

## مقایسه ادراک از بی عدالتی و رضایت از زندگی زناشویی در بین زوجین مواجه شده با سرطان مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی عالی نسب تبریز<sup>۱</sup>

سکینه عزیزی<sup>۲</sup>  
وحیده سروشان<sup>۳</sup>  
نگار چاپچی<sup>۴</sup>

### چکیده

سرطان یکی از مشکلات عمده سلامتی جامعه بشری است. ابتلا به سرطان باعث می شود روابط و نقش خانوادگی بیمار و خانواده وی دچار تغییر گردد. هدف این پژوهش مقایسه ادراک از بی عدالتی و رضایت از زندگی زناشویی در بین زوجین مواجه شده با سرطان می باشد. جامعه این پژوهش زوجین مواجه شده با سرطان مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی عالی نسب تبریز می باشد که از این میان ۱۵۰ زوج حائز شرایط به صورت تصادفی انتخاب شده اند، ابزار گردآوری داده ها دو پرسشنامه (پرسشنامه اول مربوط به ادراک از بی عدالتی و پرسشنامه دوم مربوط به رضایت از زندگی زناشویی) می باشد جهت تجزیه و تحلیل یافته ها از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۳ استفاده شده است. ۵۰ درصد از نمونه ها زن و ۵۰ درصد مرد، میانگین سن بیماران  $47/5 \pm 14/1$  سال و همسران سالم آنان  $46/1 \pm 14/2$  سال بود. از نظر تحصیلات ۱۲ درصد از نمونه ها بی سواد، ۳۵ درصد تحصیلات ابتدایی، ۳۴ درصد دیپلمه و ۱۹ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. از نظر شغلی ۲۷ درصد دارای شغل آزاد بوده، ۵ درصد نظامی، ۵ درصد کشاورز، ۱۷ درصد کارمند، ۴۳ درصد خانه دار و ۳ درصد دانشگاهی بودند. از نظر محل سکونت ۸۶ درصد در شهر و ۱۴ درصد در روستا سکونت داشتند. از نظر وضعیت اقتصادی نیز ۱۱ درصد وضعیت خود را خوب، ۶۴ درصد متوسط و ۵ درصد ضعیف اعلام کردند. نتیجه

<sup>۱</sup> - این مقاله برگرفته از طرح تحقیقی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز با عنوان «مقایسه ادراک از بی عدالتی و رضایت از زندگی زناشویی در بین زوجین مواجه شده با سرطان مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی عالی نسب تبریز» می باشد.

<sup>۲</sup> - عضو هیئت علمی (مربی) دانشگاه آزاد اسلامی، گروه پرستاری، واحد تبریز، تبریز-ایران sakyne\_azizi@yahoo.com

<sup>۳</sup> - عضو هیئت علمی (مربی) دانشگاه آزاد اسلامی، گروه پرستاری، واحد تبریز، تبریز-ایران

<sup>۴</sup> - کارشناس ارشد جامعه شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز

نهایی تحقیق نشان داد که ۹۳/۹ درصد بیماران و ۷۸/۸ درصد همسران سالم از زندگی زناشویی خود راضی نیستند. همچنین نتایج نشان داد ۷۰/۷ درصد از بیماران و ۵۳/۷ درصد همسران سالم احساس عدالت در روابط خود داشتند. آنالیز آماری بین رضایت از زندگی زناشویی و احساس عدالت رابطه معنادار نشان داد.

**واژه‌های کلیدی:** بی عدالتی، رضایت، رضایت از زندگی زناشویی، سرطان، زوجین

## مقدمه

امروزه، بسیاری از محققان و روان شناسان رضایتمندی از ازدواج و زندگی زناشویی را یکی از اصلی‌ترین عوامل تعیین کننده کیفیت زندگی و سلامت روانی افراد می‌دانند که این امر نشان دهنده اهمیت بسیار زیاد زندگی خانوادگی و وجود رضایت در این مورد می‌باشد (Tucker-Ladd C, 2002). مشخص شده است که خانواده‌هایی که در آنها زن و شوهر با هم تفاهم دارند، مسائل خود را به طور منطقی حل می‌کنند و از زندگی احساس رضایت می‌کنند، کارکرد مناسب‌تری دارند و نقش خود را بهتر ایفا می‌کنند به این علت است که بسیاری، رضایت از زندگی زناشویی را یکی از عوامل پیشرفت و دستیابی به اهداف زندگی مشترک می‌دانند و آن را مهمترین شاخص موفقیت زندگی می‌شناسند (ساروخانی، ۱۳۸۵، ۱۲-۱۱) هر گونه نارضایتی در روابط خانوادگی می‌تواند عوارض جدی اجتماعی را به دنبال داشته باشد (نیکویی، ۱۳۸۵، ۶۱). البته باید توجه داشت که عوامل فرهنگی و مذهبی دارای تأثیرات زیادی در رضایتمندی از زندگی زناشویی هستند. البته نتایج مطالعات به دست آمده از کشورهای مختلف متفاوت بوده است (Tuinman MA & Other, 2005:540). مطالعه انجام شده توسط هینن (Hinnen) در سال ۲۰۰۸ در انگلیس نشان داد که زنان مبتلا به سرطان دارای رضایت مندی کمتری از زندگی زناشویی خود می‌باشند (Hinnen C, 2008: 737). سرطان یکی از قدیمی‌ترین بیماری‌های شناخته شده برای بشر بوده و متأسفانه، علی‌رغم طولانی بودن تاریخچه شناسایی آن، هنوز درمان نهایی و قطعی برای آن پیدا نشده است (قوام زاده و همکار: ۱۰۵) طبق آمار موجود، در کشور ایران، بیماری سرطان بعد از بیماری‌های قلبی و عروقی و سوانح، سومین علت مرگ و میر را تشکیل می‌دهد. مطابق با اطلاعات مرکز ثبت سرطان در بیمارستان امام خمینی (ره) تهران در سال ۱۳۸۱ حدود ۶۰۰۰۰ بیمار مبتلا به سرطان به این مرکز مراجعه نموده‌اند (احمدی و همکار،

۱۳۸۳، ۳۱). همچنین، طبق آخرین آمار منتشره در استان خراسان در سال ۱۳۷۵ هجری شمسی ۲۲۱۱ بیمار در این استان به انواع مختلف بیماری سرطان مبتلا شده‌اند (پورغزین و همکار، ۱۳۷۹، ۴۹). نکته‌ای که در مورد بیماری سرطان مهم به نظر می‌رسد این است که میزان شیوع این بیماری در طول سال‌های اخیر به شدت در حال افزایش بوده و روز به روز بر تعداد بیماران مبتلا به سرطان افزوده می‌شود (نورایی و دیگران، ۱۳۸۵، ۴۸). سرطان علاوه بر مختل کردن زندگی فرد مبتلا، استرس زیادی را برای خانواده این بیماران نیز ایجاد می‌کند (Kruijwer IPM & Others, 2001:772) و مسیر زندگی آنها را عوض نموده، روابط و نقش خانوادگی بیمار و خانواده را متأثر می‌سازد (Zabalegui A & Others, 2005: 369). تشخیص سرطان پی‌آمدهای شدید روانی برای بیمار و خانواده آنان دارد و ممکن است باعث تغییرات زیادی در زندگی بیماران و خانواده آنان گردد (ونکی و همکاران، ۱۳۸۲، ۵۳). کل این مسائل باعث می‌شود که بسیاری از بیماران و خانواده‌هایی که با سرطان مواجه می‌شوند دچار تغییراتی در روش زندگی خود شوند (Kendal S, 2007:111). نتایج مطالعات نشان داده‌اند که تشخیص سرطان می‌تواند به طور شدیدی روابط نزدیک افراد و بویژه روابط بسیار صمیمی زناشویی را متأثر نماید (Tuinman MA & Other, 2005:540). یادگیری نقش‌های جدید برای افراد خانواده که با تشخیص بیماری روبرو هستند استرس زیادی را ایجاد می‌کند (Morris ME & Others, 2007:1). شیوع مشکلات روانی اجتماعی در خانواده بیماران مبتلا به سرطان نیز زیاد بوده است ولی این خانواده‌ها از این لحاظ به خوبی مورد بررسی قرار نمی‌گیرند و درمانی دریافت نمی‌دارند (Ryan H & Others, 2005:7). به روشنی مشخص شده است که متأهل بودن و داشتن روابط زناشویی مناسب، تأثیر مثبتی بر جوانب مختلف بیماران سرطانی دارد و برخی مطالعات نشان داده‌اند که این تأثیر در مردان بیشتر از زنان است (Kendal S, 2007:114; Qystien K, 2001:357). اما نکته مهم این است که این خانواده‌ها نیز به دلیل تحت فشار بودن، خود نیز به حمایت زیادی نیاز دارند (Dunne K & 2005: 372).

زمانی که یکی از زوجین بیمار می‌شود بیماری وی تغییرات زیادی در روابط دو طرفه آنها خواهد گذاشت. به طور کلی در حالت سلامتی، زوجین سعی می‌کنند که در میزان حمایتی که از همسرشان دریافت می‌دارند و میزان حمایتی که از وی می‌کنند تعادل داشته باشند، اما وقتی که یکی از آنها بیمار می‌شود همسر وی مجبور است وقت

بیشتری برای مراقبت از او بگذارد و از طرفی بیمار قادر به انجام وظایف زناشویی خود نخواهد بود و بنابراین، تعادل به هم می‌خورد و باعث می‌شود که همسر فرد بیمار حمایت کمتری را دریافت دارد که این در طول زمان منجر به ایجاد مشکلات در وی خواهد شد. این فرض‌ها اساس نظریهٔ عدالت در روابط است که توسط کوترونا (Cutrona) (۱۹۹۶) و تامپسون (Thompson) و پیتس (Pitts) (۱۹۹۲) مطرح شده است. پس اگر پیش فرض‌های این نظریه درست باشد باید همسر فرد بیمار احساس بی‌عدالتی در روابط را داشته باشد و بر عکس فرد بیمار احساس رضایت بیشتری از این روابط داشته باشد و این باعث می‌شود که رضایت از زندگی زناشویی در همسر فرد بیمار کاهش و در فرد بیمار افزایش یابد (نیکویی و سیف، ۱۳۸۵، ۶۱-۷۹).

### چارچوب نظری پژوهش

چارچوب نظری این پژوهش را مفهوم عدالت و ارتباط آن با رضایت از زندگی تشکیل می‌دهد. رضایت از زندگی زناشویی عبارت است از وجود یک رابطه دوستانه و عاشقانه همراه با حس تفاهم و درک یکدیگر، و وجود یک تعادل منطقی بین نیازهای مادی و معنوی زوجین. در این رابطه، رضایت از زندگی زناشویی در خانواده، مهمترین رکن سلامت روانی تک تک افراد خانواده و در نهایت، کل خانواده است. محیط و شرایط خانوادگی می‌تواند عامل تشویق کننده یا بازدارنده در مراحل رشد باشد. چنانچه این فضا آکنده از عشق و محبت باشد می‌تواند سبب رشد و پیشرفت افراد خانواده شود، در غیر این صورت خود عاملی در جهت جلوگیری از بالندگی افراد خانواده خواهد بود (توسلی، ۱۳۸۶، ۱۲).

در دهه ۱۹۷۰ هاتیفیلد و همکارانش برای اولین بار نظریهٔ عدالت را به حیطة روابط نزدیک بین فردی گسترش دادند. بر اساس این فرمت از نظریهٔ عدالت، رابطهٔ صمیمانه زمانی از تعادل خارج می‌شود که نسبت درون دادها و برون دادهای یکی از زوجین برابر با نسبت زوج مقابل نباشد. (درون داد آن چیزی است که فرد و یا دیگران با خود به رابطه خود می‌آورند. برون داد نیز عبارت از آن جز منفی و مثبت است که افراد از رابطه خود اخذ می‌کنند) (Internet). در این نوع از رابطه، زوجی که کمتر درون داد داشته است احساس رضایت کمتری از رابطه خواهد نمود و طرف مقابل که درون داد بیشتری داشته است دارای رضایت بیشتری از رابطه خواهد بود. این نظریه همچنین،

پیش‌بینی می‌کند که زوجی که در رابطه نزدیک خود احساس عدم تعادل می‌نماید در معرض استرس قرار خواهد گرفت. اگرچه این نظریه بیان می‌کند که در این نوع رابطه هر دو زوج (هم زوجی که کمتر درون داد داشته و هم طرف مقابل که بیشتر درون داد داشته است) دچار استرس می‌شوند، اما استرس در زوجی که درون داد وی کمتر بوده است بیشتر خواهد بود. بعد از کارهای اولیه هتفیلد و همکارانش محققان زیادی به بررسی ارتباط بین عدالت و رضایت از رابطه صمیمی پرداخته‌اند. بر اساس این نظریه آنهایی که احساس عدالت در روابط خود دارند، دارای بیشترین احساس رضایت مندی هستند و آنهایی که در رابطه خود بی عدالتی احساس می‌کنند، کمترین رضایت مندی را دارند. همان گونه که گفته شد در هر گونه انحرافی از عدالت، احساس عدم رضایت ایجاد خواهد شد. این بدان معنا است که هم فردی که از رابطه خود درون داد کمتری دارد و هم فردی که از رابطه خود احساس درون داد بیشتری دارند، دچار حالت عدم رضایت خواهند شد ولی این حالت عدم رضایت در فردی که احساس درون داد کمتری دارد بیشتر خواهد بود.

با اینکه مشخص شده است که نظریه عدالت در تنظیم روابط بین فردی دارای کاربرد زیادی است اما در مورد کاربرد آن در روابط بسیار نزدیک مانند روابط خانوادگی هنوز با چالش‌های زیادی روبرو است و توافق کلی در مورد آن بین محققان وجود ندارد. برای مثال، برخی از محققان اعتقاد دارند که در روابط بسیار صمیمانه مانند رابطه زناشویی نظریه وابسته به نیاز (یعنی تنظیم روابط بر اساس نیاز فردی) دارای مقبولیت و کاربرد بیشتری باشد تا نظریه عدالت، که بر اساس این قرار دارد که درون دادها و برون دادها در روابط کدامند (La Vecchia C & Others, 1978).

هدف اصلی این مطالعه این است که آیا نظریه عدالت در مورد روابط نزدیک خانوادگی نیز همانند بقیه روابط کاربرد دارد یا نه؟ در زوجینی که یکی از آنها با یک بیماری جدی مثل سرطان روبرو می‌شوند به نظر می‌رسد که نیازهای زوج بیمار بیشتر است. در این پژوهش می‌خواهیم کارایی نظریه عدالت را در مورد بیماران مبتلا به سرطان بررسی کنیم.

### سؤالات پژوهش

- ۱- ادراک از بی‌عدالتی در فرد مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی عالی نسب تبریز و همسر وی چگونه است؟
- ۲- رضایت از زندگی زناشویی فرد مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی عالی نسب تبریز و همسر وی چگونه است؟
- ۳- آیا ارتباطی بین احساس زوجین از بی‌عدالتی با رضایت آنها از زندگی زناشویی وجود دارد؟

### فرضیه های تحقیق

- ۱- بین ادراک از بی‌عدالتی فرد مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی عالی نسب تبریز و همسر وی تفاوت وجود دارد.
- ۲- بین رضایت از زندگی زناشویی فرد مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی عالی نسب تبریز و همسر وی تفاوت وجود دارد.
- ۳- بین احساس زوجین از بی‌عدالتی با رضایت آنها از زندگی زناشویی تفاوت وجود دارد.

### تعریف متغیرها

#### ادراک از بی‌عدالتی

تعریف نظری: آگاهی و احساس درونی مبنی بر این است که فرد احساس می‌کند در رابطه خود با فرد دیگر کمتر از آن اندازه که حمایت می‌کند، حمایت دریافت می‌دارد (Regan.P, 2000).

تعریف عملی: منظور از احساس از بی‌عدالتی در این پژوهش عبارت است از تفاضل حمایتی که فرد در برابر کوشش همسرش، برای حفظ زندگی زناشویی خود و تعادل در آن انجام می‌دهد. این ادراک با استفاده از پرسشنامه چهار سؤالی کویجر (Kuijer)، بونک (Buunk)، بما (Ybema) و ویس (Wobbes) که در سال ۲۰۰۲ طراحی شده، مورد سنجش قرار گرفته است. این پرسشنامه بر اساس پیش‌فرض‌های نظریه عدالت طراحی شده است.

### رضایت از زندگی زناشویی

تعریف نظری: رضایت از زندگی زناشویی عبارت است از وجود یک رابطه دستانه و عاشقانه همراه با حس تفاهم و درک یکدیگر، و وجود یک تعادل منطقی بین نیازهای مادی و معنوی زوجین (توسلی، ۱۳۷۰: ۱۵-۱۲).

تعریف عملی: منظور از رضایت در این پژوهش، رضایت فرد مبتلا به سرطان و همسر وی از زندگی زناشویی می باشد که با استفاده از مقیاس کلی رضایت از زندگی زناشویی که در سال ۱۹۹۹ میلادی توسط بلوم (Blum) و محرابیان (Mehrabian) تدوین شده است، سنجیده می شود.

### بیماری سرطان

تعریف نظری: سرطان نوعی بیماری است که در آن سلول‌ها توانایی تقسیم و رشد عادی خود را از دست می دهند و این موضوع منجر به تسخیر، تخریب و فاسد شدن بافت‌های سالم می شود. از اجتماع این سلول‌های سرطانی و تخریب سلول‌های بافت‌های سالم توده‌ای به نام تومور ایجاد می شود (Walster.E & Walster.G, 1978).

تعریف عملی: در این مطالعه منظور از بیمار سرطانی، بیماری است که ابتلای وی به یکی از انواع سرطان‌ها توسط پزشک متخصص تشخیص داده شده است.

### روش پژوهش

نوع پژوهش: این پژوهش یک مطالعه پیمایشی است که به صورت مقطعی انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش: جامعه این پژوهش عبارت بود از تمامی زوجینی که یکی از آنها به سرطان مبتلا بوده، جهت درمان فرد بیمار به مرکز آموزشی درمانی عالی نسب تبریز مراجعه نموده بودند.

روش نمونه‌گیری و حجم نمونه: روش نمونه‌گیری در این پژوهش به این ترتیب بوده است که نمونه از بین زوجینی که یکی از آنها دارای تشخیص سرطان بود و برای ادامه درمان به مرکز آموزشی درمانی عالی نسب تبریز مراجعه نموده بودند، به صورت تصادفی ساده انتخاب گردید. برای این امر محققان از روی لیست بیماران مراجعه کننده به بیمارستان در هر هفته کاری تعدادی بیمار را با روش تصادفی ساده به عنوان نمونه پژوهشی خود انتخاب کردند. این امر امکان تعمیم یافته‌ها به جامعه را بیشتر نمود. و

نمونه گیری تا تکمیل تعداد نمونه ها ادامه پیدا کرد. قابل ذکر است که حجم نمونه این پژوهش پس از تعیین مطالعه پایلوت بر روی ۲۰ زوج مبتلا تعیین گردید (حداقل حجم نمونه برابر ۱۵۰ زوج (۳۰۰ نفر) تعیین شد) که در مدت انجام مطالعه داده‌های ۱۴۷ زوج بررسی شد.

محیط پژوهش: محیط انجام این پژوهش مرکز آموزشی درمانی عالی نسب تبریز می‌باشد.

### ابزار گردآوری داده‌ها

الف) پرسشنامه ادراک از بی‌عدالتی: این پرسشنامه بر اساس اصول نظریه عدالت توسط کویجر (Kuijer)، بونک (Buunk)، بما (Ybema) و ویس (Wobbes) و در سال ۲۰۰۲ طرح شده است (Kuijer, RG & Bunk. BP, 2002: 56-39). پرسشنامه حاوی چهار سؤال است و تلاش فرد برای حفظ رابطه (برون داد خود) و استفاده‌ای که از آن رابطه می‌برد (درون داد خود) را با تلاش فرد مقابل برای حفظ رابطه (برون داد شریک) و استفاده‌ای که وی از آن رابطه می‌برد (درون داد شریک) مقایسه می‌کند. هر کدام از سؤالات پرسشنامه دارای ۵ گزینه از خیلی کم تا خیلی زیاد است و از ۱ تا ۵ به این گزینه‌ها نمره داده می‌شود. سپس، نمره‌های به دست آمده در فرمول زیر قرار داده می‌شود:

$$(\text{درون داد شریک} - \text{برون داد شریک}) - (\text{برون داد خود} - \text{درون داد خود})$$

درون داد خود

درون داد شریک

اگر از معادله نمره صفر به دست آید نشانه عدالت کامل در روابط بوده و در صورتی که نمره منفی به دست آید، نشانه این است که فرد کمتر از حد لازم از رابطه استفاده می‌کند و در صورتی که نمره مثبت به دست آید، نشانه استفاده بیش از حد فرد از رابطه است.

ب) پرسشنامه رضایت از زندگی زناشویی: به این منظور از مقیاس کلی رضایت از زندگی زناشویی که در سال ۱۹۹۹ میلادی توسط بلوم (Blum) و محرابیان (Mehrabian) تدوین شده، استفاده می‌شود.



## اعتبار و پایایی

در این مطالعه برای تعیین اعتبار (روایی) پرسشنامه‌های مورد استفاده از روش تحلیل محتوا و برای تعیین اعتبار (پایایی) پرسشنامه مورد مطالعه، از روش بازآزمایی استفاده شد.

## روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل یافته‌ها از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۳ استفاده شد. برای آمار توصیفی از انواع نمودارها و شاخص‌های مرکزی مانند میانگین و شاخص‌های پراکندگی مانند انحراف معیار استفاده گردید. برای بررسی یک متغیر کمی در دو گروه، آزمون  $t$  با نمونه‌های مستقل به کار رفت و برای بررسی داده کمی در بیش از دو گروه از آزمون ANOVA استفاده شد. آزمون ANOVA برای بررسی تفاوت بین میانگین نمرات رضایت از زندگی زناشویی و ادراک از بی عدالتی در برخی مؤلفه‌های کیفی فردی و اجتماعی بیماران و همسران آنان که کیفی چند حالتی باشد. مانند وضعیت اقتصادی اجتماعی، سطح تحصیلات و غیره به کار گرفته شد. ارتباط بین دو متغیر کمی با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون تعیین شد.

## یافته های تحقیق

جدول ۱: میزان رضایت از زندگی زناشویی بین بیماران مبتلا به سرطان و همسران سالم آنها

متغیر	میانگین و انحراف معیار
میزان رضایت بیمار مبتلا به سرطان	$90/3 \pm 35/8$
میزان رضایت همسر فرد بیمار	$101/6 \pm 40/6$

همان گونه که در جدول دیده می‌شود همسران بیماران مبتلا به سرطان بیشتر از زندگی زناشویی خود راضی می‌باشند. مقایسه این رضایت‌مندی با آزمون  $t$  با نمونه‌های مستقل نشان می‌دهد که اختلاف بین نمره رضایت دو گروه معنادار می‌باشد ( $df = 292$ ،  $p = 0/01$ ،  $t = -2/52$ ).

جدول ۲: ارتباط برخی مشخصات فردی - اجتماعی با رضایت از زندگی زناشویی

$r = -.011$ $p = .04$	سن	
$F = 1/73$ $p = .15$	وضعیت اقتصادی	
$F = 1/85$ $p = .15$	سطح آموزش	
$df = 292$ $t = -2/52$ $p = .01$	زن: $101/62 \pm 40/65$ مرد: $90/35 \pm 35/86$	جنس
$df = 292$ $t = 1/85$ $p = .06$	شهر: $97/64 \pm 39/46$ روستا: $85/50 \pm 31/79$	محل سکونت

همان گونه که در جدول فوق مشخص است تنها عاملی که با رضایت از زندگی زناشویی ارتباط دارد، جنس افراد است. به طوری که رضایت زندگی در زنان بیشتر از مردان بوده است.

جدول ۳:

توزیع فراوانی رضایت کلی از زندگی زناشویی در بیماران مبتلا به سرطان و همسران آنها

راضی		ناراضی		وضعیت رضایت وضعیت بیماری
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۶/۱	۹	۹۳/۹	۱۳۸	بیمار
۱۲/۲	۱۸	۸۷/۸	۱۲۹	سالم

تجزیه و تحلیل با آزمون کای دو نشان داد که همسران بیماران مبتلا به سرطان بیشتر از خود آنان نسبت به زندگی زناشویی خود رضایت دارند ( $p = .04$ ).

## جدول ۴:

مقایسه دیدگاه نهایی بیماران و همسران سالم در مورد رعایت عدالت در رابطه زناشویی

	استفاده کمتر		راضی		استفاده بیشتر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بیمار	۱۷	۱۱/۶	۱۰۴	۷۰/۷	۲۶	۱۷/۷
سالم	۲۵	۱۷	۷۹	۵۳/۷	۴۳	۲۹/۳

نتایج آزمون  $X^2$  نشان داد که بین دو دیدگاه تفاوت وجود دارد و تعداد همسرانی که از زندگی خود راضی بودند، کمتر از بیماران راضی می باشد (۰/۰۱).

جدول ۵: ارتباط برخی مشخصات فردی - اجتماعی با رضایت از عدالت در زناشویی

F = ۰/۷۱ p = ۰/۳۳	سن
df = ۴ $X^2 = ۸/۹۴$ p = ۰/۰۶	وضعیت اقتصادی
df = ۶ $X^2 = ۱۱/۳۴$ p = ۰/۰۷	سطح تحصیلات
df = ۲ $X^2 = ۹/۱۲$ p = ۰/۰۱	جنس
df = ۲ $X^2 = ۵/۷۳$ p = ۰/۰۶	محل سکونت

همان گونه که در جدول فوق مشخص است تنها عاملی که با رضایت از عدالت زناشویی ارتباط دارد جنس افراد است. به طوری که رضایت از عدالت در زنان کمتر از مردان بوده است.

## جدول ۶:

مقایسه دیدگاه نهایی بیماران و همسران سالم آنها در مورد رعایت عدالت در مورد زناشویی

استفاده بیشتر		راضی		استفاده کمتر		رضایت از زندگی زناشویی
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۴۶/۱۰	۱۱۸/۹۲	۲۱/۹۱	۸۴/۳۹	۳۹/۲۷	۱۰۸/۸۰	

نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که بین میزان رضایت از زندگی سه دسته تفاوت وجود دارد ( $P = ۰/۰۰۱$ ). به این معنی که بیشترین رضایت مربوط به افرادی بوده است که گزارش کرده بودند از رابطه خود بیشتر استفاده می‌کنند و کمترین استفاده مربوط به افرادی است که احساس عدالت داشته‌اند. در این مورد بین بیماران و همسران آنان نیز به طور مجزا تجزیه و تحلیل انجام گرفت که نتایج تفاوتی نداشت.

## بحث و بررسی

درباره سؤال اول پژوهش مبنی بر چگونگی ادراک از بی‌عدالتی در فرد مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی عالی نسب تبریز و همسر وی، نتایج نشان داد که ۱۱/۶ درصد بیماران ابراز کرده بودند که آنها کمتر از روابط زناشویی خود استفاده می‌کنند، ۷۰/۷ درصد احساس عدالت در روابط خود داشتند و ۱۷/۷ درصد نیز ابراز کرده بودند که بیشتر از همسر خود از روابط زناشویی استفاده می‌کنند. در مورد همسران سالم نیز نتایج نشان داد که ۱۷ درصد ابراز کرده بودند که آنها کمتر از روابط زناشویی خود استفاده می‌کنند، ۵۳/۷ درصد احساس عدالت در روابط خود داشتند و ۲۹/۳ درصد نیز ابراز کرده بودند که بیشتر از همسر خود از روابط زناشویی استفاده می‌کنند.

درباره سؤال دوم پژوهش مبنی بر چگونگی رضایت از زندگی زناشویی فرد مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی عالی نسب تبریز و همسر وی مشخص شد که میانگین نمره رضایت از زندگی زناشویی در بیماران  $۳۵/۸ \pm ۹۰/۳$  و در همسران سالم آنها  $۴۰/۶ \pm ۱۰۱/۶$  بود. مقایسه این رضایت‌مندی با آزمون  $t$  با نمونه‌های مستقل نشان می‌دهد که اختلاف بین نمره رضایت دو گروه معنادار می‌باشد ( $p = ۰/۰۱$ ,  $t = -۲/۵۲$ ,  $df = ۲۹۲$ ). از طرفی مشخص شد که ۹۳/۹ درصد بیماران از زندگی زناشویی خود ناراضی بودند و ۸۷/۸ درصد همسران سالم نیز از زندگی زناشویی خود ناراضی بودند. بنابراین، به طور کلی می‌توان گفت که زوجینی که یکی از آنها به

سرطان مبتلا بوده است. دارای رضایت از زندگی پایینی بوده‌اند. از طرف دیگر، میزان رضایت از زندگی در همسران سالم بهتر از بیماران بوده است.

درباره سؤال سوم پژوهش مبنی بر اینکه آیا ارتباطی بین احساس زوجین از بی‌عدالتی با رضایت آنها از زندگی زناشویی وجود دارد؟ نتایج نشان داد که بین رضایت از زندگی زناشویی و احساس عدالت رابطه آماری معناداری وجود دارد. نتایج این مطالعه نشان داد که افرادی که احساس کرده‌اند در روابط شخصی آنها عدالت رعایت می‌شود، کمتر احساس رضایت از زندگی زناشویی داشته‌اند، ولی افرادی که بیشتر از رابطه استفاده کرده‌اند احساس رضایت بیشتری داشته‌اند. این امر می‌تواند به دلیل این باشد که اکثر زوجین مورد مطالعه از زندگی زناشویی خود ناراضی بودند و این امر می‌تواند سبب این شود که نظریه عدالت در این وضع پاسخگو نباشد.

### نتیجه‌گیری و بحث

نتیجه نهایی این مطالعه نشان داد که زوجین مبتلا به سرطان به طور کلی از زندگی زناشویی خود راضی نیستند و این احساس عدم رضایت در بیماران بیشتر از همسران آنها بوده است. همچنین، مشخص شد که بیماران مبتلا به سرطان بیشتر از همسران خود در زندگی زناشویی خود احساس رضایت داشته‌اند و همچنین، مشخص شد که افرادی که احساس استفاده بیشتر از روابط زناشویی داشته‌اند بیشتر از افرادی که احساس عدالت دارند از زندگی زناشویی خود راضی می‌باشند. به این ترتیب می‌توان گفت آنچه در این مطالعه مشخص شد این است که نظریه عدالت به صورتی که مطرح شده است در روابط نزدیک زناشویی زوجینی که یکی از آنها سرطان دارد پاسخگو می‌باشد. البته این بدان معنی است که این نتیجه با نتیجه مطالعات مشابه دیگر همخوانی ندارد. زیرا در دیگر مطالعات مشخص شده بود که در روابط صمیمی افراد مانند روابط غیرصمیمی خود عمل نمی‌کنند و ممکن است ایجاد مشکل بر رضایت زناشویی تأثیر نداشته باشد.

### تقدیر و تشکر

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز که تأمین مالی این طرح تحقیقاتی را بر عهده داشته است و همچنین از تمامی بیماران عزیزی که در این مطالعه شرکت نمودند، تشکر می‌کنیم.

**منابع:**

- احمدی فاطمه، محمدی، رضا (۱۳۸۳)، بررسی کیفیت زندگی بستگان درجه یک مراقبت کننده از بیمار مبتلا به سرطان. فصلنامه پرستاری ایران سال هفدهم، شماره سی و هشت، صفحات ۳۱-۳۸.
  - پورغزنین طیبه، فیروزی الهه، هوشمند پوری، اسماعیلی حبیب... (۱۳۷۹)، بررسی سطح امید در مبتلایان به سرطان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار (اسرار)، سال هفتم، شماره چهارم، صفحات ۴۹-۵۶.
  - توسلی غلام عباس (۱۳۸۶)، نظریه‌های جامعه شناسی. چاپ دوم، تهران: انتشارات سمت: ۱۲-۱۵.
  - ساروخانی م (۱۳۸۵)، مقدمه‌ای بر جامعه شناسی خانواده. چاپ هفتم، تهران: انتشارات سروش: ۱۱-۱۲.
  - قوامزاده اردشیر، علی‌مقدم کامران. مطالعات اپیدمیولوژیک در زمینه سرطان. پژوهش در علوم پزشکی. سال پنجم، شماره دوم، صفحه ۱۰۵.
  - نورایی سیدمهدی، سجادی علیرضا، ملک‌زاده رضا، محقق محمد علی، موسی علیرضا، قربانی آناهیتا، پارکین دونالد (۱۳۸۵)، رخداد سرطان در ایران، یک تخمین بین‌المللی. مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره بیست و چهارم، شماره اول، صفحات ۴۸-۵۶.
  - نیکوی مریم، سیف سوسن (۱۳۸۵)، بررسی رابطه دینداری با رضایتمندی زناشویی. تازه ها و پژوهشهای مشاوره. جلد ۴، شماره ۱۳: ۶۱-۷۹.
  - ونکی زهره، پارسا یکتا زهره، کاظم نژاد انوشیروان، حیدرنیا علیرضا (۱۳۸۲)، تبیین فرایند حمایت از بیمار سرطانی تحت شیمی درمانی: یک پژوهش کیفی. اندیشه و رفتار، سال نهم، شماره یک، صفحات ۵۳-۶۱.
- Dunne K, Sullivan k, Kernohan G. (2005), Palliative care for patients with cancer: district nurses' experiences. Journal of Advanced Nursing; 50 (4): 372-380.
  - La Vecchia C, Franceschi S, Talamini R, Negri E, Boyle P, D'Avanzo B. (1993), Marital status, indicators of sexual activity and prostatic cancer. J Epidemiol Community Health; 47: 450-3.
  - Morris ME, Grant M, Lynch J. (2007), Patient-reported amiliy distress among long-term cancer survivors. Cancer Nursing; 13: 1-8
  - Hinnen C. (2008), Relationship satisfaction in women: a longitudinal case-control study about the role of breast cancer,

- personal assertiveness, and partners. *Br J Health Psychol*; 13 (4): 737-54
- Kruijver IPM, Kerkstar, Besing JM, Van De Wiel HBM. (2001), Communication skills of nurses during interactions with simulated cancer patients. *Journal of Advanced Nursing* 34 (6): 772-779.
  - Kendall S. (2007), witnessing tragedy: Nurses' perceptions of caring for patients with cancer. *International Journal Nursing Practice*; 13: 111-120
  - Kuijter RG, Buunk BP, Ybema JF, Wobbles T. (2002), The relation between perceived inequity and distress in cancer patients. *British Journal of Social Psychology*; 41: 39-56.
  - Ryan H, Schofield P, Cockburn J, Butow P, et al. (2005), How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. *European Journal of Cancer Care*; 14: 7-15.
  - Tucker-ladd C. (2002), Psychological self-help; Available at: <http://www.who.int/Mental>
  - Tuinman MA, Fleer J, Sleijfer DT, Hoekstra HJ, Weeber JHM (2005), Marital and sexual satisfaction in testicular cancer survivors and their spouses. *Support Care Cancer*; 13: 540-548.
  - Walster, E., Walster G.W. & Berscheid, E. (1978), *Equity: Theory and Research*. Allyn and Bacon, Inc.
  - Qystien K. (2001), the impact of marital status on cancer survival. *Social Science and Medicine*; 52: 357-368.
  - Zabalegui A, Sanchez S, Sanchez PD, Juando C. (2005), Nursing and cancer support groups. *Journal of Advanced Nursing*; 51(4): 369-381
  - <http://www.pezeshk.us/>
  - <http://www.porsojoo.com/fa/node/655920>
  - <http://porseshmehr10.persianblog.ir>
  - <http://bashgah.net/pages-944.htm>

