

بررسی مقایسه‌ای اثربخشی زوج درمانی گروهی با آموزش رویکردهای «درمان تصمیم‌گیری دوباره» و «روایت درمانی» بر افزایش رضایت زناشویی در ازدواج‌های دانشجویی (۱)

دکتر افسانه بوستان

عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

دکتر کیانوش هاشمیان

عضو هیأت علمی دانشگاه الزهر (اس)

دکتر عبدالله شفیع آبادی

عضو هیأت علمی دانشگاه علامه طباطبائی

دکتر علی دلاور

عضو هیأت علمی دانشگاه علامه طباطبائی

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای اثربخشی دو رویکرد خانواده درمانی «درمان تصمیم‌گیری دوباره» و «روایت درمانی» و نیز تلفیق این دو رویکرد با رویکرد «روانشناسی مثبت» انجام پذیرفت. به منظور دستیابی به اهداف مورد بررسی از روند مشاوره گروهی استفاده شد؛ در این مطالعه ۷ فرضیه مورد بررسی قرار گرفت؛ زیرساخت این فرضیه‌ها بر پایه نظریات: اریک برن، رابرت و مری گولدینگ، مایکل وایت و دیوید اپستون، و مارتین سلیگمن استوار بوده است.

طرح تحقیق در این پژوهش، طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود؛ جامعه آماری، کلیه دانشجویان متأهل دانشگاه تهران، که حداکثر دو سال از ازدواج آنها گذشته بود را در بر گرفت؛ نمونه مورد بررسی شامل ۲۰ زوج دانشجویی و ابزار مورد استفاده، پرسشنامه رضامندی زناشویی انریچ بود. پس از اجرای پیش‌آزمون، نمونه مورد بررسی

۱. این مقاله برگرفته از موضوع پژوهشی رساله دکتری در رشته مشاوره با همین عنوان در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات می‌باشد.

بصورت تصادفی در ۳ گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار داده شد. با سه گروه آزمایشی به مدت ۵ جلسه ۲ ساعته، زوج درمانی گروهی انجام شد؛ سپس هر چهار گروه در معرض پاسخگویی مجدد به پرسشنامه انریچ قرار گرفتند؛ متغیر وابسته در این پژوهش، در دو حالت خرده مقیاس رضایت زناشویی و شاخص کلی رضایت زناشویی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بدست آمده نشان دهنده تأیید شش فرضیه پژوهش بود؛ در ادامه، رهنمود این پژوهش نیز، معرفی و ارائه مدل «هرم زوجین موفق» بوده است. واژگان کلیدی: خانواده درمانی، درمان تصمیم‌گیری دوباره، روایت درمانی، روانشناسی مثبت، رضایت زناشویی

مقدمه

هزاره سوم، فرصتی است در جهت بازنگری و تحکیم روش‌های علمی مشاوره و سلامت خانواده؛ در این هزاره کلیه کشورهای جهان تلاش می‌کنند تا با تقویت بنیان خانواده، زمینه رشد، تعالی و استحکام خانواده را فراهم نمایند (نوابی‌نژاد، ۱۳۸۴)؛ خانواده اولین سازمان اجتماعی است که فرد در آن زندگی می‌کند و اساساً یک کانون کمک، تسکین، التیام و شفابخشی است و کانونی است که باید فشارهای روانی وارد شده بر اعضای خود را تخفیف دهد و راه رشد و شکوفایی آنها را هموار کند (گلدنبرگ، ۱۳۸۲).

از آنجا که دستیابی به جامعه سالم، آشکارا در گرو سلامت خانواده و تحقق خانواده سالم مشروط به برخورداری اعضای آن از سلامت روانی و داشتن رابطه‌های مطلوب با یکدیگر است، از این رو سالم‌سازی اعضای خانواده و رابطه‌هایشان، بی‌گمان اثرات مثبتی را در جامعه به دنبال خواهد داشت؛ درمان زناشویی جنبه‌ای از خانواده‌درمانی است. این درمان به‌طور فزاینده‌ای بر روی فرایندهای تعاملی موجود بین زوجین تمرکز دارد؛ حوزه مشاوره زناشویی در خانواده‌درمانی بر این مفهوم تکیه دارد که مسائل و مشکلات ایجاد شده به همان میزانی که حاصل تعارض درون‌فردی هستند، نتیجه تعارضات بین فردی نیز می‌توانند باشند و مشاوره برای اجرای مداخلات اثربخش باید به‌طور همزمان با زوجین کار کند.

یکی از انواع روش‌های همزمان کار کردن با زوجین عبارتست از زوج‌درمانی چندگانه که معمولاً به صورت گروه‌های متشکل از سه تا پنج زوج اداره می‌شود. گروه متشکل از

زوجین، به این علت برای همسران بافت مطلوبی است که متوجه می‌شوند مشکلات آنها منحصر به فرد نیست؛ برخی تعارض‌ها بخش لاینفکی از روابط زناشویی هستند و تمامی زوجین باید در برخی حوزه‌ها دست به سازش بزنند. زوج‌ها می‌توانند نحوه اختلافات و چگونگی اجتناب از گسترش تعارض را به یکدیگر بیاموزند (گلدنبرگ، ۱۳۸۲)؛ بطور کلی اصل بنیادین در کار گروه‌درمانی آن است که گروه کوچکی می‌تواند در حکم عامل تغییر عمل کند و بر کسانی که عضویت در آن را می‌پذیرند، تأثیر قوی داشته باشد. زوجین قطعاً می‌توانند مسائل ارزشمندی را در موقعیت گروه درمانی از هم بیاموزند. از جمله عواملی که در گروه درمانی زوجین می‌تواند مورد بررسی قرار گیرد، رضامندی زناشویی است که در پایداری زناشویی و ثبات نظام خانواده، نقش مؤثری را ایفا می‌نماید؛ بنابراین در مورد فرایند کار مشاوره در بهبود رضایت زناشویی زوجین که محور کار این پژوهش بوده است نیز، از میان نظریات گوناگونی که در حیطه گروه‌درمانی و خانواده‌درمانی مطرح گردیده‌اند، دو نظریه «درمان تصمیم‌گیری دوباره»^(۱) «روایت‌درمانی»^(۲) انتخاب و اثر آن بر رضایت زناشویی زوجین مورد بررسی قرار گرفت؛ بدنبال آن «رویکرد تلفیقی»^(۳) این دو درمان نیز با یکدیگر و با رویکرد «روانشناسی مثبت»، بکار گرفته شد.

نظریه «درمان تصمیم‌گیری دوباره» بر مبنای نظریه «تحلیل تعاملی» پایه‌گذاری شده است؛ بسیاری از تحلیل‌گران تعاملی، درمان‌های فردی، زناشویی و خانوادگی هم ارائه می‌دهند و هنگامی که آنها به درمان زوجین و خانواده‌ها می‌پردازند، نظام‌های دیگر را هم با تحلیل تعاملی در هم می‌آمیزند (پروچاسکا، ۱۳۸۳)؛ امروزه نظریه تحلیل تعاملی تغییرات زیادی یافته و مفاهیم اساسی آن دستخوش دگرگونی‌هایی شده است؛ از جمله مری و رابرت گولدینگ (۱۹۷۹)، رهبران مکتب «درمان تصمیم‌گیری دوباره»، در رویکرد کلاسیک تحلیل تعاملی برن تغییراتی اساسی ایجاد نموده‌اند. آنان به منظور کارکرد عملی‌تر و کارآمدتر، نظریه تحلیل تعاملی را با اصول و فنون گشتالت‌درمانی، خانواده‌درمانی، روان‌نمایشی و رفتار درمانی ترکیب نموده‌اند. هدف این نظریه - درمان تصمیم‌گیری دوباره -، کمک به افراد در چالش با خود است تا نقش شبه قربانی خود را

1. Redecision Therapy

2. Nattative Therapy

3. Intergrative Approach

این علت برای همسران بافت مطلوبی است که متوجه می‌شوند مشکلات آنها منحصر به فرد نیست؛ برخی تعارض‌ها بخش لاینفکی از روابط زناشویی هستند و تمامی زوجین باید در برخی حوزه‌ها دست به سازش بزنند. زوج‌ها می‌توانند نحوه اختلافات و چگونگی اجتناب از گسترش تعارض را به یکدیگر بیاموزند (گلدنبرگ، ۱۳۸۲)؛ بطور کلی اصل بنیادین در کار گروه‌درمانی آن است که گروه کوچکی می‌تواند در حکم عامل تغییر عمل کند و هر کسانی که عضویت در آن را می‌پذیرند، تأثیر قوی داشته باشد. زوجین قطعاً می‌توانند مسائل ارزشمندی را در موقعیت گروه درمانی از هم بیاموزند. از جمله عواملی که در گروه درمانی زوجین می‌تواند مورد بررسی قرار گیرد، رضامندی زناشویی است که در پایداری زناشویی و ثبات نظام خانواده، نقش مؤثری را ایفا می‌نماید؛ بنابراین در مورد فرایند کار مشاوره در بهبود رضایت زناشویی زوجین که محور کار این پژوهش بوده است نیز، از میان نظریات گوناگونی که در حیطه گروه‌درمانی و خانواده‌درمانی مطرح گردیده‌اند، دو نظریه «درمان تصمیم‌گیری دوباره»^(۱) «روایت‌درمانی»^(۲) انتخاب و اثر آن بر رضایت زناشویی زوجین مورد بررسی قرار گرفت؛ بدنبال آن «رویکرد تلفیقی»^(۳) این دو درمان نیز با یکدیگر و با رویکرد «روانشناسی مثبت»، بکار گرفته شد.

نظریه «درمان تصمیم‌گیری دوباره» بر مبنای نظریه «تحلیل تعاملی» پایه‌گذاری شده است؛ بسیاری از تحلیل‌گران تعاملی، درمان‌های فردی، زناشویی و خانوادگی هم ارائه می‌دهند و هنگامی که آنها به درمان زوجین و خانواده‌ها می‌پردازند، نظام‌های دیگر را هم با تحلیل تعاملی در هم می‌آمیزند (پروچاسکا، ۱۳۸۳)؛ امروزه نظریه تحلیل تعاملی تغییرات زیادی یافته و مفاهیم اساسی آن دستخوش دگرگونی‌هایی شده است؛ از جمله مری و رابرت گولدینگ (۱۹۷۹)، رهبران مکتب «درمان تصمیم‌گیری دوباره»، در رویکرد کلاسیک تحلیل تعاملی برن تغییراتی اساسی ایجاد نموده‌اند. آنان به منظور کارکرد عملی‌تر و کارآمدتر، نظریه تحلیل تعاملی را با اصول و فنون گشتالت‌درمانی، خانواده‌درمانی، روان‌نمایشی و رفتار درمانی ترکیب نموده‌اند. هدف این نظریه - درمان تصمیم‌گیری دوباره -، کمک به افراد در چالش با خود است تا نقش شبه قربانی خود را

1. Redecision Therapy

2. Nattative Therapy

3. Intergrative Approach

بشناسند، نسبت به مسئولیت‌پذیری و هدایت زندگی خویش آگاه شوند و در فرآیند زندگی تغییرات لازم را اعمال نمایند؛ در این نوع درمان به درمانجویان کمک می‌شود تا با عقایدی که در گذشته نسبت به خودشان داشته‌اند، مبارزه کنند؛ به درمانجویان این امر آموخته می‌شود که در انتخاب‌هایشان آزادند تا دوباره در مورد اینکه چه کسی هستند و چه کسی می‌خواهند باشند، تصمیم بگیرند (گلاد فلتر، ۱۹۹۲، مک کلندون و کاویس، ۱۹۹۵ به نقل از کارلسون، ۱۳۷۸). لذا با بکارگیری این دیدگاه در درمان، زوجین می‌توانند تصمیم بگیرند تعامل‌های تازه‌ای را امتحان کنند.

براساس آنچه آندروونیکو و دازو (۱۹۹۶) و گولدینگ و گولدینگ (۱۹۷۹) تأکید نموده‌اند درمان تصمیم‌گیری دوباره در بهترین حالت خود به صورت گروهی انجام می‌پذیرد. در این مدل فرض اصلی بر این پایه استوار است که وقتی افراد در موقعیتی تعارض برانگیز خود را درگیر حس می‌کنند و یا به نقطه‌ای می‌رسند که تعارض برایشان غیرقابل حل می‌شود، معمولاً ریشه این تعارض، از دوران کودکی آنها بوده است. از آنجا که این تعارض در آن زمان برایشان غیرقابل حل بوده، اکنون به آن بازگشت می‌کنند. این بازگشت معمولاً فراسوی آگاهی فرد بوده و پاسخ‌هایی که شخص از آن به بعد به موقعیت‌های مشابه می‌دهد اغلب حالت نامناسب و بی‌تأثیر را خواهد داشت (آندروونیکو و دازو، ۱۹۹۶).

الگوی دیگر مورد بررسی در این پژوهش، الگوی خانواده‌درمانی مبتنی بر «روایت درمانی» بوده که این الگو عبارت است از: بررسی چگونگی بازنویسی داستان زندگی افراد توسط خود آنان به شیوه‌ای که علت به درمان کشیده شدن آنها را برونی کند (کارلسون، ۱۳۷۸). در این شیوه به خانواده‌ها کمک می‌شود که داستان‌های جدیدی برای زندگی خود بسازند؛ اعتقاد این دیدگاه بر آن است که فرآیند ساختن داستان‌های جدید یک احساس ضرورت شخصی در اعضای خانواده به وجود می‌آورد که آنان را قادر می‌سازد در آینده، بهتر به مبارزه بپردازند.

به نظر مایکل وایت و دیوید اپستون (۱۹۹۰) هدف از مداخلات در این دیدگاه این است که به خانواده کمک شود تا یک مشکل توانفرسا و دشوار را «برونی»^(۱) کنند و در

1. externalize

نتیجه مشکل را در قالب پدیده‌ای ظالمانه و بیرونی تعریف کنند که نیرویی خاص خود و ماهیتی مستقل دارد و خانواده تشویق می‌شود برای مبارزه با آن یکپارچه شود؛ مشکلات به عنوان داستان‌هایی دیده می‌شوند که مردم توافق کرده‌اند برای خود بگویند (کارلسون، ۱۳۷۸).

در این پژوهش از رویکرد «روانشناسی مثبت» نیز استفاده شد. روانشناسی پس از جنگ جهانی دوم در کل به عنوان علمی که جهت شفابخشی مطرح بود، خود را به جامعه علمی نمایاند. تأکید روانشناسی بر ترمیم آسیب‌هایی بود که با به کار بستن مدل بیماری برکنش و عملکرد انسانی بود و بدین گونه توسعه یافت (گیلهم و سلیگمن، ۱۹۹۹؛ سلیگمن و سیکزنت می‌هالی، ۲۰۰۰)؛ در همین راستا توجه به روانشناسی مثبت روز به روز افزون شد؛ هدف روانشناسی مثبت این است که تغییراتی را در روانشناسی از اشتغال فکری منحصر به فرد در رابطه با ترمیم آنچه که به عنوان بدترین در زندگی بوده، به سمت ساختن بهترین کیفیت‌های موجود زندگی به وجود آورد؛ یکی از کاربردهای اساسی روانشناسی مثبت، در روان‌درمانی می‌باشد که به نام «درمان مثبت» نامیده می‌شود. در این شیوه درمانی آنچه که در مراجع می‌بایست مورد توجه قرار گیرد و در او قدرتمندی شخصی را برای یک زندگی بهتر با کیفیت بالا و نگرشی مثبت به زندگی را به وجود آورد، عبارتند از: جرأت بخشی، مهارت‌های بین‌فردی، منطقی بودن، کسب بینش، خوشبینی، صداقت، پشتکار، واقعیت‌نگری، استعداد برای لذت بردن، مشکلات را در چشم‌انداز قرار دادن، ذهن آینده‌نگر، هدفمند بودن (اسنایدر و لوپز، ۲۰۰۵)؛ در روانشناسی مثبت، انسان با ویژگی‌هایی همچون انعطاف‌پذیری، عالی بودن، خوشبین بودن، به زیستی ذهنی، خود پنداره مثبت، شفابخشی خودبخودی، قدرت شفابخشی طبیعت و قدرت شفابخشی ذهنی معرفی می‌شود که این موضوع خود زمینه تحقیقات روانشناختی را به وجود آورده است (سلیگمن، ۱۹۹۰)؛ دوره حیات خانواده یک مبنای فوق‌العاده مفید برای مفهوم‌سازی ایجاد و گسترش روابط مثبت است. خانواده یک سامانه اجتماعی منحصر به فرد است، زیرا عضویت در آن بر ترکیبی از پیوندهای زیست‌شناختی، قانونی، احساسی، جغرافیایی و تاریخی مبتنی است (والش، ۱۹۹۳، به نقل از کار، ۱۳۸۵).

در نهایت همچنان که بارکر عنوان می‌کند، آغاز کار درمانگر ابتدا با یک رویکرد بوده اما بیشتر درمانگران با کسب تجربه، با نگاه داشتن مبنای نظری رویکرد اولیه و استفاده از فنون و روش‌های رویکردهای دیگر، کار خود را اصلاح می‌نمایند؛ نظر به اینکه پژوهش‌های مرتبط با آموزش رویکرد «درمان تصمیم‌گیری دوباره»، در امر خانواده درمانی اندک بوده و از این رویکرد بیشتر در مشاوره‌های فردی و گروهی استفاده گردیده است؛ لذا یکی از اهداف انجام پژوهش حاضر این بود که کارآیی این رویکرد را در زوج درمانی (مشاوره زناشویی)، مورد بررسی قرار دهد. به منظور بررسی دقیق‌تر، از رویکرد «روایت درمانی» که خود درمان نسبتاً جدیدی بوده و در زمره درمان‌های کوتاه مدت مشاوره خانواده محسوب می‌شود، جهت مقایسه استفاده گردید؛ انتخاب این رویکرد برای مقایسه نیز بدین علت بود که فرض اولیه پژوهشگر بر آن بود که بین تصمیم‌گیری دوباره زوجین برای انتخاب راه‌حل‌ها و ساختن داستان‌های جدید توسط زوجین در مورد مشکلات گذشته، تشابه روشی و محتوایی وجود دارد که انجام پژوهش و نتایج حاصل از آن، مؤید این فرض بوده است؛ و نهایتاً این پژوهش با این هدف اصلی انجام پذیرفت که «مدل تلفیقی درمان تصمیم‌گیری دوباره، روایت درمانی و روانشناسی مثبت» - که حاصل بکارگیری فنون و روش‌هایی برای تصمیمات و داستان‌های منطبق با فرهنگ ایرانی این رویکردها بوده است - را، در صورتی که کارآیی آن طی آموزش به زوجین تأیید گردید، بعنوان یکی از رویکردهای مورد استفاده در خانواده درمانی جهت انجام پژوهش‌های بیشتر معرفی نماید.

فرضیه‌های پژوهش

- آموزش رویکرد «درمان تصمیم‌گیری دوباره» به شیوه مشاوره گروهی، رضایت زناشویی در ازدواج‌های دانشجویی را افزایش می‌دهد.
- آموزش رویکرد «روایت‌درمانی» به شیوه مشاوره گروهی، رضایت زناشویی در ازدواج‌های دانشجویی را افزایش می‌دهد.
- آموزش رویکرد «تلفیقی» به شیوه مشاوره گروهی، رضایت زناشویی در ازدواج‌های دانشجویی را افزایش می‌دهد.

رضایت زناشویی زوجین تفاوت وجود دارد. «درمان تصمیم‌گیری دوباره»، «روایت درمانی» و «تلفیقی»، در افزایش

- بین دو رویکرد «درمان تصمیم‌گیری دوباره» و «روایت درمانی» در افزایش رضایت زناشویی زوجین تفاوت وجود دارد.

- بین دو رویکرد «درمان تصمیم‌گیری دوباره» و «تلفیقی» در افزایش رضایت زناشویی زوجین تفاوت وجود دارد.

- بین دو رویکرد «روایت درمانی» و «تلفیقی» در افزایش رضایت زناشویی زوجین تفاوت وجود دارد.

روش پژوهش

این پژوهش با طرح «پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل» انجام شد. در این مطالعه سه گروه آزمایشی با رویکردهای متفاوت درمانی، بعنوان متغیر مستقل مورد بررسی و یک گروه نیز بعنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد.

جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه دانشجویانی بود که در سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ در دانشگاه تهران، پیمان زناشویی بسته بودند و حجم نمونه، شامل ۲۰ زوج دانشجوی بود که با «روش نمونه‌گیری در دسترس» - طی فراخوانی که توسط پژوهشگر توزیع شد - انتخاب گردیده و پس از اجرای پیش‌آزمون (آزمون مقدماتی)، افراد مذکور با «روش نمونه‌گیری تصادفی» در چهار گروه ۵ زوجی قرار داده شدند.

ابزار اندازه‌گیری

به منظور انجام این پژوهش، از پرسشنامه «رضامندی زناشویی انریچ» استفاده شد. این پرسشنامه برای ارزیابی زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا یا شناسایی زمینه‌های قوت و پرباری رابطه زناشویی به کار می‌رود. همچنین از این پرسشنامه برای تشخیص زوج‌هایی استفاده می‌شد که نیاز به مشاوره و تقویت رابطه خود دارند. این پرسشنامه از ۱۲ خرده مقیاس تشکیل شده است که این خرده مقیاس‌ها عبارتند از: تحریف آرمانی، رضایت

زناتشویی، مسائل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندان و فرزندپروری، خانواده و دوستان، نقش‌های مساوات‌طلبی و جهت‌گیری مذهبی.

نمره‌گذاری این پرسشنامه ۱۱۵ سؤالی به صورت ۵ گزینه‌ای و با توجه به بار مثبت و منفی گزینه‌ها از (۱-۲-۳-۴-۵) است که نمره بالاتر نشانه رضامندی زناشویی است؛ اعتبار پرسشنامه انریچ در گزارش اولسون، فورنیر و دراکمن (۱۹۸۹) با میانگین ۰/۷۹ بوده است و اعتبار بازآزمایی پرسشنامه در فاصله ۴ هفته با میانگین ۰/۸۶ بوده است. روایی پرسشنامه انریچ از طریق ضریب همبستگی پرسشنامه با مقیاس‌های رضایت خانوادگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰ و با مقیاس‌های رضایت زندگی از ۰/۳۲ تا ۰/۴۱ است که نشانه روایی سازه آن است.

فراست (۱۳۸۱) به نقل از سلیمانیان (۱۳۷۳) توضیح داده است که چون اصل پرسشنامه انریچ که ۱۱۵ سؤالی است، موجب خستگی آزمودنی‌ها می‌گردد، تصمیم گرفت فرم کوتاهی از آن تهیه کند. بدین منظور همبستگی هر یک از سؤالات را با کل پرسشنامه از طریق ضریب همبستگی محاسبه نمود؛ سپس ۴۷ سؤال را که از ضریب همبستگی نسبتاً بالایی برخوردار بودند انتخاب نمود. بدین ترتیب پس از انتخاب، مجدداً ضریب اعتبار فرم ۴۷ سؤالی بر روی یک گروه ۳۰ نفری با استفاده از ضریب آلفای کرانباخ محاسبه گردید و ضریب اعتبار ۰/۹۵ به دست آمد؛ در این پژوهش از فرم ۴۷ سؤالی پرسشنامه انریچ استفاده شد.

روش تحلیل داده‌ها

با توجه به فرضیه‌های پژوهش و به منظور توصیف و تجزیه و تحلیل اطلاعات آماری به دست آمده از گروه‌های مورد مطالعه، اقدامات زیر انجام گرفت:

- ابتدا به منظور توصیف شاخص‌های مرکزی و پراکندگی داده‌ها، میانگین و انحراف معیار هر یک از سؤالات پرسشنامه به تفکیک بدست آمد.

- در بخش بعد، کلیه خرده مقیاس‌های پرسشنامه انریچ به تفکیک هر شاخص، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. با توجه به موضوع این پژوهش، در خرده مقیاس «شاخص رضایت زناشویی»، به رد یا تأیید فرضیه‌های مطروحه پژوهش: با آزمون t

مستقل برای رد یا تأیید سه فرضیه اول و آزمون تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون تعقیبی توکی برای رد یا تأیید چهار فرضیه بعد، به همراه ترسیم نمودار سطوح گروه‌های درمان در شاخص رضایت زناشویی و نیز نمودار اثر گروه‌های آزمون بر روی سطوح گروه‌های درمان، پرداخته شد.

خرده مقیاس‌های دیگر پرسشنامه رضامندی انریچ، از جمله شاخص‌های: تحریف آرمانی، ارتباط زناشویی، مسائل شخصیتی، تعارض، مدیریت مالی، اوقات فراغت، رابطه جنسی، خانواده و دوستان و جهت‌گیری مذهبی در روابط زناشویی به تفکیک از نظر شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مورد بررسی قرار گرفته و سپس آنالیز واریانس گروه‌های درمان بررسی و آزمون تعقیبی توکی برای گروه‌ها در شاخص‌های مذکور، انجام شد؛ نمودارهای اثر گروه‌های آزمون بر روی سطوح گروه‌های درمان، همچنین نمودارهای جعبه‌ای سطوح گروه‌های درمان در هر یک از شاخص‌ها ترسیم و در چهار گروه درمان مورد بررسی قرار گرفت.

شاخص کلی رضایت زناشویی که از جمع نمرات کلیه خرده‌مقیاس‌ها^(۱): رضایت زناشویی، تحریف آرمانی، ارتباط زناشویی، مسائل شخصیتی، تعارض، مدیریت مالی، اوقات فراغت، رابطه جنسی، خانواده و دوستان، و جهت‌گیری مذهبی، به دست آمده بود نیز، از نظر آمار توصیفی، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و آمار استنباطی، آزمون t مستقل، آنالیز واریانس و آزمون توکی و ترسیم نمودار جعبه‌ای سطوح گروه‌های درمان در شاخص کلی رضایت زناشویی بررسی و به دنبال آن هفت فرضیه مورد نظر این پژوهش علاوه بر شاخص خرده مقیاس رضایت زناشویی، در این شاخص نیز مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش

شاخص کلی رضایت زناشویی از جمع نمرات خرده مقیاس‌های تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، ارتباط، مسائل شخصیتی، تعارض، مدیریت مالی، فراغت، روابط جنسی، خانواده و دوستان و جهت‌گیری مذهبی، حاصل شده است. نتایج مربوط به این شاخص، میانگین و انحراف معیار در جدول شماره ۱ آورده شده است.

۱. لازم به ذکر است که در شاخص رضایت کلی زناشویی، خرده مقیاس فرزند و فرزندپروری به دلیل عدم سختی با وضعیت زوجین، مورد بررسی قرار نگرفت.

منتشر شده توسط سايت شخصي
دکتر عبدالله شفيق آبادي
www.dr-a-shafiqabadi.ir

جدول ۱ - میانگین و انحراف معیار نمرات شاخص کلی رضایت زناشویی گروه‌های درمان به تفکیک گروه‌های آزمون

گروه‌های آزمون		بیش آزمون		بسی آزمون	
کمیت‌های آماری		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
گروه‌های درمان					
تصمیم‌گیری دوباره		۱/۹۸۸	۲/۶۳	۱/۲۳۹	
روایت درمانی		۲/۰۲۶	۴/۱۳	۲/۳۸۲	
تلفیقی		۳/۳۸۴	۵/۶۳	۱/۴۰۶	
کنترل		۲/۳۶۸	۲/۷۳	۲/۳۰۳	
کل		۲/۴۲۱	۲/۴۱	۳/۶۶۷	

فرضیه برابری واریانس گروه‌های درمان با آزمون لون، بررسی و برابری واریانس‌های گروه درمان شاخص کلی روابط زناشویی در سطح اطمینان ۹۵ درصد پذیرفته می‌شود.

$$F(۷ و ۷۲) = ۱/۹۳۶ \quad sig = ۰/۰۶۵$$

جدول ۲ - آنالیز واریانس گروه‌های شاخص کلی رضایت زناشویی گروه‌های درمان

منبع متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
مدل اصلاح شده	۹۴۶/۰۴۴	۷	۱۳۵/۵۱۸	۲۷/۶۹۴	۰/۰۰۰
عرض از مبدأ	۳/۳۲۱	۱	۳/۳۲۱	۰/۶۷۸	۰/۴۱۳
گروه‌های درمان	۱۷۹/۵۲۲	۳	۵۹/۸۴۱	۱۲/۲۲۳	۰/۰۰۰
گروه‌های آزمون	۵۴۸/۶۲۸	۱	۵۴۸/۶۲۸	۱۱۲/۰۶۵	۰/۰۰۰
گروه‌های درمان * گروه‌های آزمون	۲۲۰/۸۹۳	۳	۷۳/۶۳۱	۱۵/۰۴۰	۰/۰۰۰
خطا	۳۵۲/۴۸۵	۷۲	۴/۸۹۶		
کل	۱۳۰۴/۸۵۰	۸۰			
کل اصلاح شده	۱۳۰۱/۵۲۹	۷۹			

آنالیز واریانس مدل اصلاح شده و عرض از مبدأ اشاره به رگرسیون دارد که جهت انجام آنالیز واریانس استفاده شده است و می‌توان آنها را نادیده گرفت. برای هر دو عامل گروه‌های درمان و گروه‌های آزمون اثرات اصلی در شاخص رضایت زناشویی تفاوت معناداری مشاهده می‌شود به طوری گروه‌های درمان در سطح ۰/۰۵ معنادار است و گروه‌های آزمون نیز در سطح ۰/۰۵ معنادار هستند. علاوه بر اثرهای اصلی گروه درمان و گروه‌های آزمون، اثر متقابل گروه‌های درمان و گروه‌های آزمون نیز در شاخص کلی رضایت زناشویی در سطح ۰/۰۵ معنادار می‌باشند. عامل گروه‌های درمان به وضوح اثرات متفاوتی را بر گروه‌های آزمون، پیش‌آزمون و پس‌آزمون دارد. به منظور تعیین اثرات الگوی میانگین درمان‌ها به طور دقیق‌تر، از آزمون توکی (Tukey HSD) برای عامل گروه‌های درمان شاخص رضایت زناشویی در اثر متقابل گروه‌های درمان و گروه‌های آزمون استفاده شده است. آزمون‌های آماری نشان می‌دهند که گروه کنترل با گروه‌های درمان تصمیم‌گیری دوباره، روایت درمانی و تلفیقی به طور معناداری با هم اختلاف دارند. گروه درمان «روایت درمانی» با گروه درمان «تلفیقی» نیز دارای تفاوتی معنادار است. در ادامه نتایج بدست آمده از سه فرضیه اول پژوهش بررسی می‌شود:

جدول ۳ - میانگین نمرات افتراقی شاخص کلی رضایت زناشویی گروه‌های آزمون (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) در بین پاسخگویان به تفکیک گروه‌های درمان

فرضیه	گروه‌های درمان	میانگین نمرات افتراقی	t	درجه آزادی	سطح معناداری
اول	تصمیم‌گیری دوباره	۵/۲۵	۱۰/۰۴۹	۱۸	۰/۰۰۰
	کنترل	-۰/۱۵			
دوم	روایت درمانی	۷/۳۳	۱۶/۰۳۴	۱۸	۰/۰۰۰
	کنترل	-۰/۱۵			
سوم	تلفیقی	۸/۵۲	۸/۶۳۳	۱۸	۰/۰۰۰
	کنترل	-۰/۱۵			

در فرضیه اول نتایج نشان می‌دهد که در مجموع میانگین نمرات افتراقی شاخص کلی رضایت زناشویی گروه‌های آزمون در بین پاسخگویان گروه «درمان تصمیم‌گیری دوباره»

۵/۲۵ و میانگین نمرات افتراقی شاخص کلی رضایت زناشویی در بین پاسخگویان گروه «کنترل» ۰/۱۵- است. بنابراین آزمون t با نمونه‌های مستقل با میزان اطمینان ۹۵ درصد تفاوت معناداری را بین میانگین نمرات افتراقی شاخص کلی رضایت زناشویی در گروه‌های «درمان تصمیم‌گیری دوباره» و «کنترل» نشان می‌دهد؛ به عبارتی دیگر آموزش رویکرد «تصمیم‌گیری دوباره» به شیوه مشاوره گروهی، رضایت زناشویی را در ازدواج‌های دانشجویی افزایش داده است. بنابراین فرضیه فوق در سطح اطمینان ۹۵ درصد تأیید می‌شود (جدول شماره ۳).

در فرضیه دوم نتایج نشان می‌دهد که در مجموع میانگین نمرات افتراقی شاخص کلی رضایت زناشویی گروه‌های آزمون در بین پاسخگویان گروه «روایت درمانی» ۷/۳۳ و میانگین نمرات افتراقی شاخص کلی رضایت زناشویی در بین پاسخگویان گروه «کنترل» ۰/۱۵- است. بنابراین آزمون t با نمونه‌های مستقل با میزان اطمینان ۹۵ درصد تفاوت معناداری را بین میانگین نمرات افتراقی شاخص کلی رضایت زناشویی در گروه «روایت درمانی» و گروه «کنترل» نشان می‌دهد؛ به عبارتی دیگر آموزش رویکرد «روایت درمانی» به شیوه مشاوره گروهی، رضایت زناشویی را در ازدواج‌های دانشجویی افزایش داده است. بنابراین فرضیه فوق در سطح اطمینان ۹۵ درصد تأیید می‌شود (جدول شماره ۳).

در فرضیه سوم نتایج نشان می‌دهد که در مجموع میانگین نمرات افتراقی شاخص کلی رضایت زناشویی گروه‌های آزمون در بین پاسخگویان گروه درمان «تلفیقی» ۸/۵۲ و میانگین نمرات افتراقی شاخص کلی رضایت زناشویی گروه‌های آزمون در بین پاسخگویان گروه «کنترل» ۰/۱۵- است. بنابراین آزمون t با نمونه‌های مستقل با میزان اطمینان ۹۵ درصد تفاوت معناداری را بین میانگین نمرات افتراقی شاخص کلی رضایت زناشویی در گروه درمان «تلفیقی» و گروه «کنترل» نشان می‌دهد؛ به عبارتی دیگر آموزش رویکرد «تلفیقی» به شیوه مشاوره گروهی، رضایت زناشویی را در ازدواج‌های دانشجویی افزایش داده است. بنابراین فرضیه فوق در سطح اطمینان ۹۵ درصد تأیید می‌شود (جدول شماره ۳).

فرضیه چهارم: بین سه رویکرد «درمان تصمیم‌گیری دوباره»، «روایت درمانی» و «تلفیقی» در افزایش شاخص کلی رضایت زناشویی زوجین تفاوت وجود دارد.

جدول ۴ - آزمون آنالیز واریانس برای مقایسه میانگین نمره شاخص کلی رضایت زناشویی در بین پاسخگویان گروه پس‌آزمون به لحاظ گروه‌های درمان

گروه‌های درمان	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	نسبت F	سطح معناداری
بین‌گروهی	۳۹۷/۹۴۷	۳	۱۳۲/۶۴۹	۳۷/۷۸۵	۰/۰۰۰
درون‌گروهی	۱۲۶/۳۸۴	۳۶	۳/۵۱۱		
کل	۵۲۴/۳۳۱	۳۹		۰/۶۷۸	۰/۴۱۳

همان‌طور که در جدول شماره ۴ ملاحظه می‌شود گروه «درمان تصمیم‌گیری دوباره» دارای میانگین نمره شاخص کلی رضایت زناشویی $2/63$ ، گروه «روایت درمانی» دارای میانگین $4/13$ ، گروه درمان «تلفیقی» دارای میانگین $5/63$ و گروه کنترل دارای میانگین $2/83$ هستند. مقایسه میانگین نمرات شاخص رضایت زناشویی در بین گروه‌های مختلف درمانی با استفاده از آزمون آنالیز واریانس با میزان اطمینان ۹۵ درصد نشان می‌دهد که بین نمره شاخص کلی رضایت زناشویی گروه‌های مختلف درمان تفاوت معنادار وجود دارد. به عبارتی دیگر بین سه رویکرد «درمان تصمیم‌گیری دوباره» و «روایت درمانی» در افزایش رضایت زناشویی زوجین تفاوت وجود دارد، رد می‌شود. آزمون توکی همچنان نشان می‌دهد که در بین میانگین نمره شاخص کلی رضایت زناشویی گروه «درمان تصمیم‌گیری دوباره» با میانگین نمره شاخص رضایت زناشویی گروه درمان «تلفیقی» در سطح اطمینان ۹۵ درصد تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر فرضیه ششم بین دو رویکرد «درمان تصمیم‌گیری دوباره» و «تلفیقی» در افزایش شاخص کلی رضایت زناشویی زوجین تفاوت وجود دارد، پذیرفته می‌شود. همچنین با توجه به نتایج آزمون مذکور فرضیه هفتم بین دو رویکرد «روایت درمانی» و «تلفیقی» در افزایش رضایت زناشویی زوجین تفاوت وجود دارد، پذیرفته می‌شود. زیرا بین میانگین نمره شاخص رضایت زناشویی گروه درمان «روایت درمانی» با میانگین شاخص رضایت زناشویی گروه درمان «تلفیقی» در سطح اطمینان ۹۹ درصد تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

آنچه در زیر مورد بحث قرار می‌گیرد دلایل و مستندات است که مربوط به قبول و یا رد فرضیه‌های مربوط به پژوهش حاضر می‌باشد:

در فرضیه اول، یافته‌های پژوهش مؤید آن بوده است که آموزش رویکرد «درمان تصمیم‌گیری دوباره» به شیوه مشاوره گروهی، رضایت زناشویی را در ازدواج‌های دانشجویی افزایش داده است. بنابراین فرضیه فوق در سطح اطمینان ۹۵ درصد تأیید می‌شود؛ این یافته با پژوهش بوگولست (۲۰۰۳) و دانش (۱۳۸۳)، همسو می‌باشد؛ بوگولست در پژوهشی که در خلال پنج جلسه گروه درمانی با به کار بستن روش و مبانی نظری تحلیل تعاملی بر روی ۲۸ دانشجوی روانشناسی سال سوم در سن کارلوس انجام داد به این نتایج دست یافته است: آزمودنی‌ها در این مطالعه که طرح آن به صورت پیش‌آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود، با در نظر گرفتن درمان تصمیم‌گیری دوباره گولدینگ مورد بررسی قرار گرفتند. حالات ایگو - من - توسط چک‌لیست صفات^(۱) (ACL) که توسط گوف و هیل بران (۱۹۸۳) ساخته شد، سنجیده شد. پس از تحلیل داده‌ها که از طریق تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) انجام گرفت، مشخص شد که تغییرات اساسی در حالات ایگو - من - پس از ۶ هفته به وقوع پیوسته است. تغییرات حاصله در حالت ایگو - من - پس از سنجش‌های مکرر که آن هم از طریق مانوا انجام گرفت، این تغییرات را مجدداً نشان داد؛ همچنین در پژوهشی که دانش (۱۳۸۳) با عنوان تأثیر زوج درمانگری اسلامی با روش تحلیل ارتباط محاوره‌ای در افزایش خودشناسی در سازگاری زناشویی زوج‌های ناسازگار انجام داد، نتیجه گرفته است که با ۹۵٪ اطمینان روش TA، سازگاری زناشویی گروه آزمایشی را افزایش داده است.

همچنین از نظر کیفی، نتایج به دست آمده از آموزش‌های این رویکرد با آموزش‌های اوکانرو همکاران ۲۰۰۴، استاینر ۲۰۰۰، گولدینگ و گولدینگ ۱۹۸۹؛ پااولی ۲۰۰۳؛ وود ۱۹۹۸ همسو می‌باشد که خلاصه‌ای از این تحقیقات عبارتند از: ژانت‌لی اوکانرو دل ورلی (۲۰۰۳) از روان‌درمانگران می‌باشند که توانسته‌اند این شیوه درمانی را نه تنها در ایالات متحده بلکه در کشورهای همچون مکزیک، کانادا و اسکاتلند در مدت ۱۴ سال

1. Adjective Checklist

آموزش در خانواده‌درمانی و نیز گروه درمانی ترویج دهند؛ از دیگر درمانگرانی که تمرکز خود را بر اهمیت «نوازش» - که از مفاهیم بنیادی این درمان می‌باشد - قرار داده، کلود استاینر می‌باشد. او در این شیوه درمانی از مراجعین خود می‌خواهد با پیام‌های منفی انتقادگرایانه والدین خود، از طریق نوازش‌هایی که اعضای گروه به یکدیگر می‌دهند، مقاومت ورزند. هدف این جلسات درمانی به دست آوردن بازشناسی مثبت که افراد برای «به‌زیستی» خود به آن نیازمند می‌باشند، بوده است. استاینر این شیوه درمانی را در رابطه با مراجعینی مانند فیل که در یک پوچی و یأس قرار داشت و تری که به این نتیجه رسیده بود که زندگی او به نحوی است که او مستحق آن نمی‌باشد، به کار برد. آنها در جلسه درمانی خواهان نوازش‌هایی بودند؛ استاینر در بررسی‌های درمانی خود به مراجعینی که درگیری‌های عاطفی پیچیده‌ای را با خود داشتند و قادر به حل آن نبودند اشاره دارد؛ در این ارتباط نمی‌توان از تحقیقات و بررسی‌های درمانی که مری گولدینگ (۱۹۸۹) انجام داده است، گذشت. مری گولدینگ در درمان تصمیم‌گیری دوباره به مراجعین خود اینچنین کمک می‌کند که آنها می‌توانند تغییراتی در افکار، هیجانات و یا رفتارهای خود از طریق رهاسازی خود از تصمیمات کهنه مقاومت‌کننده به وجود آورند. از جمله نمونه‌هایی که به آن اشاره می‌کند جین می‌باشد که توانست خود را از کپیرهایی که در اثر غم و غصه برای او به وجود آمده بود رهایی دهد و یا لوئیز که در این شیوه درمانی توانست «والد درونی» بسیار مؤثری را برای «کودک» خود خلق کند؛ از جمله تحقیقات دیگری که توسط دو مبتکر این شیوه درمانی انجام گرفت و شاید بتوان آن را به عنوان پژوهش‌های کلاسیک در نظر داشت، می‌توان از تکنیک‌های رابرت گولدینگ نام برد. او در کار درمانی‌اش تکنیک‌های ایفای نقش، خیالبافی و مواجهه را در رابطه با مراجعین داوطلب به کار گرفت. این دو درمانگر از تکنیک‌ها و شیوه‌های مرسوم در رویکرد ابداعی خود - درمان تصمیم‌گیری دوباره - استفاده نمودند (گولدینگ و گولدینگ، ۱۹۸۹)؛ لینا پاولی که خود توسط رابرت و مری گولدینگ به مدت ۴ سال تعلیم دیده، برای قدرت بخشیدن به این شیوه درمانی، تکنیک‌های خاصی را به کار می‌برد از جمله: تکنیک هیپنوتیزم، درمان‌شناختی، بیوانرژتیک، روان‌آموزشی و مداخلات رفتاری (پاولی، ۲۰۰۳).

در فرضیه دوم، یافته‌های پژوهش مؤید آن بوده است که آموزش رویکرد «روایت درمانی» به شیوه مشاوره گروهی، رضایت زناشویی را در ازدواج‌های دانشجویی افزایش داده است. بنابراین فرضیه فوق در سطح اطمینان ۹۵ درصد تأیید می‌شود؛ این پژوهش با یافته‌های استرن‌برگ و لوری لینچ (۱۹۹۱) و استرن‌برگ و حجت ۱۹۹۲ همخوان می‌باشد. - در پژوهش استرن‌برگ (۱۹۸۸) از زوجین خواسته شده تا داستان عشق خود را تعریف کنند. نتایج حاکی از آن است که زوجین داستان‌هایی را نقل می‌کرده‌اند که بیشتر سطحی بوده و رویدادهای سطحی را در برمی‌گرفته است. از جمله اینکه دوست دارند همسرشان چه نوع کاری را برای آنها انجام دهند. اکثر زوجین به این مورد نپرداخته‌اند که این رویدادها برای آنها چه معنایی داشته است؛ اپستین (۱۹۹۳) در پژوهشی، ویژگی‌های تفکر روایتی را با ویژگی‌های تفکر عقلایی مقایسه کرده است. بر اساس یافته‌های او، تفکر روایتی معمولاً کلی‌نگر، شهودی، غیرمنطقی و ملموس است. به سرعت به انجام و به نتیجه می‌رسد، آهسته تغییر می‌کند و خود نشانه اعتبار خود است. در مقابل تفکر عقلایی، تحلیلی، منطقی، عقلانی و انتزاعی است. آهسته‌تر به انجام و به نتیجه می‌رسد، به سرعت تغییر می‌کند و برای آنکه از طریق منطق و مدرک پذیرفته شود، به توجیه نیاز دارد؛ همچنین در پژوهش دیگری استرن‌برگ و لوری لینچ (۱۹۹۱) برای ارزیابی دیدگاه عشق به مثابه داستان، یک پرسشنامه هفتاد و پنج ماده‌ای با این هدف که هر کدام از ۲۵ داستان ارائه شده تا چه میزان نمودار دیدگاه‌های افراد عشق است، در اختیار آنها گذاشتند. برای هر داستان ۳ گزینه (اظهار نظر) آورده شد. اساس نمره یک و اگر «کاملاً موافق» بود نمره ۷ می‌گرفت و نمره ۴ ارزش بینابینی داشت. هر اظهارنظری دوبار نمره‌گذاری می‌شد: یکی نمره رابطه واقعی‌ای بود که پاسخ‌دهنده درگیر آن بود و دوم بر مبنای رابطه آرمانی‌ای بود که پاسخ‌دهنده آرزوی رسیدن به آن را داشت. به شرکت‌کنندگان در این پژوهش دو پرسشنامه دیگر نیز داده شد که در رابطه با جمعیت‌شناسی و پرسشنامه رضایت از رابطه صمیمانه بود. جامعه آماری این پژوهش ۶۰ دانشجوی دوره لیسانس - که نیمی مذکر و نیمی مؤنث بودند و سن آنها بین ۱۷ تا ۲۲ سال بود و دست کم یک رابطه صمیمانه را تجربه کرده بودند، بود. در این پژوهش برای روابط واقعی مقیاس بیست و پنج داستانی به کار برده شد. چهار داستان، تفاوت جنسیت

خود را به وضوح نشان داد: داستان‌های هنر، کلکسیون، زشت‌نگاری (که در این سه مورد، اکثریت با مردها بود) و داستان سفر (که زنها در آن اکثریت داشتند). در مورد روابط آرمانی، مردان بیشتر برای داستان هنر، کلکسیون و زشت‌نگاری ارزش قائل بودند و زنان برای داستان تجارت ارزش قائل می‌شدند. در ارزش‌گذاری کلی داستان وحشت کمتر از همه داستان‌ها مورد پسند بود و باغبانی بیش از همه؛ و از نظر کیفی، نتایج به دست آمده از آموزش‌های این رویکرد با تحقیقات آلن و آلن (۱۹۹۸؛ فانیتا انگلیش، استرن‌برگ ۱۹۸۸؛ اپستین ۱۹۹۳؛ استرن‌برگ و لوری‌لینچ ۱۹۹۱؛ هیلکر ۲۰۰۵؛ اوکانر، میکس، پیکرینگ و شومان ۱۹۹۷؛ اوکانر و همکاران ۲۰۰۴؛ وایت و اپستون ۱۹۹۰؛ مارچ و موله ۱۹۹۸؛ لیب و کانوفسکی ۲۰۰۳؛ فریستاد، گاوازی و سولدانو ۱۹۹۹؛ آرچر ۱۹۹۷؛ بسا ۱۹۹۴؛ نایت، باندی، موریس، هیگز، جیمسن و آنسورث ۲۰۰۳؛ گودارد، لهر، لاپادات ۲۰۰۰، همسو می‌باشد که خلاصه‌ای از برخی از آنها به این شرح است: در رابطه با سلسله مراتب مجوزها^(۱) در فرهنگ‌های گوناگون تحقیقاتی انجام گرفته اما هر درمانگری برای خود تعدادی از موقعیت‌هایی را به مورد اجرا گذاشته است که برای او در آن فرهنگ خاص کارآیی بیشتری داشته است. مفهوم مجوزها از جمله عناصری در روایت درمانی بوده است که نسبت به سایر مفاهیم، تحقیقات بیشتری را به خود اختصاص داده است (آلن و آلن، ۱۹۹۸)؛ در این رابطه همچنین از تحلیلگری به نام فانیتا انگلیش می‌توان نام برد که به آموزش درمانگران و مشاورین سازمان‌ها پرداخته است. او در این جلسات درمانی از ۵ آزمودنی (مراجع) نام می‌برد که از طریق مجوزهای داده شده به هر یک از افراد، آنها را در ارتباط با «خود واقعی» - که باید آن را تصاحب کنند - و «ابرازگری خلاقانه» حمایت می‌کنند: اوکانر و همکاران (۲۰۰۴) نیز در آخرین مطالعاتی که انجام داده‌اند تجربه درمانگر در این شیوه به عنوان تیم روایت درمانی ارزیابی نموده‌اند.

برخی از روایت درمانگران همچون مارچ و موله (۱۹۹۸)، فن «برونی کردن روایات» را در درمان‌شناختی- رفتاری در مورد کودکانی که مبتلا به اختلال وسواس- اجبار (O-C) بودند، به کار بردند؛ لیب و کانوفسکی (۲۰۰۳)، مفاهیم روایتی و فنون آن را در

1. hierarchy of permissions

درمان‌های روان‌پویایی برای این منظور به کار بردند که بتوانند تجارب و باورهای آسیب‌زای ناخودآگاهی را بهبود بخشند؛ فایده و اثربخشی روایت درمانی و کاربرد آن نه تنها در زوج درمانی اثرات مثبت خود را نشان داده، بلکه این شیوه درمانی در رابطه با اختلالات خلقی به ویژه در میان نوجوانان و خانواده آنها (فریستاد، گاوازی و سولدانو، ۱۹۹۹)؛ در رابطه با افرادی که درگیر تجارب بلایای طبیعی شده‌اند (آرچر، ۱۹۹۷)؛ در رابطه با کاهش تعارضات موجود بین والد و کودک (بسا، ۱۹۹۴)؛ در رابطه با برونی ساختن مکالمات در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک (نایت، باندی، موریس، هیگز، جیمسن و آنسورث، ۲۰۰۳) و نیز در رابطه با والدینی که کودکان معلول داشته‌اند (گودارد، لهر، لاپادات، ۲۰۰۰) به کار رفته است.

در فرضیه سوم، یافته‌های پژوهش مؤید آن بوده است که آموزش رویکرد «تلفیقی» به شیوه مشاوره گروهی، رضایت زناشویی را در ازدواج‌های دانشجویی افزایش داده است. بنابراین فرضیه فوق در سطح اطمینان ۹۵ درصد تأیید می‌شود؛ این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های ذیل - با موضوع تقریباً مشابه مهارت‌های عاطفی و رضایت زناشویی - همخوان می‌باشد: اسکات و لو ۲۰۰۲؛ رسولی ۱۳۸۰؛ حاجی ابولزاده ۱۳۸۱؛ نظری ۱۳۸۳؛ مرادی ۱۳۷۹؛ همامسی ۲۰۰۵؛ کوردووا، جی و وارن ۲۰۰۵؛ گارمن و کنیسکرن ۱۹۷۸؛ گورین، فی و کوتو ۱۹۸۷؛ گارمن ۱۹۷۳؛ هاروی و دیگران ۲۰۰۲؛ گاتمن ۱۹۹۳؛ ویتولیت و همکاران ۲۰۰۱؛ فریدمن و همکاران ۱۹۸۶ و دیگر تحقیقات انجام شده در سال‌های ۱۹۵۳، ۱۹۸۴، ۱۹۹۰، ۱۹۹۳ و ۲۰۰۲ به نقل از کوئیلیام، ۱۳۸۵؛ که به خلاصه‌ای از برخی از این تحقیقات اشاره می‌شود؛ مطالعه بر روی الگوهای تعامل زوج‌های خوشبخت نشان می‌دهد که آنها ویژگی‌های مشخص دارند (هاروی و دیگران، ۲۰۰۲؛ گاتمن، ۱۹۹۳، به نقل از کار، ۱۳۸۵) برخی از این ویژگی‌ها عبارتند از: احترام، پذیرش، خصایص مستعد برای رفتار مثبت، بیشتر بودن تعامل‌های مثبت در مقایسه با تعامل‌های منفی، متمرکز کردن تعارض‌ها روی موضوع‌های دقیق و مشخص، ترمیم سریع روابط قطع شده، برخورد معقول با سبک‌های متفاوت مشاوره زنانه و مردانه، مورد توجه قرار دادن نیاز به صمیمیت و قدرت؛ زوج‌های خوشبخت رفتار مثبت همسر خود را معلول خصلت آنها می‌بینند نه

منتشر شده توسط سایت تخصصی
دکتر عبدالله شادروانی
www.doktorehab.ir

برای مثال، «او به من کمک کرد چون انسان مهربانی است، نه این که او به من کمک کرد چون شرایط زمانی اقتضاء می‌کرد». در بین زوج‌های خوشبخت نسبت مبادلات مثبت به منفی پنج به یک است؛ مطالعات آزمایشگاهی نیز رابطه بخشش و سلامت یا به زیستی را تأیید می‌کنند. ویتولیت و همکاران (۲۰۰۱) در یک مطالعه شبه آزمایشی دریافتند که تکرار ذهنی پاسخ‌های عاری از بخشیدن خطاکار در مقایسه با تکرار ذهنی پاسخ‌های توأم با بخشش خطاکار با تحریک بیشتر ضربان قلب، فشارخون و تحریک‌پذیری بیشتر پوست همراه است؛ مداخله‌های مشاوره‌ای که میزان بخشندگی را افزایش می‌دهد باعث به‌زیستی روانی و جسمانی می‌شود؛ همچنین تحقیقات انجام شده در سال‌های ۱۹۵۳، ۱۹۸۴، ۱۹۹۰، ۱۹۹۳ و ۲۰۰۲ نشان می‌دهند که مثبت‌اندیشان در مقایسه با کسانی که تفکر منفی دارند تا سنین میانسالی از سلامت بهتری برخوردارند (کونیلیم، ۱۳۸۵).

یافته‌های پژوهش همچنان حاکی از تأیید فرضیه چهارم و ششم و رد فرضیه پنجم مبنی بر تفاوت دو رویکرد درمان تصمیم‌گیری دوباره و روایت درمانی بوده است. همانطور که در قسمت مقدمه ذکر شده هدف از انجام پژوهش حاضر این بود که کارایی رویکرد درمان تصمیم‌گیری دوباره را در زوج درمانی مورد بررسی قرار دهد، لذا به منظور بررسی دقیق‌تر از رویکرد روایت درمانی که خود نیز درمان نسبتاً جدیدی بوده و در زمره درمان‌های کوتاه‌مدت مشاوره خانواده محسوب می‌شود، جهت مقایسه استفاده گردید و انتخاب آن نیز بدین علت بود که فرض اولیه پژوهشگر بر آن بود که بین تصمیم‌گیری دوباره زوجین برای انتخاب راه‌حل‌ها و ساختن داستان‌های جدید توسط زوجین در مورد مشکلات گذشته، تشابه روشی و محتوایی وجود دارد که انجام پژوهش و نتایج حاصل از آن، مؤید این فرض بوده است.

پیشنهادها

با بررسی کردن چهارچوب نظری و تحقیقات انجام گرفته در رابطه با روایت درمانی و درمان تصمیم‌گیری دوباره، برای هر یک از عناصر سازنده این دو رویکرد، به دلیل جدید بودن آنها و نیز مستحکم ساختن چهارچوب نظری، نیازمند تحقیقات بیشتری می‌باشیم. لذا پیشنهاد می‌گردد:

این شیوه‌های درمانی را در پژوهش‌هایی با گروه‌های سنی متفاوت و در کلینیک‌ها، زندان‌ها، مدارس، دادگاه‌ها و سایر نهادها اجرا نمود.

- روش‌های پژوهشی که در رابطه با روایت درمانی به کار گرفته می‌شوند اگر به صورت ترکیبی از روش‌های پژوهشی - شیوه کمی و کیفی - انجام شود، می‌تواند بهترین فرصت برای ارزیابی کیفیت‌های درمانی باشد (میونی و چی نیل، ۱۹۹۹)؛ لذا پیشنهاد می‌شود با ترکیب این روش‌ها، ترتیبی اتخاذ شود که در آن مراجع از طریق به روایت درآوردن مسائل درونی خود، آنها را برونی سازد.

- پیشنهاد می‌شود در درمان تصمیم‌گیری دوباره در رابطه با برخی از حالات روانی که اشخاص بیشتر آنها را تجربه می‌کنند، تحقیقات گسترده‌تری انجام گیرد؛ از جمله پژوهش‌هایی با مضامینی که گولدینگ (۱۹۷۹) پیشنهاد می‌کند که عبارتند از: خشم، خشم فرونشانده شده، پشیمانی، غم، غم فرونشانده شده، ترس و اضطراب، شرم، گناه، تأسف و افسوس.

- در زمینه رویکرد روایت درمانی، انجام مطالعات و پژوهش‌هایی در زمینه ساختن و ارائه داستان‌هایی مطابق با دین و فرهنگ مردم ایران، پیشنهاد می‌گردد.

- می‌توان روایت‌ها را از ابتدایی‌ترین تجربه افراد در آنها - که معمولاً در رؤیاهاست - تا روایت‌هایی که نقش‌های پراهمیتی در زندگی نوجوانی و بزرگسالی (و زناشویی) آنها دارند، ردیابی کرد. همچنین به جنبه‌های روایی زندگی روزمره از قبیل لطیفه‌ها، مکالمات، درمان و عادات - اجراهای مکرر - پرداخت و سرانجام طرحی برای مطالعه زندگی افراد - یعنی روایت‌های شخصی - ارائه نمود؛ انجام پژوهش‌هایی با این مضامین پیشنهاد می‌گردد.

- یکی از اهداف اساسی در روایت درمانی طبق نظر آلن کار (۲۰۰۰) این است که به مراجعین کمک شود تا آنها «مؤلف مجدد» زندگی خود باشند؛ در این راستا، پژوهش‌هایی در رابطه با بررسی روش‌های حاضر و ابداع حاضر و ابداع روش‌های جدید برای استفاده مشاوران خانواده جهت سوق دادن مراجعین به سوی این هدف، پیشنهاد می‌گردد.

کاربردی نهادها و دستگاه‌های اجرای ذیل:

دانشگاه‌ها و مراکز برگزارکننده ازدواج‌های دانشجویی: با هدف برگزاری جلسات آموزشی همراه با روند آماده‌سازی فرآیند برگزاری ازدواج‌های گروهی، کلینیک‌ها و مراکز مشاوره: با هدف برگزاری کارگاه‌های آموزشی تحلیل ارتباط محاوره‌ای در فرآیند انجام مشاوره‌های قبل از ازدواج و دادگاه‌ها و مراکز قضایی: با هدف اجباری کردن شرکت در چند دوره کارگاه‌های آموزشی قبل از صدور رأی طلاق، مورد استفاده قرار گیرد، مطالعات و پژوهش‌های بیشتری در ارتباط با اهداف خاص هر یک از این نهادها، پیشنهاد می‌شود.

منابع

- اسولیان، ت.؛ هارتلی، ج.؛ ساندرز، د.؛ فیسک، ج. (۱۳۸۵). مفاهیم کلیدی ارتباطات. ترجمه م. ح، رئیس‌زاده. تهران: فصل نو.
- بارکر، ف. (۱۳۸۲). خانواده درمانی پایه. ترجمه م. دهقانی؛ ز. دهقانی. تهران: رشد.
- پروچاسکا، ج.؛ نورکراس، ج. (۱۳۸۳). نظریه‌های روان‌درمانی. ترجمه ی. سیدمحمدی. تهران: رشد.
- حاجی ابوالزاده، ن. (۱۳۸۱). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی با رویکرد شناختی - رفتاری بر میزان سازگاری زناشویی زوجین ساکن شهرستان کرج. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء.
- دانش، ع. (۱۳۸۳). تأثیر زوج درمانگری اسلامی با روش تحلیل ارتباط محاوره‌ای در افزایش خودشناسی در سازگاری زناشویی زوج‌های ناسازگار. دلاور، ع. (۱۳۷۹). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی. تهران: مؤسسه نشر ویرایش.
- دلاور، ع. (۱۳۸۲). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: رشد.
- رسولی، م. (۱۳۸۰). رابطه بین الگوهای ارتباطی زن و شوهر و الگوهای ارتباطی والدین آنها. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.
- شفیع‌آبادی، ع.؛ ناصری، غ. ر. (۱۳۷۷). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- کار. آ. (۱۳۸۵). روانشناسی مثبت: علم شادمانی و نیرومندی‌های انسان. ترجمه ح. پ، شریفی؛ ج، نجفی زند. تهران: نشر سخن.

- کارلسون، ج.؛ اسپری، ل. (۱۳۷۸). خانواده درمانی تضمین درمان کارآمد. ترجمه ش، نوابی نژاد. تهران: انتشارات سازمان انجمن اولیا و مربیان.
- کونیلیام، س. (۱۳۸۵). تفکر مثبت. ترجمه م. ع، حسینی؛ ش، ایزدی، تهران: نشر سارگل.
- گلدنبرگ،؛ گلدنبرگ، ه. (۱۳۸۲). خانواده درمانی. ترجمه س، نقشبندی؛ ح. ر، حسینی شاهی پرواتی. تهران: نشر روان.
- مرادی، م. (۱۳۷۹). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباط زناشویی و رضایت زناشویی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا.
- نوابی نژاد، ش. (۱۳۸۳). راهنمایی و مشاوره گروهی. تهران: انتشارات سمت.
- وود، ج. (۱۳۷۹). ارتباطات میان‌فردی روانشناسی تعامل اجتماعی. ترجمه م، فیروزبخت. تهران: نشر مهتاب.

- Allen, J.R. & Allen, B.A. (1998). Redecision therapy: Through a narrative lens. In M. Hoyt (Ed.). *Handbook of constructive therapies*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Andronico, M.P. & Dazzo, B. (1996). *The application of the rededecision therapy model to experiential group supervision*. Western Institute for Group and Family therapy.
- Archer, R. (1997). Tornados, boys, and superheroes: Externalizing conversations in the wake of a natural disaster. *Journal of Systemic therapies*, 16(1), 73-82.
- Besa, D. (1994). Evaluating narrative family therapy using single-system research designs. *Research on Social Work Practice*, 4 (3), 309-325.
- Bogolst, F. (2003). Effects of transactional Analysis Group therapy on Ego states and Ego state perception. *Published in Transactional Analysis Journal*, October, 2003, 33, 254-261.
- Carr, A. (2000). *Family Therapy: Concepts, Process and Practice*. New York: Wiley. P. 138
- Freedman, J.H. & Combs, G. (1996). Naming the enemy: Learning to differentiate mood disorder "symptoms" from the "self" that experiences them. *Journal of Family Psychotherapy*, 10 (1), 81-88.
- Gillham, J.E. & Seligman, M.E.P (1999). Footsteps on the road to positive psychology. *Behavioral Research and Therapy*, 37, 163-173.
- Goddard, J.; Lehr, R. & Lapadat, J. (2000). Parents of children with disabilities: Telling a different story. *Canadian Journal of Counseling*, 34(4), 273-289.

- Goulding, M.M. & Goulding, R.L. (1989). *Not to worry*. New York: William Morrow.
- Goulding, M.M., & Goulding, R.L. (1979). *Changing lives through rededecision therapy*. New York: Grove/Atlantic Press.
- Hamamci, Z. (2005). Dysfunctional relationship beliefs in marital satisfaction and adjustment. *Social Behavior & personality: An International Journal*.
- Hilker, C. (2005). *Making trouble for Problems: Therapeutic Assumptions and Research Behind the Narrative. Practice of Externalizing conversations*. A clinical Dissertation, Argosy University/ san Francisco.
- Knight, K; Bundy, C.; Morris, R.; Higgs, J.; Jameson, R.; Unsworth, P. & Jayson, D. (2003). The effects of group motivational interviewing and externalizing conversations for adolescents with type-1 diabetes. *Psychology, Health & Medicine*, 8(2), 149-157.
- Lieb, R.J., & Kanofsky, S. (2003). Toward a constructivist control mastery theory: An integration with narrative therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 187-202.
- March, J.S., & Mulle, K. (1998). *OCD in children and adolescents: A Cognitive behavioral treatment manual*. New York: Guilford.
- O'connor, T.; Davis, A.; Meaks, E.; Pickering, M. & Schuman, M. (2004). Narrative therapy using a reflecting team: An ethnographic study of therapist's experiences. *Contemporary Family Therapy*, 26 (1), 23-39.
- Paoli, L. (2003). Available at www.hearthealer.net/s_redecision.htm.
- Seligman, E. P. (1990). *Learned optimism*. New York: Free Press.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Snyder, C.R. & Lopez, J. (2005). *Handbook of positive psychology*. Oxford university Press.
- Steiner, C. (2000). Transactional Analysis: An Elegant theory and practice. Available at www.itaanet.org/ta/keyideassummary.htm.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: Norton.

Worley, Del. M.C.; lisac, C.P.C. & ononnor Janet Lee, E.D.S. (2003). Redecision
available at www.southwestinstitute.org/redecision_therapy.htm