

اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور (SFBT) بر تصویر بدن، خودکارآمدی و بهزیستی در زنان مبتلا به چاقی

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۹/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۲/۰۱

خلاصه

مقدمه

تمرکز روی چاقی در زنان مسأله مهمی است زیرا وضعیت متابولیک مادر در دوران بارداری می تواند فرزندان او (هم پسر و هم دختر) را تحت تأثیر قرار دهد. هدف از این مطالعه اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور (SFBT) بر تصویر بدن، خودکارآمدی و بهزیستی در زنان مبتلا به چاقی بود.

روش کار

این یک مطالعه نیمه تجربی با پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری و گروه کنترل بود که در سال ۱۳۹۷ انجام شده است. جامعه آماری شامل ۱۱۰ زن است که به مراکز مشاوره غذایی و تغذیه ای بیمارستان های زاهدان و کلینیک تغذیه خصوصی شهر زاهدان مراجعه کرده اند. همه شرکت کنندگان (در گروه کنترل و آزمایش) در سنین ۲۵ تا ۴۵ سال بودند. گروه کنترل هیچگونه مداخله ای دریافت نکرد و فقط برای آنها پیش، پس آزمون و پیگیری انجام شد. در میان آنها و طبق معیارهای ورود و خروج؛ ۳۰ زن چاق به طور در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (۱۵ نفر). گروه آزمایش ۶ جلسه تمرین درمان کوتاه مدت راه حل محور (SFBT) (هر جلسه = ۱/۵ ساعت) شرکت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه تصویر بدن، خودکارآمدی وزن، مقیاس بهزیستی روانشناختی بود. داده ها با استفاده از میانگین و آزمون ANOVA توسط SPSS-20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

نتایج نشان داد که درمان کوتاه مدت راه حل محور (SFBT) تأثیر کافی در تصویر بدن، خودکارآمدی و بهزیستی در زنان مبتلا به چاقی دارد ($p < 0/05$).

نتیجه گیری

این مطالعه نشان می دهد که با چند جلسه از طریق این می توان چاقی و نگرش افراد را در یک شرایط کلینیکی درمان کرد. در مطالعه ما کاهش کوچک اما معنادار در BMI وجود دارد اما خودکارآمدی در بیماران نیز بهبود یافته است.

کلمات کلیدی

درمان کوتاه مدت راه حل محور (SFBT)، تصویر بدن، خودکارآمدی، بهزیستی، زنان و چاقی

علی فرنام^۱

اعظم اکبری زاده^{۲*}

مژگان عرفانی^۳

۱- دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.

۲- گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زاهدان، زاهدان، ایران

۳- گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زاهدان، زاهدان، ایران

* گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زاهدان، زاهدان، ایران

Email: Farnam@ped.usb.ac.ir

مقدمه

چاقی یکی از بیماری‌های شایع در دنیای امروز است که تخمین زده شد در حدود جمعیت جهان ۱/۲ دارای چاقی یا اضافه وزن هستند. در طول ۳۰ سال گذشته شیوع چاقی در کشورهای مختلف پیشرفت داشته است که در بسیاری از کشورها، اضافه وزن و چاقی در کودکان و بزرگسالان یکی از مشکلات عمده بهداشت عمومی است (۱). در حال حاضر بیش از ۳۰۰ میلیون نفر در سراسر جهان بیش از شاخص توده بدنی ۳۰ هستند. در حقیقت، چاقی یک وضعیت ناراحت کننده است و افراد چاق در بسیاری از مناطق زندگی با محرومیت اجتماعی و تبعیض روبرو هستند. بزرگسالان کلিশه چاق به عنوان تنبل، زشت و احمقانه و وزن اذیت کردن مرتبط امری عادی است. در نتیجه فرض بر این است که افراد چاق به ویژه از نظر روحی و همچنین سلامت جسمی ضعیف را تجربه می‌کنند (۲). در یک محیط چاق، زنان بیشتر از مردان در معرض خطر چاقی و به خصوص چاقی شدید هستند. در بیشتر کشورهای توسعه یافته میزان چاقی در زنان بیشتر از مردان است. همچنین تمرکز روی چاقی در زنان مورد توجه مهمی است زیرا وضعیت متابولیک مادر در دوران بارداری می‌تواند فرزندان او، چه پسران و چه دختران را تحت تأثیر قرار دهد (۳).

در جامعه کنونی بدن و زیبایی آن به عنوان یکی از عوامل اصلی دوران نوجوانی محسوب میشود. تصویر ذهنی از خود در واقع نگرش، ادراک و برداشتی است که شخص از خود دارد و محور اصلی این تصویر، احساسات وی نسبت به اندام و بدن خود است. تصویر ذهنی از جسم، تجربه روانی و اجتماعی فرد از بدن خود است (۴). عوامل متعددی در شکل گیری تصویر ذهنی مؤثرند. تصویر ذهنی، یک مفهوم در حال رشد و با اهمیت در زندگی روزمره تعریف شده و به عنوان تصویر ذهنی از بدن خود ماست. شیوع نارضایتی از بدن، یک نگرانی عمده محسوب

میشود، به دلیل این که با اختلالات روانی مانند کاهش عزت نفس، افسردگی واضطراب همراه است. علاوه بر این، نارضایتی از ظاهر به ناسازگاری و اختلالات تغذیه منجر میشود. یکی از شایعترین مشکلات روان شناختی افراد مبتلا به اضافه وزن، وجود نقص در تصویر بدن است زنان و مردان هر دو بر تصویر بدنی تأکید دارند، اما این امر در بین زنان جایگاه ویژه‌ای دارد. استانداردهای اجتماعی کنونی برای زیبایی زنان، به صورت افراطی بر روی تمایل به لاغری تأکید می‌کنند (۵). خودکارآمدی به عنوان اعتماد در توانایی انجام وظیفه در وضعیت خاص تعریف شده است و یکی از قوی‌ترین پیش بینی کننده‌های رفتار می‌باشد خودکارآمدی مربوط به کنترل وزن به ادراک فرد از این که می‌تواند به طور مؤثر رفتارهایی را انجام دهد که منجر به کاهش وزن و یا نگهداری آن شود، اشاره دارد (۶). بهزیستی ذهنی یکی از اولین پیامدهای مرتبط با چاقی و اضافه وزن است. این ویژگی یک مفهوم شخصی و فردی است و بر حسب ارزیابی افراد از حوزه‌های مختلف زندگی‌شان تعریف می‌شود (۷). بر این اساس، وزن بدن یکی از متغیرهای اساسی تفاوت‌های فردی است که اثری فراگیر در تقریباً تمامی جنبه‌های زندگی ما دارد. اگرچه اغلب در سلامت جسمی نقش دارد، اما با انواع فرآیندهای روانشناختی مانند بهزیستی، شکلگیری هویت و نیز در ارتباط است (۸). بهزیستی ذهنی به طور گسترده‌ای به عنوان شاخص سلامت روان پذیرفته شده و در جمعیت‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. بر اساس پژوهش‌ها، افراد دارای اضافه وزن و چاق بیشتر از افراد عادی در معرض ابتلا به افسردگی (۹)، درماندگی روانشناختی (۱۰)، تصویر بدنی ضعیف (۱۱) قرار دارند. از طرف دیگر، با تشویق پزشکان به بهبود عادات بهداشتی، بیماران اغلب به دنبال منابع اضافی در مورد تکنیک‌ها، استراتژی‌های انگیزشی و برنامه‌های جامعه است. با این حال، مطالعات نشان می‌دهد که

(SFBT) شامل تعیین اهداف، کشف استثنائات، یافتن اقدامات مفید، انجام کارها متفاوت و تجلیل از موفقیت است (۱۶). با توجه به دانش ما، در ایران، اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور در تصویر بدنی، خودکارآمدی و بهزیستی زنان مبتلا به چاقی مورد بررسی قرار نگرفته است، بنابراین هدف از این مطالعه بررسی این موضوع مهم است.

روش کار

این یک مطالعه نیمه تجربی با پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری و گروه کنترل بود که در سال ۱۳۹۷ انجام شده است. جامعه آماری شامل ۱۱۰ زن است که به مراکز مشاوره غذایی و تغذیه‌ای بیمارستان‌های زاهدان و کلینیک تغذیه خصوصی شهر زاهدان مراجعه کرده‌اند. همه شرکت کنندگان (در گروه کنترل و آزمایش) در سنین ۲۵ تا ۴۵ سال بودند. گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکرد و فقط برای آنها پیش، پس آزمون و پیگیری انجام شد. در میان آنها و طبق معیارهای ورود و خروج؛ ۳۰ زن چاق به طور در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (۱۵ نفر).

معیار ورود به شرح زیر است: داشتن سن ۲۵-۴۵ سال؛ داشتن حداقل مدرک دیپلم، دارا بودن شاخص توده بدنی (BMI) برابر یا بیشتر از ۳۰، وضعیت اجتماعی اقتصادی اقتصادی متوسط، نداشتن بیماری جسمی جدی مانند بیماری قلبی و اسکروز مولتیپل، عدم سوء استفاده از مواد مخدر و وابستگی به دارو، عدم استفاده داروهای روانگردان، فاقد بیماری روان پریشی مانند اسکیزوفرنی و اختلالات مرتبط با آن، عدم صدمات مغزی، عدم سوگ در ۶ ماه گذشته مانند طلاق و فوت نزدیکان و شرکت کنندگان به طور همان زمان در هیچ آموزش روانشناسی شرکت نکرده باشند. معیارهای خروج از مطالعه شامل دو جلسه غیبت در معالجه ارائه شده است، مواجهه با حوادث شدید استرس زا و یا امتناع فرد از ادامه جلسات.

تنها ۶۵٪ از بیماران چاق توصیه‌هایی را که در مورد کاهش وزن به دنبال دارند دریافت می‌کنند (۱۲).

در کل چهار رویکرد عمده مبتنی بر شواهد برای درمان وجود دارد: دارودرمانی، رژیم درمانی^۱، دارو درمانی^۲، جراحی^۳ و درمان‌های روان شناختی^۴. با توجه به این ملاحظات، به وضوح نیاز روشنی به رویکردهای جدید به منظور عملکرد بهتر رژیم غذایی وجود داشت. در همین راستا بر پایه روایت اضافه وزن زنان چاق، رویکرد جدیدی برای درمان چاقی به وجود آمد. این رویکرد برای به حداقل رساندن افزایش دوباره وزن، که عموماً به دنبال کاهش وزن پیش می‌آید و به منظور غلبه بر موانع روان شناختی جهت فراگیری و پایبندی دراز مدت به رفتار مؤثر کنترل وزن، طرح ریزی شد (۱۳). درمان کوتاه مدت راه حل محور (SFBT)^۵ در مورد چگونگی یافتن راه حل است تا اینکه مسئله محور باشد. نتایج همچنین حاکی از اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور (SFBT) توسط تاتادی^۶ (۲۰۱۴) نشان می‌دهد که SFBT در دانش آموزان دبستان، دبیرستان و دبیرستان مؤثر است (۱۴). تحقیقات انجام شده توسط گینگریچ^۷ و ایزنگارت^۷ (۲۰۰۰) مقایسه‌ای بین درمان کوتاه مدت راه حل محور (SFBT) و درمانی برای غلبه بر افسردگی را نشان می‌دهد. در نتیجه، هر دو روش درمانی به همان اندازه مؤثر هستند (۱۵). دشتی زاده، ساجدی، نظری، داورنیا و شاکرمی (۲۰۱۵) همچنین خاطر نشان کرد که درمان کوتاه مدت راه حل محور (SFBT) با یک جلسه برای کاهش افسردگی (افسردگی خلقی) مؤثر است. درمان کوتاه مدت راه حل محور

¹ Diet therapy

² Pharmacotherapy

³ Surgery

⁴ Psychological treatment

⁵ Solution-Focused Brief Therapy

⁶ Taathadi

⁷ & Eisengart

۲- خودکارآمدی وزن: خودکارآمدی در این تحقیق با پرسشنامه خودکارآمدی وزن ارزیابی شد (کلارک، آبراز، نیورا، ایتون و راسی^۱، ۱۹۹۱). اعتبار درونی این پنج خرده مقیاس از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ است. اعتبار خارجی پرسشنامه خودکارآمدی وزن نیز تایید شده است زیرا تغییرات در نمرات پرسشنامه خودکارآمدی وزن در طول درمان چاقی مشاهده شده است. نمره کل با جمع بندی پنج زیرمقیاس محاسبه شد (۱۸).

۳- مقیاس بهزیستی روانشناختی: برای سنجش بهزیستی روانشناختی از پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف^۲ استفاده شد. این مقیاس را Ryff در سال ۱۹۸۹ ساخته و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار داده است (۱۹). در ایران بیانی، محمد کوچکی، بیانی (۱۳۸۷) آن را ترجمه کرده و مورد استفاده قرار داد (۲۰). شگری، تاجیک اسماعیلی، دانشور پور، غنایی و دستجردی (۱۳۸۶) ضریب پایایی مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف را ۰/۸۲ و خرده مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی را به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۹ و ۰/۷۸ گزارش کردند (۲۱). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۸ و برای و خرده مقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۵، ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۸۱ و ۰/۷۶ به دست آمد.

پس از غربالگری از خانمهای چاق خواسته شد اقدامات لازم را برای پیش آزمون و سپس مداخله انجام دهند. در میان آنها و طبق معیار ورود و خروج؛ ۳۰ زن چاق به طور تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (۱۵ نفر). گروه آزمایش ۶ جلسه تمرکز مختصر با محلول متمرکز (SBFT) (هر جلسه = ۱/۵ ساعت) دریافت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای نداشت.

ملاحظات اخلاقی تحقیق اینگونه است که در ابتدای تحقیق با توضیح صادقانه اهداف طرح به کسب رضایت آگاهانه از افراد برای شرکت در پژوهش پرداخته شد. در اجرای پژوهش، سعی بر آن بوده است که با برقراری ارتباط مؤثر با آزمودنی‌ها آن‌ها را از لحاظ مشکلات احتمالی (اضطراب ناشی از پاسخ دادن به آزمودنی، کاهش عزت نفس یا اعتماد به نفس، نگرانی آزمودنی‌ها در رابطه با تأثیر نتایج بر سرنوشت آن‌ها و ...) مورد حمایت قرار گیرد. رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات هم از جانب مجری و هم از جانب همکاران پژوهشگر کاملاً حفظ شده است. به شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر داده شد که نحوه گزارش نتایج پژوهش ضامن حقوق مادی و غیرمادی آنان و مربوط به تحقیق می‌باشد. در هیچ‌یک از مراحل پژوهش، هزینه‌ای به فرد شرکت‌کننده تحمیل نشد.

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه تصویر بدن: این پرسشنامه حاوی ۱۱ ماده‌ای است که میزان رضایت از ظاهر عمومی را اندازه گیری می‌کند. -ویرایش اول این پرسشنامه در سال ۱۹۸۳ طراحی شد که شامل ۲۹۴ ماده بود و BSRQ نامیده شد. از میان ۳۰۰۰۰ نفر شرکت‌کننده، ۲۰۰۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شده و بر اساس سن و جنس طبقه بندی شدند. با استفاده از یک لیکرت شش نقطه ای، افراد با عباراتی مانند "من به بدنم افتخار می‌کنم" ارزیابی می‌کنند. آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۷۷ است (۱۷).

¹ Clark, Abrams, Niaura, Eaton & Rossi

² Ryff

پروتکل درمانی

محتوای جلسات توسط جلسات شامل موارد زیر است (شاکرمی، داورنیا، زهراکار، ۱۳۹۳)

جلسه‌های درمان	عنوان جلسات
جلسه اول	اجرای پیش آزمون، تعریف مسئله، مشارکت در مراجعاتی که مسئله را با یک کلمه حل می‌کنند و آن کلمه را به یک جمله تبدیل می‌کنند، مسئله را به حالت قابل دسترسی، قابل مذاکره و بحث درباره مشکل تبدیل می‌کنند. شرکت کنندگان موظف بودند اهداف خود را برای جلسه بعدی ارسال کنند تا در جلسات شرکت کنند و آنها را به گروه برسانند. این اهداف باید روی تغییراتی که در گروه ایجاد می‌شود متمرکز شود
جلسه دوم	بررسی تکالیف در هفته گذشته، کمک به مشارکت کنندگان اهداف خود را به روشی مثبت، مشخص، ملموس و قابل اندازه گیری، بررسی راه‌های شکایات و راه‌های حل مسئله. از شرکت کنندگان خواسته شد انتظارات و سایر اهدافی را که خودشان و همکارانشان می‌توانند به صورت مثبت، دقیق، ملموس و قابل اندازه گیری بنویسند و به جلسه بعدی بیاورند
جلسه سوم	خلاصه‌ای از جلسه قبل و بررسی حل مسئله، صحبت در مورد آینده، استفاده از فن استثنائات و سؤالات معجزه آسا، یافتن یک داستان مثبت. از شرکت کنندگان خواسته شد تا از تکنیک استثنائات استفاده کنند تا استثنائات را برای مشکل خود استخراج کنند و آنها را به جلسه بعدی بیاورند.
جلسه چهارم	بررسی تکالیف و خلاصه جلسه قبل، توضیح کلید استاد و استفاده از آن، استفاده از پرسشنامه. از شرکت کنندگان خواسته شد تا درباره سؤالات مطرح شده در این جلسه فکر کنند و در آینده پاسخی را برای آنها بیاورند.
جلسه پنجم	بررسی تکالیف هفته گذشته، استفاده از فن تکالیف، استفاده از سؤالات حل مسئله، استفاده از استدلال‌های متناقض و شرط‌های متناقض. از شرکت کنندگان خواسته شد که یاد بگیرند که چگونه می‌توانند به جای صحبت کردن در یک راه حل مسئله، در مورد یک راه حل صحبت کنند، تا با توجه به توضیحات گفته شده، موضوعات را با بحث متمرکز خود در خارج از گروه به بحث بگذارند
جلسه ششم	خلاصه‌ای از جلسه قبلی و بررسی تکالیف، استفاده از سؤالات واجد شرایط، تعیین اینکه آیا مراجعین به اهداف درمانی رسیده‌اند؟! پس آزمون را اجرا کنید.

نتایج

شرکت کنندگان شامل ۳۰ گروه کنترل (۱۵ نفر) و گروه آزمایش (۱۵ نفر) بودند. میانگین سنی افراد شرکت کننده ۳۴٫۴ سال بود. متغیرهای جمعیتی در جدول ۱ ارائه شده است.

۲ ماه بعد، مرحله پیگیری برای همه شرکت کنندگان (گروه آزمایش و کنترل) اجرا شد. داده‌ها با استفاده از میانگین و آزمون ANOVA توسط SPSS-20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱- مقایسه خصوصیات جمعیتی در گروه‌ها

تجزیه و تحلیل آماری	گروه کنترل (n = 15)	گروه SFBT (n = 15)	
$\chi^2(2)=1.96, n.s.$	(۳/۸/۴)	(۴/۷/۴)	وضعیت شغلی (بیکار / نیمه وقت / کار)
$\chi^2(2)=0.54, n.s.$	(۳/۷/۵)	(۴/۶/۵)	وضعیت تأهل (مجرد / متأهل / مطلقه)
$t(28)=1.58, n.s.$	(۵/۰۶)۳۵/۰۳	(۴/۵۷)۳۳/۷۷	سن (S.D)

شبهات‌ها بین دو گروه پیش آزمون (جدول ۲) مشاهده شد و سپس اندازه گیری مکرر ANOVA با اثر درون موضعی (TIME) در هر گروه SFBT و گروه کنترل، با مقایسه زوجی بعد از تعادل نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری انجام شد (جدول ۲). آزمونهای t مستقل پس از مداخله، پس از

مقایسه زوجین مبتنی بر مشخصات دموگرافیک در گروه‌ها براساس سن، وضعیت تأهل و شغل تأیید شده است. اندازه گیری مکرر ANOVA برای بررسی تفاوت بین SFBT و گروه کنترل در تصویر بدن، خودکارآمدی و بهزیستی انجام شد (پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری).

مداخله، مقایسه نتایج بین SFBT و گروه‌های کنترل برای بهزیستی قبل و بعد از مداخله SFBT انجام شد. ارزیابی تفاوت‌های گروه در تصویر بدن، خودکارآمدی و

جدول ۲- اندازه گیری مکرر ANOVA خطی برای تصویر بدن، خودکارآمدی و بهزیستی مداخله SFBT

within-subject [†]	TIME*GROUP	زمان (TIME)	پیگیری - پس آزمون - پیش آزمون	گروه	توصیف
F(2, 28)= 31.53, p = .001, η ² = .71	F(2, 56)= 21.16, p =.001, η ² =.42	F(2, 56)= 16.13, p =.001, η ² =.38	۱۰۴/۱۴ - ۱۱۱/۰۷ - ۱۱۳/۸	گروه آزمایش	خودکارآمدی
F(2, 28)= 2.09, p = .12, η ² = .11			۱۰۵/۸۳ - ۱۰۵/۸۹ - ۱۰۷/۱	گروه کنترل	تصویر بدنی
F(2, 28)= 21.5, p = .001, η ² = .58	F(2, 56)= 11.21, p =.001, η ² =.31	F(2, 56)= 13.18, p =.001, η ² =.36	۳۲/۷۸ - ۳۸/۱ - ۳۸/۹	گروه آزمایش	بهزیستی
F(2, 28)= 1.2 p = .32, η ² = .09			۳۳/۲۶ - ۳۲/۹ - ۳۳/۵۴	گروه کنترل	روانشناختی
F(2, 28)= 33.01, p = .001, η ² = .65	F(2, 56)= 4.75, p =.001, η ² =.45	F(2, 56)= 8.72, p =.001, η ² =.44	۶۵/۱۴ - ۷۴/۷ - ۷۶/۴۵	گروه آزمایش	
F(2, 28)= 1.61, p = .6, η ² = .08			۶۷/۷۳ - ۶۸/۹ - ۶۸/۱۹	گروه کنترل	

بحث و نتیجه گیری

هدف از این مطالعه اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور (SFBT) بر تصویر بدن، خودکارآمدی و بهزیستی در زنان مبتلا به چاقی بود که نتایج نشان داد که درمان کوتاه مدت راه حل محور بر متغیرهای مزبور موثر بوده است. طبق بررسی‌های ما، این اولین کارآزمایی بالینی برای ارزیابی تأثیر درمان مختصر در زنان مبتلا به چاقی بود که نتایج نشان داد که درمان کوتاه مدت راه حل محور (SFBT) بر تصویر بدن، خودکارآمدی و بهزیستی در زنان مبتلا به چاقی است.

این نشان می‌دهد که درمان کوتاه مدت راه حل محور (SFBT) از جمله برنامه‌های بالقوه است که برای درمان چاقی در افراد به طور گسترده منتشر می‌شوند (۲۲). این مداخلات شامل ترکیبات متنوعی از درمان کوتاه مدت راه حل محور (SFBT) با ورزش، آموزش تغذیه ای، تغییر فرد و اجتناب از رژیم‌های محدود کننده بود که معدودی از آنها نیز با استفاده از راهکارهای نگهدارنده انجام میشود (۲۳).

یافته‌های پژوهش حاضر حمایت تجربی قابل قبولی برای رویکرد راه حل محور فراهم می‌آورد. درمان کوتاه مدت راه حل محور در مقایسه با رویکردهای مشکل محور که تمرکز اصلی شان بر مشکلات مراجعان است، تمرکز بر یافتن راه حل‌های مختلف برای حل مشکلات مراجعان می‌باشد. این

دیدگاه یک رویکرد قابلیت محور است و به توانمندیهای افراد برای حل مشکلاتشان اعتقاد دارد. از آنجا که در این رویکرد تمرکز بر مسایل قابل تغییر می‌باشد و نه مسایل غیر قابل تغییر، لذا تغییر در مراجعان امری اجتناب ناپذیر است و بدون شک اتفاق خواهد افتاد. این رویکرد به دلیل دیدگاه غیر بیماری شناختی، کوتاه مدت بودن، کاربردی بودن و تکنیکهای ساده و مؤثر قابلیت آموزش به تمامی مراجعان با مسایل گوناگون بالینی و زناشویی را دارد و از آنجا که مراجعان همیشه به دنبال تغییرات سریع و زود هنگام هستند، این رویکرد به دلیل کوتاه مدت بودن فرایند درمان برای بسیاری از مراجعان مفید می‌باشد.

چندین مطالعه تأثیر بهبود تصویر بدن در افراد دارای اضافه وزن و چاق را بررسی کرده اند. روگان، سدن، ورنون-رابرتز (۱۹۹۰) به دنبال یک برنامه طراحی شده برای ارتقاء پذیرش وزن و کاهش پر خوری و محدودیت در رژیم غذایی، پیشرفتهای چشمگیری در تصویر بدن، خودکارآمدی و علائم افسردگی گزارش کردند. زنان چاق که در یک برنامه مشابه ثبت نام کرده بودند، از پیشرفت در خودکارآمدی و افسردگی گزارش شده بودند (۲۴).

¹ Roughan, Seddon & Vernon-Roberts

تا نتایج به دست آمده در بهزیستی جسمی و روانی به حداکثر برسد (۲۵).

تمرینات درمان کوتاه مدت راه حل محور به مراجع کمک می‌کند که با باورهای خودکارآمدی به شیوه متفاوت تعامل داشته باشد که باعث افزایش خزانه رفتاری مراجع می‌شود. هنگامی که مراجع با وجود افکار، مطابق آن‌ها رفتار نمی‌کند و رفتاری را در راستای ارزش‌های فردی‌اش (نه افکار) انجام می‌دهد، تجربه جدیدی خواهد داشت (۲۶). اگر تاکنون به دلیل افکار و یا احساسات ناخوشایند کاری را انجام نمی‌داد و این بار با وجود آن افکار و احساسات عمل می‌کند و متوجه خواهد شد که توان انجام آن را دارد و باور خودکارآمدی او افزایش می‌یابد و هم چنین این تغییر در عملکرد و انجام عمل متعهد می‌تواند منجر به کاهش وزن و در نتیجه خودکارآمدی بالاتر گردد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به شیوه نمونه‌گیری در دسترس اشاره کرد. از دیگر محدودیت‌ها، انجام پژوهش تنها بر نمونه‌های زن می‌باشد، لذا در تعمیم نتایج بر نمونه‌های مرد باید جانب احتیاط رعایت گردد. علاوه بر این این پژوهش به صورت گروهی انجام شد، بنابراین در تعمیم نتایج آن به صورت فردی باید احتیاط کرد. هم چنین در این پژوهش به دلیل محدودیت زمانی، پی‌گیری دو ماهه انجام شد که توصیه می‌شود به منظور تعیین میزان تداوم تأثیرات درمان، آزمون‌های پیگیری بلند مدت تری به عمل آید. هم چنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، اثربخشی این درمان بر سایر متغیرهای روان‌شناختی تأثیرگذار بر چاقی مورد بررسی قرار گیرد. در پایان می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان کوتاه مدت راه حل محور (SFBT) می‌تواند موجب افزایش تصویر بدن، خودکارآمدی و بهزیستی در زنان مبتلا به چاقی در زنان مبتلا به چاقی شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود نتایج این پژوهش برای جهت‌گیری صحیح و بهبود خدمات درمانی در کلینیک‌ها و مراکز مربوطه مورد استفاده قرار گیرد و یافته‌های این پژوهش در ترکیب با یافته‌های پژوهش‌های مشابه در ایران برای تهیه یک برنامه درمانی چاقی مورد استفاده قرار گیرد.

این مطالعه نشان می‌دهد که با چند جلسه از طریق این می‌توان چاقی و نگرش افراد را در یک شرایط کلینیکی درمان کرد. در مطالعه ما کاهش کوچک اما معنادار در BMI وجود دارد اما خودکارآمدی در بیماران نیز بهبود یافته است. خودکارآمدی متغیر مهمی است که باید با توجه به برنامه‌های مدیریت وزن در نظر گرفته شود. نتیجه درمان ممکن است توسط برنامه‌هایی که کارآیی افراد را برای مقابله با موقعیت‌های پرخطر بهبود می‌بخشد، بهبود یابد، ضمن اینکه شرکت کنندگان با خودکارآمدی در ابتدا افزایش یافته را برای مشکلات مربوط به تلاش‌های کاهش وزن آماده می‌کنند. برای زنان با خودکارآمدی کم خیلی مهم است که بتوانند هدفی برای کاهش وزن داشته باشند به طوری که با رسیدن به موفقیت در آن اهداف احساس دلگرمی کنند و بیشتر در رفتارهای کاهش وزن خود ادامه دهند. علاوه بر این، تغییرات رژیم غذایی مورد نیاز برای دستیابی به کاهش تدریجی وزن در طولانی مدت پایدارتر است. سازمان بهداشت جهانی چاقی را به عنوان شرط چربی اضافی در بافت چربی تعریف کرده است تا حدی که اختلال در سلامتی داشته باشد. در نتیجه، به جای اینکه به این نکته توجه کنیم که آیا کاهش وزن حاصل می‌شود یا نه، نتیجه اصلی نشانگر موفقیت، بهبود در ترکیب بدن است که با کاهش چربی یا چربی بدن تعریف می‌شود. فرارو و یو^۱ (۱۹۹۵) نشان داد که چاقی با رده بندی پایین تر سلامتی در بین افراد با سطح مشابهی از عوارض و بهزیستی عملکردی همراه است و نشان می‌دهد که افراد چاق واقعاً از خطرات سلامتی چاقی آگاه هستند. نقاط قوت این مطالعه شامل طرح تحقیق نیمه تجربی آن توسط SFBT در مورد زنان چاق است، نتایج این تحقیق به ایجاد پایه‌ای برای تحقیقات برای ادغام جمعیت اقلیت در مطالعات آینده مربوط به فرایندهای تغییر کمک می‌کند. درمان‌های موجود و جدید باید شامل بلند مدت باشد که ارزیابی‌های روزمره بهزیستی روانشناختی را در کنار وزن انجام می‌دهد. از همه مهم‌تر، پیوستگی‌های روانی و جسمی را باید همزمان با وزن کنترل کرد

¹ Ferraro & Yu

References

1. Blüher, M. (2019). Obesity: global epidemiology and pathogenesis. *Nature Reviews Endocrinology*, 15(5), 288.
2. An, R., Ji, M., & Zhang, S. (2018). Global warming and obesity: a systematic review. *Obesity Reviews*, 19(2), 150-163.
3. Dufour, A. B., Losina, E., Menz, H. B., LaValley, M. P., & Hannan, M. T. (2017). Obesity, foot pain and foot disorders in older men and women. *Obesity research & clinical practice*, 11(4), 445-453.
4. Valois, D. D., Lamb, M., Bowker, A., Rutherford, J., & Buchholz, A. (2019). Extracurricular Activity Involvement and Body Image in Youth with Obesity: The Mediating Role of Social Life. *Childhood Obesity*, 15(7), 426-433.
5. Yazdani, N., Hosseini, S. V., Amini, M., Sobhani, Z., Sharif, F., & Khazraei, H. (2018). Relationship between body image and psychological well-being in patients with morbid obesity. *International journal of community based nursing and midwifery*, 6(2), 175.
6. Annesi, J. J. (2018). Effects of self-regulatory skill usage on weight management behaviours: Mediating effects of induced self-efficacy changes in non-obese through morbidly obese women. *British journal of health psychology*, 23(4), 1066-1083.
7. Vallis, M. (2016). Quality of life and psychological well-being in obesity management: improving the odds of success by managing distress. *International journal of clinical practice*, 70(3), 196-205.
8. Ishii, K., Shibata, A., Adachi, M., Mano, Y., & Oka, K. (2017). Objectively measured sedentary behavior, obesity, and psychological well-being: a cross-sectional study of Japanese schoolchildren. *Journal of Physical Activity and Health*, 14(4), 270-274.
9. Trainer, S., Brewis, A., Wutich, A., & Han, S. Y. (2017). Obesity, depression, and weight-related stigma syndemics. *Foundations of Biosocial Health: Stigma and Illness Interactions*; Lerman, S., Ostrach, B., Singer, M., Eds, 83-106.
10. Hill, A. J. (2017). Obesity in children and the 'Myth of Psychological Maladjustment': self-esteem in the spotlight. *Current obesity reports*, 6(1), 63-70.
11. Coleman, D. (2019). The Influence of Food Choices, Eating Habits, and Body Image of African American Mothers on Childhood Obesity (Doctoral dissertation, Walden University).
12. Chukhraiev, N., Zukow, W., Chukhraieva, E., & Unichenko, A. (2017). Integrative approach to reduction of excess weight. *Journal of Physical Education and Sport*, 17(2), 563.
13. Glover, L., & Crawford, R. (2020). The impact of pre-treatment weight-loss expectations on weight loss, weight regain, and attrition in people who are overweight and obese: a systematic review of the literature. *British Journal Of Health Psychology*, 17(3).
14. Taathadi, M. S. (2014). Application of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) to Enhance High School Students Self-Esteem: An Embedded Experimental Design. *International Journal of Psychological Studies*, 6(3), 96-105.
15. Gingerich, W. J., & Eisengart, S. (2000). Solution-focused brief therapy: A review of the outcome research. *Family process*, 39(4), 477-498.
16. Dashtizadeh, N., Sajedi, H., Nazari, A., Davarniya, R., & Shakarami, M. (2015). Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) on reducing symptoms of depression in women. *Journal of clinical Nursing and Midwifery*, 4.
17. Petersen, A. C., Schulenberg, J. E., Abramowitz, R. H., Offer, D., & Jarcho, H. D. (1984). A self-image questionnaire for young adolescents (SIQYA): Reliability and validity studies. *Journal of youth and adolescence*, 13(2), 93-111.
18. Clark, M. M., Abrams, D. B., Niaura, R. S., Eaton, C. A., & Rossi, J. S. (1991). Self-efficacy in weight management. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(5), 739.
19. Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(1), 10-28.
20. Bayani, Ali Asghar; Mohammad Kochaki, Ashour; Bayani, Ali. (2009). Validity and Reliability of the Reef Psychological Well-being Scale. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, Volume 14, Number 2, 146-151.
21. Hokri, A Tajik Ismaili, A D Daneshvar Pour, Z Ghanai, Z Dastjerdi, R. (2008). Individual Differences in Identity Styles and Psychological Well-Being: The Role of Identity Commitment. *Cognitive Science News*. 9 (2). 33-46.
22. Roeden, J. M., Bannink, F. P., Maaskant, M. A., & Curfs, L. M. (2009). Solution-focused brief therapy with persons with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6(4), 253-259.
23. Woods, K., Bond, C., Humphrey, N., Symes, W., & Green, L. (2011). Systematic review of Solution Focused Brief Therapy (SFBT) with children and families. *London: Department for Education*.
24. Roughtan, P., Seddon, E., & Vernon-Roberts, J. (1990). Long-term effects of a psychologically based group programme for women preoccupied with

- body weight and eating behaviour. *International Journal of Obesity*, 14(2), 135-147.
25. Ferraro, K. F., & Yu, Y. (1995). Body weight and self-ratings of health. *Journal of health and social behavior*, 274-284.
26. Peterson, Y. (2005). Family therapy treatment: working with obese children and their families with small steps and realistic goals. *Acta Paediatrica*, 94, 42-44.

*Original Article***The efficacy of integrated meta-diagnosis therapy on their differentiation and the difficulty of regulating excitement in patients with anxiety syndrome**

Received: 06/12/2018 - Accepted: 20/02/2019

Ali Farnam¹
Azam Akbarizadeh^{2*}
Mojgan Erfani³

¹Associate Professor, Department of Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran.

² Department of Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran

³ Department of Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran

* Department of Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran

Email: Farnam@ped.usb.ac.ir

Abstract

Introduction: Focus on obesity in women is an important consideration for men because the metabolic status of the mother during pregnancy can impact her children, both boys and girls.

Methods: The aim of this study was effectiveness of solution-focused Brief Therapy (SFBT) on body image, self-efficacy and well-being in women with obesity. This is quasi-experimental research with pre-test, post-test, follow-up and control group that was conducted in 2017. Statistical population consists of 110 women who referred to food and nutrition counseling center of Zahedan's hospitals and patients who referred to the private nutrition clinic of Zahedan city on 2017. All participants (in control and experiment group) were aged between 25 to 45 years old. The control group did not receive any intervention and just were taken pre-test and post-test and follow-up. Among of them and according to inclusion and exclusion criteria; 80 obese women were selected randomly and assigned in two experimental and control groups (n=15). The experimental group received 6 sessions of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) (each session=1.5 hours) and control group didn't any intervention. Measures were Body Image Questionnaire, Weight self-efficacy, Psychological Well-being Scale. The data were analyzed by using Mean, SD and Linear ANOVA with SPSS-20 software.

Result: The results showed that solution-focused brief therapy (SFBT) was effect on body image, self-efficacy and well-being in women with obesity ($p<0.05$).

Conclusion: This study shows that a few sessions can help obesity and attitudes be treated in a clinical setting. In our study, there was a small but significant decrease in BMI, but self-efficacy was also improved in patients.

Key words: of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT), Body Image, Self-efficacy, Well-being, Women, and Obesity

Acknowledgement: There is no conflict of interest.