

The Relationship Between Social Support and Hope in Women with Breast Cancer Undergoing Chemotherapy in Hospitals of Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences

Saberipour B¹, Gheibizadeh M^{2*}, Ghanbari S³, Hemmatipour A⁴

¹ MSc student in Nursing, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

² Nursing Care Research Center in Chronic Diseases, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

³ Department of Biostatistics and Epidemiology, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

⁴ Department of Nursing, Shoushtar Faculty of Medical Sciences, Shoushtar, Iran

Receive: 2019/05/15
Accepted: 2019/07/02

*Corresponding Author:
Mahin Gheibizadeh
gheibizadeh-m@ajums.ac.ir

Ethics Approval:
IRAJUMS.REC.1396.172

Abstract

Introduction: Breast cancer greatly affects the life expectancy of patients. Since social support can greatly improve complications in chronic diseases, this study was conducted to determine the relationship between social support and hope in patients with breast cancer.

Methods: In this cross-sectional study, 100 women with breast cancer undergoing chemotherapy in hospitals of Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences were studied. Samples were selected using convenience sampling and according to inclusion criteria. After collecting data using Snyder's Adult Trait Hope Scale and Sherburne and Stewart's Social Support Scale, data analysis was done using the SPSS software.

Results: According to the findings, 80% of the studied women reported high levels of social support and 53% had moderate levels of life hope. The findings also showed that the participants received the most support in the emotional dimension (30.83 ± 31.40), the least support in the social interaction dimension (11.79 ± 3.60). Findings showed a direct and significant relationship between hope and social support ($r = 0.278$, $P = 0.004$).

Conclusion: Strengthening and promoting social support in women with breast cancer can be a good way to create hope for life and thus better tolerance of and compromise with problems associated with the disease and its treatments.

Keywords: Social Support, Hope, Breast Cancer, Chemotherapy

بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و امیدواری در زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز

بیان صابری پور^۱، مهین غیبی‌زاده^{۲*}، سعید قنبری^۳، اکرم همتی پور^۴

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران
^۲ مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری در بیمارهای مزمن، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران
^۳ دپارتمان آمار و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران
^۴ دپارتمان پرستاری، دانشکده علوم پزشکی شوشتر، شوشتر، اهواز، ایران

چکیده

مقدمه: سرطان پستان امیدواری به زندگی در بیماران را تا حد زیادی تحت تاثیر قرار می‌دهد. از آنجا که حمایت اجتماعی می‌تواند تا حد زیادی سبب بهبود عوارض در بیماری‌های مزمن گردد، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین حمایت اجتماعی و امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش بررسی: در این پژوهش مقطعی ۱۰۰ زن مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز مورد مطالعه قرار گرفتند. نمونه‌ها با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به معیارهای ورود انتخاب شدند. پس از جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های امیدواری اسنایدر و حمایت اجتماعی شربورن و استوارت، تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS صورت گرفت.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌ها ۸۰٪ زنان مورد مطالعه حمایت اجتماعی خود را در سطح بالا (۵۳٪) آنان امیدواری به زندگی خود را در حد متوسط) گزارش نمودند. همچنین یافته‌ها نشان داد که نمونه‌ها بیشترین حمایت را در بعد حمایت هیجانی (۳۰/۸۳±۳۱/۴۰) و کم‌ترین حمایت را در بعد تعامل اجتماعی (۱۱/۷۹±۳/۶۰) دریافت نموده‌اند. یافته‌ها وجود ارتباط مستقیم و معنادار بین امیدواری و حمایت اجتماعی (P=۰/۰۰۴، r=۰/۲۷۸) را نشان دادند.

نتیجه‌گیری: تقویت و توسعه حمایت اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌تواند راه‌کار مناسبی برای ایجاد امیدواری به زندگی و در نتیجه تحمل و سازش بهتر با مشکلات ناشی از بیماری و درمان‌های آن باشد.

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی، امیدواری، سرطان پستان، شیمی‌درمانی

تاریخ ارسال: ۹۸/۰۲/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۴/۱۱

نشانی نویسنده مسئول:

مهین غیبی‌زاده

gheibizadeh-m@ajums.ac.ir

مقدمه

سرطان پستان از نظر عاطفی و روانی تاثیرگذارترین سرطان در بین زنان شناخته شده است (۱). بر اساس آمارهای ارایه شده در آمریکا هر ساله ۲۲۰ هزار مورد سرطان پستان در زنان تشخیص داده شده و ۴۰ هزار مورد در اثر این بیماری می‌میرند (۲). در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۹۵ و با استفاده از اطلاعات ثبت شده در نظام ثبت سرطان در سال ۱۳۸۸ صورت گرفت، میزان بروز سرطان در کل کشور برای جمعیت زنان ۲۴/۶ در صد هزار و برای جمعیت مردان ۰/۸۲ در صد هزار گزارش گردید. همچنین عنوان شد که بروز سرطان پستان از حدود ۱۸/۱، ۱۹/۱، ۱۹/۷ به ترتیب در غرب، شمال و شرق ایران تا حدود ۲۹/۳ و ۲۹/۷ در جنوب و مرکز متغیر می‌باشد (۳). خوشبختانه علی‌رغم شیوع بالای سرطان پستان، میزان بقای بیماران در طی ۲۰ سال گذشته به طور قابل توجهی بهبود یافته است که این مساله عمدتاً به تشخیص زودهنگام و درمان‌های جدید برای جلوگیری از عود نسبت داده شده است (۴).

تشخیص و درمان سرطان پستان، منجر به تغییر عملکرد جنسی، تصویر از خود منفی، مشکلات ارتباطی، ریزش مو، افزایش وزن، خستگی و دیگر آثار جسمانی می‌گردد (۵). همچنین بیماران مبتلا به سرطان پستان اغلب از مشکلات روان‌شناختی متعددی رنج می‌برند؛ این مشکلات که به عوامل فردی بیمار، عوامل مرتبط با درمان و سایر عوامل روانی- اجتماعی مربوط می‌شود، می‌تواند ایمنی افراد مبتلا را تضعیف کرده، واکنش‌های ثانویه درمان را تشدید نموده و موجب عود و بدتر شدن بیماری گردد، در نتیجه بر اثرات درمان و پیش‌آگهی تاثیر می‌گذارد (۶). از طرفی چنانچه خشم به وجود آمده در بیماران سرطانی، به درستی ابراز نگردد، این امکان وجود دارد که به درون فرد جهت یابد و منجر به ناامیدی و افسردگی گردد (۷).

در تحقیقات صورت گرفته ناامیدی در بیماران مبتلا به سرطان پستان یک وضعیت وخیم می‌باشد که می‌تواند منجر به افزایش میزان افسردگی و فقدان اشتیاق به زندگی گردد در حالی که امیدواری با کاهش میزان افسردگی و بهبود کیفیت زندگی مرتبط است (۶، ۷). به نظر می‌رسد سرطان نسبت به سایر ناخوشی‌های مزمن، بیشترین تاثیر را روی امید داشته و عامل تهدیدکننده امید محسوب می‌شود. امید به عنوان یک عامل پیچیده

چند بعدی و بالقوه قدرتمند در بهبودی و سازش یافتگی مؤثر بیماران سرطانی تعریف شده است (۸). بعد از بروز بیماری، امیدواری به زندگی در بیماران به طور قابل توجهی کاهش پیدا می‌کند، همین عامل باعث می‌شود تا آنها نسبت به درمان خود توجه کافی نشان نداده و دستورات پزشکان را چندان جدی نگیرند (۹). افراد امیدوار در تحمل عوارض شیمی‌درمانی یا پرتودرمانی از خود مقاومت بیشتری نشان می‌دهند و احتمال بیشتری دارد که درمان را پیگیری نمایند (۸).

از دیگر عوامل تاثیر گذار بر روند درمان حمایت اجتماعی می‌باشد، حمایت اجتماعی در واقع به انواع مختلفی از حمایت اطلاق می‌گردد که از جانب دیگران در اجتماع دریافت می‌گردد (۹). بر اساس شواهد به نظر می‌رسد حمایت اجتماعی یک منبع قابل اعتماد برای کمک به بیماران سرطانی در سازگاری با اضطراب، افسردگی و احساس عدم امنیت می‌باشد، که میزان مرگ و میر را کاهش و کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد و دارای یک ارتباط منفی با نشانه‌های بیماران می‌باشد (۱۰، ۱۱). حمایت اجتماعی عبارت از ادراک یا تجربه فرد از دوست داشته شدن، مراقبت شدن، مورد حرمت قرار گرفتن، مورد تقویت قرار گرفتن توانمندی‌ها و شایستگی‌ها از سوی دیگران و پذیرفته شدن به عنوان بخشی از یک شبکه‌ی اجتماعی می‌باشد (۱۲، ۱۳). زنان سرطانی دارای حمایت اجتماعی پایین نسبت به زنان با حمایت اجتماعی بالاتر، از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند. نتایج مطالعه یان و همکارانش در سال ۲۰۱۶ بر روی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان در شانگهای چین نشان داد که حمایت اجتماعی در جهت بهبود کیفیت زندگی نجات یافتگان از بیماری سرطان پستان تاثیر قابل توجهی داشته است (۱۴).

با توجه به روند رو به رشد سرطان پستان در میان زنان و همچنین اهمیت امیدواری به زندگی و آثار آن بر کیفیت زندگی بیماران و با توجه به این که در خصوص تعیین ارتباط بین حمایت اجتماعی و امیدواری به زندگی در این بیماران مطالعه چندانی صورت نگرفته است، پژوهشگران بر آن شدند تا مطالعه‌ای با هدف تعیین ارتباط حمایت اجتماعی و امیدواری به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی در بیمارستان‌های

دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز در سال ۱۳۹۶ انجام دهند.

مواد و روش‌ها

این پژوهش که یک مطالعه مقطعی می‌باشد، با هدف تعیین ارتباط بین حمایت اجتماعی و امیدواری به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی در سال ۱۳۹۶ انجام پذیرفت. جامعه پژوهش شامل زنان مبتلا به سرطان پستان تحت درمان شیمی‌درمانی بوده که به صورت سرپایی جهت درمان به بخش‌های شیمی‌درمانی بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز مراجعه می‌کردند.

نمونه‌های پژوهش بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بالای ۱۸ سال، دارای پرونده‌ی درمانی در بیمارستان‌های شفا و بقایای ۲ اهواز، تحت درمان با داروهای شیمی‌درمانی، گذشت حداقل ۶ ماه از شروع درمان، توانایی خواندن و نوشتن به زبان فارسی، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی و توانایی به اشتراک گذاشتن اطلاعات بوده و معیار خروج نیز تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها بوده است.

حجم نمونه بر اساس یافته‌های مطالعات قبلی با توان ۸۰٪ و خطای ۵٪، با استفاده از نرم‌افزار Med-Calc تعداد ۱۹۳ نفر تعیین گردید. البته پس از توزیع پرسش‌نامه برخی از شرکت‌کنندگان از تکمیل پرسش‌نامه منصرف شدند و برخی نیز پرسش‌نامه‌ها را ناقص تکمیل نمودند. در نهایت ۱۰۰ پرسش‌نامه که به‌طور کامل تکمیل شده بودند، وارد مرحله آنالیز داده‌ها شد (میزان پاسخ‌دهی ۵۱/۸۱٪).

روش گردآوری داده‌ها در این مطالعه روش خودگزارشی و ابزارهای مورد استفاده شامل پرسش‌نامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی، پرسش‌نامه امیدواری اسنایدر (Snyder Hope Scale) و پرسش‌نامه حمایت اجتماعی شربون بوده است. پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت شناختی شامل سؤالاتی در زمینه سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و قومیت بود. پرسش‌نامه امیدواری به زندگی توسط اسنایدر و همکاران در سال ۱۹۹۱ برای سنجش امیدواری ساخته شد. این پرسش‌نامه دارای ۱۲ عبارت می‌باشد که ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی (عبارات ۱۲، ۱۰، ۹، ۲)، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی (عبارات ۶، ۴، ۱، ۸) و ۴

عبارت انحرافی (عبارات ۱۱، ۷، ۵، ۳) هستند. عبارات بر اساس مقیاس لیکرت چهارتایی و از ۱ تا ۴ (کاملاً درست=۴، تاحدی درست=۳، تاحدی غلط=۲ و گزینه کاملاً غلط=۱) نمره‌گذاری می‌شوند که البته به عبارات انحرافی نمره‌ای تعلق نمی‌گیرد. محدوده نمرات این پرسش‌نامه بین ۸ تا ۳۲ بوده و کسب نمره پایین‌تر به منزله امیدواری پایین می‌باشد (۱۵). به نقل از مطالعه علاقیند و همکاران همسانی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و پایایی آزمون- باز آزمون ۰/۸۰ گزارش شده است (۸). در مطالعه دشت بزرگی و همکاران پایایی این آزمون با استفاده از روش آلفا کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد (۱۶).

پرسش‌نامه حمایت اجتماعی (MOSS) در سال ۱۹۹۱ توسط شربون (Sherbourne) و استوارت (Stewart) طراحی شده است. این پرسش‌نامه خودگزارشی که میزان حمایت اجتماعی دریافت شده توسط آزمودنی را می‌سنجد، دارای ۱۹ عبارت و ۵ زیرمقیاس است. این زیرمقیاس‌ها شامل زیرمقیاس حمایت ملموس (۴ عبارت در مورد کمک‌های مادی و رفتاری)، حمایت هیجانی (۴ عبارت در زمینه عاطفه مثبت، همدردی و تشویق به بیان احساسات)، اطلاع‌رسانی (۴ عبارت در مورد راهنمایی، اطلاع‌رسانی یا دادن بازخورد)، مهربانی (۳ عبارت در مورد ابزار عشق و علاقه و تعامل اجتماعی مثبت) و تعامل اجتماعی (۴ عبارت در مورد وجود افرادی برای پرداختن به فعالیت‌های تفریحی) می‌باشد. هر یک از عبارات بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز=۱، به ندرت=۲، گاهی اوقات=۳، اغلب=۴، همیشه=۵) نمره‌گذاری می‌شوند. محدوده نمرات این پرسش‌نامه بین ۱۹ و ۹۵ است. برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر زیرمقیاس، نمرات عبارات مربوط به زیرمقیاس مورد نظر با هم جمع می‌شود. برای به دست آوردن نمره کلی نیز همه امتیازات با هم جمع می‌شوند. کسب نمره بالاتر توسط آزمودنی در این پرسش‌نامه بیانگر این است که آزمودنی از حمایت اجتماعی مطلوبی برخوردار است. پایایی این آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (۱۷). در مطالعه شیرازی و همکاران (۱۳۹۴) پایایی این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ در مبتلایان به ایدز ۰/۸۳ به دست آمد (۱۸).

اطلاعات و عدم تحمیل هزینه به نمونه‌ها مورد توجه قرار گرفته‌اند.

یافته‌ها

بر اساس تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از ۱۰۰ پرسش‌نامه تکمیل شده، میانگین سن افراد شرکت کننده 40.71 ± 10 سال بود. اکثر زنان مورد مطالعه دارای تحصیلات زیردیپلم (60%)، متاهل (76%) و خانه‌دار (87%) بودند. سایر متغیرهای جمعیت شناختی در جدول ۱ ارائه شده است.

در این مطالعه پس از جمع‌آوری داده‌ها از نمونه‌ها، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و آمار توصیفی شامل میانگین و جداول توزیع فراوانی و آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس، ضریب همبستگی اسپیرمن و رگرسیون لجستیک تجزیه و تحلیل شدند. این مقاله حاصل پژوهش مصوب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز IRAJUMS.REC.1396.172 می‌باشد و کلیه ملاحظات اخلاق در پژوهش شامل توضیح اطلاعات لازم به شرکت‌کنندگان، رضایت آگاهانه، مشارکت داوطلبانه، اختیار و آزادی در ترک مطالعه، محرمانگی

جدول ۱: توزیع متغیرهای جمعیت شناختی زنان مورد پژوهش و ارتباط آن‌ها با حمایت اجتماعی و امیدواری به زندگی

متغیر	فراوانی (درصد)	حمایت اجتماعی		امید به زندگی	
		انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین
تحصیلات	زیردیپلم	۶۰ (۶۰)	۶۸/۹۰ \pm ۲۰/۵۹	۲۴/۶۳ \pm ۴/۱۵	
	دیپلم	۲۹ (۲۹)	۷۲/۳۱ \pm ۱۸/۷۸	۲۴/۳۱ \pm ۵/۷۰	P= ۰/۱۰۸
	لیسانس و بالاتر	۱۱ (۱۱)	۷۴/۳۰ \pm ۱۳/۲۸	۲۷/۷۲ \pm ۴/۹۶	P= ۰/۶۶۴
وضعیت تاهل	متاهل	۷۶ (۷۶)	۸۲/۶۰ \pm ۱۱/۱۷	۲۶/۷۰ \pm ۶/۴۲	
	مطلقه	۵ (۵)	۵۷/۲۰ \pm ۲۱/۴۹	۲۴/۸۶ \pm ۴/۸۶	P= ۰/۴۷۳
	مجرد	۹ (۹)	۵۲/۷۷ \pm ۲۱/۴۱	۲۳/۳۳ \pm ۴/۵۵	*P= ۰/۰۰۲
	بیوه	۱۰ (۱۰)	۷۲ \pm ۱۸/۲۹	۲۵ \pm ۳/۵۵	
وضعیت اشتغال	شاغل	۱۳ (۱۳)	۷۵/۳۸ \pm ۱۷/۴۰	۲۷/۰۷ \pm ۳/۹۶	P= ۰/۰۵۳
	خانه‌دار	۸۷ (۸۷)	۶۹/۸۷ \pm ۱۹/۶۲	۲۴/۵۵ \pm ۴/۸۴	P= ۰/۳۴۱
سابقه بیماری	بله	۳۰ (۳۰)	۷۲/۵۷ \pm ۲۰/۷۵	۲۴/۹۲ \pm ۴/۶۹	P= ۰/۸۱۹
	خیر	۷۰ (۷۰)	۶۹/۲۸ \pm ۱۸/۸۷	۲۴/۶۸ \pm ۴/۷۹	P= ۰/۴۵۱
قومیت	لر	۶ (۶)	۶۴/۵۰ \pm ۲۷/۹۳	۲۱/۵۰ \pm ۳/۱۴	
	عرب	۳۰ (۳۰)	۷۰/۳۰ \pm ۱۹/۰۸	۲۶/۵۳ \pm ۴/۹۵	P= ۰/۰۶۶
	فارس	۳۶ (۳۶)	۶۸/۹۷ \pm ۲۲/۳۴	۲۴/۳۸ \pm ۳/۹۴	P= ۰/۲۸۰
	سایر	۲۸ (۲۸)	۷۴/۲۸ \pm ۱۲/۵۸	۲۴/۴۶ \pm ۵/۴۸	

*ANOVA test; Significance level: 0.05

تحلیل یافته‌های مطالعه بیانگر عدم وجود ارتباط معنادار بین متغیر سن و متغیر امیدواری به زندگی در بیماران مورد مطالعه بوده است ($P=0/158$). بررسی ارتباط سایر متغیرهای جمعیت شناختی با متغیر امیدواری به زندگی نیز بیانگر عدم وجود ارتباط معنادار بوده است (جدول ۱). در این مطالعه، میانگین حمایت اجتماعی در بیماران مورد مطالعه $70/36 \pm 19/30$ بدست آمد که بیشترین میانگین مربوط به بعد حمایت هیجانی $31/40 \pm 30/83$ و کمترین مربوط به بعد تعامل اجتماعی $3/60 \pm 11/79$ بوده است.

تحلیل یافته‌های مطالعه بیانگر عدم وجود ارتباط معنادار بین متغیر سن و متغیر حمایت اجتماعی در بیماران مورد مطالعه بوده است ($P=0/395$). بررسی ارتباط سایر متغیرهای جمعیت شناختی با متغیر حمایت اجتماعی نشان داد که فقط متغیر وضعیت تاهل دارای ارتباط معنادار با حمایت اجتماعی می‌باشد ($P=0/002$). بدین ترتیب که زنان متاهل در مقایسه با سایر گروه‌ها (زنان مطلقه، بیوه و مجرد)، حمایت اجتماعی خود را در سطح بالاتری گزارش نمودند.

جدول ۴: همبستگی بین حمایت اجتماعی و ابعاد آن با امیدواری به زندگی در زنان مورد پژوهش

متغیرها	امید به زندگی	r	p-value
حمایت اجتماعی (کل)		۰/۲۹۰	*۰/۰۰۳
حمایت ملموس		۰/۲۱۴	*۰/۰۳۳
مهربانی		۰/۳۵۵	*۰/۰۰۱
ابعاد حمایت اجتماعی	تعامل اجتماعی	۰/۳۴۷	*۰/۰۰۱
	حمایت هیجانی	۰/۱۶۲	۰/۱۰۷
	حمایت اطلاعاتی	۰/۱۶۲	۰/۱۰۷

*Spearman correlation coefficient; Significance level: 0.05

بحث

یافته‌های حاصل از این مطالعه که با هدف تعیین ارتباط بین حمایت اجتماعی و امیدواری به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی انجام شده است، بیانگر آن بود که زنان مورد پژوهش سطح حمایت اجتماعی خود را در سطح بالا گزارش نموده‌اند و بیشترین میانگین مربوط به بعد حمایت هیجانی و کم‌ترین مربوط به بعد تعامل اجتماعی بود. در همین رابطه مطالعه Sadia (۱۹)، Shrestha و همکاران (۲۰) نیز نشان داد که بیماران مبتلا به سرطان پستان حمایت اجتماعی خود را در سطح خوب اعلام نمودند. طائی و همکاران در مطالعه خود بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان، میزان حمایت اجتماعی در جمعیت مورد مطالعه خویش را در سطح متوسط گزارش کردند (۱۳). همچنین در مطالعه آقابخشی بیشترین میانگین مربوط به حمایت ملموس و کم‌ترین مربوط به بعد تعاملات اجتماعی در بیماران سرطانی ذکر شده است (۲۱).

در این مطالعه مشخص شد که میزان امیدواری به زندگی بیماران مورد مطالعه در حد متوسط است. با توجه به این که بیماران مورد مطالعه میزان حمایت اجتماعی خود را در سطح بالا عنوان نموده‌اند، دستیابی به سطح متوسط از نظر امیدواری به زندگی چندان دور از انتظار نبوده است چرا که حمایت اجتماعی از جمله عوامل تاثیرگذار بر امیدواری می‌باشد. در مطالعه حیدری و همکاران (۲۲) و علاقه‌بند و همکاران (۲۳) و مطالعه طائی و همکاران نیز میزان امیدواری در زنان مبتلا به سرطان پستان مورد مطالعه، در حد متوسط و بالا عنوان گردید. طائی و همکاران همچنین اظهار داشتند که بین تمام ابعاد حمایت

میانگین امیدواری به زندگی نیز $4/79 \pm 24/88$ بوده است (جدول ۲).

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار حمایت اجتماعی و امیدواری به زندگی در زنان مورد پژوهش

متغیرها	انحراف معیار \pm میانگین
حمایت ملموس	$4/74 \pm 16/16$
مهربانی	$5/05 \pm 14/34$
تعامل اجتماعی	$3/60 \pm 11/79$
حمایت هیجانی	$8/55 \pm 27/82$
حمایت اطلاعاتی	$8/55 \pm 27/82$
حمایت اجتماعی (کل)	$19/35 \pm 70/59$
امیدواری به زندگی	$4/79 \pm 24/88$

همچنین یافته‌ها نشان داد که اکثر زنان مورد مطالعه حمایت اجتماعی خود را در سطح بالا (۸۰٪ زنان) و امیدواری به زندگی را در حد متوسط (۵۳٪ زنان) گزارش نمودند (جدول ۳).

جدول ۳: فراوانی و درصد سطح حمایت اجتماعی و امیدواری به زندگی در زنان مورد پژوهش

متغیر	سطح	ضعیف فراوانی (درصد)	متوسط فراوانی (درصد)	بالا فراوانی (درصد)
حمایت اجتماعی		۱۳ (۱۳)	۷ (۷)	۸۰ (۸۰)
امیدواری به زندگی		۰ (۰)	۵۳ (۵۳)	۴۷ (۴۷)

با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن، ارتباط مستقیم معناداری بین امیدواری به زندگی و حمایت اجتماعی ($P=0/003$, $r=0/290$) و ابعاد آن شامل حمایت ملموس ($P=0/033$, $r=0/214$)، مهربانی ($P=0/355$, $r=0/355$) و تعامل اجتماعی ($P<0/001$, $r=0/347$) مشاهده شد (جدول ۴).

به بیانی دیگر هر چه حمایت اجتماعی دریافت شده بیشتر بود امیدواری به زندگی نیز در زنان سرطانی مورد مطالعه بیشتر می‌شد. همچنین تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد یک واحد افزایش در حمایت اجتماعی منجر به افزایش ۰/۰۸ واحد در امیدواری به زندگی می‌گردد ($P=0/004$, $R^2=0/287$, $t=2/971$).

افزایش امیدواری به زندگی لازم است که مراقبین سلامت سطح حمایت اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان پستان را مورد ارزیابی قرار داده و در صورت لزوم مداخلاتی جهت تقویت آن به عمل آورند.

یافته‌های مطالعه نشان داد که هیچ یک از متغیرهای جمعیت شناختی مورد مطالعه با متغیر امیدواری ارتباط معناداری ندارند. با این وجود دهباشی و همکاران در مطالعه خود که با هدف بررسی ارتباط سلامت معنوی و امیدواری در بیماران دیالیزی انجام دادند، عنوان نمودند که جنس، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال با امید به زندگی در بیماران مورد مطالعه در ارتباط بوده است. در مطالعه آنان مشخص شد زنان، افراد با تحصیلات کمتر و بیکار از امیدواری به زندگی کمتری برخوردارند (۲۸). همچنین Yan و همکاران نیز در مطالعه‌ای که بر روی بیماران سرطانی در چین انجام دادند گزارش نمودند که نداشتن شغل، هزینه‌های درمان و عدم پوشش بیمه‌ای نگرانی‌های بسیار مهم در بیماران مبتلا به سرطان می‌باشند (۲۹). در مطالعه حاضر اکثریت نمونه مورد پژوهش متاهل، دارای تحصیلات زیردیپلم و خانه‌دار بودند که این همگنی از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی و عدم تنوع نمونه‌ها می‌تواند دلیلی برای عدم مشاهده ارتباط معنادار بین متغیرهای جمعیت شناختی و متغیر امیدواری به زندگی باشد.

بر اساس تحلیل یافته‌های مطالعه مشخص شد که زنان متاهل در مقایسه با سایر زنان (مطلقه، بیوه و مجرد)، حمایت اجتماعی خود را در سطح بالاتری گزارش نموده‌اند که این نتایج با مطالعه Shrestha (۲۰) هم‌راستا می‌باشد. ماهیت ارتباط همسران متفاوت از ارتباط با سایر اعضای خانواده، پزشک و پرستار است. منافع مشترک بین همسران مثل فرزندان، روابط جنسی، عشق و علاقه منجر به ایجاد وابستگی روانی زیاد بین آنان شده و جهت خشنود نمودن یکدیگر تلاش بیشتری نمایند (۳۰). این وابستگی روانی و تلاش جهت خشنود نمودن همسر به خصوص همسری که دچار بیماری سرطان است، می‌تواند منجر به احساس رضایت و درک بهتر از حمایت اجتماعی در بیماران متاهل شود.

در مطالعه حاضر محدودیت‌هایی وجود دارد که نیاز به توجه دارند. محدودیت مهم این مطالعه ماهیت مقطعی همبستگی مطالعه است که استنباط رابطه علیتی بین

اجتماعی و امیدواری به زندگی ارتباط قوی و معناداری دیده شده است (۱۳) که تمامی این شواهد هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد. با این وجود در مطالعه مقتدر و همکاران با هدف مقایسه امید به زندگی و هوش معنوی در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان سالم، سطح امیدواری به زندگی در بیماران مورد مطالعه در سطح ضعیف و کمتر از افراد سالم گزارش گردید (۲۴). از آنجا که در مطالعه حاضر و اکثر مطالعات مشابه از روش نمونه‌گیری در دسترس و واحدهای محدود جهت انتخاب بیماران استفاده شده است این مساله، تعمیم‌پذیری نتایج را در تمامی این مطالعات محدود می‌سازد. به نظر می‌رسد که انجام مطالعات بیشتر با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی ضرورت دارد. امیدواری به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای موثر در کنار آمدن با یک بیماری دشوار معرفی شده است (۲۵). بزرگسالانی که از درجات بالای امید بهره می‌برند، به دیگران به‌عنوان منابع حمایتی و پایگاه‌هایی می‌نگرند که می‌توانند به آن‌ها تکیه کنند همچنین این افراد اعتقاد دارند که می‌توانند با چالش‌هایی که ممکن است در زندگی با آن‌ها رو به رو شوند، سازگار شده و شادی بالاتری را تجربه نمایند و از زندگی‌شان رضایت داشته باشند (۲۶).

در مطالعه حاضر مشخص شد که امیدواری به زندگی با حمایت اجتماعی و ابعاد مهربانی، حمایت ملموس و تعامل اجتماعی همبستگی مثبت دارد. در مطالعات انجام شده توسط Sadia و همکاران و فخری و همکاران نیز نتایج مشابهی مبنی بر ارتباط حمایت اجتماعی بالاتر با افزایش امیدواری به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان گزارش شده است (۱۹، ۲۷). طائی و همکاران در مطالعه‌ای با هدف تعیین تاثیر ابعاد حمایت اجتماعی بر امیدواری و احساس تنهایی در بیماران مبتلا به سرطان در شهر ارومیه گزارش نمودند که حمایت اجتماعی دارای رابطه مثبت با امیدواری و رابطه معکوس با احساس تنهایی در بیماران مورد مطالعه بوده است (۱۳) که نتایج این مطالعات هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر می‌باشند. حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل پیش‌بینی کننده مهم پیامد سرطان پستان شناخته شده است. به‌طوری که برخورداری از حمایت اجتماعی منجر به تسهیل روند بهبودی، ارتقا کیفیت زندگی و افزایش میزان بقا در بیماران می‌گردد (۲۰). بنابراین با توجه به اهمیت حمایت اجتماعی در

برای افزایش امیدواری به زندگی در این بیماران انجام شود. شناسایی سایر عوامل مرتبط با امیدواری به زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی می‌تواند به توسعه دانش در این زمینه و طراحی مداخلات موثر برای این بیماران کمک کننده باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز (شماره طرح: 95s107) می‌باشد. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز برای حمایت مالی این طرح، افراد شرکت کننده در مطالعه و کسانی که در پیشبرد این طرح تحقیقاتی همکاری نموده‌اند، تشکر و قدردانی نمایند.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ تعارض منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

متغیرهای مورد مطالعه را محدود می‌سازد. فرضیه ما بر اساس شواهد این بود که حمایت اجتماعی بالاتر منجر به افزایش امید به زندگی در بیماران سرطانی می‌شود، اما نتایج مطالعه ما تنها نشان‌دهنده وجود ارتباط بین این دو متغیر است و جهت ارتباط را نشان نمی‌دهد. از آنجا که ادراک فرد از میزان حمایت دریافتی پدیده‌ای ذهنی است، تعیین رابطه علیتی بین دو متغیر ذهنی مورد مطالعه، با مطالعات همبستگی دشوار است. محدودیت دوم استفاده از نمونه‌گیری در دسترس از محیط بالینی محدود (که البته مهم‌ترین واحدهای ارجاع این بیماران در شهر اهواز می‌باشند) همراه با میزان پاسخ‌دهی پایین می‌باشد که می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود نماید. بنابراین انجام مطالعات بیشتر با نمونه هتروژن‌تر و حجم بزرگ‌تر پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که حمایت اجتماعی و امیدواری به زندگی در بیماران مورد مطالعه به ترتیب در سطح بالا و متوسط بوده است و بین حمایت اجتماعی و امیدواری به زندگی همبستگی مثبت وجود دارد. بنابراین لازم است مداخلاتی با تأکید بر مولفه حمایت اجتماعی

References

1. Sharifibastan F, Yazdi S, zahraei S. The Role of Cognitive Emotion Regulation and Positive and Negative Affect in Resiliency of Women with Breast Cancer. *IJPN*. 2016; 4 (2):38-49. [In Persian]
2. Min SY, Kim Z, Hee Hur M, Seok Yoon C, Hwa Park E, Won Jung K. The Basic Facts of Korean Breast Cancer in 2013: Results of a nationwide survey and breast cancer registry database. *J Breast Cancer* 2016; 19(1): 1-7. doi: 10.4048/jbc.2016.19.1.1
3. Abachizadeh K, Moradi Kouchi A, Ghanbari Motlagh A, Shekarriz-Foumani R, Erfani A. Breast cancer in Iran: Levels, variations and correlates. *Community Health* 2018; 5(1):11-21. [In Persian]
4. Yazdani F. The effect of yoga program on the quality of life in breast cancer patients. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2014; 12 (6):444-453. [In Persian]
5. Salehi F, Mohsenzade F, Arefi M. Prevalence of death anxiety in patients with breast cancer in Kermanshah, 2015. *Iranian J Breast Dis* 2016; 8(4):34-40. [In Persian]
6. Mohabbat Bahar S, Golzari M, Akbari M E, Moradi-Joo M. Effectiveness of group logo therapy on decreasing hopelessness in women with breast cancer. *Iranian J Breast Dis* 2015; 8(1):49-58. [In Persian]
7. Mardani Hamule M, Shahraky Vahed A. The Assessment of Relationship between Mental Health and Quality of Life in Cancer Patients. *Sci J Hamadan Univ Med Sci* 2009; 16 (2):33-38. [In Persian]
8. Yeganeh T. Role of Religious Orientations in Determination of Hope and Psychological Well-being in Female Patients with Breast Cancer. *Iranian J Breast Dis* 2013; 6(3):47-56. [In Persian]
9. Soroush M, Hejazi E, Shoakazemi M, Gheranpayeh L. Body Image Psychological Characteristics and Hope in Women with Breast Cancer. *Iranian J Breast Dis* 2015; 7(4):52-63. [In Persian]

10. Zou Zhijie, Hu JP, McCoy T. Quality of life among women with breast cancer living in Wuhan, China. *Int J Nurs Sci* 2014; 1(1): 79-88. doi: 10.1016/j.ijnss.2014.02.021.
11. Huang CY, Hsu MC. Social support as a moderator between depressive symptoms and quality of life outcomes of breast cancer survivors. *Eur J Oncol Nurs* 2013; 17(16): 767-774. doi: 10.1016/j.ejon.2013.03.011.
13. Mardanian Dehkordi L, Kahangi L. S. Relationship between structural and contextual dimensions in organizational structure of Zahedan Khatamolanbia hospital. *J Health Syst Res* 2015; 11(2):229-238. [In Persian]
14. Taei Z, Radfar M, MogadamTabriz F, Sheikhei N. The effect of dimension of social support on hope and loneliness in patients with breast cancer. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2015; 13 (6):473-480. [In Persian] <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2235-en.html>
15. Yan B, Yang L-M, Hao L-P, Yang C, Quan L, Wang L-H, et al. Determinants of Quality of Life for Breast Cancer Patients in Shanghai, China. *PLoS ONE*. 2016; 11(4): e0153714. doi: 10.1371/journal.pone.0153714.
17. Snyder C R, Harris C, Anderson J R, Holleran S A, Irving L M, Sigmon S T, et al. The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991; 60(4): 570-585.
18. Dashtbozorgi B, Husseini SM, BasakS, Latifi SM. The Influence of Massage Therapy on Common Complications in Breast Cancer Patient Undergoing Chemotherapy. *Jundishapur Sci Med J* 2012; 11(3):253-259. [In Persian]
19. Hinzey A , Gaudier-Diaz MM , Lustberg MB , DeVries AC. Breast cancer and social environment: getting by with a little help from our friends. *Breast Cancer Res*. 2016; 18(1):54. doi: 10.1186/s13058-016-0700-x.
20. Shirazi M, Asghari N, Ganjali A, Fardin MA. The Role of Social Support in the Orientation and Life Expectancy of Healthy People and Patients with HIV. *Community Health J* 2016; 9(4):1-8. [In Persian]
21. Sadia A, Iffat A. Effects of social support on psycho-social adjustment of patients with breast cancer in setting of Lahore Pakistan. *Biomed J Sci &Tech Res*. 2018; 3(3): 3225-3231. doi: 10.26717/BJSTR.2018.03.000891 .
23. Shrestha JS, Shrestha A, Sapkota A, Sharma R, Shrestha S, Shrestha S, et al. Social support, quality of life and mental health status in breast cancer patients. *Cancer Rep Rev*. 2017; 1(2): 1-5. doi: 10.15761/CRR.1000107.
24. Bakshi A, Rashidi H. Social Support and Coping with Cancer. *J Social Work*. 2014; 1 (1):2-38. [In Persian]
25. Heiydari S, Salahshorian A, Rafie F, Hoseini F. Correlation of perceived social support and size of social network with quality of life dimension in cancer patients. *Feyz* 2008; 12(2): 15-22. <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-633-en.html>
26. Alagheband M, Servat F, Zarepour F. Investigation of the Relationship between Quality of Life and Life Expectancy in Patients with Breast Cancer. *Toloo Behdasht* 2016; 15(2):175-184. [In Persian]
27. Moghtader L, Akbar B, Minaya H. Comparison of life expectancy, spiritual intelligence and depression in women with breast cancer and healthy women in Rasht. *Woman and Family Studies*.2015; 28(4): 115-128. [In Persian]
28. Feuz, C. Hoping for the best while preparing for the worst. *J Medical Imaging and Radiation Sci* 2012; 43 (3): 168- 174. doi: 10.1016/j.jmir.2011.10.002
29. Schoenborn NL, Huang J, Sheehan OC, Wolff JL, Roth DL, Boyd CM. Influence of Age, Health, and Function on Cancer Screening in Older Adults with Limited Life Expectancy. *Journal of general internal medicine*, 2019; 34(1): 110-117. doi: 10.1007/s11606-018-4717-y.
30. Fakhri A, Pakseresht S, Haghdoost MR, Talaiezhadeh AH, Rashidizad D. Evaluation of the Relationship between Social Support and Depression in the Patients with Breast Cancer in Ahvaz Educational Hospitals. *Jundishapur Sci Med J* 2012; 11(2):223-8. [In Persian]
31. Dehbashi F, Sabzevari S, Tirgari B. The relationship between spiritual well-being and hope in Hemodialysis patients referring to the Khatam Anbiya hospital in Zahedan 2013-2014. *Med Ethics J* 2015; 9(30): 77-97. [In Persian]
32. Yan H, Sellick K. Symptoms, psychological distress, social support, and quality of life of Chinese patients newly diagnosed with gastrointestinal cancer. *Cancer Nurs* 2004; 27(5):389-99. PMID: 15525867.
33. Shoa kazemi M, Saadati M. Relation between family social support & coping strategies in recovery breast cancer. *IJBD* 2014; 6(4): 35-40. [In Persian]