

اثربخشی آموزش معنا-محور بر عملکرد خانواده زنان متاهل

نرگس نصرافهانی^۱

کارشناس ارشد مشاوره خانواده، باشگاه پژوهشگران جوان ودانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر

احمد اعتمادی

دانشیار گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی

عبدالله شفیع آبادی

استاد گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی

پذیرش مقاله: ۹۱/۴/۳

دریافت مقاله: ۹۰/۱۰/۱۳

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی آموزش معنامحور بر عملکرد خانواده زنان متاهل انجام گرفت.

روش: روش این پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. نمونه پژوهش ۲۴ نفر از زنانی بودند که در سال ۱۳۹۰ به یکی از خانه های سلامت منطقه ۷ شهرداری تهران به نام "خانه مدیران" مراجعه کرده بودند که به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. متغیر وابسته در این پژوهش عملکرد کلی خانواده بود که با پرسشنامه سنجش خانواده ارزیابی گردید. متغیر مستقل نیز آموزش معنامحور بود که طی ۱۰ جلسه به گروه آزمایش آموزش داده شد. به منظور بررسی فرضیه های پژوهش نیز از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته ها: پس از تعدیل نمره های پیش آزمون، اختلاف معنی داری بین آزمودنی های $(F_{(۱,۲۱)}=۱۶۰/۸۰۳)$ ، $(F_{(۱,۲۱)}=۱۱۴/۱۹۸)$ دوگروه وجود داشت. نمرات میانگین تعدیل شده نشان داد که عملکرد کلی خانواده گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه پس از اجرای متغیر مستقل کاهش یافته است.

نتیجه گیری: نتایج بدست آمده حاکی از آن است که معنا و تعامل خانواده ارتباط نزدیک و متقابل با هم دارند و داشتن معنای مشترک در زندگی زناشویی می تواند به عنوان روشی برای بهبود عملکرد خانواده زنان به کار رود.

کلید واژه: آموزش معنامحور، عملکرد خانواده

^۱ E. mail: nargess.nasrifahani@iaukhsh.ac.ir

مقدمه

خانواده همواره در طول تاریخ در اندیشه بشری، جایگاه ویژه ای را به خود اختصاص داده و مسائل مربوط به آن، دغدغه اندیشمندان بسیاری بوده است. به عقیده این اندیشمندان جامعه سالم از خانواده سالم تشکیل شده است و هنگامی که کانون خانواده در برگیرنده محیط سالم و سازنده و روابط گرم و تعامل بین فردی صمیمی باشد، می‌تواند موجب رشد و پیشرفت اعضای خانواده شود (غلامی پور و عابدی، ۱۳۹۰؛ معین، عباسی، جاهدی و دست غیب، ۱۳۹۰). این خانواده سالم، افراد سالم را تحویل اجتماع می‌دهد اما خانواده ناسالم موجب بروز مسائل فراوانی در سطح جامعه می‌شود و اگر سعی در بهبود و پیشرفت خانواده نشود، مشکلات اجتماعی روز به روز بیشتر خواهد شد (ستیر، ۱۹۷۲^۱، ترجمه بیرشک، ۱۳۸۸).

بنابراین دستیابی به جامعه سالم، آشکارا در گرو سلامت خانواده و تحقق خانواده سالم مشروط به برخورداری افراد آن از سلامت روانی و داشتن روابط مطلوب با یکدیگر است. از این رو سالم سازی اعضای خانواده و رابطه‌شان بی‌گمان اثرهای مثبتی را در جامعه به دنبال خواهد داشت و می‌توان گفت عملکرد خانواده بر عملکرد جامعه تاثیر مستقیم و به سزایی می‌گذارد (سامانی و احمدی، ۱۳۹۰؛ آبانگاه، ۱۳۹۰).

در تعریف عملکرد خانواده گفته می‌شود که عملکرد خانواده توانایی خانواده در هماهنگی یا انطباق با تغییرات ایجاد شده در طول حیات، حل کردن تعارض‌ها، همبستگی میان اعضا و موفقیت در الگوهای انضباطی، رعایت حد و مرز میان افراد و اجرای مقررات و اصول حاکم بر این نهاد با هدف حفاظت از کل نظام خانواده است (پورتس و هاوول^۲، ۱۹۹۲؛ به نقل مجرد کاهانی و قنبری هاشم آبادی، ۱۳۹۰).

عملکرد خانواده بازتاب انعطاف پذیری و بقای مرزها، الگوهای ارتباطی، تجربه خانواده اصلی و بافت فعلی از جمله جهت گیری‌های فرهنگی و ارزشی خانواده است. به علاوه عملکرد انطباقی خانواده شامل ارتباط خوب میان اعضای خانواده و سطوح پایین تعارض خانوادگی است (تاملیسون^۳، ۲۰۰۲، ترجمه بهاری و مهدوی هرسینی، ۱۳۸۴).

برای اینکه انجام وظایف اصلی خانواده بهتر صورت گیرد خانواده باید دارای ساخت و عملکردی سالم باشد (مینوچین و فیشرمن^۴، ۱۹۸۱؛ ترجمه بهاری و سیا، ۱۳۸۸). به نظر دیکستین^۵ (۲۰۰۷)، برای دستیابی به عملکرد مطلوب در سیستم خانواده باید نقش‌ها، وظایف و تکالیف در بین همه اعضای خانواده به طور نظامند و هماهنگ، سازمان داده شود. همچنین او معتقد است هماهنگی و توازن، رهبری و رابطه موثر، برای عملکرد بهینه مهم هستند. دی پاول^۶ (۲۰۰۶) نیز برخی از ویژگی‌های خانواده دارای عملکرد مطلوب را

1. Satir, V.

2. Portes & Hovel

3. Tamlison, B.

4. Minuchin, S. & Fishman, Ch.

5. Dickstein, S.

6. DePaul, N.

اینگونه عنوان می‌کند: تعامل ارتباطی باز، کنترل و مهار فشارهای روحی و روانی به طور موثر، همدلی، رهبری، ابراز محبت و علاقه و مسئولیت پذیری شخصی.

بدعمکردی خانواده نقطه مقابل عملکرد سالم است. منظومه خانواده دارای عملکرد بد، به حمایت و تقویت نشانگان مرضی، در فرایندهای تعاملی پیشرونده می‌پردازد و اگر این الگو تغییر نیابد، نشانگان مرضی از یک عضو به عضو دیگر منتقل می‌شود(والش^۱، ۱۹۸۲؛ به نقل از ربیعی، ۱۳۸۶).

به منظور تغییر این الگوی ناکارآمد و سالم سازی خانواده و به تبع آن دست یابی به جامعه ای سالم، انتخاب رویکرد درمانی مناسب از اهمیت خاصی برخوردار است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان‌های معنوی در کار با مشکلات گوناگون همسران و خانواده‌ها موفق بوده است. به عقیده کوتون و زبراکی^۲ (۲۰۰۷) معنویت در زندگی فردی اعضای کلینیک، در کار بالینی آن‌ها و در آموزش خانواده و همسران اهمیت بسیار دارد. به عقیده سالبوف^۳ (۲۰۰۳) نیز معنویت بخش معناداری از زندگی حرفه ای درمانگران خانواده و زوجین را تشکیل می‌دهد. همچنین به گفته وندل^۴ (۲۰۰۳) مذهب شیوه ای از درمان آسیب‌ها و بهترین روش برای کوتاه شدن دوره درمان بیماران است و در واقع مذهب و معنویت بعد ضروری فعالیت‌های درمانی و مشاوره‌ای است که کاربرد آن در خانواده درمانی و زوج درمانی لازم است.

آموزش معنا- محور نیز یکی از رویکردهای معنوی است که بر مبنای نظریه معنادرمانی فرانکل(لانترز^۵، ۲۰۰۲) و خانواده درمانی وجودی پایه‌گذاری شده است. تاکید اصلی این رویکرد، بر کمک به زوجین جهت یافتن معنایی از زندگی مشترکشان می‌باشد(لانترز، ۲۰۰۴) و اعتقاد بر این است که معنا و تعامل خانواده ارتباط نزدیک و متقابل با هم دارند. این معنا می‌تواند تعامل سالم را در خانواده تحریک کند و تعاملات سالم نیز آگاهی بیشتر از معنایابی را در پی دارد. به عبارت دیگر، فقدان آگاهی در مورد معنا در خانواده، می‌تواند تعامل ناسالم را تحریک کند، همچنین، تعامل سالم اعضا، می‌تواند به آگاهی بیشتر آن‌ها از معانی در خانواده کمک نماید(لانترز، ۲۰۰۰، الف۱۹۹۴).

این رویکرد بدون توجه به جهت گیری بالینی آن طبیعتی گروهی داشته و بیشتر بر روی معنا و ارزش‌ها تمرکز می‌کند. کاربرد این رویکرد در زوج درمانی ارزش‌های روشنی را در بر می‌گیرد و بر پایه عشقی مبتنی بر پذیرش و رشد متعالی خود بنا نهاده شده است(شولنبرگ، اشتنزل، وینترز و هوتزل^۶، ۲۰۱۰) به علاوه مبتنی بر روانشناسی مثبت گرا است و بر ارزش‌های زندگی علیرغم وجود رنج‌ها و محدودیت‌ها

1. Walsh

2. Catton, S & Zebercki, K

3. Salbboff, B. J

4. Wendel, R

5. Lantz, J.

6. Schulenberg, S. E., Schnetzer, L. W., Winters, M. R. & Hutzell, R. R.

تاکید دارد و مراجعان را به ابزاری برای هدایت موارد منفی موجود در وجود انسان مجهز می‌کند و از این طریق آینده‌ای بهتر را برای آنان فراهم می‌سازد (وانگ، ۲۰۱۰).

آموزش معنا- محور به مردم در شناسایی و اولویت بندی ارزش‌هایشان کمک می‌کند تا درک بهتری از سلسله مراتب ارزشهای معنا دار خود به دست آورند (شولنبرگ، هوتزل، نسیف و روجینا، ۲۰۰۸). همچنین در این رویکرد چنین فرض می‌شود که بسیاری از مشکلات و نشانگان خانوادگی هنگامی رخ می‌دهند که خانواده به کشف، تجزیه و یا استفاده از معانی و معانی بالقوه در زندگی خانوادگی نمی‌پردازد. در واقع، هدف اصلی تسهیل فرایند جستجوی خانواده برای معناست و وظیفه اصلی درمانگر یاری رساندن به خانواده برای بیرون آوردن معانی پوشیده و مخفی و معانی بالقوه از ناخودآگاه خانواده به آگاهی از طریق تفکر و سپس کمک به خانواده برای استفاده از این معانی بالقوه از طریق عمل کردن است و به اعضای خانواده کمک می‌شود تا معنایی در وجودشان به عنوان یک گروه بیابند (لانترز، ۲۰۰۶، ۲۰۰۴).

این رویکرد کار خود را مبتنی بر درک مشکلات عمیق و واقعی انسان قرار می‌دهد که بخش عمده این مشکلات را مسائل مربوط به زندگی خانوادگی، زناشویی و روابط صمیمانه تشکیل می‌دهد و از معنای به عنوان روشی جهت بر طرف نمودن این مشکلات استفاده می‌کند (لانترز، ۲۰۰۰؛ شولنبرگ و هندیون، ۲۰۰۵).

با توجه به مطالب ذکر شده در زمینه تاثیر مستقیم عملکرد خانواده بر عملکرد جامعه و اینکه با وجود کارآمدی رویکردهای معنوی تا به حال از این رویکردها به منظور بهبود عملکرد خانواده استفاده نشده است، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش معنا- محور بر عملکرد کلی خانواده بود تا از طریق بهبود عملکرد خانواده بتوان گامی در جهت بهبود عملکرد جامعه برداشت. به علاوه با توجه به عقیده داک و وود^۴ (۲۰۰۶) که تغییرات در روابط و الگوهای ارتباطی، زنان را بیشتر از مردان تحت تاثیر قرار می‌دهد و اینکه اینکه زنان مسئولیت عمده موفقیت روابط را بر عهده دارند، پژوهش حاضر در پی بررسی این مطلب بود که آیا آموزش معنا- محور در بهبود عملکرد خانواده زنان متاهل موثر است؟

روش

پژوهش حاضر از جمله طرح‌های نیمه آزمایشی، با عنوان طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش زنانی بودند که در سال ۱۳۹۰ به یکی از خانه‌های سلامت منطقه ۷ شهرداری تهران به نام "خانه مدیران" مراجعه کرده بودند و شرایط زیر را داشتند:

۱- داشتن حداقل ۵ سال زندگی مشترک

۲- مشغول بودن به زندگی با همسر

1. Wong, P.T.

2. Nassif, C., Schulenberg, S. E., Hutzell, R. R., Rogina, J. M.

3. Henrion, R. P.

4. Duck, S.U. & Wood, J.T

۳- داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم

روش نمونه‌گیری در این پژوهش در دسترس بود و نمونه مورد بررسی ۲۴ نفر از زنان داوطلب شرکت در جلسات آموزش گروهی بودند (هر گروه ۱۲ نفر).

شیوه مداخله: ابتدا برای مدیر این خانه سلامت در مورد طرح پژوهش، تعداد جلسات، طول مدت هر جلسه و موضوع کارگاه توضیحات کامل داده شد و در مورد تاریخ شروع و زمان برگزاری آن نیز هماهنگی لازم صورت گرفت. سپس تبلیغ کارگاه در تابلوی اعلانات مرکز نصب شد. در روز مقرر ۴۳ نفر در جلسه توجیهی شرکت کردند. پس از آشنایی، جلب اعتماد و همکاری آن‌ها و بیان اهداف کلی برگزاری کارگاه، پیش‌آزمون بر روی آنان اجرا شد. البته چند سوال هم در مورد شرایط ورود به کارگاه در ابتدای پرسش‌نامه درج گردیده بود. در آخر جلسه هم توضیح داده شد که به دلیل شلوغ بودن کارگاه، به دو گروه تقسیم می‌شوند و جلسات گروه دوم پس از اتمام جلسات گروه اول برگزار می‌شود. بنابراین از افراد خواسته شد شماره تلفن خود را نیز درج نمایند تا برای شرکت در کارگاه با آن‌ها تماس گرفته شود. در ادامه پس از نمره‌گذاری پرسش‌نامه‌ها و بررسی شرایط دوره، ۳۰ نفر واجد شرایط بودند. این افراد به تصادف در دو گروه جایگزین شدند و پس از آن با آنها به منظور شرکت در کارگاه تماس گرفته شد. البته لازم به ذکر است که ۳ نفر از افراد گروه آزمایش به دلیل غیبت زیاد و همچنین ۳ نفر از افراد گروه گواه به دلیل غیبت در جلسه پس‌آزمون از روند پژوهش کنار گذاشته شدند.

پس از مشخص شدن افراد دو گروه، طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای که هفته‌ای یکبار برگزار گردید آموزش معنا-محور در مورد گروه آزمایش اعمال شد اما در این مدت گروه گواه در معرض متغیر مستقل قرار داده نشد. در پایان جلسات نیز هر دو گروه به وسیله پس‌آزمون مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. در ادامه خلاصه جلسه‌های آموزشی مبتنی بر رویکرد معنا-محور ارائه شده است (شولنبرگ و همکاران، ۲۰۱۰؛ لاتنز، ۲۰۰۴، ۱۹۹۹، ۱۹۹۶).

جلسه اول: آشنایی و برقراری ارتباط با اعضا، بیان قواعد و اهداف گروه، معرفی دوره آموزشی، گرفتن تعهد از اعضا.

جلسه دوم: زمینه‌سازی برای آموزش معنادرمانی آشنایی با مفاهیم آن مثل آزادی اراده، اراده معطوف به معنا و معنای زندگی.

جلسه سوم: آشنایی با مفهوم معنا و این که چگونه داشتن یک رابطه معنادار ممکن است، هر یک از زوجین را به سمت احترام متقابل و عمیق‌تر نسبت به یکدیگر برانگیزاند.

جلسه چهارم: راه‌های کشف معنا و معرفی انواع ارزش‌ها.
 جلسه پنجم: شناسایی و اولویت بندی ارزش‌ها، اجرای تکنیک آگاهی از ارزش‌ها.
 جلسه ششم: بحث درباره عشق.
 جلسه هفتم: کشف ارزش‌ها نسبت به هر یک از اعضای خانواده و گسترش روابط ویژه معنادار.
 جلسه هشتم: بحث درباره آزادی انتخاب، مسئولیت در مقابل معنا و مشکلات جسمی که افراد تجربه می‌کنند.

جلسه نهم: جمع بندی مطالب عنوان شده در کل جلسات و نتیجه گیری
 جلسه دهم: اجرای پس آزمون، تشکر، خداحافظی و ختم جلسات
ابزار: در پژوهش حاضر پرسش نامه سنجش خانواده (FAD¹) جهت جمع آوری داده‌ها استفاده شد. پرسش نامه سنجش خانواده یک پرسش نامه ۶۰ سوالی است که برای سنجش عملکرد خانواده بنابر الگوی مک مستر تدوین شده است. این الگو خصوصیات ساختاری، شغلی و تعاملی خانواده را معین می‌سازد و ۶ بعد از عملکرد خانواده را مشخص می‌کند. این ابعاد از این قرار است: حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، پاسخ دهی عاطفی، مشارکت عاطفی و کنترل رفتار. به علاوه این مقیاس از یک خرده مقیاس هفتم مربوط به عملکرد کلی نیز تشکیل شده است. برای نمره گذاری آن، با استفاده از یک طیف چهار درجه ای که از نمره یک (کاملاً موافقم) تا چهار (کاملاً مخالفم) تشکیل شده است، به هر سؤال ۱ تا ۴ نمره داده می‌شود. عباراتی که توصیف کننده عملکرد ناسالم هستند، نمره معکوس می‌گیرند. این پرسش نامه میزان ناسلامتی خانواده را می‌سنجد و در نتیجه نمرات بالاتر نشان دهنده عملکرد ضعیف‌تر خانواده و نمرات کمتر نشانه عملکرد سالم‌تر است (ثنایی، ۱۳۷۹).

این آزمون پس از تهیه توسط اپشتاین، بالدوین و بیشاپ در سال ۱۹۸۳ بر روی یک نمونه ۵۰۳ نفری اجرا گردید. دامنه ضریب آلفای زیر مجموعه‌های آن بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ است که نشان می‌دهد از همسانی درونی نسبتاً خوبی برخوردار است. در ایران نیز تحقیقات انجام شده نجاریان (۱۳۷۴)، طهماسب پور (۱۳۸۵)، لشکری (۱۳۸۳)، امینی (۱۳۷۸)، بهاری (۱۳۷۹) و گلی زاده (۱۳۸۳) بیانگر پایایی بالای این آزمون است. در پژوهشی که محسن زاده و همکاران (۱۳۸۳) بر روی معلمان انجام دادند. پایایی پرسش نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش نامه ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس حل مشکل ۰/۷۱، ارتباط

1. Family Assessment Device (FAD)

۰/۶۸، نقش‌ها ۰/۶۵، پاسخدهی عاطفی ۰/۷۳، مشارکت عاطفی ۰/۷۷، کنترل رفتار ۰/۶۴ و عملکرد کلی ۰/۷۹ محاسبه شد (به نقل از ابراهیمی، ۱۳۸۶).

یافته‌ها

در پژوهش حاضر میانگین سنی افراد مورد مطالعه $35/33 \pm 5/07$ و همچنین میانگین مدت تأهل آنان $18/83 \pm 6/78$ سال بود. $70/8$ درصد دیپلم، $20/8$ درصد کاردانی و $8/3$ درصد مدرک کارشناسی داشتند. این افراد در دو مرحله به پرسش نامه سنجش خانواده پاسخ دادند. نتایج حاصل از اجرای پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمایش و گواه در جدول شماره (۱) ارائه شده است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی نمرات عملکرد کلی پرسش نامه عملکرد خانواده در پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مرحله	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس
عملکرد کلی خانواده	پیش آزمون	آزمایش	۱۲	۳۴/۲۵	۶/۸۷	۴۷/۲۹
	گواه	۱۲	۳۱/۳۳	۲/۹۳	۸/۶۰	
پس آزمون	آزمایش	۱۲	۲۷/۴۱	۵/۲۱	۲۷/۱۷	
	گواه	۱۲	۳۲	۳/۱۹	۱۰/۱۸	

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش و از بین بردن اثر پیش آزمون بر پس آزمون از تحلیل کواریانس استفاده گردید. البته ابتدا هفت مفروضه آن مورد بررسی قرار گرفت. این مفروضه‌ها عبارت بودند از عدم تاثیر متقابل متغیر وابسته و متغیر همراه، پایا بودن متغیر تصادفی کمکی، نرمال بودن، همگنی ضرایب رگرسیون، همگنی واریانس‌ها، خطی بودن رابطه بین متغیر پیش آزمون و پس آزمون و استقلال داده‌ها. بررسی انجام شده نشان داد که به دلیل برقراری مفروضه‌ها استفاده از این روش آماری بلا مانع است. نتایج حاصل از این آزمون آماری در جدول شماره (۲) ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون نمرات عملکرد کلی پرسش نامه عملکرد خانواده دو گروه آزمایش و گواه با برداشتن پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش آزمون	۳۶۳/۴۵۲	۱	۳۶۳/۴۵۲	۱۶۰/۸۰۳	۰/۰۰۰
بین گروه	۲۵۸/۱۱۴	۱	۲۵۸/۱۱۴	۱۱۴/۱۹۸	۰/۰۰۰
خطا	۴۷/۴۶۵	۲۱	۲/۲۶۰		
کل	۲۱۷۱۹/۰۰۰	۲۴			

همان گونه که مشاهده می‌شود، پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی داری بین آزمودنی‌های $F_{(۱,۲۱)}=۱۶۰/۸۰۳$ ، $F_{(۱,۲۱)}=۱۱۴/۱۹۸$ دو گروه وجود داشت. نمرات میانگین تعدیل شده نشان می‌دهد که عملکرد کلی خانواده گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه پس از اجرای متغیر مستقل افزایش یافته است.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور تعیین تأثیر آموزش معنا-محور بر بهبود عملکرد کلی خانواده زنان متأهل انجام شد. یافته‌ها نشان داد که بین نمره‌های عملکرد کلی خانواده دو گروه پس از برداشتن اثر پیش آزمون تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت و نمره‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه پس از اجرای متغیر مستقل کاهش یافته است. بنابراین آموزش معنا-محور، بر عملکرد کلی خانواده مراجعان به طور معنی‌داری مؤثر بوده و میزان آن را کاهش داده است.

این یافته همسو با ادعای لاتنز (۲۰۰۰الف) است که معنا و تعامل خانواده ارتباط نزدیک و متقابل با هم دارند و وجود معنای مشترک بین اعضای خانواده تعامل سالم و تعامل‌های سالم می‌تواند آگاهی بیشتر از معنایابی را در خانواده تحریک نماید. شولنبرگ و همکاران (۲۰۱۰) نیز معنا درمانی را نظریه‌ی قدرتمندی می‌دانند که تصمیمات سازگاران و موثر را تشویق کرده و از افرادی حمایت می‌کند که انتخاب‌های خود را در ارتباط با ارزش‌هایشان آزموده و بر ارزش‌های رفتاری تمرکز می‌نمایند. همچنین لاتنز (۱۹۹۹) خانواده درمانی معنا-محور را یک موقعیت زندگی ساختارمند می‌داند که برای مطالعه و درمان روابط مختل، معنا و حل مسئله در زندگی زناشویی و خانوادگی ایجاد شده است.

به علاوه این یافته همسو با یافته های گیدر^۱ (۲۰۰۶)، پرون، وب، راییت و جکسون^۲ (۲۰۰۶) کوتون و زبراک^۳ (۲۰۰۷)، جلالی (۱۳۸۶)، فالی^۳ (۱۹۹۲)، به نقل از موسوی زاده، (۱۳۸۸)، غلامی و بشلیده (۱۳۹۰)، حمید، بشلیده، عبدی بایگی و دهقانی زاده (۱۳۹۰) و شفیع آبادی، نوابی نژاد، فلسوی نژاد و نجفلوبی (۱۳۹۰) است. این پژوهش‌ها نشان داد که معنویت در زندگی فردی افراد و در کار آن‌ها اهمیت بسیار دارد و درمان‌های معنوی و مذهبی می‌تواند به خانواده‌های ناتوان و مشکل دار کمک کند تا معنا و هدفی در زندگی پیدا کنند و معنویت را پشتوانه ای برای هویت و پایه ای برای مقابله با تغییرات، فقدان و محدودیت‌ها قرار دهند.

بنابراین با توجه به یافته های پژوهش حاضر و ادبیات پژوهشی همسو با آن که در بالا مورد بحث قرار گرفت می‌توان چنین برآورد نمود که داشتن معنای مشترک در بین اعضای خانواده باعث نزدیکی آنها می‌گردد و این احساس معناداری و نزدیکی منجر به تعامل سالم خانواده خواهد شد. در نتیجه می‌توان انتظار داشت که اعضای خانواده ارتباطی موثر، مستقیم و آشکار و همراه با عواطف با یکدیگر برقرار نمایند، نقش‌ها درون خانواده به درستی ایفا گردد و در زمان بحران نیز انسجام خود را حفظ کرده و افراد آن در تعامل با یکدیگر مناسب‌ترین راه حل را برای حل مشکل بوجود آمده برگزینند. لذا با توجه به این مساله و اینکه عملکرد بهتر خانواده نوید داشتن جامعه ای سالم را می‌دهد، پیشنهاد می‌شود که در مراکز مشاوره برای خانواده‌هایی که دارای مشکلاتی در عملکرد خود هستند، دوره های آموزش معنا- محور برگزار گردد.

در پایان باید ذکر نمود جامعه آماری پژوهش حاضر زنان تهرانی متاهلی بود که ۵ سال از مدت تاهل آن‌ها می‌گذشت و دارای مدرک تحصیلی دیپلم به بالا بودند. این مساله محدودیت‌هایی را در تعمیم یافته‌ها به وجود می‌آورد، بنابراین باید در تعمیم آن به جامعه های دیگر زنان و همچنین مردان احتیاط نمود و توصیه می‌شود پژوهش‌های مشابهی در سایر مناطق کشور و همچنین در مورد مردان، انجام گیرد تا بتوان در مورد تعمیم یافته های این پژوهش تصمیم گیری بهتری نمود.

سپاس و قدردانی

از تمام عزیزانی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند به خصوص مسئولین محترم خانه سلامت "خانه مدیران"، تشکر و قدردانی می‌شود.

¹. Gwyther, L. P.

². Perron, K. M., Web, L. K., Wright, S. L., & Jackson, Z. V.

³. Foly

منابع

- ابراهیمی، جواد. (۱۳۸۶). *مقایسه عملکرد خانواده و سلامت روانی فرزندان در خانواده‌های تک همسری و دو همسری شهرستان خواف*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- آبانگاه، آسیه. (اسفند ماه ۱۳۹۰). *کارایی خانواده و سلامت عمومی فرزندان*. مجموعه مقالات دومین همایش ملی روانشناسی - روانشناسی خانواده. مرودشت: دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- تاملیسون، باربارا. (۲۰۰۲). *راهنمای سنجش خانواده*. (ترجمه: فرشاد بهاری، سید اسماعیل مهدوی هرسینی، ۱۳۸۴). تهران: انتشارات تزکیه.
- ثنایی ذاکر، باقر. (۱۳۷۹). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: انتشارات بعثت.
- جلالی، قصبه. (۱۳۸۶). *بررسی تاثیر آموزش معنا سازی بر فرسودگی شغلی و شادی کار*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.
- حمید، نجمه، بشلیده، کیومرث، عیدی بایگی، ماجد و دهقانی زاده، زهرا. (۱۳۹۰). *بررسی اثربخشی روان درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور برافسردگی زنان مطلقه*. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۱ (۱): ۵۴-۶۴.
- ربیعی، سولماز. (۱۳۸۶). *بررسی تاثیر روایت درمانی زوجی بر عملکرد خانوادگی زوجین شهر اصفهان*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.
- سامانی، سیامک و احمدی، اعظم. (اسفند ماه ۱۳۹۰). *کفایت روانسنجی الگوهای ارتباطات زوجین*. مجموعه مقالات دومین همایش ملی روانشناسی - روانشناسی خانواده. مرودشت: دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- ستیر، ویرجینیا. (۱۹۷۲). *آدم سازی*. (ترجمه: بهروز بیرشک، ۱۳۸۸). تهران: رشد.
- شفیع آبادی، عبدالم...، نوابی نژاد شکوه، فلسفی نژاد، محمدرضا و نجفوی، فاطمه. (۱۳۹۰). *مقایسه الگوی تعاملات خانواده های دارای عضو وابسته به مواد و عادی و ارائه راهبردهای مداخله ای*. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۳، ۲۶۴-۲۷۳.

غلامی، علی و بشلیده، کیومرث. (۱۳۹۰). اثربخشی معنویت درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۳، ۳۳۱-۳۴۸.

غلامی پور، فاطمه، عابدی، محمدرضا. (اسفند ماه ۱۳۹۰). اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر فرسودگی زناشویی افراد متاهل در شهر بوانات. مجموعه مقالات دومین همایش ملی روانشناسی - روانشناسی خانواده. مردودشت: دانشگاه آزاد اسلامی واحد مردودشت.

مجرد کاهانی، امیرحسین و قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی. (۱۳۹۰). ارزیابی اثربخشی مداخلات آموزشی روانی گروهی بر عملکرد خانواده بیماران مبتلا به اختلالات خلقی. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۲، ۳۹۹-۴۱۲.

معین، لادن، عباسی، زهرا، جاهدی، سهیلا و دست غیب، فیروزه. (اسفند ماه ۱۳۹۰). بررسی رابطه بین عملکرد خانواده با ویژگی‌های شخصیت و خودکارآمدی نوجوانان. مجموعه مقالات دومین همایش ملی روانشناسی - روانشناسی خانواده. مردودشت: دانشگاه آزاد اسلامی واحد مردودشت.

موسوی زاده، طاهره. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش معنادرمانی بر کاهش دلزدگی زناشویی زنان. پایان نامه کارشناسی ارشد: دانشگاه علامه طباطبائی.

مینوچین، سالوادور، فیشمن، اچ. چ. (۱۹۸۱). فنون خانواده درمانی. (ترجمه: فرشاد بهاری، فرح سیا، ۱۳۸۸). تهران: انتشارات رشد.

Catton, S. & Zabercki, K. (2007). Religion / spirituality in family therapy. *Journal Adolescent Health, 39*, 452-465.

DePaul, N. (2006). Healthy family functioning relationship advice & relationship tips. *Council for Relationships, (215)*, 382-680.

Dickstein, S. (2007). Family mealtime functioning, maternal depression, and early childhood outcomes. *Journal of Family Psychology, 12*, 23-40.

Duck, S.U. & Wood, J.T. (2006). *What goes up may come down: Sex and gendered patterns in relational dissolution*. In M. A. Fine & J. H. Harvey (Eds.), *Handbook of divorce and relationship dissolution* (pp. 169-187). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Gwyther, L. P. (2006). Spirituality and caring for older family members. *Southern Medical Journal*, 99(10), 1080-1081.

Lantz, J. (1999). Meaning-centered family therapy: Treatment elements and dynamics. *Families in Society*, 80, 3-21.

Lantz, J. (1994). Primary and secondary reflection in existential family therapy. *Contemporary Family Therapy*, 16(4), 315-327.

Lantz, J. (2000a). Family logo therapy. *Contemporary Family Therapy*, 8(2), 124-135.

Lantz, J. (2004). World view concepts in existential family therapy. *Contemporary Family Therapy*, 26(2), 165.

Lantz, J. (2006). Resistance in family logo therapy. *Contemporary Family Therapy*, 14(5), 405-418.

Lantz, J. (2000b). *Meaning-Centered Marital and Family Therapy: Learning to bear the beams of Love*. Springfield, IL: Charles C Thomas, Publisher.

Lantz, J.E. (2002). Family logo therapy with an overweight family. *Contemporary Family Therapy*, 11(4), 287-297.

Perron, K. M., Web, L. K., Wright, S. L., & Jackson, Z. V. (2006). Relationship of spirituality to work and family roles and life satisfaction among gifted adults. *Journal of Mental Health Counseling*, 28(3), 253-268.

Sabloff, B. J. (2003). The role of religion and spirituality in marriage and family therapy. *The American Journal of Family therapy*, 30, 19-37

Schulenberg, S. E. Schnetzer, L. W. Winters, M. R & Hutzell, R. R. (2010). Meaning-Centered Couples Therapy: Logo therapy and Intimate Relationships. *J Contempt Psychotherapy*, 40, 95-102.

Schulenberg, S. E., & Henrion, R. P. (2005). Logo therapy past, present, and future: A conversation with James C. Crumbaugh. *The International Forum for Logo therapy*, 28, 65-71.

Schulenberg, S. E., Hutzell, R. R., Nassif, C., & Rogina, J. M. (2008). Logo therapy for clinical practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 447–463.

Wendel, R. (2003). Lived religion family therapy: what does spirituality have to do with it? *Family Process*, 42(1), 165-179.

Wong, P.T.(2010). Meaning Therapy: An Integrative and Positive Existential Psychotherapy. *Journal of Contemporary psychology*. 40(2), 85-101.

