Iranian Journal of Cancer Care (IJCA) Original Article

Vol. 2 No. 3 Autumn 2023

Family Functioning of Patients with Gastric Cancer and its Related Factors in Valiasr Hospital in Zanjan in 2018

Poorabdolah H[1*], Jafari Varjoshani N[2], Namadian M[3]

1- MSc, Nursing Department of Community Health Nursing. School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.
2- Assistant Professor of Nursing Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.
3- Social Determinant of Health Research Center, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

Corresponding Author: Poorabdolah H, MSc, Nursing Department of Community Health Nursing. School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.
Email: homa.poorabdolah@gmail.com

Received: 4 Dec 2022 Accepted: 3 April 2022

Abstract

Introduction: Cancer can affect patients' family functioning. Family performance evaluation is essential for patients before planning family-based interventions. Therefore, the present study was performed to determine the family performance of patients with gastric cancer and its related factors in Zanjan in 2018.

Methods: This study was a descriptive cross-sectional study. The research samples were 108 patients with gastric cancer hospitalized in oncology wards and outpatients referred to the clinic of Valiasr Medical Center in Zanjan who were studied by census method in 1397. Data collection tools were demographic information questionnaire and standard family performance measurement questionnaire (FAD). To obtain the validity of the family performance questionnaire, face validity method was used. The reliability of the questionnaire was determined by calculating the Cronbach's alpha coefficient (87%).

Results: The mean age of patients was 51.92. 8.779 years. Patients participating in this study reported their family functioning in all dimensions was relatively good and within the normal range. Among the dimensions of family functioning, overall performance (mean 74.22 2. ± 2.742) was the weakest and emotional companionship (mean 2.763 ± 57.75) was the best dimension. Emotional dimension with gender, age, duration of marriage, number of children, number of family members, duration of diagnosis, number of hospitalizations, guardianship,place of residence, level of education, job, monthly income of patients, Had a statistically significant relationship.

Conclusions: According to the findings of the study, it is recommended to provide a door method with educational services and counseling and comprehensive support from various support systems in the community, including the health care system to improve the performance of patients' families.

Keywords: Family Function, Gastric Cancer, Cancer-related factors.

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-14]

نشریه مراقبت سرطان
مقاله پژوهشی

دوره ۲، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۲

بررسی عملکرد خانواده بیماران مبتلا به سرطان معده و عوامل مرتبط با آن در بیمارستان ولیعصر(عج) زنجان در سال ۱۳۹۷

هما پورعبداله [۱*]، نسرین جعفری ورجوشانی [۲]، معصومه نمدیان [۳]

۱- گروه آموزشی پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.
۲- استادیار پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.
۳- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

نویسنده مسئول: هما پورعبداله، گروه آموزشی پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.
ایمیل: homa.poorabdolah@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۹/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱/۱۴

چکیده

مقدمه: سرطان می تواند عملکرد خانوادگی بیماران را تحت تاثیر قرار دهد. ارزیابی عملکرد خانواده قبل از برنامه ریزی برای مداخلات مبتنی بر خانواده برای بیماران ضروری است. لذا، مطالعه حاضر به منظور تعیین عملکرد خانواده بیماران مبتلا به سرطان معده و عوامل مرتبط با آن در شهر زنجان در سال ۱۳۹۷، انجام گرفت.

روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی- مقطعی بود. نمونه های پژوهش ۱۰۸ بیمار مبتلا به سرطان معده بستری در بخشهای انکولوژی و بیماران سرپایی مراجعه کننده به درمانگاه مرکز آموزشی درمانی ولیعصر (عج) زنجان بودند که در سال ۱۳۹۷ به روش سرشماری مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار جمع آوری داده ها، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد سنجش عملکرد خانواده (FAD) بود. جهت کسب روایی پرسشنامه‌ی سنجش عملکرد خانواده، از روش روایی صوری استفاده گردید. پایایی پرسشنامه توسط محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (۷٪) تعیین گردید.

یافته ها: میانگین سن بیماران۸/۷۷۹ ± ۵۱,۹۲ سال بود. بیماران شرکت کننده در این مطالعه عملکرد خانوادگی خود را در همه ابعاد نسبتاً مناسب و در محدوده طبیعی گزارش نمودند. از میان ابعاد عملکرد خانواده، بعد عملکرد کلی (میانگین۲,۷۴۲± ۷۴,۴۲) ضعیفترین و بعد همراهی عاطفی (میانگین۲,۷۶۳± ۵۷,۷۵) بهترین بعد بود. بعد آمیزش عاطفی با ابعاد جنسیت، سن، مدت زمان تأهل، تعداد فرزندان، تعداد اعضای خانواده، مدت زمان تشخیص، تعداد دفعات بستری، سرپرست بودن، محل سکونت، سطح تحصیلات، شغل، درآمد ماهیانه بیماران، ارتباط آماری معنی داری داشت.

نتیجه گیری: با توجه به یافته‌های مطالعه، ارائه مناسب ترین روش‌های درمانی همراه با خدمات آموزشی و مشاوره‌ای و حمایت‌های همه‌جانبه از سوی سیستم‌های مختلف حمایتی در جامعه از جمله سیستم بهداشت و درمان جهت ارتقا عملکرد خانواده بیماران توصیه می‌گردد.

کلیدواژه ها: عملکرد خانواده، سرطان معده، عوامل مرتبط با سرطان.

مقدمه

سرطان سومین علت شایع مرگ در سراسر جهان است که هر سال بیش از ۱۶ میلیون نفر را تحت تاثیر قرار می دهد (۱). بطور تخمینی، سالانه ۶/۱ میلیون مورد جدید سرطان در دنیا تشخیص داده میشود که از این تعداد ۳/۱ بخاطر سرطان میمیرند (۲). شایان ذکر است که این بیماری در کشور ما نیز دارای چهارمین رتبه بار بیماری در میان سایر بیماریها است (۳). سرطان معده با شیوع ۹/۹٪ دومین سرطان شایع کشنده در جهان بعد از سرطان ریه با شیوع ۱۱/۸٪ می باشد (۴). بر اساس تخمین جهانی، سالیانه بیش از ۹۳۰۰۰۰ مورد جدید سرطان معده، تشخیص داده می شود و حداقل ۷۰۰۰۰۰ نفر از این بیماری می میرند و بنا براین یک مشکل جدی

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-14]

سلامت جامعه محسوب می شود (۵). طبـق آمـار کشـور ایـران سـرطان معـده در بیـن سـرطانهای شـایع بـا شـیوع ۱۵/۸٪ بعـد از سـرطان پوسـت بـا شـیوع ۲۷/۶ ٪ بـه عنـوان دومیـن سـرطان شـایع شـناخته شـده اسـت (۴).

ابتـلا بـه سـرطان تجربـه ای بسـیار ناخوشـایند و غیرقابـل بـاور بـرای هـر فـرد اسـت. سـرطان باعـث اختـلال در وضعیـت اقتصـادی، اجتماعـی، شـغلی و زندگـی خانوادگـی بیمـار مـی شـود (۲). محققیـن بـر ایـن باورنـد کـه سـرطان نـه تنهـا فـرد بیمـار بلکـه خانـواده وی را نیـز تحـت تاثیـر قـرار مـی دهـد. (۶). خانـواده هـای دارای بیمـاران سـرطانی، مشـکلات احساسـی و هیجانـی بیشـتری را نسـبت بـه خـود بیمـاران تجربـه مـی کنند (۷). خانـواده بـه عنـوان اولیـن منبـع حمایتـی و مراقبتـی بـرای عضـو مبتـلاء بـه بیمـاری محسـوب مـی شـود (۸). در هـر مرحله از بیمـاری، خانـواده بـا چالشـهایی روبـرو اسـت کـه تهدیـد کننده روابـط پایـدارو کیفیـت زندگـی آنهـا اسـت (۹). تاثیـر سـرطان بـر عملکـرد خانـواده با توجـه بـه نقـش فـرد مبتـلا در سـاختار خانـواده متفـاوت خواهـد بـود (۱۰). بررسـی ابعـاد عملکـرد خانواده نشـان مـی دهـد خانـواده تـا چـه حـد بـه عنـوان یـک واحـد کار مـی کنـد و همچنیـن، میـزان توانایـی خانـواده بـرای سـازگاری و قضـاوت در موقعیـت هـای مختلـف را مـی سـنجد (۱۱).

همزمـان بـا پیشـرفت درمـان سـرطان و افزایـش طـول عمـر بیمـاران، اهمیـت توجـه بـه تاثیـر آن بـر روی ابعـاد عملکـرد اعضـای خانـواده از جملـه حـل مسـاله ، ارتباطـات ، نقـش هـا ، همراهـی عاطفـی کنتـرل رفتـار و عملکـرد کلـی بیـش از گذشـته مـورد توجـه قـرار گرفتـه اسـت. مطالعـات مختلفـی در مـورد عملکـرد خانـواده هـای مبتـلا بـه سـرطان انجـام گرفتـه کـه برخـی عملکـرد ایـن خانـواده هـا را نامطلـوب گـزارش نمـوده انـد مطالعـه ای کـه توسـط مدانلـو و همـکاران در کـودکان مبتـلا بـه سـرطان انجـام گرفـت، نشـان داد کـه عملکـرد ایـن خانـواده هـا در سـطح مطلـوب نمـی باشـد (۱۲). همچنیـن مطالعـه عطـری و همـکاران (۲۰۱۴) عملکـرد ایـن خانـواده هـا را در تمامـی ابعـاد عملکـردی، نامطلـوب گـزارش نمـود (۱۳). مطالعـه سـانچز و همـکاران (۲۰۱۱) نیـز نشـان داد کـه ابعـاد فیزیکـی و ذهنـی کیفیـت زندگـی، بـا عملکـرد خانـواده هـا ارتبـاط نزدیکـی دارد (۱۴). تفاوت‌هـای جغرافیایـی در مرگ‌ومیـر و ناتوانی‌هـای ناشـی از سـرطان معـده نیـز نشـان می‌دهـد کـه ایـن بدخیمـی بیشـتر متأثـر از عوامـل محیطـی اسـت (۱۵).

سـرطان یکـی از علـل عمـده اختـلالات، مـرگ و میـر و ناتوانـی در سراسـر جهـان اسـت و فراوانـی آن روز بـه روز افزایـش مـی یابـد، لـذا بدیهیسـت کـه حجـم عمـده ای از تلاشـهای نظامهـای مراقبتـی و منابـع نظـام سـلامت را بـه خـود اختصـاص دهـد (۱). بـا توجـه بـه بـروز و شـیوع روز افـزون بیمـاری سـرطان معـده بـه عنـوان دومیـن سـرطان شـایع کشـور (۴) توجـه بـه عوامـل تاثیـر گـذار احتمالـی آن از جملـه عملکـرد خانـواده هـای ایـن بیمـاران از اهمیـت بسـزایی برخـوردار می باشـد. از آنجاکـه مبارزه بـا سـرطان یـک امـر خانوادگیسـت؛ یکـی از مهمتریـن نقشـهای پرسـتار بهداشـت جامعـه در بـر خـورد بـا خانـواده هـای دچـار بحـران، کمـک بـه آنـان جهـت بـکار گیـری توانایـی هـا و منابـع خانـواده بـرای مبـارزه بـا بحـران میباشـد. نظـر بـه اینکـه در رابطـه بـا عملکـرد خانـواده بیمـاران مبتـلا بـه سـرطان تحقیقـات متعـددی صـورت گرفتـه امـا بـه بررسـی ارتبـاط عوامـل مرتبـط بـا آن پرداختـه نشـده اسـت و بـا توجـه بـه متفـاوت بـودن عوامل مرتبـط بـا عملکـرد خانـواده ایـن بیمـاران در جوامـع مختلـف، مطالعـه حاضـر بـا هـدف تعییـن عملکـرد خانـواده بیمـاران مبتـلا بـه سـرطان معـده و برخـی عوامـل مرتبـط بـا آن در شـهر زنجان در سـال ۱۳۹۷ طراحـی و اجـرا گردیـد.

روش کار

ایـن مطالعـه، یـک مطالعـه توصیفـی- مقطعـی بـود. در ایـن مطالعـه کل بیمـاران مبتـلا بـه سـرطان معـده (N=۱۲۷) کـه دارای پرونـده بـوده و جهـت پیگیـری درمـان در سـال ۱۳۹۷ بـه مرکـز آموزشـی درمانـی ولیعصـر زنجـان (ع) مراجعـه مـی نمودنـد، بـه عنـوان جامعـه پژوهـش در نظـر گرفتـه و از طریـق سرشـماری وارد مطالعـه شـدند. معیارهـای ورود بـه مطالعـه تشـخیص قطعـی سـرطان معـده، گذشـت حداقـل ۳ مـاه از تشـخیص بیمـاری سـرطان، آگاهـی بیمـار و خانـواده وی از ابتـلا بیمـاری بـه سـرطان، عـدم ابتـلاء بـه دیگـر بیماریهـای مزمـن، نداشـتن بیمـاری روانـی شـناخته شـده و معیـار خـروج عـدم تکمیـل پرسشـنامه هـا بـه صـورت کامـل توسـط نمونـه هـا بـود. تعـداد ۱۹ نفـر بـه دلیـل عـدم دارا بـودن معیارهـای ورود و یـا عـدم تکمیـل دقیـق پرسشـنامه هـا از مطالعـه خـارج و در نهایـت پرسـش نامـه هـا توسـط ۱۰۸ نفـر در طـی سـه مـاه تکمیـل شـدند. ابـزار جمـع آوری داده هـا، شـامل دو پرسشـنامه اطلاعـات جمعیـت شـناختی و عوامـل مرتبـط بـا بیمـاری و پرسشـنامه اسـتاندارد سـنجش عملکـرد خانـواده FAD بـود کـه توسـط شـرکت کننـدگان تکمیـل گردیـد.

۱- پرسشـنامه اطلاعـات جمعیـت شـناختی و عوامـل مرتبـط بـا بیمـاری: ایـن ابـزار بـا اسـتفاده از منابـع علمی توسـط تیـم تحقیق

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-14]

تهیه گردید و سپس جهت تعیین روایی محتوی در اختیار ۱۰ نفر از اساتید محترم هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی زنجان و رشت قرار گرفت. پس از جمع آوری پیشنهادات و انجام اصلاحات لازم پرسشنامه های نهایی تدوین گردید. در این پرسشنامه، عوامل فردی-اجتماعی و عوامل مرتبط با بیماری سرطان شامل جنس، سن، محل سکونت، وضعیت مسکن، میزان تحصیلات، شغل، نوع زندگی، وضعیت تاهل، مدت زمان تاهل، تعداد فرزندان، تعداد اعضاء خانواده، سرپرست خانوار، بیمه بهداشتی، درآمد ماهیانه، مدت زمان تشخیص بیماری، درجه بیماری، متاستاز، دفعات بستری، سابقه خانوادگی مورد بررسی قرار گرفت.

۲- ابزار سنجش عملکرد خانواده FAD: این ابزار یک پرسشنامه استاندارد دارای ۶۰ گویه است که برای سنجش عملکرد خانواده بنا بر الگوی مک مستر در سال ۱۹۶۳ توسط اپستین و همکاران تدوین شده است. این پرسشنامه عملکرد خانواده را در ۷ بعد حل مساله (۶ آیتم)، ارتباطات (۷ آیتم)، نقش ها (۹ آیتم)، همراهی عاطفی (۸ آیتم)، آمیزش عاطفی (۸ آیتم)، کنترل رفتار (۹ آیتم) و عملکرد کلی (۱۳ آیتم) مورد بررسی قرار می دهد. نمره گذاری ابزار: پاسخ به هر آیتم بر اساس مقیاس لیکرت چهار گزینه ای که از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق است، انجام می گردد و به ترتیب امتیاز ۱ برای گزینه قویا موافق، امتیاز ۲ برای گزینه موافق، امتیاز ۳ برای گزینه مخالف، و امتیاز ۴ برای گزینه قویا مخالف تعلق می گیرد. بر اساس این نمرات، نمره حداقل و حداکثر برای هر بعد پرسشنامه تعیین شده است. نمرات کمتر نشانه عملکرد سالم تر است. میانگین پاسخ به گویه ها که هر یک بین ۱ (سالم) تا ۴ (ناسالم) می شود، برای بدست آوردن نمرات هفت مقیاس محاسبه می گردد. بالاترین نمره اخذ شده در هر بعد نشان دهنده ضعیفترین عملکرد و پایین ترین امتیاز معرف بهترین عملکرد خانواده می باشد. این ابزار کلید و پاسخنامه ای دارد که فرآیند نمره گذاری آن و مشخص کردن گویه های هر خرده مقیاس را نسبتاً آسان می نماید (۱۳). در پژوهش یوسفی (۱۳۹۱) نقطه برش برای این ابزار ۳/۴۳ (از ۴) محاسبه شد، بدین معنا که اگر عملکرد فردی بالاتر از ۳/۴۳ شود، دارای اختلال عملکرد و اگر کمتر از این نمره را دریافت کند، دارای عملکرد سالم می باشد (۱۶). این ابزار پس از تهیه توسط اپستین و همکاران در سال ۱۹۸۳ بر روی یک نمونه ی ۵۰۳ نفری اجرا شد. دامنه ی آلفای زیر مجموعه های آن بین ۰/۹۲ و ۰/۷۲ است که حاکی از همسانی درونی نسبتاً خوب آن است. محاسبه ی اعتبار FAD نیز نشان داد که این آزمون توانسته اعضای خانواده های غیر بالینی و خانواده های بالینی را در هفت خرده مقیاس خود از یکدیگر متمایز سازد که نتایج پژوهش مذکور در سطح ۰/۰۰۱ معنا دار بود. ابزار FAD توسط نجاریان در سال ۱۳۷۴ در ایران استاندارد شد که یکدستی درونی (ضریب α) برای زیر مقیاسها از ۰/۹۲ تا ۰/۷۲ گزارش شد. همچنین این ابزار در سال ۱۳۸۵ در ایران توسط محمدی و ملک خسروی معتبر شناخته و آلفای کرونباخ کلی برای کل مقیاسها ۰/۹۴ گزارش شده است (۱۳). این ابزار با ضریب آلفای خرده مقیاس های خود از ۷۲٪ تا ۹۲٪ از همسانی درونی نسبتاً خوبی برخوردار است و حساسیت و ویژگی آن به ترتیب ۹۱٪ و ۳۹٪ گزارش شده است (۱۷). در مطالعه حاضر جهت تعیین روایی صوری، در اختیار ۱۰ نفر از اساتید محترم هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی زنجان و رشت قرار گرفت. پایایی پرسشنامه توسط محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (۸۷٪) تعیین گردید.

این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زنجان با کد اخلاق IR.ZUMS.REC. 1396.06 به تصویب رسیده است. پیش از انجام پژوهش با ارائه توضیحات در خصوص هدف پژوهش، رضایت کتبی آگاهانه از کلیه بیماران اخذ گردید و در زمان انجام پژوهش کلیه ملاحظات اخلاقی رعایت گردید.

تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و فراوانی نسبی و مطلق و آمار استنباطی از جمله آزمون تی مستقل و ضریب همبستگی پیرسون انجام گردید. سطح معنی داری آزمون ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی بیماران ۸/۷۷۹ ± ۵۱/۹۲ سال و در محدوده ۳۱ تا ۷۰ سال بود. اکثر شرکت‌کنندگان مذکر۷۱/۳ ٪ و متأهل ۷۸/۷٪ بودند. میانگین مدت‌زمان تأهل ۱۰/۵۶۴ ±۲۷/۵۰ سال، میانگین تعداد فرزندان با بیشترین فراوانی ۱/۵۰۱ ±۳/۳۷ سال، میانگین تعداد اعضاء خانواده ۱/۳۶۴± ۵/۲۶ نفر، میانگین مدت زمان تشخیص ۴/۳۹۲ ±۱۱/۷۱ ماه، میانگین تعداد دفعات بستری ۴/۳۳۷ ±۱۲/۷۹ بار بود. حدود ۷۵ ٪ بیماران سرپرست خانوار،

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-14]

۹۴/۴ ٪ دارای بیمه بهداشتی، ۷۱/۳ ٪ ساکن شهر، ۹۲/۶٪ دارای منزل شخصی بودند. ۱۲٪ از نمونه ها بی سواد و ۳۸٪ مدرک زیر دیپلم و ۵/۳۱ ٪ مدرک دیپلم و ۵/۱۸٪ تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۴۳/۵ ٪ دارای شغل آزاد و ۸۹/۸ ٪ با درآمد ماهیانه بین ۸ تا ۲۴ میلیون ریال بودند.

۶۰/۲ ٪ از شرکت کنندگان با همسر و فرزندان خود زندگی می کردند. حدود نیمی از بیماران با درجه دو بیماری ۴۷/۲٪ و بدون متاستاز ۵۲/۸٪ بوده و اکثریت سابقه خانوادگی ابتلا بیماری ۷۵/۹٪ نداشتند (جدول۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمونه های پژوهش برحسب برخی عوامل عوامل مرتبط با بیماری

عوامل مرتبط با بیماری		فراوانی تعداد	درصد
سن	۴۰_۳۱	۱۲	۱۱.۱۱
	۵۰ _۴۱	۳۶	۳۳.۳۳
	۶۰ _۵۱	۳۹	۳۶.۱۱
	۷۰ _۶۱	۲۱	۱۹.۴۵
جنس	مذکر	۷۷	۷۱.۳
	مونث	۳۱	۲۸.۷
وضعیت تأهل	مجرد	۲	۱.۹
	متأهل	۸۵	۷۸.۷
	بیوه	۱۵	۱۳.۹
	مطلقه	۶	۵.۶
مدت‌زمان تأهل	۱۵_۱	۱۷	۱۵.۷
	۳۰_۱۶	۵۰	۴.۶۳
	۴۵_۳۱	۳۷	۳۴.۲۶
	۶۰_۴۶	۴	۳.۷
	۰	۲	۱.۸
تعداد فرزندان	۳_۱	۵۶	۵۱.۸۵
	۶_۴	۴۸	۴۴.۴
	۹_۷	۲	۱.۸
تعداد اعضاء	۳_۲	۱۰	۹.۲۶
	۵ _۴	۵۲	۴۸.۱۴
	۷ _۶	۴۰	۳۷
	۹ _۸	۶	۵.۵۵
مدت تشخیص	۶_۲	۱۱	۱۰.۱۸
	۱۱_۷	۴۳	۳۹.۸
	۱۶_۱۲	۳۷	۳۴.۲۶
	۲۱_۱۷	۱۷	۱۵.۷۴
تعداد دفعات بستری	۸_۴	۱۸	۱۶.۶۶
	۱۳_۹	۴۵	۴۱.۶۶
	۱۸_۱۴	۳۴	۳۱.۴۸
	۲۳_۱۹	۱۱	۱۰.۱۸

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-14]

سرپرست خانوار	بله	۸۱	۷۵.۰
	خیر	۲۷	۲۵.۰
بیمه بهداشتی	بله	۱۰۲	۹۴.۴
	خیر	۶	۵.۶
محل سکونت	شهر	۷۷	۷۱.۳
	روستا	۳۱	۲۸.۷
وضعیت مسکن	شخصی	۱۰۰	۹۲.۶
	استیجاری	۸	۷.۴
میزان تحصیلات	بیسواد	۱۳	۱۲.۰
	زیر دیپلم	۴۱	۳۸.۰
	دیپلم	۳۴	۳۱.۵
	تحصیلات دانشگاهی	۲۰	۱۸.۵
شغل	خانه دار	۲۵	۲۳.۱
	کارمند	۱۳	۱۲.۰
	بازنشسته	۱۲	۱۱.۱
	آزاد	۴۷	۴۳.۵
	بیکار	۹	۸.۳
	محصل–دانشجو	۲	۱.۹
درآمد ماهیانه	زیر ۸ میلیون ریال	۸	۷.۴
	بین ۸ تا ۲۴ میلیون ریال	۹۷	۸۹.۸
	بیش از ۲۴ میلیون ریال	۳	۲.۸
نوع زندگی	همسر	۱۷	۱۵.۷
	همسر و فرزندان	۶۵	۶۰.۲
	فرزندان	۱۷	۱۵,۷
	والدین	۳	۲.۸
	پدر	۲	۱.۹
	مادر	۱	۰.۹
	تنها	۳	۲.۸
درجه بیماری	یک	۱۶	۱۴.۸
	دو	۵۱	۴۷.۲
	سه	۳۱	۲۸.۷
	چهار	۱۰	۹.۳
متاستاز	وجود دارد	۵۱	۴۷.۲
	وجود ندارد	۵۷	۵۲.۸
سابقه خانوادگی	بله	۲۶	۲۴.۱
	خیر	۸۲	۷۵.۹

شرکت کنندگان این مطالعه عملکرد خانوادگی خود را در همه ابعاد نسبتاً مناسب و در محدوده طبیعی گزارش نمودند. از میان ابعاد عملکرد خانواده، عملکرد کلی (میانگین۷۴,۴۲) ضعیف ترین بعد و بعد همراهی عاطفی (میانگین ۵۷,۷۵) بهترین بعد بود (جدول۲).

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-14]

جدول۲: میانگین و انحراف معیار امتیازات ابعاد عملکرد خانواده نمونه های پژوهش

ابعاد	میانگین	انحراف معیار	میانگین در بازه ۰-٤	میانگین در بازه ۰-۱۰۰	فاصله اطمینان ۰,۹۵	
					حد پایین	حد بالا
حل مسئله	۱۶.۶۸	۲.۷۳۶	۲,۷۸	۶۹,۵	۱۶.۱۶۳	۱۷.۲۰۷
ارتباطات	۱۸.۵۶	۲.۷۴۸	۲,۶۵	۶۶,۲۸	۱۸.۰۴۰	۱۹.۰۸۹
نقش ها	۲۴.۶۹	۲.۷۲۲	۲,۷۴	۶۸,۵۸	۲۴.۱۷۵	۲۵.۲۱۳
همراهی عاطفی	۱۸.۴۸	۲.۷۶۳	۲,۳۱	۵۷,۷۵	۱۷.۹۵۴	۱۹.۰۰۸
آمیزش عاطفی	۱۹.۵۱	۲.۷۷۳	۲,۴۳	۶۰,۷۵	۱۸.۹۸۹	۲۰.۰۴۷
کنترل رفتار	۲۴.۵۹	۲.۸۷۴	۲,۷۳	۶۸,۳۰	۲۴.۰۴۴	۲۵.۱۴۰
عملکرد کلی	۳۸.۷۰	۲.۷۴۲	۲,۹۷	۷۴,۴۲	۳۸.۱۸۰	۳۹.۲۲۶

یافته ها نشان داد از میان ابعاد عملکرد خانواده بعد آمیزش عاطفی با جنسیت بیمار تفاوت آماری معنی داری داشت و در این بعد افراد مذکر عملکرد بهتری داشتند (P=۰,۰۰۰)، همچنین بعد آمیزش عاطفی با سن بیمار ارتباط آماری معنی دار مستقیم داشت بطوریکه با افزایش سن، میانگین امتیاز آمیزش عاطفی افزایش می یافت و در واقع عملکرد خانواده ها در این بعد ضعیفتر می شد (r=۰,۲۸۹) (P=۰,۰۰۲)، بعد آمیزش عاطفی با مدت زمان تأهل نیز ارتباط آماری معنی داری داشت یعنی با افزایش مدت زمان تأهل بیمار، میانگین امتیاز آمیزش عاطفی افزایش می یافت و در واقع عملکرد خانواده ها در این بعد ضعیفتر می شد (r=۰,۲۷۰) (P=۰,۰۰۵)، همچنین بعد آمیزش عاطفی با تعداد فرزندان، ارتباط آماری معنی داری داشت یعنی با افزایش تعداد فرزندان بیمار، میانگین امتیاز آمیزش عاطفی افزایش می یافت و در واقع عملکرد خانواده ها در این بعد ضعیف تر می شد (r=۰,۳۱۹) (P=۰,۰۰۱)، بعد آمیزش عاطفی با تعداد اعضای خانواده بیمار، ارتباط آماری معنی داری داشتند. یعنی با افزایش تعداد اعضای خانواده بیمار، میانگین امتیاز آمیزش عاطفی (r=۰,۲۹۴) (P=۰,۰۰۲) افزایش می یافتند و در واقع عملکرد خانواده ها در این ابعاد ضعیف تر می شد، بعد آمیزش عاطفی با مدت زمان تشخیص نیز ارتباط آماری معنی داری داشت یعنی با افزایش مدت زمان تشخیص بیماری میانگین امتیاز آمیزش عاطفی افزایش می یافت و در واقع عملکرد خانواده ها در این بعد ضعیفتر می شد (r=۰,۲۹۱) (P=۰,۰۰۲)، همچنین بعد آمیزش عاطفی با تعداد دفعات بستری، ارتباط آماری معنی داری داشت یعنی با افزایش تعداد دفعات بستری بیمار، میانگین امتیاز آمیزش عاطفی افزایش می یافت و در واقع عملکرد خانواده ها در این بعد ضعیفتر می شد (r=۰,۲۸۰) (P=۰,۰۰۳)، بین سرپرست و غیر سرپرست بودن و بعد آمیزش عاطفی نیز تفاوت وجود داشت بطوریکه بیماران سرپرست خانوار، عملکرد بهتری داشتند (P=۰,۰۰۱)، همچنین بین محل سکونت و بعد آمیزش عاطفی، تفاوت وجود داشت. بطوریکه میانگین آمیزش عاطفی در ساکنین شهر و روستا تفاوت آماری معنی داری داشت و در این بعد خانواده های شهری عملکرد بهتری داشتند (P=۰,۰۰۹)، بین میانگین آمیزش عاطفی و میزان تحصیلات نیز تفاوت آماری معنی داری وجود داشت به طوریکه با افزایش سطح تحصیلات بیمار عملکرد آمیزش عاطفی خانواده بهبود می یافت (P=۰,۰۰۴)، همچنین بین شغل بیمار و بعد آمیزش عاطفی، تفاوت وجود داشت به طوریکه میانگین امتیاز بعد آمیزش عاطفی در مشاغل مختلف، تفاوت آماری معنی داری داشت و بیماران دارای شغل آزاد در این بعد، عملکرد بهتری داشتند (P=۰,۰۰۸). (جداول۳و۴)

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-14]

جدول۳: ارتباط بعد آمیزش عاطفی خانواده نمونه های پژوهش با عوامل مرتبط با بیماری

بعد آمیزش عاطفی عوامل مرتبط با بیماری	ضریب همبستگی پیرسون	آزمون پیرسون P –value
سن	r =۰.۲۸۹	۰.۰۰۲
مدت زمان تاهل	r =۰.۲۷۰	۰.۰۰۵
تعداد فرزندان	r =۰.۳۱۹	۰.۰۰۱
مدت زمان تشخیص	r =۰.۲۹۱	۰.۰۰۲
دفعات بستری	r =۰.۲۸۰	۰.۰۰۳

جدول ٤: مقایسه میانگین امتیازات بعد آمیزش عاطفی خانواده نمونه های پژوهش با عوامل مرتبط با بیماری

بعد آمیزش عاطفی عوامل مرتبط با بیماری	نوع	انحراف معیار± میانگین	P –value
جنس	مذکر	۲.۵۶±۱۸.۹	۰.۰۰۰
	مونث	۲.۷۳±۲۱.۰۳	
نوع سرپرست	سرپرست خانوار	۲.۶۰±۱۹.۰۶	۰.۰۰۱
	غیر سرپرست	۲.۸۳±۲۱.۰۴	
محل سکونت	شهر	۲.۷۱±۱۹.۰۷	۰.۰۰۹
	روستا	۲.۶۵±۲۰.۶۱	
تحصیلات	بی سواد	۳.۱۰±۲۱.۰۰	۰.۰۰۴
	زیر دیپلم	۲.۶۹±۲۰.۲۴	
	دیپلم	۲.۵۱±۱۸.۸۲	
	دانشگاهی	۲.۳۸±۱۸.۲۵	
شغل	خانه دار	۲.۸۱±۲۱.۲۴	۰,۰۰۸
	کارمند	۲.۱۵±۱۸.۰۸	
	بازنشسته	۲.۰۱±۲۰.۰۵	
	آزاد	۱.۴۵±۱۸.۶۸	
	بیکار	۲.۴۲±۱۹.۴۵	
	محصل- دانشجو	۰.۲۱±۱۹.۵۲	

بحث

این مطالعه با هدف تعیین عملکرد خانواده بیماران مبتلا به سرطان معده و عوامل مرتبط با آن انجام شد. نتایج نشان داد، عملکرد خانوادگی بیماران شرکت کننده در این مطالعه در همه ابعاد نسبتاً مناسب و در محدوده طبیعی قرار داشت.

بعد حل مسئله در خانواده های مورد مطالعه تحت تاثیر بیماری سرطان قرار نگرفته است. در این راستا، در مطالعه ای که به مقایسه عملکرد خانواده های سالم و خانواده های دارای عضو مبتلا به سرطان پرداخته است بعد حل مساله خانواده ها با و بدون عضو بیمار تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند و در محدوده طبیعی قرار دارد (۱۳). طبق نتایج حاصل از پژوهش موسوی و همکاران (۲۰۱۷) مشکلات در سطوح گسترده ای در خانواده های دارای فرد مبتلا به سرطان وجود داشته و با حل یک مشکل، مشکلات بعدی به دنبال آن به وجود می آیند، در نتیجه در گذر زمان فرسودگی روانی حاصل شده و قدرت حل مسئله از خانواده سلب می گردد (۱۷). Rodríguez-Sánchez و همکارانش (۲۰۱۱) در مطالعه خود نشان دادند بیماری مزمن میتواند باعث ناکارامد شدن عملکرد خانواده گردد (۱۴). Morishita-Kawahara و همکارانش (۲۰۲۰) نیز در مطالعه خود نشان دادند عملکرد خانواده در خانواده های بیماران مبتلا به

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-14]

سرطان انتهایی خوب نبود (۱۸) در مطالعه مدانلو و همکاران (۲۰۱۹) تمام ابعاد FAD به عنوان ابعاد ناسالم گزارش شد. (۱۹) بر اساس مطالعه Panganiban-Corales و همکارانش (۲۰۱۱) بیش از نیمی از خانواده های بیماران مبتلا به سرطان اختلال عملکرد متوسط تا شدید داشتند (۱۱) 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 (۲۰) لازم به ذکر است که نمی توان یافته های جوامع مختلف در مورد خانواده و مولفه های مربوط به آن را به یکدیگر تعمیم داد.

همچنین از دیدگاه بیماران عملکرد خانواده در بعد ارتباطات مختل نشده است. در مطالعه موسوی و همکاران (۲۰۱۷) به دنبال دریافت تشخیص سرطان، خانواده مبتلایان به سرطان دچار یک شوک بزرگ و یک غم از دست دادن میگردند که این مسئله موجب تشدید مشکلات هیجانی در افراد خانواده شده و زمینه های مشکلات ارتباطی را بیشتر می کند (۱۷) همچنین، در مطالعه ای که به مقایسه عملکرد خانواده های سالم و خانواده های دارای عضو مبتلا به سرطان پرداخته است بعد ارتباطات در محدوده طبیعی قرار دارد (۱۳). میتوان چنین نتیجه گیری نمود که احتمالا بیماران شرکت کننده در مطالعه حاضر توانایی برقراری الگوهای ارتباط سالم در خانواده را داشته و قادر بوده اند که در زمان وقوع بحران در خانواده ارزیابی مثبت از استرس داشته باشند.

بر اساس یافته های مطالعه، عملکرد خانواده در بعد نقش ها در محدوده طبیعی قرار داشت. در پژوهش موسوی و همکاران (۲۰۱۷) در بعد نقش ها نتایج بدست آمده نشان دهنده وجود ابهام نقش در خانواده است که زمینه ساز افزایش اختلافات خانواده میگردد. این سازه، کارآمدی خانواده را بر اساس تخصیص وظایف و تکالیف به اعضای خانواده توصیف می کند. نقشها گاه به صورت رسمی و گاه به صورت غیر رسمی تخصیص مییابند، در بسیاری از خانواده ها بیشتر به صورت غیر رسمی تخصیص مییابند، در بسیاری از خانواده ها بیشتر به صورت الگوهای عادتی برای اعضای خانواده در می آیند. این الگو نقشهایی را که برای عملکرد سالم خانواده انجام می گیرد از کارکردهای غیر ضروری متمایز می سازد (۱۷). به نظر می رسد که عدم تغییر در نقش ها در خانواده های مورد مطالعه نشان دهنده تاثیر تعیین کننده فرهنگ و از سوی دیگر حاکی از وجود روابط خاص خانوادگی در شرایط بحرانی باشد. 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 پژوهش حاضر نشان داد که، بعد همراهی عاطفی نسب به بقیه ابعاد، کمتر تحت تاثیر بیماری سرطان قرار گرفته و مختل نشده است. طبق مطالعه فروزنده و همکاران (۲۰۱۳) در ابعاد کارکردی خانواده مشاهده شد که بیشترین مشکل عملکرد خانواده در خرده مقیاس همراهی عاطفی بوده است (۲۱)، بلعکس مطالعه Van Schoors و همکارانش (۲۰۱۹) نشان داد برداشت خانواده در برخی ابعاد متفاوت بود و با تشخیص سرطان بعد مربوط به عواطف حوزه ی عملکرد خانواده، دارای احساسات مثبت بود (۲۲) در خانواده های مورد مطالعه پژوهش حاضر نیز، همراهی عاطفی خانواده از لحاظ کمی و کیفی متناسب با موقعیت تنش زا بود.

همچنین بعد آمیزش عاطفی بر اساس یافته ها در محدوده طبیعی قرار داشت. طبق مطالعه فروزنده و همکاران (۲۰۱۳) در ابعاد عملکرد خانواده مشاهده شد که خرده مقیاس آمیزش عاطفی دچار مشکل بوده است (۲۱)، مطالعه گازندام حتی بهبود بعد آمیزش عاطفی عملکرد خانواده، پس از ابتلاء یک عضو به سرطان را گزارش نموده است (۲۳). روانشناسان خانواده اذعان دارند ارتباط درست، صمیمیت عاطفی و هیجانی اعضا خانواده را افزایش می دهد. از طرفی افزایش صمیمیت و همراهی عاطفی اعضا خانواده، حساسیت آنها را نسبت به هم بالا برده، در نتیجه باعث می شود آمیزش عاطفی آنها نیز بالا رود (۲۳). 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 خانواده های مورد مطالعه تا حد زیادی توانسته اند همدیگر را درک کرده و قادرند درک موثر و درستی از علائق و نیازهای همدیگر داشته باشند.

بر اساس نتایج بعد کنترل رفتار نیز در محدوده طبیعی قرار داشت. طبق مطالعه فروزنده و همکاران (۲۰۱۳) در ابعاد عملکرد خانواده مشاهده شد که خرده مقیاس کنترل رفتار دچار مشکل بوده است (۱۷). می توان نتیجه گرفت که

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-14]

خانواده های شرکت کننده در این مطالعه 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 پژوهش حاضر نشان داد که بعد عملکرد کلی نسبت به بقیه ابعاد در خانواده های مورد مطالعه بیشتر تحت تاثیر بیماری سرطان قرار گرفته است اما در محدوده طبیعی قرار داشت. همچنین برخی مطالعات نشان داده اند که ابتلاء یکی از والدین به سرطان عملکرد کلی خانواده را تضعیف می کند (۲۳). کورالس و مدینا در مطالعه خود بر روی عملکرد خانواده و تنش های مراقبین دارای بیمار مبتلا به سرطان نشان دادند که تقریبا نیمی از خانواده ها، کشمکش های شدیدی را تجربه کرده و عملکرد کلی خانواده را نامطلوب گزارش کردند (۱۱). همینطور طبق مطالعه فروزنده و همکاران (۲۰۱۳) در ابعاد کارکردی خانواده مشاهده شد که بعد عملکرد کلی دچار مشکل بوده است (۱۷). هنگام تجربه یک بیماری یا بحران، اگر خانواده بتواند پیوندهای خانوادگی را محکمتر 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 (۲۴). از آنجائیکه روابط و پیوندهای عاطفی حاکم بر خانواده های نمونه های این مطالعه دارای ریشه های عمیقی است ، بنابراین می توان نتیجه گرفت که از تزلزل خانواده هنگام وقوع بحران پیشگیری می کند.

نتایج مطالعه نشان داد که از میان ابعاد عملکرد خانواده بعد آمیزش عاطفی با جنس بیمار تفاوت داشت، بطوریکه میانگین این متغیر در جنس مذکر و مؤنث تفاوت آماری معنی داری داشته و در جنس مذکر عملکرد بهتری مشاهده شد. به عقیده پژوهشگر، بطور سنتی به زنان به عنوان مراقبان خانواده نگریسته می شود. در نتیجه، ممکن است انتظاراتشان از خودشان بالا باشد. در مقابل، مردان نقشی که هنگام بیماری همسرانشان ایفا می کنند، در شرایط عادی از آنها انتظار نمی رود. شاید زنان مطالعه حاضر به دلیل افزایش فشار عاطفی ناشی از وجود بیماری سرطان در یکی از اعضا خانواده، در این بعد عملکرد ضعیف تری نسبت به مردان داشتند که ممکن است دلیل آن نقش مدیریتی مردان به عنوان تکیه گاه در فرهنگ خانواده های ایرانی به ویژه اقوام آذری زبان باشد.

بر اساس نتایج بعد آمیزش عاطفی با سن بیمار ارتباط داشت و با افزایش سن، عملکرد خانواده ها در این بعد ضعیفتر میشد. همسو با نتایج حاضر، مطالعه مدانلو نشان داد که بعد آمیزش عاطفی با سن کودک و سن مادر، در ارتباط بودند و با افزایش سن کودک عملکرد خانواده کاهش می یافت (۱۲). طبق مطالعه Lewandowska (۲۰۲۱) در خانواده با فرزند مبتلا به سرطان بروز مشکلات اختلاف معنی دار معکوس با سن والدین داشت (۲۵) بنظر پژوهشگر افزایش سن می تواند به دلیل مواجهه افراد با بحران های تکاملی و یا موقعیتی متفاوت، موجب کاهش عملکرد خانواده در بعد آمیزش عاطفی گردد.

بعد آمیزش عاطفی با مدت زمان تأهل بیمار، مدت زمان تشخیص بیماری و تعداد دفعات بستری بیمار، ارتباط آماری معنی داری داشت. بدین معنی که با افزایش آنها، عملکرد خانواده ها در این بعد ضعیفتر می شد. برخلاف نتایج مطالعه حاضر، نتایج مطالعه مدانلو نشان داد که با افزایش مدت زمان تشخیص بیماری و مدت زمان بستری، آمیزش عاطفی خانواده ها، بهتر می گردید (۱۲). بنظر پژوهشگر شاید طولانی شدن روند درمان باعث خستگی بیماران مطالعه حاضر و خانواده آنان شده باشد که میتواند موجب ضعیف شدن بعد آمیزش عاطفی شود.

بر اساس نتایج بعد آمیزش عاطفی با سرپرست خانوار بودن تفاوت آماری معنی داری داشت. بطوریکه افراد سرپرست خانوار در این بعد، عملکرد بهتری داشتند. شاید بدلیل احساس مسئولیت بیشتر سرپرست خانوار، خود را مجاب به داشتن عملکرد بهتر حتی بیشتر از توان کنند. همچنین بعد آمیزش عاطفی با شغل بیمار نیز ارتباط آماری معنی داری داشت. بطوریکه افراد با شغل آزاد در این بعد، عملکرد بهتری داشتند. ممکن است دلیل آن این باشد که افراد با شغل آزاد بتوانند زمان بیشتری را صرف حل مسائل عاطفی مربوط به بیماری نمایند. طبق نتایج بعد آمیزش عاطفی با محل سکونت بیمار نیز ارتباط آماری معنی داری داشت. بطوریکه خانواده های شهری در این بعد، عملکرد بهتری داشتند. به نظر پژوهشگر، شاید سکونت در شهر و برخورداری بیشتر از سرویس های بهداشتی درمانی باعث عملکرد بهتر این خانواده ها نسبت به ساکنین روستا باشد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین امتیازات ابعاد عملکرد خانواده بجز همراهی عاطفی و آمیزش عاطفی در افرادی که تنها زندگی می کنند در مقایسه با گروه های دیگر بیشتر بوده و این خانواده ها عملکرد ضعیف تری

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-14]

داشتند. به عقیده پژوهشگر بیمارانی که تنها زندگی می کنند جهت سازگاری با فشارهای ناشی از بیماری، حمایت کمتری را دریافت می کنند؛ درحالیکه بیمارانی که با دیگر اعضاء زندگی میکنند، از سوی اعضای خانواده حمایت کافی را دریافت نموده و عملکرد بهتری خواهند داشت.

نتایج مطالعه نشان داد که از میان ابعاد عملکرد خانواده ، بین بعد آمیزش عاطفی با تعداد فرزندان، ارتباط آماری معنی¬داری وجود داشت. بدین معنی که با افزایش تعداد فرزندان عملکرد خانواده میانگین آمیزش عاطفی افزایش می یافت. شاید این یافته ناشی از آن باشد که همگام با افزایش فرزندان، خانواده وارد سیکل های متفاوت زندگی می شوند که ممکن است بحران های تکاملی و یا موقعیتی متفاوتی را برای خانواده به دنبال داشته باشد.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، بین آمیزش عاطفی و تحصیلات ارتباط آماری معنی¬داری وجود داشت، به نحوی که با افزایش سطح تحصیلات، عملکرد خانواده در بعد آمیزش عاطفی بهبود می یافت. و اختلاف آماری معنی دار مابین افراد بی سواد و دانشگاهی و افراد زیردیپلم با دانشگاهی وجود داشت. نتایج مطالعه مدانلو نیز نشان داد که بعد آمیزش عاطفی با تحصیلات مادر و پدر در ارتباط بودند و با افزایش تحصیلات پدر، عملکرد کلی خانواده بهبود می یافت (۱۲). طبق مطالعه Lewandowska (۲۰۲۱) در خانواده با فرزند مبتلا به سرطان بروز مشکلات اختلاف معنی دار معکوس با تحصیلات والدین داشت (۲۵). شاید افزایش میزان تحصیلات باعث افزایش قدرت درک افراد از یکدیگر و ارتقای سطح روابط خانوادگی و در نتیجه افزایش آمیزش عاطفی در خانواده شده باشد.

نتایج نشان داد که بین درآمد ماهیانه خانواده بیمار و بعد کنترل رفتار، تفاوت آماری معنی داری وجود داشت؛ بطوریکه خانواده بیمارانی که متوسط درآمد ماهیانه آنان، بیش از ۲۴ میلیون ریال بود، دارای عملکرد بهتری در بعد کنترل رفتار بودند. طبق مطالعه Hasnida (۲۰۲۱) عملکرد خانواده با مشکلات اقتصادی اختلاف معنی دار داشت (۲۶). بدیهیست درآمد بیشتر موجب رفاه اجتماعی بالاتر و کاهش مشکلات مالی مرتبط با درمان و در نتیجه افزایش بعد کنترل رفتار شده است.

طبق نتایج حاصل از مطالعه، بین وضعیت مسکن بیمار و ابعاد حل مسئله، ارتباطات، نقش ها، کنترل رفتار و عملکرد کلی تفاوت وجود داشت، به طوری که میانگین این ابعاد در وضعیت مسکن شخصی و استیجاری تفاوت آماری معنی داری داشته و خانواده های دارای مسکن شخصی، عملکرد بهتری داشتند. از آنجایی که داشتن مسکن یکی از آیتمهای رفاه اجتماعی است، شاید داشتن مسکن شخصی در نمونه های پژوهش حاضر باعث افزایش رفاه و عملکرد بهتر آنان شده باشد.

همچنین میانگین ابعاد عملکرد خانواده در افرادی که در مرحله چهار بیماری بودند (بجز در ابعاد آمیزش عاطفی و عملکرد کلی) بیشتر بود و این خانواده ها عملکرد ضعیف تری داشتند. علت این امر می تواند به این دلیل باشد که قرار گرفتن بیمار در مراحل انتهایی بیماری باعث ایجاد بحرانهای روانی- عاطفی و مالی بیشتر نسبت به دیگر مراحل بیماری شده و افت عملکرد بیشتری را دارد.

بعضی مطالعات در سایر کشورها بین مشخصات دموگرافیکی و امتیاز عملکرد کلی خانواده ارتباط معنادار گزارش نکرده اند (۱۰). 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. شاید علت آن مربوط به تفاوت در سطح رفاه اجتماعی خانواده ها و سقف حمایت سازمان های بیمه گذار در کشورهای مختلف، باشد. به عقیده پژوهشگر این روابط حاکی از آن است که عملکرد خانواده، توسط متغیرهای متفاوت جمعیت شناختیی و بالینی کنترل می شود و در هنگام انجام مراقبت های پرستاری برای بهبود عملکرد خانواده باید به نقش فزاینده و یا کاهنده آنها توجه نمود و در صورت لزوم در هنگام کاربرد مداخلات بالینی، برنامه ریزی های مناسب برای کنترل این متغیرها انجام داد.

یکی از محدودیت های مطالعه حاضر آن بود که جامعه مورد مطالعه، محدود به بیماران مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی ولیعصر(عج) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان بود. لذا پیشنهاد می شود مطالعات پیمایشی در جوامع بزرگ تر اجرا گردد. همچنین در مطالعه حاضر جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده گردید لذا اطلاعات محدودیت خودگزارشی را دارد. با توجه به اهدف، کارکردهای پژوهش شامل تامین دانش پایه و شواهد علمی برای سازمان ها و نهادهای مسئول در تهیه خط مشی های مناسب برای اجرای برنامه های پیشگیرانه، ضمنا شناسایی

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-14]

ارتباط بین عملکرد خانواده بیماران مبتلا به سرطان و عوامل مرتبط با آن می تواند زمینه ی ارتقای عملکرد خانواده ها را فراهم ساخته و به کارکنان بهداشتی و درمانی جامعه کمک می نماید تا فعالیت های خود را در خصوص طراحی مداخلات آینده جهت ارتقای سطح سلامت و بهبود عملکرد خانواده های بیماران سازماندهی نمایند.

نتیجه گیری

با توجه به یافته ها، به نظر می رسد با بهبود وضعیت اقتصادی خانواده ها، عملکرد ایشان بهبود می یابد. لذا توجه به وضعیت معیشتی این خانواده ها باید مورد توجه بیشتر قرار گیرد. همچنین بر اساس نتایج با افزایش مدت زمان تشخیص بیماری و تعداد دفعات بستری، بعد آمیزش عاطفی عملکرد خانواده، ضعیفتر می گردد. لذا توجه و حمایت بیشتر از این بیماران مد نظر قرار گیرد و ارتقای عملکرد خانواده های این بیماران از طرق مختلف از جمله، ارائه آموزش های مختلف و حمایت های همه جانبه از سوی سیستم های مختلف حمایتی در جامعه از جمله سیستم بهداشت و درمان توصیه می گردد.

سپاسگزاری

این مطالعه بخشی از طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی زنجان با کد اخلاق IR.ZUMS.REC. 1396.06 از دانشگاه علوم پزشکی زنجان می باشد. لذا از معاونت پژوهشی دانشگاه که منابع مالی لازم را برای اجرای پژوهش تأمین نمودند و همچنین از بیمارانی که در این مطالعه همکاری لازم را داشته اند، صمیمانه تشکر و قدردانی می شود.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

References

1. Motlagh A, Yaraei N, Mafi MR, Hosseini Kamal F, Yaseri M, Hemati S, Shahbazian H, et al. Attitude of Cancer Patients toward Diagnosis Disclosure and their Preference for Clinical Decision-making: A National Survey. Arch Iran Med. 2014; 17(4): 232 - 240.
2. Mehrabi F, Hekmatpou D, Abolfathi A. The Relationship between Demographic Characteristics and Quality of Life in Patients with Cancer. hrjbaq. 2019; 5 (1) :8-15. https://doi.org/10.29252/hrjbaq.5.1.8
3. Mirzaei H, Mostafaei D, Estebsari F, Sattarzadeh M, Estebsari K. The Quality of Life of Breast Cancer Patients Receiving Palliative and Supportive Care. IJRN. 2017; 3 (2) :19-26.
4. Taghian A EM, Sepahvand S, Hashemi H. The relationship between nitrate in drinking water and gastric cancer in the Isfahan province. Journal of Health Syst Res. 2015;11(3):473-485.
5. Khaleghian M, Jahanzad I, Shakoori A, Zargari N, Mohamadi M, Azimi S. C-MYC amplification and expression in stomach cancer samples in Iranian population using two techniques of CISH and IHC. Tehran University Medical Journal. 2015;73(4):260-270.
6. Hagedoorn M, Kreicbergs U, Appel C. Coping with cancer: The perspective of patients' relatives. Acta Oncologica. 2011;50(2):205-11. https://doi.org/10.3109/0284186X.2010.536165
7. Mosher CE, Bakas T, Champion VL, editors. Physical health, mental health, and life changes among family caregivers of patients with lung cancer. Oncology nursing forum; 2013;40(1):53-61. https://doi.org/10.1188/13.ONF.53-61
8. Samiee F, Anoosheh M. The study of the effects of group counseling on symptom scales of QOL of patients with breast cancer undergoing chemotherapy. Iranian Journal of Breast Disease. 2010;3(1 & 2): 28-39.
9. Zaider, T. I., & Kissane, D. W.Psychosocial interventions for couples and families coping with cancer, Psycho-oncology. New York, NY, US: Oxford University Press; 2010: 485. https://doi.org/10.1093/med/9780195367430.003.0067
10. 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. https://doi.org/10.3322/caac.20081
11. Panganiban-Corales A,Medina jr M. Family resources study: part 1: family resources, family function and caregiver strain in childhood cancer. Asia Pacific family medicine. 2011;10(14):1-11. https://doi.org/10.1186/1447-056X-10-14
12. Modanloo SH, Rohani c, Farahani Shirin Abadi

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-14]

A, Pourhossein gholi A. Assessment of family function among parents of children with cancer. Reaseich Nursing. 2014;10(1):56-67.
13. Atri SB, Rahmani A, Sheikhnejhad L. Access Family Functioning and Related Factors from the Viewpoints of Male Cancer Patients. Journal of caring sciences. 2014;3(2):113-119.
14. Rodríguez-Sánchez E, Pérez-Peñaranda A, Losada-Baltar A, Pérez-Arechaederra D, Gómez-Marcos MÁ, Patino-Alonso MC, et al. Relationships between quality of life and family function in caregiver. BMC family practice. 2011;12(19): 12-19. https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-19
15. khasi B, khasi K, khademi N, fakhri moradi azam S. Investigate Plenty of Stomach Cancer in Kermanshah City During 2004-2013 Years. Zanko J Med Sci. 2016; 17(54) :16-22.
16. Yousefi N. An Investigation of the Psychometric Properties of the McMaster Clinical Rating Scale (MCRS). 2012;2(7):91-120.
17. Mousvi Diva R, Moghadam N, Amani O. Evaluating Family Functioning and Spiritual Health in Women with Breast Cancer, Cancer-Treated and Healthy Women. IJPN. 2017; 5 (5) :49-56. https://doi.org/10.21859/ijpn-05057
18. Morishita-Kawahara M., Kawahara T, Kamibeppu K. Relation between Family Functioning and Quality of Life among Family Caregivers of Patients with Terminal Cancer Hospitalized in General Wards.Open Journal of Nursing. 2020; 10(12): 1233-1240. https://doi.org/10.4236/ojn.2020.1012089
19. Modanloo Sh, Rohani C, Shirinabadi Farahani A, Vasli P, Pourhosseingholi A. General Family Functioning as a Predictor of Quality of Life in Parents of Children With Cancer. Journal of Pediatric Nursing. 2019;44: 2-8. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.08.013
20. Mohseni M, Chimeh N, Panaghi L, Mansoori N. A Comparison of Family Function and Expressed Eemotion in Families with Rheumatoid Arthritis Patients and Families with Schizophrenia Patients. Journal of Family Research. 2011;7(3):373-390.
21. Foruzandeh N, Delaram M, Noorian C, Deris F. Family functioning in the families of psychiatric patients with difference diagnosis of Hajar hospital . RBS. 2013; 11(5) :474-483
22. Van Schoors M, De Paepe AL, Norga K, Cosyns V, Morren H, Vercruysse T, Goubert L and Verhofstadt LL. Family Members Dealing With Childhood Cancer: A Study on the Role of Family Functioning and Cancer Appraisal. Front. Psychol. 2019; 10:1405. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01405
23. Gazendam-Donofrio SM, Hoekstra HJ, Van der Graaf WT, Van de Wiel HB, Visser A, Huizinga GA, & Hoekstra-Weebers JE. Adolescents' emotional reactions to parental cancer: effect on emotional and behavioral problems. Journal of pediatric psychology. 2011;36(3):346-59. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsq090
24. Deggenberger SK, Nelms TP. Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. Journal of clinical nursing. 2011;16(9):1618-28. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01659.x
25. Lewandowska A. Influence of a Child's Cancer on the Functioning of Their Family. Children. 2021; 8: 592. https://doi.org/10.3390/children8070592
26. Hasnida H. Family Function Support and Quality of Life For Breast Cancer Survivors. Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan. 2021; 6(1):199-204. https://doi.org/10.30604/jika.v6i1.798

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-14]