

## اثربخشی روایت‌درمانی بر خودکارآمدی ادراک‌شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به چاقی

ماهک نقی زاده علمداری<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، نیروی رسمی آموزش و پرورش، جلفا، ایران (نویسنده مسئول)

### چکیده

**زمینه و هدف:** در صورت عدم حل مشکلات دانش‌آموزان همچون چاقی، می‌توانیم شاهد معضلات اجتماعی و روان‌شناختی نظیر فرار از مدرسه و ترک تحصیل باشیم، که همین عوامل به‌طور مستقیم و غیرمستقیم هزینه‌های مادی و اجتماعی سنگینی بر دوش خانواده‌ها و جامعه می‌گذارد. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روایت‌درمانی بر خودکارآمدی ادراک‌شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به چاقی بود. **مواد و روش‌ها:** روش پژوهش، نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را دانش‌آموزان دختر چاق دوره متوسطه اول مدارس شهرستان جلفا در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ تشکیل دادند. ۳۰ نفر پس از رعایت ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب، و به‌صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش درمان مختص گروه خود را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته دریافت کردند؛ اما اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه خودکارآمدی شرر بود. تجزیه و تحلیل یافته‌ها از طریق آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر و با کمک نرم‌افزار آماری SPSS-24 انجام گرفت. **یافته‌ها:** میانگین متغیر خودکارآمدی ادراک‌شده گروه آزمایش در پیش‌آزمون (۴۸/۹۳)؛ و میانگین متغیر خودکارآمدی ادراک‌شده گروه کنترل (۴۹/۲۰) بود. نتایج نشان داد که در پس‌آزمون، نمره خودکارآمدی ادراک‌شده گروه آزمایش (۵۶/۳۳) نسبت به گروه کنترل (۴۹/۲۷) بیش‌تر شده است ( $P < 0/001$ ). همچنین نتایج نشان داد که در مرحله پیگیری، اثر روایت‌درمانی بر خودکارآمدی ادراک‌شده (۵۶/۴۷) ماندگار است ( $P < 0/001$ ). **نتیجه‌گیری:** طبق نتایج به‌دست آمده می‌توان گفت، روایت‌درمانی می‌تواند به‌عنوان روشی موثر در افزایش خودکارآمدی ادراک‌شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به چاقی مورد استفاده قرار گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** روایت‌درمانی، خودکارآمدی ادراک‌شده، چاقی

## مقدمه

شیوع چاقی (obesity) در کل دنیا با شتاب نگران کننده‌ای به خصوص در بین نوجوانان و جوانان رو به افزایش است [۱]. چاقی علاوه بر این که علت اصلی بیماری‌های قلبی-عروقی در نوجوانان و جوانان است، آن‌ها را به شدت مستعد ابتلا به بیماری‌هایی چون، سرطان، دیابت، آسم، آرتروز و مشکلات کبدی می‌کند [۲]، و مشکلات روان‌شناختی نظیر اضطراب و افسردگی [۳] را سبب می‌شود. چاقی در سنین مدرسه علاوه بر مسائل جسمانی، بر جنبه‌های مختلف زندگی همچون عملکرد تحصیلی و اجتماعی تأثیر منفی می‌گذارد [۴]. دختران بیش‌تر از پسران در معرض ابتلا به چاقی قرار دارند؛ به عبارتی، بین چاقی و جنسیت رابطه وجود دارد [۵]. مطالعات نشان می‌دهند که افراد مبتلا به چاقی با مشکلات روان‌شناختی چون خودکارآمدی ادراک شده پایین (perceived self-efficacy) [۶] درگیرند، و این درگیری در دختران بیش‌تر از مردان است [۵].

یکی از مفاهیمی که در برنامه کاهش وزن توجه زیادی را به خود جلب کرده، مفهوم خودکارآمدی است [۷]. خودکارآمدی به باور و اطمینان فرد به توانایی خود در به نمایش گذاشتن رفتاری خاص حتی در یک موقعیت وسوسه برانگیز دلاله دارد [۸]. خودکارآمدی مشخص می‌کند افراد چگونه موانع را بررسی می‌کنند؛ به طوری که افرادی که خودکارآمدی پایینی دارند، به آسانی در روبه‌رو شدن با مشکلات متقاعد می‌شوند که رفتار آن‌ها بی‌فایده است و سریع دست از تلاش برمی‌دارند. در حالی که افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند، موانع را به وسیله بهبود مهارت‌های خودمدیریتی و پشتکار برداشته و در برابر مشکلات ایستادگی می‌کنند [۹]. خودکارآمدی شاخص پیش‌بینی کننده موفقیت برنامه‌های کاهش وزن است [۱۰]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند چاقی بر خودکارآمدی ادراک شده تأثیر منفی دارد [۱۱].

با توجه به این که دانش‌آموزان آینده‌سازان کشور هستند، باید به مشکلات روانی، اجتماعی و تحصیلی آن‌ها توجه نمود، و با کمک مداخلات گوناگون معضلات مربوط به آن‌ها را حل نمود. در صورت عدم حل آن‌ها، می‌توانیم شاهد معضلات اجتماعی و روان‌شناختی نظیر فرار از مدرسه و ترک تحصیل باشیم، که همین عوامل به‌طور مستقیم و غیرمستقیم هزینه‌های مادی و اجتماعی سنگینی بر دوش خانواده‌ها و جامعه می‌گذارد. درمان چاقی در افراد بزرگسال بسیار دشوار است و مداخلات درمانی چاقی کودکان، نوجوانان و جوانان در درازمدت با موفقیت بیش‌تری همراه است. مرور تحقیقات قبلی در زمینه چاقی نشان می‌دهد که پژوهش‌های وسیعی به بررسی چاقی و عوارض آن از یک سو و درمان‌های موثر بر آن در بزرگسالی پرداخته‌اند و کم‌تر به مقطع سنی کودکی، نوجوانی و جوانی توجه شده است [۱۲]. چون بیماری چاقی هم جسم و هم روان را درگیر می‌کند، باید در درمان و پرداختن به مشکلات افراد مبتلا به چاقی، هم مداخلات دارویی و فیزیولوژیکی، و هم مداخلات روان‌شناختی را مورد توجه قرار داد. در مورد مداخلات روان‌شناختی، می‌توان به انواع رویکردهای مشاوره و روان‌درمانی، از جمله روایت‌درمانی (narrative therapy) اشاره کرد.

روایت‌درمانی یکی از روش‌های برآمده از دیدگاه پست‌مدرنیسم (postmodernism) است که بر واقعیت درون هرکس متمرکز شده است. در این دیدگاه فرض بر این است که احساسات و افکار ما براساس رویدادها و روابط بین‌فردی شکل می‌گیرند [۱۳]. روایت‌درمانی را ساختارزدایی داستان‌های کهنه و آفرینش داستانی نو تعریف کرده‌اند [۱۴]. وایت (White) روایت‌درمانی را به‌کارگیری مجموعه روش‌هایی برای فهم داستان‌های افراد، ساختار شکنی و بازنویسی این داستان‌ها توسط خود فرد و با کمک درمان‌گران می‌داند [۱۵]. روایت‌درمانگران به مراجعین کمک می‌کنند به‌جای تمرکز بر داستان‌های سرشار از مشکل و بیهوده، توجه خود را به سمت داستان‌های پسندیده که آن‌ها را به‌سوی هویت و زندگی بهتر می‌کشاند، هدایت نمایند [۱۶]. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که روایت‌درمانی بر خودکارآمدی ادراک شده [۱۷]، و خودکارآمدی دختران [۱۸] اثربخش است. با توجه به مطالب مطرح‌شده، به نظر می‌رسد روایت‌درمانی می‌تواند بر خودکارآمدی ادراک شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به چاقی تأثیر بگذارد. با این حال در خصوص اثربخشی این روش بر خودکارآمدی ادراک شده دانش‌آموزان چاق پژوهشی صورت نگرفته است. از این رو پژوهش حاضر برآن است تا این موضوع را مورد بررسی قرار دهد. لذا هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی روایت‌درمانی بر خودکارآمدی ادراک شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به چاقی است.

## مواد و روش ها

روش پژوهش حاضر، نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش‌آموزان دختر چاق دوره متوسطه اول مدارس شهرستان جلفا در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ تشکیل دادند، که به دلیل اضافه وزن و عدم نرمال بودن شاخص توده بدنی (BMI) توسط مربیان بهداشت مدارس شناسایی شده و به اداره آموزش و پرورش شهرستان جلفا معرفی شده بودند. جهت نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. پس از کسب رضایت از مسئولین و دانش‌آموزان، پرسشنامه خودکارآمدی شرر، در بین ۱۰۷ دانش‌آموز دختر چاق که مایل به شرکت در پژوهش بودند اجرا شد، و از بین آن‌هایی که در پرسشنامه خودکارآمدی شرر یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین نمره کسب کردند (۵۴ نفر)، ۳۰ نفر به صورت تصادفی، و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه چون (۱) BMI بیش‌تر از ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع، (۲) پذیرش داوطلبانه برای شرکت در پژوهش، (۳) شرکت کامل در جلسات درمانی، (۴) دانش‌آموز چاق دختر مقطع دوره متوسطه دوم شهرستان جلفا، 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 انتخاب، و با استفاده از گمارش تصادفی (به‌شیوه قرعه‌کشی) به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. پیش از تقسیم تصادفی، کلیه افراد گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناسی نظیر سن و شاخص توده بدنی (BMI) همسان شدند. 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. در پژوهش حاضر از ابزار زیر استفاده شده است:

**پرسشنامه سنجش خودکارآمدی (GSES):** این پرسشنامه توسط Sherer و همکاران در سال (۱۹۸۲) به منظور سنجش خودکارآمدی ساخته شده است و ۲۳ گویه دارد که ۱۷ گویه آن مربوط به خودکارآمدی عمومی و ۶ ماده دیگر مربوط به تجارب خودکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی است. سوالات مربوط به پرسشنامه خودکارآمدی شامل سه بعد میل به آغازگری، میل به گسترش تلاش برای کامل کردن تکلیف و مقاومت در رویارویی با موانع است. این پرسشنامه بر پایه طیف ۵ درجه‌ای لیکرت تنظیم شده است، بدین صورت که به پاسخ کاملاً مخالف نمره ۱ و به پاسخ کاملاً موافق نمره ۵ تعلق می‌گیرد [۱۹]. Sherer و همکاران [۱۹] آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۶ به دست آوردند. Najafi و Fooladchang [۲۰] برای به‌دست‌آوردن روایی سازه آزمون همبستگی، آن را با مقیاس عزت‌نفس ۰/۶۱ گزارش داده است. همچنین پایایی خودکارآمدی را در دانش‌آموزان سال سوم دبیرستان با روش اسپیرمن- براون با طول برابر ۰/۷۶ و با طول نابرابر ۰/۷۶ و از روش دو نیمه‌کردن گاتمن نیز ۰/۷۶ به دست آورده‌اند.

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) روایت‌درمانی را به صورت گروهی، طبق برنامه درمانی White و Epston (۲۳) [۱۵] دریافت کردند (جدول ۱). برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه کنترل و آزمایش، از آن‌ها خواسته شد تا ۴ ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفت‌وگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، توسط ۱ مشاور با درجه دکتری و ۱ روان‌شناس تربیتی با درجه کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر جلفا برگزار شد. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون)، و ۴ 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. برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. جهت بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## جدول ۱- محتوای جلسات و پروتکل روایت‌درمانی

جلسه	هدف و محتوا
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 ساختارشکنی؛
چهارم	فاز تخریب: ساختارشکنی 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 به‌سوالات و بازنویسی داستان‌های گذشته؛
هشتم	بررسی معنای زندگی، مستندات بیرونی، غنی‌سازی و تشویق فرد به‌پیمودن ادامه داستان، پس‌آزمون و پایان درمان.

## یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه  $16/80 \pm 0/71$  سال، و میانگین و انحراف معیار شاخص توده بدنی آن‌ها  $32/20 \pm 4/04$  کیلوگرم بود. در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار سن و شاخص توده بدنی آزمودنی‌ها مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه از نظر سن و شاخص توده بدنی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار سن و شاخص توده بدنی آزمودنی‌ها (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر	گروه	انحراف معیار $\pm$ میانگین	p
سن	آزمایش	$16/60 \pm 0/73$	۰/۱۲۷
	کنترل	$17/00 \pm 0/65$	
	کل	$16/80 \pm 0/71$	
شاخص توده بدنی	آزمایش	$32/73 \pm 4/31$	۰/۴۸۰
	کنترل	$31/67 \pm 3/83$	
	کل	$32/20 \pm 4/04$	

آزمون: t مستقل، اختلاف معنی‌دار  $p < 0/05$

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو وایک نشان داد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیر مورد مطالعه در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چرا که مقادیر z محاسبه‌شده در سطح

( $p < 0/05$ ) معنی دار نیست. در آزمون ام باکس، چون  $F$  خودکارآمدی ادراک شده ( $F=2/078$ ) در سطح ( $0/326$ ) معنادار نبود، بنابراین می توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس - کوواریانس برای متغیر برقرار شده است. در آخر، آزمون کرویت موخلی نشان داد چون مقدار کرویت موخلی ( $0/535$ ) خودکارآمدی ادراک شده در سطح خطای داده شده ( $0/435$ ) معنی دار نیست، لذا می توان کرویت ماتریس واریانس - کوواریانس متغیر وابسته را پذیرفت. پس، این پیش فرض نیز برقرار است.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار متغیر پژوهش (خودکارآمدی ادراک شده) در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون انحراف معیار ± میانگین	پس آزمون انحراف معیار ± میانگین	پیگیری انحراف معیار ± میانگین	سطح معنی دار ی تغییرات داخل گروهی	سطح معنی داری تغییرات بین گروهی
آزمایش	خودکارآمدی ادراک شده	۴۸/۹۳±۵/۹۸	۵۶/۳۳±۵/۸۳	۵۶/۴۷±۵/۹۳	$0/001^*$	$<0/001^*$
کنترل	سطح معنی داری ادراک شده	۴۹/۲۰±۵/۷۵	۴۹/۲۷±۵/۹۳	۴۹/۴۷±۵/۹۹	$P > 0/9$	$P$
در هر مقطع اندازه گیری بین گروه ها		$p > 0/902$	$p < 0/003^*$	$p < 0/003^*$	-	-

جدول ۳ نشان می دهد که بین نمرات متغیر خودکارآمدی ادراک شده در سه بار اجرای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، تفاوت معنی داری وجود دارد ( $P < 0/001$ ). همچنین نتایج نشان می دهد نمرات خودکارآمدی ادراک شده گروه آزمایش در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون تفاوت معنی داری دارد ( $P < 0/001$ ). علاوه بر آن، تأثیر روایت درمانی بر خودکارآمدی ادراک شده دانش آموزان دختر مبتلا به چاقی بعد از ۴ ماه پیگیری نیز ماندگار بوده است ( $P < 0/001$ ). نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان داد اختلاف میانگین نمره خودکارآمدی ادراک شده گروه آزمایش با گروه کنترل معنی دار می باشد ( $P < 0/001$ ).

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در نمرات متغیر پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	تأثیر	مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معنی داری اتا	مجدور
خودکارآمدی زمان	اثر	۰/۸۴۹	۷۵/۷۹۳	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۴۹
ادراک شده زمان*مداخله	پیلایی اثر پیلایی	۰/۸۴۹	۷۵/۷۶۳	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۴۹

چون آزمون اثر پیلای در موقعیت‌های عملی قدرت بیش‌تری نسبت به سایر آزمون‌ها دارد، در جدول ۴ نتایج آن گزارش شده است. اطلاعات بخش اول جدول ۴ برای متغیر خودکارآمدی ادراک‌شده بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر خودکارآمدی ادراک‌شده در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد.

#### بحث

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی روایت‌درمانی بر خودکارآمدی ادراک‌شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به چاقی بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که روایت‌درمانی بر خودکارآمدی ادراک‌شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به چاقی تأثیر دارد، و تأثیر آن در مرحله پیگیری نیز ماندگار است. همچنین، یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره خودکارآمدی ادراک‌شده 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 خودکارآمدی ادراک‌شده افزایش یافت و تأثیرات ناشی از حضور در گروه آزمایشی با نزدیک‌شدن به پایان مداخله بر روی نمرات خودکارآمدی ادراک‌شده افراد در گروه آزمایشی مثبت بود.

در راستای اثربخشی روایت‌درمانی بر خودکارآمدی ادراک‌شده می‌توان به نتایج پژوهش‌های Mackean و همکاران [۲۱]، Dastjerdi و Daneshvar Hoseini [۲۲]، و Choobforoshzadeh و همکاران [۱۸] اشاره کرد که نشان دادند روایت‌درمانی بر خودکارآمدی ادراک‌شده و خودکارآمدی دختران اثربخش است، که نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد.

افراد چاق از نازیبایی بدنشان رنج می‌برند و تمایل دارند که تغییرات ظاهری در خود ایجاد کنند. این تغییرات با استفاده از لوازم آرایشی و روش‌های ترمیمی جراحی همراه است که می‌تواند سلامتی آن‌ها را تهدید کند. مبتلایان به بدریختی بدنی نگاهی متفاوت به‌زندگی دارند به‌گونه‌ای که 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 به‌هدف زیبایی خویش را جراحی پلاستیک می‌دانند، اما این روش‌ها اثر موقتی داشته و هیچ‌گاه زیبایی کاملی که در پی آن هستند را به‌دست نمی‌آورند. پژوهش‌های مختلف به‌دنبال یافتن راه‌هایی هستند تا یک اقلیت درونی و پذیرش شخصی از ظاهر جسمانی را در افراد چاق شکل دهند. روایت‌درمانی یک تجربه جدید برای این افراد است. آن‌ها با مفهوم نگرانی از بدریختی بدن 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 استعارها از داستان‌های اسطوره‌ای نیز صورت پذیرد. در نهایت افراد مبتلا روایت جدیدی از زندگی را می‌آموزند و به‌پذیرش ظاهر جسمانی خود فکر می‌کنند. برون‌سازی وقایع زندگی یکی از مراحل روایت‌درمانی است که درمانجویان با یافتن روایت جدیدی برای زندگی می‌توانند به‌تغییر در روابط بین‌فردی بدون تغییر و دستکاری در ظاهر جسمانی خود فکر کنند. بنابراین روایت‌درمانی روشی است که می‌تواند در کاهش نگرانی از بدریختی بدن افراد چاق موثر 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 فرهنگ‌نابسته برای کاهش نگرانی از بدریختی بدن افراد مبتلا به چاقی باشد [۲۲].

هدف روایت‌درمانی توجه‌دادن افراد به باورهای ناکارآمد و تغییر آن‌ها، برونی‌کردن و از توان‌انداختن مشکل، ایجاد نگاه بیرونی به مشکل از زوایای مختلف و در نتیجه، خلق تفسیری دگرگون و تألیفی دوباره برای روایت داستان زندگی است. لذا



افراد با کمک روایت‌درمانی می‌توانند دیدگاهی تازه به واقعیات پیدا کنند و این امر، خود موجب کاهش افراد و نگرش‌های ناسالم نسبت به خود و محیط پیرامون شده و موجبات روابط بین‌فردی موثرتر را فراهم می‌آورد [۱۷].

وقتی در جلسات روایت‌درمانی، افراد داستان‌هایی در مورد شخصیت‌هایی با مشکلات را می‌خوانند یا به آن‌ها گوش می‌دهند، درمی‌یابند دیگران نیز با مشکلات مشابهی روبرو هستند. خواندن یا گوش‌دادن به داستان اعضای گروه، فهم اعضای گروه را از موقعیت‌ها و چالش‌های منحصر به فردی که آن‌ها نیز تجربه می‌کنند، افزایش می‌دهد. به‌دنبال این فرایند، آن‌ها می‌توانند با شخصیت‌ها و روش‌های مقابله‌ای شخصیت‌ها همانندسازی کنند. در ادامه، آن‌ها با تکیه بر نقاط قوت و توانمندی‌های خود و همچنین با دریافت راهنمایی در جهت ارائه راهبردهای مقابله‌ای مناسب، می‌توانند خودکارآمدی خود را افزایش دهند [۱۷]؛ و با توجه به مکانیسم اثرگذاری این درمان، با گذشت زمان نیز این تأثیر ماندگاری خود را حفظ می‌کند.

نمونه پژوهش حاضر را دانش‌آموز دختر چاق دوره متوسطه اول (۱۳ تا ۱۵ ساله) مدارس شهرستان جلفا در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ تشکیل دادند که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است و تعمیم یافته‌ها به دانش‌آموزان دختر سایر مقاطع تحصیلی و دانش‌آموزان پسر را دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسش‌نامه انجام شد که به‌دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل است. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در جوامع آماری مختلف و در سایر شهرها اجرا گردد و از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود.

### نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که روایت‌درمانی، با کاربرد فرآیندهای خود، سبب افزایش خودکارآمدی ادراک‌شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به چاقی شده است. با توجه به نقش مهم دانش‌آموزان به‌عنوان آینده‌سازان کشور از طرفی، و لزوم توجه به سلامت روان‌شناختی و بهبود مشکلات تربیتی و تحصیلی آن‌ها، پیشنهاد می‌شود در مدارس و مراکز مشاوره آموزش و پرورش و مراکز خصوصی و دولتی، کارگاه‌های آموزشی در زمینه روایت‌درمانی جهت افزایش خودکارآمدی ادراک‌شده دانش‌آموزان مبتلا به چاقی برگزار گردد.

### تشکر و قدردانی

نویسنده بر خود لازم می‌داند از مسئولین و کارکنان اداره آموزش و پرورش شهرستان جلفا و شرکت کنندگان حاضر در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر نماید.

### References

۱. Ruiz LD, Zuelch ML, Dimitratos SM, Scherr RE. Adolescent Obesity: Diet Quality, Psychosocial Health, and Cardiometabolic Risk Factors. *Nutrients* 2020; 12(1): 43.
۲. Steinbeck KS, Lister NB, Gow ML, Baur LA. Treatment of adolescent obesity. *Nature Reviews Endocrinology* 2018; 14: 331-344.
۳. Lindberg L, Hagman E, Danielsson P, Marcus C, Persson M. Anxiety and depression in children and adolescents with obesity: a nationwide study in Sweden. *BMC Medicine* 2020; 18(1): 30.

۴. Santana C, O Hill J, Azevedo LB, Gunnarsdottir T, Prado WL. The association between obesity and academic performance in youth: a systematic review: Obesity and academic performance. *Obes Rev*, 18(10): 1191-1199.
۵. Vafadar Z, Reazei R, Navidian A. Effectiveness of motivational interviewing on the weight self-efficacy life style in overweight and obese teenager boys. *J Behav Sci* 2014; 8(2): 21-2. [Persian].
۶. Dzielska A, Mazur J, Nałęcz H, Oblacińska A, Fijałkowska A. Importance of Self-Efficacy in Eating Behavior and Physical Activity Change of Overweight and Non-Overweight Adolescent Girls Participating in Healthy Me: A Lifestyle Intervention with Mobile Technology. *Nutrients* 2020; 12(7): 2128.
۷. Dutton GR, Martin PD, Rhode PC, Brantley PJ. Use of the weight efficacy lifestyle questionnaire with African American women: validation and extension of previous finding. *Eat Behav* 2004; 5: 375-84.
۸. Shin H, Shin J, Liu PY, Dutton G R, Abood D A, Ilich J Z. Self-efficacy improves weight loss in overweight/obese postmenopausal women during a 6-month weight loss intervention. *Nutrition Research* 2011; 31(11): 822-828.
۹. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health education & behavior* 2004; 31(2): 143-164.
۱۰. Byrne S, Barry D, Petry N M. Predictors of Weight Loss Success: Exercise vs. Dietary Self-Efficacy and Treatment Attendance. *Appetite* 2012; 58(2): 695-698.
۱۱. Bastianello J, Epkey M, McMullin K. The Nature of Social Support: Self-Efficacy in Overweight and Obese Adolescents. *Mental Health* 2012; 1.
۱۲. Tripp SB, Perry JT, Romney S, Blood-Siegfried J. Providers as weight coaches: using practice guides and motivational interview to treat obesity in the pediatric office. *J Pediatr Nurs* 2011; 26(5): 474-9.
۱۳. Fazel M. The emerging for narrative exposure therapy: A review. *Clinical Psychology Review* 2010; 30(8): 1030-1039. [Persian].
۱۴. Prochaska J, Norcross J. Theories of Psychotherapy (Psychotherapy Systems): An Interdisciplinary Analysis. (Translated by Yahya SeyedMohammadi). Tehran: Ravan; 2018. [Persian].
۱۵. Payne M. Narrative Therapy: For acquaintance with counseling and psychotherapy specialists. (Translated by Maryam esmailiNasab). Tehran: Roshd Publications; 2016.
۱۶. Goldberg I, Goldberg H. Family Therapy. (Translated by Hamid reza Hosseinshahi Baravati, Siamak Naghshbandi & Elham Arjmand). Tehran: Ravan. 2017. [Persian].
۱۷. Dastjerdi S, Daneshvar Hoseini N. The Effect of Narrative Therapy on Self-efficacy and Achievement Motivation of Male Students. *Journal of Knowledge and Research in Applied Psychology* 2017; 18(2): 121-130. [Persian].
۱۸. Choobforoshzadeh A, Saeedmanesh M, Rashidi M. The Effectiveness of Group Narrative Therapy on the Self-efficacy of Homeless and Abused Adolescent Girls in Mashhad Welfare Centers. Third Conference on Psychology and Behavioral Sciences, Tehran; 2017. [Persian].
۱۹. Sherer M, Maddux J E, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The



- selfefficacy scale: Costruction and validation. *Psychological Reports* 1982; 51(2): 663-671.
۲۰. Najafi M, Fooladchang M. The Relationship Between Self-efficacy and Mental Health in High School Students. *Journal of Daneshvar Behavior* 2007; 14(22): 69-82. [Persian].
۲۱. Mackean S, Eskandari H, Borjali A, Ghodsi D. Comparison of the effects of narrative therapy and diet therapy on the body mass index in overweight and obese women. *Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology* 2011; 5(4): 53-63. [Persian].
۲۲. Basaknejad S, Ghaffari M. The Relationship between Fear of Body Dysmorphic and Psychological Disorders in Students. *Journal of Behavioral Sciences* 2008; 1(2): 179-187. [Persian].

