

مقایسه اثربخشی زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا و آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا بر رضایت مندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه

زیب السادات حسینی^۱، جواد جهان^۲، مرجانه دیهیمی^۳، سرورالسادات سیاح^۴
یوسف رنجبر سودجانی^۵، مرضیه ح حبیبی^۶، مرتضی علیزاده^۷

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۵/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۷/۱۵

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا و آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا بر رضایت مندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه انجام شد. **روش:** این تحقیق شبه آزمایشی همراه با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به یکی از کلینیک‌های رادیوتراپی شهر تهران در سال ۱۳۹۴ بود که از بین آنها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند و از طریق مصاحبه انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا، زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا و گروه کنترل جایگزین شدند. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از «مقیاس رضایت زناشویی انریچ» استفاده شد. از آزمون‌های تحلیل کوواریانس یک‌متغیره و تعقیبی شفه جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، ایلام، ایران.

۲. گروه علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فرهنگیان، کرمانشاه، ایران.

۳. کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴. دانشجوی دکتری سنجش و اندازه‌گیری، پردیس دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۵. نویسنده مسئول: باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران.

Yusef137205@gmail.com

۶. کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۷. کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

استفاده شد. یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که زوج درمانی سیستمی- سازه‌گرا و آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا به طور معناداری بر افزایش رضایت زناشویی افراد گروه آزمایش اثربخش بوده‌اند ($p < 0/01$). همچنین نتایج آزمون تعقیبی شفه نشان داد میانگین نمرات گروه آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا از گروه زوج درمانی سیستمی- سازه‌گرا به طور معناداری بیشتر است ($p < 0/01$). نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که از بین دو رویکرد زوج درمانی سیستمی- سازه‌گرا و آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا، آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا در اثربخشی بر رضایت مندی زناشویی مؤثرتر از درمان سیستمی- سازه‌گرا است. بنابراین، آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا می‌تواند به عنوان مداخله ترجیحی جهت افزایش رضایت مندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه در مراکز مشاوره و روان‌درمانی در نظر گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: زوج درمانی، سیستمی- سازه‌گرا، الگوی ارتباطی، خانواده کثرت‌گرا، رضایت مندی زناشویی، سرطان سینه

مقدمه

یکی از جنبه‌های بسیار مهم نظام زناشویی، رضایتی است که همسران نسبت به رابطه زناشویی خود در ازدواج تجربه می‌کنند (تأنی‌گوچی، فریمان، تیلور و مالکارن^۱، ۲۰۰۶). رضایت مندی زناشویی از منابع تأمین‌کننده بسیاری از نیازهای روانی اجتماعی متقابل زن و شوهر است و شاخصی برجسته جهت قضاوت در مورد میزان کارآمدی یک رابطه زناشویی محسوب می‌شود (اکبری، ۱۳۹۰). رضایت مندی زناشویی به عنوان یک احساس ذهنی شادی، رضایت و لذت است که هنگام در نظر گرفتن همه جنبه‌های جاری زندگی زناشویی و سود و زیان‌های آن توسط فرد متأهل تجربه می‌شود (بامیسترو و هس^۲، ۲۰۰۷). رضایت زناشویی سازه‌ای چندبعدی و متشکل از ابعاد مختلف است و از طریق ارزیابی تعاملات جاری بین زوج مانند علاقه متقابل، مراقبت از هم، پذیرش یکدیگر، تفاهم و هماهنگی زوج در انجام اموری چون گذراندن اوقات فراغت، تقسیم کار، روابط جنسی، ابراز احساسات و کیفیت ارتباط قابل‌سنجش است (اولسون، دفراین

1. Taniguchi, S. T., Freeman, P. A., Taylor, S., & Malcarne, B.

2. Baumeister, B., & Vohs, C.

و اسکوکرانند^۱، ۲۰۱۱؛ اسپریچر، ونزل و هاروی^۲، ۲۰۰۸). عوامل گوناگونی بر رضایت مندی زناشویی تأثیرگذار هستند که به طور خلاصه می‌توان به متغیرهای جمعیت شناختی (شاکریان، فاطمی و فرهادیان، ۱۳۹۰)، ویژگی‌های شخصی (عباسی و رسول‌زاده، ۱۳۸۹)، سبک‌های دلبستگی، تمایز یافتگی (بیرامی، فهیمی، اکبری و امیری، ۱۳۹۱)، سبک‌های مقابله‌ای (بشارت، تاشک و رضازاده، ۱۳۸۵)، هوش هیجانی (علی اکبری دهکردی، ۱۳۹۱)، کیفیت ارتباط (چراغی، مظاهری، موتابی، پناغی، صادقی و همکاران، ۱۳۹۴)، عوامل زمینه‌ای و فردی (تفاوت شخصیتی، وابستگی، خلق و خو و اسناد)، تفکر و شناخت (الیس^۳، ۲۰۰۱)، مهارت‌ها و فرآیندهای بین فردی، رضایت از روابط جنسی، استرسورها و وقایع زندگی (بیماری و مرگ فرزند، نازایی، بیماری روانی، بیمارهای بدخیم و سخت علاج مثل سرطان)، اشاره کرد (بگول^۴، ۲۰۰۶). در این میان عواملی مثل استرسورها و وقایع و پیامدهای غیرقابل پیش‌بینی زندگی (کارنی و برادبوری^۵، ۱۹۹۰) و مواجهه با تشخیص ابتلا به بیماری خطرناکی مثل سرطان سینه می‌تواند بسیار پر استرس باشد (به نقل از باباریع، ۱۳۹۰).

سرطان سینه^۶ یکی از انواع شایع سرطان در زنان است که در سال ۲۰۱۱ تعداد ۲۳۰/۴۸۰ مورد جدید سرطان سینه در بین زنان تشخیص داده‌اند (جامعه سرطان آمریکا^۷، ۲۰۱۱). بر اساس برآوردهای کارشناسان بهداشتی و درمانی ایران، این بیماری یکی از مشکلات مهم سلامتی زنان ایرانی محسوب می‌شود که شیوع متوسط دارد و در حال افزایش است (آقابرابی، احمدی، محمدی، حاجی زاده و وراوانی فراهانی، ۱۳۸۵). تقریباً ۸ تا ۹ درصد همه زنان در طول عمر گرفتار سرطان سینه می‌شوند (گویا و موسوی،

1. Olson, D. H., DeFrain, J., & Skogrand, L.
2. Sprecher S., Wenzel, A., & Harvey, J.
3. Elliss, A.
4. Bagwell, E. K.
5. Karney, B.R., & Bradbury, T.N.
6. breast cancer
7. American Cancer Society

۱۳۸۷). گزارش‌های انجمن سرطان ایران نشان می‌دهد که ۲۵ درصد از کل سرطان‌ها را در زنان ایرانی سرطان سینه تشکیل می‌دهد (طالقانی، پارسا، یکتا و نیکبخت، ۱۳۸۵) و سالیانه بیش از هفت هزار بیمار به تعداد ۴۰ هزار نفری مبتلابان به سرطان سینه در ایران افزوده می‌شود (شاه‌خداپنده، پیری، بیگلو، اسدی و چخماچی دوم، ۱۳۸۸). سرطان سینه شایع‌ترین سرطان در بین زنان (کاستانزا و چن^۱، ۲۰۱۳؛ هارلو و ویور^۲، ۲۰۱۳؛ فلیتچر^۳، ۲۰۱۳؛ ناتارajan، پارکر، تامسون، کان و فلاث^۴، ۲۰۰۹؛ جمال، سیگل، وارد، هارو و تان^۵، ۲۰۰۹؛ ماترو، اوکانا، آباد، اورتیز- رویزو و پاندیلا^۶، ۲۰۰۹؛ لین، کلاوس، سوהל، رازاک، آماوت و وینر^۷، ۲۰۰۸؛ داباکویو، بونتین، رویگنات، پویلو و چاپلین^۸، ۲۰۰۸) و دومین عامل ناشی از مرگ ناشی از سرطان در میان زنان گزارش شده است (کاستانزا و همکاران، ۲۰۱۳؛ برک^۹، ۲۰۰۷؛ بلانساس و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۶). گرچه به دلیل پیشرفت در غربالگری، تشخیص زودرس و فن‌آوری، زنان مبتلا به سرطان سینه بیشتر عمر می‌کنند اما در عین حال با دشواری‌های روانی - اجتماعی متعدد ناشی از تجربه سرطان‌شان مواجه می‌شوند (پوکی - مارتین^{۱۱}، ۲۰۰۹). فرآیند روانی که با آگاهی فرد از ابتلا به سرطان شروع می‌شود، به طور طبیعی از چندین وهله اساسی از جمله شوک، ناباوری و انکار، ترس و اضطراب، احساس گناه، غمگینی و افسردگی، خشم، پذیرش واقعیت و تطبیق با آن گذر خواهد کرد و برخی افراد ممکن است به دلایل گوناگون در یکی از مراحل فوق تثبیت شده و هیچ‌وقت نتوانند به سازگاری مناسب دست پیدا کنند (بهمنی، ۱۳۸۹).

1. Costanza, M.E., & Chen, W.Y.
2. Harlow, S.P., & Weaver, L.
3. Fletcher, S.
4. Natarajan, L., Pu, M., Parker, B.A., Thomson, C.A., Caan, B.J., & Flatt, S.W.
5. Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Hao, Y., & Thun, M.J.
6. Montero, J.C., Ocana, A., Abad, M., Ortiz-Ruiz, M.J., & Pandiella, A.
7. Lin, N.U., Claus, E., Sohl, J., Razzak, A.R., Arnaout, A., & Winer, E.P.
8. Dabakuyo, T.S., Bonnetain, F., Roignot, P., Poillot, M.L., & Chaplain, G.
9. Berek, J.
10. Blancas, I., et al.
11. Pukay-Martin, M. D.

سرطان علاوه بر مختل کردن زندگی فرد مبتلا، استرس زیادی را برای خانواده این بیماران نیز ایجاد می‌کند و مسیر زندگی آنها را عوض نموده، همچنین روابط و نقش خانوادگی بیمار و خانواده را متأثر می‌سازد (زابالچی، سانچز، سانچز و جواندو^۱، ۲۰۰۵). بیماری‌های مزمن از جمله سرطان می‌توانند اثرات مخربی به دنبال داشته و رضایت زوج‌ها از زندگی زناشویی راتحت تأثیر قرار دهند (عزیزی، رحمانی و قادری، ۱۳۸۹). مطالعه انجام شده توسط هینن^۲ (۲۰۰۸) در انگلیس نشان داد که زنان مبتلا به سرطان دارای رضایت کمی از زندگی زناشویی می‌باشند؛ در حالی که نتایج مطالعه بهمنی، نقیائی، قنبری مطلق، خراسانی، دهخدا و علی محمدی (۱۳۹۳) و آوسی و کامکاگیز^۳ (۲۰۱۱)؛ نشان دهنده رضایت مندی زناشویی متوسط زنان مبتلا به سرطان سینه نسبت به زنان عادی بوده است. از جمله عواملی که به صورت مستقیم و غیرمستقیم بر سطح رضایت مندی زناشویی این زنان تأثیر منفی دارد می‌توان به عواملی چون اثرات روش‌های درمانی تکمیلی سرطان نظیر شیمی درمانی یا پرتودرمانی اشاره کرد که می‌تواند بدریخت کننده، رنج‌آور و دارای عوارض دائمی باشد و منجر به کاهش ارتباطات اجتماعی‌شان گردد (خادمی و سجادی هزازه، ۱۳۸۸). عوارضی مثل تهوع، استفراغ، ضعف و خستگی، فقدان موها، سوختگی و ضایعات پوستی (کایسرو واسکات^۴، ۲۰۰۸)، می‌تواند تأثیرات منفی شدید بر تصویر ذهنی آنها از بدنشان (ایزدی اجیرلو، ۱۳۹۰) و از آن طریق بر کاهش عزت نفس بیماران به جای گذارد (بهمنی، ۱۳۸۹). مطالعات انجام شده در داخل ایران گویای این حقیقت است که جنبه‌های اپیدمیولوژیک سرطان سینه در ایران به خوبی مورد بررسی قرار گرفته اما جنبه‌های روان‌شناختی و بالینی آن کمتر مورد توجه قرار گرفته است (شاه‌خداپنده و همکاران، ۱۳۸۸). به همین دلیل نقش عوامل و مداخلات

1. Zabalegui, A., Sanchez, S., Sanchez, P. D., & Juando, C.

2. Hinnen, c.

3. Avci, I. A., & Kumcagız, H.

4. Kayser, K., & Scott, J. L.

روان‌شناختی^۱ در ابتدا، رویارویی و بهبود سرطان نیازمند به تأمل بیشتری است (حمزه، بیرامی و هاشمی نصرت‌آبادی، ۱۳۹۰). امروزه زوج درمانی به عنوان روشی مؤثر در درمان آشفتگی‌های ارتباطی شناخته شده است (مک‌را، دالگلیش، جانسون، بورگس - موسرو کیلیان^۲، ۲۰۱۴). یکی از مداخلات روان‌شناختی که دارای تأثیرات قابل ملاحظه‌ای در بهبود رضایت زناشویی، سازگاری زوجی و نزدیکی رابطه همسرهای دارای آشفتگی‌های روانی است، زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا^۳ می‌باشد که در سال‌های اخیر مورد توجه محققان قرار گرفته است (دوئل^۴، ۲۰۱۰).

این رویکرد یک مداخله درمانی تجربی و مبتنی بر رویکرد جمع سیستمی - سازه‌گرا برای مطالعه علمی عوامل پویایی و فیزیولوژیک در ازدواج است (رید، دالتون، لادروت، دوئل و نجوین^۵، ۲۰۰۶). این درمان به شدت بر پردازش بین‌فردی بین شرکاء از رابطه زناشویی‌شان تمرکز دارد و جهت تسریع این نوع پردازش در جلسه‌های زوج درمانی، تعدادی فنون درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد (رجبی، نادری نوبندگانی و امان‌الهی و شهنی بیلاق، ۱۳۹۴). در این رویکرد، درمان‌گر به فرآیندهای ناقص ارتباطی توجه می‌کند که دلیل شکایت‌های کنونی زوج‌ها هستند. باور معمول این است که افزایش سازگاری طرفین در رابطه باعث مقابله با تعارض‌ها می‌شود. زوج‌هایی که سازگاری بیشتری با رابطه دارند می‌توانند تعارض‌های بین‌فردی را از یک دیدگاه مشترک پردازش کنند و تمایل دارند تا در موقع پردازش رابطه‌شان، از "ما" استفاده کنند؛ به عبارت دیگر، زوج‌ها تمایل دارند به مشکلات از یک دیدگاه نگاه کنند. این نوع جهت‌گیری رابطه کمتر مورد مخالفت یکی از آنها قرار می‌گیرد، در ایجاد نتایج سودمند نقش بیش‌تری دارد و هویت زوجی در شیوه احساس و رفتار آنها نمود پیدا می‌کند (احمد^۶، ۲۰۱۲). تحقیقات در حوزه

1. Psychological intervention

2. McRae, T. R., Dalglish, T. L., Johnson, S. M., Burgess-Moser, M., & Killian,

3. Systemic .Constructive Couple Therapy

4. Doell, F.

5. Reid, D. W., Dalton, J., Laderoute, K., Doell, F., & Nguyen, T.

6. Ahmad, S.

رویکرد سیستمی - سازه‌گرا نشان می‌دهد که این درمان می‌تواند بسیاری از جنبه‌های زندگی زناشویی را تحت تأثیر قرار دهد و همچنین موجب افزایش پردازش بین فردی و نزدیکی رابطه در زوج‌ها شود (رجبی و همکاران، ۱۳۹۴). رید و همکاران (۲۰۰۶، ۲۰۰۸) نشان دادند که افزایش حس "ما" بودن که در نتیجه رویکرد سیستمی - سازه‌گرا به وقوع می‌پیوندد موجب افزایش پردازش بین فردی، رضایت زناشویی و نزدیکی رابطه به گونه‌ای پایدار می‌شود. نتایج مطالعات احمد (۲۰۱۲)، دوئل (۲۰۱۰) و کاوالیره^۱ (۲۰۰۸) نشان داد که این درمان می‌تواند در افزایش شاخص‌های نزدیکی رابطه و روابط متقابل و نیز رضایت زناشویی مؤثر باشد. با وجود اینکه تاکنون مطالعه‌ای بر اثربخشی زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا بر روی افراد مبتلا به سرطان انجام نشده است، اما نتایج نشان می‌دهند که زوج درمانی سیستمی - رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی زنان مبتلا به اختلال افسرده‌خویی مؤثر است (موسوی، محمدخانی، کاویانی و دلاور، ۱۳۸۵) و بر افزایش رابطه‌ی متقابل و کاهش آشفتگی زوج‌ها تأثیر می‌گذارد (مامی و صفرنیا، ۱۳۹۷؛ رجبی و همکاران، ۱۳۹۴). نتایج مطالعات مامی و صفرنیا (۱۳۹۷)؛ مسعودی ثانی، پاک‌نیا و دورودیان (۱۳۹۶)؛ یوسف‌زاده، فرزاد، نوایی‌نژاد و نورانی‌پور (۱۳۹۶) و بیدادیان، بهرامی‌زاده و پورشریفی^۲ (۲۰۱۱) حاکی از آنست که زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا، طرحواره‌های ناسازگاری به خصوص محرومیت هیجانی را در بین زوج‌ها کاهش و روابط بین فردی و رضایت زناشویی را افزایش می‌دهد.

پژوهشگران تاکنون عوامل متعددی را در احساس رضایت مندی از زندگی مطرح کردند که در میان این عوامل خانواده بیشترین نقش را در احساس رضایت مندی از زندگی داشته است (کاپتین، اسمیت و سوست^۳، ۲۰۰۹). ما همه از تعامل و عمق بخشیدن به درگیری در ارتباطات لذت می‌بریم و اگر قادر به تعامل با معنا با دیگران

1. Cavaliere, C.

2. Bidadian, M., Bahramizadeh, H., & Poursharifi, H.

3. Kapteyn A, Smith J. P., & Soest, A.

نباشیم، نتیجه آن تنهایی، افسردگی و عدم خوشحالی خواهد بود (گابل و شین^۱، ۲۰۰۰). ارتباط فرآیند اصلی در رابط زناشویی است و عبارتند از فرآیندی که زن و شوهر به صورت کلامی و غیر کلامی در قالب گوش دادن، مکث، حالت چهره با یکدیگر به تبادل احساسات و افکار می‌پردازند (خجسته‌مهر، عطاری و شیرعلی‌نیا^۲، ۲۰۰۸). موضوع ارتباطات در روابط زناشویی به قدری مهم است که بیش از ۹۰٪ زوج‌های آشفته ناتوانی در برقراری ارتباط را به عنوان یک مسئله مهم در روابط خود مطرح کرده‌اند (خسروی، نشاط دوست، مولوی و کلانتری، ۱۳۹۰). الگوی ارتباطی خانواده دارای دو بعد زیربنایی گفت و شنود^۳ و هم‌نوایی^۴ می‌باشد. در بعد هم‌نوایی تأکید زیادی بر همسانی نگرش‌ها و باورها در تعاملات می‌شود و بر حرف شنوی از بزرگ‌ترها و پدر و مادر تأکید دارند. بالعکس در بعد گفت و شنود تمامی اعضای خانواده به شرکت در تعامل و گفت و گودر زمینه‌های مختلف تشویق می‌شوند. خانواده توافق‌کننده که تأکید زیادی بر توافق و هم‌نوایی دارند و در هر دو بعد جهت‌گیری گفت و شنود و هم‌نوایی نمره زیادی می‌گیرند. خانواده کثرت‌گرا که ارتباط باز، آزاد و راحت دارند و از نظر عاطفی حمایت‌کننده هستند که در جهت‌گیری گفت و شنود نمره زیادی می‌گیرند و در جهت‌گیری هم‌نوایی نمره کم می‌گیرند. خانواده محافظت‌کننده که تأکید زیادی بر هم‌نوایی و اطاعت از دیگران را دارند در جهت‌گیری گفت و شنود نمره کم و در جهت‌گیری هم‌نوایی نمره زیاد می‌گیرند. خانواده بی‌قید و شرط که حداقل تعامل بین خانواده وجود دارد، در هر دو بعد جهت‌گیری گفت و شنود و هم‌نوایی نمره کمی را می‌گیرند (کوئرر و فیتزپاتریک^۵، ۲۰۰۲). یافته‌ها حاکی از آنست که آموزش الگوی ارتباطی خانوادگی کثرت‌گرا که مبتنی بر گفت و شنود بالا در کاهش علائم جسمانی روانی زنان مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک مؤثر

1. Gable, S., & Shean, G.
2. Khojasteh Mehr, R., Attari, Y., & Shiralinia, K.
3. conversation
4. comformity
5. Koerner, A. F., & Fitzpatrick, M. A.

است (خسروی و حمیدی، ۱۳۹۳). اصولاً مفهوم الگوی ارتباطی خانواده با طرحواره‌های ارتباط خانواده بر اساس اینکه اعضا چه چیز به یکدیگر می‌گویند و چه کار انجام می‌دهند و این که چه معنا و منظوری از این ارتباط دارند تعریف می‌شود (کوئینرو همکاران، ۲۰۰۲). تجارب بالینی بیانگر آن است که بسیاری از خانواده‌ها فاقد مهارت‌های لازم در بیان افکار، عقاید و احساسات خود به همدیگر هستند. الگوهای خانوادگی این زوج‌ها بیشتر از نوع بی‌قید و شرط و محافظت‌کننده است که فاقد مهارت‌های لازم برای گفت و شنود هستند. بنابراین این خانواده‌ها نیاز به آموزش مهارت‌های ارتباطی دارند (گابل و همکاران، ۲۰۰۰). بر اساس یافته‌های پژوهش‌ها می‌توان نتیجه گرفت که گفت و شنود نقش کلیدی در رضایت از زندگی دارد. بنابراین آموزش الگوی ارتباطی کثرت‌گرا که مبنی برگرفت و شنود بالاست در رضایت از زندگی زوج‌ها مؤثر است.

عوارض فراوان ناشی از واکنش فرد به تشخیص بیماری و درمان سرطان سینه و بستری شدن در بیمارستان تأثیر گوناگونی بر ابعاد مختلف زندگی فرد و خانواده‌اش دارد (جادون، منیر، شهزاد و زشان^۱، ۲۰۱۰؛ وایتیک، کوین و هربرت^۲، ۲۰۰۸). همچنین سبب بروز مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، استرس پس از آسیب، احساس غمگینی، احساس محرومیت و خشم در فرد می‌شود (بونی، مایکل و آنتونی^۳، ۲۰۰۹؛ فافوتی، پاپاریگوپولاس، زرواس، راباویلاس و مالموس^۴، ۲۰۱۰) و بنا به باور راستن، مام، ویکلونند و هانستاد^۵ (۱۹۹۹) بیشترین تأثیر سرطان سینه بر کیفیت زندگی و رضایت مندی زناشویی بیماران است که سبب مختل شدن رفاه جسمی، روانی و اجتماعی در آنان می‌شود. در این رابطه، توجه ویژه به نقش و جایگاه خانواده جهت

1. Jadoon, N.A., Munir, W., Shahzad, M.A., & Zeshan, S.C.

2. Witek, J., Kevin, A., & Herbet, L.

3. Bonnie, A., Micheal, H., & Antoni, M.

4. Fafouti, M., Paparrigopoulos, T., Zervas, Y., Rabavilas, A., & Malamos, N.

5. Rustoen, T., Moum, T., Wiklund, I., & Hanestad, B.R.

مشارکت در فرآیند مداخلات درمانی و بالینی و حمایت از زنان مبتلا به سرطان پستان (سمیعی سبینی، انوشه و الحانی، ۱۳۸۹) از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. با در نظر گرفتن چالش‌هایی که به دنبال سرطان سینه برای زنان و همسرانشان به وجود می‌آید، علت اصلی تعارضات زناشویی این زوج‌ها، الگوهای ارتباطی ناقصی هست که باعث ایجاد تنش و در نتیجه کاهش رضایتمندی زناشویی شان می‌شود (محمدپور^۱، ۲۰۰۶). از آنجایی که دورویکرد زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا و آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا از برتری بیشتری نسبت به سایر مداخلات روان‌شناختی از نظر توجه به موضوع ارتباطات در روابط زناشویی دارند و در این زمینه نتایج قابل ملاحظه‌ای را نشان داده‌اند، پژوهشگران پژوهش حاضر بر آن آمدند تا به مقایسه اثربخشی زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا و آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا بر رضایت مندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه بپردازند. زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا و الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا بر افزایش رضایت مندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه تأثیر معنی‌داری دارند.

بین زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا و الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا در اثربخشی بر رضایت مندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

روش پژوهش

این پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به یکی از کلینیک‌های رادیوتراپی شهر تهران در پاییز و زمستان ۱۳۹۴ بود که از بین آنها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند (ملاک‌های ورود و خروج) و از طریق مصاحبه اولیه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل به نسبت یکسان قرار گرفتند.

ابتدا پس از کسب مجوزهای لازم، اطلاعات کامل در زمینه پژوهش در اختیار مسئولان کلینیک قرار داده شد و جهت رعایت مسائل اخلاقی، روند اجرای پژوهش به اطلاع افراد شرکت کننده در مطالعه رسید و با رضایت آگاهانه در پژوهش مشارکت کردند. لازم به ذکر است که هیچگونه اطلاعاتی در خصوص اینکه هدف مقایسه اثربخشی آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا و زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا می‌باشد، به آزمودنی‌ها ارائه نشد. ملاک‌های انتخاب ورود عبارت بودند از: تشخیص قطعی سرطان سینه را دریافت کرده باشند، اتمام دوره‌های شیمی درمانی و در حال درمان‌های تکمیلی پرتودرمانی، نداشتن اختلال‌های عاطفی و خلقی براساس مصاحبه نیمه ساختار یافته، عدم ابتلا به بیماری‌های جدی دیگر، متأهل و گذشت حداقل ۳ سال از زندگی مشترک. ملاک‌های خروج هم شامل: دریافت مداخلات روان‌شناختی به صورت همزمان و مصرف داروهای روان‌پزشکی و مواد روان‌گردان، بود.

روش اجرا به این صورت بود که پس از انتخاب آزمودنی‌ها و جایگزین کردن آنها به سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) هر گروه ۱۰ نفر و اجرای پیش‌آزمون "مقیاس رضایت زناشویی انریچ"، مداخله گروهی آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا بر روی گروه آزمایش اول به مدت ۹ جلسه ۱/۵ ساعته در هر هفته ۲ جلسه انجام شد و رویکرد زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا بر روی گروه آزمایش دوم به مدت ۹ جلسه ۱/۵ ساعته در هر هفته ۲ جلسه اجرا شد؛ در حالی که افراد گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. پس از پایان آزمون، پس از آزمون بر روی هر سه گروه اجرا شد و نتایج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. باتوجه به ارائه توضیحات کافی درباره تحقیق و اهمیت همکاری اعضا، در شروع پژوهش، اجرا و پاسخ‌دهی آزمون، افت آزمودنی وجود نداشت. کلیه فرآیندهای آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا براساس الگوی مکارا و همکاران (۲۰۱۴) انجام شد و برای جلسات زوج درمانی سعی بر این بود که منطبق با الگوی درمانی رید و همکاران (۲۰۰۶) و با همان ترتیب روند مداخله درمانی، اهداف هر جلسه اجرا شود.

براس سنجش و کنترل روایی جلسات آموزشی و درمانی، در طول جلسات از آزمودنی‌های گروه آزمایش خواسته شد تا خلاصه‌ی شفاهی از مطالب و مداخله‌های آموزشی و درمانی اجرا شده را ارائه دهند تا منطبق بودن آن با ساختار پروتکل جلسات آموزشی و درمانی، مشخص گردد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از برنامه (Spss v.20)، آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و از آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره و آزمون تعقیبی شفه استفاده شد.

ابزار پژوهش

مقیاس رضایت زناشویی انریچ^{۱)} این مقیاس در سال ۱۹۸۹ توسط اولسون، ساخته شده است و فرم کوتاه آن شامل ۴۷ ماده خود گزارشی است. هرگزینه شامل یک مقیاس ۵ درجه‌ای است (کاملاً موافقم، موافقم، نه موافق و نه مخالف، مخالفم، کاملاً مخالفم) دامنه آن از ۱ تا ۵ مرتب شده است. کمترین نمره ۴۷ و بیشترین نمره ۲۳۵ است که هرچه نمره فرد بیشتر باشد نشان دهنده رضایت زناشویی بالاتر است. السون (۱۹۸۹) ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ به دست آورد. سلیمانیان (۱۳۷۳) پرسشنامه رضایت زناشویی را ترجمه و همبستگی درونی آن را ۰/۹۵ گزارش کرده است. همچنین ضریب پایایی آزمون نیز در پژوهش سلیمانیان (۱۳۷۳) به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمد. عرب علیدوستی، نخعی و خانجانی (۱۳۹۴) در پژوهشی ضریب همبستگی دو پرسشنامه کوتاه انریچ و کانزاس با پرسشنامه ۴۷ سؤالی انریچ به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۳۲ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه به روش مذکور ۰/۹۴ به دست آمد که تأییدکننده اعتبار بالای پرسشنامه است.

جدول ۱: خلاصه صورت جلسات آموزش الگوهای ارتباطی خانواده کثرت‌گرا

| جلسه | محتوای جلسات |
|------------|--|
| جلسه اول | در جلسه اول به بیان قواعد اجرای جلسات درمانی، مصاحبه و برقراری ارتباط، ایجاد آمادگی برای جلسه، بررسی میزان علاقمندی و ایجاد انگیزه شرکت‌کنندگان، بررسی مشکل از دید شرکت‌کنندگان، پرداخته شد. |
| جلسه دوم | به ارائه اصل مسئولیت شخصی، مهارت‌های ارتباطی، ارزیابی و تغییر شیوه‌های ناسازگاری، تشخیص گرایش فردی به نوع شیوه آزارنده و بررسی تأثیر این شیوه‌ها بر زندگی. |
| جلسه سوم | در این جلسه؛ حل مسئله، روش‌های حل مسئله و سبک‌های مقابله، توجه به موارد احترام، ابراز محبت، صداقت، خوش‌خلقی و آراستگی رفتاری و ظاهری در روابط با دیگران، مورد بحث قرار گرفت. |
| جلسه چهارم | در این جلسه، راهکارهای کنار آمدن با خشم، کنار آمدن با شخص خصمگین، انجام اقداماتی مسئولانه جهت زندگی راحت‌تر و انتخاب فضای زندگی، مورد بحث قرار گرفت. |
| جلسه پنجم | در این جلسه به آموزش مهارت‌های گفت و گو، کنترل زبان جسم، خودآشنایی، توصیه‌هایی برای رسیدن به ارتباط مؤثر، انتخاب کلمات نیرومند و تأثیرگذار، اجتناب از تهدید و مقایسه منفی و مشکلات گذشته، پرداخته شد. |
| جلسه ششم | تمرین و تکرار آموزش‌های جلسه قبل. |
| جلسه هفتم | در این جلسه به بحث پیرامون خطاهای شناختی مؤثر در اختلافات ادراک‌گزینی، قضاوت‌ها، تمرکز بر موانع ارتباطی مانند اتهام، سرزنش و سلطه‌گیری، اسنادها و انتظارات، پرداخته شد. |
| جلسه هشتم | در این جلسه به رفع موانع ارتباطی و آموزش و تحلیل سبک ارتباطی خصمانه، شناسایی موانع ارتباطی در رابطه با دیگران (خشم، عجله، تندخویی، بداخلاقی و ناسزاگویی)، پرداخته شد. |
| جلسه نهم | مرور جلسات قبل، تمرین رفتاری شنونده-گوینده بودن، به کارگیری آموخته‌ها، آموزش و تحلیل سبک‌های ارتباطی، انتخاب سبک ارتباطی و الگوی خانوادگی کثرت‌گرا، گزارش زنان مبتلا به سرطان سینه و نقطه نظرات، ارزیابی تغییرات، اجرای پس‌آزمون و تقدیر و تشکر از آزمودنی‌ها. |

جدول ۲: خلاصه صورت جلسات زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا

| جلسه | محتوای جلسات |
|------------|---|
| جلسه اول | معرفی، بیان قوانین جلسات، معرفی رویکرد سیستمی - سازه‌گرا. در جلسه اول درمان‌گر شرکت‌کنندگان را با برخی از یافته‌های تجربی زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا و نحوه‌ی استفاده از این یافته‌ها آگاه نمود. |
| جلسه دوم | بررسی تعارض در حوزه‌های مختلف و شناخت ماهیت مشکل. شرکت‌کنندگان در این جلسه تشویق شدند تا تعارض در حوزه‌های مختلف زندگی زناشویی را مشخص کنند. |
| جلسه سوم | یاددهی فن گوش سپاری زناشویی. در این جلسه به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد تا به طور کامل به طرف مقابل گوش سپارند و صحبت‌های او را درک کنند و نه اینکه هنگام گوش دادن در فکر پاسخ دادن باشند. |
| جلسه چهارم | بحث در مورد مضرات اجتناب از موضوع و اجرای ابزارها. در این جلسه شرکت‌کنندگان تشویق شدند تا بر حوزه‌هایی تمرکز کنند که علی‌رغم تعارض در آنها از صحبت کردن در موردشان طفره می‌روند. |
| جلسه پنجم | تغییر جهت‌گیری شرکت‌کنندگان از انتقاد و شکایت به سوی مشارکت فعال و رسیدن به رابطه ایده آل. در این جلسه از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا با طور فردی لیستی از ویژگی‌هایی که برای "رابطه ایده آل" آرزو می‌کنند را تهیه کنند. هدف از این تمرین این است که تمرکز شرکت‌کنندگان را از شکایت، انتقاد به سوی یک حالت مشارکتی فعال‌تر تغییر کند. |
| جلسه ششم | اجرای فن فکر کردن و صحبت کردن در جایگاه شخص سوم. در این جلسه تکنیک تفکر و صحبت در قالب شخص سوم مورد استفاده قرار گرفت. در این فن به شرکت‌کنندگان یاد داده شد تا تعامل مشکل‌ساز با همسرانشان را در رابطه با درمان‌گر مورد بحث قرار دهند. |
| جلسه هفتم | ادامه اجرای فن فکر کردن و صحبت کردن در جایگاه شخص سوم. در این جلسه باز هم در مورد مشکلات موجود در رابطه تکنیک تفکر و صحبت در قالب شخص سوم مورد استفاده قرار گرفت. |
| جلسه هشتم | اجرای فن شریک درونی (اتخاذ دیدگاه) برای زن. در این جلسه با زنان به گونه‌ای صحبت شد که گویی شوهر است. این فرآیند موجب می‌شود طرفی که در حال مصاحبه است، احساس کند که طرف دیگر است. |
| جلسه نهم | مرور جلسات قبل، جمع‌بندی نهایی، اجرای مجدد آزمون، تقدیر و تشکر از آزمودنی‌ها و پایان دادن به درمان. |

یافته‌ها

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه‌ها

| گروه کنترل - | | گروه زوج درمانی سیستمی - سازوگرا | | | | | | گروه آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا | | | | گروه متغیر | | |
|-----------------|--------|----------------------------------|--------|-----------|--------|----------|--------|--|--------|----------|--------|---------------|-----------|---------------|
| | | پس آزمون | | پیش آزمون | | پس آزمون | | پیش آزمون | | پس آزمون | | | پیش آزمون | |
| SD | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD | M | رضایت زناشویی |
| ۱۱/۶۶ | ۱۲۶/۸۵ | ۱۲/۰۸ | ۱۲۶/۴۵ | ۱۲/۵۴ | ۱۴۳/۶۰ | ۱۰/۶۹ | ۱۲۷/۴۰ | ۱۲/۵۶ | ۱۴۵/۳۵ | ۱۱/۸۴ | ۱۲۳/۶۰ | | | |

در ادامه نتایج آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانس گروه‌ها در متغیر رضایت زناشویی، نشان داد که سطح معناداری به دست آمده در متغیر وابسته پژوهش بزرگ‌تراز ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین با ۰/۹۵ اطمینان می‌توان قضاوت کرد که گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر پراکندگی نمرات رضایت زناشویی در پیش آزمون یکسان هستند. همچنین نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف به منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیر رضایت زناشویی نشان داد، شرط نرمال بودن توزیع نمرات متغیر وابسته در مرحله پس آزمون رعایت گردیده است ($P > 0/05$). در ادامه نتایج آزمون فرض همگنی شیب رگرسیون نشان داد، داده‌ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیون در سطح ($P > 0/05$) پشتیبانی می‌کنند.

جدول ۴: تحلیل کوواریانس به منظور مقایسه تفاضل پیش آزمون- پس آزمون نمرات رضایت زناشویی در سه گروه آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت گرا، زوج درمانی سیستمی - سازه گرا و گروه کنترل

| P | آزمون F | میانگین مجذورات | درجه آزادی | مجموع مجذورات | منبع تغییرات | |
|-------|---------|-----------------|------------|---------------|---------------|------|
| | | | | | رضایت زناشویی | گروه |
| ۰/۰۰۱ | ۵۴/۷۱ | ۲۶۹/۰۱ | ۲ | ۷۲۹/۰۳ | رضایت زناشویی | گروه |

نتایج جدول ۴ نشان می دهد بین میانگین نمرات رضایت زناشویی ($F = ۵۴/۷۱$) بین گروه های آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت گرا، زوج درمانی سیستمی - سازه گرا و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۱$). به عبارت دیگر آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت گرا و زوج درمانی سیستمی - سازه گرا، رضایت مندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه را به طور معناداری افزایش داده اند. به منظور این که مشخص شود که کدام نوع مداخله بر روی رضایت زناشویی تأثیر بیشتری دارد از آزمون تعقیبی شفه استفاده می شود که نتایج در جدول ۵ ارائه شد.

جدول ۵: مقایسه میانگین نمرات رضایت زناشویی در سه گروه آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت گرا، زوج درمانی سیستمی - سازه گرا و گروه کنترل با آزمون تعقیبی شفه

| کنترل | زوج درمانی سیستمی - سازه گرا | | آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت گرا | | گروه | متغیر |
|-------|------------------------------|---------|--------------------------------------|---------|--------|---------------|
| | P (A-B) | P (A-B) | P (A-B) | P (A-B) | | |
| ۰/۰۰ | ۸/۷۰* | ۰/۰۱ | ۳/۵۵* | - | - | رضایت زناشویی |
| ۰/۰۰ | ۵/۱۴* | - | - | ۰/۰۱ | -۳/۵۵* | |
| - | - | ۰/۰۰ | -۵/۱۴* | ۰/۰۰ | -۸/۷۰* | |

* $P < 0/001$

با توجه به نتایج جدول ۵، نتایج آزمون تعقیبی شفه نشان می‌دهد که در متغیر رضایت زناشویی میانگین نمرات هر دو گروه آزمایش از گروه کنترل به طور معناداری بیشتر است ($p < 0/01$). همچنین، میانگین نمرات آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا از زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا به طور معناداری بیشتر است ($p < 0/01$).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا و آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا بر رضایت مندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه انجام شد. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا و آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا به طور معناداری بر افزایش رضایت زناشویی اثربخش بوده‌اند ($p < 0/01$). همچنین نتایج آزمون تعقیبی شفه نشان داد میانگین نمرات گروه آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا از گروه زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا به طور معناداری بیشتر است.

در بررسی اثربخشی زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا بر افزایش رضایت مندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه می‌توان گفت که به دنبال شکل‌گیری و یا افزایش پردازش بین‌فردی از طریق رویکرد زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا، افراد یک دید آگاهی‌فراشناختی هم از نحوه حرف‌زدنشان با یکدیگر و هم تجربه‌ای که از یکدیگر کسب می‌کنند، به دست می‌آورند. تا آنجایی که اغلب گزارش کرده‌اند این آگاهی به تغییرهای اساسی در شیوه ارتباط، حل مسئله، مذاکره در باره تفاوت‌ها و آسایش و حمایت عاطفی و هیجانی در آنها را منجر می‌شود (دوئل، ۲۰۱۰). در این خصوص یافته‌های پژوهش با نتایج مطالعات رید و همکاران (۲۰۰۶؛ ۲۰۰۸)، احمد (۲۰۱۲)، مامی و همکاران (۱۳۹۷)، یوسف زاده و همکاران (۱۳۹۶)، مسعودی ثانی و همکاران (۱۳۹۶)، رجبی و همکاران (۱۳۹۴) و ویدادیان و همکاران (۲۰۱۱) که نشان دادند زوج درمانی سیستمی -

سازه‌گرا، طرحواره‌های ناسازگاری به خصوص محرومیت هیجانی را در بین زوج‌ها کاهش و روابط بین فردی و رضایت زناشویی را افزایش می‌دهد، همسواست. تحقیقات در حوزه رویکرد سیستمی - سازه‌گرا نشان می‌دهد که این درمان می‌تواند بسیاری از جنبه‌های زندگی زناشویی را تحت تأثیر قرار دهد و همچنین موجب افزایش پردازش بین فردی و نزدیکی رابطه در زوج‌ها شود (رجبی و همکاران، ۱۳۹۴). نتایج مطالعات احمد (۲۰۱۲)، دوئل (۲۰۱۰) و کاوالیره (۲۰۰۸) نشان دادند که این درمان می‌تواند در افزایش شاخص‌های نزدیکی رابطه و روابط متقابل و نیز رضایت زناشویی مؤثر باشد. به طور کلی می‌توان گفت، هدف این رویکرد، عبارت است از یادگیری درباره پویای رابطه و تسریع در تحول درمانی زوج‌ها به صورتی که با ارزش‌ها، امیال و اهداف ازدواج آنها متناسب باشد (احمد، ۲۰۱۲). از آنجا که سرطان پستان یکی از مهم‌ترین اندام‌های جنسی بانوان را مورد هدف قرار می‌دهد و مستقیماً با هویت جنسی زنان در ارتباط است می‌تواند در روابط جنسی و زناشویی افراد مبتلا اختلال ایجاد کند. این اختلال به نوبه خود تأثیر به‌سزایی در قوام و استحکام روابط زن و مرد و خانواده آنان دارد (گابریث، آرچیگا، رامیرز و پدرو^۱، ۲۰۰۵). بنابراین، طرفین برای ورود به یک پردازش بین فردی، باید دو قابلیت را دارا باشند. نخست اینکه، هر فرد در بطن رابطه باید قادر باشد به شناخت بیشتری در باره خود دست یابد؛ او باید به شیوه انعکاسی^۲ به خودش فکر کند و در مورد تجربه‌اش از رابطه و کنش‌هایی که در آن رابطه دارد بینش کسب کند؛ دوم اینکه، به شناخت بیشتری از طرف مقابل دست یابد و بینش مناسب‌تری درباره‌ی تجربه، دیدگاه و رفتار او کسب کند و این مهم حاصل نخواهد شد مگر اینکه فرد بیش از پیش توجه خود را به افکار و احساس‌های طرف مقابل معطوف کند. در این رابطه تواین من و فلشر، اسلیجفر، هوکسترا و ویبر^۳ (۲۰۰۵) معتقدند که اتخاذ دیدگاه (توانایی طرفین برای درک

1. Galbraith M.E, Arechiga, A, Ramirez, J., & Pedro L.W.

2. reflective

3. Tuinman M.A., Fleer, J., Sleijfer, D.T., Hoekstra, H.J., & Weeber J.H.M.

احساس‌ها، افکار و تجارب یکدیگر) که در فرآیند زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا بر کسب آن تأکید می‌شود، ارتباط قابل توجهی با درجه بندی زوج‌ها از میزان نزدیکی و صمیمیت و رضایت رابطه‌ای دارد. همچنین، این رویکرد درمانی از طریق کارکردن بر روی درک همدلانه با استفاده از فنونی مانند گوش سپاری برای درک موجب ایجاد ارتباط صمیمانه و نزدیک در زوج‌ها می‌شود (عشقی، ۲۰۱۳).

در بررسی اثربخشی آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا بر افزایش رضایت مندی زناشویی می‌توان گفت که فاکتورهای پاسخگو بودن در برابر خواسته‌ها و نیازهای یکدیگر، گذراندن اوقات با همسر خود به تنهایی، حفظ وضعیت رمانتیک، صحبت کردن به زبان عاشقانه و محبت‌آمیز، تمایلات جنسی، کنترل تعارض وفاداری و صداقت را در رضایت زناشویی اهمیت بسیاری دارد (راستوئن و همکاران، ۱۹۹۹). در این خصوص یافته‌های پژوهش با نتایج مطالعات خسروی و همکاران (۱۳۹۰)، خسروی و همکاران (۱۳۹۳)، سمیعی سبینی و همکاران (۱۳۹۸)، کوئزرو و همکاران^۱ (۲۰۰۲)، گابل و همکاران (۲۰۰۰)، هانسون و لنبلند^۲ (۲۰۰۶) و رونان و دریر^۳ (۲۰۰۴)، همسویی دارد. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت، آموزش الگوی ارتباطی خانوادگی کثرت‌گرا که مبتنی بر گفت و شنود بالاست در احساس رضایت مندی از زندگی زوج‌ها مؤثر است و می‌توان ارتباط موجود بین اعضای خانواده را به عنوان یکی از مهم‌ترین جنبه‌های بین فردی و کلیدی برای فهم سازگاری، سلامت روانی و کاهش اضطراب و افسردگی که با افزایش میزان شادی و رضایت در خانواده است، قلمداد کرد. توجه به اینکه آموزش مهارت‌ها و فرآیندهای رفتاری خاص، افراد را قادر می‌سازد که با دقت بیشتر، مؤثرتر و کارآمدتر پیام‌ها را رد و بدل کنند. در این درمان، افرادی که می‌آموزند چگونه تعارض‌ها و اختلافات خود را به طور مؤثرتر و کارآمد، حل و فصل کنند، بیشتر از افرادی که فاقد

1. Koerner, A. F. & Fitzpatrick, M. A.

2. Hansson, K., & Lund bland, A.

3. Ronnan, G.F., & Dreer, L.E.

چنین مهارتی هستند، می‌توانند به زندگی مشترک خود ادامه دهند (میلر، کاکلین و هیستون^۱، ۲۰۰۰). با توجه به آموزش‌های داده شده در این پژوهش، افرادی که در کلاس‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی شرکت کردند، نمرات بالاتری در پرسشنامه رضایت زناشویی نسبت به افرادی که در این کلاس‌ها شرکت نکرده بودند، کسب نمودند. این مهم نشان دهنده ارتباط و همبستگی مثبت بین نتایج این تحقیق و تحقیقات فوق می‌باشد و نشان می‌دهد که کلاس‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی در روابط زنان مبتلا به سرطان سینه و کارآیی خانواده آنها تأثیر مثبت دارد. بنابراین می‌توان با آموزش مهارت‌های ارتباطی، الگوهای رفتاری غلط را تغییر داد و روش‌های کارآمد را جایگزین آنها کرد. چون ارتباط مختل یک استرسور محیطی - اجتماعی برای آسیب‌پذیری فرد در برابر اختلالات می‌باشد. بسیاری از دانشمندان در تغییر روابط مبهم و ناکارآمد در خانواده تأکید کرده‌اند زیرا باور دارند که اینگونه ارتباطات احتمال بروز آسیب‌های روانی را افزایش می‌دهد و بسیاری از خانواده درمانگران معتقدند که مهمترین مداخله که برای بهبود روابط زوج‌ها می‌توان انجام داد، آموزش آنهاست که الگوهای ارتباطی و نقص‌های ارتباطی را بشناسند و آنها را به منظور بهبود رابطه‌شان بکارگیرند (خسروی و همکاران، ۱۳۹۳).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که نتایج میانگین نمرات آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا از زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا به طور معناداری بیشتر است و این درمان اثربخش‌تر بوده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا به دلیل تغییر در الگوهای رفتاری غلط زنان مبتلا به سرطان سینه و جایگزین کردن روش‌های کارآمد در آنان این توانایی را ایجاد کرد که نقص‌های رفتاری و جسمی خود را بهتر بشناسند و آنها را به منظور بهبود رابطه با شوهرانشان از طریق بیان احساسات و عواطف، به کارگیرند به گونه‌ای که بتوانند در میزان دریافت حمایت از سوی

شوهرانشان احساس رضایت مندی کنند، از این نظر این نوع آموزش، نسبت به زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا که توجهی به شناسایی نقص‌ها و ارائه راه حل‌های کارآمد برای زنان مبتلا به سرطان سینه نداشت، می‌تواند برتری نسبی داشته باشد. تبیین دیگر نیز می‌تواند این باشد که در زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا عمدتاً اجرای فنون به گونه‌ای تدوین شده است که بالاترین کارایی را در صورتی خواهد داشت که زوج‌ها با هم در این جلسات شرکت کنند، که در این پژوهش تنها زنان مبتلا به سرطان حضور داشتند.

باتوجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌گردد که با در نظر گرفتن مشاوره‌های روان‌شناختی مناسب در کلینیک‌های مددکاری و انجمن‌های حمایت از بیماران سرطانی، از جمله آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا و زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا بتوان رضایت مندی زناشویی این گروه آسیب‌پذیر جامعه را افزایش داد و با ملزم نمودن خانواده این بیماران برای شرکت در این برنامه‌ها، جهت افزایش سازگاری با بیماری عضو بیمار صورت گیرد به طوری که طی برنامه مشاوره با خانواده مواردی چون آموزش نحوه مراقبت روحی - روانی بیمار و کسب سازگاری و رضایت از زندگی دیگر اعضای خانواده و همچنین نحوه برخورد با بیمار و به ویژه با تغییر نقش‌های عضو بیمار در خانواده و مراقبت آن توسط سایر اعضای خانواده جهت افزایش رضایت مندی زناشویی بیمار و سایر اعضای خانواده توسط مشاوران و مددکاران مورد توجه قرار گیرد. تحقیق حاضر فاقد دوره پیگیری طولانی مدت بود و از آنجا که تغییرات در کارکرد روانی زنان مبتلا به سرطان سینه نیازمند زمانی طولانی‌تری باشد، واریسی این تغییر که در پس‌آزمون، تغییرات آن مورد تأیید قرار گرفت، نیازمند تحقیقاتی در آینده است که بتوانند تغییرات رفتاری را در دوره زمانی طولانی‌تر و مکرر پس از خاتمه درمان نیز واریسی نماید. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، ارزیابی‌های مکرر و نظام‌دار از فرآیند درمان صورت گیرد تا روند تغییر به طور عینی قابل مشاهده باشد. مضافاً اینکه چنین سنجشی می‌تواند به بازاندیشی و متناسب‌سازی فنون و مداخلات کاربردی شده با توجه

به مراحل، و تعیین اثربخشی آنها در فرآیند درمان، منجر گردد. در مجموع با توجه به یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود که آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا می‌تواند به عنوان مداخله ترجیحی جهت افزایش رضایت‌مندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه در مراکز مشاوره و روان‌درمانی در نظر گرفته شود.

سپاسگزاری: در پایان بر خود لازم می‌دانیم تا از تمامی زنان مبتلا به سرطان سینه که به عنوان شرکت‌کننده ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، نهایت قدردانی را به عمل آوریم.

منابع

- آقایی، م؛ احمدی، ف.؛ محمدی، ع؛ حاجی‌زاده، ا؛ روانی‌فراهانی، ع. (۱۳۸۵). ابعاد جسمی روحی روانی اجتماعی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه تحت شیمی‌درمانی. *فصلنامه پژوهش‌های پرستاری*، ۱ (۳)، ۶۵-۵۵.
- اکبری، ک. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش گروهی غنی‌سازی ازدواج به سبک اولسون بر رضایت‌مندی زناشویی و امید به بهبود رابطه زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و تأثیر غیرمستقیم آن بر همسرانشان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- ایزدی‌اجیلو، ا. (۱۳۹۰). *اثربخشی مداخله شناختی رفتاری گروهی بر اصلاح تصویرترتیب و افزایش عزت نفس در زنان مبتلا به سرطان سینه پس از جراحی ماستکتومی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- باباریع، م. (۱۳۹۰). *اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی زناشویی به زنان ماستکتومی شده بر افزایش رضایت‌مندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه پس از عمل ماستکتومی و همسرانشان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- بشارت، م. ع؛ ناشک، آ؛ رضا‌زاده، س. م. ر. (۱۳۸۵). تبیین رضایت زناشویی و سلامت روانی بر حسب سبک‌های مقابله. *فصلنامه روان‌شناسی معاصر*، ۱ (۱)، ۴۸-۵۶.
- بهمنی، ب. (۱۳۸۹). *مقایسه اثربخشی دو روش مداخله شناخت درمانی آموزش محور به سبک مایکل فری و گروه درمانی شناختی / وجودگرا بر امیدواری، عزت نفس و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه با علائم افسردگی*. پایان‌نامه دکترای مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی.

- بهمنی، ب؛ نقیائی، م؛ قنبری مطلق، ع؛ خراسانی، ب؛ دهخدا، آ؛ علی محمدی، ف. (۱۳۹۳). رضامندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه در طی دوره درمان‌های تکمیلی پزشکی: یک مطالعه مقایسه‌ای. فصلنامه روان‌شناسی سلامت، ۳ (۹)، ۱-۱۲.
- بیرامی، م؛ فهیمی، ص؛ اکبری، ا؛ امیری پیچاکالایی، ا. (۱۳۹۱). پیش‌بینی رضایت زناشویی براساس سبک‌های دلبستگی و مؤلفه‌های تمایز یافتگی. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۴ (۱)، ۶۴-۷۷.
- چراغی، م؛ مظاهری، م. ع؛ موتابی، ف؛ پناغی، ل؛ صادقی، م. س؛ سلمانی، خ. (۱۳۹۴). پیش‌بینی رضایت زناشویی براساس کیفیت ارتباط همسران با دو خانواده اصلی. فصلنامه راهبرد فرهنگ، ۸ (۳۱)، ۹۹-۱۲۵.
- حمزه، س؛ بیرامی، م؛ هاشمی نصرت‌آبادی، ت. (۱۳۹۰). مقایسه صفات شخصیتی، تجربه هیجانانگیز منفی و سبک‌های مقابله‌ای در زنان سالم و مبتلا به سرطان. مجله علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۹ (۵)، ۶۳۶-۶۲۷.
- خسروی، ص. ا؛ معصومه، ح. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش الگویی ارتباطی خانوادگی کثرت‌گرا بر علائم جسمانی - روانی زنان مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک. اولین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روان‌شناسی آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی ایران، تهران.
- خسروی، ص. ا؛ نشاط دوست، ح. ط؛ مولوی، ح؛ کلانتری، م. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش الگویی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا بر رضایت از زندگی زوجین. مجله علوم پزشکی هرمزگان، ۱۵ (۱)، ۴۸-۴۰.
- رجیبی، غ. ر؛ نادری نوبندگانی، ز؛ امان الهی، ع؛ شهنی بیلاق، م. (۱۳۹۴). اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی - سازه‌گرا بر پردازش بین‌فردی و نزدیکی رابطه در زوج‌های آشفته. فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۳ (۲۰)، ۱۰۵-۱۲۸.
- سلیمانیان، ع. ا. (۱۳۷۳). بررسی تفکرات غیرمنطقی براساس رویکرد شناختی برنارضایتی زناشویی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
- سمیعی سبینی، ف؛ انوشه، م؛ الحان، ف. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر مشاوره با خانواده بر مقیاس‌های علامتی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی. فصلنامه بیماری‌های پستان ایران، ۳ (۲۱)، ۲۸-۳۹.
- شاکریان، ع. ق؛ فرهادیان، م. (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی با رضایت‌مندی زناشویی. مجله علوم پزشکی کردستان، ۱۶ (۱)، ۹۲-۹۹.
- شاه‌خداپسند، س؛ پیری، ز؛ بیگلر، م. ح؛ اسدی، م؛ چخماچی دوم، ن. (۱۳۸۸). سرطان پستان در ایران: روند پژوهش‌های محققان ایرانی در پایگاه‌های مدلاین. فصلنامه بیماری‌های پستان ایران، ۲ (۲)، ۴۹-۵۹.
- طالقانی، ف؛ پارسا یکتا، ز؛ نیکبخت نصرآبادی، ع. (۱۳۸۵). مقابله با سرطان پستان در زنان تازه تشخیص: یک بررسی کیفی. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۲ (۳)، ۲۸۸-۲۸۲.
- عباسی، ز؛ رسول‌زاده طباطبایی، س. ک. (۱۳۸۸). رضایت‌مندی زناشویی و تفاوت‌های فردی: نقش عوامل

- عرب علیدوستی، ع. ر؛ نخعی، ن؛ خانجانی، ن. (۱۳۹۴). پایایی و روایی پرسشنامه‌های رضایت زناشویی کانزاس و اینترپچ کوتاه شده به زبان فارسی. مجله بهداشت و توسعه، ۴ (۲)، ۱۶۷-۱۵۸.
- عزیزی، س؛ رحمانی، آ؛ قادری، ب. (۱۳۸۹). رضایت از زندگی زناشویی در بیماران مبتلا به سرطان. مجله پرستاری و مامایی، ۵ (۱۷)، ۵۵-۵۰.
- علی اکبری دهکردی، م. (۱۳۹۱). رابطه بین هوش هیجانی و رضایت زناشویی در زوجین. مجله علوم رفتاری، ۶ (۲)، ۱۶۹-۱۶۱.
- گویا، م؛ موسوی، م. (۱۳۸۷). طب تسکینی. اولین کنگره مراقبت‌های حمایتی و تسکینی در سرطان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران.
- مامی، ش؛ صفرنیا، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی رویکرد زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و گرایش به روابط فزاینده‌ی زنان متقاضی طلاق. فصلنامه مطالعات روان‌شناختی ۱۴ (۱)، ۹۰-۷۵.
- مسعودی ثانی، ر؛ پاک‌نیا، ن؛ دورودیان، ف. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج درمانی سیستمی - سازه‌گرا بر افزایش رضایت‌مندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه. فصلنامه زن و مطالعات خانواده، ۳۶ (۷)، ۷۰-۵۵.
- موسوی م؛ محمدخانی، پ؛ سادات موسوی، ا؛ کاویانی، ح؛ دلاور، ع. (۱۳۸۵). اثربخشی زوج درمانی سیستمی - رفتاری بر افسردگی و رضایت زناشویی زنان افسرده. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۸ (۲)، ۲۰-۱۲.
- یوسف‌زاده، پ؛ فرزاد، و. ا؛ نوایی‌نژاد، ش؛ نورانی‌پور، ر. ا. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش زوج درمانی سیستمی - رفتاری بر بهزیستی روانی زوج‌های ناسازگار. فصلنامه پژوهش‌های مشاوره، ۱۵ (۶۳)، ۶۶-۵۰.
- Ahmad, S. (2012). *Enhancing the quality of South Asian Marriages through Systemic-Constructivist Couple Therapy (SCCT): Investigating the role of Couple Identity in Marital Satisfaction*. dissertation submitted for Doctorate in Clinical Psychology, York University, Toronto, Canada.
- American Cancer Society. (2011-2012). *Cancer fact & figures*. Atlanta: American cancer society.
- Avci, I. A.; Kumcagiz, H. (2011). "Marital Adjustment and Loneliness Status of Women with Mastectomy and Husbands Reactions". *Asian Pacific Journal of Cancer Preventio*, 12 (2), 453-459.
- Bagwell, E. K. (2006). "Factors Influencing Marital Satisfaction with a Specific Focus on Depression". *Senior Honors Theses*. paper 38. <http://commons.emich.edu/honors>.
- Baumeister, R. F. & K. Vohs. (2007). *Encyclopedia of Social Psychology*. New York: SAGE Publications.
- Berek, J. (2007). *Gynecology*. California. Lippincott Williams & Wilkins. 1605.
- Bidadian, M., Bahramzadeh, H., & Poursharifi, H. (2011). Obesity and quality of life: The role of early maladaptive schemas. *Social and Behavioral Sciences Journal*, 30 (3), 993 – 998.

- Bidadian, M., Bahramizadeh, H., & Poursharifi, H. (2011). Obesity and quality of life: The role of early maladaptive schemas. *Social and Behavioral Sciences Journal*, 30 (3), 993 – 998
- Blancas, I., Garcia-Puche, J.L., Bermejo, B., Hanrahan, E.O., Monteagudo, C., Martinez-Agullo, A., Rouzier, R., Hennessy, B.T., Valero, V., & Lluch, A. (2006). Low number of examined lymph nodes in node-negative breast cancer patients is an adverse prognostic factor. *The Annals of Oncology Journal*, 17 (11), 1644-1649.
- Bonnie, A., Micheal, H., & Antoni, M. (2009). Psychological Intervention and health outcomes among Women treated for breast cancer. *Brain Behavior Immunology Journal*, 23 (2), 159-166.
- Cavaliere, C. (2008). *Listening to Understand as a Therapeutic Strategy for Enhancing Interpersonal Processing in an Intimate Relationship*. York University, Toronto, Ontario, Canada.
- Costanza, M.E., & Chen, W.Y. (2013). Factors that modify breast cancer risk in women. Up to Date [Online]. Available from: URL: <http://www.uptodate.com/contents/factors-that-modify-breast-cancer-risk-in-women>.
- Dabakuyo, T.S., Bonnetain, F., Roignot, P., Poillot, M.L., Chaplain, G., Altwegg, T., Hedelin, G., & Arveux, P. (2008). Population based study of breast cancer survival in Cote d'Or (France): prognostic factors and relative survival. *The Annals of Oncology Journal*, 19 (2), 276-283.
- Doell, F. K. (2010). *Enhancing couples' communication through Systemic-Constructivist Couple Therapy: The relationship between marital listening and relationship quality*. Dissertation submitted for Doctorate in philosophy. York University. Canada.
- Elliss, A. (2001). *Overcoming destructive beliefs, feeling and behaviors*. Amherst, NY: Prometheus Book.
- Eshghi, N. (2013). Investigating the Effects of Systemic Constructivist Couple Therapy (SCCT) - Based Relationship Enhancement Workshops on the Relationship Satisfaction of Couples in the Community. *A Dissertation Submitted to the Degree of Master of Arts*. York University.
- Fafouti, M., Paparrigopoulos, T., Zervas, Y., Rabavilas, A., Malamos, N., Liappas, I., & Tzavara, C. (2010). Depression, anxiety and general psychopathology in breast cancer patients: a cross-sectional control study. *In Vivo Journal*, 24 (5), 803- 910.
- Fletcher, S. (2013). Screening for breast cancer. Up To Date [Online]. Available from: URL: <http://www.uptodate.com/contents/screening-for-breast-cancer>.
- Gable, S., & Shean, G. (2000). Perceived social competence and depression. *Journal of Social & Personal Relationships*, 17 (1), 139-150.
- Galbraith, M.E., Arechiga, A., Ramirez, J., & Pedro L.W. (2005). Prostate Cancer Survivors' and Partners' Self-Reports of Health-Related Quality of Life, Treatment Symptoms, and Marital Satisfaction 2.5– 5.5 Years After Treatment. *Oncology Nursing Forum Journal*, 32 (2), 30-41.

- Hansson, K., & Lund bland, A., (2006). Couple therapy effectiveness of treatment and long term follow up. *Journal of Family Therapy*, 28 (12), 136-152.
- Harlow, S.P., Weaver, L. (2013). *Management of the regional lymph nodes in breast cancer [Online]*.
- Hinnen C. (2008). Relationship satisfaction in women: a longitudinal casecontrol study about the role of breast cancer, personal assertiveness, and partners. *British Journal of Health and Psychology*, 13 (4), 737-54.
- Jadoon, N.A., Munir, W., Shahzad, M.A., & Zeshan, S.C. (2010). Assessment of depression and anxiety in adult cancer out patients: a cross-sectional study. *BMC cancer*, 10 (594), doi: 10.1186/1471-2407-10-594.
- Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Hao, Y., Xu, J., & Thun, M.J. (2009). Cancer statistics. CA: a cancer. *journal for clinicians*, 59 (4), 225-249.
- Kapteyn, A., Smith, J.P., & Soest A. (2009). Life satisfaction. *Iza DP*, 131, 143-154.
- Kayser, K.; Scott, J. L. (2008). Helping Couples Cope with Women's Cancers An Evidence-Based Approach for Practitioners. *Springer Science + Business Media. LLC*.
- Khojasteh Mehr, R., Attari, Y., & Shiralinia, K. (2008). The Effect of Communication Skills Training on communication patterns and positive felling toward spouse. *Journal of Counseling Research & Development*, 27, 81-96.
- Khojasteh Mehr, R., Attari, Y., & Shiralinia, K. (2008). The Effect of Communication Skills Training on communication patterns and positive felling toward spouse. *Journal of Counseling Research & Development*, 27, 81-96.
- Koerner, A. F.& Fitzpatrick, M. A. (2002). Understanding family communication patterns and family functioning: The roles of conversation orientation and conformity orientation. *Communication Yearbook*. 28:36-68.
- Lin, N.U., Claus, E., Sohl, J., Razzak, A.R., Arnaout, A., & Winer, E.P. (2008). Sites of distant recurrence and clinical outcomes in patients with metastatic triple-negative breast cancer: high incidence of central nervous system metastases. *Cancer Journal*, 113 (10), 2638-2645.
- McRae, T. R., Dalgleish, T. L., Johnson, S. M., Burgess-Moser, M., & Killian, K. D. (2014). Emotion regulation and key change events in emotionally focused couple therapy. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 13, 1-24.
- Miller, P.J., Caughlin, J.P. & Huston, T.L. (2000). "Triat expressiveness and marital satisfaction". Manuscript submitted for publication.
- Mohammadpur, A. R. (2006). Viktor Emil Frankl: the founder of therapy, psychology and psychotherapy Although FARADID. *Tehran: Danzhh*.
- Montero, J.C., Ocana, A., Abad, M., Ortiz-Ruiz, M.J., Pandiella, A., & Esparis-Ogando, A. (2009). Expression of Erk5 in early stage breast cancer and association with disease free survival identifies this kinase as a potential therapeutic target. *PLoS One*, 4 (5), 55-65.
- Natarajan, L., Pu, M., Parker, B.A., Thomson, C.A., Caan, B.J., Flatt, S.W., Madlensky, L., Hajek, R.A., Al-Delaimy, W.K., Saquib, N., Gold, E.B., & Pierce, J.P. (2009). Time-varying effects of prognostic factors associated with

- disease free survival in breast cancer. *Am Journal Epidemiology*, 169 (12), 1463-1470.
- Ollson, D.H. (1989). *Families: what makes them work*. New York: Hamilton.
 - Olson, D. H., DeFrain, J., & Skogrand, L. (2011). *Marriages and Families: Intimacy, Diversity, and Strengths*. New York: McGraw-Hill.
 - Pukay-Martin, M. D. (2009). "Couple connection and cancer: Understanding the mechanisms of partner support for women with breast cancer". Doctoral Dissertation.
 - Reid, D. W., Dalton, J., Laderoute, K., Doell, F., & Nguyen, T. (2006). Therapeutically induced changes in couple identity: The role of 'we-ness' and interpersonal processing in relationship satisfaction. *Genetic. Social and General Psychology Monographs Journal*, 132 (3), 121-143.
 - Reid, D. W., Doell, F., Dalton, J., & Ahmad, S. (2008). Systemic Constructivist Couple Therapy (SCCT): Description of approach, theoretical advances, and published longitudinal evidence. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45 (4), 477-490.
 - Ronnan, G.F., Dreer, L.E. (2004). Violent couples coping and communication skills. *Journal of family violence*, 19, 131-142.
 - Rustoen, T., Moum, T., Wiklund, I., & Hanestad, B.R. (1999). Quality of Life in Newly Diagnosed Cancer Patients. *Journal -Adv-Nur*, 29 (2), 490-498.
 - Sprecher, S., Wenzel, A., & Harvey, J. (2008). *Handbook of Relationship Initiation*. New York: Taylor & Francis Group.
 - Taniguchi, S. T., Freeman, P. A., Taylor, S., & Malcarne, B. (2006). A study of married couples' perceptions of marital satisfaction in outdoor recreation. *Journal of Experiential Education*, 28 (3), 253-256.
 - Tuinman, M.A., Fleer, J., Sleijfer, D.T., Hoekstra, H.J., & Weeber J.H.M. (2005). Marital and sexual satisfaction in testicular cancer survivors and their spouses. *Support Care Cancer Journal*, 13, 540- 548.11.
 - Witek, J., Kevin, A., & Herbet, L. (2008). Quality of life and coping In Women newly diagnosed with early stage Breast cancer. *Brain Behavior Immunology Journal*, 22 (6), 969-981.
 - Zabalegui, A., Sanchez, S., Sanchez, PD., & Juando C. (2005). Nursing and cancer support groups. *Journal of Advanced Nursing*, 51 (4), 369-381.