

## اثربخشی روایت درمانی بر خودکارآمدی ادراک شده دانش آموزان دختر مبتلا به چاقی

ماهک نقی زاده علمداری<sup>۱</sup>

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

### چکیده

**زمینه و هدف:** در صورت عدم حل مشکلات دانش آموزان همچون چاقی، می توانیم شاهد معضلات اجتماعی و روان شناختی نظیر فرار از مدرسه و ترک تحصیل باشیم، که همین عوامل به طور مستقیم و غیرمستقیم هزینه های مادی و اجتماعی سنگینی بر دوش خانواده ها و جامعه می گذارد. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روایت درمانی بر خودکارآمدی ادراک شده دانش آموزان دختر مبتلا به چاقی بود. **مواد و روش ها:** روش پژوهش، نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را دانش آموزان دختر چاق دوره متوسطه اول مدارس شهرستان جلفا در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ تشکیل دادند. ۳۰ نفر پس از رعایت ملاک های ورود و خروج به پژوهش، با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب، و به صورت 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 اندازه گیری پرسشنامه خودکارآمدی شرر بود. تجزیه و تحلیل یافته ها از طریق آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر و با کمک نرم افزار آماری SPSS-24 انجام گرفت. **یافته ها:** میانگین متغیر خودکارآمدی ادراک شده گروه آزمایش در پیش آزمون (۴۸/۹۳)؛ و میانگین متغیر خودکارآمدی ادراک شده گروه کنترل (۴۹/۲۰) بود. نتایج نشان داد که در پس آزمون، نمره خودکارآمدی ادراک شده گروه آزمایش (۵۶/۳۳) نسبت به گروه کنترل (۴۹/۲۷) بیش تر شده است ( $P < ۰/۰۰۱$ ). همچنین نتایج نشان داد که در مرحله پیگیری، اثر روایت درمانی بر خودکارآمدی ادراک شده (۵۶/۴۷) ماندگار است ( $P < ۰/۰۰۱$ ). **نتیجه گیری:** طبق نتایج به دست آمده می توان گفت، روایت درمانی می تواند به عنوان روشی موثر در افزایش خودکارآمدی ادراک شده دانش آموزان دختر مبتلا به چاقی مورد استفاده قرار گیرد.

**واژه های کلیدی:** روایت درمانی، خودکارآمدی ادراک شده، 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 به طور 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. درمورد 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 بین فردی شکل می‌گیرند [۱۳]. روایت‌درمانی را ساختارزدایی داستان‌های کهنه و آفرینش داستانی نو تعریف کرده‌اند [۱۴]. وایت (White) روایت‌درمانی را به کارگیری 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 به جای تمرکز بر داستان‌های سرشار از مشکل و بیهوده، توجه خود را به سمت داستان‌های پسندیده که آن‌ها را به سوی 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 مطرح شده، 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 بر آن 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 پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش آموزان 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 نمونه گیری از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. پس از کسب رضایت از مسئولین و دانش آموزان، پرسشنامه خودکارآمدی شرر، در بین ۱۰۷ دانش آموز دختر چاق که مایل به شرکت در پژوهش بودند اجرا شد، و از بین آن هایی که در پرسشنامه خودکارآمدی شرر یک انحراف معیار پایین تر از میانگین نمره کسب کردند (۵۴ نفر)، ۳۰ نفر به صورت تصادفی، و با در نظر گرفتن ملاک های ورود به مطالعه چون (۱) BMI بیش تر از ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع، (۲) پذیرش داوطلبانه برای شرکت در پژوهش، (۳) شرکت کامل در جلسات درمانی، (۴) دانش آموز چاق دختر مقطع دوره متوسطه دوم شهرستان جلفا، و ملاک های خروج از مطالعه چون (۱) ابتلا به بیماری جدی چون ام. اس، سرطان و...، (۲) استفاده از داروهای روان پزشکی، (۳) برخورداری از جلسات مشاوره و روان درمانی فردی و گروهی انتخاب، و با استفاده از گمارش تصادفی (به شیوه قرعه کشی) به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. پیش از تقسیم تصادفی، کلیه افراد گروه ها از نظر ویژگی های جمعیت شناسی نظیر سن و شاخص توده بدنی (BMI) همسان شدند. همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن ها 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 موقعیت های 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 درجه ای لیکرت تنظیم شده است، بدین صورت که به پاسخ کاملاً مخالف نمره ۱ و به پاسخ کاملاً موافق نمره ۵ تعلق می گیرد [۱۹]. Sherer و همکاران [۱۹] آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۶ به دست آوردند. Najafi و Fooladchang [۲۰] برای به دست آوردن روایی سازه آزمون همبستگی، آن را با مقیاس عزت نفس ۰/۶۱ گزارش داده است. همچنین پایایی خودکارآمدی را در دانش آموزان سال سوم دبیرستان با روش اسپیرمن- براون با طول برابر ۰/۷۶ و با طول نابرابر ۰/۷۶ و از روش دو نیمه کردن گاتمن نیز ۰/۷۶ به دست آورده اند.

پس از اجرای پیش آزمون، اعضای گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای (۲ ماه، هفته ای یک جلسه) روایت درمانی 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 آن ها خواسته شد تا ۴ ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفت وگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، توسط ۱ مشاور با درجه دکتری و ۱ روان شناس تربیتی با درجه کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر جلفا برگزار شد. بعد از اتمام جلسات (پس آزمون)، و ۴ ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزارهای اندازه گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه ها، حین مصاحبه اولیه با تک تک آن ها، از اعضا خواستیم تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات هم رصد می شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه شد. برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم افزار SPSS استفاده شد. جهت بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## جدول ۱- محتوای جلسات و پروتکل روایت درمانی

جلسه	هدف و محتوا
اول	معارفه، ارائه برنامه زمان بندی شده مداخله، تعداد جلسات، فاصله زمانی جلسات، انتظارات از گروه، معرفی مهارت ها، بیان هدف، ارزیابی جامع، ایجاد رابطه حسنه، آشنایی با روایت درمانی، نمونه کار، روایت زندگی و شرح داستان های مشکل دار؛
دوم	عینیت بخشی و برونی سازی مشکل، نام گذاری مشکل، مشخص کردن واژه های مشکل دار و آغاز استعاره سازی؛
سوم	ادامه استعاره سازی، بررسی استعاره های مشکل دار و ارتباط آن ها 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: استعاره های جدید، بازنمایی های ذهنی موقعیت های زندگی با استعاره جدید، خلق واقعیت توسط فرد و آغاز روایت سازی؛
ششم	غنی سازی داستان جدید با استفاده از راهبردهای بی همتا، بررسی داستان و معنا دهی آن به آینده؛
هفتم	فاز تثبیت: زندگی در داستان جدید، پاسخ گویی به سوالات و بازنویسی داستان های گذشته؛
هشتم	بررسی معنای زندگی، مستندات بیرونی، غنی سازی و تشویق فرد به پیمودن ادامه داستان، پس آزمون و پایان درمان.

## یافته ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در مطالعه  $16/80 \pm 0/71$  سال، و میانگین و انحراف معیار شاخص توده بدنی آن ها  $32/20 \pm 4/04$  کیلوگرم بود. در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار سن و شاخص توده بدنی آزمودنی ها مقایسه شده است. نتایج نشان می دهد که بین دو گروه از نظر سن و شاخص توده بدنی تفاوت معنی داری وجود ندارد.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار سن و شاخص توده بدنی آزمودنی ها (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 معنی دار  $p < 0/05$

در بررسی پیش فرض های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیر مورد مطالعه در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چرا که مقادیر z محاسبه شده 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 بین گروهی	سطح معنی داری
آزمایش		$48/93 \pm 5/98$	$56/33 \pm 5/83$	$56/47 \pm 5/93$	$0/001^*$	$P < 0/001^*$
خودکارآمدی	کنترل	$49/20 \pm 5/75$	$49/27 \pm 5/93$	$49/47 \pm 5/99$	$P > 0/9$	$P$
ادراک شد	سطح معنی داری					
ه	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	مجدور اتا
خودکارآمدی	زمان	اثر	$0/849$	$75/793$	$2/000$	$27/000$	$0/001$
ادراک شده	زمان*مداخله	پیلایی	$0/849$	$75/763$	$2/000$	$27/000$	$0/001$
	اثر						
	پیلایی						

چون آزمون اثر پیلای در موقعیت های عملی قدرت بیش تری نسبت به سایر آزمون ها دارد، در جدول ۴ نتایج آن گزارش شده است. اطلاعات بخش اول جدول ۴ برای متغیر خودکارآمدی ادراک شده بیان می کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول نشان می دهد که بین نمرات متغیر خودکارآمدی ادراک شده در سه بار اجرای پیش آزمون، پس آزمون 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 روایت درمانی بر خودکارآمدی ادراک شده دانش آموزان دختر مبتلا به چاقی بود. تحلیل داده ها نشان داد که روایت درمانی بر خودکارآمدی ادراک شده دانش آموزان دختر مبتلا به چاقی تأثیر دارد، و تأثیر آن در مرحله پیگیری نیز ماندگار است. همچنین، یافته ها نشان داد که تغییرات نمره خودکارآمدی ادراک شده در زمان های مورد بررسی در گروه ها متفاوت بوده و اثر زمان معنی دار است؛ یعنی اثر متقابل بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات خودکارآمدی ادراک شده افزایش یافت و تأثیرات ناشی از حضور در گروه آزمایشی با نزدیک شدن به پایان مداخله بر روی نمرات خودکارآمدی ادراک شده افراد در گروه آزمایشی مثبت بود.

در راستای اثربخشی روایت درمانی بر خودکارآمدی ادراک شده می توان به نتایج پژوهش های Mackean و همکاران [۲۱]، Dastjerdi و Daneshvar Hoseini [۲۲]، و Choobforoshzadeh و همکاران [۱۸] اشاره کرد که نشان دادند روایت درمانی بر خودکارآمدی ادراک شده و خودکارآمدی دختران اثربخش است، که نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش های مذکور همسو می باشد.

افراد چاق از نازیبایی بدنشان رنج می برند و تمایل دارند که تغییرات ظاهری در خود ایجاد کنند. این تغییرات با استفاده از لوازم آرایشی و روش های ترمیمی جراحی همراه است که می تواند سلامتی آن ها را تهدید کند. مبتلایان به بدريختی بدنی نگاهی متفاوت به زندگی دارند به گونه ای که در روابط بین فردی خود نسبت به ظاهر خویش حساس بوده و درباره قضاوت های دیگران از ظاهرشان کنجکاو هستند. آن ها درباره خود احساس حقارت می کنند و از عزت نفس پایینی برخوردارند، زیرا تصورشان این است که اثربخشی آن ها در روابط بین فردی از طریق ظاهر جسمانی است. این افراد اولین گزینه برای رسیدن به هدف زیبایی خویش را جراحی پلاستیک می دانند، اما این روش ها اثر موقتی داشته و هیچ گاه زیبایی کاملی که در پی آن هستند را به دست نمی آورند. پژوهش های مختلف به دنبال یافتن راه هایی هستند تا یک اقناع درونی و پذیرش شخصی از ظاهر جسمانی را در افراد چاق شکل دهند. روایت درمانی یک تجربه جدید برای این افراد است. آن ها با مفهوم نگرانی از بدريختی بدن آشنا می شوند و روایتی از زندگی خود را بازگو می کنند و سپس با کمک درمانگر، روایت جدیدی در زندگی می سازند. در گروه درمانی این روش می تواند با استفاده از روایت های دیگران و تمثیل و استعاره از داستان های اسطوره ای نیز صورت پذیرد. در نهایت افراد مبتلا روایت جدیدی از زندگی را می آموزند و به پذیرش ظاهر جسمانی خود فکر می کنند. برون سازی وقایع زندگی یکی از مراحل روایت درمانی است که درمانجویان با یافتن روایت جدیدی برای زندگی می توانند به تغییر در روابط بین فردی بدون تغییر و دستکاری در ظاهر جسمانی خود فکر کنند. بنابراین روایت درمانی روشی است که می تواند در کاهش نگرانی از بدريختی بدن افراد چاق موثر باشد. این روش با بهره گیری از روایت های تازه در زندگی و تمثیل و استعاره های مرتبط با فرهنگ جامعه ای که مورد استفاده قرار می گیرد می تواند یک درمان فرهنگ نابسته برای کاهش نگرانی از بدريختی بدن افراد مبتلا به چاقی باشد [۲۲].

هدف روایت درمانی توجه دادن افراد به باورهای ناکارآمد و تغییر آن ها، برونی کردن و از توان انداختن 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 روایت درمانی می توانند دیدگاهی تازه به واقعیات پیدا کنند و این امر، خود موجب کاهش افراد و نگرش های ناسالم نسبت به خود و محیط پیرامون شده و موجبات روابط بین فردی موثرتر را فراهم می آورد [۱۷].

وقتی در جلسات روایت درمانی، افراد داستان هایی در مورد شخصیت هایی با مشکلات را می خوانند یا به آن ها گوش می دهند، درمی یابند دیگران نیز با مشکلات مشابهی روبه رو هستند. خواندن یا گوش دادن به داستان اعضای گروه، فهم اعضای گروه را از موقعیت ها و چالش های منحصر به فردی که آن ها نیز تجربه می کنند، افزایش می دهد. به دنبال این فرایند، آن ها می توانند با شخصیت ها و روش های مقابله ای شخصیت ها همانندسازی کنند. در ادامه، آن ها با تکیه بر نقاط قوت و توانمندی های خود و همچنین با دریافت راهنمایی در جهت ارائه راهبردهای مقابله ای مناسب، می توانند خودکارآمدی خود را افزایش دهند [۱۷]؛ و با توجه به مکانیسم اثرگذاری این درمان، با گذشت زمان نیز این تأثیر ماندگاری خود را حفظ می کند.

نمونه پژوهش حاضر را دانش آموز دختر چاق دوره متوسطه اول (۱۳ تا ۱۵ ساله) مدارس شهرستان جلفا در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ تشکیل دادند که این مورد یکی از محدودیت های پژوهش حاضر است و تعمیم یافته ها به دانش آموزان دختر سایر مقاطع تحصیلی و دانش آموزان پسر را دشوار می سازد. همچنین، در این پژوهش جمع آوری داده ها توسط پرسش نامه انجام شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، سوگیری در پاسخ دهی محتمل است. پیشنهاد می شود پژوهش حاضر در جوامع آماری مختلف و در سایر شهرها اجرا گردد و از سایر روش های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود.

### نتیجه گیری

با توجه به نتایج پژوهش می توان گفت که روایت درمانی، با کاربرد فرآیندهای خود، سبب افزایش خودکارآمدی ادراک شده دانش آموزان دختر مبتلا به چاقی شده است. با توجه به نقش مهم دانش آموزان به عنوان آینده سازان کشور از طرفی، و لزوم توجه به سلامت روان شناختی و بهبود مشکلات تربیتی و تحصیلی آن ها، پیشنهاد می شود در مدارس و مراکز مشاوره آموزش و پرورش و مراکز خصوصی و دولتی، کارگاه های آموزشی در زمینه روایت درمانی جهت افزایش خودکارآمدی ادراک شده دانش آموزان مبتلا به چاقی برگزار گردد.

### تشکر و قدردانی

نویسنده بر خود لازم می داند 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. Dzińska 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].