

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی  
گروه آموزشی مشاوره

**پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره گرایش خانواده**

**عنوان پایان نامه:**

اثر بخشی زوج درمانی مبتنی بر تلفیق رویکرد وجودگرایی با مدل اولسون بر رضایتمندی زناشویی و کارکرد خانواده زنان ماستکتومی شده و همسرانشان

**نگارنده:**

مائده نقیائی

**استاد راهنما:**

دکتر بهمن بهمنی

**اساتید مشاور:**

دکتر بیژن خراسانی

دکتر علی قنبری مطلق

مرداد ماه ۱۳۹۲

شماره ثبت: ۲۲۵-۳۰۰۰

حمد و سپاس، خدایى را که پرودگار جهانیان است،

بخشنده و مهربان است،

اوست که ...

شفا بخش تن ها،

هستى بخش جان ها،

و آرا بخش دل هست ...

## تقدیر و تشکر

با سپاس فراوان از استاد گرانقدرم، جناب آقای دکتر بهمن بهمنی؛ که بی مهر معلمی و مهر راهبری دلسوزانه ایشان نمی توانستم این راه پر فراز و نشیب را ادامه دهم. تقدیر ناب الهی را سپاس می گویم که مرا با اندیشه های بی واسطه و حضور ایشان آشنا نمود. آموزگاری که برای اولین بار هم هنر فکر کردن را به من آموختند و هم فن انسان بودن را. تمام سخطاتی که در حضورشان گذشت، برایم درس زندگی بود...

با تقدیر و تشکر از اساتید مشاور گرامی ام، جناب آقای دکتر علی قبری مطلق و جناب آقای دکتر بشیرن خراسانی، که با راهنمایی های ارزنده و بی دریغشان در طی انجام مراحل مداخله بر روی بیمار ان مبتلا به سرطان، مراد رسیدن به اهدافم یاری نمودند.

با قدردانی از استاد داور بزرگوارم، جناب آقای دکتر امید رضایی، که با داوری ارزنده و دقیقشان، بر آموخته های من افزودند.

با تشکر صمیمانه از همکاری و یاری دوستانه پرسنل محترم بخش آنکولوژی بیمارستان امام حسین (ع).

با نهایت قدردانی از پدر و مادر عزیز و مهربانم، که سر آغاز بودن من هستند... آنهایی که گرمای امید بخش وجودشان، پشتیبان من است و در پناه پرمهرشان، همواره به اطمینان و آرامش می رسم...

و خواهر و برادران نازنینم، که همگی وجود بزرشان، همواره جان تازه ای به من می بخشد...

پیشکش به:

عزیزانی که با روح بلند و دلهای عمیقشان به من آموختند، می توان از درد و رنج بیماری پیله ای ساخت برای پروانه شدن... پرواز کردن... و به آزادی... رهایی رسیدن.

## چکیده

ماستکتومی به عنوان یکی از روش‌های درمان سرطان پستان می‌تواند رضایتمندی از زندگی زناشویی و کارکرد خانواده بسیاری از زوجها را دچار اختلال کند. در این میان اضطراب‌های وجودی برخاسته از این رویداد بالقوه آسیب‌زننده و پاسخ‌های ناکارآمد به آن ممکن است نقش میانجی‌گری داشته باشد. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر تلفیق رویکرد وجود‌گرایی با مدل السون بر رضایتمندی زناشویی و کارکرد خانواده زنان ماستکتومی شده و همسرانشان است. در این پژوهش از طرح مطالعه تجربی تک‌آزمودنی از نوع **A-B** استفاده شده است. جمعیت آماری پژوهش حاضر را زوجها‌های مراجعه‌کننده به بخش پرتودرمانی بیمارستان امام حسین (ع) شهر تهران، تشکیل می‌دهند که از میان آن‌ها سه زوج که میانگین سنی‌شان ۲۰ تا ۵۰ سال بوده، همسرانشان تحت عمل جراحی ماستکتومی (تخلیه پستان) قرار گرفته بودند، غدد سرطانی به سایر نقاط بدن سرایت نکرده و سابقه بیماری روان‌پزشکی قبل از ابتلا به سرطان را نداشتند، از طریق روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب‌شده و مداخله در قالب ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک بار، متناسب با نیازهای خاص آن‌ها طراحی و اجرا گردید. میزان رضایتمندی زناشویی و کارکرد خانواده زوج با استفاده از مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر (**DAS**) و ابزار سنجش کارکرد خانواده (**FAD**) بررسی گردید. مقایسه نمودار روند نمرات زوج در طی ۹ بار تکمیل پرسشنامه (سه خط پایه، چهار اندازه‌گیری در حین اجرا و دو سنجش پیگیری) و محاسبه درصد بهبودی، نشانگر افزایش نمره در مقیاس سازگاری زناشویی و کارکرد خانواده بود. لذا به نظر می‌رسد این زوج‌درمانی تلفیقی توانسته است با مدنظر قرار دادن اضطراب‌های وجودی زوج، رضایتمندی زناشویی و کارکرد خانواده این دسته از زوجها را ارتقا دهد.

**کلیدواژه‌ها:** رضایتمندی زناشویی، کارکرد خانواده، زوج‌درمانی تلفیقی وجود‌گرایی با مدل السون، سرطان پستان، ماستکتومی

## فهرست مطالب

### فصل اول: کلیات تحقیق

۱.....	مقدمه.....
۳.....	بیان مسئله.....
۹.....	اهمیت و ضرورت تحقیق.....
۱۰.....	تعاریف نظری و عملیاتی واژه ها.....
۱۰.....	رضایتمندی زناشویی.....
۱۰.....	تعریف نظری.....
۱۰.....	تعریف عملی.....
۱۰.....	کارکرد خانواده.....
۱۱.....	تعریف نظری.....
۱۱.....	تعریف عملی.....
۱۱.....	زوج درمانی مبتنی بر تلفیق رویکرد وجودگرایی با مدل اولسون.....
۱۱.....	تعریف نظری.....
۱۲.....	تعریف عملی.....
۱۲.....	بیمار مبتلا به سرطان پستان ماستکتومی شده.....
۱۲.....	تعریف نظری.....
۱۲.....	تعریف عملی.....
۱۲.....	اهداف پژوهش.....
۱۲.....	هدف کلی.....

اهداف اختصاصی.....	۱۳
اهداف کاربردی.....	۱۳
سؤال ها و فرضیه ها.....	۱۳
فرضیه ها.....	۱۳

## فصل دوم : مبانی نظری و پیشینه تحقیق

مقدمه.....	۱۴
مبانی نظری.....	۱۴
ماهیت سرطان پستان.....	۱۴
درمانهای سرطان پستان.....	۱۵
جراحی.....	۱۶
لامپکتومی.....	۱۷
ماستکتومی.....	۱۸
شیمی درمانی.....	۱۹
پرتو درمانی.....	۱۹
منابع فشارزای ناشی از سرطان پستان.....	۲۰
منابع فشارزای مرتبط با اقدامات درمانی.....	۲۲
منابع فشارزای روانی هیجانی.....	۲۲
منابع فشارزای اجتماعی.....	۲۳
منابع فشارزای وجودی.....	۲۴
اضطرابهای وجودی.....	۲۵



۲۹	آزردگی های وجودی و مظاهر آن
۳۲	معرفی و تاریخچه دلزدگی وجودی
۳۶	رضایتمندی زناشویی
۴۳	کارکرد زوج و خانواده
۴۸	رویکردهای روانشناختی
۴۸	نظریه تبادل اجتماعی
۴۹	نظریه عقلانی-عاطفی الیس
۵۰	نظریه بک
۵۲	رویکرد وجودگرایی
۵۴	درمان وجودی
۵۸	رویکرد سیستمی
۶۰	درمان سیستمی (مدل السون)
۶۴	اهداف زوج و خانواده درمانی
۶۶	مداخلات انجام شده در کاهش آزردگی وجودی
۶۷	مداخلات انجام شده در بهبود رضایتمندی زناشویی و کارکرد خانواده
۶۹	مداخلات زوج محور
۷۱	درمانهای تلفیقی
۷۲	زوج درمانی تلفیقی وجود گرایی و مدل السون

## فصل سوم: روش شناسی تحقیق

۷۵	مقدمه
----	-------

۷۵	نوع مطالعه.....
۷۸	جامعه آماری و گروه نمونه.....
۷۸	ملاک های شمول.....
۷۹	ملاک های عدم شمول.....
۸۰	روش نمونه گیری و حجم نمونه.....
۸۰	زوج اول.....
۸۱	زوج دوم.....
۸۱	زوج سوم.....
۸۲	مکان و زمان انجام تحقیق.....
۸۲	متغیرها.....
۸۲	متغیر مستقل.....
۸۲	متغیرهای وابسته.....
۸۳	متغیر های زمینه ای.....
۸۳	متغیر کنترل.....
۸۲	متغیر تعدیل کننده.....
۸۳	ابزار جمع آوری داده ها.....
۸۳	پرسشنامه جمعیت نگاری.....
۸۳	مقیاس سازگاری زناشویی.....
۸۴	مقیاس سنجش عملکرد خانواده.....
۸۴	مقیاس دلزدگی وجودی.....

۸۵.....	روش تجزیه و تحلیل داده ها
۸۶.....	شیوه انجام کار
۸۸.....	محتوای طرح درمان
۸۹.....	ملاحظات اخلاقی

## فصل چهارم: توصیف و تحلیل داده ها

۹۰.....	مقدمه
۹۰.....	بیوگرافی زوج ها
۹۰.....	زوج اول
۹۶.....	زوج دوم
۱۰۲.....	زوج سوم
۱۰۸.....	یافته ها

## فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۱۱۶.....	مقدمه
۱۱۷.....	بحث
۱۳۳.....	نتیجه گیری
۱۳۳.....	دشواری ها
۱۳۴.....	پیشنهادات
۱۳۴.....	پیشنهاد کاربردی
۱۳۵.....	پیشنهاد پژوهشی

## فهرست منابع

منابع فارسی..... ۱۳۶

منابع لاتین..... ۱۳۹

## پیوست ها

فرم رضایت نامه شرکت در جلسات..... ۱۴۷

محتوای جلسات "زوج درمانی تلفیقی وجودگرایی با مدل السون"..... ۱۴۸

مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر..... ۱۵۵

مقیاس سنجش عملکرد خانواده..... ۱۵۹

مقیاس دزدگی وجودی..... ۱۶۴

## فهرست جداول

جدول ۱-۴ درصد بهبودی رضایتمندی زناشویی زوج ها..... ۱۰۸

جدول ۲-۴ درصد بهبودی کارکرد خانواده زوج ها..... ۱۰۹

جدول ۳-۴ درصد بهبودی دزدگی وجودی زنان..... ۱۰۹

## فهرست نمودارها

جدول و نمودار روند ۱-۴ نمرات خام رضایت زناشویی زوج اول و دزدگی وجودی زن..... ۱۱۰

جدول و نمودار روند ۲-۴ نمرات خام کارکرد خانواده زوج اول..... ۱۱۱

جدول و نمودار روند ۳-۴ نمرات خام رضایت زناشویی زوج دوم و دزدگی وجودی زن..... ۱۱۲

جدول و نمودار روند ۴-۴ نمرات خام کارکرد خانواده زوج دوم..... ۱۱۳

جدول و نمودار روند ۵-۴ نمرات خام رضایت زناشویی زوج سوم و دزدگی وجودی زن..... ۱۱۴

جدول و نمودار روند ۶-۴ نمرات خام کارکرد خانواده زوج سوم..... ۱۱۵

## فصل اول

### کلیات پژوهش

## ۱-۱- مقدمه

طبق تعریف مرکز بین‌المللی آمارهای بهداشتی آمریکا<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) بیماری مزمن<sup>۲</sup> از جمله بیماری‌هایی است که برای مدت طولانی فرد را درگیر کرده و به مدت سه ماه یا بیشتر طول بکشد. علی‌رغم اینکه علم پزشکی پیشرفت‌های چشم‌گیری در توسعه درمان‌های مؤثر برای تبعات جسمانی این بیماری‌ها داشته است، بسیاری از قربانیان همچنان با چالش‌هایی در ارتباط با سلامت روانی و هیجانی دست و پنجه نرم می‌کنند (انجمن روانشناسی آمریکا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹). یکی از این بیماری‌های مزمن سرطان پستان<sup>۴</sup> است که از سرطان‌های رایج میان زنان بوده و طبق گزارش جامعه سرطان آمریکا<sup>۵</sup> (۲۰۱۱) تقریباً از هر ۸ زن یک زن (۱۲٪) در آمریکا به سرطان پستان مبتلا است. شواهد قابل توجهی وجود دارد مبنی بر اینکه سرطان پستان و درمان‌هایش با مشکلاتی در رابطه با تصویر بدنی<sup>۶</sup>، تمایلات جنسی<sup>۷</sup>، کارکرد جنسی و سطوح شدید هیجانات منفی و آزرده‌گی روان‌شناختی<sup>۸</sup>، به ویژه علائم اضطراب و افسردگی مرتبط است (کامپاس و لوکین<sup>۹</sup>، ۲۰۰۱). کوهن و لازاروس<sup>۱۰</sup> (۱۹۹۷) گزارش کردند که علاوه بر تغییرات جسمی مثل درد و ناتوانی، این بیماری ممکن است مفهوم خود بیمار<sup>۱۱</sup>، طرح و نقشه‌های آینده، نقش‌های اجتماعی و محیط زندگی بیمار را نیز تهدید کند (نقل از فیلین<sup>۱۲</sup>، کوآکس<sup>۱۳</sup>، گانون<sup>۱</sup>، اندلر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲).

<sup>۱</sup> U.S National Center for Health Statistics

<sup>۲</sup> Chronic illness

<sup>۳</sup> American Psychological Association

<sup>۴</sup> Breast cancer

<sup>۵</sup> American Cancer Society

<sup>۶</sup> Body image

<sup>۷</sup> Sexuality

<sup>۸</sup> Psychological distress

<sup>۹</sup> Campas&Luecken

<sup>۱۰</sup> .cohen&Lazarus

<sup>۱۱</sup> .Self concept

<sup>۱۲</sup> .Fillion

<sup>۱۳</sup> .Kovacs

تبعات روان‌شناختی سرطان پستان و درمان‌هایش علاوه بر بیمار، همسر و در نهایت کل سیستم خانواده را نیز درگیر می‌کند (لویز، الیسون و وود<sup>۳</sup>، ۱۹۸۵، نقل از فلدمند و برازارد<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶). یافته‌ها نشان می‌دهند زوج‌هایی که با سرطان پستان مقابله می‌کنند کاهش چشم‌گیری در کارکرد زناشویی<sup>۵</sup> و کارکرد خانواده<sup>۶</sup> و مشکلات سازگاری مرتبط با بیماری را گزارش کردند (نورتوس<sup>۷</sup>، تمپلین<sup>۸</sup>، مود و آبرست<sup>۹</sup>، ۱۹۹۸).

جراحی ماستکتومی<sup>۱۰</sup> که در آن بافت سرطانی به همراه بافت پستان برداشته می‌شود (کوهن، کان، ستیوز<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۸)، یکی از روش‌های مورد استفاده در درمان سرطان پستان در زنان بوده که به دلیل تغییر شکل بدن، اختلال در تصویر تن و تبعات روانی اجتماعی شدید، بیش‌ترین پیامدهای ناشی از آن در روابط اجتماعی به خصوص رابطه با همسر خود را نشان می‌دهد (آوکی و کامکاگیز<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۱).

---

1. Gagnon

2. Endler

3. Lewis & Ellison & Woods

4. Feldman & Broussard

5. Marital functioning

6. Family functioning

7. Northouse

8. Templin

9. Mood & Obrest

10. Mastectomy

11. Cohen & Kahn & Steeves

12. Avci & Kumcagiz

## ۱-۲- بیان مسئله

سرطان به رشد خارج از کنترل سلول‌های بدن و تغییر آن‌ها گفته می‌شود که در نهایت بیشتر انواع سلول‌های سرطانی توده‌ای به نام تومور<sup>۱</sup> را تشکیل می‌دهند. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup> (۲۰۱۲) حدود ۷/۶ میلیون نفر در جهان در سال ۲۰۰۸ به دلیل سرطان جان خود را از دست داده‌اند. یکی از انواع شایع سرطان در زنان، سرطان پستان است که براساس گزارش بین‌المللی سرطان هر ساله بیش از ۲۳۰۰۰ زن در امریکا با تشخیص سرطان مواجه می‌شوند و در سال ۲۰۱۱ تعداد ۲۳۰/۴۸۰ مورد جدید سرطان پستان در بین زنان تشخیص داده شده و انتظار می‌رود به طور تقریبی ۳۹/۵۲۰ نفر از آن‌ها جان خود را از دست بدهند (جامعه سرطان امریکا، ۲۰۱۱).

بر اساس برآوردهای کارشناسان بهداشتی و درمانی ایران، سرطان پستان یکی از مشکلات مهم سلامتی زنان ایرانی است که شیوع متوسط دارد و در حال افزایش است (آقاباری و همکاران، ۱۳۸۵، طالقانی، ۱۳۸۴، نقل از بابا ربیع، ۱۳۹۰). با این وجود به دلیل افزایش در غربال و گزینش، تشخیص زودرس، فناوری، زنان مبتلا به سرطان پستان بیشتر عمر می‌کنند اما درعین حال با دشواری‌های روانی - اجتماعی متعددی مرتبط با تجربه سرطان‌شان مواجه می‌شوند (پاکی مارتین<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹).

روش‌های متعددی برای درمان سرطان پستان پیشنهاد شده که متأثر از عوامل متعدد از جمله مرحله تشخیص بیماری می‌باشد. یکی از این روش‌ها جراحی است که بر دو نوع جراحی‌های نگهدارنده<sup>۴</sup> و جراحی ماستکتومی<sup>۵</sup> تقسیم می‌شود. در جراحی ماستکتومی که در آن بافت سرطانی به همراه بافت پستان برداشته می‌شود، می‌توان انتظار آزردهی‌های روانی زیادی را در بیماران داشت.

---

<sup>1</sup>.Tumor

<sup>2</sup>.WHO

<sup>3</sup>.Pukay-Martin

<sup>4</sup>.Breast Conservative Surgery

<sup>5</sup>.Mastectomy



احتمال از دست دادن یک پستان و یا هر دو پستان مهم‌ترین و عمده‌ترین نگرانی بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌باشد (کوهن، کان، استیوز<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸).

منابع فشار روانی<sup>۲</sup> مرتبط با سرطان پستان از جمله منابع فشار روانی مرتبط با اقدامات درمانی<sup>۳</sup> (کایسر و اسکات<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸)، منابع فشار روانی هیجانی<sup>۵</sup> (چالرز، سلیک، مونتسانتو و موهاید<sup>۷</sup>، ۱۹۹۶، ۱۹۹۶، کایسر و سورمانتی<sup>۸</sup>، ۲۰۰۲ نقل از کایسر و اسکات، ۲۰۰۸)، منابع فشار روانی اجتماعی<sup>۹</sup> و منابع فشار روانی وجودی<sup>۱۰</sup> (نادیای<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۸، نقل از کایسر و اسکات، ۲۰۰۸) و نامعلومی و پیش بینی ناپذیری آینده<sup>۱۲</sup>، جدایی و تنهایی، درماندگی و ترس از احتمال مرگ (آوکی و کامکاگیز<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۱) می‌تواند تبعات منفی را برای بیمار به دنبال داشته باشد.

با شروع درمان‌ها و پیامدهایی مثل خستگی، ناتوانی در تمرکز، کاهش انرژی، تغییر نقش‌ها و اختلال در فعالیت‌های روزمره (کایسر و اسکات، ۲۰۰۷)، بیمار ممکن است دریابد که در رابطه با موقعیتی که در آن قرار دارد، کاری از دستش بر نمی‌آید، در نتیجه به جای مدیریت و کنترل مشکلات، به احساس درماندگی و خود ناکارآمدی دچار می‌شود. در صورتی که کمک‌های اطرافیان نیز در دسترس به نظر نرسد، فرد ممکن است به احساس ناامیدی و انزوا رسیده و از احساس شرم و

---

<sup>1</sup>.Cohen&Kahn&Steeves

<sup>2</sup>.Stressor

<sup>3</sup>.Medical stressors

<sup>4</sup>.Kayser&Scott

<sup>5</sup>.Emotional stressors

<sup>6</sup>.Charles&Sellick

<sup>7</sup>.Montesanto&Mohide

<sup>8</sup>.Sormanti

<sup>9</sup>.Social stressors

<sup>10</sup>.Existential stressors

<sup>11</sup>.Nadeau

<sup>12</sup>.Uncertainty and unpredictability of future

<sup>13</sup>.Avci&Kunmcagiz

شکست رنج ببرد. این علائم می‌تواند در نهایت فرضیات بنیادین و ارزش‌های نهفته در احساس معنا و هدف زندگی بیمار را زیر سوال برده و مورد چالش قرار دهد (کیسان و کلارک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱).

سوالاتی مثل اینکه «چرا من؟ آیا خدا داره منو به خاطر گناه‌های گذشته‌ام تنبیه و مجازات می‌کنه؟ آیا خدا اصلاً نگران من هست؟ آیا خدا قدرت داره که تغییری توی وضعیت من به وجود بیاره؟» همگی بیانگر نگرانی‌ها و اضطراب‌های وجودی<sup>۲</sup> برانگیخته شده متعددی ست که در این مرحله بیماران بیماران با آن مواجه می‌شوند (کوئنیگ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴).

نکته اصلی اینجاست که این اضطراب‌های وجودی در کوتاه مدت پیامد بهنجار مواجهه با رویدادهای تهدیدکننده زندگی به شمار می‌رود (کوئنیگ، ۲۰۰۴)، اما در صورتی که فرد در اثر مواجهه با این اضطراب‌های وجودی قادر به معنایابی<sup>۴</sup> و معنابخشی<sup>۵</sup> به شکلی موثر و انطباقی نباشد، می‌تواند آزردهی وجودی<sup>۶</sup> را به دنبال داشته باشد (لی<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۶).

یکی از مظاهر آزردهی وجودی، دلزدگی وجودی<sup>۸</sup> ست که همان طور که در بالا بدان اشاره شد، نقطه آغازین فرآیند آن احساس بیکفایتی<sup>۹</sup> و خود ناکارآمدی<sup>۱۰</sup> در برابر یک وضعیت ناتوان کننده<sup>۱۱</sup> است و به پرسش‌های بنیادینی<sup>۱۲</sup> ختم می‌شود که در صورت ناتوانی در معنا بخشیدن و پاسخ‌دهی به آنها به شکلی موثر، می‌تواند به نقطه پایانی، یعنی دلزدگی ختم شود. بنابراین می‌توان گفت اختلال در

---

<sup>1</sup>.Kissane&Clarck

<sup>2</sup>.Existential anxiety

<sup>3</sup>.Koenig

<sup>4</sup>.Finding meaning

<sup>5</sup>.Giving meaning

<sup>6</sup>.Existential distress

<sup>7</sup>.Lee

<sup>8</sup>.Demoralization

<sup>9</sup>.Incompetency

<sup>10</sup>.Self inefficiency

<sup>11</sup>.Debilitating condition

<sup>12</sup>.Fundamental question

فرآیند معنایابی، مشخصه اصلی دلزذگی وجودی است(کیسان و کلارک، ۲۰۰۱؛ وهلینگ<sup>۱</sup> و همکاران ۲۰۱۱).

در این میان همسران این بیماران نیز علاوه بر تغییرات زیادی که در سبک زندگی شان<sup>۲</sup> از جمله رسیدگی به وظایف همسر بیمار، مسئولیت های خانواده، ایجاد محدودیت در فعالیت های اجتماعی و رسیدگی به سلامت فردی و مشکلاتی در زمینه سلامت روانشناختی(بیگاتی و کرونان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲، اسکالز اسکالز و بیچ<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹ نقل از فکت، استفان، میکلسون، برولی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷) و روان آزرذگی تجربه می کنند، نگرانی های عمده ای در ارتباط با احتمال فقدان و از دست دادن شریک زندگی شان(بایدر، والش، پری و کاپلند دینور<sup>۶</sup>، ۱۹۹۸، کارلسون، بالتز<sup>۷</sup>، اسپیسا، پییر<sup>۸</sup>، ۲۰۰۰) و فشار روانی ناشی از عدم قطعیت و پیش بینی ناپذیری<sup>۹</sup> و ترس از دست دادن همسر و احساس عدم آمادگی برای کمک به همسر رادارند(کایسر و اسکات، ۲۰۰۸) و ناامیدی و آزرذگی های هیجانی شان به راحتی به همسرشان انتقال می یابد(عسکری، حکمی، ۲۰۱۲).

لذا سرطان پستان به عنوان منبع فشار روانی(کایسر و اسکات، ۲۰۰۸) نه تنها بر هریک از زوج ها به طور جداگانه تأثیر می گذارد، بلکه میتواند چالش عمده ای برای روابط زناشویی زوج به عنوان یک واحد محسوب شود (ویزنتال<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۶). از اینرو از سرطان پستان به عنوان سرطان رابطه ای<sup>۱</sup> یاد میکنند(نورتوس و همکاران، ۱۹۹۸).

---

1 .Vehling

2 .Life style

3 .Biguati&chronan

4 .Sckalse,Beach

5 .Fekete ,Stephens, Mickelson, Druley

6 .Baider,Walch,Perry,De-Nour

7 .carlson&Bultz

8 .Speca&Pierre

9 .Uncertainty

10 .Wiesenthal

در این میان عدم توانایی زوج در معنادگی به سرطان پستان به عنوان رویداد تهدید کننده زندگی؛ که یکی از مشخصه های قابل توجه دلزدگی وجودی همسر است (وهلینگ و همکاران، ۲۰۱۲)، نیز میتواند به عنوانی عاملی منفی در برقراری ارتباط موثر زوج و رضایتمندی ناشی از آن باشد، و در عین حال از آنجایی که در سیستم خانواده، زناشویی یک خرده نظام<sup>۲</sup> اساسی به شمار می آید، هرگونه بدکارکردی در این خرده نظام میتواند به سراسر خانواده تسری یابد (گلدنبرگ و گلدنبرگ<sup>۳</sup>، ۱۹۳۴، ۱۳۸۶) و کارکرد خانواده را تحت تأثیر قرار دهد.

علیرغم مداخلات متعددی که در رابطه با زوج های مواجه شده با سرطان صورت گرفته، فقدان اثربخشی یکسان برای بیمار و همسرش، محدودیت در استمرار بهبودی در طول زمان، عدم تفاوت با مداخلات زوج درمانی جمعیت های سالم و عادی (بایک و آدامز، ۲۰۱۱)، مقیاس های اندازه گیری غیر استاندارد و نامتناسب با روابط زناشویی زوج، سودمندی بیشتر برای همسران بیماران (کولینز<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۱)، عدم پرداختن به اضطراب های وجودی و تأکید صرف بر ارتقای روابط زوج (هاپکینسون<sup>۵</sup> و همکاران ۲۰۱۱)، از خلاء های این پژوهش ها محسوب می شود.

به نظر می رسد این آمیختگی و ابهام در مداخلات زوج محور در حیطه سرطان، به این دلیل است که این حوزه از زمینه های مطالعاتی نسبتاً جدید محسوب می شود (هاپکینسون و همکاران، ۲۰۱۱، بایک و آدامز، ۲۰۱۱).

لذا این سوال باقی ست که با توجه به اینکه سرطان به عنوان یک عامل فشارزای روانی – وجودی بر جنبه های مختلفی از سلامت روان و روابط زوج تأثیر می گذارد و نیازهای تحمیل کننده

---

<sup>1</sup>.Relational cancer

<sup>2</sup>.Subsystem

<sup>3</sup>.Goldenberg

<sup>4</sup>.Collins

<sup>5</sup>.Hopkinson