

بررسی اندازه شبکه اجتماعی و منابع حمایت عاطفی و عوامل مرتبط با آن‌ها در بیماران مبتلا به سرطان

سعیده حیدری^۱

چکیده

مقدمه: سرطان به طور بالقوه بیماری تهدیدکننده حیات است که اختلالات قابل توجهی در تمام ابعاد زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی بیماران ایجاد می‌کند. به علت تغییرات زیادی که در روند زندگی، ارتباطات و فعالیت‌های اجتماعی ایجاد می‌کند نیاز به حمایت اجتماعی را افزایش می‌دهد. مطالعه حاضر با هدف بررسی اندازه شبکه اجتماعی و منابع حمایت عاطفی بیماران مبتلا به سرطان انجام شد.

روش: این مطالعه پژوهشی از نوع توصیفی-همبستگی است. ۲۲۰ بیمار مبتلا به سرطان با روش نمونه‌گیری مستمر از بیمارستان‌های فیروزگر، حضرت رسول اکرم (ص) و انستیتو کانسر مجتمع بیمارستانی حضرت امام خمینی (ره) انتخاب شدند. حمایت عاطفی درک شده از سوی پنج منبع همسر، اعضای خانواده، دوستان، پرستار و پزشک با استفاده از پرسشنامه حمایت عاطفی نورتس جمع‌آوری گردید و اطلاعات با نرم‌افزار SPSS v.13 و آزمون‌های آمار توصیفی، آنالیز واریانس، ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین حمایت عاطفی درک شده ۱۳۷/۳۹ و اندازه شبکه اجتماعی ۴/۱۷ نفر بود. بیماران بیشترین حمایت را از سوی همسران و اعضای خانواده و سپس از سوی پرستاران و دوستان درک کرده بودند. آزمون آنالیز واریانس ارتباط مثبتی بین حمایت عاطفی درک شده با سن، وضعیت تأهل، قومیت، وضعیت اقتصادی، شغل و اندازه شبکه اجتماعی نشان داد ($p=0/001$).

نتیجه‌گیری: خانواده اصلی‌ترین منبع حمایت عاطفی بیماران می‌باشد. لازم است پرستاران بیماران را به عنوان یک کل در نظر بگیرند و همواره تمام ابعاد وجودی آن‌ها از جمله حمایت عاطفی، کمیت و کیفیت منابع حمایتی و درک بیماران از این منابع را مورد توجه قرار دهند و با بسیج منابع حمایتی موجود در جامعه و مشارکت خانواده در جهت ارتقای آرایه حمایت به بیماران و کاهش تنش‌های آن‌ها گام بردارند. در این مطالعه ابعاد دیگر حمایت اجتماعی و ویژگی‌های شخصیتی به عنوان عوامل مداخله‌گر در درک حمایت مورد بررسی قرار نگرفته لازم است مطالعات دیگری برای بررسی این عوامل انجام شود.

واژه‌های کلیدی: منابع حمایتی، حمایت عاطفی، اندازه شبکه اجتماعی، سرطان

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۶/۲

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۲/۲

مقدمه

سرطان به طور بالقوه بیماری تهدیدکننده حیات است که اختلالات قابل توجهی برای بیماران در تمام ابعاد زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی ایجاد می‌کند (۳-۱). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO) انتظار می‌رود آمار ابتلای ۱۰ میلیون نفری سال ۲۰۰۰ به ۱۵ میلیون نفر در سال ۲۰۲۰ برسد که ۶۰٪ آن مربوط به کشورهای کمتر توسعه یافته جهان است. بروز سالانه سرطان‌ها در کشور ما حدود ۷۰۰۰۰ مورد و مرگ و میر حدود ۳۰۰۰۰ نفر است. با توجه به افزایش امید به زندگی و افزایش درصد سالمندی در کشور انتظار می‌رود که در دهه‌های آینده میزان بروز به صورت قابل توجهی افزایش یابد (۴). سرطان به خاطر ارتباطش با ایزوله اجتماعی و مرگ به عنوان یک پدیده اجتماعی شناخته شده است (۳). عملکردهای روزانه، فعالیت‌های اجتماعی را دچار نابسامانی می‌کند (۵)، توانایی افراد برای انجام نقش‌های معمول و مسؤولیت‌ها را تغییر می‌دهد و نقش‌های جدیدی بوجود می‌آورد. نحوه ارتباط بیماران با همسر، فرزندان، والدین، همکاران، خواهر، برادر و دوستان مانند گذشته نیست. این روابط تغییر یافته به صورت جدایی، افزایش توجه و محبت یا دوری گزیدن و فاصله گرفتن نمایان می‌شود. ماهیت نقش‌ها و روابط جدید می‌تواند باعث ایجاد احساس بی‌لیاقتی و ناراحتی (۶) و همچنین اختلال در تعادل و وابستگی در مددجویان شود بنابراین اندازه شبکه اجتماعی و میزان حمایت اجتماعی آن‌ها در طول مدت بیماری‌شان ممکن است کاهش یابد. (۵) همچنین ابتلای درصد بالایی از آن‌ها به افسردگی، باعث اختلال در فعالیت‌های روزانه و روابط اجتماعی و کاهش نتایج درمانی، میزان بقا و طول عمر می‌شود (۷).

سرطان به علت تغییرات زیادی که در روند زندگی ایجاد می‌کند نیاز به حمایت اجتماعی را افزایش می‌دهد (۵). حمایت اجتماعی به عنوان یکی از مکانیسم‌های مقابله‌ای عاطفه‌نگر به عنوان بزرگ‌ترین و قوی‌ترین نیروهای مقابله‌ای برای مقابله موفقیت‌آمیز و آسان افراد در زمان درگیری فرد با سرطان و شرایط تنش‌زا شناخته شده است و تحمل این مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند (۹، ۱۰ و ۱۱). باعث حفظ همسانی اجتماعی، تسهیل خود ارزشیابی، پیوند با اجتماع، مقابله با احساس تنهایی

(۱۱)، احساس ناامیدی و افسردگی، کاهش میزان بروز اختلالات خلقی و افزایش رفاه و سلامتی و بقای طولانی‌تر بیماران می‌شود (۲، ۳ و ۱۲). حمایت اجتماعی ناکافی و عدم رضایت از آن منجر به پریشانی روانی و اختلال در روابط می‌شود (۳).

حمایت اجتماعی دارای دو حیطه ساختاری و عملکردی است. حیطه ساختاری حمایت اجتماعی «شبکه اجتماعی» نامیده می‌شود. که به همه افراد شناخته شده بوسیله فرد اشاره دارد (۱۳ و ۱۴). اعضای خانواده، دوستان صمیمی جزء منابع اصلی و همکاران، مراقبین حرفه‌ای، روحانیون و اعضای دیگر شبکه جزء منابع کم اهمیت‌تر می‌باشند (۱۵). ولی به طور کلی نمی‌توان فرض کرد که گروه‌های رسمی و غیر رسمی حمایتی برای همه بیماران مبتلا به سرطان به میزان مساوی مناسب یا مؤثر باشند (۱۶). یک موضوع مهم در مورد حمایت، درک کفایت و در دسترس بودن آن و همچنین رضایت داشتن از دریافت آن‌هاست (۱۱). حیطه عملکردی حمایت اجتماعی «حمایت اجتماعی درک شده» به این موضوع اشاره دارد، حمایت اجتماعی زمانی مفید به نظر می‌رسد که فرد بداند زمانی که نیاز دارد حمایت می‌شود و منابع حمایتی در دسترس است (۱۳). خواص منحصر به فرد گیرنده به وسیله فرهنگ و نقش‌های اجتماعی به علاوه اطلاعات فردی سن، جنس و تحصیلات تحت تأثیر قرار می‌گیرد. نیازمندی‌های افراد به حمایت به وسیله این خصایص تعیین می‌شود و تقریباً روی پاسخ‌شان به حمایت دریافت شده تأثیر می‌گذارد (۱۷).

هوس^۱ حمایت فراهم شده را از نظر نوع به ۴ گروه طبقه‌بندی کرده است که شامل حمایت عاطفی، ابزاری، بازخوردی و اطلاعاتی است (۱۸). ولی بیماران حمایت عاطفی را مهم‌ترین نوع حمایت بدون توجه به اعضای شبکه اجتماعی شرکت کننده در آن می‌دانند (۹). حمایت عاطفی روی روابط همدلانه با اعضای شبکه اجتماعی تأکید می‌کند (۱۸) و شامل روابط کلامی و مراقبتی مثل گوش دادن، همدلی کردن، ایجاد آسایش و راحتی برای بیماران است (۱۹) که منجر به افزایش دانش و آگاهی و مهارت‌های مقابله‌ای، بازسازی اعتماد به نفس و کاهش احساس بی‌کفایتی و احساسات منفی و در نتیجه افزایش

با دیگران و منزوی شدن این افراد در جامعه افزایش می‌یابد.

از آنجایی که لازم است کارکنان خدمات درمانی و از جمله پرستاران، بیمار را به عنوان یک کل در نظر بگیرند و علاوه بر وضعیت فیزیولوژیک، سایر ابعاد وجودی را نیز مورد توجه قرار دهند و همواره منابع حمایتی و درک بیماران از این منابع را در نظر داشته باشند پژوهشگر بر آن شد این پژوهش را با هدف بررسی اندازه شبکه اجتماعی و حمایت عاطفی درک شده از سوی منابع حمایتی مختلف (همسر، اعضای خانواده، دوستان، پزشک و پرستار) انجام دهد و همچنین نظریه مبادله را برای بحث در مورد علت ادامه یا کاهش روابط بین فردی بیماران و روابط حمایتی شرح می‌دهد.

روش مطالعه

این مطالعه پژوهشی از نوع توصیفی - همبستگی^۲ است. حجم نمونه با در نظر گرفتن $0/95$ میزان اطمینان، توان آزمون 90% و $T=0/418$ به دست آمده از مطالعه سارماکو در بررسی حمایت اجتماعی درک شده بیماران مبتلا به سرطان پستان (۱۳) ۲۲۰ نفر برآورد گردید که این افراد به تدریج انتخاب و وارد مطالعه شدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه نورتوس^۳ از طریق مکاتبه با نویسندگان مقالات خارجی تهیه شد و پس از ترجمه، اعتبار آن‌ها از طریق به کارگیری روش اعتبار محتوی توسط ۱۰ نفر از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران تعیین گردید و پس از تأیید در کمیته پژوهشی مورد استفاده قرار گرفت. اعتماد علمی پرسشنامه‌ها نیز با استفاده از روش انسجام و تناسب داخلی - آلفاکرونباخ^۴ بعد از تکمیل پرسشنامه توسط ۲۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان تعیین شد. ضریب آلفا کرونباخ پرسشنامه حمایت اجتماعی $0/92$ به دست آمد. در بخش اول پرسشنامه سؤالاتی در زمینه مشخصات فردی و وضعیت بیماری در نظر گرفته شده بود که از طریق مصاحبه و یا پرونده پزشکی بیماران به دست آمد.

حس کنترل در افراد می‌شود (۱۸). این نوع حمایت به افراد اجازه می‌دهد تا احساسات‌شان را بیان کنند و به این وسیله تنش آن‌ها کاهش یافته و باعث بهبود روابط می‌گردد (۱۹).

وقتی که مردم می‌خواهند ارتباطات حمایتی را توضیح دهند انتظار تعامل دوسویه حمایت را دارند. هر دو گیرنده و تأمین کننده معمولاً انتظارات دوسویه از یکدیگر دارند و میزان انرژی و کالا برای مبادلات بعدی در حافظه افراد حفظ می‌شود. علوم اجتماعی برای شرح عملکردهای حمایتی در روابط بین فردی نظریه مبادله اجتماعی^۱ را ارائه می‌دهد (۱۳).

نظریه مبادله اجتماعی روی روابط فرد با فرد تأکید دارد و کنش متقابل انسان‌ها را تنها مبادله پاداش و مجازات می‌پندارند، منظور از پاداش هر چیز ارزشمندی است که فرد به طور مثبت به دریافت آن تمایل دارد (۲۰). برای مؤثر بودن این تعاملات، ارتباطات باید حاوی پیام با ارزشی برای هر دو طرف مبادله باشد (۱۵). نفع فردی شرط ضروری مبادله است. افراد تعهدات خود را در برابر خدمات گذشته بدین سبب انجام می‌دهند که در آینده نیز از آن نفع ببرند بنابراین سودی که فرد انتظار دارد از روابط مبادله به دست آورد آغازگر مبادله است (۲۱). وقتی واکنش‌های لازم به کنش‌های افراد صورت نگیرد رابطه قطع می‌شود. این پاداش‌ها هستند که حلقه‌های زنجیره را به هم نگه می‌دارند. پاداش‌هایی که مبادله می‌شوند یا درونی هستند (مانند عشق، احترام و علاقه) یا بیرونی (پول و کار فیزیکی) (۲۰). روابط با گروه زمانی مستحکم می‌شود که اعضای گروه متوجه شوند، پاداشی را که انتظار دارند دریافت می‌کنند (۲۲). اگر مبادلات دوسویه نباشد و یا تعادل نداشته باشد باعث ایجاد تنش می‌شود (۱۵).

به دلیل این که سرطان به طور مستقیم فعالیت‌های اجتماعی بیماران را محدود کرده و روی روابط و دسترسی بیماران به منابع بین فردی تأثیر می‌گذارد ممکن است آن‌ها در به دست آوردن منابع اجتماعی، زمانی که خیلی نیازمند هستند، مشکل داشته باشند (۱۹). همچنین بر اساس نظریه مبادله اجتماعی ممکن است اعضای شبکه اجتماعی شان به علت عدم جبران حمایت از سوی بیماران از آن‌ها کناره‌گیری نمایند و احتمال کاهش ارتباطات آن‌ها

2 - Descriptive correlational

3 - Northouse

4 - Internal consistency-cronbach's alpha

1 - Social exchange theory

هدف از انجام این پژوهش را بیان نمود و بعد از کسب رضایت‌نامه کتبی و دادن اطمینان به آن‌ها در مورد حفظ اطلاعات مندرج در پرسشنامه، پرسشنامه‌هایی به آن‌ها داده شد. از بیماران خواسته می‌شد در هر بخش پرسشنامه منبع حمایتی مورد نظر را در نظر بگیرند و به سؤالات پاسخ دهند. به دلیل آن که اکثر واحدهای مورد پژوهش سطح سواد پایین داشتند اغلب پرسشنامه‌ها توسط پژوهش‌گر برای آن‌ها قرائت شد و نظرات آنان دقیقاً در پرسشنامه منعکس گردید. بیمارانی که سطح سواد بالایی داشتند، پرسشنامه توسط خودشان تکمیل گردید. اطلاعات به دست آمده از بیماران مورد پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS v.13 تجزیه و تحلیل شد. از روش‌های آماری توصیفی برای توصیف نمونه و برای بررسی ارتباط بین دو متغیر حمایت عاطفی درک شده با سن، وضعیت اقتصادی و تأهل از آزمون آماری آنالیز واریانس و با شغل، قومیت و اندازه شبکه اجتماعی از آزمون کروسکال-والیس استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش به طور کلی ۲۲۰ نفر بیمار مبتلا به سرطان شرکت کردند که ۱۱۴ نفر زن و ۱۰۶ نفر مرد بودند، بیشترین فراوانی در گروه سنی ۴۹-۴۰ سال (۲۴/۶٪) وجود داشت. ۲۱/۸٪ از آن‌ها سنین بین ۲۹-۱۸ سال، ۱۸/۶٪ ۳۹-۳۰ سال، ۱۷/۳٪ ۵۹-۵۰ سال و ۱۷/۷٪ بین ۷۰-۶۰ سال داشتند. میانگین سنی آن‌ها ۴۳/۳۹ سال بود. ۷۳/۶٪ واحدهای مورد پژوهش متأهل، ۱۹/۱٪ آن‌ها مجرد و ۷/۳ درصدشان مجرد یا بیوه بودند. بیش از نیمی از واحدهای مورد پژوهش (۵۲/۷٪) وضعیت اقتصادی ضعیف، ۴۳/۲٪ وضعیت اقتصادی متوسط و ۴/۱٪ وضعیت خوب داشتند و از نظر سطح تحصیلات بیش از یک-چهارم آن‌ها تحصیلاتی در حد دبیرستان (۲۵/۹٪)، ۱۷/۳٪ بی‌سواد، ۲۶/۸٪ ابتدایی، ۱۸/۲٪ در حد راهنمایی و فقط ۱۱/۸٪ تحصیلات دانشگاهی داشتند. از نظر طول مدت تشخیص ۳۱/۸٪ آن‌ها کمتر از ۱ سال از تشخیص بیماریشان می‌گذشت، ۳۹/۵٪ ۲۳-۱۲ ماه، ۲۵٪ بین ۴۷-۲۴ ماه و ۳/۷٪ شان ۶۰-۴۸ ماه از تشخیص بیماری آن‌ها می‌گذشت. اکثر واحدهای مورد پژوهش تحت درمان با هر دو روش شیمی‌درمانی و جراحی قرار

پرسشنامه حمایت عاطفی به وسیله نورتوس ساخته شده است که به شکل خودگزارش‌دهی، حمایت عاطفی درک شده از سوی پنج منبع همسر، اعضای خانواده، دوستان (یا اقوام، همکار و همسایه)، پرستاران و پزشکان را بررسی می‌کرد. این ابزار ۴۰ گویه در ۵ قسمت داشت. هر قسمت شامل هشت گویه مشابه برای هر یک از منابع حمایتی به طور جداگانه بود که براساس مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای از خیلی موافق (۵) تا خیلی مخالف (۱) درجه‌بندی شده بود. عبارات شماره ۳۷-۳۵-۲۹-۲۷-۲۱-۱۹-۱۳-۱۱-۵-۳ کاملاً موافق نمره (۱) و کاملاً مخالف نمره (۵) می‌گرفت. نمره کلی حمایت عاطفی درک شده از مجموع نمرات کسب شده از پنج منبع حمایتی محاسبه گردید. با استفاده از این پرسشنامه ۵ نمره مربوط به حمایت درک شده از سوی همسر، اعضای خانواده، دوستان، پزشک و پرستار از ۸ تا ۴۰ و یک نمره حمایت عاطفی درک شده کلی از ۴۰ تا ۲۰۰ به دست آمد. هر چه نمره محاسبه شده بالاتر بود نشان می‌داد افراد حمایت بیشتری درک کرده بودند. در انتها این ابزار با یک سؤال باز پاسخ از شرکت‌کنندگان می‌خواست، افرادی را که از آن‌ها حمایت می‌کنند را بر اساس ارتباطشان با فرد مثل خواهر، مادر، دوست و غیره نام ببرند. تعداد افراد نام برده شده اندازه شبکه اجتماعی بیماران را نشان داد.

بعد از آماده نمودن پرسشنامه‌ها، این مطالعه در سال ۱۳۸۸ روی ۲۲۰ بیمار بستری مبتلا به سرطان انجام شد. واحدهای مورد پژوهش با روش نمونه‌گیری مستمر پس از گرفتن مجوز رسمی از دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و تهران، رؤسای بیمارستان‌های رسول اکرم، فیروزگر و انستیتو سرطان مجتمع بیمارستانی امام خمینی و سپس مدیران خدمات پرستاری و سرپرستاران بخش‌های مورد نظر انتخاب شدند. معیارهای ورود واحدهای مورد پژوهش شامل: آگاهی نسبت به زمان، مکان و شخص، عدم ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای مثل دیابت، بیماری‌های کبدی و کلیوی، ناشنوایی، عدم قرارگیری در مراحل پایانی بیماری، توانایی درک و تکلم به زبان فارسی، عدم سابقه ابتلا به بیماری‌های روانی و یا استفاده از داروهای روان‌گردان و اعتیاد و تحت درمان بودن با یکی از سه روش درمانی شیمی‌درمانی، جراحی و یا رادیوتراپی بود. بعد از انتخاب واحدهای مورد پژوهش واجد شرایط، پژوهش‌گر خود را به آن‌ها معرفی کرده و

گرفته بودند (۳۵/۹٪). ۳۰/۵٪ تحت شیمی درمانی، ۱۸/۶٪ تحت جراحی، ۱/۸٪ رادیوتراپی، ۱۳/۷٪ بیماران تحت درمان با هر سه روش درمانی جراحی، شیمی درمانی و رادیوتراپی قرار گرفته بودند. در این پژوهش محدودیتی از نظر نوع سرطان وجود نداشت. بیشترین تعداد مربوط به بیماران مبتلا به سرطان روده (۱۹/۱٪) و بعد سرطان خون (۱۶/۴٪) بود. ۱۲/۷٪ سرطان پستان، ۱۲/۷٪ سرطان غدد لنفاوی، ۷/۲٪ سرطان معده، ۶/۸٪ سارکوم، ۵٪ ریه، ۴/۵٪ سرطان رحم و تخمدان، ۳/۶٪ سرطان مری، ۲/۷٪ کبد، ۲/۷٪ سرطان استخوان، ۱/۴٪ سرطان تیروئید و ۱/۴٪ سرطان دهان داشتند. میانگین حمایت عاطفی درک شده ۱۳۷/۳۹ با انحراف معیار ۲۷/۹۵ و طیف اندازه شبکه اجتماعی بین ۲۰-۰ با میانگین ۴/۱۷ و انحراف معیار ۳/۰۶ نفر بود. میانگین و انحراف معیار حمایت عاطفی درک شده از سوی منابع مختلف در جدول شماره ۱ و نحوه پاسخگویی واحدهای بیماران به سؤالات مربوط به حمایت عاطفی درک شده در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

میانگین و انحراف معیار حمایت عاطفی درک شده ۲۷/۰۱ ± ۱۳۶/۴۴ و اندازه شبکه اجتماعی ۳/۰۶ ± ۴/۱۷ به

دست آمد. طیف افراد گزارش شده به عنوان تعداد افراد حمایت‌کننده و یا اندازه شبکه اجتماعی ۲۰-۰ نفر بود. بیماران بیشترین حمایت را از سوی همسران با میانگین (۳۱/۷۲) و اعضای خانواده (۳۱/۱۵) و سپس از سوی پزشکان (۲۸/۳۱)، پرستاران (۲۷/۶۵) و دوستان (۲۶/۸۸) درک کرده بودند. آزمون آنالیز واریانس ارتباط مثبتی بین حمایت عاطفی درک شده با سن (F=۵/۸۷۲, p=۰/۰۰۱)، وضعیت تأهل (p=۰/۰۰۱) و وضعیت اقتصادی (F=۵/۸۷۲, p=۰/۰۰۱) و آزمون کروسکال-والیس ارتباط مثبتی بین حمایت عاطفی درک شده با شغل (χ²=۵/۸۷۲, p=۰/۰۰۱)، قومیت (χ²=۵/۸۷۲, p=۰/۰۰۱) و اندازه شبکه اجتماعی (χ²=۱۳/۴۱, p=۰/۰۰۱) نشان داد ولی بین حمایت عاطفی درک شده با جنس، نوع درمان، نوع سرطان، تحصیلات و مدت زمان تشخیص ارتباط معناداری دیده نشد (p=۰/۰۵). نتایج در جدول شماره ۳ و ۴ نشان داده شده است. (اندازه شبکه اجتماعی از طریق میانگین ± انحراف معیار به سه گروه کوچک، متوسط و بزرگ تقسیم شد).

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار حمایت عاطفی درک شده واحدهای مورد پژوهش از سوی منابع حمایتی مختلف

منابع حمایتی	میانگین ± انحراف معیار
همسر	۳۱/۷۲ ± ۷/۲۳
اعضای خانواده	۳۱/۱۵ ± ۷/۹۶
دوستان	۲۶/۸۸ ± ۹/۰۱
پرستار	۲۷/۶۵ ± ۸/۲۱
پزشک	۲۸/۳۱ ± ۸/۶۵

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نحوه پاسخگویی واحدهای مورد پژوهش به سؤالات مربوط به حمایت عاطفی درک شده از سوی منابع حمایتی مختلف

میانگین ± انحراف معیار					سؤالات
پزشک	پرستار	دوستان	اعضای خانواده	همسر	
۳/۶۹ ± ۱/۱۲	۳/۶۳ ± ۱/۰۳	۳/۶۱ ± ۱/۱۲	۴/۰۶ ± ۰/۹	۴/۰۶ ± ۱/۰۷	وقتی که من می‌خواهم صحبت کنم او با میل به صحبت‌های من گوش می‌دهد.
۳/۸۱ ± ۱/۰۵	۳/۶۵ ± ۰/۹۹	۳/۶۱ ± ۱/۱	۴ ± ۰/۹۲	۴/۰۸ ± ۱	هنگامی که در مورد نگرانی‌های مربوط به وضعیت فعلی‌ام با او صحبت می‌کنم راحت می‌شوم.
۳/۱۷ ± ۱/۱۳	۳/۰۱ ± ۱/۱۱	۲/۹۵ ± ۱/۱۵	۳/۳۶ ± ۱/۲۳	۳/۵ ± ۱/۲۲	گاهی اوقات او از نگرانی‌های من غافل می‌شود و یا به آن‌ها کمتر اهمیت می‌دهد.
۳/۷۳ ± ۰/۹۸	۳/۶۵ ± ۰/۹۳	۳/۴۵ ± ۱/۱۳	۳/۹۹ ± ۰/۹۳	۴/۰۷ ± ۱/۰۳	به نظر می‌رسد او وضعیت من را درک می‌کند.
۳/۱۷ ± ۱/۱۴	۲/۹۵ ± ۱/۱۳	۲/۶۸ ± ۱/۱	۳/۹۱ ± ۱/۲۴	۴/۱۱ ± ۱/۲۷	اغلب احساس می‌کنم باید در مقابل او تظاهر کنم و وانمود کنم که اوضاع خیلی هم بد نیست.
۳/۵۴ ± ۱/۰۹	۳/۵۳ ± ۱/۰۴	۳/۴۶ ± ۱/۱۷	۴/۰۷ ± ۰/۹۱	۴/۱۱ ± ۱/۰۱	احساس می‌کنم او به من خیلی محبت دارد.
۳/۶۱ ± ۱/۰۷	۳/۶۳ ± ۰/۹۷	۳/۵۲ ± ۱/۱۴	۴/۰۳ ± ۰/۸۹	۴/۱۳ ± ۰/۹۳	به هنگام تلاش برای مقابله با این شرایط از سوی او تشویق می‌شوم.
۳/۶ ± ۱/۰۷	۳/۶ ± ۱/۰۱	۳/۶ ± ۱/۱	۴/۰۳ ± ۰/۹۴	۴/۱۱ ± ۰/۹۸	او به من کمک می‌کند تا این تجربه را بدتر از آنچه که حس نکنم.

جدول ۳: شاخص‌های آماری حمایت عاطفی درک شده واحدهای مورد پژوهش بر حسب متغیرهای زمینه‌ای

نتایج آزمون	$\bar{X} \pm SD$	حمایت عاطفی	
		متغیرها	
$p < .001$	۱۳۲/۳۳ ± ۲۱/۳۶	۱۸-۲۹	سن
	۱۳۵/۶۳ ± ۳۱/۸۱	۳۰-۳۹	
	۱۴۷/۸۷ ± ۲۶/۸۹	۴۰-۴۹	
	۱۴۰/۶۳ ± ۲۵/۳۳	۵۰-۵۹	
	۱۳۴/۷۶ ± ۲۲/۰۲	۶۰-۸۰	
$p < .001$	۱۴۶/۶۵ ± ۲۴/۳۳	متاهل	وضعیت تأهل
	۱۰۹/۵۷ ± ۲۱/۴۲	مجرد	
	۱۱۶/۶۲ ± ۱۵/۷۷	بیوه و مطلقه	
$p < .001$	۱۳۲/۱۴ ± ۲۷/۶۰	فارس	قومیت
	۱۴۸/۷۸ ± ۳۱/۰۱	کرد	
	۱۴۳/۲۳ ± ۲۰/۳۵	لر	
	۱۳۴/۵۶ ± ۲۶/۱۶	ترک	
	۱۶۲/۴۱ ± ۲۵/۴۰	گیلک	
$p < .001$	۱۴۳/۸۸ ± ۲۳/۳۴	خوب	وضعیت اقتصادی
	۱۳۸/۶۳ ± ۲۴/۱۷	متوسط	
	۱۳۰/۳۱ ± ۲۹/۴۰	ضعیف	
$p < .001$	۱۴۰/۳۸ ± ۳۱/۲۷	کارگر	شغل
	۱۴۳/۵۹ ± ۲۳/۱۰	کارمند	
	۱۳۵/۴۰ ± ۲۵/۹۵	خانه دار	
	۱۱۸/۳۵ ± ۲۳/۹۶	بیکار	
	۱۵۶/۰۸ ± ۲۰/۴۰	بازنشسته	

جدول ۴: ارتباط حمایت عاطفی با اندازه شبکه اجتماعی واحدهای مورد پژوهش

آزمون	میانگین	تعداد	حمایت عاطفی درک شده
			اندازه شبکه اجتماعی
$\chi^2 = 133/415$ $p < .001$	۷۹/۳۸	۳۴	کوچک (کمتر از ۳ نفر)
	۱۱۲/۸۶	۱۶۴	متوسط (۲ تا ۷ نفر)
	۱۴۱/۰۲	۲۲	بیش از ۷ نفر

نتایج پژوهش حاضر با پژوهش سارماکو تقریباً مشابهت دارد.

بررسی تک تک سؤالات مربوط به حمایت عاطفی حاکی از آن بود که در مورد گوش دادن با میل به صحبت‌های بیمار، آرام شدن به هنگام صحبت کردن در مورد نگرانی‌ها، درک کردن، محبت کردن، تشویق برای مقابله با این شرایط تنش‌زا، کمک کردن برای این شرایط را بدتر از آنچه که هست حس نکنند، اغلب بیماران بیشترین حمایت را اول از سوی همسرانشان و سپس اعضای خانواده و پایین‌ترین سطح حمایت را از سوی دوستان یا اقوام و همکارانشان درک کردند. مشابه مطالعه حاضر، در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۸۴ توسط سحر و

بحث

نتایج نشان داد که اکثر بیماران مورد پژوهش حمایت عاطفی را در سطح بالایی (با میانگین ۱۳۶/۴۴) از سوی منابع حمایتی شان با متوسط ۴/۱۷ نفر در شبکه حمایتی شان درک کردند. سامارکو (۲۰۰۱) نیز در مطالعه‌ای که روی بیماران مبتلا به سرطان پستان با استفاده از همین پرسشنامه انجام داد، دریافت بیماران مورد پژوهش حمایت عاطفی نسبتاً بالایی (با میانگین ۱۵۴/۳۴) از سوی منابع حمایتی‌شان درک کردند و میانگین اندازه شبکه اجتماعی بیماران را ۵/۴۱ نفر گزارش کرد (۱۳). که

مادی می‌دانند. این بیماران حمایت درون گروهی (بین اعضای خانواده) را مهم‌تر می‌دانند و به شدت به یکدیگر وابسته می‌باشند و روابط خارج گروهی را کوتاه و سطحی می‌دانند. آن‌ها اغلب سعی می‌کنند تمام کارهای حمایتی و مراقبتی بیماران را به کمک اعضای خانواده انجام دهند (۹۰۸).

در این مطالعه بیماران حمایت عاطفی کمتری نسبت به همسر و اعضای خانواده شان از سوی پرستاران و پزشکان دریافت کردند مشابه این مطالعه کان^۵ در مقاله خود بیان کرده است که در فرهنگ هونگ کونگ نیز پزشک و پرستار فقط کارهای مراقبتی و درمانی خود را انجام می‌دهند و اغلب ارایه مراقبت‌های عاطفی و اطلاعاتی را فراموش می‌کنند در حالی که بیماران نگرش‌های حمایتی آن‌ها را بیش از توانایی حرفه‌ای ایشان ارزیابی می‌کنند. این موضوع علاقه بیماران به همراهی و محبت پرستاران و پزشکان را منعکس می‌کند (۹). حمایت ناکافی پرستاران از بیماران را می‌تواند به نارضایتی و فرسودگی شغلی پرستاران نسبت داد. فرسودگی و نارضایتی شغلی پرستاران روی رفتارهای مراقبتی آن‌ها تأثیر می‌گذارد و منجر به کاهش کیفیت و کمیت مراقبت ارایه شده به بیماران می‌شود و با رضایت و نارضایتی بیماران ارتباط دارد (۲۳).

در این مطالعه بیماران مورد پژوهش کمترین حمایت را از سوی دوستان و همسایه‌ها دریافت کردند، کافی نیز در مطالعه خود درباره روابط همسایگی و دوستی به این نکته اشاره می‌کند که قبلاً محل‌ها بر اساس گرایش‌های مذهبی، قومی و فرقه‌ای شکل می‌گرفتند ولی امروزه دیگر روابط همسایگی بدین شکل نیست. این امر باعث شده است مشارکت افراد در امور محل و فعالیت‌های جمعی برای حل مشکلات یکدیگر دچار مشکل شود و از طرف دیگر انزوای اجتماعی ساکنین را به دنبال دارد و در مورد روابط دوستانه، در جامعه مدرن امروزی دوستی‌ها همچنان به عنوان منبع بالقوه همبستگی به شمار می‌آید ولی از اهمیت بالقوه‌ای برخوردار نیست (۲۴). رفیعی نیز در مطالعه خود در مورد درک بیماران همودالیزی از حمایت اجتماعی بیان می‌کند دیدگاه بیماران در مورد بستگان و دوستان بدین صورت بود که اگر نتوانند خوبی این افراد را

دانکل^۱ روی ۷۹ بیمار مبتلا به سرطان پستان و کلورکتال انجام شد. بیماران حمایت عاطفی را بسیار مفید و مهم معرفی کردند و بیان کردند که حمایت عاطفی از هر منبعی با ارزش است (۱۹). ولی به طور کلی مایلند که حمایت عاطفی را بیشتر از سوی خانواده‌هایشان و حمایت اطلاعاتی را از جانب پرستاران و پزشکان دریافت کنند. این حمایت تأثیر قوی بر مقابله افراد با شرایط تنش زا دارد و باعث می‌شود بیماران پاسخ‌های عاطفی منفی خود را کاهش دهند (۹).

تان و لیو^۲ نیز در مطالعاتشان مشابه پژوهش حاضر بیان کردند خانواده‌ها اغلب به عنوان منبع اولیه مراقبت و حمایت برای بیمارشان محسوب می‌شوند و خودشان را در جهت تأمین مراقبت از اعضای خانواده فدا می‌کنند (۱۲و۲). بعد از خانواده و خویشان نزدیک، مراقبین حرفه‌ای قرار می‌گیرند. افراد حرفه‌ای می‌توانند در جهت توسعه منابع حمایت اجتماعی موجود مددجویان و یا به عنوان جانشین برای مددجویانی که شبکه اجتماعی در دسترس ندارند، فعالیت و از آن‌ها حمایت نمایند (۱۵).

لی^۳ و همکارانش در مطالعه خود روی بیماران مبتلا به سرطان سینه، همسران را اولین منبع حمایتی در دوران بحران معرفی می‌کردند. ولی در کنار آن بیان می‌کند، در حالی که حمایت کم به عنوان کمبود توجه و علاقه تلقی می‌شود کمک کردن زیاد همسران به یکدیگر هم ممکن است به عنوان تحکم و سلطه‌گری تفسیر شود. دو سوپیه بودن مبادله حمایت خیلی مهم است. فیشر^۴ و همکارانش دریافتند که اگر گیرنده حمایت احساس مقروض بودن و یا اگر برای بازگرداندن کمک احساس ناتوانی داشته باشد کمک افراد کمک کننده را رد می‌کنند و یا از میزان دریافت آن می‌کاهد. هر چند که در روابط صمیمانه نیاز به دو سوپیه بودن فوری کمک‌ها کمتر می‌باشد ولی تأمین حمایت یک طرفه در طولانی مدت برای هر دو طرف مبادله حمایت مخرب است (۸).

مطالعه بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال در چین نیز مانند مطالعه حاضر نشان داد، بیماران، همسر و اعضای خانواده‌شان را افراد بسیار مهم در تأمین حمایت عاطفی و

1- sheher and Dunkel

2 - Tan and liu

3 - Lee

4 - Fishr

5 - Chan

جبران نمایند، آن‌ها نیز هیچ کمکی را به بیمار و خانواده وی ارایه نخواهند داد و نمی‌توانند برای حل مشکلات خود، روی اقوام و دوستانشان حساب کنند. در واقع بیماران اظهار می‌کردند زمانی آن‌ها از کمک‌های دیگران بهره‌مند می‌شوند که خودشان به سایر افراد کمک کرده باشند. از آنجا که بسیاری از بیماران تحت درمان سرطان، مشکلات اقتصادی و اجتماعی زیادی را تجربه کرده و در تأمین پاره‌ای از نیازهای خود و اطرافیان ناتوان می‌باشند، ممکن است نتوانند روی کمک دوستان و خویشاوندان حساب کنند. طبق نظریه مبادله افراد بر اساس محاسباتشان، فعالیت‌هایی را که بیشترین سود را برایشان دارد، انتخاب می‌کنند. وقتی روابط دوسویه از بین برود یا هزینه‌ها بیش از سود و فواید باشد افراد تمایل دارند که از تبادلات بیشتر کناره‌گیری کنند (۲۵). این توضیح احتمالاً درک کمتر حمایت از سوی پرستار، پزشک و دوستان و همسایه‌ها را شرح می‌دهد.

در همین راستا، بلا^۱ در توضیح بیشتر نظریه مبادله اجتماعی به موارد بسیاری از پاداش‌های اجتماعی بین اعضای خانواده و عشاق در خانواده‌ها اشاره کرده است او بیان می‌کند که افراد با یکدیگر به خاطر این که از یکدیگر سود می‌برند معاشرت می‌کنند ولی از نظر آن‌ها سود و منفعت یکسانی وجود ندارد و قیمت‌های پرداخته شده یکسان نیست. بعضی از همبستگی‌های اجتماعی به طور ذاتی پاداش می‌گیرند اعضای خانواده در ارتباط با یکدیگر رضایت خاطر می‌یابند و از هر آن چه با یکدیگر انجام می‌دهند لذت می‌برند- از کوهنوردی و تماشای فوتبال از تلویزیون. بلا این نوع معاشرت را مبادله پاداش‌ها نامیده است (۲۰). در مورد ارتباط حمایت مراقبین حرفه‌ای از بیماران، به علت این که مراقبین حرفه‌ای با بیماران پیوندهای عاطفی ندارند احتمالاً زمانی از بیماران حمایت همه جانبه به عمل می‌آورند که آن‌ها از شغل، محیط کاری و مزایای شغلی شان رضایت داشته باشند.

در این پژوهش ارتباط مستقیمی بین حمایت عاطفی درک شده و اندازه شبکه اجتماعی وجود داشت. تحقیقات مختلف نیز مشابه این مطالعه بیانگر آن است که هر چقدر تعداد افراد موجود در شبکه اجتماعی بیماران بیشتر و شبکه اجتماعی بزرگ‌تر باشد به علت این که هر

یک از افراد با کاری که انجام می‌دهد قسمتی از نیازهای بیمار را برطرف می‌کنند، بنابراین بیماران حمایت بیشتری از منابع مختلف دریافت می‌کنند (۲۶) البته تعدادی از مطالعات نیز بیان می‌کنند که یک شبکه بزرگ الزاماً به معنی میزان زیاد حمایت نیست. کیفیت روابط و دسترسی افراد به شبکه‌های حمایتی به علاوه شمار افراد موجود در شبکه به پذیرش حمایت کمک می‌کند (۱۴). حمایت اجتماعی با تعداد روابط فردی و به همان اندازه کیفیت عمق روابط ارتباط دارد (۱۲).

در این پژوهش بین حمایت عاطفی با سن، تأهل، قومیت، وضعیت اقتصادی و شغل ارتباط معناداری وجود داشت ولی بین حمایت عاطفی با نوع درمان، نوع سرطان، تحصیلات، مدت زمان تشخیص و جنس ارتباطی دیده نشد. در همین راستا کان و همکارانش در مطالعه‌ای که در مورد بیماران مبتلا به سرطان انجام دادند نیز ارتباطی بین جنس، تحصیلات و نوع درمان با حمایت درک شده پیدا نکردند (۹). در مطالعه‌ای که توسط تان^۲ بروی بیماران مبتلا به سرطان در ترکیه انجام داد نیز، ارتباطی بین جنس، نوع سرطان و طول مدت تشخیص بیماری با حمایت اجتماعی درک شده دیده نشد (۳). سامارکو نیز بین مدت زمان تشخیص و حمایت اجتماعی ارتباطی پیدا نکرد (۱۳).

افراد متأهل نسبت به افراد مجرد و بیوه و مطلقه اغلب حمایت بیشتری دریافت می‌کنند، پریشانی کمتری دارند و سازگاری بهتری با بیماری نسبت به افراد مجرد نشان می‌دهند (۲). در مورد ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و وضعیت اقتصادی یان و همکارانش دریافتند، افراد با درآمد ماهانه کمتر از دو هزار ین^۳ نسبت به افراد با درآمد بیشتر حمایت اجتماعی کمتری دریافت کردند (۲۷). در این مطالعه افراد شاغل (به خصوص کارمندان نسبت به کارگران) نسبت به افراد بیکار حمایت بیشتری درک کردند که شاید به این خاطر باشد که شاغلین وضعیت اقتصادی بهتری نسبت به افراد بیکار داشته‌اند.

در مورد ارتباط حمایت عاطفی درک شده و تحصیلات، مطالعات نشان دادند که افرادی که تحصیلات بالایی دارند اغلب برای دریافت حمایت بیشتر از شبکه

2 - Tan

3 - Yuan

1 - Blua

ارتقای اطلاعات و حمایت خانواده‌ها از بیماران ممکن است کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان را بهبود بخشد. بنابراین خانواده‌های بیماران باید به وسیله مراقبین بهداشتی در مورد نزدیک شدن عاقلانه و منطقی به بیماران و حمایت به موقع از بیماران آموزش ببینند و حمایت شوند (۲).

لازم است برای بالابردن آگاهی پرستاران در مورد اهمیت حمایت همه جانبه از بیماران و اثر آن روی ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها و نقش پرستاران در حمایت از بیماران، کارگاه‌های آموزشی گذاشته شود. و آن‌ها را به گوش دادن به صحبت‌های بیماران، در دسترس بودن و ایجاد محیط امن و آرام برای آن‌ها در جهت جلب اعتماد و اطمینان بیماران تشویق کنند تا بیماران به راحتی بتوانند در مورد احساسات، تنش‌ها و نگرانی‌های دایمی شان به آن‌ها صحبت کنند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به انجام مطالعه به صورت مقطعی اشاره کرد. به نظر می‌رسد مطالعه طولی در مورد حمایت از این بیماران در گذر از مسیر بیماری مزمن سرطان، درمان‌ها، عود و بهبودی آن یافته‌های ارزشمندی را فراهم کند. همچنین با توجه به عوامل متنوعی که می‌تواند بر درک بیماران از حمایت عاطفی تأثیر بگذارد، انجام تحقیقات کیفی در مورد چگونگی درک بیماران از حمایت و عوامل مؤثر بر آن مناسب به نظر می‌رسد.

از آنجایی که در این مطالعه ویژگی‌های شخصیتی بیماران مثل اعتماد به نفس، درون‌گرایی یا برون‌گرایی افراد به عنوان عوامل مداخله‌گر روی دریافت و درک حمایت و اندازه شبکه اجتماعی، مشخصات شبکه حمایتی و همچنین ابعاد دیگر حمایت اجتماعی مثل حمایت ابزاری، بازخوردی و اطلاعاتی مورد بررسی قرار نگرفته لازم است مطالعاتی برای بررسی این عوامل انجام شود.

شکر و قدردانی

پژوهشگر مراتب سپاس خود را از کلیه عزیزانی که مرا در مراحل مختلف پژوهش یاری نمودند به ویژه بیماران مبتلا به سرطان و پرسنل پرستاری بیمارستان‌های فیروزگر، حضرت رسول (ص) و انستیتو کانسر مجتمع بیمارستانی امام خمینی تقدیم می‌دارد.

اجتماعی برانگیخته می‌شوند و حمایت بیشتری دریافت می‌کنند (۲۸). تفاوت در تحصیلات و فاکتورهای اجتماعی و اقتصادی منجر به دسترسی نامساوی به حمایت اجتماعی می‌شود. تحصیلات بالاتر باعث دسترسی بیشتر به منابع حمایتی و اطلاعات مفید در مورد آن‌ها می‌شود و فرصتی برای ارتباط با منابع مورد نیاز را فراهم می‌کند (۲۳). معنادار نبودن ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و تحصیلات در این پژوهش شاید به علت پایین بودن سطح سواد (۸۸/۲٪ تحصیلاتی کمتر از دیپلم دارند) اکثر واحدهای مورد پژوهش و تعداد کم افراد با سطح سوادی در حد تحصیلات دانشگاهی و تفاوت‌های فرهنگی باشد. یافته نشان داد ارتباط معناداری بین قومیت و حمایت عاطفی درک شده وجود دارد بیماران کرد، لر و گیلک حمایت بیشتری را نسبت به گروه‌های دیگر دریافت می‌کردند. ویلچ^۱ و همکارانش دریافتند، انگلیسی‌ها نیاز بیشتری به حمایت اجتماعی و شبکه اجتماعی بزرگ‌تر نسبت به آمریکایی - آسیایی‌ها دارند و بیان کردند که عوامل فرهنگی اجتماعی در درک حمایت اجتماعی مؤثر می‌باشد (۹) کمک و حمایت خانوادگی و مبادلات داخل گروهی بعضی از خانواده‌ها و گروه‌های قومی نسبت به گروه‌های قومی دیگر بیشتر است این موضوع روی حمایت درک شده تأثیر می‌گذارد (۲۹). قومیت بر نحوه پاسخ خانواده‌ها به شرایط تنش‌زا و حمایت از یکدیگر تأثیر می‌گذارد (۲۳).

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد، خانواده اصلی‌ترین و کلیدی‌ترین منبع حمایتی بیماران می‌باشد بنابراین با عنایت به تنوع درک بیماران از حمایت پرستاران لازم است پیوسته نیازهای حمایتی بیماران را از نظر کیفیت و کمیت بررسی کنند و با شناسایی گروه‌های پرخطر در جهت بالابردن دریافت حمایت عاطفی و گسترش شبکه حمایتی‌شان اقدام نمایند و با بسیج منابع حمایتی موجود در جامعه و مشارکت خانواده در جهت ارتقای ارایه حمایت به بیماران گام بردارند و انزوای بیماران در خانواده و جامعه گام بردارند. با تقسیم بار زحمت حمایت از بیماران، هم کیفیت حمایت ارایه شده بالا می‌رود و هم سلامتی بیماران و خانواده‌هایشان در حد بهتری تأمین می‌گردد.

منابع

- 1- Lukman J. Text book of medical surgical nursing. 3st volume. Translated by Ebrahimi N. 1st Publishing Tehran: Aeejeh publishing: 2002; 285- 290.
- 2 - Tan M, Karabulutlu E. Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. *Cancer Nurs.* 2005; 28(3): 236-40.
- 3 - Tan M. Social support and coping in Turkish patients with cancer. *Cancer Nurs.* 2007; 30(6):498-504.
- 4 - Mahram M. Cancer epidemiology in the world, Iran and Qazvin province. Abstract book of cancer from prevention to rehabilitation congress. Qazvin: Midwifery and Nursing school, 2007.
- 5 - Courtens AM, Stevens FCJ, Crebolder HFJM, Philipsen H. Longitudinal study and quality of life and social support in cancer patients. *Cancer Nurs.* 1996; 19(3): 162-9.
- 6 - Shell GA, Kirsch J. Psychosocial issues, outcomes, and quality of life. In SE Otto. *Oncology Nursing* 4rd ed. ST Louis: Mosby a Aharcourt health sciences company. 2001: 948-70.
- 7- Hann D, Baker F, Denniston M, Gesme D, Reding D, Flynn T, Kennedy J, Kieltyka RL. The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients: age and gender differences. *J Psychosom Res.* 2002; 52(5): 279-83.
- 8 - Lee EH, Chung BY, Park HB, Chun KH. Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. *J pain symptome manage.* 2004; 27(5):425-33.
- 9 - Chan CW, Hon HC, Chien WT, Lopez V. Social support and coping in Chinese patients undergoing cancer surgery. *Cancer Nurs.* 2004; 27(3):230-6.
- 10 - Chan CWH, Molassiotis A, Yam B, Chan SJ, lam CSW. Traveling through the cancer trajectory: social support perceived by women with gynecologic cancer in Hong Kong. *Cancer Nurs.* 2001; 24(5): 387-94.
- 11- Schroevers MJ, Ranchor AV, Sanderman R. The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms: a comparison of cancer patients and individuals from the general population. *soc sci med.* 2003; 57(2): 375-85.
- 12 - Liu LN, Li CY, Tang ST, Huang CS, Chiou AF. Role of continuing supportive cares in increasing social support and reducing perceived uncertainty among women with newly diagnosed breast cancer in Taiwan. *Cancer Nurs.* 2006; 29(4): 273-82.
- 13 - Sammarco A. Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger survivors. *Cancer Nurs* 2001; 24(3): 212-9.
- 14 - Grant MM, Rivera LM. Evaluation of quality of life in oncology and oncology nursing. In: king CR, Hinds P, editor. *Quality of life from nursing and patient perspective theory, research practice.* 1st ed Philadelphia: Joins and Bartlett Publishers Sudbury Massachusetts; 1998. P. 37-53.
- 15 - Schaffer MA. Social support. In: Petersoon S, Bredow.TS, editor. *Middle range theories application to nursing research.* 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins; 2004. P. 179-202.
- 16 - Barg FK, Gullattee MM. Cancer support groups: meeting the needs of African Americans with cancer. *Semin Oncol Nurs.* 2001; 17(3):171-8.
- 17- Handeley SM. Perceived social support in young adults with cancer and camp experience. The thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree if master of nursing. Montana State University; 2004.
- 18 - Compbel HS, Phaneuf MR, Deane k. Cancer peer support programs- do they work? *Patient Educ Couns.* 2004; 55(1): 3-15.
- 19 - Helgeson VS, Cohen S. Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychol.* 1996; 15(2): 135-48.
- 20 - Tavasoli GHA, Sociological theories. 8st Publishing. Tehran: Organization of study and gathering books human of sciences universities publishing (SAMT); 2001 : 381- 434.
- 21 - Azad Armaki T. Sociological theories. 2st Publishing. Tehran: Sorosh publishing: 2002: 247-261.
- 22 - Jorj R. Sociological theories main branches. Translated by Gharavi Rad AR. Tehran: Samt; 1996 : 381-431.
- 23 - Rafiee F. "Survey amount of burnout and relation this with applying coping methods by nurses working in accidental and burning hospital of Tehran and comparison this with working in these hospitals". MS_C thesis, Midwifery and nursing school of Iran University of Medical Sciences. 1373.
- 24 - Kafi MA. "Planning pattern of sociological social isolation in Tehran" Phd dissertation, Tarbiat Modares university, 2004.
- 25 - Rafii F, Rambod M, Hosini F. Perception of patients under hemodialysis from social support. *Hayat.* 2009; 15(1): 5- 12.
- 26 - Tilden VP, Nelson CA. Social support. In: Lindeman C, Macatie C, editor. *Fundamentals contemporary nursing practice.* 1st ed Philadelphia: W.B Saunders Company; 1999. P. 857-876.
- 27 - Yan H, Sellick K. Symptoms, psychological distress, social support, and quality of life of Chinese patients newly diagnosed with gastrointestinal cancer. *Cancer Nurs.* 2004; 27(5): 389-99.
- 28 - Burleson BR, Albrecht TL, Sarason IG. Communication of social support messages interactions, relationships and community. 2rd ed. Thousand Oaks: Sage Publication; 2000. P. 87-100.
- 29 - Hassanein KA, Musgrove BT, Bradbury E. Functional status of patients with oral cancer and its relation to style of coping, social support and psychological status. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2001; 39(5): 340-5.

Assessing size of social network and emotional support sources and related factors among cancer patients

Heidari¹ S (MSc.).

Introduction: Cancer is a potentially life-threatening disease that engenders considerable distress in personal, familial and social dimensions of patient's life. Numerous changes in their life, communications and social activities, increase the need for social support. The study aimed at assessing size of social networks and sources of emotional support in cancer patients.

Methods: Using a descriptive-correlational design, 220 cancer patients drawn from Firozghar, Rasoul-e Akram Medical Complex and cancer institute of Imam Khomeini Complex Hospital, were selected through Sequential sampling method. Data were collected using Nortouse Emotional support questionnaire from five sources of spouses, family members, friends, nurses and physicians. All data were computed by SPSS software (Version 13) using descriptive statistics, analysis of variance, Pearson correlation coefficients.

Results: Mean of emotional support scores was 137.39 and mean score of social network's size was 4.17. Patients had perceived the supports mostly from their spouses and family members, then from physicians, nurses and friends, consecutively. Analysis of variance test showed significant association between perceived emotional support with age, marital status, economic condition, job, ethnicity and size of social network ($P=0.001$).

Conclusion: Family is the main emotional supportive source in cancer patients. Nurses must regard the patients a whole and consider all their existence domains including emotional supports, quality and quantity of their support sources and patients' perception of such sources. They should accumulate the support sources of the community and family participation in order to improve support provisions to patients and decrease their tensions. This study didn't include other domains of social support and personal characteristics as interferer factors in perceiving the supports, which needs to be investigated by further studies.

Key words: Support sources, Emotional support, Size of social network, Cancer

1 - Faculty Member, Faculty of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

e-mail: heidari_saeide@yahoo.com