

« زن و مطالعات خانواده»

سال هشتم - شماره سی و ششم - تابستان ۱۳۹۶

ص ص: ۵۵-۶۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱/۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۷/۱

اثربخشی زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا بر افزایش رضایتمندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه

راحله مسعودی ثانی^۱

نسیم پاک‌نیا^۲

فرزانه دورودیان^۳

چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا بر رضایتمندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به بیمارستان امام حسین (ع) تهران در سال ۱۳۹۵ بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند، گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ی درمانی را دریافت نکردند. طرح پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. ابزار پژوهش شامل "مقیاس رضایت زناشویی انریچ" بود. داده‌های جمع‌آوری شده در نرم‌افزار اس پی اس ورژن ۲۲ وارد گردید و با روش آماری تحلیل واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های حاصل نشان داد که آموزش زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا به طور معناداری بر افزایش رضایت زناشویی اثربخش بوده است ($p < 0/01$). با توجه به یافته‌های بدست آمده از پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت: زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا بر افزایش رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: رضایتمندی زناشویی، درمان سیستمی - سازه‌گرا، سرطان سینه

rahelemasoudi@yahoo.com

n.pakniya87@gmail.com

Fdoroudian2000@yahoo.com

۱. کارشناس ارشد رشته مشاوره توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

۲. کارشناس ارشد رشته مشاوره توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

۳. کارشناس ارشد گروه مشاوره و راهنمایی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

مقدمه

سرطان سینه^۱ یکی از انواع شایع سرطان در زنان است که در سال ۲۰۱۱ تعداد ۴۸۰۲۳۰ مورد جدید آن در بین زنان تشخیص داده شد (جامعه سرطان امریکا^۲، ۲۰۱۱). بر اساس برآوردهای کارشناسان بهداشت و درمان ایران، این بیماری یکی از مشکلات مهم سلامتی زنان ایرانی محسوب می‌شود که شیوع آن در حال افزایش است (آقابرداری و همکاران، ۲۰۰۷؛ باباریج، ۲۰۱۱) و تقریباً ۸ تا ۹ درصد زنان در طول عمر گرفتار سرطان سینه می‌گردند (گویا و موسوی، ۲۰۰۸). سرطان سینه سومین سرطان شایع در جهان (باکیوت^۳ و همکاران، ۲۰۰۸) و دومین عامل ناشی از مرگ ناشی از سرطان در میان زنان است (کاستانزا و چن، ۲۰۱۳^۴؛ برک^۵، ۲۰۰۷؛ بلانکاس و همکاران^۶، ۲۰۰۶). گرچه بدلیل پیشرفت در غربالگری، تشخیص زودرس و فناوری، زنان مبتلا به سرطان سینه بیشتر عمر می‌کنند، اما درعین حال با دشواری‌های روانی - اجتماعی متعدد ناشی از تجربه سرطان‌شان مواجه می‌شوند (پاکی مارتین^۷، ۲۰۰۹). فرآیند روانی که با آگاهی فرد از ابتلا به سرطان شروع می‌شود، به طور طبیعی از چندین وهله اساسی از جمله شوک، ناباوری و انکار، ترس و اضطراب، احساس گناه، غمگینی و افسردگی، خشم، پذیرش واقعیت و تطبیق با آن گذر خواهد کرد و برخی افراد ممکن است به دلایل گوناگون در یکی از مراحل فوق تثبیت شده و هیچ‌وقت نتوانند به سازگاری مناسب دست پیدا کنند (هوئکاسترا^۸ و همکاران، ۱۹۹۸؛ نقل از بهمنی، ۲۰۱۰). این عوامل و مشکلات تنها به بیمار مبتلا به سرطان ختم نمی‌گردد.

سرطان علاوه بر مختل کردن زندگی فرد مبتلا، استرس زیادی را برای خانواده این بیماران نیز ایجاد می‌کند و مسیر زندگی آنها را عوض نموده، روابط و نقش خانوادگی بیمار و خانواده را متأثر می‌سازد (زابالچی^۹ و همکاران، ۲۰۰۵). زیرا خانواده اساساً کانون کمک، تسکین، التیام و شفابخشی است، کانونی که باید فشارهای روانی وارد شده بر اعضای خود را تخفیف دهد و راه رشد و شکوفایی آنها را هموار کند (نیکویی و سیف، ۲۰۰۵). از این رو، بیماری‌های مزمن از جمله سرطان می‌تواند اثرات مخربی به دنبال داشته و رضایت زوجین از زندگی زناشویی را تحت تأثیر قرار دهند (عزیزی و همکاران، ۲۰۱۰).

رضایت‌مندی زناشویی^{۱۰} از منابع تأمین‌کننده بسیاری از نیازهای روانی - اجتماعی متقابل زن و شوهر محسوب می‌شود و شاخصی برجسته جهت قضاوت در مورد میزان کارآمدی یک رابطه زناشویی است (اکبری، ۲۰۱۳)، این شاخص، متغیری بسیار مهم در پیش‌بینی دوام زندگی زناشویی به شمار می‌رود

1. Breast cancer
2. American Cancer Society
3. Baquet
4. Costanza & Chen
5. Berk
6. Blancas
7. Pukay.Martin
8. Hoekostra
9. Zabalegui
10. Marital satisfaction

(اولسون^۱ و همکاران، ۲۰۱۱) و به عنوان یک احساس ذهنی شادی، رضایت و لذت است که هنگام در نظر گرفتن جنبه‌های جاری زندگی زناشویی و سود و زیان‌های آن توسط فرد متأهل تجربه می‌شود (باثومیستر^۲ و وهس، ۲۰۰۷). رضایت زناشویی سازه‌ای چندبعدی و متشکل از ابعاد مختلف است و از طریق ارزیابی تعاملات جاری بین زوجها (علاقه متقابل، مراقبت از هم، پذیرش یکدیگر، تفاهم و هماهنگی در انجام امور، تقسیم کار، روابط جنسی، ابزار احساسات و کیفیت ارتباط) قابل سنجش است (اولسون و همکاران، ۲۰۱۱؛ اسپریچر^۳ و همکاران، ۲۰۰۸؛ گریف^۴، ۲۰۰۰). از جمله عوامل مؤثر بر رضایت زناشویی متغیرهای جمعیت‌شناختی (شاکریان، ۲۰۰۹)، ویژگی‌های شخصی، سبک‌های دلبستگی، تمایزیافتگی (بیرامی و همکاران، ۲۰۱۲)، سبک‌های مقابله‌ای (بشارت و همکاران، ۲۰۰۶)، هوش هیجانی (علی‌اکبری دهکردی، ۲۰۱۲)، کیفیت ارتباط، تفاوت شخصیتی، وابستگی، خلق و خو، اسناد، تفکر و شناخت (الیس^۵، ۲۰۰۱)، رضایت از روابط جنسی، استرس‌ها و وقایع زندگی (بیماری و مرگ فرزندان، نازایی، بیماری روانی، بیمارهای بدخیم و سخت‌علاج مثل سرطان) می‌باشد. در میان استرس‌ها و پیامدهای غیرقابل پیش‌بینی زندگی، مواجهه با تشخیص ابتلا به بیماری خطرناکی مثل سرطان سینه می‌تواند بر رضایتمندی زناشویی تأثیر منفی بگذارد (باباریع، ۲۰۱۱). از جمله عواملی که به صورت مستقیم و غیرمستقیم بر رضایتمندی زناشویی این زنان تأثیر منفی دارد می‌توان به عواملی چون اثرات روش‌های درمانی تکمیلی سرطان نظیر شیمی‌درمانی یا پرتودرمانی اشاره نمود که بدریخت‌کننده، رنج‌آور و دارای عوارض دائمی می‌باشد و منجر به کاهش ارتباطات اجتماعی می‌گردد. عوارضی مثل تهوع، استفراغ، ضعف و خستگی، فقدان موها، سوختگی و ضایعات پوستی (کایسر و اسکات^۶، ۲۰۰۸)، می‌تواند تأثیرات منفی شدید بر تصویر ذهنی آنها از بدنشان داشته باشد (ایزدی، ۲۰۱۱) و از این طریق موجب کاهش عزت نفس بیماران گردد (بهمنی، ۲۰۱۰). مطالعات انجام شده در داخل ایران گویای این حقیقت است که جنبه‌های اپیدمیولوژیک سرطان سینه در ایران به خوبی مورد بررسی قرار گرفته؛ اما جنبه‌های روان‌شناختی و بالینی آن کمتر مورد کاوش قرار گرفته است. به همین دلیل نقش عوامل و مداخلات روان‌شناختی^۷ در ابتلا، رویارویی و بهبود سرطان نیازمند به تأمل بیشتری است (حمزه و همکاران، ۲۰۱۲). در همین راستا به نظر می‌رسد یکی از مداخلات روان‌شناختی که دارای تأثیرات قابل ملاحظه‌ای در بهبود رضایت زناشویی بیماران سرطانی است، زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا^۸ می‌باشد که در سال‌های اخیر مورد توجه محققان قرار گرفته است. این رویکرد یک مداخله درمانی تجربی و مبتنی بر رویکرد

-
1. Olson
 2. Baumeister
 3. Sprecher
 4. Greeff
 5. Elliss
 6. Kayser & Scott
 7. Psychological intervention
 8. Couples Therapy System . constructivist

تلفیقی سیستمی - سازه‌گرا برای مطالعه علمی عوامل پویایی و فیزیولوژیک در ازدواج است (رید^۱ و همکاران، ۲۰۰۶) و به شدت بر پردازش روابط بین فردی زوجین تمرکز دارد. هدف این مداخله‌ها تقویت درک زوج از خود در رابطه زناشویی است. در این رویکرد، درمانگر به فرآیندهای ناقص ارتباطی که دلیل شکایت‌های کنونی زوجها هستند، توجه می‌کند. باور معمول این است که زوج‌هایی که سازگاری بیشتری با رابطه زناشوییشان دارند، می‌توانند تعارضات بین فردی را از یک دیدگاه مشترک پردازش کنند و در موقع پردازش رابطه‌شان، از "ما" استفاده کنند. این نوع جهت‌گیری در رابطه هویت زوجی در شیوه احساس و رفتار آنها نمود پیدا می‌کند (احمد، ۲۰۱۲) و موجب بهبود کارکرد آنها می‌شود.

پژوهش‌های موجود در حوزه تأثیرگذاری رویکرد سیستمی - سازه‌گرا نشان می‌دهد که این درمان می‌تواند بسیاری از جنبه‌های زندگی زناشویی را تحت تأثیر قرار دهد و موجب افزایش پردازش بین فردی و نزدیکی رابطه در زوجها شود (رجبی و همکاران، ۲۰۱۴). با وجود اینکه تاکنون مطالعه‌ای در باب اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا در افراد مبتلا به سرطان انجام نشده است، اما نتایج پژوهش موسوی و همکاران (۲۰۰۶) نشان می‌دهند که زوج‌درمانی سیستمی - رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی زنان مبتلا به اختلال افسرده‌خوبی مؤثر می‌باشد. همچنین نتایج مطالعات بیدادیان و همکاران (۲۰۱۱)، یوسفی و همکاران (۲۰۱۰)، ذوالفقاری و همکاران (۲۰۱۰)، رجبی و همکاران (۲۰۱۴) نیز حاکی از آن است که زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا، طرحواره‌های ناسازگار (به خصوص محرومیت هیجانی) را در بین زوجین کاهش داده و روابط بین فردی و رضایت زناشویی را افزایش می‌دهد. با توجه به اینکه نتایج مطالعات گوناگون نشان‌دهنده پایین بودن رضایت زناشویی در بیماران مبتلا به سرطان بوده است (عزیزی و همکاران، ۲۰۱۰) و همچنین، اهمیت توجه ویژه به نقش و جایگاه خانواده جهت مشارکت در فرآیند مداخلات درمانی و بالینی و حمایت از زنان مبتلا به سرطان پستان (سمیعی سبینی و همکاران، ۲۰۱۰)، لزوم توجه به مداخلات روانشناختی در افزایش رضایت زوجین و بهبود کارکرد خانواده آشکار می‌گردد.

با توجه به اینکه زنان مبتلا به سرطان سینه از یک سو با چالش‌های مربوط به بیماری خود و از سوی دیگر با نگرانی‌های ناشی از بدن خود مواجه می‌گردند، لذا یکی از آیت‌هایی که تحت تأثیر قرار می‌گیرد، رضایت زناشویی می‌باشد. لذا توجه به این مهم و انجام مداخلات روانشناختی در جهت بهبود این امر مفید به نظر می‌رسد. نظر به اینکه تاکنون پژوهشی در راستای اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا بر رضایت‌مندی زناشویی زوجین مبتلا به سرطان سینه، صورت نگرفته است لذا هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا بر رضایت‌مندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه بوده است.

ابزار و روش

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. ابتدا پس از اخذ مجوزهای لازم، اطلاعات کامل از روند اجرای پژوهش در اختیار شرکت‌کنندگان در مطالعه قرار گرفت و با رضایت آگاهانه در پژوهش مشارکت کردند. لازم به ذکر است که هیچ‌گونه اطلاعاتی در خصوص هدف پژوهش (بررسی اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا بر افزایش رضایتمندی زناشویی)، به آزمودنی‌ها ارائه نشد. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به بیمارستان امام حسین (ع) در سال ۱۳۹۵ بود که از بین آنها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و از طریق مصاحبه اولیه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل به نسبت یکسان قرار گرفتند.

ابزار مورد استفاده در این مطالعه عبارتند از:

مقیاس رضایت زناشویی انریچ^۱: این مقیاس توسط سلیمانیان (۱۹۹۳) در ایران هنجاریابی شد. این سیاهه ۴۷ گویه‌ای، ۱۲ مقوله رضایت زناشویی را می‌سنجد. همسانی درونی این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ (سلیمانیان، ۱۹۹۳) و اعتبار بازآزمایی آن پس از یک هفته، ۰/۹۴ گزارش شده است. در این پژوهش برای سنجش همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ و اعتبار بازآزمایی آن به فاصله دوهفته ۰/۸۸، بدست آمد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از برنامه SPSS (v.21)، آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و از آزمون تحلیل واریانس تک متغیری استفاده شد.

خلاصه صورت جلسه‌های زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا

جلسه اول: معرفی، بیان قوانین جلسات، معرفی رویکرد سیستمی - سازه‌گرا - در جلسه اول درمانگر آزمودنی‌ها را از برخی از یافته‌های تجربی زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا و نحوه‌ی استفاده از این یافته‌ها آگاه می‌کند.

جلسه دوم: بررسی تعارض در حوزه‌های مختلف و شناخت ماهیت مشکل - آزمودنی‌ها در این جلسه تشویق می‌شوند تا تعارض در حوزه‌های مختلف زندگی زناشویی را مشخص کنند.

جلسه سوم: یاددهی فن گوش‌سپاری زناشویی - در این جلسه به آزمودنی‌ها آموزش داده می‌شود به طور کامل به طرف مقابل گوش سپارند و صحبت‌های او را درک کنند و نه اینکه هنگام گوش دادن در فکر پاسخ دادن باشند.

جلسه چهارم: بحث در مورد مضرات اجتناب از موضوع و اجرای ابزارها - در این جلسه آزمودنی‌ها تشویق می‌شوند بر حوزه‌هایی تمرکز کنند که علی‌رغم تعارض در آنها از صحبت کردن در موردشان طفره می‌روند.

جلسه پنجم: تغییر جهت‌گیری آزمودنی‌ها از انتقاد و شکایت به سوی مشارکت فعال و رسیدن به رابطه ایده آل - در این جلسه از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا با طور فردی لیستی از ویژگی‌هایی که برای "رابطه ایده آل" آرزو می‌کنند را تهیه کنند. هدف از این تمرین این است که تمرکز آزمودنی‌ها را از شکایت، انتقاد به سوی یک حالت مشارکتی فعال‌تر تغییر کند.

جلسه ششم: اجرای فن فکر کردن و صحبت کردن در جایگاه شخص سوم (TSTP) - در این جلسه تکنیک تفکر و صحبت در قالب شخص سوم مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این فن به همسران یاد داده می‌شود تعامل مشکل‌ساز با یکدیگر را در رابطه با درمانگر مورد بحث قرار دهند، در حالی که هم خودشان و هم به همسرشان به عنوان سوم شخص اشاره دارند.

جلسه هفتم: ادامه اجرای فن فکر کردن و صحبت کردن در جایگاه شخص سوم (TSTP) - در این جلسه باز هم در مورد مشکلات موجود در رابطه تکنیک تفکر و صحبت در قالب شخص سوم مورد استفاده قرار می‌گیرد.

جلسه هشتم: اجرای فن شریک درونی (IPT) (انحاز دیدگاه) برای زن - در این جلسه با زنان به گونه‌ای صحبت می‌شود که گویی شوهر است. این فرآیند موجب می‌شود طرفی که در حال مصاحبه است، احساس کند که طرف دیگر است.

جلسه نهم: جمع‌بندی نهایی، اجرای مجدد آزمون، تقدیر و تشکر از آزمودنی‌ها و پایان دادن به درمان.

یافته‌ها

در ابتدا اطلاعات توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) قبل و بعد از اجرای مصاحبه گزارش می‌گردد.

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه‌ها

گروه کنترل		گروه آزمایش				گروه‌ها		متغیر
پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	پیش آزمون	
SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	
۱/۶۶	۶/۸۵	۲/۰۸	۶/۴۵	۲/۵۴	۱۳/۶۰	۱/۶۹	۷/۴۰	رضایت زناشویی

همان‌طور که در جدول شماره (۱) مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون رضایت زناشویی در گروه زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا (۱/۶۹ ± ۷/۴۰) و گروه کنترل (۶/۴۵ ± ۲/۰۸) می‌باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون رضایت زناشویی در گروه زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا (۱۳/۶۰ ± ۲/۵۴) و گروه کنترل (۱/۶۶ ± ۶/۸۵) می‌باشد.

در گام بعدی تحلیل کوواریانس یکراهه (ANCOVA) اجرا شد. متغیر مستقل دارای دو سطح بود: درمان سیستمی سازه‌گرا و گروه کنترل. متغیر وابسته میزان رضایتمندی زناشویی شرکت‌کنندگان بود. نمره‌های پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش در تحلیل وارد شد. بررسی‌های به عمل آمده حاکی از برقرار بودن پیش‌فرض‌های کوواریانس بوده است. از جمله این پیش‌فرض‌ها: همگنی واریانس‌ها، نرمال بودن، رابطه بین متغیر وابسته و متغیر کمکی خطی باشد و ضرایب خطوط رگرسیون باهم برابر باشد. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس، بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس می‌باشد. به همین دلیل برای بررسی همگن بودن ماتریس واریانس - کوواریانس رضایت زناشویی، از آزمون ام - باکس^۱ استفاده شد که در نتایج در جدول شماره (۲) ارائه شده است. با توجه به جدول شماره (۳) و نتایج مجذور اتا می‌توان گفت: رابطه قوی بین درمان و متغیر وابسته وجود دارد.

جدول شماره ۲: نتایج حاصل از آزمون ام - باکس در مورد پیش‌فرض تساوی ماتریس واریانس - کوواریانس

متغیر	آماره آزمون (F)	سطح معناداری (P)
رضایت زناشویی	۳/۲	۰/۶۵

با توجه به نتایج جدول (۲)، مقدار معنی‌داری آزمون برای متغیر رضایت زناشویی بزرگ‌تر از ($p < /0.01$) می‌باشد؛ بر این اساس می‌توان گفت: داده‌ها از مفروضه همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس تخطی نکرده اند و فرض صفر برای تساوی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس رد می‌شود. به منظور بررسی تفاوت میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل از آزمون لامبدای ویکلز استفاده شد که نتایج در جدول شماره (۳) ارائه شده است.

جدول شماره ۳: آزمون لامبدای ویکلز برای بررسی تفاوت میانگین نمرات گروه‌ها

آزمون لامبدای ویکلز	مقدار	F	Df	df خطا	سطح معناداری	Eta2	توان آزمون
	۰/۲۸	۴/۵۳	۱۲	۵۸۵	۰/۰۱	۰/۵۱	۰/۹۹

با توجه به جدول (۳)، آزمون لامبدای ویکلز با مقداری برابر با ($F = ۴/۵۳$ و $۰/۲۸$) با حذف اثر متغیرهای همپراش، تفاوت در اثربخشی دوره درمانی، در متغیر رضایت زناشویی معنادار می‌باشد ($p < /0.01$). بنابراین این آزمون قابلیت استفاده از تحلیل واریانس را مجاز شمرد.

جدول شماره ۴: تحلیل کوواریانس تک متغیری به منظور مقایسه تفاضل پیش آزمون - پس آزمون نمرات رضایت زناشویی در گروه آزمایش زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا و گروه کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آزمون F	P	شدت اثر (مجذور اتا)
عرض از مبدأ	۷۵/۱۲	۱	۷۵/۱۲	۳/۸۸۳	۰/۰۰۵	۰/۲۳
پیش‌آزمون	۷۹۲/۰۳	۱	۷۹۲/۰۳	۱۹۱/۱۶	۰/۰۰۰	۰/۸۱۵
گروه	۲۸۰/۲	۱	۲۸۰/۲	۲۰/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۰۹
خطا	۱۶۱/۴۵	۱۳	۱۶/۰۱			
کل	۴۵۶۱/۷۵	۱۵				

نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد بین دو گروه زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$). به عبارت دیگر زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا، بر رضایت‌مندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا بر رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه انجام شد. یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که روش درمانی سیستمی - سازه‌گرا به طور معناداری بر افزایش رضایت زناشویی اثربخش بوده است ($p < 0/01$). بدین ترتیب، نتایج پژوهش حاضر حاکی از اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا بر افزایش رضایت‌مندی زناشویی در زنان مبتلا به سرطان سینه است.

بیماری‌های مزمن از جمله سرطان می‌توانند اثرات مخربی به دنبال داشته و رضایت زوجین از زندگی زناشویی را تحت تأثیر قرار دهند (عزیزی و همکاران، ۲۰۱۰). عوارض فراوان ناشی از واکنش فرد به تشخیص بیماری و درمان سرطان سینه و بستری شدن در بیمارستان تأثیر گوناگونی بر ابعاد مختلف زندگی فرد و خانواده‌اش دارد (جادون و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین سبب بروز مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، استرس پس از آسیب، احساس غمگینی، احساس محرومیت و خشم در فرد می‌شود (بونی، میکائیل و آنتونی، ۱).

(۲۰۰۹) و بنا به باور راستن و همکاران (۱۹۹۹) بیشترین تأثیر سرطان سینه بر کیفیت زندگی و رضایت‌مندی زناشویی بیماران است که سبب مختل شدن رفاه جسمی، روانی و اجتماعی در آنان می‌شود.

خانواده اساساً کانون کمک، تسکین، التیام و شفابخشی است، کانونی است که باید فشارهای روانی وارد شده بر اعضای خود را تخفیف دهد و راه رشد و شکوفایی آنها را هموار کند (نیکویی و سیف، ۲۰۰۷). البته باید توجه داشت که عوامل فرهنگی و مذهبی دارای تأثیرات زیادی در رضایت‌مندی از زندگی زناشویی هستند و نتایج مطالعات بدست آمده از کشورهای مختلف متفاوت بوده است (تاینمن^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). برای مثال مطالعه انجام شده توسط هینن^۲ (۲۰۰۸) در انگلیس نشان داد که زنان مبتلا به سرطان دارای رضایت کمی از زندگی زناشویی می‌باشند در حالی که نتایج مطالعه بهمنی و همکاران (۲۰۱۴) و آوکی و کاماگیز^۳ (۲۰۱۱) نشان دهنده رضایت‌مندی زناشویی متوسط زنان مبتلا به سرطان سینه نسبت به زنان عادی بوده است. از جمله عواملی که به صورت مستقیم و غیرمستقیم بر سطح رضایت‌مندی زناشویی این زنان تأثیر منفی دارد می‌توان به عواملی چون اثرات روش‌های درمانی تکمیلی سرطان نظیر شیمی درمانی یا پرتودرمانی باشد که می‌تواند بدریخت‌کننده، رنج‌آور و دارای عوارض دائمی باشد و منجر به کاهش ارتباطات اجتماعی‌شان گردد. عوارضی مثل تهوع، استفراغ، ضعف و خستگی، فقدان موها، سوختگی و ضایعات پوستی (کایسر و اسکات، ۲۰۰۸)، می‌تواند تأثیرات منفی شدید بر تصویر ذهنی آنها از بدنشان (ایزدی اجیرلو، ۲۰۱۱) و از آن طریق بر عزت‌نفس بیماران به جای گذارد (بهمنی، ۲۰۱۰). به همین دلیل نقش عوامل و مداخلات روان-شناختی^۴ در ابتلا، رویارویی و بهبود سرطان نیازمند به تأمل بیشتری است (حمزه و همکاران، ۲۰۱۱).

در توجیه اثربخش بودن زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا بر رضایت‌مندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه می‌توان گفت: به دنبال شکل‌گیری و یا افزایش پردازش بین فردی از طریق این رویکرد، زوجها دید فراشناختی بیشتری از نحوه حرف زدن با یکدیگر و تجربه‌ای که از یکدیگر کسب می‌کنند، به دست می‌آورند. تا آنجایی که اغلب گزارش کرده‌اند این آگاهی به تغییرات اساسی در شیوه ارتباط، حل مسأله، مذاکره درباره تفاوت‌ها، آسایش، حمایت عاطفی و هیجانی در آنها را منجر می‌شود با توجه به اینکه تاکنون مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی زوج‌درمانی - سیستمی سازه‌گرا بر رضایت‌مندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه نپرداخته است، نمی‌توان به همسویی آن با یافته‌های پیشین اشاره کرد. در این خصوص نتایج مطالعات بیدادیان و همکاران (۲۰۱۱)، یوسفی و همکاران (۲۰۱۰)، ذوالفقاری و همکاران (۲۰۰۸)، رجبی و همکاران (۲۰۱۴) حاکی از آن بود که زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا، طرحواره‌های ناسازگاری چون محرومیت هیجانی

1. Tuinman

2. Hinnen

3. Avci & Kumcagiz

4. Psychological intervention

را در بین زوجین کاهش و روابط بین فردی و رضایت زناشویی را افزایش می‌دهد. روابط نزدیک برای سلامت روان مهم هستند و اغلب مردم روابطی از این نوع رابطه را منبع مهمی برای شادی شخصی می‌دانند (کاولیری^۱، ۲۰۰۸). نزدیکی رابطه در بردارنده این نکته است که تا چه اندازه، اداراکات و احساسات یکی از طرفین مثبت بوده و توسط دیگری پاسخ داده می‌شود. از آنجا که سرطان پستان یکی از مهم‌ترین اندام‌های جنسی بانوان را مورد هدف قرار می‌دهد و مستقیماً با هویت جنسی زنان در ارتباط است، می‌تواند در روابط جنسی و زناشویی افراد مبتلا اختلال ایجاد کند. این اختلال به نوبه خود تأثیر بسزایی در قوام و استحکام روابط زن و مرد و خانواده آنان دارد (گابریث^۲ و همکاران، ۲۰۰۵). تحقیقات در حوزه رویکرد سیستمی - سازه - گرا نشان می‌دهد که این درمان می‌تواند بسیاری از جنبه‌های زندگی زناشویی را تحت تأثیر قرار دهد و همچنین موجب افزایش پردازش بین فردی و نزدیکی رابطه در زوجها شود (رجبی و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین رید و همکاران (۲۰۰۶، ۲۰۰۸) نشان دادند که افزایش حس "ما" بودن که در نتیجه رویکرد سیستمی - سازه‌گرا به وقوع می‌پیوندد، موجب افزایش پردازش بین فردی، رضایت زناشویی و نزدیکی رابطه به گونه‌ای پایدار می‌گردد. نتایج مطالعات احمد (۲۰۱۲) و کوالیره (۲۰۰۸) نشان دادند که این درمان می‌تواند در افزایش شاخص‌های نزدیکی رابطه و روابط متقابل و نیز رضایت زناشویی مؤثر باشد. به طور کلی می‌توان گفت، هدف این رویکرد، عبارت است از یادگیری پویای رابطه و تسریع در تحول درمانی زوجها به صورتی که با ارزش‌ها، امیال و اهداف ازدواج آن‌ها متناسب باشد (احمد، ۲۰۱۲).

در ارتباط با اثربخشی مداخله زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا در میان افراد مبتلا به سرطان می‌توان گفت: هریک از طرفین برای ورود به یک پردازش بین فردی، باید دو قابلیت را دارا باشند. نخست اینکه، هر فرد در بطن رابطه باید بتواند به شناخت بیشتری درباره خود دست یابد و به شیوه انعکاسی^۳ به خودش فکر کند و درمورد تجربه‌اش از رابطه و کنش‌هایی که در آن رابطه دارد بینش کسب کند؛ و دوم اینکه، به شناخت بیشتری از طرف مقابل دست یابد و بینش مناسب‌تری درباره تجربه و رفتار او کسب کند و این مهم حاصل نخواهد شد مگر اینکه فرد بیش از پیش توجه خود را به افکار و احساسات طرف مقابل معطوف کند (میلر، ۲۰۰۸). زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا با تأکید بر درک احساسات متقابل و ما بودن به جای من این امکان را فراهم می‌نماید.

اما این پژوهش نیز همچون پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی چند همراه بوده است: از جمله این محدودیت‌ها اینکه؛ مداخله مزبور در جمعیت بیماران مبتلا به سرطان صورت گرفته است؛ لذا تعمیم نتایج به

1 . Cavaliere
2 . Galbraith
3 . reflectiv

گروه‌های دیگر، با محدودیت توأم است. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود: مداخله سیستمی - سازه گرا در گروه‌های دیگر اجرا شود و نتایج آن با نتایج حاصل از این پژوهش مقایسه گردد. در حیطه بالینی نیز با توجه به نتیجه مثبت این پژوهش و پژوهش‌هایی چند در این حوزه پیشنهاد می‌شود، مداخله زوج درمانی سیستمی - سازه گرا در زوج‌های متعارض اجرا گردد.

References

- Aghabrari, M, A., fazlollah, M., Jesus, H., A. Farahani, A. (2007). Social, psychological and physical aspects of quality of life for women with breast cancer undergoing chemotherapy. **Nursing preceding studies**, (3), 56-55. [in Persian]
- Ahmad, S. (2012). **Enhancing the quality of South Asian Marriages through Systemic-Constructivist Couple Therapy (SCCT): Investigating the role of Couple Identity in Marital Satisfaction**. dissertation submitted for Doctorate in Clinical Psychology, York University, Toronto, Canada.
- Akbari, k. (2011). **The effectiveness of group-rich marriage of style and marital satisfaction hopes to improve relations Olson on women referred to counseling centers and its indirect impact on their spouses**. Master's dissertation. University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare. [in Persian]
- Ali Akbari dehkordi, M. (2012). The relationship between emotional intelligence and marital satisfaction in couples. **Journal of Behavioral Sciences**, 6 (2). {in Persian}
- American cancer society. (2011-2012). **Cancer fact & figures**. Atlanta: American cancer society.
- Avci, I. A.; Kumcagız, H. (2011). Marital Adjustment and Loneliness Status of Women with Mastectomy and Husbands Reactions. **Asian Pacific Journal of Cancer Preventio**. Vol. 12. 453-459.
- Azizi, S,; Rahmani, F.Qhaderi, B. (2010). Marital satisfaction in patients with cancer. **Journal of Nursing and Midwifery**, Tabriz, No. 17, 50- 55. [in Persian]

- Babarbi, M. (2013). **Married life skills training to women to increase marital satisfaction in women with breast cancer mastectomy surgery after mastectomy and their spouses.** Master's thesis. University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare. [in Persian]
- Bahmani, B. (2010). **Comparison of two methods of cognitive therapy and group therapy, cognitive-instructional style Michael Frey / existential on hope, self-esteem and quality of life of women after treatment for breast cancer unreleased, have exhibited symptoms of depression.** PhD thesis, University of Allameh Tabatabai. [in Persian]
- Bahmani, B; Naghiaee, M, Ghanbari absolute, A.; Khorasani, Bijan; D, Aida Ali Mohammadi, F. (2014). Marital satisfaction in women with breast cancer during the course of completing medical treatments: a comparative study. **Health Psychology**, 3 (9), 1-12. [in Persian]
- Baquet, C.R., Mishra, S.I., Commiskey, P., Ellison, G.L., & DeShields, M. (2008). Breast cancer epidemiology in blacks and whites: disparities in incidence, mortality, survival rates and histology. **J Natl Med Assoc**, 100(5), 480-488.
- Baumeister, R. F. & K. Vohs. (2007). **Encyclopedia of Social Psychology.** New York: SAGE Publications.
- Beirami, M, S, Fahim Akbar, E. Amiri, A. (2012). Attachment styles and marital satisfaction based on differentiation components. **Journal of Mental Health, the fourteenth year.** (53).
- Berek, J. (2007). Gynecology. California. Lippincott Williams & Wilkins. 1605.
- Besharat M. A., Tashak, A.; Zadeh, Saeed, M. R. (2007). Explaining marital satisfaction and mental health in terms of coping styles. **Contemporary Psychology**, Volume I, Number One. [in Persian]
- Bidadian, M., Bahramizadeh, H., & Poursharifi, H. (2011). Obesity and quality of life: The role of early maladaptive schemas. **Social and Behavioral Sciences**, 30, 993 – 998
- Blancas, I., Garcia-Puche, J.L., Bermejo, B., Hanrahan, E.O., Monteagudo, C., Martinez-Agullo, A., Rouzier, R., Hennessy, BT., Valero, V., & Lluch, A.

- (2006). Low number of examined lymph nodes in node-negative breast cancer patients is an adverse prognostic factor. **Ann Oncol**, 17(11), 1644-1649.
- Bonnie, A., Micheal, H., & Antoni, M. (2009). Psychological Intervention and health outcomes among Women treated for breast cancer. **Brain Behavior Immunology**, 23(2), 159-166.
- Cavaliere, C. (2008). **Listening to Understand as a Therapeutic Strategy for Enhancing Interpersonal Processing in an Intimate Relationship**. York University, Toronto, Ontario, Canada.
- Costanza, M.E., & Chen, W.Y. (2013). **Factors that modify breast cancer risk in women**. Up to Date [Online]. 2013. Available from: URL: <http://www.uptodate.com/contents/factors-thatmodify-breast-cancer-risk-in-women>.
- Elliss, A. (2001). **Overcoming destructive belifes**, feeling and behaviors. Amherst, NY: Prometheus Book.
- Galbraith M.E, Arechiga A, Ramirez J, Pedro L.W. (2005). Prostate Cancer Survivors' and Partners' Self-Reports of Health-Related Quality of Life, Treatment Symptoms, and Marital Satisfaction 2.5- 5.5 Years After Treatment. **Oncology Nursing Forum**, 32, 30-41.
- Goya, M. M., Mousavi, S. M. (2008). **Palliative medicine. The first Congress in cancer supportive care and relief, the university martyr Beheshti Medical Sciences**. [Persian]
- Greeff, A. P. (2000). Characteristics of Families that Function Well. **Journal of Family Issues**. 21(8). 948- 963.
- Kayser, K.; Scott, J. L. (2008). **Helping Couples Cope with Women's Cancers An Evidence-Based Approach for Practitioners**. Springer Science + Business Media. LLC.
- Hamza, S.; Bayrami, M., Hashemi Nsrt-Bady, T. (2011). Compare personality traits, experience negative emotions and coping styles in women with and without cancer. **Martyr Yazd University of Medical Sciences Journal**, 19 (5). 627- 636. [in Persian]

- Hinnen C. (2008). Relationship satisfaction in women: a longitudinal casecontrol study about the role of breast cancer, personal assertiveness, and partners. **British Journal of Health and Psychology**, 13(4), 737-54.
- Izadi Ajirlu, A. (2011). **The effectiveness of cognitive behavioral intervention group on reform of body image and self-esteem increased after the implementation of mastectomy in women with breast cancer.** Master's thesis. University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare. [in Persian]
- Jadoon, N.A., Munir, W., Shahzad, M.A., & Zeshan, S.C. (2010). Assessment of depression and anxiety in adult cancer out patients: a cross-sectional study. **BMC cancer**, 10(594), doi: 10.1186/1471-2407-10-594.
- Miller, P.J., Caughlin, J.P. & Huston, T.L. (2000). **Triat expressiveness and marital satisfaction.** Manuscript submitted for publication.
- Mousavi, M., Mohammad Khani, B., Mousavi, A. S, Hussein, F., Delaware, A. (2006). The effectiveness of systemic therapy - treatment on depression and marital satisfaction depressed women. **New Cognitive Science**, 8 (2), 12-20. [in Persian]
- Nikuee M, Sief S. (2007).[Assessing the relationship between religion and marital satisfaction]. **Advances and researches in counseling**, 4 (13), 61-79. (in Persian)
- Olson, D. H.; J. DeFrain & L.Skogrand. (2011). **Marriages and Families: Intimacy, Diversity, and Strengths.** New York: McGraw-Hill.
- Pukay-Martin, M. D. (2009). **Couple connection and cancer: Understanding the mechanisms of partner support for women with breat cancer.** Doctoral Disseration.
- Rajabi, G. R; Nvbndgany rare, Z., our God, A., vBulletin countryside, M. (2014). Couple Therapy System - Saz·hgra the close relationship and interpersonal process in the troubled couples. **Methods and psychological models**, 3 (20), 105-128. [in Persian]
- Reid, D. W., Dalton, J., Laderoute, K., Doell, F., & Nguyen, T. (2006). Therapeutically induced changes in couple identity: The role of we-ness and

- interpersonal processing in relationship satisfaction. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 132, 121-143.
- Reid, D. W., Doell, F., Dalton, J., & Ahmad, S. (2008). Systemic Constructivist Couple Therapy (SCCT): Description of approach, theoretical advances, and published longitudinal evidence. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45, 4, 477-490.
- Rustoen, T., Moum, T., Wiklund, I., & Hanestad, B.R. (1999). Quality of Life in Newly Diagnosed Cancer Patients. *J-Adv-Nur*, 29(2), 490-498.
- Samii Siboni, F., A., Brittany; Alhani, F. (2010). The effect of family counseling on a scale of indicator of quality of life for women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Iranian Journal of Breast Disease*, Issue I and II 28-39. [in Persian]
- Shakerian, A. (2009). To examine the factors in marital satisfaction Islamic Azad University. Scientific *Journal of Kurdistan University of Medical Sciences, the period of fourteen*. [in Persian]
- Soleimanian, A. A. (1993). **The ideas of irrational cognitive approach based on marital satisfaction**. Master thesis, University of Teacher Education, Faculty of Psychology and Educational Sciences. [Persian]
- Sprecher S.; A. Wenzel. & J. Harvey. (2008). **Handbook of Relationship Initiation**. New York: Taylor & Francis Group.
- Tuinman M.A, Fleer J, Sleijfer D.T, Hoekstra H.J, Weeber J.H.M. (2005). Marital and sexual satisfaction in testicular cancer survivors and their spouses. *Support Care Cancer*, 13, 540- 548.11.
- Yusefi, R.; Abedin, A. R., Tirgi, A., Fathabadi, G. (2010). Trhvarh-Ha model-based intervention effectiveness in improving marital satisfaction. *Journal of Clinical Psychology*, 2 (3, row 7). [in Persian]
- Zabalegui A, Sanchez S, Sanchez PD, Juando C. (2005). Nursing and cancer support groups. *Journal of Advanced Nursing*, 51(4), 369-38.
- Zolfaghari, M.; Fatehizadeh, M.; Abedi, Mohammad, R. (2008). The relationship between early maladaptive schemas with dimensions of marital intimacy. *JOURNAL OF FAMILY RESEARCH*, 3 (4), 247- 261. [in Persian]

