Pejouhesh dar Pezeshki (i.e., Research in Medicine) **Original Article**

The Quarterly Journal of School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences 2023; Vol. 47; No. 3

Comparison of the Effectiveness of Cognitive - Behavioral Therapy with Cognitive - Behavioral Hypnotherapy on the Weight of Obese People

Auob Asadi[*1], Yadale Zargar[2], Jalal Moludi[3], Abdulzahra Noami[1], Esmail Hashemi[1]

1. Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran.
2. Counseling Department, Faculty of Humanities, Hazrat Masoumeh University, Qom, Iran.
3. Department of Nutritional Sciences, Faculty of Nutritional Sciences and Food Industry, University of Medical Sciences Kermanshah, Kermanshah, Iran.

Received: April 08, 2023; Accepted: June 10, 2023

Abstract

Background and Aim: Obesity comes with physical and mental diseases. So, there is a need for effective, accessible and affordable treatments. Due to this example, the effect of cognitive behavioral therapy (CBT) with cognitive - behavioral hypnotherapy (CBH) on the weight of people with obesity has not been investigated yet

Methods: This experimental research was conducted on a sample of 30 people with obesity. The participants were randomly divided into two different cognitive - behavioral and cognitive - behavioral hypnotherapy groups. Simple randomization was done based on the table of random numbers, in which a number was randomly selected and based on the last digit on the right; one of the groups was used to determine the sequence of randomization. It should be noted that if the number on the right was zero or 7 to 9 when choosing a random number, that number would not be considered and a random number would be selected again. This work was continued until all 30 people were assigned to two groups, and concealment was done with the help of sealed envelopes. Both groups were measured in two stages: pre - test and post-test. The measurement tool in this research included body mass index (BMI). Data was analyzed with the help of spss software version 23 with an error of 0.5. Frequency, mean, standard deviation, and T-test analysis were used to describe and analyze the data.

Results: The results showed that there is a significant difference between the cognitive - behavioral hypnotherapy group compared to the cognitive - behavioral group in losing the weight of obese people. The mean and standard deviation of cognitive-behavioral therapy in the pre-test (35.02 ± 4.1) and the post-test (32.5 ± 2.2) as well as the mean and standard deviation of cognitive-behavioral hypnotherapy in the pre-test (35.6 ± 4.30) and the post-test (29.1 ± 2.2) were measured. The Cognitive - behavioral hypnotherapy group, had more than twice weight loss than that of cognitive - behavioral, and this difference is statistically significant. The difference between the two experimental groups was statistically significant ($P < 0.004$) and the cognitive - behavioral hypnotherapy intervention had a greater effect on reducing the weight.

Conclusion: It seems that cognitive-behavioral hypnotherapy intervention is more effective than cognitive - behavioral hypnotherapy for weight loss.

Keywords: cognitive - behavioral therapy; cognitive - behavioral hypnotherapy; body mass index

Please cite this article as: Asadi A, Zargar Y, Moludi J, Noami A, Hashemi E. Comparison of the Effectiveness of Cognitive - Behavioral Therapy with Cognitive - Behavioral Hypnotherapy on the Weight of Obese People. Pejouhesh dar Pezeshki. 2023;47(3):28-35.

[*]**Corresponding Author:** Auob Asadi; **Email:** auobasadi1212@gmail.com
Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

پژوهش در پزشکی
مقاله پژوهشی
فصلنامه علمی-پژوهشی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی
دوره ۴۷، شماره ۳، سال ۱۴۰۲ شمسی، صفحات ۲۸ تا ۳۵

مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری (CBT) با هیپنوتراپی شناختی - رفتاری (CBH) بر وزن افراد مبتلا به چاقی

ایوب اسدی[1*]، یداله زرگر[2]، جلال مولودی[3]، عبدالزهرا نعامی[1]، اسماعیل هاشمی[1]

۱- گروه روان‌شناسی،دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.
۲- گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه حضرت معصومه (س)، قم، ایران.
۳- گروه تغذیه، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه ، کرمانشاه، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۲۰

چکیده

سابقه و هدف: چاقی و بیماری‌های جسمی و روان‌شناختی که برای مبتلایان به وجود می‌آید، نشان می‌دهد که به درمان‌های تأثیرگذار، در دسترس و مقرون‌به‌صرفه‌ای نیاز است. به دلیل اینکه تاکنون مقایسه اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری (CBT) با هیپنوتراپی شناختی - رفتاری (CBH) بر وزن افراد مبتلا به چاقی انجام نشده، بنابراین این تحقیق انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نوع تجربی روی نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر از افراد مبتلا به چاقی انجام شد. شرکت‌کنندگان به شیوه تصادفی به دو گروه مختلف شناختی - رفتاری و هیپنوتراپی شناختی - رفتاری تقسیم شدند. تصادفی‌سازی ساده براساس جدول اعداد تصادفی انجام شد، به این صورت که یک عدد به صورت رندوم انتخاب شد و براساس آخرین رقم سمت راست، یکی از گروه‌ها برای تعیین توالی رندومیزشن استفاده شد. لازم به ذکر است اگر در هنگام انتخاب عدد تصادفی، عدد سمت راست صفر و یا ۷ تا ۹ بود، آن عدد در نظر گرفته نمی‌شد و یک عدد تصادفی دوباره انتخاب می‌شد. این کار تا وقتی که تمام ۳۰ نفر به دو گروه تخصیص داده شوند ادامه پیدا کرد و پنهان‌سازی با کمک پاکت نامه‌های مهر و موم شده انجام گرفت و هر دو گروه در دو مرحله زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون مورد سنجش قرار گرفتند. ابزار سنجش در این پژوهش شامل نمایه توده بدنی (BMI) بود. روش آماری در این تحقیق به این صورت است که داده‌ها با کمک نرم‌افزار spss نسخه ۲۳ با خطای ۰/۰۵ مورد تحلیل قرار گرفتند. برای توصیف و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های فراوانی، میانگین، انحراف معیار و تحلیل تی - تست (T-Test) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین گروه هیپنوتراپی شناختی - رفتاری در مقایسه با گروه شناختی - رفتاری در کاهش وزن افراد مبتلا به چاقی تفاوت معناداری وجود دارد. میانگین و انحراف استاندارد درمان شناختی - رفتاری در پیش‌آزمون (۴/۱ ± ۳۵/۰۲) و پس‌آزمون (۲/۲ ± ۳۲/۵) و همچنین میانگین و انحراف استاندارد هیپنوتراپی شناختی - رفتاری در پیش‌آزمون (۴/۳۰ ± ۳۵/۶) و در پس‌آزمون (۲/۲ ± ۲۹/۱) بررسی شد. در گروه هیپنوتراپی شناختی - رفتاری بیش از دو برابر شناختی - رفتاری کاهش داشتیم و این اختلاف به لحاظ آماری معنادار است. تفاوت بین دو گروه آزمایشی از لحاظ آماری معنادار بود ($P < ۰/۰۰۴$) و مداخله هیپنوتراپی شناختی - رفتاری تأثیر بیشتری در کاهش وزن داشت.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که مداخله هیپنوتراپی شناختی - رفتاری بیشتر از شناختی - رفتاری روی کاهش وزن مؤثر است.

واژگان کلیدی: درمان شناختی – رفتاری؛ هیپنوتراپی شناختی - رفتاری؛ نمایه توده بدنی

به این مقاله، به صورت زیر استناد کنید:

Asadi A, Zargar Y, Moludi J, Noami A, Hashemi E. Comparison of the Effectiveness of Cognitive - Behavioral Therapy with Cognitive - Behavioral Hypnotherapy on the Weight of Obese People. Pejouhesh dar Pezeshki. 2023;47(3):28-35.

[*]**نویسنده مسئول مکاتبات: ایوب اسدی؛ آدرس پست الکترونیکی:** auobasadi1212@gmail.com
گروه روان‌شناسی،دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]
CC BY NC

مقدمه

چاقی و اضافه‌وزن یکی از مشکلات جسمی است که پیامدهای شناختی و رفتاری گسترده‌ای برای فرد مبتلا ایجاد می‌کند. سازمان بهداشت جهانی چاقی را به‌صورت یک نابهنجاری یا توده بیش‌ازحد چربی که سلامتی فرد را به خطر می‌اندازد، تعریف می‌کند. روشی که به‌طور گسترده سازمان WHO برای تعریف چاقی از آن استفاده می‌کند، شاخص توده بدن (BMI) است که از: تقسیم وزن برحسب کیلوگرم بر مجذور قد برحسب متر محاسبه می‌شود (۱). درنتیجه فردی با BMI 25 دارای اضافه‌وزن و فردی با BMI 30 چاق محسوب می‌شود (۲). مطابق با گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۶ حدود ۱/۹ میلیارد نفر از افراد بالای ۱۸ سال در دنیا به اضافه‌وزن و بیش از ۶۵۰ میلیون نفر از آنها به چاقی مبتلا بوده‌اند و بنابراین گزارش ۳۹ درصد مردان و۴۰ درصد زنان دچار اضافه‌وزن هستند و در کل ۱۳ درصد از جمعیت جهان دچار چاقی بوده‌اند. همچنین از سال ۱۹۷۵ تا ۲۰۱۶ شیوع چاقی در دنیا سه برابر شده است (۳) و دانشمندان روند افزایشی و روبه رشد آن را در اروپا، آمریکا، آسیا و خاورمیانه گزارش کرده‌اند (۴).

در سال ۱۳۹۴ شیوع چاقی در میان ایرانیان بالاتر از ۱۸ سال ۲۱درصد گزارش شد به‌طوری‌که ۲۷/۳ درصد از زنان و ۱۳/۷ درصد از مردان ایرانی چاق محسوب می‌شوند (۵). بر اساس گزارش WHO در کشور ایران از کل آمار مرگ‌ومیرهای گزارش‌شده در سال ۲۰۰۲، ۷۰ درصد آن مربوط به بیماری‌های مزمن بوده که از اصلی‌ترین علل آنها اضافه‌وزن و چاقی است (۶).

افراد مبتلا به چاقی درگیر بیمارهای فراوانی ازلحاظ جسمانی می‌شوند که از آن جمله می‌توان به: ابتلا دیابت نوع۲، فشارخون، اختلالات در سوخت‌وساز بدن و بیماری‌های قلبی اشاره کرد، همچنین افراد مبتلابه چاقی گرفتار بیماری‌های مزمن و خطرناک دیگری نیز مانند: آرتروز، سرطان، التهاب و آپنه خواب و کبد چرب می‌شوند (۷).

خطر ابتلا به آسم در افراد چاق بیش از سه برابر افرادی است که وزن طبیعی دارند، همچنین چاقی سبب افزایش شدت این بیماری در افراد مبتلا می‌شود (۸). تحقیق‌های اخیر نشان داده افرادی که به چاقی مبتلا هستند و به ویروس کویید ۱۹ مبتلا می‌شوند بیشتر از افراد دیگر احتمال بستری شدن در بیمارستان را دارند و همچنین رابطه بسیار بالایی وجود دارد بین چاقی و بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه و استفاده از دستگاه ونتیلاتور برای این افرادی که به چاقی مبتلا هستند و دچار ویروس کویید ۱۹ نیز شده‌اند (۹).

علاوه بر مشکلات جسمانی که چاقی برای افراد مبتلابه وجود می‌آورد، مشکلات روان‌شناختی نیز برای این افراد ایجاد می‌کند که از مهم‌ترین آنها می‌توان به: نشاط کمتر، اضطراب، افسردگی، افکار خودکشی، خستگی و آشفتگی خلقی در افراد چاق اشاره کرد که همین مشکلات روان‌شناختی بر سلامت و کیفیت زندگی تأثیر منفی می‌گذارد (۱۰). هرچند به‌طورمعمول افراد مبتلا به چاقی تنها تحت درمان‌های تغذیه‌ای قرار می‌گیرند، اما پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان‌های تغذیه‌ای به‌تنهایی نمی‌تواند اثربخشی مطلوبی بر کاهش وزن داشته باشد و در طولانی‌مدت افراد به وزن قبلی خود برمی‌گردند (۱۱).

درمان شناختی - رفتاری در کاهش وزن نسبت به دیگر برنامه‌ها موفقیت چشمگیری به دست آورده است (۱۲). شواهد به‌دست‌آمده از فعالیت‌های پژوهشی نشان می‌دهد که درمان شناختی - رفتاری می‌تواند راهبردهای شناختی و رفتاری را در راستای دستیابی و حفظ تغییر مثبت در شیوه زندگی آموزش دهد. بر این اساس درمان شناختی - رفتاری رویکرد درمانی مناسب و اثربخشی برای کاهش وزن است (۱۳). اما با توجه به اینکه رفتار خوردن و پرخوری افراد مبتلابه چاقی تا حدودی به‌صورت خودکار و ناهشیار انجام می‌شود نظر به این است که اگر فن‌های شناختی - رفتاری با القائات هیپنوتیزمی ترکیب شود می‌تواند اثربخشی دوچندانی داشته باشد؛ زیرا در ضمیر ناخودآگاه این افراد هم تکنیک‌ها وارد می‌شوند و به‌طور ناهشیار بر رفتار خوردن مداخله می‌کنند.

هیپنوتیزم بر اساس کتب اصلی روان‌پزشکی یک روش درمانی است که با تغییر حالت هوشیاری و استفاده از سه مؤلفه جذب، انفکاک از محیط و تلقین‌پذیری فرد را در شرایط خلسه قرار

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

می‌دهد و همچنین امکان استفاده از آن در کنار سایر طرح‌های درمانی وجود دارد. به این طریق که هیپنوتیزم درمانی شناختی - رفتاری بر این فرض مهم استوار است که بیشتر نابهنجاری‌ها و اختلال‌های روان‌شناختی به دلیل نوعی از خود هیپنوتیزمی منفی به وجود می‌آید که در آن افکار منفی و رفتارهای مشکل‌آفرین به شکل غیر انتقادی و بدون اطلاع هوشیارانه پذیرفته می‌شوند (۱۴، ۱۵).

هیپنوتیزم به‌عنوان یک ابزار می‌تواند در کنار سایر درمان‌های روان‌شناختی قرار گیرد و بر اثربخشی آنها بیفزاید. مطالعه‌ها نشان داده هیپنوتراپی شناختی - رفتاری اثربخشی در حدود ۷۰ درصد بیشتر نسبت به درمان شناختی - رفتاری به‌تنهایی دارد (۱۶).

پژوهش‌هایی که در داخل کشور تاکنون انجام‌شده، از هیپنوتراپی شناختی - رفتاری برای درمان تعدادی از اختلال‌های روان‌شناختی استفاده شده که از آن جمله می‌توان به تحقیقی که توسط مقتدر، حسن‌زاده (۱۷) با عنوان مقایسه درمان شناختی - رفتاری با هیپنوتراپی شناختی در زمینه کاهش افسردگی انجام شد، اشاره کرد که مشخص شد هیپنوتراپی شناختی اثربخشی بیشتری در کاهش افسردگی دارد، اما تاکنون از هیپنوتراپی شناختی - رفتاری برای کاهش وزن افراد مبتلا به چاقی در داخل کشور پژوهشی انجام نشده است و به دلیل اهمیت مسئله چاقی، خلأ چنین پژوهشی در داخل کشور احساس می‌شود. درنتیجه پژوهش حاضر با هدف مقایسه درمان شناختی - رفتاری و هیپنوتراپی شناختی - رفتاری در کاهش وزن افراد مبتلابه چاقی در کلینیک‌های تغذیه‌ای استان کرمانشاه زیر نظر دانشکده تغذیه علوم پزشکی استان در مهر ماه ۱۴۰۱ انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی است. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش از میان افراد ۱۸ تا ۵۰ سال مراجعه‌کننده به کلینیک کاهش وزن در شهرستان کرمانشاه که مبتلا به چاقی و داوطلب کاهش وزن بوده‌اند، انتخاب شد. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش به شیوه تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایشی درمان شناختی - رفتاری و هیپنوتراپی شناختی - رفتاری قرار داده شدند. تصادفی سازی ساده براساس جدول اعداد تصادفی انجام شد، به این صورت که یک عدد به صورت رندوم انتخاب شد و براساس آخرین رقم سمت راست، یکی از گروه‌ها برای تعیین توالی رندومیزشن استفاده شد. لازم به ذکر است اگر در هنگام انتخاب عدد تصادفی، عدد سمت راست صفر و یا ۷ تا ۹ بود، آن عدد در نظر گرفته نمی‌شد و یک عدد تصادفی دوباره انتخاب می‌شد. این کار تا وقتی که تمام ۳۰ نفر به دو گروه تخصیص داده شوند ادامه پیدا کرد و پنهان‌سازی با کمک پاکت نامه‌های مهر و موم شده انجام گرفت و هر دو گروه در دو مرحله زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون مورد سنجش قرار گرفتند. درمجموع حجم نمونه مورد آزمایش در این پژوهش ۳۰ نفر است که ۱۵ نفر در گروه درمان شناختی - رفتاری و ۱۵ نفر در گروه هیپنوتراپی شناختی - رفتاری قرار گرفتند. ملاک ورود به پژوهش داشتن سن بین ۵۰-۱۸ سال، شاخص توده بدنی ۳۰ و بیشتر از آن، حداقل تحصیلات دیپلم و حداقل یک سال ثبات وزن بود و ملاک‌های خروج در این طرح، استفاده از داروهای روان‌گردان، داشتن اختلال روانی، مصرف داروهای روان‌پزشکی، استفاده همزمان از سایر روش‌های درمانی و غیبت دوجلسه یا بیشتر در جلسه‌های درمانی بوده است. در پایان جلسه‌های درمانی آزمودنی‌ها ارزیابی شدند تا مشخص شود در این مدت آزمودنی‌ها دچار چه تغییرهایی در رابطه با کاهش وزن شده‌اند.

شاخص توده بدنی: فرمول نمایه توده بدنی برابر است با تقسیم وزن (به کیلوگرم) بر مجذور قد (به متر) که معمولاً برای طبقه‌بندی اضافه‌وزن و چاقی در بزرگسالان مورد استفاده قرار می‌گیرد. BMI برابر یا بزرگ‌تر از ۲۵ را در طبقه اضافه‌وزن و BMI برابر یا بزرگ‌تر از ۳۰ را در طبقه چاقی قرار می‌گیرد (۱۸). در این پژوهش وزن آزمودنی‌ها با استفاده از یک ترازوی دیجیتال با دقت ۰/۱ کیلوگرم و قد نیز با استفاده از یک متر غیرقابل اتساع با دقت ۰/۰۵ متر سنجیده و با قرار دادن آنها در فرمول نمایه توده بدنی محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش به این صورت بود که بعد از دریافت مجوز از دانشگاه شهید چمران اهواز و انتخاب آزمودنی‌ها، نمونه‌ها به دو

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

گروه تقسیم شدند به‌طوری‌که گروه اول تحت درمان شناختی - رفتاری قرار گرفتند و گروه دوم درمان هیپنوتراپی شناختی - رفتاری دریافت کردند. درمان شناختی - رفتاری طبق پروتکل جامع بک که در یک ساختار شناختی - رفتاری تدوین شده اجرا شد. مختصر جلسه‌های درمانی شناختی - رفتاری در جدول ۱ آمده است:

جدول ۱- شرح مختصر جلسه‌های درمان شناختی - رفتاری

شماره جلسه	فرایند جلسه
۱-۲	هدف: آشنایی با درمان شناختی ـ رفتاری و ایجاد انگیزه برای اجرای آن شرح جلسه: تهیه فهرستی برای مزایای رژیم گرفتن، متعهد شدن به برنامه رژیم غذایی، ایجاد اطمینان در خود، کاهش در سرعت غذا خوردن و سازمان‌دهی محیط اطراف خود
۳-۴	هدف: چگونگی برنامه‌ریزی زمان‌بندی‌شده برای به‌موقع رژیم گرفتن شرح جلسه: وقت گذاشتن برای رژیم، شروع به حرکت کردن و انجام فعالیت بدنی، تنظیم اهداف قابل‌دستیابی، یادگیری تفاوت میان گرسنگی و ولع، همچنین ایجاد انگیزه برای تحمل گرسنگی و ولع
۵-۶	هدف: حل مسائل واقعی در هنگام رژیم گرفتن شرح جلسه: تعریف مجدد سیری، رفع ناامیدی، جلوگیری از خودفریبی، شروع دوباره هنگام تعدی از برنامه رژیمی، توجه به افکار خود و شناسایی و تصحیح خطاهای فکری
۷-۸	هدف: تسلط یافتن روی مهارت‌های جدید شرح جلسه: اعتماد داشتن به خود، رهایی از استرس، مدیریت تثبیت وزن، تنظیم هیجان و حفظ و تداوم برنامه رژیمی

هیپنوتراپی شناختی - رفتاری بر طبق پروتکل جامع توماس داود اجرا شد که شرح مختصر آن در جدول ۲ آمده است:

جدول ۲- شرح مختصر جلسه‌های هیپنوتراپی شناختی - رفتاری

شماره جلسه	فرایند جلسه
۱-۲	هدف: آشنایی با درمان هیپنوتراپی شناختی ـ رفتاری شرح جلسه: شرایطی را که به رفتار خوردن، افکار منفی، یا خود تلقین گری‌ها می‌انجامید و مراجعان را به سمت خوردن هدایت می‌کرد را مشخص می‌کند، تلاش برای جایگزین کردن افکار مثبت به‌جای افکار منفی در حالت خلسه.
۳-۴	هدف: شناختن فرایندهای ناکارآمد ذهنی شرح جلسه: به فرایندهای شناختی ناکارآمد در مراجعان پرداخته شد و با تهیه متن هیپنوتیزمی مناسب که شامل تلقین‌های مستقیم و غیرمستقیم است در جهت اصلاح این تحریف‌های شناختی گام برداشته شد.
۵-۶	هدف: بررسی ساخت‌های شناختی شرح جلسه: در این جلسه روی ساخت‌های شناختی که در ارتباط مستقیم با اختلال‌های عادتی هستند تمرکز شد و با شناسایی EMS های اولیه در جهت اصلاح و تغییر اقدام به عمل آمد.
۷-۸	هدف: شناسایی باورهای ناسازگار شرح جلسه: با شناسایی تک‌تک باورهای ناسازگار و ساختن متن‌های تلقینی مستقیم و غیرمستقیم برای اصلاح هرکدام از آنها اقدام شد، در پایان جلسه آخر پس‌آزمون از گروه گرفته شد.

روش آماری در این تحقیق به این صورت است که داده‌ها با کمک نرم‌افزار spss نسخه ۲۳ با خطای ۰/۰۵ تحلیل شدند. برای توصیف و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های فراوانی، میانگین، انحراف معیار و تحلیل و تی تست (T-Test) استفاده شد.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

شرکت‌کنندگان در این پژوهش کاملاً به‌صورت اختیاری در پژوهش شرکت کردند و در ابتدا تمامی اقدام‌هایی که قرار بود انجام شود برای همه اعضا شرح داده شد و همچنین اصل حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. لازم به ذکر است که کد اخلاق اخذ شده از دانشگاه شهید چمران اهواز برابر EE/1401.2.24.172116/scu.ac.ir است.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان ۳۰ نفر فرد مبتلابه چاقی در دو گروه مساوی (۱۵ نفری) بودند که ویژگی‌های دموگرافیک آنها شامل جنسیت، تحصیلات و دامنه سنی به تفکیک گروه‌های درمان شناختی - رفتاری و هیپنوتراپی شناختی - رفتاری در جدول ۳ گزارش شده است، بررسی شاخص‌های توصیفی ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها نشان داد میانگین سنی گروه شناختی - رفتاری ۳۴/۰۶ با انحراف استاندارد ۶/۶۰، میانگین سنی گروه هیپنوتراپی شناختی - رفتاری ۳۵/۳۱ با انحراف استاندارد ۶/۱۱ است. وزن اولیه و ثانویه به تفکیک گروه‌ها در جدول ۴ ارائه شده است و نشان می‌دهد که میزان تغییر وزنی گروه شناختی رفتاری از ۳۵ به ۳۲/۵ و یا به میزان ۲/۵ واحد و در گروه هیپنوتراپی شناختی - رفتاری از ۳۵/۶ به ۲۹/۱ و یا به میزان ۶/۵ واحد کاهش داشت که در گروه هیپنوتراپی شناختی - رفتاری بیش از دو برابر شناختی - رفتاری کاهش داشتیم و این اختلاف به لحاظ آماری معنادار است (P<۰/۰۰۴).

جدول ۳- ویژگی‌های دموگرافیک افراد مبتلابه چاقی به تفکیک گروه‌ها

		گروه درمان شناختی - رفتار	گروه هیپنوتراپی شناختی - رفتاری
ویژگی‌ها	طبقات	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
جنسیت	مرد	۶ (۴۰)	۸ (۵۳/۳۳)
	زن	۹ (۶۰)	۷ (۴۶/۶۷)
تحصیلات	دیپلم	۲ (۱۳/۳۳)	۱ (۶/۶۷)
	فوق‌دیپلم	۴ (۲۶/۶۷)	۲ (۱۳/۳۳)
	کارشناسی	۵ (۳۳/۳۳)	۹ (۶۰)
	کارشناسی ارشد	۴ (۲۶/۶۷)	۳ (۲۰)
دامنهٔ سنی	۱۸ تا ۳۰	۶ (۴۰)	۸ (۵۳/۳۳)
	۳۱ تا ۴۰	۷ (۴۶/۶۷)	۶ (۴۰)
	۴۱ تا ۵۰	۲ (۱۳/۳۳)	۱ (۶/۶۷)

جدول ۴- میزان تغییر وزنی بر حسب گروه‌های مورد مطالعه

	گروه	میزان
پیش‌آزمون	گروه شناختی - رفتاری	۳۵ ± ۴/۱
	گروه هیپنوتراپی شناختی - رفتاری	۳۵/۶ ± ۴/۳
پس‌آزمون	گروه شناختی - رفتاری	۳۲/۵ ± ۳/۲۶
	گروه هیپنوتراپی شناختی - رفتاری	۲۹/۱ ± ۲/۲

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

بحث

یافته‌های به دست آمده نشان داد که هیپنوتراپی شناختی - رفتاری در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری تأثیر بیشتری در کاهش وزن افراد مبتلا به چاقی دارد. شرکت‌کنندگان در گروه هیپنوتراپی شناختی - رفتاری به دلیل قرار گرفتن در مقابل القاءهای هیپنوتیزمی کاهش وزن بیشتری را تجربه کردند.

هیپنوتراپی شناختی - رفتاری به دلیل اینکه شامل چند تکنیک اساسی است، می‌توان از آنها برای انواع مشکلات و اختلال‌هایی استفاده کرد که: آرام‌سازی، تصویرسازی هدایت‌شده برای ایجاد رفتار خاص یا تفکر به شیوه تعیین‌شده، بازسازی شناختی و آموزش مهارت‌های هیپنوتراپی را در برمی‌گیرند (۱۹). به‌طوری‌که یافته‌های این پژوهش همسو با تحقیق Kirsch، Montgomery، Sapirstein (۲۰) بود که از مقایسه فرا تحلیل ۱۸ مطالعه درمان شناختی - رفتاری با همان نوع درمان به همراه هیپنوتیزم به این نتیجه رسیدند که میانگین اندازه اثر در این مقایسه ۰/۸۷ انحراف استاندارد بود و با توجه به این نتیجه می‌توان دریافت که درمان تلفیقی با القاءهای هیپنوتیزمی تا حدود ۷۰ درصد از درمان شناختی - رفتاری به‌تنهایی مؤثرتر است (۲۱). پژوهشی دیگر که توسط مقتدر، حسن‌زاده با عنوان مقایسه درمان شناختی - رفتاری با هیپنوتراپی شناختی در زمینه کاهش افسردگی انجام شد مشخص شد که هیپنوتراپی شناختی اثربخشی بیشتری در کاهش افسردگی دارد. همچنین پژوهشی که توسط پورحمیدی و سروقد و همکاران (۲۲) با عنوان مقایسه درمان شناختی - رفتاری و هیپنوتراپی شناختی - رفتاری درزمینه کاهش اضطراب انجام شد مشخص شد که متغیرهای آزمایشی در کاهش اضطراب مفید هستند.

محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل: عدم مشابه سازی افراد در دو گروه آزمایشی، محدودیت زمانی برای انجام پژوهش، دسترسی محدود به نمونه آزمایشی، سوگیری انتخاب به این دلیل که از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شده و ممکن است نمونه انتخاب‌شده منعکس‌کننده جامعه آماری موردنظر نباشد و همچنین کمبود مطالعه‌های پژوهشی در ارتباط با موضوع تحقیق است.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های به‌دست‌آمده هیپنوتراپی شناختی - رفتاری نسبت به درمان شناختی - رفتاری به نظر می‌رسد سبب کاهش وزن بیشتر افراد مبتلا به چاقی می‌شود. اثربخشی بیشتر هیپنوتراپی - شناختی رفتاری به این دلیل است که وقتی افراد در حالت خلسه هیپنوتیزمی قرار می‌گیرند نسبت به برنامه تجویزی کاهش وزن، پایبندی و پذیرش بیشتری پیدا می‌کنند و این القاءها به‌صورت ناهشیار بر رفتار خوردن آنها تأثیر می‌گذارد. بنابراین توصیه می‌شود که در کنار متخصصان تغذیه، از روان‌شناسان مجرب و متخصص در زمینه کاهش وزن، برای انجام مداخله‌های جامع روان‌شناختی استفاده شود.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه در دانشگاه شهید چمران اهواز بررسی و با کد اخلاق EE/1401.2.24.172116/scu.ac.ir ثبت شده است.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل بخشی از پایان‌نامه آقای ایوب اسدی برای دریافت درجه دکتری در رشته روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز بود.

از مشارکت‌کنندگان محترم و تمامی بزرگوارانی که در اجرای پژوهش حاضر ما را یاری کردند، سپاسگزاریم.

تعارض منافع

نویسندگان، تعارض منافعی را گزارش نکرده‌اند.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

References

1. Williamson D. A, Walden H. M, White M. A, York-Crowe E, Newton Jr R. L, Alfonso A, ... & Ryan D.Two-year internet-based randomized controlled trial for weight loss in African-American girls. Obesity. 2006; 14(7), 1231-1243.

2. Comșa L, David O, & David D. Outcomes and mechanisms of change in cognitive-behavioral interventions for weight loss: A meta-analysis of randomized clinical trials. Behaviour Research and Therapy. 2020; 132, 103654.

3. World Health Organization.Taking action on childhood obesity. No. WHO/NMH/PND/ECHO/18.1. World Health Organization 2018.

4. Aslam M, Siddiqui A. A, Sandeep G, & Madhu S.V.High prevalence of obesity among nursing personnel working in tertiary care hospital. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews. 2018; 12(3), 313-316.

5. Naghashpour M, Shakerinejad G, Lourizadeh M. R, Hajinajaf S, & Jarvandi F. Nutrition education based on health belief model improves dietary calcium intake among female students of junior high schools. Journal of health, population, and nutrition 2014; 32(3), 420.

6. Moradhasely M, & Kakavand A. A Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on the Self-Efficacy and Lifestyle Related to Weight Loss. Journal of Research in Psychological Health. 2016; 9(4), 74-89.

7. Yilmaz Y, & Younossi Z. M. Obesity-associated nonalcoholic fatty liver disease. Clinics in liver disease. 2014; 18(1), 19-31.

8. Barros R, Moreira P, Padrao P, Teixeira V. H, Carvalho P, Delgado L., & Moreira A. Obesity increases the prevalence and the incidence of asthma and worsens asthma severity. Clinical Nutrition. 2017; 36(4), 1068-1074.

9. Cava E, Neri B, Carbonelli M. G, Riso S, & Carbone S. Obesity pandemic during COVID-19 outbreak:Narrative review and future considerations. Clinical Nutrition 2021.

10. Li J, Chen J, Qin Q, Zhao D., Dong B, Ren Q, ... & Sun Y. Chronic pain and its association with obesity among older adults in China. Archives of gerontology and geriatrics. 2018; 76, 12-18.

11. Wu T, Gao X, Chen M, & Van Dam R. M. Long-term effectiveness of diet-plus-exercise interventions vs. diet-only interventions for weight loss: a meta-analysis. Obesity reviews. 2009; 10(3), 313-323.

12. Shaw K. A, O'Rourke P, Del Mar C, & Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity. Cochrane database of systematic reviews. 2005; (2).

13. Bayat A, Rahmanian A, Astrologer S, Yousefi P. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on family weight loss and correction of self-image of children with obesity, master's thesis. Semnan University 2012.

14. Roberston D.A. A Brief introduction hypnotherapy and cognitive-behavioral hypnotherapy. 2007; 14.

15. Shahidi E. A. Self- hypnosis for anxiety and improvement of quality of life.1st congress of Iranian Hypnosis Association 2015.

16. Badeleh M, Fathi M, Aghamohammadian Sharbaf H.R,Taghi Badeleh M., & Ostadi N. 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. 2013; 15(59), 194-204.

17. Moqtader L,Hassanzadeh R, Mirzaian B, Dosti Y. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy and cognitive hypnotherapy on anxiety and depression of women with premenstrual syndrome. Holistic nursing and midwifery. 2015; 81. 25: 105-96.

18. World Health Organization. Taking action on childhood obesity. No. WHO/NMH/PND/ECHO/18.1. World Health Organization 2018.

19. Dowd A. T. "Cognitive Hypnotherapy 2008.

20. Kirsch I, Montgomery G,& Sapirstein G.Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: a meta-analysis. Journal of consulting and clinical psychology. 1995; 63(2), 214.

21. Pir Irani S, Suleiman Khani H, and Motamedi Shalmazari A, Sayad S.Theeffectiveness of cognitive hypnotherapy in reducing disturbing thoughts, avoidance, hyperarousal and pain intensity in women with breast cancer. Contemporary Psychology. 2017; 13.2, 99-108.

22. Pourhamidi M,Soroqd S, Rezaei A, Baghouli H. Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and cognitive behavioral hypnotherapy in reducing anxiety symptoms and improving the quality of life of high school students with exam anxiety. Psychological methods and models. 2018; 10.35: 17-39.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]