

بررسی توانمندی جهت‌گیری زندگی، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش‌بینی بهزیستی جسمی مبتلا به لوکمی حاد

دکتر شیدا سوداگر^۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۰۷/۱۹ / تاریخ بررسی مقاله: ۱۳۸۹/۰۷/۲۹ / تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۰۸/۲۰

چکیده

هدف از انجام این پژوهش، مطالعه توانمندی جهت‌گیری زندگی، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش‌بینی بهزیستی جسمی بیماران مبتلا به لوکمی حاد بعد از پیوند مغز استخوان آلوژن است. مطالعه حاضر از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به لوکمی حاد کاندید پیوند مغز استخوان آلوژن است. بدین منظور ۵۸ فرد مبتلا به لوکمی حاد (شامل ۳۸ نفر مرد و ۲۰ نفر زن) سنین بین ۱۸-۴۵ طی مدت ۱۳ ماه به روش نمونه‌گیری تمام شمار انتخاب شدند و مورد کاربندی قرار گرفتند. داده‌ها به وسیله آمار توصیفی، تحلیل یک و چند متغیره و با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۱۶) تجزیه و تحلیل شدند. سپس افراد نمونه قبل از پیوند، از نظر عوامل روان اجتماعی ارزیابی شدند و یک، دو و سه ماه بعد از پیوند نیز از نظر بهزیستی جسمی مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج حاصل بیانگر این است که کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده توانایی پیش‌بینی بهزیستی جسمی بعد از پیوند آلوژن را دارند، درحالی‌که جهت‌گیری زندگی قادر به پیش‌بینی هیچ یک از متغیرهای بهزیستی جسمی نبود. در کل به نظر می‌رسد، توجه به عوامل روان اجتماعی قبل از پیوند و در مدت بهبودی به منظور نتیجه بهتر، مؤثر باشد.

کلید واژه‌ها: بهزیستی جسمی، پیوند مغز استخوان آلوژن، جهت‌گیری زندگی، حمایت اجتماعی ادراک شده،

کیفیت زندگی، لوکمی حاد

^۱ دکتری تخصصی روانشناسی سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

ایمیل: sh_so90@yahoo.com

مقدمه

در پنجاه سال گذشته، دانش ما درباره بیماری‌ها پیشرفت شگرفی کرده است. متخصصان پزشکی اکنون می‌توانند هزاران بیماری که بسیاری از آنها کاملاً نادر هستند را تشخیص دهند (دیماتو، ۱۹۹۱، ترجمه کاویانی و همکاران، ۱۳۷۸). همچنین می‌توانند از بروز بسیاری از بیماری‌هایی که در گذشته مرگ بار بودند جلوگیری کنند (سندرسون، ۲۰۰۴). امروزه در بحث از بیماری و سلامت دیگر به تنهایی الگوهای زیست پزشکی جواب گو نیستند؛ بنابراین، پژوهشگران به یک مدل زیست - روان - اجتماعی که سلامت و بیماری را وابسته به عوامل اجتماعی، روان شناختی و زیست شناختی می‌داند، تغییر جهت داده‌اند. بر اساس این مدل، روان و بدن به طور ذاتی به هم پیوسته در نظر گرفته می‌شوند، که هر یک می‌تواند بر دیگری تأثیر چشمگیری داشته باشد (سندرسون، ۲۰۰۴). اما از میان فاکتورهای روان اجتماعی که می‌توانند به اجرای موفق درمان‌های پزشکی کمک کنند می‌توان به کیفیت زندگی، جهت‌گیری زندگی^۲ و حمایت اجتماعی ادراک شده^۴ اشاره کرد. در مورد کیفیت زندگی می‌توان گفت که انسان دائماً برای خلق کردن معنا در زندگی‌اش در حال کوشش است و انسان‌ها برای به دست آوردن خوشبختی یا جستجو کردن چیزهای با ارزش در تلاش‌اند. تعمق درباره چگونگی کسب یک زندگی مطلوب یا یک زندگی با کیفیت خوب به اندازه قدمت بشر است (رینگ، ۲۰۰۷). «کیفیت زندگی» از نظر لغوی به معنی «چگونگی زندگی» و دربرگیرنده تفاوت‌های آن است، که برای هر فرد منحصر به فرد و با دیگران متفاوت است (لینینگر، ۱۹۹۴). به عبارتی کیفیت زندگی، با

¹ Sanderson, C.A.

² quality of life

³ orientation of life

⁴ perceived social support

⁵ Ring, L.

⁶ Leininger, M.

تجربه انسان از زندگی در ارتباط است (زهان، ۱۹۹۲). کیفیت زندگی به صورت‌های متفاوتی تعریف شده است. به عنوان نمونه، گلوژمن^۲ بیان می‌کند که کیفیت زندگی یک مفهوم جدید و مهم در بررسی ناتوانی است که گاهی به عنوان نتیجه مراقبت بهداشتی یا توان بخشی در نظر گرفته می‌شود یا نشانگر وضعیت سلامتی است یا تظاهر جریان اجتماعی ویژه و شرایط خارجی است (گلوژمن، ۲۰۰۴). متغیر روان شناختی دیگر، جهت‌گیری زندگی است که به نحوه نگرستن افراد به زندگی شان اشاره می‌کند و دارای دو بعد خوش بینی و بد بینی است. عموم مردم، خوش‌بینی را به صورت در نظر گرفتن نیمه پر لیوان، یا عادت به انتظار پایانی خوش داشتن برای هر درد سر واقعی در نظر می‌گیرند (سلیگمن و همکاران، ۱۹۹۶، ترجمه داور پناه، ۱۳۸۳). برخلاف خوش‌بینان، بدبینان افرادی‌اند که انتظار دارند رویدادهای بدی برای آنها اتفاق بیفتد (کارور^۳ و شی‌یر، ۲۰۰۷). نکته قابل توجه اینکه، افراد، خوش‌بینی و بدبینی خود را طی زمان و در خلال موقعیت‌های مختلف حفظ می‌کنند. از این رو، خوش‌بینی یک گرایش کلی است و صفتی است که انتظارات را در خلال گستره‌ای از حیطه‌های زندگی منعکس می‌کند (رویکرد سرشتی) (روش و شی‌یر، ۲۰۰۳). متغیر مورد بحث دیگر، حمایت اجتماعی ادراک شده است. در مورد حمایت اجتماعی می‌توان گفت که وابستگی‌های اجتماعی و روابط با دیگران از دیرباز به منزله جنبه‌های رضایت بخش زندگی به لحاظ عاطفی مورد توجه بوده‌اند (تایلور^۶، ۲۰۰۳). پژوهشگران مختلف «حمایت اجتماعی» را به شیوه‌های مختلفی تعریف می‌کنند (سندرسون، ۲۰۰۴). البته حمایت اجتماعی می‌تواند به صورت واقعی یا به صورت ادراکی باشد. حمایت اجتماعی ادراک شده، بر تصورات افراد از انواع متفاوت

¹ Zhan, L.

² Gluzman, J. M.

³ Carver, C.S.

⁴ Scheier, M.

⁵ Wroch, C.

⁶ Taylor, S.E.

حمایت که با روابط متنوع فراهم می‌شود، تأکید دارد (سندرسون، ۲۰۰۴). روان‌شناسان شناختی تأکید کرده‌اند که ادراکات حمایت اجتماعی به این دلیل اهمیت دارند که مردم از چگونگی تفسیر دنیای‌شان، تأثیر می‌پذیرند و نه اینکه دنیای‌شان چگونه است (هوب فول و واوکس^۱، ۱۹۹۳)، اما یکی از بیماری‌های جسمی مزمن که عوامل روان اجتماعی بیان شده می‌تواند تا حدی در نتیجه درمان آن مؤثر باشد، اختلالات مربوط به خون و مغز استخوان است. لوکمی‌ها یا سرطان‌های خون گروهی از سرطان‌های مربوط به بافت‌های تشکیل‌دهنده خون هستند که غالباً به وسیله نوعی از گلبول‌های سفید خون که متأثر از سلول‌های لنفوییدی یا میلوئیدی است، مشخص می‌شوند. پیشرفت طبیعی این سلول‌های غیر طبیعی به دو صورت حاد و مزمن است (واگنر^۲ و برون^۳، ۲۰۰۷). درمان لوکمی‌های حاد شامل مراحل متعددی است که یکی از آنها پیوند مغز استخوان است (آندرولی، ۲۰۰۷، ترجمه جعفری، ۱۳۸۶). پیوند مغز استخوان فرایندی است که در آن مغز استخوان بیمار را پاک می‌کنند و مغز استخوان سالم جایگزین آن می‌شود (فالو^۴، ۲۰۰۵). پیوند مغز استخوان انواع مختلفی دارد که در کل به سه دسته آلوتژنیک^۵ (فرد دهنده پیوند خود بیمار نیست)، اتولوگ^۶ (فرد دهنده پیوند خود بیمار است) و سینژنیک^۷ (فرد دهنده پیوند یکی از دو قلوهای همسان است)، تقسیم می‌شود (هافبراند و همکاران، ۲۰۰۶، ترجمه مهید و مؤیدی، ۱۳۸۷). دایره بین‌المللی ثبت پیوندهای مغز استخوان تخمین می‌زند که هر ساله حدود پنجاه هزار پیوند مغز استخوان در دنیا انجام می‌شود (مرکز تحقیقات سرطان ایران، ۱۳۸۸). بنابراین، با توجه به فراوانی انجام این نوع عمل ویژه، نقش عوامل روان اجتماعی به

¹ Hobfull, S.E., & Vaux, A.

² Wagner, J.L.

³ Brown, R. T.

⁴ Falvo, D.

⁵ allogenic

⁶ autologous

⁷ syngenic

عنوان متغیرهایی تأثیر گذار بر سیستم ایمنی و سایر ارگان‌های بدن، در کنار عوامل دموگرافیک، زیستی و مهارت‌های پزشکی به منظور دستیابی به نتایج مثبت درمان، حاکی از اهمیت این موضوع است. اما از میان عوامل روان اجتماعی برخی می‌توانند نقش پررنگ‌تری داشته باشند. بنابراین، هدف از انجام این پژوهش مطالعه توانمندی جهت‌گیری زندگی، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش‌بینی بهزیستی جسمی بعد از پیوند مغز استخوان آلوتژن در بیماران مبتلا به لوکمی حاد است.

روش

مطالعات این پژوهش از نوع زمینه‌یابی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش تمامی افراد مبتلا به لوکمی حاد کاندید پیوند مغز استخوان آلوتژن مراجعه‌کننده به مرکز پیوند مغز استخوان بیمارستان دکتر شریعتی است. برای انتخاب نمونه پژوهش از روش تمام‌شمار استفاده شد. طی مدت ۱۳ ماه ۹۷ بیمار مبتلا به لوکمی حاد پیوند شدند که از این میان ۳۰ نفر یا به دلیل نداشتن ویژگی‌ها و شرایط مورد پژوهش و یا به دلیل عدم همکاری و ۹ نفر به دلیل فوت از جریان پژوهش خارج شدند. در نهایت، حجم نمونه این پژوهش ۵۸ نفر است که از این میان ۳۸ نفر مرد و ۲۰ نفر زن هستند. در این پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌ها از سه پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36)، آزمون جهت‌گیری زندگی شیبر و پرسش‌نامه حمایت اجتماعی ادراک شده فلمینگ و همکاران و آزمایش مربوط به سنجش فاکتورهای خونی (گلبول‌های سفید، نوتروفیل‌ها و لنفوسیت‌ها) استفاده شد.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36): پرسش‌نامه SF-36 برای مصارفی از قبیل

کاربالینی، ارزیابی سیاست‌های بهداشتی و نیز تحقیقات و مطالعات جمعیت ثابت شده

¹ short form health survey

است. فرم ۳۶ سؤالی این پرسش‌نامه را وار و شریورن در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی کرده است و اعتبار و پایایی آن در گروه‌های مختلف بیماران بررسی شده است. همچنین برازیر^۱ و همکاران در سال ۱۹۹۲ در بریتانیا اعتبار این پرسش‌نامه را تست کردند. نتایج ضریب اعتبار SF-36 طبق آلفای کرونباخ ۰/۸۵ است. در پژوهشی که در سال ۱۳۸۱ دهداری انجام داد، اعتبار این پرسش‌نامه با استفاده از روش بازآزمایی $(r=0.82)$ بوده است (دهداری، ۱۳۸۱). در این پژوهش نیز پرسش‌نامه کیفیت زندگی براساس ضریب آلفای کرونباخ $(\alpha=0.89)$ اعتبار بالایی داشت.

آزمون جهت‌گیری زندگی (LOT)^۲: شییر و کارور (۱۹۸۵) برای ارزیابی خوش‌بینی سرشتی، آزمون جهت‌گیری زندگی (LOT) خود گزارشی خلاصه‌ای را تدوین کردند و بعدها آن را مورد تجدید نظر قرار دادند. نسخه تجدید نظر شده آن (R - LOT) که جانشین آزمون اصلی شد شامل شش ماده (سه ماده نشان دهنده تلقی خوش بینانه و سه ماده نشان دهنده تلقی بد بینانه) است. R - LOT از همسانی درونی مطلوبی برخوردار است $(\alpha=0.70)$ و در طول زمان ثبات خوبی دارد. به علاوه، تحلیل عاملی خوش‌بینی سرشتی و سازه‌های مرتبط با آن نشان داده است که خوش‌بینی سرشتی عامل مستقل و مجزایی است که این مطلب نشان دهنده اعتبار افتراقی این سازه است. ضریب اعتبار این پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمده است که این امر اعتبار بالای آزمون را نشان می‌دهد. این آزمون را خدابخشی در سال ۱۳۸۳ در ایران هنجاریابی کرد. نتایج به دست آمده بر اساس روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ حاکی از اعتبار بالای مقیاس خوش‌بینی است. ضریب روایی همزمان بین مقیاس خوش‌بینی با افسردگی و خود تسلط یابی به ترتیب ۰/۶۴۹ و ۰/۷۲۵ به دست آمد. در این پژوهش نیز اعتبار پرسش‌نامه با استفاده از

روش آلفای کرونباخ ۰/۶۰، به دست آمد.

پرسش‌نامه حمایت اجتماعی ادراک شده: مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده را فلمینگ، باوم، گیسرل و گچل^۱ (۱۹۸۲) تهیه کردند که دو فرم کوتاه و بلند دارد. فرم کوتاه آن ۶ ماده و فرم بلند آن ۲۵ ماده دارد. در این پژوهش از فرم بلند این مقیاس استفاده شد. فلمینگ و همکاران (۱۹۸۲) ضریب اعتبار فرم کوتاه مقیاس حمایت اجتماعی را با استفاده از روش اجرای مجدد ۰/۷ برآورد کرده‌اند. دان^۲ و همکاران (۱۹۸۷) اعتبار مقیاس حمایت اجتماعی را با استفاده از تحلیل عاملی برای هر یک از زیر مقیاس‌های حمایت اجتماعی ادراک شده، در مجموع، از سوی خانواده و دوستان (دوستان و همسایگان) به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۸۷ و ۰/۹۱ به دست آوردند. حسینی نجدانی (۱۳۷۵) در مطالعه‌ای ضریب همگونی یا ضریب اعتبار مقیاس حمایت اجتماعی را به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۸۶ و متوسط روایی را با برآورد همبستگی درونی مواد پرسش‌نامه حمایت اجتماعی ۰/۸۴ به دست آورده است. لیوار جانی (۱۳۷۵) در مطالعه‌ای با عنوان «بررسی عملی بودن، اعتبار، روایی و هنجاریابی مقیاس حمایت اجتماعی فلمینگ و همکاران» برآورد ضریب همگونی پرسش‌های این آزمون را با نمره گذاری ۰ و ۱ از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آورد. در پژوهش آخوندی (۱۳۷۶) اعتبار پرسش‌نامه حمایت اجتماعی که با محاسبه آلفای کرونباخ برآورد شد، ۰/۶۵ است. در این پژوهش نیز اعتبار پرسش‌نامه به روش محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۶۴ برآورد شد.

داده‌ها به وسیله آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل یک و چند متغیره در قالب مدل^۳ GLM و همچنین تحلیل رگرسیون در قالب این مدل) با استفاده از SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد.

^۱ Fleming, R., Baum, A., Gisriel, M.M., & Gatchel, R.J.

^۲ Dunn, S.E.

^۳ General Line Modle

^۱ Brazier, J.E.

^۲ life orientation test

یافته‌ها

جدول ۱: توزیع فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پیش بین براساس جنسیت

متغیر	گروه	فراوانی	درصد	میانگین	انحراف معیار
مجموع جهت‌گیری زندگی	مرد	۳۸	۶۵/۵۲	۱۳/۴۲	۲/۹۵
	زن	۲۰	۳۴/۴۸	۱۴	۳/۴۳
مجموع حمایت اجتماعی ادراک شده	مرد	۳۸	۶۵/۵۲	۱۵/۱۶	۲/۹۸
	زن	۲۰	۳۴/۴۸	۱۴/۷۵	۳/۵۵
مجموع کیفیت زندگی	مرد	۳۸	۶۵/۵۲	۵۳/۶۲	۱۵/۵۰
	زن	۲۰	۳۴/۴۸	۵۷/۵۰	۱۲/۲۶

در جدول ۱ فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار متغیرهای جهت‌گیری زندگی، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده در مردان و زنان آورده شده است. به طوری که ملاحظه می‌شود از مجموع ۵۸ نفر (۱۰۰ درصد) نمونه ۳۸ نفر (۶۵/۵۲ درصد) را مردان و ۲۰ نفر (۳۴/۴۸ درصد) را زنان تشکیل می‌دهند.

جدول ۲: نتایج تحلیل چند متغیره برای جهت‌گیری زندگی، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک

شده با متغیرهای بهزیستی جسمی

متغیر	آزمون	مقدار	آماره F	مقدار احتمال
جهت‌گیری زندگی	لامبدا و لیکز	۰/۹۱۷	۰/۷۸	۰/۵۷۲
	هتلینگ	۰/۰۹۰	۰/۷۸	۰/۵۷۲
کیفیت زندگی	لامبدا و لیکز	۰/۸۱۲	۱/۹۹	۰/۱۰۰
	هتلینگ	۰/۲۳۱	۱/۹۹	۰/۱۰۰
حمایت اجتماعی ادراک شده	لامبدا و لیکز	۰/۷۲۵	۳/۲۶	۰/۰۱۴
	هتلینگ	۰/۳۷۹	۳/۲۶	۰/۰۱۴

بر اساس نتایج جدول شماره ۲، متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده با مجموعه متغیرهای بهزیستی جسمی همزمان رابطه معناداری داشت ($p = ۰/۰۱۴$) ولی متغیرهای جهت‌گیری زندگی و کیفیت زندگی با این مجموعه رابطه معناداری همزمانی را نشان نداد ($p > ۰/۰۵$).

جدول ۳: نتایج تحلیل یک متغیره برای جهت‌گیری زندگی، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک

شده با متغیرهای بهزیستی جسمی

متغیر پیش بین	متغیر ملاک	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره F	مقدار احتمال
جهت‌گیری زندگی	گلبول سفید یک ماه بعد از پیوند	۲۵۳۳۷۳/۳۹	۱	۰/۰۴	۰/۸۳۶
	گلبول سفید دو ماه بعد از پیوند	۴۲۹۱۱۰/۴۵	۱	۰/۱۱	۰/۷۴۰
	گلبول سفید سه ماه بعد از پیوند	۷۷۱۶۵۳۴/۹۵	۱	۱/۹۱	۰/۱۷۴
	نوتروفیل سه ماه بعد از پیوند	۹/۲۷	۱	۰/۰۴	۰/۸۴۰
	لنفوسیت سه ماه بعد از پیوند	۱/۰۴	۱	۰/۰۱	۰/۹۳۷
کیفیت زندگی	گلبول سفید یک ماه بعد از پیوند	۱۰۰۶۶۹۸۶/۷۲	۱	۱/۷۳	۰/۱۹۵
	گلبول سفید دو ماه بعد از پیوند	۷۴۹۶۵۵/۷۷	۱	۰/۱۹	۰/۶۶۱
	گلبول سفید سه ماه بعد از پیوند	۲۳۱۶۰۸۰۹/۲۴	۱	۵/۷۳	۰/۰۲۱
	نوتروفیل سه ماه بعد از پیوند	۵۵۷/۸۴	۱	۲/۴۹	۰/۱۲۱
	لنفوسیت سه ماه بعد از پیوند	۴۹۴/۱۸	۱	۳/۰۳	۰/۰۸۸
حمایت اجتماعی ادراک شده	گلبول سفید یک ماه بعد از پیوند	۴۶۸۲۴۳۹۲/۴۷	۱	۸/۰۴	۰/۰۰۷
	گلبول سفید دو ماه بعد از پیوند	۴۷۰۷۴۵۹/۱۹	۱	۱/۲۲	۰/۲۷۵
	گلبول سفید سه ماه بعد از پیوند	۷۵۹۵۷۶۳/۹۴	۱	۱/۸۸	۰/۱۷۷
	نوتروفیل سه ماه بعد از پیوند	۳۶/۰۵	۱	۰/۱۶	۰/۶۹۰
	لنفوسیت سه ماه بعد از پیوند	۶/۹۹	۱	۰/۰۴	۰/۸۳۷
مجموع	گلبول سفید یک ماه بعد از پیوند	۵۸۲۵۰۸۷/۲۸	۴۷		
	گلبول سفید دو ماه بعد از پیوند	۳۸۵۷۴۰۵/۷۲	۴۷		
	گلبول سفید سه ماه بعد از پیوند	۴۰۴۱۲۵۴/۰۸	۴۷		
	نوتروفیل سه ماه بعد از پیوند	۲۲۴/۳۰	۴۷		
	لنفوسیت سه ماه بعد از پیوند	۱۶۳/۰۶	۴۷		
مجموع	گلبول سفید یک ماه بعد از پیوند		۵۰		
	گلبول سفید دو ماه بعد از پیوند		۵۰		
	گلبول سفید سه ماه بعد از پیوند		۵۰		
	نوتروفیل سه ماه بعد از پیوند		۵۰		
	لنفوسیت سه ماه بعد از پیوند		۵۰		

با توجه به جدول شماره ۳، از مجموعه متغیرهای بهزیستی جسمی متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده با متغیر گلبول سفید یک ماه بعد از پیوند و متغیر کیفیت زندگی با متغیر گلبول سفید سه ماه بعد از پیوند رابطه معناداری داشت ($P < .05$) ولی دیگر متغیرها رابطه معناداری را با این مجموعه نشان ندادند ($P > .05$).

جدول ۴: برآورد پارامترهای مدل در تحلیل رگرسیونی برای جهت‌گیری زندگی، کیفیت زندگی و

حمایت اجتماعی ادراک شده با مؤلفه‌های بهزیستی جسمی

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	B	انحراف استاندارد خطا	آماره t	مقدار احتمال
گلبول سفید یک ماه بعد از پیوند	جهت‌گیری زندگی	۲۵/۴۷	۱۲۲/۱۰	۰/۲۱	۰/۸۳۶
	کیفیت زندگی	-۳۲/۰۵	۲۴/۳۸	-۱/۳۲	۰/۲۰
	حمایت اجتماعی ادراک شده	۳۳۷/۰۹	۱۱۸/۹۰	۲/۸۴	۰/۰۰۷
گلبول سفید دو ماه بعد از پیوند	جهت‌گیری زندگی	-۳۳/۱۴	۹۹/۳۶	-۰/۳۳	۰/۷۴۰
	کیفیت زندگی	۸/۷۵	۱۹/۸۴	۰/۴۴	۰/۶۶۱
گلبول سفید سه ماه بعد از پیوند	حمایت اجتماعی ادراک شده	۱۰۶/۸۸	۹۶/۷۵	۱/۱۱	۰/۲۷۵
	جهت‌گیری زندگی	۱۴۰/۵۳	۱۰۱/۷۰	۱/۳۸	۰/۱۷۴
نوتروفیل سه ماه بعد از پیوند	کیفیت زندگی	۴۸/۶۲	۲۰/۳۱	۲/۳۹	۰/۰۲۱
	حمایت اجتماعی ادراک شده	-۱۳۵/۷۷	۹۹/۰۳	-۱/۳۷	۰/۱۷۷
لنفوسیت سه ماه بعد از پیوند	جهت‌گیری زندگی	-۰/۱۵	۰/۷۶	-۰/۲۰	۰/۸۴۰
	کیفیت زندگی	۰/۲۴	۰/۱۵	۱/۵۸	۰/۱۲۱
لنفوسیت سه ماه بعد از پیوند	حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۳۰	۰/۷۴	۰/۴۰	۰/۶۹۰
	جهت‌گیری زندگی	-۰/۰۵	۰/۶۵	-۰/۰۸	۰/۹۳۷
	کیفیت زندگی	-۰/۲۳	۰/۱۳	-۱/۷۴	۰/۰۹
	حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۱۳	۰/۶۳	۰/۲۱	۰/۸۳۷

همان طور که در جدول شماره ۴ می‌بینیم که با افزایش یک واحدی متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی به ترتیب متغیرهای گلبول سفید یک ماه بعد از پیوند و گلبول سفید سه ماه بعد از پیوند به طور متوسط تا $۳۳۷/۰۹$ و $۴۸/۶۲$ واحد افزایش یافتند.

بحث

با توجه به جدول شماره ۲ تحلیل چند متغیره، از میان متغیرهای پیش بین تنها متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده با مجموعه متغیرهای بهزیستی جسمی بعد از پیوند همزمان رابطه معناداری داشت. اما بر اساس نتایج جدول ۳ تحلیل تک متغیره، متغیر کیفیت زندگی با متغیر گلبول سفید در ماه سوم بعد از پیوند و متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده با متغیر گلبول سفید در ماه اول بعد از پیوند رابطه معناداری داشتند. به علاوه، بر اساس جدول ۴ تحلیل رگرسیونی، کیفیت زندگی توانست گلبول سفید در ماه سوم بعد از پیوند را و حمایت اجتماعی ادراک شده، گلبول سفید در ماه اول بعد از پیوند را پیش بینی کنند. این در حالی که متغیر جهت‌گیری زندگی در هیچ یک از تحلیل‌ها رابطه معناداری با متغیرهای بهزیستی جسمی بعد از پیوند نداشت، در نتیجه، نتوانست هیچ یک از متغیرهای ملاک پیش بینی کند.

بنابراین، متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده پیش بین قدرتمندتری برای بهزیستی جسمی بعد از پیوند مغز استخوان است و متغیر کیفیت زندگی در اولویت دوم قرار دارد. در تبیین این موضوع می‌توان گفت که حمایت اجتماعی بر دیگر عوامل تأثیر می‌گذارد. به عنوان نمونه، طبق برخی بررسی‌ها افراد مبتلا به سرطان که از نظر اجتماعی منزوی‌تر هستند بیش تر تحت تأثیر سرطان قرار می‌گیرند تا حدی که عملکرد جسمی و کیفیت زندگی‌شان نیز کاهش می‌یابد (میچل و همکاران^۱، ۲۰۰۲). در عین حال، روابط اجتماعی

¹ Michael, V.L. & et al.

پیش بین امید به زندگی طولانی‌تر هم برای مردان و هم برای زنان است (هوس و همکاران^۱، ۱۹۸۸)؛ حتی زمانی که فرد مبتلا به یک بیماری بدخیم باشد (به نقل از سندرسون، ۲۰۰۴؛ از این مسئله می‌توان دریافت که حمایت اجتماعی در چگونگی دیدگاه افراد نسبت به زندگی و بیماری مؤثر است. بنابراین، جهت‌گیری زندگی افراد را نیز می‌تواند تحت‌الشعاع قرار دهد. دلایل افزایش امید به زندگی و کاهش مرگ و میر به واسطه حمایت اجتماعی شامل این موارد است: افرادی با سطوح بالایی حمایت اجتماعی دسترسی بیش تری به اطلاعات دارند (سندرسون، ۲۰۰۴)، رژیم دارویی خود را بیش تر پیگیری می‌کنند، بهره‌وری بیش تری از خدمات سلامت دارند (مویر و سالووی^۲، ۱۹۹۶) و بیش تر از رژیم‌های درمانی پزشکی پیروی می‌کنند؛ این مواردی بهبود بیماری را افزایش و بازگشت آن را نیز کاهش می‌دهند (دی‌متیو^۳، ۲۰۰۴) و همه این موارد به نوبه خود بر کیفیت زندگی فرد تأثیر گذارند. به عبارتی، حمایت اجتماعی به واسطه مزایایی که برای فرد در پی دارد، بر کیفیت زندگی اش تأثیر می‌گذارد و حتی شاید بتوان گفت که کیفیت زندگی مطلوب تا حدی با حمایت اجتماعی معنا می‌یابد. پس، در این پژوهش، حمایت اجتماعی به عنوان یک پیش بین مستقل در اولویت نخست مورد بررسی قرار گرفته است. در نهایت، با توجه به آنچه تبیین شد، بهتر است برای این گروه از بیماران به منظور گذر بهتر از این بیماری در کنار درمان‌های زیستی، برنامه‌های درمان حمایتی و روانشناختی طراحی گردد و به خانواده‌های آن‌ها نیز در این زمینه آموزش‌هایی داده شود.

¹ House, J.S., & et al.

² Moyer, A., & Salovey, P.

³ Dimatteo, M.R.

منابع

- آخوندی، احمد. (۱۳۷۶). *بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده با سازگاری اجتماعی دانش آموزان شهر تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس.
- آندرولی، تامسی. (۲۰۰۷). *مبانی طب داخلی سسیل (بیماری‌های خون و سرطان)*. (مترجم، دکتر مهرداد جعفری، ۱۳۸۶). تهران: اندیشه رفیع. چاپ اول. صفحه: ۳، ۲۲، ۲۵ و ۱۲۰-۱۱۸.
- حسینی نجدانی، مریم. (۱۳۷۵). *بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و سازگاری شخصی در نوجوانان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه تهران.
- دهداری، طاهره. (۱۳۸۱). *بررسی تأثیر آموزش بهداشت بر کیفیت زندگی بیماران با عمل جراحی قلب باز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد بهداشت، دانشگاه تربیت مدرس دانشکده علوم پزشکی. دیماتئو، رابین ام. (۱۹۹۱). *روان‌شناسی سلامت*. جلد اول. (مترجم، محمد کاویانی و همکاران، ۱۳۷۸). تهران: سمت. چاپ اول. صفحه: ۱۶-۱۳.
- سلیگمن، مارتین ای. پی.، رایویچ، کارن، جی کاکس، لیزا و گیلهام، جین. (۱۹۹۶). *کودک خوش‌بین، برنامه‌ای آزموده شده برای ایمن ساختن همواره کودکان در برابر افسردگی*. (مترجم، فروزنده داورپناه، ۱۳۸۳). تهران: رشد. چاپ اول. صفحه ۷۲-۶۹ و ۱۲۰-۱۱۹.
- لیوارجانی، شعله. (۱۳۷۵). *بررسی عملی بودن، اعتبار، روایی و هنجاریابی مقیاس حمایت اجتماعی فلمینگ، بام، گیسریل و گچل در بین دانش آموزان مقطع دبیرستان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- مرکز تحقیقات سرطان ایران. *سرطان*. (۱۳۸۸). <http://www.CRC.ir.htm>
- هافبراند، ا. وی.، موس، پی. ا. اچ و پیت، جی. ای. (۲۰۰۶). *ضروریات خون‌شناسی*. (مترجم، دکتر امیر سید علی مهدی و دکتر سید نورالدین مویدی، ۱۳۸۷). تهران: اشراقیه. چاپ اول. صفحه: ۸-۷، ۲۴۳-۲۸۶-۳۸۲ و ۳۹۰-۳۹۴.

Brazier, J.E., & et al. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: New outcome measure for primary care. *B M Journal*, 305: 160-164.

Carver, Charles. S., & Scheier, Michael. (2007). Optimism. In Shane. J Lopez & C.R.Snyder (Eds), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. (pp.75-77). USA:APA.

Dimatteo, M.R.(2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, 23: 207 – 218.

Dunn, S.E., Putallaz, M., Sheppard, B.H., & Lindstrom, R. (1987). Social support and adjustment in Gifted adolescents. *Journal of Educational psychology*, 79(4): 467-473.

Falvo, Donna. (2005). *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability*. Jones and Bartal – ett publishers, Inc.

Fleming, R., Baum, A., Gisriell, M.M., & Gatchel, R.J.(1982). Mediating influences of social support on stress at three mile Island. *Journal of Human Stress*, 8:14-22.

Glozman, J.M.(2004). Quality of life of caregivers. *Neuropsychology Review*, 14(4):183-196.

Hobfoll, S.E. and Vaux, A.(1993). Social support, social resources and social context. In L. Goldberger & S.Breznitz (Eds), *Handbook of stress*.(pp.686-687). New York: Macmillan Inc.

House, J.S., Landis, K.R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241:540-545.

Leininger, M.(1994). Quality of life form a transcultural nursing perspective. *Nurs Sci Q*, 7(1):22-28.

Michael, V.L., Berkman, L.F., Colditz, G.A., Holmes, M.D., & Kawachi, I. (2002). Social networks and health-related quality of life in breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research*, 52:285-293.

-Moyer, A., & Salovey, p. (1996). Psychosocial sequelae of breast cancer and its treatment. *Annals of Behavioral Medicine*, 18: 110-125.

Ring, Lena.(2007). Quality of life. In Susan Ayers, Andrew Baum, Chris McManus, Stanton Newman, Kenneth Wallston, John Weinman & Robert West (Eds), *Cambridge handbook of psychology: Health and medicine*. (P.178). New York: Cambridge university press.

Sanderson, Catherine. A. (2004). *Health psychology*. New York: Wiley.

Taylor, Shelley. E.(2003). *Health psychology*.(pp.235-243,350-351). New York: McGraw-Hill.

Wagner, Janelle. L., & Brown, Ronald. T. (2007). Cancer: Leukaemia. In Susan Ayers, Andrew Baum, Chris McManus, Stanton Newman, Kenneth Wallston, John Weinman & Robert West (Eds), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. (pp.601-603). New York: Combridge university press.

Wrosch, C. and Scheier, M.F.(2003). Personality and quality of life: The importance of optimism and good adjustment. *Quality of life Research*, 12: 59-72.

Zhan, L.(1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17:795-800.

تأثیر آموزش مهارت کنترل خشم و مدیریت استرس بر سطح گلوکز خون افراد

مبتلا به دیابت

مجتبی انصاری^۱/دکتر حسن شمس اسفندآباد^۲/دکتر محمد حکمی^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۰۸/۰۷ / تاریخ بررسی مقاله: ۱۳۸۹/۰۸/۲۵ / تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۰۹/۰۵

چکیده

هدف این پژوهش اثربخشی آموزش مهارت های زندگی در بعد کسب مهارت کنترل خشم و مدیریت استرس بر میزان قند خون بیماران دیابتی است. جامعه مورد پژوهش مردان بیست تا شصت ساله دیابتی شهرستان کرج است که از این جامعه آزمودنی های این پژوهش را ۶۰ بیمار مرد دیابتی شهرستان کرج تشکیل می دهند. این افراد به دو گروه سی نفره (گروه کنترل و گروه آزمایشی) تقسیم شدند. مدت زمان آموزش شش هفته و هر هفته سه جلسه بود. که برای گروه آزمایش اجرا شد. ابتدا سطوح خونی قند، ناشتا (FBS)، قند ۲ ساعت پس از جذب (2HPP) و هموگلوبین گلیکوزیله (HbA1C) اندازه گیری شد و مجددا بعد از آموزش آزمایش دوباره اندازه گرفته. نتایج پیش و پس از آزمون گروه کنترل و آزمایش در متغیرهای مورد مطالعه با استفاده از روش آماری کوواریانس مقایسه شد. طبق نتایج، آموزش مهارت کنترل خشم و مدیریت استرس باعث کاهش معنا داری ($P < 0.05$)، HbA1C، FBS، 2HPP در افراد گروه آزمایشی می شود. بعد از دو ماه آموزش، آزمون پیگیری به عمل آمد که نتایج گروه آزمایشی کاهش معنا داری را نسبت به قبل از آموزش در مقایسه با گروه کنترل نسبت به گلوکز نشان می داد.

کلید واژه ها: بیماران دیابتی مرد، کنترل خشم، گلوکز، مدیریت استرس

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

^۲ دانشیار دانشگاه بین المللی امام خمینی قزوین

^۳ استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج