



اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری بر کیفیت روابط زناشویی زوجین مبتلا به سرطان پستان

The Effect of Educating Based on Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) on Marital Quality Components of Couples Who Are Coping with Breast Cancer

Pirmardvand Chegini Bahaman*

Zahrakar Kianoosh

Sanai Zaker Bagher

Kobra Noroozi Saziroud

بهمن پیرمردوند چگینی*

کیانوش زهراکار**

باقر ثنائی ذاکر***

کبری نوروزی سزیرود****

Abstract

This paper is to study the effects of an education program based on rational emotive behavior therapy (REBT) on marital quality components of couples coping with breast cancer. The present study is semi-experimental in terms of purpose, and is conducted by pretest and posttest with a control group in terms of plan. The statistical population includes all the couples coping with breast cancer who visited Velayat hospital in Qazvin province in October 2018 to follow-up cancer treatment. Sixty women were selected via available sampling and pretested. Among them, 18 women along with their husbands (18 couples) who had a score lower average on the marital quality scale were selected and randomly categorized into two groups including experimental and control. The experimental group received eight 2-hour sessions of education based on REBT. The research instrument was the questionnaire of Perceived Relationship Quality Components (PRQC). The data were analyzed using SPSS-24 software and Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA). The results showed that the experimental and control groups were significantly different in terms of quality components of marital relationship, so that the quality components of marital relationship in couples in the experimental group was significantly higher than that of the control group ($P < 0.001$). Based on the findings of this study, it can be concluded that education based on rational-emotive-behavior therapy improves the quality components of marital relationship in couples who are coping with breast cancer.

Keywords: Rational Emotive Behavior Therapy, Marital Quality Components, Breast Cancer.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری بر مؤلفه‌های کیفیت رابطه زناشویی زوجین مبتلا به سرطان پستان است. این پژوهش به‌لحاظ هدف کاربردی و به‌لحاظ شیوه گردآوری اطلاعات از نوع مطالعات نیمه‌آزمایشی و طرح آن پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زوجین مبتلا به سرطان پستان است که در مهرماه ۱۳۹۷ برای درمان سرطان به بیمارستان ولایت شهر قزوین مراجعه کرده بودند. شیوه نمونه‌گیری این پژوهش غیرتصادفی و از نوع در دسترس است؛ به طوری که از میان همه زوجینی که در مهرماه ۱۳۹۷ به بیمارستان ولایت مراجعه کرده بودند، ۶۰ زن به‌صورت در دسترس انتخاب و پیش‌آزمون شدند. از میان این افراد، ۱۸ زن به‌همراه همسرانشان (۱۸ زوج) که در مقیاس کیفیت رابطه زناشویی نمره پایین‌تر از میانگین کسب کرده بودند، گزینش شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. در ادامه فقط گروه آزمایش، هشت جلسه (هر جلسه دو ساعت) تحت آموزش مبتنی بر درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری قرار گرفت. ابزار این پژوهش پرسشنامه کیفیت رابطه زناشویی ادراک‌شده (PRQC) است. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 و به روش تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) تحلیل شدند. نتایج نشان داد گروه آزمایش و گواه از لحاظ مؤلفه‌های کیفیت رابطه زناشویی تفاوت معناداری با یکدیگر دارند؛ به طوری که اندازه همه مؤلفه‌های کیفیت رابطه زناشویی در زوجینی که در گروه آزمایش حضور دارند، به‌طور معناداری بیشتر از گروه گواه است ($P < 0.001$). براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت آموزش مبتنی بر درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری موجب ارتقای مؤلفه‌های کیفیت رابطه زناشویی در زوجین مبتلا به سرطان پستان می‌شود. واژه‌های کلیدی: درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری، مؤلفه‌های کیفیت رابطه زناشویی، سرطان پستان.

*نویسنده مسئول؛ کارشناسی ارشد گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

**دانشیار گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

***استاد گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

****کارشناس ارشد روانشناسی بالینی مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی قزوین

Email: bahmanchegini8@gmail.com

Received: 18 Jul 2020

Accepted: 26 Oct 2020

پذیرش: ۹۹/۰۸/۰۵

دریافت: ۹۹/۰۴/۲۸

مقدمه

سرطان^۱ یکی از کشنده‌ترین و ترسناک‌ترین آسیب‌هایی است که یک شخص در طول زندگی‌اش می‌تواند با آن مواجه شود (ژانگ، سان، دینگ و هوآ، ۲۰۲۰). از میان انواع سرطان، سرطان پستان بر عملکرد خانواده و به‌خصوص زوجین تأثیر بسزایی می‌گذارد؛ به‌طوری‌که تشخیص آن برای بسیاری از زوجین، واقعه‌ای مصیبت‌بار و ترسناک تلقی می‌شود (گالبرایت، آرشیگا، رامیرز و پدرو، ۲۰۰۵؛ پیرمردوند چگینی، زهراکار و ثنائی، ۱۳۹۷). بیماری‌هایی از این دست، عامل فشارآور زوجی^۲ شناخته می‌شوند و می‌توانند در سطوح فردی و زوجی بر افراد تأثیر بگذارند. این مسئله سبب شده است تا از سرطان پستان به‌عنوان سرطانی رابطه‌ای یاد شود (هارت و ونس، ۲۰۱۴؛ نورسوس و همکاران، ۲۰۰۲).

سرطان پستان بیشتر از آنکه مختص یک فرد خاص باشد، مربوط به خانواده است (زاهیلز و لویز، ۲۰۱۰). نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که همسران بیماران مبتلا به سرطان پستان با مشکلاتی از قبیل افسردگی، اختلال در خواب و خوردن، تنظیم هیجان، کنترل استرس، اضطراب، رابطه جنسی، شغل، الگوهای ارتباطی، سبک زندگی و کیفیت رابطه زناشویی مواجه می‌شوند (آلاکی اوغلو و همکاران، ۲۰۱۴؛ میلیوری و بدر، ۲۰۱۳). کیفیت رابطه زناشویی از جمله مسائلی است که با پیشرفت درمان در بیماران سرطان پستان تحت تأثیر قرار می‌گیرد (کندال، ۲۰۰۷). پژوهش کیم و اسپیلرز (۲۰۱۰) نشان می‌دهد بار هیجانی منفی ناشی از بیماری سرطان پستان می‌تواند پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی برای کیفیت زناشویی زوجین دارای سرطان پستان باشد؛ به‌طوری‌که زوجین درگیر سرطان پستان، کیفیت زناشویی به‌مراتب پایین‌تری دارند (کیم و اسپیلرز، ۲۰۱۰). از آنجا که این بیماری یکی از مهم‌ترین اندام‌های بانوان را مورد هدف قرار می‌دهد و مستقیماً با هویت جنسی زنان در ارتباط است، تأثیر بسزایی در قوام و استحکام روابط زن و مرد و خانواده آنان دارد و می‌تواند بر کیفیت رابطه زناشویی آنان اثر بگذارد (میردار هریجانی، جلالی و شهیدی، ۱۳۹۵؛ گالبرایت و همکاران، ۲۰۰۵).

کیفیت رابطه زناشویی^۳ عبارت است از اندازه‌گیری فردی احساس رضایت، خوشبختی و ثبات زناشویی در هریک از زوجین (شاکرمی، داورنیا، زهراکار و طلائیان، ۱۳۹۴). کیفیت رابطه زوجین، مفهومی چندبعدی است که شامل ابعاد گوناگون روابط در زوجین مانند سازگاری، رضایت، شادمانی، انسجام و تعهد می‌شود (مرادی، فاتحی‌زاده، احمدی و اعتمادی، ۱۳۹۷). دلاتوره و واگنر (۲۰۲۰) کیفیت رابطه زناشویی را نتیجه تعاملات و ارتباط متقابل زوجین تعریف می‌کنند و معتقدند این مفهوم به‌نوعی توافق نسبی زن و شوهر درباره موضوعات مهم، شریک‌شدن در کارها و فعالیت‌های مشترک و ابراز محبت است. واژه‌های بسیار زیادی برای توصیف کیفیت رابطه زناشویی استفاده شده است (مانند سازگاری، رضایت، خشنودی، ادغام و تعهد)، اما توافق زیادی بر سر معانی این کلمات وجود ندارد و این امر تا حدودی ناشی از نبود مبانی نظری کافی برای تعریف کیفیت

۱. cancer

۲. dyadic stressor

۳. marital quality

رابطه زناشویی است (میردار هریجانی و همکاران، ۱۳۹۵). به‌طور کلی می‌توان گفت عوامل مؤثر بر کیفیت رابطه زناشویی عبارت‌اند از: ۱- عوامل فردی شامل جنسیت، سلامت، تربیت خانوادگی، وضعیت اقتصادی- اجتماعی، اشتغال، نگرش به ازدواج و طلاق، روابط قبل از ازدواج؛ ۲- عوامل ارتباطی مانند مدت ازدواج، تعاملات متقابل، رابطه قبل از ازدواج، حضور کودکان، تقسیم وظایف، رابطه جنسی؛ ۳- عوامل بیرونی شامل ویژگی‌های والدین، طلاق والدین، سایر افراد مهم زندگی و رویدادهای استرس‌زا مثل بیماری و سرطان‌ها (بوث و جانسون^۱)، ۱۹۹۴ به نقل از رضانی، ۱۳۹۵).

با مرور مطالبی که تا بدین‌جا به آن اشاره کردیم چنین برداشت می‌شود که زوجینی که درگیر سرطان پستان هستند، بالطبع کیفیت رابطه زناشویی پایینی دارند (خسروی علیا و فلاح‌چای، ۱۳۹۶) و کیفیت پایین روابط زناشویی با توجه به مطالبی که بیان شد، برای زوجین درگیر سرطان بسیار خطرناک و آسیب‌زا است. پژوهش‌ها ریشه این کیفیت رابطه زناشویی پایینی را تا حدود زیادی به ادراک و نوع نگرش این بیماران نسبت به بیماری‌شان می‌دانند (رفائی سعیدی، آقامحمدیان، اصغری و کارشکی، ۱۳۹۷؛ رندال و بودنمن، ۲۰۰۹).

در درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری^۲ که الیس^۳ (۲۰۱۰) ارائه کرد، فرض اساسی این است که نحوه تفسیر افراد از رویدادها و موقعیت‌های زندگی در بروز مشکلات روانی آن‌ها نقش اساسی ایفا می‌کند. در این رویکرد، اعتقاد بر این است که شناخت، هیجان و رفتار به شکل معناداری با هم در تعامل هستند و بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند (الیس، ۲۰۱۰). از مفروضات دیگر این رویکرد آن است که هیجان‌های ما از باور، ارزیابی، تفسیر و واکنش‌های ما به موقعیت‌های زندگی ناشی می‌شوند. از طریق فرایند درمانی در این رویکرد، به مراجعان مهارت‌هایی آموزش داده می‌شود تا از طریق آن‌ها باورهای غیرعقلانی‌شان را شناسایی و با آن‌ها مقابله کنند. این مهارت‌ها اکتسابی هستند و با خودتلقینی تداوم می‌یابند. مراجعان می‌آموزند که روش‌های ناکارآمد تفکر را با شناخت‌های مؤثر، کارآمد و عقلانی جایگزین کنند و واکنش‌های هیجانی به موقعیت‌ها را تغییر دهند (کری، ۱۳۹۶؛ پیرمردوند چگینی، احمدی، البوغبیش و نظامیوند چگینی، ۱۳۹۹). در این رویکرد درمانی، اعتقاد بر این است که انسان‌ها به همان صورتی که ذاتاً به‌سوی تفکر عقلانی و سالم گرایش دارند، به‌سمت تفکرهای نادرست و غیرعقلانی نیز متمایل‌اند و این تفکرها ریشه آشفته‌گی‌های هیجانی است. اصطلاح غیرعقلانی به عقایدی اشاره دارد که انعطاف‌ناپذیر، مغایر با واقعیت و غیرمنطقی است و موجب کاهش سطح سلامت روانی فرد و مانع دستیابی او به اهدافش می‌شود (درآیدن، ۱۳۹۰؛ درآیدن و یانکورا، ۱۳۹۰). افکار غیرعقلانی بسیار پرهزینه و زیان‌بار هستند و سبب افزایش بروز مشکلات جسمانی و روانی می‌شوند (تامپسون و هندرسون^۴)، ۲۰۰۷ به نقل از زهراکار، ۱۳۹۱).

در درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری، از طریق الگوی ABC می‌توان ارتباط بین باورها، رفتار و آشفته‌گی‌ها

۱. Booth, A., & Johnson, D. R.

۲. rational emotive behavior therapy

۳. Ellis, A.

۴. Thompson, C. L., & Henderson, D. A.

را به خوبی نشان داد. در این الگو، A رویداد فعال‌کننده^۱ و C پیامد هیجانی و رفتاری^۲ است. در این مدل درمانی، اعتقاد بر این است که رویداد فعال‌کننده موجب پیامد هیجانی و رفتاری نمی‌شود، بلکه B یا باورهای فرد^۳ درباره رویداد فعال‌کننده است که موجب پیامد هیجانی و رفتاری می‌شود (شارف، ۱۳۹۴). در درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری، هدف اصلی مهارت‌آموزی به مراجعان از طریق کسب فلسفه واقع‌بینانه‌تر درباره زندگی، مبارزه با عقاید غیرعقلانی^۴ و جایگزین کردن عقاید عقلانی به جای آن‌ها برای کاهش آشفتگی‌های هیجانی و رفتارهای خودشکن است (الیس، ۱۹۹۷ به نقل از زهراکار، ۱۳۹۱). از آنجا که یکی از ریشه‌های اصلی کیفیت پایین رابطه زناشویی زوجین درگیر بیماری پستان، باورها، شناخت و نوع نگاه آنان به بیماری است، از آموزش مبتنی بر درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری بر کیفیت رابطه زناشویی زوجین مبتلا به سرطان پستان می‌توان استفاده کرد. با توجه به مطالب گفته‌شده، مهم‌ترین سؤالی که در ادامه به دنبال پاسخ آن خواهیم بود این است که آیا آموزش مبتنی بر درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری بر مؤلفه‌های کیفیت رابطه زناشویی زوجین مبتلا به سرطان پستان اثرگذار است یا خیر.

روش‌شناسی

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

این پژوهش به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ نحوه گردآوری اطلاعات، از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی و در قالب طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. در این پژوهش، جامعه آماری عبارت است از تمامی زوجینی که در مهرماه ۱۳۹۷ برای درمان بیماری خود به بیمارستان ولایت شهر قزوین مراجعه کردند و حداقل یکی از مراحل جراحی، شیمی‌درمانی یا پرتودرمانی را پشت سر گذاشته بودند. شیوه نمونه‌گیری این پژوهش غیرتصادفی در دسترس است. از میان زوجینی که در این تاریخ به این بیمارستان مراجعه کرده بودند، ۶۰ زن به صورت در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه کیفیت رابطه زناشویی به آن‌ها داده شد تا آن را تکمیل کنند. در انتها ۲۰ زن به همراه همسرانشان (۲۰ زوج) براساس ملاک‌های ورود برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند (۱- پشت‌سرگذاشتن یکی از مراحل درمان جراحی، شیمی‌درمانی یا پرتودرمانی؛ ۲- موافقت آزمودنی برای شرکت در پژوهش؛ ۳- کسب نمره پایین‌تر از میانگین در مقیاس کیفیت رابطه زناشویی و ۴- استفاده نکردن از داروهای روان‌پزشکی و خدمات روان‌درمانی طی شش ماه گذشته) و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند (در هر گروه، ۱۰ زوج قرار گرفت). در ادامه فقط گروه آزمایش به مدت هشت جلسه دوساعته تحت آموزش مبتنی بر درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری آلبرت الیس قرار گرفتند. محتوای آموزش تحت نظارت استادان همکار در پژوهش توسط نویسنده مسئول به زوجین آموزش داده شد.

۱. activating events (A)

۲. consequences (C)

۳. beliefs (B)

۴. disputing

شایان ذکر است که از میان ۲۰ زوج (۴۰ زن و مرد) که به‌عنوان آزمودنی در گروه آزمایش و کنترل حضور داشتند، یک زوج از گروه کنترل و یک زوج از گروه آزمایش پس‌آزمون را پر نکردند و از ادامه کار و تحلیل نتایج کنار گذاشته شدند؛ بنابراین حجم نمونه در پژوهش به ۳۶ نفر (۱۸ زوج) کاهش یافت. همچنین تمامی اصول و ملاحظات اخلاقی از اخذ موافقت‌نامه کتبی، رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات درمان، حفظ رازداری و محرمانه‌ماندن اطلاعات زوجین، رعایت حقوق شرکت‌کنندگان، اختیاری بودن مشارکت و همکاری زوجین با روند پژوهش و حتی اختیاری بودن ترک جلسه درمان، در این پژوهش مدنظر قرار گرفت. تمامی موارد با هماهنگی و صدور کد اخلاق با شناسه‌ای اختصاصی^۱ توسط کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه علوم پزشکی استان قزوین رعایت شد. همچنین این پژوهش در سایت کارآزمایی بالینی ایران با شناسه‌ای اختصاصی^۲ به ثبت رسید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از مانکوا (تحلیل کوواریانس چندمتغیره با حذف اثر پیش‌آزمون) در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ و با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام شد.

ابزار سنجش

مقیاس کیفیت رابطه زناشویی ادراک‌شده^۳ (PRQC): این مقیاس توسط فلیچر، سیمپسون و توماس^۴ (۲۰۰۰) تدوین شد و برای نخستین بار در ایران توسط خجسته‌مهر، فرامرزی و رجبی (۱۳۹۱) ترجمه و به‌کار گرفته شد. مقیاس کیفیت رابطه زناشویی ادراک‌شده شامل ۱۸ سؤال در شش بعد رضایت، تعهد، صمیمیت، اعتماد، شور و هیجان جنسی است که هر بعد با سه سؤال سنجیده می‌شود. آزمودنی پاسخ خود را در مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای (۱= اصلاً تا ۷= کاملاً) مشخص می‌کند. حداقل نمره ۱۸ و حداکثر نمره ۱۲۶ است که از جمع نمرات حاصل می‌شود. نمرات کمتر نشان‌دهنده کیفیت بهتر رابطه زناشویی در ابعاد مختلف است. ضریب آلفای کرونباخ توسط فلیچر، سیمپسون و توماس (۲۰۰۰) مطلوب گزارش شده است. پایایی این پرسشنامه از طریق همسانی درونی، توسط نیلفروشان (۱۳۹۰) ۰/۸۶ و از طریق بازآزمایی ۰/۸۴ گزارش و تأیید شده است. برای بررسی روایی این ابزار، یک سؤال از هریک از خرده‌مقیاس‌ها را ذکر می‌کنیم که می‌تواند بیانگر روایی صوری و روایی سازه باشد: سؤال ۱: چقدر از رابطه خود رضایت دارید؟ (خرده‌مقیاس رضایت از رابطه). سؤال ۴: چقدر به رابطه خود پایبند هستید؟ (خرده‌مقیاس تعهد). سؤال ۷: چقدر رابطه شما صمیمی است؟ (خرده‌مقیاس صمیمیت). سؤال ۱۰: چقدر به همسران اعتماد دارید؟ (خرده‌مقیاس اعتماد). سؤال ۱۵: در رابطه جنسی شما چقدر شور و هیجان وجود دارد؟ (خرده‌مقیاس شور و هیجان جنسی). سؤال ۱۷: چقدر به همسر خود علاقه دارید؟ (خرده‌مقیاس عشق). در این پژوهش همچنین پایایی مقیاس کیفیت رابطه زناشویی ادراک‌شده به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش شد.

1. IR.QUMS.REC.1397.019

2. IRCT20190305042933N1

3. Perceived Relationship Quality Components (PRQC)

۴. Fletcher, G. J., Simpson, J. A., & Thomas, G.

شایان ذکر است که استفاده از آزمون‌های پارامتریک مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است که در صورت رعایت آن‌ها می‌توان از این آزمون‌ها استفاده کرد. با توجه به اینکه روش به‌کاررفته در این پژوهش تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) است، این پیش‌فرض‌ها عبارت‌اند از: فاصله‌ای یا نسبی بودن متغیر وابسته، استقلال مشاهدات از یکدیگر (تفاوت بین گروه‌ها)، خطی بودن رابطه بین متغیرهای وابسته، همگنی واریانس و کوواریانس‌ها، نبود داده‌های پرت معنادار تک‌متغیره در گروه مستقل، برابری واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیون، چندمتغیره بودن داده‌ها و نرمال بودن توزیع داده‌ها. در ادامه چند مورد از مهم‌ترین این پیش‌فرض‌ها بررسی می‌شود.

برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کلموگروف اسمیرنوف استفاده شد. در این آزمون، سطح معناداری متغیر مورد نظر $F=0/207$ به دست آمد که از $P>0/05$ بزرگ‌تر است و به معنای آن است که متغیر مورد نظر از توزیع نرمال برخوردار است. به منظور بررسی مفروضه برابری واریانس گروه‌ها از آزمون لوین استفاده شد. در این آزمون، مقدار $F=0/581$ برای آزمون لوین معنادار نیست ($P>0/05$) و بدین ترتیب می‌توان نتیجه گرفت واریانس‌ها همگون هستند و آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره مقذور است. برای بررسی نبود تعامل میان گروه‌ها و نمرات پیش‌آزمون، مفروضه یکسانی شیب رگرسیون بررسی شد و با توجه به نتایج $(F_{1,33}=0/27, p=0/69)$ این فرض هم تأیید شد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین گروه‌ها و پیش‌آزمون تعاملی وجود ندارد. با توجه به اینکه همه مفروضه‌ها برای آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برقرارند، می‌توان گفت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای تحلیل داده‌های این پژوهش مناسب است.

پیش‌فرض‌های استفاده از روش مانکوا عبارت‌اند از: فاصله‌ای یا نسبی بودن متغیر وابسته، استقلال مشاهدات از یکدیگر، خطی بودن رابطه بین متغیرهای وابسته، همگنی واریانس و کوواریانس‌ها، نبود داده‌های پرت معنادار تک‌متغیره در گروه مستقل، برابری واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیون و چندمتغیره بودن داده‌ها. توزیع نرمال داده‌ها به کمک آزمون کلموگروف اسمیرنوف انجام گرفت و سطح معناداری آن $F=0/207$ به دست آمد که نشان می‌دهد متغیر مورد نظر از توزیع نرمال برخوردار است. برابری واریانس گروه‌ها از طریق آزمون لوین صورت گرفت که نتایج آن برای آزمون لوین معنادار نبود ($F=0/581$) و به موجب آن می‌توان گفت واریانس‌ها همگون بوده است. به منظور بررسی نبود تعامل میان گروه‌ها و نمرات پیش‌آزمون، مفروضه یکسانی شیب رگرسیون بررسی شد $(F_{1,33}=0/27, p=0/69)$ و نتیجه این فرض مورد تأیید قرار گرفت؛ بنابراین می‌توان گفت بین گروه‌ها و پیش‌آزمون تعاملی وجود ندارد و با توجه به اینکه همه مفروضه‌ها برای آزمون مانکوا برقرارند، استفاده از آزمون مانکوا برای تحلیل داده‌های این پژوهش مناسب است.

محتوای جلسات آموزش مبتنی بر درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری آلبرت ایس شامل هشت جلسه است و مطابق با نظریه مشاوره گروهی عقلانی-هیجانی-رفتاری ایس (کری، ۱۳۹۸) تنظیم شده که روایی آن ۸۷ درصد گزارش شده است (زهراکار، ۱۳۹۱). محتوای این جلسات به اختصار عبارت‌اند از:

جلسه اول: معارفه اعضای گروه با یکدیگر، توضیح درباره اهداف و مقررات گروه توسط رهبر گروه و توافق بر سر حضور و مشارکت در هشت جلسه، تأکید بر شرکت نکردن در دوره‌های مشابه دیگر و مطالعه نکردن

کتاب‌های روان‌شناسی تا آخر دوره، معرفی روش مشاوره گروهی با رویکرد عقلانی-هیجانی-رفتاری؛ جلسه دوم: بررسی و بیان مشکلات اعضا و ایجاد انگیزه برای مشاوره و درمان، آشنایی بیشتر اعضا با رویکرد عقلانی-هیجانی-رفتاری و باورهای غیرمنطقی. همچنین در این جلسه، تکلیف ثبت افکار به گروه آموزش داده شد؛ جلسه سوم: ذکر نمونه‌هایی از حوادث زندگی و بحث گروهی در زمینه چگونگی تأثیر باورها در واکنش‌های افراد و بحث اعضای گروه با هم در مورد اینکه شیوه اندیشیدن آن‌ها نوع واکنششان را در برابر حوادث تعیین می‌کند؛ جلسه چهارم: مرور جلسات قبل و آشنایی بیشتر اعضای گروه با رویکرد درمانی عقلانی-هیجانی-رفتاری برای کشف افکار غیرمنطقی و بررسی افکار غیرمنطقی در راستای کیفیت رابطه زناشویی و بیماری سرطان پستان و نحوه مجادله فعال با عقاید غیرعقلانی. در این جلسه، فرمی سه‌ستونی برای ثبت افکار و عقاید غیرعقلانی و مجادله با آن‌ها ارائه شد؛ جلسه پنجم: بررسی گروهی و تحلیل افکار، نگرش‌ها، احساسات غیرمنطقی درباره خود و حوادث پیرامون، آشنایی با مدل ABCD^۱ و آموزش اصول این مدل به اعضا. در این جلسه، تکلیف فرم سه‌ستونی با تأکید بر تغییر شیوه خودبینی آموزش و ارائه شد؛ جلسه ششم: شناخت افکار غیرمنطقی، باید‌ها و نبایدها و تأثیر آن‌ها در کاهش کیفیت رابطه زناشویی و بحث گروهی اعضا با یکدیگر درباره جایگزین کردن افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقی. تصویرسازی عقلانی هیجانی-تمرین حمله به شرم؛ جلسه هفتم: مرور جلسات قبل و پیگیری تکالیف، تقویت‌ها و مجازات‌ها، تشویق به مهارت‌آموزی، بحث در مورد روش‌های مقابله با افکار غیرمنطقی و جایگزین کردن آن با افکار منطقی و دادن تکلیف برای جلسه بعد؛ ایجاد آمادگی برای پایان گروه. در انتهای این جلسه توضیح داده شد که جلسه بعد، آخرین جلسه خواهد بود؛ جلسه هشتم: مرور تکلیف جلسه قبل و انجام تمرین‌های عملی به شیوه گروهی و جمع‌بندی همه جلسات، بحث درباره نحوه استفاده از فنون در سایر ابعاد زندگی، پرداختن به احساسات اعضا در مورد گروه و پایان دادن به آن‌ها، پرداختن به امور ناتمام اعضا و تلاش برای تمام کردن آن‌ها، گرفتن پس‌آزمون.

یافته‌ها

الف) توصیف جمعیت‌شناختی

در این قسمت، ابتدا اشاره‌ای مختصر به اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌های آزمایش و گواه صورت می‌گیرد و سپس نتایج داده‌های آماری ارائه می‌شود. نخست با استفاده از شاخص‌های گرایش مرکزی و شاخص‌های پراکندگی، داده‌ها را خلاصه‌سازی می‌کنیم و سپس با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره، به بررسی بیشتر سؤال پژوهش می‌پردازیم.

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین سنی برای گروه آزمایش ۴۸ سال و برای گروه گواه ۴۶ است. همچنین سطح تحصیلات، تعداد و وضعیت درمانی برای هر دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۱

۱. حرف D در الگوی اختصاری ABCD بیانگر disputing یا همان به‌چالش کشیدن شناخت‌ها و باورهای غیرعقلانی است. در خصوص الگوی ABC به قسمت مقدمه پژوهش مراجعه شود.

قابل مشاهده است.

جدول ۱- مشخصات جمعیت شناختی گروه آزمایش و گواه

گروه	میانگین سنی	تحصیلات			تعداد اعضا			وضعیت درمان	
		سیکل	دیپلم	فوق دیپلم به بالا	بیمار (زن)	همسر (مرد)	جراحی	شیمی درمانی	پرتودرمانی
آزمایش	۴۸	۶	۹	۳	۹	۹	۳	۵	۱
گواه	۴۶	۷	۸	۳	۹	۹	۳	۴	۲

(ب) توصیف شاخص‌ها

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه کیفیت رابطه زناشویی ادراک شده در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها

شاخص منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
رضایت	۲۶۴/۱۵	۱	۲۶۴/۱۵	۱۸/۳۸	۰/۰۰۱
تعهد	۷۷/۸۸	۱	۷۷/۸۸	۱۰/۷۱	۰/۰۰۳
صمیمیت	۱۷۲/۶۵	۱	۱۷۲/۶۵	۱۲/۶۶	۰/۰۰۲
اعتماد	۱۵۷/۵۳	۱	۱۵۷/۵۳	۸/۷۸	۰/۰۰۷
جنسی	۲۱۰/۶۱	۱	۲۱۰/۶۱	۱۱/۳۰	۰/۰۰۳
عشق	۷۴/۴۶	۱	۷۴/۴۶	۹/۴۵	۰/۰۰۵

میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های کیفیت رابطه زناشویی به تفکیک دو گروه و دو مرحله پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است. میانگین مؤلفه‌های کیفیت رابطه زناشویی (رضایت از رابطه، تعهد، اعتماد، صمیمیت، شور و هیجان جنسی و عشق) در مرحله پیش‌آزمون برای گروه آزمایش به ترتیب ۱۳/۶۸، ۱۷/۵، ۱۶/۹۳، ۱۴/۰۶، ۱۳/۳۷ و ۱۵ است. همچنین میانگین مؤلفه‌های کیفیت رابطه زناشویی (رضایت از رابطه، تعهد، اعتماد، صمیمیت، شور و هیجان جنسی و عشق) در مرحله پس‌آزمون برای گروه گواه به ترتیب برابر با ۱۳/۸۷، ۱۸/۳۷، ۱۸/۷۵، ۱۵/۸۱، ۱۵/۱۲ و ۱۶/۵۶ است.

جدول ۳- خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره درمورد تأثیر آموزش مبتنی بر درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری بر مؤلفه‌های کیفیت رابطه زناشویی زوجین مبتلا به سرطان پستان

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		انحراف	میانگین	انحراف	میانگین
رضایت از رابطه	آزمایش	۱۳/۸۷	۲۰/۳۱	۴/۶۶	۰/۹۳
	گواه	۱۳/۶۸	۱۴/۸۱	۵/۲۷	۴/۸۷
تعهد	آزمایش	۱۶/۷۵	۱۷/۵	۲/۷۴	۲/۲۲
	گواه	۱۸/۳۷	۱۷/۳۸	۱/۹۶	۲/۲۴
اعتماد	آزمایش	۱۶/۹۳	۱۷/۳۷	۱/۲۳	۱/۷
	گواه	۱۸/۷۵	۱۸/۹۳	۱/۹۸	۱/۹۴
صمیمیت	آزمایش	۱۴/۰۶	۱۹/۱۸	۱/۴۸	۰/۹۸
	گواه	۱۵/۸۱	۱۵/۶۳	۲/۹	۳/۵
شور جنسی	آزمایش	۱۳/۳۷	۱۸/۳۱	۴/۰۸	۲/۹۶
	گواه	۱۵/۱۲	۱۵/۵	۵/۳۱	۵/۳۵
عشق	آزمایش	۱۵	۱۹/۲۵	۲/۹۸	۱/۸۷
	گواه	۱۶/۵۶	۱۵/۸۷	۳/۴۲	۲/۸

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین تمامی مؤلفه‌های کیفیت رابطه زناشویی (رضایت از رابطه، تعهد، اعتماد، صمیمیت، شور یا میل جنسی و عشق) در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون، تغییراتی در سطح معناداری $\alpha = 0/05$ داشته است؛ بدین شکل که خرده‌مقیاس رضایت از رابطه از میانگین ۱۳/۸۷ به میانگین ۲۰/۳۱، خرده‌مقیاس تعهد از ۱۶/۷۵ به ۱۷/۵، خرده‌مقیاس اعتماد از ۱۶/۹۳ به ۱۷/۳۷، خرده‌مقیاس صمیمیت از ۱۴/۰۶ به ۱۹/۱۸، خرده‌مقیاس شور جنسی از ۱۳/۳۷ به ۱۸/۳۱ و خرده‌مقیاس عشق از ۱۵ به ۱۹/۲۵ ارتقا یافت که این موضوع نشانه اثرگذاری محتوای بسته آموزشی، یعنی درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری (متغیر مستقل) بر تمامی مؤلفه‌های کیفیت رابطه زناشویی (متغیر وابسته) زوجین مبتلا به سرطان پستان است. با اتکا به چنین یافته‌ای می‌توان نتیجه گرفت آموزش مبتنی بر درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری بر تمامی مؤلفه‌های کیفیت رابطه زناشویی زوجین مبتلا به سرطان پستان مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نگرش و باور بیماران یا ادراک آن‌ها درباره بیماری‌شان نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت روانی آن‌ها ایفا می‌کند. از طرفی کیفیت رابطه زناشویی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های سلامت روان، متأثر از نوع نگاه و نگرش افراد است. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری بر مؤلفه‌های کیفیت رابطه زناشویی زوجین مبتلا به سرطان پستان انجام گرفت. یافته‌های آماری بیانگر معنادار بودن اثربخشی

آموزش مبتنی بر درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری بر تمامی مؤلفه‌های کیفیت رابطه زناشویی زوجین مبتلا به سرطان پستان شرکت‌کننده در پژوهش است. مطابق بررسی‌ها، پیش از این، اثربخشی درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری بر مؤلفه‌های کیفیت رابطه زناشویی در داخل یا خارج از کشور بررسی نشده بود، اما پژوهش‌های مختلفی که تا حدودی همسو با یافته‌های این پژوهش باشند، وجود دارد که در ادامه به بررسی و تبیین همسویی آن‌ها با این پژوهش خواهیم می‌پردازیم.

یافته‌های آماری نشان می‌دهد آموزش مبتنی بر درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری موجب افزایش رضایت و صمیمیت زناشویی زوجین مبتلا به سرطان پستان شده است و این یافته همسو با نتیجه پژوهش‌های اعتمادی و صادقی (۱۳۹۴)، خواجه، بهرامی، فاتحی‌زاده، عابدی و سجادیان (۱۳۹۲) و قدم‌خیر (۱۳۹۲) است. در تبیین افزایش رضایت و صمیمیت زناشویی می‌توان گفت رضایت زناشویی، یکی از مباحث مهم در زندگی مشترک است. رابطه زناشویی، رابطه پیچیده‌ای است و موفق بودن آن نیز در گرو عواملی چندگانه است. پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که میزان باورهای غیرعقلانی در رابطه زناشویی، پیش‌بینی‌کننده شاخصی برای اختلافات و دشواری‌های زناشویی است (ایدلسون و اپستاین، ۱۹۸۲ به نقل از قدم‌خیر ۱۳۹۲)؛ به‌طوری‌که زوجین با باورهای غیرعقلانی و غیرواقع‌بینانه با آشفتگی در رابطه زناشویی مواجه می‌شوند (فریبا، ۱۳۹۴). همچنین عمق صمیمیتی که زوجین در روابطشان شکل می‌دهند، به توانایی آن‌ها برای انتقال روشن، صریح و مؤثر افکار، احساسات، نیازها، خواسته‌ها و آرزوهایشان بستگی دارد (باگاروزی، ۱۳۹۸). برای افزایش صمیمیت و سازگاری زوجین، رویکردهای مختلفی وجود دارد. در درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری، باور اصلی بر آن است که ریشه مشکلات در اختلالات درونی هریک از زوجین به‌طور جداگانه وجود دارد. در زندگی زناشویی آشفتنه، یکی یا هر دو عقاید و باورهای غیرمنطقی دارند (سودانی و شفیع‌آبادی، ۱۳۸۷). مداخلات مبتنی بر روش درمان مذکور، توقعات، انتظارات و باورهای غیرمنطقی را که سبب ایجاد اختلال هیجانی و ارتباطی شده کشف می‌کند و سپس به شیوه تجربی یا واقع‌گرایانه، این باورها و انتظارات مخرب را به چالش می‌کشد (الیس و مک‌لارن، ۱۳۹۸). همچنین در تبیینی دیگر برای این دو مؤلفه می‌توان گفت مطابق یافته‌های مولر و واندرمرو (۱۹۹۷)، شناخت شامل پنج فرایند است که عبارت‌اند از: توجه انتخابی، اسناد، انتظارات، فرضیات و معیارها؛ یعنی باورهایی که هر فرد درباره ازدواج و روابط صمیمانه در ذهن دارد، با رضایتمندی و میزان صمیمیت مرتبط است (باوکوم، اپستاین، سایرز و شر، ۱۹۸۹) و اصولاً شناخت و رفتار، دو مؤلفه اساسی تعاملات متقابل به‌ویژه تعاملات زناشویی هستند که در درمان عقلانی هیجانی رفتاری با تغییر هریک از این مؤلفه‌های اساسی زمینه تغییر دیگری را فراهم می‌کنیم.

همچنین یافته‌های پژوهش نشانگر اثربخشی درمان مذکور بر مؤلفه اعتماد و تعهد زناشویی است که این یافته همسو با نتیجه پژوهش فریبا (۱۳۹۴) و امیددی شمامی (۱۳۹۰) است. جوهری، مشتاقی و معینی (۱۳۹۴)

۱. Eidelson, R. J., & Epstein, N.

۲. Baucom, D. H., Epstein, N., Sayers, S. L., & Sher, T. G.

معتقدند افراد هنگام مواجهه با تروما یا بیماری، انتظارات، باورها و تصورات خیالی مربوط به نقش خود و همسرشان را در پیوند زناشویی دخالت می‌دهند که متأسفانه بسیاری از این انتظارات، غیرواقع‌بینانه است و البته این مداخله سبب گسترش بی‌اعتمادی میان آن‌ها می‌شود. حسینی (۱۳۹۸) معتقد است اعتماد و تعهد زناشویی متغیرهایی با همپوشی بالا هستند و رابطه‌ای مستقیم و همسو با یکدیگر دارند؛ به طوری که افزایش یا کاهش یکی موجب افزایش یا کاهش دیگری می‌شود. در همین رابطه می‌توان گفت خطاهای شناختی، عناصر مزاحمی هستند که وارد بسیاری از تعاملات زناشویی می‌شوند. انتزاع انتخابی، شخصی‌سازی، استنباط دلخواهی، تفکر همه یا هیچ، تعمیم مفرط و فاجعه‌سازی از جمله خطاهایی هستند که ممکن است یکی از زوجین یا هر دو آن‌ها را مبنای رابطه زناشویی خویش قرار دهند (جوهری و همکاران، ۱۳۹۴). در درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری، افراد با آموزش نحوه به‌چالش کشیدن باورهای غیرواقعی آشنا می‌شوند و محصول این چالش‌ورزی، تصحیح خطاهای شناختی است؛ خطاهایی که موجب بی‌اعتمادی در زندگی زناشویی می‌شود (سودانی و شفیق‌آبادی، ۱۳۸۷)؛ بنابراین با آموزش به‌چالش کشیدن باورهای غیرعقلانی به زوجین درگیر سرطان پستان، هم‌زمان تعهد و اعتماد زناشویی آن‌ها افزایش می‌یابد.

همچنین یافته‌های پژوهش بیانگر اثربخشی درمان مذکور بر مؤلفه‌های شور جنسی و عشق است و این یافته همسو با نتیجه پژوهش وزیری، لطفی کاشانی و مسعودنیا (۱۳۹۴) و خواجه و همکاران (۱۳۹۲) است. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری موجب کاهش سردمزاجی زوجین و افزایش صمیمیت میان آن‌ها در ابعاد مختلف رابطه می‌شود (سودانی و همکاران، ۱۳۹۲؛ اعتمادی و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین نتیجه پژوهش خواجه و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد آموزش به‌طور کلی می‌تواند عملکرد جنسی زوجین را بهبود ببخشد و مداخلات مبتنی بر تمرکز ذهن، پذیرش و گسیختگی شناختی (مانند درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری) به‌طور معناداری موجب افزایش پاسخ‌های جنسی در جنبه‌های مختلف و کاهش آشفتگی جنسی زوجین می‌شود. بیشتر مشکلات مربوط به روابط جنسی مربوط به دفعات برقراری رابطه جنسی، زمان ارضا و کیفیت آن است. برداشت زن از زنانگی و مرد از مردانگی با واکنش طرف مقابل ارتباط دارد. احساس صمیمیت، پذیرفته‌شدن و لذت متقابل، تقویت‌کننده غریزه جنسی، و کاهش احساس عشق، صمیمیت و پذیرش، تضعیف‌کننده آن است. زوجین درگیر سرطان پستان، مشکلاتی مانند بی‌میلی، ناتوانی، زودانزالی و خستگی جنسی را که تاکنون به‌خاطر ترس و اضطراب، شرم و خجالت یا احساس بی‌کفایتی و گناه، مخفی مانده و بیان نشده است، در جریان آموزش گروهی با درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری ابراز می‌کنند که درنهایت موجب افزایش کیفیت رابطه جنسی با همسرشان می‌شود (اعتمادی و صادقی، ۱۳۹۴). همچنین وجود تکنیکی مؤثر و منحصر به فرد در درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری^۱ (REBT) به نام «تمرین مقابله با شرم» که به‌صورت اختصاصی و ویژه روی صمیمیت و خودابرازگری جنسی زوجین کار می‌کند موجب می‌شود زوجین درگیر سرطان پستان که در معرض آموزش این رویکرد قرار گرفته‌اند، دست به خودابرازگری جنسی بزنند که درنهایت

۱. rational emotive behavior therapy (REBT)

سبب افزایش صمیمیت جنسی میان آن‌ها می‌شود (الیس و مک‌لارن، ۱۳۹۸). وجود باورهای غیرمنطقی، بسته به نوع آن در نحوه ارتباط صمیمانه و شیوه عشق‌ورزی بین زوجین مؤثر است و همبستگی معکوسی میان این دو مؤلفه برقرار است؛ به طوری که افزایش یکی از آن‌ها موجب کاهش دیگری و برعکس می‌شود (پورمحمدرضایی، پهلوان‌نشان و نجفی‌فرد، ۱۳۹۳). پژوهش‌های متعددی به بررسی رابطه باورهای غیرمنطقی و عشق‌ورزی زوجین پرداخته‌اند. برای نمونه، نتایج مطالعات برنشتاین و برنشتاین^۱ (۱۹۸۹) به نقل از پورمحمدرضایی و همکاران، (۱۳۹۳) نشان داد بسیاری از همسران در برقراری و حفظ روابط دوستانه و صمیمی با یکدیگر دچار مشکل هستند؛ زیرا انتظار دارند از ازدواج به طور عام، و از همسرشان به طور خاص منافع به دست آورند که نتیجه چنین نگرشی در بلندمدت، زوال عشق و کاهش صمیمیت بین زوجین است (پورمحمدرضایی و همکاران، ۱۳۹۳). الیس بهترین راه تغییر هیجان و عواطف را تغییر فکر می‌داند و معتقد است مجادله شناختی و عقلانی موجب کاهش باورهای غیرمنطقی می‌شود که این چالش در نهایت موجب افزایش صمیمیت و غنای شیوه‌های عشق‌ورزی در زوجین می‌شود (الیس و مک‌لارن، ۱۳۹۸).

این پژوهش هم مانند همه پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی است. مهم‌ترین این محدودیت‌ها عبارت‌اند از: ۱- این پژوهش در شهر قزوین انجام شده و در تعمیم آن به شرایط دیگر باید تفاوت موقعیت‌ها و فرهنگ‌ها در نظر گرفته شود؛ ۲- با توجه به اینکه پس از پژوهش پیگیری‌ای صورت نگرفته است، درباره تعمیم نتایج در طولانی مدت باید احتیاط ورزید. به هر حال با توجه به اینکه آموزش مبتنی بر درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری موجب افزایش کیفیت رابطه زناشویی زوجین مبتلا به سرطان پستان می‌شود، پیشنهاد می‌شود: ۱- مراکز فعال مشاوره و روان‌درمانی در بیمارستان‌ها و کلینیک‌هایی که به صورت تخصصی با مراجعان سرطان پستان سروکار دارند، از این شیوه به منظور افزایش کیفیت رابطه زناشویی استفاده کنند؛ ۲- مراکز و سازمان‌هایی که قدرت تبلیغاتی بسیار زیادی دارند، مانند صداوسیما، با به کارگیری متخصصان این رویکرد، زمینه‌های دسترسی بیماران و خانواده‌های بیشتری را به این رویکرد فراهم کنند؛ برای مثال، پیشنهاد می‌شود در شبکه‌هایی مانند شبکه سلامت یا شبکه‌های استانی، این رویکرد آموزشی برای زوجین درگیر سرطان پستان گنجانده شود.

همچنین با توجه به اینکه آموزش مبتنی بر درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری موجب افزایش مؤلفه‌های کیفیت رابطه زناشویی زوجین مبتلا به سرطان پستان می‌شود، پیشنهاد می‌شود: ۱- این پژوهش به شکل یک پژوهش ترکیبی (آمیخته) توسط سایر پژوهشگران ادامه یابد و از تعدادی از همسران این بیماران پژوهشی کیفی صورت گیرد تا داده‌ها و یافته‌های عمیق‌تری به دست آید؛ ۲- با توجه به اینکه این پژوهش در زمان کوتاهی انجام شد و فرصت چندانی برای پیگیری پس از اتمام کار وجود نداشت، به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود این شیوه آموزشی را به صورت پیگیرانه و با دوره‌های شش ماهه یا بیشتر انجام دهند؛ ۳- پیشنهاد می‌شود اثربخشی این رویکرد با رویکردهای خانواده‌درمانی سیستمی که به صورت تخصصی روی خانواده و زوج کار می‌کنند، برای این جامعه آماری مقایسه شود؛ ۴- اجرای این پژوهش روی نمونه‌های مختلف در

۱. Bornstein, Ph. H., & Bornstein, M. T.

استان‌های مختلف انجام گیرد و نتایج با یکدیگر مقایسه شوند تا در صورت وجود تفاوت‌های فرهنگی، نتایج احتمالی به‌دقت تحلیل شوند.

تشکر و قدردانی

در انتهای پژوهش بر خود لازم می‌دانیم از زحمات بی‌شائبه سرکار خانم انسیه میرزایی (سوپروایزر آموزشی وقت و دبیر کمیته پژوهش وقت بیمارستان ولایت شهر قزوین) سپاسگزاری کنیم. شایان ذکر است که این پژوهش از پایان‌نامه آقای بهمن پیرمردوند چگینی، کارشناس ارشد مشاوره خانواده از دانشگاه خوارزمی تهران، استخراج شده و هیچ نهاد یا ارگان خاصی از آن حمایت مالی نکرده است. نویسندگان پژوهش حاضر اعلام می‌دارند در پژوهش حاضر هیچ تعارض منافی وجود ندارد.

منابع

- اعتمادی، ن.، و صادقی، س. (۱۳۹۴). آموزش گروهی با رویکرد رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر رضایت زناشویی زوجین. *دومین کنفرانس بین‌المللی علوم رفتاری و مطالعات اجتماعی*. ۱۳۹۴، استانبول، ترکیه.
- الیس، آ.، و مک‌لارن، ک. (۱۳۹۸). *رفتاردرمانی عقلانی هیجانی: راهنمای درمانگران*. ترجمه مهرداد فیروزبخت. تهران: رسا.
- امیدی شمایی، م. (۱۳۹۰). *اثربخشی درمانگری عقلانی-عاطفی-رفتاری گروهی بر باورهای غیرمنطقی، کیفیت زندگی و سلامت عمومی در زنان مبتلا به سرطان پستان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، منتشرنشده. دانشکده علوم انسانی. دانشگاه تربیت مدرس.
- باگاروزی، د. (۱۳۹۸). *تکنیک‌های افزایش صمیمیت در زوج‌درمانی*. ترجمه زهرا اندوز. تهران: ارجمند.
- پورمحمدرضایی تجربی، م.، پهلوان‌نشان، س.، و نجفی‌فرد، ط. (۱۳۹۳). رابطه باورهای غیرمنطقی و سازگاری زناشویی زوجین شهر اصفهان. *فصلنامه رفاه اجتماعی*. ۱۴(۵۳)، ۱۹۳-۱۷۹.
- پیرمردوند چگینی، ب.، احمدی، ص.، البوغیبش، ت.، و نظامیوند چگینی، س. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر شناخت‌درمانی به روش مایکل فری بر افسردگی، احساس تنهایی و شادکامی زنان مطلقه. *فصلنامه روان‌شناسی تحلیلی شناختی*. ۱۱(۴۱)، ۱۵-۳۰.
- پیرمردوند چگینی، ب.، زهراکار، ک.، و ثنایی‌ذاکر، ب. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری بر استرس زناشویی زوجین مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه علمی-پژوهشی بیماری‌های پستان ایران*. ۱۱(۴)، ۲۸-۳۸.
- جوهری، ش.، مشتاقی، م.، و معینی، م. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی آموزش گروهی رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی بر باورهای ارتباطی. *دومین کنفرانس بین‌المللی پژوهش در علوم رفتاری و اجتماعی*. تهران، ایران.
- حسینی، س. (۱۳۹۸). *مهارت‌های ارتباطی زوجین بر تعهد زناشویی*. خراسان رضوی تربت‌حیدریه: افرا تربت.

- خجسته‌مهر، ر.، فرامرزی، س.، و رجبی، غ. (۱۳۹۱). بررسی نقش ادراک انصاف بر کیفیت زناشویی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۸(۱)، ۵۰-۳۱.
- خسروی علیا، ط.، و فلاح‌چای، ر. (۱۳۹۶). بررسی رابطهٔ مقابلهٔ زوجی و کیفیت زناشویی در زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان در شیراز. *فصلنامهٔ علمی-پژوهشی بیماری‌های پستان ایران*. ۱۰(۴)، ۶۸-۵۹.
- خواجه، آ.، بهرامی، ف.، فاتحی‌زاده، م.، عابدی، م.، و سجادیان، پ. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش شادمانی به روش شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی زناشویی مردان و زنان متأهل. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۴(۳)، ۲۱-۱۱. درآیدن، و. (۱۳۹۰). *رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی-رفتاری*. ترجمهٔ رابعه موحد. تهران: ارجمند.
- درآیدن، و.، و یانکورا، ج. (۱۳۹۰). *روان‌درمانی و مشاورهٔ عقلانی-هیجانی-رفتاری*. ترجمهٔ مظاهر رضایی و نوشیروان خضری‌مقدم. تهران: ارجمند.
- رفائی سعیدی، ن.، آقامحمدیان شریباف، ح.، اصغری ابراهیم‌آباد، م.، و کارشکی، ح. (۱۳۹۷). پیامدهای روان‌شناختی سرطان پستان در ایران: مرور نظام‌مند متون پژوهشی. *مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی فسا*، ۱۸(۴)، ۹۹۹-۹۸۶.
- رضائی، ف. (۱۳۹۵). *شناسایی عوامل مؤثر بر کیفیت زناشویی در ازدواج مجدد، پس از طلاق: یک مطالعهٔ کیفی*. پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد مشاورهٔ خانواده. منتشرنشده. دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی. دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- زهراکار، ک. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری به شیوهٔ گروهی در کاهش استرس بیماران مبتلا به دیابت. *مجلهٔ دانش و تندرستی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی شاهرود*، ۷(۴)، ۱۵۹-۱۵۳.
- سودانی، م.، و شفیق‌آبادی، م. (۱۳۸۷). مقایسهٔ اثربخشی زوج‌درمانی الیس به‌صورت انفرادی و توأم در کاهش تعارضات زناشویی. *فصلنامهٔ دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۰(۳۷)، ۲۰-۱.
- شارف، ر. (۱۳۹۴). *نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره*. ترجمهٔ مهرداد فیروزبخت. تهران: رسا.
- شاکرمی، م.، داورنیا، ر.، زهراکار، ک.، و طلائیان، ر. (۱۳۹۴). اثربخشی زوج‌درمانی گروهی کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر بهبود کیفیت رابطهٔ زناشویی زنان. *مجلهٔ علوم پزشکی رازی*، ۲۲(۱۳۱)، ۳۱-۱.
- فریبا، ع. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی زناشویی زنان مراجعه‌کننده به خانهٔ سلامت. *دومین کنفرانس بین‌المللی پژوهش در علوم رفتاری و اجتماعی*. تهران: ایران.
- قدم‌خیر، م. (۱۳۹۲). *بررسی اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر رویکرد عقلانی-هیجانی-رفتاری بر صمیمیت زوجین دارای ناسازگاری زناشویی*. پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد روان‌شناسی. منتشرنشده. دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی. دانشگاه محقق اردبیلی.
- کری، ج. (۱۳۹۸). *نظریه و کاربست مشاوره و روان‌درمانی*. ترجمهٔ یحیی سیدمحمدی. تهران: ارسباران.
- کری، ج. (۱۳۹۶). *مشاورهٔ گروهی*. ترجمهٔ کیانوش زهراکار، فرشاد محسن‌زاده، احمد حیدرنیا، علیرضا بوستانی‌پور و عباس سامی. ویراست هشتم. تهران: ویرایش.
- مرادی، ع.، فاتحی‌زاده، م.، احمدی، آ.، و اعتمادی، ع. (۱۳۹۷). تأثیر درمان بین‌فردی فراشناختی بر کیفیت زناشویی مرد

- خودشیفته: مطالعه موردی. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی، ۹(۱)، ۲۴-۱.
- میردار هریجانی، م.، جلالی، م.، و شهیدی، ش. (۱۳۹۵). تحلیل روایتی کیفیت رابطه زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی. منتشر نشده. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی. دانشگاه امام خمینی قزوین.
- نیلفروشان، پ. (۱۳۹۰). مدل معادله ساختاری کیفیت رابطه زناشویی براساس ویژگی‌های روان‌شناختی زوجین. پایان‌نامه دکتری. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی. دانشگاه اصفهان.
- وزیری، ش.، لطفی کاشانی، ف.، و مسعودنیا، ف. (۱۳۹۴). اثربخشی رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر رضایت جنسی زنان متأهل. اولین کنگره ملی خانواده سالم. اهواز، ایران.

References

- Alacacioglu, A., Ulger, E., Varol, U., Yildiz, I., Salman, T., Bayoglu, V., & Tarhan, M. O. (2014). Depression, Anxiety and Sexual Satisfaction in Breast Cancer Patients and Their Partners-Izmir Oncology Group Study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(24), 10631-10636.
- Baucom, D. H., Epstein, N., Sayers, S. L., & Sher, T. G. (1989). The Role of Cognitions in Marital Relationships: Definitional, Methodological, and Conceptual Issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 31-38.
- Booth, A., & Johnson, D. R. (1994). Declining Health and Marital Quality. *Journal of Marriage and the Family*, 56(1), 218-223.
- Delatorre, M. Z., & Wagner, A. (2020). Marital Quality Assessment: Reviewing the Concept, Instruments, and Methods. *Marriage & Family Review*, 56(3), 193-216.
- Ellis, A. (2010). *Rational Emotive Behavior Therapy: It works for Me-It Can Work for You*. Prometheus Books.
- Fletcher, G. J., Simpson, J. A., & Thomas, G. (2000). The Measurement of Perceived Relationship Quality Components: A Confirmatory Factor Analytic Approach. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 340-354.
- Galbraith, M. E., Archiga, 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(2), 30-41.
- Hart, J. (2014). We-ness: Couple Identity as Shared by Male Partners of Breast Cancer Patients. Unpublished Master's Thesis. Faculty of Graduate Studies, Trinity Western University, British Columbia, Canada. Retrieved from <http://www.twu.ca/library/theses>.
- Kendall, S. (2007). Witnessing Tragedy: Nurse's Perceptions of Caring for Patients with Cancer. *International Journal of Nursing Practice*, 13(2), 111-120.
- Kim, Y., & Spillers, R. L. (2010). Quality of Life of Family Caregivers at 2 Years after a Relative's Cancer Diagnosis. *Psycho-Oncology*, 19(4), 431-440.

- Milbury, K., & Badr, H. (2013). Sexual Problems, Communication Patterns, and Depressive Symptoms in Couples Coping with Metastatic Breast Cancer. *Psycho-Oncology*, 22(4), 814–822.
- Möller, A. T., & Van der Merwe, J. D. (1997). Irrational Beliefs, Interpersonal Perception and Marital Adjustment. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 15(4), 269–279.
- Northouse, L. L., Mood, D., Kershaw, T., Schafenacker, A., Mellon, S., Walker, J., & Decker, V. (2002). Quality of Life of Women with Recurrent Breast Cancer and Their Family Members. *Journal of Clinical Oncology*, 20(19), 4050–4064.
- Randall, A. K., & Bodenmann, G. (2009). The Role of Stress on Close Relationships and Marital Satisfaction. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 105–115.
- Zahlis, E. H., & Lewis, F. M. (2010). Coming to Grips with Breast Cancer: The Spouse's Experience with His Wife's First Six Months. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28(1), 79–97.
- Zhang, Y., Sun, S., Ding, J., & Hua, K. (2020). The Effect of Different Surgical Methods on Female and Male Sexual Activity and Marital Quality in Patients with Early-Stage Cervical Cancer. *Sexual Medicine*, 8(2), 307–314.