



Effectiveness of Multidimensional Spiritual Therapy with a Focus on Weight Loss and its effect on Emotional Stability, Self-Control, and Body Mass Index in Overweight Women

Mina Shamsolahrari, Ph.D

Psychology, Shahroud Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran

Shahnaz Nouhi, Ph.D

Assistant Professor of Psychology, Shahroud Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.

Ahmad Alipour, Ph.D

Professor of Psychology, South Tehran Branch, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Abstract

The aim this study was effectiveness of multidimensional spiritual therapy with a focus on weight loss and its effect on emotional stability, self-control, and body mass index in overweight women. The research method was quasi-experimental with pre-test and post-test design with two experimental and control groups. The statistical population of all obese and overweight women referred to the Counseling and Psychology Clinic in District 3 of Tehran in 1398, and among them, 30 people were selected using the available sampling and were replaced in two experimental and control groups. The Cattle Questionnaire (1973) was then completed by both groups, and both height and weight were measured. After that, a multidimensional spiritual therapy program with a focus on weight loss was implemented on the experimental group. The post-test was then performed. Data were analyzed using SPSS software version 24 and covariance analysis method. The findings showed that multidimensional spiritual therapy with a focus on weight loss increased emotional stability and self-control, and decreased body mass index ($P = 0.001$). Therefore, it can be said that teaching weight loss methods, if accompanied by the element of spirituality, can both affect weight loss and affect the regulation of emotions.

Keywords: spiritual multidimensional therapy, emotional stability, self-control, body mass index, overweight women

اثربخشی درمان چندبعدی معنوی با محوریت کاهش وزن بر پایداری هیجانی، خودمهارگری و شاخص توده بدنی زنان فزون وزن

مینا شمس الاحراری

دکتری روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

شهناز نوحی*

استادیار گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

احمد علیپور

استاد گروه روانشناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

چکیده

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان چندبعدی معنوی با محوریت کاهش وزن بر پایداری هیجانی، خودمهارگری، و شاخص توده بدنی زنان فزون وزن بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری کلیه زنان چاق و دارای اضافه وزن مراجعه کننده به کلینیک مشاوره و روانشناسی در منطقه ۳ تهران در سال ۱۳۹۸ بود و از بین آنها با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. سپس پرسشنامه شانزده عاملی شخصیت کتل (۱۹۷۳) توسط هر دو گروه تکمیل شد و اندازه‌گیری قد و وزن از هر دو گروه به عمل آمد. پس از آن برنامه درمان چندبعدی معنوی با محوریت کاهش وزن به صورت ۱۳ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش و سپس پس‌آزمون اجرا شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 و روش تحلیل کوواریانس تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد درمان چندبعدی معنوی با محوریت کاهش وزن موجب افزایش پایداری هیجانی و خودمهارگری و کاهش شاخص توده بدنی می‌شود ($P < 0.001$)؛ بنابراین می‌توان گفت آموزش روش‌های کاهش وزن اگر با عنصر معنویت همراه باشد، می‌تواند هم در کاهش وزن و هم بر تنظیم هیجانات تأثیر داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: درمان چندبعدی معنوی، پایداری هیجانی، خودمهارگری، شاخص توده بدنی، زنان فزون وزن

مقدمه

از سوی دیگر پژوهش‌ها نشان داده است چاقی به مشکلات ناشی از عدم خودمهارگری مربوط می‌شود (Bato, Osborne & Wang, 2019). خودمهارگری عبارت است از توانایی تنظیم و مهار تعمدی، هشیار و نیازمند به تلاش تمایلات، رفتارها، افکار و هیجانات خویش به گونه‌ای که مستلزم متوقف نمودن هدفی برای رسیدن به هدفی با سودمندی طولانی مدت‌تر و رساندن خود تا حد معیارهایی چون آرمان‌ها، ارزش‌ها و انتظارات اجتماعی (Kross & Mischel, 2010). در حالی که بسیاری از مکانیزم‌های بدنی تنظیم وزن که ارزش تکاملی دارند می‌کوشند فرد را به سمت مصرف مواد غذایی بیشتر به منظور افزایش ذخایر بدن برای زنده ماندن در شرایط سخت سوق دهند، مکانیزم‌های خودمهارگری بر اساس شناخت علائم گرسنگی، درک و تفسیر موقعیت، توجه به قضاوت‌های دیگران و تلاش آگاهانه برای حفظ رژیم غذایی و وزن متناسب، میزان و نحوه خوردن فرد را تنظیم می‌کنند و بر وسوسه فرد برای خوردن غلبه می‌کنند و ارضا را به تعویق می‌اندازند (Devin & Lawlis, 2004; Hesketh, Wake & Waters, 2019).

همچنین در سال ۲۰۱۷ تخمین زده شد که بیش از ۱٫۹ میلیارد بزرگسالان در سراسر جهان دارای شاخص توده بدنی بزرگتر از ۳۰ بودند (World Health Organization, 2017). چاقی بسته به نوع آن به طرق مختلف ارزیابی می‌شود. اندازه‌گیری وزن و شاخص توده بدنی (Body Mass Index) به عنوان شاخص ارزیابی چاقی عمومی (محیطی) و اندازه‌گیری دور کمر، نسبت دور کمر به قد و نسبت دور کمر به دور باسن، منعکس‌کننده چاقی مرکزی (چاقی شکمی) هستند (Smith, Mittendorfer & Klein, 2019). رایج‌ترین روش سنجش برای ارزیابی چاقی، اضافه‌وزن و لاغری شاخص توده بدنی (Body mass index) است که از تقسیم وزن بر حسب کیلوگرم بر مجذور قد بر حسب متر دست می‌آید (Amirizadeh, ShakeriNejad, Shahri & SakiMalehi, 2015).

از سویی دیگر پزشکان و متخصصان سلامت روان در حال یافتن شواهد بیشتری درباره ارتباط بین زندگی معنوی افراد با سلامت جسمی و روانی‌اند؛ به این معنا که اعتقادات مذهبی

اضافه‌وزن (Overweight) و چاقی (Obesity) مرتباً در سراسر جهان در حال افزایش است و زنان را در همه سنین و گروه‌های نژادی تحت تأثیر قرار می‌دهد. بیش از یک سوم بزرگسالان آمریکایی در دسته چاقی قرار دارند؛ به این معنا که آن‌ها دارای شاخص توده بدنی بزرگتر از ۳۰ هستند (Tomiyama, 2019).

از طرفی چاقی شرایطی پیچیده، پرهزینه و چندوجهی است که پرخوری عامل معنادار مؤثری در پیدایش آن است. رفتارهای پرخوری شناخته شده به طور معناداری با چاقی مرتبطند؛ رفتارهایی از قبیل خوردن هیجانی، خوردن تکانشی، عدم خودداری در غذا خوردن و عدم خودداری شناختی در غذا خوردن، به طوری که معمولاً عاطفه منفی با الگوهای خوردن ناسالم مرتبط است. پرخوری عمدتاً در واکنش به هیجان‌های منفی اتفاق می‌افتد؛ این تغییرات در رفتارهای غذا خوردن ممکن است منجر به برهم ریختن الگوهای غذا خوردن و افزایش وزن شود (Faith, Allison & Geliebter, 1997)؛ پس هیجان‌ها رفتارهای غذا خوردن را تغییر می‌دهند چنانچه تحقیقات نشان داده‌اند: القاء هیجان‌های منفی به افزایش مصرف غذا منجر می‌شود که احتمالاً تلاشی است برای کاستن عواطف منفی (Telch., Agras. & Linehan, 2001). پایداری هیجانی یکی از ویژگی‌های شخصیتی و مفهومی است که به عنوان شاخص سلامت روانی همواره در ارزیابی‌های روان‌شناختی مد نظر بوده است. ثبات هیجانی و نوروژگرای عمومی یا بی‌ثباتی هیجانی را باید دو سوی یک پیوستار به حساب آورد. فردی که از لحاظ هیجانی ناپایدارتر باشد، احتمال بیشتری وجود دارد که دارای باورهای غیرمنطقی بوده و قدرت کمتری در کنترل تکانه‌های خود از جمله خوردن داشته باشد و درجه انطباق ضعیف‌تری با دیگران و محیط از خود نشان دهد. البته در زندگی همه، موقعیت‌هایی وجود دارد که چنین احساسات منفی‌ای را تجربه می‌کنند؛ اما اگر این حالات به صورت اختلال‌های روانی درآیند، نوع، تعداد، شدت و طول مدت آن‌ها به حدی می‌رسند که به جریان بهنجار زندگی و سلامت روانی فرد آسیب می‌رسانند (Abbasi & Janbozorgi, 2010).

2015 در پژوهش خود با عنوان «اثر بخشی معنویت‌درمانی بر تعدیل خوردن هیجانی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و معنویت در دختران نوجوان چاق» نشان دادند که معنویت‌درمانی بر کاهش شاخص توده بدنی، تعدیل خوردن هیجانی، بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و ارتقاء معنویت دختران نوجوان چاق اثر معناداری دارد. همچنین پارک (Park, 2014) با هدف معنادرمانی که بر روی سلامت روان و کاهش هیجان‌های منفی انجام شد نشان داد که منابع روانشناختی که مذهب/ معنویت فراهم می‌کند، باعث تجربه هیجان‌های مثبت بیشتر و هیجان‌های منفی کمتر است. این فواید روانشناختی مذهب/ معنویت بر عملکردهای ایمنی، التهابی، غدد درون‌ریز و خودکار که خود سلامت روان را افزایش می‌دهند، تأثیر می‌گذارند.

همان‌طور که بیان شد؛ از آنجا که شیوع و بروز چاقی رو به افزایش است و نیز با وجود مطالعات فراوان دال بر اثربخشی درمان‌های معنوی و دین‌محور در کاهش و رفع مشکلات روان‌شناختی، خلأ رویکردهای درمانی با ویژگی کوتاه‌مدت بودن، کاملاً دین‌محور بودن و معتقد به اصیل بودن بعد معنوی انسان، به صورت جدی وجود دارد. در این میان، الگوی درمانگری چندبعدی معنوی از جان‌بزرگی (Janbozorgi, 2015 a) با ویژگی‌های قابل توجه خویش؛ یعنی «اصالت دادن به بعد معنوی انسان» و «کاملاً برگرفته شده از متون دینی» و همخوان با منابع علمی و فرهنگ اسلامی ایرانی» در جوامع علمی در موضوع درمان چندبعدی معنوی با محوریت کاهش وزن و ارزیابی اثربخشی آن بر شاخص‌های زیستی، روانی و معنوی زنان فزون وزن مطرح شده است.

با توجه به موارد گفته‌شده در این پژوهش فرضیه‌های زیر بررسی شد:

فرضیه اول: درمان چندبعدی معنوی با محوریت کاهش وزن بر پایداری هیجانی زنان فزون‌وزن تأثیر دارد.

فرضیه دوم: درمان چندبعدی معنوی با محوریت کاهش وزن بر خودمهارگری زنان فزون‌وزن تأثیر دارد.

فرضیه سوم: درمان چندبعدی معنوی با محوریت کاهش وزن بر شاخص توده بدنی زنان فزون‌وزن تأثیر دارد.

عملاً در خدمت سلامت روانی و جسمی‌اند. تحقیقات مختلف نشان می‌دهد، مذهبی بودن و معنویت تأثیر زیادی بر سلامت روان و جسم افراد دارد (Michael, Luckhaupt & Mrus, 2006). معنویت بخش جدایی‌ناپذیر سلامت روانی و جسمانی است (Moss, 2019). پژوهش‌های کمی در مورد ارتباط دینداری / معنویت و چاقی انجام شده است. از یک سو، دینداری و معنویت با بهبود پیامدهای سلامتی همراه است که می‌تواند نشان دهد دینداری باعث کاهش بروز چاقی می‌شود. مشارکت در گروه‌های مذهبی با آموزه‌های دینی زندگی سالم، ممکن است با ارتقاء رفتارهای بهداشتی از جمله کاهش مصرف الکل و افزایش فعالیت بدنی با پایین آمدن چاقی همراه باشد (Kim, Linnan & Campbell, 2008).

گستره‌هایی از مداخلات معنوی در پژوهش‌های مختلف به کار رفته و اثربخشی آنها در اختلالات گوناگون به ثبات رسیده است مانند مدیتیشن، خواندن نوشته‌های متون مقدس، بخشودگی، توبه، عبادات، مناسک و آموزش‌های اخلاقی. نتایج پژوهش‌های مختلف نیز نشان داده که مداخلات معنوی می‌تواند در حوزه‌های افسردگی، الکلیسم، اضطراب، اختلالات خوردن، خشم، عدم بخشودگی و رضایت زناشویی مؤثر واقع شود (Janbozorgi, 2017). در این میان رویکردی نوظهور با عنوان درمان چندبعدی معنوی (Spiritual Multidimensional Therapy) که در آن انسان را دارای دو بعد مادی و معنوی با چهار حوزه ادراکی به نام‌های مبدأ، خود، هستی و معاد می‌انگارد، مطرح شده است (Janbozorgi, 2015). نکته قابل توجه در این نظریه، ساز و کارهای درمانی حوزه‌های ادراکی بالاست؛ به این ترتیب که با فعال‌سازی درست حوزه مبدأ ادراک شده، آدمی با معنویت درگیر می‌شود زیرا فکر یقینی در مورد وجود خداوند در او شکل می‌گیرد و تصورات اشتباهی که حاصل الگوهای تربیتی و تجارب دوران تحول فرد بوده است، زدوده و پنداشت درستی از خداوند و آگاهی و ادراکی از صفات خالقیت و ربوبیت در او شکل می‌گیرد و انسان درک می‌کند که به صورت تصادفی به دنیا نیامده است و مأموریتی برای خلقت خود احساس می‌کند؛ این موضوع سبب وحدت‌یابی اعمال و رفتارهای انسان می‌شود (Janbozorgi, 2015 b)؛ به طور مثال گرایلو (Gerayloo)

روش

به دست می‌آید به طوری که حداقل و حداکثر نمره برای هر عامل به ترتیب صفر و ۸ است؛ به این ترتیب ۱۶ نمره برای ۱۶ عامل به دست می‌آید. اعتبار پرسشنامه کتل با چندین روش اعتبار محاسبه شده که همگی نشان‌دهنده اعتبار بسیار زیاد آن است. در ایران عبادی، دلاور و نجاریان (Ebadi, Delavar & Najarian, 2005) این پرسشنامه را در مورد ۵۱۳ نفر از کارکنان ادارات و سازمان‌های دولتی هنجاریابی نموده‌اند. با استفاده از تحلیل عوامل، روایی آزمون بررسی شد. بر اساس نتایج به دست آمده ارزش ویژه ۱۹ عامل بالاتر از یک بود که نشان‌دهنده وجود روایی عاملی پرسشنامه است. با روش آلفای کرونباخ، پایایی آزمون با خطای معیار اندازه‌گیری ۱/۰۱۵ برابر با ۰/۵۱ به دست آمد. در این پژوهش آلفای کرونباخ برای عامل C ۰/۷۴ و برای عامل G ۰/۸۱ به دست آمد.

از سؤال‌های این پرسشنامه می‌توان به این موارد اشاره کرد: "آیا از طرز صحبت نامؤدبانه (حتی وقتی در حضور دیگران نباشد) بدتان می‌آید؟" آیا گرایش دارید کارهایتان با تأنی و تفکر باشد؟"

ترازو و متر: برای اندازه‌گیری وزن و قد زنان جهت

محاسبه شاخص توده بدنی

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

روش اجرا به این صورت بود که پس از انتخاب افراد گروه نمونه و قبل از شروع برنامه درمانی، پرسشنامه کتل (Cattell, 1973) بین هر دو گروه توزیع و قد و وزن هر دو گروه برای محاسبه شاخص توده بدنی اندازه‌گیری شد. پس از آن برنامه آموزش برنامه درمان چندبعدی معنوی با محوریت کاهش وزن بر روی گروه آزمایش (به صورت ۱۳ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هر جلسه هفته‌ای یک بار) اجرا شد و گروه کنترل تحت هیچ برنامه درمانی قرار نگرفت. در انتها مجدداً از هر دو گروه پس-آزمون به عمل آمد. بسته درمان چندبعدی معنوی با محوریت کاهش وزن با اقتباس از رویکرد درمان چندبعدی معنوی جان-بزرگی (Janbozorgi, 2017) به صورت ۱۳ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تدوین شد. در این پژوهش از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS و روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای تجزیه و تحلیل توصیفی و استنباطی استفاده شده است. خلاصه برنامه درمان

روش پژوهش، جامعه آماری، نمونه: روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی بود و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و آزمایش بود. جامعه آماری شامل تمام زنان دارای اضافه‌وزن و چاق با $BMI < 35$ و $BMI > 25$ مراجعه‌کننده به کلینیک مشاوره و روانشناسی فاطمیه در منطقه ۳ تهران در سال ۱۳۹۸ بود که تحت هیچ مداخله کاهش وزنی قرار نداشته‌اند و از بین آن‌ها با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه شامل ۱۵ نفر) جایگزین شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل ۱- اعتقاد داشتن به وجود خدا ۲- زن بودن ۳- دارای اضافه‌وزن با $BMI > 25$ و $BMI \geq 35$ ۴- حداقل سطح تحصیلات دیپلم ۵-فاصله سنی بین ۲۵ تا ۴۵ سال و ۶- عدم شرکت هم‌زمان در مداخلات درمانی دیگر و معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل ۱- غیبت بیش از سه جلسه و ۲- عدم رعایت قوانین گروه درمانی بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه ۱۶ عاملی شخصیت کتل (Cattell Sixteen Personality Factor Questionnaire): این پرسشنامه را کتل در سال ۱۹۷۳ برای سنجش شخصیت طراحی کرد که شامل عامل A (ادواری‌خویی)، عامل B (هوش عمومی)، عامل C (پایداری هیجانی)، عامل E (سلطه‌جویی)، عامل F (سرزندگی)، عامل G (خلق استوار)، عامل H (درخودماندگی)، عامل I (حساسیت هیجانی)، عامل L (شکاکیت)، عامل M (کولی‌گر)، عامل N (ظرافت‌کاری)، عامل O (بی‌اعتمادی اضطراب‌آمیز)، عامل Q1 (محافظه‌کاری)، عامل Q2 (خودکفایی)، عامل Q3 (مهارکردن اراده) و عامل Q4 (تنش‌عصبی) است. در این پژوهش از عامل C برای اندازه‌گیری پایداری هیجانی و از عامل G برای اندازه‌گیری خودمهارگری استفاده شد. این آزمون ۱۸۷ سؤال دارد که ۱۶ عامل شخصیت را می‌سنجد که برای هر عامل ۸ ماده در نظر گرفته شده است. هر ماده دارای دو گزینه است که نمره‌گذاری آن بر اساس صفر و یک است. آزمودنی‌ها باید یکی از دو گزینه هر ماده را انتخاب کنند؛ بنابراین برای هر عامل یک نمره

چندبعدی معنوی با محوریت کاهش وزن در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. بسته درمان چندبعدی معنوی با محوریت کاهش وزن (Janbozorgi, 2017)

جلسه	شرح جلسات
۰	خوش آمدگویی، معرفی پژوهشگر و شرح اهداف پژوهش، اندازه‌گیری شاخص توده بدنی و اجرای پیش‌آزمون
۱	معارفه اعضا، بیان قوانین گروه، بررسی سابقه کاهش وزن و بیان اهداف اعضا از شرکت در این پژوهش، تعریف چاقی و اضافه‌وزن و آموزش محاسبه شاخص توده بدنی، شرح سبب‌شناسی چاقی و تأثیر آن بر حوزه‌های چهارگانه سلامت (زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی)
۲	بازبینی تکالیف و مرور جلسه قبل، تعریف معنویت، تأثیر معنویت بر بدن و هشیاری به حس‌های بدنی (خودآگاهی معنوی)، آشنایی با مفهوم عقل طبیعی-عقل اکتسابی، آموزش پایش وزن صبحگاهی و رسم نمودار کاهش وزن (خودنظارت‌گری؛ تکنیک اول)
۳	بازبینی تکالیف و مرور جلسات قبل، آشنایی با کارکردهای انواع عقل در غذا خوردن، اکتشاف موانع عقل طبیعی و راه‌های تقویت آن در هنگام غذا خوردن (نجات عقل): شناخت ساختار فکر (جلسه ۱)
۴	بازبینی تکالیف و مرور جلسات قبل، اکتشاف موانع عقل طبیعی و نجات عقل در هنگام غذا خوردن: شناخت خطاهای منطقی غذا خوردن و تغییر آنها (جلسه ۲)
۵	بازبینی و مرور تکالیف جلسه قبل، نجات عقل در هنگام غذا خوردن: شناخت و تغییر افکار میانی، اصول و قواعد منفی، شناخت و تغییر افکار بنیادین (جلسه ۳)
۶	بازبینی و مرور تکالیف جلسه قبل، آشنایی با مفهوم شروع و پایان (مبتنی بر غذا خوردن) (خودنظارت‌گری؛ تکنیک دوم)، توجه به حضور خداوند هنگام غذا خوردن (تکنیک خداآگاهی خوردن) (جلسه ۱)، آموزش تن‌آرامی قبل از غذا خوردن (جلسه ۱)
۷	بازبینی و مرور تکالیف جلسه قبل، تکنیک خداآگاهی خوردن (جلسه ۲)، ذهن‌آگاهی خوردن با استناد به آیه ۲۴، سوره عبس (جلسه ۱)، آموزش تن‌آرامی با تصویرسازی ذهنی غذا خوردن (جلسه ۲)
۸	بازبینی و مرور تکالیف جلسه قبل، ذهن‌آگاهی خوردن (تکنیک: والتسمیه، الشکر و الرضا) (جلسه ۲)، آموزش مفهوم سبک زندگی (غذا خوردن)، مدل ارزیابی معنوی مسائل زندگی (ارزیابی رفتار غذا خوردن با هویت معنوی) (جلسه ۱) و تن‌آرامی معنوی با ذکر لاحول و لا قوه الا بالله
۹	بازبینی و مرور تکالیف جلسه قبل، ذهن‌آگاهی خوردن (تکنیک: والتسمیه، الشکر و الرضا) (جلسه ۲)، آموزش مفهوم سبک زندگی (غذا خوردن)، مدل ارزیابی معنوی مسائل زندگی (ارزیابی رفتار غذا خوردن با هویت معنوی) (جلسه ۱) و تن‌آرامی معنوی با ذکر لاحول و لا قوه الا بالله
۱۰	بازبینی و مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش رفتار غذا خوردن متعادل با تأکید بر آیه ۳۱ سوره اعراف (تکنیک خودمهارگری، جلسه ۱)، آموزش مفهوم خالقیت و خلق ویژه خداوند (ارزیابی جایگاه من در دنیا)
۱۱	بازبینی و مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مفهوم تقوا و ارتباط آن با غذا خوردن (تکنیک خودکنترلی، جلسه ۲) خلق ویژه خداوند (احساس ارزشمندی، هدفمندی و یگانگی با خود) (جلسه ۲)
۱۲	آموزش مفهوم ربوبیت و اثر آن بر مسأله من (غذا خوردن)، شرح آیه ۴۷ سوره بقره و آیه ۸۸ سوره مائده
۱۳	اندازه‌گیری مجدد شاخص توده بدنی و اجرای پیش‌آزمون و جشن خداحافظی

یافته‌ها

ویژگی‌های توصیفی سن شرکت‌کنندگان در پژوهش نشان داد در مجموع ۳۰ آزمودنی (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) با میانگین سنی ۳۵/۴ سال و انحراف استاندارد سنی ۴/۳ در این پژوهش شرکت کرده‌اند. در این قسمت برای تبیین عینی و سازمان‌یافته داده‌های تحقیق و امکان مقایسه بهتر نتایج از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار استفاده شد.

جدول ۲. ویژگی‌های توصیفی تفاوت تغییر زیر مقیاس‌های متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه

گروه کنترل		گروه آزمایش		متغیر
پس‌آزمون		پس‌آزمون		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۱/۸	۶/۵	۱/۷	۸/۲	پایداری هیجانی
۱/۴	۵/۷	۱/۶	۷/۶	خودمهارگری
۳/۲	۳۴/۱	۳/۱	۳۳/۵	شاخص توده بدنی

در جدول ۲ میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل برای بررسی تفاوت‌های میانگین دو گروه آزمایش و کنترل قبل و بعد از اجرای برنامه درمان چندبعدی معنوی با محوریت کاهش وزن آورده شده است. پس از مداخله با حذف اثر پیش‌آزمون از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

جدول ۳. آزمون تحلیل کوواریانس در متغیرهای پایداری هیجانی، خودمهارگری و شاخص توده بدنی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
پایداری هیجانی	عامل	۶۲/۸	۱	۶۲/۸	۲۳/۷	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱
	عامل و گروه	۴۵/۰۶۷	۱	۴۵/۰۶۷	۱۷/۹۴۱	۰/۰۰۱	۰/۳۹۱	۰/۹۳
	خطا	۷۰/۳۳	۲۸	۲/۵۱۲				
خودمهارگری	عامل	۷۸/۹	۱	۷۸/۹	۳۲/۴	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۱
	عامل و گروه	۱۴/۰۱۷	۱	۱۴/۰۱۷	۱/۷۸۷	۰/۱۹۲	۰/۰۶	۰/۹۸
	خطا	۲۱۹/۶۶۷	۲۸	۷/۸۴۵				
شاخص توده بدنی	عامل	۷۵/۵	۱	۷۵/۵	۲۷/۱	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۰/۹۷
	عامل و گروه	۶/۶۶۷	۱	۶/۶۶۷	۱۰/۳۳۲	۰/۰۰۳	۰/۲۷	
	خطا	۱۸/۰۶۷	۲۸	۰/۶۴۵				

نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیر پایداری هیجانی بین دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پس از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۰۱$). همچنین با توجه به افزایش میانگین نمرات پایداری هیجانی در پس‌آزمون گروه آزمایش می‌توان گفت که درمان چندبعدی معنوی با محوریت کاهش وزن در گروه آزمایش نسبت به گروه

کلیدی و تعیین‌کننده در بهزیستی روانی و کارکرد اثربخش است. هیجان‌ها هم در سوابق علمی و هم در میان مردم عامی شناخته شده‌اند؛ گاهی رفتارهای خوردن از آنها مشتق می‌شوند که اغلب «خوردن هیجانی» نامیده می‌شود (Agahharis, Alipour & Janbozorgi, 2016).

در درمان چندبعدی معنوی، فعال‌سازی بعد معنوی با هدف انسجام اعمال، می‌تواند انسجام عمل انسان را بالا ببرد و مشکلات افراد را در هنگام مواجهه با اضطراب، در ابعاد مختلف عمل انسان کاهش دهد. اضطراب نتیجه ادراک تهدیدی مبهم، درونی و تعارضی است (Janbozorgi & Nouri, 2013) که انسجام عمل انسان و تسلط وی بر مشکلاتش را کاهش می‌دهد؛ در حالی که فعال‌سازی مسیر معنوی (ذکر)، آرامش در پی دارد؛ سلامت روانی فرد را افزایش می‌دهد و ثبات هیجانی ایجاد می‌کند (Janbozorgi, Faker & Janbozorgi, 2011). در این درمان فرد می‌آموزد از فعال‌سازی بعد معنوی در هنگام غذا خوردن استفاده کند (حضور خداوند در آغاز و پایان غذا خوردن)، در نتیجه می‌تواند بر هیجان‌ات خود غلبه داشته باشد و از انجام اعمال هیجانی نظیر خوردن هیجانی که نتیجه ناآگاهی به عمل است، دوری کند.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در فرضیه دوم نشان داد درمان چندبعدی معنوی با محوریت کاهش وزن، موجب افزایش خودمهارگری در زنان فزون‌وزن شده است. این مطالعه نشان‌دهنده بهبود قابل‌توجه آزمودنی‌ها در نمرات خودمهارگری، در مقایسه با ابتدای مطالعه بود ($p < 0.05$). نتایج این پژوهش با پژوهش‌های جان‌بزرگی (Janbozorgi, 2015 a)، جان‌بزرگی (Janbozorgi, 2015 b) همسوست.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت مطابق با درمان چندبعدی معنوی، عمل و تجربه انسانی، سازنده هویت او در شکل کلی است. اگر بعد معنوی فعال شود این اعمال وحدت‌یافته و نجات‌بخشند و اگر معارض، ناهمساز، غیرواقعی و یا دوسونگرانه باشند، وحدت‌نیافتگی انسان را تهدید می‌کنند؛ بنابراین اگر در هنگام انجام هر عملی، حتی غذا خوردن، مکانیزم‌های معنوی که عمدتاً شامل هشباری، خودآگاهی و ...

کنترل، موجب افزایش پایداری هیجانی در زنان فزون‌وزن می‌شود؛ بنابراین فرضیه اول تأیید شد.

همچنین نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیر خودمهارگری بین دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پس از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.001$). همچنین با توجه به افزایش میانگین نمرات خودمهارگری در پس‌آزمون گروه آزمایش می‌توان گفت که درمان چندبعدی معنوی با محوریت کاهش وزن در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، موجب افزایش خودمهارگری در زنان فزون‌وزن می‌شود؛ بنابراین فرضیه دوم نیز تأیید شد. از سوی دیگر نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیر شاخص توده بدنی نیز بین دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پس از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.001$). همچنین با توجه به کاهش میانگین شاخص توده بدنی در پس‌آزمون گروه آزمایش، می‌توان گفت درمان چندبعدی معنوی با محوریت کاهش وزن در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، موجب کاهش شاخص توده بدنی در زنان فزون‌وزن می‌شود؛ بنابراین فرضیه سوم نیز تأیید شد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان چندبعدی معنوی با محوریت کاهش وزن بر پایداری هیجانی، خودمهارگری و شاخص توده بدنی زنان فزون‌وزن بود. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در فرضیه اول نشان داد درمان چندبعدی معنوی با محوریت کاهش وزن، موجب افزایش پایداری هیجانی در زنان فزون‌وزن شده است. این مطالعه نشان‌دهنده بهبود قابل‌توجه آزمودنی‌ها در نمرات پایداری هیجانی، در مقایسه با ابتدای مطالعه بود ($p < 0.05$). نتایج این پژوهش با پژوهش‌های جان‌بزرگی (Janbozorgi, 2015 a)، جان‌بزرگی (Janbozorgi, 2015 b) همسوست.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت هیجان‌ات به منزله فرآیندهای درونی و بیرونی‌اند که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارد؛ بنابراین می‌توان گفت، پایداری هیجان، عاملی

گروه بیماران بستری در بیمارستان، مردان و ... به راحتی امکان پذیر نیست و این کار باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین با توجه به اینکه نمونه مورد مطالعه در دسترس بوده است؛ بنابراین در تعمیم نتایج به نمونه‌های بالینی نیز باید احتیاط کرد. از طرفی نداشتن دوره پیگیری از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است؛ در نتیجه پیشنهاد می‌شود پژوهشگران بعدی دوره پیگیری بلندمدت‌تری را برای سنجش اثر طولانی مداخله در نظر بگیرند. همچنین با توجه به اینکه تنها یک مرکز برای اجرای پژوهش انتخاب شده است؛ در نتیجه پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های دیگر از مراجعان چندین مرکز روانشناختی به عنوان اعضای گروه نمونه استفاده شود.

همچنین از آنجایی که الگوی درمانگری چندبعدی معنوی، به نوعی نخستین نظریه جامعی است که به صورت کامل با فرهنگ ایرانی - اسلامی همخوان است و اصول و استانداردهای علمی کاملاً در آن رعایت شده است؛ پس پیشنهاد می‌شود بر حمایت از این گونه نظریات که به افزایش اعتماد به نفس اندیشمندان مشاور و روانشناسان داخلی در تئوری پردازی‌های مرتبط می‌انجامد، تأکید ویژه‌ای شود.

منابع

- Abbasi, M., & Janbozorgi, M. (2010). The relationship between the dimensions of religious orientation and emotional stability. *Psychology and religion*, 11, 5-18.
- Agagharis, M., Alipour, A., Janbozorgi, M., Mousavi, A., & Nouhi, SH. (2016). Comparison of the effect of lifestyle therapy-based therapy group and cognitive therapy group on weight management and improving the quality of life of overweight women. *health Psychology*, 1(1), 68-80.
- Amirizadeh, S., ShakeriNejad, GH., Shahri, P., & SakiMalehi, A. (2015). Application of self-efficacy theory in nutrition education and weight control for high school girls who are obese and overweight. *Journal of Health Education and Health Promotion*, 4(2), 139-148.
- Bato, Y., Osborne, M., & Wang, E. (2019). Obesity and Self Control: Evidence from Food Purchase

است فعال شوند، شخصیت به شکل بهنجار و متعادل عمل می‌کند زیرا در حالت تسویه و هشیاری (خودآگاهی) و تعادل نظام ارزشیابی معنوی با حرمت خود عمل می‌کند؛ خودمهارگری در چارچوب آنچه با طبیعت اصیل معنوی سازگار است قرار می‌گیرد (Janbozorgi, 2015 a).

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در فرضیه سوم نیز نشان داد درمان چندبعدی معنوی با محوریت کاهش وزن، موجب کاهش شاخص توده بدنی در زنان فزون‌وزن شده است. این مطالعه نشان‌دهنده بهبود قابل توجه آزمودنی‌ها در نمرات شاخص توده بدنی، در مقایسه با ابتدای مطالعه بود ($p < 0.05$). نتایج این پژوهش با پژوهش‌های گرایلو (Gerayloo, 2015)، جان‌بزرگی (Janbozorgi, 2015 b) همسوست؛ بنابراین برای تبیین این یافته باید گفت با توجه به محتوای مطالب ارائه شده در جلسات درمان چندبعدی معنوی با محوریت کاهش وزن، می‌توان احتمال داد که استفاده از راهبردهایی مانند خودنظارت‌گری و خودکنترلی در غذاخوردن، آموزش ذهن آگاه در خوردن منطبق با آیات قرآن، مدیریت خوردن و تنظیم وعده‌ها، می‌تواند به طور مستقیم بر سبک ناکارآمد غذاخوردن تأثیر گذاشته و از این طریق به تعدیل انرژی دریافتی و کاهش شاخص توده بدنی آزمودنی‌های گروه آزمایش منجر شوند؛ از سوی دیگر شکرگزاری و آموزش تنش‌زدایی که از مؤلفه‌های دیگری است که در جلسات چندبعدی معنوی با محوریت کاهش وزن مورد تأکید قرار گرفت، می‌تواند به طور قابل ملاحظه‌ای با افزایش عاطفه مثبت همچنین بهبود مقابله با استرس در آزمودنی‌ها در ارتباط باشند؛ بنابراین می‌توان کاهش شاخص توده بدنی آزمودنی‌های گروه آزمایش را از لحاظ روان‌شناختی نیز تبیین کرد؛ به گونه‌ای که کاهش آشفته‌گی‌های روان‌شناختی باعث اعمال محدودیت شناختی بیشتر روی دریافت انرژی، عدم مهارگیختگی در غذا خوردن و بهبود ادراک گرسنگی شده و از این رهگذر به کاهش شاخص توده بدنی زنان فزون‌وزن منجر شود (Gerayloo, 2015).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش این است که نمونه این پژوهش فقط شامل زنانی بود که برای دریافت خدمات به کلینیک تغذیه مراجعه کردند؛ بنابراین تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر مانند کسانی که داوطلب دریافت این خدمات نیستند،

- Data. Available at
 SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3260896> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3260896>
- Cattle, R.B. (1973). Personality pinned down. *Psychology today*, 7,40-4.
- Devin, A., & Lawlis, T. (2019). Nutrition and Vulnerable Groups. *Nutrients*, 11(5), 1066.
- Ebadi, Gh., Delavar, A., & Najarian, B. (2005). Standardization of the 16-factor questionnaire of Kattel Form E character in Ahvaz city. *Knowledge and research in psychology*, 26, 17-36
- Faith, M. S., Allison, D. B., & Geliebter, A. (1997). *Emotional eating and obesity: Theoretical considerations and practical recommendation*. In S. Dalton (Ed.) *Overweight and weight management: The health professional's guide to understanding and practice*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.
- Gerayloo, Kh. (2015). *The effectiveness of spiritual therapy on emotional adjustment, quality of life related to health and spirituality in obese girls*, M.Sc. Thesis, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Shahroud Branch
- Hesketh, K., Wake, M., & Waters, E. (2004). Body mass index and parent-reported self-esteem in elementary school children: evidence for a causal relationship. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 28(10), 1233-1237
- Janbozorgi, M. (2015 a). Multidimensional spiritual therapy: the possibility of explaining psychological phenomena (health and disorder) with the spiritual structures of personality based on religious sources. *Clinical Psychology and Personality*, 14(2), 173-189.
- Janbozorgi, M. (2015 b). Multidimensional Psychotherapy: Activating Spiritual Action and Its Effectiveness on the Psychological Problems of Anxious Clients. *Research on Islamic Psychology*, 2(3), 8-39.
- Janbozorgi, M. (2017). *Multidimensional spiritual psychotherapy techniques*. Tehran: Hozeh and University Research Institute Publications
- Janbozorgi, M., & Nouri, N. (2013). *Fundamental Theories of Psychotherapy and Counseling*. Tehran: Organization for the Study and Compilation of University Humanities Books (Samt)
- Janbozorgi, M., Faker, H., & Janbozorgi, A. (2011). Assessment of psycho-spiritual development in the therapy of religious clients. *Studies in Islam and Psychology*, 5(8), 7-49
- Kim, KH., Linnan, L., Campbell, MK., Brooks, C., Koenig, HG., & Wiesen, C. (2008). The WORD (wholeness, oneness, righteousness, deliverance): a faith-based weight-loss program utilizing a communitybased participatory research approach. *Health Educ Behav*, 35(5), 634-5
- Kross, E., & Mischel, W. (2010). *From stimulus control to self-control: Toward an integrative understanding of the processes underlying willpower*. Oxford University Press
- Michael, SY., Luckhaupt, SE., Mrus, JM., Mueller, CV., Peterman, AH., Puchalski CM., & et al. (2006). Religion, spirituality, and depressive symptoms in primary care house officers. *Ambulatory Pediatrics*, 6(2), 84-90
- Moss, H. (2019). Music Therapy, Spirituality and Transcendence (Category: Theoretical study). *Nordic Journal of Music Therapy*, 35(3), 1-22.
- Park, C.L. (2014). "Meaning, Spirituality, and Health: A Brief Introduction". Dio: 10.7213/revistapistispraxis.06.001.DS01.
- Smith, G., Mittendorfer, B., & Klein, S. (2019). Metabolically healthy obesity: Facts and fantasies. *Washington University School of Medicine*, 129(10), 3978-3989.
- Telch, C.F., Agras, W.S., & Linehan, M.M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1061-1065.
- Tomiyama, AJ. (2019). Stress and Obesity. *Annual Review of Psychology*, 70, 51-66.
- World Health Organization, WHO.(2017). Obesity: preventing and managing the global epidemic–report of WHO consultation. PartI. [on-line]. Available:<http://whqlibdoc.who.int/trs>