

## اثر روان درمانی یکپارچه نگر بر تصویر بدنی، خوردن آگاهانه، رضایت از درمان و درمانگر در زنان چاق

نویسندگان:

خدیجه باباخانی<sup>۱</sup>، شهرام وزیری<sup>۲\*</sup>، بیوک تاجری<sup>۳</sup>، فرح لطفی کاشانی<sup>۴</sup>، طاهره زنجیری پور<sup>۵</sup>

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

۴- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۵- استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.17, No.3, Fall 2019

### چکیده:

**مقدمه:** امروزه، چاقی یکی از معضلات سلامتی و عامل خطر ساز برای بسیاری از بیماری ها است و با افزایش شیوع چاقی به راهبردهای روانشناختی موثر برای مقابله با این مشکل نیاز می باشد □ پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روان درمانی یکپارچه نگر بر تصویر بدنی، خوردن آگاهانه و رضایت از درمان و درمانگر در افراد چاق انجام گرفت.

**روش کار:** این پژوهش شبه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری بعد گذشت ۳ ماه از مداخله بود. ۳۰ نفر زنان چاق به صورت تصادفی ساده در دو گروه مداخله (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. مداخله آموزشی به مدت ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش انجام شد و در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نشد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های تصویر بدنی، خوردن آگاهانه و رضایت از درمان و درمانگر قبل و بعد از مداخله استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد.

**یافته‌ها:** براساس تحلیل کوواریانس مشخص گردید که گروه آزمایش و گروه شاهد بعد از مداخله از لحاظ متغیرهای تصویر بدنی، خوردن آگاهانه و رضایت از درمان و درمانگر تفاوت معنی داری با یکدیگر دارند. میانگین نمره هر سه متغیر (تصویر بدنی، خوردن آگاهانه، رضایت از درمان و درمانگر) در هر دو گروه تحت مطالعه در پیش آزمون تفاوتی با هم نداشتند ( $p > 0/05$ )، ولی در پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی دار ( $p = 0/001$ ) و بهبود شرایط مشاهده شد. تفاوت بین نمره میانگین دو گروه در پس آزمون در متغیر تصویر بدنی و مرحله پیگیری به ترتیب ۸/۴۰ و ۶/۲۶۰؛ در متغیر خوردن آگاهانه ۲۸/۸۶- و ۳۲/۳۳- و برای متغیر رضایت از درمان و درمانگر ۲/۵۳ و ۴/۸۰ بود.

**نتیجه گیری:** روان درمانی یکپارچه نگر می تواند بر روی تصویر بدنی، خوردن آگاهانه و رضایت از درمان و درمانگر افراد تاثیر داشته باشد و با استفاده از این روش ممکن است بتوان نگرش زنان چاق را در این موارد تغییر داد و بهبود بخشید.

**واژگان کلیدی:** روان درمانی، یکپارچه نگر، چاقی

Pars J Med Sci 2019;17(3):7-16

### مقدمه:

اضافه وزن رنج می‌برند [۲]. بررسی‌ها نشان می‌دهد که 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 [۳].

چاقی و اضافه وزن و مشکلات جسمانی مربوط به آن یکی از شایع‌ترین مشکلات دنیای کنونی است که به تدریج جایگزین مسائل شایع قبلی از قبیل فقر غذایی و بیماری‌های عفونی گردیده است [۱]. امروزه تقریباً یک سوم افراد جهان از چاقی و

\* نویسنده مسئول، نشانی: دانشیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

پست الکترونیک: shahram.vaziri@gmail.com

تلفن تماس: ۰۹۱۲۱۴۵۹۳۰۳

پذیرش: ۹۸/۱۰/۱۸

اصلاح: ۹۸/۱۰/۱۷

دریافت: ۹۸/۵/۶

چاقی و اضافه وزن می تواند علاوه بر افزایش خطر ابتلا به مشکلات جسمانی از جمله، دیابت، انواع سرطان و بیماری های قلبی عروقی، اختلال های اضطرابی، باعث پیامدهای روان شناختی شدید نیز گردد [۴، ۵].

برای مشخص کردن عوامل روان شناختی در سبب شناسی چاقی درک تصویر بدنی حائز اهمیت است [۶]. تصویر بدنی یکی از مؤلفه های روان شناختی است که تحت تأثیر این بیماری قرار می گیرد [۷]. تصویر از بدن به عنوان پدیده ای روان شناختی، در خلال مجموعه ای از سازه های شناختی چندبعدی، تجربه می شود. اما این تصورات ذهنی ثابت نیستند و توسط تجاربی که فرد پیدا می کند، گسترش می یابد و بر اساس عوامل درونی، بیرونی و زمینه ای تغییر می کند [۸]. افراد مبتلا به چاقی و اضافه وزن ممکن است به خاطر استانداردهای فرهنگی - اجتماعی درباره ی زیبایی و اندام ایده آل، تصویر بدنی منفی از خود داشته باشند و خود را از لحاظ ساختاری زشت و فاقد استانداردهای زیبایی بدانند، در نتیجه ممکن است دچار عزت نفس پایین شده و این عزت نفس پایین تمامی جنبه های زندگی این افراد را تحت تأثیر خود قرار دهد [۹]. از طرف دیگر، خوردن آگاهانه اگر چه موضوع به ظاهر قابل توجه ای برای بسیاری از افراد در نظر گرفته نمی شود، اما غذا و خوردن بخش مهمی از زندگی هر انسان است. خوردن آگاهانه شامل آگاهی غیر مستقیم از نشانه های داخلی و خارجی تأثیرگذار بر میل به خوردن، انتخاب غذا، مقدار مصرف و شیوه مصرف غذا اشاره دارد [۱۰]. خوردن آگاهانه حالتی از توجه بدون قضاوت درباره احساس های جسمی و هیجانی توصیف می شود که ما هنگام خوردن تجربه می کنیم [۱۱] به طوری که گرسنگی هیجانی و جسمی را شناسایی می کنیم و این باعث لذت بیشتر از خوردن غذا می شود اما شناسایی عوامل بیرونی علت اصلی خوردن نیست [۱۲] چرا که در خوردن آگاهانه متمرکز بر فرایند خوردن است، نه آنچه که خورده می شود و هیچ قاعده ای برای پیروی از آن وجود ندارد [۱۳]. افرادی که از چاقی رنج می برند، کاهش آگاهی در مورد آنچه که مصرف می کنند و چگونه مصرف می کنند، نشان می دهند [۱۴].

و همچنین تغییری که بر اثربخشی مداخله می تواند تأثیر بگذارد و روند درمان را کارآمدتر سازد رضایت مراجع از درمان و درمانگر است و عوامل موثر بر رضایت بیمار از یک درمانگر شامل محدود نبودن به همدلی درمانگر، صمیمیت، صداقت، توجه مثبت نامشروط، احترام و تعهد، مراقبت نیست و عواملی مانند انتظارات بیمار از نحوه ارائه خدمات، میزان ارائه خدمات، زمان انتظار برای قرار ملاقات و به طور کلی بهبود بیمار نیز می تواند به عنوان عناصری طبقه بندی شود که در روش و فرایند درمان و رضایت از درمان نقش دارند [۱۵-۱۷]. در یک چشم انداز مشابه، بین

عوامل چندگانه اثر متقابلی مشاهده می شود که بیمار، درمانگر خود را ارزیابی می کند. در مطالعه ای رضایت بیمار از راهبردهای درمانی با تمرکز بر حمایت از مراجع در کنترل مشکلات خوردن موفقیت آمیز بوده است [۱۸].

متخصصان در بررسی عوامل مشارکت کننده در چاقی به جای تمرکز صرف روی کاهش وزن، بیشتر روی ایجاد تغییرات روان شناختی مثبت با به کارگیری درمان های روان شناختی تمرکز کرده اند [۱۹]. ارائه مداخلات روان شناختی، از جمله روان درمانی یکپارچه نگر می تواند نقش مؤثری در این زمینه داشته باشد. تاریخچه نظریه یکپارچه نگر، در اواسط دهه ۱۹۴۰ شکل گرفت و اولین قدم های نظامدار در این زمینه توسط ابرت وودورث برداشته شد [۲۰]. نظریه پردازان نامدار زیادی در این زمینه به پژوهش پرداختند که از این میان می توان به روزنروایگ، گارفیلد و فرانک اشاره کرد. همچنین لطفی کاشانی چهار عامل مشترک را از بین رویکردهای شاخص روان درمانی معرفی کرد [۲۱]. رویکرد ما در این مطالعه، روان درمانی یکپارچه نگر با جهت گیری چهار عامل مشترک است که در رابطه درمانی، امید و انتظار درمان، آگاهی افزایشی و نظم بخشی رفتار خلاصه می شوند. مداخله یکپارچه نگر 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 جهت مقابله با موارد قابل کنترل (اندیشه، احساس و رفتار) می تواند موجب افزایش عزت نفس جنسی [۲۲]، کاهش نگرانی از تصویر بدنی [۲۳] خستگی، درد، مشکلات خواب، کاهش پریشانی های روانی (اضطراب، افسردگی، و ...) در بیمار شده و موجب نظم بخشی رفتار آن ها شود. پژوهش های انجام شده در زمینه روان درمانی یکپارچه نگر، نشان دهنده موفقیت آن در بهبود وضعیت روان شناختی بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت است [۲۴]. علاوه بر این، شایستگی هر یک از چهار عامل مطرح شده در روان درمانی یکپارچه نگر در پژوهش های مختلف مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است [۲۵، ۲۶]. با توجه به نتایج مطالعات پیشین شواهدی در زمینه مطالعه این درمان بر تصویر بدنی، خوردن ذهن آگاهانه و رضایت از درمان و درمانگر در افراد مبتلا به چاقی وجود ندارد. در نتیجه، این پژوهش با هدف تعیین اثر مداخله روان درمانی یکپارچه نگر بر تصویر بدنی، خوردن آگاهانه و رضایت از درمان و درمانگر در افراد چاق انجام شد.

**روش کار:**

پژوهش حاضر یک طرح شبه تجربی نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه شاهد بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان چاق مراجعه کننده به مراکز سلامت شهر زنجان بودند و از بین آنها ۳۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند (مبتنی بر ملاک های ورود-خروج) انتخاب و سپس در دو گروه ۱۵ نفره به صورت تصادفی گمارده شدند. ملاک های انتخاب ورود به مطالعه عبارت بودند از: جنسیت زن، محدوده سنی ۲۰-۴۵ سال،  $BMI \geq 30$ ، سطح تحصیلات ابتدایی و بالاتر، نداشتن زمینه بیماری، اختلال عمده روانپزشکی، و یا سابقه شرکت در برنامه های کاهش وزن. ملاک های خروج از مطالعه عبارت بود از: سه جلسه غیبت در جلسات آموزشی، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس و عدم تمایل به شرکت در ادامه پژوهش. ارائه مداخله برای گروه آزمایشی به مدت ۹ جلسه (هفته ای ۱ جلسه ۹۰ دقیقه ای) در مرکز سلامت اجرا گردید. مطالعه حاضر مصوب در کمیته پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج با کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1397.29 است.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش قبل و بعد از ارائه مداخله یکپارچه نگر و همچنین بعد از گذشت سه ماه از آخرین روز مداخله (پیگیری) جهت بررسی ماندگاری اثر درمانی بین دو گروه آزمایشی و کنترل اجرا شد.

پرسشنامه تصویر بدنی: این پرسشنامه خودگزارشی برای ارزیابی تصویر بدنی توسط جورج و همکاران (۲۰۰۴) تدوین شده است. و دارای ۱۲ سوال است و پاسخ ها مطابق با مقیاس لیکرت یعنی گزینه های هرگز (۱)، گاهی اوقات (۲) و کل اوقات (۳) انتخاب شده اند و سوال های ۱، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷ و ۸ به طور معکوس نمره گذاری می شوند. دامنه کل نمرات بین ۱۲ و ۳۶ می باشد. نمرات بالاتر نشان دهنده سازگاری بهتر می باشد. 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 [۲۷].

برای بررسی پایایی و روایی پرسشنامه مطالعه حاضر نمونه جداگانه به تعداد ۸۰ نفر انتخاب شدند. روایی محتوایی پرسشنامه توسط ۵ نفر از صاحب نظران و اساتید مجرب در این حوزه ارزیابی شد. پایایی این آزمون با استفاده از روش آلفای ضریب کرونباخ ۰/۸۵، به دست آمد. برای ثبات اعتبار پرسشنامه از روش آزمون مجدد به تعداد ۳۰ نفر با فاصله زمانی ۱۵ روز استفاده شد که ضریب آزمون - بازآزمون (بازآزمایی) ۰/۷۹، به دست آمد.

پرسشنامه خوردن آگاهانه: این پرسشنامه توسط فرامسون و همکاران در سال ۲۰۰۹ میلادی تدوین شده است. این پرسشنامه

از ۲۸ سوال با توجه به مقیاس لیکرت با گزینه های 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 می گیرد. هر سوال در دامنه ۱ الی ۴ و سوال های ۱، ۲، ۶، ۷، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۷ و ۲۸ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. فرامسون و همکاران نشان دادند که این پرسشنامه از اعتبار سازه و پایایی خوبی برخوردار است. میانگین پرسشنامه  $2/92 \pm 0/37$  با پایایی (آلفای کرونباخ)  $0/64$  گزارش شده است و نمرات بالاتر نشان دهنده آگاهی بیشتر در خوردن می باشد [۲۸]. اعتبار نسخه فارسی آزمون به روش همسانی درونی برابر  $0/80$  بوده است. همچنین نتایج عامل تاییدی برای ۵ عامل آگاهی  $0/79$ ، حواس پرتی  $0/84$ ، نشانه های خارجی  $0/83$ ، پاسخ هیجانی  $0/75$  و عدم بازداری  $0/76$  رضایت بخش هستند [۲۹].

برای بررسی پایایی و روایی پرسشنامه مطالعه حاضر نمونه جداگانه به تعداد ۸۰ نفر انتخاب شدند. روایی محتوایی پرسشنامه توسط ۵ نفر از صاحب نظران و اساتید مجرب در این حوزه ارزیابی شد. پایایی این آزمون با استفاده از روش آلفای ضریب کرونباخ ۰/۷۸، به دست آمد. برای ثبات اعتبار پرسشنامه از روش آزمون مجدد به تعداد ۳۰ نفر با فاصله زمانی ۱۵ روز استفاده شد که ضریب آزمون - بازآزمون (بازآزمایی) ۰/۷۰، به دست آمد.

مقیاس رضایت از درمان و درمانگر: پرسشنامه رضایت مراجع یک مقیاس ۸ سؤالی است که برای سنجیدن رضایت مراجع از خدمات مشاوره ای و درمانی تدوین شده است. پرسشنامه رضایت مراجع یک بعدی است و یک برآورد همگن از رضایت کلی مراجع از خدمات بالینی بدست می دهد. نمره گذاری پرسشنامه رضایت مراجع به سادگی با جمع کردن نمرات هر یک از سؤالات بدست می آید. برای هر سؤال نمره ای بین ۱ تا ۴ در نظر گرفته شده است و سوال های ۴، ۵ و ۸ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. دامنه نمرات بین ۸ تا ۳۲ است که نمرات بالاتر نشانه رضایت بیشتر است. پرسشنامه رضایت مراجع روی اقشار متعدد مراجعان اجرا شده است. وسیع ترین مطالعه به عمل آمده روی ۳۲۶۸ نفر از مراجعان سرپایی و بستری ۷۶ مرکز بالینی و مشاوره ای به عمل آمده است [۳۰].

اعتبار پرسشنامه رضایت مراجع در ایران با نمرات آلفای بین  $0/86$  تا  $0/94$  ارزیابی شده است و پرسشنامه رضایت مراجع از روایی همزمان بسیار خوبی برخوردار است. نمرات این پرسشنامه با رتبه بندی مراجعان از نشانه شناسی و بهبود کلی و همچنین رتبه بندی درمانگران از پیشرفت مراجعان و یا احتمال پیشرفت آنان همبستگی دارد [۳۱]. برای بررسی پایایی و روایی پرسشنامه مطالعه حاضر نمونه جداگانه به تعداد ۸۰ نفر انتخاب شدند. روایی محتوایی پرسشنامه توسط ۵ نفر از صاحب نظران و اساتید مجرب

مجذور کای و داده های کمی در صورت توزیع نرمال از تی تست و در غیر اینصورت از من-ویتنی یو استفاده گردید. جهت سنجش رابطه متغیرهای تصویر بدنی، خوردن آگاهانه و رضایت از درمان و درمانگر در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه مداخله و شاهد از آزمون آماری آزمون تحلیل کوواریانس استفاده گردید. مقدار P کمتر از ۰/۰۵ به عنوان سطح معناداری آزمون ها در نظر گرفته شد.

در این حوزه ارزیابی شد. پایایی این آزمون با استفاده از روش آلفای ضریب کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد. برای ثبات اعتبار پرسشنامه از روش آزمون مجدد به تعداد ۳۰ نفر با فاصله زمانی ۱۵ روز استفاده شد که ضریب آزمون-بازآزمون (بازآزمایی) ۰/۷۵ به دست آمد.

داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ثبت گردید. داده های کیفی به صورت فراوانی و درصد و داده های کمی به صورت میانگین و انحراف استاندارد بیان شدند. جهت آزمون داده های کیفی از

محتوای جلسات آموزشی روان درمانی یکپارچه نگر با جهت گیری چهار عامل مشترک [۳۲]

<p>محتوای جلسات چهارعامل مشترک روان درمانی یکپارچه نگر به شرح زیر است:</p> <p><b>جلسه اول:</b> برگزاری پیش آزمون، بیان دلایل تشکیل گروه و قوانین گروه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر (رابطه درمانی)، اشاره به پیامدهای جسمانی و روانی چاقی در جنبه های مختلف زندگی و تاثیر آن بر تصویر بدنی، ارائه شواهد علمی مبتنی بر تاثیرات روان درمانی بر مشکلات روانشناختی (آگاهی افزایشی و ایجاد امید و انتظار درمان). جمع بندی جلسه. ارائه تکلیف مبنی بر تهیه فهرستی از تغییرات که در تصویر بدنی نسبت به قبل از چاقی ایجاد شده است.</p> <p><b>جلسه دوم:</b> ادامه روشن سازی تاثیر چاقی و پیامدهای روانشناختی آن (آگاهی افزایشی و برقراری رابطه درمانی). مرور جلسه ی گذشته و بررسی تاثیر مطالب گذشته و گرفتن بازخورد از اعضای گروه (رابطه درمانی و ایجاد امید و انتظار درمان). 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). درک و انعکاس احساسات، همدلی توسط درمانگر (برقراری رابطه درمانی). مقابله با فاجعه سازی در مورد چاقی (ایجاد امید و انتظار درمان). جمع بندی جلسه. ارائه تکلیف: تهیه لیست مقایسه احساس و افکار کنونی خود (نسبت به چاقی و زندگی) با هفته های گذشته و بررسی تغییرات رفتاری بعد از این جلسه (نظم بخشی رفتار).</p> <p><b>جلسه سوم:</b> بررسی تکالیف (رابطه درمانی). در میان گذاشتن تجربه های مثبت و موفق اعضای گروه طی هفته گذشته تا کنون (ایجاد امید و انتظار درمان). لایه برداری از اندیشه و احساسات ناخوشایند مراجع (آگاهی افزایشی). پیدا کردن عنصر اصلی احساس ناخوشایند و بررسی نقش افکار، رفتار و عناصر درونی در به وجود آمدن احساسات ناخوشایند (آگاهی افزایشی و ایجاد امید و انتظار درمان). بدست آوردن انگیزه برای تغییر پیامدهای روانشناختی ناشی از چاقی و استرس های زندگی (ایجاد امید و انتظار درمان). جمع بندی جلسه. ارائه تکلیف: تمرین برای پیدا کردن ریشه اصلی افکار، احساس و رفتار ناخوشایند و بررسی چگونگی تاثیر آنها بر یکدیگر (نظم بخشی رفتار).</p> <p><b>جلسه چهارم:</b> بررسی تجربه مراجع در طول هفته گذشته در نتیجه آگاهی افزایشی جلسه قبل و تاثیر آن بر احساسات و رفتار (آگاهی افزایشی). روشن سازی گریز از آگاهی که به عنوان مانع یادگیری است، ترغیب به فکر کردن در مورد جایگاه کنونی، آینده و بررسی رفتار فعلی در نزدیک شدن با دور شدن از اهداف زندگی (آگاهی افزایشی). ایجاد انگیزه برای همکاری در تعیین اهداف جدید و تغییر رفتار (ایجاد امید و انتظار درمان و نظم بخشی رفتار). کمک به مراجع برای همدلی با خود، پذیرش خود با چاقی و رسیدن به احساس لذت (آگاهی افزایشی و ایجاد امید و انتظار درمان).</p> <p><b>جلسه پنجم:</b> بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از مطالب گذشته (رابطه درمانی)، در میان گذاشتن تجربه های مثبت و موفق اعضای گروه (ایجاد امید و انتظار درمان) آموزش جرات مندی جهت برون ریزی صحیح عواطف و بهبود روابط بین فردی (نظم بخشی اندیشه، احساس و رفتار). آموزش شیوه های کاهش استرس و خشم در روابط بین فردی و زندگی روزمره (نظم بخشی اندیشه، احساس و رفتار). جمع بندی جلسه. ارائه تکلیف جهت اجرا .</p> <p><b>جلسه ششم:</b> بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از مطالب گذشته (رابطه درمانی)، در میان گذاشتن تجربه های مثبت و موفق اعضای گروه (ایجاد امید و انتظار درمان). کسب توانایی جهت کنترل ذهن و افکار ناخوشایند، زندگی در لحظه و بدست آوردن آرامش. بیان منطق ذهن آگاهی، آموزش ذهن آگاهی، آموزش تمرین تنفس و ثبت آن، آموزش آرمیدگی (نظم بخشی اندیشه، احساس و رفتار). تمرین زندگی در حال با استفاده از حواس پنجگانه (آگاهی افزایشی و نظم بخشی اندیشه، احساس و رفتار). ارائه تکلیف و تاکید بر انجام آن در طی هفته.</p> <p><b>جلسه هفتم:</b> بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از مطالب گذشته (رابطه درمانی)، در میان گذاشتن تجربه های مثبت و موفق اعضای گروه (ایجاد امید و انتظار درمان). ادامه ی تمرین تکنیک های ذهن آگاهی برای تغییر رفتارهای انعکاسی، نشخوارها و افزایش اطلاعات تا مراجع امکان پاسخ مناسب را به محرک ها داشته باشد (آگاهی افزایشی و نظم بخشی اندیشه، احساس و رفتار). دیدن و پذیرش واقعیت ها و تجربه ی تماشای آنچه در حال رخ دادن است. تجربه کامل احساسات، مسیریابی ناپهنجار اضطراب، روشن کردن و خنثی سازی واکنش های دفاعی و خود تبریته ساز، تقویت بخشیدن به آگاهی سالم (آگاهی افزایشی و نظم بخشی اندیشه، احساس و رفتار). جمع بندی جلسه. ارائه تکلیف .</p> <p><b>جلسه هشتم:</b> بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از مطالب گذشته (رابطه درمانی)، در میان گذاشتن تجربه های مثبت و موفق اعضای گروه (ایجاد امید و انتظار درمان)، تعیین اهداف و ارزش های مراجع در زندگی. بیان تفاوت بین ارزش ها و اهداف، روشن سازی ارزش ها، بیان پاتولوژی ارزش ها. درخواست از مراجع تا اهداف و ارزش های خود را فهرست کنند (آگاهی افزایشی و ایجاد امید و انتظار درمان). بررسی آنچه در زندگی مراجع ارزش است و چگونگی برخورد با ارزش ها (آگاهی افزایشی و نظم بخشی اندیشه، احساس و رفتار). ارائه تکلیف: تهیه لیست ارزش ها و نمره گذاری آن.</p> <p><b>جلسه نهم:</b> اختتامیه، مرور تمامی مطالب جلسه ی اول تا هشتم و بازخورد گرفتن از مراجعان، گرفتن پس آزمون.</p>
--

**یافته ها:**

همانگونه که در جدول ۱ مشخص است تمام ویژگی های جمعیت شناختی و اجتماعی به صورت یکسان در بین گروه ها وجود دارد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در جدول ۲ آمده است. پر کاربرد ترین آزمون که در بیشتر گزارشات ارائه می شود لامبدای ویلکز است و قویترین آزمون نیز که نسبت به عدم برقراری پیش فرض ها مقاوم است اثر پیلاپی می باشد. در مواقعی که تمامی شرایط برقرار است و حجم نمونه گروه ها نیز برابر است نتایج هر چهار آزمون شبیه و نزدیک به یکدیگر می شود [۳۳]. اثر گروه برای مقایسه نمرات گروه آزمایش و گروه شاهد در تصویر بدنی، خوردن آگاهانه و رضایت از درمان معنی دار است ( $F_{4,78} = 69/04, p < 0/00001, \eta^2 = 0/00001$ ). این معنی داری نشان می دهد بین گروه آزمایش و گروه شاهد بعد از درمان تفاوت معنی داری وجود دارد.

در متغیر تصویر بدن برای پیش آزمون تفاوت معنی داری وجود ندارد. در پس آزمون بین دو گروه تفاوت ۸/۴۰ نمره ای وجود دارد

( $p = 0/001$ ) و این تفاوت در مرحله پیگیری برابر ۶/۲۶۰ گردیده است ( $p = 0/001$ ). تفاوت در این مراحل به شکلی است که تصویر بدن در گروه مداخله یکپارچه نگر افزایش معنی داری داشته است. برای متغیر خوردن آگاهانه در پیش آزمون تفاوت معنی داری وجود نداشته است. در پس آزمون بین دو گروه تفاوت ۲۸/۸۶- نمره ای وجود دارد ( $p = 0/001$ ) است. تفاوت در مرحله پیگیری ۳۲/۳۳- شده است ( $p = 0/001$ ). تفاوت در این مراحل به شکلی است که خوردن آگاهانه نمره بیشتری در گروه یکپارچه نگر داشته است و به معنی بهبود وضعیت این گروه است. برای متغیر رضایت از درمان و درمانگر در پیش آزمون تفاوت معنی داری وجود نداشته است. در پس آزمون بین دو گروه تفاوت ۲/۵۳ نمره ای وجود دارد ( $p = 0/025$ ). تفاوت در مرحله پیگیری ۴/۸۰ شده است ( $p = 0/001$ ). تفاوت در این مراحل به شکلی است که رضایت از درمان و درمانگر در گروه یکپارچه نگر افزایش معنی داری داشته است (جدول ۳).

جدول ۱: ویژگی های جمعیت شناختی و اجتماعی شرکت کنندگان در پژوهش

متغیر ها	مداخله (۱۵ نفر)		شاهد (۱۵ نفر)		P (معنی داری)
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
تحصیلات	دیپلم و کمتر	۴	۸/۸۹	۵	۱۱/۱۱
	لیسانس	۶	۱۳/۳۳	۵	۱۱/۱۱
	ارشد	۵	۱۱/۱۱	۵	۱۱/۱۱
وضعیت تاهل	مجرد	۵	۱۱/۱۱	۷	۱۵/۵۶
	متاهل	۱۰	۲۲/۲۲	۸	۱۷/۷۸
وضعیت اشتغال	شاغل	۹	۲۰	۸	۱۷/۷۸
	غیر شاغل	۶	۱۲/۳۳	۷	۱۵/۵۶
وضعیت ورزش	همیشه	۳	۶/۶۷	۳	۶/۶۷
	اغلب	۴	۸/۸۹	۶	۱۳/۳۳
	کم	۸	۱۸/۷۸	۶	۱۳/۳۳
سابقه در خانواده	بله	۱۰	۲۲/۲۲	۸	۱۷/۷۸
	خیر	۵	۱۱/۱۱	۷	۱۵/۵۶
		M	SD	M	SD
سن	۳۲/۴۰	۴/۷۳	۳۰	۴۴/۳۳	۰/۳۷۳
قد	۱۵۸/۳۳	۷/۶۹	۱۵۷/۷۳	۶/۳۳	۰/۸۹۱
وزن	۸۱/۰۷	۷/۸۳	۸۱/۷۳	۷/۵۲	۰/۸۴۴
BMI	۳۲/۲۰	۱/۵۷	۳۱/۹۸	۱/۶۹	۰/۶۴۵

BMI: Body Mass Index, M: Mean, SD: Standard Deviation.

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری مقایسه گروه آزمایش با گروه شاهد در تصویر بدنی، خوردن آگاهانه و رضایت از درمان

شاخص ها	مقدار شاخص	F مقدار	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
اثر پیلاپی	۰/۹۵۹	۶۹/۰۴	۳	۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۵	۱/۰۰
لامبدا ویلکز	۰/۰۴۱	۶۹/۰۴	۳	۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۵	۱/۰۰
اثر هولتینگ	۲۳/۳۴	۶۹/۰۴	۳	۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۵	۱/۰۰
ریشه روی	۲۳/۳۴	۶۹/۰۴	۳	۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۵	۱/۰۰

جدول ۳: مقایسه میانگین های متغیرهای مورد مطالعه در گروه مداخله و شاهد در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در زنان چاق

متغیر	مرحله	گروه مداخله (یکپارچه نگر)	کنترل	تفاوت گروه ها	خطای استاندارد برآورد	معنی داری
تصویر بدن	پیش آزمون	۲۲/۱۳	۲۳/۳۳	-۱/۲۰	۰/۸۷۱	۰/۲۶۱
	پس آزمون	۳۰/۶۰	۲۲/۲۰	۸/۴۰	۱/۴۳۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۶/۸۶	۲۰/۶۰	۶/۲۶	۱/۰۳۶	۰/۰۰۱
خوردن آگاهانه	پیش آزمون	۷۶/۵۳	۷۵/۳۳	۱/۲۰	۱/۸۱۱	۰/۵۱۳
	پس آزمون	۴۷/۸۶	۷۶/۷۳	-۲۸/۸۶	۱/۶۹۱	۰/۰۰۱
	پیگیری	۴۵/۱۳	۷۷/۴۶	-۳۲/۳۳	۱/۸۸۹	۰/۰۰۱
رضایت درمان و درمانگر	پیش آزمون	۲۱/۵۳	۲۳/۰۶	-۱/۵۳	۰/۹۴۸	۰/۱۳۴
	پس آزمون	۲۴/۹۳	۲۲/۴۰	۲/۵۳	۱/۰۰۶	۰/۰۲۵
	پیگیری	۲۶/۲۶	۲۱/۴۶	۴/۸۰	۱/۱۰۶	۰/۰۰۱

## بحث:

درمان روانشناختی اثربخش نمی باشد و مداخله یکپارچه نگر می تواند با افزایش آگاهی افزایشی در افراد چاق اثر خود را اعمال کند. همچنین مداخله یکپارچه نگر بر رضایت از درمان و درمانگر در دو گروه تفاوت معنی داری را نشان داد. این نتایج با یافته های برخی مطالعات مطابقت دارد [۳۹، ۴۰]. به طوری که رضایت بیمار به عنوان یک عامل ضروری در سطح درمانی بیمار ظاهر می شود و در اثربخشی نتایج درمان موثر می باشد.

در تبیین تعیین اثر مداخله روان درمانی یکپارچه نگر بر بهبود تصویر بدنی، خوردن آگاهانه و رضایت از درمان و درمانگر در زنان مبتلا به چاقی می توان گفت که، در این پژوهش با ارائه روان-درمانی یکپارچه نگر با جهت گیری چهار عامل مشترک (رابطه درمانی، امید و انتظار درمان، آگاهی افزایشی و نظم بخشی رفتار) سعی بر این بود تا با ایجاد یک رابطه درمانی مناسب و همدلی کردن با زنان با آگاهی افزایشی، بیمار را از شرایط جسمانی و روانی خود مطلع سازیم و از بار سرمایه گذاری او بر روی ارزش های سلامتی و زیبایی بکاهیم و فرصتی برای تمرکز آنان بر سایر ارزش ها مهیا سازیم، به طوری که فرد امکان شناسایی سایر توانایی ها، ارزشمندی ها و شایستگی های خویش را دریابد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند. آگاهی افزایشی موجب می شود که فرد هشیارانه، با علاقه و پذیرش از تجربه اینجا و اکنون خویش مطلع شود و دیدگاه

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مداخله باعث بهبود وضعیت از نظر تصویر بدنی، خوردن آگاهانه و رضایت از درمان و درمانگر شده است که این اثر سه ماه بعد از مداخله نیز پابرجا بوده است. یافته های این مطالعه نشان داد افرادی که مداخله یکپارچه نگر را دریافت کرده اند از نظر نگرانی از تصویر بدنی وضعیت بهتری دارند. این نتایج با یافته های برخی مطالعات همسو است [۳۴، ۳۵]. همچنین نتایج نجات و همکاران نشان داد که مداخله یکپارچه نگر در بهبود تصویر بدن، کاهش پریشانی و ترس از بازگشت بیماری زنان مبتلا به سرطان پستان موثر است. مداخله یکپارچه نگر در آگاهی افراد برای خوردن آگاهانه نیز تاثیر داشته است و در مقایسه ای 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 است که مداخله ای 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 یافته های برخی مطالعات همخوانی دارد [۳۶-۳۸]. همین طور نتایج آندره نشان داده که مداخله های روانشناختی از جمله مداخله یکپارچه نگر از تشویق افراد برای کاهش وزن حمایت می کنند و آگاهی در خوردن را افزایش می دهند به طور کلی مداخله باعث می شود که نشانه های شروع کننده غذایی و خوردن بدون آگاهی در افراد چاق کاهش یابند به ویژه اینکه تغییر نگرش خوردن آگاهانه بدون



رعایت شود. همچنین پیشنهاد می شود این پژوهش بر نمونه های بیشتر، سایر گروه های سنی و افرادی با مشکلات سلامتی اجرا شود تا قابلیت تعمیم پذیری نتایج این پژوهش هم مورد بررسی قرار گیرد و با توجه به مؤثرتر بودن روان درمانی یکپارچه نگر پیشنهاد می شود که مشاوران و درمان گران از این روش درمانی که در دسترس، کم هزینه، کاربردی و اثربخش هستند برای کاهش وزن و مشکلات روان شناختی افراد مبتلا به چاقی استفاده کنند.

### نتیجه گیری:

به طور کلی این پژوهش نشان داد که رویکرد یکپارچه نگر بر تصویر بدنی و خوردن آگاهانه و رضایت از درمان و درمانگر زنان چاق تاثیر معنی داری داشته است، بدین معنی که با روان درمانی یکپارچه نگر ممکن است بتوان به زنان چاق کمک کرد تا تصویر بدنی منفی خود را کاهش دهند و به تغییر در نگرش های خوردن بینجامد و نیز موجب افزایش رضایت از درمان شود.

### تشکر و قدردانی:

بدین وسیله نویسندگان از کلیه مسئولین و پرسنل محترم معاونت تحقیقات و فن آوری بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زنجان و مرکز سلامت زنجان که صمیمانه در اجرای طرح همکاری کردند، کمال قدردانی را به عمل می آورند. همچنین، از تمام شرکت-کنندگانی که صبورانه در اجرای مداخلات، محققین را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاریم.

### تعارض منافع:

سهم تمامی نویسندگان در این مطالعه یکسان است و هیچگونه تضاد منافی وجود ندارد.

او در مورد مفید بودن شیوه های مقابله و مواجهه با افکار و هیجاناتش تغییر یابد و او را به سمت تجربه اصلاحی هیجانات ناخوشایند 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 [۴۱]. آگاهی افزایی، به فرد کمک می کند تا در مواجهه با افکار خودآیندی، عدم رضایت مندی و نگرانی از تصویر بدنی (که بار منفی دارند و تنظیم هیجانی را مختل می سازند)، ثبات هیجانهای حفظ شود. همچنین، افزایش توجه و آگاهی نسبت به هیجانات و اندیشه ها نیز موجب می شود که افراد به عملکرد رفتاری متعهدانه و مؤثر (نظم بخشی رفتار) بپردازد. از طرفی، قرار گرفتن در گروه و شنیدن تجارب درونی سایر افراد، موضع آن ها را مشخص می سازد و او را قادر می سازد تا با فاجعه سازی مقابله کند، زیرا به این مفهوم دست می یابد که او تنها دردمند این گروه نیست. این روند مداخله ای موجب امید یابی، افزایش امید و بقای آن می شود و در نهایت این توانایی را به آن ها می دهد تا با نظم بخشی رفتار (اندیشه، احساس و عملکرد به ترمیم مؤلفه های روانی آسیب دیده ناشی از چاقی دست یابد) [۴۲]. بنابراین هر یک از مؤلفه های درمانی یکپارچه نگر با جهت گیری چهار عامل مشترک می تواند نقش بسزایی در کاهش نگرانی از تصویر بدنی و بهبود خوردن آگاهانه و رضایت از درمان و درمانگر در فرایند درمان داشته باشند. تحقیق حاضر همانند سایر تحقیقات دارای برخی محدودیت ها بود. از جمله اینکه نمونه های این پژوهش شامل زنان چاق بدون مشکلات سلامتی در شهر زنجان بود و به دلیل تک جنسیتی بودن شرکت کنندگان این پژوهش در تعمیم یافته ها به سایر گروه های سنی (کودکان و نوجوانان)، مردان، افراد چاقی با سایر مشکلات سلامتی (روانی- جسمی) باید جانب احتیاط

## References:

1. Iceta, S., et al., Ghrelin concentration as an indicator of eating-disorder risk in obese women. *Diabetes & metabolism*, 2019. 45(2): p. 160-166.
2. van den Akker, K., G. Schyns, and A. Jansen, Altered appetitive conditioning in overweight and obese women. *Behaviour research and therapy*, 2017. 99: p. 78-88.
3. Godfrey, K.M., et al., Heart rate variability and emotion regulation among individuals with obesity and loss of control eating. *Physiology & behavior*, 2019. 199: p. 73-78.
4. Drieberg, H., et al., An examination of direct, indirect and reciprocal relationships between perfectionism, eating disorder symptoms, anxiety, and depression in children and adolescents with eating disorders. *Eating behaviors*, 2019. 32: p. 53-59.
5. Wellman, J.D., et al., Sex differences in the relationships among weight stigma, depression, and binge eating. *Appetite*, 2019. 133: p. 166-173.
6. Latner, J.D. and E.C. Stefano, Obesity Stigmatization and the Importance of the Research of AJ Stunkard. *Current obesity reports*, 2016. 5(1): p. 121-125.
7. Nayir, T., et al., Does body image affect quality of life?: A population based study. *PLoS one*, 2016. 11(9): p. e0163290.
8. Grogan, S., *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. 2016: Routledge.

9. Vittengl, J.R., Mediation of the bidirectional relations between obesity and depression among women. *Psychiatry research*, 2018. 264: p. 254-259.
10. O'Reilly, G.A., et al., Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. *Obesity reviews*, 2014. 15(6): p. 453-461.
11. Miller, C.K., Mindful eating with diabetes. *Diabetes Spectrum*, 2017. 30(2): p. 89-94.
12. Butryn, M.L., et al., Mindfulness and its relationship with eating disorders symptomatology in women receiving residential treatment. *Eating behaviors*, 2013. 14(1): p. 13-16.
13. Lattimore, P., et al., '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 research*, 2017. 247: p. 163-171.
14. Pintado, S. and P. Rodríguez, Mindful Eating and its relationship with body mass index, binge eating, anxiety and negative affect. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2017. 8(2).
15. Fortin, M., J.-M. Bamvita, and M.-J. Fleury, Patient satisfaction with mental health services based on Andersen's Behavioral Model. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2018. 63(2): p. 103-114.
16. Lin, F.-H., et al., Empirical research on Kano's model and customer satisfaction. *PloS one*, 2017. 12(9): p. e0183888.
17. Tryon, G.S., Goals and psychotherapy research. Working with goals in counselling and psychotherapy, 2018: p. 87-109.
18. Geller, J., et al., Social support satisfaction in adults with eating disorders: Does stance matter? *International Journal of Eating Disorders*, 2017. 50(7): p. 842-846.
19. Petroni, M.L., et al., Long-term treatment of severe obesity: are lifestyle interventions still an option? Expert review of endocrinology & metabolism, 2017. 12(6): p. 391-400.
20. Thorne, F.C., Principles of personality counseling: an electric viewpoint. 1950.
21. Kashani, F.L., et al., Effectiveness of four-factor psychotherapy in decreasing distress of women with breast cancer. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2014. 159: p. 214-218.
22. Divac Jovanovic, M. and D. Svrakic, Integrative treatment of personality disorder. Part I: Psychotherapy. *Psychiatria Danubina*, 2017. 29(1): p. 2-13.
23. Shamkoeyan, L., et al., The Effectiveness of Integrative psychotherapy on Body Image in women with systemic sclerosis (Scleroderma). *Razi Journal of Medical Sciences*, 2018. 25(6): p. 63-75.
24. Haliburn, J., J. Stevenson, and S. Halovic, Integration in the psychodynamic psychotherapy of severe personality disorders: The Conversational Model. *Journal of personality disorders*, 2018. 32(1): p. 70-86.
25. Leuteritz, K., 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. 24(6): p. 765-773.
26. Abreu, L., et al., Distributed health literacy among people living with type 2 diabetes in Portugal: Defining levels of awareness and support. *Health & social care in the community*, 2018. 26(1): p. 90-101.
27. Awad, A.G. and L.N. Voruganti, Body weight, image and self-esteem evaluation questionnaire: development and validation of a new scale. *Schizophrenia research*, 2004. 70(1): p. 63-67.
28. Framson, C., et al., Development and validation of the mindful eating questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, 2009. 109(8): p. 1439-1444.
29. PONDEH, N.A.A., Y.A. ATTARI, and D. HOSSEIN, FACTORIAL STRUCTURE AND RELIABILITY OF EATING MINDFULLY QUESTIONNAIRE (EMQ) AMONG MARRIED WOMEN WITH OVERWEIGHT AND OBESITY. 2018.
30. Attkisson, C.C. and T. Greenfield, The client satisfaction questionnaire (CSQ) scales. Outcome assessment in clinical practice. Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1995: p. 2-10.
31. Sanaei, B., A. Hooman, and S. Alaghmand, Family and marriage measurement scales. Tehran: Besat Publications, 2008.
32. Asem, F.M., F.L. Kashani, and S. Vaziri, The effectiveness of four-factor therapy: the relationship of therapy, therapy expectation, increasing awareness and ordered behavior on reducing marriage conflicts. *Academic journal of interdisciplinary studies*, 2017. 6(2): p. 119-127.
33. Haider Ali, H. Statistical inference in behavioral research. Tehran: Samt publication. 2004.
34. Velotta, N. and P. Schwartz, Developing an Integrative Approach to Female Sexual Desire: The Advances and Drawbacks of Relational and Bodily Experiences Theory. *Archives of sexual behavior*, 2019. 48(6): p. 1715-1718.
35. Wu, B., et al., An integrative approach to investigate the association among high-sensitive C-reactive protein, body fat mass distribution, and other cardiometabolic risk factors in young healthy women. *Methods*, 2018. 145: p. 60-66.
36. Dunn, C., et al., Mindfulness approaches and weight loss, weight maintenance, and weight regain. *Current obesity reports*, 2018. 7(1): p. 37-49.
37. Warren, J.M., N. Smith, and M. Ashwell, A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutrition research reviews*, 2017. 30(2): p. 272-283.
38. Hanson, P., et al., Application of mindfulness in a tier 3 obesity service improves eating behavior and facilitates successful weight loss. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2018. 104(3): p. 793-800.
39. Munir Khan, M. and N. Beail, Service user satisfaction with individual psychotherapy for people with intellectual disabilities. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 2013. 7(5): p. 277-283.
40. von Schoen-Angerer, T., et al., Acceptance, satisfaction and cost of an integrative anthroposophic program for pediatric respiratory diseases in a Swiss teaching hospital: An implementation report. *Complementary therapies in medicine*, 2018. 40: p. 179-184.
41. Akbari, M., F. Lotfi Kashani, and S. Vaziri, The efficacy of four-factor psychotherapy on increasing



sexual self-esteem in breast cancer survivors. Iranian Journal of Breast Disease, 2017. 10(1): p. 48-60.  
42.Klainin-Yobas, P., et al., Examining the predicting effect of mindfulness on psychological well-being

among undergraduate students: A structural equation modelling approach. Personality and Individual Differences, 2016. 91: p. 63-68.

## The effect of Integrative Psychotherapy on Body Image, Mindful Eating and Satisfaction of Therapy and Therapist in Obese women

Khadijeh Babakhani<sup>1</sup>, Shahram Vaziri<sup>2\*</sup>, Biuok Tajeri<sup>3</sup>, Farah lotfikhani<sup>4</sup>  
Tahereh ranjbarpour<sup>5</sup>

Received: 28.07.2019

Revised: 2020.01.08

Accepted: 2020.01.07

1. PhD Student in Health Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj Iran
4. Associate Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran
5. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj Iran

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.17, No.3, Fall 2019

Pars J Med Sci 2019;17(3):7-16

### Abstract:

#### Introduction:

Nowadays, obesity is one of the health problems and risk factors for many diseases and with increasing prevalence of obesity necessary to prioritize effective psychological strategies to deal with this problem. The purpose of this study was to determine the effect of intervention integrative psychotherapy on body image, mindful eating, and satisfaction of treatment and therapist in obese individuals.

#### Materials and Methods:

This quasi-experimental study with pre- and post-test design with control group and follow-up structure was performed 3 months after intervention. Thirty obese women were selected and randomly divided into two groups; intervention (n = 15) and control (n = 15). Intervention of training was done in nine session of 90 minutes for experimental group and the control group received any intervention. Body image, mindful eating and satisfaction of treatment and therapist questionnaires, were used for data collection before and after the intervention. Co-variance test were used for statistical analysis of data.

#### Results:

Findings of the analysis of variance indicated that there is a significant difference in body image and mindful eating and satisfaction with therapy and therapist after intervention between two groups. There were no difference the mean values of the variables (body image, mindful eating, satisfaction with therapy and therapist) at pre-test phase between two study groups, but in post-test and follow-up phases there was a significant difference (p= 0.001) and improvement was observed. The difference of mean values of two groups in body image at post- test and follow-up phase respectively was 8.40 and 6.260 scores, in mindful eating variable was -28.86 and -32.33 scores, follow-up phase and for satisfaction of therapy and therapist variable was 2.53 and 4.80 scores.

#### Conclusion:

Integrative psychotherapy can affect the body image, mindful eating and satisfaction of therapy and therapist of people and by using this method, the attitudes of obese women may be able to changed and improve.

**Keywords:** Psychotherapy, Integrative, Obesity

\* Corresponding author Email: