

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

بتول حامدی^۱ - دکتر عبدالله شفیق 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 متأهل 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 زوج‌درمانی 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 زوج‌درمانی 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 روان‌شناسی 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 چالش‌های زندگی روبرو می‌شویم، روابط سالمی را بنا گذاشته و رضایت شخصی به دست می‌آوریم. (اسنایدر^۱، ۲۰۰۰). یک حس کارآمدی قوی موجب ارتقاء پیشرفت انسان و بهزیستی وی در بیشتر زمینه‌های زندگی می‌گردد. کسانی که اطمینان زیادی نسبت به توانایی‌هایشان دارند با مشکلات به عنوان چالشی قابل اداره کردن برخورد می‌کنند تا اینکه بخواهند از روبرو شدن با آن مشکلات اجتناب کنند. این چشم انداز مؤثر، موجب رغبت درونی و جذب عمیق نسبت به فعالیت‌ها می‌شود. آنها اهداف چالش‌انگیزی را انتخاب نموده و نسبت به آن متعهد می‌مانند. تلاش‌هایشان را برای مقابله با مشکلات بیشتر می‌کنند. پس از شکست به سرعت احساس خودکارآمدی شان را احیا می‌کنند. به موقعیت‌های تهدید کننده نزدیک می‌شوند، با این اطمینان که می‌توانند بر آنها کنترل داشته باشند (بندورا^۲ ۱۹۹۴). خود-کارآمدی بر انتخاب شخص در فعالیت‌ها تأثیرگذار است (بندورا، ۱۹۸۶، ۱۹۸۶؛ زیمرمن^۳، ۲۰۰۰). افراد با خود-کارآمدی بالا بیشتر مشتاق شرکت در فعالیت‌های چالش‌انگیز و داشتن اهداف بزرگتر هستند (بندورا، ۱۹۹۴). اگر افراد برای انجام فعالیت خاصی خود-کارآمدی پایینی داشته باشند احتمالاً از انجام آن صرف‌نظر می‌کنند (بندورا، ۱۹۸۶، ۱۹۹۴؛ پنتریچ^۴ و اسچونک^۵، ۲۰۰۲). دیگر اینکه خود-کارآمدی بر تلاش فرد برای پیشرفت در دو بعد تأثیرگذار است: (۱) میزان تلاش برای پیشرفت (۲) دامنه‌ی عملکرد (زیمرمن، ۲۰۰۰). افراد با خود-کارآمدی بالا

1. Snyder
2. Bandura
3. Zimmerman
4. Pintrich
5. Schunk

با تلاش زیاد کار می‌کنند و کارهایشان را سریعتر انجام می‌دهند 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 فرضیه‌های مهم روان‌شناسان رفتارگرا بوده است، رار می‌کند. 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 کننده‌ای ایفا می‌کنند (بندورا، ۱۹۹۷). چهارچوب نظریه‌ای 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 می‌کند 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 (۱۹۹۷، ۱۹۷۷) در حوزه‌های گسترده‌ای برای درک رفتار انسان پی برده‌اند. خود-کارآمدی، باور فرد در مورد توانایی هایش برای انجام فعالیت یا رفتاری خاص می‌باشد. بندورا (۱۹۷۷) خود-کارآمدی (یا آنچه که سپس به عنوان انتظارات کارآمدی مطرح نمود) را «باور فرد در مورد اینکه به طور موفقیت آمیزی می‌تواند رفتار لازم برای رسیدن به نتایج را اداره کند»، تعریف می‌کند. اسپچونک (۱۹۹۱) خود-کارآمدی را به عنوان «قضاوتهای فرد در مورد شایستگی هایش برای انجام اعمال مشخص» تعریف می‌کند. خود-کارآمدی، خود-ادراکی قابلیت‌ها است (موریس^۵، ۲۰۰۴) و در مورد کار، موقعیت یا حوزه خاصی مطرح می‌باشد. (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 توانایی‌هایشان برای سازمان دادن و اجرای اعمال لازم برای رسیدن به گونه‌های معینی از عملکردها» تعریف می‌کند. این قضاوت ادراک شده؛ رفتار، انتخاب فعالیت‌ها، مقاومت و سرسختی، تلاش، انگیزه، افکار و هیجانات انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (بندورا، ۱۹۸۶؛ پنیتریچ و اسجونک، ۲۰۰۰).

کسانی که به کارآیی خودشان در حل مسائل اعتقاد راسخ دارند، هنگام رویدادهای استرس‌زا، از نظر تفکر تحلیلی، کارآمد می‌مانند، اما افرادی که به توانایی‌های حل مسئله خودشان شک دارند به طور آشفتگی‌ای فکر می‌کنند (بندورا و وود^۱، ۱۹۸۹؛ وود و بندورا، ۱۹۸۹). برای اینکه افراد به بهترین وجه عمل کنند، باید ابتدا برای پیش‌بینی مؤثرترین شیوه عمل، از خاطرات رویدادهای گذشته خودشان استفاده کنند. آنها باید درباره عملکردها تعمق کنند، و بیاد بیاورند کدام شیوه‌های عمل، نتیجه بخش و کدام بی نتیجه بوده است (مارشال ریو، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۰). در «مطالعه‌ی 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 پیش‌بینی‌کننده مهم رفتار می‌باشد». مطالعات زیادی در مورد روش‌ها، حوزه‌ها، وظایف مختلف، از این نتیجه که رفتار انسان غالباً به وسیله باورهای اشخاص در مورد توانایی‌هایشان که آن را خود-کارآمدی می‌نامیم، بهتر قابل پیش‌بینی می‌باشد، حمایت می‌کند، تا رفتارهایی که آنها واقعاً قادر به انجام آن هستند (به نقل از موریس، ۲۰۰۴).

جوانی دوره‌ای است که مردم باید یاد بگیرند که چگونه به تقاضاهای برخاسته از روابط زناشویی، وظایف والدینی، حرفه‌های شغلی پاسخ دهند. مانند نقش‌های کنترلی قبلی خود، یک احساس قوی خودکارآمدی کمک مهمی به توانایی‌ها و موفقیت بیشتر

آنها می‌کند. کسانی که با مهارت کمتری وارد جوانی می‌شوند و گرفتار خودتردیدی می‌شوند، در بیشتر جنبه‌های زندگی بزرگسالی دچار استرس و افسردگی می‌گردند (بندورا، ۱۹۹۴). شوارتز (۱۹۸۹) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که مداخلات آموزش مهارت‌ها که موجب افزایش خود-کارآمدی می‌شود ممکن است بیشترین تأثیر بر کاهش علایم افسردگی دانشجویان دارد.

کارآمدی زوج‌ها بر توانایی ادا کردن شده آن‌ها 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 می‌باشد. (بندورا و همکاران، ۲۰۱۱).

ما در جهان به سرعت در حال تغییر که با ویژگی‌هایی مانند جهانی شدن و تغییر شرایط اجتماعی، سیاسی، اقتصادی، فرهنگی و همچنین تأثیر اینترنت و رسانه بر عدم تمرکز گرایي اطلاعات، دانش و تخصص‌ها، زندگی می‌کنیم. مردم خواهان خدمات و نظام‌های درمانی منعطف و احترام‌گذارنده می‌باشند. این جهان معاصرو پیچیدگی‌های آن و تأثیراتی که بر زندگی فردی و جمعی ما دارد، ما درمانگران را به ارزیابی مجدد اینکه دنیای پیرامون خود، مراجعان و نقش ما به عنوان درمانگر را چگونه درک کنیم و ما می‌دارد (اندرسن^۱، ۲۰۰۷). بنابراین در این پژوهش از «درمان نظام‌های زبان مشارکتی» که توسط گولیشین^۲ و اندرسن (۱۹۸۸)، به عنوان روشی جدید برای فکر کردن در مورد نظام‌ها معرفی گردید، استفاده شد. آن‌ها معتقدند که نظام‌های انسانی نظام‌های خلق‌کننده زبان و معنی می‌باشند. نظام‌های زبانی به وسیله مردمی که در حال گفتگو حول یک موضوع خاص که به آن‌ها ربط پیدا می‌کند، شکل می‌گیرد (تاراگونا^۳، ۲۰۰۸). گولیشین و اندرسن و همکارانشان مفاهیم ساخت‌گرایی

1. Anderson
2. Goolishian
3. Tarragona

اجتماعی و فرامدرن 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 بازنگاری کنند و یا در گفتگوهایشان تغییر ایجاد کنند (سسما، ۲۰۱۱).^۲ ساترلند^۳ (۲۰۰۸) تحقیقی با عنوان تحلیل گفتگوی جلسه ی زوج درمانی را بر اساس 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 شهر تهران 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 هر یک 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 پیش‌آزمون	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 آمده‌اند، پرسش در مورد تشابهات و تفاوت‌های 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 جلسه‌ای برای درمان تهیه می‌شود.
جلسه پنجم	- براساس دستور جلسه قبل، درمان‌گرو زوج اهداف خاصی که به موضوع مساله آنها مربوط می‌شود شناسایی می‌کنند.	دیدگاه زوج در مورد مساله از طریق پرسش‌های گفتگویی جستجو می‌گردد، ایجاد فضا برای سکوت، پرسش‌های کنجکاوانه، شرکت در گفتگوی داخلی یکدیگر، گزارش زوج در مورد ارتباطشان و مهارتشان برای حل مساله مورد تشویق قرار می‌گیرد.
جلسه ششم	هر موضوع جدیدی که مطرح می‌گردد مورد توجه قرار می‌گیرد.	توضیحاتی در مورد اینکه زوج‌ها چگونه توانسته‌اند لحظاتی را دارای تعادل باشند، کسب می‌شود.
جلسه هفتم	- گفتگو در مورد نقش والدینی زوج	از فرزندان دعوت می‌شود تا در جلسه درمان شرکت کرده و دیدگاه هایشان را در مورد خانواده به اشتراک بگذارند، نظرات یکایک اعضای خانواده مورد کاوش قرار می‌گیرد، گفتگوهای داخلی خانواده کشف می‌شود و در مورد اینکه خانواده چگونه می‌تواند با یکدیگر کار کند جستجو می‌گردد، از تیمهای بازتاب دهنده جهت ارایه دیدگاه‌های خارج از جلسه درمان، دعوت می‌شود.
جلسه هشتم	- در مورد زمان خاتمه دادن به صورت مشترک تصمیم‌گیری می‌شود. - در باره پیشرفت بحث می‌شود. - در مورد نگرانی‌های مربوط به آینده گفتگو می‌شود.	از پرسش‌های محاوره‌ای برای کاوش در باره نظرات زوج‌ها در مورد درمان و امیدهایی که به عنوان یک زوج و خانواده دارند استفاده می‌گردد، آنچه را که در درمان مفید بوده است، برجسته می‌شود و در باره استفاده از آنها در آینده بحث می‌گردد، نتیجه پیشرفت زوج‌ها به آنها منعکس می‌شود 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)

یافته های پژوهش

با توجه به موضوع مورد مطالعه، در این پژوهش ابتدا به بررسی ویژگی های دموگرافیک آزمودنی ها پرداخته شد و به منظور توصیف آماری، از جداول شاخص های آمار توصیفی استفاده شد که در آن از فراوانی، میانگین و انحراف معیار به عنوان شاخص های 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: شاخص های آماری نمرات خودکارآمدی و خرده مقیاس های آن در دو گروه

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

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

اجتناب از افکار منفی

کسب حمایت دیگران

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 میانگین‌های پس آزمون پس از تعدیل نمره‌های پیش آزمون مورد مقایسه قرار می‌گیرد. به همین منظور، داده‌ها 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 مفروضه‌های تحلیل کوواریانس (یکسان بودن شیب خط رگرسیون، همگنی واریانس‌ها، 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 از 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 مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	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 مقیاس‌های خود-کارآمدی

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

همان طوری که در جدول ۳ ارائه شده است با کنترل پیش آزمون سطوح معناداری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین زوج‌ها گروه‌های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (خرده مقیاس‌های خودکارآمدی: مقابله مسئله مدار، متوقف ساختن افکار و هیجانات منفی و حمایت از جانب دوستان و خانواده) تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($p < 0.001$ 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 می‌باشد، یعنی ۸۵ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون خرده مقیاس‌های خودکارآمدی مربوط به تأثیر زوج درمانی زبان مشارکتی می‌باشد.

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

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.

بر اساس 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، داستان‌ها، راه حل‌ها 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 نظر اندرسون (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 (اندرسن و گولیشین، ۱۹۸۸؛ گولیشین، ۱۹۸۹؛ گولیشین و اندرسون، 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 ادراک 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 اندرسن (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 Books.
- 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(Pt3):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).Counsellors'perspectives on collaboration in collaborative therapies:A Grounded Theory Analyses. A Final Project Submitted to the Campus Alberta Applied Psychology.
- Morris, Libby 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.