

جهت گیری زندگی، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد مبتلا به لوکمی میلوئیدی و لنفوئیدی حاد

* شیدا سوداگر^۱، دکتر مریم بهرامی هیدجی^۲، دکتر بیوک تاجری^۳، سمیرا جلوداری^۴

۱. استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۴. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

(تاریخ وصول: ۹۷/۰۲/۱۱ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۲/۲۹)

Orientation of life, quality of life and perceived social support in people with acute lymphocytic and acute myeloid leukemia

* Sheida Sodagar¹, Maryam Bahrami Hidaji², Biuok Tajeri³, Samira Jelodari⁴

1. Assistant Professor in Psychology Department, Karaj branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

2. Assistant Professor in Psychology Department, Karaj branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

3. Assistant Professor in Psychology Department, Karaj branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

4. M.A. in Clinical Psychology, Karaj branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

(Received: May. 01, 2018 - Accepted: May. 19, 2019)

Abstract

چکیده

Objective: The aim of study is comparison life orientation, life quality and perceived social support in patients with acute lymphocytic and acute myeloid leukemia. **Method:** this research is retrospective (*ex post facto*). In this study, data gathered 89 patients selected during 13 months visits to Shariati Hospital in 2017 via census procedure by three questionnaire of life orientation, quality of life (SF-36) and Fleming & et al perceived social support. **Result:** as the results showed, the value of F for orientation of life was 0.01 and for quality of life and social support 0.05 were meaningful. On the other words, patients with myeloid leukemia are more optimistic in comparison with lymphocytic leukemia patients. myeloid leukemia patients are better in family support, body function, energy, tiredness, social function, pain, general health and emotional wellbeing. **Conclusion:** Overall, the results showed that there was a significant difference between the two groups in terms of optimism regarding life orientation and dimensions of physical function, energy/ fatigue, social function, pain, general health and emotional well-being of quality of life and perceived social support of the family. And the type of disease can be effective in psychosocial factors, therefore, should be considered.

Keywords: orientation of life, quality of life, perceived social support, acute myeloid leukemia, acute lymphocytic leukemia.

مقدمه: هدف از انجام مطالعه حاضر مقایسه جهت گیری زندگی، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد مبتلا به لوکمی میلوئیدی و لنفوئیدی حاد است. روش: در این مطالعه ۸۹ بیمار مبتلا به لوکمی حاد در طی مدت ۱۳ ماه به روش نمونه گیری تمام شمار در بیمارستان دکتر شریعتی تهران در سال ۱۳۹۶ انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. جمع آوری داده ها به وسیله سه پرسشنامه جهت گیری زندگی، کیفیت زندگی (sf-36) و حمایت اجتماعی ادراک شده فلمینگ و همکاران انجام شد. یافته ها: بر اساس یافته های بدست آمده، ارزش F برای مؤلفه های جهت گیری زندگی در سطح ۰/۰۱ و برای مؤلفه های حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است. به عبارت دقیق تر بیماران مبتلا به لوکمی میلوئیدی در مقایسه با بیماران مبتلا به کوکمی لنفوئیدی خوش بین تر، از حمایت خانوادگی، کارکرد جسمی، انرژی/ خستگی، کارکرد اجتماعی، درد، سلامت عمومی و بهزیستی هیجانی بالاتری برخوردارند. نتیجه گیری: به طور کلی نتایج نشان دادند که بین دو گروه مورد مطالعه در بعد خوش بینی جهت گیری زندگی و ابعاد کارکرد جسمی، انرژی/خستگی، کارکرد اجتماعی، درد، سلامت عمومی و بهزیستی هیجانی کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده تفاوت معنادار وجود داشت و نوع بیماری می تواند در عوامل روانی-اجتماعی موثر باشد از این رو باید مورد تامل قرار گیرند

واژگان کلیدی: جهت گیری زندگی، کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی ادراک شده، لوکمی میلوئیدی و لنفوئیدی حاد.

* نویسنده مسئول: شیدا سوداگر

* Corresponding Author: Sheida Sodagar

Email: sh_so90@yahoo.com

مقدمه

شود (لاکمن^۹؛ ترجمه حسین زاده و همکاران، ۱۳۸۴).

لوکمی‌های حاد به وسیله رده سلولی و بر اساس مورفولوژی سائتوژنتیک، نشانگرهای سطح سلول و سیتوپلاسم و مطالعات مولکولی به دو گروه لوکمی لنفوئیدی حاد (ALL)^{۱۰} و لوکمی میلوئیدی حاد (AML)^{۱۱} تقسیم می‌شوند. ۹۰ درصد لوکمی‌های بزرگسالان را AML و ۱۰ درصد آن را ALL تشکیل می‌دهد. تمایز بین ALL و AML از نظر تشخیصی، درمانی و پیش‌آگهی بسیار است. AML توسط مورفولوژی سلولی و حضور اجسام آتور^{۱۲} که در اثر تجمع گرانول‌های میلوئیدی ایجاد می‌شود از ALL قابل تشخیص است (اندریلی^{۱۳}، ۲۰۰۷، ترجمه جعفری، ۱۳۸۶). به طور کلی می‌توان عوامل دخیل در بروز AML را توارث، رادیاسیون، تماس‌های شیمیایی و داروها و عوامل بروز ALL را در بالغین، مواجهه با مواد شیمیایی کشاورزی، سیگار و مواجهه صنعتی دانست (آیتی فیروزآبادی و خدا آمرزیده، ۱۳۸۸). یکی از عوارض سرطان خون تاثیر آن بر روی جنبه‌های مختلف روان‌اجتماعی زندگی فرد است که از آن جمله می‌توان به جهت‌گیری زندگی، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده اشاره کرد.

سرطان، رشد مهار نشده سلول‌های نابهنجار است که موجب شکل‌گیری تومورها می‌شود (الوانجا^۱، بال^۲ و همکاران، ۱۹۹۳). با شروع سرطان، یک سلول تغییر شکل یافته، سلول تغییر شکل یافته بیشتری ایجاد می‌کند که از فرآیندهای کنترل‌کننده مربوط به سلول‌های طبیعی سرباز می‌زنند (دیورینگ^۳ و کیلبورن^۴، ۲۰۰۶). شیوع سرطان و مرگ و میر در گروه‌های مختلف فرهنگی - اجتماعی متفاوت است (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری، ۲۰۰۲). برآورد شده است که ۶۵ درصد از افراد مبتلا به سرطان حداقل ۵ سال زنده می‌مانند (انجمن سرطان آمریکا^۵، ۲۰۰۶). این آمار دربرگیرنده بیمارانی است که یا درمان شده‌اند یا بیماری آن‌ها تقلیل یافته یا دچار عود بیماری شده‌اند و یا تحت درمان هستند (هریس^۶ و مودل^۷، ۲۰۰۸). به طور کلی، امروزه سرطان بیشتر به عنوان بیماری مزمن بجای بیماری حاد در نظر گرفته می‌شود و پیشرفت در درمان آن به پس‌رفت و مهار رشد سرطان منجر شده است (بیر^۸، ۱۹۹۵). یکی از انواع سرطان‌ها، لوکمی یا سرطان خون است که ده درصد کل سرطان‌ها را تشکیل می‌دهد. لوکمی از نظر سرعت شروع به دو نوع حاد و مزمن طبقه‌بندی می‌شود.

1. Alavanja, M.C.R.
2. Bal, D.G.
3. Durning, P.E.
4. Kilbourn. K.M.
5. American Cancer Society
6. Harris, M.S.
7. Moadel, A.B.
8. Beyer, D.A.

9. Luckmann, J.
10. acute lymphocytic leukemia
11. acute myeloid leukemia
12. Aure rods
13. Andreali, T. E.

پینکوارت، ۲۰۰۷). همچنین بیماری‌های مزمن می‌توانند اثرات عمیقی بر زندگی فرد ایجاد کنند و بر کیفیت زندگی و تندرستی تأثیرات منفی دارند (نظری، خضری و نظری، ۱۳۹۴). کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است که شامل ادراک بیمار از عملکرد و تندرستی است (باکلی^۹، والتر^{۱۰} و لی^{۱۱}، ۲۰۱۶). کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن بر ابعاد جسمی، روان-شناختی و اجتماعی سلامت تاکید دارد (سیمونسون^{۱۲} و تستا^{۱۳}، ۱۹۹۷). بعد جسمی، به درک بیمار از توانایی انجام فعالیت‌های روزانه و انرژی و... بعد اجتماعی، به ارتباط، وابستگی و... و بعد روانی به مفاهیم بهزیستی روانی مانند افسردگی، اضطراب و... برمی‌گردد (هک^{۱۴}، ۲۰۰۰). بنابراین، اگرچه کیفیت زندگی به چگونگی زندگی باز می‌گردد (بریانت^{۱۵} و مایون^{۱۶}، ۲۰۰۲) اما تعریف مفهوم کیفیت زندگی بسیار سخت است چرا که این مفهوم دارای ابعاد و جنبه‌های مختلفی است که با عوامل فرهنگی نیز در ارتباط است (پین^{۱۷}، ۱۹۹۸). برای گزارش این پیچیدگی، ابزارهای کیفیت زندگی، بطور حداقل، عملکرد فیزیکی، هیجانی و اجتماعی را در بر می‌گیرند (باکلی، والتر و لی، ۲۰۱۶). اگرچه شیمی‌درمانی متمرکز ممکن است بقای افراد مسن با لوکمی

جهت‌گیری زندگی به نحوه نگرستن افراد در مواجهه با رویدادها و اتفاقات زندگی اشاره می‌کند که دربرگیرنده دو بعد خوش‌بینی و بدبینی است. در حالی که اکثر مطالعات پیشین خوش‌بینی و بدبینی را به عنوان یک ساختار یکنواخت ارزیابی کرده‌اند، افزایش آگاهی نشان می‌دهد که خوش‌بینی و بدبینی ممکن است دو بعد مستقل داشته باشند (فرولیک^۱، سیلبرسن^۲ و پینکوارت^۳، ۲۰۰۷). خوش‌بینی و بدبینی می‌توانند به صورت تبیینی یا سرشتی که در پژوهش حاضر مد نظر است، باشد. خوش‌بینی سرشتی، بسیار کلی است. بدین معنی که، دربرگیرنده انتظاراتی مثبت درباره پیامدهای آینده است (کترادا^۴ و گوپال^۵، ۲۰۰۵). در حالی که بدبینی سرشتی تمایل به پیش‌بینی وقایع به صورت ناامیدانه است (سندرسون^۶، ۲۰۱۳). پژوهشی در سال ۲۰۰۱ یافته‌های قبلی را مبنی بر وجود رابطه مثبت بین خوش‌بینی و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت توسعه داد و ثابت کرد که این ارتباط می‌تواند در عادات عمومی سلامت و همچنین در زمینه یک تهدید سلامت مشخص، مشاهده شود (هیلی^۷، جو^۸ و همکاران، ۲۰۰۱). نتیجه‌گیری‌ها نشان می‌دهد که شاید مهم باشد تا در زمان دریافت تشخیص سرطان بیشتر خوش‌بین و کمتر بدبین بود (فرولیک، سیلبرسن و

9. A. Buckley, S.
10. B. Walter, R
11. J. Lee, S.
12. Simonson, D.C.
13. Testa, M.A.
14. Hacke, W.
15. Beryant, B.
16. Mayon, R.
17. Pain, K.

1. Frohlich, C.
2. K. Silbereisen, R.
3. Pinquart, M.
4. Contrada, R.J.
5. Goyal, T.M.
6. Sanderson, C.A.
7. Hailey, B.
8. Jo

۲۰۱۳). در مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۶ نشان داده شد که حمایت اجتماعی یک عامل حیاتی است که با سلامت روان بیماران مبتلا به لوکمی میلوئیدی مزمن درمان شده با درمان‌های مدرن هدفمند، مرتبط است (برسیا^۵ و همکاران، ۲۰۱۶). رضایت از حمایت اجتماعی و استفاده از خدمات مراقبت حمایتی به طور قابل توجهی کیفیت زندگی را پس از کنترل متغیرهای مزاحم پیش‌بینی می‌کند (لیم^۶ و زبراک^۷، ۲۰۰۶). همانطور که پیش‌تر به آن پرداخته شد، یکی از عوارض سرطان خون تاثیر آن بر روی جنبه‌های مختلف زندگی فرد است که از آن جمله می‌توان به تاثیر این بیماری مزمن بر ابعاد اقتصادی، نقش‌های اجتماعی، آرامش روانی، عملکرد و سلامت فرد بیمار اشاره کرد (شیرم^۸، ۲۰۰۹). به طوری که این بیماری به دلیل طولانی بودن و مزمن بودن، منابع مالی فرد یا خانواده را به خطر می‌اندازد (شیرم، ۲۰۰۹)، باعث فشارهای هیجانی و روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، نگرانی و اختلال در تمرکز می‌شود (دیورینگ^۹ و کیلبورن^{۱۰}، ۲۰۰۶) و به دلیل علائم بیماری مانند تب، عفونت، ضعف، درد استخوانی، سردرد و ... (آیتی فیروزآبادی و خدا آمرزیده، ۱۳۸۸)، باعث اختلال در عملکرد اجتماعی و شغلی فرد بیمار می‌گردد که این تاثیرات می‌توانند در انواع سرطان‌های خون متفاوت باشد.

میلوئیدی حاد بدون سیتوژنیک نامطلوب را بهبود بخشد در عین حال تاثیر آن بر کیفیت زندگی آمیخته است (تاملینسون^۱ و همکاران، ۲۰۰۹).

کیفیت زندگی می‌تواند نقش مهمی در بیماران سالمند مبتلا به لوکمی حاد به عنوان یک عامل پیش‌آگهی، برای بقا در تشخیص و یک عامل بالقوه برای تصمیم‌گیری‌های درمانی داشته باشد (الاتی^۲ و همکاران، ۲۰۱۱). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و سایر نتایج گزارش شده توسط بیمار برای ارزیابی جامع از اثربخشی درمان ضروری است (کانالا^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). حمایت اجتماعی یک ارتباط بین‌فردی است که دارای دو حیطة ساختاری و عملکردی می‌باشد (پیشوا و همکاران، ۱۳۹۵). اما در خصوص حمایت اجتماعی می‌توان گفت که حمایت اجتماعی عبارت است از: هر گونه محرکی که به پیشرفت اهداف فرد حمایت شده کمک کند (دیماتئو^۴، ۱۹۹۱؛ کاویانی و همکاران، ۱۳۷۸). به طور کلی، حمایت اجتماعی می‌تواند به صورت واقعی و ادراکی باشد. حمایت اجتماعی ادراک شده به تصورات افراد از انواع متفاوت حمایت اجتماعی که توسط روابط متنوع فراهم می‌شود، اشاره دارد. این نوع حمایت می‌تواند از طرف دوستان، خانواده، همکلاسی‌ها و ... تامین شود و شامل انواع حمایت‌های عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی، ارزشی و ... باشد (سندرسون،

5. Breccia, M.
6. Lim, J.W.
7. Zebrack, B.
8. Schirm, V.
9. Durning, P.E.
10. Kilbourn. K.M.

1. A. Tomlinson, G.
2. Alati, C.
3. Cannellaa, L.
4. DiMatteo, R.M.

یا عدم همکاری از جریان پژوهش خارج شدند. ملاک‌های ورود شامل: داشتن شرایط پیوند مغز استخوان آلوزن، حداقل میزان تحصیلات سیکل، عدم شرکت در گروه‌های روان‌درمانی، محدوده سنی مشخص، نداشتن بیماری روان‌شناختی و عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی طی یک سال گذشته، و ملاک‌های خروج شامل: ابتلا به بیماری مزمن دیگرهمراه با لوکمی، مراجعه از سایر کشورها و عدم ادامه درمان بود. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از سه پرسشنامه جهت‌گیری زندگی، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده استفاده شد.

روش
پژوهش حاضر از نوع علی^۴ مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران ۱۸ تا ۴۵ سال مبتلا به لوکمی لنفوئیدی و میلوئیدی حاد است که به مرکز پیوند مغز استخوان بیمارستان دکتر شریعتی تهران در سال ۱۳۹۶ مراجعه کرده بودند. برای انتخاب نمونه پژوهش از روش تمام شمار استفاده شد که در طی مدت ۱۳ ماه از بین افرادی که به بخش مربوط به بیماری‌های خون بیمارستان دکتر شریعتی مراجعه کرده بودند فقط ۸۹ بیمار مبتلا به لوکمی حاد (۴۲ نفر مبتلا به لوکمی لنفوئیدی حاد و ۴۷ نفر مبتلا به لوکمی میلوئیدی حاد) که حائز ویژگی‌های لازم برای حضور در پژوهش حاضر بودند، وارد مطالعه شدند و سایر بیماران به دلیل نداشتن ملاک‌های ورود و

فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی^۴:
۳۶ سؤالی این پرسشنامه توسط واره^۵ و شربورن^۶ در سال ۱۹۹۲ در کشور امریکا طراحی شد و اعتبار و پایایی آن در گروه‌های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفت (به نقل از سوداگر و همکاران، ۱۳۹۱).
در سال ۱۹۹۲، این پرسشنامه در بریتانیا توسط برازیر^۷ و همکاران به منظور تعیین همسانی درونی تست گردید و میزان همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ را ۰/۸۵ اعلام نمودند (برازیر^۸ و همکاران، ۱۹۹۲). همچنین پژوهشی که در ایران در سال ۱۳۸۱ توسط دهداری صورت گرفت، اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۲ نشان داد (دهداری، ۱۳۸۱). در خصوص نمره‌گذاری این

4. short form health survey: SF-36

5. Ware

6. Sherburne

7. Brazier

8. Dunn, S.E.

1. Jose Costa, L.

2. M. Borate, U.

3. Mineishi, S.H.

سال ۱۳۸۳، توسط خدابنحشی در ایران هنجاریابی شده است که نتایج به دست آمده بر اساس روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ حاکی از اعتبار بالایی مقیاس خوش‌بینی است. همچنین ضریب روایی همزمان بین مقیاس خوش‌بینی با افسردگی و خود تسلط یابی به ترتیب ۰/۶۴۹ و ۰/۷۲۵ بدست آمده است (به نقل از سوداگر، ۱۳۹۰). این آزمون شامل ۱۰ گویه است که چها گویه آن انحرافی است و نمره‌ای به آن‌ها تعلق نمی‌گیرد و فقط به شش گویه آن نمره تعلق می‌گیرد و دامنه نمرات بین ۰ تا ۲۴ است. در پژوهش سوداگر (۱۳۹۰)، پایایی این پرسشنامه در بیماران مبتلا به لوکمی، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۶۰ محاسبه گردید. همچنین در پژوهش حاضر، میزان همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۶۰ بود.

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده:

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده توسط بوم^۴، فلمینگ^۵ و همکاران (۱۹۸۲) تهیه گردید و دارای دو فرم کوتاه و بلند است. فرم کوتاه آن دارای ۶ ماده و فرم بلند آن دارای ۲۵ ماده است. در پژوهش حاضر از فرم بلند این مقیاس استفاده شد. بوم، فلمینگ و همکاران (۱۹۸۲) ضریب اعتبار فرم کوتاه مقیاس حمایت اجتماعی را با استفاده از روش اجرای مجدد ۰/۷ برآورد کرده‌اند. دان^۶ و همکاران (۱۹۸۷) با استفاده از تحلیل عاملی اعتبار

پرسشنامه نیز می‌توان گفت که نمره‌گذاری براساس سیستم نمره‌گذاری رند است و توزیع نمرات بین حداقل نمره ۰ و حداکثر نمره ۱۰۰ می‌باشد. در پژوهش گلچین و همکاران (۱۳۸۷)، پایایی این پرسشنامه در بیماران مبتلا به لوکمی حاد، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ محاسبه گردید (گلچین و همکاران، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر، میزان همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ بود.

آزمون جهت‌گیری زندگی^۱: شیر^۲ و

کارور^۳ (۱۹۸۵) برای ارزیابی خوش‌بینی سرشتی، آزمون جهت‌گیری زندگی (LOT) را تدوین کرده و بعدها آن را مورد تجدید نظر قرار دادند که نسخه تجدید نظر شده آن (LOT-R) جانشین آزمون اصلی شد. این نسخه شامل ۶ ماده (سه ماده نشان دهنده تلقی خوش‌بینانه و ۳ ماده نشان دهنده تلقی بدبینانه) است. LOT-R از همسانی درونی مطلوبی برخوردار بوده (۰/۷۰ =) و در طول زمان ثبات خوبی دارد. به‌علاوه، تحلیل عاملی خوش‌بینی سرشتی و سازه‌های مرتبط با آن نشان داده است که خوش‌بینی سرشتی یک عامل مستقل و مجزا است که این مطلب نشان دهنده اعتبار افتراقی این سازه است. ضریب اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ بدست آمده است که نشان دهنده اعتبار بالایی آزمون است. این آزمون در

4. Baum, A.
5. Fleming, R.
6. Dunn, S.E.

1. life orientation test (LOT)
2. Scheier
3. Carver

معیار) و آمار استنباطی (آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین‌ها در گروه‌ها) استفاده شد.

توصیف گروه نمونه: در این پژوهش ۴۲ بیمار مبتلا به لوکمی لنفوئیدی حاد و ۴۷ بیمار مبتلا به کوکمی میلوئیدی حاد حضور داشتند. در گروه بیماران لنفوئیدی ۲۵ مرد و در گروه بیماران میلوئیدی ۲۴ مرد حضور داشتند. میانگین (انحراف استاندارد) سنی بیماران لنفوئیدی ۲۷/۷۱ (۸/۲۱) و بیماران میلوئیدی ۳۰/۲۳ (۷/۵۸) بود. استفاده از آزمون t مستقل نشان داد که بین دو گروه به لحاظ سن تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0.05$ ، $t = 1.51$) و بنابراین دو گروه به لحاظ سن همگن بودند. در گروه بیماران لنفوئیدی میزان تحصیلات ۵ نفر زیر دیپلم، ۲۰ نفر دیپلم، ۵ نفر فوق دیپلم و ۱۲ نفر لیسانس یا بالاتر بود. در گروه بیماران میلوئیدی میزان تحصیلات ۹ نفر زیر دیپلم، ۲۴ نفر دیپلم، ۵ نفر فوق دیپلم و ۹ نفر لیسانس یا بالاتر بود. استفاده از آزمون کای اسکور پیرسون ($p > 0.05$ ، $\chi^2(3) = 1.66$) نشان داد که دو گروه به لحاظ میزان تحصیلات تفاوت معناداری با یکدیگر ندارد. در گروه بیماران لنفوئیدی ۲۳ مجرد و در گروه بیماران میلوئیدی ۲۲ مجرد حضور داشتند. استفاده از آزمون کای اسکور پیرسون ($p > 0.05$ ، $\chi^2 = 0.56$) نشان داد که دو گروه به لحاظ وضعیت تاهل تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند.

روش تحلیل در پژوهش حاضر با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری (موسوم به

مقیاس حمایت اجتماعی را برای هر یک از زیر مقیاس‌های حمایت اجتماعی ادراک شده، به طور کلی، از سوی خانواده و دوستان (دوستان و همسایگان) به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۸۷ و ۰/۹۱ بدست آوردند. در مطالعه‌ای ضریب همگونی یا ضریب اعتبار مقیاس حمایت اجتماعی را به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۶۸۶ بدست آورده است (حسینی نجدانی، ۱۳۷۵، به نقل از سوداگر و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین وی متوسط روایی را از طریق برآورد همبستگی درونی مواد پرسشنامه حمایت اجتماعی ۰/۸۴ بدست آورده است. در پژوهش آخوندی (۱۳۷۶) اعتبار پرسشنامه حمایت اجتماعی که از طریق محاسبه آلفای کرونباخ برآورد گردیده برابر با ۰/۶۵ است (سوداگر و همکاران، ۱۳۹۱). همچنین در پژوهش سوداگر (۱۳۹۰)، پایایی این پرسشنامه در بیماران مبتلا به لوکمی، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۶۴ محاسبه گردید. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت بلی و خیر (۰ و ۱) است که تمام جملاتی که در جهت قبول حمایت اجتماعی است نمره (۱) و جملاتی که در جهت رد حمایت اجتماعی است نمره (۰) می‌گیرند. در پژوهش حاضر، میزان همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۶۵ بود.

یافته‌ها

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف

(MANOVA) (۳۵) (۳۶) (۳۷) انجام شده است.

جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد، شاخص کالماگروف-اسمیرنوف و آزمون لون مؤلفه‌های جهت‌گیری زندگی (خوش‌بینی و بدبینی)، حمایت اجتماعی ادراک‌شده (حمایت دوستان، حمایت خانواده، حمایت کلی و راجع به حمایت) و کیفیت زندگی (کارکرد جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی) را در دو گروه بیماران مبتلا به کوکمی لنفونیدی و میلویدی حاد نشان می‌دهد. همچنان که جدول ۱ نشان می‌دهد، استفاده از آزمون لون به منظور آزمون برابری واریانس-های خطا نشان داد که به استثنای دو مؤلفه کارکرد جسمی ($F=۴/۶۱۲, p=۰/۰۳۵$) و کارکرد اجتماعی ($F=۵/۲۱۴, p=۰/۰۲۵$) کیفیت زندگی، مفروضه برابری واریانس‌های خطا در دیگر مؤلفه‌های متغیرها برقرار است. فیلد (۲۰۰۹) با استناد به دیدگاه پیرسون^۱ و هارتلی^۲ (۱۹۵۴) معتقد است زمانی که حجم نمونه افزایش می‌یابد، آزمون لون (به دلیل افزایش توان آزمون) به تفاوت‌های اندک در واریانس متغیرها در گروه‌ها حساسیت نشان می‌دهد. به همین دلیل او به منظور اطمینان از برقراری یا عدم برقراری مفروضه برابری واریانس‌های خطا، استفاده از آزمون F_{Max} هارتلی (حاصل تقسیم واریانس بزرگتر بر

واریانس کوچکتر) را توصیه می‌کند. فیلد براین باور است که تفسیر آزمون هارتلی باید براساس تعداد واریانس‌ها و حجم نمونه در هر گروه انجام شود. به طوری که اگر مجموع نمونه در دو گروه بالاتر از ۶۰ باشد، نسبت واریانس‌های کوچکتر از ۳ بیانگر برقراری مفروضه برابری واریانس‌های خطا بوده و بنابراین می‌توان از معناداری آزمون لون چشم‌پوشی کرد. نسبت F_{Max} هارتلی برای مؤلفه کارکرد جسمی برابر با ۱/۸۴ و برای مؤلفه کارکرد اجتماعی ۲/۳۱ به دست آمد و بدین ترتیب براساس دیدگاه فیلد (۲۰۰۹) می‌توان گفت انحراف از مفروضه برابری واریانس‌های خطای دو مؤلفه کارکرد اجتماعی و کارکرد جسمی قابل چشم‌پوشی است.

با توجه به این که هر یک از متغیرها حداقل دارای دو مؤلفه بودند، بنابراین برای پاسخ به سوالات پژوهش از روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد.

همچنان که جدول ۲ نشان می‌دهد مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته برای مؤلفه‌های متغیر جهت‌گیری زندگی حمایت اجتماعی ادراک‌شده و کیفیت زندگی در بین داده‌های مربوط به دو گروه برقرار است.

علاوه بر مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته، جدول فوق نتیجه آزمون کرویت بارتلت را نیز نشان می‌دهد که آزمون مزبور برای مؤلفه‌های هر سه

1. Pearson
2. Hartley

جدول ۱. میانگین \pm انحراف استاندارد، شاخص کالماگروف - اسمیرنف و آزمون لون مؤلفه‌های جهت‌گیری زندگی، حمایت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی در دو گروه بیماران مبتلا به کوکمی لنفوئیدی و میلوئیدی حاد

F لون (sig)	K-S (sig)	M \pm SD		
(NS) /	(NS) /	۱/۹۹ \pm ۶/۴۰	لنفوئیدی حاد	جهت‌گیری زندگی
(NS) /	(NS) /	۲/۲۱ \pm ۸/۷۴	میلوئیدی حاد	
(NS) /	(NS) /	۱/۹۴ \pm ۵/۵۰	لنفوئیدی حاد	
(NS) /	(NS) /	۲/۱۳ \pm ۶/۰۴	میلوئیدی حاد	
(NS) /	(NS) /	۱/۰۱ \pm ۱/۵۴	لنفوئیدی حاد	حمایت اجتماعی ادراک شده
(NS) /	(NS) /	۰/۹۶ \pm ۱/۸۱	میلوئیدی حاد	
(NS) /	(NS) /	۱/۵۵ \pm ۴/۹۷	لنفوئیدی حاد	
(NS) /	(NS) /	۱/۱۸ \pm ۵/۸۵	میلوئیدی حاد	
(NS) /	(NS) /	۱/۳۱ \pm ۳/۵۲	لنفوئیدی حاد	
(NS) /	(NS) /	۱/۱۵ \pm ۳/۷۷	میلوئیدی حاد	
(NS) /	(NS) /	۰/۹۱ \pm ۲/۷۶	لنفوئیدی حاد	
(NS) /	(NS) /	۰/۸۳ \pm ۲/۶۰	میلوئیدی حاد	
(p= /) /	(NS) /	۱۶/۹۳ \pm ۵۳/۶۹	لنفوئیدی حاد	کیفیت زندگی
(NS) /	(NS) /	۲۳/۰۰ \pm ۶۲/۰۲	میلوئیدی حاد	
(NS) /	(p= /) /	۱۸/۵۲ \pm ۲۲/۸۵	لنفوئیدی حاد	
(NS) /	(p= /) /	۱۸/۹۵ \pm ۳۱/۲۷	میلوئیدی حاد	
(NS) /	(NS) /	۳۵/۶۸ \pm ۳۴/۱۲	لنفوئیدی حاد	
(NS) /	(NS) /	۳۷/۷۰ \pm ۴۵/۳۹	میلوئیدی حاد	
(NS) /	(NS) /	۱۶/۷۲ \pm ۵۴/۶۸	لنفوئیدی حاد	
(NS) /	(NS) /	۱۵/۸۷ \pm ۶۲/۷۷	میلوئیدی حاد	
(NS) /	(NS) /	۱۴/۶۹ \pm ۶۰/۸۶	لنفوئیدی حاد	
(NS) /	(NS) /	۱۴/۹۶ \pm ۶۹/۶۱	میلوئیدی حاد	
(p= /) /	(NS) /	۱۶/۶۸ \pm ۵۲/۶۷	لنفوئیدی حاد	
(NS) /	(NS) /	۲۵/۳۸ \pm ۶۲/۴۴	میلوئیدی حاد	
(NS) /	(NS) /	۲۱/۷۹ \pm ۵۵/۴۲	لنفوئیدی حاد	
(NS) /	(NS) /	۲۱/۴۷ \pm ۶۵/۸۶	میلوئیدی حاد	
(NS) /	(p= /) /	۱۲/۸۵ \pm ۵۱/۵۴	لنفوئیدی حاد	
(NS) /	(NS) /	۱۳/۶۸ \pm ۶۳/۴۰	میلوئیدی حاد	

نکته: M میانگین؛ SD انحراف استاندارد؛ NS غیر معنادار؛ sig سطح معناداری

شیدا سوداگر و همکاران: جهت‌گیری زندگی، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در افراد مبتلا به...

واریانس چند متغیری برای مؤلفه‌های هر سه متغیر جهت‌گیری زندگی، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. گفتنی است که بنا به توصیه تاباچینک و فیدل (۲۰۰۷) از بین آماره‌های چهارگانه تحلیل واریانس (ویلکز لامبدا، ریشه ری، اثر پیلایی و ریشه روی) ویلکز لامبدا برای گزارش ارزش F انتخاب شد.

متغیر جهت‌گیری زندگی، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی برقرار است. این موضوع نشان می‌دهد که سطح قابل قبولی از همبستگی بین مؤلفه‌های متغیرهای پژوهش حاضر وجود دارد و بنابراین چنین نتیجه‌گیری شد که تحلیل واریانس چند متغیری روش مناسبی برای مقایسه مؤلفه‌های آن متغیرها در بین دو گروه بیماران مبتلا به کوکمی لنفونیدی و میلوییدی حاد است. در ادامه جدول ۳ نتایج تحلیل

جدول ۲. نتیجه ارزیابی مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته و کرویت بارتلت در بین داده‌های پژوهش

تست کرویت بارتلت		آزمون باکس برابری ماتریس‌های کوواریانس			
sig	χ^2	sig	F	Box's M	
۰/۰۰۱	۱۲/۰۹۳	۰/۸۳۷	۰/۲۸۴	۰/۸۷۵	مؤلفه‌های جهت‌گیری زندگی
۰/۰۰۱	۴۷/۰۶۸	۰/۷۹۶	۰/۶۲۳	۶/۵۵۳	مؤلفه‌های حمایت اجتماعی
۰/۰۰۱	۳۱۰/۴۳۸	۰/۳۵۰	۱/۰۷۴	۴۲/۸۸۷	مؤلفه‌های کیفیت زندگی

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای مؤلفه‌های سه متغیر جهت‌گیری زندگی، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در دو گروه بیماران مبتلا به کوکمی لنفونیدی و میلوییدی حاد

ویلکز لامبدا	F	درجه آزادی (خطا، گروه)	sig	η^2	
۰/۷۵۴	۱۴/۰۴۲	(۸۶،۲)	۰/۰۰۱	۰/۲۴۶	مؤلفه‌های جهت‌گیری زندگی
۰/۸۸۷	۲/۶۸۷	(۸۴،۴)	۰/۰۳۷	۰/۱۱۳	مؤلفه‌های حمایت اجتماعی
۰/۷۸۷	۲/۷۰۹	(۸۰،۸)	۰/۰۱۱	۰/۲۱۳	مؤلفه‌های کیفیت زندگی

جدول ۳ نشان می‌دهد که ارزش F برای مؤلفه‌های جهت‌گیری زندگی در سطح ۰/۰۱ و برای مؤلفه‌های حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است. این یافته بیانگر آن بود که دست‌کم تفاوت یکی از مؤلفه‌های هر سه متغیر جهت‌گیری زندگی، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در بین دو گروه مبتلایان به کوکمی لنفونیدی و میلوییدی به لحاظ آماری متفاوت است. به همین دلیل تحلیل واریانس یک متغیری به کار گرفته شد (جدول ۴) تا معین شود که کدام یک از مؤلفه‌های سه متغیر یاد شده در دو گروه به لحاظ آماری معنادار است.

جدول ۳ نشان می‌دهد که ارزش F برای مؤلفه‌های جهت‌گیری زندگی در سطح ۰/۰۱ و برای مؤلفه‌های حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است. این یافته بیانگر آن بود که دست‌کم تفاوت یکی از مؤلفه‌های هر سه متغیر جهت‌گیری زندگی،

جدول ۴. تحلیل واریانس متغیری در مقایسه مؤلفه‌های جهت‌گیری زندگی، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در بین دو گروه مبتلایان به کوکمی لنفوئیدی و میلویدی

η^2	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات خطا	میانگین مجذورات		
۰/۲۳۹	۰/۰۰۱	۲۷/۳۰	۴/۴۵	۱۲۱/۴۴	خوش‌بینی	جهت‌گیری زندگی
۰/۰۱۳	۰/۲۹۴	۱/۱۱	۴/۱۷	۴/۶۴	بدبینی	
۰/۰۱۷	۰/۲۱۹	۱/۵۳	۰/۹۸۵	۱/۵۱	حمایت دوستان	حمایت اجتماعی
۰/۰۹۴	۰/۰۰۳	۹/۰۶	۱/۸۷	۱۶/۹۸	حمایت خانواده	
۰/۰۱۰	۰/۳۵۵	۰/۸۶	۱/۵۱	۱/۳۰	حمایت کلی	
۰/۰۰۹	۰/۳۶۸	۰/۸۲	۰/۷۵	۰/۶۱	راجع به حمایت	
۰/۰۴۱	۰/۰۵۷	۳/۷۱	۴۱۵/۳۶	۱۵۳۹/۳۲	کارکرد جسمی	کیفیت زندگی
۰/۰۴۹	۰/۰۳۷	۴/۴۷	۳۵۱/۵۰	۱۵۷۲/۲۶	اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی	
۰/۰۲۳	۰/۱۵۳	۲/۰۸	۱۳۵۱/۵۶	۲۸۱۳/۶۶	اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی	
۰/۰۶۰	۰/۰۲۱	۵/۵۲	۲۶۵/۰۶	۱۴۶۳/۵۳	انرژی/خستگی	
۰/۰۸۲	۰/۰۰۷	۷/۷۴	۲۲۰/۰۳	۱۷۰۱/۹۷	بهبودی هیجانی	
۰/۰۴۹	۰/۰۳۷	۴/۴۸	۴۷۱/۹۷	۲۱۱۶/۳۶	کارکرد اجتماعی	
۰/۰۵۶	۰/۰۲۶	۵/۱۶	۴۶۷/۵۶	۲۴۱۴/۸۶	درد	
۰/۱۶۹	۰/۰۰۱	۱۷/۶۴	۱۷۶/۷۸	۳۱۱۸/۰۳	سلامت عمومی	

پاسخ به سوال اول پژوهش (آیا بین دو گروه بیماران مبتلا به کوکمی لنفوئیدی و میلویدی حاد به لحاظ مؤلفه‌های جهت‌گیری زندگی تفاوت معناداری وجود دارد؟) چنین نتیجه‌گیری شد که بیماران مبتلا به کوکمی میلویدی در مقایسه با بیماران مبتلا به کوکمی لنفوئیدی خوش‌بین‌تر هستند.

جدول ۴ نشان می‌دهد که از بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده تنها ارزش F مربوط به مؤلفه حمایت خانواده معنادار است. این یافته بیانگر آن است که بین دو گروه

جدول ۴ نشان می‌دهد که ارزش F مربوط به مؤلفه خوش‌بینی جهت‌گیری زندگی بر خلاف مؤلفه بدبینی آن در سطح ۰/۰۱ معنادار است. این یافته بیانگر آن است که بین دو گروه مبتلایان به کوکمی لنفوئیدی و میلویدی حاد به لحاظ مؤلفه خوش‌بینی جهت‌گیری زندگی تفاوت معناداری وجود دارد و ارزیابی میانگین‌ها در جدول ۱ نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به کوکمی میلویدی در مقایسه با بیماران مبتلا به کوکمی لنفوئیدی میانگین بالاتری کسب کرده‌اند. بر این اساس در

کوکمی لنفوییدی و میلویدی حاد به لحاظ مؤلفه‌های کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد؟) چنین نتیجه‌گیری شد که بیماران مبتلا به کوکمی میلویدی در مقایسه با بیماران مبتلا به کوکمی لنفوییدی از کارکرد جسمی، انرژی/خستگی، کارکرد اجتماعی، درد، سلامت عمومی و بهزیستی هیجانی بالاتری برخوردارند.

نتیجه‌گیری و بحث

براساس یافته‌های پژوهش بین دو گروه مورد مطالعه در بعد خوش‌بینی جهت‌گیری زندگی و ابعاد کارکرد جسمی، انرژی/خستگی، کارکرد اجتماعی، درد، سلامت عمومی و بهزیستی هیجانی کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده از طرف خانواده تفاوت معنادار وجود داشت. ولی در سایر ابعاد تفاوتی بین دو گروه مشاهده نشد.

به منظور مدیریت و درمان هرچه موثرتر بیماری‌ها بهتر است به دیدگاهی چند بعدی در این خصوص روی آورد؛ به عبارتی به منظور داشتن تصویری وسیع‌تر و متفاوت‌تر در خصوص نحوه عملکرد سلامت و بیماری، باید عوامل اجتماعی را در کنار عوامل زیستی دید و مورد توجه قرار داد چراکه پرداختن به هر یک از آن‌ها به تنهایی و بدون در نظر گرفتن سایر عوامل مانع از موفقیت کامل هرگونه اقدامی خواهد شد. بسیاری از بیماری‌های مزمن از قبیل سرطان به خاطر شرایط خاص خود می‌تواند شرایط روانی و اجتماعی فرد را تحت

مبتلایان به کوکمی لنفوییدی و میلویدی حاد به لحاظ مؤلفه حمایت خانواده تفاوت معناداری وجود دارد و ارزیابی میانگین‌ها در جدول ۱ نشان داد که بیماران مبتلا به کوکمی میلویدی در مقایسه با بیماران مبتلا به کوکمی لنفوییدی میانگین بالاتری کسب کرده‌اند. بر این اساس در پاسخ به سوال دوم پژوهش (آیا بین دو گروه بیماران مبتلا به کوکمی لنفوییدی و میلویدی حاد به لحاظ مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده تفاوت معناداری وجود دارد؟) چنین نتیجه‌گیری شد که بیماران مبتلا به کوکمی میلویدی در مقایسه با بیماران مبتلا به کوکمی لنفوییدی از حمایت خانوادگی بیشتری برخوردارند.

در نهایت جدول ۴ نشان می‌دهد که از بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی ارزش F مربوط به مؤلفه‌های کارکرد جسمی، انرژی/خستگی، کارکرد اجتماعی، درد، سلامت عمومی و بهزیستی هیجانی، معنادار است. این یافته بیانگر آن است که بین دو گروه مبتلایان به کوکمی لنفوییدی و میلویدی حاد به لحاظ مؤلفه‌های کارکرد جسمی، انرژی/خستگی، کارکرد اجتماعی، درد، سلامت عمومی و بهزیستی هیجانی کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد و ارزیابی میانگین‌ها در جدول ۱ نشان داد که بیماران مبتلا به کوکمی میلویدی در مقایسه با بیماران مبتلا به کوکمی لنفوییدی در مؤلفه‌های یاد شده کیفیت زندگی میانگین بالاتری کسب کرده‌اند. بر این اساس در پاسخ به سوال سوم پژوهش (آیا بین دو گروه بیماران مبتلا به

خلق می‌شود، باعث تشویق افراد به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی می‌شود.

با توجه به آنچه که بیان شد می‌توان در مجموع این برداشت را داشت که برخی از عوامل روان اجتماعی می‌توانند در روند بهبودی و بهزیستی افراد مبتلا به سرطان تا حدی موثر باشند. این عوامل ممکن است به طور مستقیم از طریق تعامل یا عملکرد ایمنی یا به طور غیرمستقیم از طریق هدایت سایر رفتارهای شناخته شده به منظور تاثیرگذاری بر بهزیستی در این بیماران عمل کنند. بنابراین توجه به این عوامل در مدت بهبودی در کنار درمان‌های زیستی به نظر می‌رسد جای تأمل داشته باشد.

پژوهش حاضر دارای تعدادی محدودیت پژوهشی بود که از آن جمله می‌توان به تعداد محدود حجم نمونه و تصادفی نبودن نمونه-گیری به دلیل خاص بودن نمونه مورد مطالعه اشاره داشت که همین موضوع دامنه تعمیم-پذیری نتایج را محدود ساخته است. درنهایت، عدم امکان تمامی شرایط و متغیرهای مداخله-گر اطمینان کامل به نتایج بدست آمده را کاهش می‌دهد.

با توجه به یافته تحقیق پیشنهاد می‌شود، پژوهش‌های آینده بر روی تعداد بیشتری از بیماران انجام گیرد تا تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد. از آنجایی که بیماری می‌تواند بر روی عوامل روان اجتماعی نقش داشته باشند، بررسی‌هایی جهت شناسایی مشکلات روان-اجتماعی ایجاد شده در اثر بیماری در داخل

تأثیر قرار داده و این امر نیز به نوبه خود بر روی شرایط جسمی تاثیر گذاشته و حتی ممکن است درمان و ادامه درمان را هم متأثر سازد. پس برای نتیجه بهتر بررسی تمامی عوامل و شرایط می‌تواند سودمند باشد.

نتایج حاصل از پژوهش حاضر با پژوهش کلبی^۱ و سیفرن (۲۰۱۳) در بررسی جهت‌گیری زندگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان، پژوهش باکلی و همکاران (۲۰۱۶)، کانالا و همکاران (۲۰۱۵) درباره کیفیت زندگی و برسیا و همکاران (۲۰۱۶) در بررسی حمایت اجتماعی، همسو است. همان گونه که ملیسا و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان دادند حمایت اجتماعی سب افزایش سلامت روان و همچنین بهبود کیفیت زندگی می‌شود. افرادی که خانواده صمیمی دارند می‌توانند مشکلات خود را با آن‌ها در میان بگذارند و از آن‌ها راهنمایی بخواهند. حتی اگر نتوانند آن‌ها را راهنمایی کنند، حمایت عاطفی آن‌ها می‌تواند سب کاهش استرس شود. در شرایط بحران، سیستم محیطی و سیستم فردی در کنار هم می‌توانند بر نتایج سلامت تأثیرگذار هستند. به نقل از چراغی و همکاران (۲۰۱۲)،

هلقیسون^۲ بر این باور است که حمایت اجتماعی باعث کیفیت زندگی می‌شود. وی درباره اینکه حمایت اجتماعی چگونه کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد و توضیح می‌دهد که حمایت اجتماعی علاوه بر اینکه باعث بهبود

1 .Colby, D.A.

2 .Helgeson

شیدا سوداگر و همکاران: جهت‌گیری زندگی، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در افراد مبتلا به...

باشد و منجر به ایجاد تفاوت در بین بیماران با بیماری متفاوت شود. از این رو، به نظر می‌رسد توجه به این تاثیرات و ارائه راهکارهای در جهت کاهش آن‌ها (از قبیل آموزش به نزدیکان و مراقبین بیمار در قالب نحوه حمایت و برآورده کردن نیازهای روانی^۵ اجتماعی-زیستی وی و آموزش به بیماران از قبیل آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، آموزش روش-های آرمیدگی و بیوفیدبک، شرکت در جلسات گروه درمانی و ایجاد سبک زندگی سالم) به منظور سازگاری بیشتر و به حداقل رساندن تاثیر بیماری در زندگی فردی و جمعی بیمار و گذر بهتر از دوره بیماری سودمند واقع شود.

کشور صورت گیرد و مداخلات روان‌شناختی متناسب با آن برای رفع این مشکلات طراحی گردد. در عین حال، در تحقیقات پیش رو می‌توان به نقش عوامل فرهنگی و اعتقادی در زمان ابتلا به یک بیماری سخت پرداخت که می‌تواند عوامل روان‌اجتماعی را تحت تاثیر قرار دهند. در نهایت، در پژوهش‌های آتی می‌توان به مقایسه سایر عوامل از قبیل سازگاری روان‌اجتماعی، سبک زندگی، بهزیستی هیجانی و ... پرداخت و یا بیماران مبتلا به لوکمی حاد را با بیماران مبتلا به لوکمی مزمن در عوامل ذکر شده مورد مقایسه قرار داد.

پژوهش حاضر نشان داد که نوع بیماری می‌تواند در عوامل روان‌اجتماعی تاثیر گذار

سپاسگزاری

استخوان بیمارستان دکتر شریعتی تهران که به خوبی در اجرایی پژوهش حاضر همکاری نمودند، اعلام می‌دارد.

بدین وسیله پژوهشگر مراتب قدردانی و سپاسگذاری خود را از بیماران مبتلا به لوکمی حاد و همچنین کادر درمانی مرکز پیوند مغز

منابع

آندرولی، ت. ی. (۲۰۰۷). مبانی طب داخلی سسیل (بیماری های خون و سرطان). ترجمه مهرداد جعفری (۱۳۸۶). تهران: اندیشه رفیع.

آخوندی، ا. (۱۳۷۶). بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با سازگاری اجتماعی دانش آموزان شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت مدرس.

- آیتی فیروز آبادی، م، و خدا آمرزیده، د. (۱۳۸۸). خون و آنکولوژی- سسیل ۲۰۰۷ و هاریسون ۲۰۰۸. تهران: اندیشه رفیع. چاپ اول.
- پیشوا، ن؛ بیانلو، ا؛ پورشریفی، ح؛ و یاوری، ط. (۱۳۹۴). رابطه ناگویی خلقی و کیفیت زندگی در بیماران با شکایت درد مراجعه به درمانگاه‌های پزشکی و افراد سالم. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۱۵(۱۹)، ۷۰-۵۹.
- دهداری، ط. (۱۳۸۱). بررسی تاثیر آموزش بهداشت بر کیفیت زندگی بیماران با عمل جراحی قلب باز. پایان نامه کارشناسی ارشد بهداشت. دانشگاه تربیت مدرس.
- دیماثو، ر. م. (۱۹۹۱). روانشناسی سلامت. ترجمه محمد کاویانی و همکاران (۱۳۷۸). تهران: انتشارات سمت.
- سوداگر، ش. (۱۳۹۰). بررسی جهت گیری زندگی، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی بهزیستی جسمی بعد از پیوند مغز استخوان در بیماران مبتلا به لوکمی حاد. پایان نامه دکتری روانشناسی سلامت. دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج.
- لاکمن، ج. (۲۰۰۵). درسنامه پرستاری بیماری های داخلی جراحی III. ترجمه مریم حسین زاده، نیره براهیمی، صدیقه جعفری،
- حسین شیری و فرهاد کامرانی ماسوله (۱۳۸۴). تهران: آبیژ.
- نظری، ز؛ خضری مقدم، ن؛ و نظری، آ. (۱۳۹۶). رابطه کیفیت روابط (حمایت اجتماعی ادراک شده، تعارض های بین فردی، عمق روابط) با شدت درد زایمان طبیعی. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۲(۲۲)، ۳۴-۲۰.
- Alavanja, M.C.R., Bal, D.G., Brownson, R.C., & Reif, J.S. 1993. *Cancer*. In R.C. Brownson, P.L. Remington, & J.R. Davis (Eds). (*?*). *Chronic disease epidemiology and control*. Washington, DC: American public Health Association, 2nd ed, 137-168.
- Alati, C., Alimena, G., Breccia, M., Carosino, I., Guglielmo, P., Impera, S., Latagliata, R., Nobile, F., Oliva, E.N., Pastore, D., Ronco, F., Specchia, G., & Vincelli, I. (2011). Quality of life in elderly patients with acute myeloid leukemia: patients may be more accurate than physicians. *Haematologica journal*, 96 (5), 696-702.
- American Cancer Society. (2006). *Cancer facts and figures*. Atlanta: American cancer society.
- 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.

- Breccia, M., Baccarani, M., Cottone, Iris, Doro, M., F., Efficace, F., Okumura, I., Riccardi, F., & Rosti, G. (2016). Psychological well-being and social support in chronic myeloid leukemia patients receiving lifelong targeted therapies. *Supportive Care in Cancer journal*, 24(12), 4887-4894.
- Buckley, A. S., B. Walter, R., & J. Lee, S. (2016). Measuring quality of life in acute myeloid leukemia: limitations and future directions. *Expert Review of Hematology*, 9(9), 821-823
- Cannella, L., Caocib, G., Efficace, F., Jacobs, M., Mandellia, F., & Vignettia, M. (2015). Health-related quality of life and symptom assessment in randomized controlled trials of patients with leukemia and myelodysplastic syndromes: What have we learned?. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 96, 542-554.
- Cecil, & Harrison. (2008). *Blood and Oncology*. Translation by Ayati Firoozabadi, M., & Khoda Amorzide, D. Tehran: Rafie's Thoughts. Center for disease control and prevention (CDC). United states cancer statistics: 1999 -2002 incidence and mortality web based report version. Atlanta: Department of health and human services, centers for disease control and prevention and national cancer institute. U.S. cancer statistics working group; 2005. Available at: www.cdc.gov/cancer/npcr/uscs.
- Cheraghi, M.A., Davari Dolatabadi, E., Salavati, M., & Moghimbeigi, A. (2012). Association between Perceived Social Support and Quality of Life in Patients with Heart Failure. *Iran Journal of Nursing*, 25 (75), 21-31
- Colby, D.A. & Shifren, K. (2013). Optimism, mental health, and quality of life: A study among breast cancer patients. *Psychology, Health & Medicine*, 18(1), 10-20.
- Conrada, R.J., Goyal, T.M. (2005). Individual differences, health and illness: The role of emotional traits and generalized expectancies. In Stephen Sutton, Andrew Baum & Marie Johnston (Eds), *The SAGE handbook of health psychology*. London: SAGE, 158-160.
- Durning, P.E., Kilbourn, K.M. (2006). Oncology and psycho-oncology. In Paul Kennedy & Susan P Liewelyn (Eds), *Handbook of clinical health psychology*. England: Jhon Wiley & sons, Ltd, 88, 103-109.
- Fidell, L.S., Tabachnick, B.G. (2007). *Using multivariate statistics (5th ed.)*. Boston: Allyn and Bacon.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics using SPSS (3th ed)*, London; Sage.
- Frohlich, C., & K. Silbereisen, R., & Pinquart, M. (2007). Optimism,

- pessimism, and change of psychological well-being in cancer patients. *Psychology, Health & Medicine journal*, 12 (4), 421-432.
- Gamest, G., & Goarin, A.J., & Meyers, L.S. (2006). *Applied multivariate research, design and interpretation*, Thousand oaks. London: New Deihi, Sage publication.
- Golchin, M. M., Shabanloei, R., Asvadi, I., Eivazi Ziaei, J., Nikanfar, A., & Dolatkah, R. (2008). Effects of Self Care Program on Quality of Life in Patients with Acute Leukemia Receiving Chemotherapy. *ZJRMS*, 10(3), 175-182.
- Hacke, W. (2000). A late step in the right direction of stroke care. *The Lancet*, London: Seo, 10.
- Hailey, B., & Jo, Mulkana, Shazia, S. (2001). The Role of Optimism in Health-enhancing Behavior. *American Journal of Health Behavior*, 25 (4), 388-395(8).
- Harris, M.S., Moadel, A.B. (2008). Cancer. In Bret, A. Boyer & M. Indira Paharia (Eds). *Comprehensive handbook of clinical health psychology*. New Jersey: John Wiley & sons, Inc, pp. 154-159.
- Jose Costa, L., M. Borate, U., Mineishi, S.H. (2015). Nonbiological Factors Affecting Survival in Younger Patients. with Acute Myeloid Leukemia. *Cancer*, 121 (38), 77-84.
- Lim, J.W., Zebrack, B. (2006). Social networks and quality of life for long-term survivors of leukemia and lymphoma. *Supportive Care in Cancer journal*, 14 (2), 185-192.
- Melissa, H. Bellin, P. Joan, K. Mary, E. B. Mona, T. Laurie, C. & Arlene, M. (2015). Stress and Quality of Life in Urban Caregivers of Children With Poorly Controlled Asthma: A Longitudinal Analysis. *Journal of Pediatric Health Care*, In Press, Corrected Proof, Available online 30 May.
- Pain, K. (1998). Quality of life: What does it mean in rehabilitation?. *Journal of Rehabilitation*, 54(2), 5-11.
- Sanderson, C.A. (2013). *Health psychology*. New York: Wiley.
- Schirm, V. (2009). Quality of life. In Ilene Morof Lubkin & Pamala, D. Larsen (Eds), *Chronic illness: Impact and intervention*. Newgen North America: Jones and Bartlett, pp. 144-145.
- Simonson, D.C., & Testa, M.A. (1997). Assessment of quality of life outcomes. *J Med*, 334 (13), 835-840
- Sodagar, Sh., Ahadi, H., Jomehri, F., Rahgozar, M., & jahani, M. (2012). Predicting physical well-being after bone marrow transplantation in patients with acute leukemia based on perceived social support. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 14(9), 87-90.

Tomlinson, A. G., Minden, D. M., Gupta, V., Leach, M., Brandwein, M. J., M.H. Alibhai, S.H., & Suarez Saiz, F. (2009). Quality of life beyond 6 months after diagnosis in older adults with acute myeloid leukemia. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 69, 168° 174.

