

مقایسه‌ی رضایت زناشویی و امید به زندگی در زنان هیستریکتومی شده با

زنان سالم

مرضیه کتابچی^۱، زهرا قادری^{۲*} و عباس قلتاش^۳

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۹/۲۲ صص ۲۳۵-۲۵۲ تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۷/۲۸

چکیده

هدف از انجام این پژوهش مقایسه‌ی رضایت زناشویی و امید به زندگی در زنان هیستریکتومی شده با زنان سالم بود. پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه زنان بیمار شامل کلیه‌ی زنان واجد شرایطی است که در شش ماهه‌ی دوم سال ۹۳ به بیمارستان دنای شیراز جهت انجام عمل هیستریکتومی مراجعه کرده بودند که برای نمونه ۱۰۰ نفر از آن‌ها به روش در دسترس انتخاب شدند و جامعه زنان سالم شامل کلیه‌ی زنان سالم (زنانی که عمل هیستریکتومی انجام نداده‌اند) واجد شرایط در شهر شیراز بود که برای نمونه ۱۰۰ نفر از آن‌ها به روش هدفمند از بین همراهان بیماران انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه‌ی رضایت زناشویی انریچ فرم کوتاه و پرسش‌نامه‌ی امید به زندگی اشنايدر بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون تی دو جامعه مستقل و تحلیل واریانس یک طرفه (آنوا) استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین رضایت زناشویی در زنان هیستریکتومی شده با زنان سالم تفاوت معنا داری وجود ندارد و اما امید به زندگی در زنان هیستریکتومی شده به‌طور معناداری کمتر از زنان سالم است. همچنین تفاوت معنا داری در نمرات خرده مقیاس‌های رضایت زناشویی در دو گروه یافت نشد.

واژگان کلیدی: رضایت زناشویی، امید به زندگی، هیستریکتومی

^۱ _ کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، مرودشت، ایران.

^۲ _ گروه مشاوره واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، مرودشت، ایران.

^۳ _ گروه علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، مرودشت، ایران.

*-نویسنده مسئول: dorna.k@gmail.com

مقدمه

زنان، نیمی از جمعیت هر جامعه را تشکیل می‌دهند و در عین حال، پرورش دهنده‌ی همه‌ی افراد جامعه‌اند. فراهم کردن غذا، آموزش و پرورش، و مراقبت‌های بهداشتی افراد خانواده به عهده‌ی زنان است. البته امروزه با پیشرفت جوامع بشری و حضور بیشتر زنان در بیرون از خانه، این مسئولیت به کل افراد جامعه تعمیم یافته است. به نظر می‌رسد توقع از زنان، به سبب ماهیت وجودیشان منجر به افزایش فشارهای روانی اجتماعی بر آن‌ها می‌شود و تمام ابعاد سلامت (فیزیکی، روانی و اجتماعی) این گروه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. درحالی‌که برخورداری از سلامت، حق همه‌ی انسان‌هاست، به‌ویژه برای زنان که در تأمین بهداشت و سلامت جامعه نقش مؤثر و مهمی برعهده دارند (Nasiri, Hashemi fesharaki, Badavi & Bakhtiyari, 2011).

یکی از مشکلاتی که امروزه سلامت زنان را بسیار تهدید می‌کند بیماری‌های مربوط به مشکلات رحم می‌باشد، که یکی از شایع‌ترین راه حل‌ها برای مقابله با این بیماری‌ها، انجام عمل جراحی هیستریکتومی می‌باشد. هیستریکتومی یک عمل جراحی است که به خاطر حفظ سلامتی فرد، رحم را برمی‌دارند. این کار توسط متخصصین زنان انجام می‌شود و به روش‌های مختلفی انجام می‌شود. هیستریکتومی بعد از سزارین، دومین جراحی رایج و از رایج‌ترین اقدامات جراحی در ایالات متحده است (Alipoor & Yoosefpoor, 2010).

از آنجایی که رحم، بخش مهمی از تصویر ذهنی یک زن از خویشتن و تصویر جنسی‌اش را به خود اختصاص می‌دهد، تعدادی از زنان می‌ترسند بعد از عمل جراحی جذابیت زنانگی آن‌ها برای شریک جنسی‌شان کاسته شود. بنابراین ممکن است هیستریکتومی با تصویر ذهنی زن از خویشتن تداخل پیدا کند. مشکلات جسمی و روانی ناشی از هیستریکتومی می‌تواند عوامل بازدارنده در فعالیت‌های اجتماعی خانوادگی و شخصی برای آنان باشد (Reysi, 2010). همچنین با اطلاع از عدم توانایی در بارداری، هویت جنسی فرد، تحت تأثیر قرار می‌گیرد و احساس بی‌کفایتی، عدم کنترل خشم، گناه و شرمساری، رفتار فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به دنبال آن ارتباط وی با سایرین دچار مشکل می‌شود (Slade, 2015). و بزرگترین مسأله برای بیمار، احساس یأس و ناامیدی است (Moghtader, 2017).

ابتلا به بیماری لاعلاج یا مزمن می‌تواند امید به زندگی^۱ فرد را نیز تحت تأثیر قرار دهد. منظور از امید به زندگی، تعداد سال‌هایی است که یک فرد انتظار دارد زندگی کند. امید به زندگی می‌تواند

¹ -life expectancy

توانایی برای مقابله با مشکل فرد بیمار باشد که در گذران مراحل درمان، به‌ویژه به صورت موفق می‌تواند نقش بسزایی ایفا کند. حتی وجود این ویژگی می‌تواند روند بهبود را سرعت بخشد. (Ebrahimi, sabaghian, 2010, abolghasemi). بنابراین، امید به زندگی به‌عنوان یکی از منابع مقابله‌ی انسان در سازگاری با مشکلات و حتی بیماری‌های صعب‌العلاج در نظر گرفته می‌شود. امید به معنای توانایی باور داشتن احساس بهتر در آینده می‌باشد. امید با نیروی نافذ خود، تحریک‌کننده‌ی فعالیت فرد است تا بتواند تجربه‌ی نو کسب کند و نیروهای تازه‌ای را در فرد ایجاد کند و یک عامل شفادهنده،

چند بعدی، پویا و قدرتمند توصیف می‌شود و می‌تواند نقش مهمی در سازگاری با فقدان یا بیماری داشته باشد (Taheri, 2011). با این وجود، استرس‌های ناشی از درد و رنج بیماری‌های لاعلاج و مزمن بیماران را به چالش با تشخیص و درمان بیماری می‌کشاند و اختلالات روان‌پزشکی، از جمله ناامیدی و افکار خودکشی را ایجاد می‌کند (Khani, 2009).

همچنین بیماری جسمی یا روانی هر یک از زوجین بر کیفیت رابطه و رضایت زناشویی و فعالیت‌های اجتماعی و خانوادگی آن‌ها اثر می‌گذارد (Resyi, 2010). این در حالی است که رضایت زناشویی در خانواده، مهم‌ترین رکن سلامت روانی افراد خانواده بوده و عبارت است از منطبق بودن رفتارهای اجتماعی و انتظارات و توقعات زوجین با یکدیگر و وجود تعادل منطقی بین نیازهای مادی و معنوی زوجین. افراد با رضایت از زندگی بالا، هیجان مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند و از پیرامون خود ارزیابی مثبت‌تری دارند و آن‌ها را خوشایند توصیف می‌کنند (Thimm, 2010). رضایت زناشویی معلول عوامل متعددی، از جمله ارتباطات بین زن و شوهر و فرزندان است (astellano, Velotti, Crowell, & Zavattini, 2014). همچنین می‌تواند تحت تأثیر متغیرهای بین فردی یا فردی، از جمله بیماری‌های جسمی یا روانی هر یک از زوجین قرار گیرد.

شهبازی و کافی ماسوله (Shahbazi & Kafi masuleh, 2018) در پژوهشی که با هدف مقایسه‌ی رضایت زناشویی در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک با زنان سالم در شهر رشت انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که رضایت و سازگاری زناشویی، به‌طور معناداری در گروه آزمایش کمتر از گروه عادی بود.

مقتر (Moghtader, 2017) در پژوهشی با عنوان مقایسه‌ی امید به زندگی و هوش معنوی در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان سالم بر روی ۱۵۰ نفر از زنان بیمار و سالم در استان گیلان

¹ adjustment

² -marital satisfaction

انجام داد. نتایج این پژوهش نشان داد، زنان مبتلا به سرطان پستان در مقایسه با افراد عادی، از امید به زندگی کمتری برخوردارند.

چن . اس. کیو و همکاران (Chen., Kong, Jiang, Fan, Chen & Yao, 2015) پژوهشی را تحت عنوان: تأثیر واژینوپلاستی همراه با هیستریکتومی لاپروسکوپی رادیکال بر بهبود عملکرد جنسی در مداخلات اولیه‌ی سرطان دهانه‌ی رحم انجام دادند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بلند کردن واژن در عمل واژینوپلاستی در بیمارانی که در مراحل اولیه‌ی سرطان دهانه رحم قرار دارند و عمل هیستریکتومی لاپروسکوپی کامل را انجام داده‌اند، باعث بهبود عملکرد جنسی در موارد رضایت جنسی، نرمال شدن ترشحات زنانه و کمتر شدن مقاربت دردناک می‌شود.

راک، استینر، رند و بیگات (Rock, Steiner, Rand & Bigatt, 2014) پژوهشی را تحت عنوان تأثیر دو جانبه‌ی امید و خوش‌بینی بر رضایت زناشویی بیمار، در بین زوجین مبتلا به سرطان سینه‌ی پیشرفته انجام دادند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که میزان پذیرش بالاتر و همچنین میزان امیدواری بیشتر در همسر بیمار، پیش‌بینی کننده‌ی رضایت زناشویی بالاتری در فرد مبتلا است. در حالی که برای خوش‌بینی به این شکل نیست که این نتایج مغایر پیشینه‌ی نتایج تحقیقاتی است که در رابطه با خوش‌بینی و سلامت وجود داشته است. بنابراین این یافته‌ها ضرورت مطالعه‌ی دو متغیر، به صورت هم‌زمان را نشان می‌دهند. همچنین با توجه به این که مسلماً همسر بیمار تأثیرات متقابل بیشتری را نسبت به دیگران بر روی بیمار دارد، در نتیجه امید و خوش‌بینی همسران، تأثیر مثبتی بر میزان رضایت زناشویی بیمار دارد. بنابراین دیدگاه دوتایی (بررسی بیمار و همسر بیمار) برای تحقیقات سلامت در سرطان سینه مهم هستند.

تقی پور زارع و تقی لو (Thaghipoor, Zare & taghiloo, 2013) در پژوهشی با عنوان مقایسه‌ی تصور بدنی و رضایت جنسی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه و عادی که در شهر تهران انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که در دو گروه، در تصویر بدنی و رضایت جنسی تفاوت معناداری وجود ندارد، اما کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سرطان، به‌طور معناداری پایین‌تر از گروه عادی است. قادری، رفاهی و پنق (Ghaderi, Refahi & pangh, 2011) پژوهشی را تحت عنوان اثربخشی معنادرمانی گروهی بر افزایش امید بیماران مبتلا به سرطان مری و معده انجام دادند، نتایج این پژوهش نشان داد که معنادرمانی به شیوه‌ی گروهی باعث افزایش امید و خرده‌مقیاس‌های آن در بیماران شده است. همچنین نتایج مرحله‌ی پیگیری که یک ماه پس از آزمایش صورت گرفت، همچنان اثربخشی معنادرمانی به شیوه‌ی گروهی را بر افزایش امید و خرده‌مقیاس‌های آن تأیید کرد. با توجه به این که با بررسی تحقیقات قبلی، متغیرهایی مثل عملکرد جنسی، کیفیت زندگی، عزت نفس، سازگاری زناشویی، افسردگی، وضعیت زندگی، رضایت جنسی، ارتباطات زوجین و رضایت زناشویی تا کنون

در مورد بیماران هیستریکتومی بررسی شده است، ولی با مطالعه‌ی این پژوهش‌ها، نتایج ضد و نقیضی در رابطه با متغیرهای رضایت زناشویی، عملکرد جنسی و وضعیت زندگی جنسی در مورد زنان هیستریکتومی شده مشاهده شد، به همین دلیل ضرورت بررسی دوباره‌ی متغیر رضایت زناشویی در رابطه با این گروه احساس شد و همچنین در مورد متغیر امید به زندگی هم پژوهش‌هایی در مورد بیماران سرطانی، بیماران قلبی، بیماران مبتلا به دیابت و همچنین بیماران کلیوی مشاهده شد ولی پژوهشی که به‌طور ویژه امید به زندگی را در رابطه با بیماران هیستریکتومی شده بررسی کند، مشاهده نشد. در نتیجه به دلیل این‌که هیچ پژوهشی به‌طور مشخص به مقایسه‌ی امید به زندگی و رضایت زناشویی بر زنان سالم و هیستریکتومی شده نپرداخته است، ضرورت انجام چنین پژوهشی که در راستای تکمیل پژوهش‌های قبلی می‌باشد، احساس شد.

فرضیه‌ها

فرضیه‌ی اصلی ۱: تفاوت معناداری بین رضایت زناشویی در زنان هیستریکتومی شده با زنان

سالم وجود دارد.

فرضیه‌ی اصلی ۲: تفاوت معناداری بین امید به زندگی در زنان هیستریکتومی شده با زنان سالم

وجود دارد.

فرضیه‌ی فرعی: تفاوت معناداری بین خرده‌مقیاس‌های رضایت زناشویی (تحریف آرمانی، رضایت

زناشویی، ارتباطات و حل تعارض) در زنان هیستریکتومی شده با زنان سالم وجود دارد.

روش‌شناسی پژوهش

روش انجام این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه‌ی جمع‌آوری اطلاعات توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است، جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه‌ی زنان متأهل بیماری است که در شش ماهه‌ی دوم سال ۱۳۹۳ به بیمارستان دنای شیراز جهت عمل جراحی هیستریکتومی مراجعه نموده بودند و همه‌ی زنان سالم واجد شرایط در شهر شیراز بود. روش نمونه‌گیری پژوهش، برای نمونه زنان بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس و برای نمونه زنان سالم، به روش هدفمند بود، به این ترتیب که برای تکمیل پرسش‌نامه‌های نمونه بیمار، از ۱۰۰ نفر از بیمارانی که در شش ماهه‌ی دوم سال ۱۳۹۳ در بیمارستان دنای شیراز تحت عمل جراحی هیستریکتومی قرار گرفته بودند و برای چکاب و پیگیری به بیمارستان مراجعه می‌کردند، برای پرسش‌نامه‌ی رضایت زناشویی انریچ و امید هرث در نمونه‌ی بیمار استفاده شد و سپس برای تکمیل پرسش‌نامه‌های نمونه سالم از ۱۰۰ نفر از زنان سالم همراه بیماران که واجد شرایط شرکت در تحقیق بوده و بیماری خاصی نداشتند و از دیگر

لحاظ واجد شرایط بودند، به عنوان گروه نمونه، پرسش‌نامه‌ها جهت تکمیل تحویل داده شد. لازم به ذکر است که نمونه‌ی سالم و بیمار، به لحاظ شرایط سنی (سن بین ۴۲ تا ۵۵ سال)، میزان تحصیلات (دیپلم تا لیسانس)، مدت ازدواج (۲۰ سال به بالا)، درآمد خانواده (۱۵۰۰۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰۰۰)، شغل (خانه دار) با گروه زنان هیستریکتومی شده هم‌تا سازی شدند، پژوهشگر با توضیح مختصری از روند پژوهش، سعی در توجیه گروهی افراد نمونه داشت تا آزمودنی‌ها با اطمینان و صداقت بیشتری پاسخ دهند و آزمودنی پس از پاسخ‌گویی آن را به پژوهشگر برگرداند.

برای بررسی میزان رضایت زناشویی، پرسش‌نامه اینریچ انتخاب شده است. این پرسش‌نامه به عنوان یک ابزار تحقیق معتبر در تحقیقات و کارهای بالینی متعددی مورد استفاده قرار گرفته است. این مقیاس، شامل ۴ خرده مقیاس ۳۵ ماده‌ای می‌باشد که می‌تواند به عنوان یک ابزار تحقیق، از جمله رضایت، ارتباطات، تحریف آرمانی و حل تعارض استفاده گردد.

خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه به شرح زیر است:

تحریف آرمانی: سؤالات این مقیاس، از پرسش‌نامه‌ی اصلاح شده توافق با آیین و رسوم زناشویی

ادموند^۱ (1967) می‌باشد. این مقیاس، گرایش زوجین را در پاسخ به سؤالات براساس رفتارهای پسندیده‌ی اجتماعی اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌ی بالا نشان دهنده‌ی رابطه‌ی غیر واقع بینانه درباره‌ی رابطه‌ی زناشویی است.

رضایت زناشویی: این مقیاس، رضایت و انطباق افراد با ۱۰ جنبه رابطه‌ی زناشویی شامل: موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، اقوام و دوستان، نقش‌های مساوات طلبی و جهت‌گیری مذهبی را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌ی بالا نشان دهنده‌ی رضایت زناشویی بالا است.

ارتباطات: این مقیاس، احساسات، نگرش‌ها و اعتقادات شخص نسبت به میزان و چگونگی روابط زناشویی را می‌سنجد. نمره‌ی بالا نشان دهنده‌ی آگاهی زن و شوهر و رضایت از سطح و نوع ارتباط در روابطشان است و نمره‌ی پایین، نشان دهنده‌ی فقدان رضایت از ارتباط است.

حل تعارض: این مقیاس، نگرش‌ها، احساسات، و اعتقادات همسر را در به وجود آوردن یا حل تعارض و نیز روش‌های زوجین را در پایان دادن به جر و بحث‌ها، ارزیابی می‌کند. نمره‌ی بالا، نشان دهنده‌ی نگرش‌های واقع‌گرایانه درباره‌ی تعارضات موجود در روابط زناشویی است و نمره‌ی پایین، نشان دهنده‌ی عدم رضایت از شیوه‌ی حل تعارضات است.

¹ Modified Version of the Edmond Marital Conventionalization Scale

پرسش‌نامه‌ی زوجی اینریچ توسط السون و السون در سال ۲۰۰۰ روی ۲۵۵۰۱ زوج متأهل اجرا شد. ضریب آلفای پرسش‌نامه برای خرده مقیاس‌های رضایت زناشویی، ارتباط، حل تعارض و تحریف آرمانی به ترتیب از این قرار است: ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۴، ۰/۸۳ و اعتبار بازآزمایی پرسش‌نامه برای هر خرده آزمون به ترتیب، ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۹۰، ۰/۹۲ بوده است (جدول ۱). در ایران توسط آسوده (۲۰۱۰) ترجمه و اعتباریابی شده است. ضریب آلفای پرسش‌نامه در پژوهش آسوده (۱۳۸۹) با تعداد ۳۶۵ زوج «۷۳۰ نفر» به ترتیب برابر با ۰/۶۸ (با حذف سؤال ۲۴ آلفا ۰/۷۸ می‌شود)، ۰/۷۸، ۰/۶۲ و ۰/۷۷ به دست آمد.

جدول ۱- روایی و پایایی رضایت زناشویی

نمره میانگین	انحراف معیار	دامنه	آلفا	بازآزمایی
رضایت زناشویی	۲۳۲	۸/۶	۱۰-۱۵	۰/۸۶
ارتباطات	۶۳۱/۶	۹/۲	۱۰-۵۰	۰/۸۱
حل تعارض	۳۰/۲	۷/۴	۱۰-۵۰	۰/۹۰
تحریف آرمانی	۱۵/۵	۴/۶	۵-۲۵	۰/۹۲

در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ برای ابعاد رضایت زناشویی ۰/۸۲، تحریف آرمانی ۰/۸۶، ارتباطات ۰/۷۹، حل تعارض ۰/۷۸ و همچنین به طور کلی برای رضایت زناشویی ۰/۸۸ به دست آمد. پرسش‌نامه به صورت پنج گزینه‌ای (که در اصل یک نگرش سنج از نوع لیکرت است) می‌باشد. این پرسش‌نامه برای هر یک از ماده‌ها پنج گزینه، «کاملاً موافقم»، «موافقم»، «نه موافق و نه مخالف»، «مخالفم» و «کاملاً مخالفم» می‌باشد که برای آن‌ها نمره‌ای از ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. سؤالات ۳-۵-۶-۷-۱۰-۱۳-۱۴-۱۸-۱۹-۲۱-۲۲-۲۳-۲۶-۲۷-۲۸-۲۹-۳۲-۳۳-۳۴ به صورت معکوس نمره داده میشوند. این پرسش‌نامه دارای ۴ نمره مجزا است که برای مجموع ماده‌های هر مقیاس یک نمره کل محاسبه می‌شود. نمره‌های خام به درصد تبدیل می‌شود (جدول ۲).

جدول ۲- هنجارها و نقطه برش

سطح	درصد	رضایت زناشویی	ارتباطات	حل تعارض	تحریف آرمانی
خیلی بالا	۱۰۰	۵۰-۴۶	۵۰-۴۶	۵۰-۴۵	۲۵
	۹۵	۴۵-۴۴	۴۵-۴۴	۴۴-۴۲	۲۴
	۹۰	۴۲-۴۳	۴۲-۴۳	۴۱-۴۰	۲۳

۲۲	۳۹	۴۱	۴۱	۸۵	
۲۱	۳۸-۳۷	۴۰	۴۰	۸۰	بالا
۲۰	۳۶	۴۰-۳۸	۴۰-۳۸	۷۵	
۱۹	۳۵-۳۴	۳۷	۳۷	۷۰	
۱۸	۳۳	۳۶-۳۵	۳۶	۶۵	
۱۷	۳۲	۳۴	۳۵	۶۰	متوسط
۱۶	۳۱-۳۰	۳۳-۳۲	۳۴-۳۳	۵۵	
۱۵	۲۹	۳۱	۳۲	۵۰	
۱۴	۲۸	۳۰-۲۹	۳۱-۳۰	۴۵	
۱۳	۲۷	۲۸	۲۹	۴۰	
۱۲	۲۶	۲۷-۲۶	۲۸-۲۷	۳۵	پایین
۱۱	۲۵	۲۵	۲۶	۳۰	
۱۰	۲۴	۲۴	۲۵	۲۵	
۹	۲۳	۲۳-۲۲	۲۴-۲۳	۲۰	
۸-۷	۲۱-۲۰	۲۱-۲۰	۲۲-۲۱	۱۵	خیلی پایین
۶	۱۹-۱۷	۱۹-۱۷	۲۰-۱۵	۱۰	
۵	۱۶-۱۰	۱۶-۱۰	۱۴-۱۰	۵	

محاسبه‌ی نمرات مقیاس‌ها:

رضایت زناشویی: سوال‌های ۱-۵-۹-۱۳-۱۷-۲۱-۲۴-۲۷-۳۰-۳۵

ارتباطات: سوال‌های ۲-۶-۱۰-۱۴-۱۸-۲۲-۲۵-۲۸-۳۱-۳۴

حل تعارض: سوال‌های ۳-۷-۱۱-۱۵-۱۹-۲۳-۲۶-۲۹-۳۲-۳۳

تحریف آرمانی: سوال‌های ۴-۸-۱۲-۱۶-۲۰

پرسش‌نامه‌ی امید به زندگی در سال ۱۹۹۹ توسط اشنایدردتدوین گردیده و به منظور بررسی میزان امید در زندگی ساخته شده است. که دارای ۱۲ سؤال ۳ گزینه‌ای می‌باشد. پاسخ‌های این آزمون با گزینه‌های موافقم، مطمئن نیستم و مخالفم تدوین گردیده و در اجرای آن محدودیت زمانی وجود ندارد.

این آزمون در ایلینویز شمالی بر روی ۱۷۲ بیمار (۶۰حداد، ۷۱ مزمن و ۳۱ روبه مرگ) اجرا شد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ همبستگی را نشان داد.

در ایران در سال ۱۳۷۹ پور خزنین روایی و اعتبار آن‌را به اجرا گذاشت که ضریب همبستگی پیرسون ۰/۸۴ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ محاسبه شد که مؤید اعتبار پایای آزمون می‌باشد.

در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.
 به هنگام نمره گذاری، سؤالات ۶ و ۳ بدین ترتیب نمره گذاری می شوند.
 موافقم ۱ نمره نیستم ۲ نمره مخالفم ۳ نمره
 باقی سؤالات برعکس نمره گذاری می شود.
 تعیین سطح امید به زندگی فرد بدین شرح است:

امید پایین	امید متوسط	امید بالا
۲۴-۱۲	۳۰-۲۵	۳۶-۳۱

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS (نسخه ۲۲) استفاده شد و همچنین، جهت تأیید کل فرضیه‌های پژوهش از سطح ۰/۰۵ استفاده گردید. همچنین در تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آماری زیر استفاده شد:

- ۱- استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی، میانگین، انحراف معیار برای توصیف جمعیت شناختی و متغیرهای پژوهش
- ۲- استفاده از آزمون تی دو جامعه مستقل برای بررسی فرضیه‌های اصلی پژوهش
- ۳- محاسبه تحلیل واریانس یک طرفه (آنوا) برای محاسبه‌ی فرضیه‌ی فرعی پژوهش
- ۴- استفاده از روش آلفای کرونباخ برای بررسی ضریب پایایی پرسش‌نامه‌های تحقیق.

یافته‌های پژوهش

داده‌های توصیفی

در جدول‌های ۳ و ۴ و ۵ میانگین و انحراف معیار متغیرهای رضایت زناشویی و ابعاد آن و امید به زندگی در زنانی که تحت عمل جراحی هیستروکتومی قرار گرفته‌اند و زنان سالم نشان داده شده است.

جدول ۳ - شاخص‌های آماری رضایت زناشویی زنانی که تحت عمل جراحی هیستروکتومی قرار گرفته‌اند و زنان سالم

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
رضایت زناشویی	۱۰۰	۲۶/۱۸	۳/۷۵

سالم	۱۰۰	۲۷/۲۳	۴/۷۱
------	-----	-------	------

جدول ۴ - شاخص‌های آماری ابعاد رضایت زناشویی زنانی که تحت عمل جراحی هیستریکتومی قرار گرفته‌اند و زنان سالم

حوزه‌ها	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
حل تعارض	بیمار	۱۰۰	۲۹/۰۷	۵/۷۰
	سالم	۱۰۰	۳۰/۲۲	۷/۳۷
رضایت زناشویی	بیمار	۱۰۰	۲۹/۸۳	۶/۰۰
	سالم	۱۰۰	۳۱/۳۲	۶/۸۴
ارتباطات	بیمار	۱۰۰	۳۰/۵۲	۵/۱۰
	سالم	۱۰۰	۳۰/۸۹	۷/۵۱
تحریف آرمانی	بیمار	۱۰۰	۱۵/۳۱	۴/۶۰
	سالم	۱۰۰	۱۶/۴۸	۴/۶۷

جدول ۵ - شاخص‌های آماری امید به زندگی در زنانی که تحت عمل جراحی هیستریکتومی قرار گرفته‌اند و زنان سالم

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
بیمار	۱۰۰	۲۹/۳۱	۳/۳۳
سالم	۱۰۰	۳۲/۰۲	۲/۷۱

یافته‌های استنباطی

قبل از بررسی فرضیه، ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها توسط دو آزمون کالموگروف-اسمیرنف و شاپیرو ویلک بررسی گردید که نتایج حاصل از این دو آزمون در جدول ۶ و ۷ قابل مشاهده است.

جدول ۶- بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها در رضایت زناشویی و ابعاد آن در زنانی که تحت عمل جراحی هیستریکتومی قرار گرفته اند و زنان سالم

گروه	ابعاد	کلموگروف-اسمیرنوف			شاپیرو-ویلک			
		Z	P	درجه آزادی	Z	P	درجه آزادی	
سالم	رضایت زناشویی	۰/۰۷۹	۰/۱۲۶	۱	۰/۹۸۷	۰/۰۹۹	۱	
	ارتباطات	۰/۰۸۲	۰/۰۹۴	۱	۰/۹۸۴	۰/۲۸۵	۱	
	حل تعارض	۰/۰۸۲	۰/۰۹۷	۱	۰/۹۸۵	۰/۳۳۶	۱	
	تحریف آرمانی	۰/۰۷۴	۰/۱۹۴	۱	۰/۹۸۱	۰/۱۶۵	۱	
	کل	۰/۰۵۱	۰/۲۰۰	۱	۰/۹۹۲	۰/۸۴۴	۱	
	بیمار	رضایت زناشویی	۰/۰۶۳	۰/۲۰۰	۱	۰/۹۸۳	۰/۲۲۱	۱
		ارتباطات	۰/۰۷۹	۰/۱۲۲	۱	۰/۹۸۹	۰/۵۶۹	۱
		حل تعارض	۰/۰۷۶	۰/۱۷۳	۱	۰/۹۸۱	۰/۱۷۱	۱
		تحریف آرمانی	۰/۰۶۳	۰/۲۰۰	۱	۰/۹۸۵	۰/۳۲۱	۱
		کل	۰/۰۷۷	۰/۱۵۵	۱	۰/۹۸۳	۰/۲۴۰	۱

با توجه به نتایج جدول ۶ و بررسی سطح معناداری که در تمامی ابعاد در هر دو آزمون کلموگروف اسمیرنوف و شاپیرو ویلک ($P > ۰/۰۵$) می‌باشد فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها در رضایت زناشویی زنان سالم و هیستریکتومی شده تأیید می‌گردد، یا به عبارتی توزیع داده‌ها نرمال می‌باشد.

جدول ۷- بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها در امید به زندگی در زنانی که تحت عمل جراحی هیستریکتومی قرار گرفته‌اند و زنان سالم

گروه	کلموگروف-اسمیرنوف			شاپیرو-ویلک		
	Z	P	درجه آزادی	Z	P	درجه آزادی
سالم	۰/۰۸۷	۰/۵۹	۱	۰/۹۸۲	۰/۲۰۶	۱
بیمار	۰/۰۷۶	۰/۱۲۶	۱	۰/۹۷۶	۰/۰۶۰	۱

با توجه به نتایج جدول ۷ و بررسی سطح معناداری که در هر دو آزمون کلموگروف اسمیرنوف و شاپیرو ویلک ($P > ۰/۰۵$) می‌باشد، فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها در امید به زندگی زنان سالم و هیستریکتومی شده تأیید می‌گردد، یا به عبارتی توزیع داده‌ها نرمال می‌باشد.

بنابراین با توجه به نرمال بودن توزیع داده‌ها برای آزمودن فرضیه‌های پژوهش از آزمون تی دو جامعه مستقل و تحلیل واریانس یک طرفه (آنوا) استفاده شده است. فرضیه اصلی یک: تفاوت معناداری بین رضایت زناشویی زنان هیستریکتومی شده با زنان سالم وجود دارد.

جدول ۸ - مقایسه‌ی رضایت زناشویی زنانی که تحت عمل جراحی هیستریکتومی قرار گرفته‌اند با زنان سالم

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	F-leven	p-leven	t	Df	P
رضایت زناشویی بیمار	۱۰۰	۲۶/۱۸	۳/۷۵	۵/۲۵	۰/۰۲۳	۱/۷۳۵	۱۸۸/۳۷	۰/۸۴
زنان سالم	۱۰۰	۲۷/۲۳	۴/۷۱					

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد که بین رضایت زناشویی در زنانی که تحت عمل جراحی هیستریکتومی قرار گرفته‌اند با زنان سالم ($P=0/84 < 0/05$) تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در نتیجه تفاوت معناداری بین رضایت زناشویی زنان هیستریکتومی شده با زنان سالم وجود ندارد و فرضیه رد می‌شود.

فرضیه‌ی اصلی دو: تفاوت معناداری بین امید به زندگی زنان هیستریکتومی شده با زنان سالم وجود دارد.

برای بررسی فرضیه‌ی فوق از آزمون تی دو جامعه مستقل استفاده شد. نتایج در جدول ۹ قابل مشاهده است.

جدول ۹ - مقایسه امید به زندگی زنانی که تحت عمل جراحی هیستریکتومی قرار گرفته‌اند با زنان سالم

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	F-leven	p-leven	T	Df	P
امید به زندگی بیمار	۱۰۰	۲۹/۳۱	۳/۳۳	۶/۲۹۵	۰/۰۱۳	۶/۳۱۸	۱۹۰/۱۷۶	۰/۰۰۰
زنان سالم	۱۰۰	۳۲/۰۲	۲/۷۱					

جدول ۹ نشان می دهد که چون برای امید به زندگی ($P=0/000 < 0/05$) است، در نتیجه تفاوت معناداری بین امید به زندگی زنان هیستریکتومی شده با زنان سالم وجود دارد و فرضیه در سطح $0/05$ تأیید می شود.

فرضیه ی فرعی: تفاوت معناداری بین ابعاد رضایت زناشویی در زنان هیستریکتومی شده با زنان سالم وجود دارد.

برای آزمون این فرضیه از تحلیل واریانس یک طرفه (آنوا) استفاده شده است. نتایج به دست آمده در جدول ۱۰ قابل مشاهده است.

جدول ۱۰ - مقایسه ی ابعاد رضایت زناشویی در زنانی که تحت عمل جراحی هیستریکتومی قرار گرفته اند با زنان سالم

منبع پراکندگی	ابعاد	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره آزمون	P
گروه	ارتباطات	۶/۸۴۵	۱	۱۴/۸۵	۰/۲۹۱	۰/۶۸۴
	رضایت زناشویی	۱۱۱/۰۰۵	۱	۳۶/۱۲۵	۰/۷۷۵	۰/۱۰۳
	حل تعارض	۶۶/۱۲۵	۱	۵۸/۳۲۰	۱/۴۱۶	۰/۲۱۹
	تحریف آرمانی	۶۸/۴۴۵	۱	۰/۰۲۰	۰/۰۰۱	۰/۰۷۶
خطا	ارتباطات	۸۱۵۲/۷۵	۱۹۸	۵۰/۰۸۸		
	رضایت زناشویی	۸۱۹۳/۸۷	۱۹۸	۴۶/۶۲۳		
کل تصحیح شده	حل تعارض	۸۵۹۹/۶۷	۱۹۸	۴۱/۲۰۰		
	تحریف آرمانی	۴۲۵۲/۳۵	۱۹۸	۲۰/۹۲۶		
کل تصحیح شده	ارتباطات	۸۱۵۹/۵۹۵	۱۹۹			
	رضایت زناشویی	۸۳۰۴/۸۷۵	۱۹۹			
	حل تعارض	۸۶۶۵/۷۹۵	۱۹۹			
	تحریف آرمانی	۴۳۲۰/۷۹۵	۱۹۹			

نتایج حاصل از این آزمون حاکی از این است که به دلیل این که در تمامی ابعاد مقدار ($0/05 < P$) در مجموع بین ابعاد رضایت زناشویی زنانی که تحت عمل جراحی هیستریکتومی قرار گرفته اند با زنان سالم تفاوت معنی داری وجود ندارد و فرضیه ی پژوهش رد می شود.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه‌ی اول: بین رضایت زناشویی در زنان هیستریکتومی شده با زنان سالم تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به نتایج جدول ۸ مشخص شد، که بین رضایت زناشویی در زنان هیستریکتومی شده با زنان سالم تفاوت معناداری وجود ندارد. در نتیجه فرضیه‌ی اول پژوهش تأیید نمی‌گردد و رد می‌شود.

نتیجه‌ی فرضیه‌ی اول پژوهش با تحقیقات رجبی و همکاران (Rajabi 2012) که به این نتیجه رسیدند که تفاوت معناداری بین رضایت زناشویی بیماران مبتلا به سرطان سینه با جمعیت عمومی وجود ندارد، چن.اس کیو و همکاران (Chen, S. Q, 2015) که به این نتیجه رسیدند که عمل جراحی هیستریکتومی نه تنها باعث کاهش رضایت جنسی نمی‌شود، بلکه باعث افزایش رضایت جنسی هم می‌شود، بروکر و همکاران (Brucke, 2014) که به این نتیجه رسیدند که بین کیفیت زندگی و عملکرد جنسی در زنان هیستریکتومی شده با دیگر زنان تفاوت معناداری وجود ندارد، همسو می‌باشد. فرضیه‌ی فرعی: بین ابعاد رضایت زناشویی در زنان هیستریکتومی شده با زنان سالم تفاوت معناداری وجود دارد.

با توجه به نتایج جدول ۱۰ مشخص شد که بین ابعاد رضایت زناشویی در زنان هیستریکتومی شده با زنان سالم تفاوت معناداری وجود ندارد. در نتیجه فرضیه‌ی فرعی پژوهش تأیید نمی‌گردد و رد می‌شود.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت رضایت زناشویی متغیری است که سنگ بنای آن در همان اوایل ازدواج شکل می‌گیرد اگر چه متغیرهای قابل پیش بینی و غیر قابل پیش بینی گوناگونی می‌تواند آن را تحت تأثیر قرار دهد، اما از جمله عوامل تقویت کننده‌ی آن‌ها مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های حل مسئله، نبوغ شخصیتی طرفین می‌باشد. احتمالاً در گروه زنان هیستریکتومی شده به اندازه‌ی زنان عادی مهارت‌های فوق‌الذکر در تعاملات زناشویی‌شان نقش داشته است. همچنین منابع حمایتی واقعی و ادراک شده توسط فرد بیمار نیز می‌تواند مؤثر باشد. از آن‌جا که جامعه‌ی ما تا حد زیادی سنتی است و خانواده‌ها خصوصاً در زمان بیماری‌ها حمایت‌های مالی و عاطفی خود را به اعضا دریغ نمی‌کنند این فاکتور (هیستریکتومی) نتوانسته خللی ایجاد کند. از طرفی به افزایش دانش در این زمینه هم می‌توان اشاره کرد، امروزه دانش افراد در این زمینه بالا رفته و به مراحل درمان و بهبود اعتماد بیشتری دارند و لذا افزایش دانش باعث می‌شود که ترس‌های بیماران کاهش پیدا کرده و دید غیرمنطقی و غیرعلمی نسبت به وضعیت جسمی خود نداشته باشند، از آن‌جایی که طبق پژوهش‌های نصرتی و همکاران (Nosrati, 2007) آموزش گروه پزشکی به بیماران

هیستریکتومی شده در افزایش رضایت از زندگی زناشویی تأثیر دارد، می‌توان چنین بیان کرد که بیمارانی که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند، همگی در بیمارستان دنای شیراز جراحی شدند در نتیجه به خاطر آموزش‌هایی که پزشکان و پرستاران در خصوص عمل جراحی به آن‌ها داده بودند، باعث شده که رضایت زناشویی گروه بیمار کاهش معناداری نداشته باشد همچنین با پیشرفت‌های پزشکی اخیر انجام این عمل حتی در رابطه‌ی جنسی زوجین، کمتر خلل ایجاد می‌کند. همچنین در پژوهش ذکر شده در بررسی متغیرهای حمایت همسر هم در رابطه با رضایت زناشویی به همین شکل بود، یعنی هر چه حمایت همسر افزایش یابد، رضایت زناشویی هم افزایش می‌یابد در نتیجه احتمالاً گروه افراد هیستریکتومی شده هم از حمایت خوبی از سوی همسرانشان برخوردار بودند. نواک معتقد است بیمارانی که تحت عمل جراحی هیستریکتومی قرار گرفته‌اند، باید از فعالیت شدید خودداری نموده و سطح فعالیت‌های خود را به تدریج افزایش دهند و نیز از بلند کردن اجسام سنگین، نشستن به مدت طولانی، نزدیکی جنسی و رانندگی، تا مجاز دانستن پزشک، خودداری نمایند و سپس بیمار به صورت تدریجی فعالیت‌های نرمال خود را از سرگیرد، از این رو اطرافیان بیمار و به ویژه همسر او، تا بهبودی کامل در کارهای سنگین به او کمک کرده و از نظر روحی او را حمایت نموده و بیشتر از قبل به او توجه نمایند؛ زیرا در این بیماران، تعادل هورمونی نیز به هم خورده و ممکن است بیمار دچار افسردگی یا حساسیت شدید عاطفی به افراد و وضعیت‌های مختلف شود. او در خصوص رابطه بین رضایت زناشویی و رابطه‌ی جنسی چنین بیان می‌کند که بیشتر این بیماران چنین تصور می‌کنند که این عمل باعث از دست رفتن قدرت زنانگی آنان می‌شود که این تفکر کاهش ارضای جنسی و یا افزایش مشکلات بین زن و شوهر را در پیش دارد، نگرانی در مورد از دست دادن دستگاه تناسلی، بیشتر از نگرانی در مورد از دست دادن اعضای داخل شکمی است. او معتقد است برخی محققان کاهش میل جنسی را گزارش کرده‌اند، در حالی که برخی دیگر چنین عنوان می‌کنند که میل جنسی به علت کاهش ترس از حاملگی ناخواسته افزایش می‌یابد که این خود افزایش رضایت زناشویی را در پی دارد و احتمالاً در گروه زنان مورد پژوهش هم به همین شکل بوده است. فرضیه‌ی دوم: بین امید به زندگی در زنان هیستریکتومی شده با زنان سالم تفاوت معناداری وجود دارد.

با توجه به نتایج جدول ۹، مشخص شد که بین امید به زندگی در زنان هیستریکتومی شده با زنان سالم، تفاوت معناداری وجود دارد. در نتیجه فرضیه‌ی دوم پژوهش تأیید می‌گردد. نتیجه‌ی فرضیه‌ی دوم پژوهش با تحقیقات کاپکیسیا، گاتا و ماسو (Capocaccia, Gatta & Maso, 2015) که به این نتیجه رسیدند که شاخص‌های امید به زندگی شامل اطلاعات معناداری در رابطه با بیماران سرطانی می‌باشد، کامیان و همکاران (kamiyan 2011) به این نتیجه رسیدند که آموزش

سلامت معنوی بر افزایش امیدواری بیماران موثر است، دهباشی، سبزواری و تیرگری (Dehbashi, Sabzevari & Tirgari, 2014) به این نتیجه رسیدند که بین امید و سلامت معنوی در بیماران مورد مطالعه، رابطه وجود دارد، عمرانی و همکاران (Omrani 2012) به این نتیجه رسیدند که گنجاندن دوره‌ی گروه درمانی شناختی-رفتاری در فرایند درمان بیماران مبتلا به M.S می‌تواند به سلامت روان این بیماران، به ویژه افزایش امید به زندگی آن‌ها منجر شود، همسو می‌باشد.

در تبیین فرضیه‌ی دوم پژوهش که تأیید شد، بین امید به زندگی در زنان هیستریکتومی شده با زنان سالم تفاوت معناداری وجود دارد، باید گفت که وقتی به واسطه‌ی یک بیماری مزمن بدانید زندگی با شما رفتار دردناک یا غیر منتظره داشته است، عدم پذیرش، آشفتگی و ناامیدی دور از انتظار نخواهد بود.

بنسون وارد (Benson, 2006) در مرور مطالعات مربوط به امید می‌گوید سطوح بالای امید با سلامت جسمی و روان‌شناختی، خود ارزشی بالا، تفکر مثبت و روابط اجتماعی فوق العاده رابطه‌ی مثبت دارد، که این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش کنونی همخوانی دارد. بدین صورت که عمل جراحی هیستریکتومی باعث کاهش امید به زندگی در گروه زنان بیمار نسبت به گروه زنان سالم شده است. جکسون، ویس و لاندکویست (Jackson Vess & Landquest, 2002) به این نتیجه رسیدند که امید با عملکردهای سازگاران نظیر سازگاری روان‌شناختی، سلامت جسمی رابطه‌ی مستقیم دارد. شعاع کاظمی و مومنی جاوید (Shoa-kazemi & Momeni Javid, 2009) که این یافته‌ها هم با یافته‌های پژوهش کنونی همخوانی دارد در نتیجه در گروه مورد بررسی هم ممکن است مشاهده‌ی سطح پایین‌تری از امید به زندگی در زنان هیستریکتومی شده نسبت به زنان سالم به دلیل انجام همین عمل جراحی و به خطر افتادن سلامت جسمانی باشد. می‌توان گفت که به دلیل این که اکثر انسان‌ها سرطان، جراحی و بیماری را تهدید جدی برای زندگی می‌دانند و به دلیل این که از عمل جراحی این گروه زمان زیادی نگذشته، نتوانسته‌اند ترس‌ها و نگرانی خود در مورد مرگ را کنترل نمایند و با این مسأله سازگار شوند. شاید این نتیجه نشانگر این است که زمان بیشتری برای پذیرش و سازگاری نیاز دارند.

References

-Alipoor, A.; Yoosefpoor, N.; (2010). The effect of cognitive behavioral therapy on physical healing of women after hysterectomy. *Journal of Behavioral Sciences*. 4, 2, 91-95.

-Brucker, S. Y., Taran, F. A., Bogdanyova, S., Ebersoll, S., Wallwiener, C. W., Schonfisch, B., & Wallwiener, M. (2014). Patient-reported quality-of-life and sexual-

function outcomes after laparoscopic supracervical hysterectomy (LSH) versus total laparoscopic hysterectomy (TLH): a prospective, questionnaire-based follow-up study in 915 patients. *Archives of gynecology and obstetrics*, 290(6), 1141-1149.

-Capocaccia, R., Gatta, G., & Dal Maso, L. (2015). Life expectancy of colon, breast and testicular cancer patients. An analysis of US-SEER population-based data. *Annals of Oncology*, mdv131.

-Castellano, R., Velotti, P., Crowell, J. A., & Zavattini, G. C. (2014). The role of parents' attachment configurations at childbirth on marital satisfaction and conflict strategies. *Journal of Child and Family Studies*, 23(6), 1011-1026.

-Chen, S. Q., Kong, L. Z., Jiang, H. Y., Fan, L., Chen, J., & Yao, S. Z. (2015). Early Cervical Cancer Impact of Peritoneal Vaginoplasty Combined With Laparoscopic Radical Hysterectomy Improved Sexual Function. *International Journal of Gynecological Cancer*, 25(3), 526-532.

-Dehbashi,f;Sabzevari,s;Tirgari,b.(2014). Examine the spiritual health and hope Patients on hemodialysis centers in Zahedan in patients in 2014. *Medical Ethics*.8,30,77-96.(Persian)

-Ebrahimi,n.Sabaghian,z.Abolghasemi,m.(2010).Hope and academic achievement in students.proceeding of third congress of iranin psychology association.shahid Beheshti university(Persian).

-Ghaderi,z;Refahi,zh;Penagh,g.(2011). The efficacy of group logotherapy on hope for patients with cancer of the esophagus and the stomach. *Methods and psychological models* .1,4,97-107.(Persian)

-moghtader.L.compair life expectancy and spiritual inteligene in breast cancer and healthy women.*Jof Gilan university of medical science*.(2017)26(101)58-65.(Persian).

-Nasiri,b;Hashemi fesharaki,m;Badavi,f;Bakhtiyari,a.(2011). Hope and life satisfaction and mental health among women in the Republic of Turkey. *Journal of Women*. 2,2,133-155.(Persian)

-Nosrati,m;rahmani,a;naghibi,f;razavi,a.(2007).review the effect of education on marital satisfaction in women undergoing hysterectomy at the Hospital in Urmia in 2007. *Quarterly of faculty of Nursing and Midwifery*.3,5,128-133.(Persian).

-
Omrani,s;Mirzayiyani,b;Aghabagheri,h,Hasanzadeh,ramezan;Abedini,m.(2012).Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on life expectancy of patients with multiple sclerosis. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*.22,58-65.(Persian)

-Rajabi, F. M., Ishaghi, S. R., Tabesh, P., Ramezani, M. A., Mehrzad, V., & Motamedi, N. (2012). Marital satisfaction and mental health status in patients with breast cancer. *Journal of Research in Medical Sciences*, 17.(Persian)

-Reyisi,I.(2010). The effect of abdominal hysterectomy procedure on quality of life and sexual function in women referred to Tehran hospitals and treatment. Master thesis,unpublished.tarbiyat modares university.(Persian)

-Rock, E. E., Steiner, J. L., Rand, K. L., & Bigatti, S. M. (2014). Dyadic influence of hope and optimism on patient marital satisfaction among couples with advanced breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, 22(9), 2351-2359.

-Salade,p.(2015)psychology issues in infertility :from epidemiology to intervention .Jornal of psychosomatic obstetrics and gynecology.36(2)37-38.

-Shahbazi,S.&Kafi masoleh,S,M.(2018)Comparing the relationship between self-efficacy and marital satisfaction in polycystic overy syndrome and helth femaile.journal of Guilan university of medical scince.26(104)31-40.(Persian).

-Shoakazemi,m;Momenijavid,m.(2009). The relationship between quality of life and life expectancy of cancer patients after surgery. *Journal of breast diseases* .2,3.(Persian)

-Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological inquiry*, 13(4), 249-275.

-Taheri,m.(2011). Investigate the relationship between attachment style and life expectancy in mothers of educable mentally retarded son. *Journal of Mental Health*.14,1,48-65.(Persian)

-Thimm,J.C.(2010).personality and early maladaptive schemas:A five factor model perspective.journal of behavior therapy and experimental psychiatry ,(41),373-380.