

خانواده و اثربخشی آموزش کاهش وزن بر داغ ننگ چاقی و سلامت زنان دارای اضافه وزن

امیر پیرایش^۱، شهناز نوحی^۲، محبوبه طاهر^۳، حکیمه آقایی^۴

چکیده

هدف پژوهش اثربخشی آموزش کاهش وزن مبتنی بر خانواده بر داغ ننگ چاقی و سلامت عمومی زنان دارای اضافه وزن بود. روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زنان دارای اضافه‌وزن و چاق با $25 < BMI < 35$ و فاصله سنی بین ۲۵ تا ۴۵ سال مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت شهرداری منطقه ۱۸ شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود که تحت هیچ مداخله کاهش وزنی قرار نداشته‌اند و از بین آن‌ها با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه شامل ۱۵ نفر) جایگزین شدند. سپس پرسشنامه‌های حرمت بدنی مندلسون و وایت (۲۰۰۱) و سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۷۲) توسط هر دو گروه تکمیل شد. پس‌از آن برنامه آموزش کاهش وزن مبتنی بر الگوی خانواده بر روی گروه آزمایش اجرا شد. سپس پس‌آزمون اجرا شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و روش تحلیل کوواریانس تحلیل شدند. یافته‌های پژوهش نشان داد آموزش کاهش وزن مبتنی بر الگوی خانواده محور موجب افزایش حرمت بدنی و سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های آن‌ها می‌شود ($P=0/001$). بنابراین با توجه به نتایج می‌توان گفت آموزش روش‌های کاهش وزن اگر با مشارکت و درگیر کردن خانواده همراه باشد می‌تواند هم در کاهش وزن و سلامت تأثیر بهتری داشته باشد و هم موجب افزایش احساس رضایت نسبت به خود شود.

واژگان کلیدی: الگوی آموزش خانواده محور، چاقی، سلامت عمومی، داغ ننگ چاقی، زنان دارای وزن اضافه

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۱/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۲/۳۱

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

^۲ استادیار گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران. (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

^۴ استادیار گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

مقدمه

در دهه‌های اخیر چاقی^۱ و اضافه‌وزن^۲ به‌عنوان تهدیدی جدی در سراسر جهان معرفی شده است. چاقی با شیوع بیماری‌های مزمن مانند دیابت نوع ۲، پرفشاری خون و بیماری‌های قلبی-عروقی همراه است (نورا، گویمارایز، آلمیدا، مارتین، گونکالوس^۳ و همکاران، ۲۰۱۴). بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱، 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 ۲۰۳۰ به ۵۳۷ میلیون نفر افزایش یابد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۷). 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 (معمدی، نیک‌رو و حجازی، ۱۳۹۶).

چاقی یک مشکل سلامتی عمده هم برای حال و هم برای آینده افراد است و عوارضی مانند سندرم متابولیک و تنفسی، مشکلات دستگاه گوارشی، مشکلات غدد درون ریز، مشکلات ارتوپدی مشکلات اجتماعی و روانشناختی را در پی دارد. به علاوه، چاقی افزون بر بیماری‌های جسمانی می‌تواند با شیوع بالای اختلالات اجتماعی-روانی همراه باشد، به طوری که میزان برخی از انواع اختلالات اجتماعی-روانی مانند: داغ‌ننگ چاقی، اختلالات شخصیتی و نیز تمایل به رفتارهای آسیب‌زا (مصرف الکل و سیگار) در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن، بیش از دیگران است (استوانوویک، پوتنزا، پیتزارک، ۲۰۱۸؛ زارعی، پورشرفی و باباپور، ۱۳۹۵). ریشه سلامت اجتماعی و روانی به تعریف سازمان بهداشت جهانی از مفهوم سلامت برمی‌گردد. در تعریف سلامت اجتماعی گفته شده که: سلامت فقط نبود بیماری و نقص نیست بلکه آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی، نحوه حضور اجتماعی فرد در جامعه و داشتن تعامل خوب با دیگران است سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۶). وقتی به تعریف سلامت روان از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی نگاه می‌کنیم، متوجه می‌شویم سلامت روان علاوه بر نبود اختلال‌های روان‌شناختی، به معنی کنار آمدن با فشارهای اجتماعی، روانی و عصبی معمول زندگی، مولد و مثمر ثمر بودن و مشارکت در محیط زندگی و... هم هست. در تعریف سلامت روان عناصری از نحوه حضور

1. Obesity

2. Overweight

3. Nora M, Guimarães M, Almeida R, Martins P, Gonçalves G

اجتماعی ما در محیط وجود دارد که موجب می‌شود نتوان سلامت روان را فقط در اضطراب، روان‌پریشی و... خلاصه کرد و حتماً باید وجه اجتماعی نیز در نظر گرفته شود. سلامت روانی^۱ از دیدگاه بهداشت جهانی، به عنوان حالتی از بهزیستی که فرد به توانایی‌های خودش پی برده، بتواند با استرس‌های زندگی مقابله کند، و هم چنین به صورت ثمربخش و سازنده کار کرده و قادر به مشارکت در اجتماع خود باشد، تعریف شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۶). افراد دارای سلامت روانی - اجتماعی خوب، قادر به دستیابی، عملکرد اجتماعی و روانشناختی بهینه و حفظ بهزیستی هستند. آنها حس هویت و خودارزشمندی دارند، روابط دوستانه و خانوادگی سالمی دارند، قادر به تولید و یادگیری هستند و ظرفیت مقابله با چالش‌های رشدی و استفاده از منابع فرهنگی برای رسیدن به حداکثر رشد را دارا هستند (جنسن، منسا و کلیفورد^۲، ۲۰۱۳).

بنابر آنچه ذکر شد چاقی نه تنها آفتی فیزیکی است؛ بلکه موجب قضاوت‌ها و برخوردهای نادرست اجتماعی - روانی نسبت به فرد چاق می‌شود. از جمله این رفتارها میتوان به انگ‌تنبلی، تن پروری و رفتارهای تبعیض آمیزی از جانب دیگران اشاره کرد. مجموعه این نگرش‌ها و رفتارهای دیگران نسبت به افرادی که از وزن ایده آل جامعه به هر دلیلی فاصله گرفته‌اند، موجب شکل‌گیری تصویری نامناسب از خویشان در فرد می‌شود. پدیده‌ای که کاملاً با تعریف گافمن از داغ مطابقت دارد و موجب شکاف میان آنچه که شخص باید باشد، یعنی همان «هویت اجتماعی بالقوه» و آنچه شخص واقعاً هست، یعنی «هویت اجتماعی بالفعل» (ماجور، تومیاما و جفری^۳، ۲۰۱۸) و افراد چاق به طور معمول موقعیت‌هایی از عدم اطمینان، حقارت و خود کم بینی را تجربه می‌کنند که این موضوع بیانگر ظرفیت کمتر این افراد برای مواجهه با مشکلات و حل آنها می‌باشد و موجب افزایش انزوای اجتماعی آنان می‌گردد (هایر ابدیان، غلامی مطلق و مژده، ۱۳۹۷). همچنین، اثبات شده است که جمعیت چاق دارای عزت نفس پایین‌تری هستند که ناشی از احساس نارضایتی از بدن آنان می‌باشد. این موضوع، به وجود نوعی همبستگی میان احترام به خود و وزن اشاره می‌کند؛ به گونه‌ای که هر قدر چاقی در سطوح بالاتری قرار گیرد، به همان نسبت احترام فرد به بدن خود^۴ ضعیف تر خواهد بود (باکود، آروس و تابلسی، ۲۰۱۳). در سال‌های اخیر، تحقیقات صورت گرفته

¹ Mental health

² Jansen PW, Mensah FK, Clifford SA, Tiemeier H, Nicholson JM, Wake M

³ Major, B., Tomiyama, A., Hunger, J.

⁴ Body-Steam

در مقوله نارضایتی از بدن و چاقی با رشد زیادی همراه بوده است. وزن، به ویژه در زنان، جنبه مهمی از نماد ظاهر محسوب می‌شود. بررسی بر روی زنان شاغل در دانشگاه نشان می‌دهد افرادی که دارای اضافه وزن هستند تحت تاثیر ظاهرشان و پذیرش دیگران قرار گرفته و از تعامل با دیگران و عزت نفس کمتری برخوردار هستند. هنگامی که نمود ظاهری افراد با ایده‌آل‌های فرهنگی جامعه همسو نباشد منجر به احساس شرم و گناه می‌شود و در نتیجه احترام به بدن پایین می‌شود (سلبرگ^۱، ۲۰۱۸).

با توجه به نقش خانواده و ارتباط اعضای خانواده با 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 (هندری، سوهونپال، لانگ و گلی^۲، ۲۰۱۴). پیشگیری از عوارض ناشی از چاقی و اضافه‌وزن و الگوی نادرست غذا خوردن نه فقط به‌طور 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 (وس، هویسمن، هودبک، پیجل و ویت^۳، ۲۰۱۲) و همچنین این درمان سبب بهبود وضعیت رژیم غذایی و کاهش شکایات جسمانی در افراد مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی می‌شود. مشارکت و همکاری تمام اعضای خانواده صرف نظر از نحوه درمان به‌کاررفته، بسیار مهم است (بیات، رحیمیان بوگر، طالع‌پسند، چایجان و حمیدی، ۱۳۹۵).

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 (هندری، سوهونپال، لانگ و گلی^۴، ۲۰۱۴). رویکردهای متعددی در درمان چاقی مبتنی بر الگوی خانواده محور وجود دارد، از جمله سیستم‌های خانواده‌درمانی بوئن (۱۹۷۸)، خانواده‌درمانی ساختاری (۱۹۸۱) و درمان خانوادگی کوتاه‌مدت (۱۹۸۸) و... به‌استثنای تأثیرات ژنتیکی، عامل مهم در علل چاقی افراد، محیط زندگی آن‌ها، به‌ویژه در منزل است که عادات خانوادگی شناخته‌شده‌ای است که به سلامت تغذیه افراد

¹ Selberg, F

² Hendrie G, Sohnpal G, Lange K, Golley R.

³ Vos RC, Huisman SD, Houdijk EC, Pijl H, Wit JM

⁴ Hendrie G, Sohnpal G, Lange K, Golley R.

کمک می‌کند (هندری و همکاران، ۲۰۱۳). 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 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 (کاپلان، امورد، ایربی^۱ و همکاران، ۲۰۱۶). از این رو با توجه به موارد گفته شده به دنبال پاسخگویی به این سوال هستیم که آیا آموزش کاهش وزن مبتنی بر خانواده و آموزش جامع سبک زندگی بر داغ ناشی از چاقی و کارکرد خانواده در زنان فزون وزن اثربخش است؟

روش شناسی

روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی است و با طرح پیش آزمون-پس آزمون با دو گروه کنترل و آزمایش انجام گرفت. جامعه آماری شامل تمامی زنان دارای اضافه وزن و چاق با $25 < BMI < 35$ و فاصله سنی بین ۲۵ تا ۴۵ سال مراجعه کننده به خانه‌های سلامت شهرداری منطقه ۱۸ شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود که تحت هیچ مداخله کاهش وزنی قرار نداشته‌اند و از بین آن‌ها با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه شامل ۱۵ نفر) جایگزین شدند. روش اجرا به این صورت بود که پس از انتخاب افراد گروه نمونه و قبل از شروع برنامه درمانی پرسشنامه‌های حرمت بدنی مندلسون و وایت (۲۰۰۱) و سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۷۲) بین هر دو گروه توزیع شد. پس از آن برنامه آموزش کاهش وزن مبتنی بر الگوی خانواده محور بر روی گروه آزمایش (به صورت ۶ 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.

در این تحقیق ابزار جمع آوری اطلاعات مربوط به سئوالات اصلی پژوهش پرسشنامه حرمت بدنی بود که این پرسشنامه توسط مندلسون و وایت (۲۰۰۱) ساخته شده است. ۲۳ گویه دارد و جهت ارزیابی ادراک از بدن و اندازه‌گیری سطح حرمت بدنی به کار می‌رود. پاسخ‌دهندگان درجه توافق خود را در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۰ (هرگز) تا ۴ (همیشه) نشان می‌دهند. این پرسشنامه

^۱. Kaplan , Arnold , Irby

۱۰۶.....پژوهش‌های جامعه‌شناختی، سال یازدهم، شماره سوم و چهارم، پاییز و زمستان ۱۳۹۶

شامل سه خرده‌مقیاس رضایت از وزن، احساس عمومی در مورد ظاهر و ارزیابی دیگران درباره ظاهر و بدن خود است. در پژوهش مندلسون و وایت (۲۰۰۱) ضریب آلفای کرونباخ برای رضایت از وزن ۰/۹۴، احساس عمومی در مورد ظاهر ۰/۹۲ و ارزیابی دیگران درباره ظاهر و بدن خود ۰/۸۱ بدست آمد. علاوه بر این از پرسشنامه پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ) نیز استفاده شده است.

هدف‌گلدبرگ از طراحی آن کشف و شناسایی اختلالات اجتماعی-روانی در موقعیت‌های مختلف بود. فرم ۲۸ سوالی پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ تدوین و سوال‌های آن بر اساس روش تحلیل عاملی فرم ۶۰ سوالی اولیه استخراج گردید، که در بر گیرنده ۴ خرده‌مقیاس علائم جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی، انزوا و افسردگی بود. یافته‌های مطالعه سازمان جهانی بهداشت حاکی از آن است که این فرم از GHQ قابل استفاده در فرهنگ‌های مختلف و کشورهای در حال توسعه است. همچنین نسخه ۲۸ سوالی نسبت به سایر نسخه‌ها دارای بیشترین میزان اعتبار، حساسیت و ویژگی است. مرور مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف جهان در زمینه اعتباریابی پرسشنامه سلامت عمومی توسط ماری و ویلیامز در سال ۱۹۸۵، بریجز و گلدبرگ در ۱۹۸۶، سریرام و همکاران در ۱۹۸۹، استانسفلد و همکاران در ۱۹۹۲، آدراییجه و گودرزه در ۱۹۹۲، چونگ و اسپیرز در ۱۹۹۴ و گلدبرگ و همکاران در ۱۹۹۷ دلالت بر اعتبار و روایی بالای این آزمون داشته است. با این حال باید توجه داشت که تایید ویژگی‌های این پرسشنامه در کشورهای مختلف، به این معنا نیست که این پرسشنامه پس از ترجمه در هر فرهنگی به طور خودکار همان ویژگیها را نشان خواهد داد. با توجه به بررسی‌های صورت گرفته، اعتبار یابی پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی در ایران تا کنون توسط پالاهنگ، نصر و شاه محمدی در سال ۱۹۹۶، نوربالا و همکاران در سال ۱۹۹۹، نجفی صولتی دهکردی و فروزبخش در سال ۲۰۰۰ انجام گرفته است (نظیفی و همکاران، ۱۳۹۲). علاوه بر این از برنامه مداخله کاهش وزن مبتنی بر الگوی خانواده محور استفاده شد. ساختار جلسات درمان کاهش وزن مبتنی بر الگوی خانواده محور (ترجمه و اقتباس از الگوی واس، ویت و پیچ (۲۰۱۱) و کوپر، فیبرن و هاگرن (۲۰۰۳)) که شامل ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که توسط پژوهشگر اجرا شد.

جدول ۱. 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 ۲، 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
جلسه نهم:	آموزش سبک‌های مقابله‌ای مناسب هنگام بروز هیجان‌ات (به‌جای رفتارهای خوردن ناسالم) و دریافت بازخورد از خانواده
جلسه دهم:	آموزش سبک‌های مقابله‌ای مناسب هنگام بروز هیجان‌ات (جلسه ۲)، آموزش الگوی ارتباط مؤثر و صحیح بین اعضای خانواده (والد-فرزند، همسر-همسر و همشیران با یکدیگر)
جلسه یازدهم:	آموزش الگوی ارتباط مؤثر و صحیح بین اعضای خانواده (جلسه ۲)، 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 دوازدهم:	مرور جلسات قبلی، بیان تجارب اعضا در مورد تغییرات خود و اعضای خانواده، پاسخ به سؤالات 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

در این پژوهش از نسخه بیست و چهارم نرم‌افزار آماری SPSS جهت تجزیه و تحلیل توصیفی و استنباطی استفاده شده است. ویژگی‌های توصیفی سن شرکت‌کنندگان در پژوهش نشان داد در مجموع ۳۰ آزمودنی (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) با میانگین سنی ۳۶/۴ سال و انحراف استاندارد سنی ۴/۵ در این پژوهش شرکت کردند.

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

متغیر	گروه آزمایش				گروه کنترل			
	پیش‌آزمون	انحراف	میانگین	معیار	پیش‌آزمون	انحراف	میانگین	معیار
رضایت از وزن	۲۳/۴	۴/۲	۱۶/۶	۴/۱	۲۲/۵	۴/۳	۲۲/۱	۴/۱
احساس عمومی در مورد ظاهر	۱۷/۷	۳/۵	۱۳/۶	۳/۴	۱۶/۴	۳/۸	۱۵/۶	۳/۶
ارزیابی دیگران در مورد ظاهر	۲۱/۶	۳/۲	۱۷/۲	۳/۱	۲۲/۶	۳/۳	۲۲/۹	۳/۴
انزوا و افسردگی	۱۳/۵	۳/۴	۱۰/۲	۳/۶	۱۴/۶	۳/۰۱	۱۴/۵	۳/۲
اضطراب	۱۸/۱	۳/۸	۱۳/۹	۳/۲	۲۰/۲	۴/۲	۲۱/۴	۴/۵
شکایات جسمانی	۲۰/۴	۳/۵	۱۵/۸	۳/۴	۲۱/۳	۳/۶	۲۱/۸	۳/۷
اختلال عملکرد اجتماعی	۱۲/۵	۲/۶	۱۱/۶	۲/۷	۱۴/۲	۳/۵	۱۴/۴	۳/۴

در جدول (۲) میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل قبل 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 حرمت بدنی و سلامت عمومی بهبود یافته است.

جدول ۳. آزمون تحلیل کوواریانس در خرده مقیاس‌های کارکرد خانواده و داغ ناشی از چاقی

متغیر	مجموع مربعات	مربع میانگین	F	df	سطح معناداری	مجذور آتا
رضایت از وزن	۲۲/۹۷۹	۲۲/۹۷۹	۶/۷۹۱	۱	۰/۰۱۵	۰/۲۰۱
احساس عمومی در مورد ظاهر	۲۱/۱۵۸	۲۱/۱۵۸	۱۵/۸۳۷	۱	۰/۰۰۱	۰/۳۷
ارزیابی دیگران در مورد ظاهر	۱۹/۲۲۳	۱۹/۲۲۳	۷/۶۹۶	۱	۰/۰۰۱	۰/۲۲۲
انزوا و افسردگی	۱۱۲/۵۰۹	۱۱۲/۵۰۹	۱۶/۱۳۷	۱	۰/۰۰۱	۰/۳۷۴
اضطراب	۳۶/۹۴	۳۶/۹۴	۲۲/۳۸۳	۱	۰/۰۰۱	۰/۴۵۳
شکایات جسمانی	۱۷/۸۴۴	۱۷/۸۴۴	۱۰/۹۷۳	۱	۰/۰۰۳	۰/۲۸۹
اختلال عملکرد اجتماعی	۱۵/۹۹۳	۱۵/۹۹۳	۳/۳۶۸	۱	۰/۰۷۸	۰/۱۱۱

نتایج تحلیل کوواریانس برای هر یک از زیرمقیاس‌های حرمت بدنی و سلامت عمومی 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 ($P=۰/۰۰۰۱$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی آموزش کاهش وزن مبتنی بر خانواده بر حرمت بدنی و سلامت اجتماعی زنان با وزن اضافی بود. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در جدول (۳) نشان داد که

آموزش کاهش وزن مبتنی بر خانواده موجب بهبود نمرات حرمت بدنی در آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های سهرابی، پاشا، نادری و همکاران (۱۳۹۶)، میرهادی، صدرزاده یگانه و جزایری (۱۳۹۱)، کوپر و دیویس^۱ (۲۰۱۳)، پارک، کواجرو و هاروین^۲ (۲۰۱۱) همسو است. در تبیین این نتایج می‌توان عنوان کرد چاقی بر فرایندهای شناختی افراد چاق تأثیر منفی دارد و موجب برداشتهای منفی فرد در مورد تواناییهای خود می‌شود (کوپر و همکاران، ۲۰۱۳). نمایه توده بدنی که جلوه‌ای از ظاهر افراد می‌باشد به شکلی می‌تواند با بعد اجتماعی-روانی افراد در ارتباط باشد. رفتارهای نادرست تغذیه‌ای منجر به دریافت بیشتر انرژی و اضافه وزن و چاقی میشود. افراد با عزت نفس بالا بر روی دریافتهای غذایی خود کنترل بهتری دارند و در این زمینه اهمیت بیشتری برای خویش قائل می‌شوند. بررسی‌ها نشان می‌دهد همانطور که تغذیه مناسب موجب احساس خوب بودن از بعد اجتماعی-روانی می‌شود وضعیت تغذیه‌ای نامناسب سبب ایجاد اختلالات اجتماعی-روانی در طول عمر شخص می‌شود. بنابراین با آموزش کاهش وزن مبتنی بر الگوی خانواده، موجب شد تا آزمودنی‌ها از نظر نگرش به خود، به اصلاح اندیشه نادرست خود در مورد خوردن بپردازند و با بهره‌گیری از آن در ارتباط با دیگران بتوانند دیدگاه مثبتی نسبت به بدن خود داشته باشند. هم چنین با اصلاح باورها در مورد تصویر بدنی خود زمینه‌های کاهش وزن و تناسب آن در طی مداخله عملی نمایند. از آنجایی که رفتارها، نگرش‌ها را منعکس می‌کنند و این شناخت‌ها بر خودپنداره افراد تأثیر می‌گذارند، وجود این باورها منجر به شکل‌گیری نارضایتی از کیفیت زندگی و تصویر منفی از بدن در افراد میشود. متغیرهای مداخله زمانی اثر بخش خواهند بود که بتوان نگرش‌های افراد را تغییر داد که نتیجه آن رضایت از خود و تقویت خودپنداره مثبت است (سهرابی، پاشا، نادری و همکاران، ۱۳۹۶).

همچنین نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در جدول (۳) نشان داد که آموزش کاهش وزن مبتنی بر خانواده موجب بهبود نمرات سلامت روانی-اجتماعی در آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های آتش‌زاده شوریده، عرشی و آتش‌زاده شوریده (۱۳۹۶)، عیسی

¹ Davis CL, Cooper S

² Park LE, Caogero RM, Harwin MJ

زادگان، شیخی و حافظنیا (۱۳۹۴)، لین و وانگ (۲۰۱۳) و مور و بایلی^۱ (۲۰۱۳) همسو است. در تبیین این نتایج می‌توان عنوان کرد یکی از مهمترین مشکلات در دنیای امروزی سلامت اجتماعی- روانی است که تغییرات شیوه زندگی و عادات غذایی مردم در جهت مصرف زیاد غذاهای پرچرب و انرژی‌زا و کاهش فعالیت فیزیکی موجب رشد روزافزون چاقی و اضافه وزن در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه شده است. چاقی، یکی از عوامل خطرناک مهم برای ابتلا به اختلالات اجتماعی-روانی است. به نظر میرسد که میتوان با رویکردهای جامعه‌شناختی- روانشناختی از جمله آموزش کاهش وزن مبتنی بر الگوی خانواده می‌توان در جهت ارتقا سلامت اجتماعی-روانی این افراد گام برداشت. 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 درمان باعث می‌شود، تغذیه و فعالیت همه اعضای خانواده به طور غیر مستقیم از طریق هر عضوی از خانواده تحت تأثیر قرار گیرد (ون، سیمپون، باور^۲ و همکاران، ۲۰۱۱). اگرچه دارودرمانی در خط مقدم درمان است اما آموزش کاهش وزن مبتنی بر الگوی خانواده با تمرکز بر اصلاح سبک زندگی، آموزش مهارتهای حل مسئله، تصویرسازی ذهنی هدایت شده و آموزش مهارتهای مقابله‌ای از جمله راهبردهای مناسب است که نه تنها پیامدهای منفی روانی-اجتماعی را تخفیف می‌بخشد بلکه به افزایش سطح پای بندی به توصیه‌های درمانی نیز کمک می‌کند. بنابراین رویکردهای جامعه‌شناختی-روانشناختی در کنار دارو درمانی میتواند از بروز عوارض چاقی و اختلالات اجتماعی-روانی جلوگیری به عمل آورد و نتیجه افزایش سلامت اجتماعی-روانی را افزایش دهد (عیسی زادگان و همکاران، ۱۳۹۴).

نمونه پژوهش حاضر 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... به راحتی امکان پذیر نیست و باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین نداشتن دوره پیگیری از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است در نتیجه پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران بعدی دوره‌های پیگیری جهت سنجش اثر بلندمدت متغیر خانواده

^۱ Moore KG, Bailey JH

^۲ Wen LM, Simpson JM, Baur LA

درمانی را در نظر بگیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود افراد دارای اضافه وزن و کلینیک‌ها تغذیه از این روش جهت کاهش وزن مراجعان خود استفاده کنند.

منابع

آتش‌زاده شوریده، حمیرا؛ عرشی، شهنام؛ آتش‌زاده شوریده، فروزان (۱۳۹۶). اثر اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور بر سبک زندگی، خودکارآمدی و هموگلوبین HbA1C بیماران مبتلابه دیابت، عدد درون‌ریز و متابولیسم ایران، ۱۹(۴): ۲۴۴-۲۵۱

بیات، عصمت؛ رحیمیان بوگر، اسحق؛ طالع‌پسند، سیاوش؛ یوسف‌س، پارسا؛ حمیدی، زهرا (۱۳۹۶). تأثیر درمان شناختی-رفتاری خانواده مدار بر اصلاح تصویر خود مرتبط با چاقی در کودکان، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۶(۱۳۷): ۱۱۵-۱۲۷.

معتمدی، پژمان؛ نیک‌رو، حسین؛ حجازی، کیوان (۱۳۹۶). تأثیر هشت هفته تمرین هوازی بر سطوح لپتین سرم، شاخصهای آنتروپومتریک و حداکثر اکسیژن مصرفی مردان چاق غیرفعال، مجله ارگونومی، ۱۵(۱): ۳۶-۴۲.

میرهادی، مژگان؛ صدرزاده یگانه، هاله؛ جزایری، ابوالقاسم؛ یآوری، پروانه؛ رحیمی، عباس (۱۳۹۱). بررسی ارتباط عزت نفس با نمایه توده بدنی و برخی از عوامل شیوه زندگی در زنان شاغل، کومش، ۱۴(۲): ۱۷۲-۱۸۲.

زارعی، احمد؛ پورشریفی، حمید؛ باباپور، جلیل. (۱۳۹۵). نقش نارضایتی از تصویر بدنی و سلامت روانی در پیش‌بینی چاقی دختران نوجوان، مجله متابولیسم عدد درون‌ریز ایران، ۱۸(۳): ۲۰۷-۱۹۷.

سهرابی، فاطمه؛ پاشا، رضا؛ نادری، فرح؛ عسگری، پرویز؛ احتشام‌زاده، پروین. (۱۳۹۶). بررسی میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نمایه توده بدنی و خودپنداره افراد با اضافه وزن. مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران، ۱۲(۴): ۴۳-۵۱.

هابرایدان، آیینگه؛ غلامی مطلق، فرزانه؛ مزده، سهیلا؛ محمودیه، محسن. (۱۳۹۷). تأثیر جراحی بایپس معده و گاسترکتومی Sleeve بر تصویر ذهنی بدن، مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۳۶(۴۵۷): ۳۵۱-۳۵۸

Brewis, A. , Hruchka, D. J and Wutich, A. (2014). "Vulnerability to Fat-Stigma in Womens Everyday Relationship", *Journal of Social Science & Medicine*, 73:491-497.

Moore KG, Bailey JH. (2013). Parental Perspectives of a Childhood Obesity Intervention in Mississippi: A Phenomenological Study. *The Qualitative Report* 2013; 18: 1- 22

Selberg, F. (2018). Change in Children's Self-Concept, BodyEsteem, and Eating Attitudes Before and 4 Years After Maternal RYGB, *Obesity Surgery*, 28(10): 3276-3283

Major, B. , Tomiyama, A. , Hunger, J. (2017). The Negative and Bidirectional Effects of Weight Stigma on Health, OUP UNCORRECTED PROOF

Baccouche MA, Arous I, Trabelsi K, Masmoudi L, Elloum A. (2013). Effect of physical training on anxiety and self-esteem of obese adolescents. *IOSR Journal of Humanities and Social Science*; 8(6): 67-73

- Park LE, Caogero RM, Harwin MJ, Di Raddo, A. M. Predicting interest in cosmetic surgery: Interactive effects of appearance-based rejection sensitivity and negative appearance comments, *Body Image*, 2009; 6(3): 186-193.
- Stefanovics, A. , Potenza, N. , Pietrzak, H. (2018). The physical and mental health burden of obesity in U. S. veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study, *Journal of Psychiatric Research*, 103: 112-119
- Jansen PW, Mensah FK, Clifford SA, Tiemeier H, Nicholson JM, Wake M. (2013). Development of mental health problems and overweight between ages 4 and 11 years: A population-based longitudinal study of Australian children. *Academic Pediatrics*; 13: 159-67.
- Davis CL, Cooper S. Fitness, fatness, cognition, behavior, and academic achievement among overweight children: do cross-sectional associations correspond to exercise trial outcomes? *Prev Med*. 2011 Jun;52
- Cooper Z, Fairburn CG, Hawker DM. (2003). Cognitive behavioral treatment of obesity: A clinician's guide. New York: Guilford Press; 2003.
- 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 & Clinical Practice*, 7, 116-128.
- Ferraro, F. K. and Holland, B. K. (2012) "Physician Evaluation of Obesity in Health Surveys: 'Who Are You Calling Fat?'" , *Journal of Social Science & Medicine*, 55:1401-1413.
- Hendrie G, Sohnpal G, Lange K, Golley R. Change in the family food environment is associated with positive dietary change in children. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2013; 10:4.
- Kaplan, S. , Arnold, E. , Irby, M. (2014). Family Systems Theory and Obesity Treatment: Applications for Clinicians, *NIH Public Access*, 6(1): 24-29
- Major, B. , Tomiyama, A. , Hunger, J. (2017). The Negative and Bidirectional Effects of Weight Stigma on Health, *OUP UNCORRECTED PROOF*.
- Maor, M. (2012) "Fat Women: The Mother-Daughter Relationship Revisited" *Journal of Women Studies International Forum*, 35:97-108.
- Nora M, Guimarães M, Almeida R, Martins P, Gonçalves G, Santos M, et al. (2014). Excess body mass index loss predicts metabolic syndrome remission after gastric bypass. *Diabetol Metab Syndr*; 6(1):1-7.
- Vos RC, Wit JM, Pijl H, Kruyff CC, Houdijk EC. (2012). The effect of family-based multidisciplinary cognitive behavioral treatment in children with obesity: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*; 12: 110.
- World Health Organization. Obesity and overweight. (2017). Available from: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311>.