

## حمایت اجتماعی و مقابله با بیماری سرطان

حبیب آقابخشی\*

اسماعیل راشدی\*\*

تاریخ دریافت: ۹۳/۲/۲۸

تاریخ پذیرش: ۹۳/۳/۱۷

### چکیده

این پژوهش تاثیر میزان حمایت اجتماعی بر میزان توانمندی مقابله با بیماری را مورد مطالعه قرار داده است، نمونه مورد مطالعه تعداد یکصد نفر از بیماران زن مبتلا به سرطان سینه می باشد که به صورت سرپایی و بستری به بیمارستان طالقانی مراجعه کرده اند. با استفاده از روش تحقیق پیمایش و جمع آوری داده از طریق پرسشنامه و تجزیه تحلیل داده ها با محاسبات آماری گوناگون مشخص شد که: بین حمایت اجتماعی و توانمندی مقابله با بیماری سرطان سینه رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. متغیرهای مستقل مورد مطالعه در این بررسی عبارتند از: «حمایت ملموس، عاطفی، محبت آمیز، اطلاعاتی، عاطفی، حمایت با

---

\* دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

\*\* مسئول مددکاری اجتماعی بیمارستان آیت الله طالقانی. (مکاتبه کننده)

تعاملات اجتماعی مثبت، حمایت منابع رسمی و غیررسمی و همچنین حمایت خانواده». هرکدام از متغیرهای مذکور رابطه مستقیم و معنی داری با متغیر وابسته یعنی «میزان توانمندی مقابله با بیماری» دارند. با تحلیل رگرسیون چند متغیره مشخص شد که از بین متغیرهای مستقل مورد بررسی، تنها متغیر و مهمترین متغیر پیش بینی کننده میزان توانمندی مقابله با بیماری، متغیر مستقل «حمایت با تعاملات اجتماعی مثبت» می باشد. در تحلیل رابطه متغیرهای زمینه‌ای «سن و تحصیلات» با «میزان حمایت اجتماعی و توانمندی مقابله» آشکار شد که، متغیر زمینه‌ای سن رابطه معکوس با میزان حمایت اجتماعی دارد. یعنی بیماران با سنین بالا نسبت به بیماران کم سن از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار بودند و نیز متغیر زمینه‌ای میزان تحصیلات، رابطه مستقیم با میزان حمایت اجتماعی دارد. زیرا با افزایش تحصیلات، حمایت اجتماعی نیز افزایش داشته داده است. همچنین تحصیلات با توانمندی مقابله نیز رابطه مستقیم و معنی داری داشته است. بنابراین تحقیق حاضر، نظریه‌های مطرح شده و پژوهش‌های قبلی را مبنی بر تاثیر مثبت حمایت اجتماعی بر توانمندی مقابله و سلامت تقویت می نماید.

**واژه‌های کلیدی:** حمایت اجتماعی، توانمندی مقابله<sup>۱</sup>، سرطان، مددکاری

اجتماعی

## مقدمه

تومور سرطانی با اختلال در تقسیم سلولی شروع می شود و پس از رشد در قسمتی از بدن به بخش‌های دیگر آن حرکت و تهاجم می کند و تغییراتی را در توانای جسمی و روانی فرد (بصورت ضعف جسمی و روانشناختی)، شکل جسمی بدن و جذابیت آن، تمایلات جنسی، باروری، عملکرد فیزیکی بیمار ایجاد می نماید. منطقه هجوم سرطان

### ۳ حمایت اجتماعی و مقابله با بیماری سرطان . . .

تنها جسم انسان نیست بلکه به لحاظ روانی و اجتماعی نیز او را تحت تاثیر قرار می‌دهد. از یک طرف موجب بهم خوردن تعادل روانی بیمار شده بطوری که تشخیص بیماری و درمان آن باعث اختلال در تصور بدنی، استرس، نگرانی، ناامیدی و خستگی، ترس از مرگ، و احساس ناتوانی در بیمار می‌گردد. از طرف دیگر آن نقش‌های اجتماعی و خانوادگی بیمار را نیز هدف قرار می‌دهد چنان که ایفای نقش مادری و همسری در خانه مختل، توان کاری بیمار تضعیف، روند حرکت طبیعی خانواده مختل و موجب ناتوانی خانواده در برنامه‌ریزی برای آینده می‌شود. با توجه به اینکه بیماری سرطان بر توانایی جسمی و روانی-اجتماعی فرد برای مقابله با بیماری تاثیر گسترده‌ای دارد پس در این پژوهش تلاش شد حمایت‌های اجتماعی موثر بر توانمندی مقابله با بیماری سرطان سینه را شناسائی و راهکارهای لازم در این خصوص پیشنهاد شود.

### بیان مسئله

امروزه سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در بین زنان محسوب می‌شود. آمارها نشان می‌دهد که این سرطان یک مسئله مهم و جدی برای زنان ایرانی و نیز زنان سراسر جهان محسوب می‌شود. به طوری که در جوامع غربی خطر ابتلا به این بیماری در تمام طول عمر یک زن ۱۲/۶ درصد، یعنی یک نفر از هر ۸ زن می‌باشد (دانستنی‌های سرطان، ۱۳۸۴، ش ۱۵-۱۶: ۱۶). در کشورمان، میزان بروز آن حدود ۲۳ مورد به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت ایرانی است. به عبارتی دیگر، ابتلای حدود ۷۰۰۰ زن در سال، که روند رو به رشدی را نشان می‌دهد (اکبری، سرطان در ایران: ۳۲).

سرطان پستان مسئله سلامت عمومی مهمی در سراسر جهان محسوب می‌شود. در کشوری مثل کانادا نیز سرطان پستان هر ساله با بیش از ۲۲۰۰۰ تشخیص جدید شایع‌ترین سرطان در بین زنان می‌باشد آن سالانه بیش از ۵۰۰۰ زن را به کام مرگ می‌کشد. بعد از سرطان ریه دومین عامل مرگ در زنان کانادایی محسوب می‌شود.

همچنین از هر ۹ زن یکی به این بیماری مبتلا می‌شود و از هر ۲۷ زن نیز یکی در طول زندگی‌شان به این علت فوت می‌کند.<sup>۱</sup>

در ایران نیز بر اساس آمار اداره سرطان وزارت بهداشت و درمان در سال ۱۳۸۴ تعداد ۵۵۸۵۴ مورد سرطان گوناگون اعم از زن و مرد ثبت شده است از این تعداد ۳۱۳۵۵ مورد سرطان متعلق به مردان بود و تعداد ۲۴۴۹۸ مورد سرطان (یعنی ۴۳/۹٪) مربوط به سرطان‌های گوناگون در زنان می‌باشد از میان آنها سرطان‌های پستان (۵۹۸۱)، پوست (۳۱۶۲)، روده بزرگ (۱۸۰۰) و معده (۱۶۲۴) در بین زنان به ترتیب بیشترین فراوانی در بر می‌گیرد. همچنان که می‌بینید از کل سرطان‌های موجود در زنان تعداد ۵۹۸۱ مورد آن سرطان پستان بوده است بنابراین این سرطان اولین و شایعترین سرطان در میان زنان ایرانی می‌باشد و <sup>۲</sup>ASR (نرخ سنی خاص) آن برابر با ۲۳/۶، گزارش شده است. مقایسه‌های آمارهای جدید با ۳۰ سال قبل که دکتر حبیبی انجام دادند، نشان می‌دهد که سرطان پستان در زنان ایرانی از ۱۶/۶٪ به ۲۲/۳٪ افزایش یافته است. علاوه بر این در این مقایسه موارد جدید سرطان پستان با کاهش سن حدود ۱۰ سال مشاهده می‌گردد (دانستنی‌های سرطان، ۱۳۸۴، ش ۱۵-۱۶، ص ۱۶).

تشخیص بیماری سرطان پستان و فرایند درمان از قبیل جراحی و برداشتن پستان، شیمی‌درمانی و از دست دادن موها و پرتو درمانی و غیره می‌تواند تاثیر بسزایی بر توانای جسمی و روانی فرد داشته باشد. از طرف دیگر این بیماری و فرایند درمان می‌تواند کارکردها و نقش‌های اجتماعی، خانوادگی و فعالیت‌های خانگی و روابط جنسی را بسیار تحت تاثیر قرار دهد و به شدت مختل نماید و فرد را با افسردگی، اضطراب، ناتوانی و ضعف روبرو سازد. به طور کلی این باعث تضعیف توان روحی و جسمی بیمار در مقابله با بیماری و پیامدها و مشکلات ناشی از آن خواهد شد. بیماری سرطان و درمان آن، گاهی به لحاظ اقتصادی، فرد و خانواده را تضعیف می‌کند زیرا

---

1. National Cancer Institute of Canada ,2008  
2. Age specific rate.

درمان آن بسیار پرهزینه و طولانی مدت می‌باشد. در مواردی دیده می‌شود چه بسا خانواده‌ها دارائی‌های مادی خود را صرف درمان بیماری کرده و در مواردی هزینه سنگین درمان آن‌ها را با فقر روبه رو می‌سازد. با در نظر گرفتن چنین شرایطی می‌توان گفت که وقتی زنی به این بیماری مبتلا می‌شود، بیمار و خانواده‌اش با بحرانی در زندگی خود روبه رو می‌گردد، چرا که آن آسیب‌ها و پیامدهای جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی برای بیمار و خانواده‌اش به همراه دارد و تعادل جسمی و روانی- اجتماعی و اقتصادی بیمار و خانواده‌اش را به هم می‌زند. علائم این عدم تعادل، بصورت ضعف و ناتوانی جسمی، احساس نگرانی و ضعف مالی پدیدار می‌گردد. همواره ضعف و ناتوانی به عنوان مسئله روانی- اجتماعی عمده، در تحقق سلامت مورد توجه بوده است، به ویژه در بین پژوهش‌های انجام شده، به منظور پیش بینی و تسهیل پیامدهای مثبت در میان افراد مبتلا به سرطان توجه را جلب می‌کند. زمانی که بیماران مجبور هستند با شک و تردید دائمی ناشی از احتمال عود و بازگشت مجدد بیماری، تاثیرات و عوارض جانبی درمان (جراحی، شیمی درمانی، پرتودرمانی) - همچون خستگی، از دست دادن مو، تهوع و ...-، تبعیض‌های شغلی و اجتماعی و بارسنگین مالی مقابله کنند؛ توانمندسازی بیماران برای مقابله با سرطان اهمیت پیدا می‌کند.

به نظر می‌رسد برای بازگشت و حفظ تعادل روانی- اجتماعی و اقتصادی بیمار و نیز جهت افزایش کارایی و توان فرد برای مقابله با بیماری، تجهیز شدن بیمار و خانواده به منابع اجتماعی، ایجاد ارتباط با دیگران و دسترسی به حمایت اجتماعی می‌تواند بسیار موثر واقع شود. بنابراین پرسش اساسی تحقیق این است که:

آیا بین میزان حمایت اجتماعی و میزان توانمندی مقابله با بیماری رابطه‌ای وجود

دارد؟

## اهداف پژوهش

هدف اصلی این پژوهش شناخت رابطه بین میزان حمایت اجتماعی و میزان توانمندی مقابله با بیماری سرطان پستان در زنان می‌باشد به عبارت دیگر هدف شناخت حمایت اجتماعی (حمایت عاطفی، ملموس، اطلاعاتی و تعاملات اجتماعی مثبت) و نیز شناسایی میزان حمایت‌های خانواده، همسر، دوستان، همسایگان، پزشک، پرستار و مددکار اجتماعی... است که می‌تواند تاثیر معنی داری بر توانمندی بیماران برای مقابله با بیماری داشته باشد.

## مبانی نظری تحقیق

### موضوعات مفهومی<sup>۱</sup> حمایت اجتماعی

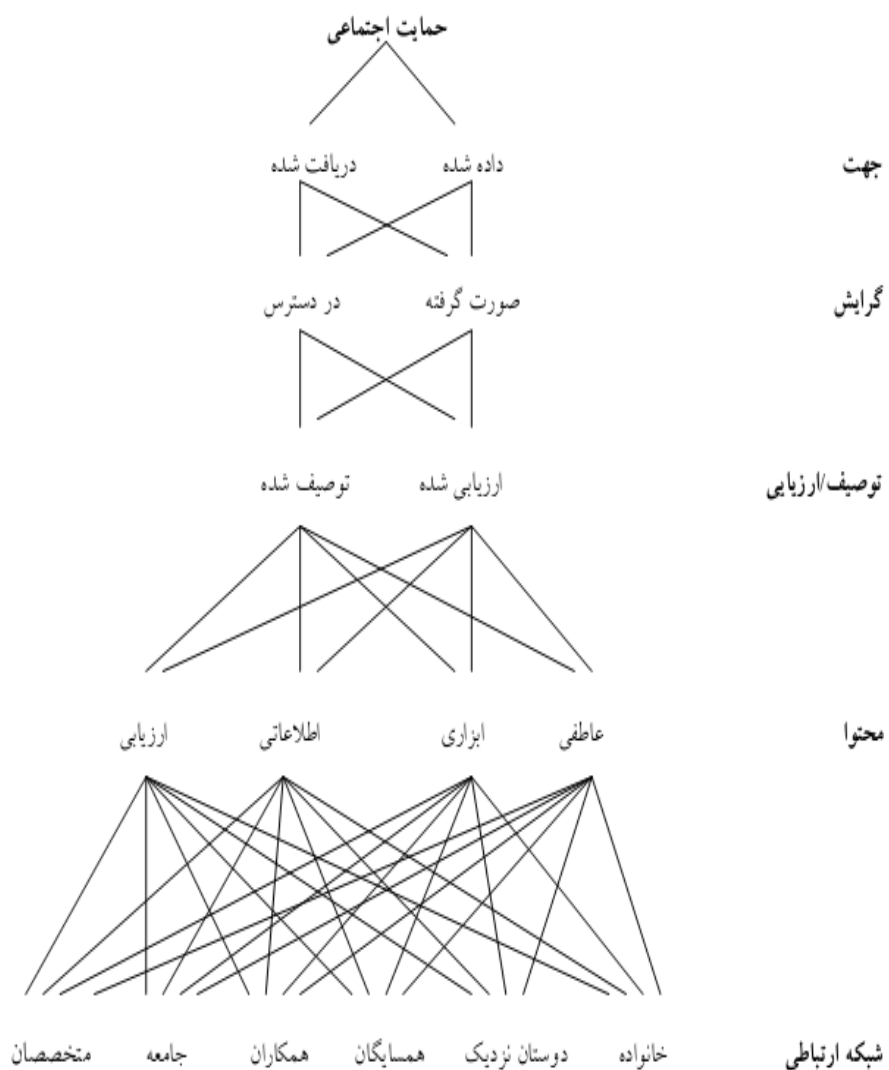
از حمایت اجتماعی تعاریف عملیاتی گوناگونی، در متون و منابع ذکر شده است. این تعاریف، تعابیر متعدد حمایت اجتماعی را نشان می‌دهد. متاسفانه این تعابیر، به عدم شناخت و درک مفهوم و به تعمیم‌های نادرست منجر شده است. از میان مفاهیم و تعابیر بررسی شده، تا حدودی راه حل پیشنهادی چارلس تاردی<sup>۲</sup> قرار است به شناخت موضوع کمک کرده و مفهوم مورد نظر را در سطح عملیاتی و نظری تعریف کند. تاردی پنج موضوع را مطرح می‌کند تا بدین وسیله بحث‌های مورد نظر پژوهشگران را آشکار نموده و اختلافات بین رویکردهای مطرح شده توسط بسیاری از نویسندگان را سازمان دهد. شکل ۱، این مفاهیم مطرح شده از حمایت اجتماعی توسط تاردی را نشان می‌دهد.

---

1. Conceptual Issues  
2. Charles H , Tardy

۷ حمایت اجتماعی و مقابله با بیماری سرطان ...

شکل ۱- جنبه‌های حمایت اجتماعی از دیدگاه تاردی:



(۱) جهت<sup>۱</sup>: از نظر تاردی حمایت اجتماعی هم دادنی و هم گرفتنی است. تفاوت بین دو جهتی که حمایت اجتماعی در آن‌ها اتفاق می‌افتد روشن است. اگرچه بیشتر پژوهشگران روی دریافت حمایت اجتماعی تمرکز دارند، اما تعدادی از مطالعات نیز انتقال حمایت را مورد بررسی قرار می‌دهند (کوهن، سکلويسکای، ۱۹۷۹؛ فیشر، ۱۹۸۲؛ مک فارلن، نیل، نرمن، روی و استرینر، ۱۹۸۱)<sup>۲</sup>. پژوهشگران باید مصمم باشند که در مورد یکی یا هر دوی آن‌ها تحقیق کنند (تاردی، ۱۹۸۵: ۱۸۸).

(۲) گرایش<sup>۳</sup>: برخی از مطالعات در دسترس بودن حمایت<sup>۴</sup> را مورد بررسی قرار می‌دهند (باررا، ۱۹۸۱؛ ساراسن، لوین، باشام، ۱۹۸۳)<sup>۵</sup> در حالیکه پژوهشگران دیگر حمایت صورت گرفته را می‌آزمایند (باررا، سندلر، رامسی، ۱۹۸۱؛ بورک، ۱۹۷۸؛ کاروس، گاتلیب، ۱۹۷۹)<sup>۶</sup> در دسترس بودن حمایت به کیفیت و کمیت حمایت اطلاق می‌شود که افراد به آن دسترسی دارند و استفاده درست از منابع حمایت، تحت عنوان حمایت صورت گرفته مطرح می‌شود (تاردی، ۱۹۸۵: ۱۸۸).

(۳) توصیف / ارزیابی<sup>۷</sup>: از نظر تاردی دو جنبه متفاوت تشکیل دهنده حمایت اجتماعی، ارزیابی و توصیف می‌باشد. ارزیابی در واقع مطالعه رضایت افراد از حمایت اجتماعی شان را شامل می‌شود (باررا، ۱۹۸۱؛ کاک، فلنر و پرایماورا<sup>۸</sup>، ۱۹۸۲). از سوی دیگر برخی مطالعات فقط توصیف حمایت اجتماعی را هدف قرار می‌دهد (باررا، ۱۹۸۱؛ هامر<sup>۹</sup>، ۱۹۸۱). این دو مقوله بخش‌های مجزائی از حمایت اجتماعی می‌باشند که با مطالعه هر دوی آن‌ها مفهوم سازی‌های متناقض از حمایت اجتماعی روشن می‌شود.

- 
1. Direction
  2. Cohen, Sokolovsky; Fischer; McFarlane, Neale, Norman, Roy, & Steriner
  3. Disposition
  4. Availability of support
  5. Barrera; Sarason, Levine, Basham
  6. Barrera, Sandler & Ramsay; Burke; Carveth & Gottlieb
  7. Description/ Evaluation
  8. Cauce, Felner & Primavera
  9. Hammer



۴) محتوا<sup>۱</sup>: از نظر تاردی محتوای حمایت از موقعیتی به موقعیت دیگر بسیار متفاوت است. به عنوان مثال عمل قرض گرفتن پول از کسی نسبت به عمل دست روی شانه کسی گذاشتن (جهت همدردی) تعهدات فرایندهای متفاوتی دارد اگر چه هر دو عمل می‌تواند حمایت محسوب شود. شاید بهترین نوع شناسائی در مورد محتوای حمایت، از مبحث هاوس<sup>۲</sup> (۱۹۸۱) بیرون بیاید. وی میان چهار نوع حمایت وجه تمایز قائل می‌شود: عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و ارزیابی. اولین نوع (حمایت عاطفی) به تامین اعتماد، همدلی و عشق اشاره دارد. حمایت عاطفی مراقبت کردن را نیز شامل می‌شود. عمل کمک مثل قرض دادن پول، صرف زمان و انتقال مهارت مصایقی از حمایت ابزاری محسوب می‌شوند. حمایت اطلاعاتی به توصیه و آگاه سازی اطلاق می‌شود. در حالی که حمایت ارزیابی به بازخورد ارزیابی اشاره دارد (مثلاً آیا شما کار خوبی انجام می‌دهید!) اگر چه این سیستم دسته‌بندی بیشتر انواع محتوای حمایت را در بر می‌گیرد اما آن ممکن است جامع نباشد.

۵) شبکه ارتباطی<sup>۳</sup>: از نظر تاردی ابعاد اجتماعی حمایت آخرین موضوع را تشکیل می‌دهد. این اصطلاح یعنی «شبکه ارتباطی» به خاطر این انتخاب شده است که اصطلاح متداول‌تر «منبع» مستلزم جهت خاصی از حمایت اجتماعی است. این دسته‌بندی (که در شکل ۱ می‌بینید) بر آن است که بخش‌هایی که ممکن است در شبکه ارتباطی موجود باشد را، نشان دهد. برخی مطالعات فقط درباره وجود شبکه ارتباطی مطالعه می‌کند در حالی که مطالعات دیگر ویژگی‌های افراد را در شبکه ارتباطی بررسی می‌نماید. مطالعات باید افرادی را مورد بررسی قرار دهند که حمایت را تامین یا دریافت می‌کنند (تاردی، ۱۹۸۵: ۱۸۸-۱۹۰).

### پیشینه‌های پژوهش حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی از مفهوم کنش متقابل سیستم‌های میان فردی کینگ<sup>۱</sup> (۱۹۸۱) مفهوم سازی شده است. کینگ مفهوم کنش متقابل را در داخل سیستم میان فردی قرار می‌دهد، به خاطر اینکه کنش متقابل بین دو یا چند شخص اتفاق می‌افتد. هرکنش متقابلی در برگیرنده روابط کلامی و غیرکلامی است که به وسیله ارزش‌ها مشخص می‌شود. کینگ ارتباط را به عنوان مبادله اطلاعات تعریف می‌کند. کنش‌های متقابل نیز شامل تبادل کالاهای مادی یا خدمات می‌باشد. طبق گفته کینگ تعامل برای ایجاد روابط ضروری است. به نظر وی رشد، تغییر و توسعه فردی به وسیله روابط حاصل می‌شود. بنابراین کیفیت تعاملات می‌تواند تاثیر منفی یا مثبت روی سلامت داشته باشد (مارین<sup>۲</sup>، ۱۹۸۹: ۱۳۹).

هاوس (۱۹۸۱) حمایت اجتماعی را به عنوان تبادلات میان فردی که مستلزم رابطه عاطفی، اطلاعاتی، ارزیابی یا کمک ابزاری است، تعریف می‌نماید (مارین، ۱۹۸۹: ۱۳۹).

هاوس و همکارانش اعتقاد دارند که حمایت اجتماعی به سه طریق در برخورد با تنش به فرد کمک می‌کند:

۱- اعضای خانواده و سایر افراد، می‌توانند مستقیماً حمایت ملموس را به شکل منابع مادی در اختیار شخص قرار دهند (مثلاً پول قرض دادن، خرید مایحتاج زندگی و مواظبت از کودکان).

۲- اعضای شبکه اجتماعی می‌تواند فرد را با پیشنهاد اقدامات متنوعی، از حمایت اطلاعاتی خود برخوردار سازد و این اقدامات متنوع می‌تواند به حل مشکلی کمک کند که موجب تنش شده است. این پیشنهادها به شخص کمک می‌کند تا از دیدگاه جدیدی

---

1. king  
2. Maureen

به مشکل نگاه کند. بدین ترتیب آن را حل کرده یا آسیب‌های ناشی از آن را به حداقل برساند.

۳- شبکه اجتماعی افراد می‌توانند با اطمینان بخشی دوباره به فرد در خصوص اینکه او شخصی مورد علاقه، با ارزش و محترم است از وی حمایت عاطفی به عمل آورند. حامیان شخص می‌توانند در تربیت و پرورش او موثر باشند (هاوس، ۱۹۸۱؛ هولرید، ۱۹۸۲؛ ویلز<sup>۱</sup>، ۱۹۷۴؛ به نقل از دیماتئو، ۱۳۷۸ : ۵۹۰).

بسیاری از مطالعات تاثیر حمایت اجتماعی را هم بر روی رفتارهای پیشگیرانه سالم زنان و هم بر واکنش آنها به رفتارهای پیشگیرانه سالم و نیز تاثیر حمایت اجتماعی بر درمان بیماری‌های گوناگون را نشان می‌دهد. برای مثال یک مطالعه در خصوص بررسی کانال‌های دریافت اطلاعات برای غربالگری ماموگرافی نشان داده است که زنان بیشترین اطلاعات سلامتی را از خانواده و دوستان و نیز از زنان مبتلا به سرطان پستان دریافت کردند (مارشال، اسمیت و مک کین<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵). همچنین این زنان دریافت منابع اطلاعاتی به صورت ارتباط رودررو را نسبت به نوشته‌ها و سایر ابزارهای غیر شخصی ترجیح می‌دهند (هوردل، ۲۰۰۱ : ۷۴).

مطالعات در مورد تاثیر خانواده، دوستان و همکاران، در تداوم رفتارهای پیشگیرانه سالم نشان می‌دهد که اعضای خانواده بیشترین تاثیر را دارد، دوستان دومین گروه تاثیرگذار و همکاران بعد از دوستان در رتبه سوم قرار می‌گیرد. تمام این مطالعات نشان می‌دهد که شبکه ارتباطی یک زن به ویژه خانواده و دوستان او تاثیر زیادی در بکارگیری رفتارهای پیشگیرانه سالم دارد (هوردل، ۲۰۰۱ : ۷۴).

حمایت اجتماعی در کمک به زنان برای توانمندی مقابله با بیماری‌های وخیم بسیار مهم است. مشخص شده، زنانی که در مرحله آخر بیماری سرطان پستان قرار دارند، وقتی که در یک گروه حمایتی قرار می‌گیرند زندگی طولانی تری دارند، علاوه

---

1. Huose, Holroyd, Wills  
2. Marshall, Smith, & McKeon

براین سلامت عاطفی آنها نیز افزایش می‌یابد (اسپیگل و همکاران<sup>۱</sup>، ۱۹۸۹). همچنین تاثیر حمایت اجتماعی بر روی زنانی که بیماری آنها تازه تشخیص داده شده، آشکار است. چنانکه سلامت روانشناختی و میزان استرس بیماران مبتلا به سرطان پستان تازه تشخیص داده شده، بستگی به درک شان از حمایت اجتماعی در دسترس دارد (روبرت و همکاران<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴). علاوه بر اینها شبکه ارتباطی و میزان حمایت اجتماعی مادران جوان در سلامت نوزاد شان موثر شناخته شده است (باررا و بالز، ۱۹۸۳؛ به نقل از هوردل، ۲۰۰۱: ۷۵).

### توانمندی مقابله<sup>۳</sup>:

لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) توانمندی مقابله را، به عنوان تغییر مداوم تلاش‌های رفتاری و شناختی به منظور کنترل فشارهای درونی یا بیرونی خاصی که فراتر از منابع شخص ارزیابی شده باشند، تعریف می‌نمایند (کالکان، ارین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷: ۳۳۶). فرایند توانمندی مقابله شامل ارزیابی ذهنی، (تعیین پتانسیل تهدید رویداد) و اقدام (تجهیز شدن به شناخت و فعالیت‌های موثری جهت مبارزه با تهدید) می‌باشد. در مورد اصطلاح توانمندی مقابله مهارت‌ها، منابع یا منابع کنترل مورد بحث است و نیز جذب و بسیج منابع ضروری برای غلبه یافتن، کنترل یا برطرف کردن محرک تنش‌زا مورد توجه می‌باشد (رنی<sup>۵</sup>، ۱۹۹۸: ۵۸۱).

بنابراین افراد تصمیم می‌گیرند، استراتژی شناختی (مثل تفکر مثبت) و استراتژی رفتاری (مثل جستجوی اطلاعات) یا استراتژی اجتناب (مثل انکار) را اتخاذ کنند، تا محرک تنش‌زا را در زندگی شان تحت کنترل خود در آورند. علاوه براین، تلاش شان

- 
1. Spiegel et al
  2. Roberts et al
  3. Coping
  4. Callaghan, Erin
  5. Renee

را در جهت کنترل جنبه ویژه‌ای از مشکل (متمرکز بر مشکل) یا در جهت کنترل عکس العمل‌های احساسی و عاطفی شان به مشکلات (مثل توانمندی مقابله با تمرکز بر احساسات) معطوف می‌کنند (کوهن، ۱۹۸۰؛ لازاروس، ۱۹۸۰ به نقل از رنی، ۱۹۹۸: ۵۸۲).

### چارچوب نظری پژوهش

در سراسر فرایند درمان سرطان پستان، افراد تلاش می‌کنند تا به محرک‌های تنش‌زا (تهدیدها و چالش‌ها) غلبه کنند. در ابتدا بیمار موقعیت را ارزیابی می‌کند، هدف از توانمندی مقابله، کاهش تاثیر منفی محرک تنش‌زا و افزایش تصورات مثبت و اعتماد بنفس است، بطور کلی هدف آن توانمندسازی بیمار برای مقابله با بیماری می‌باشد. بر اساس نظریه‌های مطرح شده برای مقابله با شرایط تنش‌زا افراد تصمیم می‌گیرند از استراتژی‌های گوناگون استفاده کنند. استراتژی‌های که در این پژوهش برای بررسی توانمندی مقابله استفاده می‌شود عبارتند از:

استراتژی توانمندی مقابله مبتنی بر حل مشکل (که در آن مستقیماً تلاش شان به سمت کنترل جنبه‌هایی از مشکل متمرکز می‌کنند)،

استراتژی توانمندی مقابله مبتنی بر هیجان (که در آن واکنش‌های عاطفی شان را نسبت به مشکل کنترل می‌کنند)،

استراتژی توانمندی مقابله مبتنی بر ارتباط، (که شامل کنترل و حفظ کردن روابط در طول مدت دوره تنش‌زا) و نیز استراتژی توانمندی مقابله مبتنی بر معنی کردن (تلاش‌های را به منظور یافتن معنی مثبت در شرایط منفی و تنش‌زا با استفاده از دو روش معنی‌یابی و معنی‌سازی می‌باشد).

طبق نظریه‌ها و نتایج تحقیقات مطرح شده، یکی از مهمترین منابع اجتماعی و بیرونی که بیماران سرطانی می‌توانند جهت غلبه یافتن بر بیماری و توانمندی مقابله با

عدم تعادل روانی - اجتماعی و اقتصادی ناشی از بیماری بهره گیرند، حمایت اجتماعی است. در این پژوهش حمایت، با عنوان ارتباط مطالعه می‌شود. این رویکرد آن دسته از تعاملات حمایتی را مطالعه می‌کند که در آن پیام‌های حمایتی تولید و مورد تفسیر قرار می‌گیرند. به وسیله ارتباط، پیام‌های حمایتی از یک شخص به شخص دیگر فرستاده می‌شود و خود این رابطه نیز بوسیله کنش متقابل ایجاد و تقویت می‌گردد. تاردی پنج موضوع (جهت، گرایش، ارزیابی یا توصیف، محتوا و شبکه ارتباطی) را، عناصر عمده مفهوم حمایت اجتماعی می‌داند و همه پژوهش‌ها نیز با در نظر گرفتن آن‌ها فرضیه سازی می‌شوند. جهت این پژوهش روی حمایت اجتماعی دریافت شده تمرکز دارند، گرایش آن به سمت موجودیت حمایت (حمایت در دسترس) است، هدف فقط توصیف و تبیین حمایت اجتماعی می‌باشد و در مورد محتوای حمایت از مبحث هاوس<sup>۱</sup> (۱۹۸۱)، باررا و آنلی و گچس فیلد استفاده می‌شود. هاوس میان چهار نوع حمایت تمایز قائل می‌شود: عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و ارزیابی. بارا و آنلی<sup>۲</sup> طبقه بندی مهم دیگر از حمایت ایجاد کرد. آن‌ها شش مقوله حمایت را شناسایی کرده‌اند که شامل: کمک‌های مالی، کمک‌های رفتاری، تعاملات صمیمی، راهنمایی، بازخورد، تعاملات اجتماعی مثبت می‌باشد.

در این پژوهش برای سنجش کمیت و میزان کمک منابع حمایتی از نظریه‌های تاردی و استریتر استفاده می‌شود. تاردی شش مقوله حمایت شبکه‌ای (خانواده، دوستان، همسایگان، همکاران و متخصصین امر) را متمایز می‌کند.

بر اساس نظرات کینگ، هاوس، تاردی، گچس فیلد،<sup>۳</sup> برکمن و سیم و لازاروس و فلکمن و غیره و نیز نتایج تحقیقات و از جمع بندی آنها، چنین استنباط می‌شود که میزان حمایت اجتماعی بر میزان توانمندی مقابله بیماران با بیماری موثر است. برای

---

1. House  
2. Barrera, M.J & Ainlay, S.L  
3. Gjesfjeld

تبیین دقیق تر، ارتباط بین متغیر حمایت اجتماعی و متغیر توانمندی مقابله با بیماری سرطان سینه را مورد بررسی قرار داده ایم.

### فرضیه اساسی پژوهش

بر اساس چارچوب نظری پژوهش، فرضیه اصلی عبارت است از: بین میزان حمایت اجتماعی و میزان توانمندی مقابله با بیماری (سرطان سینه) رابطه وجود دارد. بدین معنا که هر چه حمایت اجتماعی افزایش یابد میزان توانمندی مقابله با بیماری سرطان نیز افزایش خواهد یافت و بالعکس.

### روش شناسی پژوهش

روش تحقیق پیمایشی، از نوع توصیف و تبیینی است. جامعه آماری این تحقیق، کلیه مراجعین بیمار زن مبتلا به سرطان پستان می باشد که بصورت بستری یا سرپایی به بیمارستان آیت ا... طالقانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مراجعه کرده اند.

### نمونه مورد مطالعه

از آنجا که جمعیت مورد مطالعه در این تحقیق محدود به بیماران سرطانی زن می باشد، بنابراین اجرای روش نمونه گیری و تعیین حجم نمونه مقدور نبود. پس بصورت سرشماری (یا تمام شماری) کلیه مراجعین بیمار زن مبتلا به سرطان پستان - جهت درمان در طول پنج (اول مرداد تا آخر آذر سال ۱۳۸۸) به بیمارستان های آیت ا... طالقانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی - را به عنوان نمونه در نظر گرفته و از تمام آنها که در مجموع ۱۰۰ نفر بودند، اطلاعات جمع آوری گردید.

## تکنیک‌های جمع‌آوری اطلاعات

برای جمع‌آوری اطلاعات و داده‌های مورد نیاز، از ابزارها و تکنیک‌های گوناگون استفاده شد. از جمله می‌توان به کتاب‌ها و مقالات منتشر شده در خارج و داخل، طرح‌های تحقیقاتی، پایان‌نامه‌های تحصیلی، آمارنامه‌ها و همچنین مشاهده و مصاحبه با بیماران و... اشاره نمود. اما بیشتر اطلاعات و داده‌های لازم از طریق مراجعه و مصاحبه حضوری با خود بیماران (جامعه آماری) و تکمیل پرسشنامه جمع‌آوری شد. برای تحلیل داده‌ها از آمارهای توصیفی، (فراوانی، درصد، میانگین، میانه، انحراف استاندارد و دامنه) و آمار استنباطی «ضریب همبستگی سامرز» و از تحلیل «چند متغیره رگرسیون» استفاده گردید.



## تعریف عملیاتی توانمندی مقابله

در این پژوهش برای توانمندی مقابله چهار روش در نظر گرفته شده است که شامل:

- ۱- استراتژی مبتنی بر هیجان: تلاش‌های شناختی «مثلاً من بعضی چیزها را درباره خودم تغییر می‌دهم» و رفتاری «سرگرم کردن خود به کاری» جهت کنترل احساسات و هیجاناتی که در اثر شرایط تنش‌زا ایجاد شده است. مثل تلاش‌های در جهت پذیرش «من آن را پذیرفتم چون دیگه کاری نمی‌شه کرد»، ارزیابی شناختی مجدد «مثلاً به عبارتی جستجوی نقطه روشن یا امید» و مقاومت و بردباری<sup>۱</sup> «مثلاً من سعی می‌کنم احساساتم را در خودم نگاه دارم» (مارین و همکاران،<sup>۲</sup> ۲۰۰۷: ۹۵۸).
- ۲- استراتژی مبتنی بر حل مشکل: تلاش‌های مستقیم و رفتاری‌های فعال جهت کنترل و حل مشکل متمرکز است که با تغییر در یک موقعیت «با در نظر گرفتن اختیار و ایجاد یک برنامه» و نیز با تغییر دادن خود «یادگیری مهارت‌های جدید و جستجوی اطلاعات» حاصل می‌شود (مارین و همکاران، ۲۰۰۷: ۹۵۹).
- ۳- استراتژی مبتنی بر ارتباط: تلاش جهت حفظ و کنترل کردن روابط در طول مدت دوره تنش‌زا. این استراتژی دو بعد از واکنش‌های همدلی را شامل می‌شود: استراتژی عاطفی- شناختی «کسب روش فکر و تجربه عینی از احساسات و نگرانی‌های دیگران» و استراتژی رفتاری «گوش دادن، تامین آرامش و حمایت» (مارین و همکاران، ۲۰۰۷: ۹۵۸).
- ۴- استراتژی مبتنی بر معنی کردن: تلاش‌های شناختی با یافتن معنی مثبت در شرایط منفی و سخت با دو روش: داشتن تفسیر و احساسات مثبت از رویداد تنش‌زا (مثلاً مشکلات سخت سکوی پرشی برای پیشرفت‌های بعدی است)، منفعت‌یابی یا

---

1. Stoic distancing  
2. Marin et al

جستجوی منافع و عبرت از تجربیات تنش زا (مثلاً: مشکلات سخت فرصت خوبی برای یادگیری) می باشد (برانن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸ : ۳۶۲).

### تعریف عملیاتی متغیر حمایت اجتماعی (شامل: محتوای کیفیت روابط)

در بررسی حمایت اجتماعی پنج نوع آن مد نظر قرار گرفت. برای سنجش هر یک از متغیرها و تعیین میزان حمایت بر اساس یک مقیاس پنج طیفی (همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، بندرت، هرگز) در نظر گرفته شد. البته برای سنجش حمایت اجتماعی از مدل خلاصه شده ۱۸ آیتمی (MOS-SSS)<sup>۲</sup> گجس فیلد<sup>۳</sup> و همکاران (که در جدول ۱ مشاهده می شود) استفاده شده است.

۱- حمایت عاطفی<sup>۴</sup> (که با درک، درد دل کردن و صمیمی بودن با کسی مشخص می شود).

۲- حمایت اطلاعاتی<sup>۵</sup> (که با پیشنهاد، راهنمایی و توصیه مشخص می شود).

۳- حمایت ملموس<sup>۶</sup> (که بوسیله یاری و کمک عملی مشخص می گردد).

۴- حمایت محبت آمیز<sup>۷</sup> (که با ابراز عشق و محبت مشخص می شود).

۵- تعاملات اجتماعی مثبت<sup>۸</sup> (که وجه مشخصه آن دسترسی به افرادی است که با او بتواند چیزهای شادی بخش، خوش و لذت بخشی را انجام دهد) (گجس فیلد، ۲۰۰۸ : ۲۳۲).

- 
1. Brannen
  2. Medical Outcome Study Social Support survey
  3. Gjesfjeld et al.
  4. Emotional support
  5. Informational support
  6. Tangible support
  7. Affectionate support
  8. Positive social interaction support

### منابع حمایت اجتماعی (کمیت حمایت اجتماعی)

منابع حمایت اجتماعی را به دو بخش عمده تقسیم کرده و به منظور سنجش میزان کمک و حمایت هر یک از متغیرها بر اساس یک طیف پنج قسمتی (بسیار کمک می‌کنند، تاحدی کمک می‌کنند، کمی کمک می‌کنند، هیچ کمکی نمی‌کنند و ارتباط ندارم) پرسیده شد:

- الف- منابع حمایتی غیررسمی شامل: همسر، پدر و مادر، بچه‌ها، برادر و خواهر، خویشاوندان، دوستان نزدیک، همسایگان، همکاران و بیماران دیگر می‌باشد.
- ب- منابع حمایتی رسمی که توسط سیستم ارائه‌کننده خدمات انسانی رسمی ارائه می‌گردد (مثل: پزشکان، پرستاران، مددکاران اجتماعی و موسسه‌های حمایتی) (استریتر، ۱۹۹۲: ۸۵-۸۴).

### تعیین اعتبار و قابلیت اعتماد

#### اعتبار<sup>۱</sup>

الف: در این پژوهش به منظور اطمینان از اعتبار (روایی) ابزار سنجش، از گویه‌های آزمون شده قبلی (برای سنجش متغیر حمایت اجتماعی از مدل خلاصه شده ۱۸ آیتمی «MOS-SSS»<sup>۲</sup> گجس فیلد و همکاران در پژوهش «تجزیه تحلیل میزان تاییدی، مدل خلاصه شده ابزار سنجش حمایت اجتماعی<sup>۳</sup> (MOS-SSS)» و (برای سنجش متغیر وابسته توانمندی مقابله از گویه‌های «لازاروس، فلکمن، مارین و همکاران، برانن» استفاده شد.

---

1. Validity

2. Medical Outcome Study Social Support survey

3. A Confirmatory Factor Analysis of an Abbreviated Social Support Instrument

جدول ۱- ۱۸ آیتم (MOS-SSS) سنجش حمایت اجتماعی  
(گجس فیلد، ۲۰۰۸ : ۲۳۰)

<p>۱- اگر شما تو رختخواب بیفتید شخصی به شما کمک می‌کند ۲- اگر شما نیاز داشتید دکتر برید کسی شما را به دکتر می‌برد ۳- اگر شما مریض شوید کسی در کارهای روزانه به شما کمک می‌کند* ۴- وقتی شما نمی‌توانید غذا درست کنید کسی آن را برای شما آماده می‌کند</p>	<p>حمایت ملموس</p>	حمایت اجتماعی
<p>۵- کسی هست که با او لحظات خوبی و خوشی دارید ۶- کسی که « من » و « او » با هم در کنار هم احساس آرامش می‌کنیم ۷- کسی که در کنار او باهم لحظات لذتبخشی دارید*</p>	<p>حمایت با تعاملات اجتماعی مثبت</p>	
<p>۸- کسی که به شما ابراز عشق و علاقه کند ۹- کسی که شما را در آغوش بگیرد ۱۰- کسی که خواست شما را درک می‌کند و آن را دوست می‌دارد*</p>	<p>حمایت محبت آمیز</p>	
<p>۱۱- کسی درمورد بیماری تان به شما توصیه و مشورت خوبی می‌دهد ۱۲- کسی که به شما اطلاعاتی دهد تا در درک این موقعیت به شما کمک کند ۱۳- کسی که به توصیه و مشورت او واقعاً نیاز دارید ۱۴- کسی که درباره اینکه چگونه بر مشکلات فردی خود غلبه نماید به شما پیشنهادات دهد *</p>	<p>حمایت اطلاعاتی</p>	
<p>۱۵- وقتی احتیاج دارید با فردی درد دل کنید کسی هست که با گوش دادن به حرف‌های تان به شما توجه می‌کند ۱۶- کسی هست که در بسیاری از ترس‌ها و نگرانی‌های شخصی شما سهیم می‌شود ۱۷- کسی که مشکلات شما را درک کند* ۱۸- کسی که با شما صمیمی‌باشد و درباره خودتان و مشکلات تان با شما صحبت کند</p>	<p>حمایت عاطفی</p>	

ب: برای اطمینان از اعتبار گویه‌ها از نظرات استادان، متخصص و نیز قضاوت و داوری کارشناسان و متخصصان که سال‌ها با جمعیت مورد مطالعه در ارتباط بوده‌اند، استفاده شد.

### قابلیت اعتماد:<sup>۱</sup>

برای تعیین قابلیت اعتماد (پایایی) گویه‌ها از آلفای کرونباخ استفاده شد که بیشتر از ۸۰ درصد را نشان می‌دهد

### یافته‌های توصیفی پژوهش

بررسی ویژگی‌های جامعه شناختی بیماران مورد مطالعه نشان می‌دهد: از نظر ترکیب سنی در ۱۰۰ نمونه مورد مطالعه ۳٪ از بیماران پاسخگو، زیر ۳۰ سال، ۱۷٪ در «۳۱ تا ۴۰ سالگی»، ۴۰٪ «۴۱ تا ۵۰ سالگی»، ۲۵٪ «۵۱ تا ۶۰» و ۱۵٪ آنان بالاتر از ۶۰ سال سن دارند. در کل ۶۰٪ از بیماران سرطان پستان زیر ۵۰ سال و ۴۰٪ بالای ۵۰ سال هستند. بیشترین پاسخگویان با ۴۰٪ فراوانی در گروه سنی «۴۱ الی ۵۰» قرار دارند. نتیجه بررسی سن حاکی از کاهش سن ابتلا به این بیماری در کشور می‌باشد که باید بیشتر مورد توجه جامعه و دست اندر کاران سلامت قرار گیرد.

از نظر تحصیلات بیشتر بیماران مورد مطالعه (با ۴۲٪) دارای مدرک تحصیلی دیپلم بودند و ۳۱٪ زیر دیپلم و ۱۷٪ دیگر تحصیلات دانشگاهی داشتند. درخصوص وضعیت تاهل ۷۲٪ از بیماران مورد مطالعه متاهل، ۱۲٪ از آن‌ها همسرشان فوت شده، ۵٪ از همسرش متارکه کرده، ۳٪ طلاق گرفته و ۸٪ باقی مانده مجرد هستند.

از نظر درآمد و وضعیت اقتصادی ۳۲٪ بیماران مورد مطالعه اظهار کردند که درآمد خانواده شان زیر ۲۵۰ هزار تومان است و ۴۷٪ گفتند که درآمد خانواده شان بین «۲۵۰ تا ۵۰۰ هزار تومان» است و تنها ۲۱٪ از افراد مورد مطالعه درآمد خانواده را بالای «۵۰۰ هزار تومان» ذکر کردند. بنابراین بیشترین افراد مورد مطالعه از درآمد خانوادگی کمی برخوردار هستند.

در ضمن از نظر وضعیت اشتغال ۷۸٪ بیماران مورد مطالعه غیر شاغل بوده و تنها کار آن‌ها خانه داری می‌باشد، ۲۲٪ آن‌ها شغل بوده و در بیرون از منزل کار می‌کردند.

مطالعه در مورد ویژگی‌های بیماری و درمانی زنان مبتلا به بیماری سرطان پستان نشان داد که ۴٪ بیماران مورد مطالعه در مرحله تشخیص بیماری قرار داشتند. ۸۷٪ در حال درمان بیماری بودند و ۹٪ باقی مانده در مرحله پس از درمان یعنی بهبودی قرار داشتند. از میان ۸۷٪ بیماری که در حال حاضر روند درمان را طی می‌کردند از نظر نوع درمان ۷/۸۲٪ شیمی درمانی، ۲/۹٪ پرتو درمانی و ۸٪ دیگر هورمون درمانی داشتند.

از نظر وضعیت جراحی سینه بین ۱۰۰ زن مبتلا به سرطان، روی ۹۵٪ آن‌ها جراحی انجام شده بود و تنها ۵٪ جراحی سینه نشده بودند. این مقدار جراحی انجام شده نشان می‌دهد که بیماران دیرنگام متوجه بیماری خود می‌شوند و این تاخیر در مراجعه باعث می‌شود که تشخیص بیماری به تاخیر افتد و بیماری پیشرفت زیادی در بدن نماید.

جدول ۲- میزان حمایت اجتماعی بیماران سرطانی پاسخگو (کیفیت حمایت) N=100

سطح حمایت انواع حمایت اجتماعی	۱ هرگز	۲ به ندرت	۳ گاهی اوقات	۴ بیشتر اوقات	۵ همیشه	میانگین
حمایت ملموس	-	۶	۲۶	۳۹	۲۹	۳/۹۱
حمایت عاطفی	-	۱۰	۲۴	۴۰	۲۶	۳/۸۲
حمایت محبت آمیز	۲	۹	۲۶	۳۴	۲۹	۳/۷۹
حمایت اطلاعاتی	-	۴	۳۳	۴۹	۱۴	۳/۷۳
حمایت با تعاملات اجتماعی مثبت	۶	۱۳	۱۷	۳۵	۲۹	۳/۶۸

با توجه به نتایج آماری بدست آمده از سطح حمایت اجتماعی و در ابعاد گوناگون آن می توان استدلال نمود که بیماران در بین انواع حمایت موجود بیشترین نوع حمایتی که دارند مربوط به حمایت ملموس با میانگین (۳/۹۱) می باشد. یعنی آن‌ها بیشتر نوع حمایت را بصورت کمک در مسائل روزمره زندگی و کمک‌های عملی و مادی دریافت می کنند. بعد از آن به ترتیب حمایت عاطفی با میانگین (۳/۸۲) که بصورت همدردی و روابط صمیمی ارائه می گردد، بعد حمایت محبت آمیز با میانگین (۳/۷۹) بصورت ابراز عشق و علاقه و بغل کردن بیمار انجام می شود، سپس حمایت اطلاعاتی با میانگین (۳/۷۳) که به شکل توصیه و راهنمای و آگاه سازی بیمار با ارائه اطلاعات به او صورت می گیرد و کمترین سطح حمایت مربوط به تعاملات اجتماعی مثبت با میانگین (۳/۶۸) می باشد که به صورت داشتن تعاملات خوشایند و لذت بخش با کسی تامین می گردد.

همچنان که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، از میان منابع حمایتی غیررسمی مورد مطالعه، بیماران بیشترین کمک را با میانگین (۳/۲۰) از همسران خود دریافت می‌کنند، سطح کمک و حمایت آن‌ها در حد کمی کمک تا بسیار کمک می‌باشد. پس از آن به ترتیب فرزندان با میانگین (۲/۹۷)، پدر و مادر با میانگین (۲/۶۷) و برادر و خواهر با میانگین کمک (۲/۴۵) قرار دارند. منابع حمایتی دیگر این گروه یعنی خویشاوندان، دوستان، همسایگان، همکاران و بیماران دیگر در حد کمی کمک قرار دارند. در کل میزان کمک تمام منابع حمایت غیررسمی بیمار بطور متوسط در حد کمی کمک (۲/۱۲) می‌باشد که کمتر از حد انتظار است.

علاوه بر این منابع حمایتی رسمی نیز نقش مهمی در کمک به بیماران دارند، از میان منابع حمایتی رسمی، مددکاران اجتماعی با میانگین کمی کمک تا، تاحدی کمک (۲/۷۸) بیشترین حمایت را نسبت به منابع دیگر از بیماران به عمل می‌آورند بعد از آن‌ها پزشکان با میانگین کمک (۲/۷۳)، پرستاران با میانگین کمک (۲/۶۳) و موسسه‌های حمایتی با میانگین کمک (۲/۰۱) قرار گرفتند. در مجموع میزان کمک و حمایت منابع حمایت رسمی از بیماران بطور متوسط (۲/۵۳) از کمی کمک تا تاحدی کمک می‌باشد که این میزان حمایت کمتر از حد انتظار است.

توجه: ارتباط نداشتن با منابع حمایتی مثل شوهر، پدر و مادر، فرزندان (می‌تواند به این دلیل باشد که همسرش طلاق گرفته یا اصلاً ازدواج نکرده، پدر و مادرش فوت کرده، فرزندی ندارد..) در مورد دوستان (ممکن دوست صمیمی نداشته باشد) و در مورد همکاران (پاسخگو کار بیرون از منزل انجام نمی‌دهد).



جدول ۳- توزیع فراوانی میزان کمک منابع حمایت اجتماعی پاسخگویان

ارتباط ندارد	میانگین	N		هیچ کمکی نمی‌کنند ۱		کمکی کم ۲		تا حدی کم ۳		بسیار کم ۴		منابع حمایت اجتماعی	
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	تعداد	درصد
۲۶	۳/۲۰	۱۰۰	۷۲	۸/۳	۶	۱۲/۵	۹	۲/۲۹	۲۱	۵۰	۳۶	شوهر	۳۰
												بچه‌ها	
												پدر و مادر	
												برادر یا خواهران	
۲۰	۲/۹۷	۱۰۰	۸۰	۸/۱۳	۱۱	۱۵	۱۲	۲/۳۱	۲۵	۴۰	۳۲	سایر خویشاوندان	
۴۵	۲/۶۷	۱۰۰	۵۵	۸/۲۱	۱۲	۸/۲۱	۱۲	۶/۲۳	۱۳	۷/۳۲	۱۸	دوستان نزدیک	
۱۵	۲/۴۵	۱۰۰	۸۵	۲/۲۱	۱۸	۷/۳۱	۲۷	۲۷	۲۳	۲۰	۱۷	همسایگان	
۲۱	۱/۶۳	۱۰۰	۷۹	۵/۵۵	۴۴	۲۸	۲۲	۱۴	۱۱	۵/۲	۲	همکاران	
۲۴	۱/۹۶	۱۰۰	۷۶	۵/۴۴	۳۴	۲	۱۹	۲۰	۱۵	۵/۱۰	۸	بیماران دیگر	
۲۶	۱/۶۰	۱۰۰	۷۴	۶۰	۴۵	۵/۲۱	۱۶	۵/۱۳	۱۰	۴	۳	پزشکان	
۵۲	۱/۷۰	۱۰۰	۴۸	۳/۶۰	۲۹	۷/۱۸	۹	۵/۱۰	۵	۵/۱۰	۵	پرستاران	
۴۱	۰/۹۳	۱۰۰	۵۹	۵/۶۴	۳۸	۲۰	۱۲	۵/۸	۵	۷	۴	مددکاران اجتماعی	
۵	۲/۷۳	۱۰۰	۹۵	۲۱	۲۰	۱۷	۱۶	۵/۲۹	۲۸	۵/۳۲	۳۱	موسسه‌های حمایتی	
۵	۲/۶۳	۱۰۰	۹۵	۱۷	۱۶	۲۵	۲۴	۲۶	۳۴	۳۲	۲۱		
۱۱	۲/۷۸	۱۰۰	۸۹	۵/۱۷	۱۶	۵/۱۵	۱۴	۳۶	۳۲	۳۰	۲۷		
۳۰	۲/۰۱	۱۰۰	۷۰	۵/۲۸	۲۰	۴۷	۳۳	۵/۱۸	۱۳	۶	۴		

### یافته‌های تبیینی

برای تجزیه تحلیل داده‌ها و سنجش رابطه بین متغیرها از آزمون‌های آماری متناسب (آمار استنباطی ضریب همبستگی سامرز و از تحلیل چند متغیره رگرسیون) استفاده کردیم. نتایج نشان داد که:

نتایج حاصل از آزمون بین متغیر مستقل و وابسته نشان داد که رابطه معنادار و مستقیمی بین حمایت اجتماعی و توانمندی مقابله وجود دارد؛ بدین معنا که هر چه بیماران زن مبتلا به سرطان سینه از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بوده‌اند، متناسب با آن میزان توانمندی مقابله شان با بیماری افزایش پیدا می‌کند. با توجه به فرضیه اصلی بررسی شده نظریه تاثیر حمایت اجتماعی بر میزان توانمندی مقابله با بیماری مورد تایید قرار گرفته و تقویت شده است.

جدول ۴- آزمون بین متغیر مستقل و وابسته

توانمندی مقابله		متغیر وابسته
سطح معنی داری	مقدار همبستگی (Value)	متغیر مستقل
۰/۰۰۰	۰/۳۰۹	حمایت ملموس
۰/۰۰۰	۰/۲۷۲	حمایت عاطفی
۰/۰۰۰	۰/۲۹۱	حمایت محبت آمیز
۰/۰۰۱	۰/۲۷۵	حمایت اطلاعاتی
۰/۰۰۰	۰/۴۱۰	حمایت تعاملات اجتماعی
۰/۰۳۳	۰/۱۶۶	مثبت
۰/۰۲۷	۰/۱۹۹	حمایت غیررسمی
۰/۰۰۱	۰/۲۸۱	حمایت رسمی
		حمایت خانواده

رابطه بین دو متغیر حمایت ملموس و توانمندی مقابله، با مقدار value محاسبه شده (۰/۳۰۹) در سطح خطای ۰/۰۰۰ معنادار می‌نماید. پس با ۹۵٪ اطمینان و با در نظر گرفت  $p < 0/05$  خطا می‌توان گفت که بین دو متغیر رابطه وجود دارد. این رابطه، رابطه‌ای است مستقیم. بدین معنا که با افزایش حمایت ملموس، میزان توانمندی مقابله نیز افزایش می‌یابد. در نتیجه این فرضیه که «هرچه حمایت ملموس بیشتر باشد توانمندی مقابله با بیماری بیشتر است»، تایید می‌شود.

رابطه بین دو متغیر حمایت عاطفی و توانمندی مقابله، با مقدار value محاسبه شده (۰/۲۷۲) در سطح خطای ۰/۰۰۱ معنادار می‌نماید. پس با ۹۵٪ اطمینان و با در نظر گرفت  $p < 0/05$  خطا می‌توان گفت که بین دو متغیر رابطه وجود دارد. رابطه آن دو، رابطه‌ای است مستقیم. بدین معنا که با افزایش حمایت عاطفی، میزان توانمندی مقابله نیز افزایش می‌یابد. در نتیجه فرضیه مربوط به اینکه «هرچه حمایت عاطفی بیشتر باشد توانمندی مقابله با بیماری بیشتر است»، تایید می‌شود.

رابطه بین دو متغیر حمایت محبت آمیز و توانمندی مقابله، با مقدار value محاسبه شده (۰/۲۹۱) در سطح خطای ۰/۰۰۰ معنادار می‌نماید. پس با ۹۵٪ اطمینان و با در نظر گرفت  $p < 0/05$  خطا می‌توان گفت که بین دو متغیر رابطه وجود دارد. این رابطه، رابطه‌ای است مستقیم. بدین معنا که با افزایش حمایت محبت آمیز، میزان توانمندی مقابله نیز افزایش می‌یابد. در نتیجه فرضیه مبنی بر اینکه «هرچه حمایت محبت آمیز بیشتر باشد توانمندی مقابله با بیماری بیشتر است»، تایید می‌گردد.

رابطه بین دو متغیر حمایت اطلاعاتی و توانمندی مقابله، با مقدار value محاسبه شده (۰/۲۷۵) در سطح خطای ۰/۰۰۰ معنادار می‌نماید. پس با ۹۵٪ اطمینان و با در نظر گرفت  $p < 0/05$  خطا می‌توان گفت که بین دو متغیر رابطه وجود دارد. رابطه آن دو، رابطه‌ای است مستقیم. بدین معنا که با افزایش حمایت اطلاعاتی، میزان توانمندی مقابله نیز افزایش می‌یابد. بنابراین این فرضیه که «هرچه حمایت اطلاعاتی بیشتر باشد توانمندی مقابله با بیماری بیشتر است»، تایید می‌شود.

رابطه بین دو متغیر حمایت تعاملات اجتماعی مثبت و توانمندی مقابله، با مقدار value محاسبه شده (۰/۴۱۰) در سطح خطای ۰/۰۰۰ معنادار می‌نماید. پس با ۹۵٪ اطمینان و با در نظر گرفت  $p < 0/05$  خطا می‌توان گفت که بین دو متغیر رابطه وجود دارد. این رابطه، رابطه‌ای است مستقیم. بدین معنا که با افزایش حمایت تعاملات اجتماعی مثبت، میزان توانمندی مقابله نیز افزایش می‌یابد. در نتیجه یکی دیگر از فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه «هرچه حمایت تعاملات اجتماعی مثبت بیشتر باشد توانمندی مقابله با بیماری بیشتر است»، تایید می‌شود.

رابطه بین دو متغیر حمایت غیررسمی و توانمندی مقابله، با مقدار value محاسبه شده (۰/۱۹۹) در سطح خطای ۰/۰۲۷ معنادار می‌نماید. پس با ۹۵٪ اطمینان و با در نظر گرفت  $p < 0/05$  خطا می‌توان گفت که بین دو متغیر رابطه وجود دارد. رابطه آنها، رابطه‌ای است مستقیم. بدین معنا که با افزایش کمک منابع حمایت غیررسمی، میزان توانمندی مقابله نیز افزایش می‌یابد. در نتیجه فرضیه مورد پژوهش اینکه «هر چه حمایت غیررسمی بیشتر باشد، توانمندی مقابله با بیماری بیشتر است» تایید می‌شود. چنان که بیمار از کمک منابع حمایت غیررسمی که حمایت را بصورت طبیعی، متنوع و غیرساخت یافته در واکنش به نگرانی و بیماری ارائه می‌کند برخوردار شود، توانمندی مقابله بیشتری برای غلبه بر بیماری خواهد داشت.

رابطه بین دو متغیر حمایت رسمی و توانمندی مقابله، مقدار value محاسبه شده (۰/۱۶۶) در سطح خطای ۰/۰۳۳ معنادار می‌باشد. پس با ۹۵٪ اطمینان و با در نظر گرفت  $p < 0/05$  خطا می‌توان گفت که بین دو متغیر رابطه وجود دارد. این رابطه، رابطه‌ای است مستقیم. بدین معنا که با افزایش کمک منابع حمایت رسمی، میزان توانمندی مقابله نیز افزایش می‌یابد. بنابراین این فرضیه که «هر چه حمایت رسمی بیشتر باشد، توانمندی مقابله با بیماری بیشتر است» تایید می‌شود. بنابراین اگر بیمار از کمک منابع حمایت رسمی برخوردار شود که حمایت را بصورت ساخت یافته و

برنامه‌ریزی شده توسط سیستم‌های خدمات انسانی رسمی در واکنش به نیاز یا بحرانی ارائه می‌کنند، توانمندی مقابله بیشتری برای غلبه بر بیماری خواهد داشت.

رابطه بین دو متغیر «حمایت خانواده» «توانمندی مقابله با value محاسبه شده (۰/۲۸۱) در سطح خطای ۰/۰۰۱ معنادار می‌باشد. پس با ۹۵٪ اطمینان و با در نظر گرفت  $p < 0/05$  خطا می‌توان گفت که بین دو متغیر رابطه وجود دارد. این رابطه، رابطه‌ای است مستقیم. بدین معنا که با افزایش کمک و حمایت خانواده، میزان توانمندی مقابله نیز افزایش می‌یابد. در نتیجه فرضیه دیگر پژوهش یعنی: «هر چه حمایت خانواده بیشتر باشد، توانمندی مقابله با بیماری بیشتر است» مورد تایید قرار می‌گیرد. با تایید آن، ارتباط عاملین منابع حمایت خانواده و توانمندی مقابله پذیرفته می‌شود. چنانکه بیمار از حمایت خانواده برخوردار شود که حمایت را بصورت طبیعی، غیر ساخت یافته در واکنش به نگرانی‌های عاطفی و اجتماعی ناشی از بیماری (مثل تغییرات در استقلال، نقش‌های خانوادگی، تغییرات ظاهری و نگرانی‌هایی در مورد پیشرفت بیماری و...) ارائه می‌کنند، توانمندی مقابله بیشتری برای غلبه بر بیماری خواهد داشت. پس حمایت خانواده تاثیر مستقیم و مثبت روی توانمندی مقابله بیمار دارد.

جدول ۵- مقدار و سطح معنی داری رابطه بین متغیرهای زمینه‌ای با متغیر وابسته

توانمندی مقابله با بیماری	حمایت اجتماعی		
-	-۰/۲۲۱	مقدار	سن
-	۰/۰۰۴	سطح معنی داری	
۰/۲۷۹	۰/۳۹۱	مقدار	تحصیلات
۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	سطح معنی داری	
۰/۴۰۴	-	مقدار	حمایت اجتماعی
۰/۰۰۰	-	سطح معنی داری	

علاوه بر متغیرهای مورد مطالعه در بررسی رابطه بین متغیرها مشخص شد که برخی از متغیرهای زمینه‌ای بر متغیر وابسته مورد مطالعه تاثیر گذار است. چنانکه در جدول ۵ مشاهده می‌شود. متغیر سن و حمایت اجتماعی با مقدار value محاسبه شده (۰/۲۲۱-) و سطح خطای ۰/۰۰۴ معنادار می‌نماید. پس با ۹۵٪ اطمینان و با در نظر گرفت  $p < 0/05$  خطا می‌توان گفت که بین دو متغیر رابطه وجود دارد. این رابطه، رابطه‌ای است غیر مستقیم. بدین معنا که با افزایش سن، حمایت اجتماعی کاهش می‌یابد. بیماران با سن بالاتر نسبت به بیماران سن پایین از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار هستند.

متغیر تحصیلات با مقدار value محاسبه شده (۰/۳۹۱) با سطح خطای ۰/۰۰۰ معنادار می‌نماید. پس با ۹۵٪ اطمینان و با در نظر گرفت  $p < 0/05$  خطا می‌توان گفت که با افزایش تحصیلات، میزان توانمندی مقابله نیز افزایش می‌یابد. بیماران با تحصیلات بالاتر نسبت به بیماران با تحصیلات پایین از توانمندی بیشتری برای مقابله با بیماری برخوردار هستند.

در نهایت به منظور تحلیل جامع توانمندی مقابله با بیماری و ارزیابی ارتباط میان متغیرهای موثر بر آن از تحلیل چند متغیری رگرسیون استفاده شده است. با استفاده از رگرسیون چند متغیری به تبیین و پیش بینی تغییرات متغیر وابسته (توانمندی مقابله) از طریق متغیرهای مستقل پرداخته می‌شود. تا میزان تاثیر، نقش و مشارکت هر یک از عوامل عمده در واریانس آن مشخص شود. برای انتخاب متغیرها ابتدا متغیرهای مستقلی که رابطه معنادار با متغیر وابسته داشته برگزیده و سپس با استفاده از آزمون همبستگی رابطه میان آن‌ها محاسبه شده و بعد متغیرهای مناسب وارد تحلیل می‌شود.

در نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره معلوم شد که مهمترین و تنها متغیر پیش بینی کننده میزان توانمندی مقابله با بیماری، میزان حمایت تعاملات اجتماعی مثبت می‌باشد، برای بررسی بیشتر از رگرسیون دو متغیره استفاده کرده‌ایم که جداول تحلیل

رگرسیون دو متغیره برای متغیر مستقل و شاخص‌های ایجاد کننده آن به صورت زیر خواهد بود:

جدول ۶- آمارهای مربوط به متغیر مستقل حمایت تعاملات اجتماعی مثبت در مدل رگرسیون دو متغیره میزان توانمندی مقابله با بیماری

۰/۴۱۹	ضریب همبستگی چندگانه
۰/۱۷۶	ضریب تبیین
۰/۱۶۷	ضریب تبیین تعدیل شده

نتایج به دست آمده از آزمون رگرسیون دو متغیره سطح معنی داری رابطه به دست آمده را با ۹۵٪ اطمینان تایید می‌کند. بر اساس جدول بالا می‌توان گفت متغیر مستقل حمایت تعاملات اجتماعی مثبت به تنهایی قادر به پیش بینی ۱۶/۷ درصد از واریانس متغیر وابسته میزان توانمندی مقابله با بیماری سرطان سینه در نمونه مورد بررسی بوده است. یعنی به ازای یک واحد تغییر در میزان تعاملات اجتماعی مثبت، ۰/۴۱۹ واحد تغییر در میزان توانمندی مقابله با بیماری حاصل می‌شود.

### نتیجه‌گیری و پیشنهاد

توانمندی مقابله با بیماری با عوامل گوناگونی در ارتباط است. پژوهشگر عامل «حمایت اجتماعی» را برای بررسی نسبتاً دقیق انتخاب کرده است. زیرا مطالعات مقدماتی نشان داد که حمایت اجتماعی باعث می‌شود تا فرد توانمندی مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا را بدست آورند. بنابراین چارچوب نظری یا هدایتگر این پژوهش در راستای پاسخگویی اولیه به مسائل اصلی این پژوهش تدوین گردید و از درون

چارچوب نظری مطرح شده فرضیه‌های علمی استخراج و مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل متغیرها نشان داد که هر یک از متغیرهای حمایت اجتماعی (حمایت ملموس، حمایت با تعاملات اجتماعی مثبت، حمایت محبت آمیز، حمایت اطلاعاتی، حمایت عاطفی، حمایت خانواده، منابع حمایت رسمی و منابع حمایت غیررسمی) ۹۵ درصد اطمینان رابطه معنی داری با توانمندی مقابله با بیماری دارد.

در نهایت با استفاده از تحلیل چند متغیره رگرسیون به تبیین و پیش بینی تغییرات متغیر وابسته (توانمندی مقابله) از طریق متغیرهای مستقل پرداخته شد. نتایج حاصل نشان داد که مهمترین متغیر و تنها متغیر پیش بینی کننده میزان توانمندی مقابله با بیماری، متغیر مستقل میزان حمایت تعاملات اجتماعی مثبت می‌باشد. برای دستیابی به شناخت دقیق از میزان پیش‌بینی‌کنندگی این متغیر با استفاده از رگرسیون دو متغیره مشخص شد که متغیر مستقل حمایت تعاملات اجتماعی مثبت به تنهایی قادر به پیش بینی ۱۶/۷ درصد از واریانس متغیر وابسته، میزان توانمندی مقابله با بیماری سرطان سینه در نمونه مورد بررسی می‌باشد.

بنابراین به منظور افزایش توان مقابله‌ای بیماران با بیماری سرطان و به دست آوردن سلامتی لازم است که مداخلاتی جهت افزایش سطح و کیفیت حمایت اجتماعی افراد صورت گیرد.

پژوهش مذکور نشان داد که حمایت غیررسمی رابطه معنی داری با توانمندی مقابله با بیماری سرطان دارد. با تایید این رابطه، ارتباط عاملین منابع حمایت غیررسمی (مثل همسر، فرزندان، دوستان...) و توانمندی مقابله پذیرفته می‌شود. چنانکه بیمار از کمک منابع حمایت غیررسمی که حمایت را بصورت طبیعی، متنوع و سازمان نیافته در واکنش به نگرانی و بیماری ارائه می‌کنند برخوردار شود، توانمندی مقابله بیشتری برای غلبه بر بیماری خواهد داشت.



از تحقیق حاضر چنین حاصل شد که حمایت خانواده با توانمندی مقابله رابطه معنی داری دارد. به منظور تسهیل روابط بین اعضای خانواده جهت افزایش توانمندی مقابله با بیماری پیشنهاد می‌شود: اعضای خانواده به همراه بیمار سرطانی نشست یا جلساتی هفتگی باهم داشته باشند. در این نشست اعضاء احساسات و نگرش‌های خودشان را در مورد بیماری بیان کنند، در مورد مسائل و مشکلات ناشی از بیماری سرطان باهم صحبت نمایند و نیز می‌توانند در خصوص پذیرش بیماری، شکستن تابوی سرطان و راه‌های مقابله با آن باهم بحث و گفتگوهای داشته باشند.

همچنان که مشخص شد، حمایت‌های عاطفی و محبت آمیز تاثیر قابل توجهی در افزایش توانمندی مقابله با بیماری دارد. فعالیت‌های گروهی و ارتباط نزدیک بیماران با یکدیگر یکی از روش‌های افزایش این نوع حمایت‌ها می‌باشد. پس تشکیل گروه‌های حمایتی از بیماران می‌توان توانمندی آنها را برای مقابله با بیماری افزایش داد. مددکار اجتماعی می‌تواند در بیمارستان از میان بیماران سرطانی گروهی همساز و همراه و حامی تشکیل دهند که آنها بتوانند باهم در یک مکان جمع شده و در مورد بیماری و روش‌های مقابله با آن باهم بحث و گفتگو و تبادل نظر کنند. با فعالیت گروهی بیماران نه تنها باهم همدردی و همفکری می‌کنند بلکه اعضای گروه می‌تواند به مشکلات مربوط به سرطان و درمان آن پردازند و در جهت حل مشکلات خود و افزایش توانمندی مقابله باهم فعالیت کنند. ارتباط و تبادل نظر در داخل گروه سبب تغییر ارزیابی‌های شناختی و رفتاری نسبت به سرطان خواهد شد.

چنین استدلال می‌شود که حمایت‌های غیررسمی متخصصین سلامت موجب افزایش توانمندی مقابله با بیماری سرطان می‌گردد. بنابراین به منظور افزایش حمایت غیررسمی، بهتر است یک مرکز مشاوره تلفنی و حضوری برای بیماران سرطانی ایجاد کرد و در آن مرکز متخصصین روانشناسی، پزشکی، پرستاری و مددکاری اجتماعی آموزش دیده مشاوره‌های روانی، درمانی، مراقبتی، تغذیه‌ای و نیز مداخلات روانی اجتماعی به بیماران سرطانی ارائه نمایند.

علاوه بر این فعالیت تیمی متخصصین بیمارستان نیز می‌تواند منبع حمایتی دیگری برای بیمار محسوب شود. یعنی متخصصین سلامت یک تیم درمان متشکل از پزشک، پرستار، مددکار اجتماعی، روانشناس و بیمار به اضافه خانواده بیمار تشکیل دهند تا در مورد درمان بیمار به لحاظ جسمی، روانی و اجتماعی همفکری و تبادل نظر نمایند به این ترتیب درمان صورت گرفته جامع خواهد بود و همه ابعاد سلامت را دربر خواهد گرفت.

مددکاران اجتماعی با تشخیص منابع حمایت اجتماعی و شبکه‌های ارتباطی می‌توانند در تامین حمایت‌های ملموس (کمک‌های مالی و خدماتی)، حمایت‌های اطلاعاتی (از طریق آموزش جامعه محور، آموزش مهارت‌های اجتماعی و آگاه‌سازی درخصوص منابع اجتماعی موجود) و حمایت عاطفی و محبت آمیز (از طریق مصاحبه‌ها و مشاوره‌های روانی اجتماعی، شنونده بودن و هم‌حسی کردن با آن‌ها و کمک جهت پذیرش بیماری) نقش مهمی داشته باشند. بنابراین در بیمارستان مددکاران اجتماعی با جذب منابع حمایتی موجود در جامعه به نفع بیمار و گسترش شبکه ارتباطی فرد از طریق پیوند و اتصال آن‌ها به منابع حمایتی و منابع بیرونی (مثل سازمان‌ها، موسسه‌ها، خیریه‌های حمایتی و از سوی دیگر به خانواده و خویشاوندان بیمار و ...) می‌توانند مداخلاتی در جهت افزایش حمایت اجتماعی بیمار انجام دهند. با چنین مداخلاتی بیمار تاحدودی توانمندی مقابله با بیماری سرطان را از طریق منابع حمایت اجتماعی کسب خواهد کرد.

پزشکان مهمترین و معتبرترین منبع حمایت اطلاعاتی برای بیماران سرطانی محسوب می‌شوند. پزشکان با تشریح نوع بیماری، روش‌های درمان و عوارض جانبی آن، تغذیه سالم و مراقبت‌های لازم به بیماران و خانواده‌های آنها و نیز با داشتن تعاملات مثبت با بیماران و پاسخگو بودن به سوالات و ابهامات موجود در ذهن آنها می‌توانند نقش عمده‌ای در تامین حمایت اجتماعی برای بیماران داشته باشند. از طرف

دیگر چنین حمایت‌ها و رفتارهای پزشکان باعث خواهد شد تا بیمار در روند درمان خود مشارکت فعال داشته باشد.

پرستاران نیز با ارائه مراقبت‌های فیزیکی و درمانی به بیماران نقش عمده‌ای در تامین حمایت ملموس (با ارائه خدمات مراقبتی و اجرای پروتکل درمان) و حمایت اطلاعاتی (توصیه و راهنمایی لازم در خصوص مراقبت‌های مناسب در منزل و مشاوره‌هایی در مورد حفظ سلامت به بیماران و خانواده‌های شان) برای بیماران دارد.

## منابع

- آرسترانک، دیوید. (۱۳۷۲)، *جامه شناسی پزشکی*، ترجمه: محمد توکل و احمد خزاعی، انتشارات دانشگاه شریف.
- اکبری، محمد اسماعیل و همکاران. (۱۳۷۸)، *سرطان در ایران*، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ناشر دارالفکر، چاپ اول.
- اصفهانی، فاطمه. (۱۳۸۴)، *دانشتنی‌های سرطان، دو فصلنامه علمی، آموزشی، اطلاع‌رسانی*، سال ششم، شماره ۱۶-۱۵، پاییز و زمستان
- بی بی ارل. (۱۳۸۵)، *روش‌های تحقیق در علوم اجتماعی جلد اول و دوم*، ترجمه: رضا افضل، انتشارات سمت، چاپ سوم.
- دیماتئو، ام. راین. (۱۳۷۸)، *روانشناسی سلامت جلد دوم*، ترجمه: موسوی اصل سید مهدی، سالاری فر محمد رضا، آذربایجانی مسعود و همکاران، انتشارات سمت، چاپ اول.
- محسنی، منوچهر. (۱۳۸۲)، *جامه شناسی پزشکی*، انتشارات طهوری، چاپ هشتم.
- Beder Joan. (2006). *Hospital Social work The Interface of Medicine and Caring*. Published by CRC press. p296.

- Brannen, Cyndi; Petite, Kathy. (2008). An Alternative Framework for Understanding Women's Caregiving Stress: A Qualitative Application of the Ways of Coping Model. *Journal of Health Psychology*.
- Callaghan Erin E. (2007). Achieving Balance: A Case Study Examination of an Adolescent Coping With Life-Limiting Cancer *Journal of Pediatric Oncology Nursing*; 24; 334.
- Ell, K. (1984). *Social networks, social support, and health status: A review*. Social Service Review, 56, 133-149.
- Ferrier, Shirley J. (2000). *A Feasibility study to determine nurses' perception of the relationship of social support to the outcome of a woman's breast cancer experience*. Submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Nursing. at Dalhousie University Halifax, Nova Scotia.
- Gottlieb, B. H. (2000). *Selecting and planning support interventions*. In S. Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds.), Social support measurement and interventions: A guide for health and social scientists. New York: Oxford. L.
- Gjesfjeld, Christopher D. Greeno, Catherine G. and Kim, Kevin H. (2008). *A Confirmatory Factor Analysis of an Abbreviated Social Support Instrument: The MOS-SSS*. *Research on Social Work Practice*; 18; 231.
- House, J.S., Umberson, D., & Landis, K. (1988). *Structures and processes of social support*. *Annual Review of Sociology*; 14.
- Hurdle, Donna E. (2001). *Social Support: A Critical Factor in Women's Health and Health Promotion*. *Health & Social Work* / Volume 26, Number 2.

- Renee F. Lyons, Kristin D. Mickelson, Michael J.L. Sullivan and James C. (1998). Coping as a Communal Process. *Journal of Social and Personal Relationships*.; 15; 579.
- Lazarus, Richard S & Folkman, Susan. (1984). *Stress. Appraisal.and coping*. Published by Springer Publishing Compan. New York.
- Manne Sharon, Ostroff Jamie, Sherman Marne, Glassman Marc, Ross Stephanie, Goldstein Lori and Fox Kevin. (2003). *Buffering Effects of Family and Friend Support on*
- Associations between Partner Unsupportive Behaviors and Coping among Women with Breast Cancer. *Journal of Social and Personal Relationships* ; 20; 771.
- Maureen A. Frey. (1989). *Social Support and Health: A Theoretical Formulation Derived from King's Conceptual Framework*. *Nursing Science Quarterly*. 2; 138.
- Streeter, Calvin L. (1992). *Defining and Measuring Social Support: Guidelines for Social Work Practitioners*. *Research on Social Work Practice*, Vol. 2, No. 1, 81-98.
- Tardy, Charles H. (1985). Social Support Measurement. *American Journal of Community Psychology*. Vol. 13, No. 2, p188-190.
- Teresa J. Marin, Susan Holtzman, Anita DeLongis and Lynne Robinson. (2007). Coping and the response of others. *Journal of Social and Personal Relationships*; 24; 951.
- Thoits, P.A. (1992). *Social support functions and network structures* : A supplemental view. In H.Veiel & R. Baumann (Eds.). *The meaning and measurement of social support* (pp. 57-64). New York: Hemisphere Publishing Company.
- Yan Pan, Jia. Keung Wong, Daniel Fu. Sun Chan, Kin. (2008). *Development and Validation of the Chinese Making Sense of*

*Adversity Scale: Acculturative Stressors as an Example.* Research on Social Work Practice. 18; 479 originally published online Mar 17.