

## مدل جدید زوج درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، برای بهبود حس انسجام و رضایت زناشویی مراقب و بیمار مبتلا به سرطان پروستات

### A New Model of Mindfulness-Based Couple Therapy for Improving the Sense of Coherence and Marital Satisfaction in Caregivers and Patients with Prostate Cancer

<https://dx.doi.org/10.52547/JFR.18.4.641>

*M. Firoozi, Ph.D.*

Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

✉ دکتر منیژه فیروزی

گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۳/۳

دریافت نسخه اصلاح‌شده: ۱۴۰۱/۱۰/۲۷

پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۳

#### Abstract

Cancer not only affects the patient's life but also changes the function of the family, especially the spouse as a caregiver. The aim of this article is to determine the effectiveness of couple therapy based on mindfulness for improving the sense of coherence and marital satisfaction in caregivers of patients suffering from prostate cancer. The method of this study was quasi-experimental within the framework of a pretest, posttest, follow-up (PPF) design.

#### چکیده

سرطان نه تنها زندگی بیمار بلکه زندگی خانواده و به‌ویژه همسر را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هدف از انجام این پژوهش، تعیین میزان اثربخشی درمان زوجی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، برای بهبود حس انسجام و رضایت زناشویی مراقب بیمار مبتلا به سرطان پروستات بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با پیگیری سه‌ماهه بود. در این مطالعه، ۶۳ زوج بیمار مبتلا به سرطان و مراقب او (همسر) که به بیمارستان شهدای تجریش مراجعه می‌کردند، داوطلبانه شرکت کردند.

✉ Corresponding author: Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Tehran, Iran  
Email: [mfiroozy@ut.ac.ir](mailto:mfiroozy@ut.ac.ir)

✉ نویسنده مسئول: تهران، پل گیشا، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه روان‌شناسی  
پست الکترونیکی: [mfiroozy@ut.ac.ir](mailto:mfiroozy@ut.ac.ir)

In this study, 63 couples of cancer patients and their caregiver from the Shohada Tajrish Hospital volunteered to participate in the study. The six session protocol was conducted. In this research, Antonovsky's Sense of Coherence Scale and Enrich marital satisfaction questionnaire were used. Findings showed that couple therapy based on mindfulness significantly improved the sense of cohesion and increased marital satisfaction in women who care for their husbands. According to the results of the study, it can be argued that interventions concentrate on unmet needs of caregivers can enable them to carry on.

**Keywords:** Cancer, Patient-Caregiver, Couple Therapy, Sense of Coherence, Marital Satisfaction.

آن‌ها به‌طور تصادفی به دو گروه مداخله و لیست انتظار تقسیم شدند. برنامه مداخله شش جلسه‌ای برای آن‌ها اجرا شد. در این پژوهش، پرسش‌نامه‌های حس انسجام آنتونوسکی و رضایت زناشویی انریچ به کار گرفته شد. یافته‌ها نشان داد که زوج‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، به‌طور معناداری برای تقویت حس انسجام و افزایش رضایت زناشویی زنانی که از همسر مبتلا به سرطان خود مراقبت می‌کنند، اثربخش بوده است. با توجه به نتایج پژوهش می‌توان بیان کرد که مداخله‌هایی که نیازهای برآورده‌نشده مراقب بیمار را مورد توجه قرار دهد، می‌تواند توانمندی آن‌ها را برای ادامه مسیر بیشتر سازد.

**کلیدواژه‌ها:** سرطان، بیمار - مراقب، زوج‌درمانی، حس انسجام، رضایت زناشویی.

## مقدمه

در سال ۲۰۲۲، انجمن سرطان آمریکا<sup>۱</sup> ۱.۹ میلیون بیمار جدید سرطان را اعلام کرد که حدود ۶۰۹/۳۶۰ از آن‌ها به همین دلیل فوت کردند (دی سنتیز و همکاران،<sup>۲</sup> ۲۰۲۲). پیش‌بینی شده است که سرطان در ایران تا سال ۱۴۰۴ به ۱۶۰ هزار مبتلای جدید افزایش پیدا کند که این رقم در مقایسه با زمان حال ۴۳ درصد افزایش می‌یابد. این عدد درباره سرطان پروستات تا ۶۷ درصد افزایش خواهد بود (روشندل و همکاران، ۲۰۲۱). سرطان پروستات شایع‌ترین سرطان در بین مردان است و به‌شدت بر عملکرد جنسی آن‌ها و در نتیجه کیفیت رابطه با همسر تأثیر می‌گذارد (هایاشی، ۲۰۲۲). با بهبود امکانات پزشکی، تعداد بیشتر بیماران زنده می‌مانند و دوره‌های ماندن در بیمارستان کوتاه شده است؛ اما خانواده و به‌ویژه همسر بیش از پیش با پیامدهای سرطان درگیر می‌شوند (گاوینا و همکاران،<sup>۳</sup> ۲۰۱۹). در این بین، خانواده به‌عنوان کانون اصلی مراقبت از بیمار، به‌شدت تحت تأثیر این بیماری و پیامدهای آن قرار دارد. اعضای خانواده هرکدام از این شرایط تأثیر می‌گیرند و از طرف دیگر بر سازگاری بیمار تأثیر می‌گذارند (آی و همکاران،<sup>۴</sup> ۲۰۱۷). در اغلب مواقع، همسر است که نقش مراقب اصلی را ایفا می‌کند و همسرش را در مراکز درمانی همراهی کرده و در منزل مسئولیت تثبیت شرایط پزشکی او را بر عهده می‌گیرد. طیف گسترده‌ای از مسئولیت‌ها، حمایت‌های

عاطفی، مراقبت‌های جسمی، مدیریت نشانه‌ها و عوارض جانبی درمان و فراهم‌ساختن امکانات مادی، همه بر دوش مراقب است. مراقب همه شرایط را برای بیمار فراهم می‌کند، اما معمولاً نیازهای شخصی و احساسی خودش فراموش می‌شود (گلاگر و همکاران،<sup>۵</sup> ۲۰۱۷). به دلیل اهمیت این روابط و اثر آن بر روند بیماری، در سال‌های اخیر، اصطلاح زوج بیمار - مراقب<sup>۶</sup> متداول گردیده است (ترا و همکاران،<sup>۷</sup> ۲۰۱۵).

فشار مسئولیت‌ها و وظایف مراقب در بیماری سرطان آن‌چنان سنگین است که ابعاد جسمی، روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی پیدا می‌کند (پلاسیو و همکاران،<sup>۸</sup> ۲۰۱۸). از زمانی که ابتلای بیمار تشخیص داده می‌شود، دشواری‌های حاصل از بیماری و درمان بار سنگینی بر دوش مراقب می‌گذارد. برای نمونه، در فرایند دوره‌های پرتودرمانی، زوج مجبورند، به‌طور منظم، برای درمان به بیمارستان مراجعه کنند. این همراهی، مستلزم پذیرفتن نقش‌هایی است که پیش از این زوج‌ها با آن آشنایی نداشتند (جیانگ و همکاران،<sup>۹</sup> ۲۰۱۵). بیشتر فشارهایی که زوج بیمار - مراقب تحمل می‌کند، استرس‌های هیجانی است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند میزان تجربه استرس هیجانی در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان، ۵۲ تا ۹۴ درصد است که به کاهش حس انسجام می‌انجامد (والماکی و همکاران،<sup>۱۰</sup> ۲۰۰۹). هینز و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهش خود آشکار کردند که در بیماران مبتلا به سرطان و مراقب آن‌ها، در صورتی که منابع شخصی کمی برای مقابله با بیماری داشتند، حس انسجام ادراک‌شده کمتر بود. احساس انسجام<sup>۱۱</sup>، مکانیسم روان‌شناختی است که افراد را در مقابل عوامل استرس‌زای زندگی محافظت می‌کند و چگونگی ادراک آن‌ها از زندگی، دنیا و وقایع را بازنمایی می‌نماید. آنتونوسکی<sup>۱۲</sup> (۱۹۹۳) نظریه‌پرداز حس انسجام، این مفهوم را برای ارتقای بهزیستی معرفی کرد. از دیدگاه او این مفهوم سه مؤلفه دارد: ۱. درک‌پذیری (پیش‌بینی‌پذیری ابعاد زندگی)؛ ۲. توانایی مدیریت (به‌کارگیری صحیح منابع مقابله)؛ ۳. معنابخشی به چالش‌ها و جذابیت‌های زندگی. به بیان دیگر، افرادی با حس انسجام بالا، امور روزمره زندگی را بیشتر پیش‌بینی‌پذیر، قابل‌کنترل و معنادار ادراک می‌کنند. حس انسجام با بهزیستی و توان مقابله بالا در مشکلات، سلامت رابطه را در پی دارد (اریکسون و لینستروم،<sup>۱۳</sup> ۲۰۰۶). به عبارتی، از دیدگاه افرادی که احساس انسجام قوی‌تری دارند، چالش‌های زندگی ارزش‌جنگین دارد. اگرچه این متغیر در مورد مراقبان بیماران مبتلا به سرطان کمتر مطالعه شده است، به نظر می‌رسد، در چنین موقعیت دشواری، حس انسجام به‌مثابه سرمایه روان‌شناختی باارزشی عمل می‌کند. اگر بتوان آن را تقویت کرد، مراقب در مقابل فشارها کمتر شکننده می‌شود.

سرطان همچنین می‌تواند بر رضایت زناشویی زوجین اثرات منفی به بار آورد. در پژوهشی، بدر و همکاران<sup>۱۴</sup> (۲۰۱۶) نشان دادند که نیازهای برآورده‌نشده زوج بیمار - مراقب بر رضایت زناشویی<sup>۱۵</sup> آن‌ها اثر می‌گذارد. برخی از این نیازها شامل تعادل بین مسئولیت و نقش در مقابل زمانی بود که مراقب به خودش اختصاص می‌داد. آن‌ها ابراز کردند که فرصتی برای فعالیت‌های اجتماعی و تفریح با هم نداشتند. ۸۳ درصد این زوج‌ها در زمان درمان، در روابطشان تعارض‌ها و تنش‌هایی را تجربه کردند و روابط صمیمی و نزدیک بین آن‌ها کاهش یافته بود (کولینز و همکاران،<sup>۱۶</sup> ۲۰۱۳). پژوهش‌ها نشان داده است که اگر رضایت زناشویی بالا باشد، در کیفیت تعامل زوج بیمار - مراقب تأثیر مثبتی دارد (جیانگ و همکاران،<sup>۱۷</sup> ۲۰۱۵). رضایت زناشویی در زوجی که درگیر سرطان هستند، بسیار پیچیده است و نیاز به درک عمیقی از رابطه دارد. در پژوهش مان و همکاران<sup>۱۸</sup> (۲۰۱۶) نشان داده شد که هم بیان هیجان‌های منفی و هم سرکوب آن‌ها موجب کاهش رضایت

زناشویی می‌شد، در حالی که اگر آن‌ها رفتارهای حمایت‌گرانه<sup>۱۹</sup> ابراز می‌کردند، رضایت زناشویی افزایش می‌یافت. بنابراین، اگر مداخله‌ای بتواند بر نیازهای مفقودشدهٔ زوج و نیازهای سرکوب‌شدهٔ مراقب تمرکز نماید و آن‌ها را تشویق کند تا تعامل حمایت‌گرانه‌ای با هم داشته باشند، رضایت زناشویی آن‌ها بهبود خواهد یافت.

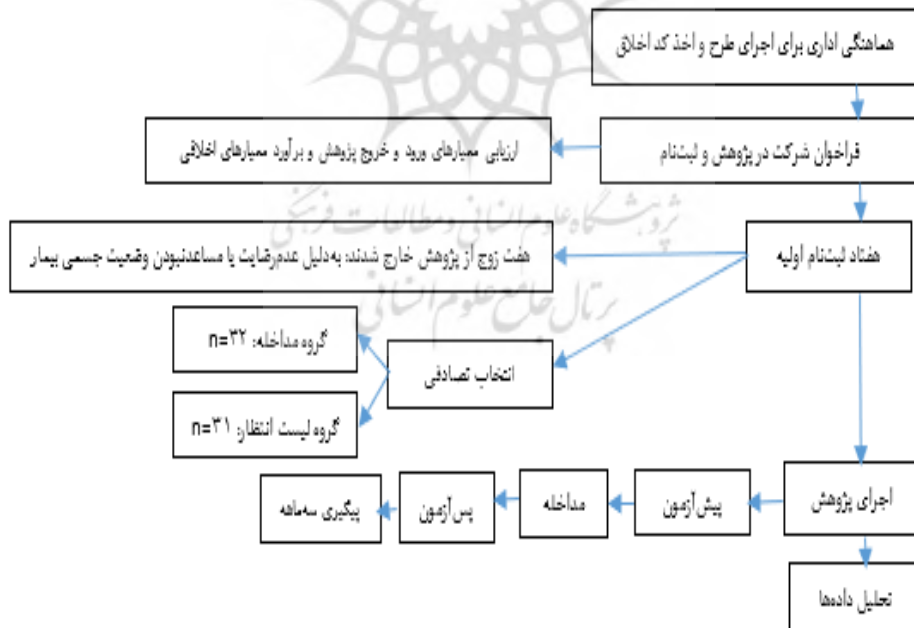
در سال‌های اخیر، برای بهبود روابط بین زوج‌ها، برنامه‌های مداخلهٔ روان‌شناختی متعددی طراحی شده و اثربخشی آن‌ها مورد مطالعه قرار گرفته است. برای نمونه، در پژوهشی شارون و همکاران (۲۰۱۹)، مداخله‌ای را برای افزایش صمیمیت بین زوج‌های بیمار - مراقب به کار بردند و آن را در مقایسه با مراقبت‌های روان‌شناختی معمول کارآمدتر یافتند. زیمرمن<sup>۲۰</sup> (۲۰۱۹) درمان روابط جنسی را برای بهبود سازگاری هر دو طرف زوج بیمار - مراقب به کار برد. مان و همکاران<sup>۲۱</sup> (۲۰۱۹) بین زوج‌درمانی حمایتی و زوج‌درمانی تکلیف‌مدار مقایسه‌ای انجام دادند و دریافتند که برای زوج‌های درگیر با سرطان، درمان‌های حمایتی اثربخش‌تر است. دشیلد و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند که هم بیمار و هم مراقب، درمان‌دگی، اضطراب و افسردگی قابل‌توجهی را تجربه می‌کردند. در عین حال، تاب‌آوری عاملی بود که این آشفتگی هیجانی را تعدیل می‌کرد. تایت و پرت<sup>۲۲</sup> (۲۰۲۲) مداخله‌های دونفره با هدف حمایت از زوج‌های بیمار - مراقب اجرا کردند. نتیجهٔ جالب‌توجهی که به دست آوردند این بود که مداخلات دونفرهٔ بیمار - مراقب بیش از مداخلات فردی مؤثر بود. بنابراین، برای اثربخشی بیشتر در این مطالعه، درمان زوجی به کار رفت. در سال‌های اخیر استفاده از درمان‌های روان‌شناختی الکترونیک برای بهبود کیفیت زندگی زوج بیمار - مراقب متداول شده، اما نتایج متاآنالیز نشان داده اگرچه این درمان‌ها افسردگی را در بیماران کاهش داده و کیفیت زندگی آن‌ها را بهبود بخشیده، تأثیری بر بار مراقبت از بیمار و بهبود وضعیت مراقب نداشته است (لی و همکاران، ۲۰۲۲). به همین دلیل، در پژوهش حاضر، روش مداخلهٔ حضوری بر روش الکترونیک برتری داشت. آل جواهری و همکارانش (۲۰۲۰) برای بیماران کاندیدای پیوند مغز استخوان و مراقبان آن‌ها مداخلهٔ روانی - اجتماعی چندوجهی کوتاه‌مدت به کار بردند و نتیجه گرفتند که کیفیت زندگی، خلق‌وخو، سبک مقابله و خودکارآمدی بهبود پیدا کرده بود و در عین حال، بار مراقبتی را در طول دورهٔ حاد پیوند کاهش داد. رستموند و همکارانش (۲۰۲۲) با اجرای برنامهٔ آموزشی توانمندسازی خودمراقبتی، مبتنی بر مدیتیشن، تلاش کردند افسردگی همسران بیماران مبتلا به سرطان پستان را کاهش داده و عملکرد خانوادهٔ آن‌ها را بهبود بخشند. نتیجهٔ این برنامه موفقیت‌آمیز بود. زوج‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ابتدا برای حل تعارض‌های بین بیمار مبتلا به درد مزمن و همسرش، توسط کانو و همکارانش (۲۰۱۸) ابداع شد.

این روش به دلیل سادگی و دربرداشتن تکنیک‌های دونفره برای اجرایی‌شدن در این پژوهش انتخاب شد. در این پژوهش، آموزش آرامش‌ورزی و مراقبه، تصویرسازی ذهنی زوجی، یادآوری خاطرات مشترک گذشته، موقعیت‌های فراموش‌شده، مانند سالگرد ازدواج، جهت‌دهی ارزش‌ها، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، تنظیم و تعهد به برنامهٔ شخصی روزانه و حل مسئله بر اساس ارزش‌ها و اهداف، راهی برای تقویت رضایت زناشویی و انسجام درونی مراقب و بیمار فراهم می‌سازد. برای اولین بار است که این درمان برای زوج درگیر با سرطان به کار می‌رود. از طرف دیگر، سرطان پروستات به این دلیل انتخاب شد که در روابط جنسی بیمار و همسر تداخل ایجاد می‌کند و روابط طبیعی آن‌ها بیش از سرطان‌های دیگر مختل می‌شود. هدف این پژوهش، اثر زوج‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر رضایت زناشویی و حس انسجام مراقب و بیمار مبتلا به سرطان بود.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

در این طرح نیمه‌آزمایشی، گروهی از بیماران مبتلا به سرطان پروستات و همسرانشان که به بیمارستان شهدای تجریش (مرکز تحقیقات سرطان) مراجعه کرده بودند، به آگهی برای شرکت در پژوهش پاسخ دادند. از میان آن‌ها، افرادی که با معیارهای پژوهش همخوانی داشتند، برای انجام پژوهش دعوت شدند و در قالب زوج بیمار - مراقب در پژوهش شرکت کردند. معیارهای ورود به پژوهش شامل مراقبت از بیمار مبتلا به سرطان پروستات، گذشت بیش از پنج سال از ازدواج، گذشت حداقل یک سال از بیماری همسر بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل مجرد بودن بیمار (شخصی به غیر از همسر مراقبت را بر عهده دارد)، وضعیت وخیم جسمی بیمار و طبقه‌بندی بیمار در مرحله اول یا دوم بیماری بود. ابتدا آن‌ها به‌طور داوطلبانه ثبت‌نام و فرم رضایت‌نامه را تکمیل کردند. در مرحله بعد، به‌طور تصادفی در دو گروه مداخله ( $n=32$ ) و لیست انتظار ( $n=31$ ) جایگزین شدند. به آن‌ها اعلام شد هر زمان که مایل بودند می‌توانند پژوهش را ترک کنند. به دلایل شخصی و نامساعد بودن وضعیت جسمی بیماران، هفت زوج از فرایند پژوهش خارج شدند. سه ماه پس از انجام مداخله، آن‌ها دوباره ارزیابی شدند تا اثربخشی درمان در طول زمان نیز مطالعه شود. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار و آزمون‌های تحلیل واریانس چندراهه و یک‌طرفه استفاده شد.



## مداخله زوج‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

این مداخله را کانو و همکارانش (۲۰۱۸) در دانشگاه وین<sup>۲۲</sup> در آمریکا تهیه کرده‌اند. مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی است و به زوج کمک می‌کند تا باهم و به کمک هم، تمرین‌های مراقبه را انجام دهند، نسبت به ذهن و بدن خود آگاهی پیدا کنند و شنونده خوبی برای احساسات و رنج‌های یکدیگر شوند. این تمرین‌ها نه تنها به تن‌آرامی آن‌ها کمک می‌کند، بلکه تعارض‌های ناشی از پشت‌سرگذاشتن شرایط دشوار را کاهش می‌دهد (کانو و همکاران، ۲۰۱۸). پروتکل دارای شش جلسه درمانی است. هر جلسه یک ساعت به طول می‌انجامد. این مداخله تمرین‌های زوجی درون منزل هم دارد. خلاصه جلسات در جدول ۱ بیان شده است. این روش تاکنون برای زوج بیمار مبتلا به درد مزمن و همسرش که مسئولیت مراقبت از او را بر عهده داشته اجرا شده است. پروتکل را فیروزی و روحی در سال ۲۰۲۰ به فارسی برگرداندند و با متناسب‌سازی با فرهنگ بومی، آن را برای بیماران مبتلا به درد مزمن و همسرانشان اجرایی کردند. در پژوهش حاضر، این پروتکل به صورت زوجی و توسط متخصص دکتراي روان‌شناسی سلامت اجرا شد.

جدول ۱: خلاصه پروتکل مداخله زوج‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (کانو و همکارانش، ۲۰۱۸)

جلسه	اهداف جلسه	تمرین در جلسه	تمرین در منزل
اول	ارتباط درمانی با مراجعین، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته برای درک وضعیت کنونی در خانواده و نحوه کنار آمدن با مشکلات، آشنایی هریک از زوجین با منطق مداخله معرفی ذهن‌آگاهی و عمل بر اساس ارزش‌ها	معرفی تمرین آرام‌سازی تنفسی معرفی تمرین جشن سالگرد ازدواج	تمرین آرام‌سازی تنفسی در منزل تکمیل کردن تمرین جشن سالگرد
دوم	آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی و افزایش هشیاری در لحظه و توجه به احساسات بدنی مشخص کردن ارزش‌های بالقوه و تمرینات مستمر بیان اشکال ارزش‌ها و ارزیابی میزان که هر فرد با ارزش‌های زندگی خود دارد	مرور تمرین آرام‌سازی تنفسی معرفی مراقبه آرام‌سازی اعضای بدن شروع گسترش دادن ارزش‌هایی که در تمرین سالگرد ازدواج مشخص شده‌اند	تمرین مراقبه اعضای بدن کامل کردن تمرین ارزش‌ها
سوم	تعیین رفتارها و هدف‌های مشخص هم‌راستا با ارزش‌ها ادامه مهارت‌های ذهن‌آگاهی با تمرین بودن در لحظه و آگاهی از افکار	مرور تمرین مراقبه عضلات بدنی معرفی تمرین مراقبه برگ‌ها روی جریان آب روان مرور ارزش‌های مطرح شده در جلسات گذشته معرفی اهدافی که در ارتباط با ارزش‌ها مطرح می‌شوند	تمرین مراقبه برگ‌ها روی جریان آب روان کامل کردن گسترش اهداف تمرین مراقبه برگ‌ها روی جریان آب روان کامل کردن گسترش اهداف
چهارم	تمرین زوجی ذهن‌آگاهی تشخیص و حل مسئله بر اساس ارزش‌ها و اهداف رفتار تمرین مهارت‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برای ارتباط متقابل و تمرین مهارت‌های انعطاف‌پذیری شامل گوش دادن همراه با ذهن‌آگاهی و پاسخ‌دهی همراه با انتقال احساسات مثبت به همسر	مرور مراقبه برگ‌ها روی جریان آب معرفی مراقبه نگهداری ذهن‌آگاهی مرور تمرین گسترش اهداف مرتبط با ارزش‌ها انتخاب یک هدف و کامل کردن آن (عمل بر اساس ارزش‌ها)	تمرین نگهداری ذهن‌آگاهی کامل کردن عمل بر اساس ارزش‌ها

<p>تمرین شناسایی و آشکارسازی هیجانات مثبت درباره همسر (تمرین دوبه‌دو)</p>	<p>یادگیری مهارت‌های گوش‌دادن، برقراری ارتباط همراه با ذهن‌آگاهی تمرین شناسایی و آشکارسازی هیجانات منفی مرتبط با نشانه‌های بیماری و استرس در حضور همسر</p>	<p>تمرین زوجی ذهن‌آگاهی تشخیص و حل مسئله بر اساس ارزش‌ها و اهداف رفتار اقدام به مهارت‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برای ارتباط متقابل و تمرین مهارت‌های انعطاف‌پذیری عقلانی شامل گوش‌دادن همراه با ذهن‌آگاهی و پاسخ‌دهی همراه با انتقال احساسات مثبت به همسر</p>	<p>پنجم</p>
<p>مرور شناسایی و آشکارسازی افکار منفی مرتبط با نشانه‌ها در حضور همسر تمرین گوش‌دادن توأم با ذهن‌آگاهی و توجه به هیجان‌های طرف مقابل</p>	<p>مرور مراقبه دوست‌داشتن توأم با مهربانی مرور عمل بر اساس ارزش‌ها</p>	<p>ترکیب مهارت‌های آموخته‌شده در حین مداخله شناسایی مهارت‌های انعطاف‌پذیری روانی و منطقی و ادامه تمرین‌ها بعد از درمان چالش‌های حل مسئله که می‌تواند رفتارها را از بین ببرد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و عقلانی</p>	<p>ششم</p>
<p>برنامه فردی برای ادامه تمرین‌ها گسترش مرزها برای یافتن راه‌حل‌ها ادامه تمرین‌ها در برنامه شخصی روزانه</p>			<p>بعد از درمان</p>

## ابزار سنجش

**پرسش‌نامه رضایتمندی زناشویی انریچ:** به عنوان ابزار اندازه‌گیری معتبر، دو نسخه ۱۱۵سؤالی و ۱۲۵سؤالی دارد و دارای ۱۲ خرده‌مقیاس دارد. اولسون و فوورز آنرا در سال ۱۹۸۹ ساختند. از این ابزار برای ارزیابی زمینه‌های بالقوه آسیب‌زا یا شناسایی زمینه‌های توانمندساز استفاده می‌شود. مقیاس اول آن ۵سؤالی و سایر مقیاس‌های آن هرکدام ۱۰ سؤال دارد. پرسش‌نامه انریچ خصوصیات روان‌سنجی قوی دارد. همسانی درونی آن در دامنه‌های از ۰.۷۳ تا ۰.۹۰ تخمین زده می‌شود. اعتبار این آزمون با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و با روش بازآزمایی برای مردان ۰.۹۳ و برای زنان ۰.۹۴ به دست آمده است. همچنین در بررسی روایی این آزمون، ضریب همبستگی آن با مقیاس‌های رضایت خانوادگی از ۰.۴۱ تا ۰.۶۰ و با مقیاس‌های رضایت زندگی از ۰.۳۲ تا ۰.۴۱ است. نشانه روایی سازه همه خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه انریچ زوج‌های راضی و ناراضی را متمایز می‌کند. فوورز و السن (۱۹۹۳) دریافتند که انریچ می‌تواند بین زوجین متأهل شاد و زوجین متأهل ناشاد با حدود ۸۵ درصد تا ۹۵ درصد دقت تمایز بگذارد. با توجه به طولانی‌بودن سؤال‌های مقیاس، فرم‌های متعددی از آن استخراج شده است که در این پژوهش از فرم ۴۷سؤالی آن استفاده شده است. در ایران، اولین بار سلیمانیان (۱۳۷۳) همبستگی درونی آزمون را برای فرم بلند ۹۳/ و برای فرم کوتاه ۹۵/ محاسبه و گزارش کرده است.

**پرسش‌نامه احساس انسجام آنتونوسکی:** در این پژوهش، پرسش‌نامه احساس انسجام (۲۰۰۶) مورد استفاده قرار گرفت. این پرسش‌نامه آزمونی ۳۵سؤالی دارد که ۳ یا ۵گزینه‌ای است و گزینه‌ها با مقیاس لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. به این صورت که آزمودنی به هریک از دو گزینه اول پاسخ دهد، ۳ که بالاترین امتیاز است به وی داده می‌شود و چنانچه به هریک از دو گزینه آخر پاسخ دهد، ۱ را که پایین‌ترین امتیاز

است، دریافت می‌کند. حداقل و حداکثر نمره‌ای که آزمودنی از این مقیاس می‌گیرد، به ترتیب ۳۵ و ۱۰۵ خواهد بود. این پرسش‌نامه متشکل از سه زیرمقیاس فهم‌پذیری (توانایی درک)، توانایی مدیریت و معناداری است. فلنسبرگ پایایی پرسش‌نامه را با روش آلفای کرونباخ ۰.۸۷ گزارش داده است. ضریب پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰.۹۳ محاسبه شده است. برای تعیین اعتبار سازه از یک سؤال کلی محقق‌ساخته که میزان احساس انسجام را بازنمایی می‌کرد، روی مقیاس ۱۰ درجه‌ای، از ۱ کاملاً مخالف تا ۱۰ کاملاً موافق، استفاده گردید.

## بیان یافته‌ها

در پژوهش حاضر، ۶۳ زوج بیمار مبتلا به سرطان پروستات و همسرانشان شرکت کردند که ۳۲ نفر آن‌ها در گروه مداخله و ۳۱ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. میانگین سنی گروه مداخله ۵۱/۱۳ با انحراف معیار ۵/۶ و میانگین سنی گروه لیست انتظار ۵۱/۴۳ با انحراف معیار ۵/۱۲ بود. میانگین زمانی که از تشخیص گذشته بود تا زمان پژوهش، به ترتیب در گروه مداخله ۱/۵ سال با انحراف معیار ۶/۳ ماه و در لیست انتظار ۱/۴ سال با انحراف معیار ۶/۱ ماه بودند. در گروه مداخله، ۵۳ درصد در مرحله ۳ و ۴ بیماری (مرحله پایان زندگی) و ۵۵ درصد گروه لیست انتظار در مرحله ۳ و ۴ بیماری قرار داشتند. ۳۰ درصد بیماران تحت درمان تلفیقی پزشکی قرار داشتند و در هیچ‌کدام از دو گروه سابقه اختلالات روان‌پزشکی جدی مشاهده نشد.

جدول ۲: اطلاعات جمعیت‌شناختی مربوط به بیمار و مراقب

مراقب	بیمار	متغیرها	
۴۸٪	۴۹٪	دیبلم و پایین‌تر	تحصیلات
۵۲٪	۵۱٪	دانشگاهی	
۵۱٪	۳۷٪	کمتر از ۵۰ سال	سن
۴۹٪	۶۳٪	بیشتر از ۵۰ سال	
	۲۴٪	کمتر از ۶ ماه	مدت بیماری
	۴۷٪	۶ ماه تا ۲ سال	
	۲۹٪	بیشتر از ۲ سال	
	۴۵٪	مرحله ۱ و ۲	مرحله بیماری
	۵۵٪	مرحله ۳ و ۴ (مرحله پایانی)	
	۱۲٪	پرتودرمانی	نوع درمان
	۳۶٪	شیمی‌درمانی	
	۲۲٪	جراحی	
	۳۰٪	تلفیقی	
	۶۴٪	صفر	عود بیماری
	۲۲٪	حداقل یک بار	
	۱۴٪	بیش از یک بار	

در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های رضایت زناشویی و احساس انسجام گزارش شده است. به دلیل طولانی‌بودن مؤلفه‌های رضایت زناشویی، از گزارش تعدادی از مؤلفه‌های رضایت زناشویی صرف‌نظر شد.



جدول ۳: میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های رضایت زناشویی و احساس انسجام

بیمار		مراقب		آزمون‌ها	گروه‌ها	متغیرها
M	SD	M	SD			
۲۰/۷۳	۲/۵۸	۱۹/۶۳	۳/۲۶	پیش‌آزمون	مداخله	رضایت زناشویی
۲۴/۳۵	۳/۴۵	۲۴/۴۵	۳/۳۴	پس‌آزمون		
۲۱/۲۷	۲/۲۴	۲۰/۱۲	۳/۷۴	پیش‌آزمون	لیست انتظار	
۲۰/۲۵	۲/۶۳	۱۹/۸۹	۳/۱۵	پس‌آزمون		
۱۷/۷۴	۳/۶۵	۱۸/۶۳	۲/۳۵	پیش‌آزمون	مداخله	روابط جنسی
۱۹/۸۷	۲/۱۴	۲۰/۳۶	۲/۷۳	پس‌آزمون		
۱۷/۳۸	۲/۴۶	۱۸/۲۹	۲/۶۲	پیش‌آزمون	لیست انتظار	
۱۷/۸۶	۲/۴۷	۱۸/۴۸	۱/۹۸	پس‌آزمون		
۱۸/۵۵	۳/۴۳	۱۷/۷۲	۲/۲۵	پیش‌آزمون	مداخله	حل تعارضات زوجین
۲۳/۸۳	۲/۲۵	۲۳/۶۳	۲/۳۵	پس‌آزمون		
۱۸/۷۶	۲/۲۴	۱۷/۰۷	۲/۶۳	پیش‌آزمون	لیست انتظار	
۱۷/۷۶	۳/۵۲	۱۶/۷۶	۲/۲۴	پس‌آزمون		
۱۵/۱۴	۳/۲۵	۱۵/۵۱	۲/۶۹	پیش‌آزمون	مداخله	فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت
۱۸/۶۵	۲/۵۳	۱۷/۴۲	۳/۶۸	پس‌آزمون		
۱۶/۶۶	۳/۷۵	۱۵/۶۴	۳/۸۰	پیش‌آزمون	لیست انتظار	
۱۶/۳۷	۲/۷۴	۱۵/۳۵	۳/۳۵	پس‌آزمون		
۱۶/۸۶	۲/۸۴	۱۶/۱۲	۲/۴۷	پیش‌آزمون	مداخله	مدیریت مالی
۱۶/۲۵	۲/۲۴	۱۶/۷۹	۳/۳۵	پس‌آزمون		
۱۶/۷۴	۲/۳۵	۱۶/۶۳	۳/۶۴	پیش‌آزمون	لیست انتظار	
۱۶/۲۷	۲/۴۶	۱۶/۶۸	۴/۲۶	پس‌آزمون		
۱۹/۶۴	۱/۵۳	۱۹/۵۱	۳/۷۳	پیش‌آزمون	مداخله	ارتباط زوجین
۲۴/۳۵	۲/۲۴	۲۴/۷۶	۲/۶۴	پس‌آزمون		
۱۹/۸۶	۲/۴۶	۱۹/۹۸	۳/۳۵	پیش‌آزمون	لیست انتظار	
۱۹/۱۲	۲/۲۴	۱۹/۵۴	۳/۳۵	پس‌آزمون		
۲۰/۴۷	۲/۲۳	۲۰/۰۴	۳/۳۳	پیش‌آزمون	مداخله	رضایت زناشویی کل
۲۲/۷۴	۱/۲۴	۲۲/۸۳	۳/۲۴	پس‌آزمون		
۲۰/۵۲	۲/۶۴	۲۰/۲۱	۴/۳۴	پیش‌آزمون	لیست انتظار	
۲۰/۰۳۶	۳/۳۵	۲۰/۰۵	۴/۴۶	پس‌آزمون		
۶۵/۵۶	۵/۷۴	۶۵/۴۳	۶/۷۵	پیش‌آزمون	مداخله	قابل درک بودن
۷۱/۲۳	۵/۷۵	۷۱/۰۲	۶/۳۵	پس‌آزمون		
۶۶/۵۵	۶/۰۳	۶۶/۵۳	۶/۴۵	پیش‌آزمون	لیست انتظار	
۶۶/۵۳	۵/۴۳	۶۶/۱۹	۵/۵۶	پس‌آزمون		
۳۶/۶۹	۷/۷۹	۳۶/۳۵	۵/۹۷	پیش‌آزمون	مداخله	قابل مدیریت بودن
۴۸/۳۶	۶/۵۳	۴۸/۶۴	۵/۴۷	پس‌آزمون		
۳۶/۶۵	۶/۹۷	۳۶/۷۴	۶/۵۷	پیش‌آزمون	لیست انتظار	
۳۶/۱۳	۶/۰۸	۳۶/۱۶	۶/۷۳	پس‌آزمون		
۲۹/۷۶	۴/۹۷	۳۰/۶۷	۵/۵۶	پیش‌آزمون	مداخله	معنادار بودن وقایع
۳۶/۵۸	۳/۵۷	۳۹/۵۷	۴/۴۲	پس‌آزمون		
۲۸/۳۵	۴/۶۴	۲۹/۴۶	۵/۷۶	پیش‌آزمون	لیست انتظار	
۲۸/۹۶	۴/۸۶	۳۰/۳۵	۵/۴۷	پس‌آزمون		
۹۴/۳۴	۹/۷۹	۹۸/۰۱	۱۰/۳۸	پیش‌آزمون	مداخله	حس انسجام کل
۱۰۰/۳۷	۸/۶۴	۱۰۳/۷۵	۱۲/۳۷	پس‌آزمون		
۹۳/۸۴	۱۱/۴۶	۹۵/۷۹	۱۲/۳۶	پیش‌آزمون	لیست انتظار	
۹۲/۹۷	۱۱/۴۳	۹۶/۷۵	۱۳/۲۴	پس‌آزمون		

پیش از اجرای آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر، ابتدا پیش‌فرض‌های آن، از جمله ام‌باکس، بررسی شد. در گام بعدی، برای استفاده از نتایج مربوط به تحلیل واریانس چندمتغیری، پیش‌فرض دیگری از آن، یعنی مفروضهٔ کرویت بررسی شد. نتایج آزمون موچلی برای همهٔ مؤلفه‌ها معنادار نبود ( $P > 0/05$ ). این بدین معناست که مفروضهٔ کرویت موچلی برای همهٔ مؤلفه‌ها رعایت شده است. از آزمون لون نیز به‌منظور سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیر زمان در مرحلهٔ مختلف آزمایش استفاده شد. در جدول، اثر زمان اندازه‌گیری بر ترکیب خطی مؤلفه‌های مورد بررسی معنی‌دار بود.

جدول ۴: نتایج آزمون‌های چندمتغیره به‌منظور بررسی معنی‌داری اثر زمان

و اثر تعاملی زمان و گروه

توان آزمون	مجذور اتا	P	F	لامبدای ویلکز	اثر درون‌گروهی	
۰/۹۷	۰/۹۶	۰/۰۰۱	۲۳/۱۳	۰/۴۶	زمان	حس انسجام
۰/۹۷	۰/۸۹	۰/۰۰۱	۱۹/۳۵	۰/۱۲	زمان و گروه	
۰/۹۸	۰/۹۲	۰/۰۰۱	۱۶/۳۹	۰/۲۲	زمان	رضایت زناشویی
۰/۹۸	۰/۹۱	۰/۰۰۱	۲۲/۳۵	۰/۳۹	زمان و گروه	

نتایج گزارش‌شده در جدول ۴ نشان می‌دهد که این مدل در زمان و اثر تعاملی زمان و گروه بر تمامی مؤلفه‌های احساس انسجام اثر معنی‌دار دارد ( $P < 0/001$ ). همچنین، این مدل‌ها در زمان و اثر تعاملی زمان و گروه بر رضایت زناشویی نیز اثر معناداری دارد ( $P < 0/001$ ). بر اساس این نتایج، به بررسی معناداری و عدم‌معناداری کل مدل و تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته نیز پرداخته شد (جدول ۵).

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری در احساس انسجام

و رضایت زناشویی

P	F	میانگین مجذورات	مجموع مجذورات	متغیرها
۰/۰۰۱	۳/۳۵۹	۲۳/۸	۲۳/۸	میزان قابل‌درک بودن
۰/۰۳	۶/۸۶۷	۲۱/۵۶	۲۱/۵۶	قابل‌مدیریت بودن
۰/۰۰۱	۴/۳۵۸	۲۵/۳۲	۲۵/۳۲	معنادار بودن وقایع
۰/۰۰۱	۸/۳۴۹	۳۶/۸۹	۳۶/۸۹	رضایت زناشویی

بر اساس نتایج جدول ۵ مشخص شد که اثر مداخلهٔ زوج‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بر مؤلفه‌های حس انسجام و رضایت زناشویی بین دو گروه، در دو مرحلهٔ ارزیابی پس‌آزمون و پیش‌آزمون تفاوت معناداری دارد ( $P < 0/001$ ). به‌علاوه، مقایسهٔ زوجی اثر تعاملی زمان و گروه در رضایت زناشویی نشان داد تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری در اثر تعاملی زمان و گروه معنادار نبود.

## بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش، روش زوج‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی توانست حس انسجام و رضایت زناشویی مراقبان (همسر) و بیماران مبتلا به سرطان پروستات را بهبود بخشد و این بهبودی پس از سه ماه پیگیری پایدار باقی مانده بود. این یافته با پاره‌ای از پژوهش‌ها در همین حیطه همسوست. برای نمونه، چیزا و سرتی<sup>۲۳</sup> (۲۰۰۹) گزارش کردند که برای زوج مراقب و بیمار مبتلا به بیماری‌های مزمن، گروه درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، الگوی مؤثرتری در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری بوده و افسردگی را بیشتر کاهش داده است. درمان ذهن‌آگاهی در پژوهش آن‌ها، به‌طور اختصاصی برای بیماری‌های مزمن تطبیق داده نشده بود، اما در پژوهش حاضر، ذهن‌آگاهی با تکیه بر نیازهای فراموش‌شده زوج ارائه شد.

تانگ و لی<sup>۲۴</sup> (۲۰۰۸) مداخله‌های زوجی را برای بهبود احساس انسجام و کاهش افسردگی در خانواده‌های تایوانی که از بیمار مبتلا به سرطان مراقبت می‌کردند، به کار بستند. این یافته هم‌راستا با پژوهش پیش رو، بر اهمیت زوج‌درمانی تأکید می‌کند، هرچند هرکدام از زاویه‌ای متفاوت به درمان زوجی پرداخته بودند. با وجود اینکه از نظر کارکردی نگهداری از بیمار مبتلا به دمانس و سرطان متفاوت است، اما هر دوی آن‌ها از نظر مدیریت شرایط بیماری و برآورده‌ساختن تقاضاهای زندگی روزمره، در وضعیت یکسانی قرار دارند. رابرتسون و همکاران<sup>۲۵</sup> (۲۰۱۶) به‌کمک زوج‌درمانی روانی-جنسی در سرطان پروستات، باعث بهبود کیفیت جنسی و تعاملات غیرجنسی در بیماران شده بودند. در مطالعه حاضر، مستقیم به رابطه جنسی زوج پرداخته نشد، اما تشویق به ادامه‌دادن روابط رمانتیک، می‌توانست آن‌ها را به سمت بهبود روابط جنسی آسیب‌دیده هدایت کند (هرچند مورد ارزیابی قرار نگرفت). در مطالعه ژو و همکاران<sup>۲۶</sup> (۲۰۱۱) نشان داده شد، مداخله روان‌شناختی با رویکرد ذهن‌آگاهی و مدیریت استرس، در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان، موجب کاهش چشمگیر افسردگی و بهبود رضایت از زندگی می‌شود. ماسکوویتس و همکاران<sup>۲۷</sup> (۲۰۱۹) نشان دادند زوج‌درمانی مبتنی بر خودتنظیمی توانسته بود حس انسجام مراقب بیماران مبتلا به سرطان را بهبود بخشد. شور و همکاران<sup>۲۸</sup> (۲۰۱۴) با استفاده از مداخلات روان‌شناختی، حس انسجام والدین دخترانی را که به سرطان سینه مبتلا بودند، بهبود بخشیدند.

پیش از این، در درمان بیماری‌های مزمن، نقش مراقب فقط به‌عنوان دستیار درمانگر مطرح بود؛ برای نمونه، فولتا و همکاران<sup>۲۹</sup> (۲۰۱۷) در مداخله‌ای که برای زوج بیمار مبتلا به سرطان و مراقبش انجام دادند، مراقب را به‌عنوان ناظر در تنظیم رفتارهای سلامت، از قبیل کاهش وزن، به کار گرفتند. هندریکس و همکاران<sup>۳۰</sup> (۲۰۱۶) به مراقبان بیماران مبتلا به سرطان، سطح خودکارآمدی در امور مراقبت‌کردن را آموزش دادند. مان و همکاران<sup>۳۱</sup> (۲۰۱۷) زوج‌درمانی را برای پذیرش درمانی بیمار مبتلا به سرطان و همسرش به کار بردند؛ فقط در چند سال اخیر است که مراقب مرکز توجه روان‌درمانی قرار گرفته است.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که عوامل روان‌شناختی متعددی حس انسجام مراقب بیماران مبتلا به سرطان را کاهش می‌دهد؛ عواملی مانند افسردگی (گاستاوسون-لیلیوس و همکاران،<sup>۳۲</sup> ۲۰۰۷)، فشارهای حاصل از مراقبت، فقدان فرصت برای استراحت و فراغت (آندرن و المستال،<sup>۳۳</sup> ۲۰۰۵)، روابط زناشویی ضعیف (کریتر و همکاران،<sup>۳۴</sup> ۲۰۰۹)، مشکلات اقتصادی (فوک، چیر و لویز،<sup>۳۵</sup> ۲۰۰۵) و تعارض‌های خانوادگی (مولن و همکاران،<sup>۳۶</sup> ۲۰۰۴). از سوی دیگر، درمان‌هایی که مهارت‌های حل مسئله را آموزش داده (تولسند و

همکاران،<sup>۳۷</sup> ۲۰۰۵)، حمایت‌های اجتماعی را برای مراقب فراهم ساخته (برگمینگهام و همکاران،<sup>۳۸</sup> ۲۰۱۹) و برای تحمل فشارهای وارد شده معنایی پیدا کرده، (پلیسیو و همکاران،<sup>۳۹</sup> ۲۰۱۸) حس انسجام در مراقب و بیمار را بهبود بخشیده است.

پژوهش‌ها نشان دادند تقسیم فشار و استرس، رفتارهای حمایتگرانه و مقابله‌های کارآمد دونفره، برای حفظ و افزایش رابطه در بیماران مبتلا به سرطان و همسرانشان اهمیت فراوان دارد؛ برای مثال، زوج بیمار - مراقبی که نگرانی‌ها و احساساتشان را بیان می‌کردند و در مورد نیازهای مغفول شده به علت سرطان با یکدیگر گفت‌وگو می‌کردند، رابطه بین فردی صمیمانه‌تری را گزارش می‌دادند (دل پینو - کاسادو و همکاران، ۲۰۱۸). صحبت کردن در مورد نگرانی‌ها سبب می‌شود همسران تجربه‌هایشان را با یکدیگر تقسیم کنند. دیدگاهشان را نسبت به سرطان تعدیل نمایند و بپذیرند که سرطان بیماری‌ای است که مربوط به هر دوی آنهاست (مان و همکاران، ۲۰۱۷). این موضوع به تلاش دونفره برای رفتارهای انطباقی با سرطان می‌انجامد (فیروزی و روحی، ۲۰۲۰). به علاوه، در درمان زوجی، هر دو نفر بهتر از حمایت اجتماعی و عاطفی همدیگر برخوردار می‌شوند. آنها در این شرایط می‌توانند به یکدیگر تکیه کنند. خودفاش‌سازی مثبت و حمایتگرانه در حضور یکدیگر، جوی از اعتماد و اطمینان ایجاد می‌نماید. این روابط خوب نه تنها مسائل مرتبط با سرطان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه در کل زندگی زوج اثر مثبت بر جای می‌گذارد. رفتارهای حمایتگرانه، درگیر شدن فعال در مقابله با شرایط سخت ناشی از بیماری و حل مسئله مشارکتی در مشکلات، کلید اثربخشی درمان‌های زوجی در بیماری‌های مزمن مانند سرطان است. در این درمان، به طور ضمنی، شرایطی فراهم می‌شود تا تجربه جنسی زوج وارد مرحله تازه‌ای شود. آنها در طول درمان، به دلایل گوناگون از رابطه جنسی فاصله بیشتری می‌گیرند. تابوها در مورد سرطان‌های اندام‌های تناسلی شدیدتر است. این امر، آنها را از صمیمیت جسمی باز می‌دارد. از این رو، درمان کمک می‌کند تا روابط در سطح دیگری بازسازی شود.

یکی از دغدغه‌های مهم در خانواده‌ای با بیمار مبتلا به سرطان، به کارگیری راهبردهای برقراری ارتباط مؤثر است. سرطان موقعیتی گیج‌کننده است که مسیرهای طبیعی زندگی را تغییر می‌دهد. در نمونه‌های بسیاری، در رابطه زوجین، سرکوب هیجان یا بیش‌حمایتی مشاهده می‌شود که نشان از مشکلات عمیق بین فردی دارد (بدر و همکاران، ۲۰۱۵). همان طور که ممانعت از حمایت، احساس رهاشدگی را در بیمار برمی‌انگیزاند، حمایت بیش از حد نیز حاوی پیام‌های منفی است و خودکارآمدی، توانمندی‌ها و منابع شخصی بیمار را تقلیل می‌دهد. در درمان‌های زوجی فرصتی برای بیان مؤثر هیجان‌ها فراهم می‌شود و حمایت دوجانبه، جایگزین بیش‌حمایتی می‌شود.

این مداخله مانند هر مداخله روان‌شناختی محدودیت‌هایی داشت: اول اینکه چون بسیاری از بیماران از شهرهای مختلف برای درمان به بیمارستان مراجعه می‌کردند، امکان حضور منظم در بیمارستان را نداشتند؛ دوم اینکه انتخاب شرکت‌کننده‌ها تصادفی نبود و وابسته به داوطلب شدن در پژوهش بود؛ سوم اینکه یکی از چالش‌های این درمان، مانند روان‌درمانی‌های دیگر، انتخاب زوج مناسب برای درمان است. از آنجا که روش شرکت در این پژوهش داوطلبانه بود، نمی‌شد تشخیص داد چه زوجی با چه ویژگی‌هایی برای درمان مناسب هستند و چه زوجی به احتمال بیشتر درمان را ترک خواهند کرد. در پژوهش‌های آینده، شناخت افراد مناسب برای درمان در اولویت قرار دارد.

## پی‌نوشت‌ها

1. The American Cancer Society
2. DeSantis, et al
3. Govina, et al
4. Ay, et al
5. Gallagher, et al
6. Patients-caregier
7. Traa, et al
8. Palacio, et al
9. Jiang, et al
10. Välimäki, et al
11. sense of cohesion
12. Antonovsky
13. Eriksson, et al
14. Badr, et al
15. marital satisfaction
16. Collins, et al
17. Jiang, et al
18. Manne, et al
19. behavioral support
20. Zimmermann
21. Manne, et al
22. wayne state university
23. Chiesa & Serretti
24. Tang & Li
25. Robertson et al.
26. Zhou et al.
27. Moskowitz et al.
28. Shor, et al.
29. Folta et al.
30. Hendrix et al.
31. Manne et al.
32. Gustavsson, Lilius et al.
33. Andrén & Elmståhl
34. Gritz, et al.
35. Fok et al.
36. Mullen et al.
37. Toseland et al.
38. Birmingham et al.
39. Palacio et al.

## منابع

سلیمانیان، ع. ا. (۱۳۷۳). بررسی تاثیر تفکرات غیرمنطقی (بر اساس رویکرد شناختی) بر نارضایتی زناشویی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه فرهنگیان.

- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social science & medicine*, 36(6), 725-733.
- Andrén, S., & Elmståhl, S. (2005). Family caregivers' subjective experiences of satisfaction in dementia care: aspects of burden, subjective health and sense of coherence. *Scandinavian journal of caring sciences*, 19(2), 157-168.
- Ay, S., Ünübol, H., Ezer, S., Omay, O., & Sayar, G. H. (2017). Evaluation of the relationship between caregiver burden, coping styles and levels of anxiety and depression in caregivers of old age patients. *Family practice and palliative care*, 2(3), 38-44.
- Badr, H., Carmack, C. L., & Diefenbach, M. A. (2015). Psychosocial interventions for patients and caregivers in the age of new communication technologies: opportunities and challenges in cancer care. *Journal of health communication*, 20(3), 328-342.
- Badr, H., Herbert, K., Reckson, B., Rainey, H., Sallam, A., & Gupta, V. (2016). Unmet needs and relationship challenges of head and neck cancer patients and their spouses. *Journal of psychosocial oncology*, 34(4), 336-346.
- Birmingham, W. C., Reblin, M., Kohlmann, W., & Graff, T. C. (2019). Difference of Opinion: Spousal Influence on Cancer Risk-reducing Behavior. *American journal of health behavior*, 43(3), 582-590.

- Cano, A., Corley, A. M., Clark, S. M., & Martinez, S. C. (2018). A couple-based psychological treatment for chronic pain and relationship distress. *Cognitive and behavioral practice*, 25(1), 119-134.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *The journal of alternative and complementary medicine*, 15(5), 593-600.
- Collins, A. L., Love, A. W., Bloch, S., Street, A. F., Duchesne, G. M., Dunai, J., & Couper, J. W. (2013). Cognitive existential couple therapy for newly diagnosed prostate cancer patients and their partners: a descriptive pilot study. *Psycho-Oncology*, 22(2), 465-469.
- Del-Pino-Casado, R., Espinosa-Medina, A., Lopez-Martinez, C., & Orgeta, V. (2018). Sense of coherence, burden and mental health in caregiving: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 1(24), 14-21.
- DeSantis, C. E., Miller, K. D., Goding Sauer, A., Jemal, A., & Siegel, R. L. (2019). Cancer statistics for Americans, 2019. *CA: a cancer journal for clinicians*, 69(3), 211-233.
- Deshields, T. L., Asvat, Y., Tippey, A. R., & Vanderlan, J. R. (2022). Distress, depression, anxiety, and resilience in patients with cancer and caregivers. *Health Psychology*, 41(4), 246-255.
- El, Jawahri, A., Jacobs, J. M., Nelson, A. M., Traeger, L., Greer, J. A., Nicholson, S., ... & Temel, J. S. (2020). Multimodal psychosocial intervention for family caregivers of patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation: A randomized clinical trial. *Cancer*, 126(8), 1758-1765.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of epidemiology & community health*, 60(5), 376-381.
- Firoozi, M., & Rouhi, S. (2020). Couple Therapy Based on Mindfulness to Improve the Satisfaction of Life and Pain Self-Efficacy in Patients with Chronic Pain. *The Open Pain Journal*, 13(1), 1-6.
- Fok, S. K., Chair, S. Y., & Lopez, V. (2005). Sense of coherence, coping and quality of life following a critical illness. *Journal of advanced nursing*, 49(2), 173-181.
- Folta, S. C., Chang, W., & Hill, R. (2017). Parent and health care provider perceptions for development of a web-based weight management program for survivors of pediatric acute lymphoblastic leukemia: a mixed methods study. *JMIR cancer*, 3(1), e2.
- Fowers, B. J., & Olson, D. H. (1989). ENRICH Marital Inventory: A discriminant validity and cross-validation assessment. *Journal of marital and family therapy*, 15(1), 65-79.
- Fowers, B. J., & Olson, D. H. (1993). ENRICH Marital Satisfaction Scale: A brief research and clinical tool. *Journal of Family psychology*, 7(2), 176.
- Gallagher, T. J., Wagenfeld, M. O., Baro, F., & Haepers, K. (2017). Sense of coherence, coping and caregiver role overload. *Social Science & Medicine*, 39(12), 1615-1622.
- Govina, O., Vlachou, E., Kalemikerakis, I., Papageorgiou, D., Kavga, A., & Konstantinidis, T. (2019). Factors Associated with Anxiety and Depression among Family Caregivers of Patients Undergoing Palliative Radiotherapy. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(3), 283.
- Gritz, E. R., Wellisch, D. K., Siau, J., & Wang, H. J. (2009). Long-term effects of testicular cancer on marital relationships. *Psychosomatics*, 31(3), 301-312.
- Gustavsson, Lilius, M., Julkunen, J., Keskiavaara, P., & Hietanen, P. (2007). Sense of coherence and distress in cancer patients and their partners. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 16(12), 1100-1110.

- Hayashi, S., Oishi, F., Sato, K., Fukuda, H., & Ando, S. (2022). Sexual dysfunction associated with prostate cancer treatment in Japanese men: qualitative research. *Supportive Care in Cancer*, 30(4), 3201-3213.
- Hendrix, C. C., Bailey, D. E., & Steinhauer, K. E. (2016). Effects of enhanced caregiver training program on cancer caregiver's self-efficacy, preparedness, and psychological well-being. *Supportive Care in Cancer*, 24(1), 327-336.
- Hinz, A., Schulte, T., Ernst, J., Mehnert-Theuerkauf, A., Finck, C., Wondie, Y., & Ernst, M. (2023). Sense of coherence, resilience, and habitual optimism in cancer patients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 23(2), 100358.
- Li, Y., Li, J., Zhang, Y., Ding, Y., & Hu, X. (2022). The effectiveness of e-Health interventions on caregiver burden, depression, and quality of life in informal caregivers of patients with cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International journal of nursing studies*, 104179.
- Jiang, H., Wang, L., Zhang, Q., Liu, D. X., Ding, J., Lei, Z., & Pan, F. (2015). Family functioning, marital satisfaction and social support in hemodialysis patients and their spouses. *Stress and Health*, 31(2), 166-174.
- Manne, S. L., Siegel, S. D., Heckman, C. J., & Kashy, D. A. (2016). A randomized clinical trial of a supportive versus a skill-based couple-focused group intervention for breast cancer patients. *Journal of consulting and clinical psychology*, 84(8), 668.
- Manne, S. L., Kashy, D., Siegel, S. D., & Heckman, C. J. (2017). Group therapy processes and treatment outcomes in 2 couple, focused group interventions for breast cancer patients. *Psycho-oncology*, 26(12), 2175-2185.
- Manne, S. L., Kashy, D. A., Weinberg, D. S., Boscarino, J. A., Bowen, D. J., & Worhach, S. (2013). A pilot evaluation of the efficacy of a couple-tailored print intervention on colorectal cancer screening practices among non-adherent couples. *Psychology & health*, 28(9), 1046-1065.
- Manne, S. L., Kashy, D. A., Zaider, T., Kissane, D., Lee, D., Kim, I. Y., & Virtue, S. M. (2019). Couple, focused interventions for men with localized prostate cancer and their spouses: A randomized clinical trial. *British journal of health psychology*, 24(2), 396-418.
- Moskowitz, J. T., Cheung, E. O., & Snowberg, K. E. (2019). Randomized controlled trial of a facilitated online positive emotion regulation intervention for dementia caregivers. *Health Psychology*, 38(5), 391.
- Mullen, P. M., Smith, R. M., & Hill, E. W. (2004). Sense of coherence as a mediator of stress for cancer patients and spouses. *Journal of Psychosocial Oncology*, 11(3), 23-46.
- Palacio, C., Krikorian, A., & Limonero, J. T. (2018). The influence of psychological factors on the burden of caregivers of patients with advanced cancer: Resiliency and caregiver burden. *Palliative & supportive care*, 16(3), 269-277.
- Robertson, J., McNamee, P., Molloy, G., Hubbard, G., McNeill, A., & Forbat, L. (2016). Couple-based psychosexual support following prostate cancer surgery: results of a feasibility pilot randomized control trial. *The journal of sexual medicine*, 13(8), 1233-1242.
- Roshandel, G., Ferlay, J., Ghanbari-Motlagh, A., Partovipour, E., Salavati, F., Aryan, K., & Bray, F. (2021). Cancer in Iran 2008 to 2025: Recent incidence trends and short-term predictions of the future burden. *International journal of cancer*, 149(3), 594-605.
- Rostamvand, M., Danesh, M., Mohammadpour, R. A., & AzimiLolaty, H. (2022). The effect of mindfulness-based self-care empowerment training on depression of breast cancer

- patients' spouses and their family functioning. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 9(4), 255-263.
- Shor, V., Grinstein-Cohen, O., Reinshtein, J., Liberman, O., & Delbar, V. (2015). Health-related quality of life and sense of coherence among partners of women with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(1), 18-22.
- Soleimanian, A. (1994). *Examining the effect of irrational thoughts on marital dissatisfaction*, MA Dissertation in psychology, Department of Psychology, Farhangian University [in Persian].
- Tang, S. T., & Li, C. Y. (2008). The important role of sense of coherence in relation to depressive symptoms for Taiwanese family caregivers of cancer patients at the end of life. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(2), 195-203.
- Tiete, J., & Porter, L. S. (2022). Dyadic psychosocial interventions for patients with cancer and their caregivers: an update. *Current opinion in oncology*, 34(4), 304-312.
- Toseland, R. W., Blanchard, C. G., & McCallion, P. (2005). A problem-solving intervention for caregivers of cancer patients. *Social Science & Medicine*, 40(4), 517-528.
- Traa, M. J., De Vries, J., Bodenmann, G., & Den Oudsten, B. L. (2015). Dyadic coping and relationship functioning in couples coping with cancer: a systematic review. *British journal of health psychology*, 20(1), 85-114.
- Välimäki, T. H., Vehviläinen-Julkunen, K. M., Pietilä, A. M. K., & Pirttilä, T. A. (2009). Caregiver depression is associated with a low sense of coherence and health-related quality of life. *Aging and Mental Health*, 13(6), 799-807.
- Zimmermann, T. (2019). Partnership and sexuality in cancerous diseases. *Onkolog*, 25(5), 451-455.
- Zhou, E. S., Kim, Y., Rasheed, M., Benedict, C., Bustillo, N. E., & Penedo, F. J. (2011). Marital satisfaction of advanced prostate cancer survivors and their spousal caregivers: the dyadic effects of physical and mental health. *Psycho-Oncology*, 20(12), 1353-1357.