

Comparison of the effectiveness of existential, cognitive-existential, and humanistic-existential group psychotherapy on behavioral self-regulation for effective relationships in women

Received: 31 - 12 - 2019

Accepted: 14 - 3 - 2020

Ghaffar Nasiri Hanis	Ph.D. Student Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran.
Masoud Sadeghi Sadeghi.m@lu.ac.ir	Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran. (corresponding author)
Simin Gholamrezae	Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

Abstract

In most of the existential philosophy texts, interpersonal and close relationships have been studied. Therefore, to the enhancement, interpersonal relationships testing psychotherapies elicited from such a philosophy is quite significant. However, which method is the most effective on this ground? The purpose of this research is to study the comparison of the effectiveness of existential, cognitive-existential, and humanistic-existential group psychotherapy on behavioral self-regulation for effective relationships among type II diabetes and obesity in women. The method of the research was experimental and its experimental design includes the pretest, post-test, and two-month follow-up test with experimental and control parallel groups. The cases of this study included women with co-morbidity type II diabetes and obesity referring to the Specialist Diabetes Clinic of Tohid Hospital in Sanandaj in the first three months of 2019. After screening the level of behavioral self-regulation for effective relationships, 32 subjects were selected by a simple random sampling method from this society and were assigned to three experimental and one control group by substitutive random method. The data were collected based on the scale of behavioral self-regulation for effective relationships [Wilson, Charker, Lizzio, Halford & Kimlin \(2005\)](#). After the pre-test, the experimental groups participated in 120-minute sessions for 9 weeks. Data were analyzed by the statistical test of repeated measures of the General Linear Model and the SPSS software. The results of repeated measures analysis showed that the effect of the cognitive-existential intervention on relationship self-change behaviors was significant and stable compared to the control group (P -value = 0.001). Cognitive-existential intervention can significantly and consistently affect relationship self-change behaviors in women with co-morbidity type II diabetes and obesity. The findings indicate the benefit of applying a cognitive-existential method to counseling and psychotherapy, but there are some ambiguities to be addressed in this article.

Keywords: *existential psychotherapy, cognitive-existential, humanistic-existential, self-regulation for effective relationships, diabetes, and obesity*

citation

Nasiri Hanis, G., Sadeghi, M., & Gholamrezae, S. (2020). Comparison of the effectiveness of existential, cognitive-existential, and humanistic-existential group psychotherapy on behavioral self-regulation for effective relationships in women. *Family Counseling and Psychotherapy*, 2, 145-172.

هم‌سنجی اثربخشی روان‌درمانی گروهی و وجودی، شناختی-وجودی و انسان‌گرا-وجودی بر خودتنظیمی زناشویی زنان

پذیرش: ۱۳۹۸-۱۲-۲۴

دریافت: ۱۳۹۸-۱۰-۱۰

غفار نصیری هانیس	دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.
مسعود صادقی	استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران. (نویسنده مسئول)
Sadeghi.m@lu.ac.ir	
سیمین غلامرضایی	استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

چکیده

در بیشتر متون فلسفه وجودی روابط میان فردی و صمیمی موردبررسی بوده است، لذا آزمودن روان‌درمانی‌های برگرفته از این فلسفه در راستای بهبود رابطه زناشویی حائز اهمیت است، ولی پرسش این است که کدام روش در این زمینه مؤثرتر است؟ این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی و وجودی، شناختی-وجودی و انسان‌گرا-وجودی بر خودتنظیمی زناشویی زنان دچار دیابت نوع دو و چاقی انجام گرفته است. روش پژوهش آزمایشی است و طرح آزمایشی آن پیش‌آزمون-پس‌آزمون و آزمون پیگیری دوماهه با گروه‌های موازی آزمایشی و گواه بود. جامعه هدف این پژوهش زنان دچار همبودی دیابت نوع دو و چاقی مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی دیابت بیمارستان توحید سنندج در سه ماه اول سال ۱۳۹۸ بود. پس از غربالگری سطح خودتنظیمی زناشویی، ۳۲ آزمودنی به روش تصادفی ساده از این جامعه انتخاب و با استفاده از روش تصادفی جایگزینی در سه گروه آزمایشی و یک گروه گواه گمارده شدند. داده‌ها با مقیاس خودتنظیمی زناشویی ویلسون، چارکر، لیزیو، هالفورد و کیملین (2005) گردآوری شد. پس از پیش‌آزمون گروه‌های آزمایشی در نه جلسه هفتگی ۱۲۰ دقیقه‌ای شرکت کردند. داده‌ها با آزمون آماری اندازه‌گیری‌های مکرر مدل خطی عمومی و با به‌کارگیری نرم‌افزار SPSS تحلیل شد. نتایج تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که تأثیر مداخله شناختی-وجودی بر خودتنظیمی زناشویی زنان در مقایسه با گروه گواه معنی‌دار و باثبات است ($p < 0/01$). مداخله شناختی-وجودی می‌تواند به شکلی معنی‌دار و باثبات بر خودتنظیمی زناشویی زنان مبتلا به همبودی دیابت نوع دو و چاقی مؤثر باشد. یافته‌ها نشانگر فایده به‌کارگیری روش شناختی-وجودی در حرفه مشاوره و روان‌درمانی است، ولی فعلاً ابهاماتی باقی است که در این مقاله موردبررسی قرار گرفته است.

واژگان کلیدی: روان‌درمانی وجودی، شناختی-وجودی، انسان‌گرا-وجودی، خودتنظیمی زناشویی، دیابت و چاقی

نصیری هانیس، غفار؛ صادقی، مسعود؛ و غلامرضایی، سیمین. (۱۳۹۸). هم‌سنجی اثربخشی روان‌درمانی

گروهی وجودی، شناختی-وجودی و انسان‌گرا-وجودی بر خودتنظیمی زناشویی زنان. مشاوره و

روان‌درمانی خانواده، ۲، ۱۷۲-۱۴۵.

ارجاع

مقدمه

سلامت بدنی، روانی و اجتماعی اشخاص دچار دیابت نوع دو و چاقی^۱ دستخوش عوارض این بیماری‌ها و مستلزم چاره‌اندیشی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روانی است؛ آزادی، انوشه، الحانی و حاجی زاده (2009) از چاقی به‌عنوان یکی از عديده‌ترین مشکلات درزمینه سلامت نام‌برده و رویارویی بهداشتی با آن را مستلزم مداخلات درمانی مناسب دانسته‌اند. همچنین طبق گزارش ایمنی، صادقی و غلامرضایی (2018) دیابت از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن و بزرگ‌ترین مشکل بهداشتی در همه کشورها است. محمودی و علوی (2015) نیز گزارش داده‌اند که بیماری دیابت زندگی اشخاص دچار آن را در همه ابعاد زندگی آشفته ساخته و مهارش را از اهداف مهم مداخلات مراقبتی و درمانی برشمرده‌اند. دیابت نوع دو و چاقی حاصل تعامل عوامل ژنتیکی، اپی ژنتیک و محیطی است (Gottmann, et al., 2018) و پژوهشگران بر این باورند که تنیدگی^۲ حاد و شیوه زندگی بی‌تحرك^۳ عوامل محیطی اصلی دچار شدن به این بیماری‌ها است (Attia et al., 2017). قربانی (2015) دریافت که ارتباط میان چاقی و دیابت نوع دو چشمگیر است و بررسی‌ها نشان داده که شیوع چاقی، به‌ویژه در جامعه زنان، طی ۳۰ سال گذشته در حد نگران‌کننده‌ای افزایش یافته است (El-Aghoury, Elsherbiny, Lewis, Salem, & Osman, 2018). با توجه به واقعیات گزارش‌شده، روشن می‌شود که تلاش برای کاهش مشکلات زنان دچار همبودی دیابت نوع دو و چاقی ضروری است، بررسی‌های علی‌کمالی، خدابنده و معتصدی (2017) و پرنان، تفضلی و آزموده (2017) نشان می‌دهد که بیماری فراگیر دیابت نوع دو، به‌ویژه هنگامی که با دچار شدن به چاقی توأم شود، تأثیرات منفی فراوانی روی زندگی بیماران می‌گذارد و هزینه‌های اقتصادی مراقبت‌های بهداشتی آن‌ها نیز فرسایشگر است؛ امروزه دیابت نوع دو در میان مردم ایران در حال تبدیل به یک بیماری غیر واگیر با همه‌گیری خاموش است. پس به‌کارگیری مداخلات روان‌شناختی برای کاهش مشکلات زنان مبتلا به دیابت نوع دو چاق مفید است، زیرا طبق بررسی‌های شاهبیک، تقوی، جواچی و آب روشن (2019) پس از دچار شدن زنان به دیابت نوع دو، مشکلات روان‌شناختی فراوانی به وجود می‌آید که مشکلات خانوادگی و زناشویی از برجسته‌ترین مصادیق این مشکلات است. به‌علاوه، نجفی، میرحسینی، مغانی و عصار (2006) تصریح نموده‌اند که در کشور ایران شیوع مشکلات زناشویی زنان دچار دیابت نوع دو در مقایسه با جمعیت عادی بالاتر است. بررسی‌های پرنان و همکاران (2017) هم نشان داد که دیابت نوع دو تأثیر قابل‌توجهی بر زندگی زناشویی دارد. باماری و همکاران (2015) نیز هم‌داستان بوده و تذکر داده‌اند که عوارض و مشکلات ناشی از دیابت نوع دو افزون بر آسیبی که به زندگی زناشویی و روابط خانوادگی وارد می‌کند، هزینه مادی و معنوی فراوانی به جامعه تحمیل می‌کند. پس با بررسی چنین مدارکی اسدپور ویسی (2019) استنباط کرده‌اند که رسیدگی روان‌شناختی به مشکلات زناشویی زنان دچار دیابت نوع دو، از طریق مداخلات درمانی مناسب، ضروری است. طبق گزارش شاهبیک و همکاران

1. type II diabetes and obesity

2. stress

3. sedentary lifestyle

(2019) مداخلات روان‌شناختی می‌تواند اثرات سودمندی روی زندگی زناشویی و خانوادگی زنان دچار دیابت نوع دو برجا گذارد. پس با توجه به این واقعیت که خانواده از مهم‌ترین نهادهای مؤثر در ساختن فرهنگ جامعه انسانی است (کریمی نژاد، صادقی و غلامرضایی، 2018)، بررسی تأثیر مداخلات وجودی^۱ بر خودتنظیمی زناشویی^۲ (خودتنظیمی رفتاری برای روابط مؤثر) زنان مبتلا به همبودی دیابت نوع دو و چاقی در راستای بهبود زندگی خانواده و اجتماع شایان اهمیت است. بررسی انجام‌شده توسط نظری، یاراحمدی و زهراکار (2014) حاکی از این است که در اثر عوارض بدنی ناشی از بیماری دیابت نوع دو، زندگی و روابط خانوادگی و زناشویی مبتلایان آشفته می‌گردد. پس کوشش جهت افزایش خودتنظیمی زناشویی این بیماران مفید است.

روان‌درمانگری وجودی، چندان که با هستی کاوی^۳ آغاز شد، به صورت تاریخی حاصل گنجاندن روش‌های روان‌درمانی برگرفته از روش روان تحلیل‌گری در چارچوب اصول فلسفه وجودی بود (Weixel-Dixon, 2020). عسکری، نصیری هانیس و پناغی (2015) و همراه و نظری (2011) درباره ماهیت این روش تصریح نموده‌اند که به عنوان تنها روش روان‌درمانی که بی‌واسطه از فلسفه سر برآورده است، نگرش‌های فلسفی به انسان و زیستن را به جای برخی فنون روان‌شناختی پیشه نموده است. نگرش‌ها و سازه‌هایی همچون خودآگاهی، مرگ آگاهی، اضطراب وجودی، مسئولیت، جست‌وجوی معنا، شخصیت و اصالت^۴ را مبنا قرار داده و در نتیجه روشی است که بر حتمیت‌های آزادی، مرگ، تنهایی و خلأ وجودی^۵ تمرکز دارد. این روش واقع‌نگر شامل پذیرش وقایع عینی و یک آری‌گویی عمیق به زندگی^۶ است. نکته اصلی و بنیادی وجودگرایی پیوند اندیشه با تجارب ژرف و ناگزیر زندگی است. فلسفه وجودی انسان را موجودی آزاد و مسئول معرفی می‌کند. وظیفه رهبران گروه‌های وجودی این است که اشخاص را متوجه سازد می‌توانند به جای اینکه همچون موجودی منفعل که رویدادها، زندگی‌اش را شکل می‌دهند، تعیین‌کننده آگاه و هوشیار زندگی خود باشند (Classen et al., 2019).

رویکرد شناختی-وجودی روش تازه‌ای است که نخست توسط کیزان، بلوخ، میاخ و همکاران^۷ (1997) از ترکیب دو روش روان‌درمانی شناختی ایرون تی بک^۸ (1998) و روان‌درمانگری وجودی اروین یالوم^۹ (1980) ایجاد شده است. فرامانی، بهمنی و قاعدنیای جهرمی (2017) و بهمنی، نجار، سایه، شفیق آبادی و کاشانی (2016) گزارش داده‌اند که در این روش، اعضای گروه هنگام به کارگیری راهبردهای شناختی، یعنی

-
1. existential interventions
 2. behavioral self-regulation for effective relationships
 3. Daseinsanalysis
 4. authenticity
 5. existential vacuum
 6. a deeply life-affirming
 7. Kissane, D. W., Bloch, S., Miach, P., Smith, G. C., Seddon, A., & Keks, N.
 8. Aaron T. Beck
 9. Irvin D. Yalom

شناسایی، تغییر و اصلاح تحریفات شناختی^۱ گوناگونی که مایه حفظ رفتارهای نامطلوب می‌شود، فرصت ابراز احساسات و اضطراب‌های کنونی خود را به دست می‌آورد. اعضای گروه شناختی-وجودی از مزایای حمایتی شرکت در مداخله گروهی نیز بهره می‌گیرند. این روش ترکیبی از باز ارزیابی شناختی و بهبود مهارت‌های رویارویی^۲ است که با عوامل راهبردی وجودی و ابزارهای حمایتی یکپارچه شده است. با آنکه سایر مداخلات در نشان دادن ابعاد وجودی ناکام مانده‌اند، پژوهش‌ها مؤید امکان اثربخشی مداخلات وجودی-شناختی در بهبود زندگی هیجانی و ایجاد راهبردهای رویارویی فعال است (Gagnon et al., 2015). به‌علاوه بهمینی، اعتمادی، شفیع آبادی و دلاور (2008) استنباط کرده‌اند که رویکردهای یکپارچه‌شده^۳ که از تلفیق منطقی اصول، مفاهیم و روش‌های برگرفته از دو یا چند نظریه و روش پایه حاصل شده‌اند، در مقایسه با روش‌های تک‌وجهی که سازه‌ها، مفاهیم و مفروضه‌های خود را برای توجیه دامنه گسترده‌ای از پدیده‌های انسانی به کار می‌گیرند، ظرفیت تأثیر بیشتری برای کمک به زدایش مشکلات روان‌شناختی جمعیت‌های گوناگون فراهم می‌کنند. نامنی، کشاورز، حیدری و فتورچی (2019) نیز به این نتیجه رسیدند که ترکیب روش‌های درمانی و ادغام فنون و روش‌ها، مرتبط با مشکلات مراجعین اثربخشی درمان را افزایش می‌دهد. برای نمونه مقایسه تأثیر راهبردهای درمانی ترکیبی شناختی-وجودی با درمان‌های سنتی موجود نشان داد که یکپارچه کردن درمان‌های شناختی و وجودی و به کار بستن آن برای درمان بیماران دچار اختلال شخصیت وابسته مؤثرتر است (Bornstein, 2004).

روانشناسی وجودی-انسان‌گرا^۴ و آنچه می‌توان از آن به‌عنوان روانشناسی وجودی-یکپارچه شده^۵ نام برد، از ایالات متحده و بر اساس آمیختن فلسفه و روانشناسی وجودی اروپایی با دیدگاه روانشناسی انسان‌گرای آمریکایی سرچشمه گرفته است. به دنبال یک دوره کاهش نفوذ و علاقه، رونق روانشناسی وجودی-انسان‌گرا دوباره از سال ۲۰۰۰ آغاز شد. چندین راهبرد جدید در احیا و رونق درمان وجودی-انسان‌گرا^۶ نقش اساسی داشتند: روانشناسی وجودی-یکپارچه شده، تأثیرات چند فرهنگی و بین‌المللی و معنویت^۷ (Hoffman, Serlin, & Rubin, 2019; Krug, Granger, Yalom, & Schneider, 2019). روان‌درمانی انسان‌گرا-وجودی آمیزه‌ای از مفاهیم و کاربردهای مبتنی بر ارزش‌های فلسفه وجودگرائی مانند خودجستجویی، پیکار و مسئولیت^۸ و ارزش‌های عامیانه مانند خوداتکایی، خوش‌بینی و عمل‌گرایی^۹ است

-
1. cognitive distortions
 2. coping
 3. Approaches Integrative
 4. Existential-Humanistic psychology
 5. Existential-Integrative psychology
 6. existential-humanistic therapy
 7. multicultural and international influences, and spirituality.
 8. self-inquiry, struggle, and responsibility
 9. spontaneity, optimism, and practicality

(Schneider & Krug, 2017; Schneider, 2003). روان‌درمانی انسان‌گرا- وجودی با تأکید بر واقعیت کنونی و با تحلیل و جایگزینی الگوهای مشخص پاسخ، مشوقی برای کمک به مردم در راستای تحقق بخشیدن به توانایی مراجعین فراهم می‌آورد. این فرآیند در یک محیط گروهی تسهیل می‌شود، چراکه در روان‌درمانی گروهی انسان‌گرا- وجودی از طریق همکنش با دیگران جنبه‌های بیشتری از مشکلات مراجعین آشکار می‌شود (Schneider & Krug, 2017). مداخله انسان‌گرا با سه کاربرد عمده فلسفه وجودی، سازه‌گرایی و فرا شخصی^۱ شناخته می‌شود و روان‌درمانی انسان‌گرا- وجودی بر سنت‌های عامیانه و علمی استوار است که بر پی‌کاوی عمیق برای معنای و هدف زندگی تأکید دارد و دو پرسش بنیادی را مطرح می‌کند: معنای کمال و تجربه انسانی چیست و این درک چگونه زندگی سرزنده یا کامیاب را روشن می‌سازد؟ پس روان‌درمانی گروهی انسان‌گرا- وجودی شامل شرایط یا موضوع‌هایی است که اعضای گروه از طریق آن می‌توانند صمیمانه خود را شناخته و تا سرحد امکان، آرمان‌های^۲ خود را تحقق بخشند (Schneider & Krug, 2017; Leitner, 2002).

خودتنظیمی زناشویی، که متغیر وابسته پژوهش حاضر است، طبق بررسی عیسی نژاد، علیپور و کلهر (2018) مربوط به کنشگر بودن همسران در تغییر رابطه زناشویی است و درباره چگونگی تغییر باورها، تصمیمات، واکنش‌ها و اهداف میان فردی همسران و علاقه به برقراری رابطه، پویایی رابطه و پاسخ درخور به واکنش‌های همسر هنگام تغییرات، در راستای بهبود روابط زناشویی است. پس خودتنظیمی زناشویی، متمرکز بر برخی فرایندهای ارتباطی است که به رفتارهای کارآمد همسران انجامیده و رابطه زناشویی را بهبود می‌بخشد و این بهبود حائز اهمیت است؛ چراکه بی‌شک چندوچون رابطه همسران تأثیر شایانی روی همه جوانب زندگی آن‌ها می‌گذارد (Krychman, 2010). عیسی نژاد و همکاران (2018) تصریح نموده‌اند که رفتارهای خودتنظیمی مانند ارتباط مؤثر، وفاداری و کوشش برای دوام رابطه از اقداماتی است که همسران برای بهبود روابط خود انجام می‌دهند. همسرانی که از خودتنظیمی زناشویی استفاده می‌نمایند، در مقایسه با سایر زوجین روابط شاد و باثبات‌تری را تجربه می‌کنند (Shafer, James, & Larson, 2016). برخی ویژگی‌های شخصیتی همسران مانند فعالیت، تلاش برای دستیابی به موفقیت و خودنظمی^۳ با خودتنظیمی رفتاری همبسته‌اند (Fein, & Klein, 2011). خودتنظیمی زناشویی درباره مهارت‌های ارتباطی و امور مشترک همسران نبوده و در عوض به فرایندهای ارتباطی پویا و کنشگر مرتبط است که موجب افزایش رفتارهای کارآمد همسران شده و رابطه زناشویی را غنی می‌سازد (Wilson, Charker, 2005; Lizzio, Halford, & Kimlin, 2005). اعتقاد بر این است که رفتارها هدفمند بوده و توسط بازخورد کنترل می‌شود (Carver, & Scheier, 2000) پویایی رابطه و مشارکت همسر در نقش بازخورد دهنده در خودتنظیمی رفتاری بسیار موثر است (Carver, 2004; Scheier & Carver, 1998). پیشاپیش، در بررسی اثربخشی روان‌درمانی گروهی وجودی، شناختی-وجودی و انسان‌گرا-وجودی^۴ بر خودتنظیمی زناشویی، انتظار می‌رود با

1. constructivism and transpersonal

2. aspirations

3. activity, achievement striving and self-discipline

4. existential, cognitive-existential and humanistic-existential group psychotherapy

توجه به پرداختن دیدگاه وجودگرایی^۱ و مداخلات تلفیق‌شده با آن، به عاملیت اراده‌آزاد در تعین چندوچون دنیای فاعلی^۲ و میان‌فردی، مداخلات مذکور برای افزایش خودتنظیمی زناشویی زنان کارآمد باشد؛ اعضای گروه‌های وجودی می‌آموزند که می‌توانند شیوه‌های ارتباطی را که در گروه آموخته‌اند، در روابط خارج از گروه تجربه نموده و از این طریق به گسترش و تعمیق ارتباط و صمیمیت در روابط میان‌فردی خود تحقق ببخشند (Sharf, 2015). همچنین نصیری هانيس، یوسفی و صادقی (2018) تصریح نموده‌اند که روان‌درمانی وجودی گروهی در مورد گسترش و تعمیق روابط نزدیک از یک سازوکار اثربخش برخوردار است که شامل توجه بیش‌ازپیش به ساحت ارتباط باهم نوع یا عرصه‌ ارتباطی^۳ یا همان درک بهتر دنیای فاعلی دیگری است. پیامد این ادراک بهبودیافته کاهش تنش فردی و میان‌فردی است؛ زیرا در کاربست‌های وجودی بهبود دنیای میان‌فردی در بهبود درک دنیای خود^۴ و دنیای پیرامون تنیده است. چه‌بسا دیدگاه وجودی و مداخلات تلفیق‌شده با آن با ارتقای درک بودن در دنیا^۵، کاهش تحریفات شناختی و فراهم ساختن روحیه‌ خودپذیری و توان تحقق خویش^۶ بر خودتنظیمی زناشویی زنان مبتلابه همبودی دیابت نوع دو و چاقی تأثیر بگذارند.

باآنکه خلأ پژوهشی چشمگیر است و تاکنون مقایسه‌های فراخوری در راستای بررسی هم‌زمان اثربخشی مداخلات وجودی، شناختی-وجودی و انسان‌گرا-وجودی بر خودتنظیمی زناشویی در جامعه هدف این پژوهش انجام‌نشده است. این پژوهش درصدد است به بررسی مقایسه اثربخشی مداخلات مذکور بر خودتنظیمی زناشویی زنان مبتلابه همبودی دیابت نوع دو و چاقی بپردازد. پس باآنکه مقایسه تأثیر سه متغیر مستقل این پژوهش روی خودتنظیمی زناشویی جامعه هدف این پژوهش کاملاً بدیع است، طی سال‌های اخیر در کشور ایران کوشش‌هایی کمابیش جهت بررسی و در مواردی مقایسه اثربخشی مداخلات مرتبط با جمعیت‌های دیگر انجام‌گرفته است: قنبری گیوی و گلی گرمیانکی (2011) پژوهشی با هدف اثربخشی گروه‌درمانی انسان‌گرا-وجودی بر کاهش ناامیدی، تکانشگری و علائم پارانوییدی و تجزیه‌ای وابسته به استرس در اختلال شخصیت مرزی انجام داده و مؤید اثربخشی مداخله انسان‌گرا-وجودی شدند. بشیرپور و سلیمی (2013) پژوهشی به‌منظور بررسی تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی و شناختی-رفتاری بر میزان کنترل خشم انجام دادند. نتایج آن نشان داد که هر دو مداخله به‌طور برابر میزان خشم دانش‌آموزان را کاهش داد. همچنین یافته‌های پژوهش بشیرپور، سلیمی و فرح‌بخش (2017) که به‌منظور مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی وجودی و شناختی-رفتاری بر کمرویی انجام‌شده بود، نشان داد که میان تراز میانگین متغیر وابسته گروه گواه و گروه آزمایشی وجودی و نیز بین گروه آزمایشی شناختی رفتاری و گروه گواه تفاوت معنی‌داری وجود داشته است. پژوهش نظری، یاراحمدی و زهراکار (2014) نشان داد که روان‌درمانی وجودی

-
1. existentialism
 2. subjective
 3. Mitwelt
 4. Eigenwelt
 5. Umwelt
 6. self-actualization

به شیوه گروهی موجب افزایش رضایت زناشویی زنان مبتلا به دیابت نوع دو شده است. پژوهش امانی، یوسفی و فنایی (2016) نشان داد درمان وجودی به شیوه گروهی بر افزایش تمایزیافتگی و بهبود الگوهای ارتباطی دانشجویان مؤثر است و پژوهش خضری مقدم، وحیدی و آشور ماهانی (2018) نشان داد گروه درمانی شناختی- وجودی بر امید به زندگی و افسردگی سالمندان مقیم مراکز سالمندی تأثیر چشمگیری دارد. طی سال‌های اخیر در کشورهای دیگر نیز کوشش‌هایی جهت بررسی تأثیر مداخلات وجودی، شناختی-وجودی و انسان‌گرا-وجودی انجام گرفته است: پژوهشی درباره تأثیر گروه درمانی شناختی-وجودی برای زنان مبتلا به سرطان پستان مبتلا به سرطان انجام شد (Kissane et al., 2003)؛ یافته‌های آن نشان داد اعضای گروه درمان در مقایسه با گروه گواه کاهش اضطراب چشمگیری داشتند. همچنین بهبود کارکرد خانوادگی زنان گروه درمان در مقایسه با زنان گروه گواه معنی‌دار بود. در یک پژوهش دیگر شرکت همسران در جلسات زوج درمانی شناختی-وجودی مایه کاهش سطوح اجتناب از آمیزش و بیش برانگیختگی آن‌ها شد (Collins et al., 2013). نتایج پژوهشی دیگر مؤید سودمندی مداخله شناختی-وجودی برای بهبود کیفیت زندگی وجودی بیماران مبتلا به سرطان بود (Gagnon et al., 2015). در پژوهشی دیگر نتایج کیفی اثربخشی مداخله گروهی شناختی-وجودی برای زنان مبتلا به سرطان سینه یا تخمدان، نشان داد که آزمودنی‌ها با پذیرش تجارب گروهی چگونگی رویارویی با ترس‌ها و دستیابی به کنترل هیجانی را آموخته و این کار گروهی را بسیار ارزشمند گزارش کردند (Maheu, Lebel, Tomei, Singh, & Esplen, 2015). با توجه به پژوهش‌های ذکر شده، شمار قابل توجهی از پژوهش‌های داخلی و خارجی مؤید اثربخشی مداخلات وجودی، شناختی-وجودی و انسان‌گرا-وجودی برای درمان مشکلات روانی-اجتماعی جمعیت‌های گوناگون بوده‌اند. ولی بررسی اثربخشی و مقایسه تأثیر هم‌زمان سه متغیر مستقل این پژوهش بدیع است و کارآزمایی بالینی متمرکز بر مداخلات وجودی روی خودتنظیمی زناشویی زنان مبتلا به همبودی دیابت نوع دو و چاقی انجام نشده است. با توجه به این که در هر اجتماع و گروهی سلامتی بر اساس شرایط خاص آن گروه تعریف می‌شود. لذا، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامتی باید با در نظر گرفتن این ابعاد در جستجوی راه‌های دستیابی به سلامت در بیماران دچار دیابت و چاقی باشند و این ابعاد را در برنامه مراقبتی استفاده نمایند؛ بر اساس یافته‌های پژوهش والی، مرادی، فتحی و نصر آبادی (2011) که در شهر سنندج انجام شده بود، پنج درون‌مایه نهایی پیرامون مفهوم سلامت بیماران مبتلا به دیابت شامل تن سالم و دل‌خوش، زندگی بدون محدودیت، آرامش خاطر، معنویت و عدم وجود عوارض بیماری بوده است، بنابراین می‌توان استنباط نمود ذهنیت روان‌شناختی چنین مردمی جهت بهره‌گیری از مداخلات غیر زیستی مانند روان‌درمانی مناسب است. پس با توجه به نیاز موجود و خلأ چشمگیر پژوهش‌های داخلی و خارجی در زمینه تأثیر روان‌درمانی گروهی وجودی، شناختی-وجودی و انسان‌گرا-وجودی بر خودتنظیمی زناشویی زنان مبتلا به همبودی دیابت نوع دو و چاقی، مقایسه تأثیر این مداخلات بر

خودتنظیمی زناشویی این جامعه می‌تواند در کاهش این خلأ چشمگیر کارساز باشد. از این‌رو این پژوهش برای پاسخگویی به پرسش‌های زیر انجام شده است.

۱. روان‌درمانی‌های گروهی وجودی، شناختی-وجودی و انسان‌گرا-وجودی در مقایسه با گروه گواه بر خودتنظیمی زناشویی زنان مبتلا به همبودی دیابت نوع دو و چاقی مؤثر است؟
۲. اثربخشی کدام‌یک از روان‌درمانی‌های گروهی وجودی، شناختی-وجودی و انسان‌گرا-وجودی بر خودتنظیمی زناشویی زنان مبتلا به همبودی دیابت نوع دو و چاقی بیشتر است.

روش

این پژوهش یک کار آزمایشی بالینی تصادفی شده^۱ است که با روش آزمایشی و به کار بستن طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و آزمون پیگیری دوماهه با سه گروه موازی آزمایش و یک گروه گواه به انجام رسیده است. پروتکل مطالعه کارآزمایی بالینی این پژوهش در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران^۲ با شماره کد IRCT20150104020553N1 ثبت شده است. متغیرهای مستقل پژوهش روان‌درمانی گروهی وجودی، شناختی-وجودی و انسان‌گرا-وجودی و متغیر وابسته خودتنظیمی زناشویی است. جامعه هدف این پژوهش زنان مبتلا به همبودی دیابت نوع دو و چاقی مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت بیمارستان توحید سنندج در سه ماه نخست سال ۱۳۹۸ بود. در فرایند نمونه‌گیری، پس از غربالگری با مقیاس خودتنظیمی زناشویی ویلسون^۳ و همکاران (2005) [در بعد رفتارهای خود نظم‌بخشی رابطه نمره بالای ۲۵ نشانگر عملکرد بالاتر از متوسط و در بعد پایداری کوشش برای تغییر، نمره کمتر از ۱۵ نشانگر عملکرد بهتر از متوسط]، ۳۲ آزمودنی به روش تصادفی ساده از این جامعه انتخاب و استفاده از روش تصادفی جایگزینی در سه گروه آزمایشی و یک گروه گواه گمارده شدند. معیارهای ورود شامل دچار بودن هم‌زمان به دیابت نوع دو و چاقی طبق ملاک‌های کلینیک دیابت بیمارستان توحید سنندج، گذشت حداقل دو سال از ازدواج؛ تمایل به شرکت در جلسات؛ قرار نداشتن بیماران تحت درمان توسط مشاور، روانشناس یا ارولوژیست یا روان‌پزشک برای مشکلات زناشویی بود. معیارهای حذف نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه؛ کامل نبودن پاسخ‌ها یا به پایان رساندن نیمه‌کاره پاسخ ابزار؛ عدم پاسخگویی به ابزار در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری و پرت بودن داده‌ها هنگام تحلیل آماری بود.

ابزار

مقیاس خودتنظیمی زناشویی^۴ ویلسون^۱ و همکاران (2005) در ایران توسط عیسی‌نژاد و همکاران (2018) ترجمه و برازنده شده است و به‌منظور سنجش تراز رفتارهای خود نظم‌بخشی در روابط زناشویی و زوجی ساخته-

1. a randomized clinical trial
 2. Iranian Registry of Clinical Trials (IRCT)
 3. Wilson
 4. behavioral self-regulation for effective relationships scale

شده است. این مقیاس دارای ۱۶ ماده است که به صورت طیف پنج تایی از ۱ تا ۵ نمره گذاری می شود، به طوری که پاسخ کاملاً درست نمره پنج و پاسخ کاملاً غلط نمره یک می گیرد. تحلیل عاملی صورت گرفته توسط سازندگان نشان داد که مقیاس از یک ساختار دوعاملی راهبردهای^۲ (رفتارهای خود نظم بخشی رابطه^۳) و (پایداری کوشش برای تغییر^۴) تشکیل شده است (Wilson et al., 2005). طبق گزارش عیسی نژاد و همکاران (2018) نمره بالاتر در بعد رفتارهای خود نظم بخشی رابطه نشانگر عملکرد بهتر در زمینه خودتنظیمی زناشویی است ولی در بعد پایداری کوشش برای تغییر نمره پایین تر نشانگر عملکرد بهتر و تکاپوی بیشتر و نمره بالاتر نشانگر کناره گیری و بی تفاوتی ارتباطی است. تراز آلفای کرونباخ این ابزار در گزارش سازندگان آن برای عامل های خود نظم بخشی ارتباطی و پایداری کوشش برای تغییر به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۸۳ گزارش شده است و همبستگی نمره زوجین در مقیاس ۰/۵۵ گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی ابزار با آلفای کرونباخ محاسبه شده و برای مقیاس رفتارهای خود نظم بخشی رابطه (۰/۷۳) و برای مقیاس پایداری کوشش برای تغییر (۰/۶۹) به دست آمد.

ارزیابی دیابت نوع دو و چاقی در محدوده معیارهای ورود به پژوهش شامل دچار بودن همزمان به دیابت نوع دو و چاقی طبق ملاک های کلینیک دیابت بیمارستان توحید سنندج بود؛ تشخیص دیابت نوع دو و چاقی بر اساس دیدگاه بالینی پزشک های متخصص کلینیک دیابت بیمارستان توحید سنندج بود که طبق گزارش مسئول پذیرش از پرونده بیماران ثبت می شد.

مداخلات

روان درمانی گروهی وجودی. خلاصه برنامه مداخله روان درمانی گروهی وجودی برگرفته از کتاب مشاوره و روان درمانگری گروهی با تمرکز بر رویکرد وجودی نصیری هانیس، یوسفی و صادقی (2018) به شرح زیر است.

جلسه اول. پذیرش و خوشامدگویی، معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با درمانگر و یاردرمانگر؛ تشریح ساختار، روند نحوه ارزیابی و درمان و اهداف جلسات، تشریح قوانین گروهی با تمرکز بر اصول اخلاقی و ارتباطی؛ برقراری رابطه حسنه ضمن معارفه و هدایت جلسه؛ شرح مختصری درباره موضوع های وجودی جلسات بعد.

جلسه دوم. تشریح خودآگاهی وجودی و اراده آزاد؛ تسهیل افزایش حضور اینجا و اکنون و افزایش خودآگاهی وجودی با تمرکز بر انتخاب های کنونی هنگام گفت و گو در گروه؛ بسط مفهوم خودآگاهی در پاسخ به پرسش «من کیستم؟» با تمرکز بر نگرش به خود همچون یک بیمار؛ افزایش آگاهی از نقش انتخاب در زندگی زناشویی.

جلسه سوم. گفت و گو درباره آزادی اراده و مسئولیت ناشی از آن؛ گفت و گو درباره اضطراب ناشی از انتخاب های آزاد و مسئولیت؛ تمرکز بر اضطراب و احساس گناه وجودی ناشی از انتخاب های کنونی اعضا در زمینه گفت و گو رویارویی با سایر اعضا؛ شرح محاسن اضطراب وجودی.

1. Wilson
2. a two-factor structure of strategies
3. relationship self-change behaviors
4. persistence in change efforts

جلسه چهارم. شرح مفهوم قصدمندی¹ و کندوکاو دربارهٔ چگونگی رقم خوردن سرنوشت بر اساس انتخاب و تلقی سرنوشت همچون زمینه‌ای تازه برای انتخاب مجدد، شرح مفهوم قصدمندی و سوءنیت از دیدگاه **رو لو می و ژان پل سارتر**²؛ تأکید بر حضور در اینجا و اکنونی با تمرکز بر برنامه زندگی، هدف و مقاصد کنونی اعضا.

جلسه پنجم. پرداختن به مفهوم صمیمیت و انزوا و آگاهی از تنهایی وجودی؛ تبادل نظر درباره صمیمیت، عشق و تعارضات میان فردی با تمرکز بر الگو ساختن گفت‌وگوی من-تو³؛ تشریح تفاوت اصالت و بدلی ظاهر شدن در رابطه با دیگران بر اساس دیدگاه اعضا.

جلسه ششم. افزایش مرگ آگاهی از طریق گفت‌وگو درباره واقعیت مرگ همچون رخدادی غیرقابل اجتناب؛ درک اهمیت آگاهی از میرایی برای پرباری کیفیت زندگی.

جلسه هفتم. گفت‌وگو درباره پوچی و معنای زندگی؛ تشریح نقش ارزش‌ها، پوچی و عشق در خلق معنای زندگی و دعوت به اعضا برای ارائه مصداق «شدن» با تمرکز بر تدوین ارزش‌ها، اهداف و طرح زندگی آینده؛ یافتن معنا در رنج و کنار آمدن با پوچی زندگی با تمرکز بر وضعیت سلامتی کنونی.

جلسه هشتم. گفت‌وگو درباره تغییرات ادراک‌شده دز زمینه حتمیت‌های وجودی؛ گفت‌وگو در زمینه بررسی بازخوردها و انتقادات و پیشنهادها؛ تشریح تجربه گروه‌درمانی و پیامدهای آن از دید اعضا.

جلسه نهم. ابرازگری دربارهٔ آموخته‌ها و تغییرات وجودی ادراک‌شده و تشریفات اختتامیه.

روان‌درمانی گروهی شناختی-وجودی. خلاصه برنامهٔ مداخلهٔ روان‌درمانی گروهی شناختی-وجودی برگرفته از اصول، مضامین و فنون مندرج در نوشتارهای «درمان گروهی وجودی-شناختی» (Ottens & Hanna, 1998) و «درمان‌های شناختی-وجودی: به سوی یکپارچه شدن» (Kissane et al., 2004) به شرح زیر است.

جلسه اول. آشنایی اعضای گروه؛ روشنگری لازم درباره ساختار، محتوا، قوانین، شیوه برگزاری و سیر جلسه‌های مداخلهٔ گروه‌درمانی شناختی-وجودی و ارزش و اهداف آن با تمرکز بر اصول اخلاقی و ارتباطی؛ بررسی انگیزه و اهداف اعضا از شرکت در جلسه‌ها و اجماع اهداف مشترک اعضا؛ ارزیابی شناخت و دیدگاه اعضا درباره خودتنظیمی زناشویی. تکالیف: با مرور سرگذشت خویش، نقش انتخاب‌ها و تأثیر آن‌ها در رابطه زناشویی را بنویسید.

جلسه دوم. تعریف و روشن‌سازی خودتنظیمی زناشویی و تأثیر آن در زندگی زناشویی؛ توضیح وجودگرایی و دیدگاه آسیب‌شناختی و درمانی آن؛ توضیح دیدگاه شناختی درباره ساختار روان، شخصیت و روابط میان فردی و آشنایی با شناخت‌ها از طریق مصداق‌های بیان‌شده اعضای گروه. تکالیف: تهیه فهرستی از شناخت‌های شخصی درباره روابط زناشویی با تفکیک نوع شناخت-باورها، اسنادها، نگرش‌ها و استانداردها.

جلسه سوم. تشریح الگوی (ABC)، توضیح رخداد فعال‌ساز⁴، نقش میانجی باورها و پیامدهای ایجادشده بر پایه آن باورها در زندگی زناشویی؛ توضیح مفاهیم اضطراب و احساس گناه وجودی ناشی از انتخاب‌ها و کنش‌های برآمده از

1. intentionality

2. Rollo May and Jean-Paul Sartre

3. Tillich, P. (2000). The courage to be. Yale University Press.

باورها، اسنادها، نگرش‌ها و استانداردها؛ گفت‌وگو درباره آزادی اراده و مسئولیت ناشی از آن در چهارچوب ارزیابی شناختی اعضای گروه برای پی بردن به نقش باورها در میزان خودتنظیمی زناشویی. تکالیف: دو نمونه از نگرش‌های منفی و مثبت درباره اهداف ارتباطی خود و پیامدهای هر یک را بنویسید.

جلسه چهارم. تشریح تحریف‌های شناختی و دعوت از اعضای گروه برای بیان نمودن نمونه‌هایی از تحریف‌های شناختی در زمینه زندگی زناشویی؛ تشریح نقش انتخاب، تصمیم و اقدام در کیفیت زندگی هنگام کاوش در تحریف‌های شناختی منجر به کنش واکنش‌های ناکارآمد در رابطه زناشویی؛ شرح مفهوم قصدمندی و سوءنیت به زبان ساده. تکالیف: خواسته‌ها و انتظارات از همسر را فهرست کرده و تحریف‌های شناختی را در میان آن‌ها مشخص کنید.

جلسه پنجم. تعریف و تشریح روش سقراطی دیالکتیک^۱ با ارائه نمونه‌هایی برای تر (بر نهاد)، آنتی‌تر (برابر نهاد) و ستر (هم نهاد) به منظور اصلاح باورهای ناکارآمد درباره سازوکارهای بدنی و روابط میان فردی؛ گفت‌وگو درباره دیدگاه اعضا در زمینه روابط صمیمی و انزوا با تمرکز بر اصالت و تنهایی وجودی؛ تکالیف: ثبت روزانه افکار خود آیند ناکارآمد درباره مشکلات فردی و زناشویی و کوشش از راه خودگویی برای زدودن آن‌ها.

جلسه ششم. آموزش برنامه‌ریزی در چهارچوب چینش اهداف کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت بر اساس نیازها و اهداف شخصی همراه با درک ارزشمندی اضطراب وجودی همچون یک نیروی محرکه برای نیل به اهداف؛ افزایش مرگ آگاهی از طریق گفت‌وگو درباره واقعیت مرگ همچون رخدادی غیرقابل اجتناب؛ درک اهمیت آگاهی از میرایی برای پرباری کیفیت زندگی. تکالیف: پاسخ این سؤال را بنویسید: چرا، چگونه و برای چه زندگی می‌کنم.

جلسه هفتم. گفت‌وگو درباره پوچی و معنای زندگی؛ تشریح نقش ارزش‌ها، پوچی و عشق در خلق معنای زندگی و دعوت به اعضا برای ارائه مصداق شدن با تمرکز بر تدوین ارزش‌ها، اهداف و طرح زندگی آینده؛ یافتن معنا در رنج و کنار آمدن با پوچی زندگی با تمرکز بر وضعیت سلامتی کنونی. تکالیف: شرح دهید که طی جلسات گذشته چه تغییراتی در خودتنظیمی زناشویی شما ایجاد شده است؟

جلسه هشتم. جمع‌بندی آموخته‌های شناختی و وجودی؛ گفت‌وگو در زمینه بررسی بازخوردها و انتقادات و پیشنهادها؛ بررسی دیدگاه اعضا درباره و اینکه مداخلات و تکالیف شناختی و جودی تا چه حد بر روی زندگی زناشویی آن‌ها تأثیر گذاشته است.

جلسه نهم. جمع‌بندی جلسه‌ها از راه مرور خلاصه همه جلسه‌ها و ابرازگری درباره تجربیات و تغییرات ادراک شده؛ تشریفات اختتامیه.

روان‌درمانی گروهی انسان‌گرا-وجودی. خلاصه برنامه مداخله انسان‌گرا-وجودی برگرفته کتاب درمان وجودی-انسان‌گرا (Schneider & Krug, 2017) به شرح زیر است.

1. active event
2. dialectic

جلسه اول. پذیرش و خوشامدگویی، معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با تسهیلگر؛ تشریح ساختار، روند و اهداف جلسات، تشریح قوانین گروهی با تمرکز بر اصول اخلاقی و ارتباطی؛ برقراری رابطه حسنه.

جلسه دوم. گفت‌وگو درباره خودآگاهی و خودپنداره با تمرکز بر گفت‌وگو درباره توانمندی‌های شخصی؛ تسهیل افزایش حضور در اینجا و اکنون با تمرکز بر انتخاب‌های کنونی اعضا در زمینه شیوه گفت‌وگو و روبرویی با سایر اعضا.

جلسه سوم. پرسش درباره چگونگی ایجاد حس مسؤولیت برای تغییر مؤثر؛ کندوکاو در تأثیرات شخصی بر وضعیت کنونی زندگی در راستای پذیرش نقش خود در ایجاد وضعیت میان فردی و زناشویی؛ پرسشگری و بحث درباره اضطراب و احساس گناه وجودی ناشی از انتخاب‌های کنونی اعضا.

جلسه چهارم. گفت‌وگو درباره خود واقعی و خود ایده‌آل؛ ابراز ارزش‌های کنونی اعضا همگام با بازخورد و همدلی تسهیلگر و پرسش از اعضا درباره چگونگی کسب ارزش‌های تازه و جایگزین کردن آن‌ها؛ کندوکاو در ابرازهای اعضا برای یافتن ارزش‌هایی که بر اساس شخصیت خود و نه بر اساس انتظارات دیگران کسب شده است.

جلسه پنجم. تسهیل خود افشایی و بیان مشکلات فردی و میان فردی؛ گفت‌وگو درباره چگونگی پذیرش خود و دیگران همراه با توجه مثبت بی‌قید و شرط بر اساس خود افشایی اعضا؛ تبادل نظر درباره صمیمیت، عشق و تعارضات میان فردی با تمرکز بر الگو ساختن گفت‌وگوی من-تو؛ تمرکز بر رفتار قاطعانه در راستای افزایش یک‌رنگی.

جلسه ششم. تسهیل اینجا و اکنونی ابراز احساسات و بیان درخواست و ابراز قدردانی؛ درک اهمیت آگاهی از میرایی برای پرباری کیفیت زندگی؛ تسهیل افشاگری اعضا درباره کسی که می‌خواهند و می‌توانند باشند و بحث درباره خودشکوفایی و خصوصیات افراد خودشکوفا.

جلسه هفتم. تسهیل به‌کارگیری گوش دادن فعال، بازخورد گفتاری و رفتاری در اینجا و اکنون؛ تسهیل به‌کارگیری همدلی با استفاده از ایفای نقش.

جلسه هشتم. گفت‌وگو درباره تغییرات ادراک شده؛ گفت‌وگو در زمینه بررسی بازخوردها و انتقادات و پیشنهادها؛ تشریح تجربه گروه‌درمانی و پیامدهای آن از دید اعضا.

جلسه نهم. گفت‌وگوی صمیمی درباره تجربه‌های گروهی با تمرکز بر پویایی گروهی و ارائه همدلی و بازخورد؛ تشریفات اختتامیه.

اخلاق در پژوهش. پیشنهاد پژوهشی این نوشتار در جلسه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی لرستان مورد بررسی قرار گرفته و کد اخلاق IR.LUMS.REC.1397.179 را از کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی کسب نمود. طی اجرای پژوهش همه آزمودنی‌ها آگاه شدند که اطلاعات آن‌ها به‌منظور اهداف پژوهشی گردآوری می‌شود و درباره پنهان ماندن هویت پاسخ‌دهندگان اطمینان داده شد. همچنین گفته شد که علاقه‌مندان می‌توانند با

ارائه پست الکترونیکی و آدرس از نتایج پژوهش آگاه شوند و در این باره اقدام شد. از تمام شرکت کنندگان رضایت نامه کتبی امضا شده اخذ شد. حقوق گروه گواه نیز در زمینه برخورداری از مداخله مطابق مقررات کمیته ملی اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی رعایت شد.

شیوه اجرای پژوهش. از میان ۱۹۰۰ خانم مراجع کلینیک تخصصی دیابت بیمارستان توحید سنندج در سه ماه نخست سال ۱۳۹۸، برحسب ملاک های ورود فهرستی ۳۰۰ نفری با یاری مسئول محترم پذیرش کلینیک تخصصی دیابت بیمارستان توحید سنندج تهیه شد. پس از غربالگری توسط مقیاس پژوهش ۹۰ نفر واجد شرایط باقیمانده و از آن میان در ابتدا ۴۸ نفر به عنوان نمونه انتخاب شده و به صورت تصادفی در چهار گروه گمارده شدند که در نهایت پس از احتساب ریزش و حذف داده های کمابیش پرت، تحلیل داده ها ۳۲ نفر از سه گروه آزمایشی و یک گروه گواه هشت نفری صورت گرفت. شایان تصریح است که طبق گزارش نصیری هانیس، یوسفی و صادقی (۲۰۱۸) حکم انبوهی از متخصصین درباره تعداد قابل قبول جهت شرکت در گروه های درمان، حداقل هشت نفر و حداکثر ۱۲ نفر است. افزون بر مرحله غربالگری، داده ها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با مقیاس خودتنظیمی زناشویی ویلسون^۱ و همکاران (۲۰۰۵) گردآوری شد. پس از پیش آزمون گروه های آزمایشی جداگانه در نه جلسه هفتگی ۱۲۰ دقیقه ای شرکت کردند. مداخلات توسط سه گروه متفاوت از درمانگران صورت گرفته است. برای تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی و روش های آمار استنباطی شامل آزمون آماری اندازه گیری های مکرر مدل خطی عمومی^۲ و آزمون پیگیری بنفرونی^۳ استفاده شد. داده ها به وسیله نرم افزار تحلیل آماری SPSS-22 تحلیل شد.

یافته ها

اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی های پژوهش به شرح زیر است. در زمینه سنی ۱۳ درصد در دامنه ۲۹-۲۰ سال، ۴۲ درصد در دامنه ۳۹-۳۰ سال، ۱۹ درصد در دامنه ۴۹-۴۰ سال، ۲۴ درصد در دامنه ۵۹-۵۰ سال و ۲ درصد بیش از ۶۰ سال داشتند. در زمینه اشتغال ۸۹ درصد خانه دار و ۱۱ درصد شاغل بودند. در زمینه تحصیلات ۵۸ درصد سواد متوسطه اول و دوم، ۲۷ درصد واجد دیپلم، ۸ درصد کاردانی، ۵ درصد کارشناسی و ۲ درصد بالاتر از کارشناسی بودند. در زمینه تعداد فرزندان ۲۱ درصد فاقد فرزند، ۱۸ درصد داری یک فرزند، ۳۳ درصد دارای دو فرزند، ۱۳ درصد دارای سه فرزند و ۱۵ دارای بیش از ۳ فرزند بودند. در جدول زیر آمارهای توصیفی میانگین و انحراف استاندارد^۴ خودتنظیمی زناشویی در چهار گروه روان درمانی گروهی وجودی، شناختی-وجودی، انسان گر-وجودی و گروه گواه در مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری ارائه شده است.

-
1. Wilson
 2. test of repeated measures of the General Linear Model
 3. Bonferroni
 4. Descriptive Statistics

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد خودتنظیمی زناشویی

گواه		انسان‌گرا-وجودی		شناختی-وجودی		وجودی		مراحل	مؤلفه
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۷	۳۸	۴	۳۹	۸	۳۹	۷	۳۸	پیش‌آزمون	رفتارهای خود
۵/۰۱	۴۲	۷	۴۵	۲	۴۷/۰۵	۵	۴۵/۰۳	پس‌آزمون	خود
۲	۴۴	۴	۴۸	۲	۴۷	۴	۴۵	پیگیری	نظم‌بخشی رابطه
۴	۲۲	۴	۱۹	۷/۰۸	۱۸	۳	۲۰	پیش‌آزمون	پایداری
۳	۱۷	۴	۱۹	۷	۱۸/۰۱	۴	۱۹	پس‌آزمون	کوشش برای تغییر
۶	۲۱	۷	۲۱	۵	۱۸	۴	۱۹/۰۲۱	پیگیری	تغییر

جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمرات رفتارهای خود نظم‌بخشی رابطه در سه گروه آزمایشی در پس‌آزمون، در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش داشته و در مرحله پیگیری نیز نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته ولی میانگین رفتارهای خود نظم‌بخشی رابطه در گروه گواه در پس‌آزمون، در مقایسه با پیش‌آزمون تغییر بسیار کمتری نموده است. همچنین نشان می‌دهد میانگین نمرات پایداری کوشش برای تغییر تنها در گروه آزمایشی وجودی در پس‌آزمون، در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش داشته است. شایان یادآوری است که نمره بالاتر در رفتارهای خود نظم‌بخشی رابطه نشانگر عملکرد بهتر در خودتنظیمی روابط زناشویی ولی در پایداری کوشش برای تغییر نمره پایین‌تر نشانگر عملکرد بهتر است. برای بررسی آمار استنباطی داده‌ها از تحلیل مدل خطی عمومی واریانس یک‌راهه با آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر در سه مرحله زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده می‌شود که مستلزم بررسی پیش‌فرض‌هایی است؛ در جدول زیر نتایج آماره آزمون کروی ماچلی^۱ برای بررسی پیش‌فرض همگونی کوواریانس‌ها درج شده است.

جدول ۲. نتایج آماره ماچلی برای بررسی پیش‌فرض آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر

اثر میان آزمودنی	Mauchly's w	مجذور خی	درجه آزادی	معنی‌داری	اپسیلون ^۲ هون-فلد
رفتارهای خود	۰/۰۱	۴/۰۸۶	۲	۰/۰۱	۱
نظم‌بخشی رابطه					
پایداری کوشش برای تغییر	۰/۰۱	۰/۰۰	۲	۰/۰۱	۱

1. Mauchly's Test of Sphericity

2. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

جدول ۲ نشان می‌دهد پیش فرض همگونی کوواریانس‌ها رد می‌شود؛ بنابراین باید به ترتیب سخت‌گیری در رد کردن فرضیه صفر از آزمون‌های اسپیلون استفاده می‌شد که نتیجه مطلوب در جدول ۲ درج شده است. پس با وجود شمار اندک آزمودنی‌ها، گزارش ارزش هومین فلد^۱ حاکی از روایی بهره‌گیری از آزمون پارامتریک مدل خطی عمومی واریانس یک‌راهه با آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری^۲ در سه بار اندازه‌گیری و گروه‌ها

معنی‌داری	df خطا	df فرضیه‌ها	F	ارزش	آزمون‌ها		
۰/۰۱	۲۷	۲	۱۲*	۰/۰۱	اثر پیلایی		
۰/۰۱	۲۷	۲	۱۲*	۰/۰۱	لامبدا ویلکز	آزمون‌ها	
۰/۰۱	۲۷	۲	۱۲*	۰/۰۱	اثر هتلینگ	(اثر زمان)	رفتارهای خود
۰/۰۱	۲۷	۲	۱۲*	۰/۰۱	بزرگ‌ترین ریشه روی		
۰/۰۱	۵۶	۶	۰/۰۱	۰/۰۶۹	اثر پیلایی		نظم‌بخشی رابطه
۰/۰۱	۵۴	۶	۰/۰۱*	۰/۰۱	لامبدا ویلکز	تعامل	
۰/۰۱	۵۲	۶	۰/۰۱	۰/۰۷۱	اثر هتلینگ	آزمون‌ها و گروه‌ها	
۰/۰۱	۲۸	۳	۰/۰۱**	۰/۰۴۷	بزرگ‌ترین ریشه روی		
۰/۰۱	۲۷	۲	۰/۰۱*	۰/۶۲	اثر پیلایی		
۰/۰۱	۲۷	۲	۰/۰۱*	۰/۰۱	لامبدا ویلکز	آزمون‌ها	
۰/۰۱	۲۷	۲	۰/۰۱*	۰/۶۶	اثر هتلینگ	(اثر زمان)	پایداری کوشش
۰/۰۱	۲۷	۲	۰/۰۱*	۰/۶۶	بزرگ‌ترین ریشه روی		
۰/۰۱	۵۶	۶	۰/۰۱	۰/۰۱	اثر پیلایی		برای تغییر
۰/۰۱	۵۴	۶	۰/۰۱*	۰/۰۱	لامبدا ویلکز	تعامل	
۰/۰۱	۵۲	۶	۰/۰۱	۰/۰۱	اثر هتلینگ	آزمون‌ها و گروه‌ها	
۰/۰۱	۲۸	۳	۱/۰۸۱**	۰/۰۱	بزرگ‌ترین ریشه روی		

*. Exact statistic

** The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان داد آماره‌های اثر پیلایی^۳، لامبدا ویلکز^۴، اثر هتلینگ^۵ و بزرگ‌ترین ریشه روی^۶ معنی‌دار بوده است؛ پس مداخلات بر ترکیب خطی متغیر وابسته مؤثر و تفاوت‌های معنی‌داری میان گروه‌ها وجود دارد. در ادامه، در جدول بعدی، نتایج آزمون‌های اثرات درون آزمودنی‌ها^۷ و آزمون‌های تضادهای درون آزمودنی‌ها^۸ برای چهار گروه روان‌درمانی گروهی وجودی، شناختی-وجودی، انسان‌گرا-وجودی و گروه گواه در مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری گزارش شده است.

1. Huynh-Feldt
2. Multivariate Tests
3. Pillai's Trace
4. Wilks' Lambda
5. Hotelling's Trace
6. Roy's Largest Root
7. Tests of Within-Subjects Effects
8. Tests of Within-Subjects Contrasts

جدول ۴. آزمون‌های اثرات درون آزمودنی‌ها و آزمون‌های تضادهای درون آزمودنی‌ها

متغیر وابسته	منبع	آماره	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	مجذور اتا	توان مشاهده شده
رفتارهای خود	عامل زمان	کران پایین	۹۹۳	۱	۹۹۳	۱۷	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱*
نظم‌بخشی	تعامل زمان و گروه‌ها	کران پایین	۵۷	۳	۱۹	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱*
رابطه	خطای عامل زمان	کرویت فرض شده	۱۶۲۴/۰۸۳	۵۶	۲۹/۰۰۱				
پایداری	عامل زمان	کران پایین	۴۰	۱	۲	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۲۸	۰/۰۱*
کوشش برای تغییر	تعامل زمان و گروه‌ها	کران پایین	۹۴	۳	۳۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۶۳	۰/۰۱*
	خطای عامل زمان	کرویت فرض شده	۱۴۰۲	۵۶	۲۵/۰۴۸				
متغیر وابسته	منبع	عامل مراحل زمانی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	مجذور اتا	توان مشاهده شده
	عامل زمان	خطی	۸۷۰	۱	۸۷۰	۲۸	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱*
		مربعی	۱۲۳	۱	۱۲۳	۴	۰/۰۳۴	۰/۰۱	۰/۰۱*
رفتارهای خود	تعامل زمان و گروه‌ها	خطی	۲۴	۳	۸	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۲۸	۰/۰۹۱*
نظم‌بخشی		مربعی	۳۲	۳	۱۰	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۴۵	۰/۰۱*
رابطه		خطی	۹۲۶	۲۸	۳۳				
	خطای عامل زمان	مربعی	۶۹۷/۰۸۳	۲۸	۲۴				
	عامل زمان	خطی	۰/۰۱	۱	۰/۰۱	۰/۰۹	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۵۱*
		مربعی	۴۰	۱	۴۰	۱	۰/۰۱	۰/۰۶۲	۰/۰۱*
پایداری	تعامل زمان و گروه‌ها	خطی	۳۲	۳	۱۰	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۳۹	۰/۰۱*
کوشش برای تغییر		مربعی	۶۲	۳	۲۰	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۹۲	۰/۰۱*
	خطای عامل زمان	خطی	۷۸۸	۲۸	۲۸				
		مربعی	۶۱۴	۲۸	۲۱				

*Computed using alpha =,05

نتایج مندرج در جدول ۴ نشانگر این است که اثرات درون آزمودنی‌ها در عامل زمان و تعامل زمان و گروه‌ها طبق آماره کران پایین^۱ برای هر دو مؤلفه معنی‌دار است (۰/۰۱). همچنین آزمون‌های تضادهای درون آزمودنی‌ها در عامل مراحل زمانی خطی و مربعی^۲ برای هر دو مؤلفه معنی‌دار است (۰/۰۱). در جدول زیر آزمون‌های اثرات میان گروهی میانگین‌ها^۳ برای گروه‌ها در مراحل سه‌گانه ارائه شده است.

جدول ۵. آزمون‌های اثرات میان گروهی میانگین‌ها در سه بار اندازه‌گیری و گروه‌ها

متغیر وابسته	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	مجذور اتا ^۴	توان مشاهده شده
رفتارهای خود	تعامل	۱۸۱۵۶۹	۱	۱۸۱۵۶۹	۵۱۲۷	۰/۰۱	۰/۰۱	۱*
نظم‌بخشی	گروه	۱۱۵	۳	۳۸	۱/۰۸۴	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱*
رابطه	خطا	۹۹۱	۲۸	۳۵				
پایداری	تعامل	۳۷۶۰۴	۱	۳۷۶۰۴	۹۲۷	۰/۰۱	۰/۰۱	۱*
کوشش برای تغییر	گروه	۴۴	۳	۱۴	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۳۸	۰/۰۱*
	خطا	۱۱۳۵	۲۸	۴۰				

*Computed using alpha =,05

1. Lower-bound
2. Quadratic
3. Tests of Between-Subjects Effects(Transformed Variable: Average)
4. Partial Eta Squared

نتایج مندرج در جدول ۵ نشانگر این است که تغییرات متغیر وابسته در بررسی اثرات میان گروهی میانگین‌ها در سه بار اندازه‌گیری و گروه‌ها معنی‌دار است (۰/۰۱). در جدول زیر مقایسه‌های زوجی^۱ مبتنی بر میانگین‌های جنبی تخمینی^۲ گروه‌ها ارائه شده است. داده‌های جداول ۶ و ۷ برای مقایسه‌های چندگانه در جدول آخر (آزمون پیگیری) سازگار شده است.

جدول ۶. مقایسه‌های زوجی میانگین چهار گروه روان‌درمانی گروهی وجودی، شناختی-وجودی، انسان‌گرا-وجودی و گروه گواه

95% Confidence Interval for Difference		سطح معنی‌داری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها (۱-۲)	گروه‌ها (۲)	گروه‌ها (۱)	
کران بالا	کران پایین						
**۳	**۰۵	**۱	۱	-۱/۰۴۲	وجودی		
**۲/۰۴۴	**۰۷	**۰/۰۱	۱	۲-	شناختی-وجودی	گواه	
**۲	**۰۷	**۱	۱	۲-	انسان‌گرا-وجودی		
۳/۰۸۵	-۶	**۱	۱	-۱	شناختی-وجودی		
**۳	**۰۶/۰۸۵	**۱	۱	-۱	انسان‌گرا-وجودی	وجودی	رفتارهای خود
**۵	**۰۳	**۱	۱	۱/۰۴۲	گواه		
**۶	**۰۳	**۱	۱	۱	وجودی		نظم‌بخشی
**۵	**۰۴	**۱	۱	-۰/۰۱	انسان‌گرا-وجودی	شناختی-	رابطه
**۷	-۲/۰۴۴	**۰/۰۱	۱	۲	گواه	وجودی	
**۶/۰۸۵	**۰۳	**۱	۱	۱	وجودی		
۴	**۰۵	**۱	۱	۰/۰۱	شناختی-وجودی	انسان‌گرا-	
**۷	**۰۲	**۱	۱	۲	گواه	وجودی	
**۵	**۰۴	**۱	۱	-۰/۰۱	وجودی		
**۷	**۰۳	**۱	۱	۱	شناختی-وجودی	گواه	
**۵	**۰۴	**۱	۱	۰/۰۱	انسان‌گرا-وجودی		
**۶	**۰۳	**۱	۱	۱	شناختی-وجودی		
**۵	**۰۵	**۱	۱	۰/۰۱	انسان‌گرا-وجودی	وجودی	پایداری
**۴	**۰۵	**۱	۱	-۰/۰۱	گواه		کوشش
**۳	**۰۶	**۱	۱	-۱	وجودی		برای تغییر
**۴	**۰۶	**۱	۱	-۱	انسان‌گرا-وجودی	شناختی-	
**۳	**۰۷	**۱	۱	-۱	گواه	وجودی	
**۵	**۰۵	**۱	۱	۰/۰۱	وجودی		
**۶	**۰۴/۰۹۳	**۱	۱	۱	شناختی-وجودی	انسان‌گرا-	
**۴	**۰۵	**۱	۱	۰/۰۱	گواه	وجودی	

**Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

1. Pairwise Comparisons
2. Based on estimated marginal means

نتایج مندرج در جدول ۶ نشانگر این است که تغییر رفتارهای خود نظم‌بخشی رابطه تحت تأثیر حضور آزمودنی‌ها در گروه آزمایشی روان‌درمانی گروهی شناختی-وجودی بر اساس مقایسه میانگین‌های جنبی تخمینی با گروه گواه معنی‌دار است (۰/۰۱). در جدول زیر مقایسه‌های زوجی مبتنی بر میانگین‌های جنبی تخمینی مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری ارائه شده است.

جدول ۷. مقایسه میانگین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری

95% Confidence Interval for Difference		سطح معنی‌داری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها (۱-۲)	آزمون‌ها (۱)	آزمون‌ها (۲)	مقیاس
کران بالا	کران پایین						
** _{-۲}	** _{-۹}	** _{۰/۰۰۱}	۱	* _{-۶/۰۹۴}	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	رفتارهای خود
** _{-۳}	-۱۱/۰۳۸	** _{۰/۰۰۱}	۱	* _{-۷}	پیگیری		
** _۹	** _۲	** _{۰/۰۰۱}	۱	* _{۶/۰۹۴}	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	نظم‌بخشی رابطه
** _۱	** _{-۳}	** _{۰/۰۰۱}	۱/۰۶۸	-۱	پیگیری		
** _۴	** _{-۱}	** _{۰/۰۰۱}	۱	۱	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پایداری کوشش
** _۳	** _{-۳}	** _۱	۱	۰/۰۱	پیگیری		
** _۱	** _{-۴}	** _{۰/۰۰۱}	۱	-۱	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	برای تغییر
** _۱	** _{-۴}	** _{۰/۰۰۱}	۱	-۱	پیگیری		

*. The mean difference is significant at the, 05 level.

**Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

نتایج مندرج در جدول ۷ نشانگر این است که تغییر رفتارهای خود نظم‌بخشی رابطه در پس‌آزمون و آزمون پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون بر اساس مقایسه میانگین‌های جنبی تخمینی معنی‌دار است (۰/۰۰۱). در جدول زیر آزمون پیگیری بنفرونی در راستای مقایسه‌های چندگانه گروه‌ها ارائه شده است.

جدول ۷. آزمون پیگیری بنفرونی: مقایسه‌های چندگانه گروه‌های آزمایشی و گواه

مؤلفه	گروه‌ها (۱)	گروه‌ها (۲)	تفاوت میانگین‌ها (۱-۲)	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری	کران پایین	کران بالا	95% Confidence Interval for Difference
رفتارهای خود	گواه	وجودی	-۱/۰۴۱۷	۱	۱	-۵	۳	
		شناختی-وجودی	-۲	۱	۰/۰۰۱	-۷	۲	
نظم‌بخشی رابطه	وجودی	انسان‌گرا-وجودی	-۲	۱	۱	-۷	۲	
		شناختی-وجودی	-۱	۱	۱	-۶	۳	
رفتارهای خود	گواه	انسان‌گرا-وجودی	-۱	۱	۱	-۶	۳	
		وجودی	۱/۰۴۱۷	۱	۱	-۳	۵	
نظم‌بخشی رابطه	شناختی-وجودی	وجودی	۱	۱	۱	-۳	۶	
		انسان‌گرا-وجودی	۰/۰۰۱	۱	۱	-۴	۵	
رفتارهای خود	گواه	وجودی	۲	۱	۰/۰۰۱	-۲/۰۴۳۵	۷	
		انسان‌گرا-وجودی	۱	۱	۱	-۳	۶	
نظم‌بخشی رابطه	انسان‌گرا-وجودی	شناختی-وجودی	۰/۰۱	۱	۱	-۵	۴	
		گواه	۲	۱	۱	-۲	۷	
رفتارهای خود	گواه	وجودی	۰/۰۱	۱	۱	-۴	۵	
		شناختی-وجودی	۱	۱	۱	-۳	۷/۰۹۲۹	
نظم‌بخشی رابطه	وجودی	انسان‌گرا-وجودی	۰/۰۱	۱	۱	-۴	۵	
		شناختی-وجودی	۱	۱	۱	-۳	۶	
رفتارهای خود	گواه	انسان‌گرا-وجودی	۰/۰۱	۱	۱	-۵	۵	
		وجودی	۰/۰۱	۱	۱	-۵	۴	
نظم‌بخشی رابطه	شناختی-وجودی	وجودی	-۱	۱	۱	-۵	۳	
		انسان‌گرا-وجودی	-۱	۱	۱	-۶	۴	
رفتارهای خود	گواه	انسان‌گرا-وجودی	-۱	۱	۱	-۷	۳	
		وجودی	۰/۰۱	۱	۱	-۵	۵	
نظم‌بخشی رابطه	انسان‌گرا-وجودی	شناختی-وجودی	۱	۱	۱	-۴	۷	
		گواه	۰/۰۱	۱	۱	-۵	۵	

نتایج مندرج در جدول ۷ نشانگر این است که مقایسه‌های چندگانه گروه‌ها مؤید تأثیر معنی‌دار روان‌درمانی گروهی شناختی-وجودی بر رفتارهای خود نظم‌بخشی رابطه در مقایسه با گروه گواه است (۰/۰۰۱). همچنین نتایج تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر نشان می‌دهد که تأثیر روان‌درمانی گروهی شناختی-وجودی بر رفتارهای خود نظم‌بخشی در مقایسه با روان‌درمانی گروهی وجودی و انسان‌گرا-وجودی معنی‌دار نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

فلسفه وجودی از دنیای ذهنی یا فاعلی^۱ فراتر رفته و به دنیای میان فردی توجهی ویژه داشته است، پس بررسی تأثیر روان‌درمانی‌های برگرفته از فلسفه وجودی در راستای بهبود رابطه زناشویی به دلیل ارزش نهادن

1 . subjective

ویژه این فلسفه به دنیای میان فردی موضوعیت یافته است. بر این اساس این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی وجودی، شناختی-وجودی و انسان‌گرا-وجودی بر خودتنظیمی زناشویی زنان مبتلا به همبودی دیابت نوع دو و چاقی و برای پاسخ‌گویی به دو پرسش انجام گرفت. آیا روان‌درمانی‌های گروهی وجودی، شناختی-وجودی و انسان‌گرا-وجودی در مقایسه با گروه گواه بر خودتنظیمی زناشویی زنان مبتلا به همبودی دیابت نوع دو و چاقی مؤثر است و آیا بین میزان تأثیر روان‌درمانی گروهی وجودی، شناختی-وجودی و انسان‌گرا-وجودی بر خودتنظیمی زناشویی زنان مبتلا به همبودی دیابت نوع دو و چاقی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟ در پاسخ به پرسش اول یافته‌ها نشانگر تأثیر معنی‌دار و باثبات روان‌درمانی گروهی شناختی-وجودی بر رفتارهای خودنظم‌بخشی رابطه در مقایسه با گروه گواه بود. در پاسخ به پرسش دوم یافته‌ها نشان داد که تأثیر روان‌درمانی گروهی شناختی-وجودی در مقایسه با دو گروه آزمایشی دیگر معنی‌دار نیست. این یافته‌ها بدیع به نظر می‌رسد و پیش از هر چیز گویای اندک بودن اندازه اثر مداخله وجودی-شناختی است، همچنین دو مداخله دیگر حائز اثربخشی کمابیشی بوده که این پدیده از تفاوت میانگین گروه‌ها می‌کاهد. با آنکه خلأ پژوهشی چشمگیر است و تاکنون مقایسه‌های فراخوری در راستای بررسی اثربخشی مداخلات وجودی، شناختی-وجودی و انسان‌گرا-وجودی بر خودتنظیمی زناشویی زنان مبتلا به همبودی دیابت نوع دو و چاقی انجام نشده است، شماری از پژوهش‌های داخلی و خارجی مؤید اثربخشی مداخلات شناختی-وجودی برای درمان مشکلات روانی-اجتماعی آزمودنی‌های متفاوت از آزمودنی‌های پژوهش حاضر بوده‌اند. پژوهش خضری مقدم، وحیدی و آشور ماهانی (2018) نشان داد گروه‌درمانی شناختی-وجودی بر امید به زندگی و افسردگی سالمندان مقیم مراکز سالمندی تأثیر معنی‌داری دارد. برنشتاین^۱ (2004) دریافت که درمان شناختی-وجودی برای درمان بیماران دچار اختلال شخصیت وابسته به نحو بسیار چشمگیری مؤثر است. نتایج پژوهش گاگنون^۲ و همکاران (2015) مؤید اثربخشی مداخله شناختی-وجودی برای بهبود کیفیت زندگی وجودی بیماران مبتلا به سرطان بود. پژوهش‌های دیگری نیز به بررسی اثربخشی مداخله شناختی-وجودی پرداخته‌اند؛ کیزان^۳ و همکاران (2003) پژوهشی درباره تأثیر گروه‌درمانی شناختی-وجودی روی بهبود خلق و نگرش روانی نسبت به سرطان در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام دادند. یافته‌های این پژوهش نشان داد اعضای گروه درمان نسبت به گروه گواه کاهش اضطراب چشمگیری داشتند. همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که بهبود کارکرد خانوادگی زنان گروه درمان نسبت به زنان گروه گواه معنی‌دار بود. باینکه این پژوهش با بخشی از یافته‌های پژوهش حاضر همسو مؤید اثربخشی مداخله شناختی-وجودی در بهبود زندگی زناشویی زوجین است، فاقد مقایسه مداخلات بوده و در متغیر وابسته و مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها با پژوهش

1. Bornstein

2. Gagnon

3. Kissane

حاضر متفاوت است. در واقع پژوهش حاضر بدیع و نمونه کاملاً شبیه آن تاکنون در هیچ کجا به انجام نرسیده است؛ در بررسی مقدماتی پیشینه مشخص شد که زنان دچار دیابت نوع دو و چاقی در زمینه روابط میان فردی و زناشویی مشکلاتی دارند که نیازمند رسیدگی روان‌شناختی است. به‌علاوه مداخله وجودی در راستای بهبود روابط میان فردی مؤثر نشان داده (پژوهش امانی، یوسفی و فنایی (2016) مصداق چنین یافته‌ای است) ولی تاکنون پژوهشی با متغیر وابسته و جامعه هدف مشابه پژوهش حاضر انجام نشده بود. در پژوهشی دیگر توسط کولینز^۱ و همکاران (2013) که با هدف بررسی اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-وجودی بیماران داری تشخیص تازه ابتلا به سرطان پروستات و همسران آن‌ها انجام شده بود، مشخص شد که شرکت این زوجین در شش جلسه زوج‌درمانی شناختی-وجودی مایه کاهش سطوح اجتناب از آمیزش و بیش برانگیختگی آن‌ها شده است. این پژوهش با بخشی از یافته‌های پژوهش حاضر همسو مؤید اثربخشی مداخله شناختی-وجودی در بهبود زندگی زناشویی زوجین است ولی ناهم‌سو با پژوهش حاضر فاقد مقایسه مداخلات است و در متغیر وابسته و مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها با پژوهش حاضر متفاوت است. افزون بر این‌ها پژوهشی توسط بهمنی و همکاران (2016) با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی-وجودی در سطح امیدواری و افسردگی بیماران همودیالیز انجام شد. نتایج نشان داد درمان شناختی-وجودی منجر به افزایش امیدواری و کاهش سطح افسردگی در بیماران همودیالیزی مبتلابه نارسایی مزمن کلیه شده است. بااینکه این پژوهش با بخشی از یافته‌های پژوهش حاضر همسو است، فاقد مقایسه مداخلات بوده و در متغیر وابسته و مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها با پژوهش حاضر متفاوت است. پس همچنان می‌توان گفت که یافته‌های پژوهش حاضر بدیع به نظر می‌رسد و تائید آن‌ها مستلزم پژوهش‌های بیشتر است.

در تبیین این یافته که تأثیر روان‌درمانی گروهی شناختی-وجودی بر رفتارهای خودنظم‌بخشی رابطه در مقایسه با گروه گواه معنی‌دار و باثبات است ولی دو گروه آزمایشی دیگر فاقد تأثیر معنی‌دار بر متغیر وابسته بودند، می‌توان گفت که با توجه به این‌که باز ساختاردهی شناختی^۲ در کنار راهبردها و فنون تغییر باورها، تفسیرها، رفتارها و نگرش‌های ناسازگار و ناکارآمد^۳ بخش اصلی روان‌درمانی شناختی است و به‌طور گسترده در درمان مشکلات زناشویی به کار می‌رود (Corey, 2015; Wylie, 2015) و با توجه به اهمیت دادن دیدگاه وجودی به اصالت در رابطه، به رابطه انسان با دیگران همچون بعدی اساسی از وجود انسان در دنیا و کندوکاو در تنگنای وجودی انزوا در برابر صمیمیت منطقی است که روان‌درمانی گروهی شناختی-وجودی برای افزایش خودتنظیمی زناشویی زنان مبتلابه همبودی دیابت نوع دو و چاقی مؤثر باشد. پژوهش‌های بسیاری مؤید تأثیر روان‌درمان شناختی از راه به کار بستن فنون شناختی و رفتاری بر کاهش مشکلات زناشویی است (Meston, Hull, Levin, & Sipski, 2004). به‌علاوه، اشخاص در گروه وجودی

1. Collins

2. Cognitive restructuring

3. maladaptive and dysfunctional beliefs, interpretations, behaviors, and attitudes

شیوه‌های برقراری ارتباط را که در گروه آموخته‌اند در رابطه خود با اشخاص خارج از گروه مورد استفاده قرار دهند که از این طریق امکان تحول یک حس از صمیمیت تحقق می‌پذیرد (Sharf, 2015). همچنین درمان گروهی وجودی شامل توجه به دنیا‌های ارتباط باهم نوع یا عرصه ارتباطی^۱ است (Corey, 2015). پیش‌ازین، پژوهش‌هایی نشانگر اثربخشی مداخلات وجودی بر بهبود عرصه ارتباطی بیماران بوده‌اند؛ پژوهش نظری، یاراحمدی و زهراکار (2014) نشان داد روان‌درمانی وجودی گروهی رضایت زناشویی زنان را افزایش می‌دهد. پژوهش سنگده، اعتمادی و علوی (2015) نشان داد گروه‌درمانی وجودی بر بهبود سلامت روان و مؤلفه‌های آن اعم از عملکرد اجتماعی مؤثر است. طبق پژوهش امانی، یوسفی و فنایی (2016) درمان وجودی به شیوه گروهی بر افزایش تمایز یافتگی و بهبود الگوهای ارتباطی مؤثر است. صدری دمیرچی و رمضانی (2016) گزارش داده‌اند که درمان وجودی موجب کاهش احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان شده است. همچنین روان‌درمانی شناختی برای پویایی‌های گروهی^۲ از قالبی بهره می‌گیرد که با فنون استاندارد شناختی همراه می‌گردد؛ قالبی برای تغییر شناخت‌های ناسازگار و ناکارآمد (Corey, 2015)؛ دیالکتیکی یا جدلی، ارزیابی مشکل و پیشگیری از عود^۳ از عمومی‌ترین راهبردهای روان‌درمانی شناختی هستند (Corey, 2015). باز ساختاردهی شناختی به‌طور گسترده در درمان مشکلات زناشویی به کار می‌رود؛ در بیشتر موارد علل مشترک مشکلات زناشویی ناشی از داده‌های ناکافی^۴ است که پیامد انتظارات غیرواقعی‌اند. این انتظارات منجر به باورهای نامعقول^۵ اشخاص درباره مشکلات زناشویی می‌گردد. البته پژوهش‌های بسیاری مؤید تأثیر روان‌درمانی شناختی از راه به کار بستن فنون شناختی و رفتاری بر کاهش مشکلات زناشویی است (Meston et al., 2004). در تبیین این یافته که تأثیر روان‌درمانی گروهی شناختی-وجودی در مقایسه با دو گروه آزمایشی دیگر معنی‌دار نیست، می‌توان گفت که شاکله مداخلات از لحاظ همپوشی دیدگاه‌های وجودی کمابیش مشابه بوده و معنی‌دار نبودن تفاوت اثرات به دلیل تأثیر مثبت اما فاقد معنی‌داری دو روش دیگر بوده است. در هر صورت تا بیان مطمئن درباره تفاوت اثربخشی این روش‌ها در بهبود زندگی زناشویی زنان مبتلا به همبودی دیابت نوع دو و چاقی راه بسیاری باقی است. درباره عدم تأثیر معنی‌دار مداخلات وجودی و انسان‌گرا-وجودی می‌توان گفت که دشواری درک و اقدام مربوط به مفاهیم فلسفه وجودی و دشواری مطالبات مربوط به پذیرش بی‌قید و شرط و نوع دوستی متعالی، در مقایسه با هنگامی که نگرش‌های فلسفی و بشر دوستانه در چهارچوب مداخلات روان-آموزشی رویکرد شناختی

1. Mitwelt

2. a group dynamics format

3. automatic thought records, disputing beliefs, monitoring moods, developing an arousal hierarchy, monitoring activities, problem solving, Socratic questioning, relaxation methods, risk assessment, and relapse prevention

4. corrector inadequate information

5. irrational beliefs

تسهیل می‌گردد، به‌ویژه هنگامی سطح تحصیلات بیشتر مراجعین کمتر از دیپلم باشد، مانعی بالقوه برای رابطه درمانی بهینه و اثربخشی درمان است. هرچند که تعداد اندک آزمودنی‌ها به‌خودی‌خود یافته‌های آماری را محل تردید قرار داده و با رضایت ابرازشدهٔ اعضای گروه‌ها درباره فایده مداخلات چندان همخوان نیست (اعضای هر سه گروه آزمایشی کارآمدی جلسات را چشمگیر توصیف می‌نمودند) می‌توان این فرض را نیز پیش کشید که مداخله وجودی-شناختی به دلیل بهره‌گیری از تکالیف منزل حاوی اقدامات افزوده و در نتیجه تأثیر بیشتر بود. درباره عدم تأثیر معنی‌دار مداخلات وجودی و انسان‌گرا-وجودی و پایین بودن اندازه اثر مداخله وجودی-شناختی برخی دلایل دیگر نیز به‌مثابه موانع اجتماعی ابرازشده به‌صورت دغدغه‌های اقتصادی-اجتماعی آزمودنی‌ها در طول جلسه‌ها در کار بود. نتایج پژوهش خالدی، مرادی و غریبی (2011) نشان داد که کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دوم مراجعه‌کننده به مرکز دیابت سنندج در سطح متوسط است. آن‌ها نیز پیشنهاد کرده بودند که در راستای بهبود کیفیت زندگی بیماران دچار دیابت نوع دو ساکن سنندج بهتر است که برنامه ریزان و مدیران به امر حمایت جسمی، روانی و اجتماعی آنان توجه کافی مبذول دارند.

محدودیت‌ها و پیشنهادها. از محدودیت‌های این پژوهش عدم امکان به‌کارگیری آزمودنی مرد و زن در گروه‌های آزمایشی و محدود شدن جامعه به زنان دچار دیابت نوع دو و چاقی و مراجعه‌کننده به بیمارستان توحید سنندج بود که تعمیم نتایج را محدودتر می‌سازد ولی تکرار پژوهش حاضر در زمان و مکان‌های دیگر می‌تواند در راستای غنی‌سازی خدمات بهداشتی قابل‌ارائه به زنان مبتلا به همبودی دیابت نوع دو مؤثر باشد. به‌کارگیری مداخلات گروهی می‌تواند افزون بر کاهش هزینه‌های درمانی، برای کاهش مشکلات روان‌شناختی و خانوادگی زنان دچار همبودی دیابت نوع دو و چاقی کارساز باشد. طبق یافته‌های علی‌کمالی، خدابنده و معتصدی (2017) و پرنان، تفضلی و آزموده (2017) دیابت تأثیر قابل‌توجهی روی زندگی زناشویی دارد. پس بررسی تأثیر مداخلات وجودی-شناختی بر خودتنظیمی زناشویی این بیماران شایان اهمیت به نظر می‌رسد. چنین مداخلاتی می‌تواند در مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت روانی به کار گرفته شود. ضمناً مقایسه‌ای بودن این پژوهش مداخلهٔ روان‌شناختی مقدم یعنی مداخله وجودی-شناختی را، در راستای ارائه خدمات روان‌شناختی بهتر به جامعه هدف پیشنهاد داده است.

تصریح دربارهٔ تعارض منافع. این مقاله مأخوذ از رساله دکتری تخصصی رشته روان‌شناسی نویسنده اول است. هرگونه تعارض منافع حقیقی و حقوقی متفی اعلام شده و مسئولیت این ابراز با نویسندگان است.

سپاسگزاری. بدین‌وسیله از همیاری کارکنان بخش پژوهش دانشکده علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، کارکنان دلسوز کلینیک تخصصی دیابت بیمارستان توحید سنندج به‌ویژه خانم هیگلی، اسکندری و آقای حامد نیا قدردانی به عمل می‌آید. همچنین از خدمات و پشتیبانی حرفه‌ای خانم خدابنده لو به‌عنوان دستیار اصلی پژوهش در بخش عملی و دوستان ارجمند آقایان دکتر یوسفی و دکتر عزیزی قدردانی به عمل

می‌آید. بنیاد ملی نخبگان لرستان نیز با اعطای تسهیلات به نویسنده اول در انجام این پژوهش پشتیبانی نمود. در نهایت صمیمی‌ترین سپاس از آزمودنی‌های پژوهش اعلام می‌گردد.

References

- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1998). *The Integrative Power of Cognitive Therapy*: Guilford Publications.
- Alikamali, M., Khodabande, S., & Motesaddi, M. (2017). The effect of personality traits on sexual function in women with type II diabetes in Zarand, Iran, in 2016.
- Amani, A., Yoosefi, N., & Fanayi, E. (2016). The Effectiveness of Existential Therapy in a Group Setting on Self- Differentiation and Communication Patterns on Engaged Women Students. 6, 16-31.
- Asadpour, E., & Veisi, S. (2019). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Marital Satisfaction, Sexual Self-Esteem and Burnout Martial among Women with Type 2 Diabetes. *Journal of Arak University of Medical Sciences*, 21(7), 8-17.
- Askari, S., Nasiri Hanis, Gh., & Panaghi, L. (2015). Effectiveness of participation in group existential analysis sessions on worry. *Journal of psychologicalscience*, 14(54), 226-240.
- Attia, H. R., Kamel, S. A., Ibrahim, M. H., Farouk, H. A., Rahman, A. H., Sayed, G. H., & Musa, N. I. (2017). Open-array analysis of genetic variants in Egyptian patients with type 2 diabetes and obesity. *Egyptian Journal of Medical Human Genetics*, 18(4), 341-348.
- Azadi, A., Anoosheh, M., Alhani, F., & Hajizadeh, E. (2009). The effect of implementation of health promotion program in school to control risk factors for obesity in adolescents. *Iranian South Medical Journal*, 11(2), 153-162.
- Bahmani, B., Najjar, M. M., Sayyah, M., Shafi-Abadi, A., & Kashani, H. H. (2016). The effectiveness of cognitive-existential group therapy on increasing hope and decreasing depression in women-treated with haemodialysis. *Global journal of health science*, 8(6), 219.
- Bahmani, B., Etemadi, A., Shafiabadi, A., Delavar, A., & Ghanbari Motlagh, A. (2008). Cognitive-existential group therapy and cognitive therapy-oriented training in breast cancer patients. *J Dev Psychol*, 6(23), 201-14.
- Bamari, F., Mansuri, A., Poodineh Moghadam, M., Hormozi, T., & Rohi Saadabad, M. (2015). A Survey of Family Problems in Patients with Type II Diabetes: A Review Article. *Journal of Diabetes Nursing*, 3(1), 69-75.
- Bashir pour, m., & salimi, h. (2013). Comparison of the Effect of Existential Group Counseling and Cognitive-Behavioral Therapy on Students' Anger Control. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 3(12), 49-71.
- Bashirpur, M., Salimi, M., & Farahbakhsh, K. (2017). Comparison the Effect of Group Counseling based on Existential and Cognitive_Behavioural approaches on the degree of Shyness of Students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 14(52), 51-60.
- Bornstein, R. F. (2004). Integrating cognitive and existential treatment strategies in psychotherapy with dependent patients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(4), 293-309.

- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2000). On the structure of behavioral self-regulation. In *Handbook of self-regulation* (pp. 41-84). Academic Press.
- Carver, C. S. (2004). Self-regulation of action and affect. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (p. 13-39). The Guilford Press.
- Classen, C. C., Krug, O. T., Dezelic, M. S., Ansell, L., Haigh, R., Hamilton, S., Welsh, H. (2019). *Existential Group Therapy: Therapy Illustrations*. The Wiley World Handbook of Existential Therapy, 459-478.
- Collins, A. L., Love, A. W., Bloch, S., Street, A. F., Duchesne, G. M., Dunai, J., & Couper, J. W. (2013). Cognitive existential couple therapy for newly diagnosed prostate cancer patients and their partners: a descriptive pilot study. *Psycho-Oncology*, 22(2), 465-469.
- Corey, G. (2015). *Theory and Practice of Group Counseling*: Cengage Learning.
- El-Aghoury, A. A., Elsherbiny, T. M., Lewis, N., Salem, T. M., & Osman, N. (2018). Characterization of abnormal sleep patterns in patients with obesity, type 2 diabetes, or combined. *Alexandria journal of medicine*, 54(4), 455-462.
- Farmani-shahreza, S. H., Bahmani, B., & Ghaedniay-jahromi, A. (2017). The Effect of Cognitive-Existential Therapy on Cognitive Distortions in Women with HIV: A Single-Subject Study. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 5(3), 48-57.
- Fein, E. C., & Klein, H. J. (2011). Personality Predictors of Behavioral Self-Regulation: Linking behavioral self-regulation to five-factor model factors, facets, and a compound trait. *International Journal of Selection and Assessment*, 19(2), 132-144.
- Gagnon, P., Fillion, L., Robitaille, M.-A., Girard, M., Tardif, F., Cochrane, J.-P., Breitbart, W. (2015). A cognitive-existential intervention to improve existential and global quality of life in cancer patients: A pilot study. *Palliative & supportive care*, 13(4), 981-990.
- Ghanbari givi, h., & goli garmianaki, e. (2011). Efficacy of humanistic existential group therapy in reducing hopelessness impulsivity and stress related dissociative and paranoid symptoms in borderline personality disorder. *Clinical Psychology Studies*, 1(2), 120-135.
- Ghorbani, M. (2015). A Review of Type 2 Diabetes and Obesity. *New Cellularand Molecular Biotechnology Journal*, 5(18), 9-14.
- Gottmann, P., Ouni, M., Saussenthaler, S., Roos, J., Stirm, L., Jähnert, M., Fritsche, A. (2018). A computational biology approach of a genome-wide screen connected miRNAs to obesity and type 2 diabetes. *Molecular metabolism*, 11, 145-159.
- Imeni, F., Sadeghi, M., & Gholamrezaei, S. G. (2018). The effect of group spirituality therapy on self-care and its dimensions in women with type 2 diabetes. *Daneshvar Medicine*, 25(134), 79-87.
- Hamrah, S. Z., & Nazari, A. M. (2011). Investigating the principles of psychotherapy based on comparative analysis of views of existence philosophers. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 2668-2674.
- Hoffman, L., Serlin, I. A., & Rubin, S. (2019). The History of Existential-Humanistic and Existential-Integrative Therapy. *The Wiley World Handbook of Existential Therapy*, 235-246.
- Isanejad, O., Alipour, E., & kalhori, s. (2018). Assessment of marital self-regulation in Iranian population: Studying reliability, validity and factor structure of Persian

- version of Behavioral Self-Regulation for Effective Relationships Scale (BSRERS) in couples. *Family Counseling and Psychotherapy*, 7(2), 126-147.
- Kariminejad, H., Sadeghi, M., & Gholamrezaie, S. (2018). Qualitative modeling of family resilience based on underlying approach. *Social Psychology Research*, 7(28), 101-122.
- Khezri Moghadam, N., Vahidi, S., & Ashormahani, M. (2018). Efficiency of cognitive-existential group therapy on life expectancy and depression of elderly residing in nursing home. *Iranian Journal of Ageing*, 13(1), 62-73.
- Khaledi, S., Moridi, G., & Gharibi, F. (2011). Survey of eight dimensions quality of life for patients with diabetes type II, referred to Sanandaj diabetes center in 2009. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*, 1 (1) :29-37 .
- Khodadadi Sangdeh, J., Etemadi, A., & Alavi Kamoos, E. (2015). The Effectiveness of Existential Group Psychotherapy on Student's mental health. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 4(2), 119-130.
- 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: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 12(6), 532-546.
- Kissane, D. W., Love, A., Hatton, A., Bloch, S., Smith, G., Clarke, D. M.,... Snyder, R. D. (2004). Effect of cognitive-existential group therapy on survival in early-stage breast cancer. *Journal of clinical oncology*, 22(21), 4255-4260.
- Kissane, D. W., Bloch, S., Miach, P., Smith, G. C., Seddon, A., & Keks, N. (1997). Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer—techniques and themes. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 6(1), 25-33.
- Krug, O. T., Granger, N., Yalom, I., & Schneider, K. J. (2019). Case Illustrations of Existential-Humanistic and Existential-Integrative Therapy. *The Wiley World Handbook of Existential Therapy*, 267-281.
- Krychman, M. L., & Krychman, M. L. (2010). 100 Questions and Answers about Women's Sexual Wellness and Vitality: A Practical Guide for the Woman Seeking Sexual Fulfillment: Jones & Bartlett Learning.
- Krychman, M. L. (2010). 100 Questions and Answers about Women's Sexual Wellness and Vitality: A Practical Guide for the Woman Seeking Sexual Fulfillment (1 ed.). Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Publishers.
- Maheu, C., Lebel, S., Tomei, C., Singh, M., & Eshen, M. J. (2015). Breast and ovarian cancer survivors' experience of participating in a cognitive-existential group intervention addressing fear of cancer recurrence. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(4), 433-440.
- Mahmoudi, A., & Alavi, M. (2015). Experience of diabetic patients and health team of diabetes control: A qualitative study. *Journal of Health Promotion Management*, 4(3), 70-80.
- Meston, C. M., Hull, E., Levin, R. J., & Sipski, M. (2004). Disorders of orgasm in women. *The journal of sexual medicine*, 1(1), 66-68.
- Najafi, M., Mirhoseini, M., Moghani Lankarani, M., & Assari, S. (2006). Correlation between Sexual Dysfunction and Marital Dissatisfaction among Diabetics. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 8(2), 175-179.

- Nameni, E., keshavarz, h., Heydari, H., & fatoorchi, S. (2019). The Effectiveness of Combining Reality Therapy and Logo Therapy Approaches on the Quality of life and Psychological Adjustment of Female Householders. *Journal of Applied Psychology Research*, 10(1), 83-96.
- Nasiri Hanis, Gh., Yoosefi, N., and Sadeghi, M. (1396). *Group counseling and psychotherapy: Focused on existential approach*, first print. Khorramabad: Lorestan University.
- Nazari, A., Yarahmadi, H., & Zaharakar, K. (2014). The Effectiveness of Existential Group Psychotherapy on Marital Satisfaction in Women with Type 2 Diabetes. *Knowledge & Health Journal*, 9, 14-20.
- Ottens, A. J., & Hanna, F. J. (1998). Cognitive and existential therapies: Toward an integration. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(3), 312.
- Parnan, A., Tafazolim, M., & Azmoude, E. (2017). Comparison of the Sexual Function among Women with and without Diabetes. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 5(4), 1090-1097.
- Sadri Demichi, E., & Ramezani, S. (2016). Effectiveness of Existential Therapy on Loneliness and Death Anxiety in the Elderly. *Aging Psychology*, 2(1), 12-11.
- Shafer, K., James, S. L., & Larson, J. H. (2016). Relationship self-regulation and relationship quality: The moderating influence of gender. *Journal of Child and Family Studies*, 25(4), 1145-1154.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1988). A model of behavioral self-regulation: Translating intention into action. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 21, pp. 303-346). Academic Press.
- Schneider, K. J. (2003). Existential-humanistic psychotherapies. *Essential psychotherapies: Theory and practice*, 2, 149-181.
- Schneider, K. J., & Krug, O. T. (2017). *Existential-humanistic Therapy*: American Psychological Association.
- Schneider, K. J., & Leitner, L. M. (2002). Humanistic psychotherapy. *Encyclopedia of psychotherapy*, 1, 949-957.
- Schneider, K. J., Pierson, J. F., & Bugental, J. F. (2014). *The handbook of humanistic psychology: Theory, research, and practice*: Sage Publications.
- Shahbeik, S., Taghavi Jourachi, F., Abroshan, f., & Naseri, M. (2019). Effectiveness of Group-Based Cognitive Therapy Based on Mindfulness on Family Function and Marital Adaptation of Couples with Type II Diabetes. *Iranian Journal of Nursing Research*, 13(6), 68-75.
- Sharf, R. S. (2015). *Theories of psychotherapy & counseling: Concepts and cases*: Cengage Learning.
- Valiee, S., Moridi, G., Fathi, M., Nasrabadi, A. N., & Farimani, M. R. (2011). Concept of health in the view of diabetic patients: A qualitative study. *Advances in Nursing & Midwifery*, 21(72), 1-7.
- Weixel-Dixon, K. (2020). *Existential Group Counselling and Psychotherapy*: Taylor & Francis Group.
- Wilson, K. L., Charker, J., Lizzio, A., Halford, K., & Kimlin, S. (2005). Assessing how much couples work at their relationship: the behavioral self-regulation for effective relationships scale. *Journal of Family Psychology*, 19(3), 385.
- Wylie, K. (2015). *ABC of sexual health* (Vol. 259): John Wiley & Sons.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential Psychotherapy*: Basic Books.