



## تأثیر روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی بر رضایت زناشویی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲

علی محمد نظری<sup>۱\*</sup>، حسین یاراحمدی<sup>۲</sup>، کیانوش زهراکار<sup>۳</sup>

۱- دانشگاه خوارزمی - دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی - گروه مشاوره - دانشیار.

۲- دانشگاه خوارزمی - دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی - گروه مشاوره - کارشناس ارشد.

۳- دانشگاه خوارزمی - دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی - گروه مشاوره - استادیار.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۳، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱/۲۱

### چکیده

**مقدمه:** دیابت به عنوان یک بیماری مزمن تمام سطوح زندگی فردی و اجتماعی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد. شیوع اختلالاتی از قبیل افسردگی، اضطراب، در این بیماران و نیز عوارض جسمانی ناشی از این بیماری تعاملات خانوادگی و زناشویی را تحت تأثیر قرار داده لذا انجام مداخلات در این رابطه ضروری به نظر می‌رسد. هدف پژوهش حاضر تبیین تأثیر روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی بر رضایت زناشویی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌باشد.

**مواد و روش‌ها:** در پژوهش حاضر ۱۶ زن عضو انجمن دیابت استان تهران به‌طور تصادفی انتخاب و در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۸ نفر). از هر دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد. گروه آزمایش در ۸ جلسه روان‌درمانی وجودی به‌صورت گروهی شرکت کردند، اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان پس‌آزمون به‌عمل آمد و داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس تحلیل شد.

**نتایج:** نتایج نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد. این تفاوت در سطح ۰/۰۱ معنادار است. لذا می‌توان گفت روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی موجب افزایش رضایت زناشویی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ شده است.

**نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی می‌تواند موجب افزایش رضایت زناشویی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ گردد. لذا انجام مداخلات بر اساس این رویکرد در رابطه با بیماران دیابتی منجر به بهبود زندگی زناشویی آنها می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** روان‌درمانی وجودی، مشاوره گروهی، رضایت زناشویی، دیابت نوع ۲.

\***نویسنده مسئول:** البرز - کرج - حصارک - میلان دلشگه - دلشگه خوارزمی - دلشگه روانشناسی و علوم تربیتی - گروه مشاوره، تلفن: ۰۹۱۲۵۶۱۵۷۰۶، **Email:** annazariy@yahoo.com

**ارجاع:** نظری علی محمد، یاراحمدی حسین، زهراکار کیانوش. تأثیر روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی بر رضایت زناشویی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله دانش و تندرستی ۹(۲):۱۳۹۳-۱۴-۲۰.

## مقدمه

خانواده را مؤسسه یا نهادی اجتماعی معرفی کرده‌اند که ناشی از پیوند زناشویی زن و مرد است. از جمله مظاهر زندگی اجتماعی انسان وجود تعامل سالم و سازنده میان انسان‌ها و برقراربودن عشق به هم‌نوع و ابراز صمیمیت و همدلی به یکدیگر است. رضایت یک فرد از خانواده به مفهوم رضایت او از زندگی و در نتیجه تسهیل در امر رشد و تعالی و پیشرفت مادی و معنوی جامعه خواهد بود (۱). پژوهشگران حیطه‌ی زناشویی به‌طور سنتی بر کیفیت زناشویی از طریق ارزیابی شاخص‌هایی از قبیل سازگاری، شادکامی و از همه رایج‌تر رضایت تمرکز کرده‌اند. رضایت زناشویی برای بهزیستی زوج و فرزندان آنها بسیار حیاتی است. علاوه بر این رضایت زناشویی پیش‌بینی‌کننده‌ی بسیار مهمی برای پایداری ازدواج است و پژوهش در پیشینه‌ی آن برای توسعه‌ی مداخلات درمانی موفق با هدف پیشگیری از طلاق سودمند است (۲) از رضایت زناشویی تعاریف متعددی ارائه شده است. چنانکه سمپستون و همکاران (۳) مطرح می‌کنند، رضایت زناشویی عبارت است از ارزیابی ذهنی مبنی بر اینکه رابطه‌ی حاصل از ازدواج خوب، شاد، رضایت بخش یا موفق است. لیچر و کارمالت (۴) رضایت زناشویی را به‌عنوان میزان شادکامی و حمایت ادراک شده از جانب هر همسر تعریف می‌کنند. رضایت زناشویی نقش مهمی در معنادگی به زندگی، سعادت و رفاه فردی و خانوادگی، منفعت اجتماعی ناشی از زندگی شاد، پیشگیری از آشفتگی ناشی از هم‌پاشیدگی و ناراضی زناشویی دارد. رضایت زناشویی اشاره دارد به شادمانی زناشویی، فقدان عملکرد معیوب، رضایت یک یا هر دو زوج، و در واقع یک درک کلی از موفقیت‌های زناشویی است (۵). بیماری یا به عبارتی سلامت جسمانی رضایت زناشویی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. چنانکه میرجاندا (۶) بیان می‌کند سلامت جسمانی و عدم وجود بیماری‌های مزمن با سطح بالای رضایت زناشویی مرتبط است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که رضایت زناشویی در بیماران مزمن با عواملی چون وخامت بیماری، ناتوانی فیزیکی ناشی از بیماری، میزان حمایت خانواده و افسردگی فرد یا زوج مرتبط است (۷) و (۸). تأثیر بیماری بر روابط میان فردی یکی از ابعاد دشوار سازگاری با بیماری‌های مزمن چون دیابت است. دیابت بیماری متابولیکی است که با هیپروگلیسمی مزمن مشخص شده و منجر به صدمه به ارگان‌های مختلف فرد مبتلا و کاهش طول عمر وی می‌گردد. دیابت یک بیماری مزمن غده‌ی درون‌ریز می‌باشد که ویژگی آن سوء عملکرد در سوخت و ساز گلوکز، ناشی از اشکالاتی در تولید یا بهره‌گیری از هورمون انسولین است. این بیماری ۳ شکل اصلی دارد: ۱- نوع یک یا وابسته به انسولین (IDDM). ۲- نوع دو یا غیر وابسته به انسولین (NIDDM). ۳- دیابت بارداری (۹). شیوع دیابت نوع ۲ بسیار بیشتر از نوع ۱ است (۹۰٪) و شامل گروه متنوعی از اختلالات است که معمولاً با شواهدی

مبنی بر درجات متغیر مقاومت به انسولین، اختلال ترشح انسولین و افزایش تولید گلوکز مشخص می‌گردند. نقایص مجزای ژنتیکی و متابولیک در عملکرد و یا ترشح انسولین، عامل اصلی ایجاد خصوصیات ظاهری هیپروگلیسمی یا افزایش قند خون در دیابت نوع ۲ به‌شمار می‌رود. اغلب بیماران در این گروه، اما نه همه، چاق بوده و آمادگی افزایش مقاومت به انسولین (کاهش حساسیت سلولی به انسولین) را دارند. از آنجا که افزایش سطح قند خون تدریجی است و ممکن است کمتر شدید باشد، بیش از ۵۰٪ بیماران نوع ۲ تشخیص داده نشده‌اند (۱۰). دیابت یک بیماری شایع و یکی از مشکلات بهداشتی در همه‌ی کشورهای جهان محسوب می‌شود، به شکلی که سازمان بهداشت جهانی از آن به‌عنوان اپیدمی خاموش یاد می‌کند. بر اساس برآوردها، اینگونه تخمین زده می‌شود که در دهه‌ی آینده شیوع دیابت به بیش از ۳٪ در کل جمعیت جهان افزایش یابد (۱۱). آماری که در سال ۱۳۸۳ از میزان شیوع دیابت گرفته شد نشان می‌دهد که در ایران حدود ۴ میلیون نفر مبتلا به دیابت وجود دارد که براساس آمارهای بین‌المللی هر پانزده سال یک‌بار تعداد آنها سه برابر خواهد شد (۱۲). تأثیر بیماری دیابت محدود به عوارض زودرس و دیررس آن از قبیل هیپروگلیسمی، عوارض عروق کوچک و بزرگ و غیره نمی‌شود. بلکه دیابت نیز مانند سایر بیماری‌های مزمن با روبرو کردن بیمار با چالش‌های متعددی از قبیل فشارهای ناشی از کنترل بیماری، رعایت برنامه‌های درمانی، مراقبت‌های پیچیده و پرهزینه، نیاز به مراجعه مکرر به پزشک و انجام آزمایش‌های مختلف و متعدد، نگرانی درباره آینده بیماری و احتمال ابتلاء فرزندان، اختلال در روابط اجتماعی و خانوادگی، مشکلات جنسی و... همراه است. به عبارتی این بیماری می‌تواند بر توسعه عوارض ایجاد شده، وضعیت روحی و روانی و ارتباطات فردی و خانوادگی و اجتماعی تأثیرات منفی داشته باشد (۱۳). تریگول و پولر (۱۴) برخی از اختلالات روانپزشکی را که به‌طور معمول در مواجهه با دیابت بروز می‌کنند برمی‌شمرند: فوبی، به‌خصوص نسبت به سرنگ و تزریق/ اختلال وسواس فکری عملی، که ممکن است نسبت به گلوکز خون باشد. اعتیاد به الکل و مواد اختلال وحشت‌زدگی اسکیزوفرنی. افسردگی در بیماران دیابتی یکی از پدیده‌های رایج بالینی است. بر اساس مطالعات شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت بین ۲۴ تا ۳۰ درصد گزارش شده است که نشان از خطر مهم افسردگی در خود مراقبتی دارد (۱۵). به نسبت افسردگی، اضطراب پژوهش‌های کمتری را به خود اختصاص داده است. اما به‌نظر می‌رسد که میزان اضطراب در مبتلایان به دیابت بالاتر از جمعیت عادی است (۱۶). مشکلات جنسی در میان افراد مبتلا به دیابت بسیار رایج است. بدیهی است ظهور عوامل مطرح شده و تداوم آنها در اثر بیماری دیابت، می‌تواند بصورت منفرد و یا ترکیبی، به‌طور مستقیم و غیرمستقیم رابطه‌ی زوج را به شکل منفی تحت تأثیر

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر بر اساس یکی از طرح‌های نیمه آزمایشی، تحت عنوان طرح "پیش‌آزمون - پس آزمون با گروه کنترل" انجام گرفت. جامعه‌ی مورد نظر در این پژوهش شامل کلیه‌ی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ است که عضو انجمن بیماران دیابتی خانه‌ی سلامت ایرانشهر استان تهران در سال ۹۱ بوده و داوطلب مشارکت در پژوهش شدند. نمونه‌ی پژوهش شامل ۱۶ زن مبتلا به دیابت نوع ۲ است. در آغاز جامعه‌ی مورد پژوهش بررسی شد و از افرادی که متأهل بوده و در محدوده‌ی سنی ۳۰ تا ۵۰ سال بودند دعوت شد تا در پژوهش شرکت کنند. از میان این افراد ۱۹ نفر داوطلب شرکت در پژوهش شدند. سپس از میان این افراد ۱۶ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و با شیوه‌ی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۸ نفر). برای جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش از فرم کوتاه (۴۷ سؤالی) پرسشنامه‌ی رضایت زناشویی انریچ استفاده شد. پرسشنامه رضایت زناشویی دربرگیرنده زمینه‌هایی در روابط زوج‌هاست که می‌تواند مشکلات بالقوه زوج‌ها را توصیف کند و یا می‌تواند زمینه‌های نیرومندی و تقویت آنها را مشخص نماید. فرم اصلی این پرسشنامه ۱۱۵ سؤال دارد. ضریب پایایی آزمون ۹۲٪ به دست آمده که ضریب بسیار مناسبی است. شریف‌نیا (۱۳۸۰) روایی این پرسشنامه را با روش روایی همگرا با پرسشنامه سازگاری زوجی FAD، ۹۲٪ به دست آورد. در پژوهش اولسون پایایی این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۹۲٪ اعلام شده است و سلیمانیان نیز با روش آلفای کرونباخ پایایی آن را ۹۳٪ برآورد کرد. سلیمانیان (۱۳۷۳) در بررسی روایی و پایایی این آزمون با استفاده از همبستگی درونی سؤالات آزمون با نمره کل، ۴۷ سؤال را که دارای بیشترین همبستگی با نمره کل بودند را انتخاب و به عنوان فرم کوتاه پرسشنامه رضایت زناشویی ارائه نمود. ضریب پایایی آزمون در مطالعه وی با روش دو نیمه کردن، ۹۰٪ به دست آمد. سؤالات پرسشنامه در لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافق (۵) تا کاملاً مخالف (۱) تنظیم گردیده است. در این پژوهش به منظور اعمال متغیر مستقل ۸ جلسه ۱۰۰ دقیقه‌ای روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی انجام گرفت. طرح درمانی جلسات به اختصار اینگونه بود:

جلسه اول: معارفه و آشنایی با گروه و بیان قوانین. جلسه دوم: افزایش خودآگاهی و رسیدن به مفهوم من هستیم. جلسه سوم و چهارم: پرداختن به مرگ و آگاهی از متناهی بودن. جلسه پنجم: پرداختن به معنای زندگی و یافتن معنا در رنج. جلسه ششم: بحث درباره تنهایی. جلسه هفتم: بحث درباره آزادی و مسئولیت. جلسه هشتم: جمع‌بندی و خاتمه.

به منظور بررسی داده‌ها و تجزیه و تحلیل نتایج از روش‌های آمار توصیفی همچون جداول، نمودارها، میانگین، انحراف استاندارد و خطای

قرار دهد و رضایت زناشویی آنها را مختل کند. بسیاری از پژوهشگران علاقه‌ی وافری به ماهیت میان فردی بیماری‌های مزمن نشان داده‌اند. به عنوان مثال ادبیات موجود چنین گزارش می‌دهند که رضایت جنسی و رضایت زناشویی زوج‌ها اغلب پس از هجوم بیماری مزمن کاهش می‌یابد (۳ و ۱۷). در رابطه با دیابت پژوهش‌های اندکی در مورد درمان اختلالات و مشکلات روانشناختی و وابستگی آنها از جمله مسایل ارتباطی، خانوادگی و زناشویی وجود دارد، در حالی که کمبودی در حیظه‌ی درمان جسمی احساس نمی‌شود. در نظر گرفتن تأثیر اختلالات روانشناختی بر توانایی فرد در اداره‌ی دیابت خود به شکل مؤثر، بسیار مهم به نظر می‌رسد (۱۴). روان درمانی وجودی براساس دیدگاه خود درباره‌ی زندگی انسان به اهمیت زندگی آنها می‌پردازد. روان درمانی وجودی نگرشی به موضوعات اساسی زندگی چون زندگی و مرگ، آزادی، مسئولیت نسبت به خود و دیگران، یافتن معنا در زندگی و پرداختن به مفهوم بی‌معنایی است. 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. عمق بخشیدن به روابط صمیمانه و صادقانه با دیگران از پیشنهادهای روان درمانی وجودی است. 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 لذت بخش خواهند شد (۱۸). 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 شود و آزادی خود را بپذیرد و نوع نگرش خود نسبت به مسائل را انتخاب کند (۱۹). اصل بنیادین وجودی این است که ما قربانی شرایط نیستیم، زیرا به مقدار زیاد همان کسی هستیم که تصمیم گرفته‌ایم باشیم. هدف اصلی درمان ترغیب درمان‌جویان به تفکر درباره زندگی، تشخیص دادن گزینه‌های پیش رو و انتخاب کردن از بین آنهاست. وقتی آنها تشخیص دهند از کنترل صرف نظر کرده و منفعل رفتار کرده‌اند، می‌توانند آگاهانه‌تر زندگی کنند (۱۸). با در نظر گرفتن ماهیت درمان وجودی و نگاه آن به واقعیات زندگی از جمله درد و رنج و مسئولیت فرد در یافتن معنا در این شرایط، و از سوی دیگر ماهیت بیماری دیابت که شرایط زندگی فرد و ارتباطات او را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد، با این مسئله روبرو هستیم که آیا درمان وجودی می‌تواند به شیوه‌ای مؤثر در کار با بیماران دیابتی و بهبود ارتباط آنها و در نتیجه ترفیع رضایت زناشویی این گروه خاص مفید واقع شود؟

## بحث

همانگونه که یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، فرضیه پژوهش یعنی مؤثر بودن روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی بر افزایش رضایت زناشویی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ مورد تأیید قرار گرفت. باتوجه به این مسئله که پژوهش‌های چندانی با هدف بررسی تأثیر درمان وجودی بر مؤلفه‌های زناشویی یافت نشد، نتایج به‌دست آمده به‌صورت غیرمستقیم با پژوهش‌های دیگر که تأثیر درمان وجودی را بر مؤلفه‌های روانشناختی مرتبط مورد بررسی قرار داده‌اند و همچنین سایر رویکردهای مداخله‌ای که به‌صورت گروهی با هدف ارتقاء رضایت زناشویی اجرا شده‌اند مقایسه می‌گردد. با این مقدمه می‌توان گفت نتایج به‌دست آمده با پژوهش‌های کلان‌ترکوشه (۲۰۱۲)، راضی (۱۳۹۱)، خدادادی (۱۳۹۰)، غفاری و همکاران (۱۳۸۹)، مارگیتا (۲۰۰۶)، الکساندر (۲۰۰۴) همسو بوده است (۵، ۲۰-۲۳). به جهت تبیین این فرضیه به تشریح برخی فاکتورهای مؤثر در ازدواج و نحوه‌ای که درمان وجودی این فاکتورها را به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم تحت تأثیر قرار می‌دهد می‌پردازیم. باید گفت که برخی مطالعات بر این مسأله تأکید کرده‌اند که سطح اضطراب، افسردگی و معنایابی در کیفیت ازدواج، رابطه‌ی معناداری با سطح رضایت و رابطه‌ی زناشویی دارد (۲۴) و (۲۵). به‌نظر می‌رسد موارد ذکر شده به‌عنوان 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 به‌عنوان 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 خود را افزایش دهند (۲۶). برخی از پژوهش‌ها (۲۷) بیان می‌کنند که هدف روان‌درمانی وجودی کمک به زوجین جهت افزایش آگاهی آنها به سوی عشق، وفاداری، 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 (۲۸). درخصوص نگرش رویکرد وجودی نسبت به روابط نیز باید گفت که مارتین بوبر

استاندارد و روش‌های آمار استنباطی همچون تحلیل کوواریانس یک راهه (ANCOVA) برای مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و گواه استفاده شده است.

## نتایج

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌کنید آزمون‌های گروه آزمایش و کنترل شامل ۱۶ نفر هستند که میانگین سنی آنها ۴۱/۶۲ سال، حداقل سن ۳۴ سال و حداکثر سن آنها ۴۷ سال است. انحراف استاندارد سن نیز ۳/۶ سال است. همچنین در این جدول میانگین و انحراف استاندارد طول مدت ازدواج آزمودنی‌ها را مشاهده می‌کنید که براساس آن میانگین مدت ازدواج شرکت‌کنندگان ۱۹/۵، حداکثر آن ۲۶ و حداقل آن ۱۱ سال است. توزیع اعضای گروه نمونه بر اساس طول مدت تشخیص نشان می‌دهد که میانگین مدت تشخیص ۸ سال، حداکثر آن ۱۵ و حداقل آن ۳ است.

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی در متغیرهای سن، مدت ازدواج و تشخیص

فراوانی	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
سن	۳۴	۴۷	۴۱/۶۲	۳/۶
مدت ازدواج	۱۱	۲۶	۱۹/۵	۳/۶۵
مدت تشخیص	۳	۱۵	۸	۳/۶۶

نتایج آزمون لون برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها نشان می‌دهد که این فرض برقرار است ( $F(1,14)=0.002, P>0.05$ ). مفروضه یکسانی شیب رگرسیون بررسی شد و باتوجه به نتایج حاصل این فرض نیز مورد تأیید قرار گرفت ( $F(1,14)=0.172, P>0.05$ ) و می‌توان نتیجه گرفت بین گروه‌ها و پیش‌آزمون تعاملی وجود ندارد. در ادامه پس از اینکه مشخص شد بین گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد، برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کواریانس یک طرفه استفاده شد.

همانطور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، فرضیه پژوهش یعنی مؤثر بودن روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی بر افزایش رضایت زناشویی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ مورد تأیید قرار گرفت ( $F(1,14)=9.739, P<0.01$ ). لذا می‌توان گفت روان‌درمانی وجودی به شیوه گروهی موجب افزایش رضایت زناشویی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ شده است.

جدول ۲- تحلیل کواریانس یک راهه بررسی رضایت زناشویی در مرحله پس‌آزمون

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	Sig
پیش‌آزمون	۳۰۲۳/۶۷	۱	۳۰۲۳/۶۷	۲۴۹/۰۶۲	۰/۰۰۰
گروه	۱۱۸/۲۳	۱	۱۱۸/۲۳	۹/۷۳۹	۰/۰۰۸
خطا	۱۵۷/۸۲	۱۳	۱۲/۱۴		
کل	۳۷۳۵۱	۱۶			

سعی مداومی برای به زور قرار دادن خویش و دنیا در درون الگوهای سفت و سخت و از پیش تعیین شده، می‌باشد. 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. 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 رضامندی از زندگی است.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مدیریت و معاونت محترم خانه سلامت ایرانشهر، به پاس همکاری بی‌دریغشان تشکر و قدردانی می‌گردد.

### References

- Ehteshamzadeh P, Makvandi B, Bagheri A. Relationship of forgiveness, idealism, and intimacy with marital satisfaction in devotees and their wives. *New Finding in Psychology* 2010;1(36):21-26.[Persian].
- Amato PP. The consequences of divorce for adult and children. *Journal of Marriage and Family* 2000;62:1269-1287.
- Sampson RJ, Laub JH, Wimer C. Does marriage reduce crime? A counterfactual approach to within-individual causal effects. *Criminology* 2006;44:465-508.
- Lichter DT, Julie HC. Religion and marital quality among low-income couples. *Social Science Research* 2009;39:168-187.
- Razi A. Effectiveness of group counseling by existential approach on locus of control and marital satisfaction in married women [dissertation]. Tehran: Allameh Tabataba'iy University;2012. [Persian].
- Mirjana P. Psychometric properties of the WHO quality of life questionnaire in diabetic patients. *Journal of Diabetes Care* 2001;2(3):189-206.
- Cano A, Gillis M, Heinz W, Geisser M, Foran H. Marital functioning, chronic pain, and psychological distress. *Pain* 2004; 107:99-106.
- Cano A, Weisberg JN, Gallagher RM. Marital satisfaction and pain severity mediate the association between negative spouse responses to pain and depressive symptoms in a chronic pain patient sample. *Pain Med* 2000;1:35-43.
- Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure. *Diabetes Care* 2000;23(7):943-50.
- Delavari AR, Mahdavi Hazaveh AR, NorooziNejad A, Yarahmadi SH. National plan for prevention and control of diabetes. Tehran: Seda Press;2004.[Persian].
- Khatib O. Guidelines for the prevention, management and care of diabetes mellitus. World Health Organization, EMRO Technical Publications Series 2006;32:1-82.
- Alavi A, Parvin N, Salehian T, Sami Poor V. Comparing children's and juveniles' quality of life from their parents' view. *Scientific Journal of Kordestan Medical University* 2010;89:46-52.

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. زوج می‌توانند رابطه‌ای عالی برای زندگی خود فراهم کنند و به‌طور مداوم زندگی زناشویی خود را با موفقیت ادامه دهند اگر به این مسائل آگاهی یابند (۲۹). کلانترکوشه (۲۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که تمایز خود و ایجاد رابطه من-تو منجر به تقویت رضایت زناشویی می‌شود که علت آن قادر ساختن فرد به توسعه‌ی یک احساس غنی‌تر، مطمئن‌تر و پاداش‌دهنده‌تر نسبت به خود است. از دیگر عوامل اثرگذار در درمان وجودی، آزادی است. در مشاوره‌هایی که به مسائل مربوط به زوج می‌پردازند، مشاوران فرصت‌هایی را به کار می‌گیرند تا زوج به تمرین آزادی، مسئولیت، توانمندی، و درونی کردن منبع کنترل بپردازند (۳۰). تأکید درمان وجودی بر آزادی و مسئولیت موجب افزایش احساس مسئولیت فرد در قبال رابطه و خوشبختی خود در رابطه می‌شود. همچنین این مفهوم موجب افزایش احترام فرد به آزادی همسرش نیز می‌گردد. برخی پژوهش‌ها (۵ و ۳۱) نشان می‌دهند که 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 شده‌است. همچنین آمارها نشان می‌دهند که وجود معنا در ازدواج تأثیر مثبتی بر رابطه زناشویی می‌گذارد. گاهی خود ازدواج می‌تواند وسیله‌ای برای ساختن معنا باشد که با ایجاد ازدواجی واقعی از جانب زوجین آغاز می‌شود (۳۲). بیشترین تغییرات در خانواده و ازدواج هنگامی رخ می‌دهد که زوجین می‌توانند معنایی را برای تغییر بیابند. در کار بر روی کیفیت زندگی زوج، مهم‌ترین وظیفه مشاور افزایش آگاهی زوج از معنا و معانی بالقوه‌ای است که در زندگی آنها وجود دارد (۳۱). به‌طور 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 خوراندند و خود وی آنها را صادقانه و خالصانه بر نگزیده است. بنابراین زندگی بری از خلوص

13. Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE. Depression and poor glysemic control: a meta analytic review of the literature. *Diabetes Care* 2000;(23):934-942.
14. Trigwell P, Peveler R. Psychiatric aspects of diabetes mellitus. *Advances in Psychiatric Treatment* 1998;4:159-166.
15. Egede LE, Ellis C, Grubaugh AL. The effect of depression on self-care behaviors and quality of care in national sample of adults with diabetes. *Gen Hosp Psychiatry* 2009;31(5):422-7.
16. Karlsen B, Idsoe T, Dirdal I, Rokne Hanestad B, Bru E. Effects of a group-based counseling program on diabetes-related stress, coping psychological well-being and metabolic control in adults with type 1 or type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling* 2004;53: 299-308.
17. Kiecolt-Glaser J, Newton T. Marriage and health: His and hers. *Psychol Bull* 2001;127:472-503.
18. Nazari A, Zarghami S. Existential psychotherapy, individual and group therapy. Tehran: Pazineh Press;2009.[Persian].
19. Prochaska JO, Norcross J. System of psychotherapy. Translated to Persian by: Seyedmohamadi Y. Tehran: Ravan pub;2008.p.147. [Persian].
20. Kalantarkousheh SM. Effects of existential issues training on marital communication among Iranian women. *Psihologijiske Teme* 2012;21(2):213-224.
21. Khodadadi J. Effectiveness of existential psychotherapy on college students' quality of life [dissertation]. Tehran: Tarbiat Moallem University;2011.[Persian].
22. Ghafari A, Behroozifar J, Narooiy P. The effectiveness of existential group therapy on self-cognition and trying toward self-improvement. Proceeding of 9th Congress of Students' Mental Health. Tehran: Shahed University;2010.[Persian].
23. Margiotta DT. Existential themes in late life depression [dissertation]. United States Colorado: The University of the Rockies; 2006
24. Frankl V. Man's searching for meaning. Translated to Persian by: Salehian N, Milani M. Tehran: Dorsa pub;2012.p.156.[Persian].
25. Garrow S, Walker, A. Existential group therapy and death anxiety. *Adultspan Journal* 2001;3:77-87.
26. Kalantarkousheh SM. Efficacy of existential freedom training on marital satisfaction of Iranian women. *Australian Journal of Basic and Applied Sciences* 2011;5(12):872-876.
27. Lantz J. Existential marital psychotherapy and the experience of managed care. *Journal of Couples Therapy* 1999;8(3):109-114.
28. Corsini RJ, Wedding D. Current psychotherapy. 9th ed. Brooks/Cole, Cengage learning. Belmont;2011.
29. Ventimiglia G. Martin buber, god, and psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry* 2008;28(5):612-621.
30. Lantz J. World view concepts in existential family therapy. *Contemporary family: An. Intemational Journal* 2004;26(2):165-178.
31. Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE. Depression and poor glysemic control: a meta analytic review of the literature. *Diabetes Care* 2000;(23):934-942.
32. Kalantarkousheh SM, Hassan SA, Abdol Kadir R, Talib A. Effects of existential issues training on marital satisfaction among Iranian women. *The New Educational Review* 2012;28:225-248.



## The Effectiveness of Existential Group Psychotherapy on Marital Satisfaction in Women with Type 2 Diabetes

Ali Mohamad Nazari (Ph.D.)<sup>1\*</sup>, Hosein Yarahmadi (M.Sc.)<sup>2</sup>, Kianoosh Zaharakar (Ph.D.)<sup>3</sup>

1- Dept. of Counseling, School of Psychology and Education Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

2- Dept. of Counseling, School of Psychology and Education Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

3- Dept. of Counseling, School of Psychology and Education Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Received: 22 January 2013, Accepted: 10 April 2013

### Abstract:

**Introduction:** Diabetes as a chronic illness will affect the patient's personal and social life at all levels. Moreover, depression, anxiety and health problems associated with diseases affect marital and family interactions. Therefore interventions seem to be necessary for these patients. This study aims to explain the effects of existential group psychotherapy on marital satisfaction among women with type-2 diabetes.

**Methods:** In this study, 16 women who were the members of Tehran Diabetes Association were selected randomly and were categorized in control and experimental groups (N = 8 per group). Both groups were pre-tested. The experimental group participated in 8 sessions of group counseling based on existential approach and control group received no intervention. Finally, the post-test was performed; the data were analyzed using analysis of covariance.

**Results:** The results show that there are significant differences between the pre-test and post-test scores of the experimental group. This difference is significant at the level of 0.01. Therefore it seems that existential group psychotherapy increased marital satisfaction in women with type 2 diabetes.

**Conclusion:** The results show that existential group psychotherapy increased marital satisfaction in women with type 2 diabetes and interventions based on this approach lead to improving the marital life of the patients.

**Keywords:** Existential approach, Group counseling, Marital satisfaction, Diabetes type 2.

Conflict of Interest: No

\*Corresponding author: A.M. Nazari, Email: amnazari@yahoo.com

**Citation:** Nazari A.M, Yarahmadi H, Zaharakar K. The effectiveness of existential group psychotherapy on marital satisfaction in women with type 2 diabetes. Journal of Knowledge & Health 2014;9(2):14-20.