

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری در کاهش علائم اضطراب و بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان دوره متوسطه اول دارای اضطراب امتحان

مجید پورحمیدی^۱، سیروس سروقد^{۲*}، آذرمیدخت رضایی^۳، حسین بقولی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۱۷

چکیده

اضطراب امتحان نوعی اضطراب موقعیتی (هراس خاص) است که می‌تواند تاثیر منفی بر روند کیفیت زندگی فرد بگذارد. هدف از این پژوهش بررسی مقایسه اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری و هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری بر کاهش علائم اضطراب و بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان بود. یعنی یک مطالعه تجربی (آزمایشی کامل) از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری سه ماهه به‌کار رفته که از بین دانش‌آموزان دوره متوسطه اول بخش چنارشاهیجان از توابع استان فارس ۵۰ نفر دارای اختلال اضطراب امتحان به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی قرار گرفته و ابزار جمع‌آوری داده‌ها، یکی پرسشنامه اضطراب امتحان فریدمن و جاکوب (1997) و دیگری پرسشنامه فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۴ (2000) بود. پروتکل درمانی در یکی از گروه‌ها استفاده از تکنیک‌های درمان‌شناختی رفتاری و در گروه دیگر همان تکنیک‌ها در حالت خلسه هیپنوتیزمی در مدت ۱۰ جلسه یک و نیم ساعته هفتگی بود. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون‌های تعقیبی مربوطه از طریق نرم‌افزار کامپیوتری (Spss22) تجزیه و تحلیل گشته است. نتایج یافته‌ها نشان داد که هر دو مداخله روان‌شناختی در پس‌آزمون و پیگیری منجر به کاهش علائم اضطراب امتحان دانش‌آموزان در سه بعد تحقیر اجتماعی، خطای شناختی و تنیدگی گشته و کیفیت زندگی آنها را بهبود بخشیده است. بنابراین هرچند هر دو شیوه شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری می‌توانند مداخله‌ای موثر در کاهش اضطراب امتحان و افزایش کیفیت زندگی دانش‌آموزان باشند. اما روش هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری بسیار کارا تر از روش شناختی رفتاری بوده و در مقایسه باعث تغییرات معنادارتری ($p < /0.001$) در پس‌آزمون و پیگیری هر دو متغیر گردیده است. لذا این روش می‌تواند در آینده بخشی از درمان اضطراب بوده و در ارتقاء کیفیت زندگی چنین افرادی نیز موثر باشد.

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

۲- استادیار گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

۳- استادیار گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

۴- استادیار گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

* نویسنده‌ی مسئول مقاله، sarvghad1333@yahoo.com

3. World Health Organization (WHO)

واژه‌های کلیدی: اضطراب امتحان، کیفیت زندگی، شناخت درمانی.

مقدمه

دوره نوجوانی مرحله بسیار مهمی در زندگی همه افراد می‌باشد. در این سن افراد باید صلاحیت‌ها و مهارت‌های لازم جهت رسیدن به جایگاه و منزلت اجتماعی مناسب را کسب نمایند، هویت خود را دریافته و بتوانند چشم‌انداز روشن و قابل قبولی از برنامه‌های آینده خود داشته باشند. در دوره نوجوانی نیاز به تعادل هیجانی و عاطفی، درک ارزش وجودی خویش، کسب مهارت‌های اجتماعی لازم در دوست‌یابی، شناخت زندگی سالم و موثر و چگونگی برخورداری از آن و نیاز به پیشرفت از مهم‌ترین نیازهای نوجوان می‌باشند. گاهی افراد با مشکلات و ناراحتی‌هایی مواجه می‌گردند که اغلب ریشه در شناخت نادرست فرد از مسائل دارد. اضطراب به منزله بخشی از زندگی هر انسان در همه جوامع به‌عنوان پاسخی مناسب و سازگار تلقی می‌گردد. فقدان اضطراب یا اضطراب بیمارگونه ممکن است فرد را با مشکلات و خطرات زیادی مواجه سازد که در چنین حالت‌هایی صحبت از اختلال و بیماری به میان می‌آید که نیازمند مداخله و توجه جدی است (Baezzat & Abasidadgar, Najafi&Rafatmah,2012; Eizadifard 2012; Maredpour, 2015).

اختلالات اضطرابی^۱ اختلالاتی را شامل می‌شوند که در ویژگی‌های ترس و اضطراب بیش از حد و اختلالات رفتاری مربوط، سهیم هستند. ترس پاسخ هیجانی به تهدید واقعی یا تصور تهدید قریب‌الوقوع است. در حالی که اضطراب پیش‌بینی تهدید آینده است. بدیهی است که این دو حالت همپوشی دارند. اما متفاوت نیز هستند. به‌طوری که ترس بیشتر با فوران برانگیختگی خودمختار لازم برای جنگ یا گریز، افکار خطر قریب‌الوقوع و رفتارهای گریز ارتباط دارد. اما اضطراب بیشتر با تنش عضلانی و گوش به زنگی هنگام آماده شدن برای خطر و هشدارها یا رفتارهای اجتنابی ارتباط دارد. اختلالات اضطرابی از نظر انواع موضوعات یا موقعیت‌هایی که موجب ترس، اضطراب یا رفتار اجتنابی و اندیشه‌پردازی شناختی مرتبط می‌شوند، با یکدیگر تفاوت دارند. در موقعیت‌های فوبی^۲ خاص همچون اضطراب امتحان^۳ فرد به‌علت اندیشه‌پردازی شناختی، ارزیابی شدن منفی توسط دیگران، شرم‌ناک شدن، تحقیر و طرد شدن، تنیدگی و مزاحمت دیگران، از برقراری تعامل و پیوند اجتماعی با دیگران دوری نموده و اختلال در عملکرد شغلی، روانی-اجتماعی و میان فردی نشان

1- anxiety disorders

2- phobia

3- Test anxiety

داده که در نهایت باعث کاهش کیفیت زندگی^۱ وی می‌گردد. (Seyedmohammadi,2014;Mohmoodi,Pourtaleb&Sadeghi,2018).

کیفیت زندگی بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی^۲ شامل سلامت فیزیکی، روانی و اجتماعی بوده و به درک فرد از جایگاهش در زندگی با توجه به بافت فرهنگی و نظام ارزشی که در آن زیست نموده بستگی دارد. این مفهوم دارای دو بعد عینی و ذهنی است که در حیطه‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط به شکل خشنودی، رضایت‌مندی یا بهزیستی از سطح زندگی خود مشخص می‌گردد (Chipuer,2002;Javaheri,Neshat). اضطراب امتحان نیز تعاریف متعددی دارد. اما تعریفی که آزمون‌سنجش اضطراب امتحان براساس مولفه‌های اثرگذار در شکل‌گیری آن ایجاد گشت، عبارت از حالتی خاص از اضطراب عمومی که شامل پاسخ‌های پدیدارشناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری مرتبط با ترس از شکست است. یعنی بر ادراک فرد از خود، نسبت دادن شکست به دیگران و موقعیت‌های آموزشی تاکید دارد. در این تعریف تلاش گردیده تا مفهوم را به صورت جامع و چندبعدی در سه مقوله تحقیر اجتماعی، خطای شناختی و تنیدگی مورد بررسی قرار داده تا توانسته باشد فعالیت‌های تاثیرگذار در اضطراب امتحان یعنی فعالیت‌های مربوط به تکلیف (مهارت‌های یادگیری، توجه، تمرکز، فرآیند یادسپاری و یادآوری، انگیزش، هدف‌گذاری، مهارت‌های مطالعه، مدیریت زمان و شیوه‌های صحیح تست‌زنی و آزمون‌دهی) و فعالیت‌های نامربوط به تکلیف که عبارتند از نگرانی، هیجان‌پذیری، برانگیختگی جسمانی و تفکر غیرمرتبط با امتحان را یک جا و با هم در نظر گرفته باشد (Ergene,2003; Noberg,Diefenbach&Tolin,2007; Friedman & Jacob,1997 Kaur&Kumaran,2016 ;

نظریات متعددی در باب وقوع این اختلال، چگونگی مواجهه با آن و نحوه درمان و کاهش علائم آن ارائه گردیده و تاکنون نیز به شیوه‌های گوناگون مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته است. اما مهم‌ترین مولفه‌های تاثیرگذار بر اضطراب امتحان بر دو بعد شناختی و رفتاری یعنی نگرانی و هیجان‌پذیری متمرکز بوده است که لزوم استفاده از مداخلات شناختی-رفتاری را نه تنها در اضطراب امتحان بلکه در هر متغیری که دارای ساختار عینی و ذهنی و یا شناختی و رفتاری بوده، همچون کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر هیپنوتیزم^۳ نیز قابل استفاده می‌نماید. یعنی موضوعاتی که محصول تعامل فکر-احساس-رفتار می‌باشند، در این چارچوب می‌گنجند. مانند درمان شناختی

1- Quality of life
2- World Health Organization
3- Hypnosis

رفتاری^۱، هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری^۲ و کیفیت زندگی درمانی شناختی رفتاری^۳ (که از بهم پیوستن شناخت درمانی و روانشناسی مثبت نگر ایجاد گشته و بخش کوچکی از فنون مورد استفاده در هردو گروه مداخله‌ای اصلی نیز می‌باشد. همچنین در این بررسی نیز به‌عنوان یکی از متغیرهای وابسته بنام کیفیت زندگی به‌کار رفته که همگی آنها از ترکیب دو یا چند روش درمانی به‌ویژه در بافت شناختی رفتاری شکل گرفته و قادرند در همان چارچوب نیز ایفای نقش نمایند (Sapp, 1991 ; Robinson, 2004; Frisch, 2006; Ghaffary, Karimi & Nowzari, 2012; Enck, Hefner, Herbert, Mazur and Martens, 2014). هیپنوتیزم براساس کتب اصلی روانپزشکی، یک روش روان درمانی است که با تغییر حالت هوشیاری و استفاده از سه مولفه تمرکز^۴، انفصال^۵ و تلقین پذیری^۶ فرد را در شرایط خلسه^۷ قرار می‌دهد و امکان استفاده از آن نیز در یک طرح درمانی وجود دارد. یعنی با رعایت اصول (CBT) بر این فرض استوار است که بیشتر آشفتگی‌های روان شناختی معلول شکلی از خود هیپنوتیزم منفی است که در آن افکار منفی و رفتارهای مشکل‌دار به‌طور غیر انتقادی و بدون اطلاع آگاهانه پذیرفته می‌گردند. (Roberston, 2007 ; Lotfifar, Karami, SHarifidaramdi, Krisch, Motogomery, S apirstein, 1995 & Raz, 2011; Fathi, 2013 ; Shahidi, 2015).

همچون پژوهش‌های مشابه در این بررسی نیز ترکیبی از فنون شناختی رفتاری از جمله بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های مقابله شناختی با هدف اصلاح الگوهای فکری غلط، آموزش رفتارهای شناختی تازه و تغییر رفتار همانند آرام‌سازی، مهارت‌های حبس نفس و تنفس صحیح، تصویرسازی هدایت شده، حساسیت زدایی، تجسم صحنه‌های مورد علاقه، مهارت حل مساله، مطالعه و برنامه‌ریزی درسی صحیح، معنا و غنابخشی به زندگی، انجام اقدامات جانشینی مطلوب و لذت‌بخش، به شکل ترکیبی از فنون و تکنیک‌های شناختی رفتاری با رعایت اصول آن (بنام پروتکل درمانی الیس ویک) جهت اثرگذاری بر یکی از ابعاد افکار، احساسات یا رفتار فرد مبتلا به اضطراب امتحان و نوع کیفیت زندگی او در یکی از دو حالت خلسه هیپنوتیزمی یا بدون خلسه هیپنوتیزمی بررسی گردیده است. در اغلب مداخلات بیشتر به یکی از ابعاد پژوهشی- درمانی متغیرها پرداخته شده، اما این بررسی‌های مقایسه‌ای و فراتحلیلی است که هر دو رویکرد شناختی

1-Cognitive Behavioral Therapy(CBT)

2-Cognitive behavior hypnotherapy (CBHT or HCBT)

3-Quality of life therapy

1. Concentration

2. Dissociation

3. Suggestibility

4. Trance

رفتاری پدیده‌ها را به صورت جامع، ترکیب و تلفیق نموده و مورد مطالعه و بررسی قرار داده است. یعنی رویکردهای ترکیبی و تلفیقی کارایی بیشتری نسبت به دیگر شیوه‌ها داشته و در مواردی حتی تا ۷۰ درصد بهبودی بیشتر نشان داده است.

(Kirsch, et al,1995; Helmi,2012; Badelh, Fathi, Aghamohammadian & Badelh,2013; Sattary-Najaf-Abadi & Heidary,2015; Mahmoodi, Pourtaieb & Sadeghi,2018)

بدون تردید اضطراب امتحان پدیده‌ای واقعی در بسیاری از افراد بوده که اگر به موقع تشخیص و درمان نگردد تا بزرگسالی ادامه یافته، علاوه بر افت تحصیلی و ترک تحصیل عامل بسیاری از آسیب‌های فردی و اجتماعی گشته، بر سلامتی و کیفیت زندگی افراد، تاثیر منفی خواهد گذاشت.

(Hill,1984; Dowd,2001; Lambert & Naber,2004; Golden,2012; Saif,2014; Carlo & Gelo,2014; Moghtaderi, Bahrami, Mirzamani & Namegh,2011; Alladin,2012; Soysa & Weiss,2014; Asayesh ,Hosseini, SHarfifard & TaheriKHarameh,2016).

در ضمن مطالعات متعدد نشان داده‌اند که نرخ این اختلال حدود ۱۰ الی ۳۰ درصد دانش‌پژوهان در سراسر جهان بوده که در ایران نیز در همین محدوده می‌باشد. از این تعداد تقریباً ۱۰ درصد آنها دچار اختلال شدید گشته که نیازمند درمان و مداخله فوری است.

(Sanche-Meca & Marin-Martinez,2010; Eizadifard & Sepasi Ashtiani,2010; Baradaran,2017).

و عواملی همچون کمال‌گرایی، خودکارآمدی و خودپنداره ضعیف و هدف‌گزینی نادرست، به عنوان پیش‌آیندهای اضطراب امتحان معرفی گردیده‌اند که همراه با چهار عامل فردی، آموزشی، خانوادگی و فرهنگی می‌توانند چنین اختلالی را ایجاد نموده، شدت آن را افزایش داده و باعث کاهش کیفیت زندگی فراگیر گردند. این عوامل در ارتباط با افکار و باورهای منفی و غیر ارادی ذهنی شکل می‌گیرند که معمولاً ناهشیار بوده و عامل ایجاد خطای شناختی، تنیدگی و تحقیر فرد شده و در سطوح اضطراب امتحان و نوع کیفیت زندگی فرد تاثیرگذار است.

(Tredoux & Durrheim,2003; Eizadiard & SepasiAshtiani,2010; Baezzat,etal,2012; Salimi & Mohammadi,2013; Sheydaeiaghdam & Fatemipour,2017)

نگاهی بر پژوهش‌های صورت گرفته در حوزه اضطراب امتحان و مشاهده مداخلات انجام شده که در انواع قالب‌های درمانی بوده، نشان از اهمیت چنین موضوعی دارد. اما همچنان که پیشینه پژوهش‌های صورت گرفته تایید می‌نماید، روش‌های شناختی رفتاری و ترکیبات آن در زمره بهترین مداخلات در اضطراب امتحان بوده است. همچنین اضطراب و اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین مشکلات در بین کودکان و نوجوانان است که اگر برطرف یا درمان نگردند، آثار زیان

باری بر کیفیت زندگی، عملکردهای فردی، تحصیلی و روابط اجتماعی، اعتماد به نفس، توانایی لذت بردن از تجارب روزانه و رضایت از زندگی در فرد خواهند داشت (Beck & Emery,1985; Anderson,1990; Krisch,etal,1995; Carr & Jessup,1997; Gregor,2005; Baezzat,et al,2012; Emami & Kajbaf,2015; Baradaran,2017; Ghajarieh,Alipour,ShahniYelagh&Davoudi,2018). که پیامدهای منفی آن بر احساس، رفتار و شناخت عبارت است از نگرانی، گوشه گیری، بیقراری، ترس، هراس، خشم، ضعف حافظه، فراموشی، مشکلات تمرکز و توجه، حل مساله و تفکر منطقی، افت تحصیلی یا ترک تحصیل که هزینه‌های زیادی را به جامعه و خانواده تحمیل می‌نماید. (Barge-Schaapveld & Berkof,2000; Abedi & Vostanis,2010; Badeleh,et al,2013; Heiser,Simidian,Albert & Cooper,2015). بنابراین در بررسی حاضر نیز چارچوب اصلی طرح، بهره گیری از اصول درمان شناختی رفتاری در یک قالب ترکیبی و مقایسه‌ای بوده که در دو حالت خلسه هیپنوتیزی و بدون خلسه هیپنوتیزی، همچون پژوهش‌های مشابه، در مورد اضطراب امتحان اجرا گشته و تنها تفاوتش بررسی متغیری بنام کیفیت زندگی است که در چنین قالبی فاقد هرگونه پیشینه داخلی یا خارجی است. بنابراین به‌عنوان طرح پیشنهادی رساله دکتری در شورای پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت تصویب گردیده و پس از دریافت اجازه لازم جهت انجام پژوهش، در یک بازه زمانی معین اجرا گشته و هدف طرح حاضر نیز بررسی و شرح گزارش آن در قالب یک مقاله تحقیقی با عنوان مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری در کاهش علائم اضطراب و بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان دوره اول متوسطه دارای اضطراب امتحان بخش چنارشاهیجان در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ می‌باشد. جهت انجام این پژوهش شش فرض مطرح است که می‌بایست بررسی گردند و در حالت کلی عبارت است از بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر تغییر علائم اضطراب امتحان و کیفیت زندگی دانش‌آموزان تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

روش تحقیق

طرح کلی پژوهش

طرح تحقیق از نوع آزمایشی کامل است که در دو گروه مداخله‌ای دارای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره سه ماهه پیگیری اجرا گردیده که در حقیقت گروه شناختی رفتاری به‌عنوان گروه کنترل فعال نیز به‌کار رفته است. اما بهتر بود گروه کنترل مجزایی نیز داشته باشد.

جامعه آماری

جامعه پژوهش عبارت است از تمامی دانش‌آموزان دوره اول متوسطه بخش چنارشاهیجان از توابع شهرستان کازرون که در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ ثبت‌نام نموده و مشغول تحصیل گشته که تعداد آنها مطابق اعلام اداره آموزش و پرورش بخش ۳۰۰۰ نفر می‌باشد.

روش نمونه‌گیری و حجم نمونه

روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر از نوع خوشه‌ای می‌باشد که از میان تمامی مدارس دبیرستانی دوره اول بخش، تعداد ۲ مدرسه، یکی ۱۲۰ نفر و دیگری ۱۳۰ نفر (جمعاً ۲۵۰ نفر) به صورت قرعه‌کشی و کاملاً تصادفی انتخاب گشته که هر دو مدرسه نیز پسرانه است. سپس تمامی دانش‌آموزان هر سه پایه آن مدارس تحت ارزیابی با پرسشنامه‌های سنجش اضطراب امتحان و کیفیت زندگی فرم کوتاه (۲۶ سوالی) قرار گرفته و از بین دانش‌آموزانی که دارای اضطراب امتحان تشخیص داده شده، تعداد ۵۰ نفر در ۲ گروه ۲۵ نفره به صورت تصادفی قرار گرفته تا یک گروه با درمان شناختی-رفتاری و دیگری با هیپنوتراپی شناختی-رفتاری در محل سالن اجتماعات مدرسه شهید رضانی یکی از آن دو مدرسه گرد هم آمدند تا مورد ارزیابی و مداخله قرار گیرند.

شرح کامل ابزارهای پژوهشی مورد استفاده

پرسشنامه سنجش اضطراب امتحان: برای سنجش ابعاد و مولفه‌های اضطراب امتحان از پرسشنامه اضطراب امتحان (Friedman & Jacub, 1997) که توسط (Baazzat, et al, 2012) در ایران اعتباریابی و رواسازی گشته، استفاده شده است و دارای مشخصاتی عمومی و کلی همچون دیگر ابزارهای پژوهشی بوده که با کسب رضایت افراد کامل می‌گردد.

الف) روش نمره گذاری و تفسیر: این پرسشنامه دارای ۲۳ سوال بوده و هدف آن سنجش ابعاد مختلف اضطراب امتحان (تحقیر اجتماعی، خطای شناختی، تنیدگی) است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده که امتیاز مربوط به هر گزینه عبارت است از کاملاً مخالفم = ۰، مخالفم = ۱، موافقم = ۲ و کاملاً موافقم = ۳. اما این شیوه نمره‌گذاری در مورد سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲ معکوس گشته و ابعاد سه‌گانه آن بدین شرح است: سوالات ۱ تا ۸ متعلق به تحقیر اجتماعی، ۹ تا ۱۷ مربوط به خطای شناختی و ۱۸ تا ۲۳ در ارتباط با تنیدگی است. امتیاز هر بعد از جمع سوالات مربوطه کسب گشته و امتیاز کل نیز از مجموع هر سه بعد به دست می‌آید. نمرات بالا نشان دهنده اضطراب امتحان پایین و نمرات پایین نشانگر اضطراب بالا است.

ب) روایی و پایایی: در بررسی روایی آزمون از روایی سازه و آزمون تحلیل عاملی استفاده شده است. در تحلیل عاملی به عمل آمده تمام ۲۳ گویه وارد تحلیل شدند و هیچ یک از گویه‌ها همبستگی کمتر از ۰/۳ نداشتند. در نتیجه آزمون روایی قابل قبولی دارد و روایی صوری آن نیز به

تایید اساتید و کارشناسان مربوط رسیده است. همچنین پایایی پرسشنامه با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ محاسبه شده که عبارت است از بعد تحقیر اجتماعی = $0/90$ ، بعد خطای شناختی = $0/85$ ، بعد تنیدگی = $0/83$ و آلفای کل = $0/91$ که اعدادی قابل اطمینان هستند.

ابزار پژوهش کیفیت زندگی: پرسشنامه فرم کوتاه کیفیت زندگی دارای ۲۶ سوال بوده که چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سوال می‌سنجد (هریک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سوال می‌باشد). دو سوال اول و دوم به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. بنابراین این پرسشنامه در مجموع ۲۶ سوال دارد. برای آنکه پاسخ‌دهی به شکل مطلوب صورت گیرد، از پاسخ‌دهندگان خواسته شده که وضعیت زندگی خود را در ۴ هفته گذشته ارزیابی نموده جواب دهند. در ضمن همچون دیگر ابزارهای پژوهشی دارای مشخصاتی همچون اطلاعات فردی، جنس، سن و شغل می‌باشد که پس از انجام محاسبه‌های لازم در هر حیطه، امتیازی معادل ۴-۲۰ برای هر حیطه به تفکیک به دست خواهد آمد که در آن ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. این امتیازها قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۰-۱۰۰ می‌باشد. البته این پرسشنامه نیز از طیف لیکرت بوده و دارای گزینه‌های بسیار خوب یا همیشه = ۵، خوب یا اغلب = ۴، نه خوب و نه بد یا گاهی = ۳، بد یا بندرت = ۲ و بسیار بد یا اصلاً = ۱ نمره‌گذاری گشته که در سوالات ۳، ۴ و ۲۶ نمره‌دهی معکوس می‌گردد. در این پژوهش جمع کلی نمرات فرد از ۱۰۰ محاسبه شده و به جای اینکه نمرات هر حیطه جداگانه بررسی گردد، به صورت کلی مشخص گشته است که کیفیت زندگی هر فرد چه حالتی دارد. اگر جمع نمرات فرد بین ۲۶ الی ۵۲ باشد، نشانگر این است که کیفیت زندگی او پایین است، نمره بین ۵۲ الی ۷۸ نشانگر کیفیت زندگی متوسط و نمره ۷۸ الی ۱۳۰ نشانگر کیفیت زندگی بالا است.

مقادیر پایایی با شاخص همبستگی درون خوشه‌ای در حیطه سلامت جسمانی (فیزیکی) $0/77$ ، در حیطه سلامت روانی $0/77$ ، در حیطه روابط اجتماعی $0/75$ و در نهایت در حیطه سلامت محیط برابر با $0/84$ است. پایایی ثبات درونی (آلفای کرونباخ) این پرسشنامه، دامنه‌ای از $0/87$ تا $0/92$ داشته که از حالت استاندارد $0/70$ برای مقایسه‌های گروهی در تمام مقیاس‌ها، بالاتر است.

سازگاری درونی^۱ حیطه‌های چهارگانه با استفاده از آلفای کرونباخ در گروه سالم برابر با $0/73$ و در گروه بیمار $0/77$ به دست آمده است (Nejat, 2010).

یافته‌های توصیفی و استنباطی

1. Internal consistency

پس از کسب اطلاعات جمع‌آوری شده از گروه‌ها، با توجه به اهداف و فرضیات پژوهش که منظورش بررسی تفاوت اثربخشی دو شیوه مداخله بر اضطراب و کیفیت زندگی بود با مشاهده تفاوت میانگین‌ها در جدول مربوط به گزارش پرتکول‌ها به صورت مفصل‌تر (یافته‌های توصیفی) و مقایسه، تحلیل و بررسی عمیق‌تر آنها در بخش یافته‌های استنباطی، به بررسی فرضیات پژوهش پرداخته گشته است. پرتکول مداخله‌ای به صورت خلاصه در جدول چنین گزارش می‌گردد.

جدول ۱- گزارش پرتکول مداخله‌ای به صورت خلاصه

کیفیت زندگی ۴۹/۲ ۹۲/۰۸	اضطراب امتحان ۱۴/۷ ۵۲/۵	تغییرات میانگینی در دو حالت پیش و پس از آزمون	گروه شناختی رفتاری
۴۸/۲۸ ۱۰۴/۸	۱۵ ۵۷/۰۸	تغییرات میانگینی در دو حالت پیش و پس از آزمون	گروه هیپنوتراپی شناختی رفتاری

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد اضطراب امتحان و ابعادش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

انحراف معیار	میانگین	زمان اجرای متغیرها	گروه‌های مورد استفاده	ابعاد اضطراب امتحان
۲	۱۴/۷	پیش‌آزمون	درمان شناختی رفتاری هیپنوتراپی شناختی رفتاری	اضطراب امتحان کل
۲/۱	۵۲/۵	پس‌آزمون		
۲/۰۲	۵۲/۴۸	پی‌گیری		
۲/۴	۱۵	پیش‌آزمون		
۳/۰۱	۵۷/۰۸	پس‌آزمون		
۲/۹	۵۶/۸۸	پی‌گیری		
۱/۲	۴/۱۲	پیش‌آزمون	درمان شناختی رفتاری هیپنوتراپی شناختی رفتاری	تحقیر اجتماعی
۱/۱۷	۱۸/۱۵	پس‌آزمون		
۱/۱۸	۱۸/۰۸	پی‌گیری		
۱/۷	۴/۶۶	پیش‌آزمون		
۱/۳	۱۹/۶۸	پس‌آزمون		
۱/۲۵	۲۰	پی‌گیری		
۱/۶	۶/۹	پیش‌آزمون	درمان شناختی رفتاری هیپنوتراپی شناختی رفتاری	خطای شناختی
۱/۷	۲۰/۳۵	پس‌آزمون		
۱/۸	۲۰/۲۸	پی‌گیری		
۲/۴	۵/۶۶	پیش‌آزمون		
۱/۵	۲۲/۰۸	پس‌آزمون		
۱/۴	۲۱/۶۸	پی‌گیری		
۱/۱	۳/۶۸	پیش‌آزمون	درمان شناختی رفتاری	تنیدگی
۱/۶	۱۴	پس‌آزمون		
۱/۷	۱۴/۱۲	پی‌گیری		

۲۶ مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری در کاهش علائم اضطراب ...

۲/۱	۴/۶۸	پیش آزمون	هیپنوتراپی شناختی رفتاری	
۱/۲	۱۵/۳۲	پس آزمون		
۱/۳	۱۵/۲	پی گیری		

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد کیفیت زندگی و ابعادش

در سه حالت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

انحراف معیار	میانگین	زمان اجرا	گروه ها	ابعاد
۲/۵۶	۴۹/۲	پیش آزمون	درمان شناختی رفتاری	کیفیت زندگی (کل)
۳/۰۶	۹۲/۰۸	پس آزمون		
۳/۴	۹۲/۱۶	پی گیری		
۲/۷	۴۸/۲۸	پیش آزمون	هیپنوتراپی شناختی رفتاری	
۲/۳۱	۱۰۴/۸	پس آزمون		
۲/۷۲	۱۰۳/۶۸	پی گیری		
۲/۶۶	۱۵/۲	پیش آزمون	درمان شناختی رفتاری	سلامت جسمانی
۲/۹	۲۵/۳۴	پس آزمون		
۲/۹	۲۵/۵۶	پی گیری		
۱/۹۴	۱۳/۹۶	پیش آزمون	هیپنوتراپی شناختی رفتاری	
۱/۷	۳۰/۶۸	پس آزمون		
۱/۶	۳۰/۴	پی گیری		
۲	۱۲/۰۴	پیش آزمون	درمان شناختی رفتاری	سلامت روان
۲/۵	۲۴/۵۸	پس آزمون		
۲/۳۶	۲۴/۲۴	پی گیری		
۱/۸	۱۲/۴۴	پیش آزمون	هیپنوتراپی شناختی رفتاری	
۱/۱	۲۶/۲۸	پس آزمون		
۱/۳	۲۵/۸۸	پی گیری		
۱/۴	۶/۳۶	پیش آزمون	درمان شناختی رفتاری	روابط اجتماعی
۱/۳۹	۱۱/۹۶	پس آزمون		
۱/۴۷	۱۱/۸	پی گیری		
۱/۵۶	۶/۰۴	پیش آزمون	هیپنوتراپی شناختی رفتاری	
۱/۳۵	۱۳/۳۶	پس آزمون		
۱/۱۹	۱۳/۲	پی گیری		
۲/۷۹	۱۵/۶	پیش آزمون	درمان شناختی رفتاری	سلامت محیط
۳	۳۰/۲	پس آزمون		
۳/۴	۳۰/۵۶	پی گیری		

۱/۹	۱۶/۷۶	پیش آزمون	هیپنوتراپی شناختی رفتاری
۲/۸	۳۴/۴۸	پس آزمون	
۲/۶	۳۴/۲	پی گیری	

با توجه به اطلاعات موجود در جداول ۱ تا ۳ و در نظر گرفتن تفاوت مشاهده شده در میانگین‌های پس‌آزمونی گروه‌های مداخله‌ای و با احتساب برابری واریانس‌ها و آزمون‌های پیش‌فرضی به کار رفته، جهت پاسخ‌گویی به اهداف و فرضیات پژوهش، به بخش یافته‌های استنباطی پرداخته می‌گردد.

فرض اول: به‌منظور بررسی تاثیر درمان‌شناختی رفتاری بر تغییر علائم اضطراب امتحان دانش‌آموزان طرح و بررسی گشته که جهت پاسخگویی به فرض با توجه به اینکه طرح آزمایشی تحقیق اندازه‌گیری مکرر می‌باشد از روش آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. این روش آماری دارای چند مفروضه می‌باشد که در صورتی که این مفروضه‌ها تایید شوند، امکان استفاده از این روش آماری وجود خواهد داشت.

ابتدا به بررسی هر یک از مفروضه‌ها می‌پردازیم. مفروضه اول: نرمال بود: آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نسبت به تخطی از این مفروضه حساس نمی‌باشد و لذا توزیع تقریبی نرمال کفایت می‌کند.

مفروضه دوم: فرض کرویت ماچلی؛ کرویت به تشابه روابط بین متغیرهای وابسته و مستقل در اندازه‌گیری مکرر مربوط می‌شود. اگر روابط بین آنها مقادیر متغیر وابسته را تغییر بدهد، فرضیه کرویت زیر پا گذاشته می‌شود و این مساله شانس ارتکاب به خطای نوع اول را افزایش خواهد داد. یکی از پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر، پیش‌فرض تساوی کواریانس‌ها بین متغیرهای وابسته است. در نتیجه این آنالیز را می‌توان با آزمون کرویت ماچلی ارزیابی کرد. آزمون کرویت ماچلی برای بررسی یکسان بودن کواریانس‌های چند سری مشاهده وابسته به هم می‌باشد که نتایج آن در جدول زیر گزارش شده است.

جدول ۴- نتایج آزمون کرویت ماچلی

اثر درون آزمودنی	آزمون ماچلی	خی دو	درجه آزادی	سطح معنی داری
سه مرحله زمانی	۰/۱۹	۳/۰۱	۲	۰/۰۰۱

برای آزمون کرویت مقدار سطح معنی‌داری برابر با ۰/۰۰۱ به دست آمده است. لذا فرض کرویت رد می‌شود. در نتیجه از آزمون‌های جایگزین **Greenhouse-Geisser** برای بررسی اثرات درون آزمودنی درمان استفاده می‌شود.

جدول ۵- نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر

جهت مقایسه درون آزمودنی نمرات اضطراب امتحان در سه مرحله اجرا

متغیر	گرین هاوس- گیسر	درجه آزادی فرض شده	درجه آزادی خطا	مقدار F	سطح معنی داری	مجذور اتا
اضطراب امتحان	۰/۰۱۳	۲	۲۳	۸۶۴/۱۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸
تحقیق اجتماعی	۰/۰۱۳	۲	۲۳	۸۹۳/۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸
خطای شناختی	۰/۰۲۸	۲	۲۳	۴۰۱/۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۷
تنیدگی	۰/۰۲۹	۲	۲۳	۳۹۱/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۹۷

تحلیل جدول فوق نشان می‌دهد که با توجه به مقدار F در گروه درمان شناختی رفتاری بین سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت معناداری در سطح $p < ۰/۰۰۰۱$ دارند. بدین معنی که میزان اضطراب امتحان و ابعاد آن در سه مرحله اجرا با هم تفاوت معناداری دارند و با توجه به جدول ۱ که نمره اضطراب امتحان و ابعاد آن در هر مرحله نسبت به مرحله قبل جنبه افزایشی دارد (نمره اضطراب امتحان هرچه بیشتر باشد، اضطراب امتحان کمتر است). پس نتیجه می‌گیریم که درمان شناختی رفتاری باعث کاهش اضطراب امتحان شده است. همچنین مقدار بالای مجذور اتا نشان‌دهنده دقت بالای معناداری این تاثیرات است. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز نشان داد که بین میانگین نمرات مرحله پیش آزمون با مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ولی بین مرحله پیگیری با پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد.

فرض دوم: به منظور بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری بر تغییر کیفیت زندگی دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان طرح و بررسی گشته است که جهت پاسخگویی به آن با توجه به اینکه طرح آزمایشی تحقیق، اندازه‌گیری مکرر می‌باشد، از روش آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده گردیده است. این روش آماری دارای چند مفروضه می‌باشد که در صورتی که این مفروضه‌ها تایید شوند، امکان استفاده از این روش آماری وجود خواهد داشت. ابتدا به بررسی هر یک از مفروضه‌ها می‌پردازیم: مفروضه اول: نرمال بود: آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نسبت به تخطی از این مفروضه حساس نمی‌باشد و لذا توزیع تقریبی نرمال کفایت می‌کند. مفروضه دوم: فرض کرویت ماچلیکرویت به تشابه روابط بین متغیرهای وابسته و مستقل در اندازه‌گیری مکرر مربوط می‌شود. اگر روابط بین آنها مقادیر متغیر وابسته را تغییر بدهد، فرضیه کرویت زیر پا گذاشته می‌شود و این مساله شانس ارتکاب به خطای نوع اول را افزایش خواهد داد. یکی از

پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر، پیش‌فرض تساوی کواریانس‌ها بین متغیرهای وابسته است. در نتیجه این آنالیز را می‌توان با آزمون کرویت ماچلی ارزیابی کرد. آزمون کرویت ماچلی برای بررسی یکسان بودن کواریانس‌های چند سری مشاهده وابسته به هم می‌باشد که نتایج آن در جدول ۶ گزارش شده است.

جدول ۶- نتایج آزمون کرویت ماچلی

اثر درون آزمودنی	آزمون ماچلی	خی دو	درجه آزادی	سطح معنی داری
سه مرحله زمانی	۰/۰۷	۶۱/۰۹	۲	۰/۰۰۰۱

برای آزمون کرویت مقدار سطح معناداری برابر با ۰/۰۰۰۱ به دست آمده است. لذا فرض کرویت رد می‌شود. در نتیجه از آزمون‌های جایگزین Greenhouse-Geisser برای بررسی اثرات درون آزمودنی درمان استفاده می‌شود.

جدول ۷- نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر

جهت مقایسه درون گروهی نمرات کیفیت زندگی در سه مرحله اجرا

متغیر	گرین هوس- گیسر	درجه آزادی فرض شده	درجه آزادی خطا	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
کیفیت زندگی	۰/۰۰۵	۲	۲۳	۲۰۹۲/۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹
سلامت جسمانی	۰/۰۱۱	۲	۲۳	۱۰۶۹/۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸
سلامت روان	۰/۰۱۵	۲	۲۳	۷۶۴/۹۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸
روابط اجتماعی	۰/۰۰۹	۲	۲۳	۱۲۶۷/۸	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹
سلامت محیط	۰/۰۱۵	۲	۲۳	۷۷۰/۶	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸

تحلیل جدول فوق نشان می‌دهد که با توجه به مقدار F در گروه درمان شناختی-رفتاری بین سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت معناداری در سطح $p < ۰/۰۰۰۱$ وجود دارد. بدین معنی که میزان کیفیت زندگی در سه مرحله اجرا با هم تفاوت معناداری دارند و با توجه به جدول ۲ که نمره کیفیت زندگی در هر مرحله نسبت به مرحله قبل جنبه افزایشی داشته و هرچه نمره کیفیت زندگی بیشتر گردد، نشانگر کیفیت بالاتر بوده است. پس نتیجه می‌گیریم که درمان شناختی-رفتاری باعث افزایش کیفیت زندگی در دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان شده است. همچنین مقدار بالای مجذور اتا (۰/۹۸) نشان‌دهنده دقت بالای معناداری این تاثیرات است. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز نشان داد که بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری با نمرات پیش‌آزمون هم تفاوت معناداری وجود دارد. اما بین مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد.

فرض سوم: به منظور بررسی هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر تغییر علائم اضطراب امتحان مطرح گشته که جهت پاسخگویی به آن با توجه به اینکه طرح آزمایشی این تحقیق اندازه‌گیری مکرر می‌باشد، از روش آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده گردیده است. این روش آماری

۳۰ مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری در کاهش علائم اضطراب ...

دارای چند مفروضه می‌باشد که در صورتی که این مفروضه‌ها تایید شوند، امکان استفاده از این روش آماری وجود خواهد داشت. ابتدا به بررسی هریک از مفروضه‌ها می‌پردازیم: مفروضه اول: نرمال بود: آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر نسبت به تخطی از این مفروضه حساس نمی‌باشد و لذا توزیع تقریبی نرمال کفایت می‌کند. مفروضه دوم: فرض کرویت ماچلیکرویت به تشابه روابط بین متغیرهای وابسته و مستقل در اندازه‌گیری مکرر مربوط می‌شود. اگر روابط بین آنها، مقادیر متغیر وابسته را تغییر دهد، فرضیه کرویت زیر پا گذاشته می‌شود و این مساله شانس ارتکاب به خطای نوع اول را افزایش خواهد داد. یکی از پیش فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر، پیش فرض تساوی کواریانس‌ها بین متغیرهای وابسته است. در نتیجه این آنالیز را می‌توان با آزمون کرویت ماچل ارزیابی کرد. آزمون کرویت ماچلی جهت بررسی یکسان بودن کواریانس‌ها، چند سری مشاهده وابسته به هم می‌باشد که نتایج آن در جدول ۸ گزارش شده است.

جدول ۸- نتایج آزمون ماچلی

اثر درون آزمودنی	آزمون ماچلی	خی دو	درجه آزادی	سطح معنی داری
سه مرحله زمانی	۰/۰۵۳	۵۵/۲۴	۲	۰/۰۰۰۱

برای آزمون کرویت مقدار سطح معنی داری برابر با ۰/۰۰۰۱ به دست آمده است. لذا فرض کرویت رد می‌شود. در نتیجه از آزمون‌های جایگزین Greenhouse-Geisser برای بررسی اثرات درون آزمودنی درمان استفاده می‌شود.

جدول ۹- نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر

جهت مقایسه درون گروهی نمرات اضطراب امتحان در سه مرحله اجرا

متغیر	گرین هاوس- گیسر	درجه آزادی فرض شده	درجه آزادی خطا	مقدار F	سطح معنی داری	مجذور اتا
اضطراب امتحان	۰/۰۰۵	۲	۲۳	۲۰۹۳/۰۶	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹
تحقیق اجتماعی	۰/۰۰۸	۲	۲۳	۱۴۰۹/۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹
خطای شناختی	۰/۰۱۱	۲	۲۳	۹۹۸/۹۴	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸
تنیدگی	۰/۰۱۳	۲	۲۳	۸۶۴/۸۹	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸

تحلیل جدول فوق نشان می‌دهد که با توجه به مقدار F در گروه هیپنوتراپی شناختی رفتاری بین سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت معناداری در سطح $p < ۰/۰۰۰۱$ دارند. بدین معنی که میزان اضطراب امتحان و ابعاد آن در سه مرحله اجرا با هم تفاوت معناداری دارند و با توجه به جدول ۲ که اضطراب امتحان و ابعاد آن در هر مرحله نسبت به مرحله قبل جنبه افزایشی دارد (نمره اضطراب امتحان هرچه بیشتر باشد، اضطراب امتحان کمتر است). پس نتیجه می‌گیریم که هیپنوتراپی شناختی رفتاری باعث کاهش اضطراب امتحان شده است. همچنین مقدار بالای مجذور اتا نشان‌دهنده دقت بالای معنی‌داری این تاثیرات است. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز

نشان داد که بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. ولی بین مرحله پیگیری با پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد.

فرض چهارم: به‌منظور بررسی هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر تغییر کیفیت زندگی دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان طرح و بررسی گشته است که جهت پاسخگویی به آن با توجه به اینکه طرح آزمایشی این تحقیق اندازه‌گیری مکرر می‌باشد، از روش آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. این روش آماری دارای چند مفروضه می‌باشد که در صورتی که این مفروضه‌ها تایید شوند، امکان استفاده از این روش آماری وجود خواهد داشت. ابتدا به بررسی هر یک از مفروضه‌ها می‌پردازیم: مفروضه اول: نرمال بود: آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نسبت به تخطی از این مفروضه حساس نمی‌باشد و لذا توزیع تقریبی نرمال کفایت می‌کند. مفروضه دوم: فرض کرویت ماچلی؛ کرویت به تشابه روابط بین متغیرهای وابسته و مستقل در اندازه‌گیری مکرر مربوط می‌شود. اگر روابط بین آنها مقادیر متغیر وابسته را تغییر بدهد، فرضیه کرویت زیر پا گذاشته می‌شود و این مساله شانس ارتکاب به خطای نوع اول را افزایش خواهد داد. یکی از پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر، پیش فرض تساوی کواریانس‌ها بین متغیرهای وابسته است. در نتیجه این آنالیز را می‌توان با آزمون کرویت ماچلی ارزیابی کرد. آزمون کرویت ماچلی برای بررسی یکسان بودن کواریانس‌های چند سری مشاهده وابسته به هم می‌باشد که نتایج آن در جدول ۱۰ گزارش شده است.

جدول ۱۰- نتایج آزمون ماچلی

اثر درون آزمودنی	آزمون ماچلی	خی دو	درجه آزادی	سطح معنی داری
سه مرحله زمانی	۰/۰۷	۶۲/۲۱	۲	۰/۰۰۰۱

برای آزمون کرویت مقدار سطح معناداری برابر با ۰/۰۰۰۱ به‌دست آمده است. لذا فرض کرویت رد می‌شود. در نتیجه از آزمون‌های جایگزین **Greenhouse-Geisser** برای بررسی اثرات درون آزمودنی درمان استفاده می‌شود.

جدول ۱۱- نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر

جهت مقایسه درون گروهی نمرات کیفیت زندگی در سه مرحله اجرا

متغیر	گرین هوس-گیسر	درجه آزادی فرض شده	درجه آزادی خطا	<i>F</i>	سطح معنی داری	مجذور اتا
کیفیت زندگی	۰/۰۱۱	۲	۲۳	۱۰۴۱/۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸
سلامت جسمانی	۰/۰۲۱	۲	۲۳	۵۲۹/۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۹۷
سلامت روانی	۰/۰۲۳	۲	۲۳	۵۷۶/۶۸	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸
روابط اجتماعی	۰/۰۵۹	۲	۲۳	۱۸۳/۴۹	۰/۰۰۰۱	۰/۹۴
سلامت محیط	۰/۰۲۳	۲	۲۳	۴۸۶/۷۵	۰/۰۰۰۱	۰/۹۷

۳۲ مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری در کاهش علائم اضطراب ...

تحلیل جدول فوق نشان می‌دهد که با توجه به مقدار F در گروه هیپنوتراپی شناختی رفتاری بین سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت معناداری در سطح $p < 0/0001$ دارند. بدین معنی که میزان کیفیت زندگی در سه مرحله اجرا با هم تفاوت معناداری دارند و با توجه به جدول ۳ نمره کیفیت زندگی در هر مرحله نسبت به مرحله قبل جنبه افزایشی دارد. پس نتیجه می‌گیریم که درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری باعث افزایش کیفیت زندگی در دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان شده است. همچنین مقدار بالای مجذور اتا ($0/98$) نشان‌دهنده دقت بالای معناداری این تاثیرات هست. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز نشان داد که بین میانگین نمرات هر سه مرحله با هم تفاوت معناداری وجود دارد. اما بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد.

فرض پنجم: به منظور بررسی تفاوت بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر تغییر علائم اضطراب امتحان مطرح گشته که جهت پاسخگویی به آن از روش آماری تحلیل واریانس بین گروهی - درون گروهی استفاده گردیده و نتایج آن در جدول ۱۲ گزارش شده است.

جدول ۱۲- نتایج تحلیل واریانس بین گروهی - درون گروهی اضطراب کل

اندازه اثر	سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	اضطراب کل
۰/۹۹	۰/۰۰۰۱	۱۱۲۶۸/۱	۱۷۹/۳	۱	۱۷۹/۳	

تحلیل جدول فوق نشان می‌دهد که با توجه به مقدار F بین دو گروه هیپنوتراپی شناختی رفتاری و درمان شناختی رفتاری در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت معناداری وجود دارد که میانگین‌های جدول ۲ نیز نشان می‌دهد که میزان اثربخشی روش هیپنوتراپی شناختی رفتاری در کاهش اضطراب امتحان بیشتر از درمان شناختی رفتاری می‌باشد.

فرض ششم: به منظور بررسی تفاوت بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر تغییر کیفیت زندگی دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان مطرح گشته که جهت بررسی آن از روش آماری تحلیل واریانس بین گروهی - درون گروهی استفاده گردیده و نتایج آن در جدول ۱۳ گزارش شده است.

جدول ۱۳- نتایج تحلیل واریانس بین گروهی - درون گروهی کیفیت زندگی

اندازه اثر	سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	کیفیت زندگی
۰/۹۶	۰/۰۰۰۱	۲۹۸۲۶	۵۲۵/۲۶	۱	۵۲۵/۲۶	

تحلیل جدول فوق نشان می‌دهد که با توجه به مقدار F بین دو گروه هیپنوتراپی شناختی رفتاری و درمان شناختی رفتاری در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت معناداری وجود

دارد که میانگین جدول ۳ نیز نشان می‌دهد که میزان اثربخشی روش هیپنوتراپی شناختی رفتاری در افزایش کیفیت زندگی بیشتر از درمان شناختی رفتاری می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این بخش خود شامل دو موضوع بحث و نتیجه‌گیری است که اطلاعات به‌دست آمده از یافته‌های توصیفی و استنباطی با نتایج کسب شده از پژوهش‌های قبلی مورد مقایسه قرار گرفته و نسبت به همسو بودن یا غیر همسو بودن با آن نتایج، توضیح و تبیین گشته است. با توجه به اینکه هدف پژوهش حاضر کشف مقایسه اثرگذاری درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری در کاهش علائم اضطراب و بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان بود، با در نظر گرفتن تفاوت مشاهده شده در میانگین نمرات پس از آزمون در متغیرهای مورد مطالعه و معنادار بودن آنها در سطح مربوطه که نتایج آن در جداول ۱ تا ۱۳ گزارش شده است. این نتایج در دو بخش شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری در مقایسه با پژوهش‌های مشابه قبلی همسو بوده و تمامی شش فرضیه آن تایید شده که پژوهش‌های شناختی رفتاری قبلی همسو با این پژوهش عبارتند از:

- (Bahramian, Mehralizadeh & Sepasi, 2010),
 (Fallah Yakhdani & Heidari, 2011),
 (GHaffary, Karimi, Nowzari, 2012),
 (Hoseini, Hadianfard, Taghavi & Aflakseir, 2014),
 (Noei Iran & Mahmood Alilou, 2015),
 (Fathiahmadsaraei, Neshatdoust, Manshaee & Nadi, 2016),
 (Karr & Kumaran, 2016),
 (Baezzat, Sadatsadeghi, Eizadifard & Roubenzade, 2012),
 (Padash, et al, 2013),
 (Baradaran, 2017),
 (Mahmoodi, et al, 2018),
 (GHajareih, et al, 2018),

در تبیین علل احتمالی این نوع یافته‌ها باید متذکر شد که در مداخلات شناختی رفتاری تلاش می‌گردد تا افراد آگاهانه تعامل بین سه جنبه افکار- احساسات و رفتار خود را در موقعیت‌های مختلف مورد توجه قرار داده، آنها را اصلاح نمایند. چرا که مشکل و ایراد در هر کدام از آن جنبه‌ها به دیگر جنبه‌ها نیز تاثیر گذاشته و باعث اختلال می‌گردند. مثلا در موقعیت اضطراب امتحان خودگویی‌های منفی و سازش نیافته و دیگر افکار پریشان‌ساز (از جمله خطاهای شناختی، سرزنش،

تحقیر فردی و اجتماعی و الگوهای فکری غلط) باعث نگرانی، بیقراری، تنش و اضطراب در فرد می‌گردند. در نتیجه وی مجبور می‌شود که یکسری رفتارهای جبرانی انجام دهد تا بتواند چنین موقعیت‌هایی را تحمل نماید که در حقیقت نه تنها کمکی به او نمی‌کند؛ بلکه در حقیقت او را گرفتار یک چرخه معیوب نموده که نتیجه‌ای جز اضطراب و نگرانی بیشتر نداشته که به سلامت و کیفیت زندگی او آسیب وارد نموده که باید به دنبال کشف راه‌های سالم‌تر و مطمئن‌تر بود. بنابراین با استفاده از تکنیک‌های شناختی رفتاری همچون انواع شرطی‌سازی‌ها، حساسیت‌زدایی‌ها، تجسم و تصویرسازی‌های موثر، یادگیری رفتارهای ثمربخش، مهارت‌های مطالعه‌ای و حل مسأله‌ای مناسب و کارا می‌توان موفق به کاهش اضطراب خود و بالا بردن کیفیت زندگی خود گردید. یعنی با استفاده از اصول درمان شناختی رفتاری می‌توان به تقویت خودکارآمدی، احساس شایستگی و لیاقت بیشتر دست یافت که امید و انگیزه فرد را در دنبال نمودن و تحقق اهداف و آرزوهایش در پی داشته که این موارد باعث اضطراب کمتر و کیفیت زندگی بیشتر و رشد یافته‌تر در افراد گشته است.

در بخش مداخلات هیپنوتراپی شناختی رفتاری در کاهش علائم اضطراب و بهبود کیفیت زندگی نیز این پژوهش با اکثر یافته‌های مربوطه همسو بوده که نشان از اثربخشی و کارایی چنین مداخلاتی دارد. هرچند روش هیپنوتراپی شناختی رفتاری در مقایسه با روش شناختی رفتاری منتج به نتایج معنادارتری گردید که در این مورد نیز همسو با یافته‌های قبلی است.

(Moghtaderi,etal,2011),

(Lotfifar,Karami&Fathi, 2013),

(Badelh,etal,2013),

(MC Donald,2001),

(Neshatdoust,Nilfroushzadeh,Dehghani&Molavi,2009),

(Alladin&Alibhai,2007),

(Arghabee, Fathi,Kimia&Mohammadian,2013),

(Abasidadgar,2015),

(SHahidi,2015),

(KHayamnekouei,Yousefy,Manshaee,2016),

(Abarian,Zemestani,Rabiei&Bagheri,2018)

در تبیین علل احتمالی این موضوع که چرا روش هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب امتحان و ارتقای سطح کیفیت زندگی افراد به صورت معناداری تاثیر داشته است، می‌توان به چند نکته اشاره نمود. اولاً تمامی عناصر سازنده در روش شناختی رفتاری جهت تغییر و اصلاح در این روش نیز محفوظ است. ثانیاً در این روش نقش عواملی همچون هشیاری، تمرکز و توجه ورزی در یک بافت خلسه و آرامش موثر با روش شناختی رفتاری ترکیب گشته که خاصیت اثرگذاری آن را دوچندان نموده است. ثالثاً باید به ماهیت پدیده هیپنوز اشاره نمود که با توجه به نظریات طرد

نسبی، ناظر پنهان، مرکز ساطع انرژی (کور)، خود هیپنوتیزم منفی، خاصیت ترکیب‌پذیری و درمانی خلسه در حالات مختلف درمانی، اهمیت و ارزش تلقینات استعاری و پس هیپنوتیزی در تغییر و بهسازی هر نوع رفتار مورد نظر توجه نمود که باعث به‌وجود آمدن چنین نتیجه‌ای شده و نقش موثر و کارآمدی در کاهش اضطراب امتحان و افزایش کیفیت زندگی افراد به‌صورت معنادارتری در مقایسه با روش درمان شناختی رفتاری ایجاد نموده است. هرچند که پیشنهاد می‌گردد از هر دو روش در کاهش علائم اضطراب امتحان و بهبود کیفیت زندگی استفاده گردد.

محدودیت‌ها و پیشنهادات: این پژوهش نیز همانند هر اثر تحقیقی دارای محدودیت‌هایی است که تعمیم نتایج آن باید با احتیاط صورت گیرد که عبارتند از: الف) نداشتن گروه کنترل مجزا، ب) اجرای پژوهش فقط بر روی جنس مذکر، ج) انجام پژوهش در یک منطقه کوچک با ساختار فرهنگی خاص خود، همگی از موارد محدودکننده نتایج این پژوهش است که ممکن است مانع تعمیم نتایج به دیگر موقعیت‌ها گردد. بنابراین جهت تعمیم پذیر نمودن نتیجه این پژوهش **پیشنهاد می‌گردد** که تحقیقاتی از این دست بر روی هر دو جنس با استفاده از گروه کنترل مجزا و با متغیرهای دیگر و درمان‌های موج سوم همچون اکت در دیگر مناطق و شهرها نیز اجرا گردد تا بتوان با اطمینان بیشتری نتایج آنها را پس از مقایسه تعمیم داد. همچنین پیشنهاد می‌گردد که از نتایج این پژوهش با آموزش هر دو روش شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری به دانش‌آموزان، دانشجویان، معلمان و مربیان و والدین و هر فراگیر، بنگاه یا موسسه‌ای که قصد تغییر در رفتارهای اضطرابی، تغییرات خلقی، احساسی و شخصیتی خود یا فراگیران خود را داشته، آموزش و آگاهی رسانده تا بتوانند در زندگی خود جهت بهره‌مندی از یک زندگی کم‌دغدغه و هدفمند برخوردارگشته، دارای جامعه‌ای پویا، بانشاط و موفق باشیم.

در پایان از تمامی اساتید دلسوز و دانشمند دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت که دانش خود را در خدمت تعلیم و تربیت دانشجویان قرار داده‌اند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

References

- Abasidagar.SH.(2015). Cognitive behavioral hypnotherapy effect on reducing test anxiety and improving achievement of students' academics. <https://www.civilica.com/paper-psconfo>. [in Persian].
- Abbarin,M,Zemestani,M,Rabiei,M,&Bagheri,A,H.(2018). Efficacy of cognitive-Behavioral Hypnotherapy on body dysmorphic disorder: Case study. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*,23,223-232.
- Abedi, MR, & Vostanis,P.(2010). Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive compulsive disorders in Iran. *19(7)*,605-613.
- Alladin, A, & Alibhai,A.(2007). Cognitive hypnotherapy for depression: an empirical investigation. *Int J Clin Experiment Hypnosis*,55:147-66.
- Alladin.A.(2012). Cognitive hypnotherapy for major depressive disorder. *Am J Clin Hypn*, 54,275-293.

- Anderson, J.R. (1990). *Cognitive psychology and its implications* (3rd Ed.). New York: Freeman.
- Arghabee, M., Fathi, M., Kimiai, A., Mohammadian, H.R. (2013). The research paper with the subject of the effectiveness of the internal coherence of the hypnotherapy second printing on cognitive International Congress of Clinical Hypnosis and related sciences, 2, 97-104.
- Asayesh, H., Hosseini, M.A., Sharififard, F., & Taheri KHarameh, Z. (2016). The relationship between self-efficacy and test anxiety among the paramedical students of Qom university of medical sciences. *Journal of Advances in Medical Education*, 1(3): 28-42.
- Baezzat, F., & Eizadifard, R. (2012). *Test anxiety*. 1st ed. Theran: Neyak publication. [in Persian].
- Baezzat, F., Sadat Sadeghi, M., Eizadifard, R., & Roubenzadeh, S.H. (2012). Test reliability and validity. *Journal of psychological Researches*, 8(1).
- Badelh, M., Aghamohammadian, H., Fathi, M., Badelh, M.T. (2013). The research paper with the subject of the effectiveness of cognitive behavioral hypnotherapy on increasing students' self-esteem in adolescents. *Journal of development research in the faculty*, 10(1): 17-24.
- Bahramian, M., Mehralizadeh, Y., & Sepasi, H. (2010). The impact of descriptive evaluation on school achievement and test anxiety. *Journal of Education SHAHID CHAMRAN University of Ahwaz*, 17(2): 127-148.
- Baradaran, M. (2017). Comparison of treatment and character dimensions and cognitive emotion regulation in anxious and normal students. *Journal of Social Cognition*, 6(1): 62-72.
- Barge-Schaapveld, A.C.M., & Berkof, N. (2000). Quality of life in depression: Daily like Determinants and Variability. 88(3): 173-189.
- Beck, A. T. & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobia: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Carlo, O., & Gelo, G. (2014). Hypno behavioral and hypno energetic therapy in treatment of the fat women. *Journal of International Clinical and Experimental Hypnosis*, 62.
- Carr, M., & Jessup, D. (1997). Gender differences in first grade mathematics strategy use. *Social and Metacognitive Influences Journal of Educational Psychology*, 89(2): 318-328.
- Chipuer, H.M. (2002). Determinants of subjective quality of life among rural adolescents: a development perspective, social indicators research, 61: 79-95.
- Dowd, E.T. (2001). Cognitive hypnotherapy in the management of pain, *J Cogn Psychother*, 15 (2): 87-97.
- Eizadifard, R., & Sepasiashtiani, M. (2010). Effectiveness of cognitive behavioral therapy with problem solving skills training on reduction of test anxiety symptoms. *Journal of Behavioral Sciences*, 4(1): 23-27.
- Emami, Z., & Kajbaf, M.B. (2015). The effectiveness of quality of life therapy on anxiety and depression in female high school student. *Journal of cognitive Behavioral science researches*, 4(2): 90-98.
- Enck, P., Hefner, J., Mazur, N., & Martens, U. (2014). Sensitivity and specificity of hypnosis effects on Gastric Myoelectrical activity. *PLOS*, 8(12): 1-12.

- Ergene, T. (2003). Effectiveness interventions on test anxiety reduction a meta-analysis. *School Psychology International*, 24(3):313-328.
- Fallah Yakhdani, M., & Heidari, G.H. (2011). Effectiveness of cognitive behavioral strategies on reducing test anxiety Islamic Azad University of Yazd. *Journal of Medical Education Development Center*, 6(1):25-32.
- Fathi-Ahmadsaraei, N., Neshat-Doost, H. T., Manshaee, G.H.R., & Nadi, M.A. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on quality of life among patients with type 2 diabetis. *Iranian Journal Health Educ Health Promot*, 4(1):67-82.
- Friedman, I., & Bendas-Jacob, O. (1997). Measuring perceived test anxiety in adolescents: A self-report scale. *Educational and Psychological Measurement*, 57, 1035-1046.
- Frisch, M.I., B. (2006). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons press.
- Ghaffary, G.H.R., Karimi, A.R., & Nowzari, H. (2012). The trend of quality of life study in Iran. *Journal of social studies and researches*, 1(3) :107-134.
- GHajareih, M., Alipour, S., Shehni Yailagh, M., & Davoodi, I. (2018). The effects of the FRIENDS for youth program on anxiety of Ahwaz female students. *Journal of Psychological Methods and Models*, 9(31):68-84.
- Golden, W.L. (2012). Cognitive hypnotherapy for anxiety disorders. *Am J CLIN HYPN*, 54, 263-274.
- Gregor, A. (2005). Examination anxiety: Live with it, control it or make it work for you? *School Psychology International*, 26(5):617-634.
- Heiser, P., Simidian, G., Albert, D., Garruto, J., Catucci, D., Faustino, P., Mc Carten, K., Caci, K., & Cooper, T. (2015). Anxious for success: High anxiety in New York's schools. *New York State School Boards Association*.
- Helmi, K. (2012). comparing the effectiveness of two modes of cognitive behavioral therapy and hypnotherapy single processor cognitive behavioral anxiety among Iranian children (MSc Dissertation). Tehran: PAYAM NOOR university. [In Persian].
- Hill, K.T. (1984). *Debilitation motivation and testing*. New York : Academic Press.
- Hoseini, N., Hadianfard, H., Taghavi, S.M.R., & Aflakseir, A. (2014). Anxiety and cognitive performance: The effect of induced anxiety conditions in inhibition function of working memory. *Journal of Psychological Methods and Models*, 5(17):31-59.
- Javaheri, R., Neshat-Doost, H.T., Molavi, H., & Zare, M. (2010). Efficacy on cognitive-behavioral stress management therapy on improving the quality of life in females with temporal lobe epilepsy. *Arak Medical University Journal* , 13(2):32-43.
- Kaur, G.D. & Kumaran, S.J. (2016). Test anxiety and academic self- concept of students. *The International Journal of Indian Psychology*, <http://doi.org.www.ijip.in>
- KHayam Nekouei, Z., Yousefy, A.R., & Manshaee, G.H.R. (2016). Cognitive behavioral therapy and quality of life: An experience among cardiac patients. <http://www.Jehp.net>
- Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: a meta-analysis *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 63, 214-20.
- Lambert, M., & Naber, D. (2004). current issues in schizophrenia: overview of patient acceptability functioning capacity and quality of life. *CNS Drugs*, 18(2):5-17.

- Lotfifar, B., Karami, A., Sharifidaramadi, P., Fathi, M. (2013). The research paper with the subject of the efficacy of hypnotherapy in the amount of anxiety. *Journal of Shahid Beheshti*, 37(3):164-170.
- Mahmoodi, F., Pourtaieb, N., & Sadeghi, F. (2018). Meta-analysis of the effectiveness of different treatment methods on students' test anxiety in Iran. *Journal of Psychological Methods and Models*, 9(31):47-68.
- Maredpour, A., Najafi, M., & Razaatmah, M. (2012). The comparison of the effectiveness of systematic desensitization study skills and combination method in decreasing test anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 4(1):55-64.
- MC Donald, A. (2001). The prevalence and effects of test anxiety in school children. *Educational Psychology*, 21(1):89-101.
- Moghtaderi, S., Bahrami, H., Mirzamani, S. M., Namegh, M. (2011). The effectiveness of hypnotherapy in treating depression, anxiety and sleep disturbance caused by subjective tinnitus in patients. *Zahedan Journal of Research and Medical Sciences*, 19(4):20-24.
- Nejat, S., N. (2008). Quality of life and its measuring. *Journal of Special Epidemiology of Iran*, 4(2):57-62.
- Neshatdoust, H. T., Nilforoushzadeh, M. A., Dehghani, F., Molavi, H. (2009). Effectiveness of cognitive behavioral stress management therapy on patients' quality of life with alopecia areata in skin Disease and Leishmaniasis Research Centre of Isfahan. *Arak Medical University Journal*, 2 (12):125-133.
- Noberg, M. M., Diefenbach, G. T., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life and anxiety and depressive disorder comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(10):2425-2432.
- Noei, L., & Mahmoud Alilou, M. (2015). Predicting quality of life and happiness based on attachment style. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 1(4):60-69.
- Padash, Z., Fatehizadeh, M., Abedi, M., & Izadikhah, Z. (2013). The effect of quality of life therapy on marital satisfaction. *J Res Behav Sci*, 10(5):363-372.
- Pouretamad, H. R., & Tahmasbi Moradi, S. H. (2008). *Cognitive hypnotherapy*. 1st ed. Tehran: Danzheh publication, 334. [in Persian].
- Pourtaieb, N. (2016). The effectiveness of integrated training program on decreasing female students' test anxiety: Moderating effect of mother's perfectionism. MA Thesis. University of Tabriz.
- Raz, A. (2011). Hypnosis: a twilight zone of the top down variety. Few have never heard of hypnosis but most know little about the potential of this mind body regulation technique for advancing science. *Trends Cognsci*, 15, 555-557.
- Ringeisen, T., & Raufelder, D. (2015). The interplay of parental support, parental pressure and test with gender differences in adolescents. *Journal of Adolescence*, 45, 69-76.
- Roberston, D. A. (2007). A Brief introduction hypnotherapy and cognitive-behavioral hypnotherapy. 1-4.
- Robinson, P. (2004). Measurement of quality of life in HIV disease. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 15(5):14S-19S.
- Saif, A. A. (2014). *Behavior modification and behavior therapy: Theories and Methods*. 3rd ed. Tehran: Douran publication. [in Persian].

- Sapp, M. (1991). Hypnotherapy and test anxiety: Two cognitive behavioral constructs, The effects of hypnosis in reducing test anxiety and improving academic achievement in college students. *12*(1):25-32.
- Salimi, J., & Mohammadi, R. (2013). Evaluation of the effect of problem solving skills on male students' test anxiety. *Research in Educational Systems*, *7*(21):71-84.
- Sanche-Meca, J., & Marin-Martinez, F. (2010). Meta-analysis in psychological research. *Inter-national Journal of Psychological Research*, *3*(1):150-162.
- Sarafino, E.P. (2012). *Applied behavior analysis: Principle and procedures for maligning behavior*. USA: Wiley.
- Sattary-Najaf-Abadi, R., & Heidary, H. (2015). The effectiveness of meta cognitive treatment on test anxiety in students. *Journal of Behavioral Sciences*, *9*(1):27-32.
- Seyed Mohammadi, Y. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fifth edition), DSM-5, second ed.* Tehran: Ravan publication, 2013. [in Persian].
- SHahidi, E.A. (2015). Self- hypnosis for anxiety and improvement of quality of life. 1st congress of Iranian Hypnosis Association.
- Sheydaei Aghdam, S.H. & Fatemipour, H.R. (2017). The effect of mindfulness training on reducing students' test anxiety. *Journal of Thought & Behavior in clinical psychology*, *11*(45):67-76.
- Shirazi, M. (2015). Determine the prevalence of test anxiety and it's relationship with academic performance in high schools' students of Sistan and Baluchistan. *Research in education systems*, *30*(9):168-186.
- Soysa, C.K., & Weiss, A. (2014). Mediating perceived parenting styles test anxiety relationships: Academic procrastination and maladaptive perfectionism. *Learning and Individual Differences*, *34*, 77-85.
- Tabebordbar, F. (2014). Meta- analysis of effectiveness of CBT treatment on addiction and general health of addicted. *Journal of Psychological Methods and Models*, *4*(14):1-12.
- Tredoux, C. & Durrheim, K. (2002). *Numbers hypotheses & conclusions: A course in statistics for the social sciences*. UCT press.
- Zaree, A., SHahni Karamzadeh, M., & SHahni Yelagh. M. (2013). The effect of cognitive and meta cognitive training strategies in test anxiety reducing and improvement of students' performance in Ahwaz. *Journal of Education*, *6*(1):67-82.
- Zargarzadeh, M., & SHirazi, M. (2014). The effect of progressive muscle relaxation method on test anxiety in nursing students. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, *19*, 607-612.

۴۰ مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری در کاهش علائم اضطراب ...
