

تاثیر خدمات حوزه سلامتِ کمیته امداد بر میزان رضایت از زندگی بیماران صعب‌العلاج تحت حمایت

عیسی طاهریان

دانشجوی دکتری مدیریت کسب و کار، سازمان مدیریت صنعتی، سمنان، ایران.

نام نویسنده مسئول:

عیسی طاهریان

چکیده

هدف از انجام این پژوهش، تعیین تاثیر خدمات حوزه سلامتِ کمیته امداد امام خمینی بر میزان رضایت از زندگی بیماران صعب‌العلاج تحت حمایتِ استان سمنان در سال ۱۳۹۶ می باشد. روش: پژوهش حاضر از نوع همبستگی می باشد، نمونه این تحقیق با استفاده از جدول تعیین حجم نمونه کرجسی و مورگان ۶۰ نفر انتخاب شدند، برای ارزیابی فرضیه ها، شرکت کنندگان در دو مرحله ابتدای ورود به چرخه حمایت و ۶ ماه پس از شروع حمایت پرسشنامه رضایت از زندگی داینر و همکاران (SWLS) (۱۹۸۵) را تکمیل نمودند. برای تحلیل داده های پژوهش، داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و با بهره گیری از آزمون آماری تی تست بررسی و مورد آنالیز قرار گرفتند. یافته ها: تحلیل داده ها نتایج نشان داد بین رضایت از زندگی بیماران صعب‌العلاج تحت حمایت امداد با خدمات حوزه سلامت کمیته امداد استان سمنان رابطه مثبت و معنا داری وجود دارد. نتیجه گیری: نتایج حاصله حاکی از نیاز به توجه بیشتر و برنامه ریزی بهتر برای درمان بیماران صعب‌العلاج می باشد.

واژگان کلیدی: رضایت از زندگی، بیماران صعب‌العلاج، کمیته امداد امام خمینی (ره).

مقدمه

رفاه اجتماعی عبارت است از مجموعه سازمان یافته ای از قوانین، مقررات، برنامه ها و سیاست هایی که در قالب موسسات رفاهی و نهادهای اجتماعی به منظور پاسخگویی به نیازهای مادی و معنوی و تأمین سعادت انسان ارائه می شود تا زمینه های رشد و تعالی او را فراهم آورد (ماکرو، ۱۳۷۸)

و از طرفی سلامت یکی از مهم ترین مولفه های رفاه اجتماعی محسوب می شود و نظام سلامت با تعاریف جدید آن نقش روز افزونی در حفظ و ارتقای سطح رفاه اجتماعی بر عهده دارد. سلامتی که در کنوانسیون آلماتا (که ایران هم عضو آن است) به عنوان محور توسعه شناخته شده، فقط به دنبال پیشگیری و درمان بیماری ها یا افزایش میزان امید به زندگی نیست، بلکه طول عمری با جسمی سالم، روحیه ای شاداب همراه با توان فعالیت کامل در همه عرصه های جامعه تا آخرین لحظات زندگی را مدنظر دارد. این پیچیدگی روز افزون نظام سلامت، برنامه ریزی مستمر در آن را بیش از پیش ضروری می سازد و باتوجه به همین موضوع، کشورهای مختلف جهان با استفاده از سیستمها و روشهایی که براساس ویژگی های فرهنگی، اجتماعی و تواناییهای اقتصادی و فنی آن کشورها استوار است سعی در رفع مشکلات بهداشتی و درمانی افراد جامعه خود دارند (ابراهیمی سیامک، ۱۳۸۵)

در این راستا کمیته امداد امام خمینی (ره) نیز سعی نموده براساس رسالت سازمانی خود و با استفاده از روشها و ابزارهای موجود در تأمین عدالت و ارتقاء سلامت بویژه در مناطق غیربرخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند، به طور مستقیم و غیر مستقیم گامهای موثری را در جهت ارتقاء سطح سلامت خصوصاً در حوزه بهداشت روان جامعه تحت پوشش خود بردارد. تحقیق حاضر در پی آن است که شناختی از وضعیت زندگی نیازمندان تحت حمایت امداد امام (ره) را به دست آورده و تأثیرات مربوط به فعالیتهای حوزه سلامت امداد امام (ره) را بر بهداشت روان مددجویان از بُعد رضایت از زندگی مورد بررسی قرار دهد. (محقق، ۱۳۹۶)

بیان مسئله

از آنجا که هدف عالیه کمیته امداد امام خمینی (ره) کاهش و در نهایت زدودن فقر از چهره جامعه است و نیک می دانیم که رفع فقر اقتصاد بیشتر به سلامت محتاج است تا رفع فقر سلامت به اقتصاد، سرمایه گذاری در حوزه سلامت پرسودترین سرمایه گذاری (حتی از نظر اقتصادی) به شمار می رود. کاملاً روشن است که سلامتی و توسعه اجتماعی لازم و ملزوم یکدیگرند یعنی بدون توسعه اجتماعی سلامتی حاصل نخواهد شد و بدون سلامتی نیز توسعه اجتماعی غیر ممکن است. زیرا بقا که از الزامات توسعه اجتماعی است در اثر سلامتی حاصل می شود و از طرفی دستیابی به سلامت بدون توجه به بهداشت روان امکان پذیر نمیشود و یکی از مهمترین عواید ارتقاء سلامت، کاهش فقر است. هر چند که فقر باعث افزایش بیماری های مختلف جسمی، روانی و... می شود ولی باید توجه داشت که بیماری نیز فقر را تشدید می کند. متأسفانه بیشترین بار خطرات تهدید کننده سلامت بر دوش مستضعف ترین افراد جامعه تحمیل می شود (که دارای تحصیلات اندک و مشاغل سطح پایین می باشند) این مهم نیازمند اهمیت و توجه ویژه وضعیت روانی این خانواده ها و شناسایی نیازمندیها و بررسی وضعیت رفاهی آنان است که در قالب برنامه های رفاه اجتماعی مطرح و عملیاتی گردد. (ذوالفقاری، ۱۳۹۴)

سلامت روان خانواده مقوله ای است که در چارچوب «رفاه خانواده» امری مهم تلقی می شود و حقیقتاً رفاه و سلامت روان، دو معقوله غیر قابل تفکیک از یکدیگرند. واقعیات موجود در جامعه نشان از آن دارد که علیرغم اعلامیه ها و بیانیه ها و تأسیس نهادها و سازمان های مختلف در تحقق سلامت روان و علیرغم هزینه های قابل توجه، اقشار آسیب پذیر جامعه از مسائل و مشکلات ناشی از فقر بهداشت روان در رنج هستند؛ و در این میان زنان و مردانی که دارای مسئولیت های اقتصادی در خانواده هستند به عبارتی سرپرستی خانوار را بر عهده دارند دارای مسائل و مشکلات فراوانی هستند. به ویژه اگر این مسائل و مشکلات را با شاخص های رفاه مقایسه کنیم، در آن صورت شکاف بیشتر بارز و نمایان می شود.

در همین راستا از جمله مسائل مهم در بررسی بیماران مبتلا به بیماری های مزمن از جمله سرطان توجه به کیفیت زندگی بیماران است. در نظر گرفتن عوامل مرتبط با کیفیت زندگی بیماران سرطانی نکته ی مهمی در ارزیابی، اثر بخشی درمان و روند بیماری در این بیماران محسوب می شود و همچنین اینکه کیفیت زندگی یک ساختار چند بعدی دارد که در ابعاد مختلف عملکردی، اجتماعی، روانی و عاطفی مورد بررسی قرار میگیرد (ضیغمی محمدی، هوشمند، کوشیا و اسماعیلی، ۱۳۸۶)

بیماری می تواند مسیر زندگی فرد را تغییر دهد و مشکلات فراوانی در تمامی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی ایجاد می کند و باعث افزایش احساس وابستگی، کاهش اعتماد به نفس، افزایش احساس آسیب پذیری، درد و افکار آشفتنه در مبتلایان می گردد که تمامی این عوارض و مشکلات می تواند باعث اثرات متعددی بر کیفیت زندگی بیماران گردد (حیدری، سلحشوریان، رفیعی و حسینی، ۱۳۸۷)

در راستا با این مطلب کیفیت زندگی وابسته به سلامت شاخص مهمی در زندگی بیماران است و دارای ساختار چند بعدی است که زمانی که یک فرد در زندگی احساس رضایت و بهزیستی داشته باشد و از بیمار بودن خود احساس نارضایتی نداشته باشد انرژی بیشتری برای مراقبت از خود دارد و در نتیجه سالم تر خواهد ماند (فرهادی، موحدی، ۱۳۹۳)

از طرف دیگر خود عامل فقر اقتصادی تأثیر مستقیم و غیر مستقیمی بر وضعیت بهداشت روان خانواده و کاهش میزان رضایتمندی از زندگی را دارد و با توجه به افزایش بیماری‌های روانی، مشکلات و آسیب‌های اجتماعی و روانی در کشور و با هدف کاهش آسیب‌های مذکور، امداد امام (ره) عضو کمیته ارتقای سلامت از کارگروه سلامت و امنیت غذایی استانداری بوده و در برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور نیز در راستای چشم انداز ۲۰ ساله بر رویکرد «انسان سالم» و «سلامت همه جانبه» و همچنین ارتقاء شاخص‌های بهداشت روان تاکید گردیده است و به ضرورت اجرای این مداخلات بیش از پیش اشاره شده است و یکی از اهداف راهبردی این سند کاهش بار اختلالات روانی (افسردگی) حداقل به میزان ۵٪ سال پایه تا پایان برنامه نام برده شده است (جدیدی، ۱۳۹۲)

با توجه به این امر و با عنایت به لزوم پرداختن به مسائل و مشکلات روانی این خانواده‌ها و نیز اهمیت توجه به مولفه‌ی مهمی نظیر سطح رضایتمندی از زندگی در جامعه آماری مورد مطالعه می‌بایست از برخی از مسائل و مشکلات آنان شناسایی دقیق‌تری صورت پذیرد و با اصلاح و بهبود روش‌ها و تأثیر هدفمند ارائه خدمات در حوزه سلامت کمیته امداد امام خمینی (ره) بر ارتقاء سطح سلامت روان این خانواده‌ها کمک کرد و نهایتاً بتوان گام‌هایی در جهت رفع معضلات زندگی با محوریت توانمندسازی و افزایش امید به زندگی آن‌ها برداشت (محقق، ۱۳۹۶)

خلاصه اینکه در این تحقیق بدنبال پاسخ‌گویی به این سوال هستیم که آیا خدمات حوزه سلامت کمیته امداد امام خمینی (ره) بر میزان رضایت از زندگی بیمار آن صعب‌العلاج موثر است.

روش تحقیق

الف) جامعه آماری

پژوهش حاضر از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش عبارت است از ۷۰ نفر از بیماران صعب‌العلاج که در سال ۱۳۹۶ به چرخه‌ی حمایتی امداد امام (ره) استان سمنان وارد شده‌اند.

ب) حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

حجم نمونه با استفاده از جدول تعیین حجم نمونه که توسط کرجسی و مورگان (۱۳۹۰) تهیه شده، تعیین گردید و در ادامه با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده نمونه‌های مورد نظر بر اساس جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. براساس این جدول برای جامعه‌ی آماری این پژوهش ۶۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند و ملاک‌های شرکت در این پژوهش عبارت بودند از (رضایت آگاهانه-ابتلا به یکی از بیماری‌های صعب‌العلاج تعریف شده در پژوهش باشد-بیمار صعب‌العلاج اختلال روانپزشکی نداشته باشد- تحت درمان و ورود به چرخه حمایت امداد در سال ۹۶- برای تکمیل پرسشنامه‌ی مرحله‌ی دوم حداقل به مدت ۶ ماه از خدمات حوزه‌ی سلامت امداد امام (ره) بهره‌مند شده باشد - هیچ گونه اعتیاد یا سوء مصرف به هر گونه مواد مخدر نداشته باشد- نمونه در محدوده جغرافیای استان سمنان ساکن باشد)

ج) ابزار پژوهش

در این تحقیق برای جمع‌آوری اطلاعات از تکنیک پرسشنامه و مصاحبه استفاده شده است و همچنین از تجربیات شخصی و تخصصی بواسطه شغل مدیریتی محقق (بعنوان رئیس اداره بهداشت، درمان و امور بیمه کمیته امداد امام خمینی (ره) استان سمنان) با بیش از بیست سال سابق کار اجرایی و تخصصی در زمینه پژوهش بهره‌گیری شد. همچنین علاوه بر پرسشنامه، اطلاعاتی در مورد جنسیت، سن و سطح تحصیلات جامعه آماری کسب شد.

در این پژوهش از پرسشنامه رضایت از زندگی داینر و همکاران (SWLS) (۱۹۸۵). جهت گردآوری داده‌ها استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۵ سوال بوده و هدف آن سنجش رضایت از زندگی می‌باشد. رضایت از زندگی به یک فرایند قضاوتی - شناختی اشاره دارد (دینر، امونز، لارسن و گریفین، ۱۹۸۵) که در آن افراد کیفیت زندگی خود را براساس مجموعه‌ای از ملاک‌ها ارزشیابی می‌کنند (پاوت و دینر، ۱۹۹۳). در این پژوهش منظور از رضایت از زندگی نمره‌ای است که کارکنان به سوالات ۵ گزینه‌ای پرسشنامه رضایت از زندگی داینر و همکاران (SWLS) می‌دهند در این مقیاس، افرادی که رضایت از زندگی بیشتری دارند، نمره بالاتری را دریافت می‌کنند.

د) روش اجرای پژوهش

در این تحقیق برای جمع آوری اطلاعات پس از توجیه مسئولین درمان کمیته امداد شهرستان ها و بیان اهداف جهت تکمیل آن با مراجعه به تک تک منازل بیماران در سطح استان سمنان افراد مورد مطالعه، از طریق مصاحبه، مشاهده و پرسش از افراد مورد نظر توسط همکاران درمان، پرسش نامه مذکور تکمیل گردیده است و با توجه به اکثریت قریب به اتفاق افراد نمونه که دارای سواد پایین بوده اند تکمیل پرسشنامه توسط پرسش گران اداره ی درمان صورت گرفته است؛ و در خلال این کار افراد مورد مطالعه به بازگو نمودن برخی از مسائل و مشکلات زندگی خود و مهمترین حوادث زندگی شان نیز می پرداختند که این اطلاعات به صورت جداگانه جمع آوری و جهت تجربه و تحلیل نتایج به دست آمده از پژوهش و بیان پیشنهادات مورد استفاده قرار گرفت .

یافته ها**الف) بررسی توصیفی****گروه سنی**

بررسی اطلاعات بدست آمده از پرسشنامه، فراوانی آزمودنی ها بر اساس سن مطابق با جدول ۱ میباشد.

جدول ۱: توزیع فراوانی مربوط به سن پاسخ دهندگان

سن	فراوانی	درصد
۲۰ تا ۳۰ سال	۶	۱۰/۰۰
۳۱ تا ۴۰ سال	۱۳	۲۱/۶۶
۴۱ تا ۵۰ سال	۲۷	۴۵/۰۱
۵۱ تا ۶۰ سال	۱۴	۲۳/۳۳
جمع کل	۶۰	۱۰۰/۰۰

آمار مندرج در جدول ۱ نشان می دهد که از کل افراد مورد مطالعه در تحقیق حاضر ۴۵/۰۱٪ افراد که اکثریت شرکت کنندگان را به خود اختصاص داده، در رده ی سنی ۴۱ تا ۵۰ سال بوده اند. اما مشاهده گردید که از افراد مورد مطالعه فقط ۱۰٪ آنها بین ۲۰ تا ۳۰ سال داشتند. نیز میانگین سنی افراد برابر ۴۳/۱۶ سال با انحراف معیار ۴۴/۰۲ سال می باشد.

سطح سواد

بررسی اطلاعات بدست آمده از پرسشنامه، فراوانی آزمودنی ها بر اساس وضع سواد پاسخگویان مطابق با جدول ۲ میباشد.

جدول ۲: توزیع فراوانی مربوط به سطح سواد پاسخ دهندگان

وضع سواد	فراوانی	درصد
زیر دیپلم	۴۳	۷۱/۶۷
دیپلم	۹	۱۵/۰۰
فوق دیپلم	۶	۱۰/۰۰
کارشناسی و بالاتر	۲	۳/۳۳
جمع کل	۶۰	۱۰۰/۰۰

آمار مندرج در جدول ۲ نشان می دهد که از کل افراد مورد مطالعه در تحقیق حاضر ۷۱/۶۷٪ افراد که اکثریت شرکت کنندگان را به خود اختصاص داده، زیر دیپلم بوده اند. اما ملاحظه گردید که از افراد مورد مطالعه فقط ۳/۳۳٪ در حد کارشناسی یا بالاتر سواد داشتند و این بدان معناست که افرادی که سطح سواد پایین تری دارند و به یک بیماری صعب العلاج نیز مبتلا شده اند مراجعه ی بیشتری به امداد امام(ره) داشتند ولی یک فرض دیگر این است که شرایط زندگی افراد با میزان تحصیلات پایین تر طوری است که امکان ابتلا به یک بیماری صعب العلاج در آنها بیشتر از افراد با سطح سواد بالاتر می باشد که بررسی این موضوع نیاز مند تحقیقات بیشتر، خارج از پژوهش حاضر می باشد.

جنسیت

بررسی اطلاعات بدست آمده از پرسشنامه، فراوانی آزمودنی ها بر اساس سن مطابق با جدول ۳ میباشد.

جدول ۳: توزیع فراوانی مربوط به جنسیت پاسخ دهندگان

نوع جنسیت	فراوانی	درصد
مرد	۲۲	۳۶/۶۰
زن	۳۸	۶۳/۴۰
جمع کل	۶۰	۱۰۰/۰۰

آمار مندرج در جدول ۳ نشان می دهد که از کل افراد مورد مطالعه در تحقیق حاضر ۶۳/۴۰٪ افراد که اکثریت شرکت کنندگان را به خود اختصاص داده، زن بوده اند. اما ملاحظه گردید که فقط ۳۶/۶۰٪ از افراد مورد مطالعه را مردان تشکیل داده اند. این بدان معناست که امکان مراجعه یک زن مبتلا به بیماری صعب العلاج بیشتر از امکان مراجعه یک مرد مبتلا به بیماری صعب العلاج به امداد امام(ره) می باشد ولی یک فرض دیگر این است که زنان بیشتر از مردان مبتلا به بیماری صعب العلاج می شوند که بررسی این موضوع نیازمند تحقیقات بیشتر، خارج از پژوهش حاضر می باشد.

ب) آمار استنباطی و آزمون فرضیه ها

فرضیه پژوهش:

به نظر می رسد خدمات حوزه سلامت امداد امام(ره) بر میزان رضایت از زندگی بیماران صعب العلاج موثر است (در قبل و بعد از حمایت تفاوت وجود دارد).

وضعیت رضایت از زندگی قبل و بعد از تحت حمایت

جدول ۴: توزیع فراوانی مربوط به وضعیت رضایت از زندگی به تفکیک قبل و بعد از تحت حمایت

میزان شدت	قبل از تحت حمایت		شش ماه بعد از تحت حمایت	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
بالا	۱	۱,۶۶	۱	۱,۶۶
متوسط	۷	۱۱,۶۶	۱۱	۱۸,۳۳
پایین	۵۲	۸۶,۶۸	۴۸	۸۰,۰۱
جمع کل	۶۰	۱۰۰	۶۰	۱۰۰

جدول فوق به صورت توصیفی رضایت از زندگی نفس را قبل و بعد از تحت حمایت نشان می دهد. مشاهده می شود، سطح پایین کاهش یافته و سطح متوسط رو به افزایش بوده است.

میزان رضایت از زندگی بیماران صعب العلاج قبل و بعد از تحت حمایت یکسان است. H_0

میزان رضایت از زندگی بیماران صعب العلاج قبل و بعد از تحت حمایت یکسان نیست. H_1

در این آزمون اگر $p\text{-value} < a=0.05$ فرض برابری میانگین ها رد شده و فرض وجود تفاوت پذیرفته می شود.

جدول ۵: بررسی میانگین امتیاز و انحراف استاندارد رضایت از زندگی بیماران صعب العلاج به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون

میانگین	تعداد	انحراف استاندارد	انحراف استاندارد میانگین
پیش آزمون رضایت زندگی	60	2.55692	.33010
پس آزمون رضایت زندگی	60	3.13153	.40428

جدول ۶: آزمون T زوجی جهت بررسی میانگین بیماران صعب العلاج

حجم اثر = میانگین تقسیم بر انحراف معیار	Sig. (2- tailed) = P-value احتمال معنی داری	df درجه آزادی	t درصد خطای معیار ضریب اطمینان	Paired Differences تفاوت زوجی					
				95% Confidence Interval of the Difference اختلاف فاصله اطمینان		Std. Error Mean خطای میانگین	Std. Deviat ion انحراف معیار	Mean میانگین = تفاوت میانگین قبل و بعد	
				Upper	Lower				
1.06	.000	59	-8.310	-1.26147	-.77187	.12234	.94764	-1.01667	پیش آزمون رضایت زندگی -پس آزمون رضایت زندگی

در آزمون T اگر sig از 0.05 بیشتر باشد یعنی تفاوتی بین میانگین پیش و پس آزمون وجود ندارد و اگر زیر 0.05 باشد تفاوت معنا دار است و تایید میشود. لذا در این جا با توجه به جداول فوق و نتایج آزمون مشاهده می شود که میزان اضطراب با توجه به $t = -8.310$ و $p\text{-value} = .000$ چون $p\text{-value} < a = 0.05$ مقدار اختلاف میانگین برابر با -1.01667 نتیجه می شود که تفاوت معنادار بین میانگین امتیاز وضعیت رضایت از زندگی قبل و بعد از حمایت وجود دارد. همچنین فاصله اطمینان ارایه شده شامل صفر نمی باشد که این خود دلیلی بر رد فرض صفر و تایید فرض مقابل می باشد، به عبارت دیگر با توجه به افزایش میانگین نمره رضایت از زندگی بعد از تحت حمایت می توان گفت که خدمات حوزه سلامت امداد امام(ره) تاثیر مثبتی بر وضعیت بیماران صعب العلاج داشته و باعث افزایش سطح مطلوبیت میزان رضایت از زندگی در آنها گردیده است. در ضمن تاثیر بین رضایت از زندگی و خدمات حوزه سلامت در قبل و بعد از تحت حمایت (حجم اثر) برابر با 1.06 بوده که نشان می دهد 10% تغییرات وضعیت بیماران صعب العلاج از لحاظ رضایت از زندگی به خدمات ارایه شده در حوزه سلامت امداد امام(ره) مربوط می شود.

بحث و نتیجه گیری

موضوعی که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت؛ مطالعه ی تاثیر بین خدمات حوزه ی سلامت کمیته امداد امام خمینی(ره) بر میزان رضایت از زندگی در بیماران صعب العلاج تحت حمایت استان سمنان در سال ۱۳۹۶ می باشد. روش پژوهش با توجه به ماهیت موضوع و اهداف مورد نظر، روش تحقیق توصیفی و از نوع همبستگی بوده است. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش T زوجی نشان داد که بین تاثیر خدمات حوزه ی سلامت کمیته امداد با میزان رضایت از زندگی بیماران صعب العلاج تحت حمایت رابطه ی مثبت و معنا داری وجود دارد.

بحث و تفسیر نتایج

فرضیه پژوهش: به نظر می رسد بین میزان رضایت از زندگی بیماران صعب العلاج در قبل و بعد از دریافت خدمات حوزه سلامت کمیته امداد تفاوت وجود دارد. با توجه به نتایج آزمون، مشاهده می شود که تفاوت معنا دار بین میانگین میزان رضایت از زندگی قبل و بعد از حمایت وجود دارد، و با توجه به افزایش نمره ی رضایت از زندگی بعد از حمایت، می شود گفت که تحت حمایت بودن کمیته امداد تأثیر مثبتی بر وضعیت روانی بیماران داشته و باعث افزایش رضایت از زندگی آنان شده است. همچنین حجم اثر بین میزان رضایت از زندگی قبل و بعد از تحت حمایت برابر با $1/06$ بوده که نشان می دهد 10% تغییرات در بحث رضایت از زندگی به تأثیر خدمات حوزه سلامت کمیته امداد مربوط می شود. نتیجه ی حاصل از ارزیابی فرضیه مذکور در این تحقیق، با مطالعات رولاندس و همکاران (۲۰۱۴)، سانتین و همکاران (۲۰۱۵) ، پترسون، رابرتسون و نابی (۲۰۱۵)، اسمیت، لوپز، بکرز و گالال (۲۰۱۵)، هو، سو، لیونگ، لیبی و چان (۲۰۱۳)، طاوولی و همکاران (۱۳۹۲)، سمیعی، انوشه و الحاقی (۱۳۸۹)، ضیغمی، محمدی، هوشمند، کوشیار و اسماعیلی (۱۳۹۳) و حسینی و خالدی فر (۱۳۹۲) در خصوص تفاوت سلامت روانی و رضایت از زندگی بیماران صعب العلاج و ارتباط آن با حمایت های اجتماعی هم سوء بود.

منابع و مراجع

- [۱] اتکینسون، ریتا، اتکینسون، ریچارد، هیگارد، ارنست، زمینه روانشناسی (ج ۱) ترجمه براهنی، محمدتقی و همکاران، تهران ۱۳۷۳.
- [۲] احدی، حسن، مهریار، امیر هوشنگ، نفیسی، غلامرضا، نیکوفر، علیرضا و جهانیان، سعید. (۱۳۹۴) مقایسه ی راهبردهای مقابله با استرس و افسردگی در سه گروه از بیماران مبتلا به سرطان فصلنامه اندیشه و رفتار، ۶ (۲۱) ۳۵-۴۲
- [۳] انتظاری، نجفعلی (۱۳۹۳)، ابلاغ سیاستهای نظام سلامت ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری، شناسه ۱۰۶۹۹۶۰۲۱
- [۴] انواری، حسین (۱۳۹۲)، دستورالعمل مدیریت خدمات مددکاری و توانمند سازی، شناسه ۳۹۶۷۰۵۰، ۴-۶
- [۵] آسیب شناسی روانی جلد اول مؤلفان دیویسون، نیل، کرینگ، مترجم دکتر مهدی دهستانی ۱۳۹۴
- [۶] آسیب شناسی روانی مؤلف دیوید ال روزنهان مارتین ای پی لیگمن، مترجم یحیی سیدمحمدی
- [۷] بلک برن، ایوی، ماری، ام کیت؛ سون، دیوید، شناخت درمانی افسردگی و اضطراب، ترجمه توزنده جانی، حسن، مشهد: آستان قدس رضوی ۱۳۷۴.
- [۸] بهرامی، بتول (۱۳۹۱). نقش میانجی گرانه ی راهبرد های نظم جویی شناختی هیجان و تنظیم هدف در رابطه ی ویژگی های شخصیتی با کیفیت زندگی بیماران سرطانی.
- [۹] بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۹۴). رابطه ی میان عزت نفس و انگیزه پیشرفت، و پیشرفت تحصیلی در دانش آموزان سال سوم دبیرستان های تهران، مجله ی علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، دوره ۱، شماره ۵۴، ۱۳۱-۱۴۴.
- [۱۰] پاول ترور، ج، کنترل اضطراب و فشارهای روانی، ترجمه پژوهان، مهداد. اصفهان، غزل ۱۳۹۲.
- [۱۱] پایگاه دنا، به نقل از هرمز (۱۳۹۵)
- [۱۲] جان بزرگی، مسعود و نوری، ناهید. (۱۳۹۲). شیوه های درمانگری، اضطراب و تنیدگی (استرس). انتشارات سمت.
- [۱۳] جدیدی مجید (۱۳۹۲)، برنامه پنجم توسعه اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی در راستای چشم انداز ۲۰ ساله بر رویکرد انسان سالم و سلامت همه جانبه، شناسه ۵۱۹۶۷۷۳، ۳-۲
- [۱۴] حیدری، سعیده، سلحشوریان، اسیه؛ رفیعی، فروغ و حسینی، فاطمه (۱۳۹۲) ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و اندازه شبکه اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان فصلنامه علمی - پژوهشی فیض، ۱۲ (۲)، ۲۲-۱۵
- [۱۵] خلاصه روانپزشکی جلد دوم کاپلان و سادوک مترجم دکتر حسن رفیعی - دکتر خسرو سبحانیان
- [۱۶] خلاصه روانپزشکی جلد دوم مؤلف کاپلان و سادوک مترجم نصرت الله پورافکاری ۱۳۸۵
- [۱۷] دادستان، پریخ. (۱۳۸۴). روان شناسی مرزی تحولی از کودکی تا بزرگ سالی. تهران: انتشارات سمت.
- [۱۸] ذوالفقاری، علی محمد (۱۳۹۴)، فعالیت های کمیته امداد امام (ره) و سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر، شناسه ۱۳۴۳۲۳۵۸، ۴-۱
- [۱۹] ساروخانی، باقر (۱۳۷۷) اصول و مبانی روش های تحقیق در علوم اجتماعی جلد ۱ و ۲ تهران: موسسه مطالعات و تحقیقات فرهنگی، ۴۲۹
- [۲۰] ساعتچی. محمود، کامکاری. کامبیز، عسکریان. مهناز. آزمونهای روان شناختی. تست اضطراب، نشر ویرایش. ۱۳۸۹
- [۲۱] سایر منابع (مقالات، طرح های پژوهشی و مکاتبات و دستورالعمل های اداری):
- [۲۲] سلطانی، سوسن، مدیریت خانواده (ج ۴). اصفهان: بهار علم، ۱۳۹۳.
- [۲۳] سیامک ابراهیمی (۱۳۸۵)، آیین نامه اجرایی بیمه درمان مددجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره)
- [۲۴] ضعیفی محمدی، شراره، هوشمند، پوری، کوشیار، محمد مهدی و اسماعیلی، حبیب الله (۱۳۹۳) بررسی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان تحت شیمی درمانی مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، ۱۶ (۱)، ۱۰-۵
- [۲۵] طاوولی، آزاده؛ منتظری، علی؛ محقق، محمدعلی، روشن، رسول؛ طاوولی، زهرا و ملیانی، مهدیه. (۱۳۹۲). نقش اطلاع از تشخیص سرطان در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان. فصلنامه پایش، ۶ (۳)، ۲۶۴-۲۵۷.
- [۲۶] عبداللهی علی (۱۳۸۸)، پیش نویس برنامه جامع ارتقاء سلامت استان سمنان، نامه شماره ۵۰/۱/۲۱۷۲۳، ۱
- [۲۷] فتاح پرویز (۱۳۹۵)، تعریف مفاهیم، شناسه ۱۶۷۰۵۲۹۹، ۵

- [۲۸] فرهادی، علی، موحدی، یزدان و موحدی، معصومه (۱۳۹۳) اثر بخشی روان درمانی گروهی امید محور بر بهبود ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به سرطان فصلنامه علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ۱۶ (۱)، ۳۲-۴۲.
- [۲۹] گلبرگ، ریچارد، اضطراب. ترجمه پورافکاری، نصرت الله. تبریز: تابش، ۱۳۹۲.
- [۳۰] گنجی، حمزه، بهداشت روانی. تهران: ارسباران، ۱۳۷۶.
- [۳۱] لقمانیان کتلی، هاجر. (۱۳۹۲). تاثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی گروهی بر استرس، اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان.
- [۳۲] ماکرو، دیوید (۱۳۹۳) رفاه اجتماعی، ساختار و عملکرد، ترجمه محمد تقی جغتایی و فریده همتی، تهران: انتشارات علوم بهزیستی و توانبخشی.
- [۳۳] مردانی حموله، مرجان و شهرکی واحد، عزیز (۱۳۹۴) ارتباط سلامت روانی و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۸ (۲)، ۱۱۷-.
- [34] 3.Philadelphia: Lippincott Williams & Wikins , 3189-3198. 8. Biederman, J.
- [35] Achenbach, T. M., & McConaughy, S.H.(2001) School-Based Practitioners' Guide for the Achenbach
- [36] Achenbach, T. M., & Rescorla, L.A. (2001)Manual of behavioral problems scale. Vermont university
- [37] *Assessment*, 5(2), 164-172.
- [38] associated with ADHD than with general school problems. *J Atten Disord*, 2(4):
- [39] Dahl, A.A.(2013).The link between personality problems and cancer. *Future Oncology*, 6, 691-707.
- [40] Dalton, S.O; Boesen, E.H; Ross, L; Schapiro, I.R& Johansen, C.(2012).Mind and cancer. Do Psychological factors cause cancer. *European Journal of Cancer*, 38, 1313-1323.
- [41] Diener , E. , Emmons , R . A. Larsen . R , J & , Griffin , S . (1985). The Satisfactions With Life Scale . *Journal of Personality Assessment* , 49.
- [42] Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness, and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- [43] Diener, E.D. Emmons, R. Larsen, R. & Griffin, (2001). The satisfaction with life scale
- [44] Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotional
- [45] Gao, W; Bennett, M.I ;Stark, D; Murray, S& Higginson, I.J.(2013).Psychological distress in cancer from survivorship to end of life care: prevalence ,associated factors and clinical implications. *European Journal of Cancer*, 46, 2036-2044.
- [46] Harbinger Publications, Inc
- [47] Harland, P. Reijneveld, SA. Brugman, E. Verloove- Vanhorick, SP. Verhulst, FC (2002).
- [48] Hee kim, Y; Jung kim, H; Do Ahn, S; JeongSeo, Y&Hee kim, S.(2013). Effects of mediation on anxiety depression, fatigue and quality of life of women undergoing radiation therapy for breast cancer.*Complementary Therapies in Medicine*, 21, 379-387.
- [49] Hobgood, D.K.(2011).Personality traits of aggression-submissiveness and perfectionism associate with blood groups through catecholamine activities. *Medical Hypotheses*, 77, 294-300.
- [50] Kaplan , Sadock B (2005). Comprehensive text book of psychiatry. 7th ed. Vol
- [51] Kaplan, BJ. Crawford, SG. Fisher, GC.et al (1998). Family disfunction is more strongly
- [52] Kazak, K.(2010).Evidence-Based interventions for survivors of childhood cancer and their families. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(1).
- [53] Mercadante, S; Gebbia, V; Marrazzo, A& Filosto, S.(2000).The mindful work place:developing resilient individuals and resonant organization with
- [54] Paterson, C; Robertson, A& Nabi, G. (2015). Exploring prostate cancer survivors self-management behaviors and examining the mechanism effect that links coping and social support to health related quality of life, anxiety and depression: A prospective longitudinal study. *European Journal of Oncology Nursing*, 19, 120-128
- [55] Pavot, W., & Diner, E. (1993). Revise of satisfaction with life scale. *Psychological*

- [56] Pereira, M; Figueiredo, A.P& Fincham, F.(2012). Anxiety, depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different treatments: A study with Portuguese patients and their partners. *European Journal of Oncology Nurssing*, 16, 227-232.
- [57] Porter Los, Clayton MF, Beye a metal.(2006).Predicting negative mood state and personal growth in african and white long-term breast cancer survivors. *Ann Behave Ced*, 31, 195-204.
- [58] problems in children. *Eur Child Adolesc Psychiatr*, 11(4):179-84.
- [59] Rayan, C.M& Dahlen, E.R.(2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress and anger. *Personality and Individuals Differences*, 39(1), 1249-1260.