

صلى الله عليه وسلم



دانشگاه خوارزمی

پایان نامه

جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد در رشته مشاوره خانواده

عنوان:

تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی بر رضایت زناشویی زنان
مبتلا به دیابت نوع ۲

استاد راهنما:

دکتر علی محمد نظری

استاد مشاور:

دکتر کیانوش زهراکار

دانشجو:

حسین یاراحمدی

زمستان ۱۳۹۱

بسمه تعالی

صورت جلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد

جلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد آقای حسین یاراحمدی دانشجوی رشته مشاوره خانواده در دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی تحت عنوان "تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی بر رضایت زناشویی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲" در ساعت ۱۲ روز دوشنبه مورخ ۱۳۹۱/۱۲/۲۱ با حضور هیئت داوران برگزار گردید و پس از دفاع با نمره ۱۸/۶۶ مورد قبول قرار گرفت.

هیئت داوران

استاد راهنما:

دکتر علی محمد نظری

استاد مشاور:

دکتر کیانوش زهراکار

استاد داور:

دکتر فرشاد محسنزاده

مدیر گروه و نماینده تحصیلات تکمیلی

دکتر علی محمد نظری

فهرست مطالب

فصل اول: کلیات پژوهش

۱	مقدمه
۲	بیان مسئله
۴	ضرورت انجام پژوهش
۷	اهداف پژوهش
۸	فرضیه های پژوهش
۹	تعریف متغیرها و اصطلاحات

فصل دوم: ادبیات و پیشینه پژوهش

۱۱	دیابت
۱۱	مقدمه
۱۲	تعریف
۱۴	همه گیر شناسی
۱۵	علل بروز
۱۶	درمان
۱۷	ابعاد اجتماعی
۱۸	پیامدها
۲۱	عوارض جسمانی
۲۲	نقش روانشناسی در درمان دیابت
۲۳	رضایت زناشویی
۲۳	مقدمه
۲۴	تعریف
۲۵	کلیات

۲۶	عوامل موثر بر رضایت زناشویی
۲۶	عوامل فردی
۲۹	عوامل میان فردی
۳۱	عوامل جمعیت شناختی
۳۴	رضایت زناشویی و مشکلات سلامت
۳۶	رضایت زناشویی در طول زندگی
۳۷	نظریات
۳۷	نظریه مبادلات اجتماعی
۳۸	نظریه دلبستگی
۳۹	نظریه طبقه بندی ازدواج با دوام
۴۰	نظریه انتخاب
۴۰	واکنش های مربوط به نارضایتی
۴۱	تفاوت های جنسیتی
۴۳	درمان وجودی
۴۳	مقدمه
۴۴	مشاوره و روان درمانی
۴۴	رویکرد وجودی
۴۶	پیشینه تاریخی
۴۹	نظریه وجود
۵۰	دیدگاه نسبت به ماهیت انسان
۵۱	دغدغه های اساسی
۵۱	مرگ
۵۴	آزادی
۵۵	تنهایی

۵۸	..... بی معنایی
۵۹	..... اضطراب وجودی
۶۱	..... درمان وجودی
۶۲	..... هدف و مکانیزم درمان
۶۴	..... فنون درمان
۶۵	..... رابطه درمانی
۶۶	..... گروه درمانی
۶۷	..... سابقه علمی و پیشینه پژوهش
۶۷	..... پژوهشهای داخلی
۷۰	..... پژوهشهای خارجی

فصل سوم : روش اجرای پژوهش

۷۳	..... مقدمه
۷۳	..... طرح پژوهش
۷۳	..... جامعه
۷۳	..... نمونه و روش نمونه گیری
۷۳	..... ابزار پژوهش
۷۶	..... روش اجرا
۷۷	..... روشهای آماری

فصل چهارم : تجزیه و تحلیل داده ها

۷۹	..... مقدمه
۷۹	..... داده های توصیفی
۸۱	..... داده های استنباطی

فصل پنجم : بحث و نتیجه گیری

مقدمه	۹۰
خلاصه پژوهش	۹۰
یافته‌های پژوهش	۹۰
محدودیت‌های پژوهش	۱۰۷
پیشنهاد‌های پژوهش	۱۰۷
منابع فارسی	۱۰۹
منابع لاتین	۱۱۲
پیوست ۱	۱۱۸
پیوست ۲	۱۲۳

فهرست جدول‌ها

۷۹	جدول شماره ۴-۱
۸۰	جدول شماره ۴-۲
۸۰	جدول شماره ۴-۳
۸۲	جدول شماره ۴-۴
۸۳	جدول شماره ۴-۵
۸۳	جدول شماره ۴-۶
۸۴	جدول شماره ۴-۷
۸۵	جدول شماره ۴-۸
۸۵	جدول شماره ۴-۹
۸۶	جدول شماره ۴-۱۰
۸۷	جدول شماره ۴-۱۱
۸۷	جدول شماره ۴-۱۲
۸۸	جدول شماره ۴-۱۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد وجودی بر رضایت زناشویی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ صورت گرفت. پژوهش با روش آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه پژوهش کلیه زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ را شامل می‌شود که در سال ۱۳۹۱ عضو انجمن دیابت سرای سلامت ایرانشهر استان تهران بودند و داوطلب شرکت در پژوهش شدند. نمونه شامل ۱۶ نفر است که به شیوه تصادفی انتخاب و به همین شیوه در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۸ نفر) تقسیم شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از فرم ۴۷ سؤالی پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ استفاده شد که آلفای کرونباخ آن ۰/۸۶ به دست آمد. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه در مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی شرکت کردند، درحالی‌که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها بر اساس تحلیل کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی می‌تواند منجر به افزایش رضایت زناشویی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ شود. همچنین این رویکرد موجب بهبود مسایل شخصیتی، رابطه زناشویی، فعالیت اوقات فراغت، رابطه با فرزندان و رابطه با بستگان شد. اما تغییرات در ابعاد حل تعارض، مدیریت مالی، رابطه جنسی و جهت‌گیری عقیدتی مورد تأیید قرار نگرفت.

کلیدواژه‌ها: رویکرد وجودی، مشاوره گروهی، رضایت زناشویی، دیابت نوع ۲.

فصل اول

کلیات پژوهش

مقدمه

بیماری مزمن به بیماری‌هایی اطلاق می‌شود که حداقل به مدت ۶ ماه یا بیشتر نیاز به مراقبت‌های پزشکی داشته و منجر به تغییراتی در سبک زندگی فرد می‌شود. دوره‌ی بیماری غیر قابل پیش‌بینی است، کارکرد یا توانایی جسمانی فرد کاهش می‌یابد و تغییراتی در ظاهر جسمانی فرد ایجاد می‌کند و منجر به وابستگی طولانی مدت به کادر تخصصی پزشکی و فنون درمانی می‌شود (کینگاس^۱ و همکاران، ۲۰۰۰). بسیاری از افراد مبتلا به بیماری مزمن، دسته‌ای از ناتوانی‌های جسمانی را تجربه می‌کنند. به عنوان مثال برای افراد مبتلا به دیابت احتمال خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی، نابینایی، بیماری و نارسایی‌های کلیوی، اختلال در کارکرد جنسی و قطع عضو وجود دارد. بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن اغلب نگران تصویر بدنی خود هستند (ساندرسون^۲، ۲۰۰۴).

از آنجا که بیماری مزمن مانند دیابت قابل کنترل، ولی بهبود ناپذیر است افراد مبتلا طی زندگی خود باید علائم را کنترل کرده و به درمان آن اقدام کنند. بدین ترتیب آنها مشکلات جسمانی، روانشناختی و اجتماعی متعددی را تجربه می‌کنند. از جمله چالش‌هایی که آنها با آن روبرو هستند می‌تواند عبارت باشد از: زندگی و رفاه جسمانی، آسایش و یکپارچگی جسمانی، استقلال، خودمختاری و کنترل در زندگی خصوصی، خودپنداره و خرسندی از نقش‌های روزمره، اهداف زندگی و طرح‌های آینده، روابط با خانواده و دوستان و همکاران، توانایی برای باقی ماندن در محیط آشنا و رفاه اقتصادی (ساندرسون، ۲۰۰۴).

تأثیر بیماری بر روابط میان فردی یکی دیگر از ابعاد دشوار سازگاری با بیماری‌های مزمن چون دیابت است. گاهی اوقات افراد مبتلا تصمیم می‌گیرند شرایطشان را از دیگران مخفی کنند که این امر تا اندازه‌ای ناشی از نگرانی از طرد شدن است. بدین ترتیب فرد دیابتی ممکن است از بسیاری از روابط کناره‌گیری کند، بخصوص هنگامی که فرهنگ جامعه این بیماری را یک داغ یا ننگ قلمداد کند (واری^۳ و همکاران، ۱۹۹۳ به نقل از کانو^۴ و همکاران، ۲۰۰۰). اعضای خانواده‌ی بیمار دیابتی ممکن است از درخواست‌های بیمار ادراک واقعی نداشته باشند و یا خود یک سری واکنش‌های روانشناختی را تجربه کنند. وابستگی فرد بیمار در مسئولیت‌های مالی، مراقبت‌های پزشکی، امور منزل، کنترل بیماری و... یکی از مشکلات متداول در خانواده‌ی بیماران دیابتی است که می‌تواند بر اعضای خانواده آشفتگی‌های

¹ -Kyngas

² - Sanderson

³ -Varni

⁴ - Cano

عاطفی را تحمیل کند. در این قبیل بیماری‌ها التزامهایی مانند برنامه‌ی دقیق رژیم دارویی، مصرف محصولات غذایی خاص و پرهیز از سایر محصولات، تمرینات جسمانی، ملاقات‌های منظم پزشکی و بازبینی مرتب قند خون برای فرد وجود دارد که نه تنها بسیاری از جنبه‌های زندگی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه خانواده را نیز متأثر می‌کند (کینگاس و همکاران، ۲۰۰۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که رضایت زناشویی در بیماران مزمن با عواملی چون وخامت بیماری، ناتوانی فیزیکی ناشی از بیماری، میزان حمایت خانواده و افسردگی فرد یا زوج مرتبط است (کانو و همکاران، ۲۰۰۰؛ کانو و همکاران، ۲۰۰۴).

بیان مسئله

خانواده را موسسه یا نهادی اجتماعی معرفی کرده‌اند که ناشی از پیوند زناشویی زن و مرد است. از جمله مظاهر زندگی اجتماعی انسان وجود تعامل سالم و سازنده میان انسان‌ها و برقرار بودن عشق به هم‌نوع و ابراز صمیمیت و همدلی به یکدیگر است. رضایت یک فرد از خانواده به مفهوم رضایت او از زندگی بوده و در نتیجه تسهیل در امر رشد و تعالی و پیشرفت مادی و معنوی جامعه خواهد بود (عدالتی و رزوان، ۲۰۱۰ به نقل از احتشام‌زاده و همکاران، ۱۳۸۹).

هاوکینز (۱۹۹۴) رضایت زناشویی را اینگونه تعریف کرده است: احساسات عینی از خوشنودی، رضایت و لذت تجربه شده توسط زن یا شوهر زمانی که همه‌ی جنبه‌های زندگیشان را در نظر می‌گیرند. رضایت زناشویی یک خصیصه‌ی ثابت نیست، بلکه تحت تأثیر مراحل مختلف زندگی، بحران‌ها و عوامل محیطی قرار دارد (به نقل از نظری، ۱۳۸۶). رضایت زناشویی نقشی محوری در بهزیستی فردی و زوجی و منافی برای جامعه دارد (سرکان^۱ و همکاران، ۲۰۰۶).

بر اساس نتایج تحقیقات راس^۲ (۲۰۰۹) استرس یکی از پیش‌بینی کننده‌های منفی قدرتمند و ثابت رضایت زناشویی در بین زوجین بشمار می‌رود. علاوه بر این، سلامت جسمانی و عدم وجود بیماری‌های مزمن جسمانی با سطح بالای رضایت زناشویی رابطه دارد.

دیابت از جمله بیماری‌های متابولیک بوده و یک اختلال چند عاملی است که با افزایش مزمن قند خون مشخص می‌شود و ناشی از اختلال در ترشح یا عمل انسولین یا هر دوی آنهاست. دیابت در چهار گروه طبقه بندی می‌شود. دیابت نوع ۱، دیابت نوع ۲، دیابت حاملگی و انواع اختصاصی دیابت (دلآوری و

¹-surkan

²-Ross

همکاران، ۱۳۸۳). به طور فزاینده‌ای تشخیص داده شده که بیماری‌های مزمن مانند دیابت می‌تواند اثرات قابل ملاحظه‌ای را بر کیفیت زندگی روزمره مانند محدودیت‌های شغلی، زندگی اجتماعی، ارتباطات خانوادگی، ازدواج و ارتباطات زناشویی داشته باشد (میرجانا^۱، ۲۰۰۱). تاثیر بیماری دیابت محدود به عوارض زودرس و دیررس آن از قبیل هیپوگلیسمی، عوارض عروق کوچک و بزرگ و غیره نمی‌شود. بلکه دیابت نیز مانند سایر بیماری‌های مزمن با روبرو کردن بیمار با چالش‌های متعددی از قبیل فشارهای ناشی از کنترل بیماری، رعایت برنامه‌های درمانی، مراقبت‌های پیچیده و پرهزینه، نیاز به مراجعه مکرر به پزشک و انجام آزمایش‌های مختلف و متعدد، نگرانی درباره آینده بیماری و احتمال ابتلاء فرزندان، اختلال در روابط اجتماعی و خانوادگی، مشکلات جنسی و... روبرو می‌کند. به عبارتی این بیماری می‌تواند بر توسعه عوارض ایجاد شده، وضعیت روحی و روانی و ارتباطات فردی و خانوادگی و اجتماعی تاثیرات منفی داشته باشد (لاستمن^۲ و همکاران، ۲۰۰۰).

بهبودی روانشناختی پایین یکی از عوامل خطرزای بسیار مهم آشفتگی‌های ارتباطی است. نرخ بالای مشکلات ارتباطی به طور ثابت با برخی اختلالات روانپزشکی شدید از قبیل افسردگی، سوء استفاده‌ی جسمانی و اختلال اضطراب مرتبط است (برادبری^۳ و همکاران، ۲۰۰۰). بدیهی است ظهور عوامل مطرح شده و تداوم آنها در اثر بیماری دیابت، می‌تواند بصورت منفرد و یا ترکیبی، بطور مستقیم و غیر مستقیم رابطه‌ی زوج را به شکل منفی تحت تاثیر قرار دهد و رضایت زناشویی آنها را مختل کند. بسیاری از پژوهشگران علاقه‌ی وافری به ماهیت میان‌فردی بیماری‌های مزمن نشان داده‌اند. به عنوان مثال ادبیات موجود چنین گزارش می‌دهند که رضایت جنسی و رضایت زناشویی زوجها اغلب پس از هجوم بیماری مزمن کاهش می‌یابد (برمن و مارگولین^۴، ۱۹۹۲ به نقل از سمپسون^۵ و همکاران، ۲۰۰۶؛ کیکولت گلاسر و نیوتون^۶، ۲۰۰۱).

رواندرمانی وجودی براساس دیدگاه خود درباره‌ی زندگی انسان به اهمیت زندگی آنها می‌پردازد. رواندرمانی وجودی نگرشی به موضوعات اساسی زندگی چون زندگی و مرگ، آزادی، مسئولیت نسبت به خود و دیگران، یافتن معنا در زندگی و پرداختن به مفهوم بی‌معنایی است. این رویکرد درمانی بیش از سایر دیدگاهها به بررسی آگاهی انسان از خود و توانایی فرد در نگرستن به ماورای مشکلات خویش و مسائل وجودی می‌پردازد. انسان نمی‌تواند به تنهایی و جدای از دیگران زندگی کند. عمق بخشیدن به

¹-Mirjana

²-Lustman

³-Bradbury

⁴-Burman & Margolin

⁵-Sampson

⁶ - Kiecolt-Glaser & Newton

روابط صمیمانه و صادقانه با دیگران از پیشنهاد‌های روان‌درمانی وجودی است. در این رویکرد تلاش نمی‌شود درد و رنج انسان از بین برود، زیرا زندگی انسان ماهیتاً "توام با رنج" است. در عوض به انسان‌ها کمک می‌شود با پذیرش واقعیت درد و رنج برای دردهای زندگی معنا بیابند که در این صورت دردها لذت بخش خواهند شد (نظری و ضرغامی، ۱۳۸۸). در این رویکرد به فرد در مواجهه با واقعیات زندگی از جمله مرگ، تنهایی و آزادی کمک می‌شود و فرد تشویق می‌شود از حالت انفعال خارج شود و آزادی خود را بپذیرد و نوع نگرش خود نسبت به مسائل را انتخاب کند (پروچاسکا و نورکراس، ترجمه سیدمحمدی ۱۳۸۷). اصل بنیادین وجودی این است که ما قربانی شرایط نیستیم، زیرا به مقدار زیاد همان کسی هستیم که تصمیم گرفته‌ایم باشیم. هدف اصلی درمان ترغیب درمان‌جویان به تفکر درباره زندگی، تشخیص دادن گزینه‌های پیش رو و انتخاب کردن از بین آنهاست. وقتی آنها تشخیص دهند از کنترل صرف نظر کرده و منفعل رفتار کرده اند، می‌توانند آگاهانه‌تر زندگی کنند (کری، ترجمه سیدمحمدی ۱۳۹۰).

افراد مبتلا به دیابت در زمان تشخیص و همچنین در سایر مواقع در طول زندگی‌شان ممکن است احساس تنهایی و سرگردانی کنند. در این اوقات که نیاز به مشاوره وجود دارد آموزش‌های جامع دیابت ممکن است کنار گذاشته شود. همچنین در چنین مواقعی ارتباط داشتن با سایر افراد دیابتی می‌تواند بسیار سودمند باشد (چاندرا^۱، ۱۹۹۷ به نقل از پرموزیک^۲ و همکاران، ۲۰۱۲).

با در نظر گرفتن ماهیت درمان وجودی و نگاه آن به واقعیات زندگی از جمله درد و رنج و مسئولیت فرد در یافتن معنا در این شرایط، و از سوی دیگر ماهیت بیماری دیابت که شرایط زندگی فرد و روابط او را بشدت تحت تأثیر قرار می‌دهد، با این مسئله روبرو هستیم که آیا درمان وجودی می‌تواند به شیوه‌ای مؤثر در کار با بیماران دیابتی و بهبود ارتباط آنها و در نتیجه ترفیع رضایت زناشویی این گروه خاص مفید واقع شود؟

ضرورت انجام پژوهش

نهاد خانواده در فرهنگ ایرانی حایز اهمیت است و در مقایسه با سایر نهادهای جامعه از نظر اندازه کوچک‌ترین ولی از نظر اعتبار و اثربخشی عظیم‌ترین و پایدارترین نهاد اجتماعی است (بنی جمالی و همکاران، ۱۳۸۳ به نقل از احمدی و همکاران ۱۳۸۸). رضایت زناشویی نقش بسیار مهمی در ادامه‌ی

¹ - Chandra

² - Primozić

زندگی زناشویی دارد. سلامت جامعه در گرو سلامت خانواده است. از یکسو در جامعه‌ی صنعتی امروز زنان همپای مردان در امور اقتصادی و اجتماعی جامعه فعالیت می‌کنند و از سوی دیگر نقش زن چه در فعالیت اجتماعی و چه در خانه، در بالا بردن رشد و تعالی همه جانبه‌ی جامعه بسیار حایز اهمیت است و بنابراین زن در حفظ بهداشت روانی خانواده و احساس رضایتمندی زناشویی که باید به آن پرداخته شود نقش بسزایی دارد (موسوی، ۱۳۷۹ به نقل از غیائی و همکاران، ۱۳۸۹).

تریگول و پولر^۱ (۱۹۹۸) برخی از اختلالات روانپزشکی را که بطور معمول در مواجهه با دیابت بروز می‌کنند برمی‌شمردند: فوبی، بخصوص نسبت به سرنگ و تزریق/ اختلال وسواس فکری عملی، که ممکن است نسبت به گلوکز خون باشد/ اعتیاد به الکل و مواد/ اختلال وحشتزدگی/ اسکیزوفرنی. افسردگی در بیماران دیابتی یکی از پدیده‌های رایج بالینی است. بر اساس مطالعات شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت بین ۲۴ تا ۳۰ درصد گزارش شده است که نشان از خطر مهم افسردگی در خود مراقبتی دارد (اجید^۲ و همکاران، ۲۰۰۹). به نسبت افسردگی، اضطراب پژوهش‌های کمتری را به خود اختصاص داده است. اما بنظر می‌رسد که میزان اضطراب در مبتلایان به دیابت بالاتر از جمعیت عادی است (کسلر و برگلاند^۳، ۲۰۰۵). الگوهای نامناسب خوردن در میان افراد مبتلا به دیابت بسیار شایع‌تر از افراد سالم است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد افراد دیابتی ۲/۴ بار محتمل‌تر است که دچار اختلالات خوردن شوند (گودوین^۴ و همکاران، ۲۰۰۳).

مشکلات جنسی در میان افراد مبتلا به دیابت بسیار رایج است. روی هم‌رفته مشکلات نعوظ در حدود ۵۰٪ مردان دیابتی را دچار میکند. در زنان ناتوانی در رسیدن به ارگاسم و کاهش روانسازی واژن گزارش شده است. مشکلات جنسی در بیماران دیابتی ممکن است ناشی از برخی دلایل جسمانی باشد، اما غالباً ناشی از ترکیب عوامل جسمانی و روانشناختی است (تریگول و پولر، ۱۹۹۸).

هزینه‌های نگهداری از بیمار دیابتی بسیار هنگفت است. به عنوان مثال در هندوستان ۲۵٪ و در آمریکا ۱۰٪ درآمد خانواده‌ی دارای بیمار مبتلا به دیابت برای این منظور صرف میشود. هزینه‌های دیابت تنها شامل مخارج مالی نیست. هزینه‌های نامحسوس همچون درد، ناراحتی، اضطراب، سردرد و بطور عمده کاهش کیفیت زندگی است که بطور کلی در زندگی مبتلایان و خانواده‌ی آنها تاثیرگذار بوده و تقریباً

¹- Trigwell & Peveler

²- Egede

³-Kessler & Berglund

⁴-Goodween

غیرقابل محاسبه است. همچنین ارتباطات شخصی، تحرک و آسایش افراد بطور منفی تحت تاثیر قرار میگیرد (دلوری و همکاران، ۱۳۸۳).

در خصوص شیوع دیابت نیز باید گفت که آمارها متفاوت و گاهی متناقض هستند. شیوع دیابت در سال ۲۰۰۰ در جهان ۲/۸٪ برآورد شده است (ویلده^۱ و همکاران، ۲۰۰۴). این بیماری در کشور ما نیز شیوع نسبتا بالایی دارد. طوری که تعداد مبتلایان به دیابت در ایران حدود ۶ درصد جمعیت، یعنی بیش از چهار میلیون نفر برآورد میشود (انجمن دیابت ایران، ۱۳۸۸).

پژوهش‌های اندکی در رابطه با درمان اختلالات و مشکلات روانشناختی و وابستگی آنها از جمله مسایل ارتباطی، خانوادگی و زناشویی وجود دارد، درحالی که کمبودی در حیطه‌ی درمان جسمی احساس نمی‌شود. در نظر گرفتن تاثیر اختلالات روانشناختی بر توانایی فرد در اداره‌ی دیابت خود به شکل موثر، بسیار مهم بنظر میرسد (تریگول و پولر، ۱۹۹۸).

رویکرد وجودی بر خلاف مکاتب روانکاوی و رفتارگرایی که انسان را محصول عوامل زیستی و محیطی می‌دانند و دیدگاه جبر گرایانه‌ای به ماهیت انسان دارند، با وجود قبول برخی واقعیات در مورد انسان تاکید دارد که ما آزادیم تا آنچه را می‌خواهیم از شرایط بسازیم (کوری، ترجمه سیدمحمدی ۱۳۹۰).

درمان وجودی با ایجاد تغییرات عمیق در بینش مراجعان نسبت به زندگی و معنا بخشیدن به زندگی آنها باعث می‌شود که هدفی برای خود برگزینند و همدیگر را به طور کامل تجربه کنند و از بودن در کنار یکدیگر لذت بیشتری ببرند. از فرصتهایشان بیشتر استفاده کنند و در نتیجه به لذت بیشتری از زندگی دست یابند. همچنین به افراد کمک میکند که با اعتقاد به آزادی اراده و مسئولیت خویش در برابر زندگی به دنبال ایجاد شرایط بهتر برای زندگی خویش باشند (وان دورزن^۲، ۲۰۱۰).

با توجه به اهمیت نقش زوج در بهزیستی جامعه، و تاثیر همه جانبه بیماری دیابت بر فرد و زوج و در نتیجه رضایت زناشویی، انجام مداخله جهت افزایش رضایت زناشویی در میان این جامعه ضروری است. با توجه به ابعاد گسترده‌ی بیماری دیابت بر زندگی افراد، و اهمیت رضایت زناشویی در رضایت فرد از زندگی و از سوی دیگر پرداختن رویکرد وجودی به مفروضات اساسی زندگی، بررسی تاثیر این رویکرد بر رضایت زناشویی بیماران دیابتی لازم و مفید بنظر می‌رسد.

¹ - Wild

² - Van Deurzen

اهداف پژوهش

هدف کلی:

تعیین تاثیر مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی بر افزایش رضایت زناشویی زنان مبتلا به دیابت
نوع ۲

اهداف جزئی:

۱. تعیین تاثیر مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی بر بهبود مسایل شخصیتی زنان مبتلا به دیابت
نوع ۲

۲. تعیین تاثیر مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی بر بهبود رابطه زناشویی زنان مبتلا به دیابت نوع
۲

۳. تعیین تاثیر مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی بر بهبود مهارت حل تعارض زنان مبتلا به
دیابت نوع ۲

۴. تعیین تاثیر مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی بر بهبود مدیریت مالی زنان مبتلا به دیابت نوع
۲

۵. تعیین تاثیر مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی بر بهبود فعالیت‌های اوقات فراغت زنان مبتلا به
دیابت نوع ۲

۶. تعیین تاثیر مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی بر بهبود روابط جنسی زنان مبتلا به دیابت نوع
۲

۷. تعیین تاثیر مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی بر بهبود رابطه با فرزندان در زنان مبتلا به
دیابت نوع ۲

۸. تعیین تاثیر مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی بر بهبود رابطه با بستگان در زنان مبتلا به
دیابت نوع ۲

۹. تعیین تاثیر مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی بر بهبود جهت گیری عقیدتی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲

فرضیه های پژوهش

فرضیه کلی:

مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی موجب افزایش رضایت زناشویی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ می شود.

فرضیه های فرعی:

۱. مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی موجب بهبود مسایل شخصیتی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ می شود.

۲. مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی موجب بهبود رابطه زناشویی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ می شود.

۳. مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی موجب بهبود مهارت حل تعارض زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ می شود.

۴. مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی موجب بهبود مدیریت مالی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ می شود.

۵. مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی موجب بهبود فعالیت های اوقات فراغت زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ می شود.

۶. مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی موجب بهبود روابط جنسی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ می شود.

۷. مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی موجب بهبود رابطه با فرزندان در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ می شود.

۸. مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی موجب بهبود رابطه با بستگان در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌شود.

۹. مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی موجب بهبود جهت‌گیری عقیدتی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌شود.

تعریف متغیرهای پژوهش

تعریف مفهومی

رضایت زناشویی: رضایت زناشویی عبارت است از ارزیابی ذهنی مبنی بر اینکه رابطه‌ی حاصل از ازدواج خوب، شاد، رضایت‌بخش یا موفق است (کالان و نولر، ۱۹۸۷ به نقل از سمپسون، ۲۰۰۶).

مشاوره گروهی بر اساس رویکرد وجودی: گروه وجودی نمونه‌ی کوچکی از این دنیا را به تصویر می‌کشد که در آن شرکت‌کنندگان طریقه‌ی زندگی و عمل را تجربه می‌کنند. اعضای این گروه با این هدف گرد هم می‌آیند که خودشان را کشف کنند و از طریق صحبت کردن درباره‌ی نگرانی‌های وجودی‌شان با یکدیگر تعامل کنند. یک گروه وجودی را می‌توان اینگونه توصیف کرد: افرادی که با اهدافی سه‌گانه مسئولیت سفر مادام‌العمر خودکامی را بر عهده می‌گیرند. این اهداف عبارت است از ۱- قادر ساختن اعضا برای صادق بودن با خودشان. ۲- عمیق‌تر و وسیع‌تر نگاه کردن به خود و دنیای پیرامونشان. ۳- مشخص کردن آنچه به زندگی حال و آینده‌ی آنها معنا می‌دهد (نظری و ضرغامی، ۱۳۸۸).

تعریف عملیاتی

رضایت زناشویی: عبارت است از نمره‌ای که شرکت‌کننده در فرم کوتاه ۴۷ سوالی پرسشنامه‌ی رضایت زناشویی انریچ (Enrich) بدست می‌آورد.

مشاوره گروهی بر اساس رویکرد وجودی: در این پژوهش مشاوره گروهی با رویکرد وجودی عبارت است از ۸ جلسه‌ی ۱۰۰ دقیقه‌ای که در آن اعضا گرد هم می‌آمدند و براساس چارچوب محتوایی مشخص شده درباره‌ی مسایل وجودی (خودآگاهی، مرگ، معنا، تنهایی، آزادی و مسئولیت) به بحث و تعامل می‌پرداختند و بازخورد دریافت می‌کردند.

فصل دوم

ادبیات و پیشینه

پژوهش