

یافته های نو در روان شناسی

سال هشتم، شماره ۲۵، زمستان ۱۳۹۱

صفحات مقاله: ۱۱۵-۱۰۱

تاریخ وصول: ۱۳۹۱/۳/۱۰ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۱/۲

## رابطه حمایت اجتماعی و عزت نفس با افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به سرطان

فرح لطفی کاشانی\*  
افسانه طاهری\*\*  
حمیدرضا میرزایی\*\*  
زهرا مسعودی مقدم\*\*\*

### چکیده

هدف تحقیق حاضر تعیین رابطه حمایت اجتماعی و عزت نفس با افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان می باشد. این مطالعه از نوع همبستگی است. شرکت کنندگان در پژوهش شامل ۲۰۰ نفر از افراد مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان شهدای دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران بودند. جهت اندازه گیری متغیر افسردگی و اضطراب از مقیاس های افسردگی و اضطراب بک و برای عزت نفس و حمایت اجتماعی از آزمون های کوپر اسمیت و حمایت اجتماعی سیمنت استفاده شده است. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش آماری رگرسیون چندگانه و ضریب همبستگی استفاده شده است. یافته ها نشان داد که حمایت اجتماعی و عزت نفس با افسردگی و اضطراب در بیماران زن و مرد مبتلا به سرطان رابطه وجود دارد.

واژه های کلیدی: سرطان، افسردگی، حمایت اجتماعی، عزت نفس، اضطراب.

\* عضو هیات علمی مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی lotfi.kashani@gmail.com

\*\* هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

\*\*\* دانش آموخته کارشناسی ارشد رشته روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن

## مقدمه

طبق آمار سازمان بهداشت جهانی سرطان پس از بیماریهای قلبی دومین عامل مرگ و میر در جهان است. در ایران نیز این بیماری پس از بیماری قلبی و تصادفات مقام سوم را در این زمینه به خود اختصاص داده است (سیمونتون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). طبق گزارش مرکز آمار سرطان ایران سالانه بالغ بر ۵۱۰۰۰ مورد جدید ابتلا به سرطان در کشور شناسایی می شود و حدود ۳۵۰۰۰ مرگ ناشی از سرطان در کشور رخ می دهد (نوغانی، ۱۳۸۵). سرطان یک بیماری مزمن است که علی رغم وجود همه پیشرفت ها در زمینه تشخیص و درمان همچنان یادآور درد، محدودیت، بدشکلی و مرگ می باشد و طبق آمارهای سازمان بهداشت جهانی همچنان سرطان به عنوان یک بیماری جهانی معرفی می شود (جونز و بارتلیت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). شواهد تاریخی نشان داده است که بیماری سرطان نتایج منفی متعددی را برای بیماران ایجاد می کند که این مشکلات شامل: افسردگی، اضطراب و عصبانیت می شود که از این بین افسردگی و اضطراب شیوع بیشتری دارند (شار پیرو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱). هرچند امروزه تشخیص سرطان دیگر معادل مرگ حتمی و قریب الوقوع محسوب نمی شود، بسیاری از مطالعات در کشورهای غربی و برخی کشورهای آسیایی نشان داده است که چنین تشخیصی موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیق در بیمار و خانواده وی می شود (آکچی<sup>۴</sup>، ناکانو و اوکامورا، ۲۰۰۰). برخی از دلایل بروز این مشکلات، معانی ضمنی این تشخیص در ذهن بیمار و خانواده او از قبیل احتمال بد شکلی، درد، فقدانهای مالی و اجتماعی، از هم گسیختگی ساختار خانواده، مرگ و فرایند مردن و نیز رویداد واقعی برخی از این پدیده ها در زندگی بیماران است (واندر کیفیت، ۲۰۰۱). مطالعات نشان داده است که بین ۵۰ تا ۸۵ درصد از بیماران مبتلا به سرطان به طور همزمان از یک اختلال روان پزشکی رنج می برند (زابورا<sup>۵</sup>، موف و سوک، ۲۰۰۱) و فراوان ترین اختلال روان پزشکی در این بیماران طبق مطالعات، اختلال انطباق دارای زیر گروه های عاطفی از قبیل اختلال انطباق همراه با اضطراب، همراه با افسردگی و همراه با اضطراب و افسردگی توأم است. دومین تشخیص روان پزشکی شایع در این بیماران اختلال افسردگی اساسی بوده است (ماسی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴). سایر مطالعات نیز نشان داده اند که دو علامت و شکایت اصلی گریبانگیر بیماران مبتلا به سرطان، افسردگی و اضطراب بوده است (نورتون<sup>۷</sup> و دیگران، ۲۰۰۴). افسردگی به عنوان اختلال خلقی یکی از شایع ترین بیماری های روان پزشکی می باشد. این بیماری با عدم احساس لذت، دوری گزیدن از دوستان یا خانواده، نداشتن انگیزه و عدم تحمل شکست، علائم نباتی شامل کاهش میل جنسی، کم یا زیاد شدن اشتها و وزن، کاهش انرژی و خستگی زودرس، اختلال خواب و ... مشخص می شود (چن<sup>۸</sup>، ۲۰۰۰). یکی از بیماری های مزمن که خطر ابتلا به افسردگی را در شخص افزایش می دهد، ابتلا به انواع

1. Simonton
2. Jones & Bartlett
3. Sharpiro
4. Akechi
5. Zabora
6. Massie
7. Norton
8. Chen

سرطان هاست (آنجلینو<sup>۱</sup> و اریسمن، ۲۰۰۷). مهم ترین دلایل ایجاد افسردگی در این بیماران، درد ناشی از متاستاز، کاهش فعالیت های اجتماعی و ناتوانی ذکر شده است (لمپیک<sup>۲</sup>، تورجیل، بورگ و سودن، ۲۰۰۱). افسردگی یک عامل خطر در کاهش میزان بقا در بیماران مبتلا به سرطان و عامل مهمی در عدم قبول درمان از سوی این بیماران می باشد (باورز<sup>۳</sup> و بویل، ۲۰۰۳). متأسفانه بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان از افسردگی درمان نشده رنج می برند، به طوری که با پیشرفت سرطان و یا زمانی که بیمار از بیمارستان مرخص می گردد و در بیشتر موارد افسردگی به شکل درمان نشده باقی می ماند.

به نظر می رسد درمان سرطان چه به صورت شیمی درمانی، چه پرتودرمانی در میزان افسردگی بیماران مبتلا به سرطان موثر است کازانیکا و همکاران نشان داده اند که پرتودرمانی در بیماران مبتلا به سرطان باعث اضطراب و افسردگی می شود (کازانیکا<sup>۴</sup>، مارونی و بیانچی، ۲۰۰۳). از طرفی پیوسینکا<sup>۵</sup> و سولیک، ایلیکیز و بیتویک (۱۹۹۶) در مطالعه ای نشان دادند که افسردگی در طی یک دوره شیمی درمانی در سرطانهای سلولی خون به طور چشمگیری کاهش می یابد. آنها بیان داشتند با وجود کاهش افسردگی بعد از یک دوره شیمی درمانی، طولانی شدن دوره درمان لزوم تجویز داروهای افسردگی را می طلبد (پیوسینکا و همکاران، ۱۹۹۶). بیماری سرطان و مشکلات روانی همراه با بیماری موجب کاهش احساس خوب بودن کلی بیمار و نیز کاهش اثربخشی اشخاص در مشارکت فعال در فرایند بهبودیشان می شود.

مراحل اضطراب برای بیماران مبتلا به سرطان و اطرافیان آنها عبارتند از:

مرحله تشخیص بیماری، مرحله عود بیماری، مرحله شروع درمان، تن دادن به درمان های طبی درد آور، انتظار برای نتایج آزمایشات، مبارزه با دردهای غیر قابل کنترل (روف<sup>۶</sup>، مسی و رد، ۲۰۰۱). اضطراب بیمار گاهی وی را به انتخاب روش های غیر معمول درمان و در نتیجه به تاخیر انداختن درمان سوق خواهد داد. لذا درمان اضطراب بیمار قسمتی از درمان اصلی بیمار است و از همان مرحله اول باید آغاز شود و تا انتها درمان و پس از آن ادامه یابد (آلاکاسیو گلو<sup>۷</sup>، یواست، دیریوز و یلماز، ۲۰۰۸). این بیماری مسیر زندگی فرد را تغییر می دهد، مشکلات فراوانی در تمامی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی ایجاد می کند، باعث افزایش احساس وابستگی، کاهش اعتماد به نفس، افزایش احساس آسیب پذیری، گنجی، درد، علائم جسمانی و افکار آشفته در مبتلایان می شود. این بیماری عملکردهای روزانه، فعالیت های اجتماعی و آرامش فکری را دچار نابسامانی می کند و در عوض نقش های جدیدی را مطرح می سازد (لاکمن، ترجمه ابراهیمی، پارسا، تذکری، ۱۳۸۸). نحوه ارتباط این بیماران با همسر، فرزندان، والدین، خواهر، برادر و دوستان و دیگر اعضای شبکه اجتماعی مانند گذشته نیست. این افراد به میزان کم یا زیاد به دیگران وابسته بوده و کمتر قادر به حمایت کردن از سایرین می باشند لذا تعاملات

1. Angeline & Ireisman
2. Lampic
3. Bowers
4. Cazzaniga
5. piusinka
6. Roth
7. Alacaciogla

فردی آن‌ها با دیگران محدود و ممکن است در جامعه منزوی شوند و به همین علت نیاز این افراد به حمایت اجتماعی افزایش می‌یابد.

تحقیقات نشان داده‌اند که حمایت کافی از این مبتلایان نقش مهمی در حفظ و انسجام روانی، سازگاری و مقابله با بیماری سرطان دارد همچنین اثرات مثبت بر کیفیت زندگی به جامی گذارد و از طریق تقویت و افزایش شناخت بیماران باعث می‌شود که افراد تنش کمتری را تجربه کنند (چان، چانگ و یین، ۲۰۰۰). حمایت اجتماعی در کل باعث افزایش سازگاری افراد با بیماری، ارتقاء کیفیت زندگی، مدت بقا و نتایج مراقبت‌های حرفه‌ای، بهبود وضعیت اقتصادی، حفظ احساس همسانی اجتماعی، تسهیل خود ارزشیابی، پیوند با اجتماع و مقابله با حساس تنهایی می‌گردد (سواریز و رامیرز، ۲۰۰۰). به طور کلی سازگاری و مقابله با بیماری‌های مزمن مثل سرطان در افرادی که از بسیاری از عوامل تسهیل کننده مثل انعطاف پذیری، توانایی حل مشکل، امید، شهامت، روحیه‌ی معنوی و حمایت اجتماعی برخوردار هستند به صورت سریع تر اتفاق می‌افتد (بایدرا، اور-مدانی، گلدزوج، ویگودا و پرتز، ۲۰۰۳). حمایت اجتماعی تبدلات بین فردی در میان اعضای شبکه‌ی اجتماعی است که به صورت روابط دوسویه و غیررسمی و معمولاً خودبه‌خودی و سودمند می‌باشد و دارای دو حیطه عملکردی (حمایت اجتماعی درک شده) و ساختاری (اندازه‌ی شبکه اجتماعی) است. حمایت اجتماعی درک شده، نظر افراد در مورد حمایت ارایه شده را منعکس می‌کند و اندازه‌ی شبکه اجتماعی نیز به همه‌ی افراد شناخته شده به وسیله‌ی فرد یا بیمار برمی‌گردد (چان، هون، چین و لوپیز، ۲۰۰۴). حمایت اجتماعی به عنوان قوی ترین و نیرومندترین نیروهای مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت آمیز و آسان افراد در زمان درگیری با سرطان و شرایط تنش‌زا شناخته شده و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند. حمایت دیگران از فرد مبتلا به سرطان نتایج منفی بیماری و درمان‌ها را خنثی می‌کند و ارتباط قوی با عملکرد و سلامتی روانی افراد دارد. یک موضوع مهم در حمایت اجتماعی درک کفایت آن، در دسترس بودن و همچنین رضایت داشتن از دریافت آن می‌باشد که ارتباط منفی با پریشانی روانی دارد. در مطالعه دیگری نشان داده شد که اکثریت افراد بازمانده از سرطان به زندگی خود ادامه می‌دهند و زندگی خوبی را پی می‌گیرند ولی عده‌ای از آن‌ها نه تنها زندگی‌شان را بهبود نمی‌بخشند، بلکه از زندگی کردن با سرطان رنج برده و با مشکلات ایجاد شده به وسیله درمان‌ها کلنجار می‌روند و این مشکلات تمام حیطه‌های کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. فرانس این وضعیت را به عواملی مثل کمبود حمایت اجتماعی نسبت می‌دهد (به نقل از بارلیسون، ۲۰۰۰).

عزت نفس اعتماد بر توانایی خود در اندیشیدن است. اعتماد به حق خود برای موفق بودن، شاد بودن، ارزشمند بودن و ابراز نیازها و خواسته‌ها است. با عزت نفس زیاد با احتمال بیشتری در برابر مشکلات خواهیم ایستاد اما در شرایط کاهش عزت نفس احتمال این که تسلیم شویم یا لاقلاً از همه توان خود

1. Chan
2. Suarez & Ramirez
3. Baider
4. Burlleson

استفاده نکنیم بیشتر می‌شود (براندن، ۱۳۸۲). عزت نفس رابطه بسیار نزدیکی با تصویر ذهنی فرد از خود و همچنین شیوه سازگاری دارد. بدین معنی که تصویر مثبت از جسم خویش سبب ایجاد حس ارزشمندی در فرد می‌گردد و متقابلاً تصویر ذهنی که به هر صورتی دستخوش تغییر شده باشد منجر به تغییراتی در میزان حس ارزشمندی می‌شود. بیماری، درمان‌ها و یا عوارض مربوط به آن متعجبانه به تغییر تصویر ذهنی و عزت نفس می‌شود و این امر در بیماری‌های مزمن به دلیل ماهیت طولانی و غیرقابل پیش‌بینی بودن آن‌ها بسیار آشکارتر است (اسملترز، ۱۳۸۲). تغییرات ناشی از سرطان یا درمان‌های آن، تغییرات ایجاد شده در نقش‌ها یا الگوهای ارتباطی و اختلال عملکرد جنسی از مهم‌ترین عوامل موثر در صدمه به عزت نفس بیماران مبتلا به سرطان هستند. در عین حال سرطان استقلال و توانایی فرد را برای ایفای نقش موثر در خانواده و اجتماع تهدید کرده و خود را به سوی احساس فقدان شایستگی و اطمینان از خود سوق می‌دهد. بنابراین کاهش میزان عزت نفس در بیماران مبتلا به سرطان امری قابل پیش‌بینی و با اهمیت است که می‌تواند منجر به بروز واکنش‌هایی از قبیل افسردگی، اضطراب، ترس، خشونت، اشکال در برقراری ارتباط و عدم تمایل فرد برای شرکت در برنامه‌های مراقبت از خود شود (برانز، ۱۹۹۸). با توجه به شیوع قابل ملاحظه سرطان و تاثیر آن بر افسردگی و اضطراب فرد و لزوم حمایت اجتماعی از این افراد و تاثیر حمایت اجتماعی و افزایش عزت نفس بر کاهش افسردگی و اضطراب افراد مبتلا به سرطان این پژوهش انجام شده است و همچنین با توجه به اینکه احتمال دارد حمایت اجتماعی در فرهنگ‌های متفاوت تاثیر متفاوت و شکل متفاوتی داشته باشد ضروری است، تاثیر حمایت اجتماعی و شکل موثر آن در کاهش اضطراب و افسردگی در بین بیماران مبتلا به سرطان کشور ایران مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به مطالب گفته شده در این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سوال هستیم که آیا حمایت اجتماعی و عزت نفس با افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان رابطه دارد؟

### فرضیه‌های پژوهش

۱. حمایت اجتماعی و عزت نفس با اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان رابطه معنی دار دارد.
۲. حمایت اجتماعی و عزت نفس با افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان رابطه معنی دار دارد.
۳. حمایت اجتماعی و عزت نفس با اضطراب در بیماران زن و مرد مبتلا به سرطان رابطه معنی دار دارد.
۴. حمایت اجتماعی و عزت نفس با افسردگی در بیماران زن و مرد مبتلا به سرطان رابطه معنی دار دارد.

### روش پژوهش

این پژوهش از نوع همبستگی است. شرکت کنندگان در پژوهش شامل ۲۰۰ نفر از افراد مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان شهدا دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران بودند. در این پژوهش از سه ابزار اندازه گیری شامل پرسشنامه بک (برای اندازه گیری متغیرهای افسردگی و اضطراب) با متوسط ضریب پایایی ۰/۸۱ و پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت (برای عزت نفس) با متوسط ضریب

پایایی ۰/۸۴ و پرسشنامه حمایت اجتماعی سیمنت (برای حمایت اجتماعی) با متوسط ضریب پایایی ۰/۹۱ استفاده شده است. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش آماری رگرسیون چند گانه و ضریب همبستگی تفکیکی استفاده شده است.

### یافته های پژوهش

#### الف) توصیف داده ها

#### جدول ۱. خلاصه محاسبات شاخص های توصیفی متغیرهای اصلی تحقیق

شاخص های کجی		انحراف معیار	میانگین	حداکثر	حداقل	تعداد	متغیر	ابعاد حمایت اجتماعی
۰/۱۷۲	-۰/۹۷۲	۱۱/۵۱۵	۶۷/۲۱	۸۴	۲۸	۱۹۹	حمایت اجتماعی	
۰/۱۷۲	-۱/۶۵۱	۴/۰۹۰	۲۳/۶۴	۲۸	۴	۱۹۹	خانوادگی	
۰/۱۷۲	-۰/۹۵۰	۶/۰۹۲	۲۰/۴۶	۲۸	۴	۱۹۹	دوستان	
۰/۱۷۲	-۱/۴۰۴	۴/۳۹۳	۲۳/۱۱	۲۸	۴	۱۹۹	افراد مهم	
۰/۱۷۳	۰/۱۶۶	۴/۸۸۸	۳۰/۳۵	۴۶	۱۴	۱۹۹	عزت نفس	
۰/۱۷۲	۰/۸۵۴	۱۰/۸۲۱	۱۷/۸۲	۵۶	۰	۱۹۹	اضطراب	
۰/۱۷۲	۱/۳۶۷	۴/۴۵۵	۵/۴۴	۲۵	۰	۱۹۹	افسردگی	

جدول ۱، نشان می دهد که:

۱. میانگین و انحراف معیار حمایت اجتماعی کل نمونه به ترتیب برابر با ۶۷/۲۱ و ۱۱/۵۱۵ است. حداقل نمره ۲۸ و حداکثر ۸۴ می باشد. توزیع نمرات دارای کجی منفی متوسط به بالا است و نشان می دهد که نمرات اکثر افراد بالای میانگین است.

۲. میانگین و انحراف معیار نمرات کل نمونه در بعد خانوادگی حمایت اجتماعی به ترتیب برابر با ۲۳/۶۴ و ۴/۰۹۰ است و حداقل نمره ۴ و حداکثر ۲۸ می باشد. در بعد دوستان، ۲۰/۶۴ و ۶/۰۹۲ و حداقل نمره ۴ و حداکثر ۲۸ است. در بعد افراد مهم نیز ۲۳/۱۱ و ۴/۳۹۳ است. حداقل نمره ۸ و حداکثر ۲۸ است.

۳. میانگین و انحراف معیار عزت نفس کل نمونه به ترتیب برابر با ۳۰/۳۵ و ۴/۸۸۸ است. حداقل نمره ۱۴ و حداکثر ۴۶ می باشد. توزیع نمرات دارای کجی مثبت اندک است.

۴. میانگین و انحراف معیار اضطراب کل نمونه به ترتیب برابر با ۱۷/۸۲ و ۱۰/۸۲۱ است. حداقل نمره صفر و حداکثر ۵۶ می باشد.

۵. میانگین و انحراف معیار افسردگی کل نمونه به ترتیب برابر با ۵/۴۴ و ۴/۴۵۵ است. حداقل نمره صفر و حداکثر ۲۵ می باشد.

#### ب) تحلیل داده ها

فرضیه اول: حمایت اجتماعی و عزت نفس با اضطراب در بیماران سرطانی رابطه دارد.

### جدول ۲. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون حمایت اجتماعی کل و عزت نفس با اضطراب در بیماران سرطانی

مدل	R	R مجذور	اصلاح شده R مجذور	خطای معیار برآورد	F	معنی داری P
۱	۰/۳۲۱ <sup>a</sup>	۰/۱۰۳	۰/۰۸۴	۱۰/۳۸۱	۵/۵۳۴	۰/۰۰۱

نتیجه جدول ۲ نشان می دهد ضریب همبستگی بین حمایت اجتماعی و عزت نفس با اضطراب بیماران سرطانی ۰/۳۲۱ است و تحلیل واریانس مشاهده شده ( $=f/5$ ) معنی دار است ( $>0p/001$ ). همچنین شواهد حاکی از آن است که ترکیب خطی متغیرهای عزت نفس و حمایت اجتماعی ۸/۴ درصد از واریانس اضطراب بیماران سرطانی را تبیین می کند.

### جدول ۳. متغیر حمایت اجتماعی و ابعاد آن که وارد معادله ی رگرسیون شده است

شاخص	ضرایب استاندارد نشده		ضریب بتای استاندارد	نسبت t	سطح معناداری
	B	خطای معیار			
(ثابت) مقدار	۲۵/۳۶۷	۶/۸۰۲		۳/۷۲۹	۰/۰۰۰
خانوادگی	-۰/۴۹۶	۰/۲۳۱	-۰/۱۸۷	-۲/۱۴۹	۰/۰۳۳
دوستان	-۰/۲۲۸	۰/۱۳۳	-۰/۱۲۸	-۱/۷۱۷	۰/۰۸۸
افراد مهم	-۰/۰۵۲	۰/۲۲۰	-۰/۰۲۱	۲۳۷/-	۰/۸۱۳
عزت نفس	۰/۳۳۰	۰/۱۵۲	۰/۱۴۹	۲/۱۷۶	۰/۰۳۱

با توجه به ضریب استاندارد تفکیک رگرسیون (Beta) در جدول ۳ نتیجه گرفته می شود که بین ابعاد حمایت اجتماعی و عزت نفس با اضطراب بیماران سرطانی همبستگی منفی وجود دارد. بدین معنی که عزت نفس و ابعاد حمایت اجتماعی، اضطراب بیماران سرطانی را کاهش می دهد. همچنین از بین ابعاد فوق، بعد خانوادگی رابطه قوی تری با اضطراب بیماران دارد بدین معنی که این بعد، اضطراب آنان را بیشتر کاهش می دهد.

فرضیه دوم: حمایت اجتماعی و عزت نفس با افسردگی در بیماران سرطانی رابطه وجود دارد.

### جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون

#### بین حمایت اجتماعی و عزت نفس با افسردگی در بیماران سرطانی

مدل	R	R مجذور	اصلاح شده R مجذور	خطای معیار برآورد	F	معنی داری
۱	۰/۳۴۶ <sup>a</sup>	۰/۱۲۰	۰/۱۰۱	۴/۲۱۸	۶/۵۶۰	۰/۰۰۱

نتیجه جدول ۴، نشان می دهد ضریب همبستگی حمایت اجتماعی و عزت نفس با افسردگی در بیماران سرطانی ۰/۳۴۶ است و تحلیل واریانس مشاهده شده ( $=f/5$ ) معنی دار است ( $>0p/001$ ). همچنین شواهد حاکی از آن است که ترکیب خطی متغیرهای عزت نفس و حمایت اجتماعی به میزان ۱۰/۱ درصد از واریانس افسردگی بیماران سرطانی را تبیین می کند.

### جدول ۵. متغیرهای حمایت اجتماعی کل و عزت نفس که وارد معادله‌ی رگرسیون شده است

شاخص	ضریب استاندارد نشده		نسبت t	سطح معناداری
	B	خطای معیار		
(ثابت) مقدار	۹/۲۷۲	۲/۷۶۴	۳/۳۵۵	۰/۰۰۱
خانوادگی	-۰/۱۱۸	۰/۰۹۴	-۱/۲۵۶	۰/۲۱۱
دوستان	-۰/۰۶۵	۰/۰۵۴	-۱/۲۱۳	۰/۲۲۷
افراد مهم	-۰/۱۷۳	۰/۰۸۹	-۱/۹۳۰	۰/۰۵۵
عزت نفس	۰/۱۴۲	۰/۰۶۲	۲/۲۹۵	۰/۰۲۳

با توجه به ضریب استاندارد تفکیک رگرسیون (Beta) در جدول ۵ نتیجه گرفته می شود که ابعاد حمایت اجتماعی و عزت نفس با افسردگی در بیماران سرطانی همبستگی منفی وجود دارد. بدین معنی که عزت نفس و ابعاد حمایت اجتماعی، اضطراب بیماران سرطانی را کاهش می دهد. همچنین از بین ابعاد فوق، بعد «افراد مهم» رابطه قوی تری با اضطراب در بیماران دارد بدین معنی که این بعد، افسردگی آنان را بیشتر کاهش می دهد.

فرضیه سوم: حمایت اجتماعی و عزت نفس با اضطراب در بیماران زن و مرد مبتلا به سرطان رابطه دارد.

### جدول ۶. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون بین حمایت اجتماعی و عزت نفس با اضطراب در دو جنس

جنسیت	مدل	R	R مجذور	اصلاح شده R مجذور	خطای معیار برآورد	F	معنی داری
مرد	۱	۰/۳۵۶	۰/۱۲۷	۰/۰۷۷	۸/۴۴۸	۲/۵۷۳	۰/۰۴۵
زن	۱	۰/۳۲۷	۰/۱۰۷	۰/۰۷۶	۱۱/۱۸۲	۳/۵۰۲	۰/۰۱۰

پیش بین ها: (ثابت)، عزت نفس، دوستان، خانوادگی، افرادمهم --- ملاک: اضطراب

همانطور که جدول ۶ نشان می دهد در میان مردان ضریب همبستگی حمایت اجتماعی و عزت نفس با اضطراب ۰/۳۵۶ است و تحلیل واریانس مشاهده شده ( $=2f/5$ ) معنی دار است ( $>0p/001$ ). ترکیب خطی متغیرهای عزت نفس و حمایت اجتماعی به میزان ۷/۷ درصد از واریانس افسردگی مردان بیمار سرطانی را تبیین می کند.

در میان زنان ضریب همبستگی حمایت اجتماعی و عزت نفس با اضطراب ۰/۳۲۷ است و تحلیل واریانس مشاهده شده ( $=3f/5$ ) معنی دار است ( $>0p/001$ ). ترکیب خطی متغیرهای عزت نفس و حمایت اجتماعی به میزان ۷/۶ درصد از واریانس افسردگی بیماران زن مبتلا به سرطان را تبیین می کند.



### جدول ۷. متغیرهای حمایت اجتماعی کل و عزت نفس در دو جنس که وارد معادله‌ی رگرسیون شده است

معنی داری	t	ضرایب استاندارد نشده		مدل	جنسیت	
		Beta	خطای معیار			
۰/۰۰۷	۲/۷۸۴		۱۱/۵۱۴	۳۲/۰۵۰	(ثابت)	مرد
۰/۷۶۵	-۰/۳۰۱	-۰/۰۳۸	۰/۳۷۲	-۰/۱۱۲	خانوادگی	
۰/۳۹۲	-۰/۸۶۰	-۰/۱۱۰	۰/۱۹۳	-۰/۱۶۶	دوستان	
۰/۰۵۳	-۱/۸۸۸	-۰/۲۵۴	۰/۳۴۴	-۰/۶۴۹	افراد مهم	
۰/۴۷۳	۰/۷۲۲	۰/۰۸۲	۰/۲۰۲	۰/۱۴۶	عزت نفس	
۰/۰۱۹	۲/۳۷۱		۸/۷۵۰	۲۰/۷۴۳	(ثابت)	زن
۰/۰۳۲	-۲/۱۶۷	-۰/۲۵۳	۰/۲۹۶	-۰/۶۴۲	خانوادگی	
۰/۲۴۰	-۱/۱۸۰	-۰/۱۱۲	۰/۱۷۶	-۰/۲۰۸	دوستان	
۰/۴۸۵	۰/۷۰۱	۰/۰۸۳	۰/۲۸۱	۰/۱۹۷	افراد مهم	
۰/۰۳۸	۲/۱۰۲	۰/۱۸۴	۰/۲۰۹	۰/۴۴۰	عزت نفس	

با توجه به ضریب استاندارد تفکیک رگرسیون (Beta) در جدول ۷ نتیجه گرفته می شود که در مردان بین بعد افراد مهم حمایت اجتماعی و اضطراب همبستگی منفی وجود دارد. بدین معنی که بعد افراد مهم، اضطراب مردان بیمار سرطانی را در سطح معنی داری کاهش می دهد. در زنان نیز بعد خانوادگی حمایت اجتماعی و عزت نفس با اضطراب همبستگی منفی دارد. بدین معنی که این بعد (خانوادگی) و همچنین عزت نفس، اضطراب بیماران زن سرطانی را در سطح معنی داری کاهش می دهد. فرضیه چهارم: حمایت اجتماعی و عزت نفس با افسردگی در زنان و مردان مبتلا به سرطان رابطه دارد.

### جدول ۸: نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون بین حمایت اجتماعی و عزت نفس با افسردگی در دو جنس

معنی داری	F	خطای معیار برآورد	اصلاح شده R مجذور	R مجذور	R	مدل	جنسیت
۰/۰۰۰	۵/۷۵۵	۲/۹۶۲	۰/۲۰۲	۰/۲۴۵	۰/۴۹۵	۱	مرد
۰/۰۲۳	۲/۹۴۹	۴/۸۱۹	۰/۰۶۱	۰/۰۹۲	۰/۳۰۳	۱	زن

پیش بین ها: (ثابت)، عزت نفس، دوستان، خانوادگی، افرادمهم---- ملاک: اضطراب

همانطور که جدول ۸ نشان می دهد در مردان ضریب همبستگی حمایت اجتماعی و عزت نفس با افسردگی ۰/۴۹۵ است و تحلیل واریانس مشاهده شده ( $F=5$ ) معنی دار است ( $p/0.01 >$ ). ترکیب خطی متغیرهای عزت نفس و حمایت اجتماعی به میزان ۲۰/۲ درصد از واریانس افسردگی مردان مبتلا به سرطان را تبیین می کند و در زنان ضریب همبستگی حمایت اجتماعی و عزت نفس با افسردگی ۰/۳۰۳ است و تحلیل واریانس مشاهده شده ( $F=2$ ) معنی دار است ( $p/0.01 >$ ). ترکیب خطی متغیرهای عزت نفس و حمایت اجتماعی به میزان ۶/۱ درصد از واریانس افسردگی زنان مبتلا به سرطان را تبیین می کند.

**جدول ۹. متغیرهای حمایت اجتماعی کل و عزت نفس با افسردگی که وارد معادله‌ی رگرسیون شده است**

معنی داری	t	ضرایب استاندارد نشده		مدل		جنسیت
		ضرایب استاندارد شده	خطای معیار	B	(ثابت)	
۰/۲۳۸	۱/۱۹۰		۴/۰۳۷	۴/۸۰۴	(ثابت)	مرد
۰/۶۹۳	۰/۳۹۶	۰/۰۴۷	۰/۱۳۰	۰/۰۵۲	خانوادگی	
۰/۶۹۰	-۰/۴۰۰	-۰/۰۴۸	۰/۰۶۸	-۰/۰۲۷	دوستان	
۰/۰۰۸	-۲/۷۳۰	-۰/۳۴۲	۰/۱۲۱	-۰/۳۲۹	افراد مهم	
۰/۰۰۲	۳/۲۳۵	۰/۳۴۱	۰/۰۷۱	۰/۲۲۹	عزت نفس	
۰/۰۰۴	۲/۹۶۱		۳/۷۷۱	۱۱/۱۶۵	(ثابت)	زن
۰/۲۱۹	-۱/۲۳۶	-۰/۱۴۶	۰/۱۲۸	-۰/۱۵۸	خانوادگی	
۰/۲۶۷	-۱/۱۱۴	-۰/۱۰۶	۰/۰۷۶	-۰/۰۸۴	دوستان	
۰/۳۷۸	-۰/۸۸۶	-۰/۱۰۵	۰/۱۲۱	-۰/۱۰۷	افراد مهم	
۰/۳۴۲	۰/۹۵۳	۰/۰۸۴	۰/۰۹۰	۰/۰۸۶	عزت نفس	

با توجه به ضریب استاندارد تفکیک رگرسیون (Beta) در جدول ۹ نتیجه گرفته می شود که در مردان بعد افراد مهم حمایت اجتماعی و عزت نفس با افسردگی همبستگی منفی وجود دارد. بدین معنی که این بعد و عزت نفس آنها، افسردگی مردان مبتلا به سرطان را در سطح معنی داری کاهش می دهد. در زنان نیز بعد خانوادگی حمایت اجتماعی با افسردگی زنان بیمار سرطانی همبستگی منفی وجود دارد. بدین معنی که این بعد (خانوادگی)، افسردگی زنان مبتلا به سرطان را بیشتر کاهش می دهد.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد حمایت اجتماعی و عزت نفس با اضطراب و افسردگی در بیماران سرطانی رابطه دارد. این یافته‌ها با نتایج سایر پژوهش‌هایی، همانند تقوی (۱۳۸۹)، منتظری (۱۳۸۴)، شاکری (۱۳۸۸)، ملیکان (۱۳۸۴)، حیدری (۱۳۸۸)، علوی (۱۳۸۸) و رجبی زاده (۱۳۸۴) هم خوانی و همسویی دارد. همچنین نتایج فرضیه دیگری از پژوهش مبنی بر اینکه «بین حمایت اجتماعی و عزت نفس با اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان رابطه وجود دارد» می باشد، مورد تأیید آماری قرار گرفته است. در این زمینه پژوهش‌های زیادی انجام نشده است ولی در عین حال یافته‌های این بخش از تحقیق نیز با یافته‌ها و نتایج نوغانی و منجمد (۱۳۸۵) و رجبی زاده (۱۳۸۴) همخوانی و انطباق دارد. در پژوهشی که نوغانی، منجمد (۱۳۸۵) در رابطه با مقایسه میزان عزت نفس بیماران مبتلا به سرطان پرداخته اند یافته‌ها نشان دهنده این بود که در مقایسه میزان عزت نفس مبتلا به سرطان تفاوت بارزی وجود نداشته و اکثریت واحدهای مورد مطالعه از عزت نفس متوسط برخوردار بوده‌اند. همچنین در پژوهش رجبی زاده (۱۳۸۴) که به بررسی عوامل مرتبط با افسردگی پرداخته براساس نتایج رابطه معنی داری بین شدت یا شیوع افسردگی و جنسیت مشاهده نگردیده است و همچنین در پژوهش ملیکان و علی زاده (افسردگی

و اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان) یافته‌ها نشان دهنده این بودند که بین جنس با افسردگی ارتباط مشاهده نگردیده است.

در تبیین نتایج حاصل از تحقیق حاضر می‌توان اذعان نمود با توجه به شیوع قابل ملاحظه سرطان و تاثیر آن بر افسردگی و اضطراب فرد و لزوم حمایت اجتماعی از این افراد و تاثیر حمایت اجتماعی و عزت نفس بر کاهش افسردگی و اضطراب افراد مبتلا به سرطان این پژوهش انجام گرفته شده است. بیماری سرطان مسیر زندگی فرد را تغییر می‌دهد، مشکلات فراوانی در تمامی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی ایجاد می‌کند (لاکمن ۱۳۸۱)، باعث افزایش احساس وابستگی، کاهش اعتماد به نفس، افزایش احساس آسیب پذیری، گنجی، درد، علائم جسمانی و افکار آشفته در مبتلایان می‌شود. حمایت اجتماعی به عنوان قوی ترین نیروهای مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت آمیز و آسان افراد در زمان درگیری با سرطان و شرایط تنش‌زا شناخته شده و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند (کورتینس<sup>۱</sup> ۱۹۹۶).

بیماری سرطان، موجب کاهش احساس خوب بودن کلی بیمار و نیز کاهش اثربخشی اشخاص و مشارکت فعال می‌شود. بنابراین توانایی آن‌ها برای هماهنگ کردن شرایط زندگی، بسیار محدود می‌شود و استرس موجب افزایش افسردگی و اضطراب و دیگر اشکال ناراحتی‌های روانی در بیمار می‌شود و این اضطراب و استرس بر عملکرد سیستم ایمنی او تاثیر می‌گذارد. تشخیص و درمان افسردگی در بیماران سرطانی بسیار مهم و با ارزش است، زیرا افسردگی نه تنها توان بیمار را در مبارزه و تلاش برای درمان سرطان تحلیل می‌برد، به حدی که گاه بیماران از ادامه درمان منصرف می‌شوند و آن‌ها را رها می‌کنند، بلکه بر بسیاری از مکانیسم‌های سیستم فیزیولوژیکی بدن هم اثر می‌گذارد و گاه منجر به تسریع رشد تومورهای سرطانی و ضعف بدن می‌شود (سفتون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۰).

همچنین تشخیص و درمان سرطان، مشکلات اضطرابی جدی را به اندازه مشکلات پزشکی به وجود می‌آورد. وسعت و مدت مشکلات اضطرابی امکان دارد قویاً به وسیله روش‌هایی که بیماران برای مقابله با بیماری استفاده می‌کنند، تحت تاثیر قرار گیرد. استفاده از سبک‌های مقابله ناکارآمد موجب می‌شود که دفاع‌های بیمار شکست بخورد و بیمار تحت هجوم مشکلات روان شناختی بسیار آسیب‌زا مانند اضطراب استرس و انرژی قرار بگیرد. امروزه مطالعات کم و بیش نشان داده است که عوامل روان شناختی می‌توانند نقش مهم و حتی تعیین کننده‌ای را در سیر و فرجام بیماری باز می‌کنند (به نقل از نصری، ۱۳۷۳). اقدام در جهت بهبود بیماران مبتلا به سرطان در زمینه کاهش میزان اضطراب تاثیر بسیار مهمی بر بهبود شمار زیادی از علائم و نشانه‌های ناشی از بیماری سرطان و نیز اقدامات درمانی در جهت کنترل بیماری می‌گردد (بریدین<sup>۳</sup> ۱۹۹۹). بیماری، درمان‌ها و یا عوارض مربوط به آن‌ها منجر به تغییر تصویر ذهنی و عزت نفس می‌شود و این امر در بیماری‌های مزمن به دلیل ماهیت طولانی و غیر قابل پیش بینی بودن آن‌ها بسیار آشکار است (اسملترز<sup>۳</sup> ۲۰۰۳). بنابراین کاهش میزان عزت نفس در بیماران مبتلا به

1. courtens
2. sephton
3. Bredin

سرطان امری قابل پیش بینی و با اهمیت است که می تواند منجر به بروز واکنش هایی از قبیل افسردگی، اضطراب، ترس، خشونت، اشکال در برقراری ارتباط و عدم تمایل فرد برای شرکت در برنامه های مراقبت از خود شود (برانر، ۱۹۹۸).

### محدودیت های پژوهش

برخی از محدودیت ها و موانع این پژوهش را می توان به صورت ذیل بیان داشت: با توجه به اینکه این پژوهش از نوع همبستگی است، ممکن است متغیرهای کنترل نشده ای وجود داشته باشد که بر نتایج پژوهش اثر بگذارد. محدودیت دیگر عدم کنترل نوع سرطان در این پژوهش می باشد. محدودیت جامعه به بیمارستان شهدای دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

### پیشنهادات

پیشنهاد می شود مطالعات بیشتری درباره متغیرهای این پژوهش در انواع سرطان ها انجام شود. همچنین لازم است مطالعات دیگری برای شناخت عوامل موثر در کاهش افسردگی و اضطراب این بیماران (مبتلا به سرطان) انجام شود. به کارگیری روان شناسان بالینی در بیمارستان های مربوط به بخش انکولوژی بسیار مهم می باشد که به نظر می رسد لازم است در این امر اقدام شود.

## منابع

- اسملترز، سوزان و بیر، برانداجی. (۲۰۰۳). پرستاری داخلی جراحی، درد، الکترونیک، شوک، سرطان و مراقبتهای پایان عمر. ترجمه ی نیره ابراهیمی (۱۳۸۲)، چاپ اول، تهران: انتشارات سالمی.
- برانندن، نیل. (۲۰۰۳). قدرت عزت نفس. ترجمه ی اعلامی مینا (۱۳۸۲)، تهران، انتشارات پیوند.
- تقوی، مهسا؛ کافی، یونس؛ طالعی، عبدالرسول؛ دهبزرگی، غلامرضا و تقوی، سید محمدآرش. (۱۳۸۹). بررسی رابطهی افسردگی با سازگاری مذهبی و حمایت اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، سال ۸۲، شماره ۱۱۵.
- حیدری، سعیده؛ سلحشوریان، آسیه؛ رفیعی، فروغ و حسینی، فاطمه. (۱۳۸۸). ارتباط حمایت اجتماعی درک شده از سوی منابع حمایت و اندازه شبکه اجتماعی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان. نشریه دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی ایران (نشریه پرستاری ایران)، دوره ۲۲، شماره ۶۱: ۸-۱۸.
- رجبیزاده، قدرتالله؛ منصوری، سید محمد؛ شکیبی، محمدرضا و رضانی، محمدآرش. (۱۳۸۴). بررسی عوامل مرتبط با افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان در بخش رادیونکولوژی کرمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دوره دوازدهم، شماره ۲، ص ۱۴۷-۱۴۲.
- علوی، نسرین السادات و منائی، محمد. (۱۳۸۸). اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان پستان و مقابله با آن. فصلنامه بیماریهای پستان ایران، سال دوم، شماره سوم و چهارم.
- لاکمن، جان. (۲۰۰۲). درسنامه پرستاری بیماری های داخلی جراحی، ترجمه ی نیره ابراهیمی، زهره پارسا یکتا، زهرا تذکری، ژیلایا عابد سعیدی و منصوره فراهانی (۱۳۸۱). تهران: آبیژه، -۲۹۰. ۲۸۵
- ملکیان، آزاده؛ عزیزاده، احمد و احمدزاده، غلامحسین. (۱۳۸۶). افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان. مجله تحقیقات علوم رفتاری، سال ۵، شماره ۲، ص ۱۱۷-۱۱۵.
- منتظری، علی؛ جعفری، مریمالسادات و ابراهیمی، ماندانا. (۱۳۸۴). میزان اضطراب و افسردگی در بانوان مراجعه کننده به مراکز ماموگرافی. فصلنامه پایش، سال چهارم، ماه سوم، ۲، ۱۸۱-۱۸۸.
- نصری، صادق. (۱۳۷۲). بررسی اثربخشی مداخلات رفتاری - شناختی در کاهش اثرات جانبی روانشناختی شیمی درمانی در بیماران سرطانی و بهبود شیوه مقابله آنها. پایاننامه کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران.
- نوغانی، فاطمه؛ منجمد، زهرا؛ بحرانی، ناصر و قدرتی جابلو، ویدا. (۱۳۸۵). مقایسه میزان عزت نفس بیماران زن و مرد مبتلا به سرطان. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات) دوره ۱۲، شماره ۲، -۳۳ ۴۱.

- Akechi, T., Nakano, T., Okamura, H. (2001). Psychiatric disorders in cancer patients: descriptive analysis, of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospital. *Japanes journal of chilincal oncology*, 31, 766-94.
- Alacacioglu, A., Yavazsen, t., Dirioz, M., Yilmaz, U. (2008). Quality of life, anxiety and depression in Turkish breast cancer patients and in their husband. *Magazin of European medical oncology*, 26 (4): 415-9.
- Angelino, A. F., & Ireisman, G. J. (2007). Major depression and demoralization in cancer patients: diagnostic and treatment considerations. *Support Care Cancer*, 9 (5), 344- 9.
- Baider, L., Ever- Hadani, p., Gold Zweig, G., Wygoda, M. R., Peretz. (2003). IS perceived family support a relevant variable in psychological distress? A sample of prostate and breast cancer couples. *Journal of Psychosomatic Research*, 55 (5): 453.
- Baider, L., Ever-Hadani, p., Gold Zweig, G., Wygoda, M.R., Peretz. (2003). IS precieved family support a relevant variable in psychological distress? A sample of prostate and breast cancer couples. *Journal of Psychosomatic Reserch*, 55(5):453
- Bowers, L., & Boyle, D. A. (2003). Depression in patients with advanced Cancer. *Clinical Journal Oncology Nursing*, 7 (3), 281- 8.
- Bowers, L., & Boyle, D.A. (2003). Depression in patients with advanced cancer. *Clinical Journal Oncology Nursing*, 7(3), 281-8.
- Bredin, M., Corner, J., Krishnasamy, M., Plant, H., Bailey, C., Ahern, R. (1999). Multicenter Randomized Controlled Trail of Nursing Intervention for Breathlessness in Patients with lung cancer. *British Medical Journal*, 3,318(7188):901-4
- Brunner, L.s., Suddarth, D.S. (1998). *Textbook For Medical Surgical Nursing Philadelphia* : J.B : Lippincott Co, P 685-687.
- Burleson, B.R., Albrecht, T.I., Sarason, L.G. (2000). *Communication of social support messages interactions, relationships and community*. 2ed ed. Thousand oaks : Sage publication, p, 87-100.
- Cazzaniga, L. F., Maroni, D., Bianchi, E. (2003). Anxiety, depression and informed consent in patients referred to a Radiotherapy department. *Tumori*, 89 (2),176- 82.
- Cazzaniga, L.F., Maroni, D., Bianchi, E. (2003). Anxiety, depression and informed consent in patients referred to a Radiotherapy department. *Tumori*, 89(2), 176-82.
- Chan, C. W., Hon, M. C., Chine, W. T., Lopez, V. (2004). Social Support and Coping in Chinese patient undergoing cancer survey. *Cancer Nursing*, 27 (3), 230- 236.
- Chen, M. L., Chang, H. K., & Yeh, C. H. (2000). Anxiety and depression in Taiwanese Cancer Patients with and without pain. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (4), 944- 51.
- Lampic, G., Thurffjell, E., Burgh, J., & Soden, P. o. (2001). Short and Long-term anxiety and depression in Women recalled after breast Cancer Screening. *European Journal of Cancer*, 37 (4), 463- 9.
- Massie, M.j. (2004). Prevalence of depression patients with cancer. *Jornal of The National Cancer Institute Monographs*, (32),57-71.
- Norton, T. R., Monne, S. L., Rubins, et al. (2004). Prevalence and predictors of psychological distress among women with corarian Cancer. *Journal Clinical Oncology*, 22, 219- 26.
- pjusinka, A., Sulek, k., Ilhicki, s., & Betiuk, B. (1996). Anxiety and depression during chemotherapy for lymph proliferative diseases. *Poltyg Lek*, 51 (19-22), 278- 80.
- Price, R. (1990). A Model for body image care. *Journals' of Advanced Nursing*, 15, 585- 593.
- Roth, A., Massie, M., Redd, W. (2001). Consultation for the cancer patients, *African Journal of Psychiatry*, 73.

- Suarez, L., Ramirez, A. G., Villarreal, R., Marti, J., Mealister, A., Talavera, G. A., et al, editors. (2000). Social networks and Cancer screening in four Hispanic groups. *American Journal of Preventive Medicine*, 19 (1), 47- 52.
- Suarez, L., Ramirez, A.G., Villarreal, R., Marti, J., Mealister, A., Talavera, G.A., et al , editors. (2000). Social networks and cancer screening in four Hispanic groups. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(1) , 47-52.
- Vanderkieft , G.K. (2001). Breaking bad news , *American family physician* . 64 ,1915-6
- Zabora, J., Hofe, B., Szok, k. (2001). The Prevalence of Psychological distress by Cancer site. *Psychosocial oncology*; 10 (0), 19- 28.

Archive of SID