

بررسی اثربخشی آموزش گروهی درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مادران دارای فرزند سرطانی

زیبا برقی ایرانی*، محمد جوادبگیان کوله مرز**، شاپور فولادوند***

دریافت مقاله :

۹۲/۶/۱۷

پذیرش:

۹۲/۱۰/۸

چکیده

هدف: سرطان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلب و عروق است. تأثیر منفی این بیماری بر جنبه‌های مختلف زندگی و روابط بین فردی سبب کاهش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در خانواده‌های درگیر این بیماری می‌شود بنابراین هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش گروهی درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مادران دارای فرزند سرطانی بود.

روش: این پژوهش به شیوه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه مادران دارای فرزند سرطانی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی (متخصص خون) شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۱ تشکیل می‌دهند. آزمودنی‌های پژوهش شامل ۳۰ نفر از مادران دارای فرزند سرطانی بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین مراکز درمانی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی و رضایت زناشویی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) نشان داد که آموزش گروهی درمان متمرکز بر هیجان بر افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مؤثر بوده است ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر آموزش درمانی متمرکز بر هیجان بر بهبود کیفیت زندگی و رضایت زناشویی خانواده‌های دارای فرزند سرطانی از این روش درمانی می‌توان در جهت بهبود کیفیت زندگی و انسجام بیشتر ساختار خانواده در بعد روحی، روانی و اجتماعی بهره‌مند شد.

کلیدواژه‌ها: درمان متمرکز بر هیجان، کیفیت زندگی، رضایت زناشویی، سرطان.

*مربی و دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران
**کارشناس ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل (نویسنده مسئول) javadbagiyan@yahoo.com
*** دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اراک واحد علوم و تحقیقات

مقدمه

به‌رغم پیشرفت‌های قابل توجه علم پزشکی، همچنان سرطان به عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلب و عروق مطرح است (مردانی حموله و شهرکی واحد، ۱۳۸۸). این بیماری با تغییر شکل غیرطبیعی سلول‌ها و از دست رفتن تمایز سلولی مشخص می‌شود. در حال حاضر بیش از ۷ میلیون نفر در جهان در اثر ابتلا به سرطان جان خود را از دست می‌دهند و پیش‌بینی می‌شود که تعداد موارد جدید ابتلا تا سال ۲۰۲۰ سالانه از ۱۰ میلیون نفر به ۱۵ میلیون نفر برسد (حسن‌پور و آذری، ۲۰۰۶). سرطان به عنوان یک بیماری فلج‌کننده و صعب‌العلاج در جامعه تلقی می‌شود و فرد متعاقب تشخیص آن دچار اضطراب و افسردگی ناشی از ترس غیر واقعی از مرگ و کاهش انرژی اجتماعی می‌گردد، به‌طوری که ضرورت بستری مکرر و نگرانی‌های مداوم برای بیماران و خانواده‌های آنها، فرد را به سمت و سوی اختلالات روانی می‌کشاند (بامشاد و سفیخانی، ۲۰۰۶). در بیماری مزمن کودکان، لازم است والدین مراقبت پزشکی نیازهای کودک را برای مدت طولانی بر عهده بگیرند، در نتیجه محرک‌های تنش‌زا شامل بار مالی، بار فیزیکی، تغییر در نقش والدینی، رنجش خواهران و برادران، مشکل در سازگاری روانی- اجتماعی، مشکلات در رابطه با کودک بیمار و دیگر خواهران و برادران، بستری مکرر و در نهایت سوگ (واکر، جانسون، منیون و کلویتر، ۲۰۰۳)، رابطه بین والدین را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تحقیق نشان می‌دهد گرچه

این زوجها ممکن است نرخ بالایی از طلاق را تجربه نکنند ولی در ریسک بالایی برای درماندگی زناشویی قرار دارند (هاوینس تین، ۱۹۹۰؛ کازاک^۲، ۱۹۸۹).

یکی از متغیرهای که احتمالاً والدین کودکان سرطانی با آن درگیرند عدم شادی و لذت از روابط میان والدین است. رضایت زناشویی یک ارزیابی کلی از وضعیت رابطه زناشویی یا رابطه عاشقانه کنونی فرد است (عدالتی وردزوان ۲۰۱۰). رضایت زناشویی می‌تواند انعکاسی از میزان شادی افراد از روابط زناشویی و یا ترکیبی از خشنود بودن به‌واسطه بسیاری از عوامل مختص رابطه زناشویی باشد. می‌توان رضایت زناشویی را به عنوان یک موقعیت روان‌شناختی در نظر گرفت که خود به خود به وجود نمی‌آید بلکه مستلزم تلاش هر دو زوج است (احمدی، نبی‌پور، کیمیایی و افضل، ۲۰۱۰). محققان به هنگام مطالعه رضایت زناشویی در طول دوران ازدواج دریافته‌اند که تمایل به پیروی از مسیر U شکل بودن این روند را ثابت کرده‌اند، اما پاسخ‌های محکمی در زمینه این تغییر ارائه نداده‌اند. این کاهش میزان رضایت زناشویی غالباً به افزایش استرس در طول این دوران (اواسط دوران زناشویی) مرتبط است استرس‌هایی چون کنار آمدن با رسیدن فرزندان به سن جوانی، مراقبت از والدین سالخورده، احساس پوچی، مسائل مالی و بازنشستگی (هابر، ناوارو، ومبل و مام، ۲۰۱۰).

یکی از موضوعات بسیار مهمی که در سال‌های اخیر در مورد بیماران دچار سرطان در کنار میزان بقا و طول عمر این بیماران مطرح شده، بحث کیفیت زندگی^۳ بیماران دچار سرطان است (اشویل^۱، ۲۰۰۱؛ به

2 . Kazak
3 . Quality of life

1 . Chronically ill Children

مقایسه و افراد در معرض خطر مشکلات روانی، اجتماعی را غربالگری و بهبودیافتگان و بازماندگان سرطان را پیگیری نمود. شناخت کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن به متخصصان کمک می‌کند تا فعالیت‌های خود را در جهت ارتقای سطح سلامت و بهبود کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان سازماندهی کنند (تباری، ذاکری مقدم، بحرانی و منجمد، ۱۳۸۶). امروزه تأثیر مثبت مداخلات روان‌شناختی در روند بهبود بیماری‌های مزمن جسمی مورد تأیید قرار گرفته است (لچنر، آنتونی، لایدستون، لاپریر، ایشی و همکاران، ۲۰۰۳). در چند دهه اخیر پیشرفت‌های شایان توجهی در گسترش مداخلات روانی - اجتماعی برای بیماران دچار سرطان صورت گرفته است (هپکو، بیل، آرمیتو، رابرتسون، مولان و همکاران، ۲۰۰۸). از جمله درمان‌هایی که بر تنظیم هیجان و عواطف منفی والدین دارای کودک سرطانی می‌تواند تأثیرگذار باشد و تاکنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است، آموزش متمرکز بر هیجان است. درمان متمرکز بر هیجان یک رویکرد تجربی است که هیجان را به عنوان اساس و پایه تجربه در ارتباط با کارکردهای انطباقی و غیر انطباقی می‌داند (پاس، آلبرتا و گرینبرگ، لیسلا، ۲۰۰۷). همچنین این نوع درمان اساساً ساختاری روانی و تعیین‌کننده کلیدی برای سازماندهی خود است (گرینبرگ و واتسون، ۲۰۰۶). درمان متمرکز بر هیجان یکی از معدود مدل‌های درمانی است که ماهیتاً تلفیقی از رویکرد درمانی

نقل از گوستانزو، ریف و سینگر، ۲۰۱۱). با توجه به این که کیفیت زندگی بحثی کمی نیست و می‌تواند برای افراد گوناگون تعاریف و تعبیر مختلفی داشته باشد، سازمان بهداشت جهانی^۲، کیفیت زندگی را مفهومی چندبعدی می‌داند و آن را درک هر فرد از زندگی، ارزش‌ها، اهداف، استانداردها و علائق فردی تعریف کرده است. احساس امنیت، تعارض‌های هیجانی، عقاید، شخصی، اهداف و میزان تحمل ناکامی‌ها، همگی در تعیین نوع درک فرد از خود (احساس خوب بودن یا احساس ناخوشی) تأثیر دارند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۷). تشخیص و درمان سرطان، سبب اختلال در الگوی خواب و فعالیت، ایجاد علائم جسمانی و روان‌شناختی، اختلال در عملکرد شناختی، مشارکت اجتماعی و انجام وظایف فردی می‌شود (صفایی، مقیمی، دهکردی، ضیغمی، طباطبایی و پورحسین قلی، ۲۰۰۸؛ تاکاهشی، هوندا، نیشیمورا، کیتانی، یامونا و یاناگیتا، ۲۰۱۱). بررسی و کیفیت زندگی در مطالعات سلامتی مبتلایان به سرطان از این لحاظ حائز اهمیت است، که به متخصصان کمک می‌کند تا وضعیت زندگی و خطراتی که بیماری بر کیفیت زندگی دارد تعیین و بتواند نکات مبهم فراوانی را روشن کنند (دیفستفانو، ریکاردو، کاپلی، کوستانتینی و پتریلو، ۲۰۰۸). با اندازه‌گیری کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان، می‌توان ناتوانی گروه‌ها و جمعیت‌های متفاوت بهبود یافته از سرطان و کیفیت مراقبت‌های ارائه شده را بررسی و تعیین کرد؛ و نیز مزایا و معایب درمان‌ها را

5. Lechner, Antoni, Lydstone, Laperrire, Isii & et al
6. Hopko, Bell, Armento, Robertson, Mullane & et al
7. Pos, Alberta E & Greenberg, Leslie
8. Greenberg & Watson

1. Ashwill
2. World Health Organization (WHO)
3. Takahashi, Hondo, Nishimura, Kitani, Yamano & Yanagita
4. Distefano, Riccardi, Capelli, Costantini & Petrillo

مراجع محور، گشتالت درمانی و اصول شناختی را شامل می‌شود (اسلون^۱، ۲۰۰۴). این درمان به عنوان یک رویکرد ساختاری تجربی در فعالیت‌های روان درمانی نظریه‌های روان‌شناختی معاصر مطرح شده است. درمان متمرکز کردن بر هیجان هم به صورت فردی و هم به صورت گروهی برای اختلال افسردگی، کیفیت زندگی، اختلال استرس پس سانحه (PTSD) و عملکردهای انطباقی مؤثر است و شامل روش‌های مبتنی بر فعال کردن هیجان‌های خاصی است که در یک زمینه ارتباطی همدلانه برقرار می‌شود (گرینبرگ و واتسون، ۲۰۰۶). مسئله اصلی درمان متمرکز بر هیجان این است که هیجان بخش اساسی ساختار فرد است و عامل کلیدی برای سازماندهی خود می‌باشد. اساسی‌ترین سطح کارکرد هیجان، یک شکل انطباقی و سازگارانه از پردازش اطلاعات و آمادگی فرد است که به رفتار وی جهت داده و موجب بهزیستی روان‌شناختی می‌شود (گرینبرگ، لیسلی، واروار، سراین، مالکولام و وندا^۲، ۲۰۱۰).

جانسون^۳ (۲۰۰۴) در پژوهشی به این نتیجه رسید که درمان متمرکز بر هیجان نه تنها محبت و علاقه والدین دارای فرزند سرطانی را بهبود می‌بخشد بلکه باعث بهبود روابط زناشویی نیز می‌شود. رسولی، اعتمادی، شیفع‌آبادی و دلاور (۱۳۸۶) در پژوهشی نشان دادند درمان متمرکز بر هیجان به طور معنی‌داری توانست درماندگی و نارضایتی بین زنان و شوهران دارای فرزند مبتلا به بیماری‌های مزمن را کاهش دهد. همچنین این درمان توانست رضامندی، همبستگی،

توافق و ابراز محبت زناشویی را در مادران و پدران دارای فرزند مبتلا به بیماری مزمن افزایش دهد. مونز و نورکوال^۴ (۲۰۰۶) به این نتیجه رسیدند که توانایی تنظیم و کنترل هیجان‌ها بر بهبود کیفیت زندگی و تندرستی بیماران مزمن تأثیر دارد. پری و چانگ^۵ (۲۰۰۷) نیز نشان دادند شدت علائم و فشارهای روحی حاصله از بیماری و بازخوردهای اطرفیان بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی تأثیر دارد. نتایج این پژوهش نشان داد، بیماری سرطان استقلال و توانایی فرد را برای شرکت مؤثر در خانواده و اجتماع تهدید می‌کند و او را به سوی فقدان شایستگی و عدم اطمینان از خود سوق می‌دهد. دیستانفو و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای دریافتند ویژگی‌های همچون نوع سرطان، مرحله سرطان، زمان تشخیص اولیه، پذیرش بیماری توسط بیمار، درد ناشی از سرطان، استرس‌های روانی و رفتار مراقبت‌دهندگان بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی تأثیر دارد. نتایج آنها نشان داد هرچه شدت عوارض جانبی تجربه شده در طول زمان بیشتر باشد، کیفیت زندگی بیشتر مورد تهدید قرار می‌گیرد. لوی^۶ (۲۰۰۸)، معتقد است که سرطان و درمان‌های آن بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند و حتی ضربه ناشی از تشخیص و درمان سرطان، تأثیرات منفی بر عملکرد روانی، جسمانی و ارتباطات زناشویی می‌گذارد. جوشی و تینگجو جام^۷ (۲۰۰۹) نشان دادند که درمان‌های متمرکز بر هیجان می‌تواند سبب افزایش سلامت، عشق و شادی گردد. نتایج مطالعه آنها نشان داد، زوجینی که درمان متمرکز بر

4. Moons & Norekvål

5. Perry & Chang

6. Levy

7. Joshi & Thingujam

1. Sloan

2. Greenberg, Leslie, Warwar, Serine, Malcolm & Wanda

3. Johnson

والدین اثر گذاشته و می‌تواند باعث از دست دادن شغل، از هم‌گسینختگی خانواده، اختلال در ارتباط بین فردی و عدم توانایی در انجام مسئولیت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی گردد. لذا با توجه به اینکه در کشور ما به مفهوم کیفیت زندگی و رضایت زناشویی والدین صاحب فرزند سرطانی کمتر پرداخته شده است و به تبع آن این دسته از والدین جهت مداخلات روان‌شناختی، کمتر مورد بررسی محققان قرار گرفته‌اند انجام پژوهش حاضر ضروری به نظر می‌رسید. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش گروهی درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مادران دارای فرزند سرطانی بود.

روش

با توجه به ماهیت موضوع و اهداف پژوهش، این پژوهش به شیوه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری این پژوهش را کلیه مادران دارای فرزند سرطانی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۱ تشکیل می‌دهند. آزمودنی‌های پژوهش شامل ۳۰ نفر از مادران دارای فرزند سرطانی بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین مراکز درمانی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به مطالعه عبارت از سن بالای ۳۰ سال، تشخیص متخصص خون برای فرزندان به عنوان بیماران مبتلا به سرطان که یک سال از این تشخیص گذشته باشد، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روان‌شناختی، عدم

هیجان دریافت کرده بودند، در مقایسه با گروه کنترل از توانایی وضع روانی، کنترل تکانه‌ها، همدلی بهتری برخوردار بوده و رضایت‌مندی بیشتری از روابط خود گزارش می‌کنند. ایزنبرگ، فابز، کادری و زیدنر^۱ (۲۰۰۹) در پژوهشی دریافتند برنامه‌های مداخله‌ای که بر شایستگی‌های هیجانی تأکید می‌کنند باعث بهبود کیفیت زندگی و سازش اجتماعی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌شوند. وانیز، بوردواین و هاب بنیر^۲ (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای دریافتند افراد سرطانی که هیجان‌ات مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند و از رویدادهای پیرامون خود ارزیابی‌های مثبتی دارند، از احساس مهار و کنترل بالاتری بر بیماری خود برخوردار بوده و رضایت بیشتری در زندگی گزارش می‌کنند.

در مجموع و با توجه به نتایج تحقیقات پیشین، و از آنجایی که خانواده به عنوان اولین منبع مراقبتی و حمایتی برای بیماران سرطان محسوب می‌شود، نوع نگرش خانواده نسبت به بیماری و اختلالات عاطفی ناشی از آن تأثیر ویژه‌ای در امر مراقبت از بیمار دارد، لذا یکی از سیاست‌های مهم مراقبتی، بهبود کیفیت زندگی مراقبان به عنوان حمایت‌گران و حامیان اصلی بیمار (فاریوریسکدوتوری، سایوارسدوتوری، هالفدانوتوری^۳، ۲۰۱۱) می‌باشد. بنابراین می‌توان با انجام مداخلات لازم در افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی، باعث تسریع بهبودی و کاهش مدت زمان بستری در بیمارستان و در نهایت کاهش هزینه‌های بیمارستانی در این بیماران کمک کرد. در غیر این صورت کاهش سلامت روانی در بیماران سرطانی بر کیفیت زندگی

1. Eisenberg, Fabes, Guthrie & Reiser
2. Vanessa, Bordwine & Hubebnr
3. Friðriksdóttir, Saevarsdóttir & Halfdánardóttir

سوء مصرف مواد. در پژوهش حاضر جهت جمع-آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شده است:

مقیاس کیفیت زندگی (SF-۳۶): پرسشنامه برای ادراک افراد از سلامتی خود ابزاری مناسب است. این پرسشنامه ۳۶ سؤال را شامل می‌شود که هشت خرده مقیاس مرتبط با سلامت را می‌سنجد: عملکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی، سلامت عمومی، سرزندگی و سلامت روان. به طور کلی این پرسشنامه دو رویکرد جسمانی و رویکرد روانی را می‌سنجد. پژوهش‌ها درباره کیفیت زندگی نشان می‌دهد که این پرسشنامه روایی و اعتبار بالایی دارد (مک هورنی و وار، ۱۹۹۳؛ گارات و همکاران، ۱۹۹۷). روایی و اعتبار پرسشنامه را (اساف-۳۶) برای اولین بار در ایران منتظری و همکاران (۲۰۰۵) در ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا ارزیابی کردند، که بیشتر آنها متأهل بودند. ضریب پایایی در هشت بُعد از ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ به غیر از بُعد سرزندگی ۰/۶۵ بود. در مجموع یافته‌ها نشان داد که نسخه ایرانی این پرسشنامه، با روایی و اعتبار بالا برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بین جمعیت عمومی، ابزاری مناسب است.

مقیاس رضایت زناشویی اینریچ^۱: این مقیاس توسط السون (۱۹۸۹)، ساخته شده است و شامل ۴۷ ماده خود گزارشی است. هر گزینه شامل یک مقیاس ۵ درجه‌ای است که دامنه آن از ۱ تا ۵ مرتب شده است. هرچه نمره فرد بیشتر باشد، میزان رضایت زناشویی وی نیز بیشتر خواهد بود. السون (۱۹۸۹) ضرایب آلفای کرونباخ را ۰/۹۲، به دست آوردند.

سلیمانیان (۱۳۷۳) پرسشنامه رضایت زناشویی را ترجمه و همبستگی درونی آزمون را ۰/۹۵ گزارش کرده است. همچنین ضریب پایایی آزمون نیز در پژوهش سلیمانیان به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمد. آسوده (۱۳۸۹) اعتبار بازآزمایی خرده مقیاس‌های پرسشنامه رضایت زناشویی را به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۹۰، ۰/۹۲ گزارش نموده است که نشان‌دهنده پایایی و اعتبار این پرسشنامه برای فرهنگ ایرانی است.

روش اجرا: بعد از هماهنگی و کسب مجوز با مراکز درمانی و معرفی مادران توسط پزشک و جلب رضایت آزمودنی‌ها، ابتدا هدف تحقیق برای آنها بیان شد و از آنها خواسته شد تا در این برنامه درمانی شرکت کنند. ابتدا در مرحله پیش آزمون پرسشنامه‌ها در اختیار آنها قرار گرفت و از آنها خواسته شد که به دقت سؤالات را بخوانند و پاسخ‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب نمایند و سؤالی را تا حد امکان بی جواب نگذارند. سپس مادران دارای فرزند سرطانی به صورت تصادفی در گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند و گروه آزمایشی ۸ جلسه یک و نیم ساعته درمان متمرکز بر هیجان را به صورت گروهی دریافت نمودند. در حالی که گروه گواه هیچ درمانی از سوی روان‌شناس دریافت نکردند. پس از اتمام دوره آموزش از گروه تحت درمان و گروه کنترل پس آزمون به عمل آمد. سرانجام، داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. همچنین اطمینان‌بخشی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آزادی انتخاب

1. Mac Horney, Ware & Raczek

می‌گذارد و همچنین شناسایی احساس‌های متناقض، دوگانه و انتقادی درباره خود و اشخاص مهم و تأثیرگذار در زندگی می‌باشد.

جلسه سوم: قرار دادن آزمودنی‌ها در موقعیت گفتگوی صندلی خالی تا با اشخاص تأثیرگذار و مهم زندگی خود به گفتگو بپردازند. هدف جلسه سوم ایجاد شرایط در جهت بروز تجربیات معمولاً ناخوشایند هیجانی در بافت ارتباطی و خانوادگی است. در این جلسه آزمودنی‌ها شکست‌هایی که مربوط به بافت ارتباطی است را مورد چالش قرار می‌دهند.

جلسه چهارم: در جلسه چهارم تلاش می‌شود تا از طریق تکنیک آرام‌سازی، گفتار و احساس خود انتقادی آرام‌تر گردد و کمک می‌شود تجربه درماندگی آزمودنی‌ها کاهش یابد. همچنین آنها یاد می‌گیرند تا نیازها و احساسات خود را کنترل کنند.

جلسه پنجم: شناسایی روش‌های که آزمودنی‌ها احساس ناقص بودن و ناکافی بودن را در خود بشکنند و به کاوش درباره دو جنبه متفاوت تجربه خود بپردازند. همچنین آزمودنی‌ها یاد می‌گیرند نیازها، امیال و احساسات خود را کنترل کنند.

جلسه ششم: در جلسه ششم توصیف و گفتگو درباره حالت صدا، بروز میزان ناراحتی، خشم و درد آزمودنی‌ها ادامه می‌یابد. احساس درماندگی که در جلسات اولیه بسیار برجسته است احتمالاً در این جلسه به حداقل می‌رسد، چون که آزمودنی‌ها یاد می‌گیرند صدایی که موجب پذیرش

برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی رعایت شده این پژوهش بود.

طرح درمانی

درمان متمرکز بر هیجان

درمان متمرکز بر هیجان یک رویکرد تجربی است که هیجان را به عنوان اساس و پایه تجربه در ارتباط با کارکردهای انطباقی و غیرانطباقی می‌داند (پاس، آلبرت و گرینبرگ، لیزلی، ۲۰۰۷). براساس درمان متمرکز بر هیجان تغییر از طریق کمک به افراد براساس ایجاد هیجان به واسطه بروز، تنظیم، بازخورد، انتقال و تجربه هیجان اصلاح شده و تغییر یافته در یک بافت ارتباطی که این فرایندها را تسهیل می‌کند، ایجاد می‌شود. مراحل درمان متمرکز بر هیجان در ادامه ارائه شده است (گرینبرگ، لیزلی، واروار، شراین، مالکولم و واند، ۲۰۱۰).

اجرای برنامه آموزشی درمان متمرکز بر هیجان

جلسه اول: برقراری ارتباط، اجرای پیش‌آزمون، توضیح درباره ماهیت آزارهای جسمی، عاطفی و هیجانی، عوامل و نشانه‌های آن، مفهوم‌سازی درمان متمرکز بر هیجان و مشاهده و ارزیابی آزمودنی‌ها براساس این مسئله که آیا آنها قادر هستند بر تجربیات درونی خود تمرکز کنند از جمله موارد مطرح‌شده جلسه اول می‌باشد.

جلسه دوم: هدف جلسه دوم درمان شناسایی ناراحتی‌ها، غم و رنجش‌های حل‌نشده که بر احساس فرد از اطمینان به خود و ارزش خود تأثیر

و ایجاد احساس مثبت می شود را به شکل قوی - تری بروز دهند و همچنین پذیرش هیجان ها و انتقاد مثبت بیشتر می شود. این مسئله موجب کاهش فعال سازی احساس های منفی می گردد.

جلسه هفتم: آموزش فرایند انتقال احساس ناامیدی، خشم و شرم آزمودنی ها به ایجاد و افزایش توانایی مواجهه با مشکلات و تغییرات جنبه های مهم زندگی اساس آموزش در جلسه هفتم است.

جلسه هشتم: جمع بندی نکات مطرح شده جلسات قبلی، مروری بر مهارت های ارائه شده و ارائه نمونه هایی از کیفیت روابط بین فردی در زندگی افراد که در پیش روی آنهاست در جهت تحکیم یادگیری این مهارت ها از جمله فعالیت های عمده جلسه هشتم است. در ادامه از آزمودنی ها پس آزمون گرفته شد.

یافته ها

میانگین (و انحراف) معیار سنی افراد شرکت کننده در پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل به ترتیب برابر با ۳۲/۴۳ (و ۲/۶۳) و ۳۱/۶۸ (و ۲/۴۸) بود. در نمونه مورد مطالعه در گروه آزمایشی سطح تحصیلات مادران به ترتیب برابر ۶۰ (و ۶۳) درصد زیر دیپلم، ۳۵ (و ۳۰) درصد دیپلم، ۳ (و ۴) فوق دیپلم و ۲ (۳) درصد لیسانس و بالاتر بودند. همچنین در گروه گواه ۵۵ (و ۶۸) درصد زیر دیپلم، ۳۸ (و ۲۳) درصد دیپلم، ۵ (و ۶) درصد

فوق دیپلم و ۲ (۳) درصد دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر بودند. همچنین وضعیت شغلی مادران گروه آزمایش ۸۳ درصد خانه دار و ۱۷ درصد شاغل در مشاغل دولتی بودند. در گروه گواه وضعیت شغلی مادران نیز ۸۷ درصد خانه دار و ۱۳ درصد شاغل در مشاغل دولتی بودند. در گروه آزمایش (و کنترل) ۱۵/۴۸ (و ۱۶/۳۳) درصد مادران دارای یک فرزند، ۲۷/۵ (و ۲۹/۶۱) دارای دو فرزند، ۳۶/۵۳ (و ۳۴/۸۲) مادران دارای ۳ فرزند، و ۲۰/۴۹ (و ۱۹/۲۴) درصد دارای ۴ فرزند یا بیشتر بودند.

همان طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می شود میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پیش آزمون کیفیت زندگی گروه آزمایش ۸۵/۲۵ (و ۱۲/۶۹) و گروه کنترل ۸۲/۳۳ (و ۱۱/۱) می باشد. همچنین میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پس آزمون کیفیت زندگی در گروه آزمایش ۱۰۳/۳ (و ۱۰/۶۳) و گروه کنترل ۷۸/۴۱ (و ۹/۸۶) می باشد. میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پیش آزمون رضایت زناشویی گروه آزمایش ۹۵/۳۱ (و ۱۱/۱۷) و گروه کنترل ۹۳/۱۶ (و ۱۰/۲۶) می باشد. همچنین میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پس آزمون رضایت زناشویی در گروه آزمایش ۱۰۲/۲۴ (و ۱۲/۵۶) و گروه کنترل ۹۴/۱۹ (و ۱۰/۴۱) می باشد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل

گروه کنترل		گروه آزمایش		کیفیت زندگی و رضایت زناشویی	
SD	M	SD	M		
۱/۶۹	۱۱/۴۹	۲/۵۱	۱۲/۳۳	پیش‌آزمون	سلامت عمومی
۳/۴۹	۱۲/۳۵	۲/۷۱	۱۳/۰۵	پس‌آزمون	
۳/۹۸	۲۰/۴۹	۳/۷۰	۲۱/۸۳	پیش‌آزمون	عملکرد جسمانی
۳/۷۸	۱۹/۳۲	۳/۷۰	۲۱/۳۶	پس‌آزمون	
۲/۹۱	۱۱/۷۴	۱/۸۹	۸/۳۳	پیش‌آزمون	نقش جسمانی
۱/۸۲	۱۱/۱۲	۱/۹۴	۱۳/۵۳	پس‌آزمون	
۲/۳۵	۷/۹۷	۲/۴۱	۵/۹۴	پیش‌آزمون	نقش هیجانی
۲/۱۷	۸/۵۴	۱/۷۲	۱۱	پس‌آزمون	
۰/۶۹	۳/۱۴	۱/۲۵	۵/۴۱	پیش‌آزمون	عملکرد اجتماعی
۱/۱	۴/۳۲	۰/۸۱	۱۰/۶۵	پس‌آزمون	
۲/۸۲	۸/۶۰	۱/۸۶	۹/۷۱	پیش‌آزمون	درد بدنی
۲/۷۲	۸/۴۱	۲/۳۹	۸/۵۹	پس‌آزمون	
۴/۴۱	۱۴/۳۶	۴/۵۱	۱۶/۲۹	پیش‌آزمون	سلامت روانی
۲/۲۵	۱۲/۲۳	۴/۴۹	۲۱/۳۵	پس‌آزمون	
۲/۷۰	۱۱/۱۲	۳/۸۴	۱۲/۹۲	پیش‌آزمون	سرزندگی
۱/۶۸	۸/۶۰	۲/۷۲	۱۶/۰۷	پس‌آزمون	
۱۱/۱	۸۲/۳۳	۱۲/۶۹	۸۵/۲۵	پیش‌آزمون	نمره کل
۹/۸۶	۷۸/۴۱	۱۰/۶۳	۱۰۳/۳	پس‌آزمون	
۴/۳۳	۲۸/۶۳	۴/۳۲	۲۷/۲۱	پیش‌آزمون	رضایت زناشویی
۴/۲۳	۲۸/۵۱	۵/۹۵	۳۳/۲۹	پس‌آزمون	
۴/۹۳	۲۷/۶۹	۴/۳۳	۲۷/۳۴	پیش‌آزمون	ارتباطات
۴/۷۱	۲۷/۵۶	۵/۳۶	۳۱/۶۴	پس‌آزمون	
۳/۹۱	۲۶/۱۲	۳/۸۹	۲۵/۴۲	پیش‌آزمون	حل تعارض
۳/۸۹	۲۶	۵/۲۵	۳۰/۲۳	پس‌آزمون	
۲/۱۶	۱۴/۲۱	۲/۱۳	۱۳/۲	پیش‌آزمون	تحریف آرمانی
۲/۶	۱۴/۱	۳/۱	۱۵/۵۴	پس‌آزمون	
۱۰/۲۶	۹۳/۱۶	۱۱/۱۷	۹۵/۳۱	پیش‌آزمون	نمره کل
۱۰/۴۱	۹۴/۱۹	۱۲/۵۶	۱۰۲/۲۴	پس‌آزمون	

به درستی رعایت شده است ($F=۳/۱۴, P=۰/۷۸$) و $BOX=۹/۳۵$ براساس آزمون لون و عدم معنی‌داری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است.

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیری جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لون استفاده شد. براساس آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس / کواریانس

جدول ۲. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری بر روی مؤلفه‌های کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در گروه‌های آموزش متمرکز بر هیجان و گواه

نام آزمون	مقدار	F	df	P
اثر پیلایی	۰/۸۴۱	۶۹/۱۷	۱	۰/۰۰۱
لامبدا ویلکز	۰/۰۶۷	۶۹/۱۷	۱	۰/۰۰۱
اثر هنتلینگ	۱۴/۴۱۹	۶۹/۱۷	۱	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه خطا	۱۴/۴۱۹	۶۹/۱۷	۱	۰/۰۰۱
اثر پیلایی	۰/۸۴۱	۵/۲۰	۱	۰/۰۰۱
لامبدا ویلکز	۰/۱۱۳	۹/۷۹	۱	۰/۰۰۱
اثر هنتلینگ	۶/۵۲۰	۱۶/۱۴	۱	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه خطا	۶/۵۱۱	۳۵/۱۶	۱	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در گروه‌های مورد مطالعه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$, $F = ۹/۷۹$, $df = ۱$, $P = ۰/۰۰۱$).

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در گروه‌های مورد مطالعه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$, $F = ۹/۷۹$, $df = ۱$, $P = ۰/۰۰۱$).

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) برای مقایسه تفاضل پیش‌آزمون - پس‌آزمون نمرات مؤلفه‌های کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در گروه‌های آموزش متمرکز بر هیجان و گواه

متغیر وابسته	مؤلفه	SS	df	MS	F	P
سلامت عمومی	سلامت عمومی	۳۹/۵۳	۱	۳۹/۵۳	۱۱/۸۰	۰/۰۰۱
عملکرد جسمانی	عملکرد جسمانی	۵/۹۵	۱	۵/۹۵	۱۲/۹۷	۰/۰۰۱
نقش جسمانی	نقش جسمانی	۴۲۱/۴۲	۱	۴۲۱/۴۲	۱۸/۸۵	۰/۰۰۱
نقش هیجانی	نقش هیجانی	۹۱۱/۰۸	۱	۹۱۱/۰۸	۳۰/۷۱	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	عملکرد اجتماعی	۲۲۱/۷۵	۱	۲۲۱/۷۵	۴۱/۱۰	۰/۰۰۱
درد بدنی	درد بدنی	۹۱۱/۳۸	۱	۹۱۱/۳۸	۲۵/۶۵	۰/۰۰۱
سلامت روانی	سلامت روانی	۵۷۰/۳۸	۱	۵۷۰/۳۸	۳۲/۲۸	۰/۰۰۱
سرزندگی	سرزندگی	۳۰۸/۴۰	۱	۳۰۸/۴۰	۲۴/۶۰	۰/۰۰۱
رضایت زناشویی	رضایت زناشویی	۷۹۸/۷۸	۱	۷۹۸/۷۸	۱۲۶/۳۰	۰/۰۰۱
رضایت زناشویی	ارتباطات	۵۸۱۴/۳۵	۱	۵۸۱۴/۳۵	۵۴۵/۵۵	۰/۰۰۱
حل تعارض	حل تعارض	۲۱۹/۵۷	۱	۲۱۹/۵۷	۴۴۰/۷۴	۰/۰۰۱
تحریف آرمانی	تحریف آرمانی	۳۲۱/۵۹	۱	۳۲۱/۵۹	۱۴۵/۵۸	۰/۰۰۱

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد بین میانگین نمرات سلامت عمومی ($F=11/80$)، عملکرد جسمانی ($F=12/97$)، نقش جسمانی ($F=18/85$)، عملکرد اجتماعی ($F=41/10$)، درد بدنی ($F=25/65$)، سلامت روانی ($F=32/28$) و سرزندگی ($F=24/60$) بین گروه‌های آموزشی متمرکز بر هیجان و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($P<0/001$). همچنین بین میانگین نمرات رضایت زناشویی ($F=126/30$)، ارتباطات ($F=545/55$)، حل تعارض ($F=440/74$) و تحریف آرمانی ($F=145/58$) بین گروه‌های آموزشی متمرکز بر هیجان و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($P<0/001$). به عبارت دیگر، آموزش متمرکز بر هیجان کیفیت زندگی و رضایت زناشویی بین زوجین صاحب فرزند مبتلا به بیماری سرطان را افزایش می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی آموزش گروهی درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مادران دارای فرزند سرطانی بود. نتایج حاکی از این بود که درمان مبتنی بر آموزش متمرکز هیجان باعث افزایش شاخص‌های کیفیت زندگی در ابعاد سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، نقش جسمانی، نقش هیجانی، عملکرد اجتماعی، سلامت روانی و سرزندگی در مرحله پس از آزمون شده است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که رویکرد متمرکز بر هیجان این قابلیت را دارد که با افزایش آگاهی هیجانی، نمادگذاری هیجانی، آگاهی از عاملیت در تجربه و تغییر پردازش‌ها به فرد، این توانایی را می‌دهد که هیجان‌ات منفی از قبیل اضطراب، افسردگی و

ناامیدی را کنترل نموده و میزان سازگاری روان-شناختی خود را بالا ببرد. در روش‌های درمانی متمرکز بر هیجان تلاش می‌شود تا در جریان درمان، مراجع تشویق شوند تا افکار ناراحت‌کننده خود را مورد سؤال قرار داده و خودگویی‌های جایگزین برای مقابله با این هیجان‌ات و نشخوارهای فکری که سبب آشفتگی هم از لحاظ جسمانی و روانی می‌شود را برطرف نمایند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های دیگر (برای مثال موترنو و کوال، ۲۰۰۶؛ پری و چانگ، ۲۰۰۷؛ دستیانفو و همکاران، ۲۰۰۸ و ایزنبرگ و همکاران، ۲۰۰۹) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت بیماری سرطان و انجام درمان‌های دارویی که توأم با عوارض سیستمی هستند که در کوتاه‌مدت یا درازمدت کیفیت زندگی خانواده‌های بیماران سرطانی را به خطر می‌اندازد. مطالعات انجام شده در خانواده‌های بیماران سرطانی نشان می‌دهد که شدت علائم و فشارهای روانی بر کیفیت زندگی اطرافیان تأثیر دارد. در واقع بیماری سرطان استقلال و توانایی فرد و خانواده را برای شرکت مؤثر در اجتماع تهدید می‌کند و او را به سوی احساس فقدان و شایستگی و عدم اطمینان از خود سوق می‌دهد (پری و چانگ، ۲۰۰۷). از سوی دیگر ویژگی‌های همچون نوع سرطان، مرحله سرطان، زمان تشخیص اولیه، پذیرش بیماری توسط بیمار، درد ناشی از سرطان، استرس‌های روانی و رفتار مراقبت‌دهندگان، نیز بر کیفیت زندگی این بیماران و خانواده‌های آنها تأثیر دارد (دستیانفو و همکاران، ۲۰۰۸). از سوی دیگر یکی از مسائلی که در چارچوب کیفیت زندگی خانواده‌های بیماران سرطانی مطرح است، مسائل روانی، اجتماعی و روان‌شناختی بیماران سرطانی است که بر کیفیت زندگی، خانواده‌های آنان

اثر می‌گذارد (پلامن و فیش، ۲۰۰۵). سرطان ضمن ایجاد مشکلات جسمی برای مبتلایان سبب بروز مشکلات متعدد اجتماعی و روان‌شناختی برای والدین و اطرافیان آنها می‌شود که در این میان واکنش‌هایی مثل افسردگی، خشم و احساس گناه هم در این بیماران و هم خانواده‌های آنها مشاهده می‌شود. درمان متمرکز بر هیجان در کوتاه‌مدت بیماران را قادر می‌سازد که نگرش اطرافیان را درباره سرطان و تأثیر آن بر زندگی تنظیم کنند. در واقع هدف آنها افزایش توانایی مقابله با موانع ایجاد شده در اثر سرطان و کنترل موفق جنبه‌های عملی زندگی همراه با سرطان است. ممکن است لازم باشد که درمان‌گران زمان بیشتری از درمان را به موضوعاتی اختصاص دهد که بیشتر روی تجربه هیجانات مثبت متمرکز باشد. مخصوصاً هنگام کار با خانواده‌های که احساس افسردگی و ناامیدی می‌کنند (کیسانه، بلاچ، میاج، اسمیت، ۱۹۹۷). در تبیین این یافته می‌توان گفت کودکانی سرطانی نسبت به دیگر کودکان گوشه‌گیرتر، اعتماد به نفس پایین‌تر، احساس ناامیدی بیشتری داشته و نسبت به خود اطمینان کمتری دارند. این کودکان انعطاف‌پذیری و کنترل کمتری بر روی خود داشته و در ارتباط با دوستان خود مشکلات زیادی دارند (هویکو و لیجوس، ۲۰۰۸). توانایی تنظیم هیجانات نه تنها مهارت‌های اجتماعی (هانتر و همکاران، ۲۰۰۷)، بلکه کیفیت روابط بین شخصی و بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی فرد را بهبود می‌بخشد (سگرین و تیلور، ۲۰۰۷). این عوامل نه تنها رفتار اجتماعی را شکل می‌دهد بلکه بر احساس فرد از خود و دیگران نیز تأثیر می‌گذارند (آلدن و تیلور،

۲۰۰۴). به طور کلی مهارت‌های اجتماعی پایین، روابط بین شخصی ضعیف، بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی پایین، مشکلات قابل توجه در سازگاری شخصی، هیجانی و تنظیم هیجانات در خانواده‌های صاحب فرزند سرطانی (آلبرت، کهلر و واگنر، اسکولز، ۲۰۰۴) می‌شود.

همچنین نتایج حاکی از این بود که درمان مبتنی بر آموزش متمرکز هیجان باعث افزایش رضایت زناشویی، ارتباطات، حل تعارض و تحریف آرمانی در مرحله پس‌آزمون شده است. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های دیگر (برای مثال رسولی و همکاران، ۱۳۸۶؛ جانسون، ۲۰۰۴؛ لوی، ۲۰۰۸ و جوشی و تینگیو- جام، ۲۰۰۹) مبنی بر اینکه درمان متمرکز بر هیجان به طور معنی‌داری توانست درماندگی و نارضایتی بین زنان و شوهران دارای فرزند مبتلا به بیماری‌های مزمن را کاهش دهد همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت این رویکرد درمانی با نیازهای خاص والدین دارای فرزند با بیماری مزمن هماهنگی دارد. استرس و تهدید به فقدان، نیازها و رفتارهای دلبستگی را وسعت می‌دهد و اگر زوجین بتوانند با نیازهای یکدیگر در چنین موقعیتی پاسخگو باشند چنین بحرانی می‌تواند پیوند بین زوجین را قوی سازد. این رویکرد می‌تواند به زوج کمک کند با موقعیت استرس‌زا بهتر کنار آیند. بنابراین صاحب‌نظران معتقدند وقتی یک عضو خانواده یا یک واحد دوفردی برای درمان مشکلات خانوادگی مراجعه می‌کند شیوه درمان خانوادگی یا زناشویی مؤثرتر از درمان فردی است (ثنایی، ۱۳۸۱؛ به نقل از رسولی و همکاران، ۱۳۸۶). در واقع درمان متمرکز بر هیجان،

سایر پژوهش‌ها مبنی بر اثربخشی درمان‌های متمرکز بر هیجان در بیماری‌های مزمن، لازم است که به درمان‌های پزشکی اکتفا ننموده و با تأسیس مراکز مشاوره و روان‌درمانی و استفاده از مداخلات روان‌شناختی در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، در روند بهبود کیفیت زندگی و رضایت زناشویی خانواده‌های این بیماران و در نتیجه درمان بیماری آنها کمک مؤثری ارائه نمود.

سپاسگزاری: محققان بر خود لازم می‌دانند از کلیه مسئولان بیمارستان‌ها، پزشکان متخصص خون و خانواده‌های بیماران سرطانی شهر کرمانشاه که در امر این پژوهش همکاری کرده‌اند نهایت سپاسگزاری را داشته باشند.

منابع

- آسوده، محمدحسین (۱۳۸۹). «فاکتورهای ازدواج موفق از دیدگاه زوجین خوشبخت». پایان‌نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده. دانشگاه تهران، چاپ نشده.
- تباری، فاطمه؛ ذاکری‌مقدم، محمد؛ بحرانی، ناهید و منجمد، زهرا (۱۳۸۶). «بررسی کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان تازه تشخیص داده شده». *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*. ۱۳(۲): ۱۲-۵.
- رسولی، روشن؛ اعتمادی، ا؛ شفیع‌آبادی، عبدالله و دلاور، علی (۱۳۸۶). «مقایسه اثربخشی مداخله متمرکز بر هیجان به شیوه زوجی و فردی بر کاهش درماندگی رابطه زوجین دارای فرزند با بیماری مزمن». *فصلنامه خانواده‌پژوهی*. ۳(۱۱): ۶۸۴-۶۹۴.
- سلیمانیان، علی‌اکبر (۱۳۷۳). «بررسی تفکرات غیرمنطقی براساس رویکرد شناختی بر رضایت زناشویی». پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشکده علوم تربیتی تربیت معلم تهران.
- مردانی حموله، مرجان و شهرکی واحد، عزیز (۱۳۸۸). «ارتباط سلامت روانی و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی». *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*. ۱۸(۲): ۱۱۷-۱۱۱.

رویکردی ساختاریافته و کوتاه‌مدت در زوج درمانی است که بر پایه مفاهیمی روشن از مشکلات زناشویی و پاسخ‌های هیجانی عمل می‌کند بر طبق این دیدگاه آشفته‌گی‌های زناشویی، توسط حالت‌های فراگیر از عاطفه منفی و آسیب‌های دلبستگی، عدم توجه به نیازها و خواسته‌های درونی، الگوهای تعاملی منفی و تجربه هیجانی نامناسب ایجاد می‌شود و ادامه پیدا می‌کند. در واقع در این رویکرد سعی می‌شود هیجان‌ات، مورد شناسایی قرار گرفته و به پیام‌های قابل درک و رفتارهای سازنده تبدیل شوند. فقدان توانایی برای تفسیر موقعیت‌های هیجانی ممکن است مشکلاتی را در روابط بین فردی ایجاد کند. مهارت‌های هیجانی که به عنوان توانایی تشخیص و ابراز هیجان‌ات و همچنین توانایی همدلی با دیگران تعریف شده است (کوردوا، چی و وارن، ۲۰۰۵). باعث افزایش صمیمیت و احساس امنیت شده، انتقادپذیری را در فرد کاهش می‌دهد و در حفظ و تداوم یک ارتباط موفق ضروری است (دان هام، ۲۰۰۸). برقراری روابط صمیمی بین زوجین و فرزندان سبب می‌شود که فرد در برخورد با مسائل و مشکلات به نوعی خود را تنها نبیند و این امر سبب می‌شود فرد به درجه‌ای از رشد فردی، اجتماعی و هیجانی برسد و بتواند با دیگران روابط صمیمانه برقرار کند (پاتریک، ۲۰۰۷). همچنین می‌توان گفت هرگاه والدین هیجان‌های مثبت و منفی را تجربه و ابراز نمایند، مشتاق کمک به یکدیگر در مشکلات و مسائل زناشویی باشند. رضایت زناشویی مطلوبی دارند و از کیفیت این رابطه لذت می‌برند.

در مجموعه با توجه به نتیجه این پژوهش و

- Ahmadi, K.; Nabipoor, S. M.; Kimiaee, S. A. & Afzali, M. H. (2010). "Effect of family problem solving on marital satisfaction". *Journal of Applied Science*, 10(8): 682-687.
- Albert, U. S.; Koller, M.; Wagner, U. & Schulz, K. D. (2004). "Survival chances and psychological aspects of quality of life in patients with localized early stage breast cancer". *Inflammation Research*. 53 (Suppl. 2): 36° S141.
- Ashwill, J. D. (2001). "Nursing care of children principles and practice". Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Bamshad, Z.; Safikhani, F. (2006). "Assessment of mental health of women with breast cancer. Abstract Book of National congress of care in special diseases". Ahvaz; Ahvaz University of Medical Sciences. p.56. [Persian].
- Cordova, J. V.; Gee, C. B. & Warren, L. Z. (2005). "Emotional skillfulness in marriage: Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction". *Journal of Social and Clinical Psychology*. 24, 218 - 235.
- Costanzo, E. S.; Ryff, C. D.; Singer, B. H. (2011). "Psychosocial adjustment among cancer survivors: findings from a national survey of health and well-being". *Health Psychol.* 28 (2):147-56.
- Distefano, M.; Riccardi, S.; Capelli, G.; Costantini, B.; Petrillo, M. & Ricci, C. (2008). "Quality of life and psychological distress in locally advanced cervical cancer patients administered pre-operative chemo radiotherapy". *Gynecol Oncol.* 111 (1): 144 -50.
- Dunham, S. (2008). "Emotional skillfulness in Africa American marriage. Intimate safety as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction". *Unpublished Doctoral Dissertation*. The university of akron.
- Edalati, A. & Redzuan, M. (2010). "Perception of women towards familyvalue s and their marital satisfaction". *Journal of American Science*, 6(4): 132-137.
- Eisenberg, N.; Fabes, R. A.; Guthrie, I. K. & Reiser, M. (2009). "Dispositional emotionality and regulation: their role in predicting quality of social functioning". *Journal of Personality and Social Psychology*. 78, 136-157.
- Friðriksdóttir, N.; Saevarsdóttir, T.; Halfdánardóttir, SÍ. "Family members of cancer patients: Needs, quality of life and symptoms of anxiety and depression". *Acta Oncol* 2011; 50(2): 252-8.
- Garratt, A. M. & etal. (1997). "SF36 health survey questionnaire: an outcome measuring suitable for routine use within the NHS". *British Medical Journal*. 4(1),25 -35.
- Greenberg, Leslie J.; Warwar, Serine, H.; Malcolm, Wanda, M. (2010). "Differential Effects of Emotion-Focused Therapy and Psychoeducation in Facilitating Forgiveness and Letting Go of Emotional Injuries". *Journal of Counseling Psychology*. v55. N.2. p:185-196.
- Greenberg, Leslie J.; Warwar, Serine H.; Malcolm, Wanda M. (2010). "Differential Effects of Emotion-Focused Therapy and Psychoeducation in Facilitating Forgiveness and Letting Go of Emotional Injuries". *Journal of Counseling Psychology*. V.55. n.2. p: 185-196.
- Greenberg. L. S. & Watson, J. C. (2006). *Emotion Focused Therapy for*

- Depression*. Washington: American Psychological Association.
- Hassanpour, A.; Azari, E. (2006). "Quality of life and related factors in cancer patients". Abstract Book of National congress of care in special diseases. Ahvaz: Ahvaz University of Medical Sciences 2006. P: 42. [Persian]
- Hauenstein. E. J. (1990). "The experience of distress in parents of Chronically ill children: Potential or likely outcome?" *Journal of clinical child Psychology*. 19, 356- 364.
- Hopko, D. R. & Lejuez, C. W. (2008). *A cancer iii essss sssss oo vvercggggg depression and anxiety: Getting through treatment and getting back to your life*. NewYork: New Harbinger Press.
- Hopko, R. D.; Bell, L. J.; Armento, M.; Robertson S.; Mullane, Ch.; Wolf, N. & Lejuez, W. C. (2008). "Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting". *Original Research Article Behavior Therapy*. 39(2): 126-136.
- Huber, C. H.; Navarro, R. L.; Womble, M. W. & Mumme, F. L. (2010). "Family resilience and midlife marital satisfaction". *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*. 6(1): 1-10.
- Johnson. S.; M. (2004). *The practice of emotioanlly focused couple therapy*. [second Edition]. NewYork: Brunner poutledge.
- Joshi, S. & Thingujam, N. S. (2009). "Perceived emotional intelligence and marital adjustment: examining the mediating role of personality and social desirability". *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*. 1. 79-86.
- Kazak, A. (1989). "Families of chronically ill children: A systems and social-ecological model of adaptation and challenge". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57, 25-30.
- Kissane, D. W.; Bloch, S.; Miach, P.; Smith, G. C.; Seddon, A. & Keks, N. (1997). "Cognitive-existtial group therapy for patients with primary breast cancer-techniques and themes". *Psycho-Oncology*. 6: 25-33.
- Lechner, S. C.; Antoni, M. H.; Lydston, D.; LaPerriere, A.; Ishii, M.; Devieux, J.; Stanley H.; Ironson, G.; Schneiderman, N.; Brondolo, E.; Tobin, J. N. & Weis, S. (2003). "Cognitive° behavioral interventions improve quality of life in women with AIDS". *Journal of Psychosomatic Research*. 54: 253° 261.
- Levy, M. (2008). *Cancer fatigue: a review for psychiatrists*. *General Hospital Psychiatry*, 30: 233° 244.
- Mac Horney, C. A.; Ware, J. E. (Jr) & Raczek, A. E. (1993). "The MOS 36-Item short form health survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs". *Medical Care*, 31 (3), 247-263.
- Montazeri, A. & et al. (2005). "The short form of health survey (SF36): Translation and validation study of Iranian version". *Quality of Life Research*. 14,875-882.
- Moons, P. & Norekvål, T. M. (2006). "Is sense of coherence a pathway for improving the quality of life of patients who grow up with chronic diseases? Ahypothesis". *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 5(1), 16-20.
- Olson, David, & others (1989). *families whatmakes them work*. New York: Hamilton.
- Palmen, J. L. & Fish, M. J. (2005). "Association between symptom distress and survival in out- patients seen in a palliative care". *Journal of Pain Symptom Manage*. 29(6): 565-71.

- Patrick, S.; Sells, J. N.; Giordano, F. G. and Tollerud, T. R. (2007). "Intimacy, differentiation, and personality variables as predictors of marital satisfaction". *The Family Journal*. 15: 359_367.
- Perry, K. & Chang, Ch. (2007). *Quality of life assessment in women with breast cancer*. Health and Quality of life outcomes, 5(24): 1-14.
- Pos, Alberta, E. & Greenberg, Leslie, S. (2007). "Emotion-focused Therapy: The Transforming Power of Affect". *Journal of Contemporary Psychotherapy*. Vol.37, N.1, P: 25-36.
- Safae, A.; Moghimi-Dehkordi, B.; Zeighami, B.; Tabatabaee, H. & Pourhoseingholi, M. (2008). "Predictors of quality of life in breast cancer patients under chemotherapy". *Indian Journal of Cancer*. 45(3): 107° 111.
- Sloan, Denise, M. (2004). "Emotion-Focused Therapy: An Interview with Leslie Greenberg". *Journal of Contemporary Psychotherapy*. Vol. 34, N. 2, p: 105-116.
- Takahashi, T.; Hondo, M.; Nishimura, K.; Kitani, A.; Yamano, T. & Yanagita, H. (2011). "Evaluation of quality of life and psychological response in cancer patients treated with radiotherapy". *Radiation Medicine*. 26(7): 396° 401.
- Vanessa, C.; Bordwine, E.; Hubebner, S. E. (2010). "The Role of coping in mediating the relationship between positive affect and school satisfaction in adolescents". *Child Individ Res*. (3): 349-366.
- Walker, J.; Johnson. S. M.; Manion, I. & Cloutier, P. (2003). "Emotionally Focused intervention for couples with chronically ill children: A two year follow- up". *Journal of Marital and Family Therapy*. 28, 391-399.
- WHOQoL Group. (2007). *Measuring Quality of Life: the development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQoL)*. Geneva: World Health Organization.