Iranian Quarterly Journal of Breast Disease. 2019; 12(3):47.

Original Article

The Effect of Acceptance and Commitment Therapy Adopted for Couples Compared with Integrative Couple Therapy on Marital Conflicts of Couples with Breast Cancer

Ahmadzadeh L[1], Vaezi M[2*], Sodagar SH[3], Bahrami hidaji M[3], Golmohammad Nazhad Bahrami GH[4]

[1] PhD student in Health Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Karaj University, Karaj, Iran
[2] Alzahra Medical Training Center, Faculty of Medical Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
[3] Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Karaj University, Karaj, Iran
[4] Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran

Receive: 4/6/2019
Accepted: 14/9/2019

***Corresponding Author:**
mva260@yahoo.com

Ethics Approval:
IR.IAU.k.REC.1397.28

Abstract

Introduction: The aim of this study was to determine the efficacy of acceptance and commitment therapy adopted for couples with integrative couple therapy in improving marital conflicts of couples with breast cancer.

Methods: In this semi-experimental study, a pre-post design was used. Using available sampling, we approached 200 couples facing breast cancer referred to the educational and therapeutic center of Alzahra Hospital in Tabriz and enrolled 45 couples with the highest scores on the Marital Conflict Questionnaire in the study. They were randomly divided into three groups: two experimental groups and one control group. One of the experimental groups received 8 consecutive 90-minute sessions of acceptance and commitment therapy adopted for couples, and the other experimental group received 16 sessions of integrative couple therapy. The control group did not receive any intervention. The research tool was the Marital Conflict Questionnaire. Data were analyzed using analysis of covariance.

Results: The treatment based on acceptance and commitment therapy was effective in reducing marital conflict ($P < 0.05$). Integrative couple therapy, too, reduced marital conflict in women with cancer ($P < 0.05$). There was no significant difference between the two treatment modalities ($P > 0.05$).

Conclusion: Both acceptance and commitment therapy and integrative couple therapy are effective approaches to solving couples' individual and communicative problems.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Integrated Couple Therapy, Marital Conflicts

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.3.1.8]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijbd.12.3.47]

فصلنامه بیماری های پستان ایران
۵۹-۴۷ :(۳)۱۲؛ ۱۳۹۸

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی با زوج درمانی یکپارچه‌نگر بر تعارضات زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان

لعیا احمدزاده[۱]، مریم واعظی[۲*]، شیدا سوداگر[۳]، مریم بهرامی هیدجی[۳]، غلامرضا گل محمدنژاد[۴]

[۱] دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران
[۲] مرکز آموزشی درمانی الزهرا، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
[۳] گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران
[۴] گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

تاریخ ارسال: ۹۸/۳/۴
تاریخ پذیرش: ۹۸/۶/۲۳

***نویسنده مسئول:**
mva260@yahoo.com

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی با زوج درمانی یکپارچه‌نگر بر تعارضات زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان انجام گرفت.

روش بررسی: در این پژوهش از طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون -پس‌آزمون (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) استفاده شد. با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس ۲۰۰ نفر از بین زنان مبتلا به سرطان پستان و همسران آنان که در سال ۱۳۹۷ به مرکز آموزشی و درمانی بیمارستان الزهرا تبریز مراجعه کردند، انتخاب و ۴۵ نفر از زنانی که نمرات بالایی در پرسشنامه تعارض زناشویی کسب کردند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) به صورت تصادفی جایگزین شدند. یکی از گروه‌های آزمایش طی ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی و گروه آزمایش دیگر تحت زوج درمانی یکپارچه‌نگر طی ۱۶ جلسه قرار گرفت، اما گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه تعارضات زناشویی بود. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی بر کاهش تعارض زناشویی موثر است ($P<۰/۰۵$). بر اساس نتایج، زوج درمانی یکپارچه‌نگر منجر به کاهش تعارض زناشویی زنان مبتلا به سرطان می‌گردد ($P<۰/۰۵$). همچنین نتایج نشان داد تفاوت معناداری بین اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی با زوج درمانی یکپارچه‌نگر بر تعارضات زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان وجود ندارد ($P >۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی و زوج درمانی یکپارچه‌نگر به عنوان یک درمان انتخابی برای حل مشکلات فردی و ارتباطی زوجین مبتلا به سرطان پستان به‌کار برده شود.

واژه‌های کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، زوج درمانی یکپارچه‌نگر، تعارضات زناشویی

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-15]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.3.1.8]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijbd.12.3.47]

مقدمه

با وجود پیشرفت‌های فراوان در عرصه علم پزشکی و توسعه دانش بشری در مهار و درمان انواع بیماری‌ها، سرطان هنوز هم به عنوان یکی از امراض جدی به شمار می‌رود که متأسفانه جان بسیاری از انسان‌ها را تهدید می‌کند و خطر ابتلا به آن برای بخش قابل توجهی از جامعه بشری وجود دارد پیش‌بینی می‌شود که تعداد موارد ابتلا تا سال ۲۰۲۰ سالانه از ۱۰ میلیون به ۲۰ میلیون برسد. از بین بیماران سرطانی، سرطان پستان دومین شکل رایج از سرطان در جهان است و در بین زنان شایع‌ترین نوع سرطان محسوب می‌شود. به‌طوری‌که ۲۵٪ از کل سرطان‌ها را در زنان تشکیل می‌دهد (۱). ابتلا به سرطان پستان با از دست دادن یک یا هر دو پستان، احساس ناشی از قطع عضو را در یک فرد ایجاد می‌کنند. این فقدان عضو در زنان با تغییر تصویر ذهنی، کاهش احساس زنانه، کاهش حس جذابیت و جاذبه جنسی و نیز اضطراب، افسردگی، برانگیختگی، خجالت و ... نهایتا ترس از عود، فکر طرد شدگی و افکار مرگ همراه است (۱- ۳). مشخص شده است که سرطان پستان بر روابط زناشویی تاثیرات بسیار منفی می‌گذارد (۴، ۵). برآوردها دلالت بر این دارند که ۱۰-۴۰ درصد از بیماران دارای سرطان پستان تغییرات منفی در روابط زناشویی را گزارش کرده‌اند (۶، ۷). عدم رضایت زناشویی در بیماران دارای سرطان پستان با عوامل روان‌شناختی دیگری نظیر آشفتگی‌های هیجانی/ خطر افزون شده افسردگی و کیفیت زندگی مرتبط هست (۶). این عوامل به نوبه خود پیش‌بینی کننده پیامدهای سلامت فیزیکی در بیماران سرطانی هستند. برای مثال، کیفیت زندگی پایین پیش‌بینی کننده دوره بقا و پاسخ به درمان در مراحل پیشرفته سرطان محسوب می‌شود (۸، ۹) به همین صورت، افسردگی با ریسک بالای مرگ در این بیماران ارتباط دارد (۱۰، ۱۱). از طرف دیگر، تحقیقات نشان می‌دهند که زنان دارای سرطان پستان همسران خود را به عنوان منبع اصلی حمایت تلقی می‌کنند و این حمایت نقشی مهم در سازگاری و بهزیستی روان‌شناختی آنها با بیماری داشته و همچنین در سلامت فیزیکی آنها تاثیر می‌گذارد (۱۲، ۱۳) در حالیکه همسران آنها ممکن است همواره قادر به پاسخ دادن در یک شیوه مساعدتگر و حمایتی نباشند به این علت که آشفتگی روان‌شناختی خود آنها، مشکلات شان در روابط زناشویی یا انگیزش‌های پیچیده شان موجب مشکلاتی در روابط آنها می‌شود. در واقع، چالش‌های ایجاد شده توسط بیماری و درمان‌های متوالی آن می‌تواند منجر به آشفتگی ارتباطی و مشکلاتی در ارتباطات زوجین، کارکردهای جنسی و صمیمیت و به عبارت دیگر منجر به تعارض زناشویی گردد (۱۴، ۱۵). تعارض زناشویی را نوعی تعامل که در آن اشخاص تمایلات، دیدگاه‌ها و عقاید متضادی بیان می‌کنند، تعریف می‌شود و می‌تواند پیش‌درآمد جدایی زوج‌ها محسوب شود. تعارضات زناشویی از واکنش نسبت به تفاوت‌های فردی آغاز شده که در صورت شدت یافتن آن، احساس خشم، کینه، نفرت، حسادت و سو رفتار کلامی و فیزیکی بر روابط زن و شوهر حاکم می‌شود و تعارضات در این حالت به صورت نا بهنجار بروز می‌کند (۱۶).

از آنجا که مداخله گروهی زوج محور یک مداخله ساختار یافته و مبتنی بر مهارت بوده و شامل حمایت هیجانی بین اعضای گروه می‌باشد، می‌تواند مسئول کاهش در نشانگان افسردگی علاوه بر مولفه‌های مهارت محوری گردد. در حقیقت، یکی از مزایای گروه‌ها برای اشخاصی که استرس های زندگی خاصی را تجربه می‌کنند این است که تجربیات مشترک موجب تسهیل احساس اشتراک با اعضای گروه می‌شود و بنابراین موجب کاهش انزوای فرد می‌گردد (۱۷). با این حال، تحقیقات گذشته تاثیرات مداخلات گروهی را بر روی روابط زناشویی افراد مبتلا به سرطان مخصوصا پستان را کمتر مورد ارزیابی قرار داده‌اند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض بر این است که انسانها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی شان را آزارنده می‌دانند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آنها رهایی یابند (۱۸). پژوهش‌ها نشانگر این هستند که تلاش در فرونشاندن افکار و احساسات منفی، و اجتناب از سبک‌های مقابله‌ای در واقع مشکلات روان‌شناختی در طولانی مدت ایجاد می‌کند و انعطاف پذیری شناختی جنبه مهمی در ارتقای سلامت روان‌شناختی و به تبع آن سلامت جسمانی دارد (۱۹، ۲۰). تحقیقات مختلف بین‌المللی پیامدهای مثبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در مطالعات خود در مورد مشکلات مربوط به دردهای مزمن، روان‌پریشی نشان داده‌اند (۱۸، ۲۱، ۲۲). علاوه بر این، نشان داده شده است که این درمان در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-15]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.3.1.8]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijbd.12.3.47]

سرطانی موثر واقع شده است (۲۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همچنین دارای پیامدهای مثبتی بر روی زندگی افراد سرطانی است. در یک پژوهش کنترل شده تصادفی، نتایج نشان داده است که این مداخله تاثیر مثبت و بلند مدتی بر روی خلق و کیفیت زندگی زنان سرطانی در مقایسه با درمان شناختی دارد (۲۴). همچنین تحقیقات امان الهی و همکاران نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی باعث کاهش تعارضات زناشویی و کاهش پریشانی روان‌شناختی و افزایش کیفیت زندگی زوجین می‌شود (۲۵).

زوج درمانی یکپارچه‌نگرکه به زوج درمانی رفتاری نیز معروف است، از مکتب رفتارگرایی مشتق شده و شکلی از رفتار درمان‌گری است. نظریه آن ریشه در نظریه یادگیری اجتماعی و تحلیل رفتار دارد و توسط جاکوبسون و کریستینسن (۲۶) توسعه داده شده است. زوج درمانی یکپارچه‌نگر راهبردهای درمانی گوناگونی را تحت چارچوب رفتاری منسجمی با همدیگر یکپارچه می سازد. این درمان به عنوان نسل سوم رفتار درمانگری یا گاهی به تحلیل رفتار بالینی موسوم است (۲۶). فنون مورد استفاده در زوج درمانی یکپارچه‌نگر در سه طبقه‌ی اصلی قرار می‌گیرند: فنون پذیرش، فنون تحمل، و فنون تغییر. در زوج درمانی یکپارچه‌نگر هدف بیشتر ایجاد پذیرش است تا تغییر مستقیم و تأکید اولیه‌ی این رویکرد جهت کمک به زوجین برای پذیرش جنبه‌هایی از رفتار است که قبلاً آنها را غیرقابل پذیرش در نظر می‌گرفتند (۲۷).

مروری بر ادبیات تحقیقات در این حیطه نشانگر این است که تحقیقات بسیار معدودی در زمینه مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی در بین زوجین دارای سرطان پستان صورت گرفته است و اکثر تحقیقات انجام شده در این حیطه بر روی زنان دارای سرطان پستان صورت گرفته است. این در حالی است که مسائل و مشکلات درونی بین زوجین، تعارض‌ها و ارتباطات آنها عامل بسیار مهمی در کنار آمدن موثر بر بیماری است. از این رو به نظر می‌رسد که تحقیقاتی از این دست لازم هستند تا امکان‌پذیری و کارآمدی این مداخله درمانی را مورد سنجش و ارزیابی قرار دهد. در واقع این تحقیق قصد دارد تا ادبیات پژوهشی در زمینه کاربردپذیری درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر روی زوجین دارای سرطان پستان بسط دهد و تاثیر مداخله حاصل از درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد را با یکی از درمان‌های کاملا جای افتاده در زمینه زوج درمانی (یعنی درمان یکپارچه‌نگر زوجی) مورد مقایسه قرار دهد. از بین شیوه‌های درمانی روان‌شناختی در زوج درمانی، زوج درمانی یکپارچه‌نگرنسبت به سایر روش‌های درمانی از اثربخشی بالاتری برخوردارهستند به عنوان مثال نتایج یافته های پژوهشی گودوینگ و همکاران (۱۰)، دیوید اتکینز و همکاران (۲۸)، کریستنسن و همکاران (۲۹) و زولا (۳۰) نشان داده است که زوج درمانی یکپارچه‌نگر نسبت به سایر روش‌های زوج درمانی موثرتر بوده و اثربخشی نسبتا بالاتری داشته است.

با عنایت به آنچه که بیان شد سوال اصلی پژوهش حاضر عبارت است از: «آیا بین اثر بخشی درمان‌های گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی با زوج درمانی یکپارچه‌نگر بر تعارضات زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان تفاوت وجود دارد؟».

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) بود.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به سرطان و همسران آنها که در بازه‌ی زمانی چهار ماهه از اردیبهشت ۹۷ تا پایان مرداد ۹۷ به مرکز آموزشی و درمانی بیمارستان الزهرا تبریز مراجعه کرده بودند، و تعداد آنها حدوداً ۵۶۵ نفر بود. از جامعه آماری پژوهش ۲۰۰ زوج به روش در دسترس انتخاب و ۴۵ نفر (۴۵ زن به همراه همسرانشان) از آنان که نمرات بالایی در تعارض زناشویی داشتند، انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) که هر گروه شامل ۱۵ زوج (۱۵ زن به همراه همسرانشان) جایگزین شدند. معیار ورود شامل محدوده سنی بیمار بین ۲۵ تا ۴۵ سال (دوره جوانی)، حداقل میزان تحصیلات (سیکل) و مبتلا شدن به سرطان پستان و ملاک‌های خروج شامل نداشتن بیماری مزمن دیگر به غیر از سرطان و عدم دریافت مداخلات روان‌شناختی و روان‌پزشکی طی یک سال گذشته بودند. ملاحظات اخلاقی که در این پژوهش رعایت شد عبارت‌اند از: علاقه‌مندی و رضایت کامل به مشارکت در تحقیق، محرمانه ماندن

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-15]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.3.1.8]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijbd.12.3.47]

اطلاعات مربوط به آزمودنی‌ها، عدم اجبار برای واداشتن آزمودنی‌ها به مشارکت تا انتهای جلسات درمانی، رعایت حریم خصوصی و حفاظت از نیازهای روانی اجتماعی افراد، رعایت حریم خصوصی و حفاظت از نیازهای روانی اجتماعی افراد.

این تحقیق، در جلسه ۲۶۱ کمیته منطقه‌ای اخلاق مورخه ۹۷/۰۶/۱۹ مطرح و کد اخلاق IR.IAU.k.REC.1397.28 مصوبه کمیته اخلاق دانشگاه آزاد واحد کرج مورد تایید قرار گرفته است. رضایت شرکت در پژوهش در کلیه شرکت‌کنندگان بر اساس فرم رضایت آگاهانه جلب شد.

به‌منظور اجرای تحقیق در مرحله اول در مرداد ماه ۹۷ پس از دریافت کد اخلاق با مراجعه به مرکز درمانی و آموزشی بیمارستان الزهرا تبریز و کسب اجازه از مسئولین بیمارستان یک غربالگری اولیه صورت گرفت. بدین صورت که با مراجعه به پرونده‌ی هر یک از بیماران، با بیمارانی که معیارهای ورود را داشتند تماس گرفته شد و از افرادی که مایل به شرکت در پژوهش بوده‌اند درخواست شد تا جهت پاسخگویی به پرسشنامه تعارضات زناشویی به مرکز مشاوره و خدماتی روان‌شناختی همراز واقع در شهر تبریز مراجعه کنند. در مجموع ۲۰۰ زوج حاضر به همکاری شدند و در مرکز حضور یافتند (لازم به ذکر است که زنان به همراه همسرانشان در جلسات شرکت کرده بودند). به منظور همتاسازی افراد و گروه‌های تحقیق و جلوگیری از دخالت متغیرهای مزاحم و ناخواسته معیارهای ورود و خروج از تحقیق به دقت تعیین شدند. بدین ترتیب پرسشنامه‌های تحقیق بر روی ۲۰۰ زوج اجرا شد و زوجینی که نمرات آنها در پرسشنامه تعارضات زناشویی ۲ انحراف معیار بالاتر از میانگین بود به عنوان نمونه اولیه انتخاب شدند. ۴۵ زوجی که بالاترین نمره را گرفته بودند، به صورت تصادفی به سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) تقسیم شدند (هر گروه شامل ۱۵ زوج) و یکی از گروه‌های آزمایش به مدت ۱۶ جلسه (یک جلسه در هفته و به مدت ۹۰ دقیقه) درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی برای زوج‌ها و گروه دیگر آزمایش به مدت ۱۶ جلسه (یک جلسه در هفته به مدت ۹۰ دقیقه) زوج درمانی یکپارچه‌نگر را دریافت کردند و گروه کنترل ملاقات‌های ساده با درمانگر داشتند و درمان روان‌شناختی دریافت نکردند. شایسته ذکر است که زوج درمانی یکپارچه‌نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی توسط محقق در محل مرکز مشاوره و روان‌شناختی همراز در شهر تبریز (که موسس و مدیر مرکز مشاوره خود محقق می‌باشد)، اجرا گردیده است. پروتکل هر دو مداخله‌ی درمانی و شرح اهداف هر یک از جلسات در جداول ۱ و ۲ ذکر شده است. پرسشنامه‌های پژوهش نیز در سه مرحله پیش‌آزمون و پس از پایان مداخلات درمانی (پس‌آزمون) روی هر سه گروه اجرا شده و داده‌های حاصل به عنوان پیامد استخراج شدند. درضمن به جهت ملاحظات اخلاقی پیش از اجرای طرح، به شرکت‌کنندگان خاطر نشان شد که اطلاعات دریافتی از هر یک از اعضا کاملاً محرمانه باقی مانده و هر یک از اعضا در هر زمان که مایل باشند، می‌توانند از دوره آموزشی انصراف دهند. به‌علاوه گروه کنترل در نوبت دریافت درمان‌های مذکور به انتخاب خود پس از پایان تحقیق قرار گرفتند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس (ANCOVA) در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شد. لازم به ذکر است که استفاده از آزمون‌های پارامتریک مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است که در صورت رعایت آنها می‌توان از این آزمون‌ها استفاده کرد. با توجه به این که روش به کار برده شده در این پژوهش تحلیل کواریان می‌باشد، این پیش‌فرض‌ها شامل برابری واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیون و نرمال بودن توزیع داده‌ها می‌باشد که مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کلموگروف اسمیرنف استفاده شد که در این آزمون سطح معناری نمرات در پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر سه گروه بالاتر از ۰/۰۵ به‌دست آمد که نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع متغیر در مراحل اندازه‌گیری و به تفکیک گروه می‌باشد.

جهت بررسی مفروضه برابری واریانس گروه‌ها از آزمون لوین استفاده گردید که نتایج مربوط به آن به این شکل بود که مقدار F =۱/۱۳ و سطح معناداری P= ۰/۳۳۲ بود و می‌توان نتیجه گرفت که واریانس‌ها همگون بوده و آزمون تحلیل کوواریانس مقدور است.

همچنین برای بررسی فقدان تعامل بین گروه‌ها و نمرات پیش‌آزمون، مفروضه‌ی یکسانی شیب رگرسیون بررسی شد و با توجه به نتایج حاصل (P= ۰/۳۶) این فرض هم مورد تایید قرار گرفت. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-15]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.3.1.8]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijbd.12.3.47]

بین گروه‌ها و پیش‌آزمون تعاملی وجود ندارد. با توجه به اینکه هر سه مفروضه برای آزمون تحلیل کوواریانس برقرار بود می‌توان گفت که استفاده از تحلیل کوواریانس برای تحلیل داده‌های این پژوهش مناسب است. لازم به ذکر است که میانگین نمرات هر زوج در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تحلیل شده است.

پرسشنامه تعارضات زناشویی[1]: این پرسشنامه توسط ثنایی و همکاران در سال ۱۳۷۹ و با هدف سنجش ابعاد تعارضات زناشویی ساخته شده است. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت پنج درجه‌ای می‌باشد. این پرسشنامه یک ابزار ۴۲ سوالی است حداکثر نمره کل پرسشنامه ۲۱۰ و حداقل آن ۴۲ می‌باشد. گزینه‌ها به صورت لیکرت «همیشه، اکثراً، گاهی، به ندرت، هرگز» بیان می‌شوند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۱ و برای هفت خرده مقیاس آن از ۰/۶۰ (کاهش رابطه جنسی) تا ۰/۸۱ (کاهش رابطه با خانواده همسر) متغیر بوده است (۳۱).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای زوج‌ها: این درمان توسط لو و مک کی (۳۲) ارایه شده که در ایران توسط کشمیری و جلالی ترجمه شده است (۳۲) و در ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شرح زیر اجرا می‌شود (جدول ۱).

جدول ۱: پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با ۱۶ جلسه به شرح زیر اجرا شده است:
جلسه اول گروهی: خوش‌آمدگویی به بیماران، معرفی درمانگر، معرفی اعضا، معرفی پریشانی روان‌شناختی، اشاره به روند درمان و تعداد جلسات
جلسه دوم و سوم گروهی: شناسایی طرحواره‌ها و برانگیزاننده‌های آن‌ها آشنا کردن همسران با مفهوم طرحواره/ دادن و معرفی کاربرگ یادداشت افکار/ معرفی ده طرحواره‌ی / آشنایی با طرحواره‌های همسران (سنجش طرحواره زوج‌ها)/ معرفی اطلاعات مربوط به عواطف طرحواره‌ها/ پر کردن برگه‌ی راه اندازهای طرحواره‌ها
جلسه چهارم و پنجم: مرور جلسه‌ی قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، شناسایی راهبردهای اجتناب تجربه‌ای
جلسه ششم و هفتم گروهی: مرور جلسه‌ی قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، توصیف مفهوم‌بندی چرخه‌ای که زوج‌ها گرفتار آن شده‌اند و چگونگی تبدیل آن به درد ثانویه توضیح مفهوم درد ثانویه و اولیه، بررسی کارآمدی رفتارهای مقابله ای طرحواره‌ای[1] – ارایه مفهوم‌بندی به زوج‌ها
جلسه هشتم گروهی: کار آمدی و ایجاد نا امیدی سازنده (معرفی استعاره‌های نا امیدی سازنده)
جلسه نهم گروهی: روشن سازی ارزش‌ها: تعریف ارزش‌ها/ شناسایی ارزش‌های همسران/ روشن سازی ارزش‌ها در حوزه‌های مختلف/ ارایه کاربرگ حوزه‌های ارزش‌ها
جلسه دهم گروهی: شناسایی اعمال همسو با ارزش‌ها
جلسه یازدهم گروهی: تمرین همجوشی زدایی به منظور کاستن از تاثیر افکار برخاسته از طرحواره بر روی رفتار / معرفی استعاره های متنوع برای کمک به زوج‌ها تا بتوانند جدایی از افکار ناشی از طرحواره‌ها را تمرین و شکل دهند / تمرین‌هایی مانند: توجه به افکار، برچسب زدن به افکار، فاصله گرفتن از افکار و رها کردن افکار
جلسه دوازدهم گروهی: پرورش پذیرش و توجه آگاهی به منظور کار بر روی هیجان‌های برخاسته از طرحواره که مانع اعمال همسو با ارزش‌ها می‌شوند. پرورش توجه آگاهی رسمی (تنفس مشفقانه، تنفس هماهنگ، تبادل تنفس دست روی قلب) /پرورش توجه آگاهی غیررسمی (آگاهی از جلوه‌های صورت همسر، محبت هوشیارانه، انجام مشترک یک فعالیت آگاهانه)/ آگاهی از فعال شدن طرحواره و ارائه کاربرگ تجربه‌های بین فردی/ مواجهه هیجانی در اتاق درمان
جلسه سیزدهم گروهی: تمرین فنون ارتباط موثر به منظور افزایش مهارت‌های حل تعارض: ارایه و آموزش پنج مهارت اصلی (گوش دادن و تصدیق کردن، ابراز وجود، مذاکره، قدردانی)
جلسه چهاردهم گروهی: حل مسئله مبتنی بر ارزش‌ها بر روی زوج‌ها: آشنایی کردن همسران با پیش نیازهای حل مسئله / بررسی گام‌های حل مسئله مبتنی بر ارزش / یادآوری ارزش به همسران / آموزش چند تکنیک حل مسئله به زوج‌ها (جابجایی نقش، سر مشق دهی، راه حل‌های مشارکتی)
جلسه پانزدهم گروهی: دیدگاه گزینی انعطاف‌پذیر برای زوج‌ها: اموزش راهبردهای تقویت دیدگاه گزینی مانند جابجایی نقش برای تقویت همدلی، تجربه ی دوباره رویدادهای مهم کودکی، تمرین‌های آگاهی
جلسه شانزدهم گروهی: ادغام تمام فرایندها در جلسه درمانی و بررسی نتیجه

[1] Marital Conflict Questionnaire
[2] Schema coping behaviors (SCB)

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-15]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.3.1.8]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijbd.12.3.47]

پروتکل زوج درمانی یکپارچه‌نگر[3]: این مداخله درمانی توسط اندرو کریستین و نیل . اس. جاکوبسن تدوین شده است. در این پژوهش، جلسات زوج درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر بر اساس راهنمای کتاب پذیرش و تغییر در زوج درمانی اثر جیکوبسن و کریستنسن (۲۶) در غالب ۱۶جلسه اجرا شد (۳۳) (جدول ۲).

جدول ۲: پروتکل زوج درمانی یکپارچه‌نگر

جلسه اول	شرح فرایند ارزیابی زوجین، بررسی و ارزیابی مشکلات وارزیابی تاریخچه ارتباطی زوجین
جلسه دوم	ارزیابی میزان آشفتگی و تعهد زوجین، ارزیابی محتوای تعارض زوجین
جلسه سوم	سازماندهی مجدد مشکلات زوجین به شکل تم‌های قابل فهم‌تر
جلسه چهارم	توضیح منطق درمان، ضوابط و قاعده‌مندی درمان و مسائلی که مراجعین باید رعایت کنند شرح داده می‌شود
جلسه پنجم	فرمول‌بندی مجدد مشکلات و رفتارهای منفی همسران، تاکید بر میزان درد و رنجی که هر یک از زوجین تجربه می‌کنند
جلسه ششم	ایجاد افشاگری نرم در برابر افشاگری سخت
جلسه هفتم	آموزش بخشی از مهارت‌های ارتباطی که بر آموزش همدلی از طریق گوش دادن فعال متمرکز است
جلسه هشتم تا دهم	هدف کلی ایجاد پذیرش از طریق انفصال یکپارچه
جلسات یازدهم	برجسته سازی جنبه های مثبت رفتارهای منفی برای ایجاد تحمل
جلسه دوازدهم	استراتژی‌های خود مراقبتی
جلسه سیزدهم تا پانزدهم	لیست رفتارهایی را که باعث افزایش رضایت زناشویی در طرف مقابل می‌شود
جلسه شانزدهم	آموزش مهارت‌های ارتباطی و آموزش مهارت‌های حل مساله

یافته‌ها

در این قسمت از پژوهش نتایج حاصل از داده‌های آماری و آزمون فرضیه ارایه می‌شود. ابتدا با استفاده از شاخص‌های گرایش مرکزی و شاخص‌های پراکندگی، خلاصه سازی داده‌ها صورت می‌گیرد و در بررسی فرضیه پژوهش ابتدا به نتایج آزمون پیش فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس اشاره می‌شود و سپس با استفاده از تحلیل کوواریانس به تایید یا رد فرض صفر می پردازیم.

توصیف داده‌ها: همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود میانگین سنی برای زنان گروه کنترل ۳۲/۴۵، برای مردان ۳۶/۰۹؛ میانگین سنی زنان گروه پذیرش و تعهد ۳۶/۸۶ و مردان ۳۸/۸۵؛ میانگین سنی زنان گروه زوج درمانی یکپارچه‌نگر ۲۹/۸۴ و برای مردان ۳۳/۱۶ می‌باشد. فراوانی سطح تحصیلات برای هر سه گروه به تفکیک جنسیت در جدول ۳ قابل مشاهده است.

میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه تعارضات زناشویی در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی یکپارچه‌نگر) و گواه در جدول ۴ ارایه شده است و همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود، میانگین پیش‌آزمون گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای زنان ۱۴۷/۴ و برای مردان ۱۴۷/۶؛ میانگین پس‌آزمون برای زنان ۱۲۴/۴ و برای مردان ۱۱۹/۸ میانگین پیش‌آزمون گروه زوج درمانی یکپارچه‌نگر برای زنان ۱۱۵/۴۳ و برای مردان ۱۴۷/۲۷؛ میانگین پس‌آزمون برای زنان ۱۲۲/۶ و برای مردان ۱۲۵/۱می‌باشد. میانگین پیش‌آزمون گروه کنترل برای زنان ۱۵۳/۸۷ و برای مردان ۱۴۷/۸۷ و میانگین پس‌آزمون برای زنان ۱۵۲/۹ و برای مردان ۱۰/۸۶ می‌باشد.

تحلیل استنباطی داده‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی با زوج درمانی یکپارچه‌نگر بر تعارضات زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان موثر است. مطابق با یافته‌های گزارش شده در جدول ۵ مشخص است که بین میانگین باقی مانده نمرات تعارضات زناشویی گروه‌ها در زنان تفاوت معناداری وجود دارد (P= ۰/۰۰۱). همچنین بین میانگین باقی مانده نمرات تعارضات زناشویی گروه‌ها در بین مردان تفاوت معناداری وجود دارد (P= ۰/۰۰۱). به‌منظور بررسی جزئی‌تر این تفاوت از آزمون تعقیبی بن فرنی استفاده شد (جدول ۶).

مطابق با یافته‌های گزارش شده در جدول (۶) بین میانگین نمرات پس‌آزمون تعارضات زناشویی گروه کنترل

[3] Integrative behavior couple therapy (IBCT)

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-15]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.3.1.8]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijbd.12.3.47]

با گروه پذیرش و تعهد در زنان تفاوت معنادار بوده است (P=۰۰۱). بین میانگین نمرات پس‌آزمون تعارضات زناشویی گروه کنترل و گروه زوج درمانی یکپارچه‌نگر در زنان تفاوت معنادار بوده است (P=۰۰۱). بر اساس نتایج تفاوت بین دو گروه زوج درمانی یکپارچه‌نگر و گروه پذیرش و تعهد در زنان معنادار نمی‌باشد (P=۰/۳۳۲). بر اساس نتایج، بین میانگین نمرات پس‌آزمون تعارضات زناشویی گروه کنترل با گروه پذیرش و تعهد در مردان تفاوت معنادار بوده است (P=۰۰۱). بین میانگین نمرات پس‌آزمون تعارضات زناشویی گروه کنترل و گروه زوج درمانی یکپارچه‌نگر در مردان تفاوت معنادار بوده است (P=۰۰۱). بر اساس نتایج تفاوت بین دو گروه زوج درمانی یکپارچه‌نگر و گروه پذیرش و تعهد در مردان معنادار نمی‌باشد (P=۰/۱۱).

جدول۳: مشخصات دموگرافیک گروه‌ها

گروه	جنسیت	میانگین سنی	تحصیلات				
			زیر دیپلم	دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس
کنترل	مردان	۳۶/۰۹	۰	۲	۶	۷	۰
	زنان	۳۲/۴۵	۴	۷	۲	۲	
پذیرش و تعهد	مردان	۳۸/۸۵	۰	۲	۴	۷	۲
	زنان	۳۶/۸۶	۳	۶	۴	۲	۰
زوج درمانی یکپارچه‌نگر	مردان	۳۳/۱۶	۶	۱۲	۰	۱۲	۰
	زنان	۲۹/۸۴					

فراوانی سطح تحصیلات برای هر سه گروه در جدول ۳ قابل مشاهده است.

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار و بررسی نرمال بودن نمرات تعارضات زناشویی گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	جنسیت	پیش‌آزمون				پس‌آزمون			
		میانگین	انحراف معیار	کالموگروف اسمیرنوف	معناداری	میانگین	انحراف معیار	کالموگروف اسمیرنوف	معناداری
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	زنان	۱۴۷/۴۰	۱۰/۳۷	۰/۵۹۸	۰/۸۶۶	۱۲۴/۴	۰۸/۳۲	۰/۳۱۳	۰/۹۹
	مردان	۱۴۷/۶۰	۹/۰۴	۰/۶۶۶	۰/۷۶۸	۱۱۹/۸	۹/۳۵	۰/۵۳۲	۰/۹۴۰
زوج درمانی یکپارچه‌نگر	زنان	۱۵۱/۳۳	۱۰/۸۰	۰/۶۰۴	۰/۸۵۹	۱۲۲/۶	۴/۷۷۸	۰/۷۱۰	۰/۶۹۴
	مردان	۱۴۷/۲۷	۱۰/۸۵	۰/۵۹۲	۰/۸۷۴	۱۲۵/۱	۸/۴۵	۰/۶۹۷	۰/۷۱۶
کنترل	زنان	۱۵۳/۸۷	۱۰/۴۳	۰/۵۲۵	۰/۹۴۵	۱۵۲/۹	۸/۶۵	۰/۳۷۵	۰/۹۹۹
	مردان	۱۴۷/۸۷	۹/۷۳	۰/۸۰۱	۰/۵۴۲	۱۴۶/۰	۱۰/۸۶	۰/۸۱۶	۰/۵۱۸

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تاثیر عضویت گروهی بر میزان نمرات تعارضات زناشویی

جنسیت	منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
زنان	پیش‌آزمون	۹۱۸/۵۰۷	۱	۹۱۸/۵۰۷	۲۶/۵۲۷	۰/۰۰۱	۰/۳۹۳
	عضویت گروهی	۷۳۶۵/۳۱۵	۲	۳۶۸۲/۶۵۸	۱۰۶/۳۵۸	۰/۰۰۱	۰/۸۳۸
	خطا	۱۴۱۹/۶۲۶	۴۱	۳۴/۶۲۵			
مردان	پیش‌آزمون	۱۸۹۱/۹۱۷	۱	۱۸۹۱/۹۱۷	۳۹/۰۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۸۸
	عضویت گروهی	۵۶۰۹/۸۱۴	۲	۲۸۰۴/۹۰۷	۵۷/۸۶۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳۸
	خطا	۱۹۸۷/۵۴۹	۴۱	۴۸/۴۷۷			

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-15]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.3.1.8]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijbd.12.3.47]

جدول ۶: آزمون تعقیبی بن فرنی برای مقایسه اثربخشی سه گروه در تعارضات زناشویی

جنسیت	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین (I-J)	خطای انحراف معیار	سطح معنی‌داری
زنان	گروه کنترل	گروه پذیرش و تعهد	۲۵/۶۶۳	۲/۲۲۰	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	گروه زوج درمانی یکپارچه‌نگر	۲۹/۲۰۹	۲/۱۶۰	۰/۰۰۱
	گروه پذیرش و تعهد	گروه زوج درمانی یکپارچه‌نگر	۳/۵۴۶	۲/۱۷۵	۰/۳۳۲
مردان	گروه کنترل	گروه پذیرش و تعهد	۲۵/۹۵۳	۲/۵۴۳	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	گروه زوج درمانی یکپارچه‌نگر	۲۰/۴۶۰	۲/۵۴۳	۰/۰۰۱
	گروه پذیرش و تعهد	گروه زوج درمانی یکپارچه‌نگر	-۵/۴۹۲	۲/۵۴۳	۰/۱۱۰

بر اساس نتایج (جدول ۶) زوج درمانی یکپارچه‌نگر و درمان پذیرش و تعهد بر کاهش تعارضات زناشویی در مردان و زنان موثر است ($P<۰/۰۵$). همچنین نتایج نشان‌دهنده این است که بین اثربخشی درمانی یکپارچه‌نگر و درمان پذیرش و تعهد بر کاهش تعارضات زناشویی در مردان و زنان تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$).

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی با زوج درمانی یکپارچه‌نگر بر تعارضات زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان بوده است و نتایج نشان داد بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زوجی نسبت به زوج درمانی یکپارچه‌نگر در کاهش نمرات تعارضات زناشویی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و هر دو درمان در کاهش تعارضات زوجین موثر می‌باشند. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های تحقیقات مرشدی و همکاران هم راستا می‌باشد، مرشدی و همکاران در پژوهش‌های خود دریافتند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش رضایت زناشویی زوجین می‌گردد (۳۴). همچنین لاشانی و همکاران نیز به این نتیجه رسیدند که مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت‌مندی زناشویی همسران جانبازان ضایعات نخاعی موثر بوده و رضایت زناشویی آنها را افزایش داده است (۳۵). در پژوهشی دیگر که مجتبایی و غلامحسینی فروس، لئه، کیروچی و بلاکلج خانی‌زاده و همکاران بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان با نشانه‌های افسردگی انجام دادند به این یافته رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش علایم افسردگی و ارتقا کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر است (۳۶- ۳۸). هدف صریح در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش تلاش برای کنترل درونی، اجتناب تجربه‌ای، افزایش کنترل رفتار و تمایل به تجربه کردن گسترده‌ای از عواطف است. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد افزایش کنترل رفتار و تمایل به تجربه کردن گسترده‌ای از عواطف منجر به کاهش تعارضات زناشویی در افراد سرطانی می‌گردد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی که تلفیقی با طرحواره درمانی بود زوجین را به مواجهه با درد برخاسته از طرحواره به منظور زیستن زندگی ارزش‌مدار تشویق کرده و از طریق فرایند پذیرش به زوج‌ها کمک کرد تا حالتی پذیرا را نسبت به خودشان و همسرشان و مشکل جسمی پیش آمده (سرطان پستان)، داشته باشند و دست از تقلا برای تغییر دادن، کنترل و قضاوت خود یا همسرشان بردارند. چون هدف زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی این نیست که باورهای بنیادی، افکار یا احساس‌ها را تغییر بدهد، بلکه می‌خواهد به همسران کمک کند که با وجود درد طرحواره‌ای، یا درد ناشی از مشکلات زندگی رفتارشان را تغییر دهند. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته با تغییر نحوه پاسخدهی افراد سرطانی به مشکلات و رویارویی با مسایل پیش آمده، تعارض زناشویی را کاهش داده است که به تبع آن می‌تواند بر پیامدهای جسمانی نیز تاثیر مثبتی داشته باشد. طبق پژوهش‌های انجام شده عدم رضایت زناشویی در بیماران دارای سرطان پستان با عوامل روان‌شناختی دیگری نظیر آشفتگی‌های هیجانی/ خطر افزون شده افسردگی و کیفیت

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-15]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.3.1.8]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijbd.12.3.47]

زندگی مرتبط هست و این عوامل به نوبه خود پیش‌بینی کننده پیامدهای سلامت فیزیکی در بیماران سرطانی هستند. برای مثال، کیفیت زندگی پایین پیش‌بینی کننده پاسخ درمان، دوره بقا (۳۹، ۴۰) و پاسخ به درمان در مراحل پیشرفته سرطان محسوب می‌شود (۴۱) به همین صورت، افسردگی با ریسک بالای مرگ در این بیماران ارتباط دارد (۴۲).

همچنین پژوهش حاضر نشان داد زوج درمانی یکپارچه‌نگر بر کاهش تعارضات زناشویی زنان مبتلا به بیماری پستان موثر است این یافته همسو با یافته‌های جکوبسین و همکاران می‌باشد که مطالعه آنها نشان داد استفاده از زوج درمانی یکپارچه‌نگر باعث می‌شود ۸۰٪ از زوج‌ها بهبود قابل ملاحظه از نظر بالینی داشته باشند (۴۳). همچنین در پژوهشی دیگر کریستنسن و همکاران میزان اثر ۷۱٪ بهبود بالینی را برای زوج درمانی یکپارچه‌نگر گزارش کردند (۴۴). تحقیقات هانریش و همکاران و مونتسی و همکاران نیز نشان داده است مداخلات زوج درمانی مبتنی بر یکپارچه‌نگر موجب کاهش آشفتگی‌ها و بهبودی رضایت از رابطه زناشویی و ارتباطات زوجین مبتلا به بیماری سرطان می‌گردد و موجب ارتقای سلامت جسمی و روان‌شناختی آنها می‌شود (۴۵، ۴۶). در تبیین اثربخشی زوج درمانی یکپارچه‌نگر در کاهش تعارضات زناشویی نیز می‌توان گفت در میان زوجینی که از گفتگو در مورد مسایل اجتناب می‌کنند و یکدیگر را در تصمیم‌گیری‌ها دخیل نمی‌کنند، نسبت به شایستگی‌ها و توانایی‌های یکدیگر دچار مشکل شده و برای تصمیمات مشترک ارزش قایل نمی‌شود. این‌گونه حالات به تدریج منجر به کاهش اعتماد به خود و طرف مقابل و در نتیجه ایجاد اضطراب می‌شود زمانی که زوجین دچار تعارض می‌شوند از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی بیشتری استفاده می‌کنند و راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار را کمتر به‌کار می‌گیرند (۴۷). در این پژوهش تکنیک‌های زوج درمانی یکپارچه‌نگر با تشویق کردن زوجین به استفاده از در راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار مانند جستجو و گردآوری اطلاعات به صورت مشترک برای حل مساله، کمک به یکدیگر برای انجام کارها، محبت فیزیکی، کمک به همسر برای آرام شدن، توجه نشان دادن به همسر توانست زمان با هم بودن زوج‌ها را افزایش دهد؛ و افزایش زمان با هم بودن، منجر به افزایش تجارب مشترک، ارتباط عاطفی صمیمانه، ذهن آگاهی و در نتیجه کاهش تعارضات زناشویی زوجین گردد.

تمامی این شواهد هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر مبنی بر اثر بخشی هر دو درمان مبتنی بر پذیرش / تعهد و زوج درمانی یکپارچه‌نگر بر کاهش تعارضات زناشویی می‌باشد. در کل مطالعات مختلف نشان می‌دهد که انواع مختلف زوج درمانی آثار متوسط تا قابل ملاحظه‌ای از نظر آماری و اغلب قابل ملاحظه از نظر بالینی دارند (۴۸) برای مثال مطالعات شادیش و بالدوین که یک پژوهش فراتحلیل بود نشان می‌دهد که یک شخص دریافت کننده‌ی زوج درمانی در پایان درمان به‌طور متوسط بهتر از ۸۰٪ افرادی بود که در گروه کنترل قرار داشتند و هیچ درمانی را دریافت نمی‌کردند (۴۹).

از محدودیت‌های اصلی این پژوهش می‌توان گفت اجرای پژوهش بر روی بیماران مراجعه‌کننده به مرکز درمان بیمارستان الزهرای تبریز تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه ساخته است. محدودیت زمانی در آموزش گروهی زوج درمانی و عدم توجه به مدت ازدواج از جمله محدودیت‌های این پژوهش است. کمبود منابع داخلی و خارجی در خصوص مقایسه اثر بخشی دو روش درمانی از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد. متغیر وابسته از طریق پرسشنامه‌های خود سنجی مورد اندازه‌گیری قرار گرفته است که ممکن است آزمودنی با سوگیری به آن پاسخ داده باشند. توصیه می‌شود در تحقیقات آتی اثربخشی درمان‌های به‌کار برده در تحقیق فعلی بر روی نمونه‌های متفاوت و گروه‌های دیگر از زوجین اجرا شود تا اثربخشی این درمان‌ها در حیطه گسترده‌ای مورد بررسی قرار گیرد.

در ادامه توصیه می‌شود از سایر ابزارهای سنجشی نظیر پرسشنامه‌های مبتنی بر سنجش توسط همسر، والدین و سایر نزدیکان و همچنین مصاحبه‌های ساختارمند برای سنجش متغیرهای وابسته تحقیق استفاده شود. آثار بلند مدت درمان‌های به‌کار برده شده در این تحقیق مورد بررسی قرار بگیرد و نقش متغیرهای مداخله گر، کنترل و تعدیل کننده در تحقیقات آتی مورد بررسی قرار بگیرد.

نتیجه‌گیری

نتیجه تحقیق فعلی نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی و زوج درمانی

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-15]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.3.1.8]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijbd.12.3.47]

یکپارچه‌نگر هر دو در حل مشکلات روان‌شناختی و ارتباطی زوجینی که همسرانشان مبتلا به سرطان پستان بودند موثر بوده و تفاوت معناداری بین اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی با زوج درمانی یکپارچه‌نگر بر تعارضات زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان وجود ندارد. مطابق با نتایج تحقیق فعلی می‌توان این توصیه را ارایه کرد که زوج درمانی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد و زوج درمانی یکپارچه‌نگر، می‌تواند به عنوان یک درمان انتخابی برای حل مشکلات فردی و ارتباطی زوجین مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله سرطان باشد به‌کار برده شود. در این پژوهش درمان تعهد و پذیرش انطباق یافته زوجی، طرحواره‌ها را با فرایندهای همجوشی‌زدایی، پذیرش و خودآگاهی ترکیب کرده است که می‌تواند منبع خوبی برای تمام زوج درمانگران درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باشد. زیرا به درمانگران کمک می‌کند طرحواره‌هایی را که زیربنای بسیاری از تعارضات هستند را شناسایی کرده و تکنیک‌های پذیرش و مواجهه هیجانی را برای تسهیل تحمل پریشانی به‌کار برند. همچنین چون مهم‌ترین استراتژی‌هایی مانند ایجاد پذیرش از طیق همدلانه، ایجاد تحمل از طریق تمرین رفتار در منزل، افزایش تحمل از طریق رسیدگی به خود، افزایش تعاملات مثبت زوج از طریق مبادله رفتار، آموزش ارتباط حل مسئله و... در زوج درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر استفاده می‌گردد این درمان می‌تواند به زوج‌ها کمک می‌کند تا رضایتمندی و سازگاریشان افزایش یابد.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ تعارض منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. International Agency for Research on Cancer. Globocan: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in. 2012.
2. Alacacioglu A, Ulger E, Varol U, Yildiz I, Salman T, Bayoglu V, Dirican A, Demir L, Akyol M, Yildiz Y, Tarhan MO. Depression, anxiety and sexual satisfaction in breast cancer patients and their partners-izmir oncology group study. Asian Pac J Cancer Prev. 2014; 15(24):10631-6.
3. Taleghani F, Yekta ZP, Nasrabadi AN. Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. Journal of Advanced nursing. 2006; 54(3):265-72.
4. Boehmke MM, Dickerson SS. The diagnosis of breast cancer: transition from health to illness. InOncology nursing forum. 2006; 33(6):1-8.
5. Shapiro SL, Lopez AM, Schwartz GE, Bootzin R, Figueredo AJ, Braden CJ, Kurker SF. Quality of life and breast cancer: relationship to psychosocial variables. Journal of clinical psychology. 2001; 57(4): 501-19.
6. Ming VM. Psychological predictors of marital adjustment in breast cancer patients. Psychology, health & medicine. 2002; 7(1): 37-51.
7. Dalton III WT, Nelson DV, Brobst JB, Lindsay JE, Friedman LC. Psychosocial variables associated with husbands' adjustment three months following wives' diagnosis of breast cancer. Journal of Cancer Education. 2007; 22(4): 245-9.
8. Coates AS, Hürny C, Peterson HF, Bernhard J, Castiglione-Gertsch M, Gelber RD, Goldhirsch A, International Breast Cancer Study Group. Quality-of-life scores predict outcome in metastatic but not early breast cancer. Journal of Clinical Oncology. 2000; 18(22): 3768-74.
9. Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. Journal of experimental & clinical cancer research. 2008;27(1):32.
10. Goodwin JS, Zhang DD, Ostir GV. Effect of depression on diagnosis, treatment, and survival of older women with breast cancer. Journal of the American Geriatrics Society. 2004; 52(1):106-11.
11. Kornblith AB, Herndon JE, Weiss RB, Zhang C, Zuckerman EL, Rosenberg S, Mertz M, Payne D, Jane Massie M, Holland JF, Wingate P. Long term adjustment of survivors of early stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society. 2003 Aug 15;98(4):679-89.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-15]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.3.1.8]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijbd.12.3.47]

12. Baucom DH, Kirby JS, Pukay Martin ND, Porter LS, Fredman SJ, Gremore TM, Keefe FJ, Atkins D. Men's psychological functioning in the context of women's breast cancer. Journal of marital and family therapy. 2012 Apr;38(2):317-29.

13. Weihs KL, Enright TM, Simmens SJ. Close relationships and emotional processing predict decreased mortality in women with breast cancer: preliminary evidence. Psychosomatic medicine. 2008; 70(1): 117-24.

14. Sbitti Y, Kadiri H, Essaidi I, Fadoukhair Z, Kharmoun S, Slimani K, Ismaili N, Ichou M, Errihani H. Breast cancer treatment and sexual dysfunction: Moroccan women's perception. BMC women's health. 2011; 11(1): 29.

15. Ussher JM, Perz J, Gilbert E. Information needs associated with changes to sexual well being after breast cancer. Journal of advanced nursing. 2013 Feb;69(2):327-37.

16. Navabinejad S. Marriage counseling and family. Tehran, Iran: Anjomanolia va Morbian Publication; 2006. [In Persian].

17. Day MA, Halpin J, Thorn BE. An empirical examination of the role of common factors of therapy during a mindfulness-based cognitive therapy intervention for headache pain. The Clinical journal of pain. 2016; 32(5): 420-7.

18. Dahl J, Wilson KG, Nilsson A. Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. Behavior therapy. 2004; 35(4):785-801.

19. Litt MD, Kadden RM, Cooney NL, Kabela E. Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. Journal of consulting and clinical psychology. 2003;71(1):118.

20. Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. Clinical psychology review. 2010; 30(7): 865-78.

21. Robinson P, Wicksell RK, Olsson GL. ACT with chronic pain patients. InA practical guide to acceptance and commitment therapy 2004; 315-345.

22. Gaudiano BA, Herbert JD. Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. Behaviour research and therapy. 2006; 44(3): 415-37.

23. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, Meader N. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. The lancet oncology. 2011; 12(2): 160-74.

24. Paez-Blarrina M, Luciano C, Gutiérrez-Martínez O, Valdivia S, Ortega J, Rodríguez-Valverde M. The role of values with personal examples in altering the functions of pain: Comparison between acceptance-based and cognitive-control-based protocols. Behaviour Research and Therapy. 2008; 46(1): 84-97.

25. Amanelahi A, Heydarianfar N, Khojastehmehr R, Imani M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) in the treatment of distressed couples. Biannual Journal of Applied Counseling. 2014; 4(1): 103-19.

26. Jacobson NS, Christensen A. Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change. WW Norton & Co; 1996.

27. Chapman AL, Compton JS. From traditional behavioral couple therapy to integrative behavioral couple therapy: New research directions. The behavior analyst today. 2003; 4(1): 17.

28. Atkins C.D, Baucom M.D, Chiristensen A, Eldridge A K. Infidelity and Behavioral Couple Therapy: optimism in the Face of Betrayal, journal of counsulting and clinical psychology.2005; 73(1): 144-150.

29. Christensen A, Atkins DC, Berns S, Wheeler J, Baucom DH, Simpson LE. Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. Journal of consulting and clinical psychology. 2004;72(2):176.

30. Zola MF. Beyond infidelity-related impasse: An integrated, systemic approach to couples therapy. Journal of systemic therapies. 2007; 26(2): 25-41.

31. Ebrahimi AE, Najafi MR, Mehrabi A, SadeghI Z. The Relation of Marital Conflict and Some of Socio-demographic Features with Migraine Headache Odds Ratio.Journal of Isfahan Medical School. 2008.

32. Lew A, Mckay M. Acceptance and Commitment therapy for Couples. Translated by Kashmiri m and Jalali. Publication arjmand. 2017.

33. Dimijian, S., Martell, C.R., Christensen, A..Integrative Behavioral Couple Therapy.In, A. J. Guramn & N. S. Jacobson (Eds.), Clinical handbook of couple. 2002.

34. Morshedi M, Davarniya R, Zahrakar K, Mahmudi MJ, Shakarami M. The effectiveness

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-15]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.3.1.8]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijbd.12.3.47]

of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on reducing couple burnout of couples. Iranian Journal of Nursing Research. 2016; 10(4): 76-87.

35. Lashani L, Farhoudian A, Azkhosh M, Dolatshahee B, Saadati H. Acceptance and commitment therapy in the satisfaction of veterans with spinal cord injuries spouses. Iranian Rehabilitation Journal. 2013; 11(2): 56-60.

36. Mojtabaie M, Gholamhosseini S. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce the symptoms of anxiety in women with breast cancer. Journal of Social Issues & Humanities. 2014;4(2):522-7.

37. Feros DL, Lane L, Ciarrochi J, Blackledge JT. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. Psycho-oncology. 2013;22(2):459-64.

38. Khanizadeh Balderlou K, Alizadeh M, Kooraneh AE. The effectiveness of group Psychotherapy based on acceptance and commitment on quality of life in women with breast cancer. The Journal of Urmia University of Medical Sciences. 2016;27(5):365-74.

39. Coates AS, Hurny C, Peterson HF, Bernhard J, Castinglione-Gertsch M, Gelberg D, Goldhirsch A. Quality of life scores predict outcome inmetastatic but not early breast. Cancer Study Group. J Clin Oncol. 2000; 18:3768–74.

40. Fraser SCA, RamirezAJ, Ebbes SR, Fallowfield LJ,Dobbs HJ, Richards MA, Bates T, Baum M. A daily diary for quality of life measurement in advanced breast cancer trials. Br J Cancer. 1993; 67:341–6.

41. Seidman AD, Portenoy R, Yao TJ, Lepore J, Mont EK, Kortmansky J, Onetto N, Ren L,Grechko J, BeltangadyMet al .Quality of life in phase II trialsa study of methodology and predictive value in patients with advanced breast cancer treated with paclitaxel, plus granulocyte colony stimulating factor. J Natl Cancer Inst.1995; 187:1316–22.

42. Goodwin JS, Zhang DD, Ostir GV. Effect of depression on diagnosis, treatment, and survival of older women with breast cancer. J Am Geriatr Soc .2004; 52:106–11.

43. Jacobson NS, Christensen A, Prince SE, Cordova J, Eldridge K. Integrative behavioral couple therapy: an acceptance-based, promising new treatment for couple discord. Journal of consulting and clinical psychology. 2000 ;68(2):351.

44. Christensen A, Atkins DC, Berns S, Wheeler J, Baucom DH, Simpson LE. Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. Journal of consulting and clinical psychology. 2004;72(2):176.

45. Heinrichs N, Zimmermann T, Huber B, Herschbach P, Russell DW, Baucom DH. Cancer distress reduction with a couple-based skills training: a randomized controlled trial. Annals of Behavioral Medicine. 2011;43(2):239-52.

46. Montesi JL, Conner BT, Gordon EA, Fauber RL, Kim KH, Heimberg RG. On the relationship among social anxiety, intimacy, sexual communication, and sexual satisfaction in young couples. Archives of sexual behavior. 2013;42(1):81-91.

47. Koerner AF, Fitzpatrick M, Understanding family communication patterns and family functioning: The roles of conversation orientation and conformity orientation. Communication Year Book. 2013; (28): 3.

48. Snyder DK, Castellani AM, Whisman MA. Current status and future directions in couple therapy. Annu. Rev. Psychol.. 2006;57:317-44.

49. Shadish WR, Baldwin SA. Effects of behavioral marital therapy: a meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of consulting and clinical psychology. 2005 ;73(1):6.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.3.1.8]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijbd.12.3.47]