

اثربخشی روایت‌درمانی بر نگرانی از بدریختی بدن و خودکارآمدی ادراک‌شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به چاقی و اضافه وزن

Effectiveness of Narrative Therapy on Body Dysmorphic Concern & Perceived Self-efficacy of Female Students with Obesity & Overweight

Mahak Nagizadeh-Alamdari MSc

Hadi Smkhani-Akbarinejhad PhD ✉

ماهک نقی‌زاده علمداری^۱

هادی اسمخانی اکبری‌نژاد^۲

Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of narrative therapy on body dysmorphic concern and perceived self-efficacy of female students with obesity and overweight. The method of this study was semi-experimental with pre-test, post-test and follow up with the control group. The population of the study consisted of obese female secondary school students in Jolfa city in the academic year 2019-2020. In total, 30 people selected by available sampling method and randomly divided into two groups. Members of both experimental groups received their own treatment respectively in 8 sessions of 1.5 hours. Measurement tools were body image concern inventory and Scherer self-efficacy questionnaire. Analysis of findings through repeated measures analysis of variance test. The results showed that in the post-test, the body dysmorphic concern score of the experimental group decreased compared to the control group; and the perceived self-efficacy score of the experimental group compared to the group The control was higher. The results also showed that in the follow-up phase, the effect of narrative therapy on body dysmorphic concern and perceived self-efficacy is lasting. According to the obtained results, it can be said that narrative therapy can be used as an effective way to reduce the body dysmorphic concern and increase the perceived self-efficacy of female students with obesity & overweight.

Keywords: Narrative Therapy, Body Dysmorphic, Perceived Self-efficacy, Obesity, Overweight, Adolescent

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روایت‌درمانی بر نگرانی از بدریختی بدن و خودکارآمدی ادراک‌شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به چاقی و اضافه وزن بود. در این پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با پیگیری، ۳۰ دانش‌آموزان مبتلا دوره متوسطه دوم مدارس شهرستان جلفا با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش درمان مختص خود را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته دریافت کردند. ابزارهای اندازه‌گیری، سیاهه نگرانی از تصویر بدن و پرسشنامه خودکارآمدی شرر بودند. نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که در پس‌آزمون، نمره نگرانی از بدریختی بدن گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته و نمره خودکارآمدی ادراک‌شده گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بیش‌تر شده است. همچنین نتایج نشان داد که در مرحله پیگیری، اثر روایت‌درمانی بر نگرانی از بدریختی بدن و خودکارآمدی ادراک‌شده ماندگار است. طبق نتایج به‌دست آمده می‌توان گفت، روایت‌درمانی می‌تواند به‌عنوان روشی موثر در کاهش نگرانی از بدریختی بدن و افزایش خودکارآمدی ادراک‌شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به چاقی و اضافه وزن مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: روایت‌درمانی، بدریختی بدن، خودکارآمدی ادراک‌شده، چاقی، اضافه وزن، نوجوان

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۷/۲ تصویب نهایی: ۱۴۰۰/۱۰/۱۸

۱. گروه روانشناسی تربیتی، موسسه آموزش عالی چرخ نیلوفری آذربایجان، تبریز، ایران.

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

● مقدمه

چاقی (obesity) و اضافه وزن تجمع غیرطبیعی و یا بیش از حد چربی است که به‌طور عمده در نتیجه دریافت انرژی بیش‌تر از نیاز بدن به‌وجود می‌آید (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۹). در ایران حدود ۲۱/۵ درصد از افراد بالاتر از ۱۸ سال، و ۵/۵ درصد از کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سال مبتلا به چاقی و اضافه وزن هستند (میرزاده و همکاران، ۲۰۰۹)؛ چاقی و اضافه وزن مبتلایان را مستعد ابتلا به بیماری‌های قلبی- عروقی، سرطان، دیابت (اشتاینیک و همکاران، ۲۰۱۸)، و مشکلات روانشناختی نظیر اضطراب و افسردگی می‌کند (لینبرگ و همکاران، ۲۰۲۰)؛ و بر مسائلی چون عملکرد تحصیلی و اجتماعی تأثیر منفی می‌گذارد (سانتانا و همکاران، ۲۰۱۷). دختران بیش‌تر از پسران در معرض ابتلا قرار دارند (رضایی، وفادار و نویدیان، ۱۳۹۳)، و با مشکلاتی چون نگرانی از بدریختی بدن (body dysmorphic) (هنریکه ماگناتی برانکو و همکاران، ۲۰۲۰) و خودکارآمدی ادراک‌شده (perceived self-efficacy) پایین درگیرند (دزیلسکا و همکاران، ۲۰۲۰).

افرادی که اشتغال ذهنی و سواس گونه‌ای به‌ظاهر جسمانی خود دارند، اختلال بدریختی بدن قلمداد می‌شوند (بساک‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۱). این ویژگی‌ها با نگرانی پریشان‌کننده‌ای همراه هستند و از مبتلایان از حساسیت در روابط بین‌فردی و عملکرد اجتماعی ضعیف رنج می‌برند (فیلیس و همکاران، ۲۰۰۵). این اختلال در زنان، و در اواخر نوجوانی، شایع‌تر است (فیلیس، دیدیئه و منارد، ۲۰۰۷)، و اغلب با هراس اجتماعی همراه است (فنگ و هافمن، ۲۰۱۰)، و رابطه چاقی و پریشانی روانشناختی را تقویت می‌کند (فریدمن و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی از مفاهیمی مهم در برنامه کاهش وزن، خودکارآمدی است (دوتون و همکاران، ۲۰۰۴)، که به‌باور و اطمینان فرد به‌توانایی خود در به‌نمایش گذاشتن رفتاری خاص حتی در یک موقعیت و سوسه‌برانگیز دلالت دارد (شین و همکاران، ۲۰۱۱)، و مشخص می‌کند افراد چگونه موانع را بررسی می‌کنند (بندورا، ۲۰۰۴). خودکارآمدی شاخص پیش‌بینی‌کننده موفقیت برنامه‌های کاهش وزن است (بیرن، باری و پتری، ۲۰۱۲)، و از چاقی تأثیر منفی می‌گیرد (باستینلو، اپکی و مک‌مولین، ۲۰۱۲).

با توجه به افزایش مبتلایان به چاقی و اضافه وزن، و افزایش هزینه‌های اقتصادی و زیان‌های مالی ناشی از چاقی، به‌نظر می‌رسد که تغییر در رفتار خوردن و الگوهای فکری همراه آن ضروری باشد. علاوه بر این، اگرچه از نظر تئوری روایت‌درمانی برای چاقی و اضافه وزن نوجوانان موثر به‌نظر می‌رسد، اما هنوز یافته‌های زیاد و قابل‌اتکایی درباره این روش درمانی در ایران در دست نیست، از این‌رو بررسی اثربخشی روایت‌درمانی برای مشکلات روانشناختی نوجوانان چاق می‌تواند چنین خل‌هایی را پر کند و نتیجه آن به‌عنوان مبنایی مقدماتی برای بررسی‌های بیش‌تر و نیز طراحی مداخلات متناسب‌شده برای این بیماران ثمربخش خواهد بود. همچنین، چون بیماری چاقی و اضافه وزن هم جسم و هم روان را درگیر می‌کند، باید در درمان و پرداختن به‌مشکلات افراد مبتلا، هم مداخلات دارویی، 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 روشی است که بر واقعیت درون هرکس متمرکز شده است. از نظر این دیدگاه، احساسات و افکار ما براساس رویدادها و روابط بین‌فردی شکل می‌گیرند (فاضل و همکاران، ۲۰۲۰) که ساختارزدایی داستان‌های کهنه و آفرینش داستانی نو است (پروچاسکا و نورکراس، ۱۳۹۹). وایت روایت‌درمانی را به‌کارگیری روش‌هایی برای فهم داستان‌های افراد، ساختار شکنی و بازنویسی این داستان‌ها می‌داند (پین، ۱۳۹۶). در این درمان به‌جای تمرکز بر داستان‌های سرشار از مشکل، توجه فرد را به‌سمت داستان‌های پسندیده که آن‌ها را به‌سوی هویت و زندگی بهتر می‌کشاند، متمرکز می‌کنند (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۱۳۹۸). روایت‌درمانی حرکت از یک ساخت فردی و درون‌فردی مسأله به‌سمت ساختی که بیش‌تر بین‌فردی و رابطه‌ای است، است (حسنی، ۱۳۸۸)؛ به‌نقل از خدایاری‌فرد، سهراب‌پور و حجازی، ۱۳۹۷). روایت‌درمانی بر نگرانی از بدریختی بدن دختران (بساک‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۱)؛ داکوستا و همکاران، ۲۰۰۷)، شاخص توده بدن زنان چاق (مکیان و همکاران، ۱۳۸۹)، خودکارآمدی ادراک‌شده (حسینی دستجردی و دانشور حسینی، ۱۳۹۶)، و خودکارآمدی دختران (چوب‌فروش‌زاده، سعیدمنش و رشیدی، ۱۳۹۷) اثربخش است.

امروزه با تغییر رویکرد بیماری‌نگر و پیدایش دیدگاه‌های سلامت‌نگر، سلامتی فقط روی یک محور که یک سوی آن بیمار و سوی دیگر آن سلامتی افراد قرار دارد، در نظر گرفته نمی‌شود؛ بلکه سلامت پیوستاریست که حالت انفعالی ندارد و نیازمند پرورش است. بدیهی است در این رابطه شناخت عوامل مؤثر بر غنی‌سازی زندگی و افزایش ظرفیت‌ها و سرمایه‌های روانشناختی و یافتن رویکردهای درمانی مؤثر برای زندگی آرام و مطمئن برای بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ از این‌رو، در پژوهش حاضر پژوهشگران سعی دارند رویکردی را عملیاتی کنند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را در بر داشته باشد و در عین حال، فرضیه اساسی آن‌ها را که معتقدند این درمان بر نگرانی از بدریختی بدن و خودکارآمدی ادراک‌شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به چاقی و اضافه وزن مؤثر می‌باشد، مورد بررسی قرار دهد. در خصوص اثربخشی روایت‌درمانی بر نگرانی از بدریختی بدن و خودکارآمدی ادراک‌شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به چاقی و اضافه وزن پژوهش حاضر اثربخشی روایت‌درمانی بر نگرانی از بدریختی بدن و خودکارآمدی ادراک‌شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به چاقی و اضافه وزن است.

• روش

روش پژوهش حاضر، نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش‌آموزان دختر مبتلا به چاقی و اضافه وزن دوره متوسطه دوم مدارس شهرستان جلفا در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ تشکیل دادند، که به دلیل اضافه وزن و عدم نرمال‌بودن شاخص توده بدنی 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، والدین و دانش‌آموزان، سیاهه نگرانی از تصویر بدن و پرسشنامه خودکارآمدی شرر، در بین ۱۰۷ دانش‌آموز دختر مبتلا به چاقی و اضافه وزن که مایل به شرکت در پژوهش بودند اجرا شد، و از بین آن‌هایی که در سیاهه نگرانی از تصویر بدن یک انحراف معیار بالاتر، و 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) دارای چاقی و اضافه وزن بیش‌تر از ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع، (۲) پذیرش داوطلبانه برای شرکت در پژوهش، (۳) 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 انتخاب، و با استفاده از گمارش تصادفی (به‌شیوه قرعه‌کشی) به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه بر اساس نرم‌افزار تعیین حجم نمونه $G\ Power\ 3$ و با در نظر گرفتن پارامترهای زیر محاسبه شد. اندازه اثر = 0.39 ؛ ضریب آلفا = 0.05 ؛ توان آزمون = 0.68 ؛ $repetitions=2$ ؛ $noncentrality\ parameter\ \lambda=12/0.89$ ؛ $Critical\ F=2/199$ ؛ $numerator\ df=1$ ؛ $denominator\ df=29$ ؛ $actual\ power=0/80$ ؛ $pillai\ V=0/29$. پیش از تقسیم تصادفی، کلیه افراد گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناسی نظیر سن و شاخص توده بدنی همسان شدند. 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. ابزارهای پژوهش سیاهه نگرانی از تصویر بدن و پرسشنامه خودکارآمدی شرر بودند.

الف: سیاهه نگرانی از تصویر بدن (Body Image Concern Inventory): این سیاهه از نوع خودگزارشی و مدادکاغذی است، و ۱۹ ماده دارد که اولین بار توسط لیتلتون، آکسسوم و پوری (۲۰۰۵) ساخته و اعتبارسنجی شده است. آزمودنی‌ها باید به یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی در طیف ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) پاسخ دهند. در این سیاهه، جمع نمرات گویه‌ها هرچه قدر بیش‌تر شود نشانه نگرانی زیاد درباره بدریختی بدن است. هدف این سیاهه سنجش نارضایتی فرد از ظاهر خود در اختلال‌هایی مثل اختلال بدریختی بدن و اختلال‌های خوردن یا سنجش نشانه‌شناسی مشابه در سطوح بالینی و غیربالینی است (لیتلتون و همکاران، ۲۰۰۵). این سیاهه برای نخستین بار توسط بساک‌نژاد و غفاری (۱۳۸۶) به فارسی ترجمه و روی جمعیت دانشجویی اعتباریابی شد. اعتبار این سیاهه به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای دانشجویان دختر، پسر و کل دانشجویان ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۵ گزارش شده است (بساک‌نژاد و غفاری،

۱۳۸۶). اعتبار این پرسشنامه در پژوهشی دیگر به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای دانشجویان دختر، پسر و کل دانشجویان ۰/۸۴، ۰/۸۴ و ۰/۸۵ به دست آمده است (بساکنزاد و همکاران، ۱۳۹۱).

ب: پرسشنامه خودکارآمدی (Self-efficacy Questionnaire): این پرسشنامه توسط شرر و همکاران در سال (۱۹۸۲) به منظور سنجش خودکارآمدی ساخته شده است و ۲۳ ماده دارد که ۱۷ ماده 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 (شرر و همکاران، ۱۹۸۲). حداقل نمره در این پرسشنامه ۲۳ و حداکثر آن ۱۱۵ است. هرچه قدر نمره فرد در این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان‌دهنده خودکارآمدی بیشتر است. شرر و همکاران آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۶ به دست آوردند (شرر و همکاران، ۱۹۸۲). نجفی و فولادچنگ (۱۳۸۶) برای به دست آوردن روایی سازه آزمون همبستگی آن را با مقیاس عزت‌نفس ۰/۶۱ گزارش داده است. همچنین اعتبار 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 نیمه کردن گاتمن نیز ۰/۷۶ به دست آورده‌اند (نجفی و فولادچنگ، ۱۳۸۶).

• شیوه اجرا

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 وایت و اپستون، که در پژوهش مکیان و همکاران (۱۳۸۶) برای افراد چاق اجرا متناسب‌سازی و اجرا شده است، 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 تخصصی مشاوره و 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.

محتوای جلسات و پروتکل روایت‌درمانی

جلسه	هدف و محتوا
اول	معرفه، 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 معنادگی آن به آینده؛
هفتم	فاز تثبیت: زندگی در داستان جدید، پاسخ‌گویی به سوالات و بازنویسی داستان‌های گذشته؛
هشتم	بررسی معنای زندگی، مستندات بیرونی، غنی‌سازی و تشویق فرد به پیمودن ادامه داستان، پس‌آزمون و پایان درمان.

• یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم‌افزار اسپاس پی‌اس اس استفاده شد. برای این منظور در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد، آزمون t مستقل، و در سطح آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در این پژوهش سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه $16/80 \pm 0/71$ سال، و میانگین و انحراف معیار شاخص توده بدنی آن‌ها $20/20 \pm 4/04$ کیلوگرم بود. در جدول ۱، 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 معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$).

جدول ۱. 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	۱۶/۶۰ \pm ۰/۷۳	۰/۱۲۷
	کنترل	۱۷/۰۰ \pm ۰/۶۵	
	کل	۱۶/۸۰ \pm ۰/۷۱	
شاخص توده بدنی	آزمایش	۳۲/۷۳ \pm ۴/۳۱	۰/۴۸۰
	کنترل	۳۱/۶۷ \pm ۳/۸۳	
	کل	۳۲/۲۰ \pm ۴/۰۴	

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

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک در گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پیگیری انحراف معیار \pm میانگین
نگرانی از بدریختی بدن	آزمایش	۵۷/۶۰ \pm ۱۱/۰۰	۵۱/۴۰ \pm ۱۱/۰۵	۵۱/۴۷ \pm ۱۱/۱۴
	کنترل	۶۱/۴۰ \pm ۹/۱۴	۶۴/۴۰ \pm ۹/۱۴	۶۵/۶۰ \pm ۸/۸۸
خودکارآمدی ادراک‌شده	آزمایش	۴۸/۹۳ \pm ۵/۹۸	۵۶/۳۳ \pm ۵/۸۳	۵۶/۴۷ \pm ۵/۹۳
	کنترل	۴۹/۲۰ \pm ۵/۷۵	۴۹/۲۷ \pm ۵/۹۳	۴۹/۴۷ \pm ۵/۹۹

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو و ویلک نشان داد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چرا که مقادیر Z محاسبه‌شده در سطح ($p < 0/05$) معنادار نیست. در آزمون ام باکس، چون F نگرانی از بدریختی بدن ($F=2/119$) و خودکارآمدی ادراک‌شده ($F=2/078$) به ترتیب در سطح ($0/257$) و ($0/326$) معنادار نبودند، بنابراین می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. در آخر، آزمون کرویت موخلی نشان داد چون مقدار کرویت موخلی ($0/460$) نگرانی از بدریختی بدن در سطح خطای داده‌شده ($0/232$) و مقدار کرویت موخلی ($0/535$) خودکارآمدی ادراک‌شده در سطح خطای داده‌شده ($0/435$) معنادار نیست، لذا می‌توان کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت. پس، این پیش‌فرض نیز برقرار است.

اطلاعات جدول ۳ برای متغیر نگرانی از بدریختی بدن بیان می‌کند که بین نمرات متغیر نگرانی از بدریختی بدن در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین نمرات متغیر نگرانی از بدریختی بدن در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. همچنین، اطلاعات جدول ۳ برای متغیر خودکارآمدی ادراک‌شده بیان می‌کند که بین نمرات متغیر خودکارآمدی ادراک‌شده در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین نمرات متغیر خودکارآمدی ادراک‌شده در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

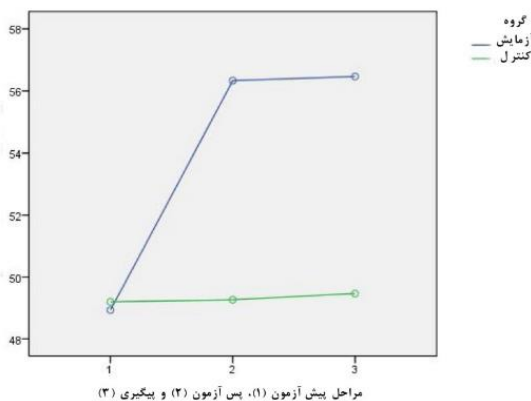
متغیر	مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	مجذور اتا
نگرانی از بدریختی بدن	لامبدا ویلکز	۱/۳۰۳	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۰۶
	لامبدا ویلکز	۱/۲۱۷	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۸۹
خودکارآمدی ادراک‌شده	لامبدا ویلکز	۷۵/۷۹۳	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴۹
	لامبدا ویلکز	۷۵/۷۶۳	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴۹

جدول ۴ تأثیرات متغیرهای زمان، و تعامل زمان و مداخله را بر متغیرهای نگرانی از بدریختی بدن و خودکارآمدی ادراک شده نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود اثر متغیر زمان بر متغیرهای نگرانی از بدریختی بدن و خودکارآمدی ادراک شده معنادار است ($p < 0/001$). یعنی نمرات متغیرهای نگرانی از بدریختی بدن و خودکارآمدی ادراک شده گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معناداری دارد. همچنین اثر تعاملی متغیر زمان و مداخله نیز در متغیرهای نگرانی از بدریختی بدن و خودکارآمدی ادراک شده معنادار بوده است ($p < 0/001$). یعنی روایت‌درمانی توانسته است نگرانی از بدریختی بدن و خودکارآمدی ادراک شده در پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معناداری بگذارد. همچنین ضرایب اتای به‌دست آمده برای متغیر نگرانی از بدریختی بدن نشان می‌دهد که ۵۳ درصد از تغییرات این متغیر در مرحله زمان، و ۶۸ درصد از تغییرات آن، در مرحله تعاملی متغیر زمان و مداخله، ماحصل تأثیر روایت‌درمانی بوده است. و نیز، ضرایب اتای به‌دست آمده برای متغیر خودکارآمدی ادراک شده نشان می‌دهد که ۵۴ درصد از تغییرات این متغیر در مرحله زمان، و ۵۲ درصد از تغییرات آن، در مرحله تعاملی متغیر زمان و مداخله، ماحصل تأثیر روایت‌درمانی بوده است.

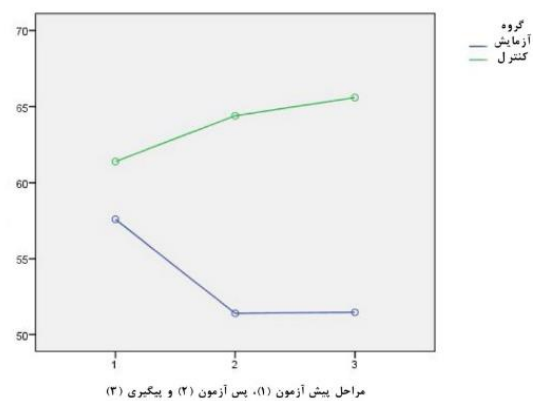
جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته در بین گروه آزمایش و کنترل در متغیر پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
نگرانی از بدریختی بدن	زمان	۱	۱۴/۰۱۷	۷۷/۴۶۱	۰/۰۰۱	۰/۶۳۴
	خطا (زمان)	۲۸	۰/۱۸۱			
	زمان	۲	۱۹/۴۷۸	۱۳۷/۱۰۶	۰/۰۰۱	۰/۵۳۰
	زمان*مداخله خطا (زمان)	۲ ۵۶	۲۴/۰۸۷۸ ۰/۱۴۲	۱/۶۹۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸۴
خودکارآمدی ادراک شده	زمان	۱	۲۲۸/۱۵۰	۱۴۰/۹۱۶	۰/۰۰۱	۰/۵۳۴
	خطا (زمان)	۲۸	۱/۶۱۹			
	زمان	۲	۱۴۵/۸۷۸	۱۴۱/۳۸۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴۵
	زمان*مداخله خطا (زمان)	۲ ۵۶	۱۳۳/۲۳۳ ۱/۰۳۲	۱۲۹/۱۳۴	۰/۰۰۱	۰/۵۲۲

میانگین نمره خودکارآمدی ادراک شده گروه آزمایش و کنترل



میانگین نمره نگرانی از بدریختی بدن گروه آزمایش و کنترل



نمودار ۱. میانگین نمره نگرانی از بدریختی بدن و خودکارآمدی ادراک شده گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

● بحث

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی روایت‌درمانی بر نگرانی از بدریختی بدن و خودکارآمدی ادراک شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به چاقی و اضافه وزن انجام شد. نتایج از اثربخشی روایت‌درمانی بر نگرانی از بدریختی بدن و خودکارآمدی ادراک شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به چاقی و اضافه وزن حمایت کرد. تطابق نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های مشابه که از لحاظ موضوعی با این پژوهش تطابق داشته باشد، به دلیل نوین بودن روایت‌درمانی، و از طرفی به سبب در دسترس نبودن اثربخشی روایت‌درمانی بر نگرانی از بدریختی بدن و خودکارآمدی ادراک شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به چاقی و اضافه وزن، مقدور نبود؛ ولی می‌توان گفت که نتایج حاصل از این

پژوهش با یافته‌های مطالعات زیر همسو است. همچنین، 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.

در راستای اثربخشی روایت‌درمانی بر نگرانی از بدریختی بدن و خودکارآمدی ادراک‌شده می‌توان به نتایج پژوهش‌های داکوستا و همکاران (۲۰۰۷)، بساک‌نژاد و همکاران (۱۳۹۱)، مکیان و همکاران (۱۳۸۶)، حسینی دستجردی و دانشور حسینی (۱۳۹۶)، و چوب‌فروش‌زاده و همکاران (۱۳۹۷) اشاره کرد که نشان دادند روایت‌درمانی بر نگرانی از بدریختی بدن دختران، شاخص توده بدن زنان مبتلا به اضافه وزن، خودکارآمدی ادراک‌شده و خودکارآمدی دختران اثربخش است، که نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو است.

افراد چاق از نازیبایی بدنشان رنج می‌برند و نگران از بدریختی بدنشان هستند، 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 به زندگی دارند به گونه‌ای 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 به هدف زیبایی خویش را جراحی پلاستیک 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 اقتناع درونی و پذیرش شخصی از ظاهر جسمانی را در افراد چاق شکل دهند. روایت‌درمانی یک تجربه جدید برای این افراد است (عمادی، یزدخواستی و مهرابی، ۱۳۹۴). 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 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 نگرانی از بدریختی بدن افراد مبتلا به چاقی و اضافه وزن 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 و اضافه وزن باشد (بساک‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۱).

وقتی در جلسات روایت‌درمانی، افراد داستان‌هایی در مورد شخصیت‌هایی با مشکلات را می‌خوانند یا به آن‌ها گوش می‌دهند، درمی‌یابند دیگران نیز با مشکلات مشابهی روبه‌رو 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. به دنبال 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 (حسینی دستجردی و دانشور حسینی، ۱۳۹۶)؛ و با توجه به مکانیسم اثرگذاری این درمان، با گذشت زمان نیز این تأثیر ماندگاری خود را حفظ می‌کند.

• نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که روایت‌درمانی، با کاربرد فرآیندهای خود، سبب کاهش نگرانی از بدریختی بدن و افزایش خودکارآمدی ادراک‌شده دانش‌آموزان مبتلا به چاقی و اضافه وزن 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 کاهش نگرانی از بدریختی و افزایش خودکارآمدی ادراک‌شده دانش‌آموزان مبتلا به چاقی و اضافه وزن برگزار گردد.

روش پژوهش حاضر نیمه‌تجربی بود و از این‌رو تعمیم یافته‌ها به سایر نمونه‌ها را دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسشنامه انجام شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل است.

منابع

- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۲۰۱۹). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-5*. (ترجمه فرزین رضاعی، علی فخرایی، اتوسا فرمند، علی نیلوفری، ژانت هاشمی آذر، فرهاد شاملو). تهران: روان.
- بساکنزاد، سودابه و غفاری، مجید. (۱۳۸۶). رابطه بین ترس از بدریختی بدنی و اختلال‌های روان‌شناختی در دانشجویان. *مجله علوم رفتاری*، ۱(۲): ۱۷۹-۱۸۷.
- بساکنزاد، سودابه؛ مهربایی‌زاده 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.
- پروچاسکا، جیمز و نورکراس، جان. (۱۳۹۹). *نظریه‌های روان‌درمانی (نظام‌های روان‌درمانی): تحلیل میان‌نظری*. (ترجمه یحیی سیدمحمدی). تهران: روان.
- پین. مارتین. (۱۳۹۶). *روایت‌درمانی*. (ترجمه مریم اسماعیلی‌نسب و حلیمه پناهی). تهران: رشد.
- چوب‌فروش‌زاده، آزاده؛ سعیدمنش، محسن و رشیدی، محدثه‌سادات. (۱۳۹۷). اثربخشی روایت‌درمانی گروهی بر انعطاف‌پذیری شناختی دختران نوجوان بدسرپرست مراکز بهزیستی مشهد. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۸: ۷۶.
- حسینی دستجردی، حسن و دانشور حسینی، نیرالسادات. (۱۳۹۶). تأثیر روایت‌درمانی بر خودکارآمدی و انگیزش پیشرفت دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه منطقه جرقویه علیا. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۸(۲): ۱۲۱-۱۳۰.
- خدایاری‌فرد، محمد؛ سهراب‌پور، غلامرضا و حجازی، الهه. (۱۳۹۷). اثربخشی روایت‌درمانگری به‌شیوه مشاوره گروهی بر عملکرد خانواده زنان دارای همسر معتاد. *مجله روانشناسی*، ۲۲(۲): ۲۲۰-۲۳۷.
- رضایی، رضا؛ وفادار، زهره و نویدیان، علی. (۱۳۹۳). اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن در نوجوانان چاق یا دارای اضافه وزن. *مجله علوم رفتاری*، ۸(۲): ۱۸۵-۱۹۳.
- عمادی، زهرا؛ یزدخواستی، فریبا و مهربایی، حسینعلی. (۱۳۹۴). اثربخشی روایت‌درمانی گروهی بر سازگاری با طلاق والدین، تاب‌آوری و مشکلات رفتاری-هیجانی دختران طلاق مقطعی ابتدایی شهر اصفهان. *مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۲(۳): ۸۱-۹۹.
- گلدنبرگ، ایرنه و گلدنبرگ، هربرت. (۱۳۹۸). *خانواده‌درمانی*. (ترجمه حمیدرضا حسین شاهی برواتی، سیامک نقشبندی و الهام ارجمند). تهران: روان.
- مکیان، سمیه‌سادات؛ اسکندری، حسین؛ برجعلی، احمد و قدسی، دل‌آرام. (۱۳۸۹). مقایسه تأثیر روایت‌درمانی و رژیم‌درمانی بر شاخص توده بدن زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی. *مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران*، ۵(۴): ۵۳-۶۳.
- نجفی، محمود و فولادچنگ، محبوبه. (۱۳۸۶). رابطه خودکارآمدی و سلامت روان در دانش‌آموزان دبیرستانی. *دانشور رفتار*، ۴(۲۲): ۶۹-۸۱.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav*, 2: 143-164.
- Bastianello, J., Epkey, M., & McMullin, K. (2012). The Nature of Social Support: Self-Efficacy in Overweight and Obese Adolescents. *Mental Health*, 1.
- Byrne, S., Barry, D., & Petry N M. (2012). Predictors of Weight Loss Success: Exercise vs. Dietary Self-Efficacy and Treatment Attendance. *Appetite*, 2: 695-698.
- Dacosta, D., Nelson, T M., Rudes, J., & Guterman, J T. (2007). A Narrative Approach To Body Dysmorphic Disorder. *JMHC*, 1: 67.
- Dutton, GR., Martin, PD., Rhode, PC., & Brantley, PJ. (2004). Use of the weight efficacy lifestyle questionnaire with African American women: validation and extension of previous finding. *Eat Behav*, 5: 375-84.
- Dzielska, A., Mazur, J., Nałęcz, H., Oblacińska, A., & Fijałkowska, A. (2020). 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*, 7: 21-28.
- Fang, A., & Hofmann, SG. (2010). Relationship between social anxiety disorder and body dysmorphic disorder. *Clin Psychol Rev*, 2: 1040-1048.
- Fazel, M., Stratford, H J., Rowsell, E., Chan, C., Griffiths, H., & Robjant, K. (2020). Five Applications of Narrative Exposure Therapy for Children and Adolescents Presenting With Post-Traumatic Stress Disorders. *Front Psychiatry*, 11: 19.
- Friedman, K E., Reichmann, S K., Costanzo, P R., & Musante, G J. (2020). Body Image Partially Mediates the Relationship between Obesity and Psychological Distress. *Obesity*, 1: 33-41.
- Henrique Magnani Branco, B., Zanqueta Carvalho, I., Garcia de Oliveira, H., & Paula Fanhani, A. (2020). Effects of 2 Types of Resistance Training Models on Obese Adolescents' Body Composition, Cardiometabolic Risk, and Physical Fitness. *JSCR*, 9: 2672-2682.
- 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*, 1: 30
- Littelton, H L., Axsom, D., & Pury, C L S. (2005). Development of the Body Image Concern Inventory. *Behav Res Ther*, 2: 229- 241.
- Mirzazade, A., Sadeghirad, B., Haghdoost, AA., Bahrein, F., & Rezazadeh Kermani, M. (2009). The Prevalence of Obesity in Iran in Recent Decade; a Systematic Review and Meta-Analysis Study. *Iranian Journal of Public Health*, 38: 1-11.
- Phillips, KA., Didie, E., & Menard, W. (2007). Clinical features and correlates of major depressive disorder in individual with body dysmorphic disorder. *J Affect Disord*, 1-3: 129-135.
- Phillips, KA., Menard, W., Fay, C., & Pagano, ME. (2005). Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*, 46: 254-260.
- Santana, C O., Hill, J., Azevedo, LB., Gunnarsdottir, T., & Prado, WL. (2017). The association between obesity and academic performance in youth: a systematic review: Obesity and academic performance. *Obes Rev*, 10: 1191-1199.
- Sherer, M., Maddux, J E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, RW. (1982). The self efficacy scale: Construction and validation. *Psychol Rep*, 2: 663-671.
- Shin, H., Shin, J., Liu, PY., Dutton, G R., Abood, D A., & Ilich, J Z. (2011). Self-efficacy improves weight loss in overweight/obese postmenopausal women during a 6-month weight loss intervention. *Nutr Res*, 11: 822-828.
- Steinbeck, KS., Lister, NB., Gow, ML., & Baur, LA. (2018). Treatment of adolescent obesity. *Nat Rev Endocrinol*, 14: 331-344.