

## اثربخشی درمان هیپنوتیزمی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترمیم زخم و استرس ادراک شده بیماران پس از جراحی شکمی

سید حامد واحدی<sup>۱</sup>، شیرین کوشکی<sup>۲</sup>، محمد اورکی<sup>۳</sup>، آمنه سادات کاظمی<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۴. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۸/۱۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۱/۲۲)

## Effectiveness of Hypnotherapy and Mindfulness-based Stress Reduction on Wound Healing and Perceived Stress in Post Abdominal Surgery Patients

Seyyed Hamed Vahedi<sup>1</sup>, \*Shirin Koushki<sup>2</sup>, Mohammad Oraki<sup>3</sup>, Amenehsadat Kazemi<sup>4</sup>

1. Ph.D Student of Health Psychology, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Associate Professor, Department of Psychology, Central Tehran branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

3. Professor, Department of Psychology, Payame Nour University, Tehran, Iran.

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Original Article

(Received: Nov. 02, 2021 - Accepted: Apr. 11, 2022)

مقاله پژوهشی

### Abstract

**Objective:** The aim of this study was to evaluate the effectiveness of hypnotherapy and mindfulness-based stress reduction therapy (MBSR) on wound healing and perceived stress in post abdominal surgery patients. **Method:** The statistical population included all patients who were candidates for abdominal surgery admitted to Golestan Hospital in Tehran. 75 of these patients were selected by convenience sampling method and randomly divided into 3 study groups. The first group received an 8-session intervention of hypnotherapy and the second group received an 8-session MBSR intervention and the third group was considered as a control. Data were collected using the Bates-Jensen Wound Assessment Scale (Bates-Jensen & Sussman, 2012) and the Perceived Stress Questionnaire (Cohen et al., 1983) and analyzed by repeated measurement variance analysis. **Findings:** The results showed that hypnotherapy and MBSR have an effect on wound healing and perceived stress in post abdominal surgery patients ( $P < 0.001$ ). **Conclusion:** Hypnotherapy and MBSR accelerate wound healing and also reduce side effects and perceived stress in the post-test and follow-up phase in the above patients. Therefore, these two treatment models can be used as adjunctive therapy to prevent or reduce complications after abdominal surgery.

**Keywords:** Hypnotherapy, Mindfulness, Wound Healing, Perceived stress, Abdominal surgery.

### چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان هیپنوتیزمی و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر ترمیم زخم و استرس ادراک شده بیماران پس از جراحی شکمی بود. روش: جامعه آماری شامل تمامی بیماران کاندید جراحی شکمی بستری شده در بیمارستان گلستان شهر تهران بود. ۷۵ نفر از این بیماران با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به شکل تصادفی در ۳ گروه مطالعاتی قرار گرفتند. گروه اول، مداخله ۸ جلسه‌ای درمان هیپنوتیزمی و گروه دوم، مداخله ۸ جلسه‌ای MBSR دریافت کرد و گروه سوم به عنوان شاهد در نظر گرفته شد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مقیاس زخم بیتس - جنسن (بیتس - جنسن و ساسمن، ۲۰۱۲) و پرسشنامه استرس ادراک شده (کوهن و همکاران، ۱۹۸۳) انجام شده و تجزیه و تحلیل آنها نیز به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر صورت پذیرفت. یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان دادند که درمان هیپنوتیزمی و MBSR بر ترمیم زخم و استرس ادراک شده بیماران پس از جراحی شکمی تاثیر دارند ( $P > 0/001$ ). نتیجه‌گیری: درمان هیپنوتیزمی و MBSR منجر به تسریع ترمیم زخم و نیز کاهش عوارض جانبی و استرس ادراک شده در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در بیماران فوق می‌شوند. لذا می‌توان از این دو مدل درمانی به عنوان درمان کمکی جهت پیشگیری یا کاهش عوارض پس از جراحی شکمی استفاده نمود.

**واژگان کلیدی:** درمان هیپنوتیزمی، ذهن آگاهی، ترمیم زخم، استرس ادراک شده، جراحی شکمی.

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکترای تخصصی روانشناسی سلامت است.

\*نویسنده مسئول: شیرین کوشکی

\*Corresponding Author: Shirin Koushki

Email: shi.koushki@iauctb.ac.ir

## مقدمه

۱۳۹۷) از مفهوم استرس ادراک شده<sup>۵</sup> به عنوان ارزیابی شناختی فرد از وقایع منفی زندگی یاد می‌کنند. از این رو می‌توان افزایش استرس را، از جمله عوارض ناشی از جراحی و نیز پاسخی به سایر عوارض این درمان در نظر گرفت. به طوری که بروز اختلال در سبک زندگی در هماپندی با مشکلات و محدودیت‌های ناشی از بیماری زمینه‌ای از جمله مواردی است که با ایجاد چرخه‌ای معیوب منجر به بدتر شدن علائم فوق می‌شود (اگدن<sup>۶</sup>، ۱۳۹۸).

هیپنوتیزم<sup>۷</sup> از جمله رویکردهایی است که در کارآزمایی‌های بالینی پزشکی و روان‌شناختی متعددی مورد استفاده قرار گرفته است. هیپنوتیزم حالتی از هوشیاری است که در آن با افزایش توجه متمرکز، آگاهی پیرامونی کاهش یافته و در این شرایط ظرفیت پاسخ به پیشنهادات درمانی بیشتر می‌گردد. از این رو هیپنوتیزم درمانی<sup>۸</sup> به صورت کاربرد هیپنوتیزم در درمان مشکلات و اختلالات پزشکی و روان‌شناختی تعریف شده است (الکینز<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). پیشنهادات هیپنوتیزی می‌توانند با استفاده از استعاره‌هایی که منطبق بر زبان و فرهنگ هستند، از طریق فرآیندهای شرطی شده، بر روی سازوکار جسمی نیز تاثیر گذاشته و آن را در شرایط فیزیولوژیک شرطی شده به آن استعاره قرار دهند. از این رو با توجه به آنچه درباره افزایش پیشنهادپذیری در

بیماری‌های جسمی دارای ماهیت، پیش‌آگهی، سیر و درمان‌های متفاوتی هستند. جراحی از جمله درمان‌های تهاجمی است که در برخی موارد و علارغم اطلاع از عوارض آن، توصیه می‌گردد. به عبارتی با توجه به آنچه در نتیجه عمل جراحی قابل پیش‌بینی بوده و البته به خودی خود، ممکن است مغایر با سلامت فرد باشد، در نتیجه برآورد سودمندی انجام عمل جراحی، مانع انجام اینگونه درمان نمی‌گردد (برایکاردی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). از طرفی استفاده از درمان‌های کمکی برای به حداقل رساندن عوارض مذکور، از جمله پیگیری‌های درمانی ضروری است. چراکه عدم پیگیری مناسب در این زمینه، ممکن است منجر به بروز عوارض ثانویه‌ای گردد که رسیدن به هدف اصلی جراحی را به مخاطره می‌اندازد (لاورنس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹). مراقبت‌های معطوف به ترمیم زخم<sup>۳</sup> جراحی از جمله موارد اصلی است که برای به حداقل رساندن عوارض جراحی نیازمند صرف وقت و هزینه اختصاصی است. به‌منظور توضیح بیشتر می‌توان به درمان‌های کمکی که از عفونت محل زخم، تاخیر جوش خوردگی زخم، بدشکلی و محدودیت فعالیت فیزیکی محل برش جراحی جلوگیری می‌کند، اشاره کرد (نیک روان مفرد، ۱۴۰۰). انجام اینگونه مراقبت‌ها تحت تاثیر عوامل مختلفی از جمله سطح استرس بیمار است. لازاروس و فولکمن (نقل از کترادا و باوم<sup>۴</sup>،

5 Perceived stress

6 Ogden

7 Hypnosis

8 Hypnotherapy

9 Elkins

1 Brunicardi

2 Lawrence

3 Wound healing

4 Contrada & Baum

خود ثانویه به تحریک محور هیپوتلاموس-هیپوفیز-آدرنال است، سطح آدرنالین و سایر کاتکول آمین ها<sup>۹</sup> افزایش یافته و اسپاسم عروقی را منجر می‌گردد. در ادامه نیز خونرسانی به بافت آسیب دیده در شرایط استرس کاهش یافته و در نتیجه بهبود زخم به تاخیر می‌افتد (لاورنس، ۲۰۱۹). از این رو اجرای رویکردهای روان شناختی مبتنی بر کاهش استرس، فارغ از تاثیر مستقیم بر میزان استرس ادراک شده، می‌تواند به شکلی غیر مستقیم نیز نقش به سزایی در تسریع ترمیم زخم داشته باشند (اگدن، ۱۳۹۸).

ذهن‌آگاهی چنانچه کابات-زین<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۵)، می‌گوید به معنی توجه کردن به طریق خاص بر زمان حال، معطوف به هدف و بدون داوری است. در ذهن‌آگاهی فرد می‌آموزد که در هر لحظه از حالت ذهنی خود آگاهی داشته و توجه خود را به فرآیندهای مختلف ذهنی خود متمرکز نماید. ذهن‌آگاهی از طرق مختلفی از جمله منفک شدن فرد از عوامل استرس زای محیطی، تغییر نگرش نسبت به آنها و نیز پذیرش غیرقضاوتیشان می‌تواند کاهش استرس را به همراه داشته باشد. کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR<sup>۱۱</sup>) از جمله رویکردهای درمانی است که اثرات مثبت آن بر کاهش استرس از طریق پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است (اورکی و عیسی زاده، ۱۴۰۰؛ چن<sup>۱۲</sup> و همکاران ۲۰۲۱؛ اورکی و اسدپور، ۱۳۹۹؛ فتاحی و همکاران، ۱۳۹۹؛ صناعی

خلسه هیپنوتیزی اشاره شد، کیفیت فرآیندهای شرطی شده نیز جهت کسب اهداف درمانی قابل تبیین می‌گردد (جیمز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰).

کاهش استرس ادراک شده از جمله نتایج درمان هیپنوتیزی است که از طریق پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است. تکنیک‌های آرام‌سازی هیپنوتیزی از جمله تنفس شکمی، تصویرسازی ذهنی و آرام‌سازی پیشرونده عضلانی (PMR<sup>۲</sup>) از جمله مواردی است که می‌تواند کاهش استرس مذکور را چه در شرایط خلسه هیپنوتیزی و چه از طریق ارائه القائات پس هیپنوتیزی<sup>۳</sup>، حتی در دراز مدت به دنبال داشته باشد (فیش<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ فیش و همکاران، ۲۰۱۷؛ الندیکی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ حیدریان و همکاران، ۱۳۹۶).

افزایش گردش خون بافتی در پاسخ به استعاره های هیپنوتیزی مبتنی بر گرم شدن آن اندام، از جمله اهدافی است که در برخی از پژوهش‌ها جهت افزایش خونرسانی و در نتیجه افزایش سرعت ترمیم بافتی دنبال شده و البته نتایج مثبت درمانی را نیز به همراه داشته است (پروونکال<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۸؛ چستر<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۶؛ عبدشاهی و همکاران، ۲۰۱۳؛ جیناندز<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۳). ترمیم زخم تحت تاثیر عوامل دیگری از جمله استرس نیز هست. به طوری که با افزایش استرس و افزایش فعالیت سمپاتیکی که

- 1 James
- 2 Progressive Muscle Relaxation
- 3 Post hypnotic suggestion
- 4 Fisch
- 5 Olendzki
- 6 Provençal
- 7 Chester
- 8 Ginandes

- 9 Catechol amines
- 10 Kabat-Zinn
- 11 Mindfulness-Based Stress Reduction
- 12 Chen

و جوه مشابه بسیاری هستند که تمرکز، پذیرش، جذب و تاکید بر تصویرسازی در جهت غرقه شدن در جلسه از آن جمله اند (کاردنا<sup>7</sup>، ۲۰۱۴). در بررسی‌های عصب‌شناختی انجام شده نیز، فرآیندهای فیزیولوژیک مشابهی رویت شده است. بالارفتن موج تتا و افزایش پرفیوژن بافتی در نواحی قشر مغز مخصوصا در قسمت سینگولای قدامی<sup>8</sup> شاهدهی بر این امر است (هالسبند<sup>9</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). اما آنچه این دو پدیده را از هم متفاوت می‌سازد، کاربرد آنها است. به طوری که فرآیند ذهن‌آگاهی که از انواع مراقبه است بیشتر بر روی گستره زندگی، التیام بخشی به آلام از طریق پیشگیری و تمرکز بر ارتقاء بینش، آرامش، رهایی و روشنگری است. درحالی که هیپنوز به طور کوتاه‌مدت، معطوف به درمان، پراگماتیک، وظیفه محور و تاکیدکننده بر پیشنهاد و مداخله است. به عبارتی هیپنوز دارای نقش ترمیم<sup>10</sup> و انواع مراقبه دارای نقش بازگردانی<sup>11</sup> است. امروزه با ورود مراقبه شرقی به علم هیپنوتیزم بالینی غربی، رویکردی همچون MBSR حاصل شده است که از طول مدت بیشتری نسبت به هیپنوز کلاسیک و هدف محوری بیشتری نسبت به انواع مراقبه برخوردار است (بندیتیس<sup>12</sup>، ۲۰۱۵). از این رو با توجه به تشابه و تفاوت هایی که بین این دو رویکرد درمانی وجود دارد، در پژوهش به مقایسه این دو رویکرد در ترمیم زخم و کاهش استرس ادراک شده پرداخته شد.

و همکاران، ۱۳۹۶؛ لرهپت و میبرت<sup>1</sup>، ۲۰۱۷). برخی پژوهش‌ها تاثیر مثبت مداخلات درمانی مبتنی بر کاهش استرس بر ترمیم زخم (منظری و همکاران، ۱۳۹۲؛ گوین و کیکولت-گلسر<sup>2</sup>، ۲۰۱۱) و برخی دیگر نیز به طور اخص، تاثیر MBSR بر ترمیم زخم را به اثبات رسانده‌اند (میسترس<sup>3</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). همانطور که گفته شد، ثانویه به کاهش استرس ناشی از اثرات اینگونه درمان‌ها و در نتیجه کاهش آزادسازی کاتکول آمین‌ها و تنگ‌کننده‌های عروقی<sup>4</sup>، خونرسانی به بافت افزایش و میزان التهاب بافتی کاهش یافته و ترمیم زخم تسریع می‌یابد. از طرفی کاهش ترشح کورتیزول نیز که در نتیجه کاهش استرس به‌وجود می‌آید از جمله مکانیزم‌های دخیل دیگری است که با کاهش اثرات منفی در روند ترمیم زخم، به این امر کمک‌کننده است (احدی و رباطی، ۱۳۹۶).

در مجموع هیپنوتیزم و مراقبه از جمله مواردی هستند که در تاریخ و تمدن انسانی ردپایی پررنگ دارند. هیپنوتیزم در فرهنگ غربی از زمانی که آن را مسمریسم<sup>5</sup> می‌نامیدند تا کنون، از جمله حالاتی از ذهن بوده است که همواره جستجوگران زیاد و البته افسانه‌های زیادی را به همراه داشته است. از طرفی مراقبه در فرهنگ مشرق زمین دارای تقدس خاصی بوده و در بسیاری مناسک معنوی و عرفانی کاربرد داشته است (هالروید<sup>6</sup>، ۲۰۰۳). این دو پدیده دارای

7 Cardena  
8 Frontal cingulate  
9 Halsband  
10 Repair  
11 Restore  
12 Benedittis

1 Lehrhaupt & Meibert  
2 Gouin & Kiecolt-Glaser  
3 Meesters  
4 Vasopressor  
5 Mesmerism  
6 holroyd

از اهداف ضمنی این پژوهش ارزیابی اثربخشی روش‌های درمانی دارای حداقل خطر بر بهبود مشکلات جسمی است. بر اساس جستجوهای انجام شده، تاکنون پژوهشی با موضوعیت بررسی همزمان تاثیر درمان هیپنوتیزمی و MBSR و نیز مقایسه این دو بر ترمیم زخم انجام نگرفته است. همچنین مقایسه دو رویکرد درمانی مذکور بر استرس ادراک شده در جامعه آماری بیماران پس از جراحی، از جمله نوآوری‌های دیگری است که در پژوهش حاضر مورد تمرکز قرار گرفته است. اکثر پژوهش‌ها تاثیرات هیپنوتیزم بر متغیرهای سیستمیک و روانی را مورد بررسی قرار داده‌اند. از این رو اشاره به جنبه جدید دیگر پژوهش حاضر نیز لازم به ذکر است و آن بررسی تاثیر هیپنوتیزم بر تغییرات آناتومیک و نیز موضعی بدن، یعنی ترمیم زخم جراحی است.

## روش

در پژوهش حاضر، روش تحقیق نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با پیگیری و گروه در لیست انتظار بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود که کاندید جراحی شکمی بوده و در بیمارستان بستری شده بودند. تشخیص بیماری که نیازمند جراحی است توسط پزشک متخصص جراحی عمومی بوده و بیمار در سرویس ایشان و در لیست اعزام به اتاق عمل قرار داشت. نمونه‌گیری دردسترس به اضافه گمارش به صورت تصادفی بود. حجم نمونه کافی در مطالعات تجربی بر

اساس جدول کالینز و اونگبازی<sup>۱</sup> (نقل از دلاور و کوشکی، ۱۳۹۶) برای هر گروه و با در نظر گرفتن میزان احتمالی ریزش نمونه، ۲۵ نفر بود. ملاک ورود بر اساس پیشینه پژوهشی انجام گرفته در این زمینه بدین شکل تعریف گردید. این اطلاعات با استفاده از شرح حال پزشکی موجود در پرونده و شرح حال روانشناختی انجام گرفته توسط روانشناس دارای پروانه اشتغال انجام گرفت. اولین ملاک ورود، رضایت آن دسته از بیمارانی بود که برای شرکت در پژوهش پس از توضیح علت و چگونگی انجام آن کاندید عمل جراحی در ناحیه شکم بودند. محدوده شکم نیز از بالا، سطح تحتانی عضله دیافراگم، از پایین، سطح قراردادی مدخل لگن، از خلف، سطح قدامی مهره‌های کمری، از طرفین و قدام نیز عضلات شکمی تعیین شد (برایکاردی و همکاران، ۲۰۱۹). به منظور کنترل تاثیرات زیستی ناشی از قرار داشتن فرد در مراحل مختلف رشدی بازه سنی بزرگسال (بین ۳۰ تا ۴۰ سال) تعیین گردید (ایمان طلب و همکاران، ۱۳۹۱؛ برایکاردی و همکاران، ۲۰۱۹). عدم ابتلاء حاد بیمار به بیماری‌های عفونی، کلیوی، کبدی، قلبی، کم خونی، اختلال روانی مختل‌کننده شناخت و منجرشونده به عدم خودمراقبتی، عدم ابتلا به سرطان، هموفیلی و سایر اختلالات انعقادی، دیابت، سوءمصرف مواد، عدم وجود بافت مردگی<sup>۲</sup> و یا عفونت محل زخم، عدم مصرف داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی و نیز عدم وجود درد حاد یا مزمن واضح در ناحیه شکم،

1 Collins & Onwuegbuzie

2 Necrosis

بر ۱۵ گویه است، جهت سنجش کیفیت زخم و روند ترمیم آن طراحی شده است. تکمیل این پرسشنامه توسط درمانگر و با مشاهده مستقیم زخم انجام می‌گردد. ۱۳ گویه این مقیاس که ۱۳ ویژگی زخم را اندازه‌گیری می‌کند (وسعت زخم، عمق زخم، لبه زخم، تخریب بافتی، نوع بافت مردگی، میزان بافت مردگی، نوع ترشح بافتی<sup>۶</sup>، میزان ترشح بافتی، رنگ پوست اطراف زخم، سفت‌شدگی<sup>۷</sup> بافت محیطی، آماس<sup>۸</sup> بافت محیطی، بافت گرانوله<sup>۹</sup>، و اپیتلیال سازی<sup>۱۰</sup>) در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است که از ۱ (بهترین وضعیت زخم) تا ۵ (بدترین وضعیت زخم) نمره گذاری می‌شود. ۲ گویه نیز مختص محل و شکل زخم است که نمره‌گذاری نمی‌گردد. حداقل نمره ۱۳ که بیانگر ترمیم زخم و بالاترین نمره ۶۵ که بیانگر تحلیل زخم است. نمرات بین ۱۳-۲۰ حداقل شدت، ۲۱-۳۰ شدت خفیف، ۳۱-۴۰ شدت متوسط و بیشتر از ۴۱ شدت بحرانی زخم را نشان می‌دهد (بیتس-جنسن و ساسمن<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۲).

پایایی بین مشاهده‌گران برای نمره کلی در نوبت اول به میزان  $ICC = 0/91$  و در نوبت دوم  $ICC = 0/92$  و در مجموع  $0/78$  برآورد شده است. همچنین پایایی یک مشاهده‌گر نیز برای نمره کلی در نوبت اول  $ICC = 0/99$  و در نوبت دوم به میزان  $ICC = 0/96$  و در مجموع  $0/89$  تعیین شده است (بیتس - جنسن و همکاران،

لگن و کمر از جمله ملاک‌های دیگر برای ورود بیماران به پژوهش در نظر گرفته شد (بهرامی و همکاران، ۱۳۸۸؛ عطایی فشمی و همکاران، ۱۳۸۷). از طرفی شاخص توده بدنی ( $BMI^1$ ) بین  $18/5$  تا  $29/5$ ، عدم معلولیت حرکتی و نیز عدم مصرف داروهای ضدانعقاد و گلوکوکورتیکوئیدها<sup>۲</sup> از موارد دیگری بود که بدین‌منظور در نظر گرفته شد (اظهاری و همکاران، ۱۳۹۳؛ مهربانی و همکاران، ۱۳۹۱؛ کالمن<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). ملاک خروج: عدم رضایت بیمار جهت ادامه در هر مرحله از پژوهش، عدم ابتلاء حاد بیمار به بیماری‌های عفونی، شروع داروی تاثیرگذار بر روند ترمیم زخم بنابر نظر پزشک معالج، عفونت و یا گسترش طول محل برش جراحی بنابر علل پزشکی، بروز اختلال شناختی ثانویه به عوارض حاد احتمالی پس از جراحی به عنوان ملاک‌های خروج بیمار از تحقیق در نظر گرفته شد (کالمن و همکاران، ۲۰۱۹؛ بهرامی و همکاران، ۱۳۸۷).

ابزارهای پژوهش

- پرسشنامه زخم بیتس-جنسن<sup>۴</sup> BWAT: این پرسشنامه ابتدا در سال ۱۹۹۰ جهت ارزیابی اختصاصی زخم‌های فشاری با عنوان PSST<sup>۵</sup> طراحی شد که در ادامه به منظور انعکاس توان ارزیابی آن به تمامی انواع زخم‌ها در سال ۲۰۰۱، به BWAT تغییر نام داده و به فرمت کنونی تبدیل شده است. پرسشنامه BWAT که مشتمل

6 Exudate  
7 Induration  
8 Edema  
9 Granulation  
10 Epithelization  
11 Sussman

1 Body Mass Index  
2 Glucocorticoids  
3 Kuhlmann  
4 Bates-Jensen Wound Assessment Tool  
5 Pressure Sore Status Tool

و ۱۳ به صورت معکوس نمره‌گذاری شدند، نمره نهایی مقیاس به دست آمد (کوهن<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۸۳). در پژوهش دیگر که توسط سازندگان پرسشنامه انجام گرفت، ضرایب همسانی درونی برای هر یک از زیر مقیاس‌ها و نیز نمره کلی مقیاس به میزان ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ برآورد شد. در پژوهش صفایی و شکری (۱۳۹۱)، که جهت سنجش روایی عاملی مقیاس استرس ادراک‌شده در نمونه بیماران سرطانی انجام گرفته است، نتایج تحلیل مولفه‌های اصلی با استفاده از چرخش وریمکس نشان داد که نسخه فارسی این مقیاس از دو عامل خودکارآمدی ادراک‌شده و درماندگی ادراک‌شده تشکیل شده است و مقادیر ضرایب همسانی درونی دو عامل مذکور و نیز نمره نهایی مقیاس به ترتیب به میزان ۰/۸۰، ۰/۶۰ و ۰/۷۶ تعیین شد.

در پژوهش حاضر ملاحظات اخلاقی بدین شرح رعایت شد: آزمودنی به طور آزادانه تمایل به شرکت در پژوهش و ادامه آن را داشته و در صورت عدم تمایل، در هر مرحله از آزمون می‌تواند پژوهش را ترک کند. اطلاعات شخصی کاملاً محرمانه بوده و برای تجزیه و تحلیل و بایگانی، صرفاً به شکل کدگذاری شده نگهداری شد. فرآیند اجرای پرسشنامه‌ها و پروتکل درمانی کاملاً شرح داده شده و عدم وجود آسیب در استفاده از مداخلات درمانی، توضیح داده شد.

پروتکل‌های استفاده شده در این پژوهش شامل پروتکل کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی کابات-زین (۲۰۱۵)، و درمان هیپنوتیزی جیناندز

(۱۹۹۲).

در تعیین روایی ملاک همزمان، همبستگی عالی به میزان  $r=0/7$  با ابزار ارزیابی تصویری زخم و همبستگی کافی به میزان  $r=0/55$  با مراحل زخم انجمن بین‌المللی زخم فشاری (NPUAP<sup>۱</sup>) در سطح  $P=0/001$  دارد (هاگتون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). روایی پیش بین نیز در هفته اول و ششم به میزان ۵۰٪ برآورد شده است (بیتس-جنسن و همکاران، ۲۰۱۹). ایندکس اعتبار محتوا نیز که توسط ۹ نفر متخصص زخم تعیین شده برابر با ۰/۹۱ است (بیتس-جنسن و همکاران، ۱۹۹۲). این پرسشنامه در ایران بر روی زخم سوختگی درجه دو هنجاریابی شده که ایندکس اعتبار محتوا ۰/۸۹ با  $P=0/05$  و پایایی بین مشاهده‌گران نیز ۰/۸۶ بود. همچنین به واسطه لیکرت بودن این ابزار و شانس توافق ۰/۲۰ هرآیتم برای دو مشاهده گر ضریب کاپا نیز برای هر آیتم سنجیده شده که برابر با ۰/۶۰ بود (ملک حسینی و همکاران، ۱۳۹۲).

- مقیاس استرس ادراک‌شده: این پرسشنامه (PSS<sup>۳</sup>) که ابزاری خودگزارشی و مشتمل بر ۱۴ گویه است، جهت آگاهی از چگونگی ارزیابی، تفسیر و ادراک افراد از شرایط و موقعیت‌های استرس‌زا و نیز کنترل و غلبه بر آنها ساخته شد. بازه زمانی حالات در طول یک ماه گذشته بوده و پاسخ‌گویی بر اساس طیف ۵ درجه ای لیکرت از ۰ (هرگز) تا ۴ (همیشه) انجام گرفت. پس از تجمیع نمرات که در گویه‌های ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰

1 National Pressure Ulcer Advisory Panel  
2 Houghton  
3 Perceived Stress Scale

سید حامد واحدی و همکاران: اثربخشی درمان هیپنوتیزی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترمیم زخم و ...

و همکاران (۲۰۰۳)، بود که به ترتیب در جدول شماره ۱ و ۲ شرح داده شده است.

### جدول ۱. محتوای جلسات کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	شرح جلسه
اول	(قبل از عمل جراحی): معرفی طرفین به یکدیگر، ارائه شرح مختصری از ۸ جلسه برای بیمار، درخواست از بیمار برای خوردن یک عدد کشمش و احساس کردن آن با تمام وجود و در ادامه بحث درباره این احساس، مدیتیشن اسکن به مدت ۳۰ دقیقه و توجه همزمان با نفس کشیدن به قسمتی از بدن، ارائه تکلیف خانگی.
دوم	(پس از عمل جراحی/ بیمار بستری): انجام مدیتیشن اسکن بدن و سپس بحث درباره تجربه انجام تکلیف خانگی، صحبت در مورد موانع انجام تمرین (مثل بی‌قراری و پرسه‌زدن ذهن) و راه‌های برنامه ذهن آگاهی برای این مسئله (غیر قضاوتی‌بودن و رهاکردن افکار مزاحم)، گفتگو درباره تفاوت بین افکار و احساسات، انجام مدیتیشن در حالت نشسته (در صورت امکان) توسط بیمار، ارائه تکلیف خانگی.
سوم	(جلسه سوم و بقیه جلسات به صورت آنلاین تصویری و دو بار در هفته انجام گرفت): بررسی و گفتگو درباره تکلیف خانگی، آموزش و انجام دیدن و شنیدن غیرقضاوتی به مدت ۲ دقیقه و در ادامه انجام مدیتیشن نشسته و تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفسی (شامل توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن)، ارائه تکلیف خانگی.
چهارم	صحبت درباره تکلیف خانگی، توجه به صداها و افکار همراه با توجه به تنفس، بحث درباره پاسخ‌های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین، تمرین قدم زدن ذهن آگاهانه، ارائه تکلیف خانگی.
پنجم	صحبت درباره تکلیف خانگی، انجام مدیتیشن نشسته، انجام سری دوم حرکات ذهن آگاه بدن، ارائه تکلیف خانگی.
ششم	صحبت درباره تکلیف خانگی، انجام تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای، انجام تمرین با مضمون "محتوای افکار، اکثراً واقعی نیستند"، انجام مدیتیشن در جلسه، ارائه تکلیف خانگی.
هفتم	مدیتیشن چهاربعدی و تمرین آگاهی نسبت به هرآنچه در لحظه، به هشیاری وارد می‌شود، گفتگو درباره مضمون "بهترین راه مراقبت از خودم چیست؟"، ارائه تمرین به بیمار جهت مشخص کردن رویدادهای خوشایند و ناخوشایند زندگی و در ادامه پرداختن به پرسش "چگونه می‌توان برنامه‌ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد؟"، تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفسی، ارائه تکلیف خانگی.
هشتم	مدیتیشن اسکن بدن، تمرین ۳ دقیقه‌ای فضای تنفسی، بحث درباره استفاده از آنچه بیمار تاکنون یاد گرفته است، گفتگو در مورد روش‌های کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن، طرح و بحث درباره سوالاتی از این دست که آیا بیمار به انتظارات خود دست یافته است؟ آیا احساس می‌کند شخصیتش رشد کرده؟ آیا احساس می‌کند مهارت‌های مقابله‌ایش افزایش یافته و آیا دوست دارد تمرین‌های مدیتیشنش را ادامه دهد؟، اطلاع‌رسانی درباره چگونگی دسترسی به درمانگر در صورت نیاز.



جدول ۲. محتوای جلسات درمان هیپنوتیزمی

جلسه	شرح جلسه
اول	(قبل از عمل جراحی): معرفی طرفین به یکدیگر، ارائه شرح مختصری از ۸ جلسه برای بیمار و نیز توضیحاتی درباره مراحل هیپنوز، بی ضرر بودن و رفع سوءتعبیرهای احتمالی درباره آن، انجام تست میزان هیپنوتیزم پذیری، اجرای هیپنوز سطحی در حین آموزش تنفس دیافراگمی و آرامسازی پیشرونده عضلانی.
دوم	(پس از عمل جراحی/ بیمار بستری): انجام هیپنوتیزم بر بالین بیمار با محتوای القانات متمرکز بر تجربه جراحی با خونریزی کم در محل برش و امیدواری به بهبود گام به گام و سریع زخم و نیز تصویرسازی ذهنی حرکت طبیعی خون در محل جراحی، انجام تنفس دیافراگمی و آرامسازی پیشرونده عضلانی جهت کاهش استرس و سپس ارائه القانات پس هیپنوتیزمی جهت تثبیت استرس کم.
سوم	(جلسه سوم و بقیه جلسات از طریق فایل صوتی و دو بار در هفته انجام گرفت): انجام هیپنوتیزم با محتوای القانات و پیشنهادات استعاره‌ای متمرکز بر گذر سالم و سریع از مراحل ترمیم زخم (شامل: کاهش التهاب، شکل‌گیری بافت، شکل‌گیری مجدد پوست، رگزایی و انقباض زخم)، کاهش استرس از طریق تکنیک‌های عمیق‌سازی در حین هیپنوز و نیز به شکل پس هیپنوتیزمی.
چهارم	انجام هیپنوتیزم با محتوای القانات جلسات قبل و نیز مبتنی بر بازگشت انرژی، تثبیت و ادامه احساس راحتی و داشتن حس تندرستی.
پنجم	انجام هیپنوتیزم با مضمون القانات جلسه قبل و نیز با استفاده از استعاره‌های جدید.
ششم	انجام هیپنوتیزم با مضمون القانات جلسه قبل و نیز با استفاده از استعاره‌های جدید.
هفتم	انجام هیپنوتیزم با محتوای القانات مبتنی بر انطباق با تغییرات مثبت بدنی (مشاهده ظاهر تغییر یافته ولی سالمتر بدن در آینده، پذیرش تمامیت بدنی خود، داشتن نتایج بهتر پس از گذر از جراحی و...).
هشتم	انجام هیپنوتیزم با مضمون القانات جلسه قبل و نیز با استفاده از استعاره‌های جدید، گفتگو درباره تجربه بیمار از درمان، اطلاع‌رسانی درباره چگونگی دسترسی به درمانگر در صورت نیاز.

یافته‌ها

واریانس لوین<sup>۲</sup>، تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، آزمون تعقیبی بن فرونی و نمودار خطی استفاده شد.

بازه سنی شرکت‌کنندگان بین ۳۰ تا ۴۰ سال بود که در دو دسته ۳۰ تا ۳۴ سال و ۳۵ تا ۴۰ سال قرار گرفتند. تعداد کل افراد در هر یک از

برای تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی، برای بررسی نرمالیتی متغیرها از آزمون کلموگروف اسمیرنف، کرویت موچلی<sup>۱</sup>، آزمون برابری خطای

همچنین توزیع فراوانی بیماران براساس وضعیت تأهل در گروه های MBSR و کنترل شبیه به یکدیگر و در گروه درمان هیپنوتیزی تعداد بیماران مجرد کاندید جراحی شکمی کمتر بود. بیشترین درصد فراوانی بیماران از نظر میزان تحصیلات در هر سه گروه متعلق به مقطع دیپلم بود.

میانگین و انحراف استاندارد نمرات ترمیم زخم و استرس ادراک شده در گروه های مداخله ای و کنترل، به تفکیک مراحل اندازه گیری شامل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول شماره ۳ آورده شده است.

گروه های درمان هیپنوتیزی، MBSR و کنترل به میزان ۲۵ نفر و درصد فراوانی آنها در بازه سنی اول به ترتیب ۴۰٪، ۳۶٪ و ۵۲٪ بود. درصد فراوانی مردان در گروه ها با تربیت فوق شامل ۴۰٪، ۴۴٪ و ۵۶٪ بوده و این ترتیب درصد فراوانی برای افراد مجرد عبارت بودند از ۲۰٪، ۵۲٪ و ۵۶٪. از این رو در گروه های درمان هیپنوتیزی و MBSR تعداد بیماران زن کاندید جراحی شکمی بیشتر و در گروه کنترل تعداد بیماران مرد کاندید جراحی شکمی بیشتر بود.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات ترمیم زخم و استرس ادراک شده بیماران در مراحل اندازه گیری در سه گروه

متغیرها	مراحل اندازه گیری	درمان هیپنوتیزی		MBSR		کنترل	
		M	SD	M	SD	M	SD
ترمیم زخم	پیش آزمون	۲.۳۲	۰.۴۰	۲.۳۱	۰.۴۱	۲.۳۱	۰.۴۱
	پس آزمون	۱.۰۲	۰.۳	۱.۰۵	۰.۷	۱.۱۴	۰.۹
	پیگیری	۱.۰۰	۰.۲	۱.۰۱	۰.۳	۱.۰۳	۰.۶
استرس ادراک شده	پیش آزمون	۳.۳۷	۰.۱۶	۳.۳۴	۰.۱۶	۳.۳۹	۰.۱۷
	پس آزمون	۱.۳۵	۰.۲۱	۱.۴۴	۰.۱۵	۲.۴۳	۰.۲۰
	پیگیری	۱.۳۳	۰.۲۵	۰.۴۷	۰.۱۸	۲.۳۶	۰.۲۶

به منظور مقایسه مداخله درمان هیپنوتیزی و مداخله MBSR بر استرس ادراک شده بیماران در سه مرحله اندازه گیری از روش تحلیل واریانس اندازه گیری مختلط (یک عامل درون آزمودنی ها و یک عامل بین آزمودنی ها) استفاده شد. مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به عنوان عامل درون آزمودنی و یک متغیر مستقل طبقه ای (دو گروه آزمایشی و گروه کنترل) به عنوان عامل

همانطور که در جدول شماره ۳ مشاهده می شود نمره میانگین استرس ادراک شده و ترمیم زخم بیماران در دو گروه آزمایش، در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون دارای کاهش بود. استرس ادراک شده بیماران گروه کنترل نیز در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون کاهش داشت ولی نسبت به گروه های آزمایش کاهش کمتری مشاهده شد.

بین آزمودنی‌ها در نظر گرفته شد. نتایج تحلیل واریانس در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مختلط استرس ادراک‌شده در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل

عوامل	اثرات	SS	df	MS	F	sig	Eta
عامل درون‌گروهی	مراحل	۱۹۴.۳۳۳	۱.۵۶۳	۱۲۴.۳۲۸	۲۸۵۴.۳۹۹	.۰۰۱	.۹۷۵
	تعامل مراحل * گروه	۳۰.۰۶۸	۳.۱۲۶	۹.۶۱۸	۲۲۰.۸۱۹	.۰۰۱	.۸۶۰
	خطا	۴.۹۰۲	۱۱۲.۵۴۱	.۰۴۴			
عامل بین‌گروهی	گروه	۶۴.۳۶۱	۲	۳۲.۱۸۰	۶۴۶.۰۰۱	.۰۰۱	.۹۴۷
	خطا	۳.۵۸۷	۷۲	.۰۵۰			

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، تغییر استرس ادراک‌شده در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود ( $F=۲۸۵۴/۳۹۹, P<۰/۰۵$ ) و مقدار واریانس تبیین شده آن ۰/۹۷۵ بود. در واقع روند تغییرات نمرات استرس ادراک‌شده در بیماران در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل تفاوت معنادار داشت و بین سه گروه نیز تفاوت معنادار وجود داشت. به منظور بررسی تغییرات درون‌گروهی در متغیر استرس ادراک‌شده، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. نتایج در جدول ۵ آورده شده است.

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، تغییر استرس ادراک‌شده در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود ( $F=۲۸۵۴/۳۹۹, P<۰/۰۵$ ) و مقدار واریانس تبیین شده آن ۰/۹۷۵ بود. اثر تعاملی مراحل و گروه نیز در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود ( $P<۰/۰۵$ )، مقدار واریانس تبیین شده آن ۰/۸۶۰ بود. اثر عامل بین‌گروهی نیز معنادار بود.

جدول ۵. مقایسه‌های زوجی درون‌گروهی استرس ادراک‌شده با آزمون بنفرونی در سه گروه

معداری	خطا	تفاوت میانگین	مراحل	گروه
.۰۰۱	.۰۵	۲.۰۳	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	درمان هیپنوتیزمی
.۰۰۱	.۰۷	۲.۰۴	پیش‌آزمون - پیگیری	
.۷۶۰	.۰۴	.۰۱	پس‌آزمون - پیگیری	
.۰۰۱	.۰۴	۲.۹۱	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	MBSR
.۰۰۱	.۰۵	۲.۸۷	پیش‌آزمون - پیگیری	
.۴۲۱	.۰۵	-.۰۴	پس‌آزمون - پیگیری	
.۰۰۱	.۰۶	.۹۶	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	کنترل
.۰۰۱	.۰۷	۱.۰۳	پیش‌آزمون - پیگیری	
.۰۷۸	.۰۴	.۰۷	پس‌آزمون - پیگیری	

سید حامد واحدی و همکاران: اثربخشی درمان هیپنوتیزی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترمیم زخم و ...

همانطور که از جدول ۵ مشخص می‌شود، در دو گروه آزمایشی و همچنین گروه کنترل میانگین استرس ادراک شده بیماران در «پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون» و «پیگیری نسبت به پیش‌آزمون» کاهش معنادار داشت ( $p < 0,05$ ). در سه گروه

استرس ادراک شده بیماران در «پس‌آزمون نسبت به پیگیری» تفاوت معنادار نداشت. به منظور بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیر استرس ادراک شده، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. نتایج در جدول ۶ آورده شده است.

جدول ۶. بررسی تفاوت میانگین استرس ادراک شده در گروه آزمایش و گروه کنترل

گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطا	معناداری
درمان هیپنوتیزی	۶۰۰	۰۳۶	۰۰۱
درمان هیپنوتیزی	-۷۰۹	۰۳۶	۰۰۱
MBSR	-۱۳۰۹	۰۳۶	۰۰۱

همانطور که از جدول ۶ مشخص می‌شود، میانگین استرس ادراک شده در گروه مداخله MBSR به صورت معناداری کمتر از میانگین استرس ادراک شده در گروه هیپنوتیزی بود و میانگین استرس ادراک شده در دو گروه مداخله درمان هیپنوتیزی و MBSR به صورت معناداری کمتر از گروه کنترل بود.

به منظور مقایسه مداخله درمان هیپنوتیزی و مداخله MBSR بر ترمیم زخم بیماران در سه مرحله اندازه‌گیری از روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مختلط (یک عامل درون آزمودنیها و یک عامل بین آزمودنیها استفاده شد. مراحل سه گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به عنوان عامل درون آزمودنی و یک متغیر مستقل طبقه‌ای (دو روش آزمایشی و گروه کنترل) به عنوان عامل بین آزمودنیها در نظر گرفته شد. نتایج تحلیل واریانس در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷. خلاصه نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مختلط ترمیم زخم در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل

عوامل	اثرات	SS	df	MS	F	sig	Eta
عامل	مراحل	۸۰.۷۱۹	۱.۶۹۵	۴۷.۶۳۴	۱۶۴۲۰.۹۲۲	۰.۰۱	۰.۹۹۶
	تعامل مراحل * گروه	۰.۱۱۰	۳.۳۸۹	۰.۰۳۳	۱۱.۲۳۰	۰.۰۱	۰.۲۳۸
درون گروهی	خطا	۳۵۴	۱۲۲.۰۰۸	۰.۰۰۳			
	عامل	۰.۰۸۲	۲	۰.۰۴۱	۱۲.۸۴۴	۰.۰۱	۰.۲۶۳
بین گروهی	خطا	۰.۲۲۹	۷۲	۰.۰۰۳			

همانطور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، تغییر ترمیم زخم در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود ( $P < 0/05$ ) و مقدار واریانس تبیین‌شده آن ۰/۲۶۳ بود. در واقع روند تغییرات نمرات ترمیم زخم در بیماران در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل تفاوت معنادار داشت و بین سه گروه نیز تفاوت معنادار وجود داشت. به منظور بررسی تغییرات درون گروهی در متغیر ترمیم زخم، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. نتایج در جدول ۸ آورده شده است.

همانطور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، تغییر ترمیم زخم در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود ( $P < 0/05$ ) و مقدار واریانس تبیین‌شده آن ۰/۹۹۶ بود. اثر تعاملی مراحل و گروه نیز در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود ( $F=11/230$ ,  $P < 0/05$ ) و مقدار واریانس تبیین‌شده آن ۰/۲۳۸ بود. اثر عامل بین گروهی نیز معنادار بود

جدول ۸. مقایسه‌های زوجی درون گروهی با آزمون بنفرونی در سه گروه

گروه	مراحل	تفاوت میانگین	خطا	معناداری
	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱.۳۰	۰.۱	۰.۰۱
درمان هیپنوتیزی	پیش‌آزمون - پیگیری	۱.۳۱	۰.۱	۰.۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۰.۲	۰.۱	۰.۰۲۲
	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱.۲۶	۰.۱	۰.۰۱
MBSR	پیش‌آزمون - پیگیری	۱.۳۰	۰.۱	۰.۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۰.۴	۰.۱	۰.۰۰۹
	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱.۱۷	۰.۲	۰.۰۱
کنترل	پیش‌آزمون - پیگیری	۱.۲۸	۰.۱	۰.۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۰.۱	۰.۲	۰.۰۱

گروه‌ها در متغیر ترمیم زخم، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. نتایج در جدول ۹ آورده شده است.

همانطور که از جدول ۹ مشخص می‌شود، میانگین ترمیم زخم در گروه مداخله درمان هیپنوتیزی و گروه MBSR تفاوت معنادار

همانطور که از جدول ۸ مشخص می‌شود، در دو گروه آزمایشی و همچنین گروه کنترل میانگین ترمیم زخم بیماران در «پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون» و «پیگیری نسبت به پیش‌آزمون» و «پیگیری نسبت به پس‌آزمون» کاهش معنادار داشت ( $p < 0/05$ ). به منظور بررسی تفاوت

سید حامد واحدی و همکاران: اثربخشی درمان هیپنوتیزمی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترمیم زخم و ...

نداشت. میانگین ترمیم زخم در دو گروه مداخله  
درمان هیپنوتیزمی و MBSR به صورت معناداری  
معناداری کمتر از میانگین ترمیم زخم در گروه  
کنترل بود.

جدول ۹. بررسی تفاوت میانگین ترمیم زخم در گروه آزمایش و گروه کنترل

گروه ها	تفاوت میانگین	خطا	معناداری
درمان هیپنوتیزمی	-۰.۱۲	۰.۰۰۹	۰.۵۵۶
مبتنی بر ذهن آگاهی	کنترل	۰.۰۰۹	۰.۰۰۱
درمان هیپنوتیزمی	-۰.۴۵	۰.۰۰۹	۰.۰۰۲
مبتنی بر ذهن آگاهی	کنترل	۰.۰۰۹	۰.۰۰۲

### نتیجه گیری و بحث

که توسط جیناندز و همکاران (۲۰۰۳)، انجام شد  
نیز به بررسی تاثیر هیپنوتیزم بر ترمیم زخم پس از  
جراحی پرداخته شد. در این پژوهش که به  
مقایسه اثربخشی درمان پزشکی معمول، درمان  
حمایتی توسط پرستاران، و درمان هیپنوتیزمی  
اقدام شد، نتایج نشان دهنده تفاوت معنادار مثبت  
درمان هیپنوتیزمی بر ترمیم زخم بود. به منظور  
تبیین این یافته‌های همسو با یافته پژوهش حاضر  
می‌توان به ارتباط تنگاتنگ جسم و روان اشاره  
کرد. به طوری که با ارائه القائات در خلسه  
هیپنوتیزمی که می‌تواند مبتنی بر افزایش گرما و  
در نتیجه افزایش گردش خون در بافت جراحی  
شده باشد، امکان تسریع ترمیم زخم ایجاد  
می‌گردد. به منظور تمثیل و تدقیق این پدیده  
می‌توان به افزایش فشارخون در نتیجه شنیدن  
رخدادی مانند تصادف خودرو اشاره نمود. در این  
حالت، فرد به عبارتی دچار یک نوع  
خودهیپنوتیزمی غیرارادی و خودکار شده است که  
در رویارویی صرفاً روانی (و نه فیزیکی) با  
رخداد، بدن برانگیختگی سمپاتیکی مورد نیاز  
برای مواجهه واقعی را فراخوان کرده است. از این

در پژوهش حاضر، به بررسی اثربخشی درمان  
هیپنوتیزمی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی  
بر ترمیم زخم و استرس ادراک شده بیماران پس از  
جراحی شکمی پرداخته شد. یکی از یافته‌های  
پژوهش حاضر، اثربخشی درمان هیپنوتیزمی بر  
ترمیم زخم است. در جستجوی به عمل آمده،  
پژوهش داخلی در ارتباط با این موضوع انجام  
نگرفته است. این یافته با پژوهش‌های انجام گرفته  
توسط چستر و همکاران (۲۰۱۶)؛ جیناندز و  
همکاران (۲۰۰۳)؛ مور و کاپلان<sup>۱</sup> (۱۹۸۳)؛  
جیناندز و روزنتال<sup>۲</sup> (۱۹۹۹)؛ پرونکال و همکاران  
(۲۰۱۸)، همسو است.

در پژوهش چستر و همکاران (۲۰۱۶)، که به  
بررسی اثربخشی هیپنوتیزم بالینی بر ترمیم زخم  
سوختگی افراد ۴ تا ۱۶ سال پرداخته شده بود،  
نتایج ارزیابی‌های مداوم زخم که تا ترمیم ۹۵٪  
زخم ادامه یافت، نشان دهنده تفاوت معنادار این  
نوع درمان نسبت به گروه کنترل بود. در پژوهشی

1 Moor & Kaplan  
2 Rosenthal

الندزکی و همکاران (۲۰۲۰)؛ فیش و همکاران (۲۰۱۷)، همسو است.

حیدریان و همکاران (۱۳۹۶)، در پژوهشی به بررسی تاثیر هیپنوتیزم درمانی بر استرس ادراک شده و فشار خون در بیماران مبتلا به فشارخون اولیه پرداخته‌اند. در این پژوهش تاثیرات هیپنوتیزم بر کاهش استرس ادراک شده و فشارخون سیستمولیک بیماران مشخص شده است. در پژوهشی که بر روی استرس ادراک شده بیماران دیابتی نوع ۲ پرداخته شده است، اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیپنوتیزمی به عنوان دو پروتکل مداخله ای مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج این پژوهش نشان‌دهنده تاثیر معنادار مثبت هر دو پروتکل بر استرس ادراک شده بیماران بوده است (قرشی و همکاران، ۱۳۹۹).

به منظور تبیین این یافته می‌توان به کاهش استرس حاصل از تکنیک‌های آرام‌سازی از جمله تنفس دیافراگمی و PMR که در فرآیند عمیق‌سازی هیپنوتیزمی مورد استفاده قرار می‌گیرد، اشاره نمود. این آرامش از طریق تحریک سیستم پاراسمپاتیکی به وسیله تکنیک‌های فوق ایجاد می‌گردد و در ادامه با القائات پس هیپنوتیزمی، می‌توان به استمرار این شرایط حتی پس از خروج از جلسه هیپنوتیزمی اقدام نمود. از این رو این تکنیک‌ها را در جهت کاهش استرس ادراک شده بیماران جراحی شده نیز با در نظر گرفتن شرایط جسمی و تعدیل آنها، می‌توان اجرا نمود. به‌منظور توضیح بیشتر می‌توان به استعاره حل شدن آرام و خود به خود لکه جوهر در ظرف

رو می‌توان با ارائه پیشنهادات استعاری گونه هیپنوتیزمی مبتنی بر گرم‌شدن اندام هدف (به طور مثال قرارگرفتن محل زخم در زیر نور خورشید) به تحریک سیستم سمپاتیک و در نتیجه افزایش گردش خون و سپس کانالیزه کردن آن به سمت بافت مذکور همت گماشت. همچنین به منظور مراقبت بیشتر از زخم نیز ارائه القائاتی مبتنی بر رعایت محدودیت‌ها تا زمان ترمیم زخم می‌تواند کارساز باشد. این موضوع زمانی از اهمیت بیشتری برخوردار می‌گردد که تاب‌آوری بیمار جراحی شده به‌واسطه امکان بازگشت علائم بیماری یا عوارض زخم، درد، استرس و اضطراب ناشی از جراحی و نیز سایر پیگیری‌های درمانی، کاهش یافته و از این رو دریافت القائاتی که فارغ از تاثیر مستقیم بر زخم، بر مراقبت از زخم متمرکز است، می‌تواند در جهت ترمیم بهینه زخم راهگشا باشد. به طور مثال با ارائه استعاره‌هایی همچون لزوم توقف در ایستگاه‌های بین راهی به منظور داشتن سفری همراه با سلامت، می‌توان تغییر پوزیشن‌های جسمی را به بازه‌هایی تقسیم کرد که در آن فرد ابتدا دست را روی محل بخیه گذاشته سپس با اتخاذ پوزیشن مناسب، فشار از روی شکم برداشته شده و درنهایت، برخاستن از حالت خوابیده به نشسته یا نشسته به ایستاده صورت گیرد.

از جمله یافته‌های دیگر این پژوهش اثربخشی درمان هیپنوتیزمی بر استرس ادراک شده بیماران پس از جراحی شکمی است. این نتیجه با یافته های قرشی و همکاران (۱۳۹۹)؛ حیدریان و همکاران (۱۳۹۶)؛ فیش و همکاران (۲۰۲۰)؛

بیماران تحت جراحی شکمی نیز که تحت شرایط پراسترسی بنا به علل گفته شده هستند می‌توانند از این درمان جهت تسریع ترمیم زخم بهره مند گردند.

کاهش استرس ادراک‌شده در پاسخ به درمان MBSR از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر است که با یافته‌های پژوهش فخری و همکاران (۱۳۹۷)؛ صناعی و همکاران (۱۳۹۶)؛ مومنی و همکاران (۲۰۱۶)؛ نوروزی و همکاران (۲۰۱۹)؛ چن و همکاران (۲۰۲۱)؛ آفایوسفی و همکاران (۱۳۹۲)؛ حسینی و همکاران (۱۳۹۵)؛ فتاحی و همکاران (۱۳۹۹)؛ پروچاسکا<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۵)؛ سانگ و لیندکوئیست<sup>۳</sup> (۲۰۱۵)، همسو است.

در پژوهشی که بر روی بیماران دیابتی نوع ۲ انجام شد پژوهشگران به بررسی اثربخشی ذهن‌آگاهی بر استرس ادراک‌شده و فشارخون این بیماران پرداختند که کاهش استرس و کاهش فشارخون دیاستولیک این بیماران را نتیجه داد (فخری و همکاران، ۱۳۹۷).

در پژوهشی دیگر که به بررسی اثربخشی MBSR بر میزان خودکارآمدی، استرس ادراک‌شده و جهت‌گیری به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شد، تاثیرات مثبت بر جهت‌گیری در زندگی و نیز استرس ادراک‌شده نشان داده شد. ولی بر روی خودکارآمدی این بیماران تاثیر معناداری حاصل نگردید (صناعی و همکاران، ۱۳۹۶).

اثربخشی MBSR بر میزان فشارخون، استرس

شیشه‌ای محتوی آب زلال اشاره نمود و در ادامه با همانندسازی فضای ذهنی و نیز نزدیک کردن تجربه ذهنی فرد به موقیت عینی از قبل تجربه شده (حل شدن جوهر در آب) به تثبیت بیشتر و عمیق‌تر آرامش در جریان فکری - هیجانی فرد اقدام کرد.

اثربخشی MBSR بر ترمیم زخم از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر است. در این زمینه پژوهش اندکی صورت گرفته که به آن اشاره می‌گردد. در پژوهشی که توسط میسترس و همکاران (۲۰۱۸)، انجام شد به بررسی تاثیر MBSR بر ترمیم زخم پرداخته شده است. در این پژوهش برای ۵۹ آزمودنی که از طریق ایجاد تاول مکشی<sup>۱</sup> روی ساعد دست، یک زخم ایجاد شده بود، پروتکل ۸ جلسه‌ای MBSR اجرا شد. با پیگیری میزان التهاب و سایز زخم در روزهای اول، ۳، ۴، ۵، ۷ و ۹ پس از ایجاد زخم و نیز پس از پایان جلسات هفتگی، تاثیرات مثبت MBSR بر ترمیم زخم نتیجه حاصل شد.

به منظور تبیین این یافته می‌توان به تاثیر کاهش استرس ناشی از ذهن‌آگاهی بر افزایش خونرسانی بافت آسیب دیده اشاره نمود که این امر می‌تواند از طریق کاهش ترشح کاتکول آمین ها و در نتیجه کاهش میزان تنگی عروق خونی تغذیه‌کننده بافت مذکور و در ادامه افزایش سرعت ترمیم زخم، صورت پذیرد. به عبارتی در این روش مداخله‌ای، با تعدیل و تقلیل موانع خونرسانی به بافت، می‌توان افزایش خونرسانی به بافت جراحی شده را تسهیل نمود. از این رو

2 Prochaska  
3 Song & Lindquist

1 Suction blister



می‌تواند به جایگاه‌مندشدن فرد در زنجیره اتفاقات طبیعت بشری و تجربه درون روانی دستیابی به عمیق‌ترین لایه‌های آرامش منجر گردد.

اما آنچه فارغ از میزان معناداری تفاوت بین دو گروه مداخله‌ای قابل تاکید است، تاثیر تفاوت معنادار گروه کنترل با گروه‌های مداخله‌ای در بالین بیماران جراحی است. ترمیم و بهبود، نتیجه‌ای معمول است که در نهایت برای اکثر زخم‌های جراحی اتفاق می‌افتد. اما آنچه از یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت این است که برای تسریع و نیز افزایش کیفیت ترمیم زخم، راه‌کارهای روان‌شناختی و به طور خاص در این پژوهش، درمان هیپنوتیزی می و MBSR تاثیر گذارند. این امر زمانی حیاتی‌تر می‌گردد که سرعت و کیفیت ترمیم زخم در بیمارانی خاص، تعیین‌کننده فرجام عمل جراحی، حال عمومی بیمار و حتی حیات وی است. در بیماری که به دیابت یا نقص سیستم ایمنی مبتلاست، سرعت و کیفیت ترمیم زخم جهت پیشگیری از بافت مردگی و یا عفونت محل زخم امری حیاتی است. چراکه تاخیر در دستیابی به این هدف که البته از جمله عوارض شایع این بیماری‌ها است، با در نظر گرفتن عوامل مداخله‌گری چون انتشار عفونت به بدن، می‌تواند منجر به مخاطره‌افتادن حیات بیمار گردد. از طرفی به واسطه تداخلات دارویی و عوارض متعدد این بیماری‌ها با یکدیگر، مداخلاتی که تداخلی حداقلی با مشکلات مذکور داشته باشد می‌تواند بسیار کارگشا و سودمند باشد.

در پژوهش حاضر جهت بررسی بهینه تاثیرات

ادراک‌شده و خشم بیماران مبتلا به بیماری قلبی دیگر پژوهشی است که به بررسی اثرات درمانی MBSR بر استرس ادراک‌شده پرداخته و البته تاثیرات مثبتی را در کاهش این استرس به همراه داشته است. کاهش فشارخون سیستولیک و نیز کاهش خشم از دیگر نتایج این پژوهش بود (مومنی و همکاران، ۲۰۱۶).

در تبیین این یافته نیز که از شواهد متعدد و محکم برخوردار است می‌توان به چگونگی تاثیر MBSR بر استرس ادراک‌شده اشاره کرد. نگاه غیر قضاوتی به آنچه در درون و بیرون فرد می‌گذرد و نیز ارتباطی همراه با مهربانی با این پدیده از جمله مواردی است که منجر به کاهش استرس می‌گردد (کابات-زین، ۲۰۱۵). از طرفی با داشتن این نوع نگاه به وقایع، فرد توانایی ماندن در لحظه حال و عدم همراهی با آنچه در حال گذار است را پیدا می‌کند. از این رو منابع روانی فرد در جهت حفظ آرامش و لذت‌بردن از آنچه هست به جای آنچه خواهد شد یا باید بشود، صرف می‌گردد. این امر زمانی کاربردی‌تر می‌گردد که فرد در حال تجربه عوارض و مشکلات احتمالی پس از جراحی شکمی است. عوارضی که بهبود آنها نیازمند گذشت زمان بوده و داشتن عاملیت فرد بر آنها در اولویت‌های متاخر است. به عبارتی با ذهن آگاه‌تر شدن فرد، پذیرش محدودیت که جزئی جدایی‌ناپذیر از طبیعت بشری است می‌تواند در سطوح روانی عمیق‌تری صورت گیرد. حال آنکه دستیابی به این سطح، که خود مستلزم درونی سازی مفهوم حد و مرز و برآورده نشدن هرآنچه لزوماً فرد می‌خواهد است،

در نتیجه ارزیابی های چندبعدی که در نگاه به این مقوله مبسوط وجود دارد، پیشنهاد ارزیابی تاثیر درمان‌های پژوهش حاضر بر استرس بیماران بر اساس مقیاس‌های دیگر سنجش، بدین دلیل ضروری می‌گردد که گام برداشتن در این مسیر می‌تواند به ارتقاء افقی گسترده تر از نگاه علامت شناختی به بیماری، یعنی تغییر بهینه در تصویر بالینی بیماری‌ها و اختلالات و نیز انواع درمان آنها چه به شکل مستقیم و چه غیر مستقیم منجر گردد.

#### تضاد منافع

در پژوهش حاضر تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

#### سپاسگزاری

بدینوسیله نویسندگان از عواملی که در انجام پژوهش حاضر یاری رسان بوده‌اند، سپاسگزاری می‌کنند.

مستقیم متغیرهای مستقل بر روی کنترل متغیرهای مداخله‌گر تاکید شده و در نتیجه ملاک‌های ورود متعددی در نظر گرفته شد. از این رو می‌توان از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر را، تعداد ملاک‌های ورود دانست. به طوری که ملاک‌های ورود به گونه ای انتخاب شد که بیماران جراحی تا حد ممکن فاقد بیماری‌های زمینه‌ای باشند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، ارتباط بین متغیرهای مستقل و وابسته این پژوهش در بیماری‌های داخلی نیز مورد آزمون قرار گیرد. بنابر آنچه درباره اهمیت سرعت و کیفیت ترمیم زخم در بیماران دیابتی و مبتلا به نقص سیستم ایمنی گفته شد، بررسی‌های آتی می‌تواند در اختصاصی‌سازی پژوهش حاضر در بافتار بیماری‌های مذکور و بازآزمایی آن نقش به‌سزایی داشته باشد. همچنین استفاده از مقیاس‌های دیگر سنجش ترمیم زخم نیز می‌تواند در ارزیابی ابعاد دیگر بهبودی زخم کمک‌کننده باشد. به طوریکه تاثیر درمان‌های پژوهش حاضر بر انواع زخم‌های غیر جراحی نیز مورد ارزیابی قرار گیرد. با توجه به چندبعدی بودن تعریف استرس و

#### منابع

آقایوسفی، ع؛ اورکی، م؛ زارع، م و ایمانی، س. (۱۳۹۲). ذهن‌آگاهی و اعتیاد: اثربخشی ذهن‌آگاهی بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در سوء مصرف‌کنندگان مواد. *اندیشه و رفتار*، ۷(۲۷)، ۱۷-۲۶.

اگدن، ج. (۱۳۹۸). *روانشناسی سلامت*. ترجمه: محسن کچویی. تهران: ارجمند. چاپ سوم.

احدی، ر و رباطی، ا. (۱۳۹۶). *روانشناسی سلامت: مفاهیم بنیادی در روانشناسی سلامت*. تهران: پندار تابان. چاپ اول.

اظهري، ص؛ آرادمهر، م؛ رخشنده، ح؛ تارا، ف و شاکری، م. (۱۳۹۳). بررسی تاثیر کرم بابونه بر بهبود زخم اپی‌زیاتومی زنان نخست‌زا. *زنان مامایی و نازایی ایران*، ۱۷(۹۳)، ۱۶-۲۶.

- اورکی، م و اسدپور، ا. (۱۳۹۹). اثر بخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر بهزیستی روان شناختی و استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به ریفلاکس معده به مری. *روانشناسی سلامت*، ۹(۳۶)، ۱۵۱-۱۶۸.
- اورکی، م و عیسی‌زاده، ف. (۱۴۰۰). اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجانی، استرس ادراک‌شده و پیروی از درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *روانشناسی سلامت*، ۱۰(۳۸)، ۱۵۷-۱۷۵.
- ایمان طلب، و؛ صدیقی نژاد، ع؛ جلالی، م و شفائی غلامی، ا. (۱۳۹۱). *اصول بیهوشی در جراحی*. رشت: گپ. چاپ اول.
- بهرامی، ا؛ علی عسگرزاده، ا؛ سرابچیان، م؛ مبصری، م؛ حشمت، ر و قوجازاده، م. (۱۳۸۸). کارآزمایی بالینی دوسوکور برای بررسی تاثیر آنژی پارس خوراکی در زخم پای دیابتی مزمن. *غدد درون ریز و متابولیسم ایران*، ۱۱(۶)، ۶۴۷-۶۵۵.
- حسینی، م؛ فلاحی خشک‌ناب، م؛ محمدی شاه‌بلاغی، ف؛ محمدظاهری آرتیمانی، س؛ رضاسلطانی، پ و خانجانی، م. (۱۳۹۵). تاثیر برنامه ذهن‌آگاهی بر استرس درک شده مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به آلزایمر. *روان پرستاری*، ۴(۳)، ۱-۷.
- حیدریان، ف؛ سجادیان، ا و فتحی، م. (۱۳۹۶). اثربخشی هیپنوتیزم درمانی بر استرس ادراک‌شده و فشارخون بیماران مبتلا به فشارخون اولیه. *مجله دانشکده پزشکی*
- دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۰(۵)، ۶۶۹-۶۸۰.
- دلاور، ع و کوشکی، ش. (۱۳۹۶). *روش تحقیق آمیخته*. تهران: ویرایش. چاپ چهارم.
- صفایی، م و شکری، ا. (۱۳۹۱). سنجش استرس در بیماران سرطانی: روایی عاملی مقیاس استرس ادراک‌شده در ایران. *روان پرستاری*، ۲(۱)، ۱۳-۲۲.
- صناعی، ه؛ موسوی، ع؛ مرادی، ع؛ پرهون، ه و صناعی، س. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی، استرس ادراک‌شده و جهت‌گیری به زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان. *اندیشه و رفتار*، ۱۱(۴۴)، ۵۷-۶۶.
- عطایی فشتمی، ل؛ اسماعیلی جاوید، غ؛ کاویانی، ا؛ لاریجانی، ب؛ رضوی، ل؛ سلامی، م؛ فاتح، م؛ فاطمی، م و مرتضوی، م. (۱۳۸۷). نقش لیزرتراپی در درمان زخم پای دیابتی: یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده دوسوکور. *لیزر پزشکی*، ۵(۳ و ۴)، ۸-۱۱.
- فتاحی، ن؛ کاظمی، س؛ بقولی، ح و کوروش نیا، م. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی دو درمان شناختی رفتاری کلاسیک (CBT) و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) بر استرس ادراک‌شده و حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شهر شیراز. *علوم روانشناختی*، ۱۹(۹۵)، ۱۴۸۷-۱۴۹۶.
- فخری، م؛ بهار، ع و امینی، ف. (۱۳۹۷).

- سوختگی درجه دو. طب مکمل، ۳(۱)، ۴۱۸-۴۲۸.
- منظری، ز؛ معماریان، ر و ونکی، ز. (۱۳۹۲). تاثیر ارتباط درمانی بر اضطراب ناشی از درد و وضعیت ترمیم زخم‌های سوختگی. افق دانش، ۱۹(۲)، ۶۰-۶۵.
- مهربانی، م؛ حسینی، م؛ نوروزی، ک و کریملو، م. (۱۳۹۱). بررسی مقایسه تاثیر عسل با پانسما هیدروکلوئید بر ترمیم زخم فشاری بیماران بستری در بخش‌های ویژه. مدیریت ارتقای سلامت، ۱(۳)، ۳۷-۴۵.
- نیک روان مفرد، م. (۱۴۰۰). فوریت‌های پرستاری. تهران: حیدری. چاپ اول.
- ملک حسینی، ا؛ غفارزادگان، ر؛ علیزاده، ش؛ غفارزادگان، ر؛ حاجی آقایی، ر و احمدلو، م. (۱۳۹۲). مقایسه اثر ژل آلوه‌ورا و کرم سولفادیازین نقره ۱٪ بر بهبودی زخم؛
- کترشی، پ؛ تاجری، ب؛ احدی، م و ملیح الزاکرینی، س. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی و هیپنوتراپی بر استرس ادارک شده بیماران دیابتیک نوع ۲. علوم روان شناختی، ۱۹(۹۱)، ۸۷۵-۸۸۲.
- کترادا، ر. جی و باوم، ا. (۱۳۹۷). علم استرس. ترجمه پوران سامی و محمد اورکی. تهران: ارجمند. چاپ اول.
- Abdeshahi, K., Hashemipour, M., Mesgarzadeh, V., Shahidi Payam, A., & Halaj Monfared, A. (2013). Effect of hypnosis on induction of local anaesthesia, pain perception, control of haemorrhage and anxiety during extraction of third molars: A case-control study. *Cranio-Maxillofacial Surgery*, 41(4), 310-315.
- Bates-Jensen, B. M., & Sussman, C. (2012). Tools to measure wound healing. *Wound care: A collaborative practical manual for health professionals*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bates-Jensen, B. M., McCreath, H., Patlan, A., & Harputlu, D. (2019). Reliability of the Bates-Jensen Wound Assessment Tool (BWAT) for Pressure Injury Assessment: The Pressure Ulcer Detection Study. *Wound Repair Regen*, 27(4), 386-395.
- Bates-Jensen, B. M., Vredevoe, D. L., & Brecht, M. L. (1992). Validity and reliability of the pressure sore status tool. *Decubitus*, 5(6), 20-28.
- Benedittis, G. D. (2015). Neural mechanisms of hypnosis and meditation. *Journal of physiolparis*, 109(4-6), 152-164.
- Brunicardi, F. C., Anderson, D. K., Billiar, T. R., Dunn, D. L., Kao, L. S., Hunter, J. G., Matthews, J. B., & Pollock, R. E. (2019). *Schwartz's principle of surgery*. New York: McGraw-Hill Education.
- Cardena, E. (2014). Hypnosis and Psyche: How Hypnosis Has Contributed to the Study of Consciousness. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 1(2), 123-138.
- Chen, Y. H., Chiu, F. C., Lin, Y. N., & Chang, Y. L. (2021). The

- Effectiveness of Mindfulness-Based-Stress-Reduction for Military Cadets on Perceived Stress. *Psychological Reports*. SAGE. <https://doi.org/10.1177%2F00332941211010237>.
- Chester, S. J., Stockton, K., De Young, A., Kipping, B., Tyack, Z., Griffin, B., Chester, R. L., & Kimble, R. M. (2016). Effectiveness of medical hypnosis for pain reduction and faster wound healing in pediatric acute burn injury: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1), 223.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396.
- Elkins, G. R., Barabasz, A. F., Council, J. R., & Spiegel, D. (2015). Advancing research and practice: the revised APA division 30 definition of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57(4), 378–85.
- Fisch, S., Trivakovic-Thiel, S., Roll, S., Keller, T., Binting, S., Cree, M., Brinkhaus, B., & Teut, M. (2020). group hypnosis for stress reduction and improved stress coping: a multicenter randomized controlled trial. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 20(344), 1-14.
- Fisch, S., Brinkhaus, B., & Teut, T. (2017). Hypnosis in patients with perceived stress – a systematic review. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 17(1), 323-335.
- Ginandes, C., Brooks, P., Sando, W., Jones, C., & Aker, A. (2003). Can Medical Hypnosis Accelerate Post-Surgical Wound Healing? Results of a Clinical Trial. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45(4), 333-351.
- Ginandes, C., & Rosenthal, D. (1999). Using hypnosis to accelerate the healing of bone fractures: a randomized controlled pilot study. *Altern Ther Health Med*, 5(2), 67-75.
- Gouin, J., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2011). The Impact of Psychological Stress on Wound Healing: Methods and Mechanisms. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, 31(1), 81–93.
- Halsband, U., Mueller, S., Hinterberger, T., & Strickner, S. (2009). Plasticity changes in the brain in hypnosis and meditation. *Contemporary Hypnosis*, 26(4), 194-215.
- Holroyd, J. (2003). The Science of Meditation and the State of Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46(2), 109–128.
- Houghton, P. E., Kincaid, C. B., Campbell, K. E., Woodbury, M. G., & Keast, D. H. (2000). Photographic assessment of the appearance of chronic pressure and leg ulcers. *Ostomy and wound management*, 46(4), 20-30.
- James, U., Feldman, M., & Heugh, S. (2010). *Clinical Hypnosis Textbook: A Guide for Practical Intervention*. Nottingham: Radcliffe Pub.
- Kabat-Zinn, J. (2015). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. New York: Hyperion.
- Kuhlmann, M., Wigger-Alberty, W., Mackensen, Y., Ebbinghaus, M., Williams, R., Krause-Kyora, F., & Wolber, R. (2019). Wound healing characteristics of a novel wound healing ointment in an abrasive wound model: A randomized intra-individual clinical investigation. *Wound medicine*, 24(1), 24-32.
- Lawrence, F. P. (2019). *Essentials of General Surgery and Surgical Specialties*. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer. Sixth edition.
- Lehrhaupt, L., & Meibert, P. (2017). *Mindfulness-Based Stress Reduction: The MBSR Program for Enhancing Health and Vitality*. San Francisco: New world library.
- Meesters, A., den Bosch-Meevissen, Y. M. C. I., Weijzen, C. A. H., Buurman, W. A., Losen, M., Schepers, J., Thissen, M. R. T. M., Alberts, H. J. E. M., Schalkwijk, C.

- G., & Peters, M. L. (2018). The effect of Mindfulness-Based Stress Reduction on wound healing: a preliminary study. *Journal of Behavioral Medicine*, 41(3), 385-397.
- Momeni, j., Omid, a., Raygan, f., & Akbari, h. (2016). The effects of mindfulness-based stress reduction on cardiac patients' blood pressure, perceived stress, and anger: a single-blind randomized controlled trial. *American Society of hypertension*, 10(10), 763-771.
- Moore, L. E., & Kaplan J. Z. (1983). Hypnotically Accelerated Burn Wound Healing. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26(1), 16-19.
- Norouzi, E., Gerber, M., Fattahi Masrouf, F., Vaezmosavi, M., Puhse, U., & Brand, S. (2019). Implementation of a mindfulness based on stress reduction (MBSR) program to reduce stress, anxiety and depression and to improve psychological well-being among retired Iranian football players. *Psychology of sport and exercise*, 47, 1-34.
- Olendzki, N., Elkins, G. R., Slonena, E., Hung, J., & Rhodes, J. R. (2020). Mindful Hypnotherapy to Reduce Stress and Increase Mindfulness: A Randomized Controlled Pilot Study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 68(2), 151-166.
- Prochaska, J. O., Nor - Polusny, M. A., Erbes, C. R., Thuras, P., Moran, A., Lamberty, G. J., Collins, R. C., & Lim, K. O. (2015). Mindfulness-based stress reduction for posttraumatic stress disorder among veterans: A randomized clinical trial. *Jama*, 314(5), 456-465.
- Provencal, S., Bond, S., Rizkallaha, E., & El-Baalbaki, G. (2018). Hypnosis for burn wound care pain and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Burns*, 44(8), 1870-1881.
- Song, Y., & Lindquist, R. (2015). Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse Education Today*, 35(1), 86-90.