

مقایسه‌ی بهزیستی روانشناختی و رضایت زناشویی در بین زنان مبتلا به سرطان و زنان عادی

ماندانا شریفی^۱، فرحناز مسچی^۲، سارا پاشنگ^۳

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، البرز، ایران
^۲ استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، البرز، ایران (نویسنده مسئول)
^۳ استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، البرز، ایران

چکیده

مقدمه: علی رغم پیشرفت های قابل توجه علم پزشکی، سرطان همچنان به عنوان یکی از مهمترین بیماری ها، شایع ترین و دومین علت مرگ در میان زنان به شمار می رود. پژوهش حاضر با هدف مقایسه بهزیستی روانشناختی و رضایت زناشویی در میان زنان سرطانی (تخمدان، رحم و گردن) با زنان عادی انجام شد. روش کار: پژوهش حاضر از نوع پژوهش های توصیفی و علی-مقایسه ای، و جامعه آماری شامل کلیه زنان مراجعه کننده به بخش انکولوژی بیمارستان امام خمینی تهران بود. حجم نمونه ۶۰ نفر، که شامل ۳۰ زن مبتلا به سرطان (رحم، گردن و تخمدان) مراجعه کننده به مرکز درمانی بخش انکولوژی، و ۳۰ زن عادی با رعایت همتا کردن آنها، با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه های بهزیستی روانشناختی کارول ریف (۱۹۸۹) و مقیاس رضایت زناشویی انریچ بود. برای آزمون فرضیه از تحلیل کوواریانس و تحلیل آنها با استفاده از SPSS نسخه ۲۱ صورت گرفت. یافته ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بین میانگین نمرات بهزیستی روانشناختی و رضایت زناشویی در بین زنان دارای سرطان و زنان عادی تفاوت معنی داری وجود داشت ($p < 0.01$). نتیجه گیری: با نظر به یافته های پژوهش، زنان دارای سرطان رحم، تخمدان و گردن علاوه بر مشکلات جسمی، دارای مشکلات روانشناختی نیز هستند، و لازم است به مشکلات روانی آنها بیشتر از مشکلات جسمی توجه شود. لذا می بایست در کنار درمان های جسمی نسبت به سلامت روانی و رضایت زناشویی آنها توجه کافی صورت بگیرد.

واژه های کلیدی: بهزیستی روانشناختی، رضایت زناشویی، سرطان

مقدمه

سرطان یکی از بیماری های شایع در دنیای متمدن امروزی است که تعداد مبتلا به آن روز به روز افزایش می یابد (۱). (موحدی، محمدخانی، حسنی و همکاران، ۱۳۹۷). اطلاع یافتن از ابتلا به سرطان برای هر فردی یک تجربه غافل گیرکننده (۲) و نگران کننده (۳) است. سرطان به عنوان یک بیماری مزمن، آهسته و به تدریج آغاز شده و برای مدت طولانی ادامه می یابد (۴). تشخیص سرطان، به معنای شروع تجربه ای است که پایان مشخصی ندارد و تأثیرات روانشناختی بسیار زیادی را ایجاد می کند (۵).

بیماری سرطان یکی از معضلات و مسائل اساسی بهداشتی در جهان محسوب می شود که با تهدید سلامتی و زندگی فعال انسان در سنین مختلف خسارت های فردی، خانوادگی و اجتماعی متعددی در ابعاد جسمی، روانی و معنوی ایجاد می کند (۶). بیماری سرطان استقلال و توانایی فرد را برای شرکت مؤثر در خانواده و اجتماع تهدید می کند و او را به سوی احساس فقدان شایستگی و عدم اطمینان از خود سوق می دهد (۷). نتایج تحقیق سامارکو نیز مطلب فوق را تأیید کرده و نشان می دهد بین حمایت خانواده بیماران سرطانی و بهبود وضعیت سلامتی خانواده های دارای بیماران سرطانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (۸). از جمله عوامل که زندگی خانواده های دارای بیمار سرطانی را تحت تأثیر قرار می دهد، رضایت زناشویی میان آنهاست (۹). یکی از جنبه های بسیار مهم یک نظام زناشویی، رضایت است که همسران نسبت به رابطه زناشویی خود در ازدواج تجربه می کنند (۱۰). بر طبق نظریه مدل چند مختصاتی السون (Olson) از خانواده چگونگی ساختارهای نامتعادل خانوادگی منجر به بی تعادلی و عدم رضایت زناشویی بین زوجین می شود (۱۱). براساس نظریه مدل چند مختصاتی السون می توان از همبستگی (انسجام خانوادگی)، نزدیکی هیجانی میان اعضای خانواده، سازگاری، انعطاف پذیری و میزان تغییر در مدیریت خانواده، نقش ها، روابط بین نظام خانواده و ارتباطات مثبت که زوجین در تعامل با هم استفاده می کنند، از عوامل تعیین کننده رضایت زناشویی هستند (۱۲). اگر رضایت زناشویی به عنوان عامل استحکام بنیان خانواده به طور کامل به وجود نیاید، می توان اثرات زیان بار جسمی و روانی ایجاد کند و مسیر خانواده را به بیراهه بکشاند (۱۳). رضایت زناشویی ارزیابی کلی از وضعیت رابطه زناشویی یا رابطه عاشقانه کنونی فرد است که می تواند انعکاسی از میزان شادی افراد از روابط زناشوی و یا ترکیبی از خشنود بودن به واسطه بسیاری از عوامل مختص رابطه زناشویی باشد (۱۴). می توان رضایت زناشویی را به عنوان یک موقعیت روان شناختی در نظر گرفت که خود به خود به وجود نمی آید بلکه مستلزم تلاش هر دو زوج است (۱۵).

در این میان، برای درک بهتر تجربه مقابله با استرس بیماری های تهدیدکننده زندگی، باید تأثیر تبعات بیماری سرطان را در یک بافت رابطه ای، یعنی با در نظر گرفتن خانواده و همسر بیماری، مورد توجه قرار داد (۱۶). چون که تبعات این تجربه می تواند همسران را نیز با تغییرات زیادی در سبک زندگی شان از جمله رسیدگی به وظایف همسر بیمار، مسئولیت های خانواده، ایجاد محدودیت در فعالیت های اجتماعی و مشکلاتی در زمینه سلامت روانشناختی مواجه کند و نگرانی های عمده مرتبط با احتمال فقدان از دست دادن شریک زندگی و فشار روانی ناشی از عدم قطعیت و پیش بینی ناپذیری می تواند آنها را در معرض اضطراب، افسردگی، احساس عدم آمادگی برای کمک به همسر و پیامدهای جسمی قرار دهد (۱۷). بنابراین می توان گفت که با به خطر افتادن سلامت زن در خانواده اطرافیان وی نیز تحت تأثیر قرار می گیرند، و آگاهی از ابتلا به سرطان (پستان) و پیامدهای فشارزای متعدد فردی و بین فردی ناشی از آن، می تواند تهدیدی برای ثبات و رضایت مندی زناشویی زوج باشد و زمینه ساز سایر مشکلات زناشویی نیز بشود (۱۸).

یکی دیگر از متغیرهای روانی که می‌تواند در بین افراد سرطانی مورد توجه قرار بگیرد، بهزیستی روانشناختی است. در واقع سرطان علاوه بر عوامل بیرونی همانند عفونت، تنباکو، رژیم غذایی ممکن است ناشی از رفتار و سبک زندگی، روابط با دیگران، عملکرد، احساسات و به طور کلی سلامت روانی فرد باشد (۱۹). بهزیستی روانشناختی را به عنوان ترکیبی از احساسات خوب و عملکرد مؤثر تعریف کرده‌اند (۲۰). احساسات خوب شامل هیجان‌های مثبتی همچون شادی، علاقه، سرزندگی و محبت می‌شود. عملکرد مؤثر شامل حس خودمختاری، کفایت و خودکارآمدی، تاب‌آوری در مقابله با چالش و مصیبت‌ها و روابط اجتماعی مثبت همراه با همدلی و مهربانی است (هاپرت، جانسون، ۲۰۱۰). بهزیستی روانشناختی شاخص مناسبی برای پیش‌بینی سلامت روانشناختی افراد است و با خصیصه‌هایی همچون تفسیرهای مثبت، تفکر خلاق و انعطاف‌پذیر، روابط اجتماعی مناسب، خوش بینی و پیگیر بودن در رسیدن به اهداف ارتباط دارد (حبیب الهی، عابدی، نادری و مظاهری، ۱۳۹۷). برخی پژوهش‌ها رابطه‌ی معکوس بین سرطان و بهزیستی روانشناختی را تأیید کردند (۲۰، ۲۱، ۲۲). نتایج پژوهش نصراله‌ی و دیگران (۲۳) نشان دهنده اهمیت ابعاد بهزیستی روانشناختی در ادراک بیماری زنان مبتلا به سرطان است. ابوهاله و دیگران (Bu-hhelalah & et al) در نتایج خود به این نتیجه رسیدند که بیماران سرطانی نسبت به افراد عادی دارای وضعیت تحصیلی، روابط اجتماعی، مالی و وضعیت اشتغال در حد پایین‌تری هستند و مشکلات بیشتری دارند (۲۴). به طور کلی بیماری‌های سرطان باعث تغییر سبک زندگی بیماران می‌شوند که عمدتاً کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی در این بیماران به صورت جدی کاهش می‌یابد (۲۵). به همین دلیل تأمین بهداشت جسمانی، روانی و اجتماعی آنها باید مورد توجه قرار بگیرد، و در صورتی که بعد روانی بهداشت به اندازه کافی مورد توجه قرار نگیرد، فراوانی مشکلات روانی و رفتاری رو به فزونی خواهد گذاشت؛ تا حدی که عوارض ناشی از بی‌توجهی به آن در ابعاد فردی و اجتماعی، خانوادگی و انسانی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی اثرات سوء و غیرقابل جبران را در پی خواهد داشت.

با توجه به آنچه گفته شد و روشن شدن نقش کلیدی بهزیستی روانشناختی در مراحل مختلف سرطان مانند غربالگری، تشخیص، درمان، بهبودی و از طرفی شیوع بالا و در حال افزایش سرطان‌های مختلف مانند سرطان پستان و تخمدان و حساسیت نقش زنان (جمعیت در خطر) در خانواده و اجماعی؛ همچنین از آنجا که اکثر موارد سرطان (از جمله سرطان پستان) در ایران در زنان مشاهده شده و به دلیل تاثیراتی زیادی که می‌تواند در رضایت مندی زناشویی خانواده‌ها مؤثر واقع شود، لذا این پژوهش با هدف مقایسه‌ای رضایت زناشویی در بین زنان مبتلا به سرطان و عادی مورد بررسی قرار گرفته است.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف جزء پژوهش‌های کاربردی، و از حیث گردآوری داده‌ها از نوع پژوهش‌های توصیفی و علی-مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان (انواع سرطان‌های رحم، گردن و تخمدان) بودند که برای جراحی و درمان‌های تکمیلی به بخش انکولوژی زنان بیمارستان امام خمینی تهران مراجعه کردند. برای تعیین حجم نمونه از بین افراد جامعه ۶۰ نفر، که شامل ۳۰ زن مبتلا به سرطان (رحم، گردن و تخمدان) مراجعه کننده به مرکز درمانی بخش انکولوژی، و به همان اندازه از میان زنان غیر مبتلا نیز ۳۰ زن عادی، که از لحاظ تعداد، سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، شاخص توده بدنی (BMI)، عدم استفاده از داروهای هورمونی و تعداد حاملگی با گروه نمونه سرطانی هم‌تا شده بودند، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. شرایط ورود به مطالعه شامل سن، باروری، تأهل، تحصیلات بالای

دیپلم، وضعیت اقتصادی متوسط و تمایل به شرکت در پژوهش و شرایط خروج از مطالعه وجود همزمان اختلال دیگر و وجود اختلال روانی و عدم تمایل به شرکت در پژوهش بود. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه های بهزیستی روانشناختی کارول ریف (۱۹۸۹) و مقیاس رضایت زناشویی انریچ بود.

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی کارول ریف (۱۹۸۹): این مقیاس در سال ۱۹۸۹ توسط کارول ریف ساخته شده است. این آزمون ۸۴ سؤال و ۶ عامل را دربر می گیرد. شرکت کنندگان در مقیاسی (۶ درجه ای) کاملاً مخالف تا کاملاً موافق (به سؤالات پاسخ می دهند. چهل و هفت سؤال، مستقیم و سی و هفت سؤال به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. ریف برای بررسی روایی ابزار و سنجش رابطه آن با سنجه هایی که صفات شخصیتی را می سنجیدند، و در ضمن شاخص بهزیستی روانشناختی نیز به شمار می رفتند، از سنجه هایی مانند مقیاس تعادل عاطفی برادبورن (۱۹۶۹)، رضایت زندگی نیوگارتن (۱۹۶۵) و حرمت خود رزنبرگ (۱۹۶۵) استفاده کرد. نتایج همبستگی آزمون ریف، با هر یک از مقیاس های فوق قابل قبول بود. بنابراین ابزار فوق از نظر سازه ای روا محسوب شد (۲۶). آلفای کرونباخ به دست آمده در مطالعه ریف (۱۹۸۹) برای پذیرش خود (۹۳٪)، ارتباط مثبت با دیگران (۹۱٪)، خودمختاری (۸۶٪)، تسلط بر محیط (۹۰٪) و رشد شخصی (۸۷٪) گزارش شده است. در ایران طی پژوهشی که با نمونه ای دانشجویی انجام شده است، همسانی درونی با بهره گیری از آلفای کرونباخ سنجیده شد. نتایج حاصل برای تسلط بر محیط ۷۷٪، رشد شخصی ۷۸٪، ارتباط مثبت با دیگران ۷۷٪، هدفمندی در زندگی ۷۰٪، پذیرش خود ۷۱٪، خودمختاری ۷۸٪، و نمره کلی ۸۲، بود. روایی این مقیاس نیز مناسب برآورد شده است (۲۷).

مقیاس رضایت زناشویی انریچ: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط اولسون ساخته شده است و شامل ۴۷ ماده خودگزارشی است. هر گزینه شامل یک مقیاس ۵ درجه ای است که دامنه آن از یک تا پنج مرتب شده است. هر چه نمره فرد بیشتر باشد، میزان رضایت زناشویی وی نیز بیشتر خواهد بود. السون (۱۹۸۹) ضرایب آلفای کرونباخ را ۹۲٪ به دست آورد. سلیمانان پرسشنامه رضایت زناشویی را ترجمه و همبستگی درونی آزمون را ۹۵٪ به دست آورد (۲۸). در پژوهش کیانی پور، محسن زاده و زهراکار پایایی این ابزار با نرخ ۰/۷۵ تأیید شده است (۲۹). در تحقیق دغاغله برای تعیین پرسشنامه رضایت زناشویی از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شد که به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۷۶ است که بیانگر ضرایب قابل قبول یاد شده می باشد (۳۰). برای تجزیه و تحلیل داده ها در سطح توصیفی از آماره هایی همچون میانگین، انحراف معیار و در بخش استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس و تجزیه و تحلیل کوواریانس برای آزمون فرضیه ها استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۱ انجام شد.

یافته ها

شرکت کنندگان این پژوهش ۶۰ نفر بودند که در دو گروه ۳۰ نفری مبتلا به سرطان و گروه سالم گنجانده شدند. میانگین سنی بیماران مبتلا به سرطان ۴۳/۴۵ و میانگین سنی افراد سالم ۳۱/۹۳ بود. ۲۳ نفر (۷۶٪) از بیماران مبتلا به سرطان متأهل و ۴ نفر (۱۳٪) مجرد بودند و ۳ نفر (۱۰٪) مطلقه بودند. ۱۴ نفر (۴۶٪) از نمونه ها دارای سرطان رحم، ۱۰ نفر (۱۰٪) دارای سرطان تخمدان و ۶ نفر (۲۰٪) دارای سران گردن بودند.

همان طور که در جدول (۱) مشاهده می شود، آماره های توصیفی حجم نمونه، میانگین و انحراف معیار مربوط به نمرات رضایت زناشویی و بهزیستی روان شناختی نشان داده شده است. با توجه به میانگین متغیرها و مقدار انحراف معیارهای محاسبه شده مربوط به هر متغیر، می توان میزان پراکندگی نمرات گروه زنان مبتلا به سرطان و زنان عادی را در این متغیرها مشاهده نمود.

جدول ۱. شاخص های توصیفی برای نمرات رضایت زناشویی و بهزیستی روان شناختی زنان دارای سرطان و زنان عادی

| گروه | زنان سرطانی | | زنان عادی | |
|---------------------|-------------|---------|--------------|---------|
| | متغیر | میانگین | انحراف معیار | میانگین |
| رضایت زناشویی | | ۲/۷۲ | ۰/۶۵ | ۳/۹۸ |
| بهزیستی روان شناختی | | ۳/۱۲ | ۰/۵۴ | ۴/۷۹ |

پیش از آزمون فرضیه آماری و تحلیل داده ها با روش تحلیل کوواریانس چند متغیری، پیش فرض های استفاده از این آزمون پارامتریک انجام شد. برای بررسی نرمال بودن داده ها از آزمون کولموگروف-اسمرینف استفاده شد. نتایج این آزمون برای متغیرهای «بهزیستی روانشناختی» و «رضایت زناشویی» معنادار نبودند؛ در نتیجه فرض نرمال بودن داده ها برقرار است ($P > 0.05$). همچنین برای بررسی برابری واریانس ها از آزمون لون استفاده شد که نتایج آن به توجه به مقدار F و مقدار معنی داری برای هر دو متغیر بهزیستی روانشناختی و رضایت زناشویی معنادار نبود؛ بنابراین فرض برابری واریانس ها هم برقرار است ($P > 0.05$).

فرضیه ی پژوهش: بین بهزیستی روان شناختی و رضایت زناشویی در بین زنان مبتلا به سرطان و زنان عادی تفاوت معنی داری وجود دارد.

با توجه به نتایج جدول ۴-۲، چون سطح معناداری F برای رضایت زناشویی و بهزیستی روانشناختی کوچک تر از ($P < 0.01$) می باشد، لذا فرضیه تائید شد و نتیجه گرفته می شود که بین بهزیستی روانشناختی و رضایت زناشویی زنان دارای سرطان و زنان عادی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$).

جدول ۲. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه رضایت زناشویی و بهزیستی روان شناختی زنان مبتلا به سرطان و عادی

| متغیر | منابع تغییرات | مجموع مجذورات | میانگین مجذورات | df | F | سطح معناداری |
|---------------------|---------------|---------------|-----------------|----|-------|--------------|
| رضایت زناشویی | بین گروهی | ۲/۱۷۹ | ۲/۱۷۹ | ۱ | ۴/۸۹ | ۰/۰۰۱ |
| | درون گروهی | ۲۵/۷۹ | ۰/۴۴۵ | ۵۸ | _____ | _____ |
| | کل | ۲۸۶/۶۰ | _____ | ۵۹ | _____ | _____ |
| بهزیستی روان شناختی | بین گروهی | ۳/۶۴۷ | ۳/۶۴۷ | ۱ | ۵/۹۲ | ۰/۰۰۱ |
| | درون گروهی | ۳۵/۷۳ | ۰/۶۱۶ | ۵۸ | _____ | _____ |
| | کل | ۱۱۲۸/۷۳ | _____ | ۵۹ | _____ | _____ |

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی مقایسه ای بهزیستی روان شناختی و رضایت زناشویی در بین زنان مبتلا به سرطان و زنان عادی شهر تهران بود. نتایج نشان داد که بین زنان سرطانی (رحم، تخمدان و گردن) و زنان عادی از نظر بهزیستی روانشناختی تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر میزان بهزیستی روانشناختی زنان عادی بیشتر از زنان سرطانی بود. این یافته ها با

نتایج برخی پژوهش ها همسو بود و آنها نیز در نتایج پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بهزیستی روانشناختی زنان سرطانی نسبت به بقیه زنان کمتر است (۳۱،۳۲،۳۳،۳۴).

سرطان به علت مزمن بودن و تحت الشعاع قرار دادن ابعاد مختلف زندگی کاری و اجتماعی افراد بیشترین تأثیر منفی را بر بهزیستی روانشناختی بیماران می گذارد و منجر به ارزیابی منفی از خود و زندگی می شود. علاوه بر تشدید علایم بیماری و کند کردن روند بیماری، منجر به سایر بیماری های روحی و روانی می شود (۳۵). گروهی از محققان ایتالیایی با مطالعه روی بیماران مبتلا به سرطان در محدوده سنی ۱۸ تا ۶۵ سال به این نتیجه رسیدند که مهم ترین عامل مربوط به سلامت روان که بر بهزیستی روانشناختی آنها اثر داشته است، اضطراب است و در صورت داشتن سن بالای ۵۰، سطوح تحصیلی پایین و عدم اشتغال به کار، بهزیستی روانشناختی بیماران نامطلوب می شود (۳۶).

در تبیین احتمالی این یافته می توان گفت که تشخیص سرطان تجربه ای سنگین و غیر قابل باور برای هر فرد است و سرطان در مرحله شروع و تشخیص می تواند بر جنبه های متعدد زندگی بیمار از قبیل کیفیت زندگی شغلی و اجتماعی، وضعیت اقتصادی و روابط خانوادگی اثر گذار باشد (۳۷). لذا اگر بهزیستی روان شناختی را یک مفهوم چند بُعدی و در برگیرنده ابعاد جسمی- سلامت، زبندگی، تحرک و ایمنی شخصی (۳۸)، رضایت در حیطه هایی چون: کار، یادگیری، تفریح، رفاه مادی و خلاقیت فرد (۳۹)، موقعیت زندگی، روابط خانوادگی، روابط اجتماعی، فراغت، امنیت، (۴۰)، زندگی خانوادگی، دوستی، استانداردهای زندگی، (۴۱)، بدانیم انتظار می رود که افراد مبتلا به سرطان در مرحله تشخیص سلامت روانی پایینی داشته باشند زیرا در هر یک از ابعاد یاد شده، فرد احتمالاً انگیزه و انرژی کمتری داشته باشد. از سوی دیگر با طی کردن مرحله تشخیص و قرار گرفتن در مرحله درمان و سپری کردن این مرحله، فرد مبتلا به سرطان بر هر یک از ابعاد یاد شده از کیفیت زندگی- فردی، شغلی و اجتماعی، روابط خانوادگی رغبت بیشتری پیدا می کند و به نوعی امیدوارانه تر برای دستیابی به ابعاد مذکور به فعالیت می پردازد. اما چون زنان مبتلا به سرطان در پژوهش حاضر در مرحله تشخیص و درمان بودند بهزیستی روان شناختی پایین تری داشتند.

یافته ها همچنین نشان داد که بین زنان سرطانی (رحم، تخمدان و گردن) و زنان عادی از رضایت زناشویی تفاوت معنی داری وجود دارد. به این معنی که میزان رضایت زناشویی زنان عادی بیشتر از زنان سرطانی بود. این یافته ها با نتایج پژوهش های اسفندیاردولابی و دیگران (۱۸)، هاردن و دیگران (Harden & et al) (۴۲) و کیسان و دیگران (Kissane & et al) (۴۳) که برا تفاوت میزان رضایت زناشویی زنان سرطانی با زنان عادی تأکید داشتند همسو است. همچنین با نتایج پژوهش های والش، آویس و مانول (Walsh, Avis & Manule) (۴۴) و تراون و گت و هردینا (Traun-voget & Herdina) (۴۵) همسو می باشد که در مطالعات خود گزارش کردند روابط جنسی و رضایت زناشویی زنان پس از ابتلا به سرطان آسیب می بیند و لذا می بایست با ارائه ی درمان های روانشناختی مناسب به افزایش رضایت جنسی و رضایت از زندگی زنان سرطانی و همسرانشان یاری رسانند. اندرسون و همکارانش (Anderson & et al) (۴۶) در بررسی رضایت زناشویی زنان سرطانی به این نتیجه رسید که این درسته از بیماران دارای میانگین نمره پایینی در رضایت زناشویی هستند که با نتایج این پژوهش همسو می باشد.

در تبیین احتمالی دیگری می توان گفت عملکرد خانواده تلاش مشترکی است برای برقراری و حفظ تعادل در خانواده (۴۷)، از این جهت چنانچه اعضای خانواده در قبال فرد درگیر با سرطان، اقدامات حمایتی مشترکی داشته باشند می توانند علاوه بر حفظ تعادل در نظام خانواده رضایت فرد بیمار را افزایش دهند. از سوی دیگر رضایت زناشویی به معنای احساس رضایت از

موفقیت ها و روابط، تعلق خاطر، داشتن انرژی و لذت بردن از خوشی های زندگی خانوادگی، احساس ارزشمند بودن و استقلال و انطباق مؤثر داشتن، امید، احساس رفاه و ایفای نقش هایی است که برای فرد مهم هستند (۴۸)، لذا عملکرد کارساز خانواده - یعنی تلاش جمعی اعضا خانواده برای یاری رساندن به فرد دچار سرطان و عملکرد مطلوب خانواده در هر یک از ابعاد عملکرد خانواده (نقش ها، ابراز عواطف و حل مشکل) - می تواند ویژگی های یاد شده از رضایت را برای فرد مبتلا به سرطان به همراه داشته باشد و به عبارت دیگر رضایت وی را افزایش دهد. استمرار این حالت از عملکرد خانواده در مراحل تشخیص، حین و بعد از درمان، احتمالاً می تواند با رشد فزاینده رضایت در فرد همراه باشد. احتمال می رود که عدم استمرار و یا نبود شرایط یاد شده از عملکرد اعضای خانواده نسبت به یک زن مبتلا به سرطان همراه با کاهش و یا عدم افزایش رضایت زناشویی در آنان همراه باشد.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشانگر آن بود که بین دو گروه از زنان سرطانی (رحم، تخمدان و گردن) و زنان عادی در متغیرهای بهزیستی روانشناختی و رضایت زناشویی تفاوت معنی داری وجود داشت. لذا در فرایند بیماری این گونه سرطان ها، عموم توجهات و درمان ها برای بهبودی جسمی این بیماران متمرکز بوده است، در حالی که بیماری های جسمی، آسیب های روان - شناختی نیز در پی دارد. پس از درمان و یا کنترل بعد جسمانی، می بایست آسیب های روانی آن برای مدت های طولانی تأثیرات خود را حفظ نماید. بنابراین لازم است مراکز درمانی برنامه ریزی های لازم را برای درمان مشکلات روانی و بهبود سلامت روانی آنها انجام دهند. علاوه بر این ها خانواده ها و به ویژه همسران زنان دارای سرطان مراقبت های لازم و همچنین ارتباطات مناسب را همسر خود داشته باشند. پژوهش حاضر همانند سایر پژوهش ها دچار محدودیت های بود؛ از جمله محدود بودن پژوهش به بیماران بیمارستان شهر تهران که تعمیم دهی یافته های ما را به دیگر بیماران در مناطق دیگر تهران کاهش می دهد. با توجه به یافته های این پژوهش پیشنهاد می گردد که این پژوهش در دیگر مناطق و دیگر شهرهای کشور در بین این گونه بیماران با ابزارهای گوناگون همچون مصاحبه ی عمیق انجام شود و راهکارهای مناسب جهت افزایش بهزیستی روانشناختی و رضایت زناشویی آنها ارائه گردد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج می باشد. پژوهشگران بر خود لازم می - دانند که از کلیه کارکنان، پرستاران و بیماران زن سرطانی در بیمارستان امام خمینی (ره) شهر تهران که همکاری مطلوبی داشتند، تشکر نمایند.

References

- 1- Movahedi M, Mohammadkhani Sh, Hasani J, Moghadasin M. The Relationship between Coping Strategies and the Psychological Well-Being of Women with Breast Cancer. J Lorestan Uni of Med Sci. ۲۰۱۹□ ۲۰۴(۴): ۴۰-۵۱.
- 2- Bernat JK, Anderson LB, Parrish-Sprowl J, Sparks GG. Exploring the association between dispositional cancer worry, perceived risk, and physical activity among college women. Journal of American College Health. 2015 Apr 3;63(3):216-20. <https://doi.org/10.1080/07448481.2014.983927>
- 3- Andersen MR, Thorpe J, Buist DS, Beatty JD, Watabayashi K, Hanson N, Resta R, Chubak J, Urban N. Cancer risk awareness and concern among women with a family history of breast or ovarian cancer. Behavioral Medicine. 2016 Jan 2;42(1):18-28. <https://doi.org/10.1080/08964289.2014.947234>

- ۴- Salehi R, Dehshiri Gh. Post-Traumatic Growth in Cancer Patients: The Role of Psychological, Spiritual, Mental, and Hope Dimensions. *J Res in Psy Health*. 2019; 2(12): 1-13.
- ۵- Singer S. Psychosocial impact of cancer. In *Psycho-Oncology*. 2018 (pp. 1-11). Springer, Cham.
- ۶- Ahangari N, Bireshk B, Ashori A. The Assessing the Relationship between Mindfulness with Depression and Quality of Life in Women with Breast Cancer. *J Psychom*. 2017; 55-68.
- ۷- Isazadegan A, Sheikhi S, Hafeznia M, Khademi A. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy in Reducing Depression Symptoms Among Cancer Patients. *J Urmia Univ Med Sci*. 2014; ۲۴(۵): ۳۳۹-۳۴۶.
- ۸- Lovatt M, Nanton V, Roberts J, Ingleton C, Noble B, Pitt E, Seers K, Munday D. The provision of emotional labour by health care assistants caring for dying cancer patients in the community: a qualitative study into the experiences of health care assistants and bereaved family carers. *International Journal of Nursing Studies*. 2015 Jan 1;52(1):271-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.10.013>
- ۹- Chien CH, Chuang CK, Liu KL, Huang XY, Pang ST, Wu CT, Chang YH, Liu HE. Individual and mutual predictors of marital satisfaction among prostate cancer patients and their spouses. *Journal of clinical nursing*. 2017 Dec;26(23-24):4994-5003. <https://doi.org/10.1111/jocn.13998>
- ۱۰- LeBaron AB, Kelley HH, Carroll JS. Money over marriage: Marriage importance as a mediator between materialism and marital satisfaction. *Journal of Family and Economic Issues*. 2018 Jun ۱۰۳۹(۲):۳۳۷-۴۷. <https://doi.org/10.2307/351485>.
- ۱۱- Daspit JJ, Madison K, Barnett T, Long RG. The emergence of bifurcation bias from unbalanced families: Examining HR practices in the family firm using circumplex theory. *Human Resource Management Review*. 2018 Mar 1;28(1):18-32. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2017.05.003>
- ۱۲- Khalatbari J, Hematisabet V, Mohammadi H. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Body Image and Marital Satisfaction in Women with Cancer Breast: A Randomized Educational Trial Study. *J Iran Brea Dis*. 2019; 11(3): 8-20.
- ۱۳- Ghofranopour F, Aminshokravi F, Torkashvand R. The Relationship between Demographic Factors and Marital Satisfaction of Divorce Applicant Couples To the Boroujerd Family Justice Complex. *J Behav Edu Heal Prom*. 2018; 5(1): 43-50.
- ۱۴- Khodabakhshikolai A, Bahrami S, Eghlima M. Evaluation of quality of love and sexual satisfaction in men with history of transplantation and without history of transplantation. *J Soc Work*. 2017; 5(4): 5-12.
- ۱۵- Hajloo N, Alizadeh J, Ghotbi M, Delavarghavam S. Comparison of the dimensions of love based on the duration of marriage between married men and women. *J Fam Coun and Psy*. 2015; 4(1): 47-55.
- ۱۶- Yamagishi A, Morita T, Kawagoe S, Shimizu M, Ozawa T, An E, Kobayakawa M, Tsuneto S, Shima Y, Miyashita M. Length of home hospice care, family-perceived timing of referrals, perceived quality of care, and quality of death and dying in terminally ill cancer patients who died at home. *Supportive Care in Cancer*. 2015 Feb 1;23(2):491-9. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2397-7>
- ۱۷- Bahmani B, Naghiai M, Ghanbari A, Khorasani B, Dehkhoda A, Alimohammadi F. Marital Satisfaction of Women with Breast Cancer During Supplementary Screening: A Comparative Study. *J health Psy*. ۲۰۱۶۱۴(۱۳): ۵-۱۸.
- ۱۸- Esfandiari Dolabi Z, Joulaei A, Asli Azad M. Comparison of marital satisfaction and general health among breast cancer patients with breast evacuation, breast keeping and cancer free women in Tehran. *IJRR*. 2015;1(4):39-48.
- ۱۹- Ramezani F, Ghasemi A. The Effectiveness of Educational Psychological Interventions on Improving the Psychological Well-Being of Patients with Cancer. *J health Psy*. 2017; 5(1): 79-93.
- ۲۰- Gyu Park J, Sik Kim J, Yoon SW, Joo BK. The effects of empowering leadership on psychological well-being and job engagement: the mediating role of psychological capital. *Leadership & Organization Development Journal*. 2017 May 2;38(3):350-67. <https://doi.org/10.1108/LODJ-08-2015-0182>
- ۲۱- Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Applebaum A, Kulikowski J, Lichtenthal WG. Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2015 Mar 1;33(7):749. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.57.2198>

- ۲۲- Dumalaon-Canaria JA, Prichard I, Hutchinson AD, Wilson C. Fear of cancer recurrence and psychological well-being in women with breast cancer: The role of causal cancer attributions and optimism. *European journal of cancer care*. 2018 Jan;27(1): 125-139. <https://doi.org/10.1111/ecc.12579>
- ۲۳- Nasrollahi B, Torkaman Sh, Darandegan K. The Relationship between Depression and Psychological Well-being with Illness Perception in Women with Breast Cancer. *J Ir Surg*. 2017; 24(1): 35-46.
- ۲۴- Abu-Helalah M, Al-Hanaqta M, Alshraideh H, Abdulbaqi N, Hijazeen J. Quality of life and psychological well-being of breast cancer survivors in Jordan. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014 Aug ۴;۱۵(۱۴):۵۹۲۷-۳۶.
- ۲۵- Yazdani F. The effect of yoga on the quality of life symptoms of breast cancer patients undergoing radiation therapy. *J Ir Brea Dis*. 2015; 7(4): 32-42. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2014.15.14.5927>
- ۲۶- Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*. 1989 Dec;57(6):1069. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- ۲۷- Hatamlou sadabadi M, Hashemi nosratabad T. Comparison of psychological well-being and marital satisfaction in a group of fertile and infertile women in Tabriz. *J health Psy*. 2013; 1(1): 20-31.
- ۲۸- Soleymanian A, Navabinejat Sh. The effect of irrational thinking (based on cognitive approach) on marital dissatisfaction. 1995; M.Sc., Tarbiat Moallem University.
- ۲۹- Kianipour O, Mohsenzadeh F, Zaharakar K. Comparison of Schema Therapy and Narrative Therapy Effectiveness when Joining Each of them with the Marital Enrichment Program on the Tendency to Marital Relationship and Marital Satisfaction. *J Fam cou psy*. 2018; 7(2): 27-54.
- ۳۰- Daghagheleh F, Asgari P, Heydari A. The relationship between forgiveness, love, intimacy, and marital satisfaction. *new fin in psy*. 2013; 7(24): 57-69.
- ۳۱- Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Applebaum A, Kulikowski J, Lichtenthal WG. Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2015 Mar 1;33(7):749. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.57.2198>
- ۳۲- Ruini C, Vescovelli F. The role of gratitude in breast cancer: Its relationships with post-traumatic growth, psychological well-being and distress. *Journal of Happiness Studies*. 2013 Mar 1;14(1):263-74. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9330-x>
- ۳۳- Afsharnia F, Birami M. Comparison of Quality of Life and Psychological Well-being in Cardiovascular, Cancer and Healthy Patients. *J Edu Comm Health*. 2019; 5(3): 38-47.
- ۳۴- Koehly LM, Peters JA, Kuhn N, Hoskins L, Letocha A, Kenen R, Loud J, Greene MH. Sisters in hereditary breast and ovarian cancer families: communal coping, social integration, and psychological well-being. *Psycho-Oncology*. 2008 Aug;17(8):812-21. <https://doi.org/10.1002/pon.1373>
- ۳۵- Turner J, Kelly B. Emotional dimensions of chronic disease. *Western Journal of Medicine*. 2000 Feb;172(2):124. <https://doi.org/10.1136/ewj.172.2.124>
- ۳۶- Diwan R. Relational wealth and the quality of life. *The Journal of Socio-Economics*. 2000 Jul ۱;۲۹(۴):۳۰۵-۴۰. [https://doi.org/10.1016/S1053-5357\(00\)00073-1](https://doi.org/10.1016/S1053-5357(00)00073-1)
- ۳۷- Shaban M, Monjmed Z, Mehran A, Hasanpour A. The relationship between cancer characteristics and quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *J Life*. 2005; 10(22): 79-84.
- ۳۸- Pretty J, Peacock J, Hine R, Sellens M, South N, Griffin M. Green exercise in the UK countryside: Effects on health and psychological well-being, and implications for policy and planning. *Journal of environmental planning and management*. 2007 Mar 1;50(2):211-31. <https://doi.org/10.1080/09640560601156466>
- ۳۹- Jozi P, Ranjbari M, Moradi A, Zarei F. Comparison of Positive Emotion, Creativity, and Psychological Well-Being in Adolescent Transition with Middle Ages. *J Psy Aging*. 2016; 1(3): 187-199.
- ۴۰- Ghaedi Gh, Yaghobi H. Investigating the Relationship between Perceived Social Support and Well-being in Male and Female Students. *J Give know*. 2009; 13(2): 69-81.

- ۴۱- Tse M, Leung R, Ho S. Pain and psychological well-being of older persons living in nursing homes: An exploratory study in planning patient-centred intervention. *Journal of advanced nursing*. 2012 Feb;68(2):312-21. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05738.x>
- ۴۲- Harden JK, Sanda MG, Wei JT, Yarandi H, Hembroff L, Hardy J, Northouse LL, PROSTQA Consortium Study Group. Partners' long-term appraisal of their caregiving experience, marital satisfaction, sexual satisfaction, and quality of life 2 years after prostate cancer treatment. *Cancer nursing*. 2013 Mar;36(2). <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3182567c03>
- ۴۳- Kissane DW, McKenzie M, McKenzie DP, Forbes A, O'Neill I, Bloch S. Psychosocial morbidity associated with patterns of family functioning in palliative care: baseline data from the Family Focused Grief Therapy controlled trial. *Palliative medicine*. 2003 Sep;17(6):527-37. <https://doi.org/10.1191/0269216303pm808oa>
- ۴۴- Walsh SR, Manule JC, Avis NE. The impact of breast cancer on younger women's relationships with their partner and children. *Fam Syst Health*. 2005; 23(1): 80-93. <http://dx.doi.org/10.1037/1091-7527.23.1.80>
- ۴۵- Traun- vogt E, Herdina PF. Sexuality after breast cancer- surviving breast cancer as a couple. *Wein Med Wochens Cher*. 2010; 16 (7-8): 182-185. <http://dx.doi.org/10.1007/s10354-010-0774-5>
- ۴۶- Andersen BA, Carpenter KM, Chung Yang H. Sexual well being among partnered women with breast cancer recurrence. *Clin Oncol*. 2007.; 25 (21): 3151-3157. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2006.09.6958>
- ۴۷- Farahani A, Masoodnia E. The Relationship between Family Functioning Indicators and Risk of Myocardial Infarction. *J Card Nurs*. 2016; 4(3): 35-26.
- ۴۸- Adams E, Boulton M, Watson E. The information needs of partners and family members of cancer patients: a systematic literature review. *Patient education and counseling*. 2009 Nov 1;77(2):179-86. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.03.027>