

The Effectiveness of Narrative Therapy on Marital commitment and Sexual satisfaction

Zahra Tghiyar. M.A

Family counselling, Hormozgan of University, Hormozgan, Iran.

Farshad Pahlavanzadeh. M.A

Family counselling, Marvdasht University, Shiraz, Iran.

Abstract

The purpose of this study was to explain the effectiveness of narrative therapy approach on marital commitment and sexual satisfaction in Isfahan city. This research was a quasi-experimental in which pretest-posttest with control groups was used. Statistical population consisted of all married women referred to counseling centers with marital problems. By using available sampling, 30 individuals were selected and randomly assigned into two groups of control (15 women) and control (15 women). Questionnaire Pini (Sexual Satisfaction, 1987), Questionnaire Adams & Jones (Marital commitment Questionnaire, 1997) were used for research. The experimental group received of Narrative Therapy training in 8 sessions (90 minutes each). The findings were analyzed by SPSS-22 software using covariance analysis. The findings showed that there was a significant difference between marital commitment and sexual satisfaction after pretest control ($p \leq 0.05$). Therefore, group therapy of narrative therapy is effective in increasing marital commitment and sexual satisfaction of married women.

Keywords: sexual satisfaction, marital commitment, narrative therapy.

بررسی اثربخشی رویکرد روایت‌درمانی بر تعهد زناشویی و رضایت جنسی زنان

زهرا تقی‌یار

کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه هرمزگان، هرمزگان، ایران.

فرشاد پهلوان‌زاده*

کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه مرودشت، شیراز، ایران.

چکیده

هدف پژوهش، تبیین اثربخشی رویکرد روایت‌درمانی بر تعهد زناشویی و رضایت جنسی زنان شهر اصفهان بود. پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش، تمامی زنان متأهل بود که با مورد مشکلات زناشویی به مراکز مشاوره مراجعه کرده بودند و با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار داده شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه رضایت جنسی (پینی، ۱۹۸۷) و تعهد زناشویی (ادامز و جونز، ۱۹۹۷) بود. بر روی گروه آزمایشی بسته آموزشی روایت‌درمانی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. یافته‌های به دست آمده با روش آماری تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار SPSS₂₂ تجزیه و تحلیل شد. یافته‌های به دست آمده نشان داد که سطح معناداری تعهد زناشویی و رضایت جنسی پس از کنترل پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری دارد ($p \leq 0.05$). در نتیجه آموزش رویکرد روایت‌درمانی بر بهبود تعهد زناشویی و رضایت جنسی زنان متأهل اثربخش بوده است.

واژه‌های کلیدی: رضایت جنسی، تعهد زناشویی، روایت‌درمانی.

مقدمه

برای داشتن یک رابطه صمیمانه، رابطه جنسی بسیار مهم است. زوج‌ها در محیط صمیمانه و شاد، روابط جنسی رضایت‌بخش‌تری دارند و جذابیت این روابط در طی زمان باقی می‌ماند. نارضایتی و نبود صمیمیت، سرزندگی و شادابی ازدواج را از بین می‌برد و کیفیت ازدواج را پایین می‌آورد. صمیمیت و کامیابی جنسی و افزایش سطح لذت و رضایت حاصل از آن در بین زوج‌ها، عامل اصلی در جلوگیری از گسیختگی و عنان‌بریدگی تمایلات در رفتارهای جنسی آن‌ها و جست‌وجوی ارضای جنسی در روابط غیرزناشویی و خارج خانوادگی است (مسترز^۱، ۲۰۰۸).

رابطه جنسی رضایت‌مند بخش مهمی از یک رابطه است. رابطه جنسی بدون رضایت، مشکلات جنسی را افزایش داده و صمیمیت و شور و نشاط زندگی را کاهش می‌دهد. رضایت جنسی به احساس خوشایند فرد از نوع روابط جنسی اطلاق می‌شود. در مفهوم کلی، رضایت جنسی به احساس زوج‌ها از جنبه جنسی ارتباطشان مربوط می‌شود (مکلنی^۲، ۱۹۹۳؛ پورحیدری، ۱۳۹۲).

یکی از عوامل مؤثر بر رضایت جنسی و صمیمیت زوج‌ها، تعهد زناشویی و وفادار بودن آن‌ها به یکدیگر است. روابط جنسی همان‌طور که اشاره شده است یک مؤلفه مهم در ازدواج بوده و به رضایت زناشویی بسیار وابسته است؛ بنابراین رضایت جنسی بر بسیاری از ابعاد زندگی زناشویی از جمله تعهد زناشویی اثر می‌گذارد (شاه سیاه، ۱۳۸۷). تعهد زناشویی یکی از ویژگی‌های مهم ازدواج‌های موفق و طولانی‌مدت است. به باور لامبرت و دوهیتی^۳ (۲۰۰۸) ازدواج سالم به معنی حضور چندین عنصر مثل تعهد، رضایت زناشویی، ارتباط و عدم وجود عناصری نظیر خشونت و خیانت است. به نظر می‌رسد هم تعهد نسبت به همسر و هم تعهد نسبت به نهاد ازدواج برای موفقیت یک ازدواج مهم باشد. تعهد زناشویی حدی است که در آن افراد دیدگاه بلندمدتی روی ازدواجشان دارند و برای رابطه خود فداکاری می‌کنند. برای حفظ، تقویت و همبستگی اتحادشان گام بر می‌دارند و با همسرشان حتی هنگامی که ازدواجشان

تمایلات، کشش‌ها و کیفیت زندگی جنسی انسان به اندازه اصل زیستن، پربار و پیچیده است. فعالیت جنسی و جنسیت، بخش مهمی از زندگی زناشویی است. تحقیقات متعددی که در مورد عوامل مرتبط با ازدواج انجام گرفته است، نشان می‌دهد که مسائل جنسی از لحاظ اهمیت در ردیف مسائل درجه اول زوج‌ها قرار دارد (کراوفورد و پاپ^۴، ۲۰۰۳؛ برادبری و کارنی^۵، ۲۰۰۴؛ از دیویس و شاور^۶، ۲۰۰۶). نارضایتی از رابطه جنسی، می‌تواند به مشکلات عمیق در روابط زوج‌ها و ایجاد تنفر از همسر، دلخوری، حسادت، رقابت، حس انتقام‌گیری، احساس تحقیر، احساس عدم اعتماد به نفس و نظایر آن‌ها منجر شود. این مسائل توسط تنش‌ها و اختلافات، تقویت شده یا در قالب آن‌ها تجلی و بروز می‌یابد و به تدریج شکاف بین همسران را عمیق‌تر می‌سازد (کریستوفر و اسپرچر^۷، ۲۰۰۰).

یکی از متغیرهای بسیار مؤثر و مهم در رضایت جنسی، کیفیت و چگونگی ارتباط زوج‌ها با یکدیگر است. پژوهش‌ها و تحقیقات متعدد، ارتباط معنی‌داری بین رضایت جنسی و رضایت از تعاملات و ارتباطات زناشویی را به اثبات رسانده است (الیوت و امپرسون^۸، ۲۰۰۸). بارینتوس^۹ (۲۰۰۶) معتقد است از میزان رضایت جنسی زوجین می‌توان به عنوان وسیله اندازه‌گیری تعاملات آن‌ها استفاده کرد. بسیاری از مطالعات نشان می‌دهد که زوج‌ها بالقوه و پنهانی تعارضاتی درباره مسائل جنسی دارند، اما آن را به عنوان یک راز تلقی کرده و از بیان آن خودداری می‌کنند (به نقل از کرو^{۱۰}، ۲۰۰۷).

طبق آمار به دست آمده از سازمان بهزیستی کشور علت ۶۰ درصد طلاق‌های به وقوع پیوسته در کشور مربوط به مسائل جنسی است (به نقل از نعیمی، ۱۳۹۱). به نظر می‌رسد بسیاری از زوج‌های ایرانی از نارضایت‌مندی جنسی رنج می‌برند، اما از مطرح کردن و صحبت کردن درباره آن احساس شرم و گناه می‌کنند و از تأثیر آن بر عدم رضایت زناشویی و در نتیجه عدم نارضایت‌مندی از زندگی خود غافل‌اند.

1. Crawford & pop
3. Davis & Shaver
5. Elliot & Umberson
7. Crowe
9. Maclni

2. Bradbury & karney
4. Christofer & Sprecher
6. Barrientos
8. Masters
10. Lambert & Dollahite

در مورد خود و موقعیت‌ها دست یابند. مؤلفه‌های اساسی روایت‌درمانی عبارت‌اند از تأکید بر نقاط قوت مراجعان، نگریستن به مراجعان و درمانگران به‌عنوان شریک، پذیرش یک رویکرد ساخت‌گرا در معنا و تأکید بر قالب روایت معنا (پل کینگهورن^۶، ۲۰۱۰).

روایت‌درمانی یکی از روش‌های روان‌درمانی مبتنی بر گزارش وقایع داستانی از زندگی فرد است. هر فردی تمایل دارد تا زندگی خود را همچون داستانی که ابتدا و انتهای دارد، روایت کند. بر اساس روایتی که فرد از خود بیان می‌کند نسبت به احساسات و کلیت زندگی‌اش آگاه می‌شود و تجربیات جدیدی کسب می‌کند (فیرکلوث^۷، ۲۰۱۵). روایت‌درمانی رویکردی است که در آن افراد رویدادهای زندگی خود را در قالب روایت طرح‌ریزی می‌کنند و با نگاهی تازه به آن روایت جدیدی می‌سازند (قادری، خدادادی و عباسی، ۱۳۸۹).

در درمان روایتی اعتقاد بر این است که مردم از طریق روایت‌ها به زندگی و تجارب خود معنا می‌بخشند و وجود روایت‌های سرشار از مشکل، به بروز مشکلات منجر می‌شود و منشأ مشکل، داستانی است که مملو از ناکامی، یأس و ناراحتی است (لویه، کمیلی و قاسمی، ۲۰۱۴). بنابراین هدف اصلی روایت‌درمانی کمک به مراجعان برای تجدید نظر و اصلاح داستان‌های درونی شده است که این فرایند سبب می‌شود تا مراجعان احساس کنند قادر به پیش‌بینی و کنترل زندگی خود هستند (پل کینگهورن^۸، ۲۰۱۴).

روایت‌درمانی خصوصاً برای خلق فضا و زمان در جهت تأمین نیاز افراد به رضایت زناشویی سودمند است. روایت‌ها و داستان‌هایی که ما درباره زندگی خویش بیان می‌کنیم از آن نظر بااهمیت هستند که این داستان‌ها ما را قادر می‌سازد که به حوادث زندگی‌مان نظم ببخشیم و تجربیات گذشته، حال و آینده‌مان را بر اساس منطق بسازیم. همچنین یکی از مسائلی که در موقعیت‌هایی ناراضی‌ت زناشویی، نقش اساسی دارد، مسئله زمان است، به‌طوری‌که زمان گذشته برای به خاطر آورده شدن خیلی اندوه‌آور است، زمان حال مملو از

پاداش‌دهنده نیست، می‌مانند (هارمون^۱، ۲۰۰۵). دین و اسپانیر اعتقاد داشتند که تعهد باعث تغییر یک ارتباط به‌صورت ارتباطی متقابل می‌شود و همچنین باعث ثبات زناشویی می‌شود. آنان اعتقاد داشتند که ارتباط‌هایی با تعهد بالا انعطاف‌پذیری بیشتری نیز دارند و عملاً زوج‌ها زمانی می‌توانند از دگرگونی‌ها به دور باشند که در کنار یکدیگر احساس امنیت بیشتری داشته باشند (دین و اسپانیر^۲، ۱۹۷۸). به‌طورکلی یک ازدواج موفق حاوی سه رکن اساسی جاذبه، تفاهم و تعهد است. بدون تعهد، رابطه زناشویی به سمت وسوی جدایی خواهد رفت و در این صورت زوج‌ها نخواهند توانست عشق و صمیمیتی که در نتیجه وفاداری و تعهد به همسر و ازدواج به وجود می‌آید را تجربه کنند (رضایی، ۱۳۹۰).

باید گفت امروزه رویکردهای متفاوت روان‌درمانی برای درمان مشکلات زناشویی پیشنهاد شده است که این رویکردها می‌تواند برای زنانی که مشکلات زناشویی دارند مفید واقع شود. یکی از این رویکردها که برگرفته از دیدگاه‌های پسامدرنیسم است، رویکرد روایت‌درمانی^۳ است که بر واقعیت درونی هر کس متمرکز شده است (نظیری، قادری و زارع، ۱۳۸۹؛ فاضد، ۲۰۱۰).

فرض زیربنایی این رویکرد درمانی آن است که مشکل، مشکل است و فرد و خانواده مشکل نیستند. در روایت‌درمانی به مشکلات انسانی به‌عنوان مسائلی نگریسته می‌شود که از داستان‌های رنج‌آور و تأثیرگذار بر زندگی فرد برخاسته است (نلسون^۴ و جونز^۵، ۲۰۱۳). در این رویکرد درمانی، بررسی چگونگی تحلیل داستان زندگی افراد توسط خودشان است و تمرکز و تأکید کلی برای ایجاد و معانی جدید در زندگی است. مشکلات به‌صورت داستان‌هایی دیده می‌شوند که مردم قبول کرده‌اند برای خود بگویند (ربیعی، فاتحی‌زاده و بهرامی، ۱۳۸۸).

محور اصلی روایت‌درمانی را تعبیر و تفسیرها یا معانی تشکیل می‌دهند که افراد به رویدادها و پیشامدهای زندگی خود نسبت می‌دهند. روایت‌درمانگران به مراجعان کمک می‌کنند تا به تعبیر و تفسیرهای وسیع‌تر و منحصربه‌فردتری

1. Harmon
3. Narrative therapy
5. Jonez
7. Faircloth

2. Dean & Spanier
4. Nelson
6. Pelkengoren
8. Polkinghorne

متخصصان اصلی زندگی‌شان و مشکلات را به‌عنوان بخش‌های جداگانه از مردم می‌بیند و تصور می‌کند مردم دارای بسیاری از مهارت‌ها، باورها، ارزش‌ها و توانایی‌هایی هستند که به آن‌ها کمک می‌کند تا اثرات مشکلات را در زندگی خود کاهش دهند و همچنین راهی برای فهم تجربه انسان و یک ابراز بالینی است (باربارا، فایس و املد، ۱۹۹۹). در روایت‌درمانی به مشکلات انسانی به‌عنوان مسائلی نگریسته می‌شود که از داستان‌های رنج‌آور تأثیرگذار بر زندگی فرد برخاسته است. فرایند درمان، بررسی چگونگی تحلیل داستان زندگی افراد توسط خودشان است و تمرکز و تأکید کلی بر ایجاد معانی جدی در زندگی است، مشکلات به‌صورت داستان‌هایی دیده می‌شوند که مردم قبول کرده‌اند برای خود بگویند (پریسیلا و وندرگریف، ۲۰۰۱). روایت‌درمانگران به ادعاها و داستان‌های عینی کمتر توجه می‌کنند و بیشتر به فواید اجتماعی که داستان‌های زندگی فرد بیان می‌شود، علاقه‌مندند. همچنین در روایت‌درمانی می‌توان زندگی را به شکل متفاوت و در چشم‌اندازی جدید یافت، در حقیقت بازنویسی زندگی هدف نهایی فرایند درمان است و زندگی با تجدید نظر نویسنده تغییر خواهد کرد (اندرو، برنلد و برنلد، ۲۰۰۳). پژوهش‌ها نشان داد که زوج‌هایی که توانایی بیان و کنار آمدن با روایات و داستان‌های زندگی گذشته را داشتند راحت‌تر با اتفاقات جاری کنار می‌آیند (نوری تیر تاشی و کاظمی، ۱۳۹۱).

از طرفی در حوزه درمانگری، برای افزایش تعهد زناشویی و رضایت جنسی از رویکردهای مختلفی استفاده شده است که از جمله آن‌ها می‌توان به شناخت‌درمانی، درمان شناختی‌رفتاری، درمان فراشناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اما رویکرد درمانی روایت‌درمانی نسبت به سایر رویکردهای درمانی دارای مزایایی است که می‌توان به این موارد اشاره کرد: ۱- توجه به نقاط قوت و توانمندی‌های مراجعان و نه صرفاً تمرکز بر مشکلات و آسیب‌های آن‌ها ۲- تمرکز بر راه‌حل‌ها به جای تمرکز بر مشکلات ۳- باور به تغییرپذیری انسان و القای روحیه امید به مراجع و درمانگر ۴- محدود و محصور نکردن ذهن درمانگر به سیستم‌های

درد است و زمان آینده غیر قابل تصور است. بنابراین فرد قربانی یا آسیب‌دیده توان تنظیم و کنترل زمان را نخواهد داشت، اما روایت‌ها نه فقط سازمان‌دهنده زمان هستند، بلکه آن‌ها معنابخش تجربیات زمانی ما نیز هستند. به‌طوری‌که خاطرات گذشته در روایت‌درمانی التیام یافته، صبر و شکیبایی برای امروز افزایش یافته و ما یک آینده خیالی جدید را آغاز می‌کنیم (مالکوم و رامسی، ۲۰۱۰). درمان روایتی معتقد است که مردم از طریق روایات، زندگی و تجارب خود را معنا می‌کنند. وجود روایت‌های سرشار از مشکل به بروز مشکلات منجر می‌شود و تغییرات روان‌شناختی و حل مشکل نیز از طریق روایت مشکل‌دار ممکن می‌شود. درمان روایتی به دنبال یافتن روایاتی است که ارتباط میان زوج‌ها را در روابط زناشویی شکل می‌دهد. همچنین به دنبال تسهیل فرایند بازنویسی مشارکتی روایت‌های مشکل‌دار آنان است (تبریزی، کاردانی، جعفری، ۲۰۰۶).

در این رویکرد، مراجع و درمانگر در واقع ویراستاران زندگی‌نامه شخصی هستند و درمان، ویراستاری زندگی‌نامه شخصی است؛ به عبارتی نقش فعالی را برای مراجع در درمان فراهم می‌کند. فرد در این روش یاد می‌گیرد که 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 ویرایش کنند (بانکر، کاستل و کاترین، ۲۰۱۰). فرایند ساختن داستان‌های جدید یک احساس ضرورت شخصی در اعضای خانواده به وجود می‌آورد که آنان را قادر می‌سازد با آینده بهتر به مبارزه پردازند (ومبلدت، ۱۹۹۹؛ بال، میچل، مالهی، اسکیلکورم و اسمیت، ۲۰۱۱). روایت‌درمانی عبارت است از فرایند کمک به افراد برای غلبه بر مشکلاتشان از راه درگیر شدن در گفت‌وگوهای درمانی که شامل گفتن، گوش دادن، دوباره گفتن و دوباره شنیدن داستان‌ها است. این رویکرد، مردم را به‌عنوان

بود از: داشتن مشکلات زناشویی، حداقل تحصیلات سیکل، طول مدت ازدواج بالاتر از ۳ سال (به دلیل همسان بودن گروه از نظر طول مدت ازدواج و در دسترس بودن گروه). شرایط خروج از پژوهش عبارت بود از: وجود اختلالات حاد روان‌شناختی، مصرف داروهای روان‌پزشکی و طول مدت ازدواج بالاتر از ۱۵ سال.

ابزار سنجش

پرسشنامه استاندارد تعهد زناشویی (DCI):^۱ این پرسشنامه شامل ۴۴ سؤال است که توسط آدامز و جونز طراحی شده است. این پرسشنامه دارای سه جزء است: تعهد به همسر، تعهد به ازدواج و احساس به تعهد که پس از بررسی ضریب آلفای هر جزء جداگانه به دست آمده است و آزمون در کل دارای ضریب آلفای ۰/۸۹ درصد است. در این پژوهش، آلفای به دست آمده در خرده‌مقیاس تعهد شخصی ۰/۴۹، تعهد اخلاقی ۰/۷۳ و تعهد ساختاری ۰/۷۴ به دست آمد و آلفای کل آزمون ۰/۸۳ است. یک نمونه از گویه‌های این پرسشنامه عبارت است از: اعتقاد دارم کسی که ازدواج می‌کند طلاق نمی‌گیرد، حتی اگر از ازدواجش راضی نباشد.

پرسشنامه رضایت جنسی: پرسشنامه رضایت جنسی توسط بارباچ و همکاران (۱۹۷۶)، پینی، گارارد و دینی (۱۹۸۷) تهیه شده است که مقدار کیفیت و طول عشق‌بازی را در بر دارد. در تجدید نظر اکسن و براون (۱۹۷۹)، ۲۴ سؤال پرسشنامه مورد پذیرش قرار گرفت که ۰/۴۲ واریانس را در بر داشت، شامل ۲ خرده‌مقیاس می‌شد که عامل اول شامل ۱۴ پرسش بود با وزنی در محدوده ۰/۷۲ تا ۰/۴۲ که این عامل به‌عنوان رضایت جنسی کلی نام‌گذاری شد و عامل دوم دارای ۱۰ پرسش است با وزنی در محدوده ۰/۶۳ تا ۰/۸۰ که این عامل با نام رضایت از همسر نام‌گذاری شد. در پژوهش طولی آلیس و همکاران (۱۹۸۷) با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ درصد اعتبار پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت. در پژوهشی که توسط آفاتیان و حیدرریش (۱۳۸۹)، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ درصد به دست آمد. روایی این پرسشنامه در پژوهش‌های طولی آلیس و همکاران (۱۹۸۷)، با فهرست رضایت زناشویی هاتسن (HIS) ۰/۶۸ درصد محاسبه شد و با رضایت زناشویی پینی ۰/۶۶ درصد به دست آمد که در سطح

تشخیصی و طبقه‌بندی ۵- انعطاف‌پذیری در درمان ۶- توجه به ویژگی‌های فردی مراجعان و پرهیز از کلی‌نگری و کلی‌گویی در درمان (کشاورز، ۱۳۹۳). بنابراین با توجه به مزایای این رویکرد و به دلیل اینکه زنان در حین زندگی زناشویی خود و با توجه به نوع رابطه با همسرشان یک داستانی برای خود برمی‌گزینند و طبق همان داستان در موقعیت‌های متفاوت عمل می‌کنند؛ همچنین با در نظر گرفتن این موضوع که زوج‌های ایرانی در شرایط انتقال از جامعه سنتی به مدرن زندگی می‌کنند و در چنین شرایط انتقالی پیچیده، بی‌گمان روابط زوج‌ها، کیفیت زندگی و تعهد زناشویی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این‌رو، هرچند در سال‌های اخیر در مورد تأثیر روابط زوج‌ها مطالعات متعددی انجام شده است و در این زمینه پیشرفت‌های چشمگیری حاصل گردیده با این حال تحقیقات در زمینه تأثیر روایت‌درمانی بر تعهد زناشویی و رضایت جنسی در زنان محدود است و تحقیقات بیشتری را برای رسیدن به نتایج دقیق‌تر و برطرف کردن خلأ موجود میان دستاوردهای علمی می‌طلبد. بنابراین پژوهش با هدف اثربخشی رویکرد روایت‌درمانی بر تعهد زناشویی و رضایت جنسی زنان انجام شد و در راستای این هدف، فرضیه‌های زیر مورد بررسی قرار گرفت:

۱. آموزش روایت‌درمانی بر تعهد زناشویی زنان متأهل مؤثر است.

۲. آموزش روایت‌درمانی بر رضایت جنسی زنان متأهل مؤثر است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش نیمه‌تجربی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایشی و کنترل است. جامعه آماری شامل همه زنان متأهل با محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال بود که با مورد مشکلات زناشویی به مراکز مشاوره شهر اصفهان مراجعه کرده و پس از اعلام رضایت و توضیح در مورد اهداف این پژوهش، حاضر به همکاری شدند، انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل (۱۵ زن در گروه آزمایشی و ۱۵ زن در گروه کنترل) قرار گرفتند. شرایط ورود به پژوهش عبارت

سؤالاتی بود که افراد، صفاتی را که به خود نسبت می‌دادند تغییر دهند و به کار بردن استعاره/تشویق مراجع به روشن سازی واکنش و عقایدش در مقابل این مشکلات و اتفاقات از طریق پرسش‌های تأثیرگذار/ به چالش کشیدن داستان مشکل‌ساز.

۵. در میان گذاشتن قصه خود توسط اعضا با گروه/ گفت‌وگو درباره افراد مهم زندگی در گذشته و اکنون به منظور یادآوری مشکلات حل‌نشده، نام‌گذاری مشکل/ ساختارشدنی روایت‌های مشکل‌دار/ بازمعنایی و معنابخشیدن دوباره یا برچسب زدن جدید برای مشکل، مطرح کردن روایت‌های جایگزین و مرجح/ کمک به کسب آگاهی، قدرت، 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 بین جلسات.

۶. بیان انواع مهارت‌ها عبارت‌اند از: الف) مهارت‌های حرف زدن: هر یک از طرف خودشان حرف بزنند/ اطلاعات حسی خودشان را توصیف کنند/ بیان افکار/ بیان احساسات/ طرح خواسته‌ها ب) مهارت‌های گوش دادن درخواست از مراجع به منظور نوشتن نامه‌های پست‌نشده، بخشیدن، فراموش کردن و یا رها کردن افراد زورگو و سوءاستفاده‌کننده و کسانی که در گذشته موجب خاطرات ناخوشایند برای مراجع بوده‌اند.

۷. ایجاد دریچه‌ای تازه برای برداشت‌ها و فرضیات زوج‌ها درباره مشکل و تألیف یک داستان جدید توسط مراجع با تکیه بر نقاط قوت و بررسی داستان تازه زنان.

۸. جمع‌بندی جلسات و انجام پس‌آزمون و گرفتن بازخورد (ارزیابی نتایج حاصل از روایت‌درمانی و رفع نقایص/بیشتر کار روایت‌درمانی شامل گفتن و دوباره‌گویی است. درمان زمانی پایان می‌یابد که مراجع احساس کند روایتش تغییر کرده است).

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، برای بررسی فرضیات پژوهش از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS²² انجام گرفت.

۰/۰۱ معنادار شدند. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمد. یک نمونه از گویه‌های این پرسشنامه عبارت‌اند از: احساس می‌کنم کمبودی در رابطه جنسی ندارم.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

پس از انتخاب نمونه‌های پژوهش از سه مرکز مشاوره (ذهن زیبا، امین و یاس سفید) که حاضر به همکاری شدند و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج و جایگزین کردن در دو گروه کنترل و آزمایش و برگزاری پیش‌آزمون، برنامه آموزشی روایت‌درمانی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک‌بار) بر روی گروه آزمایش اجرا شد. مکان تشکیل کلاس‌ها در مرکز مشاوره ذهن زیبا بود که سعی شد گروه کنترل در تمام موارد حتی شرایط فیزیکی محیط با گروه آزمایش هماهنگی و تطابق داشته باشند، غیر از دریافت آموزش‌های مربوط به روایت‌درمانی. درنهایت بعد از اتمام جلسات از همه آزمودنی‌ها (گروه کنترل و آزمایش) پس‌آزمون به عمل آمد. به منظور آموزش روایت‌درمانی در این پژوهش از سرفصل‌های جلسات آموزش گروهی روایت‌درمانی کار^۱ (۱۹۹۸) استفاده شد. خلاصه جلسات آموزشی که اجرا شد به شرح زیر است:

۱. آشنایی با اعضا، بیان منطقی و اهداف جلسات آموزشی، تبیین و ارائه الگوی درمانی-آموزشی.

۲. توصیف داستان زندگی برحسب تاریخچه به قصد تشخیص قصه مسلط و حاشیه‌ای زنان در داستان زندگی مشترکشان.

۳. آموزش مهارت‌های غلبه بر مشکل و راه‌حل‌های مناسب آن، فهم داستان مشکل‌محور و داستان‌های حامی آن، گوش دادن دقیق به زبان و واژه‌ها و استعاره‌های مراجع/ استفاده از زبان برون‌سازی و جداسازی مشکل از هویت و ارتباطات مراجع/ بررسی روایت بیان شده هر یک از اعضا از دید دیگر اعضا.

۴. ارائه یک دورنمای توضیحی خارجی از مشکل به زوجین از طریق خلق نوعی رابطه جدید، تشویق مراجع به توصیف روایت‌های کوچک و برون‌سازی مشکل (که فرد بین خود و مشکل تفاوت قائل می‌شود) و روش، پرسیدن

یافته‌ها

برای تحلیل فرضیه‌های این پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد و تمام پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس رعایت شده است.

جدول ۱. نتایج آزمون همگنی واریانس لوین متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معناداری
رضایت جنسی	۱	۲۸	۱/۷۴	۰/۱۹۷
تعهد زناشویی	۱	۲۸	۲/۶۵	۰/۱۱

نتایج به دست آمده در جدول ۱ نشان می‌دهند که آزمون لوین در متغیرهای وابسته پژوهش در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار نیست ($P \geq 0/05$). بنابراین واریانس گروه آزمایشی و گروه کنترل در متغیرهای تعهد زناشویی و رضایت جنسی به‌طور معنی‌داری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود. نتایج آزمون‌های کولموگورف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع میانگین‌ها در جدول‌های گروه کنترل در متغیرهای تعهد زناشویی و رضایت جنسی ۴-۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. آزمون کولموگورف-اسمیرنوف برای نرمال بودن توزیع میانگین داده‌ها

مرحله	گروه	مقدار آماره	سطح معناداری
پس‌آزمون	کنترل	۰/۶۹	۰/۷۱
	آزمایش	۰/۴۲	۰/۹۹

با مشاهده سطح معناداری در جدول ۲ مشخص می‌شود که متغیرها دارای توزیع نرمال است ($P \geq 0/05$) و پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها تأیید می‌شود.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات تعهد زناشویی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	حجم اثر	توان آماری
پیش‌آزمون	۳۲۸۱/۰۴	۱	۳۲۸۱/۰۴	۹۲۰/۷۱	۰/۰۰۰	۰/۹۷	۱
عضویت گروهی	۳۱۴/۴۰	۱	۳۱۴/۴۰	۸/۸۲	۰/۰۰۸	۰/۳۰	۰/۸۰

بر اساس یافته‌های به دست آمده، سطح معناداری تعهد زناشویی پس از کنترل پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد ($p=0/008$). نتایج نشان داده است که نزدیک به ۳۰ درصد از تفاوت نمرات تعهد زناشویی مربوط به درمان گروهی روایت درمانی است. توان آماری ۸۰ درصدی نشان‌دهنده دقت خوب آزمون و حجم نمونه کافی برای بررسی این فرضیه است. بنابراین فرضیه اول پژوهش که مبنی بر بررسی اثربخشی رویکرد روایت‌درمانی بر تعهد زناشویی زنان تأثیرگذار است، تأیید می‌شود ($p \leq 0/05$).

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات رضایت جنسی

منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	حجم اثر	توان آماری
پیش‌آزمون	۲۴۷۵/۴۵	۱	۲۴۷۵/۴۵	۸۴۷/۹۴	۰/۰۰۰	۰/۶۶	۱
عضویت گروهی	۲۵۶/۹۸	۱	۲۵۶/۹۸	۸/۸۲	۰/۰۱۳	۰/۲۷	۰/۹۲

توجه به این که در تمامی این گروه‌ها به نوعی زنان دارای مشکلات زناشویی بودند، پس تأثیر روایت‌درمانی بر بهبود تعهد زناشویی و رضایت جنسی زنان را می‌توان توجیه کرد. نارضایتی جنسی در روابط زوجین با گله و شکایت کردن، غرولند کردن، متهم ساختن یکدیگر، سرزنش نمودن و عیب جویی کردن از یکدیگر نمایان می‌شود و این حیطه از روابط به شدت تهدیدکننده داستان زندگی است، چرا که برای زنان، ارتباط جنسی چیزی فراتر از تماس جنسی است و این امر، مدخلی برای دستیابی به هماهنگی و فعالیت مشترک و ایجاد عواطف مثبت و رابطه دلبستگی ایمن محسوب می‌شود. زنان در طی جلسات درمانی به داستان جدیدی برای سخن گفتن و بیان داستان و معنای خود رسیدند و اظهار کردند که بعد از تغییر داستان مسائل جنسی برایشان و بیان آن با همسرشان، توانستند رضایت جنسی بیشتری داشته باشند.

تعهد به ازدواج به عنوان یک بنیاد (تعهد اخلاقی)، این احساس را در افراد شدت می‌بخشد که ملزم به حفظ ازدواج به عنوان وظیفه‌ای اخلاقی یا اجتماعی هستند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند زوج‌هایی که زمان زیادی را صرف درمان با رویکرد روایت‌درمانی و بیان داستان زندگی خود کردند، عملکرد بهتری را خصوصاً در حوزه کاهش مشکلات و تعارضات در زندگی زناشویی و افزایش تعهد زناشویی گزارش کردند (بریمهال^۴ و همکاران، ۲۰۰۳). آموزش مبتنی بر روایت‌درمانی می‌تواند از طریق افزایش همدلی در بین زوج‌ها، تعهد آن‌ها را افزایش دهد. در برنامه آموزش همدلی مهارت‌های گفت‌وگو، حل تعارض و سبک ارتباط صریح و جرأت‌مندانه آموزش داده می‌شود. زوج‌ها با این آموزش‌ها یاد می‌گیرند احساساتشان را افشا کنند و ضمیر من در جملات استفاده کنند و از جنبه قضای و ارزیابی جملات بکاهند و همچنین حالت دفاعی بودن را در طرف مقابل کاهش دهند.

بر اساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۴ می‌توان مشاهده کرد که در نمرات رضایت جنسی پس از کنترل پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p=0/013$). بنابراین فرضیه دوم پژوهش نیز تأیید می‌شود ($p\leq 0/05$). همچنین نتایج نشان داده است که نزدیک به ۲۷ درصد از تفاوت نمرات رضایت جنسی زنان مربوط به درمان گروهی است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روایت‌درمانی بر افزایش تعهد زناشویی و رضایت جنسی زنان متأهل صورت گرفته است. در راستای دستیابی به این هدف، یافته‌های حاصل از فرضیه اول پژوهش حاکی از این است که آموزش گروهی روایت‌درمانی بر تعهد زناشویی زنان مؤثر است و ۹۵ درصد آموزش روایت‌درمانی بر بهبود تعهد زناشویی تأثیرگذار است. در راستای تأیید یا عدم تأیید یافته فرضیه حاضر، پژوهشی مشاهده نشد و پژوهش‌ها در زمینه تعهد، بیشتر از نوع بررسی عوامل مؤثر بر تعهد زناشویی بود. همچنین یافته فرضیه دوم مبنی بر اثر آموزش گروهی روایت‌درمانی بر رضایت جنسی به صورت غیرمستقیم با یافته پژوهش‌های هنرپروازان و همکاران (۱۳۸۹)، امینی سولاری و باغبان (۱۳۸۹)، والش^۱ (۲۰۰۲)؛ دنتون^۲ (۲۰۰۳)، شارما^۳ (۲۰۰۷) که در زمینه اثربخشی رویکرد هیجان‌مدار بر میزان رضایت جنسی زوجین انجام داده بودند همسو و همخوان است. به‌طور نمونه نریمانی، عباسی، بگیان کوله‌مرز و بختی (۱۳۹۳) به این نتیجه رسیدند که روایت‌درمانی موجب تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار بین زوج‌ها می‌شود.

در تبیین تأثیر روایت‌درمانی می‌توان به این مسئله اشاره کرد که این رویکرد اثرگذاری قابل توجهی در کار با گروه‌های مختلف همچون تعارضات زناشویی، تمایل به بخشودگی و عملکرد خانوادگی داشته است. همچنین با

1. Walsh
3. Sherma

2. Denton
4. Brimhall

این مهارت باعث افزایش همدلی و تقویت ارتباط و در نتیجه افزایش صمیمیت و تعهد بین زوج‌ها می‌شود. در روایت‌درمانی زوج‌ها با تعریف رویدادهای زندگی‌شان می‌توانند میزان همدلی را در بین خود افزایش دهند و از این طریق با آشکار کردن احساس‌های مثبت و منفی خود و همچنین توجه به تعریف رویدادها از نگاه یکدیگر، میزان تعهد شخصی را در بین خود بهبود بخشند.

با توجه به این که موضوع اصلی در روایت‌درمانی این است که شخص، مشکل نیست، رویکردی بی‌نهایت سودمند و تأثیرگذار در توجه به باورهای ناکارآمد و تغییر آن‌ها، برونی‌کردن و از توان‌انداختن مشکل، ایجاد توان نگاه بیرونی به مشکل از زاویه‌های مختلف و در نهایت خلق تفسیری متفاوت و تألیفی دوباره برای داستان زندگی شخص است. علت دیگر تأثیرگذاری این روش این است که روایت‌درمانی به حل یک یا چند مشکل جزئی نمی‌پردازد، بلکه بر روند کلی زندگی فرد تأثیر می‌گذارد که داستان کلی زندگی فرد در تمام ابعاد زندگی تغییر می‌کند.

زمانی که روابط گسسته و خدشه‌دار می‌شود خصوصاً بعد از آسیب ناشی از تجربه‌های سهمگین، ما سؤال می‌کنیم کیستیم، متعلق به چه کسی هستیم، چه نقش‌هایی را می‌توانیم ایفا کنیم و اینکه زندگی برای ما چه معنایی می‌تواند داشته باشد (اسکرت^۱، ۲۰۱۰). بنابراین رویکردهای روایتی، این فرصت را به ما می‌دهند تا راه و روشی که برای پای‌بند بودن مد نظر قرار داده بودیم و همچنین نقش‌هایی که برای خود و دیگران در مسیر تعهد تعیین کرده بودیم را مورد بازبینی و تجدید نظر قرار دهیم.

بیشترین اهمیت روایت‌درمانی این است که به مردم کمک می‌کند که پی ببرند، نوشتن داستان‌های زندگی می‌تواند آن‌ها را با راهنمایی‌های متناوب در زندگی آماده کند که به صورت دقیق‌تر ارزش‌ها، باورها، روابط و توانایی‌هایشان را انعکاس دهند.

روایت‌درمانی همچنین می‌تواند یک ایماگو جهانی برای توصیف افراد به کار گیرد که داستان‌های زندگی‌مان را نمایان می‌کند. این ایماگوها شخصیت‌های اصلی (افسانه شخصی) شیوه رفتاری ما هستند و عمداً یا سهواً برای تدارک یک الگو

برای هویت‌مان و برای بیان چگونگی پاسخ به اتفاقاتی که برای ما می‌افتد به کار می‌روند (مالکوم و رامسی^۲، ۲۰۱۰). ما اغلب تمایل داریم در موقعیت‌هایی که پای‌بندی افراد را می‌خواهد، ایماگوها را برای خودمان و برای دیگران به صورت وضعیت سیاه و سفید مشخص و تعریف کنیم. مثلاً (ما قربانیان خوبی هستیم، آن‌ها آدم‌های بد ذاتی است). طرح‌هایی که این ایماگوها را همراهی می‌کنند، درونی، ساده، محدود و غیر جالب هستند. یکی از فوایدی که می‌توان به عنوان نتیجه جلسات روایت‌درمانی معرفی کرد، فهم یک نگاه جدید به دنیا و خصوصاً با مضمون مثبت است که می‌تواند شرایط را برای حل گذشته دردناک برای افراد فراهم کند.

همچنین فرایند روایت‌درمانی شامل گفتن، گوش دادن، دوباره گفتن و دوباره شنیدن داستان‌ها است. این داستان‌ها مواد و منابعی برای ترسیم معنی، فهم و بینش به دست می‌دهد. بخش اصلی درمان کمک به افراد است که رابطه داستان‌هایشان را با دیگران و زندگی خود بفهمند. در واقع آنچه مهم است کشف سبک داستان است. تأکید اولیه روایت‌درمانی بر تفسیرها یا معنایی است که افراد به اتفاقات و رویدادهای زندگی خود نسبت می‌دهند. فهم تفسیری که افراد از رویدادها دارند می‌تواند اعمال آن‌ها را محدود کرده و یا گسترش دهد. روایت به مراجعان کمک می‌کند تا به تفسیرهای جامع‌تر و وسیع‌تر از حدود و موقعیت‌ها برسند، وقتی از یک درک روایت وسیع‌تری به آن نگاه کردند، جنبه‌هایی از خودشان که به وسیله تفسیرهای محدودکننده پوشیده شده‌اند اجازه می‌یابند که به نظر برسند. بنابراین پژوهش فرایند روایت‌درمانی شاهرایی است برای التیام‌بخشیدن به حوادث گذشته و گذشتن از آن و جاده ای است هموار در سوق دادن افراد به آینده‌ای با معنی و مضمونی مثبت که نتیجه این نگرش چیزی جز آرامش درون نخواهد بود. همچنین این بازبینی گذشته که با شخصیت‌سازی‌های در مورد مشکل همراه می‌شود، جدای از آنکه به افراد اجازه می‌دهند بین خود و مشکل فاصله‌سازی کنند، همین حق را به دیگر ایفاکنندگان عرصه زندگی‌شان نیز می‌دهند.

منابع

- Andrew, SB., Brandt, CG., & Branden, HH. (2003). Enhancing Narrative. Couple Therapy Process with an Enactment Scaffolding. *Contem Fam Ther*, 25(4), 391-414.
- Ball, J., Mitchell, P., Malhi, G., Skillecorem, A., & Smith, M. (2011) Co-Constructing a Marriage: Analyses of Young Couples' Relationship Narratives. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 12, 37-51
- Banker, J., Kaestle, CH., & Katherine, A. (2010). Dating is Hard Work: A Narrative Approach to Understanding Sexual and Romantic Relationships in Young Adulthood. *J Contemp Family Ther*, (32), 173-191.
- Barrientos, J. E. (2006). Psychological variables of sexual satisfaction. *Journal of Sex of Marital therapy*, 32, 351- 368.
- Barbara, H. F., & Arnold, J. S. (1999). The Family Narrative Consortium: A Multidimensional Approach to Narratives. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64(2), 1-36.
- Brimhall, A.S., Gardner, B.C., & Henline, BH. (2003). Enhancing narrative couple therapy process with an enactment Scaffolding. *Journal of Contemporary Family Therapy*, 25(4), 391-414.
- Carr, A. (1998). Michael White's narrative therapy. *Contemporary Family Therapy*, 20(4), 485-503.
- Christopher, F. S., & Sprecher, S. (2000). Sexuality in marriage, dating, and other relationships. *Journal of Marriage and Family*, 62, 999-1017.
- Crowe, M. (2007). Managing couple relationship and individual psychological problems in psychosexual therapy. *Journal of Sexual Disorder and Psychosexual Therapy*, 6 (3), 95-98.
- Dean, DG., & Spanier, GB. (1978). Commitment: An overlooked variable in marital adjustment. *Sociological Forc*, 7, 113-8.
- Denton, W. H. (2003). Emotion- focused therapy for couple in the treatment of depression. *The American Journal of Family Therapy*. 31, 345-353.
- Davis, D., & Shaver, P. (2006). "I can't get no satisfaction" insecure attachment, inhibited sexual communication, and sexual dissatisfaction. *Journal of Personal relationships*, 13, 465-483.
- Elliott, S., & Umberson, D. (2008). The performance of desire: Gender and sexual negotiation in long-term marriage. *Journal of Marriage and Family*, 70, 391-406.
- Faircloth, G. A. (2015). *Qualitative Study/Counter-Story Telling: A Counter-Narrative of Literacy Education for African American Males*. (Dissertation). University of Miami.
- Fazd, M. (2010). The emerging for Narrative exposure therapy: A review. *clinical psychology review*, 30(8), 1030-1039.
- Harmon, Kh. D. (2005). *black men and marriage: the impact of spirituality, religiosity, and marital commitment on satisfaction*. unpublished doctoral dissertation, university of Alabama.
- Lambert, N. M., & Dollahite, D. C. (2008). The Threefold Cord: Marital Commitment in Religious Couples. *Journal of Family Issues*. 29: 592-614.
- امینی سولاری، ف.، یاغان، ا. (۱۳۸۹). اثربخشی روایت‌درمانی به شیوه زوجی بر رضایت زناشویی زوجین شهر اصفهان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.
- پورحیدری، س. (۱۳۹۲). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر رضایت جنسی و زناشویی زوج‌های جوان، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، سال ۱۴(۱)، ص ۲۲-۱۴.
- ربیعی، س.، فاتحی‌زاده، م.، بهرامی، فاطمه، (۱۳۸۷). روایت‌درمانی، مجله تازه‌های روان‌درمانی، ۴(۱۴)، ص ۸۸-۶۹.
- رضایی، ج. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش سبک زندگی اسلام‌محور با تأکید بر نظام خانواده بر تعهد و صمیمیت زوجین اراک، پایان‌نامه ارشد مشاوره، دانشگاه اصفهان.
- شاه سیاه، م. (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی آموزش جنسی بر بهبود کیفیت زناشویی زوجین شهر اصفهان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.
- قادری، ر.، خدادادی، ز.، عباسی، ز. (۱۳۸۹). اثربخشی گروه‌درمانی تلفیقی به شیوه تعلیم‌گیری دوباره و روایت‌درمانی بر کنترل عواطف در نوجوانان دختر شهر شیراز، فصلنامه زن و جامعه، ۱(۳)، ص ۱۳۷-۱۵۴.
- کشاوری، ا. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر روایت‌درمانی بر علائم افسردگی، نشخوار ذهنی و عزت‌نفس نوجوانان پسر دبیرستانی شهر اصفهان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.
- نیرمانی، م.، عباسی، م.، بگیان کوله مرز، م.، بختی، م. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و روایت‌درمانی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۴(۱)، ص ۱-۲۸.
- نظیری، ق.، قادری، ز.، زارع، ف. (۱۳۸۹). اثربخشی رویکرد روایت‌درمانی در کاهش افسردگی زنان، مجله زن و جامعه، ۱(۲)، ص ۷۸-۶۵.
- نعیمی، م. ر. (۱۳۹۱). مشکلات جنسی و طلاق، مطالعات جامعه‌شناختی ایران، ۲(۴)، ص ۱۹۱-۲۱۱.
- نوری تیرتاشی، ا.، کاظمی، ن. (۱۳۹۱). بررسی تأثیر روایت‌درمانی بر میزان تمایل به بخشودگی در زنان، مجله روان‌شناسی بالینی، سال چهارم، شماره ۲(۱۴)، ص ۷۱-۸۰.
- هنرپزوان، ن.، تبریزی، م.، نوابی‌نژاد، ش.، شفیق‌آبادی، ع. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش رویکرد هیجان‌مدار بر رضایت جنسی زوجین، اندیشه و رفتار، دوره چهارم، شماره ۱۵، ص ۵۹-۶۳.

- Looyeh, M.Y., Kamali, K.H., & Ghasemi, A. (2014). Phuangphet Tonawanik Treating social phobia in children through group narrative therapy. *The Arts in Psychotherapy* 41 (2), 16-20.
- Malcolm, L., & Ramsey, J. (2010). On forgiveness and healing: Narrative therapy and the Gospel story. *Word & World*, 30(1), 23-32.
- Masters, A. (2008). Marriage, commitment and divorce in a matching model with differential aging. *Review of Economic Dynamics*, 11, 614-628.
- Nelson-Jones, R. (2013). Nelson-jones theory and practice of counseling and Rethinking Rumination. *Perspective oh Psychological Science*, 3(5), 400-424.
- Polkinghorne, D. E. (2014). *Narrative therapy and postmodernism*. In Angus, L. E & McLeod, J. (Edi). The handbook of Narrative and psychotherapy. Sage publications India Pvt. Ltd .
- Priscilla, WB., & Vandergriff-Avery, M(2001). Marital Therapy and Marital Power: Constructing Narratives of Sharing Relational and Positional Power. *Contem Fam Ther*, 23(3), 259-308.
- Sherma, R. (2007). *A task analytic examination of dominance in emotionfocused couple therapy*. thesis for degree of doctor of psychology of York university, Toronto.
- Skerrett, RN. (2010). Good Enough Stories: Helping Couples Invest in One Another's Growth. *j Fam Proc*, 49(4), 503-516.
- Tabrizi, M., kardani, M.,& Jafari, F. (2006). *family descriptive Dictionary*. Tehran. Fararavan Publication.
- Walsh, S. B. (2002). *Emotion-focused couple therapy as a treatment of somatoform disorder*, thesis for doctor of philosophy in human development marriage & family therapy program Virginia Polytechnic Institute & State University.
- Wamboldt, F. (1999). Co-constructing a Marriage: Analyses of Young Couples' Relationship Narratives. *Monographs of the Society for Researchn in Child Development*, 64(2), 37-51.