

مداخله گروهی و وجودی معنایی و بهزیستی روانشناختی زنان متاهل دارای تعارضات زناشویی

زهره علوی¹، امین پناهیان^{2*}، قاسم قجاوند³

چکیده:

اهداف: هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر مداخله گروه درمانی وجودی معنایی بر بهزیستی روان شناختی و خود ارزشمندی زنان متاهل دارای تعارضات زناشویی بود.

روش مطالعه: این مطالعه نیمه تجربی با گروه مداخله - کنترل بود. مشارکت کنندگان 30 نفر از زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و مددکاری اجتماعی شهر اصفهان بودند که به طور تصادفی در دو گروه شاهد (15 نفر) و مداخله (15 نفر) قرار گرفتند. مداخله گروه درمانی وجودی معنایی طی هشت جلسه 45 دقیقه‌ای به مدت 8 هفته در گروه مداخله اجرا شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (RSPWB) بود. نتایج به دست آمده قبل و بعد از مداخله با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه 23 و آزمون‌های کولموگروف اسمیرنوف، تحلیل کوواریانس و آزمون اف-لویین تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: بیشترین درصد مشارکت کنندگان سنین 25 تا 30 سال و دارای مدرک تحصیلی لیسانس بودند. تحلیل‌های آماری نشان داد میانگین نمرات متغیر بهزیستی روان شناختی در گروه مداخله (139/57) نسبت به گروه کنترل (130/096) افزایش معنی دار داشت ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به اثربخشی مداخله می توان گفت گروه درمانی مبتنی بر وجودی معنایی می تواند بر بهبود وضعیت بهزیستی روانشناختی زنان متاهل دارای تعارضات زناشویی اثرگذار باشد. متخصصان حوزه سلامت روان و ارائه دهندگان خدمات روانشناسی و مشاوره با بکارگیری اینگونه مداخلات میتوانند در جهت ارتقا بهزیستی و کیفیت زندگی زنان گام بردارند.

کلیدواژه‌ها: مداخله، وجودی معنایی، بهزیستی، تعارضات زناشویی

¹دکتری مددکاری اجتماعی، گروه مددکاری اجتماعی، موسسه آموزش عالی حکمت رضوی، مشهد، ایران.

E-mail: z.alavishahri@gmail.com

²کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، گروه مددکاری اجتماعی، موسسه آموزش عالی حکمت رضوی، مشهد، ایران.

E-mail: panhyanlrkyamyn@gmail.com

³دکتری مددکاری اجتماعی، گروه مددکاری اجتماعی، موسسه آموزش عالی حکمت رضوی، مشهد، ایران.

1 مقدمه

امروزه ارتباطات زوجین و نحوه تعاملات موضوعی مهم در ارتباطات خانواده است که در حوزه های مختلف و جنبه های مختلف مورد بحث و بررسی قرار می گیرد. مطالعات رضایت زناشویی¹ را احساس خشنودی و رضایت توسط زن یا شوهر، زمانی که همه جنبه های ازدواج خود را در نظر می گیرند تعریف کرده اند. رضایت یک متغیر نگرشی است، بنابراین، یک خصوصیت فردی زن و شوهر محسوب می شود همچنین یکی از شاخص های بهداشت روانی، بشمار می رود (M. Shoa Kazemi & Omidbeygi, 2016). علاوه بر این به نقش حیاتی رضایت زناشویی والدین در حفظ تعادل زندگی و ایجاد جو عاطفی در خانواده اشاره شده است. همچنان که فلویید² و همکاران معتقدند عامل مؤثری برای مقابله با فشارهای روانی و داشتن عملکرد مناسب در زندگی می باشد. گاتمن³ (1998) نیز مهم ترین عوامل موفقیت در زندگی زناشویی را رشد عاطفی و فکری، تشابه علایق در زندگی و سرعت عمل در کارها و بالاخره رابطه با خانواده زن و شوهر می داند. سلامت فیزیکی و عاطفی در بهداشت روانی افراد در جامعه درگرو سلامت روابط زناشویی و تداوم و بقای ازدواج می باشد. رضایت یک فرد از زندگی زناشویی به منزله رضایت وی از خانواده محسوب می شود و رضایت از خانواده به مفهوم رضایت از زندگی بوده و در نتیجه موجب تسهیل در امر رشد و تعالی و پیشرفت مادی و معنوی جامعه خواهد شد (Rezaeian, 2017).

از طرفی وجود تعارض زناشویی یکی از عوامل مخرب رضایت مندی زناشویی است که در رابطه زوجین شایع بوده و می تواند بر شرایط اجتماعی و روان شناختی خانواده اثراتی منفی داشته باشد. این موضوع بعنوان عامل کاهش کیفیت زندگی و بهزیستی روان شناختی برشمرده شده است. در تعارض های زناشویی مشکلات ارتباطی وجود دارد و در صورتی که زوجین بتوانند تعارض هایشان را با استفاده از ارتباطات مناسب حل کنند رضایت زناشویی آنان نیز تامین خواهد شد (Nemati Sogolitappeh, mohamadyfar, & khaledian, 2017).

2 مبانی نظری و پیشینه ی پژوهش

مسئله تعارضات زناشویی به طور کلی کیفیت زندگی از واژه هایی است که تعریف مشخص و یکسانی ندارد، اگرچه مردم به شکل غریزی معنای آن را به راحتی درک می کنند. لیکن، این مفهوم برای همه یکسان نیست. از آن جا که مانند سایر متغیرها اندازه گیری آن مستلزم وجود تعریف جامع و مشخصی از آن خواهد بود، همواره تلاش شده است تا تعریف مناسبی برای آن ارائه گردد.

¹. Marital Satisfaction

². Flued

³. Gottman, J

بهبودی روانشناختی¹ یکی از مفاهیم مهم در کیفیت زندگی افراد است که با شادکامی رابطه دارد (Eid & Larsen, 2008). امروزه پژوهشگران معتقدند که ایجاد بهبودی روانشناختی و رضایت از زندگی، انسان‌ها را به سمت موفقیت بیشتر در زندگی، سلامت بهتر، ارتباط اجتماعی حمایت‌گرانه سالم‌تر و در نهایت سلامت روانی و جسمی بالاتری رهنمود می‌سازد (Oishi, 2007). همچنین عاطفه مثبت و منفی، مکانیسم‌های فکری متفاوتی را که بر سلامت روان تأثیر دارند به راه می‌اندازد (Ostir, Smith, & Smith, 2005). در حقیقت امروزه (برخلاف گذشته) تعریف صحیح و جامع سلامتی انسان بر وجود معیارهای مثبتی همچون رفاه و بهبودی استوار گردیده است و تأکید عمده تحقیقات در حوزه سلامت انسانی بر این نکته بنانهاده شده است که به‌راستی معنای خودشکوفایی، داشتن هدف و جهت در زندگی و یا شکوفا شدن توان بالقوه‌ی آدمی است (Ryff, 2013). امروزه تأثیر بهبودی روانشناختی بر حوزه روانشناسی تجربی، مثبت قلمداد شده است. متخصصین به این نتیجه رسیده‌اند که احساسات و عواطف مثبت نقطه مقابل و یا در تضاد با احساسات و عواطف منفی نمی‌باشند (Zaharakar, 2008). در نتیجه چنین استدلال باید نمود که بهبودی نیز به معنای فقدان بیماری روانشناختی نیست، چنین امری در دهه‌های اخیر موجب شده است تأکید علم روانشناسی و روان‌درمانگران نه بر کاهش بیماری روانی، بلکه بر بهبود بهبودی و رشد شخصی استوار گردد (Ryan & Deci, 2001). لازم به ذکر است تحقیقات علمی بر روی معنای بهبودی روانشناختی و چگونگی اندازه‌گیری آن با تمایز قائل شدن فرآیند میان جنبه‌های فضیلت‌گرا² و لذت‌گرای آن بسط و گسترش یافته است (Ryff, Singer, & Dienberg Love, 2004). براساس رویکرد لذت‌گرایی، بهبودی شامل شادکامی ذهنی، لذت و اجتناب از درد می‌باشد. رویکرد فضیلت‌گرایی بیان می‌کند که واژه بهبودی هنگامی ارزشمند است که با شادکامی صرف فاصله داشته باشد. پس طبق این رویکرد، مفهوم اصلی بهبودی بالفعل شدن توان بالقوه فرد در فرایند ادراک خود می‌باشد (Moenizadeh & Salagame, 2010). یکی از درمان‌های روان‌شناختی که در سالیان اخیر به خوبی توانسته است تعارضات زناشویی را کاهش دهد درمان وجودی معنایی می‌باشد.

دیدگاه وجودی بر عمیق بودن تجارب در هر لحظه از زندگی تأکید می‌کند و زمان زیادی را بر بهبود خاطرات گذشته فرد صرف نمی‌کند. هدف اصلی گروه درمانی 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 (Rezaeian, 2017; M. O. Shoa kazemi, Mahsa, 2017). رویکرد وجودی در حوزه روان‌شناسی به‌عنوان وضعیتی مشترک برای همه افراد بدون توجه به فرهنگ، مذهب، قومیت و نژاد به مسائل عمیق و محوری همچون: تنهایی،

¹ Psychological well-being

² Eudaimonic

بی‌معنایی، مرگ و آزادی می‌پردازد (Ghaffari, 2012). این رویکرد به‌جای تاکید بر بهبود بیماری یا به‌کارگیری مطلق تکنیک‌های حل مسأله برای تکلیف دشوار زندگی اصیل، بر درک آزادی، مسؤولیت و ابراز صادقانه خویش تمرکز دارد. این رویکرد گروهی رویکرد پویایی است که بر چهار نگرانی اساسی؛ یعنی مرگ، آزادی، تنهایی و بی‌معنایی که در وجود انسان ریشه دارند، تاکید دارد (Aghdar, 2016). نوع نگرش و جهان‌بینی اگرچه می‌تواند بین بسیاری از افراد یا گروه‌ها مشترک باشد، اما از یک تعبیر و برداشت شخصی حاصل می‌شود. این جهان‌بینی عمدتاً به عنوان 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، نشأت بگیرد. هسته اصلی رویکرد وجودی، این نگرش است که توانایی افراد برای سالم بودن و عملکرد مناسب کافی است و این توانایی می‌تواند آن‌ها را به سمت خودآگاهی و خوداندیشی حرکت دهد (Nemati Sogolitappeh et al., 2017). در واقع، درمان وجودی یا هستی‌گرا درمانی یا روان‌درمانی اگزیستانسیال، نوعی روش فلسفی بر درمان است که بر این باور عمل می‌کند که کشمکش درونی در درون یک فرد ناشی از مواجهه اشخاص با مفروضات مسلمی از هستی است. این مفروضات، همان‌گونه که توسط اروین یالوم اشاره شده، عبارت‌اند از: غیرقابل اجتناب بودن مرگ، آزادی و مسئولیت همراه با آن، انزوای وجودی (که اشاره به پدیدارشناسی دارد)، و در نهایت بی‌معنایی (در مفهوم اگزیستانسیالیسمی). این چهار مفروض که همچنین به عنوان دلواپسی‌های غائی نیز به آن‌ها اشاره شده، بدنه «درمان وجودی» را تشکیل داده و چارچوبی را در فهم مشکل مراجع برای درمانگر و در راستای بسط یک رویه درمانی ایجاد می‌کنند. در مکتب بریتانیایی درمان وجودی، این چهار مسلمات به عنوان تنش‌ها و تناقضات قابل پیش‌بینی از چهار بعد وجود انسان، در عرصه‌های فیزیکی، اجتماعی، شخصی و معنوی در نظر گرفته شده‌است. این مداخله، رویکردی پویا یا پویه‌نگر است و بر دلواپسی‌هایی تمرکز می‌کند که در هستی انسان ریشه دارند. روان هر فرد شامل نیروها، انگیزه‌ها و ترس‌های ناخودآگاه و خودآگاهی است که در درونش به کنش مشغول‌اند. روان‌درمانی‌های پویه‌نگر، درمان‌هایی بر اساس مدلی پویای از کارکرد روانی هستند. اکتشاف عمیق از چشم‌انداز درمانگر اگزیستانسیال، روبیدن و کنار زدن دلواپسی‌های روزمره و تفکر عمیق فرد درباره موقعیت است (Young, Sullivan, Hart, & Palitsky, 2021).

در این گروه‌ها درمانگر سعی می‌کند کلیشه‌های ذهنی و رفتاری مراجعان را بازسازی کند. این مدل برای افرادی که اضطراب مرگ (به دلیل شایعات درباره مرگ) دارند، مفید می‌باشد. گاهی ترس از مرگ به دلیل شنیدن شایعات مرگ و میر و گسترش آن‌ها به وجود می‌آید. درمانگران در این باره تلاش می‌کنند فضایی را در اتاق درمان برای مراجعان ایجاد و با آنان همدلی کنند تا درباره ترس‌های خود بدون هیچ قضاوتی صحبت کنند. صاحب نظران دیدگاه وجودی اعتقاد دارند که بیشتر مردم به دلیل ترس از مرگ، آشفتنگی

روانی پیدا می کنند و لازم است به آنان مشاوره داده شود تا در بحبوحه مشکلات، معنایی برای زندگی خود بیابند و تا زمانی که افراد در زمان مشکلات معنایی در زندگی خود نیابند، تنش های روانی آنان ادامه خواهد داشت (Odde, 2011).

این نوع درمان ساختار مطلوبی برای کار روی مسائل وجودی مراجعان است که سؤال های عمیقی را درباره ماهیت وجودی انسان، اضطراب، ناامیدی، تنهایی و انزوا مطرح می کند و به جای سلب اختیار فرد، بر رابطه مراجع و درمانگر، مواجهه صادقانه، و تغییر به عنوان یک عمل شجاعانه، و کار از سوی مراجع تأکید می کند (Corsini, 2001). هدف اصلی گروه درمانی وجودی کمک به حضور واقعی در هستی است؛ یعنی به اعضا کمک می کند تا با زندگی و پدیده های آن و روابط فعلی با یکدیگر ارتباطی واقعی و صادقانه برقرار کنند (Snyder & Ingram, 2000).

بهزیستی روان شناختی را نیز می توان واکنش های عاطفی و شناختی به ادراک ویژگی ها و توانمندی های شخصی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان، پیوند و رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت در طول زمان تعریف کرد (Ghaffari, 2012). درک افراد از زندگی خودشان در حیطه رفتارهای هیجانی و عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی به بهزیستی روان شناختی اشاره دارد؛ یعنی اصطلاحاً ارزیابی گوناگون مردم از زندگی خود، اتفاقاتی که برای آن ها می افتد، جسم و ذهنشان و شرایط محیطی که در آن زندگی می کنند، تعریف شده است. تحقیقات در مورد بهزیستی روان شناختی قلمروهایی از شخصیت، انگیزش و عامل های شناختی (ادراک، اعتماد به نفس، خوش بینی) را نشان داده است که همه ی این عوامل در رضایتمندی افراد از زندگی مشارکت دارند (Kissane et al., 2003).

بررسی اثربخشی درمان وجودی و واقعیت درمانی در کاهش استرس همسران معتادان به مواد مخدر و افزایش انسجام خانواده نیز نشان داد که گروه درمانی با دو روش درمان وجودی، واقعیت درمانی در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنی داری در میانگین نمرات مقیاس استرس ادراک شده داشته است. این یافته نشان داد که نمرات استرس ادراک شده هم گروه درمان وجودی و هم گروه واقعیت درمانی در پس آزمون نسبت به گروه کنترل کمتر بود. همچنین بین میانگین نمرات گروه ها در مقیاس انسجام خانواده تفاوت معنی داری وجود داشت که هر دو گروه آزمایشی نمرات بالاتری نسبت به گروه کنترل و گروه درمان وجودی بالاتر از گروه واقعیت درمانی در پس آزمون کسب کردند (Daradkah & Jaradat, 2021).

علی زاده و همکاران (1400) با بررسی اثربخشی روان درمانی وجودی بر اضطراب مرگ و معنای زندگی بر بیماران بهبود یافته کووید-19 دریافتند که این رویکرد بر بهبود معنای زندگی و کاهش اضطراب مرگ بیماران بهبود یافته ی کووید 19 تاثیر

معناداری داشته است. این مسئله می تواند بر این موضوع اشاره کند که این روش با تاثیر بر نگرش افراد رویکردی کارآمد در زمینه کار با بیماران بهبود یافته ی کووید 19 تلقی شود (Alizadeh, 2021)

همچنین بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی وجودی بر کیفیت زندگی سالمندان (1395) نشان داد که تاثیر گروه درمانی شناختی وجودی بر افزایش کیفیت زندگی سالمندان مثبت بوده است. بدین معنا که مداخلات درمانی براساس رویکرد مذکور و با بکارگیری مفاهیمی مانند مرگ، معنا، تحریفها شناختی و مسولیت پذیری توانست سطح کیفیت زندگی سالمندان را افزایش دهد (Jalili Nikoo et al., 2017).

در تحقیقی که توسط کیزان و همکاران به منظور افزایش شبکه حمایتی، مقابله با فقدان ها، حل مسأله و افزایش بهزیستی روان شناختی برای مقابله بیشتر و ایجاد احساس تسلط بر زندگی با استفاده از روش گروه درمانی وجودی بر روی بیماران مبتلا به سرطان پستان صورت گرفت، نشان داده شد که مهارت های مقابله ای در طی آموزش رسمی حل مسأله و اصلاح شناختی افکار اتوماتیک منفی رشد کرده اند و باعث افزایش بهزیستی روان شناختی شده است (Kissane et al., 2003).

بررسی اثربخشی واقعیت درمانی و معنا درمانی بر بخشش و اعتماد زناشویی زنان متأثر از خیانت زناشویی متقاضی طلاق نشان داد که بین گروه ها در هر دو متغیر بخشش زناشویی و اعتماد زناشویی تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارت دیگر، نتایج نشان داد که هر دو مداخله واقعیت درمانی و معنا درمانی در ارتقای بخشش زناشویی و اعتماد زناشویی مؤثر هستند. بنابراین آگاهی زوج درمانگران، مشاوران، روانشناسان و سایر متخصصان می تواند به کاهش خیانت زناشویی و طلاق کمک کند (Gholipour, Firozjaei, Dokaneifard, & Jahangir, 2023).

این پژوهش نیز بدنبال بررسی اثربخشی گروه درمانی وجودی معنایی بر بهزیستی روان شناختی زنان متأهل دارای تعارضات زناشویی در شهر اصفهان است.

3 روش شناسی پژوهش

پژوهش حاضر با توجه به اینکه دارای یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل و پیش آزمون و پس آزمون می باشد و نمونه گیری آن داوطلبانه و در دسترس (غیرتصادفی) است، طرح شبه آزمایشی محسوب می گردد. پس از انتخاب هدفمند، شرکت کنندگان به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند. پس طرح پژوهشی شبه آزمایشی با گروه کنترل و پیش آزمون و پس آزمون است.

جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی زنان دارای تعارض زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و مددکاری اجتماعی شهر اصفهان بود. نمونه پژوهش شامل 15 نفر در گروه آزمایش و 15 نفر در گروه کنترل بود. حضور داوطلبانه و اخذ رضایت مکتوب، عدم شرکت در سایر دوره‌های روان درمانی و عدم ابتلا به بیماری جسمی یا روانی مشخص مغل مداخله از ملاک های ورود شرکت کنندگان در مداخله بود. در صورتی که هر کدام از آزمودنی ها رضایت شرکت در مداخله نداشتند و یا ابتلا به بیماری جسمی و روانی خاص که بر مداخله تاثیر گذار بود نیز از مداخله خارج می شدند.

علاوه بر مشخصات جمعیت شناختی، در این پژوهش از مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف- فرم 54 سوالی (RSPWB¹) استفاده شد. فرم اصلی این مقیاس توسط ریف در سال 1980 طراحی شد و دارای 120 سوال بود اما در بررسی‌های بعدی فرم‌های کوتاه تر 84 سوالی، 54 سوالی و 18 سوالی نیز پیشنهاد گردید. مقیاس بهزیستی روان‌شناختی دارای 6 خرده مقیاس پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، خودمختاری، رشد شخصی، هدفمندی در زندگی و تسلط بر محیط می‌باشد. همسانی درونی خرده مقیاس‌ها مناسب و آلفای کرونباخ آنها بین 0.77 تا 0.90 به دست آمد و روایی آن 0.83 بود. آلفای کرونباخ برای پایایی این پرسش نامه 0.79 به دست آمد (Kasiri et al., 2015). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس 0/75 محاسبه شد که حاکی از مقبول بودن پایایی این ابزار در جامعه مورد مطالعه می‌باشد. فقط از نمره کل این مقیاس در پژوهش استفاده شد. در این پژوهش از روشهای مختلف آمار توصیفی مانند توزیع‌های فراوانی، میانگین، تحلیل کوواریانس 2 تک متغیره روشی بود که در این پژوهش از آن استفاده شد. برای مقایسه میانگین نمرات گروه‌ها در پس آزمون از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. از آزمون اف-لویین برای سنجش همگنی واریانس گروه‌ها و آزمون کولموگروف اسمیرنوف (K-S) برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در گروه‌های آزمایش و کنترل نیز استفاده شد. جهت محاسبات از نرم افزار SPSS-23 استفاده شد. درخصوص ملاحظات اخلاقی مداخله نیز پروتکل استاندارد هلسینکی مدنظر قرار گرفت (Mobasher, Mahdaviya, & Zendeudel, 2012).

4 یافته‌های پژوهش

توزیع آزمودنی‌ها برحسب گروه سنی در جدول (4-1) گزارش شده است.

جدول 4-1. توزیع آزمودنی‌ها برحسب گروه سنی

کنترل		آزمایش		گروه سنی آزمودنی‌ها
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	

¹ Ryff's Scales of Psychological Well-being

² Covariance

33/33	5	46/66	7	30-25
13/33	2	20	3	35-31
20	3	20	3	40-36
33/33	5	13/33	2	45-41
100	15	100	15	جمع کل

در میان آزمودنی‌ها در گروه تحت درمان آزمایش ، 33/3 درصد آن‌ها بین 30-25 سال و 6/6 درصد بین 31-35 سال ، 26/6 درصد بین 40-36 سال و 33/3 درصد بین 45-41 سال بودند. در میان آزمودنی‌ها در گروه کنترل ، 20 درصد آن‌ها بین 30-25 سال ، 26/6 درصد بین 35-31 سال ، 20 درصد بین 40-36 سال و 33/3 درصد بین 45-41 سال بودند.

وضعیت تحصیلی آزمودنی‌ها نیز در جدول (2-4) گزارش شده است.

جدول 2-4. توزیع آزمودنی‌ها برحسب وضعیت تحصیلی

کنترل		آزمایش		مدرک تحصیلی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
53/3	8	53/3	8	دیپلم
33/3	5	26/7	4	لیسانس
13/3	2	20	3	فوق لیسانس
100	15	100	15	جمع کل

در گروه آزمایش ، 53/3 دارای مدرک دیپلم، 26/7 درصد آزمودنی دارای مدرک تحصیلی لیسانس و 20 درصد آزمودنی‌ها دارای مدرک تحصیلی فوق لیسانس بودند. در گروه کنترل، 26/6 درصد آزمودنی‌ها دارای مدرک تحصیلی سیکل، 40 درصد دارای مدرک دیپلم و 33/3 درصد آزمودنی دارای مدرک تحصیلی لیسانس و بالاتر بودند.

جدول شماره 4 - 3. شاخص‌های توصیفی - نمرات پیش آزمون و پس آزمون بهزیستی روان شناختی

کنترل		آزمایش		نوع آزمون	متغیر
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
21/806	130/267	24/038	128/33	پیش آزمون	هدفمندی در زندگی
21/216	131/133	24/098	138/533	پس آزمون	
4/337	13/333	4/306	13/60	پیش آزمون	پذیرش خود
4/190	13/533	4/307	14/533	پس آزمون	
4/577	11/667	4/246	13/20	پیش آزمون	ارتباط مثبت با دیگران
4/438	11/867	4/364	14/80	پس آزمون	
3/441	13/867	3/602	14/40	پیش آزمون	خودمختاری
3/091	13/533	4/021	16/20	پس آزمون	
3/642	14/867	3/579	13/667	پیش آزمون	رشد شخصی

3/331	14/667	3/575	14/733	پس آزمون	
-------	--------	-------	--------	----------	--

نمرات پیش آزمون و پس آزمون در بررسی نشانگر تغییرات در شش بعد بهزیستی روانشناختی در گروه آزمایش قبل و بعد از مداخله می باشد. این درحالی است که در گروه کنترل تغییرات در شش بعد بهزیستی روانشناختی مشاهده نشد.

جدول 4 - 4 خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر گروه درمانی وجودی معنایی بر بهزیستی روان شناختی زنان متاهل دارای تعارضات زناشویی

بهبودی روان شناختی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره f	سطح معنی داری	اندازه اثر
	671/612	1	671/612	48/458	0/000	0/451

همانطور که نتایج تحلیل کوواریانس در مورد بهزیستی روان شناختی نشان داد، بعد از تعدیل اثر پیش آزمون ها، اثر گروه بر نمره های پس آزمون ها معنی دار بود و میزان تاثیر آن نیز 0/45 بوده است. ($P\text{-value} < 0/05$ و $f(1 و 30) = 48/45$).

میانگین های تعدیل شده نمرات پس آزمون بهزیستی روان شناختی گروه ها در جدول زیر آمده است:

جدول 4 - 11 میانگین های تعدیل شده نمرات بهزیستی روان شناختی مرحله پس آزمون

بهبودی روان شناختی	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
	آزمایش	139/571	0/962
	کنترل	130/096	0/962

با توجه به نتیجه تحلیل کوواریانس و جدول میانگین های تعدیل شده، چنین استنباط می شود که در مرحله پس آزمون میانگین نمرات افراد گروه آزمایش در متغیر بهزیستی روان شناختی نسبت به گروه کنترل افزایش معنی دار داشته است، که ناشی از استفاده از تاثیر گروه درمانی وجودی معنایی بوده است. بنابراین می توان گفت که گروه درمانی وجودی معنایی بر بهزیستی روان شناختی زنان متاهل دارای تعارضات زناشویی تاثیر داشته است.

جدول 4-4. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بهزیستی روان شناختی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بهبودی روان شناختی (پیش آزمون)	9/35	1	9/35	0/13	0/25
گروه	2871/14	1	2871/14	6/19	*0/024
خطا	6468/4	27	318/57		
کل	166417	30			

نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره نشان می دهد که گروه درمانی وجودی معنایی بهزیستی روان شناختی زنان متاهل دارای تعارضات زناشویی گروه آزمایش را نسبت به گروه کنترل به طور معناداری افزایش می دهد ($P < 0/05$).

5 بحث و نتیجه گیری

در سال های اخیر توجه به ارتباطات بین زوجین از اهمیت بسزایی برخوردار شده است که بر ابعاد مختلف سلامت فردی و بین فردی و اجتماعی تاثیر گذار است. با توجه به یافته های پژوهش گروه درمانی روان درمانی وجودی گروه درمانی وجودی معنایی بر بهزیستی روان شناختی زنان متاهل دارای تعارضات زناشویی تاثیر دارد. بنابراین می تواند به عنوان رویکردی کارآمد در زمینه بهزیستی روان شناختی زنان متاهل دارای تعارضات زناشویی بکار گرفته شود. این در حالی است که همه تلاش های انسان ها در راستای ارتقای کیفیت زندگی و کسب رضایت همه جانبه از آن به عنوان محوری ترین مساله در امر توسعه جوامع تعریف می شود. نتایج این پژوهش با برخی از پژوهش های پیشین نیز همسو می باشد (Aghdar, 2016; Kissane et al., 2003; Mousavi, 2020).

در گروه های درمانی وجودی درمانگر سعی می کند کلیشه های ذهنی و رفتاری مراجعان را بازسازی کند و این نوع درمان ساختار مطلوبی برای کار روی مسائل وجودی مراجعان است که سؤال های عمیقی را درباره ماهیت وجودی انسان، اضطراب، ناامیدی، تنهایی و انزوا مطرح می کند و به جای سلب اختیار فرد، بر رابطه مراجع و درمانگر، مواجهه صادقانه، و تغییر به عنوان یک عمل شجاعانه، و کار از سوی مراجع تأکید می کند (Corsini, 2001).

هدف اصلی گروه درمانی وجودی کمک به حضور واقعی در هستی است؛ یعنی به اعضا کمک می کند تا با زندگی و پدیده های آن ارتباطی واقعی و صادقانه برقرار کنند و در واقع به جای تمرکز بر مشکلات بیرونی، بر روابط فعلی اعضا با یکدیگر تأکید دارد (M. Shoa Kazemi & Omidbeygi, 2016). بدین سبب، بارزترین ویژگی این رویکرد، تأکید بر رابطه درمانی و نقش آن در ایجاد تغییر در مراجع است (Ghaffari, 2012).

در سراسر فرایند گروه به شناخت و بررسی این مسائل، دغدغه ها، ارزش ها و دیدگاه افراد به خود و زندگی و تغییر این دیدگاه پرداخته شد، زیرا این شیوه به افراد گروه که دچار ناکارآمدی در روابط و کارکرد اجتماعی هستند، کمک می کند تا از طریق تلاش برای ایجاد آفرینندگی، تغییر نگرش و جهان بینی و خلق ارزش های تازه، ارزش های فعلی خود را تغییر داده و ارزش های متناسب با موقعیت خود را ایجاد کنند. گروه به افراد اجازه می دهد که ارزش هایشان را دوباره بررسی و با ارزش های دیگران در گروه مقایسه کنند. فرد در گروه با آگاهی یافتن از این که او تنها کسی نیست که دچار مشکلاتی است، عزت نفس پیدا می کند و از طریق تشخیص تواناییهای مبنی بر این که به حال دیگران سودمند است، احساس توانمندی می کند.

بهزیستی روانی نیز یک فاکتور مهم و بیانگر آن است که افراد چه احساسی از خودشان دارند و شامل پاسخ های هیجانی افراد، رضایت مندی از زندگی و قضاوت درباره کیفیت زندگی می شود. بهزیستی روانشناختی می تواند مؤلفه هایی مانند رضایت از زندگی، انرژی و خلق مثبت را در برگیرد (Ghaffari, 2012). بهزیستی روانی ساختار مهمی است که در سطح پایین منجر به افسردگی و انزوای اجتماعی و باعث فقدان احساس رضایت و اعتماد به نفس بوده و به کاهش سلامت روانی و جسمی منجر می شود (Mousavi, 2020) در پژوهش موسوی و مباشری با عنوان بررسی رابطه میان کیفیت زندگی با شادکامی بهزیستی روان شناختی زنان متاهل شهرستان بستک صورت گرفت نتایج حاصل گویای آن است که بین کیفیت زندگی با شادکامی و بهزیستی روانشناختی رابطه مثبت وجود دارد؛ بدین معنی که شادکامی و بهزیستی روانشناختی تاثیر مثبت و متقابل بر یکدیگر

دارند (Aghdar, 20166). با توجه به نتایج پژوهش بکارگیری گروه درمانی وجودی معنایی در حل مشکلات زوجین و میانجیگری و داوری خانواده به پژوهشگران توصیه می‌گردد. همچنین می‌توان از این روش به شیوه آموزشی در کارگاههای تخصصی ویژه متخصصان سلامت روان از جمله مددکاران اجتماعی بهره برد.

این نکته حائز توجه است که این پژوهش صرفاً بر روی زنان متأهل دارای تعارضات زناشویی صورت گرفته و لذا باید به دلیل تفاوت های فرهنگی در تعمیم نتایج به زوجین سایر شهرها با احتیاط بیشتری عمل شود. محدودیت در همکاری سایر موسسات خدمات روانشناختی و مشاوره ای با پژوهشگر نیز به دلیل نوع موضوع که غالباً با حساسیت در بین زوجین و خانواده بوده نیز جزو محدودیت این پژوهش بود. از طرفی محدودیت زمانی و دسترسی دشوار به آزمودنی ها نیز امکان پیگیری تاثیرات طولانی مدت این مداخله را دشوار نمود که جزو محدودیت های پژوهش بحساب می‌رود.

بر اساس نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود به بررسی گروه درمانی وجودی معنایی بر سایر متغیرهای وابسته مانند خودتنظیمی هیجانی، سرسختی روانشناختی، شادکامی، رضایت جنسی در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر مشهد پرداخته شود. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود رویکرد گروهی وجودی معنایی با دیگر رویکردهای روانشناختی مانند درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر رضایت زناشویی، تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره مقایسه و بررسی شود.

6 منابع:

- Aghdar, Z. (20166). *Investigating the Relationship between Psychological Wellbeing and Quality of Working Life of Nurses in Ahvaz Public Hospitals*. Paper presented at the Annual Conference on New Research Approaches in the Humanities, Tehran. [In persian]
- Alizadeh, S .T., Somayyeh; Mahmoud Alilou, Majid; Feizipour, Haedeh. (2021). The Effectiveness of Existential Therapy on Death Anxiety and Meaning of Life in Recovered Patients of Covid 19. *Studies in Medical Sciences*, 32(5), 388-398. [In persian]
- Corsini, R. J. (2001). *Handbook of innovative therapy*. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Daradkah, S., & Jaradat, A.-K. (2021). Exploring the Effectiveness of Existential Therapy and Reality Therapy in Reducing Stress and Increasing Family Cohesion among Wives of Drug Addicts. *Jordan Journal of Educational Sciences*, 17(3), 421-436 .
- Eid, M., & Larsen, R. J. (2008). *The science of subjective well-being*: Guilford Press.
- Ghaffari, G. K., A; Nowzari, H. (2012). Trend study of quality of life in Iran *Quarterly Journal of Social Studies and Research in Iran*, 1(3), 107-134. doi: 10.22059/JISR.2013.36564 [In persian]
- Gholipour Firozjaei, M., Dokaneifard, F., & Jahangir, P. (2023). Comparison of the effectiveness of reality therapy and logotherapy on the components on forgiveness and marital trust of women affected by marital infidelity seeking divorce. *Journal of Psychological Science*, 22(124), 791-807. [In persian] .
- Jalili Nikoo, S., karimi, Z., Nejatinejad, N., Bahmani, B., Naghiaee, M., & Ghasemi Jobaneh, R. (2017). Effectiveness of cognitive Existential Group therapy on quality of life of elderly people. *Armaghane Danesh*, 21(10), 1013-1021 . [In persian].

- Kasiri, N., Alidousti, M., Heidari Soureshjani, S., Mohamadi, S., Hadi Abbasi, M., & Hashemi, F. (2015). Comparison of the real self, ideal self and ought self in adolescents with and without criminal history in Isfahan. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 17(3). [In persian]
- Kissane, D. W., Bloch, S., Smith, G. C., Miach, P., Clarke, D. M., Ikin, J., . . . McKenzie, D. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: A randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, 12(6), 532-546. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.683>
- Mobasher, M., Mahdaviyani, J., & Zendehtdel, K. (2012). ethics, medical research, Helsinki Declaration, informed consent. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 5(1), 62-68 .[In persian]
- Moenizadeh, M., & Salagame, K. K. K. (2010). The impact of well-being therapy on symptoms of depression. *International Journal of Psychological Studies*, 2(2), 223[In persian] .
- Mousavi, S. A., & Mubasheri, Nahid. (2020). Investigating the Relationship between Quality of Life and Happiness Psychological Welfare of Married Women in Basta. *OURMAZD JOURNAL*, 51(supp. 2), 6-48. [In persian] .
- Nemati Sogolittapeh, F., mohamadyfar, m. a., & khaledian, m. (2017). The Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Marital Conflict and Marital Adjustment in Addicts. *Research on Addiction*, 11(43), 11-30 .[In persian]
- Odde, D. (2011). Motivation and Existence. *Existential Analysis: Journal of the Society for Existential Analysis*, 22(1) .(
- Oishi, S., Diener, E., & Lucas, R. E. (2007). The Optimum Level of Well-Being: Can People Be Too Happy? *Perspectives on Psychological Science*. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00048.x>
- Ostir, G. V., Smith, P. M., Smith, D., & Ottenbacher, K. J. (2007). Reliability of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) in medical rehabilitation. *Clinical rehabilitation*, 19(7), 767-769 .
- Rezaeian, H., masomi, samira & HOSEINIAN, SIMIN. (2017). Prediction sexual satisfaction on the Basis of couple ' s communication patterns. *JOURNAL OF WOMAN AND FAMILY STUDIES*, 5(1), 79-101 .[In persian]
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52(1), 141-166 .
- Ryff, C. D. (2013). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(1), 10-28 .
- Ryff, C. D., Singer, B. H., & Dienberg Love, G. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 359(1449), 1383-1394 .
- Shoa Kazemi, M., & Omidbeygi, M. (2016). *Gender roles, mindfulness and marital satisfaction abstacles*. Tehran: Avay Noor[In persian].
- Snyder, C. R., & Ingram, R. E. (2000). *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes & practices for the 21st century*: John Wiley & Sons ,Inc.
- Young, I. F., Sullivan, D., Hart, J., & Palitsky, R. (2021). Insecurity orientations: A person-centered approach to existential concerns. *Personality and Individual Differences*, 168, 110288 .
- Zahrakar, K. (2008). *Tension consultation (predecessors ,consequences and therapeutic strategies)*. Tehran: Bal[In persian].