



مقایسه اثربخشی هیپنوتیزم درمانی گروهی و هیپنوتیزم درمانی شناختی گروهی بر نگرش خوردن در زنان

فرید ناصحی: دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران
بهرام بختیاری سعید: استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران (* نویسنده مسئول) rastin1357@yahoo.com
مهدی پوراصغر: فلوشیپ روان‌درمانی - دانشیار، گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

هیپنوتیزم درمانی گروهی،
هیپنوتیزم درمانی شناختی
گروهی،
نگرش خوردن،
زنان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۱۴

تاریخ چاپ: ۱۴۰۲/۱۲/۲۸

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی هیپنوتیزم درمانی گروهی و هیپنوتیزم درمانی شناختی گروهی بر نگرش خوردن در زنان می‌باشد.

روش کار: پژوهش حاضر جزء دسته پژوهش‌های کاربردی و از نوع شبه آزمایشی، از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل با شیوه نمونه‌گیری غیراحتمالی داوطلبانه و گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش را زنان متأهل دارای نمره توده بدنی بالای ۲۵ شهر تهران در سال ۱۴۰۰ خواهد بود. ملاک ورود به نمونه پژوهش، توده بدنی بالای ۲۵ و همچنین عدم شرکت در دیگر پژوهش‌های بالینی و روان‌درمانی است. نمونه آماری شامل ۴۲ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و ۱۴ نفر آنان در گروه کنترل، ۱۴ نفر در گروه هیپنوتیزم درمانی گروهی و ۱۴ نفر در گروه شناخت درمانی هیپنوتیزمی گروهی به روش نمونه‌گیری تصادفی قرار گرفتند. ابزارهای اندازه‌گیری در این پژوهش از پرسشنامه نگرش خوردن گاردنر و همکارانش (۱۹۸۲)، پروتکل هیپنوتیزم درمانی گروهی ویلکینسون (۱۹۸۱) و پروتکل شناخت درمانی هیپنوتیزمی گروهی ویلهلم و همکاران (۲۰۱۳) استفاده شد و به منظور استنباط داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس برای آزمون فرضیه‌ها و کنترل اثر پیش آزمون جهت مقایسه اثربخشی درمان‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که اثر پیلای، لامبدای ویلکز و مقدار هتلینگ در سطح خطای کمتر از ۱٪ معنادار است یعنی این گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون با یکدیگر تفاوت معناداری دارند.

نتیجه‌گیری: نتایج آزمون نشان داد هیپنوتیزم درمانی گروهی و شناخت درمانی هیپنوتیزمی گروهی بر نگرش خوردن تأثیر مثبتی دارند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Nasehi F, Bakhtiari Saeed B, Poursaghar M. Comparison of the Effectiveness of Group Hypnosis Therapy and Group Cognitive Hypnosis Therapy on Eating Attitudes in Women. Razi J Med Sci. 2024(18 Mar);30.212.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.



Comparison of the Effectiveness of Group Hypnosis Therapy and Group Cognitive Hypnosis Therapy on Eating Attitudes in Women

Farid Nasehi: PhD Student, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran

Bahram Bakhtiari Saeed: Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran (* Corresponding Author) rastin1357@yahoo.com

Mehdi Pourasghar: Fellowship of Psychotherapy, Associate Professor, Department of Psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Department of Psychiatry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

Abstract

Background & Aims: Eating habits, food composition and intervals between eating times contribute to the cognitive cause of obesity. Vastrand and his colleagues also found that there is a relationship between nutritional behaviors and obesity in a study titled "Investigating the relationship between eating habits and obesity in Swedish adults" in 2002 (Andersson & Lyttkens, 1999). Therefore, examining the issues and problems of food and nutrition, including determining the pattern of food consumption, can pave the way for determining nutritional policies and plans, eliminating nutritional deficiencies and improving the level of nutrition, and as a result, preventing disease caused by malnutrition in society. Identifying factors that contribute to eating attitudes has become the focus of research efforts in recent years (Brugnoli, 2016). One of the variables that seems to be effective in improving people's eating attitude is hypnotherapy. Hypnosis is an effective treatment method and a branch of psychological science, which, due to the absence of any chemical drugs and without any side effects, can guarantee the patient's health and cure many mental illnesses and his emotional and emotional disorders. (Bryant et al., 2006). The purpose of this research is to compare the effectiveness of group hypnotherapy and cognitive hypnotherapy on eating attitude in women.

Methods: The current research is a part of applied research and quasi-experimental type, pre-test and post-test type with control group with voluntary non-probability sampling method and random assignment in test and control groups, the statistical population of this research Married women will have a body mass score above 25 in Tehran in 1400. The criterion for entering the research sample is a body mass above 25, as well as not participating in other clinical and psychotherapy researches. The statistical sample includes 42 people selected by purposeful sampling and 14 of them are in the control group, 14 in the group hypnotherapy group and 14 in the group hypnotic cognitive therapy group by random sampling. The measurement tools in this research were Gardner et al.'s eating attitude questionnaire (1982), Wilkinson's group hypnotherapy protocol (1981) and Wilhelm et al.'s group hypnosis cognitive therapy protocol (2013). Hypotheses testing and control of the pre-test effect were used to compare the effectiveness of treatments.

Results: Levine's test was used to test the homogeneity of pre-test variances. According to the findings of Table 3, the value of Levin's statistic for pre-test variables of eating attitude is equal to (0.031) and the significance level of the test is greater than 0.05. As a result, it can be said that the variance of the pre-test variables of the two groups is homogeneous.

As can be seen in Table 4, considering that the average difference between the pre-test

Keywords

Group Hypnosis Therapy,
Group Cognitive Hypnosis Therapy,
Eating Attitude,
Women Globalization

Received: 05/08/2023

Published: 18/03/2024

and the post-test of attitude towards eating in the control group and the hypnotherapy group is (-1.214 and 2.42), respectively, and the mean level is The t-test for the control group and the hypnotherapy group is equal to (0.226 and 0.001) respectively, none of which are significant, as a result, the effect of group hypnotherapy on eating attitude is effective at the error level of 5%.

As can be seen in table 5, considering that the average difference between the pre-test and the post-test of eating attitude in the control group and the hypnotic cognitive therapy group is (-1.214 and 5.714), respectively, and the level of meaning The t-test for the control group and the hypnotic cognitive therapy group is equal to (0.226 and 0.006), respectively, which shows that the effect of hypnotic cognitive therapy on eating attitude is effective at the error level of 1%.

The results of Table 6 show that the F value of the effect of the groups on eating attitude is equal to 3.772 and the significance level of the test is equal to 0.003, which is significant at an error level of less than 1%, that is, the F value of the difference between the groups (Hypnotherapy) group and hypnotic cognitive therapy) on eating attitude is significant at the error level of less than 1%.

Conclusion: In general, the results of this research showed that considering that the average difference between the pre-test and the post-test of eating attitude in the control group and the hypnotherapy group was (-1.214 and 2.42), respectively, and the significance level of the T-test For the control group and the hypnotherapy group, respectively, it is equal to (0.226 and 0.10), none of which are significant. As a result, the effect of group hypnosis therapy on eating attitude is effective at the error level of 5%. The results of this research are in agreement with the results of the research. Madadi and Bozger (2019) are consistent.

Also, the results showed that considering that the average difference between the pre-test and the post-test of attitude towards eating in the control group and the hypnotic cognitive therapy group was (-1.214 and 5.714), respectively, and the significance level of the t-test was for the control group. and hypnotic cognitive therapy group is equal to (0.226 and 0.006) respectively, which shows that the effect of hypnotic cognitive therapy on eating attitude is effective at the error level of 1%. The results of this research are consistent with the results of Taylor and Francis group (2014). In explaining the results, it can be said that if you have had the experience of a slimming diet, you must have suffered from overeating attacks. This happens a few days after the start of the diet. The person has a binge eating attack and will start eating large amounts of food quickly. Also, the results showed that the average difference in attitude towards eating between the hypnotic cognitive therapy group and the hypnotic therapy group is equal to -1.428 and the significance level of the difference is equal to (0.854), which is not significant at the error level of less than 5%, that is, between the two methods. There is no significant difference. However, the average difference in attitude towards eating between the hypnotherapy group and the control group is significant at the 5% error level, and the average difference between the attitude towards eating between the hypnotic cognitive therapy group and the control group is significant at the 5% error level. The results of this research are consistent with the results of Malekzadeh (2020). In explaining the results, it can be said that what causes weight loss diets to fail in a short period of time is lack of self-confidence. These people get tired very quickly and think that the diet has no effect on their weight.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Nasehi F, Bakhtiari Saeed B, Poursaghar M. Comparison of the Effectiveness of Group Hypnosis Therapy and Group Cognitive Hypnosis Therapy on Eating Attitudes in Women. *Razi J Med Sci.* 2024(18 Mar);30:212.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

***This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.**

مقدمه

عادات مربوط به غذا خوردن، ترکیب غذا و فواصل بین دفعات غذا خوردن در سبب شناختی چاقی سهم دارند. برای مثال وقتی که افراد برجسپ-های غذایی را می‌خوانند به کلمه‌هایی مثل کم چربی و سالم بیشتر توجه می‌کنند ولی به میزان کالری توجهی ندارند (۱). همچنین بسیاری از افراد خارج از منزل غذا می‌خورند و مقدار مصرف غذا در رستوران-ها افزایش یافته است. واستراند و همکارانش نیز در مطالعه‌ای با عنوان بررسی ارتباط بین عادات غذا خوردن و چاقی در بزرگسالان سوئدی که در سال ۲۰۰۲ انجام دادند دریافتند که بین رفتارهای تغذیه‌ای و چاقی ارتباط وجود دارد (۲). بنابراین بررسی مسائل و مشکلات غذا و تغذیه، از جمله تعیین الگوی مصرف غذایی، می‌تواند راهگشایی در جهت تعیین سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌های تغذیه‌ای و رفع کمبودهای غذایی و ارتقاء سطح تغذیه و در نتیجه پیشگیری از بیماری‌های ناشی از سوءتغذیه در جامعه باشد. از طرفی شواهد تجربی یک پیوستار آسیب‌شناسی اختلالات خوردن را نشان می‌دهند (۳). اصطلاح "نگرش به خوردن" یک اصطلاح جامع و گسترده است که هسته مرکزی تمامی اختلالات خوردن می‌باشد و توصیف‌کننده رفتارها و نگرش‌های ناسالمی است که دامنه‌ای از عادات رژیمی دقیق به منظور از دست دادن یا نگهداری وزن ایده‌آل تا محدودسازی شدید و آنورکسیا را در بر می‌گیرد که معمولاً با عنوان اختلالات خوردن تحت بالینی (Clinical Sub) در نظر گرفته می‌شوند (۴). در واقع، نگرش به خوردن طیف وسیعی را در بر می‌گیرد که از یک سو به نگرش سالم و از سوی دیگر، به اختلالات خوردن ختم می‌شود. شیوع رفتارهای پرخطر خوردن بویژه در میان جوانان در حال افزایش است و حتی فراتر از شیوع ثبت شده برای اختلالات خوردن می‌باشد. شناسایی عواملی که در نگرش به خوردن سهم هستند، به کانون تلاش‌های پژوهشی در سال‌های اخیر تبدیل شده است (۵). یکی از متغیرهایی که به نظر می‌رسد در بهبود نگرش به خوردن در افراد موثر باشد هیپنوتیزم درمانی است. هیپنوتیزم یک روش درمانی موثر و شاخه‌ای از علم روانشناسی است که به دلیل

عدم دخالت هیچ‌گونه داروی شیمیایی و بدون هر عوارضی می‌تواند سلامت بیمار را تضمین نموده و به درمان بسیاری از بیماری‌های روانی و اختلالات هیجانی و عاطفی وی بپردازد (۶). هیپنوتیزم درمانی، هیپنوتراپی یا درمان با استفاده از هیپنوتیزم، به عنوان بخشی از یک برنامه درمانی برای فوبیا و سایر اختلالات اضطرابی استفاده می‌شود در درمان اختلالات بالینی شاید بهترین کار این باشد که با هیپنوتیزم درمانی شروع نکنید. هیپنوتراپیست‌ها، مجریانی هستند که در خواندن فکر مردم بسیار عالی عمل می‌کنند (۷). آنها به دنبال افراد برون‌گرایی هستند که نمایش بزرگی را برای جمعیت بزرگی به نمایش بگذارند. اینکه آیا سوژه‌های آنها واقعاً هیپنوتیزم شده‌اند یا نه جای بحث دارد. هیپنوتیزم درمانی از وضعیت خواب‌آور استفاده می‌کند تا به شما کمک کند تا عمیق‌تر هراس خود را کاوش کنید. در هیپنوتیزم درمانی شما راهنمایی می‌شوید تا هنگام مواجهه با ترس‌های خود، در حالت آرامش قرار بگیرید (۸). در طول جلسه هیپنوتیزم، شما همچنان روی خود کنترل دارید. حتی ممکن است در حین هیپنوتیزم کسی شما را مجبور به انجام کاری خلاف میل شما نکند. در این جلسه همه کارها و اعمال با شما هماهنگ خواهد شد. ممکن است به محیط اطراف خود توجه نکنید، اما همیشه مسئولیت و کنترل اعمال، رفتارها و گفته‌های خود را به عهده خواهید داشت (۹). هیپنوتیزم درمانی "ناک اوت شدن" نیست. مواردی را که در طول حالت خواب‌آور اتفاق بیفتد را به خاطر می‌آورید، خواب یا بیهوش نخواهید شد و قادر خواهید بود این جلسه خواب‌آور را بشکنید (۱۰). با این حال، برخی از افراد ممکن است فراموشی موقتی را برای آنچه در حین هیپنوتیزم گفته و انجام داده‌اند را تجربه کنند (۱۱). افراد دچار مشکلات خوردن محتاج محیطی امن و قابل اعتماد و عاری از تذکر و سرزنش می‌باشند. در جلسات اولیه درمان، مصاحبه می‌تواند جو قابل قبولی را برای القا هیپنوتیزمی فراهم نماید. آموزش‌های مربوط به هیپنوتیزم درمانی می‌تواند در برگیرنده سبک‌های متفاوتی باشند (۱۲). اگرچه ارزش هیپنوتیزم در درمان بیماری‌ها و مشکلات روانی بوجود آمده است اما هیپنوتیزم گروهی را می‌بایست به عنوان بخشی از برنامه درمانی وسیع‌تر در نظر گرفت. یکی از راههای

آشنائی با هیپنوتیزم اصیل اجرای برنامه‌های هیپنوتیزم فردی یا گروهی است (۱۳). در این برنامه پس از آشنائی افراد با تاریخچه و اصول هیپنوتیزم و کاربردهای آن و همچنین پس از اقناع گروه برای اینکه هیپنوتیزم تکنیک‌های شگرف و هیجان برانگیزی در رفع بیماریها، معضلات و ناراحتی‌های مختلف مثل اضطراب و استرس، افسردگی و پرخاشگری، اختلالات خواب، ترس‌های بی‌اساس، بیماری پانیک، ضعف حافظه، تیک-های عصبی، افکار مزاحم، عدم اعتماد به نفس، خاطرات ناخوشایند، دردهای جسمانی با منشأ عصبی و غیره دارد یک هیپنوتیزم فردی یا گروهی انجام می‌شود، پژوهش‌های صورت گرفته در این حیطه دارای نواقص و کمبودهای چشمگیری هستند. یک کمبود و نقص اساسی مربوط به شرایط دموگرافیکی است و بسیاری از پژوهش‌ها در زمینه نوع القاهای هیپنوتیزمی، تکنیک‌های آن و اینکه در چه مرحله‌ای آغاز و خاتمه یافته‌اند، اطلاعات اندکی را در اختیار درمانگرها قرار می‌دهند (۱۴). با توجه به مطالب مطرح شده فوق و تأثیرپذیری دو روش درمانی هیپنوتیزم درمانی گروهی و هیپنوتیزم درمانی شناختی گروهی بر درمان اختلالات روانی و به دلیل اینکه نگرش خوردن در سلامت انسان بسیار حائز اهمیت می‌باشد و نگرش به خوردن و داشتن وزن ایده‌آل در حفظ سلامت جسمانی نیز بسیار مورد توجه می‌باشد در این پژوهش به دنبال پاسخ این مسئله مهم می‌باشیم که آیا تأثیر هیپنوتیزم درمانی گروهی و هیپنوتیزم درمانی شناختی گروهی بر نگرش خوردن متفاوت است؟

روش کار

پژوهش حاضر جزء دسته پژوهش‌های کاربردی و از نوع شبه آزمایشی، از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل با شیوه نمونه‌گیری غیراحتمالی داوطلبانه و گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل می‌باشد، جامعه آماری این پژوهش را زنان متأهل دارای نمره توده بدنی بالای ۲۵ شهر تهران در سال ۱۴۰۰ خواهد بود. ملاک ورود به نمونه پژوهش، توده بدنی بالای ۲۵ و همچنین عدم شرکت در دیگر پژوهش‌های بالینی و روان‌درمانی است. نمونه آماری شامل ۴۲ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و ۱۴ نفر آنان در

گروه کنترل، ۱۴ نفر در گروه هیپنوتیزم درمانی گروهی و ۱۴ نفر در گروه شناخت درمانی هیپنوتیزمی گروهی به روش نمونه‌گیری تصادفی قرار می‌گیرند. ابزارهای اندازه‌گیری در این پژوهش از پرسشنامه نگرش خوردن گاردنر و همکارانش (۱۹۸۲)، پروتکل هیپنوتیزم درمانی گروهی ویلکینسون (۱۹۸۱) و پروتکل شناخت درمانی هیپنوتیزمی گروهی ویلپلم و همکاران (۲۰۱۳) استفاده شد و به منظور استنباط داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس برای آزمون فرضیه‌ها و کنترل اثر پیش آزمون جهت مقایسه اثربخشی درمان‌ها استفاده شد. در زیر به بررسی ابزار گردآوری می‌پردازیم:

پرسشنامه نگرش خوردن گارنر (Garner)

(فرم ۲۶ سوالی): فرم اصلی پرسش نامه نگرش خوردن شامل ۴۰ سوال است. گارنر و همکارانش (۱۹۸۲) با انجام تحلیل عاملی مشخص کردند که ۱۴ سوال از پرسشنامه برای هیچ یک از موارد ضروری نیستند. آن‌ها سوال‌هایی را که مربوط به اولین مورد هستند «رژیم غذایی» نامیدند که به اجتناب از غذاهای چاق کننده و اشتغال فکری در مورد لاغر بودن مربوط می‌شدند. مورد دوم را «پر اشتهایی و اشتغال ذهنی با غذا» نامیدند که افکار مربوط با غذا و به همان نسبت پراشتهایی را نشان می‌دهد. سومین مورد را «کنترل دهانی» نامیدند که به کنترل خود برای خوردن و فشاری که فرد از سوی دیگران برای افزایش خوردن ادراک می‌کند مربوط می‌شود. ۱۴ سوالی که در هیچ یک از این سه فاکتور قرار نگرفتند حذف شده و پرسشنامه ۲۶ سوالی (EAT-26) که همبستگی بالایی با مقیاس اصلی دارد تدوین گردید، ۱۴ سوال حذف شده غیر ضروری بوده و قدرت پیش‌بینی مقیاس را افزایش نمی‌دهند (گارنر، ۱۹۸۲). مولفه‌های پرسشنامه عبارتند از

- ۱- اشتغال ذهنی با غذا، شامل ۱۰ سوال (۲۴، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۲۲، ۲۳، ۱۰، ۳، ۲، ۱)
 - ۲- رژیم غذایی و اجتناب از غذاهای چاق کننده شامل ۷ سوال (۲۱، ۱۹، ۱۷، ۱۶، ۷، ۶، ۵)
 - ۳- تأثیر فشارهای اجتماعی بر غذا خوردن شامل ۴ سوال (۲۰، ۱۳، ۱۵، ۸)
 - ۴- عدم کنترل در خوردن شامل ۲ سوال (۱۸، ۴)
- هر یک از سوال‌های EAT بر اساس مقیاس لیکرت

درجه‌بندی می‌شود. برای هر عبارت پاسخ «همیشه» ۳ نمره، «بیشتر اوقات» ۲ نمره، «خیلی اوقات» ۱ نمره و سه گزینه باقیمانده شامل «گاهی اوقات»، «بندرت» و «هرگز» صفر نمره می‌گیرند. بنابراین نمره‌های پرسشنامه ۲۶ سوالی پرسشنامه نگرش خوردن می‌تواند از صفر تا ۷۸ باشد. نمره غربال‌کننده از حاصل جمع تعداد عباراتی که به صورت «همیشه»، «بیشتر اوقات» و «خیلی اوقات» پاسخ داده می‌شوند، به دست می‌آید. در صورتی که نمره کل فرد بالاتر از نقطه برش EAT-26 باشد مشکوک به اختلال محسوب می‌شود، بنابراین اگر پاسخی به صورت «هرگز»، «بندرت» یا «گاهی

اوقات» درجه‌بندی شود با اهمیت تلقی نمی‌شود در حالی که اگر به صورت «همیشه»، «بیشتر اوقات» و «خیلی اوقات» درجه‌بندی شود، می‌تواند نشانه‌ای از یک مشکل بالینی باشد. نمره ۲۰ و بالاتر برای پرسشنامه ۲۶ سوالی EAT (نمره برش برای فرم اصلی) احتمال وجود اختلالات تغذیه‌ای را برای کسانی که در حد بستری شدن هستند نشان می‌دهد. پاسخ‌دهی به سوال‌ها بر حسب مقیاس لیکرت است و امتیازها از ۳-۰ می‌باشد. پایایی به دست آمده برای این ابزار در پژوهش رضایی (۱۳۹۲) به میزان ۰/۹۱ گزارش شده است.

جدول ۱- پروتکل هیپنوتیزم درمانی گروهی ویلکینسون (۱۹۸۱) (ترجمه سیدرضا جمالیان)

جلسه	شرح جلسه
اول	به شرکت‌کنندگان در مورد هیپنوتیزم و جلسه و چگونگی انجام آن و این که در این چند جلسه آموزشی باید منتظر چه تغییراتی باشند، توضیحاتی ارائه خواهد شد. به عنوان شروع کار آموزش تن آرامی کلی ارائه خواهد شد.
دوم	پس از ورود به جلسه، تلقیناتی در زمینه‌ی آرامش بیشتر، رفع استرس و اضطراب و عمیقتر شدن جلسه ارائه خواهد شد. شرطی‌سازی جهت ورود به جلسه با شمارش تا عدد ۳ و فرمان شرطی صورت خواهد گرفت تا در جلسه‌های بعدی برای ورود به جلسه، زمان کمتری صرف شود.
سوم	چون هیپنوتیزم به صورت گروهی انجام خواهد شد، لازم خواهد بود تمامی مراجعین به عمق مناسبی از جلسه برسند تا تصویرسازی ذهنی به حد مطلوب برسد. در این جلسه، ابتدا به وسیله تلقینات بیشتر سعی خواهد شد جلسه مراجعین را عمیقتر کرده سپس به مدت ۱۰ دقیقه به تصویرسازی در مراجعین پرداخته خواهد شد که در ابتدا تصویرسازی در زمینه‌های خوشایند و آرامش‌بخش خواهد بود و در انتها، تصویرسازی ذهنی فعالیت‌های جایگزین تکرار خواهد شد.
چهارم	پس از عمیق کردن جلسه تلقینات و تصویرهای ذهنی مربوط به سلامت و بهزیستی و رعایت نکات بهداشتی و تغذیه و تناسب اندام اثرات مثبت آن ارائه شد.
پنجم	تمرین‌هایی که در جلسه‌های قبلی ارائه شده مرور خواهد شد و تلقین‌های شرطی برای تسهیل ایجاد جلسه در مراجع در منزل انجام خواهد شد و گفته خواهد شد هرگاه بخواهند می‌توانند از خود-هیپنوتیزم برای افزایش نکات بهداشتی و تغذیه استفاده کنند.

جدول ۲- پروتکل شناخت درمانی هیپنوتیزی گروهی ویلهلم (۲۰۱۳) (ترجمه سیدرضا جمالیان)

جلسه	شرح جلسه
اول	توضیح مختصر در مورد هیپنوتراپی شناختی، ارائه پوشه و فرم جلسه بردی به مراجعین، پاسخ به پرسش‌ها و ابهامات مراجعین، بحث درباره باورهای متغیر و فردی درباره رفتارهای بهداشتی، وزن و نگرش به خوردن
دوم	توضیح درباره نظریه مربوط به چگونگی ایجاد مشکلات جسمانی و بهداشتی، بحث درباره ارزش‌های مراجعین و اهداف درمان، توضیح در مورد درمان هیپنوتیزم شناختی، انتظارات مراجعین از درمان، پیشرفت مورد انتظار، توافق درمان، چگونگی ارزیابی افکار و باورها.
سوم	بحث در مورد انواع خطاهای شناختی، شناسایی خطاهای شناختی رایج، ارزیابی افکار منفی اتوماتیک، پاسخ دادن به افکار منفی با استفاده از پاسخ‌های عقلانی، تهیه سلسله مراتب مواجهه (تکلیف خانگی).
چهارم	ارزیابی افکار خودشکن، آموزش مراجعین درباره هیپنوتیزم، برطرف کردن باورهای نادرست درباره هیپنوتیزم، بازسازی شناختی خطاهای شناختی مراجعین در هیپنوتیزم، القای هیپنوز با روش طبیعت‌گرایانه (تمرکز بر حالات بدنی)، نشان دادن قدرت ذهن بر بدن، القای خلق مثبت، تلقینات پس هیپنوتیزمی.
پنجم	شناسایی آیین‌واره‌های مراجعین، آموزش درباره آیین‌واره‌ها و بررسی و شناسایی راه اندازه‌ها، کمک به مراجعین برای روبرو شدن با آیین‌واره‌ها: برگرداندن توجه و توجه به کل تصویر،
ششم	مواجهه هیپنوتیزی: مواجهه از طریق تکنیک سازگاری با تصویر، ادامه مهارت‌های شناختی و مواجهه‌های چالش‌برانگیز و تمرین جلوگیری از پاسخ.
هفتم	ارزیابی و پاسخ به افکار خودآیند منفی و خطاهای شناختی، به کارگیری این موضوع در حین مواجهه هیپنوتیزی و پیشگیری از پاسخ، بازسازی شناختی هیپنوتیزی، تمرین شناختی در حالت هیپنوتیزی، تقویت ایگو، آموزش خود هیپنوتیزم،
هشتم	مرور هفته گذشته و جلسه خوددرمانی، برنامه‌ریزی قرار جلسات تقویتی، هیپنوتراپی درباره موقعیت‌های راه‌انداز و آمادگی برای آنها از طریق تکنیک پیشروی در زمان و تمرین مهارت‌های شناختی در هیپنوتیزم

یافته‌ها

به ترتیب برابر با (۰/۲۲۶ و ۰/۰۰۱) است که هیچکدام معنادار نیستند در نتیجه در سطح خطای ۵ درصد تأثیر هیپنوتیزم درمانی گروهی بر نگرش به خوردن موثر است.

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌گردد با توجه به اینکه میانگین تفاضل پیش‌آزمون از پس‌آزمون نگرش به خوردن در گروه کنترل و گروه شناخت درمانی هیپنوتیزمی به ترتیب برابر با (۵/۷۱۴ و ۰/۲۲۶) است که نشان می‌دهد در سطح خطای ۱ درصد تأثیر شناخت درمانی هیپنوتیزمی بر نگرش به خوردن موثر است.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد مقدار F اثر گروه‌ها بر

در جدول ۳ آزمون F لوین برابری واریانس‌های پیش‌آزمون نگرش خوردن بررسی قرار گرفت.

برای آزمون همگنی واریانس‌های پیش‌آزمون از آزمون لوین استفاده شد. با توجه به یافته‌های جدول ۳ مقدار آماره لوین برای متغیرهای پیش‌آزمون نگرش به خوردن برابر (۰/۰۳۱) و سطح معنی‌داری آزمون بزرگتر از مقدار ۰/۰۵ است در نتیجه می‌توان گفت واریانس متغیرهای پیش‌آزمون دو گروه تجانس دارد.

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد با توجه به اینکه میانگین تفاضل پیش‌آزمون از پس‌آزمون نگرش به خوردن در گروه کنترل و گروه هیپنوتیزم درمانی به ترتیب برابر با (۲/۴۲ و ۱/۲۱۴) و سطح معنی‌داری آزمون تی برای گروه کنترل و گروه هیپنوتیزم درمانی

جدول ۳- آزمون F لوین برابری واریانس‌های پیش‌آزمون نگرش به خوردن

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری
میان گروه‌ها	۱/۵۰۰	۱	۱/۵۰۰	۰/۰۳۱	۰/۸۶۲
درون گروه‌ها	۱۰۷۴/۳۳۳	۴۰	۴۸/۸۳۳		
خطا	۱۰۷۵/۸۳۳	۴۱			

جدول ۴- نتایج آزمون تی زوجی برای مقایسه تفاوت میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون نگرش به خوردن گروه هیپنوتیزم درمانی گروهی و گروه کنترل

متغیر	گروه‌ها	میانگین پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	میانگین تفاضل	آماره t	درجه آزادی	سطح معناداری
نگرش به خوردن	هیپنوتیزم درمانی	۱۶/۷۸	۱۴/۳۵	۲/۴۲	۱/۷۶	۱۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۹/۲۱	۱۸	-۱/۲۱	-۱/۲۷	۱۳	۰/۲۲۶

جدول ۵- نتایج آزمون تی زوجی برای مقایسه تفاوت میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون نگرش به خوردن گروه شناخت درمانی هیپنوتیزمی و گروه کنترل

متغیر	گروه‌ها	میانگین پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	میانگین تفاضل	آماره t	درجه آزادی	سطح معناداری
نگرش به خوردن	شناخت درمانی هیپنوتیزمی	۱۲/۹۲	۱۸/۶۴	۵/۷۱	۳/۲۷	۱۳	۰/۰۰۶
	کنترل	۱۹/۲۱	۱۸	-۱/۲۱	-۱/۲۷	۱۳	۰/۲۲۶

جدول ۶- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس اثر هیپنوتیزم درمانی گروهی و شناخت درمانی هیپنوتیزمی گروهی بر نگرش به خوردن

منابع تغییر	مجموع مربعات SS	درجات آزادی	میانگین مربعات	ارزش F	سطح معناداری
مناسبت مدل	۱۸۹۲/۰۹۴	۲۳	۸۲/۲۶۵	۴/۲۲۶	۰/۰۰۱
عرض از مبدا	۲۹۳۴/۳۹۰	۱	۲۹۳۴/۳۹۰	۱۵۰/۷۳۶	۰/۰۰۰
اثر پیش‌آزمون	۱۵۷/۵۹۴	۱	۱۵۷/۵۹۴	۸/۰۵۹	۰/۰۱۱
اثر گروه‌ها	۱۶۱۵/۵۲۲	۲۲	۷۳/۴۳۳	۳/۷۷۲	۰/۰۰۳
خطا	۳۵۰/۴۰۶	۱۸	۱۹/۴۴۷		
مجموع	۱۲۳۳۳	۴۲			

نگرش به خوردن برابر با $3/772$ می‌باشد و سطح معناداری آزمون برابر با $0/003$ می‌باشد که در سطح خطای کمتر از 1% معنادار است یعنی مقدار F اختلاف گروه‌ها (هیپنوتیزم درمانی گروهی و شناخت درمانی هیپنوتیزمی) بر نگرش به خوردن در سطح خطای کمتر از 1% معنادار است.

بحث

در کل نتایج پژوهش حاضر نشان داد که با توجه به اینکه میانگین تفاضل پیش آزمون از پس آزمون نگرش به خوردن در گروه کنترل و گروه هیپنوتیزم درمانی به ترتیب برابر با $(-1/214)$ و $(2/42)$ و سطح معنی‌داری آزمون تی برای گروه کنترل و گروه هیپنوتیزم درمانی به ترتیب برابر با $(0/226)$ و $(0/10)$ است که هیچکدام معنادار نیستند در نتیجه در سطح خطای 5% تأثیر هیپنوتیزم درمانی گروهی بر نگرش به خوردن موثر است. در تبیین نتایج می‌توان گفت که هیپنوتیزم می‌تواند به بیمار آموزش دهد که چگونه استراحت مطلق روانی و جسمانی داشته باشد. هیپنوتیزم اغلب فشار روانی را کاهش می‌دهد و درد و بیماری‌های غیر قابل علاج و طولانی را برطرف می‌کند همه عادات ناپسند، از قبیل الکیسم، افراط در کشیدن سیگار، مشکلات خوردن، انحرافات جنسی، ادرار و غیر ارادی به راحتی تحت تأثیر هیپنوتیزم درمان می‌شود ناراحتی‌های سخت و پردرد از قبیل میگرن، دردهای عصبی صورت و اسپاسم معده اغلب با هیپنوتیزم تسکین می‌یابند (۱۵). بیماری‌های پوستی دارای منشأ عصبی و همچنین بیماری‌های متداول پوستی مانند نرودرماتیتیس با این روش مداوا می‌شوند. پرخوری احساسی زمانی اتفاق می‌افتد که ما برای رهایی از احساساتمان از غذا استفاده می‌کنیم نه برای برطرف کردن گرسنگی (۱۶). گاهی پیش آمده که از سر بی‌حوصلگی رو به تنقلات آورده‌ایم بدون آنکه در آن زمان احساس گرسنگی داشته باشیم یا زمانیکه یک امتحان خیلی مهم داریم، یک جعبه شیرینی را با ولع می‌خوریم. اما اینکار وقتی زیاد تکرار شود، می‌تواند بر وزن و سلامت عمومی ما تأثیر بگذارد. مهمترین دلیل چاقی، نداشتن کنترل بر روی غذا خوردن است. زیاده‌روی در خوردن غذا و یا خوردن فست فودها، باعث

می‌شود کالری بدن بالا رفته و روز به روز چاق‌تر شوید. وقتی از افراد چاق سوال می‌کنیم چرا اینگونه غذا می‌خورید، می‌گویند دست خودمان نیست. در این زمان است که هیپنوتیزم به کمک شما می‌آید. این روش به ذهن و ضمیر ناخودآگاه کمک می‌کند تا بر روی غذا خوردن خود کنترل داشته باشید (۱۷). در این صورت تمایل بی‌دلیل برای خوردن غذا، تحت کنترل شما درآمده و رژیم غذایی خود را مدیریت خواهید کرد. همچنین نتایج نشان داد با توجه به اینکه میانگین تفاضل پیش آزمون از پس آزمون نگرش به خوردن در گروه کنترل و گروه شناخت درمانی هیپنوتیزمی به ترتیب برابر با $(-1/214)$ و $(5/714)$ و سطح معنی‌داری آزمون تی برای گروه کنترل و گروه شناخت درمانی هیپنوتیزمی به ترتیب برابر با $(0/226)$ و $(0/006)$ است که نشان می‌دهد در سطح خطای 1% درصد تأثیر شناخت درمانی هیپنوتیزمی بر نگرش به خوردن موثر است. در تبیین نتایج می‌توان گفت که در صورتی که تاکنون تجربه رژیم لاغری را داشته‌اید، حتماً به حملات پرخوری مبتلا شده‌اید. این اتفاق از چند روز بعد از شروع رژیم آغاز می‌شود. فرد دچار حمله پرخوری شده و شروع به خوردن سریع مقدار زیاد غذا خواهد کرد. این حمله به دلیل فشار عصبی که پرخوری عصبی گفته می‌شود، است که به او وارد شده است (۱۸).

هیپنوتیزم از بروز این حملات جلوگیری می‌کند. در واقع هیپنوتیزم شبیه یک ترمز غذایی عمل کرده و اجازه نمی‌دهد با سرعت زیاد سمت غذا بروید. علت پرخوری انسان، وجود فشار عصبی است. برای مثال افرادی هستند که ادعا می‌کنند در زمان عصبانیت، زیاد غذا می‌خورند و در نتیجه چاق می‌شوند. هیپنوتیزم ابتدا ریشه عصبی مشکل را پیدا کرده و با درمان آن، چاقی را درمان خواهد کرد. هیپنوتیزم همان حالت تلقین پذیری است که در تعریف آن مبالغه شده است، چرا که بیشتر مردم در حالت بیداری تلقین پذیرند و یک کلمه یا جمله می‌تواند موجب خوشحالی، نگرانی، عصبانیت یا ترس آنان شود و این احساسات به عنوان عوارضی در جسم آنان بروز کند و می‌تواند بر نگرش خوردن موثر باشد (۱۹). به طور کلی نتایج نشان داد که مقدار F اثر گروه‌ها بر نگرش به خوردن برابر با $3/772$ می‌باشد و سطح معناداری آزمون برابر با $0/003$

از خواب بیدار شوید. هرچه بیشتر سعی کنید به خواب فرو بروید کمتر موفق می‌شوید (۲۳).

References

1. Arnold-Reed DE, Hulse GK. A comparison of rapid (opioid) detoxification with clonidine-assisted detoxification for heroin-dependent persons. *J Opioid Manag.* 2005;1(1):17-23.
2. Andersson G, Lyttkens L. A meta-analytic Review Of Psychological Treatments For Tinnitus. *Br J audiol.* 1999;33(4):201-210.
3. Attias J, Shemesh Z, Shoham C, Shahar A, Sohmer H. Efficacy of self-hypnosis for tinnitus relief. *Scand Audiol.* 1990;19(4):245-249.
4. Bell BT, Lawton R, Dittmar H. The impact of thin models in music videos on adolescent girls' body dissatisfaction. *Body Image.* 2007;4(2):137-145.
5. Brugnoli MP. Clinical hypnosis for palliative care in severe chronic diseases: a review and the procedures for relieving physical, psychological and spiritual symptoms. *Ann Palliat Med.* 2016;5(4):280-297.
6. Bryant RA, Moulds ML, Nixon RDV, Mastrodomenico J, Felmingham K, Hopwood S. Hypnotherapy and cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: A 3-year follow-up. *Behav Res Ther.* 2006;44(9):1331-1335.
7. Burrows GD, Stanley RO, Bloom PB. *International handbook of clinical hypnosis.* John Wiley & Sons. 2002.
8. Cook SJ, MacPherson K, Langille DB. Far from ideal: Weight perception, weight control, and associated risky behaviour of adolescent girls in Nova Scotia. *Canad Fam Physician.* 2007;53(4):678-684.
9. Cope TE. Clinical hypnosis for the alleviation of tinnitus. *Int Tinnitus J.* 2008;14(2):135-138.
10. Daitch C. Cognitive behavioral therapy, mindfulness, and hypnosis as treatment methods for generalized anxiety disorder. *Am J Clin Hypnosis.* 2018;61(1):57-69.
11. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry.* 1976;128(3):280-289.
12. Ekblom-Bak E, Stenling A, Salier Eriksson J, Hemmingsson E, Kallings LV, Andersson G, et al. Latent profile analysis patterns of exercise, sitting and fitness in adults—Associations with metabolic risk factors, perceived health, and perceived symptoms. *PLoS One.* 2020;15(4):e0232210.
13. D. Advancing research and practice: The revised APA Division 30 definition of hypnosis. *Int J Clin Experim Hypnosis.* 2015;63(1):1-9.
14. Fihartini Y, Helmi RA, Hassan M, Oesman YM.

می‌باشد که در سطح خطای کمتر از ۱٪ معنادار است یعنی مقدار F اختلاف گروه‌ها (هیپنوتیزم درمانی گروهی و شناخت درمانی هیپنوتیزمی) بر نگرش به خوردن در سطح خطای کمتر از ۱٪ معنادار است. همچنین نتایج نشان داد میانگین تفاضل نگرش به خوردن گروه شناخت درمانی هیپنوتیزمی و گروه هیپنوتیزم درمانی برابر با ۱/۴۲۸- می‌باشد و سطح معناداری تفاضل برابر با (۰/۸۵۴) که در سطح خطای کمتر از ۵٪ α معنادار نیست یعنی بین دو روش تفاوت معناداری وجود ندارد. اما میانگین تفاضل نگرش به خوردن گروه هیپنوتیزم درمانی و گروه کنترل در سطح خطای ۵ درصد معنادار است و میانگین تفاضل نگرش به خوردن گروه شناخت درمانی هیپنوتیزمی و گروه کنترل در سطح خطای ۵ درصد معنادار است. که نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش ملکزاده (۲۰۲۰) همخوانی دارد. در تبیین نتایج می‌توان گفت آنچه که باعث می‌شود رژیم‌های لاغری در مدت کوتاهی با شکست روبرو شود، نداشتن اعتماد به نفس است. این دسته از افراد خیلی زود خسته شده و فکر می‌کنند رژیم هیچ تأثیری بر روی وزن نداشته است. تحقیقات روانشناسی نشان می‌دهد بین سلامت انسان و داشتن اعتماد به نفس، ارتباط مستقیم وجود دارد (۲۰). لذا هیپنوتیزم با افزایش اعتماد به نفس باعث می‌شود سریع‌تر به وزن ایده‌آل رسیده و رژیم را ادامه دهید. به هر حال رژیم غذایی یکی از امور سختی است که در مدت کوتاهی سطح انرژی و انگیزه انسان را پایین می‌آورد. افرادی که به تازگی رژیم را شروع کرده‌اند، خیلی زود انگیزه خود را از دست می‌دهند. اما راه‌هایی برای افزایش رغبت وجود دارد (۲۱). برای مثال لباس‌هایی که در دوران لاغری به تن داشتید را همیشه در جلو چشمان خود قرار دهید تا انگیزه‌ای شود برای بازگشتن به دوران قبل. همچنین هیپنوتیزم هم در این زمینه کمک می‌کند چرا که ضعف‌های روحی شما را از بین می‌برد (۲۲). زمانی که قدرت خواسته‌های ارادی در مخالفت با تجسم در می‌آیند همیشه این تجسم است که پیروز می‌شود. خواسته‌های ارادی تأثیر محدودی دارند مخصوصاً زمانی که قرار است بر روی بدن تأثیر بگذارند. بعنوان مثال زمانی را بیاد بیاورید که خیلی دیر به رختخواب رفته‌اید و بسیار نگرانید که باید صبح زود

Perceived health risk, online retail ethics, and consumer behavior within online shopping during the COVID-19 pandemic. *Innovat Market*. 2021;17(3):17-29.

15. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ. Guidelines for treatment of PTSD. *J Trauma Stress*. 2000;13(4):539-588.

16. Folmer RL, Griest SE, Meikle MB, Martin WH. Tinnitus severity, loudness, and depression. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1999;121(1):48-51.

17. Fraser A, Tilling K, Macdonald-Wallis C, Hughes R, Sattar N, Nelson SM, et al. Associations of gestational weight gain with maternal body mass index, waist circumference, and blood pressure measured 16 y after pregnancy: the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). *Am J Clin Nutr*. 2011;93(6):1285-1292.

18. Gavin AR, Simon GE, Ludman EJ. The association between obesity, depression, and educational attainment in women: the mediating role of body image dissatisfaction. *J Psychosom Res*. 2010;69(6):573-581.

19. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. John Wiley & Sons. 2008.

20. Gowing L, Ali R, White JM. Opioid antagonists under heavy sedation or anaesthesia for opioid withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010.

21. Haedt-Matt AA, Zalta AK, Forbush KT, Keel PK. Experimental evidence that changes in mood cause changes in body dissatisfaction among undergraduate women. *Body Image*. 2012;9(2):216-220.

22. Hilgard ER. Hypnotic susceptibility. 1965.

23. Wittchen HU, Hoyer J. Generalized anxiety disorder: nature and course. *J Clin Psychiatry*. 2001;62:15-21.