استرس اقتصادی، شادکامی وکیفیت زندگی در بیماران ۲۰ تا ۳۵ ساله سرطانی کاشمر

نویسندگان:صفیه حسینی یزدی[۱] قاسم آهی[۲] محبوبه آهی[۳]

۱.نویسنده مسئول: کارشناس ارشد علوم اقتصادی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشمر

Email:ahighasem@yahoo.com تلفن: ۰۹۱۵۱۳۳۶۷۹۰

۲.دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران

۳. دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

طلوع بهداشت

فصلنامهٔ علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد

سال دوازدهم

شماره: اول

بهار ۱۳۹۲

شماره مسلسل: ۳۸

تاریخ وصول: ۹۰/۱۱/۱۹

تاریخ پذیرش: ۹۱/۴/۲۴

چکیده

مقدمه: سرطان به عنوان سومین عامل مرگ پس از بیماری های قلبی و تصادفات در ایران شناخته شده است، به همین علت همواره جزء اولویت های تحقیقاتی قراردارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین استرس اقتصادی با شادکامی و کیفیت زندگی در بیماران ۲۰ تا ۳۵ ساله سرطانی شهرستان کاشمر اجرا گردید.

روش بررسی: نمونه تحقیق را ۶۰ نفر از بیماران سرطانی ساکن کاشمر تشکیل داد. از این تعداد ۵۹ درصد را مردان و ۴۱ درصد را زنان تشکیل می دادند که به شیوه نمونه گیری دردسترس از جامعه مورد نظر انتخاب شدند. پرسشنامه های مورد نظر اجرا، نتایج جمع آوری و با استفاده از تحلیل رگرسیون چند متغیری مورد تجزیه وتحلیل قرار گرفت.

یافته ها: یافته های پژوهش در باره ارتباط استرس اقتصادی و شادکامی در بیماران سرطانی نشان داد که استرس اقتصادی (خرده مقیاس پول پرسشنامه فقر اقتصادی) و استرس اقتصادی فعلی با شادکامی ارتباط معکوس دارند، طوری که افزایش یک واحد در استرس اقتصادی (خرده مقیاس پول پرسشنامه فقر اقتصادی) و استرس اقتصادی فعلی به ترتیب به اندازه ۰/۴۱ و ۰/۳۴ شادکامی را کاهش می دهد.

یافته های پژوهش در باره ارتباط استرس اقتصادی و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی نشان داد که استرس اقتصادی (خرده مقیاس پول پرسشنامه فقر اقتصادی) و استرس اقتصادی فعلی با کیفیت زندگی ارتباط معکوس دارند، طوری که افزایش یک واحد در استرس اقتصادی (خرده مقیاس پول پرسشنامه فقر اقتصادی) و استرس اقتصادی فعلی به ترتیب به اندازه ۰/۴۲ و ۰/۲۷ کیفیت زندگی را کاهش می دهد.

نتیجه گیری:آنچه از جمع بندی نتایج بدست آمده از پژوهش های انجام شده و این پژوهش حاصل شد این است که داده های بدست آمده از بیماران سرطانی نشان داده که تشخیص، درمان و هزینه های سرطان درماندگی های روانشناختی قابل توجهی بوجود می آورد و این بر کیفیت زندگی و شادکامی این بیماران تاثیر منفی دارد.

واژه های کلیدی: استرس اقتصادی، کیفیت زندگی، شادکامی، سرطان

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

مقدمه

سرطان یکی از قدیمی ترین بیماریهای شناخته شده توسط انسانها بوده است. این بیماری که یک مشکل جهانی است، درکشورهای توسعه یافته دومین، کشورهای درحال توسعه چهارمین و درایران سومین علت مرگ ومیرمحسوب می گردد. از حدود ۷ میلیون مرگ ناشی از سرطان، ۵ میلیون مورد در کشورهای با درآمد پایین و متوسط است (۱).

اقلیت های قومی و نژادی (عموما با درآمد پایین) میزان بالاتری از بیماری های ناتوان کننده نظیر سرطان، دیابت، ایدز و... نشان می دهد (۲) . فقر یک مشکل بزرگ هم در کشورهای پیشرفته و هم در کشورهای غیر پیشرفته است . برای مثال برآورد شده است که ۴۰ درصد مردم ایالات متحده گرفتار فقر هستند. متاسفانه علیرغم بدتر شدن وضعیت فقر در جهان تلاش چندانی برای بررسی پیامدهای آن صورت نگرفته است. مسائل مهم در بررسی بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن منجمله سرطان توجه به کیفیت زندگی بیماران است. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک هر فرد از زندگی، ارزشها، اهداف، استانداردها و... تعریف کرده است (۳).

نتایج تحقیقات اخیر نشان می دهد که عوامل تنیدگی آور نیز نقش بسزایی در بروز سرطان دارند و از میان این عوامل می توان به عواملی از قبیل مرگ همسر، طلاق، مشکلات اقتصادی اشاره کرد. به نظر می رسد رویدادهای استرس آور زندگی علاوه برافزایش احتمال ابتلاء به بیماریهای مختلف در تشدید یا سیر بیماری نیز موثرند. این تاثیر در ارتباط با انواع سرطانها تا حدودی مدنظر پژوهشگران قرار گرفته است (۴) . استرس اقتصادی به عنوان وضعیتی تعریف می شود که در آن میزان درآمد کمتر از مخارج خانواده است و تعادلی بین درآمد و مخارج نیست. مطابق با الگوی استرس اقتصادی کنجر و همکاران (۵) استرس اقتصادی در یک چرخه معیوب به مشکلات خانوادگی منجر می شود، مشکلات و مسائل زناشویی به تخریب رابطه می انجامد و تخریب رابطه ناسازگاری و درماندگی های روانشناختی را به دنبال دارد. سرطان باعث می شود شغل، وضعیت اقتصادی - اجتماعی و زندگی خانوادگی دچار اختلال شده، منجر به ویرانی زندگی بیمار گردد. این تأثیرات به خصوص جنبه های مختلف کیفیت زندگی بیمار شامل وضعیت روحی، روانی، اجتماعی و اقتصادی و عملکرد جنسی را در بر می گیرد. در برخی از مطالعات در بیماران مبتلا به سرطان نشان داده شده که شدت بیماری و فشارهای روحی بر کیفیت زندگی تأثیر دارد و در برخی دیگر کیفیت زندگی فرد با همه عوامل بیماری سرطان از جمله نوع درمان ارتباط داشته است (۶).

به طور عملی یافته های پژوهشی نشان می دهد که استرس اقتصادی دریافتی با پیامدهای نامطلوب در سازگاری و بهزیستی ذهنی همراه است (۷). نتایج پژوهش ال و همکاران نشان داد که استرس اقتصادی با کیفیت زندگی همبستگی منفی معنی دار دارد (۸). نتایج یافته های لمپرز و لمپرز(Lempers &Lempers) نشان داد که استرس اقتصادی اثر مستقیمی را بر نشانگان افسردگی نوجوانی، بزهکاری و سوء استفاده از داروها دارد (۹). شک (Shek) نشان داد که سطوح بالای استرس اقتصادی براساس رتبه بندی بدست آمده از گزارش والدین با سطوح پایین تر بهزیستی ذهنی، رضایت زندگی، عزت نفس و سطوح بالای روانپریشی و سوء استفاده از مواد مرتبط بود (۱۰).

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

مک فادین (MacFadyen) و همکاران نشان دادند فاکتورهای اقتصادی و اجتماعی با شاخصهای بهزیستی روانی همبسته هستند. نتایج نشان داد نمونه های بالینی سطوح بالاتری از استرس اقتصادی نشان دادند در نمونه های بالینی سطوح بالای اقتصادی با سطوح بالاتر درماندگی های روانشناختی مرتبط بود (۱۱).

توجه به پیامدهای اقتصادی سرطان همزمان با افزایش شمار مبتلایان به سرطان رشد یافته است. با این وجود در حالی که علاقه فزاینده ای به ارزیابی درماندگی های روانشناختی در بیماران سرطانی وجود دارد، پژوهش های کمی درباره فشارهای اقتصادی و تاثیر آن بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی صورت گرفته است (۱۲، ۸). نگرانی ها یا فشارهای مالی بین مبتلایان به سرطان با درآمد متوسط و پایین بسیار شایع است، اگرچه تاثیر فشارهای اقتصادی در مبتلایان به سرطان تا حد زیادی ناشناخته باقی مانده است. این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین استرسهای اقتصادی با کیفیت زندگی و شادکامی در بیماران مبتلا به سرطان انجام شد. با توجه به اهداف فرضیه های زیر مطرح شد:

فرضیه اول : بین استرس اقتصادی و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی رابطه معنی دار وجود دارد.

فرضیه دوم : بین استرس اقتصادی و شادمانی در بیماران سرطانی رابطه معنی دار وجود دارد.

روش بررسی

این پژوهش از نوع توصیفی - همبستگی است که جامعه آماری آن را کلیه بیماران سرطانی ۲۰ تا ۳۵ ساله شهرستان کاشمر تشکیل داد. با توجه به کوچک بودن جامعه پژوهشی کلیه اعضای جامعه به عنوان نمونه در نظر گرفته شدند. در انتخاب نمونه از شیوه نمونه گیری در دسترس استفاده شد. برای دسترسی بهتر به اعضای نمونه، پس از مراجعه به سازمانهای مربوطه نظیر بیمارستان، شبکه بهداشت و انجمن حمایت از بیماران سرطانی شهرستان و تعیین مشخصات و آدرس بیماران، پژوهشگر به صورت حضوری به آنها مراجعه کرده و داده ها از طریق مصاحبه و گزارش خود بیمار و ثبت اطلاعات جمع آوری شد. ملاکهای ورود به مطالعه عبارت بود از داشتن سن بین ۲۵ تا ۳۵ سال، قطعی بودن تشخیص سرطان با تایید پزشک متخصص، گذشت حداقل یک سال از تشخیص بیماری، نداشتن بیماریهای مزمن و پر خطر مانند دیابت، تحت درمان رادیوتراپی نبودن وعدم مشکلات روانی شناخته شده از جمله افسردگی.

ابزار گرد آوری داده ها عبارت بودند از :

- پرسشنامه کیفیت زندگی (WHQ - Brife): این پرسشنامه که در سال (۱۹۹۶) توسط سازمان بهداشت جهانی ساخته شد و از چهار حیطه اصلی تشکیل شده است: حیطه سلامت جسمانی، حیطه روانشناختی، حیطه روابط اجتماعی و حیطه وضعیت زندگی. پایائی و روایی آن را بونومی و همکارانش ۰/۸۳ تا ۰/۹۵ گزارش کردند. نجات و همکاران همبستگی درون خوشه ای و آلفای کرنباخ را برای تمام حیطه ها بالای ۰/۷۰ بدست آوردند (۱۳).

- پرسشنامه شادکامی اکسفورد: این پرسشنامه توسط آرگایل و همکاران در سال (۱۹۸۹) تهیه شده است. روایی و پایایی این مقیاس در مطالعات مختلف تایید شده است. برای تعیین پایایی این آزمون آرچل و لو (۱۹۹۸) ضریب آلفای ۰/۹۰ را با ۳۴۷ آزمودنی، فارنهام و برونیک (۱۹۹۹) با ۱۰۱ آزمودنی ضریب

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

آلفای ۰/۸۷ و نور بالا (۱۹۹۹) با ۱۸۰ آزمودنی آلفای کرنباخ ۰/۸۴ را به دست آورده است (۱۴).

عابدی (۱۳۸۵) پایایی به روش آلفای کرونباخ را ۰/۸۵ و به روش اسپیرمن براون ۰/۷۹ گزارش کرد. روایی عاملی پرسشنامه با روش تحلیل عاملی و چرخش واریماکس ۵ عامل استخراج شد که ۷۶/۳۶ درصد از واریانس کل را تبین کرد . عوامل استخراج شده عبارتند از: رضایت از زندگی، احساس خوشی، عزت نفس، آرامش، احساس کنترل و کارآمدی . برای تعیین روایی همزمان پرسشنامه، همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه شادکامی فردایس در یک نمونه ۵۰ نفری ۰/۷۳ محاسبه شد . یافته ها نشان داد که نمرات از توزیع بهنجار برخوردارند. این بررسی میانگین نمره های آزمودنی های پژوهش را در پرسشنامه شادکامی آکسفورد ۴۴/۳۸ با انحراف معیار ۱۳/۳۸، بالاترین نمره ۸۷ و پایین ترین نمره را صفر نشان داد (۱۴).

پرسشنامه فقر محیطی – خرده مقیاس پول (ویجن برگ و همکاران، ۲۰۰۶): این پرسشنامه یک ابزار ۴۸ سوالی است که سه عامل پول، زمان و کودکان را اندازه گیری می کند. در این پژوهش از خرده مقیاس پول که دارای ۱۸ آیتم است استفاده شد. روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش ویجن برگ و همکاران به تایید رسید. ویجن برگ و همکاران ضریب آلفای کرنباخ این خرده مقیاس را ۰/۹۳ گزارش کردند. همبستگی خرده مقیاس پول با مقیاس مشقت دلانگیز (۱۹۸۵) برابر با ۰/۶۸ گزارش شد (۱۵). در این پژوهش برای تعیین روایی پرسشنامه از روایی محتوایی استفاده شد. برای بررسی روایی محتوایی پرسشنامه فقر محیطی – خرده مقیاس پول پس از ترجمه سوالات به چند متخصص ارائه شد تا با بررسی محتوای سوالات، میزان همخوانی هر یک از سوال ها را با مقیاسی که جهت بررسی آنها در نظر گرفته شده است تعیین نمایند. پس از بررسی های لازم و اعمال تغییرات صورت نهایی پرسشنامه تهیه شد. ضریب آلفای کرنباخ برای این خرده مقیاس در پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۴ محاسبه شد.

– پرسشنامه استرس اقتصادی فعلی (شک، ۲۰۰۳) یک مقیاس خودگزارش دهی ۴ سوالی است. آیتم ها بر روی یک مقیاس ۴ درجه ای نمره گذاری می شود. در پژوهش شک روایی این مقیاس در حد مطلوب گزارش شد. آلفای کرنباخ برای یک نمونه ۲۲۹ نفری از پدران، مادران و فرزندان چینی به ترتیب ۰/۶۳، ۰/۵۷ و ۰/۷۱ گزارش شد (۱۰).

در پژوهش حاضر برای تعیین روایی پرسشنامه از روایی محتوایی استفاده شد. پس از ترجمه مقیاس، سوالات به چند متخصص ارائه شد تا با بررسی محتوای سوالات، میزان همخوانی هر یک از سوال ها با مقیاسی که جهت بررسی آنها در نظر گرفته شده است تعیین نمایند. پس از بررسی های لازم و اعمال تغییرات صورت نهایی پرسشنامه تهیه شد. ضریب آلفای کرنباخ برای این خرده مقیاس در پژوهش حاضر برابر با ۰/۵۴ محاسبه شد.

– پرسشنامه نگرانی اقتصادی آینده (شک، ۲۰۰۳): این پرسشنامه یک مقیاس خودگزارش دهی ۸ آیتمی است و به منظور بررسی نگرانی اقتصادی آینده بکار می رود. در پژوهش شک روایی و پایایی این مقیاس در حد مطلوب گزارش شد. ضریب آلفای کرنباخ در نمونه ای از پدران، مادران و فرزندان چینی به ترتیب

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

۰/۸۸، ۰/۸۸ و ۰/۸۸ گزارش شد (۱۰). ضریب آلفای کرنباخ برای این خرده مقیاس در پژوهش حاضر برابر با ۰/۷۴ محاسبه شد و روایی آن از طریق روایی محتوایی مشخص شد.

یافته ها

اطلاعات جمعیت شناختی نمونه مورد مطالعه نشان داد از مجموع ۶۰ نفر ۳۵ نفر (۵۹/۰۰ درصد) مرد و ۲۵ نفر (۴۱/۰۰ درصد) زن هستند. به علاوه بررسی های مربوط به سن نشان داد که ۱۴ نفر (۲۳/۳۴ درصد) در دامنه سنی ۲۴-۲۰ ، ۲۲ نفر (۳۶/۶۶ درصد) در دامنه سنی ۲۹-۲۵ و ۲۴ نفر (۴۰/۰۰ درصد) در دامنه سنی ۳۵-۳۰ سال هستند.

در جدول ۱ لیست متغیرهای وارد شده، خلاصه مدل و نتایج تحلیل واریانس برای متغیرهای پیش بینی کننده استرس اقتصادی (خرده مقیاس پول پرسشنامه فقر اقتصادی) و استرس اقتصادی فعلی ارایه شده است.

مدل ۱ مشخص می کند که ۳۹ درصد از واریانس مشاهده شده در شادکامی از طریق استرس اقتصادی (خرده مقیاس پول پرسشنامه فقر اقتصادی)توجیه می شود (R Square = ۰/۳۹). اضافه شدن مدل ۲ (استرس اقتصادی فعلی) باعث افزوده شدن ۷ درصد به واریانس قبلی می شود. بدین ترتیب دو مدل روی هم ۴۶ درصد از واریانس شادکامی را تبیین می کنند. با توجه به مقدار F و P که کوچکتر از ۰/۰۱ است فرضیه صفر رد شده و نتیجه می گیریم بین متغیر شادکامی با استرس اقتصادی (خرده مقیاس پول پرسشنامه فقر اقتصادی) و استرس اقتصادی فعلی رابطه خطی وجود دارد.

مقدار B، بتا، t و سطح معنی داری در بالا ارایه شده است. با توجه به شاخص های بالااگر استرس اقتصادی (خرده مقیاس پول پرسشنامه فقر اقتصادی) به اندازه یک واحدافزایش یابد، این تغییر به اندازه ۰/ ۴۱ شادکامی را کاهش می دهد. بر همین اساس اگر استرس اقتصادی فعلی به اندازه یک واحد افزایش یابد، این تغییر شادکامی را ۰/۳۴ کاهش می دهد(جدول ۲).

آماره t و P که کوچکتر از ۰/۰۱ است این فرضیه که ضریب تفکیکی استرس اقتصادی (خرده مقیاس پول پرسشنامه فقر اقتصادی) و استرس اقتصادی فعلی برابر با صفر است را رد می کند و نتیجه گیری می شود که کاملا احتمال دارد که بین این دو متغیر و متغیر شادکامی رابطه خطی وجود داشته باشد.

به علاوه بر اساس ضرایب ستون B می توان معادله رگرسیون را به شرح زیر نوشت: شادکامی = ۳۵/۳۹ - ۰/ ۴۱ x1 ۰/۳۴ x2 افزایش مقدار R با وارد کردن متغیر نگرانی اقتصادی آینده پرتوان نیست و بنا براین این متغیر از معادله نهایی خارج شده است، زیرا مقدار Pاین متغیر بزرگتر از ۰/۰۵ است.

لیست متغیرهای وارد شده خلاصه مدل و نتایج تحلیل واریانس برای متغیرهای پیش بینی کننده استرس اقتصادی (خرده مقیاس پول پرسشنامه فقر اقتصادی) و نگرانی اقتصادی آینده ارایه شده است (جدول ۳).

جدول ۱: نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام شادکامی بر حسب استرس اقتصادی

	R	مجذور R	F	df	df	سطح معنی داری
استرس اقتصادی (خرده مقیاس پول پرسشنامه فقر اقتصادی)	۰/۶۲	۰/۳۹	۳۷/۹۳	۱	۵۸	۰/۰۰۰
استرس اقتصادی فعلی	۰/۶۸	۰/۴۶	۲۴/۷۳	۲	۵۷	۰/۰۰۰

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

جدول ۲: ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش بینی کننده در تحلیل رگرسیون شادکامی

	B	خطای معیار SE	Beta	t	p
مقدار ثابت	۳۵/۳۹	۱/۹۴		۱۸/۱۶	۰/۰۰۰
استرس اقتصادی (خرده مقیاس پول پرسشنامه فقر اقتصادی)	-۰/۳۸	۰/۱۱	-۰/۴۱	-۳/۳۷	۰/۰۰۱
استرس اقتصادی فعلی	-۰/۶۴	۰/۲۳	-۰/۳۴	۲/۷۸	۰/۰۰۷

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام کیفیت زندگی بر حسب استرس اقتصادی

	R	مجذور R	F	df	df	سطح معنی داری
استرس اقتصادی (خرده مقیاس پول پرسشنامه فقر اقتصادی)	۰/۵۹	۰/۳۵	۳۲/۰۰	۱	۵۸	۰/۰۰۰
استرس اقتصادی فعلی	۰/۶۲	۰/۳۹	۱۸/۱۸	۲	۵۷	۰/۰۰۰

مدل ۱ مشخص می کند که ۳۵ درصد از واریانس مشاهده شده در کیفیت زندگی از طریق استرس اقتصادی (خرده مقیاس پول پرسشنامه فقر اقتصادی)توجیه می شود (R Square = ۰/۳۵). اضافه شدن مدل ۲ (استرس اقتصادی فعلی) باعث افزوده شدن ۴ درصد به واریانس قبلی می شود. بدین ترتیب دو مدل روی هم ۳۹ درصد از واریانس کیفیت زندگی را تبیین می کنند. با توجه به مقدار F و P که کوچکتر از ۰/۰۱ است فرضیه صفر رد شده و نتیجه می گیریم بین متغیر کیفیت زندگی با استرس اقتصادی (خرده مقیاس پول پرسشنامه فقر اقتصادی) و استرس اقتصادی فعلی رابطه خطی وجود دارد (جدول ۳).

در بالا مقدارB، بتا، t و سطح معنی داری در بالا ارایه شده است. با توجه شاخص های ارایه شده اگر استرس اقتصادی (خرده مقیاس پول پرسشنامه فقر اقتصادی) به اندازه یک واحدافزایش یابد، این تغییر به اندازه ۰/ ۴۲ کیفیت زندگی را کاهش می دهد (جدول ۴).

جدول ۴: ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش بینی کننده در تحلیل رگرسیون کیفیت زندگی

	B	خطای معیار SE	Beta	t	p
مقدار ثابت	۳۱/۱۲	۰/۶۱		۵۰/۶۶	۰/۰۰۰
استرس اقتصادی (خرده مقیاس پول پرسشنامه فقر اقتصادی)	-۰/۱۴	۰/۰۴	-۰/۴۲	-۳/۱۳	۰/۰۰۳
استرس اقتصادی فعلی	-۰/۱۶	۰/۰۸	-۰/۲۷	۲/۰۱	۰/۰۴۸

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

اگر استرس اقتصادی فعلی به اندازه یک واحد افزایش یابد، این تغییر کیفیت زندگی را ۰/۲۷ کاهش می دهد.

آماره t و P که کوچکتر از ۰/۰۱ برای متغیر استرس اقتصادی (خرده مقیاس پول پرسشنامه فقر اقتصادی) و ۰/۰۵ برای استرس اقتصادی فعلی است، این فرضیه که ضریب تفکیکی استرس اقتصادی (خرده مقیاس پول پرسشنامه فقر اقتصادی) و استرس اقتصادی فعلی برابر با صفر است را رد می کند و نتیجه گیری می شود که کاملا احتمال دارد که بین این دو متغیر و متغیر کیفیت زندگی رابطه خطی وجود داشته باشد.

به علاوه بر اساس ضرایب ستون B می توان معادله رگرسیون را به شرح زیر نوشت :

کیفیت زندگی = ۳۱/۱۲ - ۰/ ۴۲ x1 ۰/۲۷ x2

افزایش مقدار R با وارد کردن نگرانی اقتصادی آینده پرتوان نیست و بنا براین این متغیر از معادله نهایی خارج شده است، زیرا مقدار P ارایه شده در ستون Sig بزرگتر از ۰/۰۵ است.

بحث و نتیجه گیری

شواهدی وجود دارد که استرس، الگوهای پاسخ دهی رفتاری مناسب و تغییرات نروترنسمیتری و عصب هورمونی را با رشد و پیشرفت سرطان مرتبط می سازد. داده های بدست آمده از مطالعات همه گیر شناسی نشان داده است که ویژگی های روانشناختی و اجتماعی ممکن است با بروز و رشد انواع مختلف سرطان مرتبط باشد (۱۶). در واقع تشخیص سرطان در زن یا مرد در خانواده با درماندگی های روانشناختی قابل ملاحظه از جمله افسردگی و اضطراب برای هر یک یا هر دو همراه است. پژوهش ها نشان داده که سرطان اختلالات عاطفی بین بیماران و همسرانشان را افزایش می دهد (۱۷). مطالعات همه گیری شناسی نشان داده اند که استرس، افسردگی های عمده و فقدان حمایت اجتماعی فاکتورهای خطر آفرین در رشد و پیشرفت سرطان هست. مطالعات ژنتیکی صورت گرفته نشان داده اند که فرایندهای زیست شناختی به طور بالقوه این اثرات را تعدیل می کند (۱۹، ۱۸، ۱۶).

یافته های پژوهش حاضر در باره ارتباط استرس اقتصادی و شادکامی در بیماران سرطانی نشان داد که استرس اقتصادی (خرده مقیاس پول پرسشنامه فقر اقتصادی) و استرس اقتصادی فعلی با شادکامی ارتباط معکوس دارند. توماس و همکاران (Thomas) معتقد هستند که فاکتورهای محیطی مانند مرگ شخص مورد علاقه یا فاکتورهای اجتماعی از قبیل شکست در ازدواج، وام های سنگین یا دیگر وقایع مهم زندگی اثر مستقیمی بر سطح دیسترس افراد دارند (۲۰).

در این رابطه فکس (Fox) معتقد است که از دست دادن شغل، انزوای اجتماعی، مشکلات اقتصادی، هزینه های مربوط به درمان وعدم کارآیی مطلوب از عوامل استرس زایی است که می تواند بیمار مبتلا به سرطان را مستعد اختلالات روانی ازجمله افسردگی کند (۲۱). جمعی از محققان آمریکایی با بررسی ۳۹۸ بیمار سرطانی بیان داشتند متعاقب تشخیص سرطان سطح سلامت روان کاهش یابد و عملکرد بیماران در سایر حیطه های کیفیت زندگی نیز به مخاطره می افتد(۲۲). نتایج بررسی پرکینز و همکاران (Perkins) در آمریکا نشان داد که سلامت روانی بیماران سرطانی با خودکارآمدی جسمی آنها ارتباط دارد (۲۳).

مطالعات صورت گرفته در باره بهزیستی روانشناختی افراد مبتلا به سرطان نشان داده اند که سطوح اضطراب و افسردگی این

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

بیماران بسیار بالاست و این بیماران مشکلات روانشناختی جدی دارند که رضایت از زندگی شان را تحت تاثیر قرار می دهد (۲۴). در بسیاری از مطالعات انجام شده استرسورهای اقتصادی در افراد سرطانی با افسردگی و اضطراب همراه هستند (۹). داو و ملانکون (Dow & Melancon) معتقدند که اضطراب جدی ترین مشکل بیماران سرطانی است و بیشتر بیماران سرطانی با ترس از گسترش بیماری یا مرگ زندگی می کنند (۲۵). سپتون و همکاران (Sephton) معتقد هستند که مبتلایان به سرطان نگرانی های معنی داری در ابعاد جسمی، روانشناختی، اجتماعی و معنوی بهزیستی ذهنی تجربه می کنند (۲۶). در نقطه مقابل پژوهش های انجام شده در باره دریافت حمایت از طرف اطرافیان، دوستان و خانواده سهم مهمی در افزایش بهزیستی اجتماعی این بیماران دارد (۲۷). فرل و همکاران (Ferrell) معتقدند که دیدار با اطرافیان، به کلیسا رفتن، شرکت در آیین های مذهبی و داشتن افکار مثبت در افزایش بهزیستی بیماران سرطانی موثر است (۲۸).

یافته های پژوهش حاضر در باره ارتباط استرس اقتصادی و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی نشان داد که استرس اقتصادی (خرده مقیاس پول پرسشنامه فقر اقتصادی) و استرس اقتصادی فعلی با کیفیت زندگی ارتباط معکوس دارند.

پژوهش های کیفی، مقطعی و طولی بسیاری وجود دارد که شواهد قوی و مستدلی از استرس اقتصادی تجربه شده در افراد مبتلا به سرطان زمانی که انها با فشارهای اقتصادی همراه سرطان مقابله می کنند ارایه می دهند.یافته های این مطالعات نشان می دهند که استرس اقتصادی در این گروه ها نه تنها بالاست، بلکه فشار یا نگرانی مالی با کیفیت زندگی مرتبط است (۸). شواهدی وجود دارد که نشان می دهد افراد سرطانی با درآمد پایین احتمالا خدمات سلامت روانی کمتری دریافت می کنند (۲۹). به علاوه ادبیات پژوهشی گزارش کرده اند که خستگی ناشی از درمانهای گذشته مسئله مهمی است که فعالیت های روزانه و زندگی بیماران سرطانی را تحت تاثیر قرار می دهد (۸) و سلامت فیزیکی را تهدید می کند (۲۷). مشکلات اقتصادی – اجتماعی بیماران سرطانی می تواند به خاطر هزینه های مرتبط با درمان (۳۰) و فقدان درآمد به علت نقص در توانایی های کاری یا کارکرد اجتماعی ضعیف (۳۱) آشکار شود.

ریس و همکاران (Reis) معتقد هستند که افراد مبتلا به سرطان مشکلات بزرگی را تجربه می کنند که اثرات منفی بر جنبه های معنوی، اجتماعی، روانشناختی و فیزیکی کیفیت زندگی شان دارد (۲۷). همچنین یافته های مطالعه حاضر با نتایج پژوهش صلاتی و همکاران (۳۲) که بر روی ۲۱۸ بیمار مبتلا به سرطان ریه انجام شده بود، همخوانی دارد. در این پژوهش مشخص شد که عملکرد فیزیکی و سلامت روانی مبتلایان با تمام حیطه های کیفیت زندگی آنها رابطه داشته است.

با این حال لازم است به این نکته توجه کنیم که اگر چه انتظار می رود بیماران سرطانی در صورت پیگیری درمان و حتی نجات یافتگان از سرطان به زندگی معمولی خود بر گردند، با این وجود آنها اغلب ناتوانتر می شوند و در مقایسه با همتایانشان درآمد پایینتری دارند (۳۳). به علاوه بیماران سرطانی و نجات یافتگان از سرطان در مقایسه با همتایانشان احتمال بیکاری شان (عدم استخدام) بیشتر است (۳۴).

آنچه از جمع بندی نتایج بدست آمده از پژوهش های انجام شده و این پژوهش حاصل شد این است که داده های بدست آمده از

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

بیماران سرطانی نشان داده که تشخیص و درمان سرطان درماندگی های روانشناختی قابل توجهی بوجود می آورد، چنین افرادی گرایش به افسردگی پیدا می کنند و ناتوانی و احساس درماندگی تجربه شده پیشرفت بیماری را تسریع می کند (۱۹). در مقابل فاکتورهای مثبت نظیر حمایت اجتماعی توسط خانواده و نهادهای مربوطه و خوشبینی پیش بینی کننده زندگی طولانی تر در این بیماران است (۳۵).

با این حال باید دقت داشت که در پژوهش حاضر از برخی شیوه های ارزیابی روائی و پایایی مثلا مصاحبه و مداخله که ممکن است در بعضی از مجموعه ها و کاربرد های آزمون از اهمیت ویژه ای برخوردار باشند استفاده نشد. بنابر این در استفاده از این نتایج در مواردی غیر از موارد ارزیابی شده، احتیاط لازم رعایت گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله گزارش طرح پژوهشی است که با حمایت مالی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشمر انجام شده است. در پایان از کلیه مسؤولین و همکاران شاغل در بخشهای مختلف که با جدیت تمام در پیشبرد اهداف این تحقیق پژوهشگران را یاری نمودند تشکر و قدردانی می گردد.

References

1-World Health Organization. The cancer burden in low- and middle-income countries and how it is measured. Washington, DC: The National Academics press. 2007: 69-70.

2-Mead H, Cartwright-Smith L, Jones K, Et al. Racial and Ethnic Disparities in U.S. Healthcare: A Chartbook. The Common wealth Fund. 2007.174-5.

3-Vedat I, Perinan G, Seref K, Et al. The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer, Cancer Nursing 2001; 24(6): 490-95.

4-Vafaii B. Evaluation of the relation between life stresses and blood neoplastic diseases in males and females aged between 30 and 50. Med J Tabriz Univ Med Sci 2000; 34(47): 47-54. [Persian].

5-Conger K, Rueter M, Conger D. The role of economic pressure in the lives of parents and their adolescents: The family stress model. Cambridge, England: Cambridge University Press. 2000: 201-23

6- Smeltzer S, Bare, B . Text book of medical surgical Nursing. Philadelphia: Lippincott Co. 2004: 129-130.

7-Shek D. Economic Stress, Emotional Quality of Life, and Problem Behavior in Chinese Adolescents with and without Economic Disadvantage , Journal of Social Indicators Research 2005;71: 1-3.

8-Ell K, Sanchez K, Vourlekis B, et al. Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among lowincome women with breast or gynecologic cancer, J Clin Oncol 2005; 23:3052–60.

9-Lempers J , Lempers K. Family economic stress, maternal and paternal support and adolescent distress, Journal of Adolescence 2004; 13(3): 217-29

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

10-Shek , D. Economic Stress, Psychological Well-Being and Problem Behavior in Chinese Adolescents with Economic Disadvantage, Journal of Youth and Adolescence 2003; 32:4.

11-MacFadyen A, MacFadyen W, Prince N. Economic stress and psychological well-being: An economic psychology framework. Journal of Economic Psychology 1999: 17(3) 291-311.

12-Carlson L , Bultz D. Cancer distress screening. Needs, models, and methods, Juarnal Psychosom Res 2003; 55:403–9.

13-Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Et al. The world health organization quality of life questionnaire: translation and validation study of the iranian version. J school public health and institute of public health res 2006; 4:1-12. [Persian].

14-Abedi M, Mirshah Jafari SE. Liaghatdar MJ. standardization of the oxford happiness inventory in students of Isfahan University Iranian, journal of psychiatry and clinical psychology 2006: 12(2):95-100. [Persian].

15-Gjesfjeld D, Kim N, Grote L. Economic stress, social support, and maternal depression: is social support deterioration occurring?. Social Work Research 2010; 34(3): 135-43.

16-Antoni H, Lutgendorf K, Cole S, et al. Factors on tumour biology : pathways and mechanisms. Nature Publishing Group 2006; 6: 241.

17-Wagner D, Bigatti M, Storniolo M. quality of life of husbands of womenwith breast cancer. Psycho-Oncology 2006; 15: 109–20.

18-Reiche E, Nunes S, Morimoto K. Stress, depression, the immune system, and cancer. Lancet Oncol 2004; 5: 617–25.

19-Spiegel D. Giese-Davis, J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. Biol Psychiatry 2003;54, 269–82.

20-Thomas B , Pandey M, Ramdas K, Nair MK. Psychological distress in cancer patients: hypotesis of a distress model, Eur J Cancer Prevent 2002;11(2):179-85.

21-Fox H. The role of psychological factors in cancer incidence and prognosis, Oncology 1995; 9(3):1-32.

22-Costanzo E, Ryff D, Singer H. Psychosocial adjustment among cancer survivors: findings from a national survey of health and wellbeing, Health Psychol 2009; 28(2):147-56.

23-Perkins H, Baum G , Taylor L. Effects of treatment factors, comorbidities and health-related quality of life on self-efficacy for physical activity in cancer survivors. Psychooncology 2009;18(4):405-11.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

24-Miller E, Pittman B. Strong C. Gynecologic cancer patients' psychosocial needs and their views on the physician's role in meeting those needs. International. Journal of Gynecological Cancer 2003; 13, 111–19.

25-Dow H , Melancon H. Quality of life in women with ovarian cancer. Western. Journal of Nursing Research 1997; 19, 334–50.

26-Sephton S , Spiegel D. Circadian disruption in cancer: a neuroendocrine-immune pathway from stress to disease?, Brain Behav Immun 2003; 17, 321–28

27-Reis N, Beji K, Coskun A. Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients:Results from quantitative and qualitative data. European Journal of Oncology Nursing 2010; 14. 137–46

28-Ferrell B, Grant M. Bone tired: The experience of fatigue and its impact on quality of life, Oncol Nurs Forum 1996; 23 (10):1539-47.

29-Hewitt M, Rowland JH. Mental health service use among adult cancer survivors: analyses of the National Health Interview Survey. J Clin Oncol 2002; 20:4581–90.

30-Hoskins S , Perez A , Young , C. Principles and Practice of Gynecologic Oncology. second ed, Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia.1997.p. 255-56

31-Park S, Bae S, Nam H, et al . Quality of life and sexual problems in disease-free survivors of cervical cancer compared with the general population. Cancer 2007; 110(12): 2716–25.

32-Salati M, Brunelli A, Xiumè F, Refai M, Sabbatini A. Quality of life in the elderly after major lung resection for lung cancer Interact Cardiovasc. Thorac Surg 2009; 8(1): 79-83. [Persian]

33-Platou F , Skjeldestad E , Rannestad T. Socioeconomic conditions among long-term gynaecological cancer survivors: a population-based case–control study. Psychooncology 2009;10.157-66

34-De Boer A. Taskila T., Ojajarvi A , Et al. Cancer survivors and unemployment. A metaanalysis and meta-regression. JAMA 2009; 301(7):753–62.

35-Allison P, Guichard C, FungK, Et al. Dispositional optimism predicts survival status 1 year after diagnosis in head and neck cancer patients. J Clin. Oncol 2003; 21: 543–48.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

Economic Stress, Hhappiness and Quality of Life Among Cancer Patients aged 20–35

Hoseini Yazdi S(MSc)[*1] Ahi Gh(Ph.D)[2] Ahi M (MD)[3]

1.Corresponding Author: MS.c in Economics Science, Islamic Azad University, Kashmar, Iran
2.Ph.D Student in Psychology University of Allameh Tabatbai.Tehran,Iran.
3.MD Student,Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

Abstract

Background: The purpose of this study is to explore the relationship between economic stress , quality of life and happiness among cancer patients aged 20-35.

Method: The research sample was comprised of 60 (35 male and 25 female) cancer patients who were selected based on sampling. The questionnaires were completed and the results were collected and analyzed by multivariate regression analysis.

Results: Findings on relationship between economic stress with happiness revealed that economic stress (Economic Poverty Instrument - Money Subscale) and current economic stress is negatively associated with happiness. These relationships indicate that as economic stress (Economic Poverty Instrument -Money Subscale) and current economic stress increases, her level of happiness decreases.

Conclusions: Diagnosis ,Costs and treatment procedures cause psychological problems that can have a negative effect on quality of life and happiness in patients with cancer.

Keywords: Economic stress, Quality of life, Happiness, Cancer

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-24]