

بررسی اثربخشی رویکرد درمانی نظام‌های زبان مشارکتی بر افزایش میزان خود-کارآمدی زوج‌های دانشجوی

بتول حامدی^۱ - دکتر عبدالله شفیع آبادی^۲ - دکتر شکوه نوابی نژاد^۳ - دکتر علی دلاور^۴

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رویکرد درمان نظام‌های زبان مشارکتی بر افزایش میزان خود-کارآمدی زوج‌های دانشجوی بود. جامعه آماری، دانشجویان متاهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره دانشجویی دانشگاه‌های شهر تهران بودند. نمونه مورد پژوهش ۱۴ زوج بودند که به روش تصادفی در دوگروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. زوجین گروه آزمایش در ۸ جلسه درمان شرکت نمودند. داده‌ها به وسیله مقیاس خود-کارآمدی مقابله با مشکلات چسنی و پرسشنامه جمعیت شناختی، جمع‌آوری گردیدند. داده‌ها در ابتدا مطابق با روش تحلیل کوواریانس (تک متغییری) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. و سپس به منظور تعیین میزان اثربخشی درمان بر هر یک از ابعاد خود-کارآمدی (متغیرهای وابسته)، از روش تحلیل کوواریانس (چند متغییری) استفاده گردید. نتایج نشان داد که زوج درمانی بر اساس رویکرد نظام‌های زبان مشارکتی بر خودکارآمدی زوج‌ها اثر دارد و این اثربخشی در سطح $p < 0.001$ معنادار است. همچنین نتایج تحلیل کوواریانس چند متغییری نشان داد که این زوج درمانی بر کلیه خرده مقیاس‌های خود-کارآمدی زوج‌ها نیز اثر دارد و این اثربخشی در تمام خرده مقیاس‌ها در سطح $p < 0.001$ معنادار است. نتیجه گرفته می‌شود که در درمان زبان مشارکتی، درمانگر با ایجاد فرایند و فضایی برای روابط مشارکتی و گفتگوی دو جانبه که در آن، خود-تعریفی‌ها تبدیل به خود-عاملی می‌شوند، موجبات افزایش خود-کارآمدی زوج‌ها را فراهم می‌سازد.

کلیدواژه‌ها: رویکرد درمانی نظام‌های زبان مشارکتی، خود-کارآمدی، زوج‌ها

۱. دانشجوی دکترای مشاوره. علوم تحقیقات تهران

۲. استاد دانشگاه علامه طباطبایی

۳. استاد دانشگاه تربیت معلم

۴. استاد دانشگاه علامه طباطبایی

مقدمه

بسیاری از فلاسفه و نظریه پردازان روان شناسی معتقدند که داشتن حس کنترل بر رفتار، افکار و احساسات، برای داشتن حس شادکامی و سلامتی ضروری است. وقتی جهان قابل پیش بینی و کنترل به نظر برسد و وقتی رفتارها، افکار و هیجانات ما در کنترل ما باشند، به نحو بهتری با چالش های زندگی روبرو می شویم، روابط سالمی را بنا گذاشته و رضایت شخصی به دست می آوریم. (اسنایدر^۱، ۲۰۰۰). یک حس کارآمدی قوی موجب ارتقاء پیشرفت انسان و بهزیستی وی در بیشتر زمینه های زندگی می گردد. کسانی که اطمینان زیادی نسبت به توانایی هایشان دارند با مشکلات به عنوان چالشی قابل اداره کردن برخورد می کنند تا اینکه بخواهند از روبرو شدن با آن مشکلات اجتناب کنند. این چشم انداز مؤثر، موجب رغبت درونی و جذب عمیق نسبت به فعالیت ها می شود. آنها اهداف چالش انگیزی را انتخاب نموده و نسبت به آن متعهد می مانند. تلاش هایشان را برای مقابله با مشکلات بیشتر می کنند. پس از شکست به سرعت احساس خودکارآمدی شان را احیا می کنند. به موقعیت های تهدید کننده نزدیک می شوند، با این اطمینان که می توانند بر آنها کنترل داشته باشند (بندورا^۲، ۱۹۹۴). خود-کارآمدی بر انتخاب شخص در فعالیت ها تأثیر گذار است (بندورا، ۱۹۸۶، ۱۹۸۶؛ زیمرمن^۳، ۲۰۰۰). افراد با خود-کارآمدی بالا بیشتر مشتاق شرکت در فعالیت های چالش انگیز و داشتن اهداف بزرگتر هستند (بندورا، ۱۹۹۴). اگر افراد برای انجام فعالیت خاصی خود-کارآمدی پایینی داشته باشند احتمالاً از انجام آن صرف نظر می کنند (بندورا، ۱۹۸۶، ۱۹۹۴؛ پنتریچ^۴ و اسچونک^۵، ۲۰۰۲). دیگر اینکه خود-کارآمدی بر تلاش فرد برای پیشرفت در دو بعد تأثیر گذار است: (۱) میزان تلاش برای پیشرفت (۲) دامنه ی عملکرد (زیمرمن، ۲۰۰۰). افراد با خود-کارآمدی بالا

1. Snyder

2. Bandura

3. Zimmerman

4. Pintrich

5. Schunk

با تلاش زیاد کار می کنند و کارهایشان را سریعتر انجام می دهند تا آنهایی که کارآمدی پایینی دارند (زیمرمن، ۲۰۰۰؛ به نقل از بورگون^۱، ۲۰۰۸).

بندورا اثرات یک بعدی محیط بر رفتار را که یکی از فرضیه های مهم روان شناسان رفتارگرا بوده است، را رد می کند. انسانها دارای نوعی نظام خودکنترلی و نیروی خود-گردانی هستند و توسط آن نظام بر افکار، احساسات و رفتارهای خود کنترل دارند و بر سرنوشت خود نقش تعیین کننده ای ایفا می کنند (بندورا، ۱۹۹۷). چهارچوب نظریه ای خود-کارآمدی بر اساس نظریه شناختی اجتماعی^۲ است (بندورا، ۱۹۹۷). خود-کارآمدی در زمینه نظریه شناختی اجتماعی - به عنوان رویکردی است برای درک شناخت، عمل، انگیزش و هیجان که فرض می کند ما شکل دهندگان فعال هستیم تا پاسخ دهندگان غیرفعال نسبت به محیط (مادوکس^۳ به نقل از سنیدر و لویز^۴، ۲۰۰۲). بیش از بیست سال است که پژوهشگران به سودمندی نظریه خود-کارآمدی بندورا (۱۹۷۷، ۱۹۹۷) در حوزه های گسترده ای برای درک رفتار انسان پی برده اند. خود-کارآمدی، باور فرد در مورد توانایی هایش برای انجام فعالیت یا رفتاری خاص می باشد. بندورا (۱۹۷۷) خود-کارآمدی (یا آنچه که سپس به عنوان انتظارات کارآمدی مطرح نمود) را «باور فرد در مورد اینکه به طور موفقیت آمیزی می تواند رفتار لازم برای رسیدن به نتایج را اداره کند»، تعریف می کند. اسپچونک (۱۹۹۱) خود-کارآمدی را به عنوان «قضاوت های فرد در مورد شایستگی هایش برای انجام اعمال مشخص» تعریف می کند. خود-کارآمدی، خود-ادراکی قابلیت ها است (موریس^۵، ۲۰۰۴) و در مورد کار، موقعیت یا حوزه خاصی مطرح می باشد. (پاجاریز^۶، ۱۹۹۶). اسپچونک (۲۰۰۰) خود-کارآمدی باور فرد است در مورد قابلیت وی در انجام کار نه اینکه بداند که چه کاری بکند (به نقل از بورگون،

1. Burgoon
2. social cognitive Theory
3. Muddux
4. Snyder&Lopez
5. Morris
6. Pajares

۲۰۰۸). آلبرت بندورا (۱۹۸۶)، خود-کارآمدی ادراک شده را «به عنوان قضاوت مردم از توانایی هایشان برای سازمان دادن و اجرای اعمال لازم برای رسیدن به گونه های معینی از عملکردها» تعریف می کند. این قضاوت ادراک شده؛ رفتار، انتخاب فعالیت ها، مقاومت و سرسختی، تلاش، انگیزه، افکار و هیجانات انسان را تحت تأثیر قرار می دهد (بندورا، ۱۹۸۶؛ پنیتریچ و اسجونک، ۲۰۰۰).

کسانی که به کارآیی خودشان در حل مسائل اعتقاد راسخ دارند، هنگام رویدادهای استرس زا، از نظر تفکر تحلیلی، کارآمد می مانند، اما افرادی که به توانایی های حل مسئله خودشان شک دارند به طور آشفته ای فکر می کنند (بندورا و وود^۱، ۱۹۸۹؛ وود و بندورا، ۱۹۸۹). برای اینکه افراد به بهترین وجه عمل کنند، باید ابتدا برای پیش بینی مؤثرترین شیوه عمل، از خاطرات رویدادهای گذشته خودشان استفاده کنند. آنها باید درباره عملکردشان تعمق کنند، و بیاد بیاورند کدام شیوه های عمل، نتیجه بخش و کدام بی نتیجه بوده است (مارشال ریو، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۰). در «مطالعه ی اجمالی در مورد خود-کارآمدی نظریه شناختی اجتماعی»، پاچاریز (۲۰۰۳) بیان داشت که «تحقیق نشان داده است که خود کارآمدی و نتایج به طور زیادی با یکدیگر همبستگی دارند، و اینکه خود-کارآمدی پیش بینی کننده مهم رفتار می باشد». مطالعات زیادی در مورد روش ها، حوزه ها، وظایف مختلف، از این نتیجه که رفتار انسان غالباً به وسیله باورهای اشخاص در مورد توانایی هایشان که آن را خود-کارآمدی می نامیم، به ترقابل پیش بینی می باشد، حمایت می کند، تا رفتارهایی که آنها واقعاً قادر به انجام آن هستند (به نقل از موریس، ۲۰۰۴).

جوانی دوره ای است که مردم باید یاد بگیرند که چگونه به تقاضاهای برخاسته از روابط زناشویی، وظایف والدینی، حرفه های شغلی پاسخ دهند. مانند نقش های کنترلی قبلی خود، یک احساس قوی خودکارآمدی کمک مهمی به توانایی ها و موفقیت بیشتر

آنها می کند. کسانی که با مهارت کمتری وارد جوانی می شوند و گرفتار خودتردیدی می شوند، در بیشتر جنبه های زندگی بزرگسالی دچار استرس و افسردگی می گردند (بندورا، ۱۹۹۴). شوارتز (۱۹۸۹) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که مداخلات آموزش مهارت ها که موجب افزایش خود-کارآمدی می شود ممکن است بیشترین تأثیر بر کاهش علایم افسردگی دانشجویان دارد.

کارآمدی زوج ها بر توانایی ادراک شده آن ها برای برقراری ارتباط باز و مطمئن با یکدیگر، فراهم ساختن حمایت دو جانبه، حل مسائل روابط زناشویی و کارکردن بر روی اختلاف عقایدشان در مورد پرورش فرزندان و مدیریت مسائل مالی، متمرکز می باشد. (بندورا و همکاران، ۲۰۱۱).

ما در جهان به سرعت در حال تغییر که با ویژگی هایی مانند جهانی شدن و تغییر شرایط اجتماعی، سیاسی، اقتصادی، فرهنگی و همچنین تأثیر اینترنت و رسانه بر عدم تمرکز گرایي اطلاعات، دانش و تخصص ها، زندگی می کنیم. مردم خواهان خدمات و نظام های درمانی منعطف و احترام گذارنده می باشند. این جهان معاصرو پیچیدگی های آن و تأثیراتی که بر زندگی فردی و جمعی ما دارد، ما درمانگران را به ارزیابی مجدد اینکه دنیای پیرامون خود، مراجعان و نقش مان به عنوان درمانگر را چگونه درک کنیم و می دارد (اندرسن^۱، ۲۰۰۷). بنابراین در این پژوهش از «درمان نظام های زبان مشارکتی» که توسط گولیشین^۲ و اندرسن (۱۹۸۸)، به عنوان روشی جدید برای فکر کردن در مورد نظام ها معرفی گردید، استفاده شد. آن ها معتقدند که نظام های انسانی نظام های خلق کننده زبان و معنی می باشند. نظام های زبانی به وسیله مردمی که در حال گفتگو حول یک موضوع خاص که به آن ها ربط پیدا می کند، شکل می گیرد (تاراگونا^۳، ۲۰۰۸). گولیشین و اندرسن و همکارانشان مفاهیم ساخت گرایي

1. Anderson
2. Goolishian
3. Tarragona

اجتماعی و فرا مدرن در درمان را مطرح نمودند و رویکرد آنها غالباً نظام‌های زبان مشارکتی خوانده می‌شود. (جهارت، و تاتل، ۲۰۰۳).^۱ روشی که درمانگر در گفتگوها مشارکت می‌کند و چگونگی ساخته شدن آن گفتگوها، منبعی برای گسترش و خلق امکانات است: اینها عناصر اصلی نگرش مشارکتی هستند (اندرسن، ۱۹۹۷). از طریق گفتگوها است که ما تجارب زندگی و رویدادها را شکل می‌دهیم و از طریق آنهاست که ما واقعیت‌ها و خودمان را می‌سازیم. امکانات از میان گفتگوها شروع به پیدا شدن می‌کنند. فرصت‌ها برای برقراری رابطه بوسیله فرآیند گفتگوی دو جانبه خلق می‌شوند و نیازی به راهبردهای از پیش تهیه شده ندارد (اندرسون، ۱۹۹۷). یک درمانگر مشارکتی معتقد است که چیزی به عنوان مسئله واقعی وجود ندارد. مسائل شکلی از معنی به طور مشترک ساخته شده موجود در ارتباطات مداوم با دیگران و خود، می‌باشد. درمانگران و درمانجویان از طریق گفتگوی پرسش و پاسخی^۲ برای مسئله، معانی جدیدی می‌آفرینند. هر تفسیر یا توصیف جدید از مسئله، اقدامات و نگرش‌های متفاوتی نسبت به مسئله را موجب می‌شود. این فرآیند پیش رونده تفسیر مجدد، به آن جا منجر می‌شود که مسئله دیگری به صورت یک مسئله تجربه نمی‌شود بلکه چیزی است که درمانجو، «مدیریت»، «پرداختن» و «کارکردن» با آن را آموخته است. به جای توصیف آن به عنوان حل مسئله، مسائل از طریق فرآیند گفتمانی خاص خاتمه می‌یابند. رویکرد مشارکتی هیچ هدف تعریف شده به وسیله نظریه یا تعریف شده از سوی درمانگر، برای مراجع پیشنهاد نمی‌کند. نقش درمانگر، نقش تسهیل کننده فرآیند گفتمان است. بنابراین می‌توان گفت هدف درمان، گفتگوی دوطرفه است که معانی و امکانات جدید را می‌آفریند. اهداف درمان مشترکاً با مراجع تعیین می‌شوند. در طول جلسات درمان می‌توانند پیوسته مورد بحث مجدد قرار بگیرند و تغییر کنند (جهارت، ۲۰۰۳).

1. Gehart.& Tuttle

2. dialogical conversation

بیور، بابل و نورث (۱۹۹۸)^۱ این موضوع را روشن ساختند که بیشترین مسائل و مشکلاتی که زوجین با آن روبرو هستند، مربوط به نوع گفتگویی است که آنها حفظ نموده و تقویت می کنند. بنابراین، وظیفه ی درمانگر ایجاد یک فرایند مشارکتی و خلق فضایی سازنده است که در آن زوجین گفتگوی جدید را داشته باشند، در گفتگوهای قبلی بازنگری کنند و یا در گفتگوهایشان تغییر ایجاد کنند (سسما، ۲۰۱۱).^۲ ساترلند^۳ (۲۰۰۸) تحقیقی با عنوان تحلیل گفتگوی جلسه ی زوج درمانی را براساس این فرضیه که تغییر در مشاوره به وسیله تعاملات گفتگویی درمانگران و مراجعان حاصل می شود، انجام داد و نتیجه گرفت که وقتی به درمان به عنوان فعالیتی سازنده^۴ نگریسته شود، تمرکز درمانگران از کشف علل ریشه ای مسایل متوجه کمک نمودن به زوج و خانواده برای گفتگوی مجدد در مورد روابطشان به صورت مشارکتی می شود.

فرضیه پژوهش

رویکرد درمانی زبان مشارکتی بر میزان خود-کارآمدی زوج ها مؤثر است.

روش پژوهش

این پژوهش از نظر روش، نیمه آزمایشی و در قالب طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل صورت گرفته است. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه زوج های دانشجویی است که به منظور حل مشکلات زناشویی خود در سال ۹۰-۹۱ تحصیلی به مراکز مشاوره دانشجویی دانشگاه های شهر تهران مراجعه نموده اند و معیارهای ورود به پژوهش برای زوج ها عبارتند از: ۱- سه سال از مدت ازدواج آنها گذشته باشد. ۲- یک یا هر دو زوج، دانشجو باشند. ۳- حداقل مدرک تحصیلی زوج ها دیپلم باشد. ۴- مشکلات حاد روانی -

1. Biever, Bobele& North
2. Sesma
3. Sutherland
4. constrictive

شخصیتی نداشته باشند. ۵- نداشتن تعارضهای حاد و بحرانی یا در آستانه طلاق بودن.

نمونه مورد پژوهش شامل ۱۴ زوج است که به طور تصادفی ساده و در چند مرحله انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. فرایند انتخاب نمونه به این ترتیب بود که ابتدا از میان فهرستی از دانشگاه‌های شهرستان که دارای مراکز مشاوره هستند، سه دانشگاه به طور تصادفی انتخاب شدند سپس از میان اسامی ۱۰۰ زوج مراجعه کننده به این مراکز به طور تصادفی ۶۶ زوج انتخاب و از طریق تماس تلفنی دعوت به مشارکت در پژوهش شدند. و آنگاه از میان ۴۵ زوج مشارکت کننده که مقیاس خود-کارآمدی چسنی را تکمیل نمودند و نمرات آزمون آن‌ها پایین‌تر از میانگین بود، ۱۴ زوج (۲۸ نفر) انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند.

ابزارهای پژوهش

الف) مقیاس خودکارآمدی مقابله با مشکلات^۱ - این مقیاس در سال ۲۰۰۶ توسط چسنی^۲ و همکاران به منظور ارزیابی خودکارآمدی مربوط به شیوه‌های مقابله فرد در برابر مشکلات ساخته شد. این مقیاس یک آزمون ۲۶ عبارتی است که در آن از آزمودنی خواسته شده است که در یک مقیاس لیکرت ۱۱ درجه‌ای مشخص کند که هنگام مواجهه با مشکلات تا چه حد می‌تواند هریک از کارهای بیان شده را انجام دهد. مقیاس خودکارآمدی مقابله‌ای، دارای ۳ زیرمقیاس است: ۱- استفاده از راهکارهای مقابله مسئله مدار (۱۲ عبارت) ۲- متوقف ساختن افکار و هیجانات منفی (۹ عبارت) و ۳- کسب حمایت دوستان و خانواده (۵ عبارت).

چسنی و همکاران (۲۰۰۶) مقیاس ۲۶ عبارتی را به فرم ۱۳ عبارتی کاهش دادند، با سه عامل: راهکارهای مقابله مسئله مدار (۶ عبارت)، متوقف ساختن افکار و هیجانات منفی

1. Coping self – Efficacy Scale (CSE)

2. Chesney

۴) عبارت) و کسب حمایت از جانب دوستان و خانواده (۳ عبارت)، در این پژوهش از فرم ۱۳ عبارتی استفاده شده است.

ویژگیهای روانسنجی - درد و پژوهش اصلی (در نمونه ۳۴۸ نفری) ضریب آلفای کرونباخ برای هر زیرمقیاس در محدوده ۰/۷۹-۰/۹۲ گزارش گردید. در پرسشنامه ۱۳ آیتمی، ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس ها عبات بودند از: راهکارهای مقابله مسئله مدار (۰/۹۱)، متوقف ساختن افکار و هیجانات منفی (۰/۹۱) و برای زیر مقیاس حمایت از جانب دوستان و خانواده (۰/۸۰). اعتبار همزمان و افتراقی مقیاس خودکارآمدی مقابله ای از طریق رابطه معنادار آن با دیگر مقیاس های سنجش سلامت روان به اثبات رسیده است. همچنین نتیجه ی تحلیل عاملی و به دست آمدن سه زیرمقیاس، اعتبار سازه آزمون را تأیید می کند (چسبی و همکاران، ۲۰۰۶). محقق نیز پایایی کل این آزمون را با روش آلفای کرونباخ، عدد (۰/۹۲) و برای زیرمقیاس های آن به ترتیب: (۰/۸۹)، (۰/۸۷) و (۰/۷۷) به دست آورده است.

ب) پرسشنامه خصوصیات جمعیت شناختی - این پرسشنامه توصیف مناسبی از جمعیت نمونه این پژوهش بود. از زوجین در مورد سن، مدت ازدواج، تعداد فرزندان، شغل، رجوع قبلی به روانپزشک، قصد طلاق، سؤال شد.

محتوای جلسات براساس رویکرد درمانی نظام های زبان مشارکتی اندرسن و گولیشین (۱۹۸۸)، اندرسن (۱۹۹۷)، چهارت و تاتل (۲۰۰۳) و اندرسن و چهارت (۲۰۰۷) تهیه گردید. پروتکل درمانی زبان مشارکتی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای، در هر هفته یک جلسه اجرا شد.

خلاصه جلسات درمان زبان مشارکتی

جلسات	اهداف درمان	مداخلات درمان
جلسه اول	- آشنایی با زوج - اجرای پیش آزمون	گفتگو در مورد نقش دو طرف، گفتگو در مورد اهداف درمان
جلسه دوم	- برقراری رابطه مشارکتی با زوج	ایجاد فضا برای اینکه، زوج، افکار، دیدگاه و تاریخچه تعاملاتی خویش را به مشارکت بگذارند.
جلسه سوم	- کسب توضیحات بیشتر در مورد زوج	کسب دیدگاه زوج در مورد تعاملاتشان و اینکه مسایل چگونه به وجود آمده اند، پرسش در مورد تشابهات و تفاوت های زوج، توجه به وابستگی همسران ایجاد فضا برای باورهای فرهنگی
جلسه چهارم	- بحث در مورد اهداف و انتظارات درمان	کاوش در مورد نظر زوج نسبت به درمان، در مورد شروع کار درمان بحث نموده و به طور مشترک دستور جلسه ای برای درمان تهیه می شود.
جلسه پنجم	- براساس دستور جلسه قبل، درمانگرو زوج اهداف خاصی که به موضوع مساله آنها مربوط می شود شناسایی می کنند.	دیدگاه زوج در مورد مساله از طریق پرسش های گفتگویی جستجو می گردد، ایجاد فضا برای سکوت، پرسش های کنجکاوانه، شرکت در گفتگوی داخلی یکدیگر، گزارش زوج در مورد ارتباطشان و مهارتشان برای حل مساله مورد تشویق قرار می گیرد.
جلسه ششم	هر موضوع جدیدی که مطرح می گردد مورد توجه قرار می گیرد.	توضیحاتی در مورد اینکه زوج ها چگونه توانسته اند لحظاتی را دارای تعادل باشند، کسب می شود.
جلسه هفتم	- گفتگو در مورد نقش والدینی زوج	از فرزندان دعوت می شود تا در جلسه درمان شرکت کرده و دیدگاه هایشان را در مورد خانواده به اشتراک بگذارند، نظرات یکایک اعضای خانواده مورد کاوش قرار می گیرد، گفتگوهای داخلی خانواده کشف می شود و در مورد اینکه خانواده چگونه می تواند با یکدیگر کار کنند جستجو می گردد، از تیمهای بازتاب دهنده جهت ارایه دیدگاههای خارج از جلسه درمان، دعوت می شود.
جلسه هشتم	- در مورد زمان خاتمه دادن به صورت مشترک تصمیم گیری می شود. - در باره پیشرفت بحث می شود. - در مورد نگرانی های مربوط به آینده گفتگو می شود.	از پرسش های محاوره ای برای کاوش در باره نظرات زوج ها در مورد درمان و امیدهایی که به عنوان یک زوج و خانواده دارند استفاده می گردد، آنچه را که در درمان مفید بوده است، برجسته می شود و در باره استفاده از آنها در آینده بحث می گردد، نتیجه پیشرفت زوج ها به آنها منعکس می شود و درباره پایان دادن به رابطه درمانی علنی هستیم.

منبع: کتاب برنامه ریزی درمان بر مبنای نظریه برای درمانگران خانواده و ازدواج (جهارت و تاتل، ۲۰۰۳)

یافته‌های پژوهش

با توجه به موضوع مورد مطالعه، در این پژوهش ابتدا به بررسی ویژگی‌های دموگرافیک آزمودنی‌ها پرداخته شد و به منظور توصیف آماری، از جداول شاخص‌های آمار توصیفی استفاده شد که در آن از فراوانی، میانگین و انحراف معیار به عنوان شاخص‌های توصیفی استفاده گردید.

در جدول ۱ توصیف آماری نمرات پیش آزمون و پس آزمون نمرات خودکارآمدی و خرده مقیاس های آن در افراد مورد مطالعه به تفکیک گروه ها و جنسیت آورده شده است. براساس نتایج مندرج، میانگین نمرات پیش آزمون «خود-کارآمدی» زوج های مورد مطالعه در گروه زبان مشارکتی ۶۰.۸۶ و در گروه کنترل ۶۰.۵۰ می باشد. همچنین میانگین نمرات گروه زبان مشارکتی در پس آزمون ۹۱.۸۶ و میانگین گروه کنترل در پس آزمون ۶۰.۶۴ می باشد. با توجه به نتایج فوق، میانگین نمرات «خود-کارآمدی» در گروه آزمایش در پس آزمون افزایش داشته است اما در گروه کنترل میانگین نمرات «خود-کارآمدی» تقریباً ثابت بوده است. در مورد نمرات خرده مقیاس های خود-کارآمدی نیز همان طور که در جدول ۱ مشاهده می شود میانگین نمرات گروه آزمایش در پس آزمون افزایش داشته است اما در گروه کنترل میانگین نمرات تقریباً ثابت بوده است.

جدول ۱: شاخص‌های آماری نمرات خودکارآمدی و خرده‌مقیاس‌های آن در دو گروه

مرحله	گروه	زنان		مردان		کل	
		میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار		
پیش‌آزمون خودکارآمدی	زبان مشارکتی	۵۶.۰۰	۱۰.۲۰	۶۵.۷۱	۵.۴۱	۶۰.۸۶	۹.۳۲
	کنترل	۵۴.۷۱	۱۵.۰۰	۶۶.۲۸	۱۰.۷۶	۶۰.۵۰	۱۳.۹۱
پس‌آزمون	زبان مشارکتی	۸۷.۵۷	۱۱.۷۹	۹۶.۱۴	۴.۷۰	۹۱.۸۶	۹.۷۰
	کنترل	۵۵.۷۱	۱۲.۹۶	۶۵.۵۷	۱۳.۶۶	۶۰.۶۴	۱۳.۷۷
پیش‌آزمون مسئله	زبان مشارکتی	۲۶.۱۴	۴.۶۳	۳۱.۸۶	۶.۵۷	۲۹.۰۰	۶.۲۱

گروه	زنان	مردان	کل	گروه
میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	
کنترل	۶.۱۰ ۲۲.۷۱	۹.۰۹ ۳۴.۵۷	۲۸.۶۴ ۹.۶۵	پس آزمون
زبان مشارکتی	۴.۳۷ ۳۹.۱۴	۳.۰۸ ۴۴.۸۶	۴۲.۰۰ ۴.۶۹	پیش آزمون
کنترل	۶.۰۵ ۲۴.۵۷	۱.۰۰ ۳۴.۰۰	۲۹.۲۸ ۹.۳۳	پس آزمون
زبان مشارکتی	۴.۴۳ ۱۵.۵۷	۴.۱۸ ۱۶.۸۶	۱۶.۲۱ ۴.۱۹	پیش آزمون
کنترل	۶.۴۵ ۱۶.۷۱	۳.۵۰ ۱۵.۴۳	۱۶.۰۷ ۵.۰۳	پس آزمون
زبان مشارکتی	۵.۱۴ ۲۶.۱۴	۳.۴۴ ۲۷.۱۴	۲۶.۶۴ ۴.۲۳	پیش آزمون
کنترل	۴.۸۲ ۱۵.۲۸	۴.۴۳ ۱۵.۵۷	۱۵.۴۳ ۴.۴۵	پس آزمون
زبان مشارکتی	۲.۵۰ ۱۴.۲۸	۳.۷۸ ۱۷.۰۰	۱۵.۶۴ ۳.۳۹	پیش آزمون
کنترل	۴.۶۱ ۱۵.۲۸	۲.۴۳ ۱۶.۲۸	۱۵.۷۸ ۳.۵۸	پس آزمون
زبان مشارکتی	۳.۶۴ ۲۲.۲۸	۲.۴۱ ۲۴.۱۴	۲۳.۲۱ ۳.۱۱	پیش آزمون
کنترل	۴.۴۵ ۱۵.۸۶	۳.۷۴ ۱۶.۰۰	۱۵.۹۳ ۳.۹۵	پس آزمون

با توجه به اینکه در این پژوهش از روش پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است، بهترین روش آماری تحلیل کوواریانس می باشد. در این روش میانگین های پس آزمون پس از تعدیل نمره های پیش آزمون مورد مقایسه قرار می گیرد. به همین منظور، داده ها مطابق با روش تحلیل کوواریانس (یک راهه و چند متغیری) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای بررسی این فرضیه با توجه به برقرار بودن تمامی مفروضه های تحلیل کوواریانس (یکسان بودن شیب خط رگرسیون، همگنی واریانس ها، خطی بودن رابطه بین دو متغیر و نرمال بودن توزیع نمرات) نیز از این آزمون استفاده شد. در جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده

است. براساس نتایج مندرج در جدول، چون مقدار F محاسبه شده (۱۲۰/۹۸۵) با درجه آزادی ۱ و ۲۵ از مقدار F جدول بزرگتر است، بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه درمان زبان مشارکتی بر خودکارآمدی زوج‌ها موثر است. با اطمینان ۰/۹۹ تأیید می‌گردد. همچنین براساس نتایج جدول ۲ میانگین نمرات پس آزمون گروه زبان مشارکتی نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است که این تفاوت معنی دار است. شاخص اثر به دست آمده حاکی از این است که ۸۳ درصد افزایش خود-کارآمدی آزمودنی‌های شرکت کننده در گروه آزمایش را می‌توان به درمان زبان مشارکتی نسبت داد.

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمرات خودکارآمدی زوج‌ها در دو گروه

منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معنی داری	حجم اثر
پیش آزمون	۲۳۰۷.۴۷۶	۱	۲۳۰۷.۴۷۶	۴۱.۶۹۸	۰.۰۰۱	۰.۶۲۵
گروه‌ها (مستقل)	۶۶۹۵.۰۷۳	۱	۶۶۹۵.۰۷۳	۱۲۰.۹۸۵	۰.۰۰۱	۰.۸۲۹
واریانس خطا	۱۳۸۳.۴۵۳	۲۵	۵۵.۳۳۸	-	-	-
مجموع	۱۷۳۳۰.۵	۲۸	-	-	-	-

برای بررسی تأثیر درمان زبان مشارکتی بر خرده مقیاس‌های خود-کارآمدی زوج‌ها، با توجه به برقرار بودن تمامی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری (همگنی ضرایب رگرسیون، همگنی ماتریس کوواریانس‌ها، همگنی واریانس‌ها و نرمال بودن) از این آزمون استفاده شد که نتایج حاصل در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) تأثیر درمان زبان

مشارکتی بر خرده مقیاس های خود-کارآمدی

آزمون ها	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	اندازه اثر
آزمون اثر پیلایی	۰.۸۵۲	۴۰.۲۱۹	۳	۲۱	۰.۰۰۱	۰.۸۵۲
آزمون لامبدای ویلکز	۰.۱۴۸	۴۰.۲۱۹	۳	۲۱	۰.۰۰۱	۰.۸۵۲
آزمون اثر هتلینگ	۵.۷۴۶	۴۰.۲۱۹	۳	۲۱	۰.۰۰۱	۰.۸۵۲
آزمون بزرگترین ریشه روی	۵.۷۴۶	۴۰.۲۱۹	۳	۲۱	۰.۰۰۱	۰.۸۵۲

همان طوری که در جدول ۳ ارائه شده است با کنترل پیش آزمون سطوح معناداری همه آزمونها، بیانگران هستند که بین زوج ها گروه های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (خرده مقیاس های خودکارآمدی: مقابله مسئله مدار، متوقف ساختن افکار و هیجانات منفی و حمایت از جانب دوستان و خانواده) تفاوت معناداری مشاهده می شود ($p < 0.001$ و $F_{40.219} =$). برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، چند تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۴ نشان داده شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰.۸۵۲ می باشد، یعنی ۸۵ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون خرده مقیاس های خودکارآمدی مربوط به تأثیر زوج درمانی زبان مشارکتی می باشد.

جدول ۴ - نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا روی میانگین نمرات پس آزمون خرده مقیاس های خودکارآمدی زوج ها گروه های آزمایش (زبان مشارکتی) و گواه با کنترل پیش آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
مقایسه مسئله مدار	پیش آزمون	۱۰۳۵.۴۱۲	۱	۱۰۳۵.۴۱۲	۱۰۱.۲۷۶	۰.۰۰۱	۰.۸۱۵	۱
	گروه	۱۰۷۲.۸۳۵	۱	۱۰۷۲.۸۳۵	۱۰۴.۹۳۷	۰.۰۰۱	۰.۸۲۰	۱
	خطا	۲۳۵.۱۴۳	۱۸	۱۰.۲۲۴				
توقف افکار منفی	پیش آزمون	۳۷.۲۶۵	۱	۳۷.۲۶۵	۲.۲۹۵	۰.۱۴۳	۰.۰۹۱	۰.۳۰۶
	گروه	۸۶۷.۲۴۷	۱	۸۶۷.۲۴۷	۵۳.۴۰۱	۰.۰۰۱	۰.۶۹۹	۱
	خطا	۳۷۳.۵۲۹	۱۸	۱۶.۲۴۰				
کسب حمایت دیگران	پیش آزمون	۴۱.۳۵۸	۱	۴۱.۳۵۸	۶.۲۶۹	۰.۰۲۰	۰.۲۱۴	۰.۶۶۹
	گروه	۳۷۳.۳۰۳	۱	۳۷۳.۳۰۳	۵۶.۵۸۷	۰.۰۰۱	۰.۷۱۱	۱
	خطا	۱۵۱.۷۳۲	۱۸	۶.۵۹۷				

همان طوری که در جدول ۴ ملاحظه می شود با کنترل پیش آزمون بین زوج ها گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ خرده مقیاس های خودکارآمدی تفاوت های معناداری وجود دارد، بنابراین اثربخشی زوج درمانی زبان مشارکتی بر هر سه زیر مقیاس خود-کارآمدی تایید می گردد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر، اثربخشی درمان سیستم های زبان مشارکتی بر خود-کارآمدی زوجین را مورد بررسی قرار می دهد. نتایج بیانگر معنادار بودن این اثربخشی بر خودکارآمدی و همچنین بر کلیه خرده مقیاس های خودکارآمدی زوجین می باشد.

براساس تحقیقات اندرسون (۱۹۹۷) و تاراگونا (۲۰۰۸) می‌توانیم بگوییم که درمان زبان مشارکتی (۱) با یک نگرش غیرآسیب شناسانه کار می‌کند (۲) به واقعیت و اصالت زوجها و فردیت آنها احترام می‌گذارد (۳) به دیدگاه زوجها در مورد مسائلشان و به عقاید آنها که در طول مکالمات شکل می‌گیرد احترام می‌گذارد (۴) از همه دانش زوجها در مورد زندگی شان استفاده می‌کند (مسائل، داستان ها، راه حل ها و اهداف). زوجها را به عنوان متخصص در مورد موضوعاتی که باید مورد بحث قرار گیرند می‌بیند (۵) در مورد اطلاعات و خطاهایشان علنی می‌باشند (۶) در مورد طول درمان علنی می‌باشند به تصمیم زوجها در مورد این که چه وقت می‌خواهند درمانگر را ببینند و چه وقت می‌خواهند گفتگوهای درمانی را پایان دهند احترام می‌گذارد (سسما، ۲۰۱۱). با توجه به ویژگی‌های مطرح شده در مورد این رویکرد درمانی می‌توان گفت که ایجاد خود-عاملی، ذاتی درمان زبان مشارکتی بوده و موجبات افزایش خود-کارآمدی زوجها را فراهم می‌سازد. لذا این پژوهش با نظراندرس (۲۰۰۷) در مورد خود-عاملی که آن را حس صلاحیت یا توانایی انجام کار، داشتن انتخابها و مشارکت در ایجاد انتخابها است، هماهنگی دارد.

خود-روایتی‌ها می‌توانند هویت‌هایی (معنی‌هایی) خلق کنند، که موجب خود-عاملی یا مانع آن شود (اندرس و گولیشین، ۱۹۸۸؛ گولیشین، ۱۹۸۹؛ گولیشین و اندرسن، ۱۹۹۴). در درمان، به اشخاصی بر می‌خوریم که مسایل شان ناشی از روایت‌های اجتماعی و خود-تعریفی‌ها یا خود-روایتی‌هایی است که هنوز انتخاب نشده‌اند و یا مانعی برای انتخاب هستند. هدف درمان کمک به فرد است برای مشارکت او در گفتن و باز گفتن روایت‌های اول شخصی شان. نقش درمانگر ایجاد یک فضا و فرایند گفتگوی دو جانبه، باز بودن برای پذیرش چیزهای تازه و غیر منتظره‌ای که اتفاق خواهد افتاد، می‌باشد. در این فرایند، خود هویتی‌ها (معنی‌ها) تبدیل به آن معانی می‌شوند که موجب خود-عاملی (عمل، یا حسی که عمل را ممکن می‌سازد)، راههای مختلف بودن، و امکانات گوناگون مربوط به شرایط زندگی که ما بعضی اوقات آنها را مساله

می‌انگاریم، می‌شوند. معانی و اعمال از یکدیگر جدا نیستند.

در بررسی‌های انجام شده، پژوهشی که به طور مشخص در مورد تعیین اثربخشی درمان زبان مشارکتی بر افزایش میزان خود-کارآمدی زوج‌ها باشد، یافت نشد، اما می‌توان گفت که نتیجه این مطالعه با نظربندورا و همکاران (۲۰۱۱) که ابراز داشتند، کارآمدی زوجین بر توانایی ادا رک شده همسران برای برقراری ارتباط باز و مطمئن با یکدیگر، فراهم ساختن حمایت دو جانبه، حل مسائل ارتباطی زناشویی و کارکردن روی اختلاف عقایدشان در مورد پرورش فرزندان و مدیریت مسائل مالی، متمرکز است، همخوانی دارد. همچنین با نتیجه‌ی تحقیق کروپر (۲۰۰۸)^۱ در مورد درمان مشارکتی که موجب احترام گذاشتن به مراجع، قدرتمند ساختن مراجع، ایجاد معانی و دیدگاه‌های جدید میگردد، که این خود می‌تواند موجبات افزایش خود-کارآمدی زوج‌ها را فراهم سازد، هماهنگ بوده و با تحقیقات اندرسون (۲۰۰۷، ۱۹۹۷)، جهارت و لایل (۱۹۹۹)، ساترلند (۲۰۰۸)، سسما (۲۰۱۱) که نشان دادند، درمان زبان مشارکتی ماهیتاً باعث خود-عاملی فرد می‌شود، همسو می‌باشد.

پیشنهادها

با توجه به عدم پیشینه پژوهش ایرانی، پیشنهاد می‌شود که اثربخشی درمان زبان مشارکتی بر سایر ابعاد زندگی زوج و خانواده مورد مطالعه قرار گیرد. برای تحلیل دقیق‌تر فرایند درمان، پژوهشی که هم کمی باشد و هم کیفی در این مورد انجام گیرد.

در این پژوهش استفاده از تیم بازتاب دهنده که در درمان زبان مشارکتی به کار گرفته می‌شود، میسر نگردید، لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی برای اثربخشی بیشتر درمان، در صورت امکان از نظرات این تیم نیز در درمان استفاده گردد.

مشاوران و روانشناسان با استفاده از نتایج این پژوهش می‌توانند در پیشگیری و درمان مشکلات مربوط به خود-کارآمدی زوجها که در واقع تلاش درمانی آنها نیز ارتقا این سازه در همسران می‌باشد، گام‌های موثری بردارند.

منابع

- مارشال ریو، جان. انگیزش و هیجان. ترجمه سید محمدی، ی. (۱۳۹۰). تهران: انتشارات ویرایش.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Evolving ideas about the implications for theory and practice. *Family process*, 27, 371-393.
- Anderson, H. (1997). *conversation, Language and possibilities: A postmodern approach to therapy*. New York, NY: Basic Book.
- Anderson, Harlene (2007). The Therapist and Therapy systems: A way of Being with others. 6th congress of the European family Therapy Association and 32th Association for family Therapy and systemic Practice UK conference Glasgow, Scotland, oct 5, 2007.
- Anderson, H. & Gehart, Diane. (2007). Relationship and Conversation that make a Difference. Routledge, Taylor & Francis Group.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. & Wood, R. (1989). Effect of Perceived Controllability and Performance Standard on Self-Regulation of Complex Decision Making. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989, Vol. 56, No. 5, 805-814.
- Bandura, A. (1994). self-efficacy, In V. S. Ramachandran (Ed.) *Encyclopedia of human behavior* (vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press.
- Bandura, Albert. (1997) *Self-Efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Bandura, A. Caprara, Gian & Barbaranelli, Claudio; Regalia, camillo & Scabini, Eugenia. (2011). Impact of family efficacy beliefs on quality of family functioning and satisfaction with family life. *Applied Psychology: An International Review*, 2011, 60(3), 241-448.
- Biever, J. L., Bobele, M., & North, M. W. (1998). Therapy with intercultural couples: A postmodern approach. *Counselling Psychology Quarterly*, 11 (2), 181-188.
- Burgoon, Jennifer Marie (2008) *An Investigation of the self-efficacy's Influence on Academic Achievement*. ProQuest LLC.
- Bussey, K., & Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Psychological Review*, 106, 676-713.
- Chesney MA, Neilands TB, Chambers DB, Taylor JM, Folkman S. (2006). A validity and reliability study of the coping self-efficacy scale. *Br J Health Psychol*. 2006 Sep; 11(Pt 3): 421-37.

- Finshbane ,Dekoven, Mona (1998). I,THOU, AND WE; A DIALOGICAL APPROACH TO COUPLES THERAPY. Journal of Marital and Family therapy, 1998. Vol. 24, No. 1. 41-58.
- Gehart-Brooks, D.R., & Lyle, R. R.(1999).Client and therapist perspectives of change in collaborative language systems: An interpretive ethnography. Journal of Systemic Therapies, 18(4), 58–77.
- Gehart, D.R.& Tuttle, A. R. (2003).Theory-Based Treatment planning for Marriage and Family Therapists.Brooks col Cengage Learning,USA.
- Gurman,A.&Jacobson.(2002).Clinical Handbook of couple therapy. NY,New York:The GuilFord Press.
- Kruper,Cheryl L.(2008).Counsellers'perspectives on collaboration in collaborative therapies:A Grounded Theory Analyses. A Final Project Submitted to the Campus Alberta Applied Psychology.
- Morris, Libbby V. (2004), self-Efficacy in Academe: Connecting the Belief and the Reality Innovative Higher Education. Vol. 23, No. 3, Spring 2004.
- Sesma,M.(2011).Pathways to Dialogue:The Work of Collaborative Therapists eitgh Couples, International Jornal Collaborative practices2(1),2011:48-66.
- Schwartz,J&Fish,J.M(1989).Self-efficacy and depressive affect in college student . Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy Volume7,Number4.
- Snyder, S.R. &Lopez, shane J. (2002), Hand Book of positive Psychology. Oxford university Press.
- Sutherland,Olga(2008).TherapeuticCollaboration:Conversation Analysis of Couple Therapy.A Thesis for the Degree of Doctor of Psychology,Colgary,Alberta.
- Tarragona, M. (2008) Postmodern/Post-Structuralist Therapies. In Lebow, J. (Ed.) 21st Century Psychotherapies. Hoboken, NJ, John Wiley & Sons
- Zimmerman, B. J. (2000). Self-efficacy: An essential motive to learn. Contemporary Educational Psychology, 25(1), 82-91.