اثربخشی روایت درمانی بر سرزندگی ذهنی و کارکردهای اجرایی در بین نوجوانان دختر شهر اصفهان

دریافت: ۱۴۰۲/۰۴/۲۶ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۱۵

فاطمه دافعیان [۱]، زهرا یوسفی [۲*]

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران ۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

چکیده

مقدمه و هدف: نوجوانی دوره‌ای است که به دلیل تحولات بلوغ، ارزش‌ها و بحران هویت احتمال بروز مشکلات روانی و رفتاری در افراد بیشتر می‌شود. هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روایت درمانی بر سرزندگی ذهنی و کارکردهای اجرایی در بین نوجوانان دختر ۱۳ تا ۱۸ ساله شهر اصفهان بود.

روش کار: روش پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون–پس آزمون با گروه کنترل با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه دختران نوجوان ۱۳ تا ۱۸ ساله شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱ بودند. از این میان با روش نمونه‌گیری در دسترس از بین دختران نوجوان مراجعه کننده به مراکز بهزیستی منطقه ۲ و ۳ شهر اصفهان تعداد ۴۰ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۲۰نفر) و کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش عبارتند از پرسشنامه‌های سرزندگی ذهنی Riyan & Ferdrik و عصب– روانشناسی کولیچ بودند. گروه آزمایش در معرض ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله روایت درمانی مبتنی بر پروتکل Jerald-dimank قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل در لیست انتظار قرار داشتند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-23 و در دو حالت توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند ($p<۰/۰۰۱$).

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمرات سرزندگی ذهنی در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش۳/۹۲±۲۵/۹۵ و در گروه کنترل ۲/۹۱±۱۹/۵۵ و میانگین و انحراف معیار نمرات کارکردهای اجرایی در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش ۳/۲۱±۱۷/۳۰ و در گروه کنترل ۴/۶۰±۲۹/۴۰ بود که یافته‌ها نشان داد که میانگین نمرات سرزندگی ذهنی نسبت به گروه کنترل به صورت معناداری افزایش یافته بود و نمرات کارکردهای اجرایی در زیر مقیاس‌های آن نسبت به گروه کنترل کاهش یافته بود ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که روایت درمانی بر افزایش سرزندگی ذهنی و بهبود کارکردهای اجرایی دختران نوجوان شهر اصفهان تاثیر معناداری دارد. بنابراین لازم است آموزش روایت درمانی به عنوان یکی از راهکارهای بهبود عوامل روانشناختی نسل دختران نوجوان ما در مراکز و متولیان آموزشی کشور ما به کار گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: روایت درمانی، سرزندگی ذهنی، کارکردهای اجرایی، دختران نوجوان

* **نویسنده مسئول:** استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

ایمیل: z.yousefi@khuisf.ac.ir **تلفن:** ۰۹۱۳۳۲۹۳۰۶۹ **نمابر:** ۰۳۱۳۵۰۰۲۶۱۲

مقدمه

نوجوانان سرمایه‌های هر زندگی و جامعه هستند و در این بین، خانواده نقش بسیار مهمی در تحول نوجوان بازی می‌کند و ظرفیت‌های ویژه‌ای را در نوجوان به وجود می‌آورد که باعث می‌شود نوجوان هرچه بیشتر با خود و محیط سازگار شود (۱). Holling و همکارانش در مطالعه خود بر روی نوجوانان آلمانی گزارش نمودند که ۱۱/۹٪ از نوجوانان به علت مشکلات رفتاری نیاز به خدمات بهداشت روان دارند (۲). این دوره نوجوانی با تغییرات جسمی و روانی-اجتماعی بسیاری همراه است که در آن نوجوان با فشارها و هیجانات شدیدی رو به رو می‌شود (۳). یکی از ویژگی‌هایی که باعث می‌شود نوجوان روایت خوبی از داستان زندگی خود داشته باشد، چگونگی تعامل او با محیط و اثراتی است که اطرفیان و محیط زندگی او بر فرد می‌گذارد (۴).

از جمله مؤلفه‌های تأثیرگذار بر حالات روانشناختی دختران نوجوان، میزان سرزندگی آنها در زندگی خود است. سرزندگی ذهنی ساختار پیچیده‌ای دارد که به کارکرد و تجربه عملکرد بهینه مربوط است (۵). Riyan & Ferdrik سرزندگی ذهنی را وجود سرشار انرژی، اشتیاق و سرحال بودن، خسته و فرسوده نبودن و عدم تحلیل رفتگی توصیف کرده‌اند و نشان داده‌اند وقتی سرزندگی ذهنی کم باشد، تحریک‌پذیری و خستگی ظاهر می‌شود. در مقابل وقتی سرزندگی ذهنی زیاد است، انرژی کافی برای انجام فعالیت‌ها در دسترس است (۶). آنها سرزندگی را انرژی‌ای که از خود نشات گرفته است، تعبیر می‌کنند که از منبع درونی نشات می‌گیرد (۷). سرزندگی ذهنی حاکی از وجود انرژی مثبت روانی است و فرد سرزنده مملو از زندگی است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که سرزندگی ذهنی پایین با گرایش به رفتارهای پر خطر (۸، ۹) رابطه دارد. اهمیت داشتن حس سرزندگی آنجا مشخص می‌شود که مفهوم داشتن احساس خوب، نه تنها احساسات مثبت، شادی و رضایت را شامل می‌شود، بلکه علاقه، تعامل، اعتماد به نفس، محبت، داشتن عملکرد مؤثر مانند توسعه پتانسیل یک فرد، داشتن حس هدف (کار کردن با اهداف ارزشمند) و روابط مثبت را نیز در بر می‌گیرد (۱۰).

از دیگر عوامل مؤثر در این دوره توجه به کارکردهای اجرایی افراد است. کارکردهای اجرایی یک مفهوم کلی و عصب-روانشناختی است که همه فرآیندهای شناختی پیچیده و ضروری برای انجام تکالیف هدف مدار دشوار و جدید را در برمی‌گیرد؛ که شامل شروع کردن تکلیف و پیگیری، سازماندهی تکلیف، حافظه، تقویت توجه، برنامه‌ریزی، کنترل رفتارها، کنترل هیجانات، مدیریت زمان و مهارت حل مسئله می‌باشد (۱۱). در واقع، کارکردهای اجرایی، خود تنظیم‌گری را در تنظیم اهداف (ضرورت اهداف و فرایند ارزیابی اهداف)، حل مسئله اجتماعی و تنظیم هیجان تحت تأثیر قرار می‌دهد و نقش مهمی در یکپارچگی شناخت و هیجان ایفا می‌کند. به خاطر این کارکردهای اجرایی به ما کمک می‌کنند تا به صورت منفعل در مقابل محرک‌های محیطی عمل نکنیم و به عبارتی در مقابله با محرک‌های بیرونی اهداف خود را دنبال کنیم (۱۲). پژوهش-ها نشان دادند که کارکردهای اجرایی زندگی روزمره فرد را شکل می‌دهند و نارسایی و اختلال در این زمینه؛ عملکرد در ابعاد گوناگون زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۱۳).

مطالعات انجام شده روی گروه‌های مختلف افراد که دامنه پایینی از سلامت روان را نشان می‌دهند، توجه پژوهشگر را به علل آسیب پذیری و ابداع روش‌های درمانی مؤثرتر جلب نموده است که از میان رویکردهای درمانی غیر دارویی، درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری موفقیت و توسعه‌های چشمگیری داشته‌اند. یکی از رویکردهای موردتوجه محققان، روایت درمانی می‌باشد. نگرش کلی روایت درمانی بر مفهوم شکل‌گیری هویت افراد، بر مبنای داستان‌هایی که از زندگی خویش نقل می‌کنند استوار است (۱۴). با توجه به نظر اریکسون، مسئله بنیادین افراد در دوران نوجوانی، هویت‌یابی در برابر سردرگمی هویت است. رویکرد روایت درمانی بر این نگرش تأکید دارد که هویت فرد عمدتاً بر اساس روایت‌های فرد از زندگی‌اش شکل گرفته است (۱۵). روایت درمانی یکی از روش‌های روان‌درمانی مبتنی بر گزارش وقایع از زندگی فردی است. هر فردی تمایل دارد تا زندگی خود را مثل داستانی که ابتدا و انتهایی دارد، روایت کند و براساس حکایاتش نسبت به احساسات و کلیت زندگی خودآگاه شود و تجربیات جدیدی کسب کند. این فرایند شامل گفتن، گوش دادن، دوباره گفتن و دوباره شنیدن داستان‌هاست (۱۶).

از سوی دیگر، پیشینه نظری و پژوهشی نشان می‌دهد که بهبود کنش‌های روانشناختی افراد نظیر افکار، احساسات و رفتار، می‌توان از روایت درمانی مدد جست. بوستانی و همکاران، نشان دادند که روایت درمانی در افزایش مهارت ارتباطی، ابرازگری هیجانی و همدلی دختران و پسران آماده ازدواج تأثیر معناداری دارد (۱۷). اسلامی و همکاران نیز در پژوهشی نشان دادند که روایت درمانی می‌تواند بر توانمندی ایگوی زنان سرپرست خانوار اثرگذار باشد (۱۸). همچنین Sun و همکاران در پژوهشی نشان دادند که روایت درمانی در تسکین انگ در بیماران مبتلا به

سرطان دهان اثرگذار است و به طور قابل‌توجهی عزت نفس و روابط اجتماعی این افراد را بهبود داده است (۱۹).

بر طبق این یافته‌ها و با توجه به اهمیت سنجش سر زندگی ذهنی و کارکردهای اجرایی دختران نوجوان و نقش روایت ها در شکل‌گیری هویت افراد در این برهه، این پژوهش می‌تواند در تعیین برنامه در راستای دستیابی به اهداف پژوهش در مراکز و افرادی نظیر برنامه‌ریزان آموزشی، معلمان و مربیان، درمانگران حوزه کودک و نوجوان، مدارس و درمانگاه‌ها و حتی بهبود رابطه در جو خانواده و جامعه در اختیار آنها قرار داده و به پیشگیری و درمان سازه‌های مهم روانشناختی این نسل کمک کند و پژوهش‌های مرتبط با اصول درمانی نسل نوجوان گسترش دهد. با توجه به پژوهش‌های انجام شده در مباحث درمان‌های خانوادگی و فردی، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این پرسش است که آیا جلسات آموزش روایت درمانی بر سرزندگی ذهنی و کارکردهای اجرایی دختران نوجوان مؤثر است؟

روش کار

روش پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با دو ماه پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دختران نوجوان ۱۳ تا ۱۸ ساله شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. در این پژوهش با روش نمونه‌گیری دسترس از بین دختران نوجوان ۱۳ الی ۱۸ ساله مراجعه کننده به مراکز بهزیستی منطقه ۲ و ۳ شهر اصفهان، با توجه به ملاک‌های ورود و خروج و پاسخ‌گویی به سؤال‌های پرسشنامه‌های مدنظر، تعداد ۴۰ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند و به صورت روش تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. حجم نمونه با توجه به سطح آلفای ۰/۰۵، توان آزمون ۰/۹۵، اندازه اثر ۰/۳۹ و تعداد دو گروه ۲۰ نفره بر اساس نرم‌افزار G-power محاسبه شد.

ملاک ورود: علاقه به شرکت و تکمیل پرسشنامه‌ها، پرسشنامه‌هایی که نمرات دارای یک تا دو انحراف استاندار پایین‌تر از میانگین کسب کردند، در بازه سنی ۱۳ تا ۱۸ ساله باشد، نداشتن مشکل جسمانی شدید که مانع از حضور شود.

ملاک‌های خروج: غیبت بیش از دو جلسه، حضور نامنظم در جلسات درمان، عدم همکاری با پژوهشگر، عدم تمایل فرد برای ادامه شرکت در هر مرحله از اجرای پژوهش.

جهت گرداوری داده‌ها از ابزارهای استاندارد زیر بهره به عمل آمده است:

پرسشنامه سرزندگی ذهنی

این مقیاس توسط Riyan & Ferdrik طراحی شده و دارای ۷ گویه است. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (بسیار موافقم=۵، بسیار مخالفم=۱) است (۲۰). حداقل نمره ۵ و حداکثر نمره ۳۵ است. پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ توسط رایان و فریدریک (۲۰) بالای ۰/۷۰ گزارش شد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش قنبری‌طلب و فولادچنگ دست آمده است (۱۱). در پژوهش سدیدی برای تعیین روایی محتوای پرسشنامه تهیه شده، ابتدا در اختیار استاد راهنما، مشاور و مدیران صاحب-نظر قرار داده شد و اصلاحاتی در پرسشنامه انجام گرفت. در این پژوهش، به منظور سنجش پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شده که نتیجه ۰/۸۵ به دست آمده است (۲۱).

پرسشنامه عصب_روانشناسی کولیج

این آزمون در سال ۲۰۰۲ توسط کولیج و برای سنین ۵ تا ۱۷ سال طراحی شد و توسط والدین یا سرپرست کودک و نوجوان و یا کسی مانند معلم که فرد را به خوبی می‌شناسد، تکمیل می‌گردد. ۱۹ گویه از این آزمون جهت تشخیص اختلالات کارکردهای اجرایی به کار برده می‌شود، به این‌گونه که ۸ گویه سازماندهی، ۸ گویه تصمیم‌گیری_برنامه‌ریزی و ۳ گویه بازداری را می‌سنجد. سؤالات این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت و به صورت چهار گزینه‌ای تهیه شده است (کاملاً اشتباه، گاهی درست، تقریباً درست و کاملاً درست). آزمون کولیج دارای اعتبار ۰/۹۲ در تشخیص اختلال‌های کارکردهای اجرایی می‌باشد. علیزاده و زاهدی نیز در پژوهش خود پایایی این آزمون را ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. آنها همچنین همسانی درونی مقیاس را با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آورده‌اند. همسانی درونی به دست آمده بطور جداگانه برای سازماندهی ۰/۸۱، تصمیم‌گیری ۰/۸۲ و بازداری ۰/۵۲ گزارش شده است (۲۲). پایایی این ابزار در این پژوهش ۰/۷۶ به دست آمده است.

روند اجرای پژوهش

پس از انجام نمونه گیری، ۴۰ نفر انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند. سپس اعضا در گروه آزمایش تحت آموزش برنامه‌ی پروتکل روایت درمانی Jerald-dimank (۲۳، ۲۴) به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند، اما گروه کنترل تحت هیچ آموزشی قرار نگرفتند. جهت رعایت اخلاق پژوهشی رضایت

کتبی نوجوانان برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به اعضا گفته شد، این مداخله ضمن مفید بودن برای خودشان، بخشی از یک کار تحقیقی محسوب می‌شود و مواردی که در جلسه درمان مطرح کردند با هیچ کسی بدون رضایت مراجع در میان گذاشته نمی-شود. لازم به ذکر است قبل از اجرای آموزش بر روی گروه آزمایش، هر دو گروه آزمایش و کنترل، ابزارهای پژوهش را به عنوان پیش آزمون تکمیل کردند. یک هفته پس از پایان یافتن جلسات درمانی، هر دو گروه یک بار دیگر به پرسشنامه‌های پژوهش به عنوان پس‌آزمون پاسخ دادند. همچنین به منظور پیگیری اثرات پروتکل روایت درمانی Jerald-dimank بر روی گروه آزمایش، پس از دو ماه، مجدداً پرسشنامه‌ها بر روی هر دو گروه اجرا شد (۲۳، ۲۴). شرح هر جلسه در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. خلاصه ساختار جلسات آموزشی به شیوه روایت درمانی

هدف جلسه	محتوای جلسه	تکلیف جلسه
جلسه اول: آشنایی اولیه با مراجع، ایجاد روابط حسنه	معرفی و تعیین اهداف و قوانین گروه، زمان و مدت جلسات و شرح علت مراجعه،تبین مدل درمانی	تمرکز بر ماجراها و داستان‌های مهم زندگی
جلسه دوم: داستان زندگی و کشف استعاره‌ها و واژه‌ها	شرح داستان‌های مهم(مشکل مدار)، مشخص کردن داستان اشباع از مشکل و جمع‌آوری نکات مثبت، به کار بردن زبان بیرونی سازی و همفکری در مورد نام‌گذاری مشکل	گزارشی از تأثیر مشکل بر زندگی
جلسه سوم: رویدادهای مهم زندگی و کشف داستان اصلی توسط مراجع	توضیح داستان مشکل‌دار با بیان جزئیات بیشتر، دستیابی به اصول حاکم بر داستان‌گویی افراد، سؤالات مؤثر با تأکید بر بیرونی‌سازی مشکل و جدا کردن مشکل از هویت مراجع	فکر کردن در مورد داستان اصلی و پاسخ‌گویی به سؤالات
جلسه چهارم: به چالش کشیدن داستان سرشار از مشکل	ایجاد رغبت به بیان و کشف احساسات، باورها و عقاید در جهت کشف اثرات مخرب ، تشویق فرد به بررسی وجود یا تأثیر مراجع حاکم درباره مشکل با استفاده از سؤالات مؤثر برای دستیابی به داستان‌های سایه‌ای افراد، مرور و بازنگری داستان‌های مشکل‌دار با بررسی و ایجاد چالش در داستان با استفاده از استثنا سازی	فکر کردن به داستان سرشار از مشکل از زوایای جدید
جلسه پنجم: ساخت شکنی روایت‌های مشکل‌دار	نام‌گذاری مشکل، ساخت‌شکنی، قطورسازی توصیفات جدید با توجه و تمرکز بر موارد استثنا، با گشودن مسیرهای جدید در داستان و پیشنهاد روایت‌های جایگزین و ترجیحی توسط مراجع، افزایش آگاهی و احساس عاملیت با بررسی پیامدهای یگانه و تکنیک باز معنایی	تفکر و توجه به تصمیم‌گیری در مورد ادامه روند داستان گذشته و یا اتخاذ داستان جایگزین
جلسه ششم: ادامه ساخت شکنی (پیامدهای بی‌همتا)	بکار گیری عناصر جدید در روایت و بررسی داستان بدون وجود مشکل فعلی (خلق داستان جدید)، بررسی پیامدهای منحصر به فرد و استفاده از نکات مثبت جمع‌آوری شده برای بازسازی هویت جدید (داستان برگزیده)، بررسی اولویت‌ها، اهداف، آرزوها و افراد مهم در زندگی،تغییر چارچوب زندگی فرد و تلاش برای خلق روایت جدید	بررسی افکار امیدبخش، دلایل ماندن یا رفتن از نقاط بحرانی، گزارشی از موارد استثناء
جلسه هفتم: بررسی روایت‌های جایگزین و بازسازی و بازگویی روایت زندگی	بحث در مورد رابطه مراجع با افراد مهم در زندگی، بررسی تجارب مثبت مراجع و تکیه بر نقاط قوت مراجع، تحلیل ارتباط روایت جدید با زندگی فرد و جریان بخشیدن به روایت جدید، رسیدن نقطه بحرانی و انتخاب بهترین داستان (داستان جدید)	بازنویسی داستان جلسه اول خود و در نظر گرفتن تغییرات، آغاز و پایان داستان، نقطه‌ی اوج داستان و کلیه موارد آموخته شده
جلسه هشتم: بازنویسی نهایی داستان زندگی و کمک به تثبیت و تحکیم داستان جدید	غنی‌سازی داستان بازسازی‌شده با مرور جلسات قبل، بحث در مورد نتایج مثبت داستان جدید و ویرایش و بازگویی نهایی آن،نامه نوشتن توسط مشاور به مراجع، برگزاری جلسه با حضور برخی شاهدان بیرونی در صورت تمایل مراجع، پیش‌بینی مشکلات احتمالی و ادامه یافتن جلسات تا زمانی که داستان جدید در حد مطلوبی تثبیت و تقویت شده باشد.	

جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌های به دست آمده از پژوهش، از شاخص‌ها و روش‌های آماری توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های تکراری) استفاده شد. لازم به ذکر است محاسبات آماری پس از جمع‌آوری مقیاس‌ها، به کمک بسته آماری در علوم اجتماعی نسخه SPSS23 انجام شد.

نتایج

دامنه سنی افراد شرکت کننده در پژوهش ۱۳ الی ۱۸ سال بود، در گروه آزمایش، ۸ نفر (۴۰٪) در گروه ۱۳ و ۱۴ سال، ۷ نفر (۳۵٪) در گروه سنی ۱۵و ۱۶ سال و ۵ نفر (۲۵٪) در گروه ۱۷ و ۱۸ سال بوده‌اند. در گروه کنترل، ۷ نفر (۳۵٪) در گروه ۱۳ و ۱۴ سال، ۷ نفر (۳۵٪) در گروه سنی ۱۵ و ۱۶ سال و ۶ نفر (۳۰٪) در گروه ۱۷ و ۱۸ سال بوده‌اند. تحلیل داده‌ها مربوط به خصوصیات دموگرافیک تفاوت معناداری را در بین دو گروه آزمایش و کنترل نشان نداد ($p>۰/۰۵$).

نتایج آزمون شاپیرو- ویلک (در مورد نرمال بودن توزیع متغیرها)، برای متغیرهای سرزندگی و کارکرد اجرایی و ابعاد آن نشان داد که سرزندگی، تصمیم‌گیری، نابازداری، سازمان‌دهی و نمره کل کارکرد اجرایی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، دارای توزیع نرمال ($p>۰/۰۵$) هستند همچنین نتایج آزمون لوین برای عدم تفاوت معنادار واریانس-های متغیرهای وابسته تأیید شد ($p>۰/۰۵$) و برابری ماتریس واریانس-کوواریانس (از طریق آزمون ام باکس) ($p>۰/۰۵$) جهت عدم تفاوت معنادار کواریانس‌ها برای کلیه متغیرهای وابسته تأیید شده است. همچنین آزمون ماچلی برای سرزندگی و تصمیم‌گیری معنادار است. یعنی پیش‌فرض کرویت رعایت نشده است. در مواردی که فرض کرویت رعایت نمی‌شود برای گزارش نتایج نهایی تحلیل واریانس با اندازه های تکراری از آماره گرین هاوس-گیزر در جداول تحلیل نهایی استفاده می-شود که در این تحلیل‌ها نیز این‌گونه بود. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیر سر زندگی، تصمیم‌گیری، نابازداری، سازمان‌دهی و نمره کل کارکرد اجرایی در گروه های پژوهش ارائه شده است. چنان‌که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در متغیرهای سرزندگی تصمیم-گیری، نابازداری، سازمان‌دهی و نمره کل کارکرد اجرایی گروه روایت درمانی نسبت به گروه کنترل تغییرات چشمگیرتری را در مرحله پس آزمون و پیگیری نشان داده‌اند.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد سرزندگی، تصمیم‌گیری، نا بازداری، سازمان‌دهی و نمره کل کارکرد اجرایی

متغیر	زمان	گروه روایت درمانی انحراف معیار ±میانگین	گروه کنترل انحراف معیار ±میانگین
سرزندگی	پیش‌آزمون	۲۰/۴۰±۲/۷۹	۱۹/۹۰±۲/۷۵
	پس‌آزمون	۲۵/۹۵±۳/۹۲	۱۹/۵۵±۲/۹۱
	پیگیری	۲۶/۶۵±۳/۲۸	۱۹/۷۵±۳/۹۳
تصمیم-	پیش‌آزمون	۱۲/۶۵±۲/۱۸	۱۲/۶۰±۲/۰۱
گیری	پس‌آزمون	۷/۱۵±۲/۶۰	۱۳/۱۰±۲/۹۱
	پیگیری	۶/۹۵±۲/۲۲	۱۳/۶۵±۱/۸۷
سازمان-	پیش‌آزمون	۱۳/۵۵±۲/۵۶	۱۲/۵۰±۲/۱۸
دهی	پس‌آزمون	۸/۴۵±۲/۳۹	۱۲/۶۵±۲/۹۲
	پیگیری	۸/۲۵±۲/۵۱	۱۳/۵۰±۲/۴۱
نابازداری	پیش‌آزمون	۳/۰۵±۱/۱۹	۳/۴۰±۱/۱۸
	پس‌آزمون	۱/۷۰±۰/۷۳۲	۳/۶۵±۰/۹۸۸
	پیگیری	۱/۶۰±۰/۶۸۰	۲/۶۰±۱/۳۵
کارکرد	پیش‌آزمون	۲۹/۲۰±۴/۰۲	۲۸/۵۰±۳/۸۱
اجرایی	پس‌آزمون	۱۷/۳۵±۳/۲۱	۲۹/۴۰±۴/۶۰
	پیگیری	۱۶/۸۰±۳/۶۰	۳۰/۷۵±۳/۴۹

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده برای متغیرهای مذکور در جدول ۳ ارائه شده است. با توجه به مندرجات جدول ۳، در بخش اثر درون‌گروهی، تعامل عامل زمان و گروه (F=۵۸/۳۴، df=۱/۰۰ و p<۰/۰۰۱) نشان می‌دهد که در سرزندگی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و به پیگیری میانگین سر زندگی به طور معناداری تغییر یافته است. مجذور سهمی اتا برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۵۶۲ و توان آزمون برابر با یک است. این نتیجه نشان می‌دهد که تعامل زمان و گروه ۵۶/۲٪ تغییرات در سر زندگی تحصیلی را توضیح می‌دهد که مربوط به روایت درمانی در طول زمان است توان آزمون برابر یک است که نشان از حجم کافی نمونه دارد. همچنین چنان‌که در جدول ۳، مشاهده می‌گردد در بخش اثر بین گروهی عامل گروه بدون در نظر گرفتن زمان نیز بر سرزندگی اثر معنادار داشته است (F=۵۸/۳۴، df=۱/۰۰ و p<۰/۰۰۱). مجذور اتا نشان می‌دهد ۴۱/۴٪ از تغییرات در سرزندگی مربوط به روایت درمانی است. توان آزمون برابر با ۰/۹۹۹ است. به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده با ۹۹/۹٪ توان ۴۱/۴٪ تفاوت حداقل بین گروه آزمایش و گروه کنترل در سرزندگی معنادار نشان داده است.

با توجه به مندرجات جدول ۳ در بخش اثر درون گروهی، تعامل عامل زمان و گروه (F=۹۱/۵۳، df=۱/۰۰ و p<۰/۰۰۱) نشان می‌دهد که از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و به پیگیری میانگین تصمیم‌گیری به طور معناداری تغییر یافته است. مجذور سهمی اتا برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۷۰۷ و توان آزمون برابر با یک است. این نتیجه نشان می‌دهد که تعامل زمان و گروه ۷۰/۷٪ تغییرات در تصمیم‌گیری را توضیح می‌دهد که مربوط به روایت درمانی در طول زمان است توان آزمون برابر یک است که نشان از حجم کافی نمونه دارد. همچنین چنان‌که در جدول ۳، مشاهده می‌گردد در بخش اثر بین گروهی عامل گروه بدون در نظر گرفتن زمان نیز بر تصمیم‌گیری اثر معنادار داشته است (F=۵۱/۹۰، df=۱/۰۰ و p<۰/۰۰۱). مجذور اتا نشان می‌دهد ۵۷/۷٪ از تغییرات در تصمیم‌گیری مربوط به روایت درمانی است. توان آزمون برابر با یک است. به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده با صد درصد توان ۵۷/۷٪ تفاوت بین گروه کنترل و آزمایش مربوط به روایت درمانی است.

با توجه به مندرجات جدول ۳، در بخش اثر درون‌گروهی، تعامل عامل زمان و گروه (F=۲۹/۱۸، df=۱/۵۳ و p<۰/۰۰۱) نشان می‌دهد که از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و به پیگیری میانگین سازمان‌دهی به طور معناداری تغییر یافته است. مجذور سهمی اتا برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۴۳۴ و توان آزمون برابر با ۱ است. این نتیجه نشان می‌دهد که تعامل زمان و گروه ۴۳/۴٪ تغییرات در سازمان‌دهی را توضیح می‌دهد که مربوط به روایت درمانی است توان آزمون برابر یک است که نشان از حجم کافی نمونه دارد. همچنین چنان‌که در جدول ۳، مشاهده می‌گردد در بخش اثر بین گروهی مشاهده می‌شود عامل گروه بدون در نظر گرفتن زمان نیز بر سازمان‌دهی اثر معنادار داشته است (F=۲۱/۲۰، df=۱/۰۰ و p<۰/۰۰۱). مجذور اتا نشان می‌دهد ۳۵/۸٪ از تغییرات در سازمان‌دهی مربوط به روایت درمانی است. توان آزمون برابر با ۰/۹۹۴ است. به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده با ۹۹/۴٪ توان، ۳۵/۸٪ تفاوت حداقل بین گروه آزمایش و گروه کنترل را در سازمان-دهی معنادار نشان داده است.

با توجه به جدول ۳، در بخش اثر درون‌گروهی، تعامل عامل زمان و گروه (F=۱۴/۶۳، df=۱/۲۵ و p<۰/۰۰۱) نشان می‌دهد که از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و به پیگیری میانگین نابازداری به طور معناداری تغییر یافته است. مجذور اتا برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۱۶۹ و توان آزمون برابر با ۰/۸۳۹ است. این نتیجه نشان می‌دهد که تعامل زمان و گروه ۵۶/۲٪ تغییرات در نابازداری را توضیح می‌دهد که مربوط به روایت درمانی است توان آزمون برابر یک است که نشان از حجم کافی نمونه دارد. همچنین چنان‌که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد در بخش اثر بین گروهی مشاهده می‌شود عامل گروه بدون در نظر گرفتن زمان نیز بر نابازداری اثر معنادار داشته است (F=۱۵/۶۳، df=۱/۰۰ و p<۰/۰۰۱). مجذور اتا نشان می‌دهد ۲۹/۲٪ از تغییرات در نابازداری مربوط به روایت درمانی است. توان آزمون برابر با ۰/۹۷۱ است. به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده با ۹۷/۱٪ توان ۲۹/۲٪ تفاوت حداقل بین گروه آزمایش و گروه کنترل را در نابازداری معنادار نشان داده است.

با توجه به مندرجات جدول ۳، در بخش اثر درون‌گروهی، تعامل عامل زمان و گروه (F=۷۹/۲۲، df=۱/۴۵ و p<۰/۰۰۱) نشان می‌دهد که از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و به پیگیری میانگین کارکرد اجرایی به طور معناداری تغییر یافته است. مجذور سهمی اتا برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۶۷۶ و توان آزمون برابر با یک است. این نتیجه نشان می‌دهد که تعامل زمان و گروه ۶۷/۶٪ تغییرات در کارکرد اجرایی را توضیح می‌دهد که مربوط به روایت درمانی است توان آزمون برابر یک است که نشان از حجم کافی نمونه دارد. همچنین چنان‌که در جدول ۳، مشاهده می‌گردد در بخش اثر بین گروهی مشاهده

می‌شود عامل گروه بدون در نظر گرفتن زمان نیز بر کارکرد اجرایی اثر معنادار داشته است (F=۷۷/۴۰، df=۱/۰۰ و p<۰/۰۰۱). مجذور اتا نشان می‌دهد ۶۷/۱٪ از تغییرات در کارکرد اجرایی مربوط به روایت درمانی است. توان آزمون برابر با یک است به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده با صد درصد توان۶۷/۱٪ تفاوت بین گروه آزمایش و گروه کنترل را در کارکرد اجرایی معنادار نشان داد.

جدول ۳. تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده برای سرزندگی، تصمیم‌گیری، نابازداری، سازمان‌دهی و نمره کل کارکرد اجرایی

منبع اثر			مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
سرزندگی	درون‌گروهی	زمان	۱۸۳/۰۱	۱/۰۰	۱۸۳/۰۱	۵۱/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۸۳۰	۱
		تعامل زمان×گروه	۲۰۸/۰۱	۱/۰۰	۲۰۸/۰۱	۵۸/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۵۶۲	۱
		خطا (زمان)	۱۳۵/۴۷	۳۸	۳/۵۶				
	بین گروهی	گروه	۶۳۰/۰۳	۱	۶۳۰/۰۳	۲۶/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۴۱۴	۰/۹۹۹
		خطا	۸۹۱/۲۵	۳۸	۳۳/۴۵				
تصمیم-گیری	درون‌گروهی	زمان	۱۰۸/۱۱	۱/۰۰	۱۰۸/۱۱	۴۳/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳۳	۱
		تعامل زمان×گروه	۲۲۷/۸۱	۱/۰۰	۲۲۷/۸۱	۹۱/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۷۰۷	۱
		خطا (زمان)	۹۴/۵۷	۳۸	۲/۴۸				
	بین گروهی	گروه	۵۲۹/۲۰	۱/۰۰	۵۲۹/۲۰	۵۱/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷۷	۱/۰۰۰
		خطا	۳۸۷/۴۳	۳۸	۱۰/۱۹	–	–	–	–
سازمان-دهی	درون‌گروهی	زمان	۱۴۱/۶۵	۱/۵۳	۹۲/۰۷	۱۸/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۳۲۷	۰/۹۹۹
		تعامل زمان×گروه	۲۲۴/۰۱	۱/۵۳	۱۴۵/۶۲	۲۹/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۴۳۴	۱
		خطا (زمان)	۲۹۱/۶۶	۵۸/۴۵	۴/۹۸				
	بین‌گروهی	گروه	۲۳۸/۰۰	۱	۲۳۸/۰۰	۲۱/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۳۵۸	۰/۹۹۴
		خطا	۴۲۶/۵۸	۳۸	۱۱/۲۲				
نابازداری	درون‌گروهی	زمان	۹/۳۱	۱/۲۵	۷۰/۴۰	۷/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۱۶۹	۰/۸۳۹
		تعامل زمان×گروه	۱۷/۶۱	۱/۲۵	۱۴/۰۱	۱۴/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۲۷۸	۰/۹۸۳
		خطا (زمان)	۴۵/۷۳	۴۷/۷۸	۰/۹۵				
	بین‌گروهی	گروه	۱۳/۶۱	۱	۱۳/۶۱	۱۵/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۲۹۲	۰/۹۷۱
		خطا	۶۸/۳۶	۳۸	۱/۷۹				
کارکرد اجرایی	درون‌گروهی	زمان	۷۴۹/۱۵	۱/۴۵	۵۱۶/۴۱	۴۶/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۵۵۱	۱
		تعامل زمان×گروه	۱۲۷۲/۹۵	۱/۴۵	۸۷۷/۵۳	۷۹/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۶۷۶	۱
		خطا (زمان)	۶۱۰/۵۶	۵۵/۱۲	۱۱/۰۷				
	بین‌گروهی	گروه	۲۱۴۲/۰۷	۱	۲۱۴۲/۰۷	۷۷/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۶۷۱	۱
		خطا	۱۰۵۱/۵۸	۳۸	۲۷/۶۷				

بحث

بررسی یافته اول نشان داد که روایت درمانی سرزندگی ذهنی را در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بهبود داده است تفاوت معناداری بین میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون وجود دارد. این یافته‌ها با یافته‌های بوستانی و همکاران مبنی بر اثربخشی الگوی روایت درمانی بر مهارت‌های ارتباطی، ابرازگری هیجانی و همدلی در دختران و پسران آماده ازدواج (۱۷)؛ اسلامی و همکاران مبنی بر اثربخشی روایت درمانی گروهی بر توانمندی ایگو زنان سرپرست خانوار (۱۸)؛ قدسی و همکاران مبنی اثر بخشی روایت درمانی بر کاهش گرایش به طلاق و مؤلفه‌های آن (۲۵)؛ مشاوری و لطیفی مبنی بر اثربخشی روایت درمانی بر اضطراب فراگیر و مهارت مقابله با استرس همسران معتادان تحت درمان کلینیک‌های ترک اعتیاد (۲۶)؛ Sun و همکاران مبنی بر اثربخشی روایت درمانی برای تسکین انگ در بیماران مبتلا به سرطان دهان (۱۹)؛ Driscoll & Hughes مبنی بر جنسیت بزرگسالان سالخورده: مطالعه موردی با استفاده از روایت درمانی (۲۷)؛ Pinto & Ribeiro, Gonçalves مبنی بر پاسخگویی و همکاری درمانی در روایت درمانی همسو می‌باشد (۲۸). دلیل همسویی با این پژوهش‌ها آن است که همانطور که روایت درمانی در این پژوهش‌ها توانسته است مؤلفه‌هایی چون اضطراب فراگیر، مهارت‌های مقابله‌ای، توانمندی ایگو، مهارت‌های ارتباطی و ابرازگری هیجانی را در افراد بهبود ببخشد، در این پژوهش نشان داده شد که این درمان می‌تواند سرزندگی ذهنی دختران نوجوان را نیز بهبود ببخشد (۱۸).

در توجیه این یافته‌ها می‌توان گفت، که از آنجا که این روش در ابتدا، باید به این ادراک منحصر به فرد دست یابد که افراد توانایی تغییر داستان زندگی خود را دارند، فرآیند درمان به مراجعان اجازه می‌دهد که همخوانی زندگی خود را در داستان-های مختلف بشناسد و بداند که او نویسنده این داستان‌هاست (۱۴). نکته مهم در تبیین این یافته‌ها این است که در این فرآیند، کمک می‌شود که فرد به تغییر در مورد گذشته و آینده دست یابد و زندگی را بتواند به شکل متفاوت و در چشم‌اندازی جدید بیابد. بنابراین روایت درمانی می‌تواند نقش بسزایی در افرایش سرزندگی ذهنی دختران نوجوان شود چراکه سرزندگی ذهنی، وجود سرشار انرژی، اشتیاق و سرحال بودن، خسته و فرسوده نبودن و عدم تحلیل رفتگی به همراه دارد (۶). به نظر می‌رسد آموزش روایت درمانی با ترغیب افراد در بازنگری روایت‌های خود، سرزندگی ذهنی را در نوجوانان دختر افزایش داده که حاکی از وجود انرژی مثبت روانی است و فرد سرزنده مملو از زندگی است (۷). یعنی روایت درمانی آگاهی افراد را نسبت به داستان‌های زندگی خود افزایش داده و پردازش کارآمدتری را برای فرد رقم زده و حس نشاط را در فرد بر می-انگیزد. ویژگی روایت درمانی آن است که با تجدید در روایت‌ها ابعاد جدیدی از داستان زندگی فرد کشف شده و بتواند با چشم‌اندازی جدید به خلق داستانی متفاوت از گذشته خود در زندگی بپردازد و با تغییر چشم‌انداز افراد، حس سرزندگی را به فرد هدیه دهد و منجر به تغییرات شگرفی در ساختار درونی افراد گردد (۱۸).

یافته دوم این پژوهش نشان داد که روایت درمانی می‌تواند کارکردهای اجرایی دختران نوجوان را در سه مؤلفه سازماندهی، تصمیم‌گیری و نابازداری، در مقایسه با گروه کنترل، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون بهبود بخشد. این یافته‌ها با یافته‌های خسروی و همکاران مبنی بر اثر بخشی آموزش مبتنی بر روایت درمانی بر معنا در زندگی و مؤلفه های آن در دختران دانشجو (۲۹) و Muruthi, McCoy, Chou & Farnham مبنی بر فیلم‌نامه های جنسی و روایت درمانی با زوج های مسن ، هماهنگ می‌باشد (۳۰). دلیل همسویی با این پژوهش‌ها آن است که همانطور که روایت درمانی در این پژوهش‌ها توانسته است مؤلفه‌هایی چون معنای زندگی و بلوغ جنسی را در این افراد بهبود بخشد، در این پژوهش نشان داده شد که این درمان می‌تواند کارکردهای اجرایی دختران نوجوان را نیز بهبود بخشد.

در توجیه این یافته‌ها می‌توان گفت، که از آنجا که این روش ویژگی‌هایی برخوردار بوده است که توانسته است بر بهبود کارکردهای اجرایی و ابعاد آن در نوجوانان اثرگذار باشد از جمله هدف از روایت درمانی، این است که به مراجعان کمک شود تا یک مشکل توان‌فرسا و دشوار را از هویتشان جدا کنند. در این رویکرد درمانی مراجع و درمانگر، در واقع ویراستاران زندگی‌نامه شخصی مراجع هستند و درمان، ویراستاری زندگی‌نامه شخصی است. لذا نقش فعالی را برای مراجع و درمان در نظر می‌گیرد (۱۵). فرد در این روش یاد می‌گیرد مسئولیتش را در تسکین و

بهبود مسائل روانی خود بر عهده بگیرد و بتواند برای بهبود اوضاع خود تصمیم بگیرد. در هنگام نوشتن داستان زندگی، فرد هم‌زمان به آن فکر می‌کند، بخش‌هایی از آن را انتخاب می‌کند و قسمت‌های نه چندان مهم را کنار می‌گذارد و می‌تواند داستان زندگی خود را سازمان‌دهی کند. فرد بر این است که در این درمان، فرد با تمرکز بر پیامدهای بی همتا و یافتن موقعیت‌های استثنایی در برابر مشکل، موقعیت‌هایی که با در نظر گرفتن روایت شامل مشکل، قابل پیش‌بینی نیستند را درک می‌کند و می‌تواند بازداری خود را در برابر روایت‌های مشکل‌دار زندگی خود تقویت کند (۱۶). بنابراین، از آنجا که کارکردهای اجرایی یک مفهوم کلی و عصب–روانشناختی است که همه فرآیندهای شناختی پیچیده و ضروری برای انجام تکالیف هدفمدار دشوار و جدید را شامل تکلیف و پیگیری، سازماندهی تکلیف، حافظه، تقویت توجه، برنامه‌ریزی، کنترل رفتارها، کنترل هیجانات، مدیریت زمان و مهارت حل مسئله در برمی‌گیرد، رشد مهارت‌های اجرایی در زندگی و بازنگری روایت‌ها به شیوه‌ای مؤثرتر تأثیرگذار است (۱۳). همچنین این کارکردها به عنوان توانایی شناسایی و سازماندهی مراحل و عناصر مورد نیاز برای انجام یک قصد یا رسیدن به یک هدف تعریف می‌کنند که مستلزم توانایی مشخص در نظم دهی و هدایت رفتار خود است (۳۱).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش انتخاب در دسترس نمونه، عدم امکان تعمیم نتایج به جنسیت مذکر و عدم تعمیم نتایج به سایر گروه‌های سنی می‌باشد، بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از سایر گروه‌ها استفاده گردد.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته های این پژوهش مشخص شد که روایت درمانی بر افزایش سرزندگی ذهنی و بهبود کارکردهای اجرایی دختران نوجوان تأثیر معناداری دارد، بنابراین می توان بیان کرد که این درمان به عنوان یکی از مداخلات بالینی مؤثر در کنار سایر درمان‌های موج سوم، بخصوص در جهت حل مسائل هویتی نوجوانان، کاربرد بسزایی دارد.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر نهایت قدردانی و سپاس را داریم. این مقاله، با شماره طرح و کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC1402.073 در دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان ثبت شده است.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی بین نویسندگان وجود ندارد.

References

1. Lee G, Kim S. An integrative review on the contents and effectiveness of emotion coaching interventions for Parents. Journal of Korean Academv of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2019; 28(1): 64-78.
2. Holling H, Erhar T, Ravens S, Sch lak R. Behavioral problems in children and adolescence. Journal Psychol Gesundheitsschutz. 2017; 784-93.
3. Simpson G, Lincoln C, Ohannessian. Does adolescent anxiety moderate the relationship between adolescent–parent communication and adolescent coping? Journal of Child and Family Studies. 2020; 29(1):237-49.
4. Hurrell E, Houwing F, Hudson L. Parental meta-emotion philophy and emotion coaching in families of children and adolescents with an anxity disorder. Journal of Abnormal Child Psychology. 2017; 45(3): 569-82.
5. Satici S, Deniz M. Adolescents self- perception and school satisfaction: Assessing the mediating role of subjective vitality. Egitim ve Bilim. 2019; 44(197).
6. Borji M, Tarjoman A. Investigatine the effect of religious intervention on mental vitality sense of Ioneliness among the elderly referring to community healthcare centers. Journal of Religion and Health. 2020; 59(1), 163-72. (in Persian)
7. Saricam H. Mediating role of self efficacy on the relationship between subjective vitality and school burnout in turkish adolescents. Journal of Educational Researchers. 2016; 6(1), 1-12.
8. Ryan R, Deci E. Self-determination theory: Basic psychological needs in motivations, development, and wellness. New York: Guilford Publications. 2017.
9. Luyten P, Nijssens L, Fonagy B, Mayes C. Parental reflective functioning: Theory, research and cilinical applications. Journal of The Psychoanalytc Study of the Child. 2017; 70(1):174-99.

10. Twenge J, Campbell K. Associations between screen time and lowerpsychological well-being among children and adolescents: Evidence from a populationbased study. Journal of Preventive Medicine Reports. 2018; (12): 271–83.
11. Ghanbari Talab M, Fouladcheng M. The relationship between resilience and mental vitality with students' addiction potential. Journal of Addiction Research Quarterly. 2004; 9(34): 10-22. (in Persian).
12. Dawson P, Gower R. Executive functions in children and adolescents; Survey and intervention guide. Translated by A. Ebrahimi; A. Abedi; s. 2013.
13. Blair C, Diamond A. Biological process in prevention and intervention. Thepromotion of self-regulation as ameans of prevening school failure. Development and Psychopathology. 2008; 20(3): 899-911.
14. Nejati M, Amini R, Zabihzadeh A. The relationship between cognitive executive functions of the brain and the quality of life of blind veterans. Scientific-research Journal of Veteran Medicine. 2017; 13: 41-54. (in Persian)
15. Rabiei S, Fatehizadeh M, and Bahrami F. Narrative therapy. New Psychotherapy Quarterly, 2018, 47-8. (in Persian)
16. Flaskas C. Family therapy beyond postmodernism: Practice challenges theory. New York: Taylor & Francis Inc. 2022.
17. Bostani A, Kashani A, Khodabakhshi H, Heydari H. The effectiveness of the narrative model treatment of communication skills, emotional expression andempathy in girls and boys ready for marriage. Journal of Scientific Bimonthly Social Health Research. 2020; 8(2):246-52. (in Persian)
18. Islami N, Heshmati R, Ismailpour K. The effectiveness of group narrative therapy on ego empowerment Women head of the household, two-quarterly scientific. Journal of Female Police Studies. 2020; 14(32): 5-1. (in Persian)
19. Sun L, Liu X, Weng X, Deng H, Li Q, Liu J, Luan X. Narrative therapy to relieve stigma in oral cancer patients: a randomized controlled trial. International Journal of Nursing Practice. 2021; e12926.
20. Ryan R, Frederick C. On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well being. Journal of Personality. 1997; 65(3): 529-65
21. Sadidi M. Examining the role of predictive factors of parental independence support in basic needs and well-being indicators in students of Hormozgan University. Hormozgan University, Qeshm University Campus. 2012. (in Persian)
22. Alizadeh H, Zahedi M. Executive functions in children with and without developmental coordination disorder. Cognitive science news, 6(3-4). 2014; 49-56. (in Persian)
23. Kalai A, Jafari M. Narrative therapy (a creative approach to counseling and psychotherapy), Tehran, Publications honorable. 2018. (in Persian)
24. Carr, A. Michaela whites Narrative therapy. 1998.
25. Qudsi M, Barabadi H, Heydarnia A. The effectiveness of narrative therapy on reducing the tendency to divorce and its components, The Culture of Counseling and Psychotherapy Quarterly. 2017; 9(33): 73-98. (in Persian)
26. Mushari M, and Latifi Z. The effectiveness of narrative therapy on generalized anxiety and stress coping skills of spouses of drug addicts treated in addiction treatment clinics, Addiction Studies Scientific Quarterly. 2017; 12(48): 103-18. (in Persian).
27. Driscoll J, Hughes A. Sexuality of aging adults: A case study using narrative therapy. Contemporary Family Therapy. 2021; 1-8.
28. Pinto D, Ribeiro E, Gonçalves M. Responsiveness and therapeutic collaboration in narrative therapy. American Psychological Association. 2021.
29. Khosravi Z, Imany M, Afshari A. Effactiveness of narrative therapy based training on meaning in life and its components among female students. Positive Psychology Research. 2020; 6(1): 50-66. (in Persian)
30. Muruthi B, McCoy M, Chou J, Farnham A. Sexual scripts and narrative therapy with older couples, The American Journal of Family Therapy. 2018; 46 (1): 81-95.
31. Hill E. Evaluating the theory of executive dysfuncion in autism. Developmental Review. 2004; 24, 189-233.

The Effectiveness of Narrative Therapy on Mental Vitality and Executive Functions among Adolescent Girls in Isfahan

Received: 17 Jul 2023 Accepted: 6 Nov 2023

Fatemeh Dafeian[1], Zahra Yousefi[2*]

1. Master of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Khorasgan Islamic Azad University, Isfahan, Iran 2. Assistant Professor, Group Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran

Abstract

Introduction: Adolescence is a period in which, due to changes in maturity, values and identity crisis, the possibility of psychological and behavioral problems in people increases. The aim of this study was to investigate the effectiveness of narrative therapy on mental vitality and executive functions among adolescent girls aged 13 to 18 in Isfahan city.

Materials and Methods: The research method was semi-experimental including a pre-test-post-test design with a control group and a 2-month follow-up phase. The statistical population included all adolescent girls aged 13 to 18 in Isfahan city in 2022. Through the available sampling method 40 people were selected from among teenage girls aged 13 to 18 referring to the welfare centers of the 2nd and 3rd regions of Isfahan city, according to the entry and exit criteria and answering the questions of the questionnaires. They were placed by a simple random method in two experimental (20 people) and control (20 people) groups. The research tools were Ryan and Frederick and Kolich neuro-psychology questionnaires. The experimental group was exposed to 8 sessions of 90-minute narrative therapy intervention based on Gerald de Manck's protocol; while the control group was on the waiting list. The data were analyzed using SPSS-23 software and at two descriptive (mean and standard deviation) and inferential (variance analysis with repeated measurements) levels ($p<0.001$).

Results: The mean and standard deviation of the mental vitality scores in the post-test stage were 25.95±3.92 in the experimental group and 19.55±2.91 in the control group. The mean and standard deviation of the executive function scores in the post-test stage were 17/30±3.21 in the experimental group and 29.40 ± 4.60 in the control group. The findings showed that the average scores of mental vitality had increased significantly compared to the control group and the scores of executive functions in its subscales had decreased compared to the control group ($p<0/001$).

Conclusion: Based on the findings of present research, it can be concluded that narrative therapy has a significant effect on increasing the mental vitality and improving the executive functions of adolescent girls in Isfahan city. Therefore, it is necessary to use narrative therapy training as one of the ways to improve the psychological factors of our adolescent girl's generation in educational centers and administrators of our country.

Keywords: Narrative therapy, Mental vitality, Executive functions, Adolescent girls

***Corresponding Author:** Assistant Professor, Group Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran

Email: z.yousefi@khuisf.ac.ir **Tel:** +9809133293069 **Fax:** +9803135002612