

فهرست مطالب

۱	فصل اول
۲	مقدمه
۳	بیان مسئله
۵	اهمیت و ضرورت مسئله
۶	اهداف پژوهش
۷	سئوالهای پژوهش
۷	تعریف اصطلاحات
۸	فصل دوم
۹	افسردگی
۹	تاریخچه
۱۱	دیدگاه‌های نظری در قلمرو افسردگی
۱۱	نظریه روانکاوی
۱۳	نظریه رفتارشناسی طبیعی (کردارشناسی)
۱۶	نظریه رفتاری
۱۹	نظریه زیست شناختی
۲۰	نظریه شناختی
۲۱	پردازش اطلاعات افسردگی
۲۲	نظریه شناختی - رفتاری
۲۳	اسناد و درماندگی آموخته شده
۲۴	اسنادها، مفهوم علیت و افسردگی
۲۵	افسردگی نارسایی خودکنترلی
۲۶	افسردگی نوجوانی

۲۶	الف) واکنش اضطرابی افسرده‌وار
۲۷	ب) افسردگی مبتنی بر احساس حقارت
۲۷	ج) افسردگی مبتنی بر احساس رهاشدگی
۲۸	د) افسردگی مالیخولیایی
۲۸	ه) معادلهای افسردگی
۲۸	جنس و افسردگی
۲۹	خانواده و افسردگی
۳۱	خانواده
۳۲	ازدواج
۳۳	عناصر و اهداف ازدواج
۳۶	رضایت زناشویی
۳۷	عوامل موثر در رضایت زناشویی
۳۸	۱- ابراز محبت و عشق زوجین نسبت به یکدیگر
۳۹	۲- احترام به همسر
۴۰	۳- برقراری روابط اجتماعی
۴۰	۴- روابط جنسی
۴۱	۵- مسایل اقتصادی و اجتماعی
۴۲	۶- ارتباط با اقوام و اطرافیان
۴۲	۷- مسایل ارزشی، عقیدتی و مذهبی
۴۳	۸- علائق و طرز تفکر
۴۴	۹- مزاج و شخصیت
۴۴	تاثیر رضایت زناشویی بر کودکان
۴۶	پیشینه پژوهش
۴۶	تحقیقات انجام شده در خارج

۴۷	تحقیقات انجام شده در ایران
۴۸	جمع بندی و نتیجه گیری
۴۹	فصل سوم
۵۰	روش پژوهش
۵۰	جامعه تحقیق، نمونه آماری و روش نمونه گیری
۵۱	روش نمونه گیری
۵۱	ابزارهای گرد آوری داده‌ها
۵۱	۱- فرم ۲۱ سئوالی پرسشنامه افسردگی بک (<i>BDI</i>)
۵۲	۲- پرسشنامه رضایت زناشویی <i>ENRICH</i>
۵۳	مراحل اجرای پژوهش
۵۴	روشهای آماری پژوهش
۵۵	فصل چهارم
۵۶	مقدمه
۶۶	فصل پنجم
۶۷	مقدمه
۷۰	بحث و نتیجه گیری
۷۱	پیشنهادات
۷۲	محدودیت‌های پژوهش
۷۳	فهرست منابع فارسی
۷۶	فهرست منابع انگلیسی

فهرست جدولها

جدول ۱-

داده‌های توصیفی مربوط به افسردگی دختران و پسران و رضایت زناشویی ۵۷

جدول ۲-

ضریب همبستگی داده‌های مربوط به افسردگی فرزندان پسر و دختر و رضایت ۵۸

جدول ۳-

ضریب همبستگی داده‌های مربوط به رضایت زناشویی پدران (دختر و پسر) و ۵۹

جدول ۴-

تحلیل رگرسیون برای پیش بینی افسردگی فرزندان پسر (۷) از روی رضایت زناشویی ۶۰

جدول ۵-

تحلیل رگرسیون برای پیش بینی افسردگی فرزندان پسر (۷) از روی رضایت زناشویی ۶۱

جدول ۶-

تحلیل رگرسیون برای پیش بینی افسردگی فرزندان دختر (۷) از روی رضایت زناشویی ۶۲

جدول ۷-

تحلیل رگرسیون برای پیش بینی افسردگی فرزندان دختر (۷) از روی رضایت زناشویی مادر ۶۳

جدول ۸-

میانگین، انحراف استاندارد و آزمون t داده‌های مربوط به رضایت زناشویی و ۶۴

جدول ۹-

میانگین، انحراف استاندارد و آزمون t داده‌های مربوط به افسردگی پسران و ۶۵

فصل اول

بیان کلی مسئله

مقدمه

افسردگی یکی از ناراحتی‌های روانی است که در بین نوجوانان و جوانان نیز شایع است و از آنجا که این عارضه موجب می‌شود که فرد انرژی خود را از دست بدهد، علاقه خود را به تحصیل، شغل و بطور کلی به زندگی و آینده از دست بدهد، و از آنجایی که متخصصین بهداشت جامعه همیشه معتقد بوده‌اند که پیشگیری از درمان مهم‌تر است لذا برای پیشگیری از این مسئله بایستی به دنبال عوامل مرتبط با افسردگی باشیم پژوهشگران به رابطه بین افسردگی و عوامل زیست‌شناختی، اجتماعی و... پی برده‌اند و یکی از مهمترین اینها رابطه بین خانواده و افسردگی و به خصوص افسردگی فرزندان می‌باشد براون و همکارانش (۱۹۷۸) به نقل از بیرامی (۱۳۷۸) معتقدند که "میزان آسیب‌پذیری در مقابل افسردگی به عنوان بخشی از عوامل مرتبط با خانواده می‌باشد." و یا سعادت‌مند (۱۳۷۶) در پژوهش خود به وجود رابطه بین کارایی خانواده و ابتلاء فرزندان به اضطراب، اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی پی برده است. مشکلات خانواده شکل‌های مختلفی دارد که یکی از این مشکلات نارضایتی زناشویی می‌باشد که به شکل تعارضات بین والدین خود را نشان می‌دهد. لذا پژوهشگر در پژوهش حاضر دنبال یافتن رابطه بین رضایت زناشویی والدین و افسردگی فرزندان می‌باشد که اگر چنین رابطه‌ای موجود باشد در پژوهش‌های دیگری عوامل مرتبط با رضایت زناشویی بررسی گردیده و از این طریق راهکارهایی برای رضامند کردن والدین ارایه گردد. بلکه از میزان ابتلاء فرزندان به افسردگی کم شده و قدمی در جهت بهداشت روانی جامعه برداشته شود.

بیان مسئله

افسردگی^۱ یکی از رایج‌ترین انواع ناراحتی‌های روانی است، به حدی این بیماری شایع است که می‌توان آن را با سرماخوردگی در میان ناراحتی‌های جسمی مقایسه کرد. در هر لحظه از زمان پانزده تا بیست درصد افراد جامعه ممکن است عوارض و نشانه‌های مختلف افسردگی را از خود نشان دهند. حداقل دوازده درصد از جمعیت کشورهای پیشرفته در طی عمر خود برای معالجه علایم افسردگی به متخصصان روانی مراجعه می‌کنند و حدس زده می‌شود که هفتادوپنج درصد افرادی که در مؤسسات درمان روانی بستری می‌شوند دچار افسردگی هستند. مطالعاتی که در سالهای اخیر از طرف متخصصان سازمان جهانی بهداشت^۲ در کشورهای در حال توسعه آسیا و آفریقا انجام گرفته از افزایش دامنه شیوع افسردگی در میان ملل در حال رشد حکایت می‌کند. (مهریار، ۱۳۷۳)

عوامل متعددی در ایجاد افسردگی نقش ایفا می‌کنند که یکی از این عوامل خانواده می‌باشد، خانواده به عنوان اولین محیط شکل‌گیری شخصیت انسان از اهمیت زیادی برخوردار است، بخصوص اینکه روابط والدین بر رشد سالم و متعادل عاطفی - روانی تأثیر زیادی می‌تواند داشته باشد.

چندین مقاله نظری و تعدادی گزارش‌های روانی در زمینه ارتباط بین کارکرد خانواده و شروع اختلالات خلقی، بخصوص اختلال افسردگی اساسی وجود دارد. (کاپلان^۳، ۱۹۹۴، ترجمه پورافکاری، ۱۳۷۶)

برخی از مطالعات، بین وضعیت خانواده و افسردگی اعضای آن، همبستگی‌هایی یافته‌اند. بهترین شاهد

1- depression
3- Kaplan

2- WHO

بر این ادعا کار بروان^۱ و همکارانش (۱۹۷۸) به نقل از بیرامی (۱۳۷۸) می‌باشد. آنها میزان آسیب پذیری در مقابل افسردگی را به عنوان بخشی از عوامل مرتبط با خانواده می‌دانند. بررسی‌های دیگری نیز نشان می‌دهد که خانواده‌هایی که کودک افسرده دارند با ویژگی‌های خاصی مانند کشمکش‌های زناشویی و... متمایز می‌شوند.

استافورد^۲ و به‌یر، ترجمه دهگانپور و خرازچی (۱۳۷۷) بیان می‌کنند که رابطه‌ی آغازگر خانواده یعنی رابطه‌ی زناشویی، کودکان را متأثر می‌سازد. همچنین آنها می‌نویسند: ادبیات مرتبط با رابطه‌ی زناشویی پیرامون سه موضوع کلی سازماندهی شده است. نخست؛ کیفیت رابطه‌ی زناشویی به صورت رابطه‌ی علی با رشد کودک در نظر گرفته می‌شود. دوم؛ تأثیر کیفیت رابطه‌ی زناشویی بر تربیت و یا روابط والد - کودک مورد توجه است. سوم؛ کودک ممکن است عاملی مزاحم در رابطه‌ی زناشویی باشد. این مسئله که ناهماهنگی زناشویی به پیام‌های نامطلوب بسیاری در کودک می‌انجامد بر اساس شواهد برگرفته از مطالعات تحقیقی متنوعی بنا شده است. از این مطالعات این گونه برمی‌آید که تعارض مداوم بین والدین و نه طلاق، عامل مهمی است که سرانجام تأثیر منفی بر سازگاری کودک برجای می‌گذارد.

در سنین اولیه، کودکان ظاهراً به ناهماهنگی زناشویی حساس هستند. کودکان ۱۰ ماهه به عاطفه منفی دیگران پاسخ می‌گویند و پاسخ‌های عاطفی کودکان به تجربه‌ی تعارض زناشویی تا نوجوانی ادامه می‌یابد. پژوهشگران در این زمینه گزارش دادند، کودکانی که تعارضات مداومی را بین والدینشان شاهد بوده‌اند، واکنش‌های آشفته‌ی بیشتری را طی سالهای اول مدرسه به نمایش گذارده‌اند. علاوه بر این، رابطه‌ی بین افزایش تعارض زناشویی و مسایل کودک ظاهراً تا نوجوانی نیز ادامه می‌یابد. زمینه‌ی یابی‌های صورت گرفته در مورد کودکان در سطح ملی حاکی از آن هستند که افسردگی - انزوا، رفتار ضد اجتماعی و رفتار تکانشی بیش فعالی نوجوانان، با افزایش تعارض زناشویی رابطه‌ی مستقیم دارد. (استافورد و به‌یر، ترجمه دهگانپور و خرازچی، ۱۳۷۷)

گولدبرگ^۳ و ایستربروک^۴ (۱۹۸۴) فرضیه‌های جبران^۵ و سرایت^۶ را در خصوص درگیری والدین با کودک به عنوان کارکرد کیفیت زناشویی مطرح نموده‌اند، نخستین فرضیه، فرضیه‌ی جبران است، بدین معنا که همسر ممکن است با صرف انرژی هیجانی در رابطه‌ی والد - کودک، فقدان عشق و محبت در ازدواج را جبران کند، جبران یا وضعیتی که در آن کودک جانشین محبت زناشویی می‌شود، ممکن است عامل تسهیل کننده

1- Brown

3- Goldberg

5- compensation

2- Stafford

4- Easterbrook

6- spillover

پویاییهای منفی خانواده باشد. در ضمن جبران در روابط دو عضوی والد - کودک به عنوان شاخصی از منظومه خانوادگی ناسالم در نظر گرفته می شود. موضوع اساسی در اینجا این است که این نوع مشکلات برای رشد کودک مخرب فرض شده اند. فرضیه دوم، فرضیه سرایت است. این فرضیه مطرح می سازد که وجود هماهنگی یا فقدان آن در ازدواج امری مسری است؛ بدین معنا که این امر به روابط مثبت والد - کودک بیانجامد، حال آنکه در صورت نارضایتی از ازدواج عکس این امر صادق است. همچنین مطالعات چندی، شواهدی را مبنی بر تاثیر ناهماهنگی زناشویی بر روابط والد - کودک فراهم آورده اند. مسئله مورد توجه این است که چگونه روابط بین والدین ممکن است به طور مستقیم یا غیر مستقیم بر تربیت، تعامل والد - کودک و یا روابط والد - کودک تاثیر گذارند. طبق گزارشهای موجود، فروپاشی روابط زناشویی با روابط ضعیف والد - کودک در ارتباط است. پیترسون^۱ و زیل^۲ (۱۹۸۶) به رویه ای خطی بین تعارض و ارزیابی کودکان از روابطشان با والدین دست یافتند. اگر چه بعضی از مطالعات تفاوت های جنسی را در تاثیر پریشانی روابط زناشویی بر روابط والدین با دختران و پسران گزارش کرده اند، اما این امر ظاهراً مصداقی کلی دارد.

با توجه به اینکه برای پیشگیری از ناراحتی های روانی بایستی عوامل وابسته به آن ناراحتی را شناسایی نمود و از آنجا که نتایج پژوهشهای زیادی - که به بعضی از آنها در بالا اشاره شد - نشان می دهد که بسیاری از ناراحتی های عاطفی و روانی فرزندان با کیفیت رابطه زناشویی مرتبط است، لذا پژوهش حاضر در صدد بررسی رابطه بین رضایت زناشویی والدین و افسردگی فرزندان می باشد.

اهمیت و ضرورت مسئله

سلامت روان برای افراد جامعه از اهمیت ویژه ای برخوردار است و همانطور که قبلاً نیز اشاره گردید یکی از رایج ترین ناراحتی های روانی بخصوص در بین قشر نوجوان و جوان افسردگی می باشد. افسردگی یکی از عوامل بازدارنده برای انجام کارهاست، این مسئله باعث می شود که فرد انرژی خود را برای انجام امور از دست بدهد، از افراد دیگر کناره گیری کند، برای شروع هر فعالیتی نتواند تصمیم بگیرد، علاقه خود را به تحصیل و شغل و... از دست بدهد و بطور کلی نتواند به کارهای روزمره و زندگی عادی خود بپردازد و در حالت شدیدتر به فکر مرگ بوده و در بعضی موارد دست به خودکشی بزند.

پژوهشهایی که در سطح کشور در این خصوص انجام گرفته حکایت از میزان بالای افسردگی بین نوجوانان و جوانان، بخصوص در مناطق خاصی از کشور دارد و همچنین پژوهشهایی که در استان قم نیز انجام گرفته حکایت از شیوع این ناراحتی در بین جوانان، مخصوصاً دختران نوجوان و جوان دارد، آقا یوسفی (۱۳۷۸) می‌نویسد: بر حسب معیار دکتر مهرابی زاده هنرمند ۵۵٪ دختران نوجوان دانش‌آموز قم به اندازه‌ای افسرده هستند که نیازمند روان‌درمانی و مشاوره می‌باشند و یا برحسب معیارهای سختگیرانه‌تر آقا یوسفی حداقل ۴۳٪ از این جمعیت افسرده هستند.

پس با توجه به اهمیت مسئله بهتر است پژوهشهایی در این رابطه انجام شود تا عواملی که با این متغیر رابطه دارند شناسایی شده تا به نحوی از ابتلاء افراد به افسردگی پیشگیری شود. همانطور که اشاره شد بعضی از پژوهشها نشان می‌دهند که کیفیت ازدواج، کیفیت رابطه بین والدین و به طور کلی خانواده یکی از عوامل مرتبط با این متغیر است. لذا تاکنون پژوهشی که رابطه بین رضایت از زندگی زناشویی و افسردگی را بررسی نماید در ایران انجام نگرفته است. و نتیجه پژوهش حاضر می‌تواند به پدران و مادران و جوانان کمک نماید تا اهمیت ازدواج و انتخاب همسر و داشتن آگاهیهای لازم در مورد ملاکهای انتخاب همسر، مهارتهای زندگی زناشویی و... را درک نمایند. پیشوایان دین نیز به دلیل اهمیت موضوع معتقدند که اگر پدر و مادر نسبت به ازدواج فرزند خود با فردی همتا و هم‌شان مخالف باشند و جلب نظر آنان برای فرزند میسر نباشد. وی می‌تواند نظر آنان را نادیده بگیرد و با هم‌شان خود ازدواج کند.

اهداف پژوهش

- ۱- شناسایی رابطه بین رضایت زناشویی پدران و افسردگی فرزندان پسر آنها
- ۲- شناسایی رابطه بین رضایت زناشویی مادران و افسردگی فرزندان پسر آنها
- ۳- شناسایی رابطه بین رضایت زناشویی پدران و افسردگی فرزندان دختر آنها
- ۴- شناسایی رابطه بین رضایت زناشویی مادران و افسردگی فرزندان دختر آنها
- ۵- شناسایی رابطه بین رضایت زناشویی پدران و رضایت زناشویی مادران
- ۶- شناسایی تفاوت بین رضایت زناشویی پدران و رضایت زناشویی مادران
- ۷- شناسایی تفاوت بین افسردگی پسران و افسردگی دختران

سئوالهای پژوهش

- ۱- آیا بین میزان رضایت زناشویی پدران و میزان افسردگی فرزندان پسر آنها رابطه وجود دارد؟
- ۲- آیا بین میزان رضایت زناشویی مادران و میزان افسردگی فرزندان پسر آنها رابطه وجود دارد؟
- ۳- آیا بین میزان رضایت زناشویی پدران و میزان افسردگی فرزندان دختر آنها رابطه وجود دارد؟
- ۴- آیا بین میزان رضایت زناشویی مادران و میزان افسردگی فرزندان دختر آنها رابطه وجود دارد؟
- ۵- آیا بین میزان رضایت زناشویی پدران و میزان رضایت زناشویی مادران رابطه وجود دارد؟
- ۶- آیا بین میزان رضایت زناشویی پدران و میزان رضایت زناشویی مادران تفاوت معنی داری وجود دارد؟
- ۷- آیا بین میزان افسردگی دختران و میزان افسردگی پسران تفاوت معنی داری وجود دارد؟

تعریف اصطلاحات

رضایت زناشویی:

تعریف مفهومی؛ رضایت زناشویی عبارت است از احساسات عینی از خشنودی، رضایت و لذت تجربه شده توسط زن یا شوهر موقعی که همه جنبه‌های ازدواجشان را در نظر می‌گیرند. (الیس، ۱۹۸۹، به نقل از سلیمانیان، ۱۳۷۳)

تعریف عملیاتی؛ در این پژوهش رضایت زناشویی عبارت از نمره حاصله از فرم ۴۷ سئوالی پرسشنامه رضایت زناشویی ENRICH که از صفر تا ۲۳۵ است، می‌باشد.

افسردگی

تعریف مفهومی؛ افسردگی اصطلاحی است که به مجموعه رفتارهایی اطلاق می‌شود که عناصر مشخص آن کندی حرکت و کلام، گریه کردن، غمگینی، فقدان پاسخ‌های شاد، خودکم بینی، فقدان علاقه، کم ارزشی، بی خوابی، بی اشتیایی، خلق افسرده، بازداری از عمل و باز داری از تفکر است. (حمیدی، ۱۳۶۸)

تعریف عملیاتی؛ در این پژوهش افسردگی عبارت از نمره حاصله از پرسشنامه ۲۱ سئوالی بک^۱ از صفر تا ۶۳ است، می‌باشد.

مركز مطالعات روان‌شناسی
توسعه‌یافته‌ها

فصل دوم

مروری بر ادبیات پژوهش

افسردگی

تاریخچه

افسردگی از زمانهای بسیار دور در نوشته‌ها آمده و توصیف‌هایی از آنچه ما امروزه اختلالات خلقی می‌خوانیم در بسیاری از منابع طبّی قدیم وجود دارد. داستان «عهد عتیق» شاه سائول^۱، و داستان خودکشی آژاکس در ایلیام هومر، هر دو یک سندرم افسردگی را توصیف کرده‌اند. حدود ۴۵۰ سال قبل از میلاد، بقراط اصطلاح مانی و ملانکولی را برای توصیف اختلالات روانی بکار برد. در حدود ۱۰۰ سال قبل از میلاد، کور نلیوس سلسوس^۲ در کتاب دی مدیسینا^۳ افسردگی را ناشی از صفرای سیاه معرفی نمود. این اصطلاح را پزشکان دیگر از جمله ارسطو (۱۲۰ تا ۱۸۰ بعد از میلاد) و جالینوس (۱۲۹ تا ۱۹۹ بعد از میلاد) نیز به کار بردند، همینطور الکساندر ترالز^۴ در قرن ششم^۵ (کاپلان و همکاران، ۱۹۹۴، ترجمه پورافکاری، ۱۳۷۶، ص ۲۱۶)

پزشک یهودی، موزس میونید^۶ ملانکولی را بیماری مشخصی تلقی نمود. در سال ۱۶۸۶، بونت^۷ نوعی بیماری روانی توصیف نمود و آن را *mania Comelan cholicus* نامید. در سال ۱۸۵۴، ژول فالره حالتی را توصیف نموده و آن را جنون ادواری^۸ نامید. چنین بیماری‌هایی متناوباً حالات خلقی مانی و افسردگی را تجربه می‌کنند. تقریباً در همان زمان، یک روانپزشک فرانسوی دیگر به نام ژول بایارژه جنون دوشکلی^۹ را شرح داد که در آن بیمار دچار افسردگی عمیقی می‌شود که به حالت بهت افتاده و بالاخره از آن بهبود می‌یابد. در سال ۱۸۸۲، کارل کالبام روانپزشک آلمانی، با استفاده از اصطلاح «سایکلوتایمی» مانی و افسردگی را مراحل مختلف یک بیماری توصیف نمود. (کاپلان و همکاران، ۱۹۹۴، ترجمه پورافکاری، ۱۳۷۶، ص ۲۱۶)

1- *King Saul*

3- *De medicina*

5- *Maimonides Moses*

7- *folie circulaire*

2- *Corneliue celsus*

4- *Alexander of Tralles*

6- *Bonet*

8- *frome folie adouble*

تعریف افسردگی

ارائه تعریف افسردگی آسان نیست، طبقه بندی آن باز هم مشکل تر است و پیشنهاد طرحی علت شناختی که بتواند مورد پذیرش همه متخصصان و پژوهشگران قرار گیرد، غیر ممکن به نظر می‌رسد. در سطور پی که در پی می‌آیند به برخی از تعاریف عمده افسردگی اشاره می‌کنیم.

بلاک برن^۱ و کوترو^۲، (۱۹۹۰) به نقل از دادستان (۱۳۷۸) معتقدند در سطح معمول بالینی، افسردگی نشانگانی است که تحت سلطه خلق افسرده است و بر اساس بیان لفظی یا غیر لفظی عواطف غمگین، اضطرابی و یا حالت‌های برانگیختگی نشان داده می‌شود.

بک معتقد است که افسردگی اصطلاحی است که به مجموعه رفتارهایی اطلاق می‌شود که عناصر مشخص آن کندي حرکت و کلام، گریه کردن، غمگینی، فقدان پاسخهای شاد، خودکم بینی، فقدان علاقه، کم ارزشی، بی خوابی، بی اشتها، بی اشتها، خلق افسرده، بازداری از عمل و بازداری از تفکر است. (احمدی، ۱۳۶۸)

عده‌ای از روانکاوان معتقدند هنگامی که ایگو از ناتوانی خود در رفع مشکلات و یا رسیدن به اهداف خود احساس عجز می‌کند دچار افسردگی می‌شود. (شاملو، ۱۳۷۰)

لافون^۳ (۱۹۷۳) به نقل از دادستان (۱۳۷۸) معتقد است که افسردگی اکت گذرا یا دوام دار تنود عصبی - روانی است که به صورت یک مؤلفه بدنی (سردردها، خستگی پذیری، بی اشتها، بیخوابی، یبوست، کاهش فشار خون و جز آن) و یک مؤلفه روانی (احساس به پایان رسیدن نیرو، حقارت، ناتوانمندی، غمگینی و جز آن) نمایان می‌شود. و چاپلین^۴ (۱۹۷۵) به نقل از دادستان (۱۳۷۸) بیان می‌کند که این حالت در قلمرو بدنی با خستگی دائم آشکار می‌شود، در قلمرو شناختی به صورت پراکنندگی دقت و مشکل کوشش فکری و در قلمرو عاطفی به شکل حالتی مالیخولیایی که با هوشیاری فرد نسبت به ناتوانمندی واکنش همراه است، متجلی می‌شود.

در یک جمع بندی متوجه می‌شویم که مفهوم افسردگی به سه گونه متفاوت به کار رفته است:

۱- به منظور مشخص کردن احساسهای بهنجار غمگینی، یاس، ناامیدی و جز آن، و بروز آنها به عنوان نشانه یک اختلال؛

۲- به منظور توصیف اختصاری یک نشانگان که شامل نشانه‌های عاطفی، شناختی، حرکتی، فیزیولوژیکی و غدد مترشحه است؛

1- Blackburn
3- Lafon

2- Cottrau
4- Chaplin

۳- برای مشخص کردن اختلالهای افسرده وار در چهارچوب اختلالهای روانی که دارای پاره‌ای از علل و گونه‌ای از تحول هستند و به پاره‌ای از درمان‌گریها پاسخ می‌دهند؛

آشکارا مشاهده می‌شود که تعریف‌های مختلف افسردگی به نشانه‌های بسیار متنوعی اشاره دارند که می‌توانند به گونه‌های مختلف با یکدیگر ترکیب شوند و گاهی بازشناسی افسردگی از خلال این ترکیب‌ها بسیار مشکل است، بخصوص اگر جنبه پنهان داشته باشد و یا جلوه‌های بدنی به خود گیرد. (دادستان، ۱۳۷۸)

دیدگاه‌های نظری در قلمرو افسردگی

در حال حاضر تبیین‌هایی را که درباره افسردگی یک قطبی ارائه شده‌اند را می‌توان در دو مقوله اصلی قرار داد: پاره‌ای از محققان مولفه‌های موقعیتی اختلال را محور اصلی کار خود قرار داده‌اند و کوشش کرده‌اند تا چگونگی و چرایی منتهی شدن برخی از تنیدگیها به افسردگی را درک کنند، و پاره‌ای دیگر، توجه خود را به نقش احتمالی عوامل زیست‌شناختی معطوف کرده‌اند. البته چون این نکته بیش از پیش پذیرفته شده که افسردگی یک قطبی می‌تواند در عین حال از علل موقعیتی و زیست‌شناختی ناشی شود شاید بهتر باشد که به هر یک از این روی آوردها به عنوان عرضه کننده بخشی از علت‌شناسی افسردگی یک قطبی نگریسته شود. (دادستان، ۱۳۷۸)

نظریه روانکاوی

فروید یکی از کسانی است که در مقاله معروف خود به نام (عزاداری و مالیخولیا)^۱ ۱۹۱۷ به مسئله افسردگی پرداخت. او افسردگی را از غم طبیعی و سالم تفکیک نمود و آن را مخصوص افراد خودخواه و خود محور دانست؛ زیرا در غم انسان سالم، خودخواهی و خود محوری وجود ندارد. فروید معتقد بود که عوامل مهیا کننده و زیر بنایی افسردگی، از زمان کودکی ایجاد می‌شود. به نظر او، اگر کودکی در مرحله دهانی دچار محرومیت شد و در همین مرحله تثبیت گشت، ممکن است به اتکاء به دیگران گرایش پیدا کند و اعتماد به نفس و عزت نفس خود را در گرو تأیید و توجه آنان بداند. حال اگر یکی از این افرادی که فرد به او متکی شده است، از دست برود، فرد به سبب این فقدان عاطفی دچار افسردگی می‌شود. به نظر فروید، پیدایش افسردگی مراحلی دارد؛ بدین ترتیب که هر انسانی در اول، شخصی را که از دست رفته است، درونفکنی^۲ کرده و سپس با او همانند

سازی^۱ می‌کند؛ شاید به این علت که می‌خواهد در ذهن خود او را از دست ندهد. از آن جا که ما از کسانی که به آنها عشق می‌ورزیم، تنفر نیز داریم، لذا پس از درونفکنی تصویر شخص از دست رفته، از او متنفر می‌شویم؛ علاوه بر این، از فرد از دست رفته ناراحتیم؛ چون ما را ترک کرده است. در ضمن برای گناهای واقعی و تصویری که در مورد او مرتکب شده‌ایم، نیز احساس گناه می‌کنیم. بعد از مرحله درونفکنی، مرحله عزاداری پیش می‌آید. در این قسمت خاطره عزیز از دست رفته را به ذهن خود می‌آوریم و در اثر تکرار آن، به تدریج از تصویر او جدا می‌شویم و برونفکنی کم کم از بین می‌رود. حال، امکان دارد جریان عزاداری و یا سازگاری با آنچه از دست رفته است، در شخصی اتکالی و تثبیت شده در مرحله دهانی، از مسیر طبیعی خود به نحوی که در بالا گفته شد، منحرف شود و به صورت ملامت، سرزنش، خود آزاری شدید و در نتیجه افسردگی در آید. براساس این نظریه، انسان ممکن است به طور ناخودآگاه، هر نوع طرد شدن از طرف دیگران را به عنوان نوعی فقدان و از دست دادن عشق، محبت، معبود یا عزیزی تلقی نماید. (شاملو، ۱۳۷۰، ص ۱۸۰).

تردید نیست که بسیاری از افراد بدون آنکه فرد محبوبی را از دست بدهند به افسردگی مبتلا می‌شوند. فروید برای تبیین این نوع افسردگیها از مفاهیم فقدان رمزی یا خیالی سود جسته است. برای مثال فردی که شغلش را از دست داده است می‌تواند بظهور ناخودآگاه چنین تجربه‌ای را به منزله از دست دادن همسرش تفسیر کند، چون بر این باور است که تداوم شکست حرفه‌ای وی به کاهش علاقه همسرش منجر خواهد شد. یا آنکه یک شاگرد دبیرستان می‌تواند شکست در ریاضیات را معادل از دست دادن والدینش تلقی کند چرا که عشق والدین به خود را به موفقیت تحصیلی اش وابسته می‌داند. (کمر، ۱۹۹۵ به نقل از دادستان، ۱۳۷۸).

در حد خطوط کلی می‌توان گفت که فروید و ابراهام بر این باورند که وجود زمینه مساعد در دو گروه از افراد به واپس روی، درون فکنی و افسردگی در برابر فقدان منجر می‌شود: آنهایی که والدینشان نتوانسته‌اند نیازهای طبیعی‌شان را در خلال مرحله دهانی ارضا کنند و گروهی که نیازهای آنان به گونه‌ای افراطی ارضا شده‌اند. عدم ارضای نیازهای طبیعی این کودکان در خلال مرحله دهانی موجب می‌شود که در همه جریان زندگی، وابسته باقی بمانند، خود را لایق عشق نیندارند و به نا ارزش سازی خود بپردازند. از سوی دیگر، ارضای مفرط نیازهای مرحله دهانی نیز این مرحله را آنقدر لذت بخش می‌کند که گذار به مراحل دیگر زندگی را با مقاومت مواجه می‌سازد. افراد هر دو گروه می‌توانند نامیسانه همه زندگی خود را در جستجوی عشق یا تایید دیگران سپری کنند و

برای دستیابی به آن به افراط در کار، ایثار خویشتن و یا انکار نیازهای شخصی روی آورند. (بمپوراد^۱، ۱۹۹۴).

ملانی کلاین بعدها افسردگی را با وضعیت افسرده ساز^۲ ربط داد. او چرخه‌های مانیک - دپرسیو را بازتاب شکست دوران کودکی در برقراری درون فکنی مهرآمیز تلقی کرد. از دیدگاه او، بیماران افسرده نگران این هستند که مبادا از طریق ویرانگری و طمع خود اشیاء مورد علاقه خود را از بین برده باشند، به دلیل این ویرانی خیالی، از جانب اشیاء مورد تنفر باقیمانده احساس گزند و آسیب می‌کنند، کلاین، مانی را یک سلسله عملیات دفاعی طرح ریزی شده برای آرمانی ساختن دیگران، انکار هر گونه پرخاشگری و ویرانگری نسبت به دیگران، و بازگردان شیء محبوب گمشده تصور می‌کرد. (کاپلان و همکرین، ۱۹۹۴، ترجمه پورافکاری، ۱۳۷۶).

تحقیقات متعددی که به بررسی دیدگاه سنتی در قلمرو روانکاوی پرداخته‌اند این نکته را تایید کرده‌اند که گرچه در اکثر موارد افسردگی در پی یک فقدان مهم آغاز می‌شود با این حال، تجربه فقدان در خلال کودکی و یا حفظ وابستگی، فرد را در برابر فقدانهای بعدی آسیب پذیرتر می‌سازد و ضربه‌های ناشی از فقدان در سالهای نخستین زندگی می‌توانند راه را بر افسردگی دوره بزرگسالی بگشایند. (دادستن، ۱۳۷۸).

نظریه رفتارشناسی طبیعی^۳ (کردارشناسی)

گرچه مسلم است فقط موجود انسانی می‌تواند نشانه‌شناسی گسترده حالت‌های افسردگی را نشان دهد اما این نکته نیز غیر قابل انکار است که افسردگی، حداقل از نوع واکنشی آن، در حیوانات نیز دیده می‌شود. به عبارت دیگر، در همه انواعی که دارای رفتاری «والدینی» هستند - هنگام قطع رابطه بین مادر و فرزند - شاهد واکنشهای افسرده و از کم و بیش گسترده هستیم. در انواع اجتماعی، جدایی فرد از گروه منجر به حالت درماندگی می‌شود و در پاره‌ای از انواع نادر حیوانی نیز جدایی از جفت، واکنشهای گسترده و وخیمی را در پی دارد. پاره‌ای از اطلاعات درباره افسردگی حیوانات از مشاهدات میدانی و برخی دیگر، از تحقیقات آزمایشگاهی به دست آمده‌اند. مشاهدات متعدد نشان داده‌اند که سگها نمی‌توانند جدایی از صاحبانشان را تحمل کنند و در صورت وقوع جدایی نه تنها حالت خمودگی و سستی در آنها بروز می‌کند بلکه به روان - بی‌اشتهایی هم مبتلا می‌شوند که در اکثر مواقع، ضعف شدید جسمانی و مرگ آنها را در پی دارد. حالت افسردگی این حیوانات می‌تواند بتدریج بهبود یابد یا آنکه بالعکس، به واپس روی و رفتارهای مرضی مانند نافرمانی، گریز، پرخاشگری، ناتوانی در مهار

1- Bemporad
3- ethology

2- depressive position

عمل دفع و... بیانجامد. بروز واکنش افسرده وار در پاره‌ای از سگها پس از مرگ فرزندانشان نیز مشاهده شده است. (سول^۱، ۱۹۶۲، به نقل از دادستان، ۱۳۷۸).

مشاهدات دیگر توانسته‌اند بروز واکنشهای افسرده وار را هنگام جدایی حیوان از هم‌نوعان خود ثابت کنند. لورنز^۲ در انواعی از غازها که رابطه^۳ بین جفته‌ها بسیار عمیق، مستمر و مداوم است، واکنشهای ناشی از فقدان جفت را توصیف کرده است. نخستین واکنش حیوان در قبال از دست دادن جفت خود این است که برای یافتن وی به هر وسیله‌ای متوسل می‌شود. تقریباً به صورت شبانه روزی با یک آوای سه بخشی وی را صدا می‌زند، با حالتی شتابزده و برانگیخته، همه قلمرو مانوس زندگی مشترک را واری می‌کند و بتدریج زمینه^۴ تجسس خود را بیش از پیش گسترش می‌دهد. وقتی از یافتنش ناامید می‌شود و حتی در برابر جوانترین و ضعیفترین آنها نیز می‌گریزد و بدین ترتیب در جامعه^۵ هم‌نوعانش به پایین‌ترین حد سلسله مراتبی، سقوط می‌کند. همه محرکهای جهان برونی، حالت وحشتزدگی را در وی برمی‌انگیزند. واکنشهای افسرده وار این پرنده، مشابه واکنشهای افسردگی در انسان است. چهره^۶ انسان - بخصوص حالت اطراف چشمها - تنها چهره‌ای نیست که هنگام تداوم حالت‌های افسردگی «داغ سرنوشت» را نشان می‌دهد. صورت غاز عزادار نیز مبین همین حالت است. (لورنز^۲، ۱۹۶۹، به نقل از دادستان ۱۳۷۸).

نخستین تحقیقات تجربی در مورد جدایی مادر و کودک در پستانداران (میمونها) به وسیله^۳ هارلو^۳ انجام شدند. این محقق نوزادان را به محض تولد از مادرانشان جدا کرد و آنها را در جوار میمونی پارچه‌ای (جانشین مادر) قرار داد. گرچه وضعیت جسمانی و روانی این میمونها در خلال رشد، طبیعی به نظر می‌رسید اما ناتوانی آنها در به عهده گرفتن رفتارهای اجتماعی، جنسی و والدینی در سن بزرگسالی کاملاً آشکار شد. در آزمایش دیگری، بچه میمون را بلافاصله و به طور کامل از مادر (یا جانشین وی) جدا کردند و به این نتیجه رسیدند که این جدایی، نابهنجاریهای بسیار وخیم رفتاری را که به یاد آورنده^۴ رفتار کودکان در خود مانده (اوتیستیک) است در پی دارد. (دادستان، ۱۳۷۸).

^۴ بالبی که در آغاز در چهار چوب نظریه^۵ روان تحلیلی به بررسی آثار جدایی کودک از مادر پرداخته بود، با تکیه بر مشاهدات رابرتسن^۵ (به نقل از بالبی، ۱۹۷۸)، زنجیره^۶ متوالی رفتارهای هیجانی کودک در قبال جدایی از

1- Saul

3- Harlow

5- Robertson

2- Lorenz

4- Bowlby

مادر، یعنی اعتراض، واکنش افسرده وار و سپس بی تفاوتی و بالاخره ترس از جدایی مجدد پس از بازیافتن وی را توصیف کرد و چون به کشف واکنشهای مشابهی در بیماران بزرگسال خود نیز دست یافته بود، چنین نتیجه گرفت که تار و پود زندگی فردی همواره یکسان باقی می ماند. اما درماندگی کودک محروم از مادر، بالبی را به مسئله بنیادی سالهای نخستین زندگی و ماهیت رابطه مادر - کودک در این سنین، باز گرداند. این بررسیها موجب شدند تا این مؤلف، نقش مسلطی را که در نظریه روان تحلیلی سنتی برای کشاننده های دهانی و تغذیه قایل شده بودند، انکار کند و از یک سو، با توجه به پاره ای از یافته های روانشناختی (نقش برتر محرکهای ناشی از اشخاص، چهره ها، صداها و غیره از بدو تولد) و از سوی دیگر، براساس نتایج اکتشافهای رفتارشناسی طبیعی یعنی پدیده نگاره گیری یا نقش بندان^۱ (بروز و جریان یک رفتار بدون یادگیری قبلی در پاره ای از شرایط مانند شرایط دیداری زودرس) و بالاخره با توسل به نظریه نظم جویی سیبرنتیک و مفاهیم روانشناختی، به این باور دست یابد که کودک از ابتدای زندگی، دارای الگوی رفتاری دلبستگی با کسی است که در تماس با وی قرار می گیرد.^۲ (دادستان، ۱۳۷۸، ص ۳۲۱)

بالبی آشکارا غمگینی را از افسردگی مزمن متمایز می کند غمگینی که به منزله نوعی واکنش بهنجار و سالم است در برابر فقدان یا انتظار فقدان (فرد محبوب، مکان مورد علاقه یا یک نقش اجتماعی) بر انیگخته می شود اما فرد غمگین می داند که چه کسی یا چه چیزی را از دست داده است و با تمام وجود - و احتمالاً با تکیه بر کسی که مورد اطمینان اوست - کوشش می کند تا آن را بازگرداند. بنابراین فرد غمگین امید خود را از دست نمی دهد و احساس صلاحیت و ارزش شخصی وی دست نخورده باقی می ماند. بالبی بر این باور است که تا وقتی مبادله های فعالی بین فرد و جهان خارج - در سطح فکر یا در سطح عمل باقی بمانند و امید، ترس، خشم، ارضاء، ناکامی و یا هر ترکیبی از این حالت های عاطفی - وجود داشته باشند، حالت فاعلی فرد را نمی توان معادل افسردگی دانست. اما اگر مبادله قطع شود، افسردگی بروز می کند و تا هنگامی که الگوهای تعاملی جدیدی در ارتباط با موضوع یا هدف دیگری سازمان یابند، تداوم می یابد. کسی که بتواند این دوره از هم پاشیدگی ناشی از قطع مبادله را تحمل کند و پس از مدت زمانی نه چندان طولانی، به رفتارها، افکار و احساسات خود برای ایجاد تعاملهای جدید، سازمان بخشد، از نظر روانی، فردی سالم محسوب می شود. توفیق در این راه مستلزم آن است که احساس صلاحیت و ارزش شخصی فرد، دست نخورده باقی مانده باشد. (بالبی، ۱۹۷۸، به نقل از دادستان، ۱۳۷۸).

نظریه رفتاری

فرستر^۱ (۱۹۶۵) به نقل از مهریار (۱۳۷۳) یکی از اولین کسانی بود که کوشید با تاکید روی ارتباط افسردگی با تاریخچه تقویت فرد، تحلیلی رفتاری از پدیده‌های مختلف افسردگی ارائه دهد و ارتباط این پدیده‌ها را با حوادث مقدم و مؤخر بر رفتار افسرده روشن سازد. چند سال بعد از لازاروس^۲ (۱۹۶۸) به نقل از مهریار (۱۳۷۳) لزوم تعریف دقیق افسردگی و مشخص ساختن پدیده‌های رفتاری وابسته به آن را مورد تاکید قرار داد و سه روش رفتاری مختلف را برای رو به رو شدن با این تظاهرات پیشنهاد نمود. روش نخست که فرافکنی زمانی^۳ همراه با تقویت مثبت نامیده شده، مستلزم تشویق فرد به تصور و مجسم ساختن فعالیتهای درآینده است که به موفقیت و تقویت مثبت منجر گردند. روش دوم مستلزم تشویق و وادار کردن فرد به نشان دادن پاسخهای عاطفی مغایر با افسردگی است و در روش سوم، با استفاده از نوعی محرومیت از تحریک حسی^۴ احتمال تقویت کنندگی تحریکات را در مورد فرد افزایش می‌دهند.

باندورا^۵ (۱۹۶۹) به نقل از مهریار (۱۳۷۳) معتقد است انتخاب هدفهای مشکل و خارج از دسترس از طرف افراد افسرده باعث می‌گردد که این قبیل افراد به ندرت احساس موفقیت و رضایت از خود نایل شود. در نتیجه، میزان تقویتهای مثبت در مورد این افراد کاهش پیدا کرده و تقویتهای منفی به همان نسبت افزایش پیدا می‌کند و آثار شناختی و عاطفی حاکی از افسردگی را به دنبال می‌آورد. اهمیت پی‌گیری رفتاری خود^۶ و ارزشیابی آن برای تقویت خویش^۷ توسط رفتارگران دیگر نیز مورد توجه قرار گرفته است.

فوکس ورم^۸ (۱۹۷۵) به نقل از مهریار، (۱۳۷۳) اشاره کرده‌اند که افراد افسرده در ارزیابی اعمال خود بیشتر به رویدادهای منفی که به دنبال رفتار بروز می‌کنند توجه می‌نمایند بدون اینکه رابطه آن رویدادها را با رفتار خود در نظر بگیرند. انتخاب هدفهای بسیار بالا و غیر ممکن نیز باعث می‌گردد که فرد افسرده به علت نرسیدن به هدفهای غیر واقع بینانه برداشتی منفی از خود پیدا کند. در کاربرد پاداشها و تقویتهای نیز افراد افسرده بیشتر از تقویتهای منفی (سرزنش، انتقاد و غیره) در مورد خود استفاده می‌نمایند حالت انفعالی و وابستگی خاص افراد افسرده نیز ممکن است از همین ناتوانی در پی‌گیری رفتاری خود و ارزشیابی صحیح تقویت بجا و بموقع اعمال خود سرچشمه بگیرد. همین خصوصیات می‌توانند علت پایین بودن میزان حرکت و رفتار افراد

1- Ferster

3- time projection

5- Bandura

7- Self - reinforcement

2- Lazarus

4- Sensory deprivation

6- Self - monitoring

8- Fuchs & Rehm

افسرده را بخصوص در شرایطی که تقویت خارجی در بین نیست، بیان دارند. به این ترتیب، رفتارهای بالقوه مولد و سازنده بر اثر تمایل زیاده از حد به استفاده از تقویت‌های منفی و تنبیه و سرزنش خویشتن کاهش پیدا می‌کنند.

به گفته فرستر «صرف نظر از اینکه اساس فیزیولوژیکی رفتار فرد افسرده چه باشد، مشخص کردن رابطه‌ی تابعی این رفتار و عوامل محیطی که باعث بروز، شکل گرفتن، و بقای آن می‌گردند نهایت ضرورت را دارد.» او عوامل محیطی حاکم بر رفتار افسرده را از انواع زیر می‌داند:

الف - عواملی که با پیشرفت و تکامل جمعی یا تراکمی^۱ رفتار مغایرت دارند. در این میان فرستر به نقش ارتباط متقابل کودک و مادر در رشد و توسعه گنجینه رفتاری کودک، که شامل جنبه‌های عاطفی و ادراکی نیز می‌گردد، اشاره می‌کند. به نظر او اگر مادر به دلایلی نتواند رفتارهای عادی کودک را در مواردی چون تغذیه تقویت نماید، نه تنها شکل این رفتارها و عکس‌العمل‌های عاطفی متعاقب بر آنها دچار اشکال می‌گردد، بلکه کودک یاد می‌گیرد با عکس‌العمل‌های عاطفی شدید مثل خشم و دعوا به مراد خود برسد و در نتیجه از فراگرفتن رفتارهای دقیق‌تری که در روابط عادی لازم است غافل می‌ماند. این جریان در یادگیری نحوه رفتار کودک با افراد دیگر نیز اثر گذاشته و در نتیجه ممکن است مهارت‌های لازم برای برقرار ساختن ارتباط عادی با دیگران در او پیدا نشود و برعکس گنجینه رفتاری او به عکس‌العمل‌های به اصطلاح افسرده محدود گردد.

ب - برنامه‌های تقویت حاکم بر رفتار افراد افسرده معمولاً از نوع برنامه‌های تقویت جزئی و همراه با تأخیر هستند که طبق آنها مقادیر زیادی فعالیت و رفتار باید از فرد سر بزند تا تغییر مورد نظر در محیط صورت گیرد. رفتارهای تابع این قبیل برنامه‌ها معمولاً در معرض اختلال قرار دارند. به نظر فرستر موارد عدم تحرک و بی‌حالی که در افراد افسرده دیده می‌شود ممکن است نتیجه استفاده از این قبیل برنامه‌های تقویت جزئی و همراه با تأخیر باشد.

ج - تغییرات ناگهانی در محیط زندگی و فعالیت فرد، مثلاً از دست دادن یک دوست نزدیک، ممکن است باعث تضعیف رفتار گردند. میزان تأثیر فقدان دوست در رفتار فرد به مقام او در گنجینه رفتاری و شرایط تقویت حاکم بر فرد مصیبت دیده بستگی خواهد داشت. همین‌طور، هر گاه رفتارهای فرد بیشتر تابع تقویت منفی بوده باشد تأثیر فقدان عامل تقویت در رفتار بیشتر خواهد بود. افسردگی ناشی از تغییرات مثبت در محیط از قبیل

1- cumulative

ارتقا مقام اداری را نیز می‌توان از کاهش تقویت یا تغییر برنامه تقویت ناشی دانست.

د- خشم و عصبانیت حاکم بر گنجینه رفتاری افراد افسرده در عین حال که خود از کمبود تقویت مثبت ناشی شده است، فراوانی بروز این قبیل تقویت‌های مثبت را بیش از پیش تقلیل می‌دهد.

ه- افراد افسرده معمولاً برداشتی محدود، غلط، ناقص و گمراه‌کننده از محیط خود دارند. در نتیجه رفتار آنها با واقعیات محیطی متناسب نبوده و به نتیجه مورد نظر منجر نمی‌گردد. به نظر فرستر، افراد افسرده در مقابل محیط حالت انفعالی و یا واکنشی داشته و فقط در مقابل دستورات یا رویدادهای ناخوشایند عکس العمل نشان می‌دهند. (مهریز، ۱۳۷۳).

الگوی دیگری که در نظریه رفتاری مطرح می‌باشد، الگوی علت شناختی پیشنهادی توسط لوین سان^۱ (۱۹۷۴) به نقل از دادستان (۱۳۷۸) می‌باشد که از نظریه یادگیری کنشی - ابزاری اسکیز الهام گرفته است. این محقق با از سرگیری فرضیه‌های اسکینر در قلمرو تقویت، در تبیین پدید آیی افسردگی‌های یک قطبی کوشیده است. لوین سان امکانات تقویت مثبت را به عواملی که در پی می‌آیند وابسته دانسته است:

الف - تعداد رویدادهای تقویت‌کننده که براساس موقعیت و تاریخچه زندگی فردی تعیین می‌شود.

ب - تعداد تقویت‌کننده‌هایی که در یک برهه زمانی معین، در اختیار فرد قرار دارند.

ج - ظرفیت‌های رفتاری فرد به گونه‌ای که به دریافت تقویت‌کننده‌ها منتهی می‌شود.

این امکانات تقویت رفتار می‌توانند براساس رویدادهای مهم برونی (مانند بد اقبالی، فقدانها، دگرگونی‌های مهم زندگی و غیره) تغییر کنند و شخص را در موقعیتی قرار دهند که مهار امکانات تقویت را از دست بدهد، پادشهایی که به طور معمول رفتارهای مثبت را تقویت می‌کنند بتدریج در وی تضعیف شوند و سبک یا کنش وری افسرده‌وار را ایجاد کنند. برای مثال یک بازیکن فوتبال پس از سن معینی - بر اثر از دست دادن پاره‌ای از مهارت‌های خود - تقویت‌کننده‌هایی مانند دستمزد بالا و یا امکان رقابت را از دست می‌دهد و در فعالیتها و رفتارهای اجتماعی خویشتن تقویت نمی‌شود. در نتیجه رفتار وی که دیگر از «عوامل برانگیزاننده»، «پاداش» و «معنا» برخوردار نیست فاقد غنا می‌شود.

به منظور بررسی تأثیر تقویت‌های اجتماعی در ایجاد افسردگی، تحقیقات متعددی انجام شده و نشان داده‌اند که از یک سو، فراوانی تقویت‌های رفتاری در افراد افسرده کمتر از گروه کنترل یعنی افراد غیر افسرده است

و از سوی دیگر، فراوانی تقویتهای مثبت به موازات بهبود بالینی، افزایش می‌یابد و بالاخره پژوهشهای انجام شده در این قلمرو، مبین این نکته‌اند که افراد افسرده به خشمگین کردن دیگران گرایش دارند و دارای تعاملهای اجتماعی ناخوشایندتری در مقایسه با افراد دیگر هستند. بنابراین، به رغم آنکه می‌توان افراد افسرده را به عنوان قربانیان رویدادهای اجتماعی محسوب کرد. اما این احتمال نیز وجود دارد که آنها خود، تا حدی مسئول کاهش تقویتهای اجتماعی باشند. (بویس^۱ و همکاران، ۱۹۹۳، به نقل از دادستان، ۱۳۷۸).

نظریه زیست شناختی

تعداد فزاینده‌ای از مشاهدات بالینی و تجربی در انسان و حیوان - در سالهای پایانی دهه ۱۹۵۰ - وجود روابط کم و بیش معنا دار بین مواد وکنشهای زیست - شیمیایی و عصب - زیست شناختی را با اختلالهای افسردگی تأیید کردند و احتمال تأثیر ناپهنجاریهای زیست - شیمیایی، الکتروفیزیولوژیکی و غدد درونریز را در بروز اختلالهای افسردگی یا آمادگی نسبت به آن، بیش از پیش افزایش دادند. (بارلو^۲ و دوران^۳، ۱۹۹۵ به نقل از دادستان ۱۳۷۸ ص ۳۳۷).

در حالی حاضر دو نظریه عمده در ارتباط با رابطه مواد شیمیایی منتقل کننده امواج عصبی یا انتقال دهنده‌های عصبی وجود دارد. یکی اینکه پایین آمدن مقدار نور اپینفرین باعث افسردگی می‌شود. (شاملو، ۱۳۷۰) و دیگر قراین، دخالت گیرنده‌های بیش سیناپسی آلفاآدرنژیک را در افسردگی نشان داده‌اند، چون فعال شدن این گیرنده‌ها موجب کاهش مقدار نور اپینفرین آزاد شده می‌گردد. (کاپلان و همکاران، ۱۹۹۴، ترجمه پورافکاری، ۱۳۷۶) و دوم اینکه، پایین آمدن سطح سروتونین مسئول ایجاد افسردگی است. (شاملو، ۱۳۷۰) به تأثیر شگرفی که مهار کننده‌های اختصاصی جذب مجدد سروتونین - مثلاً فلوکزتین - در درمان افسردگی گذاشته است، سروتونین بصورت یک ناقل عصبی بیوزنیک آمین که بیشترین رابطه را با افسردگی دارد درآمده است. شناسایی چندین نوع فرعی گیرنده سروتونین نیز در جوامع پژوهشی هیجان مربوط به تولید داروهای مؤثرتر را برای درمان افسردگی بیشتر کرده است. (کاپلان و همکاران، ۱۹۹۴، ترجمه پورافکاری، ۱۳۷۶).

به رغم این یافته‌ها، پاره‌ای از محققان، سطوح پایین نوراپینفرین و سروتونین را علت اصلی افسردگیها تلقی نمی‌کنند و توجه انحصاری به این انتقال دهندگان در سطح ذخیره سازی یا در سطح دریافت کنندگان را

1- Boyce
3- Durand

2- Barlow

درست نمی‌بندارند و برای تایید دیدگاه خود به تحقیقاتی استناد می‌کنند که وجود سطوح بالای استیل کولین (یک انتقال دهنده عصبی دیگر) را در خلال افسردگی آشکار ساخته‌اند. این تحقیقات نشان داده‌اند که قرار گرفتن در معرض پاره‌ای از حشره کشها که به افزایش سطح استیل کولین منجر می‌شود در پاره‌ای از افراد، تغییرات خلقی افسرده وار را در پی دارد و همچنین تزریق فایزوستیگمین^۱ - ماده‌ای شیمیایی که ذخیره‌های استیل کولین در مغز را افزایش می‌دهد - می‌توانند نشانگان «افسرده مانند» را در افرادی که پیشتر افسرده نبوده‌اند ایجاد کند. (دادستان، ۱۳۷۸).

نظریه شناختی

در سالهای اخیر، نظریه شناختی توسط روانشناسانی مانند جورج کلی^۲ و آلبرت بندورا و به خصوص در زمینه افسردگی، روانپزشکی به نام آرون تی بک ارائه شده است. به نظر بک علت اصلی ایجاد افسردگی طرز تفکر افراد است. فرد افسرده به این دلیل دچار افسردگی می‌شود که استدلال و منطقی در مورد مسائل، اشتباه و نارسا است. بک با مطالعه روی بیماران خود مشاهده کرد که آنها غالباً اتفاقات ناگواری را که برایشان پیش می‌آید، به نوعی فاجعه، مصیبت و بدبختی تفسیر می‌کنند و اغلب خود را مورد سرزنش قرار می‌دهند. بنابراین، اگر فرد معمولی از خراب شدن اتومبیل خود ناراحت و عصبانی می‌شود، شخص افسرده آن را مصیبتی تعبیر می‌کند که در برابرش بیچاره و ناتوان است. (شاملو، ۱۳۷۰).

نظریه افسردگی بک مشابه نظریه او در مورد اضطراب می‌باشد. حوادث منفی قبلی، بنابه فرض، در شکل طرحواره‌هایی در حافظه رمزگذاری می‌گردند و به موقع وقوع حوادث مشابه، فعال شده و تعبیر و تفسیر اطلاعات جدید را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند. طرحواره‌های افسردگی شامل اطلاعات گزاره‌ای (فرضیه‌های اساسی) هستند مبنی بر اینکه «خود» ناتوان، دنیای بیرون پر از مشکلات، و آینده ناامید کننده است. فعال شدن این طرحواره‌ها دارای دو اثر عمده است: نخست، بخشی از این اطلاعات در شکل افکار منفی خود کار به صورت غیر ارادی وارد هشیاری می‌گردد از قبیل «هیچ کس مرا دوست ندارد» یا «امیدی به آینده نیست». تأثیر دوم تفکر طرحواره‌ای آن طوری که بک می‌گوید به خطاهای منطقی که افراد افسرده در ارزیابی موقعیت مرتکب می‌شوند، مربوط می‌گردد؛ آنها براساس شواهد محدود و یا حتی متناقض استنباطهای اختیاری به

عمل می‌آورند، به جای توجه به کل موقعیت، انتزاعهای انتخابی از جزئیات می‌کنند، یک حادثه بی‌اهمیت و مجزا را به همه موارد تعمیم می‌دهند، اهمیت حوادث را به شیوه‌ای غیر واقع‌گرایانه بیش از اندازه کوچک یا بزرگ می‌نمایند، حوادث را به شیوه‌ای نامناسب شخصی کرده و آنها را در مقوله‌های افراطی و متضاد قطبی می‌کنند. افکار خودکار و خطاهای منظم منطقی منجر به ارزیابیهای منفی خود، دنیا و آینده شده و محتوای هشجاری آگاه فرد تیره و خود - ملامتگر^۱ می‌گردد. در نتیجه خلق شخص افسرده‌تر می‌گردد. زمانی که شخص دچار افسردگی خفیف است، افکار منفی با درجاتی از عینیت ارزیابی می‌گردد، اما در افسردگیهای شدید بیماران احساس می‌کنند که کنترل خود را بر فرآیندهای فکری‌اشان از دست داده‌اند، ذهن آنها جولانگاه افکار خودکار منفی می‌گردد و شروع به پردازش طرحواره‌ای اطلاعات جدید می‌نماید. (بروین، ترجمه علیلو و همکاران، ۱۳۷۶).

در حالی که نظریه‌های اضطراب به اکتساب اطلاعات جدید درباره موقعیتهای خطرناک تاکید می‌کنند، نظریه‌های افسردگی مکرراً به مفهوم «خود پنداره»^۲ به عنوان نظامی از دانش یا باورها در مورد خود شخص توجه می‌کنند. به عنوان مثال در نظریه شناختی - اجتماعی اوتلی^۳ و بولتون^۴ (۱۹۸۵) در مورد افسردگی، فرض بر این است که حوادث معینی از زندگی بدین دلیل فشارزا قلمداد می‌شوند که برای «خود» فرد تهدیدکننده هستند، در موقعیتهایی که خود در نقش یا یکسری از نقشها هویت می‌یابد. یک نقش، از قبیل «مادر خوب» یا یک «نان‌آور» هویت ویژه‌ای را فراهم می‌کند و با اهداف، نقشه‌ها، و انتظارات شخصی ارتباط برقرار می‌کند. اوتلی و بولتون پیشنهاد می‌کنند که شروع افسردگی به ارتباط بین انتظارات نقش شخصی و تصدیق این انتظارات توسط کسانی که نقش مهمی را در این روابط بازی می‌کنند، بستگی دارد. فقدان یکی از اینها یا هر موقعیت دیگری که جلوی ایفای نقش مهم برای هویت فرد را بگیرد، ایجاد افسردگی می‌کند. از سوی دیگر، آسیب‌پذیری از دیدگاه آنها به عنوان فقدان نقشهای کم یا بالقوه‌ای است که در موارد مربوط به یک فقدان بواسطه آنها می‌توان اهداف خود تعریفی را دنبال نمود.^۵ (بروین، ترجمه علیلو و همکاران، ۱۳۷۶ ص ۹۷).

پردازش اطلاعات افسردگی

الگوی پردازش اطلاعات افسردگی توسط تسیدل^۵ (۱۹۸۳) و اینگرام^۶ (۱۹۸۴) به نقل از بروین، ترجمه علیلو و همکاران، (۱۳۷۶) توسعه یافته است. تسیدل شواهد مربوط به تاثیرات متقابل شناخت و خلق افسرده را مورد

1- Self - critical
3- Oatly
5- Teasdale

2- Self - Concept
4- Bolton
6- Ingram

مطالعه قرار داده است. او پیشنهاد می‌کند که ترکیب شیوه‌های پردازش حلقه معیوبی را پدید می‌آورد که موجب ابقای افسردگی می‌گردد. خلق افسرده قابلیت فراخوانی تجارب منفی گذشته را افزایش می‌دهد. اگر تجارب منفی بیشتری در حافظه ذخیره شده باشد، در این صورت افراد افسرده شکست‌های گذشته را بیشتر یادآوری خواهند نمود، در مورد خودشان منفی‌گرایانه فکر خواهند کرد و در مورد تغییر وضعیتشان دچار یأس و ناامیدی خواهند شد. این افکار منفی به خودی خود خاصیت افسرده‌کننده دارند و موجب تداوم و تشدید خلق مغشوش می‌گردند و این در حالی است که وجود حالت ناامیدی مقابله‌فعال با افسردگی را مختل می‌سازد، همچنین این‌گرام پیشنهاد کرده است که ابقا و تداوم افسردگی ناشی از فعال شدن حافظه‌های منفی است که وارد هشیاری شده، توجه فرد را مجذوب خود نموده و گره^۱ افسردگی را در یک حالت مداوم فعال نگه می‌دارد. از لحاظ پدیدارشناسی، این فرایند به معنی حضور مداوم افکار و تصوراتی است که با یأس و فقدان در ارتباط بوده و شروع مجدد اختلال را باعث می‌گردد. فعال شدن حافظه‌های منفی بواسطه گره‌های افسردگی ادامه می‌یابد تا اینکه با گذشت زمان، اکتساب اطلاعات جدید و ناسازگار با حافظه قبلی و یا موفقیت شخصی در قطع افکار منفی، کاهش می‌یابد. این‌گرام همچنین اعتقاد دارد که اشتغال ذهنی با افکار افسردگی بخش عمده‌ای از ظرفیت شخص را برای پردازش آگاهانه اطلاعات مصروف خود می‌کند و سبب پدید آیی سایر نشانه‌های افسردگی از قبیل اغتشاش خواب، هذیانها، کندی شناختی و حرکتی و فقدان انگیزش می‌گردد.

نظریه شناختی - رفتاری

شالوده اولیه این نظریه در خصوص مسایل روانی، توسط لنگ^۲، راجمن^۳ و دیگران ارائه گردیده است. آنها مطرح کردند که می‌توان مسایل روانی را برحسب نظام‌های پاسخی که تا حدی به هم پیوسته هستند، به نحو سودمندی، مفهوم سازی کرد. نظام‌هایی که آنها پیشنهاد کردند، عبارت بودند از رفتاری، شناختی - عاطفی و فیزیولوژیک. این نظریه اساس لازم برای پذیرش مفاهیم شناختی در رویکرد رفتاری را فراهم می‌آورد و در زمینه روانشناسی رفتاری، اهمیت متغیرهای شناختی را بیش از پیش مورد توجه قرار می‌دهد. هاوتون و همکاران (۱۹۸۹)، ترجمه قاسم زاده (۱۳۷۶) برای اسنادها در این نظریه اهمیت خاصی قایل هستند. اسنادها به منزله تفسیرهایی هستند که فرد درباره رویدادهای برونی و رفتارهای شخصی ارائه می‌دهد، در برابر یک

1- node

2- Lang

3- Rachman

رابطه علی تردیدآمیز درباره چرایی آن از خود سؤال می‌کنند و به تبیین آن می‌پردازد. سپس تبیین خود را بدون در نظر گرفتن هیچ نوع رابطه منطقی - به عنوان علت رفتارها یا رویدادها می‌پذیرد. (بلاک برن و کورترو، ۱۹۹۰، به نقل از دادستان ۱۳۷۸).

اسناد^۱ و درماندگی آموخته شده^۲

بر مبنای نظریه‌ای اسکینر درباره نقش تقویت در حفظ یک رفتار، پژوهشگران در وهله نخست بر این نکته تأکید کردند که فقدان رویدادهای مطبوع در محیط، انگیزه فرد را کاهش می‌دهد و وی را بتدریج، فعل‌پذیر و غمگین می‌سازد: در نهایت رفتاری که فاقد پیامدهای مثبت باشد خاموش می‌شود. اما از سوی دیگر، رویدادهای منفی نیز به نتیجه مشابهی می‌رسند: وقتی پیامدهای یک رفتار به طور منظم منفی باشند، در نهایت این رفتار نیز از چهار چوب رفتارهای فرد حذف می‌شود. مفهوم اخیر به یک الگوی تجربی افسردگی منجر شد که بسیاری از پژوهشگران در قلمروهای روان - داروشناختی و روانشناسی شناختی از آن سود جستند. سلیگمن^۳ (۱۹۷۵) به نقل از دادستان (۱۳۷۸) روشی تجربی را برای آزمون نقش رویدادهای نامطبوع در پیش‌گرفت و با استفاده از جعبه‌ای دارای دو محفظه (که در یکی از آنها جریان برق برقرار بود) به سگها آموخت تا به منظور اجتناب از ضربه الکتریکی از قسمتی که فاقد جریان برق بود عبور کنند. سپس نیمی از حیوانات را در معرض ضربه‌های الکتریکی غیر قابل اجتناب قرار داد و آنگاه مجدداً آنها را در دستگاه دو محفظه‌ای نخستین گذاشت. این آزمایش نشان داد که ^۲ سگهایی که در معرض ضربه‌های اجتناب‌ناپذیر قرار گرفته بودند در مرحله آزمایش مجدد، نمی‌توانستند از ضربه‌های الکتریکی اجتناب کنند، در حالی که گروه کنترل، یادگیری اجتناب از ضربه‌ها را حفظ کرده بودند.

سلیگمن فرض کرده بود زمانی که انسانها یا حیوانات حادثه‌ای را تجربه می‌کنند که کنترلی بر آن ندارند در آنها انتظار عدم توانایی کنترل موقعیتهای مشابه ایجاد می‌شود (به طور ویژه در آنها این انتظار ایجاد می‌شود که هیچ رابطه‌ای بین اعمال آنها و پیامدهایی که تجربه می‌کنند، وجود ندارد) در چنین شرایطی آنها مجموعه‌ای از اثرات «درماندگی آموخته شده» را ظاهر می‌سازند، از قبیل ناتوانی در فرار از یک محیط انزجاری و ناتوانی در یادگیری روشهای موفقیت‌آمیز فرار. در تحقیق بر روی آزمودنیهای انسانی نیز سعی بر این بود که

1- attribution
3- Seligman

2- Learned Helplessness

اثرات درماندگی مشابهی را از طریق قرار دادن آزمودنیها در معرض صوت غیر قابل فرار و یا یک مسئله غیر قابل حل و سپس بررسی عملکرد آنها در تکلیف دوم و بازبینی اینکه آیا آنها بدتر از آزمودنیهای بدون تجربه درماندگی عمل می‌کنند، نشان دهند، اما مشخص شد که انسانها اغلب (۱) به دنبال یک تجربه القای درماندگی بجای بدتر شدن، عملکردی بهتر دارند؛ (۲) اثرات درماندگی را در بعضی از موقعیتهای نشان می‌دهند نه در همه موقعیتهای؛ (۳) توسط آموزشهایی که درباره چگونگی عملکرد آزمودنیهای دیگر در تکلیف داده می‌شود، تحت تأثیر واقع می‌شوند. (بروین، ترجمه علیلو و همکاران، ۱۳۷۶).

اسنادها، مفهوم علیت و افسردگی

الگوی بازنگری شده درماندگی آموخته شده در چهار چوب شناختی توسط أبرامسون^۱، سلیگمن تیسدل (۱۹۷۸) پیشنهاد شد و مفهوم اسناد یا «داوری درباره علیت» را مطرح کرد. (دادستان، ۱۳۷۸) آنها فرض کردند بجای اینکه درماندگی به طور خود کار نتیجه یک تجربه غیر قابل کنترل باشد، پاسخ شخص وابسته به ادراکش از این است که چرا تجربه غیر قابل کنترل بوقوع می‌پیوندد. اگر علیت بصورت پایدار بجای ناپایدار درک شود، در این صورت تأثیرات درماندگی در موقعیتهای ویژه به احتمال زیاد طولانی مدت خواهد شد. اگر علت به این صورت درک شود که به جای یک موقعیت، موقعیتهای زیادی را شامل شود (در اصطلاح أبرامسون و همکاران «کلی» در مقابل «ویژه») در این صورت اثرات درماندگی به سایر موقعیتهای تعمیم پیدا خواهد کرد. نهایتاً اگر علت درونی درک شود (درماندگی شخصی) در مقابل بیرونی (درماندگی جهانی)، در این صورت شخص از فقدان عزت نفس رنج خواهد برد. (بروین، ترجمه علیلو و همکاران، ۱۳۷۶).

راتر^۲ به نقل از دادستان، (۱۳۷۸) بیشتر اهمیت تجسم علیت در آزمودنیهای بهنجار و بیمار را مطرح کرده بود. افرادی که «درونی» نامیده می‌شوند مهار رویدادها را در اختیار خود می‌دانند در حالی که افراد «برونی»، مهار رویدادها را به نیروهای برونی مانند بخت و اقبال، تصادف، سرنوشت یا اشخاص نیرومندتر از خود نسبت می‌دهند.

افراد افسرده، تفسیرهای علی نادرستی از رویدادها دارند، برای مثال، یک فرد افسرده در برابر شکست یا رویدادی منفی به داوری علی (یا اسنادی) درونی، کلی و پایدار می‌پردازد: نخست آنکه همه مسئولیت شکست

را به خود نسبت می‌دهد (درونی بودن)، در وهلهٔ دوم آن را قطعی می‌پندارد (پایداری) و بالاخره بر این باور است که این شکست تمامی هستی وی را در بر خواهد گرفت (حکمیت). اما همین فرد در صورت موفقیت یا وقوع رویدادی مثبت، به داوریه‌های برونی (تصادفی بودن، نسبت دادن رویداد خوشایند به دیگران)، خاص (مرتبط کردن رویداد با موقعیتی خاص) و ناپایدار (عدم تداوم آنچه به وقوع پیوسته) خواهد پرداخت، خود را به علت ناتوانی سرزنش خواهد کرد و در نتیجه، سطح عزت نفس در وی کاهش خواهد یافت. چنین مفهومی از علیت - وقتی به صورت یک ساخت شناختی پایدار سازمان می‌یابد - نشانگر یک آسیب‌پذیری افسرده‌وار است. (آبرامسون، ۱۹۸۴ به نقل از دادستان، ۱۳۷۸۹).

افسردگی و نارسایی خودکنترلی^۱

الگوی دیگری که افسردگی را در عین حال از زاویه شناختی و رفتاری مورد نظر قرار می‌دهد توسط رهم^۲ (۱۹۸۲) پیشنهاد شده است. رهم یک مدل خودکنترلی از افسردگی طرح کرده است. او عنوان می‌کند که افراد افسرده ممکن است نقص‌هایی را در یک یا هر سه جز فرایند نشان دهند. برای مثال ممکن است این خود نظارتی^۳، در حالی که نتایج مثبت را نادیده می‌گیرد، به مواردی از نتایج منفی که به دقت مورد توجه قرار گرفته سوگیری داشته و گزارش شود. خودسنجی‌های این افراد ممکن است به شکل منظم متأثر از تخمین پایین از عملکرد واقعی یا تعیین معیارهای عملکرد بسیار بالا باشد. افراد افسرده همچنین ممکن است سطوح پایین از خود پاداش دهی^۴ و یا سطوح بالایی از خود تنبیهی^۵ را نشان دهند. که به اعتقاد رهم می‌تواند تا حدی علتی برای ترکیبات مشخص رفتاری می‌باشد، ترکیباتی شامل ابتکار کم در پاسخ، تأخیرهای طولانی و پاسخ دادن، و کاهش در فعالیت عمومی. (بدوین، ترجمه علیلو و همکاران، ۱۳۷۶).

مفهوم خودکنترلی - به رغم پایگاه رفتارگرایی آن - به آسانی در چهار چوب نظریه شناختی یک وحدت می‌یابد و نارساییای خود نظارتی را می‌توان با خطاهای نظامدار در پردازش خبر - مانند انتزاع‌گزینی - مقایسه کرد. نارساییهای خودسنجی می‌توانند ناشی از استنباطهای انتزاعی فاعلی یا شخصی باشند و نارساییهای خود پاداش دهی با کمترسنجی نظامدار کارآمدیهای افعی و اسنادهای برونی محض در زمینه تجربه‌های موفقیت‌آمیز، قابل قیاسند. (دادستان، ۱۳۷۸).

1- Self -controlling
3- Self - monitoring
5- Self - reward

2- Rehm
4- Self - punishment

افسردگی نوجوانی

تا همین اواخر، بسیاری از پزشکان منکر این بودند که کودکان و نوجوانان هم ممکن است دچار افسردگی واقعی شوند. نوجوانان در اوایل دوران نوجوانی کمتر احساسات خود را ابراز می‌کنند و اگر انتقاد یا احساسی منفی نسبت به خود داشته باشند کمتر بروزی دهند. در آنان احساس غم و اندوه و درماندگی که بزرگسالان افسرده از خود نشان می‌دهند دیده نمی‌شود بسیاری از نوجوانان افسردگی خود را به صورت خستگی و بی‌قراری و تظاهر به بیماری نشان می‌دهند و در حالت افراطی به صورت فعالیتهای جنسی، پرخاشگری و نیز رفتار بزهکارانه بروز می‌کند. با وجود این، احساس افسردگی در میان نوجوانان نسبتاً معمول است تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که ۴۰ درصد نوجوانان، هر چند موقتی، احساس غمگینی، بی‌ارزشی، و بدبینی نسبت به آینده داشته‌اند. حدود ۸ تا ۱۰ درصد آنان گفته‌اند که میل به خودکشی داشته‌اند. (ماسن و همکاران، ترجمه یاسایی، ۱۳۷۰، ص ۶۲۱).

نشانه‌شناسی افسردگی در نوجوانان متغیر است و این تغییر پذیری به طور عمده ناشی از ناهمگرایی دیدگاه متخصصان بالینی از یک سو، و غلبه یکی از ابعاد افسردگی از سوی دیگر است. و بر این اساس می‌توان چهارچوبهای بالینی مختلفی مانند واکنش اضطرابی افسرده وار، افسردگی مبتنی بر احساس حقارت^۱ و احساس رهاشدگی، افسردگی مالیخولیایی و معادلهای افسرده وار را در خلال نوجوانی از یکدیگر متمایز کرد. (فراری و همکاران، ۱۹۹۱ به نقل از دادستان، ۱۳۷۸).

الف) واکنش اضطرابی افسرده وار

در برابر جدایی، محرومیت یا ناکامی، پاره‌ای از نوجوانان واکنش اضطرابی افسرده واری را که به منزله پاسخی حمایتی واقعی است، نشان می‌دهند. مع هذا نباید اضطراب و افسردگی را یکسان دانست. اضطراب همواره بر تجلیات روانی دیگر مقدّم است و مبارزه فرد را علیه خطری که به نظر می‌رسد وی را تهدید می‌کند، نشان می‌دهد. دردناکتر شدن تدریجی این مبارزه به آشکار شدن پاسخ افسرده وار می‌انجامد؛ پاسخی که برای مدتی با پاسخ اضطرابی درهم تنیده می‌شود تا بتدریج جانشین آن شود. این حالت اغلب جنبه موقت دارد و با استقرار روابط جدید و گسترش رغبت‌های نو، به افول می‌گراید. واکنشهای اضطرابی افسرده وار معمولاً در آغاز نوجوانی، در افرادی که در مرحله نهفتگی یا پیش - نوجوانی دارای رگه‌های هراسی یا وسواسی بوده‌اند، بروز می‌کند. (براکونیه^۲ و فراری، ۱۹۷۶ به نقل از دادستان، ۱۳۷۸ ص ۲۸۳).

1- inferiority feelig

2- Braconnier

ب) افسردگی مبتنی بر احساس حقارت

این ریخت افسردگی یکی از انواعی است که بخصوص در دوره نوجوانی بروز می‌کند. گرچه کاهش سطح عزت نفس و احساس حقارتی که در پی دارد، در انواع افسردگی، صرفنظر از سن وقوع آنها، مشترک است اما اهمیت مفهوم عزت نفس در خلال نوجوانی، افراد این سن را در برابر این ریخت افسردگی، آسیب پذیرتر می‌سازد. افسردگی مبتنی بر احساس حقارت بر اساس مجموعه‌ای از «احساسات حقارت» که به قلمرو خاصی مانند قلمرو آموزشگاهی یا جسمانی و یا مجموعه شخصیت وابسته است، مشخص می‌شود. در بیشتر مواقع، احساس مورد علاقه نبودن یا مورد توجه قرار نگرفتن و سرمایه زدایی موضوعی (که بر اساس بی‌رغبتی نسبت به جهان برونی و یا جستجوی دلایل ارزنده بودن خود در جهان برونی، متمایز شدنی است) با این احساس همراهند. تردیدی نیست که هسته اصلی این اختلال در ناتوانی نوجوان در تحقق بخشیدن به آرمانهایی که برای خویش قایل است، قرار داد. این خواسته‌های آرمانی اغلب به صورت «خود بزرگ بینی» که نوعی شیوه مقابله به ترس از دست دادن هویت است، متجلی می‌شوند. در مواجهه با این الگوی کمال که تشکیل دهنده آرمانی است که با فراخود قابل قیاس است، خود نوجوان به گسترش احساسات حقارت که مشخص کننده این افسردگی است می‌پردازد. (برکونیه و فراری، ۱۹۷۶ به نقل از دادستان، ۱۳۷۸).

ج) افسردگی مبتنی بر احساس رهاشدگی

این نوع افسردگی معمولاً در نوجوانانی مشاهده می‌شود که شیوه اصلی بیان نشانه شناختی آنها، «گذار به عمل» به صورت دیگر - پرخاشگری یا خود پرخاشگری است. اگر تمامی جوانانی که به طور عمده بر اساس گذار به عمل واکنش نشان می‌دهند، دارای این ریخت افسردگی نیستند با این حال باید توجه خاصی نسبت به نوجوانانی که در برابر هر مانع، واکنش گذار به عمل را نشان می‌دهند اعمال شود. در واقع، مواجه شدن با مانع در پاره‌ای از افراد، نوعی افسردگی را به وجود می‌آورد که در آن احساس رها شدگی، خلأ و خاطرات جداییهای ضربه آمیز از نو زنده می‌شوند. افسردگی مبتنی بر رهاشدگی اغلب در نوجوانی دیده می‌شود که تاریخچه زندگی آنها نشان دهنده کمبودهای زودرس در قلمرو مراقبتهای مادرانه است. (مزه، سیبرتین بلان، به نقل از دادستان، ۱۳۷۸ ص ۲۸۴).

د) افسردگی مالیخولیایی

افسردگی مالیخولیایی به صورت یک قطبی یا دو قطبی آن از حد نوجوانی مشاهده می‌شود. اگر این افسردگی از لحاظ نشانه شناختی به دلیل فراوانتر بودن نسبی تجلیات توهم‌هذیانی، امکان‌گذار از یک ریخت افسردگی به ریخت دیگر و همچنین فراوانتر بودن درهم تنیدگی این ریختها در خلال نوجوانی، به صورت جزئی با افسردگی بزرگسال متفاوت است، اما از دیدگاه آسیب شناختی می‌توان آن را با جدول بالینی افسردگی بزرگسالی کاملاً قابل قیاس دانست. (داستان. ۱۳۷۸، ص ۲۸۵).

ه) معادلهای افسردگی

پاره‌ای از مؤلفان معتقدند که افسردگی در نوجوانی بیشتر به صورت معادلهای افسرده وار ظاهر می‌شود. هر یک از این مؤلفان، چندین رفتار را به منزله رفتارهای معادل افسردگی تلقی می‌کنند. مؤلفان مختلف بسیاری از مشکلات رفتاری نوجوان مانند اختلالهای رفتاری، کسالت و بی‌حوصلگی، حالت عصبی، خود بیمار پنداری، بزهکاری، هراس تحصیلی، شکایت‌های روان تنی، بی‌اشتهایی روانی، چاقی، بیش‌فعالی، پرخاشگری، ناپایداری و... را با افسردگی مرتبط ساخته‌اند و در واقع این رفتارها را مشابه با حالاتی دانسته‌اند که در خلال بزرگسالی با اصطلاح «افسردگی پنهان» مشخص می‌شود. به نظر می‌رسد که می‌توان دو موقعیت را در خلال نوجوانی متمایز کرد: (۱) پاره‌ای از رفتارها و یا بعضی از نشانه‌هایی که اغلب با افسردگی توأم هستند، و علامتهای افسردگی، به رغم حضور خود، کمتر نمایان هستند. در این صورت متخصص بالینی باید با دقت کامل به جستجوی آنها بپردازد: (۲) رفتارها و نشانه‌های مرضی (معادلهای افسرده‌وار) و همچنین علامتهای افسردگی قابل مشاهده‌اند. اما نوجوان به انکار این نشانه‌ها که گاهی سالها بعد کاملاً آشکار می‌شوند، می‌پردازد. اصطلاح «معادل افسرده وار» با موارد اخیر بیشتر مطابقت دارد. (داستان. ۱۳۷۸)

جنس و افسردگی

مشاهدات بین‌المللی، بدون ارتباط با کشور تحت مطالعه، افسردگی یک قطبی را در زن‌ها دوبار شایعتر از مردها نشان داده است. هر چند علل این اختلال معلوم نیست، پژوهش‌ها به روشنی نشان داده‌اند که آن را می‌توان به روش‌های تشخیصی تعصب‌آمیز ارتباط داد. علل این تفاوت ممکن است در استرس‌های متفاوت، زایمان، درماندگی آموخته شده، و آثار هورمونی نهفته باشد. (کاپلان، ۱۹۹۴. ترجمه پورافکاری، ۱۳۷۶ ص ۲۱۷). همچنین برخی از قدیم‌ترین پژوهشها در مورد افسردگی نشان می‌دهد که در فرهنگهای مختلف،

شیوع افسردگی در زنان بیشتر است. پژوهشها در زمینه افسردگی نشان می‌دهد که زنان در ۲۰ تا ۲۶ درصد طول عمر خود در خطر ابتلا به افسردگی قرار دارند و میزان بستری شدن ایشان در بیمارستان ۶ درصد است. در حالیکه مردان فقط ۸ تا ۱۲ درصد مدت عمر خود، در خطر افسردگی اند و میزان بستری شدن ایشان در بیمارستان ۳ درصد است، این بدان معنی است که احتمال ابتلا به افسردگی و بستری شدن در بیمارستان در زنان دو برابر مردان است.

یکی از دلایل این تفاوت این است که زنان افسردگی خود را می‌پذیرند و قربانی آنچه مردان آن را ضعف ذاتی زنان می‌نامند، می‌شوند. یعنی آنان قربانی این برداشت مردان می‌گردند که: زنان خیلی احساساتی و دستخوش نوسانات شدید عاطفی هستند. برای مردان پذیرفتن افسردگی، بمنزله انکار مردانگی ایشان است، چرا که از مردان، انتظار نمی‌رود عاطفی باشند بلکه آنچه انتظار می‌رود این است که قوی باشند و احساسات خود را ابراز نکنند و ظاهر آنان نشان ندهد که تحت تأثیر وقایع زندگی قرار گرفته‌اند. (فرانکل، ۱۹۹۳، ترجمه خونسری نژاد، ۱۳۷۷)

خانواده و افسردگی

چندین مقاله نظری و تعدادی گزارشهای روانی در زمینه ارتباط بین کارکرد خانواده و شروع و سیر اختلالات خلقی، بخصوص اختلال افسردگی اساسی، وجود دارد. در چندین گزارش اشاره شده است که پسیکوپاتولوژی مشاهده شده در خانواده در مدتی که بیمار مشخص شده تحت درمان است، حتی پس از بهبود او، دوام می‌یابد. به علاوه، میزان پسیکوپاتولوژی در خانواده، ممکن است بر میزان بهبود، عود علائم، و انطباق پس از بهبود بیمار تأثیر بگذارد. داده‌های بالینی و روایتی اهمیت ارزیابی زندگی خانواده بیمار و توجه به عوامل استرس‌زای مشخص وابسته به خانواده را تأیید کرده‌اند. (کپلان و همکاران، ۱۹۹۴، ترجمه پورنفری، ۱۳۷۶، ص ۲۳۶).

به طور کلی، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که روابط والد - کودک در خانواده‌هایی که والدین با کودک افسرده دارند، آسیب دیده یا تضعیف شده است. بعضی از روانشناسان در مرور نقادانه و عمیق نتایج پژوهش‌ها، خصیصه کلی این تعاملات را منفی دانسته و اعلام کرده‌اند که الگوهای خاص ارتباط والد - کودک ممکن است نشانه‌هایی از سبب‌شناسی، تداوم و یا تظاهرات افسردگی داشته باشند. بخصوص آنکه بی‌اعتنایی، خشم و

طرد در والدین کودکان افسرده بیشتر و درگیری عاطفی و ارتباط در آنها کمتر و ضعیف تر است. (شیارلو^۱ و همکاران، ۱۹۹۵ ترجمه محمد خانی، ۱۳۷۹).

بررسی های کانل^۲ (۱۹۷۲) و سیتزین و مک نیو (۱۹۷۴) به نقل از بیرامی (۱۳۷۸) نشان می دهد که خانواده هایی که کودک افسرده دارند با ویژگیهای خاصی مانند فقدان و جدایی، افسردگی والدین و اختلالات روانی دیگر، کشمکشهای زناشویی و جدایی، طرد والدین و پر خاشگری به کودکان، متمایز می شوند.

رینهرس^۳ و همکاران (۱۹۸۹) در یک بررسی طولی در مورد تعدیل کننده های احتمالی افسردگی، با پیگیری کودکان از ۵ تا ۱۵ سالگی گزارش کردند که میزان بالای ادراک خویشتن، انسجام خانوادگی و حمایت خانواده و همسالات همگی به طور معنی داری با سطوح پایین علایم افسردگی در ۱۵ سالگی رابطه داشتند. (شیارلو و همکاران، ۱۹۹۵، ترجمه محمد خانی ۱۳۷۹).

مطالعات مبتنی بر طرحهای همبستگی نیز بین افسردگی کودکان و عوامل خانوادگی متعدد در کودکان غیر کلینیکی روابطی را نشان می دهند. مثلاً امری^۴ (۱۹۸۲) افسردگی کودکان را با ناهماهنگی والدین داوونی^۵ و کوین^۶ (۱۹۹۰) افسردگی کودکان را با افسردگی والدین و کروک^۷ و همکاران (۱۹۸۱) با کمبود مراقبت و مهرورزی والدین و طرد شدن کودکان از طرف والدین در ارتباط یافتند. البته باید توجه داشت که این اطلاعات مربوط به افسردگی، بیشتر بر روی نمراتی که به چک لیستها داده می شد، انجام گرفتند تا موقعیتهای تشخیص کلینیکی، به اضافه اینکه، این همبستگیها معمولاً معنی دار هستند، ولی بیشتر در سطح پایین قرار می گیرد. طرحهای تطبیقی گروهی نیز نشان داده اند که عوامل حمایت کنند از کودکان افسرده متفاوت از عوامل حمایت کننده از کودکان غیر کلینیکی است. فورهند^۸ و همکاران (۱۹۸۸) به نقل از بیرامی (۱۳۷۸) کشمکشهای بیشتر در خانواده را عامل اصلی افزایش رفتارهای افسرده می دانند.

پس از آشنایی با افسردگی و عوامل موثر بر آن و همانگونه که در بالا اشاره شد، خانواده یکی از عوامل مهم تاثیرگذار و مرتبط با افسردگی به خصوص افسردگی فرزندان می باشد لذا در اینجا به تبیین مسایل مربوط به خانواده پرداخته می شود.

1- Chiariello
3- Reinherz
5- Downey
7- Crook

2- Connel
4- Emry.
6- Coyne
8- Forehand.

خانواده

در بین تمامی نهادها، سازمانها و تاسیسات اجتماعی، خانواده نقش و اهمیتی خاص و بسزا دارد. تمامی آنان که در باب سازمان جامعه اندیشیده‌اند، همه مصلحین، حتی رویاگرایان و آنان که به ناکجاآباد روی کردند، بر خانواده و اهمیت حیاتی آن برای جامعه تأکید ورزیده‌اند. بدرستی هیچ جامعه‌ای نمی‌تواند ادعای سلامت کند، چنانچه از خانواده‌هایی سالم برخوردار نباشد. باز بی‌هیچ شبهه، هیچ یک از آسیب‌های اجتماعی نیست که فارغ از تأثیر خانواده پدید آمده باشد. (ساروخانی، ۱۳۷۰، ص ۱۱)

خانواده مانند هر نظام اجتماعی دیگر نیازهای اولیه‌ای دارد. از جمله این نیازها می‌توان به این موارد اشاره کرد: احساس امنیت فیزیکی، احساس صمیمیت و وابستگی، احساس مسئولیت، نیاز به انگیزه، نیاز به شادی، نیاز به تأیید و تصدیق و بالاخره نیازهای روحی و معنوی. خانواده همچنین به پدر و مادری احتیاج دارد که به برقراری یک رابطه سالم با هم و فرزندان متعهد باشند و آنقدر احساس امنیت کنند که بتوانند فرزندان خود را به دور از آلودگیها بزرگ کنند. (براد شاو، ترجمه فرجه دغی، ۱۳۷۲)

خانه و خانواده مکانی است که کودک با تمامی تجربه‌های دیگر لحظه‌های اجتماعی و زندگی خود بدان باز می‌گردد، آسایشگاهی است که در آن جا همه افتخارات و موفقیت‌هایش را به نمایش می‌گذارد. در آنجا او به دنبال مداوا و مرجمی برای تألمات، شکست‌ها و جراحات و زخم‌های وارد بر خود می‌گردد تا آرام خود را تسکین بخشد. به بیان دیگر خانه برای کودک مکانی است که او تجربه اجتماعی روزانه خود را با شتاب به درونش می‌آورد تا آن تجربه را مورد ارزیابی قرار دهد، به خاطر آن ستایش و تشویق شود و یا آن را به بوته فراموشی بسپارد و فقط به عنوان یک تجربه از آن درس بیاموزد. (نوبی نژاد، ۱۳۷۷)

حساسیت روانی کودک، انعطاف او، مخصوصاً تجمع هر اثر خارجی که بر وی وارد می‌شود در جزء نا آگاه وجدانش. اثر اولیه خانواده را پایا تر می‌سازد. در این زمینه باز هم آثار بسیاری پدید آمد که بر تأثیر تربیت در خانواده و مخصوصاً نقش حساس مادر دلالت داشت. حتی کارلسون^۱ خرسندی فرزندان را به هنگام ازدواج متأثر از خرسندی والدین آنان در خانواده می‌دانست. همچنان که درست در همین مضمون، کوتزل^۲ و برگس^۳ سعادت فرزندان را در زندگی زناشویی از سعادت والدین در خانواده متأثر می‌دانند. (ساروخانی، ۱۳۷۰)

بهترین پناهگاه برای فرزندان در یک خانواده والدین هستند زیرا آنان سرچشمه‌های رفاه و حمایت

1- Karlsson
3- Burgess

2- Cottrel

جسمانی و روانی فرزندان به شمار می‌روند. خانهای که اختلاف، نزاع، سرزنش، ناسازگاری و... بر آن حاکم باشد، بر رفتار و روان والدین و کودکان آثار نامطلوب و زیانباری برجای می‌گذارد. درگیریهای شدید بین والدین، احساسات منفی کودکان را به دنبال دارد و سبب می‌شود تا کودکان با همسالان خود رفتاری پرخاشگرانه و یا بزهکارانه داشته باشند و معمولاً در میان آنها محبوییتی به دست نیاورند. حتی گفته شده که تاثیر اختلافات والدین بر روحیه کودکان ویرانگرتر از سهل‌گیری و یا سختگیری افراطی است. (دفتر همکاری حوزه و دانشگاه، ۱۳۷۵)

اهمیت خانواده در رشد و سلامت اعضا، بیشتر از آن چیزی است که بتوان در این مختصر بیان نمود، لذا در اینجا بطور اجمال به بررسی نقطه شروع خانواده یعنی ازدواج می‌پردازیم.

ازدواج

ازدواج یک امر جهانی است که در تمام جوامع و در طول تاریخ وجود داشته و به یک مجموعه از نیازهای اساسی انسان پاسخ می‌دهد. بقای نسل و پرورش فرزندان. تحقق آرزوی دیرین کودکی برای پدر یا مادر بودن، دستیابی به عالیترین سطح دوستی و صمیمیت دوره جوانی و بزرگسالی، ارتباط گرم و دو جانبه عاطفی و جنسی و تقسیم کار و همکاری و همراهی در طول زندگی. در شمار اساسی‌ترین کارکردهای خانواده، بعد از ازدواج می‌باشد. (لطف آبادی، ۱۳۷۹)

تعریف ازدواج: ازدواج عملی است که پیوند بین دو جنس مخالف را بر پایه روابط پایای جنسی، موجب می‌شود. بنابراین، رابطه دو فرد از یک جنس چه به صورت موقت و چه دائم ازدواج خوانده نمی‌شود. از سوی دیگر در تعریف ازدواج، روابط جسمانی بین دو انسان از دو جنس مخالف به خودی خود کافی به نظر نمی‌رسد، چه ازدواج مستلزم انعقاد قراردادی اجتماعی است که مشروعیت روابط جسمانی را موجب گردد. به بیان دیگر، در راه تحقق ازدواج باید شاهد تصویب جامعه نیز باشیم. (ساروخانی، ۱۳۷۰، ص ۲۳)

ازدواج ارتباطی را می‌رساند که در مقایسه با دیگر ارتباطات انسانی دارای تامیستی است بی‌نظیر. دیگر ارتباطات انسانی هر یک بعدی از ابعاد حیات را می‌پوشانند و حال آنکه زوجیت دارای ابعاد زیستی، اقتصادی، عاطفی و نیز روانی و اجتماعی است. به بیان دیگر، همزیستی زوجین در درون خانواده، آنان را در چنان گردونه‌ای از ارتباطات مختلف قرار می‌دهد که بی‌هیچ شبهه قابل مقایسه با هیچیک از ارتباطات انسانی نیست. (ساروخانی، ۱۳۷۰)

بلاچ^۱، ترجمه قراچه داغی (۱۳۷۰) می‌نویسد: در سالهای اخیر در زمینه ازدواج و زندگی و زناشویی به دو خصوصیت مهم توجه شده است: (۱) ازدواج مجموعه‌ای از روابط مختلف است که هر کدام از آنها ممکن است آسیب ببیند، پنج رابطه عمده میان هر زوج عبارتند از: رابطه جسمی، رابطه احساسی، رابطه اجتماعی، رابطه ذهنی و روحی (۲) هر ازدواج طول عمری دارد و در هر مرحله از ازدواج برخی از مسایل نقش مهمتری ایفا می‌کنند. طول عمر ازدواج را می‌توان به سه بخش تقسیم کرد؛ مرحله نخست: پنج سال اول زندگی زناشویی را در بر می‌گیرد، معمولاً زوجها در این فاصله به اواخر دوران بیست یا اوایل سی سالگی خود می‌رسند؛ مرحله میانی: دوران رشد فرزندان است. این دوران نیز در اواخر چهل یا اوایل پنجاه سالگی پدر و مادر به پایان می‌رسد؛ مرحله سوم: که زن و شوهر مجدداً با هم تنها می‌شوند، این دوران نیز با مرگ زن و یا شوهر به پایان می‌رسد.

عناصر و اهداف ازدواج

مصلحتی (۱۳۷۹) بیان می‌کند که عده‌ای از روانشناسان از جمله فروید، معتقدند که ازدواج در گذشته متضمن پنج عنصر یا عامل بوده است. این عوامل هنوز کم و بیش، بویژه در اجتماع ما، از جمله معیارهای اساسی زناشویی می‌باشند که این عوامل عبارتند از:

۱ - عامل اجتماعی ازدواج: از آنجا که ازدواج یک پدیده اجتماعی است. بنابراین تنها اجتماع می‌تواند همواره بر آن نظارت نماید و مصالح مورد علاقه زن و مرد را که مورد تأیید مقررات اجتماعی و قانونی نیز هست را در هر ازدواجی در نظر بگیرد و آن را حتی المقدور بنا بر مقتضیات زمان و مکان اعمال نماید. بدون تردید اگر نظارت و کنترل جامعه نبود، زناشویی به تدریج جنبه فردی و خصوصی به خود می‌گرفت و تنها عنصر حکمفرمای آن، تمایلات غریزی و جنسی و میل طرفین می‌گردید و ازدواج به صورت نامطبوع‌ترین نوع خود یعنی روابط سست و غالباً بی‌دوام آزاد جنسی زن و مرد در می‌آمد. جامعه از ازدواج، اهدافی مستحکم و منطقی را خواستار است، به عبارت دیگر خواستار تولید مثل، بقای نسل، پرورش و تربیت نونهالان، ایجاد آرامش و تعادل روانی و کمال شخصیت و خلاصه خواستار تشکیل خانواده و سازمانی است که یار و مددکار افراد سالم جامعه فردا باشد. (مصلحتی، ۱۳۷۹)

نوابی نژاد (۱۳۷۷) در این مورد می‌نویسد: ازدواج و بنای خانواده یکی از ارزشمندترین و مقدس‌ترین اقدامات برای هر انسان تلقی می‌شود، به گونه‌ای که هیچ اقدام اجتماعی دیگری را نمی‌توان از جهت ارزش با آن مقایسه کرد. خانواده یک گروه و واحد اجتماعی است و در برگیرنده بیشترین، عمیق‌ترین و اساسی‌ترین مناسبات انسانی می‌باشد. ازدواج و تاسیس کانون خانوادگی برای سلامت و امنیت و سعادت اجتماع سودمند و ضروری است. هر گاه جوانها به موقع ازدواج کنند، به کانون گرم خانواده دل ببندند و بنیاد خانواده مستحکم باشد، به گونه‌ای قابل ملاحظه از فسادها، پلیدیها، انحرافها و بی‌بند و باریها و تجاوزهای جنسی و قتل و جنایتها کاسته خواهد شد.

۲- عامل اقتصادی ازدواج: یعنی قبول تأمین احتیاجات اقتصادی زن به وسیله شوهر، یا شوهر به وسیله زن، و یا توسط یکی از خانواده‌های طرفین. در جامعه ما عموماً چه از نظر حقوقی و چه از نظر عرف و عادت، تأمین معاش و زندگی زن، به عهده مرد است. خودداری مرد از پرداخت هزینه زندگی در فقه اسلامی و حقوق مدنی ما، می‌تواند علت و دلیل کافی برای طلاق محسوب شود. لیکن جوامعی نیز وجود دارند که در آنها عملاً تأمین معاش مرد به عهده زن است. (مصنحتی، ۱۳۷۹)

۳- عامل جنسی ازدواج: یعنی اجازه داشتن روابط جنسی مرتب زن و مرد با یکدیگر. در حقیقت شاید بتوان گفت که بدون این عامل اساسی و ثابت، زناشویی فاقد هرگونه مفهوم واقعی و زیستی است. ولیکن در برابر این عامل، مصالح اجتماعی یا نظارت و علاقه جامعه به زناشویی و چگونگی آن نیز جنبه اساسی دارد. (مصنحتی، ۱۳۷۹)

نوابی نژاد (۱۳۷۷): انسان دارای مجموعه‌ای از نیازها و غرایز است که عدم ارضا و یا نقص در ارضای هر کدام از این غرایز ایجاد تزلزل در شخصیت را موجب می‌گردد. یکی از نیرومندترین غرایز انسان غریزه جنسی است که بر اثر ازدواج تأمین این نیاز در مسیر طبیعی و سالم قرار می‌گیرد و زن و مرد را از انحراف و گناه مصون می‌دارد. بنابراین وسیله طبیعی و شروع ارضای این غریزه ازدواج و تشکیل خانواده است. شاید به همین علت است که رسول خدا (ص) می‌فرماید: «هر کس ازدواج کرد نصف دینش را حفظ کرد».

۴- عامل زیستی ازدواج: یعنی طبیعت از «نزدیکی جنسی» زن و مرد، پیش از هر چیزی، خواستار «تولید مثل» به خاطر «بقای نسل» است، نه لذت جویی تنها جنسی افراد. زناشویی زن و مردی که تنها به خاطر ارضای تمایلات جنسی انجام گرفته است نمی‌تواند در این جامعه مورد مطلوب قرار گیرد و به زودی تارهایی از

مشکلات و گرفتاری‌های زناشویی در اطراف زن و شوهر تنیده می‌شوند.

نوابی نژاد (۱۳۷۷): یکی از موضوعات مهمی که در ازدواج دختر و پسر مطرح است و از ثمرات بزرگ ازدواج شمرده می‌شود، مسئله تولید مثل و بقای نسل است که از اهداف اساسی ازدواج محسوب می‌شود. به بیان دیگر تولد انسانهایی که نیازمند تربیت و پرورش صحیح هستند. وجود فرزندان باعث گرمی، پویایی و صفای کانون خانوادگی و انگیزه‌ای برای دوام زندگی و احتمالاً تخفیف در درگیری‌های زن و شوهر است. رسول خدا (ص) در همین زمینه می‌فرماید: «تزوید کنید تا صاحب فرزند شوید و بر شمار شما افزوده شود، زیرا من در قیامت با امتهای دیگر به وسیله کثرت شما مباحثات میکنم».

۵ - عامل روانی ازدواج: یعنی جلب رضایت و تمایل طرفین یا خانواده طرفین، که رکن اساسی هر زناشویی به شمار می‌رود. در اجتماعات قدیمی و کشاورزی و غیر صنعتی، که فرد بیشتر در تحت قیومیت خانواده به سر می‌برد، به رضایت و تمایل طرفین کمتر توجه می‌شد و هنوز هم کمتر به این تمایلات و رضایت دختر و پسر توجه می‌شود. بلکه رضایت و تمایل خانواده‌های زن و شوهر و دو خاندان و نظایر آنها را مورد توجه قرار می‌دهند. (مصحتی، ۱۳۷۹)

نوابی نژاد (۱۳۷۷) یکی دیگر از هدفهای ازدواج را تکمیل و تکامل می‌داند او می‌نویسد: هیچ انسانی به تنهایی کامل نیست، به همین لحاظ پیوسته در جهت جبران نقص و کمبود خویش تلاش می‌کند. دختران و پسران جوان پس از دوران بلوغ و جوانی ضمن آنکه در صدد رسیدن به استقلال فکری هستند برای جبران نواقص خود و تأمین نیازهای بی شمار خویش به سوی ازدواج سوق داده می‌شوند و با گزینش همسری شایسته موجبات رشد و تکامل خویش را فراهم می‌کنند. در زندگی زناشویی زن و مرد از تشویقها، حمایتها، رهنمودها و کمکهای یکدیگر بهره‌مند می‌گردند و در برخورد با مسایل و مشکلات زندگی از تعاون و همکاریهای همسر خویش استمداد می‌جویند. به همین دلیل برخورداری از وجود همسری مؤمن و شایسته یکی از بزرگترین نعمتهای الهی است که برای دنیا و آخرت انسان سودمند خواهد بود. ازدواج از نظر طبیعی برای انسان نوعی کمال محسوب می‌شود و انسان بر اساس قانون آفرینش و حکم فطرت برای تأمین نیازهای مختلف روانی - اجتماعی خود نیز برای بقای نسل، آرامش جسم و روان و حل مشکلات گوناگون زندگی به ازدواج نیازمند است.

پس از ازدواج دوام و سلامت خانواده به عوامل زیادی بستگی دارد و یکی از مهمترین عوامل رضایت زن

و شوهر از زندگی زناشویی‌اشان می‌باشد لذا در این قسمت رضایت زناشویی و عوامل موثر بر آن ارائه می‌گردد.

رضایت زناشویی^۱

وینچ و دیگران به نقل از سلیمانیان، (۱۳۷۳) معتقد است رضایت زناشویی انطباق بین وضعیتی که وجود دارد و وضعیتی که مورد انتظار است، می‌باشد. طبق این تعریف رضایت زناشویی وقتی وجود دارد که وضعیت موجود فرد در روابط زناشویی مطابق با آنچه که وی انتظار داشته باشد و نارضایتی زناشویی وقتی وجود دارد که وضعیت موجود فرد در روابط زناشویی با وضعیت مورد انتظار و دلخواه فرد منطبق نباشد. الیس (۱۹۸۹) به نقل از سلیمانیان (۱۳۷۳) می‌نویسد: طرق مختلفی برای تعریف رضایت زناشویی وجود دارد که یکی از بهترین تعاریف توسط هاکنیز انجام گرفته وی رضایت زناشویی را چنین تعریف می‌کند: «احساسات عینی از خشنودی، رضایت و لذت تجربه شده توسط زن یا شوهر مدعی که همه جنبه‌های ازدواجشان را در نظر می‌گیرند» رضایت یک متغیر نگرشی است و بنابراین یک خصوصیت فردی زن و شوهر محسوب می‌شود. طبق تعریف فوق رضایت زناشویی در واقع نگرش مثبت و لذت بخشی است که زن و شوهر از جنبه‌های مختلف روابط زناشویی خود دارند و نارضایتی زناشویی در واقع نگرش منفی و ناخشنود از جنبه‌های مختلف روابط زناشویی است.^۲

اساساً اگر رضامندی زناشویی حاصل مبادله رفتارهای پاداش بخش باشد، عدم رضامندی فقط هنگامی خواهد بود که دو شریک از چیزی رنج ببرند. البته نظر افراد در این باره که چه اموری رضایتبخش و یا نارضایتبخش است، ممکن است با گذشت زمان - رشد طبیعی انسان - تغییر کند. رابطه‌ای را که یک زوج در بیست سالگی، فوق العاده رضایتبخش می‌دانند ممکن است در چهل سالگی - با ایجاد علایق و شغل‌های جدید در طی این سالها - چندان رضایتبخش نیابند، همچنین نامزدی که زمانی بهترین انتخاب تلقی می‌شده است، در صورتیکه امکان انتخاب نامزدهایی زیباتر و بهتر وجود داشته باشد، احتمالاً دیگر آنچنان راضی کننده نخواهد بود. همچنین ممکن است با شروع زندگی و دیدن خطاهای همسر در طول سالها، رضایت از همسر کاهش یابد. (الیس و همکاران، ترجمه صحنی فدردی و امین یزدی، ۱۳۷۵)

السون^۲ و دیگران، (۱۹۸۹) به نقل از سلیمانیان (۱۳۷۳) نیز برای سیکل زندگی خانوادگی مراحل را

مطرح می‌کند و معتقد است که میزان رضایت زناشویی در هر یک از این مراحل متفاوت است. مراحلی که وی مطرح می‌کند عبارتند از: (۱) زوجهای جوان بدون بچه، (۲) خانواده با بچه‌های پیش دبستانی، (۳) خانواده با بچه‌های دبستانی، (۴) خانواده با فرزندان نوجوان، (۵) خانواده با بچه‌هایی که شروع به ترک خانه می‌کنند، (۶) خانواده بدون فرزند. فرزندان در این مرحله خانواده را ترک گفته‌اند (۷) خانواده در دوران بازنشستگی و پیری. وینچ و دیگران (۱۹۷۴) به نقل از سلیمانیان، (۱۳۷۳) می‌نویسند: نتایج پژوهشهای مارلو (۱۹۸۹) نشان می‌دهد که مردها در دوره اول زندگی خانوادگی کمترین رضایت را دارند تا زنها و این در حالی است که آنها در مرحله سوم دوره زندگی خانوادگی که کودکان در سن پیش دبستانی هستند نیز در همان سطح رضایت هستند، زنها همیشه در سطح رضایت کاهش نشان می‌دهند در حالیکه مردها اینطور نیستند.

در پژوهشی که توسط بلدوولف (۱۹۶۰) به نقل از سیف (۱۳۶۸) در همین زمینه انجام شده، آمده است که رضایت و خشنودی مادران از زندگی زناشویی، پس از جدا شدن فرزندان بیشتر از زمانی است که فرزندان نوجوان و ۱۹ ساله به بالا در خانه حضور داشته‌اند. فلمن (۱۹۷۱) به نقل از سیف (۱۳۶۸) نیز معتقد است رضایت از زندگی زناشویی در همسرانی که به دوره پدر و مادری انتقال یافته‌اند نسبت به دوره زندگی زناشویی قبلی کاهش یافته است. همچنین بررسیهای جدیدتری توسط رولین و کانون (۱۹۷۴) به نقل از سیف (۱۳۶۸) و اسپانیر و همکاران (۱۹۷۵) به نقل از سیف (۱۳۶۸) به طریقه پژوهش مقطعی انجام گرفته و چنین نتیجه گرفته‌اند که تنشهای مربوط به نقشهای زناشویی پس از استقلال زندگی فرزندان نسبت به زمانی که آنان در خانواده حضور داشتند کمتر شده است و زوجها از رفتار خود نسبت به یکدیگر کمتر شکایت دارند.

عوامل موثر در رضایت زناشویی

از دهه ۱۹۵۰ پژوهشگران عوامل موثر بر رضایت زناشویی را بررسی کردند. جذابیت‌های جسمی، عاطفه، منفی بافی، سن ازدواج، فرزندان، زمینه اقتصادی - اجتماعی، داشتن علایق و هدفهای یکسان و فعالیت جنسی، همه عواملی هستند که مورد توجه بوده‌اند. (هوستون^۱ و ونگلیستی^۲. ۱۹۹۱)

وینچ و دیگران (۱۹۷۴) به نقل از سلیمانیان (۱۳۷۳) هشت معیار موفقیت زناشویی را که در سه دهه گذشته بکار رفته را مشخص کرده‌اند. این معیارها عبارتند از: ثبات، انتظارات اجتماعی، رشد شخصیت،

مصاحبت، شادی، رضایت، سازگاری، یکپارچگی.

البته عوامل زیادی می‌تواند در رضایت زناشویی موثر باشد و هر کس با توجه به نگرش خاص خود و یا نتایج پژوهش‌هایش، عواملی را برای رضایت زناشویی بیان می‌کند. عده‌ای بلوغ فکری و عاطفی زوجین، داشتن تحصیلات و طبقه‌ مشابه و یا داشتن علاقه و طرز تفکر مشترک را از جمله عوامل تأثیرگذار بر رضایت زناشویی می‌دانند و برخی دیگر نیز عوامل دیگری را ذکر می‌کنند. در ذیل به بررسی مهمترین این عاملها می‌پردازیم.

۱- ابراز محبت و عشق زوجین نسبت به یکدیگر

احساس شیدایی اوایل ازدواج، به مرور می‌تواند به عشقی بالغانه تبدیل شود. زن می‌تواند از گفتن «دوستت دارم» و شوهر از شنیدن آن لذت ببرند، زیرا محبت و جذابیت متقابل در بافت صمیمیت، وفاداری، اعتماد و دوستی به هم گره خورده، عشق قوی‌تر و عمیق‌تری را پایه‌گذاری می‌کند. (بک، ۱۹۸۸. ترجمه قراچه داغی. ۱۳۷۶. ص ۲۵۲)

رسول اکرم (ص) می‌فرماید: «وظیفه زن نسبت به شوهرش این است که مهر و محبتش را در دل پیروزش بریزد». و در این خصوص حضرت علی (ع) نیز می‌فرماید: «در هر حال با زنان سازش و مدارا کنید و به آنها گفتار خوش نشان دهید باشد که آنان نیز کردار خوش نشان دهند». از نظر روانی هم نرم‌زبانی در تحکیم روابط زناشویی و دوام مهر و محبت تأثیری بسزا دارد. در حدیث آمده است که گفتار مرد به همسر خود که من تو را دوست دارم، هرگز از دل او بیرون نمی‌رود. (مشکینی. به نقل از موسوی. ۱۳۷۵)

آنچه در ازدواج‌های پریشان وجود ندارد ابراز محبت و صمیمیت است. زن و شوهر که دلیل ابراز خشم خود را درک نمی‌کنند در مراودات خود به جایی می‌رسند که هر دو یا دست کم یکی از آنها به این نتیجه می‌رسند که به قدر کافی مورد عشق و محبت همسر خود قرار ندارند. (باج. ترجمه قراچه داغی. ۱۳۷۰)

ز بهترین و با شکوه‌ترین تجلیات زندگی متعادل، سرمایه‌گذاری انسانی یا داد و ستد عاطفی بین زوجین است. اگر دهه اول زندگی مشترک را به منزله شروع تبادلات عاطفی و هم‌حسی زوجین تلقی کنیم و آن را فرصتی برای درک روحیات هر یک به حساب آوریم در دهه‌های بعد داد و ستد عاطفی، نیاز به جلوه بیشتر و مساعدتری خواهد داشت؛ به ویژه در سالهای میانی و پایانی زندگی مشترک که احساس تنهایی و از دست رفتن

جوانی به مشکلات زوجین دامن می‌زند. تلاش آنها برای اثبات عواطف صادقانه و صمیمانه شان، ضرورتی بیش از گذشته می‌یابد و دوام و استحکام زندگی شان را تضمین خواهد نمود. (شرفی، ۱۳۷۲)

برودریک^۱ (۱۹۸۶) به نقل از موسوی (۱۳۷۵) در پژوهشی رابطه عاطفی، نگرش‌ها و رفتار را با رضایت زناشویی مورد مطالعه قرار داد و به این نتیجه رسید که متغیرهای عاطفی و نگرشی باواریانس بسیار منحصر به فرد در رضایت زناشویی نقش دارند.

۲- احترام به همسر

تاجیک اسماعیلی، (۱۳۷۷) در رابطه با نقشهای شوهر می‌نویسد: مرد بایستی به همسر خود، بخصوص در حضور دیگران احترام بگذارد، این احترام باید توأم با صمیمیت و مهربانی باشد. زن نیازمند دریافت محبت و احترام از شوهر است، به ویژه هنگامی که در حضور دوستان و آشنایان قرار داشته باشد. این امر باعث می‌شود که زن از داشتن شوهر احساس افتخار و سربلندی کند و این احساس، شوق او را به زندگی زناشویی و آمادگی وی را برای گذشت و بردباری در برابر محرومیت‌های و سختی‌های احتمالی بیشتر کند. و همچنین در مورد نقش‌های زن معتقد است، با توجه به اینکه در زندگی زناشویی نقش محبت و اظهار عواطف بیشتر مناسب ساختار روانی و جسمی زن است و احساس دلگرمی و اطمینان خاطر را شوهر باید در فضای خانواده ایجاد کند، زن بایستی دقت داشته باشد که احترام او نسبت به شوهر هم یک نیاز روانی و عامل علاقه و محبت بیشتر شوهر نسبت به اوست. پژوهش‌های ویگین و مودی^۲ (۱۹۸۳) به نقل از سلیمانیان^۳ (۱۳۷۳) نشان می‌دهد زوج‌هایی که براحتی افکارشان را با یکدیگر در میان می‌گذارند، قادر به پذیرش و درک احساسات یکدیگر هستند و از رضامندی بیشتری برخوردارند. همچنین پژوهشی که توسط میشل^۳ (۱۹۷۱) به نقل از موسوی (۱۳۷۵) در سه کشور آمریکا، فرانسه و شوروی انجام شد، به این نتیجه رسید که ۷۰ تا ۹۰ درصد زنان احترام متقابل را مهمترین مسئله در رضایت زناشویی می‌دانند.

1- Brodrick
3- Michel

2- Wigin & Modi

۳- برقراری روابط اجتماعی

نباید از اهمیت بسیار زیاد ارتباط در گروه غافل شویم. ارتباط باعث می‌شود تا این مجموعه که برای رسیدن به اهدافی مشترک با هم تعامل برقرار می‌کنند وحدت پیدا کنند. دلیل لزوم برقراری ارتباط بین اعضای گروه، وجود مشکلات و موانع بیرونی و درونی است. (هرجی، ۱۹۹۴^۱ ترجمه بیگی و فیروز بخت ۱۳۷۷)

مارکوسکی^۲ و گرین وود^۳ (۱۹۸۴) به نقل از موسوی (۱۳۷۵) به این نتیجه رسیدند که یک ارتباط مثبت علمی میان سازگاری اجتماعی و سازگاری زن و شوهر وجود دارد، بدین معنی که افرادی که در زندگی زناشویی سازگار و موفق هستند در روابط اجتماعی خود نیز افرادی سازگار و موفقند.

۴- روابط جنسی

عشق و تمایل جنسی در افراد سالم اغلب بصورت کامل با یکدیگر آمیخته‌اند. و اگر چه عشق و تمایل جنسی دو مفهوم کاملاً مختلف‌اند، و بهم آمیختن این دو مفهوم جایز نیست، با وجود این باید بگوئیم که در زندگی افراد سالم این دو مفهوم به هم می‌پیوندند و با هم می‌آمیزند. شوارتز^۴ در کتاب روانشناسی جنسی خود می‌نویسد: اگر چه انگیزه‌های جنسی و عشق، طبایع مختلفی دارند، لیکن مکمل یکدیگرند. در یک انسان کامل و کاملاً بالغ تنها در هم آمیختگی جدایی‌ناپذیر انگیزه جنسی و عشق وجود دارد. (مزلو، ترجمه رویگران)

بیشتر مطالعاتی که در صدد برآمدن تا بررسی کنند این سؤال را که آیا رضایت در فعالیت جنسی، تامین کننده رضایت زناشویی است؟ بیشتر از یک عامل را بر رضایت زناشویی موثر می‌دانند. هستون و ونگلیستی (۱۹۹۱) یک مطالعه طولی روی رابطه بین عاطفه، علاقه جنسی، منفی بافی و رضایت زناشویی انجام دادند. آنها با ۱۰۶ زوج که بیش از دو سال از ابتدای ازدواجشان می‌گذشت مصاحبه کردند، آنها دریافتند که علاقه جنسی زنان با رضایت شوهرانشان مرتبط بود. اما بطور کلی عاطفه جنسی با رضایت زناشویی همسرانشان رابطه‌ای نداشت. آنها سعی کردند که این مطلب را در یک سری از روشها توضیح دهند. آنها نظر دادند که ممکن نیست اهمیت مسایل جنسی در رضایت زناشویی برای سالهای متمادی بعد از ازدواج در یک سطح باشد.

پژوهشها نشان می‌دهند که مسایل جنسی از لحاظ اهمیت در ردیف مسایل درجه اول یک زندگی

1- Hargie

2- Markowski

3- reen wood

4- Schwarz

زناشویی قرار دارند و سازگاری در روابط جنسی از مهمترین علل خوشبختی زندگی زناشویی است به طوری که اگر این روابط ارضا کننده و کامل نباشد منجر به ناراحتی شدید، اختلافات و حتی از هم پاشیدگی خانواده می شود. (میلانی فر. ۱۳۷۲)

نجاتی، (۱۳۷۶) در این خصوص بیان می دارد؛ در ابتدای ازدواج زوجین جهت بهبود، شناخت و اصلاح روابط جنسی خود باید در مورد توقعات، رفتار و ارزشها با هم به گفتگو بنشینند. گفتگو بمنظور بهبود روابط جنسی بسیار سازنده است و موجب تقویت جنبه های مختلف ازدواج می شود. اگر زوجین قادر نباشند در مورد مسایل جنسی و چگونگی آمیزش آزادانه با هم به گفتگو بنشینند، مسلماً از نحوه بینش یکدیگر با خبر نشده و نمی توانند به طور مطلوب رضایت خاطر هم را فراهم آورند.

شاملو (۱۳۷۶) نیز معتقد است تناسب و تعادل در مقدار تمایل جنسی در زن و مرد نیز از عوامل موفقیت زناشویی است.

۵- مسایل اقتصادی و اجتماعی

نوابی نژاد (۱۳۷۷) بیان می دارد که کارشناسان خانواده توصیه می کنند که خانواده دختر و پسر از نظر طبقه و وضع اقتصادی - اجتماعی مشابه باشند تا سازگاری بیشتری را در کنار هم تجربه کنند.

مسایل مربوط به دخل و خرج هم اغلب موجبات اختلاف زن و شوهر را فراهم می سازد، در زمینه دخل و خرج اغلب با انواع مشغله های ذهنی در خصوص انصاف، کنترل و رقابت و سایر معانی نمادین، که به فعالیتهای مشترک لطمه می زند. برخورد می کنیم. بسیاری از زوجها بر سر چگونگی پرداخت مخارج با هم اختلاف نظر دارند. بسیاری از آنها پس از رسیدگی چندین ساعته فهرست مخارج، یکدیگر را به بی توجهی در خرج کردن درآمدها متهم می سازند و آتش خشم یکدیگر را برمی افروزند. (بک. ۱۹۸۸ ترجمه فرچه دغی. ۱۳۷۶. ص ۱۴۲)

وینچ و دیگران (۱۹۷۴) به نقل از سلیمانیان (۱۳۷۳) معتقدند که یک رابطه اساسی بین ناراضیاتی زناشویی و اشکال مختلفی از محرومیت اقتصادی - اجتماعی وجود دارد.

۶- ارتباط با اقوام و اطرافیان

وابستگی‌های عاطفی زن و شوهر به خانواده‌های خود می‌تواند بر روابط زناشویی تأثیر سوء بگذارد. در بسیاری از موارد، توجه زیاد زن یا شوهر به پدر و مادر اسباب تکدر خاطر دیگری را فراهم می‌سازد. اقوام هم‌گامی مسایلی برای فرزندان ازدواج کرده خود ایجاد می‌کنند. آنها هم مانند فرزندانشان گرفتار احساس، بی‌عدالتی، تعمیم مبالغه‌آمیز و تفکرات نمادین هستند. (بک، ۱۹۹۸، ترجمه قراچه داغی، ۱۳۷۶) والدین حتی اگر دخالت ظاهری نکنند به طور غیر مستقیم در زندگی فرزندان موثر می‌باشند، چرا که افکار زن و شوهر و شخصیت شان تحت تاثیر افکار والدینشان شکل گرفته است. و هر دو همان رفتاری را با همدیگر می‌کنند که از پدر و مادرشان گرفته‌اند. نقش خانواده اصلی بعد از ازدواج بقدری قوی است که وقتی دو نفر بهم پیوند زناشویی می‌بندند در واقع والدین پسر و والدین دختر همه در تمام ابعاد و اوضاع و شرایط زندگی زوج جدید حضور دارند. حال اگر والدین طرفین هر دو زندگی رضامند و خشنودی داشته باشند زوج جدید هم رضامند خواهند بود و اگر هر دوی آنها در خانواده نارضامند و ناسالم بزرگ شده و رشد یافته باشند، در آن صورت زوج جدید قادر نخواهند بود زندگی سالم و رضامندی را تشکیل دهند. (ثنایی، ۱۳۷۳)

تردید در احساس تعهد نسبت به رابطه زناشویی ممکن است زمانی به وجود آید که زن، شوهر، یا هر دو آنها در ارتباط با والدین خود دشواری‌هایی داشته‌اند. این مسئله مشترک ممکن است تحت تأثیر ناتوانی پدر و مادر در دست برداشتن از فرزند خود تشدید شود. پدر و مادر به فرزند خود می‌چسبند و کودک توان رفتار مستقل را ندارد. در شرایطی که تنهایی از طرفین زناشویی، زن یا شوهر، نتواند از پدر و مادر خود جدا شود، شخصیت همسر نقش مهمی در زندگی زناشویی ایفا می‌کند. اگر همسر بتواند در نقش پدر و مادر همسر خود ظاهر شود، ممکن است مسئله فیصله پیدا کند، اما اگر زن و شوهر هر دو به والدین خود وابسته باشند، موقعیت دشوارتر می‌شود و مشکل زمانی تشدید می‌شود که زن یا شوهر و یا هر دو آنها احساس می‌کنند که با ازدواج به پدر و مادر خود لطمه می‌زنند و این موقعیتی است که پدر و مادر با طرز برخورد خود می‌توانند آنرا به وجود آورده یا تشدید کنند. (بلاچ، ترجمه قراچه داغی، ۱۳۷۰)

۷- مسایل ارزشی، عقیدتی و مذهبی

گاه ازدواج به علت ناآگاهی زن و شوهر از قابلیت‌های ذهنی و یا در اثر بی‌اطلاعی از نظام‌های ارزشی و

پاینده‌های اخلاقی یکدیگر با اشکال مواجه می‌شود. پس از آنکه زن و شوهر به این نتیجه رسیدند که وجه مشترک چندانی با هم ندارند، پیوندهای زندگی زناشویی آنها سست شده، ممکن است درهم فرو پاشد. (بلاچ، ترجمه قراچه داغی، ۱۳۷۰)

همسانی میان زن و شوهر از نظر مذهبی، سبب جذب و وابستگی هر چه بیشتر زن و شوهر و استواری پیوند زناشویی‌اشان می‌باشد و برعکس ناهمسانی سبب و سرچشمه کشمکش‌های خانوادگی است. به عقیده وود^۱ هر قدر همگونی میان دو همسر از نظر مذهب و نژاد کمتر باشد، اختلافات و کشمکش‌های آنها بیشتر است. ناهماهنگی مذهبی علاوه بر ایجاد اختلاف بین زن و شوهر مشکلات بسیاری را نیز در روابط ایشان با والدین همسرشان ایجاد می‌کند. (سروخانی، ۱۳۷۰)

روانشناسان، ازدواج دو نفر از مذاهب مختلف را کار غیر عاقلانه‌ای می‌دانند. اگر یکی از زوجین به عقاید مذهبی خود با ایمان کامل پایبند باشد، امکان اختلاف نظر در این مورد زیاد است، به علاوه، تربیت کودکان بسیار متأثر از نگرش مذهبی زوجین است، مثلاً اگر پدر مسلمان و مادر مسیحی باشد و هر یک پایبند به عقاید خود باشند، تلاش در تربیت کودکان مبتنی بر اندیشه دین خود خواهند داشت. و این امر سبب بروز اختلاف خانوادگی خواهند شد. (سملو، ۱۳۰)

۸- علایق و طرز تفکر

الیس (۱۹۸۶) به نقل از سلیمانیان (۳۱۷۳) به نقش تفکر در رضایت و نارضایتی زناشویی پرداخته است. توافق زن و مرد در مورد مسایل مختلف زندگی نقش عمده‌ای دارد که این توافق متأثر از طرز تفکر و علایق آن دو می‌باشد و زوجین می‌بایستی در زمینه موضوعاتی از قبیل آزادی افراد در خانواده، تعهد فرزندان، تحصیل و تربیت فرزندان، مداخله اطرافیان و غیره با هم به یک توافق منطقی برسند. این توافق خصوصاً در مورد نحوه تربیت فرزندان حایز اهمیت است. در زمینه علایقی مانند نحوه گذراندن اوقات فراغت از قبیل سینما رفتن، شرکت در مجالس مذهبی، خواندن کتاب، گوش دادن به موسیقی و رادیو و غیره نیز باید توافقی نسبی حاصل گردد. اگر یکی از زوجین بدون در نظر گرفتن علایق طرف مقابل خود تعصب نشان دهد. موجبات دلسردی و ناکامی طرف مقابل را فراهم خواهد ساخت. داشتن توافق نسبت به موضوعات مهم زندگی یکی از مسایلی است که در موفقیت و رضایت زندگی زناشویی نقش دارد. (سروخانی، ۷۰)

۹- مزاج و شخصیت

بلوم^۱ و مهرابیان^۲ (۱۹۹۹) مطالعه‌ای بر روی ۱۶۶ زوج که به ترتیب ۲۰ تا ۸۵ سال سن داشتند، انجام دادند. همه شرکت‌کنندگان در یک مقیاس رضایت زناشویی جدید و جامعی که به آن مقیاسهای مزاج سلطه‌گر، خوشایند و برانگیزاننده مهرابیان اضافه شده بودند، تقسیم شدند. یافته‌ها نشان می‌دهد که کلاً افرادی که در گروه مزاج خوشایندتر و سلطه‌گرتر بودند تمایل به ازدواجهای شادتر داشتند. بعلاوه آنهاییکه با مزاج خوشایندتر دست به انتخاب همسر می‌زدند، در ازدواجهایشان شادتر بودند. خلاصه خوشایندی مزاج (که ارزیابی بسیار کلی از سازگاری روانشناختی در مقابل ناسازگاری است) یک کلید پیش بین در رضایت از ازدواج مورد توجه بود، آنهاییکه با سازگاری بهتر دست به انتخاب همسر می‌زدند از ازدواج راضی‌تر بودند. همچنین یافته‌های ویژه در خصوص زنان نشان داد که ناخوشایندی و سلطه‌پذیری (برای مثال افسرده ساز) ویژگیهای زنانی بود که کاملاً در رضایت زناشویی مضر بودند. اساساً مزاج، پراکنش (واریانس) بیشتری (۳۰ تا ۳۴ درصد) در رضایت زناشویی را توضیح می‌دهد، که این تأثیرات قبلاً در نوشته‌های رضایت زناشویی - شخصیت گزارش شده بود.

تأثیر رضایت زناشویی بر کودکان

در اینجا به این واقعیت باید توجه کرد که تحقیقات صورت گرفته تحت عنوان کیفیت زناشویی، در برگیرنده مفاهیمی هستند که به صورت متفاوتی نام‌گذاری شده‌اند، نامهایی همچون رضایت، خوشنودی، هماهنگی، سازگاری و کیفیت زناشویی و غیره. البته بین این مفاهیم، تمایزات اساسی وجود دارد. با این حال پژوهشها نشان داده است که همبستگی‌های بسیار نیرومندی ما بین این شاخصها وجود دارد و این سازه‌ها شاخصهای الزامی تجارب ذهنی کلی طرفین ارتباط هستند. تعارض و ناهماهنگی نیز به عنوان بخشی از تجربه زناشویی مد نظر قرار گرفته‌اند. در حقیقت تعارض ممکن است در سه بُعد تعریف شود: فرآیند، محتوا و تداوم. تغییرات در هر یک یا تمامی این ابعاد می‌تواند تلویحات کاملاً متفاوتی را برای پی‌گشتهای کودک به همراه داشته باشد. در حال حاضر، این روابط بالقوه به طور گسترده‌ای نامکشوف مانده‌اند. توافق همگانی بر سر این نکته که تجربه تعارض بین والدین با رشد اجتماعی کودک رابطه‌ای منفی دارد، جالب توجه به نظر می‌رسد. نکته قابل توجه آن است که محققان بین شدت، تداوم، شیوه و اموری مشابه، افتراق قایل شده‌اند. توافقهایی در خصوص رابطه

کیفیت زناشویی و پی‌گشتهای کودک ظهور یافته‌اند. تجربه تعارض بین والدین با رشد اجتماعی و سلوک اجتماعی کلی کودک نسبت عکس دارد. این مسئله که ناهماهنگی زناشویی به پیامهای نامطلوب بسیاری در کودک می‌انجامد، بر اساس شواهد برگرفته از مطالعات تحقیقی متنوعی بنا شده است. از این مطالعات این گونه برمی‌آید که تعارض مداوم بین والدین و نه طلاق، عامل مهمی است که سرانجام تاثیر منفی بر سازگاری کودک بر جای می‌گذارد. تحقیقات بعدی این ادعای بنیادین را حمایت کرده و آن را گسترش داده‌اند. (استافورد و به‌یر. ترجمه دهگانپور و خرازچی، ۱۳۷۷)

در سنین اولیه، کودکان ظاهراً به ناهماهنگی زناشویی حساس هستند. کودکان ۱۰ ماه به عاطفه منفی دیگران پاسخ می‌گویند. و پاسخهای عاطفی کودکان به تجربه تعارض زناشویی تا نوجوانی ادامه می‌یابد. شکل پاسخ رفتاری کودکان در طول زمان تغییر می‌کند. از نوزادی تا نوپایی، افزایش فاحشی در پاسخهای مطلوب اجتماعی و کاهش قابل ملاحظه‌ای در نمایشهای خشم بوجود می‌آید. کودکانی که تعارضات مداومی را بین والدینشان شاهد بوده‌اند، واکنشهای آشفته بیشتری را طی سالهای اول مدرسه به نمایش گذارده‌اند. علاوه بر این، رابطه بین افزایش تعارض زناشویی و مسایل کودک ظاهراً تا نوجوانی نیز ادامه می‌یابد. زمینه یابیهای صورت گرفته در مورد کودکان در سطح ملی حاکی از آن هستند که افسردگی - انزوا، رفتار ضد اجتماعی و رفتار تکانشی بیش فعالی نوجوانان، با افزایش تعارض زناشویی رابطه مستقیم دارد. (استافورد و به‌یر. ترجمه دهگانپور و خرازچی، ۱۳۷۷)

مطالعات چندی شواهدی را مبنی بر تاثیر ناهماهنگی زناشویی بر روابط والد - کودک فراهم آورده‌اند. مسئله مورد توجه این است که چگونه روابط بین والدین ممکن است به طور مستقیم یا غیر مستقیم بر تربیت، تعامل والد - کودک و یا روابط والد - کودک تاثیر گذارند. در کل، طبق گزارشهای کودکان، فروپاشی در روابط زناشویی با روابط ضعیف والد - کودک در ارتباط است. اگر چه بعضی از مطالعات تفاوت‌های جنسی را در تاثیر پریشانی روابط زناشویی بر روابط والدین با دختران و پسران گزارش کرده‌اند، اما این امر ظاهراً مصداقی کلی دارد. بلسکی^۱ در سال ۱۹۸۱ بیان کرد، حمایتی که یک والد از همسرش دریافت می‌دارد ممکن است تربیت مثبت را تسهیل کند. امروزه برای این ادعا شواهد محکمی در دست است حمایت همسر عموماً با قابلیت تربیتی مادر رابطه‌ای مثبت دارد. پدر با حمایت از مراقبت هیجانی مادر، ظاهراً محبت او نسبت به کودکشان را

تحت تأثیر قرار می‌دهد. به همین ترتیب، تربیت شایسته مردان ظاهراً نسبت به مراقبت مادر، وابستگی بیشتری به وجود حمایت زناشویی دارد. به این ترتیب که هر چه مادر از رابطه زناشویی خود خوشنودتر و راضی‌تر باشد، مشغولیت پدر با کودکان بیشتر خواهد بود. (استافورد و بهیر، ترجمه دهگانپور و خرازچی، ۱۳۷۷)

البته دو فرضیه جبران و سرایت در خصوص درگیری والدین با کودک به عنوان کارکرد کیفیت زناشویی مطرح شده‌اند. نخستین فرضیه، فرضیه جبران است، بدین معنا که همسر ممکن است با صرف انرژی هیجانی در رابطه والد - کودک، فقدان عشق و محبت در ازدواج را جبران کند، جبران یا وضعیتی که در آن کودک جانشین محبت زناشویی می‌شود، ممکن است عامل تسهیل‌کننده یویاییهای منفی خانواده باشد. در ضمن جبران در روابط دو عضوی والد - کودک به عنوان شاخصی از منظومه خانوادگی ناسالم در نظر گرفته می‌شود. موضوع اساسی در اینجا این است که این نوع مشکلات برای رشد کودک مخرب فرض شده‌اند. فرضیه دوم، فرضیه سرایت است. این فرضیه مطرح می‌سازد که وجود هماهنگی یا فقدان آن در ازدواج امری مسری است؛ بدین معنا که این امر به روابط والد - کودک نیز سرایت می‌کند. به بیان دیگر، رضایت از ازدواج ممکن است به ایجاد روابط مثبت والد - کودک بیانجامد، حال آنکه در صورت نارضایتی از ازدواج عکس این امر صادق است. (استافورد و بهیر، ترجمه دهگانپور و خرازچی، ۱۳۷۷)

پیشینه پژوهش

در بررسی پژوهشهای داخل و خارج، پژوهشی که بطور مستقیم با موضوع این پژوهش ارتباط داشته باشد، یافت نشد و لذا در این قسمت فقط تعدادی پژوهش که به نوعی مرتبط با موضوع پژوهش است، آورده می‌شود.

تحقیقات انجام شده در خارج

ونگلیستی (۱۹۹۱)، دانلی^۱ (۱۹۹۳) و مورخوف و گیلی لند^۲ (۱۹۹۳) در پژوهشهایی در ارتباط با رابطه رضایت زناشویی و جنس دریافتند که رضایت جنسی شخصی، فراوانی جنس و فعالیت‌های جنسی، رضایت و علاقه جنسی یکی از زوجین مقدار زیادی با رضایت از ازدواج ارتباط دارد و در حقیقت نقش جنس در رضایت زناشویی خیلی مهم است.

1- Donnelly

2- Morokoff & Gilliland

ماتسون^۱ (۱۹۷۴) در پژوهشهایش به این نتیجه رسید که با افزایش تعارض زناشویی، عزت نفس کودکان کاهش می‌یابد و عزت نفس مثبت کودک، با رضایت زناشویی زوجین (که اغلب شامل حداقل تعارض می‌شود) و نیز ادراکات زوجین از ارتباط زناشویی مثبت در ارتباط است.

وارد^۲ (۱۹۹۳) اکتیلی و تونی^۳ (۱۹۹۴) در پژوهشهای خود در رابطه با رضایت زناشویی و سالمندی، مشاهده نمودند که دو عامل جنس و سن از عواملی هستند که در سالهای متمادی منجر به رضایت از ازدواج می‌شود یعنی سالمندی و رضایت زناشویی با هم ارتباط دارند.

بلوم و مهراییان (۱۹۹۱) در پژوهشی با عنوان رابطه شخصیت و مزاج با رضایت زناشویی، نتیجه پژوهش آنها نشان داد افرادی که با مزاج خوشایندتر دست به انتخاب همسر و ازدواج می‌زنند از ازدواج خود راضی‌ترند یعنی مزاج خوشایند و شاد پیش‌بینی خوبی برای رضایت زناشویی می‌باشد.

تحقیقات انجام شده در ایران

سلیمانیان (۱۳۷۳) پژوهشی با عنوان «بررسی تأثیر تفکرات غیر منطقی (بر اساس رویکرد شناختی) بر نارضایتی زناشویی» انجام داد، و نتیجه این پژوهش نشان می‌دهد که میزان تفکرات غیر منطقی در افرادی که دارای نارضایتی زناشویی بودند بیشتر از افرادی بود که دارای رضایت زناشویی بودند.

اسماعیلی فارسانی (۱۳۷۴) پژوهشی با عنوان «بررسی ارتباط بین خویشتن‌پنداری و رضایت از زندگی زناشویی دانشجویان دانشگاه‌های دولتی و آزاد اصفهان» انجام داد، و نتیجه پژوهش نشان داد که بین رضایت از زندگی زناشویی و خویشتن‌پنداری رابطه وجود دارد. و نگرش فرد به جایگاه و شغل و تحصیل خودش می‌تواند در سطح خویشتن‌پنداری او موثر باشد، این خویشتن‌پنداری با سازگاری زناشویی فرد رابطه دارد. احتمالاً به دلیل جایگاه دانشگاه‌های دولتی، خویشتن‌پنداری در دانشجویان این دانشگاه‌ها بالاتر بوده و احتمالاً به دلیل بهتر بودن وضعیت اقتصادی - اجتماعی دانشجویان در دانشگاه آزاد رضایت از زندگی زناشویی بهتر است.

سعادت‌مند (۱۳۷۶) در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه بین کارایی خانواده و سلامت عمومی فرزندان آنها

1- Mattesson

2- Ward

3- Acitelli & Toni

انجام داد و نتیجه گرفت که بین کارآیی خانواده و ابتلاء فرزندان به علایم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی رابطه معنی دار وجود دارد.

جمع بندی و نتیجه گیری

پس از ارائه مطالبی در خصوص افسردگی و مسایل مربوط به خانواده و رضایت زناشویی آنچه که از این فصل می توان دریافت کرد این است که یکی از عوامل مرتبط با افسردگی به خصوص افسردگی دوره نوجوانی خانواده و رضایت زناشویی والدین می باشد. از آنجا که خانواده و رضایت زناشویی والدین یکی از عوامل مهم تأثیر گذار بر عزت نفس و خود پنداره فرزندان می باشد و با توجه به مباحث مطرح شده یکی از انواع افسردگیها، افسردگی مبتنی بر احساس حقارت بوده و احساس حقارت نیز از عزت نفس پایین و خود پنداره ضعیف و منفی فرد نشأت می گیرد. لذا برای تبیین بهتر این موضوع نیاز به پژوهشهایی در این زمینه می باشد که پژوهش حاضر یکی از این پژوهشهاست.

فصل سوم

روش پژوهش

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی^۱ (تحلیل رگرسیون^۲) است. تحقیق توصیفی شامل مجموعه روشهایی است که هدف آنها توصیف کردن شرایط یا پدیده‌های مورد بررسی است. تحقیق همبستگی که یکی از روشهای تحقیق توصیفی است رابطه میان متغیر را بر اساس هدف تحقیق تحلیل می‌کند. تحقیقات همبستگی را می‌توان بر حسب هدف به سه دسته تقسیم کرد: الف) مطالعه همبستگی دو متغیری ب) تحلیل رگرسیون ج) تحلیل ماتریس همبستگی یا کواریانس.

در تحلیل رگرسیون هدف معمولاً پیش بینی یک متغیر ملاک از یک یا چند متغیر پیش بین است. در این پژوهش از روش تحلیل رگرسیون گام به گام^۳ استفاده می‌شود، به اینصورت که اولین متغیر پیش بین بر اساس بالاترین ضریب همبستگی صفر مرتبه با متغیر ملاک وارد تحلیل می‌شود و بعد از آن متغیر پیش بین بعدی در تحلیل وارد می‌شود.

جامعه تحقیق، نمونه آماری و روش نمونه گیری

هومن (۱۳۶۷) بیان می‌دارد جامعه در حقیقت شامل همه عناصری است که موضوع یک پژوهش معین در آن مصداق پیدا می‌کند و ما لیم در باره آن استنباط کنیم.

در این پژوهش جامعه تحقیق عبارت است از دانش‌آموزان دختر و پسر مشغول به تحصیل در

1- correlation
3- Stepwise

2- regression analysis

دبیرستانهای شهرستان قم در سال تحصیلی ۸۰-۷۹ و والدین آنها.

نمونه به بخشی از جامعه گفته می‌شود که معرف یا نماینده آن باشد و همه ویژگیهای جامعه، بویژه ویژگیهایی را که از لحاظ موضوع پژوهش مهم است به تناسب دارا باشد. (هومن، ۱۳۷۶)

نمونه مورد مطالعه در این پژوهش شامل ۲۰۰ نفر (۱۰۰ دانش‌آموز دختر و ۱۰۰ دانش‌آموز پسر) که در کلاسهای اول، دوم، سوم دبیرستان مشغول به تحصیل بودند و والدین آنها که جمعاً ۶۰۰ نفر می‌شوند. در ابتدا از هر پایه ۱۰ دانش‌آموز انتخاب شدند که به علت همکاری نکردن تعدادی از والدین و مخدوش بودن بعضی از پاسخنامه‌ها در انتها از هر مدرسه ۲۵ نفر دانش‌آموز انتخاب شدند که تعداد آنها در پایه‌های مختلف تحصیلی مساوی بودند.

روش نمونه‌گیری

در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای استفاده شده. از این روش زمانی استفاده می‌شود که فهرست کامل افراد جامعه مورد مطالعه در دسترس نباشد.

با توجه به اینکه شهرستان قم دارای ۴ ناحیه آموزش و پرورش می‌باشد. از هر ناحیه یک دبیرستان دخترانه و یک دبیرستان پسرانه بصورت تصادفی انتخاب گردید و سپس از هر دبیرستان دانش‌آموزانی از کلاسهای مختلف بصورت تصادفی انتخاب شد.

ابزارهای گردآوری داده‌ها

۱- فرم ۲۱ سئوالی پرسشنامه افسردگی بک (BDI)

BDI برای نخستین بار در ۱۹۶۱ توسط بک، وارد^۱، مندلسون^۲، ماک^۳، ارباف^۴ معرفی شد و بعدها در ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت و در ۱۹۷۸ انتشار یافت. گرچه در نسخه اخیر ماده‌ها اصلاح شده‌اند، اما بین این دو فرم همبستگی بالایی به دست آمده است. BDI برای سنجش شناختهای وابسته به افسردگی به صورت گسترده‌ای به کار رفته است - هم برای بیماران روانپزشکی و هم برای افسردگی افراد بهنجار - شهرت این ابزار را از آنجا می‌توان دریافت که در طول ۳۰ سال از زمان معرفی آن تاکنون، بیش از ۱۰۰۰ پژوهش درباره آن

1 - Ward
3- Mock

2- Mendelson
4- Erbaugh

انجام گرفته و یا اینکه در این پژوهشها به کار بسته شده است. (گری گرات و مارنات، ۱۹۹۰، ترجمه شریفی و نیکخو، ۱۳۷۵)

ماده‌های موجود در BDI در اصل از مشاهده و خلاصه کردن نگرشها و نشانه‌های بیماری نوعی نزد بیماران روانپزشکی افسرده به دست آمده است. رویهم ۲۱ نشانه در آن گنجانیده شده است از پاسخ دهندگان خواسته می‌شد که شدت این نشانه‌ها را روی یک مقیاس از ۰ تا ۳ درجه بندی کنند. پرسشهای نوعی آن به حوزه‌هایی مانند احساس شکست، احساس گناه، تحریک پذیری، آشفتگی خواب و فقدان اشتها مربوط است. پرسشنامه خود - آزما است و تکمیل آن ۵ تا ۱۰ دقیقه طول می‌کشد. در این پرسشنامه چند فرم تدوین شده است که شامل یک فرم کارتی، چند فرم کامپیوتری، یک فرم معمولی ۲۱ ماده‌ای، و یک فرم کوتاه ۱۳ ماده‌ای است. همبستگی‌های بین فرم کوتاه و فرم بلند بین ۰/۸۹٪ تا ۰/۹۷٪ گزارش شده است. نمره BDI به این ترتیب دسته بندی می‌شوند که نمره کمتر از ۱۰ غیر افسرده، نمره ۱۰ تا ۱۹ افسرده خفیف، نمره ۲۰ تا ۲۵ افسرده نسبتاً شدید و نمره ۲۶ و بیشتر افسرده شدید می‌باشد (گری گرات و مارنات، ۱۹۹۰، ترجمه شریفی و نیکخو، ۱۳۷۵)

اعتبار روایی BDI از هنگام تدوین، یک تحلیل سطح بالا از کوششهای مختلف برای تعیین همسانی درونی نشان داده است که ضرایب به دست آمده از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ بوده است.

ارزشیابی روایی محتوایی، سازه، افتراقی و همچنین تحلیل عاملی عموماً نتایج مطلوبی داشته‌اند. روایی BDI با عقیده‌های دیگری که آنها هم افسردگی را درجه بندی می‌کنند. همبستگی‌های متوسط به دست آمده است. مانند مقیاس درجه بندی روانپزشکی همیلتون برای افسردگی (۰/۷۳)، مقیاس خود سنجی افسردگی زونگ (۰/۷۶) و مقیاس افسردگی MMPI (۰/۷۶). (گری گرات و مارنات، ۱۹۹۰، ترجمه شریفی و نیکخو، ۱۳۷۵)

۲- پرسشنامه رضایت زناشویی ENRICH

پرسشنامه ENRICH برای ارزیابی زمینه‌های بالقوه مشکل زا یا شناسایی زمینه‌های قوت و غنی سازی رابطه زناشویی بکار می‌رود. همچنین از این پرسشنامه برای تشخیص زوجهایی استفاده می‌شود که نیاز به مشاوره و تقویت رابطه خود دارند. به علاوه، این پرسشنامه به عنوان یک ابزار معتبر در تحقیقات متعددی برای بررسی رضایت زناشویی مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه دارای دو فرم ۱۱۵ سؤالی

و فرم ۱۲۵ سئوالی می‌باشد و از ۱۴ خرده مقیاس تشکیل شده است. (ثنایی و همکاران. ۱۳۷۹)

اعتبار این آزمون به روش ضریب آلفا توسط اولسون و دیگران (۱۹۸۹) ۰/۹۲ گزارش شده است و در پژوهش مهدویان ضریب همبستگی پیرسون در روش باز آزمایی (به فاصله یک هفته) برای گروه مردان ۰/۹۷۳، برای گروه زنان ۰/۹۹۴ و برای گروه مردان و زنان ۰/۹۴ به دست آمد. ضریب آلفای فرم ۴۸ سئوالی پرسشنامه در پژوهش میرخشتی ۰/۹۲ به دست آمده است. ضریب همبستگی این پرسشنامه با مقیاسهای رضایت خانوادگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰ و با مقیاسهای رضایت زندگی از ۰/۳۲ تا ۰/۴۱ است که نشانه‌ی روایی سازه آن است. کلیه خرده مقیاسهای این پرسشنامه زوجهای راضی و ناراضی را متمایز می‌کنند و این نشان می‌دهد که این پرسشنامه از روایی ملاک خوبی برخوردار است. (ثنایی و همکاران. ۱۳۷۹)

در پژوهش حاضر از فرم ۴۷ سئوالی که توسط سلیمانیان اعتبار یابی شده، استفاده گردیده است که ضریب اعتبار آن از طریق ضریب آلفا ۰/۹۵ بدست آمده است. این پرسشنامه به صورت پنج گزینه‌ای (نگرش سنج از نوع لیکرت) است که به هر گزینه آن از یک تا پنج امتیاز تعلق می‌گیرد و گزینه‌ها عبارتند از «کاملاً موافقم، موافقم، نه موافق و نه مخالف، مخالف، کاملاً مخالفم». به این پرسشنامه از نمره صفر تا ۲۳۵ تعلق می‌گیرد.

مراحل اجرای پژوهش

چون این پژوهش بر روی دانش‌آموزان انجام می‌گرفت و نمونه‌ها نیز می‌بایست از دانش‌آموزان انتخاب می‌شد، لذا معرفی‌نامه‌ای از دانشگاه جهت ارائه به اداره کل آموزش و پرورش قم گرفته و پس از ارائه آن به اداره کل و با همکاری کارشناسی تحقیقات، معرفی‌نامه‌های دیگری جهت ارائه به ادارات آموزش و پرورش نواحی ۱ و ۲ و ۳ و ۴ قم اخذ گردید و سپس به هر یک از چهار ناحیه مراجعه کرده و از بین دبیرستانهای آن ناحیه یک دبیرستان پسرانه و یک دبیرستان دخترانه بصورت تصادفی انتخاب کرده و جهت هر کدام از دبیرستانهای منتخب معرفی‌نامه دیگری گرفته شد و پس از مراجعه به دبیرستانها و جلب مساعدت مسئولین و مشاوره دبیرستان و با همکاری مشاور، تعداد ۲۵ نفر از کلاسهای اول، دوم و سوم بصورت تصادفی انتخاب کرده و پس از جمع‌آوری آنها و ارائه توضیحات لازم و جلب اعتماد آنها و اظهار اینکه نتیجه این پرسشنامه محرمانه خواهد بود، فرم ۲۱ سئوالی پرسشنامه افسردگی بک (BDI) به آنها ارائه گردیده و از آنها خواسته شد که هر کدام از آیتمهای

پرسشنامه که به احساسات آنها نزدیکتر است را انتخاب نمایند و پس از ۱۵ دقیقه پرسشنامه‌ها جمع‌آوری گردید و دعوتنامه‌ای که از قبل آماده شده بود، برای ارائه به والدین دانش‌آموزانی که پرسشنامه افسردگی را تکمیل نموده بودند به دانش‌آموزان تحویل گردید و از والدین آنها دعوت شد تا در روزهای مشخصی در دبیرستان حاضر باشند. (پدران در روزهای مشخصی و مادران نیز در روزهای دیگری) و با مساعدت مشاور دبیرستان و ارائه توضیحات لازم از والدین خواسته شد تا فرم پرسشنامه رضایت زناشویی ENRICH را تکمیل نمایند و پس از جمع‌آوری فرمها، آنها نمره‌گذاری شده و طبقه‌بندی گردید و سپس با روشهای آماری پژوهش مورد استنباط قرار گرفت.

روشهای آماری پژوهش

در این پژوهش از روشهای آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف استاندارد و... استفاده شد و از روشهای آمار استنباطی مانند آزمون ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون گام به گام و آزمون t برای گروههای مستقل مورد استفاده قرار گرفت.

فصل چهارم

یافته‌های پژوهش و تحلیل آنها

مقدمه

یکی از اهداف این پژوهش بررسی رابطه بین رضایت زناشویی والدین (پدر و مادر) و افسردگی فرزندان (دختر و پسر) می باشد و برای بررسی این رابطه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است ولی با توجه به اینکه بسیاری از همبستگی های دو به دو بین متغیرها ممکن است ظاهری و جعلی باشد، پس لازم بود به کمک مدل رگرسیون چند گانه تأثیر کل متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته به طور همزمان مشخص شود. بر این مبنا، به منظور پاسخ دادن به پرسش های پژوهش، تصمیم گرفته شد از روش تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شود. در این روش، تمامی متغیرهای مستقل به ترتیب وارد معادله رگرسیون می شوند. ترتیب ورود این متغیرها به نحوی است که در ابتدا متغیری که بیشترین همبستگی را با متغیر وابسته دارد یا بیشترین مقدار واریانس متغیر ملاک را تبیین می کند وارد معادله می شود سپس متغیر بعدی وارد می شود. و برای بررسی تفاوت بین میانگین ها نیز از آزمون t استفاده شده است. همه محاسبات به وسیله بسته نرم افزاری آماری (spss) انجام گرفته و خلاصه نتایج در جدول های ۱ تا ۹ بصورت داده های توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون گام به گام، آزمون t و تحلیل مربوط به هر کدام در این فصل ارائه شده است.

جدول ۱ - داده‌های توصیفی مربوط به افسردگی دختران و پسران و رضایت زناشویی والدین آنها

متغیرها	n	\bar{x}	s
افسردگی دختران	۱۰۰	۱۲/۷۶	۵/۸۷
رضایت زناشویی مادران(دختر)	۱۰۰	۱۱۳/۳	۲۴/۴۸
رضایت زناشویی پدران(دختر)	۱۰۰	۱۲۶/۱۱	۲۵/۲۷
افسردگی پسران	۱۰۰	۱۱/۶۲	۵/۶۸
رضایت زناشویی پدران(پسر)	۱۰۰	۱۱۹/۶۷	۲۶/۹۵
رضایت زناشویی مادران(پسر)	۱۰۰	۱۱۳/۲	۲۳/۶

با توجه به جدول ۱ - میانگین نمرات افسردگی دختران بیشتر از میانگین نمرات افسردگی پسران است و به نظر می‌رسد که دختران نسبت به پسران افسردگی بیشتری داشته باشند و همچنین میانگین نمرات رضایت زناشویی پدران بیشتر از نمرات زناشویی مادران است و به نظر می‌رسد که بطور کلی پدران بیشتر از مادران از رضایت زناشویی برخوردارند.

جدول ۲ - ضریب همبستگی داده‌های مربوط به افسردگی فرزندان پسر و دختر و رضایت زناشویی والدین آنها

متغیرها	رضایت زناشویی پدر (پسر)	رضایت زناشویی مادر (پسر)	رضایت زناشویی پدر (دختر)	رضایت زناشویی مادر (دختر)
افسردگی فرزندان پسر	—	—	—	—
افسردگی فرزندان دختر	—	—	—	—

* $P < 0/01$

با توجه به جدول ۲ -

ضریب همبستگی محاسبه شده بین رضایت زناشویی پدر و افسردگی فرزندان پسر معادل ($r = -0/468$) می‌باشد که این همبستگی منفی و در سطح ($P < 0/01$) معنی دار است. و نشان می‌دهد که رابطه معکوس بین رضایت زناشویی پدر و افسردگی فرزندان پسر وجود دارد. ضریب همبستگی محاسبه شده بین رضایت زناشویی مادر و افسردگی فرزندان پسر معادل ($r = -0/331$) می‌باشد که این همبستگی منفی و در سطح ($P < 0/01$) معنی دار است و نشان می‌دهد که رابطه معکوس بین رضایت زناشویی مادر و افسردگی فرزندان پسر وجود دارد.

ضریب همبستگی بین رضایت زناشویی پدر و افسردگی فرزندان دختر معادل ($r = -0/517$) می‌باشد که این همبستگی منفی و در سطح ($P < 0/01$) معنی دار است و نشان می‌دهد که رابطه معکوس بین رضایت زناشویی پدر و افسردگی فرزندان دختر وجود دارد. ضریب همبستگی بین رضایت زناشویی مادر و افسردگی فرزندان دختر معادل ($r = -0/563$) می‌باشد که این همبستگی منفی و در سطح ($P < 0/01$) معنی دار است و نشان می‌دهد که رابطه معکوس بین رضایت زناشویی مادر و افسردگی فرزندان دختر وجود دارد.

جدول ۳ - ضریب همبستگی داده‌های مربوط به رضایت زناشویی پدران (دختر و پسر) و مادران (دختر و پسر)

متغیر	رضایت زناشویی پدر (پسر)	رضایت زناشویی مادر (دختر)
رضایت زناشویی پدر (دختر)	_____	۰/۷۴۷ ^{**}
رضایت زناشویی مادر (پسر)	۰/۷۶۹ ^{**}	_____

^{**} $P < 0/01$

ضریب همبستگی بین رضایت زناشویی پدر و رضایت زناشویی مادر برای والدین دختران معادل $(r=0/747)$ و برای والدین پسران معادل $(r=0/769)$ می‌باشد که این همبستگی در سطح $0/01$ ($P < 0/01$) معنادار است و به معنی آن است که رابطه مستقیم و بالایی بین رضایت زناشویی پدران و مادران وجود دارد.

روانشناسان
پژوهشگاه علوم انسانی
تهران

جدول ۴ - تحلیل رگرسیون برای پیش بینی افسردگی فرزندان پسر (y) از روی رضایت زناشویی پدر (x_۱) آنها

Sig	F	MS	SS	df	منابع تغییر پذیری
.۰/۰۰۰۱	۲۷/۴۷۵	۷۰۰/۱۵۳	۷۰۰/۱۵۳	۱	رگرسیون
—	—	۲۵/۴۸۴	۲۴۹۷/۴۰۷	۹۸	باقیمانده
—	—	—	۳۱۹۷/۵۶۰	۹۹	جمع

برای پیش بینی افسردگی فرزندان پسر (y) از روی رضایت زناشویی پدر آنها (x_۱) در گام اول وقتی متغیر رضایت زناشویی پدر (x_۱) وارد تحلیل می‌شود، اثر رگرسیون معنادار می‌شود (F=۲۷/۴۷۵ و P<۰/۰۰۰۱). بنابراین می‌توان گفت افسردگی فرزندان پسر از روی رضایت زناشویی پدر قابل پیش بینی است و R^۲ بدست آمده از داده‌های مربوط به متغیرهای y و x_۱ برابر (R=۰/۲۱۹) است و به معنی آن است که در حدود ۲۱/۹ درصد واریانس افسردگی فرزندان پسر (y) از طریق رضایت زناشویی پدر (x_۱) پیش بینی می‌شود. با توجه به نتایج حاصل، معادله رگرسیون برای افسردگی فرزندان پسر (y) بر مبنای مقدار ثابت (a) و رضایت زناشویی پدر (x_۱) به شرح زیر است.

$$\bar{y} = ۲۳/۴۲۸ - ۰/۹۸۶(x_1)$$

همبستگی تفکیکی بین افسردگی فرزندان پسر (y) و رضایت زناشویی مادر (x_۲) بعد از کنترل سهم رضایت زناشویی پدر (x_۱) برابر (r=۰/۰۵۲) است و به معنی آن است که بین افسردگی فرزندان پسر و رضایت زناشویی مادر پس از ثابت نگه داشتن رضایت زناشویی پدر رابطه معنا داری وجود ندارد.

جدول ۵- تحلیل رگرسیون برای پیش بینی افسردگی فرزندان پسر (y) از روی رضایت زناشویی پدر (x_۱) و رضایت زناشویی مادر (x_۲) آنها

Sig	F	MS	SS	df	منبع تغییر پذیری
۰/۰۰۰۱	۱۳/۷۶۴	۲۵۳/۴۲۲	۷۰۶/۸۴۴	۲	رگرسیون
—	—	۲۵/۶۷۷	۲۴۹۰/۷۱۶	۹۷	باقیمانده
—	—	—	۳۱۹۷/۵۶	۹۹	جمع

در گام دوم وقتی متغیر رضایت زناشویی مادر (x_۲) وارد تحلیل می‌شود، نتیجه تحلیل واریانس رگرسیون به وجود رابطه بین متغیرهای افسردگی فرزندان پسر (y) و رضایت زناشویی مادر (x_۲) اشاره می‌کند؛ زیرا اثر رگرسیون معنادار است (P < ۰/۰۰۰۱ و F=۱۳/۷۶۴). در اینجا ورود متغیر رضایت زناشویی مادر (x_۲) میزان R^۲ را به (R^۲=۰/۲۲۱) افزایش می‌دهد. با کسر سهم رضایت زناشویی مادر تبیین افسردگی فرزندان پسر پس از کنترل سهم رضایت زناشویی پدر ۰/۲ درصد است. یعنی از ۲۲/۱ درصد واریانس افسردگی فرزندان پسر ۲۱/۹ درصد سهم رضایت زناشویی پدر و ۰/۲ درصد سهم رضایت زناشویی مادر می‌باشد.

باتوجه به نتایج حاصل، معادله رگرسیون برای افسردگی فرزندان پسر (y) بر مبنای مقدار ثابت (a) و رضایت زناشویی پدر (x_۱) و رضایت زناشویی مادر (x_۲) به شرح زیر است.

$$\bar{y} = ۲۲/۸۶۷ - ۰/۱۱ (x_1) + ۰/۰۰۱۷ (x_2)$$

جدول ۶ - تحلیل رگرسیون برای پیش بینی افسردگی فرزندان دختر (y) از روی رضایت زناشویی مادر (x_۱) آنها

منبع تغییر پذیری	df	SS	MS	F	Sig
رگرسیون	۱	۱۰۸۰/۰۰۹	۱۰۸۰/۰۰۹	۴۵/۴۳۱	۰/۰۰۰۱
باقیمانده	۹۸	۲۳۲۹/۶۸۹	۲۳۷۷۲	—	—
جمع	۹۹	۳۴۰۹/۶۹۸	—	—	—

برای پیش بینی افسردگی فرزندان دختر (y) از روی رضایت زناشویی مادر آنها (x_۱) در گام اول وقتی متغیر رضایت زناشویی مادر (x_۱) وارد تحلیل می شود، اثر رگرسیون معنادار می شود (P < ۰/۰۰۰۱) و (F=۴۵/۴۳۱). بنابراین می توان گفت افسردگی فرزندان دختر از روی رضایت زناشویی مادر قابل پیش بینی است و R^۲ بدست آمده از داده های مربوط به متغیرهای y و x_۱ برابر (R^۲=۰/۳۱۷) است و به معنی آن است که در حدود ۳۱/۷ درصد واریانس افسردگی فرزندان دختر (y) از طریق رضایت زناشویی مادر آنها (x_۱) پیش بینی می شود. با توجه به نتایج حاصل، معادله رگرسیون برای افسردگی فرزندان دختر (y) از طریق رضایت زناشویی مادر آنها (x_۱) پیش بینی می شود.

با توجه به نتایج حاصل، معادله رگرسیون برای افسردگی فرزندان دختر (y) بر مبنای مقدار ثابت (a) و رضایت زناشویی مادر x_۱ به شرح زیر است.

$$\bar{y} = ۲۸/۰۴۹ - ۰/۱۳۵ (x_1)$$

همبستگی تفکیکی بین افسردگی فرزندان دختر (y) و رضایت زناشویی پدر (x_۲) بعد از کنترل مهم رضایت زناشویی مادر x_۱ برابر (T=۰/۱۷۶) یعنی بین افسردگی فرزندان دختر و رضایت زناشویی پدر از کنترل مهم رضایت زناشویی مادر رابطه معنادار وجود دارد (P < ۰/۰۱).

جدول ۷- تحلیل رگرسیون برای پیش بینی افسردگی فرزندان دختر (y) از روی رضایت زناشویی مادر (x_۱) و رضایت زناشویی پدر (x_۲) آنها

منبع تغییر پذیری	df	SS	MS	F	Sig
رگرسیون	۲	۱۱۵۲/۱۵۱	۵۷۶/۰۷۶	۲۴/۷۵۲	۰/۰۰۰۱
باقیمانده	۹۷	۲۲۵۷/۵۴۷	۲۳/۲۷۴	—	—
جمع	۹۹	۳۴۰۹/۶۹۸	—	—	—

در گام دوم وقتی متغیر رضایت زناشویی پدر (x_۲) وارد تحلیل می‌شود، نتیجه تحلیل واریانس رگرسیون به وجود رابطه بین متغیرهای افسردگی فرزندان دختر (y) و رضایت زناشویی پدر (x_۲) اشاره می‌کند؛ زیرا اثر رگرسیون معنادار است (P < ۰.۰۰۰۱ و F=۲۴/۷۵۲). در اینجا ورود متغیر رضایت زناشویی پدر (x_۲) میزان R^۲ را به (R^۲=۰/۳۳۸) افزایش می‌دهد. با کسر سهم رضایت زناشویی مادر (x_۱) مقدار R^۲ باقیمانده برابر (R^۲=۰/۲۱) است. پس می‌توان گفت که سهم رضایت زناشویی پدر در تبیین افسردگی فرزندان دختر پس از کنترل سهم رضایت زناشویی مادر ۲/۱ درصد است. یعنی از ۳۳/۸ درصد واریانس افسردگی فرزندان دختر ۳۱/۷ درصد سهم رضایت زناشویی مادر (x_۱) و ۲/۱ درصد سهم رضایت زناشویی مادر می‌باشد با توجه به نتایج حاصل، معادله رگرسیون برای افسردگی فرزندان دختر (y) بر مبنای مقدار ثابت (a) و رضایت زناشویی مادر (x_۱) و رضایت زناشویی پدر (x_۲) به شرح زیر است.

$$\bar{y} = ۳۰/۰۱۹ - ۰/۰۰۹۵ (x_1) - ۰/۰۰۵ (x_2)$$

جدول ۸ - میانگین، انحراف استاندارد و آزمون t داده‌های مربوط به رضایت زناشویی پدر و رضایت زناشویی مادر

متغیرها	n	\bar{x}	s	t
رضایت زناشویی پدر	۱۰۰	۱۱۹/۶۷	۲۶/۹۵	۰/۲۵۵
رضایت زناشویی مادر	۱۰۰	۱۱۳/۲	۲۳/۶۰	
کل	۲۰۰			

$P > ۰/۰۱$ $P > ۰/۰۵$ $df = ۱۹۸$

t محاسبه شده بین رضایت زناشویی پدران و رضایت زناشویی مادران معادل ۰/۲۵۵ می‌باشد و t محاسبه شده از t جدول با درجه آزادی ۱۹۸ و در سطح ۰/۰۵ و ۰/۰۱ (به ترتیب ۱/۹۶ و ۲/۵۷۶) کوچکتر است و این نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین رضایت زناشویی پدران و رضایت زناشویی مادران وجود ندارد.

جدول ۹ - میانگین، انحراف استاندارد و آزمون t داده‌های مربوط به افسردگی پسران و افسردگی دختران

متغیرها	n	\bar{x}	s	t
افسردگی پسران	۱۰۰	۱۱/۶۲	۵/۶۵	۰/۲۷۹
افسردگی دختران	۱۰۰	۱۲/۷۶	۵/۸۶	
کل	۲۰۰			

$P > ۰/۰۱$ $P > ۰/۰۵$ $df = ۱۹۸$

t محاسبه شده بین افسردگی پسران و افسردگی دختران معادل ۰/۲۷۹ می‌باشد و t محاسبه شده از t جدول با درجه آزادی ۱۹۸ و در سطح ۰/۰۵ و ۰/۰۱ (به ترتیب ۱/۹۶ و ۲/۵۷۶) کوچکتر است و این نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین افسردگی پسران و افسردگی دختران وجود ندارد.

فصل پنجم

**تحلیل یافته ها
نتیجه گیری
محدودیتها و پیشنهادها**

مقدمه

از آنجا که این پژوهش به بررسی رابطه بین رضایت زناشویی والدین (پدر و مادر) و افسردگی فرزندان (دختر و پسر) آنها می‌پردازد لذا برای این منظور پرسشنامه‌های مربوط به هر کدام ارائه و داده‌های جمع‌آوری شده توسط SPSS مورد محاسبات آماری قرار گرفت. برای محاسبه رابطه بین دو متغیر فوق و همچنین پیش‌بینی افسردگی فرزندان (دختر و پسر) از روی رضایت زناشویی والدین (پدر و مادر) آنها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. ضریب همبستگی‌های بدست آمده برای بررسی روابط فوق همگی منفی و از لحاظ آماری معنادار بودند. تحلیل رگرسیون متغیرهای بالا نیز نشان داد که سهم رضایت زناشویی مادر برای پیش‌بینی افسردگی دختر بیشتر از سهم رضایت زناشویی پدر می‌باشد و همچنین سهم رضایت زناشویی پدر برای پیش‌بینی افسردگی پسر بیشتر از سهم رضایت زناشویی مادر می‌باشد. در بررسی رابطه بین رضایت زناشویی پدر و رضایت زناشویی مادر ضریب همبستگی بالایی بدست آمد و این رابطه نیز از نظر آماری معنادار می‌باشد. برای آزمون معناداری تفاوت بین دو میانگین رضایت زناشویی پدر و رضایت زناشویی مادر از آزمون t استفاده شده که تفاوت معناداری مشاهده نشد. برای بررسی تفاوت بین دو میانگین افسردگی فرزندان دختر و فرزندان پسر نیز آزمون t تفاوت معناداری را بین این دو میانگین نشان نداد. در این فصل تحلیل هر کدام از سئوالهای پژوهش ارائه و پژوهشهای هم‌هنگ با یافته‌های این پژوهش نیز ارائه می‌گردد. لازم به ذکر است که پژوهشهایی که در راستای این پژوهش باشد کم بوده و در این فصل بناچار یافته‌های هم‌هنگ با یافته‌های این پژوهش بصورت مختصر ارائه گردیده است.

سؤال ۱ - آیا بین میزان رضایت زناشویی پدران و میزان افسردگی فرزندان پسر آنها رابطه وجود دارد؟
ضریب همبستگی بدست آمده بین این دو متغیر معادل $0/468$ - است. و نشان می‌دهد رابطه معکوس و نسبتاً بالایی بین دو متغیر وجود دارد یعنی هر چقدر میزان رضایت زناشویی پدران کمتر باشد میزان افسردگی فرزندان پسر آنها بیشتر خواهد بود و بر عکس هر چقدر میزان رضایت زناشویی پدران بیشتر باشد میزان افسردگی فرزندان پسر کمتر خواهد بود. و در حدود ۲۱ درصد تغییرات افسردگی فرزندان پسر از روی اندازه‌های رضایت زناشویی پدران آنها قابل پیش بینی است.

سؤال ۲ - آیا بین میزان رضایت زناشویی مادران و میزان افسردگی فرزندان پسر آنها رابطه وجود دارد؟
ضریب همبستگی بدست آمده بین این دو متغیر معادل $0/331$ - است. و نشان می‌دهد رابطه معکوسی بین این دو متغیر وجود دارد یعنی هر چقدر میزان رضایت زناشویی مادران کمتر باشد میزان افسردگی پسران بیشتر خواهد بود و بر عکس هر چقدر میزان رضایت زناشویی مادران بیشتر باشد میزان افسردگی فرزندان پسر کمتر خواهد بود. و در حدود ۱۰ درصد تغییرات افسردگی فرزندان پسر از روی اندازه‌های رضایت زناشویی مادران آنها قابل پیش بینی است.

سؤال ۳ - آیا بین میزان رضایت زناشویی پدران و میزان افسردگی فرزندان دختر آنها رابطه وجود دارد؟
ضریب همبستگی بدست آمده بین این دو متغیر معادل $0/517$ - است. و نشان می‌دهد رابطه معکوس و بالایی بین این دو متغیر وجود دارد یعنی هر چقدر میزان رضایت زناشویی پدران کمتر باشد میزان افسردگی فرزندان دختر آنها بیشتر خواهد بود و بر عکس هر چقدر میزان رضایت زناشویی پدران بیشتر باشد میزان افسردگی فرزندان دختر آنها کمتر خواهد بود. و در حدود ۲۷ درصد تغییرات افسردگی فرزندان دختر از روی اندازه‌های رضایت زناشویی پدران آنها قابل پیش بینی است.

سؤال ۴ - آیا بین میزان رضایت زناشویی مادران و میزان افسردگی فرزندان دختر آنها رابطه وجود دارد؟
ضریب همبستگی بدست آمده بین این دو متغیر معادل $0/563$ - است. و نشان می‌دهد رابطه معکوس و بالایی بین این دو متغیر وجود دارد یعنی هر چقدر میزان رضایت زناشویی در مادران کمتر باشد میزان افسردگی فرزندان دختر آنها بیشتر خواهد بود و هر چقدر میزان رضایت زناشویی مادران بیشتر باشد میزان افسردگی فرزندان دختر آنها کمتر خواهد بود. و در حدود ۳۲ درصد تغییرات افسردگی فرزندان دختر از روی اندازه‌های رضایت زناشویی مادران آنها قابل پیش بینی است.

نتایج بدست آمده فوق با یافته‌های کاپلان و همکاران (۱۹۹۴) ترجمه پورافکاری (۱۳۷۶) هماهنگ است. کاپلان معتقد است که ارتباطی بین کارکرد خانواده و شروع و سیر اختلالات خلقی، بخصوص اختلال افسردگی اساسی، وجود دارد. همچنین بررسی‌های کانل (۱۹۷۲) و سیتزین و مک‌نیو (۱۹۷۴) به نقل از بیرامی (۱۳۷۸) نشان می‌دهد که خانواده‌هایی که کودک افسرده دارند با ویژگی‌های خاصی مانند فقدان و جدایی، کشمکش‌های زناشویی و... متمایز می‌شوند. شیارلو و همکاران (۱۹۹۵) ترجمه محمدخانی (۱۳۷۶) گزارش کردند که میزان بالای ادراک خویشتن، انسجام خانوادگی و... بطور معناداری به سطوح پایین افسردگی در ۱۵ سالگی رابطه داشتند.

بیرامی (۱۳۷۸) نیز بیان می‌دارد که کشمکش‌های بیشتر در خانواده را عامل اصلی افزایش رفتارهای افسرده می‌دانند. سعادت‌مند (۱۳۷۶) نیز به وجود رابطه بین کارکرد خانواده و سلامت عمومی فرزندان (افسردگی و...) پی برده است.

تحلیل رگرسیون نیز نشان می‌دهد که در پیش بینی افسردگی فرزندان پسر، سهم رضایت زناشویی پدر در حدود ۲۲ درصد است درحالی‌که سهم رضایت زناشویی مادر فقط ۰/۲ درصد است و این اختلاف می‌تواند بخاطر مسایل فرهنگی موجود در جامعه پژوهشی باشد.

در جامعه پژوهشی مورد مطالعه فرهنگ پدر سالاری حاکم است و این باعث شده تا فرزندان پسر روابط بیشتری را با پدر داشته و روابط کمتری با مادران خود دارند.

تحلیل رگرسیون برای پیش بینی افسردگی فرزندان دختر، سهم رضایت زناشویی مادر در حدود ۳۲ درصد و سهم رضایت پدر در حدود ۲ درصد می‌باشد که این اختلاف زیاد نیز می‌تواند به خاطر مسایل مطروح فوق یعنی ارتباط بیشتر دخترها با مادرانشان و داشتن ارتباط کمتر با پدرانشان باشد.

همچنین مسایل فرهنگی باعث می‌شود که دخترها بیشتر اوقات خود را در منزل بسر ببرند و کمتر از منزل خارج شوند در حالیکه پسرها برای رفتن به خارج از منزل محدودیتی ندارند.

سوال ۵- آیا بین رضایت زناشویی پدران و رضایت زناشویی مادران رابطه معنی داری وجود دارد؟

نتایج حاصل نشان می‌دهد که ضریب همبستگی بین این دو متغیر معادل (۰/۷۴۷ و ۰/۷۶۶) می‌باشد یعنی رضایت زناشویی پدر با رضایت زناشویی مادر رابطه زیادی دارد. هر چقدر رضایت زناشویی پدر بیشتر باشد رضایت زناشویی مادر هم بالا است و بالعکس هر چقدر رضایت زناشویی مادر بیشتر باشد رضایت

زناشویی پدر هم بیشتر است.

سؤال ۶ - آیا بین میزان رضایت زناشویی پدران و میزان رضایت زناشویی مادران تفاوت معنی داری وجود دارد؟

با توجه به اینکه t بدست آمده از این دو متغیر معادل (۰/۲۵۵) می باشد که کوچکتر از t جدول با درجه آزادی ۱۹۸ و در سطح ۰/۰۵ و ۰/۰۱ (به ترتیب ۱/۹۶ و ۲/۵۷۶) می باشد. لذا تفاوت معنا داری بین رضایت زناشویی پدران و رضایت زناشویی مادران وجود ندارد. و اختلاف موجود در میانگین های دو متغیر که میانگین نمرات رضایت زناشویی پدران مقداری بیشتر از میانگین نمرات رضایت زناشویی مادران است از نظر آماری معنا دار نیست.

سؤال ۷ - آیا بین میزان افسردگی دختران و میزان افسردگی پسران تفاوت معنی داری وجود دارد؟

با توجه به اینکه t بدست آمده از این دو متغیر معادل (۰/۲۷۶) می باشد که کوچکتر از t جدول با درجه آزادی ۱۹۸ و در سطح ۰/۰۵ و ۰/۰۱ (به ترتیب ۱/۹۶ و ۲/۵۷۹) می باشد. لذا تفاوت معنی داری بین افسردگی دختران و افسردگی پسران وجود ندارد و تفاوت مشاهده شده در میانگین های دو گروه که میانگین نمرات افسردگی دختران را بیشتر از میانگین افسردگی پسران نشان می دهد از نظر آماری معنا دار نیست. و تحقیقاتی که در این زمینه انجام شده مقداری متفاوت از نتایج این پژوهش است چون فرانکل (۱۹۹۲) ترجمه خونساری نژاد (۱۳۷۷) بیان می دارد که احتمال ابتلاء به افسردگی و بستری شدن در بیمارستان در زنان دو برابر مردان است و یا کاپلان (۱۹۹۴) ترجمه پور افکاری (۱۳۷۶) نیز افسردگی یک قطبی را در زنها دو برابر مردها می داند.

بحث و نتیجه گیری

بطور کلی روابط بین والدین رابطه زیادی با آرامش فرزندان دارد وقتی که والدین از زندگی زناشویی راضی نباشند - هر چند که در بعضی از موارد والدین می خواهند عدم رضایت خود را کتمان نمایند - ولی لحن صحبت و نحوه بر خورد والدین مشخص کننده نوعی تنش در روابط می باشد و این نوع رابطه معمولاً رابطه شاد و خوشحال کننده ای بر خود والدین و اطرافیان نمی باشد و کودکان که برای داشتن سلامت روان نیازمند محیطی امن و شاد هستند، احساس عدم امنیت کرده و همیشه نگران تنشها و بر خوردهای والدین می باشد و به مرور دچار اضطراب می گردند و همچنین برای اینکه فرزندان، خود را بپذیرند و این کار در وهله اول بایستی توسط

والدین انجام شود، ولی والدینی که خود را نپذیرفته‌اند، چگونه می‌توانند دیگران بخصوص فرزندان خود را بپذیرند و این عدم پذیرش از طرف والدین بخصوص در دوره نوجوانی که نوجوان دوست دارد که مورد توجه و قبول دیگران باشد موجب پایین آمدن سطح عزت نفس و کسب خود پنداره منفی و در نهایت احساس حقارت می‌شود و این مسئله در این دوره منتهی به افسردگی نوجوان می‌شود و در این خصوص عوامل دیگر مانند جنس والد و جنس فرزندان نیز موثر است. همانطور که در نتیجه این پژوهش مشاهده می‌شود بیشترین ضریب همبستگی مربوط است به ضریب همبستگی بین رضایت زناشویی مادران و افسردگی فرزندان دختر است، این نتیجه می‌تواند حاکی از انتظارات دختران از مادرانشان در رابطه با داشتن رابطه عاطفی با دختران خود می‌باشد و همچنین دختران نیاز شدیدتری به دریافت عواطف و احساسات مثبت از طرف مادر خود دارند و اگر به این انتظار و نیاز پاسخ درست داده نشود، احساس غمگینی و افسردگی در آنها بخصوص در دوره نوجوانی بیشتر می‌شود.

پیشنهادات

- ۱- به دانشجویان و پژوهشگرانی که می‌خواهند در رابطه با رضایت زناشویی در ایران پژوهش نمایند پیشنهاد می‌شود، پرسشنامه‌ای برای این منظور تهیه نمایند که در آن فرهنگ، مذهب و ملیت ایرانی لحاظ شده باشد.
- ۲- به دانشجویان و پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که این پژوهش را در استانهای دیگر نیز انجام دهند تا نتیجه این پژوهش قابل تعمیم باشد.
- ۳- با توجه به نتایج بدست آمده از این پژوهش پیشنهادات زیر نیز ارائه می‌گردد:

الف - به مسئولین وزارتخانه‌های آموزش و پرورش، علوم و تحقیقات و فن آوری و بهداشت و آموزش پزشکی پیشنهاد می‌شود که برای دو سال آخر دبیرستان و تمام دوره‌های دانشگاه درسی را که حاوی اطلاعاتی در خصوص همسرگزینی و ازدواج و زندگی زناشویی باشد، ارائه نمایند.

ب - به وزارت بهداشت و آموزش پزشکی و دیگر دست اندرکاران امر پیشنهاد می‌شود تا برای جوانان در آستانه ازدواج کلاسهای راهنمای ازدواج و زندگی زناشویی دایر نموده و یا اینکه کتبی را در این زمینه ارائه نمایند و در انتها آزمونی بمنزله ارزیابی میزان اطلاعات افراد در خصوص زندگی زناشویی و... برگزار نموده و ثبت ازدواج را منوط به قبولی در این آزمون اعلام نمایند.

ج - به صدا و سیما و دیگر رسانه‌های جمعی پیشنهاد می‌شود که برنامه‌هایی را برای جوانان در آستانه ازدواج و والدین آنها تهیه نمایند.

محدودیت‌های پژوهش

- ۱ - یکی از محدودیت‌های این پژوهش کمبود منابع داخلی در خصوص رضایت زناشویی بود.
- ۲ - دیگر محدودیت این پژوهش عدم همکاری والدین در این پژوهش بود. عده‌ای از والدین به محل دعوت شده جهت تکمیل پرسشنامه مراجعه نمی‌کردند و عده‌ای دیگر نیز در دادن اطلاعات صحیح باز داری داشتند و این امر باعث شد تا تعدادی از پرسشنامه‌ها مخدوش شده و تعداد نمونه کم شود.
- ۳ - یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش می‌تواند این باشد که چون این پژوهش در محدوده شهرستان قم انجام شده است و ممکن است مسایل فرهنگی موجود در این شهر در نتایج تحقیق موثر بوده باشد.

فهرست منابع فارسی

- حمیدی، جمشید. (۱۳۶۸). رفتار درمانی. (چاپ سوم). شیراز: انتشارات دانشگاه شیراز
- ستافورد، لورا و به یز، چری. (۱۳۷۷). تعامل والدین و کودکان (ترجمه محمد دهگانپور و مهرداد خرازچی) تهران: انتشارات رشد.
- اسماعیلی فارسانی، بهمن (۱۳۷۴). بررسی ارتباط خویشتن پنداری و رضایت از زندگی زناشویی دانشجویان دانشگاه‌های دولتی و آزاد اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد. چاپ نشده، دانشگاه تربیت معلم.
- انیس، آلبرت؛ سیجل، جی. ال؛ ییجر، ر. جی؛ باتیا، وی. جی. دای و گیزپ، آر. دای. (۱۳۷۵) زوج درمانی (ترجمه جواد صالحی فدردی و امیر امین یزدی). تهران: انتشارات میثاق
- بروین، کریس. ر. (۱۳۷۸). بنیادهای شناختی روانشناسی بالینی (ترجمه مجید علیلو، عباس بخشی پور و دوسری و حسن صبوری مقدم). تبریز: انتشارات روان پویا
- بیرامی، منصور. (۱۳۷۸). خانواده و آسیب‌شناسی آن. تبریز: انتشارات آیدین.
- براد شاو، جان. (۱۳۷۲) خانواده: تحلیل سیستمی خانواده (ترجمه مهدی قراچه داغی). تهران: نشر البرز
- بک، آرون. تی. (۱۳۷۶). عشق هرگز کافی نیست (ترجمه مهدی قراچه داغی). تهران: نشر پیکان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۸).
- بلاج، سیدنی (گرد آورنده). (۱۳۷۰). مقدمه‌ای بر روان‌درمانی: نظریه‌ها و روش‌های رایج (ترجمه مهدی قراچه داغی). تهران: انتشارات رشد.
- تاجیک اسماعیلی، عزیزال. (۱۳۷۷). تعادل و استحکام خانواده. در «جوان و تشکیل خانواده» (صص ۶۱-۳۹) تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان جمهوری اسلامی ایران
- ثنایی، باقر؛ علاق‌بند، ستیلا و هومن، عباس. (۱۳۷۹). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: انتشارات بعثت.
- دادستان، پریرخ. (۱۳۷۸). روانشناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی (ج ۱). چاپ سوم. تهران: انتشارات سمت.
- ساروخانی، باقر. (۱۳۷۰) مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی خانواده. تهران: انتشارات سروش.

سليمانيان، علي اكبر. (۱۳۷۳) بررسی تأثیر تفکرات غیر منطقی (بر اساس رویکرد شناختی) بر نارضایتی زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد. چاپ نشده. دانشگاه تربیت معلم.

ستیر، ویرجینیا. (۱۳۷۶). آدم سازی در روانشناسی خانواده (ترجمه بهروز بیرشک). تهران: انتشارات رشد.

سعادت‌مند، نیره السادات (۱۳۷۶) بررسی ارتباط بین کارایی خانواده و سلامت عمومی فرزندان آنها. پایان نامه کارشناسی ارشد. چاپ نشده. دانشگاه آزاد واحد رودهن.

سیف، سوسن. (۱۳۶۸). تنوری رشد خانواده. تهران: انتشارات دانشگاه الزهرا (س).

سیف، علی اکبر. (۱۳۷۸). روش تهیه پژوهشنامه (ویرایش دوم). تهران: انتشارات دوران.

شاملو، سعید. (۱۳۷۰). آسیب‌شناسی روانی. چاپ سوم. تهران: انتشارات رشد.

شرفی، محمدرضا. (۱۳۷۲) خانواده متعادل (آناتومی خانواده). تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان جمهوری اسلامی ایران

شیارلو، ماری. اوراشل، هلن. (۱۳۷۹). الگوی ارتباط والد - کودک و رابطه آن با افسردگی. (ترجمه شهرام محمدخانی). فصلنامه پیام مشاور، ۵، ۱۰۶، ۸۹.

فرانکل، لوئیس. (۱۳۷۷). روانشناسی زن (ترجمه شکوه السادات خونساری نژاد). تهران: شکوه دانش. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۲).

کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین و گرب، جک. (۱۳۷۶). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی (ج ۲) (ترجمه نصرت اله پورافکاری). چاپ دوم. تهران: انتشارات شهر آشوب (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۴).

گراث، گری و مارنات. (۱۳۷۵). راهنمای سنجش روانی (ترجمه و ویرایش حسن یاشا شریفی و محمد رضا نیکخوا). تهران: انتشارات رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۰)

لطف آبادی، حسین. (۱۳۷۹). روانشناسی رشد ۲. نوجوانی، جوانی و بزرگسالی. تهران: انتشارات سمت.

مزلو، ابراهام. (؟). روانشناسی عشق و ورزیدن (ترجمه شیوا رویگران). تهران: انتشارات وحید.

مصلحتی، حسین. (۱۳۷۹). ازدواج و ازدواج درمانی. تهران: نشر البرز.

موسوی، رقیه. (۱۳۷۴). بررسی و مقایسه عوامل موثر بر رضامندی زناشویی در سه گروه پزشکان، کارمندان و کارگران شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. چاپ نشده. دانشگاه تربیت معلم.

مهریار، امیر هوشنگ. (۱۳۷۳) افسردگی: برداشتها و درمان شناختی. تهران: انتشارات رشد.

میلانی فر، بهروز (۱۳۷۰). بهداشت روانی. تهران: نشر قومس

نجاتی، حسین. (۱۳۷۶). روانشناسی زناشویی. تهران: انتشارات بیکران.

نوابی نژاد، شکوه. (۱۳۷۷). ویژگیها و شرایط لازم دختر و پسر برای ازدواج. در «جوان و تشکیل

خانواده» (صص ۱۶۲ - ۱۲۷). انتشارات انجمن اولیا و مربیان جمهوری اسلامی ایران.

هارجی، اون؛ ساندرز، کریستین و دیکسون، دیوید. (۱۳۷۷). مهارتهای اجتماعی در ارتباطات میان

فردی (ترجمه خشایار بیگی و مهرداد فیروز بخت). تهران: انتشارات رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی

۱۹۹۴).

هاوتون، کیت؛ سالکووس کیس، پال. م؛ کرک، جوان و کلارک، دیوید. م. (۱۳۷۶). رفتار درمانی

شناختی: راهنمای کاربردی در درمان اختلالهای روانی. (ترجمه حبیب اله قاسم زاده). تهران: انتشارات

ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۸۹).

هومن، حیدر علی. (۱۳۷۶) شناخت روش علمی در علوم رفتاری. تهران: نشر پارسا.

هومن، حیدر علی. (۱۳۷۸). راهنمای تدوین گزارش پژوهشی، رساله و پایان نامه تحصیلی. تهران: نشر پارسا.

فهرست منابع انگلیسی

- Acitelli, Linda K., Toni C. Antonucci. (1994). Gender Differences in the Link Between Marital support and Satisfaction in older couples . *Journal of Personality and social psychology*, 67, 688-698.
- Bemporad, J.R. (1994). Psychoanalytically orientated Psycho Therapy. In E.S.Paykel (Ed.), Guilford hand book of effective disorders, New yourk.
- Blum, J.S. & Mehrabian. A. (1999). Personality and temperament Correlates of marital satisfaction. *Journal of personality*, 67, 93-125.
- Donnelly, Denise A. (1993). Sexually inactive marriage. *The Journal of sex Research*, 30(2), 171-179
- Goldberg, W.A. & Easterbrooks, M.A. (1984). Role of marital quality in toddler development. *Developmental psychology*, 20, 504-514.
- Huston, Ted L. & Vangelisti Anita L. (1991). Socioemotional behavior and satisfaction in marital relationships: A longitudinal study. *Journal of personality and social psychology*, 61(5), 721-733 .
- Matteson, R. (1974). Adolescent self-esteem, family communication, and marital satisfaction. *Journal of psychology*, 86, 35 - 47
- Morokoff, Patricia J. & Gilliland Ruth (1993). Stress, sexual functioning, and marital satisfaction. *The Journal of sex Research*, 30(1) , 43-45.
- Norton, R. (1983) Measuring marital quality: A critical look at the dependent variable. *Journal of marriage and the family*, 5, 141-151.
- Olson, David H. Fowers Blaine J. (1989) enrich marital inventory: adiscriminant validity and cross - validity assessment. *Journal of marital and family*

therapy, 1, 65-79.

Peterson, J.L., & Zill, N. (1986) Marital disruption, parent - child relationships, and behavior problems in children. *Journal of marriage and the family*, 48, 295-307.

Ward, Russel A. (1993). Marital Happiness and Household Equality in later life. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 427 - 438.

پرسشنامه رضایت زناشویی

نام و نام خانوادگی: **سن:** **تحصیلات:**

این پرسشنامه شامل جملاتی درباره جنبه های مختلف زندگی شماست که ممکن است با آن موافق یا مخالف باشید. هر جمله را با دقت بخوانید و سپس میزان موافقت یا مخالفت خود را با علامت (x) مشخص کنید. توجه داشته باشید جواب صحیح یا غلط وجود ندارد. سعی نمایید حتی الامکان از پاسخ به مورد "نه موافق و نه مخالف" خودداری کنید. فقط وقتی این مورد را علامت بزنید که در موافق یا مخالف بودن خود نسبت به یک جمله کاملاً شک و تردید داشته باشید.

کاملاً مخالف	مخالفم	نه موافق نه مخالف	موافقم	کاملاً موافقم	جملات
					۱- من و همسرم یکدیگر را کاملاً درک می کنیم.
					۲- همسرم خلق و خوی مرا کاملاً درک می کند و با آن سازگاری دارد.
					۳- هرگز حتی برای یک لحظه از رابطه با همسرم تأسف نخورده ام.
					۴- از ویژگیهای شخصیتی و عادات شخصی همسرم راضی نیستم.
					۵- از اینکه در زندگی مشترکمان مسئولیتهای خود را خوب ایفا می کنیم، خوشحالم.
					۶- روابطم با همسرم رضایت بخش نیست و احساس می کنم وی مرا درک نمی کند.
					۷- از نحوه تصمیم گیریها در مورد چگونگی حل و فصل اختلافان بسیار خشنود هستم.
					۸- از وضعیت اقتصادی خانواده و نیز شیوه تصمیم گیریهای مربوط به آن راضی نیستم.
					۹- از نحوه برنامه ریزی برای اوقات فراغت و نیز صرف اوقات در کنار همسرم بسیار خشنود هستم.
					۱۰- از نحوه ابراز عشق و احساسات و نیز رابطه جنسی با همسرم بسیار خشنود هستم.
					۱۱- از نحوه ایفای نقش و مسئولیت خود و همسرم به عنوان "والدین" راضی نیستم.
					۱۲- گاهی اوقات همسرم قابل اطمینان نیست و همیشه خط مشی خود را دنبال می کند.
					۱۳- همسرم گاهی اوقات حرفهایی می زند که باعث تحقیر می شود.
					۱۴- هنگام در میان گذاشتن مشکلات با همسرم معمولاً فکر می کنم که او مرا درک نمی کند.
					۱۵- در تصمیم گیریهای مالی مشکل داریم.
					۱۶- از اینکه نمی توانم بدون اجازه همسرم پول خرج کنم باعث آزارم است.
					۱۷- تا زمانیکه همسرم در کنارم نباشد به من خوش نمی گذرد.
					۱۸- از اینکه همسرم نزدیکی را بصورت غیر منصفانه قبول یا رد کند ناراحت می شود.
					۱۹- اختلاف نظر راجع به اینکه تا چه اندازه باید به فرزندانمان برسیم برای ما بصورت مشکلی درآمده است.
					۲۰- من احساس می کنم والدینمان مشکلاتی را در زندگی زناشویی ما بوجود می آورند.
					۲۱- من و همسرم در اینکه چگونه به اعتقادات مذهبی مان عمل کنیم اختلاف نظر داریم.

- (۱) غمگین نیستم .
 ۱ غمگین هستم .
 ۲ غم دست بردار نیست .
 ۳ تحملم را از دست داده‌ام .
- (۲) به آینده امیدوارم .
 ۱ به آینده آمیدی ندارم .
 ۲ احساس می‌کنم آینده امیدبخشی در انتظارم نیست .
 ۳ کمترین روزنه آمیدی ندارم .
- (۳) ناکام نیستم .
 ۱ ناکام تر از دیگرانم
 ۲ به زندگی گذشته‌ام که نگاه می‌کنم هر چه می‌بینم شکست و ناکامی است .
 ۳ آدم کاملاً شکست خورده‌ای هستم .
- (۴) مثل گذشته از زندگی ام راضی هستم .
 ۱ مثل سابق از زندگی لذت نمی‌برم .
 ۲ از زندگی رضایت واقعی ندارم .
 ۳ از هر کس و هر چیز که بگویی ناراضی هستم .
- (۵) احساس تقصیر نمی‌کنم .
 ۱ گاهی اوقات احساس تقصیر می‌کنم .
 ۲ اغلب احساس تقصیر می‌کنم .
 ۳ همیشه احساس تقصیر می‌کنم .
- (۶) انتظار مجازات ندارم .
 ۱ احساس می‌کنم ممکن است مجازات شوم .
 ۲ انتظار مجازات دارم .
 ۳ احساس می‌کنم مجازات می‌شوم .
- (۷) از خودم راضی هستم .
 ۱ از خودم ناراضی‌ام .
 ۲ از خودم بدم می‌آید .
 ۳ از خودم متنفرم .
- (۸) بدتر از سایرین نیستم .
 ۱ از خودم بخاطر خطاهایم انتقاد می‌کنم .
 ۲ همیشه خودم را بخاطر خطاهایم سرزنش می‌کنم .
 ۳ برای هر اتفاق بدی خود را سرزنش می‌کنم .
- (۹) هرگز به فکر خودکشی نمی‌افتم .
 ۱ فکر خودکشی به سرم زده اما اقدامی نکرده‌ام .
 ۲ به فکر خودکشی هستم .
 ۳ اگر بتوانم خودکشی می‌کنم .
- (۱۰) بیش از حد معمول گریه نمی‌کنم .
 ۱ بیش از گذشته گریه می‌کنم .
 ۲ همیشه گریانم .
 ۳ قبلاً گریه می‌کردم اما حالا با آنکه دلم می‌خواهد نمی‌توانم گریه کنم .
- (۱۱) کم حوصله‌تر از گذشته نیستم .
 ۱ کم حوصله‌تر از گذشته هستم .
 ۲ اغلب کم حوصله هستم .
 ۳ همیشه کم حوصله هستم .