

نگرش کارورزان پزشکی به هیپنوتیزم

دکتر سیدعلی احمدی ابهری^۱

دکتر پیمان محبی^۲

دکتر نصرالله رضائی قلعه^۳

چکیده:

هیپنوتیزم درمانی یکی از روش‌های با ارزش درمانی در پزشکی می‌باشد که امروزه کاربردهای وسیعی در درمان یافته است. پیش از شروع هیپنوتیزم درمانی، رفع باورهای غلط نسبت به هیپنوتیزم برای بیمار ضرورت دارد تا وی با درک صحیحی از این شیوه درمانی با درمانگر همکاری کند. رفع باورهای غلط، در کاهش مقاومت و برطرف کردن ترس‌ها و نگرانی‌های بیمار و نهایتاً در هیپنوتیزم‌پذیری وی و موفقیت درمان به نحو بارزی مؤثر است و به همین جهت اهمیت زیادی در این شیوه درمانی دارد.

منشأ باورهای غلط درباره هیپنوتیزم، بیش از همه تأثیر سوء عمل افراد فاقد شرایط و زمینه‌های علمی لازم یعنی هیپنوتیزورهای نمایشی و سودجو در ذهن‌ها است. برای رفع این باورها مهمترین نقش را پزشکان می‌توانند ایفا کنند. پزشکان، چه در زمان ارجاع بیماران به دیگر پزشکان همکار خود که به این شیوه درمانی مسلط هستند و چه هنگامی که مورد مشورت مراجعین خود قرار می‌گیرند می‌توانند با ارائه اطلاعات صحیح در رفع باورهای غلط آنان نقش مؤثر داشته باشند. در این صورت اقبال از این شیوه درمانی افزایش یافته و پزشکان هیپنوتیست می‌توانند با سرعت عمل بیشتر و نتیجه‌گیری مؤثرتری به هیپنوتیزم‌درمانی سوژه خود بپردازند. بنابراین برای نیل به این مقصود، نخست بایستی باورهای غلط در بین پزشکان مورد توجه قرار گیرد و اولین گام بررسی شیوع این باورها در بین آنان می‌باشد تا بتوان با

^۱ روان‌پزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه.

^۲ پزشک عمومی.

^۳ پزشک عمومی.

استفاده از اطلاعات بدست آمده برنامه‌ریزی آموزشی مؤثرتری را پایه‌گذاری کرد. بر همین اساس جهت ارزیابی شیوع نگرش فعلی بخشی از جامعه پزشکی (گروهی از کاروان پزشکی) از نظر وجود باورهای غلط درباره هیپنوتیزم، پژوهش مورد نظر طراحی گردید که پس از مرور کلیات به چگونگی پژوهش پرداخته می‌شود.

Attitudes of medical interns toward hypnosis, (A descriptive study)

*S.A Ahmadi abhari; Associate professor, department of psychiatry, Roozbeh Psychiatric Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
P. Mohebbi MD., N. Rezaii MD.*

ABSTRACT:

It is now widely accepted that hypnosis is a process that can be useful in psychotherapeutic interaction. As with any psychotherapeutic endeavor, the correct formulation with the regard to hypnosis is the statement that the patient does not have the ability or the motivation to respond. As the ability to enter hypnosis is generally a stable attribute, it should be clear that something occurs between patient, concluding what is so called resistance.

In many occasions it is the clinician's attitude which hampers the process by his/her misconceptions concerning the phenomenon. Misconceptions that may govern many patients are mostly: losing consciousness, surrender of will, weakening mind (decreasing intelligence), revelation of secrets and so on.

It is postulated that many of patients' misconceptions have been created by some clinicians, therefore can be corrected by them respectively.

The purpose of this study was to assess clinicians' toward hypnosis, concerning misconceptions. 150 medical interns of Tehran and Hamedan medical university were selected randomly. Investigator's constructed questionnaire was distributed and assessed. Results illuciated the postulations.

هیپنوتیزم درمانی

اگر چه هیپنوتیزم تا کنون مبنای قطعی پسیکوفیزیولوژیک یا مغزی رفتاری ثابتی را به تبیین خود اختصاص نداده، اما شواهد فراوانی در توصیف نظریه‌های روانشناسی، فیزیولوژیک و آسیب شناختی آن ارائه شده است (۱).

براساس آنچه که پژوهش‌ها نشان داده و در کتب اصلی آموزشی نیز به وضوح ارائه گردیده هیپنوتیزم فرآیندی مفید در روان‌درمانی و نیز آماده‌سازی روانی بیمار در درمان‌های

جراحی و طبیی است. در سال‌های اخیر با توجه به رویکردهای همه جانبه^۱ در درمان بیماریهای روانپزشکی، استفاده بالینی از هیپنوتیزم در درمان مورد توجه خاص قرار گرفته و پذیرش آن به عنوان یک روش درمانی مفید غیرقابل اجتناب شناخته شده است(۲).

در عین حال بدهی است همانند هر روش درمانی دیگر محدودیت‌هایی در کاربرد هیپنوتیزم نیز وجود دارد و نه تنها هر ناراحتی روانی و جسمی، بلکه هر بیمار خاص ممکن است برای هیپنوتیزم مناسب تشخیص داده نشود و حتی استفاده از این روش در مواردی نه تنها مفید نبوده، بلکه مضر هم باشد. بنابراین انتخاب سوژه برای هیپنوز اهمیت زیادی دارد(۳).

در هیپنوتیزم درمانی مانند هر روش درمانی دیگر بایستی شرح حال کامل اخذ شده و معاینه جسمی و روانی صورت گیرد و تشخیص بالینی مشخص شود. درمان با هیپنوتیزم در اغلب موارد نیاز به جلسات متعددی برای بررسی بیمار و آماده‌سازی او برای شروع و ادامه درمان دارد.

ولبرگ^۲ لحاظ هشت مرحله متوالی در اولین جلسه هیپنوتیزم درمانی را ضروری می‌داند(۷) که عبارتند از: ترغیب بیمار به هیپنوتیزم درمانی، رفع ترس و باورهای غلط^۳ بیمار نسبت به هیپنوتیزم، اجرا آزمون هیپنوتیزم پذیری، گفتگوی پیش از القاء خلسه^۴، القاء خلسه هیپنوتیزی، ژرف‌سازی^۵ خلسه، بیدار کردن، شنیدن نظر بیمار و ارزیابی واکنش او در مورد جلسه درمان.

عوارض هیپنوتیزم و موارد منع کاربرد آن

هیپنوتیزم و خلسه هیپنوتیزی به خودی خود خطرناک و واجد عارضه تلقی نمی‌شود. میلچ نین^۶ و وترستاند^۷ همچنین پالاتوموف^۸ که همگی پزشکان هیپنوتراپیست هستند به هزاران مورد هیپنوتیزم درمانی اشاره می‌کنند که در هیچ یک عارضه نامطلوبی مشاهده نکرده‌اند. ولبرگ معتقد است که اگر هیپنوتیزم توسط افراد با تجربه و با برنامه درمانی مشخص به کار

¹Eclectic

²Wolberg

³Misconceptions

⁴Pre induction talk

⁵Deepening

⁶Milechmin

⁷Wetterstand

⁸Palatomov

رود روشی نه تنها بی‌خطر و فاقد عارضه بلکه مفید و مؤثر در درمان است (۵). موارد منع استفاده از هیپنوتیزم درمانی را می‌توان به صورت زیر خلاصه کرد:

روان‌پریشی‌ها^۱، اختلالات عمده خلقی^۲، اختلال شخصیت مرزی^۳، و برخی اختلالات شخصیتی دیگر، بیماری‌های روانی با منشأ طبی (اختلالات روانی عضوی)، بیمارهای طبی برحسب مورد و بالاخره هر موردی که توسط پزشک، مناسب برای هیپنوز تشخیص داده نشود.

باورهای غلط درباره هیپنوتیزم

نه تنها در بین مردم عادی، بلکه در برخی پزشکان نیز باورهای غلط متعددی نسبت به هیپنوتیزم وجود دارد که مهمترین آنها عبارتند از:

۱- از دست دادن هشیاری^۴:

بسیاری از مردم بر این باورند که بیمار در جریان هیپنوز به خواب معمول می‌رود و یا هشیاری و آگاهی خود را از دست می‌دهد. گاهی توضیحاتی که ممکن است هیپنوتیزم کننده درباره ماهیت هیپنوتیزم به عنوان خلسه، خروج از حالت عادی و از این قبیل به بیمار می‌دهد، باعث تشدید این باور غلط در بیمار و شیوع بیشتر آن در جامعه می‌شود. باید برای بیمار توضیح داد که در فرآیند هیپنوز نه تنها ناهشیاری وجود ندارد، بلکه وی در جریان هیپنوز نسبت به یک موضوع هشیارتر هم می‌شود. چنان که در خلسه عمیق توجه افزایش یافته^۵ حاصل می‌گردد.

۲- تسلیم شدن اراده^۶:

عده‌ای فکر می‌کنند که در جریان هیپنوتیزم تسلیم اراده هیپنوتیزور می‌شوند. چنین باور غلطی موجب خواهد شد رابطه قوی بین پزشک و بیمار اختلال پیدا کند و درمان مراحل عادی و مؤثر خود را طی نکند. بایستی به بیمار توضیح و اطمینان داد که حتی در مراحل

¹Psychoses

²Major Mood Disorders

³Borderline Personality Disorder

⁴Loss of consciousness

⁵Increased Attention

⁶Surrender of Will

عمیق هیپنوتیزمی هم نمی‌توان او را به انجام کاری برخلاف میل و اراده‌اش وادار کرد، بلکه هر زمان که اراده کند می‌تواند از جلسه هیپنوتیزمی خارج شود (۱۰).

۳- کندی ذهن^۱:

عده‌ای به غلط فکر می‌کنند افراد کند ذهن بهتر هیپنوتیزم می‌شوند، تصور غلط دیگری هم وجود دارد که براساس آن جلسه‌های مکرر را عامل ایجاد کند ذهنی می‌پندارند.

هر دو نگرش منفی فوق که به غلط شکل گرفته است بایستی توسط پزشک اصلاح شود و حتی باید توجه داشت که افراد با هوش بهتر هیپنوتیزم می‌شوند و گاهی لازم است این موضوع برای سوژه توضیح داده شود. اصولاً تا کنون در هیچ یک از مواردی که بارها هیپنوتیزم شده‌اند نشانه‌ای از کاهش قوای شناختی مشاهده و گزارش نشده است.

۴- افشای اسرار^۲:

برخی افراد به غلط تصور می‌کنند زمانی که سوژه به جلسه عمیق هیپنوتیزمی وارد شود ناخودآگاه اسرار درونی خود را بروز خواهد داد. تصحیح این تصور غلط به عهده پزشک هیپنوتیزم‌کننده است.

۵- هراس خارج نشدن از هیپنوتیزم:

گاهی این سؤال در ذهن سوژه پیدا می‌شود که اگر پس از هیپنوتیزم مرا ترک کردید و به حال خود گذاشتید و یا دچار مرگ ناگهانی شدید بر سر من چه خواهد آمد وجود چنین هراسی در ذهن بیمار موجب بهم خوردن رابطه لازم بین پزشک و بیمار می‌شود و لذا باید به بیمار اطمینان داده شود حتی اگر او در جلسه‌ای عمیق فرورفته باشد پس از مدتی به خودی خود بیدار خواهد شد و نهایتاً ممکن است به خواب طبیعی فرورفته و سپس بیدار شود (۱۱).

۶- جنسیت و شخصیت هیپنوتیزم‌کننده:

مرد یا زن بودن و برتر یا غالب بودن شخصیت هیپنوتیزم‌کننده عامل تعیین‌کننده‌ای در هیپنوتیزم نیست و ضروری است این امر برای سوژه توضیح داده شود (۱۱).

¹Weak Mindedness

²Revelation of Secrets

پژوهش:

هدف

جهت ارزیابی شیوع نگرش و باورهای غلط^۱ درباره هیپنوتیزم، پژوهشی توصیفی طراحی گردید. جامعه هدف پزشکان بودند ولی با توجه به مشکلات اجرایی، کارورزان پزشکی (انترن‌ها) که درگیری مستقیم با درمان داشته و لاجرم نیز مستقلاً به عنوان پزشک اشتغال به فعالیت خواهند داشت، انتخاب شدند.

روش‌ها و مواد

پرسشنامه اولیه از کتاب کروگر^۲ (۵) انتخاب گردید و در مطالعه مقدماتی^۳ ۳۰ نفر کارورز پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد پرسش قرار گرفته و سپس بر اساس اطلاعات بدست آمده جهت رفع ابهامات موجود تغییرات لازم در پرسشنامه اعمال شد و حجم نمونه ۱۵۰ نفر محاسبه گردید. با توجه به امکانات پژوهش دو دانشگاه علوم پزشکی تهران و همدان انتخاب شدند و با لحاظ نسبت تقریبی جمعیت مورد پژوهش ۱۲۰ نفر از کارورزان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و ۳۰ نفر از کارورزان پزشکی همدان مورد پرسش قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری ساده و تصادفی بود. پرسشنامه‌ها در ۳ روز مختلف از مهرماه ۱۳۷۷ در سطح بیمارستانهای زیر پوشش دو دانشگاه توزیع گردید. ضمن توضیح لازم به کارورزان پزشکی، هر کدام که مایل به شرکت در پژوهش بودند، بدون ذکر نام پرسشنامه را تکمیل کردند.

پرسشنامه طرح سنجش نگرش کارورزان پزشکی نسبت به هیپنوتیزم

دانشگاه علوم پزشکی تهران همدان

جنس مرد زن

۱- فقط افرادی می‌توانند هیپنوتیزم کنند که از نیروی روانی خاصی برخوردار باشند.

درست غلط نمی‌انم ¹Misconceptions²Kroger³Pilot

۲- افراد باهوش دیرتر هیپنوتیزم می‌شوند.

درست غلط نمی‌دانم

۳- اساس هیپنوتیزم بر تلقین است.

درست غلط نمی‌دانم

۴- تمام اختیار فرد هیپنوتیزم شده در مراحل عمیق در اختیار هیپنوتیزم کننده است.

درست غلط نمی‌دانم

۵- هیپنوتیزم شباهت زیادی با خواب معمولی دارد.

درست غلط نمی‌دانم

۶- هیپنوتیزم شدن عوارضی برای فرد دارد.

درست غلط نمی‌دانم

۷- هیپنوتیزم ارتباطی با تله‌پاتی ندارد.

درست غلط نمی‌دانم

۸- در مراحل عمیق هیپنوتیزم می‌توان با نگاه اشیاء متحرک را متوقف کرد.

درست غلط نمی‌دانم

۹- ممکن است فرد هیپنوتیزم شده هرگز از حالت هیپنوتیزم خارج نشود.

درست غلط نمی‌دانم

۱۰- امکان دسترسی به اسرار افراد در شرایط هیپنوتیزمی وجود ندارد.

درست غلط نمی‌دانم

۱۱- استعداد هیپنوتیزم شدن در خانم‌ها و آقایان در شرایط کنترل شده مساوی است.

درست در خانم‌ها بیشتر است در آقایان بیشتر است غلط نمی‌دانم

۱۲- هیپنوتیزم در تسکین دردهای با منشأ عضوی مؤثر است.

درست غلط نمی‌دانم

۱۳- می‌توان با هیپنوتیزم بدون جابجایی فیزیکی شخص او را در مکان سیر داد.

درست غلط نمی‌دانم

۱۴- با ورود به حالت هیپنوتیزمی، ارتباط فرد با محیط اطرافش (جز با هیپنوتیزم کننده) قطع

می‌شود.

درست غلط نمی‌دانم

۱۴ تازه‌های روان‌درمانی

۱۵- هیپنوتیزم درمانی از روشهای درمانی مورد تأیید پزشکی مدرن می‌باشد.

درست غلط نمی‌دانم

۱۶- آیا تا کنون هیپنوتیزم شده‌اید؟ بلی خیر

۱۷- آیا تا کنون هیپنوتیزم کرده‌اید؟ بلی خیر

۱۸- آیا تا کنون هیپنوتیزم شدن فردی را از نزدیک دیده‌اید؟

بلی خیر

۱۹- آیا مایل به شرکت در دوره‌های آموزشی هیپنوتیزم درمانی هستید؟ چرا؟

بلی، برای آشنایی بیشتر بلی، برای استفاده در درمان خیر

روش ارزیابی

به ازاء هر پاسخ پرسشنامه یک نمره منظور شد. جمع نمرات پاسخ‌های نادرست در پرسش‌های ۱، ۴، ۷، ۸، ۱۰، ۱۳ به عنوان M.C I^۱ و جمع نمرات پاسخ‌های نادرست در پرسش‌های ۲، ۳، ۵، ۶، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۵ به عنوان M.C II و جمع نمرات پاسخ‌های درست به ۱۵ پرسشنامه اول به عنوان K.A^۲ منظور و موارد زیر مبنای ارزیابی و تحلیل قرار گرفت:

۱- تعیین رابطه شیوع باورهای غلط کارورزان پزشکی درباره هیپنوتیزم و جنس یا دانشگاه محل تحصیل.

۲- برآورد میانگین نمره M.C I و تعیین رابطه آن با جنس یا دانشگاه.

۳- برآورد میانگین نمره M.C II و تعیین رابطه آن با جنس یا دانشگاه.

۴- برآورد ضریب همبستگی میان نمرات M.C I و M.C II

۵- برآورد میانگین نمرات K.A و تعیین رابطه آن با جنس یا دانشگاه.

۶- برآورد نسبت کارورزانی که علاقمند به شرکت در دوره‌های آموزش هیپنوتیزم می‌باشند.

۷- تعیین رابطه M.C I و علاقه به شرکت در دوره‌های آموزشی هیپنوتیزم درمانی.

۸- تعیین رابطه M.C I و آشنایی عملی با هیپنوتیزم.

پس از جمع‌آوری اطلاعات و وارد کردن به کامپیوتر، نمرات و شاخص‌های ذکر شده در

بالا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تهیه نمرات هنجار از شاخص‌های آماری میانگین

^۱Misconception

^۲Knowledge & Attitude

و انحراف استاندارد و نمرات T و Z استفاده شد. برای سنجش تفاوت‌های احتمالی بین گروه‌ها از آزمون T و تحلیل واریانس یک طرفه بهره گرفته شد.

یافته‌های پژوهش

از جمع ۱۲۰ نفر کارورز پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و ۳۰ نفر کارورز پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان، ۱۱۶ مرد و ۳۴ زن به پرسشنامه طرح پژوهشی پاسخ دادند. اطلاعات بدست آمده از بررسی‌ها با توجه به روش ارزیابی در ۵ جدول به ترتیب زیر جمع‌آوری شده است:

جدول ۱- فراوانی نسبی پاسخ نادرست به ۱۵ پرسش اول پرسشنامه به تفکیک جنس

جدول ۲- توزیع فراوانی پاسخ نادرست به ۱۵ پرسش اول پرسشنامه به تفکیک دانشگاه

جدول ۳- توزیع فراوانی M.C I

جدول ۴- توزیع فراوانی M.C II

جدول ۵- توزیع فراوانی K.A

جدول ۱- فراوانی نسبی پاسخ نادرست به ۱۵ پرسش اول پرسشنامه طرح (برآورد نقطه‌ای و فاصله‌ای با حدود اطمینان ۹۵٪) در کارورزان پزشکی در کل و به تفکیک جنس.

P	فراوانی نسبی MC	فراوانی نسبی MC	فراوانی نسبی MC	فراوانی نسبی	پرسش
Value	در کارورزان دختر	در کارورزان پسر	برآورد فاصله‌ای(٪)	*MC%	
۰/۰۷	۴۷	۳۰	۲۶-۴۲	۳۴	۱
۰/۶۷	۴۲	۳۸	۳۱-۴۷	۳۹	۲
۰/۴۹	۱۲	۸	۴-۱۴	۹	۳
۰/۸۳	۴۱	۳۲	۲۶-۴۲	۳۴	۴
۶۸/۰	۵۹	۵۵	۴۸-۶۴	۵۶	۵
۰/۲۴	۴۴	۳۳	۲۷-۴۳	۳۵	۶
۰/۱۶	۳۵	۳۱	۲۴-۳۸	۳۱	۷
۰/۷۱	۲۴	۲۱	۱۵-۲۹	۲۲	۸
۱/۰۰	۳۵	۳۵	۲۷-۴۳	۳۵	۹
۱/۰۰	۶۲	۶۲	۵۴-۷۰	۶۲	۱۰

۱۶ تازه‌های روان‌درمانی

۰/۷۶	۳۵	۳۸	۳۰-۴۶	۳۸	۱۱
۱/۰۰	۶	۷	۳-۱۱	۷	۱۲
۰/۶۸	۶۲	۵۸	۵۱-۶۷	۵۹	۱۳
۰/۳۶	۵۰	۵۹	۴۹-۶۵	۵۷	۱۴
۰/۷۵	۱۲	۱۰	۶-۱۶	۱۱	۱۵

* Misconception

جدول ۲ - فراوانی نسبی پاسخ نادرست به ۱۵ پرسش اول پرسشنامه طرح در کارورزان پزشکی در کل و به تفکیک در تهران و همدان

P Value	فراوانی نسبی MC در دانشگاه همدان	فراوانی نسبی MC در دانشگاه تهران	فراوانی نسبی MC%	پرسش
۰/۶۸	۳۷	۳۳	۳۴	۱
۰/۸۵	۴۰	۳۸	۳۹	۲
۰/۴۶	۳	۱۰	۹	۳
۰/۰۱	۵۳	۲۹	۳۴	۴
۰/۰۱	۷۷	۵۱	۵۶	۵
۰/۴۸	۳۰	۳۷	۳۵	۶
۰/۸۳	۳۰	۳۲	۳۱	۷
۰/۰۸	۳۴	۱۹	۲۲	۸
۰/۵۴	۴۰	۳۴	۳۵	۹
۰/۱۶	۷۳	۵۹	۶۲	۱۰
۰/۱۹	۲۷	۴۰	۳۸	۱۱
۰/۶۸	۳	۸	۷	۱۲
۰/۴۹	۵۳	۶۰	۵۹	۱۳
۰/۰۴	۷۳	۵۲	۵۷	۱۴
۰/۰۴	۰	۱۳	۱۱	۱۵

جدول ۳ - توزیع فراوانی MCI در نمونه ۱۵۰ نفری کارورزان

MCI*	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی تجمعی مطلق	فراوانی تجمعی نسبی
۰	۱۸	۰/۱۲	۱۸	۰/۱۲
۱	۳۲	۰/۲۱	۵۰	۰/۳۳
۲	۳۵	۰/۲۴	۸۵	۰/۵۷
۳	۲۴	۰/۱۶	۱۰۹	۰/۷۳
۴	۲۱	۰/۱۴	۱۳۰	۰/۸۷
۵	۱۴	۰/۰۹	۱۴۴	۰/۹۶
۶	۶	۰/۰۴	۱۵۰	۱/۰۰
جمع	۱۵۰	۱/۰۰	-	-

جدول ۴ - توزیع فراوانی MC II در نمونه ۱۵۰ نفری کارورزان

MCII**	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی تجمعی مطلق	فراوانی تجمعی نسبی
۰	۱۱	۰/۰۷	۱۱	۰/۰۷
۱	۲۴	۰/۱۶	۳۵	۰/۲۳
۲	۲۵	۰/۱۷	۶۰	۰/۴۰
۳	۴۲	۰/۲۸	۱۰۲	۰/۶۸
۴	۲۲	۰/۱۵	۱۲۴	۰/۸۳
۵	۱۶	۰/۱۱	۱۴۰	۰/۹۴
۶	۹	۰/۰۶	۱۴۹	۱/۰۰
۷	۱	۰	۱۵۰	۱/۰۰
۸	۰	۰	۱۵۰	۱/۰۰
۹	۰	۰	۱۵۰	۱/۰۰
جمع	۱۵۰	۱/۰۰	-	-

*Misconception Type I - ** Misconception Type II

۱۸ تازه‌های روان‌درمانی

جدول ۵ - توزیع فراوانی K.A Score در نمونه ۱۵۰ نفری کارورزان

K.A*	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی تجمعی مطلق	فراوانی تجمعی نسبی
۰	۱	۰/۰۰	۱	۰/۰۰
۱	۸	۰/۰۵	۹	۰/۰۵
۲	۸	۰/۰۵	۱۷	۰/۱۰
۳	۲۴	۰/۱۶	۴۱	۰/۱۶
۴	۱۴	۰/۱۰	۵۵	۰/۳۶
۵	۱۷	۰/۱۱	۷۲	۰/۴۷
۶	۱۵	۰/۱۰	۸۷	۰/۵۷
۷	۱۰	۰/۰۷	۹۷	۰/۶۴
۸	۲۱۰	۰/۱۳	۱۱۷	۰/۷۷
۹	۱۱	۰/۰۸	۱۲۸	۰/۸۵
۱۰	۶	۰/۰۴	۱۳۴	۰/۸۹
۱۱	۷	۰/۰۵	۱۴۱	۰/۹۴
۱۲	۴	۰/۰۳	۱۴۵	۰/۹۷
۱۳	۲	۰/۰۱	۱۴۷	۰/۹۸
۱۴	۳	۰/۰۲	۱۵۰	۱/۰۰
۱۵	۰	۰	۱۵۰	۱/۰۰
جمع	۱۵۰	۱/۰۰	-	-

* Knowledge and Attitude Score

اکنون به تکفیک، نسبت به هر یک از یافته‌های پژوهش به بررسی سؤالات پرسشنامه می‌پردازیم:

۱ - یکی از مهمترین باورهای غلط درباره هیپنوتیزم اعتقاد به وجود نیروی روانی ویژه در هیپنوتیزم کننده و نبود این نیرو در افراد دیگر است. براساس اطلاعات بدست آمده ۳۴ درصد

- از کارورزان پزشکی به غلط اعتقاد به نیروی روانی خاص در هیپنوتیزم کننده دارند. همچنین با قطعیت بیش از ۹۵٪ شیوع این باور غلط در خانم‌های کارورز بیش از آقایان است ($\alpha=0.05$)
- ۲- یکی دیگر از باورهای غلط درباره هیپنوتیزم اعتقاد به وجود نسبت عکس بین هیپنوتیزم‌پذیری و میزان هوش است. به همین جهت این افراد هیپنوتیزم شدن را نشانه ساده لوحی سوژه می‌شناسند. بدیهی است وجود چنین باوری موجب افزایش مقاومت فرد در جریان هیپنوتیزم می‌شود. شیوع این باور غلط در کارورزان ۳۹٪ بدست آمده است.
- ۳- برخی از افراد پدیده‌های هیپنوتیزی را ناشی از عملکرد نیروهای غیر عادی و فوق طبیعی تصور می‌کنند. با توجه به این باور حتی کسی که به هیپنوتیزم درمانی گرایش پیدا کرده ممکن است به زودی و به علت برآورده نشدن انتظارات غیر واقعی خود دلسرد شده و درمان را ادامه ندهد. شیوع این باور غلط در پژوهش انجام شده ۹ درصد است.
- ۴- باور غلط دیگر درباره هیپنوتیزم، در کنترل قرار گرفتن فرد هیپنوتیزم شده توسط هیپنوتیزم کننده در مراحل عمیق خلسه هیپنوتیزی است و لذا ممکن است امکان هر نوع سوء استفاده فراهم شود. ۳۴ درصد از کارورزان چنین باوری را ابراز داشته‌اند. شیوع این باور با قطعیت ۹۹٪ در کارورزان دانشگاه علوم پزشکی تهران و در مردان بیش از زنان بدست آمده است ($\alpha=0.05$)
- ۵- بسیاری از مردم به غلط تصور می‌کنند هیپنوتیزم نوعی خواب است (به همین جهت به علت متفاوت تجربه کردن هیپنوتیزم با خواب معمولی ابراز می‌کنند اصلاً هیپنوتیزم نشده‌اند). در تحقیق حاضر ۵۶ درصد از کارورزان چنین باوری داشته‌اند و شیوع آن در دانشگاه علوم پزشکی همدان بیشتر بوده است.
- ۶- عده‌ای معتقد به عوارضی ناشی از هیپنوتیزم شدن (از جمله کاسته شدن هوش در اثر هیپنوتیزم) هستند که مانع بزرگی در گسترش هیپنوتیزم درمانی به حساب می‌آید. در حالی که هیپنوز هیچگونه عارضه جدی برای فرد هیپنوتیزم شونده ندارد. شیوع این باور غلط در کارورزان پزشکی ۳۵ درصد و در مردان بیش از زنان بدست آمده است.
- ۷- مربوط دانستن هیپنوتیزم با پدیده‌های فراروانشناختی مانند تله‌پاتی موضوع دیگری است که عده‌ای به غلط بر آن باور دارند، در حالی که هیپنوتیزم هیچگونه ارتباطی با مفاهیم فراروانشناختی ندارد. شیوع این باور در کارورزان پزشکی در این تحقیق ۳۱٪ است.

- ۸- برخی سوء تعبیرها درباره هیپنوتیزم وجود دارد که مطلقاً در هیپنوتیزم موردی ندارد مانند آنکه با هیپنوتیزم بتوان مثلاً شیء متحرکی را متوقف کرد. ۲۲٪ از کارورزان در این پژوهش معتقد به چنین باوری بوده‌اند.
- ۹- باور غلط دیگری که عده‌ای دارند، خارج نشدن از حالت هیپنوتیزمی در صورت ترک محل توسط هیپنوتیزم‌کننده یا ماهر نبودن وی در ادامه کار از جمله بیدار کردن سوژه است. ۳۵٪ از کارورزان پزشکی این پژوهش وجود چنین باور غلطی را نشان داده‌اند.
- ۱۰- افشا شدن اسرار فردی در جریان هیپنوز موضوع دیگری است که عده‌ای به غلط بر آن باور دارند. گرچه در جریان هیپنوتیزم‌درمانی توسط پزشک درمانگر به صورتی ساختاری ممکن است برخی خاطرات اعم از آگاه یا ناخودآگاه در ذهن و زبان سوژه جاری شود اما این امر به معنای کسب اسرار از سوژه نیست و فرضاً اگر هیپنوتیزم‌کننده خارج از معیارهای لازم بخواهد از موضوعی که برای هیپنوتیزم شونده «راز» تلقی می‌شود آگاهی یابد، معمولاً سوژه از حالت خلسه خارج می‌شود. شیوع قابل توجهی از این باور غلط (۶۲٪) در این پژوهش مشاهده شد. این باور غلط در کارورزان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان بیش از کارورزان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران ارزیابی گردید.
- ۱۱- جنسیت هیپنوتیزم‌کننده و یا غالب بودن شخصیت وی تأثیر واجد اهمیتی در هیپنوتیزم شونده ندارد و هیپنوتیزم پذیری در شرایط کنترل شده در خانم‌ها و آقایان برابر است ۳۸٪ از کارورزان پزشکی در این مورد باور غلط داشته‌اند.
- ۱۲- یکی از موارد صحیح کاربرد هیپنوتیزم، تسکین درد اعم از دردهای با منشأ جسمی یا روانی است. گرچه ۷۷ درصد از کارورزان پزشکی این باور صحیح را ابراز کرده‌اند، با این حال ۷ درصد از کارورزان اعتقاد به نقش هیپنوتیزم در تسکین درد نداشته‌اند.
- ۱۳- یکی دیگر از سوء تفاهمات درباره هیپنوتیزم امکان حضور غیرجسمانی فرد در مکان‌های دور در جریان هیپنوتیزم است. شیوع این باور غلط در این تحقیق ۵۹٪ بدست آمده که رقم بزرگی را تشکیل می‌دهد. این باور در آقایان بیش از خانمها بدست آمده است.
- ۱۴- مورد دیگر قطع ارتباط سوژه با محیط خود (به جز هیپنوتیزم‌کننده) در جریان هیپنوز است. گرچه در مراحل عمیق خلسه هیپنوتیزمی به نوعی این حالت بوجود می‌آید، اما قطع ارتباط با محیط به طور کامل صورت نمی‌گیرد. ۵۷٪ از پاسخ دهندگان معتقد به قطع رابطه سوژه در جریان هیپنوتیزم بوده‌اند.

۱۵- برخی از پزشکان، هیپنوتیزم درمانی را روش درمانی معتبری در پزشکی مدرن نمی‌شناسند در حالیکه هیپنوتیزم درمانی روشی مفید در برخی درمانهای پزشکی بوده و درکتب اصلی آموزشی پزشکی (از جمله مهمترین مرجع آموزشی روانپزشکی^۱) تجویز گردیده است. با این حال ۱۱٪ از کارورزان پزشکی این پژوهش، هیپنوتیزم را روش مورد مورد تایید پزشکی مدرن نشناخته‌اند.

۱۶- بر اساس یافته‌های دیگر این پژوهش ۱۱٪ از کارورزان دست کم یکبار هیپنوتیزم شده، ۱۰٪ دست کم یکبار هیپنوتیزم کرده و ۳۱٪ حداقل یکبار نظاره‌گر جریان هیپنوتیزم بوده‌اند. ۵۴٪ از دانشجویان جهت آشنایی و ۳۷٪ به خاطر درمان ابراز علاقه به شرکت در دوره‌های آموزشی هیپنوتیزم درمانی نمودند.

بحث:

هدف اصلی تحقیق حاضر، تعیین شیوع باورهای غلط مهم درباره هیپنوتیزم در جامعه کارورزان پزشکی بوده است. باورهای غلطی مهم تلقی شده‌اند که منجر به مقاومت فرد در جریان هیپنوز یا عدم استقبال وی از هیپنوتیزم درمانی می‌شوند. ۱۵ نوع باور غلط مهم در تحقیق مورد بررسی قرار گرفتند که با توجه به محتوای آنها به دو گروه تقسیم شدند. گروه اول، نماینده نگرش نادرست فرد و گروه دوم نشان دهنده اطلاعات نادرست فرد نسبت به هیپنوتیزم است. به هر حال هر کدام از موارد سؤال در تمایل و استقبال بیمار از هیپنوتیزم درمانی یا هیپنوتیزم‌پذیری وی ایجاد اختلال می‌کند. بدیهی است در صورتی که پزشک، خود واجد نگرش یا اطلاعات نادرست نسبت به هیپنوتیزم باشد، بطور مستقیم یا غیرمستقیم بر بیماران یا افرادی که به نوعی می‌توانند از روش‌های هیپنوتیزم درمانی بهره ببرند تأثیر منفی می‌گذارند.

میانگین M.C I در کارورزانی که بدون آموزش‌های لازم هیپنوتیزم کرده یا هیپنوتیزم شده و یا نظاره‌گر هیپنوتیزم بوده‌اند تفاوت معنی‌داری با دیگران نشان نمی‌دهد. این یافته نمایانگر آن است که صرف آشنایی با تکنیک‌های هیپنوتیزمی رابطه‌ای با شیوع باورهای غلط درباره هیپنوتیزم ندارد. بنابراین دوره‌های آموزشی هیپنوتیزم بایستی با توصیف همه جانبه این روش همراه بوده و علاوه بر جنبه‌های عملی، مفاهیم به صورتی علمی به پزشکان آموزش داده شود.

¹Comperhensive Textbook of Psychiatry, Kaplan. H, Sadok. B.- Williams & Wilkins 1995.

۲۲ تازه‌های روان‌درمانی

سؤالات گروه دوم (M.C.II) که نشان دهنده شدت نادرستی اطلاعات درباره هیپنوتیزم است تفاوت معنی‌داری را بین دو جنس یا دو دانشگاه نشان می‌دهد.

ضریب همبستگی M.C.I و M.C.II ۴۱٪ محاسبه شد که در آزمون Z تفاوت معنی‌دار با صفر دارد. ($P < 0/01$). به عبارت دیگر افرادی که آموزش صحیحی از هیپنوتیزم کسب نکرده‌اند نگرش نادرست‌تری نسبت به هیپنوتیزم دارند.

K.A نمایانگر میزان آگاهی درست فرد نسبت به هیپنوتیزم است. ۷۱٪ از کارورزان پزشکی ابراز تمایل به شرکت در دوره‌های علمی آموزش هیپنوتیزم کرده‌اند که نشان دهنده استقبال دانشجویان پزشکی و پزشکان از چنین دوره‌هایی است. ۳۷/۵ درصد از کارورزان، علت تمایل به شرکت در این دوره‌های آموزشی را استفاده‌های درمانی ذکر کرده‌اند که موضوع مهم و قابل توجهی برای مسئولین انجمن خوابواره ایران تلقی می‌شود. تفاوت‌های مشاهده شده بین دو جنس یا دو دانشگاه معنی‌دار نیست. لذا دوره‌های آموزشی حتی‌الامکان باید برای هر دو جنس و پزشکان مناطق مختلف ارائه شود.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

منابع:

- ۱- فیروزآبادی سید حسین، مبانی علوم عصبی هیپنوتیزم درمانی. مجله تازه‌های روان‌درمانی - هیپنوتیزم شماره ۴۳ سال اول، صفحات ۲۸-۱۳، سال ۱۳۷۶.
- ۲- احمدی ابهری سیدعنی، هیپنوتیزم درمانی اختلالات نوروتیک. مجله تازه‌های روان‌درمانی - هیپنوتیزم شماره ۲، سال اول، صفحات ۱۸-۸، سال ۱۳۷۵.
- ۳- شروت ریچارد، هیپنوتیزم علمی نوین، ترجمه رضا جمالیان چاپ ششم، انتشارات اطلاعات، سال ۱۳۷۴.
- ۴- هارتلند، جان، هیپنوتیزم هارتلند با تجدید نظر واکسمن، ترجمه رضا جمالیان، چاپ دوم، انتشارات جمال‌الحق، سال ۱۳۷۱.
- ۵- هیلگارد ارنست، هیلگارد ژوزفین، کاربرد هیپنوتیزم در تسکین درد، ترجمه رضا جمالیان، چاپ اول، نشر اول، سال ۱۳۷۵.

6- Kroger, W.S, Clinical & Experimental hypnosis. 2nd ed. Lippincott com, 1977.

7- Wolberg, L.B. Medical Hypnosis 10th. Printing. Grune & stratton, U.S.A, 1971.

8- Gravitz, M.A. Early American memoric societies, a historical study. Am.J. clin hyp. Vol 37(1) 1994.

9- Crawford, H.J. Brain dynamics & hypnosis attentional & disattentional process. Int. J. Clin exp hyp. XI 2.3, 204-211, 1994.

10- Woberg L.B, The technique of psychotherapy, 4th ed, Grune &Stratton, Philadelphia, 1988.

11-Grasilneck, HB, Clinical hypnosis, Principles & applications 2nd ed, Grun & Stratton, 1985.