

بررسی تأثیر روایت‌درمانی زوجی بر عملکرد خانوادگی
زوجین شهر اصفهان

The Effect of Narrative Couple Therapy on Couples
Family Functioning in Isfahan

S. Rabiee, M. A. ✉

M. Fatehi Zadeh, Ph.D.

F. Bahrami, Ph.D.

سولماز ربیعی ✉

کارشناس ارشد مشاوره خانواده

دکتر مریم فاتحی زاده

استادیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

دکتر فاطمه بهرامی

استادیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

Abstract

The purpose of this study was to examine the effectiveness of narrative couple therapy on couple's family functioning. Research procedure was quasi experimental with pre-test and post-test and control groups. Sample included 30 couples who were referred to Kashani hospital in Isfahan province in 2007.

They were placed randomly in the experimental (15 couples), and control (15 couples) groups.

چکیده:

هدف این پژوهش بررسی تأثیر روایت‌درمانی زوجی بر عملکرد خانوادگی زوجین شهر اصفهان بوده است. روش پژوهش نیمه‌تجربی با استفاده از پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه آزمایش و کنترل بود. ۳۰ زوج از زوجین مراجعه‌کننده به بخش گفتاردرمانی بیمارستان کاشانی شهر اصفهان در سال ۸۶ به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ زوج) و گواه (۱۵ زوج) جایگزین شدند. متغیر وابسته در این پژوهش عملکرد خانوادگی بود که توسط آزمون عملکرد خانوادگی بلوم ارزیابی شد.

✉Corresponding author: Ayatollah Kashoni Hospital, Isfahan, Iran
Tel: +98311-2330091-5
Fax: +98311-6683107
Email: ho_farhadian@yahoo.com

✉ نویسنده مسئول: اصفهان - خیابان آیت‌الله کاشانی - بیمارستان آیت‌الله کاشانی - بخش گفتار درمانی
تلفن: ۵-۲۳۳۰۰۹۱ - ۰۳۱۱ دورنما: ۰۳۱۱-۶۶۸۳۱۰۷
email: ho_farhadian@yahoo.com پست الکترونیک:

Family functioning as dependent variable was assessed by Bloom's Family Function questionnaire .

The experimental group were exposed to narrative couple therapy for nine sessions. It was hypothesized that narrative couple therapy would improve couple family functioning and it's dimensions and out come will differ based on. Results showed that narrative couple therapy had improved couple's Family Functioning ($P < 0/01$) and influenced all dimensions except enmeshment and religious commitment ($p < 0/05$).

There was no gender difference ($P < 0/05$).

keyword: Narrative couple therapy, Family Functioning.

گروه آزمایش در ۹ جلسه روایت‌درمانی زوجی شرکت نمودند. فرضیه‌های تحقیق آن بود که روایت‌درمانی زوجی بر بهبود عملکرد خانوادگی زوجین و ابعاد آن مؤثر است و تأثیر آن بر عملکرد خانوادگی زوجین و ابعاد آن برحسب جنسیت متفاوت است و عملکرد خانوادگی در زنان و مردان متفاوت می‌باشد. نتایج نشان داد که روایت‌درمانی زوجی عملکرد خانوادگی را بهبود می‌بخشد ($P < 0/01$) و بر ابعاد آن به‌جز تأکیدات مذهبی و به‌هم‌تنیدگی مؤثر است ($P < 0/05$). تأثیر این رویکرد بر عملکرد خانوادگی و ابعاد آن برحسب جنسیت تفاوت نداشته است ($P < 0/05$). هم‌چنین بین عملکرد خانوادگی زنان و مردان تفاوتی وجود نداشت ($P < 0/05$).

کلیدواژه‌ها: روایت‌درمانی زوجی، عملکرد خانوادگی، زوجین.

مقدمه

خانواده نخستین نهاد اجتماعی است که تأمین‌کننده نیازهای روانی و جسمانی فرد است و نخستین محیط پرورشی است که می‌تواند زمینه‌بستگی و شکوفایی فرد را فراهم سازد. هم‌چنین خانواده مانند هر نظامی، از عناصری چند تشکیل شده که در تعامل با یکدیگرند. این عناصر در کنار هم ممکن است به استقلال و انسجام دست یافته و یک خانواده بالنده را تشکیل دهند و یا ممکن است به تضاد و تعارض و ناسازگاری برسند و به یک خانواده آشفته منجر شوند (نجمی، ۱۳۷۵). خانواده اولین و مهم‌ترین پایگاه و مأمن پرورش ابعاد مختلف وجود انسان به‌ویژه بعد روان‌شناختی او می‌باشد. به همین علت نوع تعاملات اعضا و عملکرد خانواده^۱ می‌تواند در راستای تحقق این مسئله حائز اهمیت بسیار باشد (اسلامی، ۱۳۸۰).

خانواده‌ها در سطوح بسیار مختلفی عمل می‌کنند و نیازهایی دارند که دامنه آن‌ها از نیازهای اساسی تا پیچیده گسترده می‌باشد و طیفی را از نیازهای جسمانی گرفته نظیر غذا و سرپناه تا خودشکوفایی پوشش می‌دهند (به‌نقل از تاملیسون^۲، ۱۳۸۳). کلیپاتریک^۳ و هلند^۴ (۱۹۹۵) به‌نقل از تاملیسون^۵، ۱۳۸۳، عملکرد خانواده را در چهار سطح توصیف می‌کنند، که این چهار سطح عبارتند از: سطح اول: بقای جسمی و زندگی شامل غذا، سرپناه، محافظت، مراقبت پزشکی و پرورش و تغذیه؛

سطح دوم: محدودیت و ایمنی؛ سطح سوم: مرزهای مناسب و مشخص خانوادگی، فردی و نسلی؛ سطح چهارم: تعاض درونی، صمیمیت، خودشکوفایی و بینش. وظیفه اصلی خانواده فراهم کردن غذا، سرپناه، ایمنی یا محافظت، سلامت و تربیت اعضایش است.

خانواده‌ای که عملکرد خوبی دارد این موارد را رعایت خواهد کرد: ثبات و ایمنی برای کودک و خانواده، خانواده‌ها باید محیط پرورنده و مراقبت دائمی لازم را برای کودکان فراهم کنند. سلامت و آموزش، خانواده‌ها از سلامت محافظت می‌کنند و برای رشد سالم و یادگیری، تغذیه اعضا را فراهم می‌کنند. شایستگی، خانواده از اعضایش حمایت عاطفی می‌کند تا شایستگی عاطفی و اجتماعی اعضایش بروز کند. همچنین عملکرد، متأثر از قدرت و کنترل در سیستم خانوادگی است و تعیین ارتباطات و روابط در سیستم‌های خانوادگی برای درک عملکرد خانواده حائز اهمیت است (به نقل از تاملیسون، ۱۳۸۳).

از آنجا که عملکرد خانوادگی یکی از مهم‌ترین ابعاد زندگی هر فرد است، پژوهش‌های متعددی در جهت تعیین اثربخشی رویکردهای مختلف برای ارتقاء این عملکرد انجام شده است، که یکی از مهم‌ترین آن‌ها رویکرد روایت‌درمانی است. روایت‌درمانی رویکردی است که شکل‌گیری مشکلات را ناشی از روایت‌های مشکل‌دار افراد می‌داند. اساس این رویکرد براساس استفاده از روایت و داستان است. زوج‌درمانی روایتی معتقد است که مردم از طریق روایات، زندگی و تجارب خود را معنا می‌کنند. وجود روایت‌های سرشار از مشکل منجر به بروز مشکلات می‌شود و تغییرات روان‌شناختی و حل مشکل نیز از طریق تغییر روایت مشکل‌دار، ممکن می‌شود. زوج‌درمانی روایتی به دنبال یافتن روایتی است که ارتباط میان زوجین را شکل می‌دهد. همچنین به دنبال تسهیل فرایند بازنویسی مشارکتی روایت‌های مشکل‌دار آنان است (تبریزی و همکاران، ۱۳۸۵).

روایت‌درمانی تلاش می‌کند تا چارچوب‌های ذهنی را که شخص در مسیر تفکر خویش دائماً به آن‌ها رجوع می‌کند را تغییر دهد و این کار را از طریق تفکر انتقادی بر فرض‌های ذهنی فرد انجام می‌دهد. در روایت‌درمانی تأکید بر داستانی است که شخص می‌گوید و سعی در فهم این داستان از طریق اشتراک فکری فرد با مراجع است. مراجع درمی‌یابد که داستان مسلط زندگی او داستانی ناشایسته و لازم به تغییر است و در لابلای داستان او نتیجه‌های منحصر به فردی وجود دارد، که او تا به حال به آن‌ها توجه نکرده است. چرا که او داستان خویش را غرق در مشکل می‌بیند و در تعریف داستان زندگی خویش نیز تنها به مشکلات فراوان آن‌ها اشاره دارد. این غرق در مشکل بودن داستان فرد اجازه فرارفتن تفکر فرد به سمت نتیجه‌ها، اتفاقات و لحظات ناب و قابل توجه و شایسته که ارزشمندی او را خاطر نشان می‌کند را نمی‌دهد. برای مراجع داستان مسلط زندگی خویش داستانی است که تمام قصه‌های دیگر زندگی در برابر آن حاشیه‌ای به نظر می‌رسند، داستانی که هسته شکل‌دهنده زندگی فرد است (عابدی، ۱۳۸۵).

رویکرد روایت‌درمانی بر این فرضیه استوار است که داستان‌ها، تظاهرات و انعکاس هویت یا مشکلات نیستند، بلکه به بیان دقیق‌تر، داستان‌ها ترکیبی از تغییرات زندگی، مشکلات و هویت فرد است. طبق نظریه ساختارگرایی اجتماعی، فرایند درمان، بازنویسی این موارد است. به‌طوری‌که داستان‌های شخصی شکلی از هویت افراد می‌باشند. در روایت‌درمانی به مشکلات انسانی به‌عنوان مسائلی نگریسته می‌شود که از داستان‌های رنج‌آور و تأثیرگذار بر زندگی فرد برخاسته است. درمان، بررسی چگونگی تحلیل داستان زندگی افراد توسط خود آنان است، به شیوه‌ای که علت به درمان کشیده شدن آنان را بدست می‌دهد. تمرکز و تأکید کلی بر ایجاد معانی جدید در زندگی است. مشکلات به‌صورت داستان‌هایی دیده می‌شوند که مردم قبول کرده‌اند برای خود بگویند. روایت درمانگران به ادعاها و داستان‌های عینی کمتر توجه می‌کنند و بیشتر به فواید اجتماعی که در داستان‌های زندگی فرد بیان می‌شود علاقمندند (به‌نقل از کار، ۱۳۸۴).

یکی از جالب توجه‌ترین پیشنهادات روایت‌درمانی این است که دنیا کارکردی از آن‌چه وجود دارد نیست بلکه کارکردی از آن چیزی است که روی می‌دهد. ایده «آن‌چه روی می‌دهد» یک عنصر حیاتی در فرایند روایت محسوب می‌شود. ما از این ایده حمایت می‌کنیم که آسیب‌شناسی نتیجه یک سازوکار زیربنایی نیست (خواه زیستی یا روانی) بلکه محصول بناسازی روایت بیمار می‌باشد (آنگوس، لویت و هاردتک^۵، ۱۹۹۹؛ بوتلا و هررو^۶، ۲۰۰۰؛ دیماگیو و سمراری^۷، ۲۰۰۱؛ گونکالوس^۸، ۱۹۹۵؛ هرمانس و هرمانس جانسن^۹، ۱۹۵۵؛ مک لئود، ۱۹۹۷؛ نیمیر^{۱۰}، ۲۰۰۰؛ امر و آلون^{۱۱}، ۱۹۹۷؛ وایت واپسون، ۱۹۹۰).

روایت‌درمانی رویکردی است در مشاوره که مردم را متخصصان اصلی زندگی‌شان و مشکلات را به‌عنوان بخش‌های جداگانه از مردم می‌بیند و تصور می‌کند مردم دارای بسیاری از مهارت‌ها، باورها، ارزش‌ها و توانایی‌هایی هستند که به آن‌ها کمک می‌کند تا اثرات مشکلات را در زندگی‌شان کاهش دهند. روایت‌درمانی دربرگیرنده روش‌های فهم داستان‌های زندگی افراد و روش‌های بازنویسی این داستان‌ها در کار اشتراکی درمانگر و فرد است که زندگی‌اش به بحث گذشته شده است (مورگان^{۱۲}، ۲۰۰۰، به‌نقل از چهارم‌حالی، ۱۳۸۵).

اسماعیلی‌نسب (۱۳۸۳) پژوهشی تحت عنوان بررسی روایت‌های زندگی افراد افسرده و مضطرب، مراجعه‌کننده به کلینیک‌های شهر تهران و مقایسه آن با افراد عادی انجام داد. نتایج بدست آمده نشان داد که افراد افسرده و مضطرب نگرش منفی بیشتری نسبت به خود دارند. مضمون اصلی روایت افراد افسرده اجبار و محدودیت و افراد مضطرب، تردید و ابهام است. روایت‌های افراد عادی، پیامدهای رهایی‌بخش بیشتری نسبت به دو گروه داشت. النجار (۱۹۹۶) در تحقیقی با عنوان «برداشت نوجوانان از عملکرد خانواده در امارات متحده عربی» به بررسی سلامت روانی ۷۱۰ نوجوان ۱۹-۱۴ ساله خانواده‌های امارات متحده عربی پرداخت. نتایج نشان داد که آزمودنی‌های پسر در

مقایسه با آزمودنی‌های دختر خانواده‌های خود را در ساختار خانواده و روابط خارجی بسیار مفیدتر می‌دانستند. آزمودنی‌های دختر خانواده‌های خود را در روابط داخلی، کنترل رفتاری و نیازهای اساسی مفیدتر می‌دانستند. به هر حال، در پسرها تمایل به رفع نیازهای عاطفی در خانواده بیشتر وجود داشت و نمرات عملکرد خانواده در خانواده‌های سطح اقتصادی اجتماعی بالا بیشتر از دیگر سطوح بود. فالن و همکاران (۱۹۹۳) در پژوهشی بر روی یک نمونه ۲۳۹ نفری از دانش‌آموزان یازده تا چهارده ساله، به بررسی رابطه عملکرد خانواده با شیوه‌های مقابله پرداختند و بیان کردند که جنسیت یک عامل تعیین‌کننده در نحوه مقابله محسوب می‌شود. شریفی (۱۳۸۲) پژوهشی تحت عنوان بررسی رابطه بین عملکرد خانواده با سرسختی روان‌شناختی در یک نمونه ۲۳۰ نفری از دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر اصفهان انجام داده است. یافته‌ها حاکی از رابطه مثبت و معنادار بین عملکرد خانواده در سختی در کل نمونه و گروه‌های پسران و دختران می‌باشد.

روش

این تحقیق نیمه‌تجربی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایشی و کنترل از دو جنس زن و مرد است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

نمونه این پژوهش ۳۰ زوج بودند که آزمودنی‌ها از بین زوجین داوطلب، پس از یک فراخوان برای زوجین دارای مشکل زناشویی و توضیح در مورد اهداف آموزشی انتخاب شدند و ثبت نام آن‌ها به‌طور تصادفی صورت گرفت. این افراد به‌طور تصادفی نیز در دو گروه آزمایشی و کنترل (۱۵ زوج در گروه آزمایش و ۱۵ زوج در گروه کنترل) قرار گرفتند. شرایط ورود به تحقیق عبارت بود از: وجود مشکل زناشویی، حداقل تحصیلات دیپلم، طول مدت ازدواج بالاتر از هفت سال (به دلایل: همسان بودن گروه از نظر طول مدت ازدواج و در دسترس بودن گروه). شرایط خروج از تحقیق عبارت بود از: وجود اختلالات حاد روان‌شناختی از جمله اختلالات سایکوتیک (دو قطبی)، مصرف داروهای روان‌پزشکی و روان‌گردان، اعتیاد، طول مدت ازدواج بالاتر از بیست سال. مشخصات جمعیت‌شناختی کل نمونه شامل میانگین و انحراف معیار سن نمونه تحقیق به ترتیب ۳۷/۳۶ و ۴/۲۱ بود.

ابزار پژوهش

در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از آزمون مقیاس عملکرد خانواده بلوم به‌عنوان ابزار اندازه‌گیری استفاده شده است. شاخص‌های این مقیاس عبارتند از: همبستگی، ابراز بیان خود، تضاد و تعارض، موقعیت‌های فرهنگی - عقلانی، موقعیت‌های سرگرمی - تفریحی، تأکیدات مذهبی، سازمان‌دهی، جامعه‌پذیری، منبع کنترل بیرونی، آرمان خانوادگی، گسستگی، سبک خانواده‌آزادمنش، سبک خانواده

بی‌قید و بند، سبک خانواده مستبد، به‌هم تنیدگی. آزمون عملکرد خانواده شامل هفتاد و پنج عبارت مربوط به ویژگی‌های خانواده می‌باشد که برای هر عبارت چهار گزینه در نظر گرفته شده است. این آزمون در شکل چهار درجه‌ای دارای یک نمره کل از هفتاد و پنج تا سیصد بوده و هر یک از پانزده بعد آن نیز نمره‌ای با دامنه ۵ تا ۲۰ دریافت می‌نمایند (بلوم، ۱۹۸۵).

بلوم (۱۹۸۵)؛ به‌نقل از وندی^{۱۳} و همکاران، (۱۹۸۵) پایایی ۰/۸۸ را از طریق آلفای کرونباخ برای عملکرد کلی بدست آورد. ضمناً لازم به ذکر است که اعتبار محتوایی آزمون با نظر گروهی از صاحب‌نظران و مشاوران خانواده مورد تأیید قرار گرفته است (اسلامی، ۱۳۸۰). نجمی (۱۳۷۵) در بررسی پایایی آزمون با روش دو نیمه کردن، ضرایب ۰/۷۷، ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۸۶ را به ترتیب برای همبستگی بین دو نیمه آزمون، آلفای کرونباخ نیمه اول، نیمه دوم و کل مقیاس را بدست آورد. اسلامی (۱۳۸۰) و پیکرستان (۱۳۸۰) به ترتیب پایایی ۰/۸۷ و ۰/۹۳ را از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس بدست آوردند. هم‌چنین در پژوهش شریفی (۱۳۸۲) ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در گروه‌های پسران، دختران و کل نمونه به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۸۷ بدست آمده است. در پژوهش حاضر (۱۳۸۶) نیز پایایی ۰/۸۹ از طریق آلفای کرونباخ بدست آمده است. با توجه به پشتوانه پژوهشی مطلوب و غنی موجود برای مقیاس عملکرد خانواده و این‌که این مقیاس ابعاد بیشتری از عملکرد خانواده را مورد ارزیابی قرار می‌دهد در نتیجه برای سنجش عملکرد خانواده ابزاری معتبر و پایا می‌باشد.

شیوه اجرا

برنامه آموزش جلسات روایت‌درمانی زوجی شامل ۹ جلسه (هر هفته یک جلسه آموزشی ۲ ساعته) آموزش محقق‌ساخته است که عناوین جلسات آن شامل: آشنایی با اعضا، بیان منطبق و اهداف جلسات آموزشی، تبیین و ارائه مدل درمانی - آموزشی، توصیف داستان زندگی برحسب تاریخچه به قصد تشخیص قصه مسلط و حاشیه‌ای زوجین در داستان زندگی مشترکشان، آموزش مهارت‌های غلبه بر مشکل و راه‌حل‌های مناسب آن، فهم داستان مشکل، محور و داستان‌های حامی آن، ارائه یک دورنمای توضیحی خارجی از مشکل به زوجین از طریق خلق نوعی رابطه جدید، ایجاد دریچه‌ای تازه برای برداشت‌ها و فرضیات زوجین درباره مشکل، تشخیص پیامدهای بی‌همتا و تألیف یک داستان جدید توسط مراجع با تکیه بر نقاط قوت او و بررسی داستان تازه زوجین و جمع‌بندی جلسات می‌شود.

نتایج

با توجه به مقادیر مندرج در جدول ۱ روایت‌درمانی زوجی بر بهبود عملکرد خانوادگی زوجین در سطح $P < 0/01$ مؤثر بوده اما بین جنس و گروه رابطه معناداری مشاهده نشد ($P = 0/81$).

جدول ۱: خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به نمرات عملکرد

خانوادگی زوجین در دو گروه آزمایش و کنترل

توان آماری	ضریب اتا	سطح معناداری	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	شاخص آماری / متغیرها
۱	۰/۹۱	۰/۰۰۰	۶۱۳/۰۹	۲۱۱۰/۸۳۹	۱	۲۲۱۰/۸۳۹	پیش آزمون
۱	۰/۷۶	۰/۰۰۰	۱۷۶/۳۷	۶۰۷۲/۴۲	۱	۶۰۷۲/۴۲	گروه
۰/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۰/۰۵	۲/۰۱	۱	۲/۰۱	تعامل گروه و جنس
۰/۰۵	۰/۰۰۰	۰/۸۸	۰/۰۲۲	۰/۷۵۳	۱	۰/۷۵۳	جنس

هم چنین نتایج جدول فوق الذکر نشان می دهد که تفاوت معنی داری بین نمرات مردان و زنان در کل پرسشنامه عملکرد خانوادگی در مرحله پس آزمون وجود ندارد ($P=0/88$).
 با توجه به نتایج مندرج در جدول شماره ۲ روایت درمانی زوجی بر بهبود تمامی ابعاد عملکرد خانوادگی به جز تأکیدات مذهبی و به هم تنیدگی مؤثر بوده است.

جدول ۲: خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به نمرات ابعاد عملکرد

خانوادگی زوجین در دو گروه آزمایش و کنترل

توان آماری	ضریب اتا	سطح معناداری	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	شاخص آماری / ابعاد عملکرد خانوادگی
۱	۰/۴۹	۰/۰۰۰	۵۲/۷۳	۴۵/۰۶	۱	۴۵/۰۶	همبستگی
۱	۰/۶۱	۰/۰۰۰	۸۵/۹۰	۹۴/۸۴	۱	۹۴/۸۴	بیانگری
۰/۹۶	۰/۲۱	۰/۰۰۰	۱۴/۸۳	۴۲/۶۱	۱	۴۲/۶۱	تضاد و تعارض
۱	۰/۳۹	۰/۰۰۰	۳۵/۳۶	۱۶/۸۵	۱	۱۶/۸۵	موقعیت های فرهنگی - عقلانی
۱	۰/۳۷	۰/۰۰۰	۳۳/۳۳	۲۳/۱۸	۱	۲۳/۱۸	موقعیت های سرگرمی - تفریحی
۰/۱۲	۰/۰۱۱	۰/۴۳	۰/۶۱۸	۰/۲۴	۱	۰/۲۴	تأکیدات مذهبی
۰/۹۸	۰/۲۴	۰/۰۰۰	۱۷/۴۰	۶/۶۲	۱	۶/۶۲	سازمان دهی
۱	۰/۷۰	۰/۰۰۰	۱۲۹/۱۹	۸۹/۲۵	۱	۸۹/۲۵	جامعه پذیری
۱	۰/۴۰	۰/۰۰۰	۳۶/۶۵	۷۶/۷۱	۱	۷۶/۷۱	منبع کنترل بیرونی
۱	۰/۴۵	۰/۰۰۰	۴۶/۰۷	۴۵/۶۰	۱	۴۵/۶۰	آرمان خانوادگی
۰/۵۵	۰/۰۷	۰/۰۳۸	۴/۵۱	۷	۱	۷	گسستگی
۱	۰/۶۱	۰/۰۰۰	۸۵/۸۷	۶۷/۴۹	۱	۶۷/۴۹	سبک خانواده آزادمنش
۰/۹۴	۰/۱۹۵	۰/۰۰۱	۱۳/۳۴	۱۷/۱۷	۱	۱۷/۱۷	سبک خانواده بی قید و بند
۰/۶۳	۰/۰۹	۰/۰۲۳	۵/۴۴	۴/۵۴	۱	۴/۵۴	سبک خانواده مستبد
۰/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۰/۰۷	۰/۱۵۳	۱	۰/۱۵۳	به هم تنیدگی

فرضیه پنجم این پژوهش متغیر جنسیت را در تأثیرپذیری روایت‌درمانی زوجی بر بهبود ابعاد عملکرد خانوادگی زوجین را مورد بررسی قرار داده است. نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس تأثیر روایت‌درمانی زوجی بر بهبود ابعاد عملکرد خانوادگی زوجین برحسب جنسیت در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به نمرات ابعاد عملکرد خانوادگی زوجین در دو گروه آزمایش و کنترل بر حسب تعامل جنس و گروه

شاخص آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
همبستگی	۰/۳۳	۱	۰/۳۳	۰/۳۸	۰/۵۳	۰/۰۰۷	۰/۰۹
خودبینگری	۰/۴۱۷	۱	۰/۴۱۷	۰/۳۷	۰/۵۴	۰/۰۰۷	۰/۰۹
تضاد و تعارض	۰/۵۲	۱	۰/۵۲	۰/۱۸	۰/۶۷	۰/۰۰۳	۰/۰۷
موقعیت‌های فرهنگی - عقلانی	۰/۰۰	۱	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۹۸	۰/۰۰	۰/۰۵
موقعیت‌های سرگرمی - تفریحی	۰/۳۶	۱	۰/۳۶	۰/۵۳	۰/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۱۱
تأکیدات مذهبی	۰/۰۰	۱	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۹۸	۰/۰۰	۰/۰۵
سازمان‌دهی	۱/۰۸	۱	۱/۰۸	۲/۸۴	۰/۰۹	۰/۰۰۴	۰/۳۸
جامعه‌پذیری	۰/۸۶	۱	۰/۸۶	۱/۲۴	۰/۲۶	۰/۰۰۲	۰/۱۹
منبع کنترل بیرونی	۰/۲۴	۱	۰/۲۴	۰/۱۱	۰/۷۳	۰/۰۰	۰/۰۶
آرمان خانوادگی	۰/۰۰	۱	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۹۸	۰/۰۰	۰/۰۵
گسستگی	۰/۰۶	۱	۰/۰۶	۰/۰۴	۰/۸۳	۰/۰۰	۰/۰۵
سبک خانواده آزادمنش	۰/۰۰	۱	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۹۵	۰/۰۰	۰/۰۵
سبک خانواده بی‌قید و بند	۰/۰۰	۱	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۹۷	۰/۰۰	۰/۰۵
سبک خانواده مستبد	۰/۰۹	۱	۰/۰۹	۰/۱۱	۰/۷۳	۰/۰۰	۰/۰۶
به هم تنیدگی	۰/۵۲	۱	۰/۵۲	۰/۲۵	۰/۶۱	۰/۰۰	۰/۰۷

بنابر نتایج حاصله در جدول ۳، روایت‌درمانی زوجی در هیچ کدام از ابعاد عملکرد خانوادگی تحت تأثیر جنسیت قرار نداشته است.

بحث

یافته اول به اثر روایت‌درمانی زوجی بر بهبود عملکرد خانوادگی زوجین اشاره دارد که این نتیجه با نتایج پژوهش‌های آدامز (۱۹۹۷)؛ به نقل از چهارم‌حالی، (۱۳۸۵)، برن (۲۰۰۲)، اینتایر (۲۰۰۲)؛ به نقل از چهارم‌حالی، (۱۳۸۵)، دیلولو (۲۰۰۲)، شاپیرو وراس (۲۰۰۲)، هانی و کازلسکا (۲۰۰۲)، آرد (۲۰۰۴)، مورفی (۲۰۰۰)، اسماعیلی‌نسب (۱۳۸۳)، شیبانی و همکاران (۱۳۸۵)، ژیان باقری (۱۳۸۵)، کلهر و محمدی (۱۳۸۵)، بانکی و امیری (۱۳۸۵) همسو است. در مورد دلایل احتمالی تأثیر روایت‌درمانی بر

بهبود عملکرد خانوادگی زوجین، می‌توان به این مسئله اشاره کرد که این رویکرد اثرگذاری قابل توجهی در کار با گروه‌های مختلف هم‌چون بی‌اشتهایی روان، اختلال سلوک کودکی، تعارضات زناشویی، اسکیزوفرنیا و... داشته است. هم‌چنین با توجه به این‌که در تمامی این گروه‌ها به نوعی عملکرد خانوادگی دچار ضعف بود، پس تأثیر روایت‌درمانی بر بهبود عملکرد خانوادگی زوجین را می‌توان توجیه کرد.

در مورد تأثیر متفاوت روایت‌درمانی زوجی بر بهبود عملکرد خانوادگی زوجین برحسب جنسیت این یافته با تحقیق ورتینگتون، مک‌کولوگ، شورتز، چارترند، ماینرز و سندبیج (۱۹۹۵) همسو می‌باشد. آن‌ها در تحقیقی نشان دادند که خودارزیابی و هدف‌گذاری به بهبود و تقویت عملکرد زوجین کمک می‌کند اما اثر جنسیت و تعامل گروهی بر بهبود عملکرد زناشویی معنادار نیست. در مورد دلایل احتمالی عدم تفاوت در اثربخشی برحسب جنسیت می‌توان به این موارد اشاره کرد که در مباحث مطرح شده در گروه هر دو جنس مشارکت فعالانه‌ای داشتند و نظرات خود را به نحو خوبی بیان می‌کردند و تکالیف را انجام می‌دادند. در بسیاری موارد شاهد بودیم که هنگامی که زن تغییر می‌کند، به تناسب آن مرد نیز تغییراتی از خود نشان می‌داد و هم‌چنین با توجه به این‌که در کل، جلسات برای زنان و مردان یکسان بود، متفاوت نبودن تأثیر آموزش در دو جنس منطقی به نظر می‌رسد.

در مورد دلایل احتمالی تفاوت عملکرد خانوادگی زنان و مردان و رد این فرضیه می‌توان گفت از آن‌جا که عملکرد خانواده تلاش مشترکی است برای برقراری و حفظ تعادل در خانواده، این تلاش مشترک به این معنی است که زن و مرد هر دو در بهبود یا ضعف عملکرد خانواده نقش دارند و بالطبع بهبود عملکرد در یک نفر باعث بهبود عملکرد دیگری می‌شود. پس می‌توان نتیجه گرفت که زن و مرد با تلاش یکدیگر خانواده‌ای سالم ایجاد می‌کنند و نمی‌توان عملکرد خانوادگی زن و مرد را متفاوت و جدا از هم دانست.

در مورد اثر روایت‌درمانی زوجی بر بهبود ابعاد عملکرد خانوادگی زوجین باید گفت که این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های مسلام (۱۹۹۰؛ به‌نقل از پیکرستان، ۱۳۸۰)، شک (۱۹۹۰؛ به‌نقل از پیکرستان، ۱۳۸۰)، بن‌نون (۱۹۹۸؛ به‌نقل از بوگلس و همکاران، ۲۰۰۶)، فریستاد و کلاتیون (۱۹۹۱)، مارشال (۲۰۰۳)، فالن و همکاران (۱۹۹۳)، لارسون^{۱۴}، ویلسون^{۱۵} و بلی^{۱۶} (۱۹۹۴)، کونگر^{۱۷} و لیکر^{۱۸} (۱۹۹۰)، هیکی^{۱۹}، کار، دولی^{۲۰}، گیرین^{۲۱} (۲۰۰۵)، جاکوبسن^{۲۱} (۱۹۹۴)، جنایی (۱۳۸۰)، بهاری (۱۳۸۰)، پیکرستان (۱۳۸۰)، آرمان و زارعی (۱۳۸۳) و موسوی (۱۳۷۹) همسو می‌باشد. در مورد دلایل احتمالی تأثیر روایت‌درمانی بر بهبود ابعاد عملکرد خانوادگی زوجین می‌توان به این مسئله توجه کرد، با توجه به این‌که موضوع اصلی در روایت‌درمانی این است که شخص مشکل نیست، مشکل است. رویکردی است بی‌نهایت سودمند و فوق‌العاده اثرگذار در توجه به باورهای ناکارآمد و تغییر آن‌ها، برونی کردن و از توان انداختن مشکل، ایجاد توان نگاه بیرونی به مشکل از زاویه‌های

مختلف و در نهایت خلق تفسیری دگرگون، تألیفی دوباره و نقشه‌ای متفاوت برای روایت داستان زندگی شخص. با توجه به این موارد مؤثر بودن رویکرد روایت‌درمانی بر بهبود ابعاد عملکرد خانواده را می‌توان توجیه کرد. علت دیگر تأثیرگذاری این شیوه بر اکثر ابعاد عملکرد زندگی خانوادگی این است که رویکرد روایت‌درمانی محدود به تغییرات جزئی ناچیز در حل یک یا چند مشکل خاص در زندگی نیست، بلکه از آن‌جا که روند کلی زندگی فرد را تغییر می‌دهد، می‌توان انتظار داشت، که دگرگونی‌های عمیقی در اکثر ابعاد زندگی به جای گذارد و نتایج پژوهش حاضر نیز مؤید همین انتظار است. در مورد دلایل رد ابعاد مذهبی و به هم تنیدگی می‌توان به این مسئله اشاره کرد که در بسته آموزشی، این دو بعد به‌طور مجزا و ویژه مورد آموزش قرار نگرفتند.

فرضیه پنجم این پژوهش متغیر جنسیت را در تأثیرپذیری روایت‌درمانی زوجی بر بهبود ابعاد عملکرد خانوادگی زوجین را مورد بررسی قرار داده است. نتایج حاصل از این پژوهش با تحقیق فالن و همکاران (۱۹۹۳) و بارتل (۱۹۹۶؛ به‌نقل از ساباتلی و بارتل، ۲۰۰۳) همسو نبود. فالن و همکاران (۱۹۹۳) در تحقیقی بر روی رابطه عملکرد خانواده با شیوه‌های مقابله پرداختند و بیان کردند که جنسیت یک عامل تعیین‌کننده در نحوه مقابله محسوب می‌شود. بارتل (۱۹۹۶) در تحقیق خود در زمینه غنی‌سازی ازدواج به ارتباط بین عملکرد خانواده اصلی و ساختار و تجربه صمیمیت پرداخت و نتیجه گرفت که الگوهای تعاملی خانواده اصلی به‌خصوص مردان توانایی آن‌ها را برای جلب حمایت همسران‌شان افزایش می‌دهد.

از نتایج این تحقیق می‌توان در مراکز آموزشی و مشاوره استفاده نمود. هم‌چنین با توجه به بهبود عملکرد زندگی زوجین از طریق این برنامه می‌توان به روایت‌درمانی زوجی به‌عنوان راهکاری برای بهبود عملکرد زندگی زوجین در مراکز آموزشی و مشاوره امیدوار بود و در کارگاه‌های آموزشی پیش از ازدواج هم می‌توان از این رویکرد استفاده کرد.

یادداشت‌ها

- | | |
|-------------------------------|------------|
| 1. Family Functioning | 13. Wendy |
| 2. Thomlison | 14. Larson |
| 3. Klipatrick | 15. Wilson |
| 4. Holland | 16. Bely |
| 5. Levitt & Hardtke | 17. Conger |
| 6. Botella & Herrero | 18. Liker |
| 7. Dimaggio & Semerari | 19. Hickey |
| 8. Goncalves | 20. Dooly |
| 9. Hermans & Hermans – Jansen | 21. Guerin |
| 10. Neimeyer | |
| 11. Omer & Alon | |
| 12. Morgan | |

منابع

- آرمان، ع. و زارعی، ش. (۱۳۸۳). بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر عملکرد خانواده و رضایت زناشویی در درمان کودکان مبتلا به اتیسم. *مجموعه مقالات اولین کنگره سراسری هنردرمانی در ایران، ۸۱*.
- اسلامی، ع. (۱۳۸۰). بررسی رابطه ساختار تعاملات خانواده (عملکرد خانواده) با سبک‌های مقابله با فشارهای روانی و تفاوت‌های جنسی در دانش‌آموزان دوره پیش دانشگاهی شهرستان کاشان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم، تهران.
- اسماعیلی نسب، م. (۱۳۸۳). بررسی روایت‌های زندگی افراد افسرده و مضطرب و سالم. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران.
- بهاری، ف.، صابری، ع. و سنجایی، م. (۱۳۸۰). بررسی عملکرد خانواده‌های دختران فراری و عادی شهر تهران. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
- بانکی، ی. و امیری، ش. (۱۳۸۵). اثربخشی قصه درمانی گروهی بر اضطراب جدایی و افسردگی در کودکان والدین طلاق گرفته. *مجموعه مقالات اولین کنگره سراسری هنردرمانی در ایران، ۱۲۷*.
- پیکرستان، ع. (۱۳۸۰). مقایسه عملکرد خانواده‌های دارای دختران نوجوان فراری و خانواده‌های دارای دختران نوجوان عادی شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم، تهران.
- تاملیسون، ب. (۱۳۸۳). *راهنمای سنجش خانواده* (ترجمه بهاری، مهدوی و هرسینی). تهران: انتشارات تزکیه. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۲).
- تبریزی، م.، دیبائیان، ش.، کاردانی، م. و جعفری، ف. (۱۳۸۵). فرهنگ توصیفی خانواده و خانواده‌درمانی. تهران: انتشارات فراروان.
- تویسرکانی، م. (۱۳۸۵). تأثیر تکنیک قصه‌پردازی در کاهش مشکلات رفتاری یک کودک هشت ساله. *مجموعه مقالات اولین کنگره سراسری هنردرمانی در ایران، ۱۲۵*.
- جنایی، ک. (۱۳۸۰). بررسی رابطه تعاملات خانواده و سلامت روانی دانش‌آموزان پایه سوم راهنمایی شهرستان بروجرد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم، تهران.
- چهارمحالی، ف. (۱۳۸۵). بررسی روایت‌های زندگی زنان متأهل سازگار و ناسازگار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم توانبخشی و بهزیستی، تهران.
- ژیان باقری، م. (۱۳۸۵). بررسی نقش داستان درمانی به روش مشاوره گروهی بر رشد استدلال اخلاقی دختران نوجوان بزهکار. *مجموعه مقالات اولین کنگره سراسری هنردرمانی در ایران، ۱۲۱*.
- شریفی، خ. (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین عملکرد خانواده با سرسختی روان‌شناختی دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان، اصفهان.
- شیمانی، ش.، یوسفی لویه، م. و دلاور، ع. (۱۳۸۵). تأثیر قصه‌درمانی بر افسردگی کودکان. *مجموعه مقالات اولین کنگره سراسری هنردرمانی در ایران، ۱۲۰*.
- عابدی، ع. (۱۳۸۵). قصه‌درمانی به شیوه روایتی. *مجموعه مقالات اولین کنگره سراسری هنردرمانی در ایران، ۹۴-۱۱۹*.
- کار، آ. (۱۳۸۴). *خانواده درمانی: تحلیل روابط و تعارضات زناشویی* (ترجمه غ. تبریزی). تهران: انتشارات مرنديز.
- کلهر، ف. و محمدی، ع. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر قصه - نمایش درمانی بر اضطراب کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست. *مجموعه مقالات اولین کنگره سراسری هنردرمانی در ایران، ۱۲۳*.
- موسوی، ا. (۱۳۷۹). عملکرد نظام خانواده و بهداشت روانی اعضای خانواده. *مجله اندیشه و رفتار، ۶ (۳ و ۲)*، ۸۷-۹۶.

نجمی، ب. (۱۳۷۵). بررسی ارتباط بین عملکرد خانواده و محبوبیت اجتماعی نوجوانان در گروه همسال. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن.

- Alnajjar, A. (1996). Adolescents perceptions of family functioning in the United Arab Emirates. *Adolescence*, 31, 122, 433.
- Angus, L. E., & Mcleod, J. (2004). *Handbook of narrative and psychotherapy*. London: Sage publication.
- Angus, L. E., Levitt, H., & Hardtke, K. (1999). The narrative processes coding system: Research applications and implications for psychotherapy practice. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1255-1270.
- Bloom, B. L. (1985). A factor analysis of self report measures of family functioning. *Journal of Family Process*, 24(2), 225-239.
- Botella, L., & Herrero, O. (2000). A relational constructivist approach to narrative therapy. *The European Journal of Psychotherapy, Counseling, Health*, 3, 407-418.
- Bugles, M., & Brechman-Toussanit, M. (2006). Family issues in child anxiety: A Hatching, family functioning, parental rearing and beliefs. *Journal of Clinical Psychology Review*, 20(3), 289-309.
- Burn, A. (2000, July). *Chapters of our lives: Life narratives of low-income midlife and older women*. Paper presented Australian institute of family studies conference, Sydney.
- Dilollo, A., Neimeyer, R. A., & Manning, W. H. (2002). A personal construct psychology view of relapse. Indications for a narrative therapy component to stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders*, 27(1), 19-42.
- Dimaggio, G., & Semerari, A. (2001). Psychopathological narrative forms. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 1-24.
- Fallon, B., Fryednberg, E., & Boldero, J. (1993, September). *Perception of family climate and adolescence coping*. Paper presented at the 28th annual conference of the Australian Psychological society, Gold Coast.
- Gonsalves, D. F. (1995b). Cognitive narrative psychotherapy: The hermeneutic construction of alternative meaning. In Mahoney, M. J. (Ed.), *Cognitive and Psychotherapies: Theory, research, and practice* (pp. 139-162). New York: Springer.
- Hermans, H. J. M., & Hermans-Jansen, E. (1995). *Self-narratives: The construction of meaning in psychotherapy*. New York: Guilford.
- Hickey, D., Carr, A., Dooley, B., & Guerin, S. (2005). Family and profiles of couples in which one partner has depression or anxiety. *Journal of Marital and family therapy*, 31(2), 171-182.
- Jacobson, N. (1994). *Clinical handbook of marital therapy*. New York: The Guilford Press.
- Larson, J. H., Wilson, S. M., & Beley, R. (1994). The impact of job insecurity on marital and family relationships. *Family Relations*, 43(2), 138-143.
- Marshal, M. D. (2003). For better or for worse? The effect of alcohol use on marital functioning. *Journal of Clinical Psychology Review*, 23(7), 959-997.
- Mc Leod, J. (1997). *Narrative and Psychotherapy*. London: Sage.
- Morgan, A. (2000). *What is narrative therapy?* Adelaide: Dulwich Center.
- Omer, H., & Alon, N. (1997). *Constructing therapeutic narratives*. Narthvale, NJ: Jason Aronson.

- Polkinghorne, D. E. (2004). Narrative and Postmodernism. In Angus, L. E., & McLeod, J. (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy*. London: SAGE Publication, 53-103.
- Sabatelli, R. M., & Bartle, H. S. (2003). Family of origin experiences & adjustment in married couples. *Journal of Marriage and Family*, 65(1), 159-170.
- Wendy, L., Rossmann, W., & Rossmann, M. M. (1996). *Lessons from life's first teacher: The role of the family in the adolescent and adult readiness for school – to – work transition*. Office of vocational and adult education, Department of education [On-Line]. Available: [www.ed.gov/ index.jhtml](http://www.ed.gov/index.jhtml)
- White, M. (2000). *Reflection on narrative practices and interview*. Adelaide: Dulwich center.
- Worthington, E. L., Mc Cullough, M. E., Shortz, J. L., Mindes, S. J., & Chartrant, J. M. (1995). Can couple assessment and feedback improve, relationship? Assessment a brief relationship enrichment procedure. *Journal of Counseling and Psychology*, 42, 466-475.

Archive of SID