

بررسی تأثیر آموزش بر میزان رضایت از زندگی زناشویی در زنان تحت عمل هیستریکتومی در بیمارستان های منتخب شهر ارومیه در سال ۱۳۸۶

مهین نصرتی^۱، علیرضا رحمانی^۲، فخرالسادات نقیبی^۳، علویه رضوی^۴

تاریخ دریافت ۸۶/۳/۴، تاریخ پذیرش ۸۶/۶/۷

چکیده

مقدمه: هیستریکتومی معمول ترین عمل جراحی غیرزایمانی است که هر هفته در بریتانیا بیش از هزار مورد انجام می شود و هم چنین سالانه در ایالات متحده بیش از ۶۰۰/۰۰۰ مورد عمل جراحی هیستریکتومی روی زنان انجام می گیرد این عمل ۶۵ درصد در زنانی که در دوران باروری هستند رخ می دهد. بسیاری از زنان معتقدند که این عمل موجب از بین رفتن کیفیت زنانگی، پایان زندگی جنسی، کاهش میل جنسی، طرد شدن از طرف شوهر و یا افزایش مشکلات فردی با همسران آن ها می شود و به این دلیل این نوع درمان را نمی پذیرند و در صورت انجام عمل هیستریکتومی در زندگی زناشویی دچار مشکلات عدیده می شوند از این رو پژوهشگران مطالعه حاضر را با عنوان فوق در ارومیه انجام دادند.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است که نمونه های این پژوهش به روش مبتنی بر هدف به تعداد ۷۰ نفر (۳۵ نفر مورد و ۳۵ نفر شاهد) انتخاب شدند جامعه پژوهش را بیماران تحت عمل هیستریکتومی تشکیل می دادند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه و روش جمع آوری داده ها مصاحبه و پر کردن پرسشنامه بود. اعتبار و اعتماد علمی قبل از نمونه گیری سنجیده شد و داده ها به وسیله نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: در رابطه با مشخصات دموگرافیک یافته ها نشان داد بیشترین درصد ۴۵/۷ واحدهای مورد پژوهش در گروه سنی ۴۵ - ۵۵ سال، ۵۷/۱ درصد بی سواد و ۹۴/۳ درصد خانه دار بودند و بیشترین درصد علل هیستریکتومی ۵۴/۳ درصد به علت خونریزی بود. بیشترین درصد تحصیلات همسر ۴۷/۱ بی سواد و ۵۲/۹ درصد شغل آزاد داشتند. در مورد منابع کسب اطلاعات بیشترین درصد ۶۴/۷ از هیچ کس در مورد عمل جراحی خود اطلاعات کسب نکرده بودند فقط ۲۲/۵ درصد از پزشک اطلاعات به دست آورده بودند.

در ارتباط با هدف اول این پژوهش یعنی تعیین و مقایسه تأثیر آموزش بر اصلاح تصویر ذهنی یافته ها نشان داد میانگین اصلاح تصویر ذهنی در افراد شاهد به میزان $(6/84 \pm 1/4)$ و این میزان در گروه مورد به مقدار $(26/45 \pm 1/3)$ می باشد $p < 0/05$ و $t = 14/88$ یعنی می توان گفت میزان تصویر ذهنی در افراد مورد بالاست و آموزش به گروه مورد بسیار تأثیر داشته است. در رابطه با هدف دوم پژوهش میانگین حمایت همسر در افراد شاهد برابر با $(7/93 \pm 5/3)$ و این میزان در افراد مورد برابر با $(16/17 \pm 2/7)$ می باشد و $p < 0/05$ و $t = -7/94$ به عبارت دیگر می توان ادعا نمود که افراد مورد از میزان رضایت مندی بیشتری در رابطه با حمایت همسر برخوردار بودند در رابطه با هدف سوم یعنی میزان رضایت از رفتار جنسی میانگین افراد شاهد $(3/14 \pm 2/48)$ و مورد $(13/85 \pm 2/78)$ و $p < 0/05$ و $t = 14/12$ می باشد که نشانگر رضایت بیشتر افراد مورد از رفتار جنسی می باشد.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به نتایج نهایی این پژوهش مشخص گردید آموزش روی رضایت از زندگی زناشویی تأثیر دارد پژوهشگران معتقدند پزشک پرستار باید قبل از عمل به خود بیمار و خصوصاً به همسر این بیماران آموزش های لازم را ارائه نمایند تا با کسب اطلاعات صحیح از ایجاد مشکلات زناشویی بعد از هیستریکتومی پیشگیری گردد.

کلید واژه ها: آموزش، رضایت، زناشویی، هیستریکتومی

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پنجم، شماره سوم، ص ۱۳۳-۱۲۸، پاییز ۱۳۸۶

آدرس مکاتبه: ارومیه- خ بسیج- دانشکده پرستاری و مامایی

- ۱- عضو هیات علمی گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
- ۲- عضو هیات علمی گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
- ۳- عضو هیات علمی گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
- ۴- عضو هیات علمی گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

مقدمه

در بریتانیا هر هفته بیش از هزار مورد هیستریکتومی انجام می شود و تخمین زده می شود که یک نفر از ۵ نفر زن بالای ۶۰ سال باید منتظر هیستریکتومی باشند. (۱) سالانه در ایالات متحده بیش از ۶۰۰۰۰۰ مورد عمل جراحی هیستریکتومی روی زنان انجام می گیرد. این عمل ۶۵ درصد در زنانی که در دوران باروری هستند رخ می دهد (۲). هیستریکتومی انتخابی در بیش از نصف زنان آمریکایی به عنوان بخش معمولی از سیکل زندگی و به صورت یک الگوی فرهنگی درآمده است. (۳).

در شهر ارومیه در سال ۱۳۸۱ تعداد ۱۱۸ مورد هیستریکتومی به صورت آبدومینال و واژینال در یکی از بیمارستان های آموزشی انجام گرفته است. از شایع ترین علل هیستریکتومی به لیومیوم ها، خونریزی های غیر طبیعی رحم، آندومتریوز، پرولاپسوس رحم، دیس پلازی سرویکس، آدنومیوز، سرطان ها، هیپرپلازی آندومتر و ... می توان اشاره کرد که سرطان ها تقریباً ۱۰٪ از موارد، هیپرپلازی ۵٪ و ۱۶٪ از موارد را اختلالات دیس پلازی، آدنومیوز و خونریزی و ... تشکیل می دهد (۴).

تصمیم گیری در مورد انجام هیستریکتومی مشترکاً توسط پزشک و بیمار صورت می گیرد ولی مشخص نیست که چرا برخی از بیماران هیستریکتومی را قبول کرده ولی بیماران دیگر با شرایط مشابه این عمل را به عنوان درمان نمی پذیرند. بسیاری از زنان معتقدند که این عمل موجب از بین رفتن کیفیت زندگی، کاهش میل جنسی، طرد شدن از طرف شوهر و یا افزایش مشکلات فردی با همسران آن ها می شود و شاید از این رو، این نوع درمان را نمی پذیرند (۵).

باورهای فرهنگی می توانند روی زنی که تحت عمل هیستریکتومی قرار می گیرند تاثیر گذار باشند. بعضی از سرخ پوستان غربی قاعدگی را به عنوان یک عمل پاک کننده و رها کننده بدن از کثافات می دانند و یک زن بدنبال هیستریکتومی ممکن است در چشم مرد خیلی حقیر جلوه کند. از آنجایی که نقش فرهنگی زنان مسلمان نیز بر روی بارور بودن استوار است این عمل می تواند برای زنان مسلمان ناراحت کننده باشد در جوامع غربی که جوانی و زیبایی دارای ارزش زیادی است رسیدن به پائستگی عموماً به عنوان نشانه ای از پیری و افت می باشد و زنانی که هیستریکتومی می شوند ممکن است احساس کنند که زیبایی و جوانی خود را از دست می دهند. در عمل هیستریکتومی موارد مبهم و سوء تفاهم - های زیادی مثل عقیم شدن و پایان زندگی جنسی، که می توانند باعث ترس های بی دلیل در بیمار شوند، وجود دارد. او می تواند از

افزایش وزن و غیرجذاب بودن یا حتی طرد شدن از سوی همسر و احساس این که از نظر جنسی غیرفعال شود، بسیار نگران و ناراحت باشد (۱).

اهمیت از بین رفتن دستگاه تولید مثل نسبت به سایر اعضا داخل شکمی برای بیماران بیشتر است خصوصاً در بیمارانی که در مرحله باروری هستند این بیماران باید بتوانند با موضوع از بین رفتن قاعدگی و ناتوانی در تولید مثل سازش نمایند. برای سازگاری بیمار با این درمان آماده کردن بیمار و اطرفیان و دادن توضیحات کافی به آن ها و پاسخ به سئوالات آنان الزامی بوده و باید به بیمار امکان حمایت روانی مناسب، بحث و مشاوره داده شود (۵).

بهترین عامل برای رضایت بیمار جهت هیستریکتومی آگاهی بیمار و همسر وی از شیوه عمل در مراحل قبل از عمل جراحی توسط پزشک و پرسنل بهداشتی می باشد، در حالی که پژوهشی که در دپارتمان مامایی و ژنیکولوژی بیمارستان دانشگاهی سوئد روی ۲۴ نفر از شوهران زنانی که تحت عمل جراحی هیستریکتومی قرار گرفته بودند نشان داد که عموماً آن ها اطلاعات مورد نیاز را نه قبل از عمل و نه بعد از عمل از پزشک و پرسنل درمانی کسب نکرده بودند (۶).

با توجه به تجربه پژوهشگر عدم آگاهی زنان و همسران آنان از شیوه عمل جراحی هیستریکتومی و تاثیر آن در کیفیت زنانگی، موجب نپذیرفتن عمل هیستریکتومی و یا در صورت انجام عمل هیستریکتومی افزایش مشکلات فردی با همسران آن ها می شود. به طوری که وقتی به بیماران روش و نوع عمل جراحی را آموزش می دادیم آن ها اصرار داشتند که مطالب فوق به همسران آن ها آموزش داده شود زیرا از نظر بیماران آگاهی همسران آنان بیشتر از خودشان اهمیت داشت چون ترس و اضطراب آن ها طرد شدن از طرف همسرانشان بود. بیشتر جامعه زنان، تحصیل کرده و بی سواد، زنان شاغل و خانه دار، روستایی و شهری همه از تاثیر عمل جراحی هیستریکتومی در زندگی زناشویی نگران بودند، حتی زنانی که همسران آنان تحصیلات عالی داشتند نیز ترس و اضطراب خود را در این مورد بیان می کردند. لذا پژوهشگر تحقیقی را تحت عنوان «بررسی تأثیر آموزش بر میزان رضایت از زندگی زناشویی در زنان تحت عمل هیستریکتومی و همسران آنان در بیمارستان منتخب شهر ارومیه» پیشنهاد نمود تا گام کوچکی در رابطه با سلامت جامعه و خانواده بردارد امید است که در صورت موفقیت در اجرای این طرح بتواند سایر گروه های زنان و مردان جامعه را نیز آموزش دهد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است و نمونه های این پژوهش به روش مبتنی بر هدف به تعداد ۷۰ نفر که ۳۵ نفر مورد و ۳۵ نفر شاهد از دو بیمارستان امام رضا و کوثر انتخاب شدند گروه مورد و شاهد به صورت یک ماه در میان از هر بیمارستان تعیین می شد مثلاً مهر ماه مورد از کوثر شاهد از امام رضا و آبان ماه مورد از امام رضا و شاهد از کوثر بود. جامعه پژوهش را بیماران تحت عمل هیستریکتومی بستری در بخش جراحی زنان دو بیمارستان تشکیل می دادند که در رابطه با گروه مورد، بیماران انتخاب و در صورت رضایت شرکت در پژوهش مشخصات دموگرافیک آدرس و شماره تلفن و پرسشنامه تکمیل و جلسات آموزش فردی در ارتباط با اصلاح تصویر ذهنی و رفتار جنسی بعد از عمل همراه با پمفلت آموزشی آموزش داده شد. در مدت بستری بیمار در بیمارستان همکاران آقا با همسران بیماران با تعیین وقت قبلی جلسات آموزشی در مورد حمایت همسر و رفتار جنسی برگزار نمودند ولی درصد بسیار کمی در کلاس های آموزشی شرکت کردند فقط همسر بیماران از طریق پمفلت آموزش داده شدند. پس از مرخص شدن بیمار از بیمارستان هر دو ماه یکبار وضعیت بیمار بررسی و آموزش های لازم در رابطه با موارد فوق داده شد و ۶ ماه بعد از عمل یعنی پس از چهار جلسه آموزشی پرسشنامه تهیه شده توسط پژوهشگران از طریق مصاحبه تکمیل شد بعلاوه عدم شرکت همسران، پرسشنامه به آن ها داده نشد. پرسشنامه تهیه شده شامل ۱۵ سوال دموگرافیک، ۱۴ سوال مربوط به تصویر ذهنی، ۹ سوال حمایت همسر و ۸ سوال مربوط به رفتار جنسی بود.

بیمارانی که به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند پس از کسب رضایت شرکت در پژوهش آدرس محل سکونت و شماره تلفن دریافت و ۶ ماه بعد از عمل به منزل آنان مراجعه و بدون آموزش پرسشنامه توسط پژوهشگران تکمیل گردید. بعد از جمع آوری اطلاعات، داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و با استفاده از فرمول T-Test ضریب همبستگی و تست لیونز مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع آوری شده براساس اهداف مورد نظر در پژوهش ابتدا مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش، مورد مطالعه و بررسی قرار می گیرد.

در داده های به دست آمده از مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش در رابطه با سن، داده های سنی در سه گروه، کم تر از ۴۵ سال، بین ۴۵ - ۵۵ سال و بالای ۵۵ سال دسته بندی گردیده، و یافته ها نشان دادند که بیشترین ۴۵/۷٪ واحدهای مورد پژوهش در گروه سنی ۴۵ - ۵۵ سال، ۳۴/۳٪ در گروه سنی کمتر از ۴۵ سال، ۲۰٪ بالای ۵۵ سال قرار داشتند. در این زمینه در آمار ارائه شده از سوی مرکز ملی پیشگیری از بیماری های مزمن و ارتقاء سلامت در ایالات متحده، بیشترین میزان هیستریکتومی ها در گروه سنی ۴۹ - ۳۵ سال صورت گرفته است. اطلاعات به دست آمده هم چنین نشان دادند که ۵۷/۱٪ واحدهای مورد پژوهش بی سواد، ۲۵/۷٪ ابتدایی، ۱۱/۵٪ دیپلم و ۵/۷٪ دارای تحصیلات راهنمایی بودند. از یافته های پژوهش مشخص شد که ۹۴/۳٪ واحدهای مورد پژوهش خانه دار و ۵/۷٪ شاغل بودند. علل عمده هیستریکتومی در این مطالعه به ترتیب بیشترین درصد ۵۴/۳٪ واحدهای مورد پژوهش به علت خونریزی، ۲۲/۹٪ به علت فیبروم ۲۰٪ به علت پرولاپس رحم، و ۲/۸٪ به علت فیبروم توام با خونریزی بودند. طبق نظر کیستنر اندیکاسیون های هیستریکتومی لیومیوم های رحمی، خونریزی غیرطبیعی، آندومتریوز، آدنومیوز رشد سریع رحم می باشند (۴).

از نظر نوع هیستریکتومی از نتایج چنین برمی آید که بیشترین درصد ۷۱/۴٪ تحت عمل هیستریکتومی آبدومینال و ۲۲/۹٪ هیستریکتومی همراه با برداشتن لوله و تخمدان های دو طرفه یا یک طرفه، ۵/۷٪ هیستریکتومی واژینال، قرار گرفتند.

در مورد تحصیلات همسر بیشترین درصد ۴۷/۱ بی سواد، ۲۳/۵٪ ابتدایی، ۱۴/۷٪ تحصیلات بالاتر از دیپلم، ۱۱/۸٪ دیپلم و ۲/۹٪ تحصیلات راهنمایی داشتند از یافته های پژوهش مشخص شد که شغل همسران واحدهای مورد پژوهش بیشتر ۵۲/۹٪ آزاد، ۱۱/۸٪ بیکار، ۱۱/۸٪ بازنشسته، ۱۱/۸٪ کارمند و ۵/۹٪ فرهنگی و ۵/۹٪ کشاورز بودند.

نتایج پژوهش در مورد منابع کسب اطلاعات نشان داد که بیشترین درصد ۶۴/۷ در مورد عمل جراحی خود بی اطلاع بودند، فقط ۲۳/۵٪ از پزشک، ۵/۹٪ از روزنامه و مجله، ۲/۹٪ از رادیو و تلویزیون و ۲/۹٪ از سایر منابع اطلاعات کسب کرده بودند. نوآک معتقد است که پزشک باید اطلاعات لازم را در مورد مراقبت های قبل از عمل و بعد از عمل و رژیم غذایی به بیمار خود آموزش داده

جدول شماره ۱- مقایسه تأثیر آموزش بر میانگین نمرات تصویر ذهنی در بین گروه های شاهد و مورد

متغیر	گروه-ها	میانگین	انحراف معیار	تست لیونز برای برابری واریانس ها		تست t برای برابری میانگین ها	
				F	p-value	T	p-value
تصویر ذهنی	شاهد	۶/۸۴	۷/۴	۶۵/۴۶	۰/۰۰۰	-۱۴/۸۸	۰/۰۰۰
	مورد	۲۶/۴۵	۱/۳				

در رابطه با هدف دوم پژوهش، یعنی تعیین و مقایسه ی تأثیر آموزش بر میزان رضایت از زندگی زناشویی در رابطه با حمایت همسر در دو گروه مورد و شاهد، یافته‌ها بیانگر این است که میانگین میزان رضایت از زندگی زناشویی در مورد حمایت همسر در افراد شاهد برابر با $(۷/۹۳ \pm ۵/۳)$ و در افراد مورد برابر با $(۱۶/۱۷ \pm ۲/۷)$ می باشد این در حالی است که پراکندگی مقادیر بین دو گروه در سطح خطای $۰/۰۵$ معنی دار است و در بررسی نتیجه ی آزمون t ملاحظه گردید که فرضیه ی برابری میانگین-های میزان حمایت همسر در دو گروه معنی دار است. $(t = -۷/۹۴, P = ۰/۰۰۰ < ۰/۰۵)$ یعنی می توان ادعا نمود که افراد مورد از میزان رضایت مندی بیشتری در رابطه با حمایت همسر برخوردارند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲- مقایسه میانگین مقدار حمایت همسر در دو گروه شاهد و مورد

متغیر	گروه-ها	میانگین	انحراف معیار	تست لیونز برای برابری واریانس ها		تست t برای برابری میانگین ها	
				F	p-value	T	p-value
تصویر ذهنی	شاهد	۷/۹۳	۵/۳	۱۰/۳۹	۰/۰۰۲	-۷/۹۴	۰/۰۰۰
	مورد	۱۶/۱۷	۲/۷				

در ارتباط با هدف سوم پژوهش یعنی، تعیین و مقایسه ی تأثیر آموزش بر میزان رضایت از زندگی زناشویی در رابطه با رفتار جنسی در دو گروه شاهد و مورد نشان داد که در گروه شاهد میزان رضایت مندی از رفتار جنسی همسر برابر $(۳/۱۴ \pm ۳/۴۸)$ و در افراد مورد این میزان برابر $(۱۳/۸۵ \pm ۲/۷۸)$ می باشد. در بررسی پراکندگی داده ها در بین دو گروه ملاحظه می گردد که واریانس گروه ها در سطح $۰/۰۵$ معنی دار است بنابراین با ملاحظه ی نتیجه ی آزمون t چنین استنباط می شود که میزان رضایت مندی از زندگی زناشویی در رابطه با رفتار جنسی در افراد مورد، بیش از افراد شاهد می باشد. $(P = ۰/۰۰۰ < ۰/۰۵)$ $(t = -۱۴/۱۲)$ (جدول شماره ۳).

و شماره تلفن خود را در ساعات اداری و خارج از ساعات اداری برای موارد اورژانس در اختیار بیمار قرار بدهد و به سوالات بیمار پاسخ داده و در مورد فعالیت جنسی، کار و فعالیت طبیعی در خانه و سایر موارد آموزش دهد (۵).

در ارتباط با مقایسه مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد و شاهد نتایج به صورت زیر مطالعه و بررسی گردید.

در مورد سن واحدهای مورد پژوهش و شاهد نتایج نشان داد که بیشترین درصد در گروه شاهد نیز در گروه سنی ۴۵-۵۵ سال بودند.

در مورد تحصیلات گروه مورد و شاهد یافته ها بیانگر این است که بیشترین درصد از هر دو گروه بی سواد بودند. واحدهای مورد پژوهش و گروه شاهد از نظر شغلی بیشتر در هر دو گروه خانه دار بودند.

نتایج حاصل در هر دو گروه، در مورد علت هیستریکتومی نشان داد که بیشترین علت خونریزی بوده است. در رابطه با نوع هیستریکتومی در واحدهای مورد پژوهش و گروه شاهد یافته ها نشان داد که هیستریکتومی آبدومینال در گروه مورد بیشترین درصد $۳۵/۷$ ، و در گروه شاهد بیشترین درصد $۳۱/۴$ هیستریکتومی همراه با برداشتن دو طرفه لوله تخمدان ها یا یک طرفه لوله و تخمدان ها بود.

در مورد تحصیلات همسر در هر دو گروه بیشترین درصد بی سواد بودند. هم چنین در رابطه با شغل همسران واحدهای مورد مطالعه و شاهد در هر دو گروه بیشترین درصد شغل آزاد داشتند. یافته ها در مورد منبع اطلاعات نشان داد که در هر دو گروه بیشترین درصد از هیچ کس اطلاعات در مورد عمل جراحی خود به دست نیآورده بودند. با توجه به مقایسه مشخصات دموگرافیک هر دو گروه مورد و شاهد نتایج نشان داد که از هر نظر این دو گروه به صورت همگن انتخاب شده بودند.

در ارتباط با هدف اول این پژوهش، یافته ها نشان داد با توجه به اطلاعات حاصله اولاً ملاحظه گردید که میزان رضایت از زندگی زناشویی در رابطه با اصلاح تصویر ذهنی در افراد شاهد به میزان $(۶/۸۴ \pm ۷/۴)$ بوده و این میزان در گروه مورد به مقدار $(۲۶/۴۵ \pm ۱/۳)$ می باشد، ثانیاً پراکندگی داده ها در دو گروه شاهد و مورد در سطح خطاپذیری $۰/۰۵$ معنی دار است.

هم چنین با ملاحظه ی نتیجه ی آزمون t چنین استنباط گردید که فرضیه H_0 مبنی بر برابری میانگین گروه ها در سطح خطای $۰/۰۵$ معنی دار است یعنی می توان گفت میزان تصویر ذهنی در افراد مورد فوق العاده بالاست و آموزش به گروه مورد بسیار تأثیر داشته است (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۳- مقایسه میزان رضایت جنسی در دو گروه مورد

و شاهد

متغیر	گروه-ها	میانگین	انحراف معیار	تست لیونز برای برابری واریانس ها		تست T برای برابری میانگین ها	
				p-value	F	p-value	T
رفتار جنسی	شاهد	۳/۱۴	۳/۴۸	۰/۱۳	۲/۲۹	۰/۰۰۰	-۱۴/۱۲
	مورد	۱۳/۸۵	۲/۷۸				

در بررسی ارتباط بین رضایت مندی از زندگی زناشویی در خصوص تصویر ذهنی، حمایت همسر و رفتار جنسی در گروه مورد ملاحظه گردید که بین اصلاح تصویر ذهنی با حمایت همسر و رفتار جنسی رابطه ی معنی داری وجود ندارد ($P > 0/05$). اما بین حمایت همسر با رفتار جنسی رابطه ی بسیار قوی به میزان $r = 0/85$ وجود دارد بعبارت دیگر هر چه قدر حمایت همسر افزایش یا کاهش یابد به همان میزان رفتار جنسی نیز افزایش یا کاهش خواهد یافت.

در بررسی ارتباط متغیرهای اصلاح تصویر ذهنی، حمایت همسر و رفتار جنسی گروه شاهد، در گروه شاهد تمامی متغیرهای اصلاح تصویر ذهنی، رفتار جنسی و حمایت همسر در یک ارتباط خطی با هم دیگر می باشند ($P < 0/05$) و آنچه حائز اهمیت است این است که ارتباط بین حمایت همسر و تصویر ذهنی در گروه شاهد به میزان $r = 0/74$ بوده یک ارتباط مستقیم نسبتاً قوی را شامل می شود بعبارت دیگر هر چه حمایت همسر افزایش می یابد به همان میزان نیز تصویر ذهنی نیز افزایش می یابد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج آماری در رابطه با اولین فرضیه ی پژوهش یعنی آموزش در میزان رضایت از زندگی زناشویی در رابطه با تصویر ذهنی تاثیر دارد، با استفاده از آزمون t چنین استنباط گردید که فرضیه H_0 مبنی بر برابری میانگین گروه ها در سطح خطای $0/05$ به شدت معنی دار است یعنی می توان گفت که آموزش در گروه مورد بسیار تاثیر داشته است. هم چنین در بررسی ارتباط متغیرهای حمایت همسر و تصویر ذهنی با استفاده از ضریب همبستگی در گروه شاهد مشخص گردید یک ارتباط مستقیم نسبتاً قوی بین این دو متغیر وجود دارد به عبارت دیگر هر چه حمایت همسر افزایش یابد به همان میزان نیز اصلاح تصویر ذهنی افزایش می یابد. فراهانی معتقد است سعی تیم های درمانی بهداشتی بر این است که به بیمار از طریق تشخیص مشکل، قبول و زندگی کردن با تغییر موجود در ساختن مفهوم از خود که شامل تصویر ذهنی از جسم خود و اعتماد به نفس می شود کمک کند. در اصل مراقبت پرستاری در انطباق بیمار با تصویر ذهنی جدیدش موجب آمادگی روانی فرد بیمار است و پرستار فردی است که به بیمار آموزش

می دهد چگونه با تغییرات جدید یک زندگی سالم را پی ریزی نماید (۷).

در رابطه با دومین فرضیه ی پژوهش یعنی آموزش در میزان رضایت از زندگی زناشویی در رابطه با حمایت همسر تاثیر دارد. با استفاده از تست لیونز T-Test ملاحظه گردید که ($0/05 < P = 0/000$, $t = -7/94$) می باشد که فرضیه ی برابری میانگین-ها در دو گروه معنی دار است یعنی می توان ادعا نمود که آموزش روی گروه مورد تاثیر داشته است.

نواک معتقد است بیمارانی که تحت عمل جراحی هیستریکتومی قرار گرفته اند باید از فعالیت شدید خودداری نموده و سطح فعالیت های 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 فعالیت های نرمال خود را از سرگیرد (۵). از این رو همسر بیمار تا بهبودی کامل او باید در کارهای سنگین به او کمک کرده و از نظر روحی او را حمایت نموده و بیشتر از قبل به او توجه نماید زیرا در این بیماران تعادل هورمونی نیز به هم خورده و ممکن است بیمار دچار افسردگی و یا حساسیت شدید عاطفی به افراد و وضعیت های مختلف شود. طبق تحقیقی که لالوس در دپارتمان مامایی و ژنیکولوژی بیمارستان دانشگاهی سوئد روی زنان تحت عمل هیستریکتومی انجام داده بود به این نتیجه رسیده بود که بیشتر همسران بیماران، حمایت بسیار خوب و واکنش مناسب نسبت به عمل شریک جنسی خود نشان داده بودند (۶).

در رابطه با فرضیه ی سوم پژوهش یعنی آموزش در میزان رضایت از زندگی زناشویی در مورد رفتار جنسی تاثیر دارد، مشخص گردید که ($0/05 < P = 0/000$, $t = -14/12$) می باشد و چنین استنباط می شود که آموزش بر گروه مورد تاثیر دارد.

نواک معتقد است بیشتر این بیماران چنین تصور می کنند که این عمل باعث از دست رفتن قدرت زنانگی آنان می شود، ارضای جنسی را کاهش می دهد و یا بر مشکلات بین او و شوهر وی می افزاید. نگرانی در مورد از دست دادن دستگاه تناسلی، بیشتر از نگرانی در مورد از دست دادن یکی از اعضای داخل شکمی است. او معتقد است برخی از محققان کاهش میل جنسی را گزارش کرده-اند، در حالی که سایر محققان چنین عنوان می کنند که میل جنسی به علت کاهش ترس از حاملگی ناخواسته، افزایش می یابد. همفریز^۱ متوجه شد که اکثر بیماران بعد از هیستریکتومی دچار تغییری در فعالیت جنسی نمی شوند اما سایر محققان اختلال روابط جنسی را گزارش کرده اند وجود اضطراب قبل از عمل در

1. Humphries

منابع

- 1-Walsgrore H. Hysterectomy. Nursing standard. 2001; 15 (29): PP:997 .
- ۲- گلچین م. بیماری های زنان و مراقبت از مادر و نوزاد. قزوین: انتشارات طه، صفحه ۳۶.
- 3-Newton N and Baron E. Reactions to hysterectomy. Primcare 3(4). 1976 PP:787-801.
- ۴-قاضی جهانی ب، قطبی ر. اصول بیماری ها و بهداشت زنان کیستتر. تهران: انتشارات اندیشه روشن، ۱۳۸۵، ص ۱۷۱.
- ۵- دستجردی و، واقعی م، منصور م. بیماری های زنان نواک. تهران: انتشارات اشتیاق، ۱۳۷۵، اندیشه روشن، صفحات ۸۴۳-۸۴۲.
- 6-Lalos A and lalos o. the partner's about hysterectomy. Jurnal psychosom obstet cynacol 1996, 17(2). PP :119
- ۷- فراهانی ز. مفاهیم پرستاری. تهران: انتشارات نور دانش، ۱۳۸۲، ص ۶۸.
- 8-Branner L and Doriss S. text book of medical surgical nursing. Philadelphia: J.B. Lippincott Co. 2004. PP:1439 .

مورد فعالیت جنسی، اغلب با زوال کلی فعالیت جنسی همراه است. مقالات موجود از این نظریه حمایت می کنند که هیستریکتومی در اکثر بیماران پیامد روانی ایجاد نمی کند و فعالیت جنسی را کاهش نمی دهد. بهترین پیشگویی کننده فعالیت جنسی بعد از عمل جراحی، وضعیت ارضای جنسی بیمار در دوره قبل از عمل جراحی است. قبل از عمل جراحی، باید این موضوعات با بیمار در میان گذاشته شوند و به سوالات و نگرانی های بیمار پاسخ داده شود تا ترس و اضطراب وی کاهش پیدا کند (۵).

برونر می افزاید: بیماران سوالاتی در مورد تأثیر جراحی بر روابط جنسی و عملکرد و ارضای جنسی دارند که باید به بیمار اطمینان داده شود که او هنوز واژن دارد و پس از گذشت یک دوره کوتاه بعد از جراحی، دوباره می تواند مقاربت جنسی را تجربه کند. این دوره کوتاه خودداری، برای التیام بافت ها، در نظر گرفته شده است، اطلاعاتی در مورد نقش مهم تر کلیتوریس در ارضاء جنسی نسبت به نقش ضعیف رحم، به بیمار داده می شود. اکثر زنان بعد از هیستریکتومی دچار تغییرات زیادی در احساسات جنسی نمی شوند اما شدت این تأثیر متغیر است (۸).

با توجه به نتایج نهایی پژوهش مشخص گردید بیمارانی که تحت عمل هیستریکتومی قرار می گیرند آموزش بسیار روی رضایت از زندگی زناشویی آنان تأثیر دارد ولی متأسفانه با توجه به بررسی های به عمل آمده در این پژوهش مشخص گردید که فقط ۲۳/۵ درصد از بیماران اطلاعات لازم را از پزشک دریافت کرده و ۶۴/۷ درصد از این بیماران از هیچ کس اطلاعات و یا آموزش را دریافت نکرده بودند البته در زمان تکمیل پرسشنامه و مصاحبه با بیماران پژوهشگران به استقبال بسیار بیماران برای دریافت اطلاعات در مورد عمل جراحی خود و عوارض بعد از آن، خصوصاً در رابطه با رفتار جنسی متوجه شده بودند به طوری که بعد از آموزش به وضوح بیماران از بین رفتن ترس و اضطراب خود را بیان می کردند و آمادگی خود را به عمل اعلام نمودند، زیرا آن ها تصور می کردند که در این عمل کل دستگاه تناسلی (حتی واژن) نیز خارج شده و موجب از دست رفتن کامل قدرت زنانگی و رابطه ی جنسی آنان خواهد شد.

با توجه به تأثیر مثبت آموزش در زندگی این بیماران پژوهشگران معتقدند طبق نظر نواک که پزشک باید قبل از عمل به خود بیمار و خصوصاً همسر این بیماران آموزش های لازم را بدهند و شماره-ی تلفن خود را در ساعات اداری و خارج از ساعات اداری برای موارد اورژانس در اختیار بیمار قرار داده و به سوالات بیمار پاسخ دهند. هم چنین پرستاران مسئول بیمار نیز، علاوه بر پزشک مربوطه، اطلاعات و آموزش های لازم را همراه با تصویر دستگاه تناسلی و پمفلت آموزشی به بیماران ارائه نمایند (۵).