

۹۴۴۰۶



دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی ایران

دانشکده پرستاری و مامایی

عنوان پایان نامه:

بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان
مراجعه کننده به بیمارستانهای منتخب دانشگاههای علوم پزشکی ایران و تهران ،

سال ۱۳۸۴.

استاد راهنما: آسیه سلحشوریان

دانشجو: سعیده حیدری

استاد مشاور: دکتر فروغ رفیعی

استاد مشاور آمار: فاطمه حسینی

کتابخانه تخصصی پرستاری
تاسیس ۱۳۸۴

۱۳۸۶ / ۱۶ / ۳۱

پایان نامه برای به پایان رساندن برنامه آموزشی
جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد ناپیوسته پرستاری

۱۳۸۵ / ۶ / ۲۹

۹۴۴۰۰

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
دانشکده پرستاری و مامائی

تصویب پایان نامه

خانم سعید حیدری دانشجوی دوره کارشناسی ارشد در تاریخ ۸۵/۶/۲۹ از پایان نامه خود تحت عنوان:

بررسی ارتباط حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان های
منتخب دانشگاه های علوم پزشکی ایران و تهران سال ۱۳۸۴

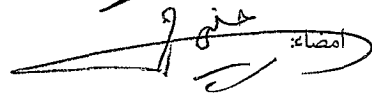
جهت اخذ دانشنامه کارشناسی ارشد ناپیوسته در رشته پرستاری دفاع نموده اند و پایان نامه ایشان با درجه عالی
(نمره = ۱۹/۴) به تصویب رسید.

امضاء: 

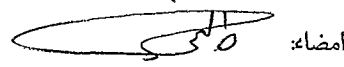
استاد راهنما: آسینه سلحشوریان فرد

امضاء: 

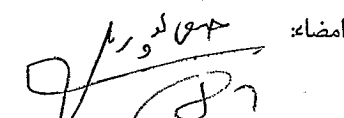
استاد مشاور: دکتر فروغ رفیعی

امضاء: 

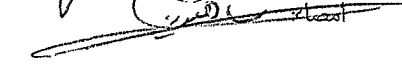
استاد مشاور آمار: فاطمه حسینی

امضاء: 

استاد ناظر: طاهره گنجی

امضاء: 

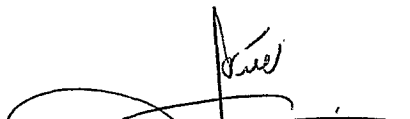
استاد داور: مهشید جعفرپور

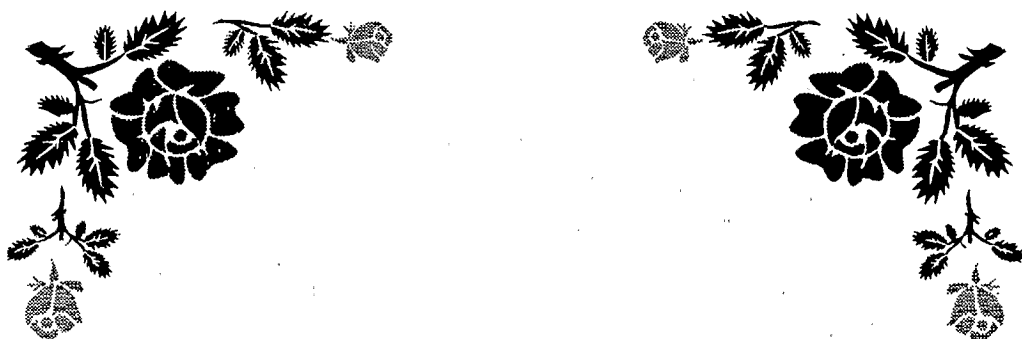
امضاء: 

نماینده شورای تحصیلات تکمیلی: فرنگیس شاهپوریان

این پایان نامه طرح مصوبه دانشگاه است (کد: ۲۸۴/پ)

۱۳۸۶ / ۱۶ / ۳

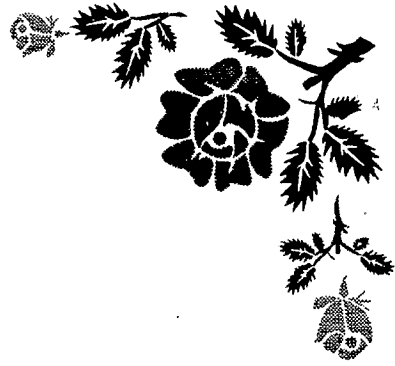
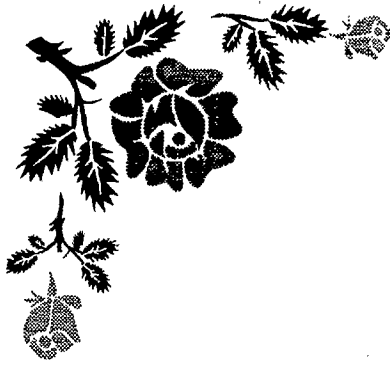

دکتر سیده فاطمه اسکویی
رئیس دانشکده



تقدیم به جوان پاک پدرم

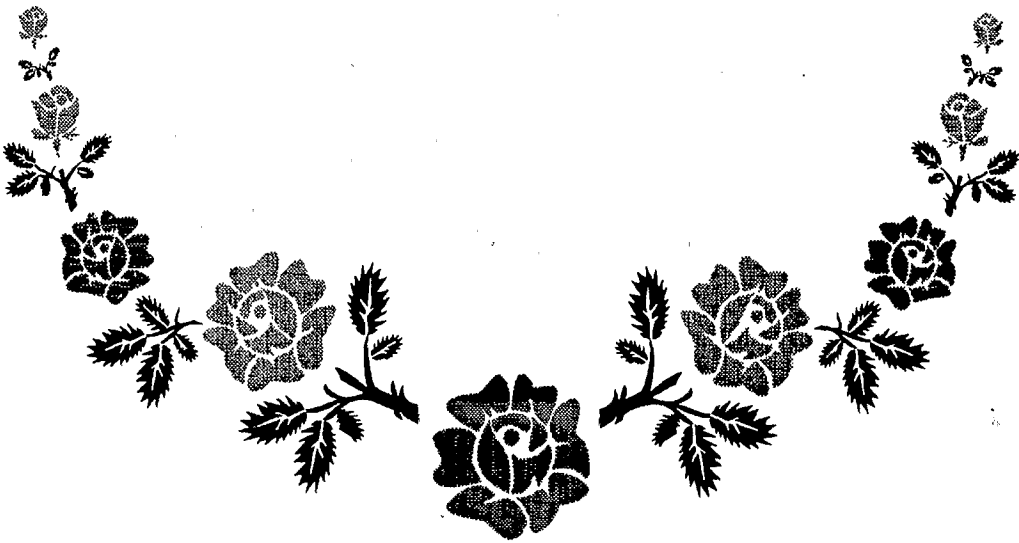
اوج که در تمام مراحل زندگی
بار و بار پدر بود و لحظه ای
دعای خیرش را از ما دریغ
نودزید.

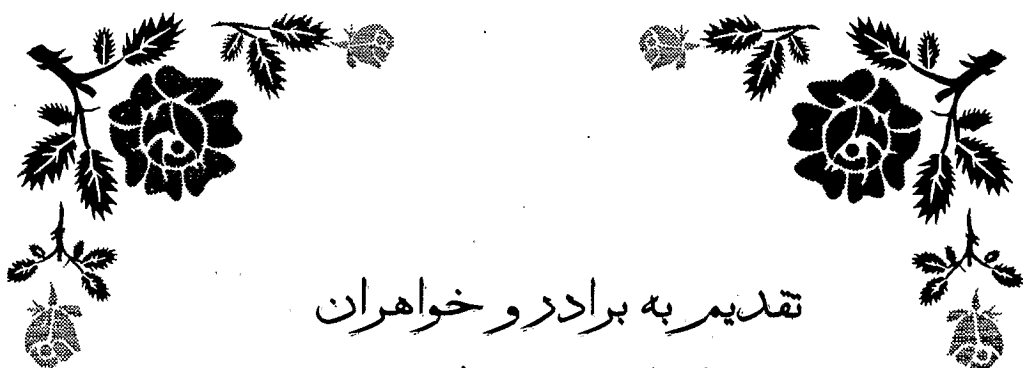




تقدیر به گنجینه پر مهر مادر مهربانم

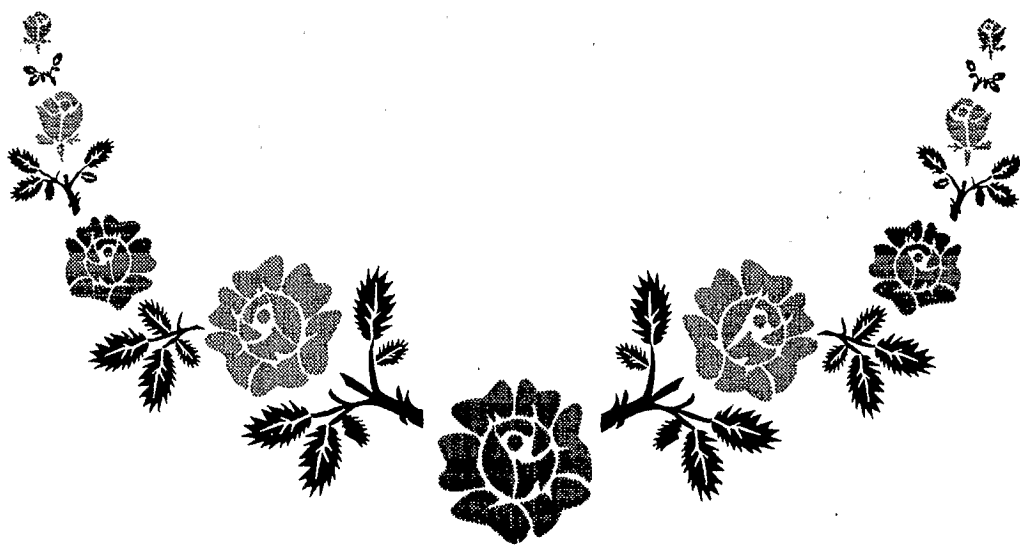
که تمام زندگی ام مدیون لطف پی
پایان اوست .





تقدیم به برادر و خواهران
گرامی و مهربانم

آنان که همواره چون یارانی صدیق و مهربان
مشوق من در طی مداح با لایزال تحصیل بوده و
با حمایت‌های بیدریغشان شوق آموختن را
در وجودم زنده کردند.



سپاس

اینک که در پرتو عنایات حضرت حق و توجهات همیشگی او و ائمنین معصومین مراحل انجام این تحقیق به پایان رسیده بر خود لازم می دانم که از تمامی عزیزانی که مرا در انجام این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی نمایم.

با سپاس فراوان از استاد عزیز و ارجمندم سرکار خانم سلحشوریان که با باگشاده رویی و همراهی صمیمانه راهنمای من در تمامی مراحل انجام تحقیق بودند و با تشکر فراوان از سرکار خانم دکتر رفیعی استاد محترم مشاور که با صبر و شکیبایی و راهنمایی های ارزشمندشان در تمامی مراحل پژوهش مرا یاری کردند.

با تشکر از زحمات سرکار خانم حسینی استاد محترم آمار که در تنظیم و تدوین بخش آماری و کسب نتایج حاصل مرا مساعدت نمودند.

همچنین با تشکر از استاد محترم ناظر سرکار خانم گنجی که با نهایت دقت پایان نامه اینجانب را مطالعه کردند و از نظرات سودمندشان استفاده نمودیم.

از سرکار خانم دکتر سید فاطمی و سرکار خانم شاهپوریان که گام های تحقیق را به من آموختند و همواره با راهنماییها و حمایت های ارزشمندشان مرا یاری نمودند تشکر و قدردانی می کنم.

با قدردانی از ریاست محترم دانشکده پرستاری و مامایی سرکار خانم دکتر اسکویی که همواره در جهت ارتقای سطح علمی دانشجویان گام برداشته و درصدد رفع مشکلات آنان بودند.

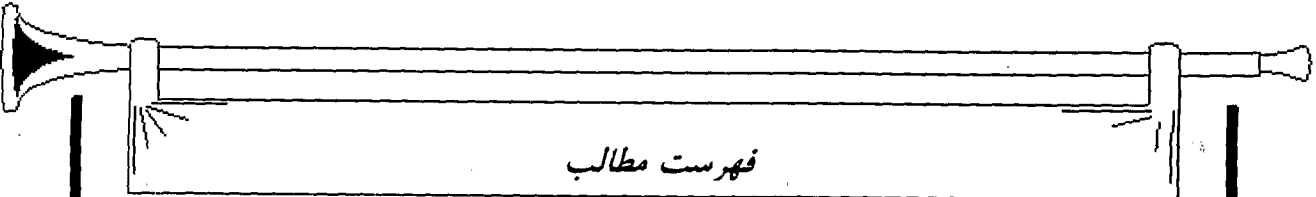
با تشکر از مسئولین و کارکنان محترم کتابخانه، واحد کامپیوتر (سرکار خانم رهنمایی همچنین با سپاس از آموزش دانشکده پرستاری و مامایی ایران و بخش تایپ و تکثیر.

از پرسنل محترم بیمارستانهای فیروزگر، حضرت رسول اکرم (ص) و انستیتو کانسر مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) تهران و تمامی بیماران مبتلا به سرطان که به اینجانب در جمع آوری

اطلاعات کمک کردند کمال تشکر را دارم.

و در پایان از تمامی دوستان و عزیزانی که صمیمانه مرا در انجام این پژوهش یاری نمودند کمال تشکر و

امتان دارم.



فهرست مطالب

فصل یکم : معرفی پژوهش

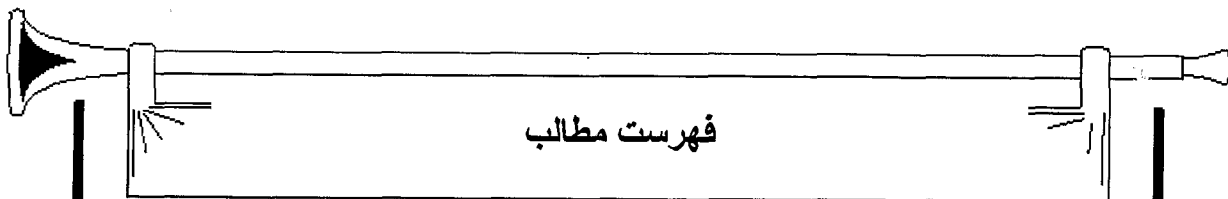
- ۱ بیان مساله پژوهش
- ۱۲ تعریف واژه ها
- ۱۳ اهداف پژوهش
- ۱۴ فرضیه ها و سوال های پژوهش

فصل دوم : مروری بر متون

- ۱۵ چهار چوب پنداشتی یا نظری
- ۴۶ گزارش پژوهش های انجام شده

فصل سوم: روش پژوهش

- ۵۳ نوع پژوهش
- ۵۳ جامعه پژوهش
- ۵۳ نمونه پژوهش
- ۵۳ تعداد نمونه
- ۵۳ روش نمونه گیری
- ۵۴ معیارهای پذیرش و حذف نمونه
- ۵۴ توصیف نمونه
- ۵۵ محیط پژوهش
- ۵۵ ابزار اندازه گیری داده ها و روش بکار گیری آن
- ۵۷ ملاحظات اخلاقی
- ۵۷ روایی
- ۵۷ پایایی
- ۵۸ روش کار



فهرست مطالب

فصل چهارم: نتایج

۶۰	تجزیه و تحلیل داده ها
۶۲	جداول

فصل پنجم

۱۰۸	بحث و بررسی یافته ها
۱۴۱	نتیجه گیری نهایی
۱۴۳	پیشنهاد برای کاربرد یافته ها
۱۴۶	پیشنهاد برای پژوهش های بعدی
۱۴۸	فهرست منابع

پیوست ها

ابزار گرد آوری داده ها
تائید رئیس دانشکده جهت اجرای پژوهش
اظهارنامه رعایت ملاحظات اخلاقی

فهرست جداول

عنوان جدول

شماره صفحه

۶۲	جدول شماره ۱- توزیع فراوانی سن واحدهای مورد پژوهش، سال (۱۳۸۴)
۶۲	جدول شماره ۲- توزیع فراوانی جنس واحدهای مورد پژوهش، سال (۱۳۸۴)
۶۲	جدول شماره ۳- توزیع فراوانی وضعیت تاهل واحدهای مورد پژوهش، سال (۱۳۸۴)
۶۳	جدول شماره ۴- توزیع فراوانی شغل واحدهای مورد پژوهش بر حسب جنس، سال (۱۳۸۴)
۶۳	جدول شماره ۵- توزیع فراوانی وضعیت اقتصادی واحدهای مورد پژوهش، سال (۱۳۸۴)
۶۳	جدول شماره ۶- توزیع فراوانی سطح تحصیلات واحدهای مورد پژوهش، سال (۱۳۸۴)
۶۴	جدول شماره ۷- توزیع فراوانی قومیت واحدهای مورد پژوهش، سال (۱۳۸۴)
۶۴	جدول شماره ۸- توزیع فراوانی طول مدت تشخیص بیماری واحدهای مورد پژوهش، سال (۱۳۸۴)
۶۵	جدول شماره ۹- توزیع فراوانی نوع درمان واحدهای مورد پژوهش، سال (۱۳۸۴)
۶۵	جدول شماره ۱۰- توزیع فراوانی نوع سرطان واحدهای مورد پژوهش، سال (۱۳۸۴)
۶۶	جدول شماره ۱۱- توزیع فراوانی ارزیابی میزان رضایت افراد مورد پژوهش از بعد سلامتی و عملکرد کیفیت زندگی، سال (۱۳۸۴)
۶۷	جدول شماره ۱۲- توزیع فراوانی ارزیابی میزان اهمیتی که افراد مورد پژوهش برای بعد سلامتی و عملکرد کیفیت زندگی قائل هستند، سال (۱۳۸۴)
۶۸	جدول شماره ۱۳- توزیع فراوانی ارزیابی میزان رضایت افراد مورد پژوهش از بعد اقتصادی - اجتماعی کیفیت زندگی، سال (۱۳۸۴)
۶۹	جدول شماره ۱۴ - توزیع فراوانی ارزیابی میزان اهمیتی که افراد مورد پژوهش برای بعد اقتصادی - اجتماعی کیفیت زندگی قائل هستند، سال (۱۳۸۴)
۷۰	جدول شماره ۱۵- توزیع فراوانی ارزیابی میزان رضایت افراد مورد پژوهش از بعد روانی - معنوی کیفیت زندگی، سال (۱۳۸۴)
۷۱	جدول شماره ۱۶- توزیع فراوانی ارزیابی میزان اهمیتی که افراد مورد پژوهش برای بعد روانی - معنوی کیفیت زندگی قائل هستند، سال (۱۳۸۴)
۷۲	جدول شماره ۱۷- توزیع فراوانی ارزیابی میزان رضایت افراد مورد پژوهش از بعد خانوادگی کیفیت زندگی، سال (۱۳۸۴)
۷۳	جدول شماره ۱۸ - توزیع فراوانی ارزیابی میزان اهمیتی که افراد مورد پژوهش برای بعد خانوادگی کیفیت زندگی قائل هستند، سال (۱۳۸۴)

۷۴	جدول شماره ۱۹- توزیع فراوانی کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش، سال (۱۳۸۴)
۷۴	جدول شماره ۲۰- توزیع فراوانی ابعاد سلامتی و عملکرد، اقتصادی- اجتماعی، روانی - معنوی و خانوادگی کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش، سال (۱۳۸۴)
۷۵	جدول شماره ۲۱- توزیع فراوانی کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سن، سال (۱۳۸۴)
۷۵	جدول شماره ۲۲- توزیع فراوانی کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش بر حسب جنس، سال (۱۳۸۴)
۷۶	جدول شماره ۲۳- توزیع فراوانی کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش بر حسب وضعیت تاهل، سال (۱۳۸۴)
۷۶	جدول شماره ۲۴- توزیع فراوانی کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش بر حسب وضعیت اقتصادی، سال (۱۳۸۴)
۷۷	جدول شماره ۲۵- توزیع فراوانی کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سطح شغل، سال (۱۳۸۴)
۷۷	جدول شماره ۲۶- توزیع فراوانی کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سطح تحصیلات، سال (۱۳۸۴)
۷۸	جدول شماره ۲۷- توزیع فراوانی کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش بر حسب قومیت، سال (۱۳۸۴)
۷۸	جدول شماره ۲۸- توزیع فراوانی کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش بر حسب مدت زمان درمان، سال (۱۳۸۴)
۷۹	جدول شماره ۲۹- توزیع فراوانی کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نوع سرطان، سال (۱۳۸۴)
۸۰	جدول شماره ۳۰- توزیع فراوانی کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نوع درمان، سال (۱۳۸۴)
۸۱	جدول شماره ۳۱- توزیع فراوانی ارزیابی حمایت اجتماعی درک شده از سوی همسر واحدهای مورد پژوهش، سال (۱۳۸۴)
۸۲	جدول شماره ۳۲- توزیع فراوانی ارزیابی حمایت اجتماعی درک شده از سوی اعضای خانواده واحدهای مورد پژوهش، سال (۱۳۸۴)
۸۳	جدول شماره ۳۳- جدول توزیع فراوانی ارزیابی حمایت اجتماعی درک شده از سوی دوستان

	واحدهای مورد پژوهش، سال (۱۳۸۴)
۸۴	جدول شماره ۳۴- توزیع فراوانی ارزیابی حمایت اجتماعی درک شده از سوی پرستار واحدهای مورد پژوهش، سال (۱۳۸۴)
۸۵	جدول شماره ۳۵- توزیع فراوانی ارزیابی حمایت اجتماعی درک شده از سوی پزشک واحدهای مورد پژوهش، سال (۱۳۸۴)
۸۶	جدول شماره ۳۶- توزیع فراوانی حمایت اجتماعی درک شده واحدهای مورد پژوهش، سال (۱۳۸۴)
۸۶	جدول شماره ۳۷- توزیع فراوانی حمایت اجتماعی درک شده از سوی منابع حمایتی واحدهای مورد پژوهش، سال (۱۳۸۴)
۸۷	جدول شماره ۳۸- توزیع فراوانی حمایت اجتماعی درک شده واحدهای مورد پژوهش بر حسب سن، سال (۱۳۸۴)
۸۷	جدول شماره ۳۹- توزیع فراوانی حمایت اجتماعی درک شده واحدهای مورد پژوهش بر حسب جنس، سال (۱۳۸۴)
۸۸	جدول شماره ۴۱- توزیع فراوانی حمایت اجتماعی درک شده واحدهای مورد پژوهش بر حسب وضعیت اقتصادی، سال (۱۳۸۴)
۸۸	جدول شماره ۴۲- توزیع فراوانی حمایت اجتماعی درک شده واحدهای مورد پژوهش بر حسب شغل، سال (۱۳۸۴)
۸۹	جدول شماره ۴۳- توزیع فراوانی حمایت اجتماعی درک شده واحدهای مورد پژوهش بر حسب سطح تحصیلات، سال (۱۳۸۴)
۹۰	جدول شماره ۴۴- توزیع فراوانی حمایت اجتماعی درک شده واحدهای مورد پژوهش بر حسب قومیت سال (۱۳۸۴)
۹۰	جدول شماره ۴۵- توزیع فراوانی حمایت اجتماعی درک شده واحدهای مورد پژوهش بر حسب مدت زمان درمان، سال (۱۳۸۴)
۹۱	جدول شماره ۴۶- توزیع فراوانی حمایت اجتماعی درک شده واحدهای مورد پژوهش بر حسب نوع سرطان، سال (۱۳۸۴)
۹۲	جدول شماره ۴۷- توزیع فراوانی حمایت اجتماعی درک شده واحدهای مورد پژوهش بر نوع درمان، سال (۱۳۸۴)
۹۲	جدول شماره ۴۸- توزیع فراوانی اندازه شبکه اجتماعی واحدهای مورد پژوهش، سال (۱۳۸۴)

۹۳	جدول شماره ۴۹- توزیع فراوانی اندازه شبکه اجتماعی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سن ، سال (۱۳۸۴)
۹۳	جدول شماره ۴۹- توزیع فراوانی اندازه شبکه اجتماعی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سن ، سال (۱۳۸۴)
۹۴	جدول شماره ۵۰- جدول توزیع فراوانی اندازه شبکه اجتماعی واحدهای مورد پژوهش بر حسب جنس، سال (۱۳۸۴)
۹۴	جدول شماره ۵۱- توزیع فراوانی اندازه شبکه اجتماعی واحدهای مورد پژوهش بر حسب وضعیت تاهل، سال (۱۳۸۴)
۹۵	جدول شماره ۵۲- توزیع فراوانی اندازه شبکه اجتماعی واحدهای مورد پژوهش بر حسب وضعیت اقتصادی، سال (۱۳۸۴)
۹۵	جدول شماره ۵۳- توزیع فراوانی اندازه شبکه اجتماعی واحدهای مورد پژوهش بر حسب شغل، سال (۱۳۸۴)
۹۶	جدول شماره ۵۴- توزیع فراوانی اندازه شبکه اجتماعی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سطح تحصیلات، سال (۱۳۸۴)
۹۶	جدول شماره ۵۵- توزیع فراوانی اندازه شبکه اجتماعی واحدهای مورد پژوهش بر حسب قومیت، سال (۱۳۸۴)
۹۷	جدول شماره ۵۶- توزیع فراوانی اندازه شبکه اجتماعی واحدهای مورد پژوهش بر حسب مدت زمان تشخیص، سال (۱۳۸۴)
۹۸	جدول شماره ۵۷- توزیع فراوانی درک حمایت اجتماعی واحدهای مورد پژوهش بر نوع سرطان، سال (۱۳۸۴)
۹۹	جدول شماره ۵۸- توزیع فراوانی اندازه شبکه اجتماعی واحدهای مورد پژوهش حسب نوع درمان، سال (۱۳۸۴)
۱۰۰	جدول شماره ۵۹- ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش ، سال (۱۳۸۴)
۱۰۰	جدول شماره ۶۰- ارتباط درک حمایت اجتماعی و بعد سلامتی و عملکرد واحدهای مورد پژوهش، سال (۱۳۸۴)
۱۰۱	جدول شماره ۶۱- ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و بعد اجتماعی - اقتصادی واحدهای مورد

	پژوهش ، سال (۱۳۸۴)
۱۰۱	جدول شماره ۶۲- ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و بعد روانی - معنوی واحدهای مورد پژوهش ، سال (۱۳۸۴)
۱۰۲	جدول شماره ۶۳- ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و بعد خانوادگی واحدهای مورد پژوهش ، سال (۱۳۸۴)
۱۰۲	جدول شماره ۶۴- ارتباط حمایت همسر و کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش ، سال (۱۳۸۴)
۱۰۳	جدول شماره ۶۵- ارتباط حمایت اعضای خانواده و کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش ، سال (۱۳۸۴)
۱۰۳	جدول شماره ۶۶- ارتباط حمایت دوستان و کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش ، سال (۱۳۸۴)
۱۰۴	جدول شماره ۶۷- ارتباط حمایت پرستار و کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش ، سال (۱۳۸۴)
۱۰۴	جدول شماره ۶۸- ارتباط حمایت پزشک و کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش ، سال (۱۳۸۴)
۱۰۵	جدول شماره ۶۹- ارتباط کیفیت زندگی و اندازه شبکه اجتماعی واحدهای مورد پژوهش ، سال (۱۳۸۴)
۱۰۵	جدول شماره ۷۰- ارتباط درک حمایت اجتماعی و اندازه شبکه اجتماعی واحدهای مورد پژوهش ، سال (۱۳۸۴)
۱۰۶	جدول شماره ۷۱- ارتباط درک حمایت اجتماعی ، کیفیت زندگی و اندازه شبکه اجتماعی واحدهای مورد پژوهش ، سال (۱۳۸۴)
۱۰۷	جدول شماره ۷۲- نتیجه آنالیز رگرسیون چندگانه در مورد ارتباط کیفیت زندگی ، حمایت اجتماعی درک شده و اندازه شبکه اجتماعی

فهرست اشکال

شماره صفحه

عنوان شکل

۳۶

شکل شماره یک: تاثیر حمايت اجتماعى روى سلامتى

۴۴

شکل شماره دو: مد کیفیت زندگی فرانس و پوورس

چکیده پژوهش

مقدمه: سرطان یکی از حوادث تنش زای زندگی است که اثرات مختلفی روی سلامتی فیزیکی، روانی و عملکردهای اجتماعی بجا می‌گذارد. عملکردهای روزانه و فعالیت‌های اجتماعی را دچار نابسامانی می‌کند. نحوه ارتباط بیماران با افراد شبکه اجتماعی شان تغییر می‌کند و به میزان زیادی به دیگران وابسته هستند و کمتر قادر به حمایت کردن می‌باشند. با توجه به افزایش روز افزون تعداد این بیماران تلاش برای ارتقاء کیفیت زندگی آنها الزامی به نظر می‌رسد و در این میان محیط اجتماعی که بیمار در آن زندگی می‌کند، یک موضوع مهم می‌باشد.

هدف: تعیین ارتباط حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستانهای منتخب دانشگاههای علوم پزشکی ایران و تهران، سال ۱۳۸۴.

نوع پژوهش: این پژوهش از نوع همبستگی - توصیفی بود. بیماران با روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از ابزارهای حمایت اجتماعی نورتوس و کیفیت زندگی فرانس و پوورس جمع آوری شدند.

نمونه پژوهش: در این مطالعه ۲۲۰ بیمار مبتلا به سرطان از سه بیمارستان حضرت رسول (ص)، فیروزگر و انستیتو کانسر مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) تهران انتخاب شدند.

نتایج: یافته‌ها نشان داد، بیش از نیمی از نمونه‌های مورد پژوهش (۵۶/۴ درصد) کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب داشتند و حمایت اجتماعی را در سطح متوسط و بالایی از شبکه اجتماعی متوسط (۷-۲) درک کردند. کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی درک شده ($r_s = ۰/۴۱۵$ ، $p = ۰/۰۰$) و اندازه شبکه اجتماعی ($r_s = ۰/۲۴۵$ ، $p = ۰/۰۰$) ارتباط معنی دار و مثبتی داشت. همچنین آزمون رگرسیون خطی چندگانه نشان داد ۲۰ درصد تغییرات کیفیت زندگی مربوط حمایت اجتماعی درک شده ($R^2 = ۰/۲۰۲۰$) می‌باشد و علاوه بر ارتباط بین اندازه شبکه اجتماعی و کیفیت زندگی، اندازه شبکه اجتماعی روی کیفیت زندگی بیماران تأثیری ندارد.

بحث: نتایج این مطالعه اطلاعات زیادی در مورد اهمیت حمایت اجتماعی درک شده برای ارتقاء کیفیت زندگی بیماران می‌دهد. پرستاران با استفاده از این یافته‌ها می‌توانند در جهت توسعه و تقویت شبکه اجتماعی بیماران برای ارائه هر چه بهتر حمایت بیماران اقدام کنند. نتایج این مطالعه فقط ۲۰٪ تغییرات کیفیت زندگی را توجیه می‌کند، پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتر برای شناخت عوامل موثر دیگر روی کیفیت زندگی این گروه بیماران انجام شود.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی - حمایت اجتماعی درک شده - اندازه شبکه اجتماعی - بیماران مبتلا به سرطان.



فصل اول
بیان مسئلہ



بیان مسئله

سرطان دسته ای از بیماریها است که با رشد کنترل نشده سلولی و تهاجم به بافت های موضعی و متاستازسیستمیک مشخص می شود. این بیماری با بیش از صد نوع تومور بدخیم می تواند در همه افراد در تمامی گروههای سنی، جنسی، نژادی، قومی و نیز گروههای اجتماعی - اقتصادی پدیدارگردد تمامی انسانها پتانسیل ابتلا به سرطان را دارند و هیچکس در این امر مستثنی نیست. اگر چه همه گروههای سنی را مبتلا می نماید با این حال اغلب سرطان ها در افراد میانسال بالای ۶۵ سال اتفاق می افتد به طور کلی سرطان در مردان بیش از زنان و در جوامع صنعتی بیش از جوامع دیگر بروز می کند.^(۱)

سرطان میلیون ها تن از مردم سراسر دنیا را مبتلا می نماید و انتظار می رود در آمریکا تا سال ۲۰۰۰ از جمله علل اصلی مرگ به شمار آید، بعد از حوادث و سوانح این بیماری به عنوان دومین علت مرگ و میر زود هنگام در ایالات متحده آمریکا محسوب می گردد، در سال ۱۹۹۶ حدود ۱۳۵۹۰۰۰ نفر در آمریکا تشخیص سرطان برایشان گذاشته شد. میزان وقوع این بیماری در ایالات متحده ۳۷۲/۵ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر است. با ارقام فعلی از هر سه نفر آمریکایی یک نفر نهایتاً مبتلا به سرطان خواهد شد.^(۲)

همچنین کامفل، فانوف و دینی^۱ نیز در مقاله خود در مورد بیماران مبتلا به سرطان نوشته است بیش از یک نفر از هر ۳ نفر در کانادا و ایالات متحده آمریکا در مدت زندگی شان به بیماری سرطان مبتلا می شوند و تعداد واقعی موارد به دنبال افزایش سن جمعیت روبه افزایش است، تخمین زده شده است که ۱/۳ میلیون مورد جدید سرطان در ایالات متحده و ۱۳۶۹۰۰ مورد جدید در کانادا وجود دارد و ۳ برابر این میزان، افراد با این بیماری زندگی می کنند. در ۱۵ سال آینده پیش بینی می شود که تقریباً به میزان ۷۰ درصد به شمار فعلی بیماران مبتلا به سرطان افزوده گردد.^(۳)

میزان بروز سرطان طی ۵۰ سال گذشته به طور یکنواخت افزایش پیدا کرده است این افزایش نتیجه بالا رفتن میانگین سن جامعه و نیز افزایش مصرف سیگار می باشد.^(۲) شایعترین سرطان ها از لحاظ وقوع طبق آمار گرفته شده در سال ۱۹۹۶ عبارتند از پروستات، ریه، پستان، کلون و رکتوم. این چهار نوع سرطان بیش از ۵۰ درصد کل میزان بروز سرطان ها را تشکیل می دهند. در سال ۱۹۹۶ به طور تخمینی ۵۵۴۰۰۰ نفر در اثر سرطان جان خود، را از دست داده اند میزان مرگ و میر آن ۱۷۴ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر است. مرگ ناشی از سرطان در

^۱Camphel , phaneuf and deane

آمریکا ۲۰ درصد کل مرگ و میر را شامل می شود، بعد از بیماریهای قلبی دومین عامل مرگ به شمار می آید میزان مرگ و میر در اثر این بیماری از سال ۱۹۳۰ افزایش پیدا کرده است که آن را نتیجه افزایش استفاده سیگار می دانند اگر مرگ و میر در اثر سرطان ریه کنار گذاشته شود میزان مرگ و میر این بیماری بین سالهای ۱۹۵۰ تا ۱۹۹۰ تا ۱۴ درصد کاهش یافته است.^(۲)

به طور تخمینی، سالانه ۱/۶ میلیون مورد جدید سرطان در دنیا تشخیص داده می شود که ۱/۳ میلیون نفر از آنها در اثر سرطان می میرند.^(۴) در کشور ایران نیز طبق آمار سال ۱۳۸۱ انستیتوکانسر مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) تهران ۶۹۷۴ نفر به علت سرطان بستری بودند. ۱۹۷۰۱ نفر به درمانگاههای شیمی درمانی مراجعه کرده اند و ۸۹۵۱۱ مورد تزریق داروهای شیمی درمانی داشته اند.^(۵)

در سال ۱۳۷۷، ۶۱۲۰ مورد جدید انواع سرطان ها در بین ساکنین تهران بروز کرده است که ۴۴ درصد آنها زنان ۵۶ سال و بالاتر و ۵۶ درصدشان، مردان ۵۶ سال و بالاتر بودند. میزان مرگ و میر خام بر اساس جمعیت دنیا در ساکنین تهران در سال ۱۳۷۷ معادل ۳۷/۷ و بر اساس میزان تراز شده بر اساس جمعیت دنیا ۵۰/۳ گزارش شد. در ایران میزان مرگ و میر ناشی از سرطان در همان سال بیش از ۲۷۳۰۷ نفر تخمین زده شده است که ۱۵۹۳۰ نفر (۵۸ درصد) مرد و ۱۱۳۷۷ نفر (۴۲ درصد) زن بودند.^(۵)

تمام افرادی که سرطان دارند یا به علت سرطان تحت درمان قرار می گیرند به عنوان بازماندگان سرطان در نظر گرفته می شوند میزان بقای مشاهده شد ۵ ساله برای تمام انواع سرطان ها ۴۰ درصد است. سرطان بیضه، ملانومای پوست، جزء بالاترین بقا و سرطان ریه، لوزالمعده، کبد و مری جزء کمترین بقا در نظر گرفته می شوند. هر ساله افزودن بر ۱/۲ میلیون نفر آمریکایی به سرطان در قسمت های مختلف بدنشان مبتلا می شوند. هر ساله بیش از ۵۵۰۰۰۰ نفر از مردم آن کشور به علت فرآیند های بدخیمی از دنیا می روند بالاترین میزان مرگ ناشی از سرطان های مختلف در ایالات متحده مربوط به سرطان ریه، پروستات و کولورکتال در مردان و سرطان ریه، پستان و کولورکتال در زنان است. در مقایسه بین سفید پوستان میزان امید به زندگی در بیماران سرطانی سیاه پوست آمریکایی ۵ سال کمتر است. همچنین میزان مرگ و میر در سیاه پوستان به نسبت سایر گروههای نژادی آمریکایی بالاتر می باشد.^(۱)

این بیماری برای هر انسانی یک تجربه منحصر به فرد به شمار می آید. اثرات جسمی و فیزیکی سرطان می تواند به کوچکی و محدودیت خارج کردن یک تومور کوچک سلول بازال از پوست باشد که اسکار کوچکی به



جا می گذارد تا درمان های مخرب وسیع که باعث بدشکلی عضومی شود ای در کارکرد و ظاهر فیزیکی همراه است. درمان سرطان می تواند کوتاه بوده و یا چند ساله و این حالت منجر به کاهش کارایی و کیفیت زندگی بیماران می شود.^(۲)

سرطان عارضه ای است که مسیر زندگی فرد را تغییر می دهد. زندگی سرطان برای او گذاشته شده است هرگز نمی تواند مانند گذشته ادامه پیدا کند. تقریباً ۵۰٪ مبتلایان به سرطان تشخیص بیماری، مشکلات فراوانی در ابعاد شخصی، خانوادگی و اجتماعی^(۳) دارند و منجر به ایجاد احساس وابستگی، کاهش اعتماد به نفس و کنترل، افزایش احساس بی بسی، درد، علائم جسمانی و افکار خودکشی در افراد می شود^(۴) و عملکردهای روزانه و فعالیت های نابسامانی می کند. بیماران در مراحل اولیه تشخیص به شدت دچار عدم تعادل و بی قدرتی دچار بحران در زندگی می گردند. آنها با سؤالاتی در مورد بیماری و درمان ها روبرو می آیند نامشخص، عود، ناتوانی جسمی و تغییر در روابط خانوادگی موجب ایجاد تنش و نگرانی که با گذشت زمان از شدت آن کاسته شده و فرد با شرایط فعلی اش سازگاری گردد و می یابد.^(۷)

توانایی افراد برای انجام نقش های معمول و مسئولیت ها تغییر می یابد و بویژه می آید و نحوه ارتباط آنها با همسر، فرزندان، والدین، همکاران، خواهر، برادر و کند. این روابط تغییر یافته به صورت جدایی، افزایش توجه و محبت و یا دوری گزیدن و فاصله می شود. ماهیت نقشها و روابط جدید می تواند باعث ایجاد احساس بی لیاقتی و ناراحتی^(۵) و اختلال در تعادل و وابستگی در مددجویان شود. این افراد به میزان کم یا زیاد به دیگران وابسته و قادر به حمایت کردن می باشند. بنابراین اندازه شبکه اجتماعی و میزان حمایت اجتماعی بیماران بدخیم مانند سرطان هستند در طول مدت بیماری کاهش می یابد. این افراد مشکلات حرکتی، راه رفتن، نقل و انتقالات، ارتباطات اجتماعی و سرگرمی دارند که تعاملات فردی آنها را می سازند آنها کمتر می توانند به ملاقات دیگران بروند، یا نمی توانند کار بکنند، به کلوب بروند کنند. این موارد احتمال مزوی شدن این افراد را در جامعه افزایش می دهد.^(۷)

این بیماران مشکلات روحی (مثل احساسات منفی و بلا تکلیفی) و مدست دادن شغل، نداشتن هزینه های درمان زیادی) را تجربه می کنند. منظور از بلا تکلیفی نامشغول مدت بقاء، پیش آگهی