

دانشگاه علوم پزشکی تبریز
و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

پایان نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد

(گرایش بهداشت جامعه)

موضوع :

درک زوجین از عملکرد خانواده هنگام وقوع سرطان در یکی از آنها ،

تبریز، 1391

استاد راهنما:

شیرین برزنجیه عطری

استاد مشاور:

دکتر آزاد رحمانی

پژوهش و نگارش:

لیلا شیخ نژاد

شماره پایان نامه: 633

شهریور ماه 1393



گواهی اصالت پایان نامه

اینجانب **لیلا شیخ نژاد** دانشجوی مقطع **کارشناسی ارشد رشته پرستاری** به

شماره دانشجویی **گواهی می نمایم که این پایان نامه تحت عنوان**

درک زوجین از عملکرد خانواده هنگام وقوع سرطان در یکی از آنها ، تبریز،

1391

به راهنمایی استاد محترم **شیرین برزنجی عطری** بطور کامل اصل و بدون هرگونه سرقت علمی/ادبی بر اساس تعریف **Plagiarism**¹ نگارش شده است و تمام یا قسمتی از آن توسط فرد دیگری در پایان نامه یا مراکز علمی دیگر ارائه نشده است. در ضمن اینجانب از مقررات مربوط به عدم رعایت صداقت در ارائه پایان نامه که منجر به مردود شدن و ارجاع به شورای پژوهشی دانشکده می شود، اطلاع کافی دارم.

بدینوسیله اصالت (ORIGINALITY) و صحت نتایج این پایان نامه مورد تأیید اینجانب شیرین

برزنجی عطری استاد راهنما/استاد راهنمای اول می باشد

استاد راهنما/استاد راهنمای اول

تاریخ و امضاء دانشجو

تاریخ و امضاء

¹Plagiarism Plagiarism یا سرقت علمی/ ادبی عبارت است از استفاده از تمامی یا قسمتی از مطالب یا ایده‌های منتشر شده یا منتشر نشده فرد یا افراد دیگر بدون ذکر منبع بطور مناسب یا کسب اجازه در موارد ضروری.

تقدیم به پدر بزرگوار و مادر مهربانم،

آن دو فرشته ای که از خواسته هایشان
گذشتند، سختی ها را به جان خریدند

و خود را سپر بلای مشکلات و ناملایمات
کردند تا من به جایگاهی که اکنون در آن

ایستاده ام برسم.

تقدیم به همسرم، که نشانه لطف الهی در

زندگی من است.

سپاس

پایان نامه پیشرو گذشته از نوشته های مولف، حاصل تجربه علمی و مستمر و رهنمودهای اساتید بزرگواری است که نظرات گرانقدرشان امکان نگارش این پایان نامه را فراهم نموده است. بدین وسیله وظیفه خود می دانم از توصیه های اثربخش سرکار خانم شیرین برزنجه عطری که زحمت راهنمایی این اثر را بر عهده داشتند تشکر و قدردانی نمایم به علاوه بر خود لازم می دانم از زحمات استاد فرزانه جناب آقای دکتر آزاد رحمانی که بی شک بدون توصیه های عالمانه و به جای ایشان هیچکدام از مراحل پژوهشی برای محققین امکان پذیر نبود تشکر نمایم. همچنین از سرکار خانم گلچین نهایت تشکر را دارم. از خواهر و برادر عزیزم به جهت همفکری و همراهی ایشان در خلال سالیان تحصیل، صمیمانه متشکر و سپاسگزارم. در ضمن از همکاری تمامی بیماران شرکت کننده در مطالعه، پرسنل محترم مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی شهید قاضی طباطبایی، همچنین کلیه اعضای هیئت علمی، کارمندان محترم واحدهای آموزشی و پژوهشی، که در اجرای مطالعه و نگارش پایان نامه مولف را مساعدت کردند سپاس و قدردانی خویش را اعلام می نمایم. امید است زحمات این بزرگواران و سایر اساتید در تربیت چون منی، چه در نگارش این و چه در آثار و فعالیت های پیشرو قدمی باشد هرچند کوچک در پیشبرد حرفه شریف پرستاری.

لیلا شیخ نژاد

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
1	چکیده.....
	<u>فصل اول: معرفی پژوهش</u>
4	عنوان پژوهش.....
4	زمینه پژوهش (بیان مساله).....
12	اهداف طرح.....
12	هدف کلی.....
12	اهداف اختصاصی.....
12	هدف فرعی.....
13	سوالات مطرح.....
13	تعریف واژه ها.....
13	خانواده.....
14	زوجین.....
14	سرطان.....
15	عملکرد خانواده.....
15	درک.....
16	محدودیت های پژوهشی.....
	<u>فصل دوم: دانستنی های موجود در پژوهش</u>
18	مفاهیم نظری.....
18	سرطان چیست؟.....
19	علت شناسی.....

19	..... ویروس ها و باکتری ها
19	..... عوامل فیزیکی
19	..... عوامل شیمیایی
20	..... عوامل ژنتیکی و خانوادگی
20	..... عوامل غذایی
20	..... عوامل هورمونی
21	..... اپیدمیولوژی
23	..... تاثیر سرطان بر فرد
23	..... تاثیر سرطان بر خانواده
25	..... منابع اجتماعی
25	..... منابع فرهنگی
25	..... منابع مذهبی
25	..... منابع تحصیلی
25	..... منابع پزشکی
25	..... تاثیر سرطان بر روابط زوجین
27	..... تاثیر سرطان والدین بر کودکان
29	..... مفهوم خانواده و اهمیت آن
31	..... چرا هنگام برنامه ریزی برای ارائه مراقبت بهداشتی کار با خانواده حیاتی است؟
33	..... عملکرد خانواده
35	..... حل مساله
35	..... ارتباطات
37	..... نقش ها
38	..... پاسخگویی عاطفی

38	..... آمیزش عاطفی
39	..... کنترل رفتار
41	..... عملکرد مطلوب خانواده
43	..... نظریه سیستم ها و کاربرد آن در بررسی خانواده
46	..... نظریه سیستم های خانواده
48	..... الگوی مک مستر برای خانواده
50	..... مدل سایکودینامیک فردی
51	..... نظریه تعاملی
53	..... پرستاری بهداشت جامعه
54	..... ارکان پرستاری بهداشت جامعه
55	..... پرستاری بهداشت خانواده
56	..... مرور بر متون

فصل سوم: روش پژوهش

68	..... روش پژوهش
68	..... جامعه پژوهشی
69	..... مشخصات واحدهای مورد پژوهش
70	..... روش نمونه گیری
71	..... حجم نمونه و نحوه تعیین آن
71	..... محیط پژوهش
71	..... ابزار جمع آوری داده ها
74	..... اعتبار
76	..... روایی

76روش اجرا

77ملاحظات اخلاقی

فصل چهارم: یافته های پژوهش (به فهرست جداول مراجعه شود)

فصل پنجم: تفسیر یافته ها

97بحث و تفسیر یافته ها

109نتیجه گیری کلی

110محدودیت های پژوهش

111کاربرد یافته های پژوهشی

112پیشنهادهای برای پژوهش های بعدی

114منابع

www.collegeprohen.ir

فهرست جداول

صفحه	عنوان
82	جدول 1-1: برخی مشخصات فردی-اجتماعی و وابسته به بیماری در بیماران شرکت کننده در مطالعه
83	جدول 1-2: برخی مشخصات فردی-اجتماعی و وابسته به بیماری در بیماران شرکت کننده در مطالعه
84	جدول 1-2: برخی مشخصات فردی-اجتماعی و وابسته به بیماری در همسران بیماران شرکت کننده در مطالعه
85	جدول 2-2: برخی مشخصات فردی-اجتماعی و وابسته به بیماری در همسران بیماران شرکت کننده در مطالعه
86	جدول 3: مقایسه نمرات کسب شده بیماران مبتلا به سرطان و همسران سالم آنها در بعد حل مساله
87	جدول 4: مقایسه نمرات کسب شده بیماران مبتلا به سرطان و همسران سالم آنها در بعد کنترل رفتار
88	جدول 5: مقایسه نمرات کسب شده بیماران مبتلا به سرطان و همسران سالم آنها در بعد ارتباطات
89	جدول 6: مقایسه نمرات کسب شده بیماران مبتلا به سرطان و همسران سالم آنها در بعد نقش‌ها
90	جدول 7: مقایسه نمرات کسب شده بیماران مبتلا به سرطان و همسران سالم آنها در بعد پاسخگویی عاطفی
91	جدول 8: مقایسه نمرات کسب شده بیماران مبتلا به سرطان و همسران سالم آنها در بعد آمیزش عاطفی
92	جدول 9: مقایسه نمرات کسب شده بیماران مبتلا به سرطان و همسران سالم آنها در بعد عملکرد کلی
93	جدول 10: بررسی ارتباط برخی مشخصات بیماران مبتلا به سرطان با گزارش آنها از عملکرد خانوادگی در بعد عملکرد کلی
95	جدول 11: بررسی ارتباط برخی مشخصات همسران بیماران مبتلا به سرطان با گزارش آنها از عملکرد خانوادگی در بعد عملکرد کلی

چکیده

عنوان:

"درک زوجین از عملکرد خانواده هنگام وقوع سرطان در یکی از آنها، تبریز، 1391"

مقدمه: بیماری سرطان می‌تواند عملکرد خانوادگی بیماران را تحت تاثیر قرار دهد. اجرای برنامه‌های حمایتی به این بیماران نیازمند شناسایی ابعادی از زندگی خانوادگی است که بعد از ابتلاء به سرطان مختل شده باشند. بنابراین، بررسی حاضر به منظور درک دیدگاه افراد مبتلا به سرطان و همسران آنها از عملکرد خانوادگی بعد از ابتلا به سرطان انجام شد.

روش کار: در این مطالعه توصیفی - همبستگی 101 زوج مبتلا به سرطان در بخش‌های بستری و درمانگاه بیمارستان شهید قاضی طباطبایی تبریز شرکت نمودند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده استفاده شد که عملکرد خانواده‌ها را در ابعاد حل مساله، ارتباطات، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی مورد بررسی قرار می‌دهد. برخی مشخصات بیماران نیز با چک لیست بررسی شد.

نتایج: تمامی زوجین شرکت کننده در این مطالعه عملکرد خانوادگی خود را در همه ابعاد نسبتاً مناسب گزارش نمودند. بین دیدگاه بیماران در مورد عملکرد کلی خانوادگی و سن ازدواج ($r=0/02$) و سن بزرگترین فرزند ($r=0/20$, $p=0/01$) ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت اما چنین ارتباطی در مورد نحوه زندگی، شغل، سن، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان، مدت زمان سپری شده از آگاهی از تشخیص بیماری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: هر چند عملکرد خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان نسبتاً مناسب است، اما نباید از توجه بیشتر به خدمات مشاوره‌ای برای خانواده و اعضای خانواده آنها غفلت نمود. زیرا خانواده

منبع اولیه مراقبت و حمایت در بیماران مبتلا به سرطان می باشد. بطور کلی، لزوم در نظر گرفتن کل واحد خانواده به عنوان مددجو از ضروریات ارائه مراقبت های پرستاری و حمایتی خانواده محور از بیماران مبتلا به سرطان می باشد.

کلمات کلیدی: سرطان، عملکرد خانوادگی، پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده

کالج پروژهنه
www.collegeprozheh.ir

فصل اوّل :

معرفی پژوهش



این فصل در رابطه با زمینه پژوهش تدوین شده است. زمینه پژوهش شامل عنوان پژوهش، معرفی مسئله، تعریف واژه ها، اهداف پژوهش، فرضیات و پیش فرض ها می باشد.

عنوان پژوهش: درک زوجین از عملکرد خانواده هنگام وقوع سرطان در یکی از آنها در شهر

تبریز، 1391

زمینه پژوهش (بیان مساله):

سرطان به عنوان یک واقعیت تلخ و عامل تنش زای مهم (1) عارضه ای است که مسیر زندگی فرد را تغییر می دهد و باعث افزایش آسیب پذیری و افت کیفیت زندگی افراد شده، عملکردهای روزانه، فعالیت های اجتماعی و توانایی فرد برای انجام نقش های معمول را تغییر می دهد (2). در دنیای امروز، یکی از دلایل رایج ابتلاء و مرگ و میر، ناشی از بیماری ها سرطان است (3). طبق پیش بینی سازمان جهانی بهداشت، تعداد مرگ ناشی از سرطان در جهان، از سال 2007 تا سال 2030، 45٪، افزایش خواهد داشت (از 7/9 میلیون به 11/5 میلیون مرگ). بیش از نیمی از موارد سرطان در کشورهای در حال توسعه به وقوع می پیوندد. همچنین، در اکثر کشورهای در حال توسعه، سرطان دومین علت مرگ بعد از بیماری های قلبی - عروقی است (4).

در کشور ایران نیز، به عنوان یک کشور در حال توسعه، سرطان سومین علت مرگ پس از بیماری های قلبی و تصادفات جاده ای است. طبق نتایج مطالعه موسوی در سال 2006، آمار سالیانه وقوع سرطان در بین زنان و مردان ایرانی، به ترتیب، 98 و 110 نفر به ازای هر 100000 نفر می باشد (5). اگر چه از نظر پزشکی سرطان برای یک فرد اتفاق می افتد، اما اعضای خانواده در مشکلات روانی و اجتماعی بیماری سهیم هستند. تشخیص سرطان یک تغییر وضعیت عمده در زندگی خانواده ایجاد می کند که Rolland از آن به عنوان "مهمان ناخوانده" یاد می کند که

باید توسط خانواده یا زوجین پذیرفته شود. در هر مرحله از بیماری، خانواده با چالشهایی روبرو است که تهدید کننده روابط پایدار و کیفیت زندگی آنها است (6).

بطور گسترده پذیرفته شده است که مبارزه با سرطان یک امر خانوادگی است. نه تنها بیمار، بلکه هر کسی که او را دوست دارد نیز با عواقب ناشی از بیماری و درمان مواجه می شود، که این عواقب ممکن است شامل اختلال در زندگی روزمره، اضطراب، نگرانی ها در مورد عود سرطان، ترس از دست دادن و مرگ باشد (7). هنگام رویارویی خانواده با یک عامل استرس زا خانواده در ابتدا منابع خود را برای حل مشکل بسیج می کند. وقتی که تلاش برای حل مشکل با شکست مواجه می شود، خانواده دچار بحران می شود. وقتی منابع خانواده کافی نباشد یا به اتمام رسیده باشد، عملکرد خانواده رو به زوال میگذارد و علائم آشفتگی در خانواده مانند مشکلات والدی و تعارض در بین افراد اتفاق می افتد. همچنین، زمانی که خانواده هیچ کمکی از خارج از سیستم دریافت نکند، نتیجه به شکل سطوح پایین تر عملکرد خانواده و یا شاید جدایی و از دست دادن یک عضو ظاهر شود (8). تجربه زندگی پر از استرس، افراد را مستعد آسیب پذیری می کند. خانواده های آسیب پذیر، مانند خانواده هایی با یک عضو بیمار، احتمال بیشتری برای ایجاد مشکلات بهداشتی در نتیجه مواجهه با خطر و یا پیامد های وخیم تری در نتیجه مشکلات بهداشتی دارند (9).

همانگونه که ذکر شد، خانواده های دارای یک عضو با بیماری شدید که خانواده را دچار استرس می کند، جزء خانواده های آسیب پذیر محسوب می شوند و بنابراین، به عنوان گروه هدف برای پرستاران بهداشت جامعه محسوب می شوند. یکی از اصلی ترین رویکردهای کار با خانواده های آسیب پذیر در پرستاری بهداشت جامعه، رویکرد خانواده به عنوان مددجو است. در این رویکرد، تمرکز اولیه بر خانواده و ثانویه بر افراد استدر این رویکرد تمرکز بر این است که وقتی اعضای خانواده یک مشکل بهداشتی را تجربه می کنند، خانواده به عنوان کل، چه واکنشی از خود نشان می دهد (10). در واحد خانواده هر عملکرد معیوب (بیماری، جدایی و ...) که یک عضو را درگیر

می کند، از طرق مختلف اعضای دیگر و همچنین، واحد خانواده به عنوان یک کل را تحت تاثیر خود قرار می دهد که اکثراً " اثر موجی " نامیده می شود. همچنین رابطه متقابل قوی بین خانواده و وضعیت بهداشتی آن وجود دارد. از این رو، در هر شکل از مراقبت از مرحله ارتقاء بهداشت تا نوتوانی، نقش خانواده بسیار تعیین کننده است (8).

منظور از عملکرد خانواده، توانایی خانواده در هماهنگی با تغییرات ایجاد شده در طول حیات، حل تعارضات، همبستگی بین اعضا، اجرای مقررات حاکم بر این نهاد، با هدف حفظ کل سیستم خانواده می باشد (3). بررسی عملکرد خانواده نشان می دهد خانواده تا چه حد به عنوان یک واحد کار می کند و همچنین، میزان توانایی خانواده برای سازگاری و قضاوت در موقعیت های مختلف را می سنجد (11). لازمه ارزیابی خانواده ها، داشتن یک الگوی نظری در مورد چگونگی عملکرد آنها می باشد. یکی از مفیدترین الگوها برای بررسی خانواده، الگوی مک مستر در مورد کارکرد خانواده می باشد و در سال 1960 توسط Eptein¹ و Lawrence² طراحی شد (12). گرچه این الگو تمامی ابعاد عملکرد خانواده را پوشش نمی دهد، اما ابعاد مهمی را که اغلب نمود بالینی پیدا می کند مد نظر قرار میدهد (13). این الگو شش جنبه از عملکرد خانواده را مد نظر قرار می دهد:

- 1- حل مساله
- 2- ارتباطات
- 3- نقشها
- 4- پاسخگویی عاطفی
- 5- آمیزش عاطفی
- 6- کنترل رفتار.

الگوی مک مستر با عملکرد جاری خانواده سروکار دارد نه با مرحله تکاملی خانواده یا رشد قبلی آن. این الگو وظایف خانواده ها را به سه قسمت تقسیم میکند. وظایف پایه مانند تامین خوراک، امنیت، مراقبت بهداشتی برای اعضای خود. وظایف تحولی مانند مراقبت از نوزاد و توجه به نوجوان

¹ Nathan B. Eptein

² Lawrence M. Baldwin

خانواده، وظایف بحرانی که شامل مهارت های خانواده در هنگام بروز بحران ها و وقایع غیر منتظره مانند بیماری شدید یک عضو خانواده می باشد(12).

نکته مهم این است که چرا کار کردن با خانواده بیماران مبتلا به سرطان تا این اندازه مهم است؟ Northouse (2010)، در یک مطالعه متا آنالیز که بر روی خانواده های بیماران سرطانی در آمریکا انجام داده است، چهار دلیل برای لزوم کار با خانواده در بیماران سرطانی را ذکر کرده است: 1- هنگامی که یک عضو مبتلا به سرطان است، اعضای خانواده وی بطور قابل ملاحظه ای تحت استرس قرار می گیرند. 2- اعضای خانواده غالباً در مورد افکار و احساساتشان راجع به سرطان با همدیگر صحبت نمی کنند. 3- خانواده ها سعی می کنند تا با تأثیر سرطان و تنش در خانواده که عمدتاً به علت سرطان بوجود آمده است، سازگار شوند. 4- اعضای خانواده تلاش می کنند تا عملکرد اصلی خود را حفظ کنند (14).

خانواده به عنوان اولین منبع حمایتی و مراقبتی برای عضو مبتلا به بیماری محسوب می شود و نگرشی که خانواده به سرطان و عوارض ناشی از آن دارد در امر مراقبت از بیمار تأثیر بسزایی دارد (15). بسته به اینکه نقش فرد مبتلا در ساختار خانواده چه بوده است، تأثیر سرطان بر عملکرد خانواده متفاوت خواهد بود (14). مهمترین نقشی که در رو یارویی با خانواده باید بررسی شود نقش والدی است (16). تشخیص سرطان در والدین باعث تغییر در رفتار والدی، عملکرد جسمی و روانی و همچنین، عملکرد خانواده می شود (1).

هنگامی که والدین بیمار هستند، کیفیت مراقبت های پزشکی شامل توجه به نقش بیمار به عنوان یک والد و نیاز کودکان آنها می باشد (17). ابتلاء مادر به سرطان می تواند به عنوان یک استرسور برای کودک عمل کند (18).

نتایج مطالعه Schmitt¹ نشان داد که اختلال در عملکرد خانواده ها با والدین مبتلا به سرطان وجود دارد، مهمترین علت آن افسردگی والدین در زمینه سرطان می باشد که به نوبه خود تاثیر منفی بر بهداشت روانی کودکان خواهد گذاشت، خصوصاً اگر یک ریسک فاکتور دیگر مانند درآمد کم در خانواده وجود داشته باشد. والدین بیماری توانایی کمتری برای مراقبت از اعضای خانواده دارند و در نتیجه کودکان مجبورند وظایف و نقشهای جدیدی را به دوش بکشند و چنین کودکانی ممکن است در بزرگسالی دچار تزلزل شخصیت شوند (19). همچنین، در پژوهش منتصری (2008) بر روی کودکان با والدین مبتلا به سرطان نتایج نشان داده اند که بروز بیماری های مزمن از جمله سرطان در والدین با ایجاد عوارضی در افراد خانواده و به خصوص کودکان همراه است (1). تاثیر تشخیص سرطان والدین بر کودکان متفاوت است و علت آن نه تنها به علت تفاوت در سن کودکان، بلکه همچنین، به دلیل نوع سرطان و میزان امید والدین به بقاء طولانی مدت پس از سرطان می تواند باشد (20). همچنین، پیچیدگی های درمان نیز می تواند کیفیت زندگی کودکان والدین دچار سرطان را تحت تاثیر قرار دهد (21). نتایج مطالعه صورت گرفته در آمریکا بر روی روابط زن و شوهر هنگام بروز سرطان در یکی از آنها نشان داده است که هنگامی که یکی از زوجین مبتلا به سرطان می شود، همسر وی نیز به اندازه او دچار تنش می شود. وقتی مردان خانواده بیمار می شوند، همسرانشان نسبت به زمانی که خود دچار بیماری هستند، بیشتر تحت استرس قرار می گیرند، زیرا زنان اغلب تمایل دارند که بار مراقبت را به تنهایی ویا بدون کمک دیگران به دوش بکشند. به علاوه آنها باید همچنان، به انجام کارهای روزمره و مراقبت از کودکان بپردازند، میزان تنشی که زوجین دریافت می کنند به مرحله ی بیماری نیز بستگی دارد. زوجین و به خصوص شوهران، بالاترین سطح استرس را در فاز پایانی بیماری، به دلیل ترس از عود

¹ Florence Schmitt

سرطان تجربه می کنند(22). با توجه به وظایف زنان و نقش های اجتماعی آنها در درون خانواده، مشخص شده است که زنان در حفظ واحد خانواده، موثرتر و فعال تر از مردان هستند(23). از طرفی، پدران خانواده ها اختلال بیشتری در نقش ها و ارتباطات نسبت به مادران دارند(22). مشکلات بهداشتی تناسلی، شامل عملکرد جنسی معیوب و باروری مختل شده نیز تنشها هستند و حتی بعد از درمان سرطان نیز ماندگار هستند(24). فرآیند های درون خانواده ها زمانی به درستی پیش می روند که اعضا بتوانند نقش های مورد انتظار خود را ایفا کنند(8). نقش ها به الگوهای تثبیت شده رفتار بر می گردند (25). یکی از مهمترین نقشهای پرستار بهداشت جامعه در برخورد با خانواده های دچار بحران، کمک به خانواده جهت به کار گیری توانایی ها و منابع خانواده برای مبارزه با بحران میباشد(26). توانایی خانواده برای مبارزه با بحران به منابع خانواده وابسته است که شامل منابع اجتماعی(همسر، فرزند، والدین، خواهر و برادر و...)، منابع فرهنگی، منابع مذهبی، منابع آموزشی و منابع پزشکی می باشند(11). در کشور ایران با وجود اهمیت خانواده در مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان، مطالعات پراکنده ای در مورد جنبه های مختلف خانواده صورت گرفته است و به عملکرد خانواده بصورت غیرمستقیم اشاره شده است. یکی از این مطالعات، پژوهش فتوکیان در سال 2004 است که تنها کیفیت زندگی بستگان درجه یک مبتلایان به سرطان را بررسی کرده است، نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که کیفیت زندگی خانواده های ایرانی با عضو مبتلا به سرطان، در ابعاد روانی- اجتماعی دچار اختلال شده و انزوای اجتماعی، مشکلات مالی، اختلال در روابط شخصی و روابط جنسی با همسر مشاهده می شود(27). همچنین، مطالعه منتصری در سال 2008 که به شناسایی مشکلات جسمی و روانی و اجتماعی کودکان دارای والدین مبتلا به سرطان پرداخته است و یافته ها نشان داده اند که وجود بیماری های تهدید کننده زندگی در والدین، باعث بروز اختلال در فرآیند طبیعی خانواده و تنش در اعضای آن، خصوصاً کودکان می شود(1). هیچ مطالعه ای در ایران بطور مستقیم و جامع،

عملکرد خانواده های بیماران سرطانی را مورد هدف قرار نداده است. اما مهمترین متغیری که بهداشت هر جامعه را تحت تاثیر قرار می دهد وضعیت اجتماعی، اقتصادی، محیطی، جغرافیایی، سیاسی و حمایت اجتماعی آن جامعه است (28). هنگام تلاش برای حمایت سیستم خانواده درک محیط اقتصادی که خانواده را تحت تاثیر قرار می دهد بسیار مهم است. تا جاییکه میزان در آمد از نظر تاثیر بر عملکرد خانواده در درجه اول اهمیت قرار دارد (29). همچنین، میزان حمایت در دسترس خانواده از آژانس های دولتی و غیر دولتی در هنگام وقوع بحران در جوامع مختلف متفاوت است (9). قومیت نیز بر نحوه پاسخ خانواده ها به شرایط تنشزا و حمایت از یکدیگر تاثیر می گذارد (8). نتایج مطالعه حیدری نیز حاکی از این است که نوع درمان و وضعیت اقتصادی بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی تاثیر گذار است (28). همچنین، طبق نظر هانسون، بهداشت خانواده مرتبط با فاکتورهای مذهبی، جامعه شناختی و فرهنگی سیستم خانواده است (10). از نظر Dorkim، خانواده جزئی از یک جامعه است و شناخت آن مستلزم شناخت کل جامعه است (30). اعتقادات هر جامعه راه حل هایی را که خانواده در مقابل یک بیماری مزمن و یا تهدید کننده زندگی ارائه می کند را شکل می دهد. مثلا اعتقاد یک شخص مبتلا به سرطان به طب سوزنی، به جای درمان توصیه شده توسط پزشکان (25)، از نظر Friedman، تغییرات اجتماعی تاثیر عظیمی بر زندگی خانواده دارد. روندهای اقتصادی و اعتقادی خانواده پیشرفت های تکنولوژیکی، دموگرافیکی، روند های سیاسی و فرهنگی - اجتماعی، فاکتورهای مهمی هستند که خانواده را تحت تاثیر قرار می دهند (8). پس با توجه به مطالب ذکر شده و تفاوت های جوامع مختلف، نتایج مطالعات صورت گرفته در کشورهای دیگر در مورد خانواده را نمی توان به ایران تعمیم داد زیرا هر خانواده یک راز نگفته و منحصر به فرد است (9) و مانند آینه ای عناصر اصلی جامعه را در خود دارد و انعکاسی از نابسامانی های اجتماعی است (30). توجه به این نکته نیز ضروری است که وجود روابط و پیوندهای خانوادگی در میان ایرانیان دارای ریشه

های عمیقی است. Biman معتقد است که در ایران تعهدات مربوط به رابطه صمیمانه و برابری در نهاد خانواده به بهترین وجه، تبلور و استمرار می یابد (28).

در مطالعه ای که توسط قنبری در سال 1388 در ایران با هدف تعیین اولویت های تحقیقات پرستاری سرطان انجام گرفت، مشخص شد که از نظر پرستاران سرطان، موضوع اثرات روانی و اجتماعی تشخیص سرطان بر خانواده از بین 10 اولویت تحقیقاتی با توزیع فراوانی 94/4 درصد، دارای بالاترین اولویت تحقیقاتی است. این در حالی است که تحقیقات مشابه صورت گرفته در کشورهای اروپایی و آمریکایی حاکی از نتایج متفاوتی بود. اولویت بندی موضوعات تحقیق پرستاری از بیماران سرطانی در کشورهای مختلف، می تواند بازتابی از فلسفه و سیستم مراقبت بهداشتی آن کشورها باشد. به عنوان مثال، تفاوت در اولویت تحقیق پرستاری کشورهای اروپایی و آمریکایی مربوط به تفاوت موجود در مرحله تکامل تحقیق پرستاری سرطان در این کشورها می باشد. با توجه به این نتایج، در سالهای اخیر نیاز به تعیین راهبردهای ملی و منطقه ای احساس می شود (2).

چالش های پرستار بهداشت جامعه تنها تمرکز در سطح افراد و خانواده نمی باشد، بلکه ارائه مراقبت برای جوامع نیز جزو اهداف آنان می باشد. پرستار بهداشت در هر جامعه ای باید هنگام کار با خانواده، نه فقط تفاوت در نیاز های بهداشتی خانواده های، بلکه تفاوت در منابع در دسترس خانواده های جوامع مختلف و اولویت ها و نیاز های متفاوت خانواده در جوامع مختلف را در نظر بگیرد (25).

با استناد به مطالب ذکر شده و اهمیت خانواده در مطالعات بهداشت جامعه و همچنین تجارب پژوهشگر به عنوان پرستار سرطان در کار با بیماران مبتلا به سرطان و خانواده های آنها که در اکثر موارد شاهد اختلالات مشهود در روابط اعضای خانواده بیماران بصورت جدایی، ترک تحصیل فرزند و... بوده است و نیز متفاوت بودن میزان تاثیر سرطان بر خانواده با توجه به تفاوت های

فرهنگی و اقتصادی - اجتماعی خانواده ها در جوامع مختلف و فقدان اطلاعات پایه در مورد تاثیر سرطان بر خانواده های بومی برآن شدیم که عملکرد خانواده را در خانواده هایی که یکی از زوجین مبتلا به سرطان می باشد مورد بررسی و کنکاش قرار دهیم.

اهداف طرح

الف) هدف کلی طرح : تعیین درک زوجین از عملکرد خانواده هنگام وقوع سرطان در یکی از آنها در شهر تبریز، 1391.

ب) اهداف اختصاصی طرح

- 1- تعیین عملکرد خانواده هنگام وقوع سرطان در یکی از زوجین در بعد حل مساله
- 2- تعیین عملکرد خانواده هنگام وقوع سرطان در یکی از زوجین در بعد ارتباطات
- 3- تعیین عملکرد خانواده هنگام وقوع سرطان در یکی از زوجین در بعد نقش ها
- 4- تعیین عملکرد خانواده هنگام وقوع سرطان در یکی از زوجین در بعد همراهی عاطفی
- 5- تعیین عملکرد خانواده هنگام وقوع سرطان در یکی از زوجین در بعد آمیزش عاطفی
- 6- تعیین عملکرد خانواده هنگام وقوع سرطان در یکی از زوجین در بعد کنترل رفتار
- 7- تعیین عملکرد خانواده هنگام وقوع سرطان در یکی از زوجین در بعد عملکرد کلی

هدف فرعی:

تعیین ارتباط عملکرد کلی خانواده با برخی مشخصات فردی- اجتماعی و اطلاعات مرتبط با بیماری سرطان.

سوالات طرح :

- 1- هنگام ابتلاء یکی از زوجین به سرطان عملکرد خانواده در بعد حل مساله چگونه است؟
- 2- هنگام ابتلاء یکی از زوجین به سرطان عملکرد خانواده در بعد ارتباطات چگونه است؟
- 3- هنگام ابتلاء یکی از زوجین به سرطان عملکرد خانواده در بعد نقشها چگونه است؟
- 4- هنگام ابتلاء یکی از زوجین به سرطان عملکرد خانواده در بعد همراهی عاطفی چگونه است؟
- 5- هنگام ابتلاء یکی از زوجین به سرطان عملکرد خانواده در بعد آمیزش عاطفی چگونه است؟
- 6- هنگام ابتلاء یکی از زوجین به سرطان عملکرد خانواده در بعد کنترل رفتار چگونه است؟
- 7- هنگام ابتلاء یکی از زوجین به سرطان عملکرد خانواده در بعد عملکرد کلی چگونه است؟
- 8- چه ارتباطی بین عملکرد کلی خانواده با برخی ویژگی های فردی - اجتماعی و اطلاعات مرتبط با بیماری سرطان وجود دارد؟

تعریف واژه ها:

خانواده:

تعریف نظری:

گروهی است متشکل از افرادی که از طریق پیوند زناشویی، همخونی ویا پذیرش (به عنوان فرزند) با یکدیگر به عنوان شوهر، زن، مادر، پدر، برادر و خواهر در ارتباط متقابل هستند، فرهنگ مشترکی پدید آورده و در واحد خاصی زندگی می کنند(30). خانواده به عنوان یک سیستم متشکل از 2 یا چند نفر تعریف می شود که توسط پیوندهای خونی یا عاطفی بهم ملحق شده اند (31).

تعریف عملی:

منظور از خانواده، گروهی هست که از ازدواج قانونی و شرعی دو جنس مخالف تشکیل یافته و در یک خانه باهم زندگی می کنند، ممکن است دارای فرزند باشند و یکی از زوجین با تشخیص پزشک متخصص انکولوژی، مبتلا به سرطان است.

زوجین:

تعریف نظری:

زوجین عبارتست از دو فرد که با هم ازدواج نموده اند(32).

تعریف عملی:

منظور از زوجین در این مطالعه، زن و مردی است که بصورت قانونی با یکدیگر ازدواج کرده اند، در یک خانه زندگی می کنند، از ازدواج آنها بیش از یک سال سپری شده است و ممکن است فرزندی داشته باشند.

سرطان:

تعریف نظری:

فرآیند بیماریزا است که باعث تکثیر غیر طبیعی سلول ها می شود و سیگنال های تنظیم کننده رشد را در محیط اطراف سلول ها نادیده می گیرد(36).

عملکرد خانواده:

تعریف نظری:

منظور از عملکرد خانواده، یعنی توانایی خانواده در هماهنگی با تغییرات ایجاد شده در طول حیات، حل تعارضات، همبستگی بین اعضا، اجرای مقررات حاکم بر این نهاد، با هدف حفظ کل سیستم خانواده می باشد (3).

تعریف عملی:

عملکرد خانواده که با ابزار استاندارد سنجش خانواده FAD¹ که دارای 7 آیت می باشد، سنجیده شد (33).

درک:**تعریف نظری:**

درک فرآیندی است که به آگاهی شخص از آنچه از طریق اعضاء حسی عرضه می شود، اطلاق می گردد. درک، آگاهی مستقیم از داده های دستگاه حسی نیست، چون این داده ها تحت تاثیر فرآیندهای شناختی دوباره گرد هم آمده و الگوها را استنتاج می کنند. ممکن است درک مورد توجه قرار گرفته یا مورد اعتنا قرار نگیرد، اما با اراده نمی توان آن را قطع کرد (34).

درک، تجربه ادراک حسی آگاهانه است که به صورت یک فرآیند تغییر مداوم باعث تبدیل سیگنال های الکتریکی مغز به تجارب حسی می شود. درک، معمولاً منجر به عمل می شود (35).

محدودیت های پژوهش:

¹Family Assessment Device

با توجه به محرمانه بودن اطلاعات مربوط به خانواده خصوصاً در نظر خانواده های ایرانی، و یا ترس از افشای اطلاعات نزد دیگران و خصوصاً همسران نمونه ها، احتمال داده می شود که برخی از نمونه ها صادقانه به سوالات پاسخ نداده باشند. با وجود اینکه برای رفع این مشکل، قبل از تحویل پرسشنامه ها به واحدهای پژوهش در مورد محرمانه بودن اطلاعات اطمینان خاطر کامل داده می شد سعی در جلب اعتماد ایشان می شد اما بازهم احتمال دارد که تعدادی از واحدها با صداقت به سوالات پاسخ نداده باشند.

کالج پژوهش
www.collegeprozheh.ir

فصل دوم :

دانستنی های موجود در پژوهش

این فصل از 2 قسمت مروری بر متون تجربی و نظری تشکیل شده است. چارچوب پنداشتی پژوهش بر اساس دانستنیهای موجود در مورد بیماری سرطان به نگارش در آمده است که در قالب آن تاثیر ابتلاء یکی از زوجین به سرطان بر عملکرد خانواده آنها مورد بحث و بررسی قرار می گیرد.

مفاهیم نظری:

سرطان چیست؟

سرطان فرایندی بیماری زا است که باعث تکثیر غیر طبیعی سلول ها می شود و سیگنال های تنظیم کننده رشد را در محیط اطراف سلول ها نادیده می گیرد. سرطان یک بیماری مستقل با علت واحد نیست، بلکه در بر گیرنده مجموعه ای از بیماری های مجزاست که دارای علل، تظاهرات، درمانها و پیش آگهی های متفاوت می باشد (36). سرطان در واقع بیماری سلولهاست نه ارگان ها. هر بدخیمی، از یک سلول یا گروهی از سلول ها شروع می شود که ذاتاً نرمال بوده اند اما به طریقی تغییر پیدا کرده اند. نتیجه نهایی این تغییر یا تبدیل، از دست دادن تمام یا قسمتی از خصوصیات طبیعی و تجلی خصوصیات غیرطبیعی در سلول هاست. تغییری که ایجاد می شود بر ظاهر سلول و سطح غشایی آن و خصوصیات رشد آن اثر می گذارد (37).

پاتوفیزیولوژی فرآیند بدخیمی: سرطان فرایندی بیماریزا است و هنگامی آغاز می شود که DNA سلول طبیعی به دلیل جهش ژنتیکی تغییر شکل می دهد.

این سلول غیر طبیعی یک کلون را به وجود آورده و بدون توجه به پیام ها یا سیگنال های تنظیم کننده رشد در محیط اطراف سلول بطور غیرطبیعی شروع به تکثیر می نماید. سپس سلول ها، ویژگی های تهاجمی یافته و تغییراتی در بافت اطراف به وقوع می پیوندد. سلول ها از

درون این بافت ها به عروق لنفی و خونی نفوذ پیدا می کنند و عروق خونی و لنفی نیز به نوبه خود سلولهای مذکور را به دیگر مناطق بدن حمل می نمایند. این پدیده، متاستاز (گسترش سرطان به مناطق دیگر بدن) نامیده می شود.

علت شناسی:

عوامل یا فاکتورهایی که به نوعی در فرآیند کارسینوژنز دخالت دارند، عبارتند از ویروس ها و باکتری ها، عوامل فیزیکی، عوامل شیمیایی، عوامل ژنتیکی یا خانوادگی، عوامل غذایی و عوامل هورمونی (36).

ویروس ها و باکتری ها: به سختی می توان ویروس هایی را که علت بروز سرطان در انسانها هستند تعیین نمود، چرا که مجزا کردن ویروسها از هم دشوار می باشد. تنها در موارد سرطان های خاصی که به صورت گروهی ظاهر می یابند، می توان وجود علل عفونی را مورد ملاحظه قرار داده یا نسبت به وجود این عوامل مشکوک شد. اعتقاد بر این است که ویروس ها با ساختار ژنتیکی سلول یکی می شوند و در نتیجه نسل بعدی همان سلول دچار تغییر و یا شاید سرطان نمایند (36).

عوامل فیزیکی: مهمترین عوامل فیزیکی مرتبط با کارسینوژنز عبارتند از: تماس با نور آفتاب یا اشعه، تحریک یا التهاب های مزمن و استفاده از توتون و تنباکو (36).

عوامل شیمیایی: تصور می شود حدود 75٪ کل سرطان ها با محیط در ارتباط باشند. دود حاصل از سوختن توتون، کشنده ترین کارسینوژن شیمیایی است که حداقل 30٪ موارد مرگ ناشی از سرطان را به خود اختصاص می دهد (36).

خطرناک ترین عوامل شیمیایی، موادی هستند که با تغییر ساختمان DNA اثرات سمی خود را آشکار می سازند و این کار را بر روی مناطقی از بدن انجام می دهند که دور از ناحیه تماس

شیمیایی قرار داشته اند. در این رابطه کبد، ریه ها و کلیه ها از جمله سیستم های عضوی هستند که بیش از بقیه تحت تاثیر موارد مذکور قرار می گیرند، شاید بتوان علت را نقش آنها در سم زدایی مواد شیمیایی دانست (36).

عوامل ژنتیکی و خانوادگی: مشخص گردیده که تقریباً هر نوع سرطانی می تواند در خانواده ها بوجود آید، که علت آن را باید به زمینه های ژنتیکی محیط های مشترک، عوامل فرهنگی و شیوه زندگی منسوب دانست، گاه نیز پیدایش سرطان در خانواده ها تصادفی و اتفاقی است و به عامل خاصی بستگی ندارد (36).

فاکتورهای ژنتیکی هم در ایجاد سلول های سرطانی نقش ایفا می کنند. وجود کروموزوم های اضافه، تعداد بسیار اندک کروموزوم ها و جابجایی کروموزوم ها با الگوهای غیر طبیعی کروموزومی با سرطان در ارتباطند. در تقریباً 5٪ سرطانهای دوران کودکی و بزرگسالی نوعی گرایش و زمینه خانوادگی وجود دارد (36).

عوامل غذایی: این عوامل با سرطان های محیطی در ارتباط می باشند. مواد غذایی را می توان به 3 نوع، کارسینوژن، کمک کارسینوژن، و پیشگیری کننده (محافظ) تقسیم کرد. فقدان مواد غذایی پیشگیری کننده در رژیم غذایی برای مدت طولانی و وجود مواد غذایی کارسینوژن و کمک کارسینوژن خطر ابتلا به سرطان را بالا می برند. چربی ها، الکل، گوشت های دودی و نمک سود، غذاهای حاوی نیترا ت و نیتريت و رژیم های پر کالری، از جمله عواملی هستند که با خطر بالای ابتلا به سرطان همراه می باشند (36).

عوامل هورمونی: اختلال بوجود آمده در تعادل هورمونی که یا ناشی از تولید هورمون توسط خود بدن است (اندروژن) و یا مصرف هورمون های خارجی (اگزوژن) سرچشمه می گیرد، می تواند موجب پیشرفت رشد تومور گردد (36).

در کل، واژه "سرطان" مانند اصطلاح "چتر" برای تحت پوشش قرار دادن گروه بزرگی از بیماری ها (بیش از 200 نوع بیماری) استفاده می شود که با اینکه عوارض، درمان و پیش آگهی های متفاوتی دارند، در هر قسمت از بدن که ایجاد شوند خصوصیات مشترکی ایجاد می کنند. ایراد واژه "سرطان" این است که معمولاً معانی منفی برای مردم در پی دارد. بنابراین پاسخ دادن به این سوال که "سرطان چیست؟" مشکل است. یک راه برای فهم سرطان این است که بدانیم چگونه در بین جمعیت بروز می کند (38). بنابراین در این قسمت اپیدمیولوژی مختصری از سرطان توضیح داده می شود.

اپیدمیولوژی:

سرطان یک بیماری معمول است که 1 نفر از هر 3 نفر در یک مقطع از زندگی خود با آن مواجه خواهند شد (39).

اگرچه سرطان می تواند تمامی گروه های سنی را مبتلا سازد اما وقوع آن در سنین بالای 65 سال بیشتر است. بطور کلی، مردان بیشتر از زنان به سرطان مبتلا می شوند (36) و بیش از نیمی از موارد سرطان در کشورهای در حال توسعه به وقوع می پیوندد. در اکثر کشورهای در حال توسعه سرطان، دومین علت مرگ، بعد از بیماری های قلبی - عروقی است (4). البته در ایران علت سوم است.

سالانه 7/5 میلیون مورد جدید به آمار سرطان در جهان اضافه می شود. تنها در انگلستان سالانه 25000 نفر مبتلا به سرطان می شوند (5). انجمن سرطان آمریکا هر ساله تعداد موارد جدید ابتلا به سرطان و مرگ ناشی از سرطان را تخمین میزند. بطوریکه در سال 2012 پیش بینی شده است که در سال 2014 تعداد 1665540 مورد جدید ابتلا به سرطان و 585720 مورد مرگ ناشی از سرطان در آمریکا رخ خواهد داد که این آمار نشان دهنده افزایش 1/8٪ ابتلاء

مردان و افزایش 1/4٪ ابتلاء زنان به سرطان در ایالات متحده آمریکا می باشد(40). اما در کل میزان مرگ و میر سرطان در سال 2009 نسبت به سال 1991 که بیشترین آمار مرگ در آن سال گزارش شده است، 20٪ کاهش داشته است(41).

در کشور ایران نیز به عنوان یک کشور در حال توسعه، سرطان سومین علت مرگ پس از بیماری های قلبی، تصادفات و سایر پدیده هاست. طبق نتایج مطالعه موسوی در سال 2009، آمار سالیانه وقوع سرطان در بین زنان و مردان ایرانی، به ترتیب، 98 و 110 نفر به ازای هر 100/000 نفر می باشد(5). طبق پیش بینی سازمان جهانی بهداشت، تعداد مرگ ناشی از سرطان در جهان، از سال 2007 تا سال 2030، 45٪، افزایش خواهد داشت (از 7/9 میلیون به 11/5 میلیون مرگ)(4). بنابر این سرطان بار عظیمی از بیماری را ایجاد می کند. بطوریکه در ایران سالانه 3000 نفر بر اثر ابتلاء به سرطان جان خود را از دست می دهند(42).

گزارش شده است که 50 درصد از سرطان های شایع ایران مربوط به دستگاه گوارش است و از میان سرطان های دستگاه گوارش، سرطان روده بزرگ بعد از سرطان معده بیشترین بروز را دارد. این سرطان در زنان در رتبه سوم در مردان در رتبه پنجم قرار دارد. شیوع این بیماری در کشور در هر دو جنس رو به افزایش است و به عنوان یکی از مهمترین سرطان ها محسوب می شود که آمار مرگ و میر بایی دارد(43).

همچنین، از آنجا که بیشتر سرطان ها در افراد مسن بروز می کند و کشور ایران جمعیت نسبتاً جوانی دارد، با افزایش امید به زندگی انتظار می رود که در آینده نزدیک میزان بروز و مرگ و میر این بیماری مهلك در کشور به سرعت افزایش یابد. بنابراین، توجه به اهمیت مبارزه با این بیماری مهلك و وجود برنامه کنترل سرطان در کشور ضرورت دارد(42).

تاثیر سرطان بر فرد:

تشخیص سرطان می تواند یک شوک و خشم در بیماران ایجاد کند که باعث بروز وقفه در زندگی طبیعی آنها می شود (44). این شوک در ابتدا منتهی به ایجاد احساسات ژرف از بی اعتقادی و در برخی موارد انکار آشکار بیماری می گردد. این واکنشها اغلب، با ترس و تنش حاد مشخص می شود و به "تب" یا "عفونت روحی" تشبیه می شود. سازگاری با تشخیص سرطان تحت تاثیر برخی از فاکتور ها قرار می گیرد که شامل نحوه انتقال تشخیص قطعی سرطان به فرد، عقاید فردی در مورد بیماری، تاخیر در تشخیص، شخصیت فردی و شیوه های سازگاری که فرد در موقعیت های بحران زا استفاده می کند، می باشد (38).

بیماران مبتلا به سرطان به طور معمول دامنه ای از علایم شامل در دو انواع ناراحتی های جسمی و روانی را تجربه می کنند. بلافاصله بعد از تشخیص بیماری، ممکن است اضطراب و دیگر اختلالات خلقی در فرد به وجود آید که این علایم با گذشت زمان و در پاسخ به تشخیص، عود و بهبود بیماری دستخوش تغییر می شوند (45).

این بیماری از لحاظ احساس درماندگی و ترس عمیقی که در فرد ایجاد میکند بی همتاست (46). تردیدی نیست که تشخیص بیماری های تهدید کننده حیات چون سرطان اثرات متعددی بر کیفیت زندگی فرد می گذارد. سرطان صرفا یک رویداد با پایانی معین نیست، بلکه یک موقعیت دائمی مبهم است که با تاثیرات دیررس تاخیری ناشی از بیماری، درمان و مسایل روانشناختی مربوط به آن ها مشخص می گردد (47).

تاثیر سرطان بر خانواده:

مطالعات متعددی، تاثیر سرطان بر احساس خوب بودن جسمی، اجتماعی و روانی خانواده را تایید کرده اند (14). بطور گسترده پذیرفته شده است که مبارزه با سرطان، یک امر خانوادگی است. نه

فقط بیمار، بلکه هر کسی که او را دوست دارد نیز، با عواقب ناشی از بیماری و درمان مقابله می کند، که ممکن است شامل اختلال در زندگی روزمره، اضطراب، افسردگی، نگرانی در مورد عود سرطان، ترس از دست دادن فرد مبتلا و مرگ باشد(7).

خبر تشخیص سرطان در همسر، دوست یا خویشاوندان می تواند اختلال شدید عاطفی در شکل غم و اندوه، افسردگی، اضطراب یا خشم ایجاد کند. همچنین، عملکرد روزانه می تواند تغییر یابد یا مختل شود. این تغییر به علت کاهش وزن، خستگی یا بی خوابی می باشد. این تجربه نه فقط برای فردی که مبتلا به سرطان شده است، بلکه برای اعضای خانواده بیمار نیز در طول سیر بیماری اتفاق می افتد. یک حس تهدید برای از دست دادن فرد به دلیل سرطان در خانواده ایجاد می شود که باعث شروع احساس اندوه در خانواده می شود و به دنبال آن سازمندی و توصیف احساسات، فعالیت ها، ارزش ها و اولویت ها مختل می شود. بنا براین، احساس غم و اندوه، نه فقط به علت از دست دادن شخص، بلکه به علت از دست دادن قسمتی از تجارب زندگی نیز می تواند باشد. زندگی خانواده ممکن است بطور کامل اساسی در نتیجه تشخیص سرطان تغییر کند و اعضای خانواده علاوه بر وظایف معمول زندگی، وظایف جدیدی نیز بر عهده بگیرند. همچنین، جنبه های مهم شیوه زندگی خانواده ممکن است دچار نقص شود. به عنوان مثال، تعطیلات خانواده بصورت کوتاه مدت برنامه ریزی شوند، یا ممکن است خانواده با مشکلات مالی مواجه شود زیرا قسمت عمده در آمد خانواده صرف هزینه های درمان سرطان می شود و در نتیجه ممکن است خانواده برای پرداخت هزینه های درمان حتی مجبور به فروش خانه خود شود. همچنین، تغییراتی در برنامه زندگی روزانه که کمتر آشکار هستند، مانند احساس عدم اطمینان و ابهام در مورد برنامه ها و امیدها برای آینده، اتفاق می افتد(38). همچنین، اعضای خانواده در یک حالت ناامنی، عدم اطمینان و ترس احتمالی که ممکن است به واقعیت تبدیل شود، به سر

می برند و خودشان را برای یک زندگی هولناک بدون فردی که دوستش دارند، آماده می کنند(23).

بیماری شدید می تواند باعث مختل شدن زندگی خانواده، عملکرد معیوب خانواده، آسیب یا تغییر شکل منابع و بار تحمیل شده بر مراقبت کننده شود. توانایی خانواده برای مقابله با بحران به منابعشان وابسته است. منابع خانواده، شامل: منابع اجتماعی: شبکه اجتماعی قوی که می تواند شامل همسر، فرزند، والدین، خواهر و برادر، دوستان و غیره باشد.

منابع فرهنگی: ارزشهای فرهنگی که می تواند توانایی خانواده یا فرد را برای مراقبت از بیمار و سازگاری با استرس تحت تاثیر قرار دهد.

منابع مذهبی: شامل اعتقادات دینی، آداب و رسوم مذهبی.

منابع تحصیلی: سطح تحصیلات رسمی که توسط یک فرد اخذ شده و به او اجازه می دهد، شرایط بیمار را درک کند و مراقبت مناسب به او ارائه دهد.

منابع پزشکی: شامل دسترسی به تسهیلات و تجهیزات پزشکی که به مراقبت کنندگان کمک می کند(11).

تاثیر سرطان بر روابط زوجین:

مطالعات متعددی نشان داده است که سرطان تاثیر مهمی بر همسران دارد و بسیار مهم است که در بررسی اعضاء خانواده افراد مبتلا به سرطان بیشتر بر همسران، تمرکز شود. به احتمال زیاد، اطلاعات در مورد موضوعات غیرپزشکی مانند سازگاری با سرطان یا تاثیر سرطان بر روابط، در همسران و اعضاء خانواده بیماران بیشتر از اطلاعات پزشکی، مورد غفلت قرار می گیرد(48).

احساس از دست دادن امنیت به دنبال تشخیص سرطان در همسر، ممکن است تجربه شود. دلیل این احساس این است که هنگام شنیدن خبر تشخیص سرطان، اولین فکری که به سراغ همسران بیمار می آید، این است که شخصی که دوستش دارند، در شرف مرگ است. در واقع، همسران، بیشتر از خود بیمار، از مرگ می ترسند (38). همچنین، مطالعات صورت گرفته بر روی همسران زنان مبتلا به سرطان سینه نشان داده است که سرطان سینه بیماری زوجین است (49) و برای همسران آن بیمار نیز، فوق العاده استرس زا است (50). بنابر این، سرطان تاثیر مهمی بر بیمار و همسر او در مورد تصویر ذهنی از بدن، جنسیت و روابط آنها دارد (51). همسران از آینده خود، آینده فرزندانشان و از پیشرفت و عود سرطان در طول دوره فعال سرطان می ترسند (49). میزان استرس و تنش که به زنان و مردان هنگام ابتلاء همسرانشان وارد می شود متفاوت است. بطوری که نتایج مطالعات نشان داده اند، استرسی که زنان هنگام ابتلاء همسرانشان به سرطان دریافت می کنند به اندازه استرسی است که خود زنان هنگام ابتلاء دریافت می کنند. اما میزان استرسی که به مردان هنگام ابتلا خودشان به سرطان وارد می شود، بیشتر از زمانی است که همسرانشان مبتلا شده اند. بنابر این زنان بیشتر از مردان تحت تاثیر بیماری همسر خود قرار می گیرند (52). محققین دو دلیل برای این تفاوت ذکر کرده اند: دلیل اول اینکه، زنان استرس بیشتری متحمل می شوند زیرا زمان بیشتری را صرف وظایف مربوط به امور مراقبت صرف می کنند و دلیل دوم اینکه، مراقبت از همسر بیمار، مردان را بیشتر از زنان ارضا می کند و عزت نفس آنها را بالاتر می برد. بطور سنتی، به زنان به عنوان مراقبان خانواده نگریسته می شود. در نتیجه، آنها ممکن است استانداردهایی بالایی برای نقش مراقبت کنندگی خود قائل شوند و انتظاراتشان از خودشان بالا باشد. در مقابل، مردان احساس خوبی نسبت به خود دارند، زیرا نقشی که هنگام بیماری همسرانشان ایفا می کنند، در شرایط عادی از آنها انتظار نمی رود (53).

تعدادی از مطالعات صورت گرفته بر روی زوجین نیز نشان دهنده این است که روابط زوجین هنگامی که یکی از آنها دچار سرطان است، مثبت تر شده است و سرطان باعث گردیده است که کیفیت زندگی آنها بهتر شده و به عنوان یک فرصت برای ارتقاء رابطه زوجین و نزدیکتر کردن آنها بهم عمل می کند (50,54 تا 55).

تاثیر سرطان والدین بر کودکان:

وقتی که در والدین تشخیص سرطان گذاشته شود، کودکان آنها استرس قابل توجهی را دریافت می کنند (56). زیرا فرزندان اطلاعات کمی نسبت به ماهیت این بیماری دارند (57). افزایش مسئولیتهای کودکان و کاهش فعالیت اجتماعی آنان به عنوان قابل توجه ترین تغییرات زندگی کودکان به شمار می آید (56). وجود بیماری تهدید کننده زندگی در والدین، باعث بروز اختلال در فرآیند طبیعی خانواده و تنش در اعضای آن، خصوصاً کودکان می شود و باعث بروز مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی در کودک می شود که باعث ایجاد یک ساختار شخصیتی متزلزل در بزرگسالی آنان خواهد شد (1).

بسیاری از محققین بر این امر توافق نظر دارند که کودکانی که یکی از والدینشان به بیماری مزمن مبتلا است در معرض خطر بروز مشکلات رفتاری قرار دارند. با توجه به آمار بالای بیماری مزمن، تعداد کودکان در معرض خطر برای افسردگی، اضطراب و علائم روانی زیاد می باشد. بنابر این، دست اندرکاران مراقبت، باید از این مشکلات برای انجام مداخلات آگاه باشند و در نظر داشته باشند که کودکان خانواده های نوپا، تک سرپرست، خانواده های با درآمد کم و نیز والدینی که طول مدت بیماریشان بیشتر است، نیاز بیشتری به حمایت دارند. بنابراین، شناسایی سریع کودکان در معرض خطر بعد از ابتلا والدین به بیماری مهمترین قدم برای پیشگیری از ایجاد

مشکلات رفتاری کودکان می باشد (58). زیرا کارکنان پزشکی اغلب، به والد بیمار و همسر وی توجه می کنند و کودکان در حاشیه قرار می گیرند. در حالیکه همین کودکان ممکن است مراقبت کننده مادام العمر والدین بیمار خود باشند (59) حتی پدرانی که همسرانشان مبتلا به سرطان است گاهی اوقات ناراحتی فرزندان خود را تشخیص نمی دهند و برخی از واکنش های آنها را به عنوان "بدرفتاری" کودک تعبیر می کنند، در حالیکه کودکان غالباً از وضعیت عاطفی پدر خود آگاه هستند و سعی می کنند از او حفاظت کنند (60).

وضعیت فیزیکی بیماران مبتلا به سرطان، با اختلال زیاد در نقش ها و در نتیجه ارتباط با کودکانشان همراه است. وقتی که والدین بیمار توانایی کمتری برای مراقبت از اعضای خانواده دارند، کودکان باید با وظایف جدید روبه رو می شوند (19,61). همچنین، تحقیقات نشان می دهد فرزندان والدین مبتلا به سرطان که تحصیلات لیسانس یا بالاتری دارند نسبت به فرزندان والدینی که تحصیلات پایین تر دارند در معرض خطر کمتر برای بروز مشکلات روانی قرار دارند و نیز نسبت فرزندان مبتلا به مشکلات روانی در مادران مبتلا به سرطان مشابه این نسبت در پدران مبتلا می باشد (62). در مقابل، برخی محققین اعتقاد دارند فرزندان والدین مبتلا در مقایسه با گروه شاهد، مشکلات جدی روانی و اجتماعی ندارند و در معرض خطر اندک مشکلات روانی هستند. کودکان مونث به نظر می رسد بیشتر تحت تاثیر اثرات منفی بیماری والدین قرار می گیرند (63).

France¹ اعتقاد دارد که تاثیر سرطان بر فرزندان نباید آسیب شناسی شود زیرا اگرچه تنش و آشفتگی در فرزندان وجود دارد، سرطان والدین یک مرحله گذر غیرمعمول در زندگی فرزندان هست تا یک فرآیند پاتولوژیک! به همین دلیل مداخلات باید در جهت حرکت به سوی برنامه

¹Louis France

هایی باشد که بتواند چشم انداز کودک را زمانی که والدین سرطان دارند شکل بدهد تا کودکان بتوانند با این مرحله از زندگی خود روبرو شده و سازگاری کسب کنند. به عبارتی، به جای تغییر مسیر رودخانه، آنرا همراه با سنگ های موجود در مسیر رودخانه بپذیریم و سازماندهی کنیم(64).

قبل از پرداختن به مفهوم عملکرد خانواده، در ابتدا نیاز است تا مفهوم خانواده و اهمیت آن را در مطالعات بهداشت جامعه مورد توجه قرار دهیم.

مفهوم خانواده و اهمیت آن:

واژه لاتین Family، از واژه ی "Familia" به معنای بندگان یک خانواده ریشه گرفته است که شامل 2 فرد یا بیشتر است که از طریق خونی یا ازدواج، با هم مرتبط شده اند. در سانسکریت خانواده به عنوان dhman به معنای محل سکونت یا محل قرار خوانده می شود. اکثر فرهنگ ها و زبان ها خانواده را به عنوان افراد مرتبط با هم تعریف می کنند(31).

از بدو پیدایش انسان بر روی کره زمین، همواره زنان و مردان با تشکیل کانونی به نام خانواده عمری را در کنار یکدیگر گذرانیده اند و فرزندان را در دامن خویش پرورانده و از این جهان رخت بر بسته اند. طبیعی ترین شکل خانواده این است که هیچ عاملی جز مرگ نتواند پیوند زناشویی را بگسلد. عناصر اصلی تشکیل دهنده خانواده یک زن و یک مرد است که مطابق آداب و رسوم اجتماعی خویش با یکدیگر پیوند زناشویی بسته اند و بعد فرزند یا فرزندان بر جمع آنها افزوده شده است (65).

خانواده یکی از نخستین نهادهای اجتماعی محسوب می شود که ساختار مشخص و معینی دارد که متأثر از تغییرات و تحولات اجتماعی است. خانواده کوچکترین واحد اجتماع است، این واحد

اجتماعی مبدأ بروز عواطف انسانی و کانون صمیمانه ترین روابط و تعاملات بین فردی است. اهمیت خانواده به اندازه ای است که سلامت و بالندگی هر جامعه وابسته به سلامت و رشد خانواده در آن است (66).

خانواده در زمره عمومی ترین سازمان های اجتماعی است و بر اساس ازدواج بین دست کم دو جنس مخالف شکل می گیرد و در آن مناسبات خونی واقعی و اسناد یافته به چشم می خورد. خانواده معمولاً دارای نوعی اشتراک مکانی است و کارکردهای گوناگون شخصی، جسمانی، اقتصادی، تربیتی را بر عهده دارد. خانواده نمادی اجتماعی است و همچون آینه ای عناصر اصلی جامعه را در خود دارد و انعکاسی از نا بسامانیهای اجتماعی است. گذشته از این، خانواده از اهم عوامل موثر بر جامعه است. هرگز هیچ جامعه ای نمی تواند به سلامت رسد مگر آنکه از خانواده هایی سالم برخوردار باشد. خانواده نزدیک ترین واحد حیات به انسان است. اکثریت قریب به اتفاق انسان ها در خانواده به دنیا می آیند و نخستین گام های حیاتی را نیز در آن بر می دارند. اکثریت قاطع انسانها خود نیز خانواده ای بنا می کنند و تمام عمر را در آن به سر می برند. لذا شناخت این واحد اجتماعی، به جهت نزدیکی آن با انسان دشوار خواهد بود (30).

خانواده به طرق مختلفی تعریف می شود. تفاوت تعریف خانواده وابسته به پیشینه نظری توصیف کننده دارد. برای مثال، نویسندگانی که از نظریه های تعامل گرا حمایت می کنند، خانواده را به عنوان عرصه تعامل شخصیت ها نگاه می کنند، بنابراین، در تعریف خود از خانواده، بیشتر بر خصوصیات پویایی تعاملی خانواده تاکید می کنند (8).

نویسندگانی که از دیدگاه سیستم های کلی حمایت می کنند، خانواده را به عنوان یک سیستم اجتماعی بازو کوچک تعریف می کنند که متشکل از اجزای به هم وابسته است و تحت تاثیر ساختار داخلی خود و محیط خارجی قرار می گیرد (8). در این مطالعه، خانواده تحت تاثیر دیدگاه اخیر بررسی شده است. زیرا درک عملکرد کلی خانواده مستلزم درک عملکرد تک تک اعضای

خانواده، عملکرد خانواده به عنوان یک واحد و همچنین ارتباط بین خانواده و جامعه می باشد، بنابراین، به نظر می رسد که تئوری سیستمهای خانواده که از نظریه سیستم های کلی نشأت گرفته است، یک نظریه مفید برای درک سطوح مختلف عملکرد خانواده باشد (31). همچنین، درک خانواده به عنوان یک سیستم، کمک به شناسایی علت مشکل و استرس در خانواده می کند و به درمانگر یا مشاور خانواده اجازه می دهد که اهداف و روش های درمان را بهتر شناسایی کند (49).

چرا هنگام برنامه ریزی برای ارائه مراقبت بهداشتی، کار با خانواده حیاتی است؟

محققین بهداشت جامعه در یافته اند که خانواده بخش هسته ای مراقبت های بهداشتی می باشد (67) زیرا خانواده یک واحد اساسی است که به طرز با اهمیتی، تکامل افراد را تحت تاثیر قرار می دهد، بطوریکه ممکن است موفقیت یا شکست زندگی شخص را تعیین کند. دو هدف اساسی هر خانواده، بر آوردن نیازهای جامعه ای که خانواده قسمتی از آن است و برآوردن نیازهای خود اعضای خانواده می باشد.

خانواده منبع حیاتی برای ارائه مراقبت های بهداشتی موثر برای افراد است. دلایل زیر اهمیت تمرکز بر واحد خانواده در ارائه مراقبت بهداشتی را آشکارتر می کند:

- 1- خانواده منبع حیاتی برای ارائه مراقبت بهداشتی به افراد و خانواده ها می باشد. وقتی تمرکز یک خانواده بر تامین مراقبت بهداشتی برای اعضای خود می باشد، اثربخشی مراقبت افزایش می یابد. همچنین، یکی از اهداف مراقبت بهداشتی اولیه، افزایش سطح احساس خوب بودن خانواده است، که در سطوح بعدی، احساس خوب بودن اعضای خانواده افزایش می یابد.

2- در واحد خانواده، هر عملکرد معیوب (ناخوشی، آسیب، جدایی و ...) که یک عضو خانواده را تحت تاثیر قرار می دهد، از طرق مختلف اعضای دیگر و همچنین، واحد خانواده به عنوان یک کل را تحت تاثیر قرار می دهد. زیرا خانواده یک شبکه وابسته بهم است.

3- رابطه متقابل قوی بین خانواده و وضعیت بهداشتی اعضای آن وجود دارد که نقش خانواده در هر شکل از مراقبت بهداشتی تک تک اعضای خانواده از مرحله ارتقاء بهداشت تا مرحله نوتوانی، بسیار تعیین کننده است.

4- بیماریابی یک دلیل دیگر خوب برای ارائه مراقبت بهداشتی خانواده محور است. بررسی مشکل بهداشتی یک عضو، ممکن است منجر به پوشش بیماریها یا ریسک فاکتورهای اعضا دیگر خانواده شود که این عمل معمولاً هنگام ویزیت خانواده با یک مشکل بهداشتی مزمن اتفاق می افتد. پرستار خانواده محور، غالباً با یک فرد خانواده کار می کند تا به اعضاء دیگر آن دسترسی پیدا کند.

5- یک راه دیگر برای توانایی دست یافتن به درک واضح و جامع از افراد و عملکرد آنها این است که آنها را در زمینه خانواده بررسی کنیم (67و69). وضعیت بیماری/سلامت خانواده و اعضاء آن بطور متقابل بر هم اثر می گذارند. یک بیماری در خانواده بر کل خانواده و تعاملات آن اثر می گذارد. در حالی که خانواده نیز در مقابل، بر وضعیت سلامت/بیماری اعضا اثر می گذارد (8).

خانواده ها تمایل دارند که به مشکلات بهداشتی اعضاء خانواده عکس العمل نشان دهند و عامل تشخیص مشکلات بهداشتی آنها باشند. تحقیقات در حوزه بهداشت خانواده، نشان می دهد که خانواده ها اثر قدرتمند بر سلامت فیزیکی اعضاء خود دارند. از طرف دیگر، خانواده گرایش دارد که در تصمیم گیری در مورد رویه های درمانی در هر مرحله از بیماری و سلامتی اعضاء

خانواده، از مرحله ارتقاء سلامت و راهبردهای پیشگیری تا تشخیص، درمان و بهبودی دخالت کند.

فرآیند "بیمار" شدن و دریافت خدمات بهداشتی یک رشته از تصمیمات و وقایع را می طلبد که لازمه آن تعاملات تعدادی از افراد، شامل خانواده، دوستان و مراقبین بهداشتی می باشد. با وجود این، نقشی که خانواده در این فرآیند ایفا می کند، در هر زمان وابسته به بهداشت افراد، نوع مشکل بهداشتی (مانند اینکه مشکل، حاد یا مزمن است) و میزان مشارکت خانواده است.

6- مرحله سلامت/بیماری و تعامل خانواده عبارتند از: 1- تلاش های خانواده در ارتقاء بهداشت 2- ارزیابی خانواده از علائم بیماری 3- جستجوی مراقبت 4- بدست آوردن مراقبت 5- پاسخهای حاد به بیماری توسط بیمار و خانواده 6- سازگاری با بیماری و بهبودی (8). وجود یک بیماری مزمن و جدی در یکی از اعضای خانواده معمولاً تاثیر عمیق بر سیستم خانواده، مخصوصاً بر ساختار نقش فرد و انجام عملکردهای خانواده می گذارد. خانواده ها اولین مراقبت کنندگان در بیماریهای مزمن هستند. وقتی هر کدام از موقعیتهای فرد جدی است و عضو خانواده یک شخص محوری و مهم در عملکرد خانواده است، تاثیر بر عملکرد خانواده کمی بیشتر احساس می شود (9).

عملکرد خانواده :

عملکرد خانواده، عموماً به عنوان پی آمد یا نتیجه ساختار خانواده شرح داده می شود. برخی از مولفان اصطلاح "عملکرد" را به معنی "دست آورد" یا "نتیجه" تلقی می کنند، بنابراین، عملکرد خانواده را به عنوان آنچه خانواده انجام می دهد، می دانند (8).

منظور از عملکرد خانواده، توانایی خانواده در هماهنگی با تغییرات ایجاد شده در طول حیات، حل تعارضات، همبستگی بین اعضا، اجرای مقررات حاکم بر این نهاد، با هدف حفظ کل سیستم

خانواده می باشد(3). عملکرد خانواده شامل رفتارها و فعالیتهایی است که توسط اعضاء خانواده جهت حفظ خانواده و بر آوردن نیازهای خانواده و اعضاء انجام می شود(70).

Lehy و wright بررسی عملکرد خانواده را به 2 قسمت تقسیم کرده اند: عملکرد ابزاری و عملکرد بیانگر. عملکرد ابزاری به فعالیتهای روزانه زندگی مانند جذب و دفع، خواب، استراحت، دریافت انسولین و... اشاره می کند.

نوع دوم از بررسی عملکرد خانواده، عملکرد بیانگر یا جنبه های عاطفی و روانی خانواده می باشد که شامل:

- ارتباطات عاطفی: مانند اینکه آیا خانواده قادر به بیان میزان احساسات شامل خشم، خوشحالی و ناراحتی است؟

- ارتباطات کلامی و غیر کلامی: ارتباط کلامی به معنای کلمات تمرکز می کند و ارتباط غیر کلامی نوعی ارتباط که شامل صداها، اشارات، تماس چشمی، لمس یا سکوت می باشد. یک مثال، از ارتباط غیر کلامی این است که مثلاً وقتی که همسر صحبت می کند، شوهر به پنجره خیره می شود!

- حل مساله برمی گردد به اینکه خانواده چگونه مشکل را حل می کند. چه کسی مشکل را شناسایی می کند؟ چه نوع از مشکلات شناسایی شده است؟ چه الگوهایی برای حل مشکل استفاده شده است؟

- نقش ها به الگوهای تثبیت شده رفتار بر می گردند. نقش ها ممکن است در خانواده ایجاد شوند، محول شوند، مذاکره شوند. این باعث می شود افراد خانواده یک شخص را در نقش خاصی بپذیرند. نقش های رسمی، ممکن است در خانواده، تحت تاثیر مذهب، فرهنگ و سایر سیستم های اعتقادی قرار گیرد(25).

در ادامه مطلب، ابعاد عملکرد بیانگر خانواده طبق الگوی مک مستر تشریح می شوند:

برای فهم ساختار، سازمان و الگوهای تعاملی خانواده، در این الگو به بررسی و فرمول بندی 6 بعد از زندگی پرداخته شده است، شامل: حل مساله، ارتباطات، نقش ها، پاسخگویی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار. این موارد ابعادی از عملکرد بالینی هستند که تصور میشود در بالین مفید باشند.

1- حل مساله

بعد حل مساله به عنوان توانایی خانواده برای حل مسائلی که عملکرد موثر خانواده را ابقا میکند، تعریف میشود (71). همچنین، ثنایی از این بعد، به عنوان توانایی خانواده برای حل مساله به گونهای که تعاملات موثر در خانواده استمرار یابد یاد میکنند (72). مشکل خانواده به عنوان موضوعی در نظر گرفته میشود که خانواده برای یافتن راه حل آن تردید دارد و این مشکل یکپارچگی و ظرفیت عملکردی خانواده را تهدید میکند (71، 13، 73).

مشکلات بطور ادراکی قابل تقسیم به انواع مشکلات ابزاری و مشکلات عاطفی هستند. مشکلات ابزاری، مشکلات روزمره زندگی هستند، مانند مدیریت پول یا تصمیمگیری برای مکان زندگی و مشکلات عاطفی آنهایی هستند که با تجارب عاطفی و احساسی مرتبط هستند (71، 74).

2- ارتباطات

بعد ارتباطات به عنوان اینکه اطلاعات چگونه در خانواده تغییر مییابد تصور میشود (71، 76) و طبق تعریف ثنایی ارتباط یعنی خانواده چگونه اطلاعات را در درون خود مبادله میکند (72). ارتباط یک فرآیند خود تنظیمی، هدفدار و سازمان یافته در خانواده است. وظیفه اولیه خانواده، برقراری ارتباط میباشد، زیرا ارتباطات موجب رشد و تکامل، افزایش اعتماد به نفس و اجتماعی شدن اعضاء خانواده میگردد (13، 70).

در خانواده تمرکز بیشتر بر ارتباطات کلامی است. جنبه های غیر کلامی ارتباطات در خانواده با وجود اهمیتشان، از الگو خارج شده اند، زیرا سنجش آنها به منظور تحقیق مشکل است. بعد ارتباطات نیز مانند بعد حل مساله به حوزه های عاطفی و ابزاری قابل تقسیم است که میتواند بین این 2 حوزه، تداخل وجود داشته باشد (71، 74، 75). در الگوی مک مستر ارتباط، به عنوان یک اصطلاح کلی برای توصیف رفتارهای سالم در خانواده به کار برده میشود (73، 76).

چهار شیوه ارتباط شامل:

- 1- ارتباط واضح و مستقیم: در این نوع ارتباط هم هدف و هم پیام واضح است.
 - 2- ارتباط واضح و غیر مستقیم
 - 3- مستقیم و پوشیده (مستتر)
 - 4- غیر مستقیم و پوشیده
- لازم به ذکر است که در خانواده های سالم ارتباطات خانواده در هر 2 حوزه عاطفی و ابزاری، مستقیم و واضح است (74).
- ارتباط و حل مساله، مهمترین جزء فرآیند عملکرد خانواده میباشد که ممکن است تخصیص و ابقاء نقشها را تسهیل کنند (76). همچنین، میلانی نیز ارتباط موثر را سنگ بنای یک خانواده سالم و موفق میداند و بیان میکند که "ارتباطات برای برآوردن نیازهای اعضاء، عملکرد درست و موثر و دستیابی به اهداف خانواده اساسی است" (70).

3- نقش ها

الگوهای تکراری از رفتارها که افراد خانواده از طریق آنها واکنشهای خانواده را تحقق می‌بخشند (76، 75، 74، 72، 13). خانواده‌ها مجبورند که برای حفظ اثربخشی سیستم خانواده، برخی رفتارهای تکرار شونده را انجام دهند. نقشها به 3 حوزه ابزاری، بیانگر و ترکیبی از این دو تقسیم میشوند. 5 عملکرد ضروری خانواده شامل:

1- تدارک منابع: نقش هایی که در این حوزه قرار میگیرند بیشتر ابزاری هستند. مانند تهیه غذا، پوشاک و سرپناه برای خانواده

2- تربیت و حمایت: نقشهای این حوزه به عنوان عملکرد عاطفی تلقی میشوند که در شامل تامین آسایش، امنیت، اطمینان خاطر و حمایت از اعضاء میباشد.

3- رضایت جنسی: جزو عملکرد عاطفی است، برای زوجین بسیار مهم است که احساس رضایت از رابطه جنسی داشته باشند.

4- تکامل شخصیت: نقشهای این حوزه هم عاطفی و هم ابزاری میباشد که شامل وظایف وابسته به تکامل کودک و کسب مهارتهای زندگی میباشد. مانند کمک به کودک جهت شروع مدرسه، یا کمک به نوجوان برای بر عهده گرفتن یک حرفه.

5- بقاء و مدیریت سیستم خانواده: این حوزه نیز مانند بند 4، شامل چند نوع عملکرد است که تکنیکها و اقدامات مورد نیاز برای تثبیت استانداردهای جاری در خانواده را در بر میگیرد (74).

در الگوی مک مستر خانواده هایی با بهترین عملکرد، آنهایی هستند که هر کدام از اعضاء، نقش هایی را بر عهده دارند و مسئول انجام وظایف مربوط به آن نقش خاص میباشند (73، 76).

4- پاسخگویی عاطفی

به درجه و کیفیت علاقه و نگرانی افراد خانواده نسبت به هم گفته میشود (75، 13). پاسخگویی عاطفی به عنوان توانایی خانواده برای پاسخ به دسته تحریکاتی با کیفیت و کمیت مناسب احساسات تصور میشود. در بحث کیفیت 2 سوال مطرح میشود، اول اینکه آیا اعضاء خانواده به طیف وسیعی از احساسات تجربه شده در زندگی عاطفی اشخاص پاسخ میدهند؟ دوم، آیا احساسات تجربه شده با تحریکات هر موقعیت، همخوانی دارند؟ (71) در خانواده هایی که عملکرد مطلوب دارند، ابراز احساسات، صرف نظر از ماهیت آن پذیرفته میشود، اما در خانواده هایی که عملکرد نامطلوب دارند، احساسات سرکوب میشوند یا به افراد اجازه ابراز و بیان رنج محدودی از احساسات داده میشود (73).

5- آمیزش عاطفی

به میزان مشارکت و همکاری اعضاء در خانواده گفته میشود (72). بعد آمیزش عاطفی، به عنوان میزان ارزشی که هر خانواده به عنوان کل، به فعالیتها و علائق افراد خانواده میدهد، در نظر گرفته میشود. تمرکز بر این است که اعضاء خانواده به چه میزان و چه روشی به ارزشهای همدیگر، علاقه نشان میدهند و خودشان را درگیر میکنند (74، 71). شش نوع آمیزش عاطفی در خانواده ها شناسایی شده است که در یک طیف از فقدان کامل آمیزش تا میزان وسیع آمیزش قرار میگیرند. در ادامه در مورد این شش نوع آمیزش توضیح داده میشود:

1- فقدان آمیزش: اعضاء خانواده هیچ علاقه های به همدیگر نشان نمی دهند و تنها در یک مکان مشترک زندگی میکنند.

2- آمیزش بدون احساسات: در این نوع، علاقه کمی وجود دارد اما اعضاء در تعامل با دیگری سرمایه گذاری اندکی از احساسات خود میکنند. یعنی سرمایه گذاری از احساسات و عواطف برای دیگران در مواقعی که تقاضا میشود صورت میگیرد و آن هم به میزان بسیار ناچیز.

3- آمیزش نارسیستیک یا خود شیفته: دیگران هیچ جایگاه خاصی در نظر فرد ندارند.

4- آمیزش توام با همدردی: اعضاء خانواده نگرانی های عاطفی واقعی برای علائق همدیگر نشان میدهند.

5- آمیزش افراطی: این نوع از آمیزش با نشان دادن رفتارهای دخالت کننده بیش از حد و حمایت بیش از حد اعضاء از همدیگر مشخص میشود.

6- آمیزش همزیستانه: آمیزش عاطفی چنان شدید است که مرزهای موجود بین اعضاء خانواده از بین رفته اند (73،74).

همراهی توام با همدردی، موثرترین و سالمترین نوع آمیزش است (76). رابطه بین آمیزش عاطفی و عملکرد خانواده در این الگو منحنی شکل است، یعنی آمیزش عاطفی کمتر ممکن است به این معنا باشد که اعضای خانواده به همدیگر توجه نمیکند و به عنوان خانواده با کارکرد بد شناخته شوند (73).

6- کنترل رفتار

به عنوان الگویی که خانواده برای اداره کردن رفتار در سه موقعیت جسمانی، روانی- زیستی و اجتماعی اتخاذ میکند میباشد (11،13،71). اول، موقعیتهای خطر فیزیکی وجود دارد که خانواده رفتار اعضای خود را پایش و کنترل میکند. دوم، نیازهای روانی- زیستی اعضاء خود مانند خوردن، آشامیدن، خوابیدن و نیازهای جنسی را در موقعیتهای مختلف برآورده میکند و نهایتاً موقعیت هایی وجود دارد که رفتار اجتماعی سازی بین فردی را در اعضاء خانواده و افراد بیرون از خانواده اداره میکند. مهم است که رفتار همه اعضاء خانواده را در هر موقعیت مورد ملاحظه قرار دهیم. در سلسله بررسی ها، تناسب قوانین و استانداردهای خانواده، سن و حالات افرادی که درگیر

هستند باید مورد ملاحظه قرار گیرد. خانواده ها استاندارد رفتارهای قابل قبول خود و همچنین، درجه آزادی که به این استانداردها میدهد را تعیین میکنند. ماهیت این استانداردها و میزان آزادی عمل برای رفتارهای قابل قبول درجه کنترل رفتار در خانواده خوانده میشود (75،76).

این بعد هم استانداردها و انتظارات رفتار والدین نسبت به فرزندان و هم استانداردهای رفتار فرزندان با یکدیگر را نشان میدهد. چهار شیوه کنترل رفتار عبارتند از:

- کنترل رفتار سخت Rigid: قوانین حاکم بر خانواده شامل استانداردهای سفت و سخت است که در هر موقعیت اجازه انعطاف کمی به اعضاء میدهد.

- کنترل رفتار منعطف: استانداردها و قوانین در نظر اعضاء خانواده منطقی هستند و فرصت برای مذاکره و ایجاد تغییر وجود دارد.

- کنترل رفتار بی بندوبار: هیچ استاندارد در خانواده وجود ندارد.

- کنترل رفتار بی نظم (آشفته): در این نوع از کنترل رفتار، خانواده گرایش به یک الگوی غیرقابل پیشبینی و تصادفی بین الگوی سخت، منعطف و بیبند و بار دارد. افراد خانواده نمیدانند که کدام استانداردها را به چه میزانی و در چه زمانی به کار ببرند.

کنترل رفتار منعطف، کارآمدترین فرم و نوع بینظم، غیرموثرترین نوع کنترل رفتار میباشد (74).

عملکرد مطلوب خانواده:

خانواده هایی که سطح بالاتری از عملکرد دارند، در متون بهداشت جامعه به عنوان خانواده های سالم خوانده می شود، اما باید توجه داشت که تلاش برای تعریف خانواده "نرمال" یا خانواده "سالم" خصوصاً برای محققینی که خانواده را به عنوان سیستم تعامل افراد با همدیگر و با زیر سیستم های دیگر (فرهنگی، سیاسی، اقتصادی، زیستی، اجتماعی) تعریف می کنند، یک تلاش

بیهوده است. زیرا " نرمال بودن" اغلب به معنای نداشتن هیچ گونه مشکل خاص می باشد که نمی تواند در مورد خانواده صدق کند، به همین جهت زدن برچسب "سالم" یا " ناسالم" به خانواده، مشکل است (12،74). از نظر Lancaster نیز زدن برچسب " خانواده ناسالم" یا " خانواده با عملکرد نامطلوب" به خانواده ها، اجازه تغییر و مداخله پرستاری برای برآوردن نیازهای آن را نمی دهد. خانواده ها همه خوب یا همه بد نیستند. بنابراین نیاز است که پرستاران، برای ارزیابی درست خانواده، رفتار خانواده را در طیف نیازهای مختلف هر خانواده ارزیابی کنند و به این نکته توجه داشته باشند که همه خانواده ها نقاط قوت و ضعف هایی دارند (9).

با توجه به مشکلات ذکر شده، یک روش معمول برای توصیف عملکرد مطلوب خانواده استفاده از مفاهیم آماری مانند میانگین می باشد که سنجش خانواده بر اساس امتیازات کسب شده نمونه ها صورت می گیرد و بنابر این اگر نمونه انتخاب شده معرف جامعه باشد، خصوصیتی از خانواده های آن جامعه به دست می آید (74،75،76) که این روش توصیف عملکرد خانواده در مدل مک مستر به کار برده شده است.

تا وقتی خانواده "طبیعی" غیرممکن می نماید، آگاهی نسبت به مفهوم کارکرد خانواده مطلوب می تواند مفید واقع شود. بسیاری از درمانگران دوست دارند علاوه بر حل مشکل مطرح شده از سوی خانواده به حل سایر مشکلات آنها نیز بپردازند. به همین منظور کریشنر و کریشنر (1986) ، الگوی " فرآیند خانواده مطلوب" را ارائه کرده اند که بسیار با ارزش است. این دو در توصیف کارکرد مطلوب خانواده، تعاملات ازدواجی، تعاملات تربیتی و تعاملات مستقل را مورد توجه قرار داده اند و کنش فردی اعضای خانواده در فعالیتشان، خواه حرفه ای، تحصیلی، اجتماعی یا تفریحی را بررسی نموده اند. چنانچه رابطه زناشویی رابطه ای سست باشد، پایه های لازم برای موفقیت آمیز بودن و مطلوب بودن عملکرد خانواده، لرزان و یا حداقل ضعیف خواهد بود. برای

زوجی که خودشان با هم سازگار نیستند، مشکل است که والدین خوبی باشند. خانواده ها ترکیب بسیار متفاوتی دارند و کنش خانواده سالم می تواند اشکال متفاوتی به خود بگیرد. دقیقاً بررسی ویژگیهایی که در ارزیابی کنشهای خانواده و طبیعی و غیر طبیعی بودن آنها مطرح هستند و تعیین میزان اهمیت آنها، به گرایش و دیدگاه درمانگر مبتنی است. ارزش های فرهنگی خانواده ها و زمینه های قومی آنها نیز عوامل مهمی به شمار می آیند.

"کارکرد مطلوب خانواده" مفهوم مفیدی است که نه تنها در مورد مشکلات احتمالی بوجود آمده در خانواده بلکه در تعیین این که آیا نیازهای زوجین و فرزندان آنها، آنچنان که می بایست برطرف می شوند یا نه نیز مد نظر قرار می گیرد. هر خانواده باید هم نیازهای عاطفی و هم روانشناختی اعضای خود را بر آورده سازد(12).

مطالعات نشان می دهد عملکرد مطلوب خانواده، در بهبود کیفیت زندگی و افزایش سطح سلامت افراد در جامعه موثر است، همچنین مشکلات خانواده را کاهش داده، رضایت از زندگی را بالا برده، امید به زندگی را افزایش داده و مهارت های زندگی را ارتقاء می بخشد. با بهبود عملکرد خانواده می توان سلامت عمومی کودکان را بالا برد و از اختلالات روانی و جسمی پیشگیری نمود. عملکرد خانوادگی خوب می تواند به اعضاء در سازگاری با استرس و شرایط نامناسب کمک نماید. اختلال در عملکرد خانواده اعضاء را سردرگم و نگران کرده و باعث ایجاد مشکلات بهداشتی می گردد. در خانواده با عملکرد مطلوب حل مشکلات به راحتی انجام شده، نقش ها و مسؤولیت ها روشن و انعطاف پذیر می باشد(78).

همانگونه که اشاره شد، در این پژوهش خانواده تحت تاثیر نظریه سیستم های خانواده بررسی شده است. زیرا این مدل ابعادی از عملکرد خانواده که در برخورد بالینی با خانواده که در برخورد بالینی با خانواده ها مهم هستند را شناسایی می کند(71).

یعنی با عملکرد جاری خانواده سر و کار دارد نه با مرحله تکاملی خانواده یا رشد قبلی آن.

بنابراین، قبل از تشریح مدل مک مستر، در ابتدا به توضیح مختصری از مفاهیم نظریه سیستمهای کلی و سپس تئوری سیستم های خانواده که چهارچوب تئوریک الگوی مک مستر را تشکیل می دهد خواهیم پرداخت.

نظریه سیستمها و کاربرد آن در بررسی خانواده:

نظریه سیستم های کلی از سوی ون برتالنفی (1968) ارائه شده است. وی سیستم را "دسته ای از عناصر تعدیل کننده" تعریف کرد. علاوه بر این، وی نظام های باز و بسته را از هم متمایز ساخت. نظام های بسته آنهایی هستند که تعاملی با محیط اطراف ندارند و کارکرد آنها همانند واکنش شیمیایی یا فیزیکی در یک ظرف دربسته است. چنین نظام هایی از قوانینی متفاوت از قوانین پیروی شده در نظام های باز تبعیت می کنند. برای نمونه، نظام های بسته از خود تحلیل نشان می دهند، گرایش به حداکثر سادگی دارند، وضعیت را به ساده ترین سطح ممکن نسبت به شروع موقعیت کاهش می دهند. بنابراین، چنانچه دو گاز از لحاظ شیمیایی نسبت به هم واکنش نشان نمی دهند در ظرفی سربسته قرار گیرند، نتیجه عدم اختلاط کامل آن دو با هم خواهد بود. به محض کامل شدن فرآیند، گفته می شود که نظام در حالت "توازن" است. در حالیکه نظام های بازی چون خانواده از خود تحلیل نشان نمی دهند و رد و بدل مستمر موضوعات مربوط به آنها همیشه خارج از مرزهای نظام وجود دارد. چنانچه ویژگی های مرزها دست نخورده باقی بماند و محیط خارج نیز تغییر نکند، نوعی حالت ثبات حاصل می شود. البته محیط اکثر نظام های باز نسبت به تغییر مقاوم است (12). درتایید این سخن، سادوک نیز بیان می کند، که بنا بر نظریه نظام خانواده، خانواده واحدی است که طوری عمل می کند که اعتدال (هوموستاز) تعامل هایش به هر قیمتی حفظ شود. در خانواده درمانی هم هدف آن است

که الگوهای اغلب پنهانی که تعامل این گروه را حفظ می کند، آشکار شود و کمک شود که گروه به مقاصد این الگو پی ببرد. خانواده درمانگران معتقدند عضوی از خانواده که برچسب بیماری به او تعلق گرفته کسی است که از نظر خانواده مشکل تلقی می شود، باید سرزنش گردد و لازم است کمک شود، حال آنکه هدف خانواده درمانگر آن است که به خانواده کمک کند که دریابد علائم آن بیمار فی الواقع در خدمت کارکرد محوری خانواده یعنی حفظ اعتدال آن بوده است. وجه لاینفک نظریه نظام خانواده در جاتی از این اعتقاد است که رابطه زن و شوهر قویاً بر ماهیت نظام اعتدال خانواده اثر می نهد. این مفهوم را یکی از درمانگران صاحب نظر خانواده، به این صورت بیان کرده است که زن و شوهر معماران خانواده اند (79).

گاهی تغییراتی نیز در ویژگیهای مرزها بوجود می آید. بنابراین، احتمالاً خواص نظام های باز تغییر کرده یا به تدریج کامل می شود. اهمیت نظریه سیستم ها در خانواده درمانی در عقاید و مفاهیمی که برای این حیطه به ارمغان آورده نهفته است. که عبارتند از:

الف) خانواده ها و سایر گروههای اجتماعی، سیستم هایی محسوب می شوند که خصوصیات آنها چیزی بیشتر از مجموع خصوصیات اجزایشان است.

ب) عمل چنین سیستم هایی به وسیله قوانین عمومی خاصی اداره می شوند.

ج) هر سیستم مرزهایی دارد که خصوصیات آن در فهم چگونگی کار سیستم مهم است.

د) مرزهای فرا گیرنده سیستم نیمه تراوا هستند، بدین معنی که برخی چیزها می تواند از آنها عبور کند و برخی نمی تواند. علاوه بر این، گاهی اوقات موضوعات خاصی پیدا می شود که فقط وارد یا خارج می شوند.

ه) نظام های خانوادگی به سمت ثبات نسبی گرایش دارند نه کامل. در حقیقت رشد و تکامل آنها بطور معمولی جریان دارند، تغییر می تواند رخ دهد یا به طرق مختلف بر انگیخته شود.

و) ارتباط و مکانیزم های بازخوردی میان اجزای سیستم در کارکرد آن مهم است.

ز) فهم رویدادهایی نظیر رفتار افراد خانواده در قالب مثال هایی چون علیت حلقوی بهتر از موارد علیت خطی صورت می گیرد.

ح) به نظر می رسد که نظام های خانوادگی مانند نظام های باز، هدفمند باشند.

ط) سیستم ها از نظام های فرعی تشکیل می شوند و خود در واقع اجزایی از نظام های فراگیر و بزرگتر هستند.

در واقع، ایده علیت حلقوی در مقابل علیت خطی پایه ای برای درک فرآیندهای موجود در خانواده ها محسوب می شود که البته در هر دو مشترک است. علیت خطی فرآیندی را توصیف می کند که خود سبب بروز فرآیندی دیگر می شود. اما بطور کلی عقیده ای مبنی بر این که باز شدن چتر کوچکترین نقشی در بارندگی داشته باشد، وجود ندارد. بلکه این امر موردی از موارد علیت خطی است، چرا رویداد الف (شروع بارندگی) علت رویداد ب (باز شدن چتر) فرض می شود اما رویداد (ب) تاثیری بر رویداد (الف) ندارد. علیت حلقوی اصطلاحی است که در صورت کاربرد، موقعیتی را نشان می دهد که در آن رویداد (ب) هم روی رویداد (الف) تاثیر متقابل می گذارد.

یکی از مفاهیم مهمی که از نظریه سیستم ها بر گرفته شده است، مسئله رابطه بین نظام های فرعی و نظام های فراگیر است. فراسیستم هایی که خانواده به آن تعلق دارد عبارتند از: خانواده باز، روستا، همسایه، طایفه و امثال اینها که هر یک به نوبه ی خود، بخشی از فراسیستم های بزرگتر هستند. سیستمی که معمولاً خانواده درمانگران بر آن تمرکز دارند، خانواده است. اما نظام های فرعی و معمولاً نظام های خارجی خانواده هایی که به درمان آنها می پردازند نیز مورد علاقه و توجه خانواده درمانگران است.

هر سیستم مرزی دارد که آن را از پیرامونش متمایز می سازد. سیستم های زنده، مرزهای جسمانی واضح و قابل رویتی دارند، مانند پوست. اما در سیستم های هیجانی و روانشناختی مرزها

به این حد قابل رویت نیست، گرچه از اهمیت یکسانی برخوردارند. این مرزها تغییرات هیجانی درونی را کنترل کرده و اعمال را به هم نزدیک می سازند و آنها را به هم پیوند می دهند. برخی خانواده ها مرزهای نسبتاً نفوذ ناپذیری دارند، به نحوی که کاملاً از محیط اجتماعی زندگیشان جدا هستند، اما این مرزها در سایر خانواده ها بسیار نفوذپذیرترند. مرزهای همه نظام های باز تا حدی نیمه تراوا هستند، بدین معنی که به بعضی چیزها اجازه عبور می دهند و به بعضی دیگر نه. بدین معنی که یکپارچگی سیستم و حد فاصلش از محیط اطراف حفظ می شود (12).

نظریه سیستمهای خانواده:

نظریه سیستمهای خانواده توسط Bowden ایجاد شد. وی این نظریه را برای درک عملکرد خانواده و درمان خانواده ها در Setting های بالینی ایجاد کرد. در حالیکه قسمت اعظم این نظریه بر کاربرد بالینی شامل کار با افراد، زوجین و خانواده ها تمرکز می کند، اما از زمان تاسیس این نظریه، محققین به ارزش کاربرد آن در رشته های مختلف علوم انسانی پی برده اند (80). نظریه سیستمهای خانواده، خانواده را به عنوان یک سیستم یکپارچه فرض می کند، که همه اجزای سیستم با همدیگر و همچنین، یک کل بزرگتر از جمع اجزای آن، در ارتباطند. به طوریکه درک سیستم خانواده با در نظر داشتن خانواده به عنوان یک کل و تاثیری که بر اجرای خود می گذارد و بالعکس، امکانپذیر است.

طبق مفروضات این نظریه، خانواده در تعامل با محیط داخلی و خارجی، به عنوان یک سیستم باز عمل می کند. محیط داخلی شامل ساب سیستم های سیستم اولیه خانواده مانند زیر سیستم های ارتباطات خواهر- برادر، والدین- کودک و غیره. محیط خارجی خانواده شامل سوپرا

سیستم ها، یعنی سیستم های محیطی بزرگتر که خانواده بخشی از آن است مانند، گروه فرهنگی که خانواده به آن تعامل دارد می باشد (31).

خانواده ها تحت تاثیر نظریه هایی که از فیزیک و بیولوژی سر چشمه گرفته اند، قرار می گیرند. یک سیستم باز، انرژی و ماده را با محیط مبادله می کند. در مقابل سیستم بسته از محیط خود مجزاست. سیستم برای حفظ حالت ثبات به بازخوردهای مثبت و منفی وابسته است (هموستاز). در این تئوری فرض می شود:

- سیستم خانواده بزرگتر و متفاوت از جمع اجزای آن است.
- در سیستم های خانواده سرپرستهای مختلف و روابط منطقی بین ساب سیستم ها وجود دارد (مادر-کودک) (خانواده-جامعه) و...
- مرزها در سیستم خانواده می تواند باز، بسته و یا انتخابی باشد.
- سیستم های خانواده بطور مداوم در پاسخ به استرس و تغییرات داخل و خارج محیط، تغییر می یابد.

- شباهت های ساختاری در سیستم های خانواده مختلف وجود دارد. (ایزومورفیسم)
- تغییر در قسمتی از سیستم خانواده، کل سیستم را تحت تاثیر قرار می دهد.
- نقطه قوت این نظریه در اینست که خانواده را هم از بعد ساب سیستم و هم سوپرا سیستم بررسی میکند. این دیدگاه تعاملات در داخل و بین ساب سیستم های خانواده و همچنین تعامل بین خانواده و سیستم های بزرگتر مثل جامعه و جهان را مد نظر قرار می دهد (9).
- همچنین، جنبه مثبت دیگر بررسی خانواده با نظریه سیستمیک، تعیین ارتباط زمینه اجتماعی و فرهنگی جامعه ای که فرد در آن رشد کرده است بر رفتار فرد می باشد (81).
- نقطه ضعف آن این است که تمرکز آن به جای افراد بر تعامل خانواده با سیستم های دیگر است که اغلب تمرکز بر افراد بهتر می باشد (9).

الگوی مک مستر برای خانواده ها:

الگوی مک مستر، یک الگوی جامع برای بررسی و درمان خانواده است. هدف اصلی از ایجاد الگوی مک مستر برای خانواده ها، مشخص کردن مفاهیم پایه عملکرد خانواده و درمان خانواده می باشد که اگر بطور قابل توجهی استفاده شود، به درمانگر اجازه خواهد داد که درمان موثر برای خانواده ها ارائه دهد. این الگو طوری طراحی شده است که قابل تعمیم و انتقال به محیط های مختلف، قابل اجرا برای مشکلات مختلف بالینی خانواده و قابل استفاده برای تحقیقات تجربی است. مدل مک مستر بر پایه ی نظریه سیستمها قرار دارد.

مفروضات مدل مک مستر که در زمینه ی مدل سیستم هاست، شامل:

- 1- همه قسمت های خانواده به هم وابسته است.
- 2- یک قسمت از خانواده نمی تواند بصورت مجزا از سایر سیستم خانواده درک شود.
- 3- درک کامل عملکرد خانواده نمی تواند تنها با درک تک تک اعضاء خانواده صورت بگیرد.
- 4- ساختار و سازمان خانواده، فاکتورهای مهمی هستند که بطور با اهمیتی رفتار اعضا خانواده راتحت تاثیرقرار می دهد.

5- الگوهای تعاملی سیستم خانواده، قویا رفتار اعضای خانواده را شکل می دهد (71).

ریشه های مفهومی مدل مک مستر از کارکرد خانواده ، بیش از 50 سال قبل در دانشگاه مک گیل در مونترال کانادا شکل گرفت. گروهی از متخصصان بالینی و پژوهشگران زیر نظر Epstein¹، کار خود را با تمرکز بر دو حوزه عمده در خانواده درمانی آغاز کردند:

1- پژوهش درباره خانواده های غیر بالینی

¹ Nathan B. Epstein

2- پژوهش درباره فرایند و پیامد خانواده درمانی

منظور از خانواده غیر بالینی خانواده ای است که هیچ یک از اعضای آن به بیماری روانپزشکی مبتلا نیستند. چنین خانواده ای ممکن است سالم یا ناسالم باشد و کارکرد خانوادگی خوب یا ضعیفی داشته باشد.

این مدل که در فاصله اواسط 1950 تا دهه 1970 ابتدا در دانشگاه مک گیل و سپس در دانشگاه مک مستر همیلتون در ایالت انتاریو تدوین شد و مورد آزمایش قرار گرفت، در دانشگاه براون پروایدنس، واقع در رودآیلند، جایی که Epstein به آنجا نقل مکان کرد و برنامه پژوهش خانواده را آغاز نمود، مورد اصلاح و گسترش قرار گرفت و تکمیل شد (74). Epstein، پایه گذار برنامه های تحقیق در خانواده و یکی از موسسین مدل، 3 مدل مهم در زمینه درمان خانواده را برای ایجاد مدل نهایی (مدل مک مستر) با همدیگر ادغام و نهایتاً مدل نهایی را استنتاج نمود. این 3 مدل عبارت بودند از:

1- مدل سایکودینامیک فردی

2- مدل سیستم ها

3- مدل تعاملی (74).

مدل سایکودینامیک فردی

این نظریه توسط Adler¹ بنیاد نهاده شد. Adler به عنوان یکی از اولین مریدان فروید در دهه سال های 1920 مکتب روانشناسی فردنگر را بنیاد نهاد.

¹ Alfred Adler

Adler برخلاف فروید، که غریزه را از انگیزه اصلی رفتار می دانست و بر خلاف Yung که صورت های ازلی را رهبر انسان می دانست، بر جنبه اجتماعی بودن انسان تاکید داشت. وی همچنین منبع اصلی انرژی و انگیزه های بشری را میل به قدرت میدانست و با عدم پذیرفتن مرز مشخص بین خودآگاهی و ناخودآگاه، مکانیسم "واپسزنی" فروید را رد کرد. در نظریه Adler انسان موجودی است بی همتا، مسئول، خلاق و انتخاب کننده که همخوانی همه جانبه ای در ابعاد شخصیت او وجود دارد.

Adler انسان را ذاتا موجودی اجتماعی، خلاق و هدفدار می داند که احساسات حقارت زیربنای رشد روانی او را فراهم می آورد و همواره وی را در جهت برتری سوق می دهد به عبارت دیگر هر انسانی با توجه به این هدف به جلو رانده می شود و به فعالیت هایی می پردازد که در نهایت، این فعالیت ها شیوه زندگی او را مشخص می سازد. از این رو رفتار فرد را در درون زندگی اش قابل بررسی می داند. به عقیده Adler انسان سازنده سرنوشت خویش است و به تجارب خویش معنی و مفهوم می بخشد. به نظر Adler افراد غیر عادی مریض نیستند، بلکه انسان های مایوسی هستند که نیاز به امید و شهامت دارند (82).

نظریه تعاملی

نظریه تعامل گرا خانواده ها را به عنوان واحدی از یک شخصیت و کاراکتر تعاملی می پندارد و ارتباط نمادین اعضای خانواده با همدیگر را می آزماید. در داخل خانواده، هر عضو با نقش هایی که برای او اختصاص یافته است درگیر است. اعضا انتظاراتشان از نقش خود را در هر وضعیت از درک تقاضاهای نقشها، توصیف می کنند. اعضا با بررسی و تفسیر فعالیت های دیگران نسبت به آنها، در مورد رفتار خود قضاوت می کنند. تمرکز در این نظریه بر فرآیند برعهده گرفتن نقش

است. هر نقش در ارتباط با نقشهای دیگر وجود دارد و تعاملات، فرآیند پویا در مورد هر نقش را نشان می دهد. در این نظریه فرض می شود:

- یک سری مرکب از نمادها که معنای مشترک دارند در طول زندگی در محیط نمادین بدست می آیند.

- افراد معنای نمادها را تشخیص، ارزشیابی و بررسی می کنند.

- رفتار به جای غرایز، نیازها، فرمان ها تحت تاثیر معنای سمبل ها قرار می گیرد. بنابر این، سمبل ها برای فهم رفتار مهم هستند.

- افراد از فرهنگ یاد می گیرند و اجتماعی می شوند.

- رفتار افراد حاصل تاریخچه زندگی آنهاست که بطور مداوم بعزت کسب اطلاعات جدید تغییر می یابد.

نقطه قوت این تئوری تمرکز بر فرآیند داخلی در خانواده ها مانند نقش ها، تعارضات، حالات، ارتباطات، پاسخ به استرس ها، تصمیم گیری و اجتماعی شدن است. به همین جهت، این نظریه بیشتر مورد استفاده محققین پرستاری قرار می گیرد. نقطه ضعف این الگو اینست که این نظریه وسیع است و در مورد مفاهیم و مفروضات اتفاق نظر وجود ندارد.

همچنین تعامل گراها خانواده را یک واحد نسبتا بسته در نظر می گیرند که روابط کمتری با جامعه و محیط خارج دارد(8).

ابزارهایی که برای سنجش کارکرد خانواده به کار می روند(مقیاس درجه بندی بالینی مک مستر و مصاحبه ساختار یافته مک مستر از کارکرد خانواده) به طور کامل در براون تکوین یافتند. در مرحله نظام ها در کار Epstein، خانواده یک نظام باز در نظر گرفته می شود. ساختار، سازمان و الگوهای تبادلی که در نظام خانواده نمایش داده می شود، متغیرهای مهمی در تعیین رفتار

اعضای خانواده بودند. تغییرات درونی یا بیرونی بر نظام خانواده و بر رفتار همه اعضای خانواده تاثیر گذار است. در درمان خانواده ها، از جنبه ساختاری، سازماندهی، یا الگوهای تبدیلی به اختلال درون نظام توجه می شود. فرآیندهای درونی روانی اعضای نظام، در درجه دوم اهمیت قرار دارد. پیش فرض این است که اگر متغیرهای نظام در کنار هم کارکرد خوبی داشته باشند، آنگاه رفتار فرد و همچنین فرآیندهای درونی و روانی این افراد تحت تاثیر قرار می گیرد (74).

الگوی مک مستر، همه جنبه های عملکرد خانواده را پوشش نمی دهد اما ابعادی را که در برخورد بالینی با خانواده ها مهم است را شناسایی می کند (71). یعنی با عملکرد جاری خانواده سروکار دارد نه با مرحله تکاملی خانواده یا رشد قبلی آن. این مدل وظایف خانواده ها را به سه قسمت تقسیم می کند: وظایف پایه، مانند تامین خوراک، امنیت، مراقبت بهداشتی برای اعضای خود، وظایف تحولی، مانند مراقبت از نوزاد، توجه به نوجوان خانواده و وظایف بحرانی، که شامل مهارت های خانواده در هنگام بروز بحرانها و وقایع غیر منتظره مانند بیماری شدید یک عضو خانواده می باشد (12).

پرستارانی که زمینه کاریشان در ارتباط با خانواده و جامعه ای که خانواده به آن تعلق دارد می باشد، نیازمند آموزش های ویژه در زمینه بررسی مشکلات بهداشتی و نیازهای بهداشتی خانواده های هدف و همچنین دخالت در برنامه ریزی مداخلات بهداشتی برای کمک به خانواده ها می باشند. بنابر این با توجه به اینکه این مطالعه بر روی خانواده های بیماران مبتلا به سرطان انجام شده است و نیز رشته تحصیلی محقق، پرستاری بهداشت جامعه می باشد، در این بخش به تشریح شاخه های مختلف پرستاری که مربوط به کار با خانواده و مخصوصا خانواده های بیماران مبتلا به سرطان می باشد، خواهیم پرداخت.

پرستاری بهداشت جامعه:

مهمترین عضو تیم بهداشتی، پرستاران بهداشت جامعه می باشند (70). پرستاری بهداشت جامعه نقش اصلی در حمایت بهداشت عمومی جامعه ایفا می کند و عبارت است از عمل ارتقاء و حفاظت بهداشت مردم با استفاده از دانش پرستاری، علوم اجتماعی و علم بهداشت جامعه. این نوع از پرستاری، یک فرآیند سیستماتیک است که اهداف آن:

- بررسی و شناسایی نیازهای بهداشتی جوامع، خانواده ها و افراد
 - تدوین برنامه های مداخله جهت بر آوردن نیازهای بهداشتی
 - ارزشیابی مداخلات انجام شده
 - استفاده از نتایج فرآیند در برنامه های مراقبت بهداشتی (83).
- پرستاران بهداشت جامعه، افرادی هستند که با جوامع کار می کنند و نقش های محوله بر آنها بر بهداشت اولیه تمرکز می کند که ممکن است شامل اخذ تصمیم در مورد حقوق جوامع، بدون برقراری تماس مستقیم با هر فرد در جامعه باشد.

ارکان پرستاری بهداشت جامعه:

- برنامه ریزی برای ارتقاء بهداشت و برنامه های حمایت از بهداشت
- کاهش رفتارهای پرخطر و نابرابری ها در ارائه خدمات بهداشتی
- پیشگیری از بیماریها
- بررسی و پایش بهداشت جوامع و ملل برای شناسایی جمعیت های در معرض خطر (آسیب پذیر) و شناسایی اولویتهای اقدامات (44).

بهداشت خانواده می تواند بهداشت جامعه را به عنوان یک کل تحت تاثیر قرار دهد. بهداشت جوامع با احساس خوشی مردم و خانواده های آن اندازه گیری می شود. چالش های پرستار

بهداشت جامعه ارائه مراقبت برای جوامع و ملت ها و نه فقط تمرکز بر سطح افراد و خانواده ها می باشد. خانواده ها باید به عنوان اجزاء جامعه در نظر گرفته شوند. پرستار بهداشت جامعه باید جامعه را بشناسد، و در نظر داشته باشد که جوامع ، نه فقط به خاطر تفاوت در نیازهای بهداشتی بلکه به خاطر تفاوت در منابع بهداشتی، با همدیگر فرق دارند، تا مطمئن شوند که نیازهای خانواده و جامعه بر آورده می شوند و اولویتها و نیازهای متفاوت خانواده در جوامع مختلف را در نظر بگیرند(25).

پرستاری بهداشت خانواده:

هدف پرستاری بهداشت خانواده، کمک به خانواده ها جهت رسیدن به سطح بالاتری از عملکرد درمان اهداف ویژه، آرزوها و تواناییهای آنها می باشد. عمل پرستاری خانواده، ارائه مراقبت پرستاری به خانواده ها و اعضای آنها در موقعیت های مختلف بیماری/سلامتی می باشد(8). پرستاری بهداشت خانواده پایه تئوریکی قوی دارد و شامل پرستاران و خانواده هایی است که با همدیگر برای تقویت موفقیت های خانواده و اعضای آن و پاسخ های بیماری/سلامتی تعامل دارند(9).

فرآیند بررسی خانواده با جمع آوری مداوم اطلاعات و قضاوت حرفه ای که ضمیمه اطلاعات جمع آوری شده می باشد، همراه است. بنابراین، متغیر مهمی که پرستاری خانواده را ارتقاء می دهد یا باز می دارد، این است که پرستار مشکلات را چگونه می بیند. دانش و آگاهی در مورد نظریه های خانواده و همچنین استفاده از چارچوب سیستماتیک برای بررسی و کار با خانواده ها، کمک بزرگی به پرستار برای حرکت از جنبه های فردی به جنبه های خانوادگی می کند(8).

با توجه به اینکه پژوهش حاضر در رابطه با خانواده های بیماران مبتلا به سرطان طراحی شده است، گذری کوتاه بر پرستاری سرطان، که شاخه جدیدی از پرستاری می باشد خواهیم داشت. پرستاری سرطان یک تخصص منحصر به فرد در حرفه پرستاری است. در سال 1986، Ash، در مورد پرستاری سرطان می نویسد، همیشه پرستارانی که برای بیمار مبتلا به سرطان مراقبت ارائه دهند، وجود دارد ولی این پرستاران همیشه دانش و مهارت لازم را ندارند. Corner در سال 1997، نمونه هایی از رفتار پرستاری سرطان را شامل: بودن در کنار بیمار، حفظ امید بیمار، کاهش درد و رنج بیمار، حفظ خلوت بیمار، پیش بینی نیازهای بیمار بر می شمارد. محور اصلی فلسفه پرستاری سرطان، ارتقاء مراقبت خود محور با اعتقاد بر این است که بیماران حق دارند تا در مورد بیماری و درمان خود اطلاعات کسب کنند و در مورد تصمیمات مربوط به درمان، مشاوره دریافت کنند(44).

مراقبتی که توسط پرستاران برای خانواده ها ارائه می شود، بخش حیاتی در ارائه مراقبت برای فرد مبتلا به سرطان است(84). زیرا پرستاران سرطان در یک موقعیت منحصر به فرد برای ارائه مراقبت به بازماندگان سرطان و خانواده های آنان و حمایت از آنها در طول تشخیص و بعد از تشخیص قرار دارند. این پرستاران نه تنها با درمان بیماری درگیر هستند، بلکه نقش های آموزش دهنده، راهنما، مشاور و مدافع حقوق افراد مبتلا به سرطان را نیز بر عهده دارند. همچنین، نقش مهمی در ارتقاء رفتارهای بهداشتی بیماران دارند(85).

بنابراین، بعد اساسی در نوتوانی سرطان این است که بیمار و خانواده به عنوان یک واحد در نظر گرفته شوند. پرستاران مانند سایر اعضای تیم پزشکی، فرصت دارند که نقش مهمی در حمایت و توانمند سازی بیماران سرطانی و خانواده های آنها در سیر درمان سرطان، ایفا کنند. پرستاران می توانند آگاهی بیماران و پرسنل را در مورد نیازهای نوتوانی سرطان افزایش دهند و یک نگرش مثبت در مورد نوتوانی سرطان، با تاکید بر اینکه سرطان یک بیماری مزمن است، ایجاد کنند(86).

مرور بر متون:

1- در مطالعه ای که در ژاپن در سال 2003، بر روی زنان مبتلا به سرطان سینه صورت گرفت، ارتباط بین پاسخ های سازگاری بیماران مبتلا به سرطان نسبت به تشخیص سرطان سینه و عملکرد خانواده بررسی شد. 46 بیمار سرطانی و همسرانشان در این مطالعه شرکت کردند. بیماران و همسرانشان، مقیاس قضاوت ذهنی سرطان (MAC)¹، و پرسشنامه 60 آیتمی سنجش عملکرد خانواده (FAD)² را بدون اطلاع از پاسخ های همدیگر و بصورت جداگانه تکمیل نمودند.

MAC خود 5 بعد دارد و شامل 40 حالت است که واکنش افراد به شنیدن تشخیص سرطان را توصیف میکند. در این مطالعه بیشتر بر 2 بعد بی یابوری/ناامیدی و جنگ روانی تمرکز شده است. بیمار با جنگ روانی تشخیص سرطان را می پذیرد و در مورد سرطان به جستجوی اطلاعات می پردازد و تصمیم می گیرد که با آن بجنگد. در مقابل فرد با خصوصیت بی یابوری/ناامیدی، تحت تاثیر آگاهی از تشخیص سرطان قرار می گیرد و زندگی روزمره او از هم می پاشد.

امتیازات مقیاس MAC بیمار از جنگ روانی و ناامیدی در آنالیز به عنوان متغیرهای وابسته وارد شدند. ابتدا بین امتیازات مقیاس MAC آنالیز تک متغیر انجام شد.

فاکتورهای روانی- اجتماعی و زیستی برای تعیین متغیرهای مستقل با من ویتنی، U تست یا ضریب همبستگی اسپرمن بررسی شدند.

¹ Mental Adjustment to cancer

² Family assessment device

نتایج آنالیز چندگانه نشان دادند که درک بیماران از عملکرد ضعیف خانواده در بعد ارتباطات مقیاس FAD با امتیازات بالای بی یآوری/ناامیدی مقیاس MAC ارتباط دارد. میزان تحصیلات با بعد جنگ روانی در مقیاس MAC ارتباط معکوس دارد.

نتایج حاکی از آن است بین نگرش بیمار از بی یآوری/ناامیدی در برخورد با سرطان و بعد ارتباطات در خانواده رابطه وجود دارد. بنابراین کارکنان تیم بهداشتی علاوه بر بیمار، باید به دیگر اعضای خانواده نیز توجه کنند و برای ارتقاء الگوهای ارتباطی خوب در بین اعضاء خانواده تلاش کنند(87).

- مطالعه دیگری با عنوان "عملکرد خانواده و تنش روانی در بیماران مبتلا به سرطان سینه و خانواده ها" با هدف به دست آوردن یک دیدگاه از عملکرد خانواده در بیماران مبتلا به سرطان سینه و خانواده های آنها" در سال 2005 انجام گرفت. 74 خانواده در مطالعه شرکت کردند. معیار های ورود به مطالعه، تشخیص در هر مرحله از سرطان سینه، آگاهی از تشخیص سرطان، سن بالاتر از 20 سال، گذشت 3 ماه از زمان تشخیص، قدرت جسمانی کافی برای پاسخگویی به سوالات، نداشتن اختلال شناختی و بدخیمی همزمان بود. همه نمونه ها 3 مقیاس FRI¹ (شاخص ارتباط در خانواده)، SAS² (مقیاس سنجش اضطراب زونگ) و SDS³ (مقیاس سنجش افسردگی زونگ) را تکمیل نمودند که در این مطالعه 3 بعد از مقیاس FRI یعنی

Family relationtio index 1
Zung self-rating anxiety scale 2
Zung self-rating depression scale 3

همبستگی، تعارض و وضوح در 3 خوشه، طبقه بندی شدند. 3 نوع از مقیاس ساختار خانواده در 3 خوشه طبقه بندی شدند. خوشه 1 ساختار خانواده حمایت کننده نامیده شد که چنین خانواده هایی سطح پایینی از تنش روانی در بین اعضایشان نشان دادند. خوشه 2 ساختار خانواده متوسط، که این خانواده ها انسجام و وضوح ارتباطات متوسط و تعارض کم دارند. خوشه 3 خانواده با تعارض، که تنش آنها بطور مداوم با ارتباط مناسب در طی درمان دخالت می کند.

پس از این تقسیم بندی، درک افراد از عملکرد خانواده در 3 طبقه مقایسه شدند و تنش روانی اعضاء در خانواده با استناد به مقیاس های SDS و SAS و با استفاده از آزمون ANOVA تحلیل شدند. تحلیل خوشه ها 3 گروه از بیماران و خانواده های آنها را به همراه داشت. یک نوع که انسجام بالا، وضوح بالا و تعارض کمتر دارند ($n=46$). نوع با تعارض حمایت کننده، انسجام کم، وضوح زیاد و تعارض زیاد دارند ($n=65$). نوع متوسط با انسجام محدود، وضوح محدود و تعارض کمتر است ($n=60$).

یافته های این مطالعه نشان داد که گونه شناسی عملکرد خانواده می تواند بطور روانی، خانواده های در معرض خطر را شناسایی کند. رویکرد متمرکز بر خانواده می تواند به کاهش تنش روانی مخصوصاً در خانواده های با تعارض کمک کند. بنابراین کارکنان تیم پزشکی باید علاوه بر بیمار، به اعضاء دیگر خانواده نیز، تمرکز کنند و برای ارتقاء الگوهای خوب ارتباطی در اعضاء خانواده مداخله کنند، زیرا ساختار خانواده حمایت گر منتهی به احساس خوب بودن روانی خانواده شود (88).

3- مطالعه دیگری در سال 2007، توسط Mantani، تحت عنوان "فاکتورهای مرتبط با اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه و همسرانشان: نقش بی عاطفه بودن و عملکرد خانواده" در دانشگاه هیروشیما ژاپن انجام شد. هدف این مطالعه، بررسی بی عاطفه بودن، عملکرد خانواده و سایر فاکتورهایی که ممکن است سطح اضطراب و افسردگی را در زنان مبتلا به سرطان

سینه و همسرانشان تحت تاثیر قرار دهد می باشد. در این مطالعه مقطعی، 46 زن با سرطان سینه که جراحی شده بودند و همسرانشان مورد مطالعه قرار گرفتند.

همه نمونه ها 3 مقیاس FAD¹ (ابزار سنجش عملکرد خانواده) SAS² مقیاس سنجش اضطراب زونگ) و SDS³ (مقیاس سنجش افسردگی زونگ) را تکمیل نمودند. همچنین شرکت کنندگان مقیاس (TAS-20)⁴ که برای سنجش درجه بی عاطفه گی است دارای 20 آیت می باشد را تکمیل کردند. نسخه ژاپنی FAD دارای 60 آیت است و برای بررسی 7 بعد از عملکرد خانواده است از آن استفاده شده است. امتیاز بالاتر نشان دهنده ی عملکرد ضعیف تر خانواده است.

برای انجام آماری ابتدا یک آنالیز تک متغیری بین SDS و SAS انجام شده است و فاکتورهای اجتماعی - دموگرافیکی، روانی و پزشکی برای تعیین متغیرهای مستقل با تست من ویتنی یا ضریب همبستگی اسپیرمن به ترتیب در بیماران و همسران بررسی شدند.

سپس ریسک فاکتورهای نهایی SAS و SDS بیماران با استفاده از تجزیه و تحلیل رگرسیون چندگانه با امتیاز همسرانشان به عنوان متغیرهای وابسته تعیین شدند.

یافته های مطالعه نشان داد که عملکرد خانواده با افسردگی در بیماران سرطانی و همسرانشان مرتبط است، اما ابعادی از عملکرد خانواده که با افسردگی مرتبط است در بیماران و شوهرانشان متفاوت است.

افسردگی بیماران با درک آنها از پاسخگویی عاطفی نا مناسب در بین اعضای خانواده مرتبط است. در حالیکه درک شوهران از نقشهای نا مناسب در اعضای خانواده با افسردگی آنها مرتبط است.

Family assessment device 1

Zung self-rating anxiety scale 2

Zung self-rating depression scale 3

Toronto alexithymia scale 4

به عبارت دیگر، در صورتیکه بیمار در دوران تنش، نتواند پاسخ همدلانه از خانواده دریافت کند، افسردگی بیمار، شدید تر می شود (89).

4- در سال 2007 تحقیقی توسط Gazendam¹، در کشور هلند بر روی بیماران سرطانی با هدف تعیین ارتباط احتمالی بین ارتباطات در خانواده، عملکرد کودکان با والدین مبتلا به سرطان و محیط خانواده صورت گرفت. مطالعه در طی یک دوره 2 ساله در دانشگاه پزشکی مرکز کرونینگ انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه، گذشت 1 تا 5 سال از زمان تشخیص سرطان، داشتن کودک 4-18 ساله و تسلط به زبان هلندی بود. مطالعه بر روی 209 خانواده صورت گرفت و تمرکز بر خانواده هایی شد که کودکانی بین 11 تا 18 سال داشتند. در کل، 138 بیمار، 114 نفر از همسران بیماران و 221 کودک، پرسشنامه مربوط به محیط را تکمیل نمودند. بیماران و خانواده آنها پرسشنامه چک لیست رفتار کودکان CBCL² را پر نمودند و نوجوانان نیز پرسشنامه خود گزارش دهی کودکان YSR³ را تکمیل نمودند.

از T-test برای مقایسه گزارشات اعضاء خانواده از محیط خانواده ها و گزارشات بیماران از عملکرد خانواده با گزارش های والدین، همسران با نوجوانان و اختلاف بین گزارش های دختران و پسران استفاده شد.

از ضریب همبستگی پیرسون، برای توضیح ارتباط بین عملکرد نوجوانان و گزارش های آنها از تنش مرتبط با سرطان و همچنین درک هر عضو خانواده از محیط خانواده و اختلاف والدین-نوجوان، استفاده شد. ضریب همبستگی کمتر از 0/30 به عنوان ضعیف، 0/30-0/50 به عنوان متوسط و بیشتر از 0/50 به عنوان قوی در نظر گرفته شد. در مقایسه با گروه هنجار، والدین،

¹ Gazendam-Donofrio

² Child Behavior Checklist

³ Youth Self-Report

خانواده خود را با تعارض کمتر، سازماندهی بهتر و کنترل کمتر و اجتماعی تر از گروه هنجار یافتند.

FRI¹ یا شاخص ارتباط خانواده به میزان قابل توجهی بالاتر از گروه هنجار بود و همچنین FSI² یا شاخص ساختار خانواده شبیه به گروه هنجار بود.

اختلاف معناداری بین گزارش های بیماران و همسران از عملکرد خانواده یافت نشد. نوجوانان نیز گزارش کردند که خانواده آنها منسجم تر، اجتماعی تر با سازماندهی بهتر و تعارض کمتر نسبت به گروه های هنجار هستند.

یافته های این مطالعه نشان دهنده این است که، خانواده هایی که یکی از والدین آنها مبتلا به سرطان می باشد (از نظر نوجوانان و خود والدین) بطور مثبت تری عمل می کنند (90).
5 - در سال 2008، Schmitt³ مطالعه ای را بر روی بیماران سرطانی و کودکان آنها با هدف آزمودن فاکتورهای همراه با عملکرد خانواده در چنین بیمارانی انجام داد. فرضیه این مطالعه این بود که "وجود سرطان در یکی از والدین می تواند یک ریسک فاکتور برای عملکرد معیوب خانواده باشد". برای انجام این مطالعه، 391 خانواده از بین 6 کشور اروپایی (آلمان، انگلستان، فنلاند، دانمارک، استرالیا و سوئیس) انتخاب شدند. مطالعه بین سالهای 2002 تا 2006 انجام گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه، گذشت حداقل 2 و حداکثر 60 ماه از زمان تشخیص سرطان و داشتن کودک 4 تا 17 ساله بود که عملکرد خانواده با ورژن 60 آیتی FAD (ابزار سنجش خانواده) سنجیده شد. توسط بیماران و اعضاء خانواده آنها تکمیل شد. جمعا 11 متغیر سنجیده شد، 3 متغیر

¹ Family relationship Inventor

² Family structur Inventory

³ FluoranceSchmitt

مربوط به فرد (جنسیت، سن و نقش در خانواده)، 8 متغیر مربوط به خانواده (ساختار خانواده، تعداد کودکان، جنسیت بیمار، وضعیت اجتماعی- اقتصادی، تشخیص، زمان تشخیص، نمره افسردگی و نمره کیفیت زندگی) بودند.

افسردگی بیماران و همسران آنها با مقیاس افسردگی بک و کیفیت زندگی با پرسشنامه SF-8 سنجیده شد که فقط بیماران پرسشنامه را تکمیل نمودند.

برای آنالیز داده ها از آمار توصیفی و مدل آنالیز چند سطحی استفاده شد. آنالیز 2 بار انجام شد، یکبار با داده های مربوط به تمامی نمونه ها و سپس بطور مجزا با نمرات کودکان.

نتایج نشان دادند که کودکان بیشتر از والدین اختلال در عملکرد خانواده را گزارش کردند. در سطح فردی، هر 3 مورد جنس، سن و نقش در خانواده مهم بود. پدران و پسران اختلال در عملکرد خانواده را در مقیاس نقشها و پاسخگویی عاطفی درک کردند. سن در برخی مقیاس ها مهم بود، مثلاً افزایش سن کودکان با کنترل رفتاری قوی تر همراه بود. در آنالیز همه شرکت کنندگان نیز نقش در خانواده، با درک اختلال در خانواده در 5 بعد، حل مساله، کنترل رفتار، ارتباطات، پاسخگویی عاطفی و آمیزش عاطفی همراه بود.

در سطح خانواده، 2 ریسک فاکتور یافت شد: افسردگی و وضعیت جسمانی والدین مبتلا. شیوع افسردگی 35٪ مادران و 28٪ پدران مبتلا بود. در آنالیز همه مشارکت کنندگان، افسردگی والدین نیز بطور معناداری با اختلال در 5 بعد از 7 بعد عملکرد خانواده (به جز کنترل رفتار و پاسخگویی عاطفی) همراه بود.

در آنالیز کودکان، درک کودکان از عملکرد خانواده با افسردگی والدین ارتباط معنادار نداشت. همچنین وضعیت جسمانی ضعیف بطور معناداری با اختلال در ابعاد نقشها و ارتباطات همراه بود.

در كل مهمترين يافته مطالعه اين است كه، افسردگي والدين بيمار اصلي ترين فاكتر اختلال در عملکرد خانواده محسوب مي شود (19).

6- در سال 2011 مطالعه اي با هدف "بررسي تاثير نگرانيهاي مالي و درد در كيفيت

زندگي بيماران سرطاني و همسرانشان" انجام شد. در اين مطالعه رابطه زوجين و شيوه هاي

سازگاري شريك زندگي جهت دخالت در پي آمدهاي بعدي، بررسي شده است.

شركت كنندگان شامل 177 زوج (از هر دو جنس به عنوان بيمار و همسر) بودند. بيماران

تشخيص هاي متفاوت داشتند و در فازهاي مختلف درمان بودند. هر شركت كننده 4 ابزار را

تكميل نمودند. قابل ذكر است كه اين مطالعه مقطعي، آناليز ثانويه از يك مطالعه مداخله اي

است. معيارهاي ورود به مطالعه عبارت بودند از: بيماران فقط بايد در تعهد يك همسر باشند.

داشتن تشخيص سرطان در هر مرحله، سطح شدت درد حداقل 3، از مقياس 0 تا 10، سن

حداقل 18 سال، تحصيلات حداقل 6 كلاس و مشكل رواني نداشته باشند. 37٪ بيماران تحت

درمان و شرايط Stable داشتند. 35٪ تحت درمان ادامه دار بودند، 11٪ درمان نگرفته بودند و

Stable بودند، 10٪ در فاز تسكين بيماري بودند و 7٪ تحت درمان و در مرحله پيشروي بيماري

بودند. هر عضو از زوجين پرسشنامه دموگرافيك،¹ SDA يا مقياس قضاوت زوجي و POMS² يا

پروفايل حالتهاي خلقی و فرم کوتاه پرسشنامه پي آمدهاي پزشكي يا MOS SF-16³ را پر

كردند.

¹ Dyadic Adjustment Scale

² Profile of Mood States

³ Medical Outcomes Study Short Form Health Survey

بیماران شاخص درد Brief یا BPI¹ و مقیاس سنجش علائم حافظه ای یا MSAS² و همسران نیز مقیاس نگرانیهای مالی یا CDS³ و شاخص حل مساله اجتماعی یا SPSI-R⁴ را پرکردند. از آنالیز رگرسیون چندگانه (ANOVA) برای تعیین رابطه سن، جنس، درگیریهای مالی و طول مدت زناشویی با کیفیت زندگی یا کیفیت پی آمدهای زندگی استفاده شد.

نتیجه تحلیل ها نشان داد که شیوه های سازگاری همسران تنها کیفیت زندگی خودشان را تحت تاثیر قرار می دهد. درد تاثیر معنا دار مستقیم و و منفی بر کیفیت زندگی بیمار و رابطه غیر مستقیم با کیفیت زندگی همسر دارد. درگیری های مالی بر کیفیت زندگی هر دو بیماران و همسران تاثیر دارد.

زوجینی که کیفیت زناشویی بهتری دارند، کیفیت زندگی بهتری نیز دارند. بیمارانی که مجرد هستند یا کیفیت زناشویی پایین تری دارند، تاثیر منفی بر کیفیت زندگی، بهداشت روانی و بهداشت عمومی دریافت می کنند(55).

7- در سال 2011 یک مطالعه در کشور هلند با عنوان "رضامندی از رابطه در زوجینی که با سرطان کولورکتال مواجه هستند" صورت گرفت. شرکت کنندگان شامل بیمارانی که جدیداً تشخیص سرطان گذاشته شده اند و همسران آنها بودند که در یک مطالعه طولی شرکت کردند. نمونه ها شامل 29 بیمار زن و 59 بیمار مرد و همسرانشان بودند. متوسط سن ازدواج در بین نمونه ها 33 سال بود و متوسط سن 61 سال داشتند. از نمونه ها خواسته شد تا در 3 زمان (

¹ Brief Pain Inventory

² Memorial Symptom Assessment Scale

³ Caregiver Demands Scale

⁴ Problem Solving Inventory – Revised

ماه های 3، 5 و 9 پس از تشخیص)، 3 پرسشنامه را تکمیل کنند. مطالعه در فاز حاد و پس از درمان انجام شد. شرکت کنندگان سن 18 تا 75 سال داشتند.

3 پرسشنامه شامل مقیاس ازدواج فعال زوجی، که دارای 6 آیت می باشد (نمره 1 تا 5 به هر آیت تعلق می گیرد)، آلفا کرونباخ برای این مقیاس 83 (برای بیماران) و 85 (برای همسران) بود و آلفا کرونباخ برای مقیاس بعدی یعنی میانگیری حمایتی زوجی (MMQ)، 68 (برای بیماران) و 79 (همسران) بود. رضامندی از رابطه همسران با مقیاس کیفیت ازدواج سنجده شد.

این پرسشنامه نیز دارای 10 آیت است. آنالیز داده ها با استفاده از نرم افزار HLM V6 و روشهای تجزیه ای اطلاعات جفت، تحلیل شدند. یافته ها نشان دادند که در کوتاه مدت تعهدات مربوط به ازدواج فعال (شامل بحث در مورد احساسات و درگیری در حل مساله) بطور مثبتی با رضامندی رابطه در بیماران و همسران همراه است. البته تنها زمانی که حمایت قبلی زوجین کم باشد. میانگیری حمایتی ازدواج که شامل پنهان کردن نگرانیها و ترس و اجتناب از صحبت در مورد بیماریها، بطور منفی با رضامندی از رابطه ارتباط دارد برخلاف زمانی که حمایت قبلی زوج کم بود. برخلاف رفتار حمایتی جاری همسران، اگر حمایت گذشته زیاد باشد، مشارکت کنندگان کیفیت رابطه خود را بهتر گزارش می کنند(7).

فصل سوم :

روش پژوهش

این فصل در رابطه با روش پژوهش و ملاحظات اخلاقی تدوین شده است. روش پژوهش در این بررسی شامل نوع پژوهش، جامعه پژوهش، مشخصات واحدهای مورد پژوهش، حجم نمونه و روش تعیین آن، محیط پژوهش، نمونه مورد مطالعه، حجم نمونه و نحوه تعیین آن، ابزار و روش های جمع آوری اطلاعات، روایی و پایایی ابزار و روش های آماری و نکات اخلاقی رعایت شده می باشد.

روش پژوهش

نوع پژوهش

این مطالعه یک پژوهش توصیفی می باشد که با هدف بررسی درک زوجین از عملکرد خانواده هنگام وقوع سرطان در یکی از آنها در شهر تبریز در سال 1390 صورت گرفته است. مطالعه توصیفی به توصیف و تشریح و یا محاسبه خصوصیات فرد، موقعیت یا یک گروه خاص می پردازد. در واقع، مطالعات توصیفی روشی برای کشف ابزار جدید، توصیف وضعیت موجود، تعیین فراوانی وقایعی که اتفاق می افتد و دسته بندی اطلاعات می باشد. در مطالعه توصیفی، محقق اغلب از مصاحبه، مشاهدات ساختار یافته (با استفاده از فهرست مشاهده ای) و مشاهدات غیرساختار یافته و پرسشنامه، برای توصیف پدیده مورد مطالعه استفاده می کند (91).

جامعه پژوهش

شامل یک گروه از افراد یا موارد بوده که دارای معیارهای مورد نظر محقق باشند (92). در این پژوهش جامعه دربرگیرنده تمامی خانواده هایی بود که یکی از زوجین آنها دچار بیماری سرطان شده و جهت درمان یا دریافت خدمات تسکینی به بخش های بستری و یا درمانگاه بیمارستان شهید قاضی طباطبایی تبریز مراجعه می نمودند.

مشخصات واحدهای مورد پژوهش

خانواده‌هایی در این مطالعه شرکت داده شدند که واجد معیارهای زیر بودند:

- 1- تشخیص قطعی سرطان در یکی از زوجین (با توجه به نمونه پاتولوژی و تایید متخصص انکولوژی ثبت شده در پرونده بالینی بیمار).
 - 2- گذشت حداقل 3 ماه از تشخیص سرطان (زیرا مطالعات نشان داده‌اند که اکثر بیماران بعد از گذشت 3 ماه از شنیدن خبر بد، از لحاظ روانی با آن سازگار می‌شوند (87)).
 - 3- داشتن حداقل 18 سال سن برای هر دو زوج
 - 4- گذشت حداقل یک سال از زمان ازدواج زوجین
 - 5- عدم ابتلاء به بیماری شدید روانی زوجین بر اساس گزارش خود افراد
 - 6- نداشتن مشکل خانوادگی دیگر مانند دو همسری بودن مرد یا نازایی زن
 - 7- عدم ابتلاء زوجین به دیگر بیماری‌های مزمن
 - 8- داشتن سواد کافی جهت تکمیل پرسشنامه
 - 9- داشتن رضایت جهت شرکت در مطالعه
 - 10- آگاهی بیمار و همسر وی از تشخیص قطعی سرطان
- لازم به توضیح می‌باشد که در مورد بند 10 یعنی آگاهی زوجین از تشخیص سرطان، ابتدا از اطرافیان آنها و یا پرسنل درمانی در این زمینه سوال پرسیده می‌شد و در نهایت، این داده‌ها طی مصاحبه خصوصی با بیمار و یا همسر وی تایید می‌گردید. مهمترین سوالاتی که از بیماران پرسیده می‌شد عبارت بودند از:

- مشکل جسمی که از آن رنج می‌برید چیست؟
- می‌توانید به من بگویید بیماری که شما دارید چیست؟

- فکر می کنید چرا باید در بیمارستان بستری شوید؟
- چه نوع درمانی دریافت می کنید؟
- فکر می کنید به چه دلیل درمان دریافت می کنید؟
- خانواده و پزشکتان در مورد بیماریتان به شما چه گفته اند؟

با پرسیدن این سوالات در صورتیکه بیمار یا همسر وی کلمه سرطان یا کانسر را استفاده میکردند به معنی آگاهی آنان از تشخیص قطعی سرطان در نظر گرفته می شد. لازم به ذکر است که این رویه مورد تأیید کمیته منطقه ای اخلاقی در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تبریز میباشد.

روش نمونه گیری

نمونه گیری، مستلزم انتخاب گروهی از افراد، رویدادها، رفتارها یا موارد دیگر جهت انجام یک مطالعه است. طرح نمونه گیری فرآیند انتخاب نمونه ها را مشخص می کند. نمونه یادآور گروه منتخبی از افراد یا عناصری است که در مطالعه گنجانده شده است. روش نمونه گیری، راهبرد مورد استفاده برای انتخاب نمونه مورد مطالعه را نشان می دهد. روش نمونه گیری باید معرف جامعه مورد نظر بوده و باعث کاهش سوگیری و خطاهای نمونه شود (92). در این مطالعه، روش نمونه گیری از نوع دردسترس بود. دلیل استفاده از این روش نمونه گیری این بود که با توجه به معیارهای ورودی تعیین شده برای جامعه و عدم وجود لیست تمامی زوجین واجد معیارهای مطالعه امکان نمونه گیری در تصادفی وجود نداشت.

حجم نمونه و نحوه تعیین آن

در تحقیقات کمی که هدف، تعمیم بخشیدن نتایج به جامعه است، حجم نمونه باید به اندازه‌ای باشد که محقق بتواند نتایج بدست آمده از نمونه را به جامعه تعمیم دهد. تصمیم در مورد حجم نمونه، بسته به مواردی چون میزان دقت مورد نیاز در تحقیق، روش نمونه‌گیری استفاده شده، همگن بودن و یکنواختی جامعه، مقدار هزینه و در دسترس بودن آنها بستگی دارد (92).

در این مطالعه حجم نمونه با انجام مطالعه مقدماتی بر روی 15 زوج که یکی از آنها مبتلا به سرطان بود و جهت درمان به بخش‌های بستری و درمانگاه انکولوژی بیمارستان شهید قاضی طباطبایی تبریز مراجعه می‌نمودند تعیین شد و بر اساس میانگین، انحراف معیار و فاصله اطمینان 95٪، حجم نمونه 200 نفر تعیین گردید و نهایتاً مطالعه بر روی 202 نفر انجام شد.

محیط پژوهش

در این طرح، با توجه به اینکه بیمارستان شهید قاضی طباطبایی تبریز مرکز اصلی درمان و مشاوره بیماران مبتلا به سرطان در استان آذربایجان شرقی می‌باشد، بخش‌های بستری مردان و زنان و درمانگاه انکولوژی این بیمارستان به عنوان محیط پژوهش در نظر گرفته شد.

ابزار جمع آوری داده‌ها

محققین از روش‌ها و ابزارهای مختلفی جهت جمع‌آوری اطلاعات اولیه برای تحقیقات کیفی استفاده می‌کنند که یکی از مهمترین این ابزارها، پرسشنامه می‌باشد. پرسشنامه‌ها شامل یک سری سوالات بسته یا باز می‌باشند. محقق با تحلیل پاسخ‌های شرکت‌کنندگان می‌تواند اطلاعاتی در مورد اینکه در مورد یک ایده یا نظر مردم چگونه تفکر می‌کنند، چگونه عمل میکنند و چگونه برنامه‌ریزی می‌کنند را به دست آورد (93). در این راستا با توجه به هدف مطالعه که توصیف درک

زوجین از عملکرد خانوادگی هنگام ابتلاء یکی از زوجین به سرطان بود از پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده استفاده شد.

"ابزار سنجش عملکرد خانواده" FAD¹ یک پرسشنامه استاندارد دارای 60 گویه است که برای سنجش عملکرد خانواده بنا بر الگوی مک مستر در سال 1963 توسط Epstain² و همکاران تدوین شده است. این پرسشنامه عملکرد خانواده‌ها را در ابعاد حل مساله (6 آیتم) شامل سوالات 2-12-24-38-50-60، ارتباطات (7 آیتم) شامل سوالات 3-14-29-43-52-59، نقش‌ها (9 آیتم) شامل سوالات 4-10-15-23-30-34-40-45-53، همراهی عاطفی (8 آیتم) شامل سوالات 5-9-19-28-35-39-49-57، آمیزش عاطفی (8 آیتم) شامل سوالات 7-13-21-22-25-33-37-42-54، کنترل رفتار (9 آیتم) شامل سوالات 7-17-27-32-44-47-55-58، و عملکرد کلی (13 آیتم) شامل سوالات 1-6-8-11-16-20-26-31-36-41-46-51-56 مورد بررسی قرار می‌دهد. پاسخ به هر آیتم برروی یک طیف لیکرت چهار گزینه‌ای از قویاً مخالف تا قویاً موافق قرار دارد که به ترتیب به آنها نمره 1 تا 4 تعلق می‌گیرد. بر اساس این نمرات، نمره حداقل و حداکثر برای هر بعد پرسشنامه تعیین شد. در این پرسشنامه 6 گویه از 60 گویه عملکرد خانواده در بعد حل مساله را تعیین مینماید. بالاترین نمره اخذ شده در این بعد که نشان دهنده ضعیف‌ترین عملکرد می‌باشد 24 است و پایین‌ترین امتیاز (نمره 6) که معرف عملکرد مطلوب خانواده در بعد حل مساله میباشد. جمعاً 7 گویه از پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده مربوط به بعد ارتباط می‌باشد که بالاترین امتیاز کسب شده 28 (ضعیف‌ترین عملکرد) و پایین‌ترین 7 (بهترین عملکرد) می‌باشد.

Family Assessment Device¹
Nathan Epstain²

9 گویه از پرسشنامه به بررسی بعد نقش‌ها می‌پردازد، بالاترین امتیاز در این بعد، 36 (ضعیف ترین عملکرد) و پایین‌ترین امتیاز 9 (بهترین عملکرد) می‌باشد.

گویه‌های مربوط به سنجش پاسخگویی عاطفی 8 مورد است، بالاترین امتیاز 32 (ضعیف ترین عملکرد) و پایین‌ترین امتیاز 8 (بهترین عملکرد) می‌باشد.

8 گویه از پرسشنامه مربوط به سنجش آمیزش عاطفی می‌باشد. بالاترین نمره 32 (ضعیف ترین عملکرد) و پایین‌ترین امتیاز 8 (بهترین عملکرد) می‌باشد.

9 گویه از پرسشنامه نیز بعد کنترل رفتار عملکرد خانواده را می‌سنجد. بالاترین امتیاز 36 (ضعیف ترین عملکرد) و پایین‌ترین امتیاز 9 (بهترین عملکرد) می‌باشد.

لذا "ابزار سنجش خانواده" متناسب با این شش بعد، از شش خرده‌مقیاس برای سنجیدن آنها، به علاوه ی خرده‌مقیاس هفتم مربوط به عملکرد کلی خانواده تشکیل شده است.

لازم به ذکر است که 13 گویه کلی در پرسشنامه نیز عملکرد کلی خانواده را مورد سنجش قرار می‌دهد.

داده‌های به دست آمده، پس از جمع‌آوری و کدگذاری و وارد کردن در نرم افزار SPSS، تجزیه و تحلیل شد. از آمار توصیفی جهت محاسبه میانگین و انحراف معیار با فاصله اطمینان 95٪ استفاده شد.

معایب این ابزار از نظر اپشتاین و همکاران این است که استفاده از آن، هم برای خانواده و هم برای محقق، وقت‌گیر است. همچنین، رفتار خانواده‌ها در محیط‌های مشاهده، ممکن است قابل تعمیم به رفتار آنها در دنیای واقعی نباشد. مشاهده خانواده، حجم وسیعی از اطلاعات را به دست می‌دهد که تبدیل این اطلاعات به ابعاد قابل استفاده در بالین، سخت و پرهزینه است (75).

گرچه پرسشنامه FAD 60 گویه دارد اما مطالعات اولیه مبتنی بر یک مقیاس 53 گویه‌ای بود. هفت گویه نیز بعدها اضافه شد که نتایج گزارش‌ها نشان می‌دهد که با این کار بر اعتبار خرده مقیاس‌هایی که گویه‌ها به آنها اضافه شد، افزوده است. گویه‌های خرده مقیاس‌ها در پرسشنامه مشخص شده‌اند. فرم 53 سوالی این مقیاس توسط نجاریان، ملانقی و نوروزی در ایران مورد استفاده قرار گرفته است و توسط نجاریان استاندارد شده است. (94).

نمره گذاری ابزار: به هر گویه نمره 1 تا 4 با استفاده از کلید ادامه داده می‌شود: قویاً موافق=1، موافق=2، مخالف=3، قویاً مخالف=4. به گویه‌هایی که توصیف عملکرد ناسالم‌اند نمره معکوس داده می‌شود. نمرات کمتر نشانه عملکرد سالم‌تر است. معدل پاسخ به گویه‌ها که هر یک بین 1 (سالم) تا 4 (ناسالم) می‌شود، برای بدست آوردن نمرات هفت مقیاس محاسبه می‌گردد. این ابزار کلید و برگ پاسخنامه‌ای دارد که فرآیند نمره‌گذاری آن و مشخص کردن گویه‌های هر خرده مقیاس را نسبتاً آسان می‌نماید (33).

اعتبار

"ابزار سنجش خانواده" با ضرایب آلفای خرده مقیاس‌های خود از 0/72 تا 0/92 از همسانی درونی نسبتاً خوبی برخوردار است. هیچ گزارش خارجی از اعتبار کلی مقیاس در دست نیست، داده‌های اعتبار باز آزمایی هم در اختیار نیست. ضرایب اعتبار (همابندی درونی) و مشخصه‌های آماری توزیع نمرات 50 دانشجوی شرکت کننده در مطالعه مقدماتی در خرده مقیاس‌های تشکیل

دهنده پرسشنامه عملکرد خانواده که توسط میرعنایت (1378)¹ انجام شده است به قرار زیر است (33):

عنوان خرده مقیاس	ضریب α کرونباخ	میانگین	انحراف استاندارد
حل مشکل	0/6329	15/08	2/914
ارتباط	0/6329	14/60	3/057
نقشها	0/4880	22/58	3/208
همراهی عاطفی	0/5614	17/80	3/130
آمیزش عاطفی	0/7455	18/70	4/181
کنترل رفتار	0/5980	20/56	3/570
عملکرد کلی	0/7444	28/94	5/061
کل مقیاس	0/9097	138/63	20/633

ضرایب آلفای کل مقیاس و خرده مقیاس‌های حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، پاسخگویی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی در پژوهش امینی (1379) به ترتیب 0/61، 0/92، 0/38، 0/72، 0/64، 0/65، 0/61 و 0/81 گزارش شده است (33).¹

¹ میر عنایت، (1378). مقایسه سلامت عمومی دانشجویان مجرد و متاهل 20-30 ساله شهرستان خمینی شهر به راهنمایی دکتر باقر ثنایی. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده. گروه مشاوره، دانشگاه آزاد، واحد رودهن.

همین ضرایب آلفا برای کل مقیاس و خرده مقیاس‌های آن به ترتیب فوق در پژوهش رضایی (1378) برابر 0/91، 0/66، 0/63، 0/42، 0/61، 0/38 و 0/73 گزارش شد (33).

روایی

اگر خرده مقیاس عملکرد کلی را از تجزیه و تحلیل‌ها خارج کنیم، شش خرده مقیاس دیگر این ابزار نسبتاً از استقلال برخوردارند. "ابزار سنجش خانواده" تا حدی دارای روایی همزمان و پیش‌بین است. این ابزار در یک مطالعه مستقل روی 178 زوج حدوداً 60 ساله، با "مقیاس رضایت زناشویی لک-والاس" همبستگی متوسط داشت و قدرت نسبتاً خوبی برای پیش‌بینی نمرات "مقیاس روحیه سالمندی فیلادلفیا" نشان داده است. به علاوه این ابزار با قدرت متمایزسازی اعضای خانواده‌های بالینی و خانواده‌های غیربالینی در هر هفت خرده مقیاس خود دارای روایی خوبی برای گروه‌ها شناخته شده است (33).

روش اجرا

پس از کسب معرفی نامه از معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی و دریافت موافقت و مجوز از کمیته منطقه‌ای اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تبریز و کسب اجازه از مدیریت بیمارستان شهید قاضی طباطبایی تبریز برای انجام تحقیق، پژوهشگر به بیمارستان مراجعه نموده و ضمن ارائه معرفی نامه به سرپرستاران و توضیح علت و نحوه انجام مطالعه، ابتدا با بیماران بستری در بخش‌ها یا مراجعین سرپایی درمانگاه سرپایی آشنا شده، و با مصاحبه کوتاه با بیمار و پرسش از پرستاران بخش در مورد آگاهی بیمار از تشخیص سرطان خود، اطلاعاتی در مورد علت و نحوه انجام پژوهش، مختار بودن برای شرکت در تحقیق و اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات به بیماران داده می‌شد. پس از جلب رضایت بیماران جهت شرکت در پژوهش، پرسشنامه سنجش

عملکرد خانواده، در اختیار آنها گذاشته می‌شد. در مورد همسران بیماران بستری در بخش‌ها، در ساعات ملاقات بیمارستان یا ساعاتی که با بیمار هماهنگ شده بودیم، برای ملاقات، به بیمارستان مراجعه می‌شد. در درمانگاه سرپایی نیز اکثر زنان بیمار همراه همسران خود جهت انجام ویزیت و یا دریافت شیمی درمانی مراجعه می‌کردند. پرسشنامه‌های زوجین برای حفظ محرمانه بودن داده‌ها در اتاق‌های مجزا و بدون تماس زوجین با همدیگر تحویل داده و گرفته می‌شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه اصول اخلاقی زیر رعایت گردید:

- تصویب طرح در شورای پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز
- اخذ رضایت از مدیریت بیمارستان شهید قاضی طباطبایی تبریز
- کسب اجازه از کمیته منطقه‌ای اخلاقی در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- معرفی محققین به مسئولین بیمارستان شهید قاضی طباطبایی تبریز
- کسب رضایت کتبی آگاهانه از واحدهای پژوهش
- دادن اطمینان به واحد‌های پژوهش در مورد محرمانه بودن اطلاعات
- رعایت اصول اخلاقی در استفاده از سایر منابع و پژوهش‌ها
- ارائه نتایج پژوهش به مسئولین مراکز تحقیقاتی در صورت تمایل آنها به استفاده از نتایج مطالعه.

فصل چهارم :

یافته های پژوهش

در این فصل داده های جمع آوری شده با توجه به اهداف پژوهش مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار می گیرند. در واقع، پاسخ های داده شده به پرسشنامه پژوهش، مبنا تجزیه و تحلیل پژوهش حاضر را تشکیل می دهد که با استفاده از اصول علمی آمار و همچنین نرم افزار SPSS 13 مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرد تا در پایان بتوان به سوالات پژوهش مربوطه پاسخ داد.

در سطح آمار توصیفی از فراوانی، درصد، مانگین، انحراف معیار، در قالب جداول استفاده می شود و در سطح آمار استنباطی از آزمون ها و روش های مناسب استفاده شده است (سطح معنی داری در آزمون های مورد استفاده $P < 0/05$ در نظر گرفته شده است).

یافته های حاصل از پژوهش پس از بررسی و تجزیه تحلیل آماری در 11 جدول خلاصه شده است که به قرار زیر می باشد:

- اطلاعات مربوط به میانگین، انحراف معیار و دامنه اطمینان برخی متغیرهای فردی اجتماعی (کمی و کیفی) وابسته به بیماری بیماران مبتلا به سرطان در جدول 1 آورده شده است.
- اطلاعات مربوط به میانگین، انحراف معیار و دامنه اطمینان برخی متغیرهای فردی اجتماعی (کمی و کیفی) وابسته به بیماری در همسران بیماران شرکت کننده در مطالعه در جدول 2 آورده شده است.
- اطلاعات مربوط به میانگین، انحراف معیار، دامنه اطمینان و آمارهای استنباطی نمرات کسب شده شرکت کنندگان در مطالعه به تفکیک بیمار و سالم در بعد حل مساله در جدول 3 آورده شده است.
- اطلاعات مربوط به میانگین، انحراف معیار، دامنه اطمینان و آمارهای استنباطی نمرات کسب شده شرکت کنندگان در مطالعه به تفکیک بیمار و سالم در بعد کنترل رفتار در جدول 4 آورده شده است.

- اطلاعات مربوط به میانگین، انحراف معیار، دامنه اطمینان و آمارهای استنباطی نمرات کسب شده شرکت کنندگان در مطالعه به تفکیک بیمار و سالم در بعد ارتباطات در جدول 5 آورده شده است.

- اطلاعات مربوط به میانگین، انحراف معیار، دامنه اطمینان و آمارهای استنباطی نمرات کسب شده شرکت کنندگان در مطالعه به تفکیک بیمار و سالم در بعد نقش در جدول 6 آورده شده است.

- اطلاعات مربوط به میانگین، انحراف معیار، دامنه اطمینان و آمارهای استنباطی نمرات کسب شده شرکت کنندگان در مطالعه به تفکیک بیمار و سالم در بعد پاسخگویی عاطفی در جدول 7 آورده شده است.

- اطلاعات مربوط به میانگین، انحراف معیار، دامنه اطمینان و آمارهای استنباطی نمرات کسب شده شرکت کنندگان در مطالعه به تفکیک بیمار و سالم در آمیزش عاطفی در جدول 8 آورده شده است.

- اطلاعات مربوط به میانگین، انحراف معیار، دامنه اطمینان و آمارهای استنباطی نمرات کسب شده شرکت کنندگان در مطالعه به تفکیک بیمار و سالم در بعد عملکرد کلی در جدول 9 آورده شده است.

- اطلاعات مربوط به میانگین، انحراف معیار، دامنه اطمینان و آمارهای استنباطی ارتباط برخی مشخصات کیفی بیماران مبتلا به سرطان، مانند جنس، شغل، تحصیلات، نوع بیماری و نوع زندگی و متغیرهای کیفی مانند سن ازدواج، تعداد فرزندان، مدت زمان بستری و ... با گزارش آنها از عملکرد خانوادگی در جدول 10 آورده شده است.

- اطلاعات مربوط به میانگین، انحراف معیار، دامنه اطمینان و آمارهای استنباطی ارتباط برخی مشخصات کیفی همسران سالم، مانند جنس، شغل، تحصیلات، نوع زندگی و متغیرهای کیفی

مانند سن ازدواج، تعداد فرزندان و ... با گزارش آنها از عملکرد خانوادگی در جدول 11 آورده شده است.

جدول 1-1:

برخی مشخصات فردی-اجتماعی و وابسته به بیماری در بیماران شرکت کننده در مطالعه

متغیرهای کمی	میانگین	انحراف معیار	CI 95%
سن	1/46	7/10	48- 44/2
تعداد فرزندان	3/2	6/1	2/6- 2/0
سن بزرگترین فرزند	2/18	2/13	20/6- 15/9
سن ازدواج	2/20	13	22/5- 9/17
زمان تشخیص	6/0	1/1	8/0- 6/0
تعداد دفعات بستری	8/4	6/2	5/3- 4/4

در جدول فوق میانگین، انحراف معیار و دامنه اطمینان برخی متغیرهای فردی اجتماعی و وابسته به بیماری بیماران مبتلا به سرطان شرکت کننده در مطالعه گزارش شده است. همانطور که مشاهده می شود میانگین سن بیماران 46/1 سال بوده و 6 ماه از زمان تشخیص بیماری آنها گذشته است.

جدول 1-2:

برخی مشخصات فردی-اجتماعی و وابسته به بیماری در بیماران شرکت کننده در مطالعه

متغیرهای کیفی	زیرگروه‌ها	تعداد	درصد
جنس	مرد	101	76/5
	زن	31	23/5
شغل	خانه‌دار	20	15/2
	کارمند	55	41/7
	نظامی	3	2/3
	کشاورز	1	0/8
	بازنشسته	23	17/4
	دانشگاهی	4	3/0
	شغل آزاد	26	19/7
تحصیلات	ابتدایی	23	17/4
	دیپلم	44	33/3
	دانشگاهی	64	48/5
نوع بیماری	خون	43	32/6
	گوارش	26	19/7
	پستان	9	6/8
	پروستات و بیضه	16	12/1
	سایر	31	23/5
نوع زندگی	با همسر	28	21/2
	با همسر و فرزندان	104	78/8

همانگونه که در جدول فوق دیده می‌شود، اکثر بیماران مرد بودند (76/5 درصد)، شغل آنان کارمندی بود (41/7 درصد)، دارای تحصیلات دانشگاهی بودند (48/5 درصد)، مبتلا به سرطان خون بودند (32/6 درصد) و با همسر و فرزندان خود زندگی می‌کردند (78/8 درصد). اکثر بیماران مرد بودند، به دلیل اینکه مردان وضعیت جسمانی و روحی بهتری نسبت به زنان دارا بودند و توانایی لازم برای همکاری محقق را دارا بودند.

جدول 1-2:

برخی مشخصات فردی-اجتماعی و وابسته به بیماری در همسران بیماران شرکت کننده در مطالعه

متغیرهای کمی	میانگین	انحراف معیار	CI 95%
سن	46/1	10/7	47/9-44/2
تعداد فرزندان	2/3	1/5	2/2-2/5
سن فرزندان	18/2	13/1	20/4-15/9
سن ازدواج	20/1	13/0	22/4-17/9

در جدول فوق میانگین، انحراف معیار و دامنه اطمینان برخی متغیرهای فردی اجتماعی و وابسته به بیماری در همسران بیماران مبتلا به سرطان شرکت کننده در مطالعه گزارش شده است. همانطور که مشاهده می شود میانگین سن همسران، مشابه بیماران و 46/1 سال می باشد.

جدول 2-2:

برخی مشخصات فردی-اجتماعی و وابسته به بیماری در همسران بیماران شرکت کننده در مطالعه

متغیرهای کیفی	زیرگروه ها	تعداد	درصد
جنس	مرد	27	29
	زن	66	71
شغل	خانه دار	43	46/2
	کارمند	25	26/9
	بازنشسته	7	7/5
	دانشگاهی	5	5/4
	آزاد	13	14
تحصیلات	ابتدایی	15	16/1
	دیپلم	40	43
	دانشگاهی	37	39/8
نوع زندگی	با همسر	20	21/5
	با همسر و فرزندان	72	77/4

همانگونه که در جدول فوق دیده می شود بیشتر همسران بیماران زن بودند (71 درصد)،

شغل آنان خانه داری بود (46/6 درصد)، دارای تحصیلات دیپلم بودند (43 درصد) و با همسر

و فرزندان خود زندگی می کردند (77/4).

جدول 3:

مقایسه نمرات کسب شده بیماران مبتلابه سرطان و همسران سالم آنها در بعد حل مساله

شاخص های آماری			میانگین بر مبنای 100	CI95%	انحراف معیار	میانگین	افراد بیمار و همسران سالم	متغیر
p	t	df						
0/23	1/1	223	34	11/4- 10/2	2/8	10/8	سالم	حل
			32/7	10/8- 10/1	2/1	10/4	بیمار	مساله

همانگونه که در جدول فوق دیده می شود بین بیماران مبتلا به سرطان و همسران سالم آنان از نظر حل مساله تفاوت آماری معنی داری دیده نشد.

جدول 4:

مقایسه نمرات کسب شده بیماران مبتلا به سرطان و همسران سالم آنها در بعد کنترل رفتار

شاخص های آماری			میانگین بر مبنای 100	شاخص های آماری	انحراف معیار	میانگین	افراد بیمار و همسران سالم	متغیر
p	t	df						
0/73	0/34	223	55/4	20/5- 3/19	9/2	9/19	سالم	کنترل رفتار
			55/1	20/3- 3/19	9/2	8/19	بیمار	

همانگونه که در جدول فوق دیده می شود بین بیماران مبتلا به سرطان و همسران سالم آنان از نظر کنترل رفتار تفاوت آماری معنی داری دیده نشد.

جدول 5:

مقایسه نمرات کسب شده بیماران مبتلا به سرطان و همسران سالم آنها در بعد

ارتباطات

شاخص های آماری			میانگین بر مبنای 100	شاخصهای آماری	انحراف معیار	میانگین	افراد بیمار و همسران سالم	متغیر
p	t	df						
0/05	1/9	223	49	14/3- 1/13	9/2	7/13	سالم	ارتباطات
			4/51	14/4- 14	3/2	4/14	بیمار	

همانگونه که در جدول فوق دیده می شود بین بیماران مبتلا به سرطان و همسران سالم آنان از نظر ارتباطات تفاوت آماری معنی داری دیده نشد.

جدول 6:

مقایسه نمرات کسب شده بیماران مبتلا به سرطان و همسران سالم آنها در بعد نقش ها

متغیر	افراد بیمار و همسران سالم	میانگین	انحراف معیار	شاخصهای آماری	میانگین بر مبنای 100	شاخص های آماری		
						p	t	df
نقش	سالم	7/19	8/3	- 9/18 20/5	9/54	0/89	0/53	223
	بیمار	5/19	3/3	- 9/18 20/1	2/54			

همانگونه که در جدول فوق دیده می شود بین بیماران مبتلا به سرطان و همسران سالم آنان از نظر نقش

تفاوت آماری معنی داری دیده نشد.

جدول 7:

مقایسه نمرات کسب شده بیماران مبتلا به سرطان و همسران سالم آنها در بعد پاسخگویی عاطفی

شاخص های آماری			میانگین بر مبنای 100	شاخص های آماری	انحراف معیار	میانگین	افراد بیمار و همسران سالم	متغیر
p	t	df						
/360	0/90	223	6/54	18/1- 8/16	2/3	4/17	سالم	پاسخگویی عاطفی
			8/55	18/3- 3/17	3	8/17	بیمار	

همانگونه که در جدول فوق دیده می شود بین بیماران مبتلا به سرطان و همسران سالم آنان از نظر پاسخگویی عاطفی تفاوت آماری معنی داری دیده نشد.

جدول 8:

مقایسه نمرات کسب شده بیماران مبتلا به سرطان و همسران سالم آنها در بعد آمیزش عاطفی

شاخص های آماری			میانگین بر مبنای 100	شاخص های آماری	انحراف معیار	میانگین	افراد بیمار و همسران سالم	متغیر
p	t	df						
0/09	1/6	223	3/48	16/2- 6/14	8/3	4/15	سالم	آمیزش
			7/50	16/7- 7/15	9/2	2/16	بیمار	عاطفی

همانگونه که در جدول فوق دیده می شود بین بیماران مبتلا به سرطان و همسران سالم آنان از نظر آمیزش عاطفی تفاوت آماری معنی داری دیده نشد.

جدول 9:

مقایسه نمرات کسب شده بیماران مبتلا به سرطان و همسران سالم آنها در بعد عملکرد کلی

شاخص های آماری			میانگین بر مبنای 100	شاخص های آماری	انحراف معیار	میانگین	افراد بیمار و همسران سالم	متغیر
p	t	df						
0/09	1/6	223	9/47	25/9- 8/23	5	9/24	سالم	عملکرد کلی
			9/49	265/7-2/25	3/4	9/25	بیمار	

همانگونه که در جدول فوق دیده می شود بین بیماران مبتلا به سرطان و همسران سالم آنان از نظر عملکرد

کلی تفاوت آماری معنی داری دیده نشد.

جدول 10:

بررسی ارتباط برخی مشخصات بیماران مبتلا به سرطان با گزارش آنها از عملکرد خانوادگی در بعد عملکرد کلی

متغیر	زیرگروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	شاخص های آماری
جنس	زن	26.67	4.82	Df =130 و t=1/03 P=0/30
	مرد	25.71	4.12	
میزان تحصیلات	ابتدایی	26.30	3.95	Df =3 و t=0/77 P=0/50
	دیپلم	26.43	3.53	
	دانشگاهی	25.48	4.87	
شغل	آزاد	26.57	4	Df =6 و t=2/19 P=0/04
	دانشگاهی	22.25	3.20	
	خانه دار	26.15	3.81	
	کارمند	26.85	4.99	
	بازنشسته	23.82	2.40	
نوع بیماری	خون	25.74	4.77	Df =6 و t=0/7 P=0/64
	پستان	27.66	6.12	
	گوارش	25	3.70	
	ژنیتال	25.31	4.15	
	سایر	26.80	3.90	
نحوه زندگی	با همسر	24.089	3.05	Df =130 و t= -1/50 P=0/13
	با همسر و فرزندان	26.26	4.54	
سن	r= - 0/02			P=0/74
تعداد فرزندان	r=0/04			P=0/58
سن بزرگترین فرزند	r= 0/21			P=0/01
سن ازدواج	r= 0/20			P=0/02
مدت بستری اخیر	r= 0/03			P=0/73
طول مدت آگاهی از تشخیص	r= - 0/04			P=0/61

همانگونه که در جدول فوق دیده می شود در مورد مشخصه های شغل، سن ازدواج و سن بزرگترین فرزند رابطه آماری معنی داری با عملکرد کلی خانواده از دید بیماران مبتلا به سرطان وجود داشت. با افزایش سن ازدواج ($r=0/20$ و $p=0/02$) افزایش سن بزرگترین فرزند ($r=0/21$) و ($p=0/01$) عملکرد خانودگی بهتر می شود و بیماران کارمند، خانه دار و دارای شغل آزاد عملکرد بهتری نسبت به بیماران بازنشته و یا دارای شغل دانشگاهی داشتند. در سایر موارد رابطه آماری معنی داری بین عملکرد کلی خانوادگی با برخی مشخصات همسران بیماران مبتلا به سرطان وجود نداشت.

www.collegeprozhen.ir

جدول 11:

بررسی ارتباط برخی مشخصات همسران بیماران مبتلا به سرطان با گزارش آنها از عملکرد خانوادگی در بعد عملکرد کلی

متغیر	زیرگروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	شاخص های آماری
جنس	زن	25/39	4/80	Df =91 و t=1/40 P=0/53
	مرد	23/77	5/53	
میزان تحصیلات	ابتدایی	26/06	4/71	Df =3 و t=1/68 P=0/17
	دیپلم	25/12	5/64	
	دانشگاهی	24/51	4/30	
شغل	آزاد	6/31	23/23	Df =4 و t=0/60 P=0/66
	دانشگاهی	24/40	3/28	
	خانه دار	25/60	5/30	
	کارمند	24/96	4/54	
	بازنشسته	24/14	3/84	
با چه کسی زندگی می کنید	با همسر	24/80	4/32	Df =1 و t=0/01 P=0/90
	با همسر و فرزندان	24/95	5/29	
سن	r= - 0/03			P=0/70
تعداد فرزندان	r= 0/03			P=0/73
سن بزرگترین فرزند	r= 0/06			P=0/53
سن ازدواج	r= 0/05			P=0/63

همانگونه که در جدول فوق دیده می شود رابطه آماری معنی داری بین عملکرد کلی خانوادگی با برخی مشخصات همسران بیماران مبتلا به سرطان وجود نداشت.

فصل پنجم :

تفسیر یافته ها



هدف از مطالعه حاضر "درک زوجین از عملکرد خانواده هنگام وقوع سرطان در یکی از آنها" می باشد که در آن زوجین مراجعه کننده به بیمارستان شهید قاضی طباطبایی تبریز شرکت نمودند. این فصل به منظور تعبیر و تفسیر یافته ها ارائه می گردد. در این فصل ابتدا نتایج حاصل از مطالعه با نتایج مطالعات مشابه مقایسه شده، سپس نتیجه گیری نهایی آورده شده است. در ادامه، کاربرد یافته ها، محدودیت های پژوهش و پیشنهاداتی برای پژوهش های بعدی مطرح شده است.

بحث و تفسیر یافته ها:

نمونه ها در این پژوهش شامل 101 زوج بودند. که یکی از آنها مبتلا به یکی از انواع سرطان بود. میانگین سن نمونه ها 46/1 سال بود و 6 ماه از زمان تشخیص آنها می گذشت. 76/5 در صد بیماران مرد بودند. اکثر بیماران کارمند و دارای تحصیلات دانشگاهی بودند.

نتایج مطالعه حاضر در راستای هدف اول مطالعه تحت عنوان " بررسی عملکرد خانواده در بعد حل مساله هنگام وقوع سرطان در یکی از زوجین" نشان داد از نظر بیماران و همسران سالم آنها عملکرد خانواده در بعد حل مساله مختل شده است و در محدوده طبیعی قرار دارد. همچنین بین بیماران مبتلا به سرطان و همسران سالم آنها در بعد حل مساله تفاوت آماری معنا دار وجود ندارد.

در این راستا، یک مطالعه در شش کشور اروپایی (سوئیس، آلمان، اتریش، دانمارک، بریتانیا، فنلاند) بر روی بیماران مبتلا به سرطان و فرزندان آنها با هدف تعیین عملکرد خانواده انجام شد. نتایج نشان داد از نظر فرزندان و والدین، به طور کلی عملکرد خانواده ها در محدوده طبیعی قرار دارد و بعد حل مساله مانند سایر ابعاد مختل نشده است (19). همچنین، در مطالعه ای که به مقایسه

عملکرد خانواده های سالم و خانواده های دارای عضو مبتلا به سرطان پرداخته است بعد حل مساله خانواده هاء با و بدون عضو بیمار تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند(51).

در سال 2007 در کشور هلند یک مطالعه جهت بررسی رابطه عملکرد خانواده و مشکلات عاطفی و رفتاری نوجوانان دارای والدین مبتلا به سرطان توسط Gazendam¹ انجام شد. در این مطالعه 209 خانواده که یکی از زوجین آنها مبتلا به سرطان بودند مورد بررسی قرار گرفتند. شرکت کنندگان در این مطالعه، عملکرد خانواده در بعد حل مساله و سایر ابعاد را بالاتر از محدوده نرمال گزارش کردند. به عبارت دیگر، عملکرد خانواده در این خانواده ها نسبت به زمان قبل از وقوع سرطان بهتر شده بود (90). اما در مطالعه ای که با هدف تعیین عملکرد خانواده در بیماران مبتلا به صرع انجام شده است، نتایج نشان داد که در چنین خانواده هایی که دارای عضو مبتلا به صرع می باشد، عملکرد خانواده در بعد حل مساله مختل شده است(95).

در تبیین علت رابطه بین وجود بیماری مزمن در خانواده و عملکرد خانواده در بعد حل مساله می توان گفت وجود بیماری و تداوم آن در خانواده ها، باعث می شود که خانواده ها مجبور به تغییر حوزه های کارکردی خود شوند. در این خانواده ها راهکارهایی که برای مقابله و کنترل بیماری در پیش گرفته می شوند، اغلب ناکارآمد هستند و یا اینکه به روش مناسبی انجام نمی شوند(96). بنابر این طبق نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، شاید بتوان چنین نتیجه گرفت که راهکارهای خانواده های ایرانی برای سازگاری با بیماری احتمالاً کارآمدتر و مؤثرتر هستند و هم بیماران و هم همسران آنها درگیر مسائلی که به دلیل بروز سرطان در خانواده به وقوع می پیوند نیستند. شاید علت این امر مربوط به این باشد که بیماران مبتلا به سرطان با مشکلات زیادی روبرو می شوند و لازم است مهارت حل مساله خود را به مرور زمان تقویت کنند، بنابراین

Gazendam-Donofrio¹

این بعد از عملکرد خانواده در آنها دچار مشکل نمی شود و از طرف دیگر باز، با توجه به اینکه با افزایش تعامل مثبت بین زوجین مهارت حل مساله بیشتر رخ می دهد، هر چه تعامل منفی زوجین افزایش می یابد، مهارت حل مساله یا مذاکره کمتر اتفاق می افتد (97). دلیل تفاوت در یافته ها احتمالاً می تواند وجود تعاملات مثبت در خانواده ها و در بین زوجین ایرانی باشد.

نتایج مطالعه حاضر در راستای هدف دوم مطالعه تحت عنوان "عملکرد خانواده در بعد ارتباطات هنگام وقوع سرطان در یکی از زوجین" نشان داد که از نظر بیماران و همسران سالم آنها عملکرد خانواده در بعد ارتباطات مختل نشده است و در محدوده طبیعی قرار دارد و همچنین بین امتیازات کسب شده توسط بیماران مبتلا به سرطان در بعد ارتباطات و امتیازات کسب شده همسران سالم آنها در این حیطه تفاوت آماری معنادار وجود ندارد. از نظر کلارک بعد حل مساله و ارتباطات به عنوان مهمترین ابعاد عملکرد خانواده محسوب می شوند (77). نتایج مطالعه انجام شده توسط اسمیت بر روی بیماران مبتلا به سرطان و فرزندان آنها جهت تعیین عملکرد خانواده حاکی از آن است که طبق گزارش فرزندان و والدین شرکت کننده در مطالعه، عملکرد خانواده، در کل، مناسب است و بعد ارتباطات در این خانواده ها مختل نشده است (19).

در مطالعه دیگری که به صورت چند مرکزی در چند کشور اروپایی با هدف تعیین عملکرد خانواده و بررسی ارتباط آن با مشکلات عاطفی و رفتاری نوجوانان دارای والدین مبتلا به سرطان انجام شده است، نوجوانان شرکت کننده در مطالعه، هنگام ابتلاء یکی از والدین به سرطان، عملکرد خانواده در بعد ارتباطات و سایر ابعاد را بهتر گزارش نموده اند (90).

نتایج مطالعات انجام شده در سایر کشورها نشان می دهد خانواده هایی که دارای فرد مبتلا به سرطان یا سایر بیماری های مزمن مانند بیماری های روانی، مشکلات مزمن دستگاه گوارش و صرع هستند، در بعد ارتباطات دچار ضعف شده اند (51،95،98،99).

همچنین، در بررسی فاکتورهای مداخله کننده در قضاوت بیماران نسبت به سرطان سینه، مشاهده شد که در بعد ارتباطات اختلال وجود دارد که با ناامیدی در زنان مبتلا همراه است (87). به نظر می رسد که این عدم همخوانی می تواند به دلیل تفاوت در ماهیت، نوع و اثرات فیزیکی و روانی خاص و ویژه در بیماری های مختلف باشد.

بعد ارتباطات تنها متغیر عملکرد خانواده است که ارتباط معنادار با اضطراب بیماران دارد و بیمارانی که دچار اختلال در بعد ارتباطات شده اند، سطوح بالاتری از اضطراب را تجربه می کنند (77). بنابراین، می توان چنین گزارش نمود که بیماران شرکت کننده در مطالعه حاضر احتمالاً میزان اضطراب کمتری را تجربه کرده اند.

برقراری الگوهای ارتباطی سالم و توأم با همدردی بین زوجینی که یکی از آنها مبتلا به سرطان است، به آنها کمک می کند که ارزیابی مثبت و واقع گرایانه از استرس داشته باشند و به یک درک متقابل در مورد سرطان و اثرات آن و نیز موضوعات مهم زندگی خودشان برسند (100). نتایج مطالعه حاضر می تواند نشان دهنده این باشد که زوجین شرکت کننده در این مطالعه توانایی برقراری الگوهای ارتباطی سالم در خانواده را داشته و قادر بوده اند که در زمان وقوع بحران در خانواده ارزیابی مثبت از استرس داشته و با آن به طور موثر سازگار شوند.

نتایج مطالعه حاضر در راستای هدف سوم مطالعه تحت عنوان "بررسی عملکرد خانواده در بعد نقش ها هنگام وقوع سرطان در یکی از زوجین" نشان داد که از نظر بیماران و همسران سالم آن ها عملکرد خانواده در بعد نقش ها مختل نشده است و در محدوده طبیعی قرارداد،

همچنین بین امتیازات کسب شده توسط بیماران مبتلا به سرطان در بعد نقش ها و امتیازات کسب شده همسران سالم آنها در این حیطه تفاوت اماری معنادار وجود ندارد. به عبارت دیگر به نظر می رسد که بعد نقشها در خانواده های مورد مطالعه تحت تاثیر بیماری سرطان قرار نگرفته است.

نتایج مطالعه انجام شده در کشور های اروپایی بر روی بیماران مبتلا به سرطان و فرزندان آنها نشان داد که درک فرزندان و والدین از عملکرد خانواده مثبت بوده و بعد نقش ها در این خانواده ها مختل نشده است (19).

در سال 2007 نیز یک مطالعه در کشور هلند جهت بررسی رابطه عملکرد خانواده و مشکلات عاطفی و رفتاری نوجوانان دارای والدین مبتلا به سرطان انجام شد. شرکت کنندگان این پژوهش زوجینی بودند که یکی از آنها مبتلا به سرطان بوده و معیارهای ورود به مطالعه را داشتند. نتایج نشان داد عملکرد خانواده در بعد ارتباطات و سایر ابعاد عملکرد خانواده بهتر شده است (90). در مطالعه ای بر روی بیماران مبتلا به صرع، جهت تعیین عملکرد خانواده، نتایج نشان دادند که با وجود یک عضو دارای بیماری مزمن در خانواده، عملکرد خانواده در بعد نقش ها دچار اختلال نشده است (95).

اما از نظر ¹Given شواهدی وجود دارد که نشان می دهد در مراحل پیشرفته بیماری تغییر در نقش های اعضای خانواده رخ می دهد و بار تحمیل شده بر مراقبت کنندگان باعث افت کیفیت زندگی بیماران و خانواده های آنها می گردد (101). همچنین همسران زنان مبتلا به سرطان سینه علاوه بر اینکه نقش های خود را ایفا می کنند، نقش های همسران خود را نیز به دوش می گیرند (89). فرزندان والدین مبتلا به سرطان نیز به نوبه خود تغییر در نقش را تجربه می

¹ Given Barbara

کنند، بخصوص هنگامی که مادران بیمار می باشند، فرزندان مجبورند علاوه بر تحمل مسائل روانی مربوط به بیماری مادرانشان در مواقع عدم حضور مادر به دلیل بستری شدن یا توانایی جسمی ناکافی، به امور منزل بپردازند. (102).

بنابر این وقتی نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که بعد نقش های خانواده تحت تاثیر سرطان قرار نمی گیرد، به نظر می رسد که عدم تغییر در نقش ها در این خانواده ها از یک سو نشان دهنده تاثیر مثبت و تعیین کننده فرهنگ و از سوی دیگر حاکی از وجود روابط خاص خانوادگی در شرایط بحران در بین خانواده های ایرانی باشد. زیرا تاثیر تشخیص یک بیماری تهدید کننده مانند سرطان بر عملکرد خانواده ها بستگی زیادی به فرهنگ و روابط اجتماعی حاکم بر جامعه دارد (89، 101). در نتیجه، به راحتی نمی توان یافته های جوامع مختلف در مورد خانواده و مولفه های مربوط به آن را به یکدیگر تعمیم داد.

نتایج مطالعه حاضر در راستای هدف چهارم مطالعه تحت عنوان " بررسی عملکرد خانواده در بعد پاسخگویی عاطفی هنگام وقوع سرطان در یکی از زوجین " نشان داد که از نظر بیماران و همسران آنها عملکرد در بعد پاسخگویی عاطفی مختل نشده است و در محدوده طبیعی قرار دارد و همچنین بین امتیازات کسب شده توسط بیماران مبتلا به سرطان در بعد پاسخگویی عاطفی و امتیازات کسب شده همسران سالم آنها در این حیطه تفاوت آماری معنادار وجود ندارد. در برخی مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف که به منظور تعیین عملکرد خانواده بیماران و فرزندان آنها صورت گرفته است، نتایج حاکی از آن بوده است که عملکرد خانواده ها در بیماران مبتلا به سرطان و فرزندانشان در بعد پاسخگویی عاطفی مختل نشده است (77 و 19).

همچنین در مطالعه انجام شده در کشور هلند، جهت بررسی رابطه عملکرد خانواده و مشکلات عاطفی و رفتاری نوجوانان دارای والدین مبتلا به سرطان، مشخص شد که از نظر فرزندان و والدین، عملکرد خانواده در بعد پاسخگویی عاطفی بهتر شده است (90).

در برخی از بیماریهای مزمن نیز اختلال در بعد پاسخگویی عاطفی عملکرد خانواده مشاهده شده است. به عنوان مثال هنگام بررسی عملکرد خانواده والدینی که جراحی مغز انجام داده اند، در گزارشات فرزندان آنها اختلال در بعد پاسخگویی عاطفی مشاهده شده است (102) و یا بررسی عملکرد خانواده بیماران مبتلا به صرع نیز حاکی از وجود اختلال در این بعد است (95). همچنین، مردان مبتلا به افسردگی مزمن، اختلال در بعد پاسخگویی عاطفی دارند که با شدت افسردگی آنها ارتباط معنادار دارد (105).

اما در خانواده های مورد مطالعه در پژوهش حاضر، پاسخگویی عاطفی خانواده از لحاظ کمی و کیفی متناسب با موقعیت تنشزا است. در توجیه تضاد در یافته های مطالعه حاضر و مرور بر متون انجام شده می توان گفت، چگونگی پاسخگویی اعضای خانواده نسبت به تنش می تواند وضعیت روانی بیماران را تحت تاثیر قرار دهد. به عبارت دیگر هنگامی که بیمار نمی تواند در دوران تنش پاسخ همدلانه از خانواده دریافت کند، شدت افسردگی بیمار بیشتر می شود (89). در تایید این مساله، مطالعه فبر در سال 2011 نیز نشان داد که مردان بیمار نسبت به زنان بیمار امتیازات بالاتری در بعد پاسخگویی عاطفی دارند و در نتیجه شدت افسردگی در آنها بیشتر است (105).

در چنین خانواده هایی توانایی ابراز هیجانات هم از نوع مثبت و هم منفی، مختل شده است. وجود اختلال در زمینه صمیمیت و نزدیکی بین اعضای خانواده ممکن است یکی از دلایل عملکرد بد خانواده ها در بعد پاسخگویی عاطفی باشد (106). بنابراین در خانواده های مورد مطالعه احتمالاً صمیمیت موجود بین زوجین، مانع از ایجاد اختلال در این بعد شده است. اما در خانواد

های مورد مطالعه که بعد پاسخگویی عاطفی مختل نشده است احتمالاً خانواده ها قادر به ابراز هیجانات خود می باشند که ناشی از وجود صمیمیت در خانواده ها می باشد.

نتایج مطالعه حاضر در راستای هدف پنجم مطالعه تحت عنوان " عملکرد خانواده در بعد

آمیزش عاطفی هنگام وقوع سرطان در یکی از زوجین " نشان داد که از نظر بیماران و

همسران سالم آنها عملکرد خانواده در بعد آمیزش عاطفی مختل نشده است و در محدوده طبیعی

قرار دارد و همچنین، بین امتیازات کسب شده توسط بیماران مبتلا به سرطان در بعد آمیزش

عاطفی و امتیازات کسب شده همسران سالم آنها در این حیطه تفاوت آماری معنادار وجود ندارد.

نتایج پژوهش ملیس نشان داد که خانواده های دارای عضو مبتلا به سرطان در بعد آمیزش عاطفی

دچار اختلال هستند (ملیس 2009). همچنین سوچینی نیز در مطالعه خود ضمن تایید این

مطلب اشاره نموده است که عملکرد نامناسب در بعد آمیزش عاطفی ارتباط مستقیم با میزان نا

امیدی در بیماران دارد (87).

در پژوهش انجام شده بر روی خانواده های دارای پدر یا مادر مبتلا به سرطان نیز بعد آمیزش

عاطفی در گزارشات فرزندان آنها از عملکرد خانواده مختل نشده است و در محدوده طبیعی قرار

دارد (19) که یافته های این دسته از مطالعات با مطالعه حاضر همخوانی دارد. حتی برخی از

مطالعات نیز، بهبود بعد آمیزش عاطفی عملکرد خانواده، پس از ابتلاء یک عضو به سرطان را

گزارش نموده اند (90). این سه نوع یافته، یعنی بهتر شدن عملکرد خانواده در بعد آمیزش

عاطفی، بدتر شدن عملکرد و قرار داشتن در محدوده طبیعی، می تواند به این دلیل باشد که

زوجین در جوامع مختلف، روش های برقراری ارتباط متفاوتی را به کار می برند. زیرا روانشناسان

خانواده اذعان دارند ارتباط درست و صحیح، صمیمیت عاطفی و هیجانی زوج ها را افزایش می

دهد. اگر زوجین بتوانند با روش های درست ارتباط برقرار کنند، نه تنها ارتباطات موثری با هم

خواهند داشت بلکه صمیمیت آنها نیز افزایش می یابد. از طرفی افزایش صمیمیت و همراهی عاطفی زن و شوهر، حساسیت آنها را نسبت به هم بالا برده، در نتیجه باعث می شود آمیزش عاطفی آنها نیز بالا رود(108).

بنابراین با توجه به اینکه بعد ارتباطات در خانواده های مورد مطالعه در این پژوهش در محدوده طبیعی قرار دارد، به تبع آن بعد آمیزش عاطفی نیز در محدوده طبیعی گزارش شده است. این یافته ها می تواند موید این موضوع باشد که زوجین مورد مطالعه تا حد زیادی توانسته اند همدیگر را درک کرده و قادر بوده اند که درک موثر و درستی از علائق و نیازهای همدیگر داشته باشند.

نتایج مطالعه حاضر در راستای هدف ششم مطالعه تحت عنوان "بررسی بعد عملکرد خانواده در بعد کنترل رفتار هنگام وقوع سرطان در یکی از زوجین" نشان داد که از نظر بیماران و همسران سالم آنها عملکرد خانواده در بعد کنترل رفتار مختل نشده است و در محدوده طبیعی قرار دارد. همچنین بین امتیازات کسب شده توسط بیماران مبتلا به سرطان در بعد کنترل رفتار و امتیازات کسب شده همسران سالم آنها در این حیطه تفاوت آماری معنادار وجود ندارد.

ملیس در پژوهش خود بر روی عملکرد خانواده بیماران مبتلا به سرطان اشاره نموده است که نیمی از خانواده ها از الگوهای ناسالم کنترل رفتار استفاده می نمایند و نیم دیگر خانواده ها در بعد کنترل رفتار اختلال ندارند (98). همچنین درمرور بر متون انجام شده در جوامع و فرهنگ های مختلف، هنگام وقوع سرطان یا سایر بیماری های مزمن، بعد کنترل رفتار عملکرد خانواده مناسب و در محدوده طبیعی گزارش شده است(13،19،90،95،106) که این نتایج، با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. بنابراین می توان نتیجه گرفت که خانواده های شرکت کننده در این مطالعه و سایر مطالعات ذکر شده که دارای بیماران مزمن هستند، از بین چهار شیوه کنترل

رفتار، بیشتر از شیوه اقتدار منطقی (که بهترین نوع کنترل رفتار است استفاده کرده اند تا شیوه های خشک یا آشفته و غیر کارآمد.

نتایج مطالعه حاضر در راستای هدف هفتم مطالعه تحت عنوان " بررسی بعد عملکرد خانواده در بعد عملکرد کلی هنگام وقوع سرطان در یکی از زوجین " نشان داد که از نظر بیماران و همسران سالم آنها عملکرد خانواده مختل نشده است و در محدوده طبیعی قرار دارد و همچنین بین امتیازات کسب شده توسط بیماران مبتلا به سرطان در بعد عملکرد کلی و امتیازات کسب شده همسران سالم آنها در این حیطه تفاوت آماری معنادار وجود ندارد. در مرور بر متون انجام شده برخی از مطالعات انجام یافته بر روی خانواده های بیماران مبتلا به سرطان، عملکرد کلی خانواده را همسو با پژوهش حاضر و در محدوده طبیعی گزارش نموده اند (19) و برخی نیز حتی بهتر از محدوده ی طبیعی گزارش کرده اند (50،54،55،90). در خانواده های دارای عضو مبتلا به سایر بیماری های مزمن نیز اختلال در بعد عملکرد کلی رخ داده است (95،104).

همچنین برخی مطالعات نشان داده اند که ابتلاء یکی از والدین به سرطان عملکرد کلی خانواده را تضعیف می کند (98،108)، به خصوص زمانی که مرد خانواده دچار بیماری می گردد (98). اختلال در عملکرد کلی خانواده ارتباط معنادار مثبت با شرایط روحی و روانی فرزندان خانواده دارد (108).

در این بعد از عملکرد خانواده، هنگام مرور بر متون باز هم با 3 نوع از نتایج روبرو شده ایم. نتایج همسو با مطالعه حاضر که عملکرد کلی خانواده را در محدوده طبیعی گزارش نموده اند، مطالعاتی که عملکرد کلی را بالاتر از محدوده طبیعی گزارش کرده اند و مطالعاتی که عملکرد کلی خانواده

را ضعیفتر گزارش نموده اند. علت اختلاف در یافته ها می تواند به این دلیل باشد که هنگام تجربه یک بیماری یا بحران، خانواده اگر بتواند پیوندهای خانوادگی را محکم تر کند و به عنوان یک کل عمل کند، می تواند توانایی تحمل تحول عاطفی را که به دنبال بیماری تجربه می شود به دست آورد (109). از آنجائیکه روابط و پیوندهای عاطفی حاکم بر خانواده های ایرانی دارای ریشه های عمیقی است، بنابراین از تزلزل خانواده هنگام وقوع بحران پیشگیری می کند.

در راستای هدف هشتم و فرعی مطالعه، "ارتباط بین عملکرد کلی خانواده با برخی ویژگیهای فردی- اجتماعی و اطلاعات مرتبط با بیماری سرطان"، نتایج مطالعه نشان داد که در بیماران مبتلا به سرطان بین سن ازدواج (مدت زمان زندگی زناشویی) و سن بزرگترین فرزند ارتباط مستقیم وجود دارد. به عبارتی، هر چه طول مدت زندگی زناشویی زوجین بیشتر باشد، عملکرد خانواده بهتر گزارش شده است. محققان اثبات کرده اند که رابطه آماری معنادار بین طول مدت ازدواج و رضامندی زناشویی وجود دارد، احتمالاً دلیل این رابطه می تواند مربوط به این باشد که با افزایش طول مدت ازدواج، زوجین شناخت بیشتری از عواطف همدیگر پیدا می کنند و بهتر می توانند همدیگر را درک کنند (110).

همچنین، بیماران کارمند، خانه دار و دارای شغل آزاد عملکرد بهتری نسبت به بیماران بازنشسته و یا دارای شغل دانشگاهی داشتند. در سایر موارد رابطه آماری معنی داری بین عملکرد کلی خانوادگی با برخی مشخصات همسران بیماران مبتلا به سرطان وجود نداشت.

یافته ها نشان می دهد بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان ارتباط وجود دارد (111، 112). همچنین، بین جنسیت، سن، شغل و وضعیت اجتماعی و کیفیت زندگی

بیماران ارتباط معنادار وجود ندارد. اما بین تعداد دوره های شیمی درمانی در بیماران سرطانی و کیفیت زندگی ارتباط وجود دارد (113).

مطالعات ذکر شده ارتباط برخی مشخصات دموگرافیکی مبتلایان به سرطان را با کیفیت زندگی آنها مقایسه نموده اند نه با عملکرد خانواده. اما بعضی از مطالعات در سایر کشورها نیز بین مشخصات دموگرافیکی مشارکت کنندگان و امتیاز عملکرد کلی خانواده ارتباط معنادار گزارش نکرده اند (14، 19). طبق مرور بر متون ذکر شده فوق، نتایج تحلیل وجود یا عدم وجود ارتباط بین عملکرد خانواده با مشخصات دموگرافیکی شرکت کنندگان، در مورد برخی مشخصات دموگرافیکی همخوانی با مطالعات قبل را نشان می دهد، اما در مورد برخی مشخصات عدم همخوانی وجود دارد. علت این عدم همخوانی در مطالعات می تواند مربوط به تفاوت در سطح رفاه اجتماعی و سقف حمایت سازمان های مختلف مانند بیمه گذاران در کشورهای مختلف، خصوصاً کشورهای در حال توسعه باشد. حتی در بین بیماران شرکت کننده در این مطالعه نیز تفاوت در میزان حمایت بیمه ها و سایر سازمان هایی که بیماران وابسته به آنها بودند، مشهود بود. بنابر این، با توجه به این تفاوت ها نمی توان در مورد ارتباط بین مشخصات دموگرافیکی بیماران و عملکرد خانواده، انتظار نتایج مشترکی را داشت.

نتیجه گیری کلی:

این پژوهش اولین مطالعه ای است که به بررسی عملکرد خانوادگی در خانواده های ایرانی می پردازد که یکی از زوجین مبتلا به سرطان هستند. نتایج این مطالعه نشان داد که عملکرد خانواده گزارش شده توسط زوجین در ابعاد مختلف مناسب و در محدوده طبیعی قرار دارد. با این وجود از مجموع یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت که هنگام برنامه ریزی برای ارائه خدمات

به بیماران مبتلا به سرطان باید در نظر داشت که بررسی نیازهای خانواده بیماران بستری در بخش های شیمی درمانی نقش انکارناپذیری در جهت شناخت نیازهای خانواده و کمک به رفع آنها دارد. بنا بر این نباید از توجه بیشتر به خدمات مشاوره ای برای خانواده آنها غفلت نمود، زیرا خانواده منبع اولیه مراقبت و حمایت در بیماران سرطانی می باشد. بطور کلی، لزوم در نظر گرفتن کل واحد خانواده به عنوان مددجو از ضروریات ارائه مراقبت های پرستاری و حمایتی خانواده محور از بیماران سرطانی می باشد.

پرستاران به عنوان عضوی از تیم پزشکی نقش مهمی در تشخیص، درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان دارند و از آنجائیکه پرستاران نسبت به سایر اعضای تیم درمانی وقت بیشتری با بیماران سپری می کنند، شاید پرستاران اولین افرادی باشند که می توانند نیازهای بیماران و خانواده های آنان را تشخیص داده و در بهبود کیفیت زندگی آنها موثر باشند. بنابراین، دست اندرکاران آموزش پرستاری لازم است گام های موثرتری در زمینه ارتقاء دیدگاه افراد، به خصوص خانواده بیماران تحت درمان بردارند. همچنین با توجه به اینکه نتایج مطالعه نشان داد هر چه مدت زمان زندگی زناشویی بیشتر باشد، عملکرد خانواده بهتر است، بنابراین خانواده های نوپا در اولویت دریافت مراقبت ها و آموزش های خانواده محور قرار دارند.

محدودیت های پژوهش:

- با توجه به اینکه وضعیت عاطفی، نگرش و فرهنگ خانواده بیماران مبتلا به سرطان و رضایت آنها از شرایط محیطی در زمان تکمیل پرسشنامه ممکن است بر نحوه پاسخگویی آنها تاثیر داشته باشد، سعی گردید بیماران و همسران آنها در یک شرایط نسبتاً مساعد به تکمیل پرسشنامه بپردازند تا تاثیرات محیط تا حدی کنترل گردد.

- احتمال دارد زیاد بودن تعداد سوالات مندرج در پرسشنامه باعث کاهش دقت پاسخگویی واحدهای مورد پژوهش شده باشد که جهت دستیابی به اهداف پژوهش، کاهش تعداد سوالات مقدور نبود. اما جهت تسهیل پاسخگویی به سوالات، با توجه به اینکه پژوهش گر از پرسنل بیمارستان شهید قاضی طباطبایی بود، سعی شد حتی المقدور در زمانی که بیماران و همسران آنها شرایط روحی و محیطی مساعد جهت تکمیل پرسشنامه داشتند، پرسشنامه در اختیار آنها گذاشته شود.

- جامعه این پژوهش بیماران مراجعه کننده به بیمارستان قاضی طباطبایی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز بودند. بیماران مراجعه کننده به مراکز خصوصی یا سایر مراکز درمانی به علت عدم دسترسی و هماهنگی در مطالعه وارد نشدند بنابراین باید در تفسیر اطلاعات احتیاط نمود.

- کیفیت رابطه زوجین قبل از ابتلا به بیماری، عاملی است که می تواند روابط زوجین بعد از ابتلا به بیماری را تحت الشعاع خود قرار دهد، که کنترل این مورد امکان پذیر نبود.

کاربرد یافته های پژوهش

آموزش پرستاری:

بررسی نیازهای خانواده بیماران بستری در بخش های شیمی به شناخت نیازهای این خانواده ها و رفع آنها کمک می کند. بنابراین، دست اندرکاران آموزش پرستاری باید گام های موثرتری در زمینه ارتقاء دیدگاه افراد، به خصوص خانواده بیماران بستری در بخش های شیمی درمانی بردارند. همچنین، برنامه ریزان، طراحان و مجریان آموزش پرستاری می توانند برنامه های

آموزشی را به نحوی تنظیم کنند که پرسنل و دانشجویان پرستاری با میزان اهمیت مراقبت خانواده محور در بیماران مبتلا به سرطان آشنا شوند و با ارائه مراقبت های صحیح و اصولی در جهت بهبود کیفیت زندگی و عملکرد خانواده بیماران مبتلا به سرطان اقدام کنند.

پژوهش پرستاری:

با توجه به اینکه مطالعه ای در ایران یافت نشد که به عملکرد خانواده بیماران سرطانی بپردازد، یافته های این مطالعه می تواند پایه ای برای مطالعات بعدی در حوزه آموزش خانواده در جهت ارتقاء عملکرد سامانه خانواده و مراقبت های خانواده محور باشد.

مراقبت پرستاری:

با توجه به اینکه ابتدا یک عضو به سرطان، کل خانواده را درگیر می کند و نیز هنگام مراقبت از بیماران در نگرش سیستمی لازم است پرستاران کل خانواده را به عنوان مددجو در نظر بگیرند، از پرستاران بالینی انتظار می رود مراقبت خانواده محور به این بیماران ارائه دهند و با حمایت روحی- روانی از بیماران و سایر اعضای خانواده، برای سازگاری با این بحران به خانواده ها یاری رسانند و به مسائل عاطفی بیماران و خانواده های آنان توجه داشته باشند و با برقراری ارتباط مناسب کلامی پاسخگوی سوالات آنان باشند.

مدیریت و خدمات پرستاری:

نتایج حاصل از این مطالعه می تواند به ارائه دهندگان خدمات پرستاری در شناخت نیازهای بیماران مبتلا به سرطان و خانواده های آنها یاری رساند تا در برنامه ریزی های خود ارائه خدمات مشاوره ای و حمایتی خانواده-محور را برای بیماران مد نظر داشته باشند.

مسئولان نظام سلامت و مدیران ارشد پرستاری می توانند با شناخت عملکرد خانواده و عوامل موثر در ارتقاء آن در برنامه ریزی سلامتی و بهداشتی برای بیماران مبتلا به سرطان، خانواده آنها

را نیز در نظر بگیرند و با فراهم سازی تسهیلات مورد نیاز در جهت ارتقاء عملکرد خانواده این بیماران قدم بردارند.

- همچنین یافته های این مطالعه می تواند برای مشاوران و روانشناسان بالینی نیز در کار با خانواده ها کاربرد داشته باشد.

پیشنهادهای برای پژوهش های بعدی:

- از آنجایی که این پژوهش در بخش های تکنولوژی و بر روی بیماران مبتلا به سرطان انجام شده است، پیشنهاد می گردد پژوهش هایی بر روی بیماران مبتلا به سایر بیماریهای مزمن انجام شده و با بیماران مبتلا به سرطان مقایسه شود.
- با توجه به اینکه این مطالعه در بیمارستان قاضی طباطبایی تبریز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شده است و بیماران آذری در این مطالعه وارد شده اند، پیشنهاد می گردد مطالعات دیگری در سایر مراکز درمانی استان ها انجام شده و نتایج جهت بررسی تاثیر فرهنگ و قومیت بر عملکرد خانواده ها با یکدیگر مقایسه شود.
- همچنین با توجه به اینکه شرایط جسمی، عاطفی، روانی و نقشهای زن و مرد در خانواده متفاوت است، پیشنهاد می گردد در مطالعات بعدی، هر کدام از زوجین به تنهایی بررسی و سپس نتایج به دست آمده با یکدیگر مقایسه شوند.
- به دلیل تفاوت بودن مدت زمان بستری، طول درمان، هزینه درمان و همچنین عوارضی که انواع سرطانها بر جای می گذارند، پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی، عملکرد خانوادگی بیماران مبتلا به انواع مختلف سرطان بصورت جداگانه بررسی و با همدیگر مقایسه شوند.

- پیشنهاد می گردد در مطالعات بعدی، میانگین عملکرد کلی خانواده های ایرانی با خانواده های جوامع دیگر مقایسه گردد.
- پیشنهاد می گردد ابزار ویژه ای جهت بررسی عملکرد خانواده های بیماران مبتلا به سرطان طراحی گردد.

کالج پزشکی
www.collegeprozheh.ir

References:

1. Montaseri S, Sharif F. Identification of health problems and psychosocial parents of children with cancer. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 1387; 12(2).
2. Ghanbari A, Baghaee Lakh M. Nursing research priorities for nurses caring for cancer patients. Iran Journal of Nursing. 1388; 22(57).
3. Zolfaghari M, ParsaYekta Z, BahramNejad F, KazemNejad A, Monjamed A. Knowledge about seven warning signs of cancer and protective measures of cancer among people in Tehran, Iran: Payesh. Journal of The Iranian Institute For Health Sciences Research. 2010;9(3):317-324.
4. Cancer health topic. <http://www.who.int/cancer/en/index.html>.
5. Mousavi S M, Gouya M M, Ramazani R, Davanlou M, Hajsadeghi N, Seddighi Z. Cancer incidence and mortality in Iran. Annals of Oncology. 2009;20(3).
6. Zaider T, David W. Psychosocial interventions for couples and families coping with cancer. psycho-oncology. 2010: 483-487.
7. Hagedoorn M, Kreicbergs U, Appel C. Coping with cancer: The perspective of patients relatives. ActaOncologica. 2011;50(2):205-211.
8. Friedman M, Bowden V. R. Family nursing: Research, theory & practice. Appleton & Lange Stamford. 2003; 12-154-92.
9. Stanhope M, Lancaster J, et al. Community/public health nursing online for foundations of nursing in the community (user guide and access code): community-oriented practice. Recherche. 2008; 67(2): 346- 416.
10. Stanhope M, Lancaster J. Foundations of Nursing in the Community, Community-Oriented Practice. Recherche. 2005;67(2):550.
11. Panganiban-Corales AT, Medina MF. Family resources study: part 1, family function and caregiver strain in childhood cancer. Asia Pacific family medicine. 2011;10(1):14.
12. Barker, Ph. Basic family therapy. Translated by Dehghani Mohsen, Dehghanizohre. 3ed. Roshd publisher. Tehran. 1388.

13. Beyrami M ,Farnam A , Gholizadeh H , Imani M. Depressed Patient's Family Functioning, a Study Based on McMaster's Model. Medical Journal of Tabriz University of Medical Science & Health Service. 2010; 32(2).
14. Northouse LL, Katapodi MC, Song L, Zhang L, Mood DW. Interventions with Family Caregivers of Cancer Patients: Meta Analysis of Randomized Trials. CA: a cancer journal for clinicians. 2010;60(5):317-339.
15. Samiee F, Anoosheh M. The study of the effects of group counseling on symptom scales of QOL of patients with breast cancer undergoing chemotherapy. Breast disease journal. 2010;3(1): 28-39.
16. Hosseini M, Rouhani K, Hosseinzadeh S. Family health nursing. Boshrapublisher. Shahid Beheshti Faculty of Nursing and Medwifery, Tehran. 1382.
17. Paula K, Rauch M. Who is looking after the children? Helping children cope with parent cancer. American Society of Clinical Oncology. 2004;20(21) .
18. M Watson, James-Roberts ST, Ashley S, Tilney C, Brougham B, Edwards L, BaldusC,Romer G. Factors associated with emotional and behavioural problems among school age children of breast cancer patients. Br J Cancer. 2006;94(1).
19. Schmitt F, Piha J, Helenius H, Baldus C, Kienbacher C, Steck B, Thastum M, Watson M, Romer G. Multinational study of cancer patients and their children: factors associated with family functioning. Journal of clinical oncology. 2008;26(36):5877-5883.
20. Weaver KE, Rowland JH. Parental cancer and family. Cancer. 2010;116(18):4395- 4401.
21. Barakat LP, Marmer PL, Schwartz LA. Quality of life of adolescents with cancer: family risks and resource. Health and Quality of Life Outcomes. 2010; 8(63).
22. Carlson LE, Bultz BD, Specia M. Partners of cancer patients: Part II. Current psychosocial interventions and suggestions for improvement. Journal of Psychosocial Oncology. 2000;18(3): 33-44.

23. Biffi RG, Mamede MV. Perception of Family Functioning Among Relatives of Women Who Survived Breast Cancer. Gender Differences:Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2010; 18(2): 269-277.
24. Huyghe E, Sui D, Odensky E, Schover LR. Needs assessment survey to justify establishing a reproductive health clinic at a comprehensive cancer center. The Journal of Sexual Medicine. 2009; 6(1):149-63.
25. Nies M, McEwen M. Community/public health nursing. Promoting the health ofPopulations. 2010;5:369-370.
26. IldarabaadiE. Textbook of Community Health Nursing (1,2,3).2 ed.publisher: jameenegar .tehran.1387, 45.
27. Fotokian Z, Alikhani M, Yazdi N Salman, Jamshidi R. Quality of lives of primary relatives providing care for their cancer patients. Iran Journal of Nursing. 2004;17(38):42-50.
28. Heydari S, Salahshourian-fard A, Rafii F ,HoseiniF. Correlation of Perceived Social Support from Different Supportive Sources and the Size of Social Network with Quality of Life in Cancer Patients. Iran Journal of Nursing. 2009;22(61):8-18.
29. Tiffin PA, Pearce M, Kaplan, Fundudis T. The impact of socio-economic status and mobility on perceived family functioning. Journal of Family and Economic Issues. 2007;28(4):653-667.
30. Bsarookhan. Introduction to Sociology of the Family.Publisher. Soroush. 17 ed. Tehran, 66-67.
31. Tennessee N. Assessment offamily qualityoflife among families with a member who has cancer. PHD Dissertation.Submitted to the Faculty of the Graduate School of Vanderbilt University. 2009; 22-24.
32. Oxford Dictionaries the words most trusted dictionaries, definition of couples in English. Internet. Uodated. 2013.
- Available from:[http://oxforddictionaries.com/definition/ English/couples](http://oxforddictionaries.com/definition/English/couples).
33. Sanayi, bagher. Marriage and family assessment scales. 2thEdition, besat pub; 6.1387.
34. Efron, R. What is perception?. In Proceedings of the Boston Colloquium for the Philosophy of Science. Springer Netherlands. 1969;137-173.

35. Bruce Goldstein E. Sensation and Perception. University of Pittsburgh. Canada. 2014;9:5-6.
36. Brunner and Suddarths. Nursing Internal-Surgical. Blood diseases. Boshra publisher, Tehran, 1378;11.
37. Claudette G. Varricchio. A cancer source book for nurses. American Cancer Society. Canada. 2004;8:14- 30.
38. Cardy P, Corner J, Evans J. Worried sick: the emotional impact of cancer. Research for Macmillan Cancer Support conducted by Opinion Leader Research. 2006.
39. Matthew D, Galsky MD. Everything You Need to Know About Cancer in Language You Can Understand. Jones & Bartlett publisher. Canada. 2010;19-24.
40. Siegel R, Jiemin Ma, Zhaohui Z, Ahmedin. Cancer statistics. A Cancer Journal for Clinicians. 2014;64(1):9-29.
41. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics. A Cancer Journal for Clinicians. 2013; 63(1):11-30.
42. Ministry of health and Medical Education in unit the Non-infectious diseases. Country report of cancer record in year 1385.
43. <http://www.tebyan.net/newindex.aspx>. Accessed May 2012.
44. Nora Kearney, Alison Richardson, Paola Di Giulio. Cancer Nursing Practice: A Textbook for the Specialist Nurse. Publisher: Churchill Livingstone, 1e Paperback, 2000.
45. Deng G, Cassileth BR. Integrative oncology; complementary therapies for pain. Anxiety and mood disturbance: CA Cancer. 2005;55(2):109-16.
46. Lee A, Mu HY. Diagnosis disclosure in cancer patients—when the family says “no”!. Singapore Med Journal. 2002;43(10):533-8.
47. Zebrack BJ. Cancer survivor: identity and quality of life. Cancer Pract. 2000;8(5):238-42.
48. Adams E, Boulton M, Watson E. The information needs of partners and family members of cancer patients: a systematic literature review. Patient education and counseling. 2009;77(2): 179.

49. Fletcher K A, Lewis FM, Haberman MR. Cancer related concerns of spouses of women with breast cancer. *Psycho Oncology*. 2010;19(10):1094-1101.
50. Manne S, Badr H. Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer. *Cancer*. 2008;112(S11):2541-2555.
51. Sheppard L. A, Ely S. Breast cancer and sexuality. *The Breast Journal*. 2008;14(2):176-181.
52. Hagedoorn M, Sanderman R, Bolks HN, Tuinstra J, Coyne JC. Distress in couples coping with cancer: a meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychological bulletin*. 2008;134(1):1.
53. Hagedoorn M, Buunk BP, Kuijter RG, Wobbles T, Sanderman R. Couples dealing with cancer: role and gender differences regarding psychological distress and quality of life. *Psycho-oncology*. 2000;9(3):232-242.
54. Dorval M, Guay S, Mondor M, Mâsse B, Falardeau M, Robitoux A, Deschênes L, Maunsell E. Couples who get closer after breast cancer: frequency and predictors in a prospective investigation. *Journal of Clinical Oncology*. 2005;23(15):3588-3596.
55. Morgan MA, Small BJ, Donovan KA, Overcash J, McMillan S. Cancer patients with pain: the spouse/partner relationship and quality of life. *Cancer nursing*. 2011;34(1):13.
56. Rainville F, Dumont S, Simard S, Savard MH. Psychological Distress Among Adolescents Living with a Parent with Advanced Cancer. *Journal of psychosocial oncology*. 2012;30(5):519-534.
57. Kennedy VL, Lloyd Williams M. How children cope when a parent has advanced cancer. *Psycho Oncology*. 2009;18(8):886-892.
58. Sieh DS, Meijer AM, Oort FJ, Visser-Meily JMA, Van der Leij DAV. Problem behavior in children of chronically ill parents: a meta-analysis. *Clinical child and family psychology review*. 2010;13(4):384-397.
59. Visser-Meily A, Post M, Gorter JW, Berlekom SBV, Van Den Bos T, Lindeman E. Rehabilitation of stroke patients needs a family-centred approach: Disability and Rehabilitation. 2006;28(24):1557-61.

60. Forrest G1, Plumb C, Ziebland S, Stein A. Breast cancer in young families: a qualitative interview study of fathers and their role and communication with their children following the diagnosis of maternal breast cancer. *Psycho-Oncology*. 2009;18(1):96-103.
61. Brown RT, Fuemmeler B, Anderson D, Jamieson S, Simonian S, Hall RK, Brescia F. Adjustment of children and their mothers with breast cancer. *Journal of pediatric psychology*. 2007;32(3): 297-308.
62. Syse A, Aas GB, Loge JH. Children and young adults with parents with cancer: a population-based study. *ClinEpidemiol*. 2012; 4: 41-52.
63. Osborn T. The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescents: a systematic review. *Psycho Oncology*. 2007;16(2):101-126.
64. Lewis FM. Parental cancer and dependent children: selected issues for future research. *Psychooncology*. 2007;16(2):97-8.
65. Musavizadeh SJ, Sajedi M. Supervision and Protection of Family from Islamic Jurisprudence. *Point of View*. 2011;6(3):111-144.
66. Collins D, Jordan C, Coleman H. Brooks/Cole Empowerment Series: An Introduction to Family Social Work. Cengage Learning. 2012:24.
67. Goldenberg H, Goldenberg I. Family therapy: An overview, Cengage Learning. USA. 2012:4-5.
68. Gurman AS, Kniskern D. Handbook of family therapy. Routledge. 2014:96.
69. Bott E, Spillius EB. Family and social network: Roles, norms and external relationships in ordinary urban families. Routledge. 2014.
70. Mosavi A. Effect of Family Functioning on Mental Health of Family Members. *IJPCF*. 2000; 6(2):87-100.
71. Miller IW, Ryan CE, Keitner GI, Bishop DS, Epstein NB. The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*. 2000;22(2): 168-189.
72. Sanaezaker H, Keshavarz A, Khoshkonesh A, Jahanbakhshi Z, Navabinejad Sh. Effectiveness of group counseling with problem solving method and emphasis on basic needs of choice theory on improving couples communication patterns. *Journal of Occupational and Organizational Consulting*. 2011(Issue 7).

73. Segrin C, Flora J. Family Communication. Taylor & Francis. 2014.
74. Christine E, Ryan Nathan B, EpsteinGabor I, Keitner W.M, Duane S. Evaluating and Treating Families: The McMaster Approach. publisher: routledge. 2012:6- 30.
75. Epstein NB, KeitnerGI. Evaluating and treating families: The McMaster approach. USA. Taylor & Francis.2005.
76. Epstein NB, Ryan CE, Bishop DS, Miller IW, Keitner GI. The McMaster model: A view of healthy family functioning. Guilford Press.2003.
77. Edwards B, Clarke V. The psychological impact of a cancer diagnosis on families: the influence of family functioning and patients' illness characteristics on depression and anxiety. Psycho Oncology. 2004;13(8):562-576.
78. Ghamari M. , Khoshnam A. H. The Relationship of Original Family Function and Quality of Life among Students. Journal of Family Research. 2011;(Issue 27).
79. Benjamin JS, Virginia AS. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins. 2011:102.
80. Wayne F. Regina. Applying Family Systems Theory to Mediation: A Practitioner's Guide. United Kingdom.2011.
81. Sperry L. Assessment of Couples and Families: Contemporary and Cutting-Edge Strategies (Family Therapy and Counseling). 2012;2:1-17.
82. Bott E, Spillius EB. Family and social network: Roles, norms and external relationships in ordinary urban families. Routledge.2014
83. Thornbory G. public health nursing a textbook for health visitors school nurses and occupational health nurses. Publish wiley. 2013;2:256.
84. Pavlish C, Ceronsky L. Oncology Nurses' Perceptions of Nursing Roles and Professional Attributes in Palliative Care. Clinical Journal of Oncology Nursing .Oncology Nursing Society. 2009;13(4).
85. Philip A. Pizzo MD, David G. Poplack.Principles and Practice of Pediatric Oncology. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. 2010.

86. Snyder KA, Pearse W. Crisis, social support and the family response: exploring the narratives of young breast cancer survivors. *Journal of psychosocial oncology*. 2010;28(4),413-431.
87. Inoue S, Saeki T, Mantani T, Okamura H, Yamawaki S. Factors related to patient's mental adjustment to breast cancer: patient characteristics and family functioning. *Supportive care in cancer*. 2003;11(3):178-184.
88. Ozono S, Saeki T, Inoue S, Mantani T, Okamura H, Yamawaki S. Family functioning and psychological distress among Japanese breast cancer patients and families. *Supportive care in cancer*. 2005;13(12):1044-1050.
89. Mantani T, Saeki T, Inoue S, Okamura H, Daino M, Kataoka T, Yamawaki S. Factors related to anxiety and depression in women with breast cancer and their husbands: role of alexithymia and family functioning. *Supportive care in cancer*. 2007;15(7):859-868.
90. Gazendam-Donofrio SM, Hoekstra HJ, Van der Graaf WT, Pras E, Visser A, Huizinga GA, Hoekstra-Weebers JE. Quality of life of parents with children living at home: when one parent has cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2008;16(2):133-141.
91. Denise FP ,Cheryl TB. *Essentials of Nursing Research*. Lippincott Williams & Wilkins. Australia. 2013;8:49-50.
92. LoBiondo-Wood G, Haber J. *Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice*. Elsevier Health Sciences. 2012;8:231-238.
93. McNabb DE. Research methods in public administration and nonprofit management: Quantitative and qualitative approaches. *ME Sharpe*. 2013;3:147-160.
94. Najarian F. Factors affecting the family functioning: survey of psychometric properties of family assessment device [masters' thesis]. Iran: Roodehen Islamic Azad University;1994.
95. LaFrance Jr C, Alosco ML, Davis JD, Tremont G, Ryan CE, Keitner GI, Blum AS. Impact of family functioning on quality of life in patients with psychogenic nonepileptic seizures versus epilepsy: *Epilepsia*. 2011;52(2):292-300.

96. Mohseni M, Chimeh N, Panaghi L, Mansoori N. A Comparison of Family Function and Expressed Emotion in Families with Rheumatoid Arthritis Patients and Families with Schizophrenia Patients. *Journal of Family Research*. 2011.
97. Sadeghi M.S, Mazaheri M. A, Mootabi F. The Role of Couples' Interactions in Application of Communication Skills. *Journal of Family Research*. 2013.
98. Alderfer MA, Navsaria N, Kazak AE,. Family functioning and posttraumatic stress disorder in adolescent survivors of childhood cancer. *Journal of Family Psychology*. 2009;23(5):717.
99. Pressler S.J, Gradus-Pizlo I, Chubinski S.D, Smith G, Wheeler S, Wu J, & Sloan, R. Family caregiver outcomes in heart failure. *American Journal of Critical Care*. 2009;18(2):149-159.
100. Pachana N, Laidlaw K, Knight B. *Asebook of clinical geropsychology: International perspectives on practice*. Oxford University. Press. 2010
101. Given B.A, Given C.W, Kozachik S. Family support in advanced cancer. *A cancer journal for clinicians*. 2001;51(4):213-231.
102. Helseth S, Ulfsæt N. Having a parent with cancer: coping and quality of life of children during serious illness in the family. *Cancer Nursing*. 2003;26(5):355-362.
103. Rolland JS. Cancer and the family: an integrative model. *Cancer*. 2005;104(S11):584-2595.
104. Stanescu DF, Romer G. Family functioning and adolescents' psychological well-being in families with a TBI parent. *Psychology*. 2011;2(07): 681.
105. Febres J, Rossi R, Gaudiano BA, Miller IW. Differential Relationship between Depression Severity and Patients' Perceived Family Functioning in Women Versus Men. *The Journal of nervous and mental disease*. 2011;99(7):49.
106. Heru A, Ryan C. Depressive Symptoms and Family Functioning in the Caregivers of Recently Hospitalized Patients with Chronic/ Recurrent Mood Disorders. *Intal J PsyReh*. 2002;7: 53-60.
107. Gholamzadeh M , Attari Y, Shafieabadi A. A study of the Effect of Communication Skills Training Sessions on Family Function Among Self-

Referred Couples of Ahvaz Well-Being Office in Spring. Knowledge and Research in Applies Psychologh. 2009; 0(41):87-110.

108. Gazendam-Donofrio S.M, Hoekstra H.J, Van der Graaf W.T, Van de Wiel H.B, Visser A, Huizinga G.A, & Hoekstra-Weebers J.E. Adolescents' emotional reactions to parental cancer: effect on emotional and behavioral problems. Journal of pediatric psychology. 2011;36(3):346-359.

109. DEggenberger S.K, Nelms T.P. Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. Journal of clinical nursing. 2011;16(9):1618-1628.

110. Rosen-Grandon J.R, Myers J.E; Hattie, John A. The Relationship Between Marital Characteristics, Marital Interaction Processes, and Marital Satisfaction. Journal of Counseling & Development; 2004; 82(1):58.

111. Musarezaie A, Ghasemi TM, Esfahani HN. Investigation the quality of life and its relation with clinical and demographic characteristics in women with breast cancer under chemotherapy. International Journal of Preventive Medicine. 2012;3(12):853-9.

112. Musarezaie A, Khaledi F, Esfahani HN, Ghaleghasemi TM. Factors affecting quality of life and fatigue in patients with leukemia under chemotherapy. Journal of Education and Health Promotion. 2014;23(3):64.

113. Dehkordi A, Saeed Heydarnejad M, and Fatehi D .Quality of Life in Cancer Patients undergoing Chemotherapy. Oman Medical Journal. 2009;24(3): 204–207.

پیوست - (پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده)

با سلام ،

شرکت کننده محترم

پرسشنامه حاضر به منظور جمع آوری اطلاعات مورد نیاز جهت انجام پژوهشی در قالب پایان نامه دانشجویی می باشد. بدون شک انجام این پژوهش، بدون همکاری صمیمانه شما میسر نخواهد شد. خواهشمنداست هر عبارت را با دقت مطالعه نمایید و نزدیک ترین پاسخ را انتخاب کنید. شرکت شما در این تحقیق کاملاً اختیاری بوده و شما در هر زمان که اراده کنید می توانید از مشارکت انصراف دهید. تمامی اطلاعات شما کاملاً محرمانه خواهد بود. ضمناً تکمیل پرسشنامه به منزله موافقت شما جهت شرکت در این پژوهش خواهد بود.

قبلاً از همکاری شما سپاسگزاریم.

مشخصات کلی

1- جنسیت: زن ☐ مرد ☐

2- سن : سال

3- شغل:

4- سطح تحصیلات:

5- تعداد فرزندان و سن بزرگترین فرزند:

6-طول مدت زندگی زناشویی:

7- وضعیت سلامتی: سالم ☐ بیمار ☐

8- در صورت بیمار بودن:

- نوع بیماری :

- مدت زمان تشخیص بیماری:

- نوع درمان دریافتی:

- تعداد دفعات بستری به دلیل بیماری حاضر:

9- در حال حاضر با چه کسی زندگی می کنید؟

شرکت کننده محترم،

در زیر عباراتی در مورد خانواده نوشته شده است. لطفا پس از مطالعه دقیق هر عبارت، مشخص کنید که این عبارت تا چه حد توصیف کننده خانواده خود شما می باشد. برای هر عبارت چهار پاسخ وجود دارد که شما باید پاسخ مورد نظر خود برای هر عبارت را از بین آنها انتخاب کنید. پاسخ های ممکن برای هر عبارت و ارزش عدد آنها از این قرار است:

- 1= قویا موافقم اگر احساس می کنید عبارت خیلی خوب خانواده شما را توصیف میکند، عدد 1
- 2= موافقم اگر احساس می کنید عبارت در اکثر موارد توصیفی از خانواده شماست، عدد 2
- 3= مخالفم اگر احساس می کنید که عبارت در مورد توصیف خانواده شما نیست، عدد 3
- 4= قویا مخالفم اگر احساس می کنید که عبارت ایدا توصیف خانواده شما نیست، عدد 4

1. برنامه ریزی در خانواده ما دشوار است، چون ما یکدیگر را به درستی درک نمی کنیم. (ع ک)
2. ما اکثرا مشکلات روزمره خانواده را حل می کنیم. (ح م)
3. وقتی یکی از اعضای خانواده ما ناراحت باشد، بقیه علت آن را می دانند. (ا)
4. وقتی در خانواده ما از کسی کاری خواسته می شود، باید پی گیر بود تا به انجام برسد. (ن)
5. اگر کسی در خانواده ما دچار مشکل شود، سایرین هم در گیر حل آن می شوند. (ه ع)
6. مادر هنگام بحران می توانیم روی حمایت بقیه اعضای خانواده حساب کنیم. (ع ک)
7. هرگاه یک وضعیت اضطراری پیش می آید، نمی دانیم چه بکنیم. (ک ر)
8. گاهی خانه از چیزهای مورد نیاز ما خالی می شود. (ع ک)
9. ما از ابراز مهر و محبت به یکدیگر اکراه داریم. (ه ع)
10. ما خواستار آن هستیم که اعضا به وظایف خانوادگی خود عمل کنند. (ن).
11. ما نمی توانیم با یکدیگر در مورد احساس غم و غصه خود صحبت کنیم. (ع ک)
12. معمولا به تصمیمات خود برای حل مشکل عمل می کنیم. (ح م)

13. اعضای خانواده ما فقط زمانی به مسائل ما ابراز علاقه می کنند که موضوع برای خودشان هم مهم باشد. (اع)
14. از صحبت های اعضای خانواده نمی توانیم به احساس آنها پی ببریم. (ا)
15. توزیع وظایف در خانه ما عادلانه نیست. (ن)
16. افراد خانواده ما همانگونه که هستند، مورد قبول یکدیگرند. (ع ک)
17. در خانواده ما به آسانی می توان مقررات خانه را نقض کرد. (ک ر)
18. در خانه ما حرفها بدون کنایه و بی پرده گفته می شود. (ا)
19. بعضی از اعضای خانواده ما خونسرد برخورد می کنند. (ه ع)
20. ما می دانیم در صورت پیش آمدن شرایط اضطراری چه باید کرد. (ع ک)
21. ما از تبادل نظر در مورد ترسها و نگرانیهای خود پرهیز می کنیم. (ا ع)
22. برای ما گفتگو در باره ی احساسات لطیف دشوار است. (اع)
23. ما برای پرداخت هزینه هایمان مشکل داریم. (ن)
24. معمولاً ما بعد از سعی خانواده برای حل یک مشکل، در باره موفقیت آمیز بودن یا نبودن آن گفتگو می کنیم. (ح م)
25. ما بیش از حد به فکر خود هستیم. (اع)
26. ما می توانیم احساسات خود را به یکدیگر ابراز کنیم. (ع ک)
27. ما در باره رعایت آداب غذا خوردن و توالت انتظار خاصی از یکدیگر نداریم. (ک ر)
28. ما احساس محبت خود نسبت به یکدیگر را نشان نمی دهیم. (ه ع)
29. اعضای خانواده ما مستقیم و بدون واسطه با یکدیگر صحبت می کنند. (ا)
30. هر کدام از ما مسئولیتها و وظایف خاصی بر عهده دارد. (ن)
31. در خانواده ما احساس های نا خوش آیند زیادی وجود دارد. (ع ک)
32. در خانه ما مقرراتی جهت جلوگیری از کتک کاری و یا تنبیه فردی که کتک کاری کرده است وجود دارد. (ک ر)
33. ما فقط وقتی با یکدیگر همراه می شویم که منافعی در بین باشد. (اع)
34. ما برای کاوش در علایق شخصی اعضای خانواده، کم وقت می گذاریم. (ن)
35. ما غالباً منظور خود را به زبان نمی آوریم. (ه ع)
36. ما احساس می کنیم که اعضای خانواده ما را همانگونه که هستیم، قبول دارند. (ع ک)
37. وقتی ما به یکدیگر علاقه نشان می دهیم که بتوانیم شخصا از آن بهره مند شویم. (اع)
38. ما اکثراً ناراحتی های عاطفی اعضای خانواده را برطرف می کنیم. (ح م)
39. در خانواده ما مهر و عطوفت در درجه دوم اهمیت قرار دارد. (ه ع)
40. مادر این باره که هر کسی چه کارهایی را در خانه انجام دهد، گفتگو می کنیم. (ن)

41. تصمیم گیری برای خانواده ما دشوار است. (ع ک)
42. اعضای خانواده ما وقتی به یکدیگر علاقه نشان می دهند که خودشان بتوانند از آن بهره ای ببرند. (اع)
43. ما بایکدیگر رو راست و بی پرده هستیم. (ا)
44. ما به هیچ معیار و قاعده ای پایبند نیستیم. (ک ر)
45. در خانواده ما اگر از کسی کاری خواسته شود باید به او یادآوری کرد. (ن)
46. ما می توانیم در باره نحوه حل کردن مشکلات تصمیم گیری کنیم. (ع ک)
47. اگر مقررات خانواده ما نقض شود معلوم نیست که چه واکنشی بروز خواهد کرد. (ک ر)
48. در خانواده ما هر اتفاقی را می توان انتظار داشت. (ک ر)
49. ما مهر و عطوفت خود را نشان می دهیم. (ه ع)
50. ما با مشکلاتی که با احساسات اعضای خانواده بازی کند، برخورد می کنیم. (ح م)
51. ما بایکدیگر خوب کنار نمی آییم. (ع ک)
52. ما هنگام عصبانیت با یکدیگر صحبت نمی کنیم. (ا)
53. ما بطور کلی از وظایف خانگی که بر عهده ی ما گذاشته می شود، ناراضی هستیم. (ن)
54. اعضای خانواده ما با حسن نیت بیش از اندازه در ندگی یکدیگر دخالت می کنند. (اع)
55. اعضای خانواده ما برای مقابله با شرایط خطرناک، قواعد خاصی را رعایت می کنند. (ک ر)
56. ما به یکدیگر اعتماد و اطمینان داریم. (ع ک)
57. ما احساسات (غم، شادی، خشم و...) خود را در خانه راحت و آشکار بروز می دهیم. (ه ع)
58. رفت و آمد در خانواده ما معقول و منطقی نیست. (ک ر)
59. اگر از عمل یکی از اعضای خانواده خوشمان نیاید به او می گوئیم. (ا)
60. ما به راههای گوناگون حل مشکل فکر می کنیم. (ح م)

منبع: ثنایی باقر، مقیاس های سنجش خانواده و ازدواج، چاپ دوم: انتشارات بعثت 1387

Abstract:

Title: Couples Perception of Family Functioning, When Cancer Occurrence In One of Them, Tabriz, 2012.

Introduction: Cancer can affect family functioning of the patients. Supportive programs for cancer patients require identifying those aspects of family life that are affected by cancer. Thus, the present study aims to understand the perspective of cancer patients and their spouses of family functioning.

Method: In this correlational-descriptive study, 101 spouses with cancer from inpatient and outpatient wards of Ghazi Tabatabaei hospital in Tabriz participated in the study. To collect data family assessment device was used which evaluates the function of family in terms of problem solving, communication, roles, affective responsiveness, affective involvement, behavior control and overall functioning. Some characteristics of patients assessed by checklist.

Result: couples in this study reported relatively proper family functioning in all aspects. There was a significant correlation between overall family functioning and the age of marriage ($p=0/02$, $r=0/20$) and the age of elder child ($p=0/01$, $r=0/21$).

Conclusion: Although family functioning of cancer patients is relatively appropriate, more attention should be paid to counseling services for family members. Because family is the primary source of care and support for cancer patients. In general, considering the whole family as a client is necessary to provide a supportive family-centered nursing care to cancer patients.

Keywords: cancer, family functioning, Family Assessment Device, Couples

International Research Journal of Applied and Basic Sciences

ISSN:2251-838X

www.irjabs.com

Index Copernicus ICV:6.45

2014-07-12 11:17

Subject: Acceptance letter

Manuscript Number: IRJABS_2370

Manuscript title:

Couples perception of family functioning, When cancer occurrence in one of them, Tabriz, 2012

Authors:

ShirinBarzanjehAtri, Leila Sheikhnejhad

Dear Authors

I am pleased to inform you that your manuscript has been accepted for publication in the next issue of:

International Research Journal of Applied and Basic Sciences Kindly make the required payment as soon as possible if you are yet to do so, to enable us include your manuscript in the journal's next issue and send a confirmation e-mail to Editor.irjabs@yahoo.com .

Thank you for sending your manuscript to the International Research Journal of Applied and Basic Sciences .

Best regards
International Research Journal of Applied and Basic Sciences
E-mail: Editor.irjabs@yahoo.com
www.irjabs.com

بسمه تعالی
جمهوری اسلامی ایران
انجمن همتالوژی و انکولوژی ایران
گواهی شرکت در برنامه های حضوری آموزش مداوم جامعه پزشکی
(همایش و کنگره)

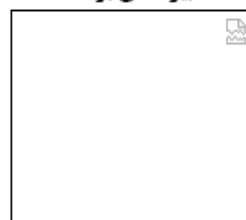
گواهی می شود خانم لیلا شیخ نژاد دارای کد ملی ۱۳۸۰۳۷۳۹۷۲ در برنامه کنگره برسناری مدیکال انکولوژی و همتالوژی ایران با کد ۱۱۰۳۶۱۱۸ از تاریخ ۱۳۹۲/۰۳/۰۲ لغایت ۱۳۹۲/۰۳/۰۴ که توسط انجمن همتالوژی و انکولوژی ایران (با کد سازمان ۱۱۵۲۶) در شیر تهران برگزار گردید، شرکت نموده و با توجه به مجوز شماره ۱۲۵۴۴۸ مورخ ۱۳۹۲/۰۲/۱۱ انجمن همتالوژی و انکولوژی ایران برابر با ۸ امتیاز را کسب نموده اند.

این گواهی منحصرأ جهت تأیید شرکت در برنامه های آموزش مداوم بوده و جایگزین مدارک آموزشی و تخصصی نمی باشد.

دکتر اردشیر قوام زاده
رئیس انجمن



اشرف السادات موسوی
دبیر علمی برنامه



WWW.COM



Tabriz University of Medical Sciences

Dissertation:

Master of Science Nursing Education

Title:

**Couples Perception of Family Functioning, When Cancer
Occurrence In One of Them, Tabriz, 2012**

Supervisor:

Shirin Atri Barzanjeh

Advisor:

Dr. Azad Rahmani

By:

Leila Sheykhnejhad

September 2014

No: 633