادی و توسعه، ۱۰ (۲): ۱۸۱-۱۵۹.
- نادری، حمداله، بنی فاطمه، حسین، و حریری اکبری، محمد (۱۳۸۸). الگوسازی ساختاری رابطه ی بیگانگی و بی تفاوتی اجتماعی، مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد، ۵۹-۲۹.

References

- Barlow DH, Craske MG, Cerney JA, et al (1989): Behavioral treatment of panic disorder. *Behav Ther* 20: 261-268.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, et al (1979): *Cognitive Therapy of Depression*. New York, Guilford.
- Beck A, Steer R, Brown G. (2000) *Manual for the beck depression inventory-II*. San Antonio: The psychological corporation
- Bing, R., Cavalcante, J. L., Everett, R. J., Clavel, M. A., Newby, D. E., & Dweck, M. R. (2019). Imaging and impact of myocardial fibrosis in aortic stenosis. *JACC: Cardiovascular Imaging*, 12(2), 283-296.
- Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, et al (1994): A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *Br J Psychiatry* 164: 759-769.
- Chen Y, Liu Q, Guo D. (2020) Emerging coronaviruses: genome structure, replication, and pathogenesis. *Journal of medical virology*.
- Catherine, K., Ettman, BA., Salma, M., Abdalla, MD (2020). Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Ope.* 3(9).
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Middleton, H., & Gelder, M. (1992). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation, and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 759–769.
- Gre, I., Arora, T., Thomas, J., Saneh, A., Tohme, P., Habib, T. (2020). The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic.
- Gennaro, M., Lorenzo, D., Conte, C., Poletti, S., Vai, B. (2020). Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Elsevier public Health Emergency Collection*. 89: 594-600.
- Gelernter, C. S., Uhde, T. W., Cimbolic, P., Arnkoff, D. B., Vittone, B. J., Tancer, M. E., & Bartko, J. J. (1991). Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia: A controlled study. *Journal Archives of General Psychiatry*, 48, 938–945.
- Harrison, P. J., Luciano, S., & Colbourne, L. (2020). Rates of delirium associated with calcium channel blockers compared to diuretics, renin-angiotensin system agents and beta-blockers: an electronic health records network study. *Journal of Psychopharmacology*, 34 (8), 848-855.
- Inyikalum Daniel, B., & Urani, S. D. D. (2017) Karl Marx's concept of alienation, a study of its impact on Nigeria Soci-economic development.
- Liu X, Na RS, Bi ZQ. (2020). [Challenges to prevent and control the outbreak of Novel Coronavirus Pneumonia (COVID-19)]. *Zhonghua liu xing bing xue za zhi = Zhonghua liuxingbingxue zazhi*;41(0):E029.
- Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S, et al. . (2020) Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The lancet Psychiatry*; 7(4):e17-e8.
- LaFerner, R.G., Rochefort, D. L., Chretien, N., Rommens, J. M., Cochiu, J. I., Kalviainen, R., & Rouleau, G. A. (1997). Unstable insertion in the 5 flanking region of the cys21atn B gene is the most common mutation in progressive myoclonus epilepsy type 1, EPM1. *Nature genetics*, 15 (3), 298-302.
- Parks, V., Slack, T., Ramchand, R., Drakeford, L., Melissa, L., Matthew, R. (2020). Fishing Households, Social Support, and Depression after the Deepwater Horizon Oil Spill. 85 (2). 495-518.
- Seeman, M. (1959). On the meaning of alienation. *ASR*, 24, 783-791.
- Schneider, Z. 2018 NPTE Topic Paper: Military Technology.

- Shahidi, S. H., Stewart Williams, J., & Hassani, F. (2020). [BRIEF REPORT] Physical activity during COVID-19 quarantine. *Acta Paediatrica*, 109(10), 2147-2148.
- Sadock B, Sadock V. (2005). *Comprehensive textbook of psychiatry*. New York, USA: Lippincott Williams & Wilkins;
- Tom L. Osborn, Katherine E. Venturo-Conerly, Akash R. Wasil, Jessica L. Schleider & John R. Weisz(2020). Depression and Anxiety Symptoms, Social Support, and Demographic Factors Among Kenyan High School Students. *Journal of Child and Family Studies*. 29:1432–1443.
- Taylor S. (2019). *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*: Cambridge Scholars Publishing.
- <https://www.worldometers.info/coronavirus/> (access:March,01,2020).
- Yang L, Wu D, Hou Y, Wang X, Dai N, Wang G, et al. (2020). Analysis of psychological state and clinical psychological intervention model of patients with COVID-19. medRxiv.

پرسشنامه حمایت اجتماعی

نادرست	درست	سوالات
۰	۱	۱- من دوستانی دارم صرف نظر از اینکه چه کاری انجام دهم، مرا حمایت خواهند کرد.
۰	۱	۲- در هنگام ناراحتی دوستانم می‌توانند دلخوشی مرا افزایش دهند و در من احساس مهم بودن بوجود آورند.
۰	۱	۳- اغلب احساس می‌کنم صرف نظر از آنچه که انجام می‌دهم دوستانم با من خوب خواهند بود.
۰	۱	۴- در هنگام غمگینی همیشه می‌توانم روی همکلاسه‌هایم برای دریافت کمک حساب کنم.
۰	۱	۵- همکلاسه‌هایم در من احساس مورد مراقبت بودن را به وجود می‌آورند.
۰	۱	۶- کنش و واکنش‌های من با همکلاسه‌هایم برای من احساس مهم بودن را بوجود می‌آورند.
۰	۱	۷- اغلب احساس می‌کنم آنچنان حمایتی را که دوست دارم از همکلاسه‌هایم ببینم، ندارم.
۰	۱	۸- زمانیکه من دچار مشکل می‌شوم می‌توانم به والدین، یا خواهر و برادران خود مراجعه کنم.
۰	۱	۹- والدین در من احساس خشنودی و احساس نیرومندی به وجود می‌آورند.
۰	۱	۱۰- بعنوان یک فرزند من حمایت زیادی از سوی والدین دریافت می‌کنم.
۰	۱	۱۱- زمانیکه من از والدین طلب حمایت می‌کنم احساس راحتی می‌نمایم.
۰	۱	۱۲- در جریان رشد زمانیکه به کمک نیاز داشتم همیشه افرادی پیرامون من بودند که به من کمک کنند.
۰	۱	۱۳- برادران و خواهرانم حامی من هستند.
۰	۱	۱۴- وقتی که احساس حمایتی از طرف خانواده نداشته باشم درباره کارهایم دلوپسی بیشتری دارم.
۰	۱	۱۵- من کسی را نمی‌شناسم که به او اعتماد کنم.
۰	۱	۱۶- وقتی که دچار دردم می‌شوم مسائل را پیش خودم نگه می‌دارم.
۰	۱	۱۷- من دوستان آنچنان نزدیکی که بتوانم درباره مسایل با آنها صحبت کنم ندارم.
۰	۱	۱۸- اغلب احساس تنهایی می‌کنم گویی کسی را ندارم که به او مراجعه کنم.
۰	۱	۱۹- زمانیکه ناراحت و یا تحت فشار روانی هستم افرادی وجود دارند که بتوانم برای دریافت حمایت به آنها مراجعه کنم.
۰	۱	۲۰- من عضوی از هیچ گروه اجتماعی نیستم. (گروه‌هایی همچون گروه‌های مذهبی، ورزشی، هنری و...)
۰	۱	۲۱- فکر نمی‌کنم مردم واقعا به افراد دیگر نیاز داشته باشند آنها می‌توانند خودشان به خوبی و درستی کارها را انجام دهند.
۰	۱	۲۲- برایم مهم است از دوستانم حمایت عاطفی دریافت کنم.
۰	۱	۲۳- افراد زمانیکه برای دریافت حمایت و دلداری به یک دوست یا معلم مراجعه می‌کنند باید احساس راحتی بکنند.

Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy, brief intervention and combined intervention on the social support of those who have recovered from Covid-19

Abbas. Rahmati¹, Reza. Ahmadi*², Shahram. Mashhadizadeh³, & Ahmad. Ghazanfari⁴

Abstract

Aim: The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy, brief intervention and combined intervention on the social support of those who have recovered from Covid-19 in Andimeshk. **Methods:** The current research method was a semi-experimental type with a pre-test-post-test design with a control group. The research sample includes 80 people who have recovered from the Covid-19 virus, who were covered by comprehensive health service centers in Andimeshk city, who were selected in a purposeful way and randomly assigned to experimental and control groups (20 people in each group). The experimental group underwent cognitive behavioral therapy interventions for 8 sessions of 90 minutes once a week, and the control group did not receive any intervention. Phillips et al.'s social support questionnaire was used to collect data, and covariance analysis was used to test research hypotheses. **Results:** The results of the research showed that the average scores of social support in cognitive behavioral therapy, brief intervention and combined intervention in the pre-test and post-test stages had a significant difference between the experimental and control groups ($P < 0.05$). **Conclusion:** According to the obtained results, it is concluded that cognitive behavioral therapy, brief intervention and combined intervention have been effective on the social support of those who have recovered from Covid-19 in Andimeshk city, and there is a difference between the effectiveness of these three treatment approaches. **Keywords:** cognitive behavioral therapy, brief intervention, combined intervention, depression and recovered from the Covid-19 virus.

1. Ph.D. student of General Psychology, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

2. *Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

Email: Rozgarden28@yahoo.com

3. Assistant Professor, Department of Basic Medical Sciences, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

4. Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran