دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی و درمانی بوشهر

CrossMarck

10.61186/ismj.27.4.284

مقاله پژوهشی

نقش حمایت‌های اجتماعی درک شده بر سلامت روان بیماران مبتلا به کارسینوم سلول‌های سنگفرشی دهان شهر شیراز در سال‌های ۲-۱۴۰۱

کامران میرزائی[۱و۲*]، علی زارعیان جهرمی[۳]، آیدا میرزائی[۴]

[۱] گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
[۲] گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
[۳] کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
[۴] کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه روانشناسی، مؤسسه آموزش عالی زند شیراز، شیراز، ایران

چکیده

زمینه: ارزیابی سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان دهان و نحوه حمایت‌های اجتماعی از سوی خانواده، اجتماع و دوستان بیماران به عنوان یک پیامد ثانویه اساسی مؤثر بر روند درمان مورد توجه می‌باشد. هدف از این مطالعه ارزیابی نقش حمایت‌های اجتماعی درک شده و عوامل جمعیت‌شناختی بر سلامت روان بیماران مبتلا به کارسینوم سلول‌های سنگفرشی دهان شهر شیراز در سال‌های ۲-۱۴۰۱ بود.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه مقطعی، ۹۰ بیمار مبتلا به کارسینوم سلول‌های سنگفرشی دهان تحت درمان مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر شیراز در سال ۱۴۰۲ شرکت داده شدند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک بیماران، پرسشنامه سلامت روان GHQ-28 و پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده MSPSS استفاده شد. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی و آزمون‌های independent t test، ANOVA (post hoc :،Tukey) Pearson correlation و Linear Regression در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره کلی سلامت روان بیماران (۱۲/۴۰±۵۲/۹۱) و میانگین نمرات حیطه‌های مختلف حمایت اجتماعی به‌ترتیب در حیطه خانواده (۰۴/۹۶±۱۹/۰۴)، اجتماع (۲/۸۹±۹/۶۰) و دوستان (۲/۸۸±۱۲/۶۰) و نمره کل حمایت اجتماعی (۴/۹۲±۴۱/۲۴) بدست آمد. بین حیطه‌های سلامت روان و حمایت‌های اجتماعی درک شده بیمار و ویژگی‌های دموگرافیک آن‌ها رابطه معنی‌داری مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد ابتلا به سرطان دهان می‌تواند سلامت روان بیماران را به اشکال مختلف تحت تأثیر قرار دهد که بخشی از این مشکلات، خود را در قالب مشکلات جسمانی‌سازی، اضطراب و افسردگی و نیز اختلال در عملکرد اجتماعی نشان می‌دهد. انجام حمایت‌های مناسب از سوی خانواده بیماران، دوستان و اجتماع می‌تواند نقش مؤثری در بهبود سلامت روان این بیماران داشته باشد.

واژگان کلیدی:
سرطان دهان
سلامت روان
حمایت اجتماعی درک شده
OSCC

***نویسنده مسئول:**
کامران میرزائی
kamran.mirzaei@gmail.com

کد اخلاق:
IR.SUMS.DENTAL.REC. ۱۴۰۱. ۱۳۲

دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۱۶
پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۲۱

پیام کلیدی: ابتلا به سرطان دهان نه تنها مشکلات جسمی را به همراه دارد، بلکه بر سلامت روان بیماران نیز تأثیر می‌گذارد و می‌تواند منجر به مشکلاتی مانند اضطراب، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی شود. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی از سوی خانواده، دوستان و جامعه می‌تواند تأثیر مثبت بر سلامت روان بیماران داشته باشد. بنابراین، توصیه می‌شود که در کنار درمان جسمی، به شناسایی و درمان اختلالات روانی و ارائه مداخلات حمایتی توجه شود تا کیفیت زندگی بیماران بهبود یابد.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.61186/ismj.27.4.284]

Original Research

The Role of Perceived Social Support on the Mental Health of Patients with Oral Squamous Cell Carcinoma in Shiraz City in 2022-23

10.61186/ismj.27.4.284

K. Mirzaei [1,2*], A. Zareiyan Jahromi [3], A. Mirzaei [4]

[1] Department of Community Medicine, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
[2] Department of Dental Public Health, School of Dentistry, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
[3] Student Research Committee, School of Dentistry, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
[4] Student Research Committee, Department of Psychology, Shiraz Zand Institute of Higher Education, Shiraz, Iran

Abstract

Background: The evaluation of the mental health of patients with oral cancer and their means of receiving social support from the family, community and friends is considered a crucial secondary outcome affecting the treatment process. The purpose of this study is to evaluate the role of perceived social support and demographic factors on the mental health of patients with oral squamous cell carcinoma in Shiraz during 2022-23.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted on 90 patients with oral squamous cell carcinoma who were treated in medical centers in Shiraz during 2022-23. A questionnaire gathering demographic information about the patients, the General Health Questionnaire (GHQ-28), and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) were used to collect data. The data were analyzed using descriptive indicators and the independent t-test, ANOVA (Tukey's post-hoc test), Pearson's correlation coefficient and linear regression at a significance level of 0.05 using SPSS version 25 statistical software.

Results: The mean score of mental health of the patients was 52.91 (±12.40) and the mean scores in the different domains of social support were 19.04 (±4.96) for family, 9.60 (±2.89) for community, and 12.60 (±2.88) for friends, and the total score of social support was 41. 4 (±24.92). A significant relationship was observed between the patients' mental health domains and perceived social support and their demographic characteristics.

Conclusion: The results of the study suggest that oral cancer can affect the mental health of patients in various ways, some of which manifest themselves in the form of somatization, anxiety, depression, as well as impaired social functioning. The provision of appropriate support from the patients' families, friends and the community can play a major role in improving the mental health of these patients.

Keywords:
Oral Cancer
Mental Health
Perceived Social Support
OSCC.

***Corresponding author:**
kamran Mirzaei
kamran.mirzaei@gmail.com

Ethical code:
IR.SUMS.DENTAL.REC. 1401. 132

Received: 2024/10/07
Accepted: 2025/02/09

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.61186/ismj.27.4.284]

مقدمه

سرطان دهان تعاریف متفاوتی داشته ولی معمولاً به‌عنوان یک نئوپلازی بدخیم که روی لب یا حفره دهان ایجاد می‌شود، در نظر گرفته می‌شود. سرطان دهان عامل ۲ درصد از کل سرطان‌ها و همچنین ۱/۹ درصد از کل مرگ‌های مرتبط با سرطان است که منجر به تقریباً ۳۵۵۰۰۰ مورد جدید تشخیص داده شده و بیش از ۱۷۷۰۰۰ مرگ مرتبط با آن شده است (۱). به‌طور معمول، میزان بقای ۵ ساله سرطان دهان ۵۰ درصد است که تشخیص زودهنگام آن ممکن است آن را تا ۸۵ درصد افزایش دهد (۲). لذا نتایج درمانی و میزان بقای بیماران با تشخیص زودهنگام سرطان و به دنبال آن انجام اقدامات درمانی سریع‌تر، ارتباط مستقیم دارد (۳).

به‌طورکلی پذیرفته شده است که تشخیص سرطان یک استرس بزرگ برای افراد مبتلا و خانواده‌ها است که می‌تواند اثرات قابل‌توجهی بر ایجاد اضطراب و افسردگی در آن‌ها داشته باشد. بیماران مبتلا به سرطان‌های سر و گردن گروه خاصی از افراد هستند که نیاز به مراقبت مداوم در حوزه‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی دارند (۴). سلامت روان یک فاکتور ضروری در مراقبت‌های پس از درمان سرطان‌های ناحیه سر و گردن می‌باشد زیرا درصد قابل‌توجهی (۱۵ تا ۵۰ درصد) از بازماندگان سرطان‌های ناحیه سر و گردن در یک برهه زمانی از زمان تشخیص تا دریافت اقدامات درمانی میزانی از افسردگی را تجربه می‌کنند (۵)، گوساک (Gosak) و همکاران گزارش کردند که ۳۰ درصد از بیماران قبل و ۱۷درصد از آن‌ها بعد از درمان، دچار اضطراب می‌شوند (۶). در بیماران سرطانی، عوامل مختلفی مرتبط با بروز اضطراب و افسردگی می‌باشند. مطالعات نشان داده‌اند که عواملی مانند ویژگی‌های دموگرافیک بیماران از جمله سن، جنس، سطح تحصیلات و سابقه بیماری‌های همراه، ارتباط با حالات روحی منفی در میان بیماران ارتباط دارند (۷). همچنین برچسب "سرطانی" خوردن توسط جامعه، عاملی است که به‌صورت خیلی قوی و مستقیم با سلامت روان ضعیف از قبیل علائم افسردگی و اضطراب ارتباط دارد (۸ و ۹). یوان (Yuan) و همکاران در مطالعه خود در بیماران مبتلا به سرطان دهان در چین مشاهده کردند به‌ترتیب ۳۶/۹۶ و ۶۵/۲۱ درصد از بیماران علائم اضطراب و علائم افسردگی را نشان دادند (۱۰). عواملی مختلفی باعث ایجاد یا تشدید مشکلات مرتبط با سلامت روان در بیماران مبتلا به سرطان دهان می‌شوند از جمله درد و سایر علائم جسمی ناشی از بیماری مانند شکل ظاهری تومور در حفره دهان و یا تغییر شکل مخاط دهانی و مشکلات ناشی از بلع مواد غذایی و تکلم بیمار، استرس‌های اجتماعی، عوامل شخصیتی فرد پیش از بیماری، بروز عوارض جانبی حاصل از فرایند درمانی، سابقه قبلی عوارض روان‌پزشکی و درمان‌های دریافتی (۱۱).

همچنین عوارض درمان مانند تغییر شکل، اختلال در بلع، اختلال در تکلم و تراکئوستومی همگی می‌توانند به‌طور قابل‌توجهی بر کیفیت زندگی تأثیر بگذارند. استرس‌های روانی اجتماعی ناشی از این محدودیت‌ها و عوارض درمانی ذکر شده، ممکن است بیماران مبتلا به سرطان دهان را مستعد ابتلا به اختلالات سلامت روان کند. نشان‌داده‌شده است که اختلالات سلامت روان، مانند افسردگی، پاسخ درمانی را تضعیف می‌کند و به‌عنوان یک عامل خطر مهم در بقای کلی در میان بیماران مبتلا به سرطان دهان عمل می‌کند (۱۲).

در دهه گذشته، عوامل روان‌شناختی مثبت مانند امید و حمایت اجتماعی به طور فزاینده‌ای در کلینیک اهمیت پیدا کرده‌اند (۱۳). حمایت اجتماعی به عنوان حمایت مادی و معنوی از افراد تحت استرس یا در شرایط سخت توسط اطرافیان آن فرد تعریف می‌شود (۱۰). سطوح بالاتر حمایت اجتماعی افراد را به این باور می‌رساند که دیگران نگران آن‌ها هستند و آن‌ها را می‌پذیرند (۱۴). بسیاری از مطالعات قبلی نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی بیماران سرطانی مرتبط است، کیم (Kim) و همکاران نشان دادند که زنان مبتلا به سرطان سینه که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار بودند، سلامت روانی ضعیف‌تری هم داشتند (۱۵). تحقیقات نشان داده‌اند که حمایت کافی از این مبتلایان نقش مهمی در حفظ و انسجام روانی، سازگاری و مقابله با بیماری سرطان دارد، همچنین اثرات مثبت بر کیفیت زندگی به جا می‌گذارد و از طریق تقویت و افزایش شناخت بیماران باعث می‌شود که افراد تنش کمتری را تجربه کنند (۱۶).

حمایت اجتماعی در کل باعث افزایش سازگاری افراد با بیماری، ارتقاء کیفیت زندگی، مدت بقاء و نتایج مراقبت‌های حرفه‌ای از طریق افزایش تمایل به درمان و تبعیت اقدامات درمانی، کاهش اضطراب و استرس و

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.61186/ismj.27.4.284]

افزایش امید به زندگی، بهبود وضعیت اقتصادی، حفظ احساس همسانی اجتماعی، پیوند با اجتماع و مقابله با احساس تنهایی می‌گردد. حمایت اجتماعی تبادلات بین‌فردی در میان اعضای شبکه اجتماعی است که به‌صورت روابط دوسویه و غیررسمی و معمولاً خودبه خودی و سودمند می‌باشد و دارای دو حیطه عملکردی (حمایت اجتماعی درک شده) و ساختاری (اندازه شبکه اجتماعی) است. حمایت اجتماعی درک شده، نظر افراد در مورد حمایت ارائه شده را منعکس می‌کند و اندازه شبکه اجتماعی نیز به همه افراد شناخته شده به‌وسیله فرد یا بیمار برمی‌گردد (۱۶). حمایت اجتماعی به‌عنوان قوی‌ترین و نیرومندترین نیروهای مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان افراد در زمان درگیری با سرطان و شرایط تنش‌زا شناخته شده و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند. حمایت دیگران از فرد مبتلا به سرطان، نتایج منفی بیماری و درمان‌ها را خنثی می‌کند و ارتباط قوی با عملکرد و سلامتی روانی افراد دارد. یک موضوع مهم در حمایت اجتماعی درک کفایت آن، دردسترس‌بودن و همچنین رضایت داشتن از دریافت آن می‌باشد که ارتباط معکوس با مشکلات روانی بیمار دارد (۱۷ و ۱۸). حمایت خانوادگی و حمایت اجتماعی هر دو عوامل مهمی برای بیماران افسرده در جامعه هستند .اعضای خانواده نیز تحت‌تأثیر تغییرات تجربه شده توسط بیمار قرار دارند و باید با نقش‌های جدید در طول سرطان سازگاری داشته باشند. مطالعه بیبی (Bibi) و همکاران نشان داد حمایت اجتماعی به کاهش اضطراب مرگ و افزایش دوره بهبودی در بیماران سرطانی کمک می‌کند (۱۹). مطالعات مختلف، حمایت اجتماعی را به‌عنوان یک فعالیت مفید برای بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان شناسایی کرده‌اند (۲۰ و ۲۱).

با مروری بر پژوهش‌های قبلی (تا آنجایی که برای محققین این مطالعه مقدور بود) مشخص شد که تاکنون مطالعه‌ای سلامت روان در بیماران مبتلا به سرطان دهان و نقش پیشگویی‌کننده تأثیر حمایت‌های اجتماعی بر آن در بیماران ایرانی را مورد بررسی قرار نداده است و باتوجه‌به اهمیت بررسی تأثیرات این عوامل در راستای بهبود راهکارهای درمانی در این بیماران، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر حمایت‌های اجتماعی و عوامل دموگرافیک بر سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان‌های دهان مراجعه‌کننده به کلینیک دندانپزشکی و بیمارستان‌های شهر شیراز در سال‌های ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲ انجام شد.

مواد و روش‌ها

در یک مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی (cross sectional)، تمامی بیماران مبتلا به کارسینوم سلول‌های سنگفرشی دهان ثبت شده در مرکز ثبت سرطان دانشگاه علوم پزشکی شیراز که جهت درمان به کلینیک دندانپزشکی دانشکده دندانپزشکی شیراز و بیمارستان‌های خلیلی، امیرالمؤمنین (ع) و پیوند شهر شیراز (مراکز ارائه‌کننده خدمات درمانی به این بیماران) طی سال ۱۴۰۱ لغایت مرداد ۱۴۰۲ (زمان پایان این مطالعه) مراجعه نموده و دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، به روش نمونه‌گیری سرشماری شرکت داده شدند. سن بیمار بالای ۱۸ سال، ابتلا به کارسینوم سلول‌های سنگفرشی دهان تأیید شده، تحت درمان بودن بیمار (شیمی‌درمانی یا پرتودرمانی (stage III یا Stage IV)، انجام درمان بیمار در شهر شیراز و تمایل به شرکت در مطالعه به‌عنوان معیارهای ورود به مطالعه تعیین گردد. همچنین بیماران بدحال که امکان مصاحبه با آن مقدور نبود، بیماران در مرحله عود بیماری، بیمارانی که سطح هوشیاری لازم برای پاسخگویی به سؤالات را نداشتند و نیز عدم تمایل بیمار به پاسخگویی به تمامی سؤالات از مطالعه حذف شدند. پس از کسب مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی و اخذ تأییدیه کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شیراز با مراجعه به مرکز ثبت بیماران مبتلا به سرطان دهان دانشگاه بیماران شناسایی شدند. سپس از طریق بررسی پرونده‌های بیماران و تماس با بیماران (یا بستگان وی)، زمان و مکان مناسب برای انجام مصاحبه بر حسب شرایط و نظر بیماران تعیین (حداقل یک هفته پس از دریافت آخرین درمان) و در زمان تعیین شده، داده‌های مطالعه از طریق انجام مصاحبه با بیمار جمع‌آوری گردید.

جهت گردآوری داده از پرسش‌نامه استفاده شد. این پرسش‌نامه شامل سه بخش بود. بخش اول شامل ویژگی‌های دموگرافیک بیماران شامل سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، وضعیت بیمه، وضعیت درآمد و سابقه بیماری زمینه‌ای بود. برای ارزیابی سلامت روان بیماران از نسخه ۲۸ سؤالی

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.61186/ismj.27.4.284]

پرسشنامه ۲۸- GHQ[1] و برای ارزیابی حمایت اجتماعی درک شده بیماران از پرسشنامه مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده MSPSS[2] استفاده شد. پرسشنامه سلامت عمومی GHQ توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ ابداع شد و هدف از طراحی آن کشف و شناسایی اختلالات روانی در مراکز درمانی و موقعیت‌های مختلف بود. فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-۲۸ گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ تدوین و سؤال‌های آن بر اساس روش تحلیل عاملی فرم ۶۰ سؤالی اولیه استخراج گردید که در برگیرنده ۴ خرد مقیاس بوده و ۱۰ مشکل روانشناختی را در برمی‌گرفت. این پرسشنامه به ۳۸ زبان ترجمه و به طور وسیع در فرهنگ‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته است. نسخه ۲۸ سؤالی پرسشنامه GHQ نسبت به سایر نسخه‌ها دارای بیشترین میزان اعتبار، حساسیت و ویژگی است. اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی در ایران تاکنون در مطالعات مختلف مورد ارزیابی قرار گرفته است. همچنین نجفی و همکاران پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه را با روش آزمون- بازآزمون ۰/۸۹ به دست آوردند (۲۲). این پرسشنامه دارای چهار خرده مقیاس زیر می‌باشد: علایم جسمانی[3]، علایم اضطراب و اختلال خواب[4]، اختلالات کنش‌های اجتماعی[5] و علایم افسردگی[6]. هر خرده مقیاس دارای هفت سؤال می‌باشد و به پاسخ هر سؤال طیفی از نمره صفر تا ۳ تعلق می‌گیرد در نتیجه نمره هر فرد در هر یک از خرده مقیاس‌ها از ۰ تا ۲۱ و در کل از ۰ تا ۸۴ می‌باشد. نمرات هر مقیاس به طور جداگانه محاسبه و پس از آن نمرات مقیاس‌ها با هم جمع و نمره کلی بدست می‌آید. نمره بالاتر نشانگر شدت بیشتر اختلالات سلامت روان می‌باشد. دامنه رتبه‌ای هر یک از خرده مقیاس‌ها و نمره کل عبارت است از رتبه "هیچ یا کمترین حد نمرات" برای دامنه نمره صفر تا ۶ در خرده مقیاس‌ها و صفر تا ۲۲ برای نمره کل پرسشنامه، رتبه "خفیف" برای دامنه نمره ۷ تا ۱۱ در خرده مقیاس‌ها و ۲۳تا ۴۰ برای نمره کل پرسشنامه، رتبه "متوسط"برای دامنه نمره ۱۲ تا ۱۶ در خرده مقیاس‌ها و ۴۱ تا ۶۰ برای نمره کل پرسشنامه و در نهایت رتبه "شدید" برای دامنه نمره ۱۷ تا ۲۱ در خرده مقیاس‌ها و ۶۱ تا ۸۴ برای نمره کل پرسشنامه. پرسش‌نامه مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی درک شده یک ابزار ۱۲ ماده‌ای است و حمایت اجتماعی را از سه منبع خانواده، اجتماع و دوستان در اندازه‌های هفت‌درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم= ۱؛ مخالفم= ۲؛ تقریباً مخالفم= ۳؛ نه مخالفم/ نه موافقم= ۴؛ تقریباً موافقم= ۵؛ موافقم= ۶؛ کاملاً موافقم= ۷) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره فرد در کل مقیاس به ترتیب ۱۲ و ۸۴ و در هر یک از زیر مقیاس‌های حمایت خانوادگی، اجتماعی و دوستان به ترتیب ۴ و ۲۸ محاسبه می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده حمایت اجتماعی درک شده بیشتر است. در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در نمونه‌هایی از جمعیت عمومی ایرانی ضرایب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه و سه زیر مقیاس حمایت اجتماعی خانوادگی، اجتماعی و دوستان به‌ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۹ محاسبه شد و ضرایب همسانی درونی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی درک شده را تأیید کرده است (۲۳). به‌منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش، گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه با بیماران، در زمانی که بیمار بیشترین راحتی را احساس نموده و خود تمایل به انجام مصاحبه را داشت انجام شد. در ابتدای مصاحبه اهداف مطالعه برای بیماران تشریح شد و در خصوص ضرورت تمایل و رضایت آنان از انجام مصاحبه تأکید شد. همچنین بر عدم ثبت مشخصات فردی بیمار (نام و نام خانوادگی و شماره پرونده وی) اطمینان لازم داده شد. همچنین این مطالعه با کد اخلاق ۱۳۲. ۱۴۰۱. IR.SUMS.DENTAL.REC در دانشگاه علوم پزشکی شیراز به ثبت رسیده است. داده‌ها پس از گردآوری با شاخص‌های توصیفی ارائه و برای تحلیل داده‌ها باتوجه‌به تبعیت داده‌ها از توزیع نرمال (kolomogrov – Smirnov test :P>۰/۰۵) با استفاده از آزمون‌های independent t test جهت مقایسه نمرات سلامت روان بر حسب متغیرهای جنسیت بیماران، سابقه بیماری‌های زمینه‌ای، سطح درآمد و وضعیت پوشش بیمه‌ای بیماران، ANOVA (post hoc :Tukey) جهت مقایسه نمرات سلامت روان برحسب متغیرهای وضعیت

[1] General Health Questionnaire-28
[2] Multidimensional scale of perceived social support
[3] Hypochondria-sis
[4] Anxiety
[5] Social impairment
[6] Depression

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.61186/ismj.27.4.284]

تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال بیماران، pearson correlation جهت بررسی رابطه بین نمرات سلامت روان و سن بیماران، همچنین ارتباط نمرات سلامت روان و حمایت اجتماعی درک شده بیماران و در نهایت برای پیشگویی سلامت روان بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی بیماران و حمایت اجتماعی درک شده آنان از آزمون Linear Regression در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۲۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از مجموع ۱۱۲ بیمار ثبت شده در سیستم ثبت بیماران مبتلا به سرطان دهان، ۹۰ بیمار واجد معیارهای ورود در این مطالعه شرکت نمودند (میزان پاسخ‌دهی: ۸۰/۴ درصد) میانگین سن بیماران ۱۶/۶۸±۵۳/۹۴ سال با دامنه سنی ۱۸-۹۱ سال بود.

جدول ۱ توزیع فراوانی بیماران سرطان دهان شرکت کننده در مطالعه به تفکیک مشخصات دموگرافیک را نشان می‌دهد. همانگونه که در جدول مشاهده می‌گردد اکثر بیماران مذکر (۵۶/۷ درصد)، متأهل (۸۱/۱ درصد)، با سطح تحصیلات دیپلم و زیردیپلم (۴۷/۸ درصد)، شاغل (۴۱/۱ درصد)، با سابقه بیماری زمینه‌ای (مانند بیماری‌های قلبی، بیماری‌های غدد و متابولیسم و غیره.)(۶۴/۴ درصد) و نیز تمامی بیماران دارای بیمه درمانی بوده (۱۰۰/۰ درصد) لیکن هیچ‌یک از آنان از بیمه تکمیلی برای درمان خود استفاده نمی‌کردند (۱۰۰/۰ درصد). از نظر وضعیت درآمد هیچ‌یک از بیماران وضعیت درآمدی خود را خوب و مطلوب ارزیابی ننمودند.

جدول ۱. توزیع فراوانی بیماران سرطان دهان شرکت کننده در مطالعه به تفکیک مشخصات دموگرافیک

متغیر	زیر گروه	تعداد	فراوانی (درصد)
جنسیت	مذکر	۵۱	۵۶/۷
	مؤنث	۳۹	۴۳/۳
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۱۰	۱۱/۱
	ابتدایی	۳۰	۳۳/۳
	زیر دیپلم و دیپلم	۴۳	۴۷/۸
	دانشگاهی	۷	۷/۸
وضعیت تأهل	مجرد	۶	۶/۷
	متأهل	۷۳	۸۱/۱
	مطلقه	۰	۰/۰
	بیوه	۱۱	۱۲/۲
وضعیت اشتغال	شاغل	۳۷	۴۱/۱
	بیکار	۳۵	۳۸/۹
	بازنشسته	۱۸	۲۰/۰
سابقه بیماری زمینه‌ای	بلی	۵۸	۶۴/۴
	خیر	۳۲	۳۵/۶
وضعیت درآمد	ضعیف	۴۱	۴۵/۶
	متوسط	۴۹	۵۴/۴
	خوب	۰	۰/۰
وضعیت بیمه	بلی	۹۰	۱۰۰/۰
	خیر	۰	۰/۰
بیمه تکمیلی	بلی	۰	۰/۰
	خیر	۹۰	۱۰۰/۰

همچنین ۱ بیمار در stage III (۱/۱ درصد) و مابقی بیماران در Stage IV (۹۸/۹ درصد) بیماری بودند که با توجه به فراوانی کم بیماران stage سرطان به عنوان یک متغیر در تحلیل‌ها مد نظر قرار نگرفت. میانگین نمرات حیطه‌های سلامت روان و حمایت‌های اجتماعی درک شده بیماران مبتلا به سرطان دهان به تفکیک حیطه‌ها در جدول ۲ نشان داده شده است. در میان حیطه‌های چهارگانه سلامت روان بیماران، میانگین نمره خام بیماران در حیطه افسردگی از همه بالاتر (۲/۸۹±۱۵/۶۰) و در حیطه علائم جسمانی (۵/۹۲±۱۱/۴۸) از همه پایین‌تر بود. همچنین میانگین نمره کل سلامت روان بیماران (۱۲/۴۰±۵۲/۹۱) از نمره متوسط (عدد ۴۲) بالاتر بود. رتبه‌بندی حیطه‌های

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.61186/ismj.27.4.284]

مختلف سلامت روان بیماران نشان داد در زیر حیطه علایم جسمانی، تنها ۲۴ بیمار (۲۶/۷ درصد) فاقد شکایت از علائم جسمی و ۱۱ بیمار (۱۲/۲ درصد) فاقد شکایت از اختلال در کارکرد اجتماعی بودند. ۸۹ بیمار (۹۸/۹ درصد) درجاتی از اضطراب و اختلال خواب و تمامی بیماران (۱۰۰/۰ درصد) علائمی از افسردگی را نشان دادند. همچنین تمامی بیماران (۱۰۰ درصد) درجاتی از اختلال در سلامت روان را نشان دادند.

جدول ۲. نمرات حیطه‌های سلامت روان و حمایت‌های اجتماعی درک شده (کل و به تفکیک حیطه‌ها) در بیماران مبتلا به سرطان دهان شرکت کننده در مطالعه

	حیطه	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
سلامت روان	علایم جسمانی	۱۱/۴۸	۵/۹۲	۲/۰۰	۲۱/۰۰
	اضطراب و اختلال خواب	۱۲/۷۹	۳/۸۴	۶/۰۰	۱۹/۰۰
	اختلال در کارکرد اجتماعی	۱۳/۰۴	۴/۹۶	۳/۰۰	۲۱/۰۰
	افسردگی	۱۵/۶۰	۲/۸۹	۱۰/۰۰	۲۱/۰۰
	نمره کل	۵۲/۹۱	۱۲/۴۰	۳۳/۰۰	۷۶/۰۰
حمایت اجتماعی ادراک شده	خانواده	۱۹/۰۴	۴/۹۶	۹/۰۰	۲۷/۰۰
	اجتماع	۹/۶۰	۲/۸۹	۴/۰۰	۱۵/۰۰
	دوستان	۱۲/۶۰	۲/۸۸	۷/۰۰	۱۸/۰۰
	نمره کل	۴۱/۲۴	۴/۹۲	۲۸/۰۰	۵۲/۰۰

تجزیه و تحلیل آماری بررسی ارتباط نمره سلامت روان با هر یک از متغیرهای دموگرافیک مطالعه بیانگر بالاتر بودن نمره سلامت روان در بیماران مؤنث (p=۰/۳۸)، سطوح پایین‌تر تحصیلی (بیماران بی‌سواد از همه بیشتر و بیماران با تحصیلات دانشگاهی از همه کمتر) (p<۰/۰۰۱)، بیماران بیوه (p<۰/۰۰۱)، بیماران بازنشسته و بیکار (p<۰/۰۰۱)، بیماران دارای بیماری زمینه‌ای (p=۰/۰۲۳) و بیماران با درآمد کم (p<۰/۰۰۱) بود. بین نمره سلامت روان بیماران و سن آنان نیز رابطه خطی مستقیم و عالی مشاهده شده (p<۰/۰۰۱، r=۰۸۷۱) به‌گونه‌ای که با افزایش سن بیماران، وضعیت سلامت روان آنان بدتر شده بود.

میانگین نمرات حیطه مختلف حمایت اجتماعی درک شده در حیطه خانواده بالاترین و در حیطه اجتماع کمترین مقدار را به‌دست آورده که بیانگر آن است بیماران مبتلا به سرطان دهان بیشترین حمایت را از سوی خانواده خود و کمترین حمایت را از سوی اجتماع کسب نموده‌اند. همچنین میانگین نمرات حیطه‌های مختلف حمایت اجتماعی درک شده بیانگر آن است که در حیطه‌های حمایت خانواده و نیز حمایت دوستان، بیماران موفق به کسب میانگین نمره قابل انتظار (نمره ۱۲) در آن حیطه شده‌اند اما این موضوع در خصوص حمایت ادراک شده بیماران از جامعه محقق نشده است. آزمون همبستگی پیرسون ارتباط معنی‌داری بین سلامت روان بیماران (و زیر حیطه‌های آن) با حمایت اجتماعی درک شده بیماران را نشان داد (جدول ۳). همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌گردد بین سلامت روان و حیطه‌های آن با حمایت اجتماعی در سطوح خانواده، دوستان و اجتماعی یک رابطه خطی متوسط تا عالی ولی معکوس وجود دارد به‌گونه‌ای که با افزایش حمایت اجتماعی درک شده در هر سطحی از آن سلامت روان بیماران از وضعیت مطلوب‌تری برخوردار خواهد بود (p<۰/۰۰۱). همچنین به‌طورکلی، حمایت اجتماعی درک شده از سوی خانواده بیماران، در مقایسه با حمایت اجتماعی صورت گرفته از سوی اجتماع و دوستان، تأثیر بیشتری بر سلامت روان بیماران و زیر حیطه‌های آن داشته است. آنالیز رگرسیون خطی برای ارزیابی پیشگویی عوامل مستقل جمعیت‌شناختی و حمایت اجتماعی درک شده برای متغیر وابسته سلامت روان بیماران انجام شد. نتایج نشان داد ۹۶ درصد ویژگی‌های سلامت روان بیماران توسط متغیرهای مستقل مورد مطالعه تبیین شده بود (Adjusted R2=۰/۹۶) و متغیرهای مستقل مورد مطالعه از قدرت تبیین مطلوبی برای ارزیابی سلامت روان بیماران برخوردار بوده‌اند (F(۱ و ۸۸)= ۴۲۳/۴۹، p<۰/۰۰۱).

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.61186/ismj.27.4.284]

جدول ۳. همبستگی بین حیطه‌های سلامت روان و حمایت‌های اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان دهان

حیطه	خانواده	اجتماع	دوستان	حمایت اجتماعی (کل)
علایم جسمانی	*- ۰/۹۰۷	*- ۰/۶۸۴	*- ۰/۷۱۷	*- ۰/۷۲۱
اضطراب و اختلال خواب	*- ۰/ ۸۳۲	*- ۰/۵۹۹	*- ۰/۶۴۰	*- ۰/۶۹۱
اختلال در کارکرد اجتماعی	*- ۰/۸۱۲	*- ۰/۶۲۷	*- ۰/۶۶۵	*- ۰/۶۹۲
افسردگی	*- ۰/۹۷۸	*- ۰/۶۲۷	*- ۰/۸۱۶	*- ۰ /۸۲۰
سلامت روان (کل)	* - ۰/۹۴۵	*- ۰/۶۳۰	*- ۰/۶۷۹	*-۰/۷۱۲

جدول ۴. آنالیز رگرسیون خطی ارتباط متغیرهای دموگرافیک و نمره حمایت اجتماعی با نمره سلامت روان*

		مقادیر B غیراستاندارد	ضرایب خطای استاندارد	ضرایب بتای استاندارد شده	آماره تی	P value	فاصله اطمینان ۹۵ درصد
عدد ثابت		-۹/۲۸۵	۴/۲۸۱		-۲/۱۶۹	۰/۵۳۲	۰/۷۶۶ و -۱۷/۸۰۳
سن		۰/۵۴۸	۰/۰۳۸	۰/۷۳۶	۱۴/۵۰۵	< ۰/۰۰۱	۰/۶۲۳ و ۰/۴۷۲
جنسیت [a]		۳/۴۳۴	۰/۷۷۷	۰/۱۳۸	۴/۴۲۴	< ۰/۰۰۱	۴/۹۸۶ و ۱/۸۹۲
وضعیت تأهل		-۰/۶۸۲	۰/۶۴۳	-۰/۰۴۰	-۱/۰۶۰	۰/۲۹۲	۰/۵۹۸ و -۱/۹۶۱
سطح تحصیلات [b]	ابتدایی	-۱/۴۲۰	۱/۶۳۸	-۰/۰۳۶	-۰/۸۶۶	۰/۰۰۳	-۱/۶۸۰ و -۳/۸۴۱
	زیر دیپلم و دیپلم	-۲/۶۹۱	۱/۱۵۴	-۰/۱۰۳	-۲/۳۳۳	۰/۰۲۲	-۰/۳۹۵ و -۴/۹۸۷
	دانشگاهی	-۴/۸۲۶	۱/۳۹۰	-۰/۱۰۵	-۳/۴۷۳	۰/۰۰۱	-۲/۰۶۱ و -۷/۵۹۱
وضعیت اشتغال [c]		۲/۳۱۹	۰/۷۶۹	۰/۱۴۱	۳/۰۱۵	۰/۰۰۳	۳/۸۴۹ و ۰/۷۸۸
درآمد		۰/۰۱۹	۱/۱۴۳	۰/۰۰۱	۰/۰۱۶	۰/۹۸۷	۲/۲۹۸ و -۲/۲۵۷
بیماری زمینه‌ای [d]		۳/۲۰۵	۰/۰۲۸	۰/۱۱۸	۱۰/۶۱۰	<۰/۰۰۱	۴/۶۸۵ و ۱/۲۰۴
حمایت اجتماعی		-۰/۵۸۸	۰/۰۸۷	-۰/۲۱۱	-۶/۷۶۰	<۰/۰۰۱	۰/۷۶۱ و ۰/۴۱۵

* متغیر وابسته: نمره سلامت روان
گروه مرجع: [a] :مذکر، [b] : بی‌سواد، [c]: بیکار، : [d] فاقد بیماری زمینه‌ای

جدول ۴ نتایج آنالیز رگرسیون خطی سلامت روان و متغیرهای مستقل مورد مطالعه را نشان می‌دهد. از مجموع متغیرهای مورد بررسی در بیماران، متغیرهای سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، بیماری زمینه‌ای و حمایت‌های اجتماعی درک شده قابلیت پیشگویی کنندگی سلامت روان بیماران را داشته‌اند (p<۰/۰۵) بگونه‌ای که سلامت روان در بیماران سنین پایین‌تر، مذکر، دارای سطح تحصیلات بالاتر، شاغل، بدون بیماری زمینه‌ای و بیمارانی که از حمایت اجتماعی درک شده بیشتری برخوردار بودند، بهتر بود؛ لیکن متغیرهای وضعیت تأهل و درآمد بیماران، فاقد قابلیت پیشگویی‌کنندگی وضعیت سلامت روان آنان بودند (p>۰/۰۵).

بحث

این مطالعه با هدف ارزیابی سلامت روان در بیماران مبتلا به سرطان دهان و تأثیر حمایت اجتماعی درک شده و برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی بیماران بر آن انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد ۱۰۰ درصد بیماران مبتلا به سرطان دهان درجاتی از مشکلات سلامت روان از خفیف تا شدید را نشان دادند. سرطان دهان نیز مانند هر نوع سرطان دیگری جنبه‌های مختلف سلامتی جسمی، اجتماعی و روانی را به مخاطره می‌اندازد و بیمارانی که تحت درمان‌های مختلف برای این سرطان قرار گرفته‌اند، تنش روانی بیشتری را متحمل می‌شوند. تأثیر مخرب درمان‌های ضدسرطان بر حافظه، عملکرد شناختی، احساسات و سلامت جسمانی این موضوع را تشدید می‌کند. بااین‌حال، تشخیص سرطان به‌طور مستقل با افزایش خطر پریشانی روانی نیز مرتبط است (۲۴). در مطالعه ما چهار جنبه مختلف سلامت عمومی تأثیرگذار بر سلامت روان بیماران سرطانی شامل علایم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی با استفاده از پرسش‌نامه مورد ارزیابی قرار گرفت.

نتایج این مطالعه نشان داد، نزدیک به ۷۵ درصد بیماران مبتلا به سرطان دهان از علائم جسمانی و یا به عباراتی هیپوکندیازیس یا جسمانی‌سازی علایم شکایت داشتند. بیماران مبتلا به سرطان دهان ممکن است با چالش‌های متعددی در زمینه سلامت عمومی مواجه شوند. این مشکلات می‌توانند ناشی از خود بیماری، درمان‌های انجام شده، یا تأثیرات روانی ناشی از تشخیص و مدیریت بیماری باشند. از مکانیسم‌های ایجاد جسمی‌سازی در

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.61186/ismj.27.4.284]

بیماران سرطانی می‌توان به ارتباط بین مشکلات روانی و علائم جسمی پیچیده اشاره کرد. تغییرات احساسی می‌تواند درک درد را تشدید کند یا منجر به ایجاد شکایات جسمانی جدید شود. این جسمی‌سازی می‌تواند منجر به افزایش حساسیت به درد و سایر احساسات فیزیکی شود. تحقیقات نشان می‌دهد که علائمی مانند خستگی می‌تواند شیوعی بیش از ۷۰ درصد در بیماران سرطانی داشته باشد. سایر شکایات رایج شامل درد (۷۱ درصد)، ضعف (۶۰ درصد) و اضطراب (۳۰ درصد) است (۲۵). در یک مطالعه، بیش از ۲۲ نشانه جسمی مختلف شناسایی شد که بسیاری از بیماران آن‌ها را آزار دهنده گزارش کردند (۲۴). تحقیقات بر روی بیماران مبتلا به لنفوم هوچکین و غیرهوچکین نشان داد که تقریباً ۲۰ درصد از بیماران رفتارهایی همراه با شکایت از خستگی، تمرکز ضعف و تحریک‌پذیری را نشان می‌دهند که احتمالاً به دلیل عوامل روانی است (۲۶).

اضطراب یا اختلال خواب یکی دیگر از زیر حیطه‌های سلامت روان بود که در مطالعه ما نزدیک ۹۹ درصد بیماران درجاتی از ابتلا به آن را بیان نمودند. اختلالات اضطرابی و افسردگی دو اختلال روانپزشکی رایج در بیماران مبتلا به سرطان هستند. این اختلالات روانپزشکی منجر به رفتار ناسازگار بیماری و بدتر شدن سیر بیماری و پیامدهای درمان می‌شود. مطالعات مرور سیستماتیک و متاآنالیزهای انجام شده در خصوص شیوع اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان، درصدهای متفاوتی از شیوع اضطراب متناسب با سرطان‌های مختلف بیماران را نشان می‌دهد که از جمله این مطالعات می‌توان به مطالعه انجام شده توسط هاشمی و همکاران اشاره نمود که شیوع اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان پستان ۴۱/۹ درصد گزارش نمود (۲۷). بصورت مشابه مطالعه برندنبرگ (Brandenbarg) و همکاران در بیماران سرطانی، شیوع اضطراب از ۳/۴ تا ۴۳/۰ درصد (شیوع تلفیقی: ۲۱/۰ درصد) متغیر بود (۲۸). این تفاوت در شیوع می‌تواند ناشی از ماهیت و نوع سرطان، نحوی مدیریت و درمان آن و نیز تفاوت در پیامدهای درمانی آن باشد.

در مطالعه ما تمامی بیماران درجاتی از افسردگی برخوردارند که در بیش از ۹۵ درصد بیماران سطح این افسردگی متوسط تا شدید برآورد شد. بررسی مطالعات مرور سیستماتیک و متاآنالیز انجام شده بر روی سرطان‌های مختلف، بیانگر وجود ارتباط بین افسردگی و سرطان در بیماران مبتلا به سرطان‌های مختلف با مقادیر متفاوت می‌باشد که از جمله می‌توان به مطالعه پیله‌ورزاده و همکاران در بیماران مبتلا به سرطان پستان اشاره نمود که شیوع جهانی افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان ۳۲/۲ درصد برآورد شد (۲۹) و یا مطالعه ون در الست (Van der Elst) و همکاران در بیماران مبتلا به سرطان سر و گردن بیانگر درجات بالای افسردگی در این بیماران و وضعیت نامطلوب‌تر روند درمانی این بیماران در مقایسه با بیماران با درجات خفیف‌تر افسردگی بود (۳۰). باید توجه داشت که اضطراب اغلب قبل از درمان تجربه می‌شود، در حالی که افسردگی به‌طور کلی پس از درمان ظاهر می‌شود. بیشترین میزان بروز اضطراب و افسردگی معمولاً بلافاصله پس از تشخیص سرطان مشاهده شده و سپس به دنبال شروع فرآیند درمان به‌صورت تدریجی کاهش می‌یابد. در طول مراحل مختلف بیماری، روش‌های درمانی متفاوتی که استفاده می‌شود، و سایر عوامل اجتماعی جمعیت‌شناختی می‌تواند بر شیوع این ویژگی تأثیر بگذارد. علاوه بر این، عوامل روانی- اجتماعی مرتبط با محیط بیمار مانند حمایت اجتماعی، عملکرد خانواده، توانایی حل مسئله یا سبک‌های مقابله‌ای نیز بر شیوع اختلالات اضطرابی و افسردگی بیماران تأثیرگذار است (۳۱). یکی از مشکلات رایج بیماران مبتلا به سرطان، اختلال در عملکرد اجتماعی آنان است. اختلال عملکرد اجتماعی در سرطان به طیفی از چالش‌ها و مشکلات اجتماعی که افراد مبتلا به سرطان تجربه می‌کنند، اشاره دارد که می‌تواند بر روابط، هویت اجتماعی و کیفیت کلی زندگی آن‌ها تأثیر بگذارد. این موضوع به دلیل بار روانی و عاطفی که با تشخیص سرطان همراه است، مورد توجه قرار گرفته است. در مطالعه ما نزدیک به ۸۸ درصد بیماران مبتلا به سرطان دهان دچار اختلال در کارکرد اجتماعی خود شده بودند. مطالعه کروویچ (Corovic) و همکاران در بررسی حمایت اجتماعی درک شده در بیماران سرطان پستان در صربستان نشان داد ۹۰ درصد بیماران سرطانی ازحمایت اجتماعی مناسبی برخوردار نبودند. مطالعه آنان نشان داد مداخلات برای افزایش حمایت اجتماعی ممکن است با افزایش سلامت روان و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی همراه باشد (۳۲).

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.61186/ismj.27.4.284]

نتایج مطالعه ما نشان داد که حمایت اجتماعی درک شده از سوی بیماران، یکی از عوامل مؤثر بر شدت و ضعف سلامت روان در بیماران مبتلا به سرطان دهان بود که در این میان حمایت اجتماعی درک شده بیماران سرطانی از سوی خانواده بالاترین و از سوی اجتماع کمترین حمایت دریافت شده گزارش شد. مطالعات انجام شده بیانگر آن است که فقدان حمایت اجتماعی پس از تشخیص و در طول درمان با ایجاد افسردگی و اضطراب همراه بوده و در نهایت بر اثرات درمانی تأثیر می‌گذارد. ژانگ (Zhang) و همکاران نیز در مطالعه خود بر روی بیماران چینی مبتلا به سرطان دهان نشان داد بین فقدان حمایت اجتماعی مناسب و کیفیت زندگی آنان ارتباط مستقیم وجود دارد (۳۳). هوگز (Hoghes) و همکاران در مطالعه خود نشان داد که حمایت اجتماعی به‌طور مثبت با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان مرتبط است و رفاه را ارتقا می‌دهد و در نهایت کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد (۳۴). بنابراین، حمایت اجتماعی بیشتر از سوی خانواده و دوستان برای بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان کلی بیماران سرطانی ضروری است. حمایت خانوادگی و حمایت اجتماعی هر دو عوامل مهمی برای بیماران افسرده در جامعه هستند (۳۵). در مطالعه ما مشاهده شد بیمارانی که حمایت بیشتری از خانواده خود دریافت نموده بودند (در مقایسه با حمایت دریافت شده از سوی دوستان و به میزان کمتر از اجتماع) از سلامت روان بهتری برخوردار بودند. این تأثیر در خصوص زیر حیطه‌ای مختلف سلامت روان نیز مشاهده شد به‌گونه‌ای که بیمارانی که دارای حمایت بیشتری از سوی خانواده خود بودند علائم جسمانی، اضطراب و اختلالات خواب کمتری را گزارش نمودند. همچنین در این گروه از بیماران افسردگی و اختلالات کنش اجتماعی از درجه پایین‌تری برخوردار بودند. به‌طور کلی اعضای خانواده بیماران سرطانی نیز تحت‌تأثیر تغییرات تجربه شده توسط بیمار خود قرار دارند و باید با نقش‌های جدید در طول سرطان سازگاری داشته باشند. مطالعات انجام شده از اثرات مثبت و مفید حمایت خانوادگی به دلیل آرامش روانی و اثرات مثبت افراد خانواده در افزایش روحیه مثبت بیماران در کاهش ابتلا به افسردگی حمایت می‌کند (۳۶). هوگز و همکاران نشان دادند که بیماران مبتلا به سرطان پستان با حمایت خانواده بالاتر، علائم افسردگی و اضطراب کمتری دارند (۳۴). حمایت خانوادگی یک عامل مهم در بیماران مبتلا به سرطان است (۳۷). علاوه بر حمایت اجتماعی درک شده توسط بیماران، برخی عوامل دموگرافیک از جمله سنین پایین‌تر، مذکر بودن، سطح تحصیلات بالاتر، شاغل بودن و فقدان بیماری زمینه‌ای نیز در کنار حمایت اجتماعی بر سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان دهان تأثیرگذار بودند. مطالعه ساهو (Sahu) نشان داد نمرات اضطراب و افسردگی در بیماران سرطانی جوان‌تر نسبتاً بالاتر بود (۳۸). یافته‌های مرور سیستماتیک هوارد-اندرسون (Howard-Anderson) و همکاران نتایج مشابهی را به دنبال داشت (۳۹). این موضوع می‌تواند ناشی از امید به زندگی بیشتر در بیماران جوان‌تر و نیز نگرانی‌های ناشی از ناتوانی‌های حاصل از ابتلا به بیماری پس از ابتلا به سرطان در طول دوران زندگی خود، حساسیت بیشتر از تصویر نامناسب از شکل ظاهری خود (متناسب با نوع سرطان و درمان ارائه شده) نسبت به بیماران مسن‌تر، از دست دادن فرصت‌های شغلی در آینده و تهدیدهای حاصل از آن بر جایگاه اجتماعی، امنیت‌های درآمدی و فرصت‌های شغلی در آینده آنان باشد. همچنین مطالعه فرانکو گارسیا (Franco-García) نیز نشان داد سلامت روان مردان وضعیت بهتری نسبت به بیماران زن دارد (۴۰). که این موضوع می‌تواند ناشی از پذیرش بهتر بیماری توسط آقایان، تفاوت در حمایت اجتماعی درک شده (حمایت درک شده از سوی خانواده و دوستان در هر دو جنس تفاوت معنی‌داری نشان نداد اما حمایت اجتماعی درک شده از سوی اجتماع در بیماران مذکر بالاتر بود)، تفاوت در شیوه‌های مقابله‌ای بیماران مرد و زن، باورها و انتظارات فرهنگی در مورد بیماری و درمان و یا تفاوت در تمایل به دریافت کمک از دیگران در بیماران سرطانی مرد و زن باشد (۴۳-۴۱). نتایج مطالعه ما نشان داد شیوع اضطراب و نیز افسردگی در سطوح تحصیلات بالاتر، شایع‌تر است. مطالعه ساهو نشان داد شیوع اضطراب با تحصیلات عالی افزایش می‌یابد، درحالی‌که به نظر می‌رسد افسردگی با تحصیلات عالی کاهش می‌یابد. بااین‌حال، این تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار نبودند (۳۶). این نتایج برخلاف سایر مطالعات است که نشان می‌دهد تحصیلات عالی بیماران مبتلا به سرطان پستان را در برابر علائم اضطراب و افسردگی محافظت می‌کند (۴۴). در مطالعه ما افراد شاغل نسبت به بیماران بیکار و بازنشسته

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.61186/ismj.27.4.284]

سلامت روان نامناسب‌تری را تجربه می‌کردند. این نتایج با نتایج مطالعه ساهو (۳۸) و یافته‌های مطالعه بولوتین (Bulotiene) و همکاران مشابه بود و می‌تواند با نگرانی از توانایی انجام الزامات شغلی پس از تشخیص/ درمان توضیح داده شود (۴۵).

در این مطالعه متغیرهای وضعیت تأهل و درآمد فاقد قابلیت پیشگویی‌کنندگی وضعیت سلامت روان بیماران شرکت‌کننده در مطالعه بودند. این موضوع می‌تواند ناشی از عدم توازن در توزیع شرکت‌کنندگان در زیر گروه‌های وضعیت تأهل (بیش از ۸۰ درصد بیماران متأهل بودند) باشد که امکان مقایسه بین زیر گروه‌ها را میسر ننمود. همچنین عدم اعتماد مناسب به پاسخ بیماران به بیان وضعیت درآمد بگونه‌ای که هیچ‌یک از بیماران وضعیت درآمد خود را خوب ارزیابی ننموده‌اند، نیز امکان ارزیابی یک متغیر را به‌عنوان یک متغیر پیشگویی کننده وضعیت سلامت روان را با محدودیت همراه ساخت.

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی بود که از آن جمله می‌توان تعداد زیاد سؤالات پرسش‌نامه‌ها اشاره نمود که می‌توانست نوع پاسخ به سؤالات، به‌ویژه در بیماران مسن‌تر را تحت‌تأثیر قرار دهد. همچنین ضرورت اعتماد به پاسخ‌های داده شده به سؤالات پرسش‌نامه جهت ارزیابی سلامت روان (بجای معاینات بالینی و روانشناختی) از دیگر محدودیت‌های این مطالعه محسوب می‌گردد که این محدودیت در تمامی مطالعات مشابه که جهت ارزیابی وضعیت بیماران از پرسش‌نامه استفاده می‌گردد، دیده می‌شود.

از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به نحوی گردآوری داده‌ها از طریق انجام مصاحبه با بیماران و ثبت نظرات آنان مطابق بیان بیمار و ارائه توضیحات در خصوص متن سؤالی که بیمار مفهوم آن را به‌خوبی درک ننموده است، اشاره نمود. در مطالعاتی که از پرسش‌نامه‌های خود ایفا جهت گردآوری داده‌ها استفاده می‌شود گاهی ممکن است پرسش‌شونده مفهوم سؤالات را به‌خوبی درک ننموده (به‌ویژه در بیماران با سطح تحصیلات پایین) و لذا پاسخ علامت‌گذاری شده بیانگر نظر واقعی فرد نباشد. همچنین انجام مصاحبه با بیماران با فاصله زمانی یکسان از آخرین دریافت درمان خود، نقش تأثیر زمان بر پراکندگی و هتروژنسیتی پاسخ‌ها را کاهش می‌داد.باتوجه‌به اینکه مراکز درمانی که گردآوری داده‌های مطالعه در آنجا صورت گرفته است، به‌عنوان مراکز ارجاع درمان بیماران سرطانی به‌ویژه بیماران سرطان دهان در منطقه جنوب کشور محسوب می‌گردند، و از سویی محدودیت مطالعه مشابه در ایران، لذا نتایج مطالعه می‌تواند اطلاعات مفیدی در اختیار سیاستگذاران بخش سلامت با هدف طراحی مداخلات مناسب به‌منظور بهبود سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان دهان در کنار اقدامات درمانی جسمی آنان قرار دهد.

نتیجه‌گیری

ابتلا به سرطان دهان، علاوه بر مشکلات جسمی ناشی از بافت سرطانی که نیازمند مداخلات درمانی متناسب می‌باشد، سلامت روان آنان را نیز در ابعاد مختلف تحت‌تأثیر قرار می‌دهد که بخشی از این مشکلات خود را در قالب مشکلات جسمانی‌سازی، اضطراب، افسردگی و نیز اختلال در عملکرد اجتماعی بیمار نشان می‌دهد. نتایج مطالعه نشان داد انجام حمایت اجتماعی مناسب از سوی خانواده بیمار، دوستان و اجتماع می‌تواند یک عامل مؤثر بر سلامت روان بیماران سرطان دهان باشد؛ لذا توصیه می‌شود در کنار درمان جسمی بیماران، با شناسایی و درمان این اختلالات و انجام مداخلات حمایتی مناسب، روند درمان بیماران را بهبود بخشیده و کیفیت زندگی آنان را ارتقا دهیم.

این مطالعه با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شده است.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

References:

1.Parak U, Carvalho AL, Roitberg F, et al. Effectiveness of screening for oral cancer and oral potentially malignant disorders (OPMD): A systematic review. Prev Med Rep 2022; 30: 101987. doi.org/10.1016/j.pmedr.2022.101987

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.61186/ismj.27.4.284]

2.Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2019. CA Cancer J Clin 2019; 69(1): 7-34. doi.org/10.3322/caac.21551
3.Strome A, Kossatz S, Zanoni DK, et al. Current practice and emerging molecular imaging technologies in oral cancer screening. Mol imaging 2018; 17: 1536012118808644. doi.org/10.1177/1536012118808644
4.Boakye EA, Jenkins W, Sharma A. Disproportionate impact of COVID-19 pandemic on head and neck cancer survivors. Head Neck 2020; 42(6): 1329-31. 10.1002/hed.26170
5.Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin 2021; 71(3): 209-49. doi.org/10.3322/caac.21660
6.Gosak M, Gradišar K, Rotovnik Kozjek N, et al. Psychological distress and nutritional status in head and neck cancer patients: a pilot study. Eur Arch OtoRhinoLaryngol 2020; 277(4): 1211-7. doi.org/10.1007/s00405-020-05798-y
7.Hammermüller C, Hinz A, Dietz A, et al. Depression, anxiety, fatigue, and quality of life in a large sample of patients suffering from head and neck cancer in comparison with the general population. BMC cancer 2021; 21(1): 94. doi.org/10.1186/s12885-020-07773-6
8.Yilmaz M, Dissiz G, Usluoğlu AK, et al. Cancer-related stigma and depression in cancer patients in a middle-income country. Asia Pac J Oncol Nurs 2020; 7(1): 95-102. doi.org/10.4103/apjon.apjon_45_19
9.Fujisawa D, Umezawa S, Fujimori M, et al. Prevalence and associated factors of perceived cancer-related stigma in Japanese cancer survivors. Jpn J Clin Oncol 2020; 50(11): 1325-9. https://doi.org/10.1093/jjco/hyaa135
10.Yuan L, Pan B, Wang W, et al. Prevalence and predictors of anxiety and depressive symptoms among patients diagnosed with oral cancer in China: a cross-sectional study. BMC psychiatry 2020; 20(1): 394. doi.org/10.1186/s12888-020-02796-6
11.Mukherjee A, Bhowmick C, Chattopadhyay S, et al. Preoperative risk factors associated with peri-operative psychiatric diagnosis in oral cancer patients. Ecancermedicalscience 2022; 16: 1401. 10.3332/ecancer.2022.1401
12.Lee JH, Ba D, Liu G, et al. Association of head and neck cancer with mental health disorders in a large insurance claims database. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg 2019; 145(4): 339-44. https://doi.org/10.1001/jamaoto.2018.4512
13.Mahendran R, Chua SM, Lim HA, et al. Biopsychosocial correlates of hope in Asian patients with cancer: a systematic review. BMJ open 2016; 6(10): e012087. doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012087
14.Hu T, Xiao J, Peng J, et al. Relationship between resilience, social support as well as anxiety/depression of lung cancer patients: A cross-sectional observation study. J Cancer Res Ther 2018; 14(1): 72-7. https://doi.org/10.4103/jcrt.jcrt_849_17
15.Kim J, Kim J, Han A, et al. Leisure time physical activity, social support, health perception, and mental health among women with breast cancer. Leisure Studies 2021; 40(3): 352-62. doi.org/10.1080/02614367.2020.1869290
16.Wen Q, Shao Z, Zhang P, et al. Mental distress, quality of life and social support in recurrent ovarian cancer patients during active chemotherapy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2017; 216: 85-91. doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.07.004
17.Hajebi A, Faridnia P. The Relationship between mental health and social support in health staffs of Bushehr oil industry. Iran South Med J 2009; 12(1): 67-74. (Persian) https://ismj.bpums.ac.ir/article-1-175-en.html
18.Faizy A, Mesrabadi J, Mohamadian K, et al. Meta-analysis of the relationship between psychosocial indexes with mental health. Iran South Med J 2015; 18(4): 786-99. (Persian) https://ismj.bpums.ac.ir/browse.php?a_id=720,sid=1,slc_lang=fa
19.Bibi A, Khalid MA. Death anxiety, perceived social support, and demographic correlates of patients with breast cancer in Pakistan. Death stud 2020; 44(12): 787-92. doi.org/10.1080/07481187.2019.1614108
20.Wondimagegnehu A, Abebe W, Abraha A, et al. Depression and social support among breast cancer patients in Addis Ababa, Ethiopia. BMC cancer 2019; 19: 836. doi.org/10.1186/s12885-019-6007-4
21.Chang HA, Barreto N, Davtyan A, et al. Depression predicts longitudinal declines in social support among women with newly diagnosed breast cancer. Psychooncology 2019; 28(3): 635-42. doi.org/10.1002/pon.5003
22.Nazifi M, Mokarami HR, Akbaritabar AK, et al. Reliability, validity and factor structure of the persian translation of general health questionnire (ghq-28) in hospitals of kerman university of medical sciences. J Adv Biomed Sci 2013; 3(4): 336-42. (Persian) https://journal.fums.ac.ir/browse.php?a_id=528,sid=1
23.Nasiri F, Abdul-Malaki SH. Explaining the relationship between perceived social support and quality of life with the mediating role of perceived stress in female heads of households in Sanandaj city. Applied Sociology, 2016; 27(4): 99-116. (Persian) https://doi.org/10.22108/jas.2017.21163

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.61186/ismj.27.4.284]

24.Rao WW, Yang MJ, Cao BN, et al. Psychological distress in cancer patients in a large Chinese cross-sectional study. J Affect Disord 2019; 245: 950-6. doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.089
25.Velasco-Durantez V, Cruz-Castellanos P, Hernandez R, et al. Prospective study of predictors for anxiety, depression, and somatization in a sample of 1807 cancer patients. Sci Rep 2024; 14(1): 3188. https://doi.org/10.1038/s41598-024-53212-y
26.Rach AM, Crabtree VM, Brinkman TM, et al. Predictors of fatigue and poor sleep in adult survivors of childhood Hodgkin's lymphoma: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. J Cancer Surviv 2017; 11(2): 256-63. https://doi.org/10.1007/s11764-016-0583-y
27.Hashemi SM, Rafiemanesh H, Aghamohammadi T , et al. Prevalence of anxiety among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. Breast Cancer 2020; 27: 166-78. https://doi.org/10.1007/s12282-019-01031-9
28.Brandenbarg D, Maass SW, Geerse OP, et al. A systematic review on the prevalence of symptoms of depression, anxiety and distress in long-term cancer survivors: Implications for primary care. Eur J Cancer Care 2019; 28(3): e13086. doi.org/10.1111/ecc.13086
29.Pilevarzadeh M, Amirshahi M, Afsargharehbagh R , et al. Global prevalence of depression among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. Breast Cancer Res Treat 2019; 176: 519-33. https://doi.org/10.1007/s10549-019-05271-3
30.Van der Elst S, Bardash Y, Wotman M, et al. The prognostic impact of depression or depressive symptoms on patients with head and neck cancer: A systematic review and meta-analysis. Head Neck 2021; 43(11): 3608-17. doi.org/10.1002/hed.26868
31.Grusdat NP, Stäuber A, Tolkmitt M, et al. Routine cancer treatments and their impact on physical function, symptoms of cancer-related fatigue, anxiety, and depression. Support Care Cancer 2022; 30(5): 3733-44. https://doi.org/10.1007/s00520-021-06787-5
32.Corovic S, Vucic V, Mihaljevic O, et al. Social support score in patients with malignant diseases—with sociodemographic and medical characteristics. Front Psychol 2023; 14: 1160020. doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1160020
33.Zhang Y, Cui C, Wang Y, et al. Effects of stigma, hope and social support on quality of life among Chinese patients diagnosed with oral cancer: a cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes 2020; 18(1): 112. doi.org/10.1186/s12955-020-01353-9
34.Hodges K, Winstanley S. Effects of optimism, social support, fighting spirit, cancer worry and internal health locus of control on positive affect in cancer survivors: a path analysis. Stress , Health 2012; 28(5): 408-15. doi.org/10.1002/smi.2471
35.Fong AJ, Scarapicchia TM, McDonough MH, et al. Changes in social support predict emotional well-being in breast cancer survivors. Psycho-Oncology 2017; 26(5): 664-71. doi.org/10.1002/pon.4064
36.Wondimagegnehu A, Abebe W, Abraha A, et al. Depression and social support among breast cancer patients in Addis Ababa, Ethiopia. BMC cancer 2019; 19: 1-8. https://doi.org/10.1186/s12885-019-6007-4
37.Jeong K, Heo J, Tae Y. Relationships among distress, family support, and health promotion behavior in breast cancer survivors. Asian Oncol Nurs 2014; 14(3): 146-54. doi.org/10.5388/aon.2014.14.3.146
38.Sahu VK, Dhillon HS, Divinakumar KJ, et al. Prevalence of Anxiety and Depressive Symptoms in Female Breast Cancer Patients. India J Social Psychiat 2022; 38(2): 195-200. https://doi.org/10.4103/ijsp.ijsp_179_20
39.Howard-Anderson J, Ganz PA, Bower JE, et al. Quality of life, fertility concerns, and behavioral health outcomes in younger breast cancer survivors: a systematic review. J National Cancer Institute 2012; 104(5): 386-405. doi.org/10.1093/jnci/djr541
40.Franco-García JM, Denche-Zamorano Á, Pereira-Payo D, etal. Association between GHQ-12, Duke-UNC-11, physical activity, and self-perceived health in Spanish adults with cancerous Tumours: a cross-sectional study. Healthcare 2023; 11(2): 192. doi.org/10.3390/healthcare11020192
41.Trojnar A, Knetki-Wróblewska M, Sobieraj P, et al. Lung Cancer in Women—Sociodemographic, Clinical and Psychological Characteristics with Comparison to Men. J Clinical Med 2024; 13(5): 1450. doi.org/10.3390/jcm13051450
42.Zhou J, Wang Z, Chen X, et al. Gender differences in psychosocial outcomes and coping strategies of patients with colorectal cancer: A systematic review. Healthcare 2023; 11(18): 2591. doi.org/10.3390/healthcare11182591
43.Glattacker M, Rudolph M, Bengel J, et al. Illness beliefs, treatment beliefs, and fulfilled treatment expectations in psychosomatic rehabilitation: associations with patient satisfaction. Patient preference and adherence 2022; 16: 3303-17. 10.2147/PPA.S390596
44.Zainal NZ, Nik-Jaafar NR, Baharudin A, et al. Prevalence of depression in breast cancer survivors: a systematic review of observational studies. Asian Pac J Cancer Prev 2013; 14(4): 2649-56. 10.7314/apjcp.2013.14.4.2649
45.Bulotiene G, Pociute K. Interventions for reducing suicide risk in cancer patients: A literature review. Eur J psychol 2019; 15(3): 637-49. 10.5964/ejop.v15i3.1741

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.61186/ismj.27.4.284]