DOI: *10.29252/rbs.18.3.300*

Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2020, Volume 18, Issue 3

The Effectiveness of Reality Therapy Training on Marital Burnout in Couple with Marital Conflicts

Raziye Aminalsadat[1], Fariborz Dortaj[2], Ali Delavar[3], Kobra Hajializadeh[4]

1. PhD student in general psychology, Department of psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran.
2. (Corresponding author)* Professor, Department of psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
3. Professor, Department of psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
4. Associate Professor, Department of psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran.

Abstract

Aim and Background: Love is one of the most amazing emotions a person can experience and emotional failure is one of the most painful problems that can happen to anyone during a romantic relationship. The purpose of this study was to determine the effectiveness of hypnotherapy on positive and negative affect and self-efficacy of women with a history of emotional failure.

Methods and Materials: The present study is of quasi-experimental with design pre-test, post-test and follow up with the control group. The statistical population included all women referring to counseling centers in Amol city with a history of emotional failure in 2017. 30 subjects were selected by available sampling method and randomly assigned to intervention and control groups. In order to conduct the research, Ross's emotional injury (1999), Panas Positive **a**nd Negative Affect Scale (PANAS**)** (1988) and self-efficacy questionnairs (Shaurzerz and Grosselm, 1995) were used. The experimental group received hypnotherapy for 8 sessions of 2 hours weekly. The research findings were analyzed using repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc in SPSS software.

Findings: The results of repeated ANOVA test showed that 8 sessions of hypnotherapy training significantly increased the positive affect ($p<0.001$) and self- efficacy ($p<0.001$) but decreased the negative effect ($p<0.001$) in the experimental group to the control group that showed a significant effect of hypnotherapy on the recovery of people with a history of emotional failure.

Conclusions: According to research findings, hypnotherapy can be used to improve the quality of life and increase hope for the future in people with a history of emotional failure.

Keywords: Hypnotherapy, positive affect, negative affect, self-efficacy.

Citation: Aminalsadat R, Dortaj F, Delavar A, Hajializadeh K. **Effective of Hypnotherapy on Positive and Negative Affect and Self-Efficacy of Women with Emotional Failure**. Res Behav Sci 2020; 18(3): 300-309.

*** Fariborz Dortaj,**
Email: dortajf@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.3.7]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.300]

تعیین اثر هیپنوتراپی بر عاطفه مثبت و منفی و خودکارآمدی زنان دارای سابقه شکست عاطفی

راضیه امین السادات[۱]، فریبرز درتاج[۲]، علی دلاور[۳]، کبری حاجی علیزاده[۴]

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۳- استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۴- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: عشق یکی از حیرت‌انگیزترین هیجان‌هایی است که انسان می‌تواند تجربه کند و شکست عاطفی یکی از دردآورترین مشکلاتی است که ممکن است در طول یک رابطه عاشقانه برای هر فردی پیش آید. پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی هیپنوتراپی بر عاطفه مثبت و منفی و خودکارآمدی زنان دارای سابقه شکست عاطفی انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری، تمامی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان آمل با سابقهٔ شکست عاطفی در سال ۱۳۹۶ بود. تعداد ۳۰ آزمودنی با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس به‌عنوان نمونه انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله و گواه گمارده شدند. به‌منظور اجرای پژوهش، از پرسش‌نامه‌های آسیب عاطفی راس (۱۹۹۹)، مقیاس عاطفه مثبت و منفی پاناس (۱۹۸۸) و پرسشنامه خودکارآمدی (شوآرتزر و جروسلم، ۱۹۹۵) استفاده شد. آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته به‌صورت هفتگی تحت مداخله هیپنوتراپی قرار گرفتند ولی گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. تجزیه‌وتحلیل یافته‌های تحقیق با استفاده از آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر و تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS انجام شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد ۸ جلسه آموزش هیپنوتراپی موجب افزایش معنادار در عاطفه مثبت ($p<۰/۰۰۱$) و خودکارآمدی ($p<۰/۰۰۱$) و کاهش معنادار عاطفه منفی ($p<۰/۰۰۱$) در گروه آزمایش به نسبت گروه گواه گردید که حاکی از تأثیر معنادار هیپنوتراپی بر بهبود افراد با سابقهٔ شکست عاطفی بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان از هیپنوتراپی برای بهبود کیفیت زندگی و افزایش امید به آینده در افراد با سابقهٔ شکست عاطفی استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: هیپنوتراپی، عاطفه مثبت، عاطفه منفی، خودکارآمدی.

ارجاع: امین السادات راضیه، درتاج فریبرز، دلاور علی، حاجی علیزاده کبری. **تعیین اثر هیپنوتراپی بر عاطفه مثبت و منفی و خودکارآمدی زنان دارای سابقه شکست عاطفی.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۹؛ ۱۸(۳): ۳۰۹-۳۰۰.

*- **فریبرز درتاج**

رایان نامه: dortajf@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.3.7]

[DOI: 10.52547/rbs.18.3.300]

مقدمه

یکی از شایع‌ترین و عمیق‌ترین تجربه‌های فقدان و سوگ، در ناکامی ناشی از فروپاشی روابط عاشقانه تجربه می‌شود. عشق و فقدان دو روی یک سکه هستند و بی‌تردید هر رابطه‌ای با مرگ یا جدایی خاتمه می‌یابد و تجربه عشق به رویارویی اجتناب‌ناپذیر فقدان می‌انجامد. درواقع با درک ماهیت و الگوی عشق، فهم دقیق سوگ و سوگواری میسر می‌گردد؛ اما به‌طور متقابل، درک فقدان یک رابطه‌ی عاشقانه هم می‌تواند ماهیت عشق را به ما بیاموزد، یعنی کیفیت تجربه فقدان، انعکاسی از کیفیت روابط پیش از فقدان است (۱). در پژوهشی بامیستر و لری (۱۹۹۵)، درد عاطفی را ناشی از تجربه شکست در روابط عاطفی دانسته‌اند و اظهار داشتند که این فروپاشی و شکست آن‌قدر قدرتمند است که در صورت عدم پرداختن به آن و حتی بعد از فروپاشی رابطه افسردگی، خشم، احساس ناامنی عمیق، احساس درماندگی، گناه، هراس، ناامیدی، بدبینی، بی‌قراری، آسیب‌پذیری، از دست دادن تمرکز، امیدواری، انگیزه و انرژی، نشانه‌های جسمانی مثل سردرد، بی‌نظمی خواب، بی‌اشتهایی یا پرخوری، تغییرات در میل جنسی، بی‌حوصلگی و خستگی، کندی کلامی- حرکتی را ایجاد می‌کند (۲). همچنین هروی و میلر (۲۰۰۰) اظهار می‌کنند که فقدان به معنای عام در ادبیات پژوهشی غالباً ناشی از مرگ است، درحالی‌که فقدان در روابط رمانتیک عمدتاً ناشی از خاتمه رابطه، حداقل توسط یکی از طرفین است (۳). پژوهش‌های پیشین نقش چندین سازه روان‌شناختی، مانند عواطف مثبت و منفی و خودکارآمدی را در تداوم، صمیمیت و رضایت از روابط عاشقانه و زناشویی مشخص کرده‌اند (۴).

انحلال در روابط عاطفی تجربه‌ی ناخوشایندی است و می‌تواند یکی از دردناک‌ترین هیجان‌هایی باشد که فرد تجربه می‌کند و می‌تواند موجب کاهش خودکارآمدی در فرد می‌گردد (۵). خودکارآمدی اغلب حسی از خودمختاری و مهارت در محیط است، این حس به کیفیت زندگی، بسیار کمک می‌کند. سطوح پایین خودمختاری و عزت‌نفس، کیفیت پایین زندگی را پیش‌بینی می‌کنند (۶). بندورا در چهارچوب رویکرد شناختی- اجتماعی، باورهای خودکارآمدی را چنین تعریف کرده است: «سطح اعتمادی که فرد بر توانایی خویش در اجرای برخی فعالیت‌ها یا موفقیت در برخی عملکردها دارد» (۷). بر اساس رویکرد شناختی- اجتماعی، ادراک‌های فرد از خودکارآمدی بر بسیاری از جنبه‌های زندگی مانند اهداف، تصمیم‌گیری‌ها، میزان تلاش برای انجام تکلیف، پشتکار در رویارویی با چالش‌ها، الگوی مثبت یا منفی تفکر و به‌صورت کلی بر چگونگی رفتار، تفکر و احساس اثر دارد (۸). طبق پژوهش‌های انجام‌شده میان خودکارآمدی، افسردگی و اضطراب رابطه معکوس و معنادار وجود دارد و چون شکست عاطفی موجب بروز افسردگی و اضطراب می‌گردد، می‌توان نتیجه گرفت که شکست عاطفی با خودکارآمدی رابطه معکوس داشته باشند (۹).

همچنین شکست عاطفی می‌تواند بر شادمانی ذهنی و عواطف فرد اثرگذار باشد. ازجمله عواطف اساسی که به هنگام شکست عاطفی در فرد بروز می‌کند، غم و اندوه و ترکیب با احساساتی مثل عصبانیت و پرخاشگری است که این علائم می‌توانند با افزایش عواطف منفی و کاهش عواطف مثبت همسو باشند (۱۰). عواطف گوناگون در هر فردی در شادمانی ذهنی وی خلاصه می‌شوند. شادمانی ذهنی در ادراک‌ها و ارزیابی‌های افراد از زندگی در ابعاد شناختی، عملکردهای روان‌شناختی و اجتماعی منعکس می‌شود. شادمانی ذهنی سه مؤلفه دارد: رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و عاطفه منفی. رضایت از زندگی شامل عشق، ازدواج و تفریحات می‌باشد. عاطفه مثبت شامل احساسات و هیجانات مثبت مانند (لذت، شعف، خرسندی، غرور) و عاطفه منفی شامل احساسات و هیجانات منفی مانند (گناه، شرم، غمگینی، اضطراب و نگرانی، خشم و تنش) می‌باشد (۱۱). به لحاظ ماهیت عاطفه مثبت و منفی دو پدیده مستقل و مجزا از یکدیگر هستند. افرادی که عاطفه مثبت بالایی دارند، پرانرژی و باروحیه هستند و از زندگی خود لذت می‌برند. در مقابل افرادی که عاطفه منفی بالایی دارند، مضطرب، نگران و کم انرژی هستند. شواهد پژوهشی موجود حاکی از ارتباط بین عاطفه مثبت با برقراری روابط اجتماعی گسترده، رفتار یاری‌رسانی، دقت، تمرکز و توانایی تصمیم‌گیری بالا است و در مقابل عاطفه منفی با شکایات ذهنی، توانایی‌های مقابله پایین با فشار و استرس و اضطراب ارتباط دارد (۱۲). عاطفه مثبت از طریق تقویت سیستم ایمنی در بهبود سلامت جسمانی نقش دارد. در زمینه بهداشت روانی مطالعات نشان داده‌اند که عاطفه مثبت می‌تواند ابطال‌کننده عواطف منفی و خنثی‌کننده اثرات مخرب آن‌ها باشد (۱۳).

برای بهبود علائم شکست عاطفی درمان‌های روان‌شناختی متعددی توسط روان‌شناسان بررسی‌شده است. یکی از این درمان‌های مؤثر هیپنوتراپی است. هیپنوتیزم یا خواب مصنوعی که از زمان‌های قدیم از پدیده‌های ماورای طبیعی به شمار می‌رفت از زمان دکتر آنتوان مسمر (از سال ۱۷۷۴ میلادی)

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.3.7]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.300]

ارزش درمانی پیدا کرد و توسط مسمر به کار گرفته شد. مسمر ابتدا به آن نام مغناطیس و بعدها مانیه‌تیسم نهاده بود که سال‌ها بعد توسط دکتر جیمز بریـد بـه نـام «هیپنـوتیزم» درآمـد (۱۴). امروزه از هیپنوتراپی به‌عنوان یکی از درمان‌های مؤثر و کاربردی در حوزه روان‌شناختی و سلامت روانی در افراد مختلـف استفاده می‌شود و اثربخشی قابل‌قبول این درمان در بیماری‌هـای روان-شناختی متعـددی ذکرشـده اسـت. ازجملـه پـژوهش‌هـایی کـه اثربخشی هیپنـوتراپی را بررسـی کردنـد پلاسـکوتا و همکـاران (۲۰۱۲)، نشان دادند ۸ هفته هیپنوتراپی موجب کاهش اضطراب بیماران مبتلا به سـرطان خواهـد شـد (۱۵). بـارکر و همکـاران (۲۰۱۳)، در پژوهشـی مـروری گـزارش کردنـد کـه هیپنـوتراپی موجب بهبود خودکارآمدی ورزشکاران رشته‌های مختلـف مـی-گردد (۱۶). همچنین ازلحاظ فقهی چترچـی و شـعیری (۱۳۸۴)، در پژوهشـی بـه بررسـی نگـرش فقهـی بـه هیپنـوتیزم بـالینی پرداختند و ذکر کردند، درصورتی‌که جنبـه شـیّادانه و تجـاری از هیپنوتراپی مدنظر نباشد و هیپنوتراپی توسط فرد دارای تخصص انجام شود و برای سلامتی بیمار مفید باشد می‌توان از این شیوه درمانی سود جست (۱۷).

چون شکست عاطفی رویدادی همـراه بـا اسـترس شـدید و آسیب‌زا است و متعاقب آن زندگی فرد دچار آشـوب و نـاراحتی-های شدید می‌شود ضرورت پژوهش در این زمینه مبرم به نظـر می‌رسد. ازآنجاکه بیشتر آشفتگی‌های روان‌شـناختی، یـک‌شـکل منفی از خود هیپنوتیزمی هستند به‌گونه‌ای که افکار منفی به‌طور غیر انتقادی و گاه ناخودآگاهانه پذیرفته می‌شوند، هیپنـوتراپی بـا ایجاد تکنیک‌هـای آرام‌سـازی، تصـاویر هـدایت‌شـده بازسـازی شناختی و ترغیب‌های متوالی به افراد کمک می‌کند که بـه‌طـور مؤثر بر مشکلات خود غلبه کنند.

با توجه به قدرتی که هیپنوتراپی در رخنـه کـردن در ضـمیر ناخودآگاه فرد دارد، قادر اسـت بسـیاری از تـنش‌هـای روانـی را درمان کند که درمان عواقب ناشی از شکست عاطفی هم توسط هیپنـوتراپی دور از انتظـار نیسـت. از طرفـی تحقیقـات علمـی مداخله‌ای به تعداد بسیار کمی در زمینه اثربخشی هیپنوتراپی بـر مؤلفه‌های گوناگون زنان دارای سابقه شکست عاطفی انجام شده است و خلأ چنین پژوهشی بشدت احساس می‌شود. با توجه بـه توضیحات ذکرشده، پژوهش حاضر با هدف اثربخشی هیپنوتراپی بـر عاطفـه مثبـت و منفـی و خودکارآمـدی زنـان دارای سـابقه شکست عاطفی انجام شد.

مواد و روش‌ها

تحقیق حاضر از نوع نیمه تجربی (پیش‌آزمون – پـس‌آزمـون بـا گروه گواه) و دوره پیگیری است. جامعه آمـاری پـژوهش حاضـر عبارت بـود از تمـامی زنـان مراجعـه‌کننـده بـه مراکـز مشـاوره شهرستان آمل در سال ۱۳۹۶ که احتمال دستیابی بعدی به آن‌ها وجود داشت. از جامعه آماری موردنظر، به روش نمونـه‌گیـری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و سپس به‌صورت تصـادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) قـرار گرفتنـد. ایـن تعداد آزمودنی به دلیل اینکه در روش پـژوهش نیمـه آزمایشـی حداقل حجم نمونه باید ۱۵ نفر باشد، انتخاب شد (۱۸). مـلاک-های ورود به مطالعه شامل؛ جنسیت مؤنث، رده سنی بین ۲۰ تـا ۴۰ سال، عدم ابتلا بـه اخـتلالات روان‌پزشـکی، عـدم مصـرف داروهای روان‌پزشکی، دارای تجربه شکست عاطفی. ملاک‌های خروج شامل؛ عدم علاقه‌مندی آزمودنی بـه تکمیـل پرسشـنامه، عدم تکمیل یک یا چند سـؤال از پرسشـنامه و عـدم شـرکت ۲ جلسه یا بیشتر در برنامه مداخلـه هیپنـوتیزم درمـانی بـود. ابـزار پژوهش در ذیل مطرح‌شده‌اند:

پرسشنامه آسیب عاطفی: این پرسشـنامه توسـط راس (۱۹۹۹)، تهیه شد و شامل ۱۰ سؤال ۴ گزینـه‌ای اسـت و نقطـه برش آن ۲۰ است. ایـن پرسشـنامه میـزان آشـفتگی جسـمانی، هیجانی، شناختی و رفتاری را ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری به این صورت است که هر سؤال از ۰ تا ۳ نمره می‌گیرد و فقط سؤالات ۱ و ۲ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. بعد از امتیازدهـی به سؤالات، جمع نمرات به‌عنـوان وضـعیتی از نشـانگان ضـربه عشـق در نظـر گرفتـه مـی‌شـود (۱۹). در پـژوهش توسـلی و همکاران، پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دانشجویان ۰/۶۷ به دسـت آمـد (۲۰). پایـایی و روایـی ضـریب همسانی درونی (ضریب آلفـا) در پـژوهش اکبـری و همکـاران، ۰/۸۱ محاسبه گردید (۲۱). همچنین در پـژوهش حاضـر پایـایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد.

مقیاس عاطفه مثبت و منفی: مقیاس کوتاه شده عاطفه مثبت و منفی پانـاس، شـادمانی و لـذت را مـی‌سـنجد. مقیـاس PANAS شامل ۲۰ ماده خود گزارش است که شـدت عاطفـه مثبت و منفی فرد را می‌سنجد. ۱۰ ماده عاطفه مثبت و ۱۰ مـاده عاطفه منفی را می‌سنجد (۲۲). سنجش عاطفـه مثبـت و منفـی توسط طیف لیکرت پنج نقطه‌ای از ۱ (به‌هیچ‌وجـه) تـا ۵ (بسـیار زیاد) توسط آزمودنی‌ها رتبه‌بندی می‌شود و دامنه‌ی نمرات برای

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.3.7]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.300]

هر رده مقیاس از ۱۰ تا ۵۰ است. واتسون و همکاران (۱۹۸۸) اعتبار PANAS را از بررسی رابطه میان زیر مقیاس عاطفه مثبت با دیگر مقیاس‌های عاطفه مثبت (rs=۵۰ تا rs=۰/۹۰) به دست آورد (۲۲). در ایران هم پایایی و روایی این مقیاس توسط بساک‌نژاد، امینی و هاشمی شیخ‌شبانی (۱۳۹۲)، محاسبه گردید. آن‌ها ضریب پایایی را به روش آلفای کرونباخ محاسبه کردند و برای عاطفه مثبت ۰/۸۸ و برای عاطفه منفی ۰/۸۷ به دست آوردند. همچنین روایی ملاک این مقیاس هم به‌وسیله همبستگی خرده مقیاس عاطفه منفی با سیاهه افسردگی بک ۰/۵۸ و همبستگی خرده مقیاس عاطفه مثبت با این پرسشنامه ۰/۳۶- و همبستگی خرده مقیاس عاطفه منفی با خرده مقیاس اضطراب آشکار مقیاس اضطراب آشکار- پنهان کتل ۰/۵۱ و همبستگی خرده مقیاس عاطفه مثبت با مقیاس اضطراب آشکار ۰/۳۵- به دست آمد (۲۳). همچنین پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد.

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (GSE-10):

پرسشنامه باورهای خودکارآمدی عمومی توسط شوآرتزر و جروسلم (۱۹۹۵) ساخته شد و دارای ۱۰ سؤال است. این مقیاس دارای دو خرده مقیاس جداگانه خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی اجتماعی بود که در سال (۱۹۸۱) به یک مقیاس ۱۰ گویه‌ای کاهش یافت و تاکنون به ۲۸ زبان دیگر برگردانده شده است (۲۴). این مقیاس دارای طیف لیکرت چهارگزینه‌ای با دامنه‌ی ۱ تا ۴ است که کمینه و بیشینه نمره آن ۱۰ و ۴۰ است (۲۵). شوآرتزر و هالوم (۲۰۰۰)، ضریب روایی مقیاس باورهای خودکارآمدی عمومی را با سبک اسنادی خوش‌بینانه، در گروهی از دانشجویان ۰/۴۹ و با ادراک چالش در موقعیت‌های فشارزا ۰/۴۵ و برای آموزگاران با خودتنظیمی ۰/۵۸ به دست آوردند که همگی ضرایب معنادار بود (۲۵). این مقیاس توسط نظامی و همکاران در سال ۱۹۹۶ به فارسی ترجمه شد و پژوهش‌های مختلفی به بررسی پایایی و روایی این مقیاس در ایران پرداختند که ازجمله دلاور و همکاران (۱۳۹۲)، پایایی این مقیاس را توسط همسانی درونی برای کل آزمودنی‌ها ۰/۸۷ به دست آوردند و اظهار داشتند که مقیاس GSE برای کارکنان دانشگاه یک مقیاس تک عاملی است و از اعتبار و پایایی رضایت بخشی برخوردار است (۲۶). همچنین پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

برنامه مداخله هیپنوتراپی: برنامه هر جلسه هیپنوتیزم درمانی بر اساس هیپنوتراپی رابرتسون (۱۲)، تدوین گردید. برنامه مداخله هیپنوتراپی در ۸ جلسه، هر هفته یک جلسه و به مدت ۲ ساعت طبق جدول ۱ انجام شد.

جلسه‌ی اول: آشنایی با بیمار و گرفتن شرح‌حال از گذشته و سابقه شکست عاطفی بیمار، تکمیل پرسشنامه‌ها و تکمیل فرم رضایت آگاهانه توسط مراجع.

جلسه‌ی دوم: القای تکنیک‌های آرامش‌بخش و مؤثر هیپنوتراپی و ارائه تفکرات مثبت به بیمار که موجب ظهور افکار مثبت فرد نسبت به خویش و آینده می‌گردد.

جلسه‌ی سوم: مرور محتوای جلسه قبل، ارائه تکنیک‌های آرامش‌بخش خود هیپنوتیزمی، گسترش آگاهی در ارتباط با ساخت‌های شناختی و ارائه تلقینات مثبت درمانی و در پایان بیرون آمدن از خلسه هیپنوتیزمی، بحث در مورد تجربیات خلسه هیپنوتیزمی و ارائه تکالیف خانگی در مورد تمرین تکنیک‌های آرامش‌بخش و تلقینات و افکار مثبت.

جلسه‌ی چهارم: مرور محتوای جلسه قبل و بررسی تکالیف، ارائه مدل هیپنوتیزمی شناختی به‌صورت هشیار و گسترش آگاهی و تلقینات مثبت شناختی و آموزش آینده‌نگری مثبت با رویکرد حذف آثار شکست عاطفی و ارائه تکالیف خانگی.

جلسه‌ی پنجم: مرور محتوای جلسه قبل و بررسی تکالیف، ارائه مدل هیپنوتراپی شناختی با تلقینات مثبت شناختی و ارائه تکالیف خانگی.

جلسه‌ی ششم: مرور محتوا و بررسی تکالیف جلسه قبل، ارائه هیپنوتراپی شناختی در رابطه با کاهش هیجانات آشفته‌ساز منفی و ارائه تلقین جهت افزایش هیجانات مثبت و ارائه تکالیف خانگی.

جلسه‌ی هفتم: مرور محتوا و بررسی تکالیف جلسه قبل، ارائه هیپنوتراپی شناختی در رابطه با افزایش اعتمادبه‌نفس و خودکارآمدی، روابط مثبت با دیگران و ارائه تکالیف خانگی.

جلسه‌ی هشتم: مرور محتوا و بررسی تکالیف جلسه قبل، مرور تمامی جلسات و مهارت‌های قبل از آموزش داده‌شده در هیپنوتراپی شناختی، ارائه تلقینات مثبت هیپنوتراپی و آموزش و توانمندسازی فرد برای رویارویی با افکار مرتبط با شکست عاطفی، بحث در مورد مزایا و معایب آموزش بعد از اتمام جلسه هیپنوتراپی شناختی، تکمیل پرسشنامه‌ها توسط مراجع.

برای اجرای پژوهش، تمامی آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون، به همه‌ی گویه‌های پرسش‌نامه‌های آسیب عاطفی راس (۱۹۹۹)،

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.3.7]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.300]

عاطفه مثبت و منفی (۱۹۸۸) و خودکارآمدی (۱۹۹۵) و سؤال-های مرتبط با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی به‌عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند، سپس آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته به‌صورت هفتگی تحت مداخله هیپنوتراپی قرار گرفتند ولی گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. بعد از اجرای جلسات مداخله طبق پروتکل زیر، هردو گروه آزمایش و گواه مجدداً پرسشنامه‌های عاطفه مثبت و منفی و خودکارآمدی را به‌عنوان پس‌آزمون پاسخ دادند. همچنین پس از گذشت یک ماه از اجرای پس‌آزمون، جهت بررسی میزان تداوم نتایج پژوهش، آزمون پیگیری بر روی گروه آزمایش اجرا شد. همچنین مسائل اخلاقی رعایت شده در پژوهش شامل؛ دریافت رضایت‌نامه اختیاری از آزمودنی‌ها، آزمودنی‌ها اجازه داشتن هر موقع که توانایی ادامه در برنامه مداخله را نداشتن از ادامه شرکت در برنامه خودداری کنند و همچنین اطلاعات مربوط به آزمودنی‌ها به‌صورت کاملاً محرمانه حفظ شد. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. در خصوص آمار توصیفی، از انواع شاخص‌های آمار توصیفی نظیر جداول فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. برای بررسی چگونگی توزیع داده‌های هر متغیر، از آزمون غیر پارامتریک شاپیرو- ویلک استفاده شد. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های تحقیق از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و تعقیبی بونفرونی، در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۵ استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه نشان داده‌شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه آزمایش		گروه گواه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سن	۲۷/۵۰	۴/۲۹	۲۶/۶۵	۴/۲۰
مدت رابطه (ماه)	۱۸/۲۵	۵/۵۴	۱۳/۹۵	۴/۶۰
مدت خاتمه رابطه (ماه)	۳/۹۰	۲/۲۰	۶/۱۰	۳/۶۰

طبق اطلاعات جدول ۱، میانگین سنی مراجعین گروه آزمایش (۵۰/۲۹±۲۷/۴) سال و گروه گواه (۶۵/۲۰±۲۶/۴) سال بود. همچنین میانگین مدت رابطه در گروه آزمایش (۲۵/۵۴±۱۸/۵) ماه و میانگین مدت خاتمه رابطه در این گروه (۹۰/۲۰±۳/۲) ماه بود و میانگین مدت رابطه و در گروه گواه (۹۵/۶۰±۱۳/۴) ماه و مدت خاتمه رابطه در این گروه (۱۰/۶۰±۶/۳) ماه بود.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی متغیرهای موردمطالعه و نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	مرحله	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		F	p	مجذور اتا	توان آماری
	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد				
عاطفه مثبت	آزمایش	۱۳/۹۳	۲/۹۶	۲۰/۶۷	۳/۹۷	۱۹/۰۰	۲/۵۶	۶/۶۹	*<۰/۰۰۱	۰/۲۰۵	۱/۰۰
	گواه	۱۵/۹۳	۳/۸۱	۱۶/۴۰	۳/۱۱	۱۶/۲۰	۲/۷۵				
عاطفه منفی	آزمایش	۱۳/۹۳	۴/۲۵	۱۰/۵۳	۱/۸۱	۱۱/۴۰	۲/۴۴	۵/۵۲	*<۰/۰۰۱	۰/۱۷۵	۱/۰۰
	گواه	۱۵/۰۷	۳/۲۸	۱۴/۶۷	۳/۷۲	۱۵/۵	۱/۸				
خودکارآمدی	آزمایش	۲۶/۰۷	۴/۳۵	۳۵/۷۳	۴/۴۲	۳۴/۳۳	۳/۷۹	۸/۲۲	*<۰/۰۰۱	۰/۲۴۰	۱/۰۰
	گواه	۳۲/۴۷	۴/۹۱	۳۳/۸۷	۶/۰۰	۳۳/۵۳	۵/۶۶				

برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو- ویلک استفاده شد و نتایج نشان داد که داده‌های به‌دست‌آمده در هر دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو متغیر می‌باشد. شاخص‌های آمار توصیفی مربوط به

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.3.7]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.300]

ویژگی‌های فردی آزمودنی‌ها به همراه نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در متغیرهای عاطفه مثبت و منفی و خودکارآمدی در گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون در جدول ۲ ذکرشده است.

نتایج آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد ۸ جلسه آموزش هیپنوتراپی موجب افزایش معنادار در عاطفه مثبت ($p<۰/۰۰۱$) و خودکارآمدی ($p<۰/۰۰۱$) و کاهش معنادار عاطفه منفی ($p<۰/۰۰۱$) در گروه پیگیری به نسبت گروه گواه گردید. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی که بین زمان‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گرفته شد در جدول ۳ نشان داده شد.

جدول ۳. مقایسه دوبه‌دوی نتایج با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	مرحله	گروه آزمایش	گروه گواه
عاطفه منفی	بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون	۰/۰۰۱	۱/۰۰
	بین پیش‌آزمون و پیگیری	۰/۰۰۴	۱/۰۰
	بین پس‌آزمون و پیگیری	۰/۲۵۱	۰/۰۶۲
عاطفه مثبت	بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون	۰/۰۰۰	۰/۵۶۹
	بین پیش‌آزمون و پیگیری	۰/۰۰۰	۰/۶۲۱
	بین پس‌آزمون و پیگیری	۰/۲۰۵	۱/۰۰
خودکارآمدی	بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون	۰/۰۰۰	۰/۵۹۶
	بین پیش‌آزمون و پیگیری	۰/۰۰۰	۰/۶۳۲
	بین پس‌آزمون و پیگیری	۰/۱۰۲	۰/۵۸۰

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد در هر سه متغیر عاطفه مثبت و منفی و خودکارآمدی در گروه آزمایش و بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد اما بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار مشاهده نشد. همچنین در گروه گواه بین هیچ‌کدام از مراحل آزمون تفاوت معناداری مشاهده نگردید.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاکی از تأثیر معنادار ۸ جلسه برنامه هیپنوتراپی بر بهبود عاطفه مثبت و خودکارآمدی و کاهش عاطفه منفی در دختران دارای سابقه شکست عاطفی بود و این تأثیر معنادار در مرحله پیگیری یک‌ماهه هم تداوم داشت.

نتایج پژوهش پیرامون اثربخشی هیپنوتراپی بر عاطفه مثبت و منفی نشان داد که آموزش هیپنوتراپی بر عاطفه مثبت و منفی مؤثر است به این معنی که گروه آزمایش که تحت آموزش هیپنوتراپی قرارگرفته بودند افزایش معناداری در عاطفه مثبت و کاهش معناداری در عاطفه منفی هم در مرحله پس‌آزمون و هم پیگیری نشان دادند، درحالی‌که در گروه گواه که هیچ مداخله‌ای انجام نشده بود، تغییری مشاهده نشد. در همین راستا آناس و آخوری (۲۰۱۳)، بیان کردند که در افراد مبتلا به افسردگی عاطفه منفی بیشتر وجود دارد و در افراد معمولی عاطفه مثبت بیشتر خود را نشان می‌دهد و چون افراد با سابقهٔ شکست عاطفی دچار افسردگی می‌شوند می‌توان نتایج این دو پژوهش را همسو با هم ذکر کرد (۲۸). از سوی دیگر ابیسوتانی و همکارانش (۲۰۱۶)، بیان کردند که هیپنوتراپی در درمان دختران مبتلا به اضطراب مؤثر است که خود بیانگر اثرات مثبت هیپنوتراپی در درمان اختلالات روان‌شناختی است (۲۹).

برای یافته‌های به‌دست‌آمده سه مکانیسم را می‌توان نام برد: اول اینکه همدلی و ارتباطات عمیق انسانی موجب افزایش عواطف مثبت می‌گردد، مکانیسم دوم را می‌توان استفاده از فنون تن آرامی و خود هیپنوتیزمی بیان کرد و دلیل سوم احتمالاً در استفاده از مفاهیم عمیق وجودی در حالت هیپنوتراپی و بارور کردن هوش معنوی است که موجب دستیابی به ادراکی جدید در مقابله با عوامل تنش‌زا می‌شود (۳۰). در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان بیان کرد که روش‌های تن آرامی به دلیل ایجاد آرامش، احساس لذت‌جویی، احساس خوب بودن و فعال کردن دستگاه عصبی پاراسمپاتیک مؤثر می‌باشد. در پژوهش‌های متعددی از روش بیزاری هیپنوتیزمی استفاده‌شده و نتایج نشان‌دهنده موفقیت این روش بوده است (۲۹). فرد بعد از شکست عاطفی زمان زیادی از اختلالات خواب، خستگی مزمن، برخی موارد

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.3.7]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.300]

بی‌قراری مفرط، علائم اضطراب و افسردگی مواجه می‌شود و این علائم به‌مرور باعث آسیب روانی فرد و کاهش سلامت روان در وی می‌گردد. با هیپنوتیزم درمانی و تلقین‌های مثبت، زمینه ایجاد آرامش و کاهش مشکلات خلقی برای فرد دارای شکست عاطفی فراهم می‌شود (۳۱). همچنین در این نوع درمان، ابتدا زمینه لازم برای تن آرامی فراهم می‌شود و تلقیناتی در زمینه آرامش بیش‌تر، رفع استرس و اضطراب و عمیق‌تر شدن خلسه به سوژه‌ها داده می‌شود و با شرطی‌سازی مراجعین برای ورود به خلسه شمارش اعداد و فرمان خواب صورت می‌گیرد، پس از عمیق کردن خلسه تلقینات و تصاویر ذهنی مربوط به اثرات منفی شکست عاطفی ارائه می‌شود. به عبارتی در فرایند هیپنوتیزم درمانی با استفاده از تلقین‌های منفی به فرد کمک می‌کند تا حالات منفی از قبیل اضطراب، افسردگی را نادیده گرفته و ادراک نکند و در کنار آن با تلقینات مثبت تاب‌آوری افراد را افزایش می‌دهد (۳۲).

نتایج پژوهش پیرامون اثربخشی هیپنوتراپی بر خودکارآمدی نشان داد نتایج پژوهش نشان داد که آموزش هیپنوتراپی بر خودکارآمدی مؤثر است به این معنی که گروه آزمایش که تحت آموزش هیپنوتراپی قرار گرفته بودند افزایش معناداری در خودکارآمدی هم در مرحله پس‌آزمون و هم پیگیری نشان دادند، درحالی‌که در گروه گواه که هیچ مداخله‌ای انجام نشده بود، تغییری مشاهده نشد. بارکر و همکارانش (۲۰۱۳)، در یک مقاله مروری ابراز داشتند که هیپنوتراپی موجب بهبود خودکارآمدی در ورزشکاران می‌گردد (۱۶). بادله و همکاران (۱۳۹۲)، در پژوهشی در راستای پژوهش حاضر اظهار داشتند که هیپنوتراپی موجب افزایش معنادار عزت‌نفس دانش‌آموزان می‌گردد (۳۳). کابان (۲۰۰۴)، در پژوهش خود نشان داد که هیپنوتراپی موجب افزایش خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان می‌گردد (۳۴).

اگرچه مکانیسم تغییر رفتار ازجمله خودکارآمدی در هیپنوتراپی به‌دقت مشخص نشده است بااین‌حال ممکن است که هیپنوتراپی با افزایش اعتمادبه‌نفس و انگیزه فرد در افزایش خودکارآمدی مؤثر باشد. در این روش، فرد با جستجوی ناهشیار و ورود به حالت خلسه آماده دریافت تلقین‌های مربوط به کنترل رفتارها می‌شود. همچنین در فرایند هیپنوتراپی با استفاده از تلقین‌های مثبت و آرام‌سازی مراجعین به آنان کمک می‌شود تا به افزایش تمرکز و توجه و تنظیم شناختی بپردازند و این حال را بعد از هیپنوتیزم عملی کنند. همان‌طور که در پژوهش مشخص شد که تلقین‌های ارائه‌شده در طول هیپنوتیزم منجر به تمرکز در فرد شده و این کار منجر به افزایش خودکارآمدی در فرد دارای سابقه شکست عاطفی می‌شود (۱۶).

در تبیین این یافته می‌توان گفت که هیپنوتیزم یک رابطه مثبت و مشترک بین هیپنوتیزم‌کننده و مراجع می‌باشد و تنها از طریق رضایت فرد این فرایند روی می‌دهد. هیپنوتراپی می‌تواند با استفاده از تن آرامی بر راهبردهای مقابله با استرس و میزان استرس، سطح انگیختگی فیزیولوژیکی افراد با سابقه شکست عاطفی را تنظیم کرده و فضایی آرمش‌بخش و امیدوارکننده برای این افراد فراهم کند و موجب بهبود خودکارآمدی گردد (۳۵). همچنین با توجه به اینکه بیشتر فعالیت‌های امروزی روان‌شناسان در راستای به حداقل رساندن مشکلات روان-شناختی انجام می‌شود، توصیه به استفاده از روش‌های مدیتیشن و هیپنوتراپی که با آرام‌سازی و کنترل احساسات فردی با استفاده از آرام‌سازی روانی موجب کاهش استرس و اضطراب و افزایش خودکارآمدی و عزت‌نفس می‌شود، افزایش یافته است. تمامی این روش‌ها می‌خواهند تا حد امکان شخص را در حالتی از آرامش و بدون دغدغه‌های موجود در اطراف شخص قرار دهند (۳۶). درنهایت می‌توان گفت که هیپنوتیزم نوعی تعامل ذهن و بدن با تمرکز ویژه است و یک مرحله کلیدی است که می‌تواند سلامت فرد را تقویت کند.

به‌طورکلی می‌توان بیان کرد که هیپنوتیزم درمانی با آموزش آرمیدگی ذهنی، افزایش آگاهی، پذیرش و حساسیت‌زدایی موجب بهبود عاطفه مثبت و خودکارآمدی و کاهش عاطفه منفی در زنان با سابقه شکست عاطفی می‌شود.

هر پژوهش کاستی‌ها و محدودیت‌هایی دارد و پژوهش حاضر هم عاری از این نیست. ازجمله محدودیت‌های موجود در پژوهش حاضر به شرح زیر می‌باشد؛ ۱) در این پژوهش صرفاً از پرسشنامه استفاده شده است. به همین خاطر ممکن است در اطلاعات به‌دست‌آمده سوگیری ایجاد شده باشد؛ چراکه بعضی شرکت‌کنندگان ممکن است برای بهتر نشان دادن خود بعضی سؤالات را با سوگیری جواب دهند. ۲) محدود بودن جامعه‌ی پژوهش به شهر آمل تعمیم نتایج به سایر شهرها را با محدودیت مواجه می‌سازد. ۳) حجم نسبی آزمودنی‌ها به دلیل افزایش دقت در درمان کوچک بوده است. ۴) این مطالعه محدود به سن و جنس خاص بوده لذا برای تعمیم به سن و جنس دیگر باید رعایت احتیاط انجام پذیرد.

در انتها برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود؛ تأثیر آموزش هیپنوتراپی بر سایر متغیرهای روان‌شناختی در زنان با

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.3.7]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.300]

سابقهٔ شکست عـاطفی نیـز موردبررسـی قـرار گیـرد. همچنـین پیشنهاد می‌شود چنین پژوهشـی رو مـردان بـا سـابقهٔ شکسـت عاطفی انجام شود تا بتوان مقایسه‌ای بین این دو گـروه ازلحـاظ میزان اثر شکست عاطفی و اثربخشی درمان هیپنـوتراپی انجـام داد.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله مراتب قدردانی و سپاس خودزا از اساتید گران‌قدرم و همه‌کسانی که به نحوی در انجـام مطالعـه مـا را یـاری کردنـد، اعلام می‌نمایم. امید است نتایج این پژوهش اندکی از رنج‌هـای افراد مبتلا به شکست عاطفی را بردارد.

References

1. Pearce L. Trackless mourning: the mobilities of love and loss. cultural geographies. 2019; 26(2):163-76.
2. Baumeister RF, Leary MR. The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. Psychological bulletin. 1995; 117(3): 497.
3. Harvey JH, Miller ED, editors. Loss and trauma: General and close relationship perspectives. Psychology Press; 2000. 3-21.
4. Weisskirch RS. Abilities in romantic relationships and well-being among emerging adults. Marriage & Family Review. 2017; 53(1): 36-47.
5. Bardeen JR, Fergus TA. Emotion regulation self-efficacy mediates the relation between happiness emotion goals and depressive symptoms: A cross-lagged panel design. Emotion. 2020; 20(5): 910-925.
6. Ellis J, Brown K, Ramsay SA, Falk JM. Social cognitive theory-based cooking program for student-athletes' healthy food choices and food preparation self-efficacy. Journal of Nutrition Education and Behavior. 2016; 48(7): 26.
7. Bandura A. Theoretical perspectives. Self-efficacy: The exercise of control. 1997:1-35.
8. Munoz RT, Hellman CM, Brunk KL. The relationship between hope and life satisfaction among survivors of intimate partner violence: The enhancing effect of self efficacy. Applied research in quality of life. 2017; 12(4): 981-95.
9. Chirico A, Lucidi F, Merluzzi T, Alivernini F, De Laurentiis M, Botti G, Giordano A. A meta-analytic review of the relationship of cancer coping self-efficacy with distress and quality of life. Oncotarget. 2017; 8(22): 36800-15
10. Ghazinejad N, Asayesh MH, Bahonar F. Explanation of Cognitive Reactions in Girls with Love Trauma Syndrome: A Phenomenological Study. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ). 2020 Mar 10; 9(1): 97-106. [In Persian]
11. Ramakrishnan JL, Garside RB, Labella MH, Klimes-Dougan B. Parent Socialization of Positive and Negative Emotions: Implications for Emotional Functioning, Life Satisfaction, and Distress. Journal of Child and Family Studies. 2019; 28(12): 3455-66.
12. Young KS, Sandman CF, Craske MG. Positive and negative emotion regulation in adolescence: links to anxiety and depression. Brain sciences. 2019; 9(4): 76-90.
13. Ashby FG, Valentin VV. The effects of positive affect and arousal and working memory and executive attention: Neurobiology and computational models. 2002; 44: 245-288.
14. Riskin JD, Frankel FH. A history of medical hypnosis. Psychiatric Clinics of North America. 1994; 17(3): 601-9.
15. Plaskota M, Lucas C, Evans R, Pizzoferro K, Saini T, Cook K. A hypnotherapy intervention for the treatment of anxiety in patients with cancer receiving palliative care. International journal of palliative nursing. 2012; 18(2): 69-75.
16. Barker JB, Jones MV, Greenlees I. Using hypnosis to enhance self-efficacy in sport performers. Journal of Clinical Sport Psychology. 2013; 7(3): 228-47.
17. Chatrchi N, Shaeeri M. An Islamic Judicial Approach to Clinical Hypnotism. Clinical Phsychology & Personality. 2005;1(13): 71-78 [In Persian]

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.3.7]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.300]

18. Delavar A. Theoretical and Practical Principles of Research in the Humanities and Social Sciences. 9th ed. Tehran: Roshd Publications; 2011. pp: 1-432. [In Persian]
19. Rosse RB. The love trauma syndrome: free yourself from the pain of a broken heart. Da Capo Lifelong Books; 2007.
20. Tavasoli Z, Aghamohammadin Sherbaf HR, Sepehri Shamloo Z, Shahsavari M. Effectiveness of group Reality Therapy on love trauma syndrome and overall function of people who failed emotionally. Journal of Applied Psychology. 2018; 12(1): 83-102. [In Persian]
21. Akbari A, Khanjani Z, Azimi Z, Porsharifi H, Mahmoud M. The effectiveness of Transactional Analysis Therapy on Personality States, Self-Esteem and Clinical Symptoms of People with Emotional Breakdown. Journal Management System. 2012; 2(8): 1-21. [In Persian]
22. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. Journal of personality and social psychology. 1988; 54(6): 1063-1075.
23. bassak nejad S, Amini F, Hashemi Sheykh shabani E. Designing and Testing Causal Model of Relation between Confronting Styles and Positive and Negative Affection and Forgiveness in Students. Clinical Phsychology & Personality. 2013; 2(8): 99-108. [n Persian]
24. Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized self-efficacy scale. Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs. 1995; 1(1): 35-7.
25. Schwarzer R, Hallum S. Perceived teacher self-efficacy as a predictor of job stress and burnout: Mediation analyses. Applied psychology. 2008; 57: 152-71.
26. Delavar A, Najafi M. The psychometric properties of the general self efficacy scale among university staff. Educational Measurement. 2013; 3(12): 87-104. [In Persian]
27. Robertson, D. the practice of cognitive-behavioural hypnotherapy: A manual for evidence-based clinical hypnosis. Karnac Books. 2012.
28. Anas M, Akhouri D. Positive and negative affect in depressed and normal adults. Journal of Indian Health Psychology. 2013; 8(1): 61-8.
29. Ebesutani CK, Helmi K, Fierstein M, Taghizadeh ME, Chorpita BF. A pilot study of modular cognitive-behavioral therapy and cognitive-behavioral hypnotherapy for treating anxiety in Iranian girls. International Journal of Cognitive Therapy. 2016; 9(1): 13-37.
30. Lotfifar B, Karami A, Sharifi Daramadi P, Fathi M. Effectiveness of hypnotherapy on anxiety level. Research in Medicine. 2013; 37 (3):164-170. [In Persian]
31. Behdost P, Kargar K, Ziaaddini Z, Salimi H. The Effectiveness of Spiritual-religious Psychotherapy on Love Trauma Syndrome and Acceptance in Female Students with Love Failure. Health, Spirituality and Medical Ethics. 2019; 6(2): 45-51.
32. Vasel MY, Farhadi M, Paidar MR, Chegini AA. The Efficacy of Hypnotherapy for Ego Strengthening and Negative Self-Talk in Female Heads of Households. Sleep and Hypnosis. 2016; 18(4): 74-81.
33. Badeleh M, Fathi M, Aghamohammadian HR, Badeleh MT. The Effect of Group Cognitive Behavioral Hypnotherapy on Increasing Self-esteem of Adolescents. Journal of Research Development in Nursing & Midwifery. 2013; 10(1): 17-24. [In Persian]
34. Caban AR. Effects of hypnosis on the academic self-efficacy of first –generation college students Ma. Dissertation washington state: Dep Educ Leadersh Counsel Psychol. 2004: 1-71.
35. Fisch S, Brinkhaus B, Teut M. Hypnosis in patients with perceived stress–a systematic review. BMC complementary and alternative medicine. 2017; 17(1): 323-335.
36. Gruzelier JH. A review of the impact of hypnosis, relaxation, guided imagery and individual differences on aspects of immunity and health. Stress. 2002; 5(2): 147-63.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.3.7]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.300]