

## روابط ساختاری بین حمایت اجتماعی و امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان

### The Structural Relationships between Social Support and Hope in Patients with Cancer<sup>a</sup>

Mohammad Karim Khodapanahi, Ph.D. \*

Bahram Saleh Sedghpoor, Ph.D.

Arezou Asghari, M.Sc.

Iraj Harrirchi, MD, Ph.D.

Jila Katibaei, Ph.D.

دکتر محمدکریم خدایپناهی<sup>a</sup>

دکتر بهرام صالح صدق‌پور<sup>aa</sup>

آرزو اصغری<sup>aa</sup>

دکتر ایرج حریرچی<sup>aaa</sup>

دکتر ژیلای کتیبایی<sup>aaa</sup>

#### Abstract

The purpose of this study is to investigate the structural relationship between social support and hope in patients with cancer. Two hundred and fifty six (125 males and 131 females) married cancer patients were selected by random cluster sampling from Imam Khomeini Hospital (Tehran, Iran). The participants responded to a demographic questionnaire, The Family Social Support Questionnaire for Chronic Illnesses and The Hope Scale. Data were analyzed by path analysis method using SPSS and AMOSE (Version 6). The findings showed that there is a positive structural relationship between social support and hope. Likewise, there is a positive structural relationship between social support's components and hope. It is concluded that, social support affects hope and causes an increase in the hope level. Furthermore, hope increases with increase of social support's components level.

**Keywords:** social support, hope, social support's components, patients with cancer.

#### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه ساختاری بین حمایت اجتماعی و امیدواری بر روی 256 نفر (125 مرد و 131 زن) از بیماران سرطانی متأهل در بیمارستان امام خمینی (ره) انجام گرفته است. نمونه‌گیری با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای صورت گرفته است. ابزار پژوهش «شامل پرسشنامه جمعیت شناختی»، «پرسشنامه حمایت اجتماعی خانواده در بیماری‌های مزمن» و «مقیاس امیدواری بود» که به طور همزمان بر روی نمونه منتخب اجرا شد. داده‌های به دست آمده به منظور بررسی سؤال‌های پژوهش با استفاده از معادلات ساختاری، تجزیه و تحلیل آماری شد، که در بررسی آنها رابطه ساختاری مثبت بین حمایت اجتماعی و امیدواری و رابطه ساختاری مثبت بین مؤلفه‌های «حمایت اجتماعی» و امیدواری تأیید شد. در نتیجه، حمایت اجتماعی بر امیدواری تأثیر دارد و با افزایش حمایت اجتماعی، امیدواری افزایش می‌یابد. حمایت اجتماعی از طریق مؤلفه‌های حمایت اجتماعی نیز بر امیدواری تأثیر دارند.

**کلیدواژه‌ها:** حمایت اجتماعی، امیدواری، مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، بیماران سرطانی

<sup>a</sup> Faculty of Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran I.R. Iran

\* Email: [m-khodapanahi@sbu.ac.ir](mailto:m-khodapanahi@sbu.ac.ir)

دریافت مقاله 1388/2/13 تصویب نهایی: 1388/6/22

دانشگاه شهید بهشتی کارشناسی ارشد روانشناسی

دانشگاه شهید رجایی

مرکز تحقیقات کانسر، بیمارستان امام خمینی (ره)

دانشگاه علامه طباطبائی

## ● مقدمه

بیماری‌هایی مانند «سرطان» آثار مخربی بر بیمار، خانواده و دیگر افراد در رابطه با او دارد. سرطان موجب یک عدم تعادل عمده در بیمار و خانواده‌اش می‌شود و مجموعه‌ای از چالش‌های جدید را برای هر دو فراهم می‌کند. دست کم، زندگی عادی روزانه آنها تغییر می‌یابد؛ به این دلیل که آنها تلاش می‌کنند با بیماری سازش یابند و به خواست‌های این تهدید پاسخ دهند (اوادالاه، 2006). بر اساس نتایج پژوهش‌ها، منابع حمایتی فردی و اجتماعی می‌تواند نقش تعیین کننده‌ای در فرایند سازش یافتگی با بحران‌های زندگی مانند تشخیص سرطان داشته باشد. بنابراین، یکی از نقش‌های کلیدی خانواده و تیم پزشکی این است که یک محیط حمایتی ایجاد کنند. (موس<sup>1</sup> و شفر<sup>2</sup>، 1984 به نقل از شروورز، رنچور و ساندرمن، 2003).

در میان بیماران سرطانی، دریافت حمایت از جانب دیگران مانند سپری در مقابل پیامدهای منفی بیماری و درمان عمل می‌کند و بنابراین با عملکرد روانشناختی بیمار ارتباط نیرومندی برقرار می‌کند (هلگسون و کوهن، 1996). کاپلان<sup>3</sup> (1944؛ به نقل از پیرسون، 1990) اعتقاد دارد که نظام‌های حمایتی از چند راه به افراد کمک می‌کنند:

1. با کمک به آنها برای بسیج منابع روانی - زیستی خود هنگامی که با تنیدگی روبرو می‌شوند؛
2. فراهم آوردن کمک به آنها برای برآوردن خواست‌های موقعیتی آنها؛
3. فراهم کردن منابع مادی مانند پول، مواد مورد نیاز و مهارت‌های سودمند؛
4. راهنمایی شناختی و رایزنی با آنها.

«حمایت اجتماعی»<sup>4</sup> را می‌توان این گونه تعریف کرد: ادراک یا تجربه یک فرد از این که او را دوست دارند، از او مراقبت می‌کنند، به او حرمت و ارزش می‌دهند و او را بخشی از یک شبکه اجتماعی با مساعدت‌ها و تعهدات به شمار می‌آورند (ویلس<sup>5</sup>، 1991؛ به نقل از تیلور و همکاران، 2004). در این پژوهش به مؤلفه‌های حمایت اجتماعی نیز پرداخته شده است که شامل «حمایت عاطفی»<sup>6</sup>، «حمایت اطلاعاتی»<sup>7</sup>، «جستجوی حمایت»<sup>8</sup> و «حمایت ابزاری»<sup>9</sup> است.

«حمایت عاطفی»: شامل فراهم آوردن مهر، عطوفت و توجه نسبت به فرد دیگر و قوت قلب دادن به او تا این که احساس کند انسان ارزشمندی است که مورد توجه قرار گرفته است (تویس<sup>10</sup>، 1995؛ به نقل از تیلور و همکاران، 2004). این نوع حمایت

می‌تواند شامل افرادی باشد که فرد می‌تواند درباره مشکلات با آنها صحبت کند. به طور طبیعی، شامل کمک‌هایی می‌شود که توسط خانواده، دوستان، همکاران و همسایگان یا افراد مهم صورت می‌گیرد و شامل ابراز عشق، عاطفه، و ارزشمند شمردن می‌شود که احساس بهزیستی عاطفی ایجاد می‌کند (مورنو، 2004).

«حمایت اطلاعاتی: هنگامی رخ می‌دهد که فردی به فرد دیگری کمک می‌کند تا یک موقعیت تنیدگی را بهتر درک کند و مشخص می‌کند که کدام منبع و راهبرد مقابله‌ای برای روبرو شدن با آن موقعیت می‌تواند مورد نیاز باشد (همان منبع). این نوع از حمایت شامل راهنمایی مفید، اطلاعات یا دستورالعمل‌هایی برای مقابله با تغییرات مهم زندگی یا معنا بخشیدن به زندگی و دنیا است (مورنو، 2004).

«جستجوی حمایت: هنگامی که افراد به طور واقعی به اعضای خاصی در شبکه اجتماعی خود برای کمک در خلال زمان‌های تنیدگی زان تکیه می‌کنند؛ تلاش برای فراهم کردن حمایت باید با مداخله دریافت کنندگان صورت گیرد، زیرا ممکن است حمایتی که اعضای شبکه فراهم می‌کنند با نیازهای دریافت کنندگان سازگار نباشد (بولگر، زاگرن و کسلر، 2000).

«حمایت ابزاری: شامل فراهم آوردن کمک‌های ملموس مانند خدمات، کمک‌های مالی، و دیگر وسایل یا کالاهای خاص است (تویتس، 1995؛ به نقل از تیلور و همکاران، 2004). این نوع حمایت از کمک‌هایی تشکیل می‌شود که در مواقع کمبود منابع مادی و نیاز به وجود می‌آیند (مانند پول، فراهم آوردن اقامتگاه،...) و یا ممکن است شامل حل مشکلات روزانه زندگی باشد (مراقبت از کودکان، کمک در خانه،...) (مورنو، 2004).

یکی دیگر از متغیرهایی که در حوادث تنیدگی‌زای زندگی نقش اساسی ایفا می‌کند، «امیدواری»<sup>11</sup> است. در بیماری‌هایی مانند سرطان، امیدواری تلاش فرد را برای مقابله و مبارزه با بیماری و تداوم درمان افزایش می‌دهد. افزایش بیماری‌های مزمن و امید به زندگی، نیاز فراوانی را برای فراهم کردن معالجه موقت برای افرادی که بیماری غیرقابل علاج دارند، ایجاد می‌کند. مؤلفه جدایی ناپذیر از چنین معالجات موقتی، روشی است که با آن افراد در حال مرگ با این فرایند مضطرب کننده مقابله می‌کنند. با توجه به این مسئله، پژوهشگران شیوه‌های بسیاری را بررسی کرده‌اند که به وسیله آن‌ها افراد

باتنیدگی ناشی از مرگ مقابله می‌کنند. این شیوه‌ها شامل پذیرش، اعتقاد به مهار شخصی، مقابله گرایشی یا اجتنابی، جستجوی حمایت اجتماعی، جستجوی اطلاعات یا اجتناب از آن، شوخ طبعی و معنویت می‌شود. «امیدواری» یکی از چنین نیروهایی است که به صورت انطباقی مقابله با فرایند مرگ را نشان می‌دهد. هنگامی که امیدواری وجود دارد، افراد می‌توانند پیامدهای دلخواه معنی دار و واقعی را شناسایی کنند و منابع را برای به دست آوردن این پیامدها تحت مهار خود درآورند. اگر بیمارانی که در حال مرگ هستند، امیدوار باشند که راهبردهای آنها برای رسیدن به هدف‌های دلخواهشان مؤثر است، احتمال دارد که از چنین فعالیت‌های مقابله‌ای استفاده کنند (گام و اسنایدر، 2002).

با توجه به مسایل مطرح شده در بالا، می‌توان به این نکات نیز اشاره کرد که در ایران به دلیل سازمان نیافتگی حمایت اجتماعی توسط مؤسسات و نهادهای ذیربط و نقش مهم و پررنگ خانواده و اقوام، حمایت‌ها بیشتر از جانب خانواده صورت می‌گیرد و انتظار حمایت به طور عمده از سوی خانواده مطرح می‌شود. با توجه به این که حمایت از جانب خانواده - همان طور که قبلاً اشاره شد - دارای ابعاد و انواع گوناگونی است و فرایند تأثیرگذاری حمایت اجتماعی از جانب خانواده می‌تواند اشکال و الگوهای متعددی را شامل شود؛ بنابراین ضروری به نظر می‌رسد الگو یا الگوهای بکاررفته جهت افزایش امیدواری نسبت به زندگی در بیماران سرطانی از جانب خانواده مورد شناسایی واقع شود. تعیین الگو به ما این کمک را می‌نماید که بتوانیم ساختار حمایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن و تأثیر مستقیم و غیر مستقیم آن را بر امیدواری مورد ارزیابی قرار داده و راهبردهای مؤثر را برای کمک به حمایت اجتماعی خانواده معرفی نماییم.

از پژوهش‌هایی که در زمینه ارتباط بین «حمایت اجتماعی» و «امیدواری» انجام گرفته است، می‌توان به مطالعات متیولی، رپینسکی و چپی (2008)، ابرایت و لیون (2002)، وانگ، چانگ، شیه، سان و جنگ، 2003، و رب (2007). اشاره کرد. همین طور در زمینه رابطه بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی و امیدواری پژوهش‌هایی توسط بلوم و اشپیگل (1984)، هانتر، دیویس و تونستال (2005)، داکوف و تیلور (1990) انجام شده است.

i هدف کلی از این پژوهش «یافتن مناسب ترین الگوی ساختاری بین حمایت اجتماعی و امیدواری در بیماران سرطانی» است.  
 i پژوهش حاضر در پی پاسخ گویی به این سؤال است: «آیا حمایت اجتماعی با امیدواری در بیماران سرطانی رابطه ساختاری دارد؟»

### ● روش

i «جامعه آماری» این پژوهش شامل کلیه بیماران سرطانی بیمارستان امام خمینی (ره) است. با روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای، یک نمونه 256 نفری بر اساس هر عامل 32 نفر (125 مرد و 131 زن) از بیماران سرطانی متأهل مراکز 1، 2 و 3 بیمارستان امام خمینی انتخاب و پرسشنامه روی آنان اجرا گردید. پژوهش حاضر از نوع طرح های همبستگی است و برای تحلیل داده ها از روش معادلات ساختاری (EMOS نسخه 6) استفاده گردید.

### ابزار<sup>TM</sup>

الف. پرسشنامه مشخصات فردی: این پرسشنامه شامل اطلاعاتی مانند سن، جنس، شهر محل سکونت، نوع بیماری، طول مدت بیماری، طول مدت ازدواج، تعداد فرزندان و شماره پرونده است.

ب. پرسشنامه حمایت اجتماعی خانواده در بیماران مزمن<sup>12</sup>: این پرسشنامه یک ابزار محقق ساخته است که با توجه به هدف پژوهش ساخته شد. در ساخت این ابزار از پرسشنامه هایی مانند: «پرسشنامه حمایت اجتماعی»<sup>13</sup> (SSQ) ساراسون و همکاران (1983)، «مقیاس حمایت اجتماعی برلین»<sup>14</sup> (BSSS) شوارتز و شولتز (2000) و «پرسشنامه حمایت اجتماعی»<sup>15</sup> (PFUK) آیمنز (1991) استفاده شد. این ابزار، دارای 79 گویه است. در تحلیل عاملی چهار بعد بر اساس سازه های آن آشکار شده است؛ این چهار بعد «حمایت عاطفی» (هیجانی)، «حمایت اطلاعاتی»، «حمایت ابزاری» و «در جستجوی حمایت» را اندازه می گیرد و در مجموع همه گویه ها نیز به طور کلی «حمایت اجتماعی» را می سنجند.

این پرسشنامه برای هر ماده از مقیاس 4 درجه ای لیکرت استفاده می کند (1= کاملاً موافق، 2= موافق، 3= مخالف، 4= کاملاً مخالف). برای کمی سازی پاسخ ها به درجه

بندی‌ها از چهار تا یک نمره داده می‌شود و نمره‌های هر عامل به طور جداگانه محاسبه می‌شود. در این مقیاس گویه‌های (14، 7، 15، 16، 13، 19، 5، 4، 2، 20، 10، 12، 3، 9، 25، 18، 17، 27) عامل «حمایت عاطفی»، گویه‌های (76، 65، 66، 77، 75، 79، 63، 62، 68، 74) عامل «حمایت اطلاعاتی»، گویه‌های (72، 71، 41، 82، 80، 87) عامل «جستجوی حمایت» و گویه‌های (56، 57، 49، 70، 50، 47) عامل «حمایت ابزاری» را اندازه می‌گیرد.

«اعتبار»<sup>16</sup> محاسبه شده از طریق آلفای کرونباخ برای هر یک از عامل‌ها عبارتند از: حمایت عاطفی، 0/95؛ حمایت اطلاعاتی، 0/91؛ در جستجوی حمایت، 0/85؛ و حمایت ابزاری، 0/87. آلفای کل این پرسشنامه نیز 0/97 است. همچنین به منظور بررسی «روایی»<sup>17</sup> آن نیز از دو روش «روایی محتوا»<sup>18</sup> و «روایی سازه»<sup>19</sup> استفاده شد. در روایی سازه نیز از «تحلیل عاملی اکتشافی»<sup>20</sup> با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش وریمکس استفاده شد (خداناهی و همکاران، 1387؛ در دست چاپ).

تج. مقیاس امیدواری اسنایدر<sup>21</sup>: در این پژوهش امیدواری توسط «پرسشنامه امیدواری بزرگسالان» اسنایدر (1991) اندازه‌گیری شد. این پرسشنامه دارای 12 ماده است و برای هر ماده از مقیاس 4 درجه‌ای لیکرت استفاده می‌کند (1=کاملاً مخالف، 2=تا حدودی مخالف، 3=تا حدودی موافق، 4=کاملاً موافق). این پرسشنامه شامل دو بعد نیروی عامل و گذرگاه‌هاست. مواد (2، 9، 10، 12) بعد نیروی «عامل» را اندازه می‌گیرد. مواد (1، 4، 6، 8) بعد «گذرگاه‌ها» را اندازه می‌گیرد؛ و مواد (3، 5، 7، 11) نیز سؤالات گمراه‌کننده یا پوشاننده هستند.

اعتبار محاسبه شده از طریق آلفای کرونباخ برای هر یک از بعدها عبارتند از: نیروی عامل 0/82 و گذرگاه‌ها 0/84. آلفای کل مقیاس نیز 0/86 است (اسنایدر، 2000؛ به نقل از شیرین زاده و میرجعفری، 1385). در ایران اعتبار و روایی این پرسشنامه بر روی یک نمونه 100 نفری محاسبه شد. ضریب همسانی درونی کل پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ 0/76 بود. همچنین، ضریب همسانی درونی برای ابعاد گذرگاه‌ها 0/71 و نیروی عامل 0/68 به دست آمد. برای بررسی روایی پرسشنامه از روش روایی همزمان استفاده شد. روایی همزمان پرسشنامه امیدواری با مقیاس نومیدی بک 0/81 بود (شیرین‌زاده و جعفری، 1385).

• نتایج

به منظور تعیین رابطه ساختاری، از محاسبات تحلیل مسیر استفاده شد که نتایج در شکل 1 و جدول‌های 1، 2 و 3 آمده است.

با توجه به جدول‌های 1 تا 3 میزان ضریب زاویه تاثیر مستقیم «حمایت اجتماعی» بر عامل گذرگاه 0/059 است که در سطح  $p < 0/01$  معنادار است. میزان ضریب زاویه تاثیر غیر مستقیم حمایت اجتماعی بر نیروی عامل 0/073 است. با توجه به اینکه حمایت اجتماعی بر گذرگاه‌ها تاثیر غیر مستقیم ندارد و همینطور بر نیروی عامل تاثیر مستقیم ندارد، بنابراین اثر کلی حمایت اجتماعی بر عامل گذرگاه‌ها 0/059 است و بر نیروی عامل نیز 0/073 است.

میزان ضریب زاویه تاثیر غیر مستقیم حمایت اجتماعی بر امید به زندگی 0/942 است و چون تاثیر مستقیم نشان نداد بنابراین اثر کلی آن نیز بر عامل امید به زندگی 0/942 است.

میزان ضریب زاویه تاثیر مستقیم حمایت اجتماعی بر مولفه‌های حمایت ابزاری، حمایت عاطفی، حمایت اطلاعاتی و جستجوی حمایت به ترتیب 1/041، 1/98، 1/606 و 1 می باشد که اثر کلی آن نیز می باشد.

میزان ضریب زاویه تاثیر مستقیم عامل گذرگاه‌ها بر نیروی عامل 1/236 می باشد که در سطح  $p < 0/01$  معنادار است و اثر کلی آن نیز همین مقدار است.

جدول 1- آثار مستقیم غیر معیار

نیروی عامل	گذرگاه‌ها	حمایت اجتماعی	متغیرهای اثر گذار
			متغیرهای اثر پذیر
0	0	0/059**	گذرگاه‌ها
0	1/236**	0	نیروی عامل
6/252**	8/193**	0	امید به زندگی
0	0	1/041**	حمایت ابزاری
0	0	1/98**	حمایت عاطفی
0	0	1/606**	حمایت اطلاعاتی
0	0	1**	جستجوی حمایت

\*\*  $p < 0/01$

جدول 2- آثار غیر مستقیم غیر معیار

نیروی عامل	گذرگاهها	حمایت اجتماعی	متغیرهای اثر گذار
			متغیرهای اثر پذیر
0	0	0	گذرگاهها
0	0	0/073	نیروی عامل
0	7/727	0/942	امید به زندگی
0	0	0	حمایت ابزاری
0	0	0	حمایت عاطفی
0	0	0	حمایت اطلاعاتی
0	0	0	جستجوی حمایت

میزان ضریب زاویه تاثیر مستقیم عامل گذرگاهها بر امید به زندگی 8/193 است که در سطح  $p < 0/01$  معنادار است و اثر غیر مستقیم آن 7/727 است و تاثیر کلی آن بر امید به زندگی 15/919 می باشد.

میزان ضریب زاویه اثر مستقیم نیروی عامل بر امید به زندگی 6/252 است که در سطح  $p < 0/01$  معنادار است و میزان تاثیر کلی آن نیز 6/252 است. به عبارت دیگر با افزایش حمایت اجتماعی از طریق مولفه‌های آن، میزان امیدواری افزایش می یابد (با ضریب معادل 0/942).

مطابق اطلاعات الگو، مقدار به دست آمده شاخص برازندگی  $\chi^2 = 74/699$  با درجه آزادی  $P = 0/08259$  و  $\chi^2/df = 1/266$ ،  $GFI = 0/959$ ،  $Rmsea = 0/032$ ،  $NFI = 0/956$ ،  $TLI = 0/987$  است و بدین معنا است که الگوی بدست آمده با واقعیت جامعه منطبق است و تفاوتی با واقعیت جامعه ندارد.

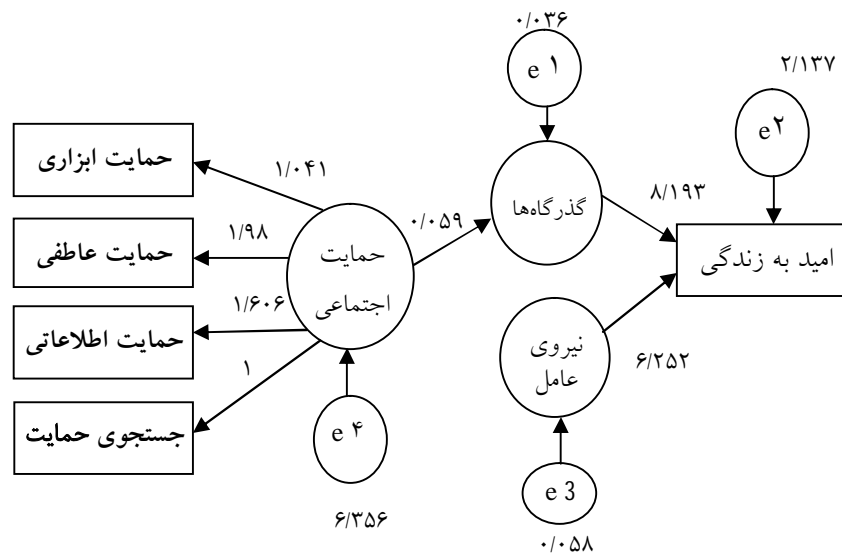
جدول 3- آثار کل غیر معیار

نیروی عامل	گذرگاهها	حمایت اجتماعی	متغیرهای اثر گذار
			متغیرهای اثر پذیر
0	0	0/059**	گذرگاهها
0	1/236	0/073	نیروی عامل
6/252	15/919	0/942	امید به زندگی
0	0	1/041**	حمایت ابزاری
0	0	1/98**	حمایت عاطفی
0	0	1/606**	حمایت اطلاعاتی
0	0	1**	جستجوی حمایت

\*\* p < 0/01



به منظور بررسی سوال پژوهش، مبنی بر اینکه «آیا بین حمایت اجتماعی و امید به زندگی رابطه ساختاری وجود دارد» با توجه به اطلاعات مندرج در شکل 1 و جدول 3 می‌توان دریافت که حمایت اجتماعی بر امید به زندگی تاثیر دارد و میزان ضریب زاویه آن 0/942 است که در سطح  $p < 0/01$  معنادار است.



شکل 1- الگوی ساختاری بین حمایت اجتماعی و امیدواری

با توجه به الگو می‌توان دریافت که از طریق حمایت عاطفی به همراه حمایت‌های ابزاری و اطلاعاتی و جستجوی حمایت می‌توان حمایت اجتماعی را ارتقاء بخشید و از این طریق امید به زندگی را افزایش داد.

### ● بحث و نتیجه‌گیری

i نتایج حاکی از آن است که بین «حمایت اجتماعی» و «امیدواری» رابطه ساختاری مثبت وجود دارد. یعنی با افزایش حمایت اجتماعی، امیدواری افزایش می‌یابد. لازم به ذکر است که این نتایج با یافته‌های متیولی، رپینسکی و چپی (2008)، ابرایت و لیون (2002)، وانگ، و همکاران، 2003، و رب (2007) مطابقت دارد. کوهن و ویلس (1985؛ به نقل از چنتل، روس و ایگلند، 2007) اعتقاد دارند توجه و احترامی که ما در خلال ارتباطات اجتماعی دریافت می‌کنیم و احساس رضایت و بهزیستی که از

آن نتیجه می شود، می تواند به عنوان یک محافظ در مقابل مشکلات سلامت عمل کنند. رب (2007) با بررسی بر روی زنانی که مبتلا به سرطان پستان بودند، دریافت که حمایت و مهار به عنوان متغیرهای هسته ای بر امیدواری زنان تأثیر دارند. حمایت از طرف خانواده، دوستان و کسانی که از بیماری سرطان نجات یافته اند، یک متغیر اصلی در تعریف زنان از امیدواری است. همچنین تنیدگی ناشی از تعاملات غیرحمایتی با خانواده یا دوستان در درماندگی روانشناختی بیماران سرطانی نقش دارد. همچنین مؤلفه های حمایت اجتماعی نشان داد که حمایت عاطفی، حمایت اطلاعاتی، حمایت ابزاری و جستجوی حمایت به طور غیرمستقیم بر امیدواری تأثیر دارند. یعنی با افزایش حمایت عاطفی، حمایت اطلاعاتی، حمایت ابزاری و جستجوی حمایت، امیدواری افزایش می یابد. این نتایج با یافته های بلوم و اشپیگل (1984)، هانتر، دیویس و تونستال (2005)، داکوف و تیلور (1990) مطابقت دارد.

؛ بلوم و اشپیگل (1984) دریافتند زنان مبتلا به سرطان پستان که حمایت عاطفی بیشتری را ادراک می کردند، دیدگاه مثبت تر و امید بیشتری برای آینده داشتند و سازگاری آنها با اندازه ای که آنها می توانستند در نگرانی های خود با افراد مهم زندگی شان سهیم شوند، همبستگی مثبت داشت. بررسی پژوهش ها نشان می دهد که حمایت عاطفی، به ویژه، برای بیماران سرطانی اهمیت دارد. نه تنها آنها تمایل زیادی برای حمایت عاطفی داشتند، بلکه آن را بسیار مفید می دیدند. به ویژه، هنگامی که این حمایت را از یک منبع صمیمی و نزدیک مانند شریک زندگی خود دریافت می کردند. هانتر، دیویس و تونستال (2005) در پژوهش خود دریافتند حمایت عاطفی و دل بستگی در خلال تجربه تنیدگی بر درماندگی روانشناختی تأثیر دارد. ادراک حمایت عاطفی در عواطف منفی که توسط بیماران سرطانی در حال مرگ تجربه می شود بسیار حیاتی است.

؛ داکوف و تیلور (1990) در پژوهش خود دریافتند در میان سه نوع حمایت (عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی)، هنگامی که منبع حمایت عاطفی همسر، اعضای خانواده یا دوستان بود، وجود آن به عنوان مفیدترین و عدم وجود آن به عنوان زیان بارترین ادراک می شد. هنگامی که منبع حمایت پزشک بود، حضور حمایت اطلاعاتی مفیدترین بود و هنگامی که بیمار پیش آگهی بدی داشت، حمایت ابزاری به عنوان مفیدترین نوع

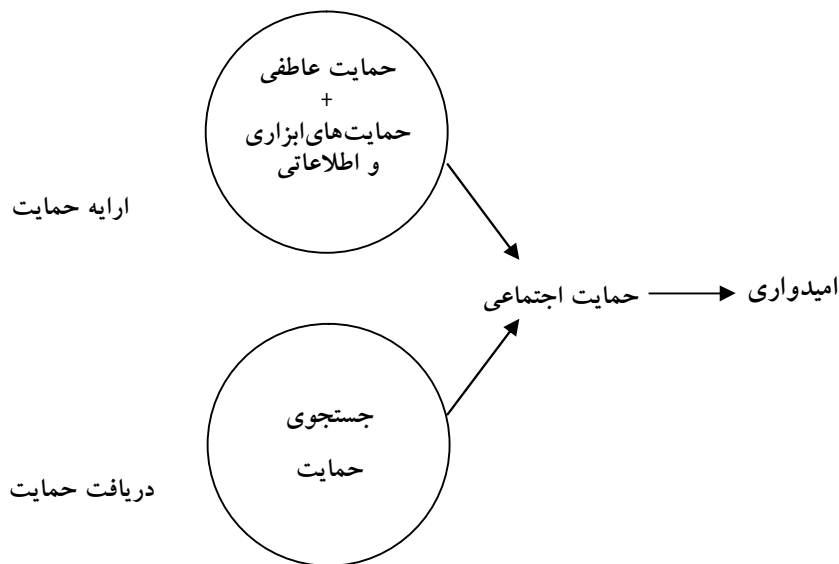
شناخته شد. برنز و همکاران (2003) با توجه به نتایج پژوهش‌ها اعتقاد داشتند اطلاعات می‌تواند برای بیمارانی که از سرطان رنج می‌برند سودمند باشد و به اعضای سالم خانواده کمک می‌کند تا اضطراب خود را کاهش دهند و همچنین می‌تواند به مقابله با بیماری کمک کند. ورتمن<sup>22</sup> و دانکل - شِتر<sup>23</sup> (1987)؛ به نقل از هلگسون و کوهن، (1996) نیز اعتقاد داشتند، اطلاعات می‌تواند مهار ادراکات بیمار را با فراهم کردن شیوه‌هایی برای مدیریت بیماری و مقابله با نشانه‌ها افزایش دهد. آموختن چگونگی مدیریت بیماری می‌تواند خوش بینی بیمار را نیز نسبت به آینده افزایش دهد و بنابراین احساس آسیب پذیری را در آینده کاهش دهد.

؛ بنابراین، با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین استنباط کرد که، اساس «امیدواری» بر پایه حمایت اجتماعی اطرافیان و بستگان بیمار شکل می‌گیرد. حمایت اجتماعی از طرف افراد مهم که در زندگی بیمار نقش دارند، به ویژه، از طریق حمایت ابزاری، شامل فراهم آوردن منابع مادی مانند حمل و نقل، پول و یاری رساندن در کارهای روزمره خانگی، و حمایت عاطفی نقش خود را اعمال می‌کند. در واقع «حمایت ابزاری» می‌تواند احساس از دست دادن مهار بیمار در طول دوره بیماری را با فراهم کردن منابع ملموس برای استفاده او جبران کند. حمایت ابزاری را می‌توان یک پیش نیاز برای حمایت عاطفی دانست، زیرا «حمایت عاطفی» نه تنها به تنهایی در امیدواری نقشی ندارد، بلکه ممکن است آن را نیز مورد تهدید قرار دهد. در حالی که این نوع حمایت به همراه دیگر حمایت‌ها می‌تواند زمینه حمایت اجتماعی را برای بیمار از سوی افراد مهم زندگی اش فراهم کند.

؛ اما ذکر این نکته ضروری به نظر می‌رسد که، انواع فعالیت‌های حمایتی بدون خواست و نیاز بیمار به آنها امکان پذیر نمی‌باشد. به عبارت دیگر، آن طرف دیگر سکه، حمایت، جستجو و طلب حمایت از جانب بیمار است. همچنین، اگرچه، بیمار در فرایند جستجوی حمایت به حمایت عاطفی توجه خاصی دارد، اما این نوع حمایت همراه با دریافت اطلاعات قابل اعتماد از سوی پزشک یا تیم پزشکی می‌تواند در امید به زندگی نقش اساسی داشته باشد. ارائه اطلاعات واقعی و درست در مورد بیماری‌های مزمن توسط یک کادر پزشکی متشکل از پزشک، متخصصان روانشناسی یا بالینی (خدمات روان شناختی) می‌تواند به اثربخشی فعالیت‌های درمانی کمک کند. دسترسی

به اطلاعات سازماندهی شده و دادن آگاهی و شناخت درست و منطقی به بیمار انتظارات او را واقع بینانه تر می کند، از بی اعتمادی و سردرگمی بیمار جلوگیری کرده و در نتیجه فرد را در فرایند مقابله با بیماری مجهز می کند. بنابراین همان گونه که مشهود است امیدواری هم از سوی فرد بیمار و هم از سوی اطرافیان و بستگان او به واسطه دریافت حمایت افزایش می یابد.

در حقیقت، دریافت حمایت و به تبع آن افزایش امیدواری بر این مسئله تأکید دارد که چگونه فرد بیمار، به خصوص در یک بیماری مزمن یا مهلک، نسبت به بیماری اش واکنش نشان می دهد و زندگی خود را با وجود یک بیماری طاقت فرسا و دشوار هدایت می کند. در واقع، کادر پزشکی و سازمان های سلامت می توانند نقش حمایتی مهمی در افزایش امیدواری داشته باشند. آنها می توانند به بیماران کمک کنند تا هدف ها و راهبردهای کارآمد را برای ادامه زندگی، حفظ و افزایش امیدواری شناسایی کنند. لازم به ذکر است که اجرای موفقیت آمیز راهبردهای افزایش دهنده امیدواری مستلزم تلاش متخصصان رشته های گوناگون در قالب یک گروه است. این نتایج را می توان در قالب شکل زیر خلاصه کرد:



نیمرخ 1- فرایند ارتباط ساختاری بین متغیرهای پژوهش

نیمرخ نشان می دهد که وجود ارایه حمایت ها از جانب بستگان و وجود تمایل

دریافت حمایت از جانب بیما متضمن حمایت اجتماعی است و در نتیجه حمایت اجتماعی می تواند نقش موثر خود را در زمینه افزایش امیدواری در بیماران سرطانی ایفا کند.

i i i

### یادداشت‌ها

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| 1- Moos, R.H.   | 2- Schaefer, J.A.       |
| 3- Kaplan, G. A.  | 4- social support       |
| 5- Wills, T. A.   | 6- emotional support    |
| 7- informational support  | 8- support seeking      |
| 9- instrumental support   | 10- Thoits, P. A.       |
| 11- hope  |                         |
| 12- Family Social Support Questionnaire in Chronic Illnesses      |                         |
| 13. Social Support Questionnaire (SSQ)                            |                         |
| 14. Berlin Social Support Scales (BSSS)                           |                         |
| 15. Perzipierten Familien Unterschätzung und Kommunikation (PFUK) |                         |
| 16- reliability   | 17- validity            |
| 18- content validity  | 19- construct validity  |
| 20. exploratory factor analysis                                   | 21- Adult's Hope Scale  |
| 22- Wortman, C. B.  | 23- Dunkel-Schetter, C. |

### منابع

- خداپناهی، محمد کریم، اصغری، آرزو، صالح صدق پور، بهرام، و کتیبانی، ژیلا (1387). ساخت، اعتباریابی و رواسازی پرسشنامه حمایت اجتماعی خانواده (در دست چاپ).
- شیرین زاده، ص و میر جعفری، ا. (1385). بررسی رابطه بین امیدواری با راهبردهای مقابله با استرس در بین دانشجویان دانشگاه شیراز. مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. دانشگاه علم و صنعت ایران، تهران.
- Awadallah, M.S. (2006). Support for cancer patients: The Bahrain experience, *Eastern Mediterranean Health Journal*, 12, 5.
- Aymanns, P. (1991). *Der Fragebogen zur Erfassung der Perzipierten Familien Unterstaezung und Kommunikation (PFUK)*. Trier Universitat, Trier Fachbereich Psychologie.
- Bloom, J. R., & Spiegel, D. (1984). The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Social Science and Medicine*, 19, 831-837.
- Bolger, N., Zuckerman, A., & Kessler, R. C. (2000). Invisible support and adjustment to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 953-961.
- Burns, C. M., Dixon, T., Broom, D., Smith, W. T., & Craft, P. S. (2003). Family caregiver knowledge of treatment intent in a longitudinal study of patients with advanced cancer.

- Support Care Cancer*, 11, 629–637.
- Chantelle, A. M. Ross, N. A. & Egeland, G. M. (2007). Social support and thriving health: A new approach to understanding the health of indigenous Canadians. *American Journal of Public Health*, 97 (9), 1827-1833.
- Dakof, G. A., & Taylor, S. E. (1990). Victims' perceptions of social support: What is helpful from whom? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 80-89.
- Ebright, P. R. & Lyon, B (2002). Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer. *Oncology Nursing*, 29, 3.
- Gum, & Snyder, C.R. (2002). Coping with terminal illness: The role of hopeful thinking. *Journal of Palliative Medicine*, 5 (6).
- Helgeson, V. S., & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlation, and intervention research. *Health Psychology*, 15, (2,) 135–148.
- Hunter, M. J., Davis, P. J. & Tunstall, J. R. (2005). The influence of attachment and emotional support in end-stage cancer. *Psycho-Oncology* (in press). Published online in Wiley Interscience ([www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)).
- Mattioli, J. L., Repinski, R., & Chappy, S.L (2008). The meaning of hope and social support in patients receiving chemotherapy. *Oncology Nurse Forum*. 35(5):822-829.
- Moreno, E. S. (2004). Collectivize social support? Elements for reconsidering the social dimension in the study of social support. *The Spanish Journal of Psychology*. 7(2), 124-134.
- Pearson, R. E. (1990). *Counseling and social support*. Sage Publication. California.
- Reb, A. M. (2007). Transforming the death sentence: Elements of hope in women with advanced ovarian cancer. *Oncology Nursing Forum*. 34, 6.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Schroevers, M. J, Ranchor, A. V & Sanderman, R.(2003). The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms: A comparison of cancer patients and individuals from the general population. *Social Science and Medicine*. 57, 375–385.
- Schwarzer, R. & Schulz, U. (2000). *The Berlin Social Support Scales* (BSSS). Free University Berlin, Germany.
- Snyder, C.R. (1991): Development and validation of an individual differences measure of hope. *Journal Personality Social Psychology* (60) 570-585.
- Taylor, S. E., Sherman, D.; Kim, H. S.; Jarcho, J.; Takagi, K.; & Dunagan, M, S. (2004). Culture and social support: Who seeks it and why? *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 3.

Wang , P., Chang , F., Shih, C., Sun , C. & Jeng. (2003). Self-care behavior, hope, and social support in Taiwanese patients awaiting heart transplantation. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, (4). 485 - 491.

i

i

i