مقاله پژوهشی

فصلنامهٔ بیماری‌های پستان ایران، سال هفتم، شماره دوم، تابستان ۱۳۹۳

تأثیر سرمایه اجتماعی بر درد در بیماران مبتلا به سرطان پستان

سیده محبوبه حسینی*: کارشناس ارشد رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی شهرکرد

چکیده

مقدمه: درد ناشی از سرطان یا اثرات جانبی اقداماتی که برای درمان آن به عمل می‌آید ۹۰ تا ۵۰ درصد بیماران مبتلا به سرطان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. دریافت حمایت و تعاملات بیمار با دیگران می‌تواند باعث افزایش رفتارهای پذیرندگی درمان شود و از آنجایی‌که رفتارهای پذیرندگی درمان، باعث تسکین و تخفیف در سطح درد می‌شوند، هدف این مطالعه، بررسی تاثیر افزایش سرمایه اجتماعی بر سطح درد در زنان مبتلا به سرطان پستان است.

روش بررسی: در مطالعه مداخله‌ای، ۲۹ بیمار مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان کاشانی شهرکرد، از طریق نمونه‌گیری غیراحتمالی (در دسترس) انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه مداخله و مقایسه تقسیم شده‌اند. گروه مداخله، در کنار درمان‌های رایج مداخلاتی جهت ارتقا سرمایه اجتماعی و گروه مقایسه درمان‌های استاندارد دریافت می‌نمودند. از پرسشنامه برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: قبل از اجرای مداخلات دو گروه از نظر متغیرهای تحقیق همسان بوده‌اند ($p>۰/۰۵$). اما پس از اجرای مداخله تغییرات معناداری دیده شد. به‌طوری‌که، سرمایه اجتماعی و ابعاد آن در گروه مداخله افزایش و در گروه مقایسه سرمایه اجتماعی و بعد درون گروهی کاهش یافته و بعد بین گروهی ثابت مانده است. درد در هر دو گروه کاهش یافته است، اما این کاهش در گروه مداخله به طور قابل توجهی بیشتر است.

نتیجه‌گیری: افزایش سرمایه اجتماعی باعث افزایش رفتارهای پذیرندگی درمان و تسکین درد می‌شود، لذا می‌توان از روش‌های ارتقا دهنده سرمایه اجتماعی به عنوان راهی جهت کاهش درد استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: درد، سرمایه اجتماعی درون گروهی، سرمایه اجتماعی بین گروهی، سرطان پستان.

* نشانی نویسنده پاسخگو: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی شهرکرد، سیده محبوبه حسینی.
نشانی الکترونیک: mahboobehosseini42@gmail.com

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.2.3.3]

مقدمه

سرطان پستان که رشد خارج از قاعده بافت پستان می‌باشد (۱) با ۲۲/۶٪ از شایع‌ترین سرطان‌ها در زنان ایرانی است (۲). سالانه حدود ۸۰۰۰۰ مورد جدید سرطان پستان در کشور تشخیص داده می‌شود و در مقایسه با سایر کشورها زنان ایرانی یک دهه زودتر به سرطان پستان مبتلا می‌شوند که ۷۰٪ آنها در فاز پیشرفته بیماری تشخیص داده می‌شوند (۳). بر اساس گزارش ثبت کشوری موارد سرطان در سال ۱۳۸۸ سرطان پستان در زنان همچنان در مقام اول قرار دارد و با ASR ۲۸/۲۵ بالاتر از موارد گزارش شده سرطان پوست می‌باشد. پراکندگی استانی آن تقریبا یکسان بوده و در تمامی استان‌ها بالاتر از سایر موارد سرطان گزارش شده قرار دارد. اوج سنی ابتلا به این بیماری ۵۵-۵۰ سال است و میزان بروز استاندارد شده آن در کشورهای پیشرفته ۸۶.۴ و در کشورهای کمتر توسعه یافته ۲۷.۳ و در جهان ۳۸.۹ است (۲). بنابراین علت توجه روز افزون به این بیماری، شیوع بالا و جوان یا میانسال بودن اکثر مبتلایان به این بیماری است (۴).

در ایران از هر ۱۰ زن یک نفر به سرطان پستان مبتلا می‌شود که در اغلب اوقات منجر به برداشت کامل بافت پستان، شیمی‌درمانی، رادیوتراپی و هورمون‌درمانی می‌شود (۵). با وجود پیشرفت‌های وسیع در زمینه درمان سرطان پستان، اغلب این درمان‌ها با عوارض جانبی بسیاری چون ورم لنفاوی، ضعف، درد، بی‌حسی، محدودیت در حرکت مفصل شانه و احساس سنگینی در دست و اختلالات روانی-اجتماعی همراه هستند (۶ و ۷). درد ناشی از سرطان یا اثرات جانبی اقداماتی که برای درمان آن به عمل می آید ۵۰ تا ۹۰ درصد بیماران را تحت تأثیر قرار میدهد. بطوریکه مطالعات نشان داده اند که درد اقدامات پزشکی و دردهای مرتبط با درمان برای این دسته از بیماران مشکل بزرگتری است تا خود بیماری (۸و ۹).

میزان شیوع و شدت درد سرطان به نوع سرطان بستگی دارد (۱). درد یک پدیده چند بعدی است و این تعریف آن را مشکل می‌کند. زیرا تجارب شخصی و ذهنی با اندازه‌گیری‌های عینی قابل بررسی نیست. بر اساس تعریف انجمن بین المللی درد، درد چیزی است که بیمار بگوید و در هر زمانی که او اظهارکند، وجود دارد. این تعریف بر ماهیت ذهنی بودن درد و کنترل آن تأکید دارد و بیمار معتبرترین فرد برای اظهار وجود درد است. استرنباخ (sternbach) تعریف درد را بدین‌صورت می‌داند: یک مفهوم انتزاعی که ما را به ۱) یک احساس شخصی و خصوصی نسبت به صدمه، ۲) یک محرک مضر که به علت صدمه بافتی اخیر یا در شرف ایجاد آن، ۳) یک الگوی پاسخ‌دهی به محافظت ارگانیسم از صدمه ارجاع می‌دهد (۱۰ و ۱۱).

عوامل چندی بر درک بیمار از درد مؤثر است. بسیاری از ترس‌ها، ناامیدی‌ها[1] و احساس جدایی و تنهایی در بیمار، با رفتاری مهربان و همراه با هم‌دردی از طرف پزشکان و پرستاران، می‌توانند کاسته شوند. بسیار مهم است که بیمار را و نه فقط بیماری را درمان نمود و اثر فاجعه‌آمیز سرطان نه‌تنها برای بیمار بلکه برای خانواده او را نیز مورد توجه قرار داد. تمایل پزشکان جهت تصدیق و بحث در مورد این تاثیرات می‌تواند در کمک به بیماران جهت درک احساسات خویش بسیار تعیین‌کننده باشد (۱۲). تشویق بیمار به شرکت در محافل اجتماعی و ترتیب دادن گروه-های حمایتی و عضویت در انجمن‌های مربوط و تلاش در جهت تقویت روابط از طریق ارتباطات، افزایش اطلاعات و آگاهی می‌تواند به بهبود رفتارهای پذیرندگی درمان و به تبع آن تسکین درد کمک کند (۱۳).

گسترش و تسهیل شبکه ارتباطات و پیوندهای اجتماعی، سطح دسترسی افراد و گروه‌ها را به منابع اقتصادی و اجتماعی ارتقا می‌دهند. این پیوندها و ارتباطات که می‌توان به آنها نام سرمایه اجتماعی داد، در اشکال متفاوت خود یعنی به صورت درون‌گروهی و برون‌گروهی به مثابه نوعی چسب باعث می‌شوند که عناصر موجود در جامعه به هم اتصال یابند و کنش‌های جمعی از قبیل تعاون، حمایت‌های اجتماعی و دیگر موارد تسهیل گردند که خود سبب ارتقای کیفیت زندگی خواهد شد (۱۴).

نان لین با طرح نظریه منابع اجتماعی (۱۹۸۲) مطرح نمود: دستیابی به منابع اجتماعی و استفاده از آنها می‌تواند به موقعیت‌های اجتماعی اقتصادی بهتر منجر شود. لذا او در سال (۱۹۹۸) مفهوم سرمایه اجتماعی را به عنوان منابع نهفته در ساختار اجتماعی مطرح کرد که با کنش‌های هدفمند قابل دسترسی می‌باشند. از نظر لین دو عنصر مفهومی و مهم سرمایه اجتماعی، «منابع نهفته» و

[1] Frustrations

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.2.3.3]

«موقعیت‌های شبکه‌ای» می‌باشد و نتایج سرمایه‌گذاری-های افراد در روابط و شبکه‌های اجتماعی در ارتباط با دو نوع کنش ابزاری و کنش اظهاری طبقه‌بندی می‌شود. برای کنش ابزاری سه نوع بازدهی اقتصادی (ثروت)، سیاسی (قدرت) و اجتماعی (شهرت) در نظر گرفته می‌شود و در کنش اظهاری، سرمایه اجتماعی ابزاری است برای تحکیم منابع و دفاع در برابر از دست دادن احتمالی منابع و به سه نوع بازدهی سلامت جسمانی، سلامت روانی و کیفیت زندگی منجر می‌شود. سلامت جسمانی مستلزم حفظ توان کارکردی جسمانی و رهایی از بیماری‌ها و آسیب‌دیدگی است. سلامت روانی، توانایی پایداری در برابر تنش‌ها و حفظ تعادل عقلی و احساسی را منعکس می‌کند. رضایت از زندگی نیز نشانگر خوش‌بینی و رضایت از عرصه‌های مختلف زندگی مانند خانواده، ازدواج، کار، جامعه و محیط زیست است. وی معتقد است اغلب اوقات کنش‌های ابزاری و کنش‌های اظهاری یکدیگر را تقویت می‌کنند (۱۵، ۱۶ و ۱۷).

در این مطالعه از نظریه نان لین استفاده نموده‌ایم که نتایج سرمایه‌گذاری افراد در روابط و شبکه‌های اجتماعی را در ارتباط باکنش اظهاری می‌داند که در آن سرمایه اجتماعی ابزاری است برای تحکیم منابع و دفاع در برابر از دست دادن احتمالی منابع. بدین صورت که با استفاده از سرمایه‌گذاری‌های افراد در روابط و شبکه‌های اجتماعی بتوانیم آگاهی بیماران در مورد روش‌های تسکین درد را ارتقاء دهیم و از این طریق به بهبود سلامت جسمانی، سلامت روانی و کیفیت زندگی کمک نماییم.

درمورد رابطه سرمایه اجتماعی و درد تاکنون مطالعه‌ای صورت نگرفته است، اما درمورد رابطه سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی و تبعیت از درمان تحقیقات بسیاری صورت گرفته است که غالبا در قالب تحقیق توصیفی و همبستگی بوده است و جهت تاثیر و رابطه مشخص نیست. به‌طوری-که نمی‌توان گفت آیا افرادی که سرمایه اجتماعی بالاتری دارند، کیفیت زندگی بهتری دارند و بیشتر از درمان‌های توصیه شده تبعیت می‌کنند و یا بالعکس؟ در مطالعات مداخله‌ای نیز، تحقیق چندانی در مورد سرمایه اجتماعی صورت نگرفته و معمولا تاثیر حمایت اجتماعی، روابط اجتماعی، شبکه‌ها و انجمن‌ها و ... بر کیفیت زندگی، تندرستی، سلامت، سلامت اجتماعی، امیدواری، تبعیت از درمان و ..... سنجیده شده است.

مطالعات توصیفی انجام شده غالبا از طریق همبستگی به رابطه مثبت و معنادار حمایت اجتماعی، سرمایه اجتماعی و یا مؤلفه‌های آن با کیفیت زندگی، تندرستی، سلامت، سلامت اجتماعی، امیدواری پی‌برده‌اند (۳، ۱۳ و ۳۰-۱۸).

از مطالعات مداخله‌ای نیز می‌توان به مطالعه مارگارت می‌لافلینا شاره کرد. وی در مقاله‌ای با عنوان «مداخلات اجتماعی از طریق شبکه‌های اجتماعی و برنامه‌های ویدیویی برای بازماندگان سرطان»، به منظور بررسی رابطه حمایت اجتماعی و میزان برآورده شدن نیازهای بقا یافتگان از سرطان و بهبود کیفیت زندگی در دوران کودکی مداخلاتی انجام داد. یافته‌ها حاکی از این است که این افراد، از شبکه‌های اجتماعی به عنوان راهی جهت بر آورده کردن نیازهایی که در زندگی خصوصی و بدون ارتباط با دیگران بر آورده نشدند، استفاده کردند. بنابراین، بین ویژگی‌های این افراد، شرکت در زندگی اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی پویا که برای تامین ارتباطات، حمایت و اطلاعات طراحی شده‌اند با میزان و نحوه ارضاء نیازهایشان رابطه معنادار وجود دارد (۳۰).

در ایران نیز در مطالعه ملک پور- یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده- با عنوان «تاثیر گروه‌های همیار بر کیفیت زندگی و پذیرش درمان بیماران مبتلا به سرطان پستان» به تاثیر مثبت عضویت در گروه‌های همیار بر ارتقاء کیفیت زندگی و بهبود رفتارهای تبعیت از درمان اذعان شده است که مشابه‌ترین تحقیق با مطالعه حاضر می‌باشد (۱۳).

بنابراین طبق مطالعات انجام شده، تاثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت جسمانی، سلامت روانی و کیفیت زندگی و تبعیت از درمان امری بدیهی است که در مطالعات بسیاری ثابت شده است. اما نکته مهم این است که در مطالعات پیشین از طریق همبستگی و از روش توصیفی به این نتیجه دست یافته‌اند که علاوه بر اینکه جهت علیت و تاثیر مشخص نیست، شواهد قوی نیز به دست نمی‌آید. اما در این مطالعه، پس از طراحی مداخله‌ای جدید، در پی افزایش سرمایه اجتماعی بیمارانی بوده‌ایم که شدیداً منزوی و دچار اختلال در روابط اجتماعی شده بودند. هدف از این کار این بوده است که با افزایش ارتباطات و یا همان سرمایه اجتماعی بتوانیم اطلاعات و آگاهی بیماران

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-12]

DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.2.3.3]

را در مورد بیماری و راه‌های درمان و کاستن از عوارض جانبی افزایش دهیم و با شرکت دادن فرد در گروه‌های همیاری و صحبت با افرادی که مشکلات مشابه داشتند، به درک طبیعی بودن احساساتشان کمک نماییم و از این طریق کیفیت زندگی‌شان را بهبود بخشیم. به این ترتیب در این مطالعه برآن شدیم تا از طریق طراحی مطالعه‌ای مداخله‌ای، تأثیر افزایش سرمایه اجتماعی (از طریق افزایش ارتباطات، دسترسی به منابع و آگاهی) را به واسطه افزایش رفتارهای پذیرندگی درمان و آموزش‌هایی در مورد روش‌های تسکین درد، بر سطح درد در مبتلایان به سرطان پستان را بررسی نماییم. در این مطالعه، علاوه بر آزمون رابطه بین سرمایه اجتماعی و درد به روش‌های آزمایشی که علیت را به قوی‌ترین شکل ممکن نشان می-دهد، راهکاری نیز برای ارتقاء سرمایه اجتماعی و تسکین درد ارائه می‌شود.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر، یک کار آزمایی بالینی تصادفی شده است که بر روی ۲۹ بیمار مبتلا به سرطان پستان که در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۸۹ به بیمارستان آیت ا... کاشانی شهرکرد مراجعه کرده و در زمان تحقیق در حال دریافت شیمی‌درمانی بوده‌اند، انجام شده است.

جهت تعیین حجم نمونه از فرمول نمونه‌گیری در مطالعات تحلیلی استفاده گردید و برای جایگذاری میانگین و انحراف معیار از مطالعه مشابه (تاثیر دعا خواندن جمعی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان) استفاده نمودیم و حجم نمونه برای هر گروه ۱۴ نفر بدست آمد. از این جمعیت، تعداد ۲۹ نفر واجدالشرایط بر اساس معیارهای ورود (تشخیص سرطان پستان در مراحل ۲و۱، داشتن حداقل سواد، تمایل و رضایت برای شرکت در پژوهش، سن بین ۶۵ تا ۲۵ سال، سابقه انجام جراحی ماستکتومی، عدم وجود بیماری زمینه‌ای بارزی اعم از بیماری جسمی یا روان‌پزشکی که مانع از انجام تحقیق شود، بروز بدخیمی یا متاستاز در سایر ارگان‌ها) و بر اساس نمونه‌گیری غیراحتمالی (در دسترس) انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله (۱۵نفر) و مقایسه (۱۴نفر) قرار داده شدند.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از:

۱) پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک (شامل معیارهایی نظیر سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، وضعیت اشتغال و وضعیت اجتماعی اقتصادی).

۲) پرسشنامه سرمایه اجتماعی درون گروهی (برگرفته از طرح سنجش سرمایه اجتماعی در ایران (۱۴)

۳) پرسشنامه سرمایه اجتماعی بین‌گروهی طیف سام (۳۱) (این دو پرسشنامه محقق ساخته بوده‌اند و توسط آقای دکتر موسوی و آقای دکتر ادیبی سده ساخته شده‌اند. این دو پرسشنامه در تحقیق آقای قاسم‌زاده (تاثیر سرمایه اجتماعی بر شادی) با هم ترکیب شده و پرسشنامه سرمایه اجتماعی بدست آمده است. ایشان روایی و پایایی این پرسشنامه را انجام داده‌اند).

پرسشنامه سرمایه اجتماعی درون‌گروهی ۴ گویه‌ای شامل سنجه‌هایی از قبیل:

۱) اگر مشکل حادی مثل تصادف، وقوع زلزله و... برای خانواده‌ام پیش بیاید، برای حل آن همکاری می‌کنم.

۲) در یک سال گذشته در فعالیت‌های جمعی نظیر مراسم جشن و عروسی یا عزاداری، کارهای تفریحی، معاملات اقتصادی و... شرکت داشته‌ام.

۳) به دوستان و فامیل خود اعتماد دارم.

۴) نسبت به اهالی محله خود احساس تعلق و دوستی دارم .... می‌باشد و پرسشنامه سرمایه اجتماعی بین گروهی شامل ۱۱ گویه است که با توجه به طیف لیکرت (خیلی زیاد، زیاد، تا حدودی، کم، خیلی کم) مورد سنجش قرار گرفته است. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، به ترتیب طیف لیکرت، از نمره ۵ تا ۱ اختصاص داده شد. سپس نمرات بدست آمده برای هر فرد در هر دو بعد با هم جمع شد و نمره نهایی برای سرمایه اجتماعی منظور گردید. حداقل نمره برای سرمایه اجتماعی درون‌گروهی ۲۸ و حداکثر ۱۴۰، حداقل نمره برای سرمایه اجتماعی برون‌گروهی ۱۱ و حداکثر ۵۵ و حداقل نمره برای سرمایه اجتماعی کلی ۳۹ و حداکثر ۱۹۵ است که با احتساب طیف خیلی کم تا خیلی زیاد بدست آمده است.

قاسم‌زاده جهت بررسی اعتبار صوری، پرسشنامه را بعد از طراحی در اختیار اساتید و کارشناسان متخصص در این امر قرار دادند و بعد از گردآوری نظرات آنها به عنوان داور، پرسشنامه نهایی را طراحی نمودند. ایشان همچنین جهت محاسبه اعتبار مبتنی بر تحلیل عاملی اکتشافی از آزمون

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.2.3.3]

کیزر و مایر استفاده نمودند و مقدار آن برای سرمایه اجتماعی درون گروهی ۸۹٪ و برای سرمایه اجتماعی برون گروهی ۸۵۸٪ بدست آمدکه نشان دهنده حد مطلوب آمار برای کفایت نمونه و انجام تحلیل عاملی می‌باشد. مقدار کرونباخ برای سرمایه اجتماعی درون‌گروهی ۰/۹۳۷ و برای سرمایه اجتماعی برون‌گروهی ۰/۸۱۲ است که مقدار قابل قبولی می‌باشد و نشان می‌دهد که پرسشنامه از ضریب پایایی بالایی برخوردار است (۳۲) .

۴) مقیاس بینایی سنجش درد (VAS)

VAS پرکاربردترین ابزار سنجش درد در دنیا است. علاوه بر روایی و پایایی، مهم‌ترین خصیصه این ابزار، سادگی استفاده از آن است. این ابزار، یک معیار ۱۰ سانتی‌متری است که طرف چپ آن (صفر) بیانگر نداشتن درد و سمت راست آن (۱۰) بیانگر شدیدترین درد است. کسب نمره ۳ ـ۱ نشانگر درد خفیف، ۷ ـ۴ درد متوسط و ۱۰ ـ ۸ نشان-دهنده درد شدید است. این ابزار در پژوهش‌های انجام شده با بیماران مبتلا به سرطان مورد استفاده قرار گرفته است و در اکثر کشورهای جهان و همچنین در ایران روا و پایا شده است و با مقیاس مک گیل نیز مقایسه شده است و همبستگی بین این دو بسیار قوی ۸۶٪ = r ذکر گردیده است (۳۳).

قبل از شروع مداخله و تقسیم افراد به دو گروه، با استفاده از پرسشنامه، سرمایه اجتماعی و درد سنجیده شد. سپس برای گروه مداخله، قبل از انجام مداخلات ابداعی در کنار درمان‌های پزشکی استاندارد، هشت جلسه توجیهی (هر جلسه به مدت یک ساعت) برگزار گردید و روش و جزئیات مداخله و انتظارات محقق توضیح داده شد.

مداخله به شرح زیر می‌باشد: پس از انتخاب گروه مداخله، به مدت هشت روز متوالی ۸ جلسه آموزشی (هر جلسه به مدت یک ساعت) به شرح زیر برگزار گردید: در جلسه اول محقق در مورد سرمایه اجتماعی و اهمیت آن بر سلامتی و کیفیت زندگی و همچنین کیفیت زندگی، درد و پذیرندگی درمان و به طور کلی در مورد متغیرهای تحقیق صحبت نمود. در پایان جلسه، زمان معینی برای صحبت بیماران با هم به منظور آشنایی بیشتر آنها با هم تعیین شد و به آنها اجازه داده شد سوالات و ابهامات خود را بازگو نمایند. طی جلسه دوم، محقق از بیماران دو سوال پرسید.

۱ـ به نظر شما اگر سرمایه اجتماعی شما ارتقا یابد، بهتر و کمک کننده است و استدلال شما چیست؟

۲ـ برای افزایش سرمایه اجتماعی چه کارهایی می‌توان انجام داد؟

در این جلسه، بیماران با بحث گروهی به نتیجه می‌رسیدند و به سوالات پاسخ می‌دادند و این جلسه به منظور آشنایی بیشتر بیماران با بحث و استفاده از نظرات آنها بود. ناگفته نماند، در این مرحله بیماران از مداخلات هیچ اطلاعی نداشتند و هدف، فعالیت هر چه بیشتر ذهن بیماران بود و به صورت جلسه پرسش و پاسخ برگزار شد. جلسه سوم، کارگاهی با هدف آشنایی بیشتر بیماران با هم و صحبت در مورد موضوعات گفته شده تشکیل شد تا مقدمه‌ای برای ورود به مراحل بعدی ایجاد شود. در جلسه چهارم، در مورد راه‌های ارتقادهنده سرمایه اجتماعی درون‌گروهی بحث نمودیم و در جلسه پنجم، کارگاهی برای آموزش بیشتر بیماران و بحث گروهی در مورد موضوع تشکیل شد. در جلسه ششم، در مورد راه‌های ارتقادهنده سرمایه اجتماعی بین‌گروهی بحث نمودیم و در جلسه هفتم کارگاهی جهت بحث گروهی و رفع ابهامات برگزار گردید. در جلسه آخر، نحوه پر کردن چک لیست‌ها آموزش داده شد.

بعد از اتمام جلسات آموزشی و توجیه بیماران، به مدت سه ماه مداخله‌ای انجام دادیم. در این مدت، بیماران هفته‌ای یک بار (زمان و مکان جلسات بنا بر توافق محقق و بیماران است) به مدت یک ساعت دور هم جمع می‌شدند، چک لیست کارهای انجام شده برای ارتقا سرمایه اجتماعی را تکمیل نموده بودند به محقق تحویل می‌دادند. محقق از آنها در مورد مشکلاتشان در اجرای مداخلات و یا در پر کردن چک لیست سوالاتی می‌پرسید و از آنها می‌خواست تجاربشان را با هم در میان بگذارند. همچنین آنها را به ادامه کار با جدیت بیشتری ترغیب و تشویق می‌نمود و در طی جلسات برگزار شده با آنها در مورد این بیماری، انواع درمان‌های دارویی و اجتماعی، راهکارهایی جهت بهبود درد و ارتقاء کیفیت زندگی گفتگو می‌کرد. کل مدت مداخله سه ماه (۱۲ جلسه) به طول انجامید و اساس کار تشکیل گروه‌های همیاری بود. گروه مقایسه در این مدت درمان‌های پزشکی رایج را دریافت می‌کردند. دو هفته پس از اتمام مداخله، متغیرهای مورد

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-12]

DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.2.3.3]

مطالعه مجددا سنجیده شده و نتایج هر بار سنجش (قبل و بعد از مداخله) با هم مقایسه گردید.

به منظور انجام پژوهش، مجوز لازم از دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد اخذ و به مسئول مربوطه ارائه شد. پژوهشگر به کلیه نمونه‌ها اطمینان داد که نام و پاسخ‌های آنها کاملا محرمانه بوده و صرفا جهت انجام تحقیق است و رضایت‌نامه شرکت در پژوهش از کلیه بیماران اخذ و در رابطه با اختیاری بودن شرکت در پژوهش توضیحات لازم داده شد. داده‌های جمع‌آوری شده بوسیله نرم‌افزار SPSS 19 و آزمون‌های کای اسکوئر، دقیق فیشر، T مستقل و زوجی آنالیز شد.

یافته‌ها

همان‌طور که پیشتر گفته شد، تعداد افراد نمونه در گروه مداخله ۱۵ نفر و در گروه مقایسه ۱۴ نفر بوده‌اند. در ابتدا باید در مورد مشخصات دموگرافیک افراد نمونه باید گفت: پس از محاسبه نرمال بودن توزیع نمرات در یافتیم که هیچ یک از این متغیرها از توزیع نرمال برخوردار نبوده‌اند ($p<۰/۰۵$) و به همین دلیل به منظور بررسی همسانی متغیرها از آزمون‌های آماری ناپارامتریک استفاده نموده‌ایم. دو گروه از لحاظ متغیرهای دموگرافیک همسان بوده اند ($p >۰/۰۵$).

اطلاعات مربوط به مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. طبق جدول شماره یک، میانگین سنی افراد در گروه مداخله ۴۵/۸۵ سال و در گروه مقایسه ۴۰/۲۱ سال است.۹۳/۳٪ افراد گروه مداخله و۷۸/۶٪ از گروه مقایسه متاهل بوده اند. ۴۶/۸٪ افراد گروه مداخله و ۲۱/۴٪ از گروه مقایسه تحصیلات بالاتر از دیپلم دارند.۷۳/۳٪ افراد گروه مداخله و ۶۴/۳٪ از گروه مقایسه خانه‌دار بودند.۸۰٪ گروه مداخله و ۶۴/۳٪از گروه مقایسه بیش از سه فرزند داشتند. از لحاظ وضعیت اجتماعی اقتصادی ۹۳/۴٪ در گروه مداخله و ۶۴/۳٪ در گروه مقایسه بر طبق اظهارات خودشان وضعیت متوسط رو به بالا هستند.

پس از محاسبه نرمالیتی متغیرها دریافتیم که متغیر سرمایه اجتماعی و ابعاد آن از توزیع نرمال برخوردارند ($p>۰/۰۵$). بنابراین از آزمون‌های آماری پارامتریک استفاده نموده‌ایم. بررسی‌های آماری با استفاده از آزمون T مستقل نشان می‌دهد در مرحله پیش آزمون، بین دو گروه مداخله و مقایسه از نظر سرمایه اجتماعی و ابعاد آن اختلاف معناداری وجود ندارد و دو گروه همسان هستند ($p>۰/۰۵$). میانگین سرمایه اجتماعی در گروه مداخله برابر با ۱۰۹/۶ و در گروه مقایسه برابر با ۱۱۱ است که اندکی کمتر از گروه مقایسه است. این مقدار برای سرمایه اجتماعی درون‌گروهی در گروه مداخله برابر است با ۸۲/۴ و در گروه مقایسه برابر است با ۷۸/۸۲ و برای سرمایه اجتماعی بین گروهی در گروه مداخله برابر با ۲۷/۲ و در گروه مقایسه برابر با ۲۸/۲ است. در این مرحله دو گروه از نظر سرمایه اجتماعی و ابعاد آن همسان بوده‌اند ($p>۰/۰۵$). اما با توجه به جدول بالا پس از اجرای مداخله، میانگین سرمایه اجتماعی در زمان پس‌آزمون، در گروه مداخله برابر با ۱۴۴/۵۳ و در گروه مقایسه برابر با ۱۰۵ بوده است. این مقدار برای سرمایه اجتماعی درون-گروهی در گروه مداخله برابر با ۱۰۶/۹۳ و در گروه مقایسه برابر با ۷۸/۴۲ و برای سرمایه اجتماعی بین‌گروهی در گروه مداخله برابر با ۳۷/۶ و در گروه مقایسه برابر با ۲۶/۷۸ است.

با استفاده از آزمون T زوجی، شاهد تغییرات معنادار ($p<۰/۰۵$) و افزایش قابل توجه در سرمایه اجتماعی و ابعاد آن در گروه مداخله هستیم. لازم به ذکر است که در گروه مقایسه، در سرمایه اجتماعی و بعد بین‌گروهی آن تغییرات معناداری دیده شده است ($p<۰/۰۵$). اما این تغییر به صورت کاهشی است، ولی در بعد درون‌گروهی تغییر معناداری در سطح ۵٪ مشاهده نشد ($p>۰/۰۵$). همچنین پس از تفاضل نمرات سرمایه اجتماعی در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون (نمرات بدست آمده از توزیع نرمال برخوردار نیستند) در دو گروه و محاسبه آماره یو من ویتنی، به تفاوت معنادار دو گروه در مرحله پس آزمون پی برده‌ایم ($p\leq۰/۰۵$)که این خود تأییدی بر تأثیر مداخله حاضر بر افزایش سرمایه اجتماعی است.

دو گروه مداخله و مقایسه از نظر متغیر درد در مرحله پیش آزمون همسان بوده‌اند ($p>۰/۰۵$). از آنجایی‌که این متغیر از توزیع نرمال برخوردار است ($p>۰/۰۵$)، از آزمون-های آماری پارامتریک استفاده نموده‌ایم. (جهت کاستن از حجم مقاله، از ترسیم جدول‌های مربوط به نرمالیتی صرف‌نظر نموده‌ایم).

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.2.3.3]

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش

متغیر		مداخله		مقایسه		مقدار آماره آزمون دقیق فیشر	مقدار احتمال (P–value)
		تعداد	درصد	تعداد	درصد		
وضعیت تأهل	متأهل	۱۴	۹۳/۳	۱	۷۸/۶	۲/۳۴	۰/۴۴۸
	مجرد	۱	۶/۷	۱۱	۷/۱		
	بیوه	۰	۰	۲	۱۴/۳		
	کل	۱۵	۰/۱۰۰	۱۴	۰/۱۰۰		
سطح تحصیلات	ابتدایی	۴	۲۰	۸	۵۷/۱	۳/۲۹	۰/۳۹۸
	راهنمایی	۵	۳۳/۵	۳	۲۱/۴		
	دیپلم	۴	۳۳/۵	۲	۱۴/۳		
	دانشگاهی	۲	۱۳/۳	۱	۷/۱		
	کل	۱۵	۰/۱۰۰	۱۴	۰/۱۰۰		
وضعیت اشتغال	خانه دار	۱۱	۷۳/۳	۹	۶۴/۳	۲/۸۸	۰/۲۳۹
	کارمند	۳	۲۰	۱	۷/۱		
	شغل آزاد	۱	۶/۷	۴	۲۸/۶		
	کل	۱۵	۰/۱۰۰	۱۴	۰/۱۰۰		
تعداد فرزندان	۰	۱	۶/۷	۲	۱۴/۳	۱۰۲ (مقدار آماره یو من ویتنی)	۰/۰۷
	۱	۱	۶/۷	۰	۰		
	۲	۱	۶/۷	۳	۲۱/۴		
	۳	۶	۴۰	۴	۲۸/۶		
	۴	۵	۳۳/۳	۱	۷/۱		
	۵	۱	۶/۷	۴	۲۸/۶		
	کل	۱۵	۰/۱۰۰	۱۴	۰/۱۰۰		
وضعیت اجتماعی اقتصادی	ضعیف	۱	۶/۷	۵	۳۵/۷	۵/۰۸	۰/۰۷۴
	متوسط	۹	۶۶/۷	۸	۵۷/۱		
	قوی	۵	۲۶/۷	۱	۷/۲		
	کل	۱۵	۰/۱۰۰	۱۴	۰/۱۰۰		
سن	بر حسب سال	۱۵	(mean±SD) ۴۵/۸۵±۸/۶۲۶	۱۴	(mean±SD) ۲۱±۱۳/۶۴۵ ۴۰/	۸۶/۵ (مقدار آماره یو من ویتنی)	۰/۴۳۱

جدول ۲: مقایسه سرمایه اجتماعی و ابعاد آن در دو گروه در پیش- پس آزمون

متغیر		پیش آزمون	پس آزمون	مقدار آماره آزمون T همبسته	مقدار احتمال	مقدار آماره آزمونیو من ویتنی	مقدار احتمال
		انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین				
سرمایه اجتماعی	مداخله	۱۰۹ ± ۱۶/۸۰	۱۴۴/۵۳ ± ۱۲/۱۸	-۳/۳۲	۰/۰۰۳	۴	<۰/۰۰۱
	مقایسه	۱۱۱ ± ۲۴/۲۶	۱۰۵ ± ۲۳/۰۹	۳/۳۵	۰/۰۰۵		
سرمایه اجتماعی درون-گروهی	مداخله	۸۲/۴ ± ۱۱/۶۹	۱۰۶/۹۳ ± ۱۲/۵۳	-۸/۴	۰/۰۰۱	۰	<۰/۰۰۱
	مقایسه	۷۸/۸۲ ± ۱۷/۳۳	۷۸/۴۲ ± ۱۵/۸۷	۱/۲۴	۰/۲۳۵		
سرمایه اجتماعی بین-گروهی	مداخله	۲۷/۲ ± ۸/۴۳	۳۷/۶ ± ۸/۴۷	-۷/۳۱	۰/۰۰۱	۲۳/۵	<۰/۰۰۱

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-12]

DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.2.3.3]

ما تفاضل نمرات این دو گروه در مرحله پس‌آزمون از توزیع نرمال برخوردار نیست (p<۰۵/) و از آزمون یو من ویتنی استفاده کرده‌ایم. (جهت کاستن از حجم مقاله، از ترسیم جدول‌های مربوط به نرمالیتی صرف‌نظر کردیم).
همان‌گونه که در جدول ۳ آورده شده است، در گروه مداخله از نظر میزان درد بین دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت آماری معناداری وجود دارد (p<۰۵/). بنابراین پس از اجرای مداخله، در گروه مداخله میانگین نمرات درد نسبت به زمان قبل از اجرای مداخله کاهش یافته است. در گروه مقایسه نیز از نظر میزان درد در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰۵/). اما این تفاوت میانگین‌ها در گروه مداخله فاحش‌تر است. یعنی با توجه به تفاضل میانگین‌ها متوجه می‌شویم در گروه مداخله، کاهش بیشتری در میزان درد اتفاق افتاده است. به منظور بررسی تفاوت دو گروه در مرحله پس‌آزمون، تفاضل نمرات دو گروه را محاسبه نموده و از آزمون یو من ویتنی استفاده نمودیم (جدول ۳).
چنانکه ملاحظه می‌نمایید تفاوت این دو گروه در پس-آزمون از نظر آماری معنادار می‌باشد (p<۰۵/). یعنی اجرای مداخله باعث تسکین درد در گروه مداخله گردیده است. به منظور نتیجه‌گیری قطعی در مورد تأثیر مداخله موجود بر سطح درد و محاسبه Dose Association Response (پاسخ وابسته به دوز) همبستگی آنها را سنجیده و در جدول ۴ آورده‌ایم. با توجه به جداول ۴، در سطح معنی‌داری ۵٪، همبستگی معنادار، منفی و معکوسی میان سرمایه اجتماعی و ابعاد آن با متغیر درد وجود دارد (p<۰۵/) و شدت آن در حد متوسط است.

جدول ۳: مقایسه نمرات درد در دو گروه در پیش-پس آزمون

گروه	تعداد	پیش آزمون	پس آزمون	مقدار آماره آزمون t همبسته	مقدار احتمال (P–value)	مقدار آماره آزمون یو من ویتنی	مقدار احتمال (P–value)
مداخله	۱۵	۷/۶±۲/۶	۲/۵۳± ۱/۶	-۳/۳۰۲	۰/۰۰۱	۳۰	<۰/۰۰۱
مقایسه	۱۴	۸/۲ ±۲/۴	۶/۳۶±۲/۲۴	-۲/۹۸۵	۰/۰۰۳		

جدول ۴: همبستگی بین سرمایه اجتماعی و ابعاد آن با نمرات درد

مقدار آماره / متغیر	ضریب همبستگی پیرسون	p-value
سرمایه اجتماعی	-۰/۵۰۹	۰/۰۰۲
سرمایه اجتماعی درون‌گروهی	-۰/۴۶۸	۰/۰۰۴
سرمایه اجتماعی برون‌گروهی	۰/۴۷۲	۰/۰۰۵

بحث

سرطان پستان شایع‌ترین نوع سرطان و از نظر عاطفی و روانی تاثر بر انگیزترین سرطان در بین زنان ایرانی است (۱). این بیماری به علت رقم بالای مرگ و میر آن هم در سنینی که زنان اوج مسئولیت‌های خانوادگی و شغلی را به عهده دارند، باعث نگرانی زیادی در بین مردم شده است (۴). اقدامات حمایتی، در بهبود وضعیت سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران در حین شیمی‌درمانی موثر هستند. به عبارت دیگر به دلیل موقتی بودن عوارض ایجاد شده در خلال درمان‌های کمکی می‌توان در این مدت با تشکیل جلسه‌های مشاوره با بیماران و خانواده آنها ضمن تشریح وضعیت موجود، به انسجام وضعیت خانوادگی بیمار و تقویت شبکه حمایتی خانواده‌ی او کمک نمود. این امر به بهبود عملکرد جسمی، روانی و احساسی بیمار کمک بزرگی خواهد نمود (۳۸-۳۴). حمایت اجتماعی می‌تواند تأثیرات سوء ناشی از بیماری مزمن و عوارض جانبی آن را

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.2.3.3]

کاهش دهد و به بیماران کمک نماید تا سازگاری بهتری با بیماری خودشان داشته باشند (۳۹).

طبق نتایج بدست آمده، روند تغییرات شدت درد در رابطه با سرطان پستان طی مداخله و پس از اتمام آن نشان-دهنده مؤثر بودن مداخلات افزایش‌دهنده سرمایه اجتماعی بر سطح درد در گروه مداخله بوده است. درد در هر دو گروه کاهش یافته است. اما این کاهش در گروه مداخله قابل توجه‌تر است و این تفاوت معنادار با آزمون آماری یو من ویتنی نیز ثابت شده است. همچنین لازم است یادآوری شود که سرمایه اجتماعی و ابعاد آن در گروه مداخله افزایش و در گروه مقایسه کاهش یافته است. اشاره به این نکته ضروری است که همبستگی بین سرمایه اجتماعی در هر دو بعد با درد، منفی و معکوس است که این خود تأییدی بر تأثیر مداخله موجود بر سطح درد است.

با شرایط پرتنش بیماری، تخفیف در احساس یاس و نومیدی با دیدن افرادی با مشکلات مشابه است.

مطالعات YAN و همکارانش در ۲۰۰۴، هروی کریموی در سال ۱۳۸۵ و مطالعه سامارکو در مورد حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان نیز که در آن تأثیر حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان را سنجیده و به تأثیر حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی پی برده‌اند با نتایج این تحقیق همسو می‌باشند (۴۰ و ۴۱).

مشابه‌ترین تحقیق با تحقیق حاضر، مطالعه ملک‌پور در مورد حضور در گروه‌های همیاری به عنوان راهی جهت پذیرش درمان در افراد مبتلا به سرطان پستان و به تبع آن افزایش کیفیت زندگی است که به نتایجی مشابه دست یافته است (۱۳). بنابراین می‌توان با افزایش ارتباطات و به عبارتی سرمایه اجتماعی از طریق افزایش اطلاعات و آگاهی در مورد بیماری، افزایش روحیه و امیدواری و دیگر موارد به ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران کمک نمود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج کسب شده می‌توان نتیجه گرفت که با ارتقاء حمایت‌هایی که از منابع مختلف فراهم می‌شود، پذیرندگی درمان در این گروه از بیماران بهبود می‌یابد و به عنوان نتیجه، درد بیماران کاهش می‌یابد. از آنجایی‌که همان‌طورکه گفته شد، تاکنون مطالعه‌ای در مورد تاثیر سرمایه اجتماعی بر درد انجام نشده است. اما تاثیر سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی، مشارکت و سایر موارد بر متغیرهایی همچون کیفیت زندگی، پذیرش درمان، سلامت، بهزیستی و غیره بررسی شده و همگی بر این تاثیر مثبت تاکید نموده‌اند.

به عنوان مثال، نتایج بدست آمده توسط حیدری و همکاران در «بررسی ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و اندازه شبکه اجتماعی با ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان» این تاثیر را تایید کرد (۲۶) و در تحقیقی مشابه از معصومه رامبد «تاثیر حمایت اجتماعی ادراک شده بر ابعاد سلامت و کارکرد، اقتصادی/ اجتماعی، روان‌شناختی/ معنوی و خانواده کیفیت زندگی را در بیماران تحت همودیالیز» همین نتایج بدست آمده است (۲۴). احتمالا مکانیسم این تاثیر مثبت، افزایش سازگاری این گروه از بیماران از سطح حمایت اطلاعاتی پایینی برخوردارند، باید تمهیداتی جهت افزایش اطلاعات بیماران اتخاذ شود. گوئی بیماران با شرکت در گروه‌های همیاری و افزایش ارتباطات و مراودات با سایر افراد و تغییر سبک زندگی منزوی پیشین، بخصوص صحبت با افرادی که بیماری مشابه آنها را داشتند، به طبیعی بودن احساسات خود پی برده و با کسب اطلاعات و آگاهی بیشتر در مورد بیماری، مزایای پیگیری منظم درمان، راه‌های درمان و تسکین درد و عوارض جانبی، به‌طور جدی‌تر و منظم‌تری درمان‌های خود را پیگیری می‌نمودند و این باعث تسکین و تخفیف در سطح درد می‌شده است.

به نظر می‌رسد، مشارکت در گروه‌های همیاری، مشارکت در کارهای جمعی، صرف وقت بیشتر با اعضای خانواده و دوستان و دیگران همگی از طریق افزایش سرمایه اجتماعی باعث بهبود روحیه، افزایش سازگاری با شرایط پیش آمده، تخفیف تنش، احساس تنها نبودن و برخورداری از حمایت اجتماعی و همچنین کسب اطلاعات بیشتر در مورد مشکل پیش آمده و مواردی اینچنین می‌شود که خود به بهبود رفتارهای پذیرندگی درمان و کاهش درد کمک می‌نماید. بنابراین با ارائه راهکارهایی جهت افزایش اطلاعات و آگاهی در مورد مزایای پیگیری منظم درمان و همچنین بالا بردن روحیه و امیدواری

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-12]

DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.2.3.3]

جهت ادامه درمان، می‌توان کیفیت زندگی و میزان بقا را در این بیماران افزایش داد.

نتایج این مطالعه تاکیدی است بر نظریه منابع اجتماعی نان لین مبنی بر این موضوع که سرمایه‌گذاری افراد در روابط و شبکه‌های اجتماعی باعث تحکیم منابع و دفاع در برابر از دست دادن احتمالی منابع می‌شود و منجر به سلامت جسمانی، سلامت روانی و رضایت از زندگی خواهد شد. در این مطالعه نیز پس از افزایش سرمایه اجتماعی، شاهد بهبود کیفیت زندگی بیماران بوده‌ایم.

طبیعتاً هر تحقیقی با محدودیت‌هایی مواجه می‌شود که می‌تواند در روند اجرای آن اختلال ایجاد کند و یا نتایج را مخدوش نماید. از محدودیت‌های یک تحقیق مداخله‌ای نیز می‌توان به محدودیت‌هایی در روایی درونی و بیرونی تحقیق اشاره داشت. در مورد محدودیت‌های درونی می‌توان گفت: بخشی از نتایجی که در گروه مداخله بدست آمده است، مربوط به مداخله شیمی‌درمانی است و نباید تماماً به مداخله افزایش سرمایه اجتماعی نسبت داده شود. چه‌بسا اگر درمان شیمی‌درمانی موفق نباشد، مداخله حاضر نیز اثری به بار نخواهد آورد و درد بیمار تا این اندازه تسکین نمی‌یابد.

در این مطالعه، نیازمند مشارکت بیماران در فرایند مداخله بوده‌ایم. اما متاسفانه بیماران به طور منظم در جلسات شرکت نمی‌کردند و از دلایل آنها می‌توان به سرد بودن هوا و ترس از بیمار شدن، تداخل جلسات با جلسه شیمی-درمانی آنها در برخی مواقع، استراحت در منزل و یا بستری بودن در بیمارستان اشاره کرد. سختی کار برای محقق و هزینه زیاد انجام تحقیق یکی دیگر از محدودیت‌های تحقیق است. چرا که به دلیل خاص بودن نمونه انجام این تحقیق مستلزم صرف وقت و انرژی زیادی بوده است. همچنین باید گفت؛ این مداخله در بیماران سرطانی انجام شده است و ممکن است در سایر بیماران چنین اثری نداشته باشد و یا درافراد سالم اثر بیشتری داشته باشد، چرا که سرطان یک بیماری مزمن است و نتایج بدست آمده نباید به سایر افراد تعمیم داده شود.

اما در کنار محدودیت‌ها و مشکلاتی که در روند اجرای تحقیق وجود داشته است، نقاط قوت برجسته‌ای نیز در آن به چشم می‌خورد. این مطالعه اولین مطالعه مداخله‌ای در مورد روش‌های ارتقاءدهنده سرمایه اجتماعی است و در قالب یک پروتکل ارتقاء دهنده سرمایه اجتماعی آماده شده است. تاکنون تاثیر سرمایه اجتماعی بر درد خصوصاً به صورت مطالعه مداخله‌ای سنجیده نشده است و این مطالعه حداقل در ایران اولین مطالعه است. با توجه به یافته‌های این مطالعه و تغییر در میانگین درد در گروه مداخله و در قیاس با گروه مقایسه، شاهد کاهش چشمگیری در شدت درد بیماران پس از اجرای مداخله بوده‌ایم. به نظر می‌رسد با تکرار مطالعه در گروه‌های بزرگتر و افراد دیگر بتوان به طور قطعی‌تری در مورد تاثیر سرمایه اجتماعی بر تسکین درد پی برده و به عنوان راهی جهت بهبود سلامتی و تسکین درد در این بیماران بیشتر بر این موضوع تاکید گردد.

پیشنهاد می‌شود این تحقیق در یک فصل بهتر (بهار یا تابستان) که بیماران محدودیتی در رفت و آمد نداشته باشند، انجام شود. همچنین بهتر است این تحقیق در نمونه بزرگتری به صورت یک مطالعه توصیفی انجام شود تا به طور قطعی‌تری در مورد تاثیر سرمایه اجتماعی بر تسکین درد این افراد نتیجه‌گیری شود.

اگر در مطالعات بعدی، با استفاده از پرونده بیماران، تاثیر مداخله بر سیر پیشرفت مرحله بیماری و علائم کلینیکی کاهش درد سنجیده شود می‌توان با قطعیت بیشتری در این مورد سخن گفت و این قطعیت زمانی بیشتر می‌شود که در صورت امکان، این مداخله در گروه شاهد (که محدودیت‌های بیماری و درمان را نداشته باشند) و در سایر بیماری‌های مزمن، دردناک، کشنده و تهدیدکننده خود انگاره ی فرد اجرا شود.

با گذشت مدتی از شروع مداخله، اثرات مداخله رو به کاهش گذاشته است، و به این نتیجه رسیده‌ایم که ۱۲ جلسه مداخله برای این افراد زیاد و خسته‌کننده است. بنابراین توصیه می‌شود، تعداد جلسات به ۸ تا ۶ جلسه محدود شود. از آنجا که سرمایه اجتماعی در زمینه‌های رفاه، کیفیت زندگی و سلامت مردم نقش موثری دارد، لذا با مشخص کردن شاخص‌های مرتبط با کیفیت زندگی و پذیرندگی درمان در این پژوهش، سیاست‌گذاران در برنامه‌ریزی‌های خود اثرات سرمایه اجتماعی و شاخص‌های آن را بر کیفیت زندگی اعضای جامعه مطمح نظر قرار دهند.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.2.3.3]

مهم‌ترین نتیجه این تحقیق و توصیه‌ای که از دل آن بیرون آمده است اینکه، بیماران مبتلا به سرطان، در زمره بیماران خاص قرار می‌گیرند. علاوه بر بیماری و درد و رنج ناشی از آن و پروسه‌های درمانی مرتبط و هزینه‌های سنگین درمانی، این بیماران از احساس ناامیدی، یاس، افسردگی، ترس و رانده شدن رنج می‌برند و نیاز به مصاحبت با افرادی مشابه خودشان دارند. از این‌رو سیاست گذاران باید در امر تشکیل انجمن‌ها و NGOها و توسعه شبکه‌های ارتباطی برای بیماران خاص کوشا باشند.

تقدیر و تشکر

از زحمات فراوان آقایان دکتر میرطاهر موسوی و حسن رفیعی که در انجام این تحقیق ما را یاری نموده‌اند و همچنین از همکاری صمیمانه بیمارستان آیت‌الله کاشانی و هاجر شهرکرد تشکر و قدردانی می‌نماییم. لازم است از منتی که دوستان بر سرمان نهاده‌اند و در این تحقیق شرکت نموده‌اند تجلیل نموده و سلامت و عافیت از خداوند متعال برایشان مسئلت بداریم.

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد بوده و مداخله حاضر (به عنوان اولین مداخله ارتقاءدهنده سرمایه اجتماعی) یک مداخله ابداعی می‌باشد و در قالب یک پروتکل ارتقاءدهنده سرمایه اجتماعی آماده گردیده است و در مرکز IRCT به شماره IRCT2013092514771N1 ثبت گردیده است.

References

۱.برونر و سودارث. بیماری‌های زنان و پستان (ترجمه پوران سامی). درس‌نامه پرستاری داخلی و جراحی، تهران، نشر بشری ۱۳۸۱؛ ۱.

۲.گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی سال ۱۳۸۸، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت بیماری-های غیرواگیر، معاونت اداره سرطان. تهران ۱۳۸۸؛ ۱: ۱-۶۸.

3. Harrirchi I, Ebrahimi M, Zamani N, Jarvandi S, Montazeri A. A Breast Cancer inIran; A Reviewof 903 case records. Public Health 2000; 114(2): 143-5.

4. Perry SH, Kowalski Th, Chang CH. Quality of life assessment in women with breast cancer: benefits, acceptability and utilization. hqlo 2007; 2(1): 1-8.

5. BJ Perry CW. Phillips quick Review, Breast Cancer. The Internet Journal of Oncology 2002:1(2).

6. Chie WC, Huang CS, Chen JH, Chang KJ. Measurement of the Quality of Life during different clinical phases of Breast Cancer. J Formos-Med-Assos 1999, 98(4): 245-60.

7. Ferrell B, ET al. quality of life in breast cancer, Psychological and spiritual well-being cancer nursing: Part II ,1998; 21: 1-9.

8. Turk DC, Sist TC, Okifuji A, Miner MF, Florio G, Harrison P, et al. Adaptation to Methastatic Cancer Pain,1998.

۹. فرخ‌نیا مریم، فتح‌آبادی جلیل، شهیدی شهریار. بررسی تاثیر مداخلات شناختی در کاهش شدت درد و تغییرات ایجاد شده در ضربان قلب و سطح اکسیژن خونی۱۳۹۰؛ ۹(۳):۲۷-۳۴.

10. Crichton P, Morey S. Treating Pain in Cancer patients , In : DC , Turk and RJ Catchel , Psychological Approaches to Pain Management (501-514).New York , The Guilford press 2002.

۱۱. اصغری مقدم محمدعلی، کریم‌زاده نرگس، عمارلو پروانه. نقش باورهای مرتبط با درد در سازگاری با بیماری سرطان. دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشور رفتار. دانشگاه شاهد، ۱۳۸۴؛ ۱۲ (۱۳).

۱۲. ملک پور افسانه. تاثیر گروه‌های همیار بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان ۱۳۹۰.

۱۳. موسوی میرطاهر و همکاران. کار پایه مفهومی و مفهوم سازی سرمایه اجتماعی (با تاکید بر شرایط ایران). فصلنامه رفاه اجتماعی، زمستان ۱۳۸۵؛۶ (۲۳).

14. Lin N, Dean A, Ensel WM. Social Support, Life Events, and Depression. Orlando, FL: Academic Press, Inc 1986.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-12]

DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.2.3.3]

15. Lin N, Ye X, Ensel WM. Social support and depressed mood:a structural analysis. Journal of Health and Social Behavior 1999; 40: 344-59.

۱۶. توسلی غلامعباس. مفهوم سرمایه اجتماعی در نظریه های کلاسیک و جدید. نامه علوم اجتماعی، ۱۳۸۴؛ ۲۶.

17. Ferlander S. The Importance of Different Forms of Social Capital for Health. Sage publication, ActaSociologica 2007; 50: 115-28.

18. Behzad D. Social Capital is Hospitalized for Mental Health. Journal of Social Welfare 2002; 2(6): 43-56.

۱۹. گروسی سعیده، شبستری شیما. بررسی رابطهٔ سرمایهٔ اجتماعی و سلامت روان در بین زنان سرپرست خانوار در شهر کرمان. ۱۳۸۹.

20. Majed M, Lahsaie A. Studied the social capital variables and life satisfaction: a case study in rural areas of fars province. Rural and Development Quarterly 2006; 9(4):91-135.

21. Heidary S, Salahshourian A, Rafii F, Hosseini F. Correlation of Perceived Social Support from Different Supportive Sources and the Size of Social Network with Quality of Life in Cancer Patients. IJN 2009; 22 (61): 8-18.

۲۲. بخشی‌پور رودسری عباس، حمید پیروی، احمد عابدیان. بررسی رابطهٔ میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان. فصلنامه اصول بهداشت روانی،۱۳۸۴؛ ۷ (۲-۲۸): ۵۲-۱۴۵.

۲۳. ایمان محمدتقی، گل‌مراد مرادی، دیگران. بررسی تطبیقی سرمایهٔ اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان غیربومی دانشگاه‌های تهران و شیراز. فصلنامه رفاه اجتماعی، ۱۳۸۷؛ ۸ (۳۰-۳۱): ۶۹-۱۴۳.

۲۴. اونق م. بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد برنامه ریزی و رفاه اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، ۱۳۸۴.

25. Noghany M, et al. Quality of life for Citizens, and Its Relationship with Social Capital in the City of Mashhad, Faculty of Literature and Humanities, Social Sciences, Ferdowsi University of Mashhad 2008.

۲۶. توکل محمد، ناصری‌راد محسن. تبیین نابرابری‌های سلامت و سرمایه اجتماعی غیرمبتلایان و مبتلایان به سرطان مراجعه کننده به انستیتوکانسر دانشگاه علوم پزشکی تهران. مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران (پیاوردسلامت)،1391:سال۱، شماره ۶

۲۷. امینی رارانی مصطفی، موسوی میرطاهر، رفیعی حسن. رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران. فصلنامهٔ علمی پژوهشی رفاه اجتماعی،۱۳۸۹، سال یازدهم، شماره ۴۲

۲۸. سیدان ف. بیماری‌های روانی زنان و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن. پایان‌نامه دکتری جامعه شناسی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران ۱۳۸۳.

29. McLaughlin M, Nam Y, Gould J, Pade C, Meeske KA, Ruccione KS, Fulk J. A videosharing social networking intervention for young adult cancer survivors:2012,631–641(journal homepage:www.elsevier.com/locate/comphumbeh

۳۰. ادیبی سده مهدی، یزدخواستی بهجت، ربانی-خوراسگانی علی، لطفی‌زاده عباس. سنجش سرمایه اجتماعی میان‌گروهی (طیفسام). فصلنامهٔ علمی پژوهشی رفاه اجتماعی،۱۳۸۹، سال دهم، شماره ۳۸

۳۱. قاسم زاده داوود. بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و شادی در نوجوانان شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد ۱۳۸۹.

32. Cleeland C, Syrjala KL. How to assess cancer pain, hn turk dc, melzak r (eds) hand book of pain assessment (362-387). New York, The Guilford press 1992.

33. Helgeson VS, Cohen S. Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive، correlational، and intervention research. Health Psychol 2004; 15(2): 135-48.

34. Helgeson VS. Social support and quality of life. Quality of Life Research 2003; 12(1): 25-31.

35. Helgeson VS, Cohen S, Schulz R, Yasko J. Education and peer discussion group interventions and adjustment to breast cancer. Archives of General Psychiatry 1999; 56: 340-7.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.2.3.3]

36. Helgeson VS, Cohen S, Schulz R, Yasko J. Group support interventions for women with breast cancer: who benefits from what?. Health Psychology 2000; 19: 107-14.

37. Zamanzadeh V, et al. Relationship between Quality of Life and Social Support. J Tabriz Med SciUni 2007; 29(1): 54-49.

38. Northouse L, Caffey M, Deichelbohrer L, Schmidt L, GuziatecTrojuiak L, West S, et al. The Quality of Life of African – American Women with breast Cancer. Research in Nursing and Health 1999; 22(6):449-60.

39. Karimoi M, Pour Dehghan M, FaghihZadeh S, Montazeri A, Milani M. The Effects of Group Counseling on Symptom Scales of Life Quality in Patients with Breast Cancer Treated by Chemotherapy 2006; 10(1):10-22.

40. Sammarco A. Perceived Social Support, Uncertainty, and Quality of Life of Younger Survivors Cancer; 4th ed. St Louis: Mosby an Aharcourt health sciences company ,2001; 24(3): p. 948-70.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-12]

DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.2.3.3]