

رابطه بین "حمایت اجتماعی" و "تاب‌آوری" در بین بیماران مبتلا به سرطان

محمد راجعیان* ناصر گودرزی**

تاریخ دریافت: ۹۴/۷/۱۷ تاریخ پذیرش: ۹۵/۲/۶

چکیده

امروزه هرچند مردم مدت طولانی‌تری با بیماری سرطان زندگی می‌کنند، اما نگرانی‌ها درباره مشکلات افراد مبتلا به سرطان و خانواده‌هایشان در حال افزایش است. در این زمینه، نتایج تحقیقات متعدد حاکی از آن است که دسترسی به حمایت‌های اجتماعی برای افراد مبتلا به سرطان بر سازگاری و مقاومت‌شان در برابر این بیماری اثر می‌گذارد.

بر این اساس، در تحقیق حاضر با روش پیمایشی و با استفاده از ابزار پرسشنامه، به بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی با تاب‌آوری در بین بیماران مبتلا به سرطان پرداخته شد. جامعه آماری این تحقیق شامل افراد بخش بیماری‌های خونی بیمارستان امام رضا (ع) آجا است که از تاریخ ۹۳/۱۰/۱۵ لغایت تاریخ ۹۳/۱۱/۳۰ در این بیمارستان بستری بوده یا جهت درمان سرپایی

* کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی. (نویسنده مسئول) m.rajeyan@yahoo.com

Naser_godarzi@yahoo.com

** عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ارتش.

مراجعه نموده‌اند. تعداد این بیماران ۱۰۰ نفر بوده، که با استفاده از جدول مورگان تعداد ۸۰ نفر به‌عنوان نمونه و بر اساس شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) انجام گردید و برای آزمون فرضیه‌ها نیز از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چند متغیره استفاده شد. یافته‌ها حاکی از آن است که بین حمایت اجتماعی و تاب‌آوری رابطه معناداری وجود دارد. نتایج آزمون تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که، میزان همبستگی حمایت اجتماعی و تاب‌آوری برابر با ۰.۶۶ می‌باشد و همچنین، ضریب تعیین ($R^2=0.43$) در معادله رگرسیونی تأیید می‌کند که حمایت اجتماعی قادر به پیش‌بینی ۴۳ درصد از واریانس تاب‌آوری در بین افراد مبتلا به سرطان می‌باشد. بدین ترتیب، می‌توان اذعان داشت که، با وجود شرایط سخت جسمانی که افراد مبتلا به سرطان با آن مواجه هستند، می‌توان با فراهم کردن حمایت‌های اجتماعی مناسب در جهت تقویت میزان تاب‌آوری در این بیماران گام برداشت و در نهایت، انتظار داشت که توان سازگاری و کنار آمدن با بیماری سرطان در مبتلایان به این بیماری نیز افزایش یابد.

واژه‌های کلیدی: تاب‌آوری، حمایت اجتماعی، بیماری سرطان

طرح مسئله

امروزه سرطان^۱ به‌عنوان یک مشکل بزرگ سلامت عمومی به‌شمار می‌آید. در حال حاضر، بیش از ۲۵ میلیون نفر در دنیا با سرطان زندگی می‌کنند، سالانه بیش از ۱۱ میلیون نفر به این بیماری مبتلا می‌شوند و ۷ میلیون مرگ ناشی از سرطان اتفاق می‌افتد (رمضانی دریاسری و همکاران، ۱۳۹۰: ۱). در همین زمینه، بنا بر اعلام سازمان جهانی بهداشت در گزارش سال ۲۰۱۴ خود هشدار داده موج سرطان در راه است و شمار

۱. Cancer

مبتلایان به سرطان در دنیا تا سال ۲۰۳۵ به سالانه ۲۴ میلیون نفر خواهد رسید و این بیماری در آینده نزدیک به عنوان نخستین عامل مرگ و میر کشورهای پیشرفته و در حال توسعه خواهد بود (آژانس بین‌المللی تحقیقات سرطان^۱). در کشور ما نیز، در حال حاضر سالانه بیش از ۳۰۰۰۰ نفر از ایرانیان در اثر سرطان، جان خود را از دست می‌دهند. تخمین زده می‌شود که سالیانه بیش از ۸۰۰۰۰ مورد جدید سرطان، در کشور اتفاق می‌افتد. با افزایش امید به زندگی و افزایش درصد سالمندی در جمعیت کشور، انتظار می‌رود موارد بروز سرطان در دو دهه آینده به دو برابر فعلی، افزایش یابد (رمضانی دریا سیری و همکاران، ۱۳۹۰: ۱).

سرطان بیماری است که با تغییر شکل غیرطبیعی سلول و از دست رفتن تمایز سلولی مشخص می‌شود. هرچند امروزه مردم مدت طولانی‌تری با سرطان زندگی می‌کنند و دیگر واژه سرطان مترادف با مرگ نیست (اکبری^۲، ۲۰۰۹). اما زندگی بیمار از لحظه تشخیص این بیماری دگرگون‌شده و رابطه او با خانواده و شبکه اجتماعی‌اش دچار تغییر می‌شود و فرد بیمار با مشکلات اجتماعی و روانی متعددی مواجه می‌گردد. بیماری‌هایی مانند سرطان آثار مخربی بر بیمار، خانواده و دیگر افراد در رابطه با او دارد. سرطان موجب یک عدم تعادل عمده در بیمار و خانواده‌اش می‌شود و مجموعه‌ای از چالش‌های جدید را برای هر دو فراهم می‌کند. دست‌کم، زندگی عادی روزانه آن‌ها تغییر می‌یابد؛ به این دلیل که آن‌ها تلاش می‌کنند با بیماری سازش یابند و به خواست‌های این تهدید پاسخ دهند (اوادالله^۳، ۲۰۰۶). در این زمینه، بر اساس نتایج پژوهش‌های انجام شده، از حمایت اجتماعی^۴ و تاب‌آوری^۵ به‌عنوان عوامل شفابخشی یاد می‌شود که در صورت تقویت و بهبود این عوامل در افراد گوناگونی که با شرایط

۱. <http://whocp3.codemantra.com/widget/9789283204299/WCR,2014>

۲. Akbari

۳. Awadallah

۴. Social support

۵. resiliency

سخت و آسیب‌زا - مانند ابتلای به سرطان - به سر می‌برند می‌توان از اثرات منفی این شرایط کاست و بر مقاومت آنان برای مقابله با این شرایط افزود.

منظور از حمایت اجتماعی اطلاع از این است که دیگران فرد را دوست دارند و مواظبش هستند، برای او احترام و ارزش قائل‌اند و او را جزئی از شبکه ارتباطات عاطفی و تعهدات اجتماعی می‌دانند، (کرتیس و آنتونی جی، ۱۳۸۰). منابع حمایت اجتماعی می‌توانند نقش تعیین‌کننده‌ای در فرآیند سازش یافتگی با بحران‌های زندگی مانند سازگاری با بیماری سرطان داشته باشند (موس^۱ و شفر^۲، ۱۹۸۴، به نقل از شروورز، رنچور و ساندرمن^۳، ۲۰۰۳). در میان بیماران مبتلا به سرطان، دریافت حمایت از جانب دیگران مانند سپری در مقابل پیامدهای منفی این بیماری و مانند درمان عمل می‌کند و با عملکرد روانشناختی بیمار ارتباط نیرومندی برقرار می‌کند (هلگسون و کوهن^۴، ۱۹۹۶). در واقع، بنا بر نتایج این مطالعات، بیماران دارای منابع حمایتی غنی‌تر در مقایسه با بیماران دارای منابع حمایتی ضعیف‌تر وضعیت جسمانی و روانشناختی بهتری دارند (ویلر و هانتیکاینن^۵، ۲۰۰۵: ۹۵-۱۰۰). بنابراین، یکی از نقش‌های کلیدی شبکه اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان - که شامل: خانواده، خویشاوندان، دوستان، همکاران و تیم درمان (و در یک معنای کلی جامعه) می‌باشد - این است که یک محیط حمایتی برای این بیماران ایجاد کنند. یعنی این بیماران که تحت فشارهای جسمانی و روانشناختی ناشی از مقابله با سرطان قرار دارند با فراهم شدن حمایت‌های اجتماعی مناسب از جانب خانواده و شبکه اجتماعی، قادر خواهند بود بر این فشارها کنترل یافته و تا حد زیادی از شدت آن بکاهند.

همچنین، یکی دیگر از متغیرهایی که در حوادث تنیدگی‌زای زندگی نقش اساسی ایفا می‌کند، تاب‌آوری است. تاب‌آوری به فرآیند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ

-
۱. Moos
 ۲. Schaefer
 ۳. Schroevers, Ranchor, & Sanderman
 ۴. Helgeson & Cohen
 ۵. Willer & Hantikainen

و ناگوار گفته می‌شود (ماستن^۱، ۲۰۰۰؛ لوتار^۲ و کیچتی^۳، ۲۰۰۱). مطالعات در زمینه تاب‌آوری نشان داده است که حمایت اجتماعی عاملی اساسی و تعیین‌کننده در زمینه تاب‌آوری است (بنارد^۴، ۲۰۰۴؛ ورنر و اسمیت^۵، ۲۰۰۱). بنارد (۲۰۰۴) روابط حمایتی و مراقبتی را به‌عنوان منبعی اساسی برای تاب‌آوری در نظر می‌گیرد و اظهار می‌کند، افرادی که این نوع حمایت را برای فرد تأمین می‌کنند افراد قابل اتکا هستند. این افراد صمیمیت، مراقبت و توجه را برای فرد تأمین می‌کنند و به فرد کمک می‌کنند تا خود را (مخصوصاً توانمندی‌ها و منابع خود را) بهتر بشناسد (بنارد، ۲۰۰۴؛ ورنر و اسمیت، ۲۰۰۱). بنارد (۱۹۹۶) روابط حمایت‌کننده و انسانی، انتظارات بالا و ایجاد فرصت‌هایی جهت مشارکت افراد را به‌عنوان عوامل محافظ و ارتقادهنده تاب‌آوری معرفی می‌کند (به نقل از: افشاری، ۱۳۸۶). با این توصیف، با توجه به اهمیت حمایت‌های اجتماعی در کاهش شرایط تنیدگی‌زای مواجهه با بیماری سرطان و همچنین، با توجه به نقش مثبت این حمایت‌ها در تقویت تاب‌آوری آنان برای سازگاری و مقابله با این بیماری، در کار تحقیقی حاضر بر آن شدیم رابطه حمایت اجتماعی با میزان تاب‌آوری را در بین بیماران مبتلا به سرطان موردبررسی قرار دهیم و تعیین نماییم که این عامل به چه میزان می‌تواند تاب‌آوری را در این بیماران پیش‌بینی کند.

۱. Masten

۲. Luthar

۳. Cicchetti

۴. Benard

۵. Werner & Smith

پیشینه تجربی تحقیق

تحقیقات انجام شده در خارج از کشور

آغاز و منشأ پژوهش‌های مربوط به تاب‌آوری نظریه‌های دانشگاهی نبود، بلکه مطالعه در زمینه شناخت پدیدار شناختی ویژگی‌های نجات‌یافتگان از مرگ و کودکانی بود که در محیط‌های خطرآفرین زندگی می‌کردند. بررسی‌های اولیه بیمارانی که بیماری‌شان وخیم بود، ابتدا بر شناخت رفتارهای ناسازگارانه متمرکز شده بود و بیمارانی که رفتارشان سازگارانه بود توجه کمی را به خود جلب می‌کردند. از دهه ۱۹۶۰ برخی محققانی که با کودکان در معرض خطر کار می‌کردند با مشاهده کودکانی که در شرایط خطرناک عملکرد طبیعی داشتند، شگفت‌زده شدند (داداش زاده، ۱۳۸۸). این مطالعات در سال ۱۹۵۵ توسط ورنر^۱ آغاز شد و ۳۰ سال به طول انجامید. در این مطالعه که گروهی از بچه‌ها از دوره پیش از تولد تا جوانی بررسی و پیگیری شدند، اطلاعات ذی‌قیمتی در مورد تاب‌آوری و عوامل خطرناک به دست آمد. مطالعه ورنر، فاکتورهای فردی و محیطی را که مشخصاً با سازگاری موفقیت‌آمیز در موقعیت‌های پرخطر مرتبط هستند، شناسایی کرد. از جمله این فاکتورها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

ویژگی‌های ذاتی و فطری که اجازه مطرح کردن موضوعات و مسائل با دیگران به‌منظور آگاهی از نظرات و راه‌حل‌های آن‌ها را می‌دهند و به‌این‌ترتیب، برقراری روابط مثبت با دیگران تسهیل می‌شود. مهارت‌هایی که استفاده مؤثر از توانایی‌ها و استعدادها را ممکن می‌کنند. مهارت‌های والدین که شایستگی و اعتمادبه‌نفس را در بچه‌ها پرورش می‌دهند و همچنین، مشخص گردید که حمایت بزرگسالان، فرصت‌هایی برای گذارهای مهم زندگی محسوب می‌گردد (به نقل از: خزائلی، ۱۳۸۶).

۱. Werner

اوسولیوان^۱ (۱۹۹۱) در یک مطالعه دیگر نشان داد که تاب‌آوری در خلأ توسعه نمی‌یابد و در زمینه خانواده و جامعه است که این رشد صورت می‌گیرد. موضوع چالش‌انگیز این است که چگونه می‌توان به بچه‌ها کمک کرد تا توانایی بیشتری در ارتقاء تاب‌آوری داشته باشند و نیز چگونه می‌توان به بزرگ‌ترها کمک کرد تا در مؤثرتر کردن این تاب‌آوری سهیم باشند (به نقل از: محمدی، ۱۳۸۴). یافته‌های مرتبط با فرهنگ‌ها و گروه‌های سنی گوناگون نشان می‌دهد که در همه فرهنگ‌ها، فاکتورهای تاب‌آوری می‌توانند وجود داشته باشند، اما چگونگی و روند آن متفاوت است (میتسوکو^۲، ۲۰۰۵؛ به نقل از: محمدی، ۱۳۸۴).

ترنر^۳ و دیگران (۱۹۹۳) فاکتورهای تاب‌آوری که به ارتقاء رشد و توسعه روانی کمک می‌کنند را در دودسته فاکتورهای فردی و محیطی که آسیب‌پذیری را کاهش و تاب‌آوری فرد را افزایش می‌دهند تقسیم‌بندی کردند. در این تقسیم‌بندی فاکتورهای فردی شامل خلق‌وخوی آسان‌گیر، بهره‌هوشی بالا، خود اثربخشی، ارزیابی واقع‌بینانه محیط، مهارت‌های حل مشکلات اجتماعی، احساس مسئولیت، همدلی، دل‌دیگران را به دست آوردن، شوخ‌طبعی و توانایی سازگاری بودند و فاکتورهای محیطی مشتمل بودند بر عوامل حفاظت‌کننده در خانواده، مدرسه و جامعه، از جمله: مراقبت‌های زودرس والدین، تشویق و روابط گرم و صمیمی با یک بزرگ‌تر، محیط خانوادگی گرم و صمیمی، توقعات بالای والدین، مسئولیت‌پذیری و پاسخگو بودن خانواده، الگوی مثبت، نظارت و مهارت‌های والدینی خوب، سنت‌ها و مقررات خانوادگی، حمایت از شایستگی‌ها و اهداف زندگی جوانان، حمایت خانوادگی مستمر، فرصت دادن به دانش‌آموزان برای انجام فعالیت‌های گوناگون، وجود جو حمایتگر مدرسه و هنجارهای مثبت جامعه (به نقل از: محمدی، ۱۳۸۴).

۱. ossullivan
۲. Mitsuko
۳. Turner

بنارد (۲۰۰۴) روابط حمایتی و مراقبتی را به‌عنوان منبعی اساسی برای تاب‌آوری در نظر می‌گیرد و اظهار می‌کند، افرادی که این نوع حمایت را برای فرد تأمین می‌کنند افراد قابل اتکا هستند. این افراد صمیمیت، مراقبت و توجه را برای فرد تأمین می‌کنند و این در حالی است که به فرد کمک می‌کنند تا خود را (مخصوصاً توانمندی‌ها و منابع خود را) بهتر بشناسند. از دیدگاه او جنبه دیگر محیط اجتماعی که باعث ارتقای تاب‌آوری می‌شود ارائه فرصت‌هایی برای مشارکت و همکاری است. ارائه این فرصت‌ها در خانواده و جامعه عرصه‌ای را برای فرد فراهم می‌کند تا او مهارت‌هایی چون حل مسائل اجتماعی، تصمیم‌گیری و ابراز وجود را تمرین کرده و گسترش دهد. نتایج پژوهشی که توسط کلاسن^۱ و همکاران (۲۰۰۸) انجام شد، نشان داده است که والدین دارای فرزند مبتلابه سرطان، کیفیت زندگی ضعیف‌تری را در مقایسه با جمعیت عادی گزارش کرده‌اند و همچنین، آن‌ها استرس بالاتری را نشان داده‌اند. در این مطالعه، پیشنهاد شده است که مداخلات مستقیم در رابطه با والدین باید به‌عنوان بخشی از برنامه درمانی برای بچه‌های مبتلابه سرطان در نظر گرفته شود. پهلوان^۲ و دیگران (۲۰۱۱) نیز در تحقیقی اظهار داشتند که بیماری‌های تهدیدکننده زندگی همانند سرطان موجب ناامیدی و تنهایی می‌شوند و با تغییر شیوه زندگی بیمار و خانواده همراه هستند. حمایت اجتماعی از طرف خانواده به کنار آمدن با بیماری کمک می‌کند (لفونمارک^۳ و دیگران، ۲۰۰۹: ۸).

در پژوهشی دیگر که توسط شارما^۴ و همکاران (۲۰۱۲) انجام شده، نتایج نشان می‌دهد که میزان اضطراب در بیماران مبتلابه سرطان بیشتر بوده و همچنین، از سطح کیفیت زندگی پایینی برخوردار بوده‌اند و از سوی دیگر، برنامه افزایش تاب‌آوری موجب افزایش تاب‌آوری و کاهش سطح استرس و اضطراب آن‌ها شده است. مطالعه

۱. Klassen

۲. Pehlivan

۳. Löfvenmark

۴. Sharma

لی^۱ و همکاران (۲۰۱۲) که بر روی والدین دارای فرزندان مبتلابه سرطان خون انجام‌شده، نتایج نشان می‌دهد که تشخیص سرطان، تأثیرات منفی را هم بر سلامت جسمانی و روانی والدین و هم فرزندان آن‌ها به دنبال داشته است. همچنین، مادران از سطوح پایین‌تری از سلامت روان برخوردار هستند و میزان افسردگی و اضطراب در مادران بیشتر از پدران بوده است.

تحقیقات انجام شده در داخل کشور

در ارتباط با حمایت اجتماعی و تاب‌آوری در سال‌های اخیر تحقیقات متعدد و البته پراکنده‌ای در داخل صورت پذیرفته است اما این تحقیقات در ارتباط با بیماران مزمن نظیر بیماران مبتلابه سرطان کمتر مورد توجه قرار گرفته است. در ادامه، به تعدادی از این تحقیقات که به مسئله حمایت اجتماعی و تاب‌آوری در ارتباط با بیماران مبتلابه سرطان و یا سایر بیماری‌های مزمن پرداخته‌اند اشاره می‌گردد.

حیدری و دیگران (۱۳۸۷) در مقاله‌ای به بررسی ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و اندازه شبکه اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی در بیماران مبتلابه سرطان پرداختند. در این مطالعه که از نوع توصیفی همبستگی است، ۲۲۰ بیمار مبتلابه سرطان بستری در سه بیمارستان فیروزگر، حضرت رسول (ص) و انستیتو سرطان مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) تهران، با روش نمونه‌گیری مستمر انتخاب شدند. نتایج این مطالعه، اطلاعات زیادی در مورد اهمیت حمایت اجتماعی درک شده برای بهبودی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان می‌دهد. خدایپناهی و همکاران (۱۳۸۹)، در مقاله‌ای دیگر، روابط ساختاری بین حمایت اجتماعی و امیدواری در بیماران مبتلابه سرطان را مورد بررسی قرار دادند. این مطالعه بر روی ۲۵۶ نفر (۱۲۵ مرد و ۱۳۱ زن) از بیماران مبتلا به سرطان متأهل در بیمارستان امام خمینی (ره) صورت گرفت و

۱. Le

یافته‌ها حاکی از آن است که رابطه ساختاری مثبت بین حمایت اجتماعی و امیدواری و رابطه ساختاری مثبت بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی و امیدواری وجود دارد. به عبارتی دیگر، حمایت اجتماعی بر امیدواری تأثیر دارد و با افزایش حمایت اجتماعی، امیدواری نیز افزایش می‌یابد.

حسینی قمی و سلیمی بجزستانی (۱۳۹۱)، در مقاله‌ای به بررسی تأثیر آموزش تاب‌آوری بر استرس مادرانی که فرزندان آن‌ها دچار سرطان شده‌اند، پرداختند. این پژوهش در بیمارستان امام خمینی (ره) تهران با روش نیمه آزمایشی انجام گردید. نتایج ۹ جلسه آموزش تاب‌آوری با استفاده از روش تحلیل کوواریانس نشان داد که، مادرانی که تحت آموزش معین قرار گرفته‌اند در افزایش تاب‌آوری و کاهش استرس، نسبت به مادرانی که از این آموزش‌ها برخوردار نبوده‌اند پیشرفت بهتری داشته‌اند. به عبارتی، آموزش تاب‌آوری بر روی کاهش استرس و افزایش تاب‌آوری مادران تأثیر معناداری داشته است.

میکاییلی، مختار پور و میسمی (۱۳۹۱) در مقاله‌ای به بررسی «نقش حمایت اجتماعی ادراک‌شده، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلابه ام. اس» پرداختند. این مطالعه که از نوع توصیفی و همبستگی بوده، بر روی بیماران مراجعه‌کننده به انجمن ام. اس استان آذربایجان شرقی انجام شد و تعداد ۱۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که، وجوه گوناگون حمایت اجتماعی ادراک‌شده، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری باکیفیت زندگی، همبستگی مثبت دارند و می‌توان کیفیت زندگی بیماران مبتلابه ام. اس را بر اساس متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک‌شده، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری پیش‌بینی نمود. همچنین، میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری مبتلایان به بیماری ام. اس می‌تواند سلامت روانی و جسمی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. آقا بخشی و راشدی (۱۳۹۳)، نیز در مطالعه‌ای دیگر به بررسی تأثیر

میزان حمایت اجتماعی بر میزان توانمندی مقابله با بیماری سرطان پرداختند. در این مطالعه، تعداد صد نفر از بیماران زن مبتلا به سرطان سینه که به بیمارستان طالقانی تهران مراجعه کرده بودند، به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. یافته‌های تحقیق حاکی از آن است که: حمایت ملموس، عاطفی، محبت‌آمیز، اطلاعاتی، عاطفی، حمایت با تعاملات اجتماعی مثبت، حمایت منابع رسمی و غیررسمی و همچنین، حمایت خانواده رابطه مستقیم و معناداری با «میزان توانمندی مقابله با بیماری» دارند. لکزایی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهش خود، به بررسی رابطه حمایت اجتماعی درک شده با تاب‌آوری در بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت علی‌اصغر (ع) زاهدان پرداختند. این مطالعه یک مطالعه توصیفی - تحلیلی (مقطعی) می‌باشد. ۹۵ نفر از مراجعین، به روش سرشماری به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و نتایج این مطالعه نشان داد که افزایش دریافت حمایت اجتماعی موجب افزایش میزان تاب‌آوری در بیماران دیابتی می‌گردد که این امر می‌تواند در مقابله با مشکلات و هیجانات به فرد کمک کند. همچنین، نتایج این پژوهش حاکی از آن است که حمایت خانواده، حمایت افراد مهم زندگی و دوستان بیشترین ارتباط را با تاب‌آوری دارند. در مجموع نیز، نتایج رگرسیون نشان داد که حمایت اجتماعی ۲۸ درصد از تغییرات تاب‌آوری را پیش‌بینی می‌کند.

در طی دو دهه اخیر تمرکز محققان بجای عوامل حفاظتی، به شناسایی فرآیندهای حفاظتی جلب شده است. در واقع آن‌ها تلاش داشته‌اند تا درک کنند چگونه عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در ایجاد پیامدهای مثبت نقش دارند. چنین رویکردی به تاب‌آوری برای تنظیم نظریات و تحقیقات اساسی این حیطه و طراحی راهبردهای درمانی و مداخله‌ای امری ضروری است. اما با توجه به سابقه معدود پژوهش‌های این حوزه به‌خصوص در ارتباط با بیماران مبتلا به سرطان در کشور ما، پرداختن به این موضوعات امری ضروری و حائز اهمیت است که در این کار پژوهشی بدان پرداخته شده است.

با نگاهی به پژوهش‌های انجام‌شده داخلی متوجه می‌شویم که اکثریت این تحقیقات با نگاهی صرفاً روانشناسانه به موضوع تاب‌آوری در افراد گوناگون پرداخته‌اند، درحالی‌که، در تحقیق حاضر به زمینه و عامل‌های اجتماعی (یعنی موضوع حمایت اجتماعی) نیز در ارتباط با تاب‌آوری توجه شده و مورد بررسی قرار گرفته است. همچنین، در این تحقیقات صرفاً به عامل‌های منفی نظیر استرس، هیجان خواهی و یا تیپ‌های شخصیتی منفی در افزایش ناسازگاری پرداخته شده، درحالی‌که، در تحقیق حاضر عامل‌ها و منابع مثبت بین فردی (یعنی حمایت‌های اجتماعی) بیشتر مورد تأکید بوده است. مضاف بر این، تحقیقات قبلی صورت گرفته در این حوزه اساساً در سطح خرد موضوع مسائل بیماران مبتلابه سرطان را مورد بررسی قرار داده‌اند. موضوعاتی نظیر تیپ‌های شخصیتی، درمان‌های حمایتی و عوامل روانشناختی، درحالی‌که در تحقیق حاضر، به سطوح میانی زندگی این بیماران یعنی عامل‌های اجتماعی نظیر حمایت‌های خانواده و شبکه اجتماعی توجه شده است.

چارچوب نظری

کانر و دیویدسون^۱ (۲۰۰۳) در تعریف تاب‌آوری می‌گویند تاب‌آوری برحسب صلاحیت شخصی، تحمل استرس، پذیرش تغییرات و اعتقاد به نیروهای اسرارآمیز مفهوم‌سازی شده است. از دیدگاه والش^۲ (۲۰۰۶) تاب‌آوری شامل تعامل بین عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی است که اغلب تأثیر چالش‌های استرس‌زای زندگی را تعدیل می‌کند. به عبارتی دیگر، تاب‌آوری فرآیندی است پویا که برکنش بین متغیرهای فردی و پیرامونی تأثیر گذاشته و در طول زمان تغییر می‌کند (شکرتینیا^۳، ۲۰۰۴: ۴۷-۴۸). در واقع، تاب‌آوری بیانگر تعاملی بین انسان و محیط است و اشاره به ایستادگی در برابر

۱. Connor & Davidson

۲. Walsh

۳. Shkerinia

خطر دارد اما این پدیده، یک پدیده تدریجی است و انباشت خطر می‌تواند حتی تاب‌آورترین افراد را نیز مغلوب سازد.

راتر^۱ خاطر نشان می‌کند که تاب‌آوری نوعی تعامل با عامل خطر است یعنی ماهیتی رو به رشد دارد که از بیولوژی و تجارب اولیه زندگی منشأ می‌گیرد و عوامل محافظتی می‌توانند از طریق شیوه‌های گوناگون در مراحل متفاوت رشد، عمل کنند (کانر و داویدسون^۲، ۲۰۰۳: ۷۶ - ۸۲). طبق نظر محققان، یکی از مدل‌هایی که مکانیسم‌های تاب‌آوری را احاطه می‌کند مدل محافظتی است. مطابق با این مدل یک عامل محافظتی به‌منظور کاهش احتمال یک پیامد منفی با یک عامل خطرزا در تعامل قرار می‌گیرد. در این مدل یک عامل محافظ، اثرات عامل خطر را بر پیامد رفتاری منفی، تعدیل می‌کند (راک و پترسون^۳، ۱۹۹۹). عوامل محافظت‌کننده و ارتقا دهنده تاب‌آوری، به دو عامل محافظت‌کننده درونی و محافظت‌کننده بیرونی تقسیم شده است:

الف) عوامل محافظت‌کننده درونی: شامل ویژگی‌های فردی می‌شود که تاب‌آوری را تسهیل کرده و ارتقا می‌دهد (شامل: کاربرد مهارت‌های زندگی به‌ویژه مهارت‌های حل مسئله، تصمیم‌گیری، ابراز وجود و کنترل تکانه؛ اجتماعی بودن، توانایی دوست داشتن و دوست داشته شدن، توانایی ایجاد روابط مثبت؛ شوخ‌طبعی؛ درونی بودن کانون کنترل؛ خوش‌بینی درباره آینده؛ خودگردانی و استقلال؛ انعطاف‌پذیری؛ ظرفیت آموزش و آموزش طلبی؛ خودانگیختگی؛ شایستگی فردی؛ ارزش نهادن به خود و انعطاف‌پذیری).

ب) عوامل محافظت‌کننده بیرونی: ویژگی‌هایی در خانواده و اجتماع وجود دارد که تاب‌آوری را تقویت می‌کند (شامل: پیشگامی در ایجاد روابط و پیوندهای صمیمی؛ ارج نهادن به تحصیل، سبک تعامل پرحرارت و کم بهانه‌گیر؛ ایجاد و تقویت

۱. Rutter

۲. Conner KM, Davidson

۳. Rak & Patterson

مرزبندی‌های شفاف (قوانین، مقررات، هنجارها)؛ تقویت روابط حمایت‌گراانه و مهربانانه با دیگران؛ به اشتراک گذاشتن مسئولیت‌ها و یاری‌رسانی؛ امکان دستیابی به منابع برای برآورده کردن نیازهای اساسی مانند مسکن، شغل، بهداشت و تفریح؛ توقع بالا و واقع‌گرایانه؛ تشویق به هدف‌گذاری و تسلط یافتن بر شرایط؛ تقویت ارزش‌ها (مانند فداکاری) و مهارت‌های زندگی (مانند همکاری)؛ ایجاد فرصت‌هایی برای رهبری، تصمیم‌گیری و مشارکت معنادار در فعالیت‌ها و ارج نهادن به استعدادهای منحصر به فرد هر شخص (طباطبائی و کیلی و قره آقاجی، ۱۳۸۶).

در همین زمینه، مطالعات حاکی از آن است که عامل حمایت اجتماعی می‌تواند به‌عنوان یک عامل محافظتی اثرات و پیامدهای مثبتی در میزان تاب‌آوری افراد دچار خطر داشته باشد. بنارد (۲۰۰۴) معتقد است که روابط حمایتی و مراقبتی منبعی اساسی برای تاب‌آوری محسوب می‌گردند و اظهار می‌کند، افرادی که این نوع حمایت را برای فرد تأمین می‌کنند افراد قابل‌اتکا هستند (بنارد، ۲۰۰۴؛ ورنر و اسمیت، ۲۰۰۱). وی (۱۹۹۶) روابط حمایت‌کننده و انسانی، انتظارات بالا و ایجاد فرصت‌هایی جهت مشارکت افراد را به‌عنوان عوامل محافظ و ارتقادهنده تاب‌آوری معرفی می‌کند (به نقل از: افشاری، ۱۳۸۶).

کاب^۱ (۱۹۷۶)، جنتری و کوباسا^۲ (۱۹۸۴)، والس‌تون و دیگران^۳ (۱۹۸۳) و ویلز^۴، (۱۹۸۴) بیان می‌دارند که حمایت اجتماعی به مراقبت، محبت، عزت، تسلی و کمکی که سایر افراد یا گروه‌ها به فرد ارزانی می‌دارند، گفته می‌شود (به نقل از: سارافینو، ۱۳۸۴: ۱۷۸). این حمایت را ممکن است منابع گوناگونی مانند همسر، خانواده، اقوام، دوستان، همکاران و یا سایرین به عمل آورند و معمولاً، به‌صورت روابط دوسویه و غیررسمی، خود به خودی و سودمند می‌باشد و دارای دو حیطة عملکردی و ساختاری است.

۱. Cobb

۲. Gentry & Kobasa

۳. Wallston, Alagna, Devellis & Devellis

۴. Wills

گستر^۱ (۱۹۸۸) و برکمن^۲ (۱۹۸۵) معتقدند مفهوم حمایت اجتماعی ساختاری معمولاً به جنبه‌های عینی حمایت و به ارتباطات اجتماعی اصلی و اولیه اشاره دارد (به نقل از: سعیدی پور، ۱۳۸۹: ۷۵). درواقع، حمایت ساختاری شامل ویژگی شبکه اجتماعی از جمله اندازه شبکه و منافع حمایتی است. شبکه اجتماعی به‌عنوان جزئی از بعد ساختاری حمایت اجتماعی، ارتباط فرد با دیگران را مطرح می‌کند. شبکه اجتماعی شامل افرادی است که حمایت اجتماعی را به فرد ارائه می‌دهند. این افراد می‌توانند شامل اعضای خانواده، خویشاوندان، دوستان، همسایه‌ها، همکاران، کادرمانی و روحانیون باشد (رامبد و همکاران، ۱۳۸۹: ۲۱). دومین بعد حمایت اجتماعی، حمایت عملکردی است. حمایت عملکردی شامل عملکردهای خاصی است که توسط روابط ارائه می‌شود (همان: ۲۴). درواقع، همان‌طور که کوهن و ویلز^۳ (۱۹۸۵) بیان می‌دارند حمایت اجتماعی عملکردی همان جنبه کیفی ارتباطات اجتماعی است که شامل عملکردهایی چون فراهم کردن اطلاعات، محترم شمردن فرد، صمیمیت در ارتباطات، میزان دسترسی به حمایت و زمان دریافت حمایت است (به نقل از: قوانلو، الهام؛ ۱۳۸۶: ۳۴). کاپلان^۴ (۱۹۹۴) اعتقاد دارد که نظام‌های حمایتی از چند راه به افراد کمک می‌کنند: ۱. کمک به آن‌ها برای بسیج منابع روانی - زیستی خود هنگامی که با تنیدگی روبرو می‌شوند؛ ۲. فراهم آوردن کمک به آن‌ها برای برآوردن خواست‌های موقعیتی آن‌ها؛ ۳. فراهم کردن منابع مادی مانند: پول، مواد مورد نیاز و مهارت‌های سودمند؛ ۴. راهنمایی شناختی و رایزنی با آن‌ها (به نقل از: خدا پناهی، ۱۳۸۹: ۲۸۵).

در پژوهش حاضر بیماری سرطان به‌عنوان یک عامل خطرناک سلامت فردی، حمایت اجتماعی به‌عنوان یک عامل محافظت‌کننده محیطی و تاب‌آوری به‌عنوان یک

۱. Gester

۲. Brekman

۳. Cohen & Wills

۴. Kaplan

عامل محافظتی فردی شناخته می‌شوند. درنهایت، حمایت اجتماعی در دو بعد ساختاری (روابط حمایتی خانواده و شبکه اجتماعی) و عملکردی (کیفیت ارتباطات و حمایت‌های ارائه شده توسط خانواده و شبکه اجتماعی)، به‌عنوان عوامل محافظت‌کننده محیطی در برابر بیماری سرطان عمل می‌کند. به‌طوری‌که، هرچقدر خانواده و شبکه اجتماعی بتوانند حمایت‌های گوناگون را به شکل مناسب‌تری برای فرد مبتلابه سرطان فراهم سازند، به همان میزان می‌توان انتظار داشت که عوامل محافظت‌کننده فردی نظیر تاب‌آوری نیز در فرد تقویت‌شده و موجبات سازگاری و تطابق بیشتر او را در برابر بیماری سرطان فراهم می‌سازد. به‌عبارتی‌دیگر، سازگاری و مقابله با بیماری‌های مزمن مثل بیماری سرطان در افرادی که از بسیاری از عوامل تسهیل‌کننده مانند حمایت اجتماعی برخوردار هستند به‌صورت سریع‌تر اتفاق می‌افتد و تاب‌آوری این افراد را در مواجهه با این بیماری‌ها افزایش می‌دهد.

فرضیه‌های تحقیق

فرضیه اصلی

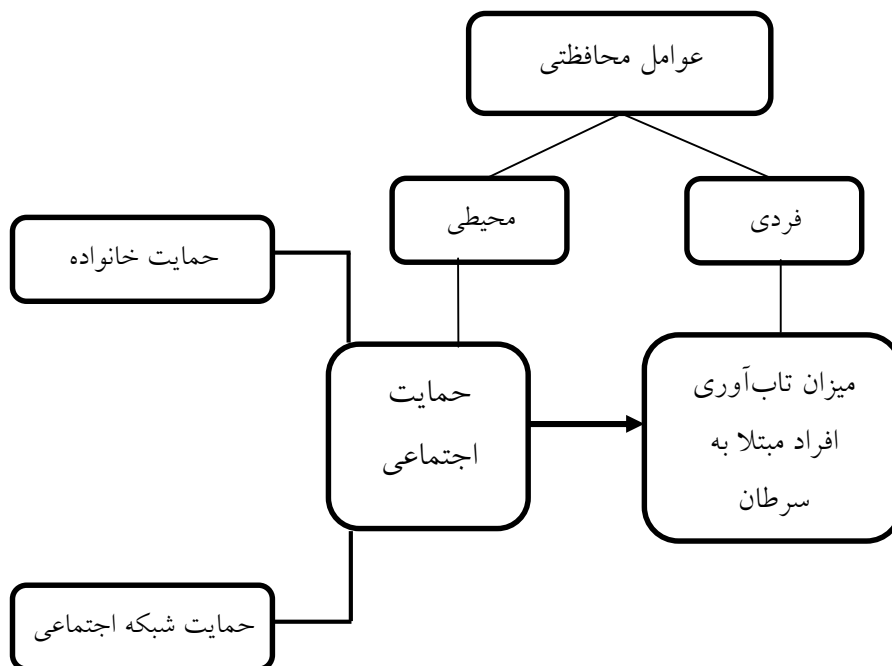
- بین حمایت اجتماعی با میزان تاب‌آوری در بین بیماران مبتلابه سرطان رابطه وجود دارد.

فرضیه‌های فرعی

۱. بین حمایت خانواده با میزان تاب‌آوری در بین بیماران مبتلابه سرطان رابطه وجود دارد.

۲. بین حمایت شبکه اجتماعی با میزان تاب‌آوری در بین بیماران مبتلابه سرطان رابطه وجود دارد.

مدل نظری تحقیق



روش تحقیق

تحقیق حاضر بر اساس رویکرد تحقیق‌های کمی و کاربردی است و در زمره پژوهش‌های توصیفی و تبیینی از نوع پیمایش^۱ قرار دارد. جامعه آماری پژوهش حاضر، تمام بیماران مبتلا به سرطان است که در بخش بیماری‌های خونی بیمارستان امام رضا(ع) (وابسته به دانشگاه علوم پزشکی آجا^۲) از تاریخ ۹۳/۱۰/۱۵ لغایت تاریخ ۹۳/۱۱/۳۰ بستری بوده یا جهت درمان سرپایی مراجعه نموده‌اند. با توجه به جامعه آماری مدنظر، و محدودیت‌های زمانی، مکانی و مالی امکان مطالعه همه بیماران مبتلا به

۱. survey

۲- وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران است.

سرطان در این بیمارستان وجود نداشت. از این رو، از «شیوه نمونه‌گیری در دسترس»^۱ استفاده شد. برای نمونه‌گیری در دسترس، عناصر به این دلیل انتخاب می‌شوند که در دسترس هستند یا به آسانی یافت می‌شوند. نمونه‌های در دسترس از جمله انواع نمونه‌گیری‌های غیر احتمالی رایج است (گرینل و آن رو، ۱۳۸۹: ۳۱۸). از آنجا که، در تحقیق حاضر ما واریانس جامعه یا درصد خطا را در اختیار نداریم، می‌توانیم از جدول مورگان برای برآورد اندازه نمونه استفاده کنیم. این جدول حداکثر تعداد نمونه را می‌دهد و چنانچه، با فرمول تعیین حجم نمونه کوکران محاسبه گردد معمولاً تعداد نمونه کمتری به دست خواهد آمد. تعداد بیماران مبتلا به سرطان بستری شده و یا مراجعه‌کننده به بیمارستان امام رضا(ع) در تاریخ‌های تعیین شده ۱۰۰ نفر بوده است. بر اساس جدول مورگان تعداد نمونه برای یک جامعه ۱۰۰ نفره، ۸۰ نفر می‌باشد. بنابراین، اندازه نمونه آماری این تحقیق ۸۰ نفر (نفر $n=80$) مدنظر قرار گرفته شد. در تحقیق حاضر، واحد تحلیل «فرد»، یعنی «فرد مبتلا به سرطان» می‌باشد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها و اعتبار^۲ و پایایی^۳ آن‌ها

۱- پرسشنامه حمایت اجتماعی

مقیاس حمایت اجتماعی MOS^۴ در سال ۱۹۹۱ توسط شربون^۵ و استوارت^۶ به منظور استفاده در زمینه‌یابی پیامدهای پزشکی ساخته شد و پس از آن در پژوهش‌های دیگری از آن استفاده شده است. این آزمون که میزان حمایت اجتماعی دریافت شده توسط آزمودنی را می‌سنجد، دارای ۱۹ عبارت و ۵ زیر مقیاس است. این زیر مقیاس‌ها

۱. availability sample method

۲. validity

۳. reliability

۴. Medical Outcomes Survey

۵. Sherbourne

۶. Stewart

عبارت‌اند از: حمایت ملموس، که کمک‌های مادی و رفتاری را می‌سنجد. حمایت هیجانی، که عواطف مثبت، همدردی و تشویق و بیان احساسات را مورد ارزیابی قرار می‌دهد، اطلاع‌رسانی که راهنمایی، اطلاع‌رسانی یا داشتن بازخورد را می‌سنجد. مهربانی، که ابراز عشق و علاقه را می‌سنجد و تعامل اجتماعی مثبت که وجود افرادی برای پرداختن به فعالیت‌های تفریحی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. ابراهیم قوام (۱۳۷۰) در کار تحقیقی خود، با اجرای آزمون آلفای کرونباخ در بین دو نمونه متفاوت (در بین دانشجویان و دانش‌آموزان) ضرایب $0/90$ و $0/50$ را برای سنجش پایایی این پرسشنامه به دست آورده است.

۲- پرسشنامه تاب‌آوری (CISS)^۱

این مقیاس را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ در حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. نسخه اصلی این مقیاس توسط محمدی (۱۳۸۴) از خود تهیه‌کنندگان دریافت شده و با اجرای آن بر روی افراد ۲۵-۱۸ ساله، ضریب پایایی برابر $0/89$ (با استفاده از روش آلفای کرونباخ) برای آن به دست آورد. این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد. جدول شماره ۱، ضریب آلفای کرونباخ را برای مشخص نمودن میزان پایایی مقیاس‌های حمایت اجتماعی و تاب‌آوری نشان می‌دهد که نتایج حاکی از همبستگی قوی میان گویه‌های این مقیاس‌ها می‌باشد.

جدول ۱- ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه MOS و CISS در پژوهش حاضر

آلفا	تعداد گویه	مقیاس‌ها
$0/93$	۱۹	حمایت اجتماعی
$0/88$	۲۵	تاب‌آوری

۱. Konnor-Davidson Resilience Scale

تکنیک‌های مورد استفاده برای اجرای پرسشنامه^۱

برای اجرای پرسشنامه تحقیق حاضر از تکنیک مصاحبه استفاده شد. دلیل استفاده از تکنیک مصاحبه این بود که، اکثریت قریب به اتفاق بیماران مبتلابه سرطان با شرایط روانی و اجتماعی خاصی مواجه هستند و همکاری آنان در این پژوهش مستلزم به‌کارگیری مهارت‌های برقراری ارتباط و جلب اعتماد توسط پژوهشگر بود. بدین ترتیب که، ابتدا سعی شد تا با برقراری ارتباطی صمیمی و دوستانه با این بیماران و همچنین، با ارائه توضیح کاملی از اهداف انجام مصاحبه، اعتماد آنان جلب شود و سپس، در فرآیند مصاحبه سؤالات پرسشنامه از آن‌ها پرسیده شدند.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها^۲

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) انجام گردید. با استفاده از این نرم‌افزار، برای دستیابی به اهداف این پژوهش، ابتدا، آماره‌های توصیفی و تبیینی متغیرهای گوناگون مورد سنجش پژوهش، ارائه شدند و سپس، برای آزمون فرضیه‌ها نیز از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چند متغیره استفاده شد.

یافته‌های تحقیق

در تحقیق حاضر، ۶۰ درصد از پاسخگویان را مردان و ۴۰ درصد از آنان را زنان تشکیل می‌دهند، و نیز، گروه سنی ۳۱ تا ۶۰ سال (بزرگسالان) با ۴۵ درصد و گروه سنی بالای ۶۱ سال (سالمند) نیز با ۴۵ درصد بیشترین میزان توزیع پاسخگویان را برحسب متغیر سن و گروه سنی زیر ۲۰ سال (کودکان و نوجوانان) با ۶.۳ درصد و گروه سنی ۲۱ تا

۱. techniques used to implement the questionnaire

۲. method of data analysis

رابطه بین حمایت اجتماعی و تاب‌آوری ... ۵۷

۳۰ سال (جوانان) با ۳.۸ درصد کمترین میزان آن را شامل می‌شوند. ۶۱.۳ درصد از پاسخگویان متأهل، ۲۰ درصد بی‌همسر بر اثر طلاق، ۷.۵ درصد بی‌همسر بر اثر فوت و ۱۱.۳ درصد از پاسخگویان نیز مجرد می‌باشند. در واقع، ۳۸.۷ درصد از پاسخگویان از حمایت‌های اجتماعی و روانی ناشی از رابطه همسری بی‌بهره‌اند. همچنین، توزیع پاسخگویان برحسب متغیر نوع بیماری نشان می‌دهد که هر یک از انواع بیماری سرطان شامل: تونگو، هوچکین، نان هوچکین، بورکیت، دیفوس و کلیه ۱.۳ درصد، بیماری‌های کبد، پوست، ریه و دستگاه گوارشی ۲.۵ درصد، بیماری‌های معده، پروستات و مثانه ۳.۸ درصد، لوزالمعده، تخمدان و خون ۵ درصد، مری و روده ۶.۳ درصد، پستان ۸.۸ درصد و انواع سرطان‌های مغز استخوان ۱۸.۸ درصد در بین بیماران شایع بوده است. همچنین، ۱۶.۳ درصد از جمعیت مورد مشاهده دارای سایر انواع بیماری سرطان بوده‌اند.

جدول ۲- توزیع و شاخص‌های جمعیت مورد مشاهده برحسب «تاب‌آوری»

تاب‌آوری	ضعیف	متوسط	قوی	کل
فراوانی	۶	۴۴	۳۰	۸۰
درصد فراوانی	۷.۱	۵۵.۷	۳۷.۲	۱۰۰
درصد فراوانی تجمعی	۶.۳	۶۲	۱۰۰	۱۰۰
میانگین: ۸۶.۵	میان: ۸۶	مد: ۱۰۲	واریانس: ۲۵۵.۵	دامنه: ۷۴
			مینیمم: ۴۶	ماکزیمم: ۱۲۰

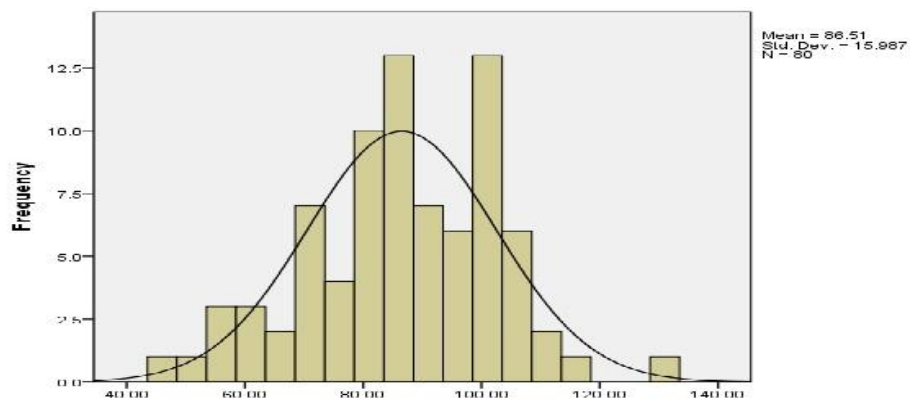
جدول ۲، توزیع شاخص‌های جمعیت مورد مشاهده را برحسب متغیر «تاب‌آوری» نشان می‌دهد. نتایج حاکی از آن است که ۳۷.۲ درصد از پاسخگویان دارای تاب‌آوری قوی، ۵۵.۷ درصد دارای تاب‌آوری متوسط و ۷.۱ درصد دارای تاب‌آوری

ضعیف می‌باشند. همچنین، میانگین نمرات توزیع شده ۸۶.۵، میانه ۸۶ و مد ۱۰۲ بوده است. کمترین نمره اخذ شده ۴۶ و بالاترین نمره ۱۲۰ بوده است.

جدول ۳- توزیع و شاخص‌های جمعیت مورد مشاهده بر حسب «تاب‌آوری»

مقدار کشیدگی (Skewness)	مقدار چولگی (Kurtosis)	متغیر
-۰.۰۳۸	-۰.۲۶۹	تاب‌آوری

جدول ۳ نشان می‌دهد که، مقدار چولگی مشاهده شده برای متغیر تاب‌آوری برابر ۰.۲۶۹- است و در بازه (۲،-۲) قرار دارد. یعنی از لحاظ کجی متغیر تاب‌آوری نرمال بوده و توزیع آن متقارن است. مقدار کشیدگی آن ۰.۰۳۸- است و در بازه (۲،-۲) قرار دارد. این نشان می‌دهد توزیع متغیر از کشیدگی نرمال برخوردار است. نمودار شماره (۱)، چگونگی توزیع نمرات آزمودنی‌ها را در زیر مقیاس تاب‌آوری نشان می‌دهد.



نمودار ۱- نمودار هیستوگرام نمرات تاب‌آوری جمعیت مورد مشاهده

جدول ۴- توزیع و شاخص‌های جمعیت مورد مشاهده برحسب «حمایت‌های اجتماعی»

حمایت‌های اجتماعی	نامطلوب	متوسط	مطلوب	کل
فراوانی	۵	۴۳	۳۲	۸۰
درصد فراوانی	۶.۳	۵۳.۷	۴۰	۱۰۰
درصد فراوانی تجمعی	۶.۳	۶۰	۱۰۰	۱۰۰
میانگین: ۶۶.۹۷	میانه: ۶۸	واریانس: ۱۴۵.۴	دامنه: ۵۸	مینیمم: ۳۲
	مد: ۶۹			ماکزیمم: ۹۰

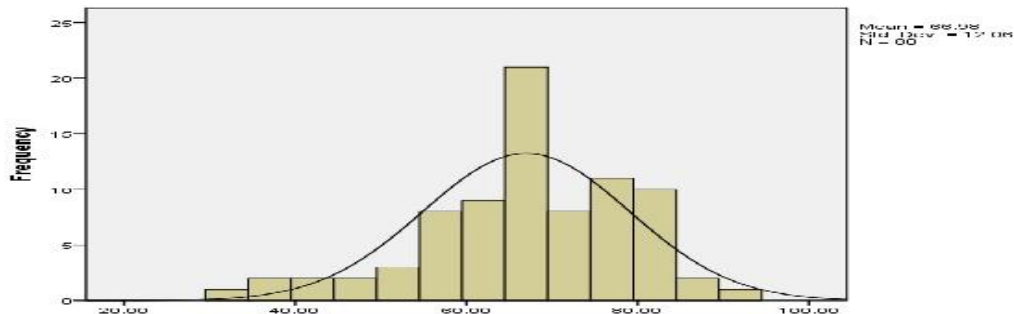
جدول ۴، توزیع شاخص‌های جمعیت مورد مشاهده را برحسب متغیر حمایت اجتماعی نشان می‌دهد. نتایج حاکی از آن است که ۴۰ درصد پاسخگویان دارای حمایت اجتماعی مطلوب، ۵۳.۷ درصد دارای حمایت اجتماعی متوسط و ۶.۳ درصد دارای حمایت اجتماعی نامطلوب می‌باشند. همچنین، میانگین نمرات توزیع شده ۶۶.۹، میانه ۶۸ و بیشترین نمره تکرار شده ۶۹ بوده است. کمترین نمره اخذ شده ۳۲ و بالاترین نمره ۹۰ بوده است.

جدول ۵- توزیع و شاخص‌های جمعیت مورد مشاهده برحسب «حمایت‌های اجتماعی»

متغیر	مقدار چولگی (Kurtosis)	مقدار کشیدگی (Skewness)
حمایت‌های اجتماعی	-۰.۶۸۹	۰.۵۸۶

بر اساس جدول شماره ۵، مقدار چولگی مشاهده شده برای متغیر حمایت اجتماعی برابر ۰.۶۸۹- است که در بازه (۲،۲-) قرار دارد. یعنی از لحاظ کجی متغیر حمایت اجتماعی نرمال بوده و توزیع آن متقارن است. مقدار کشیدگی آن ۰.۵۸۶ است و در بازه (۲،۲-) قرار دارد. این امر نشان می‌دهد که توزیع متغیر از کشیدگی نرمال

برخوردار است. نمودار ۲، چگونگی توزیع نمرات آزمودنی‌ها را در زیر مقیاس حمایت اجتماعی نشان می‌دهد.



نمودار ۲- نمودار هیستوگرام نمرات مقیاس حمایت اجتماعی جمعیت مورد مشاهده

آزمون فرضیه‌ها

فرضیه ۱: بین حمایت اجتماعی با میزان تاب‌آوری در بین بیماران مبتلا به سرطان رابطه وجود دارد.

جدول ۶- توزیع میزان تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان بر حسب حمایت اجتماعی

کل	تاب‌آوری			حمایت اجتماعی
	قوی	متوسط	ضعیف	
۱۰۰	۲۰	۰	۸۰	نامطلوب
۱۰۰	۱۹	۷۸.۶	۲۴	متوسط
۱۰۰	۶۵.۶	۳۴.۴	۰	مطلوب

جدول ۶ نشان می‌دهد که، ۸۰ درصد افرادی که دارای وضعیت حمایتی نامطلوبی هستند دارای تاب‌آوری ضعیف، ۷۸.۶ درصد افرادی که دارای وضعیت حمایت

رابطه بین حمایت اجتماعی و تاب‌آوری ... ۶۱

اجتماعی متوسطی هستند دارای تاب‌آوری متوسط، ۶۵.۶ درصد افرادی که دارای حمایت اجتماعی مطلوبی هستند دارای تاب‌آوری قوی و ۳۴.۴ درصد از این گروه از بیماران مبتلابه سرطان که دارای حمایت اجتماعی مطلوب هستند دارای تاب‌آوری متوسطی هستند.

جدول ۷- همبستگی پیرسون میان حمایت اجتماعی و میزان تاب‌آوری در بین بیماران مبتلابه سرطان

متغیر	تعداد نمونه	مقدار همبستگی	سطح معنی‌داری
حمایت اجتماعی	۸۰	۰/۶۶	۰/۰۰۰

برای آزمون این فرضیه از تحلیل همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ آورده شده است. همان‌طور که داده‌های این جدول نشان می‌دهد، مقدار همبستگی به‌دست‌آمده بین حمایت اجتماعی و تاب‌آوری $r=0.66$ است که این مقدار در سطح معناداری مطلوب ($sig = 0.000$) قرار دارد. بنابراین، با اطمینان ۹۹ درصد می‌توان نتیجه گرفت که همبستگی بین حمایت اجتماعی و تاب‌آوری در افراد مبتلا به سرطان معنادار است و فرضیه تأیید می‌شود. با توجه به این که ضریب همبستگی بین دو متغیر مثبت است می‌توان نتیجه گرفت که هر چه نمره افراد مبتلا به سرطان در زیر مقیاس حمایت اجتماعی بالا می‌رود، به مانند آن نمره آن‌ها در مقیاس تاب‌آوری نیز بالا می‌رود، یا به عبارت دیگر، بیمارانی که نمره بالایی در حمایت اجتماعی دارند، نمره بالایی نیز در میزان تاب‌آوری کسب می‌کنند.

فرضیه ۲: بین حمایت خانواده با میزان تاب‌آوری در بین بیماران مبتلابه سرطان رابطه وجود دارد.

جدول ۸- همبستگی پیرسون میان حمایت خانوادگی و میزان تاب‌آوری در بین بیماران

مبتلا به سرطان

متغیر	تعداد نمونه	مقدار همبستگی	سطح معنی‌داری
حمایت خانواده	۸۰	۰/۶۱	۰/۰۰۰

داده‌های جدول ۸ نشان می‌دهد که مقدار همبستگی به‌دست‌آمده بین حمایت‌های خانواده و تاب‌آوری $r=0/61$ است. با توجه به این که این میزان همبستگی از مقدار بحرانی در سطح $0/01$ بزرگ‌تر است، بنابراین، با اطمینان ۹۹ درصد می‌توان گفت که همبستگی بین حمایت خانواده و تاب‌آوری در افراد مبتلا به سرطان معنادار است و فرضیه تأیید می‌شود. با توجه به این که ضریب همبستگی بین دو متغیر مثبت است، می‌توان نتیجه گرفت که هر چه نمره افراد مبتلا به سرطان در زیر مقیاس حمایت‌های خانوادگی بالا می‌رود، به‌مانند آن نمره آن‌ها در مقیاس تاب‌آوری نیز بالا می‌رود، یا به‌عبارت‌دیگر، بیمارانی که نمره بالایی در حمایت‌های خانوادگی دارند، نمره بالایی نیز در تاب‌آوری کسب می‌کنند.

فرضیه ۳: بین حمایت شبکه اجتماعی با میزان تاب‌آوری در بین بیماران

مبتلا به سرطان رابطه وجود دارد.

جدول ۹- همبستگی پیرسون میان حمایت‌های شبکه اجتماعی و میزان تاب‌آوری در بین

بیماران مبتلا به سرطان

متغیر	تعداد نمونه	مقدار همبستگی	سطح معنی‌داری
حمایت‌های شبکه اجتماعی	۸۰	۰/۶۴	۰/۰۰۰

داده‌های جدول ۹ نشان می‌دهد که مقدار همبستگی به‌دست‌آمده بین حمایت‌های

شبکه اجتماعی و تاب‌آوری $r=0/64$ است. با توجه به این که، این میزان همبستگی در

سطح معناداری مطلوب ($\text{sig} = 0.000$) قرار دارد. بنابراین، با اطمینان ۹۹ درصد می‌توان گفت که همبستگی بین حمایت‌های شبکه اجتماعی و تاب‌آوری در افراد مبتلا به سرطان معنادار است و فرضیه تأیید می‌شود. با توجه به این که ضریب همبستگی بین دو متغیر مثبت است می‌توان نتیجه گرفت که هر چه نمره افراد مبتلا به سرطان در زیر مقیاس حمایت‌های شبکه اجتماعی بالا می‌رود، به مانند آن نمره آن‌ها در مقیاس تاب‌آوری نیز بالا می‌رود، یا به عبارت دیگر، بیمارانی که نمره بالایی در حمایت‌های شبکه اجتماعی دارند، نمره بالایی نیز در تاب‌آوری کسب می‌کنند.

جدول ۱۰- نتایج تحلیل رگرسیون حمایت‌های خانواده و شبکه اجتماعی در پیش‌بینی

میزان تاب‌آوری در افراد مبتلا به سرطان

R ^۲	R	سطح معنی‌داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	شاخص‌ها
							منبع پراکنش
۰/۴۳	۰/۶۶	۰/۰۰۰	۲۹.۱	۴۳۴۵.۹	۲	۸۶۹۱.۹	رگرسیون
				۱۴۹.۳۲	۷۷	۱۱۴۹۸.۰۱	باقی مانده (خطا)
					۷۹	۲۰۱۸۹.۹	کل

همان‌طور که داده‌های جدول ۱۰ نشان می‌دهد مقدار F به دست آمده برابر با ۲۹.۱ است که از مقدار بحرانی جدول در سطح $\alpha = 0.01$ با درجات آزادی ۲ و ۷۷ بزرگ‌تر است. بنابراین، با اطمینان ۹۹ درصد می‌توان نتیجه گرفت که حمایت‌های خانواده و شبکه اجتماعی قادر به پیش‌بینی میزان تاب‌آوری در افراد مبتلا به سرطان می‌باشند. با توجه به این که ضریب همبستگی چندگانه $r = 0.66$ است، بنابراین، با مجذور کردن این ضریب همبستگی چندگانه می‌توان گفت که حمایت‌های خانواده و شبکه اجتماعی در مجموع قادر به پیش‌بینی ۴۳ درصد از واریانس‌های تاب‌آوری در افراد مبتلا به سرطان می‌باشند.

جدول ۱۱- ضرایب تأثیر حمایت‌های خانواده و شبکه اجتماعی در پیش‌بینی میزان تاب‌آوری در افراد مبتلا به سرطان

متغیرها	B	Beta	T	sig
حمایت خانواده	۰.۷۵	۰.۲۴	۱.۵	۰.۰۰۰
حمایت شبکه اجتماعی	۰.۹۴	۰.۴۳	۲.۷	۰.۰۰۹

برای تعیین نقش حمایت‌های خانواده و شبکه اجتماعی در پیش‌بینی میزان تاب‌آوری در افراد مبتلا به سرطان، ضرایب تأثیر (β) حاصل از معادله رگرسیون محاسبه شد که جدول شماره ۱۱ به توصیف آن‌ها می‌پردازد. همان‌طور که مشاهده می‌شود ضریب بتای حمایت‌های خانواده و شبکه اجتماعی معنادار هستند ($p < 0/01$) و می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای حمایت‌های خانواده و شبکه اجتماعی قادر به پیش‌بینی میزان تاب‌آوری در افراد مبتلا به سرطان می‌باشند. نتایج این جدول بیانگر آن است که با افزایش یک واحد انحراف استاندارد در حمایت‌های خانواده، میزان تاب‌آوری ۰.۲۴ انحراف استاندارد افزایش می‌یابد و با افزایش یک واحد انحراف استاندارد در حمایت‌های شبکه اجتماعی، میزان تاب‌آوری ۰.۴۳ انحراف استاندارد افزایش می‌یابد.

نتیجه‌گیری و پیشنهادها

نتایج تحقیق حاضر، در تأیید مطالعات پیشین انجام‌شده بر دو نوع از منابع برای سازگاری با بیماری سرطان صحنه می‌گذارد. یک: منابع برون فردی (محیطی) به نام «حمایت اجتماعی» (شامل: حمایت‌های خانواده و شبکه اجتماعی) و دو: منابع درون فردی (روانشناختی) به نام «تاب‌آوری».

حمایت اجتماعی به‌عنوان حضور افرادی که فرد به آن‌ها اطمینان می‌کند و احساس می‌کند به‌عنوان یک فرد توسط آن‌ها مورد احترام و اهمیت است تعریف می‌شود. رضایت از حمایت اجتماعی، طی شرایط تنیدگی‌زای زندگی، همانند تشخیص بیماری سرطان، منبع روانشناختی مهمی به‌حساب آورده می‌شود (لی و دیگران^۱، ۲۰۱۱: ۱۹). مرور مطالعات انجام‌شده در این زمینه، شواهد طولی و مقطعی فراوانی را برای نقش مهم حمایت اجتماعی در سلامت روانی فراهم آورده است (واندروارت^۲، ۱۹۹۹: ۱۸). نتایج تحقیق حاضر نیز نشان می‌دهد که بین حمایت اجتماعی و میزان تاب‌آوری در بین بیماران مبتلابه سرطان رابطه معناداری وجود دارد. درواقع، حمایت اجتماعی اثر شرایط تنیدگی‌زای مواجهه با بیماری سرطان را از طریق ایجاد ادراکی در فرد بیمار مبنی بر این که هنگام بروز این بیماری، کسانی هستند که او را کمک کنند، تقلیل می‌دهد. این ادراک در فرد بیمار باعث می‌شود که او عامل تنش‌زا را کمتر آسیب‌زا بداند. همچنین، دسترسی به منابع حمایتی مناسب در فرد مبتلابه سرطان بر سازگاری وی با بیماری اثر می‌گذارد.

دانشمندان چندین سال است که رابطه مثبت بین حمایت اجتماعی و سلامت تشخیص داده‌اند. پهلوان و دیگران (۲۰۱۱) در تحقیقی اظهار داشتند که بیماری‌های تهدیدکننده زندگی همانند بیماری سرطان موجب ناامیدی و تنهایی با تغییر دادن شیوه زندگی بیمار و خانواده می‌شوند و حمایت اجتماعی از طرف خانواده به کنار آمدن با بیماری کمک می‌کند (لفونمارک و دیگران، ۲۰۰۹: ۸). نتایج تحقیق حاضر نیز حاکی از آن است که حمایت‌های خانواده همبستگی قوی با میزان تاب‌آوری در بیماران مبتلابه سرطان دارد. یعنی، خانواده‌هایی که عملکرد حمایتی مطلوب‌تری را به بیماران ارائه می‌کنند به همان نسبت میزان تاب‌آوری این بیماران افزایش می‌یابد. درواقع، حمایت‌های خانواده به‌عنوان یک عامل محافظتی بیرونی، از آثار و پیامدهای منفی

۱. Lee & cetra

۲. Vandervoort

بیماری سرطان بر تاب‌آوری بیماران می‌کاهد. همچنین، حمایت‌های شبکه اجتماعی که شامل اقوام، دوستان، همکاران، تیم درمان و غیره می‌گردد نیز همبستگی قوی با میزان تاب‌آوری بیماران را نشان می‌دهد.

بنا به رویکرد تحقیق حاضر، حمایت اجتماعی دارای دو بعد ساختاری و عملکردی است. در بعد ساختاری حمایت اجتماعی که در قالب روابط حمایتی با خانواده و شبکه اجتماعی خود را نمایان می‌سازد. در این زمینه نتایج تحقیق حاضر رابطه هر دو نوع از روابط ساختاری بیماران مبتلا به سرطان یعنی رابطه حمایتی خانواده و رابطه حمایتی شبکه‌های اجتماعی را با تاب‌آوری تأیید می‌کند و نشان می‌دهد که بین حمایت‌های خانواده و شبکه اجتماعی با تاب‌آوری در برابر شرایط تنیدگی‌زای بیماری سرطان رابطه معناداری وجود دارد. در بعد عملکردی حمایت اجتماعی نیز، نتایج تحقیق نشان می‌دهد که به هر میزان که عملکرد حمایت اجتماعی (خانواده و شبکه اجتماعی) در سطح مطلوب‌تری باشد تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان نیز در سطح قوی‌تری افزایش می‌یابد. همچنین، همان‌طور که از نتایج تحقیق به دست می‌آید، ۶۵.۶ درصد از بیماران مبتلا به سرطان که از حمایت اجتماعی مطلوبی برخوردارند میزان تاب‌آوری آنان نیز قوی است و در نقطه مقابل، ۸۰ درصد از این بیماران که از حمایت اجتماعی نامطلوبی برخوردارند میزان تاب‌آوری آنان نیز ضعیف است. در واقع، بیماران دارای منابع فردی غنی‌تر در مقایسه با بیماران دارای منابع فردی ضعیف‌تر، وضعیت جسمانی و روانشناختی بهتری دارند (ویلر و هانتیکاینن، ۲۰۰۵: ۹۵-۱۰۰).

در مجموع، حمایت‌های اجتماعی‌ای که هم در بعد ساختاری و هم در بعد عملکردی توسط خانواده و شبکه اجتماعی بیمار دریافت می‌گردند، قادر به پیش‌بینی ۴۳ درصد از واریانس‌های تاب‌آوری در این بیماران می‌باشد. به عبارتی، با افزایش یک واحد انحراف استاندارد در حمایت‌های اجتماعی، میزان تاب‌آوری این بیماران ۰.۴۳ انحراف استاندارد افزایش می‌یابد.

بدین ترتیب، در یک جمع‌بندی از نتایج تحقیق حاضر می‌توان اذعان داشت که عوامل محافظتی حمایت اجتماعی و تاب‌آوری در کاهش شرایط تنیدگی‌زای بیماری سرطان نقش بسزایی دارند. افراد مبتلا به سرطان با وجود شرایط سختی که با آن مواجه هستند تلاش می‌کنند تا با بیماری خودسازگار گردند. این تلاش آنان با فراهم بودن شرایط اجتماعی مناسب از طریق حمایت اجتماعی و دارا بودن مهارت‌های روانشناختی مناسب نظیر تاب‌آوری و سازگاری با بیماری در آنان افزایش می‌یابد و به عبارتی، با تجهیز به این نیروهای محافظتی این اطمینان در بیماران به وجود می‌آید که در شرایط سخت مواجهه با بیماری سرطان، حمایت‌های اجتماعی خانواده و شبکه اجتماعی، در دسترس هستند و این حمایت‌ها نیز به نحو مطلوب و در زمان مناسبی به وی ارائه می‌گردند. این امر سبب می‌شود تا میزان تاب‌آوری فرد بیمار در برابر بیماری افزایش یابد و سازگاری او با شرایط بیماری نیز افزایش یابد. بنابراین، می‌توان با انجام مداخلات روانی - اجتماعی لازم که توسط متخصصین اجتماعی نظیر مددکاران اجتماعی، روانشناسان و مشاوران ارائه می‌گردند، در جهت تقویت حمایت‌های اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان گام برداشت و به این طریق به این بیماران کمک نمود تا بتوانند با شرایط سخت بیماری سرطان بهتر سازگار گردند و تسکینی بر آلام جسمانی آنان ایجاد گردد.

پیشنهادها

پیشنهادهای پژوهشی

- پیشنهاد می‌گردد با انجام تحقیقات سیستماتیک، هدفمند و پیوسته در طول زمان علاوه بر تقویت غنای نظری و تحقیقاتی در زمینه بررسی عامل‌های روانشناختی و اجتماعی مرتبط با بیماری سرطان، زمینه‌های انجام طرح‌ها، برنامه‌ها و مداخلات روانشناختی و اجتماعی لازم را نیز در این زمینه بیش از پیش فراهم نمود.

- با توجه به نتایج تحقیق حاضر که به رابطه بین حمایت‌های اجتماعی با تاب‌آوری در بین بیماران مبتلا به سرطان اذعان دارد، پیشنهاد می‌گردد تحقیقات بعدی به شیوه مداخلاتی صورت گیرد تا بدین طریق بتوان از یک‌طرف، هم رابطه متغیرهای مورد آزمایش تحقیق حاضر را بیشتر موردسنجش قرار داد و از طرف دیگر، بتوان با بهبود حمایت‌های اجتماعی این بیماران، توان و تاب‌آوری آنان را بهبود بخشید و موجبات بهبود کیفیت زندگی آنان را نیز فراهم نمود.

پیشنهادهای کاربردی

- پیشنهاد می‌گردد که با انجام طرح‌های مداخلاتی نظیر برگزاری و تشکیل گروه‌های حمایتی در بیمارستان‌ها یا مراکز درمانی دیگر، شرایطی را فراهم ساخت تا بیماران مبتلا به سرطان بتوانند از تجربیات یکدیگر در زندگی توأم با بیماری سرطان و همچنین، حمایت‌های عاطفی و روانی و اجتماعی یکدیگر بهره‌مند گردند و آمادگی آنان برای تغییر شیوه زندگی و پذیرش زندگی در کنار بیماری سرطان را در آنان افزایش داد.

- با توجه به نتایج تحقیق حاضر، باید اذعان داشت اگرچه بیماری سرطان یک مشکل جسمی و فردی است اما عامل‌های اجتماعی یعنی روابط اجتماعی با افراد و انسان‌های دیگر نیز بر آن بسیار تأثیرگذار است. یعنی اگر بتوان با انجام طرح‌های مداخلاتی مناسب بر شبکه بلافصل این بیماران تأثیر گذاشت و آنان را با آموزش و آگاه‌سازی به حمایت مطلوب‌تر نسبت به این بیماران ترغیب نمود، به همان میزان می‌توان میزان تاب‌آوری آنان برای سازگاری با بیماری سرطان را افزایش داد.

محدودیت‌های تحقیق

- منابع تحقیقاتی داخلی و ادبیات نظری در زمینه حمایت اجتماعی و تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان بسیار محدود می‌باشد.

- جلب اعتماد و همکاری بیماران مبتلابه سرطان برای انجام مصاحبه با توجه به شرایط خاصی که برخی از این بیماران با آن مواجه بودند بسیار سخت بود.
- در صورت جلب اعتماد و همکاری بیمار برای انجام مصاحبه گاهی با مقاومت برخی از خانواده‌ها مواجه بودیم که این مسئله در طولانی شدن روند اجرایی تحقیق بسیار تأثیرگذار بود.
- تعداد زیاد سؤالات پرسشنامه گاه باعث خستگی بیماران می‌گردید که در این خصوص، پژوهشگر مجبور گردید گاهی برای نهایی شدن یک پرسشنامه با ایجاد نوعی رابطه حمایت‌آمیز و همدلی با بیمار از آثار سوء این موضوع بکاهد و با گوش کردن به سایر مسائل بیماران او را ترغیب کند که به ادامه پاسخگویی به پرسشنامه بپردازد.

منابع

- ابراهیمی قوام، صغری. (۱۳۷۱)، تعیین ضرایب پایایی و همبستگی سه مفهوم حمایت اجتماعی، عزت نفس و مرجع کنترل بر روی دانشجویان و دانش‌آموزان تهران، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه آزاد اسلامی.
- افشاری، سمانه. (۱۳۸۶)، بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده، عزت نفس و عوامل شخصیتی با رضایت مندی از زندگی در دانشجویان شهر تهران، *پایان نامه کارشناسی ارشد*. دانشگاه علامه طباطبائی.
- آقا بخشی، حبیب؛ راشدی، اسماعیل. (۱۳۹۳)، حمایت اجتماعی و مقابله با بیماری سرطان، *فصلنامه پژوهشنامه مددکاری اجتماعی*، شماره ۱.
- حسینی قمی، طاهره؛ حسین سلیمی بجستانی. (۱۳۹۱)، اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استرس مادران دارای فرزندان مبتلابه سرطان در بیمارستان امام خمینی (ره) تهران، *فصلنامه روانشناسی سلامت*، شماره ۴.

- حیدری و دیگران. (۱۳۸۷)، ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و اندازه شبکه اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، *فصلنامه علمی پژوهشی فیض*، دوره دوازدهم، شماره ۲.
- خدا پناهی، محمد کریم. روابط ساختاری بین حمایت اجتماعی و امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان، *مجله روانشناسی*، ۵۵ سال چهاردهم، شماره ۳.
- خزائلی پارسا، فاطمه. (۱۳۸۶)، *تاب‌آوری ظرفیت غلبه بر دشواری‌ها، پایداری سرسختانه، بهسازی خویشتن*. انتشارات دانشگاه تهران.
- داداش زاده، شیوا. (۱۳۸۸)، بررسی رابطه سبک زندگی و میزان تاب‌آوری والدین دارای فرزندان ۱۴-۱۸ ساله با و بدون اختلال سلوک در شهر تهران. *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علامه طباطبائی.
- رامبد، معصومه، فروغ رفیعی؛ محمدتقی ساریان حسن‌آبادی. (۱۳۸۹)، *حمایت‌های اجتماعی*، تهران: انتشارات خسروی.
- رمضان‌ی دریا‌سری، رشید و همکاران. (۱۳۹۰)، *برنامه جامع ملی کنترل سرطان، معاونت بهداشت، مرکز مدیریت بیماری‌های غیر واگیر*، اداره سرطان، وزارت بهداشت، آموزش و درمان.
- سارافینو، ادوارد پ. (۱۳۸۴)، *روانشناسی سلامت*، مترجمان: احمدی ابهری، سید علی و همکاران، تهران: انتشارات رشد.
- سعدی پور، اسماعیل. (۱۳۸۹)، بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله‌ای با تاب‌آوری در نوجوانان پسر کانون اصلاح و تربیت و نوجوانان عادی شهر تهران، استاد راهنما: دکتر صغری ابراهیمی قوام، استاد مشاور: دکتر نورعلی فرضی، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی تربیتی*، دانشگاه علامه طباطبائی.

- طباطبائی و کیلی، سید مهدی؛ قره آقاجی، سعید. (۱۳۸۶)، *راهنمای عملی پیشگیری مشارکتی مدرسه محور (با تأکید بر سوء مصرف مواد)*، تهران، انتشارات هنر اول.
- قوانلو، الهام (۱۳۸۶)، بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت روان زنان مبتلابه HIV/ADS در شهر تهران، استاد راهنما: دکتر سید احمد حسینی، استاد مشاور: دکتر حبیب آقا بخشی، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده علوم اجتماعی.
- کرتیس، آنتونی جی (۱۳۸۰)، *روانشناسی سلامت*، ترجمه: فرامرز سهراب، تهران: انتشارات و رای دانش.
- گر نیل، ریچارد ام. و یوان. ای. آن رو جی آر. (۱۳۸۹)، *پژوهش و ارزیابی در مددکاری اجتماعی: رویکردهای پژوهشی کمی و کیفی*، مترجمان: طلعت الهیاری و اکبر بخشی‌نیا. تهران: دانژه.
- لاکمن، جان. (۱۳۸۱)، *درسنامه پرستاری بیماری‌های داخلی و جراحی*، ترجمه نیره ابراهیمی، زهره پارسا یکتا، زهرا تذکری، ژیلا عابد سعیدی، منصوره فراهانی، تهران: آبیژه.
- لکزایی و همکاران. (۱۳۹۳)، در مقاله‌ای به بررسی رابطه حمایت اجتماعی درک شده با تاب‌آوری در بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت علی‌اصغر (ع)، *فصلنامه پرستاری دیابت دانشکده پرستاری و مامایی زابل*، دوره ۲ شماره ۴.
- محمدی، مسعود. (۱۳۸۴)، بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد، *رساله دکتری*، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.

- میکاییلی، مختار پور و میسمی. (۱۳۹۱)، نقش حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلابه مولتیپل اسکلروزیس، *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، سال هفتم، شماره ۲۳.
- Akbari M. (۲۰۰۹). Cancer in Iran. Ghom: *Darolfekr*; [In Persian].
- Awadallah, M.S. (۲۰۰۶). Support for cancer patients: The Bahrain experience, Eastern Mediterranean *Health Journal*, ۱۲, ۵.
- Benard, B. (۲۰۰۴). *Resiliency: what we have learned. San Francisco, CA: wested.*
- Conner KM, Davidson JRT. (۲۰۰۳). *Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson resilience scale (CD-RISC)*. Depression and Anxiety, ۱۸: ۷۶-۸۲.
- Helgeson, V. S., & Cohen, S. (۱۹۹۶). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlation, and intervention research. *Health Psychology*, ۱۵, (۲,) ۱۳۵-۱۴۸.
- Klassen, robert.klassen.annef. (۲۰۰۸). Impact of caring for a child with cancer on parents, health – related reality of life. *Journal of clinical oncology*, vol ۲۶ no ۳۶.pp:۵۸۸۴-۵۸۸۹.
- Le, Thien Thanh. (۲۰۱۲). Resilience and mental health in parents of children surviving Acute Lymphoblastic Leukemia. Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Social Sciences and

۷۳ رابطه بین حمایت اجتماعی و تاب آوری ...

Technology Management, *Department of Social Work and Health Science. Student thesis.*

- Lee MK, Park S, Lee ES, Ro J, Kang HS, Shin KH, Lee KS, Chung KW, Kim SW. (۲۰۱۱). Social support and depressive mood ۱ year after diagnosis of breast cancer compared with the general female population: *a prospective cohort study. Support Care Cancer* ; ۱۹: ۱۳۷۹-۹۲.
- Löfvenmark C, Mattiasson AC, Billing E, Edner M. (۲۰۰۹). Perceived Loneliness and Social Support in Patients with Chronic Heart Failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*; ۸: ۲۵۱-۲۵۸.
- Luthar, S. S, & Cicchetti, D. (۲۰۰۰). *The construct of resilience: implications for interventions and social policies, Developmnt and psychopathology*, ۱۲, ۸۵۷-۸۸۵.
- Masten, A. (۲۰۰۱). *Ordinary magic: resilience process in development, American psychologist*, ۵۶, ۲۲۷-۲۳۸.
- Pehlivan S, Ovayolu O, Ovayolu N, Sevinc A, Camci C. (۲۰۱۱). Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with cancer. *Support Care Cancer*; ۲۰(۴): ۷۳۳- ۹.
- Rak.F.C.,Patterson.L. (۱۹۹۹). Promoting resilience in at risk children *Journal of counseling and development*. ۲۱,۳۲۸-۳۴۰.

- Schroevers, M. J, Ranchor, A. V & Sanderman, R. (۲۰۰۳). 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. *Social Science and Medicine*. ۵۷, ۳۷۵-۳۸۵.
- Sharma.V, Sood.A, Ioprinzi.C, Prasad, K. (۲۰۱۲). *Stress Management and Resilience Training* (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a randomized trial. *BMC Complement Altern Med*. ۱۲(Suppl ۱). P: ۲۱۱.
- Shkerinia I. [The role of women to develop of Islamic Iran, with focus on employed women's problems(Persian)]. Paper presented in national congress of the role of women in consistent development. *Ministry of Education*. Province of Yazd.۲۰۰۴; ۴۷-۸.
- Vandervoort D. (۱۹۹۹). *Quality of Social Support in Mental and Physical Health*. *Current Psychology*, ۱۸(۲): ۲۰۵-۲۲.
- Walsh,F. (۲۰۰۶). *Strengthening family resilience*. New York. The Guilford press.
- Werner,E.E.& Smith,R.S. (۲۰۰۱). *Journal from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. New York: cornell university press.
- Willer, R., and Hantikainen, V. (۲۰۰۵). *Individual quality of life following radical prostatectomy in men with prostate cancer*. *Urolog Nure*. ۲۵: ۸۸-۹۰, ۹۵-۱۰۰.