

Research Article

The Relationship Between Cognitive Emotion Regulation and Marital Intimacy with Quality of Life in Women with Breast Cancer

Fatemeh Abdi¹ & Fatemeh Sadeghi^{2*}

1. Master student of clinical psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University Central Tehran Branch, Tehran, Iran. Email: Fatemeh.sadeghi@sbmu.ac.ir
2. Assistant Professor, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University Central Tehran Branch, Tehran, Iran. Email: Sadeghi.hoda@icloud.com

Abstract

Aim: The present study aimed to investigate the relationship between cognitive emotion regulation and marital intimacy with the quality of life in women with breast cancer.

Methods: This correlational study included female patients with stage 1 and 2 breast cancer who were referred to Imam Khomeini Hospital in Tehran in 1401 and 1402. A total of 151 women were selected through purposive sampling. Data were collected using the Garnefski Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (2006), the Barozi Intimacy Needs Questionnaire (1997), and the Sprangers Quality of Life Questionnaire for Breast Cancer Patients (1996). Data analysis was performed using the Pearson correlation coefficient and multiple regression analysis with SPSS software.

Results: The results revealed a significant positive relationship between adaptive cognitive emotion regulation strategies and quality of life, and a significant negative relationship between maladaptive strategies and quality of life ($p < 0.05$). The components of marital intimacy showed a significant positive relationship with quality of life ($p < 0.05$). Multiple regression results indicated that cognitive emotion regulation strategies and marital intimacy significantly predicted the quality of life ($p < 0.001$).

Conclusion: The findings suggest that individuals with better emotion regulation strategies experience a higher quality of life. Additionally, increased marital intimacy in rational, sexual, and spiritual dimensions can significantly impact quality of life. Therefore, interventions based on emotion regulation, couple therapy focused on increasing intimacy, and group therapy with peer groups are recommended for managing emotions.

Key words: Breast Cancer, Cognitive Emotion Regulation, Quality of Life, Marital Intimacy

Citation: Abdi, F., & Sadeghi, F. (2024). The Relationship Between Cognitive Emotion Regulation and Marital Intimacy with Quality of Life in Women with Breast Cancer. *Appl. Psychol* 18 (2):-152-172.

رابطه تنظیم شناختی هیجان و صمیمیت زناشویی با کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان

فاطمه عبدی^۱ و فاطمه صادقی^{۲*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران. ایمیل: Fatemeh.sadeghi@sbmu.ac.ir
۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران. ایمیل: Sadeghi.hoda@icloud.com

چکیده

هدف: هدف از مطالعه حاضر تعیین رابطه تنظیم شناختی هیجان و صمیمیت زناشویی با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

روش: طرح پژوهشی حاضر از نوع همبستگی است. جامعه آماری بیماران زن مبتلا به سرطان پستان مرحله ۱ و ۲ مراجعه‌کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) شهر تهران در سال ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲ بودند که ۱۵۱ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. آزمودنی‌ها پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی (۲۰۰۶)، نیازهای صمیمیت زناشویی باگاروزی (۱۹۹۷) و کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان پستان اسپرانگرز (۱۹۹۶) را تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاکی از رابطه مثبت معنادار راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان با کیفیت زندگی و رابطه منفی معنادار راهبردهای ناسازگارانه با کیفیت زندگی بود ($P < 0/05$). رابطه مؤلفه‌های صمیمیت زناشویی با کیفیت زندگی مثبت معنادار بود ($P < 0/05$). نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد دو متغیر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و صمیمیت زناشویی کیفیت زندگی را پیش‌بینی کردند ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان می‌دهند افرادی که راهبردهای تنظیم هیجان بهتری دارند کیفیت زندگی بالاتری را تجربه می‌کنند. به علاوه زمانی که صمیمیت زناشویی در ابعاد عقلانی، جنسی و معنوی هرگاه افزایش پیدا می‌کند، می‌تواند بر کیفیت زندگی تاثیرگذار باشد. بنابر این مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجان و زوج درمانی متمرکز بر افزایش صمیمیت و همچنین گروه درمانی با گروه همتایان برای مدیریت هیجان‌ات توصیه می‌شود.

کلید واژه‌ها: تنظیم شناختی هیجان، سرطان پستان، صمیمیت زناشویی، کیفیت زندگی

استناد به این مقاله: عبدی، فاطمه، و صادقی، فاطمه. (۱۴۰۳). رابطه تنظیم شناختی هیجان و صمیمیت زناشویی با کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۸ (۲): ۱۷۲-۱۵۲.

مقدمه

سرطان پستان‌اشایع‌ترین سرطان در سراسر جهان و علت اصلی مرگ‌ومیر ناشی از سرطان در بین زنان خصوصاً زنان کشورهای با درآمد کم و متوسط است. سالانه بیش از ۲٫۳ میلیون مورد سرطان پستان رخ می‌دهد. در ۹۵ درصد از کشورها، سرطان پستان اولین یا دومین عامل مرگ و میر ناشی از سرطان زنان است (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۲۰۲۳). طبق آمار مرکز تحقیقات سرطان ایران سالانه حدود ۸۵۰۰ مورد جدید ابتلا و ۱۴۰۰ مورد مرگ ناشی از سرطان پستان گزارش شده است (رفیعی سعیدی و همکاران، ۲۰۱۹).

با توجه به افزایش قابل توجه میزان بروز سرطان پستان و پیشرفت‌های تکنولوژیکی در تشخیص و درمان، بقای بیماران حاصل شده است. با این حال، علاوه بر بقا، کیفیت زندگی^۲ به عنوان یک پیامد کلیدی، به ویژه در تحقیقات و کارآزمایی‌های بالینی در نظر گرفته شده است (جوان بی‌پروا، رعوئی، رفیعی، پاشازاده کن، کازرونی، باقری‌بیاتی معصومی و همکاران، ۲۰۲۴). کیفیت زندگی یک شاخص حیاتی برای ارزیابی جنبه‌های چند بعدی پیامدهای سلامتی بیماران در زندگی روزمره آن‌ها در طول توانبخشی طولانی مدت بازماندگان سرطان است (وانگ و دو، ۲۰۲۴). هدف نهایی در تحقیقات، کاهش مرگ و میر و بهبود کیفیت زندگی پس از درمان اشخاص مبتلا است (کاسترو، پیرا و کاردوسو، ۲۰۲۳). در واقع، تشخیص سرطان پستان عواقب جسمی، روانشناختی و ... قابل توجهی برای بیماران و خانواده‌های آن‌ها به همراه دارد که نیاز به تغییر مهمی در سبک زندگی طبیعی فرد و حتی پویایی اعضای خانواده دارد. علائم بیماری، اثرات روانشناختی منفی از جمله اضطراب، استرس، ترس، افسردگی، کاهش سطح امید به زندگی درک شده و عوارض جانبی احتمالی بیماری، حوزه‌های اصلی کیفیت زندگی در مراحل مختلف بیماری سرطان پستان هستند (جوان بی‌پروا و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین درمان می‌تواند کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، یعنی سلامت جسمی و روانی درک شده فرد را با کاهش علائم سرطان بهبود بخشد، یا به واسطه عوارض جانبی تأثیر منفی داشته باشد (جاگر، کلیجبرگ، برال، وستنبرگ، کولن، متیجسن و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین، کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است که رفاه فیزیکی، روانی و اجتماعی را در برمی‌گیرد. سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را درک هر فرد از وضعیت زندگی، ارزش‌ها، اهداف، استانداردها و علایق فردی تعریف می‌کند (مارتین و همکاران، ۲۰۰۳). از آنجایی که زنان مهم‌ترین اعضای خانواده هستند، کیفیت زندگی آن‌ها نه تنها می‌تواند بر بقای آن‌ها تأثیر بگذارد، بلکه بر انسجام ساختار خانواده آن‌ها نیز تأثیر

¹ breast cancer³ quality of life² World Health Organization (WHO)

می‌گذارد (جوان بی‌پروا و همکاران، ۲۰۲۴). اکثر زنان دارای سرطان پستان در طول درمان با عوارض جانبی مرتبط با ظاهر مواجه می‌شوند و این تغییرات ناشی از درمان منجر به علائم فیزیکی و ناراحتی روانی می‌شود و در نتیجه عملکرد اجتماعی، رفاه روانی (مانند افسردگی) و کیفیت زندگی آن‌ها را به‌طور جدی تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (سان، لو، یو و چیانگ، ۲۰۲۳). بنابراین، برجسته کردن اهمیت کیفیت زندگی زنان به دنبال تشخیص سرطان پستان ضروری است و بهبود آن باید به عنوان یکی از اهداف کلیدی در روند درمان سرطان پستان ذکر شود (جوان بی‌پروا و همکاران، ۲۰۲۴).

تنظیم شناختی هیجان به افراد کمک می‌کند تا احساسات خود را در طول یا بعد از تجربه رویدادهای تهدیدکننده یا استرس‌زا کنترل کنند. به عنوان مثال، هنگام تجربه یک رویداد منفی زندگی، افراد ممکن است تمایل داشته باشند خود یا دیگران را سرزنش کنند. آن‌ها ممکن است با نشخوار فکری روی احساسات خود تمرکز کنند یا ممکن است شرایط را بپذیرند یا به طور مثبت ارزیابی کنند (حسینی، صالحی، جدیدی و عقیلی، ۲۰۲۳). مطالعات انجام شده در بیماران مبتلا به سرطان نشان می‌دهد که شدت علائم و فشارهای روحی بر کیفیت زندگی تأثیر دارد و پژوهش‌ها حاکی از بالا بودن اختلالات هیجانی در بیماران سرطانی است (خسروی، نیک‌منش و حسن‌زاده، ۱۳۹۳). یکی از پیامدهای هیجانی سرطان پستان افت تنظیم شناختی هیجانی است (گان، ژاو، چاو، لی، ژانگ، چنگ و همکاران، ۲۰۱۹) که به راهبردهای هدفمندی اطلاق می‌شود که از آن‌ها برای تعدیل تجارب هیجانی استفاده می‌شود (فوجیساتو، اتو، برکینگ و هوریکوشی، ۲۰۲۰). راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی‌های ناشی از هیجان‌ات منفی را تنظیم کنند (نجفی، صاحب‌الزمانی و فراهانی، ۱۳۹۹). تنظیم هیجان‌های شناختی می‌تواند به‌عنوان یک عامل مهم در تعیین سلامت و ارتقای کیفیت زندگی افراد تأثیرگذار باشد (محمدی و احمدی، ۱۳۹۷). تنظیم شناختی هیجان سازگارانه، موجب کاهش علائم بیماری می‌شود، احساس رضایت و درک فرد از سلامت عمومی را افزایش می‌دهد و موجب بهبود کیفیت زندگی افراد می‌شود (صالحی مورکانی، ۱۳۸۵).

تشخیص سرطان پستان نه تنها برای بیمار بلکه برای همسر وی نیز یک شوک تلقی می‌شود (سئو، نو، لی و پارک، ۲۰۲۰). صمیمیت زناشویی^۲ معنای متفاوتی در بین پژوهشگران دارد که به محتوا و متغیرهای مورد توجهشان بستگی دارد. باگاروزی (۲۰۰۱) صمیمیت را به‌عنوان نزدیکی، شباهت و یک ارتباط عاشقانه یا عاطفی شخصی که مستلزم شناخت و درک دیگری است، تعریف می‌کند. صمیمیت مثبت زناشویی بر سازگاری روانی اجتماعی و کیفیت زندگی

¹ cognitive emotion regulation

² marital intimacy

بازماندگان سرطان پستان تأثیر می‌گذارد. برنامه‌هایی که صمیمیت زناشویی را در بین بازماندگان سرطان پستان افزایش می‌دهد، تأثیرات مثبتی بر جنبه‌های فیزیکی، رابطه با همسر و جنبه‌های اجتماعی زنان بازمانده از سرطان پستان دارد (سئو و همکاران، ۲۰۲۰). صمیمیت زناشویی یک پیش‌بینی‌کننده قوی برای سلامت جسمانی است زیرا با سطوح پایین بیماری و فقر همراه است (بهزادی‌پور و ربانی‌زاده، ۲۰۲۱). از دلایل تغییر صمیمیت و به تبع آن کاهش تعداد و کیفیت عملکرد جنسی زوج‌ها، بیماری‌های جسمانی است که می‌تواند آسیبی عمیق بر روان و هیجان‌های فرد وارد کند و یکی از مهم‌ترین آسیب‌های جسمی در این زمینه، سرطان است (میسرا، استیونسون، هاروز، دی‌منیل و کونن، ۲۰۱۹).

تجزیه و تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی یافته‌های پژوهش جینگ و همکاران (۲۰۲۱) تحت عنوان عوامل موثر بر کیفیت زندگی در زنان پس از اولین زایمان، نشان داد که صمیمیت زناشویی بیشترین تأثیر را داشته است. به عبارت دیگر، صمیمیت زناشویی پیامدهای شدیدتری نسبت به خستگی یا افسردگی پس از زایمان بر کیفیت زندگی زنان در دوره پس از زایمان دارد. در واقع، حمایت از همسر باعث افزایش کیفیت زندگی زنان در دوره پس از زایمان می‌شود. در پژوهش سئو و همکاران (۲۰۲۰) با عنوان تأثیر سبک زندگی، افسردگی و صمیمیت زناشویی بر کیفیت زندگی در بازماندگان سرطان پستان دریافتند برای بهبود کیفیت زندگی بازماندگان سرطان پستان، ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید استراتژی‌هایی را برای کاهش افسردگی، افزایش صمیمیت زناشویی و بهبود سبک زندگی در نظر بگیرند. نتایج پژوهش نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به سرطان پستان که توسط کواس و همکاران (۲۰۲۰) انجام شد، نشان داد اجرای مداخلات شناختی رفتاری باهدف دستیابی به راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگارانه، اثرات مثبتی بر بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به سرطان پستان خواهد داشت. یافته‌های پژوهش احمدی و محمدی (۱۳۹۷) تحت عنوان مقایسه اثربخشی روش آرامسازی عضلانی پیشرونده و تنظیم شناختی هیجانی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی سالمند نشان داد تنظیم شناختی هیجان سازگارانه، موجب کاهش علائم بیماری می‌شود، احساس رضایت و درک فرد از سلامت عمومی را افزایش می‌دهد و موجب بهبود کیفیت زندگی افراد می‌شود.

اوه و هوانگ (۲۰۱۸) در پژوهش خود با عنوان تأثیر عدم اطمینان بر کیفیت زندگی بیماران جوان مبتلا به سرطان پستان: تمرکز بر اثر واسطه‌ای صمیمیت زناشویی دریافتند که اثرات عدم اطمینان بر کیفیت زندگی توسط صمیمیت زناشویی بیماران جوان مبتلا به سرطان پستان در مرحله تشخیص اولیه آن‌ها اثر میانجی‌گری را ایفا می‌کند. این نشان می‌دهد که صمیمیت

زناشویی باید در ارائه مداخلات پرستاری برای بیماران جوان سرطان پستان در نظر گرفته شود. ربانی‌زاده و بهزادی‌پور (۱۳۹۶) در پژوهش خود با عنوان بررسی شخصیت نوع D و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده شادی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان دریافتند که افزایش آگاهی و درک ویژگی‌های شخصیتی و همچنین راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی موجب افزایش شادی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود. نتایج تحقیقات کرنارو و همکاران (۲۰۱۷) تحت عنوان رابطه بین مقابله، تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی بیماران دیالیز نشان می‌دهد که چگونه راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجانی با کیفیت زندگی ارتباط منفی دارد. نتایج پژوهش حیدری و نداف (۱۳۹۵) تحت عنوان رابطه بین صمیمیت زناشویی و کیفیت زندگی در جامعه آماری کارکنان متاهل سازمان آب و برق خوزستان نشان داد که بین صمیمیت زناشویی در تمامی ابعاد آن و کیفیت زندگی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر سطوح بالای صمیمیت زناشویی با سطح بالای کیفیت زندگی و سطوح پایین با سطوح پایین کیفیت زندگی مرتبط است.

در کشور ایران تقریباً ۳۵ درصد از سرطان‌ها را سرطان پستان تشکیل می‌دهد و سن مبتلایان ۴۵ سال است؛ یعنی یک دهه از کشورهای غربی جوان‌تر می‌باشد (مرکز تحقیقات سرطان ایران، ۱۴۰۲). سرطان پستان که زمانی به عنوان یک بیماری مرگبار کشنده شناخته می‌شد، اکنون با افزایش نرخ بقای آن به عنوان یک بیماری مزمن شناخته می‌شود. با توجه به پیشرفت‌های بزرگ درمانی که به زنده ماندن زنان مبتلا به سرطان پستان کمک شایانی کرده‌است؛ پس کیفیت زندگی با‌ماندگان این بیماری بسیار مهم است. بیماری سرطان و روش‌های درمان تاثیرات منفی بر کیفیت زندگی فرد خواهد گذاشت و در عملکردهای شناختی، عاطفی، فیزیکی و اجتماعی پایین است. این بیماری به علت تغییر در فرم پستان، عوارض بیماری و شیمی درمانی می‌تواند در زندگی زناشویی فرد تاثیرات منفی بگذارد. اضطراب، استرس و غم از جمله اولین هیجان‌اتی هستند که فرد مبتلا به سرطان تجربه خواهد کرد که تاثیرات مهمی بر پیشرفت بیماری فرد خواهد گذاشت و همچنین روابط فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. لذا مطالعه حاضر باهدف اینکه صمیمیت زناشویی و تنظیم شناختی هیجان رابطه دارند و به چه میزان بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان اثر خواهند گذاشت انجام شد.

پژوهش حاضر با فرضیه‌های زیر هدایت شده است:

- تنظیم شناختی هیجان با کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه دارد.
- صمیمیت زناشویی با کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه دارد.

- تنظیم شناختی هیجان و صمیمیت زناشویی پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان هستند.

روش

پژوهش حاضر از نوع همبستگی است و از حیث هدف یک تحقیق بنیادی محسوب می‌شود. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران زن (بالای ۱۸ سال) مبتلا به سرطان پستان مرحله ۱ و ۲ مراجعه‌کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) شهر تهران در سال ۱۴۰۱ الی سال ۱۴۰۲ بودند. حجم نمونه در این مطالعه از طریق نرم افزار جی پاور نسخه ۳/۱۹/۲، ۱۴۸ نفر برآورد شد. در نرم افزار جی پاور حجم نمونه بر اساس روش آماری و پارامترهای خطا، توان، اندازه اثر و تعداد متغیرهای پیش‌بین برآورد می‌شود. تعداد متغیرهای پیش‌بین (مؤلفه‌های دو متغیر راهبردهای تنظیم هیجان و صمیمیت زناشویی) شامل ده مؤلفه می‌شود، به‌علاوه خطای نوع اول در سطح ۰/۰۱، اندازه اثر ۰/۱۵ و توان آزمون ۰/۹۹ در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: رضایت آگاهانه، زن بودن، دامنه سنی بالای ۱۸ سال، حداقل تحصیلات متوسطه در جهت درک و پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه‌ها، سرطان پستان در مرحله ۱ و ۲، درحال پیگیری درمان سرطان پستان و تحت مشاوره و مداخله روان‌شناسی و روان‌پزشکی نباشند. ملاک‌های خروج هم عدم تمایل به تکمیل پرسشنامه‌ها بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان^۱ گرانفسکی (CERQ): این پرسش‌نامه شامل ۱۸ سؤال و ۲ بعد راهبردهای ناسازگارانه (سرزنش خود با سؤالات ۱ و ۲؛ سرزنش دیگران با سؤالات ۱۷ و ۱۸؛ نشخوارگری با سؤالات ۵ و ۶؛ فاجعه‌نمایی با سؤالات ۱۵ و ۱۶) و راهبردهای سازگارانه (دیدگاه‌گیری با سؤالات ۱۳ و ۱۴؛ تمرکز مجدد مثبت با سؤالات ۷ و ۸؛ ارزیابی مجدد مثبت با سؤالات ۱۱ و ۱۲؛ پذیرش با سؤالات ۳ و ۴؛ تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی با سؤالات ۹ و ۱۰) را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد به این صورت که همیشه نمره ۵، اغلب نمره ۴، مرتباً نمره ۳، گاهی نمره ۲، هرگز نمره ۱ تعلق می‌گیرد (مولادوست و همکاران، ۱۴۰۱). از مجموع نمره مربوط به سؤالات ۳، ۴، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ نمره

^۱ cognitive emotion regulation questionnaire

راهبردهای سازگاران و از مجموع نمره‌های سؤالات ۱، ۲، ۵، ۶، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸ نمره راهبردهای ناسازگاران به دست می‌آید (بشارت، ۱۳۹۵). بنابراین دامنه نمرات برای هر مؤلفه ۹ تا ۴۵ می‌باشد. هر چه نمره شرکت‌کنندگان در مؤلفه‌ها بیشتر باشد نشان دهنده استفاده بیشتر از آن استراتژی شناختی است. سازندگان پرسش‌نامه آلفای کرونباخ راهبردها را بررسی و ضرایب برای سرزنش خود ۰/۶۸، سرزنش دیگران ۰/۷۷، نشخوارگری ۰/۷۹، فاجعه‌نمایی ۰/۸۱، دیدگاه‌گیری ۰/۷۹، تمرکز مجدد مثبت ۰/۸۰، ارزیابی مجدد مثبت ۰/۸۱، پذیرش ۰/۷۳ و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ۰/۷۹ به‌دست‌آمده است (گرانفسکی و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین در پژوهش سازندگان ضرایب در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ (گرانفسکی و همکاران، ۲۰۰۶) و در دیگر پژوهش‌ها در دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۹۰ گزارش است (دینگ و همکاران، ۲۰۲۳). در پژوهش‌های داخل ایران ضریب پایایی راهبردهای انطباقی ۰/۷۷ و راهبردهای غیرانطباقی ۰/۸۱ (رستمی و همکاران، ۱۴۰۱)، ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۴ تا ۰/۸۸ (اسلامیان و همکاران، ۱۴۰۱) و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شده است (رضائی و همکاران، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۸۲ به‌دست‌آمده است.

۲. پرسش‌نامه صمیمیت زناشویی^۱ (باگاروزی (MINQ): این پرسشنامه شامل ۴۱ سؤال و ۸ مؤلفه صمیمیت عاطفی^۲ با سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵؛ صمیمیت روانشناختی^۳ با سؤالات ۶، ۷، ۸، ۹ و ۱۰؛ صمیمیت عقلانی^۴ با سؤالات ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵؛ صمیمیت جنسی^۵ با سؤالات ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۰؛ صمیمیت جسمانی^۶ سؤالات ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴ و ۲۵؛ صمیمیت معنوی^۷ با سؤالات ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰ و ۳۱؛ صمیمیت زیباشناختی^۸ سؤالات ۳۱، ۳۳، ۳۴، ۳۵ و ۳۶؛ صمیمیت اجتماعی - تفریحی^۹ با سؤالات ۳۷، ۳۸، ۳۹ و ۴۰، ۴۱ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره-گذاری پرسش‌نامه در طیف ۱۰ درجه‌ای لیکرت از ۱ (این نیاز ادا در من وجود ندارد) تا ۱۰ (کاملاً این نیاز در من قوی است) درجه‌بندی شده است (متولی و همکاران، ۱۳۸۸). بالاترین نمره در هر مؤلفه ۵۰ و در مؤلفه صمیمیت معنوی ۶۰ می‌باشد و حاصل جمع امتیازات هر مؤلفه (به جز بعد صمیمیت عاطفی) نمره‌ای از ۵ تا ۵۰ خواهد بود. در مؤلفه صمیمیت عاطفی این نمره از ۶ تا ۶۰ خواهد بود. نمرات بالاتر در یک مؤلفه حاکی از نیاز بیشتر پاسخ‌دهنده به آن مؤلفه از صمیمیت از طرف همسر خود خواهد بود (صائمی و همکاران، ۱۳۹۸). این پرسش‌نامه در ایران

1 marital intimacy needs questionnaire

2. emotional intimacy

3. psychology intimacy

4. rational intimacy

5. sexual intimacy

6. psychical intimacy

7. spiritual intimacy

8. aesthetic intimacy

9. social and recreational intimacy

ترجمه و روایی محتوایی آن تأیید و برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۹۴ به دست آمده است (اعتمادی، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۹۰ به دست آمده است.

۳. پرسش نامه کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان پستان^۱ اسپرانگرز (QLQ-BR23): این پرسش نامه به بررسی کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان پستان و بررسی ۴ مؤلفه عملکردی (عملکرد جنسی، لذت جنسی،^۲ تصویر بدنی^۳ و دورنمای آینده^۴) و ۴ مؤلفه علائم (ناراحتی از ریزش مو، عوارض جانبی درمان،^۵ علائم بازو^۶ و علائم پستان^۷) می پردازد. این پرسش نامه حتما باید به همراه پرسش نامه QLQ-C30 تکمیل شود. پرسش نامه QLQ-C30 متعلق به سازمان اروپایی تحقیقات و درمان سرطان که جهت بررسی کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان به طور کلی استفاده می شود و ۵ مؤلفه عملکردی (جسمانی،^۱ ایفای نقش،^{۱۱} احساسی،^{۱۲} شناختی^{۱۳} و اجتماعی^{۱۴})، ۹ مؤلفه علائم (خستگی،^{۱۵} تهوع و استفراغ،^{۱۶} درد،^{۱۷} تنگی نفس،^{۱۸} کاهش خواب،^{۱۹} کاهش اشتها،^{۲۰} یبوست،^{۲۱} اسهال^{۲۲}) و مشکلات مالی^{۲۳} و یک مؤلفه کلی کیفیت زندگی را اندازه گیری می کند. سؤالات هر دو پرسش نامه (به جز دو سؤال مربوط به وضعیت کلی سلامت و کیفیت زندگی) به صورت مقیاس چهار درجه ای لیکرت از ۱ (به هیچ وجه) تا ۴ (خیلی زیاد) تنظیم شده است و امتیازی که هر سؤال می گیرد در محدوده ۱-۴ است. هرچه سؤالی امتیاز بالاتری بگیرد نشان دهنده وجود میزان بیشتری از علائم است. این پرسش نامه توسط منتظری و همکاران (۲۰۰۰) ترجمه و هنجاریابی شده است و پایایی آن با آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب در دامنه ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ به دست آمده است (منتظری و همکاران، ۲۰۰۰). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسش نامه QLQ-C30 بررسی شد و ضریب آلفای کرونباخ برای تمامی ابعاد بالای ۰/۶ بوده است. روایی همگرا با همبستگی زیرمقیاس خود آیتها بالای ۰/۴۰ برای همه خرده

¹ breast cancer-specific quality of life questionnaire

² sexual functioning

³ sexual enjoyment

⁴ body image

⁵ future perspective

⁶ upset by hair loss

⁷ systemic therapy side effects

⁸ arm symptoms

⁹ breast symptoms

¹⁰ physical functioning

¹¹ role functioning

¹² emotional functioning

¹³ cognitive functioning

¹⁴ social functioning

¹⁵ fatigue

¹⁶ nausea and vomiting

¹⁷ pain

¹⁸ dyspnea

¹⁹ insomnia

²⁰ appetite loss

²¹ constipation

²² diarrhea

²³ financial difficulties

مقیاس‌های چند آیتمی اثبات شد (صفایی و همکاران، ۲۰۰۷). نسخه فارسی این پرسش‌نامه را انجمن اروپایی تحقیق و درمان سرطان به‌عنوان ابزار روا و پایا تأیید کرده است (منتظری و همکاران، ۱۹۹۹). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۹۳ به‌دست آمده است.

شیوه اجرا

روش جمع‌آوری داده‌ها در دو بعد کتابخانه‌ای و میدانی بود. در بعد کتابخانه‌ای از مقالات علمی و پژوهشی و ژورنال‌ها استفاده شد. در بعد میدانی ابتدا مجوزهای لازم جهت انجام پژوهش از دانشگاه اخذ گردید. با مراجعه به بیمارستان امام خمینی (ره) در سال ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲ پرسشنامه‌ها بصورت الکترونیکی در اختیار مراجعان قرار می‌گرفت. برای کسب رضایت آگاهانه و آزادانه شرکت‌کنندگان، ابتدا هدف از اجرای پژوهش و نحوه انجام آن به طور روشن برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و سپس لینک پرسشنامه‌ها در اختیار آن‌ها قرار داده شد. پژوهش با رعایت اصل رازداری و حفظ اسرار شرکت‌کنندگان انجام شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها و بررسی روابط بین متغیرها ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. برای جلوگیری از افت آزمودنی ۱۶۰ نفر انتخاب شدند که پس از کنار گذاشتن پاسخ‌نامه‌های نامناسب ۱۵۱ نفر تحلیل شد. برای بررسی موارد پرت از دستور Explore در برنامه SPSS استفاده شد؛ نتایج بررسی موارد پرت در متغیرهای پژوهش نشان داد که در هیچ یک از متغیرهای پژوهش موارد پرت وجود ندارد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۵۱ نفر شرکت داشتند که ۷۷ نفر (۲۰/۵ درصد) در بازه سنی بین ۳۹ سال تا ۴۹ سال بودند. به‌علاوه ۴۰ نفر آن‌ها (۲۶/۵ درصد) تحصیلاتی بین دیپلم تا کارشناسی داشتند. مدت ابتلا به سرطان در شرکت‌کنندگان نیز دو تا چهار سال بیشترین فراوانی درصدی (۲۰/۵ درصد) را داشت. همچنین از نظر اشتغال تعداد شرکت‌کنندگان غیرشاغل ۷۳ نفر (۴۸/۳ درصد) و تعداد شرکت‌کنندگان شاغل ۷۸ نفر (۵۱/۷ درصد) بودند. در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و توزیع داده‌ها (کجی و کشیدگی) نشان‌داده شده است.

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی کیفیت زندگی، راهبرد تنظیم هیجان و

صمیمیت زناشویی

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
کیفیت زندگی	۲۲/۷۵	۵/۶۳	-۰/۶۱	-۰/۷۸
راهبردهای سازگارانۀ تنظیم هیجان	۴۲/۵۵	۱۹/۵۲	-۰/۶۴	-۰/۵۹
راهبردهای ناسازگارانۀ تنظیم هیجان	۴۲/۹۶	۱۲/۳۲	-۰/۴۰	-۰/۱۶
صمیمیت عاطفی	۲۵/۶۲	۴/۱۰	-۰/۰۳	-۰/۵۶
صمیمیت روان شناختی	۲۵/۹۱	۳/۷۹	-۰/۲۳	-۰/۴۳
صمیمیت عقلانی	۲۵/۱۷	۳/۷۸	۰/۲۶	-۰/۲۸
صمیمیت جنسی	۲۴/۹۹	۵/۳۳	-۰/۰۲	-۰/۷۴
صمیمیت جسمانی	۲۲/۰۴	۳/۹۹	۰/۰۳	-۰/۶۹
صمیمیت معنوی	۲۲/۰۲	۲/۷۴	-۰/۳۹	۰/۲۷
صمیمیت زیباشناختی	۲۱/۹۴	۳/۶۴	۰/۰۸	-۰/۴۰
صمیمیت اجتماعی - تفریحی	۲۲/۱۱	۳/۴۵	۰/۱۲	-۰/۴۳
نمره کل صمیمیت زناشویی	۱۰۹/۸۱	۲۱/۴۷	۰/۱۰	-۰/۵۵

هرگاه شاخص های کجی و کشیدگی در محدوده $\pm 1/96$ باشد توزیع داده ها نرمال است و این مفروضه تأیید می شود. بررسی این شاخص ها نشان داد که توزیع داده ها نرمال است.

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین تنظیم شناختی هیجان و صمیمیت زناشویی با کیفیت زندگی بررسی

و هم خطی با شاخص عامل تورم

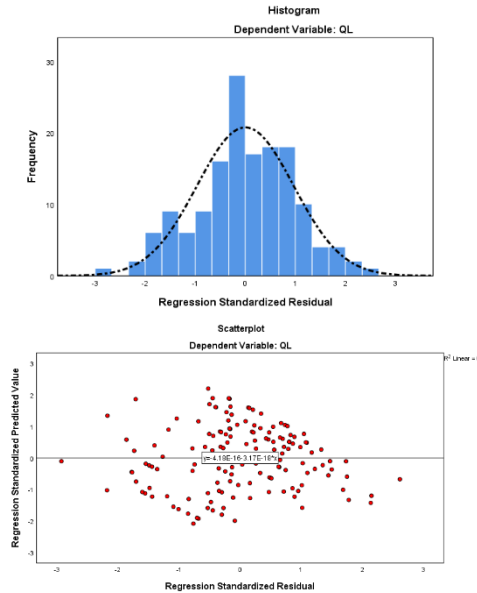
ردیف	متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	تورم
۱	کیفیت زندگی												
۲	راهبردهای سازگارانۀ تنظیم هیجان	۰/۳۳*											۱/۴۱
۳	راهبردهای ناسازگارانۀ تنظیم هیجان	-۰/۵۴*	-										۱/۴۱
۴	صمیمیت عاطفی	۰/۵۲*	۰/۱۲	-۰/۳۲*									۱/۶۷
۵	صمیمیت روانشناختی	۰/۴۲*	۰/۱۴**	-۰/۲۲*	۰/۷۲*								۱/۸۹
۶	صمیمیت عقلانی	۰/۴۹*	۰/۱۵**	-۰/۲۲*	۰/۵۹*	۰/۶۴*							۱/۸۹
۷	صمیمیت جنسی	۰/۵۵*	۰/۱۲	-۰/۲۰*	۰/۵۴*	۰/۴۴*	۰/۴۱*						۱/۷۹
۸	صمیمیت جسمانی	۰/۴۳*	۰/۱۰	-۰/۱۵**	۰/۵۶*	۰/۴۴*	۰/۴۶*	۰/۶۹*					۱/۴۹

به علاوه مقدار F به دست آمده با سطح معناداری ۰/۰۰۱ نشان داد که این همبستگی چندگانه معنادار است. بدین معنی که متغیرهای پیش بین توانایی پیش بینی کیفیت زندگی را دارند.

جدول ۴. نتایج ضرایب رگرسیون چندگانه پیش بینی کیفیت زندگی از روی راهبردهای تنظیم شناختی و صمیمیت زناشویی

پیش بین	b	Std.E	β	t	p	تولرنس	تورم
ثابت	۷/۰۴	۳/۶۱		۱/۹۵	۰/۰۵		
راهبردهای سازگاران تنظیم هیجان	۰/۱۵	۰/۰۲	۰/۴۱	۷/۴۶	۰/۰۱	۰/۶۸	۱/۴۸
راهبردهای ناسازگاران تنظیم هیجان	-	۰/۰۳	-	-	۰/۰۱	۰/۶۳	۱/۶۰
صمیمیت عاطفی	۰/۱۰	۰/۱۴	۰/۰۷	۰/۶۹	۰/۴۹	۰/۵۴	۱/۸۵
صمیمیت روانشناختی	۰/۰۳	۰/۱۳	۰/۰۲	۰/۲۴	۰/۸۱	۰/۵۵	۱/۸۲
صمیمیت عقلانی	۰/۳۳	۰/۱۱	۰/۲۲	۲/۸۳	۰/۰۱	۰/۵۳	۱/۹۰
صمیمیت جنسی	۰/۳۶	۰/۱۰	۰/۳۴	۳/۷۷	۰/۰۱	۰/۶۴	۱/۵۶
صمیمیت جسمانی	۰/۰۸	۰/۱۴	۰/۰۶	۰/۵۹	۰/۵۵	۰/۶۷	۱/۴۹
صمیمیت معنوی	۰/۲۲	۰/۱۴	۰/۱۰	۱/۵۵	۰/۱۲	۰/۶۸	۱/۴۷
صمیمیت زیباشناختی	۰/۰۴	۰/۱۵	۰/۰۳	۰/۲۶	۰/۷۹	۰/۷۱	۱/۴۱
صمیمیت اجتماعی - تفریحی	۰/۱۴	۰/۱۲	۰/۰۹	۱/۲۲	۰/۲۲	۰/۶۳	۱/۵۹

در جدول ۴ با توجه به ضرایب بتا استاندارد شده نتایج به دست آمده حاکی از این است که هر دو مؤلفه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان پیش بین کیفیت زندگی هستند. جهت ضرایب استاندارد شده نشان می دهد که افزایش راهبردهای سازگاران موجب بهبود کیفیت زندگی و ناسازگاران بالعکس عمل می کند. همچنین ضرایب بتای استاندارد شده نشان می دهد که به ترتیب مؤلفه سازگاران و ناسازگاران مهم ترین پیش بین های کیفیت زندگی هستند. صمیمیت عقلانی و جنسی مهم ترین پیش بین های کیفیت زندگی از بین مؤلفه های صمیمیت زناشویی بودند. لازم به ذکر است عدم هم خطی بین متغیرهای پیش بین کمتر از ۲ است که این مفروضه را نیز تأیید می کند (شاخص تورم).



نمودار ۱. توزیع باقی‌مانده‌ها و همبستگی بین نمرات پیش‌بین و خطا در پیش‌بینی کیفیت زندگی توسط راهبردهای تنظیم هیجان و صمیمیت زناشویی

هرگاه توزیع باقی‌مانده در محدود ± 3 باشد توزیع باقی‌مانده‌ها نرمال است. به‌علاوه نباید بین نمرات باقی‌مانده و نمرات پیش‌بینی شده همبستگی وجود داشته باشد که از طریق نمودار بررسی می‌شود. اگر خط رگرسیون بین این دو نمره صاف باشد این مفروضه تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه حاضر، تعیین رابطه تنظیم شناختی هیجان و صمیمیت زناشویی با کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

نتایج فرضیه اول همبستگی دو مؤلفه سازگاران و ناسازگاران تنظیم شناختی هیجان با کیفیت زندگی نشان داد هر چه راهبرد سازگاران افزایش پیدا کند کیفیت زندگی نیز بهبود خواهد یافت و هرگاه راهبرد ناسازگاران افزایش پیدا کند کیفیت زندگی کاهش خواهد یافت. نتیجه و یافته‌های این فرضیه با نتیجه پژوهش‌های احمدی و محمدی (۱۳۹۷)، ربانی‌زاده و بهزادی‌پور (۱۳۹۶)، کواس و همکاران (۲۰۲۰) و کرنارو و همکاران (۲۰۱۷) همسو است. تکنیک‌های تنظیم هیجانی که توسط فرد به کار می‌رود، احساسات منفی را جایگزین هیجان‌های مثبت نمی‌کند، زیرا فرد همچنان در معرض احساسات منفی است، اما پاسخ‌های انطباقی به محیط نتایج بهتری به همراه

دارد. یافته‌ها نشان می‌دهد بیماری‌هایی که از راهبردهای انطباقی استفاده می‌کنند، به جای فکر کردن به رویداد واقعی، به مسائل شادی‌آور و خوشایند فکر می‌کنند، از نظر رشد شخصی به رویداد معنای مثبتی می‌دهند و آنچه را تجربه کرده‌اند می‌پذیرند. بنابراین در کنترل احساسات خود موفق‌ترند. بنابراین، چنین استراتژی‌هایی می‌توانند ناراحتی روانی ناشی از سرطان مانند غم و اندوه را کاهش دهد و ناامیدی، عصبانیت و نگرانی و اختلال عملکرد فردی و اجتماعی را کاهش دهد (حسینی و همکاران، ۲۰۲۳). تنظیم شناختی هیجان سازگارانه، موجب کاهش علائم بیماری می‌شود، احساس رضایت و درک فرد از سلامت عمومی را افزایش می‌دهد و موجب بهبود کیفیت زندگی افراد می‌شود (محمدی و همکاران، ۱۳۹۷).

نتایج ضریب همبستگی مؤلفه‌های صمیمیت زناشویی با کیفیت زندگی حاکی از این بود که همه مؤلفه‌ها به جز صمیمیت معنوی پیش‌بین کیفیت زندگی بودند و بیشترین رابطه با صمیمیت جنسی بود. رابطه همه مؤلفه‌ها کیفیت زندگی مثبت بود. بدین معنی که هر چه صمیمیت زناشویی افزایش پیدا می‌کند کیفیت زندگی نیز افزایش پیدا می‌کند. نتیجه و یافته‌های این فرضیه با نتیجه پژوهش‌های حیدری و نداف (۱۳۹۵)، جینگ و همکاران (۲۰۲۱)، سئو و همکاران (۲۰۲۰) و اوه و هوانگ (۲۰۱۸) همسو می‌باشد. از دلایل تغییر صمیمیت و به تبع آن کاهش تعداد و کیفیت عملکرد جنسی زوج‌ها، بیماری‌های جسمانی است که می‌تواند آسیبی عمیق بر روان و هیجان‌های فرد وارد کند و یکی از مهم‌ترین آسیب‌های جسمی در این زمینه، سرطان است (میسرا و همکاران، ۲۰۱۹). پس از آگاهی زنان از وجود سرطان پستان، زندگی آن‌ها از تمام جنبه‌ها تحت تأثیر قرار می‌گیرد، یکی از جنبه‌های مهم عملکرد جنسی و ارتباط با همسر است که به تدریج موجب کاسته شدن از صمیمیت زناشویی آن‌ها خواهد شد (کیم و همکاران، ۲۰۲۰). برنامه‌هایی که صمیمیت زناشویی را در بین بازماندگان سرطان پستان افزایش می‌دهد، تأثیرات مثبتی بر جنبه رضایت از جسم، رابطه با همسر و جنبه‌های اجتماعی زندگی زنان بازمانده از سرطان پستان دارد (سئو و همکاران، ۲۰۲۰).

نتایج خلاصه رگرسیون نشان داد که واریانس کیفیت زندگی توسط مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان و صمیمیت زناشویی قابل‌پیش‌بینی است و به ترتیب مؤلفه سازگارانه و ناسازگارانه مهم‌ترین پیش‌بین‌های کیفیت زندگی هستند. صمیمیت عقلانی و جنسی مهم‌ترین پیش‌بین‌های کیفیت زندگی از بین مؤلفه‌های صمیمیت زناشویی بودند. نتیجه و یافته‌های این فرضیه با نتیجه پژوهش ربانی‌زاده و بهزادی‌پور (۱۳۹۶)، کواس و همکاران (۲۰۲۰)، سئو و همکاران (۲۰۲۰)، همسو می‌باشد. سرطان پستان و روش‌های درمان می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را به طرق مختلف تحت تأثیر قرار دهد. درمان می‌تواند کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، یعنی سلامت

جسمی و روانی درک شده فرد را با کاهش علائم سرطان بهبود بخشد، یا به واسطه عوارض جانبی تأثیر منفی داشته باشد (جاگر و همکاران، ۲۰۲۳). اکثر زنان دارای سرطان پستان در طول درمان با عوارض جانبی مرتبط با ظاهر مواجه می‌شوند و این تغییرات ناشی از درمان منجر به علائم فیزیکی و ناراحتی روانی می‌شود و در نتیجه عملکرد اجتماعی، رفاه روانی (مانند افسردگی) و کیفیت زندگی آن‌ها را به‌طور جدی تحت تأثیر قرار می‌دهد (سان و همکاران، ۲۰۲۳). راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجان بیماران را در برابر عوامل برهم‌زننده سلامت جسمی و روانی محافظت می‌نماید و باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود. اجرای مداخلات شناختی رفتاری باهدف دستیابی به راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگاران، اثرات مثبتی بر بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به سرطان پستان خواهد داشت (کواس و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر این، تشخیص سرطان پستان نه تنها برای بیمار بلکه برای همسر وی نیز یک شوک تلقی می‌شود (سئو و همکاران، ۲۰۲۰). صمیمیت جنسی منجر به روابط زناشویی قوی، ارضا نیازهای شریک می‌شود و صمیمیت عقلانی موجب درک عقاید، دیدن دنیا از چشم‌انداز طرف مقابل می‌شود که نیاز به همدلی بالا دارد. صمیمیت منجر به روابط زناشویی قوی و رضایت زناشویی می‌شود. افرادی که روابط صمیمی دارند از مهارت‌های بین فردی مانند گوش دادن، روابط شفاف، مذاکره، مدیریت صحیح عصبانیت و ... بهره می‌برند (نداف و همکاران، ۱۳۸۵). در شرایط سخت بیماری سرطان پستان صمیمیت زناشویی موجب درک شرایط سخت بیماری فرد مبتلا، هزینه‌های سنگین درمان، درمیان‌گذاشتن احساسات مثل ترس از پیشرفت بیماری، جراحی، آینده نامشخص می‌شود که موجب افزایش کیفیت زندگی فرد است. صمیمیت زناشویی باید در ارائه مداخلات پرستاری برای بیماران جوان سرطان پستان در نظر گرفته شود (اوه و همکاران، ۲۰۱۸).

نتیجه‌گیری می‌شود که تنظیم شناختی هیجان و صمیمیت زناشویی هردو در کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه نقش دارند و مؤلفه سازگاران و ناسازگاران تنظیم شناختی هیجان مهم‌ترین پیش‌بین‌های کیفیت زندگی هستند. صمیمیت عقلانی و جنسی مهم‌ترین پیش‌بین‌های کیفیت زندگی از بین مؤلفه‌های صمیمیت زناشویی بودند. در این افراد صمیمیت زناشویی نقش مهمی در کیفیت زندگی آنان دارد؛ زیرا این بیماری رابطه با همسر و ترس از تغییر شکل بدن را تحت تأثیر قرار می‌دهد که داشتن صمیمیت بالای زناشویی به میزان زیادی بر کیفیت زندگی آنان اثرگذار است. تنظیم شناختی هیجان کارکرد بسیار مهم و سازنده‌ای در سازگاری ما با رویدادهای استرس‌زای زندگی مانند سرطان پستان دارد و به افراد این کمک و یاری را می‌رساند

که در پذیرش و سازگاری با این موقعیت و رضایت از خود بهتر عمل کنند و در نتیجه کیفیت زندگی بالاتری را تجربه کنند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش این بود که به علت وجود کووید ۱۹ در سال ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲ دسترسی به نمونه مشکل بود و مجبور به استفاده از پرسشنامه‌های آنلاین بودیم لذا نمونه محدود به گروهی می‌شد که بیشتر از ابزار الکترونیکی استفاده می‌کردند. همچنین به دلیل آسیب‌پذیر بودن بیماران سرطانی در مراحل ۳ و بالاتر در زمان شیوع کووید ۱۹، نمونه محدود به بیماران در مرحله ۱ و ۲ شد. بیماران به دلیل خستگی ناشی از درمان گاه‌ها همکاری لازم را نداشتند. باتوجه‌به نتیجه پژوهش، بنابراین مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجان و زوج‌درمانی متمرکز بر افزایش صمیمیت و همچنین گروه درمانی با گروه هم‌تایان برای مدیریت هیجانات توصیه می‌شود. به منظور کاهش هزینه‌ی درمان‌های روانشناختی برگزاری گروه درمانی برای بیماران مبتلا مناسب می‌باشد. همچنین کلاس‌های افزایش صمیمیت زناشویی برای زوجین برگزار شود. در ارائه مداخلات پرستاری برای بیماران سرطان پستان از حضور همسر حتما بهره ببرند. باتوجه‌به ماستکتومی و تأثیر آن بر رابطه و صمیمیت زناشویی، ضروری است بیماران مرحله‌های مختلف هم در تحقیقات دیگر مورد بررسی قرار بگیرند. همچنین بررسی وضع اقتصادی، اجتماعی، تعداد فرزندان و سابقه زندگی مشترک اطلاعات با ارزشی فراهم می‌کند. بررسی متغیرهای پژوهش در نمونه گسترده‌تر و فرهنگ‌های گوناگون قابلیت تعمیم نتایج را افزایش می‌دهد.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی از طریق اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. همچنین زمان تکمیل پرسش‌نامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش در هر زمان و ارائه اطلاعات فردی مختار بودند. پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد و با کد IR.IAU.CBT.REC.1402.139 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی به تصویب رسیده‌است. کد پایان‌نامه این مقاله ۱۰۱۱۲۲۰۰۷۵۹۲۹۰۶۶۵۰۲۳۱۶۲۷۳۴۱۰۰ و تاریخ صدور کد ۱۴۰۲/۰۲/۲۸ است.

مشارکت نویسندگان

در پژوهش حاضر خانم دکتر فاطمه صادقی با کد ارکید 0000-0002-9840-231X به عنوان استاد راهنما نظارت بر روند کلی پژوهش و نهایی‌سازی اصلاحات مقاله را بر عهده داشته‌اند.

نویسنده مقاله خانم فاطمه عبدی به عنوان با کد ارکید 0009-0001-7566-0770 تدوین طرح تحقیق، گردآوری داده‌های پژوهش، تحلیل و تفسیر یافته‌ها و نگارش متن مقاله را برعهده داشته‌اند.

تعارض منافع

نویسندگان اذعان دارند که در این مقاله هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.

سپاسگزاری

بدینوسیله از همکاری‌های دکتر مهدی عقلی در مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) که در اجرا و انجام پژوهش ما را یاری نمودند و کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان شرکت‌کننده در پژوهش کمال تشکر و قدردانی می‌شود. این مقاله بدون دریافت کمک مالی انجام شده است.

References

- Bagarozzi, D. A. (1997). Marital intimacy needs questionnaire: Preliminary report. *American Journal of Family Therapy*, 25 (3) , 285-290. [[Link](#)]
- Besharat, M. A. (2016). Cognitive emotion regulation questionnaire: instruction and scoring. [[Link](#)]
- Castro, E., Pereira, J. C., & Cardoso, J. S. (2023). Symmetry-based regularization in deep breast cancer screening. *Medical Image Analysis*, 83, 102690 and Mastery Registries. *Annals of surgical oncology*, 28(10) , 5535-5543. [[Link](#)]
- Ding, Z., Song, Q., Chu, J., Zou, T., Zheng, K., Liu, Z., ... & Yi, J. (2023). Application of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in Chinese Community Elderly. *Psychology Research and Behavior Management*, 829-839. [[Link](#)]
- Eslamiyan, S., Nouri Ghasemabadi, R., & Hasani, J. (2022). The Mediating Role of Maladaptive Cognitive Emotion Regulation Strategies in the Relationship between Metacognitive Beliefs and Test Anxiety. *Quarterly of Applied Psychology*, 16 (4): 111, 132, 2.. [[Link](#)]
- Fujisato, H., Ito, M., Berking, M., & Horikoshi, M. (2020). The influence of emotion regulation on posttraumatic stress symptoms among Japanese people. *Journal of Affective Disorders*, 277, 577-583. [[Link](#)]
- Gan, C., Lv, Y., Zhao, J., Chao, H. H., Li, C. R., Zhang, C., Yu, F., & Cheng, H. (2019). Neural correlates of chemotherapy-induced emotion regulation impairment in breast cancer patients. *American journal of cancer research*, 9(1) , 171-179. [[Link](#)]

- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire—development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41(6) , 1045-1053. [[Link](#)]
- Hosseini, S., Salehi, M., Jadidi, M., & Aghili, M. (2023). A Structural Model Explaining the Effect of Cognitive Emotion Regulation on the Fear of Cancer Recurrence in Breast Cancer Survivors: the Mediating Roles of Illness Perception and Psychological Well-being: Emotion regulation of FCR. *Archives of Breast Cancer*, 138-147. [[Link](#)]
- Jassim, G. A., Doherty, S., Whitford, D. L., & Khashan, A. S. (۲۰۲۳). Psychological interventions for women with non- metastatic breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1). [[Link](#)]
- Kardan-Souraki, M., Hamzehgardeshi, Z., Asadpour, I., Mohammadpour, R. A., & Khani, S. (2016). A Review of Marital Intimacy-Enhancing Interventions among Married Individuals. *Global journal of health science*, 8(8) , 53109. [[Link](#)]
- Kim, J., & Jang, M. (2020). Stress, social support, and sexual adjustment in married female patients with breast cancer in Korea. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 7(1) , 28-35. [[Link](#)]
- Kleijburg, A., Braal, C. L., Westenberg, J. D., Jager, A., Koolen, S. L., Mathijssen, R. H., ... & Penton, H. (2023). Health-related quality of life and productivity costs in breast cancer patients treated with tamoxifen in the Netherlands. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 158, 114158. [[Link](#)]
- Misra, S., Stevenson, A., Haroz, E. E., De Menil, V., & Koenen, K. C. (2019). ‘Global mental health’: systematic review of the term and its implicit priorities. *BJPsych open*, 5(3) , e47. [[Link](#)]
- Mohammadi, S. Y., & Ahmadi, S. (2018). Effectiveness of progressive relaxation and emotional regulation on quality of life of heart patients. *JQUMS*, 22(5), 59-69.[[Link](#)]
- Moladoost, A., Jabalameli, S., Sajjadih Khajouei, A., & Farzi, S. (2023). Cognitive Emotion Regulation Strategies on Self-care in Patients with Cardiovascular Disease: Investigating the Mediating Role of Self-compassion. *Journal of Isfahan Medical School*, 40(696), 957-965. [[Link](#)]
- Montazeri, A., Harirchi, I., Vahdani, M., Khaleghi, F., Jarvandi, S., Ebrahimi, M., & Haji-Mahmoodi, M. (1999). The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30): translation and validation study of the Iranian version. *Supportive Care in Cancer*, 7, 400-406. [[Link](#)]
- Montazeri, A., Harirchi, I., Vahdani, M., Khaleghi, F., Jarvandi, S., Ebrahimi, M., & Haji-Mahmoodi, M. (2000). The EORTC breast cancer-specific quality of life questionnaire (EORTC QLQ-BR23): translation and

- validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research*, 9, 177-184. [[Link](#)]
- Naddaf, S., & Heidari, A. (2017). The relationship between marital intimacy and quality of life. *Indian J Public Health Res Dev*, 8(4), 63. [[Link](#)]
- Najafi, F., Sahebalzamani, M., & Farahani, H. (2020). The effect of emotional regulation training on the sexual function and sexual satisfaction of women with multiple sclerosis (MS) referring to Iranian MS Research Center. *Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch*, 30(1), 92-100. [[Link](#)]
- Nikmanesh, Z., Khosravi, M., & HASANZADEH, Z. (2014). Relationship of humor sense with quality of life in cancer patients. [[Link](#)]
- Oh, Y. K., & Hwang, S. Y. (2018). Impact of uncertainty on the quality of life of young breast cancer patients: focusing on mediating effect of marital intimacy. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 48(1), 50-58. [[Link](#)]
- Refaee Saeedi ,N., Aghamohammadian Sharbaf ,H., Asghari Ebrahimabad ,MJ., Kareshki ,H. Psychological Consequences of Breast Cancer in Iran: A Meta-Analysis. *Iran J Public Health*. 2019;48(5):816-824. [[Link](#)]
- Rezaei, F., & Rezakhani, S. (2019). The role of cognitive emotion regulation strategies and coping styles in prediction of rumination in women (who referred to Health Houses of district 14 in Tehran). [[Link](#)]
- Rostami, M., Ehteshamzade, P., Asgari, P., & Alavi Fazel, S. K. (2022). Effectiveness of cognitive hypnotherapy on coping self-efficacy and cognitive emotion regulation components in obese women. *Shenakht J Psychol Psychiatry*, 9(1), 118-33. [[Link](#)]
- Safae, A., & Moghim Dehkordi, B. (2007). Validation study of a quality of life (QOL) questionnaire for use in Iran. *Asian Pac J Cancer Prev*, 8(4), 543-46. [[Link](#)]
- Saemi H, Basharat M A, AsgharnejadFarid A A. (2019). Predicting marital adjustment based on marital intimacy and deficit emotional regulate. *Journal of Psychological Science*. 18(78), 635-646. [[Link](#)]
- Seo, S. J., Nho, J. H., Lee, M., & Park, Y. (2020). Influence of lifestyle, depression, and marital intimacy on quality of life in breast cancer survivors. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 26(1), 28-36. [[Link](#)]
- Sprangers, M. A., Groenvold, M., Arraras, J. I., Franklin, J., te Velde, A., Muller, M., ... & Aaronson, N. K. (1996). The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a three-country field study. *Journal of clinical oncology*, 14(10), 2756-2768. [[Link](#)]
- Sun, F. K., Lu, C. Y., Yao, Y., & Chiang, C. Y. (2023). Social functioning, depression, and quality of life among breast cancer patients: A path analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, 62, 102237. [[Link](#)]

- Wang, Q., & Du, N. (2024). Relationship between kinesiophobia and quality of life among patients with breast cancer-related lymphedema: Chain-mediating effect of self-care and functional exercise compliance. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 11(1), 100346. [[Link](#)]
- Zadeh, M. R., & Pour, S. B. (2017). The study of type D personality and cognitive strategies of emotion regulation as predictors of happiness and quality of life in women with breast cancer. *Archives of Breast Cancer*, 64-69. [[Link](#)]
