



اثربخشی برنامه توانمندسازی روان‌شناختی بر خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی زنان دارای سابقه جراحی اسلیو

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران
دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران

عاطفه فتاحی ^{id}

مهدی زارع بهرام آبادی* ^{id}

آزاده فرقدانی ^{id}

zare@samt.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۰۴

دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۱۶

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۴ | شماره ۴ | پیاپی ۱۸ | ۲۲۵-۲۴۲
پاییز ۱۴۰۲

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(فتاحی و همکاران، ۱۴۰۲)

در فهرست منابع:

فتاحی، عاطفه، زارع بهرام آبادی، مهدی، و فرقدانی، آزاده. (۱۴۰۲). اثربخشی برنامه توانمندسازی روان‌شناختی بر خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی زنان دارای سابقه جراحی اسلیو. *خانواده درمانی کاربردی*. ۴(۴)، ۲۲۵-۲۴۲.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی برنامه توانمندسازی روان‌شناختی بر خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی زنان دارای سابقه جراحی اسلیو انجام شده است. **روش پژوهش:** مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی که در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل با سنجش در خط پایه پس از مداخله و پیگیری ۳ ماهه انجام گرفت. تعداد ۵۰ نفر از زنان دارای سابقه جراحی اسلیو مراجعه کننده بیمارستان پاریسیان شهر تهران در بازه زمانی شهریور ۱۳۹۹ تا اردیبهشت ۱۴۰۰ با در نظر گرفتن معیارهای ورودی، ۴۰ نفر از کسانی که تمایل به شرکت در تحقیق را داشتند (با اخذ رضایت کتبی) انتخاب و از طریق جایگزینی تصادفی به شیوه زیر صورت پذیرفت و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) گماشته شدند. کلیه شرکت کنندگان پرسشنامه خودکارآمدی سبک زندگی و پرسشنامه پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی را در سه مرحله تکمیل و اندازه‌گیری قرار گرفت. جلسات توانمندسازی روان‌شناختی (لیم و همکاران، ۲۰۲۲) به صورت گروهی انجام گرفت. فرضیه‌های مربوط به اثربخشی مداخله‌های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که در گروه آزمایش بین نمرات مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیرهای خودکارآمدی سبک زندگی و بهزیستی روان‌شناختی اختلاف معناداری وجود دارد ($p < 0/01$) اما بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری یافت نشد ($p < 0/05$). همچنین در گروه کنترل تفاوت معناداری در طی مراحل آزمون یافت نشد ($p < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مذکور می‌تواند در افزایش خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران دارای سابقه جراحی اسلیو به عنوان مداخله روانشناسی استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: توانمندسازی روان‌شناختی، بهزیستی روان‌شناختی، جراحی اسلیو، خودکارآمدی.

مقدمه

تاکنون برای رویارویی با چاقی به‌عنوان پدیده‌ای چندبعدی و فراگیر، روش‌های مقابله‌ای و درمانی متعددی از جمله روش‌های رژیم‌ی، داروهای کاهش وزن و درمان‌های جراحی، ارائه شده که هر یک اثربخشی متفاوتی دارند. درمان جراحی برای چاقی محدود به افرادی می‌باشد که چاقی مرضی و یا چاقی شدید به همراه عوارض افزایش چاقی دارند (افتخاری و همکاران، ۱۳۹۷). مداخله جراحی روشی است که باعث کاهش وزن طولانی‌مدت، حذف و یا بهبود بیماری‌های همراه مرتبط با چاقی مرضی و بهبود بهزیستی روانشناختی می‌شود. مطالعات اخیر نشان می‌دهند که اعمال جراحی علاوه بر کاهش وزن قابل توجه و پایدار، موجب درمان دیابت نوع دو و بهبود روند بیماری‌های قلبی-عروقی شده و ریسک مرگ را تا ۳۵٪ در طول زمان کاهش می‌دهد (احمدی و همکاران، ۱۳۹۵). عمل اسلیوگاسترکتومی یا اسلیو معده یک گزینه جدید برای مدیریت چاقی با عمل جراحی می‌باشد. در این روش حدود ۶۰ تا ۸۰ درصد تنه معده در طول انحنای بزرگ تا نزدیک محل اتصالش به مری توسط استاپلر جدا شده و از بدن خارج می‌شود و باقی‌مانده معده به صورت یک لوله بلند و باریک باقی می‌ماند و بنابراین ظرفیت پذیرش غذا نیز به طور چشمگیری کاهش می‌یابد و این بیماران بعد از عمل اشتها کمی نیز برای خوردن غذا دارند. شواهد نشان می‌دهد که بازگشت رژیم و یا افزایش وزن مجدد در بین مبتلایان به چاقی، بعد از انجام عمل جراحی و یا رژیم‌درمانی وجود دارد (نتایج بیشه و همکاران، ۱۳۹۴).

عمل اسلیوگاسترکتومی^۱ یا اسلیو معده یک گزینه جدید برای مدیریت چاقی با عمل جراحی می‌باشد. در این روش حدود ۶۰ تا ۸۰ درصد تنه معده در طول انحنای بزرگ تا نزدیک محل اتصالش به مری توسط استاپلر^۲ جدا شده و از بدن خارج می‌شود و باقی‌مانده معده به صورت یک لوله بلند و باریک باقی می‌ماند و بنابراین ظرفیت پذیرش غذا نیز به طور چشمگیری کاهش می‌یابد و این بیماران بعد از عمل اشتها کمی نیز برای خوردن غذا دارند. شواهد نشان می‌دهد که بازگشت رژیم و یا افزایش وزن مجدد در بین مبتلایان به چاقی، بعد از انجام عمل جراحی و یا رژیم‌درمانی وجود دارد (بهداری منفرد و همکاران، ۱۳۹۸). تا چندی پیش تنها از زاویه جسمانی و پزشکی به علل و عوامل چاقی و نیز پیامدهای آن پرداخته می‌شد اما در دهه گذشته مطالعه چاقی از منظر روان‌شناختی نیز گسترش چشمگیری داشته است. به عبارت دیگر، اگر خوردن به‌عنوان یک رفتار در نظر گرفته شود باید مانند دیگر رفتارهای انسان به بررسی آن پرداخت و علل اغتشاش یا ناهنجاری آن را شناخت. چنانچه عوامل روان - شناختی در تبیین پدیده چاقی یا اضافه‌وزن همچنین بازگشتن وزن از دست‌رفته نادیده گرفته شوند، تلاش برای مهار یا درمان این مشکل نیز دست‌کم در برخی موارد به شکست خواهد انجامید (پاکیزه و بهزادفر، ۱۳۹۷). از جمله متغیرهای مطرح‌شده در این زمینه خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن می‌باشد. خودکارآمدی نسبت به هر سازه انگیزشی دیگری، ثابت‌ترین پیش‌بینی کننده پیامدهای رفتاری معرفی شده است. همچنین خودکارآمدی پیش‌بینی خوبی برای رفتارهای خوردن و مرتبط با وزن است (آگاه هریس و همکاران، ۱۳۹۵).

1. Gastrectomy

2. Stapler

برگشت وزن، خودکارآمدی افراد را در مدیریت رفتار سلامت کاهش می‌دهد. در همین راستا، پژوهش‌ها نشان می‌دهد خودکارآمدی مرتبط با وزن معمولاً ادامه درمان چاقی را تسهیل می‌کند و یکی از سازه‌های روان‌شناختی است، که از برگشت وزن جلوگیری می‌کند. افرادی که نوسان وزن زیادی را تجربه می‌کنند، به‌طور معمول از سطح خود کارآمدی پایین‌تری برخوردار هستند (خسروشاهی و خانجانی، ۱۳۹۶). به‌طور کلی می‌توان گفت خودکارآمدی عامل مهمی است که باید در برنامه‌های آموزش و مشاوره‌های تغذیه‌ای کاهش وزن مورد توجه و دقت نظر قرار گیرد و گرنه تاریخچه آموزش بهداشت نشان داده که صرفاً ارائه اطلاعات درباره رفتار سالم و بهداشتی کافی نیست (خسروشاهی و خانجانی، ۱۳۹۸). مروری بر پژوهش‌های انجام‌شده نقش عوامل روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی، نگرش به خوردن تنظیم هیجان، را در چاقی و اضافه‌وزن برجسته می‌سازد. یکی از مهم‌ترین همبسته‌های چاقی و اضافه‌وزن هیجان‌های منفی مانند افسردگی و اضطراب است تعدادی از مطالعات دریافته‌اند که بازگشت رژیم‌ی و یا افزایش وزن مجدد در بین مبتلایان به چاقی، با مجموعه‌ای از رفتارهای مقابله‌ای در پاسخ به عوامل فشارزای زندگی و به‌ویژه تمایل به خوردن در پاسخ به هیجانات منفی مرتبط است (خزایی و همکاران، ۱۳۹۷).

اگرچه عمل جراحی چاقی مؤثرترین روش مداخله برای چاقی شدید می‌باشد، اما تعداد کمی از افراد (تا ۳۰ درصد) موفق به رسیدن به وزن مطلوب و یا حفظ آن می‌شوند. پس از عمل جراحی چاقی انتظار می‌رود که افراد عادت‌های غیر بهداشتی و ناسالم مانند پرخوری، خوردن هیجانی، خوردن‌های شبانه، نوشیدن مایعات پرکالری و یا بازگشت به سبک زندگی قبلی را کنار بگذارند. پیروی از دستورات درمانی می‌تواند بهبود و یا ناتوانی بیماران را به دنبال داشته و بر دستاوردهای درمانی تأثیر بگذارد. پایبندی به تغییر در رژیم غذایی، فعالیت بدنی و مصرف مکمل‌های تغذیه‌ای نیز به‌عنوان کانون اولیه رفتارهای خود مراقبتی بعد از عمل جراحی چاقی توصیه می‌شوند و در حفظ وزن از دست‌رفته نقش مهمی را بر عهده دارد که می‌تواند با توجه به وضعیت روانی فرد تغییر کند (شهسواری و همکاران، ۱۳۹۶). چنانچه عوامل روان - شناختی در تبیین پدیده چاقی یا اضافه‌وزن همچنین بازگشتن وزن از دست‌رفته نادیده گرفته شوند، تلاش برای مهار یا درمان این مشکل نیز دست‌کم در برخی موارد به شکست خواهد انجامید. از جمله متغیرهای مطرح‌شده در این زمینه خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن می‌باشد. خودکارآمدی نسبت به هر سازه انگیزشی دیگری، ثابت‌ترین پیش‌بینی کننده پیامدهای رفتاری معرفی شده است (پارساکیا، رستمی و سعادت، ۲۰۲۳). همچنین خودکارآمدی پیش‌بینی خوبی برای رفتارهای خوردن و مرتبط با وزن است (بریچان و کوالم، ۲۰۱۹).

برگشت وزن، خودکارآمدی افراد را در مدیریت رفتار سلامت کاهش می‌دهد. در همین راستا، پژوهش‌ها نشان می‌دهد خودکارآمدی مرتبط با وزن معمولاً ادامه درمان چاقی را تسهیل می‌کند و یکی از سازه‌های روان‌شناختی است، که از برگشت وزن جلوگیری می‌کند. افرادی که نوسان وزن زیادی را تجربه می‌کنند، به‌طور معمول از سطح خود کارآمدی پایین‌تری برخوردار هستند. به‌طور کلی می‌توان گفت خودکارآمدی عامل مهمی است که باید در برنامه‌های آموزش و مشاوره‌های تغذیه‌ای کاهش وزن مورد توجه و دقت نظر قرار گیرد و گرنه تاریخچه آموزش بهداشت نشان داده که صرفاً ارائه اطلاعات درباره رفتار سالم و بهداشتی کافی نیست (بووت و همکاران، ۲۰۱۸). یکی از رویکردهایی که به نظر می‌رسد برای درمان این افراد مؤثر

باشد توانمندسازی روانشناختی است. مسئله اصلی در توانمندسازی، احساس توانمندی کردن است تا داشتن توان واقعی این بدان معنی است که توانمندی برای عده‌ای به معنای احساس کنترل بر زندگی و برای عده‌ای دیگر به معنای کنترل واقعی بر زندگی است. توانمندسازی مفهومی پیچیده و چند بعدی است. افراد با خانواده‌ها هنگامی توانمند می‌شوند که حس کنترل بر زندگی خود را کسب کنند (لیم و همکاران، ۲۰۲۲). توانمندسازی شامل موارد خوداتکایی، مسئولیت شخصی و مراقبت از خود می‌باشد و مفهوم آن بیشتر در ارتباط با رفتارهای بهداشتی به کار رفته است. فسته و اندرسون دو واژه توانمندسازی و خودمدیریتی را در چارچوب مشکلات بهداشتی و درمانی به شکل تخصصی‌تری بیان کردند. آن‌ها توانمندسازی و خودمدیریتی را به عنوان یک فرایند آموزشی توصیف کردند که برای کمک به بیماران جهت افزایش دانش، مهارت، نگرش و رسیدن بیمار به درجه‌ای از خودآگاهی که بتواند مسئولیت تصمیم‌گیری و مشارکت در امور مربوط به سلامتی خود را کسب کند، می‌دانند (هاشمیان، ۱۳۹۷). به همین خاطر سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا برنامه توانمندسازی روان‌شناختی بر خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران دارای سابقه جراحی اسلیو تاثیر دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر، پژوهشی یک مطالعه از نوع شبه تجربی کنترل شده که در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران دارای سابقه جراحی اسلیو مراجعه کننده به بیمارستان پارسیان در شهر تهران در ماه‌های شهریور ۱۳۹۹ تا اردیبهشت ۱۴۰۰ تشکیل دادند. تشکیل دادند که از بین آن‌ها ۴۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود و خروج این مطالعه عبارت بودند از: از جراحی اسلیو معده حداقل ۶ ماه گذشته باشد، دارا بودن تحصیلات راهنمایی به بالا، داشتن سن بین ۲۵ تا ۴۰ سال (شایعترین سن جراحی اسلیو)، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی و سابقه بستری در بیمارستان، توانایی شرکت در جلسه‌های گروه درمانی، تمایل به همکاری، ملاک‌های خروج از مطالعه برای گروه آزمایش: عدم حضور در جلسات مداخله بیش از دو جلسه، استفاده از انواع قرص‌های لاغری جهت کاهش وزن، عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله. به منظور جمع‌آوری داده‌های جمعیت شناختی لازم به عنوان اطلاعات پایه مشتمل بر سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، از پرسشنامه جمعیت شناختی پرسشنامه خودکارآمدی سبک زندگی وزن و پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف استفاده شد که توسط بیماران دارای سابقه جراحی اسلیو تکمیل گردید.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه خودکارآمدی سبک زندگی وزن. پرسشنامه خودکارآمدی سبک زندگی وزن (کوئینهو و همکاران، ۲۰۱۹). در آن آزمودنی‌ها میزان اعتماد و اطمینان خود در کنترل و جلوگیری از رفتار خوردن را در موقعیت‌های مختلف و وسوسه‌برانگیز بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت (از عدم اعتماد و اطمینان معادل صفر تا بسیار مطمئن معادل چهار) بیان می‌کنند. همه گویه‌ها به‌طور مستقیم نمره‌گذاری می‌شوند و دامنه نمرات آن بین ۰ تا حداکثر ۸۰ متغیر است. این پرسشنامه ۲۰ گویه‌ای دارای پنج خرده‌مقیاس است

که هر خرده مقیاس شامل چهار گویه است. خرده مقیاس‌ها در واقع موقعیت‌هایی را توصیف می‌کنند که احتمال وقوع رفتار خوردن افزایش می‌یابد و مقاومت کردن برای افراد با مشکل افزایش وزن و چاقی، سخت و دشوار می‌شود. این خرده مقیاس‌ها عبارت‌اند از هیجان‌نا منفی (هیجان‌های منفی مانند خوردن در هنگام غمگینی، اضطراب، شکست و ناکامی)، قابلیت دسترسی (دسترسی به مواد غذایی و خوراکی‌ها، موقعیت‌هایی که مواد غذایی به‌آسانی در دسترس هستند مانند مسافرت، دیدن و در اختیار داشتن مواد غذایی چرب و شیرین)، فشار اجتماعی (تشویق و ترغیب دیگران برای خوردن مثلاً در مهمانی‌ها) ناراحتی جسمی (خوردن در مواقع درد، بیماری و خستگی) و فعالیت مثبت (فعالیت‌های مثبت و سرگرم‌کننده نظیر، خوردن در هنگام مطالعه، تماشای تلویزیون و شادی) هستند. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه با استفاده از روش‌های تحلیل عاملی، روایی همگرا و واگرا، اعتبار بیرونی، باز آزمایی و همسانی درونی مورد تأیید قرار گرفته است (چن و همکاران، ۲۰۱۸).

۲. پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف. روان‌شناسی مثبت‌نگر، سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت آن انگاشته و آن را در قالب بهزیستی روان‌شناختی مفهوم‌سازی کرده است. از این منظر، بهزیستی روان‌شناختی به معنی کارکرد روان‌شناختی بهینه است (میشلز و همکاران، ۲۰۱۶). به بیانی دیگر، بهزیستی روان‌شناختی را می‌توان به داشتن نگرش مثبت به خود، تعامل سازنده با دنیای پیرامون و داشتن امید و هدف در زندگی تعریف کرد؛ و دلایل آن‌ها برای انتخاب اصطلاح بهزیستی روان‌شناختی به جای سلامت روانی این است که، این واژه بیشتر ابعاد مثبت را به ذهن انسان انتقال می‌دهد. از این منظر، کسی دارای سلامت روان‌شناختی است که ویژگی‌هایی چون عزت‌نفس، ارتباط‌های اجتماعی گسترده، احساس خودکارآمدی و حس استقلال را دارا باشد (رینالدی شینکل و همکاران، ۲۰۲۱). این مقیاس را ریف در سال ۱۹۸۰ طراحی کرد. فرم اصلی آن از ۱۲۰ سوال تشکیل شده است ولی در مطالعات بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴، ۵۴ و ۱۸ سوالی نیز تهیه شده است. در این پژوهش از فرم ۱۸ سوالی آن استفاده شده است.

۳. درمان توانمندسازی شناختی. خلاصه‌ای از دستورالعمل اجرایی جلسات آموزش بسته‌ی توانمندسازی روان‌شناختی لیم و همکاران (۲۰۲۲) در جدول ۱ ارائه شد که در ادامه ذکر گردیده است.

جدول ۱. ساختار پروتکل بسته‌ی توانمندسازی روان‌شناختی

جلسه	معارف، پذیرش مراجع، تعیین اهداف جلسه و خط مشی کلی از قوانین گروه، آشنایی با دستگاه سنجش قند خون
اول	برای بیمار و همراه او، صحبت در مورد بیماری چاقی و جراحی اسلیو و نقش خانواده در کنترل چاقی و کاهش عوارض جراحی اسلیو، آشنایی با اثرات جسمانی، روانی اجتماعی بیماری چاقی و جراحی اسلیو، نقش خودمراقبتی و خودکارآمدی در کنترل چاقی و جراحی اسلیو، تعریف نقش عوامل روانشناختی مثبت در بیماری چاقی و جراحی اسلیو و علائم روانشناختی افراد، معرفی درمان توانمندسازی روان‌شناختی و رویکردهای جدید روان‌شناسی در درمان چاقی و جراحی اسلیو، تع یین رئوس و ساختار کلی جلسات، آشنایی با توانمندسازی روان‌شناختی. توضیح تمرینات مراقبه، تکالیف جلسه آینده
جلسه دوم	دریافت بازخورد و مرور جلسات قبل، آشنایی با نقش اهداف، ارزش‌ها و زندگی معنوی در حمایت از حوزه‌های مهم زندگی، مشخص کردن فلسفه‌ی زندگی، اجرای تمرین هدف‌یابی، اجرای مدل شناسایی حوزه ... که تعریف هیجان و شناسایی هیجان‌های مثبت و منفی، آموزش ثبت رخدادهای مطلوب، معطوف کردن توجه به فعالیت روزمره توام با حالت حضور ذهن، خوردن با حضور ذهن برای کنترل قند مصرفی، توضیح تمرینات مراقبه، تکالیف جلسه آینده

جلسه سوم	تمرین وارسی بدن، معطوف کردن توجه به فعالیت روزمره توأم با حالت حضور ذهن تمرین وارسی بدنی، ده دقیقه حضور ذهن بر روی جریان تنفس، تمرین افکار و احساسات. مبتنی بر شفقت درمانی، ارائه تکنیک‌ها و راه‌های موفقیت در دستیابی به امیدواری، آشنایی با فعالیت‌های خود مراقبتی و خودکارآمدی در بیماران مبتلا به چاقی و جراحی اسلیو، فهم مشفقانه از ترس‌ها و تهدیدها و راهبردهای ایمنی طلبی (شرم زدایی) (توضیح ذهن تکامل یافته، ذهن اجتماعی و ذهن غم انگیز و توضیح مدل). توضیح تمرینات مراقبه، تکالیف جلسه آینده
جلسه چهارم	آگاهی مشفقانه: برقراری رابطه‌ای حاکی از پذیرش و عاری از قضاوت با افکار، احساسات و رفتارها (یعنی استفاده از تکنیک‌های توجه آگاهی). مراقبه دیدن و شنیدن، مراقبه نشسته (حضور ذهن از تنفس و بدن)، قدم زدن همراه با حضور ذهن، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، ثبت رخدادهای نامطلوب باعث نگرانی هستند و برنامه‌ی فعالیت‌های روزمره جهت تولید ارزش‌ها در پهنی زندگی، دریافت بازخورد. امروز جلسه قبل، استفاده از گام تغییر نگرش برای بهبود رضایت در حیطه‌هایی که رضایت در آن‌ها کافی نیست، آموزش تغییر نگرش بر پایه‌ی اصول شناخت درمانی، آموزش تکنیک تفکر در رفتار، آموزش تکنیک آشنایی با رفتارهای پرخطر، دریافت بازخورد مرور جلدی قبل، آموزش استفاده از راهبرد تنبیه اهداف و معیارها با استفاده از تکنیک شب بینش و هوشیاری آموزش تغییر اولویت‌ها و زمینه‌های مهم با استفاده از کب پیش، دریافت بازخورد. مرور جلسه قبل، آموزش اصول مهم شفقت شامل اصل سبک زندگی، اصل جستجوی آرامش با آدم غم خوار، توضیح تمرینات مراقبه، تکالیف جلسه آینده
جلسه پنجم	دریافت بازخورد و مرور جلسه قبل، آموزش اصول مهم خوش بینی، اصل محبت با دوستان، اصل خلوت گزینی، اصل تنفس آرام بخش و احساس راحتی و چشم پوشی کردن و بخشش یا اصل کنار گذاردن و به تعویق انداختن، پذیرفتن یا فراموش کردن، آموزش نوشتن نامه مبتنی بر شفقت آموزش تکنیک‌های مبتنی بر همدلی و ایجاد رابطه همدلانه موثر، توضیح تمرینات مراقبه، تکالیف جلسه آینده، دریافت بازخورد
جلسه ششم	مرور جلسه قبل، آموزش اصول مهم شفقت شامل اصل سبک زندگی، اصل جستجوی آرامش با آدم غم خوار، مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار)، برقراری ارتباط با افکار و احساس‌های خود، گسترش آن‌ها و پذیرش افکار و هیجانات ناخوشایند بدون قضاوت و داوری، بحث در مورد این که «افکار واقعیت نیستند». راهکارهای آرامش سازی تنفسی و کسب حمایت اجتماعی موثر... و ارائه بازخوردهای لازم مرور جلسه قبل و آموزش شمارش تنفس، آموزش ابرازگری خود و مواجهه با نیازهای درونی خود و ایجاد بخشش به خود و ارائه بازخورد، توضیح تمرینات مراقبه، تکالیف جلسه آینده
جلسه هفتم	سه دقیقه تنفس منظم و مقابله‌ای. مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار)، پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت بخش و فعالیت‌هایی که به فرد احساس تسلط می‌دهند. توضیح تمرینات مراقبه، تکالیف جلسه آینده
جلسه هشتم	سه دقیقه فضای تنفس منظم و مقابله‌ای تمرین وارسی بدن، مروری بر کل دوره، روش‌هایی برای حفظ دستاوردهای یاد گرفته شده، انتخاب برنامه‌ای برای تمرین خانگی که بتوان آن را تا ماه بعد ادامه داد، بحث در مورد دلا بل مثبت و موانع احتمالی تمرین‌ها پس از پایان دوره و تکمیل پرسشنامه توسط شرکت کنندگان، توضیح تمرینات مراقبه، تکالیف جلسه آینده، اتمام جلسات

شیوه اجرا. در تحقیق حاضر پس از انجام مراحل مربوط اعتبار سنجی بسته درمانی پژوهشگر اقدام به دریافت مجوز از بیمارستان پارسیان، افراد نمونه بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند و سپس توضیحاتی در مورد تحقیق به آن‌ها داده شد. ۴۰ بیمار دارای سابقه جراحی اسلیو به روش نمونه‌گیری هدفمند از طریق مصاحبه بالینی و استفاده از پرسشنامه‌ها انتخاب شدند و به صورت تصادفی در ۲ گروه (گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) جایابی شدند. پس از اخذ موافقت کتبی از بیماران مبنی بر شرکت در

پژوهش کلیه‌ی شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های مشخصات جمعیت شناختی، پرسشنامه خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و پرسشنامه بهزیستی روانشناختی را قبل از شروع مداخلات تکمیل نمودند. سپس مداخله بسته‌ی توانمندسازی روان شناختی بر روی گروه آزمایش در قالب ۸ جلسه ۲ ساعته به صورت گروهی اعمال گردید. گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. بنا به اهداف تحقیق نیز، ۳ ماه بعد از مداخله جهت انجام امور پیگیری درمان، جلسه‌ای باهدف ارزیابی کلی اثربخشی مداخله صورت پذیرفت. به دلیل ملاحظات اخلاقی در پایان پژوهش، افراد گروه کنترل نیز وارد درمان شدند.

یافته‌ها

در این پژوهش اثربخشی برنامه توانمندسازی روان شناختی بر خودکارآمدی و بهزیستی روان شناختی بیماران دارای سابقه جراحی اسلیو بر ۴۰ بیماران دارای سابقه جراحی اسلیو (۲۰ نفر در گروه کنترل، ۲۰ نفر در گروه آزمون) مورد بررسی قرار گرفت. بررسی فراوانی وضعیت تاهل، تحصیلات و درآمد در دو گروه، حاکی از یکسان بودن متغیرهای جمعیت شناختی در دو گروه (آزمون و کنترل) بود. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های متغیرهای پژوهش (خودکارآمدی سبک زندگی وزن و بهزیستی روانشناختی) به تفکیک دو گروه پژوهشی (برنامه توانمندسازی روان شناختی و گواه) و سه نوبت اجرای آزمون (پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری) ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرها به تفکیک گروه

متغیر	مولفه	نوبت اجرا		آزمایش		گواه	
		پیش آزمون	پس آزمون	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
خودکارآمدی	هیجان منفی	۲۱/۸۷	۲۲/۴۰	۱/۸۱	۱/۷۲	۲۲/۴۰	۱/۷۲
		۲۴/۱۳	۲۱/۸۰	۱/۳۰	۱/۵۷	۲۱/۸۰	۱/۵۷
سبک زندگی	پیگیری	۲۴/۶۷	۲۲/۵۸	۲/۴۴	۱/۵۲	۲۲/۵۸	۱/۵۲
		۹/۴۷	۹/۸۰	۱/۱۹	۱/۰۸	۹/۸۰	۱/۰۸
وزن	قابلیت دسترسی	۱۱/۱۳	۱۱/۱۳	۰/۵۲	۰/۹۹	۱۱/۱۳	۰/۹۹
		۱۱/۹۳	۱۰/۸۵	۰/۸۰	۱/۱۲	۱۰/۸۵	۱/۱۲
	فشار اجتماعی	۱۲/۷۳	۱۳/۳۳	۰/۵۹	۰/۶۲	۱۳/۳۳	۰/۶۲
		۱۴/۱۳	۱۳/۲۷	۰/۷۴	۱/۱۶	۱۳/۲۷	۱/۱۶
	پیگیری	۱۴/۳۳	۱۴/۳۸	۰/۹۰	۱/۱۴	۱۴/۳۸	۱/۱۴
		۴۴/۰۷	۴۵/۵۳	۱/۶۳	۲/۱۰	۴۵/۵۳	۲/۱۰
نمره کل		۵۳/۴۰	۴۶/۲۰	۱/۹۲	۱/۸۶	۴۶/۲۰	۱/۸۶
		۵۴/۹۳	۴۵/۰۰	۱/۰۱	۱/۱۶	۴۵/۰۰	۱/۱۶
پذیرش خود	پیش آزمون	۷۸/۰۰	۷۱/۶۷	۱۰/۴۹	۶/۷۳	۷۱/۶۷	۶/۷۳
		۹۹/۰۰	۷۰/۳۳	۸/۲۴	۶/۶۷	۷۰/۳۳	۶/۶۷
	پیگیری	۸۷/۳۳	۷۹/۱۲	۹/۹۸	۱/۶۰	۷۹/۱۲	۱/۶۰
		۶۰/۰۰	۳۸/۳۳	۲۴/۶۴	۱/۱۵	۳۸/۳۳	۱/۱۵
محدودیت‌های ایفای نقش	پس آزمون	۴۶/۶۷	۳۷/۳۳	۱۴/۸۴	۱/۵۷	۳۷/۳۳	۱/۵۷

۱/۱۹	۳۷/۳۳	۲۶/۷۳	۵۰/۰۰	پیگیری	
۱۹/۶۲	۲۰/۰۹	۰/۷۰	۲۰/۰۷	پیش‌آزمون	ارتباط مثبت با
۱/۲۱	۲۰/۰۰	۱۰/۴۱	۳۹/۶۰	پس‌آزمون	دیگران
۱/۶۵	۱۹/۶۷	۹/۸۸	۳۱/۴۰	پیگیری	
۱۴/۰۸	۳۱/۳۳	۱۰/۳۵	۳۵/۰۰	پیش‌آزمون	رشد شخصی
۱۳/۰۷	۳۳/۰۰	۱۰/۰۰	۵۵/۶۷	پس‌آزمون	بهزیستی روانشناختی
۱/۰۹	۲۸/۴۱	۱۲/۶۵	۴۷/۰۰	پیگیری	
۱۰/۰۸	۳۲/۲۷	۱۱/۰۶	۳۳/۰۷	پیش‌آزمون	تسلط بر محیط
۱۱/۲۰	۳۸/۱۳	۹/۸۵	۵۴/۴۷	پس‌آزمون	
۱/۲۶	۳۱/۲۳	۹/۷۳	۵۲/۲۰	پیگیری	
۱۷/۵۹	۴۳/۳۳	۱۳/۹۱	۴۲/۶۷	پیش‌آزمون	استقلال
۱۶/۱۴	۴۵/۸۳	۱۷/۳۴	۵۹/۱۷	پس‌آزمون	
۱/۴۱	۴۰/۸۳	۱۹/۱۷	۵۰/۸۳	پیگیری	
۱/۶۶	۵۸/۸۳	۱۳/۷۵	۵۷/۳۳	پیش‌آزمون	درد
۱/۸۵	۵۹/۳۳	۱۶/۲۸	۳۴/۸۳	پس‌آزمون	
۱/۳۶	۶۰/۳۳	۱۶/۷۴	۴۸/۰۰	پیگیری	
۱/۷۷	۳۷/۰۰	۷/۴۳	۳۱/۳۳	پیش‌آزمون	سلامت عمومی
۱/۸۳	۴۲/۳۳	۱/۹۹	۹۸/۹۴	پس‌آزمون	
۱/۶۴	۴۱/۳۳	۱/۹۴	۸۸/۰۰	پیگیری	
۱/۳۹	۱۱۵/۸۶	۱/۹۱	۴۳	پیش‌آزمون	نمره کل
			۱۱۵		
۱/۳۹	۱۱۰/۴۱	۱/۹۱	۷۲	پس‌آزمون	
			۱۹۸		
۱/۵۵	۱۰۹/۱۰	۱/۶۴	۱۸۸/۶۲	پیگیری	

یافته‌های توصیفی در جداول فوق نشان می‌دهد در گروه کنترل بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت محسوسی مشاهده نمی‌شود همچنین بین پیش‌آزمون گروه کنترل و آزمایش نیز تفاوت قابل ملاحظه‌ای دیده نمی‌شود که این مطلب همگن بودن گروه کنترل و آزمایش را تایید می‌کند. در گروه آزمایش میانگین متغیرهای خودکارآمدی سبک زندگی وزن و بهزیستی روانشناختی در حالت پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است. با توجه به اینکه اجرای روش تحلیل تشخیصی مبتنی بر روش نابرابری ماتریس کوواریانس گروه‌ها است و نتایج آزمون ام-باکس معنادار به دست آمد ($F=۰/۴۵۰$ و $P=۰/۷۱۷$) این شرط برقرار است. همچنین، نیاز است که تساوی واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل قبل از تحلیل واریانس بررسی گردد. اساس این پیش‌فرض بر آن است که واریانس‌های نمرات دو گروه با هم برابر هستند و تفاوت معنادار بین آن‌ها وجود ندارد.

جدول ۳. نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌ها

متغیر	شاخص	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	معناداری
خودکارآمدی سبک وزن	هیجانان منفی	۴/۱۵۶	۲	۵۷	۰/۰۶۵
	قابلیت دسترسی	۲/۹۴۱	۲	۵۷	۰/۰۶۸
	فشار اجتماعی	۰/۵۱۷	۲	۵۷	۰/۶۰۲
	پذیرش خود	۱/۷۵۵	۲	۵۷	۰/۱۸۲
بهزیستی روانشناختی	هدمندی در زندگی	۰/۶۱۷	۲	۵۷	۰/۵۴۳
	ارتباط مثبت با دیگران	۲/۹۴۵	۲	۵۷	۰/۳۲۸
	رشد شخصی	۱/۴۶۲	۲	۵۷	۰/۴۵۲
	تسلط بر محیط	۱/۳۴۵	۲	۵۷	۰/۶۷۵
	استقلال	۱/۵۲۳	۲	۵۷	۰/۳۴۷

همان‌گونه که در جدول بالا مشاهده می‌شود، با توجه به اینکه سطح معناداری آزمون لون بیشتر از $(p > ۰/۰۵)$ می‌باشد، پیش فرض تساوی واریانس‌ها تأیید شده است. همچنین با توجه به اینکه سطح معناداری شاخص Z کولموگروف اسمیرنوف در متغیرهای مورد بررسی در هر سه نوبت اندازه‌گیری و در هر دو گروه پژوهش بزرگتر از $۰/۰۵$ است بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد توزیع داده‌های متغیرهای مورد بررسی در پژوهش حاضر بهنجار می‌باشد.

جدول ۴. خلاصه نتایج بین گروهی تحلیلی واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به متغیر خودکارآمدی

سبک زندگی مربوط به وزن و بهزیستی روانشناختی در مرحله پس‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذور	F	سطح معناداری	مجذور اتا
هیجانان منفی	۸۳۰/۱۰۰	۲	۴۱۵/۰۵۰	۹۳/۶۰۲	۰/۰۰۱	۰/۷۶۷
قابلیت دسترسی	۵۸۸/۷۰۰	۲	۲۹۴/۳۵۰	۱۱۰/۶۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۹۵
فشار اجتماعی	۵۵۹/۰۳۳	۲	۲۷۹/۵۱۷	۷۷/۳۶۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳۱
نمره کل	۶۵۴/۲۴۵	۲	۵۶۴/۴۱۲	۶۸/۴۵۲	۰/۰۰۱	۰/۶۴۸
پذیرش خود	۲۲۳/۹۰۱	۲	۱۱۱/۹۵۱	۹۳/۱۵۵	۰/۰۰۱	۰/۷۶۶
هدمندی در زندگی	۱۹۱۱/۰۳۳	۲	۹۵۵/۵۱۷	۴۹/۹۷۰	۰/۰۰۱	۰/۶۳۷
ارتباط مثبت با دیگران	۱۲۷۶/۲۳۳	۲	۶۳۸/۱۱۷	۳۹/۳۳۲	۰/۰۰۱	۰/۵۸۰
رشد شخصی	۲۶۶/۲۳۳	۲	۱۳۳/۱۱۷	۳۳/۹۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴۷
تسلط بر محیط	۲۶۶/۲۳۳	۲	۱۳۳/۱۱۷	۳۳/۹۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴۷
استقلال	۲۶۶/۲۳۳	۲	۱۳۳/۱۱۷	۳۳/۹۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴۷
نمره کل	۲۶۶/۲۳۳	۲	۱۳۳/۱۱۷	۳۳/۹۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴۷

بر اساس جدول بالا از آنجا که سطح معناداری در مولفه‌های هیجانات منفی، قابلیت دسترسی، فشار اجتماعی و نمره کل کمتر از ۰/۰۱ می‌باشد، تفاوت بین دو گروه در این مولفه‌ها تایید می‌شود. بنابراین می‌توان گفت برنامه توانمندسازی روان‌شناختی در تغییر این مولفه‌ها از خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن (هیجانات منفی، قابلیت دسترسی، فشار اجتماعی) و مولفه‌های پذیرش خود، هدفمندی در زندگی، ارتباط مثبت با دیگران، رشد شخصی، تسلط بر محیط و استقلال بیماران دارای سابقه جراحی اسلیو تاثیر معناداری دارد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین‌ها طی مراحل در دو گروه

متغیر	گروه	مراحل	اختلاف میانگین	خطای معیار	معناداری
خودکارآمدی سبک زندگی	آزمایش	پیش آزمون - پس آزمون	۱۰/۴۴	۱/۷۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	پیش آزمون	۰/۷۱	۱/۹۱	۱/۰۰
کنترل	پیش آزمون - پس آزمون		۱/۳۱	۱/۹۰	۱/۰۰
	پیگیری	پیش آزمون	۱/۴۴	۱/۸۴	۱/۰۰
بهزیستی روانشناختی	آزمایش	پیش آزمون - پس آزمون	۸۲/۹۲	۶/۴۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	پیش آزمون	۳/۴۲	۷/۹۳	۱/۰۰
کنترل	پیش آزمون - پس آزمون		۴/۵۲	۶/۳۴	۱/۰۰
	پیگیری	پیش آزمون	۳/۱۷	۶/۹۹	۱/۰۰

بر اساس مندرجات جدول فوق، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که در گروه آزمایش بین نمرات مراحل پیش آزمون و پس آزمون در متغیرهای خودکارآمدی سبک زندگی و بهزیستی روانشناختی اختلاف معناداری وجود دارد ($p < 0/01$) اما بین مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری یافت نشد ($p < 0/05$). همچنین در گروه کنترل تفاوت معناداری در طی مراحل آزمون یافت نشد ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش بررسی اثربخشی برنامه توانمندسازی روان‌شناختی بر خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی زنان دارای سابقه جراحی اسلیو بود. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که میانگین متغیر خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن در مرحله پیش آزمون بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد، اما تفاوت بین دو گروه در مراحل پس آزمون و پیگیری معنی داری بود که می‌تواند حاکی از اثربخشی بسته‌ی برنامه توانمندسازی روان‌شناختی بر متغیر مورد بررسی باشد. بسته‌ی برنامه توانمندسازی روان‌شناختی در گروه آزمایش بر بهبود خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن زندگی در بیماران دارای سابقه جراحی اسلیو موثر بوده است و در طول زمان دارای ماندگاری اثر (پایداری) نسبت به گروه کنترل داشته است. پژوهش حاضر در نتایج مربوط به متغیر خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن با نتایج پژوهش حر، آقایی، عابدی، گل‌پرور (۱۳۹۹)؛ قهرمانی، همتی، علی نژاد (۱۳۹۸)؛ شمس، مرادی، ذاکر (۱۳۹۸)؛ نویدیان، مبارکی و شکیبیا (۱۳۹۷)؛ خردمند، رنجبرزاده، حسن پور، بیدی (۱۳۹۶)؛ مهریار، پور شریفی، بشارت (۱۳۹۵)؛ خردمند، رنجبرزاده، حسن پور، بیدی (۱۳۹۴)؛ وانگ (۲۰۱۹)؛ فریرا،

لموس، ویلیامز و ریبریو (۲۰۱۸)؛ ریچل، دیکسون، گارسیا و کربر (۲۰۱۸)؛ اسپنسر و ویلر (۲۰۱۷)؛ کاپلان، هارتول (۲۰۱۶)؛ باستین و همکاران (۲۰۱۷)؛ کارلسون و همکاران (۲۰۱۸)؛ اسماعیل، وینکلی و راب هسکت (۲۰۱۴)؛ چن و همکاران در سال (۲۰۱۲) همسو است؛ برای تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت مسئله اصلی در توانمندسازی، احساس توانمندی کردن است تا داشتن توان واقعی این بدان معنی است که توانمندی برای عده‌ای به معنای احساس کنترل بر زندگی و برای عده‌ای دیگر به معنای کنترل واقعی بر زندگی است. توانمندسازی مفهومی پیچیده و چند بعدی است. افراد با خانواده‌ها هنگامی توانمند می‌شوند که حس کنترل بر زندگی خود را کسب کنند. آیجو نیز پس از مطالعات بسیار پیرامون توانمندسازی می‌نویسد: توانمندسازی شامل موارد خودتکایی، مسئولیت شخصی و مراقبت از خود می‌باشد و مفهوم آن بیشتر در ارتباط با رفتارهای بهداشتی به کار رفته است. فسته و اندرسون دو واژه توانمندسازی و خودمدیریتی را در چارچوب مشکلات بهداشتی و درمانی به شکل تخصصی‌تری بیان کردند. آن‌ها توانمندسازی و خودمدیریتی را به عنوان یک فرایند آموزشی توصیف کردند که برای کمک به بیماران جهت افزایش دانش، مهارت، نگرش و رسیدن بیمار به درجه‌ای از خودآگاهی که بتواند مسئولیت تصمیم‌گیری و مشارکت در امور مربوط به سلامتی خود را کسب کند، می‌دانند (هالس و همکاران، ۲۰۱۸). که در طی جلسات انجام شده این موضوع برای بیماران آموزش داده شده است.

در طی جاسات درمانی سعی شد باور خودکارآمدی را در بیماران افزایش داد چرا که بر فرآیندهای شناختی، انگیزشی، عاطفی و انتخابی و عملکرد انسان تأثیر می‌گذارد و افرادی که تحت جراحی اسلیو گاستروکتومی قرار گرفته‌اند و از نظر خودکارآمدی بالا هستند از نظر تنظیم هیجان روی خود کنترل بیشتری دارند و این موضوع به آن‌ها کمک می‌کند در جهت پیدا کردن روش‌هایی برای کنترل هیجانی، از راهبردهای کارآمدتر، تمرکز مجدد مثبت و پذیرش، تمرکز مجدد مبتنی بر برنامه‌ریزی و ارزیابی مجدد مثبت استفاده کنند که بر زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد و از طرف دیگر خودکارآمدی بر میزان استرس و فشار روانی و افسردگی ناشی از موقعیت‌های تهدیدکننده اثر می‌گذارد. افراد با خودکارآمدی بالا در موقعیت‌های فشارزا سطح فشار روانی خود را کاهش می‌دهند. ولی افراد دارای خودکارآمدی پایین در کنترل تهدیدها، اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند و عدم کارآمدی خود را گسترش می‌دهند، بسیاری از جنبه‌های محیطی را پرخطر و تهدیدزا می‌بینند، که این امر می‌تواند موجب استرس و فشار روانی فرد شود (کوئینهو و همکاران، ۲۰۲۱).

در تبیین دیگر یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت افرادی که احساس خودکارآمدی بالاتری دارند، با شدت و پشتکار بیشتری تلاش می‌کنند، و به همین صورت افراد خودکارآمد، از طریق پیروی از درمان بر کاهش وزن تأثیر می‌گذارند. به عبارت دیگر، در تئوری بندورا منظور از خودکارآمدی شخصی احساس‌های شایستگی، کفایت و قابلیت در کنار آمدن با زندگی است (یارالهی و شعیری، ۱۳۹۷). سطح انگیزش، شرایط عاطفی و عملکردهای اشخاص بر اساس آنچه به آن باور دارند شکل می‌گیرد، تا بر اساس آنچه واقعاً درست است. سازه خودکارآمدی بر باورهای افراد در مورد قابلیت‌های خودشان برای اعمال کنترل به سطح عملکردشان و به رویدادهایی که زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، مربوط است. همان‌گونه که بندورا (۱۹۹۸) ذکر می‌کند، افراد بسیار کارآمد سناریوی موفقیت که راهنمایی‌های مثبتی بر عملکردشان ایجاد می‌کند در ذهن مجسم می‌سازند، درحالی‌که آن‌هایی که خودشان را ناکارآمد قضاوت می‌کنند، گرایش

دارند که سناریوی شکستی که عملکردشان را کوچک می‌شمرد، در ذهن متصور سازند. باور بیمار به این که قادر است توصیه‌های درمانی را انجام دهد و جنبه‌های مختلف بیماری خود را مدیریت کند، به عبارت دیگر احساس خود کار آمدی بیمار در میزان پیروی اثر دارد (رینالدی شینکل و همکاران، ۲۰۲۱). مطالعات گوناگون نشان داده‌اند که احساس خودکار آمدی بیمار یا باور بیمار به این که قادر است توصیه‌های درمانی را انجام دهد و بیماری خود را مدیریت کند، بر میزان پیروی او اثر می‌گذارد (هاشمیان، ۱۳۹۷).

در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت، از آنجایی که این روش به شیوه‌ی گروهی منجر شده است تا بیمار علاوه بر درمانگر از دیگر اعضای گروه سرمشق گیرد و ویژگی‌ها و رفتار آنان را در زمینه خود مراقبتی الگو برداری کنند؛ که این مسئله دارای اهمیت درمانی است. از آنجا که بسیاری از بیماران گمان می‌کنند که تنها خود ایشان دارای مشکل هستند، این احساس منحصر به فرد بودن، عدم تبعیت از درمان را در آن‌ها را تشدید می‌کند؛ در حالیکه در گروه درمانی، اعضای گروه با درک تشابهات احساس همبستگی اجتماعی با یکدیگر را پیدا می‌کنند و به آرامش بیشتری نایل می‌شوند که در نتیجه خود مراقبتی در آن‌ها افزایش پیدا می‌کند. همچنین نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که بسته‌ی برنامه توانمندسازی روان شناختی در گروه آزمایش بر بهبود بهزیستی روان شناختی بیماران دارای سابقه جراحی اسلیو در بیماران دارای سابقه جراحی اسلیو موثر بوده است و در طول زمان دارای ماندگاری اثر (پایداری) نسبت به گروه کنترل داشته است. در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت توانمندسازی و آموزش خودمدیریتی به افراد با سابقه جراحی اسلیو، در حیطه درمان و مدیریت بسیاری از بیماری‌های مزمن نظیر چاقی، دیابت، نارسایی قلبی، آرتروز، افسردگی و... به کار گرفته شده است. بررسی مقالات متعدد نشان می‌دهد که تعداد مقالات مرتبط با توانمندسازی در درمان بیماران مزمن از دهه ۲۰۰۰ رشد چشمگیری داشته است. بیش از نیمی از این مقالات به بحث پیرامون توانمندسازی در بستر ارتباطات تیم درمان و بیمار، مراقبت و آموزش در جهت پیشگیری و آموزش بهداشت پرداخته‌اند (ولی زاده، پیروی و تهمینه، ۱۳۹۷). همان طور که گفته شد، مسئله اصلی در توانمندسازی، احساس توانمندی کردن است تا داشتن توان واقعی این بدان معنی است که توانمندی برای عده‌ای به معنای احساس کنترل بر زندگی و برای عده‌ای دیگر به معنای کنترل واقعی بر زندگی است. توانمندسازی مفهومی پیچیده و چند بعدی است. افراد با خانواده‌ها هنگامی توانمند می‌شوند که حس کنترل بر زندگی خود را کسب کنند. آیچو نیز پس از مطالعات بسیار پیرامون توانمندسازی می‌نویسد: توانمندسازی شامل موارد خودتکایی، مسئولیت شخصی و مراقبت از خود می‌باشد و مفهوم آن بیشتر در ارتباط با رفتارهای بهداشتی به کار رفته است. فسته و اندرسون دو واژه توانمندسازی و خودمدیریتی را در چارچوب مشکلات بهداشتی و درمانی به شکل تخصصی‌تری بیان کردند. آن‌ها توانمندسازی و خودمدیریتی را به عنوان یک فرایند آموزشی توصیف کردند که برای کمک به بیماران جهت افزایش دانش، مهارت، نگرش و رسیدن بیمار به درجه‌ای از خودآگاهی که بتواند مسئولیت تصمیم‌گیری و مشارکت در امور مربوط به سلامتی خود را کسب کند، می‌دانند (هاشمیان، ۱۳۹۷). همچنین مطالعات نشان می‌دهند که افراد امیدوار، احتمالاً با انگیزه‌ترند، اطمینان بیشتری برای عهده‌دار شدن یک وظیفه یا تکلیف دارند، احتمالاً راه‌های جایگزینی در هنگام برخورد با موانع در نظر دارند و در نتیجه عملکرد بالاتری دارند (ولی زاده، پیروی و تهمینه، ۱۳۹۷). در تبیین دیگر یافته پژوهش حاضر

می‌توان گفت به‌عنوان بخشی از سرمایه‌ی روان‌شناختی پیشنهاد شده است که تاب‌آوری به‌طور مثبت با عملکرد رابطه دارد. دلیل آن این است که افراد با تاب‌آوری بالا، نسبت به تغییر سازگار باشند و هنگام مواجهه با مصیبت مقاوم باشند، در نتیجه در تغییرات سریع محیط کار، عملکرد بهتری داشته باشند. تحقیقات نشان می‌دهد که تاب‌آوری توانایی‌های مثبت را افزایش می‌دهد و عوامل ترس را در افراد کاهش می‌دهد. بنابراین، افراد انعطاف‌پذیر و تاب‌آور برای برگشتن از شرایط دشوار یا بحرانی در موقعیت بهتری قرار دارند. بنیان نظری خوش‌بینی به‌عنوان یک نیروی مثبت در رفتار سازمانی مثبت، ریشه در مباحث سلیگمن (۱۹۹۸)، به نقل از لاتانز و همکاران، (۲۰۱۸) دارد. وی چارچوب خوش‌بینی مشخصی را که مبتنی بر نظریه‌ی اسناد بود، پیشنهاد کرد. بر اساس آن، افراد خوش‌بین تمایل دارند که اسنادهای درونی (من) این موفقیت را به وجود آورد، پایدار (من می‌توانم همیشه در این زمینه موفق شوم) و کلی (من می‌توانم در تمام حیطه‌های مختلف به این موفقیت دست‌یابم)، برای رویدادهای مثبتی مثل موفقیت‌ها و دست‌یابی به اهداف، و اسنادهای بیرونی (من عامل این شکست نبودم)، ناپایدار (همین یک‌بار شکست خوردم و دفعه‌ی بعد حتماً موفق می‌شوم و خاص فقط در این زمینه‌ی خاص ناموفق بودم برای رویدادهای منفی‌ای مثل شکست‌ها و نرسیدن به اهداف، داشته باشند. بنابراین وقتی یک پیامد منفی رخ می‌دهد، افراد خوش‌بین تمایل دارند تا برانگیختگی‌شان را نسبت به موفقیت باقی نگه‌دارند؛ چرا که آن‌ها نتیجه می‌گیرند شکست به معنی امری ذاتی در خودشان نبوده است (بیرونی) و فقط منحصر به این موقعیت بوده (خاص)، و تلاش بعدی احتمالاً به شکست منتهی نخواهد شد (ناپایدار)؛ در نتیجه بیماران مبتلا به چاقی خوش‌بین می‌توانند با این انتظارات مثبت، به حرکت روبه‌جلو ادامه دهند حتی اگر مشکلات و موانع گذشته همچنان وجود داشته باشند. فرد این جهت‌گیری را نه فقط برای تبیین رویدادهای آینده، بلکه برای ارزیابی رویدادهایی که در گذشته و یا اخیراً رخ داده‌اند نیز به کار می‌برد.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند.

سپاسگزاری

از تمامی پرسنل بیمارستان پارسپان که در به ثمر رسیدن این تحقیق، پژوهشگران را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- احمدی، بتول، ازمل، محمد، جانانی، لیلا، بیات ریزی، مهتاب، و نوغانی، فاطمه. (۱۳۹۵). شاخص‌های تن سنجی و سبک زندگی سالم در زنان شاغل: طرح زنان سالم. پیابورد سلامت. ۱۱ (۲): ۱۸۹-۲۰۰.
- افتخاری، محمد حسن، احمدی، افسانه، خضری، هنگامه، و حسن زاده، جعفر. (۱۳۹۷). بررسی شیوع نگرش‌های مربوط به کنترل وزن و اختلالات خوردن و ارتباط آن با شاخص‌های تن‌سنجی در دختران نوجوان دانش‌آموز. مجله علمی پژوهشی یافته. ۱۶ (۳): ۷۸-۸۴.
- آگاه هریس، مژگان، علی‌پور، احمد، جان بزرگی، مسعود، موسوی، الهام، نوحی، شهناز. (۱۳۹۵). مقایسه تأثیر گروه درمانگری مبتنی بر اصلاح سبک زندگی و گروه درمانگری شناختی در مدیریت وزن و ارتقای بهزیستی روانشناختی زنان دارای اضافه‌وزن. مجله روان‌شناسی سلامت دانشگاه پیام نور. ۱۱ (۱): ۶۸-۸۰.
- بهداری منفرد، ایاد، حاتمی، حسین، عیسی بیگلر، هاله. (۱۳۹۸). بررسی شیوع چاقی و اضافه‌وزن و برخی عوامل مرتبط با آن در زنان سنین باروری شهر رشت در سال ۱۳۹۴. فصلنامه دانشکده بهداشت دانشگاه شهید بهشتی. ۴ (۱): ۳۸-۴۶.
- پاکیزه، علی، بهزادفر، مریم. (۱۳۹۷). نقش سیستم پاداش مغز در اضافه‌وزن و چاقی: بررسی نقش واسطه‌گری غذا خوردن هیجانی در رابطه‌ی بین حساسیت به پاداش و اضافه‌وزن. فصلنامه علمی- پژوهشی روان‌شناسی سلامت، ۷ (۲۵): ۷-۲۰.
- خزایی، سلمان، غلامعلی، بهزاد، نورعلی، پیروش، کشوری دلآور، محمد، ساعتچی، محمد، جمورپور، سمیه، زبده، زهرا، نورعلی، ریحانه، هوشمند، الهام. (۱۳۹۷). بررسی شیوع چاقی در بیماران مبتلا به چاقی مقطع ابتدایی در ایران: یک مطالعه مروری ساختار یافته و فراتحلیل. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم. ۱۰ (۹): ۷۸-۸۸.
- خسروشاهی، جعفر، و خانجانی، زینب. (۱۳۹۶). ارتباط راهبردهای مقابله‌ای و خودکارآمدی با گرایش به سومصرف مواد در دانشجویان. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی. ۱۴ (۳): ۹۰-۸۰.
- خسروشاهی، جعفر، و خانجانی، زینب. (۱۳۹۸). ارتباط راهبردهای مقابله‌ای و خودکارآمدی با گرایش به سومصرف مواد در دانشجویان. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی. ۱۴ (۳): ۹۰-۸۰. خوشنویسان، زهرا و افروز، غلامعلی (۱۳۹۰). رابطه خودکارآمدی با افسردگی، اضطراب و استرس. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان. ۵ (۲۰): ۷۳-۸۰.
- خوشنویسان، زهرا و افروز، غلامعلی (۱۳۹۰). رابطه خودکارآمدی با افسردگی، اضطراب و استرس. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان. ۵ (۲۰): ۷۳-۸۰.

شهسواری، مهستی، فتحی آشتیانی، علی، و رسول زاده طباطبائی، کاظم. (۱۳۹۶). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و رفتار خوردن در زنان با شاخص توده بدنی بالا و طبیعی. فصلنامه علمی پژوهشی یافته دانشگاه علوم پزشکی لرستان. ۱۹(۱)، ۸-۱۹.

نتاج بیشه، اکبری، حسن زاده، کلثوم، دوستی، رمضان، فخری، یارعلی، و شیرافکن، محمدکاظم. (۱۳۹۴). اثر بخشی مدل اطلاعات، انگیزش و مهارت‌های رفتاری بر میزان پیروی از رژیم‌های توصیه شده درمانی در بیماران دیابتی. نشریه پژوهشی - تحلیلی دانشکده پرستاری الیگودرز (مندیش). ۶(۱۱-۱۰): ۳۷-۲۷.

هاشمیان، فرزانه. (۱۳۹۷). بررسی رابطه بین خودکارآمدی و استرس کارکنان در سازمان جهاد کشاورزی استان قم. روان شناسی بالینی، دانشگاه پردیس قم.

ولی زاده، ندا، پیروی، تهمین، و حقیقی، ماه منیر. (۱۳۹۷). بررسی ارتباط بین اضافه‌وزن و چاقی با علائم افسردگی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ارومیه. مجله پزشکی ارومیه. ۲۹ (۵)، ۳۱۷-۳۲۶.

یارالهی، نعمت اله، و شعیری، محمد رضا. (۱۳۹۷). بررسی نقش اجتناب تجربه‌ای در پیش‌بینی سلامت عمومی در جمعیت غیر بالینی. مجله روان‌شناسی و روانپزشکی شناخت. ۵(۳)، ۱-۱۱.

References

- Agah Harris, M., Alipour, A., Janbozorgi, M., Musavi, E., & Nohi, S. (2016). Comparison of the effect of lifestyle modification therapy and cognitive therapy on weight management and psychological well-being in overweight women. *Journal of Psychology and Health*, 1(1), 68-80. (In Persian)
- Ahmadi, B., Azmal, M., Janani, L., Bayat Rezai, M., & Noghani, F. (2016). Anthropometric indices and healthy lifestyle in employed women: Healthy Women Project. *Piyavard Salamat*, 11(2), 189-200. (In Persian)
- Bahadori Monfared, I., Hatami, H., & Isa Bigloo, H. (2019). Prevalence of obesity and overweight and some related factors in women of reproductive age in Rasht city in 2015. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 4(1), 38-46. (In Persian)
- Biglan, Chopra S. M., Misra, A., Gulati, S., & Gupta, R. (2015). Overweight, obesity and related non-communicable diseases in Asian Indian girls and women. *European Journal of Clinical Nutrition*, 67, 688-696.
- Bovet, P., Arlabosse, T., Viswanathan, B., & Myers, G. (2018). Association between obesity indices and cardiovascular risk factors in late adolescence in the Seychelles. *BMC Pediatrics*, 18(1), 176.
- Brechan, I., & Kvale, I. L. (2019). Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: mediating role of self-esteem and depression. *Eating Behaviors*, 17, 49-58
- Chen, W., Jiang, X., Huang, H., Ding, Z., & Li, C. (2018). Correction to: Jejunal pouch reconstruction after total gastrectomy is associated with better short-term absorption capacity and quality of life in early-stage gastric cancer patients. *BMC Surgery*, 18(1), 72.
- Coutinho, T., Goel, K., de Sá, D. C., Carter, R. E., Hodge, D. O., Kragelund, C., et al. (2019). Combining body mass index with measures of central obesity in the assessment of mortality in subjects with coronary disease role of "normal weight central obesity". *Journal of the American College of Cardiology*, 61(5), 553-560.
- Eftekhari, M. H., Ahmadi, E., Khodaei, H., & Hasan Zadeh, J. (2018). The prevalence of attitudes related to weight control and eating disorders and its relationship with

- anthropometric indices in adolescent female students. *Yafteh Scientific Journal*, 16(3), 78-84. (In Persian)
- Hales, C. M., Fryar, C. D., Carroll, M. D., Freedman, D. S., & Ogden, C. L. (2018). Trends in obesity and severe obesity prevalence in US youth and adults by sex and age, 2007-2008 to 2015-2016. *JAMA*, 319(16), 1723-1725.
- Hashemian, F. (2018). The relationship between self-efficacy and job stress in employees of Jihad-e-Agriculture organization in Qom province. *Clinical Psychology, Qom University*. (In Persian)
- Khazayi, S., Alamaealiei, B., Nooraliie, P., Keshvari Delavar, M., Saatchi, M., Jamorpoor, S., Zobdeh, Z., Nooraliie, R., & Houshmand, E. (2018). Prevalence of obesity in primary school children with obesity in Iran: A structured and meta-analysis review. *Qom University of Medical Sciences Journal*, 10(9), 78-88. (In Persian)
- Khoshnevisan, Z., & Afrouz, G. (2011). The relationship between self-efficacy and depression, anxiety and stress. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*, 5(20), 73-80. (In Persian)
- Khosroshahi, J., & Khanjani, Z. (2017). The relationship between coping strategies and self-efficacy with tendency to substance use in students. *Journal of Applied Psychology*, 14(3), 80-90. (In Persian)
- Khosroshahi, J., & Khanjani, Z. (2019). The relationship between coping strategies and self-efficacy with tendency to substance use in students. *Journal of Applied Psychology*, 14(3), 80-90. (In Persian)
- Lim, U., Ernst, T., Buchthal, S. D., Latch, M., Albright, C. L., Wilkens, L. R., Kolonel, L. N., Murphy, S. P., Chang, L., Novotny, R., & Le Marchand, L. (2017). Asian women have greater abdominal and visceral adiposity than Caucasian women with similar body mass index. *Nutrition & Diabetes*, 7(5), e272.
- Loh, Y., Watson, W. D., Verona, A., Chang, S. T., Stocker, D. J., & Labutta, R. J. (2018). Acute Wernicke's encephalopathy following bariatric surgery: clinical course and MRI correlation. *Obesity Surgery*, 14, 129-132.
- Michels, N., Sioen, I., Ruige, J., & De Henauw, S. (2016). Children's psychosocial stress and emotional eating: A role for leptin? *International Journal of Eating Disorders*, 49(6), 605-608.
- Nataj Bisheh, A., Hasan Zadeh, K., Dosti, R., Fakhri, Y., & Shirafkan, M. K. (2015). The effectiveness of information, motivation, and behavioral skills model on adherence to therapeutic diets in diabetic patients. *Mandish Journal of Analytical and Research in Nursing*, 6(11-10), 27-37. (In Persian)
- Pakizeh, A., & Behzadfar, M. (2018). The role of brain reward system in overweight and obesity: Investigating the mediating role of emotional eating in the relationship between reward sensitivity and overweight. *Journal of Health Psychology*, 7(25), 7-20. (In Persian)
- Parsakia, K., Rostami, M., & Saadati, S. M. (2023). Validity and reliability of digital self-efficacy scale in Iranian sample. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, 4(4), 152-158.
- Rinaldi Schinkel, E., Pettine, S. M., Adams, E., & Harris, M. (2021). Impact of varying levels of protein intake on protein status indicators after gastric bypass in patients with multiple complications requiring nutritional support. *Obesity Surgery*, 16, 24-30.
- Shahsavari, M., Fathi Ashatiani, A., & Rasouli Zadeh Tabatabaei, K. (2017). Comparison of personality traits and eating behavior in women with high and normal body

- mass index. *Yafteh Scientific Journal, Lorestan University of Medical Sciences*, 19(1), 8-19. (In Persian)
- Valizadeh, N., Peyravi, T., & Haghighi, M. (2018). Investigating the relationship between overweight and obesity with symptoms of depression in women referring to health centers in Urmia. *Urmia Medical Journal*. 29 (5), 317-326. (In Persian)
- Yaralahi, N. E., & Shaeiri, M. R. (2018). The role of experiential avoidance in predicting general health in non-clinical population. *Journal of Psychology and Cognitive Science*, 5(3), 1-11. (In Persian)



The effectiveness of the psychological empowerment program on self-efficacy and psychological well-being of women with a history of sleeve surgery

Atefeh. Fattahi¹, Mehdi. Zare Bahramabadi^{2*} & Azadeh. Farghadani³

Abstract

Aim: The present study aimed to determine the effectiveness of a psychological empowerment program on self-efficacy and psychological well-being of women with a history of Sleeve surgery. **Methods:** This quasi-experimental study used a pretest-posttest design with a control group and a 3-month follow-up period. Fifty women with a history of Sleeve surgery who referred to Parsian Hospital in Tehran from September 2020 to April 2021 were selected based on the inclusion criteria. Forty of them who were willing to participate in the study (with written consent) were randomly assigned to the experimental group (n=20) and the control group (n=20). All participants completed the Lifestyle Self-Efficacy Questionnaire and the Psychological Well-being Questionnaire at three stages. The psychological empowerment sessions were conducted in groups. The hypotheses regarding the effectiveness of the interventions were analyzed using repeated measures analysis of variance and Bonferroni post-hoc test. **Results:** The Bonferroni post-hoc test showed a significant difference between the pretest and posttest scores in the experimental group in terms of self-efficacy and psychological well-being ($p < 0.01$), but no significant difference was found between the posttest and follow-up stages ($p > 0.05$). No significant difference was found in the control group during the test stages ($p > 0.05$). **Conclusion:** The results of this study suggest that the psychological empowerment program can be used as a psychological intervention to increase self-efficacy and psychological well-being in patients with a history of Sleeve surgery.

Keywords: Psychological empowerment, Psychological well-being, Sleeve surgery, Self-efficacy

1. Ph.D student of Psychology Department, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran

2. *Corresponding author: Associate Professor, Counseling Department, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

Email: zare@samt.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran