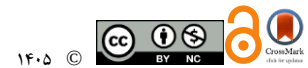


مقایسه اثربخشی بسته درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی زناشویی با درمان ذهن آگاهی بر سازگاری زناشویی زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان

مشخصات نویسندگان:



تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.
انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است.

۱. زهره زادحسن: گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
۲. مریم غلامزاده جفره: گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
۳. کبری کاظمیان مقدم: گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران

*پست الکترونیکی نویسنده مسئول: maryam.jofreh@iau.ac.ir

شیوه استناددهی: زادحسن، زهره، غلامزاده جفره، مریم، و کاظمیان مقدم، کبری. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی بسته درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی زناشویی با درمان ذهن آگاهی بر سازگاری زناشویی زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان. *سنجش، ارزیابی و مداخلات زوج درمانی*، ۳(۱)، ۱-۲۱.

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی بسته درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی زناشویی با درمان ذهن آگاهی بر سازگاری زناشویی زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان بود. پژوهش حاضر از نوع کمی، نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری شامل زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر بابل بود که حداقل یک سال از تشخیص بیماری آنان گذشته بود. نمونه پژوهش شامل ۶۰ نفر بود که به روش هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۲۰ نفره شامل گروه بسته درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی زناشویی، گروه درمان ذهن آگاهی و گروه گواه جایگزین شدند. گروه نخست ۱۱ جلسه بسته درمانی و گروه دوم ۸ جلسه درمان ذهن آگاهی دریافت کرد و گروه گواه مداخله ای دریافت نکرد. داده ها با مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر گردآوری و با تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شد. نتایج تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که اثر گروه، اثر زمان و اثر تعاملی گروه و زمان بر نمره کل سازگاری زناشویی معنادار بود ($F=۶۸.۷۸$, $p<۰.۰۰۱$, $\eta^2=۰.۷۱$)؛ همچنین اثر تعاملی گروه و زمان در مؤلفه های سازگاری، پیوستگی، توافق و ابراز محبت نیز معنادار بود. نتایج بونفرونی نشان داد تفاوت پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری در هر دو گروه آزمایش معنادار بود، اما شدت بهبود در گروه بسته درمانی بیشتر از گروه ذهن آگاهی بود. هر دو مداخله موجب بهبود معنادار و پایدار سازگاری زناشویی زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان شدند، اما بسته درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی زناشویی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان ذهن آگاهی داشت.

واژگان کلیدی: سرطان پستان، سازگاری زناشویی، درمان ذهن آگاهی، کیفیت زندگی زناشویی، زنان متأهل

Comparison of the Effectiveness of a Marital Quality of Life-Based Therapeutic Package and Mindfulness Therapy on Marital Adjustment in Married Women with Breast Cancer



© 2026 the authors. This is an open access article under the terms of the [CC BY-NC 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) License.

Authors' Information:

1. Zohreh Zadhasan: Department of Counseling, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
2. Maryam Gholamzadeh Jofreh*: Department of Counseling, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
3. Kobra Kazemian Moghadam: Department of Psychology, Dez.C., Islamic Azad University, Dezful, Iran

Corresponding author's email: maryam.jofreh@iau.ac.ir

How to cite: Zadhasan, Z., Gholamzadeh Jofreh, M., & Kazemian Moghadam, K. (2026). Comparison of the Effectiveness of a Marital Quality of Life-Based Therapeutic Package and Mindfulness Therapy on Marital Adjustment in Married Women with Breast Cancer. *Couple Therapy Assessment, Evaluation, and Intervention*, 3(1), 1-21.

Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of a marital quality of life-based therapeutic package and mindfulness therapy on marital adjustment in married women with breast cancer. This quantitative quasi-experimental study used a pretest, posttest, and follow-up design with a control group. The statistical population consisted of married women with breast cancer who referred to treatment centers in Babol and had been diagnosed at least one year before participation. Sixty eligible women were selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups of 20 participants: the marital quality of life-based therapeutic package group, the mindfulness therapy group, and the control group. The first experimental group received an 11-session therapeutic package, the second experimental group received eight sessions of mindfulness therapy, and the control group received no intervention during the study period. Data were collected using Spanier's Dyadic Adjustment Scale and analyzed using mixed repeated-measures analysis of variance and Bonferroni post-hoc tests in SPSS version 22. The mixed repeated-measures analysis showed significant main effects of group and time and a significant group-by-time interaction for total marital adjustment ($F=68.78$, $p<0.001$, $\eta^2=0.71$; $F=142.15$, $p<0.001$, $\eta^2=0.71$; $F=38.17$, $p<0.001$, $\eta^2=0.57$). The group-by-time interaction was also significant for the components of adjustment, cohesion, consensus, and affectional expression. Bonferroni results indicated significant differences between pretest and posttest and between pretest and follow-up in both experimental groups, whereas posttest-follow-up differences were not significant. The magnitude of improvement was greater in the therapeutic package group than in the mindfulness therapy group. Both interventions significantly and sustainably improved marital adjustment in married women with breast cancer; however, the marital quality of life-based therapeutic package was more effective than mindfulness therapy.

Keywords: Breast Cancer, Marital Adjustment, Mindfulness Therapy, Marital Quality of Life, Married Women

سرطان پستان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده در میان زنان است که پیامدهای آن صرفاً به ابعاد جسمانی محدود نمی‌شود، بلکه می‌تواند ابعاد روان‌شناختی، هیجانی، خانوادگی و زناشویی زندگی فرد را نیز تحت تأثیر قرار دهد. تشخیص سرطان پستان برای بسیاری از زنان با تجربه‌هایی مانند ترس از مرگ، نگرانی درباره آینده، تغییر تصویر بدنی، کاهش احساس جذابیت، نگرانی از تداوم نقش‌های خانوادگی و تغییر در کیفیت ارتباط با همسر همراه است. در چنین شرایطی، رابطه زناشویی یکی از مهم‌ترین بسترهای حمایتی برای بیمار محسوب می‌شود؛ زیرا همسر می‌تواند نقش مهمی در پذیرش بیماری، کاهش فشار روانی، سازگاری با درمان و حفظ امید ایفا کند. با این حال، بیماری می‌تواند خود به منبعی برای تنش زناشویی تبدیل شود و الگوهای ارتباطی، صمیمیت، توافق، حمایت عاطفی و مشارکت زوجین را دچار تغییر کند. از این رو، بررسی سازگاری زناشویی در زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا این سازگاری می‌تواند نشان‌دهنده توانایی زوجین در حفظ تعادل رابطه، مدیریت فشارهای ناشی از بیماری و بازسازی کیفیت تعاملات زناشویی در شرایط دشوار باشد.

سازگاری زناشویی مفهومی چندبعدی است که به میزان هماهنگی، رضایت، توافق، پیوستگی و ابراز عاطفه میان زوجین اشاره دارد. این مفهوم تنها به نبود تعارض محدود نمی‌شود، بلکه کیفیت تعاملات روزمره، توانایی گفت‌وگو درباره نیازها، تصمیم‌گیری مشترک، حمایت متقابل و حفظ صمیمیت در شرایط فشارزا را نیز دربرمی‌گیرد. بر اساس تعریف‌های جدید، سازگاری زناشویی فرایندی پویا است که در طول زمان و تحت تأثیر شرایط فردی، خانوادگی و اجتماعی تغییر می‌کند و می‌تواند یکی از شاخص‌های مهم سلامت رابطه زوجین به شمار رود (Bertoni et al., 2024). هنگامی که یک بیماری مزمن مانند سرطان پستان وارد زندگی زناشویی می‌شود، این فرایند پویاتر و پیچیده‌تر می‌شود؛ زیرا زوجین ناچارند هم‌زمان با دغدغه‌های درمانی، تغییرات روانی، محدودیت‌های جسمانی و فشارهای خانوادگی نیز مقابله کنند. بنابراین، سازگاری زناشویی در این گروه از زنان نه تنها یک متغیر رابطه‌ای، بلکه شاخصی از ظرفیت خانواده برای مواجهه با بحران بیماری است.

مطالعات مربوط به زنان مبتلا به سرطان پستان نشان داده‌اند که وضعیت زناشویی و کیفیت ارتباط با همسر در تجربه بیماری نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. پژوهش‌های مبتنی بر رویکرد زوج‌محور نشان می‌دهند که رضایت زناشویی، ارتباط با شریک زندگی و پذیرش بیماری در زوج‌هایی که با سرطان پستان مواجه هستند، ارتباط نزدیکی با یکدیگر دارند و نمی‌توان تجربه روانی بیمار را جدا از بافت رابطه زناشویی تحلیل کرد (Krok et al., 2023). در همین راستا، شواهد جدید نشان داده‌اند که ارتباط همدلانه، حمایت ادراک‌شده از سوی همسر و کیفیت رابطه زناشویی می‌توانند در وضعیت روانی و رابطه‌ای زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان نقش مهمی داشته باشند (KavehFarsani & Worthington Jr, 2024). همچنین تحلیل پروفایل‌های نهفته در بیماران مبتلا به سرطان پستان نشان داده است که سازگاری زناشویی در این بیماران یک وضعیت همگن و یکسان نیست، بلکه الگوهای متفاوتی از سازگاری وجود دارد و عوامل فردی و رابطه‌ای می‌توانند در شکل‌گیری این الگوها اثرگذار باشند (Chen et al., 2024). این یافته‌ها نشان می‌دهد که زنان مبتلا به سرطان پستان از نظر نیازهای زناشویی و مداخله‌ای یکسان نیستند و برنامه‌های درمانی باید به ابعاد اختصاصی رابطه زوجین توجه کنند.

یکی از مسائل مهم در زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان، تغییر در تجربه صمیمیت و ارتباط عاطفی با همسر است. درمان‌های جسمانی، تغییرات ظاهری، خستگی، درد، اضطراب عود بیماری و نگرانی از آینده می‌توانند بر احساس زن نسبت به خود و رابطه زناشویی اثر بگذارند. از سوی دیگر، اگر همسر نتواند به شکل مناسب واکنش نشان دهد یا اگر زوجین مهارت کافی برای گفت‌وگو درباره ترس‌ها، نیازها و انتظارات خود نداشته باشند، احتمال کاهش سازگاری زناشویی افزایش می‌یابد. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که تنظیم هیجان و صمیمیت زناشویی با وضعیت زنان مبتلا به سرطان پستان ارتباط دارد و زنانی که توانایی بیشتری در مدیریت هیجان‌ها و حفظ صمیمیت دارند، می‌توانند شرایط بیماری را با پیامدهای رابطه‌ای کمتری تجربه کنند (Abedi & Sadeghi, 2024). همچنین پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه زوج‌درمانی نشان داده‌اند که مداخله‌های متمرکز بر هیجان می‌توانند در زوج‌هایی که یکی از همسران با سرطان پستان مواجه است، تعهد زناشویی و تنظیم هیجان بین‌فردی را بهبود دهند (Mobaraki & Esmkhani Akbarinejad, 2024). بنابراین، مداخله در حوزه سازگاری زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان باید هم به جنبه‌های شناختی و هیجانی فرد و هم به کیفیت تعامل زوجین توجه کند.

در ادبیات خانواده، کیفیت رابطه زناشویی و سازگاری زناشویی تحت تأثیر عوامل متعددی مانند تاب‌آوری، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، تمایزافتگی خود، بخشش، تعهد زناشویی، ارتباط صمیمانه و ظرفیت تنظیم هیجان قرار دارد. برای مثال، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کیفیت رابطه و سازگاری زناشویی در زنان متأهل را می‌توان بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و تاب‌آوری پیش‌بینی کرد (Pour Meqdad et al., 2024). همچنین تمایزافتگی خود به‌عنوان یکی از سازه‌های مهم در نظریه‌های خانواده‌درمانی، با کیفیت زناشویی رابطه دارد و سازگاری زوجی می‌تواند در این ارتباط نقش میانجی ایفا کند (TÖNÜL & Özdemir, 2023). در همین راستا، یافته‌ها نشان داده‌اند که تعهد زناشویی می‌تواند رابطه میان بخشش، دشواری‌های هیجانی و کیفیت ازدواج را تبیین کند (Moghaddam et al., 2024). این شواهد حاکی از آن است که سازگاری زناشویی حاصل مجموعه‌ای از فرایندهای شناختی، هیجانی، ارتباطی و تعهدی است و مداخلات درمانی مؤثر باید بتوانند این فرایندها را به‌صورت هم‌زمان هدف قرار دهند.

اهمیت سازگاری زناشویی تنها به رابطه زوجین محدود نمی‌شود، بلکه با سلامت روان نیز ارتباط دارد. پژوهش‌های طولی نشان داده‌اند که کیفیت زناشویی و فروپاشی رابطه می‌تواند با اختلالات اضطرابی در ارتباط باشند و کیفیت پایین رابطه زناشویی ممکن است زمینه‌ساز افزایش آسیب‌پذیری روان‌شناختی شود (Whisman & Collazos, 2023). از سوی دیگر، پژوهش‌های حوزه روابط زوجی نشان می‌دهند که نارسایی در بیان و فهم هیجان‌ها می‌تواند از طریق کاهش ارتباط صمیمانه و افزایش احساس تنهایی، کیفیت زناشویی را تضعیف کند (Frye-Cox & Hesse, 2013). هرچند در پژوهش حاضر تمرکز اصلی بر سازگاری زناشویی است، این پیشینه نشان می‌دهد که کیفیت رابطه زوجین در بستر هیجان، ارتباط و حمایت متقابل شکل می‌گیرد و ضعف در هر یک از این حوزه‌ها می‌تواند پیامدهای زناشویی مهمی داشته باشد. در زنان مبتلا به سرطان پستان، این مسئله اهمیت بیشتری می‌یابد؛ زیرا بیماری می‌تواند نیاز به ارتباط هیجانی و حمایت همسر را افزایش دهد و در عین حال، توانایی زوجین برای پاسخ‌گویی به این نیازها را با چالش روبه‌رو کند.

با توجه به پیچیدگی تجربه سرطان پستان، مداخلات زوج محور و رابطه محور در سال های اخیر بیش از گذشته مورد توجه قرار گرفته اند. مرور نظام مند و فراتحلیل مداخله های زوج محور برای زنان مبتلا به سرطان های دستگاه تناسلی و سرطان پستان نشان داده است که این مداخله ها می توانند پیامدهای زناشویی زنان و همسران آنان را بهبود دهند و توجه به زوج به عنوان یک واحد درمانی، رویکردی مؤثر در مواجهه با پیامدهای رابطه ای سرطان است (Zahedi et al., 2024). همچنین یافته های مربوط به زوج هایی که با سرطان پستان مواجه هستند نشان می دهد رضایت زناشویی، ارتباط با شریک زندگی و پذیرش بیماری در تعامل با یکدیگر قرار دارند و تقویت ارتباط زوجین می تواند نقش مهمی در سازگاری با بیماری داشته باشد (Krok et al., 2025). بنابراین، رویکردهای درمانی که به جای تمرکز صرف بر فرد بیمار، رابطه زناشویی، حمایت همسر، گفت و گوی زوجین و بازسازی صمیمیت را هدف قرار می دهند، می توانند برای این گروه از زنان سودمند باشند.

یکی از رویکردهای قابل استفاده در این حوزه، بسته درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی زناشویی است؛ بسته ای که می تواند با تمرکز بر مؤلفه هایی مانند آگاهی از اثرات روانی بیماری، تنظیم هیجان، بازسازی شناختی، پذیرش بدن، معنایابی، مهارت های ارتباطی، صمیمیت، حمایت خانوادگی و خودمراقبتی، زمینه بهبود سازگاری زناشویی را فراهم کند. منطق چنین مداخله ای آن است که سرطان پستان ابعاد مختلف زندگی زن و رابطه زناشویی او را درگیر می کند و بنابراین مداخله نیز باید چندبعدی باشد. چنین رویکردی با یافته هایی همسو است که نشان می دهند عوامل هیجانی، معنوی، ارتباطی و شناختی می توانند در کیفیت زندگی زناشویی و کیفیت رابطه زوجین نقش داشته باشند (Ashouri et al., 2023). همچنین مطالعات درمانی در حوزه خانواده نشان داده اند که مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد می توانند بر فرسودگی زوجی، دشواری های هیجانی و ابعاد مرتبط با زندگی زناشویی اثرگذار باشند (Sadeghi et al., 2021). اگرچه ساختار و محتوای مداخلات متفاوت است، وجه مشترک آن ها تأکید بر پذیرش، بازنگری شناختی، تنظیم هیجان و بهبود ارتباط میان زوجین است.

درمان ذهن آگاهی نیز یکی از مداخلات روان شناختی مهم در حوزه بیماری های مزمن و مشکلات رابطه ای است. ذهن آگاهی از طریق افزایش توجه به لحظه حال، کاهش قضاوت نسبت به تجربه های درونی، تقویت پذیرش و کاهش واکنش پذیری هیجانی می تواند به فرد کمک کند تا در برابر افکار نگران کننده، هیجان های ناخوشایند و فشارهای رابطه ای پاسخ سازگارانه تری نشان دهد. در زنان مبتلا به سرطان پستان، این درمان می تواند به کاهش درگیری ذهنی با نگرانی های بیماری، افزایش پذیرش تغییرات جسمانی و بهبود کیفیت حضور فرد در رابطه زناشویی کمک کند. از منظر رابطه ای، ذهن آگاهی می تواند زمینه گفت و گوی آرام تر، کاهش واکنش های تکانشی، افزایش تحمل هیجان و توجه بیشتر به نیازهای خود و همسر را فراهم سازد. شواهد مربوط به مداخلات روان شناختی و زوجی نشان داده اند که درمان های شناختی - رفتاری و زناشویی می توانند سازگاری زناشویی و کیفیت رابطه را در زوجین بهبود دهند (Kavitha et al., 2024). همچنین اثربخشی زوج درمانی راه حل محور بر سازگاری، صمیمیت و کیفیت زندگی زناشویی در زنان دارای همسران درگیر با مشکلات اعتیاد گزارش شده است که نشان می دهد رویکردهای کوتاه مدت و مهارت محور می توانند در ارتقای کارکرد رابطه زناشویی مؤثر باشند (Sohrabi Azandaryani & Mirshahi, 2024).

در کنار پژوهش‌های مربوط به سرطان پستان، مطالعات انجام‌شده در سایر بیماری‌های مزمن نیز نشان می‌دهد که سازگاری زناشویی در شرایط بیماری، عاملی مهم در کیفیت زندگی خانوادگی و روانی است. برای نمونه، در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا، سازگاری زناشویی با کیفیت زندگی ارتباط دارد و نشان می‌دهد که تجربه بیماری مزمن در بستر رابطه زناشویی معنا پیدا می‌کند (Pereira et al., 2025). این یافته را می‌توان به‌صورت نظری به وضعیت زنان مبتلا به سرطان پستان نیز تعمیم داد؛ زیرا هر دو وضعیت با فشار طولانی‌مدت، تغییر در نقش‌های خانوادگی، نیاز به حمایت همسر و ضرورت بازسازی زمان‌دهی زندگی روزمره همراه هستند. از این رو، مداخله‌هایی که بتوانند درک متقابل، صمیمیت، توافق، حمایت و توانایی حل مسئله زوجین را تقویت کنند، احتمالاً نقش مهمی در بهبود سازگاری زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان خواهند داشت.

با وجود گسترش مطالعات مربوط به سرطان پستان و پیامدهای روان‌شناختی آن، همچنان نیاز به پژوهش‌هایی وجود دارد که به‌طور مشخص اثربخشی مداخله‌های زناشویی و روان‌شناختی را بر سازگاری زناشویی این گروه از زنان مقایسه کنند. بسیاری از پژوهش‌های پیشین یا به بررسی رابطه میان متغیرهای فردی و زناشویی پرداخته‌اند، یا اثربخشی یک مداخله را به‌صورت جداگانه بررسی کرده‌اند؛ در حالی که مقایسه دو رویکرد درمانی می‌تواند به شناسایی مداخله مناسب‌تر برای زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان کمک کند. از یک سو، بسته درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی زناشویی با تمرکز مستقیم بر ابعاد رابطه، صمیمیت، ارتباط و نقش‌های خانوادگی طراحی شده و از سوی دیگر، درمان ذهن‌آگاهی با تمرکز بر پذیرش، آگاهی لحظه‌ای و تنظیم واکنش‌های هیجانی می‌تواند به شکل غیرمستقیم بر رابطه زناشویی اثر بگذارد. بنابراین، مقایسه این دو مداخله از نظر اثرگذاری بر سازگاری زناشویی می‌تواند هم از نظر نظری و هم از نظر کاربردی برای حوزه روان‌شناسی سلامت، زوج‌درمانی و مراقبت‌های حمایتی سرطان اهمیت داشته باشد.

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی بسته درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی زناشویی با درمان ذهن‌آگاهی بر سازگاری زناشویی زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، یک مطالعه کمی نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر بابل بود که حداقل یک سال از زمان تشخیص بیماری آنان گذشته بود. نمونه پژوهش شامل ۶۰ نفر از زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند و سپس به‌صورت تصادفی در سه گروه ۲۰ نفره شامل گروه آزمایش اول، گروه آزمایش دوم و گروه گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش اول بسته درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی زناشویی را دریافت کرد، گروه آزمایش دوم تحت درمان ذهن‌آگاهی قرار گرفت و گروه گواه در طول دوره اجرای پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد. سنجش متغیر وابسته، یعنی سازگاری زناشویی، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری انجام شد. مرحله پیش‌آزمون پیش از شروع مداخلات، مرحله پس‌آزمون بلافاصله پس از پایان

جلسات درمانی، و مرحله پیگیری سه ماه پس از اجرای پس‌آزمون انجام گرفت. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل زن بودن، تأهل، ابتلا به سرطان پستان به مدت دست‌کم یک سال، سکونت در شهر بابل، داشتن حداقل تحصیلات دوره سیکل، برخورداری از توانایی جسمی و روانی لازم برای حضور در جلسات، تمایل به شرکت در برنامه درمانی، ارائه رضایت آگاهانه، و شرکت نداشتن هم‌زمان در برنامه‌های آموزشی یا درمانی مشابه بود. ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه، انصراف از ادامه همکاری، یا بروز هرگونه وضعیت جسمی یا روانی بود که ادامه حضور فرد در جلسات را با دشواری جدی همراه می‌کرد. پیش از ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش، اهداف مطالعه، نحوه اجرای جلسات، محرمانه ماندن اطلاعات، اختیاری بودن شرکت در پژوهش و امکان خروج از مطالعه در هر زمان برای آنان توضیح داده شد و پس از دریافت رضایت آگاهانه، فرایند پژوهش آغاز گردید.

برای گردآوری داده‌ها از مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر استفاده شد. مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر در سال ۱۹۷۶ طراحی شده و یکی از ابزارهای پرکاربرد برای سنجش کیفیت عملکرد رابطه زوجین از نظر میزان توافق، انسجام، رضایت و ابراز محبت در رابطه زناشویی است. این ابزار دارای ۳۲ سؤال است و چهار بعد توافق زناشویی، پیوستگی یا انسجام زناشویی، رضایت زناشویی و ابراز محبت را ارزیابی می‌کند. دامنه نمره کل این مقیاس از ۰ تا ۱۵۱ است و کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده سازگاری زناشویی مطلوب‌تر است. این مقیاس در مطالعات مختلف داخلی و خارجی مورد استفاده قرار گرفته و شاخص‌های روان‌سنجی آن تأیید شده است. در مطالعات پیشین، آلفای کرونباخ کل مقیاس در سطح مطلوب گزارش شده و ضرایب همسانی درونی ابعاد آن نیز نشان‌دهنده پایایی مناسب ابزار بوده است. همچنین، روایی همزمان و ملاکی این مقیاس در پژوهش‌های مختلف بررسی و تأیید شده است. در پژوهش حاضر، این مقیاس در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای هر سه گروه اجرا شد تا تغییرات سازگاری زناشویی شرکت‌کنندگان پس از مداخلات و در دوره پیگیری بررسی شود.

بسته درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی زناشویی برای گروه آزمایش اول در ۱۱ جلسه اجرا شد. هر جلسه با مرور کوتاه جلسه قبل و بررسی تکلیف خانگی آغاز می‌شد، سپس محتوای درمانی اصلی ارائه می‌گردید و در پایان جلسه، جمع‌بندی و تکلیف متناسب با هدف جلسه ارائه می‌شد. در جلسه نخست، هدف اصلی ایجاد اتحاد درمانی، آشنایی اعضا با روند درمان، معرفی اهداف مداخله، کاهش اضطراب اولیه و فراهم کردن فضای امن برای بیان تجربه‌ها و نگرانی‌های زناشویی مرتبط با ابتلا به سرطان پستان بود. در جلسه دوم، واکنش‌های طبیعی به ترس و اضطراب، مفهوم تنظیم هیجان و تمرین تنفس آرام آموزش داده شد و از شرکت‌کنندگان خواسته شد هیجانات روزانه خود را ثبت کنند. در جلسه سوم، افکار خودکار منفی، ارتباط فکر، هیجان و رفتار، و بازسازی شناختی نگرانی‌های مرتبط با بیماری آموزش داده شد. در جلسه چهارم، شرکت‌کنندگان با نقش ویژگی‌های شخصیتی در واکنش‌های هیجانی و روابط زناشویی آشنا شدند و موقعیت‌هایی را که این ویژگی‌ها بر رفتار آنان اثر گذاشته بود بررسی کردند. در جلسه پنجم، احساسات مرتبط با تغییرات بدنی، پذیرش بدن، بازتعریف هویت زنانه و تمرین ذهن‌آگاهی بدنی مورد توجه قرار گرفت. جلسه ششم به آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و تحمل پریشانی مانند مشاهده بدون قضاوت، آرام‌سازی حسی و کاربرد مهارت‌ها در موقعیت‌های استرس‌زا اختصاص داشت. در جلسه هفتم، ارزش‌های زندگی، معنایابی در تجربه بیماری، امید و تمرین شکرگزاری بررسی شد. در جلسه هشتم، مهارت‌های ارتباطی از جمله گوش دادن فعال، بیان احساسات، استفاده از پیام‌های

مبتنی بر «من» و گفت‌وگوی صادقانه با همسر درباره نیازهای عاطفی آموزش داده شد. در جلسه نهم، تأثیر بیماری بر صمیمیت زناشویی بررسی شد و راهکارهایی برای تقویت صمیمیت عاطفی و بازسازی تدریجی صمیمیت در رابطه ارائه گردید. در جلسه دهم، نقش‌های خانوادگی، درخواست حمایت، تقسیم وظایف، شبکه‌های حمایتی و باورهای مرتبط با فشارهای اقتصادی و خانوادگی بررسی شد. جلسه یازدهم به مرور مهارت‌های آموخته‌شده، طراحی برنامه خودمراقبتی، شناسایی نشانه‌های هشداردهنده، تقویت منابع حمایتی و پایان‌بندی درمان اختصاص یافت. هدف کلی این مداخله، ارتقای سازگاری زناشویی از طریق افزایش آگاهی هیجانی و ارتباطی، اصلاح افکار ناکارآمد، بهبود پذیرش خود، تقویت صمیمیت، افزایش حمایت زناشویی و خانوادگی، و تثبیت مهارت‌های مقابله‌ای در زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان بود.

درمان ذهن آگاهی برای گروه آزمایش دوم بر اساس رویکرد کابات‌زین و همکاران، در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد. ساختار کلی جلسات شامل مرور تجربه‌های هفته قبل، آموزش مفاهیم مرتبط با ذهن آگاهی، اجرای تمرین‌های عملی، بحث درباره تجربه شرکت‌کنندگان و ارائه تمرین خانگی بود. در جلسه نخست، تمرین وارسی بدن، مراقبه، حرکات هوشیارانه و تنفس سه‌دقیقه‌ای آموزش داده شد و شرکت‌کنندگان تمرین کردند که در فعالیت‌های روزمره به تجربه‌های حسی لحظه‌به‌لحظه خود توجه کنند. در جلسه دوم، ثبت رویدادهای خوشایند روزانه و توجه به احساس‌های بدنی، افکار و حالت‌های هیجانی هنگام تجربه این رویدادها آموزش داده شد تا افراد بتوانند توجه خود را بر لحظه اکنون متمرکز کنند. در جلسه سوم، همین فرایند در ارتباط با رویدادهای ناخوشایند اجرا شد و شرکت‌کنندگان یاد گرفتند که تجربه‌های دشوار روزمره را بدون اجتناب و با تمرکز بر مشاهده ذهن آگاهانه بررسی کنند. در جلسه چهارم، شرکت‌کنندگان با نقش تفسیرهای ذهنی در شکل‌گیری هیجانات آشنا شدند و از طریق تمرین تجسم یک موقعیت ناخوشایند، ارتباط میان موقعیت، فکر و احساس را تجربه کردند. در جلسه پنجم، پذیرش تجربه‌های ناخوشایند، مشاهده بدون قضاوت، کاهش واکنش‌های عادی و مواجهه ذهن آگاهانه با افکار و احساسات آموزش داده شد. در جلسه ششم، تأثیر متقابل افکار و احساسات بررسی شد و مهارت‌هایی مانند تنفس آگاهانه، مراقبه نشسته و استفاده از تجربه‌های حسی برای ماندن در لحظه حال تمرین گردید. در جلسه هفتم، بر این اصل تأکید شد که افکار، واقعیت قطعی نیستند و شرکت‌کنندگان آموختند چگونه افکار منفی را مشاهده کنند، بدون آنکه الزاماً بر اساس آن‌ها عمل کنند. در جلسه هشتم، مهارت‌های آموخته‌شده مرور شد و شرکت‌کنندگان برای ادامه تمرین‌های ذهن آگاهی در زندگی روزمره و استفاده از این مهارت‌ها در موقعیت‌های تنش‌زای زناشویی و بیماری آماده شدند. هدف این مداخله، افزایش توجه آگاهانه، کاهش واکنش‌پذیری هیجانی، تقویت پذیرش تجربه‌های درونی، بهبود خودتنظیمی و در نتیجه کمک به ارتقای سازگاری زناشویی در زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان بود.

داده‌های پژوهش پس از گردآوری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ شد و مورد تحلیل قرار گرفت. در سطح آمار توصیفی، برای توصیف ویژگی‌های داده‌ها از شاخص‌هایی مانند میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. در سطح آمار استنباطی، با توجه به وجود سه گروه و سه مرحله اندازه‌گیری، از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثر زمان، اثر گروه و اثر تعاملی زمان و گروه بر سازگاری زناشویی استفاده شد. پیش از اجرای آزمون اصلی، مفروضه‌های آماری لازم بررسی گردید. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک، برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین، و برای بررسی فرض کرویت از آزمون موچلی

استفاده شد. در صورت نقض فرض کرویت، از اصلاح گرین هاوس - گایسر برای تفسیر نتایج استفاده گردید. همچنین برای مقایسه های زوجی بین مراحل اندازه گیری و بررسی تفاوت های بین گروه ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. سطح معناداری در همه تحلیل ها ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

پیش از آزمون فرضیه های پژوهش، شاخص های توصیفی سازگاری زناشویی و مؤلفه های آن در سه گروه درمان ذهن آگاهی، بسته درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی زناشویی و گروه کنترل در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری محاسبه شد. نتایج توصیفی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار سازگاری زناشویی و مؤلفه های آن در سه گروه پژوهش

متغیر / مؤلفه	مرحله	ذهن آگاهی؛ میانگین $\pm$ انحراف معیار	بسته درمانی؛ میانگین $\pm$ انحراف معیار	کنترل؛ میانگین $\pm$ انحراف معیار
سازگاری	پیش آزمون	۲۸.۵۰ $\pm$ ۴.۸۰	۲۸.۲۵ $\pm$ ۴.۷۰	۲۸.۴۰ $\pm$ ۴.۷۵
سازگاری	پس آزمون	۳۵.۷۵ $\pm$ ۵.۰۰	۳۸.۵۰ $\pm$ ۴.۹۵	۲۸.۳۰ $\pm$ ۴.۷۱
سازگاری	پیگیری	۳۵.۴۰ $\pm$ ۵.۱۰	۳۸.۲۵ $\pm$ ۵.۰۰	۲۸.۳۵ $\pm$ ۴.۷۸
پیوستگی	پیش آزمون	۱۵.۵۵ $\pm$ ۳.۲۰	۱۵.۴۵ $\pm$ ۳.۱۰	۱۵.۵۰ $\pm$ ۳.۱۵
پیوستگی	پس آزمون	۱۹.۱۰ $\pm$ ۳.۱۰	۲۰.۹۵ $\pm$ ۳.۰۵	۱۵.۴۵ $\pm$ ۳.۱۲
پیوستگی	پیگیری	۱۹.۰۰ $\pm$ ۳.۱۵	۲۱.۰۰ $\pm$ ۳.۰۰	۱۵.۴۲ $\pm$ ۳.۱۰
توافق	پیش آزمون	۱۸.۴۵ $\pm$ ۳.۹۰	۱۸.۶۵ $\pm$ ۳.۸۰	۱۸.۵۵ $\pm$ ۳.۸۵
توافق	پس آزمون	۲۳.۲۵ $\pm$ ۳.۷۰	۲۵.۴۵ $\pm$ ۳.۶۵	۱۸.۵۰ $\pm$ ۳.۸۴
توافق	پیگیری	۲۳.۱۰ $\pm$ ۳.۷۵	۲۵.۵۰ $\pm$ ۳.۶۰	۱۸.۴۸ $\pm$ ۳.۸۰
ابراز محبت	پیش آزمون	۱۵.۳۵ $\pm$ ۲.۶۰	۱۵.۵۳ $\pm$ ۲.۵۵	۱۵.۴۵ $\pm$ ۲.۵۸
ابراز محبت	پس آزمون	۲۱.۰۵ $\pm$ ۲.۸۵	۲۲.۴۵ $\pm$ ۲.۶۰	۱۵.۴۲ $\pm$ ۲.۶۰
ابراز محبت	پیگیری	۲۱.۰۰ $\pm$ ۲.۸۰	۲۲.۴۰ $\pm$ ۲.۵۵	۱۵.۴۴ $\pm$ ۲.۶۱
نمره کل سازگاری زناشویی	پیش آزمون	۷۷.۸۵ $\pm$ ۷.۸۰	۷۷.۸۸ $\pm$ ۷.۷۵	۷۷.۹۵ $\pm$ ۷.۷۸
نمره کل سازگاری زناشویی	پس آزمون	۹۹.۱۵ $\pm$ ۷.۲۰	۱۰۶.۳۵ $\pm$ ۶.۹۵	۷۷.۸۸ $\pm$ ۷.۷۶
نمره کل سازگاری زناشویی	پیگیری	۹۸.۵۰ $\pm$ ۷.۳۰	۱۰۵.۷۵ $\pm$ ۷.۰۰	۷۷.۹۲ $\pm$ ۷.۸۰

بر اساس یافته های توصیفی جدول ۱، میانگین نمره کل سازگاری زناشویی در مرحله پیش آزمون در سه گروه تقریباً مشابه بود؛ به گونه ای که میانگین گروه ذهن آگاهی برابر با ۷۷.۸۵، گروه بسته درمانی برابر با ۷۷.۸۸ و گروه کنترل برابر با ۷۷.۹۵ بود. پس از اجرای مداخله، میانگین نمره کل سازگاری زناشویی در گروه ذهن آگاهی به ۹۹.۱۵ و در گروه بسته درمانی به ۱۰۶.۳۵ افزایش یافت، در حالی که در گروه کنترل تغییر محسوسی مشاهده نشد. در مرحله پیگیری نیز میانگین نمره کل در گروه ذهن آگاهی ۹۸.۵۰ و در گروه بسته درمانی ۱۰۵.۷۵ بود که نشان می دهد اثرات ایجاد شده پس از مداخله در هر دو گروه آزمایش تا مرحله پیگیری تا حد زیادی حفظ شده است. همین الگو در مؤلفه های سازگاری، پیوستگی، توافق و ابراز محبت نیز مشاهده شد؛ با این تفاوت که میزان افزایش میانگین ها در گروه دریافت کننده بسته درمانی در

همه مؤلفه‌ها بیشتر از گروه ذهن آگاهی بود. بنابراین، داده‌های توصیفی نشان می‌دهد هر دو مداخله با افزایش سازگاری زناشویی همراه بوده‌اند، اما میزان بهبود در گروه بسته درمانی بیشتر بوده است.

پیش از اجرای تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های آماری آزمون بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو - ویلک برای نمره کل سازگاری زناشویی و مؤلفه‌های آن در سه گروه و سه مرحله نشان داد که سطح معناداری در همه موارد بالاتر از ۰.۰۵ بود؛ بنابراین، مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار بود. همچنین، نتایج آزمون لوین نشان داد که واریانس نمرات سازگاری زناشویی و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌ها همگن است. افزون بر این، نتایج آزمون کرویت موچلی برای مؤلفه‌های سازگاری زناشویی و نمره کل آن معنادار نبود؛ از این‌رو، فرض کرویت برقرار بود و نیازی به استفاده از اصلاح درجه آزادی مانند گرین‌هاوس - گایسر وجود نداشت. بر این اساس، شرایط لازم برای اجرای تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر فراهم بود.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر برای سازگاری زناشویی و مؤلفه‌های آن

متغیر / مؤلفه	منبع تغییر	SS	df	MS	F	p	η^2
سازگاری	گروه	۱۲۱۰.۸۴	۲	۶۰۵.۴۲	۲۶.۱۱	<۰.۰۰۱	۰.۴۸
سازگاری	خطای بین گروهی	۱۳۲۱.۹۰	۵۷	۲۳.۱۹	—	—	—
سازگاری	زمان	۱۴۲۲.۳۶	۲	۷۱۱.۱۸	۵۴.۳۵	<۰.۰۰۱	۰.۴۹
سازگاری	گروه × زمان	۱۳۹۸.۲۷	۴	۳۴۹.۵۷	۲۶.۷۲	<۰.۰۰۱	۰.۴۸
سازگاری	خطای درون گروهی	۱۴۹۱.۶۲	۱۱۴	۱۳.۰۸	—	—	—
پیوستگی	گروه	۵۳۶.۱۸	۲	۲۶۸.۰۹	۲۴.۰۵	<۰.۰۰۱	۰.۴۶
پیوستگی	خطای بین گروهی	۶۳۵.۵۵	۵۷	۱۱.۱۵	—	—	—
پیوستگی	زمان	۵۰۱.۷۲	۲	۲۵۰.۸۶	۴۲.۶۶	<۰.۰۰۱	۰.۴۳
پیوستگی	گروه × زمان	۴۹۵.۴۰	۴	۱۲۳.۸۵	۲۱.۰۶	<۰.۰۰۱	۰.۴۳
پیوستگی	خطای درون گروهی	۶۷۰.۸۲	۱۱۴	۵.۸۸	—	—	—
توافق	گروه	۷۹۱.۳۶	۲	۳۹۵.۶۸	۳۱.۵۵	<۰.۰۰۱	۰.۵۳
توافق	خطای بین گروهی	۷۱۵.۱۳	۵۷	۱۲.۵۵	—	—	—
توافق	زمان	۸۱۲.۹۴	۲	۴۰۶.۴۷	۵۸.۸۲	<۰.۰۰۱	۰.۵۱
توافق	گروه × زمان	۷۹۶.۲۴	۴	۱۹۹.۰۶	۲۸.۸۱	<۰.۰۰۱	۰.۵۰
توافق	خطای درون گروهی	۷۸۷.۷۴	۱۱۴	۶.۹۱	—	—	—
ابراز محبت	گروه	۸۴۵.۲۲	۲	۴۲۲.۶۱	۴۵.۹۵	<۰.۰۰۱	۰.۶۲
ابراز محبت	خطای بین گروهی	۵۲۴.۱۸	۵۷	۹.۲۰	—	—	—
ابراز محبت	زمان	۱۰۵۰.۶۶	۲	۵۲۵.۳۳	۹۱.۶۸	<۰.۰۰۱	۰.۶۲
ابراز محبت	گروه × زمان	۱۰۲۸.۱۱	۴	۲۵۷.۰۳	۴۴.۸۶	<۰.۰۰۱	۰.۶۱
ابراز محبت	خطای درون گروهی	۶۵۳.۱۳	۱۱۴	۵.۷۳	—	—	—
نمره کل سازگاری زناشویی	گروه	۹۱۹۲.۲۴	۲	۴۵۹۶.۱۲	۶۸.۷۸	<۰.۰۰۱	۰.۷۱
نمره کل سازگاری زناشویی	خطای بین گروهی	۳۸۰۹۰.۱	۵۷	۶۶۸.۲	—	—	—
نمره کل سازگاری زناشویی	زمان	۱۴۳۲۰.۸۵	۲	۷۱۶۰.۴۳	۱۴۲.۱۵	<۰.۰۰۱	۰.۷۱
نمره کل سازگاری زناشویی	گروه × زمان	۷۶۹۰.۳۴	۴	۱۹۲۲.۵۹	۳۸.۱۷	<۰.۰۰۱	۰.۵۷
نمره کل سازگاری زناشویی	خطای درون گروهی	۵۷۴۲.۶۱	۱۱۴	۵۰.۳۷	—	—	—

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که اثر اصلی گروه، اثر اصلی زمان و اثر تعاملی گروه و زمان برای نمره کل سازگاری زناشویی و همه مؤلفه‌های آن معنادار است. در نمره کل سازگاری زناشویی، اثر گروه معنادار بود ($F=68.78, p<0.001, \eta^2=0.71$)، که نشان‌دهنده تفاوت معنادار میان سه گروه پژوهش است. اثر زمان نیز معنادار به دست آمد ($F=142.15, p<0.001, \eta^2=0.71$)، بنابراین نمرات سازگاری زناشویی در طول سه مرحله اندازه‌گیری تغییر کرده است. مهم‌تر از آن، اثر تعاملی گروه و زمان نیز معنادار بود ($F=38.17, p<0.001, \eta^2=0.57$)، که نشان می‌دهد روند تغییرات سازگاری زناشویی در سه گروه یکسان نبوده است. بر اساس میانگین‌ها، هر دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل افزایش معناداری در سازگاری زناشویی نشان دادند، اما افزایش نمرات در گروه بسته درمانی بیشتر از گروه ذهن‌آگاهی بود. در مؤلفه‌های سازگاری، پیوستگی، توافق و ابراز محبت نیز همین الگو مشاهده شد و اثر تعاملی گروه و زمان در همه مؤلفه‌ها معنادار بود؛ بنابراین، می‌توان گفت هر دو مداخله بر بهبود سازگاری زناشویی زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان اثرگذار بوده‌اند، اما بسته درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی زناشویی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان ذهن‌آگاهی نشان داده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه مراحل در سه گروه پژوهش

متغیر / مؤلفه	گروه	پیش‌آزمون - پس‌آزمون؛ MD $\pm$ SE	p	پیش‌آزمون - پیگیری؛ MD $\pm$ SE	p	پس‌آزمون - پیگیری؛ MD $\pm$ SE	p
سازگاری درمانی	بسته	-۱۰.۲۵ $\pm$ ۱.۱۴	<۰.۰۰۱	-۱۰.۰۰ $\pm$ ۱.۱۸	<۰.۰۰۱	۰.۲۵ $\pm$ ۰.۷۲	۰.۷۳۱
سازگاری	ذهن‌آگاهی	-۷.۲۵ $\pm$ ۱.۰۹	<۰.۰۰۱	-۶.۹۰ $\pm$ ۱.۱۲	<۰.۰۰۱	۰.۳۵ $\pm$ ۰.۷۰	۰.۶۱۹
سازگاری	کنترل	۰.۱۰ $\pm$ ۰.۶۶	۰.۸۸۱	۰.۰۵ $\pm$ ۰.۶۹	۰.۹۴۲	-۰.۰۵ $\pm$ ۰.۵۱	۰.۹۲۱
پیوستگی درمانی	بسته	-۵.۵۰ $\pm$ ۰.۸۴	<۰.۰۰۱	-۵.۵۵ $\pm$ ۰.۸۶	<۰.۰۰۱	-۰.۰۵ $\pm$ ۰.۴۸	۰.۹۱۷
پیوستگی	ذهن‌آگاهی	-۳.۵۵ $\pm$ ۰.۷۹	<۰.۰۰۱	-۳.۴۵ $\pm$ ۰.۸۲	<۰.۰۰۱	۰.۱۰ $\pm$ ۰.۴۵	۰.۸۲۵
پیوستگی	کنترل	۰.۰۵ $\pm$ ۰.۴۱	۰.۹۰۳	۰.۰۸ $\pm$ ۰.۴۳	۰.۸۵۵	۰.۰۳ $\pm$ ۰.۳۶	۰.۹۳۴
توافق درمانی	بسته	-۶.۸۰ $\pm$ ۰.۹۱	<۰.۰۰۱	-۶.۸۵ $\pm$ ۰.۹۴	<۰.۰۰۱	-۰.۰۵ $\pm$ ۰.۵۳	۰.۹۲۵
توافق	ذهن‌آگاهی	-۴.۸۰ $\pm$ ۰.۸۸	<۰.۰۰۱	-۴.۶۵ $\pm$ ۰.۹۰	<۰.۰۰۱	۰.۱۵ $\pm$ ۰.۵۰	۰.۷۶۴
توافق	کنترل	۰.۰۵ $\pm$ ۰.۴۶	۰.۹۱۴	۰.۰۷ $\pm$ ۰.۴۸	۰.۸۸۴	۰.۰۲ $\pm$ ۰.۳۹	۰.۹۵۹
ابراز محبت درمانی	بسته	-۶.۹۲ $\pm$ ۰.۷۶	<۰.۰۰۱	-۶.۸۷ $\pm$ ۰.۷۸	<۰.۰۰۱	۰.۰۵ $\pm$ ۰.۴۱	۰.۹۰۳
ابراز محبت	ذهن‌آگاهی	-۵.۷۰ $\pm$ ۰.۷۳	<۰.۰۰۱	-۵.۶۵ $\pm$ ۰.۷۵	<۰.۰۰۱	۰.۰۵ $\pm$ ۰.۳۹	۰.۸۹۸
ابراز محبت	کنترل	۰.۰۳ $\pm$ ۰.۳۵	۰.۹۳۲	۰.۰۱ $\pm$ ۰.۳۶	۰.۹۷۸	-۰.۰۲ $\pm$ ۰.۳۱	۰.۹۴۹
نمره کل سازگاری زناشویی درمانی	بسته	-۲۸.۴۷ $\pm$ ۲.۰۶	<۰.۰۰۱	-۲۷.۸۷ $\pm$ ۲.۱۲	<۰.۰۰۱	۰.۶۰ $\pm$ ۱.۱۸	۰.۶۱۲
نمره کل سازگاری زناشویی	ذهن‌آگاهی	-۲۱.۳۰ $\pm$ ۱.۹۸	<۰.۰۰۱	-۲۰.۶۵ $\pm$ ۲.۰۴	<۰.۰۰۱	۰.۶۵ $\pm$ ۱.۱۶	۰.۵۷۶
نمره کل سازگاری زناشویی	کنترل	۰.۰۷ $\pm$ ۱.۰۵	۰.۹۴۷	۰.۰۳ $\pm$ ۱.۰۸	۰.۹۷۸	-۰.۰۴ $\pm$ ۰.۸۸	۰.۹۶۴

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۳ نشان می‌دهد که در گروه بسته درمانی، تفاوت میانگین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری در نمره کل سازگاری زناشویی و همه مؤلفه‌های آن معنادار است ($p < 0.001$). جهت تفاوت‌های میانگین نشان می‌دهد که نمرات پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته‌اند؛ بنابراین، بسته درمانی موجب بهبود معنادار سازگاری زناشویی شده است. همچنین، تفاوت میان پس‌آزمون و پیگیری در هیچ‌یک از مؤلفه‌ها معنادار نبود، که بیانگر پایداری نسبی اثر مداخله در دوره پیگیری است. در گروه ذهن آگاهی نیز تفاوت میان پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری در نمره کل و مؤلفه‌های سازگاری زناشویی معنادار بود ($p < 0.001$)، اما مقدار تفاوت میانگین‌ها در همه موارد کمتر از گروه بسته درمانی بود. در گروه کنترل، هیچ‌یک از مقایسه‌های زمانی معنادار نشد؛ بنابراین، تغییر قابل توجهی در سازگاری زناشویی این گروه مشاهده نشد. در مجموع، یافته‌های تعقیبی نشان می‌دهد که هر دو مداخله در افزایش سازگاری زناشویی مؤثر بوده‌اند، اما بسته درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی زناشویی در مقایسه با درمان ذهن آگاهی اثر قوی‌تری بر بهبود نمره کل سازگاری زناشویی و مؤلفه‌های سازگاری، پیوستگی، توافق و ابراز محبت داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی بسته درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی زناشویی با درمان ذهن آگاهی بر سازگاری زناشویی زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل موجب افزایش معنادار سازگاری زناشویی و مؤلفه‌های آن شامل سازگاری، پیوستگی، توافق و ابراز محبت شدند. نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر نشان داد اثر اصلی زمان، اثر اصلی گروه و اثر تعاملی گروه و زمان برای نمره کل سازگاری زناشویی و همه مؤلفه‌های آن معنادار است. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که در هر دو گروه آزمایش، تفاوت میان پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری معنادار بود، اما تفاوت میان پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود. این الگو بیانگر آن است که هر دو مداخله توانسته‌اند سازگاری زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان را بهبود دهند و این بهبود در دوره پیگیری نیز حفظ شده است. با این حال، مقایسه میانگین‌ها و اندازه اثرها نشان داد که بسته درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی زناشویی در مقایسه با درمان ذهن آگاهی اثربخشی بیشتری بر افزایش سازگاری زناشویی و مؤلفه‌های آن داشته است.

یافته نخست پژوهش، یعنی اثربخشی بسته درمانی بر افزایش سازگاری زناشویی، با مبانی نظری و شواهد پژوهشی موجود همسو است. سرطان پستان تنها یک تجربه پزشکی نیست، بلکه رخدادی چندبعدی است که می‌تواند رابطه زوجین، الگوهای ارتباطی، صمیمیت، حمایت همسر، نقش‌های خانوادگی و ادراک زن از خود را تحت تأثیر قرار دهد. بر این اساس، مداخله‌ای که به‌طور مستقیم بر ابعاد زناشویی، گفت‌وگوی زوجی، تنظیم هیجان، پذیرش بدن، بازسازی شناختی، صمیمیت و حمایت خانوادگی تمرکز دارد، می‌تواند زمینه مناسبی برای بهبود سازگاری زناشویی فراهم کند. این تبیین با نتایج مرور نظام‌مند و فراتحلیل مداخله‌های زوج‌محور در زنان مبتلا به سرطان‌های دستگاه تناسلی و سرطان پستان همخوان است؛ زیرا در آن پژوهش نیز نشان داده شد که مداخلات زوج‌محور می‌توانند پیامدهای زناشویی زنان و همسران آنان را بهبود دهند (Zahedi et al., 2024). همچنین یافته حاضر با پژوهش‌هایی همسو است که نشان داده‌اند رضایت زناشویی، ارتباط با همسر و پذیرش

بیماری در زوج‌های مواجه با سرطان پستان به صورت متقابل با یکدیگر ارتباط دارند و نمی‌توان سازگاری بیمار را بدون توجه به زمینه رابطه زناشویی تبیین کرد (Krok et al., 2023; Krok et al., 2025).

در تبیین اثربخشی بسته درمانی می‌توان گفت که این مداخله به دلیل ماهیت چندبعدی خود توانسته است هم‌زمان چند سطح از تجربه زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان را هدف قرار دهد. از یک سو، آموزش تنظیم هیجان و بازسازی شناختی می‌تواند به کاهش واکنش‌های هیجانی شدید، نگرانی‌های مرتبط با بیماری و برداشت‌های ناکارآمد از رابطه کمک کند. از سوی دیگر، تمرین‌های ارتباطی مانند گوش دادن فعال، بیان احساسات و استفاده از پیام‌های مبتنی بر «من» می‌تواند کیفیت گفت‌وگوی زوجین را افزایش دهد و از تبدیل نگرانی‌های بیماری به تعارض زناشویی جلوگیری کند. این تبیین با یافته‌هایی هماهنگ است که نقش تنظیم هیجان و صمیمیت زناشویی را در وضعیت روانی و رابطه‌ای زنان مبتلا به سرطان پستان برجسته کرده‌اند (Abedi & Sadeghi, 2024). افزون بر این، شواهد نشان داده‌اند که زوج‌درمانی هیجان‌مدار می‌تواند تعهد زناشویی و تنظیم هیجان بین‌فردی را در زوج‌هایی که یکی از همسران با سرطان پستان مواجه است بهبود بخشد (Mobaraki & Esmkhani Akbarinejad, 2024). بنابراین، به نظر می‌رسد بخش‌های هیجانی و ارتباطی بسته درمانی در ارتقای سازگاری زناشویی نقش مهمی داشته‌اند.

بخش دیگری از اثربخشی بسته درمانی را می‌توان از طریق توجه آن به تصویر بدنی، پذیرش خود و بازتعریف هویت زنانه پس از سرطان پستان توضیح داد. زنان مبتلا به سرطان پستان ممکن است به دلیل تغییرات جسمانی، درمان‌های پزشکی و نگرانی از کاهش جذابیت، در تجربه صمیمیت و ابراز محبت با همسر دچار دشواری شوند. هنگامی که مداخله درمانی به بیمار کمک می‌کند تغییرات بدنی خود را با پذیرش بیشتری تجربه کند و هم‌زمان راه‌هایی برای حفظ صمیمیت عاطفی و زناشویی بیاموزد، احتمال بهبود مؤلفه‌هایی مانند ابراز محبت، توافق و پیوستگی افزایش می‌یابد. این تبیین با پژوهشی همسو است که نشان داد همدلی زناشویی، تصویر بدنی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با وضعیت رابطه‌ای زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان ارتباط دارند و کیفیت رابطه زناشویی می‌تواند در این میان نقش مهمی داشته باشد (KavehFarsani & Worthington Jr, 2024). همچنین تحلیل پروفایل‌های سازگاری زناشویی در بیماران مبتلا به سرطان پستان نشان داده است که این بیماران از نظر سطح سازگاری زناشویی یکسان نیستند و عوامل فردی و رابطه‌ای می‌توانند الگوهای متفاوتی از سازگاری ایجاد کنند (Chen et al., 2024). از این منظر، بسته درمانی حاضر احتمالاً با هدف قرار دادن چند عامل هم‌زمان، توانسته است اثر قوی‌تری نسبت به مداخله عمومی‌تر ذهن‌آگاهی ایجاد کند.

یافته دوم پژوهش نشان داد درمان ذهن‌آگاهی نیز موجب افزایش معنادار سازگاری زناشویی زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان شد. این نتیجه قابل انتظار است؛ زیرا ذهن‌آگاهی با افزایش آگاهی لحظه‌ای، مشاهده بدون قضاوت تجربه‌های درونی، پذیرش هیجان‌ها و کاهش واکنش‌پذیری می‌تواند به فرد کمک کند در موقعیت‌های تنش‌زای زناشویی پاسخ آرام‌تر و سازگارانه‌تری نشان دهد. زنان مبتلا به سرطان پستان ممکن است در تعامل با همسر خود با احساساتی مانند ترس، خشم، شرم، نگرانی و حساسیت نسبت به واکنش‌های همسر مواجه شوند. ذهن‌آگاهی می‌تواند فاصله شناختی و هیجانی لازم را ایجاد کند تا فرد به جای واکنش فوری، تجربه‌های خود را مشاهده کند و با انعطاف بیشتری به موقعیت پاسخ

دهد. این نتیجه با شواهد مربوط به مداخلات پذیرش محور و شناختی - رفتاری در حوزه زوج و خانواده همسو است؛ برای مثال، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زنان آسیب دیده از مسائل زناشویی توانسته است بر فرایندهای هیجانی و رابطهای اثرگذار باشد (Sadeghi et al., 2021). همچنین مداخلات شناختی - رفتاری و زناشویی در بهبود سازگاری زناشویی زوجین درگیر با مشکلات اضطرابی مؤثر گزارش شده اند (Kavitha et al., 2024).

در عین حال، پایین تر بودن اثربخشی ذهن آگاهی نسبت به بسته درمانی در پژوهش حاضر را می توان با تفاوت در سطح هدف گیری دو مداخله توضیح داد. ذهن آگاهی عمدتاً بر رابطه فرد با تجربه های درونی خود متمرکز است و از طریق کاهش قضاوت، افزایش پذیرش و تنظیم توجه، به صورت غیرمستقیم بر رابطه زناشویی اثر می گذارد. در مقابل، بسته درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی زناشویی به طور مستقیم تر به مسائل رابطهای و زناشویی، از جمله ارتباط با همسر، نیازهای عاطفی، صمیمیت، نقش های خانوادگی، حمایت اجتماعی و بازسازی تعاملات زوجی می پردازد. بنابراین، در مطالعه ای که متغیر وابسته آن سازگاری زناشویی است، مداخله ای که محتوای اختصاصی تر و رابطه محورتر دارد، احتمالاً اثر بیشتری نشان می دهد. این تبیین با یافته هایی هماهنگ است که نشان داده اند سازگاری زناشویی سازه ای پویا و چندبعدی است و به تعامل پیوسته عوامل فردی، ارتباطی و خانوادگی وابسته است (Bertoni et al., 2024). همچنین پژوهش های مرتبط با زوج درمانی راه حل محور نشان داده اند که مداخلات متمرکز بر رابطه، مهارت و حل مسئله می توانند سازگاری، صمیمیت و کیفیت رابطه زوجین را بهبود دهند (Sohrabi Azandaryani & Mirshahi, 2024).

یافته های پژوهش حاضر همچنین نشان داد که در مرحله پیگیری، بهبود ایجاد شده در هر دو گروه آزمایش حفظ شده است؛ زیرا تفاوت میان پس آزمون و پیگیری معنادار نبود. این موضوع نشان می دهد که اثرات مداخلات صرفاً کوتاه مدت نبوده و شرکت کنندگان توانسته اند بخشی از مهارت های آموخته شده را در زندگی زناشویی خود ادامه دهند. در گروه بسته درمانی، تکالیف خانگی، تمرین گفت و گو با همسر، ثبت هیجان ها، شناسایی افکار، برنامه خودمراقبتی و تمرین صمیمیت احتمالاً به انتقال آموخته ها به موقعیت های واقعی زندگی کمک کرده است. در گروه ذهن آگاهی نیز تمرین هایی مانند تنفس آگاهانه، واریسی بدن و مشاهده افکار می تواند پس از پایان جلسات ادامه یابد و به پایداری اثر کمک کند. این یافته با دیدگاه هایی همسو است که کیفیت رابطه زناشویی را محصول فرایندهای تداومی، تمرینی و تعاملی می دانند نه صرفاً نتیجه یک تغییر مقطعی (Whisman & Collazos, 2023). افزون بر این، مطالعات مربوط به بیماری های مزمن نشان داده اند که سازگاری زناشویی می تواند با وضعیت روانی و رابطهای بیماران در طول زمان ارتباط داشته باشد و بنابراین تقویت آن در مداخلات درمانی اهمیت بالینی دارد (Pereira et al., 2025).

از منظر سازه های زیربنایی، افزایش سازگاری زناشویی در پژوهش حاضر را می توان در پیوند با بهبود ارتباط صمیمانه، کاهش الگوهای اجتنابی، افزایش توانایی بیان نیازها و تقویت تعهد رابطه ای تبیین کرد. پژوهش های پیشین نشان داده اند که ضعف در بیان تجربه های درونی و ناتوانی در ارتباط صمیمانه می تواند کیفیت رابطه زناشویی را تضعیف کند (Frye-Cox & Hesse, 2013). همچنین عوامل شناختی و شخصیتی مانند طرحواره های ناسازگار و تاب آوری می توانند کیفیت رابطه و سازگاری زناشویی را پیش بینی کنند (Pour Meqdad et al., 2024). از

سوی دیگر، تمایز یافتگی خود و توانایی حفظ تعادل میان صمیمیت و استقلال در رابطه، با کیفیت زناشویی زنان متأهل ارتباط دارد و سازگاری زوجی می‌تواند در این ارتباط نقش مهمی ایفا کند (TÖNBÜL & Özdemir, 2023). در پژوهش حاضر، بسته درمانی با تمرکز بر خودآگاهی، پذیرش بدن، تنظیم هیجان و گفت‌وگوی صادقانه با همسر، احتمالاً ظرفیت شرکت‌کنندگان را برای حضور فعال‌تر، شفاف‌تر و سازگارانه‌تر در رابطه افزایش داده است.

همچنین نتایج پژوهش حاضر از این نظر اهمیت دارد که نشان می‌دهد در زنان مبتلا به سرطان پستان، توجه به ابعاد معنایی، حمایتی و رابطه‌ای می‌تواند در کنار مداخلات روان‌شناختی استاندارد، نقش مهمی در ارتقای سازگاری زناشویی داشته باشد. تجربه سرطان پستان ممکن است فرد را با پرسش‌های جدی درباره معنا، آینده، نقش‌های خانوادگی و ارزش‌های زندگی مواجه کند. زمانی که مداخله درمانی به زن کمک می‌کند ارزش‌های زندگی خود را بازشناسد، قدردانی و امید را تمرین کند و از منابع حمایتی استفاده کند، زمینه برای بازسازی رابطه زناشویی نیز فراهم می‌شود. این تبیین با پژوهش‌هایی همخوان است که نقش عوامل معنوی، هیجانی و ارتباطی را در کیفیت رابطه زناشویی برجسته کرده‌اند (Ashouri et al., 2023). همچنین یافته‌هایی که نشان داده‌اند تعهد زناشویی می‌تواند رابطه میان بخشش، دشواری‌های هیجانی و کیفیت ازدواج را میانجی‌گری کند، اهمیت تقویت تعهد و معنا در رابطه زوجین را تأیید می‌کنند (Moghaddam et al., 2024). در نتیجه، بسته درمانی حاضر از آن جهت که فقط بر کاهش تنش تمرکز نداشته و به بازسازی معنا، نقش، صمیمیت و حمایت نیز پرداخته است، توانسته اثر برجسته‌تری بر سازگاری زناشویی ایجاد کند.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که سازگاری زناشویی زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان متغیری قابل مداخله است و می‌توان با استفاده از برنامه‌های روان‌شناختی ساختاریافته، سطح آن را بهبود بخشید. هم درمان ذهن‌آگاهی و هم بسته درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی زناشویی توانستند نمرات سازگاری زناشویی را در مقایسه با گروه کنترل افزایش دهند، اما بسته درمانی به دلیل تمرکز اختصاصی‌تر بر مؤلفه‌های زناشویی، ارتباطی، هیجانی و حمایتی اثربخشی بیشتری نشان داد. این نتیجه از نظر کاربردی اهمیت دارد؛ زیرا در مراقبت از زنان مبتلا به سرطان پستان، تمرکز صرف بر درمان جسمانی کافی نیست و توجه به رابطه زوجین، ارتباط همسران، صمیمیت و سازگاری زناشویی می‌تواند بخشی ضروری از خدمات روان‌شناختی و حمایتی باشد.

پژوهش حاضر با چند محدودیت همراه بود. نخست اینکه نمونه پژوهش فقط از میان زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر بابل انتخاب شد؛ بنابراین، تعمیم نتایج به زنان مبتلا به سرطان پستان در سایر شهرها، فرهنگ‌ها و شرایط درمانی باید با احتیاط انجام گیرد. دوم اینکه حجم نمونه نسبتاً محدود بود و هر گروه شامل تعداد مشخصی از شرکت‌کنندگان بود؛ از این رو، اگرچه نتایج آماری معنادار به دست آمد، مطالعات با نمونه‌های بزرگ‌تر می‌توانند بر دقت و پایداری برآوردها بیفزایند. سوم اینکه داده‌ها بر اساس پرسشنامه خودگزارشی گردآوری شد و امکان اثرگذاری عواملی مانند تمایل به پاسخ‌دهی اجتماعی، خستگی، شرایط جسمانی و وضعیت هیجانی لحظه‌ای شرکت‌کنندگان وجود داشت. همچنین دوره پیگیری پژوهش محدود بود و پایداری اثرات مداخله در دوره‌های طولانی‌تر بررسی نشد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، اثربخشی این دو مداخله در نمونه‌های بزرگ‌تر و در شهرها و بافت‌های فرهنگی متفاوت بررسی شود تا امکان تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد. همچنین می‌توان مطالعاتی طراحی کرد که علاوه بر زنان مبتلا به سرطان پستان، همسران آنان نیز در فرایند مداخله مشارکت داشته باشند تا اثرات زوج‌محور مداخله با دقت بیشتری ارزیابی شود. انجام پیگیری‌های طولانی‌مدت، مانند شش‌ماهه و یک‌ساله، نیز می‌تواند نشان دهد که کدام مداخله در حفظ تغییرات زناشویی پایداری بیشتری دارد. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی نقش متغیرهای میانجی و تعدیل‌گر مانند حمایت همسر، سبک‌های ارتباطی، شدت بیماری، مرحله درمان پزشکی، رضایت از بدن، تعهد زناشویی و تاب‌آوری را در اثربخشی مداخلات بررسی کنند.

با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود مراکز درمانی و حمایتی مرتبط با سرطان پستان، خدمات روان‌شناختی و زناشویی را به‌عنوان بخشی از مراقبت جامع از بیماران در نظر بگیرند. اجرای بسته‌های درمانی رابطه‌محور می‌تواند به زنان مبتلا به سرطان پستان کمک کند تا در کنار سازگاری با بیماری، رابطه زناشویی خود را نیز تقویت کنند. همچنین آموزش مهارت‌هایی مانند گفت‌وگوی مؤثر با همسر، بیان نیازهای عاطفی، تنظیم هیجان، پذیرش تغییرات بدنی، تقویت صمیمیت و برنامه‌ریزی برای خودمراقبتی می‌تواند در جلسات مشاوره فردی یا گروهی مورد استفاده قرار گیرد. درمان ذهن آگاهی نیز می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مکمل برای کاهش واکنش‌پذیری هیجانی، افزایش پذیرش و بهبود حضور آگاهانه در رابطه زناشویی به کار گرفته شود.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

موازین اخلاقی

در تمامی مراحل پژوهش حاضر اصول اخلاقی مرتبط با نشر و انجام پژوهش رعایت گردیده است.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش ما را همراهی کردند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

چکیده گسترش یافته انگلیسی

Introduction

Breast cancer is not only a life-threatening medical condition but also a major psychosocial and relational crisis that can disrupt women's emotional stability, body image, marital intimacy, spousal communication, and overall family functioning. For married women, the diagnosis and treatment of breast cancer may challenge established marital

roles, alter patterns of affection and sexual intimacy, intensify dependency needs, and increase vulnerability to emotional withdrawal or relational conflict. In this context, marital adjustment becomes a key indicator of how couples reorganize their relationship in response to illness-related stress. Marital adjustment refers to the degree of agreement, cohesion, satisfaction, affectional expression, and adaptive interaction between spouses, and it is regarded as a dynamic construct that changes across time and in response to individual and contextual pressures (Bertoni et al., 2024). Evidence from breast cancer research indicates that marital satisfaction, partner communication, and illness acceptance are closely interrelated, suggesting that the patient's adjustment to illness cannot be understood apart from the couple's relational context (Krok et al., 2023; Krok et al., 2025). Recent studies have also shown that marital adjustment among patients with breast cancer varies across distinct profiles and is influenced by personal, emotional, and relational determinants (Chen et al., 2024). Accordingly, interventions for married women with breast cancer should address not only individual distress but also the relational processes through which couples maintain support, intimacy, and adaptive functioning.

Previous research has emphasized the importance of couple-based and relationship-focused interventions for women coping with breast and gynecological cancers. A systematic review and meta-analysis demonstrated that couple-based interventions can improve marital outcomes among women with breast cancer and their partners (Zahedi et al., 2024). Other findings have highlighted the roles of marital empathy, body image, perceived social support, and perceived marital quality in the lives of married women with breast cancer (KavehFarsani & Worthington Jr, 2024). Emotional regulation and marital intimacy have also been associated with quality-related outcomes in women with breast cancer, indicating that emotional and relational skills may be central mechanisms in improving marital functioning (Abedi & Sadeghi, 2024). In addition, emotion-focused couple therapy has been shown to improve marital commitment and interpersonal emotion regulation in couples in which one spouse suffers from breast cancer (Mobaraki & Esmkhani Akbarinejad, 2024). Broader family and marital studies further show that marital quality and adjustment are influenced by early maladaptive schemas, resilience, differentiation of self, marital commitment, forgiveness, emotional communication, and psychological vulnerability (Frye-Cox & Hesse, 2013; Moghaddam et al., 2024; Pour Meqdad et al., 2024; TÖNbÜL & Özdemir, 2023; Whisman & Collazos, 2023). Therapeutic studies also suggest that cognitive-behavioral, behavioral marital, solution-focused, and acceptance-based interventions may improve marital adjustment and related relational outcomes across different clinical and family contexts (Kavitha et al., 2024; Sadeghi et al., 2021; Sohrabi Azandaryani & Mirshahi, 2024). Moreover, evidence from chronic illness contexts such as fibromyalgia confirms that marital adjustment is strongly connected to patients' quality of life and family functioning (Pereira et al., 2025). These findings support the need to compare interventions that directly target marital quality with interventions such as mindfulness therapy that may improve marital functioning indirectly through attention regulation, acceptance, and reduced emotional reactivity. The present study aimed to compare the effectiveness of a marital quality of life-based therapeutic package and mindfulness therapy on marital adjustment in married women with breast cancer.

Methods and Materials

This study was applied in purpose and quasi-experimental in design, using a pretest, posttest, and follow-up design with a control group. The statistical population consisted of married women with breast cancer who referred to treatment centers in Babol and had received their diagnosis at least one year before participation. A total of 60 eligible participants were selected through purposive sampling according to inclusion and exclusion criteria and were then randomly assigned to three equal groups: the marital quality of life-based therapeutic package group, the mindfulness therapy group, and the control group. Each group included 20 participants. The first experimental group received the marital quality of life-based therapeutic package, the second experimental group received mindfulness therapy, and the control group received no intervention during the study period.

The inclusion criteria were being female, being married, having at least a middle-school level of education, having breast cancer for at least one year, residing in Babol, having the physical and psychological ability to attend the sessions, willingness to participate in the intervention, providing informed consent, and not participating simultaneously in similar psychological or educational programs. The exclusion criteria included absence from more than two sessions, withdrawal from the study, or the emergence of any serious physical or psychological condition that made continued participation difficult.

The dependent variable was marital adjustment. Data were collected using the Dyadic Adjustment Scale developed by Spanier. This scale includes 32 items and evaluates marital adjustment through dimensions such as consensus, cohesion, satisfaction or adjustment, and affectional expression. The total score ranges from 0 to 151, with higher scores indicating better marital adjustment. The instrument was administered to all three groups at three time points: before the intervention, immediately after the intervention, and three months after the posttest.

The marital quality of life-based therapeutic package was implemented in 11 sessions. The sessions included therapeutic alliance formation, psychoeducation about the psychological and marital consequences of breast cancer, emotion regulation, cognitive restructuring, personality awareness, body acceptance, distress tolerance, meaning-making, gratitude practice, communication skills, emotional expression, restoration of intimacy, family role management, support-seeking, self-care planning, and relapse prevention. Mindfulness therapy was implemented in eight 60-minute sessions and included body scan, sitting meditation, mindful movement, three-minute breathing space, awareness of pleasant and unpleasant events, recognition of thoughts and emotions, nonjudgmental acceptance, mindful breathing, and application of mindfulness skills in daily life and marital situations. Data were analyzed using SPSS version 22. Descriptive statistics included means and standard deviations. Inferential analysis was performed using mixed repeated-measures analysis of variance. The Shapiro–Wilk test, Levene’s test, and Mauchly’s test were used to examine statistical assumptions. Bonferroni post-hoc tests were applied to identify pairwise differences across measurement stages.

Findings

The descriptive findings showed that the three groups were highly similar in marital adjustment at pretest. The mean total marital adjustment score was 77.85 in the mindfulness group, 77.88 in the therapeutic package group, and 77.95 in the control group. After the intervention, the mean total score increased to 99.15 in the mindfulness group and 106.35 in the therapeutic package group, while the control group remained almost unchanged at 77.88. At

follow-up, the mean score was 98.50 in the mindfulness group and 105.75 in the therapeutic package group, whereas the control group remained stable at 77.92. Similar patterns were observed for the components of adjustment, cohesion, consensus, and affectional expression. Both experimental groups improved from pretest to posttest and maintained most of the improvement at follow-up, while the control group showed no meaningful change.

The assumptions of repeated-measures analysis were met. The Shapiro–Wilk test indicated that the distribution of marital adjustment and its components was normal across groups and stages. Levene’s test confirmed the homogeneity of variances, and Mauchly’s test indicated that the sphericity assumption was not violated. Therefore, the mixed repeated-measures analysis of variance was conducted without the need for correction of degrees of freedom.

The results showed that the main effect of group, the main effect of time, and the interaction effect of group by time were significant for total marital adjustment and all its components. For total marital adjustment, the main effect of group was significant ($F=68.78$, $p<0.001$, $\eta^2=0.71$), indicating significant differences among the three groups. The main effect of time was also significant ($F=142.15$, $p<0.001$, $\eta^2=0.71$), showing that marital adjustment changed significantly across the three measurement stages. Most importantly, the group by time interaction was significant ($F=38.17$, $p<0.001$, $\eta^2=0.57$), indicating that the pattern of change differed significantly across the three groups. For the components of marital adjustment, the interaction effect was also significant for adjustment ($F=26.72$, $p<0.001$, $\eta^2=0.48$), cohesion ($F=21.06$, $p<0.001$, $\eta^2=0.43$), consensus ($F=28.81$, $p<0.001$, $\eta^2=0.50$), and affectional expression ($F=44.86$, $p<0.001$, $\eta^2=0.61$).

Bonferroni post-hoc results showed that in the therapeutic package group, the differences between pretest and posttest and between pretest and follow-up were significant for total marital adjustment and all components. The mean difference for total marital adjustment was -28.47 from pretest to posttest and -27.87 from pretest to follow-up, both significant at $p<0.001$. The difference between posttest and follow-up was not significant, indicating the stability of treatment effects. In the mindfulness group, the differences between pretest and posttest and between pretest and follow-up were also significant for total marital adjustment and all components. The mean difference for total marital adjustment was -21.30 from pretest to posttest and -20.65 from pretest to follow-up, both significant at $p<0.001$. However, the magnitude of improvement was consistently smaller than that observed in the therapeutic package group. In the control group, none of the pairwise comparisons were significant.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrated that both the marital quality of life-based therapeutic package and mindfulness therapy were effective in improving marital adjustment among married women with breast cancer. The significant improvement in both experimental groups suggests that psychological interventions can strengthen marital functioning in women facing the emotional, bodily, and relational challenges of breast cancer. The maintenance of treatment gains at follow-up further indicates that participants were able to transfer learned skills into their marital lives beyond the immediate intervention period.

The therapeutic package showed stronger effects than mindfulness therapy. This superiority can be explained by the fact that the package directly targeted the relational difficulties experienced by women with breast cancer,

including communication problems, emotional needs, body-related concerns, intimacy disruption, family role changes, and the need for spousal and social support. By addressing these marital and illness-related dimensions in an integrated way, the package likely produced broader and more specific changes in marital adjustment. Mindfulness therapy also improved marital adjustment, probably by increasing emotional awareness, reducing reactivity, strengthening acceptance, and helping participants respond to marital stressors with greater calmness and flexibility. However, because mindfulness primarily works through individual self-regulation rather than direct restructuring of marital interaction patterns, its effect was smaller than that of the marital quality of life-based therapeutic package.

Overall, the results indicate that marital adjustment in women with breast cancer is modifiable through structured psychological intervention. The findings support the use of relationship-centered therapeutic programs in oncology-related psychological care, particularly interventions that combine emotion regulation, cognitive restructuring, body acceptance, communication training, intimacy enhancement, support-seeking, and self-care. Mindfulness therapy may also be useful as a complementary or alternative intervention, especially for improving acceptance and reducing emotional reactivity. It can be concluded that while both interventions were beneficial, the marital quality of life-based therapeutic package was more effective than mindfulness therapy in improving marital adjustment and its components in married women with breast cancer.

References

- Abedi, M., & Sadeghi, S. (2024). The relationship between emotion regulation and marital intimacy with quality of life in women with breast cancer. *Journal of Health Psychology*. https://apsy.sbu.ac.ir/article_104467.html
- Ashouri, A., Rostami, K., Rahmani, S., Gholizadeh, S., & Hossein, M. (2023). Investigating the role of alexithymia and spiritual intelligence in predicting marital quality of life. *Islamic Lifestyle Centered on Health*, 7(1), 442-448. https://www.islamilife.com/article_185466.html?lang=en
- Bertoni, A., Iafrate, R., Donato, S., & Rapelli, G. (2024). *Marital adjustment In Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. https://doi.org/10.1007/978-3-030-10568-4_1140
- Chen, X., Shen, C., Gu, Z., Chen, L., Zhuang, Y., Lu, L.-H., Lü, P., & Li, Y.-j. (2024). Latent Profile Analysis and Determinants of Marital Adjustment in Patients With Breast Cancer. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, Volume 17*, 5799-5809. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s494987>
- Frye-Cox, N. E., & Hesse, C. R. (2013). Alexithymia and marital quality: The mediating roles of loneliness and intimate communication. *Journal of Family Psychology*, 27(2), 203-211. <https://doi.org/10.1037/a0031961>
- KavehFarsani, Z., & Worthington Jr, E. L. (2024). Direct effects of marital empathy, body image, and perceived social support on quality of life of married women with breast cancer and the mediating role of perceived marital quality. *Iranian Journal of Psychiatry*, 19(1), 70. <https://doi.org/10.18502/ijps.v19i1.14340>
- Kavitha, C., Rangan, U., & Kumar Nirmalan, P. (2024). Quality of Life and Marital Adjustment after Cognitive Behavioural Therapy and Behavioural Marital Therapy in Couples with Anxiety Disorders. *JOURNAL of CLINICAL and DIAGNOSTIC RESEARCH*, 8(8), WC01-WC04. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4190776/>
- Krok, D., Telka, E., & Moróń, M. (2023). Marital Satisfaction, Partner Communication, and Illness Acceptance Among Couples Coping With Breast Cancer: A Dyadic Approach. *Psycho-Oncology*, 32(8), 1240-1247. <https://doi.org/10.1002/pon.6174>
- Krok, D., Telka, E., & Moróń, M. (2025). Marital satisfaction, partner communication, and illness acceptance among couples coping with breast cancer: a dyadic approach. *Psycho-Oncology*, 32(8), 1240-1247.
- Mobaraki, S., & Esmkhani Akbarinejad, H. (2024). A study on the effectiveness of emotion-focused couple therapy on marital commitment and interpersonal emotion regulation in couples with a spouse suffering from breast cancer. *Iranian Journal of Breast Diseases*, 17(2), 69-85. <https://doi.org/10.61186/ijbd.17.2.69>
- Moghaddam, N. E., Shahbazi, M., & Moghaddam, K. K. (2024). Marital Commitment Mediates the Effects of Forgiveness and Alexithymia on Marriage Quality in Nursing Students. *Journal of Client Centered Nursing Care*, 10(4). <https://doi.org/10.32598/JCCNC.10.4.658.1>
- Pereira, M. G., Bernardo, A. C., Silva, M., & Almeida, A. C. (2025). Marital Adjustment and Quality of Life in Fibromyalgia. *Families Systems & Health*, 43(2), 195-209. <https://doi.org/10.1037/fsh0000962>

- Pour Meqdad, S., DokaneieFard, F., & Behboodi, M. (2024). Predicting Marital Relationship Quality and Marital Adjustment Based on Early Maladaptive Schemas and Resilience in Married Women. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*, 13(7), 81-90. <https://frooyesh.ir/article-1-4835-en.html>
- Sadeghi, M., Naeimeh, M., & Alivandvafa, M. (2021). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Couple Burnout, Alexithymia, and Quality of Life of Women Affected by Marital Infidelity. *Journal of Applied Family Therapy*, 2(3), 73-91. <https://doi.org/10.22034/AFTJ.2021.296762.1146>
- Sohrabi Azandaryani, S., & Mirshahi, F. (2024). The effectiveness of solution-focused group couple therapy on adjustment, intimacy, and marital quality of life among women with husbands undergoing addiction recovery. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 13(9), 231-240.
- TÖNBÜL, Ö., & Özdemir, A. (2023). The Relationship Between Differentiation of Self and Marital Quality in Turkish Married Women: The Mediating Role of Dyadic Adjustment. *Türk Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Dergisi*, 13(71), 481-493. https://doi.org/10.17066/tpdrd.1274945_6
- Whisman, M. A., & Collazos, T. (2023). A longitudinal investigation of marital dissolution, marital quality, and generalized anxiety disorder in a national probability sample. *Journal of anxiety disorders*, 96, 102713. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102713>
- Zahedi, H., Alizadeh-Dibazari, Z., Mirghafourvand, M., Sahebihagh, M. H., & Hosseinzadeh, M. (2024). The Effectiveness of Couple-Based Interventions on the Marital Outcomes of Women With Genital and Breast Cancer and Their Partners: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Cancer*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12885-024-12088-x>