

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

Poorabdollah H^{1*}, Jafari Varjoshani N², Namadian M³

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: Poorabdollah H, MSc, Nursing Department of Community Health Nursing. School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

Email: homa.poorabdollah@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.

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

هما پور عبدالله^{۱*}، نسرین جعفری و رجوشانی^۲، معصومه نمودیان^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 پور عبدالله، 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 پرسشنامه ی سنجش عملکرد خانواده، از روش روایی صوری استفاده گردید. پایایی پرسشنامه توسط محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (۰/۷۷) تعیین گردید.

یافته ها: میانگین سن بیماران $51.92 \pm 8/779$ 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 (میانگین 2.742 ± 74.42) ضعیفترین و بعد همراهی عاطفی (میانگین 2.763 ± 57.75) 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 یافته های مطالعه، ارائه مناسب ترین روش های درمانی همراه با خدمات آموزشی و مشاوره ای و حمایت های همه جانبه از سوی سیستم های مختلف حمایتی در جامعه از جمله سیستم بهداشت و درمان جهت ارتقا عملکرد خانواده بیماران توصیه می گردد.

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

مقدمه

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 ۱۱/۱٪ 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

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

یابد، لذا بدیهیست که حجم عمده ای از تلاشهای نظامهای مراقبتی و منابع نظام سلامت را به خود اختصاص دهد (۱). با توجه به بروز و شیوع روز افزون بیماری سرطان معده به عنوان دومین سرطان شایع کشور (۴) توجه به عوامل تاثیر گذار احتمالی آن از جمله عملکرد خانواده های این بیماران از اهمیت بسزایی برخوردار می باشد. از آنجاکه مبارزه با سرطان یک امر خانوادگیست؛ یکی از مهمترین نقشهای پرستار بهداشت جامعه در بر خورد با خانواده های دچار بحران، کمک به آنان جهت بکار گیری توانایی ها و منابع خانواده برای مبارزه با بحران میباشد. نظر به اینکه در رابطه با عملکرد خانواده بیماران مبتلا به سرطان تحقیقات متعددی صورت گرفته اما به بررسی ارتباط عوامل مرتبط با آن پرداخته نشده است و با توجه به متفاوت بودن عوامل مرتبط با عملکرد خانواده این بیماران در جوامع مختلف، مطالعه حاضر با هدف تعیین عملکرد خانواده بیماران مبتلا به سرطان معده و برخی عوامل مرتبط با آن در شهر زنجان در سال ۱۳۹۷ طراحی و اجرا گردید.

روش کار

این مطالعه، یک مطالعه توصیفی-مقطعی بود. در این مطالعه کل بیماران مبتلا به سرطان معده ($N=127$) که دارای پرونده بوده و جهت پیگیری درمان در سال ۱۳۹۷ به مرکز آموزشی درمانی ولیعصر زنجان (ع) مراجعه می نمودند، به عنوان جامعه پژوهش در نظر گرفته و از طریق سرشماری وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه تشخیص قطعی سرطان معده، گذشت حداقل ۳ ماه از تشخیص بیماری سرطان، آگاهی بیمار و خانواده وی از ابتلا بیماری به سرطان، عدم ابتلاء به دیگر بیماریهای مزمن، نداشتن بیماری روانی شناخته شده و معیار خروج عدم تکمیل پرسشنامه ها به صورت کامل توسط نمونه ها بود. تعداد ۱۹ نفر به دلیل عدم دارا بودن معیارهای ورود و یا عدم تکمیل دقیق پرسشنامه ها از مطالعه خارج و در نهایت پرسش نامه ها توسط ۱۰۸ نفر در طی سه ماه تکمیل شدند. ابزار جمع آوری داده ها، شامل دو پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و عوامل مرتبط با بیماری و پرسشنامه استاندارد سنجش عملکرد خانواده FAD بود که توسط شرکت کنندگان تکمیل گردید.

۱- پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و عوامل مرتبط با بیماری: این ابزار با استفاده از منابع علمی توسط تیم تحقیق

سلامت جامعه محسوب می شود (۵). طبق آمار کشور ایران سرطان معده در بین سرطانهای شایع با شیوع ۱۵/۸٪ بعد از سرطان پوست با شیوع ۲۷/۶٪ به عنوان دومین سرطان شایع شناخته شده است (۴).

ابتلا به سرطان تجربه ای بسیار ناخوشایند و غیرقابل باور برای هر فرد است. سرطان باعث اختلال در وضعیت اقتصادی، اجتماعی، شغلی و زندگی خانوادگی بیمار می شود (۲). محققین بر این باورند که سرطان نه تنها فرد بیمار بلکه خانواده وی را نیز تحت تاثیر قرار می دهد. (۶) خانواده های دارای بیماران سرطانی، مشکلات احساسی و هیجانی بیشتری را نسبت به خود بیماران تجربه می کنند (۷). خانواده به عنوان اولین منبع حمایتی و مراقبتی برای عضو مبتلاء به بیماری محسوب می شود (۸). در هر مرحله از بیماری، خانواده با چالشهایی روبرو است که تهدید کننده روابط پایدار و کیفیت زندگی آنها است (۹). تاثیر سرطان بر عملکرد خانواده با توجه به نقش فرد مبتلا در ساختار خانواده متفاوت خواهد بود (۱۰). بررسی ابعاد 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 (۱۱).

همزمان با پیشرفت درمان سرطان و افزایش طول عمر بیماران، اهمیت توجه به تاثیر آن بر روی ابعاد عملکرد اعضای خانواده از جمله حل مساله، ارتباطات، نقش ها، همراهی عاطفی کنترل رفتار و عملکرد کلی بیش از گذشته مورد توجه قرار گرفته است. مطالعات مختلفی در مورد عملکرد خانواده های مبتلا به سرطان انجام گرفته که برخی عملکرد این خانواده ها را نامطلوب گزارش نموده اند مطالعه ای که توسط مدانلو و همکاران در کودکان مبتلا به سرطان انجام گرفت، نشان داد که عملکرد این خانواده ها در سطح مطلوب نمی باشد (۱۲). همچنین مطالعه عطری و همکاران (۲۰۱۴) عملکرد این خانواده ها را در تمامی ابعاد عملکردی، نامطلوب گزارش نمود (۱۳). مطالعه سانچز و همکاران (۲۰۱۱) نیز نشان داد که ابعاد فیزیکی و ذهنی کیفیت زندگی، با عملکرد خانواده ها ارتباط نزدیکی دارد (۱۴). تفاوت های جغرافیایی در مرگومیر و ناتوانی های ناشی از سرطان معده نیز نشان می دهد که این بدخیمی بیشتر متأثر از عوامل محیطی است (۱۵).

سرطان یکی از علل عمده اختلالات، مرگ و میر و ناتوانی در سراسر جهان است و فراوانی آن روز به روز افزایش می

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 ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ 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 (۰/۸۷) 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 $51/92 \pm 8/779$ سال و در محدوده ۳۱ تا ۷۰ سال بود. اکثر شرکت کنندگان مذکر ۷۱/۳٪ و متأهل ۷۸/۷٪ بودند. میانگین مدت زمان تأهل $10/564 \pm 27/50$ سال، میانگین تعداد فرزندان با بیشترین فراوانی $1/501 \pm 3/37$ سال، میانگین تعداد اعضای خانواده $5/26 \pm 1/364$ نفر، میانگین مدت زمان تشخیص $4/392 \pm 11/71$ ماه، میانگین تعداد دفعات بستری $4/337 \pm 12/79$ بار بود. حدود ۷۵٪ بیماران سرپرست خانوار،

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

هما پورعبداله و همکاران

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 (جدول ۱).

۹۴/۴٪ دارای بیمه بهداشتی، ۷۱/۳٪ ساکن شهر، ۹۲/۶٪ دارای منزل شخصی بودند. ۱۲٪ از نمونه ها بی سواد و ۲۸٪ 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.

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمونه های پژوهش برحسب برخی 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
	مجرد	۲	۱.۹
وضعیت تأهل	متأهل	۸۵	۷۸.۷
	بیوه	۱۵	۱۳.۹
	مطلقه	۶	۵.۶
	۱۵_۱	۱۷	۱۵.۷
مدت زمان تأهل	۳۰_۱۶	۵۰	۴۶.۳
	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

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

ضعیف ترین بعد و بعد همراهی عاطفی (میانگین ۵۷,۷۵)
بهترین بعد بود (جدول ۲).

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 (میانگین ۷۴,۴۲)

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار امتیازات ابعاد عملکرد خانواده نمونه های پژوهش

ابعاد	میانگین	انحراف معیار	میانگین در بازه +۴-۰	میانگین در بازه +۱۰۰-۰	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	۲۴,۰۱۷۵	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

میانگین امتیاز آمیزش عاطفی افزایش می یافت و در واقع عملکرد خانواده ها در این بعد ضعیفتر می شد ($T=0,291$) ($P=0,002$)، 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 ($T=0,280$) ($P=0,003$)، بین سرپرست و غیر سرپرست بودن و بعد آمیزش عاطفی نیز تفاوت وجود داشت بطوریکه بیماران سرپرست خانوار، عملکرد بهتری داشتند ($P=0,001$)، همچنین بین محل سکونت و بعد آمیزش عاطفی، تفاوت وجود داشت. بطوریکه میانگین امتیاز عاطفی در ساکنین شهر و روستا تفاوت آماری معنی داری داشت و در این بعد خانواده های شهری عملکرد بهتری داشتند ($P=0,009$)، بین میانگین امتیاز 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 ($P=0,004$)، 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 ($P=0,008$). (جدول ۳ و ۴)

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 ($P=0,000$)، 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 ($T=0,289$) ($P=0,002$)، 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 ($T=0,270$) ($P=0,005$)، 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 ضعیفتر می شد ($T=0,319$) ($P=0,001$)، بعد آمیزش عاطفی با تعداد اعضای خانواده بیمار، ارتباط آماری معنی داری داشتند. یعنی با افزایش تعداد اعضای خانواده بیمار، میانگین امتیاز آمیزش عاطفی ($T=0,294$) ($P=0,002$) افزایش می یافتند و در واقع عملکرد خانواده ها در این ابعاد ضعیفتر می شد، بعد آمیزش عاطفی با مدت زمان تشخیص نیز ارتباط آماری معنی داری داشت یعنی با افزایش مدت زمان تشخیص بیماری

جدول ۳: ارتباط بعد آمیزش عاطفی خانواده نمونه های پژوهش با عوامل مرتبط با بیماری

عوامل مرتبط با بیماری	بعد آمیزش عاطفی	ضریب همبستگی پیرسون	آزمون پیرسون P-value
سن		$r = 0.289$	0.002
مدت زمان تاهل		$r = 0.270$	0.005
تعداد فرزندان		$r = 0.319$	0.001
مدت زمان تشخیص		$r = 0.291$	0.002
دفعات بستری		$r = 0.280$	0.003

جدول ۴: مقایسه میانگین امتیازات بعد آمیزش عاطفی خانواده نمونه های پژوهش با عوامل مرتبط با بیماری

عوامل مرتبط با بیماری	بعد آمیزش عاطفی	نوع	انحراف معیار \pm میانگین	P-value
جنس		مذکر	2.56 ± 18.9	0.000
		مونث	2.73 ± 21.03	
نوع سرپرست		سرپرست خانوار	2.60 ± 19.06	0.001
		غیر سرپرست	2.83 ± 21.04	
محل سکونت		شهر	2.71 ± 19.07	0.009
		روستا	2.65 ± 20.61	
		بی سواد	3.10 ± 21.00	
		زیر دیپلم	2.69 ± 20.24	
تحصیلات		دیپلم	2.51 ± 18.82	0.004
		دانشگاهی	2.38 ± 18.25	
		خانه دار	2.81 ± 21.24	
		کارمند	2.15 ± 18.08	
شغل		بازنشسته	2.01 ± 20.05	0.008
		آزاد	1.45 ± 18.68	
		بیکار	2.42 ± 19.45	
		محصل - دانشجو	0.21 ± 19.52	

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 ناکارآمد شدن عملکرد خانواده گردد (۱۴). Morishita و Kawahara و همکارانش (۲۰۲۰) نیز در مطالعه خود نشان دادند عملکرد خانواده در خانواده های بیماران مبتلا به

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 مویذ 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

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 احتمالاً 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 ابعاد 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 میابند، در بسیاری از خانواده ها بیشتر به صورت غیر رسمی تخصیص میابند، در بسیاری از خانواده ها بیشتر به صورت الگوهای عادی 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

خانواده‌های شرکت کننده در این مطالعه از بین چهار شیوه کنترل رفتار، بیشتر از شیوه اقتدار منطقی (که بهترین نوع کنترل رفتار است) استفاده کرده‌اند تا شیوه‌های خشک یا آشفته و غیر کارآمد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بعد عملکرد کلی نسبت به بقیه ابعاد در خانواده‌های مورد مطالعه بیشتر تحت تاثیر بیماری سرطان قرار گرفته است اما در محدوده طبیعی قرار داشت. همچنین برخی مطالعات نشان داده‌اند که ابتلاء یکی از والدین به سرطان عملکرد کلی خانواده را تضعیف می‌کند (۲۳). کورالس و مدینا در مطالعه خود بر روی عملکرد خانواده و تنش‌های مراقبین دارای بیمار مبتلا به سرطان نشان دادند که تقریباً نیمی از خانواده‌ها، کشمکش‌های 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، می‌تواند توانایی تحمل تحول عاطفی را که به دنبال بیماری تجربه می‌شود به دست آورد (۲۴). از آنجائیکه روابط و پیوندهای عاطفی حاکم بر خانواده‌های نمونه‌های این مطالعه دارای ریشه‌های عمیقی است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که از تزلزل خانواده هنگام وقوع بحران پیشگیری می‌کند.

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 معنی‌داری داشته و در جنس مذکر عملکرد بهتری مشاهده شد. به عقیده پژوهشگر، بطور سنتی به زنان به عنوان مراقبان خانواده نگریسته می‌شود. در نتیجه، ممکن است انتظارآتشان از خودشان بالا باشد. در مقابل، مردان نقشی که هنگام بیماری همسرانشان ایفا می‌کنند، در شرایط عادی از آنها انتظار نمی‌رود. شاید زنان مطالعه حاضر به دلیل افزایش فشار عاطفی ناشی از وجود بیماری سرطان در یکی از اعضا خانواده، در این بعد عملکرد ضعیف‌تری نسبت به مردان داشتند که ممکن است دلیل آن نقش مدیریتی مردان به عنوان تکیه‌گاه در فرهنگ خانواده‌های ایرانی به ویژه اقوام آذری زبان باشد.

بر اساس نتایج بعد آمیزش عاطفی با سن بیمار ارتباط

داشت و با افزایش سن، عملکرد خانواده‌ها 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 می‌یافت (۱۲). طبق مطالعه Lewandowska (۲۰۲۱) در خانواده با فرزند مبتلا به سرطان بروز مشکلات اختلاف معنی‌دار معکوس با سن والدین داشت (۲۵) بنظر پژوهشگر افزایش سن می‌تواند به دلیل مواجهه افراد با بحران‌های 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 معنی‌داری داشت. بدین معنی که با افزایش آنها، عملکرد خانواده‌ها در این بعد ضعیفتر می‌شد. برخلاف نتایج مطالعه حاضر، نتایج مطالعه مدانلو نشان داد که با افزایش مدت زمان تشخیص بیماری و مدت زمان بستری، آمیزش عاطفی خانواده‌ها، بهتر می‌گردید (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 معنی‌داری 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 معنی‌داری 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 معنی‌داری داشت. بطوریکه خانواده‌های شهری در این بعد، عملکرد بهتری داشتند. به نظر پژوهشگر، شاید سکونت در شهر و برخورداری بیشتر از سرویس‌های بهداشتی درمانی باعث عملکرد بهتر این خانواده‌ها 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 می‌کنند در مقایسه با گروه‌های دیگر بیشتر بوده و این خانواده‌ها عملکرد ضعیف‌تری

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 شناختی 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 اهداف، 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، ضمناً شناسایی

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 زیردپلم 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

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.

سیاسگزاری

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

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

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

References

- 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.
- 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>
- Mirzaei H, Mostafaei D, Estebarsari F, Sattarzadeh M, Estebarsari K. The Quality of Life of Breast Cancer Patients Receiving Palliative and Supportive Care. IJRN. 2017; 3 (2) :19-26.
- 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.
- Khaleghian M, Jahanzad I, Shakoobi 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.
- 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>
- 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>
- 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.
- 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>
- 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>
- 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>
- Modanloo SH, Rohani c, Farahani Shirin Abadi

- 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, Sheikhejhad 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, Vercruyse 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>