

ارتباط حمایت اجتماعی درک شده از سوی منابع حمایتی مختلف و اندازه شبکه اجتماعی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان

*سعیده حیدری^۱ آسیبه سلحشوریان^۲ دکتر فروغ رفیعی^۳ فاطمه حسینی^۴

چکیده

زمینه و هدف: سرطان مشکلات فراوانی در کلیه ابعاد زندگی فردی و اجتماعی ایجاد می کند و باعث و افزایش نیازهای حمایتی افراد می گردد. با توجه به افزایش روز افزون تعداد این بیماران، فراوانی درمان ها و هزینه های بهداشتی این گروه، تلاش برای ارتقاء کیفیت زندگی و محیط اجتماعی آن ها مهم به نظر می رسد. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط حمایت اجتماعی درک شده از سوی منابع حمایتی مختلف و اندازه شبکه اجتماعی با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان انجام گرفت.

روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی- همبستگی است. ۲۲۰ بیمار مبتلا به سرطان بستری در سه بیمارستان فیروزگر، حضرت رسول (ص) و انستیتو کانسر مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) تهران با روش نمونه گیری مستمر انتخاب شدند. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از پرسشنامه های حمایت اجتماعی نورتوس و کیفیت زندگی فرانس و پوروس ویرایش بیماران مبتلا به سرطان جمع آوری و با نرم افزار SPSS ویرایش ۱۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از تست های کاسکوئر، ضریب همبستگی اسپیرمن و آنالیز رگرسیون خطی چندگانه برای تجزیه و تحلیل استفاده شد.

یافته ها: بیش از نیمی از بیماران (۵۶/۴ درصد) کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب داشتند و حمایت اجتماعی را در سطح متوسطی از شبکه اجتماعی شان درک کردند، متوسط اندازه شبکه اجتماعی بیماران (۷-۲ نفر) بود. همسران و اعضای خانواده مهم ترین منابع حمایتی آن ها بودند. کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی درک شده ($r_s=0/415, P=0/00$) به خصوص حمایت همسران و اعضای خانواده و اندازه شبکه اجتماعی ($r_s=0/245, P=0/00$) ارتباط معنی دار و مثبتی داشت. همچنین آزمون رگرسیون خطی چندگانه نشان داد، ۳۱/۶ درصد تغییرات کیفیت زندگی مربوط حمایت اجتماعی درک شده، نوع درمان و وضعیت اقتصادی ($R_2=0/316$) می باشد.

نتیجه گیری: پرستاران با استفاده از یافته های پژوهش حاضر می توانند در جهت توسعه و تقویت شبکه اجتماعی بیماران برای ارائه هر چه بهتر حمایت و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران اقدام نمایند. نتایج این مطالعه فقط ۳۱/۶٪ تغییرات کیفیت زندگی را توجیه می کند، پیشنهاد می شود مطالعات دیگری برای شناخت عوامل تاثیرگذار بر کیفیت زندگی این بیماران انجام شود.

کلید واژه ها: کیفیت زندگی - حمایت اجتماعی درک شده - منابع حمایتی - اندازه شبکه اجتماعی - بیماران مبتلا به سرطان.

تاریخ دریافت: ۸۷/۸/۱۹

تاریخ پذیرش: ۸۸/۹/۲۵

این مقاله از پایان نامه دانشجویی استخراج شده است.

^۱ مربی گروه داخلی و جراحی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان (*مؤلف مسؤول)، اصفهان، ایران

Email:heidari_saeide@yahoo.com

شماره تماس: ۰۹۱۲۷۵۰۰۵۰۲

^۲ مربی، گروه مدیریت و آموزش، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

^۳ استادیار، گروه داخلی و جراحی، عضو مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی

ایران، تهران، ایران

^۴ مربی، گروه آمار، عضو هیئت علمی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

مقدمه

می‌گذارد.^(۶) تحقیقات نشان داده اند که حمایت کافی از این مبتلایان نقش مهمی در حفظ و انسجام روانی، سازگاری و مقابله با بیماری سرطان دارد^(۷) و اثرات مثبت بر کیفیت زندگی بجا می‌گذارد، و از طریق تقویت و افزایش شناخت بیماران باعث می‌شود که افراد تنش کمتری را تجربه کنند. حمایت اجتماعی در کل باعث افزایش سازگاری افراد با بیماری، ارتقاء کیفیت زندگی، مدت بقا، و نتایج مراقبت‌های حرفه‌ای،^(۸،۵) بهبود وضعیت اقتصادی، حفظ احساس همسانی اجتماعی، تسهیل خود ارزشیابی، پیوند با اجتماع و مقابله با احساس تنهایی می‌گردد.^(۹)

مطالعه کیفی انجام شده به وسیله Ffranse نشان داد که اکثریت افراد بازمانده از سرطان به زندگی خود ادامه می‌دهند و زندگی خوبی را پی می‌گیرند ولی عده‌ای از آن‌ها نه تنها زندگی شان را بهبود نمی‌بخشند بلکه از زندگی کردن با سرطان رنج برده و با مشکلات ایجاد شده بوسیله درمان‌ها کلنچار می‌روند و این مشکلات تمام حیطه‌های کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. فرانس این وضعیت رابه عواملی مثل کمبود حمایت اجتماعی نسبت می‌دهد.^(۱۰)

با توجه به افزایش روزافزون تعداد بیماران مبتلا به سرطان و تاثیر بیماری بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی آن‌ها، فراوانی درمان‌های انجام شده و هزینه‌های بهداشتی زیادی که صرف این گروه از مردم می‌شود کمک به بیماران برای داشتن یک زندگی بهتر و با کیفیت بالا الزامی به نظر می‌رسد. در این میان محیط اجتماعی که بیماران در آن زندگی می‌کنند به دو دلیل یک موضوع مهم برای این بیماران می‌باشد. ابتدا این که محیط اجتماعی عامل تعیین کننده توانائی بیماران سرطانی برای زندگی با سرطان بوده، رفاه افراد را افزایش می‌دهد و آن‌ها را در برابر اثرات مضر حوادث تنش زای زندگی مثل ابتلا به سرطان حفظ می‌کند. درثانی، سرطان به طور مستقیم فعالیت‌های اجتماعی بیماران را محدود کرده و بر روابط و

سرطان با بیش از صد نوع تومور بدخیم می‌تواند در همه افراد در تمامی گروه‌های سنی، جنسی، نژادی، قومی و نیز گروه‌های اجتماعی - اقتصادی پدیدارگردد تمامی انسان‌ها پتانسیل ابتلا به این بیماری را دارند و هیچ کس در این امر مستثنی نیست.^(۱) به طور تخمینی، سالانه ۱/۶ میلیون مورد جدید سرطان در دنیا تشخیص داده می‌شود که ۱/۳ میلیون نفر از آن‌ها در اثر سرطان می‌میرند.^(۲) در کشور ایران نیز طبق آمار سال ۱۳۸۱ انستیتوکانسر مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) تهران ۶۹۷۴ نفر به علت سرطان بستری بودند.^(۳)

سرطان عارضه‌ای است که مسیر زندگی فرد را تغییر می‌دهد. فرد مبتلا به سرطان نمی‌تواند مانند گذشته به زندگی خود ادامه دهد و تقریباً برای تمامی افراد مبتلا به سرطان، مشکلات فراوانی در تمام ابعاد زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی ایجاد می‌شود و باعث ایجاد احساس وابستگی، کاهش اعتماد به نفس و کنترل، افزایش احساس آسیب‌پذیری و گیجی، درد، علائم جسمانی و در کل افت کیفیت زندگی افراد می‌شود.^(۴)

این بیماری عملکردهای روزانه و فعالیت‌های اجتماعی را دچار نابسامانی می‌کند، توانایی فرد برای انجام نقش‌های معمول و مسئولیت‌ها را تغییر می‌دهد و نقش‌های جدیدی را ایجاد می‌کند. نحوه ارتباط این بیماران با همسر، فرزندان، والدین، خواهر، برادر و دوستان و دیگر اعضای شبکه اجتماعی مانند گذشته نیست. این افراد به میزان کم یا زیاد به دیگران وابسته بوده و کمتر قادر به حمایت کردن از سایرین می‌باشند لذا تعاملات فردی آن‌ها با دیگران محدود و ممکن است در جامعه منزوی شوند به همین علت نیاز این افراد به حمایت اجتماعی افزایش می‌یابد.^(۵)

ساختار خانواده، ارتباط با دوستان و اعضای جامعه عمیقاً بر نوع و شدت مشکلاتی که فرد با آن مواجه است، تأثیر

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 بدست آمد.

پرسشنامه اطلاعات فردی شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، نوع سرطان، وضعیت اقتصادی، مدت زمان تشخیص و نوع درمان بود. پرسشنامه دیگر، پرسشنامه حمایت اجتماعی نورتوس (Northouse) با ۴۱ سوال در ۶ قسمت بود. ۵ قسمت اول آن هر کدام ۸ گویه داشت که میزان حمایت اجتماعی درک شده بیماران از سوی همسر، اعضای خانواده، دوستان، پزشک و پرستار را می‌سنجید. سئوالات بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف درجه‌بندی شده بود. نمره حمایت اجتماعی درک شده از سوی هریک از منابع حمایتی به صورت جداگانه از مجموع نمرات کسب شده در هر قسمت و نمره کلی حمایت اجتماعی درک شده از مجموع نمرات پنج منبع محاسبه گردید. دامنه تغییرات نمره کلی از ۴۰ تا ۲۰۰ و هر یک از منابع از ۴۰-۸ بود که نمره کلی حمایت اجتماعی به سه گروه پایین (۹۲-۴۰)، متوسط (۱۴۶-۹۳) و بالا (۲۰۰-۱۴۷) و هر یک از منابع حمایتی نیز به سه گروه پایین (۱۸-۸)، متوسط (۲۹-۱۹) و بالا (۴۰-۳۰) طبقه بندی شدند. قسمت آخر ابزار، با یک سوال 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 اندازه شبکه اجتماعی بیماران را نشان داد که بعد در نظر گرفتن دامنه تغییرات به سه گروه کوچک، متوسط و بزرگ طبقه بندی شد. برای بررسی کیفیت زندگی بیماران، از ابزار کیفیت زندگی فرانس و پورس ویرایش بیماران مبتلا به سرطان استفاده شد. این ابزار شامل ۶۶ گویه، در دو قسمت بود که قسمت اول رضایت بیماران از ابعاد مختلف کیفیت زندگی (سلامتی و عملکرد، اجتماعی - اقتصادی، روانی - معنوی و خانوادگی) و

دسترسی آن‌ها به منابع بین فردی تأثیر می‌گذارد و ممکن است بیماران در بدست آوردن منابع اجتماعی، زمانی که خیلی نیازمند آن هستند، مشکل داشته باشند. زیرا سرطان یک بیماری بالقوه کشنده و مزمن است و اغلب با زجر و سختی برای بیماران و اطرافیان همراه است، لذا اعضای شبکه اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان ممکن است از وی کناره‌گیری کنند.^(۱۱) در این راستا پژوهش حاضر به منظور بررسی حمایت اجتماعی درک شده از سوی همسر، اعضای خانواده، دوستان، پزشک، پرستار، اندازه شبکه اجتماعی و کیفیت زندگی این بیماران همچنین ارتباط بین آن‌ها انجام شده است.

روش بررسی

این مطالعه پژوهشی از نوع توصیفی - همبستگی (Corelational Descriptive) است. در این مطالعه ۲۲۰ بیمار مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان‌های حضرت رسول اکرم، فیروزگر و انستیتو کانسر مجتمع بیمارستانی امام خمینی ره بعد از گرفتن مجوز رسمی از دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و تهران، روسای بیمارستان‌ها، مدیران خدمات پرستاری و سرپرستاران بخش‌های مورد نظر با روش نمونه‌گیری مستمر انتخاب شدند. معیارهای ورود واحدهای مورد پژوهش شامل: آگاهی نسبت به زمان، مکان و شخص، عدم ابتلاء به بیماری‌های مزمن مثل دیابت، ناشنوایی، عدم قرارگیری در مراحل پایانی بیماری، توانایی درک و تکلم به زبان فارسی، عدم سابقه ابتلا به بیماری‌های روانی، استفاده از داروهای روان‌گردان و اعتیاد و تحت درمان بودن با یکی از روش‌های درمانی شیمی‌درمانی، رادیوتراپی و جراحی بود.

اطلاعات این مطالعه با استفاده از پرسشنامه به صورت خودگزارش دهی جمع‌آوری گردید. این پرسشنامه‌ها پس از تأیید در کمیته پژوهشی مورد استفاده قرار گرفت. اعتماد علمی پرسشنامه‌ها نیز با استفاده از روش انسجام و تناسب داخلی - آلفاکرونباخ (Internal consistency - Cronbach's alpha) بعد

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی مشخصات فردی واحد های مورد پژوهش

مشخصات فردی	تعداد (درصد)
سن (سال)	
۱۸-۲۹	۴۸ (۲۱/۸)
۳۰-۳۹	۴۱ (۱۸/۶)
۴۰-۴۹	۵۴ (۲۴/۵)
۵۰-۵۹	۳۸ (۱۷/۴)
۶۰-۷۰	۳۹ (۱۷/۷)
جنس	
مرد	۱۰۶ (۴۸/۲)
زن	۱۱۴ (۵۱/۸)
وضعیت تاهل	
متاهل	۱۶۲ (۷۳/۶)
مجرد	۴۲ (۱۹/۱)
مطلقه و بیوه	۱۶ (۷/۳)
مدت زمان تشخیص	
کمتر از یکسال	۱۵۷ (۷۱/۴)
۱-۵ سال	۵۵ (۲۵)
بیش از پنج سال	۸ (۳/۶)
نوع سرطان	
روده	۴۲ (۱۹/۱)
خون	۳۶ (۱۶/۴)
پستان	۲۸ (۱۲/۷)
غدد لنفاوی	۲۸ (۱۲/۷)
معهده	۱۶ (۷/۳)
غیره	۷۰ (۳۱/۸)
وضعیت اقتصادی	
ضعیف	۹ (۴/۱)
متوسط	۹۵ (۴۳/۲)
خوب	۱۱۶ (۵۲/۷)
نوع درمان	
شیمی درمانی	۶۸ (۳۰/۵)
جراحی	۴۱ (۱۸/۶)
رادیوتراپی	۴ (۱/۸)
شیمی درمانی-جراحی	۷۹ (۳۵/۹)
شیمی درمانی-جراحی-رادیوتراپی	۲۸ (۱۲/۷)
جراحی-رادیوتراپی	۱ (۰/۵)

قسمت دوم میزان اهمیتی که بیماران برای آن ابعاد قائل بودند را اندازه گیری می کرد، عبارات هر دو قسمت کاملاً شبیه به یکدیگر بود بیماران بهترین گزینه ای که میزان رضایت آن ها را از آن گویه و یا میزان اهمیتی که آن ها برای آن قائل بودند را نشان می داد، انتخاب می کردند. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت شش گزینه ای از خیلی ناراضی تا خیلی راضی در قسمت اول و از خیلی بی اهمیت تا خیلی مهم در قسمت دوم درجه بندی شده بود. نمره کیفیت زندگی بیماران با استفاده از یک syntax کامپیوتری با استفاده از نرم افزار SPSS محاسبه گردید. دامنه تغییرات کیفیت زندگی و هر یک از منابع آن بین ۰ تا ۳۰ بود. این نمرات به سه گروه مطلوب (۲۰-۳۰)، نسبتاً مطلوب (۱۹-۲۰) و نامطلوب (۰-۹) طبقه بندی شدند.

بعد از آماده شدن پرسشنامه ها، پژوهشگر پس از بیان اهداف پژوهش و نحوه تکمیل پرسشنامه ها و گرفتن رضایت نامه کتبی از بیماران، ابزارهای موردنظر را برای تک تک واحد های مورد پژوهش تکمیل نمود.

اطلاعات به دست آمده از بیماران با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۳ تجزیه و تحلیل شد. برای توصیف نمونه از روش های آماری توصیفی، برای بررسی ارتباط بین متغیرها از آزمون آماری کای اسکوئر (Chi-Square) و ضریب همبستگی اسپیرمن (Spearman) و برای بررسی تاثیر متغیرهای مستقل (حمایت اجتماعی درک شده و اندازه شبکه اجتماعی) و متغیرهای فردی بر متغیر وابسته (کیفیت زندگی) از آنالیز رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد.

نتایج

توزیع فراوانی مشخصات فردی و کیفیت زندگی بیماران در جدول شماره یک و دو نشان داده شده است. میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران ۱۸/۲۲ بود بدین معنا که اکثر آنها کیفیت زندگی نسبتاً مطلوبی و درصد قابل توجهی نیز کیفیت زندگی خوبی داشتند.

معنی داری بین کیفیت زندگی و تاهل نشان داد ($p=0/022$)،
 $x=11/471$ (2).

ضرب همبستگی اسپیرمن ارتباط مثبت و معنی داری بین
 کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی درک شده ($p=0/000$)،
 $r_s=0/415$ ، حمایت همسر ($r_s=0/344$ ، $p=0/000$)، اعضای
 خانواده ($r_s=0/32$ ، $p=0/000$)، دوستان ($p=0/000$)،
 $r_s=0/245$ ، پرستار ($r_s=0/176$ ، $p=0/009$)، پزشک
 ($r_s=0/313$ ، $p=0/001$) و اندازه شبکه اجتماعی ($p=0/000$)،
 $r_s=0/245$ نشان داد، بدین معنا که هر چه اندازه شبکه
 اجتماعی بزرگتر بود و حمایت اجتماعی بیشتری از سوی منابع
 حمایتی درک می کردند کیفیت زندگی بهتری داشتند.

آزمون رگرسیون خطی چندگانه برای بررسی تأثیر حمایت
 اجتماعی درک شده و اندازه شبکه اجتماعی (به عنوان
 متغیر مستقل) و مشخصات فردی بر کیفیت زندگی (به عنوان
 متغیر وابسته) نشان داد، ۲۰ درصد تغییرات کیفیت زندگی
 مربوط به حمایت اجتماعی درک شده ($R^2=0/202$)،
 ۲۷/۱ درصد مربوط به حمایت اجتماعی درک شده و نوع درمان
 ($R^2=0/271$) و ۳۱/۶ درصد مربوط به حمایت اجتماعی درک
 شده، نوع درمان و وضعیت اقتصادی است ($R^2=0/316$)، ولی
 علی رغم ارتباط کیفیت زندگی و اندازه شبکه اجتماعی آزمون
 رگرسیون خطی چند گانه نشان داد، اندازه شبکه اجتماعی روی
 کیفیت زندگی تأثیری ندارد.

در مورد حمایت اجتماعی ۴/۱ درصد از بیماران حمایت را در
 سطح پایین (۹۲-۴۰)، ۴۸/۶ درصد در سطح متوسط
 (۹۳-۱۴۶) و ۴۷/۳ درصد در سطح بالا (۱۴۷-۲۰۰) درک
 کردند و میانگین نمره حمایت اجتماعی درک شده ۱۳۶/۴۴
 بود. توزیع فراوانی حمایت اجتماعی درک شده از سوی منابع
 حمایتی مختلف در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.
 بیشترین حمایت را از سوی همسران و سپس اعضای خانواده
 و کمترین حمایت را از سوی دوستان درک کردند. دامنه
 تغییرات اندازه شبکه اجتماعی بین (۲۰-۰) نفر با میانگین
 ۴/۱۷ نفر بود. بیماران در پاسخ به این سؤال که شما روی
 حمایت چه کسانی حساب می کنید ۵۲/۷ درصد همسر، ۴۵
 درصد برادر، ۴۶ درصد خواهر، ۳۰ درصد مادر، ۲۶/۴ درصد
 پدر، ۳۲/۲ درصد پسر، ۲۶/۳ درصد دختر، ۱۰/۹ درصد
 دوست، ۲/۷ همکار، ۱/۴ درصد پزشک و ۰/۹ درصد پرستار را
 به عنوان منابع حمایتی خود معرفی کردند. بیماران بیش از همه
 اعضای خانواده و همسرانشان را به عنوان افرادی حامی معرفی
 کردند. اطلاعات جمع آوری شده در مورد اندازه شبکه
 اجتماعی از طریق میانگین \pm انحراف معیار به سه گروه
 تقسیم بندی شدند. ۱۵/۵ درصد آن ها اندازه شبکه اجتماعی
 کوچک (۱-۰)، ۷۴/۵ درصد متوسط (۷-۲) و ۱۰ درصد بزرگ
 (۲۰-۸) داشتند. از بین متغیرهای فردی، نتایج ارتباط آماری

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان

کیفیت زندگی	تعداد	درصد
مطلوب	۸۷	۳۹/۵
نسبتاً مطلوب	۱۲۴	۵۶/۴
نامطلوب	۹	۴/۱

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی حمایت اجتماعی درک شده از سوی منابع حمایتی مختلف

منابع حمایتی	همسر	اعضای خانواده	دوستان	پرستار	پزشک
تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
پایین	۱۲(۷/۴۱)	۱۶(۷/۳)	۳۸(۱۷/۳)	۲۷(۱۲/۳)	۳۰(۱۳/۶)
متوسط	۲۹(۱۴/۹)	۵۸(۲۶/۳)	۷۹(۳۵/۹)	۸۱(۳۶/۸)	۶۴(۲۹/۱)
بالا	۱۲۱(۷۷/۶۹)	۱۴۶(۶۶/۴)	۱۰۳(۴۶/۸)	۱۱۲(۵۰/۹)	۱۲۶(۵۷/۳)
جمع	۱۶۲(۱۰۰)	۲۲۰(۱۰۰)	۲۲۰(۱۰۰)	۲۲۰(۱۰۰)	۲۲۰(۱۰۰)
میانگین \pm انحراف معیار	۳۱/۳۶ \pm ۶/۹	۳۰/۴۸ \pm ۶/۳۵	۲۷ \pm ۷/۵۸	۲۷/۸ \pm ۶/۱۴	۲۸/۳۴ \pm ۶/۹۶

بحث و نتیجه گیری

مطالعات متعددی روی اثرات منفی سرطان بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی تاکید کرده اند^(۱۲،۱۱،۱۳) در مطالعه حاضر نتایج نشان داد، کیفیت زندگی اکثر واحدهای مورد پژوهش در حد نسبتاً مطلوب بوده است و درصد نسبتاً بالایی از واحد های مورد پژوهش نیز کیفیت زندگی مطلوبی داشتند (۳۹/۵ درصد). Schaffer در این رابطه مطرح می کند واقعه تنش زا به یک اندازه افراد را تحت تاثیر قرار نمی دهد و این اثرات، به ویژگی های شخصیتی و ارزیابی فرد از عوامل تنش زا بستگی دارد.^(۱۴) عواملی مثل مراحل تکاملی، سن، عملکرد روانی قبلی بیماران به هنگام سازگاری اجتماعی با مشکلات، نگرش های فرهنگی و مذهبی، حمایت اجتماعی، شخصیت و اعتماد به نفس بیمار بر پاسخ شناختی بیماران نسبت به سرطان تاثیر می گذارد. افرادی که از عوامل تسهیل کننده بیشتری مثل حمایت اجتماعی و خانوادگی و روحیه معنوی برخوردارند بسیار سریعتر با بیماری خود سازگار می شوند و بیماری کمتر بر کیفیت زندگی آن ها تاثیر می گذارد.^(۱۵) در این پژوهش مطلوب بودن کیفیت زندگی بیماران را می توان به حمایت اجتماعی درک شده بالای بیماران از سوی اعضای خانواده بخصوص همسران، روحیه معنوی، ایمان به خدا و راضی بودن

به آنچه او برایشان مقدر کرده است (با توجه به سئوالات پرسشنامه کیفیت زندگی) و متأهل بودن درصد بالایی از واحدهای مورد پژوهش و ارتباط مثبت آن با کیفیت زندگی مطلوب نسبت داد. افراد متأهل نسبت به افراد مجرد، بیوه و مطلقه به دلیل این که حمایت بیشتری از سوی همسر و اعضای خانواده دریافت می کنند کیفیت زندگی بهتری دارند. از طرفی دیگر افراد مجرد اغلب افرادی با سنین پایین بودند که به خاطر شرایط سنی و مراحل تکاملی کیفیت زندگی آن ها ضعیف تر از افراد متأهل می باشد.^(۱۶،۱۷) افرادی که وضعیت اقتصادی بهتری دارند مشکلات مالی و علائم پریشانی کمتری را تجربه خواهند کرد زیرا نگرانی کمتری در مورد هزینه های بالای درمان، از دست دادن شغل و حقوق دارند، در نتیجه کیفیت زندگی بهتری خواهند داشت. همچنین مطالعات مختلف نشان دادند، ارتباط قوی بین درک علائم سرطان، در مان ها، جراحی های وسیع و انجام چندین روش درمانی به طور همزمان وجود دارد به طوری که درمان های همزمان نقص بیشتری در عملکرد و سلامتی بجا می گذارد و کیفیت زندگی به شدت کاهش می دهد.^(۱) در این مطالعه نیز نتایج حاکی از آن است که نوع درمان و وضعیت اقتصادی روی کیفیت زندگی تاثیر دارد.

را بزرگترین و بهترین منبع حمایتی می دانند. این خانواده ها به شدت به یکدیگر وابسته می باشند و حمایت درون گروهی (بین اعضای خانواده) را مهمتر از روابط خارج گروهی تلقی می کنند.^(۱۳)

خانواده ها اغلب به عنوان منبع اولیه مراقبت و حمایت برای بیمارشان محسوب می شوند و خودشان را در جهت تامین مراقبت از اعضای خانواده فدا می کنند. حتی اگر فرد گیرنده حمایت آسیب دیده باشد و قادر به جبران آن نباشد خانواده ها برای حمایت مداوم تلاش می کنند بعد از خانواده و خویشان نزدیک مراقبین حرفه ای قرار می گیرند. افراد حرفه ای می توانند در جهت توسعه منابع حمایت اجتماعی موجود مددجویان و یا به عنوان جانشین برای مددجویانی که شبکه اجتماعی در دسترس ندارند، فعالیت کنند و از آن ها حمایت نمایند.^(۱۹)

وجود روابط و پیوند های خانوادگی در میان ایرانیان دارای ریشه های عمیقی است. به عنوان مثال Pollac در این زمینه می نویسد: ایرانی ها تا اندازه ای به خانواده خود وابسته هستند که هر کاری از دستش برآید برای آن ها انجام می دهند و درک نمی کند که چگونه می شود دور از خانواده خود بسر برد و یا از کار و سرنوشت آن ها غافل ماند. Biman معتقد است در ایران تعهدات مربوط به رابطه صمیمانه و برابری در نهاد خانواده به بهترین وجه تبلور و استمرار می یابد. اعضای خانواده باید در جهت پیشبرد منافع دیگری و بقای کل خانواده بکوشند.^(۲۰)

در این پژوهش بیماران کمترین حمایت را از سوی دوستان درک کردند. زیرا بسیاری از دوستی ها در جوامع امروزی بر اساس داد و ستد های مادی و کاری می باشد در نتیجه با آسیب یکی از طرفین ارتباط و عدم توانایی برای جبران حمایت آن ها این روابط متوقف می شود. کافی نیز در رساله خود بیان می کند، در جامعه مدرن امروزی دوستی ها همچنان

مطالعه حاضر نشان داد، اعضای خانواده و همسران مهم ترین و اصلی ترین منبع حمایت اجتماعی از بیماران و سپس پزشک، پرستار و دوستان بودند و بیماران در پاسخ به این سؤال که شما روی حمایت چه کسانی حساب می کنید اکثراً همسر، مادر، پدر، برادر، خواهر، پسر و دختر را به عنوان منابع حمایتی خود معرفی کردند و تعداد کمی دوستان، پزشک و پرستار را به عنوان منابع حمایتی نام بردند، نتایج این پژوهش با نتایج مطالعه Yan و همکارانش (۲۰۰۴) مطابقت دارد در آن مطالعه ۴۵۰ نفر همسر، ۲۷۷ نفر اعضای خانواده، ۱۱۱ نفر دوستان و ۴۶ نفر مراقبین حرفه ای رابه عنوان منبع حمایتی شان معرفی کردند.^(۱۱) در پژوهشی که توسط Sammarco و همچنین کان و همکارانش روی بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شد بیماران حمایت اجتماعی را در سطح نسبتاً بالا به خصوص از سوی همسران و اعضای خانواده درک کردند.^(۱۳، ۱۸) وقتی از مردم خواسته می شود که منابع حمایتی خود را بیان کنند آن ها اغلب نام منابع غیر رسمی مثل همسر، فرزندان، والدین، دوستان و خویشان را بیان می کنند و کمتر به منابع رسمی مثل پزشک، پرستار، اعضای کلیسا و مشاوره ها اشاره می نمایند.^(۱۴)

مطالعات مختلف نیز همسر را به عنوان مهمترین منبع حمایتی در بحران های و شرایط تنش زا زندگی معرفی کرده است.^(۱۱) همسران معمولاً اولین کسانی هستند که در دوران بحران به عنوان منبع حمایتی عمل می کنند. Brown and Harris در سال ۱۹۷۸ دریافتند که رابطه مستحکم با والدین، خواهر، برادر و یا دوستان کمبود روابط مستحکم با همسر را جبران نمی کند و نمی تواند مانع افسردگی و تنش در بیماران به هنگام بروز حوادث منفی زندگی شود.^(۱۲) نتایج این مطالعه نیز نشان داد ارتباط قوی تری بین حمایت همسر با کیفیت زندگی نسبت به منابع حمایتی دیگر وجود داشت. مطالعه بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال در چین نشان داد، که بیماران افراد خانواده

به عنوان منبع بالقوه همبستگی به شمار می آید ولی از اهمیت بالقوه ای برخوردار نیست.^(۲۰)

مطالعات مختلف، مراقبین حرفه ای را منبع اصلی حمایت اطلاعاتی می دانند و این گروه به ندرت به عنوان منبع حمایت عاطفی معرفی شده اند. Chan و دیگران (۲۰۰۱) در مقاله خودشان در مورد حمایت اجتماعی درک شده بیماران مبتلا به سرطان نوشتند، همه بیماران روی اهمیت فعالیت های حمایتی پزشکان و پرستاران تاکید داشتند و بسیاری از آن ها انتظار دارند که حمایت عاطفی از مراقبین حرفه ای خود دریافت کنند ولی اکثر بیماران از حمایت دریافتی از آن ها راضی نبوده اند. یکی از آن ها گفت: «پزشکان و پرستاران به علت حجم کاری زیاد دائم در حال عجله کردن هستند.»^(۳) مطالعات مختلف بر تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی در همه ابعاد تاکید کرده اند. حمایت اجتماعی باعث تغییرات ادراکی افراد از وقایع تنش زا می شود. به طوری که افراد کمتر احساس فشار کرده و اثرات تنش بر آن ها کاهش می یابد.^(۱۶) حمایت اجتماعی از طریق تغییر ارزشیابی افراد از حوادث تنش زای زندگی مثل بیماری سرطان، کاهش پاسخ روانی منفی به این عوامل تنش زا بر رفتارهای بهداشتی، نتایج بیماری و درمان ها اثر می گذارد.^(۱۳) به طور کلی بسیاری از محققین ادعا نمودند که حمایت عاطفی روی سلامتی فیزیکی، روانی اجتماعی و اقتصادی اثرات مثبت دارد و باعث ارتقای کیفیت زندگی بیماران می شود و نوعی احساس خوب نسبت به زندگی و مقابله بهتر با شرایط در بیماران ایجاد می کند. بیمارانی که حمایت عاطفی کمتری دریافت می کنند ارزیابی عمومی ضعیف تری از زندگی و به طور کلی کیفیت زندگی دارند.^(۵،۴،۲) در این مطالعه نیز افرادی که حمایت اجتماعی بیشتری به خصوص از سوی اعضای خانواده و همسرانشان دریافت کردند کیفیت زندگی بهتری داشتند. بیماران اغلب حمایت عاطفی و مالی را از هر منبعی که باشد با ارزش می

دانند و حمایت عاطفی کمی را از پزشکان انتظار دارند اما امید دارند که آن ها را به درستی درمان کنند، حمایت اطلاعاتی خوبی به آن ها ارائه دهند و به سوالاتشان با حوصله و دقت پاسخ دهند.^(۱۳)

ارتباط ضعیف بین حمایت پرستار و کیفیت زندگی را می تواند مربوط به نارضایتی و فرسودگی شغلی پرستاران دانست. نارضایتی و فرسودگی شغلی باعث تضعیف سلامت جسمانی و روانی و کاهش ارتباطات خواهد شد.^(۲۱) و بر رفتارهای مراقبتی آن ها تاثیر گذاشته و باعث کاهش کیفیت و کمیت مراقبت ارائه شده به بیماران می شود و با رضایت و یا نارضایتی بیماران ارتباط دارد.^(۲۲) البته این موضوع نیز قابل ذکر است که در فرهنگ ما علاوه بر پیوندهای قوی، عشق، دوستی، محبت و احساس رضایت خاطر از با هم بودن بین اعضای خانواده، اکثر افراد حمایت کننده از بیماران به خاطر بینش مذهبی و معنوی برای رضای خدا از بیماران مراقبت می کنند و اعتقاد دارند که خداوند در مقابل این اعمال نیک به آن ها پاداش خواهد داد و از این کمک احساس آرامش و نزدیکی به خدا را دریافت می کنند. در حقیقت آن ها قبل از معامله با بیماران با خداوند مبادله می کنند و انتظار پاداش از او دارند.

نتایج ارتباط معنی دار و ضعیفی بین اندازه شبکه اجتماعی و کیفیت زندگی نشان داد، تحقیقات مختلف 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 می کنند بیماران حمایت بیشتری از منابع مختلف دریافت می کنند.^(۱۹) یک شبکه حمایتی بزرگ کمک های مالی فراوان و امنیت بیشتری در حیطه اقتصادی- اجتماعی برای بیماران مبتلا به سرطان فراهم می کند و می تواند بر کیفیت زندگی بیماران اثرات مثبتی به جا می گذارد.^(۱۳)

البته باید اشاره کرد، شبکه اجتماعی محیطی است که در آن حمایت اجتماعی مبادله می شود. یک شبکه اجتماعی بزرگ

اندازه شبکه اجتماعی بزرگی داشته باشد ولی آن ها در دسترس نباشند و یا حمایتی که ارائه می دهند از نظر بیمار حمایتی درک نشود.

با توجه به نتایج این مطالعه لازم است، پرستاران پیوسته نیازهای حمایتی بیماران را از نظر کیفیت و کمیت بررسی کرده و در جهت ارتقاء حمایت اجتماعی و گسترش شبکه حمایتی آنان اقدام نمایند و با بسیج منابع حمایتی موجود در جامعه و مشارکت خانواده در جهت ارتقاء کیفیت زندگی بیماران گام بردارند. با تقسیم بار زحمت حمایت از بیماران، هم کیفیت حمایت ارائه شده بهبود یافته و هم سلامتی بیماران و خانواده‌های آن ها در حد بهتری تامین می گردد. لذا لازم است پرستاران در آموزش خانواده ها جهت حفظ رابطه ای حمایتی و عمیق با بیمارانشان تاکید نمایند.

با توجه به اینکه حمایت اجتماعی درک شده فقط ۲۰٪ از تغییرات کیفیت زندگی را توجیه می کند، لازم است مطالعات دیگری برای شناخت عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان انجام شود.

الزاماً به معنی حمایت زیاد نیست بلکه کیفیت روابط و دسترسی افراد به شبکه های حمایتی علاوه بر شمار افراد موجود در شبکه به پذیرش حمایت کمک می کنند. داشتن ارتباطات قوی با اعضای شبکه برای بدست آوردن حمایت از اندازه شبکه اجتماعی مهمتر است و به افراد کمک می کند تا شرایط مطلوبی فراهم گردد به گونه ای که عملیات حمایت و درک آن بوسیله گیرنده بهبود یابد. شبکه اجتماعی بسیار مطلوب، در دسترس، نیرومند و با کیفیت بالا به ایجاد رفتارهای حمایتی مطلوب کمک می کند.^(۱۴) دسترسی افراد به حمایت اجتماعی، کفایت و کیفیت حمایت و نوع حمایت ارائه شده مهمتر از کمیت اندازه شبکه اجتماعی است. ممکن است یک فرد اندازه شبکه اجتماعی بزرگی داشته باشد ولی آنها در دسترس نباشند و یا حمایتی که ارائه می دهند از نظر بیمار حمایت درک نشود.^(۶) نتایج نشان داد حمایت اجتماعی درک شده نسبت به اندازه شبکه اجتماعی بیماران روی کیفیت زندگی بیماران اثربیشتری گذاشته برای ارتقاء کیفیت زندگی مهمتر است و در واقع همبستگی این متغیر با کیفیت زندگی بیشتر از اندازه شبکه اجتماعی است. ممکن است یک فرد

فهرست منابع

- 1- Smeltze R, Bir B. Brunner & Suddarths textbook of medical surgical pain, electrolit, shock, cancer and end of life care. Translated by Ebrahimi N and et al. 1st ed. Tehran: Salemi; 2003.p:179-180
- 2- Matsushita T, Matsushima E, Maruyama M. Psychological state, quality of life and coping style in patients white digestive cancer. *Gen hosp psychiatry* 2005; 27:125-132.
- 3- Mohhaghghi MA. "Terminal report design of search plan national registration cancer" present model public center of record cancer. 2002, p:25-35.[Persian]
- 4- Lukman J. Text book of medical surgical nursing. 3st vol.3. Translated by Ebrahimi N. 1st ed.Tehran: Aeejeh; 2002; P: 285- 290.[Persian]
- 5- Courtens AM, Stevens FCJ, Crebolder HFJM, Philipsen H. Longitudinal study and quality of life and social support in cancer patients. *Cancer Nurs* 1996; (3): 162-169.
- 6- 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.
- 7- Chan CWH, Molassiotis A, Yam B, Chan SJ, lam CSW. Traveling through the cancer trajectory: Social support perceived by women with gynecologic cancer in Hong Kong. *Cancer Nurs* 2001; 24(3):212-219.
- 8- Suarez L, Ramirez AG, Villarreal R, Marti J, Mcalister A, Talavera GA, et al, editors. Social networks and cancer screening in four Hispanic groups. *Am J Prev Med* 2000; 19(1):47-52.

- 9- Lee EH, Chung BY, Park HB, Chun KH. 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.
- 10- Burleson BR, Albrecht TI, Sarason IG. Communication of social support messages interactions, relationships and community. 2nd ed. Thousand oaks: Sage publication; 2000; P. 87-100.
- 11- Helgeson VS, Cohen S. Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychol* 2004; 15(2): 135-148.
- 12- Grant MM, Rivera LM. Evaluation of quality of life in oncology and oncology nursing. In: King CR, Hinds P, editor. Quality of life from nursing and patient perspective theory, Research Practice. 1st ed Philadelphia: Jones and Bartlett publishers Sudbury Massachusetts; 1998 P. 37-53.
- 13- Chan CWH, Hon CH, Chien WT, Lopez V. Social support and coping in Chinese patient undergoing cancer surgery. *Cancer Nurs* 2004; 27(3): 230-236.
- 14- Schaffer MA. Social support. In: Petersoon S, Bredow TS, editor. Middle range theories application to nursing research. 1st ed Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004; p.179-202.
- 15- Shell GA, and Kirs CH. Psychosocial issues, outcomes and quality of life. In SE Otto. Oncology Nursing 4th ed. St Louis: Mosby an aharcourt health sciences company; 2001 p. 948-970.
- 16- Tan M, Karablutlu E. Social support and hopeless in Turkish patients and cancer. *Cancer Nurs* 2005; 28(3):236-242.
- 17- Mishael YI, Berkman IF, Colditz GA, Holms MD, Kawachi I. Social networks and health-quality of life in breast cancer survivors and prospective study. *J Psychosoma Reserch* 2002; 52: 285-293.
- 18- Sammarco A, Perceived social support uncertainty, and quality of life of younger survivors *Cancer Nurs* 2001; 24(3): 212-219.
- 19- Tilden VP, Nelson CA. Social support. In: lindeman C, macatie C, editor. Fundamentals contemporary nursing practice. 1st ed Philadelphia: W.B saunders; 1999. P.857-876.
- 20- Kafi MA. "Planning pattern of sociological social isolation in Tehran" PhD dissertation, Modares University, 2004.[Persian]
- 21- Rafiee F. "survey amount of burnout and relation this with applying coping methods by nurses working in accidental and burning hospital of Tehran and comparison this with working in these hospitals ". MSc thesis, Midwifery and nursing college of Iran University of Medical Sciences. 1994.[Persian]
- 22- Rafiee F. "Planning theory of nursing management from burn patients". PhD dissertation, Midwifery and nursing college of Iran University of Medical Sciences, 2004.[Persian]

Correlation of Perceived Social Support from Different Supportive Sources and the Size of Social Network with Quality of Life in Cancer Patients

*S. Heydari¹ MSc A. Salahshourian-fard² MSc F. Rafiee³ PhD
F. Hoseini⁴ MSc

Abstract

Background and Aim: Cancer produces many problems in all dimensions of human life. and cause increased supportive needs patients. Dramatic increase in the number of cancer patients, different treatments and health care costs highlights the need for a better social setting towards a healthy life. Present study determines the correlation between perceived social support from different and supportive sources and size social network with quality of life in cancer patients

Material and Method: A descriptive correlational design was used for this study. Using continuous sampling 220 patients from Firoozgar, Hazrat-e-Rasool hospitals and Emam Khomeini (rah) Cancer Institute recruited for participation in the study. They were asked to respond to Nortouse Social Support (SSQ) and the Ferrans and Powers Quality of Life Index- cancer version (QLI-CV) questionnaires. The computer software SPSS 13 was used for data analysis. Descriptive statistics, chi-square tests, spearman correlation and multiple linear regression tests were used.

Results: Findings showed that more than half of the patients (56.4%) had experienced a moderately good quality of life, and most of them perceived moderate social support from their middle-sized social networks. A statistically significant positive correlation was found between quality of life and perceived social support ($r_s=0.415$, $P=0.00$), particularly support from spouses and family members. Also, there was statistically significant positive correlation between quality of life and size of social network ($r_s=0.245$, $P=0.00$). Multiple linear regression test showed that 31.6% of variation in the quality of life was related to perceived social support, type of treatment and economic status.

Conclusion: Oncology nurses are recommended to apply the finding for enhancing the social networks of cancer patients and give them suitable support. Study results demonstrated that perceived social support, type of treatment and economic status accounted for 31/6% of variations of quality of life and a large amount of variance remains unexplained, so further researches is needed.

Keywords: Quality of life - Perceived social support - Supportive sources - Social network - Cancer patients

Received: 9 Nov, 2008

Accepted: 16 Dec, 2009

◆ This article has been excerpted from a dissertation

¹ Senior Lecturer, School of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences and Health Services, Esfahan, Iran (*Corresponding Author) Tel:09127500502 Email:heidari_saeide@yahoo.com

² Senior Lecturer, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

³ Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery and Member of Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

⁴ Senior Lecturer, School of Management and Medical Information, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran