

Effectiveness of Hypnosis-Based Cognitive Behavioral Therapy on Smoking Cessation, Anxiety and Self-Efficacy

ARTICLE INFO

Article Type

Original Research

Authors

Heidaryan M.* PhD,
Rabii M.¹ PhD,
Shahidi E.² PhD,
Dowran B.¹ PhD,
Ahmadi Tahhūr Soltani M.¹ PhD

How to cite this article

Heidaryan M, Rabii M, Shahidi E, Dowran B, Ahmadi Tahhūr Soltani M. Effectiveness of Hypnosis-Based Cognitive Behavioral Therapy on Smoking Cessation, Anxiety and Self-Efficacy. Journal of Police Medicine. 2018;7(3):103-109.

*Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

¹Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

²Department of Psychotherapy, Faculty of Specialization in Cognitive-Behavioral Psychotherapy, Tolman Institute, Palermo, Italy

Correspondence

Address: Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Molla Sadra Street, Vanak Square, Tehran, Iran
Phone: +98 (83) 38211920
Fax: +98 (83) 38305014
heidaryan.maryam@yahoo.com

Article History

Received: May 21, 2017

Accepted: May 30, 2018

ePublished: June 29, 2018

ABSTRACT

Aims Smoking is one of the most important causes of premature mortality worldwide, which is one of the most avoidable factors. People who are under high stress are more likely to start smoking again. Self-efficacy in smoking cessation is one of the important psychological variables that is related to cigarette smoking and is a predictor of smoking failure and recurrence in smokers. The aim of this study was to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy based on hypnosis on smoking cessation, anxiety and self-efficacy.

Materials & Methods This semi-experimental study was carried out with pre-test, post-test and control group design in 1394. Using a non-objective sampling method, 54 policemen from Kermanshah province, Iran, were selected. Participants completed of depression, anxiety, stress scale, smoking abstinence self-efficacy scale, hypnotizability talent scale, and checklist for symptoms of mental disorders in pre-test stage. Data analysis was done in SPSS 21 using Chi-Square test, repeated measurement test and one-way covariance analysis.

Findings Hypnosis-based cognitive behavioral therapy had a significant effect on smoking cessation ($p=0.001$). The intervention group reported a lower level of anxiety in the post-test and follow up that indicated the effectiveness of interventional therapy ($p<0.01$). This therapeutic intervention was statistically significant in increasing self-efficacy ($F(1,51)=4.56$; $p<0.05$).

Conclusion Hypnosis-based cognitive behavioral intervention is effectiveness on smoking cessation and self-efficacy increasing which also reduces the amount of anxiety of military forces.

Keywords Cognitive Behavioral Therapy; Hypnosis; Smoking Cessation; Anxiety; Self Efficacy

CITATION LINKS

[1] The epidemiology of smoking ... [2] Association between smoking and mental ... [3] DSM criteria for tobacco use disorder and tobacco ... [4] Health-Related Behaviors in Young Military ... [5] Alcohol, tobacco and drug use in Swiss ... [6] The Impact of Military Service on Young ... [7] Smoking behavior of Greek warship ... [8] Smoking prevalence in military men ... [9] Smoking in young military men: attitudes ... [10] Tobacco use and the United States military ... [11] Current challenges in tobacco ... [12] Effect of cigarette smoking on human ... [13] Progression from a smoking lapse to relapse: prediction ... [14] The diagnosis of a smoking-related disease is a prominent ... [15] Is smoking associated with depression and anxiety ... [16] Task Force 3: Patterns of smoking ... [17] Stages of change versus addiction: a replication ... [18] Correlates of smoking cessation self-efficacy ... [19] Understanding self-efficacy for alcohol ... [20] Behavioral tobacco cessation treatments ... [21] Current issues in behavioral and pharmacological ... [22] Immediate antecedents of cigarette smoking ... [23] Negative affect and smoking lapses: a prospective ... [24] Cognitive-behavioral therapy to promote ... [25] Nicotine replacement therapy for smoking ... [26] Contemporary behavior ... [27] Hypnosis decouples cognitive control from ... [28] Increased cerebral functional ... [29] Cognitive ... [30] Cognitive development ... [31] Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral ... [32] Smoking cessation and stress management ... [33] Hypnosis in ... [34] History of depression and smoking ... [35] Psychological tests: Personality and ... [36] Construction and validation of smoking ... [37] Standardization of mental disorders symptoms checklist 90 revised ... [38] Gender-related differences in hypnosis-based treatments for smoking: a follow-up ... [39] Performance by gender in a stop-smoking program combining ... [40] Predictors of smoking abstinence following ... [41] Descriptive outcomes of the American Lung ... [42] Essentials of clinical hypnosis: An evidence-based ... [43] Hypnotherapy for smoking ... [44] Assessing the immediate and maintained effects of hypnosis ... [45] Effectiveness of Hypnotherapy on Self-concept ... [46] Hypnosis and daycase ... [47] Hypnosis to manage distress related ... [48] Quitting activity and tobacco brand ... [49] Pain affect encoded in human anterior ... [50] Hypnosis decouples cognitive ...

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر هیپنوتیزم بر شاخص ترک سیگار، اضطراب و خودکارآمدی

مریم حیدریان * PhD

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌اله (ع)، تهران، ایران

مهدی ربیعی PhD

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌اله (ع)، تهران، ایران

عنایت‌اله شهیدی PhD

گروه روان‌درمانی، دانشکده تخصصی روان‌درمانی شناختی- رفتاری، انستیتو تولمن، پالرمو، ایتالیا

بهناز دوران PhD

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌اله (ع)، تهران، ایران

محسن احمدی ظهورسلطانی PhD

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌اله (ع)، تهران، ایران

چکیده

اهداف: استعمال دخانیات به عنوان یکی از مهم‌ترین علل مرگ‌ومیر زودرس در سراسر جهان است که در عین حال یکی از قابل اجتناب‌ترین عوامل محسوب می‌شود. افرادی که تحت استرس زیاد هستند، برای شروع مجدد سیگار مستعدترند. احساس خودکارآمدی در ترک سیگار یکی از متغیرهای مهم روان‌شناختی است که با مصرف سیگار ارتباط دارد و از عوامل پیش‌بینی‌کننده ترک موفق سیگار و عود مجدد در افراد سیگاری است. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر هیپنوتیزم بر ترک سیگار، اضطراب و خودکارآمدی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل در سال ۱۳۹۴ انجام شد. با استفاده از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی هدفمند، ۵۴ نفر از کارکنان نیروی انتظامی استان کرمانشاه انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان در پیش‌آزمون پرسش‌نامه‌های مقیاس افسردگی- اضطراب- استرس، مقیاس خودکارآمدی پرهیز از سیگار، مقیاس استعداد هیپنوتیزم‌پذیری پایفرو و چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی را تکمیل نمودند. تجزیه و تحلیل داده‌ها در قالب نرم‌افزار SPSS 21 و با استفاده از آزمون کای‌دو، آزمون اندازگیری مکرر و تحلیل کوواریانس یک‌عاملی انجام شد.

یافته‌ها: درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر هیپنوتیزم بر ترک سیگار اثربخشی معناداری داشت ($p=0/001$). گروه مداخله در پس‌آزمون و پیگیری سطح اضطراب کمتری را گزارش دادند که نشانگر اثربخشی مداخله درمانی بود ($p<0/01$). معنادار نبود تفاوت میزان اضطراب در مراحل پس‌آزمون و جلسات پیگیری به معنای ماندگاری مداخله بود. نتایج بررسی این نتایج حاکی از آن بود که مداخله CBH بر افزایش خودکارآمدی به لحاظ آماری معنادار بود ($p<0/05$; $F(1,51)=4/057$).

نتیجه‌گیری: مداخله درمانی شناختی- رفتاری مبتنی بر هیپنوتیزم بر ترک سیگار و افزایش شاخص خودکارآمدی اثربخش است و باعث کاهش میزان اضطراب نیروهای نظامی نیز می‌شود.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی- رفتاری، هیپنوتیزم، ترک سیگار، اضطراب، خودکارآمدی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۲/۳۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۰۹

*نویسنده مسئول: heidaryan.maryam@yahoo.com

مقدمه

استعمال دخانیات به عنوان یکی از مهم‌ترین علل مرگ‌ومیر زودرس در سراسر جهان است که در عین حال یکی از قابل اجتناب‌ترین عوامل محسوب می‌شود [۱]. با کاهش سطح نیکوتین خون، فرد سیگاری دچار افزایش اشتیاق به مصرف سیگار و احساس بی‌قراری، عصبانیت، بداخلاقی و کاهش تمرکز و ضربان

قلب می‌شود [۲]. وابستگی به نیکوتین بر اساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) عبارت است از یک الگوی غیرانطباقی از مصرف سیگار در یک دوره زمانی حداقل ۶ ماه که همراه با علائم ترک و تحمل می‌باشد. نیکوتین در زیرمجموعه اختلالات اعتیادی و مصرف مواد طبقه‌بندی شده است [۳]. آمار رسمی منتشرشده‌ای در ایران در رابطه با میزان مصرف سیگار در میان نظامیان وجود ندارد. آمار مصرف سیگار در نظامیان خارج از کشور مانند آمریکا [۴]، سوئیس [۵]، نروژ [۶]، یونان [۷]، ترکیه [۸] و اسپانیا [۹] نشان می‌دهد، بیش از ۵۰٪ نظامیان سیگار مصرف می‌کنند که این آمار در ترکیه و اسپانیا، بیش از ۶۰٪ گزارش شده است. مطالعات نشان داده‌اند که قدرت بدنی نظامیان سیگاری در مقایسه با غیرسیگاری‌ها کمتر بوده و میزان غیبت از تمرینات نظامی در این افراد بیشتر است. در مجموع، سالانه ۱/۵ بلیون دلار هزینه مصرف سیگار و بیماری‌های وابسته به آن در ارتش آمریکا ذکر شده است؛ از این رو طرح ملی ترک سیگار در نیروهای نظامی آمریکا اجرا می‌شود [۱۰].

برآورد سازمان جهانی بهداشت این است که در سال ۲۰۳۰ تعداد مرگ ناشی از مصرف سیگار به فراتر از ده میلیون نفر می‌رسد و به دلیل اینکه نیمی از این موارد مرگ در افراد میانسال و مولد جامعه روی می‌دهد، باعث کاهش ۲۰ الی ۲۵ سال از عمر افراد ۶۵-۳۵ ساله می‌شود. در این میان ترک سیگار می‌تواند باعث پیشگیری از مرگ میلیون‌ها مرگ زودرس و کمک به حفظ میلیون‌ها سال زندگی شود [۱۱]. تحقیقات متعددی نشان می‌دهند که افراد سیگاری در مقابل بیماری‌های ریوی، گوارشی و انواع سرطان، شدیداً آسیب‌پذیر هستند و کشیدن سیگار، افزون بر زیان‌های جسمی و روانی، زمینه‌ساز ابتلای افراد به سوءمصرف مواد نیز است و باعث ایجاد برخی تغییرات در چهره و ظاهر افراد می‌شود. تماس مداوم دود سیگار با دندان‌ها باعث زردی و فاسد شدن آنها می‌شود؛ همچنین ریزش یا سفیدی موها زودتر از موعد، چین و چروک بسیار بر دست‌ها و لاغری بیش از حد نیز ایجاد می‌شود. معمولاً همسران افراد سیگاری پس از مدتی نمی‌خواهند فرد مقابل را به عنوان همسر خود به جامعه و دوستانشان معرفی نمایند [۱۲]. توفیق در ترک سیگار یک مسئله و تداوم ترک و جلوگیری از عود مجدد یک مشکل مهم است. مروری بر تحقیقات مرتبط نشان می‌دهد عوامل روان‌شناختی بسیاری زمینه‌ساز بازگشت و مصرف مجدد سیگار پس از ترک موفق هستند. بین هیجانات منفی مانند اضطراب، افسردگی و مصرف سیگار و همچنین عود مجدد پس از ترک رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد [۱۳]. عوامل مرتبط با ترک سیگار را می‌توان به ابعاد شخصی، اجتماعی و محیطی طبقه‌بندی کرد [۱۴]. افرادی که تحت استرس زیاد هستند، برای شروع مجدد سیگار مستعدترند [۱۵]، [۱۶]. به همین دلیل متغیر اضطراب نیز در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. احساس خودکارآمدی در ترک سیگار یکی از متغیرهای مهم روان‌شناختی است که با مصرف سیگار ارتباط دارد و از عوامل پیش‌بینی‌کننده ترک موفق سیگار و عود مجدد در افراد سیگاری است [۱۷]، [۱۸]. مطالعه‌ای با یک ماه پیگیری نشان داده که خودکارآمدی، اولین عامل پیش‌بینی‌کننده ترک سیگار است [۱۹].

تاکنون روش‌های درمانی مختلف پزشکی و روان‌شناختی برای کمک به ترک سیگار ارائه شده است، که می‌توان به درمان‌های پزشکی مانند وارنیکلین، کلونیدین، نورترپیتلین، مداخلات روان‌شناختی، طب سوزنی و روش‌های درمانی جایگزین نیکوتین به صورت چسب، آدامس و اسپری اشاره کرد. علی‌رغم اینکه میزان

نشان می‌دهند، نتایج مداخله با ۲ روش درمانی هم‌زمان، در مقایسه با یک روش درمانی تأثیرگذارتر است [۳۲]. کمک به افراد سیگاری به‌ویژه نیروهای انتظامی که در تماس مستقیم با اقشار مختلف جامعه به عنوان حافظان منافع ملی و امنیت کشور هستند، بسیار حائز اهمیت است. با توجه به اینکه شرایط شغلی نظامیان به گونه‌ای است که از تلقین‌پذیری بیشتری برخوردارند [۳۳]، به منظور دستیابی به یک مداخله کارآمدتر برای ترک سیگار در نیروهای نظامی از هیپنوتیزم درمانی شناختی- رفتاری می‌توان استفاده نمود. این مداخله درمانی غیردارویی مؤثر می‌تواند به عنوان یک برنامه درمانی ملی در کمک به افراد نظامی که تمایل به ترک سیگار دارند، مورد استفاده قرار گیرد. هدف از این پژوهش بررسی میزان اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر هیپنوتیزم بر ترک سیگار، اضطراب و شاخص خودکارآمدی بود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل که ویژگی‌های تحقیقات بنیادی و کاربردی را داراست در نیروهای انتظامی استان کرمانشاه در سال ۱۳۹۴ انجام شد. برای تعیین حجم نمونه و روش نمونه‌گیری با توجه به اینکه ماهیت پژوهش به گونه‌ای بود که تهیه لیست افراد سیگاری امکان‌پذیر نبود، از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی هدفمند استفاده شد. پس از اخذ مجوزهای لازم با استفاده از فراخوان، ۵۸ نفر که سیگار مصرف می‌نمودند و تمایل به ترک داشتند، اعلام آمادگی کردند. بر اساس معیارهای ورود و خروج، در نهایت، ۵۴ نفر از این افراد به‌صورت تصادفی در ۲ گروه ۲۷ نفره جایگزین شدند. ازجمله معیارهای ورود این بود که آزمودنی‌ها حداقل در ۶ ماه گذشته سیگار مصرف کرده باشند (بیشتر از ۵ عدد سیگار در روز)، میزان هیپنوتیزم‌پذیری حداقل حد متوسط باشد، همزمان با تحقیق از روش‌های دیگر ترک استفاده نکرده باشند و به بیماری روان‌شناختی حادی مبتلا نباشند. این غربالگری با استفاده از آزمون SCL-90-R برای تشخیص بیماری‌های روان‌شناختی انجام شد. سیگاری‌های افسرده به پژوهش وارد نشدند زیرا تحقیقات نشان می‌دهد، سیگاری‌های افسرده شانس موفقیت کمتری در ترک سیگار دارند [۳۴]. معیارهای خروج نیز شامل مصرف مواد مخدر و الکل بود. به منظور گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه محقق‌ساخته مربوط به اطلاعات دموگرافیک نمونه‌ها، مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS)، مقیاس خودکارآمدی پرهیز از سیگار با هدف ارزیابی میزان برآورد موفقیت در ترک سیگار از نظر خود شرکت‌کنندگان، پرسش‌نامه استعداد هیپنوتیزم‌پذیری پایفر با هدف تعیین میزان هیپنوتیزم‌پذیری و چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-90-R) با هدف مشخص‌نمودن عدم اختلال روانی حاد و خاص، استفاده شد.

پرسش‌نامه محقق‌ساخته مربوط به اطلاعات دموگرافیک: این پرسش‌نامه شامل اطلاعاتی مانند سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، تعداد سیگارهای مصرفی در روز و تعداد دفعات ترک بود. **مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS):** کاربرد مهم این مقیاس اندازه‌گیری شدت نشانه‌های اصلی افسردگی، اضطراب و استرس است. هریک از سؤالات این پرسش‌نامه دارای گزینه‌های اصلاً، کم، متوسط و زیاد است که کمترین امتیاز هر سؤال، صفر و بیشترین آن، ۳ است. از آنجایی که این پرسش‌نامه، فرم کوتاه ۲۱ سؤالی است، هریک از نمرات در ۲ ضرب می‌شوند. روایی و

موفقیت درمان‌های روان‌شناختی ترک سیگار، بیشتر از مداخلات دارویی است، اما نتایج منتشرشده این تحقیقات کم‌رنگ است؛ زیرا کمپانی‌های داروسازی برای انتشار تحقیقات خویش سرمایه‌گذاری بیشتری دارند و این در حالی است که انتشار تحقیقات استاندارد در زمینه مداخلات روان‌شناختی نسبت به پژوهش‌های دارویی با مشکلات بیشتری روبه‌رو است [۲۰، ۲۱]. مداخلات روان‌شناختی به این دلیل در کمک به افراد سیگاری مؤثر است که افراد سیگاری نه‌تنها وابستگی فیزیولوژیک به نیکوتین دارند، که این علایم را می‌توان با دارو کنترل کرد، بلکه وابستگی روان‌شناختی و رفتاری هم به سیگار دارند [۲۲]. در کمک به افراد سیگاری برای ترک، نتایج تحقیقات منتشرشده زیادی نشان می‌دهد که صرفاً داروها و روش‌های جایگزین نیکوتین، نمی‌تواند روش‌های ترک پایدار برای افراد سیگاری باشند. فرد سیگاری نمی‌تواند افکار یا رفتارهای سال‌های متمادی خود را به راحتی تغییر دهد؛ مانند سیگارکشیدن پس از بیدارشدن از خواب، پس از روزنامه خواندن یا صرف غذا [۲۵-۲۳]. مداخلات روان‌شناختی در ترک سیگار شامل مداخلات شناختی- رفتاری (CBT)، به معنای طیف درمان‌هایی که با هدف تغییر شناخت و رفتار انجام می‌گیرد و هیپنوتراپی بالینی است [۲۶].

درحال حاضر هیپنوتیزم را نوعی فعالیت طبیعی ذهن به‌نحی که می‌دانند که از طریق آن توجه متمرکز شده و قضاوت انتقادی به‌طور نسبی تعلیق می‌شود و آگاهی از محیط کاهش می‌یابد [۲۷]. در هیپنوتیزم به دلیل انعطاف‌پذیر شدن جسم و ذهن امکان اثرگذاری بر آن هم بیشتر می‌شود. همان‌گونه که فلزات سخت را پس از ذوب‌کردن می‌توان به هر فرم دلخواه تغییر دهیم، ذهن انعطاف‌یافته نیز آسان‌تر قابل تغییر خواهد بود. در شرایط خلسه هیپنوتیکی، به دلیل پذیرا بودن و انعطاف‌پذیر بودن ذهن اثرات تلقین چندین برابر بیشتر از اثرات آن در زمان بیداری است [۲۸]. هیپنوتیزم در سایت انجمن روان‌شناسان آمریکا این‌گونه تعریف شده است: "هیپنوتیزم یک تکنیک درمانی است که با ایجاد تلقینات آرامش و تمرکز طراحی شده است. اگرچه هیپنوتیزم بحث‌برانگیز است اما بیشتر درمانگران بالینی هم‌اکنون اتفاق نظر دارند که این روش به‌طور قوی و مؤثری می‌تواند در درمان طیف گسترده‌ای از اختلالات مانند درد، اضطراب و اختلالات خلقی تأثیرگذار باشد. هیپنوتیزم همچنین در ترک عادات مانند ترک سیگار می‌تواند به افراد کمک کند" [۲۷]. هیپنوتراپی هم‌اکنون با ۴ مدل روان‌پویایی، اریکسونی، تحولی- شناختی و شناختی- رفتاری مورد استفاده قرار می‌گیرد [۲۹].

در این پژوهش از مداخله درمانی شناختی- رفتاری استفاده شد. در واقع مکانیسم اثرگذاری روان‌شناختی هیپنوتراپی شناختی- رفتاری (CBH) مانند CBT است و این در حالی است که تعلیق تفکر انتقادی در حالت هیپنوتیزی بیمار را تلقین‌پذیر می‌کند تا گفتگوهای متقاعدکننده درمان CBT را بپذیرد [۳۰]. آرون‌تی‌بک در دیباچه کتاب هیپنوتراپی شناختی اثر توماس/دود می‌نویسد، "تلفیق شناخت درمانی و هیپنوتیسم، شناخت درمانی را یک قدم به جلو برد. ادغام شناخت درمانی و هیپنوتراپی دانش و عمل را به شیوه‌های تأثیرگذار تلفیق کرده است" [۲۹]. کبرچ و همکاران، در یک فراتحلیل از ۱۸ مطالعه که درمان CBT را با و بدون هیپنوتیسم مقایسه کرده‌اند، دریافته‌اند که بهبودی مراجعانی که درمان CBT را به همراه هیپنوتیسم دریافت کرده‌اند، ۷۰٪ بیشتر از مراجعانی است که تنها CBT دریافت کرده‌اند [۳۱]. چنانچه پژوهش‌ها نیز

اعتبار این پرسش‌نامه در ایران توسط سامانی و جوکار در سال ۱۳۸۶، مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار بازآزمایی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۷۶، ۰/۷۷ و ۰/۷۷ به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش نموده‌اند. در بررسی روایی این مقیاس از شیوه آماری تحلیل عاملی از نوع تأییدی و به روش مؤلفه‌های اصلی مورد استفاده قرار گرفته است. هریک از خرده‌مقیاس‌ها شامل ۷ سؤال است [۳۵].

مقیاس خودکارآمدی پرهیز از سیگار: این مقیاس ۱۳ آیتم دارد. ضریب آلفای کرونباخ و روایی این مقیاس به ترتیب ۰/۹۶ و ۰/۸۸ گزارش شده است. در این ابزار از افراد سیگاری خواسته می‌شود، اعتماد به توانایی خود در جلوگیری از تدخین سیگار را در هر موقعیتی مشخص سازند. افراد پاسخ خود را به هر عبارت با استفاده از یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱ امتیاز) تا کاملاً موافقم (۵ امتیاز) درجه‌بندی می‌کنند و نمره بالاتر مبین خودکارآمدی بالاتر است. این ابزار ۲ بعد را می‌سنجد: محرک‌های درونی یا عوامل درون‌فردی و فیزیولوژیکی با ۶ گویه و محرک‌های بیرونی یا عوامل اجتماعی که نیز با ۶ گویه سنجش می‌شوند. همچنین، روایی صوری، محتوایی و ملاکی این پرسش‌نامه تأیید شده است [۳۶].

پرسش‌نامه استعداد هیپنوتیزم‌پذیری پایفر: امتیازبندی این پرسش‌نامه با ۱۰ سؤال، بین صفر تا ۱۰ است. نمره صفر تا ۲، افرادی هستند که به سختی هیپنوتیزم می‌شوند (۱۰٪ مردم). نمره ۸ الی ۳ افرادی را شامل می‌شوند که متوسط یا خیلی خوب هیپنوتیزم می‌شوند (۸۰٪). نمره ۹ و ۱۰ نیز شامل افرادی است که سوژه‌های هیپنوتیزمی بسیار خوبی هستند [۳۳].

چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-90-R): این آزمون ۹۰ سؤالی برای ارزشیابی علایم روانی است که به‌وسیله مراجع گزارش می‌شود. نمره‌های به‌دست‌آمده از SCL-90-R، بیانگر ۹ بُعد از نشانه‌های بیماری و ۳ شاخص کلی است. اعتبار چک‌لیست با استفاده از ضرایب همسانی درونی و بازآزمایی با روش آلفای کرونباخ و همبستگی پیرسون به ترتیب ۰/۹۸ و ۰/۸۲ به‌دست آمده است. روایی چک‌لیست نیز با روش تحلیل عاملی بررسی شده است [۳۷]. این برنامه درمانی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد. قبل از شروع جلسات، از تمامی شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی در خصوص انجام روش‌های درمانی ازجمله هیپنوتیزم اخذ شد. همچنین درخصوص هدف برگزاری جلسات، تعداد جلسات و قوانین جلسات گروهی به شرکت‌کنندگان توضیحات لازم ارائه شد. در مرحله پیش‌آزمون، شرکت‌کنندگان مقیاس خودکارآمدی ترک سیگار را تکمیل نمودند. قبل از جلسه پنجم نیز این آزمون تکرار شد تا تغییرات میزان خودکارآمدی ترک سیگار پس از ۴ جلسه مورد ارزیابی قرار گیرد. در پایان جلسات درمانی، تعداد افرادی که موفق به ترک شده بودند و همچنین میزان اضطراب شرکت‌کنندگان مورد ارزیابی قرار گرفت. پس از گذشت یک ماه و ۳ ماه نیز همین متغیرها مورد ارزیابی مجدد قرار گرفت. به منظور بررسی میزان ترک سیگار در گروه کنترل و گروه تحت مداخله CBH، از آزمون مجذور کای و به منظور بررسی اثربخشی درمان CBH در کاهش اضطراب شرکت‌کنندگان از آزمون اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. از آزمون تحلیل کوواریانس یک عاملی نیز جهت بررسی تفاوت میان گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر مقیاس خودکارآمدی استفاده شد. داده‌ها در قالب نرم‌افزار SPSS 21 تجزیه و تحلیل شدند.

جدول (۱) اهداف و محتوای جلسات درمانی

اهداف	محتوا
جلسه اول: آماده‌شدن اعضا برای ترک	۱-خوش‌آمدگویی به شرکت‌کنندگان، ۲-معارفه، ۳-ارائه توضیحاتی راجع به فرآیند و قوانین مشاوره گروهی، ۴-اهمیت و لزوم ترک سیگار (ایجاد انگیزه)، ۵-آشنایی با فرآیند ترک سیگار و نشانه‌های ترک، ۶-مروری بر تلاش‌های اعضا برای ترک در گذشته، ۷-ارائه توضیحاتی راجع به منطق درمان (هیپنوتیزم و هیپنوتیزم‌درمانی)
جلسه دوم: تعیین تاریخ ترک و آمادگی‌های لازم	۱-ارائه توضیحاتی راجع به فرآیندهای شناختی و خودگویی‌های درونی بر احساسات و رفتار، ۲-بحث گروهی راجع به تغییر سبک زندگی و آمادگی برای روز ترک، ۳-تعیین تاریخ ترک توسط شرکت‌کنندگان بعد از جلسه پنجم
جلسه سوم: تقویت اعتمادبه‌نفس و خودکارآمدی در ترک سیگار	۱-تعریف خودکارآمدی، اعتمادبه‌نفس و اهمیت خودکارآمدی در موفقیت ترک سیگار، ۳-انجام هیپنوتیزم گروهی با هدف افزایش خودکارآمدی
جلسه چهارم: بازسازی شناختی در کنترل وسوسه سیگارکشیدن	۱-ارائه توضیحاتی راجع به ارتباط افکار با هیجانات، ۲-بیینش دادن نسبت به الگوهای منفی شناختی مشترک در میان افراد سیگاری، ۳-جایگزین‌کردن الگوهای شناختی مثبت درموقعیت‌های خطرناک وسوسه سیگارکشیدن، ۴-انجام هیپنوتیزم گروهی با هدف بازسازی شناختی، الگوهای منفی در وسوسه سیگارکشیدن
جلسه پنجم: کنترل تکانه در موقعیت‌های پرخطر و کنارآمدن با استرس‌ها (کنترل رفتار)	۱-توصیف موقعیت‌های خطرناک که منجر به کشیدن سیگار می‌شود، ۲-نقش احساسات ناخوشایند در کشیدن سیگار، ۳-برشمردن رفتارهای جایگزین سیگارکشیدن در موقعیت‌های وسوسه‌برانگیز سیگارکشیدن، ۴-انجام هیپنوتیزم گروهی با هدف کنترل رفتار در موقعیت‌های پرخطر وسوسه سیگارکشیدن، ۵-اخذ آزمون مجدد احساس خودکارآمدی ترک سیگار از شرکت‌کنندگان به منظور ارزیابی اثربخشی جلسات قبل از تاریخ ترک
جلسه ششم: ایجاد تصویرسازی از خود به عنوان یک غیرسیگاری	۱-ارائه توضیحاتی راجع به اثرات تصاویر ذهنی بر رفتار، ۲-انجام هیپنوتیزم گروهی با هدف تصویرسازی از خود به عنوان یک فرد غیرسیگاری
جلسه هفتم: آموزش خودهیپنوتیزم	۱-بیان اصول کلی قرارگرفتن در جلسه هیپنوتیزمی، ۲-چگونگی تلقینات در این حالت، ۳-بیان ویژگی‌ها و نشانه‌های قرارگرفتن در جلسه هیپنوتیزمی، ۴-انجام تمرین گروهی، ۵-ارائه سی‌دی‌های آموزشی
جلسه هشتم: مرور و تحکیم جلسات با هدف باقی‌ماندن در ترک	۱-تأکید بر تکنیک‌هایی که شرکت‌کنندگان را در شرایط ترک نگه می‌دارند، ۲-لیست‌کردن تغییراتی که هریک از شرکت‌کنندگان تجربه کرده‌اند و به آنها برای باقی‌ماندن در ترک سیگار کمک کرده است، ۳-مروری بر راهکارهای عملی (شناختی، احساسی، رفتاری) برای مقابله با قرارگرفتن در موقعیت‌های پرخطر، ۴-پس‌آزمون شرکت‌کنندگان مجدداً در آزمون DASS مورد ارزیابی مجدد قرارگرفتند، ۵-جمع‌بندی و گرفتن بازخورد از جلسه

یافته‌ها

تعداد آزمودنی‌ها ۵۴ نفر بود. اطلاعات توصیفی افراد شرکت‌کننده در جلسات نشان می‌دهد که ۳۵/۸٪ دارای تحصیلات دیپلم، ۳۰/۱٪ دارای تحصیلات فوق دیپلم، ۲۶/۴٪ دارای تحصیلات لیسانس و

۷/۵٪ نیز دارای تحصیلات فوق لیسانس بودند. ۸۰/۱٪ متأهل و ۱۹/۹٪ نیز مجرد گزارش شدند. تفاوت شاخص ترک سیگار میان دو گروه کنترل و گروه تحت مداخله CBH در مراحل پس‌آزمون ($X^2=10/02$)، پیگیری اول

اضطراب نشان می‌دهند. چنانچه در یک فراتحلیل که در ۲۴ مطالعه و ۵۷۰۴ آزمودنی، در رابطه با اثربخشی هیپنوز بر ترک سیگار انجام شده است، ۳۰/۶٪ از آزمودنی‌ها موفق به ترک شده‌اند. محققان در این فراتحلیل به اثربخشی موفق هیپنوتراپی در درمان ترک سیگار تاکید می‌کنند [۳۸]. در پژوهش دیگری که بر ۱۸۶ آزمودنی انجام گرفته است، ۸۷٪ از آزمودنی‌ها پس از ۳ ماه پیگیری، ترک موفق داشته‌اند [۳۹]. همچنین نتایج پژوهش‌های بسیاری از جمله یک مطالعه با ۲۲۶ آزمودنی و با دو سال پیگیری [۴۰] و گزارش نهایی پژوهشی دیگر با ۴۵۴ آزمودنی و یک سال پیگیری [۴۱] و یک مطالعه مروری با ۲۸۶ آزمودنی [۴۲]، حاکی از آن هستند که مداخله شناختی-رفتاری مبتنی بر هیپنوتیزم بر ترک سیگار اثربخش است. این در حالی است که نتایج یک فراتحلیل اثربخشی هیپنوتراپی را در ترک سیگار قابل‌توجه ارزیابی نمی‌کند [۴۳]. البته منتقدین، یک‌دست نبودن تحقیقات ارزیابی‌شده را علت این نتیجه می‌دانند [۴۴].

مروری بر تحقیقات پیشین نشان می‌دهد که هیپنوتیزم بر میزان خودکارآمدی نیز مؤثر است. چنانکه نتایج پژوهشی همسو با این پژوهش نشان داده که هیپنوتیزم درمانی در افزایش احساس خودکارآمدی اثربخش است [۴۴]. همچنین در گزارش نهایی ۲ تحقیق دیگر پژوهشگران نشان داده‌اند که استفاده از هیپنوتیزم درمانی در افزایش احساس خودکارآمدی تأثیر قابل‌توجهی دارد [۴۵]. اثربخشی هیپنوتیزم در کاهش اضطراب در تحقیقات مختلف گزارش شده است. چنانچه همسو با نتایج این مطالعه در پژوهشی که با هدف مقایسه ۳ روش درمانی رفتاری، رفتاری-شناختی و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری در کاهش علائم اختلال اضطرابی انجام گرفته است، پژوهشگران گزارش می‌دهند که هیپنوتراپی شناختی-رفتاری نسبت به ۲ روش دیگر اثربخش‌تر است [۴۶]. همچنین پژوهشگران در یک فراتحلیل با موضوع اثربخشی هیپنوتراپی بر کاهش اضطراب و هیجانات منفی که بر ۲۶ تحقیق، در شرایط کنترل‌شده آزمایشی با ۲۳۴۲ آزمودنی انجام گرفته است، نشان داده‌اند که مداخله درمانی با استفاده از هیپنوتراپی در کاهش اضطراب تفاوت معناداری را با روش‌های درمانی دیگر نشان می‌دهد. محققین بیان می‌کنند که هیپنوز در کاهش علائم اضطراب و تنش تأثیرات چشمگیری دارد و می‌تواند به عنوان یک روش درمانی مؤثر در کاهش استرس در نظر گرفته شود [۴۷]. در تبیین نتایج این فرضیه و نتایج موفقیت‌آمیز پژوهش‌های مشابه به نظر می‌آید که نتایج مداخله با ۲ روش درمانی هم‌زمان، در مقایسه با یک روش درمانی، بهبودی تأثیرگذارتری را نشان می‌دهد [۴۸]. علاوه بر این با توجه به این‌که اساس اثرگذاری هیپنوتیزم وابسته به حالت خلسه است و خلسه حالتی میان خواب و بیداری است که امواج ذهنی در شرایط آلفا قرار می‌گیرند و تلقین‌پذیری انسان افزایش می‌یابد [۴۹]، هنگامی که افراد در خلسه هستند خودگویی‌های کارآمدتر جایگزین شناخت‌ها و خودگویی‌های ناکارآمد می‌شوند. هیپنوتراپی شناختی به درمانگر کمک می‌کند تا بر مقاومت‌های اجتناب‌ناپذیر بیمار که مخل فرآیند درمان است، چیره شود و فرآیند درمان را تسهیل نماید [۳۰]. شکسته‌شدن و انعطاف بیشتر مقاومت‌های ذهنی، تسهیل پذیرش احساسات و افکار جدید در شرایط تلقین‌پذیری، سبب می‌شود که هیپنوتیزم در درمان مشکلات عادت‌ی و نیز کنترل علایم مؤثر باشد [۵۰].

در پایان، نظر به یافته‌های مطالعه حاضر و با توجه به عوارض و آسیب‌های جسمی، روانی و اجتماعی غیرقابل انکار سیگارکشیدن،

($X^2=19/2$) و پیگیری دوم ($X^2=14/80$) معنادار بود ($p=0/001$). به عبارت دیگر درمان CBH بر ترک سیگار اثربخشی معناداری داشت (جدول ۲).

جدول ۲) تفاوت شاخص ترک سیگار در دو گروه کنترل و آزمایش

مرحله	ترک‌کرده	عدم ترک	فرآوانی انتظار	فرآوانی	انتظار	X^2	سطح معنی‌داری
پایان درمان	کنترل ۵	۱۲/۳	۲۲	۱۴/۷	۱۵/۵۲	۱۰/۰۰۱	
پس از یک ماه	کنترل ۲	۹/۸	۲۵	۱۷/۲	۱۹/۲	۱۰/۰۰۱	
پس از ۳ ماه	کنترل ۱	۷/۴	۲۶	۱۹/۶	۱۴/۸۵	۱۰/۰۰۱	
	CBH ۲۰	۱۲/۷	۸	۱۵/۳			
	CBH ۱۸	۱۰/۲	۱۰	۱۷/۸			
	CBH ۱۴	۷/۶	۱۴	۲۰/۴			

میان نمرات اضطراب گروه CBH در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین مرحله پیش‌آزمون و جلسه پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($p<0/01$; جدول ۳). در گروه CBH میان اضطراب آزمودنی‌ها در پس‌آزمون با جلسه پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p>0/05$). در گروه کنترل نیز میان میانگین آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت ($p<0/01$ ؛ جدول ۳) اما میان پس‌آزمون و پیگیری و همچنین پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار نبود ($p>0/05$). در مرحله اندازه‌گیری پس‌آزمون و پیگیری میان ۲ گروه از نظر اضطراب تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارت دیگر گروه مداخله در پس‌آزمون و پیگیری سطح اضطراب کمتری را گزارش دادند که نشانگر اثربخشی مداخله درمانی بود. معنادار نبودن در مراحل پس‌آزمون و جلسات پیگیری به معنای ماندگاری مداخله بود.

جدول ۳) مقایسه‌های زوجی در سه بار اجرای متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و کنترل

مرحله	پس‌آزمون	پیگیری
آزمایش		
پیش‌آزمون	۳/۶۴±۰/۵۲	۳/۹۲±۰/۶۸
پس‌آزمون	-	۰/۲۸±۰/۴۳
کنترل		
پیش‌آزمون	۱/۵۵±۰/۳۷	۰/۰۷±۰/۵۵
پس‌آزمون	-	۱/۱۶±۰/۶۵

نتایج آزمون لئون برای بررسی مفروضه همگنی واریانس گروه‌ها نشان داد که ۲ گروه کنترل و آزمایش از نظر واریانس همگن بودند ($p=0/13$; $F(1,52)=2/36$). میانگین نمرات شاخص خودکارآمدی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش به ترتیب ۳۵/۲۵±۷/۵۲ و ۴۰/۱۱±۷/۷۷ و در گروه کنترل به ترتیب ۳۳/۶۲±۵/۸۴ و ۳۶/۸۰±۵/۹۳ بود. نتایج بررسی این نتایج حاکی از آن بود که مداخله CBH بر افزایش خودکارآمدی به لحاظ آماری معنادار بود ($p<0/05$; $F(1,51)=4/56$).

بحث

هدف از این پژوهش بررسی میزان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر هیپنوتیزم بر ترک سیگار، اضطراب و شاخص خودکارآمدی بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که این مداخله درمانی اثربخش است و باعث کاهش میزان اضطراب در شرکت‌کنندگان پژوهش شد. نتایج تحقیقات دیگر نیز همسو با نتایج این تحقیق، اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری مبتنی بر هیپنوتیزم را بر ترک سیگار و افزایش خودکارآمدی و کاهش

- 4- Lynch JP, Hanson K, Kao TC. Health-Related Behaviors in Young Military Smokers. *Mil Med.* 2004;169(3):230-5.
- 5- Battegay R, Schlösser C, Wacker HR. Alcohol, tobacco and drug use in Swiss men 20 to 33 years of age. *Schweiz Med Wochenschr.* 1988;118(26):1004-10.
- 6- Schei E, Sogaard AJ. The Impact of Military Service on Young Mens Smoking Behavior. *Prev Med.* 1994;23(2):242-8.
- 7- Mazokopakis EE, Vlachonikolis IG, Lionis CD. Smoking behavior of Greek warship personnel. *Mil Med.* 2003;168(11):929-33.
- 8- Tekbas F, Vaizoglu SA, Gulec M, Hasde M, Guler C. Smoking prevalence in military men, and factors affecting this. *Mil Med.* 2002;167(9):742-6.
- 9- Peña TM, González SQ, Escobar JS, Gutiérrez TJ, de la Rosa Herrera A. Smoking in young military men: attitudes and characteristics. *Arch Bronconeumol.* 1998;34(11):526-30. [Spanish]
- 10- Conway TL. Tobacco use and the United States military: A longstanding problem. *Tobacco Control.* 1998;7(3):219-21.
- 11- Slama K. Current challenges in tobacco control. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2004;8(10):1160-72.
- 12- Ravinder Singh Ch, Kathiresan K. Effect of cigarette smoking on human health and promising remedy by mangroves. *Asian Pac J Trop Biomed.* 2015;5(2):162-7.
- 13- Shiffman S, Hickcox M, Paty JA, Gnys M, Kassel JD, Richards TJ. Progression from a smoking lapse to relapse: prediction from abstinence violation effects, nicotine dependence, and lapse characteristics. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64(5):993-1002.
- 14- Twardella D, Loew M, Rothenbacher D, Stegmaier C, Ziegler H, Brenner H. The diagnosis of a smoking-related disease is a prominent trigger for smoking cessation in a retrospective cohort study. *J Clin Epidemiol.* 2006;59(1):82-9.
- 15- Patton GC, Hibbert M, Rosier MJ, Carlin JB, Caust J, Bowes G. Is smoking associated with depression and anxiety in teenagers? *Am J Public Health.* 1996;86(2):225-30.
- 16- Lichtenstein E, Weiss SM, Hitchcock JL, Leveton LB, O'Connell KA, Prochaska JO. Task Force 3: Patterns of smoking relapse. *Health Psychol.* 1986;5 Suppl:29-40.
- 17- Abrams DB, Herzog TA, Emmons KM, Linnan L. Stages of change versus addiction: a replication and extension. *Nicotine Tobacco Res.* 2000;2(3):223-9.
- 18- Martinez E, Tatum KL, Glass M, Bernath A, Ferris D, Reynolds P, et al. Correlates of smoking cessation self-efficacy in a community sample of smokers. *Addict Behav.* 2010;35(2):175-8.
- 19- Walker NR. Understanding self-efficacy for alcohol use: the roles of self-monitoring and hypothesized source variables [Dissertation]. Blacksburg: Virginia University; 2002.
- 20- Brandon TH. Behavioral tobacco cessation treatments: Yesterday's news or tomorrow's headlines?. *J Clin Oncol.* 2001;19 Suppl 18:64-8.
- 21- Hajek P. Current issues in behavioral and pharmacological approaches to smoking cessation. *Addict Behav.* 1996;21(6):699-707.
- 22- Shiffman S, Gwaltney CJ, Balabanis MH, Liu KS, Paty JA, Kassel JD, et al. Immediate antecedents of cigarette smoking: an analysis from ecological momentary assessment. *J Abnorm Psychol.* 2002;111(4):531-45.
- 23- Shiffman S, Waters AJ. Negative affect and smoking lapses: a prospective analysis. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72(2):192-201.

که شایسته نیروهای انتظامی نیست، پیشنهاد می‌گردد تدابیر تشویقی و درمانی جهت ترک سیگار و استفاده از این مداخله درمانی در کاهش اضطراب در نیروهای انتظامی اتخاذ گردد. با توجه به اینکه این مداخله به‌صورت گروهی انجام گرفت و نظر به اینکه در نیروهای نظامی سلسله مراتب از اهمیت خاصی در تعاملات میان افراد برخوردار است، گروه درمانی نیروهای نظامی با درجات مختلف در یک گروه، باعث محدودیت در خودافشایی و بیان تجربیات قبلی آنها بود. به همین دلیل پیشنهاد می‌شود در حد امکان، نیروهایی که تقریباً در یک رده سلسله مراتب نظامی هستند در یک گروه باشند تا تعاملات گروهی بهتری، انجام گیرد. از جمله محدودیت‌های مهم این پژوهش، میزان بسیار محدود منابع و پژوهش‌های منتشرشده داخلی و خارجی بود. چنانکه هیچ مطالعه منتشرشده‌ای در کشور، با موضوع پژوهش حاضر تاکنون انجام نگرفته است.

نتیجه‌گیری

مداخله درمانی شناختی-رفتاری مبتنی بر هیپنوتیزم بر ترک سیگار و افزایش شاخص خودکارآمدی اثربخش است و باعث کاهش میزان اضطراب نیروهای نظامی نیز می‌شود.

تشکر و قدردانی: پژوهشگران مراتب سپاس و قدردانی خود را از همکاری صمیمانه فرماندهی محترم انتظامی استان کرمانشاه و همچنین مدیریت محترم دفتر تحقیقات کاربردی این استان، جناب سرهنگ امیری و همه کارکنان و عزیزانی که ما را یاری نمودند، اعلام می‌دارند.

تأییدیه اخلاقی: به کلیه مشارکت‌کنندگان در پژوهش، قبل از انجام طرح در مورد اهداف و روند اجرای مطالعه، اطلاعات کافی داده شد و رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان برای انجام هیپنوتیزم به‌صورت کتبی در جلسات اخذ شد.

تعارض منافع: مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکتری مریم حیدریان در دانشگاه بقیه‌الله (عج) است و هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

سهم نویسندگان: مریم حیدریان (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر اصلی/نگارنده بحث (۴۰٪)؛ مهدی ربیعی (نویسنده دوم)، تحلیل‌گر آماری (۲۰٪)؛ عنایت‌اله شهیدی (نویسنده سوم)، نگارنده مقدمه (۲۰٪)؛ بهناز دوران (نویسنده چهارم)، روش‌شناس (۱۰٪)؛ محسن احمدی طهورسلطانی (نویسنده پنجم)، نگارنده بحث (۱۰٪).

منابع مالی: این پژوهش با هزینه شخصی نویسنده اول انجام شده است.

منابع

- 1- Fagerström K. The epidemiology of smoking. *Drugs: health consequences and benefits of cessation.* 2002;62 Suppl 2:1-9.
- 2- Jorm AF. Association between smoking and mental disorders: results from an Australian National Prevalence Survey. *Aust N.Z J Public Health.* 1999;23(3):245-8.
- 3- Baker TB, Breslau N, Covey L, Shiffman S. DSM criteria for tobacco use disorder and tobacco withdrawal: a critique and proposed revisions for DSM-5. *Addiction.* 2012;107(2):263-75.

- 38- Green JP, Lynn SJ, Montgomery GH. Gender-related differences in hypnosis-based treatments for smoking: a follow-up meta-analysis. *Am J Clin Hypn.* 2008;50(3):259-71.
- 39- Johnson DL, Karkut RT. Performance by gender in a stop-smoking program combining hypnosis and aversion. *Psychol Rep.* 1994;75(2):851-7.
- 40- Spiegel D, Frischholz EJ, Fleiss JL, Spiegel H. Predictors of smoking abstinence following a single-session restructuring intervention with self-hypnosis. *Am J Psychiatry.* 1993;150(7):1090-7.
- 41- Ahijevych K, Yerardl R, Nedilsky N. Descriptive outcomes of the American Lung Association of Ohio hypnotherapy smoking cessation program. *Int J Clin Exp Hypn.* 2000;48(4):374-87.
- 42- Lynn SJ, Kirsch I. *Essentials of clinical hypnosis: An evidence-based approach.* Washington DC: American Psychological Association; 2006.
- 43- Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J, Ernst E. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 1998;2.
- 44- Barker J, Jones M, Greenlees I. Assessing the immediate and maintained effects of hypnosis on self-efficacy and soccer wall-volley performance. *J Sport Exerc Psychol.* 2010;32(2):243-52.
- 45- Taqavi S, Pourasghar M. Effectiveness of Hypnotherapy on Self-concept, Self-efficacy and Exam Anxiety in Girl Guidance School Students in Sari, Iran. *Int J Basic Sci App Res.* 2015;4(11):661-6. [Persian]
- 46- Goldmann L, Ogg TW, Levey AB. Hypnosis and daycase anaesthesia. *Anaesthesia.* 1988;43(6):466-9.
- 47- Schnur JB, Kafer I, Marcus C, Montgomery GH. Hypnosis to manage distress related to medical procedures: a meta-analysis. *Contemp Hypn.* 2008;25(3-4):114-28.
- 48- Cowie GA, Swift E, Partos T, Borland R. Quitting activity and tobacco brand switching: findings from the ITC-4 Country Survey. *Aust N Z J Public Health.* 2015;39(2):109-13.
- 49- Rainville P, Duncan GH, Price DD, Carrier B, Bushnell MC. Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science.* 1997;277(5328):968-71.
- 50- Egner T, Jamieson G, Gruzelier J. Hypnosis decouples cognitive control from conflict monitoring processes of the frontal lobe. *Neuroimage.* 2005;27(4): 969-78.
- 24- Webb MS, de Ybarra DR, Baker EA, Reis IM, Carey MP. Cognitive-behavioral therapy to promote smoking cessation among African American smokers: A randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol.* 2010;78(1):24-33.
- 25- Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;11(11).
- 26- Spiegel MD, Guevremont DC. *Contemporary behavior therapy.* United States: Cengage Learning; 2014.
- 27- Egner T, Jamieson G, Gruzelier J. Hypnosis decouples cognitive control from conflict monitoring processes of the frontal lobe. *Neuroimage.* 2005;27(4):969-78.
- 28- Faymonville ME, Roediger L, Del Fiore G, Delguedre C, Phillips C, Lamy M, et al. Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Cogn Brain Res.* 2003;17(2):255-62.
- 29- Dowd ET. *Cognitive hypnotherapy.* Michigan: Jason Aronson; 2000.
- 30- Dowd ET. Cognitive development hypnotherapy. In: Lynn SJ, Rhue JW, Kirsch I, editors. *Handbook of Clinical hypnosis.* Washington: American psychological Association; 1993. pp. 215-35.
- 31- Kirsch I, Montgomery G, Sapirstein G. Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol.* 1995;63(2):214-20.
- 32- Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL, Norman GJ, Redding CA. Smoking cessation and stress management: applications of the transtheoretical model. *Homeostasis.* 1998;38(5-6):216-33.
- 33- Darabi j. *Hypnosis in psychotherapy.* Tehran: Peydayesh; 1386.
- 34- Hitsman B, Borrelli B, McChargue DE, Spring B, Niaura R. History of depression and smoking cessation outcome: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(4):657-63.
- 35- Fathi Ashtiani A. *Psychological tests: Personality and mental health.* Tehran: Besat; 2009. [Persian]
- 36- Ebrahimi H, Khamesan A, Pakdaman M. Construction and validation of smoking abstinence self-efficacy scale. *Appl Psychol Res Q.* 2014;5(3):95-110. [Persian]
- 37- Anisi J, Akbari F, Madjian M, Atashkar M, Ghorbani Z. Standardization of mental disorders symptoms checklist 90 revised (SCL-90-R) in army staffs. *J Mil Psychol.* 2011;2(5):29-37. [Persian]

این صفحه آگاهانه سفید گذاشته شده است.