

## An Investigation of the Effectiveness of Emotionally-Focused Couple's Group Therapy (EFCT) on Relational Aggression of Couples with Breast Cancer in Wives: A Semi-Experimental Study

Hedayati M<sup>1</sup>, Hajjalizadeh K<sup>2\*</sup>, Hedayati M<sup>3</sup>, Fathi E<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran

<sup>2</sup> Department of Psychology, Faculty of Humanities, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran

<sup>3</sup> Cellular and Molecular Endocrine Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>4</sup> Department of Counseling, Faculty of Humanities, Hazrat-e Masoumeh University, Qom, Iran

Receive: 9/11/2020

Accepted: 8/2/2021

\*Corresponding Author:  
drhajjalizadeh@gmail.com

Ethics Approval:  
IR.HUMS.REC.1398.328

### Abstract

**Introduction:** Because of the nature of cancer and related hormonal changes, as well as the conditions resulting from stress tolerance, relational problems and aggression are major problems facing couples with breast cancer in wives. The aim of this study was to investigate the effect of emotionally focused couples therapy (EFCT) on relational aggression in couples with breast cancer in wives.

**Methods:** This study was conducted with a pretest-posttest design and a control group. Twenty-two couples meeting the inclusion criteria were selected by convenience sampling from among people with breast cancer living in Tehran and randomly assigned to the experimental and control group. The experimental group received a 6-session (120 minutes per session) intervention of an adapted version of emotionally focused group therapy for couples (HMT). This intervention was meant to improve the psychological and relational indicators related to the quality of life of couples where the female partner was diagnosed with, or had a recurrence of, breast cancer and was in active treatment process or had gone through the treatments. The control group did not receive any intervention. Both groups answered the Buss-Perry Aggression Questionnaire (29-item instrument to measure physical aggression, verbal aggression, anger, and hostility) before and after the intervention. Analysis of covariance was used to evaluate the effect of treatment.

**Results:** The experimental group demonstrated a decline in the mean of all factors after receiving the training program, as compared to the control group. The decrease was 11.01 points for physical aggression, 5.78 for verbal aggression, 8.37 for anger, and 10.95 for hostility. In contrast, the control group had a decrease of 0.41 points in anger and 0.17 points in hostility factors. The control group also displayed an increase of 0.06 points in the mean scores on both physical and verbal aggression components. Analysis of covariance revealed that EFCT had a significant decreasing effect on all the components of aggression in the experimental group as compared to the control group ( $P < 0.01$ ).

**Conclusion:** Through the education of correct mutual emotional understanding for couples and creating an atmosphere of trust and communication between them, EFCT intervention provides a ground for increasing marital satisfaction and reducing aggression in couples coping with breast cancer in wives. Accordingly, the intervention can be used to improve the quality of marital relations.

**Keywords:** Emotionally Focused Couples Therapy, Relational Aggression, Couples, Breast Cancer

## بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار به شیوه گروهی بر پرخاشگری ارتباطی زوج‌های دارای زنان مبتلا به سرطان پستان: یک مطالعه نیمه‌تجربی

معصومه هدایتی<sup>۱</sup>، کبری حاجی‌علیزاده<sup>۲\*</sup>، مهدی هدایتی<sup>۳</sup>، الهام فتحی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> گروه روان‌شناسی، واحد بین‌الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران

<sup>۲</sup> گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد بندر عباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

<sup>۳</sup> مرکز تحقیقات سلولی مولکولی غدد درون‌ریز، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

<sup>۴</sup> گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه حضرت معصومه (س)، قم، ایران

### چکیده

تاریخ ارسال: ۹۹/۸/۱۹

تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۱/۲۰

\* نویسنده مسئول:

drhajializadeh@gmail.com

**مقدمه:** مشکلات ارتباطی و پرخاشگری در زوج‌های دارای زنان مبتلا به سرطان به سبب ماهیت بیماری و تغییرات هورمونی مرتبط و نیز شرایط حاصل از تحمل فشار روانی، از عمده مشکلات زوج‌ها با این شرایط است. در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار به شیوه گروهی بر پرخاشگری ارتباطی زوج‌های دارای زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

**روش بررسی:** این پژوهش با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه اجرا گردید. ۲۲ زوج (۴۴ نفر) با داشتن ملاک‌های ورود به مطالعه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و از میان زوج‌های دارای زنان مبتلا به سرطان پستان ساکن شهر تهران انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هرکدام ۱۱ زوج) قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۶ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای تحت آموزش زوج‌درمانی هیجان‌مدار به شیوه گروهی با استفاده از نسخه HMT این نوع مداخله قرار گرفت؛ هدف از این نوع مداخله، بهبود شاخص‌های روان‌شناختی و رابطه‌ای مرتبط با کیفیت زندگی زوج‌هایی است که دارای زنانی هستند که تجربه مقابله با رویداد تشخیص یا عود سرطان پستان را داشته و درگیر فرایند درمان بوده یا آن را پشت‌سر گذاشته‌اند. گروه گواه برنامه‌ای دریافت نکرد. هر دو گروه پیش و پس از مداخله به «پرسشنامه پرخاشگری باس و پری» (فرم ۲۹ سؤالی با طیف لیکرت) که دارای چهار بعد اصلی فیزیکی، کلامی، خشم و خصومت است، پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** گروه آزمایش پس از دریافت برنامه آموزشی در مقایسه با گروه گواه، بر اساس نمرات پرخاشگری در همه مؤلفه‌ها، کاهش میانگین نشان داد. این کاهش در مؤلفه‌های پرخاشگری فیزیکی، کلامی، خشم و خصومت در گروه آزمایش به ترتیب (-۱۱/۰۱)، (-۵/۷۸)، (-۸/۳۷) و (-۱۰/۹۵) بود. در حالی که گروه گواه در دو مؤلفه خشم و خصومت، کاهش (-۰/۴۱) و (-۰/۱۷) و در مؤلفه‌های فیزیکی و کلامی، (-۰/۰۶) و (-۰/۰۶) افزایش در میانگین پس‌آزمون را نشان داد. بر اساس این یافته‌ها و تحلیل معناداری حاصل از آزمون کوواریانس در این پژوهش، زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر همه ابعاد پرخاشگری در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، اثر کاهشی معنادار داشته است ( $P < 0.01$ ).

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های به دست آمده، برنامه مداخله زوج‌درمانی هیجان‌مدار با آموزش درک هیجانی صحیح زوجین از یکدیگر و ایجاد فضای اعتماد و ارتباط مابین زوجین، زمینه افزایش رضایت زناشویی و نیز کاهش پرخاشگری در روابط متزلزل زوج‌های دارای زنان مبتلا به سرطان پستان را فراهم می‌آورد. بر همین اساس می‌توان از این برنامه در بهبود کیفیت روابط زناشویی استفاده نمود.

**واژه‌های کلیدی:** زوج‌درمانی هیجان‌مدار، پرخاشگری ارتباطی، زوج‌ها، سرطان پستان

## مقدمه

افزایش شیوع سرطان در دهه های اخیر و تأثیر آن بر ابعاد مختلف جسمانی، روان شناختی و اجتماعی زندگی بشر، آن را به یکی از معضل های بزرگ قرن تبدیل کرده است (۱). سرطان، بیماری با نرخ بالای مرگ و میر بوده و مشکلی است که اثرات زیادی بر ابعاد مختلف زندگی افراد به جا می گذارد (۲، ۳). در بین انواع سرطان، سرطان پستان، شایع ترین نوع نئوپلاسم بدخیم در میان زنان با بیش از یک میلیون مورد جدید در هر سال است (۴، ۵). انواع سرطان در ایران، به عنوان کشوری در حال توسعه که با دوران گذار جمعیتی روبه رو است، از جمله مهم ترین اختلالات غیرواگیر محسوب می شوند که بار مالی و انسانی قابل توجهی را به نظام مراقبت های بهداشتی کشور تحمیل می کنند. افزایش امید به زندگی در ایران، تغییر در سبک زندگی و همچنین توسعه روش های تشخیصی و درمانی، منجر به ظهور و تشخیص بدخیمی های قابل توجهی شده است (۶). ایران با یک انتقال اساسی جمعیت شناختی و اپیدمیولوژیک روبه رو است. این انتقال عمدتاً با تغییر بار از اتیولوژی واگیردارها<sup>۱</sup> به سمت بیماری های غیرواگیر<sup>۲</sup> همراه بوده که در این میان سرطان به عنوان سومین علت مرگ در ایران کنونی، یکی از نگرانی های اصلی مسئولین دولتی و پژوهشگران می باشد (۷). در ایران، مطابق با آخرین «گزارش کشوری برنامه ملی ثبت سرطان» (۱۳۹۴) و سایر پژوهش ها، شایع ترین نوع سرطان در کل جمعیت کشور و همچنین در جمعیت زنان، سرطان پستان اعلام شده است. در گزارش مزبور، میزان بالاتر بروز سرطان پستان در زنان ایرانی نسبت به سایر سرطان های شایع در این جنس گوشزد شده و شیوع آن ۳۲/۹ در هر صد هزار نفر برشمرده شده است. در سال ۹۴، ۱۲ هزار و ۵۸۸ زن ایرانی مبتلا به سرطان پستان شدند که استان تهران (محل انجام پژوهش حاضر) دارای رتبه اول در شیوع این سرطان گزارش شد (۸، ۹). مطابق با گزارش های جهانی و داخلی، نرخ بروز استاندارد شده سنی سرطان پستان در ایران بالاتر از متوسط جهانی بوده (ASR=31) و انتظار می رود این رقم تا پایان سال ۲۰۳۰ به بیش از دوبرابر افزایش یابد (ASR=70) (۱۰). در میان زنان جهان، این بیماری ۲۴٪ موارد جدید سرطان و ۱۵٪ مرگ و میر ناشی

از سرطان را در سال ۲۰۱۸ به خود اختصاص داده و براساس جدیدترین گزارش جهانی اپیدمیولوژیک سرطان، موسوم به GLOBOCAN انتظار می رود که موارد افزایش، تا سال ۲۰۴۰ به بیش از ۴۶٪ برسد (۱۱). براساس نمایه پیش بینی سرطان سال ۲۰۲۰ که توسط سازمان جهانی بهداشت<sup>۳</sup> منتشر شده، سرطان پستان با طی روند افزایشی در نرخ بروز (۱۱/۶٪) و نرخ مرگ و میر (۶/۶٪) همچنان جایگاه دوم را در رده بندی سرطان های شایع و کشنده در جهان حفظ کرده است. این روند، به ویژه در کشورهای در حال توسعه و منطقه خاورمیانه نگران کننده پیش بینی می شود (۱۲). با افزایش تشخیص به موقع و درمان مؤثرتر سرطان، میزان بقای بیماران افزایش یافته (۱۳) و عواقب روانی-ارتباطی آن، همچون مشکلات در زندگی زناشویی و ارتباطات اجتماعی افراد مبتلا و عوامل پیرامونی، لزوم بررسی های روان شناختی در این حیطه را ضرورت می بخشد (۱۴، ۱۵). یکی از مهم ترین مسائل مطرح درخصوص وضعیت سلامت زنان با سابقه سرطان پستان پس از بهبودی، بررسی و کمک به حل مشکلات ارتباطی ناشی از روند پرتنش درمان و مقابله با سرطان در آن ها در محیط زندگی خانوادگی، به ویژه مشکلات در روابط زوجی و اصلاح الگوی های ارتباطی مخرب با همسر است.

بررسی ها گویای این مسئله است که زنان دارای سرطان پستان غیر از مشکلات جسمی ناشی از بیماری در زندگی زناشویی و شرایط مرتبط با آن، دچار مشکلات و آسیب های گسترده، به خصوص در بخش ارتباطی<sup>۴</sup> هستند (۱۶). ارتباط در ساده ترین مفهوم، ارسال و دریافت پیام است. این پیام می تواند افکار، عقاید، احساسات، آرزوها و نیازهای طرفین ارتباط باشد. ارتباط مؤثر همسران، ارتباطی است که در آن هر یک از زوجین، پیام یکدیگر را همان طور که منظور طرف مقابل است، دریافت کنند. به عبارت مشخص تر، اولین زمینه پیوند زوجین، داشتن روابط و اولین مهارت لازم برای حفظ رابطه، داشتن مهارت های ارتباطی صحیح است (۱۷). شکل گیری رفتارهای دوسوگرایانه و روابط عاطفی سالم، توأمان، زمینه ایجاد زندگی شاد و همراه با تضمین سلامت روان و آرامش روانی را در زوجین به وجود آورده و شاخص های رضایت و

<sup>3</sup> WHO<sup>4</sup> Relational<sup>1</sup> Communicable Etiologies<sup>2</sup> Non-communicable Diseases (NCDs)

آموزش تخلیه و بیان آن، زمینه آگاهی‌یابی از هیجانات طرف مقابل و شکل‌دهی به یک رابطه عمیق روانی مابین زوجین را فراهم می‌آورد (۲۵). بر این اساس، کارسازی چنین رویکردی، زمینه شناخت مسائلی را موجب می‌شود که در شکل‌گیری و ایجاد پرخاشگری و کنترل آن در یک رابطه زناشویی اثرگذار است. در این رابطه بیزلی و آگر<sup>۷</sup> (۲۰۱۹) در فراتحلیلی با بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار، نشان دادند که این رویکرد موجب تأثیر مثبت بر هیجانات، اصلاح الگوهای غلط ارتباطی زوج‌ها، افزایش صمیمیت و رضایت زناشویی، کاهش نگرش‌های منفی و پرخاشگری و نیز تداوم و حفظ این مؤلفه‌ها در دوره‌های تعقیبی نسبتاً طولانی می‌شود (۲۶). لذا، یکی از رویکردهای روان‌درمانی متعددی که می‌تواند در زمینه اصلاح الگوی ارتباطی و کاهش پرخاشگری در زوج‌ها راهگشا باشد، رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار است که به‌ویژه در سال‌های اخیر مورد اقبال بوده است.

در طی چهار دهه‌ای که از تدوین و توسعه رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار می‌گذرد، این مدل درمانی به‌عنوان یکی از الگوهای زوج‌درمانی که متکی به بیشترین حمایت‌های پژوهشی از منظر تجربی است، معرفی شده است (۲۷). تاکنون، زوج‌درمانی هیجان‌مدار، نتایج درمانی مثبتی برابر با ۷۰ - ۷۳٪ را در بهبودی مشکلات زوجی نشان داده است (۲۸). در مطالعات گوناگون، اثربخشی این رویکرد درمانی در بهبود افسردگی و افزایش کیفیت روابط زناشویی (۲۹)، بهبود رضایت زناشویی زوجین و کنترل رفتار خانواده و همچنین کاهش تعارضات زوج‌ها (۳۰)، افزایش رضایت‌مندی جنسی زوجین (۳۱)، بهبود الگوهای ارتباطی زوجین (۳۲)، بهبود علائم افسردگی و استرس پس از سانحه ناشی از روابط فرازناشویی (۳۳)، اثربخشی بر پرخاشگری و مفاهیم مرتبط با خشم (۳۴)، کاهش استرس زناشویی (۳۵)، اثربخشی بر تغییر سبک‌های ارتباطی زوج‌ها (۳۶) و کاهش فرسودگی زناشویی (۳۷) در جمعیت‌های فاقد بیماری پزشکی بررسی و تایید شده است. همچنین، اثربخشی نسخه‌های مختلف زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر اصلاح الگوهای ارتباطی غلط و حل مشکلات زناشویی در زوج‌های درگیر مقابله با آثار بیماری‌های پزشکی، ازجمله بهبود رضایت زناشویی و صمیمت عاطفی در زوج‌های دارای فرزند یا همسر مبتلا به

کیفیت زندگی زناشویی را افزایش می‌دهد (۱۸، ۱۹). اما در موارد بسیاری، در اثر عدم شکل‌گیری یک ارتباط صحیح متعادلانه بین زوجین، پرخاشگری و برخوردهای منفی ایجاد می‌شوند، که این مقوله در خانواده‌هایی که یکی از زوجین از مشکل جسمی حاد رنج می‌برد مسئله‌ای جدی و اساسی است. پرخاشگری پدیده‌ای است که روابط سالم خانوادگی را که برای تحکیم خانواده لازم و ضروری است، متزلزل ساخته و زمینه دوری و فاصله گرفتن زوجین از یکدیگر را موجب می‌گردد (۲۰). پرخاشگری در روابط زوجین به هر شکلی که باشد، ایجادکننده محیطی ناامن برای زوجین و نیز مؤلف احساس منفی و فاصله افتادن در روابط است. پرخاشگری‌ها در زوجین عموماً به‌صورت کلامی و رفتاری ظاهر شده و زمینه‌ساز ایجاد شکاف‌هایی است که رضایت و کیفیت زندگی زناشویی را دچار آسیب کرده و عواقب منفی بسیاری در سازگاری زناشویی دارد. مفهوم پرخاشگری ارتباطی<sup>۵</sup> اشاره به تلاش برای آسیب رساندن به همسر از طریق اعمال نفوذ هدفمند و صدمه زدن به رابطه اطلاق می‌شود که مشخصاً نشانگر بی‌اهمیتی به رابطه است (۲۱، ۲۲). پرخاشگری در زوج‌های دارای زنان مبتلا به سرطان غالباً نتیجه ماهیت تغییرات هورمونی و فیزیولوژیکی بدنی و نیز نگرانی و اضطراب فراگیر پیرامون فرد می‌باشد که توجه به خویشتن و سلامت را در اولویت قرار داده و به خانواده و زندگی زناشویی جایگاه ثانویه می‌دهد (۲۳). لذا، وجود زندگی زناشویی سازگارانه، ارتباط مثبتی با بهبود جسمی و روانی در افراد بیمار دارد. همچنین، عدم توجه به مشکلات ارتباطی زوج‌ها، همچون پرخاشگری، ارتباط زناشویی را رفته‌رفته به‌سمت سردی و فاصله گرفتن می‌کشاند (۲۴). بر همین اساس، ضرورت دارد در این خصوص، مداخله‌ای صورت پذیرد تا آسیب‌های موجود در این حیطه به حداقل ممکن برسد. یکی از مهم‌ترین رویکردهای مبتنی بر این شکل از آسیب، یعنی اصلاح الگوهای ناصحیح و مخرب ارتباطی زوج‌ها، رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار<sup>۶</sup> موسوم به EFT یا EFCT است. این رویکرد با ایجاد خودآگاهی در زوجین نسبت به هیجان‌ها و بروز صحیح آن در یک چارچوب خاص، از یک‌سو زمینه پالایش و ابراز آن در محیطی امن و صحیح را موجب گشته، و از سوی دیگر، با

<sup>۵</sup> Relational Aggression

<sup>۶</sup> Emotionally Focused Couple Therapy (EFT/EFCT)

<sup>۷</sup> Beasley & Ager



بیماری مزمن غیرسرطانی (همراه با ثبات اثربخشی با تعقیب دو ساله در متغیرهای مورد نظر) (۳۸، ۳۹) و همچنین زوج‌های درگیر مقابله با عواقب روانی و ارتباطی ابتلای یکی از زوجین به سرطان، ازجمله بهبود کارکرد زناشویی و کاهش علائم افسردگی و ناامیدی در ۱۶ زوج دارای همسر مبتلا به سرطان انداستیج<sup>۸</sup> (۴۰)، بهبود کارکرد ارتباط جنسی و عاطفی در زوج‌هایی که زن یا مرد مبتلا به سرطان بوده (۴۱)، و بهبود شاخص‌های مربوط به مشکلات بین‌فردی در روابط عاشقانه در زوج‌هایی که زوجه مبتلا به سرطان پستان بوده (۴۲) تایید شده است. مک‌لین و هیلز<sup>۹</sup> (۲۰۱۰) در یک مطالعه موردی، اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار را در یک زن و مرد که در آن زوجه مبتلا به سرطان بدخیم (سرطان تخمدان متاستاتیک) بود، مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که درمان به این شیوه باعث بهبود آشفتگی زناشویی، افزایش امید به زندگی، کاهش دردهای فیزیولوژیکی، کاهش افکار خودکشی و درگیر شدن بیشتر در فعالیت‌های روزمره زندگی شده است (۴۳). لینچ (۲۰۱۵) طی یک مطالعه ارزیابی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، به بررسی اثربخشی اجرای نسخه‌ای از زوج‌درمانی هیجان‌مدار که با درمان گروهی سازگار بود پرداخت. نمونه مورد مطالعه، ۷ زوج متنوع به‌لحاظ نژادی و متعلق به طبقه متوسط جامعه بودند که با رویداد تشخیص و درمان سرطان پستان در همسر خود مواجه شده بودند. نتایج نشان داد که زوج‌های تحت درمان گروهی پس از دریافت جلسات زوج‌درمانی هیجان‌مدار، در شاخص‌های سلامت روانی، رضایت زناشویی، دلبستگی ایمن، افسردگی، پرخاشگری، و آسیب‌های تروماتیک ناشی از روند مقابله با سرطان، بهبود قابل‌توجهی نشان دادند. با توجه به نتایج اندازه‌گیری مکرر ANOVA، اندازه اثر قابل‌توجهی (از متوسط تا بزرگ) در بهبود کلیه شاخص‌های رضایت از رابطه زناشویی و کاهش تأثیر ترومای ناشی از تشخیص و درمان سرطان برای بیماران و همسران آن‌ها نسبت به مرحله پیش از مداخله گزارش شد. همچنین، تأثیر مداخله در مرحله پیگیری در بازه زمانی ۶ ماه پایدار ماند (۴۴). روند بررسی‌های علمی، به نحو فزاینده‌ای در حال توجه به بعد ارتباطی تجربه رویارویی افراد با بیماری‌های مزمن

پزشکی همچون سرطان، به‌ویژه در حوزه روابط عاشقانه فرد مبتلا یا بهبودیافته، ازجمله روابط زناشویی (و نه صرفاً بعد فردی) است. در این زمینه، روابط زناشویی در زوج‌هایی که در حال مقابله با اثرات سوء سرطان هستند، هم به‌عنوان عاملی تأثیرگذار و هم تأثیرپذیر، در نظر گرفته می‌شود (۴۵). لذا، پژوهشگران مختلفی به بررسی اثربخشی رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر زوج‌های دارای همسر مبتلا به سرطان که دچار پریشانی رابطه‌ای هستند پرداخته‌اند. ناامان<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر زنان مبتلا به سرطان پستان و همسران آن‌ها که دچار پریشانی ارتباطی<sup>۱۱</sup> بودند پرداخت؛ نتایج نشان داد این رویکرد درمانی بر بهبود رضایت از رابطه و کیفیت زندگی زوجینی که تحت درمان سرطان قرار داشتند، مؤثر بوده است (۴۶). نتایج مطالعه مک‌لین<sup>۱۲</sup> و همکاران (۲۰۱۳) در بررسی ۲۱ زوج دارای پریشانی ارتباطی که یکی از زوجین مبتلا به سرطان متاستاز ترمینال<sup>۱۳</sup> بود، نشان داد که زوج‌های تحت آموزش EFCT در مرحله پسامداخله، بهبود قابل‌توجهی در شاخص‌های رضایت زناشویی و افزایش تجربه همدلی با همسر مراقب خود نسبت به زوج‌هایی که فقط مراقبت‌های استاندارد بیمارستانی را دریافت کرده بودند، داشتند (۴۷). ویب و جانسون<sup>۱۴</sup> (۲۰۱۶) در فراتحلیل خود، با بررسی چند دهه مطالعات زوج‌درمانی هیجان‌مدار، نشان دادند که این مدل از زوج‌درمانی، رویکردی مؤثر در درمان زوج‌هایی است که با آثار روانی ناشی از بیماری‌های فیزیولوژیک مزمن و غیرمزمن مواجه هستند (۴۵). همچنین، در فراتحلیلی که در سال ۲۰۱۹ با استفاده از ۹ مطالعه شاخص EFCT صورت گرفت، به بررسی مفصل اثربخشی این رویکرد درمانی در دو دهه گذشته پرداخته شد، که نتایج به‌خوبی حاکی از آن بود که انواع مداخلات زوج‌درمانی هیجان‌مدار نه‌تنها شاخص‌های رضایت زناشویی را بهبود می‌بخشد (Hedge's g coefficient = 2.09)، بلکه همچنین بهبود شاخص‌های رضایت زناشویی در مرحله تعقیبی نیز در بازه زمانی نسبتاً طولانی پایداری دارد. این بهبود پایدار از طریق نتایج

<sup>10</sup> Naaman

<sup>11</sup> Relational Distress

<sup>12</sup> McLean

<sup>13</sup> Terminal Metastatic Cancer

<sup>14</sup> Wiebe & Johnson

<sup>8</sup> End-stage Cancer

<sup>9</sup> McLean & Hales

آزمون فریدمن و آزمون تعقیبی ویکاکس، مشهود بود ( $\chi^2 = 6.500$ ;  $p = 0.039$ ) (۲۶).

پرخاشگری ارتباطی در زندگی زناشویی، یکی از پدیده‌های ارتباطی‌ای است که تأثیرات ژرفی بر روابط زوجها دارد. پرخاشگری بیش از حدی که زوجها درگیر با بیماری‌های مزمن در روابط زناشویی خود تجربه می‌کنند، ممکن است باعث ایجاد مشکلات عدیده‌ای در این روابط گردد. این پرخاشگری، چنانچه به شیوه‌های مناسب مدیریت و درمان نگردد، آثار زیان‌بار خود را بر رابطه زناشویی و در لایه‌های بعد، بر روند درمان یا بهبود و بازگشت به زندگی عادی زوج مبتلا و همسر او بر جای خواهد گذاشت. مدل‌های مختلف زوج‌درمانی می‌توانند به شیوه‌های خاص خود باعث بهبود پرخاشگری ارتباطی زوجها و در نتیجه بهبود رابطه زوجی و ارتقاء شاخص‌های رضایت زناشویی و مشارکت بهتر زوج بیمار در روند درمان گردند. نتایج تحقیقات درخصوص اجرای رویکرد مداخله‌ای زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر روی بیماران مبتلا به سرطان می‌تواند در بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، مراکز درمانی، مراکز مطالعه سرطان مورد استفاده قرار گرفته و این نهادها می‌توانند جهت ارتقاء شاخص‌های سلامت روانی بیماران خود، در قالب همکاری با مراکز روان‌درمانی، از این رویکرد مداخله‌ای (که به دلیل ساختاریافته و کوتاه‌مدت بودن، کاربردی وسیع و اجرایی فاقد دشواری در حل مشکلات هیجانی و ارتباطی زوجها دارد) در کنار پیشبرد روند درمان استاندارد پزشکی، بهره بگیرند. با عنایت به مطالبی که در مقدمه پژوهش درخصوص اثربخشی و کارآمدی شیوه زوج‌درمانی هیجان‌مدار در بهبود مسائل زوجی بیان گردید، و با توجه به نتایج جستجوهای صورت‌گرفته توسط پژوهشگران که حاکی از آن بود که تاکنون تأثیر رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر پرخاشگری ارتباطی زوجها دارای همسر مبتلا به سرطان، در پژوهش‌های داخلی و خارج از کشور بررسی نشده است. لذا، بررسی در زمینه یکی از مهم‌ترین بعدهای پرخاشگری، یعنی پرخاشگری ارتباطی و نیز بر روی یک گروه مهم که جمعیت افراد آن مطابق با آمارهای رسمی با شیب تندی رو به افزایش است، یعنی زوجها دارای زنان مبتلا به سرطان پستان، ازجمله کاستی‌های تحقیق در این حیطه در ایران محسوب می‌شود. نهایتاً لازم به ذکر است که هیجانات، نقشی کلیدی در روابط زوجین ایفا می‌کنند و از همین رو

بایسته است توجهی ویژه به آن‌ها شود. با توجه به آنچه گفته شد، رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار که رویکردی ساختاریافته و کوتاه‌مدت است، کاربردی وسیع و سهل‌النتیجه در حل مشکلات هیجانی و عاطفی زوجین دچار پریشانی ارتباطی دارد. در همین راستا، این تحقیق به دنبال بررسی اثربخشی مداخله گروهی با استفاده از این رویکرد بر کاهش پرخاشگری ارتباطی در زوجها دارای زنان مبتلا به سرطان پستان به عنوان یک نمونه خاص و با ملاحظات ویژه می‌باشد.

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، یک کار آزمایشی بالینی مراقبت حمایتی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود که در آن از یک گروه مداخله و یک گروه گواه استفاده گردید. نمونه‌گیری به طریق در دسترس از میان زوجها مراجع‌کننده به مرکز تحقیقات سرطان پستان شهر تهران -که واجد معیارهای ورود به این مطالعه بودند- و با کسب رضایت‌نامه کتبی آگاهانه صورت پذیرفت. نمونه‌ها در دو گروه مداخله و گواه به صورت تصادفی کنترل‌شده قرار گرفتند. مطابق ورود، بیماران در جلسه اول به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. از آنجایی که پس از گروه‌بندی، فقط گروه آزمایش، مشاوره حمایتی دریافت می‌کرد، کورسازی این مرحله، امکان‌پذیر نبود. متغیر مستقل، آموزش زوج‌درمانی هیجان‌مدار و متغیر وابسته، پرخاشگری ارتباطی در زوجین بود. شرکت‌کنندگان در این تحقیق، ۴۴ نفر در قالب ۲۲ زوج، در ۱۱ بلوک چهارتایی وارد مطالعه شدند. در داخل هر بلوک زوجین به صورت تصادفی به یکی از گروه‌های مداخله و عدم مداخله تخصیص یافتند. توزیع نمونه‌ها در دو گروه مداخله و گواه به صورت تصادفی کنترل‌شده با دو بازوی موازی و نسبت تخصیص ۱:۱ بود. جهت تعیین حجم نمونه، محاسبه حداقل حجم نمونه بر اساس چهار مؤلفه پرخاشگری به تفکیک انجام شد. بیشترین حجم نمونه به مؤلفه کلامی تعلق گرفت. حداقل حجم نمونه در هر گروه ۱۰ زوج تعیین شد که جهت پیشگیری از ریزش با ۱۰٪ افزایش، هر گروه ۱۱ زوج انتخاب شدند. تعیین حجم نمونه با کمک نرم‌افزار Medcal نسخه ۵، ۲، ۱۹ انجام شد. خطای نوع اول ۵٪، توان مطالعه ۸۰٪، اختلاف اسکور قبل و بعد از مداخله ۴ واحد، انحراف استاندارد دو سری قبل و

بعد ۳ واحد و نسبت گروه‌ها ۱ به ۱ در نظر گرفته شد. گفتنی است، صحت انتخاب حداقل حجم نمونه در پایان مطالعه با توجه به مشاهده اختلاف ۶ واحدی و انحراف استانداردهای ۲ و ۳ واحدی (جدول ۳) مورد تایید قرار گرفت. برنامه آموزشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار در تابستان ۹۹ اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه بیماران با سابقه ابتلا به سرطان پستان بود که قبلاً درمان‌های مرسوم را دریافت کرده و دارای پرونده پزشکی در مرکز تحقیقات سرطان پستان شهر تهران بودند و بیماری سرطان آن‌ها محرز گردیده بود. معیار سابقه بیماری سرطان پستان، تشخیص مندرج در پرونده پزشکی بیمار توسط متخصص مربوطه بود. مطالعات حکایت از آن دارد که اکثریت مبتلایان به سرطان پستان، در مرحله (استیج) ۲ بیماری، شناسایی می‌شوند (۴۸). در این پژوهش نیز افراد نمونه از همین مرحله انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. افراد منتخب شرکت‌کننده همگی درمان‌های اصلی و درمان‌های کمکی (ادجوانت‌تراپی) را پشت سر گذاشته بودند. این موضوع به‌عنوان شرط ورود به مطالعه در نظر گرفته شد. اقدام به هرگونه ادجوانت‌تراپی (شیمی‌درمانی، هورمون‌تراپی، رادیوتراپی) سبب خروج از مطالعه می‌شد. خوشبختانه هیچ‌کدام از افراد شرکت‌کننده طی مطالعه به‌دلیل ادجوانت‌تراپی نیاز به خروج پیدا نکردند.

روند انجام پژوهش، بدین صورت بود که پس از تصویب پروپوزال در کمیته اخلاق و گرفتن کد اخلاق (IR.HUMS.REC.1398.328) با ارائه معرفی‌نامه، از میان زوج‌هایی که در مرکز تحقیقات سرطان پستان شهر تهران پرونده داشتند، افرادی که مایل به تکمیل پرسشنامه بودند انتخاب و پس از تکمیل پرسشنامه موردنظر، تعداد ۴۷ زوج، ملاک‌های ورود به پژوهش را احراز نمودند. از این تعداد (۴۷ زوج) دارای شرایط ورود به مطالعه، بعد از توضیح راجع به روند درمانی، ۲۲ زوج با شرکت در پژوهش موافقت کردند و ۲۵ زوج حاضر به همکاری نشدند که بر حسب همین موضوع همه ۲۲ زوج (۴۴ نفر) موافق مشارکت در تحقیق، وارد مطالعه شدند. این تعداد زوج، بر اساس محاسبه حداقل حجم نمونه، کفایت می‌کردند. در مرحله دوم، این ۲۲ زوج در ۱۱ بلوک چهارتایی وارد مطالعه شدند و در داخل هر بلوک زوجین

بطور تصادفی به دو گروه آزمایش (مداخله) و گواه (عدم مداخله) قرار گرفتند.

گروه آزمایش به‌مدت ۶ جلسه (آنلاین با استفاده از اپلیکیشن TeamLink به‌دلیل شیوع ویروس کرونا در حین انجام تحقیق و به‌جهت رعایت پروتکل‌های بهداشتی) به‌صورت هفتگی و هر جلسه به‌مدت ۱۲۰ دقیقه (در دو نوبت ۶۰ دقیقه‌ای)، تحت درمان EFCT قرار گرفت. مداخله توسط پژوهشگر و با مطالعه منابع خارجی و داخلی برنامه آموزشی موردنظر صورت گرفت. جهت حصول اطمینان از همراهی مؤثر زوج‌ها با جلسات آنلاین، عدم بروز مشکلات فنی حین برگزاری جلسات و کارآمدی حداکثری مداخله به‌صورت آنلاین، پیش از شروع اولین جلسه مداخله، برای هر زوج به‌طور جداگانه نحوه نصب و کار با اپلیکیشن مزبور طی تماس‌های صوتی و سپس تصویری شرح داده شد. نهایتاً یک جلسه عمومی آزمایشی با شرکت همه زوج‌های شرکت‌کننده برگزار گردید و نکات لازم جهت رعایت در حین و پس از اتمام هر یک از ۶ جلسه مداخله (مانند: همراه داشتن کاغذ و قلم، حضور همزمان زوجین در کنار هم، آنلاین شدن در یک محیط آرام و بی‌سروصدا، عضویت در گروه واتس‌آپی مداخله و دسترسی به محتوای تصویری و متنی مداخله (ازجمله دفترچه آموزشی، تکالیف هفتگی و امثال آن) با آن‌ها تمرین و گوشزد شد. کلیه جلسات آنلاین مداخله، به‌صورت ویدئوکنفرانس و با حضور تواتماً زوج‌ها (زن و شوهر) در کنار هم در منزل و با باز بودن وب‌کم برگزار گردید. پس از اتمام ۶۰ دقیقه اول هر جلسه، یک تایم تنفس به زوج‌ها داده می‌شد. همچنین، در کلیه جلسات یک نفر، به‌عنوان دستیار مداخله‌گر حضور داشت.

معیارهای ورود به مطالعه، زوج بودن شرکت‌کنندگان (حتماً باید زن و شوهر تواتماً در تحقیق مشارکت می‌یافتند)، محدوده سنی ۱۸ تا ۵۵ سال، تشخیص قطعی سرطان پستان در استیج ۲ برای زوجه، اتمام درمان‌های مرسوم (جراحی، شیمی‌درمانی، رادیوتراپی و هورمون‌درمانی)، دارا بودن حداقل ۲۰٪ نمره بالاتر از نقطه میانگین در خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (شایان ذکر است تدوینگران پرسشنامه موردنظر در آن، نقطه برشی به‌عنوان معیار اختلال در نظر نگرفته‌اند و صرفاً افزایش در نمرات را به‌عنوان عامل نامطلوب قلمداد نموده‌اند؛ لذا پژوهشگران به‌جهت اطمینان از بررسی

### ابزارهای پژوهش

**مقیاس پرخاشگری باس و پری<sup>۱۵</sup>:** این مقیاس توسط باس و پری به منظور سنجش چهار جنبه یا مؤلفه از پرخاشگری، شامل پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت در قالب ۲۹ سوال ساخته شد (۴۹). هر چهار مؤلفه، دربرگیرنده ویژگی‌های مربوط به پرخاشگری هستند که مشتمل بر ابعاد فیزیکی (۹ سوال: اشاره به آسیب رساندن جسمی)، کلامی (۵ سوال: اشاره به پرخاشگری و توهین کلامی)، خشم (۷ سوال: اشاره به برافروختگی و عصبانیت مداوم) و خصومت (۸ سوال: اشاره به انگاره‌های بدبینی و تلاش برای آسیب زدن به صورت نهان) می‌باشند. هر مؤلفه به صورت لیکرتی (۱ تا ۵: اصلاً شبیه من نیست؛ تا حدودی شبیه من است؛ اغلب من را توصیف می‌کند؛ به میزان زیادی شبیه من است؛ کاملاً من را توصیف می‌کند) سنجیده می‌شود. دامنه نمرات در خرده‌مقیاس ابعاد فیزیکی ۹-۴۵، کلامی ۵-۲۵، خشم ۷-۳۵ و خصومت ۸-۴۰ می‌باشد و هرچه نمره پایین‌تر باشد نشان‌دهنده پرخاشگری کمتر است. پایایی این ابزار به ترتیب در ابعاد فیزیکی، کلامی، خشم، و خصومت ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۸۳ و ۰/۷۷ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۹ به دست آمده است. پایایی بازآزمایی این ابزار نیز مطلوب و برابر ۰/۸۰ گزارش شده است (۵۰). همچنین، این ابزار دارای روایی و پایایی مطلوب و مورد تایید در جامعه ایرانی است. در مطالعه‌ای که در ایران بر روی این ابزار انجام شد، ضمن پایایی مطلوب این ابزار، ضریب پایایی این پرسشنامه به شیوه بازآزمایی برابر با ۰/۷۸ گزارش شده است. همچنین، همبستگی ضعیف عوامل با یکدیگر و مقادیر ضریب آلفا همگی نشان‌دهنده کفایت و کارایی این پرسشنامه برای کاربرد پژوهشگران، متخصصان و روان‌شناسان در ایران است (۵۱).

**پرسشنامه دموگرافیک آزمودنی‌های تحقیق:** قبل از اجرای مقیاس پرخاشگری باس و پری، اطلاعات اولیه آزمودنی‌های تحقیق در قالب سن، شغل و تحصیلات به تفکیک جنسیت از آزمودنی‌ها اخذ گردید.

**برنامه زوج درمانی هیجان‌مدار HMT گروه دریافت‌کننده زوج درمانی هیجان‌مدار:** در این گروه پس از پایان درمان‌های اصلی و درمان‌های کمکی

اثربخشی و جلوگیری از بروز خطاهای استنباطی در نتایج پژوهش، زوج‌هایی را انتخاب نمودند که حائز ملاک مذکور باشند)، تسلط به زبان فارسی، سواد خواندن و نوشتن، امکان شرکت در جلسات با توجه به محل زندگی، و رضایت آگاهانه کتبی برای شرکت در جلسات درمانی بود. معیارهای عدم ورود، وجود معلولیت ذهنی و یا جسمی، حاملگی و شیردهی، تحت درمان بودن برای بیماری‌های روان‌پزشکی (به‌طور مثال: اسکیزوفرنی، افسردگی شدید، اختلالات شخصیتی و غیره)، ابتلا به بیماری روان‌پزشکی در صورت تأیید توسط متخصص مربوطه، سابقه سوءمصرف مواد، دریافت دیگر درمان‌های روان‌شناختی و آموزشی از زمان تشخیص بیماری بود. لازم به ذکر است هر بیمار هر زمان که تمایل داشت می‌توانست آزادانه مطالعه را ترک کند. همچنین، غیبت بیش از دو جلسه، معیار خروج بیمار از روند درمان در نظر گرفته شده بود. هر دو گروه قبل و بعد از مداخله به پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (فرم ۲۹ سؤالی با طیف لیکرت) که دارای چهار بعد اصلی فیزیکی، کلامی، خشم و خصومت است، پاسخ دادند.

ملاحظات اخلاقی این پژوهش عبارت بودند از: (۱) عدم مغایرت اجرای طرح با باورها و سنت‌های جامعه (۲) عدم درج مطالب موهن و زننده در پرسشنامه‌ها و فرم‌های اطلاعاتی (۳) رعایت صداقت و امانت در بازنگری منابع و استفاده از مقالات در فهرست منابع (۴) عدم استفاده از منابع مشکوک و فاقد اعتبار در طراحی پروژه (۵) به‌کارگیری مناسب‌ترین روش تحقیق و جدیدترین تکنیک (۶) عدم بهره‌گیری از مواد، ابزار و روش‌های تهاجمی که موجب آسیب جسمی یا روحی شود (۷) رعایت آزادی فردی داوطلبین (۸) رعایت صداقت در تنظیم رضایت‌نامه و کسب امضای داوطلبین (۹) درج پذیرش مسئولیت جبران خسارت اجتماعی در فرم رضایت‌نامه (۱۰) بررسی عدم اشکال اخلاقی مداخله (۱۱) اطلاع بیماران از نوع، محتوا، و هدف مداخله (۱۲) جبران خسارات سهوی وارده به افراد مورد مطالعه (۱۳) عدم تحمیل هزینه مالی به افراد شرکت‌کننده در طرح (۱۴) ضبط و حفظ تمامی اطلاعات شخصی مربوط به افراد شرکت‌کننده در طرح (۱۵) تفسیر نتایج مطالعه برای شرکت‌کنندگان در صورت تمایل و (۱۶) راهنمایی شرکت‌کننده در صورت مشاهده هرگونه اختلال روانی.

<sup>15</sup> Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ)

راه کارهای حل مسئله مرتبط با آن، آموزش و تمرین داده می شود. راهبرد عمده مداخله HMT، کمک به زوجین برای توسعه مهارت های ابراز هیجانی بیشتر و به اشتراک گذاشتن افکار و احساسات خود درمورد تجربه سرطان با همسر است. در واقع، هدف کلی، تسهیل حمایت عاطفی و اجتماعی همسران از یکدیگر است. خلاصه جلسات مداخله به شرح مندرج در (جدول ۱) می باشد:

جدول ۱: برنامه زوج درمانی هیجان مدار HMT

جلسه	محتوای جلسه
۱	ایجاد رابطه درمانی و بازشناسی گفت وگوهای مخرب
۲	یافتن نقاط جریحه دار شده در زوجین
۳	رویارویی با لحظات بحرانی: آغاز پذیرش و مسئولیت پذیری
۴	بخشش رنجش ها و اعتماد دوباره
۵	پیوند مجدد از طریق رابطه جنسی و نزدیکی جسمی
۶	چگونگی مراقبت از خود و رابطه زناشویی خود

به منظور آنالیز داده ها، آمار توصیفی و تحلیلی به کار گرفته شد. برای توصیف تغییرات در متغیر وابسته، با توجه به اینکه یک متغیر کمی و نسبی می باشد، از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در مقایسه نتایج بین دو گروه مورد مطالعه، در صورت نیاز به کنترل بر متغیرهای پایه<sup>۲۱</sup>، برحسب نوع متغیر، از مدل های ترکیبی تحلیل رگرسیون و سپس تحلیل واریانس با کنترل متغیر تصادفی کمکی یا هم پراش (کوواریت) که همان تحلیل کوواریانس (مانکووا) می باشد، سود برده شد. برای این منظور از پرسشنامه باس-پری شامل ۲۹ سوال با دامنه امتیاز کل از ۲۹ تا ۱۴۹ استفاده شد. شایان ذکر است جهت مقایسه امتیاز دو گروه مداخله و غیرمداخله، از جمع امتیاز پرسشنامه مربوط به هر زوج بهره گرفته شد. استفاده از تحلیل کوواریانس، مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است که در صورت رعایت آن ها، می توان از این آزمون استفاده کرد. جهت آنالیز داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده و نیز مقدار  $P < 0.05$  از نظر آماری معنادار در نظر گرفته شد.

درخصوص تعدیل متغیرهای مخدوش گر، در مقایسه میزان پرخاشگری بعد از مداخله، جهت کنترل متغیرهای مخدوش کننده و ثابت نگه داشتن اثر آن ها، ابتدا از رگرسیون خطی استفاده شد. پرخاشگری بعد از مداخله با

(ادجوانت تراپی) در زنان مبتلا به سرطان پستان، به مدت ۶ جلسه و به صورت زوجی صورت پذیرفت. در این پژوهش، نسخه ای از برنامه زوج درمانی هیجان مدار به شیوه گروهی با اقتباس از پیشنهاد های سوزان جانسون<sup>۱۶</sup> موسوم به HMT<sup>۱۷</sup> که در سال ۲۰۱۵ در طرح پژوهشی لینچ<sup>۱۸</sup> جهت مداخله در زوج های دارای زنان مبتلا به سرطان پستان مطرح شد، به کار گرفته شده است (۴۴). هدف از این نسخه اقتباسی ویژه، مداخله مطلوب به شیوه EFCT جهت بهبود شاخص های روان شناختی و رابطه ای مرتبط با کیفیت زندگی زوج هایی است که دارای زنانی هستند که حداقل در ۱۲ ماه گذشته، تجربه مقابله با رویداد تشخیص یا عود سرطان پستان (استیج ۱ تا ۳) را داشته و درگیر فرایند درمان بوده یا آن را پشت سر گذاشته اند. نسخه HMT از مداخلات زوج درمانی هیجان مدار تاکنون در پژوهش های داخلی برای ارتقا شاخص های کیفیت زندگی زناشویی در زوج های درگیر مقابله با سرطان، به کار گرفته نشده است. با این حال، پشتوانه تجربی مستحکمی برای مداخلات EFCT که طرح مداخله ای HMT مبتنی بر آن است، وجود دارد. روش HMT اولین بار توسط دیوی و لیو<sup>۱۹</sup> (۵۲) و با تأیید جانسون برای مداخله در زوج های درگیر مقابله با سرطان اقتباس شد. چارچوب کلی مداخله به این روش، مشتمل است بر کمک گروه تسهیل گر<sup>۲۰</sup> به زوج ها به منظور درک تأثیرات منفی سرطان بر عملکردهای فردی و رابطه ای زوجین و تشویق آن ها به بیان تجربیات، هیجانات و انتظارات خود. در این مداخله، به زوج ها مهارت های حل مسئله و برقراری ارتباط سالم زوجی با همسر خود، فارغ از هرگونه پرخاش، عصبیت، و فرسایش آموخته می شود تا در برخورد و مقابله با رویداد سرطان، به موضعی منطقی برسند. جلسات مداخله مشتمل بر ۶ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای (در دو نوبت ۶۰ دقیقه ای) است که در طول جلسات، همواره دو تسهیل گر حضور دارند تا شرکت کنندگان، مشارکت کامل و فعال خود را حفظ کنند. در هر یک از جلسات، یکی از گفتگوهای مخرب زناشویی و شیوه های ناصحیح برقراری ارتباط بین زوجین، ازجمله پرخاشگری، تبیین و

<sup>16</sup> Suzan Johnson

<sup>17</sup> Hold Me Tight (HMT)

<sup>18</sup> Lynch

<sup>19</sup> Davey & Liu

<sup>20</sup> Facilitators

<sup>21</sup> Baseline

ثابت نگهداشتن اثر متغیرهای مخدوش کننده (سن، تحصیلات، شغل، محل سکونت) در دو گروه بررسی شد. البته عوامل مخدوش گر غیرقابل کنترل و تعدیل، مانند خرده فرهنگ نیز مطرح است که در بخش محدودیت ها ذکر شد و قابل تعدیل نبودند. اما در نهایت، تصمیم پژوهشگران جهت تعدیل عوامل مخدوشگر، استفاده از آزمون کوواریانس بود.

## یافته ها

پژوهش حاضر در پی بررسی این فرضیه صورت پذیرفت که: زوج درمانی هیجان مدار موجب کاهش عوامل پرخاشگری ارتباطی زوج های دارای زنان مبتلا به سرطان پستان می شود. در بخش اول، به توصیف آزمودنی های تحقیق پرداخته شد. شرکت کنندگان در این مطالعه تعداد ۲۲ زوج (۴۴ نفر) با میانگین سنی ۳۳/۴ - ۴۸/۸ سال بودند که همه زوج ها، یعنی همه ۴۴ نفر پرسشنامه را تکمیل نمودند. به این معنی که هریک از زوجین به صورت جدا از یکدیگر و منفرداً به تکمیل ابزار تحقیق پرداخت. از نظر سطح تحصیلات، در هر دو گروه ۴۰٪ افراد دیپلمه، ۴۶٪ افراد دارای مدرک کاردانی و کارشناسی و ۱۴٪ افراد دارای مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. همچنین همان گونه که مطرح گردید، با توجه به ماهیت پروتکل آموزشی (زوج درمانی) فرایند مداخله به صورت زوجی انجام گرفت. نمرات پرخاشگری ارتباطی بعد از مداخله درون گروه ها (گروه آزمایش) به طور معناداری کاهش نشان می داد ( $P < 0.01$ ). در بررسی تفاوت تغییرات

نمرات پرخاشگری ارتباطی بعد از مداخله نسبت به قبل از آن، بین دو گروه در مورد این شاخص، تفاوت معناداری مشاهده شد ( $P < 0.01$ ).

به صورت جامع، مقایسه مشخصات فردی- اجتماعی دو گروه آزمایش و گواه با استفاده از آزمون های t و خی- دو انجام شد و نتایج حاکی از عدم تفاوت معنادار بین آن ها بود (جدول ۲). با توجه به جدول ۳، بر اساس یافته های به دست آمده از مداخله موردنظر مبتنی بر درمان هیجان مدار در زوجین، این الگو در تمامی مؤلفه ها بر کاهش پرخاشگری اثر داشته است، درحالی که گروه کنترل، به جز در مؤلفه های خشم و خصومت، در تمامی متغیرها در پس آزمون، پسرفت (افزایش پرخاشگری) داشت. جهت تشریح بیشتر این مطلب، نمرات پیش آزمون پرخاشگری در ابعاد فیزیکی، کلامی، خشم و خصومت به ترتیب (۳۲/۸۴، ۱۸/۸۹، ۲۲/۵۴ و ۲۹/۱۸) به دست آمد که در پس آزمون به ترتیب (۲۱/۸۳، ۱۳/۱۱، ۱۶/۱۷ و ۱۸/۲۳) به دست آمد که اختلاف معناداری در درون گروهی مشاهده شد ( $P < 0.01$ ).

بر همین اساس، این کاهش در مؤلفه پرخاشگری فیزیکی (۱۱/۰۱)، کلامی (۵/۷۸)، خشم (۸/۳۷) و خصومت (۱۰/۹۵) در گروه آزمایش بود، درحالی که گروه گواه در همه مؤلفه ها، به جز خشم و خصومت، پسرفت (افزایش پرخاشگری) در میانگین داشت و در خشم و خصومت نیز این افزایش زیر ۰/۰۵ بود.

جدول ۲: مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در پژوهش

مشخصات	جنسیت	متغیر	گروه آزمایش	گروه گواه
سن (سال)	زن	(میانگین/ انحراف معیار)	۴۳/۷۲±۵/۷۱	۴۷/۲۷±۹/۰۱
	مرد	(میانگین/ انحراف معیار)	۴۸/۲۷±۷/۲۸	۵۳/۵۴±۱۱/۷۸
سطح تحصیلات	زن	دیپلم (فراوانی/ درصد)	۴ (۳۶٪)	۵ (۴۵٪)
		کاردانی و کارشناسی (فراوانی/ درصد)	۷ (۶۴٪)	۶ (۵۵٪)
	مرد	کارشناسی ارشد و بالاتر (فراوانی/ درصد)	--	--
		دیپلم (فراوانی/ درصد)	۵ (۴۵٪)	۴ (۳۶/۲۵٪)
	زن	کاردانی و کارشناسی (فراوانی/ درصد)	۳ (۲۷/۵٪)	۴ (۳۶/۲۵٪)
		کارشناسی ارشد و بالاتر (فراوانی/ درصد)	۳ (۲۷/۵٪)	۳ (۲۷/۵٪)
شغل	زن	شاغل (فراوانی/ درصد)	۳ (۲۸٪)	۲ (۱۹٪)
		بیکار (فراوانی/ درصد)	۸ (۷۲٪)	۹ (۸۱٪)
	مرد	شاغل (فراوانی/ درصد)	۹ (۸۱٪)	۷ (۶۴٪)
		بیکار (فراوانی/ درصد)	۲ (۱۹٪)	۴ (۳۶٪)

معناداری در سطح  $p < 0.01$  می باشد؛ یعنی پس از آموزش زوج درمانی هیجان مدار به زوجین، گروه موردنظر (آزمایش) به طور معناداری بیش از گروه گواه به سوالات آزمون پرخاشگری پاسخ دادند. لذا این فرضیه پژوهش که: آموزش زوج درمانی هیجان مدار بر بهبود پرخاشگری ارتباطی زوج های دارای زنان مبتلا به سرطان پستان، مؤثر است در سطح معناداری  $p < 0.01$  مورد قبول واقع شد.

در ادامه، به تحلیل کوواریانس جهت بررسی اثربخشی مداخله مورد نظر و مقایسه با گروه کنترل پرداخته شد. همان گونه که در جدول ۴ ملاحظه می شود، به وسیله تحلیل کوواریانس، معناداری تفاوت بین میانگین های نمره های پس آزمون پرخاشگری ارتباطی هر دو گروه آزمایش و گواه با در نظر گرفتن تفاوت اولیه بین دو گروه، در پیش آزمون، آزموده شد و نتایج حاکی از تفاوت

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات مؤلفه های پرخاشگری در دو گروه، قبل و بعد از مداخله به تفکیک جنسیت

متغیر	زمان	آزمایش (SD±Mean)		گواه (SD±Mean)	
		زن	مرد	زن	مرد
فیزیکی	پیش آزمون	۳۲/۳۱±۳/۱۱	۳۳/۳۷±۳/۱۹	۳۴/۲۹±۴/۰۱	۳۴/۰۱±۳/۲۵
	پس آزمون	۲۰/۴۵±۲/۱۰	۲۲/۳۱±۲/۱۴	۳۴/۳۱±۳/۹۱	۳۴/۱۱±۳/۹۳
	P-Value	<0.001	<0.001	0/۹۹۰	0/۹۴۸
کلامی	پیش آزمون	۱۸/۳۵±۲/۷۳	۱۹/۴۳±۳/۰۱	۱۸/۱۴±۲/۹۴	۱۷/۵۲±۲/۹۶
	پس آزمون	۱۴/۰۲±۲/۲۷	۱۲/۲۰±۲/۱۱	۱۸/۱۳±۲/۹۰	۱۷/۶۵±۲/۸۸
	P-Value	0/۰۰۶	<0.001	0/۹۹۳	0/۹۱۷
خشم	پیش آزمون	۲۲/۱۹±۳/۱۰	۲۲/۹۷±۲/۹۶	۲۲/۶۹±۳/۱۱	۲۲/۱۱±۳/۱۳
	پس آزمون	۱۶/۴۰±۲/۲۱	۱۵/۹۴±۲/۰۱	۲۲/۰۳±۳/۱۹	۲۱/۹۵±۳/۰۹
	P-Value	0/۰۰۱	<0.001	0/۶۲۸	0/۹۰۵
خصوصیت	پیش آزمون	۳۰/۰۴±۳/۰۲	۲۸/۳۲±۲/۹۰	۲۹/۵۸±۴/۴۳	۲۹/۱۲±۴/۳۱
	پس آزمون	۱۸/۵۱±۲/۵۱	۱۷/۹۵±۲/۱۳	۲۹/۱۰±۴/۱۱	۲۹/۲۶±۴/۲۵
	P-Value	<0.001	<0.001	0/۷۹۴	0/۹۳۹

جدول ۴: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمره های پرخاشگری پس آزمون آزمودنی های گروه آزمایش و گواه

مؤلفه	منبع پراش	SS	df	MS	F	Sig
فیزیکی	شرایط آزمایشی	۲۴۸/۲۸۱	۱	۲۴۸/۲۸۱	۷/۸۸۹	0/۰۱
	خطا	۵۹۴/۱۱۵	۱۹	۳۱/۲۶		
کلامی	شرایط آزمایشی	۱۹۸/۲۲۳	۱	۱۹۸/۲۲۳	۵/۸۸۴	0/۰۰۱
	خطا	۴۱۲/۸۸	۱۹	۲۱/۷۳		
خشم	شرایط آزمایشی	۲۱۱/۱۱۵	۱	۲۱۱/۱۱۵	۷/۴۴۸	0/۰۱
	خطا	۴۴۳/۵۹۲	۱۹	۲۳/۳۴		
خصوصیت	شرایط آزمایشی	۲۲۳/۱۱۵	۱	۲۲۳/۱۱۵	۱۰/۵۶۲	0/۰۱
	خطا	۵۰۸/۲۲۹	۱۹	۲۶/۷۴		

کنترل صورت پذیرفت. پس از کنترل اثر پیش آزمون، فرضیه پژوهش، یعنی اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش مؤلفه های پرخاشگری ارتباطی در زوجین دارای زنان مبتلا به سرطان پستان، مورد تأیید قرار گرفت. در متغیر پرخاشگری ارتباطی، تفاوت میانگین ها از پیش آزمون به پس آزمون ابعاد فیزیکی، کلامی، خشم، و خصوصیت در مردان و زنان به ترتیب (۱۱/۰۱)، (۵/۷۸)،

## بحث

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار به شیوه گروهی بر پرخاشگری ارتباطی در زوجین دارای زنان مبتلا به سرطان پستان بود که به صورت یک پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی کنترل شده نیمه تصادفی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و با گروه

تداوم و حفظ این مؤلفه‌ها می‌شود (۲۶) که نشان از تأیید اثربخشی کاربست موصوف بر جنبه‌های مختلف ارتباط زوجی داشته و تصدیق‌گر نتایج مطالعه حاضر می‌باشد. در تبیین اثربخشی زوج‌درمانی هیجان مدار باید گفت هیجان‌ها اغلب اثربخشی فوق‌العاده بالایی دارند. هیجان‌ها می‌توانند توجه فرد را به برخی از ویژگی‌های کلیدی محیط، بهینه‌سازی منبع حسی، نوع راهبرد تصمیم‌گیری، آمادگی در واکنش‌های رفتاری، تسهیل در روابط متقابل اجتماعی و افزایش ظرفیت حافظه رویدادی، معطوف کنند (۵۴). ناتوانی در تنظیم هیجان‌ها موجب افزایش عواطف منفی، کاهش عواطف مثبت (۵۵) و کاهش خودکارآمدی در حوزه هیجان‌ها می‌شود. یکی از فواید تنظیم هیجان، افزایش کارایی مداخلات دیگر است. زمانی که از روش‌های درمانی دیگر (مانند شیمی‌درمانی) استفاده می‌شود، معمولاً برخی از عواطف هیجانی ناسازگار، پس از مدتی بروز خواهند کرد. زوج‌درمانی هیجان‌مدار با تمرکز بر روی این علائم، موجب جلوگیری از بروز مجدد نشانه‌های اصلی اختلال‌ها شده و نیز به حفظ سلامتی افراد کمک می‌نماید. به عبارت دیگر، تنظیم هیجان موردنظر در رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار، ضمن افزایش تاب‌آوری در مقابل اختلال‌های روانی- فیزیولوژیکی، موجب ارتقای مؤلفه‌های سلامت روان‌شناختی و افزایش تاب‌آوری در مقابل عوارض نامطلوب برخی درمان‌های پزشکی نیز می‌شود. بررسی همه‌جانبه فرایند اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار نیز حاکی از آن است که این روش با تکیه بر مشکلات هیجانی در ارتباط بین زوج‌ها، آن را عاملی بحران‌ساز و نامطلوب توصیف نموده است. در این روش سعی می‌شود تا با آموزش شناخت هیجان‌های خود و طرف مقابل، به هماهنگی و به نوعی هم‌سازی مثبت رسیده و زمینه ارتباط مؤثر فراهم گردد. همچنین زوج‌درمانی هیجان‌مدار عدم سرکوب هیجان‌ها را ضرورتی انکارناپذیر می‌داند. در واقع، اگرچه مهار هیجان منفی به عنوان یک هدف در نظر گرفته می‌شود، با این حال، تنظیم هیجان را باید کاهش، افزایش و حفظ هر دو نوع هیجان منفی و مثبت دانست که شامل آگاهی، فهم و پذیرش هیجان‌هاست (۵۶). در چنین شرایطی، ابراز مؤثر هیجان‌ها، در ایجاد سازگاری روان‌شناختی، نقش به‌سزایی دارد. زوج‌درمانی هیجان‌مدار نیز با رعایت این اصل به زوجین در اظهار و بیان مطلوب هر دو نوع هیجان مثبت و

(۸/۳۷) و (۱۰/۹۵) بود که به لحاظ آماری در سطح ( $P<0/01$ ) معنادار می‌باشد. مداخله طراحی‌شده، در بخش اولیه بر اساس مقادیر توصیفی نشان داد که در پس‌آزمون در گروه آزمایش در مؤلفه‌های پرخاشگری فیزیکی (۱۱/۰۱)، کلامی (۵/۷۸)، خشم (۸/۳۷) و خصومت (۱۰/۹۵) کاهش به وجود آمد، درحالی‌که گروه گواه در مؤلفه‌های فیزیکی و کلامی، پسرفت (افزایش) در میانگین داشت و در دو مؤلفه خشم و خصومت نیز کاهش زیر ۰/۰۵ بود. جداول ۳ و ۴ نشان می‌دهند که تفاوت میانگین‌های گروه‌ها نسبت به مرحله پیش‌آزمون معنادار می‌باشد. لذا، می‌توان نتیجه گرفت زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش پرخاشگری ارتباطی در سطح ( $P<0/01$ ) معنادار و موجب کاهش در مؤلفه‌های پرخاشگری ارتباطی (فیزیکی، کلامی، خشم، و خصومت) در زوج‌های دارای زنان مبتلا به سرطان پستان شده است. نتایج پژوهش حاضر، هم‌راستا با مطالعه شاه‌مرادی و همکاران (۲۰۱۹) می‌باشد که در آن بر به‌کارگیری الگوی هیجان‌مدار مبتنی بر درمان زوجین و تأثیر آن بر کاهش پرخاشگری و مفاهیم مرتبط با خشم در زوج‌ها در حال مقابله با آثار سوء سرطان تأکید شده است (۳۴). نتایج پژوهش از سویی، با یافته‌های پژوهش‌های جاویدی (۳۰ - ۳۲) مبنی بر اثربخشی الگوی حاضر بر بهبود رضایت زناشویی زوجین و کنترل رفتار خانواده، بهبود الگوهای ارتباطی فارغ از پرخاشگری و همچنین کاهش تعارضات زوج‌ها، هم‌سو می‌باشد؛ و از سوی دیگر، با نتایج مطالعه گوارینو<sup>۲۲</sup> و همکاران (۲۰۲۰) که نشان داد الگوی مداخله زوج‌درمانی هیجان‌محور در بهبود روانی و کاهش استرس و تظاهرات پرخاشگرایانه در زنان مبتلا به سرطان پستان اثرگذار است (۵۳) و یافته‌های پژوهش لینچ (۲۰۱۵) مبنی بر اثربخشی نسخه زوج‌درمانی هیجان‌مدار HMT با اجرای گروهی بر بهبود شاخص‌های سلامت روانی، رضایت زناشویی، پرخاشگری، و آسیب‌های تروماتیک ناشی از روند مقابله با سرطان (۴۴)، هم‌سو می‌باشد. همچنین، همانگونه که پیش‌تر قید گردید، بیلسی و آگر (۲۰۱۹) در فراتحلیلی با بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار، به این نتیجه رسیدند که این رویکرد موجب تأثیر مثبت بر عواطف، افزایش صمیمیت زناشویی، کاهش نگرش‌های منفی و پرخاشگری و نیز

<sup>22</sup> Guarino



منفی و بروز مناسب آن کمک نموده و زمینه را برای ارتباط کامل و رضایت بخش فراهم می‌نماید. وقتی فرد به سطح مطلوب عاطفی و هیجانی برسد و بتواند در خانواده به‌خوبی ایفای نقش کند و روابط مناسبی را با اعضای دیگر (به‌ویژه همسرش) داشته باشد، به تدریج در یک چرخه با بازخورد مثبت قرار می‌گیرد که تأثیر بسیار زیادی در موفقیت‌های آتی او و غلبه بر مشکلات موجود خواهد داشت. از این دیدگاه، این پژوهش توانسته است بر مؤلفه‌های پرخاشگری ارتباطی اثربخش باشد که این یافته با پژوهش ویب و جانسون<sup>۲۳</sup> (۲۰۱۶) همسو می‌باشد که در آن با تأکید بر اثربخشی بالای رویکرد هیجان‌مدار در بهبود مشکلات ارتباطی زوج‌ها، این رویکرد را عاملی اثرگذار و تغییردهنده در مشکلات ارتباط زناشویی در ابعاد اضطرابی، تشویشی و پرخاشگریانه دانسته است (۴۵). همچنین والادرس خان و اپستاین<sup>۲۴</sup> (۲۰۱۵) نیز وجود محرک‌های منفی هیجانی و بی‌توجهی به همسر و طرف مقابل زندگی که ناشی از عدم درک هیجانی و وجود مشکلات اضطرابی می‌باشد را عامل پرخاشگری در زوجین معرفی کرده و اصلاح و بهبود روابط این زمینه را در گرو بهبود و درک هیجانی زوجین از یکدیگر دانسته‌اند (۵۷) و لذا نتایج پژوهش حاضر با مطالعه یادشده نیز هم‌راستا است.

زوج‌درمانی هیجان‌مدار با بهره‌گیری از رویکردی یکپارچه از تلفیق سه دیدگاه سیستماتیک<sup>۲۵</sup>، رویکرد انسان‌گرایی<sup>۲۶</sup> و نظریه دلبستگی بزرگسالان<sup>۲۷</sup> توانسته با تمرکز بر هیجانات در نظریه دلبستگی، نقش مهم هیجانات و ارتباطات هیجانی در سازمان‌دهی الگوهای ارتباطی صحیح در زوج‌ها را هدف قرار داده و هیجانات را عامل تغییر معرف کند (۵۸). این رویکرد با تکیه بر شناخت و آگاهی زوجین نسبت به هیجانات یکدیگر، نزدیکی و تشریک در حس‌های مشترک را تقویت می‌کند و قابل‌پیش‌بینی بود که انجام صحیح این رویکرد با کاهش نشانگان پرخاشگری در ابعاد مختلف در مؤلفه‌های فیزیکی، کلامی، خشم، و خصومت همراه باشد، چراکه با کاهش فاصله هیجانی، زمینه نزدیکی احساسات و عواطف و ارتباط متقابل تقویت

می‌شود. در بررسی عمیق‌تر اثربخشی این رویکرد در مقایسه با رویکردهای دیگری که به‌نوعی با خشم و پرخاشگری در ارتباط هستند، که از آن جمله می‌توان به الگوی مدیریت خشم<sup>۲۸</sup> در این زمینه اشاره کرد، یافته‌ها بیانگر این موضوع بود که برنامه‌هایی همچون مدیریت خشم نیز در کاهش پرخاشگری ارتباطی تأثیر دارند، اما مسئله مهم توان و اثربخشی بلندمدت‌تر رویکرد هیجان‌مدار و نیز ایجاد حس نزدیکی با همسر بود، درحالی‌که توجه برنامه‌هایی همچون مدیریت خشم عمدتاً فقط به فرد پرخاشگر و نه رابطه طرفینی معطوف است (۵۹). در یک جمع‌بندی کلی، رویکرد هیجان‌مدار با آگاه‌سازی فرد به هیجانات خود و شریک زندگی خود و تقویت احساس احترام به خویش و دیگری در محیطی امن و اعتمادمحور، بستر بروز نیازها و کمبودها را فراهم آورده و با ایجاد یک محیط ارتباطی مناسب، زمینه حل مشکلات، نزدیکی هیجانی، احساس صمیمیت زوجین و کاهش تظاهرات خشم و پرخاشگری نسبت به یکدیگر را میسر می‌سازد.

از نقاط ضعف مطالعه، تک مرکزی بودن و اجرای مطالعه در یک نوع خاص از سرطان (سرطان پستان) را می‌توان عنوان کرد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت در جامعه آماری، شیوه نمونه‌گیری، شیوه کورسازی و داده‌های آن اشاره نمود که بر اساس داده‌های خودگزارش‌دهی می‌باشد و همین ویژگی، زمینه سوگیری را فراهم می‌نماید. جهت رفع این نقص بهتر است از مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته و درجه‌بندی به‌وسیله خانواده استفاده گردد. در این پژوهش، به‌دلیل محدودیت‌ها، از روش نمونه‌گیری دردسترس استفاده شد؛ پیشنهاد می‌شود این پژوهش در نمونه‌های بزرگتر و تصادفی مورد بررسی قرار گیرد؛ همچنین، برای سنجش علاوه بر پرسشنامه، از ابزارهای دیگر مانند مصاحبه نیز استفاده شود. از نقاط قوت پژوهش حاضر می‌توان به بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر پرخاشگری ارتباطی در زوج‌های دارای زنان مبتلا به سرطان پستان اشاره نمود که با توجه به شیوع بالا و مزمن بودن بیماری موردنظر، ایده‌ای بدیع و مؤثر بوده که تاکنون در پژوهش‌های داخلی به‌کار گرفته نشده و می‌تواند در آینده

<sup>23</sup> Wiebe & Johnson

<sup>24</sup> Valladares Khan & Epstein

<sup>25</sup> Systematic Approach

<sup>26</sup> Humanistic Approach

<sup>27</sup> Adult Attachment Theory

<sup>28</sup> Anger Management Model

هیجان‌ها در الگوهای ارتباطی میان زوجها است؛ به‌ویژه زمانی که یکی از زوجین به بیماری‌های مزمن پزشکی مبتلا می‌گردد و از این طریق می‌توان به ایشان در کنار آمدن، بهبود سریع‌تر و در نهایت افزایش اثربخشی درمان‌های پزشکی کمک شایانی نمود. شایان ذکر است استفاده از مداخلات روان‌درمانی از ابتدای درمان تا زمان فراغت از بیماری، نه تنها موجب حفظ تعادل و سلامت روانی در بیماران و خانواده آن‌ها (به‌ویژه همسران‌شان) می‌شود، بلکه میزان پایبندی افراد به توصیه‌های پرشیکی را نیز افزایش می‌دهد.

### تشکر و قدردانی

پژوهشگران وظیفه خود می‌دانند از تمامی کسانی که به‌نحوی در انجام و به ثمر رساندن این پژوهش آن‌ها را یاری نمودند، و همچنین کلیه مسئولین و کادر درمان مرکز توانبخشی آرمان شایان (تهران) (به‌عنوان محل اجرای طرح) و مسئولین دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان (به‌عنوان مرکز مصوب طرح) کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

### تعارض منافع

نویسندگان این مقاله اظهار می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافی در انجام و انتشار نتایج این پژوهش ندارند.

درخصوص جنبه‌های مختلف زندگی این قبیل زوجها به‌کار رود.

پیشنهاد می‌شود این کاربست بر روی جامعه آماری سایر زوجها که دارای انواع دیگری از بیماری‌های مزمن پزشکی می‌باشند، نیز صورت پذیرد. به‌علاوه، اجرای این برنامه آموزشی در سایر جوامع بالینی و غیربالینی، موجب تبیین بهتر فرایند اثربخشی آن خواهد شد. بنابر نتایج این مطالعه و مطالعات مشابه و همچنین پیشنهاد بیماران، بهتر است آموزش زوج‌درمانی هیجان‌مدار از زمان تشخیص سرطان پستان، یعنی از آغاز درمان‌های مرسوم و توأم با مداخلات پزشکی انجام شود. جهت ارائه بهترین خدمات به بیماران مبتلا به سرطان، هماهنگی و همکاری بیشتر نهادهای پزشکی و بیمارستانی، روان‌شناسی و مشاوره ضروری است.

### نتیجه‌گیری

به‌طورکلی، نتایج پژوهش حاضر، نشان از تأثیر معنادار آموزش زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش پرخاشگری ارتباطی زوجها و بهبود در مؤلفه‌های آن و در نتیجه بهبود فرایندهای هیجانی در رابطه بین زوجها داشت. الگوی این معناداری نشان داد با به‌کارگیری صحیح و کارآمد این رویکرد می‌توان در درک هیجانی و نزدیکی زوجین نسبت به یکدیگر موفق عمل کرد و ارتباط صحیح زوجین را تقویت نمود. همچنین، نتایج حاکی از نقش پررنگ و مؤثر

### References

- Poorkiani M, Hazrati M, Abbaszadeh A, Jafari P, Sadeghi M, Dejbakhsh T, Mohammadian Panah M. Does rehabilitation program improve quality of life in breast cancer patients? Payesh. 2010; 9(1):61-68.
- Caruso R, Breitbart W. Mental health care in oncology. Contemporary perspective on the psychosocial burden of cancer and evidence-based interventions. Epidemiol Psychiatr Sci. 2020; 29: 81-6.
- Wang Y, Duan Z, Ma Z, et al. Epidemiology of mental health problems among patients with cancer during COVID-19 pandemic. Transl Psychiatry. 2020; 10(1):263-9.
- Safaei A, Zeighami B, Tabatabaee HR, Moghimi Dehkordi B. Quality of life and Related Factors in Breast Cancer Patients under Chemotherapy. Iranian Journal of Epidemiology. 2008; 3(4):61-6.
- McPherson K, Steel CM, Dixon JM. ABC of breast diseases. Breast cancer-epidemiology, risk factors, and genetics. BMJ. 2000; 321(7261): 624-8.
- Mohammadi E, Aminorroaya A, Fattahi N, Azadnajafabad S, Rezaei N, Farzi Y, Naderimagham S, Rezaei N, Larijani B, Farzadfar F. Epidemiologic pattern of cancers in Iran; current knowledge and future perspective. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders. 2020; 20:1-5.

7. Danaei G, Farzadfar F, Kelishadi R, Rashidian A, Rouhani OM, Ahmadnia S, Ahmadvand A, Arabi M. Review Iran in transition. *Lancet*. 2019; 393:1984-2005.
8. Iranian Ministry of Health and Education. [Annual Report of Iranian National Population-Based Cancer Registry]. 2015.
9. Ataollahi MR, Sharifi J, Paknahad MR, Paknahad A. Breast cancer and associated factors: a review. *J Med Life*. 2015; 8:6-11.
10. Fazel A, Hasanpour-Heidari S, Salamat F, Rajaie S, Kazeminezhad V, Naeimi-Tabiei M, Jahangirrad A, Sedaghat S, Hosseinpour R, Ghasemi-Kebria F, Roshandel G. Marked increase in breast cancer incidence in young women: A 10-year study from Northern Iran, 2004-2013. *Cancer epidemiology*. 2019; 62(1): 101573.
11. Heer E, Harper A, Escandor N, Sung H, McCormack V, Fidler-Benaoudia MM. Global burden and trends in premenopausal and postmenopausal breast cancer: a population-based study. *The Lancet Global Health*. 2020; 8(8):e1027-37.
12. WHO. Global Cancer Country Profile 2020. [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 9]. Available from: [https://www.who.int/docs/default-source/documents/health-topics/cancer/global-country-profiles-on-burden-of-cancer-a-to-k.pdf?sfvrsn=45c42531\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/documents/health-topics/cancer/global-country-profiles-on-burden-of-cancer-a-to-k.pdf?sfvrsn=45c42531_4).
13. Ziner KW, Sledge GW, Bell CJ, Johns S, Miller KD, Champion VL. Predicting fear of breast cancer recurrence and self-efficacy in survivors by age at diagnosis. *Oncol Nurs Forum*. 2012; 39(3):287-95.
14. Ferrell B, Grant M, Funk B, Otis-Green S, Garcia N. Quality of life in breast cancer: Part II: Psychological and spiritual well-being. *Cancer Nursing*. 1998; 21(1):1-9.
15. Vickberg SM. Fears about breast cancer recurrence. *Cancer Practice*. 2001; 9(5): 237-243.
16. Yang HC, Schuler TA. Marital quality and survivorship: slowed recovery for breast cancer patients in distressed relationships. *Cancer*. 2009; 115(1):217-28.
17. Lovner J, Karney B, Bradbury T. Does Couples' Communication Predict Marital Satisfaction, or Does Marital Satisfaction Predict Communication? *Journal of Marriage and Family*. 2016; 78(3): 680-94.
18. Malary M, Shahhosseini Z, Pourasghar M, Hamzehgardeshi Z. Couples Communication Skills and Anxiety of Pregnancy: A Narrative Review. *Materia Socio-Medica*. 2016; 27(4): 286-90.
19. Villa MB, Zilda A.P. Marital Satisfaction: The Role of Social Skills of Husbands and Wives. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2013; 23(56): 379-88.
20. Fakhraee S, Bashiri Khatibi B. Social and Cultural Factors Influencing Family Violence in Tabriz. *Journal of Applied Sociology*. 2013; 24(2):221-33.
21. Hammett JF, Lavner JA, Karney BR, Bradbury TN. Intimate Partner Aggression and Marital Satisfaction: A Cross-Lagged Panel Analysis. *J Interpers Violence*. 2017; 4:88-99.
22. Testa M, Leonard KE. The Impact of Marital Aggression on Women's Psychological and Marital Functioning in a Newlywed Sample. *Journal of Family Violence* 2001; 16:115-30.
23. Zimmermann T. Intimate Relationships Affected by Breast Cancer: Interventions for Couples. *Breast Care (Basel)*. 2015; 10(2): 102-8.
24. Coker AL, Follingstad DR, Garcia LS, Bush HM. Intimate partner violence and women's cancer quality of life. *Cancer Causes Control*. 2017; 28(1):23-39.
25. Keltner D, Sauter D, Tracy J, Cowen A. Emotional Expression: Advances in Basic Emotion Theory. *J Nonverbal Behav*. 2019; 43(2):133-60.
26. Beasley CC, Ager R. Emotionally Focused Couples Therapy: A Systematic Review of Its Effectiveness over the past 19 Years. *J Evid Based Soc Work*. 2019; 16(2):144-59.
27. Denton WH, Johnson SM, Burleson BR. Emotion-focused therapy-therapist fidelity scale (EFT-TFS): Conceptual development and content validity. *Journal of couple & relationship therapy*. 2009; 8(3): 226-46.
28. Johnson SM. The revolution in couple therapy: A practitioner-scientist perspective. *Journal of marital and family therapy*. 2003; 29(3): 365-84.
29. Denton WH, Wittenborn AK, Golden RN. Augmenting antidepressant medication treatment of depressed women with emotionally focused therapy for couples: A randomized pilot study. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2012; 38:23-38.
30. Javidi N. The effectiveness of emotionally focused couples therapy (EFCT) in improving marital satisfaction and family behavior control. *Biannua Journal of Applied Counseling*. 2013; 3(2):65-78.
31. Javidi N, Soleimani A, Ahmadi Kh SM. The effectiveness of training of emotion management strategies according to emotionally focused couple therapy (EFT) to

- increase sexual satisfaction in couples. *J Health Psychol.* 2012; 1(3):5-18.
32. Javidi N, Soleimani A, Ahmadi Kh, Samadzadeh M. The effectiveness of emotionally focused couples therapy (EFT) to improve communication patterns in couples. *J Res Behave Sci.* 2014; 11(5):402-10.
  33. Karimi J, Sodani M, Mehrabizade M, Neisi A. Comparison of the efficacy of integrative couple therapy and emotionally focused couple therapy on symptoms of depression and posttraumatic stress symptoms caused by extra-marital relations in couples. *J Clin Psychol.* 2013; 3(19):35-47.
  34. Shahmoradi S, Keshavarz Afshar H, Goudarzy M, Gholam Ali Lavasani M. Effectiveness of Emotion-Focused Therapy in Reduction of Marital Violence and Improvement of Family Functioning: A Quasi-Experimental Study. *Iranian Red Crescent Medical Journal.* 2019; 21(11): e97183.
  35. Babaei Gharmkhani M, Rasouli M, Davarniya R. The Effect of Emotionally-Focused Couples Therapy (EFCT) on Reducing Marital Stress of Married Couples. *Zanko J Med Sci.* 2017; 18(56):56-69.
  36. Raisi J, Mohammadi K, Zarei I, Najar Pourian S. Comparison of the effectiveness of emotion-based couple therapy and re-decision approach on increasing the resilience of married women. *Islamic Journal of Women and Family*, 2019; 6(3): 33-48.
  37. Davarnia R, Zaharakar K, Moayeri N, Shakerami M. The effectiveness of emotion-oriented couple therapy in a group method on reducing female marital burnout. *Quarterly Journal of Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran Medical Branch*, 2015; 25(2): 132-140.
  38. Walker JG, Manion IG, Cloutier PF, Johnson SM. Measuring marital distress in couples with chronically ill children: The Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Pediatric Psychology.* 1992; 17(3):45-57.
  39. Cloutier PF, Manion IG, Walker JG, Johnson SM. Emotionally focused interventions for couples with chronically ill children: A 2-year follow-up. *Journal of marital and family therapy.* 2002; 28(4):391-8.
  40. Mclean L. M, Walton T, Rodin G, Esplen M. J, & Jones J. M. A couple-based intervention for patients and caregivers facing end-stage cancer: Outcomes of a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology.* 2013; 22: 28-38.
  41. Grayer J. Emotionally focused therapy for couples: a safe haven from which to explore sex during and after cancer. *Sexual and Relationship Therapy.* 2016; 31(4):488-92.
  42. Adamson NA. Emotionally focused therapy with couples facing breast cancer: a theoretical foundation and descriptive case study. *Journal of psychosocial oncology.* 2013; 31(6):712-26.
  43. McLean LM, Hales S. Childhood trauma, attachment style, and a couple's experience of terminal cancer: Case study. *Palliative & supportive care.* 2010; 8(2):227-33.
  44. Lynch LE. Couples coping with cancer: A Hold Me Tight pilot intervention study [Doctoral dissertation]. Philadelphia: Drexel University; 2015.
  45. Wiebe SA, Johnson SM. A review of the research in emotionally focused therapy for couples. *Family Process.* 2016; 55(3):390-407.
  46. Naaman SC. Evaluation of the clinical efficacy of emotionally focused couples therapy on psychological adjustment and natural killer cell cytotoxicity in early breast cancer [Doctoral dissertation]. University of Ottawa; 2008.
  47. McLean LM, Jones JM, Rydall AC, Walsh A, Esplen MJ, Zimmermann C, Rodin GM. A couples intervention for patients facing advanced cancer and their spouse caregivers: Outcomes of a pilot study. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer.* 2008; 17(11): 1152-6.
  48. Akram M, Iqbal M, Daniyal M, Khan AU. Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biological research.* 2017; 50(1):33.
  49. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *J Pers Soc Psychol.* 1992; 63(3):452-9.
  50. Sanaei Zaker B, Barati T. Family and marriage scales. Tehran: Besat publication; 2000.
  51. Samani S. Study of reliability and validity of the Buss and Perry's aggression questionnaire. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology.* 2008; 13(4):359-65.
  52. Davey M, Liu TK. Couples Coping with Cancer: Hold Me Tight Pilot Intervention Study. Internal Seed Grant, DUCOM Radiation Oncology Department. Philadelphia: Drexel University; 2013.
  53. Guarino A, Polini C, Forte G, Favieri F, Boncompagni I, Casagrande M. The Effectiveness of Psychological Treatments in Women with Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med.* 2020; 9(1): 209.
  54. Gross JJ. Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press; 2014.
  55. Berking M, Orth U, Wupperman P, Meier LL & Caspar F. Prospective effects of emotion

- regulation skills on emotional adjustment. *J Counsel Psychol.* 2008; 55(4):485-94.
56. Gratz KL & Tull MT. Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance-and mindfulness-based treatments. In R. A. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance: Illuminating the processes of change.* Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2010.
57. Valladares khan S. Epstein NB. *Couple Therapy for Partner Aggression: Effects on Individual and Relational Well-Being.* *Journal of Couple & Relationship Therapy* 2015; 14(2):92-115.
58. Johnson SM. *Creating connection: The practice of emotionally focused couple therapy.* New York: Brunner-Routledge; 2004.
59. Crane CA, Testa M. Daily associations among anger experience and intimate partner aggression within aggressive and nonaggressive community couples. *Emotion.* 2014; 14(5):985.