

صلى الله عليه وسلم



۹۳۳۵۱۷۳

دانشگاه شهید چمران اهواز

دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته جامعه شناسی

عنوان :

بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی

بیماران سرطانی شهر اهواز

استاد راهنما:

دکتر معصومه باقری

استاد مشاور:

دکتر کریم رضا دوست

نگارنده:

وهاب برکتی

دی ماه ۱۳۹۳

با تشکر و قدردانی فراوان از:

سرکار خانم دکتر باقری،

که در مسیر پیشبرد پژوهش همواره از راهنمایی های ایشان بهره بردم،

و سپاس فراوان از استاد گرامی **آقای دکتر رضا دوست،**

که با درایت و بردباری فراوان در به سرانجام رساندن این پژوهش مشاور و مشوق اینجانب بودند.

و

قدردانی از زحمات اساتید گرامی

جناب آقای دکتر نبوی و جناب آقای دکتر نواح

و

جناب آقای دکتر حسین زاده

که در طول این سالها با دلسوزی تمام اینجانب را از دانش و تجربه خویش بهره مند نموده و به تلاش برای کسب هر چه بیشتر دانش و معرفت تشویق نمودند.

در پایان لازم می دانم از

جناب آقای دکتر حسین زاده،

به جهت راهنمایی های بیدریغ ایشان در مراحل اولیه پژوهش و همچنین ارائه توصیه های کاربردی در مقاطع مختلف انجام کار تشکر ویژه نمایم.

امید آنکه دعای خیر اساتید و آموزش های ارزشمند ایشان در این سال ها،

توشه راه اینجانب در راه پر فراز و نشیب علم و معرفت باشد.

چکیده

نام خانوادگی : برکتی	نام: وهاب	شماره دانشجویی : ۹۱۳۵۱۰۳
عنوان پایان نامه : بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران سرطانی شهر اهواز		
استاد راهنما: دکتر معصومه باقری		
استاد مشاور: دکتر کریم رضا دوست		
درجه تحصیلی: کارشناسی ارشد	رشته: جامعه شناسی	گرایش: محض
دانشگاه : شهید چمران اهواز	دانشکده: اقتصاد و علوم اجتماعی	گروه : جامعه شناسی
تاریخ فارغ التحصیلی : ۱۳۹۳/۱۱/۰۷ تعداد صفحه: ۱۳۹		
کلید واژه ها : حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، سرطان		
<p>به منظور بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی (در دو بعد ساختاری و کارکردی) و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان در شهر اهواز نمونه ای به حجم ۱۱۹ نفر (۳۲ مرد و ۸۷ زن) به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه های حمایت اجتماعی ساختاری (تراکم، اندازه و فراوانی) حمایت اجتماعی کارکردی (عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی) استفاده گردید. نتایج نشان داد که بین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی ساختاری (تراکم، اندازه و فراوانی) و کیفیت زندگی و همچنین ابعاد حمایت اجتماعی کارکردی (عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی) و کیفیت زندگی رابطه معنی داری وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که در مجموع ۴۳٪ واریانس کیفیت زندگی را ابعاد مختلف متغیرحمایت اجتماعی تبیین می کند. بنابراین با توجه به مدل تحلیل رگرسیونی مشخص می شود که ابعاد مختلف حمایت اجتماعی ساختاری (تراکم، اندازه و فراوانی) و کارکردی (عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی) متغیرهای کلیدی در مدل تحلیلی رگرسیونی بوده و ضریب تعیین بدست آمده توسط آنها ۴۳٪ می باشد.</p>		

فهرست مندرجات

صفحه

عنوان

فصل اول: کلیات تحقیق

۲	۱-۱- مقدمه.....
۴	۲-۱- بیان مساله.....
۶	۳-۱- ضرورت و اولویت تحقیق.....
۸	۴-۱- اهداف پژوهش.....
۹	۵-۱- خلاصه و نتیجه گیری.....

فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه تحقیق

۱۱	۱-۲- مقدمه.....
۱۱	۲-۲- تاریخچه مفهوم کیفیت زندگی.....
۱۴	۳-۲- بررسی مفهومی کیفیت زندگی.....
۱۷	۴-۲- مبانی نظری.....
۱۷	۱-۴-۲- رویکردهای گوناگون به کیفیت زندگی.....
۱۸	۱-۴-۲-۱- رویکرد پزشکی.....
۲۱	۲-۴-۲-۱- رویکرد فلسفی به مفهوم کیفیت زندگی.....
۲۲	۱-۴-۲-۱-۲- ارسطو و اپیکور.....
۲۳	۲-۴-۲-۱-۲- دکارت و هابرماس.....
۲۳	۳-۴-۲-۱-۲- توماس کوهن.....
۲۴	۴-۴-۲-۱-۲- جان راویز.....
۲۵	۳-۴-۲-۱-۲- رویکرد اقتصادی به مفهوم کیفیت زندگی.....

- ۲۹ روانشناسی اجتماعی ۴-۱-۴-۲- رویکردهای روانشناختی و روانشناسی اجتماعی
- ۲۹ تبیین های روانشناختی ۱-۴-۱-۴-۲- تبیین های روانشناختی
- ۳۱ رویکرد روان شناختی اجتماعی ۲-۴-۱-۴-۲- رویکرد روان شناختی اجتماعی
- ۳۲ نظریه های یادگیری ۱-۲-۴-۱-۴-۲- نظریه های یادگیری
- ۳۳ رویکرد کنش متقابل ۲-۲-۴-۱-۴-۲- رویکرد کنش متقابل
- ۳۳ رویکرد جامعه شناختی ۵-۱-۴-۲- رویکرد جامعه شناختی
- ۳۴ رویکرد بی هنجاری و کیفیت زندگی ۱-۵-۱-۴-۲- رویکرد بی هنجاری و کیفیت زندگی
- ۳۶ رویکرد عاملیتی ۲-۵-۱-۴-۲- رویکرد عاملیتی
- ۳۶ رویکرد مطلوبیت گرایی ۱-۲-۵-۱-۴-۲- رویکرد مطلوبیت گرایی
- ۳۸ رویکرد ارزشهای عام ۲-۲-۵-۱-۴-۲- رویکرد ارزشهای عام
- ۳۸ رویکردهای نیاز محور ۳-۲-۵-۱-۴-۲- رویکردهای نیاز محور
- ۴۱ رویکرد قابلیت ۴-۲-۵-۱-۴-۲- رویکرد قابلیت
- ۴۳ رویکرد ساختاری و کیفیت زندگی ۳-۵-۱-۴-۲- رویکرد ساختاری و کیفیت زندگی
- ۴۳ رویکرد کیفیت اجتماعی ۴-۵-۱-۴-۲- رویکرد کیفیت اجتماعی
- ۴۴ دیدگاه نظریه پردازان کیفیت اجتماعی ۲-۴-۲- دیدگاه نظریه پردازان کیفیت اجتماعی
- ۴۴ مازلو ۱-۲-۴-۲- مازلو
- ۴۶ ریف و سینگر ۲-۲-۴-۲- ریف و سینگر
- ۴۸ فلاناگان ۳-۲-۴-۲- فلاناگان
- ۴۸ کالمن ۴-۲-۴-۲- کالمن
- ۴۹ گودمن ۵-۲-۴-۲- گودمن

- ۴۹ اشمیت و نول ۶-۲-۴-۲
- ۵۱ نظریه سازمان جهانی بهداشت در مورد کیفیت زندگی ۷-۲-۴-۲
- ۵۲ نظریه پردازان سرمایه اجتماعی ۳-۲-۴-۲
- ۵۲ پانتام ۱-۳-۲-۴-۲
- ۵۳ پیر بوردیو ۲-۳-۲-۴-۲
- ۵۴ کلمن ۳-۳-۲-۴-۲
- ۵۴ فرانسیس فوکویاما ۴-۳-۲-۴-۲
- ۵۵ گیدنز ۵-۳-۲-۴-۲
- ۵۶ ولمن ۶-۳-۲-۴-۲
- ۵۷ وولکات و نارایان ۷-۳-۲-۴-۲
- ۵۸ لین ۸-۳-۲-۴-۲
- ۵۹ رز ۹-۳-۲-۴-۲
- ۵۹ هیروش ۱۰-۳-۲-۴-۲
- ۵۹ پیشینه تحقیق ۵-۲
- ۵۹ ۱-۵-۲ پیشینه داخلی تحقیق
- ۶۴ ۲-۵-۲ نقد پیشینه داخلی
- ۶۵ ۳-۵-۲ پیشینه خارجی تحقیق
- ۶۷ ۴-۵-۲ نقد تحقیقات پیشین
- ۶۷ ۶-۲ چارچوب نظری
- ۶۹ ۱-۶-۲ مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی

- ۷۰ ۲-۶-۲- مدل تأثیر غیر مستقیم یا فرضیه ضربه گیر
- ۷۱ ۳-۶-۲- مدل سلسله مراتبی-جبرانی
- ۷۲ ۴-۶-۲- مدل تخصصی کارکردی
- ۷۲ ۵-۶-۲- تئوری کناره‌گیری از روابط
- ۷۳ ۶-۶-۲- مدل کمبود
- ۷۴ ۷-۶-۲- تئوری بانک حمایتی
- ۷۴ ۸-۶-۲- تئوری انسجام اجتماعی
- ۷۶ ۹-۶-۲- مدل تخصیص وظیفه
- ۷۶ ۱۰-۶-۲- تئوری شبکه
- ۷۸ ۱۱-۷-۲- فرضیه انباشت هویتی
- ۷۹ ۷-۲- مدل نظری پژوهش
- ۸۱ ۸-۲- مدل ترسیمی پژوهش
- ۸۱ ۹-۲- فرضیات پژوهش:

فصل سوم: روش شناسی تحقیق

- ۸۳ ۱-۳- مقدمه
- ۸۳ ۲-۳- روش تحقیق
- ۸۴ ۳-۳- ابزار جمع آوری اطلاعات
- ۸۴ ۴-۳- واحد تحلیل
- ۸۵ ۵-۳- جامعه آماری، نمونه و شیوه نمونه‌گیری

- ۳-۶- تعیین حجم نمونه ۸۶
- ۳-۷- تعیین روایی و پایایی ابزارهای اندازه گیری ۸۷
- ۳-۷-۱- روایی (اعتبار) ۸۷
- ۳-۷-۲- پایایی ۸۷
- ۳-۸- نحوه تجزیه و تحلیل اطلاعات ۸۹
- ۳-۹- تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیر های تحقیق ۹۰
- ۳-۹-۱- متغیر های جمعیت شناختی ۹۱
- ۳-۹-۲- حمایت اجتماعی ۹۲
- ۳-۹-۲-۱- حمایت اجتماعی - ساختاری ۹۲
- ۳-۹-۲-۱-۱- اندازه شبکه اجتماعی ۹۴
- ۳-۹-۲-۱-۲- فراوانی شبکه اجتماعی ۹۵
- ۳-۹-۲-۱-۳- تراکم شبکه اجتماعی ۹۶
- ۳-۹-۲-۲- حمایت اجتماعی - کارکردی ۹۷
- ۳-۹-۲-۲-۱- حمایت اجتماعی عاطفی ۹۸
- ۳-۹-۲-۲-۲- حمایت اجتماعی ابزاری ۹۹
- ۳-۹-۲-۳- حمایت اجتماعی اطلاعاتی ۱۰۰
- ۳-۹-۳- کیفیت زندگی - متغیر وابسته ۱۰۱

فصل چهارم: یافته های تحقیق

- ۴-۱- مقدمه ۱۰۳
- ۴-۲- آمار توصیفی ۱۰۳

- ۱۰۳.....۱-۲-۴- توصیف ویژگی‌های جمعیت نمونه.....
- ۱۰۳.....۱-۱-۲-۴- متغیر سن
- ۱۰۴.....۲-۱-۲-۴- متغیر جنسیت.....
- ۱۰۴.....۳-۱-۲-۴- متغیر وضعیت تأهل.....
- ۱۰۵.....۴-۱-۲-۴- متغیر تحصیلات.....
- ۱۰۶.....۳-۲-۴-توصیف ویژگی‌های متغیر وابسته (کیفیت زندگی بیماران سرطانی)
- ۱۰۶.....۳-۴- تجزیه و تحلیل داده‌ها
- ۱۰۷.....۱-۳-۴- آزمون فرضیه‌های تحقیق.....
- ۱۰۷.....۱-۱-۳-۴- آزمون فرضیه نخست.....
- ۱۰۸.....۲-۱-۳-۴- آزمون فرضیه دوم.....
- ۱۰۸.....۳-۱-۳-۴- آزمون فرضیه سوم.....
- ۱۰۹.....۴-۱-۳-۴- آزمون فرضیه چهارم.....
- ۱۱۰.....۵-۱-۳-۴- آزمون فرضیه پنجم.....
- ۱۱۰.....۶-۱-۳-۴- آزمون فرضیه ششم.....
- ۱۱۱.....۲-۳-۴-آزمون متغیرهای زمینه‌ای با متغیر کیفیت زندگی.....
- ۱۱۱.....۱-۲-۳-۴-آزمون فرضیه نخست.....
- ۱۱۲.....۲-۲-۳-۴- آزمون فرضیه دوم.....
- ۱۱۲.....۲-۲-۳-۴- آزمون فرضیه سوم.....
- ۱۱۳.....۳-۲-۳-۴-آزمون فرضیه ی چهارم.....
- ۱۱۴.....۵-۴- یافته‌ها و تحلیل‌های رگرسیون چند متغیره تحقیق.....

فصل پنجم: نتیجه گیری و پیشنهادات

۱-۵- مقدمه.....	۱۱۷
۲-۵- نتایج فرضیات و مقایسه نتایج با پیشینه و چارچوب نظری.....	۱۱۷
۳-۵- نتیجه گیری.....	۱۲۱
۴-۵- پیشنهادات راهبردی.....	۱۲۴
۵-۵- پیشنهادات پژوهشی.....	۱۲۵
۶-۵- محدودیت‌های تحقیق.....	۱۲۶
فهرست منابع.....	۱۲۸
منابع فارسی.....	۱۲۸
منابع انگلیسی.....	۱۳۴

فصل اول

کلیات تحقیق

۱- مقدمه:

ریشه‌های تاریخی استفاده از عبارت کیفیت زندگی را می‌توان در آثار کلاسیک ارسطو که مربوط به سال ۳۳۰ قبل از میلاد مسیح هستند، یافت. عبارت کیفیت زندگی دوره‌های تاریخی زیادی را پشت سر گذاشته و تغییرات مختلفی در مورد آن صورت گرفته است. این عبارت علایق شخصی، تجارب، احساسات، دیدگاه‌ها و عقاید راجع به ابعاد فلسفی، فرهنگی، معنوی، روان‌شناسی، مالی، سیاسی و اجتماعی زندگی روزمره را شامل می‌شوند.

کیفیت زندگی برای اولین بار در کتاب «اقتصاد رفاه» توسط «آرتور سیسیل پیکو»^۱ اقتصاد دان انگلیسی مطرح شد که بیشتر به شاخص‌های مادی توجه داشت و لی در اواخر دهه ی ۱۹۵۰ با توجه به ابعاد غیر مادی آن توسط «جی. کی. گالبرایت»^۲ مطرح شد.

به تدریج جنبش‌های اجتماعی، کیفیت زندگی را در کانون توجه خود قرار داده و مطالعات فراوانی در رشته‌های مختلف بر روی آن انجام شد و ارزیابی کیفیت زندگی از طریق مجموعه متنوعی از معرف‌های اجتماعی از دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ آغاز شد که پاسخ به افزایش تقاضای جامعه برای کسب اطلاعات جهت حمایت از سیاست‌های اجتماعی فعال و کمیت پذیرکردن آن در راستای سنجش رفاه بشری بود.

سرطان بیماری مزمن و شایعی است که بروز کلی آن از دهه ۷۰ تا به امروز همچنان رو به افزایش بوده است. در سال ۲۰۰۷ در آمریکا تخمین زده شد که ۱/۴ میلیون مورد جدید سرطان در طی سال آینده در کشور تشخیص داده خواهد شد (ایرواین^۳، ۲۰۰۷). در ایران نیز سرطان شیوع بالایی را به خود اختصاص داده و بعد از بیماری‌های قلبی- عروقی و ریوی سومین عامل مرگ و میر است. آمار سال ۱۳۷۵ نشان می‌دهد که میزان بروز سرطان در ایران، در بین مردان ۲۰ نفر، در بین زنان ۱۶/۶ نفر و در کل جمعیت ۱۸/۳ نفر در هر صد هزار نفر است (رفایی، ۱۳۸۲).

1. Arthure sisil Epikore
2. J.k Galberight
3. Irwin

تشخیص سرطان تجربه بسیار ناخوشایند و غیر قابل باور برای هر فرد می باشد. سرطان بر وضعیت اقتصادی، اجتماعی، زندگی خانوادگی بیمار از جنبه های روحی، روانی و عملکرد جنسی تاثیر دارد (پیمانی، ۱۳۸۴).

در حال حاضر بررسی کیفیت زندگی به عنوان یک موضوع مهم در مطالعات بیماری های مزمن، به خصوص سرطان مطرح می باشد. سرطان در تمام موارد بر کیفیت زندگی بیماران به درجات مختلف تأثیر می گذارد و در حال حاضر ابتدا به سرطان ها یکی از مسائل مهم در ایران و تمام دنیا می باشند (صفائی، ۱۳۸۶).

امروزه در جهان تغییراتی مانند پیر شدن جمعیت و افزایش افراد ناتوتن به دلیل بیماری های مزمن و ترکیب آن با توسعه فناوری های پزشکی و افزایش آگاهی و دانش موجب افزایش نیاز به آگاهی درباره کیفیت زندگی و برهمکنش آن با پزشکی شده است (بارگسما، ۱۹۸۸). کیفیت زندگی درجه احساس اشخاص از توانایی هایشان در مورد کارکردهای جسمی، عاطفی و اجتماعی است.

حمایت اجتماعی به عنوان یکی از اثرات و کارکردهای روابط اجتماعی و شبکه های اجتماعی، از جمله جنبه های ارضا کننده هیجانی و عاطفی زندگی قلمداد می شود. حمایت اجتماعی عبارت است از کسب اطلاعات، کمک های مادی، طرح یا توصیه سلامتی، حمایت عاطفی از دیگرانی که فرد به آنها علاقمند است یا ارزشمند تلقی می شوند. و بخشی از شبکه اجتماعی به شمار می روند نظیر همسر، بستگان، دوستان و نیز تماس های اجتماعی با کلیسا.

۲- بیان مسئله:

سرطان در تمام موارد بر کیفیت زندگی بیماران به درجات مختلف تأثیر می‌گذارد (منتظری، ۲۰۰۴) و در حال حاضر ابتلا به سرطان‌ها یکی از مسائل مهم و اصلی بهداشت و درمان در ایران و تمام دنیا می‌باشند در کشور ما اهمیت بیماری در حال افزایش است. (عزیزی، ۱۳۸۳).

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را چنین تعریف می‌کند: درک هر فرد از وضعیت زندگی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط آن با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر فرد (ایسیخان، ۲۰۰۱).

سلامتی و رفاه همواره اصلی‌ترین و ابتدایی‌ترین موضوع انسان زندگی انسان بوده است. امروزه با پیشرفت جوامع بشری و به موازات آن افزایش استاندارد‌های زندگی، سلامت دیگر به معنای فراغت از آسیب‌های جسمی نبوده و گستره وسیعی از موضوعات را شامل می‌شود.

با در نظر گرفتن سلامتی به عنوان مفهومی متأثر از مجموعه پیچیده‌ای از عوامل زیستی، روانی - اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، مذهبی و محیطی باید اذعان داشت که در این معنا، سلامتی دیگر دغدغه دست‌اندرکاران علوم پزشکی نیست، بلکه تمامی دانشمندان علوم اجتماعی، به ویژه جامعه‌شناسان و روانشناسان، به بررسی آن علاقمند می‌گردند (سویتزر و همکاران، ۱۹۹۹).

بیماری سرطان می‌تواند تمامی اقشار جامعه را تحت تأثیر قرار داده و بر ابعاد مختلف اقتصادی - اجتماعی زندگی افراد مبتلا و بستگان آنها تأثیر گذارد. به طور تخمینی، سالانه ۱/۶ میلیون مورد جدید سرطان در دنیا تشخیص داده می‌شود که ۱/۳ نفر از آنها در اثر سرطان می‌میرند (حیدری و همکاران، ۱۳۸۸). سرطان بر تمامی ابعاد زندگی فرد مبتلا تأثیر گذاشته و مشکلات فراوانی در زمینه‌های روانی، اجتماعی و کارکردی ایجاد می‌نماید. این مشکلات در عین آنکه می‌توانند از

بیماری بوده و پیامد مستقیم و غیرمستقیم مشکلات جسمانی بیماری می‌باشند خود بر روند بهبود بیمار و کیفیت زندگی او تاثیر گذارند.

این بیماری عملکرد روزانه و فعالیت های اجتماعی را دچار نابسامانی می‌کند، توانایی فرد برای انجام نقش‌های معمول و مسئولیت ها را تغییر می‌دهد و نقش های 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 دلیل نیاز این افراد به حمایت اجتماعی افزایش می‌یابد. (حیدری و همکاران، ۱۳۸۸)

از سوی دیگر ساختار خانواده، ارتباط با دوستان و اعضای جامعه عمیقاً بر نوع و شدت مشکلاتی که فرد با آن مواجه است، تاثیر می‌گذارد. تحقیقات نشان داده اند که حمایت کافی از این مبتلایان نقش مهمی در حفظ و انسجام روانی، سازگاری و مقابله با بیماری سرطان دارد و اثرات مثبت بر کیفیت زندگی بجا می‌گذارد، و از طریق تقویت و افزایش شناخت بیماران باعث می‌گردد تا افراد تنش کمتری را تجربه کنند.

از نظر محققان، حمایت اجتماعی شکل های متعددی دارد. برخی از این شکل ها عبارتند از: حمایت مربوط به ارزیابی، کمک مادی، حمایت اطلاعاتی و حمایت هیجانی. حمایت مربوط به ارزیابی عبارت است از کمک به فرد به منظور فهم بهتر رویداد استرس زا و نیز کمک به وی برای شناساندن منابع و راهبردهای مقابله‌ای که می‌تواند برای مقابله با استرس بسیج کند. کمک مادی شامل حمایت مادی نظیر خدمات، کمک مالی و یا کالا می‌شود. حمایت اطلاعاتی شامل اطلاعاتی است که در زمینه رویدادهای تنش زا به فرد داده می‌شود. برای مثال، وقتی فردی می‌خواهد یک آزمایش پزشکی ناراحت کننده بدهد، فردی که پیش از این آن آزمایش خاص را انجام داده است،

اطلاعاتی درباره کیفیت آزمایش به وی می دهد، و سرانجام، حمایت هیجانی عبارت است از اطمینان بخشی و یا از یک بیماری، به ویژه بیماری های مزمن رنج می برند ممکن است افسردگی، اضطراب، غم واز دست دادن عزت نفس را تجربه کنند.

پژوهش ها درباره تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت، بیشتر به اثرات مثبت آن متمرکز بوده است. مطالعات نشان دادند که حمایت اجتماعی اثرات سودمندی بر قلب و عروق، اندوکراین (غدد درون ریز) و سیستم های ایمنی بدن دارد.

بنابراین توجه به شبکه اجتماعی موثر بر کیفیت زندگی مهم و ابعاد مختلف حمایت اجتماعی، به عنوان یکی از مهمترین ویژگی های این شبکه اجتماعی از اهمیتی دوچندان برخوردار می باشد.

۳- ضرورت و اولویت تحقیق:

در سالهای اخیر الگوهای اصلی مشکلات تندرستی تغییرات قابل ملاحظه ای کرده، به طوری که کشفیات پزشکی، بسیاری از بیماری های کشنده اوایل قرن را از بین برده است. به عنوان مثال، بیماریهای ذات الریه، سل و التهاب روده، معده، به عنوان سه عامل اصلی مرگ و میر در سال ۱۹۰۰ بودند، اما تا سال ۱۹۸۷ این سه بیماری در میان پنج عامل بالای مرگ و میر قرار ندارند و بیماری های قلبی، به عنوان اولین عامل مرگ و میر و بیماری سرطان در درجه دوم قرار گرفته اند. در حال حاضر هفت علت از ده علت مهم مرگ و میر عوامل رفتاری هستند. (آقا محمدیان و رسول زاده طباطبایی، ۱۳۸۱) از آنجا که انسان موجودی اجتماعی است، رفتار وی همواره تحت تأثیر محیط و روابط اجتماعی که با دیگران اعم از همسر اعضای خانواده و دوستان برقرار می کند قرار می گیرد.

با توجه به افزایش روز افزون بیماران مبتلا به سرطان و تاثیر بیماری بر ابعاد مختلف زندگی آن ها، فراوانی درمان های انجام شده و هزینه های بهداشتی فراوانی که صرف درمان این گروه از مردم می شود کمک به بیماران برای داشتن زندگی بهتر و با کیفیت بالا الزامی به نظر می رسد.

سال ۱۹۸۷		سال ۱۹۰۰	
بیماری های قلبی	*۱	ذات الریه و آنفولانزا	۱
نئوپلاسم های بدخیم (سرطان)	۲	سل	۲
بیماری های عروق مغز	*۳	اسهال و عفونت	۳
تصادف	*۴	بیماری های قلبی	*۴
بیماری های ریوی	*۵	ضایعات درون جمجمه ای با منشأ عروقی	۵
ذات الریه و آنفولانزا	۶	عفونت کلیه	۶
بیماری قند	*۷	تصادف	*۷
خودکشی	*۸	سرطان و سایر تومورهای بدخیم	۸
بیماری های مزمن کبدی و سیروز	*۹	کھولت و پیری	۹
تصلب شرائین	۱۰	برونشیت	*۱۰

* بیماری هایی هستند که به وسیله رفتار و یا تغییر روش زندگی، به وجود می آیند.

در این میان محیط اجتماعی که بیماران در آن زندگی می کنند به دو دلیل یک موضوع مهم برای این بیماران می باشد. ابتدا اینکه محیط اجتماعی عامل تعیین کننده توانایی بیماران سرطانی برای زندگی با سرطان بوده، رفاه افراد را افزایش می دهد و آن ها را در برابر اثرات مضر حوادث تنش زای زندگی مثل ابتلا به سرطان حفظ می کند. در ثانی، سرطان به طور مستقیم فعالیت های اجتماعی بیماران را محدود کرده و روابط و دسترسی آنها به منابع بین فردی تاثیر میگذارد و ممکن است بیماران در بدست آوردن منابع اجتماعی، زمانی که خیلی نیازمند 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 کناره گیری کنند. (۱۱) (حیدری و همکاران، ۱۳۸۸)

تاثیر این روابط و وابستگی های اجتماعی بر سلامت فیزیکی و روانی افراد در مطالعات گوناگون بررسی و به اثبات رسیده است، با این وجود مکانیزم و چگونگی تاثیر پذیری سلامت فرد از متغیر های اجتماعی نظیر شبکه اجتماعی، تعلقات اجتماعی و همبستگی اجتماعی کمتر مورد بررسی

قرار گرفته ضمن آنکه بسیاری از اصطلاحات مطرح در این حوزه بصورت مبهم و گنگ بکار برده شده و تعاریف مفهومی و عملیاتی روشنی از آنها در دست نیست.

اگر مفاهیم و تحقیقات روانشناسان بتواند در توسعه، ارزیابی و اجرای برنامه تغییر و اصلاح روش زندگی مردم بکار گرفته شود، در پیشگیری از بروز بیماری های کشنده، مثل ایدز، سرطان سینه و بیماری های قلبی، موفقیت به دست خواهیم آورد. (آقا محمدیان و رسول زاده طباطبایی، ۱۳۸۱)

پیچیدگی این مسئله ضرورت نگاهی جامع و چند وجهی را برجسته می نماید، به این منظور لازم است موضوع با استفاده از نظریه های مطرح در رشته های مختلف از قبیل جامعه شناسی پزشکی، روانشناسی سلامت و حتی زیست شناسی بررسی و پس از دستیابی به طرحی تلفیقی و میان رشته ای به ارزیابی موضوع مورد بحث پرداخت (برکمن و همکاران). با توجه به موارد فوق تحقیق پیش رو به منظور تبیین جامعه شناختی رابطه بین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران سرطانی صورت خواهد گرفت.

۱-۴- اهداف پژوهش

۱-۴-۱- هدف اصلی

بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان در بیمارستان بزرگ نفت اهواز

۱-۴-۲- اهداف فرعی

۱. بررسی حمایت اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان بیمارستان بزرگ نفت اهواز از نظر ساختاری:

الف) اندازه شبکه اجتماعی

ب) فرآوانی شبکه اجتماعی

ج) تراکم شبکه اجتماعی

۲. بررسی حمایت اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان بیمارستان بزرگ نفت اهواز از نظر کارکردی:

الف) کارکرد عاطفی

ب) کارکرد ابزاری

ج) کارکرد اطلاعاتی

۳. تعیین سطح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان بزرگ نفت اهواز در سه بعد کلی، علائم جسمانی و کارکردی.

۴. تعیین میزان برخورداری از حمایت اجتماعی و رابطه آن با سلامت به تفکیک متغیرهای زمینه ای تحقیق (سن، جنسیت، وضعیت تاهل و تحصیلات)

۱-۵- خلاصه و نتیجه گیری

در این فصل بعد از ذکر مقدمه‌ای در مورد کیفیت زندگی، به بیان مساله پرداختیم. سپس با ذکر ضرورت تحقیق در صدد بررسی اهمیت و تاثیری که موضوع حمایت اجتماعی و منابع فراهم کننده آن بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان دارد، برآمدیم. در آخر با ذکر اهداف پژوهش در دو بخش اهداف کلی و اهداف جزئی این فصل خاتمه یافت.