

## حمایت پرسنل درمانی در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مرکز درمانی امام خمینی (ره) اردبیل

آزاد رحمانی<sup>۱</sup>، وحید زمان زاده<sup>۲</sup>، راشد افروز<sup>۳\*</sup>، فرحناز عبدالله زاده<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۹/۰۹ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۱۱/۱۲

## چکیده

**پیش زمینه و هدف:** تشخیص سرطان تجربه‌ای بسیار ناخوشایند و غیرقابل باور برای هر فرد است که مشکلات جسمی و ناراحتی‌های روانی را به همراه دارد. حمایت پرسنل درمانی از منابع مهم مقابله‌ای برای کمک به بیماران مبتلا به سرطان در سازگاری با بیماری است که تحمل این مشکلات را برای بیماران تسهیل و شدت استرس‌های زندگی در بیماران را کاهش می‌دهد. این مطالعه به منظور بررسی سطح حمایت پرسنل درمانی در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مرکز درمانی امام خمینی (ره) اردبیل انجام گردید.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی تحلیلی در مرکز درمانی امام خمینی (ره) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل در سال ۱۳۹۳ انجام گرفت. ۲۳۰ بیمار دارای تشخیص قطعی سرطان با روش در دسترس در این مطالعه شرکت داده شدند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌ای شامل دو قسمت مشخصات دموگرافیک و حمایت پرسنل درمانی جمع‌آوری و با آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی شامل فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** میانگین سطح حمایت پرسنل درمانی با دامنه امتیاز ۸۰-۱۶، برابر ۵۸/۷ بود. میانگین سطح حمایت پزشکان و پرستاران با دامنه امتیاز ۴۰-۸ به ترتیب برابر ۲۹/۳ و ۲۹/۴ به دست آمد. ارتباط معنی‌داری بین سطح حمایت پرسنل درمانی با سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، نوع شغل، وضعیت درآمد، سابقه متاستاز، سابقه عود بیماری، مدت زمان سپری شده از عود یا متاستاز و مدت زمان سپری شده از آگاهی از تشخیص بیماری وجود نداشت. بین سطح حمایت پرسنل درمانی با سابقه بستری شدن ارتباط معنی‌دار و معکوس وجود داشت. میانگین حمایت پرسنل درمانی در بیماران متأهل، کارمند، دارای مدرک تحصیلی دیپلم، دارای خرج بیش از درآمد، زندگی به همراه همسر و مبتلا به سرطان خون بیشتر بود. بین زنان و مردان در سطح حمایت پرسنل درمانی تفاوتی وجود نداشت.

**بحث و نتیجه‌گیری:** یافته‌های مطالعه حاکی از متوسط به بالا بودن سطح حمایت پرسنل درمانی در بیماران مبتلا به سرطان بود. همچنین، بر اساس نتایج، افراد مجرد و مطلقه و بیوه، بی‌سواد، بیکار، زندگی به همراه فرزندان و دارای سرطان ریه حمایت پرسنل درمانی کم‌تری دریافت کرده بودند. بنابراین، لازم است نقش پرسنل درمانی در برنامه‌ریزی مراقبتی برای این بیماران به‌خصوص در گروه‌های با سطح حمایت پایین مدنظر قرار گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** سرطان، حمایت، پرسنل درمانی، مشخصات دموگرافیک

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره دوازدهم، پی‌درپی ۸۹، اسفند ۱۳۹۵، ص ۱۰۵۱-۱۰۴۱

آدرس مکاتبه: اردبیل، انتهای خیابان دانشگاه، ستاد مرکزی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، کد پستی ۵۶۱۸۹۸۵۹۹۱، تلفن: ۰۹۱۴۳۵۲۴۴۷۲

Email: afrooz.rashed@yahoo.com

## مقدمه

عامل مرگ‌ومیر است (۴) و هرساله بیشتر از ۳۰ هزار نفر در اثر سرطان در ایران فوت می‌نمایند (۵) و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ تعداد مرگ‌ومیر سرطان در ایران به ۶۲ هزار نفر برسد (۶). با توجه به افزایش امید به زندگی و افزایش درصد سالمندی در کشور

سرطان یک بیماری ناتوان‌کننده، تهدیدکننده و یکی از معضلات سلامتی در دنیا بوده و شیوع آن در حال افزایش می‌باشد (۱-۳). در ایران، بعد از بیماری‌های قلبی-عروقی و تصادفات سومی

<sup>۱</sup> استادیار، دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

<sup>۲</sup> استاد، دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

<sup>۳</sup> کارشناسی ارشد، آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۴</sup> مربی، کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

گوشه‌گیری و انزوایابی، افسردگی، بی‌تفاوتی، ناامیدی، ناتوانی در کنترل جریان‌های زندگی شخصی، کاهش عزت‌نفس، خودپنداری منفی، عدم کارایی و بی‌کفایتی، نارضایتی شغلی، افزایش میزان اختلاف و درگیری با سایر افراد و کاهش در سرعت واکنش به محرک‌های محیطی شده‌اند (۲۱). تحقیقات نشان داده‌اند که حمایت کافی از این مبتلایان نقش مهمی در حفظ و انسجام روانی، سازگاری و مقابله با بیماری سرطان داشته (۲۲) و ضمن داشتن اثرات مثبت بر کیفیت زندگی، باعث تقویت و افزایش شناخت بیماران، افزایش سازگاری، بهبود نتایج مراقبت‌های حرفه‌ای (۲۳)، (۲۴)، بهبود وضعیت اقتصادی، حفظ احساس، همسانی اجتماعی و مقابله با احساس تنهایی می‌گردد (۲۵). در این راستا، نتایج مطالعات انجام شده در کشورهای غربی نشان داده است که ارتباط مناسب با پرسنل درمانی از عوامل مؤثر در تطابق بیماران با بیماری سرطان می‌باشد (۱۴، ۲۶-۲۸). در کشور ایران مطالعه‌ای که سطح حمایت پرسنل درمانی را به صورت کمی در بیماران مبتلا به سرطان نشان دهد وجود ندارد و تنها در مطالعه‌ای کیفی نشان داده شده است که پرسنل درمانی از منابع مهم برای بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد (۲۹). علاوه بر این سایر مشخصات مربوط به بیماران از جمله سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، نوع شغل، وضعیت درآمد، وضعیت زندگی، سن و جنس ممکن است نقش مهمی در ادراک بیماران از حمایت پرسنل درمانی دریافت شده ایفا نمایند. بنابراین، با توجه به موارد ذکر شده و اهمیت این مسئله که سطح حمایت پرسنل درمانی در بیماران مبتلا به سرطان می‌تواند در کنترل نشانه‌هایی که آن‌ها تجربه می‌کنند مؤثر باشد این مطالعه به بررسی سطح حمایت پرسنل درمانی در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مرکز درمانی امام خمینی (ره) اردبیل می‌پردازد.

### مواد و روش کار

این مطالعه توصیفی تحلیلی در مرکز درمانی امام خمینی (ره) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل در سال ۱۳۹۳ انجام گرفت. این مرکز درمانی دارای یک بخش بستری و دو کلینیک سرپایی می‌باشد. جامعه مطالعه تمام بیمارانی بودند که دارای تشخیص قطعی سرطان بودند، حداقل ۱۸ سال سن داشتند، برای شرکت در مطالعه تمایل داشتند، حداقل یک‌بار سابقه بستری داشتند و حداقل سه ماه از آگاهی آنان از تشخیص قطعی سرطان گذشته بود. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن جسمی و ابتلا به اختلالات شدید شناخته‌شده روانی بر اساس گزارش بیمار و یا همراه وی بود. حجم نمونه پس از مطالعه مقدماتی بر روی ۳۰ بیمار برابر ۲۲۰ نفر محاسبه شد. در طول مدت نمونه‌گیری از ۲۶۰ بیمار مبتلا به سرطان با روش در دسترس برای شرکت

ایران انتظار می‌رود که در دهه‌های آینده میزان بروز سرطان به‌طور قابل‌توجهی افزایش یابد (۷). تشخیص سرطان تجربه‌ای بسیار ناخوشایند و غیرقابل‌باور برای هر فرد است که علاوه بر ایجاد مشکلات جسمی، انواع ناراحتی‌های روانی را در مبتلایان به وجود می‌آورد (۸). بیماران مبتلا به سرطان بعد از تشخیص بیماری دچار مشکلات فراوان جسمی (۹)، کاهش عملکرد زندگی (۱۰)، از دست دادن شغل (۱۱)، ازم‌گسیختگی خانوادگی (۱۱)، اختلال در ارتباطات بین فردی (۱۲)، عدم توانایی در انجام مسئولیت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی می‌شوند (۷). بنابراین، می‌توان گفت که بیماران مبتلا به سرطان در تمامی ابعاد زندگی خود دچار بحران می‌شوند (۲). به این دلیل بیماران مبتلا برای مقابله با بحران ایجاد شده ناشی از سرطان نیاز به مقابله فردی در سطح بالایی دارند (۱۳). یکی از منابع مؤثر جهت مقابله با بیماری سرطان و مشکلات ایجاد شده حمایت می‌باشد (۱۴). حمایت فرایندی است ارتباطی که در هر تعامل اجتماعی وجود دارد و دارای مراحل ماند برقراری ارتباط و ایجاد یک شبکه ایمنی می‌باشد. هدف اصلی حمایت - توانمندسازی است تا بیمار بتواند با سرطان زندگی کند (۱۵). حمایت از بیمار به مجموعه‌ای از اعمال و رفتارهایی گفته می‌شود که باعث حفظ منزلت بیمار به‌عنوان انسان و پاسخ به نیازهای جسمی، روحی و اجتماعی او شامل آگاهی دادن، ارج نهادن، محترم شمردن، پشتیبانی کردن جسمی، عاطفی، مالی، حفاظت کردن و تأمین استمرار مراقبت‌ها می‌شود (۱۶). در حقیقت، حمایت از سه رفتار حمایتی شامل حمایت عاطفی، حمایت مادی و حمایت اطلاعاتی تشکیل یافته است (۱۳). از جمله نیازهای حمایتی بیماران مبتلا به سرطان پس از تشخیص بیماری، نیاز به احترام از سوی پرسنل درمانی و صحبت کردن با آن‌ها می‌باشد (۹). پرستاران و سایر کارکنان درمانی در تأمین مراقبت‌های حمایتی برای بیماران نقش اساسی را به عهده دارند (۱۰). این عوامل نشان می‌دهد که حمایت یکی از اصلی‌ترین نیاز بیماران مبتلا به سرطان است (۱۲). حمایت پرسنل درمانی از منابع مهم مقابله‌ای برای کمک به بیماران مبتلا به سرطان در سازگاری با بیماری است که تحمل این مشکلات را برای بیماران تسهیل و شدت استرس‌های زندگی را کاهش می‌دهد (۱۷) و یکی از مکانیسم‌های مقابله‌ای بزرگ و قوی برای مقابله موفقیت‌آمیز و آسان افراد در زمان ابتلا به سرطان بوده (۱۸، ۱۹) و هدف نهایی آن است که بیمار بتواند با سرطان زندگی کند (۱۵). پرستاران و پرستاران نقش اساسی در تأمین مراقبت‌های حمایتی برای بیماران بر عهده دارند (۲۰). در مطالعات و تحقیقاتی که در مورد حمایت به عمل آمده مشاهده شده است که افرادی که از انواع حمایت‌ها برخوردار نبوده‌اند و یا به عللی این نوع حمایت‌ها را از دست داده‌اند دچار اختلالات فراوانی مانند احساس اضطراب،

در مطالعه دعوت شد و در نهایت، داده‌های ۲۳۰ بیمار (ضریب بازگشت = ۸۸ درصد) جمع‌آوری شد و ۳۰ بیمار نیز از شرکت در مطالعه امتناع نمودند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها متشکل از دو قسمت بود. قسمت اول برخی مشخصات فردی - اجتماعی و مشخصات مرتبط با بیماری را مورد بررسی قرار می‌داد. قسمت دوم، پرسشنامه حمایت پرسنل درمانی از زیرشاخه پرسشنامه حمایت اجتماعی نورتوس<sup>۱</sup> بود که در سال ۱۹۸۸ به وسیله نورتوس ابداع شده است (۳۰) و حمایت درک شده از سوی پنج منبع همسر، اعضای خانواده، دوستان، پرستاران و پزشکان را بررسی می‌کند. هر قسمت شامل هشت گویه مشابه برای هر یک از منابع حمایتی و بر اساس مقیاس لیکرت پنج گزینه ای می‌باشد که به گزینه کاملاً مخالفم نمره ۱، مخالفم نمره ۲، نظری ندارم نمره ۳، موافقم نمره ۴ و کاملاً موافقم نمره ۵ تعلق می‌گیرد. در این ابزار می‌توان نمره مربوط به هر منبع حمایتی را جداگانه محاسبه کرد که برای هر منبع حمایتی از ۸ تا ۴۰ متغیر می‌باشد. در این مطالعه از دو قسمت پرسشنامه مذکور شامل حمایت پرستاران و پزشکان جهت سنجش حمایت پرسنل درمانی که شامل ۱۶ گویه می‌باشد استفاده شد. در مورد گویه ۳ و ۱۱ نمره‌گذاری به صورت معکوس می‌باشد و هر چه نمره فرد در آن بیشتر باشد نشان‌دهنده سطح بالاتر حمایت پرسنل درمانی می‌باشد. این پرسشنامه نیز در مطالعاتی در ایران مورد استفاده قرار گرفته است (۳۱، ۳۲). در این مطالعه جهت استفاده از پرسشنامه فوق ابتدا پرسشنامه انگلیسی به فارسی ترجمه و صحت ترجمه توسط یک کارشناس زبان انگلیسی تأیید شد. در ادامه، روایی صوری و محتوای پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در رشته‌های انکولوژی، روانشناسی و پرستاری تعیین شد. پس از دریافت نظرات این متخصصان تغییرات لازم در پرسشنامه اعمال شد. سپس، پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ و پس از مطالعه راهنما بر روی ۳۰ بیمار مبتلا به سرطان واجد معیارهای مطالعه محاسبه شد که برابر ۰/۸۵ بود.

جهت انجام مطالعه ابتدا طرح پژوهشی به تأیید کمیته‌ی منطقه‌ای اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تبریز رسید. سپس، محققین هفته‌ای سه روز به مدت چهار ماه از اسفندماه سال ۱۳۹۲ تا تیرماه سال ۱۳۹۳ به بخش‌های بستری و سرپایی مرکز مورد نظر مراجعه و بیماران واجد معیارهای مطالعه را مشخص می‌نمودند. در مورد اهداف مطالعه و حقوق بیماران توضیحاتی شفاهی

به همه بیماران ارائه شد. در ادامه، داده‌های همه بیماران واجد معیارهای مطالعه که تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند با روش مصاحبه خصوصی جمع‌آوری شد. یکی از چالش‌های اصلی این مطالعه تشخیص بیماری‌رانی بود که تشخیص قطعی بیماری خود را می‌دانستند. در این زمینه، بر طبق دستورالعمل کمیته اخلاق ابتدا از نزدیکان بیمار و یا پرسنل درمانی در این زمینه سؤال پرسیده می‌شد و سپس در مواردی که در این زمینه تردید وجود داشت این اطلاعات با خود بیمار ضمن مصاحبه‌ای کوتاه و خصوصی تأیید می‌شد.

جهت تجزیه و تحلیل آماری یافته‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۳ و آمار توصیفی و استنباطی شامل فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن استفاده شد. سطح معنی‌داری کم‌تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

بررسی مشخصات فردی - اجتماعی و وابسته به بیماری نشان داد که بیشتر بیماران زن، متأهل، بی‌سواد، خانه‌دار، دارای درآمد کم‌تر از هزینه بوده و با همسر و فرزندان زندگی می‌کنند. نوع درمان و تشخیص اکثریت آن‌ها شیمی‌درمانی و سرطان‌های گوارشی بود. مشخصات فردی - اجتماعی بیماران در جدول شماره ۱ خلاصه شده است.

میانگین سطح حمایت پرسنل درمانی با دامنه امتیاز ۸۰-۱۶، برابر ۵۸/۷ بود. میانگین سطح حمایت پزشکان و پرستاران با دامنه امتیاز ۴۰-۸ به ترتیب برابر ۲۹/۳ و ۲۹/۴ به دست آمد که در جدول شماره ۲ آورده شده است. یافته‌ها ارتباط معنی‌داری بین سطح حمایت پرسنل درمانی با سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، نوع شغل، وضعیت درآمد، سابقه متاستاز، سابقه عود بیماری، مدت‌زمان سپری شده از عود یا متاستاز و مدت‌زمان سپری شده از آگاهی از تشخیص بیماری نشان نداد. بین سطح حمایت پرسنل درمانی با سابقه بستری شدن ارتباط معنی‌دار و معکوس وجود داشت که در جدول شماره ۳ آورده شده است. میانگین حمایت پرسنل درمانی در افراد متأهل، کارمند، سطح تحصیلات دیپلم، دارای خرج بیش از درآمد، زندگی به همراه همسر و مبتلا به سرطان خون بیشتر بود. بین زنان و مردان در سطح حمایت پرسنل درمانی تفاوتی وجود نداشت که در جدول شماره ۴ آورده شده است.

<sup>1</sup> Northouse Social Support Questionnaire

**جدول (۱): مشخصات فردی - اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان**

متغیر	تعداد (درصد)	متغیر	تعداد (درصد)
<b>جنس</b>			
مرد	۱۰۸ (۴۷)	تشخیص بیماری	۹۲ (۴۰)
زن	۱۲۲ (۵۳)	سرطان گوارشی	۵۸ (۲۵/۲)
		سرطان خون	
<b>وضعیت تأهل</b>			
مجرد	۲۰ (۸/۷)	سرطان پستان	۳۶ (۱۵/۷)
متأهل	۱۹۴ (۸۴/۳)	سرطان ریه	۱۱ (۴/۸)
مطلقه یا بیوه	۱۶ (۷)	سرطان‌های دیگر	۳۳ (۱۴/۳)
<b>سطح تحصیلات</b>			
بی‌سواد	۱۰۷ (۴۶/۵)	وضعیت زندگی	۳۷ (۱۶/۱)
فرزندان	۶۴ (۲۷/۸)	زندگی با همسر	۱۵ (۶/۵)
ابتدایی	۳۸ (۱۶/۵)	زندگی با	۱۵۵ (۶۷/۴)
فرزندان	۲۱ (۹/۱)	زندگی با همسر و	۲۳ (۱۰)
دیپلم	۱۸ (۷/۸)	زندگی با پدر و	۳۷ (۱۶/۱)
مادر	۳۸ (۱۶/۵)		۴۵ (۱۹/۶)
دانشگاهی	۱۰ (۴/۳)	سابقه عود بیماری	۳/۳ (۲/۲)
<b>وضعیت شغل</b>			
کارمند	۱۱۳ (۴۹/۱)	سابقه متاستاز بیماری	۲۲۹ (۹۹/۶)
بازنشسته	۵۱ (۲۲/۲)	سن بر حسب سال	۴۱ (۱۷/۸)
بار		سابقه بستری شدن بر حسب	۱۳۳ (۵۷/۸)
بیکار	۲۱۶ (۹۳/۹)	نوع درمان ×	۲ (۰/۹)
خانه‌دار	۱ (۰/۴)	شیمی‌درمانی	۱۳ (۵/۷)
آزاد	۱۳ (۵/۷)	رادیوتراپی	۱۰/۸ (۱۱/۳)
<b>وضعیت درآمد</b>			
خرج بیشتر از درآمد		جراحی	۴/۵ (۵/۲)
خرج کمتر از درآمد		درمان‌های دیگر	
خرج برابر درآمد			
<b>مدت‌زمان سپری شده از آگاهی از تشخیص</b>			
<b>بیماری بر حسب ماه</b>			
<b>مدت‌زمان سپری شده از عود یا متاستاز</b>			
<b>بیماری بر حسب ماه</b>			

\*در این متغیر بیماران مبتلا می‌توانستند بیش از یک گزینه را انتخاب نمایند.

**جدول (۲): سطح حمایت پرسنل درمانی در بیماران مبتلا به سرطان**

نام متغیر	میانگین (انحراف معیار)
حمایت پرستاران	۲۹/۴ (۱۱/۳)
حمایت پزشکان	۲۹/۳ (۵/۸)
حمایت پرسنل درمانی	۵۸/۷ (۱۱/۳)

**جدول (۳): ضرایب همبستگی بین جنس، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، نوع شغل، وضعیت درآمد، سابقه عود، سابقه متاستاز، سابقه بستری، مدت زمان سپری شده از عود یا متاستاز و مدت زمان سپری شده از آگاهی از تشخیص بیماری**

متغیرها	حمایت پرسنل درمانی
جنس	$r = .۰۴$ $P = .۵۴$
سن	$r = -.۰۳$ $P = .۶۳$
وضعیت تأهل	$r = .۰۰۱$ $P = .۹۹$
سطح تحصیلات	$r = .۱۰$ $P = .۱۱$
نوع شغل	$r = .۰۱$ $P = .۷۷$
وضعیت درآمد	$r = -.۰۶$ $P = .۲۹$
سابقه عود	$r = .۰۷$ $P = .۲۷$
سابقه متاستاز	$r = .۰۹$ $P = .۱۴$
سابقه بستری	$r = -.۱۹$ $P = .۰۰۴$
مدت زمان سپری شده از عود و متاستاز	$r = .۱$ $P = .۳۹$
مدت زمان آگاهی از تشخیص بیماری	$r = .۰۳$ $P = .۵۶$

p-value &lt; .05

**جدول (۴): میانگین سطح حمایت پرسنل درمانی برحسب وضعیت تأهل، وضعیت زندگی، درآمد، تحصیلات، وضعیت شغل، نوع سرطان**

متغیرها	حمایت پرسنل درمانی	متغیرها	حمایت پرسنل درمانی
<b>وضعیت تأهل</b>		<b>وضعیت زندگی</b>	
متأهل	۵۹/۲۲	پدر و مادر	۵۷/۶۰
مجرد	۵۷/۳۰	فرزندان	۵۶/۶۶
مطلقه یا بیوه	۵۵/۵۰	همسر	۶۰/۲۷
<b>سطح تحصیلات</b>		همسر و فرزندان	۵۸/۵۸
بی سواد	۵۷/۳۱	<b>نوع سرطان</b>	
ابتدایی	۵۹/۷۱	سرطان های گوارشی	۵۹/۷۷
دیپلم	۶۱/۴۴	سرطان خون	۵۹/۸۹
دانشگاهی	۵۸/۷۱	سرطان سینه	۵۶/۸۸
<b>نوع شغل</b>		سرطان ریه	۵۴/۲۷
بیکار	۵۵/۴۰	سایر سرطان ها	۵۷/۷۲
خانه دار	۵۸/۹۶		
بازنشسته	۵۸/۸۱		
آزاد	۵۷/۹۰		

کارمند	۶۲/۱۱
<b>وضعیت درآمد</b>	
خرج بیشتر از درآمد	۷۰/۰۰
خرج برابر درآمد	۶۱/۴۶
خرج کمتر از درآمد	۵۸/۵۸

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این مطالعه بررسی سطح حمایت پرسنل درمانی در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مرکز درمانی امام خمینی (ره) اردبیل بود. نتایج نشان داد که سطح حمایت پرسنل درمانی در بیماران ایرانی مبتلا به سرطان متوسط به بالا می‌باشد. متأسفانه در مرور متون داخلی مقاله‌ای یافت نشد که سطح حمایت پرسنل درمانی را در بیماران مبتلا به سرطان بررسی کرده باشد. ولی مطالعاتی در خصوص بررسی سطح حمایت اجتماعی در بیماران انجام یافته است. در مطالعه قدوسی و همکاران (۲۰۱۳) که به منظور بررسی حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزویس انجام شد سطح حمایت اجتماعی بیماران متوسط بود (۳۲). مطالعه پینار<sup>۲</sup> (۲۰۱۲) در بیماران مبتلا به سرطان ژنیتال نشان داد که اکثر بیماران از سطح حمایت اجتماعی متوسطی برخوردار بودند (۳۳). اگر حمایت پرسنل درمانی را نوعی از حمایت اجتماعی در نظر بگیریم نتایج حاصل در این مطالعه همسو با نتایج مطالعات مذکور می‌باشد. در مطالعه دهکردی و همکاران (۲۰۱۵) در خصوص حمایت اجتماعی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی، سطح حمایت اجتماعی بیماران پایین بود (۳۴) که با نتایج این مطالعه همسو نیست که این اختلاف امکان دارد به دلیل حجم نمونه پایین مطالعه دهکردی و همکاران در مقایسه با حجم نمونه در این مطالعه باشد. در مطالعات کیفی انجام شده نیز اکثر بیماران مبتلا، حمایت پرسنل درمانی را به‌عنوان یکی از فاکتورهای مهم ذکر نموده‌اند. در مطالعات کیفی که توسط نگارنده (۲۰۰۵) (۱۶) و سجادیان (۲۰۱۱) (۳۵) انجام شده است بیماران مبتلا عنوان نمودند که حمایت پرستاران و پزشکان باعث حفظ روحیه و در نتیجه همکاری آن‌ها در ادامه درمان بیماری شده است. نتیجه مطالعه کیفی ونکی و همکاران (۲۰۰۴) در بیماران مبتلا به سرطان نشان داد که بیماران از پرسنل درمانی حمایتی دریافت - نمی‌کنند که نشان می‌دهد بیماران حمایت پرسنل درمانی را دارای

اهمیت می‌دانند (۱۵). نتیجه مطالعه کیفی اسمعیلی و همکاران نیز (۲۰۱۲) در بیماران مبتلا به سرطان نشان داد که حمایت پرسنل درمانی بعد از حمایت خانواده به‌عنوان اصلی‌ترین نیاز بیماران مبتلا می‌باشد (۳۶). متأسفانه در مرور متون خارجی نیز مقاله‌ای یافت نشد که سطح حمایت پرسنل درمانی را در بیماران مبتلا به سرطان به صورت کمی بررسی کرده باشد البته مطالعات موجود در این زمینه به نقش حمایت پرسنل درمانی در بیماران مبتلا به سرطان تأکید کرده است. مطالعات ولون<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۶) (۱۴)، بوکلی<sup>۴</sup> (۲۰۰۴) (۲۶)، هرث<sup>۵</sup> (۲۰۰۲) (۲۷) و بنزین<sup>۶</sup> (۲۰۰۱) (۲۸) نشان دادند، ارتباط مناسب با پرسنل درمانی در بیماران مبتلا به سرطان اهمیت دارد. همچنین، در مطالعه بالارد<sup>۷</sup> (۱۹۹۷) (۳۷) بیماران مبتلا به سرطان تازه تشخیص داده شده حمایت پرستاران و پزشکان را دارای اهمیت عنوان نمودند. نتیجه مطالعه لوسزینسکا<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۱۳) (۳۸) نشان می‌دهد که در بیماران مبتلا به سرطان ریه که از حمایت پرسنل درمانی برخوردار بودند کیفیت زندگی افزایش یافته بود و بین حمایت پرسنل درمانی و کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود داشت. در مطالعه کوان<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۱۳) (۳۹) که در خصوص تعامل پزشک - بیمار و ارتباط آن با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام یافته بود بین تعامل پزشک با بیمار و کیفیت زندگی ارتباط مثبتی وجود داشت. مطالعه ریمرس<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۰) (۴۰) نیز نشان داد که پرستاران می‌توانند با حمایت از بیماران مبتلا به سرطان به وسیله گوش دادن به آنان و پذیرش عواطف آن‌ها، حس امنیت در بیماران ایجاد و در آنان توانایی مقابله با وضعیت به وجود آمده ایجاد نمایند. دیویس<sup>۱۱</sup> و همکاران (۲۰۰۴) (۴۱) نیز در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که منابع اولیه حمایت برای بیماران مبتلا به سرطان و خانواده آن‌ها پزشکان شامل جراح‌ها، انکولوژیست‌ها می‌باشد. در مطالعه

<sup>7</sup> Ballard

<sup>8</sup> Luszczynska

<sup>9</sup> Kwan

<sup>10</sup> Remmers

<sup>11</sup> Davis

<sup>2</sup> Pinar

<sup>3</sup> Vellone

<sup>4</sup> Buckley

<sup>5</sup> Herth

<sup>6</sup> Benzein

آرورا<sup>۱۲</sup> و همکاران (۲۰۰۷) (۴۲) حمایت اطلاعاتی و تصمیم‌گیری که توسط مراقبان سلامت ارائه شده بود منجر به بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان گشته بود. این مطالعه علاوه بر هدف اصلی که تعیین سطح حمایت پرسنل درمانی در بیماران مبتلا به سرطان بود دارای اهداف فرعی نیز بود که در هدف فرعی اول ارتباط بین برخی مشخصات فردی و اجتماعی مربوط به بیماری با سطح حمایت پرسنل درمانی بررسی گردید. نتایج این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین سطح حمایت پرسنل درمانی با سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، نوع شغل، وضعیت درآمد، سابقه متاستاز، سابقه عود بیماری، مدت‌زمان سپری شده از عود یا متاستاز و مدت‌زمان سپری شده از آگاهی از تشخیص بیماری نشان نداد ولی بین سطح حمایت پرسنل درمانی با سابقه بستری شدن ارتباط معنی‌دار و معکوس وجود داشت که نشان می‌دهد با افزایش تعداد بستری سطح حمایت پرسنل درمانی کاهش می‌یابد که می‌تواند به این دلیل باشد که با افزایش تعداد بستری، وضعیت روحی بیماران مبتلا، پاسخگویی به سؤالات را تحت تأثیر قرار می‌دهد. میانگین حمایت پرسنل درمانی در افراد متأهل، کارمند، دارای تحصیلات دیپلم، دارای خرج بیش از درآمد، زندگی به همراه همسر و مبتلا به سرطان خون بیشتر بود ولی بین زنان و مردان در سطح حمایت پرسنل درمانی تفاوتی وجود نداشت. مطالعاتی یافت نشد که ارتباط بین سطح حمایت پرسنل درمانی با مشخصات دموگرافیک را نشان دهد ولی در مطالعاتی به بررسی سطح حمایت اجتماعی و ارتباط آن با مشخصات دموگرافیک پرداخته شده است. در مطالعه قدوسی و همکاران (۲۰۱۳) بین حمایت اجتماعی و سن ارتباط معنی‌داری دیده شد (۳۲). نتایج مطالعه سکورا<sup>۱۳</sup> (۲۰۱۱) در بیماران مبتلا به صرع حاکی از آن است که سن و مرحله تکاملی بیماران روی روابط حمایتی و ارتباطات آن‌ها اثر می‌گذارد (۴۳). مطالعه نوشن<sup>۱۴</sup> (۲۰۰۷) در بیماران مبتلا به سرطان سینه حاکی از وجود ارتباط معنی‌دار بین حمایت و سن بود (۴۴). نتایج مطالعات مذکور با یافته‌های مطالعه حاضر همسو نیست که می‌تواند به دلیل نوع بیماری شرکت‌کنندگان در مطالعه و پراکندگی سن بیماران مبتلا باشد. در مطالعه قدوسی بین حمایت اجتماعی و درآمد ارتباط معنی‌داری دیده شد (۳۲). در مطالعه ربلین<sup>۱۵</sup> (۲۰۰۸) نیز بین حمایت اجتماعی و درآمد ارتباط معنی‌داری وجود داشت (۴۵). که با نتایج مطالعه حاضر همسو نمی‌باشد. ارتباط بین حمایت اجتماعی و سطح تحصیلات در مطالعات قدوسی (۲۰۱۳) و دهکردی (۲۰۱۵) معنی‌دار بود (۳۲، ۳۴) که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت نمی‌باشد. در

مطالعه حاضر بین زنان و مردان و حمایت پرسنل درمانی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ولی در مطالعات دهکردی (۲۰۱۵) و حیدری (۲۰۰۸) ارتباط معنی‌داری بین زنان و مردان و حمایت اجتماعی وجود داشت (۳۴، ۴۶). در مطالعه آهنچی<sup>۱۶</sup> (۲۰۱۲) در بیماران مبتلا به دیابت نیز ارتباط بین حمایت اجتماعی و جنس معنی‌دار بود (۴۷). ارتباط معنی‌داری در مطالعه آهنچی (۲۰۱۲) در بیماران مبتلا به دیابت و تان<sup>۱۷</sup> (۲۰۰۵) در بیماران مبتلا به سرطان بین وضعیت تأهل و حمایت اجتماعی مشاهده نشد (۴۷، ۴۸). ممکن است تفاوت در نتایج به این علت باشد که در مطالعه حاضر تعداد شرکت‌کنندگان زن، متأهل، بی‌سواد، خانه‌دار، دارای خرج بیش از درآمد، مبتلا به سرطان‌های گوارشی، زندگی با همسر بیشتر بود و این اختلاف در حجم نمونه در طبقه‌ها و نوع بیماری شرکت‌کنندگان در مطالعه ممکن است منجر به تفاوت مطالعه حاضر با سایر مطالعات باشد. بنابراین، انجام مطالعه در طیف وسیع‌تری از افراد مبتلا به سرطان توصیه می‌شود.

هدف فرعی دوم این مطالعه بررسی سطح حمایت پرسنل درمانی برحسب مشخصات فردی و اجتماعی بیماران مبتلا بود. بر اساس نتایج، افراد مجرد و مطلقه و بیوه، بی‌سواد، بیکار، زندگی به همراه فرزندان و دارای سرطان ریه حمایت پرسنل درمانی کم‌تری دریافت کرده بودند. بنابراین، نظر به تأثیر حمایت بر نشانه‌های بیماری و بهبود کیفیت زندگی، این مسئله اهمیت توجه بیشتر به نقش حمایت پرسنل درمانی در برنامه‌ریزی مراقبتی و طراحی راهکاری مؤثر برای مقابله با مشکلات برای این بیماران به‌خصوص در گروه‌های با سطح حمایت پایین‌تر را مطرح می‌سازد. بدین منظور طراحی و ارائه مداخلات مراقبتی با تأکید بر حمایت پزشکان و پرستاران و برگزاری کلاس‌های آموزشی جهت ارتقاء رفتارهای حمایتی پرسنل درمانی به‌خصوص پرستاران و پزشکان که بیشترین ارتباط با بیماران را دارند و آموزش نحوه تعامل و برخورد آن‌ها با بیماران به تحقق این امر کمک می‌کند. این مطالعه دارای محدودیت‌هایی نیز بود اول اینکه، نمونه‌گیری به روش در دسترس و آن‌هم در یکی از مراکز درمانی شمال غرب ایران انجام یافت و نشان‌دهنده همه فرهنگ‌های جمعیت ایران نمی‌باشد. دوم اینکه اطلاعات به روش مصاحبه جمع‌آوری گردید که این امر کاربرد یافته‌ها را محدود می‌سازد بنابراین، پیشنهاد می‌گردد مطالعات دیگری در دیگر نقاط کشور با فرهنگ و زبان‌های متفاوت و با روش‌های دیگر نمونه‌گیری انجام شود.

<sup>15</sup> Reblin

<sup>16</sup> Ahanchi

<sup>17</sup> Tan

<sup>12</sup> Arora

<sup>13</sup> Siqueira

<sup>14</sup> Nausheen

## تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل از پایان‌نامه دانشجویی با عنوان «حمایت پرسنل درمانی در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مرکز درمانی امام خمینی (ره) اردبیل» مصوب در دانشگاه علوم پزشکی

تبریز بود که توسط معاونت پژوهشی و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی تبریز حمایت مالی گردید. بدین‌وسیله محققین از تمامی بیماران مبتلا به سرطان و افرادی که در انجام این مطالعه همکاری نمودند تقدیر و تشکر می‌نمایند.

## References:

1. Baykal U, Seren S, Sokmen S. A description of oncology nurses' working conditions in Turkey. *Eur J Oncol Nurs* 2009; 13(5): 368-75.
2. Zamanzadeh V, Rahmani A, Valizadeh L, Ferguson C, Hassankhani H, Nikanfar AR, et al. The taboo of cancer: the experiences of cancer disclosure by Iranian patients, their family members and physicians. *Psycho-Oncology* 2013; 22 (2): 396-402.
3. Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Jarrahi AM, Harirchi I, Najafi M, et al. Breast cancer in Iran: an epidemiological review. *Breast J* 2007; 13(4): 383-91.
4. Kamangar F, Dores GM, Anderson WF. Patterns of cancer incidence, mortality, and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. *J Clin Oncol* 2006; 24(14): 2137-50.
5. Eaton L. World cancer rates set to double by 2020. *BMJ* 2003; 326(7392): 728.
6. Fateh M, Emamian MH. Cancer Incidence and Trend Analysis in Shahroud, Iran, 2000–2010. *Iran J Cancer Preventio* 2013; 6 (2): 85-94.
7. Baljani E, Khashabi J, Amanpour E, Azimi N. Relationship between spiritual well-being, religion, and hope among patients with cancer. *J Hayat* 2011; 17(3): 27-37.
8. Isikhan V, Güner P, Kömürçü S, Özet A, Arpacı F, Öztürk B. The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer—I. *Cancer Nurs* 2001; 24(6): 490-5.
9. Missel M, Birkelund R. Living with incurable oesophageal cancer. A phenomenological hermeneutical interpretation of patient stories. *Eur J Oncol Nurs* 2011; 15(4): 296-301.
10. Esmaeili R, Ahmadi F, Mohammadi E, Targari Seraj A. Support: The major need of patients confronting with cancer diagnosis. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012; 22 (89): 21-30.
11. Salmani F, Azar-barzin M, Mohammadi M. Relationship between spiritual well-being and life expectancy in cancer Patients.  *Lorestan Med Sci Univ* 2008; (12).(Persian)
12. Haisfield-Wolfe ME, McGuire DB, Krumm S. Perspectives on coping among patients with head and neck cancer receiving radiation. *Oncol Nurs Forum* 2012; 39(3): E249-257.
13. Toljamo M, Hentinen M. Adherence to self-care and social support. *J Clin Nurs* 2001; 10 (5): 618-27.
14. Vellone E, Rega ML, Galletti C, Cohen MZ. Hope and related variables in Italian cancer patients. *Cancer Nurs* 2006; 29 (5): 356-66.
15. Vanaki Z, Yekta ZP, Kazemnejad A, Heydarnia A. Interpretation of Support for Cancer Patients under Chemotherapy: A Qualitative Research. *Iran Psychiatry Clin Psychol* 2004; 9(1): 53-61. (Persian)
16. Negarande R, Oskoyi F, Ahmadi F, Nikroosh M. The nature of the patient support. *Zanjan University of Medical Sciences*. 2005; 13(53): 29-38. (Persian)
17. Rafii F, Rambod M, Hosseini F. Perceived Social Support in Hemodialysis Patients. *J Fac Nurs Midwifery Tehran Univ Med Sci* 2009; 15(1): 5-12. (Persian)
18. Mok E, Martinson I. Empowerment of Chinese patients with cancer through self-help groups in Hong Kong. *Cancer Nurs* 2000; 23(3): 206-13.
19. Hassan zahraee F, Fahami F, Yazdani M, Ahmadi Z, N B. Supportive role of the midwife in preventing postpartum depression. *J Gazvin Med Sci University*. 2003 (25).(Persian).

20. Mellon S, Northouse LL, Weiss LK. A population-based study of the quality of life of cancer survivors and their family caregivers. *Cancer Nurs* 2006; 29 (2): 120-31.
21. Oztunc G, Yesil P, Paydas S, Erdogan S. Social support and hopelessness in patients with breast cancer. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013; 14 (1): 571-8.
22. Courtens A, Stevens F, Crebolder H, Philipsen H. Longitudinal study on quality of life and social support in cancer patients. *Cancer Nurs* 1996; 19(3): 162-9.
23. Suarez L, Ramirez AG, Villarreal R, Marti J, McAlister A, Talavera GA, et al. Social networks and cancer screening in four US Hispanic groups. *Am J Prev Med* 2000; 19(1): 47-52.
24. Lee E-H, Chung BY, Park HB, Chun KH. Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. *J Pain Symptom Manage* 2004; 27(5): 425-33.
25. Shieh SC, Tung HS, Liang SY. Social support as influencing primary family caregiver burden in Taiwanese patients with colorectal cancer. *J Nurs Scholarsh* 2012; 44(3): 223-31.
26. Buckley J, Herth K. Fostering hope in terminally ill patients. *Nurs Stand* 2004; 19(10): 33-41.
27. Herth KA, Cutcliffe JR. The concept of hope in nursing 3: hope and palliative care nursing. *Br J Nurs* 2002; 11(14): 977-83.
28. Benzein E, Norberg A, Saveman BI. The meaning of the lived experience of hope in patients with cancer in palliative home care. *Palliat Med* 2001; 15(2): 117-26.
29. Rahmani A, Zamanzadeh V, Valizadeh L. The process of inspiring hope in Iranian cancer patients. a grounded theory study Faculty Of Nursing and Midwifery. Tabriz: Tabriz Medical Sciences University; 2012. (Persian)
30. Northouse LL. Social support in patients' and husbands' adjustment to breast cancer. *Nurs Res* 1988; 37 (2): 91-7.
31. Heydari S, Salahshourian-fard A, Rafiee F, Hoseini F. Correlation of perceived social support from different supportive sources and the size of social network with quality of life in cancer patients. *Iran J Nurs* 2009; 22(61): 8-18. (Persian)
32. 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. *J Health Promo Manag* 2013; 2 (1): 24-31.
33. 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. *Cancer Nurs* 2012; 35 (3): 229-35.
34. Dehkordi M, Sadat Kahangi L. Relation between perceived social supports and demographic characteristics in cancer patients who Undergo Chemotherapy. *J health Syst Res* 2015; 11(2): 229-38. (Persian)
35. Sajadian AS, Montazeri A. Exploring the Experiences of Iranian Women with Breast Cancer: A Qualitative Study. *Iran J Epidemiol* 2011; 7(2): 8-16. (Persian)
36. Esmaili R, Ahmadi F, Mohammadi E, Seraj AT. Support: The Major Need of Patients Confronting with Cancer Diagnosis. *Mazandaran Univ Med Sci* 2012; 22(89): 21-30. (Persian)
37. Ballard A, Green T, McCaa A, Logsdon MC, editors. A comparison of the level of hope in patients with newly diagnosed and recurrent cancer. *Oncol Nurs Forum* 1997; 24(5): 899-904.
38. Luszczynska A, Pawlowska I, Cieslak R, Knoll N, Scholz U. Social support and quality of life among lung cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncol* 2013; 22 (10): 2160-8.
39. Kwan ML, Tam EK, Ergas IJ, Rehkopf DH, Roh JM, Lee MM, et al. Patient-physician interaction and quality of life in recently diagnosed breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat* 2013; 139(2): 581-95.
40. Remmers H, Holtgräwe M, Pinkert C. Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: a qualitative study. *Eur J Oncol Nurs* 2010; 14(1): 11.

41. Davis C, Williams P, Parle M, Redman S, Turner J. Assessing the support needs of women with early breast cancer in Australia. *Cancer Nurs* 2004; 27(2): 169-74.
42. Arora NK, Finney Rutten LJ, Gustafson DH, Moser R, Hawkins RP. Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology* 2007; 16(5): 474-86.
43. Siqueira NF, Guerreiro MM, Souza EAPd. Self-esteem, social support perception and seizure controllability perception in adolescents with epilepsy. *Arq Neuropsiquiatr* 2011;69(5): 770-4.
44. Nausheen B, Kamal A. Familial social support and depression in breast cancer: an exploratory study on a Pakistani sample. *Psycho-Oncology* 2007;16 (9): 859-62.
45. Reblin M, Uchino BN. Social and emotional support and its implication for health. *Curr Opin Psychiatry* 2008;21(2): 201-5.
46. Heidari S, Nouri Tajer M, Hosseini F, Inanlou M, Golgiri F, Shirazi F. Geriatric family support and diabetic type-2 glycemic control. *Iran J Ageing* 2008; 3(2): 573-80. (Persian)
47. Ahanchi NS, Eslami AA, Sharifirad G. Effects of Family-Based Theory of Social Support on Perceived Support Levels in Type 2 Diabetic Patients. *J Health System Res* 2012; 8(5): 757-64.
48. Tan M, Karabulutlu E. Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. *Cancer Nurs* 2005; 28(3): 236-40.

## HEALTH CARE PROVIDERS' SUPPORT IN CANCEROUS PATIENTS REFERRED TO ARDABIL IMAM KHOMEINI MEDICAL CENTER

Azad Rahmani<sup>1</sup>, Vahid Zamanzadeh<sup>2</sup>, Rashed Afrooz<sup>\*3</sup>, Farahnaz Abdullahzadeh<sup>4</sup>

Received: 20 Dec, 2016; Accepted: 1 Feb, 2017

### Abstract

**Background and Aims:** Cancer is an uncomfortable and unbelievable experience for everyone which causes many physical and psychological disturbances. Health care providers support can be an important coping resource to help patients with cancer to cope with the suffering of the illness. This study has been carried out to investigate the health care provider's support to the cancerous patients who referred to Ardabil Imam Khomeini medical center.

**Material and Methods:** This descriptive analytical study has done in 230 cancerous patients who were admitted to Imam Khomeini medical center affiliated to Ardabil University of Medical Sciences, Iran. The samples were selected using a convenience sampling method. The data were collected by a questionnaire including two sections of demographic characteristics and, Northouse Social Support questionnaire, and then they were analyzed by different statistical methods.

**Results:** The mean level of health care providers' support was 58.7 out of a range of 16 to 80. The mean support level of physicians and nurses from a range of 8 to 40, were 29.3 and 29.4 respectively. The relationship between health care provider's support and factors such as age, sex, marital status, education level, job, income status, history of metastasis, history of recurrence, time passed since recurrent and metastasis and time passed since diagnosis was not significant. The relationship between mean level of health care provider's support and history of admission was reversely significant. The mean of health care providers' support was higher in patients who were married, employed, high school graduated, having expenses more than income, and living with their spouse. The hematologic cancerous patients have got more support as well. There was no significant difference between male and female health care providers' support.

**Conclusion:** The study showed moderate to high levels of health care providers' support among Iranian cancerous patients. Also, based on the results, single, divorced, widow, illiterate, unemployed, living with children and lung cancer patients received low health care providers' support. Accordingly, the role of health care providers should be magnified in patients with low care support.

**Keywords:** Cancer, Support, Health care providers, Demographic characteristics

**Address:** Ardabil, University Avenue, the headquarters of university of medical sciences, postcode 5618985991

**Tel:** (+98) 9143534472

**Email:** afrooz.rashed@yahoo.com

<sup>1</sup> Associate professor of Nursing, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

<sup>2</sup> Professor of Nursing, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

<sup>3</sup> Msc, Nursing, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran (Corresponding Author)

<sup>4</sup> Instructor, Msc, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran