ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و اندازه شبکه اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان

سعیده حیدری [۱*]، آسیه سلحشوریان [۲]، فروغ رفیعی [۳]، فاطمه حسینی [۴]

خلاصه

سابقه و هدف: سرطان یکی از حوادث تنش‌زای زندگی است که اثرات منفی روی کیفیت زندگی به جا می‌گذارد و نیاز به حمایت اجتماعی را افزایش می دهد. هدف از این پژوهش، بررسی ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و اندازه شبکه اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی ـ همبستگی است. ۲۲۰ بیمار مبتلا به سرطان بستری در سه بیمارستان فیروزگر، حضرت رسول (ص) و انستیتو سرطان مجتمع بیمارستانی امام خمینی تهران با روش نمونه‌گیری مستمر انتخاب شدند. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی نورتوس و کیفیت زندگی فرانس و پوورس ویرایش بیماران مبتلا به سرطان جمع آوری و با نرم افزار SPSS ویرایش ۱۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. آزمون‌های آمار ضریب همبستگی پیرسون، تجزیه و تحلیل واریانس و کروسکال- والیس استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد، نمره میانگین حمایت اجتماعی درک شده (۱۳۶/۴۴) و کیفیت زندگی (۱۸/۲۲) نسبتا بالا و میانگین اندازه شبکه اجتماعی آنها (۴/۱۷) نفر بود. حمایت اجتماعی درک شده با سن و تاهل و کیفیت زندگی با وضعیت اقتصادی, نوع درمان و مدت زمان تشخیص ارتباط معنی داری داشت. ($p<۰/۰۰۱$) و کیفیت زندگی با نوع سرطان ارتباط معنی داری نداشت. حمایت اجتماعی درک شده با کیفیت زندگی ($r=۰/۴۴۶$ ،$p<۰/۰۰۱$) به ویژه با بعد خانوادگی آن و اندازه شبکه اجتماعی ($p<۰/۰۰۱$، $r=۰/۲۰۰$) و همچنین کیفیت زندگی با اندازه شبکه اجتماعی($p<۰/۰۵$، $r=۰/۲۴۶$) ارتباط مستقیم و معنی داری داشت.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه، اطلاعات زیادی در مورد اهمیت حمایت اجتماعی درک شده برای بهبودی کیفیت زندگی بیماران می دهد. پرستاران با استفاده از این یافته ها می توانند در جهت توسعه و تقویت شبکه اجتماعی بیماران، برای ارایه هر چه بهترحمایت به این بیماران اقدام کنند. پیشنهاد می شود مطالعات بیشتری برای شناخت عوامل موثر بر کیفیت زندگی این گروه از بیماران انجام شود .

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی، سرطان

۱- مربی گروه داخلی ـ جراحی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان
۲- مربی گروه آموزش دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران
۳- استادیار گروه داخلی و جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران
۴- مربی گروه آمار دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی دانشگاه علوم پزشکی ایران
* **نویسنده مسوول:** سعیده حیدری
آدرس: کاشان، کیلومتر ۵ بلوار قطب راوندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، گروه داخلی ـ جراحی
پست الکترونیک: heidari_saeide@yahoo.com
تلفن: ۰۹۱۲ ۷۵۰ ۰۵۰۲
دورنویس: ۰۳۶۱ ۵۵۵۶۶۳۳

تاریخ دریافت: ۸۶/۱۰/۹
تاریخ پذیرش نهایی: ۸۷/۵/۳۱

مقدمه

سرطان با بیش از صد نوع تومور بدخیم می‌تواند در تمامی گروه‌های قومی، نژادی، سنی، جنسی و گروه‌های اقتصادی و اجتماعی پدیدار گردد و تمامی انسان‌ها قابلیت ابتلا به این بیماری را دارند [۱]. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO) انتظار می‌رود آمار ابتلای ۱۰ میلیون نفری سال ۲۰۰۰ به ۱۵ میلیون نفر در سال ۲۰۲۰ برسد که ۶۰ درصد آن مربوط به کشورهای کمتر توسعه یافته جهان است. پیش‌بینی این سازمان افزایش موارد مرگ و

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-24]

میر ناشی از سرطان‌ها به ۹ میلیون نفر در سال ۲۰۱۵ و ۱۱/۴ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ با نسبت حدود ۷۰ درصد از مرگ و میرها در کشورهایی با درآمد پایین یا متوسط می‌باشد. بروز سالانه سرطان‌ها در کشور ما حدود ۷۰۰۰۰ مورد و مرگ و میر حدود ۳۰۰۰۰ نفر است. با توجه به افزایش امید به زندگی و افزایش درصد سالمندی در کشور انتظار می‌رود که در دهه‌های آینده میزان بروز به صورت قابل توجهی افزایش یابد [۲]. به طور سنتی تشخیص سرطان به عنوان مرگ قریب‌الوقوع همراه با درد و از دست دادن عملکرد محسوب می‌شد، ولی امروزه با وجود امکانات و درمان‌های جدید، این بیماری در بیش از نیمی از موارد، یک بیماری مزمن به حساب می‌آید [۳]. این بیماری مسیر زندگی فرد را تغییر می‌دهد، مشکلات فراوانی در تمامی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی ایجاد می‌کند [۱]، باعث افزایش احساس وابستگی، کاهش اعتماد به نفس، افزایش احساس آسیب‌پذیری، گیجی، درد، علایم جسمانی و افکار آشفته در مبتلایان می‌شود [۴]، عملکردهای روزانه، فعالیت‌های اجتماعی و آرامش فکری را دچار نابسامانی می‌کند و در عوض نقش‌های جدیدی را مطرح می‌سازد [۵] و باعث می‌شود بیماران به دیگران وابسته و کمتر قادر به حمایت کردن از سایرین باشند و به علاوه نتوانند در فعالیت‌های اجتماعی معمول شرکت کنند، تمامی این مشکلات به علاوه بستری شدن‌های طولانی، مراجعات مکرر به پزشک، درمان‌های مختلف، عوارض آنها و هزینه‌های بالای درمان باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران می‌شود [۶]. کیفیت زندگی، ساختاری پویا و ذهنی است که به مقایسه وضعیت زندگی گذشته با حوادث اخیر در همه جوانب مثبت و منفی می‌پردازد. ماهیت ذهنی بودن کیفیت زندگی به ادراک افراد درباره وضعیت زندگی‌شان به جای گزارشات دیگران می‌پردازد و بر اساس تعریف فرانس و پوورس[1] از خشنودی و یا عدم خشنودی از حیطه‌هایی از زندگی که برای فرد اهمیت دارد، نشئت می‌گیرد، بنابراین، بیماران با مشکلات مشابه ممکن است نظرات متفاوتی در مورد کیفیت زندگی‌شان داشته باشند و آن را به صورت‌های مختلفی گزارش کنند [۷]. در ایران مطالعات جامعی در مورد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان صورت نگرفته است و آمار دقیقی در این مورد وجود ندارد ولی مطالعات پراکنده‌ای در این مورد در شهرهای مختلف با استفاده از پرسشنامه و متدولوژی‌های مختلف انجام شده است، به طور مثال در مطالعه‌ای که توسط غفاری در مورد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان در سال ۱۳۷۶ در بابل، انجام شد نتایج نشان داد ۵۱/۷ درصد بیماران کیفیت زندگی در حد تا حدودی مطلوب داشتند [۸]، یا در مطالعه‌ای که توسط فلاحت‌پیشه در قزوین، انجام شد نتایج نشان داد در زمینه‌ی جسمی ۶۰/۴ درصد، روانی ۵۵/۵ درصد و محیطی ۶۶/۷ درصد کیفیت زندگی ضعیف و متوسط و در زمینه اجتماعی ۷۱/۵ درصد خوب و عالی را ابراز نمودند [۹]. همچنین در مطالعه‌ای که توسط مقدسیان در تبریز روی بیماران مبتلا به تومور مغزی انجام شد نتایج نشان داد، بعد فیزیکی و سلامت عمومی حدود نیمی از بیماران به طور متوسط تا شدید تحت تاثیر بیماری قرار گرفته است [۱۰]. به طور کلی سازگاری و مقابله با بیماری‌های مزمن مثل سرطان در افرادی که از بسیاری از عوامل تسهیل‌کننده مثل انعطاف‌پذیری، توانایی حل مشکل، امید، شهامت، روحیه‌ی معنوی و حمایت اجتماعی برخوردار هستند به صورت سریع‌تر اتفاق می‌افتد [۱۱]. حمایت اجتماعی تبادلات بین فردی در میان اعضای شبکه‌ی اجتماعی است که به صورت روابط دوسویه و غیررسمی و معمولا خود به خودی و سودمند می‌باشد و دارای دو حیطه عملکردی (حمایت اجتماعی درک شده) و ساختاری (اندازه‌ی شبکه اجتماعی) است. حمایت اجتماعی درک شده، نظر افراد در مورد حمایت ارایه شده را منعکس می‌کند و اندازه‌ی شبکه اجتماعی نیز به همه‌ی افراد شناخته شده به وسیله‌ی فرد یا بیمار برمی‌گردد [۱۲]. حمایت اجتماعی به عنوان قوی‌ترین و نیرومندترین نیروهای مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان افراد در زمان درگیری افراد با سرطان و شرایط تنش‌زا شناخته شده و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند [۴، ۱۳، ۱۴] و از طریق ایفای نقش واسطه‌ای میان عوامل تنش‌زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش تجربه شده، افزایش میزان بقا و بهبود وضعیت‌های بهداشتی و در پایان بهبودی کیفیت زندگی افراد می‌شود [۴، ۱۵، ۱۶]. یک موضوع مهم در مورد حمایت اجتماعی درک کفایت، در دسترس بودن و خشنودی داشتن از دریافت آن می‌باشد که ارتباط منفی با پریشانی روانی دارد [۱۷]. اگر چه حمایت از سوی خانواده، همسر، دوستان و پرستاران حرفه‌ای نقش بسیار مهمی در بهبود کیفیت زندگی بیماران دارد و کمبود آن نیز آسیب‌زا است اما این افراد در تامین گسترده حمایت عاطفی برای بیماران‌شان محدودیت دارند. برای مثال قوت قلب دادن یا همدلی زیاد ممکن است مفید باشد و یا از سوی بیمار به عنوان کوچک شمردن مشکل قلمداد شود. مکررا گزارش شده است که این رفتارهای آسیب‌زا باعث شکست حمایت عاطفی می‌شود [۵]. تاثیر بیماری‌های مزمن روی کیفیت زندگی از جمله مسایلی است که باید مورد توجه متخصصین پرستاری‌های بهداشتی و اجتماعی قرار گیرد. پرستاران نه تنها به کاهش مرگ و میر و افزایش طول عمر بیماران توجه دارند بلکه برای ایجاد یک

1- Ferrans and Powers

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-24]

کیفیت زندگی قابل پذیرش برای بیماران و شناخت عوامل تاثیرگذار روی آن مثل حمایت اجتماعی تلاش می‌کنند [۱۹]. با توجه به وجود عوامل تنش‌زای متعدد در زندگی این بیماران، مشکلات جسمی درازمدت و تغییرات گسترده ایجاد شده در زندگی این افراد که احتمال کاهش کیفیت زندگی را بیش از پیش مطرح می‌سازد و با عنایت به لزوم حمایت از این بیماران در سازگاری با تنش‌های تجربه شده و همچنین تاثیر محیط اجتماعی بر مقابله بیماران، مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و اندازه شبکه‌ی اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه پژوهشی از نوع توصیفی ـ همبستگی[1] که در سال ۱۳۸۶ در تهران انجام شده است. اطلاعات این پژوهش با استفاده از سه پرسشنامه جمع‌آوری گردید. این پرسشنامه‌ها از طریق مراجعه به منابع علمی و مکاتبه با نویسندگان مقالات خارجی تهیه شد و پس از ترجمه، اعتبار آنها از طریق به کارگیری روش اعتبار محتوی[2] توسط ۱۰ نفر از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران تعیین گردید و پس از تایید در کمیته‌ای پژوهشی مورد استفاده قرار گرفت. اعتماد علمی پرسشنامه‌ها نیز با استفاده از روش انسجام و تناسب داخلی ـــ آلفاکرونباخ[3] بعد از تکمیل پرسشنامه توسط ۲۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان تعیین شد. ضریب آلفا کرونباخ برای پرسشنامه کیفیت زندگی ۰/۸۴ و پرسشنامه حمایت اجتماعی ۰/۹۲ به دست آمد. پرسشنامه اطلاعات فردی شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی (بر اساس دیدگاه خودشان)، نوع سرطان، نوع درمان، مدت زمان تشخیص و سطح تحصیلات بود. پرسشنامه دیگر، پرسشنامه حمایت اجتماعی نورتوس[4] بود که شامل ۶ قسمت است. ۵ قسمت اول آن هر کدام ۸ گویه داشت که میزان حمایت اجتماعی درک شده بیماران را از سوی همسر، اعضای خانواده، دوستان، پزشک و پرستار می‌سنجید. پرسش‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای از کاملا موافق تا کاملا مخالف درجه‌بندی شده بود. نمره‌ی کلی حمایت اجتماعی درک شده از جمع نمرات کسب شده از پنج منبع، محاسبه گردید. دامنه‌ی تغییرات نمره‌ی کلی از ۴۰ تا ۲۰۰ بود. قسمت آخر ابزار، با یک پرسش باز پاسخ، از بیماران خواسته شد تا افرادی را که از آنها حمایت می‌کنند را بر اساس نوع ارتباطشان با فرد مثل خواهر، مادر، دوست و غیره نام ببرند که تعداد افراد نام برده شده اندازه‌ی شبکه اجتماعی بیماران را نشان داد. برای بررسی کیفیت زندگی بیماران، از ابزار کیفیت زندگی فرانس و پوورس ویرایش بیماران مبتلا به سرطان استفاده شد. این ابزار شامل ۶۶ گویه، در دو قسمت بود که قسمت اول خشنودی بیماران از ابعاد مختلف کیفیت زندگی (سلامتی و عملکرد، اجتماعی ـــ اقتصادی، روانی ـ معنوی و خانوادگی) و قسمت دوم میزان اهمیتی که بیماران برای آن ابعاد قایل بودند را اندازه‌گیری می‌کرد عبارات هر دو قسمت کاملا شبیه به یکدیگر است و مددجویان بهترین گزینه‌ای که میزان خشنودی آنها را از آن گویه و یا میزان اهمیتی که آنها برای آن قایل بودند را نشان می‌داد، انتخاب می‌کردند. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت شش‌گزینه‌ای از خیلی ناخشنود تا خیلی خشنود در قسمت اول و از خیلی بی‌اهمیت تا خیلی مهم در قسمت دوم درجه‌بندی شده بود. نمره کیفیت زندگی و هر یک از ابعاد آن، بر اساس نحوه‌ی نمره گذاری سازنده پرسشنامه (فرانس و پوورس)، بدین قرار احتساب شد که از پاسخ افراد به هر یک از موارد در قسمت اول، عدد ۳/۵ کم شده طیف نمره‌ای بین ۲/۵- تا ۲/۵+ به دست آمد سپس نمره به دست آمده در مورد هر عبارت در قسمت اول در پاسخ‌های مربوط به همان عبارت در قسمت دوم ضرب شد. بعد تمام پاسخ‌های به دست آمده برای هر عبارت برای نمره کلی کیفیت زندگی جمع گردید. در مورد ابعاد کیفیت زندگی پاسخ‌های مربوط به پرسش‌ها هر بعد به طور جداگانه با یکدیگر جمع گردید. سپس عدد ۱۵ به هر یک از اعداد محاسبه شده اضافه شد تا اعداد همه به صورت مثبت باشند و اعداد منفی نداشته باشیم، طیف نمرات برای کیفیت زندگی و هر یک از ابعاد آن بین ۰ تا ۳۰ بود. نمرات مربوط به کیفیت زندگی کل و هر یک از ابعاد آن با استفاده از نرم‌افزار SPSS محاسبه گردید. یک نمره برای کیفیت زندگی و چهارنمره برای هر کدام از ابعاد آن به طور جداگانه به دست آمد که دامنه‌ی تغییرات هر پنج نمره از ۰ تا ۳۰ بود. بعد از آماده نمودن پرسشنامه‌ها، ۲۲۰ بیمار بستری مبتلا به سرطان با روش نمونه‌گیری مستمر پس از گرفتن مجوز رسمی از دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و تهران، روسای بیمارستان‌های رسول اکرم، فیروزگر و انستیتو سرطان مجتمع بیمارستانی امام خمینی و سپس مدیران خدمات پرستاری و سرپرستاران بخش‌های مورد نظر انتخاب شدند. معیارهای ورود واحدهای مورد پژوهش شامل: آگاهی نسبت به زمان، مکان و شخص، عدم ابتلا به بیماری‌های زمینه ای مثل دیابت، بیماری‌های کبدی و کلیوی، ناشنوایی، عدم قرارگیری در مراحل پایانی بیماری، توانایی درک و تکلم به زبان فارسی، عدم سابقه ابتلا به بیماری‌های روانی و یا استفاده از داروهای روان‌گردان و اعتیاد و

1- Co relational
2- Content Validity
3- Internal consistency – cronbach s alpha
4- Northouse

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-24]

تحت درمان بودن با یکی از سه روش درمانی شیمی‌درمانی، جراحی و یا رادیوتراپی بود. بعد از انتخاب واحدهای مورد پژوهش واجد شرایط، پژوهش‌گر خود را به آنها معرفی کرده و هدف از انجام این پژوهش را بیان نمود و بعد از کسب رضایت‌نامه کتبی و دادن اطمینان به آنها در مورد حفظ اطلاعات مندرج در پرسشنامه، پرسشنامه‌هایی به آنها داده شد. به دلیل آن که اکثر واحدهای مورد پژوهش سطح سواد پایین داشتند اغلب پرسشنامه‌ها توسط پژوهش-گر برای آنها قرائت شد و نظرات آنان دقیقا در پرسشنامه منعکس گردید. بیمارانی که سطح سواد بالایی داشتند، پرسشنامه توسط خودشان تکمیل گردید. برای توصیف نمونه از روش‌های آماری توصیفی و بررسی ارتباط بین متغیرها از آزمون ضریب همبستگی پیرسون[1] آزمون تجزیه و تحلیل واریانس و کروسکال ـ والیس استفاده شد.

نتایج

در این پژوهش به طور کلی ۲۲۰ نفر بیمار مبتلا به سرطان شرکت کردند که ۱۱۴ نفر زن و ۱۰۶ نفر مرد بودند، بیشترین فراوانی در گروه سنی ۴۹-۴۰ سال (۲۴/۶ درصد) وجود داشت. ۲۱/۸ درصد از آنها سنین بین ۲۹-۱۸ سال، ۱۸/۶ درصد ۳۹-۳۰ سال، ۱۷/۳ درصد ۵۹-۵۰ سال و ۱۷/۷ درصد بین ۷۰-۶۰ سال داشتند. میانگین سنی آنها ۴۳/۳۹ سال با انحراف معیار ۱۴/۹۷ سال بود. کمترین و بیشترین سن ۱۸ تا ۷۰ سال بود. ۷۳/۶ درصد واحدهای مورد پژوهش متاهل، ۱۹/۱ درصد آنها مجرد و ۷/۳ درصدشان مجرد یا بیوه بودند. بیش از نیمی از واحدهای مورد پژوهش (۵۲/۷ درصد) وضعیت اقتصادی ضعیف، ۴۳/۲ درصد وضعیت اقتصادی متوسط و ۴/۱ درصد وضعیت خوب داشتند و از نظر سطح تحصیلات بیش از یک‌چهارم آنها تحصیلاتی درحد دبیرستان (۲۵/۹درصد)، ۱۷/۳ درصد بی‌سواد، ۵ درصد درحد خواندن و نوشتن، ۲۱/۸ درصد ابتدایی، ۱۸/۲ درصد در حد راهنمایی و فقط ۱۱/۸ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. از نظر طول مدت تشخیص ۳۱/۸ درصد آنها کمتر از ۱ سال از تشخیص بیماریشان می‌گذشت، ۳۹/۵ درصد ۲۳-۱۲ ماه، ۲۵ درصد بین ۴۷-۲۴ ماه و ۳/۷ درصدشان ۶۰-۴۸ ماه از تشخیص بیماری آنها می‌گذشت. کمترین مدت زمان تشخیص ۱ ماه و بیشترین ۱۱ سال بود. میانگین مدت زمان تشخیص ۱۴/۶۸ ماه با انحراف معیار ۲۵/۲۰ ماه بود. اکثر واحدهای مورد پژوهش تحت درمان با هر دو روش شیمی‌درمانی و جراحی قرار گرفته بودند (۳۵/۹ درصد). ۳۰/۵ درصد تحت شیمی‌درمانی، ۱۸/۶ درصد تحت جراحی، ۱/۸درصد رادیوتراپی، ۱۳/۷ درصد بیماران تحت درمان با هر سه روش درمانی جراحی، شیمی‌درمانی و رادیوتراپی قرار گرفته بودند. در این پژوهش محدودیتی از نظر نوع سرطان وجود نداشت. بیشترین تعداد مربوط به بیماران مبتلا به سرطان روده (۱۹/۱ درصد) و بعد سرطان خون (۱۶/۴ درصد) بود. ۱۲/۷ درصد سرطان پستان، ۱۲/۷ درصد سرطان غدد لنفاوی، ۷/۲ درصد سرطان معده، ۶/۸ درصد سارکوم، ۵ درصد ریه، ۴/۵ درصد سرطان رحم و تخمدان، ۳/۶ درصد سرطان مری، ۲/۷ درصد کبد، ۲/۷ درصد سرطان استخوان، ۱/۴ درصد سرطان تیروئید و ۱/۴ درصد سرطان دهان داشتند. شاخص‌های آماری (میانگین و انحراف معیار) کیفیت زندگی و ابعاد آن، اندازه شبکه اجتماعی و حمایت اجتماعی درک شده واحدهای مورد پژوهش در جدول شماره‌ی ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱- شاخص‌های آماری کیفیت زندگی و ابعاد آن, اندازه شبکه اجتماعی و حمایت اجتماعی درک شده واحد های مورد پژوهش

نمرات	$\overline{X} \pm SD$
کیفیت زندگی (نمره کلی)	۱۸/۲۲±۴/۱۷
بعد خانوادگی	۲۲/۸۹±۴/۴۶
بعد روانی و معنوی	۱۷/۹۲±۵/۲۳
بعد اجتماعی و اقتصادی	۱۷/۲۸±۷/۷
بعد سلامتی و عملکرد	۱۶/۸۱±۱۷
حمایت اجتماعی درک شده	۱۳۶/۴۴±۲۷/۰۱
اندازه شبکه اجتماعی	۴/۱۷±۳/۰۷

در این مطالعه نتایج نشان داد، ارتباط معناداری بین حمایت اجتماعی با سن و تاهل و کیفیت زندگی با وضعیت اقتصادی، نوع درمان و مدت زمان تشخیص وجود داشت، (جدول شماره‌ی ۴-۲ و نمودارهای۲-۱)

جدول ۲- شاخص‌های آماری کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نوع درمان

نوع درمان	کیفیت زندگی	
	$\overline{X} \pm SD$	P-value
شیمی‌درمانی	۱۹/۲۵±۳/۹۰	P<۰/۰۵
جراحی	۱۹/۳۱±۳/۸۰	
رادیوتراپی	۱۷/۶۲±۲/۹	
شیمی‌درمانی ـ جراحی	۱۷/۱۲±۴/۲	
شیمی‌درمانی ـ جراحی رادیوتراپی	۱۷/۰۳±۴/۵	

1-Pearson

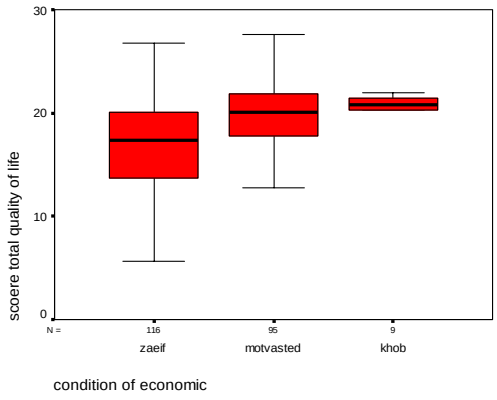
[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-24]

جدول ۳- شاخص‌های آماری کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش بر حسب مدت زمان تشخیص

مدت زمان تشخیص	کیفیت زندگی	
	$\overline{X} \pm SD$	P-value
کمتر از ۱۲ ماه	۱۶/۵۶±۳/۶۶	P<۰/۰۵
۱۲-۲۳ ماه	۱۷/۷۹±۴/۲۳	
۲۴-۴۷ ماه	۱۷/۳۰±۴/۴۱	
۴۸-۶۰ ماه	۱۷/۴۴±۳/۶۵	

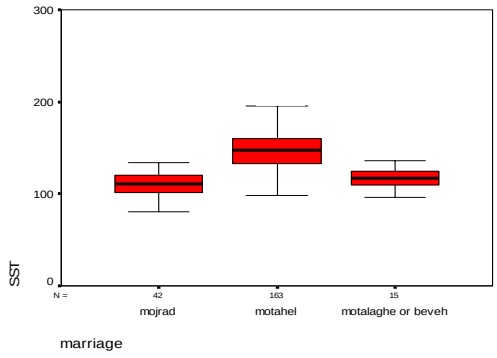
جدول ۴- شاخص‌های آماری حمایت اجتماعی درک شده از سوی واحدهای مورد پژوهش برحسب سن

سن (سال)	حمایت اجتماعی درک شده	
	$\overline{X} \pm SD$	P-value
۱۸-۲۹	۱۳۲/۳۳±۲۱/۳۶	P<۰/۰۰۱
۳۰-۳۹	۱۳۵/۶۳±۳۱/۸۱	
۴۰-۴۹	۱۴۷/۸۷±۲۶/۸۹	
۵۰-۵۹	۱۴۰/۶۳±۲۵/۳۳	
۶۰-۸۰	۱۳۴/۷۶±۲۲/۰۲	



P<۰/۰۰۱

نمودار ۱- کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش بر حسب وضعیت اقتصادی



P<۰/۰۰۱

نمودار شماره ۲- ارتباط حمایت اجتماعی درک شده واحدهای مورد پژوهش بر حسب تاهل

ولی بین نوع سرطان با کیفیت زندگی ارتباطی دیده نشد (p>۰/۰۵)، همچنین ارتباط مثبتی بین حمایت اجتماعی درک شده با کیفیت زندگی (r=۰/۴۴۶ ،p<۰/۰۰۱)، بعد سلامتی و عملکرد (r=۰/۲۹۵ ،p<۰/۰۰۱)، اجتماعی و اقتصادی (p<۰/۰۰۱، r=۰/۳۹۸)، روانی و معنوی (r=۰/۴۱۱ ،p<۰/۰۰۱) و خانوادگی (r=۰/۴۴۴ ،p<۰/۰۰۱)، کیفیت زندگی با اندازه‌ی شبکه اجتماعی (r=۰/۲۴۶ ،p<۰/۰۵) و اندازه‌ی شبکه اجتماعی با حمایت اجتماعی درک شده (r=۰/۲۰۰ ،p<۰/۰۵) واحدهای مورد پژوهش وجود دارد.

بحث

نمره‌ی میانگین کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش در این مطالعه در حد نسبتا بالا بود، بعد سلامتی و عملکرد با کمترین نمره میانگین، ضعیف‌ترین و بعد خانوادگی با بیشترین نمره میانگین قوی‌ترین بعد کیفیت زندگی بود. اسکافر[2] در این رابطه مطرح می‌کند واقعه تنش‌زا به یک اندازه افراد را تحت تاثیر قرار نمی‌دهد و این اثرات، به ویژگی‌های شخصیتی و ارزیابی فرد از عوامل تنش‌زا بستگی دارد [۶]. عواملی مثل مراحل تکاملی، سن، عملکرد روانی قبلی بیماران به هنگام سازگاری اجتماعی با مشکلات، نگرش‌های فرهنگی و مذهبی، حمایت اجتماعی، شخصیت و اعتماد به نفس بیمار بر پاسخ شناختی بیماران نسبت به سرطان تاثیر می‌گذارد. افرادی که از عوامل تسهیل‌کننده‌ی بیشتری برخوردارند بسیار سریع‌تر با بیماری‌شان سازگار می‌شوند و بیماری کمتر بر کیفیت زندگی آنها تاثیر می‌گذارد [۱۲]. در این پژوهش بالا بودن نمره میانگین کیفیت زندگی و ابعاد آن را می‌توان به روحیه‌ی معنوی بالای آنها با توجه به گویه‌های مربوط به بعد معنوی ابزار کیفیت زندگی و نگرش‌های مذهبی و فرهنگی ما ایرانیان و راضی بودن به آنچه خداوند برای ما مقدر نموده است و همچنین نمره بالای میانگین بعد روانی ـ معنوی، بالا بودن نمره میانگین حمایت اجتماعی درک شده بیشتر بیماران از اعضای شبکه اجتماعی‌شان و ارتباط مثبت آن با کیفیت زندگی نسبت داد. سامارکو[3] (۲۰۰۱) نیز در مطالعه ای که روی بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام داد با استفاده از همین ابزارها نمره میانگین حمایت اجتماعی درک شده ۱۴۴/۳۴، کیفیت زندگی کل ۲۱/۹۶، بعد سلامتی و عملکرد ۲۰/۱۶، اجتماعی و اقتصادی ۲۲، روانی و معنوی ۲۱/۳۶، خانوادگی ۲۴/۳۲ و اندازه‌ی شبکه اجتماعی ۴/۱۸ گزارش کرد که مشابه نتایج مطالعه حاضر بعد سلامتی و عملکرد، ضعیف‌ترین و خانوادگی، قوی‌ترین

2- Schaffer
3- Samarco

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-24]

بعد کیفیت زندگی و نمره‌ی حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی نسبتا بالا بود [۱۶]. نتایج نشان داد افرادی که وضعیت اقتصادی ضعیف‌تری داشتند و یا تحت درمان‌های مختلف بودند و یا مدت زمان کمتری از بیماریشان می‌گذشت نسبت به گروه‌های دیگر، کیفیت زندگی ضعیف‌تری داشتند. افرادی که وضعیت اقتصادی بهتری دارند مشکلات مالی و علایم پریشانی کمتری را تجربه خواهند کرد زیرا نگرانی کمتری در مورد هزینه‌های بالای درمان، از دست دادن شغل و حقوق دارند، در نتیجه کیفیت زندگی بهتری خواهند داشت [۲۰]. در مطالعه‌ای که توسط کورتنس در مورد بیماران مبتلا به سرطان انجام گرفت، مشاهده گردید بیماران با گذشت زمان عملکرد بهتری دارند. آنها مشکلات کمتری در مورد خواب، اداره منزل، تعاملات اجتماعی و جا به جایی‌ها گزارش کردند و با موقعیت‌های جدیدشان نسبت به دوران اولیه بعد از تشخیص بهتر سازگار شدند [۴] البته لازاروس و فولکمن در تضاد این یافته‌ها معتقدند که عوامل تنش‌زای مزمن باعث می‌شود که شخص از نظر جسمی و روحی دچار ضعف شود، هر چه این زمان طولانی‌تر باشد سازگاری ضعیف‌تر خواهد شد [۱]. مطالعات مختلف نشان دادند ارتباط قوی بین درک علایم سرطان، درمان‌ها، جراحی‌های گسترده و انجام چندین روش درمانی به طور هم‌زمان وجود دارد، به طوری که درمان‌های هم‌زمان، نقص بیشتری در عملکرد و سلامتی به جا می‌گذارد و کیفیت زندگی را به شدت کاهش می‌دهد [۲۱]. بین کیفیت زندگی با نوع سرطان در این مطالعه ارتباطی دیده نشد البته این نتایج با یافته‌های مطالعات دیگر متضاد است. یکی از دلایل این تضاد تعداد کم افراد در مورد هر سرطان می‌باشد. بررسی اثر نوع سرطان روی کیفیت زندگی به نمونه‌های پژوهشی بزرگتری نیاز دارند. مطالعه‌ای که روی بیماران مبتلا به سرطان حفره دهان انجام شد، نشان داد، بیمارانی که تومور دهانی ـ حلقی داشتند نسبت به انواع دیگر سرطان‌ها کیفیت زندگی ضعیف‌تری داشتند. این بیماران نسبت به بیماران دیگر مشکلات بیشتری در زمینه‌ی بلعیدن و درد داشتند [۶]. همچنین بیماران مبتلا به سرطان کبد نسبت به بقیه‌ی سرطان‌های دستگاه گوارش علایم بیشتری را تجربه کرده‌اند شاید به این خاطر باشد که این بیماران اغلب در مراحل انتهایی بیماری مراجعه می‌کنند و بنابراین به هنگام مراجعه از درد شکم، خستگی شدید و علایم دیگر به شدت شاکی بودند و به علاوه بیش از نیمی از آنها تحت درمان با TACB[4] بودند، این روش درمانی عوارض بسیار زیادی دارد [۷]. در پژوهش حاضر، بیماران جوان‌تر نسبت به افراد سالمند و بیماران متاهل نسبت به افراد مجرد، مطلقه و بیوه حمایت اجتماعی بیشتری را درک کرده بودند. در همین راستا، کان و همکارانش در مطالعه‌ای که در مورد بیماران مبتلا به سرطان انجام دادند نیز ارتباط معنی‌داری بین سن، وضعیت تاهل با حمایت اجتماعی درک شده گزارش کردند. افراد متاهل اغلب حمایت بیشتری از سوی همسرانشان دریافت می‌کنند. ارتباط همسران با یکدیگر متفاوت از ارتباط اعضای خانواده، پزشک و پرستار با بیمار است. این رابطه به علت منافع مشترک بین آنها مثل فرزندان، اموال، روابط جنسی، عشق، علاقه و وابستگی روانی زیاد به یکدیگر بسیار عمیق‌تر است. این عوامل باعث می‌شود آنها در جهت خشنودی یکدیگر تلاش کنند. البته خشنودی از زندگی زناشویی روی روابط حمایتی همسران از یکدیگر در بحران‌ها تاثیر می‌گذارد [۲۲]. در این پژوهش اکثر افراد از زندگی زناشویی، روابط جنسی و همسرانشان با توجه به گویه‌های مربوط به ابزار کیفیت زندگی خشنود بودند و حمایت زیادی از سوی آنها درک می‌کردند. ساماركو (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای که روی زنان جوان مبتلا به سرطان پستان انجام داد، بیان می‌کند، افراد در سنین مختلف به علت داشتن نیازهای گوناگون به حمایت‌های متنوعی نیاز دارند. بیماری‌های مزمن مثل سرطان مشکلات فراوانی در زندگی بیماران سالمند و جوان ایجاد می‌کند. برای مثال در مورد بیماران جوان، ازدواج کردن، بچه‌دارشدن، پرستاری از خانواده و تکمیل تحصیلات یک پدیده طبیعی است، ولی وقتی که سرطان اتفاق می‌افتد مشکلات مربوط به بیماری به نیازهای طبیعی آنها اضافه می‌شود و اثرات فیزیکی بیماری و درمان‌ها، ترس از عود بیماری، اختلال در فعالیت‌های جنسی و تولیدمثل و اثر بیماری روی خانواده موضوعاتی هستند که باعث تضعیف کیفیت زندگی آنها می‌شود. این موضوعات شدت اختلال در بیماران جوان نسبت به بیماران سالمند را می‌رساند. در نتیجه افراد جوان بیشتر تحت حمایت شبکه اجتماعی‌شان هستند [۱۶]. در مطالعه‌ی حاضر ارتباط مثبتی بین کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی دیده شد، ضعیف‌ترین ارتباط بین سلامتی و عملکرد با حمایت اجتماعی درک شده و بیشترین ارتباط بین بعد خانوادگی با حمایت اجتماعی درک شده وجود داشت، اکثر افرادی که حمایت اجتماعی بیشتری درک کرده بودند کیفیت زندگی بهتری داشتند. حمایت اجتماعی از طریق تغییر ارزشیابی افراد از حوادث تنش‌زای زندگی مثل بیماری سرطان، کاهش پاسخ روانی منفی به این عوامل تنش‌زا بر رفتارهای بهداشتی، نتایج بیماری و درمان‌ها اثر می‌گذارد [۱۲]. بسیاری از نویسندگان دیگر نیز ارتباط مثبتی بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی گزارش کرده و ادعا نمودند که حمایت اجتماعی بر سلامتی فیزیکی، روانی، اجتماعی و اقتصادی اثرات مثبت داشته، باعث بهبودی کیفیت زندگی بیماران، ایجاد

4- Transcatheter Arterial Chemoembolization Therapy

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-24]

احساس خوب نسبت به زندگی، ارزیابی عمومی بهتر از زندگی و مقابله بهتر با بیماری می‌شود [۳، ۴، ۷]. روابط اجتماعی مثبت و حمایت، اثرات مثبتی روی سلامتی فیزیکی و روانی بیماران دارد و باعث می‌شود علایم بیماری در آنها از شدت کمتری برخوردار باشد [۳، ۱۴]. حمایت اجتماعی درک شده یک حیطه‌ی تسکین-دهنده مهم برای نگرانی‌های اقتصادی می‌باشد [۱۶]. نداشتن شغل، هزینه‌های مربوط به درمان و پرستاری و از دست دادن بیمه بهداشتی در مطالعات مختلف به عنوان نگرانی‌های بسیار مهم بیماران مبتلا به سرطان شناخته شده است. درک حمایت به صورت مالی، عاطفی و مشاوره ممکن است وضعیت اقتصادی و اجتماعی بیماران بازمانده از سرطان را بهبود بخشد [۱۸]. حمایت اجتماعی، همچنین نقش مهمی در تسکین اثرات منفی بیماری بر بعد روانی بیماران دارد [۷] و با تجربه پریشانی کمتر، احساس کنترل بیشتر، بهبود اعتماد به نفس، کاهش اثرات حوادث منفی روی زندگی و بهبود کیفیت زندگی همراه می‌باشد [۴]. علایم پریشانی و افسردگی بیماران به وسیله‌ی عوامل مختلفی مانند میزان و کفایت حمایت اجتماعی در دسترس و اندازه‌ی شبکه اجتماعی تحت تاثیر قرار می‌گیرد [۱۰] و بر رفتارهای بهداشتی و نتایج درمان‌ها اثر گذاشته و سلامتی روانی بهتری را در بیماران ایجاد می‌کند [۱۴]. بورخارت (Burkhardt) در مطالعه‌ای که روی زنانی که دارای روحیه‌ی معنوی بودند، انجام داد، بیماران بیان کردند که ارتباط و احساس نزدیکی با خدا و پذیرش خواسته‌های او باعث می‌شود آنها بهتر با بیماری خود مقابله کنند و بر ترس از مرگ غلبه کنند [۱۱]. سرطان نه تنها روی کیفیت زندگی بیماران بلکه روی کیفیت زندگی تک-تک اعضای خانواده آنها تاثیر می‌گذارد. به همین دلیل خانواده این بیماران برای سازگاری بهتر با تهدیدهای مربوط به بیماری و مشکلات آن به حمایت اجتماعی زیادی نیاز دارند. حمایت کافی از خانواده‌های بیماران باعث بهبودی کیفیت زندگی اعضای خانواده و ارایه هر چه بهتر حمایت به بیماران و بهبود کیفیت زندگی آنها می شود [۱۹]. در این مطالعه هر چقدر اندازه شبکه اجتماعی بزرگتر بود افراد حمایت اجتماعی بیشتری درک کرده بودند. شبکه حمایتی بزرگ از طریق کمک‌های مالی فراوان و تامین امنیت بیشتر در حیطه اقتصادی ـ اجتماعی برای بیماران مبتلا به سرطان می‌تواند بر کیفیت زندگی بیماران اثرات مثبتی به جا گذارد [۷، ۱۳]. تحقیقات مختلف مشابه این مطالعه نیز بیانگر آن است که هرچه اندازه شبکه اجتماعی بزرگتر باشد به علت این که هر یک از افراد، نیازهای خاصی از بیمار را برطرف می‌کنند بیماران حمایت بیشتری از منابع مختلف دریافت می‌کنند [۱۵].

نتیجه‌گیری

کیفیت زندگی، تحت تاثیر عواملی است که پرستاران با مداخلات خود می‌توانند آنها را تغییر دهند. پرستاران می‌توانند با ایجاد و تقویت گروه‌های حمایتی، بالا بردن سطح آگاهی شبکه حمایتی بیماران در مورد تاثیر مثبت رفتارهای حمایتی آنها در سازگاری با بیماری و بهبودی کیفیت زندگی مددجویان در همه‌ی ابعاد فعالیت کنند. بنابراین لازم است پرستاران پیوسته نیازهای حمایتی بیماران را از نظر کیفیت و کمیت بررسی کرده و با بسیج منابع حمایتی موجود در جامعه و مشارکت خانواده در جهت بهبودی کیفیت زندگی بیماران گام بردارند. در این مطالعه نوع و یا درمان خاصی از سرطان، ویژگی‌های شخصیتی، فرهنگی و قومی بیماران به عنوان عوامل تاثیرگذار روی درک و دریافت حمایت اجتماعی و ویژگی‌های اندازه شبکه اجتماعی به صورت خاص مورد بررسی قرار نگرفته است که جزء محدودیت‌های این مطالعه می‌باشد که پیشنهاد می‌شود مطالعات دیگری در مورد انواع خاصی از سرطان و یا درمان‌های آن، با توجه به ویژگی‌های فردی و شخصیتی افراد و شناخت عوامل موثر بر کیفیت زندگی و همچنین تاثیر منابع حمایتی مختلف به تفکیک روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان انجام شود.

References:

[۱] لاکمن جان. درسنامه پرستاری بیماریهای داخلی و جراحی ۳. ترجمه نیره ابراهیمی، زهره پارسا یکتا، زهرا تذکری، ژیلا عابد سعیدی، منصوره فراهانی. تهران: آییژه، ۱۳۸۱. ۲۹۰-۲۸۵.

[۲] مهرام، منوچهر. " اپیدمیولوژی سرطان در جهان، ایران و استان قزوین" ارائه شده در خلاصه مقالات همایش سراسری سرطان از پیشگیری تانوتوانی. قزوین: دانشکده پرستاری و مامایی، ۱۳۸۶.

[3] Compbel HS, Phaneuf MR, Deane K. Cancer peer support programs- do they work? Patient Educ Couns 2004; 55(1): 3-15.

[4] Courtens AM, Stevens FC, Crebolder HF, Philipsen H. Longitudinal study and quality of life and social support in cancer patients. Cancer Nurs 1996; 19(3): 162-169.

[5] Helgeson VS, and Cohen S. Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, corelational, and intervention research. Health Psychol 1996; 15(2):135-148.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-24]

[6] Shell GA, and Kirs CH. Psychosocial issues, outcomes, and quality of life. In: Otto SE, editor. Oncology Nursing. 4th ed. St. Louis: Mosby a Aharcourt Health Sciences Company; 2001: 948-970.
[7] Grant MM, Rivera LM. Evaluation of quality of life in oncology and oncology nursing. In: King CR, Hinds P, editors. Quality of Life from Nursing and Patient Perspective Theory, Research Practice. 1st ed Philadelphia: jones and Bartlett publishers Sudbury Massachusetts; 1998: 37-53.
[۸] غفاری، فاطمه. "خستگی ناشی از آنمی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در بیماران تحت شیمی درمانی" ارائه شده در خلاصه مقالات همایش سراسری سرطان از پیشگیری تا نوتوانی. قزوین: دانشکده پرستاری و مامایی، ۱۳۸۶.
[۹] فلاحت‌پیشه، فرزانه. "بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به درمانگاه انکولوژی بیمارستان آموزشی درمانی کوثر قزوین در پاییز ۱۳۸۶". ارائه شده درخلاصه مقالات همایش سراسری سرطان از پیشگیری تانوتوانی. قزوین: دانشکده پرستاری ومامایی، ۱۳۸۶.
[۱۰] مقدسیان، سیما. "کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به تومور مغزی". ارائه‌شده در خلاصه مقالات همایش سراسری سرطان از پیشگیری تا نوتوانی. قزوین: دانشکده پرستاری ومامایی، ۱۳۸۶.
[11] Baider L, Ever-Hadani P, Goldzweig G, Wygoda MR, Peretz T. Is perceived family support a relevant variable in psychological distress? A sample of prostate and breast cancer couples. J Psychosom Res 2003; 55(5): 453-60.
[12] Chan CW, Hon HC, Chien WT, Lopez V. Social support and coping in Chinese patient undergoing cancer surgery. Cancer Nurs 2004; 27(3): 230-236.
[13] Lee EH, Yae Chung B, Boog Park H, Hong Chung K. Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. J pain Symptom Manage 2004; 27(5): 425-433.
[14] Chan CW, Molassiotis A, Yam BM, Chang SJ, Lam CS. Traveling through the cancer trajectory: social support perceived by women with gynecologic cancer in Hong Kong. Cancer Nurs 2001; 24(5): 387-394.
[15] Suarez L, Ramirez AG, Villarreal R, Marti J, Mcalister A, Talavera GA, et al. Social networks and cancer screening in four U.S. Hispanic groups. Am J Prev Med 2000; 19(1): 47-52.
[16] Sammarco A. Perceived social support uncertainty, and quality of life of younger survivors. Cancer Nurs 2001; 24(3): 212-219.
[17] Tan M, Karablutlu E. Social support and hopeless in Turkish patients and cancer. Cancer Nurs 2005; 28(3): 236-240.
[18] Yan H, Sellick K. Symptoms, psychological distress, social support, and quality of life of Chinese patients newly diagnosed with gastro intestinal cancer. Cancer nurs 2004;27(5):389-399.
[19] Hassanein KA، Musgrove BT ، Bradbury E. Functional status of the patient with oral cancer and its relation to style of coping social support and psychological status. Br J Oral Maxillfac Acial Surg 2001; 39(5):340-345.
[20] Tilden VP, Nelson CA. Social support. in: lindeman C, macatie C, editor. Fundamentals Contemporary Nursing Practice. 1th ed. Philadelphia: W.B Saunders company; 1999. p.857-876.
[21] Schaffer MA. Social support. In: Petersoon S, Bredow.TS, editors. Middle Range Theories Application to Nursing Research. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins; 2004: 179-20.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-24]