

« زن و مطالعات خانواده »

سال هشتم - شماره سی و ششم - تابستان ۱۳۹۶

ص: ۱۱۹-۱۰۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۹/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۳/۱۰

اثربخشی روایت‌درمانی گروه بر امید و سلامت روان زنان مطلقه مراجعه کننده به اورژانس اجتماعی بهزیستی شهرستان ساری در سال ۱۳۹۴

فاطمه محمدنژاد^۱

دکتر داریوش قاسمیان^۲

عباس ذبیح‌زاده^۳

چکیده

طلاق یکی از شدیدترین تنیدگی‌های زندگی انسانی است که پیامدهای روانی ناگواری همچون کاهش امید و سلامت روانی را در پی دارد. مطالعه حاضر با هدف کارآزمایی اثربخشی روایت‌درمانی گروه بر امید و سلامت روانی زنان مطلقه انجام شده است. این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری مورد مطالعه کلیه زنان مطلقه مراجعه کننده به اورژانس اجتماعی بهزیستی شهرستان ساری بوده‌اند که طی شش ماه گذشته زندگی خود تجربه جدایی و طلاق داشته‌اند. از جامعه آماری مزبور ۴۰ زن مطلقه به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه به طور برابر (۲۰ نفر) قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت روایت‌درمانی گروه قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. از مقیاس امید اسنایدر (۱۹۹۱) و پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ (۱۹۷۲) نیز برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش استفاده شد. داده‌های به دست آمده با استفاده از روش کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که روایت‌درمانی گروه موجب ارتقای امید و بهبود شاخص‌های سلامت روانی در زنان مطلقه شده است ($P < 0/01$). مطابق با یافته‌های این مطالعه روایت‌درمانی گروه راهبرد بالینی مؤثری برای کاهش آثار سوء روان‌شناختی طلاق می‌باشد.

۱. کارشناس ارشد گروه روان‌شناسی بالینی، واحد آمل، دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران (نویسنده مسؤول)

f.mohammadnejad2013@gmail.com

Darush_sari@yahoo.com

Zabihzadeh.a@gmail.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد ساری دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران

۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

واژه‌های کلیدی: امید، روایت‌درمانی، سلامت روان، گروه‌درمانی، طلاق

مقدمه

نظام خانواده در نتیجه تحولات اجتماعی دهه‌های گذشته در سطح جهانی، با چالش‌ها و مسائل جدیدی دست به گریبان شده است و از این رو به شکل فزاینده‌ای در معرض تهدید قرار گرفته است. اضمحلال تدریجی کارکردهای زندگی زناشویی از قبیل کارکردهای زیستی، اجتماعی، شناختی و عاطفی، منجر به تقلیل جدی احساس رضایت‌مندی در زندگی زناشویی می‌شود. این کاهش تدریجی رضایت‌مندی ابتدا موجب جدایی عاطفی زوج و در نهایت واقعه‌ای حقوقی می‌شود که ذیل عنوان «طلاق»^۱ مورد بررسی قرار می‌گیرد (زهتاب نجفی و سالمی، ۱۳۹۱). در سال‌های اخیر با افزایش آمار روزافزون طلاق، این مسأله به یک روند و معضل مهم اجتماعی تبدیل شده است. مطابق با آمارهای رسمی و غیررسمی و گزارش‌های ارائه شده توسط دادگاه‌های خانواده از هر چهار یا پنج مورد ازدواج، یکی از آن‌ها به طلاق می‌انجامد و ایران بعد از کشورهای چون آمریکا، دانمارک و مصر عنوان چهارمین کشور پرتلاق دنیا را به خود تخصیص داده است (غلامی و بشلیده، ۱۳۹۰).

به همان میزان که طلاق در زندگی خانوادگی رو به افزایش است، آثار و پیامدهای آن نیز هر روز بیش از گذشته حیات جامعه و سلامت روانی افراد آن را تهدید می‌کند. طلاق و فروپاشی زندگی منجر به برهم خوردن تعادل روانی و عاطفی افراد خانواده می‌شود و مطابق با مقیاس هولمز و راهه^۲ می‌توان آن را دومین تنش بزرگ زندگی دانست که پیامدهای ناگوار روانی آن اجتناب‌ناپذیر می‌نماید (فیگلی^۳، ۲۰۱۴).

مروری بر ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که افراد مطلقه به‌زیستی روان‌شناختی پایین و علایم درماندگی بیشتر و خودپنداره ضعیف‌تری دارند (پیچ^۴، ۲۰۰۲؛ کیلوالد^۵، ۲۰۱۶). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که اثرات طلاق بر روی زنان نتایج پایدارتری دارد (غلامی و بشلیده، ۱۳۹۰). مطابق با نتایج پژوهش‌های انجام شده، زنان مطلقه هیجان‌های منفی بیشتری نسبت به مردان تجربه می‌کنند و میزان آشفتگی روانی و اضطراب در آن‌ها دو برابر مردان است. از بین مشکلات پس از طلاق، مشکلات اقتصادی و احساس اضطراب و افسردگی بیشترین مشکلات افراد مخصوصاً در زنان مطلقه بوده است (زهتاب نجفی و سالمی، ۱۳۹۱). زنان مطلقه افزون بر مشکلات مالی و فشارهایی که به دلیل ایفای توأمان نقش پدر و مادر به دوش می‌کشند، با فشارهای دیگری مانند نگرش و برخورد ناخوشایند جامعه نیز روبه‌رو هستند. این نگرش ناخوشایند نسبت به زنان مطلقه، دست‌کم یک سال پس از جدایی مشکلاتی مانند خشم، اضطراب، تنفر، افسردگی، ناامیدی و گرایش

1. Divorce
2. Holmes & Rahe
3. Figley
4. Pietsch
5. Killewald

به بریدن پیوند با اطرافیان و برخی خویشاوندان را در آنان پدید می‌آورد (بهرامی، سودانی و مهرابی‌زاده، ۱۳۸۹).

تقلیل سلامت عمومی و به ویژه سلامت روانی زنان مطلقه و همچنین سطوح امید در آنان را یکی از مهم‌ترین پیامدهای روانی ناگوار طلاق دانست که نیازمند مداخلات روان‌شناختی برای مقابله و کنترل آن‌ها است. این کاهش معنادار سلامت روانی و امید را در زنان مطلقه می‌توان پیش‌زمینه بروز علائم و آسیب‌های جسمی و روانی در آنان دانست (زهتاب نجفی و سالمی، ۱۳۹۱). مطابق با تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO) سلامت «نه تنها نبود بیماری یا معلولیت» بلکه «حالت بهینه خوب بودن جسمی، روانی و اجتماعی» است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۱، به نقل از غلامی و بشلیده، ۱۳۹۰). مفهوم سلامت روانی نیز از منظر سازمان جهانی بهداشت چیزی فراتر از نبود اختلال‌های روانی و شامل مؤلفه‌هایی چون خوب بودن ذهنی، ادراک خودکارآمدی، استقلال و خودمختاری، کفایت و شایستگی، وابستگی میان‌نسلی و خودشکوفایی توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی است. از این منظر چالش‌ها و تنیدگی‌های جاری در زندگی یکی از عوامل بالقوه تهدیدکننده سلامت روانی انسان‌ها است. از این منظر طلاق را می‌توان یکی از اضطراب‌آورترین و تنیدگی‌زاترین چالش‌های زندگی خصوصاً برای زنان دانست که زمینه‌ساز کاهش سلامت روانی در آنان است (غلامی و بشلیده، ۱۳۹۰). سلامت روانی در مفهوم عام خود نیز به سلامت فکر و تعادل روانی و دارا بودن خصوصیات مثبت روانی اطلاق می‌گردد و راه‌های دستیابی به سلامت فکری و روحی که برای تعالی و تکامل فردی و اجتماعی انسان‌ها لازم است همواره در کانون توجه رشته‌های فعال در حوزه بهداشت روان بوده است (فیگلی، ۲۰۱۴). بر همین اساس شناسایی توانایی‌های شناختی و روانی مورد نیاز برای تأمین سلامت روانی در برابر شرایط تنیدگی‌زا یکی از راهبردهای اصلی کمک به گروه‌های در معرض خطر همچون زنان مطلقه می‌باشد. از این منظر امید را می‌توان مؤلفه‌ای در ارتباط با سلامت روانی دانست.

امید یک سازه شناختی و انگیزشی است که با عناصری از اهداف، روش‌ها یا راهبردها رابطه متقابلی دارد و از شناخت‌های فرد درباره انتظارات و توانایی رسیدن به اهداف مهم در زندگی تأثیر می‌پذیرد. امید همچون خوش‌بینی، شامل انتظار فرد از دست‌یافتنی بودن اهداف است اگرچه شامل شناخت فرد از قصد و تعهد رسیدن به اهداف، نقشه‌ها و راهبردهای رسیدن به هدف نیز می‌شود. بر این اساس امید فراتر از تفکر مثبت صرف است و بر ظرفیت تلاش فرد برای رسیدن به اهداف تأکید دارد (نجاتی، شهیدی، ملکی و درویشی‌لرد، ۱۳۹۱). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که افراد با امید زیاد در حوزه‌های مهم زندگی از جمله پیشرفت و سلامت جسمی و روانی برون‌داد بهتری دارند. در همین راستا برخی مطالعات نشان می‌دهند که سطوح پایین عاطفه منفی و سطوح بالاتر عاطفه مثبت و عزت نفس با امید ارتباط دارند. همچنین برخی مطالعات نشان داده‌اند که افراد دارای امید زیاد نشانه‌های افسردگی کمتری دارند و از دیگر سو افراد با امید کم راهبردهای

کنار آمدن ضعیف و افکار خودکشی بیشتری از خود نشان می‌دهند (دیویدسون^۱ و همکاران). مطابق با نتایج این مطالعات می‌توان انتظار داشت که سطوح سلامت روانی و امید در زنان مطلقه در اثر تنیدگی‌های ناشی از طلاق تحت تأثیر قرار گیرد. از این‌رو استفاده از راهبردهای درمانی در جهت ارتقای سلامت روانی و امید زنان مطلقه می‌توان زمینه‌ساز پیشگیری از بروز علایم روانی و اختلال‌های بالینی در آن‌ها باشد.

مروری بر ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که تاکنون برخی از روش‌های درمانی برای ارتقای ابعاد مختلف سلامت روانی و کیفیت زندگی در زنان مطلقه مورد استفاده قرار گرفته است، همچون معنویت‌درمانی برای ارتقای سلامت روانی زنان مطلقه (غلامی و بشلیده، ۱۳۹۰)، آموزش مهارت‌های زندگی برای کاهش اضطراب زنان مطلقه (زهتاب نجفی و سالمی، ۱۳۹۱)، درمان شناختی رفتاری مذهب‌محور بر افسردگی زنان مطلقه (حمید، بشلیده، عیدی و دهقانی‌زاده، ۱۳۹۰)، و گشتالت‌درمانی بر عزت نفس، افسردگی و احساس تنهایی زنان مطلقه (بهرامی و همکاران، ۱۳۸۹). یکی از روش‌های درمانی که طی سال‌های اخیر در قلمرو مداخلات بالینی مربوط به زندگی زناشویی و خانواده‌درمانی مورد توجه روان‌شناسان بالینی واقع شده است استفاده از راهبرد روایت‌درمانی^۲ می‌باشد (پیتچ، ۲۰۰۲).

پایه‌های نظری این رویکرد نظریه روایت و کاربرد آن در قالب روایت‌درمانی است. آن‌چه به عنوان مکانیزم تغییر در روایت‌درمانی شناخته شده است، کمک به مراجعین برای غلبه بر مشکلات آن‌ها از راه درگیر شدن در گفتگوهای درمانی است (اتچسن و کلیست^۳، ۲۰۰۰). فرض بنیادین در دیدگاه روایتی این است که مردم از طریق روایات، زندگی و تجارب خود را هویت و معنا می‌بخشند. مطابق با این مفروضه آسیب‌شناسی روانی نتیجه یک سازوکار زیربنایی زیستی یا روانی نیست بلکه می‌توان آن را ناشی از وجود روایت‌های سرشار از مشکل در زندگی انسان دانست. از این‌رو تغییر روایت‌های آسیب‌زا و مشکل‌مدار هسته اساسی درمان در روایت‌درمانی است (اولمن^۴، ۲۰۱۶). روایت‌درمانی طرحی است که به کمک آن انسان به تجربه‌های گذرا و اعمال شخصی خود معنا می‌دهد و قالبی است برای فهم و درک رویدادهای گذشته زندگی شخص و برنامه‌های آتی او. روایت‌درمانگران معتقدند دنیا کارکردی از آن‌چه وجود دارد نیست بلکه کارکردی از آن چیزی است که روی می‌دهد. ایده آن‌چه روی می‌دهد یک عنصر حیاتی در فرایند روایت محسوب می‌شود (سلیمی، قاسمی و شریفی، ۱۳۹۴).

1. Davidson
2. Narrative therapy
3. Etchison & Kleist
4. Ullmann

در این رویکرد مراجع و درمانگر درواقع ویراستاران زندگی‌نامه شخصی مراجع هستند و فرایند درمان نیز بازنویسی و ویراستاری این زندگی‌نامه شخصی است. بر این اساس فرایند روایت‌درمانی نقش فعالی را برای مراجع در طول جلسات درمانی فراهم می‌کند. فرد در این روش یاد می‌گیرد که مسئولیتش را در تسکین و بهبود مسائل روانی خود به عهده گیرد و آن را تمرین کند. چون در هنگام نوشتن داستان زندگی، فرد هم‌زمان به آن فکر می‌کند، بخش‌هایی از آن را انتخاب می‌کند و قسمت‌های نه چندان مهم را کنار می‌گذارد، 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 (نوری و کاظمی، ۲۰۱۲). روایت‌درمان‌گران به ادعاها و داستان‌های عینی کمتر توجه می‌کنند و بیشتر به فواید اجتماعی که در داستان‌های زندگی فرد بیان می‌شود علاقمندند. از این منظر روایت‌درمانی را می‌توان فهم داستان‌هایی که زندگی یک فرد را تشکیل داده‌اند معنا کرد. مطابق با داعیه روایت‌درمان‌گران تنها تجاربی که بخشی از یک داستان بزرگ‌تر باشند، تأثیر معناداری بر زندگی فرد دارند. در این چهارچوب درمانی، درمانگر به تعیین موضوعی علاقمند است که بتواند اجزای مختلف زندگی فرد را به هم متصل کند (سلیمی و همکاران، ۱۳۹۴).

اثربخشی این راهبرد درمانی تاکنون در طیف گسترده‌ای از مسائل روان‌شناختی مورد تأیید قرار گرفته است همچون اثربخشی روایت‌درمانی بر عملکرد خانوادگی زوجین (ربعی، فاتحی‌زاده و بهرامی، ۱۳۸۷)، کاهش افسردگی زنان (نظیری، قادری و زارع، ۱۳۸۹)، میزان تمایل به بخشودگی در زنان (نوری و کاظمی، ۲۰۱۲)، نگرانی از بد ریختی بدن در دانشجویان دختر (بساکن‌نژاد، مهربانی‌زاده، حسنی و نرگسی، ۱۳۹۱)، سازگاری با طلاق والدین، تاب‌آوری و مشکلات رفتاری و هیجانی دختران طلاق مقطع ابتدایی (عمادی، یزد-خواستی و مهربانی، ۱۳۹۴)، ارتقای رفتارهای کودکان مبتلا به رگه‌های اتیسم (تان^۱ و همکاران، ۲۰۱۴)، تقلیل علائم اختلال استرس پس از سانحه در زنان مبتلا (کلیبتر^۲ و همکاران، ۲۰۱۴)، و حتی بر بهبود علائم سایکوز (نیوبرگ^۳، ۲۰۱۶) و علائم اختلالات جنسی (الدرتون، کلارک، جونز و استاکی^۴، ۲۰۱۴). مضاف بر موارد یاد شده سلیمی و همکاران (۱۳۹۴) از روایت‌درمانی در طلاق عاطفی زوجین متقاضی طلاق توافقی استفاده کردند که نتایج این مطالعه حاکی از اثربخشی این روش درمانی بر کاهش طلاق عاطفی بوده است. در همین راستا و مطابق با مبانی نظری و پژوهشی گفته شده مطالعه حاضر با هدف اثربخشی روایت‌درمانی گروه بر امید و سلامت روانی زنان مطلقه انجام شده است. بر این اساس سؤال اصلی این مطالعه آن است که

1. Tan

2. Cloitre

3. Newberg

4. Elderton, Clarke, Jones & Stacey

آیا روایت‌درمانی گروه موجب ارتقای امید و سلامت روان در زنان مطلقه خواهد شد؟ مطابق با آنچه ذکر شد، اهداف و فرضیه‌های پژوهش عبارتند از:

هدف ۱: بررسی اثربخشی روایت‌درمانی گروه بر شاخص امید زنان مطلقه مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی بهزیستی شهرستان ساری در سال ۱۳۹۴.

هدف ۲: بررسی اثربخشی روایت‌درمانی گروه بر شاخص سلامت روان زنان مطلقه مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی بهزیستی شهرستان ساری در سال ۱۳۹۴.

فرضیه ۱: روایت‌درمانی گروه بر ارتقای شاخص امید زنان مطلقه مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی بهزیستی شهرستان ساری در سال ۱۳۹۴ اثربخش است.

فرضیه ۲: روایت‌درمانی گروه بر ارتقای شاخص سلامت روان و مؤلفه‌های آن در زنان مطلقه مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی بهزیستی شهرستان ساری در سال ۱۳۹۴ اثربخش است.

ابزار و روش

طرح تحقیق این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این مطالعه عبارت است از کلیه زنان مطلقه (حدود ۲۰۰ نفر) که طی سال ۱۳۹۳ به اورژانس اجتماعی بهزیستی شهرستان ساری جهت دریافت تأییدیه مشاوره طلاق از طرف دادگاه خانواده ارجاع شده بودند. تعداد ۴۰ نفر از جامعه آماری مزبور که واجد ملاک‌های ورود در مطالعه بودند، پس از بررسی پرونده مشاوره و تماس با آنها، در ابتدای سال ۱۳۹۴ به شیوه نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه‌های این مطالعه در پژوهش شرکت کردند که به شیوه انتساب و جایگزینی تصادفی، ۲۰ نفر از آنها در گروه گواه (با میانگین سنی ۲۹/۳۷ و انحراف استاندارد ۵/۵۲) و ۲۰ نفر دیگر در گروه آزمایش (با میانگین سنی ۳۱/۴۱ و انحراف استاندارد ۵/۸۲) جایگزین شدند. شرایط لازم برای شرکت در این پژوهش عبارت بودند از: الف) رضایت داوطلب برای شرکت در پژوهش؛ ب) وقوع تجربه جدایی و طلاق طی شش ماهه اخیر زندگی هر یک از شرکت‌کنندگان؛ ج) دارا بودن حداقل پایه تحصیلی دیپلم؛ د) داشتن سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال؛ ی) نمره پایین در مقیاس‌های امید و سلامت روانی. کلیه شرکت‌کنندگانی که در گروه آزمایش جایگزین شدند طی دو ماه، و هشت جلسه دو ساعته (هر هفته یک جلسه) در مرکز مشاوره اورژانس اجتماعی بهزیستی شهرستان ساری در معرض عمل آزمایشی (جلسات روایت‌درمانی گروهی) قرار گرفتند، حال آن‌که شرکت‌کنندگان گروه گواه در لیست انتظار واقع شدند. طرح درمان با اقتباس از برنامه درمان وایت و اپستون (۱۹۹۰) می‌باشد که پیشتر رویی محتوایی آن در مطالعات داخلی (به‌عنوان نمونه، بساک‌نژاد و همکاران،

۱۳۹۱) نیز مورد تأیید گرفته است. محور اصلی جلسات درمانی نیز در جدول شماره (۱) ارائه شده است. کلیه شرکت‌کنندگان دو گروه به آزمون‌های امید به زندگی و سلامت روان در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون پاسخ دادند.

جدول شماره ۱: محتوای جلسات روایت‌درمانی گروهی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	بیان اهداف شرکت‌کنندگان از حضور در جلسات آموزشی؛ تشریح قواعد اساسی جلسات درمانی توسط بالینگر؛ حضور منظم؛ انجام تکالیف؛ بیان اصل رازداری و ارزش جلسات آموزشی برای اعضا.
جلسه دوم	تشریح مکفی اهداف، ارزش‌ها و محتوای درمانی؛ ایجاد موقعیت اشتراکی در درمان و محوریت دادن به مراجع؛ تشریح مبسوط داستان مشکل‌دار؛ گوش دادن دقیق به جزئیات زبان مراجع؛ نام‌گذاری مشترک مشکل با توجه به اولویت به واژه‌ها و زبان مراجع.
جلسه سوم	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 اعضای گروه.
جلسه چهارم	به چالش کشیدن داستان و ارائه یک درون‌نمای توضیحی خارج از مشکل به مراجعین؛ مراجع به توصیف روایت‌های کوچک و برونی‌سازی مشکل می‌پردازد به‌طوری که بین خود و مشکل تفاوت قائل می‌شود؛ همچنین مراجعین تشویق می‌شوند از طریق پرسش‌های تأثیرگذار، عقاید و واکنش‌هایشان را در برابر مشکلات روشن سازند.
جلسه پنجم	نام‌گذاری مشکل؛ ساخت‌شکنی روایت‌های مشکل‌دار؛ بازنمایی یا زدن برچسب جدید برای مشکل؛ مطرح نمودن روایت‌های جایگزین و مرجع؛ کمک به کسب آگاه و قدرت و احساس عاملیت شخصی و امید در مراجع از طریق به بحث گذاشتن پیامدهای منحصربه‌فرد؛ تشویق اعضا به رفتارهای مغایر با داستان سرشار از مشکل در فاصله بین جلسات.
جلسه ششم	پرسش از مراجع درباره استثناها و موارد منحصربه‌فرد و زمان‌هایی که مراجع تحت فشار مشکل نبوده؛ تمرکز و تأکید بر جزئیات احساسات و تفکرات و رفتارهای این موارد منحصربه‌فرد و بسط این موارد منحصربه‌فرد به زمان حال.
جلسه هفتم	در میان گذاشتن قصه خویش توسط اعضا با گروه؛ گفتگو درباره افراد مهم زندگی در گذشته و اکنون جهت یادآوری مشکلات حل نشده؛ آموزش مهارت‌های حرف زدن و گوش دادن.
جلسه هشتم	مرور بر خاطرات و اقدامات احتمالی مراجع درباره مطالب جلسه قبل؛ گفتگو درباره تجربه‌های مثبت و روایت‌های جایگزین؛ تأیید و تصدیق روایت‌های جایگزین مراجع؛ جمع‌بندی جلسات.

ابزارهای اندازه‌گیری در این مطالعه عبارت بودند از:

۱. **مقیاس امید اسنایدر (SHS)**^۱: مقیاس امید توسط اسنایدر در سال ۱۹۹۱ تهیه شده است. این مقیاس یک مقیاس ۱۲ سؤالی است که سازه امید به زندگی را بر حسب دو بعد کارگزار یا عامل و گذرگاه می‌سنجد. از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود که سؤال‌ها را بر حسب یک مقیاس هشت درجه‌ای از یک (کاملاً مخالف) تا هشت (کاملاً موافق) درجه‌بندی کنند. دامنه نمرات این مقیاس بین هشت تا ۶۴ می‌باشد که نمره بیشتر نشان‌دهنده وضعیت مطلوب‌تر می‌باشد. چهار سؤال مربوط به خرده‌مقیاس عامل و چهار سؤال مربوط به خرده‌مقیاس گذرگاه است و چهار سؤال انحرافی بوده و نمره‌گذاری نمی‌شود. مجموع نمرات خرده-مقیاس‌های عامل و گذرگاه نمره کل امید را مشخص می‌کند. پژوهش‌های پیشین از این مقیاس در جمعیت عادی و بیمار استفاده کردند و ویژگی‌های روان‌سنجی آن را قابل قبول دانستند (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱؛ دیویدسون و همکاران، ۲۰۱۰). اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) همسانی درونی این مقیاس را در یک نمونه چهارهزار نفری از دانشجویان ۰/۸۴ گزارش کردند. پایایی آزمون بازآزمون پس از سه هفته از اجرای اولیه ۰/۸۵ گزارش شده است. پایایی نسخه فارسی این مقیاس در پژوهش‌های مختلف از ۸۲ تا ۸۹ درصد نوسان داشته است (نجاتی و همکاران، ۱۳۹۱). کرمانی، خداپناه و حیدری (۱۳۹۰) ضریب اعتبار نسخه فارسی این مقیاس را با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و از طریق بازآزمایی ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند.

۲. **پرسشنامه سلامت روان (GHQ-28)**^۲: پرسشنامه سلامت روان توسط گلدبرگ و بلک‌ویل^۳ در سال ۱۹۷۲ تهیه شده و به طور گسترده در پژوهش‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد و شناخته‌شده‌ترین ابزار غربال‌گری در روان‌پزشکی است (گلدبرگ و بلک‌ویل، ۱۹۷۲). فرم اصلی و اولیه این پرسشنامه مشتمل بر ۶۰ سؤال است که متن سؤالات درباره وضع سلامتی و ناراحتی‌های فرد و به طور کلی سلامت عمومی او با تأکید بر مسائل روان‌شناختی و اجتماعی در زمان حال می‌باشد که بعدها فرم‌های کوتاه‌تری مشتمل بر ۱۲، ۲۰، ۲۸، ۳۰ و ۴۴ ماده نیز تهیه شد. در مطالعه حاضر از فرم ۲۸ سؤالی این پرسشنامه استفاده شده است. این پرسشنامه از چهار خرده‌مقیاس تشکیل یافته است که هر کدام از آن‌ها دارای هفت سؤال می‌باشند: خرده-مقیاس جسمانی‌سازی، خرده‌مقیاس اضطراب، خرده‌مقیاس افسردگی و خرده‌مقیاس اختلال در کنش‌وری اجتماعی. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس لیکرت است که در آن برای هر فرد پنج نمره به دست می‌آید که چهار نمره به خرده‌مقیاس‌ها و یک نمره به کل مواد پرسشنامه (سلامت روان) مربوط می‌شود. نمره کل یک فرد از صفر تا ۸۴ و نمره هر خرده‌مقیاس از صفر تا ۲۱ متغیر خواهد بود و نمره بیشتر در هر مقیاس نشانگر وضعیت نامطلوب است. مطالعات مختلف حاکی از اعتبار و پایایی مناسب این پرسشنامه بوده است (به نقل از قاسمی،

1. Snyder's Hope Scale
2. General Health Questionnaire
3. Goldberg & Blackwell

کجیاف و ربیعی، ۱۳۹۰). هومن (۱۹۹۷، به نقل از قاسمی و همکاران، ۱۳۹۰) در هنجاریابی نسخه فارسی این پرسشنامه میزان همسانی درونی زیرمقیاس‌های این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۷، ۰/۷۰ و ۰/۹۱ و برای کل مقیاس که نشان‌دهنده سلامت عمومی است برابر با ۰/۸۵ گزارش کرده است.

یافته‌ها

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی روایت‌درمانی گروه بر امید به زندگی و سلامت روان در زنان مطلقه مراجعه کننده به مرکز اورژانس اجتماعی بهزیستی شهرستان ساری انجام شده است. جدول شماره (۱) میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و گواه را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات دو گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مرحله گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		متغیرها - شاخص‌ها
	گروه آزمایش	گروه گواه	گروه آزمایش	گروه گواه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
امید به زندگی	۳۱/۶۹	۵/۲۷	۳۴/۶۱	۶/۷۱	
جسمانی‌سازی	۱۲/۸۵	۲/۴۷	۱۰/۳۷	۱/۸۷	
اضطراب	۱۳/۹۶	۲/۲۷	۱۱/۳۳	۲/۷۲	
افسردگی	۱۴/۵۰	۳/۴۹	۱۵/۷۴	۳/۴۹	
بدکارکردی اجتماعی	۹/۶۷	۱/۹۸	۱۱/۵۲	۲/۲۵	
سلامت روان	۵۰/۹۸	۱۷/۳۸	۴۸/۹۶	۱۴/۱۹	

نتایج ارائه شده در جدول شماره (۲) نشان‌دهنده روند کاهشی نمرات شاخص‌های سلامت روان در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش است؛ به این صورت که میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه گواه

کاهش داشته است. به عبارت دیگر در قیاس با گروه گواه وضعیت شاخص‌های سلامت روان در گروه آزمایش پس از انجام مداخله بالینی بهبود داشته است. همچنین نمره امید به زندگی نیز در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون در قیاس با مرحله پیش‌آزمون افزایش داشته است. این در حالی است که میانگین نمرات دو گروه در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری نداشته است. برای مقایسه میانگین نمرات فوق در مراحل پیش-آزمون و پس‌آزمون و پاسخ‌گویی به فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. بر این اساس قبل از هرگونه استنباط آماری ابتدا مفروضه یکسانی واریانس‌های نمرات دو گروه در شاخص‌های مورد سنجش از طریق آزمون لون مورد ارزیابی قرار گرفت که نتایج آن در جدول شماره (۳) ارائه شده است.

جدول شماره ۳: نتایج آزمون لون جهت بررسی یکسانی واریانس نمرات دو گروه در متغیرهای امید و سلامت روان

متغیر	شاخص‌ها	آماره‌ی F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
امید به زندگی		۰/۰۷۵	۱	۳۹	۰/۷۶
جسمانی‌سازی		۰/۳۸	۱	۳۹	۰/۵۱
اضطراب		۱/۲۷	۱	۳۹	۰/۲۷
افسردگی		۰/۰۴۶	۱	۳۹	۰/۷۴
بدکارکردی اجتماعی		۰/۰۲۳	۱	۳۹	۰/۸۱
سلامت روان		۲/۰۵	۱	۳۹	۰/۲۹

همان‌گونه که از نتایج گزارش شده در جدول شماره (۳) بر می‌آید نتایج آزمون لون نشان می‌دهد برای کلیه متغیرهای مورد سنجش، پیش‌فرض یکسانی واریانس گروه‌ها برقرار است و لذا می‌توان برای آزمون فرضیه پژوهش، از تحلیل کوواریانس استفاده نمود که نتایج آن در جدول شماره (۴) ارائه شده است.

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل کوواریانس دو گروه در متغیرهای امید و سلامت روان

منبع شاخص	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
امید به زندگی	پیش‌آزمون	۲۸۶۲/۴۴	۲۶/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱
	عضویت گروهی	۱۴۶۴/۱۹	۱۳/۷۲	۰/۰۰۲	۰/۴۹	۰/۹۹
جسمانی-سازی	پیش‌آزمون	۱۹۰/۷۳	۲۲/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۰/۹۹
	عضویت گروهی	۷۱/۵۹	۹/۷۳	۰/۰۳	۰/۳۱	۰/۷۳
اضطراب	پیش‌آزمون	۳۶۴/۸۳	۲۶/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۹۹
	عضویت گروهی	۶۲/۵۱	۱۰/۶۱	۰/۰۱	۰/۳۹	۰/۸۲
افسردگی	پیش‌آزمون	۴۸۲/۶۲	۴۲/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱
	عضویت گروهی	۵۰/۸۷	۲۱/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۹
بدکارکردی اجتماعی	پیش‌آزمون	۲۴۴/۶۳	۱۹/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۰/۹۹
	عضویت گروهی	۹۱/۲۲	۷/۴۹	۰/۰۱	۰/۳۶	۰/۷۹
سلامت روان	پیش‌آزمون	۲۵۸۳/۸۲	۲۴/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱
	عضویت گروهی	۱۲۷۲/۳۹	۱۲/۷۲	۰/۰۰۲	۰/۴۱	۰/۹۹

مطابق با نتایج ارائه شده در جدول شماره (۳)، تفاوت بین میانگین نمرات باقیمانده امید به زندگی و سلامت روان به‌طور کلی پس از کنترل متغیرهای مداخله‌گر پیش‌آزمون در گروه آزمایش معنادار است ($P < 0/01$). پس می‌توان نتیجه گرفت که روایت‌درمانی گروه منجر به ارتقای امید به زندگی و سلامت روانی در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر این مداخله درمانی بر ارتقاء سلامت روان ۰/۴۱ و بر ارتقاء امید به زندگی ۰/۴۹ است. همچنین مطابق با نتایج ارائه شده تأثیر معنادار در تمامی زیرمقیاس‌های سلامت روان نیز وجود دارد. به عبارت دیگر روایت‌درمانی گروه موجب بهبود افسردگی، اضطراب، جسمانی‌سازی و بدکارکردی اجتماعی شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف اثربخشی روایت‌درمانی گروه بر امید و سلامت روانی زنان مطلقه مراجعه کننده به مرکز اورژانس اجتماعی بهزیستی شهرستان ساری انجام شده است. مروری بر ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که رخداد طلاق و جدایی به عنوان یکی از بزرگ‌ترین و شدیدترین تنیدگی‌های زندگی انسانی با پیامدهای روان‌شناختی ناگواری همچون ناامیدی و افسردگی، و اضطراب و تقلیل سلامت روانی همراه است. این پیامدها مطابق با نتایج مطالعات انجام شده در زنان مطلقه به مراتب نتایج پایدارتری دارد. ازین رو ضرورت مداخله‌های بالینی زود هنگام بعد از جدایی می‌تواند تا حدود زیادی تقلیل‌دهنده این آثار سوء باشد. کاهش امید و سلامت روانی و شاخص‌های مرتبط با آن یعنی افسردگی و اضطراب، بدکارکردی اجتماعی و علایم جسمانی‌سازی در زنان مطلقه آن‌چنان که در نتایج این مطالعه نیز در مرحله پیش‌آزمون مشهود بوده است را می‌توان همسو با نتایج مطالعات پیشینی (به عنوان نمونه، پی‌تج، ۲۰۰۲؛ بهرامی و همکاران، ۱۳۸۹؛ زهتاب نجفی و سالمی، ۱۳۹۱؛ کیلوالد، ۲۰۱۶) دانست که هر یک بر شیوع این علایم در جمعیت مزبور تأکید کرده بودند. در جوامع شرقی ازدواج تعیین‌کننده هویت و احساس ارزش‌مندی است و آسیب دیدن این پیوند دربرگیرنده احساس گناه، طرد شدن و تقلیل حرمت خود می‌باشد. بر این اساس طلاق بیشتر یک فرایند سوگ به شمار می‌آید که با نشانه گرفتن یکپارچگی و احساس امنیت فرد، پیشبینی کننده اضطراب در او است. نبود موقعیت اجتماعی، امنیت مالی و شبکه‌های حمایت‌گر اجتماعی نیز پیامد همسر و جدایی است و بر این اساس بدیه است که طلاق و جدایی با احساس ناامیدی و افسردگی همراه باشد (بهرامی و همکاران، ۱۳۸۹).

مطابق با نتایج این مطالعه، روایت‌درمانی گروه راهبرد بالینی مؤثری برای ارتقای امید و مؤلفه‌های سلامت روانی در زنان مطلقه بوده است. گرچه استفاده از این چهارچوب نظری و بالینی به عنوان یکی از روش‌های مداخله پس از طلاق سابقه جدی و متعددی در ادبیات پژوهش ندارد، اما این نتایج را می‌توان هم-سو با نتایج مطالعاتی دانست که پیشتر حاکی از اثربخشی مناسب روایت‌درمانی در کاهش طیف گسترده‌ای از آسیب‌ها و آلام روان‌شناختی بوده است (به عنوان نمونه، ربیعی و همکاران، ۱۳۸۷؛ نظیری و همکاران، ۱۳۸۹؛ نوری و کاظمی، ۲۰۱۲؛ بساک‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۱؛ عمادی و همکاران، ۱۳۹۴؛ تان و همکاران، ۲۰۱۴؛ کلیتیر و همکاران، ۲۰۱۴؛ سلیمی و همکاران، ۱۳۹۴). مطابق با نتایج مطالعه حاضر روایت‌درمانی گروه ضمن ارتقای نمرات امید و نمره کل سلامت روان شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، کلیه شاخص‌های سلامت روانی را نیز در گروه مزبور ارتقا داده است. بهبود میانگین نمرات افسردگی، اضطراب، بدکارکردی اجتماعی و جسمانی‌سازی شاهدی بر این مدعا است.

در تبیین این نتایج باید به تشریح مکانیزم تغییر در روایت‌درمانی گروه پرداخت. همسو با داعیه گروه‌درمانگران، یکی از مکانیزم‌های عمده درمانی به ویژه در موقعیت‌های بحرانی نظیر طلاق و سوگ را باید در فلسفه وجودی درمان‌های گروه دید. مطابق با نتایج این پژوهش باید گفت که زنان مطلقه از نظر عاطفی به شدت نیازمند حمایت و پشتیبانی هستند و به دلیل آن که در برخی موارد منزوی می‌شوند و پیوندهای خانوادگی خود را کاهش می‌دهند، نفس مشاوری گروه و قرار گرفتن در میان افرادی با تجربه‌های یکسان، می‌تواند برای آن‌ها سودمند باشد. در این نشست‌های گروهی، شرکت‌کنندگان کمتر احساس تنیدگی و تنهایی می‌کنند و با توجه به همانند بودن مشکل افراد گروه، امکان استفاده از تجربه‌ها، همدلی، و بررسی راه‌کارهای شایسته‌تر برای کم کردن پیامدهای ناشی از طلاق برای آنان فراهم خواهد شد. از این منظر جلسات بحث گروه روایت‌درمانی نیز یک تجربه جدید برای زنان مطلقه محسوب می‌شود. آن‌ها در این جلسات روایتی از زندگی خود را بازگو می‌کنند و سپس به بازنویسی روایت‌های مشکل‌دار و خلق روایت جدیدی در زندگی مبادرت می‌ورزند. این روش می‌تواند با استفاده از روایت‌های دیگران و تمثیل و استعاره از داستان‌های اسطوره‌ای نیز صورت پذیرد. در نهایت زنان شرکت‌کننده در جلسات درمانی، روایت جدیدی از زندگی را می‌آموزند و به پذیرش موضوع طلاق فکر می‌کنند. برون‌سازی وقایع زندگی یکی از مراحل و مکانیزم‌های تغییر در روایت‌درمانی است که درمان‌جویان با یافتن روایت جدیدی برای زندگی خویش می‌توانند به تغییر در روابط بین‌فردی فکر کنند. علاوه بر این در روایت‌درمانی به وسیله گفتگوهای درمانی، برای تغییر خودانگاره‌های منفی ناشی از طلاق و دیدگاه خشک و انعطاف‌ناپذیر مراجعین، با طرح پرسش‌هایی شامل احساسات، افکار و رفتار در گذشته و زمان حال و دعوت از آن‌ها برای یادآوری خاطرات باعث می‌شود که این افراد توانایی‌های خود را هر چه بیشتر بارو کنند و به آینده امیدوارتر شود. بهبود نمرات بدکارکردی اجتماعی و نمرات اضطراب و افسردگی زنان مطلقه حاضر در جلسات گروه روایت‌درمانی در این مطالعه نیز خود شاهدی بر این مدعاست.

در مجموع می‌توان گفت روایت‌درمانی گروه با خلق داستان‌ها و روایات جدید از رویدادهای تلخ گذشته یعنی طلاق و جدایی، یک احساس نیاز شخصی را در درمان‌جویان به منظور تفسیر مجدد رویدادهای گذشته به وجود می‌آورد و آنان را قادر می‌سازد با چالش‌هایی که در آینده با آن روبه‌رو می‌شوند، بهتر به مبارزه بپردازند. این برون‌سازی مشکل و خلق روایت‌های کارآمد ضمن ارتقای امید با بهبود شاخص‌های سلامت روانی در زنان مطلقه ارتباط دارد. در سطح کاربردی یافته‌های این مطالعه حاکی از اثربخشی روایت‌درمانی گروه بر امید و سلامت روانی در زنان مطلقه می‌باشد. از محدودیت‌های عمده این مطالعه نیز می‌توان به نمونه آماری و روش نمونه‌گیری استناد کرد که با توجه به این که کلیه نمونه‌های این مطالعه به شیوه داوطلبانه و در دسترس انتخاب شدند در تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط کرد. علاوه بر این نبود

سنجش‌های پیگیرانه برای ارزیابی میزان ماندگاری تأثیر مداخله انجام شده، تفسیر و تعمیم این یافته‌ها را با محدودیت مواجه ساخته است. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی اثربخشی این مداخله با ایجاد فرصت ارزیابی‌های پیگیری مجدد آزمون گردد.

References

- Bahrami, F., Soodani, M., & Mehrabizadeh, M. (2010). The effect of Gestalt therapy on self-esteem, depression and loneliness of depressed divorced women. **Journal of Psycho-Social Studies of Women**, 23, 129-145. (in Persian).
- Bassak Nejad, S., Mehrabizadeh, M., Hasani, M., & Nargesi, F. (2012). The Effect of Narrative group Therapy on Body Dysmorphic Concern in Female University Students. **Journal of Health Psychology**, 11(2): 5-17. (in Persian).
- Cloitre, M., Henn-Haase, C., Herman, J. L., Jackson, C., Kaslow, N., Klein, C., ... & Petkova, E. (2014). A multi-site single-blind clinical study to compare the effects of STAIR Narrative Therapy to treatment as usual among women with PTSD in public sector mental health settings: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, 15(1), 1.
- Davidson, C. L., Wingate, D., Slish, M., & Rasmussen, K. (2010). The Great Black Hope: Hope and Its Relation to Suicide Risk among African Americans. **Suicide and Life threatening behavior**, 40, 201-212.
- Elderton, A., Clarke, S., Jones, C., & Stacey, J. (2014). Telling our story: a narrative therapy approach to helping lesbian, gay, bisexual and transgender people with a learning disability identify and strengthen positive self-identity stories. **British Journal of Learning Disabilities**, 42(4), 301-307.
- Emadi, Z., Yazdkhasti, F., & Mehrabi, H. A. (2015). Effect of Group Narrative Therapy on Parental Adjustment, Resiliency and Emotional-Behavioral

- Problems in Elemental Parents of Elementary Parents in Isfahan. **Journal of Psychology & Psychiatry of Cognition**, 3, 81-99. (in Persian).
- Etchison, M., & Kleist, D. M. (2000). Review of narrative therapy: Research and utility. **The Family Journal**, 8(1), 61-66.
- Figley, C. (2014). **Divorce Therapy**. Routledge.
- Ghasemi, N., Kajbaf, M. B., & Rabeii, M. (2011). The effectiveness of group therapy based on quality of life on mental well-being and mental health. **Journal of Clinical Psychology**, 21, 23-34. (in Persian).
- Gholami, A., & Beshlideh, K. (2011). The Effectiveness of Spirituality Therapy on Mental Health of Absolute Women. **Journal of Family Counseling & Psychotherapy**, 3, 331-348. (in Persian).
- Goldberg, D. P., & Blackwell, D. (1972). **Detecting of Psychiatric illness by questionnaire**. London: Oxford University Press.
- Kermani, Z., & Khodapanahi, K., & Heydari, M. (2012). Psychometric properties of Snyder's Hope scale. **Applied Psychology**, 19, 7-23. (in Persian).
- Killewald, A. (2016). Money, Work, and Marital Stability Assessing Change in the Gendered Determinants of Divorce. **American Sociological Review**, 81(4), 696-719.
- Najmeh, H., Beshlideh, K., Eydi, M., & Dehghanizadeh, Z. (2011). The Effectiveness of Religious-Cognitive Behavioral Psychotherapy on Depression in Divorced Women. **Journal of Family Counseling & Psychotherapy**, 1, 54-64. (in Persian).
- Naziri, G., Ghaderi, Z., & Zare, F. (2012). The Effectiveness of Narrative Therapy on Reducing Depression in Women in Marvdasht. **Journal of Women & Community**, 2, 65-78. (in Persian).

- Nejati, V., Shahidi, S., Makeli, G., & Darvishi Lord, M. (2013). Cognitive Correlates of Hope; Evidence from Neuropsychological Tests . **Advances in Cognitive Science**, 56, 29-38. (in Persian).
- Newberg, A. J. (2016). An Analysis of A Narrative Therapy Group Work Model for Psychosis. **Clinical Psychology Review**, 64, 92-108.
- Noori, E., & Kazemi, N. (2012). The Effect of Narrative Therapy on the Inclination Rate in Women. **Journal Clinical Psychology**, 24, 71-78. (in Persian).
- Pietsch, U. K. (2002). Facilitating post-divorce transition using narrative therapy. **Journal of Couple & Relationship Therapy**, 1(1), 65-81.
- Rabiei, S., Fatehizadeh, M., & Bahrami, F. (2009). The Effect of Marital Narrative Therapy on Family Function of Couples in Isfahan. **Family Research**, 14, 179-191. (in Persian).
- Salimi, Z., Ghasemi, M., & Sharifi, T. (2015). The Effectiveness of Narrative Therapy on Reducing Divorce Between Couples Applicants for Divorce in Zanjan. **Journal of Police**, 13, 1-14. (in Persian).
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual differences measure of hope. **Personality and Social Psychology**, 60, 570-585.
- Tan, H. V. D., Tadeja, C. A. F., Tadeo, A. R. F., Talledo, P. R. P., Tampos, G. J. Z., Tan, A. M. D., & Navidad, F. C. (2014). Narrative, Art and Play (NAP) Therapy: An Approach to Improve Behaviors of Children with Mild Autism. **Narrative**, 1(2).
- Ullmann, C. (2016). Playing and narrative therapy: Synthesising narrative practice and occupational therapy in work with children. **The International Journal of Narrative Therapy and Community Work**, (2), 56.

Zahtab Najafi, A., & Salemi, S. (2014). The Effectiveness of Life Skills Training in Decreasing Divorced Women. **Journal of Women & Culture**, 13, 85-93. (in Persian).

Archive of SID