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

لیلا مردانیان دهکردی [۱] ، لیلا سادات کهنگی [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 روانی‌را 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 سال۱۳۹۲ در میان ۱۱۷ نفر از بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی 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 ۵۹/۲۱(SD=۹/۴۲) در دو سطح پایین (۵۷/۳٪) و متوسط (۴۲/۷ ٪) قرار داشت. ارتباط حمایت اجتماعی با سن معکوس (P=۰/۰۲) و با سطح تحصیلات مستقیم (P=۰/۰۰) بود. میانگین حمایت اجتماعی در افراد مجرد بیش از افراد متأهل و افراد مطلقه و بیوه (P=۰/۰۲) و در زنان بیشتر از مردان بود (P=۰/۰۱).

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 می یافت. 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، کهنگی لیلا سادات. **ارتباط حمایت اجتماعی درک شده با مشخصات دموگرافیک دربیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۴؛ ۱۱(۲): ۲۳۸-۲۲۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۷/۰۳ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۴/۰۱**

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

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 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

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-15]

فرد (۲) دامنه‌ای‌از 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، بی‌همتاست (۵). سرطان صرفًا 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 مساعدت ها 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 نشانه های بیماران می‌باشد (۱۲-۱۰) .

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 می توان 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 (۱۸-۱۷). 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

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-15]

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 سال۱۳۹۲ 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 می شد، 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 وحمایت اجتماعی مورد استفاده قرار گرفت. در بخش دوم حمایت اجتماعی درک شده در سه بعد حمایت عاطفی (سؤالات ۱۲-۱) ، حمایت اطلاعاتی (سؤالات۲۰-۱۳) و حمایت ابزاری (سؤالات۳۰-۲۱) 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 نظرآنان 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 (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 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 سیدالشهداء 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 مواردی‌که 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 ۲۰مورد 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 (اسپیرمن، t مستقل و ANOVA) تعیین شد.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-15]

یافته‌ها

میانگین سنی مشارکت‌کنندگان (۱۴/۱۱±) ۴۵/۷۲ بود. ۵۱/۳ درصد مشارکت‌کنندگان مرد، ۲۶/۵ درصد بی سواد،۶۹/۶ متأهل، ۳۷/۶ خانه‌دار و ۵۲/۷ درصد دارای درآمد کمتر از ۵۰۰ هزار تومان بودند.۸۰٪ سابقه ابتلا کمتر از یک‌سال داشتند و ۶۰/۹ درصد به صورت بستری تحت شیمی‌درمانی قرار داشتند و ۴۲/۶ درصد در دوره۴ یا بالاتر شیمی درمانی بودند. حمایت اجتماعی مشارکت‌کنندگان با میانگین (۹/۴۲±)۵۹/۲۱ در دو سطح پایین (۵۷/۳٪) و متوسط (۴۲/۷٪) قرار داشت.

یافته‌ها ارتباط معکوس میان حمایت اجتماعی و (P=۰/۰۲) حمایت عاطفی (P=۰/۰۱)، حمایت اطلاعاتی (P<۰/۰۰۱) و حمایت ابزاری (P=۰/۱۹) و سن را نشان داد (جدول ۱). نتایج ارتباط مستقیم حمایت اجتماعی (P=۰/۰۰) و حمایت عاطفی (P=۰/۰۰)، حمایت اطلاعاتی (P=۰/۰۰) و حمایت ابزاری (P=۰/۰۳) با سطح تحصیلات را نیز نشان داد (جدول ۱).

یافته ها ارتباط مستقیم حمایت اجتماعی با درآمد را نشان داد (P=۰/۸۷). ارتباط درآمد با ابعاد حمایت اجتماعی در بعد عاطفی (P=۰/۹۸) و در بعد اطلاعات (P=۰/۵۷) مستقیم اما در بعد ابزاری (P=۰/۸۹) معکوس بود (جدول شماره ۱).

بر اساس نتایج ارتباط حمایت اجتماعی (P=۰/۱۵)، حمایت عاطفی (P=۰/۲۵)، حمایت اطلاعاتی (P=۰/۱۱) و حمایت ابزاری (P=۰/۷۵) با سابقه ابتلا معکوس بود. . هم‌چنین ارتباط حمایت اجتماعی (P=۰/۲۳)، حمایت عاطفی (P=۰/۴۶)، حمایت اطلاعاتی (P=۰/۰۷) و حمایت ابزاری (P=۰/۶۵) با دوره شیمی درمانی نیزمعکوس بود (جدول ۱).

یافته‌ها حاکی از وجود اختلاف میانگین حمایت اجتماعی (P=۰/۰۱) حمایت عاطفی (P=۰/۰۱) و حمایت ابزاری (P=۰/۰۱) در زنان و مردان بود. اما اختلافی در بعدحمایت اطلاعاتی (P=۰/۲) در دو گروه دیده نشد (جدول ۲).

در نهایت نتایج اختلاف میانگین حمایت اجتماعی (P=۰/۰۲) و بعد اطلاعاتی (P<۰/۰۰) در بین گروه ها 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	
	p-value	r	p-value	r	p-value	r	p-value	r	p-value	r
حمایت اجتماعی	۰/۰۲	-۰/۲۹	۰/۰۰	۰/۳۶	۰/۸۷	۰/۰۱	۰/۱۵	-۰/۱۴	۰/۲۳	-۰/۱۱
حمایت اجتماعی عاطفی	۰/۰۱	-۰/۲	< ۰/۰۰۱	۰/۲۸	۰/۹۸	۰/۰۰۳	۰/۲۵	-۰/۱۱	۰/۴۶	-۰/۰۷
حمایت اجتماعی ابزاری	۰/۱۹	-۰/۱۲	۰/۰۳	۰/۲۰	۰/۸۹	-۰/۰۱	۰/۷۵	-۰/۰۳۱	۰/۶۵	-۰/۰۴
حمایت اجتماعی اطلاعاتی	۰/۰۰	-۰/۳۸	۰/۴۲< ۰/۰۰۱		۰/۵۷	۰/۰۵	۰/۱۱	-۰/۱۵	۰/۰۷	-۰/۱۷

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

متغیر ها	زن		مرد		آزمون t مستقل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	p-value	t
حمایت اجتماعی	۶۱/۳	۱۰/۵	۵۷	۷/۶	۰/۰۱	-۲/۵۵
حمایت اجتماعی عاطفی	۲۷/۱	۵/۷	۲۴/۹	۳/۶	۰/۰۱	-۲/۶
حمایت اجتماعی ابزاری	۱۸/۸	۳	۱۷/۵	۲/۷	۰/۰۱	-۲/۵
حمایت اجتماعی اطلاعاتی	۱۵/۳	۳/۹	۱۴/۶	۳/۲	۰/۲۸	-۱/۰۷

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-15]

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

متغییرها	مجرد		متأهل		مطلقه و بیوه		آزمون ANOVA	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	p-value	F
حمایت اجتماعی	۶۱/۴	۱۳	۶۰	۸/۲	۵۲/۷	۵/۵	۰/۰۲	۳/۸۲
حمایت اجتماعی عاطفی	۲۶	۶	۲۶/۴	۴/۷	۲۴/۴	۴/۳	۰/۴۲	۰/۸۷
حمایت اجتماعی ابزاری	۱۸/۷	۴	۱۸/۲	۲/۵	۱۶/۴	۲/۶	۰/۰۷	۲/۷۲
حمایت اجتماعی اطلاعاتی	۱۶/۷	۴/۶	۱۵	۳	۱۱/۸	۱/۷	<۰/۰۰۱	۸/۵۷

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 آتوپیک 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 به‌علت 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 تحت‌تأثیر 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 آهنچی 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 درمطالعه بروجنی و همکاران بین حمایت اجتماعی درک شده و درآمد ماهیانه

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-15]

ارتباط معنی‌دار دیده شد (۲۱). مطالعات دیگر نیز حاکی از آن است که خانواده‌های فقیر شبکه‌اجتماعی 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 در آمد 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 آهنچی 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 آهنچی 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 می شوند(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 آهنچی 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

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-15]

این اختلاف در حجم نمونه در طبقه‌ها 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 دوره‌های شیمی‌درمانی رابطه معنی‌دار 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 نشان‌دهنده ارتباط میان متغییرهای 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 مطالعه‌ای در طیف وسیع‌تری از افراد مبتلا به سرطان توصیه می‌شود (۳۷).

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. نظر به تأثیر حمایت اجتماعی بر نشانه‌های بیماری و بهبود کیفیت زندگی، این مسأله اهمیت توجه بیشتر به حمایت اجتماعی در این بیماران بالاخص در گروه‌های با سطح حمایت پایین‌تر را مطرح می‌سازد لذا پیشنهاد می‌گردد ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، در کنار حمایت‌های اطلاعاتی و ارائه 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 حمایتهای 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 می‌شود. در این راستا برگزاری کلاس‌های آموزشی جهت ارتقا رفتارهای حمایتی خانواده به تحقق این امر کمک خواهد کرد.

.

تشکر وقدردانی

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد که توسط معاونت پژوهشی و فنآوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان حمایت مالی گردید. پژوهشگران بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه و کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش که در انجام این مطالعه همکاری نمودند تقدیر و تشکر می‌نماید.

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 mooddisturbance. A Cancer Journal for Clinicians 2005; 55(2):109-16
5. Lee A, Wu HY. Diagnosis disclosure in cancerpatients- 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.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-15]

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. Eylen B. A study associated with reliability, validity and factorial structure of the Cancer Patient Social Support Scale. The Journal of Uludag University Education Faculty2002;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 Nursing2005;34:482–93.
13. Krokavcova M, Dijk J, Nagyova I, Rosenberger J, Gavelova M, Middel B. et al. Socialsupport as a predictor of perceives health status in patients with multiple sclerosis. PatientEducation and Counseling 2008; 73(8): 159-65.
14. Turner RJ, Loyd D A. Taylor J. Physical disability and mental health: Anepidemiology 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 imagesatisfaction among college students. Journal Behavioral Health 2012; 1(3): 178-184.
16. Yang Y. How does functional disability affect depressive symptoms in late lif: The roleof perceived social support and psychological resources. Journal of Health and SocialBehavior 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 Research2002; 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 Neyestanak 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 SocialSupport and the level of anxiety, depression, and quality of life of Turkish women withgynecologic 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, Kuijer R, Middendorp H. Psychological adjustment to chronicdisease. 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 informationmediates. 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.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-15]

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 inpregnant/parenting and non-pregnant/non-parenting adolescents. Child Adolescent SocialWork 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.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-15]

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 investigationof 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 withchemotherapyin Seied Al-shohada hospital. The samples were selected through continuum samplingin. The data were collected by a questionnaire including two sections of demographic characteristics and, perceived social supportandanalyzed 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 werein low graduated levels receivedlowSocial support, and this support has been decreased with increasing age. Social support specially in groups with lowSocial supportis 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 ZahedanKhatamolanbia 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

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-15]