



اثربخشی گروه درمانی وجودی بر افزایش صمیمیت و رضایت زناشویی در زنان افسرده متأهل

احمد مزارعی ستوده: دانشجوی دکتری مشاوره، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران
ابوالفضل بخشی پور: استادیار، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران (* نویسنده مسئول) ab8boj@gmail.com
محمود جاجرمی: استادیار، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

صمیمیت،
رضایت،
زناشویی،
درمان وجودی

زمینه و هدف: توقع مهم از الگوی ازدواج در جهان امروز این است که زوج‌ها به نیازهای یکدیگر به عشق، صمیمیت و عاطفه توجه کنند، بنابراین هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی گروه درمانی وجودی بر صمیمیت و رضایت زناشویی زنان افسرده متأهل بود.
روش کار: روش پژوهش نیمه آزمایشی با گروه آزمایش و گروه گواه، طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه و جامعه آماری پژوهش را ۵۶ زن افسرده مراجعه‌کننده به دو مرکز مشاوره و روانشناسی در مشهد در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از این جامعه ۳۰ زن افسرده متأهل به شیوه هدفمند انتخاب و به شکل تصادفی ۱۵ زن در هر یک از دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه صمیمیت زناشویی والکر و تامپسون (۱۹۸۳) و پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ، ۱۹۸۹؛ و همچنین برنامه مداخله بسته آموزشی-درمانی نظریه وجودی مدل فرانکل و یالوم در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروهی به گروه آزمایش آموزش داده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج حاکی از تأثیر درمان وجودی بر صمیمیت زناشویی و رضایت زناشویی بود و صمیمیت زناشویی و رضایت زناشویی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون افزایش داشته و این افزایش در مرحله پیگیری نیز پایدار نشان می‌دهد ($p < 0/05$)؛ ولی در گروه گواه تغییری مشاهده نمی‌شود ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان از درمان وجودی به شیوه گروهی در جهت بهبود صمیمیت و رضایت زناشویی استفاده نمود و این مطالعه، کارایی و اثربخشی گروه درمانی وجودی بر سطح سلامت روان افراد شرکت‌کننده را افزایش داد که گامی مثبت در بهبود سلامت روان است.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Mazarei Sotoodeh A, Bakhshipour A, Jajarmi M. The Effectiveness of Existential Group Therapy on Increasing Intimacy and Marital Satisfaction in Depressed Married Women. Razi J Med Sci. 2022;29(2):39-50.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.



Original Article

The Effectiveness of Existential Group Therapy on Increasing Intimacy and Marital Satisfaction in Depressed Married Women

Ahmad Mazarei Sotoodeh: PhD Student, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran

Abolfazl Bakhshipour: Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran (*Corresponding author) ab8boj@gmail.com

Mahmoud Jajarmi: Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran

Abstract

Background & Aims: Depression is a common mental illness that causes mental, occupational, and physical dysfunction. Most empirical studies on the causes of depression adopt a predisposition-depression model in which vulnerable individuals become depressed when external stressors outweigh the individual's personal resources to overcome the illness. In addition to examining genetic predispositions, research on depression has paid much attention to the study of personality vulnerabilities. Therefore, achieving a healthy society obviously depends on the health of the family and the realization of a healthy family is conditional on the mental health of its members and having a favorable relationship with each other. Therefore, improving the health of family members in their relationships will undoubtedly have positive effects on society. When the family center includes a healthy environment and warm relationships and intimate interpersonal interaction, it can lead to the growth and development of family members. The existence of a satisfactory marriage is a place of intersection and exchange of positive feelings and emotions between couples, and the formation of a normal family plays an important role in the health, quality, and satisfaction of married life and the well-being of the whole society. An important expectation from the pattern of marriage in today's world is that couples pay attention to each other's needs for love, intimacy, and affection. Also, people consider marriage to be the most intimate relationship of adulthood, a relationship for which the main source of affection, support, and satisfaction. The ability to cultivate intimacy is an interpersonal factor, the importance of which is often highlighted because of its essential role in the development of close relationships and its relationship with marital satisfaction. Thus, intimacy creates both personal and communication satisfaction and is the main factor in providing health, adjustment, happiness, and a sense of meaning in couples; Besides, intimacy seems to improve commitment in relationships and increase communication compatibility, so this study aimed to determine the effectiveness of existential group therapy on intimacy and marital satisfaction of depressed married women.

Methods: The present study with the code IR.IAU.BOJNOURD.REC.1399.009 was approved by the ethics committee of Islamic Azad University Bojnourd branch. Quasi-experimental research method with pre-test, post-test with a control group and two-month follow-up and the statistical population of married female clients applied for counseling from two counseling and psychology centers in Mashhad in the period of October to November 1398. Beck Depression Inventory, 56 women who scored higher in this questionnaire according to the inclusion criteria, which were: having at least a diploma, more than 3 years of married life, and no mental or physical illness available 30 women were selected. For these people, the research plan including the number of sessions, the duration of each session, and the issues raised in the sessions, were fully

Keywords

Intimacy,
Satisfaction,
Marriage,
Existential Therapy

Received: 05/03/2022

Published: 30/04/2022

explained, and after obtaining their full consent and desire in the research company, written consent was obtained and their names were included in the research list. Became; Then 30 women were randomly selected into two experimental groups (15 women) and a control (15 women). Research tools: Walker and Thompson Marital Intimacy Questionnaire (1983) and Enrich Marital Satisfaction Questionnaire, 1989; Also, the intervention program of the educational-therapeutic package of the existential theory of Frankel and Yalom models were taught to the experimental group in 8 90-minute group sessions. Data were analyzed using repeated measures mixed analysis of variance.

Results: The results show that group existential therapy was effective on the score of marital intimacy ($P = 0.020$) with an effect size of 0.18 and also on the score of marital satisfaction ($P = 0.017$) with an effect size of 0.18. Also, the comparison of the three stages in the experimental group and the control group shows that the difference between marital intimacy and marital satisfaction in the post-test and follow-up stages in comparison with the pre-test is significant and this effect remains stable until the follow-up stage; While in the control group, these differences are not significant.

Conclusion: The aim of this study was the effectiveness of group existential therapy on intimacy and marital satisfaction of depressed married women. The results of this study show that the mean of marital intimacy in both experimental groups in the post-test stage has increased compared to the pre-test. Also, repeated measures analysis of variance confirms that this intervention has been able to affect marital intimacy in the post-test and follow-up stages, and this effect has remained stable until two months after the end of the training, according to the results of the Bephroni post hoc test. According to the research literature, each of these approaches is one of the most effective and successful interventions in the field of psychotherapy. A look at the extent of the impact of each of these approaches on marital intimacy in explaining the findings of this study will be enlightening. The basis of all human relationships is the need to belong, to love, to acknowledge, and to respect. Hence, a healthy relationship is characterized by interdependence, calculation, and an existential relationship based on generosity and mutual love. As a result, existential psychotherapy helped married women in the experimental group to get to know each other better during a dynamic relationship with their husbands and family members; Get acquainted with their inner and fundamental needs, meanings and values, and explore them in the depths of their being. They were also trained to identify challenges in their relationships, to approach the issue from their own perspective, and then to try to address the issue from the perspective of the other person as well as the perspective of a third person to address all aspects of a Get acquainted with the problem and challenge and then take action to reduce the challenges in the heart of their relationship by accepting their role and responsibility. According to the research findings, group existential therapy can be used to improve intimacy and marital satisfaction.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Mazarei Sotoodeh A, Bakhshipour A, Jajarmi M. The Effectiveness of Existential Group Therapy on Increasing Intimacy and Marital Satisfaction in Depressed Married Women. *Razi J Med Sci.* 2022;29(2):39-50.

***This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.**

مقدمه

افسردگی (Depression) یک بیماری روانی رایج است که موجب نقص عملکرد روانی، شغلی و جسمی می‌شود (۱). بیش‌تر مطالعات تجربی درباره علل افسردگی، یک مدل استعداد-افسردگی را قبول دارند که در آن وقتی عوامل خارجی استرس‌زا از منابع شخصی فرد برای فائق آمدن بر بیماری بیش‌تر می‌شوند، افراد آسیب‌پذیر افسرده می‌شوند (۲). پژوهش روی افسردگی، علاوه بر بررسی استعدادهای ژنتیکی، توجه بسیار زیادی به بررسی آسیب‌پذیری‌های شخصیتی داشته است (۳). از آن رو، دستیابی به جامعه سالم، آشکارا درگرو سلامت خانواده و تحقق خانواده سالم مشروط به برخورداری افراد آن از سلامت روانی و داشتن رابطه‌های مطلوب با یکدیگر است (۴). از این رو سالم‌سازی اعضای خانواده در روابطشان بی‌گمان اثرهای مثبتی را در جامعه به دنبال خواهد داشت. هنگامی که کانون خانواده دربرگیرنده محیط سالم و روابط گرم و تعامل صمیمانه میان فردی باشد، می‌تواند موجب رشد و پیشرفت اعضای خانواده شود. وجود یک ازدواج رضایت‌مندانه، محل تلاقی و تبادل احساسات و عواطف مثبت بین زوجین است و تشکیل خانواده بهنجار نقش مهمی در سلامت، کیفیت و رضایت زندگی زناشویی و بهزیستی کل جامعه دارد (۵). توقع مهم از الگوی ازدواج در جهان امروز این است که زوج‌ها به نیازهای یکدیگر به عشق، صمیمیت و عاطفه توجه کنند (۶). افزون بر آن، افراد ازدواج را به‌عنوان صمیمانه‌ترین رابطه بزرگ‌سالی محسوب می‌کنند، رابطه‌ای که برای آن‌ها منبع اصلی عاطفه، حمایت و رضایت است (۷). پرواضح است که توانایی پروراندن صمیمیت عاملی بین شخصی است که اهمیت آن اغلب به خاطر نقش اساسی‌اش در رشد روابط نزدیک و رابطه‌اش با رضایت زناشویی برجسته می‌شود (۸). از این رو صمیمیت، هم رضایت فردی و هم رضایت ارتباطی را ایجاد می‌کند و به‌عنوان عامل اصلی فراهم آوردن سلامت، سازگاری، شادکامی و احساس معنی کردن در زوج‌ها است؛ علاوه بر این، به‌نظر می‌رسد که صمیمیت، تعهد را در روابط بهبود می‌بخشد و سازگاری ارتباطی را افزایش می‌دهد (۷). به‌طور ایده‌آل روابط بین‌فردی نزدیک، به افراد اجازه می‌دهد که نیاز خود به پذیرفته شدن، مورد توجه

بودن، ارزشمند تلقی شدن و دوست داشته شدن را برآورده کنند و به آن‌ها فرصت می‌دهد که چنین نگرش‌ها و رفتارهایی را متقابلاً انجام دهند (۴).

پژوهش‌های بسیاری نشان می‌دهد شکست در برقراری ارتباط و صمیمیت، یکی از رایج‌ترین مشکلاتی است که از سوی همسران ناراضی ابراز می‌شود (۲). بر این، توانایی برقراری و حفظ صمیمیت با دیگران به افراد کمک می‌کند با مشکلات ارتباطی کنار آیند و روابطی رضایت‌بخش زناشویی داشته باشند؛ به‌عقیده مشاوران زوج و خانواده، کیفیت روابط زناشویی نقشی مهم بر سلامت روان‌شناختی زوج‌ها دارد (۳). اگر تعارض‌های اجتناب‌ناپذیر زوج‌ها شدید باشد، تأثیرات جسمانی و روان‌شناختی مخربی خواهد داشت (۶). در این راستا، توسعه صمیمیت بین همسران اولین گام در جهت ایجاد ازدواج مطلوب است؛ از این رو، ایجاد و حفظ روابط صمیمانه در ازدواج، مهارت و هنری است که افزون بر سلامت روانی و تجارب سالم اولیه، نیازمند کسب مهارت‌ها و انجام وظایف ویژه‌ای است (۸). پژوهش‌ها و تجارب بالینی نشان می‌دهد در جامعه امروز، زوج‌ها مشکلات فراگیری در برقراری و حفظ روابط صمیمانه با یکدیگر تجربه می‌کنند (۹). در کشور ایران، کانون خانواده و ازدواج به دلایل فرهنگی و ارزشی در مقایسه با کشورهای غربی اهمیت بیش‌تری دارد. از این رو، تلاش برای استحکام و تداوم خانواده و ارضای نیازهای عاطفی و روانی اعضا به‌ویژه همسران از اهمیت بیش‌تری برخوردار است؛ پژوهش‌ها و تجارب بالینی نشان می‌دهد ریشه بسیاری از مشکلات زناشویی، کمبود صمیمیت و وجود مشکلات ارتباطی بین همسران است (۱۰).

توانایی برقراری و حفظ صمیمیت با دیگران به افراد کمک می‌کند با مشکلات ارتباطی کنار آیند و روابطی رضایت‌بخش داشته باشند؛ درحالی‌که اجتناب از صمیمیت مشخصه افرادی است که روابطشان را کم‌تر رضایت‌بخش توصیف می‌کنند (۷). زوج‌ها در جوامع امروزی برای برقراری و حفظ رابطه صمیمی به مشکلات شدید و فراگیری دچارند و اغلب جهت برقراری مجدد سطوح اعتماد و رضایت در رابطه خود، به‌ویژه موضوع‌های مربوط به پیوندهای ارتباطی-هیجانی با افراد مهم زندگی، برای درمان مراجعه

می‌کنند (۹). افرادی که مشکل در ایجاد صمیمیت دارند اغلب به دنبال مشاوره برای مشکل زناشویی‌شان هستند، در حالی که افزایش و بهبود صمیمیت اغلب یکی از اهداف زوج‌درمانی است (۱۰).

در این پژوهش، از رویکرد گروهی درمان وجودی (Existential treatment group approach) برای بهبود صمیمیت و رضایت زناشویی استفاده خواهد شد. روان‌درمانی وجودی بر اساس دیدگاه خود دربارهی زندگی انسان به اهمیت زندگی آن‌ها می‌پردازد (۱۱). این رویکرد درمانی بیش از سایر دیدگاه‌ها به بررسی آگاهی انسان از خود و توانایی فرد در نگرستن به ماورای مشکلات خویش و مسائل وجودی می‌پردازد؛ انسان نمی‌تواند به تنهایی و جدای از دیگران زندگی کند؛ از این رو، عمق بخشیدن به روابط صمیمانه و صادقانه با دیگران در راستای یک زندگی رضایت‌بخش از پیشنهادهای روان‌درمانی وجودی است (۱۲). در این رویکرد تلاش نمی‌شود درد و رنج انسان از بین برود، زیرا زندگی انسان ماهیتاً توأم با رنج است، در عوض به انسان‌ها کمک می‌شود با پذیرش واقعیت درد و رنج برای دردهای زندگی معنا بیابند که در این صورت دردها لذت‌بخش خواهند شد (۱۰). در این رویکرد به فرد در مواجهه با واقعیات زندگی از جمله مرگ، تنهایی و آزادی کمک می‌شود و فرد تشویق می‌شود از حالت مفعول بودن خارج شده و آزادی خود را بپذیرد و نوع نگرش خود نسبت به مسائل را انتخاب کند (۳). کار درمانگر در این شیوه عمدتاً چالش منطقی و عقلانی با مراجع است تا سطح آگاهی و درک او از زندگی مشترک و مسائل آن را افزایش دهد (۱۰). هدف اصلی گروه‌درمانی وجودی کمک به حضور واقعی در هستی است؛ یعنی به اعضا کمک می‌کند تا با زندگی و پدیده‌های آن ارتباطی واقعی و صادقانه برقرار کنند و در واقع، به جای تمرکز بر مشکلات بیرونی، بر روابط فعلی اعضا با یکدیگر تأکید دارد (۳). نوع نگرش و جهان‌بینی اگرچه می‌تواند بین بسیاری از افراد یا گروه‌ها مشترک باشد، اما از یک تغییر برداشت شخصی حاصل می‌شود. این جهان‌بینی عمدتاً به‌عنوان چارچوب فکری و برداشت فرد از نوع انسان، دنیا و زندگی تعریف می‌شود که می‌تواند از علم، مذهب، فلسفه و حتی باورهای حاصل از تجارب فردی، نشاءت بگیرد (۱۲). بنا بر آنچه که مرور شد، شواهد قاطعی

وجود دارد که برنامه‌های غنی‌سازی با فراهم کردن مهارت‌های زناشویی به زوج‌ها کمک می‌کنند تا شادکامی زناشویی را افزایش داده، روابط خود را بهبود بخشیده، کشمکش و نزاع را کاهش داده، ارتباط را تسهیل و ثبات زناشویی و مهارت‌های ارتباطی را ارتقا دهند. همان‌گونه که اشاره شد می‌توان رد پای کمرنگ شدن صمیمیت را بر اساس این نگاه که آن را ناشی از فقدان مهارت و عدم آموزش مهارت‌ها می‌داند بر کاهش رضایت زناشویی و در نتیجه افسردگی یکی از زوج‌ها تبیین کرد. لذا با توجه به ملاحظات نظری بالا این پژوهش قصد دارد به مطالعه اثربخشی آموزش درمان وجودی گروهی بر صمیمیت زناشویی و رضایت زناشویی در زنان افسرده متأهل فرضیه‌های زیر را آزمون کند.

روش کار

پژوهش حاضر با کد IR.IAU.BOJNOURD.REC. 1399.009 توسط کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد مورد تأیید قرار گرفت. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه و جامعه آماری مراجعین زن متأهل متقاضی مشاوره از دو مرکز مشاوره و روانشناسی در مشهد در بازه زمانی مهر تا آبان ۱۳۹۸ بودند که از میان زنان مراجعه‌کننده پس از غربالگری به‌وسیله پرسشنامه افسردگی بک، ۵۶ زنی که نمره بالاتری در این پرسشنامه کسب کرده بودند با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش که عبارت بودند از: داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، گذشت بیش از ۳ سال از زندگی متأهلی و نداشتن بیماری روانی و جسمی به‌صورت در دسترس ۳۰ زن انتخاب شدند. برای این افراد، طرح پژوهش شامل تعداد جلسات محل برگزاری، طول مدت هر جلسه و مسائلی که در جلسات مطرح می‌شود، توضیح کامل داده شد و پس از جلب رضایت کامل آن‌ها و تمایل در شرکت پژوهش رضایت‌نامه کتبی اخذ گردیده و اسم آن‌ها وارد لیست پژوهش شد؛ سپس ۳۰ زن انتخابی به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ زن) و گواه (۱۵ زن) جایگزین شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

افسردگی را اندازه گیری می‌کند. هر ماده دارای ۴ گزینه است که بر مبنای ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۶۳ است و حداقل آن صفر است. در برابر هریک از گویه‌ها که مشخص کننده یکی از علائم افسردگی است چهار جمله وجود دارد که از خفیف‌ترین تا شدیدترین حالت افسردگی مرتب شده است. پایایی بازآزمایی آن از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ با میانگین ۰/۸۶ گزارش شده است. دابسون و محمدخانی (۲۰۱۴) ضریب آلفای ۰/۹۲ برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به دست آوردند؛ همچنین برای محاسبه روایی سازه همبستگی این آزمون را با مقیاس ناامیدی بک (۰/۶۸)، مقیاس افکار خودکشی (۰/۳۸)، پرسشنامه اضطراب بک (۰/۶۰) و مقیاس تجدیدنظر شده درجه بندی روانپزشکی هامیلتون برای افسردگی (۰/۷۱) گزارش کردند.

۴. بسته درمان وجودی به شیوه گروهی: زنان افسرده متأهل گروه آزمایش با روش درمان وجودی به صورت گروهی بر اساس بسته آموزشی-درمانی یوسفی (۱۳۹۲) که بر اساس نظریه درمانی وجودی مدل فرانکل (Frankel) (۱۹۶۷) و رولو می (Rollo May) (۱۹۷۷)؛ تدوین کرده و روایی و پایایی آن را در پژوهش خود مورد تأیید قرار داده بود استفاده شد.

جلسه اول. پس از آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، به معرفی و توضیح روش درمان، اهداف، قوانین و ضرورت‌ها، نحوه آموزش و تشخیص هیجان‌های ناخوشایند، رویدادهای برانگیزنده منفی، افکار ناخوشایند، فرم مثبت رویدادها، هیجان‌ها و افکار منفی پرداخته شد و در ادامه به عنوان تکلیف خانگی و در جلسه در مورد اضطراب هم به این صورت صحبت شد: اضطراب ویژگی هستی شناختی هر فرد است که در رابطه با تهدید نیستی در وجود ما ریشه دوانده است. پذیرش آزادی و آگاهی از متناهی بودن، ناگزیر موجب اضطراب می‌شود یا سرگیجه آزادی به بار می‌آورد. اضطراب چیزی نیست که داشته باشیم بلکه چیزی است که هستیم. در پایان این جلسه به عنوان تکلیف جلسه اول از هریک از اعضا خواسته شد تا در برگه ای مخصوص، ویژگی‌ها و خصوصیات و صفات مربوط به

۱. پرسشنامه صمیمیت زناشویی: این مقیاس ۱۷ سؤالی توسط والکر و تامپسون (۱۹۸۳) ساخته شده است. دامنه نمره‌های هر سؤال بین هرگز = ۱، به ندرت = ۲، گاهی = ۳، اغلب = ۴، اکثراً = ۵، تقریباً همیشه = ۶ و همیشه = ۷ تغییر می‌کند و نمره بالاتر نشانه صمیمیت بیشتر و نمره برش آن ۶۰ است. این مقیاس با ضریب آلفای ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ از همسانی درونی خوبی برخوردار است. روایی محتوایی و صوری آن توسط ۱۵ نفر از اساتید مشاوره بررسی و پرسشنامه در مورد ۱۰۰ زن و شوهر در شهر اصفهان اجرا شد و ضریب پایایی کل مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمد که حاکی از پایایی قابل قبول پرسشنامه است. محاسبه ضریب پایایی با حذف تک تک سؤالات نیز نشان داد که حذف هیچ‌یک از سؤالات تأثیر محسوسی در ضریب پایایی ندارد. در پژوهش نادری و آزادمنش، ۱۳۹۱؛ ضرایب پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۳ گزارش شده که به طور کلی بیانگر ضرایب پایایی مطلوب پرسشنامه یاد شده است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش فتح‌اله زاده و همکاران (۱۳۹۶) با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

۲. پرسشنامه رضایت زناشویی: این پرسشنامه ۴۷ سؤالی توسط اولسون، فورنیر، درانکمن ۱۹۸۷ ساخته شد. این پرسشنامه بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای ۱ = بسیار کم، تا ۵ = بسیار زیاد از سوی آزمودنی رتبه‌بندی می‌شود. این پرسشنامه دارای تعدادی گویه معکوس است که این گویه‌ها ارزش عددی معکوس دریافت می‌کنند. اعتبار نسخه اصلی این پرسشنامه با روش ضریب آلفا ۰/۹۲ گزارش شده است. نسخه اصلی آن را سلیمانیان و نوایی نژاد ۱۳۷۳ در ایران هنجاریابی کردند و تعداد سؤالاتی آن را از ۱۱۵ سؤال به ۴۷ سؤال کاهش دادند. میزان اعتبار نسخه کوتاه شده پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفا ۰/۹۵ گزارش شده است. در پژوهش خادمی و همکاران (۱۳۹۳) میزان ضریب آلفای کرونباخ نسخه کوتاه ۰/۹۵ و در پژوهش حاضر ۰/۸۸ به دست آمد.

۳. پرسشنامه افسردگی بک: این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی

خود را مشخص کنند.

جلسه دوم. توانایی برای خودآگاهی: در این جلسه بر این مفاهیم تاکید شد؛ بالا بردن خودآگاهی هدف مشاوره است و وظیفه درمانگر این است که به درمانجو یادآور شود که باید بهای افزایش آگاهی را بپردازد. وقتی ما آگاهتر می شویم "رفتن دوباره به خانه" مشکل تر می شود. نادیده گرفتن وضعیت مان می تواند خشنودی همراه با احساس مردگی نسبی به بار آورد ولی وقتی درها را به روی دنیای خود باز می کنیم کشمکش بیشتر و در عین حال احساس رضایت بیشتری را می توانیم انتظار داشته باشیم. اجرای فن "خط عمر" توسط همه اعضا و گفتگو درباره آن، بررسی تفکر و نگرش اعضا نسبت به مرگ و نیستی، به چالش کشاندن نگرش اعضا توسط رهبر، جمع بندی و ارائه تکلیف. از اعضا خواسته شد برای جلسه آینده از دید پدیدارشناختی خود، توصیفی از ویژگی‌های مرگ را بیان بکنند.

جلسه سوم. آزادی و مسئولیت: در این جلسه بر این مفاهیم تاکید شد؛ افراد آزادند تا از بین گزینه‌ها انتخاب کنند و بنابراین نقش عمده‌ای در شکل دهی سرنوشت خود دارند. همچنین ما در قبال زندگی خود، اعمالمان و عدم موفقیت در اقدام نکردن مسئولیم. به عبارت دیگر مردم محکوم به آزادی هستند؛ فرد باید احساس تعهد نسبت به انتخاب کردن را برای خود ضروری بداند. بنابراین از نظر وجودگراها، آزاد بودن و انسان بودن یکی هستند. آزادی و مسئولیت دست در دست یکدیگر دارند و ما آفریننده زندگی خویش هستیم. بررسی پاسخ اعضا به سوال‌های "آیا من انسان تنهایی هستم؟" و "آیا تنهایی رنج‌آور است؟" و به چالش کشاندن آن‌ها؛ تشریح مفهوم تنهایی طبق دیدگاه وجودی توسط رهبر؛ جمع‌بندی و ارائه تکلیف به اعضا.

جلسه چهارم. به وجود آوردن هویت خویش و برقرار کردن روابط معنی دار با دیگران: در این جلسه بر این مفاهیم تاکید شد؛ هر یک از ما تمایل داریم که خویش را پیدا کنیم، یعنی هویت شخصی خود را بیابیم یا بیافرینیم، این فرایند خودبخودی نیست و نیاز به جرات دارد. ما به عنوان موجودات ارتباطی، برای برقرار کردن پیوند با دیگران تلاش می کنیم و باید در قبال دیگران از خود گذشتگی نشان داده و به آنها اهمیت دهیم. در دیدگاه وجودی درمانگران با خودداری از آرایه راه حل‌ها

و یا پاسخهای حاضر و آماده، درمانجویان را با این واقعیت روبرو می کنند که فقط خود آنها باید پاسخهای خویش را پیدا کنند. بررسی پاسخ اعضا به سوال‌های "آیا زندگی دارای هدف و معنا است؟" و "من برای چه زندگی می کنم؟"، بحث درباره آن‌ها و ارائه بازخورد؛ پرداختن به تجارب اعضا درباره احساس پوچی و بیهودگی؛ جمع بندی مباحث جلسه و ارائه تکلیف مبتنی بر بحث جلسه.

جلسه پنجم. به جستجو برای معنی، مقصود، ارزشها و هدفها: در این جلسه بر این مفاهیم تاکید شد؛ ویژگی بارز انسان تلاش برای درک معنی و هدف در زندگی است، وظیفه درمانگر این است که به توانایی درمانجویان در کشف نظام ارزشی که به زندگی آنها معنی می دهد و آن را از درون خویش به دست آورده باشند، اعتماد کند. معنایی در زندگی به پوچی و بی‌محتوایی منجر می شود و درمانجویان وجودی به این بی‌معنایی گناه وجودی می گویند و این وضعیتی است که از احساس ناقص بودن یا پی بردن به اینکه آن چیزی نیستیم که باید می شدیم ناشی می شود. در ادامه اعضا در مورد مسائلی که میتواند بر افکار احساسات فرد مؤثر باشد، به گفتگو نشستند؛ سپس از تصویرسازی ذهنی استفاده شد؛ به این ترتیب از اعضا خواسته شد تا یکی از موقعیت‌های موفقیت یا شکست خود را تصور کنند؛ چه کسی را مسؤول آن میدانند؟ چه احساسی نسبت به آن دارند؟ از این که مسؤولیت رفتارهای خود را میپذیرند چه احساسی دارند؟

جلسه ششم. اضطراب به عنوان شرط زیستن: در این جلسه بر این مفاهیم تاکید شد؛ اضطراب وجودی به صورت نتیجه اجتناب ناپذیر روبه رو شدن با "مقرری‌های وجود" یعنی مرگ، آزادی، انزوای وجودی و بی‌معنایی توصیف شده است. در دیدگاه وجودی آزادی و اضطراب دو روی یک سکه هستند؛ اضطراب با شور و هیجان همراه با تولد عقیده‌ای تازه ارتباط دارد. بنابراین زمانی دستخوش اضطراب می شویم که از آزادی خود برای خارج شدن از امور شناخته شده و وارد شدن به قلمرو ناشناخته استفاده کنیم. خیلی از ما به خاطر ترس سعی می کنیم از جهش به امور ناشناخته اجتناب کنیم **جلسه هفتم.** آگاهی از مرگ و نیستی: در این جلسه بر این مفاهیم تاکید شد؛ وجود نگرها مرگ را به صورت

منفی در نظر نمی گیرند، بلکه معتقدند که آگاهی از مرگ به عنوان شرایط اساسی انسان به زندگی معنی می دهد. اگر از خود در برابر واقعیت مرگ دفاع کنیم، زندگی کسل کننده و بی معنی می شود اما اگر تشخیص دهیم که فانی هستیم می دانیم که برای کامل کردن طرحهای خود زندگی ابدی نداریم و هر لحظه موجود حیاتی است. آگاهی ما از مرگ منبع علاقه به زندگی و خلاقیت است.

جلسه هشتم، تبدیل تراژدی به پیروزی و جمع بندی و در نهایت درمانگران وجودی عمدتاً به شناختن دنیای ذهنی درمانجویان اهمیت می دهند تا به آنها کمک کنند به آگاهی و گزینه های تازه ای برسند. تمرکز روی شرایط فعلی درمانجویان است نه روی کمک کردن به آنها در بازیابی گذشته خویش. درمان وجودی از درمانجویان می خواهد روشهای زندگی نکردن به صورت کامل و اصیل را تشخیص داده و انتخابهایی بکنند که به آنها کمک کنند که به چیزی تبدیل شوند که قابلیت آن را دارند. هدف درمان این است که به درمانجویان کمک شود به سمت اصالت پیش بروند و تشخیص دهند چه موقعی خود را فریب می دهند. در نهایت تبیین چالش های آینده اعضا در نتیجه تغییرات رفتاری-روانشناختی، بیان احساسات و نگرش های اعضا درباره تجربه گروه درمانی، مرتبط کردن تجربه های گروه با تجربه های بعدی زندگی و اجرای پس آزمون.

شیوه اجرا: پس از هماهنگی های لازم، اقدام به انتخاب زنان متأهل مراجعه کننده که علائم افسردگی را داشتند در این طرح پژوهشی شد. پس از برقراری ارتباط اولیه و تمایل به شرکت زنان افسرده، جهت غربالگری از پرسشنامه صمیمیت و رضایت زناشویی استفاده شد که در نهایت ۳۰ زن انتخاب شدند. دوره

آموزشی در مکانی مناسب که شرایط آموزش و مداخله گروهی را داشت؛ برای شرکت کنندگان گروه آزمایش برگزار و درباره طرح پژوهش، محل برگزاری آن، اهداف پژوهش، تعداد جلسه ها، طول مدت هر جلسه و مسائل مطروحه در جلسه ها، رعایت اصول اخلاقی نظیر رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات به آن ها توضیح داده شد. جلسه های آموزشی به صورت گروهی در روزهای یکشنبه از ساعت ۱۵ الی ۱۶:۳۰ برگزار شد. داده ها با استفاده از آخرین نسخه بیست و سوم نرم افزار اس. پی. اس. اس و به روش تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر تحلیل شد.

یافته ها

نتایج در جدول ۱ نشان داد که میانگین گروه آزمایش نمره های صمیمیت زناشویی و رضایت زناشویی در قیاس با گروه کنترل افزایش داشته است.

نتایج جدول ۲ نشان می دهد که درمان وجودی به شیوه گروهی بر نمره صمیمیت زناشویی ($P=0/020$) با اندازه اثر ۰/۱۸ و همچنین بر نمره رضایت زناشویی ($P=0/017$) با اندازه اثر ۰/۱۸ مؤثر بوده است.

جدول ۳ مقایسه سه مرحله در گروه آزمایش و گروه گواه نشان می دهد که تفاوت متغیر صمیمیت زناشویی و رضایت زناشویی در مراحل پس آزمون و پیگیری در قیاس با پیش آزمون، معنادار و این تأثیر تا مرحله پیگیری پایدار مانده است؛ در حالی که در گروه گواه، این تفاوتها معنادار نیست.

بحث

هدف پژوهش، اثربخشی درمان وجودی به شیوه گروهی بر صمیمیت و رضایت زناشویی زنان متأهل

جدول ۱- شاخصه های توصیفی صمیمیت و رضایت زناشویی در دو گروه

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	
صمیمیت زناشویی	آزمایش	۵۶/۵۳	۵/۰۶	۶۲/۵۳	۴/۷۹	۶۱/۴۶
	گروه	۵۵/۵۳	۵/۱۹	۵۵/۹۳	۵/۴۱	۵۵/۳۳
رضایت زناشویی	آزمایش	۱۳۱/۹۳	۱۴/۶۹	۱۴۳/۷۳	۷/۲۶	۱۴۱/۱۳
	گروه	۱۳۱/۵۳	۱۰/۶۲	۱۳۰/۹۳	۱۱/۴۵	۱۳۰/۴۶

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های تکراری در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

منابع تغییرات	اجزاء	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	نسبت F	اندازه اثر
صمیمیت زناشویی	مراحل مداخله	۱۶۵/۳۵	۱/۵۶	۱۰۵/۹۸	۲۶/۳۳**	۰/۴۸
	مراحل × گروه	۱۴۴/۸۲	۱/۵۶	۹۲/۸۲	۲۳/۰۶**	۰/۴۵
	گروه	۴۷۱/۵۱	۱	۴۷۱/۵۱	۶/۱۳*	۰/۱۸
رضایت زناشویی	مراحل مداخله	۵۰۲/۴۸	۱/۹۴	۲۵۸/۶۱	۳/۷۴*	۰/۱۱
	مراحل × گروه	۶۵۹/۲۸	۱/۹۴	۳۳۹/۳۱	۴/۹۰*	۰/۱۴
	گروه	۱۴۲۴/۰۴	۱	۱۴۲۴/۰۴	۶/۳۹*	۰/۱۸

* $P < .05$ ** $P < .01$

جدول ۳- نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

شاخص‌های آماری	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	پیش‌آزمون - پیگیری	پیش‌آزمون - پیگیری	پس‌آزمون - پیگیری
	تفاوت	انحراف	تفاوت	انحراف
	میانگین	معیار	میانگین	معیار
صمیمیت زناشویی	۳/۵۷**	۰/۳۹	۲/۹۵**	۰/۴۲
رضایت زناشویی	۶/۹۳**	۱/۵۱	۵/۰۲*	۱/۶۵
				تفاوت میانگین
				معیار

* $P < .05$ ** $P < .01$

گروه آزمایش کمک نمود تا در جریان یک ارتباط پویا با همسر و اعضای خانواده بیشتر خود را بشناسند؛ با نیازها، معناها و ارزش‌های درونی و بنیادی خود آشنا گردند و آن‌ها را در عمق وجود خود کاوش نمایند. همچنین به آن‌ها آموزش داده شد تا چالش‌های موجود در روابط خود را شناسایی نمایند، از زاویه دید خود به مسئله بپردازند و سپس تلاش نمایند تا از زاویه فرد دیگر و همچنین زاویه دید یک سوم شخص به مسئله بپردازند تا از این طریق به تمام جنبه‌های یک مسئله و چالش آشنا گردند و سپس با پذیرش نقش و مسئولیت خود در جهت کاهش چالش‌های به وجود آمده در بطن رابطه خود اقدام نمایند (۴). این بررسی‌ها خیلی سریع دیدگاه هر یک از اعضای گروه را درباره نگرش‌ها و مشکلات خود و طرف مقابل را تغییر می‌دهد؛ البته ذکر این نکته ضروری است که در طی انجام این بررسی‌ها، درمانگر به هریک از اعضای گروه احترام کامل می‌گذارد و علاوه بر این برای انجام این بررسی‌ها تقاضاهای یکسانی از هر یک از اعضای گروه می‌کند. در این رویکرد درمانی مراجعین می‌توانند آزادانه حرف‌هایشان را به زبان خودشان بیان کنند و ارتباطی را با بافتی وسیع‌تر ایجاد کنند؛ بنابراین درمانگران وجودی این پیغام را به شرکای زندگی می‌دهند که ماندن در رابطه نیازمند داشتن ذهنی باز و پذیرش طرز رفتار طرف مقابل است و علاوه بر این درک متقابل یکدیگر مانند

افسرده بود. بررسی نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که میانگین صمیمیت زناشویی در هر دو گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش داشته است. همچنین تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مؤید آن است که این مداخله توانسته است صمیمیت زناشویی را در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تحت تأثیر قرار دهد و این تأثیر با توجه به نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی تا دو ماه بعد از پایان آموزش نیز همچنان پایدار مانده است. نتایج این پژوهش در خصوص اثربخشی درمان وجودی بر صمیمیت زناشویی با نتایج ناکامارو (Nakamura) و همکاران (۲۰۲۱) (۱۱) و حاجی بابایی و همکاران (۲۰۲۰) (۱۲) همسو است. با توجه به ادبیات پژوهشی هر یک از این رویکردها از جمله مداخلات مؤثر و موفق در حیطه روان‌درمانی‌اند. نگاهی به گستره اثرگذاری هر یک از این رویکردها بر صمیمیت زناشویی در تبیین یافته‌های این پژوهش روشنگر خواهد بود. به عقیده چوی (Choi) و همکاران (۲۰۲۰) انسان‌ها وضعیت ارتباطی نسبی دارند، هیچ‌کس نمی‌تواند جدا از روابطش وجود داشته باشد؛ اساس همه روابط انسانی نیاز به تعلق، عشق ورزیدن، تصدیق و ارج نهادن است. از این رو، رابطه سالم به‌وسیله وابستگی متقابل، حساب شده و ارتباط وجودی که بر اساس اصیل بودن و عشق دوطرفه بنا شده باشند مشخص می‌گردد (۱۰). در نتیجه روان‌درمانی وجودی به زنان متأهل

عملی ماجراجویانه است که ارزش دست زدن به آن را دارد (۳). در تبیین نهایی می‌توان گفت دیدگاه وجودی با تمرکز بر روابط و نقش هر فرد در ایجاد یک رابطه سالم و اصیل به هر یک از زوجین کمک می‌نماید تا با حالتی مسئولانه و همچنین خلاقانه در جهت کاهش چالش‌های موجود در روابط صمیمانه خود اقدام نمایند؛ همچنین از اهداف اساسی درمان‌های وجودی کشف وجود و خودشناسی عمیق است؛ دیدگاهی که فرد آزادانه به شناخت خویش و مفروضه‌های بنیادی وجود خویش می‌پردازد؛ آزادی فردی مضمونی استوار و عمیق در اندیشه‌های اگزیستانسیال به شمار می‌رود (۲). بر این اساس می‌توان نتیجه‌گیری کرد زوجین به یکدیگر به دور از کنترل و هرگونه اعمال فشار و نظری اجازه داده‌اند تا دیگری به شناخت خویش بپردازد و هر یک از زوجین بیشتر تمرکز خود را بر شناخت خویش نهاده است (۱۱). همچنین دیگر یافته این پژوهش نشان می‌دهد که میانگین رضایت زناشویی در هر دو گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش داشته است. همچنین تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مؤید آن است که این مداخله توانسته است رضایت زناشویی را در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تحت تأثیر قرار دهد و این تأثیر با توجه به نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی تا دو ماه بعد از پایان آموزش نیز همچنان پایدار مانده است. نتایج این پژوهش در خصوص اثربخشی درمان وجودی بر رضایت زناشویی با نتایج مالوس (Malus) و همکاران (۲۰۱۶) (۷)، ناکامارو (Nakamura) و همکاران (۲۰۲۱) (۱۱) و حاجی بابایی و همکاران (۲۰۲۰) (۱۲) همسو است. در تبیین نتایج حاضر به تشریح برخی عوامل مؤثر در ازدواج و نحوه‌ای که درمان وجودی این عوامل را به صورت مستقیم و غیرمستقیم تحت تأثیر قرار می‌دهد می‌پردازیم؛ از این رو، باید گفت که برخی مطالعات بر این مسئله تأکید کرده‌اند که سطح اضطراب، افسردگی و معنایابی در کیفیت ازدواج، رابطه‌ی معناداری با سطح رضایت و رابطه‌ی زناشویی دارد (۹). بنابراین به نظر می‌رسد موارد ذکر شده به عنوان عواملی در کیفیت ازدواج، در تفکرات وجودی مورد بحث قرار گرفته‌اند؛ در واقع موضوعاتی از قبیل رابطه‌ی من-تو، آزادی وجودی، معنای زندگی، اضطراب وجودی و بحث زمان، در دیدگاه وجودی

به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر وجود انسان شناخته شده‌اند، حتی هنگامی که فرد ازدواج می‌کند؛ همچنین هدف اصلی مشاوران وجودی کمک کردن به افراد است تا از امکانات و شرایط متنوع در زندگی‌شان آگاه شوند و به این ترتیب کیفیت زندگی زناشویی خود را افزایش دهند (۷). برخی از پژوهش‌ها بیان می‌کنند که هدف روان‌درمانی وجودی کمک به زوجین جهت افزایش آگاهی آن‌ها به سوی عشق، وفاداری، صمیمیت، رضایت، توجه و معنای ازدواجشان و کاهش بیگانگی است؛ از دیگر مسائل اساسی که درمان وجودی به آن می‌پردازد مرگ است. مواجهه‌ی فرد با مرگ، قدرتمندترین تجربه‌ی بیدارگر است. چنین تقابلی توان تغییر عظیم در سبک و طریق زندگی فرد در جهان را فراهم می‌کند؛ مواجهه با تجربه‌ی بیدارکننده فرد را متقاعد می‌کند تا موهبت‌هایی که در اختیار دارد را مدنظر قرار دهد (۱). در خصوص نگرش رویکرد وجودی نسبت به روابط نیز باید گفت که مارتین بوبر دو نوع از روابط را در جهان مطرح می‌کند که عبارتند از رابطه‌ی "من تو" و رابطه‌ی "من آن". در تفکرات وجودی "آن" تنها ماهیت دارد در حالی که "تو" مانند "من" وجود دارد و ماهیت خود را در طول زندگی و هنگام رابطه برقرار کردن با دیگران می‌سازد؛ همچنین تو و من منحصر به فرد، منفرد و بدون جایگزین هستند. هنگامی که "من" رابطه‌ای با "آن" برقرار می‌کند، دلیلش استفاده کردن از "آن" است؛ اما رابطه‌ی "من-تو" هدفش استفاده‌ای فراتر از رابطه است. همچنین ویژگی‌هایی از جمله وجود داشتن برای یکدیگر و اعتقاد به آزادی فردی دیگری در رابطه‌ی من-تو دیده می‌شود؛ این وظیفه‌ی درمانگران وجودی است که به انسان‌ها در غالب زوج کمک کنند به شیوه‌ای اقدام و عمل کنند که رابطه‌ی "من-تو" را موجب گردد؛ هر یک از زوجین می‌توانند رابطه‌ای عالی برای زندگی خود فراهم کنند و به طور مداوم زندگی زناشویی خود را با موفقیت ادامه دهند (۱۰). درمان وجودی بر تغییر منبع کنترل از بیرونی به درونی مؤثر است که همین عامل می‌تواند مؤلفه‌های رضایت زناشویی را تحت تأثیر قرار دهد؛ از سوی دیگر باید چنین عنوان کرد که در بسیاری از پژوهش‌ها بر اهمیت یافتن معنا، در کیفیت ازدواج تأکید شده است (۶). همچنین آمارها نشان می‌دهند که وجود معنا در ازدواج تأثیر مثبتی بر رابطه زناشویی

تنها طی یک دوره سه ماهه مورد بررسی قرار داده است؛ بر این اساس پیشنهاد می‌شود جهت بررسی تأثیرات بلندمدت این برنامه درمانی، تحقیقات طولی مناسب صورت گیرد. همچنین با توجه به اهمیت مسئله سلامت خانواده و تقویت زندگی زناشویی در جهت کاهش میزان طلاق، پیشنهاد می‌شود ارتقای سلامت نظام خانواده، استفاده از این رویکرد به صورت یک امر ضروری در مراکز آموزشی مورد توجه قرار بگیرد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج این مطالعه به خوبی روشن نمود که درمان وجودی که گستره رشد روابط انسانی را در برمی‌گیرد، در بهبود صمیمیت و رضایت زناشویی، مفید و قابل کاربرد است. این مطالعه، کارایی و اثربخشی، هر دو رویکرد، سطح سلامت روان افراد شرکت‌کننده را افزایش داد که گامی مثبت در این راستا است. با توجه به ساده و کاربردی بودن این رویکرد برای درمان که به طور نسبی با فرهنگ ما نیز هماهنگ است، می‌تواند برای کاهش مشکلات، افزایش رضایتمندی زناشویی، آموزش قبل و بعد ازدواج (به منظور پیشگیری، غنی‌سازی و تقویت نهاد خانواده) توسط روانشناسان مورد استفاده قرار گیرد.

موازن اخلاقی: در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط بیماران مبتلا به افسردگی و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد.

References

1. Choi KW, Kim YK, Jeon HJ. Comorbid Anxiety and Depression: Clinical and Conceptual Consideration and Transdiagnostic Treatment. *Adv Exp Med Biol.* 2020;1191:219-235.
2. Cui R. Editorial: A Systematic Review of Depression. *Curr Neuropharmacol.* 2015;13(4):480.
3. Kroenke K. Minor depression: midway between major depression and euthymia. *Ann Intern Med.* 2006 Apr 4;144(7):528-30.

می‌گذارد؛ گاهی خود ازدواج می‌تواند وسیله‌ای برای ساختن معنا باشد که با ایجاد ازدواجی واقعی از جانب زوجین آغاز می‌شود (۷). به طور کل باید گفت خوشبختی محصول درگیری خلاقانه با دنیاست؛ وقتی ظرفیت‌های بالقوه خود را شکوفا می‌کنیم تا حدودی طعم رضایت را احساس می‌کنیم و بالاخره بر اساس تفکر وجودی، انسانی که زندگی خالصانه ندارد، تابع ارزش‌های کلیشه‌ای و نامتمایز است که دیگران به او خورانیده‌اند و خود وی آن‌ها را صادقانه و خالصانه برنگزیده است؛ بنابراین زندگی بری از خلوص سعی مداومی برای به زور قرار دادن خویش و دنیا در درون الگوهای سفت‌وسخت و از پیش تعیین شده، است. در این نوع زندگی ارزش‌ها همچون واقعیاتی عینی جلوه داده می‌شوند و شخصی که تابع این شکل از زندگی هست حتی نمی‌داند که این ارزش‌ها انتخابی هستند؛ انتخاب آگاهانه و مسئولانه فرد را با شیوه‌های مختلف بودن آگاه می‌کند؛ بنابراین فرد از بودن واقعی خود ابایی ندارد و از مواجهه با خود و واقعیت‌های وجودی مضطرب نمی‌شود؛ در واقع اضطراب‌هایی که در این مقوله مطرح می‌شود به رشد و بالندگی فرد منجر خواهد شد. تنهایی و مرگ به جای این که اضطراب فرد را افزایش دهد بر غنای زندگی او خواهد افزود و این خود گام بزرگی در جهت افزایش رضایتمندی از زندگی زناشویی است.

افزون بر آن، در این پژوهش بر روی موارد مذکور کار شده و سعی شده است به زنان آموزش داده شود که رفتار هر کسی از درون او به وسیله خود او انتخاب می‌شود و تنها کسی که بر رفتار او کنترل دارد خودش است و این رویکرد به افراد می‌آموزد برای داشتن یک ازدواج موفق و زندگی زناشویی رضایتمندانه و صمیمانه باید دقت کنند، ببینند چه می‌توانند انجام دهند تا ارتباطشان را بهبود ببخشند و ازدواجشان را غنی سازند. یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش، جامعه آماری آن یعنی زنان افسرده مراجعه کننده به دو مرکز مشاوره و روانشناسی در مشهد بود که باید در تعمیم نتایج احتیاط لازم به عمل آید؛ لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابهی روی زنان افسرده متأهل خانه دار یا شاغل به تفکیک گروهی گوناگون و در فرهنگ‌های دیگر نیز انجام شود. همچنین این پژوهش یک مطالعه مقطعی است که تأثیرات این برنامه‌ها را

4. Huang R, Wang K, Hu J. Effect of Probiotics on Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Nutrients*. 2016 Aug 6;8(8):483.

5. Lee M, Kim YS, Lee MK. The Mediating Effect of Marital Intimacy on the Relationship between Spouse-Related Stress and Prenatal Depression in Pregnant Couples: An Actor-Partner Interdependent Model Test. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jan 9;18(2):487.

6. Lee S, Rhie S, Chae KY. Depression and marital intimacy level in parents of infants with sleep onset association disorder: a preliminary study on the effect of sleep education. *Korean J Pediatr*. 2013 May;56(5):211-7.

7. Małus A, Szyluk J, Galińska-Skok B, Konarzewska B. Incidence of postpartum depression and couple relationship quality. *Psychiatr Pol*. 2016 Dec 23;50(6):1135-1146.

8. Mahoney A, Pargament KI, DeMaris A. Spiritual intimacy, spiritual one-upmanship, and marital conflict across the transition to parenthood. *J Fam Psychol*. 2021 Jun;35(4):552-558.

9. Kusner KG, Mahoney A, Pargament KI, DeMaris A. Sanctification of marriage and spiritual intimacy predicting observed marital interactions across the transition to parenthood. *J Fam Psychol*. 2014 Oct;28(5):604-14.

10. Choi SY, Kim HR, Myong JP. The Mediating Effects of Marital Intimacy and Work Satisfaction in the Relationship between Husbands' Domestic Labor and Depressive Mood of Married Working Women. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jun 24;17(12):4547.

11. Nakamura C, Kawase M. Effects of short-term existential group therapy for breast Cancer patients. *Biopsychosoc Med*. 2021 Nov 27;15(1):24.

12. Hajibabaei M, Kajbaf B, Esmacili M, Harirchian MH, Montazeri A. Impact of an Existential-Spiritual Intervention Compared with a Cognitive-Behavioral Therapy on Quality of Life and Meaning in Life among Women with Multiple Sclerosis. *Iran J Psychiatry*. 2020 Oct;15(4):322-330.