

اثربخشی روایت‌درمانی بر خود‌انگ‌زنی وزنی در زنان مبتلا به چاقی و اضافه‌وزن شهر تبریز در سال ۱۴۰۲

سارا زلفعلی پورملکی^{۱*}، حسین قمری گیوی^۲، علی رضایی شریف^۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۲/۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۷/۸

خلاصه

مقدمه: چاقی و اضافه وزن با پیامدهای نامطلوب سلامت جسمی و روانی همراه است و اغلب، سلامت روان افراد مبتلا چون انگ و تبعیض را تجربه می‌کنند، در معرض خطر قرار می‌گیرد. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی روایت‌درمانی بر خود‌انگ‌زنی وزنی در زنان مبتلا به چاقی و اضافه وزن است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش را کلیه زنان مبتلا به چاقی و اضافه‌وزن شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ تشکیل داد. تعداد ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (در هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش، روایت‌درمانی را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد. گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. ابزار مورد استفاده پرسشنامه‌های خودانگ‌زنی وزنی لیلیس و همکاران (۲۰۱۰) بود. داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار متغیر خود‌انگ‌زنی وزنی در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون $41/27 \pm 4/217$ ، در مرحله پس‌آزمون $33/60 \pm 4/137$ ، و برای گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون $40/47 \pm 5/693$ و در پس‌آزمون $40/33 \pm 5/802$ بدست آمد. نتایج حاکی از اثربخشی روایت‌درمانی بر کاهش خود‌انگ‌زنی وزنی بود ($p < 0/001$). در مراحل پیگیری نیز اثرات روایت‌درمانی ماندگار بود ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت روایت‌درمانی از طریق تغییر و غنی‌سازی روایت افراد در مورد بدنشان می‌تواند منجر به کاهش خودانگ‌زنی وزنی در زنان مبتلا به چاقی و اضافه‌وزن بشود.

واژه‌های کلیدی: روایت‌درمانی، خود‌انگ‌زنی وزنی، چاقی، اضافه‌وزن

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: sarapormalek@yahoo.com تلفن همراه: ۰۹۱۴۴۹۴۵۶۹۲

۲- استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل.

۳- دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل.

مقدمه

سلامت روان انسان متأثر از عوامل متعددی است. از جمله این عوامل که رابطه دو سویه با سلامت روانی دارد، چاقی و اضافه وزن می باشد [۱]. نرخ چاقی در سطح جهانی در حال افزایش است به طوری که داده های جدید ارائه شده در چهارمین اطلس چاقی توسط فدراسیون چاقی جهانی پیش بینی می کند که تا سال ۲۰۳۰، از هر ۵ زن، ۱ نفر و از هر ۷ مرد، ۱ نفر با چاقی زندگی می کنند که معادل بیش از یک میلیارد نفر در جهان است [۲]. اضافه وزن و چاقی از نگرانی های عمده سلامت عمومی هستند که حدود نیمی از جمعیت بزرگسال جهان را تحت تأثیر قرار می دهند و این در حالی است که شیوع آن در بین زنان بیش تر از مردان می باشد [۳].

یک عامل روانی اجتماعی بسیار مرتبط اما اغلب نادیده گرفته شده برای بررسی علت شناسی و درمان چاقی، انگ زدن به وزن است. شواهد قابل توجهی نشان می دهند که افراد دارای اضافه وزن یا چاقی با کاهش ارزش اجتماعی و بد رفتاری مواجه می شوند [۴]. انگ زدن بر وزن به عنوان طرد اجتماعی و کاهش ارزشی تعریف می شود و برای کسانی اتفاق می افتد که با هنجارهای اجتماعی رایج مربوط به وزن و شکل بدنی مناسب مطابقت ندارند. این یک ننگ فراگیر است [۵ و ۶]. خود انگ زنی و زنی، کاهش ارزش خود به دلیل وزن یا اندازه بدن است و با احساس فراگیر شرم، گناه، سرزنش خود، ارزش خود ضعیف و احساس حقارت مشخص می شود [۷]. شواهد نشان می دهد که افراد دارای اضافه وزن یا چاقی با کاهش ارزش اجتماعی و بد رفتاری مواجه می شوند [۴]. افراد دارای اضافه وزن یا چاقی به شکل منفی به عنوان افراد تنبل، فاقد اراده و انضباط شخصی، بی انگیزه برای بهبود سلامت خود و اشخاصی که به خاطر وزن خود سرزنش می شوند کلیشه سازی می گردند [۸]. تقویت این کلیشه های نادرست در محیط های اجتماعی متعدد، همراه با فقدان تلاش های سیستماتیک برای به چالش کشیدن و مقابله با این دیدگاه ها، پایه ای برای عدم تأیید اجتماعی، انگ و رفتار ناعادلانه با افراد چاق ایجاد کرده است [۹].

نتایج پژوهش های مختلف حاکی از اثربخشی روان درمانی بر پیامدهای روان شناختی چاقی و اضافه وزن است [۱۰-۱۲] از بین انواع رویکردهای مشاوره و روان درمانی جهت پرداختن به مشکلات روان شناختی و متوقف کردن روایت های آسیب زا مرتبط با چاقی می توان به روایت درمانی اشاره کرد. White و

Epston [۱۳] روایت درمانی را به کارگیری روش هایی برای فهم داستان های افراد، ساختار شکنی و باز نویسی این داستان ها می دانند [۱۴]. روایت درمانی رویکردی است که مردم را متخصصان اصلی زندگی شان و مشکلات را به عنوان بخش های جدا از مردم تصور می کند و فرض بر آن است که مردم دارای بسیاری از مهارت ها، ارزش ها و توانایی های لازم در راستای کاهش تأثیرات مشکلاتشان هستند [۱۵]. روایت درمانی بر تفاسیر یا معانی متمرکز است که افراد به رویدادها و اتفاقات زندگی خود نسبت می دهند. علاوه بر این، این فرایند کمک به افراد در غلبه بر مشکلات خود از طریق گفتگوهای درمانی است [۱۴]. تحقیقات حاکی از اثربخشی روایت درمانی بر خود انگ زنی در بیماران سرطانی و بیماران روانی است [۱۶-۱۸]. اخیراً با تغییر رویکرد بیماری نگر و پیدایش دیدگاه های سلامت نگر، سلامتی فقط روی یک محور که یک سوی آن بیمار و سوی دیگر آن سلامتی افراد است، در نظر گرفته نمی شود؛ بلکه سلامت پیوستاری هست که حالت انفعالی ندارد و نیازمند پرورش است. شناخت عوامل مؤثر بر غنی سازی زندگی و افزایش ظرفیت ها و سرمایه های روان شناختی و یافتن رویکردهای درمانی مؤثر برای زندگی آرام و مطمئن بیماران از اهمیت ویژه ای برخوردار است. بنابراین، هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی روایت درمانی بر خود انگ زنی و زنی در زنان مبتلا به چاقی و اضافه وزن است.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، کلیه زنان دارای چاقی و اضافه وزن مراجعه کننده به مراکز و کلینیک های رژیم درمانی و لاغری شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ بودند (تعداد تقریبی ۳۴۰ نفر). نمونه گیری با روش نمونه گیری در دسترس انجام شد. پس از کسب رضایت مسئولین و افراد مراجعه کننده، پرسشنامه خود انگ زنی و زنی بین ۱۶۰ نفر پخش شد که در این میان ۵۴ نفر یک نمره بالاتر و پایین تر از انحراف معیار را کسب کردند. از این میان، ۳۰ زن با در نظر گرفتن ملاک های ورود به مطالعه چون (۱) داشتن چاقی و اضافه وزن (BMI بیشتر از ۲۵ کیلوگرم بر مترمربع)، (۲) پذیرش داوطلبانه برای شرکت در پژوهش، (۳) شرکت کامل در جلسات درمانی، (۴) سن ۲۰ الی ۴۰ سال و (۵) سطح تحصیلات بالای دیپلم و ملاک های خروج

از مطالعه چون (۱) ابتلا به بیماری جدی چون ام. اس، سرطان و... (۲) استفاده از داروهای روان‌پزشکی، (۳) استفاده همزمان جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی، انتخاب شده و با استفاده از گمارش تصادفی به شیوه قرعه‌کشی با پرتاب سکه به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه بر اساس نرم‌افزار تعیین حجم نمونه Power G ۳ و با در نظر گرفتن پارامترهای زیر محاسبه شد [۱۹]. اندازه اثر = ۰/۳۶؛ ضریب آلفا = ۰/۰۵؛ توان آزمایشی = ۰/۶۸؛ Repetitions = ۲؛ $\lambda = 4/179$ ؛ Critical F = ۳/۷۶۷؛ Noncentrality parameter Actual = ۰/۸۱؛ Numerator df = ۲۹؛ Denominator df = ۲۲؛ Pillai V = ۰/۲۵؛ power =

شایان ذکر است تمام اصول اخلاقی در این پژوهش رعایت گردیده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد. در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفت. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هزینه‌ای دریافت نشد.

پرسش‌نامه خود‌انگ‌زنی وزنی (weight self-stigma questionnaire): این پرسش‌نامه از نوع خودگزارشی و مداد کاغذی است که توسط Lillis و همکاران [۲۰] تهیه شده است و شامل ۱۲ سؤال در دو حیطه است. این دو خرده‌مقیاس، خرده‌مقیاس کاهش ارزش خود (گویه‌های ۶-۱) و ترس از انگ اعمال شده (گویه‌های ۱۲-۷) است. زیرمقیاس کاهش ارزش خود شامل: ترس از اضافه‌وزن (سؤال ۱)، مواجهه شدن با مشکلات وزن، احساس گناه به دلیل مشکلات وزن (سؤالات ۲ و ۳)، احساس ضعف به دلیل چاقی (سؤالات ۴ و ۵) و عدم کنترل خود برای حفظ وزن سالم (سؤال ۶) و زیرمقیاس ترس از انگ اعمال شده نیز شامل: احساس ناامنی در مورد فکر افراد از چاقی (سؤالات ۷ و ۸ و ۹)، تبعیض افراد در مورد مشکلات وزنی

(سؤالات ۱۰ و ۱۱) و نداشتن روابط اجتماعی مطلوب (سؤال ۱۲) است. آزمودنی‌ها باید به یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی در طیف ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) پاسخ دهند. مجموع نمرات برای مقیاس کامل و هر خرده‌مقیاس محاسبه می‌شود. دامنه نمرات از ۱۲ تا ۶۰ می‌باشد و نمرات بالاتر نشان‌دهنده خودانگ زنی وزنی بالاتر است. Farhangi و همکاران [۲۱] پرسش‌نامه را اعتبارسنجی کرده و آلفای کرونباخ ۰/۷۵ و ۰/۷۸ را به ترتیب برای خرده‌مقیاس‌های کاهش ارزش خود و ترس از انگ اعمال شده بدست آوردند. آلفای کرونباخ کل گویه‌ها نیز ۰/۸۶ بود. در پژوهش انجام شده در ایران توسط Lin و همکاران [۲۲]، ویژگی‌های روان‌سنجی برای تمام نمرات آیت‌های پرسش‌نامه رضایت‌بخش بود و بارهای عاملی ۰/۵۱-۰/۸۴؛ همبستگی تصحیح شده کل ۰/۶۸-۰/۷۹؛ پایایی آزمون - بازآزمون ۰/۷۱-۰/۹۲ گزارش شد.

پروتکل روایت‌درمانی با اقتباس از پروتکل White و Epston [۱۳] طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) بر اساس جدول ۱، در گروه آزمایشی اجرا شد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین اعضای گروه آزمایش و کنترل، از آن‌ها خواسته شد تا ۳ ماه پس از درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. جلسات درمانی توسط یک متخصص با درجه دکتری تخصصی مشاوره و یک دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده در مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شد. بعد از اتمام جلسات درمانی (پس‌آزمون) و ۳ ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزار اندازه‌گیری ارزیابی شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS، آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه‌گیری مکرر) استفاده شد. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ گرفته شد.

جدول ۱- پروتکل روایت‌درمانی گروه آزمایشی زنان مبتلا به چاقی و اضافه‌وزن شهر تبریز در سال ۱۴۰۲

جلسه	هدف و محتوا
اول	معارفه، ارائه برنامه زمان‌بندی شده مداخله، تعداد جلسات، فاصله زمانی جلسات، انتظارات از گروه، بیان هدف، ارزیابی جامع، ایجاد رابطه حسنه، آشنایی با روایت‌درمانی، روایت زندگی و شرح داستان‌های مشکل‌دار؛
دوم	عینیت‌بخشی و برونی‌سازی مشکل، نام‌گذاری مشکل، مشخص کردن واژه‌های مشکل‌دار و آغاز استعاره‌سازی؛
سوم	ادامه استعاره‌سازی، بررسی استعاره‌های مشکل‌دار و ارتباط آن‌ها با روایت زندگی و اتخاذ موضع نسبت به مشکل، آغاز ساختار شکنی؛
چهارم	فاز تخریب: ساختار شکنی از مشکل توسط استثنائات زندگی، تحلیل روایت، نگرش نسبت به مشکل و اثرات متقابل فرد و مشکل؛
پنجم	فاز بازسازی: استعاره‌های جدید، بازنمایی‌های ذهنی موقعیت‌های زندگی با استعاره جدید، خلق واقعیت توسط فرد و آغاز روایت‌سازی؛

ششم غنی‌سازی داستان جدید با استفاده از راهبردهای بی‌همتا، بررسی داستان و معنادگی آن به آینده؛
 هفتم فاز تثبیت: زندگی در داستان جدید، پاسخ‌گویی به سؤالات و بازنویسی داستان‌های گذشته؛
 هشتم بررسی معنای زندگی، مستندات بیرونی، غنی‌سازی و تشویق فرد به پیمودن ادامه داستان، پس‌آزمون و پایان درمان.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه ۳۰/۹۳ ± ۶/۳۱ سال و میانگین و انحراف معیار شاخص توده بدنی ۳۲/۲۰ ± ۴/۰۴۶ بود (جدول ۲). نتایج نشان می‌دهد بین دو گروه از نظر سن و شاخص توده بدنی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و دو گروه از این منظر همگن هستند. از نظر سطح تحصیلات نیز بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

جدول ۲- اطلاعات دموگرافیک زنان مبتلا به چاقی و اضافه وزن شهر تبریز در سال ۱۴۰۲

متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل	کل	p
سن (سال)	۳۲/۱۳ ± ۶/۳۱	۲۹/۷۳ ± ۶/۳۰	۳۰/۹۳ ± ۶/۳۱	۰/۳۰۶
(میانگین و انحراف معیار)				
شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر مترمربع)	۳۲/۷۳ ± ۴/۳۲	۳۱/۶۷ ± ۳/۸۳	۳۲/۲۰ ± ۴/۰۵	۰/۴۸۰
(میانگین و انحراف معیار)				
سطح تحصیلات (درصد(تعداد))				
دیپلم و فوق‌دیپلم	۴۶/۷٪ (۷ نفر)	۴۰/۰٪ (۶ نفر)	۴۳/۳٪	
لیسانس	۴۶/۷٪ (۷ نفر)	۴۶/۷٪ (۷ نفر)	۴۶/۷٪	۰/۳۴۱
فوق‌لیسانس و بالاتر	۶/۷٪ (۱ نفر)	۱۳/۳٪ (۲ نفر)	۱۰/۰٪	

آزمون: تی مستقل ■ و مجذور کای • * p < ۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیر خود انگ‌زنی ورنی در گروه‌های آزمایش و کنترل در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. نتایج حاکی از آن است که

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار خود انگ‌زنی ورنی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در زنان مبتلا به چاقی و اضافه‌وزن شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ (تعداد در هر گروه = ۱۵)

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
خود انگ‌زنی ورنی	آزمایش	۴۱/۲۷ ± ۴/۲۲	۳۳/۶۰ ± ۴/۱۴	۳۳/۸۷ ± ۴/۰۵
	کنترل	۴۰/۴۷ ± ۵/۶۹	۴۰/۳۳ ± ۵/۸۰	۴۰/۵۳ ± ۵/۹۹

نبود، لذا می‌توان کرویت ماتریس واریانس- کوواریانس این متغیر وابسته را پذیرفت.

با توجه به این‌که آزمون اثر پیلا در موقعیت‌های عملی دارای قدرت بیش‌تری نسبت به سایر آزمون‌ها می‌باشد، نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است. بین نمرات متغیر خود انگ‌زنی ورنی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود داشت. همچنین، تفاوت معنی‌داری بین نمرات متغیر خود انگ‌زنی ورنی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل مشاهده شد؛ به‌عبارت دیگر بین زمان و مداخله، تعامل وجود دارد.

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه محقق شده است؛ زیرا مقادیر Z محاسبه شده معنی‌دار نبود ($p > ۰/۰۵$). نتایج آزمون لوین نیز نشان‌دهنده برابری ماتریس‌های واریانس بود ($p = ۰/۱۳۱$). در آزمون ام باکس، از آنجایی که F متغیر خود انگ‌زنی ورنی ($F = ۱/۱۱۶$) معنی‌دار نبود، می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس- کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. از سوی دیگر، با توجه به مقدار کرویت موخلی ($۰/۷۵۲$) متغیر خود انگ‌زنی ورنی در سطح خطای داده شده ($۰/۴۱۷$) معنی‌دار

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	تأثیر	اثر پیلایی	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	P	اندازه اثر
خود انگ زنی و زنی	زمان	۰/۹۶۵	۳/۷۷۰	۲	۲۷	*۰/۰۰۱	۰/۴۶۹
	زمان*مداخله	۰/۹۶۵	۲/۹۷۲	۲	۲۷	*۰/۰۰۱	۰/۴۶۹

* $p < 0.05$ اختلاف معنی دار

جدول ۵ تأثیر متغیرهای زمان، و تعامل زمان و مداخله را بر متغیر خودانگ زنی و زنی نشان می‌دهد. همان گونه که مشاهده می‌شود اثر متغیر زمان بر متغیر خود انگ زنی و زنی معنی دار است، یعنی نمرات متغیر خود انگ زنی و زنی گروه آزمایش در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون تفاوت معنی داری دارد. اثر تعاملی متغیر زمان و مداخله نیز در متغیر خود انگ زنی و زنی معنی دار بود ($p < 0.01$). یعنی روایت-درمانی توانسته است بر متغیر خود انگ زنی و زنی در در پس-آزمون و پیگیری تأثیر معنی داری بگذارد. اندازه اثر بدست آمده برای خود انگ زنی و زنی (۰/۴۵) نشان می‌دهد که ۴۵٪ از تغییرات متغیر خود انگ زنی و زنی مربوط به اثربخشی روایت-درمانی بوده است.

جدول ۵- نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر در نمرات متغیر خود انگ زنی و زنی پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	اثر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر	توان آزمون
خود انگ زنی و زنی	زمان	۲۸۷/۰۸۹	۲	۱۴۳/۵۴۴	۶۱۹/۴۰۴	*۰/۰۰۱	۰/۴۵۷	۱
	زمان*مداخله	۲۸۱/۲۶۷	۲	۱۴۰/۶۳۳	۶۰۶/۸۴۲	*۰/۰۰۱	۰/۴۵۶	۱
	خطا (زمان)	۱۲/۹۷۸	۵۶	۰/۲۲۲				

* $p < 0.05$ اختلاف معنی دار

برای بررسی اینکه تأثیر در کدام یک از مراحل آزمون معنی دار بود، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد (جدول ۶). نتایج نشان می‌دهد که تفاوت نمرات متغیر وابسته در پیش آزمون با پس آزمون از نظر آماری معنی دار است. تفاوت نمرات متغیر

وابسته در پیش آزمون با پیگیری نیز معنی دار می‌باشد. علاوه بر این، تفاوت معنی دار نمرات متغیر وابسته در پس آزمون با پیگیری نیز تأیید شد.

جدول ۶- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌های زوجی متوسط نمرات متغیرها در گروه آزمایش

متغیر وابسته	مقایسه گروه	تفاوت میانگین	انحراف معیار	P
خود انگ زنی و زنی	پیش آزمون- پس آزمون	۳/۹۰۷	۰/۷۱۳	*۰/۰۰۱
	پیش آزمون- پیگیری	۳/۸۷۱	۰/۷۰۷	*۰/۰۰۱
	پس آزمون- پیگیری	۰/۴۶۷	۰/۴۳۰	*۰/۰۰۶

* $p < 0.05$ اختلاف معنی دار

این زنان حمایت کرد. مقایسه نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های مشابه، به دلیل نوین بودن روایت‌درمانی و عدم دسترسی به پژوهش مرتبط با اثربخشی روایت‌درمانی بر خود انگ زنی و زنی در زنان مبتلا به چاقی و اضافه وزن، مقدور نبود ولی نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های مطالعات زیر از نظر موضوعی همسو است. در این راستا می‌توان به اثربخشی غنی‌سازی

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی روایت‌درمانی بر خود انگ زنی و زنی در زنان مبتلا به چاقی و اضافه وزن انجام شد. نتایج تحقیق از اثربخشی روایت‌درمانی بر خود انگ زنی و زنی در

بحث

شرکت کنندگان در طول جلسات درمانی با مفهوم خود انگ زنی وزنی آشنا می‌شوند و روایت‌های خود را بازگو و بازنویسی می‌کنند. سپس با کمک درمانگر، روایت جدی و غنی را بوجود می‌آورند. در طول درمان، این امر با استفاده از بیرونی‌سازی، ساختار شکنی، ایجاد استعاره‌های جدید و بازنویسی روایت‌های قدیمی صورت می‌گیرد. در نهایت افراد مبتلا، روایت جدیدی از زندگی را می‌آموزند و به بدن و مفهوم بدن ایده‌آل می‌نگرند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به منحصر بودن مطالعه به زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مراکز درمانی شهر تبریز، استفاده از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس و استفاده از ابزار اندازه‌گیری خودگزارشی اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از حجم نمونه گسترده‌تر، روش نمونه‌گیری تصادفی و از سایر ابزارهای اندازه‌گیری استفاده شود. همچنین، با توجه به اثربخشی روایت‌درمانی پیشنهاد می‌شود از این درمان به صورت فردی و گروهی در کلینیک‌ها و مراکز درمانی در راستای کاهش خود انگ زنی وزنی استفاده شود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت

که روایت‌درمانی بر اساس فلسفه نظری و با به کارگیری فنون مختص خود به افراد کمک می‌کند روایت‌های کم‌مایه و سرشار از مشکل خود را به چالش کشیده، بازنویسی کرده و به آن‌ها غنا ببخشند و در نتیجه از درونی کردن انگ وزنی اعمال شده از طرف عوامل بیرونی، رهایی یابند. با توجه به نقش مهم زن در جامعه و خانواده و لزوم توجه به سلامت جسمانی و روانی آن‌ها پیشنهاد می‌شود در کلینیک‌های روان‌شناسی از این درمان به صورت فردی و گروهی در زمینه کاهش خود انگ زنی وزنی استفاده شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندا رد.

سهم نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد سارا زلفعلی پورملکی با عنوان "اثربخشی روایت‌درمانی بر خود انگ-زنی وزنی، نگرانی از تصویر بدنی و اضطراب اجتماعی بدنی در زنان مبتلا به چاقی و اضافه‌وزن" و با کد اخلاق

روایتی و شناخت‌درمانی در پژوهش Dubreucq و همکاران [۱۶] بر انگ بیماران روانی، اثربخشی روایت‌درمانی در پژوهش‌های Sun و همکاران [۱۷] بر انگ کلی بیماران سرطانی و Alshehri & Alkhatami [۱۸] بر انگ ادراک‌شده نوجوانان بزهکار اشاره کرد. Nurhayati و همکاران [۲۳] استدلال می‌کنند که مفهوم انگ یک مفهوم چندبعدی، بر اساس انحراف از یک هنجار پذیرفته شده و مورد توافق جامعه است. هر شخصی که از این هنجار منحرف شود از نظر جامعه گناهکار شناخته می‌شود و این انگ به احساسات فرد، افکار دیگران و طرد آن‌ها نسبت به فرد انگ زده‌شده مرتبط است. از سوی دیگر، Alshammari [۲۴] معتقد است که ننگ نشانه تحقیر فرد خاص توسط افراد دیگر یا یک گروه اجتماعی است و از این نظر، این اصطلاح به هر بخش منفی یا ابراز مخالفت با عدم رعایت یا هر تفاوت نامطلوبی که مشخصه یک فرد خاص باشد و او را از حمایت اجتماعی محروم کند، اشاره دارد. ساختار بدنی ایده‌آل نیز یک هنجار تعریف شده از طرف جامعه و صنعت مد و زیبایی است و هر فردی که از این بدن ایده‌آل فاصله بگیرد مورد تبعیض و انگ زنی قرار می‌گیرد. وقتی افراد وزن اضافه می‌کنند از این معیار ایده‌آل دور شده و به‌عنوان افراد چاق و مبتلا به اضافه‌وزن برچسب‌زنی می‌شوند که باعث می‌شود در معرض خود انگ زنی وزنی قرار گیرند؛ زیرا بعد از مدتی این تبعیض‌ها و انگ زنی‌ها را درونی می‌کنند. انگ وزنی که به عنوان کاهش ارزش اجتماعی و تحقیر افراد دارای اضافه وزن، تعریف می‌شود [۲۵]، در جامعه ما رایج است، زیرا این افراد اغلب به‌عنوان تنبل، احمق یا بی‌ارزش تلقی می‌شوند [۲۶]. به همین دلیل، افراد اغلب می‌توانند سوگیری وزنی را گزارش کنند که به عنوان نگرش منفی نسبت به افراد دارای اضافه‌وزن یا چاقی تعریف می‌شود [۲۷]، و این سوگیری می‌تواند خود را به شکل تبعیض مبتنی بر وزن نشان دهد. اگرچه انگ وزنی به‌عنوان راهی برای تشویق افراد دارای اضافه‌وزن و چاقی به کاهش وزن فرض شده است، تحقیقات به طور مداوم تأثیر منفی آن را نشان داده است [۲۸]. این هنجارها که باعث درونی‌سازی انگ وزنی شده و او را تحت فشار روانی قرار می‌دهد باعث شکل‌گیری روایت‌های سرشار از مشکل، روایت بدن ایده‌آل، می‌شود که در روند زندگی افراد تداخل ایجاد کرده و منجر به آسیب روانی می‌شود. یکی از رویکردهای روان‌درمانی برای مقابله با این داستان‌های سرشار از مشکل، روایت‌درمانی است.

IR.UMA.REC.1402.006 بود. حسین قمری کیوی استاد

تقدیر و تشکر

در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای این

راهنما و علی رضایی شریف استاد مشاور می‌باشند.

پژوهش مساعدت کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- Breland J. Y, Frayne S. M, Timko C, Washington, D. L., & Maguen, S. Mental Health and Obesity Among Veterans: A Possible Need for Integrated Care. *Psychiatric Services* 2020;71(5):506-9.
- World Obesity Federation. Fourth World Obesity Atlas 2022. Available at: <https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2022>
- World Health Organisation. Obesity and overweight. Geneva: WHO. 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Puhl R. M, Himmelstein M. S, Pearl R. L. Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. *The American psychologist* 2020;75(2):274-89.
- Puhl RM, Suh Y. Health consequences of weight stigma: implications for obesity prevention and treatment. *Current Obesity Reports* 2015;4(2):182-90.
- Spahlholz J, Baer N, König H-H, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski, C. Obesity and discrimination - a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Obesity Reviews* 2018;17(1):43-55.
- Pearl R.L, Puhl R.M. Weight bias internalization and health: A systematic review. *Obesity Reviews* 2018;19(8), 1141-63.
- Puhl R, Heuer, C. A. The stigma of obesity: A review and update. *Obesity* 2009;17(5):941-964.
- Pearl RL. Weight bias and stigma: public health implications and structural solutions. *SIPR* 2018;12(1):146-82.
- Iturbe I, Echeburúa E, Maiz E. The effectiveness of acceptance and commitment therapy upon weight management and psychological well-being of adults with overweight or obesity: A systematic review. *Clinical psychology & psychotherapy* 2022;29(3):837-56.
- Sharifi G, Nazarpour D, Davarnia M, Davarniya R. The effectiveness of positive psychotherapy on subjective wellbeing of obese women with type 2 diabetes. *JPS* 2021;20(97):89-102.
- Wadden T. A, Walsh O. A, Berkowitz R. I, Chao A. M, Alamuddin N, Gruber et al. (2018). Intensive Behavioral Therapy for Obesity Combined with Liraglutide 3.0 mg: A Randomized Controlled Trial. *Obesity* 2018;27(1):75-86.
- White M, Epston D. *Narrative means to therapeutic ends*. New York, NY: Norton; 1990: 13-163.
- Payne M. *Narrative therapy: an introduction for counsellors*. Tehran: Rosh; 2017: 27-40. [Persian]
- Morgan A. *What is the narrative therapy?* Adelaide Australia: dulwich cent; 2016: 5-59.
- Dubreucq J, Faraldo M, Abbes M, Ycart B, Richard-Lepouriel H, Favre S, et al. Narrative enhancement and cognitive therapy (NECT) to improve social functioning in people with serious mental illness: study protocol for a stepped-wedge cluster randomized controlled trial. *Trials* 2021;22(1):124.
- Sun L, Liu X, Weng X, Deng H, Li Q, Liu J, Luan X. Narrative therapy to relieve stigma in oral cancer patients: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice* 2022;28(4):e12926
- Alshehri A. A, Alkathami H. M. The effectiveness of narrative therapy in reducing perceived d Stigma Disorder among Adolescents who Commit Misdemeanors who are placed in the Observation Home in Jeddah City. *Palarch's Journal Of Archaeology Of Egypt/Egyptology* 2020;17(6):13655-76
- Motamed N, Zamani F, Editors. *Sample size in medical research: with a practical approach*. Tehran: Asre Roshanbin ; 2019. [Persian]
- Lillis J, Luoma JB, Levin ME, Hayes SC. Measuring weight self-stigma: the weight self-stigma questionnaire. *Obesity* 2010;18(5):971-6.
- Farhangi MA, Emam-Alizadeh M, Hamed F, Jahangiry L. Weight self-stigma and its association with quality of life and psychological distress among overweight and obese women. *EWD* 2016;22(3):451-6.
- Lin CY, Imani V, Cheung P, Pakpour A. H. Psychometric testing on two weight stigma instruments in Iran: Weight Self-Stigma Questionnaire and Weight Bias Internalized Scale. *EWD* 2019;25(4):889-901.
- Nurhayati E, Respati T, Yulianto F. A, Budiman B, Feriandi, Y. Can traditional psychoeducation reduce the stigma against depression among teenagers? 1nd ed. Bandung, Indonesia: CRC Press; 2020.
- Alshammari S. M. F. The Effectiveness of SelfCompassion focused therapy in reducing perceived stigma among unknown parentage in Hael, *EJMCM* 2020;7(2):3765-78.

25. Tomiyama A. J. Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. *Appetite* 2014;82:8–15.
26. Schwartz M. B. Brownell KD. Obesity and body image. *Body Image* 2004;1(1):43–56.
27. Blanton C, Brooks J. K, McKnight L. Weight bias in University Health professions students. *Journal of Allied Health* 2016;45(3):212–8.
28. Wu Y.-K, Berry, D.C. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *JAN* 2018;74:1030–42.

Effectiveness of narrative therapy on weight self-stigma in obese and overweight women

Zolfalipourmaleki S¹, Gamari kivi H², Rezai sharif A³

1- postgraduate student of family counseling, Faculty of Education and Psychology, University of mohaghegh ardabili, Ardabil, Iran

2- Professor of Education Science and Psychology Department, University of mohaghegh ardabili, Ardabil, Iran.

3. Associate Professor of Education Science and Psychology Department, University of mohaghegh ardabili, Ardabil, Iran.

Received: 30 september 2023

Accepted: 20 April 2024

Introduction: The purpose of the present study is to investigate the effectiveness of narrative therapy on weight self-stigma among obese and overweight women.

Research method: The research method used in this study was a semi-experimental design, incorporating a pre-test, post-test, and follow-up assessment, with a control group. The current research population consisted of obese and overweight women in Tabriz city in 1402 who were referred to weight loss clinics. 30 women were selected by available sampling method and were then randomly divided into two groups: the experimental group and the control group. The experimental group received narrative treatment in 8 sessions of 90 minutes, while the control group did not receive any treatment and was placed on the waiting list. At the end of the treatment period, a post-test was performed in both groups. The tools used included the weight self-stigma questionnaire of Lillis et al. (2010). The collected data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics with the assistance of SPSS version 24 software.

Findings: In the pre-test, the mean and standard deviation of weight self-stigma variables in the experimental group was 41.27 ± 4.217 , while in the control group, weight self-stigma was 40.47 ± 5.693 . In the post-test stage, the values for weight self-stigma in the experimental group were 33.60 ± 4.137 , while in the control group it was 40.33 ± 5.802 . The results indicated the effectiveness of narrative therapy ($P < 0.001$). In the follow-up stages, it was found that the effects of narrative therapy are lasting.

Conclusion: The results showed that narrative therapy is effective in reducing weight self-stigma in obese and overweight women.

Keywords: Narrative therapy, weight self-stigma, obesity, overweight

Please cite this article as follows:

Zolfalipourmaleki S, Gamari kivi H, Rezai sharif A: Effectiveness of narrative therapy on weight self-stigma in obese and overweight women. *Community Health journal* 2024; 17 (4): 38-46

Funding: Personal funds.

Conflict of Interest: None declared.

Ethical Approval: The Ethics Committee of University of mohaghegh ardabili, Ardabil, approved the Research Project. (IR.UMA.REC.1402.006)