



Effect of Family-Based Weight Loss Training on Obesity Stigma and Family Function of Overweight Women

Amir Pirayehs, PhD Student

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

Shahnaz Nouhi, Ph.D

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

Mahboobe Taher, Ph.D

Associate Professor, Department of Psychology, Shahroud Branch, Islamic Azad University, Shahroud, Iran.

Hakime Aghae, Ph.D

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

Abstract

The purpose of this study was to investigate effect of family-based weight loss training on obesity stigma and family function of overweight women. The research method was quasi-experimental using pre-test and post-test with two experimental and control groups. The statistical population was all overweight and obese women with $25 < BMI < 35$ referring to Tehran health centers in district 18 of Tehran in 1397 and among them 30 were selected using available sampling They were randomly assigned to the experimental and control groups. Then, the Obesity Stigma questionnaire of Lilliz et al. (2010) and the Epstein, Baldwin and Bishab (1983) Family Function questionnaires were completed by both groups. Then, the family pattern based weight loss training program was administered to the experimental group. Then the post-test was performed. Data were analyzed by SPSS software using covariance analysis. Findings showed that weight-based education based on family pattern reduced obesity stigma and increased family function ($P = 0.001$). Therefore, it can be said that training in weight loss techniques, if accompanied by family involvement and involvement, can influence the type of eating behavior and lifestyle.

Keywords: family-based weight loss training, obesity stigma, family function, overweight women

اثربخشی آموزش کاهش وزن مبتنی بر خانواده بر داغ ناشی از چاقی و کارکرد خانواده زنان فزون‌وزن

امیر پیرایش

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

شهناز نوحی*

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

محبوبه طاهر

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

حکیمه آقایی

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

چکیده

هدف پژوهش اثربخشی آموزش کاهش وزن مبتنی بر خانواده بر داغ ناشی از چاقی و کارکرد خانواده زنان فزون‌وزن بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری کلیه زنان دارای اضافه‌وزن و چاقی با $25 < BMI < 35$ مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت شهرداری منطقه 18 شهر تهران در سال 1397 بود و از بین آنها با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس 30 نفر انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. سپس پرسشنامه‌های داغ ناشی از چاقی لیلیز و همکاران (2010) و کارکرد خانواده اپستاین، بالدوین و بیساب (1983) توسط هر دو گروه تکمیل شد. پس از آن برنامه آموزش کاهش وزن مبتنی بر الگوی خانواده بر روی گروه آزمایش اجرا شد. سپس پس‌آزمون اجرا شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار اسپس اس اس نسخه 24 و روش تحلیل کوواریانس تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد آموزش کاهش وزن مبتنی بر الگوی خانواده محور موجب کاهش داغ ناشی از چاقی و افزایش کارکرد خانواده و زیرمقیاس‌های آنها می‌شود ($P=0/001$). بنابراین آموزش روش‌های کاهش وزن اگر با مشارکت و درگیر کردن خانواده همراه باشد می‌تواند بر نوع رفتار غذا خوردن و سبک زندگی مؤثر واقع شود.

کلیدواژه‌ها: آموزش کاهش وزن مبتنی بر الگوی خانواده

محور، داغ ناشی از چاقی، کارکرد خانواده، زنان فزون‌وزن

مقدمه

در دهه‌های اخیر چاقی (Obesity) و اضافه‌وزن (Overweight) به‌عنوان تهدیدی جدی در سراسر جهان معرفی شده است. چاقی (به‌ویژه چاقی بالاتنه) با شیوع بیماری‌های مزمن مانند دیابت نوع 2، پرفشاری خون و بیماری‌های قلبی-عروقی همراه است (Nora, Guimarães, Almeida, Martins & Gonçalves, 2014). بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (The World Health Organization, 2017)، اضافه‌وزن و چاقی به‌عنوان تجمع غیرطبیعی یا بیش‌ازاندازه چربی در بدن که سلامتی فرد را مختل می‌کند شناخته می‌شود. آمارها حاکی از رشد نرخ چاقی بوده به‌طوری‌که این رقم همچنان روند رو به رشدی را طی می‌کند و انتظار می‌رود تا سال 2030 به 537 میلیون نفر افزایش یابد (سازمان بهداشت جهانی، 2017). چاقی به سبب پیامدهای فراوان و ایجاد مشکلات مختلف در بین مردم به‌عنوان یک عامل مستعد کننده بیماری و همچنین یکی از علل مرگ‌ومیر در جوامع امروزی شناخته شده است (معتدلی، نیکرو و حجازی، 1396).

از سوی دیگر اگرچه چاقی، بیماری و بحران سلامت عمومی است، اما داغ (Stigma) مربوط به آن رنج بسیاری را ایجاد می‌کند. نفوذ دیدگاه‌ها و نگرش‌های اخلاقی منفی به اضافه‌وزن و چاقی مانند تنبلی و نبود خودکنترلی هم به‌صورت نهادی و هم به‌صورت شخصی به گونه مشهودی رواج یافته است (Brewis, 2014). بدین‌گونه که پژوهشگران در مطالعات خود از تجربه‌های زیسته افراد چاق نشان دادند این افراد اغلب در بسیاری از زمینه‌های زندگی از جمله کار، سلامت و مراقبت‌های پزشکی و روابط شخصی با تبعیض و محرومیت روبه‌رو می‌شوند (Maor, 2012)، به‌گونه‌ای که چاق بودن با تجربه‌ای از داغ خوردگی توأم می‌شود که فرصت‌های اقتصادی و اجتماعی را محدود و منبع بالقوه‌ای از تبعیض را فراهم و آسیب‌هایی را به فرصت‌های شغلی، خدمات بهداشتی، موقعیت‌های تحصیلی، روابط خانوادگی، خودپنداره و شاخص‌های مختلف رفاه و آسایش تحمیل می‌کند (Holland & Ferraro, 2012). برای مثال، در ایالات متحده، دیگران حتی اعضای خانواده در

بیشتر اوقات به‌گونه‌ای کاملاً منفی، افراد چاق را قضاوت و تمسخر می‌کنند. تجربه منفی چاق بودن تنها به ارتباطات متقابل روزمره محدود نیست؛ به لحاظ تعاملات ساختاری در حوزه‌هایی مانند سلامت، آموزش، اشتغال و رسانه‌های جمعی نیز حضور دارد (Brewis, 2012).

در همین راستا در میان عوامل متعددی که در شکل‌گیری و تحول این ویژگی‌ها مؤثرند، نقش خانواده از دیرباز مورد توجه قرار گرفته است. تأثیر عملکرد خانواده بر رشد و تحول حرمت خود از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده و صاحب‌نظران بر آن اتفاق نظر دارند. خانواده در راستای شکل‌دهی شخصیت، هرگز اهمیت خود را از دست نمی‌دهد، زیرا تغییر و دگرگونی در خانواده، تغییر در فرایندهای درون روانی اعضای خود را به همراه خواهد داشت. عملکرد (کارایی) خانواده در اصل اشاره به ویژگی‌های سیستمی خانواده دارد. به بیان دیگر عملکرد خانواده یعنی توانایی خانواده در هماهنگی یا انطباق با تغییرات ایجادشده در طول حیات، حل کردن تعارض‌ها، همبستگی میان اعضا و موفقیت در الگوهای انضباطی، رعایت حدود مرز میان افراد و اجرای مقررات و اصول حاکم بر این نهاد است (Omidvar, 2012). عملکرد سالم در یک محیط خانوادگی با ارتباطات شفاف، نقش‌های واضح و روشن، پیوستگی و انسجام و تنظیم احساسی مناسب مشخص می‌شود و این در حالی است که عملکرد نامناسب در یک خانواده با سطوح بالای تعارضات، آشفتگی و کنترل رفتاری و احساسی ضعیف خود را نشان می‌دهد (Lewandowski, Palermo, Stinson, Handley, & Chambers, 2010). عملکرد خانواده در ابعاد هفت‌گانه حل مشکل، ارتباط، نقش، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی تعریف می‌شود (ثنایی، 1379) و نشان‌دهنده توانایی خانواده در هماهنگی با تغییرات ایجادشده در طول حیات، رعایت حدود مرزها، اجرای مقررات و اصول و الگوهای انضباطی است (Mohseni, Chimeh, Panaghi, & Mansouri, 2011).

بنابراین نقش خانواده و ارتباط اعضای خانواده با

محور، اشاره به مداخلات طراحی شده برای شناسایی و تغییر نحوه برخورد اعضای خانواده، برقراری ارتباط و حمایت از یکدیگر در مورد رفتار تغذیه و تغییر شیوه زندگی دارد (Kaplan, Arnold, & Irby, 2014). از این رو با توجه به موارد گفته شده در این پژوهش فرضیه‌های زیر مورد بررسی قرار گرفت:

فرضیه اول: آموزش کاهش وزن مبتنی بر خانواده بر

کارکرد خانواده زنان فزون وزن تاثیر دارد.

فرضیه دوم: آموزش کاهش وزن مبتنی بر خانواده بر داغ

ناشی از چاقی زنان فزون وزن تاثیر دارد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری، نمونه:

روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون-پس آزمون با دو گروه کنترل و آزمایش است. جامعه آماری شامل تمامی زنان دارای اضافه وزن و چاق با $25 < BMI < 35$ و فاصله سنی بین 25 تا 45 سال مراجعه کننده به خانه‌های سلامت شهرداری منطقه 18 شهر تهران در سال 1397 بود که تحت هیچ مداخله کاهش وزنی قرار نداشته‌اند و از بین آن‌ها با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به پژوهش‌های پیشین، 30 نفر انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه شامل 15 نفر) جایگزین شدند.

ابزار سنجش

پرسشنامه داغ ناشی از چاقی (Weight Self-stigma Questionnaire): این پرسشنامه توسط لیلیز وهمکاران در سال 2010 ساخته شد که 12 گویه دارد و جهت بررسی و اندازه‌گیری میزان تعصب ناشی از چاقی به کار می‌رود. این پرسشنامه شامل دو خرده مقیاس ترس از بدن نامی و خود متمایزسازی می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری آن به صورت مقیاس 5 درجه‌ای لیکرت است. در پژوهش (Lillis, Luoma, Levin & Hayes, 2010) پرسشنامه 0/87 برای زیرمقیاس‌های ترس از بدن نامی و خود متمایزسازی به ترتیب 0/86 و 0/81 محاسبه شد. همچنین

یکدیگر، زمان غذا خوردن، نحوه انتخاب غذا، خوردن انفرادی و یا با اعضای خانواده و ... نقش مهمی در میزان تناسب تمام اعضای خانواده ایفا می‌کند (Hendrie, Sohnpal, Lange & Golley, 2013). پیشگیری از عوارض ناشی از چاقی و اضافه وزن و الگوی نادرست غذا خوردن نه فقط به طور فردی، بلکه در خانواده و محیط اجتماعی نیز نفوذ می‌کند. شواهد نشان می‌دهند الگوی خانواده محور باعث بهبود سطح کیفیت زندگی و مؤلفه‌های مرتبط با آن همچون سلامت روانی، شادکامی و برقراری تعاملات مناسب اجتماعی در افراد چاق می‌شود (Vos, Huisman, Houdijk, Pijl & Wit, 2011) و همچنین این درمان سبب بهبود وضعیت رژیم غذایی و کاهش شکایات جسمانی در افراد مبتلا به اضافه وزن و چاقی می‌شود. مشارکت و همکاری تمام اعضای خانواده صرف نظر از نحوه درمان به کاررفته، بسیار مهم است (Biyat, Rahimian, Bogar, Talepasand, Yousefi, & Hamidi, 2016).

الگوهای رفتاری خانواده ممکن است منجر به انتخاب غذا و سلامتی شود. در رویکرد خانواده محور بر نحوه برخورد اعضای خانواده، برقراری ارتباط و حمایت از یکدیگر، در مورد رفتار غذا خوردن و تغییر سبک زندگی تأکید می‌شود (Hendrie & et al, 2013). رویکردهای متعددی در درمان چاقی مبتنی بر الگوی خانواده محور وجود دارد، از جمله سیستم‌های خانواده درمانی (Family Therapy Systems) (Bowen, 1978)، خانواده درمانی ساختاری (Structural Family Therapy, 1981) و درمان خانوادگی کوتاه مدت (Structural Family Therapy, 1988) و ... به استثنای تأثیرات ژنتیکی، عامل مهم در علل چاقی افراد، محیط زندگی آن‌ها، به ویژه در منزل است که عادات خانوادگی شناخته شده‌ای است که به سلامت تغذیه افراد کمک می‌کند (Hendrie & et al, 2013). این پیوند خانوادگی با رفتار نشان می‌دهد که نیاز به مداخلات متمرکز بر خانواده، الگوهای رفتاری خانواده است که ممکن است منجر به انتخاب غذای مناسب و سلامت شود.

در همین راستا، کاهش وزن مبتنی بر الگوی خانواده

آن بین 0/72 تا 0/92 به دست آمد که همسانی درونی نسبتاً خوبی را نشان می‌دهد. همچنین در این پژوهش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه 0/83 محاسبه شد. از سوال‌های این پرسشنامه: در خانواده ما معمولاً بر اساس تصمیماتی که برای حل مشکل گرفته شده است، عمل می‌شود. در خانه ما هرگاه یکی ناراحت باشد، دیگر اعضای خانواده از علت ناراحتی او اطلاع دارند.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

روش اجرا به این صورت بود که پس از انتخاب افراد گروه نمونه و قبل از شروع برنامه درمانی پرسشنامه‌های داغ ناشی از چاقی (Lillis et al, 2010) و کارکرد خانواده (Epstein et al, 1983) بین هر دو گروه توزیع شد. پس از آن برنامه آموزش کاهش وزن مبتنی بر الگوی خانواده محور بر روی گروه آزمایش (به صورت 6 جلسه 90 دقیقه‌ای و هر جلسه هفته‌ای یکبار) اجرا شد و گروه کنترل تحت هیچ برنامه درمانی قرار نگرفت. در انتها مجدداً از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. ساختار جلسات درمان کاهش وزن مبتنی بر الگوی خانواده محور (ترجمه و اقتباس از الگوی Vos, Wit & Pijl (2012) و Cooper, Fairburn & Hawker (2003) شامل 12 جلسه 90 دقیقه‌ای بود که توسط پژوهشگر اجرا شد. در این پژوهش از نسخه بیست و چهارم نرم‌افزار آماری SPSS جهت تجزیه و تحلیل توصیفی و استنباطی استفاده شده است.

در این پژوهش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه 0/81 و برای زیرمقیاس‌های ترس از بدنامی و خود متمایزسازی به ترتیب 0/73 و 0/77 محاسبه شد. از سوال‌های این پرسشنامه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: من همیشه به سمت اضافه وزن داشتن، واپس‌روی (عقب‌گرد) می‌کنم. خودم باعث مشکلات وزنم شدم.

پرسشنامه کارکرد خانواده (Family Functioning Questionnaire): این پرسشنامه یک مقیاس 60 سوالی است که برای سنجیدن عملکرد خانواده بر مبنای الگوی McMaster، تدوین شده است. این پرسشنامه (1983) Epstein, Baldwin & Bishop باهدف توصیف ویژگی‌های سازمانی و ساختاری خانواده تهیه شده است که توانایی خانواده را در سازش با حوزه وظایف خانوادگی با یک مقیاس خود گزارش‌دهی، موردسنجش و ارزیابی قرار می‌دهد (Sayadi, 2004). این مقیاس تا حدی دارای روایی هم‌زمان و پیش‌بین است. این ابزار در یک مطالعه مستقل روی 178 زوج حدوداً 60 ساله با مقیاس رضایت زناشویی (Lack, wallas-1959) همبستگی متوسط داشت و قدرت نسبتاً خوبی برای پیش‌بینی نمرات مقیاس روحیه سالمندی فیلادلفیا نشان داده است. به‌علاوه این پرسشنامه قدرت متمایزسازی اعضای خانواده‌های بالینی و خانواده‌های غیر بالینی دارد بنابراین در هفت خرده مقیاس خود دارای روایی خوبی برای گروه‌ها شناخته شده است (Sanayi, 2000). این پرسشنامه پس از تهیه توسط مؤلفان در سال 1983 بر روی یک نمونه 503 نفری اجرا گردید. دامنه ضریب آلفای خرده مقیاس‌های

جدول 1. ساختار جلسات درمان کاهش وزن مبتنی بر الگوی خانواده محور

عنوان جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول:	خوش آمد گویی، مشخص نمودن اهداف درمانی، بیان انتظارات از درمان، انجام تکالیف روزانه، معرفی اعضای گروه به یکدیگر، اجرای پیش‌آزمون
جلسه دوم:	آموزش شیوه پایش غذای روزانه، شرح سیستم چراغ راهنمای غذایی، اصول تنظیم وزن و توازن انرژی و بیان ضرورت پایش وزن
جلسه سوم:	توضیح راجع به علت‌های چاقی و خطرات جسمی و روانی ناشی از چاقی و اثر متقابل روابط خانواده بر چاقی

جلسه چهارم:	گفتگو راجع به تغذیه سالم، آموزش نحوه بازخورد صحیح، حمایت و تقویت مثبت از سوی اعضای خانواده، انجام فعالیت‌های مشارکتی در تهیه، فرآوری، پخت و جمع‌آوری غذا بین اعضای خانواده
جلسه پنجم:	آموزش سبک زندگی سالم (تنظیم ساعت غذا خوردن، استفاده از تلویزیون، شبکه‌های مجازی و ساعت خواب بداری با اعضای خانواده) و تغییر سبک زندگی با مشارکت تمام اعضای خانواده
جلسه ششم:	آموزش سبک زندگی سالم جلسه 2، تشویق به ورزش و فعالیت بدنی برای همه اعضای خانواده، گفتگو راجع به نگرش و نقش تک‌تک اعضای خانواده در درمان،
جلسه هفتم:	توضیح دور معیوب بروز هیجان‌ات و بروز پرخوری و سبب‌شناسی هیجانی خوردن، آموزش سبک‌های مقابله‌ای مناسب هنگام بروز هیجان‌ات (به‌جای رفتارهای خوردن ناسالم) و دریافت بازخورد از خانواده
جلسه نهم:	آموزش سبک‌های مقابله‌ای مناسب هنگام بروز هیجان‌ات (جلسه 2)، آموزش الگوی ارتباط مؤثر و صحیح بین اعضای خانواده (والد-فرزند، همسر-همسر و همشیران با یکدیگر)
جلسه دهم:	آموزش الگوی ارتباط مؤثر و صحیح بین اعضای خانواده (جلسه 2)، تشویق به دورهم بودن اعضای خانواده در شبانه‌روز و بیان احساس در مورد مسائل روز و یا نسبت به یکدیگر، تشویق به دورهم در آخر هفته با رعایت الگوی تغذیه سالم
جلسه یازدهم:	مرور جلسات قبلی، بیان تجارب اعضا در مورد تغییرات خود و اعضای خانواده، پاسخ به سؤالات
جلسه دوازدهم:	مشارکت تمامی اعضای خانواده در جلسه درمان و برگزاری جشن پایان درمان به همراه خانواده‌ها، بازخورد گرفتن از آن‌ها و اجرای پس‌آزمون

جهت رعایت اصول اخلاقی این مطالعه با کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و محرمانه نگاه‌داشتن اطلاعات آزمودنی‌ها صورت گرفت.

یافته‌ها

ویژگی‌های توصیفی سن شرکت‌کنندگان در پژوهش نشان داد در مجموع 30 آزمودنی (15 نفر گروه آزمایش و 15 نفر گروه کنترل) با میانگین سنی 36/4 سال و انحراف استاندارد سنی 4/5 در این پژوهش شرکت کردند. در این قسمت به منظور تبیین عینی و سازمان یافته‌ها، تحقیق و امکان مقایسه بهتر نتایج از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، کمترین نمره و بیشترین نمره استفاده شد.

جدول 2. 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	
3/22	13/3	4/32	16	حل مسئله
4/34	20/8	3/67	27/3	ارتباط
3/23	24/8	4/09	31/6	نقش‌ها

4/34	18/4	4/23	14/6	پاسخگویی عاطفی
2/32	16/8	3/2	20/4	آمیزش عاطفی
4/23	25/3	2/9	23	کنترل رفتاری
3/4	15/9	2/9	14/5	خود متمایزسازی
3/3	18/2	3/5	15/6	ترس از بدنامی

در جدول (2) میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل قبل و بعد از اجرای برنامه آموزش کاهش وزن مبتنی بر خانواده آورده شده است. همان‌گونه که از جدول فوق مشخص است نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در هر دو متغیر کارکرد خانواده و داغ ناشی از چاقی بهبود یافته است. برای بررسی تفاوت‌های میانگین دو گروه آزمایش و کنترل پس از مداخله با حذف اثر پیش‌آزمون از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

جدول 3. آزمون تحلیل کوواریانس در خرده مقیاس‌های کارکرد خانواده و داغ ناشی از چاقی

متغیر	مجموع مربعات	مربع میانگین	F	درجه آزادی	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
حل مسئله	65/9	65/9	24/09	1	0/001	0/52	0/99
ارتباط	311/5	311/5	46/2	1	0/001	0/63	0/93
نقش‌ها	175/3	175/3	29/7	1	0/001	0/55	0/8
پاسخگویی عاطفی	38/15	38/15	3/9	1	0/21	0/8	0/8
آمیزش عاطفی	90/2	90/2	22/7	1	0/001	0/48	0/94
کنترل رفتاری	0/58	0/58	0/14	1	0/62	0/04	0/95
خود متمایزسازی	15/3	15/3	16/4	1	0/001	0/37	0/96
ترس از بدنامی	17/3	17/3	27/3	1	0/001	0/54	0/82

همچنین نتایج تحلیل کوواریانس برای هر یک از زیرمقیاس‌های داغ ناشی از چاقی نشان می‌دهد که در همه مؤلفه‌ها بین دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس-آزمون، پس از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/0001$). و این به این معنی است آموزش کاهش وزن مبتنی بر خانواده در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل موجب کاهش داغ ناشی از چاقی در زنان فزون وزن می‌گردد. بنابراین فرضیه دوم نیز تایید می‌شود.

نتایج تحلیل کوواریانس برای هر یک از زیرمقیاس‌های کارکرد خانواده نشان می‌دهد که در همه مؤلفه‌ها بین دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پس از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/0001$). و این به این معنی است که آموزش کاهش وزن مبتنی بر خانواده در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل موجب افزایش کارکرد خانواده در زنان فزون وزن می‌گردد. بنابراین فرضیه اول تایید شد.

نشان داد که آموزش کاهش وزن مبتنی بر خانواده موجب بهبود نمرات داغ ناشی از چاقی در آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های Mirhadi, Ghaani Azabadi & Ghassami (2017), Sadrzadeh Yeganeh, Jazayeri, & Yavari (2012), Major, Tomiyama & Hunger, (2017) همسو است. در تبیین این نتایج می‌توان عنوان کرد در واقع کاهش وزن به‌تنهایی یکی عامل مهم در بهبود وضعیت رضایت از بدن در افراد می‌باشد. افرادی که از اضافه‌وزن و چاقی رنج می‌برند اغلب به علت ظاهر خود و همچنین تمسخر اطرافیان دچار سرخوردگی می‌شوند. آن‌ها ممکن است از حضور در اجتماع اجتناب کنند و یا به‌صورت منفعلانه عمل نمایند. برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند واکنش خانواده نسبت به وضعیت وزن یک عضو خانواده (به‌عنوان مثال، پذیرش، نگرانی، با انتقاد) میانجی مهمی در رابطه بین وضعیت وزن و تصویر خود است (Davison & Birch, 2001). در بسیاری از مطالعات بر نقش عوامل روانی درون خانواده در سبب‌شناسی و پیامدهای روانی اجتماعی چاقی توجه محدودی شده است. درمان کاهش وزن مبتنی بر خانواده از طریق کمک به خانواده‌ها در جهت تغییر سبک زندگی با استفاده از تکنیک‌های مختلف شناختی و رفتاری، موجب کاهش اضافه‌وزن و بهبود وضعیت جسمی و بهداشت روانی افراد دارای اضافه‌وزن می‌گردد (Biyat & et 2016). در نتیجه با کاهش وزن و رسیدن به وزن ایدئال و همچنین بازخورد اطرافیان نسبت به ظاهر جدید فرد، احساس اعتمادبه‌نفس در او افزایش یافته و همچنین با رضایت بیشتری از ظاهر و بدن خود در اجتماع حضور پیدا خواهد کرد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش این است که نمونه این پژوهش فقط شامل زنانی بود که برای دریافت خدمات به کلینیک‌های تغذیه مراجعه کردند. بنابراین، تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر مانند کسانی که داوطلب دریافت این خدمات نیستند، گروه بیماران بستری در بیمارستان، مردان و ... به‌راحتی امکان‌پذیر نیست و باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین نداشتن دوره پیگیری از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است در نتیجه پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران بعدی

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی آموزش کاهش وزن مبتنی بر خانواده بر داغ ناشی از چاقی و کارکرد خانواده زنان فزون وزن بود.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در فرضیه اول نشان داد که آموزش کاهش وزن مبتنی بر خانواده موجب بهبود نمرات کارکرد خانواده در آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های (Biyat et (2016) al, Atashzadeh Shoredeh, Arshi, & (2017) Danielsen, Nordhus, Atashzadeh Shoredeh Juliusson, Mahle & Pallesen (2012) همسو است. در تبیین این نتایج می‌توان عنوان کرد مداخلات مبتنی بر خانواده به‌عنوان استاندارد طلایی در درمان چاقی در نظر گرفته می‌شود. با توجه به نقش تمام اعضای خانواده و تأثیر هر یک از افراد خانواده بر یکدیگر و الگوهای عینی برای رفتارهای مرتبط با وزن مشارکت تمام اعضای خانواده در این درمان‌ها ضروری است. پزشکان در این موقعیت‌ها، تغذیه و فعالیت همه اعضای خانواده را به‌طور غیرمستقیم از طریق هر عضوی از خانواده تحت تأثیر قرار می‌دهند. نظر به این‌که محیط خانه و روابط خانوادگی نقش کلیدی در تغییر رفتار دارد، دیگر اعضای خانواده نیز به مشارکت در درمان تشویق می‌شوند. در واقع در الگوی کاهش وزن مبتنی بر خانواده از طریق تغییر تعاملات اعضای خانواده و تغییر سبک غذا خوردن کلیه اعضای خانواده و همچنین مدیریت عملکرد خانواده تأثیر مهمی در ساخت سبک زندگی سالم برای تمام اعضای خانواده خود دارند (Wen, Simpson, Baur, Rissel & Flood, 2011). از این‌رو به‌منظور تنظیم یک شیوه زندگی سالم، و بهبود عملکرد خانواده باید الگوهای فکر کردن، میزان فعالیت بدنی و رفتار خوردن عضو دارای اضافه‌وزن در خانواده و به‌پیروی از آن کل اعضای خانواده آن‌ها باید تغییر یابد. در نتیجه با مشارکت تمامی اعضای خانواده در تهیه مواد غذایی، غذا پختن، تغییر سبک غذا خوردن و ... احساس همکاری و مشارکت در تمام اعضای خانواده ایجاد می‌شود و این امر موجب بهبود عملکرد خانواده در همه ابعاد خواهد شد.

همچنین نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در فرضیه دوم

با سپاس و قدردانی از شهرداری منطقه 18 تهران و کلیه افرادی که در انجام این پژوهش نویسندگان را یاری رساندند.

تضاد منافع

این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی به همراه نداشته است.

دوره‌های پیگیری جهت سنجش اثر بلندمدت مداخله در نظر بگیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود افراد فزون وزن و کلینیک‌ها تغذیه‌ای از این روش جهت کاهش وزن مراجعان خود استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

منابع

- Clinical Practice*, 7, 116-128.
- Davison, K. K., & Birch, L. L. (2001). Weight status, parent reaction, and self-concept in five-year-old girls. *Pediatrics*, 107(1), 46-53.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180.
- Ferraro, K. F., & Holland, K. B. (2002). Physician evaluation of obesity in health surveys: "who are you calling fat?". *Social Science & Medicine*, 55(8), 1401-1413.
- Ghaani Azabadi, F., & Ghassami, V. (2017). The stigma of obesity among women aged 15-44 in Yazd. *Journal of Applied Sociology*, 28(3), 41-60.
- Hendrie G, Sohonpal G, Lange K, Golley R. (2013). Change in the family food environment is associated with positive dietary change in children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10:4.
- Kaplan, S. G., Arnold, E. M., Irby, M. B., Boles, K. A., & Skelton, J. A. (2014). Family systems theory and obesity treatment: applications for clinicians. *ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition*, 6(1), 24-29.
- Lewandowski, A. S., Palermo, T. M., Stinson, J., Handley, S., & Chambers, C. T. (2010). Systematic review of family functioning in families of children and Atashzadeh Shoreedeh, H., Arshi, Sh., & Atashzadeh Shoreedeh, F. (2017). The effect of implementing a family-centered empowerment model on lifestyle, self-efficacy, and HbA1C levels in diabetic patients. *Endocrinology and Metabolism Journal of Iran*, 19(4), 244-251. (in Persian)
- Biyat, A., Rahimian Bogar, A., Talepasand, S., Yousefi, P., & Hamidi, Z. (2016). The impact of family-oriented cognitive-behavioral therapy on improving body image related to obesity in children. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 26(137), 115-127. (in Persian)
- Brewis, A., Hrushka, D.J., & Wutich, A. (2014). Vulnerability to Fat-Stigma in Womens Everyday Relationship. *Journal of Social Science & Medicine*, 73, 491-497.
- Cooper, Z., Fairburn, C. G., & Hawker, D. M. (2003). *Cognitive-behavioral treatment of obesity: A clinician's guide*. Guilford Press.
- Danielsen, Y.S., Nordhus, I.H., Juliusson, P.B., Mahle, M., & Pallesen, S. (2012). Effect of a family-based cognitive behavioural intervention on body mass index, self-esteem and symptoms of depression in children with obesity (aged 7-13): A randomised waiting list-controlled trial. *Obesity Research &*

- mass index loss predicts metabolic syndrome remission after gastric bypass. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 6, 1-7.
- Omidvar, Z. (2012). *The relationship between family functioning and parenting style with resilience among male and female students in Tehran*. Master's thesis, Islamic Azad University, Central Tehran. (in Persian)
- Sanayi, B. (2000). *Measuring scales for family and marriage*. Tehran: Ba'that Publications. (in Persian)
- Sayadi, A. (2004). Investigating the reciprocal effects of family efficacy in the emergence of psychological problems among third-year high school students in Tehran from the perspectives of girls and boys in the academic year of 2001-2002. Master's thesis in counseling. Tehran: Allameh Tabatabai University. (in Persian)
- Vos, R. C., Wit, J. M., Pijl, H., Kruijff, C. C., & Houdijk, E. C. (2011). The effect of family-based multidisciplinary cognitive behavioral treatment in children with obesity: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 12, 1-12.
- Li Wen, M., Simpson, J. M., Baur, L. A., Rissel, C., & Flood, V. M. (2011). Family functioning and obesity risk behaviors: implications for early obesity intervention. *Obesity*, 19(6), 1252-1258.
- World Health Organization. Obesity and overweight. (2017). Available from: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311>
- adolescents with chronic pain. *The Journal of Pain*, 11(11), 1027-1038.
- Lillis, J., Luoma, J. B., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2010). Measuring weight self-stigma: the weight self-stigma questionnaire. *Obesity*, 18(5), 971-976.
- Major, B., Tomiyama, J., & Hunger, J. M. (2017). The negative and bidirectional effects of weight stigma on health. Our uncorrected proof.
- Maor, M. (2012) Fat Women: The Mother-Daughter Relationship Revisited. *Journal of Women Studies International Forum*, 35:97-108.
- Mirhadi, M., Sadrzadeh Yeganeh, H., Jazayeri, A., Yavari, P., & Rahimi, A. (2012). Investigating the relationship between self-esteem and body mass index with some lifestyle factors among working women. *Journal of Komesh*, 14(2), 172-182. (in Persian)
- Mohseni, M., Chimeh, N., Panaghi, L., & Mansouri, N. (2011). Comparing family functioning and expressed emotion in the families of rheumatoid arthritis and schizophrenia patients. *Journal of Family Research*, 7(27), 373-390. (in Persian)
- Mo'tamedi, P., Nikroo, H., & Hajazi, K. (2017). The effect of eight weeks of aerobic exercise on serum leptin levels, anthropometric indices, and maximum oxygen consumption in inactive obese men. *Journal of Ergonomics*, 5(1), 36-42. (in Persian)
- Nora, M., Guimarães, M., Almeida, R., Martins, P., Gonçalves, G., Santos, M., ... & Monteiro, M. P. (2014). Excess body