

Effectiveness of cognitive hypnotherapy on coping self-efficacy and cognitive emotion regulation components in obese women

Maryam Rostami¹, Parvin Ehteshamzade², Parviz Asgari³, Seyed Kazem Alavi Fazel²

1-PhD Candidate, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

3- Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Corresponding Author: Parvin Ehteshamzade

E-mail: P_ehtesham85@yahoo.com

Received: 28/11/2021

Accepted: 05/03/2022

Abstract

Introduction: Obesity has become an epidemic on a global scale in recent decades. The effect of psychological factors on eating behaviors should be considered weight loss interventions.

Aim: This study was conducted to investigate the effect of cognitive hypnotherapy on coping self-efficacy and adaptive and maladaptive strategies of cognitive emotion regulation in obese women.

Method: This was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design, a control group and follow-up that was conducted on obese women in Ahvaz in 2020. Forty women were selected using the convenience sampling method and randomly assigned to experimental and control groups. Data collection tools were Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Checklist for Utilizing Life Experience, Interest & Values, Chesney et al.'s (2006), Coping Self-Efficacy Scale and Garnefski et al.'s (2001) Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. MANOVA, repeated measures ANOVA and SPSS-25 were used to analyze the data.

Results: The results showed that cognitive hypnotherapy increased the participants coping self-efficacy ($F=29.73$, $P\leq 0.001$) and this effect continued until the follow-up period ($F=6.43$, $P\leq 0.03$). It did not have a significant effect on adaptive strategies, but it created a significant difference in maladaptive strategies in the follow-up despite its lack of significance in the post-test ($F=4.47$, $P\leq 0.01$).

Conclusion: The results revealed that the use of cognitive hypnotherapy is an effective method to increase coping self-efficacy and reduce maladaptive emotion regulation strategies in women with obesity and can be used to improve the psychological problems of these people.

Keywords: Hypnosis, Cognitive behavioral therapy, Self efficacy, Emotional regulation, Obesity

How to cite this article: Rostami M, Ehteshamzade P, Asgari P, Alavi Fazel SK. Effectiveness of cognitive hypnotherapy on coping self-efficacy and cognitive emotion regulation components in obese women. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2022; 9 (1): 118-133 . URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1353-en.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

اثربخشی هیپنوتراپی شناختی بر خودکارآمدی مقابله‌ای و مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان زنان مبتلا به چاقی

مریم رستمی^۱، پروین احتشام زاده^۲، پروین عسگری^۳، سید کاظم علوی فاضل^۲

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

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۳. استاد، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

مؤلف مسئول: پروین احتشام زاده ایمیل: P_ehtesham85@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۱۲/۱۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۹/۰۷

چکیده

مقدمه: چاقی در دهه‌های اخیر به سطح همه گیر در مقیاس جهانی رسیده است. در مداخلات کاهش وزن، تأثیر عوامل روانشناختی بر رفتارهای خوردن باید مورد توجه قرار گیرد.

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی هیپنوتراپی شناختی بر خودکارآمدی مقابله‌ای، راهبردهای سازگاران و ناسازگاران تنظیم شناختی هیجان در زنان مبتلا به چاقی بود.

روش: پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری بود، که بر روی زنان چاق اهواز در سال ۱۳۹۹ انجام شد. ۴۰ نفر به روش در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند. داده‌ها با مقیاس استعداد هیپنوتیزم پذیری استنفورد (۱۹۶۲)، چک لیست تجارب زندگی، علائق و ارزش‌ها، پرسشنامه‌های خودکارآمدی مقابله- ای چسبی و همکاران (۲۰۰۶) و تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) جمع‌آوری و با روش‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری و تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر توسط نسخه ۲۵ نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هیپنوتراپی شناختی خودکارآمدی مقابله‌ای آزمودنی‌ها را افزایش داده ($F=29/73$ ، $P\leq 0/001$) و این تأثیر تا دوره پیگیری نیز ادامه یافته است ($F=6/43$ و $P\leq 0/03$)، در راهبردهای سازگاران تأثیر معنی‌دار نداشت؛ اما در راهبردهای ناسازگاران با وجود عدم معنی‌داری در پس‌آزمون، در پیگیری تفاوت معنی‌داری ایجاد کرده است ($F=4/47$ و $P\leq 0/01$).

نتیجه‌گیری: هیپنوتراپی شناختی روشی مؤثر در افزایش خودکارآمدی مقابله‌ای و کاهش راهبردهای ناسازگاران تنظیم هیجان زنان مبتلا به چاقی است و می‌تواند در بهبود مسائل روانشناختی این افراد به کار گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: هیپنوتیزم، درمان شناختی- رفتاری، خودکارآمدی، تنظیم هیجانی، چاقی

مقدمه

چاقی^۱ به عنوان تجمع غیرطبیعی یا بیش از حد چربی که ممکن است باعث ایجاد اختلال در سلامتی شود تعریف می شود. به طور معمول شاخص توده بدنی^۲ برای طبقه بندی اضافه وزن و چاقی در بزرگسالان استفاده می شود (سازمان بهداشت جهانی^۳، ۲۰۲۱). اگر شاخص توده بدنی (تقسیم وزن به کیلوگرم بر مجذور قد به متر) مساوی یا بزرگتر از ۲۵ باشد، فرد دارای اضافه وزن است و اگر مساوی و یا بزرگتر از ۳۰ باشد، چاق محسوب می شود (گل کاریان، شفیع آبادی و دلاور، ۱۳۹۷). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، شیوع اضافه وزن و چاقی در ۴ دهه اخیر تقریباً سه برابر شده است. این بدان معناست که تقریباً ۱/۹ میلیارد نفر از جمعیت بزرگسال (بیشتر) و یا حدود ۳۹٪ از کل جمعیت جهان، در حال حاضر دارای اضافه وزن هستند.

خودکارآمدی^۴ یکی از مؤلفه های روانی است که نقش مهمی در کاهش وزن زنان با اضافه وزن و چاقی ایفا می کند (عیسی زادگان، شیخی و حافظ نیا، ۱۳۹۴). خودکارآمدی ادراک توانایی ها برای انجام یک عمل در موقعیت خاص بوده و مهم ترین عامل تعیین کننده رفتار است (اوچلی، تراورسا و پونزیو^۵، ۲۰۱۶). خودکارآمدی در زمینه مدیریت وزن، به باور فرد درباره خوردن در موقعیت های هیجانی مثبت و منفی، ناراحتی های جسمانی، فشارهای اجتماعی و دسترسی آسان به مواد غذایی اشاره دارد و شاخص پیش بینی کننده کاهش وزن و موفقیت برنامه های کنترل وزن است (نوریان، آقایی و قربانی، ۱۳۹۴). افرادی که وزن آن ها دچار نوسان زیادی است،

معمولاً خودکارآمدی پایین تری دارند (هایس، فینچ، ساها، ماررو و آکرمن^۶، ۲۰۱۴). با توجه به تأثیری که خودکارآمدی بر وزن و سلامتی افراد دارد، این مقوله باید در مداخلات آموزشی و مشاوره های وزن و تغذیه مورد توجه قرار گیرد (گل کاریان، شفیع آبادی و دلاور، ۱۳۹۷).

یکی از متغیرهای مرتبط با این مقوله، خودکارآمدی مقابله ای^۷ است که دربرگیرنده اعتماد به نفس یک فرد یا خودکارآمدی ادراک شده در انجام رفتارهای مقابله ای به هنگام مواجهه با چالش های زندگی و تهدیدها است (ون و مابت^۸، ۲۰۱۰). مدیریت موقعیت های متغیر، مبهم، غیرقابل پیش بینی و استرس زا مستلزم داشتن باورهای خودکارآمدی مقابله ای است (تایلر و استانتون^۹، ۲۰۰۷).

برخی از پژوهشگران معتقدند درک انسان از کارآمدی مقابله ای خود، هنگام مواجهه با چالش و رؤیایی با تهدیدهای زندگی بر تفکر، انگیزش، رفتار و عملکرد فرد تأثیر شگرفی دارد و رفتار انسان در موقعیت هایی که به توانایی خود اطمینان دارد، متفاوت با رفتار در موقعیت هایی است که در آن ها احساس عدم امنیت و فقدان صلاحیت دارد. افراد دارای خودکارآمدی مقابله ای بالا، رفتارهای انطباقی و سازگارانه ی بیشتری از خود نشان می دهند، در طول زمان، به هنگام مواجهه با شرایط استرس زا آسیب کمتری می بینند، از مهارت های مقابله ای بیشتری برخوردارند و در نتیجه سلامت روان بیشتری دارند (رودجر، چستی، لومبورگ، اوسترگارد، لارنس و سد من^{۱۰}، ۲۰۱۴). علاوه بر مواردی که ذکر

^۶- Hays, Finch, Saha, Marrero & Ackermann

^۷- Coping self- efficacy

^۸- Van & Mabet

^۹- Taylor & Stanton

^{۱۰}- Rodkjaer, Chesney, Lomborg, Ostergaard, Laursen & Sodemann

^۱- Obesity

^۲- Body mass index (BMI)

^۳- World Health Organization (WHO)

^۴- Self Efficacy

^۵- Uccelli, Traversa & Ponzio

شد، از آنجایی که سیستم‌های مغزی رفتاری، رابطه نزدیکی با عواطف و هیجانات افراد دارند، در بررسی رابطه آن‌ها با رفتارهای خوردن، تأثیر نیرومند عواطف و هیجانات بر رفتارهای خوردن افراد مبتلا به چاقی، باید مدنظر قرار گیرد. اهمیت تنظیم هیجان در رفتار خوردن به اندازه‌ای است که بعضی از پژوهشگران از آن به عنوان عنصر اثربخش درمان‌های موج سوم روی اضافه وزن و چاقی یاد می‌کنند (گوویا، کانوارو و موریرا^۱، ۲۰۱۹).

تنظیم هیجان^۲ شامل؛ آگاهی از هیجانات، فهمیدن و پذیرش آن‌ها، همچنین توان فرد در کنترل رفتارهای تکانشی و رفتار کردن مطابق با اهداف بهینه، در زمان تجربه هیجان منفی است که در مجموع باعث افزایش این توانایی در فرد می‌شود که پاسخ‌های هیجانی مطلوب را متناسب با موقعیت خود و محیط به کار گیرد. (سوری، شپس، یانگ، آبراهام، مک‌ری و گراس^۳، ۲۰۱۸). مشکلات هیجانی و استرس ناشی از آن می‌تواند به عنوان مقدمه‌ای برای پرخوری محسوب شوند و حتی پرخوری به عنوان یک مکانیسم تنظیم هیجان ناسازگارانه در افراد دارای اضافه وزن یا مبتلا به چاقی مطرح شده است (پاک اندیش، کراسیان و جمهری، ۱۴۰۰).

در میان بسیاری از مداخلات ارائه شده برای درمان چاقی، هیپنوتراپی^۴ به عنوان یک درمان نوظهور و مکمل مورد توجه قرار گرفته است و بر این فرض استوار است که اکثر اختلالات روانی، شکل منفی خود هیپنوتیزمی هستند، به‌طوری که افکار منفی به‌صورت انتقادی و حتی بدون آگاهی، پذیرفته می‌شوند. هیپنوتراپی، شامل چندین روش اساسی از جمله آرامش، تصویرسازی هدایت شده،

بازسازی شناختی، حساسیت‌زدایی تدریجی و آموزش مهارت‌های هیپنوتیزمی است (اباذری، حیدر نسب، یعقوبی و فراهانی، ۱۴۰۰). یکی از انواع روش‌های هیپنوتراپی، هیپنوتراپی شناختی^۵ است؛ که ترکیب هیپنوتراپی با فنون و مفاهیم درمان شناختی- رفتاری است و توسط آسن علادین^۶ ابداع گردیده است (خیاط جدیدی، یونسی، ایزدی و فرخی، ۱۳۹۹). در این روش، هدف تغییر شناخت‌ها، باورها، هیجان‌ها و درنهایت تغییر رفتار فرد است. هیپنوتراپیست‌های شناختی، برای هدایت توجه در بسیاری از موارد، توجه مراجع را از جنبه‌های منفی زندگی (که اغلب درست هستند) به جنبه‌های مثبت و سازگارانه (که اغلب به‌طور بالقوه درست هستند) جلب می‌کنند. این روش می‌تواند با استفاده از فونونی به کاهش خودگویی‌ها و شناخت‌های منفی و یا حتی جابه‌جایی‌شان با شناخت‌های مثبت منجر شده و به سلامت روان بهتر بینجامد (علی وردیلو و جراه، ۱۳۹۹).

طبق بررسی‌ها تلفیق دو رویکرد شناختی و هیپنوتراپی تأثیر سریع‌تر و عمیق‌تری در مراجع ایجاد کرده و زمانی که هیپنوتیزم در کنار درمان شناختی- رفتاری به کار برده می‌شود، نتیجه کار ۷۰٪ نسبت به درمان شناختی- رفتاری به‌تنهایی، اثربخش‌تر است (کریش و سایپرستین^۷، ۱۹۹۵). کاربرد این درمان در پژوهش‌های مختلف به نتایج مطلوب رسیده است، نتایج مطالعه آسیابانی و شریفی باستان (۱۳۹۷) بیانگر این بود که هیپنوتراپی شناختی رفتاری در بهبود تنظیم شناختی هیجان مورد مبتلا به اختلال وسواسی جبری مؤثر بوده است. نتایج پژوهش والیانی کیا (۱۳۹۴) از اثربخشی هیپنوتراپی شناختی بر بهبود بهزیستی روانشناختی و اختلالات خوردن در زنان

^۵ - Cognitive Hypnotherapy

^۶ - Assen Alladin

^۷ - Kirsch & Sapirstein

^۱ - Gouveia, Canavarro & Moreira

^۲ - Emotion regulation

^۳ - Suri, Sheppes, Young, Abraham, McRae & Gross

^۴ - Hypnotherapy

چاق و مطالعه‌ای دیگر از اثر آن در بهبود انسجام درونی دانشجویان حکایت دارد (ارقبایی، ۱۳۹۲).

مطالعات دیگری حاکی از آن است که این درمان در افزایش اعتماد به نفس در نوجوانان (باده، فتحي، آقا محمدیان و همکاران، ۱۳۹۲) و کاهش اضطراب (سادات مدنی و تولایی زواره، ۱۳۹۷؛ مقتدر و همکاران، ۱۳۹۵) اثرات مثبت دارد و مطالعاتی دیگر از تأثیر مثبت این درمان در افزایش خودکارآمدی (علی وردیلو و جراره، ۱۳۹۹؛ امین السادات و همکاران، ۱۴۰۰) خبر می‌دهند، همچنین اثر هیپنوتراپی شناختی در بهبود عزت نفس و کاهش هیجان خواهی زنان مبتلا به افسردگی نیز مورد تأیید قرار گرفته است (ضیایی سانچ و صادق پور، ۱۳۹۸)؛ لذا با توجه به آمار قابل توجه افراد مبتلا به چاقی به ویژه در زنان در ایران و اهمیت مسئله چاقی در سلامت روانشناختی و هزینه‌های جسمی و روانی بالای ناشی از آن همچنین از آنجایی که با توجه به ادبیات پژوهش خلأ مطالعاتی در این زمینه احساس می‌شود؛ پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان هیپنوتراپی شناختی در خودکارآمدی و راهبردهای تنظیم هیجان زنان مبتلا به چاقی انجام شد و به دنبال پاسخ برای این پرسش است آیا هیپنوتراپی شناختی در خودکارآمدی مقابله‌ای، راهبردهای سازگاران و ناسازگاران تنظیم شناختی هیجان در زنان مبتلا به چاقی، اثربخش است؟

روش

طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری بود. جامعه مورد مطالعه، تمامی زنان مبتلا به چاقی در بازه سنی ۲۰ تا ۵۵ سال در سال ۱۳۹۹ شهر اهواز بودند که در پاییز ۱۳۹۹

از طریق فراخوان در اینستاگرام کلینیک‌های روانشناسی و باشگاه‌های ورزشی به پژوهش دعوت شدند. ۴۰ نفر به روش در دسترس و براساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. تعداد نمونه طبق قوانین کاسکو (طیسی، ملکی، دلگشایی، ۱۳۹۵) که در تحقیقات تجربی و مطالعات قبل و بعد حجم نمونه ۳۰ و بالاتر را قابل قبول می‌داند تعیین شد. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: شاخص توده بدنی بزرگتر یا مساوی ۳۰، سن ۲۰ تا ۵۵، حداقل تحصیلات در مقطع دبیرستان، داشتن استعداد هیپنوتیزم پذیری. همچنین معیارهای خروج نیز عبارت بودند از: عدم تمایل به حضور در جلسات، نداشتن اختلالات روانپریشی یا طبی مزمن، عدم دریافت داروهای روانگردان یا اثرگذار بر وزن، بارداری یا برنامه‌ریزی برای بارداری در طی جلسات.

روش پژوهش به این صورت بود که پس از ثبت‌نام افراد و کسب اطلاعات آن‌ها از طریق پرسشنامه آنالین، واجدین شرایط سنی، توده بدنی و تحصیلی به مصاحبه حضوری دعوت شدند. قد، وزن و میزان هیپنوتیزم پذیری توسط مقیاس استعداد هیپنوتیزم پذیری استنفورد اندازه‌گیری شد، رضایت آگاهانه اخذ شد و پیش‌آزمون به عمل آمد. گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۲ ساعته مداخله هیپنوتراپی شناختی را در زمستان ۱۳۹۹ دریافت کردند که جلسات آن به صورت هفتگی و در سالن اجتماعات دانشگاه آزاد اسلامی اهواز برگزار شد. گروه کنترل تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفت. جلسات هیپنوتراپی شناختی شامل ۱۲ جلسه دو ساعته بود که ۱/۵ ساعت آموزش شناختی- رفتاری و نیم ساعت تلقینات هیپنوتراپی بود؛ که اجرای آن توسط نویسنده اول انجام

شد. در فواصل بین جلسات نیز سؤالات افراد از طریق گروه پیام‌رسان واتساپ پاسخ داده شد. یک هفته پس از آخرین جلسه، پس‌آزمون و ۱/۵ ماه بعد پیگیری به عمل آمد. جهت رعایت اخلاق پژوهشی، در مورد محرمانه ماندن اطلاعات به آزمودنی‌ها اطمینان لازم داده شد، پس از پیگیری نیز تمامی آموزش‌ها در اختیار افراد گروه کنترل قرار گرفت. از هر گروه ۵ نفر به دلایلی مانند ابتلا به بیماری کرونا، مرگ و بستگان درجه یک بر اثر این بیماری، از گروه خارج شدند و در نهایت اطلاعات مربوط به ۳۰ آزمودنی (هر گروه ۱۵ نفر) به تحلیل راه یافت. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری و تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر به وسیله نسخه ۲۵ نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

ابزار

شاخص توده بدنی: اندازه‌گیری وزن با لباس‌های سبک و بدون کفش و با استفاده از ترازوی دیجیتالی با حساسیت ۱۰۰ گرم و اندازه‌گیری قد با استفاده از یک استادیومتر کالیبره دیواری انجام شد. شاخص توده بدنی از تقسیم وزن (به کیلوگرم) بر مجذور قد (به مترمربع) بدست آمد. **مقیاس استعداد هیپنوتیزم پذیری استنفورد:**^۱ این مقیاس در سال ۱۹۶۲ توسط اساتید بزرگ هیپنوتیزم یعنی هیلگارد و ویتزنهافر^۲ تحت عنوان فرم C ارائه شد که نسخه اصلاح شده دو فرم قبلی یعنی نسخه‌های A و B بود. این مقیاس دارای ۱۲ ماده است که عبارتند از: پایین آمدن دست^۳، فاصله گرفتن دست‌ها از یکدیگر^۴، توهم

صدای پرواز مگس^۵، توهم چشایی^۶، سفتی دست^۷، رؤیا^۸، رؤیا^۹، پس‌روی سنی^۹، بی‌حرکتی دست^{۱۰}، توهم آهنگ^{۱۱}، توهم منفی بینایی^{۱۲}، نوشتن خودبه‌خود بعد از هیپنوتیزم و فراموشی پس از القای هیپنوتیزم^{۱۳} (هاموند^{۱۴}، ۱۹۹۸). از فرد خواسته می‌شود که ۱۲ فعالیت استاندارد را انجام دهد و پس از خاتمه هیپنوز برای هر یک از آن فعالیت‌ها یک سؤال مطرح می‌شود. نمره‌گذاری آن از ۱ (اصلاً این پدیده را تجربه نکردم) تا ۵ (کاملاً این پدیده را تجربه کردم) است. براساس پاسخ فرد، نمره‌ای بین ۱۲ تا ۶۰ به وی تعلق می‌گیرد که بیانگر میزان هیپنوتیزم پذیری فرد است. افراد با نمره بین ۱۲ تا ۲۲ در گروه هیپنوتیزم پذیری پایین، ۲۳ تا ۴۱ در گروه هیپنوتیزم پذیری متوسط و ۴۲ تا ۶۰ به گروه هیپنوتیزم پذیری بالا تعلق دارند. پایایی این مقیاس ۰/۸۵ و ضریب همبستگی آن ۰/۶۰ در مقیاس گروه‌ها روارد است (هاموند، ۱۹۹۸). لازم و همکاران ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند (لامز، واله-اینکلان، بلانکو و دیاز^{۱۵}، ۱۹۸۵). در این پژوهش نسخه فارسی آن (تسلیم بخش و همکاران، ۱۳۹۶) مورد استفاده قرار گرفت که آلفای کرونباخ، بازآزمایی و همسانی درونی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۵ و ۰/۷۴ بود.

پرسشنامه خودکارآمدی مقابله‌ای:^{۱۶} مقیاس خودکارآمدی مقابله‌ای توسط چسنی^{۱۷} و همکاران در

^۵- Mosquito Hallucination

^۶- Taste Hallucination

^۷- Arm Rigidity

^۸- Dream

^۹- Age Regression

^{۱۰}- Arm Immobilization

^{۱۱}- Hallucination Voice

^{۱۲}- Negative Visual Hallucination

^{۱۳}- Posthypnotic amnesia and suggestion

^{۱۴}- Hammond

^{۱۵}- Lamas, Valle-Inclán, Blanco & Diaz

^{۱۶}- Stanford Hypnotic Susceptibility Scale: Form C (CSES)

^{۱۷}- Chesney

^۱- Stanford Hypnotic Susceptibility Scale: Form C (SHSS/C)

^۲- Weitzenhoffer

^۳- Hand Lowering

^۴- Moving Hands Apart

سال ۲۰۰۶ طراحی شده است. این مقیاس اطمینان یک فرد نسبت به توانایی‌های خویش را با توجه به رفتارهای مقابله‌ای مؤثر و اثربخش (مانند دریافت حمایت اجتماعی و استفاده از راهبردهای مسئله محور) به هنگام مواجهه با مشکلات و چالش‌ها را می‌سنجد؛ بنابراین نمرات این مقیاس نشان دهنده میزان اعتماد فرد برای مقابله مؤثر و مدیریت بحران‌ها و چالش‌های زندگی است. مقیاس خودکارآمدی مقابله‌ای ۲۶ ماده را در برمی‌گیرد، خود گزارشی است و شیوه نمره‌گذاری آن مقیاس ۳ درجه‌ای لیکرت است. بدین صورت که به گزینه‌های اصلاً نمی‌توانم انجام دهم، نمره صفر، به‌طور متوسط می‌توانم انجام دهم، نمره بین ۱ تا ۵ و همیشه می‌توانم انجام دهم، نمره بین ۵ تا ۱۰ اختصاص داده شده است. این پرسشنامه سه خرده مقیاس توقف هیجان و افکار ناخوشایند^۱، مقابله مقابله مسئله مدار^۲ و دریافت حمایت از خانواده و دوستان^۳ را شامل می‌شود. چسبی و همکاران (۲۰۰۶) ضریب همابستگی درونی سؤالات را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش نمودند. همچنین روایی آن را به روش تحلیل عاملی تأییدی مطلوب بدست آوردند. بهرامیان، مروتی، افراشته و امیری (۱۳۹۶) نیز روایی مقیاس فارسی این پرسشنامه را با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی مطلوب گزارش نمودند. نتایج نشان داد که همه ماده‌های مقیاس خودکارآمدی مقابله‌ای بارهای عاملی مطلوب (در دامنه‌ای بین ۰/۴۰ تا ۰/۸۱) داشتند. در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن برابر ۰/۶۸ بدست آمد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۴: این پرسشنامه که توسط گارنفسکی^۵ و همکاران در سال ۲۰۰۱ تدوین گردیده، پرسشنامه‌ای چند بعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. راهبرد شناختی تنظیم هیجان در این پرسشنامه به دو دسته کلی راهبردهای انطباقی (سازگارانه) و راهبردهای غیر انطباقی (ناسازگارانه) تقسیم می‌شوند. این ابزار راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و تنش‌زای زندگی در مقیاس ۵ درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همواره) در ۱۸ ماده و برحسب ۹ زیرمقیاس به این شرح می‌سنجد: خود سرزنشگری^۶، دیگر سرزنشگری^۷، تمرکز بر فکر/نشخوارگری^۸، فاجعه‌نمایی^۹ (فاجعه‌آمیز پنداری)، کم اهمیت شماری^{۱۰}، تمرکز مجدد مثبت^{۱۱}، ارزیابی مجدد مثبت^{۱۲}، پذیرش^{۱۳}، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی^{۱۴}. حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ است و نمره بالاتر نشان دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود. از مجموع نمره مربوط به زیرمقیاس‌های کم اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی تقسیم بر ۱۰ (تعداد ماده‌ها)، نمره راهبردهای سازگارانه؛ و از مجموع نمره زیرمقیاس‌های خودسرزنشگری، دیگر سرزنشگری، تمرکز بر فکر/

۴- Congitive Emotion Rogulation Questionnaire (CERQ)

۵- Garnefski

۶- Self-blame

۷- Other blame

۸- Focus on thought/rumination

۹- Catastrophizing

۱۰- Putting into perspective

۱۱- Positive refocusing

۱۲- Positive reappraisal

۱۳- Pceptance

۱۴- Refocus on planning

۱- Stop unpleasant emotions and thoughts

۲- Use problem-focused coping

۳- Get support from friends and family

نشخوارگری و فاجعه‌نمایی تقسیم بر ۸ (تعداد ماده‌ها) نمره راهبردهای ناسازگارانه بدست می‌آید. (بشارت، ۱۳۹۵). پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در نسخه اصلی برای هر کدام از زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۳ الی ۰/۸۱ گزارش شده است (گارنفسکی و کریج، ۲۰۰۶). در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که برای راهبردهای سازگارانه ۰/۷۷ و برای راهبردهای ناسازگارانه ۰/۸۱ بدست آمد.

چک‌لیست تجارب زندگی، علائق و ارزش‌ها: این چک‌لیست که ۹۰ گزاره دارد، تجارب زندگی، علائق، ترس‌ها و تمایلات را مورد پرسش قرار داده و برای طراحی القائات هیپنوتیزم، درک و شناخت بیشتری از افراد به دست می‌دهد. از فرد خواسته می‌شود در قسمت جلوی هر گزاره از شماره ۱ تا ۷ نمره‌گذاری کنند. امتیازدهی به این صورت است: چیزی که فرد خیلی دوست دارد، نمره ۷، چیزی که به شدت از آن بیزار است، نمره ۱، چیزی که به آن هیچ احساسی ندارد نمره ۴ می‌گیرد و مواردی که فرد تجربه نکرده، بدون پاسخ باقی می‌ماند (هاموند، ۱۹۹۸).

مداخله هیپنوتراپی شناختی: مداخله هیپنوتراپی شناختی ترکیبی از آموزش تکنیک‌های درمان شناختی- رفتاری و تلقینات هیپنوتیزمی است. در بخش شناختی- رفتاری بسته یکپارچه برای پرخوری و مدیریت چاقی^۱ مورد استفاده قرار گرفت که پروتکل درمانی ۲۴ جلسه‌ای مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری است (اختیاری، ۱۳۹۵) و در هر جلسه دو سرفصل از پروتکل اصلی آموزش داده شد. برای طراحی القائات^۲ و تلقینات^۳ هیپنوتراپی از اطلاعات

اطلاعات بدست آمده چک‌لیست تجارب زندگی، علائق و ارزش‌ها، همچنین کتاب راهنمای تلقینات و استعارات هیپنوتیزمی (هاموند، ۱۳۹۷) الهام گرفته شد. در بخش القائات هیپنوتراپی از تکنیک‌های تثبیت چشم، پرواز دست، سه شماره و طبیعت‌گرا و در بخش عمیق‌سازی^۴، متناسب با تلقینات هر جلسه از تکنیک‌های طبیعت‌گرا، تن آرامی پیش‌رونده، تنفس و شمارش، تصویرسازی طبیعت و استفاده از هیجانات و نیازهای فرد، تنفس آرام و عمیق، تصویرسازی طبیعت استفاده شد. شرح محتوای جلسات درمان هیپنوتراپی شناختی که شامل بخش شناختی رفتاری و تلقینات هیپنوتراپی است در جدول ۱ ارائه شده است.

^۳- Suggestions

^۴- Deepening

^۱- Integrative Package on Overreacting and obesity Managmannt (IPOM) Client Guide

^۲- Inductions

جدول ۱ شرح جلسات هیپنوتراپی شناختی (بسته یکپارچه برای پرخوری و مدیریت چاقی به علاوه تلقینات هیپنوتراپی)

جلسه	محتوای جلسه
اول	اهداف و انگیزه‌های فرد برای کاهش وزن مسیر، شرح مسیر بهبودی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. تلقینات هیپنوتیزمی تقویت ایگو به همراه شرطی سازی مشت کردن دست غالب برای افزایش انگیزه و اشتیاق رسیدن به اهداف
دوم	آغازگرهای فکری ایجادکننده میل به خوردن، تفاوت ولع و گرسنگی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. تلقینات هیپنوتیزمی با تأکید بر اهمیت گرسنگی، توجه به سیگنال‌های معده و خوردن فقط در زمان گرسنگی، نادیده گرفتن ولع
سوم	نشانه‌های آغازگر ایجادکننده ولع، مهندسی محیط برای کم کردن نشانه‌های آغازگر، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. تلقینات هیپنوتیزمی تجسم احساس سبکی و آرامش با از دست دادن چربی‌ها
چهارم	احساس‌های آغازگر ایجادکننده ولع، خوردن برای تنظیم هیجان، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. تلقینات رها کردن احساسات و افکار ناراحت‌کننده و سرزنشگر (استعاره بالا رفتن از کوه با یک کوله‌پشتی سنگین و رها کردن چیزهای سنگین درون آن)
پنجم	تنظیم هیجان برای مدیریت بیش خوری، فعال سازی تفریحات، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. تلقین لذت بردن از لحظات، تجربه هیجانات به جای فرار از آن‌ها و پناه بردن به خوردن
ششم	تأثیر ارزش‌ها، آداب اجتماعی و فشارهای گروهی بر خوردن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. تلقینات هیپنوتیزمی پیش‌روی سنی برای تجسم بدن لاغرتر و سالم‌تر، شرطی سازی فشار دادن کف پای چپ به زمین برای زمان نیاز به تجربه احساس رضایت از بدن
هفتم	پیشگیری مؤثرتر از مهار ولع، آموزش مهار ولع، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. تلقینات شرطی شدن به کلمه «ایست» با صدای درمانگر برای مهار ولع ایجاد شده به غذاهای پرکالری
هشتم	راهبردهای دیگر مهار ولع، مهندسی روابط، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. تلقیناتی برای افزایش نیرومندی درون، خود دوستی و اتکا به خود
نهم	افکار و رفتارها تخریبی، تقویت نواحی مهار مغز، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. تلقینات هیپنوتیزمی تجسم افزایش فعالیت روزانه و سوخت و ساز بدن، لذت بردن از فعالیت
دهم	عادت‌های اشتباه در خوردن، افکار و فعالیت‌های حمایت‌کننده، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. تلقینات هیپنوتیزمی اهمیت عادات در زندگی، استعاره ورود به اتاق کنترل ذهن و تنظیم کردن عادات مناسب یا نامناسب
یازدهم	خوردن بدون توجه، آموزش خوردن ذهن آگاهانه، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. تلقینات ذهن آگاهانه خوردن یک بشقاب غذا و همیشه ذهن آگاهانه خوردن
دوازدهم	جمع‌بندی جلسات، پیشگیری از لغزش و عود، بیش خوری آگاهانه، دریافت بازخورد. تلقینات خوردن غذای سالم و به اندازه و همیشه ورزش کردن

یافته‌ها

(۴۰٪) مجرد و ۹ نفر (۶۰٪) متأهل بودند. در گروه مداخله

۸ نفر (۵۳/۳) دیپلم، ۴ نفر (۲۶/۷) کارشناسی و ۳۳ نفر

(۲۰٪) کارشناسی ارشد و بالاتر و در گروه کنترل ۷ نفر

(۴۶٪) دیپلم، ۵ نفر (۳۳٪) کارشناسی، ۳ نفر (۲۰٪)

کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. جدول ۲ میانگین و

انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه مداخله و

طبق یافته‌های جمعیت شناختی پژوهش میانگین سن گروه

مداخله ۴۰/۸۰ و گروه کنترل ۳۸/۴۷، میانگین شاخص

توده بدنی گروه مداخله ۳۳/۴۵ و گروه کنترل ۳۳/۱۲،

میانگین نمرات مقیاس استنفورد گروه مداخله ۳۹/۶۷ و

گروه کنترل ۳۷/۴۰ بود. در گروه مداخله ۳ نفر (۲۰٪)

مجرد و ۱۲ نفر (۸۰٪) متأهل و در گروه کنترل ۶ نفر

کنترل را به تفکیک مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه به تفکیک پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	وضعیت	هیپنوتراپی شناختی		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودکارآمدی مقابله‌ای	پیش‌آزمون	۱۴۵/۴۰	۵۴/۲۷	۱۷۴/۹۳	۳۷/۱۱
	پس‌آزمون	۱۸۰/۴۶	۳۸/۲۹	۱۶۵/۲۶	۳۳/۴۳
	پیگیری	۱۸۰/۹۳	۵۶/۱۹	۱۷۳/۹۳	۳۲/۴۹
راهبردهای سازگاران	پیش‌آزمون	۳/۲۹	۰/۷۱	۳/۷۶	۰/۶۷
	پس‌آزمون	۳/۶۳	۰/۵۲	۳/۸۵	۰/۵۵
	پیگیری	۳/۶۵	۰/۷۷	۳/۷۶	۰/۵۲
راهبردهای ناسازگاران	پیش‌آزمون	۲/۸۶	۰/۶۲	۲/۸۰	۰/۷۷
	پس‌آزمون	۲/۴۱	۰/۷۶	۲/۶۵	۰/۸۷
	پیگیری	۲/۳۵	۰/۷۵	۲/۷۴	۰/۸۰

مقایسه با گروه کنترل نشان می‌دهد. بعد از اطمینان از محقق شدن پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس از این روش جهت بررسی تأثیر مداخله در پس‌آزمون و استفاده شد. نتایج بدست آمده نشان داد توزیع متغیر در بین نمونه با توزیع آن در جامعه نرمال بوده و تفاوت معنی‌داری بین فراوانی‌های مشاهده شده و فراوانی‌های مورد انتظار وجود ندارد و توزیع داده‌ها نرمال است. نتایج در جداول ۳ و ۴ ذکر شده است.

براساس جدول ۲ می‌توان گفت میانگین نمرات پس‌آزمون خودکارآمدی مقابله‌ای گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل افزایش داشته است و در پیگیری نیز حفظ شده است. میانگین نمرات پس‌آزمون راهبردهای ناسازگاران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش بیشتری داشته است که در پیگیری نیز حفظ شده است. نمرات پس‌آزمون راهبردهای ناسازگاران نیز در گروه آزمایش کاهش بیشتری در

جدول ۳ خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای پژوهش با کنترل پیش‌آزمون‌ها

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی	درجه سطح	اندازه اثر
			فرضیه	آزادی خطا	معنی‌داری
اثر پیلای	۰/۵۵	۹/۵۰	۳	۲۳	$P \leq ۰/۰۰۱$
لامبدای ویلکز	۰/۴۴	۹/۵۰	۳	۲۳	$P \leq ۰/۰۰۱$
اثر هاتلینگ	۱/۲۴	۹/۵۰	۳	۲۳	$P \leq ۰/۰۰۱$
بزرگترین ریشه روی	۱/۲۴	۹/۵۰	۳	۲۳	$P \leq ۰/۰۰۱$

راهبردهای سازگاران و راهبردهای ناسازگاران بین دو گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته شامل خودکارآمدی مقابله‌ای،

برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های یک متغیره در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد.

جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای پژوهش با کنترل پیش‌آزمون‌ها

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	ضریب تا
خودکارآمدی مقابله‌ای	۸۹۶۶/۷۱	۱	۸۹۶۶/۷۱	۲۹/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۵۴
راهبردهای سازگارانه	۰/۰۱	۱	۰/۰۱	۰/۱۰	۰/۷۵	۰/۰۰
راهبردهای ناسازگارانه	۰/۶۱	۱	۰/۶۱	۱/۲۶	۰/۲۷	۰/۰۴

نبوده است. جهت بررسی این موضوع که آیا نتیجه مداخله در مرحله پیگیری حفظ شده است یا نه از تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر استفاده شد که نتایج آن در جداول ۵ ارائه شده است. پیش فرض استفاده از این آزمون فرض کرویت است که با استفاده از آزمون و آماره موچلی مورد بررسی قرار می‌گیرد. بررسی آماره موچلی نشان داد که پیش‌فرض کرویت برقرار است.

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که بین دو گروه در متغیر وابسته خودکارآمدی مقابله $F=29/73$ و $P \leq 0/001$ تفاوت معنی‌دار وجود دارد؛ اما در متغیر راهبردهای سازگارانه $F=0/10$ و $P=0/75$ و راهبردهای ناسازگارانه $F=1/26$ و $P=0/27$ تفاوت دو گروه معنی‌دار نبوده است؛ به عبارت دیگر درمان هیپنوتراپی شناختی در افزایش خودکارآمدی مقابله‌ای مؤثر بوده است؛ اما بر راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم هیجان اثربخش

جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
خودکارآمدی مقابله‌ای	۴۸۰۲/۸۲	۲	۲۴۰۱/۴۱	۶/۴۳	۰/۰۰۳
راهبردهای سازگارانه	۰/۷۹	۲	۰/۳۹	۱/۹۷	۰/۱۴
راهبردهای ناسازگارانه	۱/۷۵	۲	۰/۸۷	۴/۴۷	۰/۰۱

گروه در متغیر راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان $F=4/47$ و $P \leq 0/01$ در این مرحله تفاوت معنی‌داری ایجاد شده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی هیپنوتراپی شناختی بر خودکارآمدی مقابله‌ای، راهبردهای سازگارانه

داده‌های جدول ۵ نشان می‌دهد که در مرحله پیگیری نیز بین دو گروه در متغیر وابسته خودکارآمدی مقابله‌ای $F=6/43$ و $P \leq 0/03$ تفاوت معنی‌دار وجود دارد و اثر مداخلات انجام شده بر این متغیر تا مرحله پیگیری نیز حفظ شده است. نتیجه متغیر وابسته راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان $F=1/97$ و $P \leq 0/14$ در پیگیری نیز مانند پس‌آزمون معنی‌دار نبود؛ اما با اثر زمان بین نمرات دو

و ناسازگارانه تنظیم هیجان در زنان مبتلا به چاقی شهر اهواز انجام شد. اولین یافته بیانگر این بود که هیپنوتراپی شناختی تأثیر معنی‌داری در افزایش خودکارآمدی مقابله‌ای داشته است و تا مرحله پیگیری نیز حفظ شده است. این نتیجه‌گیری با نتایج پژوهش علی وردیلو و جراره (۱۳۹۹) و امین السادات و همکاران (۱۳۹۹) همسو است. مطالعه علی وردیلو و جراره نشان داد که هیپنوتراپی شناختی توانسته است خودکارآمدی را در دانشجویان افزایش دهد، امین السادات و همکارانش از تأثیر مثبت آن در بهبود خودکارآمدی زنان دارای شکست عاطفی خبر دادند. در تبیین چگونگی اثرگذاری این درمان باید به دو زیر بنای مهم آن یعنی تلقین کلامی و تصویرسازی ذهنی اشاره کرد. در تلقینات کلامی، درمانگر بیشتر ناهشیار بیمار را هدف قرار می‌دهد که به شکل تصاویر ذهنی توسط فرد تداعی می‌شوند (فرهادی و همکاران، ۱۳۹۴) و این امر هم در شکل‌گیری و نیرومندی خود^۱ و هم در روند پیدایش و رشد فرآیندهای شناختی نقش قابل توجهی دارد (انیا و دافینو^۲، ۲۰۱۳). تصورات نیز با در دسترس نهادن موقعیت‌های خوشایند، انگیزه بهبود و پیگیری اهداف را میسر می‌سازند (کانوی، مارس و استاندارد^۳، ۲۰۰۴). در خلال تمامی جلسات این مطالعه به ویژه جلسات اول، هشتم و دهم، توانمندی، خود دوستی، اتکا و باور به خویش هدف تلقینات درمانگر قرار گرفت، بنابراین طبیعی است تکرار تلقینات هیپنوتراپی با افزایش احساس کنترل در آزمودنی‌ها خودکارآمدی مقابله‌ای آنان را بهبود داشته باشد.

نتیجه دیگری که از این پژوهش بدست آمد حاکی از آن بود بین مؤلفه‌های تنظیم هیجان دو گروه آزمایش و

کنترل در پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این نتیجه برای راهبردهای سازگاران در پیگیری نیز تداوم داشته؛ اما نمرات راهبردهای ناسازگاران در مرحله پیگیری کاهش معنی‌داری یافته است. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت هیپنوتراپی شناختی در گذر زمان موجب کاهش استفاده از راهبردهای ناسازگاران تنظیم هیجان در زنان مبتلا به چاقی شده است. این یافته با نتیجه پژوهش آسیابانی و شریفی باستان (۱۳۹۷) همسو است. پژوهش آنان بیانگر این بود که هیپنوتراپی شناختی رفتاری در بهبود تنظیم شناختی هیجان مورد مبتلا به اختلال وسواسی جبری مؤثر بوده است. در تبیین این یافته باید این مطلب اشاره کرد که در افراد دارای اضافه وزن و چاقی، پاسخ‌های ناسازگاران و ناصحیح مدیریت هیجان مانند اجتناب و سرکوب هیجان، با خوردن هیجانی رابطه معنادار دارد (ایورز، مارچین و دی ریدرز^۴، ۲۰۱۰)، برخی افراد نیز به دلیل داشتن آسیب‌پذیری‌های ذاتی در مقابل هیجانات منفی و به کار بردن راهبردهای ناسازگار برای تنظیم آن، بیشتر در معرض ابتلا به چاقی قرار می‌گیرند (خداپناه و همکاران، ۱۳۹۶).

تلفیق راهبردهای شناختی و تکنیک‌های هیپنوتراپی، با تأثیر بر پردازش‌های شناختی و هیجانی افراد چاق، منجر به کاهش پردازش‌های هیجانی آشفته ساز و در نهایت کاهش استفاده آنان از راهبردهای ناسالمی مانند خوردن در تنظیم هیجانات می‌گردد؛ بنابراین درمان هیپنوتراپی در این پژوهش از طریق سازمان دهی افکار و باورهای ناکارآمد، همچنین افزایش خودکارآمدی، منجر به کاهش انتظارات بالا از خود و دیگران (خودسرزنشی و دیگر سرزنشی)، فاجعه نمایی، تمرکز بر فکر/

^۱- Ego^۲- Eneaa & Dafinoiua^۳- Conway, Meares & Standart^۴- Evers, Marijn & Ridder

نمود؛ بنابراین با توجه به دلایلی که عنوان شد، شاید بهتر است برای بهبود راهکارهای سازگاران تنظیم هیجان، تغییر این سطوح شناختی در هیپنوتراپی‌های عمیق‌تر که به صورت انفرادی قابل اجراست همچنین در تعداد جلسات بیشتر صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که درمان هیپنوتراپی شناختی موجب بهبود خودکارآمدی مقابله‌ای و کاهش راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان زنان مبتلا به چاقی شده است. بر این اساس درمانگران شناختی می‌توانند برای تأثیر بیشتر مشاوره‌های کاهش وزن و بهبود تنظیم هیجان و خودکارآمدی زنان مبتلا به چاقی از آن بهره‌گیرند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر باید به هم زمانی اجرای آن با پاندمی کرونا، اضطراب بالای ناشی از ابتلا به کووید و سایر تبعات منفی این همه‌گیری اشاره کرد که در تمایل افراد به شرکت در پژوهش اثرگذار بوده و نمونه‌گیری را با تأخیر چند ماهه روبه‌رو کرد. همچنین پژوهش فقط با آزمودنی‌های زن انجام شد؛ لذا باید در تعمیم نتایج آن به آزمودنی‌های مرد ملاحظات لازم صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده به مقایسه اثربخشی این درمان با سایر درمان‌های روانشناختی پرداخته شود.

سپاسگزاری

این مطالعه برگرفته از رساله دکترای نویسنده اول در رشته روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اهواز با کد اخلاق IR.IAU.AHV.AZ.REC.1399.028 و کد کار آزمایشی بالینی به شماره IRCT20200622047889N1 است. از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش که با وجود تمام محدودیت‌ها و مشکلات تا جلسات آخر با ما

نشخوارگری گردیده و در نهایت کاهش استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان را در زنان چاق به دنبال داشته است. لازم به ذکر است نمرات پس‌آزمون گروه کنترل در این متغیر به دلایل نامشخص که یک از آن‌ها می‌تواند انتظار برای دریافت درمان باشد، کاهش یافته بود که می‌تواند دلیلی بر عدم معنی‌داری نمرات این متغیر در پس‌آزمون باشد. در تبیین عدم معنی‌داری اثر مداخله بر متغیر راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان با وجود افزایش میانگین نمرات افراد در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، می‌توان گفت به نظر می‌رسد زنان چاق در مقایسه با زنان عادی طرحواره‌های ناسازگارتری درباره خود، جهان و دیگران دارند و شدت رفتارهای پرخوری در آن‌ها به طور مستقیم و معنی‌داری با طرحواره‌های ناسازگار اولیه ارتباط دارد (اندرسون، ریگرا و کاترسون، ۲۰۰۶). مطالعات پیشین نشان می‌دهد در باورهای رهاشدگی/بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری و انزوای اجتماعی/بیگانگی بین زنان چاق و عادی تفاوت وجود دارد (جعفری، اسکندری و قندانی، ۱۳۹۸). با توجه به مطالبی که پیش از این ذکر شد، هرچند انتظار می‌رود که هیپنوتراپی شناختی بتواند توانمندی شناختی افراد مبتلا به چاقی را در کنترل هیجان تقویت کند؛ اما ممکن است اثر این تلقینات بر شناخت‌های سطحی بیشتر بوده و شناخت‌های عمیق‌تر از جمله طرحواره‌های ناسازگار دخیل در تنظیم هیجانی افراد چاق را کمتر تحت تأثیر قرار دهد. همچنین با توجه به اینکه درمان به صورت گروهی اجرا شد، امکان بررسی سطوح شناختی فردی و به دنبال آن شخصی‌سازی درمان و طراحی تلقینات براساس مشکلات شناختی هر فرد میسر

^۱ - Anderson, Rieger & Caterson

- National congress on clinical case reports. Karaj, Iran. (In Persian)
- Badeleh M, Fathi M, Aghamohammadian Sharbaf HR, Taghi Badeleh M, Ostadi N. (2013). Compare the effect of group cognitive behavioral hypnotherapy and group cognitive behavioral therapy on increasing the self-esteem of adolescents. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 15(59), 194-204. (In Persian)
- Bahramiyan H. (2020). Reliability, validity, and factorial analysis of coping self-efficacy scale. *Clinical Psychology and Personality*, 15(2), 215-226. (In Persian)
- Besharat MA. (2017). Cognitive emotion regulation questionnaire: instruction and scoring. *Journal of Developmental Psychology*, 13(50), 221-223. (In Persian)
- Chesney MA, Neilands TB, Chambers DB, Taylor JM, Folkman S. (2006). A validity and reliability study of the Coping Self-Efficacy Scale. *British Journal of Psychology*, 11, 421-437.
- Conway MA, Meares K, Standart S. (2004). Images and goals. *Journal of Memory*, 12(4), 203-211.
- Ekhtiyari H. (2016). *I am a happy chubby*. 3rd ed. Tehran: Mehresa Press. (In Persian)
- Eneaa V, Dafinoiua I. (2013). Cognitive Hypnotherapy in Addressing the Posttraumatic Stress Disorder. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 13(78), 36-40.
- Evers C, Marijn Stok F, de Ridder DT. (2010). Feeding your feelings: Emotion regulation strategies and emotional eating. *Pers Soc Psychol Bull*, 36(6), 792-804.
- Farhadi M, Vasel MY, Paidar MR Z, Chegini AA. (2017). The Efficacy of Hypnotherapy Based on Ego Strengthening on Treatment of Major Depression in Female-Headed Households. *The Journal of Psychological Achievements (JPAs)*, 4(1), 63-78. (In Persian)
- Gamefski N, Kraaij V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18- item version. *Personality and Individual Differences*, 41 (6), 1045-1053.

همراهی و همکاری نمودند همچنین از واحد پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی اهواز بابت در اختیار نهادن سالن اجتماعات جهت برگزاری جلسات، کمال تشکر را داریم. در ضمن هیچ گونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

References

- Abazari N, Heydarinasab L, Yaghubi H, Farahani H. (2021). Efficacy of hypnotherapy on pain intensity and psychological distress among women with premenstrual dysphoric disorder, applicability of suggestions focused on cognitive flexibility and ego strength. *Research Square*, 1, 1-13.
- Aliverdikou M, Jarareh J. (2020). The Effectiveness of Cognitive Hypnotherapy on Students' Self-Efficacy. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 15(57), 7-16. (In Persian)
- Alladin A. (2009). Evidence based cognitive hypnotherapy for depression. *Contemporary Hypnosis*, 26(4), 245-262.
- Aminalsadat R, Dortaj F, Delavar A, Hajjalizadeh K. (2020). The Effectiveness of Reality Therapy Training on Marital Burnout in Couple with Marital Conflicts. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 18(3), 300-309. (In Persian)
- Anderson K, Riegera E, Caterson I. (2006). A comparison of maladaptive schemata in treatment-seeking obese adults and normal weight control subjects. *J Psychosom Res*, 60, 245-252.
- Arghabaei M. (2013). The Effectiveness of Cognitive Hypnotherapy on Improving Social Phobia Disorder and Enhancing Internal Coherence in Students. Master's Thesis. Faculty of Psychology and Educational Sciences Ferdosi University of Mashhad. (In Persian)
- Asiabani S, Sharifi Bastan F. (2018). The effectiveness of cognitive-behavioral hypnotherapy on cognitive emotion regulation in a patient with obsessive-compulsive disorder (Case study).

- Golkarian P, ShafiAbadi A, Delavar A. (2018). Comparison the effectiveness of cognitive behavior therapy and diet therapy on self-esteem and social pressure in obese people. *Scientific Journal of Social Psychology*, 6(47), 55-66. (In Persian)
- Gouveia MJ, Canavarro MC, Moreira H. (2019). Associations between mindfulness, self-compassion, difficulties in emotion regulation, and emotional eating among adolescents with overweight/obesity. *Journal of Child and Family Studies*, 28(1), 273-285.
- Hammond DC (Ed). (1990). *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors*. New York: Norton Norton & Company press.
- Hammond DC. (1998). *Hypnotic Induction & Suggestion*. American Society of Clinical/Hypnosis. 2nd ed. Tehran: Tarava press. 112-114.
- Hays LM, Finch EA, Saha C, Marrero DG, Ackermann RT. (2014). Effect of self-efficacy on weight loss: A psychosocial analysis of a community-based adaptation of the diabetes prevention program lifestyle intervention. *Diabetes Spect*, 27(4), 270-275.
- Issazadegan A, Shiekhly S, Hafeznia M. (2015). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Enhancing of Self-Efficacy and Mental Health among Women with Obesity. *Stud Med Sci*, 26(9), 785-792. (In Persian)
- Jafari A, Eskandari N. (2020). Comparison of early maladaptive schemas and cognitive emotion regulation strategies between obese and normal weight women. *Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV)*, 8(4), 31-40. (In Persian)
- Khayatjadidi H, Younesi SJ, Izadi M. (2021). The Effect of Education Using Cognitive-Behavioral Hypnotherapy (CBH) on Self-Esteem of Students with High Induction. *Journal of Nursing Education*, 9(6), 49-59. (In Persian)
- Khodapanah M, Sohrabi F, Ahadi H, Taghiloo S. (2018). The Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation in the Relationship between Brain-Behavioral Systems with eating behavior in individuals with overweight and obesity. *Journal of research in psychological health*, 11(4), 55-73.
- 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(2), 214.
- Lamas JR, Valle-Inclan F, Blanco MJ, Diaz AA. (1985). Spanish norms for the Stanford hypnotic susceptibility scale, Form C. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37(3), 264-273.
- Moghtader L, Hasanzade R, Mirzaeian B, Dusti Y. (2016). Effectiveness of group cognitive behavioral therapy and group cognitive hypnosis on anxiety and depression in women with premenstrual syndrome. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*, 26(3), 96-105. (In Persian)
- Nourian L, Aghaei A, Ghorbani M. (2015). The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Weight Self-Efficacy Lifestyle in Obese Women. *J Mazandaran Univ Med Sci*, 25(123), 159-169. (In Persian)
- Rodkjaer KL, Chesney MA, Lomborg K, Ostergaard L, Laursen T, Sodemann M. (2014). HIV-infected individuals with high coping self-efficacy are less likely to report depressive symptoms: a cross-sectional study from Denmark. *International Journal of Infectious Diseases*, 22, 67-72.
- Sadat Madani SA, Tavallaii Zavareh A. (2019). The effectiveness of cognitive behavioral hypnotherapy in reducing symptoms and treatment of anxiety. *Health Research Journal*, 4(1), 16-22. (In Persian)
- Suri G, Sheppes G, Young G, Abraham D, McRae K, Gross JJ. (2018). Emotion regulation choice: The role of environmental affordances. *Cognition and Emotion*, 32(5), 963-971.
- Tabibi SJ, Maleki M, Delgoshai B. (2016). *Theses, dissertations, research project and scientific articles*. 8nd ed. Tehran: Ferdos press, 296-297.
- Taslimbakhsh Z, Sadeghi K, Sadeghi K, Ahmadi SM. (2017). *Investigating Factor Structure*,

- Validity, and Reliability of the Persian Version of the Stanford Hypnotic Susceptibility Scale: Form C (SHSS: C). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 23(3), 362-379. (In Persian)
- Taylor SE, Stanton AL. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377-401.
- Uccelli M, Traversa S, Ponzio M. (2016). A survey study comparing young adults with MS and healthy controls on self-esteem, self-efficacy, mood and quality of life. *Journal of the neurological sciences*, 368, 369-373.
- Valiani Kia A. (2015). The Effectiveness of Cognitive Hypnotherapy on Weight Loss and Psychological Well Being in 20-45 Years Old Obese Women. Master thesis. Payam Noor university of Tehran. (In Persian)
- Van Wyk, Mabet M. (2010). Validation of a coping self-efficacy scale in an African context (Doctoral dissertation, North-West University).
- World Health Organization. (2021). Obesity and overweight. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- Ziaei Sanich S, Sadegh Pour A. (2020). Effectiveness of Cognitive and Behavioral Hypnotherapy on the Self-Esteem and Emotion-Seeking of the Women with Depression Who Refer to Consultation Centers. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 62(6), 1882-1895. (In Persian)