

ارتباط حمایت اجتماعی درک شده با مشخصات دموگرافیک در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی

لیلا مردانیان دهکردی^۱، لیلا سادات کهنکی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: تشخیص سرطان تجربه‌ای بسیار ناخوشایند و غیرقابل باور برای هر فرد است که دامنه‌ای از علائم شامل درد و انواع ناراحتی‌های جسمی و روانی را به همراه دارد. حمایت اجتماعی یک منبع قابل اعتماد برای کمک به بیماران سرطانی در سازگاری با بیماری و علائم آن است که کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد. این مطالعه به منظور بررسی حمایت اجتماعی درک شده و ارتباط آن با برخی مشخصات دموگرافیک در بیماران مبتلا به سرطان انجام گردید.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی تحلیلی در سال ۱۳۹۲ در میان ۱۱۷ نفر از بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی در بیمارستان سیدالشهدا اصفهان که به صورت نمونه‌گیری مستمر انتخاب شدند، انجام گردید. اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه‌ای شامل دو قسمت خصوصیات دموگرافیک و حمایت اجتماعی جمع‌آوری و با آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: حمایت اجتماعی مشارکت‌کنندگان با میانگین $SD=9/42$ (۵۹/۲۱) در دو سطح پایین (۵۷/۳٪) و متوسط (۴۲/۷٪) قرار داشت. ارتباط حمایت اجتماعی با سن معکوس ($P=0/02$) و با سطح تحصیلات مستقیم ($P=0/00$) بود. میانگین حمایت اجتماعی در افراد مجرد بیش از افراد متأهل و افراد مطلقه و بیوه ($P=0/02$) و در زنان بیشتر از مردان بود ($P=0/01$).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها حاکی از پایین بودن سطح حمایت اجتماعی در افراد بود. هم‌چنین بر اساس نتایج مردان، افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر و افراد بیوه و مطلقه حمایت اجتماعی کمتری دریافت نموده بودند و این حمایت با افزایش سن نیز کاهش می‌یافت. این مسأله توجه بیشتر به حمایت اجتماعی در این بیماران بالاخص در گروه‌های با سطح حمایت پایین‌تر را می‌طلبد.

واژه‌های کلیدی: سرطان، شیمی درمانی، حمایت اجتماعی، مشخصات دموگرافیک، اصفهان، ایران

ارجاع: مردانیان دهکردی لیلا، کهنکی لیلا سادات. ارتباط حمایت اجتماعی درک شده با مشخصات دموگرافیک در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۴؛ ۱۱(۲): ۲۲۹-۲۳۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۴/۰۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۷/۰۳

۱. کارشناس ارشد پرستاری، هیات علمی گروه پرستاری بزرگسالان، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲. کارشناس ارشد پرستاری داخلی - جراحی و عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد، گروه پرستاری، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: l_kahangi@yahoo.com

خود اختصاصی می‌دهد (۱) تشخیص سرطان تجربه‌ای بسیار ناخوشایند و غیرقابل باور برای هر فرد است که ضمن ایجاد مشکلات جسمی برای مبتلایان، علاوه بر ایجاد اختلال در وضعیت شغلی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و زندگی خانوادگی

مقدمه

سرطان یکی از علل عمده اختلالات، مرگ و میر و ناتوانی در سراسر جهان و یکی از بیماری‌های شایع و در حال افزایش است که حجم زیادی از تلاش‌های نظام‌های مراقبتی را به

فرد (۲) دامنه‌ای از علائم شامل درد و انواع ناراحتی‌های جسمی و روانی را به همراه دارد که در این میان می‌توان به واکنش‌هایی مثل انکار، خشم و احساس گناه در این بیماران اشاره نمود (۳) اضطراب و دیگر اختلالات خلقی که بعد از تشخیص بیماری در فرد به وجود می‌آید با گذشت زمان و در پاسخ به تشخیص، عود و بهبود بیماری دستخوش تغییر می‌شوند (۴). اما متأسفانه علی‌رغم پیشرفت‌ها و توسعه درمان‌های پزشکی و افزایش تعداد بازمانده‌های سرطان، این بیماری از لحاظ احساس درماندگی و ترس عمیقی که در فرد ایجاد می‌کند، بی‌همتا است (۵). سرطان صرفاً یک رویداد با پایانی معین نیست، بلکه یک موقعیت دائمی مبهم است که با تأثیرات دیررس و تأخیری ناشی از بیماری، درمان و مسایل روان‌شناختی مربوط به آن‌ها مشخص می‌گردد (۶).

در این بین نظام‌های حمایتی هنگام رویارویی با تنیدگی با فراهم نمودن منابع مادی، آمادگی روانی زیستی، راهنمایی یا بر آوردن نیازهای افراد به آنان کمک می‌کند (۷).

حمایت اجتماعی در حقیقت ادراک یا تجربه یک فرد از اینکه او را دوست دارند، از او مراقبت می‌کنند، به او حرمت و ارزش می‌دهند و او را بخشی از یک شبکه اجتماعی با مساعدت‌ها و تعهدات به شمار می‌آورند، می‌باشد (۸). ارتباطات نزدیک و حمایت اجتماعی که توسط خانواده دوستان همکاران و جامعه فراهم می‌شود، ارتباط مثبتی با بهبود عملکرد در محیط کار، مقابله بهتر با مشکلات زندگی سازگاری عمومی و بهزیستی جسمانی و روان‌شناختی دارد. مطالعات نشان می‌دهند که حمایت اجتماعی یک منبع مؤثر حمایتی در سازگاری و یک فاکتور پیشگیری‌کننده در مقابل بیماری‌ها بوده و دارای رابطه مثبت با سلامت جسمی و عاطفی است (۹). به نظر می‌رسد حمایت اجتماعی یک منبع قابل اعتماد برای کمک به بیماران سرطانی در سازگاری با اضطراب و احساس عدم امنیت می‌باشد. که میزان مرگ و میر را کاهش و کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد و دارای یک ارتباط منفی با نشانه‌های بیماران می‌باشد (۱۰-۱۲).

درک بهره‌مندی از حمایت اجتماعی نقش به سزایی در طی مراحل پیشرفته بیماری‌های مزمن داشته و فرد را در مقابل تنش‌های ناشی از بیماری محافظت می‌نماید، حمایت اجتماعی می‌تواند نتایج روانی منفی ناشی از نقایص جسمانی را کاهش دهد و با ارتقای سازگاری، تحمل بیماری مزمن را تسهیل کند (۱۳). هم‌چنین می‌تواند از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژی بیماری جلوگیری نموده (۱۴) و تأثیر سودمندی بر علائم جسمی-روانی، کارآمدی، خلاقیت و کفایت داشته باشد و افراد را در برابر اثر ناگوار بحران‌های زندگی محافظت کند (۱۵) شناسایی حمایت اجتماعی درک شده در بیماران می‌تواند به ارتقای رفتارهای سازگاری کمک کرده و حمایت‌های محیطی مناسبی را برای آن‌ها فراهم کند (۱۶).

مطالعاتی در زمینه بررسی حمایت اجتماعی انجام شده که از آن‌ها می‌توان به مطالعه Kendler و Wang اشاره نمود که به بررسی میزان حمایت اجتماعی در دو جنس متفاوت پرداخته و نشان می‌دهند که سطح حمایت اجتماعی درک شده در زنان نسبت به مردان بیشتر است (۱۷-۱۸). اما در مطالعه Karakoc میزان حمایت اجتماعی در مردان نسبت به زنان بیشتر بود (۹) و در مطالعه Hann حمایت ادراک شده بین دو جنس زن و مرد تفاوت معنی‌داری را نشان نداد (۱۹). چنان‌که از شواهد بر می‌آید مطالعات مختلف نتایج یکسانی در مورد حمایت اجتماعی در زنان و مردان ندارند. در نتایج مطالعات ارتباط میزان حمایت اجتماعی با سن بیماران نیز به‌درستی مشخص نیست، یعنی روشن نیست که آیا حمایت اجتماعی درک شده در بیماران سرطانی جوان بیشتر است یا مسن (۱۹).

علاوه بر این سایر مشخصات مربوط به بیماران از جمله سطح سواد بیماران، طول مدت بیماری، وضعیت اقتصادی و وضعیت تأهل نیز ممکن است نقش مهمی در ادراک بیماران از حمایت اجتماعی دریافت شده ایفا نمایند. لذا با توجه به موارد ذکر شده و اهمیت این مسأله که سطح حمایت اجتماعی درک شده در بیماران سرطانی در کنترل نشانه‌هایی که آن‌ها تجربه می‌کنند می‌تواند مؤثر باشد. این پژوهش به بررسی

حمایت اجتماعی درک شده و ارتباط آن با مشخصات دموگرافیک بیماران می‌پردازد که می‌توان از آن به عنوان عاملی تأثیرگذار بر علائم بیماری در جهت ارائه برنامه‌های مراقبتی در راستای کاهش علائم بیماری در بیماران مبتلا به سرطان بهره برد.

روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع مطالعات توصیفی تحلیلی است که در سال ۱۳۹۲ در اصفهان انجام گردید. بیماران واجد شرایط (سن بالای ۱۸ سال، تحت درمان با داروهای شیمی درمانی، عدم وجود افسردگی و استفاده از داروهای ضد افسردگی، ایرانی و فارسی زبان) با نمونه‌گیری به روش مستمر از میان افراد بستری یا سرپایی تحت شیمی‌درمانی در بیمارستان سیدالشهدا انتخاب شدند. عدم تمایل بیمار به ادامه شرکت در پژوهش، بروز هر گونه مشکلی که مانع از پاسخ صحیح به سؤالات پرسش‌نامه می‌شد، معیارهای خروج از مطالعه بود. ۱۱۹ نفر برآورد گردید دو مورد از شرکت کنندگان پرسش‌نامه را به طور ناقص پر کرده و از مطالعه خارج شدند در نهایت تعداد مشارکت‌کنندگان در این پژوهش ۱۱۷ نفر بود.

در این پژوهش جهت جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر دو قسمت خصوصیات دموگرافیک و حمایت اجتماعی مورد استفاده قرار گرفت. در بخش دوم حمایت اجتماعی درک شده در سه بعد حمایت عاطفی (سؤالات ۱۲-۱)، حمایت اطلاعاتی (سؤالات ۲۰-۱۳) و حمایت ابزاری (سؤالات ۳۰-۲۱) بررسی شد. سؤالات این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس تکرار عمل، از هیچ وقت (۱ امتیاز) تا همیشه (۴ امتیاز) درجه بندی شد، سپس امتیازات حاصله با یکدیگر جمع شدند؛ امتیازات کسب شده در محدوده ۳۰ تا ۱۲۰ بود. نمره بالاتر نشانگر درک بیشتر حمایت از جانب بیماران در مورد هر سؤال بود و با توجه به امتیازات کسب شده حمایت اجتماعی درک شده در سه سطح بالا، متوسط و پایین تقسیم بندی شد.

این پرسش‌نامه توسط داوری (۲۰) طراحی و اعتبار آن از طریق اعتبار محتوا و ظاهر مشخص شده است. خانم داوری در جهت بررسی حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به نارسایی قلب از

این پرسش‌نامه استفاده نموده است اما گزینه‌ها کاملاً عمومی و قابل استفاده برای افراد مختلف می‌باشد جهت بررسی روایی محتوا پرسش‌نامه برای بکارگیری آن در بیماران تحت شیمی‌درمانی پرسش‌نامه داوری ابزار را در اختیار چند تن از اعضا هیأت علمی قرار داده شد. طبق نظر آنان تغییری در پرسش‌نامه اعمال نشد و به منظور بررسی پایایی نیز این پرسش‌نامه در اختیار ۱۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان قرار داده شد و چون ضریب آلفای کرونباخ برآورد شده پایایی این ابزار را تأیید نمود. روند جمع‌آوری اطلاعات با این ابزار انجام گرفت پایایی پرسش‌نامه با تعیین ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۷) به دست آمد. در تکمیل نتایج به دست آمده بر مبنای ضریب آلفای کرونباخ، برای ارزیابی پایایی پرسش‌نامه روش آزمون مجدد نیز انجام شد و ۰/۸۹۵، $r =$ به دست آمد.

جهت انجام این مطالعه پژوهشگران با دریافت معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و ارائه آن به مسؤولین بیمارستان به بخش‌های شیمی‌درمانی سرپایی و بستری بیمارستان سیدالشهدا اصفهان مراجعه نمودند و پس از توضیح کامل اهداف پژوهش برای بیماران و کسب رضایت آگاهانه از آن‌ها، پرسش‌نامه را در اختیار بیماران قرار دادند تا به سؤالات پاسخ دهند، در مواردی که واحد مورد پژوهش سواد خواندن و نوشتن نداشت نیز اطلاعات از طریق مصاحبه جمع‌آوری شد.

اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. بدین ترتیب که ابتدا جهت تعیین حمایت اجتماعی و ابعاد آن در بیماران از آمار توصیفی (میانگین و فراوانی) استفاده شد. سپس ارتباط میان حمایت اجتماعی و ابعاد آن با برخی مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش با استفاده از آزمون‌های آماری (اسپیرومن، t مستقل و ANOVA) تعیین شد.

یافته‌ها

میانگین سنی مشارکت‌کنندگان ($\pm 14/11$) $45/72$ بود. $51/3$ درصد مشارکت‌کنندگان مرد، $26/5$ درصد بی سواد، $69/6$ متأهل، $37/6$ خانه‌دار و $52/7$ درصد دارای درآمد کمتر از 500 هزار تومان بودند. 80% سابقه ابتلا کمتر از یک سال داشتند و $60/9$ درصد به صورت بستری تحت شیمی‌درمانی قرار داشتند و $42/6$ درصد در دوره ۴ یا بالاتر شیمی درمانی بودند. حمایت اجتماعی مشارکت‌کنندگان با میانگین ($\pm 9/42$) $59/21$ در دو سطح پایین ($57/3\%$) و متوسط ($42/7\%$) قرار داشت. یافته‌ها ارتباط معکوس میان حمایت اجتماعی و ($P=0/02$) حمایت عاطفی ($P=0/01$)، حمایت اطلاعاتی ($P<0/001$) و حمایت ابزاری ($P=0/19$) و سن را نشان داد (جدول ۱). نتایج ارتباط مستقیم حمایت اجتماعی ($P=0/00$) و حمایت عاطفی ($P=0/00$)، حمایت اطلاعاتی ($P=0/00$) و حمایت ابزاری ($P=0/03$) با سطح تحصیلات را نیز نشان داد (جدول ۱). یافته‌ها ارتباط مستقیم حمایت اجتماعی با درآمد را نشان داد ($P=0/87$). ارتباط درآمد با ابعاد حمایت اجتماعی در بعد

عاطفی ($P=0/98$) و در بعد اطلاعات ($P=0/57$) مستقیم اما در بعد ابزاری ($P=0/89$) معکوس بود (جدول شماره ۱). بر اساس نتایج ارتباط حمایت اجتماعی ($P=0/15$)، حمایت عاطفی ($P=0/25$)، حمایت اطلاعاتی ($P=0/11$) و حمایت ابزاری ($P=0/75$) با سابقه ابتلا معکوس بود. همچنین ارتباط حمایت اجتماعی ($P=0/23$)، حمایت عاطفی ($P=0/46$)، حمایت اطلاعاتی ($P=0/07$) و حمایت ابزاری ($P=0/65$) با دوره شیمی درمانی نیز معکوس بود (جدول ۱). یافته‌ها حاکی از وجود اختلاف میانگین حمایت اجتماعی ($P=0/01$)، حمایت عاطفی ($P=0/01$) و حمایت ابزاری ($P=0/01$) در زنان و مردان بود. اما اختلافی در بعد حمایت اطلاعاتی ($P=0/2$) در دو گروه دیده نشد (جدول ۲). در نهایت نتایج اختلاف میانگین حمایت اجتماعی ($P=0/02$) و بعد اطلاعاتی ($P<0/00$) در بین گروه‌ها با وضعیت تأهل متفاوت را نشان داد (جدول ۳).

جدول ۱. ضرایب همبستگی اسپیرمن بین تحصیلات، گروه سنی، درآمد سابقه ابتلا، دوره شیمی درمانی و نمره حمایت اجتماعی و ابعاد آن

متغیرها	گروه سنی		تحصیلات		درآمد		سابقه ابتلا		دوره شیمی درمانی	
	r	p-value	r	p-value	r	p-value	r	p-value	r	p-value
حمایت اجتماعی	$-0/29$	$0/02$	$0/00$	$0/36$	$0/87$	$0/01$	$0/15$	$-0/14$	$0/23$	$-0/11$
حمایت اجتماعی عاطفی	$-0/2$	$0/01$	$<0/001$	$0/28$	$0/98$	$0/003$	$0/25$	$-0/11$	$0/46$	$-0/07$
حمایت اجتماعی ابزاری	$-0/12$	$0/19$	$0/03$	$0/20$	$0/89$	$-0/01$	$0/75$	$-0/031$	$0/65$	$-0/04$
حمایت اجتماعی اطلاعاتی	$-0/38$	$0/00$	$0/42<0/001$	$0/57$	$0/05$	$0/11$	$0/15$	$-0/15$	$0/07$	$-0/17$

جدول ۲. میانگین نمره خستگی، نمره حمایت اجتماعی و ابعاد آن بر حسب جنس

متغیرها	زن		مرد		آزمون t مستقل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	p-value	t
حمایت اجتماعی	$61/3$	$10/5$	57	$7/6$	$0/01$	$-2/55$
حمایت اجتماعی عاطفی	$27/1$	$5/7$	$24/9$	$3/6$	$0/01$	$-2/6$
حمایت اجتماعی ابزاری	$18/8$	3	$17/5$	$2/7$	$0/01$	$-2/5$
حمایت اجتماعی اطلاعاتی	$15/3$	$3/9$	$14/6$	$3/2$	$0/28$	$-1/07$

جدول ۳. میانگین نمره خستگی، نمره حمایت اجتماعی و ابعاد آن بر حسب وضعیت تأهل

متغیرها	مجرد	متاهل	مطلقه و بیوه	آزمون ANOVA	
				F	p-value
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
حمایت اجتماعی	۶۱/۴	۱۳	۵۲/۷	۵/۵	۰/۰۲
حمایت اجتماعی عاطفی	۲۶	۶	۲۴/۴	۴/۳	۰/۴۲
حمایت اجتماعی ابزاری	۱۸/۷	۴	۱۶/۴	۲/۶	۰/۰۷
حمایت اجتماعی اطلاعاتی	۱۶/۷	۴/۶	۱۱/۸	۱/۷	<۰/۰۰۱

بحث

در مطالعه حاضر سطح حمایت اجتماعی درک شده بیماران در ۵۷/۳٪ از نمونه‌ها در حد پایین و در ۴۲/۷ افراد در حد متوسط بود. در حالی که نتایج مطالعه بروجنی و همکاران که در سال ۱۳۹۱ به منظور بررسی همبستگی حمایت اجتماعی درک شده با برخی عوامل جمعیت‌شناسی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد نشان داد که درصد قابل توجهی از حمایت اجتماعی درک شده بیماران در سطح متوسط بود (۲۱) Leticia و همکاران نیز در مطالعه‌ای که در مورد تأثیر حمایت اجتماعی و سلامت روانی مادران بر نشانه‌های آسم اتوپیک و غیرآتوپیک کودکان انجام دادند، دریافتند که حمایت اجتماعی درک شده واحدهای مورد پژوهش در سطح متوسط است (۲۲) و در نهایت نتایج پژوهش Pinar در بیماران مبتلا به سرطان ژنیتال نشان داد که اکثر بیماران از سطح حمایت اجتماعی متوسط برخوردار بودند (۲۳). از آنجا که حجم نمونه در مطالعه حاضر نسبت به مطالعات ذکر شده کمتر است ممکن است این اختلاف مربوط به حجم نمونه باشد.

در مطالعه حاضر ارتباط سن با حمایت اجتماعی و بعد حمایت عاطفی و حمایت اطلاعاتی معنی‌دار بود. در مطالعه بروجنی و همکاران ۱۳۹۱ نیز بین حمایت اجتماعی درک شده و سن همبستگی معنی‌دار دیده شد (۲۱) نتایج مطالعه Siqueira و همکاران نیز حاکی از آن است که سن و مرحله تکاملی

بیماران روی نقش‌ها، نیازها، روابط حمایتی و ارتباطات اجتماعی آن‌ها اثر می‌گذارد (۲۴). De ridder و همکاران در مطالعه‌ای که در زمینه قضاوت‌های روان‌شناختی در بیماری‌های مزمن انجام دادند، این‌گونه بیان کردند که افراد در سنین مختلف به علت داشتن نیازهای گوناگون، به حمایت‌های متنوعی نیاز دارند (۲۵). مطالعه Pinar نیز نشان داد افراد در گروه‌های سنی مختلف نیازهای متفاوتی داشته و جهت تأمین آن‌ها به حمایت‌های متنوعی از اطرافیان نیاز دارند. سنین مختلف بیماران، درک از حمایت اجتماعی آن‌ها را به صورت بارز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۳). مطالعه‌ای که توسط Nausheen در پاکستان حمایت اجتماعی افراد مبتلا به سرطان را بررسی نموده حاکی از وجود ارتباط معنی‌دار سن و حمایت اجتماعی است (۲۶) تنها یافته‌های آهنگی و همکاران در مطالعه‌ای که در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام دادند منطبق بر نتیجه مطالعه حاضر نیست (۲۷) به نظر می‌رسد اختلاف نتایج مربوط به طیف سنی شرکت‌کنندگان در دو پژوهش باشد چرا که دیابت نوع خاص سنین میان‌سالی و سالمندی است اما دامنه سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر از ۱۸ تا بالاتر از ۵۵ سال بود.

در مطالعه حاضر بین حمایت اجتماعی و ابعاد آن با سطح درآمد ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. اما در مطالعه بروجنی و همکاران بین حمایت اجتماعی درک شده و درآمد ماهیانه

ارتباط معنی‌دار دیده شد (۲۱). مطالعات دیگر نیز حاکی از آن است که خانواده‌های فقیر شبکه اجتماعی غیرخانوادگی کوچکی دارند و هزینه‌های مورد نیاز برای حمایت دوسویه در این‌گونه خانواده‌ها می‌تواند روی حمایتی که دریافت می‌کنند، تأثیر بگذارد. نداشتن شغل، هزینه‌های مربوط به درمان و پرستاری در مطالعات مختلف به عنوان نگرانی‌های بسیار مهم بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن شناخته شده‌است. درک حمایت به صورت مالی، عاطفی و مشاوره ممکن است وضعیت اقتصادی و اجتماعی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن را بهبود بخشد (۲۸). در این راستا Reblin & Uchino نیز در مطالعه خود که پیرامون ارتباط حمایت، حمایت عاطفی و سلامت جسمانی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که بین حمایت اجتماعی درک شده با درآمد ماهیانه ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۲۹). در مطالعه Hilton نیز حمایت اجتماعی در افراد مبتلا به سرطان مورد بررسی قرار گرفته و نتایج حاکی از ارتباط معنی‌دار میان سطح درآمد و حمایت اجتماعی است (۳۰). ممکن است دلیل تفاوت مطالعه حاضر در این زمینه با مطالعات دیگر مربوط به سطح درآمد افراد شرکت‌کننده باشد چرا که درآمد افراد شرکت‌کننده در این مطالعه در دو سطح (کمتر از پانصد هزار تومان و کمتر از یک میلیون تومان) و بسیار نزدیک به هم بود و از نظر سطح درآمد تنوع چندانی در شرکت‌کنندگان در مطالعه وجود نداشت.

در مطالعه حاضر بین حمایت اجتماعی درک شده و ابعاد آن با سطح تحصیلات ارتباط معنی‌دار دیده شد. نتایج مطالعه قدوسی بروجنی نیز این یافته را تأیید می‌کند (۲۱) در کانادا نیز در مطالعه‌ای Devereux که پیرامون بررسی مقایسه‌ای ارتباط فوری و تأخیری حمایت اجتماعی و تنش در زنان دارای نوجوان و بدون نوجوانان جامداد، نتیجه مشابه بود. او در مطالعه خود نشان داد که حمایت اجتماعی و درک آن با سطح تحصیلات ارتباط دارد (۳۱). Bert نیز در مطالعه‌ای که پیرامون بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و سلامت جسمانی انجام داد به این نتیجه رسید که بین حمایت اجتماعی درک شده و سطح تحصیلات همبستگی معنی‌دار وجود دارد (۳۲).

مطالعات نشان داده‌اند که تحصیلات می‌تواند بر درک بیمار از حمایت اطرافیان تأثیرگذار باشد، چرا که افراد با تحصیلات بالا نسبت به خود، بیماری، اطرافیان و درک حمایت‌های آن‌ها دید مثبت داشته و در شرایط مورد نیاز از آن‌ها دریافت کمک خواهند نمود (۳۳).

در مطالعه حاضر بین جنس و حمایت اجتماعی، حمایت ابزاری و حمایت عاطفی ارتباط معنی‌دار وجود داشت. یافته‌های حیدری و همکاران در تأیید این یافته می‌باشد (۳۴) اما در مطالعه آهنگی بین وضعیت و جنس با حمایت خانواده درک شده رابطه معنی‌دار مشاهده نشد (۲۷). این اختلاف در نتیجه ممکن است مربوط به شبکه دریافت حمایت باشد چراکه در مطالعه آهنگی تنها حمایت خانواده مورد بررسی قرار گرفته حال آن‌که در مطالعه حاضر حمایت اجتماعی بررسی شده است. در مطالعه حیدری نیز مردان دریافت‌کننده بیشترین حمایت از جانب خانواده بودند اما در مطالعه حاضر سطح حمایت اجتماعی درک شده در زنان بیشتر بود. دلیل این تفاوت نیز ممکن است مربوط به شبکه دریافت حمایت باشد اگرچه مردان بیشترین حمایت از جانب خانواده دریافت می‌کنند اما ممکن است زنان از دوستان، همسایگان و خویشاوندان و پرستاران حمایت بیشتری دریافت نمایند. نتایج مطالعه Wong نیز حاکی از آن است که زنان بیشتر به صورت غیرفعال حمایت می‌شوند (۳۵).

در مطالعه حاضر بین وضعیت تأهل و حمایت اجتماعی، حمایت اطلاعاتی ارتباط معنی‌دار وجود داشت. Trif نیز معتقد است که ازدواج باعث بهبود تطابق با شرایط بیماری می‌شود (۳۶). اما در مطالعه آهنگی بین وضعیت تأهل و با حمایت خانواده درک شده رابطه معنی‌دار مشاهده نشد (۲۷). در مطالعه Tan نیز حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به سرطان را مورد بررسی قرار داده است میان حمایت اجتماعی و وضعیت تأهل ارتباطی وجود نداشت (۳۷).

ممکن است تفاوت در نتایج به این علت باشد که در مطالعه حاضر نیز تعداد شرکت‌کنندگان متأهل و مجرد یکسان نبود و

اطلاعاتی در زمینه مدیریت بیماری به بیماران در شناسایی منابع حمایتی کمک کنند و شبکه های حمایتی را در فرایند مراقبت از بیمار شرکت داده و از حمایت های آنان در امر مراقبت از بیمار در جهت کاهش پیامدهای بیماری و بهبود کیفیت زندگی بیماران بهره گیرند. بدین منظور طرح و ارائه مداخلات مراقبتی خانواده محور برای حمایت بیشتر از بیماران و مشارکت افراد خانواده در فرایند مراقبت از این بیماران بخصوص افرادی که سطح پایین تری از حمایت اجتماعی را دریافت نموده بودند، پیشنهاد می شود. در این راستا برگزاری کلاس های آموزشی جهت ارتقا رفتارهای حمایتی خانواده به تحقق این امر کمک خواهد کرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می باشد که توسط معاونت پژوهشی و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان حمایت مالی گردید. پژوهشگران بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه و کلیه شرکت کنندگان در پژوهش که در انجام این مطالعه همکاری نمودند تقدیر و تشکر می نماید.

این اختلاف در حجم نمونه در طبقه ها ممکن است منجر به تفاوت مطالعه حاضر با سایر مطالعات شده باشد. در مطالعه حاضر بین حمایت اجتماعی و ابعاد آن با سابقه ابتلا و دوره های شیمی درمانی رابطه معنی دار مشاهده نشد. در مطالعه حیدری و Schwartz (نیز ارتباطی میان حمایت دریافت شده و سابقه ابتلا به بیماری دیده نشد (۳۸، ۳۴). لیکن مطالعه Tan نشان دهنده ارتباط میان متغیرهای مربوط به بیماری و حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به سرطان است. ممکن است این اختلاف مربوط به حجم نمونه در این مطالعه باشد لذا انجام مطالعه ای در طیف وسیع تری از افراد مبتلا به سرطان توصیه می شود (۳۷).

نتیجه گیری

یافته ها حاکی از پایین بودن سطح حمایت اجتماعی در افراد بود. هم چنین بر اساس نتایج مردان، افراد با سطح تحصیلات پایین تر و افراد بیوه و مطلقه حمایت اجتماعی کمتری دریافت نموده بودند و این حمایت با افزایش سن نیز کاهش می یافت. نظر به تأثیر حمایت اجتماعی بر نشانه های بیماری و بهبود کیفیت زندگی، این مسأله اهمیت توجه بیشتر به حمایت اجتماعی در این بیماران بالاخص در گروه های با سطح حمایت پایین تر را مطرح می سازد لذا پیشنهاد می گردد ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی، در کنار حمایت های اطلاعاتی و ارائه

References

1. Micheli A, Coeberg, JW, Mugno E, Massimiliani E, Sant M. European health systems and cancer care. *Annals of Oncology* 2003; 14: 41-60
2. Vedat I, Perinan G, Seref K, Anmet O, Fikret A. The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer. *Cancer Nursing* 2001; 24(6): 490-5
3. Julkunen J, Gustavsson-Lilius M, Hietanen P. 3- Anger expression, partner support, and quality of life in cancer patients. *J Psychosom Res* 2009; 66(3):235-44.
4. Deng G, Cassileth BR. Integrative oncology: complementary therapies for pain, anxiety and mood disturbance. *A Cancer Journal for Clinicians* 2005; 55(2):109-16
5. Lee A, Wu HY. Diagnosis disclosure in cancer patients- when the family says "no"! *Singapore Medical Journal* 2002, 43-52: 533-4
6. Zebrack BJ. Cancer survivor: Identity and quality of life. *Cancer Practice* 2000, 8: 238-42
7. Khodapanahi MK Sedghpoor BS Asghari A Harrirchi I Katibaei J. The Structural Relationships between Social Support and Hope in Patients with Cancer. *Journal of Psychology* 2011; 3: 284-98
8. Taylor SE, Sherman D, Kim HS, Jarcho J, Takagi K, Dunagan MS. Culture and social support: Who seeks it and why? *Journal of Personality and Social Psychology* 2004; 87(3): 354-62.

9. Karakoc T, Yurtsever S. Relationship between social support and fatigue in geriatric patients receiving outpatient chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing* 2010;14, 61-7.
10. Eyleen B. A study associated with reliability, validity and factorial structure of the Cancer Patient Social Support Scale. *The Journal of Uludag University Education Faculty* 2002;15, 109-17.
11. Kroenke CH, Kubzansky LD, Schernhammer ES, Holmes MD, Kawachi I. Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology* 2006;24:1105-11.
12. Manning-Walsh J. Social support as a mediator between symptom distress and quality of life in women with breast cancer. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 2005;34:482-93.
13. Krokavcova M, Dijk J, Nagyova I, Rosenberger J, Gavelova M, Middel B. et al. Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis. *Patient Education and Counseling* 2008; 73(8): 159-65.
14. Turner RJ, Loyd D A. Taylor J. Physical disability and mental health: An epidemiology of psychiatric and substance disorders. *Rehabilitation Psychology* 2006; 51:214-23.
15. Merianos A, King K, Vidourek R. Perceived social support plays a role in body image satisfaction among college students. *Journal Behavioral Health* 2012; 1(3): 178-184.
16. Yang Y. How does functional disability affect depressive symptoms in late life: The role of perceived social support and psychological resources. *Journal of Health and Social Behavior* 2006; 47(5): 355-72.
17. Kendler KS, Myers J, Prescott CA. Sex differences in the relationship between social support and risk for major depression: a longitudinal study of opposite-sex twin pairs. *The American Journal of Psychiatry* 2005; 162: 250-6.
18. Wang CW1, Iwaya T, Kumano H, Suzukamo Y, Tobimatsu Y, Fukudo S. Relationship of health status and social support to the life satisfaction of older adults. *Tohoku J Exp Med* 2002; 198(3): 141-9.
19. Hann D, Baker F, Denniston M, et al. The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients: Age and gender differences. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 52: 279-83.
20. Davari Dolatabadi E. Investigation the effect of Perceived Social Support on Quality of Life in Patients with Heart Failure in Hamedan heart centers, [MSc Thesis]. Hamedan, Iran: Hamedan University of Medical Science; 2012.
21. Ghodusi M, Heidari M, Sharifi Neyestanek N, Shahbazi S. Correlation of perceived social support and some of the demographic factors in patients with Multiple Sclerosis. *JHPM* 2013; 2 (1) :24-31.
22. Leticia M, Darci N, Laura C, Mauricio L. Maternal mental health and social support: Effect on childhood atopic and non-atopic asthma symptoms. *Journal of Clinical Nursing* 2012; 10(6) 1-6.
23. Pinar G, Okdem S, Buyukgonenc L, Ayhan A. The Relationship between Social Support and the level of anxiety, depression, and quality of life of Turkish women with gynecologic cancer. *Journal Cancer Nursing* 2012; 35(3): 229-35.
24. Siqueira N, Guerreiro M, Souza E. Self-esteem, social support perception and seizure controllability perception in adolescents with epilepsy. *Arq Neuropsiquiatr* 2010; 69(5): 770-4.
25. De ridder D, Geenen R, Kuijter R, Middendorp H. Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet* 2008; 12(3): 246-55.
26. Nausheen B, Kamal A. Familial social support and depression in breast cancer: an exploratory study on a Pakistani sample. *Psychooncology* 2007;16(9):859-62.
27. Ahanchi NS, Eslami AA, Sharifirad Gh. Effects of Family-Based Theory of Social Support on Perceived Support Levels in Type 2 Diabetic Patients. *Journal of Health System Research* 2012 ; 8(5): 757-64.
28. Taylor CT, Bomyea J, Amir N. Attention bias away from positive social information mediates the link between social anxiety and anxiety vulnerability to a social stressor. *Journal of Anxiety Disorders* 2010; 24 (4): 403-8.
29. Reblin MA, Uchino BN. Social and emotional support and links to physical health. *Current Opinions in Psychiatry* 2008; 21(5): 201-5.

30. Hilton BA. Getting back to normal: the family experience during early stage breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 1996;23(4):605-14
31. Devereux P. Immediate and longer-term connections between support and stress in pregnant/parenting and non-pregnant/non-parenting adolescents. *Child Adolescent Social Work* 2009; 26(5): 431-46.
32. Bert U. Understanding the links between social support and physical health. *Perspectives on Psychological Science* 2009; 4(3): 1-20.
33. Decker CL. Social support and adolescent cancer survivor: A review of the literature. *Psycho Oncology* 2007; 16(5): 1-11.
34. Heydari SH, Nouri Tajer M, Hosseini F, Inanlou M, Shirazi F. Geriatric Family Support And Diabetic Type-2 Glycemic Control. *Salmand* 2008; 3(8): 53-80. [In Persian].
35. Wong M, Gucciardi E, Li L, Grace SL. Gender and nutrition management in type 2 diabetes. *Can J Diet Pract Res* 2005; 66(4):215-20..
36. -Trief PM. Himes CL. Orendorff F. Weinstock RS. The marital relationship and psychosocial adaptation and glycemic control of individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24: 1384-9.-
37. Tan M, Karabulutlu E. Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. *Cancer Nurs.* 2005;28(3):236-40
38. Schwartz AJ. Perceived social support and self- management of diabetes among adults age 40 years and over. [Thesis]. Oxford: Miami University; 2005.

Relation between perceived social supports and demographic characteristics in cancer patients who Undergo Chemotherapy

Leila Mardanian Dehkordi ¹, Leila Sadat Kahangi ²

Original Article

Abstract

Background: Cancer is uncomfortable and unbelievable experience for everyone who has many sings such as pain and physical and psychological disturbance. Social support is a reliable source that help patients with cancer to cope with illness and its symptoms and also increase quality of life. This study has done for investigation of perceived social supports and its relation with demographic characteristics in patients with cancer.

Methods: This descriptive analytical study has done in 117 patients with cancer treated with chemotherapy in Seied Al-shohada hospital. The samples were selected through continuum sampling. The data were collected by a questionnaire including two sections of demographic characteristics and, perceived social support and analyzed by descriptive and analytical statistical tests.

Findings: Social support of participants with mean score of 59.21 ± 9.42 was in low (57.3%) and intermediate (42.7%) level and had inverse association with age ($p=0.02$), and right association with graduation ($p=0.134$). Mean score of social support was higher in single patients than married and widow or divorced patients ($p=0.02$) and in females was higher than males ($p=0.01$).

Conclusion: According to the results of study, social support was low in patients. Males, olders, divorced and widow patients and who were in low graduated levels received low Social support, and this support has been decreased with increasing age. Social support specially in groups with low Social support is necessary and need more attention

KeyWords: Patients with Cancer, Perceived Social Support, Chemotherapy, Demographic Characteristics, Isfahan, Iran

Citation: Mardanian Dehkordi L, Kahangi L. S. **Relationship between structural and contextual dimensions in organizational structure of Zahedan Khatamolania hospital.** J Health Syst Res 2015; 11(2):229-238

Received date: 25.09.2013

Accept date: 26.02.2014

1. MSc, Faculty member, Department of Adult Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2. MSc in Medical-surgical Nursing, Faculty member, Department of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Najafabad branch, Isfahan, Iran. (Corresponding Author): Email: l_kahangi@yahoo.com