Journal of Anesthesiology and Pain Autumn 2022, Vol 13, NO 3



comparing the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and hypnotherapy on the quality of life of patients with chronic pain disorder

Halleh Shayesteh[1], Mohammad Narimani[2*], Mehdi Fathi[3]

1. *Student of phd of psychology, Ardabil branch Islamic azad university, Ardabil, Iran*
2. *faculty of psychology, mohaghegh ardabili university, ardabil, iran*
3. *Associate professor of cardiac anesthesia, Mashhad university of medical sciences, Mashhad, Iran*

ABSTRACT

Aims and background: Review and comparison of the effect of therapy method of hinotherapy and short-term psychodynamic therapy on the quality of life of patients with chronic pain.

Material and Methods: The current research is prospective, practical and experimental. The statistical population was all patients with chronic pain disorder in Tehran in 2019. Sampling was done in a purposive samplingand 60 people (20 people in each group (two experimental groups and one control group)) were selected from patients with chronic pain disorder and were randomly assigned into experimental and control groups. Short-term psychotherapy and hypnotherapy training was provided to the experimental group for 8 sessions; World Health Organization quality of life questionnaires,West Haven-Yale Multidimensional Pain Questionnaire, Waterloo Stanford Hypnotizability Questionnaire (1993), Dunlow's short-term psychodynamic therapy and Watson's hypnotherapy were used to collect information.

Results: The average difference of the physical health, mental health, social health and environmental health components of the quality of life in the pre-test-post-test and pre-test-follow-up stages was significant, but the difference of those averages in the post-test follow-up stages was not significant. Both methods of intervention have led to an increase in the average of the four components of the quality of life in the post-test and follow-up stages. Also, compared to hypnotherapy, short-term Dynamic Psychotherapy has increased the physical health components of quality of life (p=0.021), environmental health (p=0.032) and mental health (p=0.007).

Conclusion: Both short-term Dynamic Psychotherapy and hypnotherapy increase the quality of life in patients with chronic pain, but ShortTerm Dynamic Psychotherapy is more effective compared to hypnotherapy.

Keywords: short-term Dynamic Psychotherapy, hypnotherapy, quality of life, chronic pain Disorder.

Please cite this paper as:
Shayesteh H, Narimani M, Fathi M [comparing the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and hypnotherapy on the quality of life of patients with chronic pain disorder(Persian)J Anesth Pain 2022;13(3):126-141.

Corresponding Author: Mohammad Narimani, faculty of psychology.mohaghegh ardabili university.ardabil.iran
Email: m_narimani@uma.ac.ir

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-27]

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۳، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۱

مقایسه اثربخشی درمان روانپویشی کوتاه مدت و هیپنوتراپی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن

هاله شایسته[۱]، دکتر محمد نریمانی[۲*]، دکتر مهدی فتحی[۳]

۱. دانشجوی دکترای واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران
۲. عضو هیات علمی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
۳. متخصص بیهوشی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۴/۲۹ **تاریخ بازبینی: ۱۴۰۱/۶/۴** **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۶/۲۴**

چکیده

زمینـه و هـدف: بررسـی و مقایسـه تاثیـر شـیوه درمانـی هینوتراپـی و درمـان روان پویشـی کوتـاه مـدت بـر کیفیـت زندگـی بیمـاران بـا درد مزمـن.

مـواد و روش‌هـا: پژوهـش حاضـر از نـوع آینـده نگـر، کاربـردی و آزمایشـی اسـت. جامعـه آمـاری کلیـه بیمـاران مبتـلا بـه اختـلال درد مزمـن در شـهر تهـران در سـال ۱۳۹۹ بـود. نمونه‌گیـری بـه روش هدفمنـد صـورت گرفـت و ۶۰ نفـر (هـر گـروه ۲۰ نفـر (دوگـروه آزمایشـی و یـک گـروه کنتـرل)) از بیمـاران مبتـلا بـه اختـلال درد مزمـن انتخـاب و بـه روش گمـارش تصادفـی در گروه‌هـای آزمایشـی و کنتـرل تقسـیم شـدند. آمـوزش روانپوشـی کوتـاه مـدت و هیپنوتراپـی بـه گـروه آزمایـش بـه مـدت ۸ جلسـه ارائـه شـد؛ از پرسشـنامه‌های کیفیـت زندگـی سـازمان بهداشـت جهانـی، پرسشـنامه چنـد بعـدی درد و سـتهاون- ییـل، پرسشـنامه هیپنوتیـزم پذیـری واترلـو اسـتنفورد (۱۹۹۳)، درمـان روانپویشـی کوتـاه مدتدانلـو و هیپنوتراپـی واتسـون بـه منظـور گـردآوری اطلاعـات اسـتفاده شـد.

یافته‌هـا: تفـاوت میانگیـن مؤلفه‌هـای سـلامت جسـمی، سـلامت روانـی، سـلامت اجتماعـی و سـلامت محیطـی کیفیـت زندگـی در مراحـل پیـش آزمـون- پـس آزمـون و پیـش آزمـون – پیگیـری معنـادار، امـا تفـاوت آن میانگین‌هـا در مراحـل پـس آزمـون پیگیـری غیـر معنـادار بـود. هـر دو شـیوه مداخلـه منجـر بـه افزایـش میانگیـن مؤلفه‌هـای چهارگانـه کیفیـت زندگـی در مراحـل پـس آزمـون و پیگیـری شـده اسـت. همچنیـن درمـان روانپویشـی کوتـاه مـدت در مقایسـه بـا هیپنوتراپـی مؤلفه‌هـای سـلامت جسـمی کیفیـت زندگـی (p=۰/۰۲۱)، سـلامت محیطـی (p=۰/۰۳۲) و سـلامت روانـی (p=۰/۰۰۷) را بیشـتر افزایـش داده اسـت.

نتیجه‌گیـری: هـر دو روش درمـان روانپویشـی کوتـاه مـدت و هیپنوتراپـی کیفیـت زندگـی را در بیمـاران مبتـلا بـه درد مزمـن افزایـش می‌دهـد، امـا درمـان روانپویشـی کوتـاه مـدت در مقایسـه بـا هیپنوتراپـی روش موثرتـری اسـت.

واژه‌های کلیدی: درمان روان‌پویشی کوتاه مدت، هیپنوتراپی، کیفیت زندگی، اختلال درد مزمن

نویسنده مسئول: محمد نریمانی، عضو هیات علمی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
پست الکترونیک: m_narimani@uma.ac.i

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-27]

مقدمه

درد، واکنش سازگارانه و طبیعی بدن در مقابل آسیب‌های واقعی و احتمالی است که منجر به حفاظت از آن می‌شود[۱]. دردها از نظر مدت به دو نوع حاد و مزمن تقسیم می‌شود. درد مزمن همانطور که توسط انجمن بین‌المللی مطالعه درد (IASP) نیز بدان اشاره شده است، به عنوان دردی که پس از زمان بهبودی طبیعی باقی می‌ماند، شناخته شده است[۲]. درد مزمن یکی از شایع ترین بیماری‌های مزمن است که به عنوان یکی از اولویت تحقیقاتی بهداشت عمومی جهانی شناخته شده است[۳]. درد مزمن در تمام جنبه‌های زندگی بیماران از رفاه جسمانی گرفته تا سلامت روان، تداخل ایجاد می‌کند[۲] و یکی از علل اصلی ناتوانی در سراسر جهان با نرخ شیوع ۱۵٪ تا ۳۰٪ در جمعیت عمومی بزرگسالان است[۴]. درد مزمن به دلیل ایجاد تغییراتی در سیستم عصبی معمولا با گذشت زمان بدتر می‌شود[۵]. درد باعث کاهش توانایی فرد برای کار کردن و امرار معاش می‌شود؛ بنابراین، چنانچه این درد و مشکلات ناشی از آن به خوبی درک نشود موجب آشفتگی روانی شده و کیفیت زندگی افراد که برداشت هر شخص از وضعیت خود و میزان رضایتش از وضع موجود است[۶] آسیب بیشتری میبینند؛ در نتیجه، رفاه جسمی و روانی آنها مختل می‌شود[۷].

کیفیت زندگی به عنوان جنبه‌ای از زندگی که تحت تأثیر بیماری یا سلامت قرار می‌گیرد به میزان تأثیرپذیری سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی فرد از بیماری وابسته است[۸]. در بیماران مبتلا به درد مزمن محدودیت ناشی از درد با کاهش فعالیت، افزایش وابستگی، اختلال در رفاه جسمی-روانی و اجتماعی همراه است که باعث کاهش کیفیت زندگی فرد و خانوادهاش می‌شود[۹]. متأسفانه، گزارش‌های متعدد عدم نتایج رضایت‌بخش با دارو درمانی موجود را نشان می‌دهد. در حال حاضر، مواد مخدر افیونی در اکثر موارد، پایه اصلی کنترل درد هستند. با این وجود، عوارض جانبی ذاتی این مواد نشان دهنده نگرانی‌های عمده است. در اغلب موارد، بیماران به داروهای مخدر وابسته می‌شوند، که خطر تحمل و وابستگی بدنی متعاقب آن و عوارض جانبی متعدد مانند خواب آلودگی و یبوست و احتمال مرگ در اثر مصرف بیش از حد را به همراه دارد. بنابراین، تلاش‌های زیادی برای یافتن رویکردهای دیگر و ارائه گزینه‌های جایگزین با مشخصات ایمنی بهتر و کارایی قابل مقایسه انجام می‌شود[۴]. لذا در این شرایط، پژوهش درباره علل روان‌شناختی اختلال درد و بکارگیری روان‌درمانی موثرتر در این زمینه می‌تواند در کاهش خسارات ناشی از آن موثر واقع شود[۱۰]. در این راستا در این پژوهش دو شیوه درمانی روانپویشی کوتاه مدت (ISTDP) و هیپنوتراپی مورد بررسی قرار می‌گیرد. محورهای روان پویشی کوتاه مدت دوانلو (۱۹۸۶) بر نوع رابطه درمانی و ماهیت افشاگری استوار است[۱۱]. تأکید این روش درمانی بر کمک فوری به بیمار برای تجربه هیجانات ناهشیاری استوار است که موجب اضطراب ناهشیار و بروز نشانه‌های اختلال و دفاع‌های گوناگون می‌شود[۱۲]؛ در واقع هدف درمان روانپویشی کوتاه مدت کمک به مراجع برای دستیابی به تجربه کامل احساسات سرکوب شده و خیالات و خاطراتی است که با این احساسات سرکوب شده‌اند[۱۳]. چرا که دیدگاه روانپویشی بر این اندیشه استوار است که رفتار قابل مشاهده تابعی از فرایندهای روانی داخلی (رویدادهای پنهان) است[۱۴]. بیمار در این رویکرد با رفع تعارضات ناهشیار خویش، شیوه‌های رضایت بخشی برای رفع مشکلات می‌یابد[۱۵]. شواهد تجربی نیز نه تنها از اثربخش بودن این رویکرد درمانی در حل تعارضات بین فردی حمایت می‌کند بلکه حتی نشان می‌دهد که افراد بعد از اتمام درمان نیز به پیشرفت و بهبودی ادامه می‌دهند[۱۶].

هیپنوتراپی درمانی، به عنوان یک درمان مکمل

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-27]

و جایگزین نوظهور مورد توجه قرار گرفته استکه می‌تواند به عنوان یک درمان ذهن آگاهی در نظر گرفته شود که به کنترل دردهای حاد و مزمن، کمک می‌کند[۱۷]. هیپنوتراپی یک روش رواندرمانی است که با تغییر حالت هوشیاری و روندی پیچیده در مغز با استفاده از سه مؤلفه تمرکز(جذبه)، انفکاک و کاهش آگاهی محیطی و تلقین پذیری، مخاطب را در شرایطی قرار می‌دهد که می‌تواند فرآیند درمان هیپنوتیزمی را به کار برد. این پدیدار، حالت متمرکزی از توجه است که به ما این امکان را می‌دهد تا از توانایی و قدرت ذهن خود بهره بیشتر و بهتری بگیریم و همانند نوعی عدسی روانشناختی، قادر است نیروهای پراکنده ذهن را بر موضوع مورد نظر، تمرکز داده و نیروی عظیمی را تولید نماید. هیپنوتیزم نوعی هوشیاری تغییر یافته است و شخص به محدوده‌ای که هیپنوتراپیست مشخص کرده، متمرکز گردیده و ذهن هوشیار شخص آرام و غیرفعال و تلقینات درمانی به ضمیر ناخودآگاه فرد القا می‌گردد[۱۸]. در این راستا شرما (۲۰۲۰) با مرور مطالعات انجام شده از سال ۲۰۱۶ به بعد در مورد اثربخشی هیپنوتراپی بیماران مبتلا به سرطان به این نتیجه رسید که هیپنوتراپی باعث بهبود معنادار سلامت روانی هم ارز با سلامت جسمی شده است[۱۹].

با مرور پژوهش‌های صورت گرفته مشخص شد که هیپنوتیزم بیشتر برای درمان درد و آشفتگی‌های روانی بکاررفته اما درمان روانپویشی کوتاه مدت برای درمان اضطراب و افسردگی بکار رفته است که می‌تواند تاثیرات خود را بر کیفیت زندگی افراد نشان دهد. لذا از آنجاییکه بیماران مبتلا به درد مزمن به دلیل شرایط نامساعد ناشی از بیماری شان با اضطراب و استرس ناشی از درد روبرو هستند، و با توجه به خلاء پژوهشی در زمینه تاثیر درمان روانپویشی کوتاه مدت و هیپنوتراپی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن در این پژوهش به بررسی مقایسه‌ای دو شیوه درمانی هینوتراپی و درمان روان پویشی کوتاه‌مدت بر بهبود کیفیت زندگی بیماران با درد مزمن پرداخته می‌شود. چرا که پژوهشی یافت نشد که بررسی همزمان این فاکتورها پرداخته باشد؛ لذا، در مجموع می‌توان اذعان داشت که پژوهش حاضر در پی مقایسه اثربخشی درمان روانپویشی کوتاه مدت و هیپنوتراپی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن است و نیز پاسخ به این پرسش که آیا میزان اثربخشی این درمان‌ها با همدیگر تفاوت دارد یا خیر؟

روش مطالعه

پژوهش حاضر از لحاظ طرح تحقیق در زمره تحقیقات آینده نگر دسته بندی شده است. از لحاظ نوع تحقیق (هدف) در زمره تحقیقات کاربردی و از لحاظ روش تحقیق، در زمره تحقیقات آزمایشی (از نوع آزمایشی به واسطه کنترل ضعیف متغیرهای مزاحم) است و از طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری چند گروهی می‌باشد. جامعه آماری کلیه بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن بیمارستان‌ها و مراکز درمانی و مشاوره‌ای شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود. به منظور گردآوری اطلاعات، به مراکز درمانی (کلینیک‌های درد راد، ماهان، امید، حضرت فاطمه (س)، پیشگام؛ بیمارستان‌های عرفان، خاتم الانبیاء، تهران کلینیک، ابن سینا) مراجعه شد و پس از هماهنگی‌های اولیه، افرادی که دارای پرونده درمانی و تشخیص اختلال درد مزمن بودند، از طریق اینترنت فراخوان داده شدند. از بین افرادی که بعد از توضیح طرح پژوهشی تمایل به همکاری نشان دادند ۶۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شده و در گروه‌های آزمایشی (برای گروه هیپنوتراپی افرادی انتخاب شدند که هیپنوتیزم پذیری بالایی نشان دادند) و کنترل قرار گرفتند. روش نمونه گیری به روش هدفمند صورت گرفت و ۶۰ نفر (هر گروه ۲۰ نفر (دوگروه آزمایشی و یک گروه کنترل)) از بیماران مبتلا

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-27]

به اختلال درد مزمن را که انتخاب شدند، به روش گمارش تصادفی (جهت کنترل متغیرهای تاثیرگذار) در گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل تقسیم شدند. آموزش روانپوشی کوتاه مدت روی گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه و هیپنوتراپی نیز به مدت ۸ جلسه و هیچ گونه آموزشی به گروه کنترل ارائه نشده است؛ در این مدت گروه کنترل به فعالیت‌های معمول خود ادامه داده و هیچ برنامه آموزشی را دریافت نکرده‌اند. پس از اجرای دوره‌های درمانی میزان اثربخشی دو دوره درمانی در دو زمان پس آزمون و پیگیری بررسی شد؛ همچنین، تفاوت میزان تغییرات کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن در سه گره (۲ گروه آزمایشی و گروه کنترل) مورد مقایسه قرار گرفت. به منظور گردآوری اطلاعات در این پژوهش به روش میدانی از پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL)، پرسشنامه چند بعدی درد و ستهاون- ییل، پرسشنامه هیپنوتیزم پذیری واترلو استنفورد (۱۹۹۳)، درمان روانپویشی کوتاه مدت دانلو و هیپنوتراپی واتسون استفاده می‌شود. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی شامل چهار حیطه سلامتی جسمانی، سلامتی روانی، روابط اجتماعی و سلامتی محیط است. شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و ...) و شاخص‌های آمار استنباطی، نمرات آزمودنی‌ها را در متغیر وابسته کیفیت زندگی با تاثیر دو متغیر مستقل روانپویشی کوتاه مدت و هیپنوتراپی خروجی داده‌ها را مورد سنجش و آزمون قرار داد. روش آماری برای فرضیه‌های پژوهشی با توجه به طرح پژوهشی پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری (درگروه‌های آزمایشی و گروه کنترل) و پس از بررسی مفرضه‌ها (نرمال بودن، همگنی واریانس و...) از تحلیل واریانس آمیخته (تحلیل واریانس مختلط بین- درون آزمودنی‌ها) استفاده شد. برای انجام نرم‌افزار SPSS بهره گرفته می‌شود.

یافته‌ها

در این پژوهش ۶۰ شرکت کننده در سه گروه درمان روانپویشی کوتاه مدت (۹ زن و ۱۱ مرد)، هیپنوتراپی(۱۱ زن و ۹ مرد) و گروه کنترل (۱۲ زن و ۸ مرد) حضور داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان در گروه درمان روانپویشی به ترتیب ۳۶/۵۵ و ۷/۰۶ سال، در گروه هیپنوتراپی به ترتیب برابر با ۳۶/۰۹ و ۸/۲۳ سال و در گروه کنترل به ترتیب به ترتیب برابر با ۳۶/۰۵ و ۷/۱۳ سال بود. در گروه درمان روانپویشی ۷ نفر از شرکت کنندگان مجرد و ۱۳ نفر متاهل بودند. در گروه هیپنوتراپی ۹ نفر مجرد و ۱۱ نفر متاهل و در گروه کنترل ۱۰ نفر از شرکت کنندگان مجرد و ۱۰ نفر متاهل بودند. جدول ۱ میانگین (انحراف استاندارد) و مقادیر شاپیرو- ویلک (سطح معناداری) مؤلفه‌های کیفیت زندگی در شرکت کنندگان گروه‌های پژوهش، در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-27]

جدول۱. میانگین (انحراف استاندارد) و مقادیر شاپیرو- ویلک (سطح معناداری) مؤلفه‌های کیفیت زندگی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

کیفیت زندگی		گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
میانگین (انحراف استاندارد)	سلامت جسمانی	درمان روان پویشی	۱۴/۷۰ (۴/۰۷)	۲۷/۵۰ (۴/۴۵)	۲۶/۲۰ (۴/۳۳)
		هیپنوتراپی	۱۵/۴۵ (۴/۰۲)	۲۱/۹۰ (۵/۳۷)	۲۱/۷۵ (۵/۷۰)
		کنترل	۱۶/۷۵ (۴/۹۵)	۱۶/۳۰ (۴/۳۹)	۱۶/۴۵ (۳/۹۸)
	سلامت روانی	درمان روان پویشی	۱۲/۱۰ (۳/۳۴)	۲۳/۴۰ (۳/۲۳)	۲۴/۴۰ (۳/۵۴)
		هیپنوتراپی	۱۳/۴۵ (۳/۱۹)	۲۰/۵۰ (۳/۵۹)	۱۹/۸۰ (۴/۲۲)
		کنترل	۱۳/۷۵ (۲/۳۸)	۱۳/۵۵ (۳/۱۱)	۱۳/۰۰ (۳/۱۳)
	سلامت اجتماعی	درمان روان پویشی	۶/۷۵ (۲/۱۰)	۱۱/۲۵ (۲/۰۷)	۱۱/۶۵ (۱/۸۷)
		هیپنوتراپی	۷/۱۰ (۲/۰۷)	۱۰/۷۰ (۲/۱۷)	۱۰/۴۰ (۱/۹۳)
		کنترل	۷/۱۰ (۱/۹۷)	۷/۴۵ (۱/۷۰)	۷/۶۵ (۲/۲۸)
	سلامت محیطی	درمان روان پویشی	۲۰/۳۰ (۵/۲۹)	۳۰/۶۰ (۵/۲۸)	۳۰/۱۵ (۶/۰۰)
		هیپنوتراپی	۲۰/۲۵ (۴/۲۴)	۲۵/۹۰ (۴/۴۱)	۲۶/۲۵ (۶/۴۶)
		کنترل	۱۸/۶۰ (۴/۴۳)	۱۹/۲۵ (۴/۱۰)	۲۰/۵۰ (۴/۵۸)
شاپیرو- ویلک(سطح معناداری)	سلامت جسمانی	درمان روان پویشی	۰/۹۳۹ (۰/۲۳۲)	۰/۹۲۰ (۰/۰۹۷)	۰/۹۴۱ (۰/۲۵۰)
		هیپنوتراپی	۰/۹۶۹ (۰/۷۳۷)	۰/۹۶۳ (۰/۶۰۵)	۰/۹۵۰ (۰/۳۶۹)
		کنترل	۰/۹۲۷ (۰/۱۳۸)	۰/۹۴۶ (۰/۳۱۳)	۰/۹۸۱ (۰/۹۴۲)
	سلامت روانی	درمان روان پویشی	۰/۹۳۴ (۰/۱۸۳)	۰/۹۱۴ (۰/۰۷۷)	۰/۹۳۳ (۰/۱۷۷)
		هیپنوتراپی	۰/۹۳۶ (۰/۲۰۴)	۰/۹۰۹ (۰/۰۶۰)	۰/۹۲۱ (۰/۱۰۳)
		کنترل	۰/۹۷۶ (۰/۸۶۷)	۰/۹۵۴ (۰/۴۲۴)	۰/۹۱۸ (۰/۰۹۱)
	سلامت اجتماعی	درمان روان پویشی	۰/۹۲۹ (۰/۱۴۹)	۰/۹۲۲ (۰/۱۰۷)	۰/۹۴۳ (۰/۲۷۳)
		هیپنوتراپی	۰/۹۴۶ (۰/۳۰۸)	۰/۹۳۵ (۰/۱۹۵)	۰/۹۰۹ (۰/۰۶۱)
		کنترل	۰/۹۴۳ (۰/۲۷۷)	۰/۹۱۳ (۰/۰۷۳)	۰/۹۴۷ (۰/۳۱۸)
	سلامت محیطی	درمان روان پویشی	۰/۹۲۲ (۰/۱۰۹)	۰/۹۳۳ (۰/۱۷۶)	۰/۹۳۷ (۰/۲۰۹)
		هیپنوتراپی	۰/۹۳۴ (۰/۱۸۱)	۰/۹۴۸ (۰/۳۴۴)	۰/۹۵۳ (۰/۴۲۱)
		کنترل	۰/۹۱۶ (۰/۰۸۳)	۰/۹۴۳ (۰/۲۷۲)	۰/۹۰۶ (۰/۰۵۴)

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-27]

جـدول ۱ نشـان می‌دهـد کـه در هـر دو گـروه آزمایـش میانگیـن نمـرات مؤلفه‌هـای کیفیـت زندگـی در مقایسـه بـا گـروه کنتـرل در مراحـل پـس آرمـون و پیگیـری افزایـش یافتـه اسـت. جـدول ۱ نشـان می‌دهـد کـه مقادیـر شـاپیرو- ویلـک مربـوط بـه همـه مؤلفه‌هـای کیفیـت زندگـی در گروه‌هـای آزمایـش و کنتـرل در هـر سـه مرحلـه پیـش آزمـون، پـس آزمـون و پیگیـری در سـطح ۰/۰۵ غیرمعنـادار اسـت. ایـن موضـوع بیانگـر توزیـع نرمـال داده‌هـا بـرای هـر یـک از مؤلفه‌هـای کیفیـت زندگـی در هـر سـه مرحلـه اجـرا و در هـر سـه گـروه اسـت.

جـدول ۲ نتایـج ارزیابـی مفروضه‌هـای همگنـی واریانس‌هـای خطـا بـا اسـتفاده از آزمـون لـون، برابـری ماتریس‌هـای واریانـس کوواریانـس بـا اسـتفاده از آمـاره ام.باکـس و برابـری ماتریـس کوواریانـس خطاهـا بـا اسـتفاده از تسـت موخلـی را نشـان می‌دهـد.

جدول۲. نتایج آزمون مفروضه همگنی واریانس‌های خطا، برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس و برابری ماتریس کوواریانس خطاها

مؤلفه‌های کیفیت زندگی	مقادیر F آزمون لون			برابری ماتریس واریانس کوواریانس‌ها		برابری ماتریس کوواریانس خطا	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	M.Box	F	شاخص موخلی	χ^2
سلامت جسمی	۱/۳۳	۱/۲۸	۲/۴۹	۱۳/۹۴	۱/۰۷	۰/۹۹۸	۰/۱۰
سلامت روانی	۱/۱۸	۰/۲۶	۰/۸۶	۱۸/۵۰	۱/۴۲	۰/۹۸۷	۰/۷۱
سلامت اجتماعی	۰/۰۷	۱/۱۰	۰/۶۲	۱۴/۷۱	۱/۱۳	۰/۹۹۷	۰/۱۵
سلامت محیطی	۰/۴۰	۰/۲۳	۰/۶۷	۶/۲۵	۰/۴۸	۰/۸۵۳	۸/۹۰*

نکته: **P< ۰/۰۱ و *P< ۰/۰۵

نتیجـه آزمـون لـون در جـدول ۲ نشـان می‌دهـد کـه تفـاوت واریانـس خطـای چهـار مؤلفـه کیفیـت زندگـی در گروه‌هـا و در سـه مرحلـه پیـش آزمـون، پـس آزمـون و پیگیـری در سـطح ۰/۰۵ معنـادار نیسـت. ایـن یافتـه نشـان می‌دهـد کـه مفروضـه همگنـی واریانس‌هـای خطـا در بیـن داده‌هـا برقـرار اسـت. نتایـج تحلیـل در جـدول ۲ نشـان می‌دهـد کـه مفروضـه همگنـی ماتریس‌هـای کوواریانـس متغیرهـای وابسـته بـرای مؤلفه‌هـای کیفیـت زندگـی در سـطح ۰/۰۵ برقـرار اسـت. در ادامـه همچنـان کـه نتایـج آزمـون موخلـی در جـدول ۲ نشـان می‌دهـد ارزش مجـذور کای مربـوط بـه مربـوط بـه مؤلفـه سـلامت محیطـی در سـطح ۰/۰۵ معنـادار اسـت. ایـن یافتـه بیانگـر آن اسـت کـه مفروضـه کرویـت بـرای آن مؤلفـه برقـرار نیسـت و بـه همیـن دلیـل درجـات آزادی مربـوط بـه آن بـا اسـتفاده از روش گرینهـوس – گیسـر اصـلاح شـد.

پـس از ارزیابـی مفروضه‌هـای تحلیـل و اطمینـان از برقـراری آنهـا، داده‌هـا بـا اسـتفاده از روش تحلیـل واریانـس بـا اندازه‌گیـری مکـرر آزمـون شـد. جـدول ۳ نتایـج تحلیـل چنـد متغیـری در مقایسـه اثـر اجـرای درمـان روانپویشـی کوتـاه مـدت و هیپنوتراپـی بـر کیفیـت زندگـی را نشـان می‌دهـد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-27]

جدول۳: نتایج آزمون تحلیل چند متغیری در ارزیابی اثر متغیرهای مستقل بر کیفیت زندگی

متغیر وابسته	لامبدای ویلکز	F	df	p	η^2
سلامت جسمی	۰/۴۳۴	۱۴/۴۹	۱۱۲ و ۴	۰/۰۰۱	۰/۳۴۱
سلامت روانی	۰/۳۷۳	۱۷/۸۳	۱۱۲ و ۴	۰/۰۰۱	۰/۳۸۹
سلامت اجتماعی	۰/۶۲۱	۷/۵۳	۱۱۲ و ۴	۰/۰۰۱	۰/۲۱۲
سلامت محیطی	۰/۶۵۲	۶/۶۷	۱۱۲ و ۴	۰/۰۰۱	۰/۱۹۲

جدول ۳ نشان می‌دهد که اثر اجرای متغیرهای مستقل مؤلفه سلامت جسمی (۰/۴۳۴= لا مبدای ویلکز، η^2=۰/۳۴۱ ،P =۰/۰۰۱ ،F=۱۴/۴۹)، سلامت روانی(۰/۳۷۳=لامبدای ویلکز، η^2=۰/۳۸۹ ،P =۰/۰۰۸ ،F=۱۷/۸۳)، سلامت اجتماعی (۰/۶۲۱= لامبدای ویلکز، η^2 =۰/۲۱۲ ،P =۰/۰۰۱ ،F= ۷/۵۳) و سلامت محیطی (۰/۶۵۲= لامبدای ویلکز، η^2 =۰/۱۹۲ ،P =۰/۰۰۱ ،F= ۶/۶۷) کیفیت زندگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است.

در ادامه جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر اجرای درمان روان پویشی کوتاه مدت و هیپنوتراپی بر کیفیت زندگی را نشان می‌دهد.

جدول۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	p	η^2
سلامت جسمی	اثر گروه	۱۱۹۰/۸۰	۲۰۸۶/۸۲	۱۶/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۳۶۳
	اثر زمان	۱۰۲۰/۸۳	۷۸۷/۷۰	۷۳/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۵۶۴
	اثر تعاملی گروه× زمان	۱۰۵۹/۶۷	۱۵۵۶/۹۳	۱۹/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۴۰۴
سلامت روانی	اثر گروه	۱۳۳۹/۷۴	۶۹۶/۵۸	۵۴/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۶۵۸
	اثر زمان	۱۰۶۸/۰۳	۶۶۸/۲۵	۹۱/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۶۱۵
	اثر تعاملی گروه× زمان	۱۰۳۱/۷۹	۱۲۰۸/۶۷	۲۴/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۴۶۱
سلامت اجتماعی	اثر گروه	۲۰۸/۰۱	۲۸۸/۹۲	۲۰/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۴۱۹
	اثر زمان	۲۵۵/۲۱	۲۱۵/۴۸	۶۷/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۵۴۲
	اثر تعاملی گروه× زمان	۱۲۹/۸۲	۴۱۳/۱۷	۸/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۲۳۹
سلامت محیطی	اثر گروه	۱۷۵۰/۰۳	۲۰۳۲/۱۰	۲۴/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۴۶۳
	اثر زمان	۱۰۵۰/۲۱	۱۵۹۳/۱۸	۳۷/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۳۹۷
	اثر تعاملی گروه× زمان	۵۳۰/۹۳	۲۳۱۲/۳۰	۶/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۱۸۷

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-27]

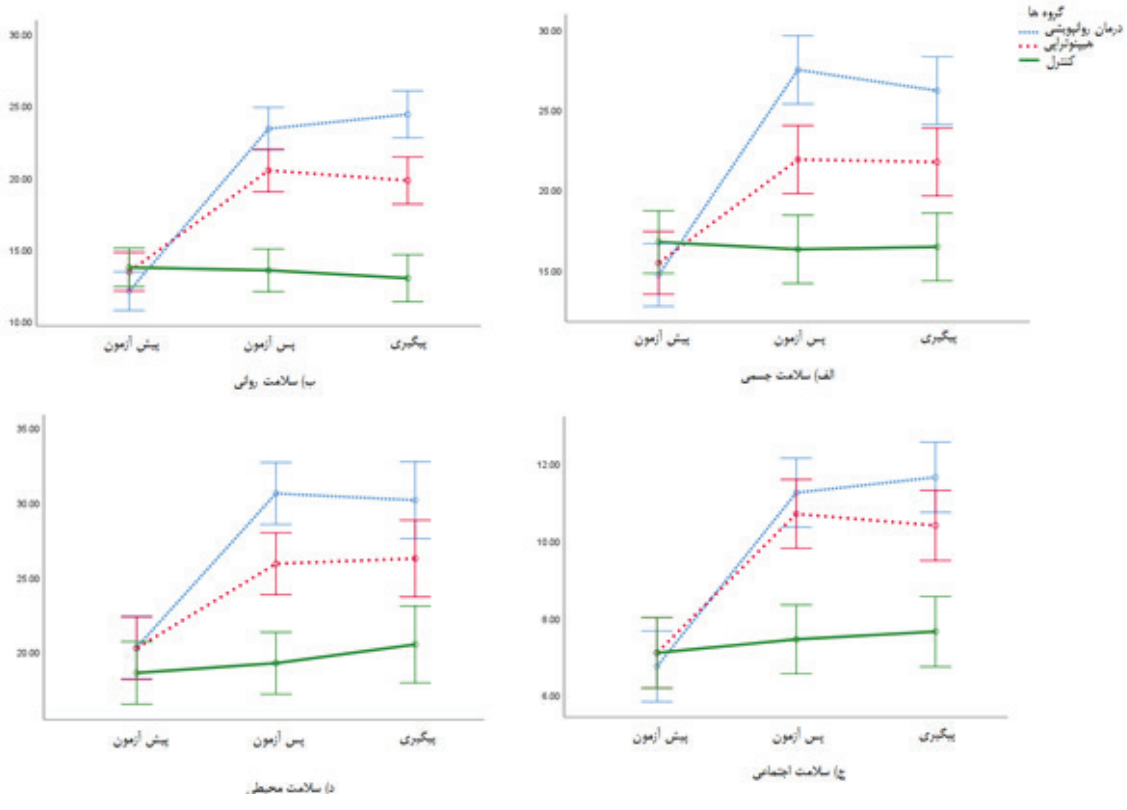
جـدول ۴ نشـان می‌دهـد کـه عـلاوه بـر اثـر گـروه و اثـر زمـان، اثـر تعاملـی گـروه× زمـان بـرای مؤلفه‌هـای سـلامت جسـمی (η^2=۰/۴۰۴، P =۰/۰۰۱، F=۱۹/۲۹)، سـلامت روانی (η^2=۰/۴۶۱، P=۰/۰۰۱، F=۲۴/۳۳)، سـلامت اجتماعـی (η^2 =۰/۲۳۹، P=۰/۰۰۱، F= ۸/۹۶) و سلامت محیطی (η^2 =۰/۱۸۷، P=۰/۰۰۱، F= ۶/۵۴) کیفیـت زندگی در سـطح ۰/۰۱ معنادار اسـت. جدول ۵ نتایـج آزمـون بـن فرونـی نمرات مربـوط به کیفیـت زندگی در سـه گـروه و در سـه مرحلـه اجـرا را نشـان می‌دهـد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمانها بر کیفیت زندگی

متغیر	زمان‌ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
سلامت جسمی	پیش آزمون	پس آزمون	-۶/۲۷	۰/۶۹	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۵/۸۳	۰/۶۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۴۳	۰/۶۶	۱/۰۰
سلامت روانی	پیش آزمون	پس آزمون	-۶/۰۵	۰/۵۷	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۵/۹۷	۰/۶۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۸	۰/۶۹	۱/۰۰
سلامت اجتماعی	پیش آزمون	پس آزمون	-۲/۸۲	۰/۳۵	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۲/۹۲	۰/۳۶	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۱۰	۰/۳۴	۱/۰۰
سلامت محیطی	پیش آزمون	پس آزمون	-۵/۵۳	۰/۷۲	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۵/۹۲	۰/۹۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۳۸	۰/۷۷	۱/۰۰
سلامت جسمی	درمان روانپویشی	هیپنوتراپی	۳/۱۰	۱/۱۱	۰/۰۲۱
	درمان روانپویشی	کنترل	۶/۳۰	۱/۱۱	۰/۰۰۱
	هیپنوتراپی	کنترل	۳/۲۰	۱/۱۱	۰/۰۰۱
سلامت روانی	درمان روانپویشی	هیپنوتراپی	۲/۰۵	۰/۶۴	۰/۰۰۷
	درمان روانپویشی	کنترل	۶/۵۳	۰/۶۴	۰/۰۰۱
	هیپنوتراپی	کنترل	۴/۴۸	۰/۶۴	۰/۰۰۱
سلامت اجتماعی	درمان روانپویشی	هیپنوتراپی	۰/۴۸	۰/۴۱	۰/۷۳۴
	درمان روانپویشی	کنترل	۲/۴۸	۰/۴۱	۰/۰۰۱
	هیپنوتراپی	کنترل	۲/۰۰	۰/۴۱	۰/۰۰۱
سلامت محیطی	درمان روانپویشی	هیپنوتراپی	۲/۸۸	۱/۰۹	۰/۰۳۲
	درمان روانپویشی	کنترل	۷/۵۷	۱/۰۹	۰/۰۰۱
	هیپنوتراپی	کنترل	۴/۶۸	۱/۰۹	۰/۰۰۱

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-27]

نتایج مربوط به اثر زمان آزمون تعقیبی بن فرونی در جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین مؤلفه‌های سلامت جسمی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی و سلامت محیطی کیفیت زندگی در مراحل پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون – پیگیری معنادار، اما تفاوت آن میانگین‌ها در مراحل پس آزمون پیگیری غیر معنادار است. علاوه بر این همسو با نمودارهای شکل ۱ نتایج مربوط به اثر گروه آزمون تعقیبی بن فرونی در جدول ۵ نشان می‌دهد که هر دو شیوه مداخله درمان روانپویشی کوتاه مدت و هیپنوتراپی منجر به افزایش میانگین مؤلفه‌های چهار گانه کیفیت زندگی در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون در مقایسه با گروه کنترل شده است. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی در مقایسه اثر گروه در جدول ۵ نشان می‌دهد که درمان روانپویشی کوتاه مدت در مقایسه با هیپنوتراپی مؤلفه‌های سلامت جسمی کیفیت زندگی (p=۰/۰۲۱)، سلامت محیطی (p=۰/۰۳۲) و سلامت روانی (p=۰/۰۰۷) را بیشتر افزایش داده است. براین اساس نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان روانپویشی کوتاه مدت در مقایسه با هیپنوتراپی روش موثرتری برای ارتقاء مؤلفه‌های سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت محیطی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به درد مزمن است. شکل ۱ نمودارهای مربوط به مؤلفه‌های کیفیت زندگی در گروه‌های پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.



شکل۱: نمودارهای مربوط به مؤلفه‌های کیفیت زندگی در گروه‌های پژوهش در سه مرحله اجرا.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-27]

بحث

یافته‌های تحقیق نشان داد که درمان روانپویشی کوتاه مدت کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به درد مزمن افزایش می‌دهد. یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی وضعیت روانی و عاطفی فرد است و از آنجا که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن تحت تأثیر این بیماری قرار می‌گیرد، بهبود وضعیت روانی بیماران می‌تواند موجب افزایش کیفیت بیماران مبتلا به درد مزمن شود. همچنین ترس و نگرانی به علت حملات بعدی درد موجب کاهش کیفیت زندگی افراد مبتلا به درد مزمن می‌شود و این بیماران بیشتر از افراد سالم از مسائل روانشناختی و هیجانی رنج می‌برند و پاسخ‌های هیجانی شدیدتری به استرس‌های زندگی نشان می‌دهند. می‌توان گفت یافته‌های این پژوهش با پژوهش عباس و همکاران (۲۰۰۹) همسوست[۲۰]. آنها در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان روان پویشی فشرده کوتاه‌مدت به حد نرمالی موجب کاهش نمرات افسردگی، اضطراب و مشکلات بین فردی بیماران شده است. افسردگی، اضطراب و مشکلات بین فردی از ابعاد سلامت جسمانی و روانی هستند که اینها نیز از ابعاد کیفیت زندگی هستند. مطالعه کرو (۲۰۰۵) نشان می‌دهد که روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت در کاهش افسردگی مؤثر است[۲۱]. تروجیلو(۲۰۰۶) در بررسی خود با عنوان اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر افسردگی به این نتیجه رسیده است که، این رویکرد در درمان افسردگی و اضطراب مؤثر است[۲۲]. پژوهش رحمانی، صالحی و رضاعی(۱۳۸۸) با عنوان درمان اختلال اضطراب تعمیم یافته با استفاده از روی آوردهای درمانگری دارویی و روان پویشی نشان می‌دهد که: شدت اضطراب در افراد مورد مطالعه پس از بکارگیری درمان روان پویشی به طور معنی‌داری کاهش می‌یابد. نتیجه پژوهش ما با نتیجه پژوهش‌های ایشان نیز همسو است. دوانلو نشان داد که روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده به طور کلی درمان موثری است و در پیگیری نیز فوائدش پایدار هستند[۲۳].

در تبیین یافته فوق می‌توان به این نکته اشاره کرد که بعد هیجانی، روانی و جسمانی و بعد اجتماعی از ابعاد مهم کیفیت زندگی هستند که بر سایر ابعاد کیفیت زندگی و یا برداشت فرد از کیفیت زندگی خود نیز اثر می‌گذارد. افراد مبتلا به درد مزمن در زندگی با مسائل و مشکلاتی روبه رو می‌شوند که ابعاد کیفیت زندگی مانند بعد جسمانی، روانی عاطفی، اجتماعی، رفتاری فعالیتی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تحقیقات ریتسنر و اواد (۲۰۰۷) [۲۴] نشان داده‌اند که از نظر افراد ۸۵ درصد کیفیت زندگی به عوامل هیجانی ۷۰ درصد به عوامل سلامت جسمانی، ۵۹ درصد به مسائل زناشویی و ثروت و ۵۶ درصد به فعالیت اجتماعی و کاری بستگی دارد. به همین دلیل درمان روانپویشی فشرده کوتاه مدت با کاهش علائم جسمانی، بهبود وضعیت روانی و کاهش مشکلات بین فردی موجب افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به درد مزمن شده است.

از سوی دیگر در خصوص تاثیر هیپنوتراپی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن، بر اساس یافته‌های تحقیق مشاهده گردید که هیپنوتراپی کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به درد مزمن افزایش می‌دهد. این نتیجه همسو با نتایج مطالعات رحمانی و همکاران(۱۳۹۳)[۲۵]، رضوی زاده تبادکان و شاره (۱۳۹۴) [۲۶]، شاکری و همکاران(۱۳۹۴)[۲۷] و عاشوری(۱۳۹۴)[۲۸] است که ضمن پژوهش‌های مجزایی دریافتند، هیپنوتراپی به شیوه گروهی باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود. این یافته را می‌توان چنین تبیین کرد که درمان هیپنوتراپی به گونه غیرمستقیم موجب کاهش راهبردهای ناکارآمد می‌شود؛ ازاین رو می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی در تمام جوانب کمک کند. درواقع روش انجام هیپنوتراپی به‌گونه‌ای است که با تصویرسازی ذهنی و تکرار کلمات مختلف تلاش

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-27]

می‌کنند عادات، افکار و احساسات جدیدی را در ضمیر ناخودآگاه مراجعه کننده جایگزین کنند. ذهن انسان شامل دو بخش خودآگاه و ناخودآگاه است. بخش خودآگاه اعمال، افکار و احساسات آگاهانه ما را مدیریت می‌کند و ضمیر ناخودآگاه نیز مسئولیت کنترل افکار، احساسات و خاطرات ناهوشیار ما را بر عهده دارد. رفتارهای ما که از ضمیر ناخودآگاه نشئت می‌گیرند، به‌صورت غیرارادی و خودکار انجام می‌شوند. بنابراین با دسترسی به ناخودآگاه می‌توان عادات، خاطرات، انگیزه‌ها، آرزوها و همچنین موانع ذهنی را تغییر داد. آن‌ها به فرد این توانایی را می‌دهند که توجه و تمرکز خود را از دام حلقه‌های معیوب شناختی و هیجانی و رفتاری نجات دهد تا بتواند بر سایر جوانب زندگی معطوف شود. تبیین دیگر اینکه در هیپنوتیزم درمانی درمانگر برای کمک به درمان یک بیماری یا تقویت یک صفت مطلوب بیمار را یاری می‌کند تا در حالت هیپنوز قرار گیرد و تلقیناتی با هدف درمان به بیمار ارائه می‌شود. برای این منظور فرد باید خود را از مشکل جدا دانسته و با فاصله گرفتن از افکار و اندیشه‌های منفی، بهتر بتواند آنها را ارزیابی کند. این امر در کیفیت روزانه زندگی فرد مؤثر است. ولز (۲۰۰۹) معتقد است این شیوه درمانی ازطریق رفع نگرانی و نشخوار فکری و ایجاد شیوه فراشناختی انعطاف پذیر، مسیر پردازش طبیعی را که در اکثر اختلالات روانی مخدوش شده، هموار می‌سازد[۲۹]. نتایج پیگیری یک ماه بعد نیز یافته‌های مذکور را تأیید کرد و نشان داد که برنامه مداخله هیپنوتراپی پس از گذشت یک ماه همچنان در کاهش افکار منفی و نگران کننده و بهبود کیفیت زندگی مؤثر بوده است؛ این مطلب مشخص می‌کند مداخلات هیپنوتراپی فقط در زمان اجرا مؤثر نبوده و در درازمدت نیز می‌تواند اثرگذار باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت اثرات این برنامه بلندمدت است و به بیماران کمک می‌کند تا از یکسو نشخوار فکری و بزرگنمایی درد را کاهش داده و از سوی دیگر، کیفیت زندگی را افزایش دهند؛ درنتیجه، تفکر منفی تکراری در چنین حالتی، غالب از بین می‌رود و شخص به خودباوری می‌رسد. فرد به شیوه مثبتی شروع به تفکر می‌نماید و توانایی‌های از دست رفته خود را بازیابی می‌کند.

در خصوص مقایسه تأثیر درمان روانپویشی کوتاه مدت و هیپنوتراپی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن یافته‌های تحقیق نشان داد که در بیماران مبتلا به درد مزمن درمان روانپویشی کوتاه مدت در مقایسه با هیپنوتراپی روش موثرتری برای ارتقاء مؤلفه‌های سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت محیطی کیفیت زندگی است. در خصوص مطالعه براساس تحلیل‌ها، مداخله روانپویشی کوتاه مدت بر ارتقاء کیفیت زندگی تأثیرگذار بوده است، با یافته‌ی فولادی و همکاران(۱۳۹۷)[۳۰] و علیخانی (۱۳۹۹)[۳۱] در ارتقا کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن با مداخله روانپویشی فشرده کوتاه مدت همسان است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت بیمارانی که در زندگی خود در معرض رویدادهای تنش آور مانند تنیدگی، آسیب‌های روابط بین فردی و مواردی چون شکست‌های زندگی قرار می‌گیرند متحمل هیجانات رنج آوری می‌شوند که این فرآیند موجب ایجاد اضطراب، مشکلات بین فردی، افسردگی و فرسودگی آنها می‌شود و براساس مطالعات انجام شده اختلالات اضطرابی پیش بینی کننده کیفیت زندگی پایین بوده، حتی اگر این علائم اضطراب پایین باشند و با عنایت به تعریف کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت احساس امنیت، تعارض‌های هیجانی، عقاید شخصی، اهداف و میزان تحمل ناکامی‌ها، همگی در تعیین نوع درک فرد از خود(احساس خوب بودن یا احساس ناخوشی) تأثیر دارند و برکیفیت زندگی آنان اثرگذار است. درتبیین این نتایج می‌توان اشاره کرد انتخاب رفتارهای سازگارانه در روابط بین فردی و توانایی مقابله با پریشانی‌ها، تابع الگوهای رفتاری

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-27]

افـراد اسـت کـه در محیـط رشـدی خـود فراگرفته‌انـد. روی آورد روان پویشـی فشـرده کوتـاه مـدت، ریشـه مشـکلات روانشـناختی و الگوهـای رفتـاری مخـرب فـرد را نتیجـه محیـط رشـدی او بـا والدیـن، همشـیران و یـا دیگـر اعضـاء کـه ارتبـاط تنگاتنگـی بـا فـرد دارنـد، می‌داننـد. همیـن الگوهـای فراگرفتـه شـده را براسـاس، مثلـث تعـارض و مثلـث شـخص بـه افـراد فعلـی انتقـال می‌دهنـد و سـبب تـدوام هیجانـات مخـرب و اضطـراب آنهـا می‌شـود ایـن رونـد می‌توانـد در کیفیـت زندگـی آنـان اثرگـذار باشـد. خنثی‌سـازی ایـن فرآینـد از اهـداف درمانـی مهـم بشـمار می‌آیـد. بـه عبـارت دیگـر، فرآینـد توالـی پویشـی جلسـات گروهـی بـا تمرکـز بـر شناسـایی و خنثـی سـازی انـواع مکانیزم‌هـای دفاعـی ناسـالم افـراد را بـه عملکردهـای دفاعـی خـود (ایگـو) سـالمتر هدایـت می‌کنـد تـا بـا خودآگاهـی و بهوشـیاری کـه از ایـن طریـق بدسـت می‌آیـد تـوان پذیـرش هیجانـات مخـرب و تحمـل ناکامی‌هـا کـه شـادابی و سـرزندگی در پـی دارد ارتقـاء می‌بخشـد. در صورتـی کـه هیپنوتیـزم بـه دو بخـش خـود هیپنوتیـزم و دگـر هیپنوتیـزم و کاربردهـای هیپنوتیـزم بـه دو بخـش بالینـی و غیـر بالینـی تقسـیم می‌شـود. حیطـه بالینـی هیپنوتیـزم یـا هیپنوتراپـی بالینـی یـا درمـان هیپنوتیزمـی بـا قدمتـی دیرینـه درجهـت تشـخیص و تکمیـل درمـان و حتـی درمـان بـه کار گرفتـه شـده اسـت. طـب نویـن پزشـکی هنـوز در بسـیاری از مـوارد در شناسـایی مکانیسـم و نحـوه درمـان بیماری‌هـا ناتـوان اسـت. بهـره گیـری از توانائی‌هـای شـخصی انسـان حتـی بـا اینکـه هنـوز فراینـدی ناشـناخته دارد بسـیار قابـل توجـه وکارآمـد می‌باشـد. در بیشـتر روش‌هـای درمانـی هیپنوتراپـی، خـود هیپنوتیـزم جزئـی از برنامـه درمانـی اسـت. اسـتفاده از ایـن روش در درمان‌هـا بـه منظـور افزایـش اعتمـاد بـه نفـس، افزایـش امیـد بـه درمـان، سـرعت بخشـیدن بـه بهبـودی کنتـرل اضطـراب و کسـب آرامـش ایجـاد سـازگاری بـا بیمـاری و پذیـرش آن و راه بهبـود آن، افزایـش کیفیـت زندگـی بیمـاران، کاهـش و تسـکین درد و ... انجـام می‌شـود. همچنیـن بـه منظـور افزایـش قـدرت حافظـه و یادگیـری، افزایـش قـدرت تمرکـز و مهارت‌هـای اجتماعـی و نیـز کسـب موفقیت‌هـای مختلـف در زندگـی و... بـه طـور گسـترده در بیـن افـراد جامعـه قابـل اسـتفاده اسـت.

نتیجه گیری

نتایـج پژوهـش حاضـر نشـان داد کـه درمـان روانپویشـی کوتـاه مـدت کیفیـت زندگـی را در بیمـاران مبتـلا بـه درد مزمـن افزایـش می‌دهـد. همچنیـن نتایـج پژوهـش نشـان داد کـه هیپنوتراپـی کیفیـت زندگـی را در بیمـاران مبتـلا بـه درد مزمـن افزایـش می‌دهـد. ایـن یافتـه را می‌تـوان چنیـن تبییـن کـرد کـه درمـان هیپنوتراپـی بـه گونـه غیرمسـتقیم موجـب کاهـش راهبردهـای ناکارآمـد می‌شـود؛ ازایـن رو می‌توانـد بـه بهبـود کیفیـت زندگـی در تمـام جوانـب کمـک کنـد. درواقـع روش انجـام هیپنوتراپـی به‌گونـه‌ای اسـت کـه بـا تصویرسـازی ذهنـی و تکـرار کلمـات مختلـف تـلاش می‌کننـد عـادات، افـکار و احساسـات جدیـدی را در ضمیـر ناخـودآگاه مراجعه‌کننـده جایگزیـن کننـد. تبییـن دیگـر اینکـه در هیپنوتیـزم درمانـی درمانگـر بـرای کمـک بـه درمـان یـک بیمـاری یـا تقویـت یـک صفـت مطلـوب بیمـار را یـاری می‌کنـد تـا در حالـت هیپنـوز قـرار گیـرد و تلقیناتـی بـا هـدف درمـان بـه بیمـار ارائـه می‌شـود. بـرای ایـن منظـور فـرد بایـد خـود را از مشـکل جـدا دانسـته و بـا فاصلـه گرفتـن از افـکار و اندیشـه‌های منفـی، بهتـر بتوانـد آنهـا را ارزیابـی کنـد. ایـن امـر در کیفیـت روزانـه زندگـی فـرد مؤثـر اسـت. نتایـج پیگیـری یـک مـاه بعـد نیـز یافته‌هـای مذکـور را تأییـد کـرد و نشـان داد کـه برنامـه مداخلـه هیپنوتراپـی پـس از گذشـت یـک مـاه همچنـان در کاهـش افـکار منفـی و نگـران کننـده و بهبـود کیفیـت زندگـی مؤثـر بـوده اسـت؛ ایـن مطلـب مشـخص می‌کنـد مداخـلات هیپنوتراپـی فقـط در زمـان اجـرا مؤثـر نبـوده و در درازمـدت نیـز می‌توانـد اثرگـذار باشـد.

از سـوی دیگـر، نتایـج تحقیـق حاکـی از ایـن اسـت کـه در بیمـاران مبتـلا بـه درد مزمـن؛ درمـان روانپویشـی کوتـاه

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-27]

مدت در مقایسه با هیپنوتراپی روش موثرتری برای ارتقاء مؤلفه‌های سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت محیطی کیفیت زندگی است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت بیمارانی که در زندگی خود در معرض رویدادهای تنش‌آور مانند تنیدگی، آسیب‌های روابط بین فردی و مواردی چون شکست‌های زندگی قرار می‌گیرند متحمل هیجانات رنج آوری می‌شوند که این فرآیند موجب ایجاد اضطراب، مشکلات بین فردی، افسردگی و فرسودگی آنها می‌شود. روی آورد. فرآیند توالی پویشی جلسات گروهی با تمرکز بر شناسایی و خنثی سازی انواع مکانیزم‌های دفاعی ناسالم افراد را به عملکردهای دفاعی خود (ایگو) سالمتر هدایت می‌کند تا با خودآگاهی و بهوشیاری که از این طریق بدست می‌آید توان پذیرش هیجانات مخرب و تحمل ناکامی‌ها که شادابی و سرزندگی در پی دارد ارتقاء می‌بخشد. در صورتی که هیپنوتیزم به دو بخش خود هیپنوتیزم و دگر هیپنوتیزم و کاربردهای هیپنوتیزم به دو بخش بالینی و غیر بالینی تقسیم می‌شود. حیطه بالینی هیپنوتیزم یا هیپنوتراپی بالینی یا درمان هیپنوتیزمی با قدمتی دیرینه درجهت تشخیص و تکمیل درمان و حتی درمان به کار گرفته شده است. بهره‌گیری از توانایی‌های شخصی انسان حتی با اینکه هنوز فرایندی ناشناخته دارد بسیار قابل توجه وکارآمد می‌باشد. به اطلاع می‌رساند پایان‌نامه اینجانب با عنوان مقایسه اثربخشی درمان روانپویشی کوتاه مدت (ISTDP) و هیپنوتراپی بر کاهش آشفتگی روانشناختی، علائم درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن در دانشگاه آزاد اسلامی - واحد اردبیل بررسی و با شناسه اخلاق IR.IAU.ARDABIL.REC.1400.002 مصوب گردید.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-27]

References

1. Mackey S, Kao MC. Managing twin crises in chronic pain and prescription opioids. BMJ. 2019 Mar 6;364.
2. Vaegter HB, Christoffersen LO, Enggaard TP, Dorte Elise Møller Holdggard S, Lefevre TN, Eltved R, Reisenhus CH, Licht TW, Laustsen MM, Hansson SH, Jensen PF. Socio-demographics, pain characteristics, quality of life and treatment values before and after specialized interdisciplinary pain treatment: results from the Danish clinical pain registry (PainData). Journal of Pain Research. 2021;14:1215.
3. Hadi MA, McHugh GA, Closs SJ. Impact of chronic pain on patients' quality of life: a comparative mixed-methods study. Journal of Patient Experience. 2019 Jun;6(2):133-41.
4. Capano A, Weaver R, Burkman E. Evaluation of the effects of CBD hemp extract on opioid use and quality of life indicators in chronic pain patients: a prospective cohort study. Postgraduate medicine. 2020 Jan 2;132(1):56-61.
5. Elder NC, Simmons T, Regan S, Gerrety E. Care for patients with chronic nonmalignant pain with and without chronic opioid prescriptions: a report from the Cincinnati Area Research Group (CARinG) Network. The Journal of the American Board of Family Medicine. 2012 Sep 1;25(5):652-60.
6. Ghotbinejhad Bahre Asmani U, Ahadi H, Hatami H, Sarami Foroushani G. [Comparison of the Effectiveness of Group Positive Psychotherapy and Group Psychodrama on Spiritual Attitude, Distress Tolerance, and Quality of Life in Women with Chronic Pain (Persian)]. JAP. 2019; 9 (4) :51-65.
7. Tse MM, Vong SK, Ho SS. The effectiveness of an integrated pain management program for older persons and staff in nursing homes. Archives of gerontology and geriatrics. 2012 Mar 1;54(2):e203-12.
8. Mavroudis G, Simren M, Jonefjäll B, Öhman L, Strid H. Symptoms compatible with functional bowel disorders are common in patients with quiescent ulcerative colitis and influence the quality of life but not the course of the disease. Therapeutic advances in gastroenterology. 2019 Feb;12:1756284819827689.
9. Manoochehri H, Shirazi M, Tafreshi MZ, Zayeri F. Chronic pain management and being vulnerable in older people: A qualitative study. Jundishapur Journal of Chronic Disease Care. 2014 Oct 1;3(4).
10. Abdolghadery M, Kafee M, Saberi A, Aryapouran S. [The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and cognitive behavior therapy (CBT) on decreasing pain, depression and anxiety of patients with chronic low back pain (Persian)]. SSU-Journals. 2014 Feb 15;21(6):795-807.
11. Davanloo H. Intensive short-term psychotherapy with highly resistant patients. I. Handling resistance. International Journal of Short-Term Psychotherapy. 1986;1(2):107-33.
12. Town JM, Driessen E. Emerging evidence for intensive short-term dynamic psychotherapy with personality disorders and somatic disorders. Psychiatric Annals. 2013 Nov 1;43(11):502-7.
13. Kenny DT, Arthey S, Abbass A. Intensive short-term dynamic psychotherapy for severe music performance anxiety: assessment, process, and outcome of psychotherapy with a professional orchestral musician. Medical Problems of performing artists. 2014 Mar 1;29(1):3-7.
14. Glowinski D, Dael N, Camurri A, Volpe G, Mortillaro M, Scherer K. Toward a minimal representation of affective gestures. IEEE Transactions on Affective Computing. 2011 Apr 5;2(2):106-18.
15. Davanloo H. Management of tactical defenses in intensive short-term dynamic psychotherapy, Part I: Overview, tactical defenses of cover words and indirect speech. International Journal of Short-Term Psychotherapy. 1996 Sep;11(3):129-52.
16. Amos J, Furber G, Segal L. Understanding

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-27]

maltreating mothers: a synthesis of relational trauma, attachment disorganization, structural dissociation of the personality, and experiential avoidance. Journal of Trauma & Dissociation. 2011 Oct 1;12(5):495-509.

17. Roslim NA, Ahmad A, Mansor M, Aung MM, Hamzah F, Hassan H, Lua PL. Hypnotherapy for overweight and obese patients: A narrative review. Journal of integrative medicine. 2021 Jan 1;19(1):1-5.
18. Schuna AA, Vejraska BD. Rheumatoid arthritis and the seronegative Ann Rheum Dis. 2010 77(1):3-17.
19. Sharma V, Banerjee P, Puri A. SYSTEMATIC ANALYSIS OF CLINICAL HYPNOTHERAPY FOR THE ENHANCEMENT OF MENTAL HEALTH AND WELL BEING. Editorial Board. 2020 May;9(5):100.
20. Abbass A, Kisely S, Kroenke K. [Short- Term Psychodynamic Psychodynamic P sychotherapy for somatic Disorders (Persian)]. Psychotherapy and psychosomatic. 2009 78: 265-274.
21. Crow M. The process of change in interpersonal psychotherapy for depression. psychiatry; 68, 1. ProQuest psychology Journals. 2005:500-14.
22. TRUJILLO M. Intensive dynamic psychotherapy of anxiety and depression. Primary psychiatry. 2006;13(5):77-86.
23. Rahmani F, Salehi M, Rezae F. [Treating generalized anxiety disorder using pharmacological and psychodynamic approaches of therapy (Persian)]. Journal of Iranian Psychologists. 2009.
24. Ritsner MS, Awad AG. Quality of life impairment in schizophrenia, mood and anxiety disorders. Dordrecht, Netherlands: Springer; 2007.
25. Rahmani S, Talepasand S, Ghanbary-Motlagh A. Comparison of effectiveness of the metacognition treatment and the mindfulness-based stress reduction treatment on global and specific life quality of women with breast cancer. Iranian journal of cancer prevention. 2014;7(4):184.
26. Razavizadeh Tabadkan Z, Shareh H. [To Compare the effectiveness of the metacognitive group therapy and the group training of the life skills on improving the depression, quality of life, the style of ruminative response and metacognitions in the divorced women (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2015;21(2):108 –20.
27. Shakeri M, Parhoon H, Mohammadkhani SH, Hasani J, Parhoon K. [Effectiveness of meta -cognitive therapy on depressive symptoms and quality of life of patients with major depression disorder (Persian)]. J North Khorasan Uni Med Sci. 2015;7(2):253 –65.
28. Ashori J. [The effect of group meta-cognitive therapy on decrease symptoms of generalized anxiety and increase quality of life in nurses (Persian)]. Quarterly Journal of Health Breeze. 2015;4(2):13 –24.
29. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin CR. Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. Cognitive therapy and research. 2009 Jun;33(3):291-300.
30. Sudejani R. [Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on the Social Anxiety of Mothers of Children with Asperger Syndrome. Journal of Exceptional Children (Persian)]. 2018 Sep 10;18(2):55-64.
31. Alikhani V. [The Effects of Short-Term Intensive Scanning Psychotherapy on Defense Styles and Improving the Quality of Life of Addicts under Methadone Maintenance Treatment (MMT). Journal of Assessment and Research in Counseling and Psychology (Persian)]. 2021 Jan 10;2(4):61-72.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-27]