

مقایسه تأثیر روایت درمانی و رژیم درمانی بر شاخص تصویر بدن زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی

سمیه سادات مکیان^۱، دکتر حسین اسکندری^۲، دکتر احمد برجلی^۳، دل آرام قدسی^۴

- ۱- کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی
- ۲- استادیار گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی
- ۳- کارشناس ارشد تغذیه، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، کلینیک تغذیه و رژیم درمانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: این مطالعه با توجه به اهمیت شاخص تصویر بدن در زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی و به منظور مقایسه نقش رژیم-های غذایی و روایت درمانی در اصلاح تصویر بدن زنان مبتلا به اضافه وزن انجام گرفت.

مواد و روشها: در این کارآزمایی بالینی از بین مراجعه کنندگان به کلینیک تخصصی تغذیه و رژیم درمانی، ۳۰ زن مبتلا به اضافه وزن انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی یک و دو و یک گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایشی ۱ فقط تحت رژیم درمانی (به مدت ۵ هفته)، گروه ۲ علاوه بر رژیم درمانی تحت روایت درمانی نیز قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. جلسات روایت درمانی شامل ۱۲ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای بود که هفته‌ای دو بار و به صورت گروهی اجرا شد. وزن افراد با حداقل لباس با ترازوی Seca با دقت ۰/۵ کیلوگرم و قد افراد در حالت ایستاده با قدسنج متصل به ترازو با دقت ۰/۵ سانتی‌متر اندازه‌گیری شد. شاخص توده بدن (Body Mass Index) با تقسیم کردن وزن بر مجذور قد بر حسب متر اندازه‌گیری شد. داده‌های مربوط به شاخص تصویر بدن با استفاده از پرسشنامه روابط چند بعدی خود-بدن گردآوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون تحلیل کوواریانس، آزمون تعقیبی توکی و آزمون t انجام شد.

یافته‌ها: در ارزیابی تصویر ذهنی بدن در افراد گروه کنترل در ابتدای مطالعه میانگین ۱۳۵/۲۰ و در انتهای مطالعه، ۱۳۴/۶۰ به دست آمد. در گروه آزمایشی ۱ میانگین این شاخص در ابتدای مطالعه ۱۴۸/۱ و پس از انجام مداخله ۱۴۷/۵۰ بود. در گروه آزمایشی ۲، میانگین شاخص تصویر بدن در ابتدای مطالعه ۱۵۰/۸۰ و در انتهای مطالعه به ۱۶۳/۹۰ افزایش پیدا کرد. تحلیل داده‌ها نشان داد در پایان مطالعه، رژیم‌درمانی در بهبود تصویر بدنی اثر معنی‌داری نداشته ($P > 0/05$) اما روایت درمانی در اصلاح تصویر بدن زنان مبتلا به اضافه وزن از رژیم درمانی مؤثرتر بوده است ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به اثر روایت درمانی بر بهبود تصویر بدن، این روش از سایر روشهایی که منجر به کاهش وزن بیشتر می‌شود، مناسب‌تر است.

واژگان کلیدی: روایت درمانی، شاخص توده بدن، تصویر بدن، رژیم درمانی

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

McKean S, Eskandari H, Borjali A, Ghodsi D. The comparison between efficacy of narrative therapy and diet therapy on body image in overweight and obese women. *Pejouhandeh* 2011;15(5):225-32.

مقدمه

اضافه وزن و چاقی به شکل اپیدمی جهانی در آمده است. اپیدمیولوژیست‌ها در بیش از ۳۰ سال گذشته روند پایایی از شیوع فزاینده چاقی در اروپا، ایالات متحده آمریکا، آسیا و خاورمیانه شناسایی کردند (۱). از دیدگاه سلامت عمومی، افزایش مداخله‌های مؤثر بر درمان چاقی مسئله بسیار مهمی به شمار می‌آید. یکی از شایع‌ترین مشکلات روانشناختی زنان

^۱ نویسنده مسؤول مکاتبات: سمیه سادات مکیان؛ تهران، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی؛ تلفن همراه: ۰۹۱۲۲۱۸۶۸۳۱۱؛ پست الکترونیک: S_makian@yahoo.com

رفتار مؤثر کنترل وزن، طرح ریزی شد که به بیماران کمک کند که مهارت‌های مورد نیاز برای کنترل موفقیت‌آمیز وزن و اصلاح روایت‌های مربوط به بدن و استعاره‌های بدنی را فرا گیرند و پس از آن به کار بندند (۸). روایت درمانی در انواع مختلفی از مشکلات اختلالات خوردن، بی اختیاری ادراری (۹) سوء استفاده جنسی و مقابله با بیماری‌های پزشکی (۱۰) به کار گرفته شده است. Dacosta و همکاران در سال ۲۰۰۷ در یک مطالعه موردی بالینی دریافتند که روایت درمانی (می‌تواند در اختلال بدریختی بدنی مؤثر باشد (۱۱)).

باتوجه به اینکه تا به حال به بررسی اثربخشی روایت درمانی بر شاخص تصویر بدنی زنان مبتلا به اضافه وزن پرداخته نشده است و از طرف دیگر، بررسی روایت‌های افراد مبتلا به اضافه وزن در تشکیل شاخص تصویر بدن آنان مؤثر است و پیامدهای مؤثری برای کاهش شاخص توده بدنی دارد، این پژوهش با هدف مقایسه تأثیر روایت درمانی و رژیم درمانی بر شاخص تصویر بدنی زنان مبتلا به اضافه وزن انجام گرفت.

مواد و روشها

در این کارآزمایی بالینی از بین زنان مراجعه‌کننده به کلینیک مشاوره تغذیه و رژیم درمانی در شهر تهران، ۳۰ زن دارای اضافه وزن که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۳۶ سال سن، حداقل تحصیلات در سطح دیپلم، شاخص توده بدنی ($BMI \geq 25$)، باردار نبودن یا نداشتن برنامه برای بارداری، عدم مصرف داروهای روان‌گردان یا داروهای تأثیرگذار بر وزن، عدم وجود اختلال‌های روانی ایجاب‌کننده درمان‌های فوری (مانند پراشتهایی عصبی، اختلال در خوردن با ولع و اختلال خوردن شبانه)، عدم وجود استرس‌سورهای شدید (مثل طلاق و جدا شدن از همسر)، عدم وجود سابقه بیماری‌هایی نظیر تیروئید، دیابت، بیماری کلیوی، بیماری قلبی-عروقی بود. افراد شرکت‌کننده در مطالعه در زمان انجام مطالعه برای کاهش وزن یا روان درمانی تحت نظر کلینیک دیگری نبودند و در مورد دو گروه آزمایشی، حداقل یک ماه از آغاز رژیم غذایی آنها سپری می‌شد. از آنجا که روایت درمانی یک مداخله درمانی بالینی تلقی می‌شود، بنابراین تعداد اعضای نمونه با استناد به پژوهش‌های قبلی و کارهای مشابه در این حیطه، تعیین شد (۱۲). به این صورت که تعداد افراد گروه آزمایشی برای طی کردن مصاحبه‌های روایت زندگی و گذراندن دوره روایت درمانی بعد از ریزش نمونه ۱۰ نفر تعیین شد. پس از توجیه افراد در مورد تحقیق در حال انجام و تکمیل رضایتنامه کتبی

مبتلا به اضافه وزن، وجود نقص در تصویر بدن (Body Image) است. ظاهر فیزیکی قسمت مهمی از تصویر بدنی است، زیرا اولین منبع اطلاعاتی است که دیگران برای تعاملات اجتماعی با فرد، از آن استفاده می‌کنند. بنابراین، این عامل نقش اساسی در تعیین باورها و رفتارها درباره بدن فرد، بازی می‌کند. اثرات روانشناختی تصویر بدنی شامل عوامل ادراکی، تحولی و فرهنگی-اجتماعی است (۲). تصویر بدنی، بازنمایی درونی ظاهر بیرونی فرد است که ابعاد جسمانی و ادراکی و نگرش نسبت به آنها را در برمی‌گیرد (۳). ابعاد اصلی این نگرشها شامل مؤلفه‌های ارزیابی (Evaluation) (نارضایتی از بدن)، سرمایه‌گذاری (Investment) (خود طرحواره‌های ظاهری و اهمیت ظاهر ایده‌آل درون‌سازی شده) و عواطف (Affects) است (۴). اهمیت تصویر بدنی و جذابیت ظاهری در بین زنان و نوجوانان بیشتر از سایر اقشار جامعه است (۵).

علم روانشناسی در دهه‌های اخیر شاهد ظهور الگوها و شیوه‌های درمانی رو به رشدی بوده است که در درمان فردی و خانواده تحول ایجاد کرده و آن را به مسیرهای جدیدی سوق داده است. تعدادی از این شیوه‌های درمانی بازتاب پدیده‌ای هستند که دیدگاه پسامدرن (Post-modern) نامیده می‌شود. متفکران این دیدگاه معتقدند که دانش و شناخت امری نسبی و وابسته به بافت آن است و نظام اعتقادی ما صرفاً منعکس-کننده سازه‌های ذهنی اجتماعی، یعنی نظرهای مختلف و نه واقعیت محض که ما درباره دنیای خود خلق می‌کنیم (۶). از طریق روایت‌های افراد می‌توان به احساسات، هیجانات و نگرش‌های آنان پی برد. انسانها براساس روایت‌هایی که ساخته‌اند دست به کنش و واکنش می‌زنند و این فرآیند سبب می‌شود احساس کنند از توانایی پیش‌بینی و کنترل زندگی خود برخوردار هستند. در واقع روایت در پی ساخت دادن به تجارب افراد است (۷).

روایت درمانی (Narrative Therapy) از جمله مواردی است که در زمینه اختلالات خوردن مطرح شده و به نظر می‌رسد می‌تواند در بهبود وضعیت روانشناختی این افراد مؤثر باشد. کنترل چاقی مسئله‌ای قابل بحث است. چاقی پدیده‌ای پیچیده و چندعلیتی است و در علل و پیامدهای آن عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی دخالت دارند، بنابراین کنترل و درمان آن از حیطه یک رشته واحد خارج است. بر پایه تحلیل تصویر بدنی، رویکرد جدیدی برای درمان چاقی به وجود آمد. این رویکرد برای به حداقل رساندن افزایش دوباره وزن، که عموماً به دنبال کاهش وزن پیش می‌آید، و به‌منظور غلبه بر موانع روان‌شناختی جهت فراگیری و پایبندی دراز مدت به

نواحی بدنی (BAS) دارای اعتبار ۰/۸۶ بود. اعتبار گزارش شده براساس دو بار اجرا به دست آمده است (۱۵). راحتی (۱۳۸۳) نیز، به بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه MBSRQ در نمونه‌های ایرانی پرداخته است. نتایج به دست آمده به شرح ذیل بوده‌اند.

اولین همگرایی آزمون، از طریق بررسی رابطه بین پرسشنامه تصویر بدنی و عزت نفس بررسی شده است. نتایج مربوطه نشان داد که بین تصویر بدنی با عزت نفس، در دختران، پسران و کل نمونه‌های دانشجویی، به ترتیب، همبستگیهای زیر به دست آمده است: ۰/۵۲، ۰/۵۸ و ۰/۵۵. آلفای کرونباخ کل و خرده مقیاسهای AE، AO، FO، FE، SW و BAS، در آزمودنیهای مؤنث به ترتیب برابر است با ۰/۸۵، ۰/۶۰، ۰/۷۶، ۰/۴۶، ۰/۷۹، ۰/۸۰ و ۰/۸۱؛ و در آزمودنیهای مذکر به ترتیب برابر است با ۰/۸۲، ۰/۷۵، ۰/۷۸، ۰/۶۹، ۰/۸۸، ۰/۸۴ و ۰/۸؛ و در کل آزمودنیها به ترتیب برابر با ۰/۸۸، ۰/۶۷، ۰/۷۹، ۰/۵۷، ۰/۸۳، ۰/۸۳ و ۰/۸۴، بوده است (۱۶).

افراد گروه یک توسط متخصص تغذیه و رژیم درمانی، برای مدت ۵ هفته، رژیم غذایی کم کالری (Low calorie diet) جهت کاهش وزن دریافت کردند. به علاوه از افراد خواسته شد تا برنامه فعالیت بدنی خود را با توجه به نظر متخصص تغذیه تنظیم کرده و میزان آن را تغییر ندهند. افراد این گروه هر سه هفته یک بار با متخصص تغذیه ملاقات داشتند. افراد گروه ۲ علاوه بر رژیم غذایی در ۱۲ جلسه گروهی روایت درمانی شرکت کردند. پروتکل روایت درمانی نیز بر اساس جهت‌گیری زیرمؤلفه‌های تست تصویر بدن به صورت درمان گروهی در ۱۲ جلسه، براساس نظریه روایت ترجمه و تنظیم شد. برنامه شامل ۱۲ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای بود که در طول ۵ هفته، هفته‌ای دوبار و به صورت گروهی اجرا شد. (تعداد جلسات می‌توانست در صورت لزوم با تکرار متناوب بعضی از جلسات به عدد ۲۰ برسد). به منظور اجرای جلسات مداخله، ابتدا برای هر یک از افراد جلسه‌ای انفرادی جهت مصاحبه تکمیلی و مطرح کردن اهداف درمانی ترتیب داده شد. پس از انجام مصاحبه و بحث درباره مفید بودن و لزوم شرکت آنان در گروه درمانی و به توافق رسیدن جهت شرکت در گروه، قرارداد کتبی درمانی به منزله تعهد شرکت در تمامی جلسات نوشته شد. در هر جلسه، ابتدا هدف از تشکیل جلسه، سپس موضوعات مربوط به آن جلسه مطرح شد و اعضای گروه، با تفکر، بحث و تبادل نظر به بررسی مطالب پرداختند. همچنین به سؤالات مراجعین پاسخ داده می‌شد. در پایان هر جلسه، مطالب جمع‌بندی شده و تکلیفی برای جلسه بعد به صورت تایپ شده به اعضا ارائه می-

توسط افراد، نمونه‌ها به‌طور تصادفی و به تساوی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایشی یک، فقط رژیم غذایی دریافت می‌کردند و گروه آزمایشی دو به همراه رژیم‌های غذایی، روایت درمانی نیز می‌شدند و ۱۰ نفر هم در گروه کنترل قرار گرفتند که هیچ مداخله‌ای روی این افراد صورت نگرفت. این ۱۰ نفر نیز از لیست انتظار متخصص تغذیه برای آغاز رژیم‌های غذایی، با داشتن معیارهای ورود به پژوهش، به صورت تصادفی انتخاب شدند.

وزن افراد با حداقل لباس به وسیله ترازوی Seca با دقت ۰/۵ کیلوگرم و قد افراد در حالت ایستاده با قدسنج متصل به ترازو با دقت ۰/۵ سانتی متر اندازه‌گیری شد. شاخص توده بدن (Body Mass Index) با تقسیم وزن بر مجذور قد بر حسب متر اندازه‌گیری شد. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه روابط چندبعدی خود-بدن (Multidimensional Body Self Relation Questionnaire) است. مقیاس خودسنجی MBSRQ، ۴۶ ماده‌ای، توسط Cash و همکاران در سال ۱۹۸۶ و ۱۹۸۷، برای ارزیابی تصویر بدنی، طراحی شد (۱۳). در این تحقیق، نسخه نهایی آن که توسط Cash در ۱۹۹۷ آماده شده، مورد استفاده قرار گرفت. مقیاس حاضر، در واقع دارای سه زیرمقیاس نگرشی شامل ارزیابی، توجه و رفتار است که مقیاس ارزیابی ظاهر فیزیکی آن، به‌طور گسترده در تحقیقات انجام شده در زمینه تصویر بدنی استفاده شده است. زیرمقیاسهای رفتاری و توجهی نیز به منظور ایجاد یک زمینه‌گرایی در مورد تصویر بدنی، با یکدیگر ترکیب شده‌اند (۱۴) و زیرمقیاسهایی که رضایت بدنی و نگرشهای وزنی (weight attitudes) در آن وجود دارد نیز، اضافه شده است. زیرمقیاسهای این مقیاس عبارتند از: ۱- ارزیابی وضع ظاهری (appearance evaluation, AE)، ۲- گرایش به ظاهر (appearance orientation, AO)، ۳- ارزیابی تناسب (fitness evaluation, FE)، ۴- گرایش به تناسب (fitness orientation, FO)، ۵- دلمشغولی با اضافه وزن یا وزن ذهنی (subjective weight, SW)، ۶- رضایت از نواحی بدنی (body areas satisfaction, BAS). مشخصه‌های روان‌سنجی پرسشنامه روابط چند بعدی بدن خود در پژوهشهای خارجی مورد تأیید قرار گرفته است. از جمله در مطالعه‌ای که توسط Cash در سال ۱۹۹۴ انجام شده، همسانی درونی (internal consistency) زیرمقیاس ارزیابی وضع ظاهری (AE)، ۰/۸۸ و همسانی درونی زیرمقیاس رضامندی از نواحی بدنی (BAS)، ۰/۷۷ بود. همچنین زیرمقیاس ارزیابی وضع ظاهری (AE) دارای اعتبار ۰/۸۱ و زیرمقیاس رضامندی از

دموگرافیک مربوط به وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، سطح سواد و وضعیت اشتغال افراد نیز با استفاده از یک پرسشنامه خوداجرا جمع‌آوری شد. سپس برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تی مستقل، مربع کای و تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. $P < 0/05$ سطح معنی‌داری اختلافها در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

توزیع نمونه‌ها در گروه‌های آزمایشی ۱ و ۲ و گروه کنترل از نظر متغیرهای دموگرافیک یکسان بود. در هیچ‌کدام از فراوانیهای درصدی، اختلاف بیش از ۱۰ درصد دیده نمی‌شود و تفاوت آماری معنی‌دار بین گروهها وجود نداشت (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع زنان دارای اضافه وزن دریافت کننده رژیم درمانی با و بدون روایت درمانی و گروه گواه آنان

بر اساس ویژگیهای دموگرافیک

ویژگیهای فردی	گروه آزمایشی ۱	گروه آزمایشی ۲	گروه کنترل	کل
وضعیت تاهل*				
متاهل	۳۰	۲۶/۶۷	۲۶/۶۷	۸۳/۳۳
مجرد	۳/۳۳	۳/۳۳	۰	۶/۶۷
مطلقه	۰	۳/۳۳	۳/۳۳	۶/۶۷
وضعیت تحصیلات*				
دیپلم	۱۶/۶۷	۲۰	۲۶/۶۷	۶۳/۳۳
فوق دیپلم	۰	۳/۳۳	۶/۶۷	۱۰
لیسانس	۱۳/۳۳	۱۰	۰	۲۳/۳۳
فوق لیسانس	۳/۳۳	۰	۰	۳/۳۳
وضعیت اشتغال*				
خانه دار	۲۳/۳۳	۲۶/۶۷	۳۰	۸۰
کارمند	۶/۶۷	۳/۳۳	۳/۳۳	۱۳/۳۳
دانشجو	۳/۳۳	۳/۳۳	۰	۶/۶۷
تعداد فرزند*				
بدون فرزند	۶/۶۷	۱۰	۳/۳۳	۲۰
یک فرزند	۱۰	۱۰	۱۳/۳۳	۳۳/۳۳
دو فرزند	۱۶/۶۷	۶/۶۷	۱۳/۳۳	۳۶/۶۷
سه فرزند	۰	۶/۶۷	۳/۳۳	۱۰
سن (سال)*				
	۲۹/۲۰	۲۸/۹۰	۲۸/۰۰	۲۸/۷۰

* تفاوت بین گروههای مورد بررسی معنی‌دار نبود ($P > 0/05$).

آزمایشی یک، میانگین نمره تصویر بدنی قبل و بعد از مداخله به ترتیب ۹/۳۹ +/- ۱۴۸/۱ و ۹/۹۲ +/- ۱۴۷/۵ بود که اختلاف معنی‌دار نداشت و در گروه آزمایشی دو نیز به ترتیب ۷/۸ +/- ۱۵۰/۸ و ۹/۲۸ +/- ۱۶۳/۹ شد. اختلاف نمره قبل و بعد از مداخله در گروه آزمایشی دو معنی‌دار نبود ($P < 0/05$).

شد. جلسه معارفه و گرفتن پیش‌آزمون و جلسه برگزاری پس-آزمون به‌عنوان جلسات درمانی لحاظ نمی‌شود. جلسات درمانی به این صورت طرح‌ریزی شد: مرحله بهترین بدن، مرحله نقش بدن، مرحله تنفس بدن، مرحله جاروی بدنی، مرحله جریان بدن، مرحله سبک‌ترین بدن، مرحله شروع بدن، مرحله برازندگی بدن، مرحله آینه بدن (۸). در روایت درمانی، فاصله بین جلسات متغیر است و هیچ فرضی مبنی بر جلسات هفتگی و یا هر گونه فواصل از قبل تعیین شده وجود ندارد. روایت درمانی یک درمان کوتاه مدت نیست، با این حال تکنیک‌ها و کارهای روایتی می‌توانند طول مدت درمان را از هر نوع روش درمانی دیگر کوتاه‌تر کنند (۱۷). گروه (کنترل) تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفتند. داده‌های

در جدول ۲ وضعیت تصویر بدنی افراد گروههای مورد آزمایش قبل و پس از انجام مداخله نشان داده شده است. میانگین نمره تصویر بدنی در گروه کنترل قبل و بعد از مطالعه یکسان و به ترتیب ۱۳۵/۲ و بعد آن ۱۳۴/۶ بود. در جدول ۳ اثر رژیم درمانی بر شاخص تصویر بدن زنان گروه آزمایشی یک با استفاده از آزمون t وابسته نشان داده شده است. در گروه

جدول ۲- وضعیت تصویر بدن در گروه‌های مورد مطالعه قبل و پس از انجام مداخله

وضعیت تصویر بدن	گروه کنترل		گروه آزمایشی ۱		گروه آزمایشی ۲	
	ابتدای مداخله	انتهای مداخله	ابتدای مداخله	انتهای مداخله	ابتدای مداخله	انتهای مداخله
میانگین	۱۳۵/۲۰	۱۳۴/۶۰	۱۴۸/۱	۱۴۷/۵۰	۱۵۰/۸۰	۱۶۳/۹۰

جدول ۳- بررسی اثر رژیم درمانی بر وضعیت تصویر بدن در زنان گروه آزمایشی ۱

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
تصویر بدن در ابتدای مطالعه	۱۴۸/۱	۹/۳۹	-۱/۲۰۳	۹	۰/۲۶۰
تصویر بدن در انتهای مطالعه	۱۴۷/۵	۹/۹۲			

تحلیل کوواریانس که از جمله مهمترین آنها نرمال بودن توزیعها، برابری شیب خط رگرسیون و برابری واریانس‌ها بود، وجود داشت). با استفاده از این آزمون مشخص شد بین میانگین نمره تصویر بدنی سه گروه اختلاف معنی‌دار آماری وجود دارد ($P < 0/001$).

نتایج آزمون t وابسته جهت بررسی اثر روایت درمانی همراه با رژیم غذایی بر شاخص تصویر بدن افراد گروه آزمایشی دو در جدول ۴ ارائه شده است. در جدول ۵ تأثیر روایت درمانی و رژیم درمانی بر شاخص تصویر بدن در سه گروه مورد مطالعه، نشان داده شده است. برای مقایسه سه گروه از آزمون کوواریانس استفاده شد (پیش فرضهای مورد نیاز برای آزمون

جدول ۴- بررسی اثر روایت درمانی به همراه رژیم غذایی بر وضعیت تصویر بدن در زنان گروه آزمایشی ۲

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
تصویر بدن در ابتدای مطالعه	۱۵۰/۸	۷/۸۰	۴/۹۶۴	۹	۰/۰۰۱
تصویر بدن در انتهای مطالعه	۱۶۳/۹	۹/۲۸			

جدول ۵- مقایسه اثر رژیم درمانی و روایت درمانی بر شاخص تصویر بدنی در زنان مورد مطالعه

منبع واریانس	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معنی‌داری
متغیر هم‌تغیر (پیش آزمون)	۱۴۹۸/۱	۱	۱۴۹۸/۱۴	۵۷/۳۱۱	۰/۰۰۰
تفاوت بین گروه‌ها	۱۱۷۰/۱	۲	۵۸۵/۰۵	۲۲/۳۸۱	۰/۰۰۰
خطا	۶۷۹/۷	۲۶	۲۶/۱۴		
کل	۶۶۹۵۴۴/۰	۳۰			

بعد گروه آزمایشی اول و گروه آزمایشی دوم قرار دارد. بدین معنی که تفاوت بین گروه آزمایش ۱ با گروه آزمایش ۲ از تفاوت بین گروه آزمایش ۱ با گروه کنترل بیشتر است.

در جدول ۶ با استفاده از آزمون تعقیبی توکی تفاوت بین گروهها نشان داده شده است. با توجه به سطوح معنی‌داری و تفاوت میانگینها مشخص می‌شود که بیشترین تفاوت بین گروه آزمایشی ۲ و گروه کنترل وجود دارد. زیرا تفاوت بین آنها ۲۹ و سطح معنی‌داری آنها ($P = 0/001$) است. در مرحله

جدول ۶ - تفاوت وضعیت شاخص تصویر بدن در بین گروههای مورد مطالعه

گروهها	تفاوت میانگینها	انحراف معیار	سطح معنی داری	
گروه آزمایشی ۱	گروه آزمایشی ۲	-۱۶/۴	۴/۰۱	۰/۰۰۱
گروه کنترل	گروه آزمایشی ۱	۱۲/۹	۴/۰۱	۰/۰۰۹
گروه آزمایشی ۲	گروه کنترل	۱۶/۴	۴/۰۱	۰/۰۰۱
گروه کنترل	گروه آزمایشی ۱	۲۹/۳	۴/۰۱	۰/۰۰۱

بحث

از دیدگاه سنتی، هدفهای درمان چاقی به صورت کاهش وزن بدن تا دسترسی به وزن ایده‌آل با توجه به نمودارهای قد و وزن بوده است. همین منطبق درمانی در دهه ۱۹۸۰ پژوهشگران را برانگیخت تا انواع گوناگون مداخله‌ها همچون دارو درمانی و برنامه‌های غذایی بسیار کم کالری (یعنی کمتر از ۸۰۰ کیلوکالری در روز) را با مداخله رفتاری، به منظور کاهشهای بیشتر وزن ترکیب نمایند (۱۸). اقدامات برای ایجاد چنین کاهشهایی موفقیت‌آمیز بودند، لیکن ابقای دراز مدت وزن کاسته شده، ناپایدار بود (۱۹). به همین جهت در طول دهه ۱۹۹۰ پژوهشگران تغییرات کوچک در وزن و رفتار را به-عنوان پیامدهای درمانی معقول (reasonable) پیشنهاد کردند (۲۰). به این معنا که عدم اثر بخشی رژیم های غذایی بتنهایی، توسط این محققان تأکید شده است. Kent در سال ۲۰۰۰ مطرح می‌کند، زمانی که بافت فرهنگی جامعه بر ارزشمندی جذابیت ظاهری بویژه برای زنان تأکید نماید، بتدریج زمینه نگرانی راجع به تصویر بدن فراهم می‌شود (۲۱). همان‌طور که تحقیق Linnebach در سال ۲۰۰۴ به بررسی نارضایتی از تصویر بدنی و رشد روایت فمینیستی (feminist narrative) در زنان پرداخته است (۲۲). اما همان‌طور که نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها در مطالعه ما نشان داد، رژیم غذایی ترمیم‌کننده نمرات تصویر بدنی نبود. اما نارساییهای رژیمهای غذایی در مورد اثرگذاری بر شاخص تصویر بدن، آنها را با یک سیکل معیوب مواجه می‌سازد که نه تنها منجر به افزایش وزن مجدد می‌شود بلکه نارضایتی از تصویر بدنی، به‌عنوان پیامد بالقوه آن را افزایش می‌دهد. کاهش وزن ممکن است مشهورترین روش درمان تصویر بدن باشد (۲۳)، لیکن باید توجه داشت که کاهش وزن به تنهایی منجر به کمی بهبودی در تصویر بدن افراد چاق می‌شود؛ اما کاهش وزن - بویژه در حد متوسط - به خودی خود تمام مشکلات مربوط به تصویر بدن را از بین نمی‌برد (۲۴) این موضوع که بهبودی تصویر بدن با مقدار کاهش وزن ارتباط کمی دارد، با نظریه تصویر

بدن بازمانده (vestigial body image) مطرح شده از سوی Cash در ۱۹۹۰ همسان است. وی پیشنهاد می‌کند برخی از افرادی که وزن کم کرده اند هنوز همانند افراد دچار اضافه وزن، از تصویر بدن خود نارضایتی بسیار دارند. همچنین این یافته که کاهش بیشتر وزن با بهبودی بیشتر در تصویر بدن همراه نیست، وجود یک آستانه کاهش وزن (weight loss threshold) را مطرح می‌سازد. کاهشهای کم وزن ممکن است بهبودیهای معنی‌داری را در تصویر بدن به وجود آورد، اما الزاماً بهبودی‌های بیشتر با کاهش وزن اضافی رخ نمی‌دهد. در عوض، این یافته پیشنهاد می‌کند که عواملی غیر از وزن (یا کاهش وزن) ممکن است تغییرات در تصویر بدن را تحت تأثیر قرار دهد. محققان هم‌راستا با این مطالعات، تصویر بدن را به عنوان عاملی غیر از وزن، مورد بررسی و اصلاح قرار داده‌اند. همان‌طور که همگام با این یافته Rosen در سال ۲۰۰۲ نشان داد که مداخله شناختی-رفتاری طراحی شده برای اصلاح افکار منفی مرتبط با وزن که منجر به کاهش وزن نمی‌شود، در مقایسه با مداخله‌ای که کاهش وزن را ایجاد می‌کند، باعث بهبودیهایی در تصویر بدن می‌شود (۲۵). اشخاص چاق ممکن است یک تصویر بدن درونی شده منفی را بر خلاف کاهش شاخص توده بدنشان به سطح نرمال حفظ نمایند (۲۶). اما با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش، به علت اصلاح تصویر بدنی در اثر روایت درمانی، روایت‌های اولیه چاقی بررسی شده و در همین راستا از تشکیل یک تصویر بدن درونی شده منفی جلوگیری می‌شود. به همین علت این عامل به‌عنوان یک عامل مداخله‌گر در نرسیدن به شاخص توده بدنی نرمال یا ابقا وزن بعد از آن، خنثی می‌شود. همچنان که Cope و همکاران در سال ۲۰۰۴ اذعان داشته‌اند که نارضایتی از تصویر بدن، بهترین پیش‌بینی‌کننده افزایش دوباره وزن به شمار می‌آید (۲۷). به عبارتی روایت درمانی، بهترین پیش‌بینی‌کننده افزایش دوباره وزن را مورد بررسی، دستکاری و اصلاح قرار داده است. بنابراین بر پایه نتایج به دست آمده و مطالعات ذکر شده، تحقیق پیشنهاد می‌کند که موضوعهای مربوط به تصویر بدن باید طی فاز ابقا وزن با هدف برخورد با هر نوع مشکل

روان‌شناختی در جهت کاهش وزن، اصلاح تصویر بدنی را به- عنوان دومین فاز درمانی پیشنهاد می‌کند. اما روایت درمانی به عنوان یک رویکرد درمانی جدید، اصلاح تصویر بدن را به عنوان اولین و مؤثرترین گام که همراه با رژیم‌های غذایی اعمال می‌شود، در نظرمی‌گیرد و فاز کاهش وزن را به‌عنوان دومین مرحله برای کاهش‌های وزن پایدارتر معرفی می‌کند. با توجه به اثربخشی روایت درمانی بر شاخص تصویر بدنی و معنی‌دار بودن سازه تصویر بدنی در مقوله اضافه وزن و کاهش آن، نیاز به این مداخله همگام با رژیم‌های غذایی در بهبود معضل چاقی در کشور احساس می‌شود. قابل ذکر است که حجم کم نمونه به‌عنوان یکی از محدودیت‌های قابل توجه در پژوهش حاضر، قلمداد می‌شود، لذا پیشنهاد می‌شود اجرای این رویکرد درمانی با حجم نمونه بیشتر، مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

نگارندگان این مقاله مراتب تشکر خود را از مسئولین کلینیک تغذیه انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای ایران و کلیه بانوان شرکت‌کننده در این مطالعه، ابراز می‌دارند.

باقیمانده از تصویر بدن به‌عنوان اولین گام و متعاقب آن شروع فاز کاهش وزن، عنوان شود تا ابقا وزن پایدار رخ دهد. همان طور که ذکر شد با مداخله روایتی، روایتها اصلاح شده و متعاقب آن تصویر بدنی بهبود می‌یابد و پس از آن بدن کاهش وزن را تجربه کند. برخلاف این یافته Cooper و همکاران در سال ۲۰۰۱ پیشنهاد کردند که با استناد به رفتار درمانی شناختی (cognitive behavior therapy) درمان تصویر بدن باید به دنبال کاهش وزن طی فاز ابقا وزن درمان، به‌منظور بهبود ابقای دراز مدت وزن به کار بسته شود (۲۸). محققان استدلال می‌کنند که چون برنامه‌های کاهش وزن سنتی (همانند رژیم‌های غذایی) به بهسازی تصویر بدن نمی‌پردازند، به‌طور مکرر شکست می‌خورند. زیرا رژیمها با روایت‌های زندگی زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی، همگام نیستند. درمان تصویر بدنی ممکن است حساس‌ترین و اولین مکانیسم برای کاهش و سپس ابقا موفقیت‌آمیز و دراز مدت کاهش وزن باشد.

نتیجه‌گیری

مداخله روایت درمانی همگام با رژیم غذایی می‌تواند رژیم‌های غذایی را از حیث اصلاح تصویر بدن، تقویت کند. همان‌طور که ذکر شد رفتار درمانی شناختی به عنوان یک مداخله

REFERENCES

- Field AE, Barnoya J and Goldtitz GA. Epidemiology and health and economic consequences of obesity. In: Wadden A, Stunkard AJ, editors. Handbook of obesity treatment. New York: Guilford press; 2002; p. 3-18.
- Sarwer DB, Crerand CE, Didie E. Body dysmorphic disorder in cosmetic patient. *Facial Plast Surg* 2003;19 (1):7-18.
- Pruzinsky T. Body image assessment. In: Cash TF, editors. Body images, Development, Deviance and change. 2nd ed. New York-London: Guilford press. 1990; p. 102-4.
- Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Florin I, Baer L, Jenike MA. Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. *J Consult Clin Psychol* 2002; 109(1):101-4.
- Mohamadi N, Sajadinejad M. Relationship between worry about body image, negative evaluation fear, self-esteem and social phobia. *Journal of Psychology (Tabriz University)* 2007;5(2):55-7.
- Liotar JF. Big narrative, Meta narrative. In: Noroozi H, editors. Modernism and post modernism. 2nd ed. Nagshe jahan Publication: 2003; p.207-13.
- Brown C. Narratives and metaphors. In: Brown C, Tod AS, editors. Narrative Therapy: Making meaning, making Lives. 1st ed. Sage Publication: 2007; p:28-30.
- Linehan MM. Using similes, Analogies, Metaphors and Stories (SAMS). In: Rushforth J, Bell R, editors. Overcoming body image disturbance. 1st ed. New York: Routledge. 2008; p. 35-50.
- Sabol P. Narrative therapy: Perception and attitudes regarding the use of this paradigm with Latino and Pilipino Clients (Dissertation). Fairliegh Dickinson University; 2006.
- Draucker CB. Narrative therapies for women who have live with violence. *Archives of Psychiatric Nursing, Narrative Therapy and Community Work. Dulwich Center* 2003;12 (3):162- 68.
- Dacosta D, Nelson TM, Rudes J, Guterman JT. A narrative approach to body dysmorphic disorder. *AMHCA journal* 2007; 26: 67.
- Aminikhoo N. The comparison between Efficacy of Narrative Therapy and Cognitive Behavior Therapy on Body Image and self esteem in women with breast cancer (Dissertation). Tehran: Alame Tabatabaai University; 2006. (Text in Persian).

13. Thompson JK, Furman K. Body image, testing and mood alterations: An experimental study of exposure to negative verbal commentary. *Eat disord* 2002; 2(4):49-57.
14. Annis NM, Cash TF, Hrabosky JI. Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formally overweight women: the role of stigmatizing experiences. *Body image* 2004;1(2):155-67
15. Wolf GE, Clark MM. Changes in eating self-efficacy and body image following cognitive-behavioral group therapy for binge eating disorder. *Eat behav* 2001;2(2):97-104
16. Rahati A. Evolutionary Study of body image and its relationship with self-esteem based on comparison between adolescent, middle age and old people. (Dissertation), Tehran: Shahed University 2004. (Text in Persian).
17. Payne M. editor. Narrative therapy (An introduction for Counsellors). 1th ed. London: Sage publication. 2004; p.4522
18. Brownell KD, Jeffery RW. Improving long-term weight loss: pushing the limits of treatment. *Behav Ther* 1987;18:353-74.
19. Wadden TA. Treatment of obesity by moderate and sever restriction: Results of clinical research trials. *Ann Intern Med* 1993;119:688-93.
20. Foster GD, Kendall PC. The realistic treatment of obesity: changing the scale of success. *Clin Psychol Rev* 1994; 14:701-39.
21. Kent G. Understanding the experience of people with disfigurements: An integration of four models of social and psychological functioning. *Psychol Health Med* 2000;5(2):117-29.
22. Linnebach D. Culture's not so great expectations: does feminist identity moderate women's experiences with sexism and body image dissatisfaction. (Dissertation). Ohio: Ohio State University; 2004.
23. Horgan KB. Body image. In: Brownell KD, Horgan KB, editors. *Food Fight: The inside story of the food industry, America's obesity crisis, and what we can do about it*. 1nd ed. New York: Mc Graw Hill. 2004; p.111-12.
24. Cooper Z. body image. In: Fairburn CG, Hawker DM, editors. *Cognitive behavioral treatment of obesity: a clinician's guide*. New York: Guilford press. 2003; p. 25-7.
25. Rosen JC. Obesity and body image .In: Fairburn CG, Brownell K, editors. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. 2nd ed. Routledge press. 2002; p.399-402.
26. Adami F, Gandlofo P, Campostano A, Meneghlli A, Revera G, Scopinaro N. Body image and body weight in obese patients. *Int J eating disorders* 1998; 24: 299-300.
27. Cope MB, Fernandez JR, Allison DB. Body image. In: Thompson JK, editors. *Genetic and biological risk factors .Handbook of eating disorders and obesity*. New Jersey: John Wiley & sons. 2004; p.232-338.
28. Cooper Z, Fairborn CG. A new cognitive behavioral approach to the treatment of obesity. *Behav Res Ther* 2001;39:499-511.