

تأثیر معنا درمانی بر دل‌زدگی زناشویی، رضایت زناشویی و صمیمیت زوجین

مریم عابدینی^{۱*}، بهزاد کریمی اوتاری^۲^۱ گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور واحد رشت، رشت، ایران^۲؟؟؟، دانشگاه؟، مرکز تالش، تالش، ایران

چکیده

ازدواج یکی از عوامل تکمیل و تقویت مبانی اخلاقی و نیازهای جسمانی و روانی-اجتماعی انسان است. هدف پژوهش حاضر، مقایسه تأثیر معنادرمانی بر دل‌زدگی زناشویی، رضایت زناشویی و صمیمیت زوجین بود. طرح پژوهش از نوع طرح‌های پژوهشی شبه آزمایشی (پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل) بود. شرکت‌کنندگان تعداد ۳۲ نفر (۱۶ نفر گروه آزمایش و ۱۶ نفر گروه گواه) بودند که از میان زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر رشت در سال ۱۳۹۵ به صورت تصادفی انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های رضایت زناشویی کانزاس، پرسشنامه دل‌زدگی زناشویی و پرسشنامه صمیمیت زناشویی بودند. یافته‌های حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره نشان دادند که معنا درمانی به صورت معناداری روی دل‌زدگی زناشویی و مؤلفه‌های آن، رضایت زناشویی و صمیمیت زناشویی تأثیر دارد. به این ترتیب که میانگین نمرات گروه معنا درمانی در مقایسه با گروه کنترل در پایان آموزش در هر سه متغیر بالاتر بود. رویکرد معنا درمانی می‌تواند در زمینه روابط زناشویی یک مداخله مناسب به حساب آید اما در عین حال، به نظر می‌رسد که رویکرد معنا درمانی دارای اثرگذاری بهتری در زمینه‌هایی که نیاز به مداخله شناختی بیشتری دارد، است.

کلیدواژه‌ها: معنا درمانی؛ دل‌زدگی؛ صمیمیت، رضایت؛ زناشویی

مقدمه

پدیده ازدواج بسیاری از نیازهای فردی-اجتماعی زن و مرد را در قالب روابط روانی-اجتماعی و جسمانی و دیگر آداب عرفی و اجتماعی برآورده می‌سازد. به عبارت دیگر هنگامی که کانون خانواده در برگیرنده محیط سالم و سازنده، روابط گرم، تعامل بین فردی صمیمی باشد می‌تواند موجب رشد و پیشرفت اعضای خانواده شود (نوابی‌نژاد، ۱۳۷۸). صمیمیت زوجین در حد قابل قبول و انتظار، موجب تحکیم روابط محبت‌آمیز بین آنان می‌شود، تا آن‌جا که می‌توان اصل اساسی در ازدواج موفق، ایجاد صمیمیت بین زوجین است.

صمیمیت یک نیاز اساسی و واقعی در انسان است، افراد با توجه به تفاوت‌های فردی در شدت و نوع صمیمیت با یکدیگر متفاوت‌اند. صمیمیت یک فرایند پویا است که بر اعتماد و احترام متقابل استوار است. صمیمیت یک نیاز واقعی است که ریشه درونی داشته و از نیاز بسیار اساسی برای دلبستگی نشأت می‌گیرد (باگاروزی، ۱۳۸۵). اما از سوی دیگر، یعنی در ازدواج ناموفق و از هم‌گسسته، عدم وجود صمیمیت، خواه ناخواه یک رابطه را به پایان خود نزدیک می‌کند. مثلاً در یک پژوهش معتبر که در آمریکا درباره علل طلاق انجام شد، ۸۰٪ مردان و زنانی که طلاق گرفته بودند، علت جدایی و شکست ازدواج خود را رشد تدریجی فقدان احساس صمیمیت و عدم احساس عشق و ارزش‌گذاری ذکر کرده بودند (باگاروزی، ۱۳۸۷). ارتباط زناشویی هسته مرکزی نظام خانواده است و اختلال در آن به منزله تهدیدی جدی برای بقا خانواده‌ها است. رضایت فرد از ارتباط زناشویی به منزله رضایت وی از خانواده می‌شود و رضایت از خانواده در حکم رضایت کلی از زندگی است (گاتمن، ۱۹۹۸).

افزایش روز افزون تعارض‌های زناشویی در دنیای معاصر به دلایل گوناگون و همچنین خطر بروز جدایی و اثر منفی آن بر سلامت روانی زوجین موجب شده است که مشاوران و مخصوصاً کسانی که با خانواده کار می‌کنند، نظریه‌ها و طرح‌هایی را برای کمک به زوجین دچار تعارض و در حال طلاق ارائه دهند. در زمینه زوج درمانی و مداخله در خانواده انواع الگوهای عملی براساس دیدگاه‌های متفاوت به وجود آمده است که هدف عمده آنها کمک به زوجین برای پیشگیری از تعارض، افزایش کارآمدی خانواده و همچنین درمان تعارض‌های زناشویی است (فرح‌بخش، ۱۳۸۶) که از جمله این دیدگاه‌ها، رویکردهای شناختی-رفتاری و معنا درمانی است.

یکی از علائم کاهش رضایت از زندگی زناشویی، بروز دل‌زدگی است. دل‌زدگی با یک ناهمخوانی میان انتظارات و آرمان‌های افراد از یک سو و واقعیات از سوی دیگر شروع می‌شود که نتیجه این ناهمخوانی نیز، ایجاد استرس است. استرس ممکن است به طور آگاهانه و هوشیارانه مشاهده شود یا به طور ناآگاهانه در مدت طولانی پایدار بماند. پس از اینکه استرس در مرحله اول بروز می‌کند، پس از آن به تدریج در افراد، فشار عاطفی، فرسودگی و خستگی ایجاد می‌شود و در مرحله بعدی تغییراتی در نگرش و رفتار ایجاد می‌شود، در این مرحله، نگرش افراد در مورد زندگی زناشویی و همسر تغییر می‌کند و سرانجام، دل‌زدگی بروز می‌کند (شوفلی و بونک، ۲۰۰۳). دل‌زدگی مجموعه علائم خستگی عاطفی،

* پست الکترونیک نویسنده مسئول: abedinimaryam93@yahoo.com

شخصیت زدایی و کاهش بهره‌وری می‌باشد. خستگی عاطفی به تهی شدن یا خالی شدن منابع عاطفی که به وسیله تقاضاهای بین‌فردی ایجاد می‌شود، برمی‌گردد. شخصیت زدایی به رشد منفی و گرایش بی‌رحمانه و عیب جویانه و بدگمانانه به همسر داشتن تأکید دارد که بعضی آشفتگی‌ها و پریشانی‌ها را شامل می‌شود که کاملاً با جنبه روانپزشکی این نشانه‌ها متفاوت است (شوفلی و بونک، ۲۰۰۳؛ به نقل از ادیب‌راد، ۱۳۸۴). پژوهش‌های رضای‌فتمانی و ابوالقاسمی (۱۳۹۳) نشان داد که معنادرمانی گروهی بر رضایت زناشویی و خودکارآمدی عمومی زوجین با تعارضات زناشویی مراکز مشاوره شهر لاهیجان، مؤثر است و شدت این اثر در یک متغیر ترکیبی (۰/۶۲) می‌باشد. یوسفی و کیانی (۱۳۹۱) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که رویکرد گشتالت درمانی و معنادرمانی در کاهش میل به طلاق مؤثرند اما بین دو رویکرد مذکور در کاهش میل به طلاق تفاوت معناداری وجود ندارد. در مطالعه جمشیدی، ترخان، اکبری و زارع (۱۳۹۱) بر افراد مبتلا به تعارضات زناشویی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره و روانشناسی، نتایج نشان داد که معنادرمانی گروهی باعث کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی زنان مبتلا به تعارضات زناشویی شده است. با توجه به مطالبی که در بالا ذکر شد هدف کلی این پژوهش بررسی اثربخشی معنادرمانی بر دل‌زدگی زناشویی، رضایت زناشویی و صمیمیت زوجین است.

روش

شرکت‌کنندگان

تحقیق حاضر از نوع پژوهش‌های مداخله‌ای و آزمایشی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل) است. در این پژوهش پس از برگزاری پیش‌آزمون، افراد به صورت تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. جامعه آماری مورد نظر شامل زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر رشت در سال ۱۳۹۵ بودند. با توجه به ماهیت جامعه مورد پژوهش، برای انتخاب نمونه این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد. بدین صورت که از این جامعه ۳۲ نفر با استفاده از شیوه انتساب تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) واگذار شدند. ابتدا برای هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد، سپس برای گروه آزمایش پروتکل معنا درمانی در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای جلسه برگزار شد، اما برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. در پایان از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. ملاک‌های ورود پژوهش عبارت بودند: گذشت حداقل یک سال از زندگی مشترک، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال و ملاک خروج از پژوهش نیز ارائه اطلاعات ناقص و نامعتبر بود.

ابزار

۱) پرسش‌نامه رضایت زناشویی کانزاس (KMSS): مقیاس رضایت زناشویی کانزاس (KMSS) به‌طور وسیعی در پژوهش‌ها مورد استفاده قرار گرفته است. این مقیاس تنها دارای ۳ گویه است. ویگل و بالارد-رایش (۱۹۹۹) در مطالعه‌شان با استفاده از کانزاس به ضریب همسانی درونی ۰/۹۷ (روش آلفای کرونباخ) در مردان و زنان دست یافتند. نمره این آزمون از مجموع نمرات کل به دست می‌آید که در طیف ۷ درجه‌ای از کاملاً ناراضی (نمره ۱) تا کاملاً راضی (نمره ۷) متغیر است. ضریب آلفای کرونباخ حاصل از اجرای این آزمون در ایران ۰/۹۲ و ضریب بازآزمایی آن در فاصله سه هفته‌ای، ۰/۸۱ برآورد شده است.

۲) پرسش‌نامه دل‌زدگی زناشویی (CBM): یک ابزار خودسنجی است که برای اندازه‌گیری درجه‌ی دل‌زدگی زناشویی در بین زوجین طراحی گردیده است. این پرسشنامه ۲۱ گویه دارد که شامل سه جزء اصلی خستگی جسمی، از پا افتادن عاطفی و از پا افتادن روانی می‌باشد. تمام این موارد روی یک مقیاس هفت درجه‌ای پاسخ داده می‌شوند. ارزیابی ضریب اعتبار CBM نشان داد که دارای یک همسانی درونی بین متغیرها در دامنه‌ی ۰/۸۴ و ۰/۹۰ است. روایی CBM به وسیله همبستگی‌های منفی با ویژگی‌های ارتباطی مثبت به تایید رسیده است. انادری، افتخار و آمال-زاده (۱۳۸۸) در پژوهشی برای به دست آوردن روایی CBM، این آزمون را با پرسش‌نامه رضایت زناشویی انریچ همبسته کردند، ضریب همبستگی بین این دو پرسش‌نامه ۰/۴۰- به دست آمد که در سطح $P < 0.001$ معنادار می‌باشد.

۳) مقیاس صمیمیت زناشویی: این مقیاس توسط تامپسون و واکر ساخته شده که ۱۷ سوال دارد و برای سنجیدن میزان صمیمیت زوجها تنظیم شده است. دامنه نمرات هر سوال بین ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه) تغییر می‌کند که نمرات بالاتر نشانه صمیمیت بیش‌تر است. این مقیاس با ضریب آلفای ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ از همسانی درونی خوبی برخوردار است (واکر و تامپسون، ۱۹۸۳ به نقل از ثنائی و علاقه‌بند، ۱۳۷۹). نتایج پژوهش اعتمادی و همکاران (۱۳۸۵) حاکی از آن است که ضریب پایایی کل مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ می‌باشد که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول پرسش‌نامه است. همچنین پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش جهانی و همکاران (۱۳۸۹) با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد.

شیوه اجرا

بعد از انتخاب گروه نمونه به شیوه تصادفی و ارائه توضیحاتی به آن‌ها مبنی بر محرمانه ماندن اطلاعات، ۳۲ نفر با استفاده از شیوه انتساب تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) واگذار شدند. ابتدا برای هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد، سپس برای گروه آزمایش پروتکل معنا درمانی در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای جلسه برگزار شد، اما برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. در پایان از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. سپس داده‌های به دست آمده تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

میانگین، انحراف استاندارد متغیرهای صمیمیت زناشویی، رضایت زناشویی، دزدگی زناشویی، خستگی جسمی، از پا افتادن عاطفی و از پا افتادن روانی در جدول ۱ ارائه شده است. برای استفاده از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) برای بررسی اثر معنادرمانی بر مولفه‌های دزدگی زناشویی ابتدا مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. هیچ‌یک از این مقیاس‌ها در آزمون لوین معنادار نیستند؛ بنابراین می‌توان گفت که هر سه گروه از نظر متغیرهای پژوهش، قبل از شروع مداخله از لحاظ واریانس‌ها همگن بوده‌اند. یکی دیگر از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس، نرمال بودن توزیع داده‌ها است. برای بررسی این فرضیه از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج این آزمون برای بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها حاکی از آن است که متغیرهای پژوهش از مفروضه نرمال بودن پیروی می‌کنند. یکی دیگر از پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس، بررسی همگنی شیب رگرسیون است. با توجه به این‌که هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش در بررسی همگنی رگرسیون، معنادار نمی‌باشند، می‌توان نتیجه گرفت که فرض همگنی شیب رگرسیون برقرار است.

جدول ۱

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

گروه	متغیرهای پژوهش	پیش‌آزمون (SD) M	پس‌آزمون (SD) M
معنا درمانی	صمیمیت زناشویی	۲۸/۸۷ (۶/۳۸)	۴۸/۷۵ (۵/۹۱)
	رضایت زناشویی	۱۴/۶۸ (۲/۷۹)	۱۶/۸۷ (۲/۰۹)
	دزدگی زناشویی	۴۸/۸۷ (۷/۹۹)	۴۳/۸۷ (۱۰/۰۳)
	خستگی جسمی	۲۲/۸۱ (۴/۲۹)	۲۰/۸۱ (۵/۳۵)
	از پا افتادن عاطفی	۱۳/۴۳ (۴/۱۷)	۱۰/۶۸ (۲/۳۰)
	از پا افتادن روانی	۱۳/۵۰ (۳/۹۴)	۱۲/۳۷ (۳/۱۱)
کنترل	صمیمیت زناشویی	۳۰/۲۵ (۵/۳۴)	۳۴/۵۰ (۵/۴۶)
	رضایت زناشویی	۱۴/۴۳ (۲/۸۹)	۱۴/۶۲ (۲/۶۲)
	دزدگی زناشویی	۶۰/۸۱ (۸/۸۳)	۶۱/۰۶ (۹/۷۰)
	خستگی جسمی	۲۷/۰۰ (۶/۱۴)	۲۹/۸۷ (۳/۸۲)
	از پا افتادن عاطفی	۱۵/۶۲ (۳/۲۲)	۱۵/۱۲ (۴/۳۱)
	از پا افتادن روانی	۱۸/۱۸ (۴/۳۵)	۱۵/۹۳ (۳/۵۶)

برای بررسی تفاوت در دو گروه آزمایش و کنترل در مورد نمره کل و خرده مقیاس‌های دزدگی زناشویی از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که مفروضه آماری همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس برای مولفه‌های دزدگی زناشویی ($p = 0.01$; $F = 68.60$) برقرار نیست و بنابراین برای ارزیابی معناداری اثر چند متغیری از شاخص پیلای استفاده شد. شاخص پیلای نشان داد که اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنادار است ($p = 0.01$; $\eta^2 = 0.36$; $\text{partial } \eta^2 = 0.61$; $F = 5.61$). به عبارت دیگر، بین دو گروه حداقل در یکی از مؤلفه‌های دزدگی زناشویی تفاوت معناداری به لحاظ آماری وجود دارد.

جدول ۲

خلاصه‌ی تحلیل واریانس نمرات مولفه‌های دل‌زدگی زناشویی					
متغیر	SS	df	MS	F	P
دل‌زدگی زناشویی	۲۳۶۳/۲۸	۱	۲۳۶۳/۲۸	۲۴/۲۵	<۰/۰۰۱
خستگی جسمی	۶۵۷/۰۳	۱	۶۵۷/۰۳	۳۰/۳۱	<۰/۰۰۱
از پا افتادن عاطفی	۱۵۷/۵۳	۱	۱۵۷/۵۳	۱۳/۱۵	<۰/۰۰۱
از پا افتادن روانی	۱۰۱/۵۳	۱	۱۰۱/۵۳	۹/۰۴	۰/۰۰۵
رضایت زناشویی	۴۰/۵۰	۱	۴۰/۵۰	۷/۱۶	۰/۰۱۲
صمیمیت زناشویی	۱۶۲۴/۵۰	۱	۱۶۲۴/۵۰	۵۰/۰۸	<۰/۰۰۱

تحلیل ANOVA تک متغیری در مورد هر متغیر وابسته به صورت جداگانه انجام شد تا منبع معناداری اثر چند متغیری تعیین شود. جدول ۲ نشان می‌دهد که گروه به صورت معناداری روی نمره کل دل‌زدگی زناشویی ($F(1,30) = 24/25$; $\text{partial } \eta^2 = 0/44$; $p = 0/001$)، خستگی جسمی ($F(1,30) = 30/31$; $\text{partial } \eta^2 = 0/50$; $p = 0/001$)، از پا افتادن عاطفی ($F(1,30) = 13/15$; $\text{partial } \eta^2 = 0/30$; $p = 0/001$)، از پا افتادن روانی ($F(1,30) = 9/04$; $\text{partial } \eta^2 = 0/23$; $p = 0/012$)، رضایت زناشویی ($F(1,30) = 7/16$; $\text{partial } \eta^2 = 0/19$; $p = 0/012$)، و صمیمیت زناشویی ($F(1,30) = 50/08$; $\text{partial } \eta^2 = 0/62$; $p = 0/001$) تأثیر دارد.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی معنادرمانی بر دل‌زدگی زناشویی، رضایت زناشویی و صمیمیت زوجین بود. نتایج نشان داد معنادرمانی بر دل‌زدگی زناشویی، رضایت زناشویی و صمیمیت زوجین تأثیر دارد. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش حسینی (۱۳۸۲)، موسومی (۱۳۷۹) و مهدویان (۱۳۷۶) که در مورد تأثیر معنادرمانی بر رضایت زناشویی زوجین صورت گرفته است، همخوانی دارد. هدف معنادرمانی این است که انسان‌ها به زندگی و سفر طولانی خودکامی متعهد شوند (رودینی، ۱۳۸۶). از دید رولومی، هدف درمان این است که انسان به گونه‌ای بسنده وجودش را تجربه و دنیای شخصیش را پرورش دهد؛ بی آنکه زیر نفوذ دنیای شخصی درمانگر قرار بگیرد (شارف، ۱۳۸۱؛ می و همکاران، ۱۹۵۸). اما رسیدن به اصالت، هدف پایانی معنادرمانی است. اصالت یعنی خالص بودن و آگاهی از بودن خویش و روبرو شدن با محدودیت‌های وجود که با گزینش‌های اخلاقی، معنای زندگی، و انسانیت پیوند دارد (شارف، ۱۳۸۱).

رویکرد معنادرمانی گروهی نیز با استفاده از فنون مختلفی همچون قصد متناقض، تمرکز زدایی و فن بازسازی موقعیتی و خود بهبودی ترمیمی به زوجها کمک می‌کند تا مشکلات خود را در زمینه‌های مختلف از پیش رو برداشته و دل‌زدگی زناشویی، خستگی جسمانی، از پا افتادن عاطفی و روانی کمتری در روابطشان تجربه کنند. هر چند میزان تأثیر معنادرمانی نسبت به رویکرد زوج‌درمانی گروهی شناختی رفتاری کمتر بود اما با این حال، این رویکرد نیز تأثیر به‌سزایی در کاهش دل‌زدگی زوجین نسبت به گروه کنترل داشته است و بنابراین می‌توان این رویکرد را نیز رویکرد مناسبی به حساب آورد.

توسعه و نگهداری تعارض و فاصله عاطفی در زوجها، ناشی از ترکیب کنترل‌های محکم و بی‌فایده هر یک از آنها و راهبردهای وجودی در رابطه زن و شوهر است. واقعی در نظر گرفتن اعمال و افکار غیرمسئولانه، چرخه رابطه منفی زوجها را حفظ می‌کند. معنادرمانی به دنبال تضعیف این فرآیندها و در نتیجه کاهش رنج‌های غیرضروری زوجها است که به وسیله اجتناب‌های تجربی هریک از آنها ناشی می‌شود. هدف اصلی این نوع از زوج‌درمانی کمک به هر یک از زن و شوهر است برای اینکه از فرآیندهای شناختی و واکنش‌های عاطفی خود چه به تنهایی و چه در رابطه دو نفره آگاه شوند. ارزش‌هایی که آنها را در رابطه نگه داشته است را روشن کنند و به عمل در روش‌هایی که به طور مداوم متناسب با این اهداف هستند حتی در حضور افکار و احساسات ناخواسته متعهد شوند.

معنادرمانی به زوجها، نزدیک شدن به افکار و احساسات درونی ناخواسته و حالات جسمانی مرتبط با این پویایی‌ها و الگوهای ارتباط را آموزش می‌دهد. همان‌طور که زوجها شروع به بکارگیری این مهارت‌ها و راهبردها می‌کنند، بیشتر تمایل پیدا می‌کنند و قادر می‌شوند به موقعیت‌های اجتناب قبلی نزدیک شوند و به آنها فرصت رفتار به شیوه‌ای که رضایت از رابطه را بهبود می‌بخشد و صمیمیت بین فردی را افزایش می‌دهد داده می‌شود و نزدیک شدن به افکار و احساسات مرتبط با اجتناب قبلی و عمل در جهت سازگار با ارزش‌های رابطه دو طرفه، این فرصت را برای زوجها فراهم می‌کند تا ارتباط قوی‌تری را فراهم کنند (پترسن، ایفرت، فاین‌گولد و دیویدسون، ۲۰۰۹). بنابراین می‌توان انتظار داشت با توجه به

تکنیک‌هایی که در هر کدام از دو رویکرد معنادرمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد، فرایند صمیمیت در روابط زناشویی افزایش یافته و سبب بهبود روابط زوجین شود.

تحقیق حاضر بر روی زوج‌های شهر رشت انجام شده است، بنابراین در تعمیم نتایج به زوج‌های دیگر شهرها و مناطق باید جانب احتیاط را رعایت کرد. همچنین به علت محدودیت زمانی و عدم دسترسی به مراجعان مطالعات پیگیری انجام نشد. استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی نیز از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به جهت تعیین دقیق‌تر اثرات معنا درمانی مرحله پیگیری نیز گنجانده شود و نتایج آن‌ها با نتایج این پژوهش مقایسه شود. توصیه می‌گردد در پژوهش‌های آتی بهتر است تعداد آزمودنی‌ها و مشارکت‌کنندگان در درمان افزایش یابد.

منابع

- Gottman, J. M. (1998). Psychology and the study of marital processes. *Annual review of psychology*, 49(1), 169-197.
- Morris, M. L., & Blanton, P. W. (1994). Denominational perceptions of stress and the provision of support services for clergy families. *Pastoral Psychology*, 42(5), 345-364.
- Peterson, B. D., Eifert, G. H., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: a case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 430-442.
- Schaefer, M. T., & Olson, D. H. (1981). Assessing intimacy: The PAIR inventory. *Journal of Marital and Family Therapy*, 7(1), 47-60.
- Sharf, R. S. (2016). *Applying career development theory to counseling*. Cengage Learning.
- Weigel, D. J., & Ballard-Reisch, D. S. (1999). How couples maintain marriages: A closer look at self and spouse influences upon the use of maintenance behaviors in marriages. *Family Relations*, 48(3), 263-269.