

Comparing the Effectiveness of Coping Therapy and Hypnotherapy on the Feelings of Loneliness and Reducing Bereavement Symptoms in People Bereaved By COVID-19

Pajoohi Haji Seyed Javadi S¹, *Aghayousfi A², Aghaei H³, Tabatabaee SM⁴

Author Address

1. PhD student in Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran;
 2. Associate Professor of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran;
 3. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran;
 4. Assistant Professor, Department of Cognitive Sciences, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.
- *Corresponding Author E-mail: Araveh1100@gmail.com

Received: 2023 August 22; Accepted: 2023 December 24

Abstract

Background & Objectives: Loneliness is a common feeling experienced by bereaved people, especially during the coronavirus pandemic. Social distancing measures and gathering restrictions made it difficult for people to communicate with others and receive the needed support. This condition resulted in feelings of isolation, sadness, and anxiety. Therefore, the research aimed to compare the effectiveness of coping therapy and hypnotherapy on the feelings of loneliness and reducing bereavement symptoms in people bereaved by COVID-19.

Methods: The current research was quasi-experimental and conducted with a pretest-posttest design with two experimental and one control group. The statistical population of this research included people bereaved by COVID-19, who was introduced from Bahman, Atiyeh, and Parsian hospitals in Tehran City, Iran. The sample size was determined through G*power software so that the study has the necessary power to detect a difference of at least 1 unit in the level of loneliness and grief symptoms between the experimental groups and the control group. Assuming the probability of the type I error is 5%, the likelihood of the type II error is 20%, and the standard deviation is 0.9, the number of samples is estimated at 15 people for each group. Qualified volunteers from among the statistical population were included in the study and randomly assigned to two experimental groups and one control group (each group included 15 people). After selecting the people of the sample group and before starting the treatment program, the loneliness questionnaires (Russell, 1996) and the Hogan Mourning Effects Questionnaire (Hogan, 2001) were distributed between both groups. After that, the therapy intervention program on the first experimental group (in the form of 14 sessions of 90 minutes and each session once a week) and hypnotherapy (in the form of 8 sessions of 90 minutes and each session once a week) on the second experimental group was performed and the control group was not subjected to any treatment program. In the end, the posttest was done again on all three groups. Also, after the end of the research, the treatment programs implemented in this research were implemented in the control group to maintain the ethical standards in the study. The inclusion criteria include people who lost a loved one due to COVID-19, had at least a diploma level of education, did not participate in other psychological interventions at the same time, and lacked physical and mental debilitating diseases as determined by the researcher using clinical interviews. The exclusion criteria included an absence of more than three therapy sessions, non-observance of group therapy rules, and suffering from a physical or mental illness that did not exist before the treatment and were identified during the implementation.

Results: The findings of the research showed that the effect of coping therapy and hypnotherapy on reducing the feeling of loneliness of bereavement symptoms in people bereaved due to COVID-19 was significant ($p < 0.001$). Hypnotherapy has been more effective in the subscales of despair, panic, personal growth, blame, and anger. However, coping therapy has been more influential on small scales: separation, withdrawal and confusion. Also, hypnotherapy has been more effective in the variable of loneliness. This effectiveness was also stable in the follow-up phase.

Conclusion: It can be said that interventions of coping therapy and hypnotherapy in the long term can be effective in reducing the feeling of loneliness and reducing the symptoms of grief.

Keywords: Coping therapy, Hypnotherapy, Loneliness, Mourning, COVID-19.

مقایسه اثربخشی مقابله درمانگری و هیپنوتیزم درمانی بر احساس تنهایی و کاهش نشانگان سوگ در افراد سوگوار بر اثر کرونا

صبا پژوهی حاجی سید جوادی^۱، *علیرضا آقاییوسفی^۲، حکیمه آقایی^۳، سیدموسی طباطبایی^۴

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود ایران؛
 ۲. دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه پیامنور، تهران، ایران؛
 ۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران؛
 ۴. استادیار، گروه آموزشی علوم شناختی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.
- *اربابانامه نویسنده مسئول: Arayeh1100@gmail.com

تاریخ دریافت: ۳۱ مرداد ۱۴۰۲؛ تاریخ پذیرش: ۳ دی ۱۴۰۲

چکیده

زمینه و هدف: تنهایی، احساسی رایج است که افراد داغ‌دیده، به‌ویژه در طول همه‌گیری بیماری کرونا تجربه کرده‌اند. اقدامات فاصله‌گذاری اجتماعی و محدودیت‌های تجمع، ارتباط مردم با دیگران و دریافت حمایت‌های لازم را دشوار می‌کند و این امر می‌تواند منجر به احساس انزوا، غم و اندوه و اضطراب شود؛ بنابراین پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی مقابله‌درمانگری و هیپنوتیزم‌درمانی بر احساس تنهایی و کاهش نشانگان سوگ در افراد سوگوار بر اثر کرونا انجام شد.

روش‌بررسی: روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را افراد سوگوار بر اثر کرونا تشکیل دادند که در سال ۱۴۰۱ از بیمارستان‌های بهمین و آتیه و پارسیان تهران معرفی شدند. از بین آن‌ها ۴۵ نفر داوطلب واجد شرایط وارد مطالعه شدند و به‌تصادف در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. سپس آزمودنی‌های هر سه گروه پرسش‌نامه احساس تنهایی (راسل، ۱۹۹۶) و پرسش‌نامه آثار سوگ هوگان (هوکان و همکاران، ۲۰۰۱) را تکمیل کردند. پس از آن برنامه مقابله‌درمانگری روی گروه آزمایش اول و هیپنوتیزم‌درمانی روی گروه آزمایش دوم اجرا شد. در ادامه هر سه گروه پرسش‌نامه‌های مذکور را تکمیل کردند و یک ماه بعد در هر سه گروه پیگیری انجام شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد، تأثیرات مقابله‌درمانگری و هیپنوتیزم‌درمانی بر کاهش احساس تنهایی نشانگان سوگ در افراد سوگوار بر اثر کرونا معنادار است ($p < 0/001$)؛ به‌علاوه هیپنوتیزم‌درمانی در خرده‌مقیاس‌های ناامیدی، رفتار وحشت‌زدگی، رشد شخصی، سرزنش و خشم، اثربخشی بیشتری دارد؛ اما در خرده‌مقیاس‌های انفصال و کناره‌گیری و درهم‌ریختگی، مقابله‌درمانگری دارای اثربخشی بیشتری است؛ همچنین در متغیر احساس تنهایی هیپنوتیزم‌درمانی اثربخشی بیشتری دارد و این اثربخشی در مرحله پیگیری پایدار است.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌ها می‌توان گفت، مداخلات مقابله‌درمانگری و هیپنوتیزم‌درمانی در طولانی‌مدت، بر کاهش احساس تنهایی و کاهش نشانگان سوگ مؤثر است؛ همچنین هیپنوتیزم‌درمانی در مقایسه با مقابله‌درمانگری اثربخشی بیشتری دارد.
کلیدواژه‌ها: مقابله‌درمانگری، هیپنوتیزم‌درمانی، احساس تنهایی، سوگ، کرونا.

پیچیده‌ای را تجربه کنند که امکان دارد در زندگی روزمره آن‌ها اختلال به وجود آورد و نیاز به کمک حرفه‌ای داشته باشند (۷).

یکی از درمان‌هایی که اثربخشی آن در احساس تنهایی و ناامیدی و راهبردهای مقابله‌ای تأیید شده، درمانگری مقابله‌ای^۸ است (۸). درمانگری مقابله‌ای شکلی از درمان است که به افراد کمک می‌کند راهبردهای مقابله‌ای مؤثری برای مدیریت استرس^۹ و اضطراب و سایر مشکلات روانی ایجاد کنند. راهبردهای مقابله‌ای تکنیک‌ها یا اقداماتی است که افراد برای مدیریت استرس و سایر احساسات دشوار به کار می‌برند (۹). دو نوع اصلی از راهبردهای مقابله‌ای وجود دارد: مقابله متمرکز بر مشکل^{۱۰} و مقابله متمرکز بر هیجان^{۱۱}. مقابله متمرکز بر مشکل شامل انجام اقداماتی برای رسیدگی به منبع استرس یا مشکل است؛ درحالی‌که مقابله متمرکز بر هیجان دربرگیرنده مدیریت واکنش عاطفی به عامل استرس‌زا است. مقابله درمانی به افراد کمک می‌کند راهبردهای مقابله‌ای فعلی خود را شناسایی کنند و راهبردهای جدید و مؤثرتری را توسعه دهند. این امر می‌تواند به بهبود سلامت روان و رفاه کلی منجر شود (۱۰).

یکی دیگر از درمان‌هایی که اثربخشی آن در غم و اندوه تأیید شده، هیپنوتیزم درمانی^{۱۲} است (۱۱). هیپنوتراپی، رویکرد جدیدی است که چگونگی تلقین و به‌کاربردن هیپنوتیزم بالینی را نشان می‌دهد. در هیپنوتیزم درمانی، همانند بسیاری از رویکردهای درمانی، راهبردها و نظریه‌های زیادی وجود دارد؛ برخی از آن‌ها عبارت است از: هیپنوتیزم درمانی سنتی؛ تحلیل هیپنوتیزمی یا هیپنوتالیز؛ رویکرد رفتاری؛ رویکرد شناختی-رفتاری؛ هیپنوتیزم درمانی جدید. هیپنوتیزم درمانی می‌تواند برای درمان بسیاری از مشکلات بالینی از قبیل اضطراب، هراس، اختلالات جنسی، افسردگی، دردهای جسمانی، اختلالات عادات و بسیاری دیگر از آلام جسمانی و روانی مؤثر باشد؛ به این شرط که درمانگر اصول هیپنوتیزم و هیپنوتیزم درمانی را به درستی بداند و برای درمان این اختلالات قادر باشد از رویکردهای گوناگون در هیپنوتیزم درمانی استفاده کند (۱۲).

همه‌گیری کرونا باعث تعداد درخور توجهی مرگ‌ومیر در سطح جهان شد و بسیاری از مردم را دچار غم و اندوه کرد؛ بنابراین، درک سازوکارهای مقابله‌ای مؤثر و مداخلات درمانی در کمک به افراد برای مدیریت غم و اندوه و بهبود سلامت روانی خود بسیار مهم است. مقابله درمانگری و هیپنوتیزم درمانی دو مداخله بالقوه‌ای به‌شمار می‌رود که در کمک به افراد برای مدیریت غم و اندوه خود امیدوارکننده است. مقابله درمانگری افراد را یاری می‌دهد تا راهبردها و مهارت‌های مقابله‌ای مؤثری را توسعه بخشند؛ درحالی‌که هیپنوتیزم درمانی به افراد کمک می‌کند به ذهن ناخودآگاه خود دسترسی یابند تا پریشانی را کاهش دهند. در نهایت، پژوهش‌ها در زمینه این مداخلات می‌تواند به اطلاع‌رسانی عملکرد بالینی و بهبود کیفیت مراقبت ارائه‌شده به افراد کمک کند. با شناسایی

کروناویروس^۱ در بسیاری از کشورهای جهان شیوع پیدا کرد و جان بسیاری را گرفت؛ به‌گونه‌ای که براساس گزارش‌های وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی تا اردیبهشت ۱۴۰۰، در ایران ۲ میلیون و ۵۳۴ هزار و ۸۵۵ نفر مبتلا شدند و از این تعداد ۷۲ هزار و ۴۸۴ نفر فوت کردند. متأسفانه آسیب این ویروس تنها مسئله فوت فرد نبود؛ موضوع مهم دیگر خانواده این افراد بود که اجازه مراسم سوگواری^۲ و تخلیه هیجان و ابراز غم و ناراحتی را نداشتند و تا مدت‌ها بعد از مرگ عزیز از دست‌رفته در قرنطینه بودند و نباید با خویشاوندان دیگر ارتباط می‌داشتند. همچنین خانواده این افراد در زمان سوگ، اجازه سوگواری نداشتند یا ممکن بود در طی دوران قرنطینگی دچار نشخوار فکری^۳ شوند (۱).

علاوه بر مطالب مذکور، افراد در مواجهه با سوگ دچار احساس تنهایی^۴ می‌شوند. احساس تنهایی پدیده گسترده و شایعی است که همه انسان‌ها بدون توجه به جنسیت، سن، توانایی، نژاد، مذهب، وضعیت و پایگاه اجتماعی اقتصادی و... در دوره‌ای از زندگی تجربه می‌کنند (۲). این احساس ناخوشایند، به معنای تنهایی واقعی یا تنها بودن ساده و صرف نیست؛ بلکه احساس و تجربه‌ای ذهنی است که می‌تواند باعث شود فرد در عین حضور در بین دیگران، بازهم احساس تنهایی کند (۳). وقتی فردی تنها است، امکان دارد احساس غمگینی و پوچی یا بی‌حوصلگی داشته باشد. او ممکن است مشتاق ارتباط انسانی^۵ باشد و به همراهی با دیگران تمایل داشته باشد؛ همچنین ممکن است وی احساس کند قادر نیست با دیگران ارتباط برقرار سازد؛ حتی زمانی که توسط افراد احاطه شده است. این امر می‌تواند منجر به ناامیدی شود (۴). تنهایی، حالتی عاطفی پیچیده به‌شمار می‌رود که تعریف و درک آن دشوار است. در هسته خود، تنهایی احساس قطع ارتباط با دیگران است؛ احساس تنهایی در دنیا. این احساس ناشی از عوامل مختلفی است؛ از جمله انزوای اجتماعی، همراهی‌نشدن یا احساس سوءتفاهم یا قدردانی‌نشدن (۵). تنهایی، تأثیر درخور توجهی بر سلامت روان^۶ فرد دارد. تحقیقات نشان داد، تنهایی مزمن خطر افسردگی^۷ و اضطراب^۸ و سایر مشکلات سلامت روان را افزایش می‌دهد. همچنین می‌تواند عواقبی در سلامت جسمانی مانند افزایش التهاب و ضعیف شدن سیستم ایمنی بدن داشته باشد (۶).

از دست دادن و سوگ، به درد و اندوه عاطفی افراد پس از مرگ یکی از عزیزان یا از دست دادن چیزی مهم اشاره دارد. این موضوع، به‌روش‌های مختلفی مانند احساس پوچی، غم، عصبانیت یا ناباوری ظاهر می‌شود. سوگواری، فرایندی طبیعی است که به افراد کمک می‌کند با از دست دادن خود کنار بیایند و به تدریج بدون شخص یا چیزی که از دست داده‌اند، با واقعیت جدید سازگار شوند؛ با این حال، شدت و مدت سوگواری بسته به شخصیت فرد و سازوکارهای مقابله^۹ و ماهیت فقدان، متفاوت است. برخی از افراد ممکن است غم و اندوه طولانی یا

8. Anxiety

9. Coping strategies

10. Coping therapy

11. Stress management

12. Problem-focused coping

13. Emotion-focused coping

14. Therapeutic hypnosis

1. Coronavirus

2. Mourning

3. Rumination

4. Feeling lonely

5. Human communication

6. Mental health

7. Depression

مداخلات مؤثر، پزشکان قادر هستند بهتر از بیماران خود حمایت کنند و بهزیستی کلی آن‌ها را بهبود بخشند؛ بنابراین با توجه به مطالب گفته شده، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی مقابله درمانگری و هیپنوتیزم درمانی بر احساس تنهایی و کاهش نشانگان سوگ در افراد سوگوار بر اثر کرونا انجام شد.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی بود و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش را افراد سوگوار بر اثر کرونا تشکیل دادند که در سال ۱۴۰۱ از بیمارستان‌های بهمن و آتیه و پارسین تهران معرفی شدند. حجم نمونه از طریق نرم‌افزار G^* power به گونه‌ای تعیین شد که مطالعه توان لازم برای تشخیص اختلاف حداقل ۱ واحد از میزان احساس تنهایی و نشانگان سوگ را بین گروه‌های آزمایش و گواه و نیز برای مقایسه داشته باشد. با فرض احتمال خطای نوع اول ۵ درصد و احتمال خطای نوع دوم ۲۰ درصد و با فرض انحراف معیار ۰/۹، حجم نمونه حدوداً پانزده نفر برای هر گروه به دست آمد. از بین جامعه آماری، ۴۵ نفر داوطلب واجد شرایط به صورت دردسترس وارد مطالعه شدند و به تصادف در دو گروه آزمایش (گروه هیپنوتیزم درمانی و گروه مقابله درمانگری) و یک گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. روش اجرا به این ترتیب بود که پس از انتخاب افراد گروه نمونه و قبل از شروع برنامه درمانی، توزیع پرسش‌نامه احساس تنهایی^۱ (راسل، ۱۹۹۶) و پرسش‌نامه آثار سوگ هوگان^۲ (هوگان و همکاران، ۲۰۰۱) بین هر سه گروه صورت گرفت. پس از آن برنامه مقابله درمانگری روی گروه آزمایش اول طی چهارده جلسه نود دقیقه‌ای و هر جلسه هفته‌ای یک‌بار و هیپنوتیزم درمانی طی هشت جلسه نود دقیقه‌ای و هر جلسه هفته‌ای یک‌بار روی گروه آزمایش دوم اجرا شد. گروه گواه هیچ برنامه درمانی دریافت نکرد. در انتها مجدد در هر سه گروه پس‌آزمون انجام پذیرفت و یک ماه بعد برای هر سه گروه پیگیری صورت گرفت. به منظور حفظ موازین اخلاقی در پژوهش، از شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه اخذ شد و به شرکت‌کنندگان گفته شد اطلاعات به دست آمده از آن‌ها کاملاً محرمانه است و به جز پژوهشگر فردی دیگر به آن‌ها دسترسی ندارد؛ همچنین مشارکت در پژوهش اختیاری است و در هر مرحله از پژوهش، آزمودنی‌ها می‌توانند بنا به درخواست خود پژوهش را ترک کنند. پس از پایان پژوهش برنامه‌های درمانی اجرا شده در پژوهش روی گروه گواه نیز اجرا شد. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: از دست دادن عزیزی بر اثر کرونا؛ حداقل سطح تحصیلات دیپلم؛ شرکت نکردن هم‌زمان در مداخلات روان‌شناختی دیگر؛ فقدان بیماری‌های جسمی و روانی ناتوان‌کننده با تشخیص پژوهشگر و با استفاده از مصاحبه بالینی. معیارهای خروج از پژوهش عبارت بود از: غیبت بیش از سه جلسه؛ رعایت نکردن قوانین گروه درمانی؛ ابتلا به یک بیماری جسمی یا روانی که قبل از درمان وجود نداشت و در ضمن اجرا مشخص شد. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

- پرسش‌نامه احساس تنهایی (راسل، ۱۹۹۶): این پرسش‌نامه توسط

راسل در سال ۱۹۹۶ ساخته شد که شامل بیست سؤال، به اشکال گزینه‌ای و جمله منفی و جمله مثبت است (۱۳). این مقیاس یازده عبارت مثبت و نه ماده منفی دارد. آزمودنی میزان انطباق هریک از مواد مقیاس را با حالت‌های خود در طیف چهارگزینه‌ای لیکرت به صورت هرگز=۱، به ندرت=۲، بعضی اوقات=۳ و اغلب=۴ مشخص می‌کند. حداقل نمره یعنی ۲۰ گویای نبود احساس تنهایی و حداکثر نمره ۸۰ است. کسب نمره بیشتر نشان‌دهنده احساس تنهایی بیشتر است (۱۳). پایایی این مقیاس توسط راسل با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۴ به دست آمد. همچنین ضریب همبستگی برای بررسی روایی هم‌زمان این مقیاس با مقیاس احساس تنهایی افتراقی در نمونه‌های دانشجویی، ۰/۷۲ بود که در سطح مطلوب است (۱۳). راسل، پایایی مقیاس را به روش بازآزمایی در فاصله زمانی دوازده ماه ۰/۸۹ گزارش کرد (۱۳). در ایران در پژوهش بحیرایی و همکاران، پایایی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد. به علاوه روایی هم‌گرای این مقیاس از طریق محاسبه ضریب همبستگی با مقیاس افسردگی بک ۰/۶۷ بود (۱۴).

- پرسش‌نامه آثار سوگ هوگان^۳ (هوگان و همکاران، ۲۰۰۱): این ابزار، سیاهه‌ای خودگزارش دهی ۶۱ ماده‌ای است که چندین واکنش شایع به داغدیدگی را بررسی می‌کند (۱۵). ماده‌های این مقیاس، فهرستی از افکار و احساسات متداول در بین داغدیدگان است. از پاسخ‌دهنده خواسته می‌شود شدت احساسات خود را در طول دو هفته گذشته بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت به صورت به هیچ وجه من را توصیف نمی‌کند=۱ تا خیلی خوب من را توصیف می‌کند=۵، مشخص کند. به این ترتیب دامنه نمرات در مقیاس از ۳ تا ۳۰۵ است. زیرمقیاس‌های اصلی این سیاهه شامل ناامیدی، رفتار وحشت‌زدگی، سرزنش و خشم، کناره‌گیری، درهم‌ریختگی و رشد شخصی می‌شود. در پژوهش هوگان و همکاران ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های ناامیدی ۰/۸۹، رفتار وحشت‌زدگی ۰/۹۰، رشد شخصی ۰/۸۲، سرزنش و خشم ۰/۷۹، کناره‌گیری ۰/۸۷ و درهم‌ریختگی ۰/۸۴ گزارش شد (۱۵). در پژوهش شریفی و همکاران برای محاسبه پایایی اولیه سیاهه آثار سوگ هوگان، روش همسانی درونی با محاسبه آلفای کرونباخ به کار رفت. ضریب اعتبار برای کل مقیاس ۰/۹۰ و برای خرده‌مقیاس‌های ناامیدی ۰/۸۷، رفتار وحشت‌زدگی ۰/۸۶، رشد شخصی ۰/۸۲، سرزنش و خشم ۰/۷۹، کناره‌گیری ۰/۸۷ و درهم‌ریختگی ۰/۸۴ به دست آمد. همچنین روایی ملاکی از طریق ضریب همبستگی با خرده‌مقیاس‌های افسردگی و اضطراب و تنیدگی DASS به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۹۱ و ۰/۶۹ بود (۱۶). - مقابله درمانگری: محتوای جلسه درمانی، اقتباس شده از بسته درمانی مقابله درمانگری آفایوسنی بود که برای چهارده جلسه طراحی شد (۸). همچنین روایی محتوایی این بسته آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج نفر از متخصصان روان‌شناسی، فعال در حوزه مقابله درمانگری به تأیید رسید و شاخص نسبت روایی محتوایی ۰/۹ به دست آمد. در جدول ۱ محتوای جلسات به تفکیک ارائه شده است.

3. Hogan Mourning Effects Questionnaire

1. Loneliness Questionnaire

2. Hogan Mourning Effects Questionnaire

جدول ۱. جلسات درمانی مقابله‌درمانگری

جلسات	محتوای جلسات
اول	اعضای گروه خود را معرفی می‌کنند. اعضای گروه درباره اهداف گروه توافق می‌کنند و به بررسی معیارهای گروه می‌پردازند. اعضا استرس و اثرات آن را بر ذهن و بدن مرور می‌کنند. تمایز بین استرس حاد و مزمن صورت می‌گیرد. اعضا استرس‌های حاد و مزمن خود را مثال می‌زنند. ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های زندگی تسهیل‌کننده استرس، مرور می‌شود. اعضا استرس‌های خود را یادداشت می‌کنند، توضیح می‌دهند و درباره ویژگی‌های شخصیتی و سبک زندگی خود که ممکن است استرس را تسهیل کند، بحث می‌کنند. تکلیف خانه: اعضا یادداشت می‌کنند: رویدادهای مهم‌تر استرس‌زا که تاکنون بر آن‌ها تأثیر گذاشته است؛ رویدادهای استرس‌زا که در طول هفته تجربه کرده‌اند.
دوم	اعضا استرس‌های خود را توضیح می‌دهند و به بحث درباره تأثیرات روانی و جسمی آن‌ها می‌پردازند. اعضا ارزیابی‌های اولیه و ثانویه و هشت راه مقابله را مرور می‌کنند و مسائل عملکردی و ناکارآمد آن‌ها را در موقعیت‌های مختلف توضیح می‌دهند. اعضا ارزیابی‌ها و واکنش‌های خود را به استرس هفتگی توضیح می‌دهند و نام می‌برند که این واکنش‌ها چه راه‌های مقابله‌ای هستند. هریک از اعضا اثربخشی هر واکنش مقابله‌ای را در آن رویداد استرس‌زا تعیین می‌کند. اعضای گروه درباره روش‌های مقابله‌ای بهتر برای استفاده در این موقعیت‌ها بحث می‌کنند. تکلیف خانه: اعضا فرم ارزیابی را تکمیل می‌کنند.
سوم	اعضا رویدادهای استرس‌زای هفتگی و ارزیابی‌های خود را مرور می‌کنند. اعضا به بحث درباره ارزیابی‌های خود می‌پردازند و روش‌های خودبه‌خود و روش‌های بهتر مقابله را باهم مقایسه می‌کنند. اعضا به رویداد تهدیدکننده امتیاز می‌دهند. آن‌ها به بحث درباره امتیازات خود می‌پردازند. اعضا درباره احساسات تجربه‌شده خود به دلیل رویداد استرس‌زا بحث می‌کنند. اعضا به مقایسه عواطف خود به دلیل رویدادهای تهدیدآمیز و غیرتهدیدآمیز می‌پردازند. همان‌طور که اعضا در پرسش‌نامه راه‌های مقابله را نشان داده‌اند، از روش‌های مقابله‌ای معمول خود آگاه می‌شوند. تکلیف خانه: اعضا فرم اجرایی مربوط به رویدادهای استرس‌زا را در هفته پیش رو انجام می‌دهند و تکمیل می‌کنند.
چهارم	اعضا فرم‌های اجرایی خود را معرفی می‌کنند و به مرور رویدادهای استرس‌زای هفتگی، ارزیابی‌ها، موقعیت‌ها، احساسات و راه‌های مقابله می‌پردازند. اعضا در زمینه راه‌های مقابله با استرس خود بحث می‌کنند. اعضا درباره سبک‌های مختلف و سبک‌های عملکردی و ناکارآمد در موقعیت‌های مختلف بحث می‌کنند. تکلیف خانه: اعضا فرم اجرایی مربوط به رویدادهای استرس‌زا را در هفته پیش رو انجام می‌دهند و تکمیل می‌کنند.
پنجم	اعضا فرم‌های اجرایی خود را معرفی می‌کنند و به مرور رویدادهای استرس‌زای هفتگی، ارزیابی‌ها، موقعیت‌ها، احساسات و راه‌های مقابله می‌پردازند. اعضا در زمینه راه‌های مقابله هفتگی و تأثیرات مسیرهای جدید خود در واکنش به رویدادهای استرس‌زا بحث می‌کنند. اعضا درباره موضوعات مختلف فاصله‌گذاری، خودکنترلی، عملکردی و ناکارآمد در موقعیت‌های مختلف بحث می‌کنند. تکلیف خانه: اعضا فرم اجرایی مربوط به رویدادهای استرس‌زا را در هفته پیش رو انجام می‌دهند و تکمیل می‌کنند.
ششم	اعضا فرم‌های اجرایی خود را معرفی می‌کنند و به مرور رویدادهای استرس‌زای هفتگی، ارزیابی‌ها، موقعیت‌ها، احساسات و راه‌های مقابله می‌پردازند. اعضا در زمینه راه‌های مقابله هفتگی و تأثیرات مسیرهای جدید خود در واکنش به رویدادهای استرس‌زا بحث می‌کنند. اعضا درباره سبک‌های مختلف جست‌وجوی حمایت‌های اجتماعی و سبک‌های کاربردی و ناکارآمد در موقعیت‌های مختلف بحث می‌کنند. تکلیف خانه: اعضا فرم اجرایی مربوط به رویدادهای استرس‌زا را در هفته پیش رو انجام می‌دهند و تکمیل می‌کنند.
هفتم	اعضا فرم‌های اجرایی خود را معرفی می‌کنند و به مرور رویدادهای استرس‌زای هفتگی، ارزیابی‌ها، موقعیت‌ها، احساسات و راه‌های مقابله می‌پردازند. اعضا در زمینه راه‌های مقابله هفتگی و تأثیرات مسیرهای جدید خود در واکنش به رویدادهای استرس‌زا بحث می‌کنند. اعضا درباره سبک‌های مختلف پذیرش مسئولیت و فرار-اجتناب و انواع عملکردی و ناکارآمد در موقعیت‌های مختلف بحث می‌کنند. تکلیف خانه: اعضا فرم اجرایی مربوط به رویدادهای استرس‌زا را در هفته پیش رو انجام می‌دهند و تکمیل می‌کنند.
هشتم	اعضا فرم‌های اجرایی خود را معرفی می‌کنند و به مرور رویدادهای استرس‌زای هفتگی، ارزیابی‌ها، موقعیت‌ها، احساسات و راه‌های مقابله می‌پردازند. اعضا درباره راه‌های مقابله هفتگی و تأثیرات مسیرهای جدید خود در واکنش به رویدادهای استرس‌زا بحث می‌کنند.

اعضا حل مسئله برنامه‌ریزی شده را یاد می‌گیرند و حل مسئله exPloRist و الگوریتمی را متمایز می‌کنند.
اعضا درباره سبک‌های حل برنامه‌ریزی شده مشکل و ارزیابی مجدد مثبت و سبک‌های عملکردی و ناکارآمد در موقعیت‌های مختلف بحث می‌کنند.

تکلیف خانه: اعضا فرم اجرایی مربوط به رویدادهای استرس‌زا را در هفته پیش رو انجام می‌دهند و تکمیل می‌کنند.

اعضا فرم‌های اجرایی خود را معرفی می‌کنند و به مرور رویدادهای استرس‌زای هفتگی، ارزیابی‌ها، موقعیت‌ها، احساسات و راه‌های مقابله می‌پردازند.

نهم تا چهاردهم اعضا درباره راه‌های مقابله هفتگی و تأثیرات مسیرهای جدید خود در واکنش به رویدادهای استرس‌زا بحث می‌کنند.

تکلیف خانه: اعضا فرم اجرایی مربوط به رویدادهای استرس‌زا را در هفته پیش رو انجام می‌دهند و تکمیل می‌کنند.

– هیپنوتیزم درمانی: محتوای جلسه درمانی از کتاب راهنمای هیپنوتیزم پزشکی و روان‌شناختی، گری اتکینز اقتباس شد (۱۷). همچنین روایی و شاخص نسبت روایی محتوایی ۰/۹ به دست آمد. در جدول ۲ محتوایی این بسته آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج نفر از متخصصان روان‌شناسی، فعال در حوزه هیپنوتیزم درمانی به تأیید رسید

جدول ۲. شرح جلسات هیپنوتیزم درمانی

جلسات	محتوای جلسات
اول	آشنایی و مقدمه، معرفی درمانگر و هدف درمان هیپنوتراپی و تعداد جلسات آن، بیان انتظارات از هم، بیان قواعد و تعریف و شناساندن هیپنوتراپی، توضیح مراحل طبیعی سوگ به مراجع، اجرای پیش‌آزمون.
دوم	توضیح هیپنوتراپی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری و اصلاح باورهای نادرست درباره هیپنوتیزم، بیان باورها و ارزش‌های مطلق درباره سوگ توسط مراجع و توجه به علت مشکل‌سازی این باورها، تمرین آرامش از طریق تصویر ذهنی هدایت‌شده (تمرین آرام‌سازی)، تلقین هیپنوتیزی.
سوم	بیان و فهماندن تأثیر تفکر غیرمنطقی روی آشفتگی هیجانی، به‌همراه تلقینات مربوط در حالت جلسه هیپنوتیزی.
چهارم	بیان ارتباط افکار و باور و رفتار، پیامدهای رفتاری ناشی از باورهای سوگ به‌همراه تلقینات مربوط در حالت جلسه هیپنوتیزی.
پنجم	بررسی شواهد و معنای افکار خودآیند توسط مراجع ناشی از باورهای سوگ، به‌همراه تلقینات مربوط در حالت جلسه هیپنوتیزی.
ششم	تغییر باور و ارتباط آن با هیجانان، طبقه‌بندی باورهای بنیادین توسط مراجع، تحلیل کارآمد، ایجاد باور جایگزین به‌همراه تلقینات لازم در حالت جلسه هیپنوتیزی.
هفتم	بیان ویژگی‌های باور جایگزین، تغییر ادراکی به‌همراه تلقینات هیپنوتیزی مربوط در حالت جلسه هیپنوتیزی.
هشتم	تقویت افکار مثبت، پذیرش فقدان در حالت جلسه هیپنوتیزی، آماده‌سازی مراجع برای پایان‌دادن به جلسات در حالت جلسه هیپنوتیزی، مراسم اختتامیه، اجرای پس‌آزمون.

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه و تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد و شرکت‌کنندگان برای خروج از پژوهش در هر زمان و نیز ارائه اطلاعات فردی مختار بودند. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی و آمار

۳ یافته‌ها
ابتدا، سه گروه پژوهش از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی جنسیت و تحصیلات و سن مقایسه شدند که در جدول‌های ۳ و ۴ آمده است.

استنباطی صورت گرفت. در سطح آمار توصیفی، فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار به‌کار رفت. در سطح آمار استنباطی به‌منظور بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف و برای

جدول ۳. توزیع فراوانی جنسیت و تحصیلات شرکت‌کنندگان به تفکیک سه گروه پژوهش

ویژگی	طبقه	هیپنوتیزم درمانی		گروه		کای اسکور	درجه آزادی	p
		مقایسه درمانگری	گواه	جمع	X ²			
جنسیت	زن	۸	۷	۲۳	۰/۱۷۸	۰/۹۱۵	۲	
	مرد	۷	۸	۲۲				
تحصیلات	دیپلم	۴	۵	۱۲	۴/۰۱۳	۰/۸۵۶	۸	
	فوق دیپلم	۲	۱	۵				
	کارشناسی	۳	۴	۱۳				
	کارشناسی ارشد	۲	۳	۷				
	دکتری	۴	۱	۸				
جمع		۱۵	۱۵	۴۵				

در جدول ۳ آزمون کای اسکوئر نشان می‌دهد، بین سه گروه از نظر فراوانی جنسیت و تحصیلات تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان پژوهش به تفکیک سه گروه

گروه	میانگین	انحراف معیار	فاصله اطمینان ۹۵ درصد		p
			کران پایین	کران بالا	
هیپنوتیزم درمانی	۴۱/۶	۱۵/۵	۳۳/۱	۵۰/۱	۰/۹۸۳
مقابله درمانگری	۴۲/۲	۱۶/۳	۳۳/۱	۵۱/۳	
گواه	۴۲/۶	۱۵/۴	۳۴/۱	۵۱/۲	

در جدول ۴ تحلیل واریانس یک راهه مشخص می‌کند، میانگین سن سه با این توصیف از شرکت‌کنندگان، در زیر به تحلیل داده‌های حاصل از گروه پژوهش تفاوت معناداری ندارد ($p=0/983$). پژوهش پرداخته شده است.

جدول ۵. میانگین و انحراف معیار گروه‌های پژوهش در احساس تنهایی و واکنش سوگ

متغیر	زمان	هیپنوتیزم درمانی		مقابله درمانگری		گواه
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
نامیدی	پیش‌آزمون	۴۳/۰۰	۱۳/۰۴	۴۵/۲۷	۹/۳۶	۱۱/۹۶
	پس‌آزمون	۲۵/۶۷	۷/۰۰	۳۰/۶۰	۸/۲۲	۱۳/۴۲
	پیگیری	۲۶/۷۳	۶/۸۳	۳۰/۶۷	۸/۱۸	۱۳/۰۰
رفتار وحشت‌زدگی	پیش‌آزمون	۳۵/۹۳	۱۱/۵۰	۳۵/۸۷	۱۱/۳۸	۱۲/۱۴
	پس‌آزمون	۲۳/۸۰	۴/۸۹	۲۵/۶۰	۸/۵۵	۱۱/۵۵
	پیگیری	۲۵/۰۷	۶/۵۲	۲۶/۰۷	۸/۴۸	۱۲/۲۹
رشد شخصی	پیش‌آزمون	۳۷/۰۷	۱۱/۷۹	۳۶/۸۷	۱۰/۶۶	۹/۹۳
	پس‌آزمون	۴۸/۹۳	۴/۲۰	۴۷/۲۰	۹/۶۵	۱۱/۰۴
	پیگیری	۴۷/۳۳	۷/۶۰	۴۷/۱۳	۹/۲۲	۱۰/۷۷
سرزنش و خشم	پیش‌آزمون	۱۷/۰۰	۶/۹۰	۱۷/۰۰	۷/۳۳	۵/۲۴
	پس‌آزمون	۹/۶۷	۲/۰۶	۱۱/۱۳	۳/۸۵	۵/۲۴
	پیگیری	۱۰/۱۳	۳/۰۲	۱۱/۶۰	۳/۶۶	۵/۴۰
انفصال و کناره‌گیری	پیش‌آزمون	۲۱/۲۰	۹/۲۷	۲۱/۸۷	۸/۷۱	۷/۹۰
	پس‌آزمون	۱۵/۰۰	۵/۱۸	۱۲/۶۰	۳/۳۸	۷/۹۰
	پیگیری	۱۵/۵۳	۵/۴۵	۱۳/۶۰	۴/۶۰	۷/۷۶
درهم‌ریختگی	پیش‌آزمون	۱۸/۰۷	۷/۶۶	۱۸/۰۷	۷/۷۹	۷/۶۴
	پس‌آزمون	۱۲/۷۳	۵/۶۹	۱۲/۳۳	۴/۸۶	۷/۷۶
	پیگیری	۱۳/۱۳	۵/۴۶	۱۲/۵۵	۴/۰۷	۷/۸۱
احساس تنهایی	پیش‌آزمون	۴۵/۶۷	۵/۳۳	۴۸/۱۳	۳/۴۲	۵/۱۳
	پس‌آزمون	۴۰/۶۷	۴/۵۹	۴۲/۹۳	۳/۷۵	۵/۷۶
	پیگیری	۴۲/۰۷	۳/۴۷	۴۳/۶۰	۳/۴۶	۴/۲۸

در جدول ۵، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش آمده است. برای اینکه مشخص شود تفاوت‌های موجود بین میانگین‌های سه گروه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری دارد یا خیر، تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر به کار رفت. برای مقایسه سه گروه در نمره کل احساس تنهایی از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر تک‌متغیره و برای مقایسه سه گروه پژوهش در مؤلفه‌های واکنش سوگ از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چندمتغیره استفاده شد؛ اما برای تلخیص دو تحلیل در یک جدول آمده است. قبل از انجام تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های نرمالیتی و همگنی واریانس‌ها بررسی شد. نتایج آزمون شاپیروویلکز و همگنی واریانس‌ها بررسی شد. نتایج آزمون شاپیروویلکز و

شاخص‌های کجی و کشیدگی نشان داد، توزیع نمرات نرمال است. آزمون لون نیز مشخص کرد، واریانس سه گروه در مؤلفه‌های نامیدی و درهم‌ریختگی و نمره کل احساس تنهایی در هر سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری برابر و همگن است؛ همچنین در مؤلفه‌های وحشت‌زدگی، رشد شخصی، سرزنش و خشم و انفصال و کناره‌گیری فقط در مرحله پیش‌آزمون واریانس سه گروه برابر است و در مراحل پس‌آزمون و پیگیری واریانس این چهار مؤلفه برابر نیست؛ با این حال، با توجه به برابری تعداد شرکت‌کنندگان سه گروه و مقاومت بودن روش‌های آمار پارامتریک در برابر رعایت نشدن این پیش‌فرض، منعی برای استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر وجود نداشت. آماره

امپاکس برای احساس تنهایی ($p=0/118$) معنادار نبود و برای مؤلفه‌های واکنش سوگ ($p<0/001$) معنادار به دست آمد؛ یعنی، ماتریس کوواریانس سه گروه در احساس تنهایی برابر و برای مؤلفه‌های واکنش سوگ نابرابر بود؛ لذا، برای احساس تنهایی آماره چندگانه پیلای ترس و برای مؤلفه‌های واکنش سوگ آماره چندگانه لامبدای ویلکز استفاده شد. آماره پیلای ترس برای نمره کل احساس تنهایی ($p<0/001$) و آماره لامبدای ویلکز برای مؤلفه‌های واکنش سوگ

بر اساس جدول ۶، اثر تعاملی زمان در گروه برای احساس تنهایی و مؤلفه‌های واکنش سوگ معنادار بود؛ لذا سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری مقایسه شدند که در جدول ۶ مشاهده می‌شود. لازم به ذکر است در روش مقایسه از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

جدول ۶. تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر: اثرات بین‌آزمودنی و درون‌آزمودنی

منبع	متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P	اندازه اثر توان
درون‌آزمودنی: زمان	احساس تنهایی	۱۹۵/۲	۲	۹۷/۶	۲۱/۹	<0/001	0/34
	نامیدی	۳۱۲۸/۷	۲	۱۵۶۴/۳	۹۷/۷	<0/001	0/70
	رفتار وحشت‌زدگی	۱۵۴۴/۷	۲	۷۷۲/۳	۵۵/۶	<0/001	0/57
	رشد شخصی	۱۶۲۳/۱	۲	۸۱۱/۵	۷۸/۷	<0/001	0/65
	سرزنش و خشم	۵۲۵/۷	۲	۲۶۲/۸	۳۷/۳۳	<0/001	0/47
	انفصال و کناره‌گیری	۷۱۸/۱	۲	۳۵۹/۱	۳۷/۱	<0/001	0/46
	درهم‌ریختگی	۳۹۱/۷	۲	۱۹۵/۸	۳۳/۷	<0/001	0/44
	احساس تنهایی	۱۸۷/۲	۲	۹۳/۶	۲۳/۷	<0/001	0/54
	نامیدی	۴۰۹۵/۵	۲	۲۰۴۷/۷	۶/۹	0/002	0/24
	رفتار وحشت‌زدگی	۲۰۳۰/۴	۲	۱۰۱۵/۲	۳/۶	0/003	0/14
بین‌آزمودنی: گروه	رشد شخصی	۲۸۴۶/۶	۲	۹۲۳/۳	۳/۷	0/۰۳۲	0/۶۵
	سرزنش و خشم	۶۰۲/۳	۲	۳۰۱/۱	۴/۸	0/۰۱۲	0/۷۷
	انفصال و کناره‌گیری	۱۴۶۱/۹	۲	۷۳۰/۹	۵/۸	0/۰۰۶	0/۸۴
	درهم‌ریختگی	۶۸۸/۴	۲	۳۴۴/۲	۲/۷	0/۰۷۵	0/۵۱
	احساس تنهایی	۱۹۸/۹۶	۴	۴۹/۷۴	۱۱/۱۸	<0/001	0/35
	نامیدی	۱۸۵۳/۲۴	۴	۴۶۳/۳۱	۲۸/۹۶	<0/001	0/58
	رفتار وحشت‌زدگی	۷۹۸/۲۵	۴	۱۹۹/۵۶	۱۴/۳۹	<0/001	0/41
	رشد شخصی	۷۹۴/۱۲	۴	۱۹۸/۵۳	۱۹/۰۹	<0/001	0/48
	سرزنش و خشم	۳۰۱/۱۶	۴	۷۵/۲۹	۱۰/۷۰	<0/001	0/34
	انفصال و کناره‌گیری	۴۱۲/۵۸	۴	۱۰۳/۱۴	۱۰/۶۷	<0/001	0/34
درون‌ریختگی	۲۰۱/۷۲	۴	۵۰/۴۳	۸/۹۶	<0/001	0/29	

بر اساس جدول ۶، اثر تعاملی زمان در گروه برای احساس تنهایی و مؤلفه‌های واکنش سوگ معنادار بود؛ لذا سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری مقایسه شدند که در جدول ۶ مشاهده می‌شود. لازم به ذکر است در روش مقایسه از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

بر اساس جدول ۷، در مرحله پیش‌آزمون در هیچ‌کدام از متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری بین سه گروه پژوهش وجود نداشت. در مؤلفه‌های نامیدی، وحشت‌زدگی، رشد شخصی، سرزنش و خشم، انفصال و کناره‌گیری و درهم‌ریختگی، میانگین گروه گواه به‌گونه‌ای معنادار با دو گروه هیپنوتیزم‌درمانی و مقابله‌درمانگری در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشت. در مؤلفه‌های نامیدی، وحشت‌زدگی، سرزنش و خشم، انفصال و کناره‌گیری و درهم‌ریختگی،

بر اساس جدول ۵ میانگین گروه گواه از دو گروه هیپنوتیزم‌درمانی و مقابله‌درمانگری بیشتر و در مؤلفه رشد شخصی میانگین گروه گواه از دو گروه آزمایش هیپنوتیزم‌درمانی و مقابله‌درمانگری کمتر بود. در نمره کل احساس تنهایی، در مرحله پس‌آزمون فقط بین گروه هیپنوتیزم‌درمانی و گروه گواه تفاوت معناداری وجود داشت و بین گروه مقابله‌درمانگری و گروه گواه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده نشد؛ اما در مرحله پیگیری، میانگین گروه گواه در احساس تنهایی با میانگین احساس تنهایی دو گروه آزمایشی هیپنوتیزم‌درمانی و مقابله‌درمانگری تفاوت معناداری داشت و بر اساس جدول ۵، میانگین احساس تنهایی دو گروه آزمایشی هیپنوتیزم‌درمانی و مقابله‌درمانگری از گروه گواه کمتر بود.

جدول ۷. آزمون بونفرونی برای مقایسه سه گروه پژوهش در احساس تنهایی و واکنش سوگ در سه مرحله زمانی

متغیر	زمان	گروه	گروه	تفاوت میانگین	خطای معیار میانگین	p	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	
							کران بالایی	کران پایینی
نامیدی	پیش آزمون	هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	-۲/۲	۴/۲	۱	-۱۲/۷	۸/۲
		مقابلۀ درمانگری	گواه	-۱/۳	۴/۲	۱	-۱۱/۸	۹/۱
		هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	۰/۹۳	۴/۲	۱	-۹/۵	۱۱/۴
	پس آزمون	هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	-۴/۹	۳/۶	۰/۵۴۴	-۱۳/۹	۴/۱
		مقابلۀ درمانگری	گواه	*-۱۹/۲	۳/۶	۰/۰۰۱	-۲۸/۲	-۱۰/۱
		هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	*-۱۴/۲	۳/۶	۰/۰۰۱	-۲۳/۳	-۵/۲
پیگیری	پیش آزمون	هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	-۳/۹	۳/۵	۰/۸۲	-۱۲/۷	۴/۹
		مقابلۀ درمانگری	گواه	*-۱۸/۷	۳/۵	۰/۰۰۱	-۲۷/۵	-۹/۵
		هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	*-۱۴/۸	۳/۵	۰/۰۰۱	-۲۳/۶	-۵/۹
	پس آزمون	هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	۰/۰۶۸	۴/۲	۱	-۱۰/۵	۱۰/۱
		مقابلۀ درمانگری	گواه	-۰/۹۳	۴/۲	۱	-۱۱/۵	۹/۷
		هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	-۱	۴/۲	۱	-۱۱/۶	۹/۶
وحشت زدگی	پیش آزمون	هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	-۱/۸	۳/۲	۱	-۱۰/۱	۶/۴
		مقابلۀ درمانگری	گواه	*-۱۳/۱	۳/۲	۰/۰۰۱	-۲۱/۲	-۴/۱
		هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	*-۱۱/۲	۳/۲	۰/۰۰۴	-۱۹/۴	-۳/۱
	پس آزمون	هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	-۱	۳/۴	۱	-۹/۵	۷/۵
		مقابلۀ درمانگری	گواه	*-۱۱/۹	۳/۴	۰/۰۰۴	-۲۰/۴	-۳/۲
		هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	*-۱۰/۹	۳/۴	۰/۰۰۸	-۱۹/۴	-۲/۳
رشد شخصی	پیش آزمون	هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	۰/۲	۳/۹	۱	-۹/۶	-۱۰/۱
		مقابلۀ درمانگری	گواه	۰/۶۶	۳/۹	۱	-۹/۱	۱۰/۳
		هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	۰/۴۶	۳/۹	۱	-۹/۵	۱۰/۳
	پس آزمون	هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	۱/۷	۳/۲	۱	-۶/۲	۹/۷
		مقابلۀ درمانگری	گواه	*۱۲/۶	۳/۲	۰/۰۰۱	۴/۵	۲۰/۶
		هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	*۱۰/۸	۳/۲	۰/۰۰۵	۲/۸	۱۸/۸
سرزنش و خشم	پیش آزمون	هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	۱/۳	۳/۱	۱	-۶/۴	۹/۱
		مقابلۀ درمانگری	گواه	*۱۱/۷	۳/۱	۰/۰۰۲	۳/۹	۱۹/۵
		هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	*۱۰/۴	۳/۱	۰/۰۰۶	۲/۵	۱۸/۲
	پس آزمون	هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	۰/۰۰۱	۲/۳	۱	-۵/۹	۵/۹
		مقابلۀ درمانگری	گواه	۵/۶	۲/۳	۱	-۵/۹	۵/۹
		هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	۵/۶	۲/۳	۱	-۵/۹	۵/۹
انفصال و کناره گیری	پیش آزمون	هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	-۱/۴	۱/۴	۰/۹۴	-۵/۱	۲/۱
		مقابلۀ درمانگری	گواه	*-۷/۳	۱/۴	۰/۰۰۱	-۱۰/۹	-۳/۷
		هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	*-۵/۸	۱/۴	۰/۰۰۱	-۹/۴	-۱/۲
	پس آزمون	هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	-۱/۴	۱/۴	۱	-۵/۲	۲/۳
		مقابلۀ درمانگری	گواه	*-۷/۳	۱/۴	۰/۰۰۱	-۱۱/۱	-۳/۵
		هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	*-۵/۷	۱/۴	۰/۰۰۱	-۹/۶	-۲/۱
پیگیری	پیش آزمون	هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	-۰/۶۶	۳/۱	۱	-۸/۵	۷/۱
		مقابلۀ درمانگری	گواه	-۲/۲	۳/۱	۱	-۱۰/۱	۷/۶
		هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	-۱/۶	۳/۱	۱	-۹/۴	۶/۲
	پس آزمون	هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	۲/۴	۲/۱	۰/۷۸	-۲/۸	۷/۶
		مقابلۀ درمانگری	گواه	*-۸/۴	۲/۱	۰/۰۰۱	-۱۳/۷	-۳/۱
		هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	*-۱۰/۸	۲/۱	۰/۰۰۱	-۱۶/۱	-۵/۵
پیگیری	هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	-۱/۹	۲/۲	۱	-۳/۶	۷/۴	
	مقابلۀ درمانگری	گواه	*-۸/۱	۲/۲	۰/۰۰۲	-۱۳/۶	-۲/۵	
	هیپنوتیزم درمانی	مقابلۀ درمانگری	*-۱۰/۱	۲/۲	۰/۰۰۱	-۱۵/۶	-۴/۵	

۷/۱	-۷/۱	۱	۲/۸	۰/۰۰۱	مقابله درمانگری	هیپنوتیزم درمانی	پیش‌آزمون	
۵/۹	-۸/۱	۱	۲/۸	-۱/۳	گواه			
۵/۹	-۸/۱	۱	۲/۸	-۱/۳	گواه	مقابله درمانگری		
۶/۱	-۵/۲	۱	۲/۲	۰/۴	مقابله درمانگری	هیپنوتیزم درمانی	پس‌آزمون	درهم‌ریختگی
۰/۸	-۱۲/۱	۰/۰۲۰	۲/۲	*-۶/۴	گواه			
۱/۱	-۱۲/۵	۰/۰۱۳	۲/۲	*-۶/۷	گواه	مقابله درمانگری		
۶/۴	-۴/۸	۱	۲/۲	۰/۸	مقابله درمانگری	هیپنوتیزم درمانی	پیگیری	
-۰/۵	-۱۱/۱	۰/۰۲۹	۲/۲	*-۶/۳	گواه			
-۱/۳	-۱۲/۵	۰/۰۱۱	۲/۲	*-۶/۹	گواه	مقابله درمانگری		
۱/۸	-۶/۷	۰/۴۷۵	۱/۷	-۲/۴	مقابله درمانگری	هیپنوتیزم درمانی	پیش‌آزمون	
۴/۷	-۳/۸	۱	۱/۷	۰/۴	گواه			
۷/۲	-۱/۳	۰/۲۸۵	۱/۷	۲/۹	گواه	مقابله درمانگری		
۲/۱	-۶/۶	۰/۶۰۱	۱/۷	-۲/۲	مقابله درمانگری	هیپنوتیزم درمانی	پس‌آزمون	احساس تنهایی
۱/۹	-۱۰/۶	۰/۰۰۲	۱/۷	*-۶/۳	گواه			
۰/۲۷	-۸/۴	۰/۰۷۳	۱/۷	-۴/۱	گواه	مقابله درمانگری		
۱/۹	-۴/۹	۰/۸۱۷	۱/۳	-۱/۵	مقابله درمانگری	هیپنوتیزم درمانی		
-۱/۶	-۸/۵	۰/۰۰۲	۱/۳	*-۵/۱	گواه		پیگیری	
-۰/۱۶	-۷/۱	۰/۰۳۷	۱/۳	*-۳/۶	گواه	مقابله درمانگری		

$p < 0.05^*$

۴ بحث

روان‌شناختی اریکسون^۱ دربارهٔ رشد و تحول بر اهمیت روابط اجتماعی به‌عنوان نیرویی غریزی در تکامل انسان تأکید داشت. نظریهٔ میجوسکوئیک، نقش پر قدرتی برای نیروی انگیزشی روابط اجتماعی قائل بود (به نقل از ۲۴). در دیدگاه تفاوت‌های شناختی، تنهایی به‌عنوان حاصل نبود تناسب ادراک‌شده بین موقعیت اجتماعی ایده‌آل و موقعیت اجتماعی موجود، به‌دلیل خطاهای شناختی تلقی می‌شود (۲۵). دیدگاه‌های تعامل‌گرا تصور می‌کنند، تنهایی ناشی از تأثیر متقابل عوامل فرهنگی و موقعیتی است (۲۶)؛ از این رو در پژوهش حاضر، همان‌طور که بیان شد با توجه به نظریات و پژوهش‌های مذکور، روش مقابله‌درمانگری سبب کاهش انزوا و نداشتن فردی صمیمی در افراد سوگوار در اثر کرونا و افزایش اجتماعی‌بودن و نداشتن احساس تنهایی افراد سوگوار شد.

همچنین نتایج آزمون تحلیل کوواریانس مشخص کرد، هیپنوتیزم‌درمانی سبب بهبود نمرات احساس تنهایی در آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است. نتایج این پژوهش با مطالعات زیر همسوست: مقتدری و همکاران دریافتند، هیپنوتیزم‌درمانی در درمان افسردگی و اضطراب و اختلال خواب ناشی از زوز ذهنی در بیماران اثربخش است (۲۷)؛ حسین‌زادگان و همکاران نشان دادند، خودهیپنوتیزم بر شدت و کیفیت درد در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس تأثیر دارد (۲۸).

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، استفاده از هیپنوتیزم موجب می‌شود افراد داغدار ذهن‌آگاهانه رفتار کنند و یاد بگیرند عواملی را که تغییر نمی‌کنند، بپذیرند؛ همچنین به این درک برسند که احساسات و افکار منفی دائمی نیستند و با استفاده از ترمیم شناختی، باورهای مربوط به هیجانات غیراضطرابی نظیر احساس تنهایی را بازسازی کنند. در این روش درمانی با استفاده از روش‌های تلفیقی به‌ویژه روش‌های خودهیپنوتیزم و آرام‌سازی، فرد قادر می‌شود بر هیجانات منفی خود

هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ اثربخشی مقابله‌درمانگری و هیپنوتیزم‌درمانی بر احساس تنهایی و کاهش نشانگان سوگ در افراد سوگوار بر اثر کرونا بود. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد، مقابله‌درمانگری موجب بهبود نمرات احساس تنهایی در آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است. نتایج این پژوهش با مطالعهٔ آقا یوسفی و همکاران همسوست. آن‌ها دریافتند، مقابله‌درمانگری بر نشانگرهای روان‌شناختی (استرس و کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای) بیماران دیابتی نوع دو اثربخش است (۱۸).

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، بعضی احساسات ممکن است منجر به ارزیابی مجدد موقعیت‌ها و وقایع شود؛ مثلاً باعث شناخت تغییرات رفتاری شود که امکان دارد تهدیدی برای برآورده‌نشدن نیاز به تعلق‌پذیری باشد یا رفتارهایی را برانگیزد که به این تهدیدات اشاره می‌کند (۱۹)؛ برای مثال احساساتی که با تنهایی همراه هستند ممکن است اشخاص را دربارهٔ اینکه نیاز تعلق‌پذیری آن‌ها به‌خوبی برآورده نمی‌شود، آگاه سازند و آنان را به ارضای بیشتر این نیازها و خارج شدن از تنهایی تحریک کنند؛ ولی احساس خطر گاهی اوقات جدی گرفته نمی‌شود و تغییرات رفتاری نیز نمی‌تواند این خطر را رفع کند. هاوکلی و همکاران دریافتند، افراد تنها درمقایسه با افراد غیرتنها کمتر موفق به رفع فشارهای زندگی روزمره می‌شوند (۲۰). جکوبسون و بیلت معتقد بودند، احساس تنهایی اجتماعی، در صورت ناهماهنگی سیستم حمایت اجتماعی منجر به کناره‌گیری اجتماعی و افزایش شدت انزوا می‌شود (۲۱). جیرکا و همکاران، رابطهٔ سطوح بالای احساس تنهایی و سطوح پایین حمایت اجتماعی را نشان دادند (۲۲). لازاروس و فولکمن اعتقاد داشتند، تنیدگی به رابطهٔ بین محیط و فرد برمی‌گردد و بر نوع نگاه شخص به موقعیت تأکید می‌کنند (۲۳). تئوری

^۱. Erikson

فاقد آید و می‌آموزد که هیجان‌ات مثبت و انگیزشی را در خود بپرورداند و آن‌ها را جایگزین احساسات منفی کند (۱۷).

در تبیینی دیگر می‌توان گفت، تغییراتی که هیپنوتیزم در سیستم فیزیولوژی بدن ایجاد می‌کند، تغییراتی وسیع و همه‌جانبه است که شامل تغییراتی در عمل عضلات ارادی، اعضا، غدد، حواس پنج‌گانه، سیستم ایمنی، دستگاه قلبی عروقی، دستگاه تنفس، بخش‌هایی از مغز، جریان خون و امواج مغز می‌شود (۲۹). همچنین قبل از عمل هیپنوتیزم، فعال‌کردن سیستم پاراسمپاتیک با انجام اعمال ریلکسیشن باعث می‌شود فرد داغدار راحت‌تر تلقینات درمانگر را بپذیرد و به روند درمان سرعت بخشد. در هیپنوتیزم مناطق خاصی از مغز فعالیت دارند که کمربند قدامی و سمت راست فرونتال و نواحی گیجگاهی، از نواحی فعال مغز در سازوکار هیپنوز هستند (۲۸).

ازسوی دیگر نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد، مقابله‌درمانگری موجب بهبود نمرات نشانه‌های سوگ در آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است. نتایج این پژوهش با یافته‌های مطالعات زیر همسوست: آقا یوسفی و همکاران دریافتند، مقابله‌درمانگری بر نشانه‌های روان‌شناختی (استرس و کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای) بیماران دیابتی نوع دو تأثیر دارد (۱۸)؛ سعادت مؤمنی و همکاران مشخص کردند، شناخت‌درمانگری در شاخص‌های ایمنی شناختی و بهزیستی روانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در بیمارستان امام‌خمینی تهران اثربخش است (۳۰).

در تبیین این نتایج می‌توان گفت مقابله، سازه‌ای چندبُعدی و خودتنظیم‌کننده به‌شمار می‌رود که نشانگر سازوکارهای رفتاری و شناختی برای مدیریت خواسته‌های درونی و بیرونی در مواقع استرس‌زا است (۲۳). در مقابله‌درمانگری فرد یاد می‌گیرد بیندیشد که حال چه‌کاری می‌تواند برای برون‌رفت از این مشکل انجام دهد. در مطالعه چاتمن مشخص شد، استفاده‌نکردن از راهبردهای مقابله‌ای هیجانی، بر میزان تاب‌آوری می‌افزاید (۳۱)؛ درواقع رویکردهای متمرکز بر هیجان به‌صورت تکانشی واکنش‌هایی بروز می‌دهند که از میزان رنج تحمیلی بکاهند؛ ولی عموماً چنین واکنش‌هایی به‌شکل فرار از واقعیت و انکار و کناره‌گیری است و این واکنش‌ها به آسیب‌پذیری بیشتر و پیچیده‌شدن سوگ می‌انجامد. مقابله‌درمانگری به افراد سوگوار می‌آموزد به‌دنبال راه‌حلی برای سازگاری و برون‌رفت از استرس باشند و مسئولانه با سوگ و فرایند آن روبه‌رو شوند که اتخاذ چنین رویکردی به افزایش تاب‌آوری در برابر سوگ کمک می‌کند؛ لذا افرادی که پذیرای واقعیت‌های پیش رو هستند و سعی در کنارآمدن با آن‌ها را دارند، دارای تاب‌آوری بیشتری در مواجهه با سوگ خواهند بود. در درمانگری مبتنی بر مقابله به افراد سوگوار آموزش داده می‌شود در رویارویی با تجارب استرس‌زا که همان مواجهه با سوگ است، در مراحل اولیه پذیرش فقدان و مواجهه هیجان‌مدار می‌تواند به برانگیختگی و تخلیه هیجان‌ات کمک کند؛ همچنین در مراحل بعدی با آموزش مواجهه مسئله‌مدار به رویارویی با واقعیت و پذیرش سوگ کمک می‌شود؛ درواقع پس از ابراز هیجان، امکان دست‌کاری مغز برای مواجهه منطقی و تعدیل‌شده فراهم می‌آید (۳۲).

در روش مقابله‌درمانگری اصلاح روش‌های هیجانی که در افراد سوگوار

به‌وفور استفاده می‌شود، کمک می‌کند و از این طریق منجر به کاهش نشانگان سوگ و درنهایت پایبندی به درمان خواهد شد. از این دیدگاه، مقابله نتیجه نیست؛ بلکه فرایندی مداوم است که البته قرار نیست عامل تنیدگی‌زا را که در اینجا همان مواجهه با سوگ است، از روی زمین محو کند و فرد را کاملاً مسلط سازد؛ بلکه هر فردی براساس توانایی‌های خود، سعی دارد تا حد ممکن موقعیت حاضر را اداره کند. هسته اصلی مقابله یک تلاش شناختی است؛ یعنی فرد تمامی توان شناختی خود را (مثل هوش، منطق، استدلال و غیره) به‌کار می‌اندازد تا موقعیتی را ارزیابی کند، توانمندی‌های خود را بسنجد، اجرا کند و باز این چرخه تکرار می‌شود (۸).

ازسوی دیگر نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد، هیپنوتیزم‌درمانی سبب بهبود نمرات نشانه‌های سوگ در آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است. نتایج این پژوهش با مطالعات زیر همسوست: مقتدری و همکاران دریافتند، هیپنوتیزم‌درمانی در درمان افسردگی و اضطراب و اختلال خواب ناشی از وزوز ذهنی در بیماران اثربخش است؛ (۲۷)؛ حسین‌زادگان و همکاران مشخص کردند، خودهیپنوتیزم بر شدت و کیفیت درد در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس تأثیر دارد (۲۸).

در تبیین اثربخشی هیپنوتیزم‌درمانی می‌توان گفت، اثربخشی هیپنوتیزم در تسکین و تقلیل نشانگان ناشی از سوگ، تنها به‌علت ایجاد حالت آرام‌بخشی آن نیست؛ بلکه این عمل هیپنوتیزم مرهون تلقیناتی است که به فرد سوگوار داده می‌شود. هیپنوتراپ با شناسایی و علت‌یابی نگرانی‌هایی بیجا در زمینه سوگواری، با تلقینات لازم در خواب هیپنوتیزمی و نیز آموزش خودهیپنوتیزم می‌تواند فرد را به‌جهتی هدایت کند که فرد سوگوار با به‌دست‌آوردن آرامش عمیق و دورکردن همه تنش‌ها و اضطراب‌هایی که ریشه درد وی هستند، علاوه بر برطرف‌کردن احساسات منفی شدید، به آرامشی مطبوع و عمیق دست یابد و دوره درمان و پس از درمان، او را به وضعیت عادی بازگرداند. باتوجه به اینکه در جلسه‌های هیپنوتیزم‌درمانی از آرام‌سازی عضلانی و آموزش راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه استفاده شد، تبیینی بر اثربخشی این درمان بر کاهش نشانگان سوگ است (۱۱). تمامی فرایندهای ذهنی و بدنی متأثر از یکدیگر هستند. یکی دیگر از دلایل ایجاد یا تشدید نشانه‌های بعد از سوگواری، اختلال در ارتباط سالم و طبیعی ذهن و بدن است. به‌کمک هیپنوتیزم می‌توان ذهن را برای ارتباطی سالم‌تر با بدن برنامه‌ریزی کرد و فرد حتی بدون آنکه آگاهانه تلاش کند، در اعماق ذهن ناخودآگاه خویش، اثرات درمانی را دریافت می‌کند (۱۲).

برای دستیابی به تصویر روشن‌تری از یافته‌های پژوهش حاضر به برخی از محدودیت‌های آن اشاره می‌شود. نمونه پژوهش حاضر فقط به افراد معرفی‌شده از بیمارستان‌های بهمین و آتیه و پارسیان تهران محدود شد؛ بنابراین، تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها مانند بیماران بستری در بیمارستان‌های دیگر و... به‌راحتی امکان‌پذیر نیست و باید با احتیاط صورت گیرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش نمونه‌گیری دردسترس و جمع‌آوری اطلاعات براساس مقیاس‌های خودگزارش‌دهی بود که این گزارش‌ها به دلیل دفاع‌های ناخودآگاه و تعصب در پاسخ‌دهی و شیوه‌های معرفی شخصی مستعد تحریف هستند.

پیشنهاد می‌شود در آینده پژوهشی با نمونه‌های بزرگ‌تر می‌تواند

اخلاق پژوهش، فرم رضایت‌نامه کتبی امضا شده از بیماران دریافت کرد؛ همچنین اطلاعات لازم در زمینه پژوهش به صورت مکتوب در اختیار افراد قرار گرفت و آن‌ها داوطلبانه در تحقیق شرکت کردند؛ به علاوه به افراد در زمینه رازداری و محفوظ ماندن اطلاعات اطمینان داده شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد پژوهش

داده‌ها و مواد پژوهش در پیوست رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، دردسترس است.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش با حمایت مالی سازمان یا نهادی انجام نشده و هزینه‌های آن توسط نویسندگان مقاله تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است. نویسنده اول (دانشجو) با همراهی و راهنمایی‌های اساتید راهنما و مشاور، کل پژوهش را انجام داد.

کم بودن حجم نمونه پژوهش حاضر را جبران کند. این پژوهش تنها روی افراد معرفی شده از بیمارستان‌های بهمن و آتیه و پارسیان تهران انجام شد و انتخاب آزمودنی‌ها از بین سایر شهرها، تعمیم‌پذیری نتایج را افزایش می‌دهد. همچنین برای رفع این محدودیت پیشنهاد می‌شود چنین پژوهشی در سایر فرهنگ‌ها به‌ویژه در قومیت‌های کرد و لر و بلوچ انجام گیرد.

۵ نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌ها می‌توان گفت، مداخلات مقابله‌درمانگری و هیپنوتیزم‌درمانی در طولانی‌مدت، بر کاهش احساس تنهایی و کاهش نشانگان سوگ مؤثر است؛ همچنین هیپنوتیزم‌درمانی در مقایسه با مقابله‌درمانگری اثربخشی بیشتری دارد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که در مطالعه حاضر ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان
مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود می‌باشد. مطالعه حاضر در راستای رعایت

References

- Javadi SMH, Sajadian M. Coronavirus pandemic a factor in delayed mourning in survivors: a letter to the editor. *J Arak Univ Med Sci*. 2020;23(1):2-7. [Persian] <http://dx.doi.org/10.32598/JAMS.23.1.4578.3>
- Qabezi F, Pakdaman Sh, Fathabadi J, Hassanzadeh Tavakoli MR. The impacts of pilgrimage on positive and negative aspects of loneliness among university students. *Rahbord-e-Farhang*. 2016;9(33):117-53. [Persian] https://www.jsfc.ir/article_15195.html?lang=en
- Alaviani M, Feizi A, Pourteimour S, Alahverdi N. A study on the relationship between lifestyle and loneliness in the students of urmia university of medical science in 2019. *Nursing and Midwifery Journal*. 2022;20(1):75-84. [Persian] <http://dx.doi.org/10.52547/unmf.20.1.75>
- Siracusano A. Loneliness: a new psychopathological dimension? *Journal of Psychopathology*. 2017;23:1-3.
- Rokach A. Loneliness then and now: reflections on social and emotional alienation in everyday life. *Current Psychology*. 2004;23:24-40.
- De Jong Gierveld J, Havens B. Cross-national comparisons of social isolation and loneliness: introduction and overview. *Can J Aging*. 2004;23(2):109-13. <https://doi.org/10.1353/cja.2004.0021>
- Malkinson R. Cognitive-behavioral grief therapy the abc model of rational-emotion behavior therapy. *Psychological Topics*. 2010;19(2):289-305.
- Aghayousfi A. The role of personality factors on coping strategies and the effect of coping therapy on personality factors and depression [PhD thesis in psychology]. [Tehran]: Tarbiat Modares University, Faculty of Humanities; 2001.
- Khodayarifard M, Parand A. Stress and coping styles. Tehran: Tehran University Press; 2011. [Persian]
- Elseshtawy E, Elezb WA. Coping with stress and quality of life among patients with schizophrenia in Egypt and Saudi Arabia: effect of sociodemographic factors. *Middle East Current Psychiatry*. 2011;18:72-7.
- Gupta A, Sidana A. Clinical hypnotherapy in grief resolution - a case report. *Indian J Psychol Med*. 2020;42(2):193-7. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_476_19
- Darabi J. Hypnotism dar ravan darmani [Hypnosis in psychotherapy]. Tehran: Peydayesh; 2001. [Persian]
- Russell DW. UCLA Loneliness scale (version 3): reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess*. 1996;66(1):20-40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2
- Bahirayi H, Delavar A, Ahadi H. Standardization of UCLA Loneliness Scale (version 3) on students attending universities in Tehran. *Applied Psychology Quarterly*. 2017;1:6-18. [Persian]
- Hogan NS, Greenfield DB, Schmidt LA. Development and validation of the hogan grief reaction checklist. *Death Stud*. 2001;25(1):1-32. <https://doi.org/10.1080/07481180125831>

16. Sharifi M, Ahmadi SA, Fatehizade MS. Psychometric properties of the hogan grief reaction checklist in iranian bereaved families. *Knowledge and Research in Applied Psychology*. 1392;14(3):69–79. [Persian] https://jsr-p.isfahan.iau.ir/article_533884.html?lang=en
17. Gary T. Aging as an individual process: toward a theory of personal meaning. In: Birren JE, Bengtson VL; editors. *Emergent theories of aging*. New York: Springer publishing; 1988.
18. Aghayousefi A, Safari Y, Ahmadi S, Abaspour P. The effectiveness of coping therapy on psychological markers (stress, quality of life and coping strategies) in type II diabetic patients. *Health Psychology*. 2020;9(34):25–40. [Persian] https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_6966.html?lang=en
19. Baumeister RF, Exline JJ, Sommer KL. The victim role, grudge theory, and two dimensions of forgiveness. In: *Journey to hope - a research workshop to launch the john-templeton-foundations program to encourage the scientific study of forgiveness* [Internet]. Holland: Templeton Foundation Press; 1998.
20. Hawkey LC, Hughes ME, Waite LJ, Masi CM, Thisted RA, Cacioppo JT. From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: the Chicago health, aging, and social relations study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2008;63(6):S375–84. <https://doi.org/10.1093/geronb/63.6.s375>
21. Jacobson H, Billet T. Religious devotion and the psychosocial sequelae of infertility. [PhD dissertation]. [New York, US]: Yeshiva university; 2003.
22. Jirka J, Sharon S, Foxall MJ. Loneliness and social support in infertile couples. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1996;25(1):55–60. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1996.tb02513.x>
23. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer-Verlag; 1984.
24. Mijuskovic B. Loneliness and adolescent alcoholism. *Adolescence*. 1988;23(91):503–16.
25. Peplau LA, Perlman D. *Blueprint for a social psychological theory of loneliness*. In: Cook M, Wilson G; editors. *Love and attraction*. Oxford, England: Pergamon; 1979.
26. Weiss R. *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press; 1975.
27. Moghtaderi SM, Bahrani H, Mirzamani SM, Namegh M. The effectiveness of hypnotherapy in treating depression, anxiety and sleep disturbance caused by subjective tinnitus. *Zahedan J Res Med Sci*. 2012;14(9):76–9.
28. Hosseinzadegan F, Radfar M, Shafiee Kandjane A, Sheikhi N. The effect of self-hypnosis on the intensity and quality of pain in women with multiple sclerosis: a randomized clinical trial. *Journal of Nursing and Midwifery*. 2015;13(4):292–301. [Persian] <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2237-en.html>
29. Zarei AA, Aghaei H. A comparison of the effectiveness of the dictates of hypnosis and cognitive rehabilitation training on improving the status of throwing basketball ball. *Neuropsychology*. 2015;1(3):80–96. [Persian] https://clpsy.journals.pnu.ac.ir/article_3037.html?lang=en
30. Saadat Momeni N, Aghayoosefi A, Rostamian A, Khajehvand A. Effects of cognitive therapy on immunology and psychological wellbeing in patients with rheumatoid arthritis. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2021;11:78. [Persian]
31. Chatman JD. *Risk and resiliency among inner city minority adolescents: A study of coping and ethnic identity* [PhD dissertation]. [California, US]: University of California; 2006.
32. Kayani A, Fathi D, Honarmand P, Abdi S. The relationship between attachment styles, social support and coping styles with psychological resiliency in groups with grief experience: path analysis. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2020;11(41):157–80. [Persian] https://qccpc.atu.ac.ir/article_10746.html?lang=en