فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال شانزدهم، شماره شصت و ششم، ص۳۴۷-۳۲۹، زمستان ۱۴۰۱
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 16, No. 66, P 329-347, Winter 2023

مقاله پژوهشی
Research Article

اثربخشی هیپنوتراپی بر آشفتگی روان‌شناختی، ناتوانی کارکردی و اضطراب مرگ در افراد وابسته به هروئین

جمال صادقی[۱]، میلاد قمبری[۲]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۰۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۶

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی هیپنوتراپی برآشفتگی روان‌شناختی، ناتوانی کارکردی، و اضطراب مرگ در افراد وابسته به هروئین بود. **روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل همه مصرف‌کنندگان هروئین مراجعه‌کننده به کمپ ترک اعتیاد در شهرستان قائم‌شهر در سال ۱۳۹۹ بود. از این بین، ۳۲ فرد وابسته به هروئین به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه آزمایش، هیپنوتراپی را به مدت ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت کردند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه ارزیابی ناتوانی کارکردی سازمان جهانی بهداشت، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس، و پرسشنامه اضطراب مرگ بود. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت و هیپنوتراپی باعث کاهش معنادار نمرات آشفتگی روان‌شناختی، ناتوانی کارکردی، و اضطراب مرگ در افراد وابسته به هروئین شد. **نتیجه‌گیری:** هیپنوتراپی می‌تواند به عنوان یک روش مداخله‌ای مفید جهت کاهش آشفتگی روان‌شناختی، ناتوانی کارکردی و اضطراب مرگ به کار رود.

کلیدواژه‌ها: هیپنوتراپی، آشفتگی روان‌شناختی، ناتوانی کارکردی، اضطراب مرگ، وابستگی به هروئین

۱. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بابل، دانشگاه آزاد اسلامی، بابل، ایران. پست الکترونیک: jamalsadeghi48@yahoo.com
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد بندرگز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرگز، ایران.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.329]

مقدمه

طبق نظر سازمان جهانی بهداشت، اعتیاد مسمومیت مزمن و ادواری یا مخرب برای فرد و جامعه است که به واسطه استعمال مکرر یک داروی طبیعی (مثل تریاک) یا مصنوعی ایجاد می‌شود و معتاد فردی است که از روش‌های مختلف مانند خوردن مواد مخدر، دود کردن، تزریق، استنشاق یک ماده یا چند نوع ماده با هم به صورت مداوم مصرف می‌کند که در صورت ترک آن با مشکلات روان‌شناختی، جسمانی، هیجانی و... مواجه می‌شود (پیکک[1] و همکاران، ۲۰۱۸). سوءمصرف مواد[2] نیز اختلالی است که در آن افراد از مواد سمی، دارویی و غیردارویی به روشی خطرناک که می‌تواند وابستگی جسمی و روانی به همراه داشته باشد، استفاده می‌کنند. پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که تقریبا ۹۰ درصد مبتلایان به اختلالات مرتبط با مواد، یک یا چند اختلال روانپزشکی دیگر نیز دارند که از بین آن‌ها می‌توان به اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی و اختلالات شخصیت ضد اجتماعی اشاره کرد (سادوک، سادوک و رویز[3]، ۲۰۱۵).

یکی از آسیب‌های اساسی مرتبط با اختلالات مصرف مواد،آشفتگی‌های روان‌شناختی است که شامل اضطراب، افسردگی و استرس می‌شود. اغلب، آشفتگی روانی به عنوان مفهومی مجزا تعریف می‌شود و اصطلاحی مترادف با فشار، استرس و اضطراب است (جردن و اندرسون[4]، ۲۰۱۷). آشفتگی روانی حالتی از رنج و درد عاطفی تعریف شده که شامل علائم اضطراب و افسردگی است. این علائم در بسیاری از موارد با نشانه‌های جسمانی همراه است (باچی و لیکینو[5]، ۲۰۱۷). افسردگی، اضطراب و استرس به عنوان مؤلفه‌های اساسی آشفتگی روانی، پیامدهای مخرب چشمگیری بر عملکرد افراد دارند. در همین راستا اعتقاد بر این است که تعداد زیادی از افرادی که تجربه افسردگی را داشته اند، بیان کرده‌اند که افسردگی عملکرد روزانه آن‌ها را مختل می‌کند. همچنین اضطراب به عنوان یک واکنش هیجانی منفی به موقعیت‌ها، مولفه دیگری از آشفتگی روانی محسوب می‌شود. اضطراب همچنین می‌تواند مانعی برای شکوفایی استعداد، احساس خودکارآمدی،

1. Peacock
2. drug abuses
3. Sadock, Sadock & Ruiz
4. Jordan & Andersen
5. Bacchi & Licinio

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.329]

رشد شخصیت سالم، پیشرفت فردی و عملکرد اجتماعی افراد باشد (مارش، چان و مکبث[1]، ۲۰۱۸). استرس به عنوان مولفه آخر آشفتگی روانی واکنش‌های ذهنی، عاطفی و فیزیکی در واکنش به فشارهای بیرونی، تنش‌ها و انتظارات درونی از خود است (ساوولامین، کاکینن، سیرولا و اکسانن[2]، ۲۰۱۸). دور از ذهن نیست که پیامدهای فوق در اثر اعتیاد ایجاد شود و چرخه بازخوردی منفی را ایجاد کند تا هرچه بیشتر وابستگی به مواد افزایش و تجربه آشفتگی‌های روانی فزونی یابد. نشانه‌های آشفتگی روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی و استرس، می‌تواند سبب اختلال در روابط بین فردی، خانوادگی، مسئولیت‌های شغلی و ناتوانی کارکردی در حوزه‌های دیگر زندگی شود (رحمتی، خدابخشی کولایی و جهانگیری، ۱۴۰۰؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا[3]، ۲۰۱۳).

از دیگر پیامدهای منفی مصرف مواد به ویژه مصرف هروئین، ناتوانی کارکردی می باشد. ناتوانی کارکردی به معنای وجود مشکل کارکردی در سطح بدنی، شخصی و اجتماعی در یک حوزه زندگی یا چند حوزه در تعامل با عوامل محیطی و شرایط سلامتی است (زقیراج، کاروجا، کاباشی و موکاج[4]، ۲۰۱۴). ویژگی‌های بالینی اختلال و مشکلات روان‌شناختی و هیجانی در اعتیاد، ناتوانی کارکردی در حوزه‌های مختلف زندگی را در پی دارد و همین امر سبب کاهش قابلیت سازگاری و کیفیت زندگی، کاهش توانایی‌های حرکتی، خستگی، درد و رنج می‌شود (کیستار[5] و همکاران، ۲۰۱۳). ناتوانی کارکردی به واسطه تضعیف ادراک کنترل شده، محدودیت فعالیت، کاهش خودمختاری سبب می‌شود تا پریشانی‌ها و آشفتگی‌های روان‌شناختی در افراد شدت بگیرد (مارولی[6]، ۲۰۲۰). در واقع می‌توان گفت که ارتباط دو سویه بین آشفتگی‌های روان‌شناختی و ناتوانی کارکردی وجود دارد؛ بدین صورت که آشفتگی‌های روان شناختی در نتیجه مصرف مواد می‌تواند ناتوانی کارکردی را در پی داشته باشد و همچنین ناتوانی کارکردی نیز سبب تشدید آشفتگی‌های روان‌شناختی به ویژه افسردگی شود. یکی از علت‌هایی که سبب می‌شود

1. Marsh, Chan & MacBeth
2. Savolainen, Kaakinen, Sirola, & Oksanen
3. American Psychiatric Association
1. Zeqiraj, Kruja, Kabashi & Muçaj
5. Kister
6. Marulli

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.329]

ناتوانی کارکردی با تشدید آشفتگی‌های روان‌شناختی به ویژه افسردگی همراه باشد، این است که فرد توانایی پیگیری کردن اهداف و ارزش‌های زندگی خود را از دست می‌دهد. ناتوانی در تعقیب اهداف و ارزش‌های زندگی سبب می‌شود تا فرد احساس کنترل بر خود و محیط را از دست بدهد و در نهایت بهزیستی روان‌شناختی در معرض خطر قرار گیرد (نیلسون[1]، ۲۰۲۱).

آشفتگی‌های روان‌شناختی و ناتوانی کارکردی در زمینه‌های مختلف زندگی سبب از دست رفتن احساس کنترل بر زندگی، درماندگی و ناامیدی در برابر تغییر می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده است که احساس عدم کنترل بر وقایع زندگی با اضطراب مرگ ارتباط دارد (هاشمی رزینی، باحشمت جویباری و رامشینی، ۱۳۹۶). اضطراب مرگ را که در میان افراد وابسته به مواد می‌توان دید، عموماً به عنوان یکی از عوارض شایع روانی در افراد با اختلالات دشوار شناخته می‌شود که می‌تواند عنصر روان‌شناختی مهمی در معتادان در نظر گرفته شود. درادکه و فواد مصلحی[2] (۲۰۱۱) در پژوهشی که به بررسی اضطراب مرگ در افراد معتاد پرداخت، نتایج حاکی از سطح بالای اضطراب مرگ در افراد معتاد به ماده بود. همچنین در پژوهشی دیگر نتایج نشان داد که بین اضطراب مرگ و مصرف مواد رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (کورکت و سوینچ[3]، ۲۰۲۱). اضطراب مرگ، ترس مداوم، غیر طبیعی و مرضی از مرگ است. این مفهوم به مرگ هراسی (ترس از مرگ) و ترس زیاد از مرده (ترس از مرگ یا مرده) نیز اطلاق می‌شود (آن، لو، هالز، زیمرمن و رودین[4]، ۲۰۱۸). اضطراب مرگ به عنوان یک ترس غیرعادی از مرگ همراه با هیجانات منفی همچون دلهره هنگام فکر به فرآیند مردن یا وحشت از مردن یا اتفاقاتی که پس ازمرگ رخ می‌دهند، تعریف می‌شود. اضطراب مرگ سبب از دست دادن کنترل بر زندگی، درماندگی، انزوا و قطع ارتباط با اطرافیان می‌شود (شارپ، کوران، باتو و تیوس[5]، ۲۰۱۸).

1. Nilsson
2. Daradkeh & Fouad Moselhy
3. Korkut & Sevinc
4. An, Lo, Hales, Zimmermann & Rodin
5. Sharpe, Curran, Butow & Thewes

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.329]

با همه این تفاسیر درمان‌های زیادی برای اعتیاد معرفی شده که در سال‌های اخیر و با توجه به ریشه‌های روان‌شناسی معاصر، درمان هیپنوتراپی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. هیپنوتراپی را می‌توان حالتی از توجه متمرکز کانونی، تلقین‌پذیری بالا وکاهش آگاهی محیطی دانست که طی آن ارزیابی‌های شناختی سوژه به حالت تعلیق نسبی در می‌آیند. تحت هیپنوتیزم، حرکات و حس‌های تلقین شده، غیرارادی و به صورت خودکار اتفاق می‌افتند (تیلر و جنکو[1]، ۲۰۲۰). ادراکات تلقین شده، ادراکات معمول سوژه را تغییر داده و جایگزین آن‌ها می‌شوند. طی چند ثانیه می‌توان وارد هیپنوز و یا از آن خارج شد. همه هیپنوزها در اصل نوعی خود هیپنوتیزم هستند و زمانی که سوژه اجازه می‌دهد این شکل از تمرکز توسط فرد دیگری هدایت شود، دگر هیپنوتیزم نامیده می‌شود. در چنین حالتی یک ارتباط قوی و حساس بین آن دو ایجاد می‌شود و قضاوت نقادانه سوژه به تعلیق در می‌آید. این تمرکز قوی را می‌توان برای دستیابی به اهداف درمانی، فعالانه ایجاد و سازمان‌دهی نمود (چیو، لی و لام[2]، ۲۰۱۸). به طور خلاصه می‌توان گفت سه فرایند اساسی در هیپنوتیزم رخ می‌دهد؛ جذب، انفکاک و تلقین‌پذیری. جذب به معنای توانایی کاستن از آگاهی محیطی و تسهیل توجه متمرکز و کانونی می‌باشد. انفکاک[3] به معنای جدایی هریک از عناصر هویت، حافظه، ادارک، آگاهی و حرکات از جریان اصلی هشیاری است. هر اندازه توجه فرد متمرکزتر و کانونی‌تر باشد، احتمال خروج عناصر فوق از محدوده هشیاری‌اش بیشتر می‌شود. تلقین‌پذیری[4] نیز تمایل به دریافت و پذیرش پیام‌ها، دستورات و اطلاعات به همراه تعلیق نسبی قضاوت نقادانه‌ای فرد است (لوتربورو[5]، ۲۰۱۸؛ کاردینا و اسپیگل[6]، ۱۹۹۱).

در همین راستا پژوهش‌هایی نشان داده‌اند که درمان هیپنوتراپی می‌تواند از عود نشانه‌های وابستگی و ترک بکاهد (گل‌آبادی و تابان، ۱۳۸۴؛ شستپال و برمنز[7]، ۲۰۱۹). بنابراین احتمال می‌رود که درمان هیپنوتراپی بتواند بر پیامدهای حاصل از اعتیاد و ترک

1. Taylor & Genkov
2. Chiu, Lee & Lam
3. Disiciation
4. Suggestibility
5. Lutherborrough,
6. Cardeña & Spiegel
7.Shestopal & Bramness

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.329]

مواد اثرگذار باشـــد. پژوهش‌ها نشـــان داده اســـت که هیپنوتراپی می‌تواند ســـبب کاهش افسـردگی، اضـطراب و ترس از مرگ در افراد وابسته به ماده شـود (شـهسـواری شـیرازی و سـامانی، ۱۳۹۶). موباروکا، پراستیا و رسپاتی[1] (۲۰۲۰) دریافتند که با اسـتفاده از این درمان می‌توان دردها و اضـــطراب و پریشـــانی زنان را کاهش داد. چن، لیو و چن[2] (۲۰۱۷) در فراتحلیلی مبنی بر بررســـی اثر هیپنوتیزم بر اضـــطراب بیان کردند که این درمان می‌تواند اضـــطراب بیماران ســـرطانی را کاهش دهد. همچنین علاالدین[3] (۲۰۱۸) به بررســـی درمان هیپنوتیزم بر افسـردگی پرداخت که نتایج پژوهش وی نشـان داد که اثربخشـی مطلوبی بر نشـانه‌های افسـردگی وجود دارد. حتی شـکیل[4] (۲۰۲۰) اشـاره کرده اسـت که در صـورت ترکیب هیپنوتراپی با درمان‌های شـــناختی -رفتاری می‌توان به بهبودی بالاتری در درمان افسردگی رسید. علاوه بر این اثربخشی هیپنوتراپی بر کاهش استرس نیز مشاهده شده است که نتایج پژوهش الیزامر[5] و همکاران (۲۰۱۸) گواه بر این ادعا است.

به طور خلاصـــه می‌توان این‌گونه برداشـــت کرد که اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک پدیده اجتماعی می‌تواند سبب بر هم خوردن تعادل روانی، ضعف اراده، اضطراب، ناتوانی، افسـردگی، محدود شـدن روابط خانوادگی، خشـونت در خانواده و گسـترش طلاق شـود (آذر مهر و احمدی، ۱۳۹۹). جدا از آســـیب‌های فردی و خانوادگی، از مهمترین عواملی که بر ضـــرورت پژوهش در حیطه اعتیاد و درمان این معضـــل می‌افزاید، بزهکاری و جرم ناشی از اعتیاد به مواد مخدر است. تحقیقات مختلف نشان داده که میزان جرم و جنایت در افراد معتاد دو برابر افراد غیر معتاد اسـت. فحشـا، خودفروشـی و دزدی از شـایعترین جرایم در بین این افراد اسـت (صـفری و موسـوی زاده، ۱۳۹۳). با وجود تلاش گسـترده به منظور پیشگیری و درمان اعتیاد، شواهد نشان می‌دهد که برنامه‌های درمان و پیشگیری نتوانسته‌اند موفقیت قابل توجهی کسـب کنند. به نظر می‌رسـد در بازپروری و درمان معتادان تنها به از بین بردن وابســـتگی جســـمانی از طریق دارو درمانی و ســـم زدایی اکتفا می‌شـــود و به درمان‌های روان‌شـناختی توجهی نمی‌شـود (میکاییلی و رهبری، ۱۳۹۹؛ صـفری و موسـوی

1. Mubarokah, Prasetya & Respati
2. Chen, Liu & Chen
3. Alladin
4. Shakil
5. Alizamar

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.329]

زاده، ۱۳۹۳). بنابراین به منظور پایداری بیشتر اثرات درمانی، نیاز است به درمان‌های روان‌شناختی کارآمد در کنار درمان‌های دارویی توجه بیشتری شود. با توجه به اینکه تحقیقات مختلف نشان داده که هیپنوتراپی، می‌تواند در کاهش افسردگی، اضطراب، آشفتگی‌های روان‌شناختی و افزایش احساس آرامش افراد موثر باشد، پژوهش حاضر به بررسی این موضوع پرداخت که آیا هیپنوتراپی بر آشفتگی روان‌شناختی، ناتوانی کارکردی و اضطراب مرگ در افراد وابسته به هروئین اثربخش است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مصرف‌کنندگان هرویین مراجعه‌کننده به کمپ ترک اعتیاد در شهرستان قائم‌شهر در سال ۱۳۹۹ بود. در پژوهش‌های آزمایشی حداقل حجم نمونه برای هر یک از گروه‌ها ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (دلاور، ۱۳۸۲). با توجه به احتمال وجود افت نمونه، از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۳۲ نفر (۱۶ نفر برای هر گروه) به روش نمونه‌گیری دردسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک ورود به پژوهش تشخیص اعتیاد به هروئین بر اساس ملاک های نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی[1]، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۵ سال، حداقل تحصیلات سیکل، تکمیل فرم رضایت آگاهانه و سابقه یک تا دو سال مصرف هروئین بود. همچنین ملاک خروج از پژوهش، عدم مشارکت منظم در جلسات، دریافت روان‌درمانی یا درمان دارویی دیگری که در روند درمان خلل ایجاد نماید، مصرف همزمان سایر مواد محرک و ابتلا به بیمارهای جسمی حاد و مزمن بود. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری در نرم‌افزار اس‌پی‌اس‌اس تحلیل شدند.

1. Diagnostic and Statictic Manual of Mental Disorder

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.329]

ابزار

۱- پرسشنامه ارزیابی ناتوانی کارکردی سازمان جهانی بهداشت[1]: این پرسشنامه توسط سازمان جهانی بهداشت[2] (۲۰۰۱) با هدف سنجش ناتوانی کارکردی در بیماران مبتلا به دردهای مزمن ایجاد شد. این پرسشنامه ۳۶ گویه را شامل می‌شود که مولفه‌های شناخت (سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶)، تحرک (سوالات ۷، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۱)، خودمراقبتی (سوالات ۱۲، ۱۳، ۱۴و ۱۵)، تنها بودن (سوالات ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۰)، فعالیت های زندگی (سوالات ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸) و مشارکت (سوالات ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶) را مورد سنجش قرار می‌دهد و نمرات بالاتر نشان دهنده ناتوانی بیشتر است. این ابزار در ایران توسط صالحی، شاخی و فرجی در سال ۲۰۱۶ هنجاریابی شده است. ضریب آزمون بازآزمون پرسشنامه بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۹ بود و ضرایب آلفای کرونباخ ابعاد پرسشنامه بالای ۰/۷۰ بود. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمد.

۲- مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس[3]: این پرسشنامه توسط لویبوند و لویبوند[4] (۱۹۹۵) طراحی شده است. مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس، ۴۲ سوال را شامل می‌شود که در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (۳= بسیار زیاد در مورد من درست است، ۰= به هیچ وجه در مورد من درست نیست) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس شامل سه خرده مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس است که هر کدام ۱۴ ماده دارند. لاویبوند و لاویبوند (۱۹۹۵) در پژوهشی نشان دادند که اعتبار بازآزمایی برای زیر مقیاس‌های استرس ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۹ و افسردگی ۰/۷۱ به دست آمده است. در نمونه‌های ایرانی ضریب آلفای محاسبه شده برای مقیاس افسردگی ۰/۹۴، مقیاس اضطراب ۰/۹۴ و مقیاس استرس ۰/۸۷ گزارش شد (افضلی، دلاور، برجعلی و میرزمانی، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر، آلفای

1. World Health Organizaton Disability Assessment Schedule 2.0(WHO-DAS 2/0)
2. World Health Organizaton
3. Depression, Anxiety and Stress Scale(DASS-44)
4. Lovibond & Lovibond

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.329]

کرونباخ زیرمقیاس‌های استرس، اضطراب و افسردگی به ترتیب ۰/۷۹ ۰/۸۴ و ۰/۷۷ به دست آمد.

۳- پرسشنامه اضطراب مرگ[1]: پرسشنامه اضطراب مرگ در سال ۱۹۷۰ توسط تمپلر[2] ساخته شده است و ۱۵ ماده به صورت بله و خیر را شامل می‌شود که نگرش آزمودنی‌ها در ارتباط با مرگ را ارزیابی می‌کند (به پاسخ خیر نمره صفر و به پاسخ بله نمره یک تعلق می گیرد). سوالات ۱۴،۱۳،۱۲،۱۱ و ۱۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. بدین ترتیب، حداقل و حداکثر نمرات این پرسشنامه بین صفرتا ۱۵ می‌باشد که نمرات بالا نشانگر ترس و اضطراب افراد در مورد مرگ است. تمپلر (۱۹۷۰) ضریب بازآزمایی مقیاس را ۰/۸۳ گزارش کرده است. در ایران ضریب پایایی تصنیفی ۰/۶۲ و ضریب همسانی درونی ۰/۷۳ گزارش شده است (رجبی و بحرانی، ۲۰۰۱). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۶ به دست آمد.

روند اجرا

در این مطالعه، هیپنوتراپی به صورت ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای با فراوانی یک جلسه در هفته انجام شد. همچنین اجرای آزمون‌های تحقیق، قبل از شروع مداخله (پیش آزمون) و بعد از اتمام جلسات آموزشی (پس آزمون) اجرا شد. خلاصه محتوای جلسات هیپنوتراپی بر اساس راهنمای هیپنوتیسم (علاءالدین، ۲۰۱۱) در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول۱: شرح مختصر جلسات هیپنوتراپی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	مصاحبه و اخذ شرح حال و رفع سوء برداشت از هیپنوتیزم و ارزیابی مراجع
جلسه دوم	تجربه خلسه هیپنوتیزمی و شرطی‌سازی در جهت هیپنوتیزم سریع برای جلسات بعدی
جلسه سوم	تقویت ایگو (در جهت کاهش آشفتگی روان‌شناختی، ناتوانی کارکردی و اضطراب مرگ)
جلسه چهارم	تلقینات مستقیم در جهت کاهش آشفتگی روان‌شناختی
جلسه پنجم	تلقینات مستقیم در جهت کاهش ناتوانی کارکردی و اضطراب مرگ
جلسه ششم	بازگشت سنی به تجربیات آسیب‌رسان گذشته
جلسه هفتم	پیشرفت سنی به زمانی که مراجع به توانایی مدیریت شرایط بیماری دست یافته است
جلسه هشتم	جمع بندی جلسات قبلی و آموزش خود هیپنوتیزم

1. Death Anxiety Questionnaire
4. Templer

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.329]

یافته‌ها

میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۳۰/۸۶ و در گروه کنترل ۳۰/۱۳ بود. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای آشفتگی روان‌شناختی، ناتوانی کارکردی و اضطراب مرگ را در گروه آزمایش و گروه کنترل نشان می‌دهد.

جدول۲: شاخص آمار توصیفی متغییرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

	گروه آزمایش			گروه کنترل	
متغیر	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	پیش آزمون	۲۱/۲۰	۵/۰۱	۲۲	۴/۱۴
	پس آزمون	۱۹/۶۶	۵/۰۳	۲۱/۶۰	۳/۹۰
اضطراب	پیش آزمون	۲۳/۶۰	۴/۸۳	۲۴/۸۶	۴/۰۸
	پس آزمون	۲۲/۷۳	۴/۶۸	۲۵/۳۳	۴/۰۴
استرس	پیش آزمون	۲۰/۳۳	۴/۲۳	۲۲/۳۳	۴/۷۰
	پس آزمون	۱۹/۳۳	۴/۹۲	۲۲/۲۰	۴/۶۷
ناتوانی	پیش آزمون	۴۶/۹۳	۹/۲۴	۴۶/۹۳	۹/۰۸
کارکردی	پس آزمون	۴۵/۵۳	۹/۳۹	۴۶/۷۳	۹/۲۸
اضطراب مرگ	پیش آزمون	۷/۵۳	۲/۶۱	۸/۲۶	۲/۶۵
	پس آزمون	۶/۴۰	۲/۵۸	۸/۴۰	۲/۷۹

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که بین دو گروه پژوهش در متغیرهای پژوهش در مرحلهٔ پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد اما در مرحله پس‌آزمون، میانگین گروه آزمایش در متغیرهای پژوهش تغییرات محسوسی داشته است. برای تجزیه نتایج اصلی از آزمون تحلیل‌کوواریانس استفاده شد. قبل از انجام آزمون تحلیل کواریانس، پیش‌فرض‌های لازم مورد بررسی قرار گرفت. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل‌کوواریانس، نرمال‌بودن توزیع داده‌هاست. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنف حاکی از آن بود که نمرات متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال بودند (p> ۰/۰۵). همچنین هیچ کدام از متغیرهای پژوهش در آزمون لوین معنادار نبودند (p> ۰/۰۵)، لذا می‌توان گفت که همگنی واریانس‌ها برقرار بود. بررسی همگنی رگرسیون، از دیگر پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس است. با توجه به اینکه هیچ کدام از مقیاس‌ها در بررسی

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.329]

همگنی رگرسیون معنادار نبودند (p> ۰/۰۵)، می‌توان نتیجه گرفت که فرض همگنی رگرسیون برقرار است. در ادامه پس از کنترل اثر پیش‌آزمون جهت مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل بر طبق نمره‌های پس‌آزمون، در تعیین اثربخشی درمان هیپنوتراپی بر آشفتگی‌های روان‌شناختی، ناتوانی کارکردی و اضطراب مرگ از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است. نتایج آزمون لامبدای ویکلز به عنوان رایج‌ترین آزمون نشان داد که بین نمره آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (ناتوانی کارکردی، افسردگی، اضطراب، استرس و اضطراب مرگ) تفاوت معناداری در مرحله پس‌آزمون وجود داشت. در ادامه برای بررسی دقیق این تفاوت‌ها نتایج بررسی کوواریانس در نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول۳: نتایج تحلیل کوواریانس اثر درمان هیپنوتراپی بر متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تاثیر	توان آماری
افسردگی	پیش آزمون	۵۴/۷۹	۱	۵۴/۷۹	۵۹/۵۹	۰/۰۰۰	۰/۷۲۲	۱
	عضویت گروهی	۴/۹۸	۱	۴/۹۸	۵/۴۲	۰/۰۲۹	۰/۱۹۱	۰/۶۰۷
اضطراب	پیش آزمون	۱۲۰/۲۳	۱	۱۲۰/۲۳	۱۶۶/۷۹	۰/۰۰۰	۰/۸۷۹	۱
	عضویت گروهی	۱۴/۵۱	۱	۱۴/۵۱	۲۰/۱۴	۰/۰۰۰	۰/۴۶۷	۰/۹۹۰
استرس	پیش آزمون	۵۷/۸۱	۱	۵۷/۸۱	۷۵/۱۰	۰/۰۰۰	۰/۷۶۶	۱
	عضویت گروهی	۴/۷۹	۱	۴/۷۹	۶/۲۳	۰/۰۲۰	۰/۲۱۳	۰/۶۶۷
ناتوانی	پیش آزمون	۵۵۸/۹۲	۱	۵۵۸/۹۲	۵۴۲/۰۷	۰/۰۰۰	۰/۹۵۹	۱
کارکردی	عضویت گروهی	۸/۳۱	۱	۸/۳۱	۸/۰۶	۰/۰۰۹	۰/۲۵۹	۰/۷۷۶
اضطراب	پیش آزمون	۷/۴۰	۱	۷/۴۰	۹/۴۹	۰/۰۰۵	۰/۲۹۲	۰/۸۳۹
مرگ	عضویت گروهی	۱۲/۲۸	۱	۱۲/۲۸	۱۵/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۴۰۶	۰/۹۶۷

همان طوری که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد، در آشفتگی‌های روانشناختی، ناتوانی کارکردی و اضطراب مرگ بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که گروه آزمایش در تمامی متغیرهای مورد یررسی نمرات کمتری را نسبت به

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.329]

گروه کنترل کسب کرده بودند. به عبارت دیگر، درمان هیپنوتراپی بر آشفتگی‌های روان‌شناختی، ناتوانی و کارکردی و اضطراب مرگ موثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی هیپنوتراپی بر آشفتگی روان‌شناختی، ناتوانی کارکردی و اضطراب مرگ در افراد وابسته به هروئین بود. نتایج یافته‌ها نشان داد که هیپنوتراپی بر آشفتگی روان‌شناختی در افراد مصرف‌کننده هروئین موثر است. این یافته‌ها با نتایج مطالعات علائ‌الدین و همکاران در سال‌های (۲۰۱۰؛ ۲۰۱۳) و شستپال و برمنز (۲۰۱۹) در ارتباط با آشفتگی روان‌شناختی، باوکر و دروستین[1] (۲۰۱۶) در ارتباط با ناتوانی کارکردی و کشیری دینکی، پور اصغر و جان بابایی[2] (۲۰۱۶) در ارتباط با اضطراب مرگ همخوان بود. شستپال و برمنز (۲۰۱۹) همسو با پژوهش حاضر، به بررسی مقایسه اثربخشی هیپنوتراپی و مصاحبه انگیزشی بر افراد معتاد به الکل پرداختند. نتایج حاکی از آن بود که تاثیر هر دو درمان در مرحله پس‌آزمون، در بهبودی افراد معتاد یکسان بوده، اما در مرحله پیگیری، نتایج نشانگر این بود که هیپنوتراپی تاثیرات بلندمدت‌تری در بهبودی افراد معتاد به الکل داشته و سبب بهبودی قابل توجه آشفتگی روان‌شناختی در گروه آزمایش شده است.

در تبیین برای این یافته‌ها می‌توان گفت آشفتگی روان‌شناختی یکی از مهمترین مشکلاتی است که افراد مبتلا به اعتیاد آن را تجربه می‌کنند و مطالعه‌های گوناگون نشان داده‌اند که معتادان استفاده‌کننده از مواد مخدر بیشتر از سایر همسالان خود در معرض خطر بیشتری از مشکلات آشفتگی روان‌شناختی قرار می‌گیرند. افراد معتادی که دچار آشفتگی روان‌شناختی هستند، دچار مشکلاتی از قبیل غمگینی، ناامیدی، بی‌حوصلگی، کاهش اشتها، کاهش عملکردهای اجتماعی، شغلی و تحصیلی، فقدان لذت و علاقه از فعالیت‌های مربوطه، فقدان میل جنسی، اختلال خواب و کاهش انرژی می‌باشند. این علائم می‌تواند خفیف بوده و فرد را به حد ناتوانی رسانده به طوری که می‌تواند با اختلالات

1. Bowker & Dorstyn

2. Kashiri Dinaki, Pourasghar & Janbabai

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.329]

مرتبط با مواد همراه باشد (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵). تلقینات هیپنوتراپی ابزار قدرتمندی است که به خودی خود می‌تواند تغییراتی از قبیل؛ شناختی، جسمانی، ادراکی، فیزیولوژیکی، درونی و حرکتی در افراد ایجاد کنند. این تلقینات می‌توانند به افراد معتاد به هرویین کمک کنند تا احساسات و تجارب‌شان را در زمینه رفتاری، عاطفی، شناختی و فیزیولوژیکی به شکل مثبت تغییر و استرس و اضطراب‌شان را کاهش دهند (صادقی، سودانی و غلامزاده جفره، ۱۳۹۹؛ علاءالدین، ۲۰۰۸). دیگر تکنیک‌های هیپنوتراپی مانند کاهش برانگیختگی فیزیولوژی، تحریک آرمیدگی، رهاسازی تنش و تغییرهای شناختی در کاهش میزان افسردگی افراد با اختلالات مصرف مواد نقش مهمی را ایفا می‌کند و موجب بهبود عملکرد شخصی و اجتماعی این افراد می‌شود (محمدزاده‌ابراهیمی، رحیمی و تقوایی‌نیا، ۱۳۹۶). در ارتباط با تاثیر هیپنوتراپی بر ناتوانی کارکردی می‌توان گفت که از آنجایی که اعتیاد به ماده مخدر هروئین در حوزه‌های مختلف زندگی سبب کاهش توانایی‌های سازگاری و کیفیت زندگی، اختلال در عملکرد شغلی، کاهش توانایی‌های حرکتی، خستگی، درد و رنج می‌شود (کیلستروم[1]، ۲۰۱۳)، هیپنوتراپی می‌تواند با قرار دادن افراد وابسته به مواد در حالت عدم آگاهی، آنان را در وضعیتی قرار دهد که پذیرای تلقینات درمان هیپنوتراپی باشند و با تاثیرگذاری بر روی ذهن این افراد می‌توان مشکلات ناتوانی کارکردی آنان را بهبود بخشید و مشکلات این افراد را در بهترین حالت برطرف کرد. از آنجایی که انجام این درمان برای این افراد راحت و آرامبخش است و بدون عوارض جانبی داروها است، استفاده از آن در درمان‌های ناتوانی کارکردی افراد دارای اعتیاد به ماده مخدر هروئین مقرون به صرفه بوده و سبب کاهش نیاز بیمار به دارو می‌گردد. یافته‌ها نشان داده که هیپنوتیزم می‌تواند ضمیر ناخودآگاه افراد را به راحتی تغییر دهد و افکار، احساسات و اعمال انسان‌ها را اصلاح نماید (ستوده و قربانی، ۱۳۹۸). تلقینات هیپنوتراپی که اظهارات داده شده در طول القا یا پس از آن هستند و هدف آنها تغییر یا اثر گذاشتن بر رفتار است، در افراد دارای اعتیاد به ماده مخدر هروئین می‌توانند شامل مواردی نظیر افزایش توانایی‌های سازگاری و کیفیت زندگی، کاهش خستگی، درد و رنج و

1. Kihlstrom

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.329]

افزایش توانایی‌های حرکتی باشند (کیلستروم، ۲۰۱۳). در این روش افراد دارای اعتیاد به ماده مخدر هروئین با کاوش ناهشیار و ورود به حالت خلسه آماده دریافت تلقین‌های مربوط به کنترل رفتار می‌شود و با افزایش تمرکز، آرامش ذهنی، تنظیم شناختی و عاطفی زمینه لازم برای کاهش ناتوانی کارکردی فراهم می‌شود.

همچنین نتایج نشان داد که هیپنوتراپی سبب کاهش اضطراب مرگ در افراد دارای اعتیاد به هروئین می شود. این یافته‌ها با یافته‌های سهلی[1] و همکاران (۲۰۱۰)، کشیری دینکی و همکاران (۲۰۱۶) و شهسواری شیرازی و سامانی(۱۳۹۶) همسو می‌باشد شهسواری شیرازی و سامانی(۱۳۹۶) به بررسی اثر بخشی هیپنوتراپی بر بهبود نشانه‌های افسردگی و اضطراب در معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگه دارنده با متادون پرداختند. نتایج گویای سودمندی هیپنوتراپی در بهبود نشانه‌های افسردگی و اضطراب در معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت سطح اضطراب مرگ در افراد می‌تواند به دلیل تفاوت‌های فردی و بسیاری از عوامل اجتماعی متفاوت باشد (عبدالخالک[2]، ۲۰۱۲). از آنجایی که اضطراب مرگ سازه‌ای چند بعدی است، می‌توان انتظار داشت که بر بسیاری از جنبه‌های زندگی افراد دچار اعتیاد تاثیرگذار باشد (رایس[3]، ۲۰۰۹). هیپنوتراپی با کاهش تجربه‌های منفی و افزایش تجربه‌های مثبت، نقش مهمی را در کاهش اضطراب مرگ در افراد دارای اعتیاد دارد (حقیقی، موحدزاده و مالک‌زاده، ۲۰۱۶). به کارگیری هیپنوتراپی به علت سازکارهای نهفته در آن، مانند توانایی کاستن از آگاهی محیطی و تقویت توجه متمرکز و کانونی، تفکیک عملی هریک از عناصر هویت، حافظه، ادراک، آگاهی و حرکات از جریان اصلی هشیاری، اضطراب مرگ را کاهش داده و اثربخشی درمان را در افراد دارای اعتیاد افزایش می‌دهد (لین، لورنس و کیش[4]، ۲۰۱۵). سازو کار اصلی هیپنوتراپی تلقین است. ذهن و جسم رابطه بسیار قوی و تنگاتنگ با هم داشته و زمانی که در ذهن یک امیدواری به وجود می‌آید کنترل ذهن بر بدن بیشتر شده و در واقع ذهن با قدرت بیشتر در برابر مشکلات جسم ایستاده و

1. Sohl
2. Abdel-Khalek
3. Rice
4. Lynn, Laurence & Kirsch

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.329]

مدیریت بهتری بر بدن می‌یابد. به عبارت دیگر تلقینات مستقیم موجود در این مطالعه می‌تواند در ناخودآگاه و قسمت‌های عمیق‌تر ذهنی تاثیر بگذارد که این تاثیر می‌تواند به واسطه احساس آرامش و احساس رضایتمندی، احساس مقاومت بیشتری در افراد دارای اعتیاد به وجود آورده، احساس اضطراب درونی فرد را کاهش بدهد و در فرد ایجاد آرامش بیشتر نماید. در افراد دارای اعتیاد، اضطراب مرگ به واسطه تلقینات و پذیرفتن این که مرگ نیز مرحله‌ای از مراحل زندگی است که می‌توان با آرامش پشت‌سر گذاشت کاهش پیدا کند و همچنین تاثیرات تلقینی در خصوص افزایش آرامش می‌تواند در این زمینه اثرات قابل توجهی داشته باشد. عدم وجود پژوهش مشابه در داخل و خارج کشور و نبود گروه پیگیری به دلیل شرایط خاص کرونایی، از محدودیت های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود اثربخشی هیپنوتراپی بر کارکردهای اجرایی، آشفتگی روان‌شناختی و اضطراب مرگ در زمینه سایر مواد مخدر نیز صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود درمان فردی و گروهی هیپنوتراپی با هم مقایسه شوند. در آخر پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با دوره‌های پیگیری انجام شوند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مدیران بهزیستی شهرستان قائم شهر به خاطر همکاری ارزشمند آن‌ها در اجرای این پژوهش قدردانی می‌شود.

منابع

افضلی، افشین؛ دلاور، علی؛ برجعلی، احمد و میرزمانی، محمود (۱۳۸۶). ویژگی‌های روان سنجی آزمون DASS-42 بر اساس نمونه‌ای از دانش‌آموزان دبیرستانی شهر کرمانشاه. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۵(۲)، ۹۲-۸۱.

آذر مهر، رابعه و احمدی، عزت الله (۱۳۹۹). نقش حساسیت اضطرابی و کنترل توجه در پیش‌بینی گرایش به اعتیاد در جوانان. *مجله روان‌شناسی سلامت*، ۲(۴)، ۵۰-۴۵.

دلاور، علی (۱۳۹۸). *روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. تهران: ویرایش.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.329]

رحمتی، زهرا؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا و جهانگیری، محمد مهدی (۱۴۰۰). بررسی نقش تعدیل کننده شفقت به خود در رابطه بین تاب آوری در برابر استرس و وسوسه مصرف مواد در مردان وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۵(۶۰)، ۲۷۶-۲۵۳.

ستوده، زهرا و قربانی، مریم (۱۳۹۸). روند تاثیر هیپنوتراپی بر کاهش مشکلات و بیماری‌های روانی و جسمی. *نشریه روان‌شناسی و روان پزشکی شناخت*، ۶(۴)، ۱۵۱-۱۳۶.

شهسواری شیرازی، احسان و سامانی، سیامک (۱۳۹۶). *اثربخشی هیپنوتراپی بر بهبود نشانه‌های افسردگی و اضطراب در معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون*. کنفرانس ملی پژوهش های نوین ایران و جهان در روانشناسی، علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی.

صادقی، رضا؛ سودانی، منصور و غلامزاده جفره، مریم (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش متمرکز بر شفقت خود بر کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۷)، ۱۵۰-۱۳۱.

صفری، مهدی و موسوی زاده، سیده (۱۳۹۳). بررسی عوامل موثر در بازگشت به سو مصرف مواد در مراجعین به مراکز ترک اعتیاد شهرستان مراغه. *نشریه پرستاری و مامایی*، ۲۴(۸۶)، ۶۴-۵۷.

گل‌آبادی، مجید و تابان، حبیب‌اله (۱۳۸۴). آیا هیپنوتراپی بر میزان عود وابستگی به مواد افیونی و کاهش علایم ترک مؤثر است؟. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۱(۲)، ۲۱۸-۲۱۲.

محمدزاده ابراهیمی، علی؛ رحیمی، طیبه و تقوایی نیا، علی (۱۳۹۶). اثربخشی هیپنوتیزم درمانی بر بهبود کیفیت خواب دانشجویان. *پژوهش در پزشکی*، ۴۱(۱)، ۱۶-۱۰.

میکاییلی، نیلوفر و رهبری غازانی، نسرین (۱۳۹۹). اثربخشی یک برنامه مبتنی بر ذهن آگاهی بر اهمال‌کاری و باورهای فراشناختی در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۵(۵۹)، ۱۷۲-۱۵۷.

هاشمی رزینی، هادی؛ باحشمت جویباری، شهاب و رامشینی، مریم (۱۳۹۶). بررسی ارتباط راهبردهای مقابله و منبع کنترل با اضطراب مرگ در سالمندان. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱۲(۲)، ۲۴۱- ۲۳۲.

References

Abdel-Khalek, A. M. (2012). The death distress construct and scale. *OMEGA-journal of death and dying*, 64(2), 171-184.

Alizamar, A., Ifdil, I., Fadli, R. P., Erwinda, L., Zola, N., Churnia, E., & Rangka, I. B. (2018). The effectiveness of hypnotherapy in reducing stress levels. *Addictive disorders & their treatment*, 17(4), 191-195.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.329]

Alladin, A. (2008). *Cognitive hypnotherapy: An integrated approach to the treatment of emotional disorders*. Hoboken, NJ, United States: John Wiley & Sons.

Alladin, A. (2010). Evidence-based hypnotherapy for depression. Intl. *Journal of clinical and experimental hypnosis*,58(2), 165-185.

Alladin, A. (2011). Cognitive Hypnotherapy as assimilative model of integrative therappy. *contemporary hypnosis and integrative therapy*, 28(1), 17-45.

Alladin, A. (2013). Healing the wounded self: Combining hypnotherapy with ego state therapy. *American journal of clinical hypnosis*, 56(1), 3-22.

Alladin, A. (2018). Cognitive hypnotherapy for psychological management of depression in palliative care. *Annals of palliative medicine*, 7(1), 112-124.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub**.**

An, E., Lo, C., Hales, S., Zimmermann, C., & Rodin, G. (2018). Demoralization and death anxiety in advanced cancer. *Psycho-oncology*, 27(11), 2566-2572.

Bacchi, S., & Licinio, J. (2017). Resilience and psychological distress in psychology and medical students. *Academic psychiatry*, 41(2), 185-188.

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

Cardena, E., & Spiegel, D. (1991). *Suggestibility, absorption, and dissociation: An integrative model of hypnosis.* In J. Schumaker (Ed.), *Human suggestibility: Advances in Theory, Research, and Application* (pp. 95-107). United Kingdom: Routledge

Chen, P. Y., Liu, Y. M., & Chen, M. L. (2017). The effect of hypnosis on anxiety in patients with cancer: A meta-analysis. *Worldviews on evidence-based nursing*, 14(3), 223-236.

Chiu, L., Lee, H. W., & Lam, W. K. (2018). The effectiveness of hypnotherapy in the treatment of Chinese psychiatric patients. *International journal of clinical and experimental hypnosis*, 66(3), 315-330.

Daradkeh, F., & Fouad Moselhy, H. (2011). Death anxiety (Thanatophobia) among drug dependents in an Arabic psychiatric hospital. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 37(3), 184-188.

Haghighi, S., Movahedzadeh, B., & Malekzadeh, M. (2016). The effectiveness of group cognitive hypnotherapy on major depression referred to residential and semi-residential addiction recovery centers. *Armaghane danesh*, 21(9), 914-923.

Jordan, C. J., & Andersen, S. L. (2017). Sensitive periods of substance abuse: Early risk for the transition to dependence. *Developmental cognitive neuroscience*, 25, 29-44.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.329]

Kashiri Dinaki, A., Pourasghar, M., & Janbabai, G. (2016). The effectiveness of group cognitive behavioral hypnotherapy on mental health of women with breast cancer**.** *Journal of pharmacy & bioallied sciences*, 4(3), 77-83.

Kihlstrom, J. F. (2013). Neuro-hypnotism: Prospects for hypnosis and neuroscience. *Cortex*, 49(2), 365-374.

Kister, I., Chamot, E., Salter, A. R., Cutter, G. R., Bacon, T. E., & Herbert, J. (2013). Disability in multiple sclerosis: a reference for patients and clinicians. *Neurology*, 80(11), 1018-1024.

Korkut, B., & Sevinç, N. (2021). The Relationship between death anxiety and rational drug use. *The journal of Turkish family physician*, 12(2), 76-83.

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, *33*(3), 335-343.

Lutherborrough, A. (2018). *Physiological measures of changes in self-agency during hypnosis*. Australia, Macquarie University, Faculty of Human Sciences, Department of Cognitive Science.

Lynn, S. J., Laurence, J. R., & Kirsch, I. (2015). Hypnosis, suggestion, and suggestibility: An integrative model. *American journal of clinical hypnosis*, 57(3), 314-329.

Marsh, I. C., Chan, S. W., & MacBeth, A. (2018). Self-compassion and psychological distress in adolescents—a meta-analysis. *Mindfulness*, 9(4), 1011-1027.

Marulli, T. A. (2020). *An Exploration of the Influence of Joint Hypermobility in Adolescents with Juvenile Fibromyalgia*. (Doctoral Dissertation). The Ohio State University.

Mubarokah, R. I., Prasetya, H., & Respati, S. H. (2020). The Effectiveness of Hypnotherapy to Reduce Anxiety in Pre-Caesarean Section Women. *Journal of maternal and child health*, 5(1), 12-18.

Nilsson, M. (2021). *Attitudes, cognition, and functional disability in individuals with self-harm and psychiatric disorders*. (Doctoral Dissertation). Swedish, University of Lund.

Peacock, A., Leung, J., Larney, S., Colledge, S., Hickman, M., Rehm, J., & Degenhardt, L. (2018). Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*, 113(10), 1905-1926.

Rajabi, G., & Bohrani, M. (2001). Factor analysis of death anxiety question. *Journal of psychology*, 20(2), 322-344.

Rice, J. (2009). The relationship between humor and death anxiety. *Departeman of psychology*, 2(12), 86-142.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry,(11th ed.).* Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.329]

Salehi, R., Shakhi, K., & Faraji Khiavi, F. (2016). Associaton between disability and quality of life in multple sclerosis patents in Ahvaz, IRAN. *Master Sociomed*, 28(3), 215-219.

Savolainen, I., Kaakinen, M., Sirola, A., & Oksanen, A. (2018). Addictive behaviors and psychological distress among adolescents and emerging adults: A mediating role of peer group identification. *Addictive behaviors reports*, 7(3), 75-81.

Shakil, M. (2020). Integration of hypnotherapy with brief cognitive behaviour therapy (CBT) for treatment of depression. JPMA. *The journal of the pakistan medical association*, 70(4), 719-723**.**

Sharpe, L., Curran, L., Butow, P., & Thewes, B. (2018). Fear of cancer recurrence and death anxiety. *Psycho-oncology*, 27(11), 2559-2565.

Shestopal, I., & Bramness, J. G. (2019). Effect of hypnotherapy in alcohol use disorder compared with motivational interviewing: a randomized controlled trial. *Addictive disorders & their treatment*, 18(3), 169-175.

Sohl, S. J., Stossel, L., Schnur, J. B., Tatrow, K., Gherman, A., & Montgomery, G. H. (2010). Intentions to use hypnosis to control the side effects of cancer and its treatment. *American journal of clinical hypnosis*, 53(2), 93-100.

Taylor, D. A., & Genkov, K. A. (2020). Hypnotherapy for the treatment of persistent pain: A literature review. *Journal of the American psychiatric nurses association*, 26(2), 157-161.

Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *The journal of general psychology*, 82(2), 165-177.

World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: World Health Organization.

Zeqiraj, K., Kruja, J., Kabashi, S., & Muçaj, S. (2014). Epidemiological characteristics and functional disability of multiple sclerosis patients in Kosovo. *Medical archives*, 68(3), 178-188.

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.329]