روانشناسی خانواده
۱۳۹۸، دوره ۶، شماره ۱، ۲۶-۱۵

Family Psychology
2019, Vol.6, No. 1, 15-26

اثربخشی برنامه معنادرمانی مبتنی بر ارزش های اسلامی- ایرانی بر رضایت زناشویی والدین کودکان استثنایی

The effectiveness of logotherapy program based on Islamic-Iranian values on marital satisfaction among parents of exceptional children

ندا فراهینی*
روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی
غلامعلی افروز،
باقر غباری بناب و
علی‌اکبر ارجمندنیا
دانشگاه تهران

Neda Farahini
Psychology and Education of Exeptional Children
Gholam Ali Afrooz,
Bagher Ghobari Bonab &
Ali Akbar Arjmand Nia
Tehran University

چکیده: پژوهش‌های متعدد نشان داده است که وجود فرزند استثنایی منجربه کاهش رضایت زناشویی والدین می‌شود. در این پژوهش، با هدف افزایش رضایت زناشویی در والدین کودکان استثنایی، اثربخشی برنامه معنادرمانی مبتنی بر ارزش‌های اسلامی- ایرانی مورد ارزیابی قرار گرفت. روش این پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. نمونه پژوهش حاضر ۲۰ نفر از مادران کودکان استثنایی آهسته‌گام بودند که در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. از نمونه پژوهش حاضر درخواست شد قبل از اجرای برنامه معنادرمانی مبتنی بر ارزش‌های اسلامی- ایرانی، مقیاس رضایت زناشویی افروز (AMSS) را تکمیل کنند. یافته‌های پژوهش نشان داد که اجرای این برنامه منجربه افزایش معنادار رضایت زناشویی مادران کودکان استثنایی شد و تأثیر این برنامه پس از گذشت دوماه نیز پایدار بود. بر اساس نتایج پژوهش می‌توان گفت برنامه ذکر شده بر افزایش رضایت زناشویی والدین کودکان استثنایی تأثیر دارد و می‌تواند برای روان‌شناسان، مشاوران، درمانگران و خانواده افراد استثنایی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: معنادرمانی، ارزش‌های اسلامی- ایرانی، رضایت زناشویی، والدین کودکان استثنایی

Abstract: Various researches have shown that the presence of exceptional child could reduce parental marital satisfaction. In the present research, the effectiveness of Logotherapy program based on Islamic-Iranian values with the aim of improving marital satisfaction among parents of exceptional children was studied. The research method of this study was quasi-experimental design with pre/post and two months follow up and a control group. The population included all mothers of slow-paced children who were accidentally assigned to experiment (11 participants) and control (9 participants) groups. Before beginning the Logotherapy program based on Islamic-Iranian values, the participants were asked to answer Afrooz Marital Satisfaction Scale (AMSS). The findings of the research revealed that the interventional program could significantly improve marital satisfaction which was stable in two-month follow up stage. Based on research findings, the mentioned program could increase marital satisfaction in parents of exceptional children and can be used by the psychologists, counsellors and families of exceptional children.

Keywords: Logotherapy, Islamic-Iranian values, marital satisfaction, parents of exceptional children

---

* **نشانی پستی نویسنده مسوول:** دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران. **پست الکترونیکی:** farahini.n@ut.ac.ir

دریافت: ۱۳۹۷/۰۶/۲۴ **پذیرش:** ۱۳۹۸/۰۱/۲۸

Received: 15 Sep 2018 **Accepted:** 17 Apr 2019

مقدمه

خانواده به‌عنوان نظامی تعاملی و وابسته به‌هم مطرح می‌شود و فرد فرد اعضای آن تأثیر متقابل بر یکدیگر دارند، به‌گونه‌ای که هر عاملی بر یک عضو از خانواده اثر بگذارد بر دیگر اعضای خانواده و در نهایت بر کل خانواده مؤثر خواهد بود (مک‌گرا، ۱۳۹۱/۱۹۹۱). رنج و ناراحتی خانواده کودکان استثنایی[1] به‌خصوص مادرانی که فرزند استثنایی دارند بر کسی پوشیده نیست. خانواده کودکان استثنایی رنج‌ها و دردهای بسیاری را از ابعاد گوناگون متحمل می‌شوند. آرزوهای از دست رفته والدین برای داشتن فرزندی سالم منجربه بروز واکنش‌های روان‌شناختی از قبیل انکار[2]، افسردگی، احساس گناه، خشم، اضطراب، احساس خجالت و گاهی پنهان کردن کودک می‌شود و فرایند پذیرش[3] معلولیت[4] کودک بر عملکرد خانواده تأثیرات منفی بسیاری دارد (اولسون، لارسمن و هوانگ، ۲۰۰۸؛ به‌پژوه، ۱۳۹۱؛ کاندیل و مریک، ۲۰۰۵؛ هاسال و رز، ۲۰۰۵؛ هالاهان، کافمن و پولین، ۲۰۱۱). از طرفی سختی‌ها و فشارهای مالی همچون هزینه‌های پزشکی، مشکلات عاطفی موجود در خانواده مثل مراقبت زیاد و افراطی و یا طرد[5] کودک، اختصاص دادن وقت کم برای سایر اعضای خانواده، قربانی کردن سایر کودکان، مقصر دانستن والدین، افزایش در تنش و تعارضات خانوادگی[6]، مشکلات و مسائل در روابط خانوادگی و عوامل فشارزای ناشی از محدودیت زندگی اجتماعی خانواده از عوامل فشارزای مؤثر بر والدین کودکان استثنایی است (به‌پژوه، ۱۳۹۱؛ موسوی خطاط، سلیمانی و عبدی، ۱۳۹۰). همچنین فشار روانی، استرس، میزان افسردگی و عدم نشاط و مشکلات مربوط به روابط زناشویی در والدین کودکان استثنایی از والدین کودکان عادی بیشتر گزارش شده است (افروز، ۱۳۸۵؛ بوستروم، ۲۰۱۲؛ جناآبادی و ناستی‌زایی، ۱۳۸۹؛ گاهل، ماخرجی و چادهاری، ۲۰۱۱؛ لیدربرگ و گلباچ، ۲۰۰۲؛ موسوی خطاط، سلیمانی و عبدی، ۱۳۹۰؛ هینترمیر، ۲۰۰۶).

ارتباط میان زوجین، شامل تبادل کلامی و غیرکلامی[7]، هسته مرکزی نظام خانواده است و اختلال در آن به منزله تهدید جدی برای بقای خانواده به‌شمار می‌آید (استرودا، دوربن، سایگال و نابلاچ-فیدرز، ۲۰۱۰) و رضایت زناشویی، میزان رضایت متقابل زن و شوهر از جاذبه‌های روانی و نفسانی یکدیگر و برخورداری از بیشترین احساس آرامش[8] و امنیت روانی[9] در زندگی مشترک است (افروز، ۱۳۹۴) که از اساسی ترین روابط بین‌فردی است که در سلامت و حفظ بنیان خانواده و تربیت فرزندان اهمیت بسیاری دارد (برگر، لینچ، پروز، سیگل و مایرز، ۲۰۱۳) و پژوهش‌های فراوانی تأثیر آن را بر بهداشت روانی و جسمانی و حتی طول عمر تأیید نموده‌اند (کریمی، مباشر امینی و رنگرزیان ، ۱۳۹۵). اعتماد نداشتن به همسر، مجادله و جر و بحث فراوان همسران و عدم رضایت زناشویی خود می‌تواند منجربه افسردگی شود و میان آنها همبستگی بالایی گزارش شده است (جانسون، ۲۰۰۳). درباره نیروی بالقوه مشکلات زناشویی والدین کودکان استثنایی مطالب زیادی به رشته تحریر درآمده است. ظاهرا این مشکلات با نیازهای افزون مراقبت از این کودکان و عوامل گوناگون دیگر در ارتباط است. این اعتقاد وجود دارد که گاه زن و شوهر در مورد مراقبت یا درمان کودک اختلاف نظر دارند و فرصت کافی برای حل اختلاف‌های خود ندارند. مشکلات در روابط زناشویی ممکن است ناشی از نبود آرامش، بروز خستگی، احساس تنهایی هر یک از همسران یا ترس از تولد کودک معلول دیگر باشد. بنابراین بررسی‌های متعدد نشان داده است که در بسیاری از این خانواده‌ها ازدواج به شکست و فروپاشی خانواده و یا به کم شدن احساس رضایت از زندگی زناشویی منجر شده است (به‌پژوه و رمضانی،۱۳۸۴؛ دینی‌ترکی، بهرامی، داورمنش و بیگلریان، ۱۳۸۵؛ رماین و براون، ۲۰۱۰؛ قراشی، سرندی و فرید، ۱۳۹۲).

بنابراین خانواده‌های دارای کودک استثنایی، به شدت نیازمند مداخلات روان‌شناختی هستند و ضرورت آگاه‌سازی این نوع خانواده‌ها و ارائه خدمات مشاوره‌ای، حمایتی و توان‌بخشی بهنگام امری حیاتی است (افروز، ۱۳۸۵؛ به‌پژوه، ۱۳۹۱). افراد این خانواده‌ها برای پیشگیری، حل مشکلات و نیز کاهش فشار درد و رنجشان نیاز به یاری‌رسانی، کمک و مشاوره دارند و برای آن‌که فرایند سازگاری و پذیرش اتفاق افتد لازم است که والدین این کودکان بر هیجانات و عواطف منفی خود فائق آیند (مولّلی و نعمتی، ۱۳۸۸). مداخلات روان‌شناختی و مشاوره با این والدین می‌تواند در افزایش سلامت روان و کاهش اضطراب (امینی، کمالی، عشایری و جارللهی،۱۳۹۰؛ رییس‌دانا، طباطبایی‌نیا، کمالی و شفارودی، ۱۳۸۸؛ فروغان، مولّلی،

1. exceptional children
2. denial
3. acceptance
4. disability
5. reject
6. family conflicts
7. nonverbal
8. feel calm
9. mental security

سلیمی و اسد ملایری، ۱۳۸۵) و افزایش رضایت زناشویی ایشان (کریمی و همکاران، ۱۳۹۵) مؤثر باشد.

با توجه به شیوع بالای عدم رضایت زناشویی در والدین کودکان استثنایی و همبستگی آن با بسیاری از اختلالات روانی، رضایت زناشویی یکی از موارد مهمی است که شایسته است حفظ و ارتقای آن را درنظر گرفت و لازم است مداخلات روان‌شناختی مؤثری در این رابطه صورت گیرد که به‌نظر می‌رسد یکی از مؤثرترین مداخلات درمانی در این زمینه معنادرمانی[1] است که بنیانگذار آن ویکتور امیل فرانکل[2] است. معنادرمانی یعنی درمان از طریق معنا (فرانکل، ۱۳۹۴/۱۹۴۶).

به دلایل متعدد ازجمله ضرورت وجود معنا در زندگی افراد به‌خصوص در مواجهه با رنج، رنج و ناراحتی والدین کودکان استثنایی و درگیری با مسائل وجودی، نیاز به اصلاح نگرش و نوع جهان‌بینی، نیاز به افزایش رضایت زناشویی، اثربخشی معنادرمانی و معنویت‌درمانی بر ویژگی‌های مطلوب آدمی و عدم اثربخشی سایر رویکردها و درمان‌های مشابه به اندازه معنادرمانی و تسریع در پذیرش معلولیت فرزند، استفاده از معنادرمانی جهت افزایش رضایت زناشویی والدین کودکان استثنایی ضروری به‌نظر می‌رسد. اما به دلایل مختلف ازجمله مفاهیم فلسفی و اعتقادی معنای زندگی، آمیختگی فرهنگ اسلامی با جامعه ایرانی و غنی‌بودن فرهنگ اسلامی- ایرانی در زمینه معنا لازم است که برنامه معنادرمانی، مبتنی بر ارزش‌های اسلامی- ایرانی ارائه شود (فراهینی، ۱۳۹۷). مخصوصا که پژوهش‌های بسیاری ارتباط بین معنویت در زوجین و رضایت زناشویی را نشان داده است (جوادی، افروز، حسینیان، آذربایجانی و لواسانی، ۱۳۹۴) و از طرفی برخی پژوهش‌ها نشانگر اثربخشی برنامه‌های مداخله‌ای ایرانی- اسلامی بر افزایش رضایت زناشویی بوده است (روایی، افروز، حسینیان، خدایاری‌فرد و فرزاد، ۱۳۹۵).

با وجود غنی بودن تعداد پژوهش‌ها در زمینه معنادرمانی، تنها تعداد محدودی از پژوهش‌ها به بررسی اثربخشی معنادرمانی با رویکرد بومی پرداخته‌اند؛ به‌طور مثال پژوهشی به بررسی اثربخشی معنادرمانی گروهی با رویکرد اسلامی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان اصفهان در سال ۹۲ پرداخت که نتایج بیانگر آن بود که آموزش معنادرمانی با رویکرد اسلامی می‌تواند برای افزایش بهزیستی روان‌شناختی به‌کار رود (نواب، کلانتری و جوادزاده، ۱۳۹۳). پژوهشی دیگر نیز به بررسی اثربخشی معنادرمانی گروهی با رویکرد اسلامی بر هدفمندی زندگی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره پرداخت که نتیجه مثبت گزارش شد (نواب، کلانتری و جوادزاده، ۱۳۹۴)؛ اما در پژوهش‌های ذکر شده برنامه‌ای که به‌عنوان برنامه معنادرمانی با رویکرد اسلامی ارائه شده، بدون ذکر شیوه تدوین برنامه بوده و گزارشی از روایی برنامه ارائه نشده است. همچنین برنامه‌های ذکر شده تنها در قالب اسلامی بررسی شده و فرهنگ ایرانی و سطوح مختلف دینی افراد، موردنظر نبوده است. تنها برنامه موجود در این زمینه، برنامه معنادرمانی مبتنی بر ارزش‌های اسلامی- ایرانی جهت افزایش رضایت زناشویی در والدین کودکان استثنایی، تدوین شده توسط فراهینی (۱۳۹۷) است که در این پژوهش اجرا می‌شود. بنابراین هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی برنامه معنادرمانی مبتنی بر ارزش‌های اسلامی- ایرانی بر رضایت زناشویی در والدین کودکان استثنایی است.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف، کاربردی و از نظر نحوه گردآوری اطلاعات، آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی مادران کودکان آهسته‌گام (دامنه سنی کودکان بین تولد تا ۵ سال) بود که از میان آنان یک نمونه دردسترس ۲۰ نفری انتخاب شد و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۱ نفر) و کنترل (۹ نفر) قرار گرفتند. برای انتخاب شرکت‌کنندگان این پژوهش از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند استفاده شد. نمونه هدفمند نمونه‌ای است که در آن انتخاب آزمودنی‌ها بر اساس خصوصیات یا صفاتی خاص صورت گرفته و افرادی که واجد ملاک‌های موردنظر پژوهش نیستند، حذف می‌شوند (بازرگان، ۱۳۸۹). از آن‌جایی که در پژوهش حاضر شرکت‌کنندگان واجد ملاک‌ها و ویژگی‌های مشخصی بودند، این روش نمونه‌گیری مناسب به‌نظر رسید. افراد گروه نمونه پژوهش واجد ملاک‌های زیر بودند که در حقیقت می‌توان آنها را ملاک‌های ورودی این پژوهش نیز دانست: ۱. مادران کودکان استثنایی آهسته‌گام. ۲. مادران کودکان استثنایی متأهل (غیرمطلقه)، که در کنار همسر خود مشغول به زندگی مشترک بودند ۳. مادران کودکان استثنایی با وضعیت اقتصادی و اجتماعی تقریبا متوسط. برای اجرای این پژوهش ابتدا شرکت‌کنندگان یعنی مادران کودکان آهسته‌گام در پژوهش، به دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند. پیش از اعمال متغیر مستقل (برنامه معنادرمانی) هر دو گروه در متغیر وابسته رضایت زناشویی اندازه‌گیری شدند. بعد از اجرای متغیر مستقل بر گروه آزمایش،

1. logotherapy
2. Frankl, V.E.

مجددا هر دو گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون شدند. پس از دو ماه از اجرای پس‌آزمون، آزمون پیگری به‌منظور بررسی پایداری اثرات برنامه معنادرمانی مبتنی بر ارزش‌های اسلامی-ایرانی بر متغیر وابسته در میان مادران کودکان استثنایی به اجرا درآمد.

در این پژوهش، میانگین سن مادران کودکان استثنایی در گروه آزمایش برابر با ۴۵/۳ سال و انحراف استاندارد ۷/۱ بود. همچنین میانگین سن مادران کودکان استثنایی در گروه کنترل برابر با ۴۳/۷ سال و انحراف استاندارد ۶/۸ بود. به‌طورکلی میانگین و انحراف استاندارد مادران کودکان استثنایی شرکت‌کننده در این پژوهش برابر با ۴۵/۷ و ۶/۴ بوده است. در رابطه با مدت زمان ازدواج شرکت‌کنندگان در پژوهش، میانگین و انحراف استاندارد به‌ترتیب ۲۰/۷۸ و ۸/۷ سال بود. در این بین میانگین و انحراف ـ استاندارد مدت زمان ازدواج در گروه آزمایش به‌ترتیب برابر با ۲۱/۷ و ۸/۹ سال بود و میانگین و انحراف استاندارد مدت زمان ازدواج مادران در گروه کنترل به‌ترتیب برابر با ۲۳/۳ و ۷/۷ سال بوده است.

برنامه استفاده شده در این پژوهش، پروتکل درمانی معنادرمانی مبتنی بر ارزش های اسلامی ـ ایرانی جهت افزایش رضایت زناشویی در والدین کودکان استثنایی بود (فراهینی، ۱۳۹۷) که مبنای این برنامه اصول و مفاهیم و برنامه معنادرمانی بنیانگذار معنادرمانی، ویکتور امیل فرانکل است، اما به دلایل حائز اهمیتی ازجمله مفاهیم فلسفی و اعتقادی معنای زندگی، فرهنگ غالب در جامعه، غنی بودن فرهنگ اسلامی ـ ایرانی در زمینه معنا و عدم وجود برنامه معنادرمانی با رویکرد اسلامی ـ ایرانی جهت افزایش رضایت زناشویی والدین کودکان استثنایی، این برنامه بر مبنای ارزش‌های اسلامی ـ ایرانی تدوین شده است. مؤلفه‌های این برنامه از طریق مصاحبه پدیدارشناسانه و بررسی تجربه زیسته والدین کودکان استثنایی و مقایسه آن با نتیجه مطالعات و مصاحبه با متخصصین به‌دست آمده است و برای سنجش روایی محتوایی[1] این برنامه، نظر هفت نفر از بزرگان و متخصصین علوم دینی و روان‌شناسی و همچنین والدین کودکان استثنایی دریافت شده است.. در اجرای این برنامه از فنون معنادرمانی شامل تغییر نگرش، فن فراخوانی، گفتگوی سقراطی و بازتاب‌زدایی استفاده می‌شود. این برنامه شامل چهار مؤلفه اصلی است: «چرایی زندگی»، «چیستی و ماهیت زندگی»، «چیستی و ماهیت انسان» و «چگونگی زندگی». هر یک از این مؤلفه‌ها شامل چند مؤلفه فرعی است که در دوازده جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا می‌شود. محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه می‌شود.

جدول ۱

برنامه جلسات معنادرمانی مبتنی بر ارزش‌های اسلامی ـ ایرانی جهت افزایش رضایت زناشویی والدین کودکان استثنایی

جلسه	موضوع جلسه
۱	معارفه، معرفی برنامه و اهداف آن، مباحثه و آموزش چرایی زندگی: عظمت خلقت هستی و انسان و ارزش نعمت و فرصت زندگی، مالک حقیقی، ساختنی بودن زندگی
۲	آموزش چیستی زندگی: معنا و هدف زندگی (ضرورت وجود معنا، مجعول یا مکشوف بودن معنا، معنای زندگی در رویکرد دینی و معنای زندگی در رویکردهای غیردینی)، مرگ، رنج و شر، عشق
۳	آموزش چیستی و ماهیت انسان: اراده و اختیار انسان، محدودیت توانایی انسان، تکثر نوع انسان، شکوفایی انسان، انسان خطاکار، ارزش وجودی انسان
۴	آموزش چگونگی زندگی: ملاک عدم حسرت و پشیمانی (مراتب عقل انسان، مراتب علم و آگاهی انسان، مراتب ایمان انسان، تفاوت‌های فردی، معنای زندگی از مقوله راز، زندگی آرمانی)
۵	آموزش چگونگی زندگی: اخلاق (چگونگی زندگی با ملاک عدم حسرت و پشیمانی، ماهیت اخلاق، رابطه اخلاق و انسانیت، رابطه اخلاق و لذت، رابطه اخلاق و ایمان، ارزش وجودی انسان)
۶	آموزش چگونگی زندگی: هدف‌گذاری، حل مسأله و خلاقیت (چگونگی زندگی با ملاک عدم حسرت و پشیمانی، ساختنی بودن زندگی، هدف‌گذاری، محدودیت توانایی‌های انسان، حل مسأله و خلاقیت، پذیرش خطا)
۷	آموزش چگونگی زندگی: ارتباطات: ارتباط با خدا و امر قدسی (چگونگی زندگی با ملاک عدم حسرت و پشیمانی، پذیرش تفاوت سطح و نوع ایمان و یقین در انسان‌ها، ایمان و انواع رویکردها نسبت به خداوند یا امر قدسی، رابطه ایمان و سلامت، شک و تردید، تواضع، توکل، دعا، رابطه ایمان با اخلاق، احساس و عاطفه و نقش آن در معنویت، وجود رنج و شر، عشق خدا)
۸	آموزش چگونگی زندگی: ارتباطات: ارتباط با زندگی، هستی و خلقت (چگونگی زندگی با ملاک عدم حسرت و پشیمانی، ساختنی بودن زندگی به دست انسان، پذیرش محدودیت توانایی‌های انسان، عظمت خلقت هستی و انسان، ارزش نعمت و فرصت زندگی)

1. content validity

ادامه جدول ۱

۹	آموزش چگونگی زندگی: ارتباطات: ارتباط با خویشتن خود (چگونگی زندگی با ملاک عدم حسرت و پشیمانی، پذیرش محدودیت توانایی‌های انسان (رهایی از احساس گناه و سرزنش خود)، ایمان به توانایی و اراده و اختیار انسان، رهایی از کمال‌زدگی، توجه معطوف به خویش و پذیرش نقاط مثبت و منفی خود، انتخاب ویژگی‌های مطلوب وجودی خود، ارزش وجودی انسان، پذیرش تکثر نوع انسان (رهایی از قیاس با دیگران و سرزنش خود)، دوست داشتن و تأیید خود، سلامتی)
۱۰	آموزش چگونگی زندگی: ارتباطات: ارتباط با انسان‌ها (چگونگی زندگی با ملاک عدم حسرت و پشیمانی، پذیرش تکثر نوع انسان (رهایی از رنج احتمالی وجود دیگران یا جامعه)، اراده و اختیار انسان (ساختنی بودن زندگی و روابط)، پذیرش خطا)
۱۱	آموزش چگونگی زندگی: ارتباطات: ارتباط با انسان‌ها: ارتباط با همسر (رضایت زناشویی): چگونگی زندگی با ملاک عدم حسرت و پشیمانی، ملاک اصلی ازدواج موفق، پذیرش محدودیت توانایی‌های انسان (رهایی از احساس گناه)، پذیرش معلولیت فرزند، اراده و اختیار انسان (ساختنی بودن زندگی)
۱۲	آموزش چگونگی زندگی: ارتباطات: ارتباط با انسان‌ها: ارتباط با فرزند استثنایی (تربیت): چگونگی زندگی با ملاک عدم حسرت و پشیمانی، پذیرش محدودیت توانایی‌های انسان (رهایی از احساس گناه)، پذیرش تکثر نوع انسان (رهایی از حسادت و حسرت و قیاس)، لطف خداوند و امر قدسی (رهایی از طمع و حسرت)، تربیت، پذیرش معلولیت فرزند، توکل به خدا

ابزار سنجش

مقیاس رضایت زناشویی افروز (AMSS). افروز (۱۳۹۴)، عامل و ملاک اصلی ازدواج موفق و پایدار را وجود و حفظ آرامش میان زوجین به‌عنوان هدف اصلی ازدواج و همچنین حفظ و ایجاد جاذبه‌های روانی و نفسانی بین زوجین می‌داند. مقیاس رضایت زناشویی افروز جهت ارزیابی میزان رضایت همسران و برای فرهنگ جامعه ایرانی توسط افروز در سال ۱۳۸۷ تهیه و در سال ۱۳۸۹ در تهران هنجاریابی شده است. این مقیاس یک ابزار ۱۱۰ ماده‌ای است که رضایت همسران را در مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملا مخالف) تا ۴ (کاملا موافق) می‌سنجد. هرچه فرد در این آزمون نمره بیشتری به‌دست آورد، نشان‌دهنده رضایت زناشویی بالاتر است. این مقیاس از ۱۰ زیرمقیاس رضایت عاطفی[1]، رضایت تعاملی[2]، رضایت نگرشی[3]، رضایت رفتاری[4]، رضایت حمایتی ـ اجتماعی[5]، رضایت همدلی[6]، رضایت مشکل‌گشایی[7]، رضایت شخصیتی[8]، رضایت فرزندپروری[9] و رضایت مطلوب اندیشی[10] تشکیل شده است که جهت ارزیابی و سنجش مؤثر رضایت زناشویی، که با رویکردهای جدید مطابقت دارد و حد بالایی از مناسبت و کفایت را نسبت به بستر فرهنگ جامعه اسلامی ـ ایرانی دارد، مورد استفاده قرار می‌گیرد. به منظور بررسی همسانی درونی[11] این مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ[12] استفاده شده است. ضرایب همسانی درونی ۰/۹۵ برای کل ابزار و ضرایب بین ۰/۸۶ تا ۰/۶۴ زیرمقیاس‌ها نشان داد که مقیاس دارای همسانی درونی مطلوب و مناسب و قابل اجرا برای بررسی رضایت همسران است. ضریب پایایی[13]بازآزمایی[14] ۰/۷۹ نیز حاکی از پایایی و همسانی درونی بالای این مقیاس است. روایی همگرای[15] این مقیاس نیز با استفاده از پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ[16]، همبستگی ۰/۴۳ را نشان داد که در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار است، لذا با ۹۹ درصد اطمینان همبستگی مشاهده شده بین این دو مقیاس معنادار است (افروز و قدرتی، ۱۳۹۰؛ به نقل از جوادی و همکاران، ۱۳۹۴). در این پژوهش نمره کل آزمودنی‌ها از مقیاس رضایت زناشویی وارد تحلیل شدند.

یافته‌ها

از آن‌جایی‌که در این پژوهش، هر کدام از شرکت‌کنندگان در پژوهش به لحاظ متغیرهای وابسته فاصله‌ای و پیوسته یعنی نمره رضایت زناشویی در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) مورد اندازه‌گیری قرارگرفته‌اند، آزمون آماری مناسب، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر[17] است. آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر دارای چندین پیش‌فرض است که عدم بررسی این پیش‌فرض‌ها منجربه نتایجی ناروا می‌شود. پیوسته بودن سطح متغیر

1. emotional satisfaction
2. interaction
3. attitude
4. behavioral
5. supportive-social
6. empathy
7. problem solving
8. personality
9. parenting
10. positive-thinking
11. internal consistency

12. Cronbach's alpha coefficient
13. reliability
14. test-retest
15. convergent validity
16. Evaluating & Nurturing Relationship Issues Communication and Happiness (ENRICH)
17. Mancover

وابسته، وجود متغیر مستقل حداقل دوسطحی، استقلال آزمودنی‌ها، عدم وجود داده‌های پرت، یکسان بودن واریانس تفاوت بین همه ترکیب‌های گروه‌ها (کرویت) و همگن بودن واریانس میان گروه‌ها، پیش‌فرض‌های آماری آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر هستند که در این پژوهش مورد توجه قرارگرفته و رعایت شده‌اند (یعقوب‌نژاد، ۱۳۹۶).

به‌منظور پاسخ به این پرسش، داده‌های حاصل از مقیاس رضایت زناشویی افروز که در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای هرکدام از شرکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایش و کنترل گردآوری‌شده بودند، با استفاده از آزمون تحلیل واریانس دوعاملی اندازه‌گیری مکرر (طرح یک‌بین، یک‌درون) تحلیل شدند، که در ادامه یافته‌های حاصل موردبررسی قرارگرفته است. در گام نخست، میانگین و انحراف استاندارد متغیر رضایت زناشویی در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل موردبررسی قرارگرفته است (جدول ۲).

جدول ۲

میانگین و انحراف استاندارد متغیر رضایت زناشویی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه

متغیر وابسته	گروه											
	آزمایش						کنترل					
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
رضایت زناشویی	۱۵۱/۳	۸/۷	۱۷۱	۱۱/۳	۱۶۸/۴	۱۳/۶	۱۵۴/۲	۱۱/۶	۱۵۶	۱۱/۶	۱۵۳/۴	۱۲/۶

قبل از انجام آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، باید پیش‌فرض کرویت موردبررسی قرار گیرد. بر این اساس آماره ـ موخلی[1] با ارزش ۰/۵۶۹ و مجذور کای ۷/۲۷۵، با ۲ درجه آزادی[2] ۲ و سطح معناداری $p = ۰/۰۲۸$ مفروضه کرویت بارتلت[3] را تأئید نکرد. به همین دلیل در تحلیل آماری متغیر رضایت زناشویی از آزمون گرین‌هاوس-گیسر[4] با درجه آزادی تعدیل‌شده استفاده شد (جدول ۳).

جدول ۳

آزمون کرویت موخلی برای متغیر رضایت زناشویی

اثر درون‌گروهی	آماره موخلی	مجذور خی‌دو	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	اپسیلون		
					گرین‌هاوس-گیسر	هوینه و فلدت	برآورد دامنه پایین‌تر
زمان	۰/۵۶۹	۷/۲۷۵	۲	۰/۰۲۸	۰/۷۴۶	۰/۸۴۳	۰/۵۰۰

علاوه بر این پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها نیز با استفاده از نتایج آزمون همگنی واریانس لوین[5] موردبررسی قرارگرفته است. یافته‌های حاصل بیانگر آن است که بین دو گروه آزمایش و کنترل در رضایت زناشویی در سه مرحله اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت معناداری وجود ندارد. به این ترتیب می‌توان گفت مفروضه آماری همگنی واریانس‌ها در داده‌های مربوط به متغیر رضایت زناشویی برقرار است (جدول ۴).

جدول ۴

آزمون همگنی واریانس در متغیر رضایت زناشویی

زمان	F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۲/۹۹۸	۱	۱۸	۰/۰۷۶
پس‌آزمون	۰/۰۶۳	۱	۱۸	۰/۷۰۵
پیگیری	۰/۰۴۷	۱	۱۸	۰/۷۵

1. Mauchly
2. degree of freedom
3. Bartlett
4. Green House Geisser (G-G)
5. Levene

پس از بررسی مفروضه‌های آماری و به‌منظور پاسخ به نخستین پرسش پژوهشی، نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری در بین دو گروه آزمایش و کنترل شرکت‌کننده در پژوهش موردبررسی قرار گرفت. اطلاعات جدول ۵ نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری اثر پیلایی[1]، لامبدای ـ ویلکز[2]، اثرهتلینگ[3] و بزرگ‌ترین ریشه روی[4] برای مقایسه رضایت زناشویی را نشان می‌دهد. یافته‌های حاصل از این جدول حاکی از آن است که در متغیر رضایت زناشویی، اثر درون آزمودنی یا به عبارت دیگر اثر زمان در این پژوهش (η^2=۰/۶۸، p = ۰/۰۰۱، F=۱۸/۵ و ۱=۱۸) و اثر تعاملی زمان×گروه (η^2=۰/۶۵، p = ۰/۰۰۱، F=۱۷/۲۹ و ۱=۸) معنادار است. بر اساس این یافته‌ها، می‌توان گفت که در طول زمان (در مراحل اندازه‌گیری) میانگین رضایت زناشویی تغییر داشته است و با توجه به معناداری اثر تعاملی گروه×زمان افزایش رضایت زناشویی در یکی از گروه‌ها بیشتر رخ داده است (جدول ۵).

جدول ۵

نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه رضایت زناشویی در دو گروه

منبع واریانس	نام آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	سطح معناداری	مجذور ایتا
درون‌گروهی (زمان)	اثر پیلایی	۰/۷۰۷	۲	۱۷	۱۸/۵	۰/۰۰۱	۰/۶۸
	لامبدای ویلکز	۰/۲۳۹	۲	۱۷	۱۸/۵	۰/۰۰۱	۰/۶۸
	اثر هتلینگ	۲/۴۱۳	۲	۱۷	۱۸/۵	۰/۰۰۱	۰/۶۸
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰۲/۴۱۳	۲	۱۷	۱۸/۵	۰/۰۰۱	۰/۶۸
اثر تعاملی زمان و گروه	اثر پیلایی	۰/۶۸۳	۲	۱۷	۱۷/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۶۵
	لامبدای ویلکز	۰/۳۱۷	۲	۱۷	۱۷/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۶۵
	اثر هتلینگ	۲/۱۵۲	۲	۱۷	۱۷/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۶۵
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۱۵۲	۲	۱۷	۱۷/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۶۵

پس از معناداری آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری، نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر تک‌متغیری بررسی شد. اطلاعات برگرفته از جدول ۶ بیانگر آن است که اثر اصلی بین‌گروهی بر متغیر رضایت زناشویی معنادار نیست (η^2=۰/۱۱، p = ۰/۰۹۴، F=۳/۹۴ و ۱=۱۸). بااین‌حال اثر درون آزمودنی و به دیگر سخن اثر زمان بر رضایت زناشویی (η^2=۰/۵۶، p = ۰/۰۰۱، F=۲۱/۷) معنادار است. علاوه بر این اثر تعاملی گروه×زمان بر متغیر رضایت زناشویی (η^2=۰/۵۲، p =۰ /۰۰۱، F=۲۰/۵) نیز معنادار است.

جدول ۶

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تک‌متغیری در رضایت زناشویی

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور ایتا
اثر بین‌گروهی	۴۶۹/۳۹	۱	۴۶۹/۳۹	۳/۹۴	۰/۰۹۴	۰/۱۱
خطای بین‌گروهی	۲۷۶۳/۱۸	۱۸	۱۵۳/۵۱			
اثر درون‌آزمودنی	۱۰۱۵/۶۷	۱/۴۹	۶۸۰/۹۱	۲۱/۷	۰/۰۰۱	۰/۵۶
اثر تعامل گروه × زمان	۹۱۷/۰۶	۱/۴۹	۶۱۴/۷۶	۲۰/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲
خطای درون‌آزمودنی	۷۰۱/۳۶	۲۶/۸۴	۲۶/۱۲			

با توجه به معناداری اثر زمان و اثر تعاملی (گروه×زمان) در متغیر رضایت زناشویی نتایج مقایسه‌های دوگانه بین مراحل اندازه‌گیری موردبررسی قرارگرفته است. یافته‌های حاصل حاکی از آن است که بین میانگین رضایت زناشویی در مرحله پیش‌آزمون و مرحله

1. Pillai
2. Wilks Lambda
3. Hotelling
4. Roy’s Largest root

پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p = ۰/۰۰۱$ ،η^2=۰/۷۰ ،F=۴۲/۷۳). بر این اساس می‌توان گفت که میانگین رضایت زناشویی از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون افزایش چشمگیری داشته است. هرچند میانگین رضایت زناشویی در مرحله پیگیری نسبت به پس‌آزمون کاهش داشته است اما بین پس‌آزمون و آزمون پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد. (η^2=۰/۲۸ ،$p = ۰/۴۷۹$ ،F=۰/۵۲). علاوه بر این اثر تعاملی گروه×زمان در متغیر رضایت زناشویی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون معنادار است (η^2=۰/۶۸ ،$p = ۰/۰۰۱$ ،F=۳۸/۲۳). بر این اساس می‌توان گفت رضایت زناشویی در گروه آزمایش در طی زمان افزایش معنی‌داری داشته است. بااین‌حال تفاوت معنی‌داری بین میانگین پس‌آزمون و آزمون پیگیری در اثرتعاملی گروه×زمان مشاهده نمی‌شود. (η^2=۰/۰۲ ،$p = ۰/۵۵۷$ ،F=۱/۳۵) (جدول ۷).

جدول ۷

مقایسه‌های دوگانه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری رضایت زناشویی

منبع تغییر		مقایسه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور ایتا
		پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۱۶۴۲/۸	۱	۱۶۴۲/۸	۴۲/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۷۰
	زمان	پس‌آزمون- پیگیری	۱۰/۲۰۸	۱	۱۰/۲۰۸	۰/۵۲۳	۰/۴۷۹	۰/۰۲۸
		پیش‌آزمون- پیگیری	۱۳۹۴/۰۰۸	۱	۱۳۹۴/۰۰۸	۲۳/۶	۰/۰۰۱	۰/۵۶
	زمان	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۱۴۷۰	۱	۱۴۷۰	۳۸/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۸
	*	پس‌آزمون- پیگیری	۷/۰۰۸	۱	۷/۰۰۸	۰/۳۵۹	۰/۵۵۷	۰/۰۲۰
عامل	گروه	پیش‌آزمون- پیگیری	۱۲۷۴/۰۰۸	۱	۱۲۷۴/۰۰۸	۲۱/۶	۰/۰۰۱	۰/۵۴
		پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۶۹۲	۱۸	۳۸/۴۴			
	خطا	پس‌آزمون- پیگیری	۳۵۱/۵۴۲	۱۸	۱۹/۵۳			
		پیش‌آزمون- پیگیری	۱۰۶۰/۵۴	۱۸	۵۸/۹			

بحث

پژوهش حاضر با هدف ارزیابی اثربخشی برنامه معنادرمانی مبتنی بر ارزش های اسلامی- ایرانی بر رضایت زناشویی والدین کودکان استثنایی انجام شد همان‌طور که داده‌های پژوهش نشان داد پس از اجرای برنامه معنادرمانی مبتنی بر ارزش‌های اسلامی- ایرانی جهت افزایش رضایت زناشویی والدین کودکان استثنایی، افزایش معناداری در نمرات افراد در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون مشاهده شد و تأثیر این برنامه پس از گذشت دوماه نیز پایدار بود.

یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های صورت گرفته همخوانی دارد. تاکنون تعدادی از پژوهش‌های داخلی و خارجی به تأثیر درمان‌های وجودی، درمان شناختی وجودگرا[1]و معنادرمانی در کاهش اختلالات روانی از جمله افسردگی، اضطراب و افزایش امید و اعتمادبه‌نفس افراد استثنایی و افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند سرطان و یا خانواده‌های ایشان پرداخته است و تقریبا در عموم پژوهش‌های پیشین اثربخشی مثبت معنادرمانی بر انواع متغیرهای مطلوب آدمی نشان داده شده است. پژوهش‌های داخلی نقش معنادرمانی به شیوه گروهی در کاهش اضطراب و افزایش اعتمادبه‌نفس بیماران مبتلا به اماس (رسولی و برجعلی، ۱۳۹۰)، اثر روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی بر رضایت زناشویی زنان مبتلا به دیابت نوع دو (نظری، یاراحمدی و زهراکار، ۱۳۹۲)، اثربخشی معنادرمانی بر افزایش امید به زندگی معتادان (مهری‌نژاد و رجبی مقدم، ۱۳۹۱)، اثر معنادرمانی بر افزایش بهزیستی و سلامت روان و کاهش افسردگی و افزایش امیدواری در افراد معتاد (کمرزرین، خالدیان، شوشتری و احمدی‌مهر، ۲۰۱۳)، اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ در سالمندان (قربانعلی‌پور و اسماعیلی، ۱۳۹۱) و رابطه میان داشتن معنا و رضایت زناشویی (گواهی جهان، ۱۳۸۶) را نشان داده است. آزمون معنی یا هدف زندگی (PIL) نشان داده است که افرادی که در این آزمون نمرات بالاتری دارند، در انواع متغیرهای مطلوب آدمی نیز نمرات بالاتری کسب می‌کنند که نشان‌دهنده رابطه معناداشتن در زندگی با موارد مثبت دیگر است (کلانترکوشه و حسن، ۲۰۱۰).

1. Existential Cognitive Therapy

پژوهش‌های خارجی نیز اثربخشی درمان‌های وجودی در کاهش افسردگی و افزایش امید افراد مبتلا به سرطان (بریتبارت، ۲۰۰۲)، اثربخشی معنادرمانی بر بهبود وضعیت افراد مبتلا به سرطان (بریتبارت، رزنفلد، گیبسون، پسین، پاپیتو و همکاران، ۲۰۱۰؛ گاگنان، فیلیون، رابیتیل، جیراد، ترادیف و همکاران، ۲۰۱۵؛ وندر اسپک، وس، ون آدن کاران، بریتبارت، کیپرز و همکاران، ۲۰۱۸)، اثربخشی معنادرمانی بر افزایش عزت نفس و شادکامی دختران نوجوان (آمیلی و دتیلیو، ۲۰۱۳؛ اسمیت، ۲۰۱۲؛ کانگ، ایم، کیم، کیم، سانگ و همکاران، ۲۰۰۹؛ کانگ، کیم، سانگ و کیم، ۲۰۱۳)، اثر شناخت‌درمانگری وجودی بر کاهش نشانه‌های کلی درماندگی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان (کی‌سان، بلاچ، اسمیت، میلاچ، کلارک و همکاران، ۲۰۰۳)، تأثیر مداخلات روان‌شناختی معنادرمانی بر بهبود وضعیت روانی و حتی جسمانی مبتلایان به بیماری‌های مزمن از جمله اماس (برنز، سیدیکی، فوکو و مهر، ۲۰۱۰؛ براس و لینچ ۲۰۱۱)، اثر شناخت‌درمانگری وجودی بر کاهش شدید افسردگی افراد مبتلا به سرطان (کی‌سان، ۲۰۰۹)، اثر شناخت‌درمانگری وجودی بر کاهش شدید درماندگی روان‌شناختی، اضطراب و همچنین بهبود روابط خانوادگی افراد مبتلا به سرطان (کی‌سان، لاو، هاتان، بلاچ، اسمیت و همکاران، ۲۰۰۴)، نقش معنای وجودی به‌عنوان مانعی در برابر افسردگی ناشی از استرس (ماسکار و رزن، ۲۰۰۶)، نقش معنا و معنویت در غلبه بر افسردگی (سوراجاکولز، آجا و چلسون، ۲۰۰۸)، اثر معنادرمانی بر کاهش استرس و آلام (سند، ۲۰۰۸) و اثر معنادرمانی بر کاهش استرس (جارسما، پول، رنچار و ساندرمن، ۲۰۰۷) را نشان داده‌اند.

با توجه به ضرورت وجود معنا در زندگی افراد به‌خصوص در مواجهه با رنج، رنج و ناراحتی والدین کودکان استثنایی و درگیری با مسائل وجودی، نیاز به اصلاح نگرش و نوع جهان‌بینی، نیاز به افزایش رضایت زناشویی، اثربخشی معنادرمانی و معنویت‌درمانی بر ویژگی‌های مطلوب آدمی و عدم اثربخشی سایر رویکردها و درمان‌های مشابه به اندازه معنادرمانی و تسریع در پذیرش معلولیت فرزند، اثربخشی برنامه معنادرمانی جهت افزایش رضایت زناشویی والدین کودکان استثنایی قابل تبیین است. همچنین به دلایل مختلف ازجمله مفاهیم فلسفی و اعتقادی معنای زندگی، آمیختگی فرهنگ اسلامی با جامعه ایرانی و غنی‌بودن فرهنگ اسلامی ـ ایرانی در زمینه معنا، اثربخشی برنامه معنادرمانی مبتنی بر ارزش‌های اسلامی- ایرانی بر افزایش رضایت زناشویی والدین کودکان استثنایی قابل تبیین است (فراهینی، ۱۳۹۷).

از دلایل دیگری که اثربخشی برنامه مذکور را قابل تبیین می کند این است که مبنای آن، اصول و مفاهیم و برنامه معنادرمانی بنیانگذار معنادرمانی، ویکتور امیل فرانکل است که برخلاف اروین یالوم و برخی دیگر از روان‌درمانگران وجودی که جهان را پوچ و بی‌معنا می‌دانند (وس، ۲۰۱۸)، رویکردی دینی دارد و از اصول اساسی نظریه وی این است که هستی، هدف و غایتی دارد و ما در جهانی معنادار زندگی می‌کنیم که این نظر با نظر ادیان هم‌راستا است (حسنی بافرانی، ۱۳۸۹). در اجرای برنامه نیز از فنون مؤثر معنادرمانی مطرح شده توسط فرانکل، شامل تغییر نگرش، فن فراخوانی، گفتگوی سقراطی و بازتاب‌زدایی استفاده شده است. همچنین در این پژوهش از مقیاس رضامندی زوجیت افروز استفاده شد که تنها مقیاسی است که مبتنی بر عبارت "لتسکنوا الیها "در قرآن کریم تدوین شده و هدف اصلی ازدواج را دستیابی به کمال آرامش و راه آن را وجود جاذبه های روانی و نفسانی میان زوجین می‌داند و با فرهنگ اسلامی- ایرانی متناسب است (فراهینی، ۱۳۹۷).

یکی از محدودیت‌های اساسی در این پژوهش، تعریف فرهنگ اسلامی- ایرانی بود. هر چند فرهنگ غالب در جامعه ایران، آمیخته با اسلام است و باورها و مناسک دینی در بسیاری از افراد جامعه مشاهده می‌شود، اما سطوح دینی و باورهای افراد بسیار متفاوت است و این مورد تعریف فرهنگ اسلامی ـ ایرانی را دچار مشکل می‌نماید. بنابراین در این برنامه سطوح متفاوت ایمانی و اعتقادی افراد درنظر گرفته شده تا برای افراد مختلف کارآیی داشته باشد. یعنی سعی بر آن شد که مفاهیم برنامه معنادرمانی بر مبنای عقل و فطرت و برای افراد مخاطب این برنامه با هر سطح دینی و ایمانی قانع‌کننده بوده، با باورهای ایشان مغایرت نداشته و دارای همخوانی باشد. با توجه به اینکه روش نمونه‌گیری این پژوهش، غیرتصادفی هدفمند بود و تنها والدین کودکان آهسته‌گام مورد پژوهش قرار گرفتند، بهتر است تعمیم نتایج به والدین سایر گروه‌های استثنایی با احتیاط صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود این برنامه برای والدین انواع گروه‌های استثنایی و سایر افراد و هم چنین بر سایر متغیرهای مطلوب آدمی ازجمله کاهش اضطراب، افزایش آرامش، افزایش تاب‌آوری، افزایش امید، افزایش شادکامی، افزایش سطح دینداری، کاهش افسردگی، کاهش اعتیاد (با توجه به ایجاد شادی از درون، بدون نیاز به محرک خارجی)، افزایش سلامت روان، کاهش اختلال خواب، کاهش بی‌هدفی و بی‌معنایی و غیره مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

افروز، غ. ع. (۱۳۸۵). *مصاحبه و مشاوره با والدین کودکان استثنایی*. تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان.

افروز، غ. ع. (۱۳۹۴). *روان‌شناسی ازدواج و شکوه همسری*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

افروز، غ.ع.، و قدرتی، م. (۱۳۹۰). ساخت و هنجاریابی مقیاس رضایت زناشویی. *مجله روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، ۱*، ۱۶-۳.

امینی، ر.، کمالی، م.، عشایری، ح.، و جارالهی، ف. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط میان رضایتمندی از خدمات شنوایی‌شناسی و سطح اضطراب والدین کودکان کم‌شنوا. *شنوایی‌شناسی ـ دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۲۰*، ۳۵-۲۶.

بازرگان، ع. (۱۳۸۹). *مقدمه‌ای بر روش‌های تحقیق کیفی و آمیخته، رویکردهای متداول در علوم رفتاری*. تهران: نشر دیدار.

به‌پژوه، ا. (۱۳۹۱). *خانواده و کودکان با نیازهای ویژه*، تهران: انتشارات آوای نور.

به‌پژوه، ا.، و رمضانی، ف. (۱۳۸۴). بررسی رضایت زناشویی والدین کودکان کم‌توان ذهنی و کودکان عادی. *نشریه علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، ۲۲*، ۸۱-۷۲.

جناآبادی، ح.، و ناستی زایی، ن. (۱۳۸۹). رضایت زناشویی والدین کودکان کم‌توان ذهنی. *فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد، ۲۹*، ۴۴-۳۳.

جوادی، ب.، افروز، غ . ع.، حسینیان، س.، آذربایجانی، م.، و لواسانی، م. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی و تعاملات عاطفی با رویکرد ارزش‌های دینی بر رضایت زناشویی. *روان شناسی خانواده، ۲*، ۱۴-۳.

حسنی بافرانی، ط. (۱۳۸۹). ماهیت انسان و نیازهای متعالی او از دیدگاه ویکتور فرانکل. *روان‌شناسی و دین، ۳*، ۳۲-۵.

دینی‌ترکی، ن.، بهرامی، ه.، داورمنش، ع.، و بیگلریان، ا. (۱۳۸۵). رابطه فشار روانی با رضامندی زناشویی در والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی. *فصلنامه علمی پژوهشی توانبخشی، ۷*، ۴۶-۴۱.

رسولی، ل.، و برجعلی، ا. (۱۳۹۰). اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش اضطراب و افزایش اعتمادبه‌نفس بیماران مبتلا به اماس. *مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۱*، ۵۹-۴۳.

روایی، ف.، افروز، غ. ع .، حسینیان، س.، خدایاری‌فرد، م.، و فرزدا، و. (۱۳۹۵). اثریخشی برنامه روان‌شناختی خانواده‌محور مبتنی بر الگوی اسلامی- ایرانی بر رضایت زناشویی. *روان‌شناسی خانواده، ۳*، ۳۰-۱۷.

رییس‌دانا، م.، طباطبایی‌نیا، م.، کمالی، م.، و شفارودی، ن. (۱۳۸۸). سفری همراه والدین کودکان ناتوان: از تشخیص تا تطابق. *فصلنامه علمی پژوهشی توانبخشی، ۱۰*، ۵۱-۴۲.

فرانکل، و. (۱۹۴۶). *انسان در جستجوی معنا*. ترجمه دکتر اکبر معارفی (۱۳۹۴)، انتشارات دانشگاه تهران.

فراهینی، ن. (۱۳۹۷). *تدوین برنامه معنادرمانی بر پایه ارزش‌های اسلامی ـ ایرانی و ارزیابی اثربخشی آن بر نشاط معنوی و رضامندی زوجیت در والدین کودکان استثنایی*. رساله دکتری دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

فروغان، م.، موللی، گ.، سلیمی، م.، و اسد ملایری، س. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر مشاوره بر سلامت روانی والدین کودکان کم‌شنوا. *شنوایی‌شناسی ـ دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۵*، ۶۰-۵۳.

قراشی، ک.، سرندی، پ.، و فرید، ا. (۱۳۹۲). مقایسه میزان استرس و رضایتمندی زناشویی در والدین کودکان کم‌شنوا و عادی. *شنوایی‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۲۲*، ۲۴-۱۹.

قربانعلی‌پور، م.، و اسماعیلی، ع. (۱۳۹۱). تعیین اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ در سالمندان. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۳*، ۶۸-۵۳.

کریمی، ت.، مباشرامینی، ز.، و رنگرزیان، ف. (۱۳۹۵). تأثیر راهبردهای مقابله با تنیدگی بر رضایت زناشویی و تنیدگی والدین کودکان کم‌توان ذهنی، *سلامت روانی کودک، ۳*، ۱۱۷-۱۰۷.

گواهی‌جهان، . (۱۳۸۶). رابطه بین داشتن معنا و رضایت از زندگی زناشویی. *فصلنامه روان‌شناسی تربیتی، ۸* ، ۶۹-۴۹.

مک گرا، ف. (۱۹۹۱). *روان‌شناسی خانواده موفق*. ترجمه محمد مهدی شریعت باقری (۱۳۹۱)، تهران: نشر دانژه.

موسوی خطاط، م.، سلیمانی، م.، و عبدی، ک. (۱۳۹۰). مقایسه ویژگی‌های شناختی، روانی و اجتماعی والدین کودکان بیش از یک فرزند استثنایی با والدین کودکان عادی، *فصلنامه علمی پژوهشی توانبخشی، ۱۲*، ۶۴-۵۳.

موللّی، گ.، و نعمتی، ش. (۱۳۸۸). مشکلات فراروی والدین در پرورش فرزندان کم‌شنوا. *شنوایی‌شناسی ـ دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۸*، ۱۱-۱.

مهری‌نژاد، ا، و رجبی مقدم، س. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی معنادرمانی بر افزایش امید به زندگی معتادان با ترک کوتاه‌مدت. *مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۸*، ۴۲-۲۹.

نظری، ع. م، یاراحمدی، ح، و زهراکار، ک. (۱۳۹۲). تأثیر روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی بر رضایت زناشویی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله دانش و تندرستی، ۹*، ۲۰-۱۴.

نواب، ز، کلانتری، م، و جوادزاده، ا. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی معنادرمانی گروهی با رویکرد اسلامی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان اصفهان در سال ۹۲. *پژوهش‌نامه اسلامی زنان و خانواده، ۳*، ۵۵-۴۳.

نواب، ز، کلانتری، م، و جوادزاده، ا. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی معنادرمانی گروهی با رویکرد اسلامی بر هدفمندی زندگی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره. *پژوهش‌نامه اسلامی زنان و خانواده، ۴*، ۴۴-۳۵.

یعقوب‌نژاد، س. (۱۳۹۶). *تدوین برنامه فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی خانواده‌محور برای مادران کودکان نشانگان داون و بررسی اثربخشی آن بر رضایت زناشویی، بهزیستی روانشناختی و تعامل مادر ـ کودک*. رساله دکتری دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

References

Ameli, M., & Dattilio, F. M. (2013). Enhancing cognitive behavior therapy with logotherapy: Techniques for clinical practice. *Psychotherapy, 50*, 387-391.

Berger, K. A., Lynch, J., Prows, C. A., Siegel, R. M., & Myers, M. F. (2013). Mothers' perceptions of family health history and an online, parent-generated family health history tool. *Clinical pediatrics, 52*, 74-81.

Bostrom, P. (2012). *Experiences of parenthood and the Child with an intellectual disability*. Department of Psychology, Ph.D Thesis, University of Gothenburg, Sweden.

Breitbart, W. (2002). Spirituality and meaning in supportive care: spirituality-and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Supportive care in cancer, 10*, 272-280.

Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., ... & Sorger, B. (2010). Meaning centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psycho- Oncology, 19*, 21-28.

Bruce J. M., & Lynch, S. G. (2011). Personality traits in multiple sclerosis: Association with mood and anxiety disorders. *J Psychosom Res, 70*, 479-485.

Burns, M. N., Siddique, J., Fokuo, J. K., & Mohr, D. C. (2010). Comorbid anxiety disorders and treatment of depression in people with multiple sclerosis. *Rehabilitation psychology, 55*, 255.

Gagnon, P., Fillion, L., Robitaille, M. A., Girard, M., Tardif, F., Cochrane, J. P., ... & Breitbart, W. (2015). A cognitive–existential intervention to improve existential and global quality of life in cancer patients: A pilot study. *Palliative & Supportive Care, 13*, 981-990.

Gohel, M., Mukherjee, S., & Choudhary, S.K. (2011). Psychosocial impact on the parents of mentally retarded children in Anand District. *Healthline Journal, 2*, 62-66.

Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Pullen, P. C. (2011). *Exceptional learners: An introduction to special education*. Pearson Higher Ed.

Hassall, R., Rose, J., & McDonald, J. (2005). Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: The effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*, 405-418.

Hintermair, M. (2006). Parental resources, parental stress, and socioemotional development of deaf and hard of hearing children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 11*, 493-513.

Jaarsma, T. A., Pool, G., Ranchor, A. V., & Sanderman, R. (2007). The concept and measurement of meaning in life in Dutch cancer patients. *Psycho-Oncology, 16*, 241-248.

Johnson, S. M. (2003). The revolution in couple therapy: a practitioner scientist perspective. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*, 365-384.

Kalantarkousheh, S. M., & Hassan, S. A. (2010). Function of life meaning and marital communication among Iranian spouses in Universiti Putra Malaysia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 5*, 1646-1649.

Kamarzarrin, H., khaledian, M., Shooshtari, M., & Ahmadimehr, Z. (2013). A study on efficiency of Cognitive Behavioral Therapy

(CBT) on increasing self- efficacy and improving addiction symptom among drug dependency patients. *Technical Journal of Engineering and Applied Sciences, 3*, 1297-1304.

Kandel, I., & Merrick, J. (2005). Factors affecting placement of a child with intellectual disability. *The Scientific World Journal, 5*, 370-376.

Kang, K., Im, J., Kim, H., Kim, S., Song, M., & Sim, S. (2009). The effect of logotherapy on the suffering, finding meaning, and spiritual wellbeing of adolescents with terminal cancer. *J Korean Acad Child Health Nurs, 15*, 136-144.

Kang, K-AH., Kim, S-J., Song, M-K., Kim, M-J. (2013). Effects of logotherapy on life respect, meaning of life, and depression of older schoolage children. *J Korean Acad Nurs, 43*, 91-101.

Kissane, D. (2009). Beyond the psychotherapy and survival debate: The challenge of social disparity, depression and treatment adherence in psychosocial cancer care. *Psycho Oncology, 18*, 1-5.

Kissane, D. W., Bloch, S., Smith, G. C., Miach, P., Clarke, D. M., Ikin, J., ... & McKenzie, D. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: A randomised controlled trial. *Psycho Oncology, 12*, 532-546.

Kissane, D. W., Love, A., Hatton, A., Bloch, S., Smith, G., Clarke, D. M., ... & Snyder, R. D. (2004). Effect of cognitive-existential group therapy on survival in early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology, 22*, 4255-4260.

Lederberg, A. R., & Golbach, T. (2002). Parenting stress and social support in hearing mothers of deaf and hearing children: A longitudinal study. *Journal of Deaf Studies and Deaf eEducation, 7*, 330-345.

Mascaro, N., & Rosen, D. H. (2006). The role of exestential meaning as a buffer against stress. *Journal of Humanistic Psycholog, 46*, 168-190.

Olsson, M. B., Larsman, P., & Hwang, P. C. (2008). Relationships among risk, sense of coherence, and well being in parents of children with and without intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 5*, 227-236.

Remine, M. D., & Brown, P. M. (2010). Comparison of the prevalence of mental health problems in deaf and hearing children and adolescents in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 44*, 351-357.

Sand, L. (2008). *Existential challenges and coping in palliative cancer care: Experiences of patients and family members*. Institutionen for onkologi-patologi/ Department of Oncology-Pathology.

Smith, A. (2012). *Innovative applications of logo therapy for military-related PTSD.* In VISTAS American Counseling Association. Paper Based on a Program Presented at the ACA Conference (Vol. 1, No. 5, pp. 1-10).

Sorajjakools, S. Aja, V., & Chlson, B. (2008). Disconnection, Depression and Spirituality: A study of the role spirituality and meaning in the lives of Individuals with the severe depression. *Pastoral Pschology, 56*, 521-532.

Stroud, C. B., Durbin, C. E., Saigal, S. D., & Knobloch-Fedders, L. M. (2010). Normal and abnormal personality traits are associated with marital satisfaction for both men and women: An actor–partner interdependence model analysis. *Journal of Research in Personality, 44*, 466-477.

van der Spek, N., Vos, J., van Uden-Kraan, C. F., Breitbart, W., Cuijpers, P., Knipscheer-Kuipers, K., ... & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2018). Effectiveness and cost-effectiveness of meaning-centered group psychotherapy in cancer survivors: Protocol of a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology, 27*, 1772-1779.

Vos, J. (2018). Death in existential psychotherapies: A critical review. *Curing the Dread of Death: Theory, Research and Practice*, 145.