تأثیر سرمایه اجتماعی بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان[1]

سیده‌محبوبه حسینی*، میرطاهر موسوی**، حسن رفیعی***، پوریا رضاسلطانی****

مقدمه: *امروزه، بررسی کیفیت زندگی به دلیل پیشرفت‌های تشخیصی، درمانی و میزان بقای مبتلایان به سرطان پستان به عنوان یک موضوع مهم سلامت مطرح می‌باشد. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر سرمایهٔ اجتماعی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شده است.*

روش: *مطالعهٔ حاضر مطالعه‌ای است مداخله‌ای که روی ۲۹ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان کاشانی شهرکرد در سال‌های ۹۱-۱۳۸۹ که بر اساس معیارهای ورود و از طریق نمونه‌گیری غیراحتمالی (در دسترس) انتخاب شدند، صورت پذیرفت. گروه مداخله، مداخلاتی ابداعی جهت ارتقاء سرمایهٔ اجتماعی دریافت نمودند. ابزارهای مورد استفاده، پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه کیفیت زندگی فرنس و پاورز، پرسشنامه سنجش سرمایهٔ اجتماعی درون‌گروهی (طرح سنجش سرمایهٔ اجتماعی در ایران) و پرسشنامه سنجش سرمایهٔ اجتماعی بین‌گروهی (طیف سام) بودند.*

یافته‌ها: *قبل از اجرای مداخله، هر دو گروه از نظر متغیرهای مطالعه همسان بوده‌اند، اما پس از اجرای مداخله، سرمایهٔ اجتماعی و کیفیت زندگی در گروه مداخله افزایش و در گروه مقایسه ثابت مانده و یا کاهش یافته بود.*

بحث: *زنان از مهم‌ترین ارکان جامعه می‌باشند، بنابراین بهبود کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان نه تنها سبب بهبود بقای آنان می‌شود، بلکه سبب انسجام ساختار خانواده نیز می‌گردد. باتوجه‌به نتایج این مطالعه، افزایش سرمایهٔ اجتماعی نیز باعث ارتقاء کیفیت زندگی می‌شود، لذا می‌توان از روش‌های ارتقا دهندهٔ سرمایهٔ اجتماعی به عنوان راهی جهت بهبود کیفیت زندگی استفاده نمود.*

واژگان کلیدی: سرطان پستان، سرمایهٔ اجتماعی، کیفیت زندگی

تاریخ دریافت۹۲/۱۰/۱۴ تاریخ پذیرش:۹۳/۱/۱۹

۱- این مقاله برگرفته از پایان‌نامه خانم محبوبه حسینی به راهنمایی دکتر میرطاهر موسوی و مشاوره دکتر حسن رفیعی می‌باشد.

* کارشناس‌ارشد رفاه اجتماعی، دانشگاه علـوم بهزیسـتی و تـوان‌بخشـی، تهـران، ایـران <mahboobehosseini42@gmail.com> (نویسنده مسئول)

** دکتر جامعه‌شناس، مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران

*** روانپزشک، گروه آموزشی رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران

**** کارشناس ارشد آمار، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-09]

مقدمه

علی‌رغم پیشرفت‌های قابل‌توجه علم پزشکی، همچنان سرطان به عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قرن حاضر و سومین علت مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلب و عروق و حوادث ترافیکی مطرح است (مؤسسه تحقیقات، آموزش و پیشگیری از سرطان، ۱۳۹۱). سرطانها گروهی از بیماریها با تنوع حدود یکصد نوع مختلف بوده که ناشی از رشد بدخیم سلول‌های بدن هستند. سرطان پستان که حاصل رشد خارج از مهار و بدخیم تومورهای سلول اپی تلیال پوشانندهٔ مجاری یا لوبول‌های بافت سینه در زنان است، یکی از شایع‌ترین سرطانها در میان زنان محسوب می‌شود و دومین علت شایع مرگ در بین آنان به شمار می‌رود (برونر و سودارث، ۲۰۰۷).

بر اساس آمار سازمان بهداشت آمریکا، در جهان سالانه بیش از۱/۶ میلیون مورد جدید سرطان پستان در میان زنان شناسایی می‌شود که این رقم معادل ۱۰٪ کل موارد جدید سرطان و ۲۳٪ از کل سرطان‌های زنان می‌باشد. تخمین زده می‌شود که در حال حاضر حدود ۴/۴ میلیون زن در جهان زندگی می‌کنند که در طی ۵ سال گذشته سرطان پستان در آنها تشخیص داده شده است. در حال حاضر سالیانه بیش از ۷ میلیون نفر در جهان در اثر ابتلا به سرطان پستان جان خود را از دست می‌دهند و پیش‌بینی می‌شود که تعداد موارد جدید ابتلا تا سال ۲۰۲۰ از ۱۵ میلیون نفر به ۲۰ میلیون نفر برسد. میزان بروز اختصاصی سنی سرطان پستان در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت زنان در جهان ۳۷/۵ نفر، در کشورهای پیشرفته ۶۷/۸ نفر و در کشورهای کمتر توسعه‌یافته ۲۳/۸ نفر می‌باشد (انجمن سرطان امریکا،۲۰۱۱). میزان بروز این بیماری در کشورهای توسعه‌یافته سالانه ۱ تا ۲٪ و در کشورهای کمتر توسعه‌یافته تا حدود ۵٪ افزایش می‌یابد (گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی، ۱۳۸۸).

طبق آمار وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۸، تعداد بیماران مبتلا به سرطان پستان در کشور ۷۶۰۰ مورد بوده که با تقریب کم، بین ۸۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰ مورد به طور سالانه است. بروز این

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-09]

بیماری در ایران ۳۰ در ۱۰۰ هزار نفر است که باتوجه‌به وضعیت کنونی این بیماری در سطح جهانی، شیوع تقریباً متوسطی داشته است. اما آنچه که در ایران احساس خطر را بیشتر می‌کند، این است که سن ابتلا به این بیماری حدود یک دهه پایین‌تر از زنان جهان است و این نشان‌دهندهٔ اهمیت این بیماری است (گزارش ثبت موارد کشوری سرطان، ۱۳۸۸). روند بروز این بیماری در طی چند سال اخیر افزایشی بوده و تا سال ۲۰۳۰ تظاهر بیماری سرطان پستان در کشورهای در حال توسعه بیشتر از کشورهای توسعه‌یافته می‌باشد، چرا که کشورهای توسعه‌یافته از طریق غربالگری، تشخیص و شناسایی این بیماری را بهبود بخشیده‌اند. با وجود این، در ۵ سال اول ابتلا به این بیماری ۷۰ تا ۸۰٪ احتمال بهبود وجود دارد و این رقم به علت دستاوردهای علمی و با تشخیص زودرس به دست آمده است. میزان بقای پنج ساله سرطان سینه ۷۱٪ است و منظور از بقای ۵ ساله، بقای بیمار بدون هیچ‌گونه عارضه بیماری بعد از طول مدت درمان می‌باشد (پژوهشکده سرطان پستان جهاد دانشگاهی، ۱۳۹۲).

این بیماری باعث افزایش احساس وابستگی، کاهش اعتماد به نفس، افزایش احساس آسیب‌پذیری، گیجی، درد، علائم آسیب‌پذیری جسمی و افکار آشفته گشته، عملکردهای روزانه، فعالیت‌های اجتماعی و آرامش فکری را نابسامان می‌نماید. به علاوه باعث می‌شود این بیماران نتوانند در فعالیت‌های اجتماعی معمول شرکت کنند و در عوض نقش‌های جدیدی مطرح ساخته، باعث می‌شود بیماران به دیگران وابسته شده و کمتر قادر به حمایت‌کردن از دیگران باشند (هالگسون[1]، ۱۹۹۶). تمامی این مشکلات، علاوه بر بستری شدن‌های طولانی، مراجعات مکرر به پزشک، درمان‌های مختلف و هزینه‌های بالای درمان باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران در ابعاد مختلف می‌شود (شل و همکاران[2]، ۲۰۰۱).

1. Halgeson
2. Shell

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-09]

کیفیت زندگی ساختاری پویا و ذهنی است که به مقایسه وضعیت زندگی گذشته با حوادث اخیر در همهٔ جوانب مثبت و منفی می‌پردازد. ماهیت ذهنی کیفیت زندگی، به ادراک افراد در مورد وضعیت زندگی‌شان به جای گزارش دیگران می‌پردازد و بر اساس تعریف فرانس و پاورز، از خشنودی یا عدم خشنودی از حیطه‌هایی از زندگی که برای فرد اهمیت دارند، نشأت می‌گیرد. بنابراین، بیماران با مشکلات مشابه، ممکن است نظرات متفاوتی در مورد کیفیت زندگی داشته باشند و آن را به صورت‌های مختلفی گزارش کنند (حیدری و همکاران، ۱۳۸۶). با وجود افزایش طول عمر و میزان بقا، باید عوارض بعد از درمان این بیماری را برطرف کرد تا بتوان کیفیت زندگی این بیماران را بهبود بخشید (پژوهشکده سرطان پستان جهاد دانشگاهی، ۱۳۹۲).

اقدامات حمایتی، در بهبود وضعیت سلامت عمومی و کیفیت زندگی این بیماران در حین شیمی درمانی مؤثر می‌باشند. به عبارت دیگر، به دلیل موقتی بودن عوارض ایجاد شده در خلال درمان‌های کمکی، می‌توان در این مدت با تشکیل جلسه‌های مشاوره با بیماران و خانواده آنها، ضمن تشریح وضعیت موجود، به انسجام وضعیت خانوادگی بیمار و تقویت شبکهٔ حمایتی خانوادهٔ او کمک نمود. این امر به بهبود عملکرد جسمی، روانی و احساسی بیمار کمک بزرگی خواهد نمود (هالگسون، ۱۹۹۶). در ضمن، تشویق بیمار به شرکت در محافل اجتماعی و ترتیب‌دادن گروههای حمایتی و عضویت در انجمن‌های مربوط و تلاش در جهت تقویت روابط اجتماعی می‌تواند به بهبود عملکرد اجتماعی‌اش کمک کند (ملک‌پور، ۱۳۸۹).

بنابراین می‌توان گفت گسترش و تسهیل شبکهٔ ارتباطات و پیوندهای اجتماعی، سطح دسترسی افراد و گروهها را به منابع اقتصادی و اجتماعی ارتقا می‌دهد. این پیوندها و ارتباطات که می‌توان به آنها نام سرمایهٔ اجتماعی داد، در اشکال متفاوت خود (درون‌گروهی و برون‌گروهی) به مثابهٔ نوعی چسب باعث می‌شوند که عناصر موجود در جامعه به هم

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-09]

اتصال یابند و کنش‌های جمعی از قبیل تعاون، حمایت‌های اجتماعی و... تسهیل گردند که خود سبب ارتقای کیفیت زندگی خواهد شد (موسوی، ۱۳۸۶).

بر اساس تعریف بوردیو، سرمایهٔ اجتماعی حاصل جمع منابع بالقوه و بالفعلی است که نتیجهٔ مالکیت شبکهٔ بادوامی از روابط نهادینه شده بین افراد و به عبارت ساده‌تر، عضویت در یک گروه است. البته سرمایهٔ اجتماعی مستلزم شرایطی به مراتب بیش از وجود صرف شبکهٔ پیوندهاست. در واقع، پیوندهای شبکه‌ای می‌باید از نوع خاصی، یعنی مثبت و مبتنی بر اعتماد باشند (شارع‌پور، ۱۳۸۴).

پس سرمایهٔ اجتماعی، نوعی ابزار دسترسی به منابع اقتصادی و فرهنگی، از طریق ارتباطات اجتماعی می‌باشد. تأکید بوردیو بر مشارکت فرد در شبکه‌های اجتماعی است که این مشارکت سبب دسترسی او بر منابع و امکانات گروه می‌شود. پس، نظریهٔ بوردیو به فهم این نکته کمک می‌کند که چگونه فرد می‌تواند با استفاده از سرمایهٔ اجتماعی، موقعیت اقتصادی خود را در جامعه بهبود بخشد (تاجبخش، ۱۳۸۴). اشاره بوردیو به پیوندهای خانوادگی، در شبکهٔ روابط برون‌گروهی و ارتباط سطوح متفاوت قدرت به ما کمک می‌کند تا با الهام از دیدگاه ولکاک و نارایان[1]، سرمایهٔ اجتماعی را در سه بُعد درون‌گروهی، برون‌گروهی و ارتباطی در نظر بگیریم. تفاهم و پشتیبانی متقابل که بده‌بستان‌های خاص درون‌گروهی را تقویت می‌کند، محصول سرمایهٔ اجتماعی درون‌گروهی است که از متن پیوندهای خانوادگی، همسایگی و دوستی برمی‌خیزد. تقویت اتصال به منابع خارجی و تسهیل انتشار اطلاعات، دو کارکرد اصلی سرمایهٔ اجتماعی برون‌گروهی است که از طریق شبکه‌های اجتماعی و عضویت در انجمن‌ها و گروههای غیرمحلی حاصل می‌شود. در نهایت، دسترسی افراد و گروهها به بخش‌های مختلف دولتی، غیردولتی و بازرگانی به میزان سرمایهٔ ارتباطی آنها بستگی دارد که به رابطهٔ میان افراد و ساختار قدرت رسمی اشاره دارد (ازکیا و غفاری، ۱۳۸۵).

1. Woolcock and Narayan

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-09]

بنابراین، باتوجه‌به مطالب پیش‌گفته، بر آن شدیم تا پس از طراحی مداخله‌ای، جهت ارتقاء سرمایهٔ اجتماعی، تأثیر سرمایهٔ اجتماعی را برکیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان بررسی نماییم.

پیشینهٔ تحقیق

در مورد رابطهٔ سرمایهٔ اجتماعی و کیفیت زندگی تحقیقات بسیاری صورت گرفته است که غالباً در قالب تحقیق توصیفی و همبستگی بوده است و جهت تأثیر و رابطه مشخص نیست. به طوری که نمی‌توان گفت آیا افرادی که سرمایهٔ اجتماعی بالاتری دارند، کیفیت زندگی بهتری دارند و یا بالعکس؟ در مطالعات مداخله‌ای نیز، تحقیق چندانی در مورد سرمایهٔ اجتماعی صورت نگرفته و معمولاً تأثیر حمایت اجتماعی، روابط اجتماعی، شبکه‌ها و انجمنها و... بر کیفیت زندگی، تندرستی، سلامت، سلامت اجتماعی، امیدواری و... سنجیده شده است.

از مطالعات توصیفی انجام‌گرفته در این زمینه، می‌توان به مطالعات ویکفیلد[1] (۲۰۰۵)، فرانکو (۲۰۰۶)، روسلان و همکاران (۲۰۱۰)، بورگونوی[2] (۲۰۱۰)، پیروی (۱۳۸۴)، ماجدی (۱۳۸۵)، گروسی (۱۳۸۶)، حیدری (۱۳۸۶)، زاهدی اصل (۱۳۸۷)، ایمان (۱۳۸۷)، رامبد (۱۳۸۷)، اونق و غفاری (۱۳۸۷)، نوغانی (۱۳۸۷)، کامران (۱۳۸۷)، حریرچی و همکاران (۱۳۸۸)، خداپناهی (۱۳۸۹)، امینی رارانی (۱۳۸۹) و سیدان (۱۳۸۹) اشاره کرد که از طریق آزمون‌های همبستگی به رابطهٔ مثبت بین حمایت اجتماعی، سرمایهٔ اجتماعی و مؤلفه‌های آن با کیفیت زندگی، تندرستی، سلامت، سلامت اجتماعی، امیدواری پی برده‌اند.

از مطالعات مداخله‌ای نیز می‌توان به مطالعه لافلین (۲۰۱۲) اشاره کرد. وی برای بهبود

1. Sarah E. L. Wakefield
2. Francesca Borgonovi

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-09]

کیفیت زندگی بازماندگان سرطان، مداخلاتی از طریق شبکه‌های اجتماعی و برنامه‌های ویدیویی انجام داد. وی ۱۴ نوجوان را که در دوران کودکی سرطان داشتند و اکنون زنده و تندرست بودند به مدت شش ماه در شبکه‌های اجتماعی و برنامه‌های ویدیویی که آنها تجارب و مسائل‌شان را با دیگران در میان می‌گذاشتند قرار داد. طبق نتایج این تحقیق، افرادی که سطوح پایین‌تری از سرمایهٔ اجتماعی درون‌گروهی، حمایت اجتماعی ضعیف‌تر از طرف دوستان و خانواده و تعاملات خانوادگی کمتری نسبت به سایر افراد داشتند، بیشتر در مداخلات شرکت داده شدند. وی شش عامل را آزمود که مشارکت این افراد در شبکه‌ها و برنامه‌های ویدیویی مناسب برای رفع نیازهای‌شان را تحت تأثیر قرار می‌داد. این شش عامل عبارت بودند از: ۱- سرمایهٔ اجتماعی که به عنوان منبعی برای فرد که از طریق طیف وسیعی از روابط اجتماعی به دست می‌آید، تعریف شد. ۲- حمایت اجتماعی، ۳- تعاملات خانوادگی، ۴- خودکارآمدی، ۵- افسردگی، و ۶-کیفیت زندگی که توسط فرد گزارش می‌شد. یافته‌ها حاکی از این است که این افراد از شبکه‌های اجتماعی به عنوان راهی جهت برآوردن نیازهایی که در زندگی خصوصی و بدون ارتباط با دیگران برآورده نشدند، استفاده کردند. بنابراین، بین ویژگی‌های این افراد، شرکت در زندگی اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی پویا که برای تأمین ارتباطات، حمایت و اطلاعات طراحی شده‌اند، با میزان و نحوهٔ ارضاء نیازهای‌شان رابطه وجود داشت.

در ایران نیز، ملک‌پور (۱۳۸۹) در یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده، تأثیر مثبت گروههای همیار بر کیفیت زندگی و پذیرش درمان بیماران مبتلا به سرطان پستان را نشان داد که مشابه‌ترین تحقیق با مطالعه حاضر می‌باشد.

از آنجایی که مطالعات پیشین عمدتا از طریق همبستگی به رابطهٔ بین سرمایهٔ اجتماعی و کیفیت زندگی پی برده‌اند و هنوز معلوم نیست که آیا با افزایش سرمایهٔ اجتماعی می‌توان کیفیت زندگی را ارتقاء داد یا خیر، بر آن شدیم تا از طریق طراحی مطالعه‌ای مداخله‌ای، تأثیر

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-09]

افزایش سرمایهٔ اجتماعی (از طریق افزایش ارتباطات و دسترسی به منابع و آگاهی) را بر کیفیت زندگی (در چهار حوزهٔ سلامتی/کارکرد، اجتماعی/اقتصادی، روانشناختی/معنوی و خانواده) در مبتلایان به سرطان پستان بررسی نماییم.

چارچوب نظری

نان لین از جمله اولین متفکرانی است که در سال ۱۹۸۲ تئوری سرمایهٔ اجتماعی و تأثیرش بر سلامتی، رضایت از زندگی و احساس خوشبختی را مطرح کرد. وی با طرح نظریهٔ منابع اجتماعی (۱۹۸۲) مطرح نمود: دستیابی به منابع اجتماعی و استفاده از آنها می‌تواند به موقعیت‌های اجتماعی–اقتصادی بهتر منجر شود. لذا او در سال‌های اخیر (۱۹۹۸) مفهوم سرمایهٔ اجتماعی را به عنوان منابع نهفته در ساختار اجتماعی مطرح کرد که با کنش‌های هدفمند قابل دسترس می‌باشند (توسلی، ۱۳۸۴).

او بر سه نوع سرمایهٔ اجتماعی تأکید دارد: درون‌گروهی، برون‌گروهی و نهادی. سرمایهٔ درون‌گروهی (قیود پیوندی) به تعداد تماس‌های اجتماعی فرد با دیگران در طول روز گفته می‌شود. نان لین در سرمایهٔ برون‌گروهی (قیود آوندی) بر سرمایهٔ خویشاوندی، اعتماد و حمایت اجتماعی که از دوستان و آشنایان نزدیک کسب می‌کند، تأکید می‌کند و نهایتاً در سرمایهٔ نهادی (قیود هم‌آوندی) به عضویت و مشارکت فرد در گروهها، نهادهای بزرگ و انجمن‌های داوطلبانه اشاره دارد (توسلی، ۱۳۸۴).

نان لین در مدل‌هایش سطح خُرد را با سطح کلان تلفیق نموده و به مدلی در سطح میانه دست یافت . او سرمایهٔ اجتماعی در سطح خُرد یعنی خانواده و گروههای کوچک را با سرمایهٔ اجتماعی در سطح میانه مثل اعتماد به گروههای محله‌ای و همسایه‌ها و سرمایهٔ اجتماعی در سطح کلان به صورت اعتماد به نهادها و سازمان‌ها را تلفیق کرده است. مدل تئوری نان لین، مدل علی سطح میانه نام دارد. در مدل او، سرمایهٔ اجتماعی در سطح افقی و

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-09]

خُرد موجب سرمایهٔ اجتماعی عمودی در سطح کلان و بین‌نهادها می‌شود، که این امر همبستگی اجتماعی را افزایش می‌دهد و نهایتاً بر اطمینان خاطر و آسایش خیال می‌افزاید و سلامت روانی را به وجود می‌آورد. در واقع، عدم احساس محرومیت، نابرابری و بی‌نظمی و وجود همبستگی اجتماعی و قانون‌مداری، سرمایه‌ای برای افراد فراهم می‌کند که منجر به اطمینان خاطر و آسودگی خیال می‌شود، همین امر سلامت روانی و کیفیت زندگی را به وجود می‌آورد (لین و دین[1]، ۱۹۹۰).

سرمایهٔ اجتماعی (درون‌گروهی، برون‌گروهی و نهادی)← احساس کنترل و قدرتمندی بر زندگی← احساس آسودگی خیال و خوشبختی← سلامت روانی و کیفیت زندگی

لین (۲۰۰۱)، منابع ارزشمند در اکثر جوامع را ثروت، قدرت و پایگاه اجتماعی معرفی می‌کند و لذا سرمایهٔ اجتماعی افراد را برحسب میزان یا تنوع ویژگی‌های دیگرانی که فرد با آنها پیوندهای مستقیم و غیرمستقیم دارد، قابل سنجش می‌داند. البته دست‌یابی به منابع و استفاده از آنها خود متأثر از موقعیت فرد در ساختار سلسله‌مراتبی موجود در جامعه است. او «منابع نهفته» و «موقعیت-های شبکه‌ای» را دو عنصر مفهومی مهم سرمایهٔ اجتماعی قلمداد می‌کند و نتایج سرمایه‌گذاری افراد در روابط و شبکه‌های اجتماعی را در ارتباط با دو نوع کنش ابزاری[2] و کنش اظهاری[3] طبقه‌بندی می‌نماید. برای کنش ابزاری سه‌گونه بازگشت سرمایه را مطرح می‌کند: بازدهی اقتصادی (ثروت)، بازدهی سیاسی (قدرت) و بازدهی اجتماعی (شهرت).

در کنش اظهاری، سرمایهٔ اجتماعی ابزاری است برای تحکیم منابع و دفاع در برابر از دست دادن احتمالی منابع. او سه نوع بازدهی را در این رابطه ذکر می‌کند: سلامت جسمانی، سلامت روانی و رضایت از زندگی. سلامت جسمانی مستلزم حفظ توان کارکردی جسمانی و رهایی از

1. Lin and Dane
2. instrumental action
3. expressive action

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-09]

بیماری‌ها و آسیب‌دیدگی است. سلامت روانی، توانایی پایداری در برابر تنش‌ها و حفظ تعادل عقلی و احساسی را منعکس می‌کند. رضایت از زندگی نیز نشانگر خوش‌بینی و رضایت از عرصه‌های مختلف زندگی مانند خانواده، ازدواج، کار، جامعه و محیط زیست است. وی معتقد است اغلب اوقات کنش‌های ابزاری و کنش‌های اظهاری یکدیگر را تقویت می‌کنند.

در این مطالعه، از نظریه نان لین استفاده نمودیم که نتایج سرمایه‌گذاری افراد در روابط و شبکه‌های اجتماعی را در ارتباط با کنش اظهاری می‌داند که در آن سرمایهٔ اجتماعی ابزاری است برای تحکیم منابع و دفاع در برابر از دست‌دادن احتمالی منابع. او سه نوع بازدهی را در این رابطه ذکر می‌کند: سلامت جسمانی، سلامت روانی و رضایت از زندگی.

تأثیر سرمایهٔ اجتماعی بر کیفیت زندگی، امری بدیهی است که در مطالعات بسیاری ثابت شده است. اما نکته مهم این است که در مطالعات پیشین از طریق همبستگی و از روش توصیفی به این نتیجه دست یافته‌اند که علاوه بر اینکه جهت علیت و تأثیر مشخص نیست، شواهد قوی نیز به دست نمی‌آید.

اما در این مطالعه، پس از طراحی مداخله‌ای جدید ثبت‌شده در مرکز IRCT به شمارهٔ IRCT2013092514771N1 در پی افزایش سرمایهٔ اجتماعی بیمارانی بوده‌ایم که شدیداً منزوی و دچار اختلال در روابط اجتماعی شده بودند. هدف از این کار این بوده است که با افزایش ارتباطات و یا همان سرمایهٔ اجتماعی بتوانیم اطلاعات و آگاهی بیماران را در مورد بیماری و راه‌های درمان و کاستن از عوارض جانبی افزایش دهیم و با شرکت‌دادن فرد در گروههای همیاری و صحبت با افرادی که مشکلات مشابه داشتند، به درک طبیعی‌بودن احساسات‌شان کمک نماییم و از این طریق کیفیت زندگی‌شان را بهبود بخشیم. به این ترتیب در این مطالعه، علاوه بر آزمون رابطه بین سرمایهٔ اجتماعی و کیفیت زندگی به روش‌های آزمایشی که علیت را به قویترین شکل ممکن نشان می‌دهد، راهکارهایی نیز برای ارتقاء سرمایهٔ اجتماعی و کیفیت زندگی ارائه می‌شود.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-09]

روش

مطالعه حاضر، یک کار آزمایی دارای گروه کنترل تصادفی است که روی ۲۹ بیمار مبتلا به سرطان پستان که در سال های ۱۳۸۹-۱۳۹۱ به بیمارستان آیت ا... کاشانی شهرکرد مراجعه کرده و در زمان تحقیق در حال دریافت شیمی درمانی بوده‌اند، انجام شده است. جهت تعیین حجم نمونه از فرمول نمونه‌گیری در مطالعات تحلیلی استفاده گردید و برای جای‌گذاری میانگین و انحراف معیار از مطالعه مشابه (تأثیر دعاخواندن جمعی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان) استفاده نمودیم و حجم نمونه برای هر گروه ۱۴ نفر به دست آمد. از این جمعیت، تعداد ۲۹ نفر واجد شرایط بر اساس معیارهای ورود (تشخیص سرطان پستان در مراحل ۱ و ۲، داشتن حداقل سواد، تمایل و رضایت برای شرکت در پژوهش، سن بین ۲۵ تا ۶۵ سال، سابقه انجام جراحی برداشتن پستان، نداشتن بیماری زمینه‌ای بارز اعم از بیماری جسمی یا روانپزشکی که مانع از انجام تحقیق شود، بروز بدخیمی یا دست‌اندازی (متاستاز) به سایر اعضا و بر اساس نمونه‌گیری غیراحتمالی (در دسترس) انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله (۱۵ نفر) و مقایسه (۱۴ نفر) قرار داده شدند.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از:

۱) پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی (شامل متغیرهای سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، وضعیت اشتغال و وضعیت اجتماعی- اقتصادی)

۲) شاخص کیفیت زندگی فرنس و پاورز جهت سنجش کیفیت زندگی که کیفیت زندگی را در چهار حوزهٔ سلامت و کارکرد، اجتماعی/اقتصادی، روان‌شناختی/معنوی و خانواده می‌سنجد. روایی این پرسشنامه را نرگس رفیعی (۱۳۸۹) نشان‌داده بود. طبق نتایج مطالعه ایشان، روایی محتوا براساس بررسی متون موضوعات مرتبط با کیفیت زندگی و براساس گزارش بیماران از کیفیت زندگی، به دست آمد. همچنین، با استفاده از شاخص روایی محتوا، سطح بالایی از مقبولیت برای این نوع روایی به دست آمد و در روایی سازه نیز

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-09]

همبستگی قوی بین امتیازات کل این پرسشنامه و معیار رضایت از زندگی (کمپل، کانورس و راجرز[1]) وجود دارد. همچنین، از آلفای کرونباخ برای سنجش پایایی استفاده گردید و مقدار آن بین ۰/۷۳ الی ۰/۹۹ در کیفیت زندگی کلی و دامنهٔ آلفا برای حوزه سلامت و کارکرد ۰/۷۰ تا ۰/۹۴، در حوزهٔ روانشناختی/معنوی ۰/۷۸ تا ۰/۹۶، در حوزهٔ اجتماعی/اقتصادی ۰/۷۱ تا ۰/۹۲ و در حوزهٔ خانواده بین ۰/۶۳ تا ۰/۹۲ بوده است (رفیعی، ۱۳۸۹). در تحقیق حاضر نیز، برای اندازه گیری پایایی از پیش‌آزمونی که با حجم نمونه ۲۹ نفر انجام شد، استفاده شد و مقدار آلفای کرونباخ برای کیفیت زندگی به طور کلی ۰/۹۵۸ به دست آمد. همچنین، در حوزهٔ سلامت و کارکرد مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۴۳، در حوزهٔ اجتماعی/ اقتصادی ۰/۷۰۷، در حوزهٔ روان شناختی/ معنوی ۰/۸۴۷ و در حوزهٔ خانواده ۰/۷۴۳ به دست آمده است.

۳) پرسشنامه سرمایهٔ اجتماعی درون گروهی (موسوی و همکاران، ۱۳۸۶)

۴) پرسشنامه سرمایهٔ اجتماعی بین گروهی (ادیبی سده و همکاران، ۱۳۸۹)

۵) جهت جمع‌آوری اطلاعات مربوط به مداخلات ارتقادهندهٔ سرمایهٔ اجتماعی، از چک لیست استفاده نمودیم. در تحقیقی که قاسم‌زاده (۱۳۹۰) در بررسی رابطه بین سرمایهٔ اجتماعی و شادی انجام داد، جهت بررسی اعتبار صوری، پرسشنامه سرمایهٔ اجتماعی (ترکیبی از درون‌گروهی و بین‌گروهی) را بعد از طراحی در اختیار اساتید و کارشناسان متخصص در این امر قرار داده و بعد از گردآوری نظرات آنها به عنوان داور، پرسشنامه نهایی را طراحی نمود. ایشان، همچنین، جهت محاسبه اعتبار مبتنی بر تحلیل عاملی اکتشافی از آزمون KMO استفاده نمود و مقدار این آماره برای سرمایهٔ اجتماعی درون‌گروهی ۰/۸۹ به دست آمد که نشان‌دهندهٔ حد مطلوب آماره برای کفایت نمونه و انجام تحلیل عاملی می‌باشد و در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۰۱، مقدار آزمون بارتلت ۴۵/۵۹۴۶ به دست آمد. مقدار آماره KMO

1. Campbell, Converse and Rodgers

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-09]

برای سرمایهٔ اجتماعی برون‌گروهی ۰/۸۵۸ بود که نشان‌دهندهٔ حد مطلوبی از آماره جهت انجام تحلیل عاملی بود. مقدار آماره بارتلت (۳۳۷/۱۱۰۱) نیز در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود. ایشان، همچنین، جهت سنجش پایایی از آلفای کرونباخ استفاده نمود که مقدار آن برای پرسشنامه سرمایهٔ اجتماعی درون‌گروهی ۰/۹۳۷ و برای پرسشنامه سرمایهٔ اجتماعی برون‌گروهی ۰/۸۱۲ بوده است که مقدار قابل قبولی است و نشان‌دهندهٔ ضریب پایایی بالای پرسشنامه می‌باشد. در تحقیق حاضر نیز، مقدار آلفای کرونباخ برای سرمایهٔ اجتماعی درون گروهی ۰/۸۹۵ و برای پرسشنامهٔ سرمایهٔ اجتماعی برون‌گروهی ۰/۸۵۶ برآورد شده است.

در ابتدا با استفاده از پرسشنامه، سرمایهٔ اجتماعی و کیفیت زندگی در هر دو گروه سنجیده شد. سپس برای گروه مداخله، قبل از انجام مداخلات ابداعی در کنار درمان‌های پزشکی استاندارد، هشت جلسه توجیهی (هر جلسه به مدت یک ساعت) برگزار گردید و روش و جزئیات مداخله و انتظارات محقق توضیح داده شد. این جلسات به منظور آشنایی هر چه بیشتر محقق با بیماران و همچنین بیماران با همدیگر بود. سپس، برای شروع مداخلات اصلی (پس از ترجمهٔ متون مرتبط با راهکارهای ارتقادهندهٔ سرمایهٔ اجتماعی و افزودن تعدادی راهکار جدید و منطبق‌سازی این راهکارها با شرایط فرهنگی و اجتماعی ایران و شرایط روحی و جسمی بیماران، مداخله را طراحی نموده و در اختیار اساتید راهنما و مشاور قرار دادیم تا نسخه نهایی تدوین گردد). به هر بیمار، چک لیستی از کارهایی که می‌بایست در طول یک هفته انجام دهد، تحویل داده شد. هر هفته بیماران در جلسه‌ای به مدت یک ساعت دور هم جمع می‌شدند تا ضمن تحویل چک لیست پُر شده و دریافت چک لیست جدید، با هم گفت‌وگو کنند و تجارب، مشکلات و احساسات مثبت و منفی خود را با هم در میان بگذارند. کل مدت مداخله سه ماه (۱۲ جلسه) به طول انجامید و اساس کار، تشکیل گروههای همیاری بود. گروه مقایسه در این مدت درمان‌های پزشکی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-09]

رایج را دریافت می‌کردند. دو هفته پس از اتمام مداخله، متغیرهای مورد مطالعه مجدداً سنجیده شده و نتایج هر بار سنجش (قبل و بعد از مداخله) با هم مقایسه گردید.

به منظور انجام پژوهش، مجوز لازم از دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد اخذ و به مسئول مربوطه ارائه شد. پژوهشگر به کلیه نمونه‌ها اطمینان داد که نام و پاسخ‌های آنها کاملاً محرمانه بوده و صرفاً جهت انجام تحقیق است و رضایت‌نامهٔ شرکت در پژوهش از کلیه بیماران اخذ گردید. داده‌های جمع‌آوری‌شده با نرم‌افزار SPSSv.19 و انجام آزمون‌های کای اسکوئر، دقیق فیشر، t با دو نمونه مستقل و t زوجی تحلیل گردید.

یافته‌ها

اطلاعات مربوط به مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول (۱) نشان داده شده است که طبق آن، میانگین سنی در گروه مداخله ۴۵/۸۵ سال و در گروه مقایسه ۴۰/۲۱ سال است.۹۳/۳٪ افراد گروه مداخله و۷۸/۶٪ از گروه مقایسه متأهل بوده‌اند. ۴۶/۸٪ افراد گروه مداخله و ۲۱/۴٪ از گروه مقایسه، تحصیلات بالاتر از دیپلم داشته‌اند. ۷۳/۳٪ افراد گروه مداخله و ۶۴/۳٪ از گروه مقایسه خانه‌دار بوده‌اند. ۸۰٪ گروه مداخله و ۶۴/۳٪ از گروه مقایسه بیش از سه فرزند داشتند. از لحاظ وضعیت اجتماعی–اقتصادی، ۹۳/۴٪ در گروه مداخله و ۶۴/۳٪ در گروه مقایسه از وضعیت اجتماعی–اقتصادی متوسط رو به بالا برخوردار بوده‌اند (براساس قضاوت افراد نمونه وضعیت اجتماعی–اقتصادی در سه سطح ضعیف، متوسط و خوب تعیین شد). دو گروه از لحاظ متغیرهای دموگرافیک همسان بوده‌اند (p >۰/۰۵). همچنین، متغیرهای دموگرافیک از توزیع نرمال برخوردار نبوده‌اند (p<۰/۰۵) که به همین دلیل، از آزمون‌های آماری ناپارامتری استفاده شد.

پس از محاسبه وضعیت نرمال‌بودن متغیر سرمایهٔ اجتماعی و ابعاد آن، دریافتیم که این متغیرها از توزیع نرمال برخوردارند (p>۰/۰۵) و در نتیجه از آزمون‌های آماری پارامتری استفاده شد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-09]

جدول (۱) مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان (زنان مبتلا به سرطان پستان) مراجعه‌کننده به بیمارستان آیت‌الله کاشانی شهرکرد

متغیر	طبقات	گروه مداخله	گروه مقایسه	Fisher Exact test	*p*
تأهل	متأهل	۹۳/۳	۷۸/۶	۲/ ۳۴	>۰/۰۵
	مجرد	۶/۷	۷/۱		
	بیوه	۰	۱۴/۳		
تحصیلات	ابتدایی	۲۰	۵۷/۱	۳/۲۹	>۰/۰۵
	راهنمایی	۳۳/۵	۲۱/۴		
	دیپلم	۳۳/۵	۱۴/۳		
	دانشگاهی	۱۳/۳	۷/۱		
اشتغال	خانه دار	۷۳/۳	۶۴/۳	۲/۸۸	>۰/۰۵
	کارمند	۲۰	۷/۱		
	شغل آزاد	۶/۷	۲۸/۶		
فرزندان	۰	۶/۷	۱۴/۳	۱۰۲ (مقدار آماره یو من ویتنی)	<۰/۰۱
	۱	۶/۷	۰		
	۲	۶/۷	۲۱/۴		
	۳	۴۰	۲۸/۶		
	۴	۳۳/۳	۷/۱		
	۵	۶/۷	۲۸/۶		
وضعیت اجتماعی و اقتصادی	ضعیف	۶/۷	۳۵/۷	۵/۰۸	>۰/۰۵
	متوسط	۶۶/۷	۵۷/۱		
	قوی	۲۶/۷	۷/۲		

نتایج آزمون **t** مستقل نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون، بین گروه مداخله و مقایسه از نظر سرمایهٔ اجتماعی اختلاف معناداری وجود ندارد و دو گروه همسان می‌باشند (p<۰/۰۵). اما در مرحله پس‌آزمون با استفاده از آزمون **t** زوجی، شاهد تغییرات معنادار و افزایش قابل‌توجه در سرمایهٔ اجتماعی و ابعاد آن در گروه مداخله هستیم (p<۰/۰۵). ضمن اینکه در گروه مقایسه نیز، در سرمایهٔ اجتماعی و

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-09]

بُعد بین‌گروهی آن تغییرات معناداری دیده شده است ($p<۰/۰۵$)، اما این تغییر به صورت کاهشی است، اما در بُعد درون‌گروهی تغییری دیده نشده است ($p>۰/۰۵$). همچنین، پس از تفاضل نمرات سرمایهٔ اجتماعی در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه و محاسبه آماره یو من–ویتنی (به دلیل توزیع غیرنرمال نمرات)، تفاوت معنادار دو گروه در مرحله پس‌آزمون مشاهده شد ($p<۰/۰۵$) که این خود تأییدی بر تأثیر مداخله حاضر بر افزایش سرمایهٔ اجتماعی است.

بنا بر محاسبه وضعیت نرمال‌بودن متغیر کیفیت زندگی و مقیاس‌های آن، این متغیرها از توزیع نرمال برخوردار بودند ($p>۰/۰۵$) که همین دلیل از آزمون‌های آماری پارامتری استفاده شد. همانگونه که در جدول (۳) آمده است، نتایج آزمون t مستقل نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون کیفیت زندگی و مقیاس‌های آن در گروه مداخله و مقایسه یکسان است ($t=۰/۳۸۰$، $p>۰/۰۵$)، اما در مرحله پس‌آزمون این تفاوت معنی‌دار است ($t=۴/۷۹۱$، $p<۰/۰۰۱$). همچنین، پس از اجرای آزمون t زوجی بین دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر گروه به این پی برده‌ایم که کیفیت زندگی و مقیاس‌های سلامت و کارکرد، اجتماعی/ اقتصادی و روانشناختی/معنوی آن در گروه مداخله افزایش یافته و مقیاس خانواده تغییری نکرده است. لازم به ذکر است که در گروه مقایسه نیز تغییرات معناداری دیده شده است ($p<۰/۰۵$). بدین صورت که مقیاس‌های اجتماعی/اقتصادی و روانشناختی/معنوی و خانواده دچار کاهش شده و کیفیت زندگی کل و مقیاس سلامت و کارکرد بدون تغییر مانده‌اند ($p>۰/۰۵$). همچنین، پس از تفاضل نمرات کیفیت زندگی و مقیاس‌های آن در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه و محاسبه آمارهt مستقل، به تفاوت معنادار دو گروه در مرحله پس‌آزمون پی برده‌ایم ($p<۰/۰۵$) که این خود تأییدی بر تأثیر مداخله حاضر بر ارتقاء کیفیت زندگی است (جدول ۳).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-09]

جدول (۲) مقایسه سرمایهٔ اجتماعی و ابعاد آن در گروههای مداخله و مقایسه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر		پیش‌آزمون (M±SD)	پس‌آزمون (M±SD)	t همبسته	p	مقدار آماره آزمون یو من ـ ویتنی	p
سرمایهٔ اجتماعی	گروه مداخله	۱۰۹ ± ۱۶/۸۰	± ۱۲/۱۸ ۱۴۴/۵۳	-۳/۳۲	<۰/۰۱	۴	<۰/۰۰۱
	گروه مقایسه	۱۱۱ ± ۲۴/۲۶	۱۰۵ ± ۲۳/۰۹	۳/۳۵	<۰/۰۱		
سرمایهٔ اجتماعی درون‌گروهی	گروه مداخله	۸۲/۴ ± ۱۱/۶۹	± ۱۲/۵۳ ۱۰۶/۹۳	-۸/۴	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	<۰/۰۰۱
	گروه مقایسه	± ۱۷/۳۳ ۷۸/۸۲	± ۱۵/۸۷ ۷۸/۴۲	۱/۲۴	>۰/۰۵		
سرمایهٔ اجتماعی بین‌گروهی	گروه مداخله	۲۷/۲ ± ۸/۴۳	۳۷/۶ ± ۸/۴۷	-۷/۳۱	<۰/۰۰۱	۲۳/۵	<۰/۰۰۱
	گروه مقایسه	۲۸/۲ ±۹/۲۴	۲۶/۷۸ ± ۹/۳۴	-۷/۳۱	<۰/۰۰۱		

همان‌گونه که در جدول (۴) آمده است، به منظور محاسبهٔ (Dose Related Response)، همبستگی سرمایهٔ اجتماعی و ابعاد آن با کیفیت زندگی محاسبه شد که نتایج نشان از رابطهٔ مثبت و مستقیم بین سرمایهٔ اجتماعی (r=۰/۸۱۱ ،p<۰/۰۰۱) و نیز هر چهار مقیاس کیفیت زندگی داشت، ضمن اینکه این همبستگی در حوزه‌های روانشناختی/معنوی (r=۰/۸۱۶ ،p<۰/۰۰۱) و اجتماعی/اقتصادی (r=۰/۷۶۹ ،p<۰/۰۰۱) بیشتر بوده است. این همبستگی مثبت نیز، تأثیر سرمایهٔ اجتماعی و مداخله ارتقاءدهندهٔ آن بر کیفیت زندگی را تأیید می‌نماید.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-09]

جدول (۳) مقایسه میانگین کیفیت زندگی و مقیاس‌های آن در گروههای مداخله و مقایسه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون (M±SD)	پس‌آزمون (M±SD)	t مستقل (Case & control in pretest)	p	t مستقل (Case & control in post test)	p
کیفیت زندگی	گروه مداخله	۱۵/۸۱±۱/۷۵	۱۸/۵۲±۱/۳۶	۰/۳۸۰	>۰/۰۵	۴/۷۹۱	<۰/۰۰۱
	گروه مقایسه	۱۵/۶۲±۱/۶۶	۱۵/۲۵±۲/۲۳				
بُعد سلامت/کارکرد	گروه مداخله	۱۵/۰۷±۲/۱۲	۱۸/۴۲±۱/۰۹	۱/۳۵۴	>۰/۰۵	۲/۷۷۷	<۰/۰۵
	گروه مقایسه	۱۴/۰۴±۱/۹۲	۱۵/۰۲±۴/۴۶				
بُعد اجتماعی/اقتصادی	گروه مداخله	۱۵/۴۵±۲/۴	۱۷/۷۹±۲/۴۱	۰/۱۲۷	>۰/۰۵	۳/۵۸۴	<۰/۰۰۱
	گروه مقایسه	۱۵/۳۵±۱/۹۹	۱۴/۵۲±۲/۵۰				
بُعد روانشناختی/معنوی	گروه مداخله	۱۵±۲/۳۴	۱۹/۰۴±۱/۸۶	۱/۲۴۸	>۰/۰۵	۶/۷۰۹	<۰/۰۰۱
	گروه مقایسه	۱۶±۱/۹۶	۱۴/۳۱±۱/۹۳				
مقیاس خانواده	گروه مداخله	۱۸/۹۸±۳/۳۸	۱۹/۷۲±۱/۸۷	۰/۶۸۰	>۰/۰۵	۲/۰۵۱	>۰/۰۵
	گروه مقایسه	۱۹/۷۱±۲/۲۳	۱۸/۲۶±۱/۹۴				

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-09]

جدول (۴) آزمون همبستگی بین سرمایهٔ اجتماعی و ابعاد آن با کیفیت زندگی و مقیاس‌های آن

متغیر	سرمایهٔ اجتماعی	سرمایهٔ اجتماعی درون‌گروهی	سرمایهٔ اجتماعی بین‌گروهی
کیفیت زندگی	۰/۸۱۱***	۰/۸۲۶***	۰/۶۲۶***
بُعد سلامت/کارکرد	۰/۵۸۶***	۰/۶۰۲***	۰/۴۴۰**
بُعد اجتماعی/اقتصادی	۰/۷۶۹***	۰/۸۱۴***	۰/۵۳۳***
بُعد روانشناختی/معنوی	۰/۸۱۶***	۰/۸۰۶***	۰/۶۷۷***
بُعد خانواده	۰/۴۹۱**	۰/۴۷۶**	۰/۴۲۷*

$p<۰/۰۵$ * $p<۰/۰۱$ ** $p<۰/۰۰۱$ ***

بحث

سرطان پستان شایع‌ترین، پرتلفات‌ترین و از نظر عاطفی و روانی تأثربرانگیزترین سرطان در بین زنان ایرانی است (برونر و سودارث، ۲۰۰۷). این بیماری به علت رقم بالای مرگ و میر آن در سنینی که زنان اوج مسئولیت‌های خانوادگی و شغلی را به عهده دارند، باعث نگرانی زیادی در بین مردم شده است. مطالعات متعددی به اثرات منفی سرطان بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی تأکید کرده‌اند (گرانت[1]، ۱۹۹۸؛ هولگسون، ۲۰۰۴؛ چان[2]، ۲۰۰۴). در بررسی ابعاد کیفیت زندگی در این مطالعه نیز، نتایج نشان داد که در ابعاد سلامت/کارکرد، اجتماعی/اقتصادی، روانشناختی/معنوی و خانواده به ترتیب ۴۸/۴، ۵۱/۷، ۴۴/۸ و ۶۹٪ آزمودنیها از سطح متوسط برخوردار بودند. به عبارت دیگر، اکثر بیماران، کیفیت زندگی ضعیف و متوسط دارند و فقط تعداد کمی از افراد، کیفیت زندگی بالایی ذکر می‌نمایند. در مطالعه نعمت اللهی (۱۳۸۲) با عنوان بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به

1. Grant
2. Chan

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-09]

سرطان پستان نیز مشخص گردید، کیفیت زندگی اکثریت افراد (۶۶٪) در حد متوسط بود که با نتایج مطالعهٔ حاضر همسو می‌باشد. صفایی (۱۳۸۶) نیز در تحقیقی با عنوان کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در مبتلایان به سرطان پستان تحت شیمی درمانی، کیفیت زندگی را در حد متوسط ذکر نموده است. اما در مطالعه مشتاق (۱۳۸۵) با عنوان «بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان در شهر مشهد»، کیفیت زندگی در حد ضعیف گزارش شده است.

اما پژوهش نورتوس[1] (۱۹۹۹) نشان داد که زنان آفریقایی آمریکایی کیفیت زندگی نسبتاً بالایی داشتند، به طور کلی خوش‌بین بودند، عملکرد خانوادگی مؤثر داشتند و علائم فشارهای روحی به طور کلی در آنها کم بود. در مطالعه فریل و همکاران[2] (۱۹۹۸) اکثریت زنان وضعیت روحی متوسط داشتند و فشارهای روحی خود را ناشی از مسائل درمانی می‌دانستند. این در حالی است که سامارکو[3] (۲۰۰۱) در مطالعه خود در شهر نیویورک با عنوان «دریافت حمایت اجتماعی، بلاتکلیفی و کیفیت زندگی زنان جوان زیر ۵۰سال مبتلا به سرطان پستان»، کیفیت زندگی آنها را خوب گزارش نموده است. شاید بتوان این تفاوت را به علت تفاوت در زمینه‌های فرهنگی، سن آزمودنی‌ها، ابزار جمع‌آوری داده‌ها و ناهمگون‌بودن واحدها از نظر مرحله و نوع درمان نسبت داد.

بر اساس یافته‌ها باید گفت که سن با هیچیک از ابعاد کیفیت زندگی ارتباط نداشت. تأهل و تعداد فرزندان با بعد سلامت و کارکرد همبستگی معکوس داشتند که شاید به علت کاهش انرژی، ناامیدی، نگرانی نسبت به آینده و نداشتن فرصت برای رسیدن به آینده دلخواه، ترس از مفیدنبودن و... باشد که باعث می‌شود فرد دچار افت کیفیت زندگی شود.

1. Northouse
2. Ferrell
3. Sammarco

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-09]

تحصیلات و اشتغال با کیفیت زندگی به طور کلی و با بُعد سلامت/کارکرد و اجتماعی/اقتصادی همبستگی مثبت داشتند. شاید دلیل این رابطه، مشغولیت ذهنی و انحراف افکار از بیماری به سمت مسائل دیگر، استقلال مالی، روابط اجتماعی، اطلاعات بیشتر و دستیابی به منابع حمایتی و اطلاعاتی بالاتر باشد. این یافته‌ها در مطالعهٔ صفایی (۱۳۸۶)، لهتو[1] (۲۰۰۵) در فنلاند، هارتل در آلمان (آقابراری، ۱۳۸۵) و پاندی[2] (۲۰۰۱) در هند نیز تائید شده‌اند. وضعیت اجتماعی و اقتصادی با بُعد خانواده رابطه داشت که احتمالاً به علت سطح زندگی، سطح معیشت بالاتر و توانایی در ادامه درمان می‌باشد.

نورتوس و همکاران (۱۹۹۹) در میشیگان در مطالعه خود هیچ ارتباطی بین متغیرهای دموگرافیک نظیر سن، میزان تحصیلات، تأهل و درآمد با کیفیت زندگی مشاهده نکردند. سامارکو (۲۰۰۱) و شولتز و استیلا[3] (۲۰۰۱) نیز هیچ ارتباطی بین متغیرهای سن و تحصیلات با کیفیت زندگی و ابعاد آن مشاهده نکردند.

تشخیص سرطان پستان برای بسیاری از زنان واقعه‌ای ترسناک و مصیبت‌بار می‌باشد (شولتز، ۲۰۰۱). احساس اندوه، اضطراب، گیجی، عصبانیت، ترس از مرگ، عدم آگاهی و ترس از درمان و عوارض آن، عدم اطمینان از بازگشت به وضعیت سلامتی و نیز بروز و تشدید طیف وسیعی از علائم جسمی و روحی در طی شیمی درمانی و پرتو درمانی نظیر تهوع و استفراغ، زخم دهان، ریزش مو، مشکلات پوستی، بی‌اشتهایی، اسهال و یبوست و کم‌خونی، عفونت، خونریزی و اختلالات خواب، درد، اختلالات شناختی، خستگی مزمن و اختلال در عملکرد فیزیکی، روانی و جنسی، تغییر در تصویر ذهنی از جسم خویش به دنبال تغییرات ساختاری ناشی از پروسه‌های درمانی و جراحی، کاهش اعتماد به نفس و

1. Lehto
2. Pandey
3. Schultz and Steela

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-09]

احتمال ایجاد مشکلات عاطفی اقتصادی در خانواده از مهم‌ترین عوارض ناشی از تشخیص و درمان سرطان پستان به شمار می‌روند که به شدت کیفیت زندگی بیمار و خانواده را متأثر می‌کنند (شِل[1]، ۲۰۰۱؛ لوکمن[2]، ۲۰۰۱).

همهٔ بیماران به طور مشابهی به بیماری پاسخ نمی‌دهند و عواملی نظیر مراحل تکاملی، سن، عملکرد روانی قبلی بیماران به هنگام سازگاری اجتماعی با مشکلات، نگرش فرهنگی و مذهبی، حمایت اجتماعی، شخصیت و اعتماد به نفس بیماران نسبت به پاسخ بیماران نسبت به سرطان تأثیر می‌گذارد. افرادی که از عوامل تسهیل‌کنندهٔ بیشتری مثل حمایت اجتماعی و خانوادگی برخوردارند، بسیار سریع‌تر با بیماری خود سازگار شده و بیماری کمتر بر کیفیت زندگی آنها تأثیر می‌گذارد (شِل، ۲۰۰۱). ارائه حمایت اجتماعی و عاطفی از سوی خانواده و تیم‌درمانی و گروههای همیاری و.... سبب می‌شود اندکی از فشارهای حاصل از فرایند تشخیص و درمان سرطان پستان در مبتلایان کاسته شود (سورز[3]، ۲۰۰۰).

اقدامات حمایتی در بهبود وضعیت سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران در حین شیمی‌درمانی مؤثر می‌باشند. به عبارت دیگر، به دلیل موقتی‌بودن عوارض ایجادشده در خلال درمان‌های کمکی، می‌توان در این مدت با تشکیل جلسه‌های مشاوره با بیماران و خانواده آنها، ضمن تشریح وضعیت موجود، به انسجام وضعیت خانوادگی بیمار و تقویت شبکهٔ حمایتی خانوادهٔ او کمک می‌کند. این امر به بهبود عملکرد جسمی، روانی و احساسی بیمار کمک بزرگی خواهد نمود (هولگسون، ۲۰۰۴). در ضمن، تشویق بیمار به شرکت در محافل اجتماعی و ترتیب‌دادن گروههای حمایتی و عضویت در انجمن‌های مربوط و تلاش در جهت تقویت روابط می‌تواند به بهبود عملکرد اجتماعی‌اش کمک کند (ملک‌پور، ۱۳۸۹).

1. Shell
2. Lukman
3. Suarez

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-09]

طبق نتایج به‌دست‌آمده، روند تغییرات کیفیت زندگی در رابطه با سرطان پستان طی مداخله و پس از اتمام آن نشان‌دهندهٔ مؤثربودن مداخلات افزایش‌دهندهٔ سرمایهٔ اجتماعی بر کیفیت زندگی در گروه مداخله بوده است. کیفیت زندگی و مقیاس‌های آن در گروه مداخله افزایش و در گروه مقایسه تا حدودی کاهش یافته و یا ثابت مانده است. همچنین، سرمایهٔ اجتماعی و ابعاد آن در گروه مداخله افزایش یافته و سرمایهٔ اجتماعی و بُعد بین‌گروهی در گروه مقایسه کاهش نشان داده است. به عبارتی، بدون انجام مداخله، میزان سرمایهٔ اجتماعی و کیفیت زندگی کاهش خواهد یافت. همچنین، اشاره به این نکته ضروری است که همبستگی بین سرمایهٔ اجتماعی در هر دو بُعد و چهار مقیاس کیفیت زندگی مثبت و مستقیم بوده است.

به نظر می‌رسد مشارکت در گروههای همیاری، مشارکت در کارهای جمعی، صرف وقت بیشتر با اعضای خانواده و دوستان و... همگی از طریق افزایش سرمایهٔ اجتماعی باعث بهبود روحیه، افزایش سازگاری با شرایط پیش‌آمده، تخفیف تنش، احساس تنها نبودن و برخورداری از حمایت اجتماعی و همچنین کسب اطلاعات بیشتر در مورد مشکل پیش‌آمده و... می‌شود که خود به ارتقاء کیفیت زندگی کمک می‌نماید.

این تحقیق، نتایج به‌دست‌آمده توسط حیدری و همکاران (۱۳۸۶) در «بررسی ارتباط حمایت اجتماعی درک‌شده و اندازهٔ شبکهٔ اجتماعی با ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان» را تأیید کرد و در تحقیقی مشابه از رامبد (۱۳۸۹) پیرامون «تأثیر حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر ابعاد سلامت و کارکرد، اقتصادی/اجتماعی، روانشناختی/معنوی و خانواده کیفیت زندگی در بیماران تحت همودیالیز» همین نتایج به دست آمده است. احتمالاً مکانیسم این تأثیر مثبت، افزایش سازگاری با شرایط پُرتنش بیماری، تخفیف احساس یاس و نومیدی با دیدن افرادی با مشکلات مشابه می‌باشد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-09]

مطالعات یان و همکارانش[1] (۲۰۰۴)، کریموی[2] (۲۰۰۶) و سامارکو (۲۰۰۱) در مورد حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان نیز که در آن تأثیر حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان را سنجیده و به تأثیر حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی پی برده‌اند، با نتایج این تحقیق همسو می‌باشند.

مشابه‌ترین تحقیق با تحقیق حاضر، مطالعه ملک‌پور (۱۳۸۹) در مورد حضور در گروههای همیاری به عنوان راهی جهت پذیرش درمان در افراد مبتلا به سرطان پستان و به تبع آن افزایش کیفیت زندگی می‌باشد که به نتایج مشابهی دست یافته است. بنابراین می‌توان با افزایش ارتباطات و به عبارتی سرمایهٔ اجتماعی از طریق افزایش اطلاعات و آگاهی در مورد بیماری، افزایش روحیه و امیدواری و... به ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران کمک نمود.

نتایج این مطالعه تأکیدی است بر نظریه منابع اجتماعی نان لین مبنی بر این موضوع که سرمایه‌گذاری افراد در روابط و شبکه‌های اجتماعی باعث تحکیم منابع و دفاع در برابر ازدست‌دادن احتمالی منابع می‌شود و منجر به سلامت جسمانی، سلامت روانی و رضایت از زندگی خواهد شد. در این مطالعه، نیز پس از افزایش سرمایهٔ اجتماعی، شاهد بهبود کیفیت زندگی بیماران بوده‌ایم.

1. Karimoi
2. Yan

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-09]

منابع و مآخذ References

- انجمن سرطان امریکا. (۲۰۱۱). ***جدیدترین دانستنی‌های سرطان پستان***. ترجمهٔ سید نجات حسینی، سید محمد حسین موسوی‌نسب و هاله رحمان‌پور، تهران: نشر اندیشمند.
- برونر، ل. ش. و سودارث، د. ا. (۱۳۸۱). ***پرستاری داخلی و جراحی: بیماری‌های زنان و پستان***. ترجمه پوران سامی، تهران: نشر بشری.
- پژوهشکده سرطان پستان جهاد دانشگاهی. (۱۳۹۲). ***همایش سرطان پستان***، آبان، دسترسی از: www.tbcc.ir.
- توسلی، غ. ع. (۱۳۸۴). مفهوم سرمایهٔ اجتماعی در نظریه‌های کلاسیک وجدید، ***نامه علوم اجتماعی***، شماره ۲۶
- تاجبخش، ک. (۱۳۸۴). ***سرمایهٔ اجتماعی***. تهران: نشر شیرازه.
- رفیعی، ن. (۱۳۸۹). ***ارزیابی پایایی و روایی نسخه فارسی پرسشنامه شاخص کیفیت زندگی (Quality of Life)***، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- شارع‌پور، م. (۱۳۸۰). فرسایش سرمایهٔ اجتماعی و پیامدهای آن. ***نامه انجمن جامعه‌شناسی***، شمارهٔ ۳، ۱۰۱-۱۱۲.
- صفایی، آ.، ضیغمی، ب.، طباطبائی، ح. و مقیمی، ب. (۱۳۸۶). کیفیت زندگی و عوامل موثر بر آن در بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی. ***مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران***، دوره ۳، شماره ۳ و ۴، ۶۱-۶۶.
- قاسم‌زاده، د. (۱۳۸۹). بررسی رابطه سرمایهٔ اجتماعی و شادی در نوجوانان شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- غفاری، غ. (۱۳۸۰). بررسی رابطه اعتماد و مشارکت اجتماعی در نواحی روستایی کاشان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۱). ***گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی***. تهران: مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر وزارت بهداشت.
- موسوی، م. ط. و دیگران. (۱۳۸۶). ***سنجش سرمایهٔ اجتماعی در ایران***. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران. انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-09]

منابع و مآخذ References

- ملک‌پور، ا. (۱۳۹۰). ***تأثیر گروههای همیار بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان.*** دسترسی از: www.IRCT. ir

- مشتاق، م. و پورغزنین، ط. (۱۳۸۵). ***بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان براساس رویکرد Holistic در بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان امید شهر مشهد.*** دسترسی از: www.sid.ir.

- مؤسسه تحقیقات، آموزش و پیشگیری سرطان (۱۳۸۵). ***بررسی میزان بروز سرطان‌های شایع کشور به تفکیک جنس، نوع ضایعه، مورفولوژی و فراوانی در سال ۱۳۸۵.***

- نعمت‌اللهی، آ. (۱۳۸۲). ***بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران.*** پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران.

- Chan C. W. H., Hon. C. H., Chien, W. T. and Lopez, V. (2004). Socil Support and Coping in Chinese Patient Undergoing Cancer Surgery. *Cancer Nurses*, 27(3), 230-236.

- Ferrell, B. et al. (1998). Quality of life in breast cancer. Part II: ***Psychological and spiritual well-being cancer nursing,*** 21, 1-9.

- Grant M. M. and Rivera, L. M. (1998). Evaluation of Quality of Life in Oncology Nursing. ***Quality of Life From Nursing and Patient Perspective Theory, Research Practice.*** 1rd ed Philadelphia: Jones and Bartlett Publishers Sudbury Massachusetts, 37-53.

- Helgeson, V. S., Cohen, S., Schultz, R. and Yasko, J. (1996). Education and Peer Discussion Group Interventions and Adjustment to Breast Cancer. ***Archives of General Psychiatry,*** 340–347.

- Helgeson, V. S. and Cohen, S. (2004). Social Support and Adjustment to Cancer. Reconciling Descriptive, ***Correlational and Intervention Research Health Psychology,*** 15(2), 135-148.

- Heidary, S., Salahshourian, A., Rafii, F. and Hosseini, F. (2009). ***Correlation of Perceived Social Support from Different Supportive Sources and the Size of Social Network with Quality of Life in Cancer Patients,*** *IJN*, 22(61), 8-18. [Persian].

- Karimoi, M., Pour Dehghan, M., Faghih Zadeh, S., Montazeri, A. and Milani, M. (2006). ***The Effects of Group Counseling on Symptom Scales of Life Quality in Patients with Breast Cancer Treated by Chemotherapy.*** 10(1): 10-22. [Persian].

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-09]

References **منابع و مآخذ**

- Lehto, V. S., Ojanen, M. and Kellokumpu-Lehtinen, P. (2005). ***Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients: An Oncology Ferum.*** 16(5): 805-16.
- Lukman, J. (2005). ***Text book of medical surgical nursing.*** 3st, Vol. 3, Translated by Ebrahimi, N., Tehran: Aeejeh, [Persian].
- Lin, N., Dean, A. and Ensel, W. M. (1986). Social Support, Life Events, and Depression. Orlando, FL: Academic Press, Inc.
- Lin, N. Y. and Ensel, W. M. (1999). Social support and depressed mood: a structural analysis. ***Journal of Health and Social Behavior,*** 40, 344–359.
- Northouse, L., Caffey, M., Deichelbohrer, L. Schmidt, L. Guziatec, T. L. and West, S. et al. (1999). The Quality of Life of African – American Women with breast Cancer. ***Research in Nursing and Health.*** 1999 ; 22(6): 449-460.
- Pandey, M., Thomas, B. C., SreeRekha, P., Ramdas, K., Ratheesan, K. and Parameswaran, S. (2005). ***Quality of Life Determinants in Women with Breast Cancer Undergoing Treatment with Curative.*** World Surgery Oncology, 3:63-72.
- Shell, G. A. and Kirs, C. H. (2001). ***Psychosocial Issues, Outcomes and Quality of Life.*** In: Otto, S. E. (Ed.). Oncology Nursing. 4th ed., St Louis: Mosby an aharcourt health sciences company.
- Sammarco, A. (2001). Perceived Social Support Uncertainty, and Quality of Life of Younger Survivors. *Cancer Nurs* 2001; 24(3): 212-219.
- Schultz, A. A. and Winstead-Fry, P. (2001). Predictors of Quality of life In Rural Patient with Breast Cancer. ***Cancer Nursing,*** 24(1), 12-19.
- Suarez, L. et al. (2000). ***Social Networks and Cancer Screening in Four Hispanic Groups.*** Am J Prev Med, 19(1), 47-52.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-09]