

رضامندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه در طی دوره درمان‌های تکمیلی

پزشکی: یک مطالعه مقایسه‌ای

بهمن بهمنی*، مائده نقیائی**، علی قنبری مطلق***، بیژن خراسانی****،

آیدا دهخدا*****، فهیمه علی محمدی*****

دریافت مقاله:

۹۲/۱۰/۲۷

پذیرش:

۹۳/۳/۷

چکیده

هدف: رضایت‌مندی زناشویی از مهم‌ترین پیامدهای یک رابطه زناشویی مطلوب و شاخصی مهم جهت قضاوت در مورد میزان کارآمدی آن محسوب می‌شود. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر سرطان سینه بر رضایت‌مندی زناشویی در طی مراحل تشخیص و درمان پزشکی آن از طریق مقایسه با زنان سالم صورت گرفت.

روش: با استفاده از طرح مطالعه توصیفی مقایسه‌ای، پنجاه زن مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به بیمارستان امام حسین (ع) و پنجاه زن از جمعیت عادی با استفاده از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب و به پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپانیر (۱۹۷۶) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss-19 برای محاسبه آزمون t مستقل پردازش شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها حاکی از معنادار بودن تفاوت میانگین‌های دو گروه ($\text{sig} = / .001$) و پایین‌تر بودن رضایت-مندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته این پژوهش و با در نظر گرفتن نتایج سایر مطالعات مرتبط به نظر می‌رسد که پرداختن به رضایت‌مندی زناشویی زنان در طی مراحل اولیه تشخیص و درمان سرطان سینه یک ضرورت بهداشتی روان محسوب می‌شود.

کلیدواژه‌ها: رضایت‌مندی زناشویی، سرطان، سرطان سینه.

*استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران

**کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران (نویسنده مسئول) a.ghanbari@yahoo.com

***استادیار، گروه رادیوتراپی آنکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

****دانشیار، گروه علوم بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران

*****کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران

*****کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران

مقدمه

یکی از جنبه‌های بسیار مهم یک نظام زناشویی، رضایتی است که همسران نسبت به رابطه زناشویی خود در ازدواج تجربه می‌کنند. (تانی گوچی^۱ و همکاران ۲۰۰۶) رضایت‌مندی زناشویی محصول برداشت فرد از وضعیت موجود رابطه با همسر و انطباق این برداشت با وضعیت مورد انتظارش است. (وینچ^۲، ۱۹۷۴)

رضایت‌مندی زناشویی از منابع تأمین‌کننده بسیاری از نیازهای روانی اجتماعی متقابل زن و شوهر محسوب شده و از جنبه‌های ارتباطی حائز اهمیتی است که همسران در طول زندگی خود بنا می‌کنند و شاخصی برجسته جهت قضاوت در مورد میزان کارآمدی یک رابطه زناشویی محسوب می‌شود. (مقدم، ۱۳۸۹؛ اکبری، ۱۳۹۰)

گرچه به اعتقاد مارکمن^۳ (۱۹۹۹) رضایت زناشویی تأثیر بسزایی بر خانواده و سلامت جسمی و روانی اعضای آن دارد (نقل از اولیاء و همکاران، ۱۳۸۸) در عین حال عوامل گوناگون دیگری نیز بر رضایت‌مندی زناشویی تأثیرگذارند که به طور خلاصه می‌توان به عواملی مثل ویژگی‌های جمعیت شناختی (مثل سن، فاصله سنی، تحصیلات، تعداد فرزندان)، عوامل زمینه‌ای و فردی (تفاوت شخصیتی، وابستگی، خلق و خو، اسناد...)، تفکر و شناخت، (الیس، ۲۰۰۱) مهارت‌ها و فرآیندهای بین فردی رضایت از روابط جنسی، استرسورها و وقایع زندگی (بیماری و مرگ فرزند، نازایی، بیماری روانی، بیماری‌های بدخیم و سخت علاج مثل سرطان)

اشاره کرد. (کیانلو، ۱۳۸۳؛ بگول، ۲۰۰۶)

در میان عواملی مثل استرسورها و وقایع و پیامدهای غیرقابل‌پیش‌بینی زندگی (کرنی و برادبوری، ۱۹۹۵) مواجهه با تشخیص ابتلا به بیماری خطرناکی مثل سرطان سینه می‌تواند بسیار پر استرس باشد. (نقل از باباریع، ۱۳۹۰)

سرطان سینه یکی از انواع شایع سرطان در زنان است که در سال ۲۰۱۱ تعداد ۲۳۰/۴۸۰ مورد جدید سرطان سینه در بین زنان تشخیص داده‌اند. (جامعه سرطان امریکا، ۲۰۱۱) و براساس برآوردهای کارشناسان بهداشتی و درمانی ایران، این بیماری یکی از مشکلات مهم سلامتی زنان ایرانی محسوب می‌شود که شیوع متوسط دارد و در حال افزایش است. (آقابرای و همکاران، ۱۳۸۵؛ طالقانی، ۱۳۸۴؛ نقل از باباریع، ۱۳۹۰)

گرچه به دلیل پیشرفت در غربالگری، تشخیص زودرس و فناوری، زنان مبتلا به سرطان سینه بیشتر عمر می‌کنند اما در عین حال با دشواری‌های روانی - اجتماعی متعدد ناشی از تجربه سرطان‌شان مواجه می‌شوند. (پاکی مارتین^۴، ۲۰۰۹)

فرآیند روانی که با آگاهی فرد از ابتلا به سرطان شروع می‌شود، به طور طبیعی از چندین وهله اساسی از جمله شوک، ناباوری و انکار، ترس و اضطراب، احساس گناه، غمگینی و افسردگی، خشم، پذیرش واقعیت و تطبیق با آن گذر خواهد کرد و برخی افراد ممکن است به دلایل گوناگون در یکی از مراحل فوق تثبیت شده و هیچ‌وقت نتوانند به سازگاری مناسب دست پیدا کنند. (هوئکاسترا^۵ و همکاران، ۱۹۹۸؛ به نقل از بهمنی، ۱۳۸۹)

4. Pukay-Martin
5. Hoekostra

1. Taniguchi
2. Winch
3. Markman

معرض اضطراب، افسردگی، احساس عدم آمادگی برای کمک به همسر و پیامدهای جسمی قرار دهد. (کایسر و اسکات، ۲۰۰۸)

از آنجایی که پاسخ‌های ناسازگارانه هر یک از زوجها به تبعات این بیماری ممکن است آنها را با چالشی عمده در روابط زناشویی‌شان «به عنوان یک واحد» مواجه کند (ویزنتال^۹، ۲۰۰۶) به زعم رولند^{۱۰} (۱۹۹۴) می‌تواند خطر عمده‌ای برای کارکرد زوج و خانواده^{۱۱} محسوب شود. (نقل از فلدمن و برازارد^{۱۲}، ۲۰۰۶) همین مسئله باعث شده که از سرطان سینه به عنوان سرطان رابطه‌ای^{۱۳} یاد شود. (نورتوس^{۱۴} و همکاران، ۱۹۹۸) در این میان، روابط و الگوهای تعاملی بین فردی، میزان صمیمیت و نزدیکی زوجها با یکدیگر می‌تواند دستخوش تغییرات زیادی شده و زوجها را ناگزیر از ایجاد تغییرات زیادی در الگوهای رفتاری مبتنی بر نقش‌های همسری کرده (مکایل^{۱۵}، ۲۰۰۹) و روابط جنسی این زوجها از جمله دفعات مقاربت و لذت از فعالیت‌های جنسی نیز تحت تأثیر سرطان ممکن است به شدت مختل گردد. (ویزنتال، ۲۰۰۶؛ کادمون^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۸)

به نظر می‌رسد آگاهی از ابتلا به سرطان سینه و پیامدهای فشارزای متعدد فردی و بین فردی ناشی از آن، می‌تواند تهدیدی برای ثبات و رضایت‌مندی زناشویی زوج باشد و زمینه‌ساز سایر مشکلات زناشویی نیز شود. (کیسان و همکاران، ۱۹۹۶؛ مان^{۱۷}،

منابع فشارزای روانی^۱ مرتبط با سرطان سینه که می‌تواند سازگاری فرد را مختل کند، از اقدامات درمانی گرفته (خستگی، فقدان موها، تهوع، استفراغ، تغییر تصویر بدنی، کاهش تمایلات جنسی) تا عوامل فشارزای هیجانی (اضطراب، افسردگی و غمگینی و تظاهرات رفتاری به دنبال این هیجانات) و اجتماعی (افشای بیماری به دوستان و خانواده، مواجهه با عکس‌العمل اطرافیان، تغییر در فعالیت‌های اجتماعی) می‌تواند سلامت بیمار را نشانه رود. (کایسر و اسکات^۲، ۲۰۰۸)

در این میان، برای درک بهتر تجربه مقابله با استرس بیماری‌های تهدیدکننده زندگی، باید تأثیر این بیماری را در یک بافت رابطه‌ای، یعنی با در نظر گرفتن خانواده و همسر بیمار، مورد توجه قرارداد (آوینری^۳، ۱۹۹۹) چرا که تبعات این تجربه می‌تواند همسران را نیز با تغییرات زیادی در سبک زندگی‌شان از جمله رسیدگی به وظایف همسر بیمار، مسئولیت‌های خانواده، ایجاد محدودیت در فعالیت‌های اجتماعی و مشکلاتی در زمینه سلامت روان‌شناختی، (بیگاتی و کرونان^۴، ۲۰۰۲؛ اسکالز و بیچ^۵، ۱۹۹۹؛ نقل از فکت، استفان، میکلسون، برولی^۶، ۲۰۰۷) مواجه کند و نگرانی‌های عمده مرتبط با احتمال فقدان و از دست دادن شریک زندگی (کارلسون، بالتز، اسپیسا و پیریر^۷، ۲۰۰۰) و فشار روانی ناشی از عدم قطعیت و پیش‌بینی‌ناپذیری^۸ می‌تواند آنها را در

9. Wiesenthal
10. Rolland
11. Marital & familial function
12. Feldman&Broussard
13. Relational cancer
14. Northouse
15. Maciel
16. Kadmon
17. Manne

1. Stressor
2. Kayser&Scott
3. Avineri
4. Biguati&chronan
5. Sckalse,Beach
6. Fekete, Stephens, Mickelson, Druley
7. Carlson, Bultz, Pierre,Specca
8. Uncertainty

۱۹۹۸؛ ویز و ریز، ۲۰۰۰؛ نقل از مک لین و نایسم،
۲۰۰۷؛ رندال و بودنمن، ۲۰۰۹)

دوروال و همکاران (۱۹۹۹) در مطالعه‌ای طولی
۵ ساله با هدف بررسی نقش تعیین‌کننده سرطان سینه
در پایان دادن^۳ به روابط زناشویی در مقایسه با
جمعیت عادی نشان دادند که تفاوت معناداری بین
این دو گروه در فروپاشی روابط زناشویی وجود
ندارد، لیکن همین مطالعه نشان داده است که در میان
زنان مبتلا به سرطان سینه، رضایت‌مندی زناشویی
پایین در طی ۳ ماه پس از تشخیص، پیش‌بینی کننده
مشکلات زناشویی بیشتر در آینده می‌تواند باشد.

در این راستا آوکی و همکاران (۲۰۰۹) در
مطالعه‌ای با هدف بررسی رابطه امیدواری و
رضایت‌مندی زناشویی ۵۹ نفر از زنان ماستکتومی
شده به این نتیجه رسیدند که این زنان رضایت‌مندی
زناشویی متوسطی داشتند و آوکی و کامکایز (۲۰۱۱)
نیز در مطالعه‌ای با هدف بررسی رابطه احساس
تنهایی و سازگاری زناشویی ۴۸ نفر زنان ماستکتومی
شده و همسرانشان بیان داشتند که این زوجها معتقد
بودند که کیفیت روابط زناشویی‌شان بعد از عمل
جراحی در مقایسه با قبل از عمل افت کرده است.

در این راستا نورتوس و همکاران (۱۹۹۸) نیز در
مطالعه‌ای طولی باهدف مقایسه سازگاری زوج‌های
مواجه با سرطان سینه بدخیم و بیماری‌های
خوش‌خیم سینه به این نتیجه رسیدند که سرطان
سینه در طی یک سال پس از تشخیص، می‌تواند
فشار مضاعفی برای روابط زوجی و خانوادگی
زوج‌ها محسوب شود.

برخی مطالعات نیز نشان می‌دهند که به رغم
تغییرات منفی بسیاری که ممکن است سرطان سینه
بر روابط برخی زوجها به جای بگذارد اما اغلب آنها
قادرند رضایت‌مندی روابطشان را حفظ کنند و حتی
جراحی نیز تأثیری بر روابط زناشویی‌شان ندارد.
(دوروال و همکاران، ۲۰۰۵؛ نقل از هنین و همکاران،
۲۰۰۷)

هنین^۴ و همکاران (۲۰۰۷) نیز در مطالعه‌ای
طولی با هدف بررسی رابطه سرطان سینه، جرأت-
ورزی فردی و مقابله متمرکز همسران به این نتیجه
رسیدند که زنان مبتلا به سرطان سینه در مقایسه با
گروه کنترل در رضایت‌مندی از رابطه‌شان تفاوتی
نداشته و نتیجه گرفتند که سرطان سینه به خودی
خود به نظر نمی‌رسد عامل خطری برای آزدگی
رابطه زوج محسوب شود.

در ایران در عین حال که در سال‌های اخیر
مطالعات بسیاری در ارتباط با کیفیت زندگی (اقتدار و
همکاران، ۱۳۸۷؛ آقابراری و همکاران، ۱۳۸۵)، آسایش
روانی (حیاتی، شاهسواری، محمودی، ۱۳۸۸) امید به
زندگی (شعاع کاظمی و مؤمنی جاوید، ۱۳۸۸) بیماران
مبتلا به سرطان سینه صورت گرفته، لیکن کمتر به
مقوله رضایت‌مندی و زندگی زناشویی آنها پرداخته
شده است. با این وجود نظر محقق به دو مطالعه در
این زمینه جلب شد:

مطالعه‌ای توصیفی بدون گروه مقایسه با هدف
بررسی رضایت‌مندی و جنبه‌های مختلف زندگی
زناشویی با استفاده از مقیاس رضایت از زندگی
زناشویی بلوم و محراییان (۱۹۹۹) در ۱۴۷ بیمار مبتلا
به انواع سرطان (مرد و زن) به این نتیجه رسیدند که

1. Weihs & Reiss
2. McLean&Nissim
3. Break down

4. Hinnen

لذا پرسش اصلی این پژوهش این است که میزان رضایت‌مندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه در مرحله انجام درمان‌های تکمیلی با جمعیت عادی چه تفاوتی دارد؟

روش

این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی-مقایسه‌ای (پس رویدادی) با استفاده از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بوده که در پاییز و زمستان سال ۹۱ بر روی زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به بخش پرتودرمانی بیمارستان امام حسین(ع) به مدت ۴ ماه انجام شد. ابتدا پس از کسب مجوزهای لازم، اطلاعات کامل در زمینه پژوهش در اختیار مسئولان بیمارستان قرار داده شد و جهت رعایت مسائل اخلاقی، روند اجرای پژوهش به اطلاع افراد شرکت‌کننده در مطالعه رسید و با رضایت آگاهانه در پژوهش مشارکت کردند. سپس با اجرای مصاحبه تشخیصی اولیه و مراجعه به پرونده‌های پزشکی بیماران، از بین کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به بخش پرتودرمانی، در نهایت ۵۰ زن که دارای معیارهای شمول زیر بودند وارد طرح شدند و در حضور محقق به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند.

معیارهای شمول

- تشخیص قطعی سرطان سینه را دریافت کرده باشند.
- اتمام دوره‌های شیمی‌درمانی و در حال درمان‌های تکمیلی پرتودرمانی.
- گذشتن حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری.
- عدم ابتلا به بیماری‌های جدی دیگر.

رضایت‌مندی زناشویی به طور کلی در اکثر این بیماران (۹۳/۹ درصد از افراد) پایین بوده است و البته بیماران جوان‌تر و زنان نسبت به بقیه از رضایت-مندی بیشتری برخوردار بودند. (عزیزی، رحمانی، قادری، ۱۳۸۹)

مطالعه‌ای با هدف بررسی رضایت‌مندی زناشویی و سلامت روان در بین زنان مبتلا به سرطان سینه و مقایسه آن با جمعیت عادی و زنان مبتلا به سایر سرطان‌ها صورت گرفت که یافته‌های آنها حاکی از عدم وجود تفاوت معنادار بین سه گروه بوده است و پیشنهاد کردند که این نتیجه می‌تواند ناشی از حمایت‌گری بیشتر خانواده‌های ایرانی از بیماران باشد. (مکاریان رجبی و همکاران، ۲۰۱۲)

در عین ناهمخوانی یافته‌های مطالعات فوق در مورد نوع و میزان تأثیر آگاهی از ابتلا به سرطان سینه و روش‌های درمانی آن بر رضایت‌مندی زناشویی زنان در کوتاه‌مدت و بلندمدت، به نظر می‌رسد اغلب آنها در رابطه با تأثیر منفی سرطان سینه بر رضایت-مندی زناشویی در دوره یک ساله پس از تشخیص توافق دارند. (نورتوس و همکاران، ۱۹۹۸؛ آوکی و همکاران، ۲۰۰۹؛ دوروال و همکاران، ۱۹۹۹) مطالعه حاضر نیز به دنبال ابهام‌زدایی از تأثیرات سوء این مرحله خاص از درمان‌های مرتبط با سرطان سینه بر روابط زناشویی زنان و رضایت ناشی از آن است و می‌تواند اطلاعات مفیدی را در درک بهتر و شفاف‌تر تأثیر ابتلا به سرطان سینه در طی دوره‌ای که در اغلب مطالعات طولی قبلی به عنوان مرحله‌ای یادشده که رضایت‌مندی زناشویی می‌تواند بیش‌ترین عوارض منفی را در مقایسه با قبل از ابتلا به سرطان سینه به‌جا بگذارد، در اختیار محققان قرار دهد.

- عدم عود و یا سرایت بیماری.
- عدم مصرف داروهای روان پزشکی.
- سنین بین ۲۵ تا ۵۵ سال.
- متأهل و گذشتن حداقل ۵ سال از زندگی مشترک.
از بین زنان جمعیت عادی نیز ۵۰ زن با توجه به معیارهای شمول زیر مورد مطالعه قرار گرفتند:
- عدم ابتلا به بیماری‌های جدی از جمله سرطان
- عدم مصرف داروهای روان پزشکی

تجزیه و تحلیل یافته‌ها

برای تحلیل یافته‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss 19 استفاده شد. به منظور توصیف ویژگی‌های فردی و اجتماعی از آمار توصیفی از جمله تعداد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد و جهت بررسی تفاوت میانگین رضایت‌مندی زناشویی بین دو گروه از آمار استنباطی شامل آزمون T با نمونه‌های مستقل استفاده شد.

یافته‌ها

جدول شماره ۱ مشخصات دموگرافیک دو گروه شرکت‌کنندگان مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک دو گروه مطالعه

| متغیرها | زنان مبتلا به سرطان | زنان عادی |
|-----------------|---------------------|-----------|
| تعداد نمونه | ۵۰ | ۵۰ |
| میانگین سن | ۴۴/۴۰ | ۴۴/۷۶ |
| تحصیلات (تعداد) | | |
| ابتدایی | ۱۰ | ۶ |
| سیکل | ۱۲ | ۱۰ |
| دیپلم | ۱۴ | ۱۷ |
| دانشگاهی | ۱۴ | ۱۷ |
| طول مدت ازدواج | ۲۳/۱۳ | ۱۷/۲۰ |

- سنین بین ۲۵ تا ۵۵ سال
- متأهل و گذشتن حداقل ۵ سال از زندگی مشترک

ابزار

پرسشنامه مشخصات دموگرافیک^۱: شامل پرسشنامه محقق ساخته برای بررسی متغیرهایی از جمله (سن، تحصیلات، تعداد فرزندان، اشتغال، طول مدت ازدواج و سایر معیارهای شمول مورد نظر).

مقیاس سازگاری زناشویی دو نفری^۲: این

پرسشنامه ابزاری ۳۲ سؤالی است که توسط اسپانیر (۱۹۷۶) برای ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی زوج‌هایی که با یکدیگر زندگی می‌کند ساخته شد. از این ابزار می‌توان برای اندازه‌گیری رضایت کلی در یک رابطه صمیمانه نیز استفاده کرد. این پرسشنامه چهار زیر مقیاس را مورد بررسی قرار می‌دهد: رضایت دو نفری، همبستگی دو نفری، توافق دو نفری، ابراز محبت. نمره کل تمام سؤالات بین ۰ تا ۱۵۱ است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده رابطه بهتر است و نمره ۱۰۱ و کمتر از آن نشان‌دهنده ناسازگاری و عدم رضایت است. (ثنایی، ۱۳۷۹)

1. Demographic questioner
2. Dyadic Adjustment Scale

و زنان عادی ۱۷/۲۰ سال است. به منظور بررسی تفاوت میانگین‌های دو گروه مطالعه در رضایت‌مندی زناشویی از آزمون t مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود.

همان طوری که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود میانگین سنی زنان مبتلا به سرطان سینه، ۴۴/۴۰ سال و میانگین سنی زنان عادی، ۴۴/۷۶ سال است و طول مدت ازدواج زنان مبتلا به سرطان سینه ۲۳/۱۳ سال

جدول ۲. مقایسه میانگین سازگاری زناشویی کلی و خرده مقیاس‌های رضامندی، همبستگی، ابراز محبت و توافق

| شاخص آماری | گروه | تعداد | میانگین | تفاوت میانگین | انحراف استاندارد | مقدار t | درجه آزادی | سطح معناداری |
|---------------------|-------|-------|---------|---------------|------------------|---------|------------|--------------|
| سازگاری زناشویی کلی | سرطان | ۵۰ | ۱۰۳/۶۴ | ۱۲/۸۷ | ۲۱/۶۸ | ۲۶۷/۳ | ۹۹ | *۰/۰۰۱ |
| | سالم | ۵۰ | ۱۱۶/۵۱ | ۱۲/۸۷ | ۱۷/۷۵ | | | |
| رضایت‌مندی زناشویی | سرطان | ۵۰ | ۳۴/۸۶ | ۳/۹۸ | ۷/۶۴ | ۲/۹۰۹ | ۹۹ | *۰/۰۰۴ |
| | سالم | ۵۰ | ۳۸/۸۴ | ۳/۹۸ | ۶/۰۳ | | | |
| همبستگی | سرطان | ۵۰ | ۱۴/۵۴ | ۲/۵۳ | ۶/۶۴ | ۲/۲۳ | ۹۹ | *۰/۰۲۹ |
| | سالم | ۵۰ | ۱۷/۰۸ | ۲/۵۳ | ۴/۶۲ | | | |
| ابراز محبت | سرطان | ۵۰ | ۸/۰۲ | ۱/۲۱ | ۲/۸۳ | ۲/۱۴۵ | ۹۹ | *۰/۰۳۴ |
| | سالم | ۵۰ | ۹/۲۴ | ۱/۲۱ | ۲/۸۵ | | | |
| توافق | سرطان | ۵۰ | ۴۶/۲۲ | ۵/۱۳ | ۱۰/۵۹ | ۲/۷۳ | ۹۹ | *۰/۰۰۷ |
| | سالم | ۵۰ | ۵۱/۳۵ | ۵/۱۳ | ۸/۰۸ | | | |

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با توجه به یافته‌های ناهمخوان قبلی، به دنبال بررسی تفاوت احتمالی بین دو گروه زنان مبتلا به سرطان سینه و زنان عادی به منظور درک تأثیر بیماری سرطان سینه بر رضایت‌مندی زناشویی زنان مبتلا بود. یافته‌ها حاکی از آن است که بین رضایت-مندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه و زنان جمعیت عادی تفاوت معنادار آماری وجود دارد. علاوه بر این در ارتباط با خرده مقیاس‌های همبستگی، توافق، ابراز محبت و رضایت‌مندی نیز تفاوت معنادار بین میانگین دو گروه مشاهده شد. یافته‌های این مطالعه همسو با مطالعات (نورتوس و

همان طور که در جدول مشاهده می‌شود بین میانگین کلی سازگاری زناشویی ($\text{sig}=0/001$) و نیز کلیه خرده مقیاس‌های چهارگانه یعنی همبستگی، توافق، رضایت‌مندی و ابراز محبت دو گروه تفاوت معنادار آماری وجود دارد و همان‌گونه که پیداست میانگین سازگاری یا به طور کلی رضایت‌مندی زنان مبتلا به سرطان سینه با توجه به دستورالعمل پرسشنامه مبنی بر اینکه میانگین ۱۱۴/۸ با انحراف معیار ۱۷/۸ نمره بهنجار بوده و نشان دهنده زوج‌های به خوبی سازگار یافته است (اسپانیر، ۱۹۷۶) در حد متوسط و نسبی قرار دارد و زنان سالم از رضایت-مندی بالاتری از زندگی زناشویی‌شان برخوردارند.

همکاران، ۱۹۹۸؛ آوکی و همکاران، ۲۰۰۹؛ آوکی و کامکاگیز، ۲۰۱۱) مبنی بر رضایت‌مندی متوسط زنان مبتلا به سرطان سینه و در عین حال ناهمخوان با مطالعه هنین و همکاران (۲۰۰۷) دوروال و همکاران (۲۰۰۵) و مطالعه اخیر در ایران (مکاریان رجبی و همکاران، ۲۰۱۲) می‌باشد.

از دلایل ناهمخوانی این مطالعه با نتایج سه مطالعات پیش را شاید بتوان به تفاوت در مقیاس‌های مورد استفاده در مطالعات مذکور و نیز تفاوت در مرحله‌ای از فرایند پس از آگاهی از ابتلا به سرطان سینه که مطالعه‌ها در آن انجام شده است، نسبت داد. از منظر تفاوت در مقیاس‌های مورد استفاده چنین می‌توان استدلال کرد که برخی خرده مقیاس‌های پرسشنامه انریچ که در مطالعه مکاریان (۲۰۱۲) به کار رفته، به بررسی مؤلفه‌هایی از رضایت‌مندی زناشویی (از جمله جهت‌گیری مذهبی، فرزندپروری، اختلافات و تعارضات ضمنی) می‌پردازد که با توجه به میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در مطالعه (میانگین سنی بالای ۴۰ سال)، از جمله عناصر پایدار یک رابطه زناشویی محسوب شده (باباریع، ۱۳۹۰) و بنابراین به نظر می‌رسد که تغییرات تحمیل‌کننده بی‌شمار این بیماری نتوانسته باشد تأثیر مخرب زیادی بر این عناصر گذاشته و بنابراین تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها پیدا نکرده باشد. در حالی که مقیاس مورد استفاده در این مطالعه یعنی مقیاس سازگاری زناشویی دو نفره (DAS) (اسپانیر، ۱۹۷۶)، دارای خرده مقیاس‌هایی (از جمله رضایت دو نفری، همبستگی دو نفری، توافق دو نفری، ابراز محبت) است که به نظر می‌رسد کمتر تحت تأثیر جنبه‌های عادت شده رابطه زناشویی قرار داشته و حساسیت

بیشتری به رخداد‌های سال اول پس از تشخیص و نیز پیامدهای اقدامات درمان‌های پزشکی بر جنبه‌های رابطه زناشویی و رضایت‌مندی حاصل از آن داشته باشد. از منظر توجیه تفاوت‌ها براساس زمان نمونه‌گیری نیز می‌توان چنین استدلال کرد که از آنجایی که در مطالعه مکاریان (۲۰۱۲) ۶ ماه پس از پایان درمان‌های تکمیلی در مطالعه هنین و همکاران (۲۰۰۷) زمان نمونه‌گیری یک سال پس از تشخیص و اتمام درمان‌های تکمیلی بوده است به نظر می‌رسد که بیماران و همسرانشان تا حدودی فرصت کافی برای انطباق با پیامدهای بیماری خود را داشته و توانسته‌اند به سطح متداول رضایت‌مندی زناشویی خود بازگردند. در حالی که نمونه‌های مطالعه حاضر از بین بیماران انتخاب شده است که بعد از اتمام شیمی‌درمانی وارد مرحله پرتودرمانی شده و حداکثر بیش از ۶ ماه از زمان دریافت خبر ابتلا به سرطان سینه نمی‌گذشته و هنوز در مرحله حاد مواجهه با پیامدهای تشخیص و اقدامات درمانی قرار داشته و بنابراین سطح رضایت‌مندی زناشویی‌شان هنوز به سطح تعادل بازنگشته بوده است.

بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند در عین حال که روش‌های درمانی تکمیلی سرطان نظیر شیمی‌درمانی یا پرتودرمانی باعث افزایش طول عمر یا حتی رفع کلی خطر مرگ می‌شود اما می‌تواند بدریخت‌کننده، رنج‌آور و دارای عوارض دائمی باشند و منجر به کاهش ارتباطات اجتماعی‌شان گردد. (سجادی هزاوه و خادمی، ۱۳۸۵) عوارضی مثل تهوع، استفراغ، ضعف و خستگی، فقدان موها، سوختگی و ضایعات پوستی (کایسر و اسکات، ۲۰۰۸)، می‌تواند تأثیرات منفی شدید بر تصویر ذهنی

بحرانی، ارائه خدمات مشاوره‌ای و زوج‌درمانی در کاهش آزرده‌گی‌های روان‌شناختی فردی و بین فردی و پیشگیری از تشدید مشکلات زناشویی، حائز اهمیت باشد.

از محدودیت‌های این مطالعه کم بودن نسبی حجم نمونه و محدود بودن اجرای مطالعه به یک بیمارستان دولتی با مراجعه‌کنندگان از قشر اقتصادی-اجتماعی متوسط است که می‌تواند تعمیم یافته‌های پژوهش را متأثر سازد. در عین حال به نظر می‌رسد که بررسی نقاط ابهامی نظیر نقش همبستگی و حمایت‌گری عاطفی همسر، افکار و باورهای منفی زوجین نسبت به بیماری و نیز افسانه‌ها و باورهای غلط رایج بین بیماران در ارتباط با آینده زندگی زناشویی می‌تواند تصویر شفاف‌تری از متغیرهای مؤثر بر رضایت‌مندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه در مراحل اولیه تشخیص و درمان آن فراهم آورد.

همچنین اتخاذ تدابیری برای حضور مشاوران در بخش‌های اونکولوژی بیمارستان‌ها و برگزاری جلسات آموزشی و مشاوره‌ای برای بیماران و همسرانشان، می‌تواند در پیشگیری از تشدید مشکلات و نارضایتی زناشویی این بیماران و همسرانشان نقش عمده‌ای ایفا کند.

سپاسگزاری

در پایان، از همکاری بیماران عزیز و یاری دوستانه پرسنل محترم درمانگاه رادیوتراپی آنکولوژی بیمارستان امام حسین (ع)، بی‌نهایت متشکریم.

آنها از بدنشان (ایزدی، ۱۳۹۰) و از آن طریق بر عزت نفس بیماران بر جای گذارند. (بهمنی، ۱۳۸۹) در این زمان زنان نگرانی بسیاری در مورد عکس‌العمل‌ها و تفکر همسرشان در مورد وضعیت و تغییرات ظاهری خود دارند (اُوکی و همکاران، ۲۰۰۹) که می‌تواند آنها را با افکار منفی و ناامیدانه در ارتباط با آینده رابطه‌شان با همسر درگیر کند و عواملی مثل میل به محدود شدن روابط اجتماعی و از دست رفتن برخی کشوری‌های فردی و تصور فرد از بیماری، کیفیت زندگی فرد را متأثر سازد. (بهمنی و همکاران، ۱۳۸۹) پیامدهایی که هر یک از آنها می‌تواند حداقل برای مدتی به طور مستقیم یا غیرمستقیم بر سطح رضایت-مندی زناشویی زنان تأثیر منفی بگذارد.

در حالی که همسران در این شرایط می‌توانند نقش بسیار مهمی در انطباق‌پذیری این بیماران بر عهده داشته باشند (پیسترنگ و بارکر، ۱۹۹۵) لیکن اغلب در این زمان آنها نیز ممکن است هنوز در معرض آسیب و فشار روانی ناشی از عدم قطعیت و پیش‌بینی‌ناپذیری و ترس از دست دادن همسر قرار داشته و مخصوصاً از «احساس عدم آمادگی و گیجی» برای انتخاب روش درست کمک به همسر و بروز «عکس‌العمل مناسب» در مقابل تغییرات او رنج ببرند (کایسر و اسکات، ۲۰۰۸) پدیده‌ای که در نهایت می‌تواند روابط زناشویی زوج را با تهدید مواجه کرده و طبیعتاً نارضایتی از روابط زناشویی را به همراه داشته و کارآمدی روابط زناشویی زوج را مختل کند. (مقدم، ۱۳۸۹)

بنابراین به نظر می‌رسد در این دوران پرتنش و

منابع

- آقابراری، مریم؛ احمدی، فضل...؛ محمدی، عیسی؛ حاجی‌زاده، ابراهیم؛ وروانی فراهانی، عباس (۱۳۸۵). «ابعاد جسمی روحی روانی اجتماعی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه تحت شیمی درمانی». *پژوهش پرستاری*. شماره ۳. ص ۵۵-۵۶.
- اقتدار، سامره؛ مقدسیان، سیما؛ ابراهیمی، حسین؛ پورزراع، مهدی؛ موسوی، محسن؛ جاسمی، مدینه (۱۳۸۷). «کیفیت زندگی و ابعاد آن در زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز». *مجله پرستاری و مامایی تبریز*. شماره ۱۲. ص ۱۱-۱۸.
- اکبری، کمال (۱۳۹۰). «اثربخشی آموزش گروهی غنی- سازی ازدواج به سبک اولسون بر رضایت‌مندی زناشویی و امید به بهبود رابطه زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره و تأثیر غیرمستقیم آن بر همسرانشان». پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- ایزدی اجیرلو، احمد (۱۳۹۰). «اثربخشی مداخله شناختی رفتاری گروهی بر اصلاح تصویر تن و افزایش عزت نفس در زنان مبتلا به سرطان سینه پس از جراحی ماستکتومی». پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- باباربیع، مهدیه (۱۳۹۰). «اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی زناشویی به زنان ماستکتومی شده بر افزایش رضامندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه پس از عمل ماستکتومی و همسرانشان». پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- بهمنی، بهمن (۱۳۸۹). «مقایسه اثربخشی دو روش مداخله شناخت درمانی آموزش محور به سبک مایکل فری و گروه درمانی شناختی/وجودگرا بر امیدواری، عزت نفس و کیفیت زندگی زنانی که پس از شروع درمان سرطان غیر منتشر سینه، علائم افسردگی از خود بروز داده‌اند». پایان‌نامه دکتری. دانشگاه علامه طباطبائی.
- بهمنی، بهمن؛ اعتمادی، احمد؛ شفیع آبادی، عبدا...؛ دلاور، علی؛ قنبری مطلق، علی (۱۳۸۹). «گروه درمانگری شناختی- هستی‌نگر و شناخت درمانگری آموزش محور در بیماران مبتلا به سرطان سینه، مجله روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی». شماره ۲۳. ص ۲۱۴-۲۰۱.
- ثنایی، باقر (۱۳۷۹). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: نشر بعثت.
- حیاتی، فرخنده؛ شاهسواری، آرزو؛ محمودی، محمود (۱۳۸۸). «بررسی ارتباط آسایش روانی با مشخصات فردی زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران». *فصلنامه بیماری‌های سینه ایران*. شماره اول. ص ۲۸-۲۳.
- شعاع کاظمی، مهرانگیز؛ مؤمنی جاوید، مهرآور (۱۳۸۸). «بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان بعد از عمل جراحی». *فصلنامه بیماری‌های سینه ایران*. شماره سوم و چهارم. ص ۲۷-۲۰.
- عزیزی، سکینه؛ رحمانی، آزاد؛ قادری، بهرام (۱۳۸۹). «رضایت از زندگی زناشویی در بیماران مبتلا به سرطان». *مجله پرستاری و مامایی تبریز*. شماره ۱۷. ص ۵۵-۵۰.
- قاسمی مقدم، کبری (۱۳۸۹). «اثربخشی آموزش غنی- سازی زناشویی به شیوه السون بر رضایت‌مندی زناشویی زنان متأهل مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت شهرداری تهران». پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران.
- کیانلو، عباس (۱۳۸۳). «بررسی عوامل مؤثر بر رضایت‌مندی زناشویی». مجموعه مقالات نخستین کنگره آسیب‌شناسی خانواده در ایران. تهران: دانشگاه شهید بهشتی.
- نوغانی، فاطمه؛ منجمد، زهرا؛ بحرانی، ناصر؛ قدرتی جابلو، ویدا (۱۳۸۵). «مقایسه میزان عزت نفس بیماران زن و مرد مبتلا به سرطان». *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*. شماره ۲. ص ۴۱-۲۳.

- American Cancer Society. (2011-2012). *Breast cancer facts & figures*. Web page. www//.ACS.org
- Avineri, M. L. (1999). "Chronic illness and married couples: a comprehensive systemic therapy approach". *Doctoral dissertation*. United State International University.
- Avci, I. A.; Okanli, A.; Karabulut, E.; Bilgili, N. (2009). "Women's marital adjustment and hopelessness levels after mastectomy". *Eur J Oncol Nurs*. 13. 299-303.
- Avci, I. A.; Kumcagız, H. (2011). "Marital Adjustment and Loneliness Status of Women with Mastectomy and Husbands Reactions". *Asian Pacific Journal of Cancer Preventio*. Vol. 12. 453-459.
- Badr, H.; Carmack, Taylor, C. L. (2008). "Effects of relationship maintenance on psychological distress and dyadic adjustment among couples coping with lung cancer". *health psychology*. Vol. 27. No. 5. 616-627.
- Bagwell, E. K. (2006). "Factors Influencing Marital Satisfaction with a Specific Focus on Depression". *Senior Honors Theses*. paper 38. <http://commons.emich.edu/honors>.
- Elliss, A. (2001). *Overcoming destructive belifes, feeling and behaviors*. Amherst, NY: Prometheus Book.
- Dorval, M.; Maunsell, E.; Taylor-Brown, J.; Kilpatrick, M. (1999). "Marital Stability After Breast Cancer". *Journal of the National Cancer Institute*. Vol. 91. No. 1.
- Feldmand, B. N.; Broussard, C. A. (2006). "Mens adjustment to their partner's breast cancer: a dyadic coping perspective". *Health & Social work*. 2. 117-127.
- Jacobsen, N. S.; Christensen, A.; Princes, S.; Cordora, J. & Eldridge, K. (2000). "Integrative Behavioral Couple Therapy: An Acceptance Based, Promising New Treatment for Couple Discord". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68 (2). 351-355.
- Kayser, K.; Scott, J. L. (2008). *Helping Couples Cope with Women's Cancers An Evidence-Based Approach for Practitioners*. Springer Science + Business Media. LLC.
- Kadmon, I.; Ganz, F. D.; Rom, M.; Woloski-Wruble, Anna, C. (2008). "Social, Marital, and Sexual Adjustment of Israeli Men Who's Wives Were Diagnosed With Breast Cancer, Oncology Nursing Forum. Vol 35. No 1. p 131-135.
- Maciel, S. G. (2009). "Breast cancer and the couple relationship, a qualitative analysis. Doctoral Dissertation". Capella university.
- McLean, L. M.; Nissim, R. (2007). "Marital therapy for couples facing advanced cancer: Case review". *Palliative and Supportive Care*. 5. 303-313.
- Mokarian Rajabi, F.; Ishaghi, S. R.; Tabesh, P.; Ramezani, M. A.; Mehrzad, V.; Motamedi, N. (2012). "Marital satisfaction and mental health status in patients with breast cancer". *J Res Med Sci*. 17 (Spec 2). 161-164.
- Northouse, L. L.; Templin, T.; Mood, D.; Oberst, M. (1998). "Coples adjustment to breast cancer and benign breast disease: A longitudinal analysis. *Psycho-Oncology*. 7. 37- 48.
- Pukay-Martin, M. D. (2009). "Couple connection and cancer: Understanding the mechanisms of partner support for women with breat cancer". Doctoral Disseration. University of North Carolina.
- Randall, A.; Bodenman, G. (2009). "The role of stress on close relationships and marital satisfaction Clinical Psychology Review." 29. 105-115.
- Spanier, Graham. (1976). "Measuring Dyadic Adjustment: New scale for assessing the quality of marriage and similar dyads". *Journal of marriage and family*. No 1. p 15-28 Taniguchi.
- Tate-O' Brien, J. (1982). "Through story telling, the marriage encounter prompts conversion". *Marriage Encounter*, 2 (3). 14-15.
- Thomas, E.; Escando, S.; Ahmadi, F.; Setoode, S. M.; Golkho, Sh. (2011). "Exploring Iranian percptions regarding control and prevention of breast cancer". *Qualitative Report*. 5. 1214-1229.
- Winch, R. (1974). *Selected Studies in marriage and the family*. NewYork: Holt Rinehart and Winston. Inc.
- Wiesenthal, N. L. (2006). "Posttraumatic growth in cognitive behavioral couple intervention for women with early stage breast cancer". Doctoral Dissertation. University of North Carolina.