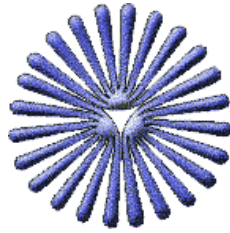


الحمد لله
الكرين



دانشگاه پیام نور واحد تهران جنوب

موضوع:

تاثیرروایت درمانی بر سازگاری زوجین در کلینیک مشاوره منطقه چهار تهران

استاد:

لیدا کاکیا

دانشجو:

سمانه گوهر پیام

شماره دانشجویی ۹۰۰۳۹۴۲۴۹

بهار ۱۳۹۵

ب

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۲	مقدمه:.....
۴	بیان مسأله.....
۵	سؤالات تحقیق.....
۵	اهداف پژوهش.....
۶	اهمیت و ضرورت انجام تحقیق.....
۶	فرضیه تحقیق.....
۷	تعریف واژه ها و اصطلاحات.....
۹	تاریخچه روایت درمانی.....
۱۲	مبانی نظری.....
۱۹	عوامل مؤثر در گسترش روایت درمانی.....
۲۱	اهداف روایت درمانی.....
۲۲	نظریه های شخصیت و آسیب شناسی روانی.....
۲۳	فرآیند درمان.....
۲۶	فرآیندهای روایت درمانی.....

۳۰	رابطه درمانی
۳۰	طرح کلی فرآیند درمان
۳۱	سازمان بندی جلسات درمان
۳۲	فنون و روشها
۳۳	تعریف سازگاری زناشویی
۳۴	عوامل مؤثر بر سازگاری زناشویی
۳۶	خصوصیات زوجین سازگار
۳۷	عواملی که سازگاری زناشویی را دشوار می سازد
۳۸	پیشینه پژوهشهای انجام شده در خارج کشور
۴۸	مقدمه
۴۸	روش پژوهش
۴۹	جامعه آماری
۴۹	حجم نمونه و روش نمونهگیری
۴۹	ابزار گردآوری داده ها
۴۹	مقیاس سازگاری زن و شوهر (م س ز ش)
۵۰	پایایی
۵۰	روایی

۵۰	هنجاریابی
۵۱	شیوه اجرا به صورت پرسشنامه
۵۳	روش تجزیه و تحلیل داده ها
۵۴	مقدمه
۵۵	یافته های توصیفی
۵۹	آمار استنباطی
۶۱	بررسی فرضیه های پژوهش
۶۲	خلاصه پژوهش
۶۲	یافته های پژوهش
۶۷	محدودیت ها
۶۷	پیشنهادات
۶۷	پیشنهادات کاربردی
۶۷	پیشنهادات پژوهشی
۶۸	بحث و نتیجه گیری
۷۳	منابع و مآخذ
۷۹	پیوست ها

فصل اول

طرح و کلیات تحقیق

مقدمه:

خانواده نخستین نهاد اجتماعی است که تأمین‌کننده نیازهای روانی و جسمانی فرد است و نخستین محیط پرورشی است که می‌تواند زمینه بالندگی و شکوفایی فرد را فراهم سازد. همچنین خانواده مانند هر نظامی از عناصری چند تشکیل شده که در تعامل با یکدیگرند. این عناصر در کنار هم ممکن است به استقلال و انسجام دست یافته و یک خانواده بالنده را تشکیل دهند و یا ممکن است به تضاد و تعارض و ناسازگاری برسند و به یک خانواده آشفته منجر شوند (نجمی، ۱۳۷۵، به نقل از ربیعی ۱۳۸۷).

سین‌ها و ماکرژی^۱ (۱۹۹۴) سازگاری زناشویی را به عنوان حالتی تعریف کرده‌اند که در آن احساس شادکامی و رضایتمندی ناشی از ازدواج در زن و شوهر کاملاً وجود داشته باشد. بنابراین داشتن رابطه همراه با رضایتمندی بین زوجها به صورت اعتنای متقابل، مراقبت و درک و پذیرش یکدیگر مشخص می‌شود. شادکامی، رضایتمندی و رسیدن به انتظارات تنها زمانی ممکن است که سازگاری بین طرفین وجود داشته باشد (احمدی، ۱۳۸۲).

از آنجا که عملکرد خانوادگی یکی از مهمترین ابعاد زندگی هر فرد است پژوهش‌های متعددی در جهت تعیین اثر بخشی رویکردهای مختلف برای ارتقاء این عملکرد انجام شده است که یکی از مهمترین آنها رویکرد روایت درمانی است. روایت درمانی رویکردی است که شکل‌گیری مشکلات را ناشی از روایت‌های مشکل‌دار افراد می‌داند. اساس این رویکرد بر اساس استفاده از روایت و داستان است. زوج درمانی روایتی معتقد است که مردم از طریق روایات، زندگی و تجارب خود را معنا می‌کنند. وجود روایت‌های سرشار از مشکل منجر به بروز مشکلات می‌شود و تغییرات روانشناختی و حل مشکل نیز از طریق روایت مشکل‌دار ممکن می‌شود. زوج درمانی روایتی به دنبال یافتن روایاتی است که ارتباط میان زوجین را شکل می‌دهد. همچنین به دنبال تسهیل فرآیند بازنویسی مشارکتی روایت‌های مشکل‌دار آنان است (تبریزی و همکاران، ۱۳۸۵).

1-Sinha & Mukerjee

در این رویکرد بیمار و درمانگر در واقع ویراستاران زندگینامه شخصی مراجع هستند و درمانگر، ویراستار زندگینامه شخصی است، به عبارتی نقش فعالی را برای مراجع در درمان فراهم می‌کند. فرد در این روش یاد می‌گیرد مسئولیتش را در تسکین و بهبود مسائل روانی خود به عهده بگیرد و آن را تمرین کند. چون هنگام نوشتن داستان زندگی، فرد همزمان به آن فکر می‌کند، بخش‌هایی از آن را انتخاب می‌کند و قسمتهای نه چندان مهم را کنار می‌گذارد در واقع ویراستار داستان خود می‌شود و این چیزی است که در این رویکرد مورد تأکید است یعنی افراد باید داستان زندگیشان را مرتب و ویراستاری کنند (وایت و اپستون، ۱۹۹۰).

بیان مسأله:

خانواده از لحاظ ساختار، نظام عاطفی پیچیده ای است که ممکن است دست کم به خاطر طول عمر بیشتر آدمیان در حال حاضر چهار نسل را در بر بگیرد. خانواده بدون توجه به سنتی یا نو بودن، سازگاری یا ناسازگاری و ساخت کار آمد یا آشفته‌ای که دارد ناگزیر است خود را تا حد امکان به صورت گروهی کار آمد یا توانا در آورد به نحوی که بتواند نیازهایش و اهداف جمعی یا همگان خود را بر آورده سازد (گلدنبرگ و گلدنبرگ^۱، ترجمه نقشبندی و همکاران، ۱۳۸۳).

در کانون روانشناسی، سازگاری عبارت است از تفکر فرد درباره خودش و استعدادش برای تبدیل شدن به شخصی کامل. فرد باید نظراتی درباره خود داشته باشد قبل از اینکه محیط و استفاده از آن در رشد استعدادهایش معنای زیادی برای او داشته باشد. ازلی^۲ (۱۹۵۸) در رفتار انسان معمای عمده ای را می بیند او می گوید "انسان" شکل دهنده اشیاست نه قربانی آن. هر یک از ما می تواند بر یادگیری خود تاثیر بگذارد و در ساختار رشد خود به عنوان یک موجود موثر عامل فعالی باشد. ماهیت روابط شخصی که در زندگی انسان جریان دارد در آنچه که راجع به انسان بودن می آموزد عامل مهمی است (دوست محمدی، ۱۳۸۹).

از طرف دیگر به عنوان انسان ما به طور اجتناب‌ناپذیری معناساز هستیم ما تجربه بدست می آوریم و سپس به آن معنا می‌دهیم. رویکرد روایت درمانی به داستان‌هایی که ما با آنها زندگی می‌کنیم توجه دارد. داستان‌هایی که با خود داریم درباره این که چه کسی هستیم و چه چیزی برایمان مهم است. روایت درمانی شامل کشف این داستانها، فهمیدن آنها و بازگویی آنها است. روایت درمانی عقیده دارد که افراد از داستان‌هایی معینی درباره خودشان استفاده می‌کنند مانند لنز داخل یک دوربین این داستانها تأثیر فیلتر کننده بر تجربه شخصی دارند و بنابراین آن اطلاعاتی را که بر آن تمرکز کرده‌اند انتخاب می‌کنند. این داستانها دیدگاههای زندگی، گذشته و آینده آنان را شکل می‌دهند. علیرغم اطلاعات مخالف این داستانها

2-Goldenberge & Goldenberge

3-Ezelee

می‌توانند به طور قابل توجهی ثابت و محکم باشند. روایت درمانی معنایی را فراهم می‌کند که لنز این دوربین را از تنظیم خارج کرده و به شکل‌گیری مجدد روایت‌ها و زندگی افراد کمک می‌کند (سویین، ۱۹۹۸).

درمانگران به خانواده‌ها کمک می‌کنند که داستان‌های جدید بسازند. برای این کار از آنها می‌خواهند نتایج خاص و بی‌نظیری را (مانند موقعیتی که در آن خانواده با راه‌های خود به هدف‌هایش می‌رسد) بیان کنند. فرآیند ساختن داستان‌های جدید یک احساس ضرورت شخصی در اعضای خانواده به وجود می‌آورد که آنان را قادر می‌سازد در آینده بهتر به مبارزه بپردازند (کارلسون^۲ و همکاران، ترجمه نوایی نژاد، ۱۳۷۸).

از آنجا که دستیابی به جامعه سالم آشکارا در گرو سلامت خانواده و تحقق خانواده سالم مشروط به برخورداری اعضای آن از سلامت روانی و داشتن رابطه‌های مطلوب با یکدیگر است، از این رو سالم‌سازی اعضای خانواده و رابطه‌هایشان بی‌گمان اثرات مثبتی را در جامعه به دنبال خواهد داشت. لذا با توجه به آنچه گفته شد در این پژوهش به دنبال بررسی میزان اثربخشی روایت درمانی بر سازگاری زوجین هستیم.

سوالات تحقیق :

آیا رویکرد روایت درمانی بر میزان سازگاری زوجین تأثیر دارد؟

اهداف پژوهش :

تعیین اثربخشی رویکرد روایت درمانی بر سازگاری زوجین مراجعه‌کننده به کلینیک مشاوره آموزش و

پرورش منطقه ۴

1-Sween
2-Carlson

اهمیت و ضرورت انجام تحقیق:

نظریه‌ای که در حوزه روانشناسی موج گسترده‌ای را برانگیخته است رویکرد روایت درمانی می‌باشد. قصه درمانگران اظهار می‌دارند که درمانجویان گذشته خود را با داستانهایی که در زمان حال نقل می‌کنند می‌سازند. گذشته را می‌توان با ساختن قصه یا داستان‌های جدید تغییر داد (پروچسکا ونورکراس، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۰).

حوزه مشاوره زناشویی در خانواده درمانی هم بر این مفهوم تاکید دارد که مسائل و مشکلات ایجاد شده به همان میزانی که حاصل تعارض درون فردی هستند نتیجه تعارضات بین فردی نیز می‌توانند باشند و مشاور برای اجرای مداخلات اثر بخش باید به طور همزمان با زوجین کار کند.

این تحقیق بر آنست تا به تعیین اثربخشی نظریه روایت درمانی در فهم مشکلات زوجین بپردازد و با استفاده از آن سازگاری بیشتر زوجین حاصل گردد تا در صورت امکان راهگشای یک شیوه درمانی باشد که بر اساس نظر متخصصان از جمله درمانهای کوتاه مدت ولی در عین حال عمیق و جامع است.

بنابر این با توجه به جدید بودن رویکرد روایت درمانی در حوزه خانواده درمانی یکی از اهداف انجام پژوهش حاضر معرفی نظریه روایت درمانی و جنبه‌های مختلف آن تا حد امکان است.

آشنایی با این رویکرد و کاربرد این الگوی گسترده درمانی در جامعه ما به ویژه آنکه با فرهنگ ما نیز قرابت و نزدیکی دارد لازم و ضروری به نظر می‌رسد. لذا این پژوهش بر آنست تا به بررسی تاثیر کاربرد روایت درمانی بر سازگاری زوجین بپردازد.

فرضیه تحقیق

آموزش رویکرد روایت درمانی بر سازگاری زوجین تاثیر دارد.

تعریف واژه ها و اصطلاحات:

تعریف نظری رویکرد روایت درمانی : عبارتست از بررسی چگونگی بازنویسی داستان زندگی افراد توسط خودآنان به شیوه‌ای که علت به درمان کشیده شدن آنها را برونی کند. در این شیوه درمانگران به خانواده ها کمک می کنند که داستان های جدید بسازند. برای این کار از آنها می خواهند نتایج خاص و بی نظیری را(مانند موقعیتی که در آن خانواده با راه حل های خود به هدفهایش می رسد) بیان کنند. فرآیند ساختن داستان های جدید یک احساس ضرورت شخصی در اعضای خانواده به وجود می آورد که آنان را قادر می سازد در آینده بهتر به مبارزه بپردازند (کارلسون و همکاران ، ترجمه نوابی نژاد، ۱۳۷۸).

تعریف عملیاتی رویکرد روایت درمانی : عبارت است از فرآیند کمک به افراد برای غلبه بر مشکلاتشان از راه درگیر شدن در گفتگوهای درمانی. در این رویکرد، درمان بر اساس نقل روایتها و داستانهای زندگی یک شخص از زبان خودش شکل می گیرد. فرآیند آن هم شامل گفتن، گوش دادن، دوباره گفتن و دوباره شنیدن داستانهاست (وایت ، ۱۹۹۵). در پژوهش حاضر منظور ۸ جلسه درمان گروهی در ۴ هفته، هفته ای ۲ جلسه در کلینیک مشاوره است که فعالیتهایی مبتنی بر الگوی روایت درمانی انجام گرفت.

تعریف نظری سازگاری زناشویی: یعنی اینکه فرد در یک رابطه زناشویی هماهنگ، متجانس و پر بار رشد یابنده، قرار داشته باشد به گونه ای که به صورت آگاهانه، مؤثر و سالم به درخواست های همسرش پاسخ دهد و احساس کند همسرش نیز به همان صورت به خواسته های وی پاسخ می دهد. در این حال وقتی زن و شوهر به طور کلی همه جنبه‌های ازدواجشان را در نظر می گیرند احساس رضایت و خشنودی، رشد و پیشرفت کرده و تداوم این رابطه را می خواهند(راف، ۱۹۸۵).

تعریف عملیاتی سازگاری زناشویی: منظور از سازگاری در این پژوهش نمره‌ای است که از پاسخگویی به پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپانیر بدست می آید.

فصل دوم:

ادبیات و پیشینه پژوهشی

تاریخچه روایت درمانی:

روایت درمانی از کار خانواده درمانگر استرالیایی مایکل وایت و همکارش دیوید اپستون از نیوزلاند رشد کرد و به ویژه بر کمک به مراجعین متمرکز شد، تا بجای زندگی کردن با فرا روایت‌های عمومی تر جامعه، داستانهای شخصی خودشان را خلق و زندگی کنند (بکووار، ۲۰۰۳، به نقل از رستمی ثانی، ۱۳۸۶)

مایکل وایت ساکن آدلاید استرالیا و دیوید اپستون اهل اکلند زلاندنو، با طرفداری از نظریه گفتگو بر اساس داستانها مجموعه متمرکزی از فنون مداخلاتی را برای اولین بار مطرح ساختند که از نفوذی بین المللی برخوردار است.

وایت و اپستون با پیروی از نظریه گفتگو براساس داستانها الگوی روایت درمانی را بوجود آوردند. هدف از این مداخلات آن است که به مراجعان کمک شود تا یک مشکل توانفرسا و دشوار را برونی کنند (گلدنبرگ و گلدبرگ ترجمه نقشبندی و همکاران، ۱۳۸۳).

اگرچه گفته می‌شود که روایت درمانی جنبش جدید در روانشناسی است ولی اصول و عقاید آن به زمان قبل بر می‌گردد. بیش از دو قرن پیش کانت^۲ (۱۸۰۴، ۱۷۲۴) بر قابل تغییر بودن ذهن تأکید کرد. او معتقد بود که ذهن انسان تحت تأثیر وضعیت سبب شناختی، فضایی و زمانی پدیده تجربه است و دانش یک فرآیند بنا شدنی فعال می‌باشد.

این مفهوم اصلی تفکر سازه گرایی بود که معتقد است انسان در ساخت واقعیت مختص به خود نقش فعالی بازی می‌کند و روایت درمانگران بر همین اساس بر این نکته تأکید کردند که مراجعان می‌توانند روایت‌های خود را بسازند یا بنویسند. تقریباً یک قرن بعد آلفرد کورزیبوسکی^۳ اولین فردی بود که بر باور نقشه زبانی تجربه در قلمرو جهان تأکید کرد. این استعاره بیانگر نقش زبان در نظریه روایت است. بر اساس این نظریه زبان تنها نشان دهنده و توصیف کننده نقشه آنچه ما تجربه می‌کنیم نیست بلکه نقش فعالی در

1- Becvar

2-Kant

3-Alfred Korzyboski

ساخت تجارب ما از جهان بازی می‌کند. این ساختهای زبان یا نمادین به افراد کمک می‌کند تا در مسیرهای متنوع در جهان حرکت کنند. در بیان علت اهمیت زبان و معنی گفته شده است که زبان نه تنها روی چگونگی ترکیب کردن و ساختن تصورات ما از خویشتن و هویت تأثیر می‌گذارد، بلکه همچنین روی چگونگی برخورد ما با افراد و احساسشان از معنای جهانی که در آن زندگی می‌کنند تأثیرگذار است (سایبرهگن، ۲۰۰۲ به نقل از اسماعیلی نسب، ۱۳۸۳).

در اوایل دهه ۱۹۹۰، هری گولیشیان آدیدگاه جدیدی را ابداع کرد به نام رویکرد نظامهای زبان که برخاسته از اندیشه اجتماعی پست مدرنیسم بود. وی مدعی است که مشکل یک جوهر ثابت نیست بلکه از طریق زبان خلق می‌شود پس از طریق زبان نیز میتوان آنرا نابود کرد. وی در میان فرآیند حل مشکلات محاوره ای از طریق خلق مشترک داستانهایی می‌دانست که برای درمانجو و همچنین افراد متخصص راهگشای امکانات و احتمالات جدید هستند (گلدنبرگ و گلدبرگ، ترجمه نقشبندی و همکاران، ۱۳۸۳).

در کشمکش فلسفی عمده در دانشگاه، سازه نگری را در برابر تجربی نگری قرار می‌دهند ادعای اصلی سازه نگری درباره آگاهی این است که فرد آگاه، آگاهی از یک واقعیت را که عینی یا مستقل از اوست، کسب نمی‌کند و در واقع نمی‌تواند کسب کند. واقعیت در بیرون نیست که یافت شود. واقعیت درون هر یک از ما ساخته می‌شود. ما نمی‌توانیم از اینکه دنیا واقعاً چگونه هست آگاه شویم. کل آگاهی به ساختار فرهنگ، زبان یا نظریه ای که در مورد پدیده خاص بکار می‌بریم بستگی دارد.

این به معنی انکار کردن واقعیت اشیای عینی یا هستی مادی نیست. سازه نگرها روی همان زمین راه می‌روند که همه راه می‌روند و به همان دیوار ضربه می‌زنند که همه ضربه می‌زنند. چیزهای واقعی وجود دارند ولی آنها اشیای هوش یا زبان نیستند. واقعیت ساخته شده ماحصل فرهنگ، ادراک و زبان ماست. به قول هنری دیوید ثورو ((چیزی که شما به آن نگاه می‌کنید اهمیت ندارد، چیزی که می‌بینید اهمیت دارد)).

1-Sieberhegen
2-Harry Goolishian

ما نمی توانیم بطور کامل و مستقیم از بیماران و مشکلات آنها آگاه شویم ما فقط می توانیم از برداشت خودمان و مشکلات آنها آگاه باشیم. نظریه های مختلف، زبان های مختلف و فرهنگهای مختلف برداشتهای بسیار متفاوتی را از یک درمانجو در وضعیت او به بار می آورند (پروچسکا ونورکراس، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۰).

پیشگامان نظام رسمی روان درمانی سازه نگر را می توان در چند گرایش نظری پیدا کرد. جورج کلی (۱۹۵۵) نظریه شناختن سازه های شخصی را ساخت که انسانها را به صورت دانشمندان کنجکاو و آماتوری می بیند که بطور فعال دنیای خود را تعبیر می کنند. فرض اساسی کلی این بود که "فرایندهای انسان از لحاظ روان شناختی توسط نحوه ای که رویدادها را تعبیر می کند هدایت می شوند" انسان دنیا را به وسیله سازه های شخصی خودش، نه توسط واقعیت عینی، تغییر می دهد. ری شیفر (۱۹۷۶) در دهه ۱۹۷۰ برداشت و زبان تازه ای را برای روانکاوای ارائه داد، موضع سازه نگری که بر سنت قصه تأکید داشت. تعبیرهای روان کاوان "قصه های مفید" هستند، نه تعبیر درست یا "واقعیت" (پروچسکا ونورکراس، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۰).

در سال ۱۹۹۵، مقاله سازه گرایی در روان درمانی بوسیله سن میروماهونی^۲، تألیف شد و هویت^۴ (۱۹۹۴، ۱۹۹۶) نیز دو کتاب با عنوان سازه گرا تألیف نمود. علاوه بر آن نی میرونی میر (۱۹۹۷) ، مجله روانشناسی سازه گرا را که چاپ های اولیه مجله روانشناسی سازه شخصی نام داشت را منتشر کرد (پلکینگرن^۵، ۲۰۰۴، به نقل از رستمی ثانی). و در سال ۱۹۹۷، گولیشیان مؤسسه هیوستون گالستون را که یک مرکز آموزش بین المللی برای خانواده درمانی است را تأسیس کرد. گرایش آغازین این مؤسسه عبارت از رویکرد نظامهای زبانی بود. در این رویکرد بر گفتار پردازشی دقیق مشکل تأکید می شود. با این امید که

1-Kelly
2-Roy Schafer
3-Mahoony
4-Hoyt
5-Polkinghorne

معانی جدیدی پدیدار شوند. به قول هافمن^۱ (۱۹۹۰) هر مشکلی داستانی است که آدمیان توافق کرده اند آن را به خود بگویند. این موضوع موافق دیدگاه پست مدرن است که اظهار می دارد توجیهاتی که افراد در خصوص معایب یا شکستهای شخصی و مواردی از این قبیل در جلسه درمان مطرح می کنند، تقریب چندان از حقیقت به شمار نمی آید. چون که آنها سازه های ذهنی مربوط به زندگی هستند که با استفاده از روایتها، استعاره ها و موارد مشابه ساخته شده اند (گرگن، ۱۹۹۳، به نقل از رستمی ثانی).

وایت و اپستون در اوایل دهه ۱۹۸۰ به کارهای یکدیگر علاقمند شدند. آنان به عنوان دو خانواده درمانگر، بنیانگذار اصلی روایت درمانی به شمار می روند. با ترکیب زمینه قبلی اپستون در انسان شناسی و علاقه او در داستان گوئی و علاقه وایت در روشهای تفسیری که از نوشته های گریگوری بیتسون الهام گرفته بود، آنها آنچه که به عنوان روایت درمانی شناخته شد را بوجود آوردند (وایت و اپستون، ۱۹۹۵، به نقل از اندرسون، ۲۰۰۳). نظریه روایت درمانی همچنانکه در مؤسسه هوستون گالستون (گولیشیان و اندرسون، ۱۹۸۷) گسترش یافت، از ایده سازه گرایی اجتماعی استفاده کرده است. بر طبق این نظریه زبان در خدمت ایجاد الگوی مشابه بکار می رود (رستمی ثانی، ۱۳۸۶).

مبانی نظری:

داستان سرایی عبارت است از بررسی چگونگی بازنویسی داستان زندگی افراد توسط خود آنان، به شیوه ای که علت به درمان کشیده شدن آنان را برونی کنند (کارلسون و همکاران، ترجمه نوایی نژاد، ۱۳۷۸). روایت درمانی رویکردی است به مشاوره. این رویکرد مردم را متخصصان اصلی زندگیشان و مشکلات را به عنوان بخشهای جداگانه از مردم می بیند و تصور می کند مردم دارای بسیاری از مهارتها، باورها، ارزشها و توانایی هایی هستند که به آنها کمک می کند تا اثرات مشکلات را در زندگیشان کاهش دهند. روایت درمانی در

1 Haffman

2 Gorgan

1-Anderson

2-Goolishian & Anderson

برگیرنده روشهای فهم داستان زندگی افراد و روشهای بازنویسی این داستانها در کار اشتراکی درمانگر و فردی است که زندگیش به بحث گذاشته شده است (مورگان، ۲۰۰۰ به نقل از عابدی، ۱۳۸۵).

روایتها، در ساده ترین مفهوم داستانهایی هستند که در زمان رخ می دهند؛ روایت، یک داستان است و داستانها از آنچه برای انسان اتفاق افتاده یا در حال رخ دادن است، می گویند. به عبارتی، داستان زنجیره ای از رخدادها را در بر میگیرد. این بدان مفهوم است که روایتها در چارچوب یا طی نوعی دوره زمان، صورت می گیرند. این دوره زمانی می تواند بسیار کوتاه، همانند یک قصه کودکانه یا بسیار طولانی باشد (آسابرگر، ترجمه لیراوی، ۱۳۸۰).

روایت راهی برای فهم تجربه انسان و یک ابزار بالینی است. جروم برونر (۱۹۸۶) معتقد است انسانها نیازمند آن هستند که به عنوان خلق کننده های معنی فهمیده شوند و روایت فرآیندی است که به واسطه آن معنی شکل می گیرد، تحول می یابد و تغییر می کند. زبان بطور کلی و روایت به طور خاص، وضعیت پدیده های روان شناختی را به شکل درست آن ارزیابی می کنند. محبوبیت استعاره و و روایت در جنبش های روان درمانی از آنجا مشخص می شود که فرمول بندی های روایی گوناگون در انواع درمانهای روان پویایی، سیستمی، شناختی و سازه گرا مورد استفاده قرار گرفته است. ولی هم چنان که گفتیم اگر روایت را ضمن آنکه یک ابزار بالینی است راهی برای فهم تجربه انسان بنامیم آن را در قالب روایت درمانی مطرح نموده ایم. گویی بعد از دهه های جدایی نظریه پردازان و درمانگران سرانجام در حال رسیدن به یک استعاره مشترک برای فهم ارتقاء تغییر در انسان هستند. بر اساس استعاره روایت، انسان بر حسب وضعیت زیستی، موقعیت تاریخی، نسبت اجتماعی و مثل آن قابل تعریف و شناسایی نیست بلکه هر کس بر حسب نوع روایت و

3-Morgan
4-Asaberger
5-Bruner

حکایتی که از خودش می نویسد معنا می شود، حکایت هر کسی کلیتی منحصر به فرد و نتیجه‌ای بی بدیل است (ماکادو و گونزالس؛ ۱۹۹۹، به نقل از اسماعیلی نسب، ۱۳۸۳).

روایت درمانی شاخه‌ای از رویکرد درمانی استنباط‌گراست که در دهه‌های اخیر مورد توجه بیشتر روانشناسان قرار گرفته است. در ساختار این نظریه:

۱- علم به واقعیت را نمیتوان تحت هیچ شرایطی به صورت عینی و مستقل از خود بدست آورد.

۲- واقعیت را نیز نمی‌توان به طور معین کشف کرد. واقعیت در درون هر یک از ما ساخته می‌شود و در بین داستانهای ما واقعیت عینی وجود ندارد.

۳- همه دانش‌ها به ساختار فرهنگ، زبان یا نظریه‌ای که ما در مورد پدیده خاص بکار می‌بریم وابسته هستند (پروچسکا و نورکراس، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۰).

بنابر نظر لیندا تواین^۲، افراد تمایل دارند واقعیت‌ها و نیز تمامی زندگی خود را در قالب داستان یا روایت در نظر گیرند و دستیابی به این داستان منحصر به فرد تنها به واسطه استخراج روایتها (اظهارات افراد در مورد خودشان و زندگیشان) و استعاره‌های افراد امکان‌پذیر است. این نظریه معتقد است آنچه بیش از خود وقایع و رویدادها در زندگی انسان رخ میدهد، مواجهه معنایی افراد با این وقایع است. انسانها باید به عنوان خلق‌کننده‌های معنی در نظر گرفته شوند و روایت، فرآیندی است که به واسطه آن، معنی شکل می‌گیرد و تغییر و تحول می‌یابد. در روایت ما با واقعیت‌هایی روبرو هستیم که افراد مختلف به شیوه‌های خاص خود، آنها را روایت می‌کنند حاصل تفسیر افراد از تجارب زندگیشان است. روایت در برگیرنده شناخت، نگرش، هیجان و احساسات افراد نسبت به زندگیشان است (امینی خو، ۱۳۸۵).

1-Mackado & Goncalves

2-Linda Tuyn

روایت درمانی رویکردی است که مردم را متخصصان و مشکلات را به عنوان بخشهای جداگانه از مردم می بیند و تصور میکند مردم دارای بسیاری از مهارتها، باورها و ارزشها و توانایی هایی هستند که به آنها کمک می کند تا اثرات مشکلات را در زندگیشان کاهش دهند. کلیدی ترین مفهوم در روایت درمانی این است که مشکل، مشکل است و فرد و خانواده مشکل نیستند. در روایت درمانی به مشکلات انسانی به عنوان مسایلی نگریسته می شود که از داستانهای رنج آور تأثیر گذار بر زندگی فرد برخاسته است. درمان، بررسی چگونگی تحلیل داستان زندگی افراد توسط خود آنان است و تمرکز و تأکید کلی بر ایجاد معانی جدید در زندگی است مشکلات به صورت داستانهایی دیده می شوند که مردم قبول کرده اند برای خود بگویند. روایت درمانگران به ادعاها و داستانهای عینی کمتر توجه می کنند و بیشتر به فواید اجتماعی که داستانهای زندگی فرد بیان می شود، علاقه مندند (ربیعی، ۱۳۸۰).

به عنوان انسان ما به طور اجتناب ناپذیری معناساز هستیم. ما تجربه بدست می آوریم و سپس به آن معنا می دهیم روایت درمانی به داستانهایی که ما با آنها زندگی می کنیم توجه دارد داستانهایی که با خود داریم درباره اینکه کی هستیم و چه چیزی برایمان مهم است روایت درمانی شامل کشف این داستانها، فهمیدن آنها و بازگویی آنها است. روایت درمانی بر اساس این فرض قرار دارد که زبان به شیوه ای است که افراد زندگیشان را به شکل روایت و داستان می فهمند روایت شکلی است که زندگی را به عنوان آشکار کننده خلق و خو نشان می دهد. به جای دیدن افراد مانند یک چیز مثل یک زن، یک افسرده و یا یک بی اشتها روایت درمانی به افراد به عنوان سرگذشت های واحد نگاه می کند. مانند سرگذشت ها، افراد از طریق داستانهایی که درباره زندگی خود می سازند، به رویدادهایی که برایشان اتفاق می افتد و به کارهایی که انجام می دهند معنا می دهند (رستمی ثانی، ۱۳۸۶).

محتوای داستانهای زندگی بوسیله فرهنگی که شخص در آن زندگی می کند فراهم می شود اگرچه از داستانهای آماده فرهنگی فشار آور و سرزنش کننده هستند، اغلب بوسیله افراد برای نما بخشیدن به زندگی شان درونی شده و بکار گرفته شده اند روایت درمانی جهت کمک به مراجعان برای تغییر این داستانهای

فرهنگ درونی شده، به داستان‌هایی که جامع‌تر هستند و تحسین‌کننده توانایی و مسئولیت شخصی مراجعان می‌باشند، عمل می‌کنند (پلکینگرن، ۲۰۰۴).

نظریه روایت درمانی شامل شناسایی شکل‌گیری لحظه‌هایی از زندگی فرد است نقاط عطف، ارتباطات کلیدی و آن‌خاطرات بخصوص که با گذشت زمان خاموش (تاریک) نشده است. تمرکز بر هدف‌ها، رؤیاهای و ارزش‌هایی است که زندگی فرد را هدایت می‌کند. اغلب اوقات این فرآیند، داستان‌هایی که فراموش شده بودند را بر می‌گرداند، داستان‌های تعجب‌آوری که از شجاعت‌ها و شایستگی‌های فراموش شده می‌گویند هر یک از انواع روان‌درمانی جنبه‌های متفاوتی از زندگی را به عنوان واحد اساسی تجربه در نظر گرفته است. به عنوان مثال رفتار درمانی بر رفتار تا کردار و شناخت درمانی بر تفکر منطقی تأکید دارد در حالیکه درمان سیستمی بر تعامل خانواده به عنوان واحد اساسی تأکید دارد داستان‌ها راهنمایی می‌کنند فکر کنند و احساس کنند و تجارب جدید را می‌فهمند. داستان‌ها اطلاعات را از زندگی یک شخص سازمان‌بندی می‌کنند. روایت درمانی بر اینکه چگونه این داستان‌های مهم می‌تواند تألیف و یا تألیف مجدد شود تأکید دارد (سویین، ۱۹۹۸).

بسیاری از شیوه‌های روانشناسی و روان‌درمانی تأکید فراوانی بر فرآیند فردیت دارند. از این طریق بر این باور شده است که فرد دنیای درونی خود را به تنهایی می‌سازد. روایت درمانی دیدگاهی مغایر با این را فراهم کرده است روایت درمانی عقیده دارد که هویت در ارتباط با افراد دیگر نیز به خوبی گذشته و فرهنگ شخص، هم‌آفرینی می‌شود. بنابراین دیده شدن بوسیله دیگران به یک طریق معین می‌تواند به اندازه دیدن خویش به یک طریق معین کمک کند. بنابراین ما می‌آییم خودمان را با نگاه کردن در آینه‌هایی که دیگران برایمان نگه می‌دارند ببینیم. از این جهت گفته می‌شود که هویت یک فرد به صورت اجتماعی ساخته می‌شود. روایت درمانی به آن درجه‌ای که این هویت اجتماعی ساخته شده برای آن فرد مناسب است تمرکز می‌کند (پلکینگرن، ۲۰۰۴).

همچنین این رویکرد شامل فهمیدن داستان‌ها یا موضوعاتی که زندگی فرد را شکل داده است می‌باشد. خارج از همه تجربیاتی که فرد زندگی کرده است چه چیزی بیشترین معنا را حفظ کرده است؟ چه

انتخاب ها، هدف ها، ارتباطاتی بیشترین اهمیت را دارند؟ روایت درمانی عقیده دارد که فقط آن تجربه‌هایی که قسمتی از یک داستان بزرگتر هستند تاثیر قابل توجه را در تجارب زیسته فرد خواهند داشت. بنابراین روایت درمانی بر ساختن نقشه‌ای که در زندگی فرد را به هم متصل کند، متمرکز می‌شود. زندگی اشخاص بوسیله خطوط داستانی نامرئی موربی قطع می‌شود این خطوط داستانی نامرئی می‌توانند قدرت عظیمی در شکل دادن زندگی فرد داشته باشند. روایت درمانی در فرآیند بیرون کشیدن و بزرگ کردن این خطوط داستانی درگیر می‌شود. برای متمرکز شدن بر آنچه که در زندگی یک فرد پرمعنا است پرسشهایی بکار می‌روند. فضاهای متداول برای بررسی شامل هدفها ارتباطات مؤثر نقاط عطف خاطرات فراموش شده و اینکه چگونه این فضاها با یکدیگر متصل می‌شوند، هستند (پلکینگر، ۲۰۰۴).

فرآیند روان درمانی شامل گفتن، گوش دادن، دوباره گفتن و دوباره شنیدن داستانشماست. این داستانشما و منابعی برای ترسیم معنی، فهم و بینش بدست می‌دهد. بخش اصلی درمان کمک به افراد است که رابطه داستانشما را با دیگران و زندگی خودش متصل و بفهمد. در واقع آنچه که مهم است کشف سبک داستان است. تأکید اولیه روایت درمانی بر تفسیرها یا معنایی است که افراد به اتفاقات و رویدادهای زندگی خود نسبت می‌دهند. فهم تفسیری که افراد از رویدادها دارند می‌توانند اعمال آنها را محدود کرده و یا گسترش دهد روایت درمانگران به مراجعان کمک می‌کنند تا به تفسیرهای جامع‌تر و وسیع‌تر از حدود و موقعیتها برسند وقتی از یک درک وسیع‌تری به آن نگاه کردند جنبه‌هایی از خودشان که بوسیله تفسیرهای محدود کننده پوشیده شده‌اند اجازه می‌یابند که به نظر برسند (ارن و لاند، ۱۹۹۶، به نقل از رستمی ثانی، ۱۳۸۶). در سایر صور درمانی درمانگر تماماً به عنوان متخصص در نظر گرفته می‌شود. اما در روایت درمانی خود مراجع به عنوان متخصص زندگی خودش است. روایت درمانی نیز کلمات را بکار می‌برد. این کلمات را در یک شیوه متفاوت از آنچه که در زندگی روزمره به کار می‌رود به کار می‌برد. در روایت درمانی داستانشما (روایتها) به طور دایره‌ای معطوف به داستانشمایی است که افراد درباره خودشان می‌گویند. آنها معرف آن چیزی است

که افراد به خاطر می‌آورند و درباره رویدادی است که فکر می‌کنند (وایت، ۱۹۹۵). یافتن داستانهای ترجیحی و جایگزین در روایت درمانی ضروری است. روایت درمانی به عنوان یک استعاره در پی تسهیل فهم تألیف و یا تألیف مجدد به عنوان یک فرآیند است که قادر می‌سازد افراد سایر شیوه‌های بودن در دنیا را تجربه کنند. درمانگر به مراجع کمک می‌کند که داستانهایی که اغلب گفته نشده گفته شود. روایت‌های نو اغلب نیاز به کلمات نو برای بیان ایده‌ها و ادراکات مراجع دارد و این از طریق به کارگیری وسیع استعاره‌ها صورت می‌گیرد. در حالیکه درمانگران راه حل مدار معتقدند که درمانجویان با استفاده از هدفهایی که در زمان حال انتخاب می‌کنند آینده خود را می‌سازند، روایت درمانگران می‌گویند درمان جویان با داستانهایی که در زمان حال انتخاب می‌کنند گذشته خود را می‌سازند. گذشته را می‌توان با ساختن داستانهای جدید تغییر داد. داستان درمانگران ضد واقع گرا هستند. آنها معتقدند که در پس داستانهای ما واقعیت عینی وجود ندارد. واقعیتی که در آن وجود داریم داستانهای ماست. واقعیت هر درمانجو داستان اوست که منحصر به فرد شخص ذهنی و خوشحال از پذیرش تغییر است (پروچسکا و نورکراس، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۰).

رویکردهای روایتی به درمان یک موقعیت محوری را در رشته خانواده و یا در سالهای اخیر بدست آورده است. و بخش اعظم آن به دلیل تأثیر کارهای مایکل وایت است. وی به تنهایی و همچنین با همکاری دیوید اپستون برای گسترش این رویکرد تلاش بسیاری کرده است (اپستون و وایت، ۱۹۹۵، به نقل از رستمی ثانی، ۱۳۸۶). روش تعبیری اپستون (وایت و اپستون، ۱۹۹۵)، در علوم اجتماعی که تأکید می‌کرد که ما نمی‌توانیم واقعیت چیزها را بدانیم، همه دانش نیاز به تفسیر و تعبیر دارد، تأثیر اولیه را در روایت به وجود آورد (براون، ۲۰۰۷). بویژه وایت علاوه بر کارهای بیستون^۲ از ادوارد برونر (۱۹۸۶)، جروم برونر (۱۹۸۷، ۱۹۸۶)، کلیفورد گیرتز (۱۹۷۳) و میشل فوکو (۱۹۸۵، ۱۹۷۳) تأثیر پذیرفت. با الهام از این کارهای اولیه متخصصان

1-Brown
2-Bateson
3-Bruner
4-Kliford Greetz
5-Michel Foko

دیگری درباره روایت درمانی در کار بالینی به عنوان مثال (فریدمن و کمز^۱، ۱۹۹۶، پری و دوآن^۲، ۱۹۹۴، زیرمن و دیکرسون^۳، مک لئود^۴، ۱۹۷۸، جنیکز^۵، ۱۹۹۰)، بحث جایگاه آن در حیطه وسیع خانواده درمانی (گیلکان و پرایس^۶، ۱۹۹۳) و یکپارچه کردن ایده های روایت درمانی با کارهای اصلی سلامت روانی (مارچ و مول^۷، ۱۹۹۴، ۱۹۹۶) شروع به نوشتن کردند (کارر^۸، ۱۳۸۶).

عوامل مؤثر در گسترش روایت درمانی:

محور اصلی روایت درمانی را تعبیر و تفسیرها یا معانی تشکیل می‌دهد که افراد به رویدادها و پیشامدهای زندگی خود نسبت می‌دهند. درک مبتنی شده برای تعبیرها که افراد در خصوص رویدادها دارند میتواند باعث محدود شدن یا گسترش اقدامات متحمل آنها گردد. روایت درمانگران به مراجعان کمک می‌کنند تا به تعبیرها و تفسیرهای وسیع‌تر و منحصر بفردتری در مورد خودشان و موقعیتها دست یابند. چهار تحول همپوشی کننده در اواخر دهه ۱۹۸۰ مؤلفه های اساسی روندهای کنونی روایت درمانی را پایه نهاد. این چهار تحول عبارت بودند از:

الف: تأکید بر نقاط قوت مراجعان

ب: نگرستن به مراجعان و درمانگران به عنوان شریک

ج: پذیرش یک رویکرد ساخت گرا در معنا

د) تأکید بر قالب روایت یا داستانی معنا (پلکینگرن، ۲۰۰۴).

6-Freedman & Komes

7- Parry & Doan

8-Zimmerman & Dikerson

9-Maclead

10-Jenikinz

11-Giligan & Price

12-March & Moole

13-Carr

الف: تأکید بر نقاط قوت مراجعان: نخستین تحول به سمت یک خانواده درمانی روایت محور تغییر راهبرد از شناسایی نقاط ضعف و ناب زندگی‌های مراجعان به عنوان مشکلات آنان بر نقاط قوت مراجعان بعنوان حل مشکلاتشان می‌باشد. این تغییر راهبرد، جزئی از همان چیزی است که درمان راه حل محور نامیده شده است. درمانگر مراجعان را در یک محاوره در خصوص توانمندی‌هایی درگیر می‌سازد که می‌تواند برای ایجاد تغییر در زندگی خود از آنها بهره بگیرند، گفتگو در مورد چگونگی رفتارهای مراجعان در مواقعی است که مشکل روی نمی‌دهد، تا زمانی که روی می‌دهد.

ب: نگرستن به مراجعان و درمانگران بعنوان شریک: این ایده که مراجعان اشیایی هستند که باید توسط یک درمانگر منفک شده از آنجا مورد مشاهده و طبقه بندی قرار گیرد از سوی روایت درمانگران به چالش طلبیده شده است. مفهوم درمانگر بعنوان یک شریک در گفتگوی درمانی به عنوان یک مضمون روایت درمانی مورد تأکید واقع شده است. چنین رویکردی فضایی باز و دوست داشتنی ایجاد می‌کند که در آن مراجع دارای اختیارات فراوان و نظرات قابل پذیرش و مورد احترام است.

ج) پذیرش رویکرد ساخت گرا در معنا: نحوه چگونگی رفتار یک فرد بستگی به معنایی پیدا می‌کند که فرد به واسطه یک رویداد یا احساس بدان دست پیدا می‌کند. مثلاً به دلیل آنکه چراغ قرمز به معنای ایست درک می‌شود، فرد می‌ایستد. فعالیت انسانی پاسخ به معنا است که تا داده‌ها تعبیر و تفسیر نشده، توجه به معنا همان چیزی است که منبع درک افراد را تشکیل می‌دهد. به این معنا که رویدادها یا اشیا خاص از معنایی خاصی برخوردار می‌باشند. انسانها خود مؤلف معنایی هستند که به رویدادها یا اشیا نسبت می‌دهند. این ایده کلی مبنی بر اینکه انسانها مؤلف معنایی خود هستند ساخت گرایی نامیده می‌شود. ساخت گرایی از این فرض تشکیل شده است که معنا یک محصول ساخته شده فعالیت انسانی است تا یک ویژگی درونی ذهن یا یک خاصیت ذاتی اشیا یا رویدادها در دنیا. از نظر دیدگاههای ساخت گرا، روایت شکلی از سازه های ذهنی انسان است که افراد توسط آن خود و تجارب زندگی را تعبیر و تفسیر می‌کنند.

د) تأکید بر شکل روایت یا داستان معنا: علاوه بر سه درونمایه ذکر شده روایت درمانی یک درونمایه چهارم نیز معرفی کرده است که نام خود را نیز از آن اخذ نموده است. یعنی خود روایتی ها یا داستانها. روایت رویدادهایی است که بر اساس یک طرح و ترتیب زمانی خاص در کنار یکدیگر قرار میگیرند. روایت‌های مشخص گوناگون هستند. خود روایتی ها داستانهایی هستند که افراد در مورد خودشان به خود بازگو میکنند که این داستانها کانون محوری کار روایت درمانگران با مراجعانشان را تشکیل می دهند. روایت یک شکل از سخن گفتن است که در طی زمان رویدادها را به هم پیوند میدهد و از این رو میتواند بعد موقت وجود انسانی را به نمایش بگذارد. رویدادها از داستانهای زندگی معنا کسب می کنند. برخی از این روایات توسط خود فرد، به صورت آگاهانه و بر اثر تجارب شخص شکل می گیرند و برخی دیگر تحت تأثیر فرهنگ غالب و قدرتمندان جامعه ساخته می شوند هویت افراد تحت تأثیر روایت آنان شکل می گیرد و می تواند از آنان افرادی مستقل، پرخاشگر یا افسرده بسازد. چنانکه داستان زندگی یک فرد مورد تجدیدنظر قرار گیرد، معنای نسبت داده شده به رویدادهای زندگی دگرگون می شود و احساس وی نسبت به این رویدادها و اقدامات انجام شده در قبال آنها نیز تغییر پیدا می کند. به عنوان مثال روایت زندگی مراجعی روایت شکست است. ناکامی های دوران کودکی و شکستهای تحصیلی موجب شکل گیری این روایتها شده است. او تحت تأثیر این روایت تمامی تجارب و وقایع زندگی کنونی خود را معنا میکند، بنابراین در مواجهه با تعارضات زناشویی با همسرش کاملاً تسلیم شده و منفعل عمل میکند و شکست زناشویی خود را به آسانی میپذیرد (پلکینگر، ۲۰۰۴).

اهداف روایت درمانی:

تمرکز و تأکید کلی بر ایجاد معانی و یا داستانهایی درباره زندگی و نقش ما در زندگانی است. مشکلات بعنوان داستانهایی دیده میشود که مردم توافق کرده اند برای خود بگویند. درمانگران سازه گرا و یا داستان سرا اعتقاد دارند داستان بدبختیها و شکستهای فردی بیشتر سازه های زندگی در قالب داستان و استعاره ها و غیره هستند تا مسائلی نزدیک به حقیقت. درمانگران داستانسرا به ادعاهای عینی کمتر اظهار علاقه

میکنند و بیشتر به سودمندی اجتماعی که در داستانهای زندگی فرد بیان میشود، علاقه مندند. درمان سازه گرای دارای هدف بازسازی داستانهای جدید و یا ساختن داستانهای دیگر به منظور ایجاد و تغییر در رفتار است (کالسون و همکاران، ترجمه نوایی نژاد، ۱۳۷۸).

هدف نهایی هر مداخله روایت درمانی باید این باشد که مراجع تغییر فلسفی عمیقی را در تفکر خود که اصطلاحاً حل سلیقه ای نامیده می شود تجربه نماید. علاوه بر این هدف کلی می توان به شکل خلاصه به اهداف زیر اشاره کرد:

- ۱- روایت اصلی ترین ابزاری است که مراجعان بوسیله آن در فرآیند درمان به ساخت معنا می پردازند.
 - ۲- هدف روایت درمانی کمک به مراجع به منظور ساخت روایتهای یکپارچه (پیوستگی روایت)، پیچیده (شیوه های روایت متفاوت) و متنوع (محتوای روایتی چندگانه) است.
 - ۳- فرآیند درمان به گونه ای سازمان می یابد که مراجع از عهده پیچیدگی های محتوای روایت و کشف شیوه های روایی مختلف (جهت گیری پیشرفت گرا از برون به درون و واکنش) برآید و بتواند روش های دیگری را برای ساخت یکپارچه روایتهاش انتخاب کند.
- در روایت درمانی می توان زندگی را به شکل متفاوت و در چشم اندازی جدید یافت. در حقیقت باز نویسی زندگی هدف نهایی فرآیند درمان است. زندگی با تجدیدنظر نویسنده تغییر خواهد کرد (گونزالس و ماکادو، ۱۹۹۹، به نقل از اسماعیلی نسب، ۱۳۸۳).

نظریه های شخصیت و آسیب شناسی روانی:

قصه درمانگران به جای نظریه های شخصیت و آسیب شناسی روانی، ما را ترغیب می کند تا به داستانها متکی باشیم. داستانها زندگی را منعکس نمی کنند، بلکه آن را شکل می دهند. قصه درمانگران مانند منتقدان ادبی، می توانند به ما کمک کنند تا درباره اینکه کیستیم، چه کسی بوده ایم و چه کسی میتوانیم بشویم، معانی تازه ای را بیافرینیم. تعجب آور نیست که قصه درمانگران نظریه های تجربی شخصیت و

آسیب شناسی روانی را رد می کنند. این تکبر حرفه ای درمانگران است که باور داشته باشند می توانند به افراد بگویند که آنها کیستند. درمانجویان باید آزاد باشند که به ما بگویند کیستند و چه کسی می خواهند باشند. نظریه ها ظالمانه هستند آنها بدنبال تحمیل کردن یک دیدگاه بر کل آدمها هستند. نظریه ای که وانمود میکند واقعیت است نیز به همان نسبت ظالمانه است. هیچ واقعیتی وجود ندارد فقط داستانهایی که ما درباره واقعیت می گوئیم وجود دارند (پروچسکا ونورکراس، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۰).

فرآیند درمان :

فرآیند درمان عبارت است از حل مشکلات از طریق خلق مشترک و داستانهایی که برای درمانجو و همچنین افراد متخصص راهگشای امکانات و احتمالات جدید هستند. فهم تغییری که افراد از رویدادها دارند می تواند اعمال آنها را محدود کرده و یا گسترش دهد. روایت درمانگران به مراجعان کمک می کنند تا به تفسیرهای جامع تر و وسیع تری از خود و موقعیتشان برسند وقتی از یک درک روایتی بازتری به آن نگاه کردند جنبه هایی از خودشان که به وسیله تفسیرهای محدود کننده پوشیده شده اند اجازه می یابند که دیده شوند تأکید اولیه روایت درمانی بر تفسیرها با معنایی است که افراد به اتفاقات و رویدادهای زندگی خود نسبت می دهند (کارر، ۱۹۹۸).

فرآیند درمان می تواند به گفته گولیشین و اندرسون شکل فرا گیرنده و درمان سازه گرا در وضعیت نداشتن را به خود بگیرد. این به آن معنا نیست که درمانگر فاقد دانش ویا بدون مهارتهای درمانی است بلکه او با عقاید پیش تصور شده درباره آنچه باید تغییر کند، درمان شروع نمی کند. خانواده ها و درمانگر با یکدیگر کار می کند تا با همکاری هم داستانهایی متفاوت از قبل بسازند. درمان شکل خود را از حالت های فوری مکالمه هایی که پیش می آید، می گیرد. وایت و اپستون، برعکس، داستانهایی ویژه ای دارند که می خواهند خانواده آنها را بپذیرند. چنین داستانهایی، گذشته، حال و آینده خانواده را برجسته می کند و با این کار مردم و خانواده و نه مشکلات در رأس قرار می گیرند. در روش وایت و اپستون از برونی کردن، برای کمک به خانواده ها استفاده می شود تا خود را جدا از مشکلاتی که آنها را برای درمان آورده است، ببینند.

درمانگران به خانواده ها کمک میکنند که داستانهای جدید بسازند. برای این کار از آنها می خواهند نتایج خاص و بی نظیری را (مانند موقعیتی که در آن خانواده با راه حل‌های خود به هدف‌هایش می رسد) بیان کنند. فرآیند ساختن داستانهای جدید یک احساس ضرورت شخصی در اعضای خانواده به وجود می آورد که آنان را قادر می سازد با آینده بهتر به مبارزه بپردازند. یکی از شگفتی های قصه ها این است که باز، جاری و بی انتها هستند. وقتی داستانهای ما تغییر می کنند ما نیز تغییر می کنیم. اگر می خواهید از هویت خود آگاه شوید (این واقعیت که کیستید) به نظریه کس دیگری روی نیاورید، به فصل بعدی داستان خودمان روی آورید (کالسون و همکاران ، نوایی نژاد ، ۱۳۷۸). درمانگران چند ویژگی را در فرآیند قصه درمانی انجام می دهند:

۱-بالا بردن آگاهی: ابتدا باید آگاه شویم که چه مقدار از داستان ما از خطابه های حاکم در خانواده و جامعه ساخته شده اند. این افراد قدرتمند کیستند که به ما می گویند چگونه درباره خودمان فکر و احساس کنیم؟ و با چه کسی میل جنسی را بد و نمرات عالی را خوب توصیف کرد؟ در گذشته افراد قدرتمند حق داشتند تجربیات ما را اصلاح کنند شاید برخی از آنها به قدر کافی قوی بودند که بر زندگی ما معنی تحمیل کنند نظیر اینکه من ضعیف النفس هستم بزدم خجالتی ام و.....

در حضور هر درمانگر می توانیم آگاه شویم که وقتی موقع ساختن داستان زندگی ما فرا می رسد، این ماهستیم که موضع ممتاز را داریم. هیچ تعبیر نظری از پیش تعیین شده ای بر تجربیات شخصی ما تحمیل نمیشود. هیچ تشخیص مخربی ما را به اسکیزوفرنیک، دو قطبی، وسواس فکری-عملی، انحراف جنسی، معتاد یا ADHD تنزل نخواهد داد. فقط گفتگوهای درمان روی می دهند که در آنها ما موضع ممتاز را داریم که خواننده و مولف کتاب زندگی خود هستیم.

ابتدا باید آگاه شویم که مشکل ما چقدر جدی شده است. این کار به ما کمک می کند تا مثل داستانهای مهیج، شخصیت منفی و قربانی داشته باشیم. شخصیت دادن به شکل به ما کمک می کنند تا آن را به صورت ستمگری ببینیم که مقدار زیادی از وقت انرژی و خود پنداره ما را هدر داده است. افسردگی من اهریمنی

است که از من می‌خواهد، موسیقی غم انگیز گوش کنم به دیدن تئاترهای حزن آور بروم داستان های پوچ وجودی را بخوانم و داستان های غم انگیز نقل کنم.

ما با پی بردن به تأثیر این خصوصیات اصلی در زندگی خود می توانیم به صورت واضح تری بفهمیم که در قبال مطالبات و مشکلات خود مقصر بوده ایم. اما درعین حال میتوانیم انتظار پیامدهای منحصر به فرد و غیرمنتظره را نیز داشته باشیم.

۲- انتخاب: آیا برای نوشتن داستانی دیگر آماده اید؟ درست همان گونه که داستان هایی علیه ما وجود داشته اند، برای اینکه جلوی امیال جنسی یا خلاقیت ها را بگیرند ما نیز میتوانیم داستانهایی را به نفع خودمان بنویسیم می توانیم تصمیم بگیریم خطا به حاکم را با نظر و عقیده خودمان با جملات خودمان با دیدگاه بر حق خودمان خلق کنیم.

۳- شرطی سازی تقابلی: برای ساختن داستانی تازه به کلمات جدید، مقولات جدید و معانی جدید نیاز داریم (فریدسن، ۱۹۹۳) برای مقابله کردن با ساختار مزمن خود، قصه درمانگران، استفاده از زبان شاعرانه و بدیع را توصیه کرده اند وقتی زبان ها غنی تر شود، تجربه ما غنی تر می شود. وقتی جملات ما معانی متعددی داشته باشند، زندگی ما معانی بیشتری دارد. اگر زندگی ما خیلی پوچ، محدود، معمولی، مقید یا بی رمق باشد علت آن این است که زبان ما بسیار محدود است یکی از علائم روشنی که خود فرد در حال تغییر کردن است این است که جملات فرد در حال تغییر کردن هستند، اما انسان نباید اصطلاحات فنی یا علمی را جایگزین کند که معنی شخصی کمی برای کلمات کهنه گذشته دارند که فقط به مشکلات مربوط می شوند.

روایت درمانی علاوه بر اینکه درمانجویان را ترغیب می کند تا هنگام نقل کردن قصه های زندگی خود احساس نویسندگی کنند این امکان را نیز به آنها میدهد که در قصه های به تازگی ساخته شده خود بدرخشند. آنها آزادند تا در جلسات درمان تمرین کنند جایی که نگرانی درباره عمل کردن و سخن گفتن به شیوه ای تازه می تواند در حالتی از امنیت و پذیرش روی دهد. با این حال درمانجویان ترغیب می شوند که

عملکردهای خود را در صحنه‌های دیگری شروع کنند ابتدا با دوستان پذیرا تر، بعد با کارفرمایان یا والدین که به عنوان بخشی از مشکل تجربه شده اند (وایت واپستون، ۱۹۹۰ و ۱۹۹۵).

فرآیندهای روایت درمانی :

در روایت درمانی تجربه زندگی ادراک فردی خاص از واقعیت است. فرآیند درمان به مراجع اجازه می‌دهد همخوانی زندگی خود را در داستان‌های مختلف بشناسد و بداند که او نویسنده این داستان‌هاست. درآیند فرآیند به فرد کمک می‌شود به تغییر ادراک در مورد گذشته و آینده دست یابد.

یادآوری روایت‌ها :

در فرآیند یادآوری روایت‌ها مراجع نگرش‌های خود را فراخوانی می‌کند. در این مرحله مراجع می‌آموزد مهمترین ابزار معنا سازی، استفاده از تجربیات گذشته و روزانه است. با چندین تمرین درمانی مراجع روایت‌های معنادار چرخه زندگی خود را گردآوری میکند و یکی از آنها را برای تحلیل‌های آینده بر می‌انگیزد. روایت انتخابی، طرح اولیه یا بهترین نمونه است.

عینی سازی روایت‌ها (تحقق یافته) :

در مرحله دوم، روایت‌های تحقق یافته به مراجع کمک میکند که بر نگرش عینی دست یابد. او در این مرحله ابعاد حسی و رفتاری، شنیداری، بویایی، چشایی، جنبشی و رفتاری (روایت‌ها) را بررسی می‌کند. هدف ایجاد بازنمایی عینی، تصویری از هستی تجربیات نیست بلکه مراجع تشویق می‌شود تا پیچیدگی هستی شناختی خود را با تمایز همان تجربیات شبکه‌ای دریابد. مراجع، آموزشی می‌بیند که نگرش‌های خود را عینی کند و این یادگیری‌ها را به شکل عمیق در تجزیه و تحلیل روایت‌های انتخاب شده طرح اولیه به کارگیرد (کارر، ۱۹۹۸).

ذهنی سازی روایت ها :

ماهیت فرد ویژه هر روایت نتیجه تجربیات درونی شخصیت ها است، تجربیات درونی، شناختی و هیجانی شخصیت ها جنبه درونی تجربه یکی از ابزارهای اساسی نمایش ساخت معنا خارج از روایت است. در این مرحله مراجع یاد می گیرد که چگونه تجربیات هیجانی روایت را با راهبردهای هستی گرای برانگیختگی، تمرکز و نماد سازی شکل می دهد. افزون بر آن در این مرحله ابزارهایی برای ساخت ابعاد شناختی روایت ها مانند لیست کردن افکار روبه پایین استفاده می شود. هر دو این فرآیندهایی برای ساخت و هیجانی در تحلیل روایت طرح اولیه انتخاب بکار می روند. در این فرآیند به شکلی پیش رونده می توان به ساختن معناهای هیجانی نزدیک شد.

اعتقاد سازی روایت ها :

در این مرحله به سازه های مناسب هیجان نزدیک می شویم معنا سازی هدف اصلی مرحله چهارم درمان است. پس از یادگیری خلاق و ایجاد استفاده های معنا ساز در تجربیات، درمانگر به روایت طرح اولیه باز می گردد و استعاره ریشه ای و مرکزی روایت طرح اولیه را بازسازی می کند. بازسازی روایت طرح اولیه با عینی کردن جزئیات حسی و رفتاری، کاوش هیجان و شناختن ذهنی و دستیابی به معنای زیربنای استعاره ریشه ای تحقق می یابد.

فرافکنی روایت ها :

در این مرحله هدف ایجاد استعاره های معنادار جایگزین است. آزمون این معناها با فرافکنی روایت جدید ممکن می گردد. هدف نهایی هدایت مراجع به روایت های زندگی در این فرافکنی است. شخصیت های جایگزین به وجود می آید. نمایشنامه های روایی جدیدی از استعاره های جدید برون کشیده می شود. بعد از

شناخت معناهای جایگزین با استعاره های جدید، از استعاره های عینی و ذهنی استفاده می شوند. فرافکنی روایت ها و تجربیات، ابزاری برای ارزشیابی روایت گسترش یافته جدید خواهد بود. روایت گسترش یافته ابزار اصلی ایجاد یکپارچگی، پیچیدگی و چندوجهی شدن تجربیات است (سایبرهگن، ۲۰۰۲). به نقل از اسماعیلی نسب، ۱۳۸۳).

بازنویسی داستان زندگی :

درمانگر مراجع را دعوت می کند تا آنچه را که باید به طور معمول انجام دهد و رویدادهای رشد را در یک توالی زمانی موضوع با یک نقشه مرتب کند. درمانگر به دریافتن رویدادهای فراموش شده زندگی یا داستان هایی که اغلب بازگو نمی شود کمک می کند. این داستان ها انتظاراتی هستند که موضوع زندگی فرد را تولید می کنند. آنها پیامدهای یگانه خوانده می شوند. این پیامدهای منحصر به فرد گاهی جایگزین درباره خود هستند. آنها در اندیشه های درباره خود دیگران و محیط داده می شوند و متفاوت از روایت های استاندارد هستند. این مکالمات، باز چینی در زندگی و تاریخچه فردی است این مکالمات به وجود آورنده نگرش هایی است تا به آن وسیله فرد از زندگی و ارتباطش عادت زدایی کند. این باز چینی فاصله بین خطوط داستان محدود کننده را طی می کند و خواننده با داستانی که خودش آنرا به پایان رسانده است، زندگی خواهد کرد.

منظور وایت (۱۹۹۵) از باز چینی، نیروی تازه ای در برخورداری از زندگی است. این یکی از اصول وایت با نام کلمات باز یادآوری است فرض اساسی باز یاد آوری بر این استعاره قرار دارد که زندگی کلویی متشکل از اعضا است و مراجعین کسانی هستند که معصومیت خود را فراموش کرده اند و به روایت های قدیمی چسبیده اند. این اعضا فراموش شده با گذشت زمان به باز یاد آوری با عضویت مجدد به کلوپ تشویق می شوند وقتی که فرد عضو این کلوپ می شود می تواند انتخاب کند که چه فرد دیگری به عضویت کلوپ زندگی درآید، عضویت چه کسانی محترم شمرده می شود و چه کسی باید از عضویت خارج شوند (سایبرهگن، ۲۰۰۲).

با بررسی سابق نظری که در ارتباط با روایت درمانی به طور خلاصه اشاره شد می توان نتیجه گرفت که مسائل مربوط به این شیوه درمانی به عوامل زیر وابسته می باشند:

۱- برونی ساختن مشکلات

۲- عینیت دادن و شخصیت دادن به مشکل

۳- کاهش دادن شرم و خجالت برای موجودیت مشکل

۴- پی بردن به تاریخچه مشکل

۵- ساخت زدایی اثرات / فرض های اجتماعی- فرهنگی

۶- ابداع کردن فضایی برای امکانات موجود دیگر

۷- اجازه دادن برای خلق داستان دیگر

۸- به بحث گذاردن موضوعات بسیار مهم و خطر ساز

۹- اصلاح زبان معترض آمیز

کاربرد روایت درمانی در محیط های بالینی خاص، فواید خود را نشان داده است. همانگونه که ایشین ، سون و کلیت^۱ (۲۰۰۰) پیشنهاد کرده اند روایت درمانی دارای چنان قدرت انعطاف پذیرانه ای است که می توان آن را به نیازهای خاص مراجع پیوند داد. بنابراین مطالعاتی که در این رابطه انجام گرفته پیامدهای منحصر به فرد خود را هم برای درمانگران داشته و هم کمکی برای مراجعین و خانواده های آنها بوده است (امینی خو، ۱۳۸۷).

1-Eshien , Sowen & Keleit

رابطه درمانی:

در حالت ایده آل هر رابطه درمانی منحصر به فرد است. درمانجو و درمانگر خاص آنرا ترتیب میدهند تا در زمان، مکان و موقعیت خاص با هم گفتگو کنند. این رابطه در گفتگوی آنها آشکار میشود این رابطه توسط اصول کلی مبتنی بر نظریه شخصیت، آسیب شناسی روانی یا روان درمانی از پیش تعیین نمی شود، فقط با شیوه رابطه برقرار کردن میتوان به فردیت درمانجو احترام گذاشت و از آن دفاع کرد. در حالت ایده آل نیازی نیست چیز بیشتری گفته شود اما در عمل اصول کلی تداوم در درمان از داستانی که درمانجویان نقل می کنند ساخته می شود. مشارکت کلی قصه درمانگر این است که به آرامی درمانجویان را به سمت ساختن ویراست های جدید داستانهای آنها هدایت می کند که کمتر محدود کننده و بیشتر آزادی بخش باشند.

درمانگران می توانند به درمانجویان کمک کنند تا قصه های تازه ای را بسازند که در آینده آزادتری جریان داشته باشند اگر بخواهیم پرمایگی روابط بین درمانگران و درمانجویان را درک کنیم در این صورت نیاز داریم به معانی چندگانه گفتگوی آنها گوش کرده و آنها را تعبیر کنیم. گرچه نگرش درمانی که از نظر همه درست باشد وجود ندارد، درمانگران برای آنچه که همدلی با قصه نامیده شده است تلاش می کنند. بر خلاف همدلی بیرونی که درمانجو را از بیرون و از دیدگاه نظریه توصیف می کند، در همدلی با قصه سعی می شود منطق هیجانی درون الگوهای مشکل درمانجو استنباط و ابراز می شوند. ملاک قصه همدل این است که پاسخ "این من است!" را از درمانجو فراخوانی می کند (مک نامی و گرگین، ۱۹۹۲، به نقل از پروچسکا، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۰).

طرح کلی فرآیند درمان:

ترتیب دقیق کارهای درمانی با هر مراجعی فرق میکند و با وجودیکه هر درمانگر ممکن است این کارها را بسط دهد خلاصه کند و یا آنها حذف کند آنها را برای سهولت به صورت زیر مجزا شده توضیح می دهیم:

- شخص داستان خود را می گوید (توصیف سرشار از مشکل)

- مشکل بوسیله مراجع و درمانگر هر دو با هم نامگذاری می شود (نامگذاری مشکل)

- زبان برونسازی بکار می رود.
- مسائل سیاسی، فرهنگی و اجتماعی در نظر گرفته میشود (قدرت و آگاهی)
- پرسشگری تأثیر گذار مربوط به کار گرفته می شود (شناسایی پیامدهای یگانه)
- از مراجع برای اتخاذ موقعیت نسبت به مشکل دعوت می شود (داستان جایگزینی)
- از مستندات درمانی استفاده می شود.
- به مراجع جهت یادآوری اشخاص مهم و تأثیر گذار (مثبت) زندگیش در گذشته کمک میشود (عضویت مجدد)
- جهت تثبیت تغییرات و بازگویی داستان رشد دهنده از اشخاص حمایتگر مانند خانواده و دوستان مراجع دعوت می شود (شاهدان بیرونی)
- ادامه درمان (گفتن و دوباره گفتن به سوی غنی سازی داستان خود)
- پایان درمان: زمانی است که مراجع در می یابد که "داستان خود" او برای حمایت از آینده اش به اندازه کافی غنی است ممکن است جلسه پایانی به عنوان یک موقعیت شاد سازمان بندی شود و ممکن است افراد مهم زندگی فرد دعوت شوند و مراسمی مانند ارائه یک گواهینامه جهت برجسته ساختن موقعیت گردد (پاین، ۲۰۰۴).

سازمان بندی جلسات درمان

در روایت درمانی تعداد جلسات از قبل تعیین نمی گردد. پایین گزارش میدهد که تعداد جلساتش در درمان افسردگی به طور متوسط ۸ جلسه ۵۰ دقیقه ای می باشد. با این حال او جلسات درمانی وایت و همکارانش را گاهی تا ۲ ساعت طول کشیده (نه فقط با خانواد بلکه با فرد) مشاهده نموده است. فاصله بین جلسات متغیر است و هیچ فرضی مبنی بر جلسات هفتگی و یا هر گونه فواصل از قبل تعیین شده وجود ندارد که روایت

درمانی یک درمان کوتاه مدت نیست با این حال تکنیک و کارهای وایت میتوانند طول مدت درمان را از هر نوع روش درمانی دیگر کوتاهتر کنند(رستمی ثانی، ۱۳۸۶).

فنون و روشها:

برونی کردن: در این فرآیند خانواده ها به یک نظر غیرآسیب شناسانه درباره مشکل می رسند. نظری که هیچ کسی در آن نباید مورد سرزنش قرار بگیرد. به خانواده فرصت قدرتمند شدن داده می شود تا به داستان سرایی جدیدی بپردازد و حساب دیگری برای زندگی اش باز کند.

بازسازی، بازنویسی: فرآیندی است که در آن داستان جدید پرورده میشود.

ناسازی: این فرآیند تاریخچه مشکلی را که زندگی اعضای خانواده را شکل داده است، می شکافد.

نامه ها: در پی درمان، نامه هایی به خانواده نوشته میشود که محتوای خلاصه ای از مطالب جلسات، دعوت برای آینده از اعضای که تمایل به حضور در جلسات نداشته اند و بطور کلی درباره آینده است. این کار باعث گسترش مکالمه میشود، در حالیکه اعضای خانواده تشویق می شوند تا درباره آینده خود نقشه بکشند. و موفقیت‌هایی را پیش بینی کنند.

نتایج بی نظیر: در این فرآیند، از خانواده خواسته میشود حوادث، اعمال و یا افکار استثنایی را که با داستان مشکلات غالب آنها متضاد است شناسایی کنند و داستانهای دیگری بسازند که در آن مشکلات، آنها را شکست ندهد و حتی وجود نیز نداشته باشد.

گروه بازتابش: در طول جلسات درمان، گروهی از متخصصان که مشاهده گر جلسات بوده اند، (یعنی تیم بازتابش) درباره یک یا چند نامه در برابر خانواده و درمانگر که به نوبت مشاهده گر فرآیندی بودند که خودبخشی از آن بوده اند، صحبت کنند. اعضای تیم درباره مکالمات خانواده، آنگونه که مشاهده کرده اند، حرف می زنند. این کار به اعضای خانواده اجازه میدهد که بین داخل و خارج یک فرآیند گفتگو در حرکت

باشند و دیدگاههای جدیدی درباره یک رویداد بدست آورند که اغلب به یورش و دفع موانع درمانی منجر خواهد شد.

پرسشها: بسیاری از پرسشهایی که توسط مایکل وایت طرح میشود، پاسخهای خاصی را می طلبد. آنها به مردم کمک می کنند تا تشخیص دهند که: (۱) آنان جدا از مشکلاتشان هستند. (۲) آنان در مقابل مشکلاتشان دارای قدرت هستند. (۳) آنها آنچه فکر می کردند نیستند. استفاده از پرسشها به خانواده اجازه میدهد که به نتایج قدرتمند شدن دست یابند (کالسون و همکاران، ترجمه نوایی نژاد، ۱۳۷۸).

تعریف سازگاری زناشویی:

سازگاری زناشویی وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع احساس ناشی از خوشبختی و رضایت از همدیگر دارند. روابط رضایتبخش بین زوجین از طریق علاقه متقابل میزان مراقبت از همدیگر و پذیرش و تفاهم یکدیگر قابل ارزیابی است (سین ها و ماکرجک، ۱۹۹۴، به نقل از احمدی، ۱۳۸۲). از نظر کارل راجرز^۱ (۱۹۷۲) سازگاری در ازدواج شامل احساس شادمانی، احساس رضایت و ارضای نیازهایی است که به طور متقابل برآورده می شود. راجرز این مفهوم از ازدواج را به عنوان پایه ای برای بسیاری از ازدواجهای سازگار دیده است (احمدی، ۱۳۸۲).

وایت سازگاری زناشویی را به صورت زیر تعریف کرده است: عوامل پیچیده ای همچون تعارض و سهیم شدن در فعالیت هایی که با خوشحالی و موفقیت در زندگی زناشویی همراه است. و یا اینکه لی مسترز آن را به عنوان ظرفیت انطباق و توانایی حل مساله تعریف می کند (فیس لوگلو، ۲۰۰۲، به نقل از دوست محمدی، ۱۳۸۹).

به طو ر کلی سازگاری زناشویی یک فرآیند است که در طول زندگی زوجین به وجود می آید زیرا که لازمه آن انطباق سلیقه ها شناخت صفات شخصیتی ایجاد قواعد رفتاری و شکل گیری الگوهای مراوده ای است

1-Carl Ragers

2Loglo

هر چند که روزهای اول زندگی شایسته توجه جدی است بنابراین سازگاری زناشویی یک فرآیند تکاملی در بین زن و شوهر است (لاس ول والاس؛ ۱۹۸۲، به نقل از احمدی، ۱۳۸۲).

همچنین سازگاری را میزان هماهنگی و توافق زوجین در زمینه مسائل زندگی مشترک می‌دانند و زوجین فاقد این هماهنگی که به شیوهای ناسازگارانه و غیرموثر با هم رابطه برقرار می‌نمایند را زوجین ناسازگار می‌نامند (ثناپی، ۱۳۷۹).

سازگاری زناشویی شامل سبک‌هایی است که در آن زن و شوهر رابطه برقرار می‌کنند و اینکه همسران درباره کارکرد این روابط چه احساسی دارند. سازگاری زناشویی به عنوان یکپارچگی زوجین در یک پیوند تعریف شده است که دو شخصیت به عنوان مکمل یکدیگر، برای رضایت دوطرفه و دستیابی به اهداف مشترک، تعامل برقرار می‌کنند (اسپانیر، ۱۹۷۹، به نقل از دوست محمدی، ۱۳۸۹).

عوامل مؤثر بر سازگاری زناشویی:

عوامل گوناگونی به عنوان عوامل مؤثر بر سازگاری زناشویی شناسایی شده‌اند. این طبقه بندی با الهام از تحقیقات ویلیامز، جارچ و دنتون (۱۹۹۵)، لارسون و هولمن (۱۹۹۴)، السن^۴ و همکاران (۱۹۸۶) و لارسون و هولمن (۱۹۹۵) می‌باشد (احمدی، ۱۳۸۲).

بر این اساس عوامل مؤثر بر سازگاری زوجین به صورت زیر طبقه بندی می‌شود:

۱- عوامل زمینه‌ای - فردی: از قبیل ۱- خانواده‌های اصلی ۲- عوامل اجتماعی - فرهنگی ۳- زمینه‌های

فعلی و

۴- ویژگی‌های فردی

3-Lasswell Wallace
1-Jurich & Denton
2-Larson & Holman
3-Olson
4-Larson & Holman

۲- عوامل ارتباطی- دو جانبه ای: از قبیل ۱- همگنی و ۲- فرآیندهای بین فردی

جدول (۱-۲) عوامل و عناصر تأثیر گذار بر میزان سازگاری زناشویی

الف- عوامل زمینه ای - فردی	ب- عوامل ارتباطی - دو جانبه
۱- خانواده اصلی:	۱- همگنی:
وضعیت ازدواج والدین	همسانی در مذهب
وضعیت بهداشت روانی والدین	همسانی در نژاد
وضعیت کارکرد خانواده پدری	همسانی در وضعیت اجتماعی- اقتصادی
میزان حمایت والدین	همسانی در سن
۲- عوامل اجتماعی- فرهنگی:	همسانی در هوش
سن و زمان ازدواج	همسانی در تحصیلات
آموزش و تحصیلات	همسانی در ویژگیهای کل شخصیتی
درآمد و شغل	۲- فرآیندهای بین فردی:
طبقه و گروه اجتماعی	درجه و میزان شناخت همدیگر
نوع جامعه	مدت نامزدی و ازدواج
۳- زمینه های فعلی:	روابط قبل از ازدواج
حمایت دوستان	حاملگی و تولد کودک
فشارهای درونی و بیرونی	مهارتهای ارتباطی (رابطه، تعهد و حل مشکل)
۴- ویژگیهای فردی:	
سلامت عاطفی و ویژگیهای شخصیتی	
مهارتهای بین فردی	
انطباق با آداب و رسوم	
سلامت جسمانی	

مواردی که اسلامی نسب (۱۳۷۳) درباره سازگاری زناشویی نقل می کند به شرح زیر است: شخصیت افراد، ادراک فرد از مشکل، شدت مشکل و حمایت های اجتماعی و استعداد برای مراقبت از سلامت فرد، درک فرد از موقعیت خود، درک خانواده از موقعیت فرد، توانایی ها و استعداد فرد برای جذب حمایت های اجتماعی، روش زندگی و نوع شخصیت فرد، نگرش ها و فعالیت های محیطی موثر. به نظر کورمن^۱ (۱۹۷۵) مشکلات زناشویی که در پیوستار سازگاری زناشویی پس و پیش می روند، به عنوان انعکاسی از عناصر تعاملی تجربه انسانی به حساب می آیند. بنابراین همچنان که جانسون آمولوزا و بوت^۲ اظهار کرده اند، کیفیت رابطه زناشویی، خاصیت دو نفری دارد و چیزی نیست که اشخاص بتوانند آن را از یک ازدواج به ازدواج دیگر منتقل کنند (محبی کیا، ۱۳۸۷).

خصوصیات زوجین سازگار:

شعاری نژاد (۱۳۷۴) خصوصیات زوجین سازگار را به شرح زیر بیان می کند:

- ۱- زن و شوهر با رابطه ای که دارند خود را خوشبخت می دانند.
- ۲- ارضای کامل نیازهای جسمانی و عاطفی انجام می شود.
- ۳- هر یک از همسران، زندگی همسرش را بارور می گرداند.
- ۴- محیط زناشویی، شخصیت هرکدام از زن و شوهر را ارزشمند می گرداند و به هریک امکان می دهد و کمک می کند که به عنوان یک شخص، استعداد ذاتی خود را شکوفا سازد و تحقق بخشد.
- ۵- پشتیبانی متقابل دارند. هر یک از زن و شوهر ها «من» دیگری را تغذیه می کند و از بودن با یکدیگر احساس آرامش می کنند.

1-Korman

2-Janson Amoloza &Booth

۶- نسبت به هم درک و پذیرش متقابل دارند.

۷- رابطه زن و شوهر به شکل زیر منعکس می شود: مراقبت، توجه به رفاه و خوشبختی یکدیگر، احترام متقابل، احساس مسئولیت اختیاری (نه اجباری) نسبت به نیازهای یکدیگر.

عواملی که سازگاری زناشویی را دشوار می سازد

عوامل اختلال را در سازگاری زناشویی بر حسب ویژگی های افراد و موقعیت ها بسیار گوناگون اند. در زیر به طور اجمال به مواردی که براساس یافته های تحقیقاتی حاصل شده است، اشاره می شود (نوابی نژاد، ۱۳۸۶، به نقل از دوست محمدی، ۱۳۸۹)

۱- زن و مرد به فاصله کوتاهی پس از یک فقدان عظیم و از دست دادن یک فرد مهم و معنی دار در زندگی، اقدام به ازدواج نموده اند.

۲- ازدواج با نیت دور شدن و فاصله گرفتن از خانواده اصلی.

۳- تفاوت های زیاد و معنی دار در سوابق خانوادگی زن و شوهر.

۴- زن و مردی که هر دو از داشتن خواهر و برادر و کانون گرم خانوادگی محروم بوده اند .

۵- زن و مرد از نظر فیزیکی، مالی و یا عاطفی، به شدت به خانواده اصلی خود وابسته باشند.

۶- زن و مرد به خانواده های یکدیگر و یا یکی از دو خانواده بیش از حد نزدیک و وابسته و یا دور و دارای نگرش خصمانه باشند.

۷- زن و مرد پس از یک آشنایی کوتاه کمتر از شش ماه و یا بیش از سه سال نامزدی اقدام به ازدواج کنند.

۸- زن و مرد قبل از سن ۲۰ سالگی و یا پس از ۳۰ سالگی اقدام به ازدواج نموده باشند.

۹- مراسم عروسی بدون حضور خانواده و یا دوستان طرفین انجام پذیرفته باشد.

۱۰- بارداری زن در طول دوره نامزدی و یا اوباردارلین سال ازدواج اتفاق بیفتد.

۱۱- یکی از زوجین دوره کودکی و یا نوجوانی خود را بسیار ناشاد و دردناک گذرانده باشد.

۱۲- الگوی ازدواج در زندگی خانوادگی یکی از زوجین و یا یکی از آنها بی ثبات و یا ناامن بوده باشد.

پیشینه پژوهشهای انجام شده در خارج کشور:

تحقیقاتی که در رابطه با مسائل مربوط به روایت درمانی انجام گرفته بسیار محدود می باشد اما در رابطه با برخی از عناصر روایت درمانی در مدت ۲۵ سال اخیر تحقیقاتی انجام پذیرفته است (آلن و آلن؛ ۱۹۹۸).

در پژوهشی که توسط استرن برگ^۲ (۱۹۹۸) انجام گرفته است از زوجین خواسته شد تا داستان عشق خود را تعریف کنند نتایج حاکی از آن است که زوجین داستانهایی را نقل می کرده اند که بیشتر سطحی بوده و رویدادهای سطحی را در بر می گرفته است از جمله اینکه دوست دارند همسرشان چه نوع کاری را برای آنها انجام دهند. اکثر زوجین به این مورد نپرداخته اند که این رویدادها برای آنها چه معنایی داشته است.

در پژوهش دیگری که توسط استرن برگ و لوری لینچ (۱۹۹۱) برای ارزیابی دیدگاه عشق به مثابه داستان انجام دادند ۴ داستان تفاوت جنسیت خود را به وضوح نشان داد. داستان های هنر، کلکسیون، زشت نگاری (که در این سه مورد اکثریت با مردها بود) و داستان سفر (که زنها در آن اکثریت داشتند) در مورد روابط آرمانی، مردان بیشتر برای داستان هنر، کلکسون (زشت نگاری ارزش قائل بودند و زنان برای داستان تجارت ارزش قائل می شدند. در ارزش گذاری کلی داستان وحشت کمتر از همه داستانها مورد پسند بود و باغبانی بیش از همه (رابرت جی استرن برگ، ترجمه بهرامی، ۱۳۸۲).

1-Alen & Alen
2-Sterenber

همچنین سنجش اعظم پژوهشها در حوزه روایت، به بررسی اثر بخشی روایت درمانی پرداخته اند بعنوان نمونه هنیاتسر (۲۰۰۲) در یک مرکز مشاوره در مانیتوبای جنوبی آزمودنی نوجوان مبتلا به افسردگی را انتخاب و به مدت ۱۸ هفته جلسات روایت درمان برگزار گردید. ضمن پیگیری آزمودنیها پس از پایان درمان مشخص گردید که پیشرفت تدریجی قابل توجهی در آنها پدید آمده است (اسماعیلی نسب، ۱۳۸۳).

اخیراً پژوهشگران روان درمانی (لوبروسکی،^۲ باربرو و دیگر،^۳ ۱۹۹۲؛ گونزالس،^۴ ۱۹۹۵؛ نیمر،^۵ ۱۹۹۵ و مک لئود و بالاموتسو،^۱ ۱۹۹۶) شروع به نشان دادن نقش روایت در روان درمانی کرده اند و در انجام این کار از فرم روایت نوشته شده برای هدایت، انتخاب و تحلیل داستانهای گفته شده در جلسات درمان امانت گرفته اند. یک گروه از متخصصان روان درمانی (شافر،^۳ ۱۹۹۳)، پژوهشگر زبانی (گی،^۱ ۱۹۸۵) و پژوهشگران فرایند روان درمانی (انگس، لویت و هارتکه،^۹ ۱۹۹۴) عقیده دارند که داستانهای آشکار شده در متن دیالوگهای گفته شده در جلسه درمان از نظر شکل و زمانهای عملکرد از بررسیهای نوشته شده رویدادهای زندگی متفاوت است. این ایده در گفتگوی درمانی، با عقیده شافر (۱۹۹۳) درباره آینده روایت در روان درمانی همسو است. وی عقیده دارد که روایتهای شفاهی در جلسات درمان مانند داستانهای نوشته شده که دارای شروع شفاف، ادامه و پایان است، نمیباشد. به عقیده شافر، عمل روایت کردن میان ملت، ارائه، تفسیر یا شرح ویژه، بسط خطوط داستان، اصلاح و تجدیدنظر و تعبیر مجدد، عناصر اصلی رویکرد روایت، و کلیدی برای نتایج موفقیت آمیز در روان درمانی روان پویایی هستند.

3-Heniatser
4-Lubrosky
5-Barber & Diger
6-Gonzales
7-Nimer

1-Balamoutsou
2- Schafer
3-Gee
4- Anges & Levitt & Hartke
5-Nye

در روان درمانی روان پویایی، (نی، ۱۹۹۴) عقیده دارد که بیشترین کار کشف و بازسازی معنای رویدادها و یا خاطرات در گفتگوی بین مراجع و درمانگر اتفاق میافتد. در گفتن رویدادهایی که در زندگی مراجع واقع شده است. بر این اساس، برای درک اینکه چگونه روایت در روان درمانی عمل می کند، مهم است که ما گفته های انعکاس یافته درباره رویدادها را که در آن مراجع و درمانگر در ایجاد راههای جدید فهمیدن و دیدن داستان زندگی مراجع همکاری می کنند، در نظر گیریم. در محتوای مدل فرآیندهای روایت، توصیفات رویدادهای تجربی و روابط شخصی به عنوان آماده نمودن مراجع و درمانگر برای خلق معناهای جدید و آگاهی های مشترک در نظر گرفته شده اند (به نقل از آنگس، ۱۹۹۹).

به عنوان عملکرد روایت های گفته شده، آنگس و همکاران (۱۹۹۹)، عقیده دارند که در توالیهای بیرونی و یا کوششهای مراجع برای نشان دادن کلامی به درمانگر از طریق توصیف خاص صحنه، ترتیب و اعمال منتهی شده به رویداد، هر چه که توصیف جزئیات مفصل بیشتری بوسیله مراجع فراهم شود، درمانگر شانس بیشتری برای گسترش تعبیر تصویری رویداد و پذیرش همدلانه تمایل درونی مراجع دارد.

تحقیقات همچنین نشان میدهد که روایت کردن به عنوان یک فعالیت ارزش درمانی هم برای بهداشت جسمی و هم برای بهداشت روانی دارد (بنکبر، ۱۹۹۲). در یک مطالعه پژوهشی پینکر^۳ و همکاران (۱۹۸۸) یافتند که نسبت به گروه کنترل، دانش آموزانی که مطلبی را درباره حادثه آسیب زا و شخصی شان نوشتند تغییرات نشاندار مثبتی در کارکرد سلولهای ایمنی نشان دادند (دمرا و دی، ۱۹۹۷، به نقل از عیسی زادگان، ۱۳۸۵).

1-Bankber
2-Pinker
3-Demra & Dee

مصاحبه داستان زندگی از جمله ابزارهای پژوهشی در حوزه روایت است که مک آدامز^۱ آن را تدوین کرده و توسط خود او و سایر پژوهشگران مورد استفاده قرار گرفت. به عنوان نمونه در پژوهش برن^۲(۲۰۰۰) با استفاده از شیوه فوق، نگرش معمول در مورد ضعف روانشناسی افراد مسن مورد سوال قرار میگیرد. در این بررسی، ۶۰ زن کم درآمد در سنین مختلف از ۴۵ الی ۶۰ ساله مورد بررسی قرار گرفتند تا مشخص شود زندگی آینده خود را چگونه ادراک می کنند از آنها خواسته شد داستان زندگی خود را گفته و فصول مختلف آنرا نامگذاری کنند. تحلیل موضوعی فصولی که ۲۰ سال آخر زندگی گروه ۶۰-۶۵ ساله را نشان می داد مشخص کرد که می توان ۴ نوع داستان کلی را در نظر گرفت که عبارت بودند از: داستانهای از دست دادن ۱۰ درصد، داستانهای مشغولیت ۲۰ درصد، داستانهای طغیان ۳۵درصد، داستانهای راندن آرام و واضح ۳۵ درصد، در واقع ۷۰ درصد ۶۰-۶۵ ساله ها زندگی بعدی خود را بصورت پیشرفت قابل توجه نسبت به گذشته ذکر کردند برای نیمی از آنها شرایط فعلی، یک آرامش بعد از سالهای سنگین، کار سخت، استرس، نگرانیهای مالی و فراموش کردن خود بود. در مجموع افراد مسن به نسبت میانسالان از زندگی رضایت بیشتری داشتند و آینده، آرامتر و واضح تری را برای خود متصور بودند(برن ۲۰۰۰، به نقل از اسماعیلی نسب، ۱۳۸۳).

در پژوهش دیگر، میم وبر^۳ دیویس کرین^۴ و لیزامک فی^۵(۲۰۰۶) طبق مطالعه ای بر روی ۷ زن از اهالی نیورسالت دیلز که افسردگی را تجربه کرده بودند، درمان روایتی انجام دادند. پس از پایان جلسات درمانی یک مقایسه پیش آزمون و پس آزمون کاهش نمرات را در میزان افسردگی آنان نشان داد. بعلاوه همه شرکت کنندگان تغییر در عملکرد روزانه را همراه با خود سرزنشگری کمتر گزارش نمودند (پلکینگرن، ۲۰۰۴).

4-Mac Adamze
5-Burn
1-Mim Veber
2-Deyvis Kerin
3-Lizamac Fee

سارا گیبز^۱(۲۰۰۷) در مطالعه ای تک موردی درمان زن ۴۲ ساله ای که همسرش را در حادثه ۱۱ سپتامبر از دست داده بود و برای مدت ۴ سال نشانه های افسردگی را تجربه کرده بود با روش روایت درمانی گزارش کرده است (زارع، ۱۳۸۸).

همزمان با استقبال روان درمانگران از رویکردهای روایت در روانشناسی و مشاوره روانشناسان پژوهشگر نیز توجه خود را به سمت روایتها، طرحها و آنچه که ساربین^۲(۱۹۸۶)، طبیعت داستانی رفتار انسان نامیده است، معطوف نمودند. دانشمندان شناختن صدها مطالعه درباره اینکه افراد چگونه اطلاعات داستانی مربوط به رویدادهای زندگی واقعی و تجارب شخصی خود را رمزگشایی، ذخیره و یادآوری میکنند، انجام دادند(کانوی و پلیدل پرس،^۳۲۰۰۰). روانشناسان اجتماعی روشهای روایتی را برای آزمون فرضیه های مربوط به پویایی روابط نزدیک و صمیمی بکار برده اند(موری و هولمز،^۴۱۹۹۴). روانشناسان رشد اصول فهم داستان و داستانگرایی را در کودکان پیش دبستانی آزمایش کرده اند(فیوش و کلبی،^۵۱۹۹۷). تئوریهای روایت شخصی، از مقدمه اینکه افراد بشر ذاتاً داستان گو هستند، بوسیله (کرج،^۶۱۹۹۱؛ هرمانز و کمپن،^۷۱۹۹۳؛ مک آدامز،^۸۱۹۸۵، تامکینز،^۹۱۹۸۷؛ سینگر و سالووی،^{۱۰}۱۹۹۳) گسترش یافته است. از حیطة روانشناسی روشهای پژوهش و نظریه ای روایت درمانی از یک دوره تجدد در جامعه شناسی،(دنزین و لینکلن،^{۱۱}۱۹۹۴) بهره مند شده اند. امروزه ترکیبی از کاربرد رویکرد روایتی را با بیشترین رویکردی سطوح در حوزه روان درمانی،مانند وجودی،روان پویایی، شناختی و می بینیم (آنگس و مک لئود،^{۱۲}۲۰۰۴).

4-Sara Gibbs
5-Sarbin
6-Kanoy & Plidelperes
7-Moory & Holmz
8-Fiosh & Kolby
9-Kereg
10-Hermanj & Kompen
11-Tamkinz
12-Singer & Salvooy
1-Denjin & Linkoln
2-Angus & Mcleod

اسکریت(۲۰۱۰) در پژوهش خود نشان داد که زمانی که روایات زندگی به عنوان روشی در جهت درک بهتر زندگی زوج ها مورد استفاده قرار می گیرد، پتانسیل فردی و رشد ارتباطی را در آنها افزایش می دهد. او پیشنهاد می کند دانستن هر زوج از داستان طرف مقابل احتمال سرمایه گذاری در خود و دیگران و رابطه را افزایش می دهد. همچنین وی بیان می کند که بیان داستان زندگی افراد می تواند در جهت بهبود روابط زناشویی راهگشای درمانگران باشد.

همچنین بنکبر و همکاران(۲۰۱۰) در پژوهش خود بر روی ۵۷ زوج جوان نشان دادند که ابعاد مختلفی می تواند زبان داستان ها و روایت های روابط عاشقانه آنها را تحت تاثیر قرار دهد از جمله: فرهنگ و، ارزشها و... همچنین آنها معتقدند تشویق زوج ها به نوشتن داستان ها یشان، هر قدر با فرهنگ متفاوت می تواند آنها را از فرهنگ غالب بر داستانهایشان آگاه سازد و برای انتخاب حفظ یا تغییر معانی داستان های زندگی زناشویی شان آماده کند. بنابراین آنها بیان می کنند پی بردن به زبان طرف مقابل می تواند به زوج ها در جهت بهبود زبان برقراری ارتباط عاشقانه کمک کند.

پژوهش وامبولت^۲(۲۰۰۴) نشان داد که زوج هایی که توانایی بیان و کنار آمدن با روایات و داستان های زندگی گذشته را داشتند راحت تر با اتفاقات جاری کنار می آیند، همچنین آنها نشان دادند که افرادی که در احساس امنیت و اعتماد را در زندگی گذشته و در خانواده مبدا و پیش از ازدواج روایت کردند ، همین انتظارات را در زندگی فعلی خود داشتند و رضایت مندی بیشتری را گزارش کردند.

بریمهال^۳ و همکاران(۲۰۰۳) نیز در پژوهش خود نشان دادند، فرایند درمان از طریق مدل درمان روایتی خانواده می تواند احساس رضایت در روابط فعلی همراه با تجربیات مثبت جدید در مقابله با مسائلی زندگی و ارتباط سازنده تر در زندگی زناشویی زوجین را پیش بینی کند.

3-Skerrett
4-Wamboldt
1-Brimhall

بلانتون و آوری (۲۰۰۱) در پژوهشی با عنوان زوج درمانی و قدرت و ایجاد روایت‌های جدید در خصوص به اشتراک گذاری قدرت در روابط زناشویی نشان دادند یکی از راه‌های تقسیم و به اشتراک گذاری قدرت در روابط زناشویی بیان روایت‌هایی در خصوص موقیعت‌های است که یکی از طرفین اعمال قدرت میکند، مثلاً: در موقیعت تصمیم‌گیری. همچنین آنها معتقدند که بیان روایت‌ها میزان احساس کنترل و سلطه را در زوج‌ها کاهش می‌دهد و آنها می‌توانند به احساس رضایت دست یابند.

سایبر هگن (۲۰۰۲) به نقل از اسماعیلی نسب (۱۳۸۳) معتقدند در روایت درمانی می‌توان زندگی را به شکل متفاوت و در چشم اندازی جدید یافت. در حقیقت باز نویسی زندگی هدف نهایی فرآیند درمان است. زندگی با تجدیدنظر نویسنده تغییر خواهد کرد.

اوکاتر^۲ و همکاران (۹۹۷) به نقل از بریمهال و همکاران (۲۰۰۳) در این رابطه اشاره دارند که خانواده‌هایی که زمان زیادی را صرف درمان با رویکرد روایتی و بیان داستان زندگی خود کردند، عملکرد بهتر، خصوصاً کاهش مشکلات و ناسازگاری را در زندگی گزارش کردند.

پیتکر و همکاران دریافتند که دانش آموزانی که درباره حادثه استرس‌زا مطلب نوشته‌اند بیش از گروه کنترل تغییرات مثبت در کارکرد سلول ایمنی نشان داده‌اند (پیتکر و همکاران ۱۹۹۲)، به نقل از عیسی زادگان، (۱۳۸۵).

پیشنه پژوهش‌های داخل کشور:

بررسی روایت‌های زندگی افراد افسرده و مضطرب مراجعه‌کننده به کلینیک‌های شهر تهران و مقایسه آن با افراد عادی، اولین تحقیق در زمینه روایت در ایران است که توسط اسماعیلی نسب (۱۳۸۳) انجام گرفته است. نتایج بدست آمده نشان داد که افراد افسرده و مضطرب نگرش منفی بیشتری نسبت به خود

2-Blanton & Avery
3-Okatter

دارند. مضمون اصلی روایت افراد افسرده اجبار و محدودیت و افراد مضطرب تردید و ابهام است. روایت‌های افراد عادی، پیامدهای رهایی بخش بیشتری نسبت به دو گروه داشت.

چهارم‌حالی در سال ۱۳۸۵ در پژوهشی به بررسی و مقایسه روایت‌های زنان در زمینه رضایت و سازگاری زناشویی پرداخت و زنان سازگار و ناسازگار را با یکدیگر مقایسه نمود. در این زمینه تکنیک، مصاحبه داستان زندگی که توسط مک آدامز (۲۰۰۱) برای بدست آوردن روایت زندگی طراحی شده بود مورد استفاده قرار گرفت. روش این تحقیق کیفی بوده و تفاوت‌های روایتی دو گروه بشکل مشروح مشخص شده است.

امینی خو و همکاران (۱۳۸۷) در یک مطالعه تأثیر روایت درمانی بر عزت نفس و افسردگی کودکان مبتلا به سرطان را بررسی نموده اند و عنوان نموده اند که این مداخله پس از ۸ جلسه درمان گروهی با افزایش عزت نفس و کاهش افسردگی این کودکان همراه است.

عابدی و همکاران (۱۳۸۷) به بررسی اثربخشی هنر درمان پزشکی (شامل روایت درمانی) در اضطراب و ناامیدی کودکان مبتلا به سرطان در بیمارستان محک پرداخته و به نقش مؤثر آن اشاره کرده اند (عابدی و همکاران، ۱۳۸۷).

رستمی ثانی (۱۳۸۶) به بررسی تأثیر روایت درمانی در کاهش افسردگی زنان دانشجو پرداخته است. نتایج بدست آمده با گروه گواه مقایسه شده و در سطح ۰/۰۵ معنی دار بوده است.

در پژوهشی که توسط زهرا عباسی در سال ۱۳۸۹ به منظور بررسی اثر بخشی گروه درمانی تلفیقی به شیوه تصمیم‌گیری دوباره و روایت درمانی بر کنترل عواطف در نوجوانان دختر انجام گرفته است، نتایج حاکی از آن بود که مشاوره تلفیقی تصمیم‌گیری دوباره و روایت درمانی تأثیر معنادار بر کنترل عواطف، خشم و عاطفه مثبت در نوجوانان دختر داشته است.

همچنین پژوهشی توسط سمیه سادات مکیان (۱۳۸۹) با عنوان مقایسه تأثیر روایت درمانی و رژیم درمانی بر شاخص توده بدن زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی انجام شده که این مطالعه با توجه به اهمیت شاخص

توده بدن (BMI) در زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی و نقش روایت های زندگی در شکل گیری اضافه وزن و با هدف مقایسه رژیم های غذایی و مداخله های روایت در کاهش توده بدن زنان مبتلا به اضافه وزن انجام گرفت. با توجه به اثربخشی روایت درمانی بر کاهش توده بدن و مشخص شدن عدم اثربخشی رژیم های غذایی به تنهایی نیاز به بررسی روایت های زندگی زنان مبتلا به اضافه وزن و اصلاح آن دیده می شود.

فاطمه زارع (۱۳۸۸) در تحقیقی با عنوان اثربخشی رویکرد روایت درمانی در کاهش افسردگی زنان شهرستان مرودشت نشان داد که سطح علائم افسردگی، افکار خود آیند منفی و نگرش های ناکارآمد در گروه آزمایش زنان افسرده با انجام این رویکرد پایین تر از گروه کنترل فرا گرفت.

سولماز ربیعی در پژوهشی با عنوان بررسی تأثیر روایت درمانی زوجی بر عملکرد خانوادگی زوجین شهر اصفهان در سال ۱۳۸۷ نشان داد که روایت درمانی زوجی، عملکرد خانوادگی را بهبود می بخشد و بر ابعاد آن به جز تأکیدات مذهبی و به هم تنیدگی مؤثر است. تأثیر این رویکرد بر عملکرد خانوادگی و ابعاد آن بر حسب جنسیت تفاوت نداشته است. همچنین بین عملکرد خانوادگی زنان و مردان تفاوتی وجود نداشت.

در پژوهش بوستان (۱۳۸۶) با عنوان "بررسی اثر بخشی زوج درمانی گروهی با آموزش رویکردهای درمان تصمیم گیری دوباره و روایت درمانی بر افزایش رضایت زناشویی در ازدواج های دانشجویی"، یافته ها مؤید آن بوده است که آموزش رویکرد روایت درمانی به شیوه مشاوره گروهی رضایت زناشویی را در ازدواج های دانشجویی افزایش داده است و فرضیه تأثیر آموزش رویکرد روایت درمانی بر افزایش رضایت زناشویی در سطح ۹۵٪ تأیید می شود.

و در آخر در پژوهشی که توسط موحدی نسب (۱۳۸۹) با عنوان اثربخشی کاربرد روایت درمانی بر کاهش بحران هویت انجام گرفت، تفاوت معناداری میان گروهها به وجود آمد. کاربرد این رویکرد منجر به افزایش هویت اطلاعاتی آزمودنی های گروه آزمایش شدند. همچنین شاخص اثر بدست آمده حاکی از این است که ۴۲٪ افزایش هویت اطلاعاتی آزمودنی های شرکت کننده در گروه آزمایش را می توان به روایت درمانی نسبت داد.

فصل سوم:

روش تحقیق

مقدمه :

در این فصل ابعاد روش شناسی پژوهش شامل روش پژوهش، جامعه آماری، نمونه آماری و روش نمونه گیری و ابزارهای اندازه گیری متغیرها و شاخص های روایی و پایایی آنها، روش انجام پژوهش و روش تجزیه و تحلیل داده ها ارائه می گردد.

روش پژوهش:

پژوهش حاضر از نوع پژوهش های نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه بود. در این طرح انتخاب آزمودنی ها از جامعه به صورت داوطلبانه و جایگزین شدن آن ها در گروه ها به صورت تصادفی انجام شده است. در این پژوهش ابتدا به وسیله فراخوان از تمامی زوج های مراجعه کننده به کلینیک مشاوره آموزش و پرورش منطقه ۱۷ شهر تهران در سال ۹۰-۱۳۸۹ که تمایل به شرکت در کارگاهی باچنین موضوعی داشتند دعوت به عمل آوردیم و از تمامی زوج هایی که حاضر به شرکت در این پژوهش بودند ثبت نام انجام گرفت. قبل از اجرای متغیر مستقل، آزمودنیهای انتخاب شده در هر دو گروه به وسیله پیش آزمون (سازگاری زناشویی) مورد اندازه گیری قرار گرفتند سپس به صورت تصادفی از بین زوج هایی که نمره حدودا با میانگین ۸۰ در این آزمون کسب کرده بودند ۳۰ زوج را به صورت تصادفی انتخاب کرده و به صورت تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش (هر گروه ۱۵ زوج) جایگزین کردیم. در مرحله بعد، جلسات آموزشی روایت درمانی را در گروه آزمایش اعمال کرده و در این مدت گروه گواه در معرض متغیر مستقل قرار نگرفتند. در پایان هر دو گروه از طریق آزمون سازگاری زناشویی اسپانیر(پس آزمون) مورد اندازه گیری قرار گرفتند.

پایایی

اسپانیر در سال ۱۹۷۶ ضریب همسانی درونی ۰/۹۶ و اعتبار بالایی را برای سطح نمرات کلی این مقیاس گزارش می کند (ثنایی، ۱۳۸۷). نمره کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۶. از همسانی قابل توجهی برخوردار است همسانی درونی خرده مقیاس ها بین خوب تا عالی است. رضایت دونفری ۰/۹۴. همبستگی دونفری ۰/۸۱، توافق دونفری ۰/۹۰. و ابراز محبت ۰/۷۳. است. همچنین باقریان (۱۳۸۹) در پژوهش خود میزان آلفای کرونباخ را ۰/۹۴ دوست محمدی (۱۳۸۹) میزان آلفای کرونباخ را برای کل آزمون ۰/۹۷ گزارش کرده است.

روایی :

اسپانیر برای محاسبه روایی این مقیاس ۲۱۸ نفر را که با همسر خود زندگی می کردند با ۹۴ نفر راکه طلاق گرفته بودند را در این مقیاس مورد مقایسه قرار داد. در این مقایسه میانگین نمرات دو گروه (۷۰/۷) گروهی که طلاق گرفته بودند و (۱۱۴/۸) گروهی که با همسران خود زندگی می کردند. تفاوت معناداری در سطح $(a < 0/001)$ بدست آمد و در مقیاس های فرعی نیز تفاوت معناداری در سطح $(a < 0/001)$ به دست آمد (ثنایی، ۱۳۸۷). در پژوهش ملازاده و کیامنش (۱۳۸۱) به نقل از نوری (۱۳۸۹) همسانی درونی این ابزار ۰/۹۵ به دست آمده است. این مقیاس ابتدا با روشهای منطقی روایی محتوا بررسی شد. مقیاس سازگاری زن و شوهر با قدرت تمییز دادن زوجهای متاهل و مطلقه در هر سوال، روایی خود را برای گروه های شناخته شده نشان داده است (باقریان، ۱۳۸۹).

این مقیاس از روایی همزمان نیز برخوردار است و با مقیاس سازگاری زناشویی لاک - والاس همبستگی بالایی دارد (ثنایی، ۱۳۸۷).

هنجاریابی :

(مقیاس سازگاری زن و شوهر) با استفاده از یک گروه نمونه مرکب از اشخاص متاهل (n=218) و افراد مطلقه (n=94) ساخته شد متوسط سن افراد متاهل ۳۵/۱ سال و متوسط سن افراد مطلقه کمی کمتر، یعنی ۳۰/۴ سال بود مدت ازدواج گروه نمونه افراد گروه متاهل ۱۳/۲ سال و متوسط طول ازدواج افراد

مطلقه و گروه نمونه ۸/۵ سال بود. نمره میانگین کل برای افراد متاهل ۱۱۴/۸ و انحراف معیار آن ۱۷/۸ بود. نمره میانگین برای گروه مطلقه ها ۷۰/۷ و انحراف معیار آن ۲۳/۸ بود (ثنایی، ۱۳۸۷).

این مقیاس توسط حسین نژاد و آموزگار ترجمه و اجرا شده است و در کشور ایران هنجاریابی شده است. این مقیاس با استفاده از روش بازآزمایی و با فاصله زمانی ۱۰ روز روی نمونه ای متشکل از ۱۲۰ نفر از زوجین تهرانی (۶۰ زن و ۶۰ مرد) اجرا گردید و برای بررسی میزان همبستگی نمرات از روش گشتاوری پیرسون استفاده گردید ضریب همبستگی بین نمرات زنان و شوهران طی دوبار اجرا در کل نمرات ۰/۸۶، مقیاس فرعی اول ۰/۶۸، و مقیاس فرعی دوم ۰/۷۵، و مقیاس فرعی سوم ۰/۷۱، و مقیاس فرعی چهارم ۰/۶۱، به دست آمد (حمیدی، ۱۳۸۷؛ به نقل از باقریان، ۱۳۸۹). این مقیاس در تحقیقات متعددی مورد استفاده قرار گرفته است. در سال ۱۹۸۴ فیس لگلو در تحقیقی پیرامون رابطه همبستگی خانوادگی و سازگاری زناشویی از این مقیاس استفاده کرده است. همچنین دمیرهان (۱۹۹۹)، در تحقیقی که در ترکیه درباره رابطه بین احساس تنهایی و سازگاری زناشویی انجام داده، از این مقیاس استفاده کرده است. مقیاس سازگاری زناشویی پس از ترجمه و انطباق با فرهنگ جامعه مور مطالعه، با استفاده از روش بازآزمایی (به فاصله یک هفته) اعتبار یابی شد و ضریب اعتبار آزمون ۰/۹۱، بدست آمد که ضریب بالایی است (حمیدی، ۱۳۸۷؛ به نقل از باقریان، ۱۳۸۹).

شیوه اجرا به صورت پرسشنامه:

پس از تأیید پیشنهاد پژوهش حاضر، در این پژوهش ابتدا به وسیله فراخوان از تمامی زوج های که به گفته ی خودشان به دلیل مشکلات زناشویی از قبیل سازگاری کم، و تعارضات و عدم تفاهم به کلینیک مشاوره آموزش و پرورش منطقه ۴ مراجعه کردند و تمایل به شرکت در کارگاهی باچنین موضوعی داشتند دعوت به عمل آوردیم. سپس افرادی که به فراخوان شرکت در پژوهش، پاسخ مثبت داده بودند، مقیاس سازگاری زن و شوهر (م.س.ز.ش) اسپانییرا پر کردند. البته ابتدا لازم است که آزماینده هدف از اجرای آزمون را برای آزمودنی بیان کند. سپس برگه های پاسخنامه را بین آنان توزیع نموده، و به صورت تصادفی از بین زوج هایی

که نمره کمتری در این آزمون کسب کرده بودند ۳۰ زوج را به صورت تصادفی انتخاب کرده و به صورت تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش (هر گروه ۱۵ زوج) جایگزین کردیم. سپس، طی ۸ جلسه در کلینیک مشاوره آموزش و پرورش منطقه ۴ به مدت ۲ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای در هفته (روزهای دوشنبه و چهارشنبه) جلسات روایت درمانی به اعضای گروه آزمایش آموزش داده شد که شرح جلسات آن در ادامه بیان شده است. و در این مدت گروه گواه در معرض متغیر مستقل (رویکرد روایت درمانی) قرار داده نشد. در پایان هر دو گروه به وسیله پس آزمون (مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر) مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند.

شرح کلی جلسات گروه

جلسه ی اول: هدف: آشنایی ایجاد رابطه حسنه و بیان محتوای جلسات برای اعضا
جلسه ی دوم: هدف : شرح داستان مشکل دار وفهم داستان مشکل محور آغاز بحث در مورد داستان های زندگی
جلسه ی سوم: هدف : گوش دادن دقیق به زبان و استعاره شرح داستان های مشکل دار با جزییات بیشتر و به طور کاملتر توسط مراجع و بررسی روایت بیان شده هر یک از اعضا از دید دیگر اعضای گروه
جلسه ی چهارم: هدف : به چالش کشیدن داستان و ارائه یک دورنمای توضیحی خارج از مشکل به زوجین از طریق خلق رابطه جدید پرسیدن سوالاتی که افراد صفاتی را که به خود نسبت می دادند تغییر دهند و به کار بردن استعاره و به چالش کشیدن داستان سرشار از مشکل
جلسه ی پنجم: هدف: مطرح نمودن روایت های جایگزین و ایجاد دریچه تازه برای برداشتهای زوجین در باره مشکل ساخت شکنی روایت های مشکل دار/بازمعنایی یا زدن برچسب جدید برای مشکل /مطرح نمودن روایت های جایگزین و مرجح
جلسه ی ششم: هدف: تشخیص پیامد های بی همتا و خلق داستان جدید بر اساس نقاط قوت خودش پرسش از مراجع درباره استثناها و موارد منحصر به فرد(زمانیکه مراجع تحت فشار مشکل نبوده) و بسط

روایت جایگزین
<p>جلسه ی هفتم:هدف: یادآوری مشکل گذشته و آموزش مهارت های مقابله ای و رها سازی از مشکل گفتگوی بیشتر با مراجع در مورد ارتباط با افراد مهم زندگیش در گذشته و اکنون جهت یادآوری مشکلات حل نشده.</p>
<p>جلسه ی هشتم: هدف: بررسی و دوباره گویی و تثبیت روایت های جایگزین گفتگو در مورد تجربه های مثبت و روایت های جایگزین و دوباره گویی و تثبیت روایت های جایگزین</p>

روش تجزیه و تحلیل داده ها:

در این پژوهش به منظور بررسی داده ها و تجزیه تحلیل نتایج از روش های آماری توصیفی همچون: جدول توزیع فراوانی، نمودار های مناسب، میانگین، انحراف استاندارد و خطای استاندارد استفاده شده است. همچنین از روش آماری کواریانس برای مقایسه ی نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و گروه گواه استفاده گردیده است. در ضمن برای انجام محاسبات از نرم افزار spss استفاده شده است.

ابزار اندازه گیری:

۱- پرسشنامه

در این روش

۲- مصاحبه

در این روش

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل آماری یافته های تحقیق

یکی از مهم ترین بخش های تحقیقات علمی، پژوهشی در علوم انسانی تجزیه و تحلیل اطلاعات می باشد. در این بخش فرضیه محقق به محک آزمایش گذاشته شده است و میزان صحت و سقم فرضیه بررسی گردید. در بخش حاضر اطلاعات جمع آوری شد با استفاده از تکنیک های آماری مناسب تجزیه و تحلیل و فرضیه پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است. در این پژوهش برای توصیف، جمع آوری و طبقه بندی اطلاعات به دست آمده از نمونه، از آمار توصیفی استفاده شده است. همچنین از تحلیل کوواریانس برای مقایسه دو گروه با برداشتن اثر پیش آزمون برای آزمون فرضیه پژوهش استفاده شده است.

یافته های توصیفی:

هنگامی که توده ای از اطلاعات کمی برای تفسیر گردآوری می شود، ابتدا لازم است آنها به صورتی که به روشنی قابل فهم و انتقال باشد، سازماندهی و خلاصه شوند. غالباً مفیدترین و در عین حال اولین قدم در سازمان دادن به داده ها مرتب کردن آنها بر اساس یک ملاک منطقی است (دلاور، ۱۳۸۸). در این بخش جداول و نمودار های مربوط به متغیرها ارائه خواهد شد. ارائه این جداول و نمودار ها به شناخت بهتر نمونه و متغیرهای پژوهش کمک می کند.

جدول (۱-۴). توزیع فراوانی سن زوج های مورد مطالعه

سن	تعداد	درصد
۲۵-۲۰	۹	۱۵
۳۰-۲۵	۳۲	۵۳/۳۳
۳۵-۳۰	۱۲	۲۰
۴۰-۳۰	۷	۱۱/۶۶

در جدول (۱-۴) توزیع فراوانی سن زوج های مورد مطالعه آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول ۱۵ درصد افراد بین سنین ۲۰-۲۵، ۵۳/۳ درصد افراد بین سنین ۲۵-۳۰، ۲۰ درصد افراد بین سنین ۳۰-۳۵، ۱۱/۶۶ درصد افراد بین سنین ۳۰-۴۰ می باشند.

جدول (۲-۴) مقادیر بیشینه و کمینه مربوط به متغیرهای جمعیت شناختی پژوهشی

مدت ازدواج آزمودنیها	سن آزمودنیها	سطح تحصیلات آزمونیها	
۹ ماه	۲۰ سال	فوق لیسانس	بالاترین مقدار
۵ سال	۴۰ سال	زیر دیپلم	پایین ترین مقدار

با توجه به جدول (۲-۴) بالاترین سطح تحصیلات مدرک فوق لیسانس بوده است که تنها ۱ نفر دارای این مدرک بودند و کمترین سطح زیر دیپلم است که تعداد آنها ۲۴ نفر می باشد. کمترین سن آزمودنی ها ۲۰ سال است و فراوانی آن سن دو نفر است و بالاترین سن آزمودنیها ۴۰ سال است و تنها ۲ نفر دارای سن ۴۰ سالگی است. از نظر مدت ازدواج پایین ترین مقدار مدت ازدواج ۹ ماه می باشد که یک زوج را شامل می شود و بالاترین مقدار مدت ازدواج ۵ سال می باشد که ۳ زوج را شامل می گردد.

جدول (۳-۴) توزیع فراوانی تحصیلات زوج های مورد مطالعه

تحصیلات	تعداد	درصد
زیر دیپلم	۲۴	۴۱
دیپلم و فوق دیپلم	۳۱	۵۱/۶۶
لیسانس	۴	۶/۶۶
فوق لیسانس	۱	۱/۶۶

در جدول (۳-۴) توزیع فراوانی تحصیلات زوج های مورد مطالعه آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، ۴۱ درصد افراد زیر دیپلم، ۵۱/۶۶ درصد افراد دیپلم و فوق دیپلم، ۶/۶۶ درصد افراد لیسانس و ۱/۶۶ درصد افراد فوق لیسانس و بالاتر می باشند.

جدول (۴-۴) توزیع فراوانی مدت ازدواج آزمودنی ها

مدت ازدواج	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
زیر یکسال	۸	۱۳	۱۳
۱ تا ۲ سال	۱۰	۱۶	۲۹
۲ تا ۳ سال	۱۶	۲۶	۵۵
۳ تا ۴ سال	۱۲	۲۰	۷۵
۴ تا ۵ سال	۱۴	۲۳	۱۰۰

با توجه به نتایج به دست آمده از جدول (۴-۴) در می یابیم که بیشتر آزمودنی ها (۲۶) درصد در گروه بین ۲ سال تا سه سال، ۲۳ درصد بین چهار تا پنج سال قرار دارند و ۲۰ درصد بین سه تا چهار سال قرار دارند. و ۲۹ درصد مراجعه کننده گان کمتر از ۲ سال از زندگی مشترک آنها می گذشت.

جدول (۴-۵) شاخص های آمار توصیفی متغیر سازگاری زناشویی در گروه آزمایش

متغیر	آزمون	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد میانگین
سازگاری	پیش آزمون	۱۵	۷۸/۵۷۲۶	۲۱/۸۶	۳/۶۰۱۴۰

زناشویی	پس آزمون	۱۵	۱۰۳/۲۶۹۲	۱۸/۰۷	۳/۳۶۶۶۰
---------	----------	----	----------	-------	---------

جدول (۴-۶) شاخص های آمار توصیفی متغیر سازگاری زناشویی در گروه گواه

متغیر	آزمون	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد میانگین
سازگاری زناشویی	پیش آزمون	۱۵	۷۹/۶۱۷۷	۲۰/۰۶	۴/۴۵۳۰۴
	پس آزمون	۱۵	۸۴/۳۲۲۱	۱۹/۷۹	۳/۱۲۵۲۸

جدول همبستگی جامعه آماری:

جدول (۴-۷) مقایسه میانگین های ابعاد سازگاری زوجین در پیش آزمون و پس آزمون در گروه

آزمایش

خطای استاندارد میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد

۰/۷۴۶۳۱	۳/۸۰۵۴۶	۶/۸۰۷۷	۱۵	پیش آزمون همبستگی
۱/۰۲۳۱۹	۵/۲۱۷۲۸	۹/۵۰۰۰	۱۵	پس آزمون همبستگی
۱/۹۸۸۶۱	۱۰/۱۳۹۹۴	۲۷/۴۶۱۵	۱۵	پیش آزمون توافق
۱/۵۰۹۹۱	۷/۶۹۹۰۵	۳۲/۶۵۳۸	۱۵	پس آزمون توافق
۰/۶۹۲۳۱	۳/۵۳۰۰۹	۴/۳۰۷۷	۱۵	پیش آزمون ابراز محبت
۰/۶۶۱۴۰	۳/۳۷۲۵۱	۶/۵۷۶۹	۱۵	پس آزمون ابراز محبت
۱/۴۸۶۴۳	۷/۵۷۹۳۲	۱۷/۶۱۵۴	۱۵	پیش آزمون رضایت
۱/۳۱۳۸۳	۶/۶۹۹۲۵	۲۲/۰۰۰۰	۱۵	پس آزمون رضایت

در این پژوهش چون زوجین شرکت کردند تعداد در هر گروه برابر بود $N=15$ و میانگین ها و انحراف استاندارد و خطای استاندارد میانگین نشان داده شده است.

آمار استنباطی:

غالباً هدف اصلی پژوهشگر، کسب اطلاع درباره گروههای کوچک نیست. بلکه علاقه مند است که از طریق یافته های این گروه، اطلاعات لازم را درباره جامعه ای که این گروه کوچک را از آن انتخاب کرده است کسب کند. هدف پژوهشگر اغلب عبارت است تعمیم اصول و یافته ها است، به نحوی که قادر باشد حوادث را تبیین و پیش بینی کند. در این پژوهش برای تحلیل داده ها و بررسی فرضیه ها از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شده است. تحلیل کواریانس یک روش آماری است که به منظور تعدیل تفاوت های اولیه آزمودنیها بکار می رود. در این تحقیق ابتدا برای هر دو گروه آزمایشی و گواه با استفاده از پرسشنامه سازگاری زناشویی، پیش آزمون گرفته شد و سپس بعد از آموزش رویکرد روایت درمانی (متغییر مستقل) نمرات پس

آزمون (میزان سازگاری زناشویی) بدست آمد. در این پژوهش برای فرضیه پژوهش از تحلیل کواریانس استفاده شد.

در تحلیل کواریانس رعایت برخی از مفروضه ها الزامی است (مانند همگنی واریانس های خطا، همگنی خطوط رگرسیون، نرمال بودن نمرات متغیر وابسته، خطی بودن رابطه بین متغیر وابسته و مستقل). در این پژوهش از آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس خطاهای مشاهده شده استفاده شد که نتایج آن به صورت زیر است.

جدول (۴-۸): آزمون لوین برای بررسی مفروضه همگنی واریانس های خطا

متغیر	Df1	Df2	F	سطح معناداری
سازگاری زناشویی	۱	۲۸	۱/۴۰۷	۰/۲۶۱

همانطور که در جدول (۴-۸) نشان داده شده است، آزمون F در این رابطه معنی دار نیست که نشانگر این است که واریانس های خطا همگن هستند. بنابراین می توانیم از تحلیل کواریانس استفاده کنیم.

بررسی فرضیه های پژوهش

فرضیه اصلی: آموزش رویکرد روایت درمانی بر سازگاری زناشویی زوجین موثر است.

جدول (۹-۴) نتایج آزمون تحلیل کواریانس پس آزمون میزان سازگاری زناشویی

سطح معنا داری	F	میانگین مجذورات	درجات آزادی	مجموع مجذورات	شاخص آماری منابع واریانس
۰/۰۰۰	۳۰/۷۷۷	۷۰۳۹/۰۲۲	۱	۷۰۳۹/۰۲۲	پیش آزمون
۰/۰۰۰	۸/۷۹۱	۲۰۱۰/۶۴۰	۱	۲۰۱۰/۶۴۰	گروه
		۲۲۸/۷۰۹	۲۷	۱۱۲۰۶/۷۴۷	خطا
			۲۹	۲۵۴۳۰۸/۰۰۰	کل

در جدول (۹-۴) نتایج آزمون تحلیل کواریانس پس آزمون میزان سازگاری زناشویی آورده شده است. نتایج بدست آمده از جدول (۹-۴) ($f=8.791$ $DF= 1$, $P<0/00$ ۱) نشان می دهد زمانی که اثر پیش آزمون از روی نتایج مرحله پس آزمون مربوط به گروهها حذف شود، تفاوت بین گروه ها در سطح ۹۹ درصد اطمینان معنادار می باشد. بنابراین فرض صفر پژوهش نمی تواند مورد پذیرش قرار بگیرد و فرض خلاف پذیرفته می شود. پذیرش فرض خلاف به این معناست که آموزش رویکرد روایت درمانی بر سازگاری زناشویی مؤثر است.

خلاصه پژوهش:

در این فصل فرضیه ها و نتایج پژوهش در مقایسه با پژوهش های انجام شده در گذشته و همچنین مبانی نظری مرتبط با موضوع، مورد بررسی قرار گرفته است. ابتدا به بحث و بررسی نتایج مربوط به فرضیه پژوهش پرداخته شده، سپس نتایج به دست آمده با نتایج پژوهش های گذشته به صورت همسو و ناهمسو مقایسه شده است، سپس پژوهشگر دلایل این ناهمسوئی را بیان کرده است.

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش رویکرد روایت درمانی بر افزایش میزان سازگاری زناشویی صورت گرفته است. روش انجام این پژوهش از نوع پژوهش های نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه می باشد. جامعه آماری در این پژوهش شامل زوج های مراجعه کننده به کلینیک مرکز مشاوره آموزش و پرورش منطقه ۴ در نیمه ی دوم سال ۱۳۸۹ و نیمه اول سال ۱۳۹۰ می باشد. نمونه این پژوهش شامل ۶۰ نفر (۳۰ زوج) می باشد که به دو گروه گواه و آزمایش تقسیم شدند و در هر گروه ۱۵ زوج قرار گرفتند. روش نمونه گیری پژوهش حاضر به صورت نمونه گیری تصادفی بوده است. سپس روایت درمانی به عنوان مداخله درمانی به زوجین گروه آزمایش آموزش داده شد. با توجه به موضوع پژوهش برای جمع آوری اطلاعات مورد نیاز از پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپانیر استفاده گردید. بر اساس هدف پژوهش یک فرضیه جهت تعیین اثر بخشی آموزش رویکرد روایت درمانی بر افزایش میزان سازگاری زناشویی تدوین و در این فصل بررسی شده است. و یافته های زیر برای پژوهش حاضر بدست آمده است.

یافته های پژوهش:

فرضیه: آموزش رویکرد روایت درمانی بر سازگاری زناشویی زوجین مراجعه کننده به کلینیک مرکز مشاوره آموزش و پرورش منطقه ۴ تاثیر دارد.

چنانچه نتایج بدست آمده از جدول (۹-۴) ($f=8.791$ $DF=1$, $P<0/001$) نشان می دهد زمانی که اثر پیش آزمون از روی نتایج مرحله پس آزمون مربوط به گروهها حذف شود، تفاوت بین گروه های آزمایش

و گواه در سطح ۹۹ درصد اطمینان معنادار می باشد. بنابراین فرض صفر پژوهش رد و فرض خلاف پذیرفته می شود. پذیرش فرض خلاف به این معناست که آموزش رویکرد روایت درمانی بر افزایش میزان سازگاری زناشویی مؤثر است. همچنین نتایج تحلیل داده ها نشان داد که آموزش رویکرد روایت درمانی ابعاد سازگاری زناشویی را به طور معناداری افزایش داده است. بنابراین در بیان و تبیین فرضیه پژوهش حاضر می توان گفت که بیان داستان ها و روایت های افراد در فرایند جلسات روایت درمانی می تواند روابط زناشویی را در جهت ترمیم ناسازگاری و افزایش سازگاری بهبود ببخشد. روایت درمانی همچنین با ایجاد نگرشی مثبت و با معنا می تواند پتانسیل مقابله با مسائل را در افراد ایجاد کند. پژوهشها همچنین نشان میدهد که روایت کردن به عنوان یک فعالیت ارزش درمانی هم برای بهداشت جسمی و هم برای بهداشت روانی دارد (بنکبر، ۱۹۹۲). همبستگی دو نفره به عنوان یکی از ابعاد سازگاری، شامل علائق مشترک و تبادل نظر و همکاری در امور مختلف است. ارتباط زناشویی و بیان مشکلات از دیدگاه هر یک از زوج ها به زن و شوهر این امکان را می دهد که با یکدیگر به بحث و تبادل نظر بپردازند و مشکلاتشان را حل کنند و از نیازهای هم آگاه شوند. زوج های که نتوانند با یکدیگر ارتباط موثر برقرار کنند در یک وضعیت نامشخص و مبهم قرار می گیرند (شاه محمدی، ۱۳۸۶، به نقل از باقریان، ۱۳۸۹).

بنابراین شرکت در فرایند روایت درمانی زوج ها را قادر می سازد مسایل را مطرح و شناسایی کنند و در مورد داستان های مشکل ساز بحث کنند و به طور مشترک تجارب، معنا و روایت های جدید در روابط زناشویی خلق کنند. بنابراین تحول در کل خانواده زمانی صورت می گیرد، که شاهد تجربه های جدید، معنای جدید، و اعمال و رفتار جدید با هدف کاهش مسائل و موضوعات مشکل ساز در سیستم خانواده باشیم (بریمهال و همکاران، ۲۰۰۳). موری و هولمز (۱۹۹۴) بر این باورند که امروزه روانشناسان اجتماعی روشهای روایتی (بیان داستان زندگی و جایگزین سازی داستان هایی با معنای مثبت) را برای آزمون فرضیه های مربوط به پویایی روابط نزدیک و صمیمی و محبت آمیز در جهت بهبود کارکرد های خانوادگی بکار برده اند. همچنین ابراز فعالانه محبت و سایر عواطف مثبت با تداوم رضایت مندی از روابط در ارتباط است. در مقابل الگوهای دیگر از قبیل: اهانت کردن، بیزاری، ترس یا کناره گیری عاطفی از همسر پیش بینی

کننده فروپاشی رابطه می باشد. زوجین آشفته در مورد جنبه های مثبت رابطه شان با یکدیگر صحبت نمی کنند و یا در مورد احساساتشان همانند سایر زوجین خود افشایی ندارند. زوجین آشفته به طور روزمره خیلی کم به یکدیگر ابراز صمیمیت، نزدیکی و محبت میکنند(هالفورد؛ ترجمه تیریزی و همکاران، ۱۳۸۴). درمانگران در فرایند جلسات درمان روایتی به خانواده ها کمک می کنند که داستانهای جدید بسازند. برای این کار از آنها می خواهند نتایج خاص و بی نظیری را (مانند موقعیتی که در آن خانواده با راه حل های خود به هدفهایش می رسد) بیان کنند. فرآیند ساختن داستانهای جدید یک احساس ضرورت شخصی در اعضای خانواده به وجود می آورد که آنان را قادر می سازد با آینده بهتر به مبارزه بپردازند(کالسون و همکاران، ترجمه، نوابی نژاد، ۱۳۷۸). همچنین در جهت تایید نتایج پژوهش حاضر می توان به پژوهش های همسوی زیر در ارتباط با تاثیر رویکرد روایتی بر زندگی زناشویی اشاره کرد:

وایت (۱۹۹۵) به نقل از فایس و سامروف (۲۰۱۰) معتقد است روایت درمانگران به مراجعان کمک می کنند تا به تعبیرها و تفسیرهای وسیع تر و منحصر بفردتری در مورد خودشان و موقعیتها دست یابند. بدین معنا که می توان مسائل و مشکلات را با نگاه مثبت مشاهده کرد و در نهایت محیطی را خلق کرد که تامین کننده رضایت و آسایش خاطر در روابط زناشویی باشد.

در همین رابطه ، اسکریت(۲۰۱۰) در پژوهش خود نشان داد که زمانی که روایات زندگی به عنوان روشی در جهت درک بهتر زندگی زوج ها مورد استفاده قرار می گیرد، پتانسیل فردی و رشد ارتباطی را در آنها افزایش می دهد. او پیشنهاد می کند دانستن هر زوج از داستان طرف مقابل احتمال سرمایه گذاری در خود و دیگران و رابطه را افزایش می دهد. همچنین وی بیان می کند که بیان داستان زندگی افراد می تواند در جهت بهبود روابط زناشویی راهگشای درمانگران باشد.

همچنین بنکر و همکاران(۲۰۱۰) در پژوهش خود بر روی ۵۷ زوج جوان نشان دادند که ابعاد مختلفی می تواند زبان داستان ها و روایت های روابط عاشقانه آنها را تحت تاثیر قرار دهد از جمله: فرهنگ و، ارزشها و... همچنین آنها معتقدند تشویق زوج ها به نوشتن داستان ها یشان، هر قدر با فرهنگ متفاوت می تواند آنها را از فرهنگ غالب بر داستانهایشان آگاه سازد و برای انتخاب حفظ یا تغییر معانی داستان های زندگی

زناشویی شان آماده کند. بنابراین آنها بیان می کنند پی بردن به زبان طرف مقابل می تواند به زوج ها در جهت بهبود زبان برقراری ارتباط عاشقانه کمک کند.

پژوهش وامبولت (۲۰۰۴) نشان داد که زوج هایی که توانایی بیان و کنار آمدن با روایات و داستان های زندگی گذشته را داشتند راحت تر با اتفاقات جاری کنار می آیند، همچنین آنها نشان دادند که افرادی که در احساس امنیت و اعتماد را در زندگی گذشته و در خانواده مبدا و پیش از ازدواج روایت کردند، همین انتظارات را در زندگی فعلی خود داشتند و رضایت مندی بیشتری را گزارش کردند.

بریمهال و همکاران (۲۰۰۳) نیز در پژوهش خود نشان دادند، فرایند درمان از طریق مدل درمان روایتی خانواده می تواند احساس رضایت در روابط فعلی همراه با تجربیات مثبت جدید در مقابله با مسائیل زندگی و ارتباط سازنده تر در زندگی زناشویی زوجین را پیش بینی کند.

بلانتون و آوری (۲۰۰۱) در پژوهشی با عنوان زوج درمانی و قدرت و ایجاد روایت های جدید در خصوص به اشتراک گذاری قدرت در روابط زناشویی نشان دادند یکی از راهای تقسیم و به اشتراک گذاری قدرت در روابط زناشویی بیان روایت هایی در خصوص موقعیت های است که یکی از طرفین اعمال قدرت میکند، مثلاً: در موقعیت تصمیم گیری. همچنین آنها معتقدند که بیان روایت ها میزان احساس کنترل و سلطه را در زوج ها کاهش می دهد و آنها می توانند به احساس رضایت دست یابند.

در پژوهشی که توسط استرن برگ (۱۹۹۸) انجام گرفته است از زوجین خواسته شد تا داستان عشق خود را تعریف کنند نتایج حاکی از آن است که زوجین داستان هایی را نقل می کرده اند که بیشتر سطحی بوده و رویدادهای سطحی را در بر می گرفته است از جمله اینکه دوست دارند همسرشان چه نوع کاری را برای آنها انجام دهند. اکثر زوجین به این مورد نپرداخته اند که این رویدادها برای آنها چه معنایی داشته است

سایبر هگن (۲۰۰۲) به نقل از اسماعیلی نسب (۱۳۸۳) معتقدند در روایت درمانی می توان زندگی را به شکل متفاوت و در چشم اندازی جدید یافت. در حقیقت باز نویسی زندگی هدف نهایی فرآیند درمان است. زندگی با تجدیدنظر نویسنده تغییر خواهد کرد.

اوکاتر و همکاران (۹۹۷) به نقل از بریمهال و همکاران (۲۰۰۳) در این رابطه اشاره دارند که خانواده هایی که زمان زیادی را صرف درمان با رویکرد روایتی و بیان داستان زندگی خود کردند، عملکرد بهتری، خصوصاً کاهش مشکلات و ناسازگاری را در زندگی گزارش کردند.

در همین رابطه، ربیعی (۱۳۸۷) در پژوهشی با عنوان بررسی تأثیر روایت درمانی زوجی بر عملکرد خانوادگی زوجین شهر اصفهان در سال نشان داد که روایت درمانی زوجی، عملکرد خانوادگی را بهبود می بخشد و بر ابعاد آن به جز تأکیدات مذهبی و به هم تنیدگی مؤثر است. تأثیر این رویکرد بر عملکرد خانوادگی و ابعاد آن بر حسب جنسیت تفاوت نداشته است. همچنین بین عملکرد خانوادگی زنان و مردان تفاوتی وجود نداشت.

همچنین، بوستان (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان بررسی اثر بخشی زوج درمانی گروهی با آموزش رویکردهای درمان تصمیم‌گیری دوباره و روایت درمانی بر افزایش رضایت زناشویی در ازدواج‌های دانشجویی نشان داد که آموزش رویکرد روایت درمانی به شیوه مشاوره گروهی رضایت زناشویی را در ازدواج‌های دانشجویی افزایش داده است.

چهارم‌حالی (۱۳۸۰) در پژوهشی به بررسی و مقایسه روایت‌های زنان در زمینه رضایت و سازگاری زناشویی پرداخت و زنان سازگار و ناسازگار را با یکدیگر مقایسه نمود. در این زمینه تکنیک، مصاحبه داستان زندگی که توسط مک آدامز (۲۰۰۱) برای بدست آوردن روایت زندگی طراحی شده بود مورد استفاده قرار گرفت. روش این تحقیق کیفی بوده و تفاوت‌های روایتی با نتایج پژوهش حاضر همسو گزارش شده بود.

بنابراین، پژوهش حاضر و پژوهش‌های همسو با آن نشان می‌دهند که آموزش رویکرد روایت درمانی زندگی زناشویی و خصوصاً سازگاری زناشویی را به طور معنی‌داری افزایش می‌دهد، این بدان معناست که شرکت در جلسات درمانی و بیان داستان و روایت‌های زندگی افراد در مقابل شریک زندگی خویش، و بحث درباره مشکلات زندگی، می‌تواند توانایی زوج‌ها را در ارتباط با یکدیگر بهبود بخشد و زوج‌ها با گوش دادن به داستان زندگی یکدیگر توانایی درک موقعیت‌های یکدیگر را افزایش می‌دهند. بعلاوه بر مشارکت زوج‌ها

در خلق تجربیات جدید، روایاتی با مضمون مثبت و اعمال و رفتار هایی جدید که در نهایت افزایش سازگاری و رضایت در زندگی زناشویی را به همراه دارد منجر می شود.

محدودیت ها:

بیان محدودیت ها در هر پژوهش به محققان کمک می کند تا با موانع و کمبودهای کار پژوهشی خود آشنا شده و با دیدی باز و شناختی دقیق از موانع به تحقیق بپردازند. در این تحقیق نیز محدودیت هایی وجود داشته که به آنها اشاره می شود.

-نتیجه پژوهش حاضر را فقط می توان مختص جامعه پژوهش حاضر(مراجعه کنندگان به کلینیک آموزش و پرورش منطقه ۴) دانست. و این را می توان به عنوان محدودیت در تعمیم دهی یافته های پژوهش حاضر معرفی کرد.

پیشنهادات

پیشنهادات کاربردی :

-برگزاری جلسات درمانی روایت محور در مراکز مشاوره مناطق ۲۲ گانه شهر تهران.

-برگزاری جلسات درمانی روایت محور به شیوه زوج درمانی.

پیشنهادات پژوهشی:

- انجام پژوهش هایی با همین عنوان که در آن بتوان متغیر های دیگری را هم بررسی کرد مثل بخشش (اینکه فرد پس از بیان روایتی که مشکل تلقی می شود بتواند شرایط گذشته و افرادی را که احساس منفی را در او ایجاد می کنند فراموش کند و ببخشد). و همچنین متغیر دیگری مثل سبک دلبستگی (به این خاطر که سبک دلبستگی در شکل گیری روایت های اولیه زندگی نقش مهمی را می توانند ایفا کنند) را مورد آزمایش قرار داد.

فصل پنجم:

بحث و نتیجه گیری

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش رویکرد روایت درمانی بر افزایش میزان سازگاری زناشویی صورت گرفته است. نتایج تحلیل داده ها نشان داد که آموزش رویکرد روایت درمانی ابعاد سازگاری زناشویی را به طور معناداری افزایش داده است. بنابراین در بیان و تبیین فرضیه پژوهش حاضر می توان گفت که بیان داستان ها و روایت های افراد در فرایند جلسات روایت درمانی می تواند روابط زناشویی را در جهت ترمیم ناسازگاری و افزایش سازگاری بهبود ببخشد. روایت درمانی همچنین با ایجاد نگرشی مثبت و با معنا می تواند پتانسیل مقابله با مسائل را در افراد ایجاد کند. همبستگی دو نفره به عنوان یکی از ابعاد سازگاری، شامل علائق مشترک و تبادل نظر و همکاری در امور مختلف است. ارتباط زناشویی و بیان مشکلات از دیدگاه هر یک از زوج ها به زن و شوهر این امکان را می دهد که با یکدیگر به بحث و تبادل نظر بپردازند و مشکلاتشان را حل کنند و از نیازهای هم آگاه شوند. زوج های که نتوانند با یکدیگر ارتباط موثر برقرار کنند در یک وضعیت نامشخص و مبهم قرار می گیرند (شاه محمدی، ۱۳۸۶، به نقل از باقریان، ۱۳۸۹).

بنابراین شرکت در فرایند روایت درمانی زوج ها را قادر می سازد مسایل را مطرح و شناسایی کنند و در مورد داستان های مشکل ساز بحث کنند و به طور مشترک تجارب، معنا و روایت های جدید در روابط زناشویی خلق کنند. بنابراین تحول در کل خانواده زمانی صورت می گیرد، که شاهد تجربه های جدید، معنای جدید، و اعمال و رفتار جدید با هدف کاهش مسائل و موضوعات مشکل ساز در سیستم خانواده باشیم (بریمهال و همکاران، ۲۰۰۳). موری و هولمز (۱۹۹۴) بر این باورند که امروزه روانشناسان اجتماعی روشهای روایتی (بیان داستان زندگی و جایگزین سازی داستان هایی با معنای مثبت) را برای آزمون فرضیه های مربوط به پویایی روابط نزدیک و صمیمی و محبت آمیز در جهت بهبود کارکرد های خانوادگی بکار برده اند. همچنین ابراز فعالانه محبت و سایر عواطف مثبت با تداوم

رضایت مندی از روابط در ارتباط است. در مقابل الگوهای دیگر از قبیل: اهانت کردن، بیزاری، ترس یا کناره گیری عاطفی از همسر پیش بینی کننده فروپاشی رابطه می باشد. زوجین آشفته در مورد جنبه های مثبت رابطه شان با یکدیگر صحبت نمی کنند و یا در مورد احساساتشان همانند سایر زوجین خود افشایی ندارند. زوجین آشفته به طور روزمره خیلی کم به یکدیگر ابراز صمیمیت، نزدیکی و محبت میکنند(هالفورد؛ ترجمه تبریزی و همکاران، ۱۳۸۴). درمانگران در فرایند جلسات درمان روایتی به خانواده ها کمک می کنند که داستانهای جدید بسازند. برای این کار از آنها می خواهند نتایج خاص و بی نظیری را (مانند موقعیتی که در آن خانواده با راه حل های خود به هدفهایش می رسد) بیان کنند. فرآیند ساختن داستانهای جدید یک احساس ضرورت شخصی در اعضای خانواده به وجود می آورد که آنان را قادر می سازد با آینده بهتر به مبارزه بپردازند(کالسون و همکاران، ترجمه، نوابی نژاد، ۱۳۷۸). همچنین در جهت تایید نتایج پژوهش حاضر می توان به پژوهش های همسوی زیر در ارتباط با تاثیر رویکرد روایتی بر زندگی زناشویی اشاره کرد:

وایت (۱۹۹۵) به نقل از فایس و سامروف (۲۰۱۰) معتقد است روایت درمانگران به مراجعان کمک می کنند تا به تعبیرها و تفسیرهای وسیع تر و منحصر بفردتری در مورد خودشان و موقعیتها دست یابند. بدین معنا که می توان مسائل و مشکلات را با نگاه مثبت مشاهده کرد و در نهایت محیطی را خلق کرد که تامین کننده رضایت و آسایش خاطر در روابط زناشویی باشد. اسکریت (۲۰۱۰) در پژوهش خود نشان داد که زمانی که روایات زندگی به عنوان روشی در جهت درک بهتر زندگی زوج ها مورد استفاده قرار می گیرد، پتانسیل فردی و رشد ارتباطی را در آنها افزایش می دهد. او پیشنهاد می کند دانستن هر زوج از داستان طرف مقابل احتمال سرمایه گذاری در خود و دیگران و رابطه را افزایش می دهد. همچنین وی بیان می کند که بیان داستان زندگی افراد می تواند در جهت بهبود روابط زناشویی راهگشای درمانگران باشد.

همچنین بنکر و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهش خود بر روی ۵۷ زوج جوان نشان دادند که ابعاد مختلفی می تواند زبان داستان ها و روایت های روابط عاشقانه آنها را تحت تاثیر قرار دهد از جمله:

فرهنگ و، ارزشها و... همچنین آنها معتقدند تشویق زوج ها به نوشتن داستان ها ایشان، هر قدر با فرهنگ متفاوت می تواند آنها را از فرهنگ غالب بر داستانها ایشان آگاه سازد و برای انتخاب حفظ یا تغییر معانی داستان های زندگی زناشویی شان آماده کند. بنابراین آنها بیان می کنند پی بردن به زبان طرف مقابل می تواند به زوج ها در جهت بهبود زبان برقراری ارتباط عاشقانه کمک کند.

پژوهش وامبولت(۲۰۰۴) نشان داد که زوج هایی که توانایی بیان و کنار آمدن با روایات و داستان های زندگی گذشته را داشتند راحت تر با اتفاقات جاری کنار می آیند، همچنین آنها نشان دادند که افرادی که در احساس امنیت و اعتماد را در زندگی گذشته و در خانواده مبدا و پیش از ازدواج روایت کردند، همین انتظارات را در زندگی فعلی خود داشتند و رضایت مندی بیشتری را گزارش کردند. بریمهال و همکاران(۲۰۰۳) نیز در پژوهش خود نشان دادند، فرایند درمان از طریق مدل درمان روایتی خانواده می تواند احساس رضایت در روابط فعلی همراه با تجربیات مثبت جدید در مقابله با مسائل زندگی و ارتباط سازنده تر در زندگی زناشویی زوجین را پیش بینی کند. بلانتون و آوری(۲۰۰۱) در پژوهشی با عنوان زوج درمانی و قدرت و ایجاد روایتهای جدید در خصوص به اشتراک گذاری قدرت در روابط زناشویی نشان دادند یکی از راهای تقسیم و به اشتراک گذاری قدرت در روابط زناشویی بیان روایت هایی در خصوص موقعیت های است که یکی از طرفین اعمال قدرت میکند، مثلا: در موقعیت تصمیم گیری. همچنین آنها معتقدند که بیان روایت ها میزان احساس کنترل و سلطه را در زوج ها کاهش می دهد و آنها می توانند به احساس رضایت دست یابند.

بنابراین، پژوهش حاضر و پژوهش های همسو با آن نشان می دهند که آموزش رویکرد روایت درمانی زندگی زناشویی و خصوصا، سازگاری زناشویی را به طور معنی داری افزایش می دهد، این بدان معناست که شرکت در جلسات درمانی و بیان داستان و روایت های زندگی افراد در مقابل شریک زندگی خویش، و بحث درباره مشکلات زندگی، می تواند توانایی زوج ها را در ارتباط با یکدیگر بهبود بخشد و زوج ها با گوش دادن به داستان زندگی یکدیگر توانایی درک موقعیت های یکدیگر را افزایش می دهند. بعلاوه بر مشارکت زوج ها در خلق تجربیات جدید، روایاتی با مضمون مثبت و اعمال و

رفتار هایی جدید که در نهایت افزایش سازگاری و رضایت در زندگی زناشویی را به همراه دارد منجر می شود. نتایج این پژوهش انجام پژوهش هایی با همین عنوان که در آن بتوان متغیر های دیگری را هم بررسی کرد مثل بخشش (اینکه فرد پس از بیان روایتی که مشکل تلقی می شود بتواند شرایط گذشته و افرادی را که احساس منفی را در او ایجاد می کنند فراموش کند و ببخشد). و همچنین متغیر دیگری مثل سبک دلبستگی (به این خاطر که سبک دلبستگی در شکل گیری روایت های اولیه زندگی نقش مهمی را می توانند ایفا کند) را مورد آزمایش قرار داد.

منابع و مواخذ

الف: منابع فارسی

- آسابرگر، آرتور. *روایت در فرهنگ عامیانه*. (ترجمه محمدرضا لیراوی، ۱۳۸۰). تهران: انتشارات سروش.
- احمدی، خدابخش. (۱۳۸۰). *بررسی عوامل موثر بر سازگاری زوجین و مقایسه دو روش مداخله ای تغییر شیوه زندگی و حل مشکل خانوادگی در کاهش ناسازگاری زناشویی*. رساله دکتری مشاوره، دانشکده روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی.
- استرن برگ، رابرت جی. (بی تا). *قصه عشق*. (ترجمه علی اصغر بهرامی، ۱۳۸۲). تهران: انتشارات جوانه رشد.
- اسماعیل نسب، م. (۱۳۸۳). *بررسی روایت های زندگی افراد افسرده و مضطرب و سالم*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- امینی خو، معصومه. (۱۳۸۵). *بررسی و مقایسه اثربخشی روایت درمانی و درمان شناختی - رفتاری بر تصویر بدنی و عزت نفس زنان مبتلا به سرطان سینه*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- باقریان، مهرانوش. (۱۳۸۹). *تعیین اثربخشی آموزش آموزه های اسلامی بر افزایش سازگاری زناشویی*. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبایی.
- بوستان، افسانه. (۱۳۸۶-۱۳۸۵). *بررسی مقایسه ای اثربخشی زوج درمانی گروهی با آموزش رویکردهای درمان تصمیم گیری دوباره و روایت درمانی بر افزایش رضایت زناشویی در ازدواج های دانشجویی*. رساله دکتری مشاوره، دانشگاه علوم تحقیقات.
- پروچسکا، جمیز. نورکراس، جان. (بی تا). *نظام های روان درمانی*. (ترجمه یحیی سید محمدی، ۱۳۸۷). تهران: نشر روان.
- تبریزی، م. دیبایان، ش. کاردانی، م و جعفری، ف. (۱۳۸۵). *فرهنگ توصیفی خانواده و خانواده درمانی*. تهران: انتشارات فراروان.
- ثناپی، باقر. علاقبند، ستیلا. فلاحتی، شهره. هومن، عباس. (۱۳۸۷). *مقیاس های سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: انتشارات بعثت.

چهارم‌حالی، الهام. (۱۳۸۵). بررسی روایت های زندگی زنان متاهل سازگار و ناسازگار. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی.

دلاور، علی (۱۳۸۸). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی. تهران: انتشارات سمت، چاپ سوم

دوست محمدی، یحیی. (۱۳۸۹). بررسی رابطه سبک های دلبستگی و ابعاد سه گانه عشق استرن برگ با سازگاری زناشویی در بین معلمان متاهل شاغل در آموزش و پرورش شهریار در سال تحصیلی ۱۳۸۸-۸۹. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

ربیعی، سولماز. (۱۳۸۷). بررسی تاثیر روایت درمانی زوجی بر عملکرد خانوادگی زوجین شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.

رستمی ثانی، لیلی. (۱۳۸۶). اثربخشی کاربرد روایت درمانی بر کاهش افسردگی در زنان دانشجوی خوابگاهی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

زارع، فاطمه (۱۳۸۹). اثربخشی رویکرد روایت درمانی در کاهش افسردگی زنان شهرستان مرودشت سال ۱۳۸۸. کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد مرودشت.

عابدی، ع. (۱۳۸۵). قصه درمانی به شیوه روایتی. مجموعه مقالات اولین کنگره سراسری هنر درمانی در ایران. ۹۴-۱۱۹.

عیسی زادگان، علی. (۱۳۸۵). بررسی پردازش معنایی اطلاعات هیجانی و نقش درمان استعاره ای در تغییر آن در بین افراد باروان رنجوری افسردگی و مقایسه آن با افراد دارای صفت شخصیتی برون گرایی. پایان نامه دکترای روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی.

کارلسون، جان. لويس، جوديث. خانواده درمانی. (ترجمه شکوه نوابی نژاد، ۱۳۷۸). تهران: انجمن اولیا و مربیان.

گلدنبرگ، ایرنه، گلدنبرگ، هربرت، خانواده درمانی. (مترجمان: حمیدرضا حسین شاهی براوتی؛ سیامک نقشبندی، ۱۳۸۹). تهران: نشر روان. چاپ دهم

مکیان، سمیه سادات. (۱۳۸۹). مقایسه تاثیر روایت درمانی و رژیم درمانی بر شاخص توده بدن زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

موحدی نسب، علی اکبر. (۱۳۸۹). اثر بخشی کاربرد روایت درمانی بر کاهش بحران هویت دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.

نوری، ابراهیم. (۱۳۸۹). بخشودگی و میزان سازگاری زناشویی. مجله روانشناسی معاصر. دوره پنجم، ویژه نامه، زمستان ۸۹. صص ۷۷۵-۷۷۸.

هالفورد، دبلیو کیم. زوج درمانی کوتاه مدت. (ترجمه تبریزی و همکاران، ۱۳۸۴). تهران: نشر فراروان.

Angus, ynn, levit heide and hatren. (1999). *Narrative processes 1270 coding system*, journal of clinical psychology 1999, vol.55 (10).

Angus,L.E., & Mcleod,J.(2004). *Handbook of narrative and psychotherapy*. London: Sage publication.

Allen , J.R & Allen , B.A(1998). *Redecision therapy through a narrative lens*. In M.Hoyt (Ed.) *Handbook of constructive therapis*. Sanfrancisco : Jossey – Bass.

Anderson Harlen. (2003) . *postmodern social construction the rapies* , in sexton Thomas L., week Gerald & Robbins Micaels ., *Handbook of Family Therapy* , Burnner – Routledge

Brimhall A. S. Gardner,B. C. Henline,, B.H..(2003). *ENHANCING NARRATIVE COUPLE THERAPY PROCESS WITH AN ENACTMENT* Family Therapy 25(4) December *SCAFFOLDIN* .journal of Contemporary 2003 □ ^ 2003 Human Sciences Press, Inc.

Barbara. H. Fiese and Arnold J. Sameroff.(2010). *I. THE FAMILY NARRATIVE CONSORTIUM: A MULTIDIMENSIONAL APPROACH TO NARRATIVES*. <http://onlinelibrary.wiley.com/journal//ISSN1545-5300>).

Brown C. (2007). *Narrative and metaphors*. In : Brown C, Tod As , editors. *Narrative Therapy: Making meaning*.

Carr Alan. (1998) . *Michael White' s Narrative Therapy*. *Contemporary Family Therapy*. 20(4), Desember 1998, Human science, Inc

Frederick S.Wamboldt.(2004). *II. CO-CONSTRUCTING A MARRIAGE:ANALYSES OF YOUNG COUPLES'RELATIONSHIP NARRATIVES*. journal of Individual Psychology. Vol. 60, No. 4, Winter 2004.

Jamie E. Banker . Christine E. Kaestle. Katherine R. Allen. (2010). *Dating is Hard Work: A Narrative Approach to Understanding Sexual and Romantic Relationships in Young Adulthood..* Journal of Contemp Fam Ther (2010) 32:173–191

Polkinghorne Donald E. (2004). *Narrative therapy and postmodernism*. in angus and mcled, hand book of narrative and psychotherapy, sage publication.

Payne , Martin (2006) . *Narrative Therapy (An introduction for counsellors)*. sage publication.

Ryff , C.D (1989) . *Happiness is every thing ,or is it? Exploration .* on the meaning of psychological well-bing . Journal of personality and social psychology , 57 , 1069-1081.

Skerrett. Karen,RN.(2010). ‘‘*Good Enough Stories*’’: *Helping Couples Invest in One Another’s Growth*, journal of Family Process, Vol. 49, No. 4, 2010 . Fam Proc 49:503–516

Sween erik. (1998). *The one minute question: what is narrative therapy, international of narrative therapy and community work*. Dulwich center.

Vandergriff-Avery. P. W. M..(2001). *MARITAL THERAPY AND Blanton MARITAL POWER: CONSTRUCTING NARRATIVES OF SHARING RELATIONAL AND POSITIONAL POWER*. journal of Contemporary Family Therapy 23(3), September 2001 Human Sciences Press, Inc.

White, M (1989). *Family Therapy Training and supervision in a world of experience and narrative* . Dulwich centre Newsletter. Summer 1989/90: 21-38.

White, M. & Epston, d.1990.*Narrative means to therapeutic Ends*. New York: Norton.

پیوست ها

پیوست ۱: پیش نویس جلسات درمان

جلسه ی اول: هدف: آشنایی

ایجاد رابطه ی حسنه با اعضا. بیان اجمالی کارگاه ها. بیان محتوای جلسات برای اعضا. بیان اهداف کارگاه ها برای اعضا. از اعضا خواسته خواهد شد اهداف خود را از حضور در این کارگاه بیان کنند. بیان قواعد بنیادین کارگاه توسط پژوهشگر. حضور منظم/ انجام تکلیف هفتگی/ داشتن ارتباط آزاد در گروه و فعالیت/ داشتن هماهنگی در فعالیت ها/ بیان اصل راز داری و ارزش جلسات آموزشی برای اعضا. نتیجه گیری و خلاصه کردن جلسه. انجام تکالیف زیر: (۱) گسترش دادن داستان زندگی و دادن نقطه شروع به آن (۲) ترسیم داستان زندگی در یک صفحه.

جلسه ی دوم: هدف: شرح داستان مشکل دار و فهم داستان مشکل محور

استقبال از اعضای گروه توسط پژوهشگر. مرور جلسه ی قبلی. شرح مکفی درباره اهداف، ارزش ها، و محتوای درمانی (باز بودن درباره شیوه درمان) / ایجاد موقعیت اشتراکی در درمان و محوریت دادن به مراجع (انعقاد قرار داد درمانی) / آغاز بحث در مورد داستان های زندگی. شرح داستان مشکل دار/ گوش دادن دقیق به جزئیات زبان مراجع/ نام گذاری مشترک مشکل با توجه به اولویت به واژه ها و زبان مراجع/ خلاصه و جمع بندی محتوای جلسه. ارائه تکلیف: ترسیم یک آینده مثبت: دوست دارید چه اتفاق مثبتی در داستان زندگی شما باشد/ و ترسیم و توصیف یک آینده منفی در زندگی زناشویی.

جلسه ی سوم: هدف: گوش دادن دقیق به زبان و استعاره

شرح داستان های مشکل دار با جزئیات بیشتر و به طور کاملتر توسط مراجع: اینکه مشکل چه زمانی؟ چگونه؟ و به چه معنایی؟ و چه مدت؟ اتفاق افتاد/ گوش دادن دقیق به زبان و واژه ها و استعاره های مراجع/ استفاده از زبان برونسازی و جداسازی مشکل از هویت و ارتباطات مراجع (ادامه در طول درمان)/ بررسی روایت بیان شده هر یک از اعضا از دید دیگر اعضای گروه/ خلاصه و جمع بندی محتوای جلسه. ارائه تکلیف و تعیین زمان جلسه ی بعد.

جلسه ی چهارم: هدف: به چالش کشیدن داستان و ارائه یک دورنمای توضیحی خارج از مشکل به زوجین از طریق خلق رابطه جدید

مرور جلسات گذشته/ تشویق مراجع به توصیف روایتهای کوچک و برون سازی مشکل (که فرد بین خود و مشکل تفاوت قائل می شود) و از روش: پرسیدن سوالاتی بود که افراد صفاتی را که به خود نسبت می دادند

تغییر دهند. و به کار بردن استعاره /تشویق مراجع به روشن سازی عکس العمل و عقایدش در مقابل این مشکلات و اتفاقات از طریق پرسش های تأثیر گذار/به چالش کشیدن داستان سرشار از مشکل./خلاصه و جمع بندی محتوای جلسه.

ارائه تکلیف: آیا زندگی شما داستان استثنایی هم بوده؟ و چه زمانی مشکل تکرار نشد؟ و ۵ اتفاق را که در طول هفته اتفاق می افتد، به صورت برون سازی یادداشت کنند.

جلسه ی پنجم: هدف: مطرح نمودن روایت های جایگزین و ایجاد دریچه تازه برای برداشتهای زوجین در باره مشکل

نامگذاری مشکل /ساخت شکنی روایت های مشکل دار/بازمعنایی یا زدن برچسب جدید برای مشکل /مطرح نمودن روایت های جایگزین و مرجح/کمک به کسب آگاهی و قدرت و احساس عاملیت شخصی و امید در مراجع از طریق به بحث گذاشتن پیامدهای منحصر به فرد/تشویق اعضا به رفتارهای مغایر با داستان سرشار از مشکل در فاصله ی بین جلسات/خلاصه و جمع بندی محتوای جلسه./ارائه تکلیف :زوجین ۵ مورد از مواردی که در زندگی در طول هفته به عنوان مشکل اتفاق می افتد، یادداشت کنند و برچسب جدید بزنند.

جلسه ی ششم: هدف: تشخیص پیامد های بی همتا و خلق داستان جدید بر اساس نقاط قوت خودش

مروری بر محتوای جلسه ی قبلی. /گفتگو درباره تغییرات به وجود آمده/پرسش از مراجع درباره استثنایها و موارد منحصر به فرد(زمانیکه مراجع تحت فشار مشکل نبوده)/تمرکز و تأکید بر جزئیات احساسات و تفکرات و رفتارهای این موارد منحصر به فرد/بسط این موارد منحصر به فرد به حال/ادامه ساخت شکنی و بازنویسی هویت های برگزیده (با روایت های برگزیده)/بسط روایت جایگزین از طریق سؤالات چشم انداز عمل و سؤالات چشم انداز هوشیاری

خلاصه و جمع بندی محتوای جلسه./ارائه تکلیف و تعیین زمان جلسه ی بعد/

جلسه ی هفتم:هدف: یادآوری مشکل گذشته و آموزش مهارت های مقابله ای و رها سازی از مشکل

مروری بر محتوای جلسه ی قبلی. /بازگشت به رویدادهای آسیب زا./در میان گذاشتن قصه ی خویش توسط اعضا با گروه./گفتگوی بیشتر با مراجع در مورد ارتباط با افراد مهم زندگیش در گذشته و اکنون جهت یادآوری مشکلات حل نشده./انواع مهارت ها عبارتند از: ۱) مهارت های حرف زدن: هریک از طرف خودشان حرف بزنند/اطلاعات حسی خودشان را توصیف کنند/بیان افکار/ بیان احساسات/ طرح خواسته ها. ۲) مهارتهای گوش دادن: توجه نشان دادن/گوش دادن/نگاه کردن./ تصدیق تجربه ها/ برای اطمینان از صحت مطالب گفته ها را خلاصه کنند/سوال باز پرسیدن.

درخواست از مراجع جهت نوشتن نامه های پست نشده. بخشیدن، فراموش کردن و یا رها کردن افراد زورگو

و سوء استفاده کننده و کسانی که در گذشته موجب خاطرات ناخوشایند برای مراجع بوده اند. در موردی که بعضی مراجعان به نوشتن نامه تمایلی ندارند، درمانگر از آنان می خواهد تا کسانی را نام ببرند که در زندگی به آنان توجه داشته و یا از آنان حمایت کرده اند و درباره ی این خاطرات گفتگو کنند. پرسش از مراجع درباره تصویر افراد نامبرده از خودش و نقش وی در زندگی آنان. نتیجه گیری و مرور محتوای جلسه. ارائه تکلیف و تعیین زمان جلسه ی بعد.

جلسه ی هشتم: هدف: بررسی و دوباره گویی و تثبیت روایت های جایگزین

مرور بر خاطرات و اقدامات احتمالی مراجع درباره مطالب جلسه قبل / گفتگو در مورد تجربه های مثبت و روایت های جایگزین/دوباره گویی و تثبیت روایت های جایگزین/تایید و تصدیق روایت های جایگزین مراجع/ارزیابی نتایج حاصل از روایت درمانی و رفع نقایص/بیشتر کار روایت درمانی شامل گفتن و دوباره گویی است. درمان زمانی پایان می یابد که مراجع احساس کند روایتش تغییر کرد./دریافت بارخورد و انجام پس آزمون/تقدیر از اعضا به خاطر حضور در جلسه و خداحافظی.

the effectiveness narrative therapy upon marital adjustment

Abstract

This study determined the effectiveness of narrative therapy upon increment of marital adjustment. The research of the type of semi experimental study with pretest and posttest design with a control group that is In this study, statistical community, including couples that had some problem in your life. This study sample included ٣0 couples can be. Sampling determined as samples were randomly. According to the research topic to gather required information from the questionnaire, marital adjustment. were used. In order to review data and analyze results of this study covariance method has been used. Results showed that narrative therapy had increment couple's marital adjustment, ($P < 0/01$).

Key words: narrative therapy , marital adjustment, Couples