

Original Paper

A comparison between effectiveness of integrated group psychotherapy and cognitive-behavioral stress management on body image and mindful eating of obese women: A clinical trial study

Khadijeh Babakhani, Ph.D Candidate in Health Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj Iran.

ORCID 0000-0003-1871-627X

Shahram Vaziri (Ph.D), Associate Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

ORCID 0000-0001-5035-6054

***Bouk Tajeri (Ph.D)**, Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj Iran.
E-mail: btajeri@yahoo.com

ORCID 0000-0001-9575-9236

Farah Lotfikashani (Ph.D), Associate Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

ORCID 0000-0003-3383-6931

Tahereh Ranjbarpour (Ph.D), Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj Iran.

ORCID 0000-0001-5787-134X

Abstract

Background and Objective: Obesity considered to be one of the major health problems and risk factors of a wide range of diseases including diabetes, cardiovascular diseases, blood pressure and various types of cancer. This study was performed to compare the effectiveness of integrated group psychotherapy and cognitive-behavioral stress management on body image and mindful eating of obese women.

Methods: In this clinical trial study, 45 obese women were randomly divided into three groups including integrated group therapy (first intervention), behavioral-cognitive stress management (second intervention) and control groups. All of the three groups fulfilled a pretest but the control group did not receive any intervention. Intervention groups received nine sessions of therapy. Data were collected through questionnaires of body image and mindful eating.

Results: Reduction in worry in body image and mindful eating were observed in integrated group therapy and behavioral-cognitive stress management ($P < 0.05$). However, the difference between mean values of body image and mindful eating scores in behavioral-cognitive stress management and integrated groups were 0.852 and 22.93, respectively which was not significant.

Conclusion: Integrated group therapy and cognitive-behavioral stress management was shown to have an effect on the body image and mindful eating in obese women.

Keywords: Obesity, Cognitive-Behavioral Therapy, Body Image, Woman

Received 14 Jul 2019

Revised 24 Feb 2020

Accepted 29 Feb 2020

Cite this article as: Babakhani Kh, Vaziri Sh, Tajeri B, Lotfikashani F, Ranjbarpour T. [A comparison between effectiveness of integrated group psychotherapy and cognitive-behavioral stress management on body image and mindful eating of obese women: A clinical trial study]. J Gorgan Univ Med Sci. 2020 Autumn; 22(3): 38-47. [Article in Persian]

مقایسه اثربخشی روان درمانی یکپارچه گروهی و مدیریت استرس مبتنی بر درمان شناختی - رفتاری بر تصویر بدنی و خوردن آگاهانه در زنان مبتلا به چاقی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

ORCID 0000-0003-1871-627X

ORCID 0000-0001-5035-6054

ORCID 0000-0001-9575-9236

ORCID 0000-0003-3383-6931

ORCID 0000-0001-5787-134X

خدیجه باباخانی، دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

دکتر شهرام وزیری، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

* دکتر بیوک تاجری، استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

دکتر فرح لطفی کاشانی، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

دکتر طاهره رنجبری پور، استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: چاقی یکی از معضلات بهداشتی و عامل خطر برای بروز بسیاری از بیماری‌ها نظیر دیابت، بیماری‌های قلبی - عروقی، پرفشاری خون و انواع سرطان‌ها به‌شمار می‌رود. این مطالعه به منظور مقایسه اثربخشی روان درمانی یکپارچه گروهی و مدیریت استرس مبتنی بر درمان شناختی - رفتاری بر تصویر بدنی و خوردن آگاهانه در زنان مبتلا به چاقی انجام شد.

روش بررسی: این کارآزمایی بالینی روی ۴۵ زن چاق مراجعه کننده به مراکز سلامت شهر زنجان به روش نمونه گیری در دسترس انجام شد. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در گروه‌های ۱۵ نفری کنترل، روان‌درمانی یکپارچه گروهی (مداخله اول) و مدیریت استرس مبتنی بر شناختی - رفتاری (مداخله دوم) قرار گرفتند. هر سه گروه پیش از شروع را تکمیل کردند. گروه‌های مداخله ۹ جلسه درمان را دریافت نمودند و برای گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای انجام نشد. داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های تصویر بدنی و خوردن آگاهانه جمع‌آوری شد.

یافته‌ها: مداخله در هر دو گروه روان‌درمانی یکپارچه گروهی و مدیریت استرس مبتنی بر شناختی - رفتاری سبب کاهش در نگرانی تصویر بدنی و افزایش خوردن آگاهانه در زنان مبتلا به چاقی گردید ($P < 0/05$). مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نمره تصویر بدنی (میزان ۲۲/۹۳) و خوردن آگاهانه (میزان ۰/۸۵۲) گروه‌های مداخله از نظر آماری معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: هر دو درمان یکپارچه گروهی و درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر تصویر بدنی و خوردن آگاهانه در زنان مبتلا به چاقی اثربخش بودند و با یکدیگر تفاوتی نداشتند.

کلید واژه‌ها: چاقی، درمان رفتاری شناختی، تصویر بدنی، زنان

* نویسنده مسؤول: دکتر بیوک تاجری، پست الکترونیکی btajeri@yahoo.com

نشانی: کرج، انتهای رجایی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، دانشکده روانشناسی، تلفن ۰۲۶-۳۴۱۸۲۴۳۴، شماره ۳۴۴۱۸۱۵۶

وصول مقاله: ۱۳۹۸/۴/۲۳، اصلاح نهایی: ۱۳۹۸/۱۲/۵، پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۲/۱۰

مقدمه

روان‌شناختی زیادی همراه است (۳). حدود ۱/۶ میلیارد نفر از بالغین با سن بالاتر از ۱۵ سال در جهان مبتلا به اضافه وزن بوده و حداقل ۴۰۰ میلیون نفر از چاقی رنج می‌برند (۴). درک تصویر بدنی در سبب شناسی چاقی برای مشخص کردن عوامل روان‌شناختی اهمیت دارد (۵). تصویر بدنی یکی از مؤلفه‌های روان‌شناختی است که تحت تاثیر این بیماری قرار می‌گیرد (۶). تصویر از بدن به‌عنوان پدیده‌ای روان‌شناختی، در خلال مجموعه‌ای از سازه‌های شناختی چندبعدی، تجربه می‌شود؛ اما این تصورات ذهنی ثابت نیستند و توسط تجاربی که فرد پیدا می‌کند؛ گسترش می‌یابد و براساس عوامل درونی، بیرونی و زمینه‌ای تغییر می‌کند (۷). افراد مبتلا به چاقی و اضافه وزن ممکن است به خاطر استانداردهای فرهنگی - اجتماعی درباره زیبایی و اندام ایده‌آل، تصویر بدنی منفی از خود داشته باشند و خود را از لحاظ ساختاری زشت و فاقد استانداردهای

در حال حاضر چاقی و اضافه وزن به یک مشکل عمده سلامتی در نقاط مختلف دنیا تبدیل شده و یک سوم افراد جهان از چاقی و اضافه وزن رنج می‌برند (۱). سازمان بهداشت جهانی چاقی را تهدیدی جهانی برای سلامتی اعلام کرده است. بیشتر کشورهای آسیایی از جمله ایران در حال گذر از سبک زندگی سنتی به سبک زندگی غربی و از صنعت سنتی به صنعت ماشینی هستند. همراه با صنعتی شدن، عادات‌های غذایی نیز تغییر نموده و رژیم‌های سنتی گیاهی و کربوهیدراتی به رژیم‌های پرچربی تبدیل می‌شوند و این تغییرات اضافه وزن و چاقی را افزایش می‌دهد (۲). چاقی مسأله‌ای جدی است که اثر نامطلوبی بر سلامت و طول عمر دارد و زمینه‌ساز ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر از جمله بیماری‌های عروق کرونر، فشارخون، هپرلیپیدمی و انواع سرطان و نیز با مشکلات عاطفی و

مدیریت استرس نیز از مبانی نظری و پژوهشی قوی بر مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به چاقی، برخوردار است (۲۱). درمان شناختی - رفتاری مدیریت استرس به خانواده‌ای از مدیریت استرس اطلاق می‌شود که بر رویکردهای شناختی - رفتاری متمرکز است (۲۲). نتایج تحقیقات نشان داده است که آموزش مدیریت استرس به روش شناختی - رفتاری منجر به تغییر در روابط بین فردی در تعامل با دوستان و اعضای خانواده می‌شود و حس همدلی را در بیماران افزایش می‌دهد (۲۳). پژوهش‌های متعددی اثر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری را در کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به چاقی نشان داده‌اند (۲۴).

با توجه به شیوع بالای چاقی و مشکلات فراوانی که افراد چاق با آن مواجه هستند، باید به دنبال روش‌هایی برای کاهش چاقی و پیامدهای روان‌شناختی آن بود. پس با توجه به نتایج مطالعات پیشین شواهدی در زمینه مطالعه این درمان‌ها بر تصویر بدنی و خوردن آگاهانه در افراد مبتلا به چاقی وجود ندارد. لذا این مطالعه به منظور مقایسه اثربخشی روان‌درمانی یکپارچه گروهی و مدیریت استرس مبتنی بر درمان شناختی - رفتاری بر تصویر بدنی و خوردن آگاهانه در زنان مبتلا به چاقی انجام شد.

روش بررسی

این کارآزمایی بالینی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل روی ۴۵ زن چاق مراجعه‌کننده به سه مرکز سلامت شهر زنجان در سال ۱۳۹۸ با روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. مطالعه مورد تایید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج (IR.IAU.K.REC.1397.029) و مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران (IRCT20181214041964N1) قرار گرفت.

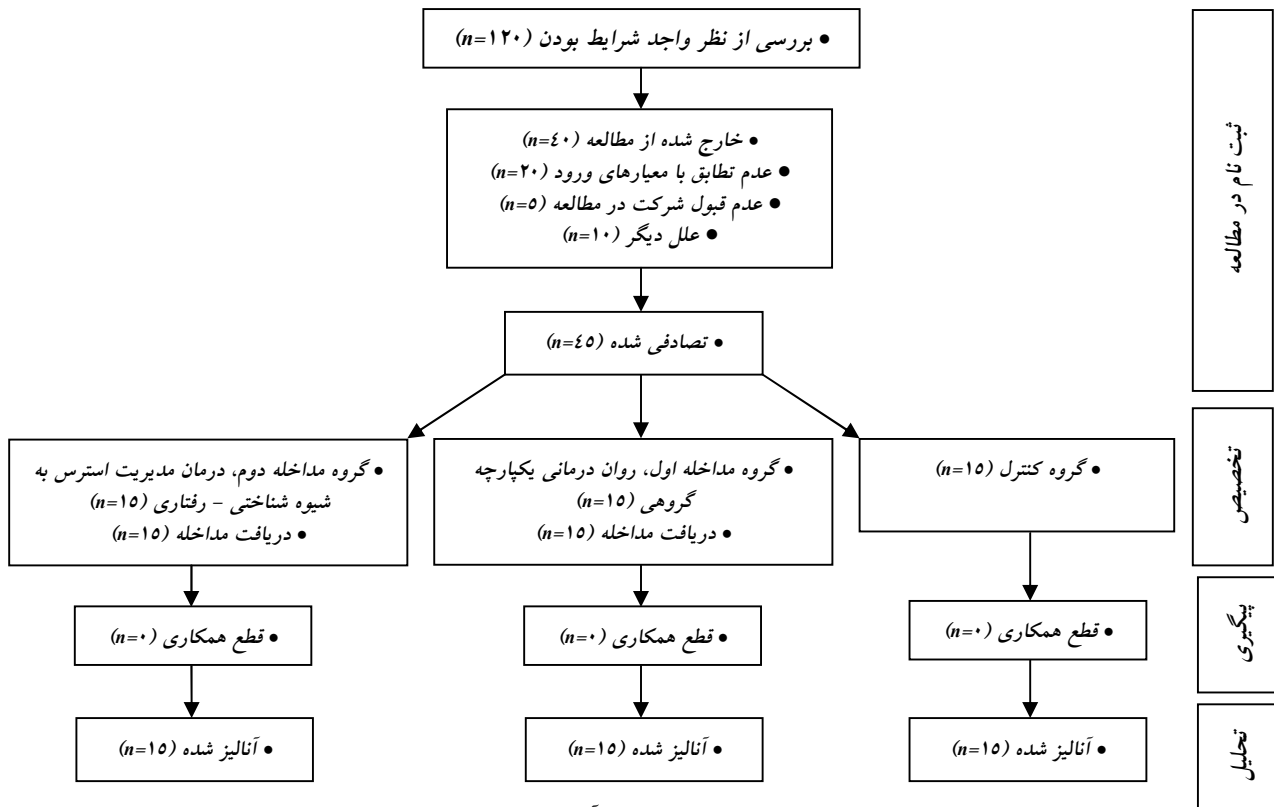
آزمودنی‌ها فرم رضایت‌نامه کتبی شرکت آگاهانه در مطالعه را امضا نمودند. آزمودنی‌ها به روش تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری کنترل، گروه روان‌درمانی یکپارچه گروهی (مداخله اول) و گروه درمان مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری (مداخله دوم) قرار گرفتند (شکل یک). بررسی سلامت روان آزمودنی‌ها براساس پرسشنامه سلامت GHQ انجام شد و براساس نمرات برش پرسشنامه، کمترین نمره به عنوان سلامت روان فرد در نظر گرفته شد.

قد افراد، بدون کفش با استفاده از قدسنج دیواری Seca و با دقت ۰/۱ سانتی‌متر و وزن افراد بدون کفش و با حداقل لباس با استفاده از ترازوی Seca با دقت ۰/۱ کیلوگرم اندازه‌گیری شد. شاخص توده بدنی (BMI) از تقسیم وزن (کیلوگرم) بر مجذور قد (متر) محاسبه گردید. معیار چاقی براساس شاخص توده بدنی با طبقه اول چاقی ۳۰ تا ۳۴/۹ در نظر گرفته شد (۲۵).

معیارهای ورود به مطالعه شامل جنسیت زن، محدوده سنی

زیبایی بدانند. در نتیجه ممکن است دچار عزت نفس پایین شده و این عزت نفس پایین تمامی جنبه‌های زندگی این افراد را تحت تاثیر قرار دهد (۸). از طرف دیگر، خوردن آگاهانه اگرچه موضوع به ظاهر قابل توجهی برای بسیاری از افراد در نظر گرفته نمی‌شود؛ اما غذا و خوردن بخش مهمی از زندگی هر انسان است. خوردن آگاهانه شامل آگاهی غیرقضاوتی از نشانه‌های داخلی و خارجی تاثیرگذار بر میل به خوردن، انتخاب غذا، مقدار مصرف و شیوه مصرف غذا است (۹). خوردن آگاهانه حالتی از توجه بدون قضاوت درباره احساسات جسمی و هیجانی توصیف می‌شود که ما هنگام خوردن تجربه می‌کنیم. به طوری که گرسنگی هیجانی و جسمی را شناسایی می‌کنیم و این باعث لذت بیشتر از خوردن غذا می‌شود؛ اما شناسایی عوامل بیرونی علت اصلی خوردن نیست (۱۰). زیرا در خوردن آگاهانه متمرکز بر فرایند خوردن است؛ نه آنچه که خورده می‌شود و هیچ قاعده‌ای برای پیروی از آن وجود ندارد (۱۱). افرادی که از چاقی رنج می‌برند؛ کاهش آگاهی در خصوص آنچه مصرف می‌کنند و یا چگونه مصرف می‌کنند؛ دارند (۱۲).

متخصصان در بررسی عوامل مشارکت‌کننده در چاقی به جای تمرکز صرف روی کاهش وزن، بیشتر روی ایجاد تغییرات روان‌شناختی مثبت با به‌کارگیری درمان‌های روان‌شناختی تمرکز کرده‌اند (۱۳). ارایه مداخلات روان‌شناختی، از جمله روان‌درمانی یکپارچه‌نگر می‌تواند نقش مؤثری در این زمینه داشته باشد. تاریخچه نظریه یکپارچه‌نگر در اواسط دهه ۱۹۴۰ شکل گرفت و اولین قدم‌های نظام‌مدار در این زمینه توسط Woodworth برداشته شد (۱۴). لطفی کاشانی و همکاران چهار عامل مشترک را از بین رویکردهای شاخص روان‌درمانی معرفی نمودند (۱۵). رویکرد ما در این مطالعه، روان‌درمانی یکپارچه‌نگر با جهت‌گیری چهار عامل مشترک است که در رابطه درمانی، امید و انتظار درمان، آگاهی افزایشی و نظم‌بخشی رفتار خلاصه می‌شوند. مداخله یکپارچه‌نگر مبتنی بر عوامل مشترک به دلیل بالا بردن سطح ذهن آگاهی و امید و انتظار به درمان در بیمار و همچنین پذیرش شرایط غیرقابل کنترل (بیماری) و احساس توانمندی بیشتر برای مقابله با موارد قابل کنترل (اندیشه، احساس و رفتار) می‌تواند موجب افزایش عزت‌نفس جنسی (۱۶)، کاهش نگرانی از تصویر بدنی (۱۷)، خستگی، درد، مشکلات خواب، کاهش پریشانی‌های روانی (اضطراب و افسردگی) در بیمار شده و موجب نظم‌بخشی رفتار آنان گردد. مطالعات انجام شده در زمینه روان‌درمانی یکپارچه‌نگر، نشان‌دهنده موفقیت آن در بهبود وضعیت روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت است (۱۸). علاوه بر این، شایستگی هر یک از چهار عامل مطرح شده در روان‌درمانی یکپارچه‌نگر در مطالعاتی مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (۱۹ و ۲۰). از سویی دیگر، درمان شناختی - رفتاری



پس از انجام آموزش برای مقایسه اثر این مداخله‌ها، سه ماه بعد از مداخله از هر دو گروه شرکت کننده پس آزمون گرفته شد و نتایج پیش آزمون و پس آزمون در هر دو گروه با یکدیگر مقایسه شد. پرسشنامه‌های مورد استفاده شامل پرسشنامه تصویر بدنی (۲۷) و پرسشنامه خوردن آگاهانه (۲۸) بودند.

پرسشنامه تصویر بدنی: این پرسشنامه خودگزارشی برای ارزیابی تصویر بدنی توسط Voruganti و Awad در سال ۲۰۰۴ تدوین شد و دارای ۱۲ پرسش است. پاسخ‌ها مطابق با مقیاس لیکرت شامل گزینه‌های هرگز (امتیاز ۱)، گاهی اوقات (امتیاز ۲) و کل اوقات (امتیاز ۳) انتخاب شده‌اند و پرسش‌های ۱، ۳، ۴، ۵، ۶ و ۷ به‌طور معکوس نمره گذاری می‌شوند. دامنه کل نمرات بین ۱۲ و ۳۶ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده سازگاری بهتر است. کلید نمره گذاری این پرسشنامه سوال به سوال متفاوت بوده و بستگی به جهت مثبت یا منفی سوال دارد. همسانی درونی ضریب آلفای کرونباخ با ۱۴۱ آزمودنی ۰/۷۹ گزارش شده است و ارزیابی پایایی دو نیمه آزمون با ضریب اسپیرمن براون ۰/۷۶ بود. براساس نمرات کل مقیاس نمونه را به صورت داوطلبانه به ۳ گروه خفیف ۲۰-۱۲، متوسط ۲۸-۲۱ و شدید ۳۶-۲۹ طبقه‌بندی کرده‌اند (۲۷). در این مطالعه و برای تعیین اعتبار علمی از روش اعتبار محتوایی از نظرات صاحب‌نظران و اساتید مجرب (۵ نفر) در این حوزه بهره جستیم و تغییراتی در اصلاحات واژگان دادیم. برای ثبات اعتبار پرسشنامه از روش آزمون مجدد به

۲۰-۴۵ سال، نمایه توده بدنی در محدوده ۳۰ تا ۳۴/۹، سطح تحصیلات ابتدایی و بالاتر بود. معیارهای عدم ورود به مطالعه شامل داشتن اختلالات حاد روان‌شناختی (به تشخیص روان‌شناس پژوهش)، داشتن سابقه شرکت در برنامه‌های کاهش وزن، سه جلسه غیبت در جلسات آموزشی، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس و عدم تمایل به شرکت در ادامه پژوهش بود. حجم نمونه براساس مطالعات مشابه برآورد شد (۲۶).

بعد از انتخاب گروه‌های نهایی پژوهش، از آزمودنی‌های دو گروه مداخله خواسته شد تا در یک جلسه توجیهی شرکت کنند. در این جلسه اهداف پژوهش تشریح شد تا انگیزه و موافقت لازم مراجعان برای شرکت در پژوهش جلب شود. آموزش درمان‌ها، نویسنده دوم مقاله انجام گردید. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نمود. جلسات درمان روان‌درمانی یکپارچه گروهی و مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک بار اجرا شد (جدول ۱ و ۲).

اطلاعات دموگرافیک قبل از شروع مداخله، شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، سابقه کنونی ورزش، قد، وزن و شاخص توده بدنی جمع‌آوری گردید. سپس از همه شرکت کنندگان در مطالعه پیش آزمون به عمل آمد. پس از انجام پیش آزمون گروه‌ها تحت مداخلات آموزشی شامل روان‌درمانی یکپارچه گروهی و مدیریت استرس شناختی رفتاری قرار گرفتند.

جدول ۱: محتوی جلسات مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری (۲۹)

جلسه	شرح جلسه
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، آشنایی با منطق مدیریت استرس و تعیین هدف‌های درمان.
دوم	در ابتدای هر جلسه، تکالیف جلسه قبل مرور شد. معرفی مفهوم مدیریت استرس، افزایش آگاهی در باره پاسخ‌های جسمانی به رویدادهای استرس‌آور.
سوم	معرفی افکار خودآیند و آغاز شناسایی تحریفات شناختی.
چهارم	یادگیری جایگزینی افکار منطقی با استفاده از مهارت مدیریت استرس.
پنجم	سبک‌های مقابله‌ای (بخش اول)، معرفی نظریه مقابله، افزایش آگاهی مراجعان در مورد انواع سبک‌های مقابله‌ای.
ششم	سبک‌های مقابله‌ای (بخش دوم)، آموختن و تمرین گام‌های مؤثر بلند، تمرین نرم کردن / پذیرش برای استرس‌زاهای طاقت‌فرسا.
هفتم	شناسایی منابع سودمند و زیان‌آور، حمایت اجتماعی و یادگیری راهبردهای جدید برای پیشرفت و گسترش شبکه‌های حمایتی.
هشتم	شناسایی ویژگی الگوهای خشم و آموختن راهبردهای جدید برای ارزیابی و مدیریت خشم.
نهم	جمع‌بندی جلسات، واریسی و بحث در مورد برنامه‌ها و ادامه تمرینات تکالیف و اجرای پس‌آزمون‌ها.

جدول ۲: محتوی جلسات آموزشی روان‌درمانی یکپارچه نگر با جهت‌گیری چهار عامل مشترک (۳۰)

جلسه	شرح جلسه
اول	بیان دلایل تشکیل گروه و قوانین گروه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر (رابطه درمانی)، اشاره به پیامدهای جسمانی و روانی چاقی در جنبه‌های مختلف زندگی و تاثیر آن بر تصویر بدنی (آگاهی افزایشی و ایجاد امید و انتظار درمان).
دوم	در ابتدای هر جلسه، تکالیف جلسه قبل مرور شد. ادامه روشن‌سازی تاثیر چاقی و پیامدهای روان‌شناختی آن (آگاهی افزایشی و برقراری رابطه درمانی). درخواست از اعضای گروه در بیان تجارب درونی خود (احساسات، افکار، تمایل رفتاری، تغییرات فیزیولوژیکی) نسبت به چاقی و صحبت کردن در مورد نگرش آنها نسبت به چاقی (آگاهی افزایشی).
سوم	لایه‌برداری از اندیشه و احساسات ناخوشایند مراجع (آگاهی افزایشی). به‌دست آوردن انگیزه برای تغییر پیامدهای روان‌شناختی ناشی از چاقی و استرس‌های زندگی (ایجاد امید و انتظار درمان).
چهارم	بررسی تجربه مراجع در طول هفته گذشته در نتیجه آگاهی افزایشی جلسه قبل و تاثیر آن بر احساسات و رفتار (آگاهی افزایشی). ایجاد انگیزه برای همکاری در تعیین اهداف جدید و تغییر رفتار (ایجاد امید و انتظار درمان و نظم‌بخشی رفتار).
پنجم	در میان گذاشتن تجربه‌های مثبت و موفق اعضای گروه (ایجاد امید و انتظار درمان)، آموزش شیوه‌های کاهش استرس و خشم در روابط بین فردی و زندگی روزمره (نظم‌بخشی اندیشه، احساس و رفتار).
ششم	کسب توانایی جهت کنترل ذهن و افکار ناخوشایند، زندگی در لحظه و به دست آوردن آرامش. بیان منطق ذهن آگاهی، آموزش ذهن آگاهی، آموزش تمرین تنفس و ثبت آن، آموزش آرمیدگی (نظم‌بخشی اندیشه، احساس و رفتار).
هفتم	ادامه تمرین تکنیک‌های ذهن آگاهی برای تغییر رفتارهای انعکاسی، نشخوارها و افزایش اطلاعات تا مراجع امکان پاسخ مناسب را به محرک‌ها داشته باشد (آگاهی افزایشی و نظم‌بخشی اندیشه، احساس و رفتار) و تقویت بخشیدن به آگاهی سالم (آگاهی افزایشی و نظم‌بخشی اندیشه، احساس و رفتار).
هشتم	تعیین اهداف و ارزش‌های مراجع در زندگی. بیان تفاوت بین ارزش‌ها و اهداف، روشن‌سازی ارزش‌ها، بیان پاتولوژی ارزش‌ها. درخواست از مراجع تا اهداف و ارزش‌های خود را فهرست کنند (آگاهی افزایشی و ایجاد امید و انتظار درمان).
نهم	اختتامیه، مرور تمامی مطالب جلسه اول تا هشتم و بازخورد گرفتن از مراجعان و اجرای پس‌آزمون‌ها.

۲/۹۲±۰/۳۷ با پایایی (آلفای کرونباخ) ۰/۶۴ گزارش شده است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده آگاهی بیشتر در خوردن است (۲۸). اعتبار نسخه فارسی آزمون به روش همسانی درونی برابر ۰/۸۰ بود. همچنین نتایج عامل تاییدی برای ۵ عامل آگاهی ۰/۷۹، حواس پرتی ۰/۸۴، نشانه‌های خارجی ۰/۸۳، پاسخ هیجانی ۰/۷۵ و عدم بازداری ۰/۷۶ رضایت‌بخش هستند (۳۱). در این مطالعه ثبات اعتبار پرسشنامه از روش آزمون مجدد به تعداد ۳۰ نفر با فاصله زمانی ۱۵ روز استفاده شد که ضریب آزمون - بازآزمون ۰/۷۰ به‌دست آمد و همسانی درونی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۷۸ حاصل شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-24 در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند. قبل از انجام تحلیل کوواریانس داده‌ها از لحاظ عدم انحراف از توزیع نرمال نمرات بر

تعداد ۳۰ نفر با فاصله زمانی ۱۵ روز استفاده شد که ضریب آزمون - باز آزمون ۰/۷۹ به دست آمد و همسانی درونی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ حاصل شد.

پرسشنامه خوردن آگاهانه: این پرسشنامه توسط Framson و همکاران در سال ۲۰۰۹ تدوین شده است. این پرسشنامه از ۲۸ پرسش با توجه به مقیاس لیکرت با گزینه‌های هرگز یا به ندرت، گاهی اوقات، اغلب و معمولاً یا همیشه است. تحلیل عاملی اکتشافی ۵ خرده مقیاس را آشکار کرد که هر خرده مقیاس ۳ الی ۸ سوال را در بر می‌گیرد. هر سوال در دامنه ۱ الی ۴ و پرسش‌های ۱، ۲، ۶، ۷، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۷، ۲۸ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. Framson و همکاران نشان دادند که این پرسشنامه از اعتبار سازه و پایایی خوبی برخوردار است. میانگین پرسشنامه

جدول ۳: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان چاق مراجعه کننده به مراکز سلامت شهر زنجان در سال ۱۳۹۸

متغیرها	روان درمانی یکپارچه (مداخله اول) تعداد (درصد)	درمان مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری (مداخله دوم) تعداد (درصد)	کنترل تعداد (درصد)
دبلیوم و کمتر	۹ (۲۰)	۷ (۱۵/۶)	۱۰ (۲۲/۳)
تحصیلات	لیسانس ارشد	۵ (۱۱/۱)	۴ (۸/۹)
وضعیت تاهل	متاهل	۷ (۱۵/۶)	۸ (۱۷/۷)
وضعیت اشتغال	شاغل غیر شاغل	۱۰ (۲۲/۲۲)	۸ (۱۷/۷۸)
وضعیت ورزش	همیشه اغلب کم	۴ (۸/۸۹)	۳ (۶/۶۷)
سابقه در خانواده	بله خیر	۴ (۸/۸۹)	۶ (۱۳/۳۳)
		۸ (۱۵/۵۶)	۶ (۱۳/۳۳)
		۸ (۱۷/۷۷)	۸ (۱۷/۷۷)
		۱۰ (۲۲/۲۲)	۱۰ (۲۲/۲۲)
		۵ (۱۱/۱۲)	۷ (۱۵/۵۶)

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد نمرات تصویر بدنی و خوردن آگاهانه در پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های کنترل و مداخله

متغیرها	گروه‌ها	میانگین و انحراف استاندارد
		نمرات پیش آزمون / نمرات پس آزمون
تصویر بدنی	روان درمانی یکپارچه (مداخله اول) درمان مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری (مداخله دوم) کنترل	۲۲/۱۳±۲/۵۶۰ / ۳۰/۶۰±۴/۳۰۶ ۲۳/۰۷±۲/۳۷۴ / ۲۷/۸۷±۳/۸۸۹ ۲۳/۱۳±۲/۲۰۰ / ۲۲/۲۰±۳/۵۰۹
خوردن آگاهانه	روان درمانی یکپارچه (مداخله اول) درمان مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری (مداخله دوم) کنترل	۷۶/۵۳±۶/۳۵۷ / ۴۷/۸۷±۴/۶۱۲ ۶۵/۱۳±۶/۳۶۸ / ۳۷/۸۷±۳/۸۷۱ ۷۵/۳۳±۲/۹۶۸ / ۶۷/۳±۴/۶۵۲

تعیین شد. میانگین و انحراف استاندارد قد گروه‌های مداخله اول، دوم و کنترل به ترتیب ۱۵۷/۷۳±۶/۳۳، ۱۵۸/۳۳±۷/۶۹ و ۱۵۹/۱۳±۵/۸۵ و وزن گروه‌های مداخله اول، دوم و کنترل به ترتیب ۸۱/۰۷±۷/۸۳، ۸۲/۵۳±۸/۲۳ و ۸۱/۷۳±۷/۵۲ کیلوگرم تعیین شد. داده‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در جدول ۳ آمده است.

یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای تصویر بدنی و خوردن آگاهانه در بین دو گروه مداخله در جدول ۴ آمده است. برای بررسی همبستگی بین نمرات از آزمون بارتلت استفاده شد و یافته‌ها نشان داد که بین نمرات تصویر بدنی و خوردن آگاهانه رابطه خطی وجود دارد ($P < 0/019$) (نسبت درست‌نمایی ۰/۰۳۰، ارزش $\chi^2 = 8/102$ ، $df = 2$).

نتایج بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون نشان داد که این مفروضه برای نمرات تصویر بدنی ($F_{2,39} = 3/62$ ، $P > 0/072$) و نمرات خوردن آگاهانه ($F_{2,39} = 1/378$ ، $P > 0/236$) برقرار است که نتایج آن در جدول ۵ مشاهده می‌شود.

با توجه به جدول ۶، بین نمرات تصویر بدنی گروه‌ها در پس آزمون تفاوت آماری معنی‌داری یافت شد ($F_{2,41} = 22/24$ ، $P < 0/001$). بین نمرات خوردن آگاهانه گروه‌ها نیز تفاوت آماری

اساس آزمون کالموگروف - اسمیرنوف و همبستگی بین نمرات با آزمون شاپیرو - ویلک مورد بررسی قرار گرفت. بعد از تایید پیش فرض‌ها، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. در خروجی‌های نرم‌فزار نتایج آزمون‌های اثر پیلایی (Pillai's trace)، لامبدای ویلکز (Wilks' lambda)، اثر هوتلینگ (Hotelling's trace) و بزرگ‌ترین ریشه Roy's largest root) گزارش شد. هر چهار آزمون گزارش شده برای بررسی معنی‌داری تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شدند. پرکاربردترین آزمون که در بیشتر گزارشات رایج می‌شود؛ لامبدای ویلکز است و اثر پیلایی قوی‌ترین آزمون نسبت به مقاوم بودن عدم برقراری پیش فرض‌ها است. در مواقعی که تمامی شرایط برقرار است و حجم نمونه گروه‌ها نیز برابر است؛ نتایج هر چهار آزمون شبیه و نزدیک به یکدیگر می‌شود.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن گروه مداخله اول ۳۲/۴۰±۴/۷۳ سال، گروه مداخله دوم ۳۱/۲۷±۵/۱۶ سال و گروه کنترل ۳۰/۰۰±۴/۳۳ سال تعیین شد. میانگین و انحراف استاندارد شاخص توده بدنی گروه‌های مداخله اول، دوم و کنترل به ترتیب ۳۲/۲۰±۱/۵۷، ۳۲/۳۸±۱/۷۷ و ۳۱/۹۸±۱/۶۹ کیلوگرم بر مترمربع

جدول ۵: بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون در نمرات تصویر بدنی و خوردن آگاهانه

متغیرها	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F ارزش	p-value
تصویر بدنی	گروه* پیش آزمون	۷۳/۳۴۴	۲	۳۶/۶۷۲	۳/۶۲۷	۰/۰۷۲
	خطا	۳۹۴/۳۵۷	۳۹	۱۰/۱۱۲		
خوردن آگاهانه	گروه* پیش آزمون	۳۵/۲۷۴	۲	۱۷/۶۳۷	۱/۴۹۶	۰/۲۳۶
	خطا	۴۵۹/۶۳۹	۳۹	۱۱/۷۸۶		

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس روان درمانی گروهی یکپارچه نگر و گروه درمانی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر تصویر بدنی و خوردن آگاهانه زنان چاق مراجعه کننده به مراکز سلامت شهر زنجان در سال ۱۳۹۸

متغیر	منابع تغییر	مجموع	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F مقدار	p-value	مجذورات	توان آزمون
تصویر بدنی	پیش آزمون	۸۵/۲	۱	۸۵/۲۱۷	۶/۲۵۶	۰/۰۱۶	۰/۱۳۲	۰/۶۸۵
	گروه	۶۰۶/۲	۲	۳۰۳/۰۷	۲۲/۲۴۹	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۱
	خطا	۵۵۸/۵	۴۱	۱۳/۶۲۲				
خوردن آگاهانه	پیش آزمون	۱۷۸/۶	۱	۱۸۷/۶۷	۱۲/۳۵۷	۰/۰۰۱	۰/۲۳۲	۰/۹۲۹
	گروه	۹۰۳۵/۶	۲	۴۵۱۷/۸	۲۹۷/۴۵۳	۰/۰۰۱	۰/۹۳۶	۱
	خطا	۶۲۲/۷	۴۱	۱۵/۱۸۸				

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه میانگین‌های تعدیل شده و مقایسه زوجی نمرات

متغیر وابسته	گروه ۱	گروه ۲	میانگین گروه ۱	میانگین گروه ۲	تفاوت میانگین‌ها	انحراف معیار	p-value
تصویر بدنی	شناختی رفتاری	یکپارچه نگر	۲۹/۴۰۸ a	۲۷/۷۷۳ a	۱/۶۳۵	۱/۰۳۶	۰/۳۶۶
	شناختی رفتاری	کنترل	۲۹/۴۰۸ a	۲۲/۲۵۲ a	۶/۶۵۷ *	۱/۰۶۰	۰/۰۰۱
	یکپارچه نگر	کنترل	۲۷/۷۷۳ a	۲۲/۲۵۲ a	۵/۰۲۱ *	۱/۰۵۳	۰/۰۰۱
خوردن آگاهانه	شناختی رفتاری	یکپارچه نگر	۶۸/۲۱۹ a	۶۷/۳۶۷ a	۰/۸۵۲	۱/۲۸۵	۱
	شناختی رفتاری	کنترل	۶۷/۳۶۷ a	۷۱/۴۱۵ a	-۳/۱۹۶	۱/۳۱۶	۰/۰۵۹
	یکپارچه نگر	کنترل	۶۷/۳۶۷ a	۷۱/۴۱۵ a	-۴/۰۴۸ *	۱/۳۰۷	۰/۰۱۱

معنی داری وجود داشت ($F_{2,41}=297/4, P<0/001$).

مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نمرات تصویر ذهنی دو گروه مداخله اختلاف نمره ۲۲/۹۳ را نشان داد که معنی دار نبود. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نمرات خوردن آگاهانه دو گروه مداخله اختلاف نمره ۰/۸۵۲ را نشان داد که معنی دار نبود (جدول ۷).

بحث

با توجه به نتایج این مطالعه روان‌درمانی یکپارچه گروهی و مدیریت استرس مبتنی بر درمان شناختی - رفتاری هر دو در کاهش نگرانی تصویر بدنی و افزایش خوردن آگاهانه در زنان مبتلا به چاقی موثر بودند و ارجحیتی بین آنها نبود. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که تفاوت نمرات تصویر بدنی و خوردن آگاهانه روان‌درمانی یکپارچه گروهی و مدیریت استرس مبتنی بر درمان شناختی - رفتاری در حدی نیست که آنها را معنی دار بدانیم؛ اما تفاوت بین نمرات تصویر بدنی و خوردن ذهن آگاهانه دو گروه مداخله (روان‌درمانی یکپارچه گروهی و مدیریت استرس مبتنی بر درمان شناختی - رفتاری) با گروه کنترل معنی دار بود.

نتایج درمان‌های این مطالعه همسو با دیگر مطالعات نشان داد که

هر دو روش درمان شناختی رفتاری و رژیم درمانی در کاهش وزن و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی افراد مبتلا به چاقی موثر هستند و روش درمان شناختی رفتاری در مقایسه با رژیم درمانی باعث کاهش معنی دار وزن و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی افراد مبتلا به چاقی می‌شود (۳۲). همچنین درمان شناختی رفتاری به طور سنتی به عنوان بهترین درمان برای اختلال پرخوری و بیشترین مداخله برای چاقی شناخته می‌شود و مداخله گروهی شناختی - رفتاری نیز برای اختلال در تصویر بدن در زنان اثربخش بوده است (۳۳). مداخله یکپارچه نگر نیز در بهبود تصویر بدن، کاهش پریشانی و ترس از بازگشت بیماری زنان مبتلا به سرطان پستان موثر است و نیز در آگاهی افراد برای خوردن آگاهانه نیز تاثیر داشته است و در مقایسه‌ای که بین مطالعه حاضر و سایر مطالعات صورت گرفته است؛ گاهی اوقات در برخی مطالعات خوردن آگاهانه به عنوان متغیر اثربخش در نظر گرفته شده که مداخله‌ای موجب تغییر در خوردن آگاهانه شده است و در بعضی مطالعات خوردن آگاهانه به عنوان مداخله مدنظر بوده است که اثر خود را بر کاهش وزن نشان داده که با یافته‌های برخی مطالعات همخوانی دارد (۳۴-۳۶).

که تاکید رویکرد شناختی - رفتاری بر چالش و مقابله مستمر با شناخت‌های ناکارآمد، می‌تواند به کاهش سطح انعطاف‌پذیری افراد افراد مبتلا به چاقی منجر گردد (۳۸).

روان‌درمانی یکپارچه‌نگر با جهت‌گیری چهار عامل مشترک رابطه درمانی، امید و انتظار درمان، آگاهی افزایشی و نظم‌بخشی رفتار سعی بر آن دارد تا با ایجاد یک رابطه درمانی مناسب و همدلی کردن با زنان با آگاهی افزایشی، بیمار را از شرایط جسمانی و روانی خود مطلع سازد و از بار سرمایه‌گذاری او بر روی ارزش‌های سلامتی و زیبایی بکاهد و فرصتی برای تمرکز آنان بر سایر ارزش‌ها مهیا سازد. به طوری که فرد امکان شناسایی سایر توانایی‌ها، ارزشمندی‌ها و شایستگی‌های خویش را دریابد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند. آگاهی‌افزایی موجب می‌شود که فرد هشیارانه، با علاقه و پذیرش از تجربه اینجا و اکنون خویش مطلع شود و دیدگاه او در مورد مفید بودن شیوه‌های مقابله و مواجهه با افکار و هیجان‌اتش تغییر یابد و او را به سمت تجربه اصلاحی هیجان‌ناخوشایند و قبول آنها سوق دهد. لذا زنان مبتلا به چاقی، در مقابله با هیجان‌اتشان احساس خودکنترلی و تسلط و در نهایت خودتنظیمی هیجانی بیشتری خواهد داشت (۳۹). آگاهی‌افزایی به فرد کمک می‌کند تا در مواجهه با افکار خودآیندی، عدم رضایت‌مندی و نگرانی از تصویر بدنی، سبب حفظ ثبات هیجانی گردد.

مداخله‌های روانشناختی از جمله مداخله یکپارچه‌نگر از تشویق افراد برای کاهش وزن حمایت می‌کنند و آگاهی در خوردن را افزایش می‌دهند. به‌طور کلی مداخله باعث می‌شود که نشانه‌های شروع کننده غذایی و خوردن بدون آگاهی در افراد چاق کاهش یابند. تغییر نگرش خوردن آگاهانه بدون درمان روانشناختی اثربخش نبوده و مداخله یکپارچه‌نگر می‌تواند با افزایش آگاهی افزایشی در افراد چاق اثر خود را اعمال کند (۳۹).

در تبیین این نتایج می‌توان گفت یادگیری راهبردهای کاهش استرس با رویکرد شناختی رفتاری برای افراد چاق می‌تواند جدا از این که تغییراتی را در تفکرات آنها نسبت به ارزیابی بدن و خوردن آگاهانه ایجاد می‌کند؛ روش‌های کاهش استرس را به آنها یاد داده تا در هنگام استرس از خوردن زیاد اجتناب کنند. درمانگر در درمان مدیریت استرس شناختی رفتاری، به افراد کمک می‌کند تا تعریفات شناختی خود را شناسایی نموده و شیوه‌های تفکر مثبت‌تر و واقع‌بینانه‌تری را جایگزین آنها سازند و مؤلفه‌های شناختی و رفتاری باعث اثر چشمگیر بر رفتارهای ناکارآمد مربوط به خوردن و تقویت قدرت افراد برای قبول مسؤلیت در همه رفتارها به‌ویژه رفتارهای مرتبط با خوردن می‌شوند. در نتیجه این عوامل باعث می‌شوند مدیریت استرس درمان شناختی رفتاری بر کاهش وزن و

رویکرد مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری با مؤلفه‌های اثرگذار در افراد مبتلا به چاقی می‌تواند توانایی مقابله موثر با چالش‌ها و موقعیت‌های استرس‌زا را باعث شود که یکی از مهم‌ترین انواع این مقابله معنادهی و تغییر مناسب موقعیت‌ها است. دستیابی به این توانمندی هدف اصلی رویکرد شناختی رفتاری است. زیرا فرض اصلی این رویکرد آن است که با تغییر شناخت‌ها، کل نظام رفتاری و هیجانی یک فرد تغییر خواهد کرد. در این رویکرد فرد کنترل نظام روانشناختی خود را از سیطره عوامل نیمه هشیار همچون افکار خودکار منفی خارج کرده و به صورت هشیارانه و فعال به تعیین نظام خلقی و رفتاری خود از طریق کنترل مستقیم نظام شناختی خویش می‌پردازد. پس با این قبول این فرض در مورد افراد مبتلا به چاقی مصداق این موضوع شامل تصاویر و افکار تحریف‌آمیز و مفرط در مورد تصویر بدنی، عزت نفس، کاهش آگاهی و ترس از ارزیابی‌های منفی، افکار و شناخت‌های منفی از این دست است که در جریان درمان مورد چالش قرار گرفته و شناخت‌هایی سازگارانه‌تر، مبتنی بر خودپذیری نامشروط و عزت نفس و متناسب با واقعیات و هنجارهای منطقی جایگزین آنها خواهند شد و در نهایت موجب بهبود تصویر بدنی و خوردن آگاهانه خواهد شد (۳۷). از طرف دیگر ابعاد شناختی منفی، جزئی طبیعی از نظام ذهنی افراد است. در افرادی که به طور مداوم با موقعیت‌های بیرونی برانگیزاننده شناخت‌های منفی، مواجه هستند؛ عدم پذیرش این بخش از نظام ذهنی می‌تواند به کاهش سطح انعطاف‌پذیری روانشناختی و افزایش اجتناب از توجه و پذیرش دنیای ذهنی درونی منتج شود. افراد مبتلا به چاقی تا زمانی که با مسأله چاقی خود روبرو هستند؛ به‌طور مداوم با موقعیت‌هایی مواجه خواهند شد که شناخت‌های منفی آنان در مورد اضافه وزن را فعال خواهد کرد. لذا چالش مستقیم با این جنبه‌های شناختی در درازمدت می‌تواند انرژی روانی زیادی از این افراد گرفته و به کاهش انعطاف‌پذیری روانشناختی آنان منجر گردد. این درحالی است که بسیاری از افراد مبتلا به چاقی، استعداد ژنتیکی داشته و شاید به دلایل مختلف قادر نباشند که به طور بادوامی به وزن کاملاً بهنجار و مطلوب رسیده و آن را حفظ نمایند. بنابراین آنچه که برای این دسته از افراد، بیش از مسأله اضافه وزن اهمیت دارد؛ آن است که در کنار تلاش در جهت کاهش اضافه وزن، بتوانند این موضوع را به عنوان جزئی طبیعی از زندگی خود پذیرفته و انرژی روانشناختی خود را کاملاً معطوف و متمرکز بر این بعد از زندگی خویش نگردانند. تمرکز ذهنی زیادی که این افراد صرف تسلیم شدن یا چالش با جنبه‌های شناختی مربوط به اضافه وزن می‌کنند؛ انعطاف‌پذیری روانشناختی آنان را که می‌تواند سرمایه عظیمی برای کارکرد مطلوب در زمینه‌های مختلف روانشناختی و اجتماعی باشد؛ تضعیف می‌نماید. به همین دلیل است

سلامتی (روانی - جسمی) باید جانب احتیاط رعایت شود. پیشنهاد می‌شود این مطالعه بر سایر گروه‌های سنی و افرادی با مشکلات سلامتی اجرا شود تا نتایج قابلیت تعمیم‌پذیری بیشتری داشته باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که هر دو روش مدیریت استرس شناختی - رفتاری و روان درمانی گروهی یکپارچه‌نگر بر تصویر بدنی و خوردن آگاهانه موثرند. از این رو درمانگران می‌توانند از هر یک از این دو روش را برای کاهش نگرانی از تصویر بدنی و افزایش خوردن آگاهانه به کار گیرند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه خانم خدیجه باباخانی برای اخذ درجه دکتری در رشته روان‌شناسی سلامت از دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج بود. سهم تمامی نویسندگان در این مطالعه یکسان است و هیچگونه تضاد منافی وجود ندارد. بدین وسیله از همه مسؤولین و کارکنان محترم معاونت تحقیقات و فن‌آوری بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زنجان و مرکز سلامت زنجان که صمیمانه در اجرای مطالعه ما را یاری نمودند؛ سپاسگزاری می‌گردد. همچنین از تمام شرکت‌کنندگان که صبورانه در اجرای مطالعه همکاری نمودند؛ تشکر می‌نمایم.

References

- van den Akker K, Schyns G, Jansen A. Altered appetitive conditioning in overweight and obese women. *Behav Res Ther.* 2017 Dec; 99: 78-88. DOI: 10.1016/j.brat.2017.09.006
- Navidian A, Kermansaravi F, Imani M. [The Relationship Between Weight-Efficacy of Life style and Overweight and Obesity]. *Iran J Endocrinol Metab.* 2013; 14(6): 556-63. [Article in Persian]
- Li J, Chen J, Qin Q, Zhao D, Dong B, Ren Q, et al. Chronic pain and its association with obesity among older adults in China. *Arch Gerontol Geriatr.* 2018 May-Jun; 76: 12-18. DOI: 10.1016/j.archger.2018.01.009
- Godfrey KM, Juarascio A, Manasse S, Minassian A, Risbrough V, Afari N. Heart rate variability and emotion regulation among individuals with obesity and loss of control eating. *Physiol Behav.* 2019 Feb; 199: 73-78. DOI: 10.1016/j.physbeh.2018.11.009
- Latner JD, Stefano EC. Obesity Stigmatization and the Importance of the Research of A. J Stunkard *Curr Obes Rep.* 2016 Mar; 5(1): 121-25. DOI: 10.1007/s13679-016-0198-7
- Nayir T, Uskun E, Yürekli MV, Devran H, Çelik A, Okyay RA. Does Body Image Affect Quality of Life?: A Population Based Study. *PLoS One.* 2016 Sep; 11(9): e0163290. DOI: 10.1371/journal.pone.0163290
- Polivy J, Herman CP. Sociocultural Idealization of Thin Female Body Shapes: An Introduction to the Special Issue on Body Image and Eating Disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology.* 2004; 23(1 Special Issue): 1-6. <https://doi.org/10.1521/jscp.23.1.1.26986>
- Vittengl JR. Mediation of the bidirectional relations between obesity and depression among women. *Psychiatry Res.* 2018 Jun; 264: 254-59. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.03.023
- O'Reilly GA, Cook L, Spruijt-Metz D, Black DS. Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a

بهبود تصویر بدنی و خوردن ذهن آگاهانه زنان مبتلا به چاقی اثر معنی‌داری داشته باشد (۴۰). از طرف دیگر رویکرد یکپارچه گروهی با اشاره به نگرش افراد در مورد چاقی، پیامدهای جسمانی و روانی چاقی در جنبه‌های مختلف زندگی و تاثیر آن بر تصویر بدنی و خوردن آگاهانه با ارایه شواهد علمی مبتنی بر تاثیرات روان درمانی بر مشکلات روانشناختی (آگاهی‌افزایی و ایجاد امید و انتظار درمان) و بیان تجارب درونی افراد چاق درباره چاقی خودشان (احساسات، افکار، تمایل رفتاری و تغییرات فیزیولوژیکی) و درک و انعکاس احساس‌ها و همدلی توسط درمانگر (برقراری رابطه درمانی) و مقابله با فاجعه‌سازی در مورد چاقی (ایجاد امید و انتظار درمان) و تمرین برای پیدا کردن ریشه اصلی افکار، احساس و رفتار ناخوشایند و بررسی چگونگی تاثیر آنها بر یکدیگر مخصوصاً آموزش افزایش آگاهی برای خوردن آگاهانه با لذت (نظم‌بخشی رفتار) اثر خود را نشان می‌دهد.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به مواردی نظیر استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و نبود مرحله پیگیری برای اطمینان از نتایج تاثیر بلندمدت اشاره نمود. همچنین به دلیل تک‌جنسیتی بودن شرکت‌کنندگان این پژوهش در تعمیم یافته‌ها به سایر گروه‌های سنی (کودکان و نوجوانان)، مردان، افراد چاق دارای سایر مشکلات

literature review. *Obes Rev.* 2014 Jun; 15(6): 453-61. DOI: 10.1111/obr.12156

- Butryn ML, Juarascio A, Shaw J, Kerrigan SG, Clark V, O'Planick A, et al. Mindfulness and its relationship with eating disorders symptomatology in women receiving residential treatment. *Eat Behav.* 2013 Jan; 14(1): 13-6. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2012.10.005
- Lattimore P, Mead BR, Irwin L, Grice L, Carson R, Malinowski P. 'I can't accept that feeling': Relationships between interoceptive awareness, mindfulness and eating disorder symptoms in females with, and at-risk of an eating disorder. *Psychiatry Res.* 2017 Jan; 247: 163-71. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.11.022
- Pintado-Cucarella S, Rodríguez-Salgado P. Mindful eating and its relationship with body mass index, binge eating, anxiety and negative affect. *Journal of Behavior, Health & Social Issues.* 2016 Nov; 8(2): 19-24. <https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2016.11.003>
- Collins J, Meng C, Eng A. Psychological Impact of Severe Obesity. *Curr Obes Rep.* 2016 Dec; 5(4): 435-40. DOI: 10.1007/s13679-016-0229-4
- Thome, FC. Principles of personality counseling: an eclectic viewpoint. 1st ed. Brandon; Vermont: Journal of Clinical Psychology. 1950.
- Lotfi Kashani F, Vaziri S, Akbari ME, Mousavi SM, Smaeilfar N. Effectiveness of Four-Factor Psychotherapy in Decreasing Distress of Women with Breast Cancer. *Procedia - Social and Behavioral Sciences.* 2014 Dec; 159: 214-18. DOI: 10.1016/j.sbspro.2014.12.359
- Jovanovic MD, Svrakic D. Integrative Treatment of Personality Disorder. Part I: Psychotherapy. *Psychiatr Danub.* 2017 Mar; 29(1): 2-13. DOI: 10.24869/psyd.2017.2
- Shamkoeyan L, Lotfi Kashani F, Sayrafi M, Ahadi H, Kavosi

- H. The Effectiveness of Integrative psychotherapy on Body Image in women with systemic sclerosis (Scleroderma). *Razi J Med Sci*. 2018; 25(171): 63-75.
18. Haliburton J, Stevenson J, Halovic S. Integration in the Psychodynamic Psychotherapy of Severe Personality Disorders: The Conversational Model. *J Pers Disord*. 2018 Feb; 32(1): 70-86. DOI: 10.1521/pedi_2017_31_290
19. Leuteritz K, Weißflog G, Barthel Y, Brähler E, Zwerenz R, Wiltink J, et al. Therapeutic alliance and treatment outcome in psychodynamic psychotherapy of depressed breast cancer patients: the same old story or different from other populations? *Breast Cancer*. 2017 Nov; 24(6): 765-73. DOI: 10.1007/s12282-017-0777-9
20. Abreu L, Nunes JA, Taylor P, Silva S. Distributed health literacy among people living with type 2 diabetes in Portugal: Defining levels of awareness and support. *Health Soc Care Community*. 2018 Jan; 26(1): 90-101. DOI: 10.1111/hsc.12465
21. Poorgholami F, Rahmani Koshkaki A, Kargar Jahromi M, Parniyan R. A study of the influence of group-based learning of stress management on psychology symptoms levels of hemodialysis patients. *Glob J Health Sci*. 2016; 8(11): 62-68.
22. Riley KE, Park CL, Wilson A, Sabo AN, Antoni MH, Braun TD, et al. Improving physical and mental health in frontline mental health care providers: Yoga-based stress management versus cognitive behavioral stress management. *J Workplace Behav Health*. 2017; 32(1): 26-48. <https://doi.org/10.1080/15555240.2016.1261254>
23. Salanova M, Llorens S, Acosta H, Torrente P. Positive interventions in positive organizations. *Ter Psicol*. 2013; 31(1): 101-13. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000100010>
24. Pondenejadan AA, Malihi R. Comparing efficacy of diet therapy, diet therapy combined with cognitive behavioral therapy or exercise in life satisfaction and weight loss: A randomized clinical trial. *Eur J Sci Res*. 2013; 112(1): 152-60.
25. Wadden TA, Bray GA. *Handbook of obesity treatment*. 2nd ed. The Guilford Press. 2018.
26. Khezeli M, Ramezankhani A, Bakhtiyari M. [Effect of education on nutritional knowledge and stages of fruit and vegetable consumption in elders based on stages of change model]. *J Manzarandaran Univ Med Sci*. 2012; 22(91): 90-100. [Article in Persian]
27. Awad AG, Voruganti LNP. Body weight, image and self-esteem evaluation questionnaire: development and validation of a new scale. *Schizophr Res*. 2004 Sep; 70(1): 63-7. DOI: 10.1016/j.schres.2003.12.004
28. Framson C, Kristal AR, Schenk JM, Littman AJ, Zeliadt S, Bentiez D. Development and validation of the mindful eating questionnaire. *J Am Diet Assoc*. 2009 Aug; 109(8): 1439-44. DOI: 10.1016/j.jada.2009.05.006
29. Antoni MH. Stress management intervention for women with breast cancer. 1st ed. American Psychological Association (APA). 2003; pp: 32-50.
30. Modaresi Asem F, Lotfi Kashani F, Vaziri S. The effectiveness of four-factor therapy: the relationship of therapy, therapy expectation, increasing awareness and ordered behavior on reducing marriage conflicts. *Acad J Interdiscip Stud*. 2017; 6(2): 119-27.
31. Pondnezhadan AA, Attari YA, Durdana H. [Factorial Structure and Reliability of Eating Mindfully Questionnaire (EMQ) among Married Women with Overweight and Obesity]. *Jundishapur Sci Med J*. 2018; 17(2): 131-43. DOI: 10.22118/JSMJ.2018.66808 [Article in Persian]
32. Golkarian P, Shafiqabady A, Delavar A. [Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy and Diet Therapy on Weight Reduction and Promotion of Lifestyle Self-Efficacy in Obese People]. *Iran J Health Educ Health Promot*. 2018; 6(4): 340-48. DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.4.340
33. Castelnuovo G, Pietrabissa G, Mauro GM, Cattivelli R, Rossi A, Novelli M, et al. Cognitive behavioral therapy to aid weight loss in obese patients: current perspectives. *Psychol Res Behav Manag*. 2017 Jun; 10: 165-73. DOI: 10.2147/PRBM.S113278
34. Dunn C, Haubenreiser M, Johnson M, Nordby K, Aggarwal S, Myer S, et al. Mindfulness approaches and weight loss, weight maintenance, and weight regain. *Curr Obes Rep*. 2018 Mar; 7(1): 37-49. DOI: 10.1007/s13679-018-0299-6
35. Warren JM, Smith N, Ashwell M. A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutr Res Rev*. 2017 Dec; 30(2): 272-83. DOI: 10.1017/S0954422417000154
36. Hanson P, Shuttlewood E, Halder L, Shah N, Lam FT, Menon V, et al. Application of mindfulness in a tier 3 obesity service improves eating behavior and facilitates successful weight loss. *J Clin Endocrinol Metab*. 2019 Mar; 104(3): 793-800. DOI: 10.1210/je.2018-00578
37. Sommers BD, Gawande AA, Baicker K. Health insurance coverage and health—what the recent evidence tells us. *N Engl J Med*. 2017 Aug; 377(6): 586-93. DOI: 10.1056/NEJMs1706645
38. Sundquist J, Lilja A, Palmer K, Memon AA, Wang X, Johansson LM, et al. Mindfulness group therapy in primary care patients with depression, anxiety and stress and adjustment disorders: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2015 Feb; 206(2): 128-35. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.150243
39. Akbari M, Lotfi Kashani F, Vaziri Sh. [The efficacy of four-factor psychotherapy on increasing sexual self-esteem in breast cancer survivors]. *Iran J Breast Dis*. 2017; 10(1): 48-60. [Article in Persian]
40. Lotfi Kashani F, Vaziri Sh, Akbari M, Zeinolabedini N, Sanaei H, Jamshidifar Z. The Effectiveness of Creating Hope on Distress of Women with Breast Cancer. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2014 Dec; 159: 201-5. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.357>