

اثربخشی روایت‌درمانی گروهی بر سرزندگی تحصیلی و بهبود روابط والد- فرزند در دانش‌آموزان مقطع متوسطه اول

نادیا محسنی^۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روایت‌درمانی گروهی بر بهبود روابط والد-فرزندگی تحصیلی در دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه اول انجام شد. پژوهش حاضر از نوع مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. نمونه پژوهش به حجم ۴۰ نفر از بین کلیه دانش‌آموزان مقطع متوسطه اول منطقه ۱۲ استان تهران به روش نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس ارزیابی روابط والد-فرزند (فاین، مورلند و اسپچوویل، ۱۹۸۳) و سرزندگی تحصیلی (دهقانی‌زاده و حسین چاری، ۱۳۹۱) را تکمیل کردند و آزمودنی‌های گروه آزمایش در معرض ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای روایت‌درمانی گروهی قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس انجام شد. نتایج نشان دادند روایت‌درمانی گروهی به بهبود روابط والد-فرزندگی افزایش سرزندگی تحصیلی دانش‌آموزان در مرحله پس‌آزمون منجر می‌شود. با توجه به نتایج، روایت‌درمانی گروهی بر بهبود روابط والد-فرزندگی و سرزندگی تحصیلی دانش‌آموزان مقطع متوسطه اول مؤثر است.

واژه‌گان کلیدی: روایت‌درمانی، روابط والد-فرزندگی، سرزندگی تحصیلی، دانش‌آموزان.

۱- کارشناسی ارشد زبان و ادبیات فارسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول، خوزستان، ایران (نویسنده مسئول)

مقدمه

کاوش در سیستم آموزشی عصر جدید، مدارس به عنوان مهم‌ترین منبع کسب دانش و ارتقاء استعدادها و بینش دانش‌آموزان شناخته می‌شوند و همچنین همواره کانون اصلی متخصصان و مشاوران سلامت روان بوده است (فرخی‌آزادی و عبداله‌زاده، ۲۰۲۰). تحقیقات نشان داده است که پویایی مدارس بستگی به یک محیط مناسب برای یادگیری، معلمان توانمند، دانش‌آموزان بانگیزه و زحمتکش دارد (لیندربریک گارسیا، پاتیل و پیکرون^۱، ۲۰۱۶؛ تاپا، کوهن، گفوی و هیگنز- دالساندرو^۲، ۲۰۱۳). از بین عوامل ذکر شده، توجه به دانش‌آموزان به‌عنوان ثروت اصلی جامعه و مدارس مورد تأکید بیشتر است و به دلیل تغییر و تحول دانش-آموزان در مقاطع متوسطه اول و دوم، آن‌ها نیاز به توجه بیشتری دارند (یورک، گیبسون و رانکین^۳، ۲۰۱۵). دانش‌آموزان متوسطه به دلیل تجربه جدیدشان در تغییر از کودکی به بزرگسالی و تغییرات ناشی از آن، دستخوش تغییرات زیادی می‌شوند (سانتوس و تومی^۴، ۲۰۱۸). یکی از مباحث مهم در روانشناسی مدرسه، درک تلاش دانش‌آموزان در مواجهه با مشکلات تحصیلی و احساس سرزندگی تحصیلی^۵ است (مگا، رانکنی و دی‌بنی^۶، ۲۰۱۴).

در این راستا مطالعه عوامل مرتبط با توانایی انطباق با موقعیت‌های استرس‌زای تحصیلی که از آن به‌عنوان سرزندگی تحصیلی یاد می‌شود، بسیار اهمیت دارد (گراهام^۷، ۲۰۱۸). در تعریف سرزندگی تحصیلی باید گفت؛ سرزندگی تحصیلی به‌عنوان توانایی موفقیت‌آمیز دانش‌آموزان در برخورد با موانع و چالش‌های تحصیلی تعریف شده است (مارتین و مارش^۸، ۲۰۰۸). همچنین سرزندگی تحصیلی به پاسخ مثبت، سازنده و انطباقی به انواع چالش‌ها و موانع اشاره دارد که در عرصه مداوم و جاری تحصیلی، تجربه می‌شود (پوتواین، کانرز، سیمس و داگلاس-

1. Linnenbrink-Garcia, L., Patall, E. A., & Pekrun, R

2. Thapa, A., Cohen, J., Guffey, S., & Higgins-” Assaandoq, A

3. York, T. T., Gibson, C., & Rankin, S

4. Santos, C. E., & Toomey, R. B

5. academic buoyancy

6. Mega, C., Ronconi, L., & De Beni, R

7. Graham, S.

8. Martin, A. J., & Marsh, H. W

اسبرن^۱، ۲۰۱۲). به عبارت دیگر؛ سرزندگی تحصیلی یکی از شاخص‌های مهمی است که بر تربیت و یادگیری ثمربخش و موافقت‌آمیز فرد اثر می‌گذارد و تحت تأثیر زمینه‌های هیجانی و ابرازگری هیجانی قرار دارد (مارتین و مارش، ۲۰۰۸). به‌طورکلی سرزندگی تحصیلی منعکس‌کننده مفهوم تاب‌آوری در زمینه تحصیلی است و حس درونی سرزندگی، شاخص معناداری سلامت ذهنی است (سولبرگ، هاپکینز، اومانسن و هالواری^۲، ۲۰۱۲). نتایج تحقیقات نشان داده است؛ دانش‌آموزانی که سرزندگی تحصیلی پایینی دارند، از هیجان‌ات منفی بیشتری در مواجهه با مشکلات برخوردارند، نمرات پایین‌تری نسبت به همسالان خود در امتحانات تحصیلی دریافت می‌کنند، مشارکت پایین‌تری در کلاس درس از خود نشان می‌دهند و انگیزش تحصیلی پایین‌تری دارند و نسبت به آینده تحصیلی خود امید چندانی ندارند (کالی، مارتین، باترل، آرمسترونگ، آنگر و لینبرگ^۳، ۲۰۱۷).

از طرف دیگر، در سنین نوجوانی در نوع و شدت روابط فرزندان با والدین تغییراتی اتفاق می‌افتد؛ در واقع مجموعه تغییرات شناختی، هیجانی و رفتاری نوجوانی باعث ترویج الگوهای تعاملی سازش‌نایافته میان والدین و نوجوانان می‌شود (شکتر^۴، ۲۰۱۳)؛ چرا که اکثر نوجوانان شروع به جستجوی استقلال خود نموده و در این راستا با هنجارها و محدودیت‌های ایجاد شده توسط خانواده به چالش می‌پردازند که این موضوع، اغلب منجر به تعارض در روابط با خانواده و والدین می‌شود. همچنین ایس و همکاران (۲۰۱۲)؛ به نقل از مختارنیا، زاده‌محمدی و حبیبی، (۱۳۹۵) بر این باورند که رفتار نوجوانان پیش از آنکه مربوط به مراحل رشدی باشد، انطباقی در جهت سازگاری با شرایط زندگی است و در این انطباق، شخصیت و عوامل محیطی نوجوان دخیل هستند. اکثر مواقع تعارض در روابط والد-نوجوان (بروز مشاجره‌های کلامی و الگوهای تعاملی منفی خانوادگی بین نوجوانان و والدینشان در خصوص موضوع‌های گوناگون همچون مقررات آمد و شد به منزل) حل‌نشده باقی می‌ماند (بدیع‌پور، سلیمی و کلانترکوشه، ۱۳۹۵) و خطر ابتلا به مشکلات عاطفی و رفتاری افزایش می‌یابد که تا حد زیادی می‌تواند

1. Putwain, D. W., Connors, L., Symes, W., & Douglas-Osborn, E

2. Solberg, P. A., Hopkins, W. G., Ommundsen, Y., & Halvari, H

3. Collie, R. J., Martin, A. J., Bottrell, D., Armstrong, D., Ungar, M., & Liebenberg, L

4. Shecter, C

شخصیت و عملکرد نوجوانان را تحت تأثیر قرار دهد (لوبنکو و سبیر، ۲۰۱۰) و به دنبال آن نوجوانان تمایل بیشتری به برقراری رابطه با همسالان هم‌جنس و غیر هم‌جنس پیدا می‌کنند. پژوهش‌هایی که بر روابط قبل از ازدواج دختران و پسران تمرکز کرده‌اند، نشان دادند که افزایش روابط قبل از ازدواج در فرهنگ غربی باعث افزایش تعداد فرزندان نامشروع، والدین مجرد، فرزندان بی‌سرپرست و تک‌سرپرست و خطر ابتلا به بیماری ایدز می‌باشد که باعث نگرانی این جوامع شده است (ژانگ و همکاران، ۲۰۱۶؛ گیو، وو، کیویو، چن و ژنگ، ۲۰۱۲). از این رو نوجوانان نیازمند مداخلات روانشناختی مناسب برای بهبود روابط با والدین در این دوران سنی هستند.

از جمله درمان‌هایی که در بهبود مشکلات دوران نوجوانی مورد بررسی قرار گرفته و اثربخشی آن مورد قبول پژوهشگران قرار گرفته، روایت‌درمانی است. روایت‌درمانی فرآیند کمک به افراد برای فائق آمدن بر مشکلاتشان از راه درگیر شدن در گفتگوهای درمانی است (پین، ۱۳۹۵). روایت به معنی داستانی در مورد یک تجربه زندگی که توسط یک فرد یا گروهی از مردم ساخته می‌شود و شامل وقایع درک شده توسط راوی به عنوان مسائل مهم زندگی است (رودریگوئز وگا، بایون پرز، پالائوترو و فرناندز لیریا، ۲۰۱۴). این روند درمانی بر برون‌سازی مشکل از فرد تأکید دارد و آن‌ها را به عنوان بخش‌های جدا از افراد می‌بیند (ریان، ادوایر و لیهی، ۲۰۱۵). رویکرد روایت‌درمانی، افراد را به ابراز قدرتمندی مجهز می‌کند که می‌تواند موجب افزایش خودمدیریتی در بهداشت و درمان روانی وی شود (هوتو و گالاگر، ۲۰۱۷). روایت‌درمانی اجازه می‌دهد تا فرد برای رهبری یک روند داستان که در آن او شخصیت اصلی است و جنبه‌های قابل توجهی از زندگی خودش است، آماده شود (دوجه، ۲۰۱۰) و برای ایجاد یک لحظه نو همراه با به چالش کشیدن صدای غالب که نشان‌دهنده وجود مشکل در روایت فرد است، تلاش شود (ریبیرو، براگا، استایلس، تیکسیرا، گانگالوس و

¹ Zhang, P

² Guo, W., Wu, Z., Qiu, Y., Chen, G., & Zheng, X

³ Rodríguez Vega, B., Bayón Pérez, C., PalaoTarrero, A., & Fernández Liria, A

⁴ Ryan, F., O'Dwyer, M., & Leahy, M. M

⁵ Hutto, D. D., & Gallagher, S

⁶ Douge, J

رابیرو^۱، ۲۰۱۶). مشاوران روایتی آموزش می‌بینند تا در بند توصیفات کلی هویت شخص گرفتار نشوند؛ به ویژه اگر این توصیفات، شخص را بر حسب یک مشکل تعریف کند (وینسلید و مانک، ۲۰۰۷؛ به نقل از قدسی، برآبادی و حیدرنیا، ۱۳۹۶). تاکید اصلی در مشاوره روایتی بر روی فرد و مشکل او در درون ساخت و گفتمان اصلی است (بجروی، مادیگان و نیلوند^۲، ۲۰۱۵) و بر تغییر روایت شخص تمرکز دارد (ریان و همکاران، ۲۰۱۵). روایت درمانی با کمک به مراجعان برای گسترش حیطه واژگانشان، توانایی آن‌ها را در روایت تجاربشان افزایش می‌دهد، در نتیجه به این درک می‌رسند که چه کسی هستند و اهداف و خواسته‌هایشان را بهتر می‌توانند بیان کنند (ساویکاس، ۱۳۹۵). پژوهش‌های فراوانی اثربخشی روایت درمانی را در کاهش اختلالات رفتاری (فرخی، میری و کریمیان، ۱۳۹۵)، نشخوار ذهنی و اضطراب (کریمی، ۱۳۹۷)، خودکارآمدی ادراک شده (نقی‌زاده علمداری، ۱۴۰۰) در دانش‌آموزان مورد بررسی قرار داده‌اند. با این حال، پژوهشی که به بررسی اثربخشی روایت درمانی بر سرزندگی تحصیلی و بهبود روابط والد- نوجوان پرداخته، در ادبیات پژوهش یافت نشد. از طرف دیگر، با توجه به افزایش شکاف نسلی بین والدین و فرزندان و آسیب در روابط آنان که باعث ایجاد تعارض در خانواده می‌شود و نیز، با افزایش تعارض در روابط والدین و نوجوانان، عملکرد و سرزندگی تحصیلی نیز تحت تاثیر قرار می‌گیرد؛ به همین خاطر، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روایت درمانی بر سرزندگی تحصیلی و بهبود روابط والد- نوجوان در دانش-آموزان مقطع متوسطه اول انجام شد.

روش پژوهش حاضر، از لحاظ هدف کاربردی و از نظر شیوه اجرا شبه آزمایشی با گروه کنترل و طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون بود و جامعه آماری شامل دانش‌آموزان مقطع متوسطه اول (پایه هفتم، هشتم و نهم) منطقه ۱۲ تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود. برای محاسبه حجم نمونه با توجه به اینکه حداقل حجم نمونه مناسب در پژوهش‌های آزمایشی ۱۵ نفر برای هر گروه است (دلاور، ۱۳۹۷) و از سوی دیگر به منظور افزایش توان آماری و مدیریت افت احتمالی شرکت‌کنندگان، تعداد ۴۰ نفر بر اساس نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه

1. Ribeiro, A. P., Braga, C., Stiles, W. B., Teixeira, P., Gonçalves, M. M., & Ribeiro, E

2. BJORØY, A., MADIGAN, S., & NYLUND, D

آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت از دامنه سنی بین ۱۳ تا ۱۶ سال، رضایت والدین و دانش‌آموز برای شرکت در پژوهش و نداشتن بیماری‌های روان‌شناختی و جسمانی و ملاک‌های خروج شامل دریافت برنامه‌های مداخله‌ای مشابه هم‌زمان، سابقه بیماری روان‌شناختی یا جسمانی بر اساس گزارش اولیاء و مسئولان مدرسه، داشتن غیبت بیش از سه جلسه و بی‌نظمی و شلوغی بیش از حد در جلسات بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سرزندگی تحصیلی^۱: این پرسشنامه توسط دهقانی‌زاده و حسین چاری (۱۳۹۱) ساخته شده است. این مقیاس بر اساس نسخه انگلیسی مقیاس سرزندگی تحصیلی مارتین و مارش (۲۰۰۶) که ۴ گویه دارد ایجاد شده است. پرسشنامه دارای ۹ گویه بوده و نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس ۷ درجه لیکرت (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۷) است. حداقل نمره این پرسشنامه ۹، حداکثر نمره آن ۶۳ و خط برش آن نیز ۳۶ است. مارتین و مارش (۲۰۰۶) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آوردند. در نسخه فارسی این مقیاس نیز روایی سازه آن توسط دهقانی‌زاده و حسین چاری (۱۳۹۱) مطلوب گزارش شده است. همچنین پایایی آن با استفاده از روش دونیمه کردن ۰/۷۳ گزارش شده است. و از طرفی پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمده است (دهقانی‌زاده و حسین چاری، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه بر اساس روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد.

پرسشنامه ارزیابی رابطه والد- فرزند (PCRS)^۲: پرسشنامه ارزیابی رابطه والد - فرزند (PCRS) توسط فاین، مورلند و اسچوبل^۳ (۱۹۸۳) ساخته شده است که از ۲۴ گویه تشکیل شده است و به منظور سنجش کیفیت ارتباط والدین و فرزندان به کار می‌رود. PCRS دو فرم دارد که یکی برای سنجش رابطه فرزند با مادر و دیگری برای سنجش رابطه فرزند با پدر

¹ Academic Vitality Questionnaire

² Parent- Child relationship evaluation questionnaire

³ Fine, M. A., Moreland, J. R., & Schwebel, A.

است. هر دو فرم برای پدر و مادر یکسان است، به جز کلمات «پدر» و «مادر» که قابل تغییر است. بنابراین فقط یک فرم آورده شده است. اما در فرم‌های پدر و مادر عامل‌های مختلفی وجود دارد. مولفه‌های پرسشنامه در نسخه پدر شامل ۴ خرده مقیاس عاطفه مثبت، آمیزش پدرانه، گفت‌و شنود پدر و خشم می‌باشد و مولفه‌های پرسشنامه در نسخه مادر نیز شامل ۴ خرده مقیاس عاطفه مثبت، آزرده‌گی، همانندسازی و گفت‌و شنود مادر می‌باشد. روش اجرا و نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۸ نقطه‌ای (از نمره ۰ تا ۷) می‌باشد. گویه‌های شماره ۹، ۱۳ و ۱۴ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و سپس نمرات گزینه‌ها جمع می‌شوند و بر تعداد گزینه‌های هر عامل تقسیم می‌شود (میانگین هر خرده مقیاس). نمره کل، مجموع میانگین خرده مقیاس‌ها است. نمره بین ۴۸ تا ۹۶: رابطه والد فرزند متوسط است، نمره بالاتر از ۹۶: رابطه والد فرزند قوی است. ضریب پایایی این مقیاس را فاین و همکاران (۱۹۸۳) با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها بین ۸۹ تا ۹۴ درصد و برای کل مقیاس ۹۶ به دست آوردند. هم‌چنین روایی این مقیاس با استفاده از روش تحلیل عامل تاییدی نشان داد که عامل تاییدی ارتباط بالا و خوب بین ماده‌ها می‌باشد. هم‌چنین در پژوهش پرهیزگار و همکاران (۱۳۸۵) ضرایب پایایی محاسبه شده برای پرسشنامه فرم پدر برابر با ۰/۹۳ و برای فرم مادر ۰/۹۲ بوده است که نشان دهنده همسانی درونی خوب و مناسب است (به نقل از عراقی، ۱۳۸۷). در پژوهش جاری ضرایب آلفای کرونباخ برای رابطه والد- فرزند پدری ۰/۹۲ و رابطه والد- فرزند مادری ۰/۸۹ تعیین شد.

روش اجرا

ابتدا و قبل از اجرای برنامه آموزشی بر پایه نتایج پیش‌آزمون ۴۰ نفر از دانش‌آموزان با نمره پایین‌تر از نمره برش (نمره ۳۶ در سرزندگی تحصیلی) و نمرات پایین‌تر در روابط والد- نوجوان شناسایی شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش طی هشت جلسه (۱۲۰ دقیقه‌ای) هفتگی تحت آموزش قرار گرفتند، اما گروه کنترل در این جلسات شرکت نداشتند. پس از پایان آموزش، پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا

شد و در پایان نتایج دو گروه مقایسه شدند، جلسات مطابق با الگوی آموزش قدسی و همکاران (۱۳۹۶) تنظیم شد که به شرح زیر بود:

جدول ۱. برنامه روایت درمانی گروهی

تکالیف خانگی	شرح جلسه	اهداف جلسات
تعیین سه هدف مهم زندگی برای خود	معرفی و بیان قواعد بنیادین جلسات مشاوره شامل حضور منظم در ساعات مقرر، انجام تکالیف، بیان اصل رازداری. شرح کافی ارزش‌ها، اهداف و محتوای روایت درمانی. درخواست از فرد جهت بیان اهداف خود از حضور در جلسات. ایجاد موقعیت مشارکتی در درمان و محوریت دادن به مراجع.	معرفی افراد گروه باهم و تشریح اهداف کلی جلسات
تشخیص دادن اینکه در زندگی چقدر به اهداف خود رسیده‌اند با استفاده از سوالات درجه بندی شده	کمک به شرکت‌کنندگان تا بتوانند هدف‌های خود را به صورتی مثبت، معین، ملموس و قابل اندازه‌گیری از طریق روش مقیاس-گذاری فرمول‌بندی کنند. از دانش‌آموزان خواسته می‌شود وضعیت خود را نسبت به موقعیت ایده‌آل در مقیاس صفر تا ده درجه-ای مشخص کنند و به خود در زمان‌هایی که تعارضی با والدین نداشتن فکر کرده و آن‌ها را بیان کنند و هدفی را برای رسیدن به نقطه دلخواه مشخص کنند.	مشخص کردن حوزه مشکل‌زا، آشنایی با روند تغییر، انتظار نداشتن از خود برای تغییرات بزرگ و تاکید بر تغییرات
پر کردن چک لیست نام‌گذاری مشکل و همدمی با وی. نام‌گذاری مشکل با توجه به واژه‌ها و زبان مراجع به عنوان مقدمه‌ای برای جداسازی فرد از مشکل تلاش در جهت آگاهی بخشی به	تشویق فرد برای شرح روایت‌های خود، گوش دادن دقیق به جزئیات زبان، واژه‌ها و استعارات مراجع جهت شناسایی دقیق‌تر گفتمان غالب فرد و همدمی با وی. نام‌گذاری مشکل با توجه به واژه‌ها و زبان مراجع به عنوان مقدمه‌ای برای جداسازی فرد از مشکل تلاش در جهت آگاهی بخشی به	نام‌گذاری مشکل، شناسایی روایت غالب منفی

	<p>مراجع برای شناسایی روایت غالب ناکارآمد که گرایش به ضعف تحصیلی و عدم درک والدین نسبت به دانش‌آموز را نشان می‌دهد.</p> <p>مرور روایت زندگی، استفاده از زبان استعاری و جداسازی مشکل از هویت و روابط والدین، نوشتن سه رویداد بد</p> <p>روایات جداسازی فرد از ادراکات غالب گذشته که هویت را همراه با عدم ابرازگری، وفاداری و بیرونی به طوری که سازی مشکل مسامحه در روابط والدینی تعریف می‌کند، به مشکلی با وجود فرد طوری که بین خود و باروهای مشکل ساز یکی نیست تفاوت قائل می‌شود.</p>	<p>بیان روایات برون زندگی، ۴</p>
<p>تشخیص استنناهای مثبت زندگی برای کاهش مشکلات</p> <p>بررسی چگونگی تاثیرات مشکل بر زندگی و به چالش کشیدن روایت‌های</p> <p>توصیف روایت‌های فرعی مثبت مبنی بر کاهش تمایل به تعارض</p>	<p>دانش‌آموزان تشویق می‌شوند تا آنچه در رفتارشان کارایی مثبت دارد را ببینند. وقتی آن سرگرم انجام رفتار مطلوبند چه اتفاقی می‌افتد؟ ممکن است اطرافیان به حدی در انتظار رفتارهای بد باشند که در گذشته هرگاه رفتار درست صورت گرفته به آن توجه نکرده باشد.</p> <p>بیان رویدادهای مهم زندگی، به چالش کشیدن روایت غالب منفی و تاثیرات مشکل بر روابط زوجی آزمودنی از طریق پرسش-های تاثیرگذار (باز، سنجشی، آشکار کننده و هدایتگر). بررسی گذشته و حال فرد، و شناسایی افراد مهمی که نقش کلیدی را در نوشتن داستان زندگی وی داشته‌اند</p>	<p>۵</p> <p>۶</p>
<p>تشویق به رفتارهای مغایر با روایت‌های مشکل دارد در فاصله بین جلسات</p>	<p>ساخت شکنی و نام‌گذاری مشکل و روایت-های مشکل‌دار، بازمعنایی مشکل، کمک به آزمودنی در کسب آگاهی، قدرت و احساس عاملیت شخصی جهت پی‌بردن به نقش خود</p>	<p>برهم زدن الگوهای رفتاری مختلف که شرکت‌کنندگان ۷</p>

طراحی کرده‌اند	در ایجاد مشکلات تحصیلی و روایات مشکل- دار، بیان مشکلات تعارضات زندگی ایجاد شده به دلیل عدم هویت‌یابی و نوشتن روایت- های زندگی فرد توسط دیگران به بهانه پایین بودن سن وی
حفظ روند تغییرات جمع‌بندی و پاسخ‌گویی به سوالات و اجرای پس آزمون	کمک به حفظ روند تغییرات، جمع‌بندی ابتکارات شرکت‌کنندگان، تشویق و ترغیب آنان در جهت تغییرات مثبت، پاسخگویی به سوالات، قدردانی از تلاش هر یک از اعضا
۸	درجه‌بندی تغییر به دست آمده، هدف‌چینی برای تغییر درجه‌بندی برای تغییر رفتار دلخواه- اجرای پس آزمون

یافته‌های پژوهش

میانگین دامنه سنی گروه آزمایش و کنترل ۱۵/۸۹ با انحراف معیار ۱/۲۰ بود. ۴ نفر از شرکت‌کننده گروه آزمایش در پایه هفتم، ۶ نفر در پایه هشتم و ۱۰ نفر در پایه نهم مشغول به تحصیل بودند. در گروه کنترل پایه‌های اعضای شرکت‌کننده دقیقاً مثل گروه آزمایش بود. جدول ۲. یافته‌های توصیفی دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون
روابط	والد	۹۹/۱۸	۱۰۸/۰۸
فرزند- پدر	کنترل	۱۰۸/۴۵	۱۰۵/۲۲
روابط	والد	۱۰۰/۴۵	۱۲۰/۲۱
فرزند- مادر	کنترل	۱۲۲/۶۵	۱۲۳/۴۵
سرزندگی	آزمایش	۱۸/۴۵	۳۰/۲۸
تحصیلی	کنترل	۱۹/۲۲	۲۰/۳۲

در جدول ۲، میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش و کنترل در دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است. نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین نمرات گروه آزمایش در متغیر روابط والد با فرزند در مقایسه با پیش از مداخله افزایش یافته و سرزندگی تحصیلی نیز نسبت به پیش از مداخله افزایش یافته است.

برای بررسی دقیق‌تر مداخله در گروه‌های آزمایش و کنترل، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. برای استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره ابتدا شروط لازم بررسی گردید. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف حاکی از نرمال بودن داده‌ها برای مقیاس‌های پژوهش بود ($P > 0/05$). از دیگر پیش‌فرض‌های مهم آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره این است که ماتریس‌های کوواریانس در هر یک از گروه‌های متغیرها باید همگن باشد. تشخیص همگن بودن این ماتریس‌های کوواریانس را آزمون ام باکس انجام می‌دهد. در این پژوهش نتایج حاکی از تساوی کوواریانس‌ها در متغیرهای پژوهش بود ($M = BOX\lambda/45$, $F = 1/38$, $P > 0/05$). برای اثبات شیب همگنی رگرسیون مقدار F تعامل بین متغیر همپراش و مستقل محاسبه گردید که نتایج معنادار نبودن این شاخص را نشان داد ($P > 0/05$). به منظور بررسی خطی بودن رابطه بین متغیرهای وابسته و هم‌تغییر نیز از نمودار پراکنش استفاده شد.

جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون

روابط والد- فرزند

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی	درجه آزادی	مجذور	توان آزمون
			خطا	خطا	اتای	
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۸۹۵	۱۲/۶۲**	۳	۳۴	۰/۳۵	۰/۹۴۵
اثربخشی	۰/۲۳۶	۱۲/۶۲**	۳	۳۴	۰/۳۵	۰/۹۴۵
اثربخشی	۲/۵۶۸	۱۲/۶۲**	۳	۳۴	۰/۳۵	۰/۸۴۵
بزرگترین ریشه روی	۱/۴۵۶	۱۲/۶۲**	۳	۳۴	۰/۳۵	۰/۸۴۵

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $P < 0/001$ تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس، می‌توان بیان داشت که دست‌کم در یکی از متغیرهای وابسته تعارض والد-فرزند تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۴. نتایج از تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی

میانگین نمره‌های تعارض والد-فرزند

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	ضریب اتا
روابط والدفرزند- پدر	۱۵۲/۴۵	۱	۱۵۲/۴۵	۴/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۳۲
روابط والد فرزند- مادر	۱۲۰/۲۵	۱	۱۲۰/۲۵	۸/۳۲	۰/۰۰۳	۰/۲۶

نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد که تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متغیر روابط والد-فرزند-پدر ($F=۴/۴۵$ و $P<0/001$)، روابط والد-فرزند-مادر ($F=۸/۳۲$ و $P<0/005$) معنادار هستند. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر تأثیر روایت‌درمانی گروهی بر بهبود روابط والد-فرزند تأیید می‌شود. همچنین ضریب اتای ۰/۳۲ تفاوت دو گروه در مرحله پس‌آزمون از نظر متغیر روابط والد فرزند-پدر، و ۲۶ درصد تفاوت دو گروه از نظر متغیر روابط والد فرزند-مادر مربوط به مداخله آزمایشی است.

همچنین برای تحلیل متغیر سرزندگی تحصیلی از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. برای استفاده از این تحلیل پیش‌فرض‌های لازم مورد بررسی قرار گرفت. به این دلیل که سطح معناداری مقدار Z آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بیشتر از ۰/۰۵ است، ادعای نرمال بودن توزیع داده‌ها پذیرفته می‌شود ($P>0/005$). نتایج شیب رگرسیون برابر با ۰/۵۲ بود که نشان می‌دهد مفروضه همگنی رگرسیون برای داده‌ها مورد تأیید است. برای بررسی مفروضه برابری واریانس خطای گروه‌ها، از آزمون لوین استفاده شد. سطح معناداری آزمون لوین نشان می‌دهد که مقدار آن بالاتر از ۰/۰۵ می‌باشد؛ بنابراین مفروضه همسانی واریانس رعایت شده است ($P>0/005$).

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیر هبر روی میانگین نمره سرزندگی تحصیلی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	ضریب اتا
اثربخشی آزمون	۱۵/۲۶	۱	۱۵/۲۶	۶/۳۲	۰/۰۱۴	۰/۱۸
گروه	۴۶/۳۰	۱	۴۶/۳۰	۱۲/۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۳۰
خطا	۸۹/۴۵	۳۶	۲/۳۶			
کل	۲۳۵/۶۴	۴۰				

نتایج حاصل از اجرای تحلیل کوواریانس برای تأثیر روایت‌درمانی بر سرزندگی تحصیلی نشان می‌دهد، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون اثر معنادار عامل بین آزمودنی‌های گروهی وجود دارد ($partial \eta^2 = ۰/۳۰, p < ۰/۰۰۱, f = ۲۶/۱۲$). بنابراین، روایت‌درمانی گروهی به صورت معناداری توانسته است میزان سرزندگی تحصیلی دانش‌آموزان را افزایش دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی روایت‌درمانی گروهی در افزایش سرزندگی تحصیلی و بهبود روابط والد-فرزند در دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه اول انجام شده است. همان‌طور که نتایج نشان داد، روایت‌درمانی گروهی باعث افزایش سرزندگی تحصیلی در دانش‌آموزان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. به عبارتی؛ مؤلفه‌های آموزشی روایت‌درمانی باعث افزایش انگیزه تلاش و پشتکار در انجام تکالیف و فعالیت‌های محول به دانش‌آموزان شده و در نتیجه باعث تقویت سرزندگی تحصیلی و عملکرد تحصیلی در گروه آزمایش شده است و همچنین باعث بهبود روابط والد-فرزند شد که با یافته‌های فتاحی و همکاران (۲۰۲۱)، تیتوس و سیناکر (۲۰۱۳)، فرخی و همکاران (۱۳۹۵)، کریمی (۱۳۹۷) و نقی‌زاده علمداری (۱۴۰۰) همسو می‌باشد.

در تبیین نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی روایت‌درمانی بر بهبود روابط والد-فرزند می‌توان بیان داشت، حضور در جلسات روایت‌درمانی به افراد کمک می‌کند تا با تغییر روایات

غالب منفی، مشکلات را قابل حل تعریف کرده و از طریق طرح پرسش، بیرونی‌سازی، نام-گذاری مجدد، نتایج منحصر به فرد و در نهایت بازنویسی و تغییر داستان زندگی به توانایی‌های خود در حل مسائل خانوادگی و کاهش تعارض و در نتیجه بهبود روابط در بین نوجوانان با خانواده امیدوار شوند؛ زیرا باعث تغییر دید آن‌ها نسبت به زندگی و مشکلات در روابط می‌شود. از طرف دیگر، این رویکرد به افراد می‌آموزد که به دنبال راه‌حل‌های جدید بوده و آفریننده آینده خود باشند (فرخی و همکاران، ۱۳۹۵)؛ این توانایی موجب می‌شود که افراد قدرت مقابله با تعارضات زندگی را پیدا کنند و روایتی جدید طراحی کنند که در آن به جای تمایل به دعوا و تعارض به تمایل برای جستجوی راه‌حل‌های نو بپردازند.

در مورد اثربخشی روایت درمانی در مورد سرزندگی تحصیلی نیز می‌توان به طور کلی گفت؛ یکی از تکنیک‌های روایت‌درمانی بیرونی‌سازی مشکل است؛ برون‌سازی مشکل به عنوان یک فرآیند اولیه در روایت‌درمانی، به تسهیل جدایی بین فرد و مشکل می‌پردازد و با تکیه بر توانایی‌ها و باورها و شایستگی‌های افراد می‌توان نفوذ مشکلات را کم کرده و مسائل را منعطف و قابل حل تعریف کند (ریان و همکاران، ۲۰۱۵). بیرون‌سازی زمینه جدایی فرد را از ادراکات غالب گذشته فراهم می‌کند، و برای دانش‌آموزان این امکان را فراهم می‌کند که به جای اینکه زمانی را که در مدرسه دارند صرف انتقاد از وضعیت موجود در مدرسه و خانه، روابط بین فردی نامناسب با دیگران، داشتن هیجان‌های منفی نسبت به گذشته و حال و عدم شناخت و باور به توانایی‌های خود که منجر به کاهش اعتماد به نفس و کاهش عملکرد تحصیلی می‌شود، کنند؛ این زمان را صرف فعالیت‌های آموزشی کرده و تلاش بیشتری برای انجام فعالیت‌ها و وظایف به صورت خودجوش می‌کنند. پس وقتی دانش‌آموزی تکلیفش را به صورت خودجوش انجام می‌دهد، نه تنها احساس خستگی و ناامیدی نمی‌کند، بلکه احساس افزایش انرژی و نیرو می‌کند. داشتن چنین احساسی در زمینه تحصیل باعث افزایش تلاش و پشتکار و در نهایت افزایش عملکرد تحصیلی و سرزندگی تحصیلی دانش‌آموز می‌شود. همچنین کشف استثنائات در زندگی فرد، امیدواری را به او القا می‌کند تا رسیدن به آینده‌ی بهتری را متصور شود (نظری و همکاران، ۱۳۹۴). داشتن نگرشی امیدوار نسبت به آینده تحصیلی در دانش-آموزان باعث می‌شود تا هدف‌های روشنی را مشخص، طبقه‌بندی و مسیرهای متعددی را برای

رسیدن به این هدف‌ها ایجاد کنند و آن‌ها را برانگیزد تا هدف‌ها را تعقیب کرده و مجدداً موانع را به‌عنوان چالش‌هایی برای غلبه بر آن‌ها چارچوب‌بندی کنند، بنابراین روایت‌درمانی باعث ارائه یک دید مثبت نسبت به آینده تحصیلی شده و سرزندگی را در دانش‌آموزان ایجاد می‌کند. به‌طورکلی با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش همراه با تبیین‌ها و توضیحات ارائه‌شده می‌توان چنین نتیجه گرفت که روایت‌درمانی در افزایش سرزندگی تحصیلی و بهبود روابط والد-فرزند در دانش‌آموزان دوره متوسطه اول مؤثر بوده است. برنامه روایت‌درمانی رویکردی نسبتاً نوین در روانشناسی موج سوم برای هر چه گسترده‌تر کردن حیطه روانشناسی معمول است. فرض اصلی در این رویکرد این است که با تغییر دادن داستان زندگی افراد می‌توان تغییرات گسترده را در سبک زندگی افراد ایجاد کرد و باعث کاهش مشکلات زندگی افراد شد. در مجموع می‌توان گفت روایت‌درمانی تأثیر مؤثر و کارآمد در حوزه ایجاد و ارتقا سرزندگی تحصیلی و بهبود روابط والد-فرزند دارد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود شدن نمونه‌های مطالعه به دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه اول اشاره کرد؛ بنابراین به منظور افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی نقش جنسیت مدنظر قرار گیرد. همچنین، در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده شد که جنبه خود گزارشی دارد؛ بنابراین امکان سوگیری در اطلاعات وجود دارد. بنابراین در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود از ابزارهای چندوجهی عینی مانند مصاحبه، مشاهده رفتار در محیط واقعی برای دستیابی به نتایج قابل تعمیم استفاده شود.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

- (۱) بدیع پور، مریم، سلیمی، حسین، و کلاترکوشه، سیدمحمد. (۱۳۹۵). «اثربخشی توانمندسازی روانی مادران بر کاهش تعارضات مادر فرزندی مادران خانه سلامت شهر تهران»، **مطالعات روانشناسی بالینی**، ۶ (۲۳): ۹۴-۱۱۱.
- (۲) نظری، علی محمد، رسولی، محسن، داورنیا، رضا، حسینی، امین، و بابایی گرمخانی، محسن. (۱۳۹۴). «اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر فرسودگی زناشویی و میل به طلاق در زنان متأهل»، **فصلنامه علمی پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران**، ۳ (۱۱): ۴۰-۵۵.
- (۳) پین، مارتین. (۲۰۰۶). **روایت درمانی جهت آشنایی متخصصان مشاوره و روان درمانی**. مترجم اسماعیل نسب با همکاری پناهی (۱۳۹۵): تهران: رشد.
- (۴) کریمی، حسن. (۱۳۹۷). «تاثیر روایت درمانی بر نشخوار ذهنی و اضطراب دانش آموزان پسر دبیرستانی شهرستان لالی»، **مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی**، ۴ (۱): ۴۵-۶۲.
- (۵) دلاور، علی. (۱۳۹۷). **روش‌های تحقیق در علوم روان شناسی و علوم تربیتی**، تهران: انتشارات ویرایش.
- (۶) دهقانی‌زاده، محمدحسین، و حسین چاری مسعود. (۱۳۹۱). «سرزندگی تحصیلی و ادراک از الگوی ارتباطی خانواده، نقش واسطه ای خودکار آمدی»، **مجله مطالعات آموزش و یادگیری**، ۴ (۲): ۲۱-۴۷.
- (۷) ساویکاس، آل. مارک. (۲۰۱۱). مشاوره شغلی. مترجم درودی و ضاربی. تهران: ارسباران.
- (۸) عراقی یحیی. (۱۳۸۷). «بررسی کیفیت رابطه ی والد - فرزندی در دو گروه از دانش آموزان پسر پرخاشگر و غیر پرخاشگر»، **مطالعات روان شناختی**، ۴ (۴): ۱۲۹-۱۱۳.
- (۹) فرخی، نورعلی، میری، انور، کریمیان، عدالت. (۱۳۹۵). مقایسه اثر بخشی مشاوره روایت مدار و راه حل مدار بر اختلالات رفتاری دانش آموزان. **فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی**، ۷ (۲۵): ۲۲-۳۵.
- (۱۰) قدسی، مریم، برآبادی، حسین احمد، حیدرنیا، احمد. (۱۳۹۶). «اثربخشی روایت درمانی بر کاهش گرایش به طلاق و مولفه های آن در زنان با ازدواج زودهنگام»، **فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی**، ۹ (۳۳): ۷۳-۹۸.

۱۱) مختارنیا، ایرج، زاده محمدی، علی، حبیبی، مجتبی. (۱۳۹۵). «رابطه تعارضات بین والدینی و گرایش به رفتارهای پرخطر: با نقش میانجی شدت تعارضات والد-نوجوان»، **مطالعات زن و خانواده**، ۴(۲): ۱۰۱-۱۲۹.

۱۲) نقی زاده علمداری، ماهک. (۱۴۰۰). «اثربخشی روایت‌درمانی بر خودکارآمدی ادراک شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به چاقی»، **پیشرفت‌های نوین در روانشناسی علوم تربیتی و آموزش و پرورش**، ۳۵(۴): ۴۵-۵۲.

- 13) BJORØY, A., MADIGAN, S., & NYLUND, D. (2015). Narrative therapy. *The Journal of Narrative & Inquiry*, 21(3), 335-346.
- 14) COLLIE, R. J., MARTIN, A. J., BOTTRELL, D., ARMSTRONG, D., UNGAR, M., & LIEBENBERG, L. (2017). Social support, academic adversity and academic buoyancy: a person-centred analysis and implications for academic outcomes. *Educational Psychology*, 37(5), 550-564.
- 15) DOUGE, J. (2010). Scrapbooking: an application of narrative therapy. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 684-687.
- 16) FAROKHI AZADI, S., ABDOLLAHZADEH, H. (2020). The prediction of Academic Buoyancy Based on Perception of Competence and Cognitive Emotion Regulation Strategies in students. *International Journal of Schooling*, 2 (2): 37-44.
- 17) FATAHI, N., BARDIDEH, M., TALEBI BAHMAN BIGLOU, R., GHOLAMI, Z., AKBARINEJAD, M., & HOSHYAR, N. (2021). The effectiveness of narrative therapy on reducing behavior problems and improving self-perception in students. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 7(4), 297-312.
- 18) FINE, M. A., MORELAND, J. R., & SCHWEBEL, A. I. (1983). Long-term effects of divorce on parent-child relationships. *Developmental Psychology*, 19(5), 703.
- 19) GRAHAM, S. (2018). Race/ethnicity and social adjustment of adolescents: How (not if) school diversity matters. *Educational Psychologist*, 53(2), 64-77.
- 20) GUO, W., WU, Z., QIU, Y., CHEN, G., & ZHENG, X. (2012). The timing of sexual debut among Chinese youth. *International perspectives on sexual and reproductive health*, 196-204.
- 21) HUTTO, D. D., & GALLAGHER, S. (2017). Re-Authoring narrative therapy: Improving our selfmanagement tools. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 24(2), 157-167.
- 22) LINNENBRINK-GARCIA, L., PATALL, E. A., & PEKRUN, R. (2016). Adaptive motivation and emotion in education: Research and principles for

- instructional design. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 3(2), 228-236.
- 23) Martin, A. J., & Marsh, H. W. (2008). Academic buoyancy: Towards an understanding of students' everyday academic resilience. *Journal of school psychology*, 46(1), 53-83.
- 24) Mega, C., Ronconi, L., & De Beni, R. (2014). What makes a good student? How emotions, self-regulated learning, and motivation contribute to academic achievement. *Journal of educational psychology*, 106(1), 121.
- 25) Putwain, D. W., Connors, L., Symes, W., & Douglas-Osborn, E. (2012). Is academic buoyancy anything more than adaptive coping?. *Anxiety, Stress & Coping*, 25(3), 349-358.
- 26) Ribeiro, A. P., Braga, C., Stiles, W. B., Teixeira, P., Gonçalves, M. M., & Ribeiro, E. (2016). Therapist interventions and client ambivalence in two cases of narrative therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 26(6), 681-693.
- 27) Rodríguez Vega, B., Bayón Pérez, C., PalaoTarrero, A., & Fernández rrr i A (2))) Miff ll nss sss aarrativ teeryyy fr drrr ssi in cancer patients. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(5), 411-419.
- 28) Ryan, F., O'Dwyer, M., & Leahy, M. M. (2015). Separating the problem and the person: Insights from narrative therapy with people who stutter. *Topics in Language Disorders*, 35(3), 267-274.
- 29) Santos, C. E., & Toomey, R. B. (2018). Integrating an intersectionality lens in theory and research in developmental science. *New directions for child and adolescent development*, 2018(161), 7-15.
- 30) Shecter, C. (2013). *Mindfulness training for adolescents with ADHD and their families: A time-series evaluation* (Doctoral dissertation, University of Toronto).
- 31) Solberg, P. A., Hopkins, W. G., Ommundsen, Y., & Halvari, H. (2012). Effects of three training types on vitality among older adults: A self-determination theory perspective. *Psychology of Sport and Exercise*, 13(4), 407-417.
- 32) Thapa, A., Cohen, J., Guffey, S., & Higgins-D'Alssaarr A. (2))) . A review of school climate research. *Review of educational research*, 83(3), 357-385.
- 33) Titus, J. E., & Sinacore, A. L. (2013). Art-making and well-being in healthy young adult women. *The Arts in psychotherapy*, 40(1), 29-36.
- 34) York, T. T., Gibson, C., & Rankin, S. (2015). Defining and measuring academic success. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, 20(1), 5.

- 35) Zhang, P., Gao, E., Sun, Q., Lou, C., Leung, E. Y., Cheng, Y., & Zabin, L. S. (2016). Patterns of sexual behaviors among unmarried adolescents and youth in three Asian cities. *Journal of public health policy*, 37(1), 80-97.

