

تأثیر ابعاد حمایت اجتماعی بر امیدواری و احساس تنهایی در بیماران مبتلا به سرطان پستان

زینب طائی^۱، مولود رادفر^{۲*}، فاطمه مقدم تبریزی^۳، ناصر شیخی^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۳/۱۲/۲۴ تاریخ پذیرش ۱۳۹۴/۰۲/۳۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: تنهایی از نگرانی‌های عمده روانی اجتماعی در مبتلایان به سرطان است. تشخیص، درمان حاد و عوارض سرطان پستان منجر به احساس تنهایی می‌شود. امید، فاکتوری اساسی در زندگی بیماران سرطانی است. امید واقع‌بینانه، احساسی با آگاهی از مشکل، عاملی مهم برای مقابله با مشکلات بیمار با شیوه‌های کارآمد است. حمایت اجتماعی از جنبه‌های مهم مراقبت مدرن از سرطان است و نقش عمده‌ای در تطابق با بیماری‌های مزمن و جدی، چون سرطان دارد. هدف این مطالعه بررسی تأثیر ابعاد حمایت اجتماعی بر امیدواری و احساس تنهایی در بیماران مبتلا به سرطان پستان است.

مواد و روش‌ها: روش مطالعه توصیفی همبستگی بود. ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان پستان به‌طور تصادفی ساده انتخاب و وارد مطالعه شدند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌های GHQ، امیدواری میلر، احساس تنهایی UCLA و حمایت اجتماعی ساراسون جمع‌آوری گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند.

یافته‌ها: حمایت اجتماعی با امیدواری، رابطه مثبت ($r = 0/88$) و با تنهایی رابطه منفی ($r = -0/91$) دارد. بین امیدواری و تنهایی رابطه منفی یافت شد ($r = -0/93$) ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌ها حاکی از این بود که حمایت اجتماعی بر امیدواری و احساس تنهایی تأثیر دارد. برنامه‌ریزی در جهت حمایت اجتماعی از بیماران با سرطان پستان به‌منظور التیام مشکلات روانی همچون تنهایی و ناامیدی به‌منظور افزایش کیفیت زندگی بیماران باید در نظر گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: حمایت اجتماعی، امیدواری، تنهایی، سرطان پستان

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره ششم، پی‌درپی ۷۱، شهریورماه ۱۳۹۴، ص ۴۸۰-۴۷۳

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۴۴۳۲۷۵۴۹۶۱-۳
Email: mradfar1343@gmail.com

مقدمه

نظیر افسردگی، اضطراب، اختلالات خلق، استرس، کاهش اعتمادبه‌نفس، ایزولاسیون اجتماعی، مشکلات شغلی و آندوه از جمله مشکلات آنان است (۳).

تنهایی یکی از نگرانی‌های عمده روانی اجتماعی در مبتلایان به سرطان است (۴). تشخیص، درمان حاد، اثرات جسمی، عاطفی و اجتماعی سرطان پستان، چالش‌هایی را برای مبتلایان ایجاد می‌کند که منجر به احساس حاد تنهایی در آن‌ها می‌شود (۵). تنهایی ممکن است در زنان با سرطان پستان جدی‌تر باشد، زیرا زنان در احساسات آسیب‌پذیرترند و همچنین زنان با سرطان پستان طولانی‌تر از دیگر سرطانی‌ها زنده می‌مانند (۴).

سرطان یک بیماری مزمن و کشنده است که واکنش‌های عاطفی، روانی و رفتاری آن منجر به مشکلات عمده در سلامت می‌شود (۱). سرطان پستان شایع‌ترین نوع سرطان، در زنان است. سرطان پستان دومین علت مرگ‌ومیر ناشی از سرطان با ۱۵ درصد مرگ‌ومیر است و ۲۰ درصد تمام سرطان‌ها را شامل می‌شود (۲). زنان مبتلا به سرطان پستان اختلالات فیزیکی و روانی اجتماعی ناشی از عوارض بیماری و درمان، همچنین تنش‌های عاطفی را تجربه می‌کنند. عوارض فیزیکی از قبیل خستگی و کاهش قدرت عضلانی، و مشکلات روانی اجتماعی

^۱ کارشناس ارشد پرستاری داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۲ استادیار گروه پرستاری، دکترای آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ کارشناس آمار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

اجتماعی بر امیدواری و احساس تنهایی بیماران مبتلا به سرطان پستان صورت گرفت.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد که بر روی ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان پستان که در بیمارستان‌های امام رضا (ع) و امام خمینی (ره) ارومیه طی ۴ الی ۲۴ ماه اخیر (از زمان شروع پژوهش حاضر)، تحت درمان قرار گرفته بودند، انجام شد. نمونه‌گیری به روش تصادفی ساده صورت گرفت. شرط ورود به مطالعه، داشتن سلامت روانی بر اساس مقیاس GHQ بود. به بیماران در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و انتشار نتیجه مطالعه به‌صورت کلی اطمینان داده شد. پس از اخذ رضایت آگاهانه از نمونه‌ها، اقدام به جمع‌آوری اطلاعات شد. داده‌ها توسط نرم‌افزار Spss11.5 و با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه آنالیز شدند.

ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل: پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28)، پرسشنامه‌های امیدواری میلر، احساس تنهایی UCLA و حمایت اجتماعی ساراسون می‌باشد.

جهت بررسی سلامت روانی بیماران برای ورود به مطالعه، پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28) استفاده گردید، این ابزار شامل ۴ خرده مقیاس و ۲۸ سؤال می‌باشد و هر خرده مقیاس دارای ۷ سؤال است که مربوط به علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید است، در این مطالعه، نمره‌گذاری لیکرت با مقادیر (۱،۲،۳،۰) استفاده شده است. نمره کل بین صفر تا ۸۴ قرار می‌گیرد. نمره بیشتر مؤید سلامت عمومی کمتر است و نمره برش ۲۳ افراد مشکل‌دار را تشخیص می‌دهد. در مطالعه پالانگ و همکاران، ضریب پایایی پرسشنامه ۹۱ درصد بوده است. یعقوبی و همکاران نیز ضریب پایایی را ۸۸ درصد گزارش کردند. در مطالعه ابراهیمی و همکاران، ضریب روایی ملاکی ۰/۷۸ و ضریب پایایی با آلفای کرونباخ ۰/۹۷ به دست آمد که نتایج نشان‌دهنده معتبر بودن این ابزار می‌باشد. نور بالا و همکاران، حساسیت آن را ۸۴/۷ درصد و ویژگی آن را ۹۳/۷ درصد گزارش کردند (۱۴).

از مقیاس احساس تنهایی UCLA برای سنجش میزان تنهایی قبل و بعد از مداخله استفاده شد. این مقیاس در ۲۰ آئتم طراحی شده است. در این پرسشنامه ۴ گزینه‌ای، ۱۱ جمله به‌صورت منفی و ۹ جمله به‌صورت مثبت بیان شده‌اند. در جملات منفی، هرگز امتیاز (۱)، به‌ندرت امتیاز (۲)، گاهی امتیاز (۳) و همیشه امتیاز (۴) دارد. ولی امتیاز جملات مثبت که با ستاره علامت‌گذاری شده‌اند، برعکس است. نمره این مقیاس حداقل ۲۰ و

افراد سرطانی که تنهایی را تجربه می‌کنند، نه‌تنها پریشانی‌های روانی اجتماعی خواهند داشت بلکه همچنین در معرض خطرات جسمی بیشتر با توانایی کمتر برای مشارکت در رفتارهای سلامتی می‌باشند (۶). انزوای اجتماعی با افزایش میزان مرگ‌ومیر افراد بالای ۶۵ سال، فشارخون بالا، گرایش به دمانس، استرس، افسردگی و خودکشی مرتبط است (۷). خشم، خشونت، احساس ناامیدی، پوچی و شکست از نتایج تنهایی می‌باشند (۸).

بحران‌های ناشی از سرطان سبب عدم تعادل و ناهماهنگی فکر، جسم و روح می‌شود، اما بیشترین حالت در این دوره برای بیمار حس یأس و ناامیدی است. سرطان نسبت به سایر بیماری‌های مزمن، تأثیر بیشتری بر روی امید دارد؛ شاید به دلیل آن است که تشخیص سرطان منجر به احساس اضطراب، ترس و عدم اعتماد به نتیجه درمان می‌شود. همچنین درمان جدی این بیماران، منجر به ایجاد ناراحتی، تغییرات ظاهری و مشکلات روحی می‌شود (۹). امید، یک عامل اساسی در زندگی بیماران سرطانی است. احساس امید می‌تواند سبب ارتقاء جسمی و روانی بیماران شود و یک عامل حیاتی در مقابله با استرس و افزایش کیفیت زندگی در دوران پراسترس است. (۷-۸) امید واقع‌بینانه، با آگاهی از مشکل، یک عامل مهم برای مقابله با مشکلات موجود بیمار با شیوه‌ای مؤثر و کارآمد است (۱۰).

حمایت اجتماعی از جنبه‌های مهم مراقبت مدرن از سرطان است (۱۱) منظور از حمایت اجتماعی، برقراری یک تعامل اجتماعی است که با برقراری ارتباط شروع می‌شود و با تداوم آن، به ایجاد ارتباطی همدلانه و درنهایت به یک شبکه ایمنی برای بیمار می‌انجامد (۱۲). ارتباط به افراد کمک می‌کند تا با شرایط مقابله کنند و احساس بهتری درباره خود بسازند. افزایش اعتمادبه‌نفس، احساس تعلق به گروه، تقویت توانایی‌شان یا شایستگی انجام وظایف ضروری‌شان همه به‌عنوان اشکال حمایت اجتماعی در نظر گرفته می‌شوند (۱۳). تحقیقات نشان داده است که حمایت اجتماعی نقش عمده‌ای در تطابق و کنار آمدن با بیماری‌های مزمن و جدی، چون سرطان دارد (۱۲).

ابعاد روانی مقابله با سرطان، یکی از وجوه اصلی مراقبت‌های پرستاری مربوط به سرطان است. حمایت اجتماعی و پشتیبانی معنوی، به‌منظور حفظ روحیه مبارزه و غلبه بر احساس درماندگی، ناامیدی و تنهایی در بیماران مبتلا به سرطان باید در نظر گرفته شود. پرستارانی که از چالش‌ها و نگرانی‌های مبتلایان به سرطان پستان در زمینه‌های حمایت اجتماعی آگاهی دارند، می‌توانند نقش منحصربه‌فردی در ارتقاء وضعیت عملکردی آن‌ها داشته باشند. در این راستا پژوهش حاضر به‌منظور بررسی تأثیر ابعاد حمایت

را عدد $0/83$ به دست آوردند. در مطالعه‌ای، تفاوت‌های به دست آمده در خصوص جنسیت، وضعیت تأهل و تحصیلات، روایی این پرسشنامه را نشان داد. پایایی در بعد شبکه برابر $0/95$ و برای بعد رضایت $0/96$ به دست آمد (۱۸).

یافته‌ها

نتایج آزمون‌های آماری نشان داد که میانگین نمره کل حمایت اجتماعی بر اساس مقیاس ساراسون برابر 220 ، میانگین میزان امیدواری بر اساس مقیاس میلر برابر 194 و میانگین میزان احساس تنهایی نیز $34/17$ به دست آمد. یافته‌ها حاکی از آن است که بین امیدواری و ابعاد حمایت اجتماعی رابطه نسبتاً قوی وجود دارد ($p = 0/00$). (جدول ۱) همچنین بین میزان احساس تنهایی و ابعاد حمایت اجتماعی، رابطه نسبتاً قوی معکوس مشاهده شد ($p = 0/00$) (جدول ۲). بررسی نتایج نشان می‌دهد که بین امیدواری و میزان احساس تنهایی رابطه معکوس وجود دارد ($p = 0/000$) (جدول ۳). تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که رابطه بین تنهایی و نمره کل حمایت اجتماعی ($r = -0/91$) و رابطه بین امیدواری و نمره کل حمایت اجتماعی ($r = 0/88$) نیز معنی‌دار است. ($p = 0/00$).

در بررسی رابطه ابعاد حمایت اجتماعی با هم، نتایج نشان داد که بین بعد شبکه و بعد رضایت حمایت اجتماعی نیز ارتباط مثبت قابل توجهی وجود دارد ($r = 0/74$ ، $p = 0/00$).

حداکثر 80 است. نمره بیشتر نشان‌دهنده احساس تنهایی بیشتر است. داورپناه در زمینه هنجاریابی مقیاس احساس تنهایی UCLA پژوهشی انجام داد و ضریب آلفای $0/78$ درصد را گزارش نمود (۱۵). راسل در مطالعه‌ای ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس احساس تنهایی UCLA را بررسی کرد و به نتیجه رسید که اندازه‌گیری بسیار قابل‌اعتماد بوده است. از نظر همسانی درونی ضریب آلفا در محدوده $0/94 - 0/89$ به دست آمد (۱۶).

پرسش‌نامه امیدواری میلر شامل 48 گویه است که یک طیف پنج گزینه‌ای از پاسخ‌ها را شامل می‌شود. دامنه امتیازات کسب‌شده از 48 تا 240 متغیر می‌باشد و چنانچه فردی امتیاز 48 را کسب کند کاملاً درمانده تلقی می‌شود و نمره 240 حداکثر امیدواری را نشان می‌دهد. پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ $0/85$ درصد به دست آمده است (۱۷).

پرسشنامه حمایت اجتماعی ساراسون (۱۹۸۳) شامل 27 قسمت می‌باشد. هر قسمت شامل 2 سؤال است. سؤال اول در هر قسمت مربوط به شرایط خاصی است که شرکت‌کننده باید فکر کند و نام افرادی را که احساس می‌کند در آن شرایط خاص می‌توانند به او کمک کنند را بنویسد. سؤال دوم در رابطه با میزان رضایت‌مندی فرد از درک حمایت اجتماعی در آن شرایط خاص است. نمره اول پرسشنامه حمایت اجتماعی ساراسون مربوط به بعد شبکه و نمره دوم نشان‌دهنده بعد رضایت حمایت اجتماعی می‌باشد. ساراسون و همکارانش در سال 1983 ، پایایی برای مقیاس اندازه شبکه اجتماعی را $0/9$ و برای مقیاس رضایت‌مندی

جدول (۱): بررسی رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی و میزان امیدواری

حمایت اجتماعی		میزان همبستگی	امیدواری
بعد شبکه	بعد رضایت		
$0/77$	$0/9$		
$0/00$	$0/00$	p-value	

بین امیدواری و بعد شبکه حمایت اجتماعی رابطه نسبتاً قوی به میزان $r = 0/77$ و با بعد رضایت حمایت اجتماعی به میزان $r = 0/9$ وجود دارد.

جدول (۲): بررسی رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی و تنهایی

حمایت اجتماعی		میزان بستگی	تنهایی
بعد شبکه	بعد رضایت		
$-0/83$	$-0/87$		
$0/00$	$0/00$	p-value	

بین میزان احساس تنهایی و بعد شبکه حمایت اجتماعی، رابطه نسبتاً قوی معکوس وجود دارد ($r = -0/83$). بین میزان احساس تنهایی و بعد رضایت حمایت اجتماعی رابطه معکوس به میزان $r = -0/87$ مشاهده شد.

جدول (۳): بررسی رابطه بین امیدواری و احساس تنهایی

احساس تنهایی	
ضریب همبستگی	-۰/۹۳
p-value	۰/۰۰۰

بین امیدواری و میزان احساس تنهایی رابطه معکوس به میزان $r = -0/93$ وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

سال‌هاست که محققان ارتباط مثبت بین حمایت اجتماعی و سلامت را فهمیده‌اند (۱). در این زمینه میروویتز^۱ بیان می‌کند که حمایت اجتماعی دریافت شده از اعضای خانواده با انعطاف‌پذیری و سرزندگی عاطفی در زنان با سرطان سرویکس مرتبط است (۲). مطالعه‌ای دیگر درباره تجربه بیماران بعد از برداشتن پروستات نشان داد که حمایت همسران از این مردان به‌عنوان یک منبع حمایتی مهم، اضطراب آنان را کنترل می‌کند (۳). علاوه بر این بسیاری مطالعات حاکی از زنده ماندن بیشتر، سازگاری بهتر، سلامت روانی و کیفیت زندگی بالاتر در بیماران سرطانی است که حمایت اجتماعی دریافت می‌کنند (۴). زنان برای مقابله با استرس تشخیص و درمان سرطان پستان باید از روابط حمایتی برخوردار شوند و نشان داده شده است که حمایت اجتماعی سبب کاهش اثرات زیان‌بار حوادث استرس‌زا از جمله سرطان می‌شود. بیماری‌هایی که حمایت اجتماعی دریافت می‌کنند، سطح امید بالاتری دارند (۵). نتایج برخی مطالعات حاکی از وجود رابطه منفی بین حمایت اجتماعی و اختلالات روانی است (۶، ۷). مرادی و همکاران در پژوهشی با عنوان فراتحلیل تحقیقات انجام‌شده درباره میزان رابطه سلامت روانی و حمایت اجتماعی در ایران، به بررسی پژوهش‌های انجام‌شده در کشورمان در زمینه رابطه سلامت روانی و حمایت اجتماعی پرداختند. نتایج این فراتحلیل نشان داد که اندازه اثر میزان رابطه سلامت روانی و حمایت اجتماعی در ایران، بالاتر از حد متوسط است. این امر اهمیت فراهم کردن زمینه تقویت حمایت اجتماعی از افراد را خاطر نشان می‌سازد (۸). در مطالعه ترک زهرانی و همکاران در زنجان انجام شد، نمره حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به سرطان رحم، در حد متوسط گزارش شد (۹).

تفکر امیدوارانه و سرطان به دو طریق به هم مربوط می‌شوند، اول اینکه افراد امیدوار بیشتر بر مشکل متمرکز شده و در حل آن فعالانه‌تر عمل می‌کنند. آن‌ها احتمال بیشتری دارد که رفتارهای غربالگری سرطان مانند ماموگرافی یا تست پستان توسط خودشان

را انجام دهند. به‌علاوه، افرادی که امیدوارانه می‌اندیشند، در مواجهه با تشخیص و درمان سرطان، پریشانی کمتر و تطابق بیشتری از خود نشان می‌دهند. در مراحل درمان، افراد امیدوار در تحمل درمان‌های طولانی و عوارض آن از خود مقاومت بیشتری نشان می‌دهند. در مرحله بهبود نیز، افکار مثبت‌تری راجع به زندگی‌شان دارند و گرایش بیشتری به شناسایی جنبه‌های مثبت موقعیت‌های تروماتیک از خودشان نشان می‌دهند (۱۰).

یافته‌های به دست آمده از مطالعه حاضر، نشان داد که بین ابعاد حمایت اجتماعی و امیدواری رابطه مستقیم معنادار وجود دارد و بین ابعاد حمایت اجتماعی و احساس تنهایی رابطه معکوس وجود دارد. همچنین بین امیدواری و احساس تنهایی نیز رابطه منفی معناداری وجود دارد. این نتایج با نتایج مطالعه‌ای در ترکیه هم‌راستا است. در مطالعه پهلوان در زمینه ارتباط نامیدی، تنهایی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده، عنوان شد که رابطه منفی معناداری بین ناامیدی، تنهایی و حمایت اجتماعی وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر، در مواردی که میزان حمایت اجتماعی از بیماران بالا بود، بیماران احساس ناامیدی و تنهایی نداشتند (۱۰). دنور^۲ و همکاران گزارش کرده‌اند که یک رابطه قوی بین حمایت اجتماعی و امیدواری وجود دارد. علاوه بر این، حمایت اجتماعی می‌تواند، میزان امیدواری را پیش‌گویی کند (۱۱). نتایج فوق با گزارشات مطالعات فورس برگ^۳ و همکاران و هانگ^۴ و همکاران همخوانی دارد (۱۲، ۱۳).

تحلیل داده‌ها نشان داد که متوسط نمره احساس تنهایی در بیماران مبتلا به سرطان پستان در مطالعه حاضر، برابر ۳۴/۱۷ است. از آنجا که نمره احساس تنهایی در جوامع دیگر بیشتر است (مطالعه‌ای در ژاپن نمره احساس تنهایی در میان زنان ژاپنی با سرطان پستان را ۳۶/۶ (۱۴) و مطالعه‌ای دیگر در بین زنان ترکیه‌ای مبتلا به سرطان ۳۵/۸ گزارش کرده‌اند (۱۰). با فرض قابل تعمیم بودن نتایج، یافته‌ها نشان می‌دهد که میزان احساس

² Denewer

³ Forsberg

⁴ Hwang

¹ Meyerowitz

و همچنین با الگوگیری از آموزه‌های دینی، افراد نسبت به سلامت و سرنوشت همدیگر احساس تعهد دارند، نتایج فوق در زمینه حمایت اجتماعی و همچنین امیدواری بالا و احساس تنهایی کمتر، توجیه پذیر است.

نتیجه‌گیری: کمبود حمایت اجتماعی منجر به افزایش احساس تنهایی می‌شود که به نوبه خود سبب افزایش احساس ناامیدی در بیماران مبتلا به سرطان می‌شود. بنابراین حمایت اجتماعی به‌عنوان تأثیرگذارترین عامل در غلبه بر احساس ناامیدی و تنهایی در برنامه‌ریزی برای بیماران سرطانی در جامعه باید در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی

لازم مقاله حاضر، گزارش بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می‌باشد، لذا لازم می‌دانیم از آن معاونت بدلیل حمایت مالی قدردانی نمایم. ضمناً مراتب سپاس خود را از کلیه بیمارانی که در طرح مشارکت داشتند و همچنین ریاست و کارکنان بیمارستان‌های امام خمینی (ره) و امام رضا (ع) اعلام می‌داریم.

References:

1. Avci I, Kumcagiz H. Marital adjustment and loneliness status of women with mastectomy and husbands reactions. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011; 12(2): 453-9.
2. Koca D, Ozdemir O, Akdeniz H, Unal O, Yilmaz U. Changes in the Attitudes and Behavior of Relatives of Breast Cancer Patients Concerning Cancer Prevention and Screening. *Asian Pacific J Cancer Prevention* 2013;14 (10): 5693-7.
3. Gezelbash S, Gorbani A. Avamele mokhtal konandeie keifyate zendegi dar zanane mobtala be saratane pestan. In *Hashtomin kongereie beinalmelalie saratane pestan*. Tehran: 2011. (Persian)
4. Fukui S, Koike M, Ooba A, Uchitomi Y. The effect of a psychosocial group intervention on loneliness and social support for Japanese women with primary breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2003;30(5):823-30.

تنهایی در بین زنان ایرانی مبتلا به سرطان پستان نسبت به جوامع دیگر پایین تر است.

میانگین میزان امیدواری در این مطالعه ۱۹۴ به دست آمد که نشان می‌دهد میزان امیدواری در بین زنان با سرطان پستان در جامعه مورد مطالعه، در حد متوسط به بالا است. پدرام و همکاران نیز در مطالعه‌ای میزان امیدواری زنان مبتلا به سرطان سینه را در حد متوسط گزارش کرده‌اند (۱۵).

میانگین حمایت اجتماعی حاصل از داده‌های این پژوهش حاکی از آن است که میزان حمایت اجتماعی از بیماران سرطانی در جامعه مورد مطالعه در حد متوسط است. همبستگی مثبتی بین ابعاد حمایت اجتماعی مشاهده شد، این بدان معناست که هر جا نمره بعد شبکه بالا بوده است (تعداد افراد بیشتری حمایت کننده بوده‌اند) بعد رضایت نیز قابل توجه بوده است (میزان رضایت بیماران از این حمایت دریافت شده نیز بالا بوده است).

از آنجا که حیدری و همکاران دریافتند که همسران و اعضای خانواده، مهم‌ترین منبع حمایتی افراد مبتلا به سرطان می‌باشد (۱۵) و همچنین با عنایت به این اصل که در فرهنگ جامعه ایران، به طور غالب روابط مستحکم عاطفی در خانواده‌ها در جریان است

5. Rosedale M. Survivor loneliness of women following breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2009;36(2):175-83.
6. Wells M, Kelly D. The loneliness of cancer. *Euro J Oncol Nurs* 2008; 12(5): 410-1.
7. Findlay R. Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? *Ageing Soc* 2003; 23(05): 647-58.
8. Pamukçu B, Meydan B. The role of empathic tendency and perceived social support in predicting loneliness levels of college students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2010;5:905-9.
9. Bijary H, Ganbary B, Agamohammadyan H, Homayishandiz F. Barrasie asarbakhshie gorohdarmanie mobtani bar rooykarde امید darmani bar afzayeshe mizane امید be zendegy zane mobtala be saratane pestan. *Pajooheshnameye mabanye talim va tarbyat* 2008;10(1): 171-84. (Persian)

10. Pehlivan S, Ovayolu O, Ovayolu N, Sevinc A, Camci C. Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with cancer. *Supportive Care in Cancer* 2012; 20(4): 733-9.
11. Ozkan S, Ogce F. Importance of social support for functional status in breast cancer patients. *Asian Pacific J Cancer Prevention* 2008; 9(4): 601-4.
12. Taghavi M, Kalafi E, Talei A, Dehbozorgi Gh, Taghavi S. Investigating the Relation of Depression and Religious Coping and Social Support in Women with Breast Cancer. *J Isfahan Med School* 2011; 28(115): 901-8. (Persian)
13. Mattson M, GibbHall D. *Health as Communication Nexus: A service learning approach*. 1st ed. Kendall Hunt Publishing; 2011.
14. Noorbala A, Mohammad K. The validation of general health questionnaire-28 as a psychiatric screening tool. *Hakim Res J* 2009. 11(4): 47-53.
15. Mashayekh M, Boriali A. Barrasie rabeteie ehsase tanhai ba noe estefade az internet dar gooroochi az daneshamoozane dabirestani. *Majaleie tazehaie oolome shenakhti* 2002. 5(1): 39-44. (Persian)
16. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess* 1996;66(1):20-40.
17. Javadi R. *Barrasie mizane barkhordary az ghabelyathaye karafarini va rabeteie an ba omid be zendeghy miyane moallemane bazneshasteyeh shahre ghazvin*. (Dissertation). Tehran: Tehran University; 2011. (Persian)
18. Naseh M. *Gooneye farsye porseshnameye hemayate ejtemaee*. *Refahe Ejtemaee* 2011; 11(41): 266-51. (Persian)
19. Tan M. Social support and coping in Turkish patients with cancer. *Cancer Nurs* 2007;30(6):498-504..
20. Meyerowitz BE, Formenti SC, Ell KO, Leedham B. Depression among Latina cervical cancer patients. *J Soc Clin Psychol* 2000;19(3):352-71.
21. Maliski S, Heilemann M, McCorkle R. Mastery of post prostatectomy incontinence and impotence: his work, her work, our work. *Oncol Nurs Forum* 2001; 28(6): 985-92.
22. Jones RA, Taylor AG, Bourguignon C, Steeves R, Fraser G, Lippert M, et al. Family interactions among African American prostate cancer survivors. *Fam Community Health* 2008;31(3):213-20.
23. Benzein E, Norberg A, Saveman B. The meaning of the lived experience of hope in patients with cancer in palliative home care. *Palliative Med* 2001; 15(2): 117-26.
24. Krause N, Herzog A, Baker E. Providing support to others and well-being in later life. *J Gerontol* 1992. 47(5): 300-11.
25. Krause N, Liang J, Yatomi N. Satisfaction with social support and depressive symptoms: A panel analysis. *Psychol Aging* 1989. 4(1): 88.
26. Moradi A, Taheri S, Javanbakht F, Taheri A. *Fara tahlile tahghighate anjam shode darbareye rabeteie mizane salamate ravany va hemayate ejtemaee dar iran*. *Oloome Raftary* 2012; 10(6): 565-73. (Persian)
27. Tork Zahrani S, Rastegari L, Khoda Karami N, Mohebbi P. Relationship between Quality of Life and Social Support in Women Treated for Cervical Cancer. *Preventive Care Nurs Midwifery J* 2012;1(2):51-7. (Persian)
28. Denewer A, Farouk O, We'am Mostafa KE. Social support and hope among Egyptian women with breast cancer after mastectomy. *Breast cancer: basic and clinical research* 2011;5:93.
29. Forsberg C, Björvell H. Living with cancer: perceptions of well-being. *Scand J Caring Sci* 1996;10(2):109-15.
30. Hwang, R. Hope and related factors of breast cancer women. *Nurs Res (China)* 1996. 4(1): 35-46.

31. Pedram M, Mohammadi M, Naziri G, Ainparast N. Asarbakshi ghrohdarmani shenakhti-raftari bar darman ekhtelal estrab, afsourdeghe va ejadeomidvary dar zanan mobtala be saratan sineh. *Jameshenasi zanan (zan va jameh)* 2010; 1(4): 61-75. (Persian)
32. Heydari, S. 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.

THE EFFECT OF DIMENSION OF SOCIAL SUPPORT ON HOPE AND LONELINESS IN PATIENTS WITH BREAST CANCER

Taei Z¹, Radfar M^{2*}, Mogadam Tabrizi F³, Sheikhi N⁴

Received: 15 Mar, 2015; Accepted: 21 May, 2015

Abstract

Background & Aims: Loneliness is one of the major psychosocial concerns among patients with cancer. Diagnosis, acute treatment and complications of breast cancer may create experience of loneliness. Hope is an essential factor in the lives of cancer patients. Realistic hope, felt with the awareness of the problem, is an important factor for coping with the problems of the patient in an efficient manner. Social support is an important aspect of modern cancer cares. Social support plays a major role in adaptation with chronic and serious illnesses, such as cancer. The purpose of this study was to investigate the effect of dimension of social support on hope and loneliness in patients with breast cancer.

Material and Methods: The method of study was descriptive-correlation. 100 patients with breast cancer were selected randomly and enter to study. The data were collected with GHQ, Miller Hope Scale, the UCLA Loneliness Scale and Social Support Questionnaire -Sarason . Data were analyzed with using Pearson correlation.

Results: A positive relationship existed between social support and hope ($r = 0/88$) and negatively associated with loneliness ($r = - 0/91$). A negative correlation between hope and loneliness was found ($r = - 0/93$) ($p < 0.05$).

Conclusion: The findings suggest that social support influence on hope and loneliness. Planning should be considered for social support of patients with breast cancer in order to heal psychological problems such as loneliness and hopelessness and to enhance the quality of life of patients.

Key words: Social support, Hope, Loneliness, Breast cancer

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.

Tel: (+98)4432754961

Email: mradfar1343@gmail.com

¹ MSc in Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran..

² Assistant Professor of Nursing Department, PhD of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran. (Corresponding Author)

³ Assistant Professor, Department of Midwifery, Reproductive Health Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Statistics Expert of Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran