

Effectiveness of acceptance and commitment treatment on marital satisfaction of married women with leukemia

Nasrin Azimi, Akram Dehghani Cham Piri*

Department of Psychology, Najaf Abad Branch, Islamic Azad University, Najaf Abad, Iran

* Corresponding author e-mail: ddehghani55@yahoo.com

Citation: Azimi N, Dehghani Cham Piri A. Effectiveness of acceptance and commitment treatment on marital satisfaction of married women with leukemia. Daneshvar Medicine 2020; 28(1):38-48.

Abstract

Background and Objective: Patients with cancer are one of the most vulnerable groups to the overwhelming burden of the disease and its high prevalence in today's society. Research has shown that psychological treatments can be effective in improving the disease and the length of treatment. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of acceptance-based therapy and commitment on marital satisfaction of married women with leukemia who were hospitalized in Seyed al-Shohada Hospital in Esfahan, Iran, 2017-2018.

Materials and Methods: This research was a quasi-experimental study using a pre-test and post-test design with control group. Samples were selected and assigned to a 12-person trial and control group and completed a Marital Satisfaction Questionnaire (Enrich, Olson 1998, short form). The control received no intervention. Multivariate and univariate analysis of variance were analyzed using SPSS-20 software.

Results: The results showed that the Enrich test scores in the experimental group in the post-test phase were significantly reduced ($p < 0.05$). There was some control over the participants, which indicated the effectiveness of the treatment

Conclusion: According to the findings of this study, acceptance and commitment therapy is effective treatment of marital risk in women with leukemia. Therefore, interventions based on this approach can be useful for women with leukemia.

Keywords: Marital satisfaction, Married women with leukemia, Acceptance and commitment treatment

Received: 07 Dec 2019

Last revised: 11 Mar 2020

Accepted: 15 Apr 2020

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زنان متأهل مبتلا به سرطان خون

نویسندگان: نسرین عظیمی، اکرم دهقانی چم پیری*

گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

*نویسنده مسئول: اکرم دهقانی چم پیری Email: ddehghani55@yahoo.com

چکیده

مقدمه و هدف: بیماران مبتلا به سرطان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر در برابر مشکلات طاقت‌فرسای بیماری و شیوع بالای آن در جامعه امروزی هستند تحقیقات نشان داده است که درمان‌های روانشناختی می‌تواند بر بهبود بیماری و روند طول درمان مؤثر واقع گردد. لذا هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زنان متأهل مبتلا به سرطان خون که مشغول به درمان در بیمارستان سیدالشهدا اصفهان سال‌های ۱۳۹۶-۱۳۹۷ بستری بودند است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به روش نیمه آزمایشی و با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش، کلیه بیماران سرطان خونی که مشغول به درمان در بیمارستان سیدالشهدا اصفهان سال ۱۳۹۶-۱۳۹۷ بستری بودند نمونه پژوهش شامل ۲۴ نفر از بیماران مبتلا به سرطان خون بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه ۱۲ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند و پرسشنامه رضایت زناشویی (اینریچ-اوسون ۱۹۹۸، فرم کوتاه) را تکمیل نمودند و به افراد گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای زنان متأهل مبتلا به سرطان خون ارائه گردید اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از واریانس چند متغیره و تک متغیره و نرم‌افزار spss

20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج حاکی از این بود که نمرات آزمون اینریچ در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون کاهش قابل توجهی ($p < 0/05$) نسبت به شرکت‌کنندگان کنترل داشته که این نشان‌دهنده اثر بخشی درمان بوده است

نتیجه‌گیری: بنا بر یافته‌های این پژوهش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمان مؤثری بر رضایت زناشویی زنان دارای سرطان خون می‌باشد. لذا انجام مداخلات بر اساس این رویکرد می‌تواند برای زنان مبتلا به سرطان خون مفید باشد.

واژه‌های کلیدی: رضایت زناشویی، زنان متأهل مبتلا به سرطان خون، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

مقاله پژوهشی

دریافت: ۹۸/۰۹/۱۶

آخرین اصلاح‌ها: ۹۸/۱۲/۲۱

پذیرش: ۹۹/۰۱/۲۷

مقدمه

سرطان یکی از بیماری‌های شایع در دنیای متمدن امروزی است که تعداد افراد مبتلا به آن روز به روز افزایش می‌یابد که سرطان خون بار قابل توجهی را به دوش سیستم بهداشتی، بیماران و خانواده‌های آن‌ها تحمیل می‌کند، عوامل روانشناختی و اجتماعی نقش مهمی در سبب شناختی و درمان این بیماری دارند؛ سرطان دومین عامل مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته و سومین عامل مرگ و میر در کشورهای کمتر توسعه یافته است (۱). در حال حاضر، سرطان عامل ۱۲٪ مرگ و میر در سراسر جهان است ۴۰۰ سال قبل از میلاد پزشک یونانی (سقراط ملقب به پدر طب) اعتقاد داشت که ایجاد بیماری در ارتباط با برهم خوردن تعادل صفرای زرد، سیاه خون و بلغم می‌تواند باشد. سقراط اولین کسی است که اختلاف بین تومورهای بدخیم و خوش‌خیم را تشخیص داد (۲). سرطان خون یا چنگار خون یا لوسمی گروهی از انواع سرطان می‌باشد که معمولاً از مغز استخوان شروع گردیده و باعث شکل‌گیری تعداد زیادی گلبول سفید غیرطبیعی می‌گردد این گلبول‌های سفید خونی به صورت کامل تشکیل نشده‌اند و به آن‌ها بلاست یا سلول‌های لوکمی یا سرطان خون گفته می‌شود سرطان خون با توجه به حاد و مزمن بودن آن دارای تظاهرات بالینی، سردرد، تیرگی شعور، مشکلات بینایی، عروق، خونریزی‌های ناگهانی، کبودی بدن و... می‌باشد؛ تشخیص این بیماری با استفاده از آزمایش خون و بیوپسی مغز استخوان صورت می‌گیرد، تاکنون علت دقیق بیماری سرطان شناخته نشده است ولی مطالعات علمی نشان می‌دهد که فاکتورهای خطر ابتلا به سرطان بی‌شمارند که تعدادی از آن‌ها غیرقابل تغییر می‌باشد از جمله: جنس، سن، ژنتیک، رژیم غذایی، استرس و... (۳). نگرانی‌های معمول در زنان مبتلا به سرطان خون شامل: استرس ترک همسر، انتقال ژن به فرزند، اختلالات جنسی، کم‌ارزشی، افسردگی، بی‌انگیزگی و... باشد، حسن زاده و همکاران در پژوهش خود دریافتند شیوع سرطان

بخصوص سرطان خون و پستان در زنان با استرس رابطه همسو دارد و اختلال کارکرد جنسی و مشکلات جنسی را به همراه می‌آورد (۴).

رضایت یک متغیر نگرشی است بنابراین یک خصوصیت فردی برای زن و شوهر محسوب می‌گردد. رضایت از مهم‌ترین پیامدهای یک رابطه زناشویی مطلوب و شاخصی مهم جهت قضاوت در مورد میزان کارآمدی رابطه محسوب می‌گردد (۵). در این راستا سوآوین و هانکوک (۶)، بیان می‌دارند از عوامل مهمی که اخیراً به آن توجه شده در راستای میزان سلامت روانی-جسمانی، موفقیت در شغل و ارتباط اجتماعی با رضایت زناشویی رابطه مؤثر دارد و اما آنچه که باعث تداوم ازدواج می‌گردد رضایت زناشویی می‌باشد رابطه زناشویی صحیح همراه به ارضایت زناشویی است که بر اساس سیستم عاطفی روحیه و آناتومی مغز زنان، چنین به نظر می‌رسد حساسیت در زنان بیشتر و در پی آرامش و محبت واقعی از جانب خانواده و همسر می‌باشند، بروز تنش‌های زناشویی و حل آن‌ها در پی سلامت جسمانی به دور از آلودگی ذهنی می‌باشد و خلق باور مثبت و افزایش تفکر در میان زوجین مؤثر است؛ در این میان همسران بیماران سرطانی نقش مؤثری را می‌توانند ایفا کنند (۷). افکار غلط و منفی که در پی آن ادراکات نابجا را در پی دارد و نداشتن آگاهی باعث ناامیدی در بیماران سرطانی شده که نتیجه آن به تأخیر انداختن بهبودی می‌شود، درمان‌های صورت گرفته تاکنون برای این بیماران با توجه به سن، جنس، نوع، حاد و مزمن بودن آن متفاوت می‌باشد و اکنون با دارودرمانی، شیمی‌درمانی، پرتودرمانی، بیوپسی مغز استخوان تقریباً ۵۰٪ مشکل بیماری رفع می‌گردد، گاهی اوقات عوارض غیرمعمول از درمان سرطان شامل عوارض جانبی است؛ که بر روی جنسیت تأثیر می‌گذارد این عوارض جانبی ناباروری، تغییر شکل بدن، ظاهر فیزیکی و اختلال عملکرد جنسی، کاهش میل جنسی را در پی دارد. طبق تعریف هاکینز: رضایت زناشویی در واقع نگرش مثبت و لذت بخشی است که زن

سرطان با توجه به کمبود پژوهش در داخل احساس می‌شود (۱۱).

این پژوهش قصد دارد با توجه به نبود پژوهش جامع در زمینه اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی بیماران سرطانی به افزایش دانش در زمینه روانشناسی کمک کند، بر این اساس پژوهش حاضر در پی پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش متعهد بر روی رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان خون مؤثر است؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع تحقیق‌های نیمه آزمایشی و با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل معادل است. جامعه آماری پژوهش، کلیه بیماران سرطان خونی که مشغول به درمان در بیمارستان سیدالشهدا اصفهان سال ۱۳۹۶-۱۳۹۷ بستری بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان خون بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در حین پژوهش، ۳ نفر از گروه آزمایش و ۳ نفر از گروه کنترل به دلیل شرایط طاقوت فرسای بیماری برای شرکت در طرح، از مطالعه خارج شدند و بدین ترتیب، حجم نمونه به ۲۴ نفر اعم از ۱۲ نفر آزمایش و ۱۲ نفر کنترل کاهش یافت؛ به صورت هدفمند ملاک‌های ورود: (۱) جنسیت: زن (۲) تحصیلات (۳) وضعیت اقتصادی انتخاب و در دو گروه ۱۲ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند و پرسشنامه رضایت زناشویی (اینریچ-اولسون ۱۹۹۸، فرم کوتاه) را تکمیل نمودند و به افراد گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش متعهد برای زنان متأهل مبتلا به سرطان خون ارائه گردید اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ملاک خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از ۲ جلسه از جلسات درمان وعدم شرکت در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در نظر گرفته شد. به منظور ملاحظات اخلاقی فرم رضایت آگاهانه به شرکت کنندگان داده شد و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات پژوهش محرمانه و فقط در راستای

و شوهر از جنبه‌های مختلف روابط زناشویی خود دارند. عوامل مهمی که در سالهای اخیر به آن توجه شده است و بر روی رضایت زناشویی در نتیجه کاهش درد در بیماران سرطانی با عوامل روانشناختی رابطه مؤثر و همسویی دارد (۸-۹).

در سال‌های اخیر یکی از درمان‌های موج سوم روانشناختی که تا کنون توسعه پیدا کرده درمان مبتنی بر پذیرش متعهد می‌باشد که جوابگوی بیماران و اطرافیان آنها با توجه به ذهن آگاهی و آگاهی بدون قضاوت و آموزش تغییر در رفتارهای کلامی درونی (خودگویی‌ها) و بیرونی (عملکردها) می‌باشد هسته اساسی این درمان روانشناسی چنان است که فرد با کنترل مؤثر دردها، رنج‌ها و تنش‌هایی که زندگی لاجرم برای او ایجاد کرده، یک زندگی پر بار و معنادار برای خود ایجاد کند همچنین پذیرش آنچه در خارج از کنترل شخص بوده و تعهد نسبت به تغییرات می‌باشد در افراد سرطانی با شناساندن ارزش‌ها و تعهد در راستای بالا بردن کارایی و پذیرفتن بیماری و ارتباط بین پذیرش و آرامش و آموزش خود مفهومی و خود زمینه‌ای و آگاهی از زمان حال به عنوان یک روش فراتشخیص با تأکید بر روندهای رفتاری گسترده و اجرای درمانی ویژه به طور تجربی تأکید شده است (۱۰). کارایی درمان مبتنی بر پذیرش متعهد بر روی بیماران مبتلا به سرطان بیش از شناخت درمانی سنتی نتیجه رضایت بخش را بدست آورده است. بیش از ۱۴٪ مردم در جهان شامل ۱ از ۳ نفر در ایالات متحده با معیارهای تشخیص برای اختلالات سرطانی نتیجه سود ورزی حاصل شده است. در بیماران سرطانی با توجه به درمان‌های حاضر شیمی‌درمانی - پرتودرمانی و غیره، بروز این بیماری صعب‌العلاج بیمار و خانواده وی را وارد مرحله بحران می‌کند. نتایج حاصل از این درمان امیدوارکننده است اما نیاز به تکرار و گسترش این نتایج به جمعیت‌های دیگر وجود دارد، ضرورت انجام پژوهش‌های بیشتر برای بررسی کارایی این مدل درمان بر روی بیماران مبتلا به

اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار خواهد گرفت. همچنین این تحقیق دارای کد اخلاق با شماره IR.IAU.FALA.REC.1397.026 است.

پرسشنامه رضایت زناشویی: در پژوهش حاضر برای سنجش رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان خون که توسط (اینریچ - اولسون) که در سال ۱۹۹۸ طراحی شده است، استفاده شد. این مقیاس دارای ۳ آیتم (حل تعارض، رضایت زناشویی، ارتباطات) که مشکلات مبتلایان به سرطان وزان متأهل مبتلا را ارزیابی می‌کند. این ابزار به صورت پنج گزینه‌ای (که در اصل یک نگرش سنج از نوع لیکرت است) در نظر گرفته شده است (کاملاً موافق، موافق، نه موافق و نه مخالف، مخالف، کاملاً مخالف) که به هریک از یک تا پنج امتیاز داده می‌شود.

ضریب آلفای خرده مقیاس های اینریچ در چندین تحقیق متفاوت از ۰/۶۸ (برای نقش‌های مساوات‌طلبی) تا ۰/۸۶ (برای رضایت زناشویی) با میانگین ۰/۷۹ بوده است. اعتبار باز آزمایشی پرسش‌نامه در فاصله ۴ هفته بین ۰/۷۷ (برای فعالیت‌های اوقات فراغت) تا ۰/۹۲ (برای روابط جنسی و تحریف آرمانی) با میانگین ۰/۸۶ بوده است. همبستگی درونی آزمون را برای فرم بلند ۰/۹۳ و برای فرم کوتاه ۰/۹۵ محاسبه و گزارش شده است.

روش اجرا: روال انجام این مطالعه این گونه انجام شد که پس از نهایی سازی اهداف پژوهش و انجام هماهنگی‌های

اداری و اخذ کد اخلاق، با داوطلبانی که مایل به شرکت در پژوهش بودند مصاحبه به عمل آمده و همگی پرسشنامه رضایت زناشویی (اینریچ) را تکمیل کردند. با توجه به اینکه در تحقیقات آزمایشی ۱۲ نفر برای هرگروه کافی است (۱۲). از بین آن‌ها کسانی که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند تعداد ۲۴ نفر از بیماران بین سنین ۲۵ تا ۶۵ سال انتخاب شدند و در مرحله بعد به اعضای گروه به طور تصادفی کدهای زوج و فرد داده شد. کدهای زوج در گروه آزمایش و کدهای فرد در گروه کنترل گمارده شدند. سپس پیش‌آزمون بر روی هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. بعد از یک هفته به افراد گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای زنان متأهل مبتلا به سرطان خون ارائه گردید اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. بعد یک هفته از پایان جلسات آموزشی، پس‌آزمون بر روی هر دو گروه اجرا شد. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از اتمام دوره اجرای پژوهش، گروه کنترل شکل رایج آموزش را دریافت کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آماره‌های توصیفی نظیر میانگین و انحراف استاندارد و تحلیل واریانس MANOVA برای توصیف داده‌ها و از آماره‌های استنباطی نظیر تحلیل کوواریانس چند متغیری و تک متغیره با نرم افزار spss20 انجام گرفت.

جدول ۱- پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش متعهد

جلسه اول	آشنایی با اعضای گروه، رابطه درمانی، بحث در مورد رازداری، صحبت در مورد اهداف، نوع درمان، آیت‌های درمان، شروع درمان‌دگی خلاق هدف این بود که رفتارها و احساساتی که افراد برای اجتناب یا فرار از مشکلات انجام می‌دادند شناسایی شده و اثربخشی این کارها سنجیده گردد.
جلسه دوم	سنجش عملکرد، ادامه درمان‌دگی خلاق، از افراد خواسته شد که شیوه‌های کنترلی چقدر به آنها کمک کرده هدف در این دو جلسه شکستن برنامه کنترل افراد بود.
جلسه سوم	سنجش عملکرد، معرفی کنترل به عنوان یک مسئله (به آنها توضیح داده شد که افکار و احساسات مشکل نیستند مشکل، کنترل کردن است) سپس توضیح در مورد دنیای بیرون و درون. در دنیای بیرون اگر چیزی شما را آزار داد و یا آن را حذف کنید یا از آن اجتناب کنید ولی در دنیای درون (اگر به چیزی تمایل ندارید به آنها دچار شده‌اید)
جلسه چهارم	مرور بر واکنش جلسه قبل، در مورد شیوه‌های کنترلی صحبت شد و اینکه همه افکار مهم هستند، اما مهم‌تر از آن رابطه ما با افکار است و از استعاره‌ها استفاده گردد.
جلسه پنجم	مرور بر واکنش به جلسه قبل، ایجاد گسلش، تمرینات گسلش به افراد کمک می‌کند تا با افکار به شیوه‌های متفاوتی تعامل داشته باشند.
جلسه ششم	بررسی واکنش به جلسه قبل، خودم به عنوان زمینه (صحبت از من و من مشاهده‌گر) در این قسمت به افراد کمک شود تا ارزش‌هایشان را بشناسند.
جلسه هفتم	خود به عنوان زمینه (استعاره صفحه شطرنج)، مجدداً ارزش‌ها صحبت شود.
جلسه هشتم	در این جلسه تکالیف و ارزش‌ها با استعاره‌ها دوباره بررسی شدند، مرور جلسات قبل، ارزیابی تعهد به عمل

یافته‌ها

بود، بررسی تحصیلات ۷ نفر لیسانس و ۵ نفر دیپلم و پایین‌تر و بیشتر در وضعیت اقتصادی متوسط به سر می‌بردند، در توصیف یافته‌های پژوهش شاخص‌های توصیفی متغیر پژوهش در جدول ۲ آمده است.

مطالعه حاضر روی ۲۴ زن مبتلا به سرطان خون با میانگین و انحراف استاندارد سنی در گروه آزمایش (۱۱/۸۸_۳۸/۰۳) و در گروه کنترل (۱۲/۰۵_۴۱/۰۸) سال

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیر پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	زیر مقیاس	پیش‌آزمون میانگین / انحراف استاندارد	پس‌آزمون میانگین / انحراف استاندارد
آزمایش	نمره کلی رضایت زناشویی	(۳/۱۶) (۵/۳۲)	(۳۳/۴۱) (۴/۰۸)
	زناشویی	(۱۷/۰۰) (۱/۸۵)	(۱۷/۴۱) (۱/۹۲)
	حل تعارض	(۲/۸۰) (۱/۴۰)	(۲/۸۳) (۱/۴۰)
	ارتباطات	(۱۵/۰۰) (۲/۱۲)	(۱۵/۱۶) (۲/۱۲)
کنترل	نمره کلی رضایت زناشویی	(۴۶/۹۱) (۳/۶۲)	(۳۳/۰۰) (۴/۸۸)
	زناشویی	(۳۳/۲۵) (۴/۱۸)	(۱۷/۲۵) (۱/۹۱)
	حل تعارض	(۳/۸۳) (۱/۰۲)	(۳/۴۱) (۱/۱۶)
	ارتباطات	(۱۹/۶۶) (۲/۷۴)	(۱۸/۰۰) (۲/۰۸)

رضایت زناشویی ۲ ($P=۰/۶۶$ ، $F=۰/۴۰$)، ارتباطات ۲ ($F=۴/۸۰$ ، $P=۰/۰۲$)، حل تعارض ۲ ($F=۰/۰۵$ ، $P=۰/۹۲$) است. عدم معناداری آزمون لوین نیز مفروضه‌های همگنی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع داده‌ها را تأیید کرد؛ بنابراین برای تحلیل داده‌ها و بررسی تأثیر درمانگری پذیرش متعهد بر متغیر مربوطه وزیر مقیاس‌های آن از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج در جداول ۳ و ۴ گزارش شده است.

نتایج توصیفی (میانگین‌ها) در جدول ۲ نشان می‌دهد که در ابعاد رضایت زناشویی و ارتباطات، میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است و میانگین نمرات حل تعارض در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است. نتایج آزمون لوین جهت بررسی همسانی واریانس‌ها حاکی از برقراری این مفروضه در سه خرده مقیاس رضایت زناشویی بود.

($F=۱/۱۳$ ، $P=۰/۱۹$)، و همچنین شاخص آماری لوین در ابعاد رضایت زناشویی معنادار است ($P>۰/۰۵$) در بعد

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا)

شاخص	ارزش	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	معناداری	مجذور اتا	توان آماری
لامبدا ویلکز	۰/۹۸	۰/۱۸۰	۲/۰۰۰	۱۹/۰۰	۰/۰۲۳	۰/۳۸	۰/۷۴

نمونه است. به منظور تعیین تفاوت معناداری مؤلفه‌های رضایت زناشویی بین گروه آزمایش و کنترل از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. که نتایج در جدول ۴ ارائه گردیده است.

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) در جدول ۳- نشان می‌دهد بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیره‌های پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.002$). مجذور اتا نشان می‌دهد که ۳۸ درصد تفاوت دو گروه به تأثیر درمان بستگی دارد و مقدار توان آماری بیانگر کفایت حجم

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری بر ابعاد رضایت زناشویی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
رضایت زناشویی ۲	۰/۰۸۶	۱	۰/۰۸۶	۰/۸۸	۰/۰۲	۰/۳۴	۰/۸۷
ارتباطات ۲	۶/۱۸	۱	۶/۱۸	۲/۴۹	۰/۰۱	۰/۲۵	۰/۷۶
حل تعارض ۲	۰/۱۸	۱	۰/۱۸	۰/۹۴	۰/۰۶	۰/۱۸	۰/۶۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی بود و نتایج نشان داد که این مداخله درمانی بر متغیر مذکور تأثیر معنی‌داری داشته و موجب افزایش معنی‌دار میانگین نمرات روی متغیر در پس‌آزمون برای گروه آزمایش شده است. بررسی اثربخشی درمان ACT بر ابعاد رضایت زناشویی زنان متأهل مبتلابه سرطان خون تأثیر دارد.

با توجه به نتایج جدول ۴، با تعدیل نمرات بین گروه‌های آزمایش و کنترل در زیر مقیاس‌های متغیر، تفاوت معناداری وجود دارد، همان‌طور که مشاهده می‌شود ۳۴ درصد از نمرات رضایت زناشویی ۲،۲۵ درصد از نمرات ارتباطات ۲ ($P < 0.05/0$) و ۱۸ درصد از نمرات حل تعارض ۲ متأثر از درمان مبتنی بر پذیرش متعهد بوده است.

کره زمین را داد بلکه باعث شد تا به خارج از آن سفر کنیم. (۱۷).

وقتی با مراجع درباره توجه آگاهی صحبت می‌شود توضیح داده می‌شود: توجه آگاهی یعنی اینکه هشیارانه و با علاقه و پذیرش آگاهی خود را به تجربه‌ای که اینجا و اکنون از سر می‌گذرانید معطوف نمایید. توجه آگاهی جنبه‌های زیادی دارد، مثلاً در لحظه اکنون زندگی کنید، به جای غرق شدن در افکار، کاملاً درگیر آنچه انجام می‌دهید شوید؛ بگذارید احساسات خود تا همان‌طور که هستند باشند و به جای کنترل کردنشان اجازه بدهید تا بیایند و بروند. (۱۸، ۱۹).

تمرین‌های ذهن آگاهی جایگاه ویژه‌ای در مداخلات دارند به منظور توجه مراجعان به دنیا استفاده می‌شود، آن ACT در گونه‌ای که آن را مستقیماً تجربه می‌کنند و نه آن‌گونه که با فرآورده‌های ذهنشان ساخته می‌شود. فرایند در زمان حال بودن به مراجع آموزش می‌دهد که به آنچه در محیط و در تجربه درونی دارد توجه کرده و آن را بدون قضاوت یا ارزش‌یابی مشاهده کند. در واقع وقتی توجه از سمت دنیای درون به محیط اطراف معطوف می‌شود، از این طریق آستانه تحمل بالا می‌رود و واکنش بیمار به محرک‌های استرس‌زا متعادل‌تر می‌شود (۲۰، ۲۱). به‌طورکلی این پژوهش از تأثیرگذاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی بیماران مبتلا به سرطان خون بر بعد رضایت زناشویی حمایت می‌کند و می‌تواند ترویج‌های مناسبی به منظور مداخلات مشاوره و روان‌درمانی بویژه با این قشر داشته باشد. به‌طور اجتناب‌ناپذیری هر پژوهشی با محدودیت‌هایی روبروست، ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به جنسیت نمونه اشاره کرد که همگی زن هستند بنابراین ضرورت دارد، پژوهش‌های بعدی، روی هر دو جنس، صورت گیرد؛ همچنین نمونه موردبررسی، دارای مشکلات روند درمان بیماران مانع دسترسی آسان برای انجام پژوهش گردید که این موضوع به ریزش برخی از شرکت‌کنندگان در ابتدای شروع گروه

نتایج این پژوهش با توجه به جدول بدست آمده (۳) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تمام ابعاد رضایت زناشویی تأثیر معنی‌داری دارد و موجب افزایش میانگین نمرات ارتباطات، رضایت زناشویی و حل تعارض در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در گروه آزمایش شده است. این نتایج با دیگر مطالعات انجام گرفته در داخل و خارج کادزین (۱۹)؛ بیرامی (۵)؛ هرنیدی (۱۴)؛ یعقوبی (۱۵)؛ شهیدثالث (۴)؛ سومر (۲۲) تحت مطالعه و درمان افسردگی در بیماران سرطانی، نشان از همسو بودن پژوهش می‌نماید. در تبیین یافته‌های بدست آمده در مورد تأثیر آموزش افزایش پذیرش و تعهد بودن روانشناسان بالینی به افراد برای برخورداری از یک زندگی غنی و پرمحتوا راهکارهایی در راستای پذیرش متعهد ارائه می‌دهند آن‌ها معتقدند برای کمک به بیماران با اشاره بر مبانی نظری درمان متمرکز بر پذیرش با استفاده مؤثر از ذهن آگاهی، شناسایی ارزش‌ها، عدم سرکوب یا فرار از افکار، در راه رسیدن به این هدف باید به درمان‌جو کمک کرد برای مثال یکی از واکنش‌های بیمار (در خود فرورفتگی) در قالب سکوت تظاهر می‌یابد و بیمار دچار رخوت و پوچی می‌شود و در گذشته خود غرق می‌شود به چرایی اتفاقات و حوادث خویش، بدون رسیدن به پاسخ می‌اندیشد. درمان پذیرش و تعهد روی پذیرش باورها در مقابل چالش ذهنی، بودن در زمان حال، گسلش شناختی، توصیف احساسات بدن، معنا دادن به آن‌ها زندگی مبتنی بر ارزش‌های شخصی تمرکز دارد تا در راه رسیدن به هدف اصلی آن که افزایش پذیرش است کمک شود، شایان ذکر است که ذهن یک «چیز» یا «شیء» نیست بلکه مجموعه پیچیده‌ای از فرایندهای شناختی نظیر تحلیل، مقایسه، ارزیابی، برنامه‌ریزی، یادآوری و تصور و نظیر این‌ها است؛ به‌عنوان استعاره‌ای برای زبان آدمی به کار می‌رود، شناخت بوسیله زبان یکی از بزرگ‌ترین منفعت‌های تکاملی آدمی احتمالاً در پیش‌بینی و حل مشکلات بود. این مهارت نه تنها به ما توانایی تغییر چهره

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش و همکاران گرامی در مرکز درمانی امید که در برگزاری جلسات همکاری داشتند صمیمانه تقدیر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Benjamin E, Griggs R. Under the title of Sicily Internal Medicine, Translated by: Hosseini M et al. Tehran: Argmand Book Publishing 2016.
2. Hardman A, Maguire P, Crowther D. The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward. Journal of Psychosomatic Research 1989;33(2):235-9.
3. Soudarth B, Smith N. Oncology Nursing advisor Translation by Habibi Ali. Tehran: Nor andish Book Publishing 2014.
4. Shahid Sales S, Hasanzadeh M, Sania Saggade S, Al Davoud S A. Comparison of sexual dysfunction in women with breast cancer: case control study. Tehran University Medical Journal 2017; 75 (5) :350-357.
5. Beirami M. Predicting marital satisfaction on the basis of attachment styles and differentiation components. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2012; 14 (53): 66-77.
6. Swain J, Hancock K, Hainsworth C, Bowman J. Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: a systematic review.

انجامید؛ همچنین به دلیل عدم انجام آزمون پیگیری پایداری نتایج در بلندمدت بررسی نشده است.

در همین راستا پیشنهاد می‌شود با انجام طرح‌های پیگیرانه بلندمدت، پایداری تأثیرات مداخله ACT بررسی گردد؛ و اینکه پیشنهاد می‌شود اثربخشی روش درمانی استفاده شده در این پژوهش با سایر مداخلات روان شناختی مانند درمان شناختی- رفتاری مقایسه گردد.

Clinical Psychology Review
2013;33(8):965-78.

7. Peter H, A critical Review of supportive Interventions for family caregivers of patients with palliative-stage cancer. Journal of Psychosocial Oncology 2004; 22(4):77-92.
8. Huffman L.B., Hartenbach E.M, Carter J , Rash J.K. , Kushner D.M.. Maintaining sexual health throughout gynecologic cancer survivorship. A Comprehensive Review and Clinical Guide 2016;140(2):359-68.
9. Mataix-cols D, Marks I, Self- help with minimal therapist contact for obsessive – compulsive disorder:A review. European Psychiatry 2006 ;21(2):75-80.
10. Carson J. W., Gil K. M., Carson K. M., Mindfulness-Based Relationship Enhancement. Behavior Therapy 2004; 35: 471-494.
11. Docherty A, knowledge and information needs of informal caregivers in palliative care a qualitative systematic review. Palliative Medicine 2008;22(2):153-71.
12. Delawar A. Method of Resignation in Psychology and Educational Sciences, Fourth Edition 1397 (Persian).

13. Bond F. W., Hayes SC. Psychological Flexibility, ACT, and Organizational Behavior 2006.
14. Harandi M. Under titel challenge to cancer.first Edition 1388 (Persian).
15. Yaghobi A. Unde titel Marital Relationship in Cancer Patients. Arjmand, first edition 1393 (Persian).
16. Williams C, Whitfield G,Written and computer – based self – help treatments for depression. British Medical Bulletin 2001;57(1);133-144.
17. Levin M, Lillis J. Hayes S C. The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility mode. Behavior Therapy 2012;43(4):741-56.
18. Lillis j.Hayes sc. Masuda A.Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives: model, processes and outcomes. Journal of Behavior Research and Therapy 2006;44(1):1-25.
19. Kazdin A E, Blasé S L .Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. Perspectives on Psychological Science 2011;6(1):21-37.
20. Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. Journal of Psychosomatic Research 2010;68(6):539-44.
21. Carson J W, Gil K M, Carson K M, Mindfulness and acceptance-based relationship enhancement. Journal of Behavior Therapy 2007;35(3):471-494.
22. Somers J M, Goldner, E.M, Incidence studies of anxiety disorders: A systematic reviw of the Literature. Canadian Journal of Psychiatry 2006;51(2):100-13.