

# اثربخشی روایت‌درمانی بر خود-انگ‌زنی وزنی و سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی

معصومه غواصی هریس<sup>۱</sup>، فرناز حسینی<sup>۲</sup>، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد<sup>۳\*</sup>

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ع)، تبریز، ایران.

Mmosbatzendegi8147ajabshir@gmail.com

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ع)، تبریز، ایران.

Farnaz.hosseini@gmail.com

۳. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ع)، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)

Hadiakbarinejhad@yahoo.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۲/۱۲/۲۰]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۱۰/۱۱]

## چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روایت‌درمانی بر خود-انگ‌زنی وزنی و سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی صورت گرفت. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به متخصصین و کلینیک‌های چاقی و تغذیه شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ بود. ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش درمان مختص گروه خود را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته دریافت کردند؛ گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. هر دو گروه، پیش، پس و ۳ ماه پس از مداخله به پرسشنامه‌های خود-انگ‌زنی وزنی لیلیس و همکاران و سلامت عمومی گلدبرگ پاسخ دادند. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که روایت‌درمانی در مقایسه با گروه کنترل، در پس‌آزمون، سبب کاهش خود-انگ‌زنی وزنی و افزایش سلامت روان‌شناختی شد. در مرحله پیگیری، اثر روایت‌درمانی بر خود-انگ‌زنی وزنی و سلامت روان‌شناختی ماندگار بود. روایت‌درمانی به احتمال زیاد می‌تواند سبب بهبود خود-انگ‌زنی وزنی و سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی شود.

**واژگان کلیدی:** روایت‌درمانی، خود-انگ‌زنی وزنی، سلامت روان‌شناختی، چاقی.

## ۱- مقدمه

چاقی<sup>۱</sup> تجمع غیرطبیعی و یا بیش‌ازحد چربی است که به‌طور عمده در اثر دریافت انرژی بیش‌تر از نیاز بدن به‌وجود می‌آید (Johnson, Anekwe, Washington, Chhabria, Tu & Stanford, 2023). طبق آخرین مطالعه انجام‌شده در ایران، شیوع چاقی در زنان ۳۸ و در مردان ۱۷/۹ درصد است که نشان می‌دهد میزان چاقی در زنان بیش‌تر از مردان است (نقاش‌پور و همکاران، ۱۳۹۰). چاقی مبتلایان را مستعد ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان و دیابت می‌کند (Steinbeck, Lister, Gow & Baur, 2018) و بر سلامت روان‌شناختی<sup>۲</sup> آن‌ها تأثیر منفی گذاشته و آن‌ها را درگیر اضطراب و افسردگی می‌کند (Lindberg, Hagman, Danielsson, Marcus & Persson, 2020). علاوه بر این، چاقی بر مسائلی چون عملکرد شغلی و اجتماعی تأثیر منفی می‌گذارد و کیفیت و رضایت زندگی مبتلایان را کاهش می‌دهد (Santana, Hill, Azevedo, Gunnarsdottir & Prado, 2017). به‌غیر از این‌که عوامل ژنتیکی و زیستی بر میزان خوردن غذا و ابتلا به چاقی تأثیر دارند، عوامل روان‌شناختی نظیر هیجان‌های استرس، اضطراب و افسردگی (Dakanalis, Khodari, Shami, Shajry, & Mentzelou, Papadopoulou, Papandreou, Spanoudaki, Vasios et al., 2023). نیز در این امر دخیل هستند و عوامل روانی-اجتماعی نظیر خود-انگ‌زنی وزنی<sup>۳</sup> آن‌ها را تشدید می‌کند و بر روند درمان چاقی تأثیر منفی می‌گذارد (Shami, Alamer, Moafa et al., 2021).

دو نوع انگ وجود دارد: انگ عمومی و خود-انگ‌زنی. خود-انگ‌زنی به‌عنوان آگاهی و موافقت با کلیشه‌ها و نگرش‌های انگ عمومی و به‌کارگیری آن کلیشه‌ها برای خود تعریف می‌شود که عزت‌نفس و خودکارآمدی را تضعیف می‌کند (Khodari et al., 2021). خود-انگ‌زنی وزنی به‌عنوان تجربیات شخصی شرم، ارزیابی منفی از خود و تبعیض ادراک‌شده تعریف می‌شود (Palmeira, Cunha & Pinto-Gouveia, 2018). انگ وزنی، حالتی از کاهش ارزش اجتماعی افراد دارای اضافه وزن یا چاقی است و اغلب شامل تداوی‌های منفی و کلیشه‌هایی است که به‌طور متفاوت بیان می‌شوند که منجر به تعصب، طرد اجتماعی، رفتار ناعادلانه آشکار، کلیشه‌های منفی و تبعیض می‌شود (Wang, Dang, Zhang, Moore & Li, 2021). تأثیر انگ وزنی بر پیامدهای روانی، اجتماعی و تحصیلی با شرایط مختلف جسمی و روانی مانند افسردگی، اعتمادبه‌نفس پایین، استرس فیزیولوژیکی، تغذیه ناسالم، نارضایتی از بدن، رفتار خودکشی، عملکرد تحصیلی ضعیف، افزایش چاقی و دیابت ارتباط دارد (Zagaria, Cerolini, Mocini & Lombardo, 2023). انگ وزنی می‌تواند منجر به پرخوری، انزوای اجتماعی، استفاده کم از خدمات مراقبت‌های بهداشتی، کاهش فعالیت بدنی و افزایش وزن، بدتر شدن چاقی و ایجاد موانع اضافی برای تغییر رفتار سالم شود و نهایتاً سلامت روان‌شناختی مبتلایان را به خطر بیندازد (Puhl, Peterson & Luedicke, 2013). نتیجه یک بررسی نشان می‌دهد که بین خود-انگ‌زنی وزنی و سلامت روان‌شناختی رابطه معنی‌داری وجود دارد (Zagaria et al., 2023).

سلامت روان‌شناختی یکی از ابعاد مهم سلامت و شامل آسایش ذهنی، احساس توانمندی، خودمختاری، کفایت، ارتباط با دیگران و شناخت توانمندی‌ها جهت تحقق ظرفیت‌های خود است (Joe, Lehman, Rowan, Knight & Flynn, 2019). افراد دارای سلامت روان‌شناختی بالا مشکلات روان‌شناختی، عاطفی و شخصیتی کم‌تری دارند، شادتر هستند، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب برای حل چالش‌ها استفاده می‌کنند و امیدواری بیش‌تری نسبت به زندگی دارند (Qi & Wu, 2018).

با توجه به افزایش مبتلایان به چاقی و افزایش هزینه‌های اقتصادی و زیان‌های مالی ناشی از آن، به‌نظر می‌رسد که تغییر در رفتار خوردن و الگوهای فکری همراه آن ضروری باشد. علاوه بر این، اگرچه از نظر نظری، آموزش و درمان‌های پُست‌مدرن/پساساختارگرا

1 obesity

2 weight self-stigma

3 narrative therapy

نظیر روایت‌درمانی برای چاقی مؤثر به‌نظر می‌رسد، اما هنوز یافته‌های زیاد و قابل‌اتکایی درباره این روش درمانی در ایران در دسترس نیست، از این‌رو بررسی اثربخشی روایت‌درمانی برای مشکلات روان‌شناختی-اجتماعی زنان مبتلا به چاقی می‌تواند چنین خلأهایی را پر کند و نتیجه آن به‌عنوان مبنایی مقدماتی برای بررسی‌های بیش‌تر و نیز طراحی مداخلات متناسب شده برای این افراد ثمربخش باشد. روایت‌درمانی از درمان‌های جدید و مؤثر برای مشکلات روان‌شناختی-اجتماعی به‌شمار می‌آید. این نوع درمان نسل جدیدی که از درمان‌های سنتی و مدرن به‌خصوص در حل مشکلات روان‌شناختی-اجتماعی به‌صرفه‌تر و مؤثرتر است، می‌تواند در حل مشکلات روان‌شناختی-اجتماعی که در چاقی نیز شایع می‌باشند مؤثر باشد (اسمخانی اکبری‌نژاد و زلفعلی پورملک، ۱۴۰۰). همچنین، چون چاقی هم جسم و هم روان را درگیر می‌کند، باید در درمان و پرداختن به مشکلات افراد مبتلا، هم مداخلات دارویی و هم مداخلات روان‌شناختی را مورد توجه قرار داد (Khodari et al., 2021). در مورد مداخلات روان‌شناختی، می‌توان به انواع رویکردهای مشاوره و روان‌درمانی، از جمله روایت‌درمانی اشاره کرد (پروچاسکا و نورکراس، ۱۴۰۲).

روایت‌درمانی یکی از روش‌های برآمده از دیدگاه‌های پُست‌مدرن/پسا‌ساختارگرا است که بر واقعیت درون هرکس متمرکز شده است (اسمخانی اکبری‌نژاد و زلفعلی پورملک، ۱۴۰۰). در این دیدگاه فرض بر این است که احساسات و افکار ما بر اساس رویدادها و روابط بین‌فردی شکل می‌گیرند (پروچاسکا و نورکراس، ۱۴۰۲). روایت‌درمانی را ساختارزدایی داستان‌های کهنه و آفرینش داستانی نو تعریف کرده‌اند (Gong, Gong, Zhang, He & Tang, 2022). روایت‌درمانی، به‌کارگیری مجموعه روش‌هایی برای فهم داستان‌های افراد، ساختار شکنی و بازنویسی این داستان‌ها توسط خود فرد و با کمک درمان‌گران است (پاین، ۱۴۰۱). روایت درمان‌گران به مراجعین کمک می‌کنند به‌جای تمرکز بر داستان‌های سرشار از مشکل و بی‌په‌په، توجه خود را به‌سمت داستان‌های پسندیده که آن‌ها را به‌سوی هویت و زندگی بهتر می‌کشاند، هدایت نمایند (گلدنبرگ). رویکردهای روایی بر این نگرش استوارند که هویت فرد عمدتاً بر اساس روایت‌ها و داستان‌های فرد از زندگی‌اش شکل گرفته است؛ چه برگرفته از روایت‌های کاملاً شخصی‌اش و چه برگرفته از روایت‌های عموماً فرهنگی-اجتماعی که در بستر زندگی افراد در جریان هستند (پاین، ۱۴۰۱). از آن‌جایی که نگرش زنان چاق نسبت به خود و تصویر بدنی‌شان عمیقاً تحت تأثیر روایت‌های غالب فرهنگی است، از این‌رو روایت‌درمانی که ماهیتی ساختار شکن دارد (White & Epston, 190) می‌تواند یکی از درمان‌های مهم برای این زنان باشد. نتایج پژوهش‌های مختلف حاکی از این است که روایت‌درمانی بر نگرانی از بدریختی بدن و خودکارآمدی ادراک‌شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به چاقی و اضافه وزن (نقی‌زاده علمداری و اسمخانی اکبری‌نژاد، ۱۴۰۱)، شاخص توده بدن زنان مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی (اسکندری، برجعلی و قدسی، ۱۳۸۹)، تصویر بدنی و شاخص توده بدنی زنان ایرانی دارای اضافه وزن و چاقی (پایان، ربیعی، بمانا و رضایی، ۲۰۱۹)، اضطراب اجتماعی بدنی زنان مبتلا به چاقی و اضافه وزن (زلفعلی پورملک، قمری کیوی و رضایی شریف، ۱۴۰۲)، شادکامی و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان (ابوطالبی، یزدچی و اسمخانی اکبری‌نژاد، ۱۴۰۰) و نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی زنان با تجربه جراحی پستان (اسمخانی اکبری‌نژاد، قمری، پویامنش و فتحی اقدم، ۱۳۹۸) اثربخش است.

با توجه به مطالب مطرح‌شده در پژوهش حاضر، پژوهشگران سعی دارند رویکردی را عملیاتی کنند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را دربر داشته باشد و در عین حال، فرضیه اساسی آن‌ها که معتقدند روایت‌درمانی بر خود-انگ‌زنی وزنی و سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی مؤثر است را مورد بررسی قرار دهد. با توجه به این که میزان ابتلا به چاقی در زنان ایرانی بیش‌تر از مردان است (نقاش‌پور، شاکری‌نژاد، حاجی نجف و جاروندی، ۱۳۹۰) و با توجه به این که نتایج پژوهش‌های قبلی در راستای اثربخشی روایت‌درمانی بر مشکلات روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی اصلاً بر متغیرهای خود-انگ‌زنی وزنی و سلامت روان‌شناختی نپرداخته‌اند تا بتوان نتایج تناقضات موجود را بررسی کرد، از این‌رو پرداختن به خود-انگ‌زنی وزنی و سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی از

جنبه‌های نوآوری پژوهش حاضر می‌باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی روایت‌درمانی بر خود-انگ‌زنی وزنی و سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی انجام شد.

## ۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

چاقی تجمع غیرطبیعی و یا بیش‌ازحد چربی است که به‌طور عمده در اثر دریافت انرژی بیش‌تر از نیاز بدن به‌وجود می‌آید (Johnson et al., 2023). چاقی مبتلایان را مستعد ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان و دیابت می‌کند (Steinbeck et al., 2018)، و بر سلامت روان‌شناختی آن‌ها تأثیر منفی گذاشته و آن‌ها را درگیر اضطراب و افسردگی می‌کند (Lindberg et al., 2020).

انگ وزنی، حالتی از کاهش ارزش اجتماعی افراد دارای اضافه وزن یا چاقی است و اغلب شامل تداعی‌های منفی و کلیشه‌هایی است که به‌طور متفاوت بیان می‌شوند که منجر به تعصب، طرد اجتماعی، رفتار ناعادلانه آشکار، کلیشه‌های منفی و تبعیض می‌شود (Wang et al., 2021). تأثیر انگ وزنی بر پیامدهای روانی، اجتماعی و تحصیلی با شرایط مختلف جسمی و روانی مانند افسردگی، اعتماد به نفس پایین، استرس فیزیولوژیکی، تغذیه ناسالم، نارضایتی از بدن، رفتار خودکشی، عملکرد تحصیلی ضعیف، افزایش چاقی و دیابت ارتباط دارد (Zagaria et al., 2023). سلامت روان‌شناختی یکی از ابعاد مهم سلامت و شامل آسایش ذهنی، احساس توانمندی، خودمختاری، کفایت، ارتباط با دیگران و شناخت توانمندی‌ها جهت تحقق ظرفیت‌های خود است (Joe et al., 2019).

روایت‌درمانی یک نوع مشاوره است که افراد را از مشکلات‌شان جدا می‌بیند. این درمان به مراجعان اجازه می‌دهد که از مسئله‌شان تا حدی فاصله بگیرند تا ببینند که آن مسئله ممکن است بیش از آسیبی که به آن‌ها وارد می‌کند، واقعاً به آن‌ها کمک یا از آن‌ها محافظت کند (اسمخانی اکبری‌نژاد و زلفعلی پورملک، ۱۴۰۰). با این چشم‌انداز جدید، افراد احساس قدرت بیش‌تری را برای ایجاد تغییرات در الگوهای فکری و رفتاری‌شان می‌کنند و داستان زندگی‌شان را به‌گونه‌ای بازنویسی می‌کنند که هویت، توانایی‌ها و هدف آن‌ها را صرف‌نظر از مشکلات‌شان منعکس می‌کند. روایت‌درمانی یک رویکرد محترمانه و عاری از سرزنش است که افراد را به‌عنوان متخصص زندگی شخصی‌شان می‌نگرد (پروچاسکا و نورکراس، ۱۴۰۲). نتیجه تحقیقات نقی‌زاده علمداری و اسمخانی اکبری‌نژاد (۱۴۰۱)، و همکاران (۱۳۸۹)، و همکاران (۲۰۱۹)، زلفعلی پورملک و همکاران (۱۴۰۲)، ابوطالبی و همکاران (۱۴۰۰) و اسمخانی اکبری‌نژاد و همکاران (۱۳۹۸) به‌طور جداگانه این نشان می‌دهند که روایت‌درمانی به‌ترتیب بر نگرانی از بدریختی بدن و خودکارآمدی ادراک‌شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به چاقی و اضافه وزن؛ شاخص توده بدن زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی؛ تصویر بدنی و شاخص توده بدنی زنان ایرانی دارای اضافه وزن و چاقی؛ اضطراب اجتماعی بدنی زنان مبتلا به چاقی و اضافه وزن، شادکامی و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان و نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی زنان با تجربه جراحی پستان اثربخش است.

## ۳- روش‌شناسی

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به متخصصین و کلینیک‌های چاقی و تغذیه شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. جهت نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس استفاده شد. پس از کسب رضایت از متخصصین و مسئولین کلینیک‌های چاقی و تغذیه، پرسشنامه‌های خود-انگ‌زنی وزنی لیلیس و همکاران و سلامت عمومی گلدبرگ در بین ۲۸۹ زن مبتلا به چاقی و که مایل به شرکت در پژوهش بودند اجرا شد (توضیح این‌که پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها در حضور پژوهشگران تکمیل شدند) و از بین آن‌هایی که در این پرسشنامه‌ها یک انحراف معیار بالاتر از میانگین نمره کسب کردند (۲۴۱ نفر) (توضیح این‌که در پرسشنامه سلامت عمومی، نمره بالاتر نشان‌دهنده سلامت روان‌شناختی ضعیف‌تر است)، ۳۰ نفر به‌صورت تصادفی و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه چون

۱) دارای چاقی و اضافه وزن بیش‌تر از ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع، ۲) سن بین ۳۰ تا ۵۰، ۳) متأهل بودن، ۴) داشتن حداقل سواد دیپلم، ۵) پذیرش داوطلبانه برای شرکت در پژوهش، ۶) شرکت کامل در جلسات درمانی؛ و ملاک‌های خروج از مطالعه چون ۱) ابتلا به بیماری جدی چون ام. اس، سرطان و...، ۲) استفاده از داروهای روان‌پزشکی، ۳) برخورداری از جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی هم‌زمان با اجرای این پژوهش انتخاب، و با استفاده از گمارش تصادفی (به شیوه بلوک‌سازی) به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. چون اختصاص بیش از ۱۵ نفر برای گروه‌درمانی مانع شکل‌گیری مناسب پویایی گروه می‌شد، از این رو برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شدند و در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفتند. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد. اطلاعات جمعیت‌شناختی که از نمونه‌ها جمع‌آوری شوند شامل سن، شاخص توده بدنی و سطح تحصیلات بود.

الف) پرسشنامه خود-انگ‌زنی وزنی<sup>۱</sup>: این پرسشنامه از نوع خودگزارشی و مداد کاغذی است که توسط لیلیس و همکاران در سال ۲۰۱۰ تهیه شده است که شامل ۱۲ سؤال در دو حیطه است. این دو خرده‌مقیاس شامل کاهش ارزش خود (گویه‌های ۱ تا ۶) و ترس از انگ اعمال‌شده (گویه‌های ۷ تا ۱۲) است. زیرمقیاس کاهش ارزش خود شامل: ترس از اضافه وزن، مواجه‌شدن با مشکلات وزن، احساس گناه به دلیل مشکلات وزن، احساس ضعف به دلیل چاقی و عدم کنترل خود برای حفظ وزن سالم، و زیرمقیاس ترس از انگ اعمال‌شده شامل: احساس ناامنی درباره فکر افراد از چاقی، تبعیض افراد در مورد مشکلات وزنی و نداشتن روابط اجتماعی مطلوب است. آزمودنی‌ها باید به یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی در طیف (۱ کاملاً مخالفم) تا (۵ کاملاً موافقم) پاسخ دهند. دامنه نمرات از ۱۲ تا ۶۰ می‌باشد و نمرات بالاتر نشان‌دهنده خود-انگ‌زنی وزنی بالاتر است (Lillis, Luoma, Levin & Hayes, 2015). در مطالعه لیلیس و همکاران (۲۰۱۰) روایی سازه ابزار با روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است (Lillis et al., 2015). فرهنگی، امام‌علیزاده، حامدی و جهانگیری (۲۰۱۶) این پرسشنامه را در ایران اعتبارسنجی کرده و آلفای کرونباخ ۰/۷۵ و ۰/۷۸ را به ترتیب برای خرده‌مقیاس‌های کاهش ارزش خود و ترس از انگ اعمال‌شده به دست آوردند. آلفای کرونباخ کل گویه‌ها نیز ۰/۸۶ به دست آمد (فرهنگی و همکاران، ۲۰۱۶). در پژوهش لین، ایمانی، چانگ و پاکپور<sup>۲</sup> (۲۰۱۹) نتایج نشان داد ویژگی‌های روان‌سنجی برای تمام نمرات آیت‌های این پرسشنامه رضایت‌بخش بود و بارهای عاملی ۰/۵۱ تا ۰/۸۴؛ همبستگی تصحیح‌شده کل ۰/۶۸ تا ۰/۷۹؛ پایایی آزمون-بازآزمون ۰/۷۱ تا ۰/۹۲ است. در پژوهش حاضر، پایایی کل این پرسشنامه توسط آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شده است.

ب) پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ<sup>۳</sup> u

Goldberg & Hillier, 1979

وضعیت

حساسیت

(Goldberg & Williams, 1988)

نصر، براهنی و شاه‌محمدی

1 weight self-stigma questionnaire

2 Lin, Imani, Cheung & Pakpour

3 General Health Questionnaire

در پژوهش حاضر، پایایی کل این پرسشنامه توسط آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شده است.

برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌های آزمایش، از آن‌ها خواسته شد تا ۳ ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفت‌وگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، توسط ۱ مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره، ۲ دانشجوی روان‌شناسی مقطع کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شد. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون) و ۳ ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آن‌ها، از اعضا خواستیم تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات هم رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه شد. پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) روایت‌درمانی را به صورت گروهی طبق برنامه وایت و اپستون (۱۹۹۰) دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند.

جدول ۱. محتوای جلسات و پروتکل روایت‌درمانی

| جلسه  | شرح جلسات  |
|-------|--|
| اول   | معارفه، ارائه برنامه زمان‌بندی شده مداخله، تعداد جلسات، فاصله زمانی جلسات، انتظارات از گروه، معرفی مهارت‌ها، بیان هدف، ارزیابی جامع، ایجاد رابطه حسنه، آشنایی با روایت‌درمانی، نمونه کار، 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 معناداری 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، اجرای پس‌آزمون و پایان درمان.  |

#### ۴- یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم‌افزار spss استفاده شد. برای این منظور در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد، آزمون تی مستقل و در سطح آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در این پژوهش هیچ ریزشی در نمونه‌ها اتفاق نیفتاد و ۱۵ عضو گروه آزمایش به طور کامل مداخله را دریافت کردند. اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان مبتلا به چاقی در جدول ۲ ارائه شده است. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه ۴۰/۶۳±۳/۷۴ سال و میانگین و انحراف معیار شاخص توده بدنی آن‌ها ۳۳/۱۳±۳/۷۶ کیلوگرم بود. همچنین، از بین ۳۰ آزمودنی شرکت‌کننده در پژوهش، ۳ نفر دارای تحصیلات دیپلم، ۱۰ نفر دارای تحصیلات فوق‌دیپلم، ۱۲ نفر دارای تحصیلات لیسانس و ۵ نفر دارای تحصیلات فوق‌لیسانس و بالاتر بودند. در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار سن و شاخص توده بدنی و فراوانی مشاهده‌شده آزمودنی‌ها در متغیر سطح تحصیلات مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه از نظر سن، شاخص توده بدنی و سطح تحصیلات تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ( $P > 0/05$ ).



جدول ۲. یافته‌های توصیفی زنان مبتلا به چاقی شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

| متغیر                    | گروه آزمایش | گروه کنترل | p      |
|--------------------------|-------------|------------|--------|
| سن (سال)                 | ۴۰/۴±۰۰/۲۷  | ۴۱/۳±۲۷/۱۵ | ۰۰/۳۶۴ |
| (میانگین ± انحراف معیار) |             |            |        |
| شاخص توده بدنی (سال)     | ۳۲/۴±۸۷/۲۵  | ۳۳/۳±۴۰/۳۳ | ۰۰/۷۰۵ |
| (میانگین ± انحراف معیار) |             |            |        |
| سطح تحصیلات              | ۲ (۱۳٪/۳)   | ۱ (۶٪/۷)   | ۰۰/۰۷۰ |
| دیپلم                    | ۵ (۳۳٪/۳)   | ۵ (۳۳٪/۳)  |        |
| فوق دیپلم                | ۶ (۴۰٪/۰)   | ۶ (۴۰٪/۰)  |        |
| لیسانس                   | ۲ (۱۳٪/۳)   | ۳ (۲۰٪/۰)  |        |
| فوق لیسانس و بالاتر      |             |            |        |

آزمون: \*تی مستقل، \*\*خی دو \*  $p < 0/05$  اختلاف معنی دار

در بررسی پیش فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو-ویلک نشان دادند که پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی محقق شده است؛ زیرا مقادیر Z محاسبه شده در سطح  $(p > 0/05)$  معنی دار نیستند. در آزمون ام باکس، از آنجایی که F متغیرهای خود-انگیزی وزنی ( $F=2/511$ ) و سلامت روان شناختی ( $F=2/117$ ) به ترتیب در سطح  $0/446$  و  $0/362$  معنادار نبودند، می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کواریانس برای متغیرها برقرار شده است. از سوی دیگر، آزمون کرویت موخلی نشان دادند با توجه به این که مقدار کرویت موخلی ( $0/550$ ) متغیر خود-انگیزی وزنی در سطح خطای داده شده ( $0/467$ ) و مقدار کرویت موخلی ( $0/600$ ) متغیر سلامت روان شناختی در سطح خطای داده شده ( $0/519$ ) معنی دار نیست، می‌توان کرویت ماتریس واریانس-کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت؛ بنابراین، این پیش فرض نیز برقرار است. در آخر، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به عدم معنی داری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از  $(0/05)$  می‌توان گفت که واریانس خطای متغیر پژوهش در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیر خود-انگیزی وزنی و سلامت روان شناختی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری زنان مبتلا به چاقی شهر تبریز در سال ۱۴۰۲

| متغیر                     | گروه                      | پیش آزمون   | پس آزمون    | پیگیری      | تغییرات داخل گروهی | تغییرات بین گروهی |
|---------------------------|---------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|-------------------|
| خود-انگیزی                | آزمایش                    | ۴۵/۳±۶۰/۵۶  | ۳۸/۳±۴۰/۴۸  | ۳۷/۴±۴۷/۰۵  | $P < 0/001$        | $P < 0/001$       |
|                           | کنترل                     | ۴۵/۳±۸۷/۲۰  | ۴۶/۳±۰۰/۳۳  | ۴۶/۳±۰۷/۴۵  | $P > 0/8$          |                   |
| وزنی                      | سطح معنی داری بین گروه‌ها | $p > 0/831$ | $p < 0/001$ | $p < 0/001$ | -                  | -                 |
|                           | سلامت روان شناختی         | ۵۰/۳±۵۳/۴۲  | ۴۴/۳±۶۷/۰۴  | ۴۴/۳±۷۳/۹۶  | $P < 0/001$        | $P < 0/001$       |
| سطح معنی داری بین گروه‌ها | $p > 0/539$               | $p < 0/019$ | $p < 0/021$ | $P > 0/9$   | -                  |                   |

نوع آزمون: تحلیل واریانس آمیخته  $p < 0/05$  \* اختلاف معنادار

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، میانگین نمرات خود-انگیزی وزنی و سلامت روان‌شناختی در گروه آزمایش و کنترل قبل از مداخله یکسان بوده و بعد از مداخله در گروه آزمایش کاهش داشته (توضیح این که در پرسشنامه سلامت عمومی، نمره بالاتر نشان‌دهنده سلامت روان‌شناختی ضعیف‌تر است) و این کاهش تا سه ماه پس از درمان و در مرحله پیگیری دارای ثبات است.

در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای خود-انگیزی وزنی و سلامت روان‌شناختی ارائه شده است. همان‌گونه که نتایج نشان می‌دهد روایت‌درمانی منجر به بهبود معنادار خود-انگیزی وزنی و سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی شده است.

جدول ۴. تحلیل اندازه‌گیری مکرر نمرات خود-انگیزی وزنی و سلامت روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌ها

| متغیر             | منبع           | مجموع مجذورات | درجه آزادی | MS         | F       | مقدار اتا | P-value |
|-------------------|----------------|---------------|------------|------------|---------|-----------|---------|
| خود-              | اثر درون‌گروهی | ۳۱۰/۵۵۶       | ۲          | ۱۵۵/۲۷۸    | ۹۱/۸۱۱  | ۰/۶۶      | ۰/۰۰۱   |
| انگیزی            | اثر گروه       | ۶۷۷/۸۷۸       | ۱          | ۶۷۷/۸۷۸    | ۲۰/۰۰۳  | ۰/۳۱      | ۰/۰۰۱   |
| وزنی              | اثر بین‌گروهی  | ۱۶۸۲۲۰/۹۰۰    | ۱          | ۱۶۸۲۲۰/۹۰۰ | ۴/۹۶۴   | ۰/۷۹      | ۰/۰۰۱   |
| سلامت روان‌شناختی | اثر درون‌گروهی | ۱۶۴/۴۲۲       | ۲          | ۸۲/۲۱۱     | ۲۷۲/۵۹۵ | ۰/۷۰      | ۰/۰۰۱   |
|                   | اثر گروه       | ۷۶۲/۷۱۱       | ۱          | ۷۶۲/۷۱۱    | ۳/۳۹۵   | ۰/۲۰      | ۰/۰۴۲   |
|                   | اثر بین‌گروهی  | ۲۲۱۰۱۷/۷۷۸    | ۱          | ۲۲۱۰۱۷/۷۷۸ | ۹۸۳/۸۳۵ | ۰/۷۷      | ۰/۰۰۱   |

همان‌گونه که از نتایج جدول ۴ در بعد اثر بین‌گروهی و همچنین مقایسه میانگین‌ها در جدول ۳ مشهود است، بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشته است؛ به این معنا که در مقایسه با گروه کنترل، مداخله در گروه آزمایش منجر به بهبود معناداری هم در خود-انگیزی وزنی و هم سلامت روان‌شناختی شده است. همچنین بررسی مقایسه پیامدها در طول زمان در گروه کنترل نشان داد که بین نمرات آزمودنی‌ها در خود-انگیزی وزنی و سلامت روان‌شناختی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت؛ به این معنی که در طول زمان بهبودی که از لحاظ آماری معنادار باشد، برای این گروه حاصل نشده است. در واقع در این گروه از نظر نمرات خود-انگیزی وزنی و سلامت روان‌شناختی بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ( $p > 0/05$ )؛ در صورتی که در گروه آزمایش مقایسه پیامدها در طول زمان نشان داد که در هر دو متغیر خود-انگیزی وزنی و سلامت روان‌شناختی بین پیش‌آزمون نسبت به پس‌آزمون و پیش‌آزمون نسبت به پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ( $p < 0/05$ )؛ اما بین پس‌آزمون نسبت به دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ( $p > 0/05$ ). این بدین معناست که تا زمانی که مداخله بر روی زنان مبتلا به چاقی صورت گرفته نمرات آن‌ها در خود-انگیزی وزنی و سلامت روان‌شناختی بهبود یافته است و پس از پایان مداخله این بهبودی ثابت مانده و تغییری نکرده است.

در جدول ۵ نتایج آزمون تقیبی بونفرونی برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری نشان داده شده است. در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر صرفاً مشخص می‌شود که آیا بین میانگین‌ها در دو گروه در سطوح مختلف سنجش تفاوت وجود دارد یا خیر؛ اما نمی‌تواند مشخص کند که این تفاوت مربوط به کدام مراحل سنجش بوده است. به‌همین دلیل از مقایسه‌های دوتایی بین گروه‌ها استفاده می‌شود؛ یعنی تفاوت نمرات در مراحل سنجش را در دو گروه با هم مقایسه می‌کند. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد بین پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیش‌آزمون-پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد که این نشان‌دهنده این است که تا زمانی که درمان صورت گرفته بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری از نظر میانگین‌ها وجود داشته و در واقع مداخله‌ای که بر روی گروه آزمایش



انجام گرفته، باعث این تفاوت شده است؛ اما بررسی نتایج در پس‌آزمون- پیگیری نشان داد که تفاوتی بین این دو مرحله در مقایسه بین گروه آزمایش و گروه گواه وجود نداشته است که این از یک‌سو نشان‌دهنده حفظ اثر درمان در طول زمان و از سوی دیگر تفاوت بین دو گروه به مداخله‌ای بر می‌گردد که بر روی گروه آزمایش اعمال شده است؛ زیرا با اتمام درمان تفاوتی مشاهده نشده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی

| متغیر             | مراحل     | تفاوت میانگین | سطح معناداری |
|-------------------|-----------|---------------|--------------|
| خود-انگ‌زنی       | پیش‌آزمون | ۳/۵۳          | ۰/۰۰۰۱       |
|                   | پس‌آزمون  | -۳/۵۳         | ۰/۰۰۰۱       |
| وزنی              | پیش‌آزمون | ۰/۴۳          | ۰/۲۵۲        |
|                   | پس‌آزمون  | -۰/۴۳         | ۰/۰۰۰۱       |
| سلامت روان‌شناختی | پیش‌آزمون | ۲/۹۶          | ۰/۰۰۰۱       |
|                   | پس‌آزمون  | -۲/۹۶         | ۰/۰۰۰۱       |
| پیگیری            | پیش‌آزمون | ۲/۹۶          | ۰/۰۰۰۱       |
|                   | پس‌آزمون  | -۲/۹۶         | ۰/۰۰۰۱       |
| پیگیری            | پیش‌آزمون | ۰/۰۰          | ۱/۰۰۰        |
|                   | پس‌آزمون  | -۰/۰۰         | ۰/۰۰۰۱       |

## ۵- بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روایت‌درمانی بر خود-انگ‌زنی وزنی و سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که روایت‌درمانی بر خود-انگ‌زنی وزنی و سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی تأثیر دارد و تأثیر آن در مرحله پیگیری نیز ماندگار است. همچنین یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره خود-انگ‌زنی وزنی و سلامت روان‌شناختی در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات خود-انگ‌زنی وزنی و سلامت روان‌شناختی بهبود یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه آزمایش با نزدیک شدن به پایان مداخله بر روی نمرات خود-انگ‌زنی وزنی و سلامت روان‌شناختی افراد در گروه آزمایش مثبت بود. در این راستا نتایج پژوهش‌های نقی‌زاده علمداری و اسمخانی اکبری‌نژاد (۱۴۰۱)، مکیان و همکاران (۱۳۸۹)، مکیان و همکاران (۲۰۱۹) و زلفعلی پورملکی و همکاران (۱۴۰۲) به ترتیب نشان دادند که روایت‌درمانی بر نگرانی از بدریختی بدن و خودکارآمدی ادراک شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به چاقی و اضافه وزن؛ شاخص توده بدن زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی؛ تصویر بدنی و شاخص توده بدنی زنان ایرانی دارای اضافه وزن و چاقی؛ و اضطراب اجتماعی بدنی زنان مبتلا به چاقی و اضافه وزن اثربخش است. نتایج این مطالعات به نوعی همسو با پژوهش حاضر بود؛ و دلیل این همسویی این است که این مطالعات از پروتکل درمانی یکسانی استفاده کرده‌اند. لازم به ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر به دست نیامده تا دلیل ناهمسویی را مورد بحث قرار دهیم.

زنان چاق از نقص ظاهری و نازیبایی بدنی رنج می‌برند و نگران از بدریختی بدن‌شان هستند و تمایل دارند که تغییرات ظاهری در خود ایجاد کنند. این تغییرات با استفاده از روش‌های ترمیمی جراحی همراه است که می‌تواند سلامتی آن‌ها را تهدید کند. زنان چاق

در روابط بین‌فردی خود نسبت به ظاهر خویش حساس بوده و درباره قضاوت‌های دیگران از ظاهرشان کنجکاو هستند. آن‌ها درباره خود احساس حقارت می‌کنند و از عزت‌نفس پایینی برخوردارند، زیرا تصورشان این است که اثربخشی آن‌ها در روابط بین‌فردی از طریق ظاهر جسمانی است. این افراد اولین گزینه برای رسیدن به هدف زیبایی خویش را روش‌های ترمیمی جراحی می‌دانند، اما این روش‌ها اثر موقتی داشته و هیچگاه زیبایی کاملی که در پی آن هستند را به دست نمی‌آورند. پژوهش‌های مختلف به دنبال یافتن راه‌هایی هستند تا یک اقناع درونی و پذیرش شخصی از ظاهر جسمانی را در افراد دارای تجربه جراحی سرطان پستان شکل دهند. روایت‌درمانی یک تجربه جدید برای این افراد است. آن‌ها با مفهوم خود-انگ‌زنی وزنی آشنا می‌شوند و روایتی از زندگی خود را بازگو می‌کنند و سپس با کمک درمانگر، روایت جدیدی در زندگی می‌سازند. در گروه‌درمانی این روش می‌تواند با استفاده از روایت‌های دیگران و تمثیل و استعاره‌ها از داستان‌های اسطوره‌ای نیز صورت پذیرد. در نهایت افراد مبتلا روایت جدیدی از زندگی را می‌آموزند و به پذیرش ظاهر جسمانی خود فکر می‌کنند. برون‌سازی وقایع زندگی یکی از مراحل روایت‌درمانی است که درمان‌جویان با یافتن روایت جدیدی برای زندگی می‌توانند به تغییر در روابط بین‌فردی بدون تغییر و دستکاری در ظاهر جسمانی خود فکر کنند. بنابراین روایت‌درمانی روشی است که می‌تواند در کاهش -انگ‌زنی وزنی در زنان چاق مؤثر باشد. این روش با بهره‌گیری از روایت‌های تازه در زندگی و تمثیل و استعاره‌های مرتبط با فرهنگ جامعه‌ای که مورد استفاده قرار می‌گیرد می‌تواند یک درمان فرهنگ‌ناسته برای کاهش -انگ‌زنی وزنی و افزایش سلامت روان‌شناختی باشد (اسمخانی اکبری‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۸).

زنان مبتلا به چاقی نگاهی متفاوت به زندگی دارند به گونه‌ای که در روابط بین‌فردی خود نسبت به موقعیت خویش حساس بوده و درباره قضاوت‌های دیگران از خودشان کنجکاو هستند. آن‌ها درباره خود احساس حقارت می‌کنند و از عزت‌نفس پایینی برخوردارند (Zagaria et al., 2023)، زیرا تصورشان این است که اثربخشی آن‌ها در روابط بین‌فردی از طریق موقعیت زندگی‌شان است (Johnson et al., 2023). پژوهش‌های مختلف به دنبال یافتن راه‌هایی هستند تا یک اقناع درونی و پذیرش شخصی از موقعیت زندگانی خود را در زنان مبتلا به چاقی شکل دهند. روایت‌درمانی یک تجربه جدید برای این افراد است. در این درمان زنان مبتلا به چاقی با مفهوم انگ اجتماعی و به‌طور ویژه با مفهوم خود-انگ‌زنی وزنی آشنا می‌شوند و روایت زندگی خود را بازگو می‌کنند و سپس با کمک درمانگر، روایت جدیدی برای زندگی‌شان می‌سازند. در گروه‌درمانی این روش می‌تواند با استفاده از روایت‌های دیگران و تمثیل و استعاره از داستان‌های اسطوره‌ای نیز صورت گیرد. در نهایت زنان مبتلا به چاقی روایت جدیدی از زندگی را می‌آموزند و به پذیرش خود و موقعیت زندگی‌شان فکر می‌کنند. برون‌سازی وقایع زندگی یکی از مراحل روایت‌درمانی است که درمان‌جویان با یافتن روایت جدیدی برای زندگی می‌توانند به تغییر در روابط بین‌فردی بدون تغییر و دستکاری در خود و اصول زندگی‌شان فکر کنند. بنابراین روایت‌درمانی روشی است که می‌تواند در کاهش خود-انگ‌زنی وزنی زنان مبتلا به چاقی مؤثر باشد. این روش با بهره‌گیری از روایت‌های تازه در زندگی و تمثیل و استعاره‌های مرتبط با فرهنگ جامعه‌ای که مورد استفاده قرار می‌گیرد می‌تواند یک درمان فرهنگ‌ناسته برای کاهش زنان مبتلا به چاقی باشد (بساکن‌نژاد، مهربانی‌زاده هنرمند، حسنی و نرگسی، ۱۳۹۱). در روایت‌درمانی، افراد با گوش دادن به داستان‌های دیگر اعضای گروه، درمی‌یابند که در موقعیت و مشکل خود تنها نیستند. در جلسات روایت‌درمانی، افراد با گوش دادن به روایت دیگران، درمی‌یابند دیگران نیز با مشکلات مشابهی روبه‌رو هستند (نقی‌زاده علمداری و اسمخانی اکبری‌نژاد، ۱۴۰۱). خواندن یا گوش دادن به روایت‌های اعضای گروه، فهم اعضای گروه را از موقعیت‌ها و چالش‌های منحصر به فردی که آن‌ها نیز تجربه می‌کنند، افزایش می‌دهد. به دنبال این فرآیند، آن‌ها می‌توانند با شخصیت‌ها و روش‌های مقابله‌ای شخصیت‌ها همانندسازی کنند (مکیان و همکاران، ۲۰۱۹)؛ بنابراین با اجرای پروتکل روایت‌درمانی، زنان مبتلا به چاقی با تکیه بر نقاط قوت و توانمندی‌های خود و همچنین با دریافت راهنمایی در جهت ارائه راهبردهای مقابله‌ای مناسب، توانستند سلامت روان‌شناختی خود را ارتقاء بخشند.

لازم به ذکر است که پژوهش حاضر از چندین محدودیت برخوردار است که از مهم‌ترین آن‌ها کوچک بودن حجم نمونه بود. همچنین، در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل به نظر می‌رسد. با توجه به محدودیت جامعه آماری این پژوهش، پیشنهاد می‌شود جهت دستیابی به نتایج دقیق‌تر به منظور به‌کارگیری یافته‌ها، مطالعات آتی با تعداد نمونه‌های بزرگ‌تر تکرار شود. همچنین پژوهشگران بعدی در مداخلات درمانی، نسبت به هم‌تاسازی دقیق‌تر افراد نمونه اقدام نمایند تا بتوان مقایسه‌های دقیق‌تری از نتایج به‌دست آورد. همچنین، پیشنهاد می‌شود علاوه بر بررسی پرسشنامه‌ای، از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود. با توجه به نقش مهم زنان در جامعه و خانواده و از طرفی لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌های روان‌شناسی دولتی و خصوصی، از روایت‌درمانی در زمینه کاهش خود-انگ‌زنی وزنی و افزایش سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی استفاده شود.

با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت که روایت‌درمانی سبب رهایی زنان مبتلا به چاقی از فشار کلان‌روایت‌های فرهنگی درباره چاقی و تصویر بدنی می‌شود که این امر باعث کاهش خود-انگ‌زنی وزنی و افزایش سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی شده است، در نتیجه می‌توان از آن به‌عنوان یک مداخله بالینی موثر در این زنان استفاده کرد.

## ۶- منابع

- ۱- ابوطالبی، حمید؛ یزدچی، نفیسه؛ و اسمخانی اکبری‌نژاد، هادی (۱۴۰۰). اثربخشی روایت‌درمانی بر شادکامی و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان: یک مطالعه نیمه‌آزمایشی. بیماری‌های پستان ایران، ۱۴(۳)، ۵۷-۶۶. doi:10.30699/ijbd.14.3.57
- ۲- اسمخانی اکبری‌نژاد، هادی؛ قمری، محمد؛ پویامنش، جعفر؛ و فتحی‌ا قدم، قربان (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی زنان با تجربه جراحی پستان: پیگیری ۴ ماهه. مجله بالینی پرستاری و مامایی شهرکرد، ۸(۲)، ۳۸۸-۴۰۱.
- ۳- اسمخانی اکبری‌نژاد، هادی؛ و زلفعلی پورملک، سارا (۱۴۰۰). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی پُست‌مدرن/پساساختارگرا. تهران: ساوالان.
- ۴- بساک‌نژاد، سودابه؛ مهربانی‌زاده هنرمند، مهناز؛ حسینی، محدثه؛ و نرگسی، فریده (۱۳۹۱). اثربخشی روایت‌درمانی گروهی بر نگرانی از بدریختی بدن در دانشجویان دختر. فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌شناسی سلامت، ۱(۲)، ۵-۱۱.
- ۵- پالانگ، حسن؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمدتقی؛ و شاه‌محمدی، داوود (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۲(۴)، ۱۹-۲۷.
- ۶- پاین، مارتین (۱۴۰۱). مشاوره با زوج‌ها: راهنمای کاربردی روایت‌درمانی. ترجمه فاطمه نادری، آرمان سلیمی کوچی و مرتضی عباسی. تهران: ارجمند.
- ۷- پروچاسکا، جیمز؛ و نورکراس، جان (۱۴۰۲). نظریه‌های روان‌درمانی (نظام‌های روان‌درمانی): تحلیل میان‌نظری. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: روان.
- ۸- زلفعلی پورملک، سارا؛ قمری کیوی، حسین؛ و رضایی شریف، علی (۱۴۰۲). اثربخشی روایت‌درمانی بر اضطراب اجتماعی بدنی دز زنان مبتلا به چاقی و اضافه وزن. مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۲۳(۳)، ۲۷۸-۲۹۱. doi:10.61186/jarums.23.3.278
- ۹- گلدنبرگ
- ۱۰-

۱۱- مهشید؛ شاکری‌نژاد، قدرت اله؛ حاجی نجف، سعیده؛ و جاروندی، فرزانه (۱۳۹۰). شیوع چاقی و رابطه آن با شاخص‌های دموگرافیک در افراد بیش‌تر از ۱۸ سال مراجعه‌کننده به کلینیک جهاد دانشگاهی خوزستان. *مجله علمی پزشکی جندی شاپور*، ۱۰(۱)، ۲-۳۵.

۱۲- علمداری، ماهک؛ و اسمخانی اکبری‌نژاد، هادی (۱۴۰۱). اثربخشی روایت‌درمانی بر نگرانی از بدریختی بدن و خودکارآمدی ادراک‌شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به چاقی و اضافه وزن. *مجله روان‌شناسی*، ۲۶(۲)، ۱۸۲-۱۸۹.

**20.1001.1.18808436.1401.26.2.7.6dor:**

- 13- Dakanalis, A., Mentzelou, M., Papadopoulou, S. K., Papandreou, D., Spanoudaki, M., Vasios, G. K., ... & Giaginis, C. (2023). The association of emotional eating with overweight/obesity, depression, anxiety/stress, and dietary patterns: a review of the current clinical evidence. *Nutrients*, 15(5), 1173. doi:10.3390/nu15051173
- 14- Farhangi, M. A., Emam-Alizadeh, M., Hamed, F., & Jahangiry, L. (2017). Weight self-stigma and its association with quality of life and psychological distress among overweight and obese women. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22, 451-456. doi:10.1007/s40519-016-0288-2
- 15- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, 9(1), 139-145. doi:10.1017/S0033291700021644
- 16- Goldberg, DP., & Williams, P. (1988). *A Users' Guide To The General Health Questionnaire*. London: GL Assessment; 23.
- 17- Gong, Y., Gong, N., Zhang, Z., He, Y., & Tang, H. (2022). Effect of narrative therapy-based group psychological counseling on internet addiction among adolescents. *Iranian Journal of Public Health*, 51(6), 1331.
- 18- Joe, G. W., Lehman, W. E., Rowan, G. A., Knight, K., & Flynn, P. M. (2019). The role of physical and psychological health problems in the drug use treatment process. *Journal of substance abuse treatment*, 102, 23-32. doi:10.1016/j.jsat.2019.03.011
- 19- Johnson, V. R., Anekwe, C. V., Washington, T. B., Chhabria, S., Tu, L., & Stanford, F. C. (2023). A Women's health perspective on managing obesity. *Progress in cardiovascular diseases*, 78, 11-16. doi:10.1016/j.pcad.2023.04.007
- 20- Khodari, B. H., Shami, M. O., Shajry, R. M., Shami, J. A., Alamer, A. A., Moafa, A. M., ... & Alqassim, A. Y. (2021). The relationship between weight self-stigma and quality of life among youth in the Jazan region, Saudi Arabia. *Cureus*, 13(9), e18158. doi:10.7759/cureus.18158
- 21- Lillis, J., Luoma, J. B., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2015). Measuring weight self-stigma: the weight self-stigma questionnaire. *Obesity*, 18(2), 180-198. doi:10.1177/0145445510397178
- 22- Lin, C. Y., Imani, V., Cheung, P., & Pakpour, A. H. (2020). Psychometric testing on two weight stigma instruments in Iran: weight self-stigma questionnaire and weight bias internalized scale. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25, 889-901. doi:10.1007/s40519-019-00699-4
- 23- Lindberg, L., Hagman, E., Danielsson, P., Marcus, C., & Persson, M. (2020). Anxiety and depression in children and adolescents with obesity: a nationwide study in Sweden. *BMC medicine*, 18, 1-9. doi:10.1186/s12916-020-1498-z
- 24- McKian, S. S., Rabiei, S., Bemana, H., & Ramezani, M. (2019). Experimental design and statistical evaluation on the effect of narrative therapy on body image and body mass index in Iranian overweight and obese women. *Obesity Medicine*, 14, 100097. doi:10.1016/j.obmed.2019.100097
- 25- Palmeira, L., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2018). The weight of weight self-stigma in unhealthy eating behaviours: the mediator role of weight-related experiential avoidance. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(6), 785-796. doi:10.1007/s40519-018-0540-z
- 26- Puhl, R. M., Peterson, J. L., & Luedicke, J. (2013). Weight-based victimization: Bullying experiences of weight loss treatment-seeking youth. *Pediatrics*, 131(1), e1-e9. doi:10.1542/peds.2012-1106
- 27- Qi, D., & Wu, Y. (2018). Does welfare stigma exist in China? Policy evaluation of the Minimum Living Security System on recipients' psychological health and wellbeing. *Social Science & Medicine*, 205, 26-36. doi:10.1016/j.socscimed.2018.03.041
- 28- Santana, C. C. A., Hill, J. O., Azevedo, L. B., Gunnarsdottir, T., & Prado, W. L. (2017). The association between obesity and academic performance in youth: a systematic review. *Obesity Reviews*, 18(10), 1191-1199. doi:10.1111/obr.12582
- 29- Steinbeck, K. S., Lister, N. B., Gow, M. L., & Baur, L. A. (2018). Treatment of adolescent obesity. *Nature Reviews Endocrinology*, 14(6), 331-344. doi:10.1038/s41574-018-0002-8
- 30- Wang, Z., Dang, J., Zhang, X., Moore, J. B., & Li, R. (2021). Assessing the relationship between weight stigma, stress, depression, and sleep in Chinese adolescents. *Quality of Life Research*, 30, 229-238. doi:10.1007/s11136-020-02620-4
- 31- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. WW Norton & Company.
- 32- Zagaria, A., Cerolini, S., Mocini, E., & Lombardo, C. (2023). The relationship between internalized weight stigma and physical and mental health-related quality of life in a large sample of women: a structural equation modeling

analysis. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 28(1), 52. doi:10.1007/s40519-023-01582-z



## The Effectiveness of Narrative Therapy on Weight Self-stigma and Psychological Well-being of Women with Obesity

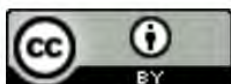
Masoumeh Ghavvasi Heris<sup>1</sup>, Farnaz Hosseini<sup>2</sup>, Hadi Smkhani Akbarinejhad<sup>3\*</sup>

1. MA in General Psychology, Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran.  
Mmosbatzendegi8147ajabshir@gmail.com
2. MA in General Psychology, Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran.  
Farnaz.hosseini@gmail.com
3. Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran. (Corresponding Author)  
Hadiakbarinejhad@yahoo.com

### Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of narrative therapy on weight self-stigma and the psychological well-being of women with obesity. This research method employed was semi-experimental with a pretest-posttest and follow-up with a control group design. The statistical population of the study included all women with obesity visiting specialists and clinics for obesity and nutrition in Tabriz in 1402 (Shamsi). In total, 30 participants were selected through convenience sampling and randomly divided into two groups: experimental and control (15 people each). The experimental group received specialized therapy in 8 sessions lasting 1.5 hours each, while the control group did not receive any treatment. Both groups responded the Lilis & et al's weight self-stigma and Goldberg's general health questionnaires before, after, and 3 months after the intervention. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance (ANOVA). The results showed that compared to the control group at the post-test, narrative therapy caused a decrease in weight self-stigma and an increase in psychological health. The effects of narrative therapy on weight self-stigma and psychological well-being remained stable at the follow-up stage. Narrative therapy likely contributes to improving weight self-stigma and psychological well-being in women with obesity.

**Keywords:** Narrative Therapy, Weight Self-stigma, Psychological Health, Obesity.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)