

دانشگاه پیام نور
دانشکده علوم انسانی
گروه روانشناسی

عنوان:

بررسی اثربخشی معنادرمانی گروهی بر روی افسردگی و رضایت زناشویی زنان مبتلا
به تعارضات زناشویی

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد
در رشته روانشناسی

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر مرتضی ترخان

استاد مشاور:

جناب آقای دکتر حسین زارع

پژوهشگر:

سمانه جمشیدی

شهریور ۱۳۸۹

هنگامی که نه به آنچه استحقاق تصاحبش را دارد ، بلکه به آنچه شایستگی
بخشایشش را دارد ،می اندیشد، خود را صاحب قدرتی می یابد که هر ناممکنی را
ممکن نماید .

تقدیم به :

همه کسانی که می اندیشند.

با سپاس فراوان از:

جناب آقای دکتر مرتضی ترخان ، جناب آقای دکتر حسین زارع ، و جناب آقای دکتر مجید صفاری نیا و
همه عزیزانی که مرا در این امر یاری دادند.

فهرست مطالب

عنوان ----- صفحه

فصل اول: کلیات پژوهش ----- ۷

- 1-1- مقدمه ----- ۸
- ۲-۱- بیان مسأله ----- ۱۱
- ۳-۱- اهمیت و ضرورت پژوهش ----- ۱۶
- ۴-۱- اهداف پژوهش ----- ۲۱
- ۵-۱- فرضیات پژوهش ----- ۲۲
- ۶-۱- متغیرهای پژوهش ----- ۲۴
- ۷-۱- تعاریف نظری متغیرها ----- ۲۴
- ۱-۷-۱- افسردگی ----- ۲۴
- ۲-۷-۱- معنا درمانی ----- ۲۴
- ۳-۷-۱- رضایت زناشویی ----- ۲۵
- ۴-۷-۱- تعارضات زناشویی ----- ۲۵
- ۸-۱- تعریف عملیاتی متغیرها ----- ۲۵
- ۱-۸-۱- افسردگی ----- ۲۵
- ۲-۸-۱- معنا درمانی گروهی ----- ۲۶
- ۳-۸-۱- رضایت زناشویی ----- ۲۷
- ۴-۸-۱- تعارضات زناشویی ----- ۲۸

فصل دوم: ادبیات پژوهش ----- 29

- ۱-۲- مقدمه ----- 30
- ۲-۲- مکتب اصالت وجود (اگزیستانتیال) و روان درمانی ----- 30
- ۳-۲- مفهوم معنا درمانی ----- 31
- ۴-۲- پیش از معنا درمانی ----- 32
- ۵-۲- تئوری نظری فرانکل ----- 34
- ۱-۵-۲- انسان کیست؟ ----- 34
- ۲-۵-۲- ارکان زندگی انسان ----- 35
- ۳-۵-۲- یکتایی انسان ----- 39
- ۴-۵-۲- آزادی و مسؤولیت ----- 40

- 43-----۲-۵-۵- هستی گرایی و رنج انسان
- 45-----۲-۵-۶- انواع رنج
- 47-----۲-۵-۷- خلأ وجودی
- 51-----۲-۵-۸- منابع معنا
- 52-----۲-۵-۹- منابع معنای شخصی و سطوح معنا
- 54-----۲-۵-۱۰- معانی و ارزشها
- 58-----۲-۵-۱۱- نمونه های عینی از ارزشهای نگرشی
- 59-----۲-۵-۱۲- ارزش های نگرشی و رشد پس آسیبی
- 61-----۲-۵-۱۳- بهزیستی ناشی از هماهنگی اهداف و ارزشها
- 63-----۲-۶- معنادرمانی و افسردگی
- 64-----۲-۶-۱- ماهیت هستی انسان سالم
- 65-----۲-۶-۲- آسیب های روانی و افسردگی
- 67-----۲-۷- معنادرمانی و رضایت زناشویی
- 69-----۲-۷-۱- معنا درمانی و عشق
- 71-----۲-۷-۲- برخی تعاریف مرتبط با معنادرمانی و زندگی زناشویی
- 73-----۲-۸- نظریه ها و دیدگاههای مختلف نسبت به افسردگی
- 73-----۲-۸-۱- دیدگاه روان تحلیل گری
- 74-----۲-۸-۲- دیدگاه رفتاری نگری
- 75-----۲-۸-۳- دیدگاه شناختی
- 76-----۲-۸-۴- دیدگاه رفتارشناسی طبیعی
- 77-----۲-۸-۵- دیدگاه زیست شناختی
- 79-----۲-۸-۶- دیدگاه انسان گرایانه
- 80-----۲-۹- رویکردهای مختلف به رضایت زناشویی
- 81-----۲-۹-۱- دیدگاه روان تحلیل گری
- 83-----۲-۹-۲- تحلیل از تباط محاوره ای
- 86-----۲-۹-۳- دیدگاه یادگیری اجتماعی
- 87-----۲-۹-۳-۱- ازدواج های سنتی
- 87-----۲-۹-۳-۲- ازدواج های برابری خواه
- 88-----۲-۹-۴- واقعیت درمانی گلاسر
- 90-----۲-۹-۴-۱- مقایسه ماهیت انسان در واقعیت درمانی و مکتب اصالت وجود (اگزستانسیالیسم)
- ۹۱-----۲-۹-۵- رویکرد کردارشناختی
- ۹۳-----۲-۹-۶- نظریه عقلانی-عاطفی آلیس
- ۹۵-----۲-۱۰-۱- مروری بر تحقیقات انجام شده
- ۹۵-----۲-۱۰-۱- پژوهش های خارجی
- ۱۰۸-----۲-۱۰-۲- پژوهش های داخلی

فصل سوم: روش پژوهش ----- ۱۲۰

- ۱۲۱----- ۱-۳- مقدمه
- ۱۲۱----- ۲-۳- جامعه آماری
- ۱۲۱----- ۳-۳- نمونه آماری
- ۱۲۱----- ۴-۳- روش و چگونگی نمونه گیری
- ۱۲۲----- ۵-۳- طرح پژوهش
- ۱۲۳----- ۶-۳- ابزار اندازه گیری
- ۱۲۳----- ۱-۶-۳- پرسشنامه افسردگی بک
- ۱۲۴----- ۱-۱-۶-۳- روش اجرا و نمره گذاری
- ۱۲۶----- ۲-۶-۳- پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ
- ۱۲۷----- ۱-۲-۶-۳- روش اجرا و نمره گذاری
- ۱۲۹----- ۷-۳- اعتبار و روایی ابزار اندازه گیری
- ۱۲۹----- ۱-۷-۳- اعتبار و روایی پرسشنامه افسردگی بک
- ۱۳۰----- ۲-۷-۳- روایی و اعتبار پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ
- ۱۳۱----- ۸-۳- آموزش معنا درما نی گروهی
- ۱۳۳----- ۹-۳- روش تجزیه و تحلیل آماری

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل آماری اطلاعات ----- ۱۳۴

- ۱۳۵----- ۱-۴- مقدمه
- ۱۳۵----- ۲-۴- توصیف ویژگی های آزمودنی ها
- ۱۳۹----- ۳-۴- آزمون فرضیات تحقیق
- ۱۳۹----- ۱-۳-۴- فرضیه اول
- ۱۴۲----- ۲-۳-۴- فرضیه دوم

فصل پنجم : نتیجه گیری و بحث ----- ۱۴۵

- ۱۴۶----- ۱-۵- مقدمه
- ۱۴۹----- ۲-۵- تبیین و تحلیل فرضیه ها
- ۱۴۹----- ۱-۲-۵- فرضیه اول
- ۱۵۲----- آزادی اراده
- ۱۵۲----- اراده معطوف به معنا
- ۱۵۳----- معنای زندگی
- ۱۵۴----- یکتایی
- ۱۵۴----- آزادی و مسؤولیت
- ۱۵۵----- رنج انسان

۱۵۶	-----	خلاً وجودی
۱۵۷	-----	منابع معنا
۱۵۷	-----	آنچه چون آفرینش به جهان عرضه می کنیم-ارزشهای خلاق
۱۵۹	-----	آنچه چون تجربه از جهان می گیریم-ارزشهای تجربی
۱۵۹	-----	طرز برخوردی که نسبت به رنج برمی گزینیم-ارزشهای گرایشی
۱۶۰	-----	۲-۲-۵- فرضیه دوم
۱۶۱	-----	آزادی اراده
۱۶۳	-----	اراده معطوف به معنا
۱۶۴	-----	معنای زندگی
۱۶۴	-----	یکتایی
۱۶۵	-----	آزادی و مسؤولیت
۱۶۶	-----	رنج انسان
۱۶۶	-----	خلاً وجودی
۱۶۷	-----	منابع معنا
۱۶۹	-----	آنچه چون آفرینش به جهان عرضه می کنیم-ارزشهای خلاق
۱۷۰	-----	آنچه چون تجربه از جهان می گیریم-ارزشهای تجربی
۱۷۱	-----	طرز برخوردی که نسبت به رنج برمی گزینیم-ارزشهای گرایشی
۱۷۲	-----	۳-۵- نتیجه گیری و بحث
۱۷۴	-----	۴-۵- محدودیت ها
۱۷۴	-----	۵-۵- پیشنهادات
۱۷۴	-----	۱-۵-۵- پیشنهادات پژوهشی
۱۷۵	-----	۲-۵-۵- پیشنهادات کاربردی
۱۷۶	-----	منابع
۱۷۷	-----	منابع فارسی
۱۸۴	-----	منابع انگلیسی
۲۳۲	-----	ضمائم

خلاصه آموزش معنادرمانی
جداول نمرات خام آزمودنی ها

فهرست جداول

-جدول شماره ۳-۱- تعیین درجه افسردگی بر اساس پرسشنامه افسردگی بک(فرم بلند مدت)

۱۵۶ -----

-جدول شماره ۳-۲- محاسبه نمرات مقیاس های فرعی ----- ۱۵۹

- جدول شماره ۴-۱- فراوانی و درصد گروههای سنی آزمودنی ها ----- ۱۳۵

- جدول شماره ۴-۲- فراوانی و درصد سطوح مختلف تحصیلی آزمودنیها ----- ۱۳۶

- جدول شماره ۴-۳- فراوانی و درصد تعداد فرزند آزمودنی ها ----- ۱۳۷

- جدول شماره ۴-۴- فراوانی و درصد وضعیت اقتصادی آزمودنی ها ----- ۱۳۸

- جدول شماره ۴-۵- شاخص های توصیفی فرضیه اول ----- ۱۳۹

- جدول شماره ۴-۶- آزمون تحلیل کوواریانس برای فرضیه اول ----- ۱۴۱

- جدول شماره ۴-۷- شاخص های توصیفی فرضیه دوم ----- ۱۴۲

- جدول شماره ۴-۸- آزمون تحلیل کوواریانس برای فرضیه دوم ----- ۱۴۴

-جدول شماره ۶-۱- نمرات خام آزمودنی های گروه آزمایش ----- ۲۰۷

-جدول شماره ۶-۲- نمرات خام آزمودنی های گروه کنترل ----- ۲۰۸

فهرست نمودارها

- ۱۳۵ - نمودار شماره ۱-۴- فراوانی و درصد گروههای سنی آزمودنی ها -----
- ۱۳۶ - نمودار ۲-۴- فراوانی و درصد سطوح مختلف تحصیلی آزمودنی ها -----
- ۱۳۷ - نمودار شماره ۳-۴- فراوانی و درصد تعداد فرزند آزمودنی ها -----
- ۱۳۸ - نمودار شماره ۴-۴- فراوانی و درصد وضعیت اقتصادی آزمودنی ها -----
- ۱۴۰ - نمودار شماره ۵-۴- رابطه بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروهها برای افسردگی
- ۱۴۳ - نمودار شماره ۶-۴- رابطه بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروهها برای رضایت زناشویی

چکیده

موضوع پژوهش حاضر، اثر بخشی معنادرمانی گروهی بر روی رضایت زناشویی و افسردگی زنان مبتلا به تعارضات زناشویی می باشد. جهت بررسی این موضوع، دو فرضیه اصلی در نظر گرفته شد که عبارتند از : ۱ - زنانی که آموزش معنادرمانی را دریافت می دارند، در مقایسه با زنانی که آموزش معنادرمانی را دریافت نمی دارند، افسردگی آنها بیشتر کاهش می یابد. ۲ - زنانی که آموزش معنادرمانی را دریافت می دارند، در مقایسه با زنانی که آموزش معنادرمانی را دریافت نمی دارند، از افزایش رضایت زناشویی بالاتری برخوردارند.

جامعه آماری این پژوهش متشکل از کلیه زنانی است که از افسردگی بالا و رضایت زناشویی پایینی برخوردارند و از تعارضات زناشویی رنج می برند، و در سال ۱۳۸۸ در فاصله زمانی ۳ ماه به مرکز مشاوره پاسارگاد شهرستان رشت ، مراجعه نمودند. از بین آنها ۳۰ نفر به طور تصادفی انتخاب شدند و سپس بطور داوطلبانه در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش، آموزش معنادرمانی گروهی را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای دریافت نمودند ، در حالیکه گروه کنترل ، هیچ آموزشی دریافت ننمودند. روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی است و طرح تحقیق آن ، طرح دو گروهی با پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می باشد. ابزار اندازه گیری این پژوهش، پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ ، بوده است.

در این پژوهش از شاخص های آمار توصیفی (جدول ، نمودار ، میانگین ، واریانس) و برای تأیید فرضیه ها، از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. نتایج تحقیق نشان داد ، فرضیه های تحقیق تأیید شدند . بدین صورت که پس از ارائه آموزش معنادرمانی گروهی به گروه آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل که آموزشی دریافت نکردند، افسردگی آنها کاهش و رضایت زناشویی آنها افزایش یافته است.

واژگان کلیدی : معنادرمانی گروهی، افسردگی، رضایت زناشویی، تعارضات زناشویی

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱- مقدمه

یک نیاز یا تمایل قدرتمند و جهانی در میان انسانها برای تعامل با دیگران وجود دارد. افراد نیاز به شروع، رشد و بقاء رابطه با دیگران مخصوصاً با افراد نزدیک دارند. ما همه از تعامل و عمق بخشیدن به درگیری در ارتباطات لذت می‌بریم و اگر قادر به تعامل با معنا با دیگران نباشیم، نتیجه آن تنهایی و افسردگی و عدم خوشحالی است. یکی از کانون‌هایی که امکان تشکیل و برقراری تعامل عمیق و با معنا را فراهم می‌نماید، خانواده است. خانواده چیزی بیشتر از مجموعه افرادی است که در یک فضای فیزیکی و روانشناختی با هم مشارکت دارند. امروزه خانواده در اشکال گوناگون دیده می‌شود که هر کدام یک سیستم اجتماعی-فرهنگی تلقی می‌شوند. در داخل چنین سیستمی، افراد بوسیله حلقه‌های عاطفی قدرتمند، با دوام و متقابل به یکدیگر گره خورده‌اند. (نوابی نژاد، ۱۳۸۶)

خانواده بعنوان یک گروه اجتماعی، در برگیرنده بیش‌ترین، عمیق‌ترین و اساسی‌ترین مناسبات انسانی است و علاوه بر آن که منبع اولیه نیازهای اساسی فرد محسوب می‌شود، موقعیت‌های متعدد را برای یادگیری و شکل‌گیری نگرش‌ها و تشکیل باورهای اساسی یک فرد فراهم می‌آورد، که برای زندگی اجتماعی و بهره‌وری از میراث فرهنگی و انتقال آن حائز اهمیت است. می‌توان گفت خانواده در عین اینکه امکان تعامل معنادار را فراهم می‌نماید، بستری است که برای اعضای آن امکان رشد و پویایی فراهم می‌نماید. در عین حال، همانگونه که تاجیک اسماعیلی (۱۳۷۳) بیان نموده، خانواده یک گروه صرفاً قراردادی نیست، بلکه یک واحد اجتماعی اولیه از مناسبات انسانی است و مبتنی بر پیوندهایی است که ریشه در طبیعت و فطرت انسان دارند. خانواده بعنوان یک واحد و سازمان اجتماعی دارای نقش‌ها و وظایف متعددی است. یک خانواده می‌تواند نقش تولیدی و نیز خدماتی را برای خود و تعدادی از افراد اجتماع ایفا کند. نقش آموزشی و تربیتی خانواده نیز مسلم است. علاوه بر این نقش‌ها، خانواده در رفع نیازهای جسمانی و روانی اعضایش نقش غیر قابل انکاری به عهده دارد. خانواده در رابطه با نظام ارزشی جامعه نیز نقش بسیار مؤثری را

ایفا می کند، چراکه مهم ترین واحد انتقال دهنده ارزشها به فرد است. در محیط خانواده کودک نیازها و خواست های جامعه را می آموزد و این شناخت او را به گزینش رفتارهای معین و می دارد و شخصیت وی را غنی می سازد. اجتماعی شدن فرد از خانواده شروع می شود و با ورود به سایر گروههای اجتماعی تداوم می یابد. (خالوئی، کجباف و نشاط دوست، ۱۳۸۴)

از آنجایی که همواره اولین گام جهت تشکیل یک خانواده جدید، برقراری پیوند زناشویی یا ازدواج است، چگونگی، استقرار و نحوه تداوم این پیوند، همواره در مباحث مربوط به خانواده، ناگزیر حائز اهمیت می گردد. ازدواج به عنوان مهمترین و اساسی ترین رابطه بشری توصیف شده است، زیرا ساختاری اولیه برای بنا نهادن رابطه خانوادگی و تربیت کردن نسل آینده فراهم می سازد. یکی از جوانب بسیار مهم یک نظام زناشویی رضایتی است که همسران در ازدواج تجربه می کنند، و لیکن آمار طلاق که معتبر ترین شاخص آشفته‌گی زناشویی است، نشانگر آنست که رضایت زناشویی به آسانی قابل دستیابی نیست. در همان هفته ها و ماه های اول ازدواج، عدم توافق های جدی و مکرری تولید می گردد که چنان چه حل نگردند، می توانند رضایت و ثبات این واحد را تهدید کنند. علاوه بر این، قطع نظراز همه ازدواج هایی که به طلاق ختم می گردند، بسیاری از ازدواجهای ناموفق نیز وجود دارند که همسران به دلایل گوناگون، طلاق نمی گیرند (ترکان، کلانتری، مولوی، ۱۳۸۵).

هر زندگی مشترک، سازگاری هایی ایجاب می کند، که گاهی آسان، گاهی مشکل، زمانی رضایت بخش و زمانی ناراحت کننده است. پس از ازدواج، رضایت از زندگی مشترک و سازگاری با آن، طبق تحقیقات، خیلی زود رو به کاهش می گذارد. سرعت و شدت این کاهش در مطالعات مختلف فرق می کند و برخی پژوهشگران به افت مداوم اشاره می کنند (وندر زندن^۱، ۱۹۹۶؛ نقل از گنجی، ۱۳۸۱).

جستجو برای علاج های خانوادگی و اجتماعی، توجه زیادی به مشخصات هردو نوع خانواده با کارکرد سالم و با کارکرد معلول، اعمال داشته است. نتیجه ای که بوسیله محققین استخراج شده، اینست که یک رابطه زناشویی قوی و پایدار، برای کارکرد سالم خانواده ضروری است (فولی^۲، ۱۹۹۲).

^۱ Vander Zanden
^۲ Foley

می توان گفت هر گونه اختلال در کارکرد رابطه زناشویی، در کارایی خانواده تأثیر می گذارد. اختلال در کارایی خانواده، مشکلاتی را در منظومه خانواده ایجاد می کند و در صورت تشدید مشکلات، خانواده را به سمت فروپاشی سوق می دهد. طلاق و فروپاشی خانواده، ضمن برهم زدن تعادل روانی عاطفی افراد خانواده و جامعه، منجر به بروز بسیاری از آسیب های اجتماعی می گردد. طلاق خواه بعنوان یکی از علل یا معلول ناهنجاری های اجتماعی، به نوبه خود معلول تعامل های نامناسب بین زوجهاست. پیامدهای سوء طلاق در پیکر اجتماع و پدید آیی نابسامانی متعاقب آن برای زن و شوهر و فرزندان و نیز کسانی که به نوعی با آنان مرتبطند، در ابعاد مختلف روانی، رفتاری، اقتصادی و اجتماعی، حائز اهمیت است و ضرورت و اهمیت خاص بررسی عوامل زمینه ساز پدیده طلاق و ارائه راهبردهایی برای مداخله در این امر را نمایان می سازد. در حال حاضر، دیدگاههای نظری متعددی با رویکردهای متفاوت به دنبال تبیین و حل تعارض های زناشویی هستند، رویکردهایی از قبیل خانواده درمانی مبتنی بر روان تحلیل گری، درمان نظام های گسترده خانواده بوئن، خانواده درمانی تجربی، خانواده درمانی رفتاری شناختی و خانواده درمانی راهبردی. در این رویکردها، شیوه اصلی برای حل تعارض و بهبود رابطه زناشویی خانواده درمانی است. رویکردهای کل نگری چون انسان گرایی و هستی گرایی و همچنین واقعیت درمانی گلاسر نیز در خصوص مسائل خانواده راهبردهایی ارائه نموده اند (عامری و دیگران، ۱۳۸۲).

یکی از دیدگاههای کل نگر به مسائل روانشناختی مختلف، تئوری اگزیستانسیالیسمی^۱ یا هستی گرایی فرانکل، و شیوه درمانی وی موسوم به لوگوتراپی^۲ یا معنادرمانی است. لوگوتراپی، یکی از کاربردی ترین تئوری های اگزیستانسیالیسم است و برعکس خیلی از تئوری های اگزیستانسیالیسمی، که شامل اصطلاحات و روش هایی هستند که برای متوسط پزشکان بیگانه به نظر می رسد، شامل اصطلاحات و روش هایی است که به آسانی قابل فهم هستند. بعلاوه، یکی از مردم پسند ترین و خوشبینانه ترین مدل های تئوری اگزیستانسیالیسم است که به اشخاص به عنوان افرادی که توانایی برای فراتر رفتن از محیطشان و آزادی

^۱ Existential
^۲ Logotherapy

ومسئولیت برای انتخاب کردن دارند، نگاه میکند که هدایتگر آنان به سوی رشد، علیرغم شرایط محیطی شان هستند. لوگو تراپی موارد زیر را مدعیست:

۱- انگیزش ناخودآگاه اولیه و بنیادی در وجود انسان، "اراده معطوف به معنا" است.

۲- افسردگی و بقیه آسیب ها، اغلب وقتی پدید می آید، که اشخاص، قادر نیستند معنای با ارزشی را در زندگی شناسایی کرده و دنبال کنند (بلیر^۱، ۲۰۰۴).

در واقع لوگو تراپی برای آسیب های مختلف سر منشأ واحدی قائل است، و آن همان، فقدان معنا در زندگی است، که قابل تعمیم به زندگی زناشویی نیز می باشد و باتوجه به آنچه که گذشت، آنچه که تحقیق حاضر، در پی آن بوده، این است که کارایی این رویکرد را در حل تعارضات زناشویی و تبعات حاصل از آن، مورد مطالعه قرار دهد. باتوجه به حساسیت و اهمیت مسائل زناشویی و خانواده، و بخصوص نیاز به انجام و نتیجه گیری از مطالعات به روز شده در این زمینه، باتوجه به شرایط اجتماعی و فرهنگی مدام در حال تغییر جوامع و بخصوص جامعه ما، امیدست که این تحقیق، از عهده رسالتی که بر دوش داشته، برآمده باشد و به سهم خود گامی هرچند کوچک، در جهت شناخت بیشتر این وادی و راهبردهای ممکن برای افزایش کیفیت و کارایی آن داشته و دین خود را به کانون خانواده و جامعه انسانی ادا نماید.

۱-۲- بیان مسأله

خانواده نخستین نهاد اجتماعی است، که افراد در آن پرورش می یابند و نهادهای اجتماعی دیگر را پایه گذاری می کنند، که پایه و اساس آنها در صورتی سالم خواهد بود که خانواده سالم باشد. اما با این وجود، خانواده ها هر روز با مسائل و مشکلاتی جدید برخورد می کنند، که این مطلب نشانگر آنست که بحث پیرامون موضوع خانواده بسیار گسترده است و در این راستا، محقق همیشه مسیری باز را پیش رو دارد (کاویانی، کجباف و آقایی، ۱۳۸۳).

¹ Blair

خانواده هسته ای متشکل از زن و شوهر و یک یا چند فرزند است که روابط اعضای آن، در چارچوب نظام همسرگزینی (روابط زناشویی)، نظام ارتباط متقابل والدین و کودک و نظام برادر و خواهری چنان شکل می گیرد که افراد بتوانند نیازهای یکدیگر را برآورند. بنابراین، خانواده واحدی است که نقش های اجتماعی متعددی را بر عهده دارد و ارتباط متقابل اعضای آن بر مبنای بنیادها و نیازهای فرهنگی جامعه شکل می گیرد. فرد در دوران زندگی به دو خانواده - یکی خانواده ای که در آن متولد می شود و پرورش می یابد و دیگری خانواده ای که با همسرگزینی (ازدواج) بوجود می آید- تعلق دارد و در قبال آن تعهدات و وظایفی برعهده دارد. به اعتقاد راسل^۱ (۱۹۷۴) بررسی جامعه شناختی و بررسی ساختار و وظایف خانواده هرچه باشد، دوام و استواری در فراسوی چارچوب های اجتماعی حافظ آن که در حد نسبی می توانند دوام آن را تضمین کنند، مربوط به توافق دو شخصیتی است، که هسته اصلی آن را بنا میکنند، پس از زاویه روانشناختی، ویژگی های شخصیتی زن و شوهر، در حکم عوامل اساسی تحکیم خانواده یا به منزله عوامل فروپاشی آن محسوب می شوند. (خالوئی، کجباغ و نشاط دوست، ۱۳۸۴).

به بیان دیگر، برای شناخت بهتر و بنیادی تر خانواده، و تلاش در جهت حل مسائل و یا بهبود روابط بین اعضای خانواده و در نتیجه حرکت به سوی خانواده ای با کارکرد سالم، اولین و حساس ترین گام، شناخت زن و شوهر، به عنوان بنیانگذاران اساسی یک خانواده، و ویژگی های آنها و رابطه زناشویی بین آنها می باشد. از سوی دیگر، می توان به سادگی نتیجه گرفت که ایفای تعهدات و وظایف هر فرد در خانواده، در واقع به معنای پیامدها و تبعات مثبت خانواده با کارکرد سالم بر هر فرد در خانواده است، چرا که خانواده، مجموعه ای است از روابط انسانی کاملاً متقابل و دوسویه. و لذا در بهترین حالت خود، افراد در عین بهره مندی از نقش های مثبت خانواده و اعضای آن، در حال ایفای نقش های خود نسبت به خانواده و اعضای آن می باشند. همچنین ایفای صحیح نقش ها روی سلامت روابط موجود در خانواده و برعکس، تأثیر گذارند و با توجه به اینکه اولین و اساسی ترین رابطه تأثیرگذار بر سایر روابط خانواده، رابطه زوج است، ویژگی های این رابطه، تأثیر مستقیم تر و عمیق تری بر سایر روابط موجود در خانواده دارد. بطور مثال، اسپری و کارلسون

^۱ Rasel

^۱(۱۹۹۱) صمیمیت را یکی از ویژگی‌های رابطه زوج می‌دانند و رابطه‌ای که با خود افشایی واقعی و درک شخص دیگر در مشارکتی برابر تعریف می‌شود. صمیمیت میزان نزدیکی و حمایتی است که هر عضو احساس و بیان می‌کند. به اعتقاد آنها، راه و روشی که هر زوج بوسیله آن نزدیکی خود را بیان می‌کنند، به میزان زیادی از نیازها و انتظاراتی که آنها از خانواده اصلی کسب کرده‌اند اثر می‌پذیرد. به عبارت دیگر، ویژگی‌های زوجی که امروز تشکیل خانواده می‌دهند، نه تنها بر روابط موجود در خانواده حاضر، بلکه بر روابط بعدی فرزندان در خانواده‌هایی که تشکیل می‌دهند نیز تأثیر گذار است. (به نقل از نوابی نژاد، ۱۳۸۶)

از بین مجموعه ویژگی‌های زوجین که ویژگی‌های رابطه و رضایت از زندگی زناشویی روی آن تأثیر می‌گذارد؛ و برعکس، ویژگی‌های رابطه آنها را متأثر می‌سازد؛ سلامت روان، شاید اولین و مهمترین چیزی است که به ذهن می‌رسد. بنا به یافته‌های هورویتز، مک لافلین، و وایت^۲ (۱۹۹۷)، زندگی زناشویی بدون دردمس با افزایش سلامت روانی و جسمانی در مردان ارتباط دارد؛ پیامدی که از افزایش احساس دلبستگی، تعلق، و حمایت اجتماعی ناشی می‌شود. ولی در زنان کیفیت رابطه تأثیر بیشتری بر سلامت روانی آنها دارد. در نتیجه وقتی زندگی زناشویی مشکلاتی دارد، زنان بیشتر از مردان رنج می‌برند. همچنین زنان بیش از مردان تمایل دارند که یک رابطه را بصورت ناخوشایند ارزیابی نموده و سعی کنند آن را تغییر دهند، مردان اغلب خود را از تعارض کنار می‌کشند و استرس آن را برای زنان دو چندان می‌کنند (برک^۳، ۲۰۰۱؛ نقل از محمدی، ۱۳۸۵).

از سوی دیگر بین اختلالاتی که سلامت روانی زوجین را تهدید می‌نماید، و ارتباط متقابلی با وضعیت رابطه زناشویی دارد، افسردگی، از لحاظ فراوانی و شیوع، بخصوص در زنان، بیش از سایرین جلب توجه می‌نماید. تحقیق روی نمونه‌های اپیدمیولوژیکی، بالینی، و اجتماعی بطور پایداری نشان داده است، که افسردگی با سطوح افزایش یافته پریشانی زناشویی همبسته است. بنابراین شناخت موازی و همزمان ارتباط بین افسردگی و تعارضات زناشویی، می‌تواند کمک بزرگی به شناخت هر یک از این دو مقوله بطور مستقل

Sperry & Carlson ^۱
Horowitz, McLaughlin & White ^۲
Berk ^۳

نماید. اپشتاین^۱ (۱۹۸۴) ملاحظه نمود که نقاط همگرایی زیادی بین تئوری های رفتاری و شناختی افسردگی و تئوری های اختلال رابطه وجود دارد. این نقاط همگرایی ممکن است به توضیح دادن گسترش یکسان افسردگی و پریشانی رابطه ای کمک کند: اولاً تئوری های توصیفی افسردگی معتقدند که افراد افسرده، نگرش های درونی، پایدار، و کلی برای رویدادهای منفی، تشکیل می دهند، و تئوری شناختی افسردگی بک معتقد است، که افسردگی، نتیجه اختلال کارکرد شناختی است (دیدگاه های منفی نسبت به خود، آینده، و جهان) و به طور موازی، اعتقاد بر اینست که پریشانی رابطه ای از نگرش های علی و واکنشی برای رفتار منفی همسر) و از باورهای ارتباطی با کارکرد معلول ناشی می شود. ثانیاً، مدل های رفتاری افسردگی بیان می کنند، که افراد افسرده، کمبود رویدادهای مثبت تقویت کننده، و فراوانی افزایش یافته ای از تجربیات بیزاری آور تجربه میکنند، و باز بطور موازی، میزان پایین رفتار مثبت همسر و میزان بالای رفتار منفی همسر، با پریشانی بیشتری در رابطه همبسته است.

علیرغم توازی بین عوامل شناختی و رفتاری در افسردگی و پریشانی رابطه، تحقیقات نسبتاً کمی روی عوامل شناختی و رفتاری رابطه، به گونه ای که با افسردگی ارتباط دارند، وجود داشته است. تحقیق روی همبستگی بین نگرش های زناشویی با کارکرد نا سالم و افسردگی، نتایج ناهمسانی تولید نموده است. بعضی مطالعات همبستگی بین نشانه های افسردگی و نگرش هایی در مورد رفتار همسر گزارش نموده است. در حالیکه سایرین، این را نشان نداده اند. بخشی از این تناقض، ممکن است از این واقعیت نشأت گیرد که تحقیقات در ابتدا بیشتر روی نشانه های افسردگی اجرا شده است، نه افسردگی اساسی. در کل می توان گفت تحقیقات خیلی کمی در مورد همبستگی بین افسردگی و سایر انواع شناخت های رابطه، شامل باورهای رابطه با کارکرد معلول وجود دارد (یوبلکر و ویشمان^۲، ۲۰۰۵).

به هر حال، تعارضات زناشویی یکی از مشکلات شایع در خانواده های امروزی هستند و مشاوران و روان درمانگران، به دلیل اثرات آن بر خانواده و سلامت روانی اعضای خانواده توجه زیادی به آن دارند (فرح بخش و دیگران، ۲۰۰۶).

Epstein^۱
Uebelacker & Whishman^۲

از سوی دیگر، به گزارش کاویانی و دیگران (۱۳۸۵) احتمال ابتلای زنان به افسردگی اساسی در ایران، دو برابر مردان (۹.۱ درصد در مقابل ۴.۵ درصد) و در مورد افسرده خویی کمتر از دو برابر (۲.۹ درصد در مقابل ۱.۷) به دست آمده است (موسوی و دیگران، ۱۳۸۵).

بنا به همه دلایل فوق، این پژوهش، از بین همه عواملی که سلامت روانی زوجین و بخصوص زنان را مورد تهدید قرار می دهد، افسردگی را مورد بررسی قرار داده و به دلیل آسیب پذیری خاص زنان در رابطه زناشویی و اهمیت نقش مادری و بالطبع سلامت روانی زنان، بعنوان همسر و مادر در خانواده، بر رضایت زناشویی زنان متمرکز شده است.

همانگونه که ذکر شد، برای ممانعت و حل این مسائل و مشکلات، تئوری ها و تحقیقات زیادی وجود دارد، اما در این پژوهش، بر یکی از رویکردهای کل نگر به مسائل روانشناختی که همچون سایر رویکردهای کل نگر، در ارتباط با مسائل زناشویی کمتر مورد توجه قرار گرفته، تمرکز شده است: **تئوری هستی گرای فرانکل** که با توجه به کل نگر بودن آن، قابلیت کاربرد در زمینه حل مسائل مختلف روانشناسی و از جمله افسردگی و تعارضات زناشویی را دارد.

شیوه درمانی مبتنی بر تئوری هستی گرای فرانکل، لوگوتراپی یا معنا درمانی است. این رویکرد درمانی به افراد کمک می نماید تا در هر شرایطی از زندگی خود معنای با ارزشی برای آن بیابند و این را شرط لازم برای دستیابی به سلامت روان و آرامش می داند. لوگوتراپی برای معنا بخشیدن به زندگی سه راه را پیشنهاد مینماید:

۱) آنچه چون آفرینش به جهان عرضه میکنیم.

۲) آنچه چون تجربه از جهان میگیریم.

۳) طرز برخوردی که نسبت به رنج بر میگزینیم (شولتز^۱، ۱۹۷۷؛ نقل از خوشدل، ۱۳۸۲).

از آنجایی که هر فردی متفاوت از آن دیگری در جهان است، هر فردی می تواند به شیوه ای که یکتا و عینی است در جهان مشارکت داشته باشد. و سپس به دنبال آن، این خواهد بود که این مسؤلیت هر فردی است که

Shultz^۱

از یکتایی خود استفاده کند تا تکالیفی را که تقدیر در مسیرش قرار می دهد، به انجام رساند. به این صورت، مسؤولیت (قابلیت پاسخگویی) به مسؤول بودن (عمل مسؤول بودن) تغییر شکل می یابد. به نظر فرانکل، این مسؤول بودن، ماهیت بسیار "ذاتی هستی" است (اسپینگ^۱، ۲۰۰۸).

فرانکل همچنین، توضیح میدهد که روان رنجوری در اثر سرکوبی احساس مسؤولیت بیمار بوجود می آید و وظیفه روان درمانی اینست که این است که این احساس مسؤولیت را به آگاهی بیمار باز گرداند (لافایت^۲، ۲۰۰۷).

با توجه به آنچه که گذشت، پژوهش حاضر در پی آن بوده است که اثربخشی معنادرمانی را بر روی افسردگی و رضایت زناشویی زنان مبتلا به تعارضات زناشویی بررسی نماید و در این زمان سؤالی که مطرح می شود اینست که "آیا معنا درمانی می تواند در حل تعارضات زناشویی و همچنین در کاهش افسردگی مؤثر باشد؟" لذا سؤالات اصلی این پژوهش عبارتند از:

۱- آیا زنانی که آموزش معنادرمانی را دریافت می دارند، در مقایسه با زنانی که آموزش معنادرمانی را دریافت نمی دارند، افسردگی آنها بیشتر کاهش می یابد؟

۲- آیا زنانی که آموزش معنادرمانی را دریافت می دارند، در مقایسه با زنانی که آموزش معنادرمانی را دریافت نمی دارند، از افزایش رضایت زناشویی بالاتری برخوردارند؟

۱-۳- اهمیت و ضرورت پژوهش

خانواده مهمترین نهاد اجتماعی است که نقش اساسی در سلامت جامعه دارد. و زوجین بعنوان نیروی تعیین کننده جهت و شیوه حرکت خانواده، در چرخه زندگی آن، توجه ویژه ای را می طلبند. در دوران معاصر خانواده ایرانی در معرض تغییرات ساختاری قرار گرفته که همین امر روابط موجود در میان اعضای خانواده را دچار دگرگونی نموده است، به تبع این دگرگونی هنوز هنجارها به مثابه قواعد رفتاری که مورد پذیرش همگانی باشند، به صحنه اجتماعی نیامده اند، به همین علت رفتار در محیط خانوادگی دارای پراکندگی است، در نتیجه

^۱ Esping
^۲ Lafayette

قویترین پیوندهای انسانی در مستحکم ترین قرارگاه آن، یعنی نظام ریشه دار خانواده، را در معرض تهدید جدی قرار می دهد (عامری و دیگران، ۱۳۸۲).

به اعتقاد گلدنبرگ^۱ (۲۰۰۰) خانواده سیستم ارتباطی منحصر به فردی دارد، که از روابط دوستی و کاری مجزاست. در جوامع مختلف روابط زوجی ارزش زیادی دارند، بطوری که بیشتر از ۸۰٪ افراد طلاق گرفته دوباره ازدواج می کنند (نوابی نژاد، ۱۳۸۶).

باتوجه به اینکه رفتار هر فرد در خانواده، دارای کنش آشکار و پنهان است و هریک از این رفتارها می تواند در ایجاد تعادل و بهبود روابط خانوادگی، افزایش تحمل اجتماعی و در نتیجه، سامان یافتگی نظام اجتماعی مؤثر باشد، بنابراین شناخت ابعاد رفتار از دو زاویه بزرگ شناختی و عاطفی یا به عبارت دقیق تر، شناخت زوجین ضروری است (کاوایانی، کجیاف و دیگران، ۱۳۸۴).

همانگونه که ذکر شد، از جمله ویژگی های زوجین که در رابطه زناشویی و بالطبع روی سایر روابط خانواده تأثیر گذار است، سلامت روانی آنان است و اگرچه، مکتوبات وسیعی وجود دارند که ابعادی از رابطه زوجین را که با پریشانی زناشویی بعدی همبسته اند و آن را پیش بینی می کنند، توصیف می کنند، در مقایسه دانسته های کمی در مورد جنبه های خاص کارکرد رابطه، آنگونه که با افسردگی ارتباط دارند، وجود دارد. بیشتر تحقیقات موجود، روی ارتباط زوجین تمرکز نموده اند، که ممکن است، زوج های افسرده و غیر افسرده را متمایز کنند (یوبلکر و ویشمان^۲، ۲۰۰۵).

با این وجود پژوهش های متعددی، ارتباط ثابتی را بین افسردگی و ناهماهنگی زناشویی نشان داده اند. به گزارش فادن^۳ (۱۹۸۹) زوج هایی که یکی از آنان افسرده است، غالباً ارتباط آشفته ای را تجربه می کنند و به گزارش ویسمن^۴ (۱۹۸۷) ازدواج های ناهماهنگ عامل خطری برای افسردگی است. در مقابل، طبق تحقیق بیچ^۵ و همکارانش (۱۹۸۶) رضایت زناشویی با کاهش خطر ابتلا به افسردگی همراه است. همچنین سایر ز^۶

Goldenberg^۱
Uebelacker & Whisman^۲
Fadden^۳
Weissman^۴
Beach^۵
Sayers^۶