

اثربخشی روایت درمانگری به شیوه مشاوره گروهی بر عملکرد خانواده زنان دارای همسر معتاد □

The Effectiveness of Group Counseling "Narrative Therapy" on Family Functioning among Women with Addicted Husbands □

Mohammad Khodayarifard, PhD

Gholamreza Sohrabpour, MSc □

Elahe Hejazi, PhD

دکتر محمد خدایاری فرد *

غلامرضا سهراب پور *

دکتر الهه حجازی *

Abstract

The purpose of the current study was to investigate the effectiveness of group counseling "Narrative therapy" on family functioning among women with addicted husbands. Present research was an experimental study with pretest-posttest control group design along with follow up 1 month and 3 month. Participants were 44 persons of the 10 region of Tehran who had family functioning score lower than the mean of statistical population. They were selected based on the voluntary sampling procedure, and were also randomly assigned to two groups, experimental and control. After the early loss, each group was include 20 persons and is evaluated by Family Assessment Device (FAD) after doing interview in the same condition. The experimental group received 10 sessions of group counseling "Narrative therapy" and the control group did not received any intervention. Both groups were evaluated again at the end of intervention, 1 month and also 3 month after that. Data analyzed with repeated measure analysis of variance and Bonferroni post-hoc test. Family functioning the (problem solving, communication, roles, affective responsiveness, affective involvement, behavior control and general functioning) of women who received the sessions of group counseling "Narrative therapy" was improved significantly rather than they who did not received that.

Keywords: woman, addiction, family, group counseling, narrative therapy

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رویکرد روایت درمانگری به شیوه مشاوره گروهی بر عملکرد خانواده زنان با همسر معتاد بود. این مطالعه از نوع آزمایشی با طرح سری زمانی پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل به شمار می‌رود. آزمودنی‌ها ۴۴ نفر با نمره عملکرد خانواده پایین‌تر از میانگین جامعه در منطقه ۱۰ تهران بودند که به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. هر گروه شامل ۲۰ نفر بود و هر دو گروه در شرایط یکسان پس از انجام مصاحبه فردی با مقیاس عملکرد خانواده ارزیابی شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه تحت روایت درمانگری گروهی قرار گرفت و گروه کنترل هیچ آزمایشی را دریافت نکرد. در پایان دوره، یک ماه و سه ماه پس از آن هر دو گروه مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. یافته‌های پژوهش با آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی تحلیل شدند. عملکرد خانواده (حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی) زنانی که تحت روایت درمانگری گروهی قرار گرفتند نسبت به زنانی که در دوره شرکت نکردند، به‌طور چشمگیری افزایش یافت.

کلید واژه ها: زن، اعتیاد، خانواده، مشاوره گروهی، روایت درمانگری

□ Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, I.R.Iran

✉ Email: sohrabpour@ut.ac.ir

□ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۶/۱۷ تصویب نهایی: ۱۳۹۶/۷/۳۰
* گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

● مقدمه

خانواده نظام عاطفی پیچیده‌ای است که چند نسل را شامل می‌شود و وجه تمایز آن با سایر نظام‌های اجتماعی، در وفاداری، عاطفه و دائمی بودن عضویت افراد در آن است. ورود به کانون خانواده از لحظه تولد آغاز می‌شود و تا لحظه مرگ ادامه می‌یابد تا جایی که عملکرد افراد در خانواده تحت تأثیر عملکرد متقابل آنها قرار دارد (کار، ۲۰۱۲).

«عملکرد خانواده»^۱ به چگونگی روابط اعضای خانواده، نحوه تصمیم‌گیری‌ها، تعامل و حفظ روابط اعضا و چگونگی حل مشکلات اعضای خانواده مربوط می‌شود (سیلبرن و همکاران، ۲۰۰۶). یکی از الگوهای مهم در مورد ارزیابی عملکرد خانواده، «الگوی مک‌مستر»^۲ است. ارتباط بین بخش‌ها و اجزای خانواده با یکدیگر، قابل درک نبودن یک بخش جدای از سایر بخش‌های دیگر، نقش چشم‌گیر ساختار و الگوهای تعاملی خانواده در تعیین و شکل دهی رفتار اعضای خانواده و این‌که کارکرد خانواده، چیزی بیش از کارکرد مجموع اجزای آن است، از اصول بنیادی این الگو است (اپشتین، بیشاپ و لوین، ۱۹۷۸). این الگو که مبتنی بر رویکرد سیستمی است، ساختار، سازمان و الگوهای تبادلی واحد زناشویی را توصیف می‌کند و این امکان را می‌دهد که روابط خانوادگی یا زناشویی در یک طیف سطحی، از وضعیت سلامت تا اختلال شدید روانی مورد بررسی قرار گیرد (کارلسون، اسپری و لوین، ۲۰۰۵). یافته‌های پژوهشی بسیاری نشان می‌دهند کنترل، همبستگی و عدم تضاد در محیط خانواده می‌تواند باعث رشد مثبت مفهوم خود و کفایت اجتماعی شود. از سوی دیگر عدم کفایت فردی و اجتماعی می‌تواند به رفتارهای پرخطر و آسیب‌زا منجر شود (خسروی، کیامنش، بنی جمالی و نیک‌منش، ۱۳۸۶). بدیهی است یکی از رفتارهای ناسازگارانه، پرخطر و آسیب‌زا در خانواده اعتیاد است.

اعتیاد به مواد مخدر سبب ایجاد اختلال مغزی می‌شود تا جایی که عملکرد مغز را دچار آسیب می‌کند و تسلط فرد معتاد بر اداره امور زندگی را کاهش می‌دهد و در پی آن، عملکرد کلی اعضای خانواده تحت تأثیر منفی قرار می‌گیرد (ولکو، کوب و مک‌للان، ۲۰۱۶). /رمی، *آزه‌ای، محمدخانی و بادله* (۱۳۹۵) به این نتیجه رسیدند که روان‌بنه‌های هیجانی افراد معتاد در مقایسه با افراد غیر معتاد متفاوت است، به گونه‌ای که افراد معتاد عملکرد ضعیف‌تری در ابعاد روان‌بنه‌های هیجانی از خود نشان می‌دهند. همچنین *امیری، نواب و عبداللهی* (۱۳۹۶)

در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که افراد با سوءمصرف مواد نسبت به افراد عادی در کارکردهای اجرایی وضعیت پایین تری دارند، تا جایی که سوءمصرف مواد می تواند برآیندی از ویژگی های شخصیتی باشد و به تخریب در کارکردهای اجرایی منجر شود.

اعتیاد واقعی است که در حوزه مشکلات خانوادگی محسوس بوده و از مصادیقی است که به عملکرد خانواده خلل وارد نموده و لطمات فراوان جسمی و روانی در اعضای خانواده پدید می آورد. در این میان، اعتیاد مربوط به سرپرست خانواده از توجه ویژه ای برخوردار است، به دلیل اینکه اثرات مضر و مخربی بر کلیه اعضای خانواده و از همه مهم تر بر همسر دارد. جایگاه زنان دارای همسر معتاد با توجه به مسائل فردی آنان و نقش هایی که در مقابل همسر، فرزندان و جامعه دارند از حساسیت خاصی برخوردار است و توجه ویژه به این گروه، ضروری است. با نگرستن به ساختار خانواده های نابسامان از جمله خانواده های معتاد، با فقدان ارتباطات صحیح بین زوجین، آشفتگی ها و کشمکش های بین اعضای خانواده روبرو هستیم. همسران مربوط به این گونه خانواده ها، روابط منفی و ناخوشایندی مثل سرزنش کردن و تحقیر کردن یکدیگر را از خود نشان می دهند و در حل مسائل خانواده، سطح پایینی از همدلی را ابراز می کنند. لذا استفاده از مهارت های حل مسئله در خانواده کاهش پیدا کرده و به تبع آن، عملکرد خانواده تنزل پیدا می کند و در نهایت عملکرد نزولی خانواده منتج به سقوط و اضمحلال خانواده خواهد شد. از جمله افرادی که نقش کلیدی در خانواده ایفا می کنند، زنان هستند که در این میان زنان دارای همسر معتاد در معرض جدی انواع آسیب های سوءمصرف مواد مخدر قرار می گیرند. لذا باید به گروه زنان توجه شایانی شود، بدین منظور که انجام مداخلات مشاوره های در این راستا بسیار ضروری است (محمدیفر، طالبی و طباطبائی، ۱۳۸۹).

بدیهی است عملکرد بهتر خانواده در گرو سلامت روان اعضاست. عملکرد خانواده با سلامت روانی اعضا ارتباط دارد. آسیب روانی اصولاً یک مشکل درون فردی در یک عضو خانواده نیست، بلکه یک فرآیند تعاملی بین اعضای خانواده است (زرگر، عاشوری، اصغری پور و عاقبتی، ۱۳۸۶). چنانچه رحمی نژاد و پاکنژاد (۱۳۹۳) نشان دادند بین عملکرد کلی خانواده و سلامت روان اعضای آن رابطه مستقیم وجود دارد. بنابراین به دنبال کاهش عملکرد خانواده، خطر رخ دادن جدایی و اثرات مضر آن بر سلامت روانی زنان نشان دهنده نیاز زنان

به مداخلات روانشناختی در این زمینه است. به منظور ارتقاء عملکرد خانواده، رویکردهای مداخله‌ای متعددی توسط متخصصان ارائه داده شده است. از جمله این رویکردها که می‌تواند بر شناخت بهتر عوامل مؤثر بر عشق و انتظارات زناشویی، عملکرد اعضای خانواده و ساخت‌وساز اجتماعی مشکلات مؤثر باشد، مداخله به شیوه روایت درمانی است (کریستی، توماس، کاترین و جوزف، ۲۰۱۳).

با در نظر گرفتن اینکه زنان با همسران معتاد که عملکرد نامناسبی در خانواده دارند، داستان‌های سرشار از مشکل برای زندگی خود ساخته‌اند، مشاوران در کار گروهی با رویکرد روایت درمانی، تشویق می‌شوند تا از شیوه‌های خلاقانه‌ای به منظور «قاب‌گیری مجدد» و تغییر داستان‌های ناکارآمد به داستان‌های کارآمد استفاده کنند (ریکس و همکاران، ۲۰۱۴)، به طوری که این رویکرد با تمرکز بر روی داستان‌ها و زندگی‌نامه شخصی افراد و دادن نقش فعال اعضا در فرایند مشاوره گروهی، مسئولیت اعضا را در تسکین و بهبود مسائل روانی خود افزایش می‌دهد (وایت و اپستون، ۱۹۹۰). همچنین با توجه به مشخصه‌های برجسته رویکرد روایت درمانی که شامل در نظر گرفتن سطوح ضمنی و تمثیلی تجارب مراجع، برونی‌سازی مشکل، حس ارتقا یافته‌ی عاملیت شخصی، صاحب قدرت و اختیار بودن خود افراد، وضعیت کار اشتراکی و غیر سلسله مراتبی مداخله کنندگان، یک وضعیت مداخله بدون سرزنش، حرکت از یک ساخت فردی و درون فردی مسئله به سمت ساختی که بیشتر بین فردی و رابطه‌ای است (حسنی، ۱۳۸۸). و با در نظر گرفتن موقعیت خانوادگی و اجتماعی زنان با همسر معتاد، به نظر می‌رسد که این رویکرد نسبت به سایر رویکردها کارایی بیشتری در زمینه عملکرد خانواده این افراد داشته باشد. با توجه به اهمیت بسزای نقش زن در کانون خانواده و اینکه زنان با همسران معتاد، در معرض آسیب‌پذیری روحی و روانی بالاتری نسبت به زنان با همسران عادی هستند و با نظر به تحقیقاتی که در زمینه سازگاری والدین در خانواده انجام شده است دال بر این بوده که سازگاری مادران کمتر از پدران بوده است و زنان دارای سطوح تنش بیشتری نسبت به مردان هستند (ایلایی، ۱۳۷۶ و نظری، ۱۳۸۴) توجه به این گروه در زمینه بهبود عملکرد خانواده ضروری است. لذا تحقیق حاضر، مطالعه‌ای در مورد اثربخشی روایت درمانی به شیوه گروهی بر عملکرد خانواده زنان دارای همسر معتاد است.

● روش

مطالعه حاضر از نوع آزمایشی با طرح سری زمانی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان دارای همسر معنادار مراجعه‌کننده به کلیه خانه‌های خدمات اجتماعی و رفاهی منطقه ۱۰ شهر تهران بود. از افرادی که داوطلبانه مراجعه نمودند، ثبت‌نام به عمل آمد. پیش از ارائه متغیر مستقل (روایت درمانگری گروهی)، در جلسات انفرادی بررسی‌های لازم توسط پژوهشگر به منظور تشخیص شرایط مناسب شرکت‌کنندگان در تحقیق انجام شد. ملاک انتخاب ۴۴ نفر از زنان دارای همسر معنادار، استفاده از روش غربالگری توسط ابزارهای پژوهش (برای مثال: داشتن نمره عملکرد خانواده پایین‌تر از میانگین نسبت به نمره عملکرد خانواده کل گروه) و در نظر گرفتن معیارهای ورود آزمودنی‌ها بود. که در نهایت، پس از ریزش اولیه، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه کنترل). به گروه کنترل توضیح داده شد که هیچ آموزشی به آن‌ها داده نمی‌شود و توافق بر آن گذاشته شد که پس از اتمام جلسات و پیگیری‌های ۱ ماهه و ۳ ماهه و پس از هماهنگی با مسئولین مربوطه منطقه ۱۰، برای گروه کنترل و همچنین به تمامی افرادی که به فراخوان پاسخ مثبت داده بودند و از آنها ثبت‌نام به عمل آمده بود، در صورت تمایل، مشاوره گروهی به شیوه روایت درمانگری اعمال شود. به منظور کنترل تفاوت‌های میان آزمودنی‌ها، سن، تحصیلات، اعتیاد همسر و داشتن حداقل یک فرزند به عنوان متغیرهای همگن شده میان گروه‌ها به کار گرفته شد. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها در پژوهش حاضر عبارت بود از: داشتن همسر معنادار، حداقل ۲۵ سال سن، سواد خواندن و نوشتن، علاقه و انگیزه لازم و کافی به شرکت در جلسات، داشتن نمره عملکرد خانواده پایین‌تر از میانگین نسبت به نمره عملکرد خانواده کل گروه و در حال زندگی کردن با مردان خود (مثلاً هیچکدام در کمپ به سر نمی‌بردند). ملاک‌های خروج از مطالعه نیز عبارت بود از: همکاری نکردن افراد برای شرکت در پژوهش و بی‌اطمینانی به پاسخ صادقانه افراد به پرسش‌ها. همچنین زنانی که قبل از ازدواج مصرف‌کننده مواد بودند، از مطالعه خارج شدند. داده‌های جمعیت شناختی درباره مدت‌زمان زندگی مشترک، تعداد فرزندان، میانگین سنی، میزان تحصیلات و وضعیت اشتغال افراد نیز با استفاده از یک پرسشنامه خود اجرا جمع‌آوری شد. این یافته‌ها در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. یافته‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مشخصه‌ها	گروه آزمایش	گروه کنترل
میانگین سنی	کل	۳۷/۴۵	۳۸/۷۵
میزان تحصیلات	سیکل	۷	۱۰
	دیپلم	۱۲	۹
	دیپلم به بالا	۱	۱
میزان تحصیلات همسر	سیکل	۸	۱۱
	دیپلم	۹	۷
	دیپلم به بالا	۳	۲
تعداد فرزندان	یک فرزند	۴	۷
	یک فرزند به بالا	۱۶	۱۳
مدت زندگی مشترک	۲ سال	۱	۲
	۲ سال به بالا	۱۹	۱۸
شغل	شاغل	۱۶	۱۵
	بدون شغل	۴	۵
شغل همسر	شاغل	۱۳	۱۲
	بدون شغل	۷	۸

● ابزار

□ ابزار سنجش خانواده^۳ (FAD): این ابزار، یک پرسشنامه ۶۰ سؤالی است که برای سنجیدن عملکرد خانواده بنا بر الگوی مک‌مستر تدوین شده است. این الگو خصوصیات ساختاری، شغلی و تعاملی خانواده را معین می‌سازد و شش بُعد از عملکرد خانواده را تعیین میکند؛ حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار. بنابراین «ابزار سنجش خانواده» متناسب با این شش بُعد، از شش خرده‌مقیاس به‌منظور سنجیدن آن‌ها، به‌علاوه یک‌خرده‌مقیاس هفتم مربوط به عملکرد کلی خانواده تشکیل شده است. این ابزار دارای روایی هم‌زمان و پیشین است. همچنین با ضرایب آلفای خرده‌مقیاس‌های خود از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ از همسانی درونی نسبتاً خوبی برخوردار است (ثنایی، ۱۳۸۷).

● روش اجرا

پس از گزینش آزمودنی‌ها با توجه به ملاک‌های ورود، آن‌ها توسط ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. به‌منظور اجرای جلسات مداخله، ابتدا برای تک‌تک افراد نمونه، جلسه‌ای انفرادی به‌منظور مصاحبه تکمیلی، شرح حال‌نویسی و مطرح کردن اهداف مداخله‌ای در نظر گرفته شد. توسط مسئول خانه‌های خدمات اجتماعی و رفاهی منطقه، از افراد برای

شرکت در جلسات دعوت به عمل آمد و درخواست و موضوعی که افراد قصد مشارکت در آن را داشتند، به صورت جالب و دوست داشتنی بیان شد. همچنین، به صورت واضح، به افراد توضیح داده شد که مسئولیت آنها در این تحقیق چیست و به زبان ساده و روشن، شفاف سازی اهمیت علمی و نظری موضوع تحقیق برای آنها صورت گرفت. جامعه مورد نظر تحقیق به طور واضح به افراد شناسانده شد و برای آنها به خوبی و با زبان ساده، گفته شد که به چه طریقی این تحقیق با جامعه ارتباط پیدا میکند. پس از به توافق رسیدن برای شرکت در فرایند مداخله به صورت گروهی، قرارداد کتبی به منظور تعهد شرکت در تمامی جلسات تنظیم شد. شایان ذکر است که هم در فرایند مصاحبه های انفرادی و هم در ابتدای جلسه اول مداخله گروهی، اصل رازداری و ارزش جلسات مداخله ای برای اعضا اذعان شد. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه تحت روایت درمانگری گروهی قرار گرفت. جلسات ۹۰ دقیقه ای بود که دو بار در هفته برگزار شد. به طور کلی جلسات ۵ هفته به طول انجامید. گروه کنترل تحت روایت درمانگری گروهی قرار نگرفت. مکان تشکیل جلسات در سرای محله شبیری جی واقع در منطقه ۱۰ بود. پس از پایان جلسات به منظور اندازه گیری اثربخشی متغیر مستقل بر متغیر وابسته، از هر دو گروه آزمایش و کنترل، پس از مون به عمل آمد و «پیگیری»^۴ در فواصل ۱ ماهه و ۳ ماهه صورت گرفت. به منظور مطالعه عمیقتر موضوع پژوهش و تقویت نتیجه اولیه، مقایسه های برنامه ریزی شده گروه ها با خودشان در زمان های مختلف و به طور کامل دیدن چگونگی وضعیت متغیرهای وابسته در طول زمان یا به عبارتی، مطمئن شدن در زمینه اینکه تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته قابل برگشت نباشد، در این پژوهش از دو آزمون پیگیری استفاده شد.

○ ساختار جلسات روایت درمانگری گروهی

تعداد جلسات و فاصله بین آنها بسته به کیفیت موضوعات آورده شده به جلسات گروهی، متغیر است. به طور کلی، روایت درمانی گروهی تعداد جلسات کمتری را نسبت به بسیاری از مشاوره های گروهی سنتی، به خود اختصاص می دهد (درایدن، ۲۰۰۷). هیچ قرارداد ثابتی مبنی بر طول مدت جلسات روایت درمانگری گروهی وجود ندارد. کوتاه مدت بودن مشاوره گروهی روایت درمانگری نسبت به بسیاری از روش های دیگر، به خاطر فن ها و تمرین های به کار برده شده در این شیوه است. در واقع، روایت درمانگری گروهی کوتاه مدت

نیست، اما در کل، فن‌ها و کارهای روایتی به‌کاربرده شده در این شیوه گروهی می‌توانند طول مدت مشاوره را بسیار کوتاه‌تر از بسیاری از شیوه‌های مداخله‌ای دیگر کنند. همچنین، هیچ فرضی مبنی بر جلسات هفتگی یا هرگونه فواصل از پیش تعیین‌شده بین جلسات وجود ندارد (پاین، ۲۰۰۶). طرح کلی جلسات با اقتباس از طرح مداخله‌ای *وایت و اپستون* (۱۹۹۰) به شرح زیر بود؛

□ جلسه یکم: معرفی و ارائه قوانین

□ جلسه دوم: بررسی روایت‌ها و آغاز برون‌سازی

مروری بر جلسه پیشین انجام و تکلیف خانه که جلسه پیش داده شد مورد توجه قرار گرفت. در این جلسه روایت‌های مشکل‌دار زندگی آزمودنی‌ها بررسی و به جزئیات زبان مراجعان به‌طور دقیق گوش داده شد. درنهایت، به‌منظور پی بردن به استعاره‌های خود (آغاز برون‌سازی) به آن‌ها تکلیف داده شد که استعاره‌های خود را از خود، محیط، اطرافیان و به‌طورکلی از مشکل بنویسند.

□ جلسه سوم: نامگذاری مشکل و استعاره‌سازی آن مشکلات مربوط به تکلیف خانه بررسی شد. پس‌ازآن برنامه این جلسه که کار روی استعاره‌ها صورت گیرد تا درنهایت مشکل مشترک نامگذاری شود.

□ جلسه چهارم: ادامه نامگذاری مشکل و استعاره‌سازی و راهبردهای آن که درنهایت به جمع‌بندی مباحث پرداخته شد و به افراد تکلیف داده شد که ترفندهای استفاده‌شده توسط مشکل که باعث نفوذ بر روی آن‌ها شده است را پیدا کرده و بنویسند.

□ جلسه پنجم: آغاز مرحله تشخیص نفوذ مشکل روی افراد و ارتباط‌های آنها و پرسش‌های تأثیرگذار

□ جلسه ششم: کامل کردن تشخیص نفوذ مشکل روی افراد و ارتباط‌های آنها و ساخت‌شکنی

□ جلسه هفتم: تشخیص نفوذ افراد بر مشکل و توانمندیهای آنها و نام‌نویسی به مشکل

□ جلسه هشتم: پیامدهای منحصر به فرد

□ جلسه نهم: بازنویسی روایت زندگی پس از مرور و بررسی مشکلات تکلیف خانه، در رابطه با خود، محیط، اطرافیان، ارتباطها، نگرشها، رفتارها و ... در مواقعی که افراد قادر به غلبه بر مشکل شده بودند، بحث گروهی شکل گرفت.

□ جلسه دهم: خلاصه و نقد

ابتدا به بررسی تکلیف خانه و مرور کل جلسات پرداخته و بازخورد افراد در مورد جلسات و اظهارنظر درباره گروه ارائه شد. سپس اعضا راجع به احساسات خود صحبت کردند.

از اعضا خواسته شد تا یک هفته بعد از جلسه آخر به منظور گرفتن پس‌آزمون حضور به هم برسانند. ضمناً به منظور به عمل آورده پس‌آزمون از گروه کنترل نیز، به آنها اطلاع داده شد که هنگام گرفتن پس‌آزمون حضور داشته باشند. با توجه به طرح پژوهش حاضر، در فواصل یک‌ماهه و سه‌ماهه نیز، با گروههای آزمایش و کنترل هماهنگی‌های لازم جهت اجرای مجدد پرسشنامه‌ها (دو پیگیری) به عمل آمد. شایان‌ذکر است که جهت ایجاد انگیزه برای جذب همکاری گروه کنترل، ضرورت انجام کار و شرکت در جلسات گروهی بعد از اتمام نهایی کار توضیح داده شد و توافق بر آن گذاشته شد که پس از اتمام جلسات و پیگیری‌های ۱ ماهه و ۳ ماهه و پس از هماهنگی با مسئولین منطقه^{۱۰}، برای آنها، روایت درمانگری به شیوه مشاوره گروهی اعمال شود.

● یافته‌ها

یافته‌های توصیفی حاصل از اجرای ابزارهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری ۱ ماهه و پیگیری ۳ ماهه در جدول ۲ ارائه شده است. همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود، میانگین پس‌آزمون گروه آزمایش با میانگین پیش‌آزمون این گروه، تفاوت آشکاری دارد. این در حالی است که میانگین پس‌آزمون گروه کنترل با پیش‌آزمون آن، تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهد. همچنین تفاوت چشمگیری در پیگیری‌ها با پس‌آزمون در گروه آزمایش دیده نمی‌شود.

به منظور بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، از آزمون‌های «شاپیرو-ویلک»^۵ برای بررسی «رمال بودن» داده‌ها، «آزمون لوین»^۶ برای بررسی «همگونی

جدول ۲. خلاصه یافته های توصیفی نمره های زیرمقیاس های عملکرد خانواده در مراحل پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری اول و دوم

مقیاس	آزمون ها	گروه آزمایش		گروه کنترل
		میانگین	انحراف معیار	
مقیاس عملکرد خانواده	پیش آزمون	۱۶۲/۱۰	۹/۰۶	۷/۲۵
	پس آزمون	۱۲۵/۳۵	۷/۳۴	۸/۸۶
	پیگیری اول	۱۲۴/۷۰	۶/۱۳	۷/۵۰
	پیگیری دوم	۱۲۴/۲۵	۷/۶۴	۶/۶۸
بعد حل مشکل	پیش آزمون	۱۴/۳۰	۱/۹۴	۱/۵۸
	پس آزمون	۹/۹۵	۱/۰۹	۱/۳۳
	پیگیری اول	۹/۸۰	۱/۱۰	۱/۷۲
	پیگیری دوم	۹/۸۵	۱/۱۳	۱/۵۹
بعد ارتباط	پیش آزمون	۱۸/۳۵	۲/۲۵	۲/۴۶
	پس آزمون	۱۴/۲۵	۱/۹۱	۲/۴۳
	پیگیری اول	۱۴/۳۵	۲/۱۵	۲/۴۳
	پیگیری دوم	۱۴/۲۵	۲/۱۲	۲/۴۳
بعد نقش ها	پیش آزمون	۲۲/۶۰	۳/۶۱	۳/۵۶
	پس آزمون	۱۹/۳۵	۳/۶۴	۳/۲۷
	پیگیری اول	۱۹/۶۵	۳/۱۱	۳/۳۸
	پیگیری دوم	۱۹/۷۰	۳/۰۲	۳/۰۲
بعد همراهی عاطفی	پیش آزمون	۱۸/۱۵	۱/۶۹	۱/۶۶
	پس آزمون	۱۵/۰۰	۱/۳۳	۱/۶۳
	پیگیری اول	۱۵/۴۰	۲/۱۸	۱/۷۱
	پیگیری دوم	۱۵/۵۰	۲/۲۵	۱/۸۳
بعد آمیزش عاطفی	پیش آزمون	۲۶/۹۵	۲/۴۸	۲/۵۸
	پس آزمون	۱۸/۷۵	۲/۸۴	۳/۳۷
	پیگیری اول	۱۸/۰۰	۲/۸۸	۲/۶۹
	پیگیری دوم	۱۷/۵۵	۳/۱۰	۲/۶۱
بعد کنترل رفتار	پیش آزمون	۲۵/۰۵	۲/۹۹	۲/۳۱
	پس آزمون	۱۸/۵۵	۳/۳۱	۲/۳۹
	پیگیری اول	۱۸/۴۰	۳/۳۶	۲/۳۰
	پیگیری دوم	۱۸/۴۰	۳/۶۰	۲/۲۳
بعد عملکرد کلی	پیش آزمون	۳۶/۷۰	۴/۳۰	۳/۴۸
	پس آزمون	۲۹/۵۰	۴/۱۲	۳/۷۹
	پیگیری اول	۲۹/۱۰	۳/۸۵	۳/۴۳
	پیگیری دوم	۲۹/۰۰	۳/۴۷	۳/۸۴

واریانس ها»، «آزمون M باکس» برای برابری ماتریس واریانس-کوارینانس متغیرهای وابسته

در بین گروه‌ها و از «آزمون ماچلی»^۷ برای بررسی کرویت داده‌ها و نشان دادن یکسانی ماتریس کوواریانس خطا بین متغیرهای وابسته در گروه‌ها استفاده شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک (۰/۹۸) در سطح معناداری $p=0/67$ ، آزمون لوین ($f=1/47, p=0/23$)، آزمون M باکس (۱۲/۲۶) با سطح معناداری ($p=0/004 > \alpha=0/001$) و «آزمون ماچلی» که مقدار آن معنادار شد، بنابراین با احتیاط بیشتر، از برآوردهای کرویت (اپسیلون) برای تعدیل درجه‌های آزادی مربوط به مقدار F استفاده شد. مقدار «آزمون هوبینه-فلدت»^۸ (۰/۷۷) بود. با توجه به نتایج گفته‌شده، مفروضه‌ها برقرار است. بنابراین می‌توان نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر را گزارش داد.

جدول ۳. یافته‌های تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر عملکرد خانواده به همراه مؤلفه‌های آن

مقیاس	درجه آزادی			F			سطح معناداری			مربع ایتای سهمی	
	گروه	زمان	تعامل زمان و گروه	گروه	زمان	تعامل زمان و گروه	گروه	زمان	تعامل زمان و گروه	زمان	تعامل زمان و گروه
عملکرد خانواده	۱	۱	۱	۱۴۸/۴۲	۱۶۲/۰۳	۲۱۶/۴۳	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۷۹	۰/۸۱
حل مشکل	۱	۱	۱	۶۳/۳۹	۶۱/۵۵	۵۳/۰۷	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۶۲	۰/۶۹
ارتباط	۱	۱	۱	۲۳/۸۸	۱۴/۳۲	۲۴/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۳۸	۰/۲۷
نقش‌ها	۱	۱	۱	۷/۰۶	۳/۷۳	۱۱/۱۹	۰/۰۱۱	۰/۰۶۱	۰/۰۰۲	۰/۱۵	۰/۰۸
همراهی عاطفی	۱	۱	۱	۱۲/۸۱	۵/۷۱	۱۱/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۰۲۲	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۱۳
آمیزش عاطفی	۱	۱	۱	۵۵/۹۶	۷۵/۰۱	۹۶/۲۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۵۹	۰/۶۶
کنترل رفتار	۱	۱	۱	۴۹/۳۶	۲۹/۶۰	۳۷/۹۷	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۵۶	۰/۴۳
عملکرد کلی	۱	۱	۱	۱۶/۸۳	۶۵/۴۲	۷۰/۶۳	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۳۰	۰/۶۳

*آزمایش و کنترل، **پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری اول-پیگیری دوم

نتایج حاصل از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری‌های ۱ و ۳ ماهه عملکرد خانواده به همراه مؤلفه‌های آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است. نتایج حاصل نشان می‌دهد که تعامل دو متغیر زمان و گروه معنی‌دار است. یعنی با توجه به اینکه شاخص F حاصل از تعامل دو متغیر در تمامی زیر مقیاس‌ها معنادار است و این شاخص در متغیر عملکرد خانواده (۲۱۶/۴۳) با درجه آزادی (۱) در سطح ۰/۹۹ معنادار است (سطح معناداری ۰/۰۰۱)، بنابراین اثر تعاملی دو متغیر معنی‌دار ($\alpha < 0/001$) است و مشخص می‌گردد که متغیر مستقل بر متغیر وابسته تأثیر معناداری گذاشته است. به عبارت دیگر، روایت درمانی به شیوه مشاوره گروهی به‌طور معنی‌داری برافزایش عملکرد خانواده و تمامی مؤلفه‌های آن در زنان دارای همسر معنادار مؤثر بوده است.

جدول ۴. یافته‌های آزمون تعقیبی بنفرونی برای تفاوت میانگین‌های پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری ۱ ماهه و ۳ ماهه

زمان	تفاوت میانگین‌ها	انحراف استاندارد	سطح معناداری (α)
پیش آزمون-پس آزمون	۱۸/۰۵	۱/۰۶	۰/۰۰۰
پس آزمون-پیگیری اول	-۰/۲۰	۰/۷۹	۱/۰۰۰
پس آزمون-پیگیری دوم	-۰/۳۲	۰/۹۶	۱/۰۰۰

نتایج «آزمون تعقیبی بنفرونی» برای عملکرد خانواده در جدول ۴ ارائه شده است. با توجه به یافته‌های این آزمون، تفاوت میانگین‌های پیش آزمون-پس آزمون معنادار است ($\alpha < 0/001$) که بیانگر اثربخش بودن رویکرد روایت درمانی گروهی است اما تفاوت میانگین‌های پس آزمون-پیگیری اول و پس آزمون-پیگیری دوم معنادار نیست ($\alpha < 0/001$) و به این معناست که اثرات این رویکرد بر روی ارتقاء عملکرد خانواده زنان با همسر معنادار نیز پایدار مانده است.

● بحث و نتیجه گیری

○ پژوهش حاضر باهدف «تعیین اثربخشی روایت درمانی گروهی بر عملکرد خانواده زنان با همسر معنادار» انجام شد. نتایج نشان داد در نمرات حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی زنانی که در جلسات مشاوره گروهی شرکت کردند، افزایش محسوسی نسبت به گروهی که در جلسات شرکت نکردند، مشاهده می‌شود. به عبارت دیگر، جلسات روایت درمانی به شیوه مشاوره گروهی توانسته است میزان عملکرد زنان با همسر معنادار را در کانون خانواده ارتقاء دهد و اثر خود را نیز در پیگیری‌ها حفظ کند. از جمله افرادی که نقش کلیدی در خانواده ایفا می‌کنند، زنان هستند که در این میان زنان دارای همسر معنادار در معرض جدی انواع آسیب‌های سوء مصرف مواد مخدر قرار می‌گیرند. بسیاری از این زنان علاوه بر امور خانه‌داری و تربیت فرزندان ناگزیر هستند مسائل مالی و سرپرستی خانواده را نیز بر عهده بگیرند. شواهد تلخ از تعارض‌های شدید، گسستگی‌های عاطفی، طلاق و ازهم‌پاشیدگی کانون خانواده از عوارض سوء این امر به شمار می‌آید (محمدیفر، طالبی و طباطبائی، ۱۳۸۹). همچنین با توجه به نتایج تحقیقات/یلابی در سال ۱۳۷۶ و نظری در سال ۱۳۸۴ در زمینه سازگاری والدین در خانواده، سازگاری مادران در خانواده نسبت به پدران کمتر است و زنان دارای سطوح تنش بیشتری نسبت به مردان

هستند، لذا اجرای مداخلات مشاوره‌ای روی زنان می‌تواند بر عملکرد خانواده مؤثر باشد.

○ در تبیین تأثیر رویکرد روایت درمانگری گروهی بر مؤلفه‌های حل مشکل، نقش‌ها و عملکرد کلی می‌توان به ویژگی‌های رویکرد مذکور اشاره کرد که در آن، افراد متخصصان اصلی زندگی‌شان هستند و از باورها، ارزش‌ها، مهارت‌ها و توانایی‌هایی برخوردارند که به آن‌ها کمک می‌کند تا اثرات مشکلات را در زندگی‌شان کاهش دهند و اینکه مشکلات آن‌ها به‌عنوان مسائلی در نظر گرفته می‌شوند که از داستان‌های رنج‌آور و تأثیرگذار بر زندگی آن‌ها نشئت گرفته است (وایت و اپستون، ۱۹۹۰). علاوه بر این، با توجه به اینکه درزمینه فرآیند ساختن روایت‌های جدید، رویکرد روایت درمانگری گروهی به بررسی داستان‌های زندگی افراد در حوزه روابط زناشویی می‌پردازد (جوسلسون، لیبلیچ و مک‌آدامز، ۲۰۰۷)، ساختن روایت‌هایی برای رویدادهای بااهمیت در روابط زناشویی، موجب بهزیستی ارتباطی و روانشناختی همسران می‌شود (فروست، ۲۰۱۲). لامبرت (۲۰۱۳) در تحقیق خود نشان داد که از طریق داستان اعضای خانواده خود و موقعیتشان را در کانون خانواده درک می‌کنند. روایت درمانگران تسهیل‌کنندگان فعال‌اند. مفاهیم اهمیت دادن، علاقه، کنجکاوی توأم با احترام، گشودگی، تماس و حتی شیفتگی برای ارتباط ضروری هستند. موضع بدون آگاهی که به درمانگران امکان می‌دهد روایت‌های درمان‌جویان را دنبال کرده، آن‌ها را تأیید کنند، و توسط آن‌ها هدایت شود. نقش‌های شرکت‌کننده - مشاهده‌گر و تسهیل‌کننده - فرایند را برای درمانگر به وجود می‌آورند و درمان را با دیدگاه پست‌مدرن بررسی انسان ادغام می‌کنند. وظیفه اصلی درمانگر کمک به درمان‌جویان برای ساختن قصه‌ای است که ترجیح می‌دهند بسازند. روایت درمانگر موضعی می‌گیرد که مشخصه اصلی آن کنجکاوی محترمانه است و برای بررسی تأثیر مشکل بر درمان‌جویان، به‌منظور کاهش تأثیر مشکل، با درمان‌جویان همکاری می‌کند. از وظایف اصلی درمانگر، پرسیدن سؤالاتی از درمان‌جویان و بر اساس پاسخ‌های آن‌ها مطرح کردن سؤال‌های بیشتر است (کوری، ۱۳۹۱).

○ مشاوران در کار با رویکرد مذکور، بیشتر به فواید اجتماعی که در روایت‌های زندگی افراد بیان می‌شود، علاقه‌مند هستند. در این رویکرد، به زندگی به شکلی متفاوت و از دیدگاه جدید نگاه می‌شود. درواقع، هدف نهایی فرایند روایت درمانی گروهی، بازنویسی روایت‌های زندگی اعضاست به گونه‌ای که زندگی با تجدیدنظر اعضا، تغییر خواهد کرد (بریمهال،

گاردنر و هنلین، ۲۰۰۳). بنابراین، رویکرد مذکور توانسته است بر تمامی مؤلفه‌های عملکرد خانواده تأثیر مثبت بگذارد و آنها را در زنان با همسر معتاد ارتقاء دهد. همچنین در تبیین این یافته مبنی بر تأثیر رویکرد روایت درمانی گروهی بر مؤلفه‌های ارتباط، همراهی عاطفی و آمیزش عاطفی، می‌توان اظهار داشت که همسران متعارض کسانی هستند که از عادات و شخصیت همسر خود ناراضی بوده و دارای مشکل ارتباطی در حوزه‌های گوناگونند. از دیدگاه سیستمی اکثر زوجین به این دلیل دچار تعارض می‌شوند که هرکدام سعی می‌کند دیگری را وادار به تغییر کند، اما این تغییر معمولاً با بی‌زاری همراه است که بعدها خواه آشکارا یا پنهان ابراز خواهد شد.

○ این یافته با یافته‌های پژوهشی ربیعی، فاتحی‌زاده و بهرامی (۱۳۸۷) که در پژوهش خود نشان دادند روایت درمانگری در بهبود عملکرد خانوادگی زوجین تأثیر دارد، هم‌راستا است. همچنین با پژوهش کلواتر و همکاران (۲۰۱۴) که دریافتند رویکرد روایت درمانگری گروهی می‌تواند در ارتقای تنظیم هیجانات، روابط و عملکرد کلی زنان تأثیر بسزایی داشته باشد، همسو است. به‌طور کلی، با توجه به اینکه دو پیگیری انجام گرفته در پژوهش حاضر باهم تفاوت چشمگیری نداشتند، نتایج حاصل دال بر اثربخش بودن رویکرد روایت درمانگری به شیوه مشاوره گروهی بر عملکرد خانواده زنان دارای همسر معتاد و همچنین حفظ پایداری اثربخشی آن در طول زمان بود. والش (۲۰۰۳) عملکرد خانواده را به‌منزله واکنش‌ها و اعمال خانواده توصیف می‌کند که حمایت مالی و عاطفی را برای خانواده فراهم می‌سازد. او بیان می‌کند که حالت یا نمونه‌های مختلف خانواده عملکرد متفاوتی دارند. مثلاً ساختار خانواده (هر دو شاغل، خانواده‌ای با ازدواج مجدد)، مفهوم فرهنگی-اجتماعی (تفاوت قومی-نژادی طبقه اجتماعی) و مفاهیم تکمیلی (مثل بیماری جدی) در فهم این‌که عملکرد خانواده چگونه است، مهم‌اند. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که از یک‌طرف، با نگرستن به ساختار خانواده‌های نابسامان از جمله خانواده‌های معتاد، با فقدان ارتباطات صحیح بین زوجین، آشفتگی‌ها و کشمکش‌های بین اعضای خانواده روبرو هستیم. همسران مربوط به این‌گونه خانواده‌ها، روابط منفی و ناخوشایندی مثل سرزنش کردن و تحقیر کردن یکدیگر را از خود نشان می‌دهند و در حل مسائل خانواده، سطح پایینی از همدلی را ابراز می‌کنند. لذا استفاده از مهارت‌های حل مسئله در خانواده کاهش پیدا کرده و به‌تبع آن، عملکرد خانواده تنزل پیدا

می‌کند و در نهایت عملکرد نزولی خانواده منتج به سقوط و اضمحلال خانواده خواهد شد (محمدی‌فر، طالبی و طباطبائی، ۱۳۸۹).

○ از آنجایی که عملکرد خانواده به چگونگی روابط اعضای خانواده، نحوه تصمیم‌گیری‌ها، تعامل و حفظ روابط اعضا و چگونگی حل مشکلات اعضای خانواده مربوط می‌شود (سیلبورن و همکاران، ۲۰۰۶) و با توجه به رویکرد روایت درمانگری به شیوه گروهی، که بر روی داستان‌ها و زندگی‌نامه شخصی افراد تمرکز دارد و مراجعان نقش فعالی در فرایند مشاوره گروهی دارند، افراد یاد می‌گیرند مسئولیتشان را در تسکین و بهبود مسائل روانی خود به عهده بگیرند و آن را تمرین کنند (وایت و اپستون، ۱۹۹۰). بدیهی است که در خانواده انواع روابط از قبیل دوستی، عشق، تولیدمثل، همیاری، حمایت، گفتگو و ... وجود دارد. فهم عملکرد خانواده با مقایسه آن با سایر گروه‌های اجتماعی ممکن می‌شود. خانواده یک گروه اجتماعی خاص است که دارای روابط طولانی و زمان‌دار است (آزادارمکی، ۱۳۹۰). روایت درمانگری گروهی نه تنها شکل جدیدی از درمان که توسط درمانگران قابل کاربرد است را ارائه می‌کند، که همچنین روش متفاوتی از برخورد با انسان را تدارک می‌بیند و طریق متفاوتی از مشارکت در ساختار و فرآیند قدرت را در روابط تنظیم می‌کند. به طوری که می‌تواند جامعه را تحت تأثیر جو مثبت خود قرار دهد (غلامی، ۱۳۸۷). همچنین با توجه به مشخصه‌های برجسته این رویکرد که شامل در نظر گرفتن سطوح ضمنی و تمثیلی تجارب مراجع، برونی‌سازی مشکل، حس ارتقا یافته عاملیت شخصی، صاحب قدرت و اختیار بودن خود افراد، وضعیت کار اشتراکی و غیر سلسله مراتبی مداخله‌کنندگان، یک وضعیت مداخله بدون سرزنش، حرکت از یک ساخت فردی و درون فردی مسئله به سمت ساختی که بیشتر بین فردی و رابطه‌ای است (حسنی، ۱۳۸۸)، بنابراین اثربخش بودن این رویکرد بر عملکرد خانواده زنان با همسر معتاد کاملاً مشهود است.

○ از محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به عدم همکاری یا دسترسی به اعضای دیگر خانواده در جلسات مشاوره گروهی اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود این تحقیق با مشارکت تمامی اعضای خانواده مخصوصاً مردان نیز صورت گیرد.



یادداشت ها

1. family functioning
2. McMaster model
3. Family Assessment Device (FAD)
4. follow-up
5. Shapiro-Wilk's test
6. Levene' test
7. Mauchly's test
8. Huynh-feldt

● منابع

- ارمی، حسن؛ ازه‌ای، جواد؛ محمدخانی، شهرام و بادله، مرتضی (۱۳۹۵). «مقیاسه روان‌بنه‌های هیجانی میان افراد معتاد و غیر معتاد»، *مجله روانشناسی*، ۲۰، ۳، ۲۹۱-۲۸۱.
- امیری، سهراب؛ نواب، امیر قاسمی و عبداللهی، محمدحسین (۱۳۹۶). «بررسی مقایسه‌ای نظام‌های مغزی/ رفتاری و کارکردهای اجرایی در افراد سیگاری، سوء‌مصرف‌کنندگان مواد و افراد عادی»، *مجله روانشناسی*، ۲۱، ۱، ۸۴-۶۷.
- ایلابی، احترام‌السادات (۱۳۷۶). «بررسی نسبت سازگاری والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی در رابطه با عوامل تنش‌زا در مدارس استثنایی شهر ساری»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تهران.
- آزادارمکی، تقی (۱۳۹۰). *جامعه‌شناسی خانواده ایرانی*، تهران: سمت.
- ثناپی‌ذاکر، باقر (۱۳۸۷). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*، تهران: بعثت، ۲.
- حسینی، محدثه (۱۳۸۸). «بررسی همه‌گیرشناسی نگرانی از بدریختی بدن و اثربخشی روایت درمانی به شیوه گروهی بر کاهش آن در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- خسروی، زهره؛ کیامنش، علیرضا؛ بنی‌جمالی، شکوه‌السادات و نیک‌منش، زهرا (۱۳۸۶). «بررسی کیفی نقش عملکرد خانواده در بروز رفتارهای مخاطره‌آمیز نوجوانان»، *مطالعات روانشناختی دانشگاه الزهراء*، ۳، ۴، ۶۶-۶۷.
- ربیعی، سولماز؛ فاتحی‌زاده، مریم و بهرامی، فاطمه (۱۳۸۷). «بررسی تأثیر روایت درمانی زوجی بر عملکرد خانوادگی زوجین شهر اصفهان»، *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۴، ۱۴.
- رحیمی‌نژاد، عباس و پاکنژاد، محسن (۱۳۹۳). «رابطه عملکرد خانواده و نیازهای روانشناختی با سلامت روانی نوجوانان»، *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۰، ۳۷.
- زرگر، فاطمه؛ عاشوری، احمد؛ اصغری‌پور، نگار و عاقبتی، اسماء (۱۳۸۶). «مقیاسه عملکرد خانواده بیماران

مبتلا به اختلال افسردگی عمده با بیماران بدون اختلالات روانپزشکی در شهر اصفهان»، *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۵، ۲، ۹۹-۱۰۶.

غلامی، علیرضا (۱۳۸۷). روایت درمانی، مشاور مدرسه، ۴، ۱.

کوری، جerald (۱۳۹۱). *نظریه‌ها و کاربردها و مشاوره روان‌درمانی*، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران: ارسباران.

محمدی فر، محمدعلی؛ طالبی، ابوالفضل و طباطبایی، سید موسی (۱۳۸۹). «تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر عملکرد خانواده در زنان دارای همسر معتاد»، *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۴، ۱۶، ۲۵-۳۹.

نظری، شیما (۱۳۸۴). «بررسی نظر والدین کودکان مصروع نسبت به عوامل تنش‌زا و میزان سازگاری آنان با این عوامل در مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی منتخب شهر تهران»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته پرستاری، دانشگاه تهران.

Brimhall, A. S., Gardner, B. C., & Henline, B. H. (2003). Enhancing narrative couple therapy process with an enactment Scaffolding. *Journal of Contemporary Family Therapy*, 25(4): 391-411.

Carr, A. (2012). *Family therapy: Concepts, process, and practice*. Malden: John Wiley & Sons.

Carlson, J., Sperry, L., & Lewis, J. A. (2005). *Family therapy techniques*. New York: Routledge.

Cloitre, M., Henn-Haase, C., Herman, J. L., Jackson, C., Kaslow, N., Klein, C., Mendelsohn, M., & Petkova, E. (2014). A multi-site single-blind clinical study to compare the effects of STAIR Narrative Therapy to treatment as usual among women with PTSD in public sector mental health settings: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15, 197. Doi: 10.1186/1745-6215-15-197.

Dryden, W. (2007). *Dryden's handbook of individual therapy*. London: Sage publication, 412.

Epshtein, M. D., Gillberg, & Christopher, M. D. (2001). *The family background in Nervosa*. A Publication Study.

Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Levin, S. (1978). The McMaster Model of Family functioning. *Journal of Marital and Family Therapy*. 4(4):19-31.

Frost, D. M. (2012). The narrative construction of intimacy and affect in relationship stories: Implications for relationship quality, stability, and mental health. *Journal of social and personal relationships*, 30(3): 247-269.

Josselson, R., Lieblich, A., & McAdams, D. P. (2007). *The meaning of others: Narrative studies of relationships*. Washington, DC: American psychological Association.

Kristy, L., Thomas W., Kathryn A., & Josef, L. (2013). The social construction of love

- through intergenerational processes. *Contemporary Family Therapy*, 35:773 – 792.
- Lambert, J. (2013). *Digital storytelling: Capturing lives, creating community*. Routledge.
- Payne, M. (2006). *Narrative therapy: An introduction for counsellors*. London: Sage publication.
- Ricks, L., Kitchens, S., Goodrich, T., & Hancock, E. (2014). My story: The use of narrative therapy in individual and group counseling. *Journal of Creativity in Mental Health*, 9: 99-110.
- Silburn, S., Zubrick S., De Maio, J., Shepherd, C., Griffin, J., & Mitrou, F. (2006). *The western Australian Aboriginal Child Health Survey: Strengthening the capacity of Aboriginal Children, families and communities*. Perth: Curtin University of Technology and Telethon Institute for Child Health Research.
- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374: 363-371.
- Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Journal Family Process*, 42 (1), 1-19.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W. W. Norton.

