

The Relationship between Self-esteem and Perceived Social Support in Ostomy Patients

Seyedeh Mahrokh Ali Naghi Maddah¹, Firouz Khaledi-Sardashti², Jaefar Moghaddasi³,
Narges Naseri Borujeni⁴, Samaneh Dehghan Abnavi⁵, Farhad Dadgar⁶,
Hamidreza Sadeghi Gandomani⁷

Abstract

Background & Aims: Colorectal cancer is a developing gastrointestinal disease that results in an ostomy operation. Meanwhile, stoma-related complications following ostomy surgery are associated with several physical and psychological diseases in patients. The present study aimed to determine the relationship between self-esteem and perceived social support in ostomy patients.

Materials & Methods: This was a correlational-descriptive study performed in 2017. The sample size was estimated at 390 individuals considering a 95% confidence interval, an 80% test power, and $r=0.2$. The participants were selected by continuous sampling, and those who were a member of the association and met the inclusion criteria (having a file in Iran ostomy association, no diagnosed physical-psychological diseases, not being in the progressive stage of the disease, having the ability to answer the questions of the questionnaire and at least six months of symptoms of the disease) were enrolled in the study. The researcher visited the association on different days of the week and distributed questionnaires among patients following explaining research objectives and how to complete the instrument and receiving written consent from the subjects. In this study, we applied three questionnaires on demographic characteristics (age, gender, marital status, occupational status, level of education, and duration of disease), self-esteem, and social support. The Rosenberg self-esteem questionnaire encompasses 10 items, which are scored based on a four-point Likert scale from zero (completely disagree) to 3 (completely agree). In this regard, the highest score is 30, and scores above 25, 15-25, and below 15 show high, moderate, and low self-esteem, respectively. The content validity of the mentioned tool was approved based on the opinions of its developers and different preliminary studies (26). In a research by Greenberger et al., the internal consistency of the scale was reported at 0.84. In addition, Pullman & Allik reported internal consistency of 0.91 for the mentioned scale. In the current research, the internal consistency of the instrument was approved at a Cronbach's alpha of 0.90. Designed by Northouse, the perceived social support questionnaire contains 40 items in five sections the spouse, family members, friends, physician, and nurse. Each section includes eight items to assess patients' social support perceived from their spouse, family members, friends, physician, and nurse. The items are scored based on a five-point Likert scale from 1 (completely disagree) to 5 (completely agree). The perceived social support score from each of the support sources is calculated separately from the total scores obtained for each resource and the overall perceived social support score from the total scores obtained in all sources. The range of changes in the overall perceived social support score of the five sources is from 40 to 200, and the range of changes in the perceived social support score of each resource separately is from 8 to 40. The perceived social support score is divided into three levels of low (40-92), moderate (93-146) and high (147-200), and the perceived social support score of each support source is classified into three levels of low (8-18), medium (19-29) and high (30-

¹. Department of Anesthesiology, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

². Department of Nursing, Borujen Faculty of Nursing, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

³. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

⁴. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

⁵. Department of Operating Room, School of Nursing and Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

⁶. Department of Medicine, Iranshahr University of Medical Sciences, Iranshahr, Iran

⁷. Department of Nursing, Borujen Faculty of Nursing, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran
(Corresponding author) Tel: 983834245772 Email: sadeghi.h@skums.ac.ir

40). In Iran, the questionnaire was first applied by Heydari et al. (2005), who used the internal consistency method to confirm the reliability of the tool. In the end, the reliability of the tool was confirmed at a Cronbach's alpha of 0.92. In the present research, the internal consistency of the questionnaire was approved at a Cronbach's alpha of 0.80. After receiving approvals from the ethics committee of the university, the researcher received an introduction letter from the officials of Kashan University of Medical Sciences to enter the research setting. Afterwards, the researcher referred to the research center and gained permission from the manager and head of the center to start the research. First, the researcher selected participants based on the inclusion criteria received written consent from them, and ensured them of the confidentiality terms regarding their personal information. In the next stage, he read the questions for the subjects and wrote down their answers without any change. Data analysis was performed in SPSS version 16 using descriptive statistics (to regulate table), independent t-test (to analyze the data), as well as one-way ANOVA, Pearson's correlation coefficient, and Tukey's test.

Results: In this study, 350 questionnaires were completed. The mean age of ostomy patients was 37.7 ± 5.87 years. In addition, 52.3% of the subjects were married, 65.4% were female, and 38.6% had a diploma degree. Moreover, 40% of the subjects were dealing with the disease for more than seven years. The mean and standard deviation of patients' perceived self-esteem and social support were 20.56 ± 5.17 (out of 30) and 131.17 ± 15.47 (out of 200), respectively. The majority of ostomy patients (68%) had moderate self-esteem. In addition, most of the participants (84.3%) had moderate perceived social support. The relationship between the mentioned variables was assessed using a Pearson's correlation coefficient, the results of which were indicative of a significant and direct association between perceived social support and its dimensions with self-esteem ($r=0.20$, $P=0.001$). In addition, there was a significant relationship between the mean score of self-esteem and marital status ($P=0.001$). In fact, the mean score of self-esteem was significantly higher in married subjects, compared to single and divorced ones ($P=0.001$). Moreover, we found a significant correlation between self-esteem and level of education ($P=0.008$), in a way that the mean self-esteem score was significantly higher in the participants with an MSc degree, compared to other levels of education ($P=0.008$). Furthermore, we detected a significant relationship between perceived social support and level of education ($P=0.005$), in a way that the mean perceived social support score was higher in those with an MSc or BSc degree, compared to other levels of education ($P=0.005$). There was also a significant correlation between the mean score of perceived social support and duration of the disease ($P=0.005$) since the mentioned variable's score was higher in those who had the disease for two-four years, compared to other participants ($P=0.005$).

Conclusion: Given the significant impact of perceived social support on self-esteem it is recommended that high-risk groups (in terms of social support perception and receiving) be recognized by nurses and their support needs be assessed constantly. In fact, great attention can be paid to this psychological dimension of patients by improving their psychological health and connecting them to the community, families and friends.

Keywords: Ostomy, Self-esteem, Perceived social support, Colorectal cancer

Conflicts of Interest: No

How to Cite: Ali Naghi Maddah SM, Khaledi-Sardashti F, Moghaddasi J, Naseri Borujeni N, Dehghan Abnavi S, Dadgar F, Sadeghi Gandomani H. The Relationship between Self-esteem and Perceived Social Support in Ostomy Patients. *Iran Journal of Nursing*. 2020; 33(127):21-34.

Received: 7 Sep 2020

Accepted: 7 Dec 2020

ارتباط بین عزت نفس با حمایت اجتماعی درک شده در بیماران دارای استومی

سیده ماهرخ علی نقی مداح^۱، فیروز خالدی سردشتی^۲، جعفر مقدسی^۳، نرگس ناصری بروجنی^۴،

سمانه دهقان ابنوی^۵، فرهاد دادگر^۶، حمیدرضا صادقی گندمانی^۷

چکیده

زمینه و هدف: سرطان کولورکتال نوعی بیماری پیشرونده دستگاه گوارش است که منجر به تعبیه استومی برای بیماران می شود. از طرفی تظاهرات و عوارض ناشی از تعبیه استومی موجب ایجاد مشکلات جسمی و روانی متعددی برای بیمار می شود. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط عزت نفس با حمایت اجتماعی درک شده در بیماران دارای استومی انجام شد.

روش بررسی: این یک مطالعه مقطعی از نوع همبستگی توصیفی است. نمونه مطالعه شامل ۳۵۰ بیمار دارای استومی مراجعه کننده به انجمن استومی ایران در شهر تهران بود. جهت نمونه گیری از روش در دسترس استفاده شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه عزت نفس Rosenberg و حمایت اجتماعی Northouse بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آماری t مستقل، ANOVA، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار عزت نفس و حمایت اجتماعی درک شده بیماران به ترتیب $20/56 \pm 5/17$ (از نمره کل ۳۰) و $15/47 \pm 13/17$ (از نمره کل ۲۰۰) بود. بر اساس یافته‌های این مطالعه، میانگین نمره عزت نفس و حمایت اجتماعی درک شده در بیماران دارای استومی در سطح متوسط قرار داشت. بین نمره= حمایت اجتماعی درک شده با عزت نفس رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود داشت ($r=0/20$ و $p=0/001$).

نتیجه‌گیری کلی: از آن جایی که حمایت اجتماعی درک شده بر عزت نفس نقش به‌سزایی دارد، توصیه می‌شود که پرستاران با شناسایی گروه‌های پرخطر از نظر دریافت و درک حمایت اجتماعی، پیوسته نیازهای حمایتی بیماران را بررسی کرده و با ارتقاء سطح بهداشت روانی و پیوند دادن بیماران با اجتماع، خانواده‌ها و گروه‌های دوستان به این بعد روان‌شناختی توجه شایسته نمایند.

کلیدواژه‌ها: استومی، عزت نفس، حمایت اجتماعی درک شده، سرطان کولورکتال.

تعارض منافع: وجود ندارد.

تاریخ دریافت: ۹۹/۶/۱۷

تاریخ پذیرش: ۹۹/۹/۱۷

۱. گروه بیهوشی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۲. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری بروجن، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

۳. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

۴. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

۵. گروه اتاق عمل، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

۶. گروه پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۷. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری بروجن، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران (نویسنده مسئول) شماره تماس: ۰۳۸۳۴۲۴۵۷۷۲

Email: sadeghi.h@skums.ac.ir

مقدمه

هر روز تعداد زیادی از بیماران در معرض تصمیم‌گیری مهمی جهت از دست دادن مسیر عادی دفع مدفوع و عمل جراحی استومی، به صورت دائم یا موقت قرار می‌گیرند. طی این جراحی، مسیر خروج مدفوع از طریق یک روزنه شکمی به سمت بیرون منحرف می‌شود^(۱). مطالعات نشان می‌دهند بیش از یک میلیون نفر از مردم ایالات متحده امریکا^(۲) و ۱۰۲ هزار نفر از جمعیت انگلستان، استومی روده‌ای دارند^(۳). در کشور ایران، در حدود ۳۰ هزار بیمار استومی در کشور، زندگی می‌کنند^(۴).

یکی از جنبه‌های متأثر از ناتوانی‌های مزمن جسمی، عزت نفس است^(۵). عزت نفس، باور و اعتقادی که فرد، درباره‌ی ارزش و اهمیت خود دارد، تعریف می‌شود^(۶). عزت نفس به عنوان قضاوت شخصی افراد در مورد ارزش خویش تعریف می‌شود. به عبارت دیگر عزت نفس یک نکته کلیدی شناخته شده است که می‌تواند تمام عواطف، علائق، ارزش‌ها و اهداف افراد را تحت تأثیر قرار دهد^(۷).

در بیماری‌های کولورکتال، پیشرفت بیماری زندگی شخصی افراد و عزت نفس بیماران را تحت تأثیر قرار خواهد داد. چرا که این بیماری با ایجاد تغییرات شناختی و روانی تأثیر منفی زیادی روی عزت نفس بیماران دارد. از طرف دیگر تظاهرات و عوارض این بیماری به شدت بر روی تصور فرد از خود تأثیر می‌گذارد و اثر بسیار مخربی بر روی عزت نفس خواهد داشت^(۸). چنانچه **da Silva** و همکاران معتقدند که بیمار مبتلا به بیماری‌های کولورکتال در مراحل اولیه بیماری به شدت دچار اختلالات روانی می‌شود که به نحو مؤثری عزت نفس وی را به مخاطره می‌اندازد^(۹). همچنین **Wu** و همکاران معتقدند که بیماران استومی در تمامی مراحل تشخیص، درمان و مراقبت بیماری دچار اختلالات شدید اضطرابی و شناختی می‌شوند به طوری که در اغلب آن‌ها عزت نفس تقلیل یافته و از شرکت کردن در اجتماع ممانعت می‌کنند^(۱۰).

در واقع افرادی که از عزت نفس بالاتری برخوردار هستند به توانمندی‌های خویش اعتماد دارند و به هنگام بروز حوادث ناخوشایند، قادرند منابع حمایتی مورد نیاز را به نفع خویش مورد بهره برداری قرار دهند^(۱۱). این افراد حمایت‌های اجتماعی را بیشتر درک کرده و انگیزه بیشتری برای زندگی خواهند داشت. بنابراین عزت نفس بر میزان انگیزه بیماران جهت ادامه زندگی مؤثر خواهد بود. بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن چنانچه دچار نقصان عزت نفس شوند با این طرز تلقی که دیگر ارزش مراقبت خاص یا دریافت توجه دیگران را ندارند ممکن است در مراقبت از خود نقص نشان دهند، از موقعیت‌های اجتماعی کناره‌گیری کنند، قادر به تصمیم‌گیری نباشند، تعاملات خود را با دیگران به حداقل برسانند و به سلامت جسمی و روانی خود بیش از پیش آسیب برسانند^(۱۲).

یکی از متغیرهایی که به نظر می‌رسد با عزت نفس ارتباط داشته باشد، حمایت اجتماعی درک شده است^(۱۳). حمایت اجتماعی درک شده، به عنوان احساس ذهنی در مورد تعلق، پذیرش، مورد علاقه بودن و دریافت کمک در شرایط مورد نیاز تعریف شده است^(۱۴). حمایت اجتماعی می‌تواند به صورت حمایت روانی و احساسی، اطلاعاتی، ملموس و تعاملی ارائه شود اما درک بیمار از حمایت ارائه شده از اهمیت خاصی برخوردار است^(۱۵). درک بهره‌مندی از حمایت اجتماعی می‌تواند نقش مهمی را طی مراحل پیشرفته بیماری‌های مزمن ایفا کرده و فرد را در مقابل تنش‌های ناشی از بیماری محافظت نماید، نتایج روانی منفی ناشی از نقایص جسمانی را کاهش دهد و با ارتقاء سازگاری، تحمل بیماری مزمن را تسهیل کند^(۱۶). بیماری‌های جسمی از جمله بیماری‌های کولورکتال می‌توانند حمایت اجتماعی درک شده را مختل نمایند؛ چرا که به تدریج بیمار از اعضاء خانواده و دیگر اطرافیان فاصله گرفته و از تماس‌های اجتماعی کناره‌گیری می‌کند^(۱۷). حمایت اجتماعی درک شده از طریق تغییر برداشت افراد از حوادث تنش‌زای زندگی (مانند بیماری کولورکتال) و کاهش پاسخ روانی منفی به این عوامل تنش‌زا بر رفتار

نیز نشان داد، سطح حمایت اجتماعی درک شده در بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال پایین تر از سایر انواع سرطانها بود^(۲۴).

از آنجایی که عزت نفس صرفاً برخاسته از تصور و ادراک فرد از بدن خویش نیست، به نظر می‌رسد درک و تصورات منعکس شده دیگران در مورد بدن و درک حمایت‌های اجتماعی نقش بسیار مهمی در شکل‌گیری عزت نفس در فرد داشته باشد. با توجه به تأثیر انکارناپذیر بیماری‌های مزمن بر میزان عزت نفس و حمایت اجتماعی درک شده و لزوم بررسی ارتباط متغیرهای فوق با هم^(۲۸) و با در نظر گرفتن اهمیت حمایت اجتماعی درک شده در ارتقا کیفیت زندگی، بهبود سلامت روان و از جمله عزت نفس بیماران دارای استومی و نظر به اینکه ارتباط مؤثر بین حمایت اجتماعی درک شده و عزت نفس برای اولین بار است که مورد مطالعه قرار می‌گیرد و آگاهی و تشخیص روابط بین متغیرهای مورد بحث و اثرات آنها بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش بار جسمی و روانی ناشی از بیماری و تعبیه استومی از اهمیت فوق العاده‌ای برخوردار است؛ لذا، هدف از این مطالعه، تعیین ارتباط عزت نفس با حمایت اجتماعی درک شده در بیماران دارای استومی انجمن استومی ایران بود.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع همبستگی توصیفی بود که از خردادماه تا مهرماه ۱۳۹۶ انجام گرفت. حجم نمونه با در نظر گرفتن میزان اطمینان ۹۵ درصد، توان آزمون ۸۰ درصد و $t=0/2$ ، ۳۹۰ نفر برآورد شد. در این مطالعه برای انتخاب شرکت کنندگان از روش نمونه‌گیری مستمر استفاده شد. بدین ترتیب بیمارانی که در انجمن حضور داشتند در صورت دارا بودن معیارهای ورود به مطالعه و نیز داشتن تمایل، برای مطالعه انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن پرونده پزشکی در انجمن استومی ایران، نداشتن بیماری جسمی - روانی شناخته شده دیگر (از طریق سوال از بیمار یا خانواده وی

های بهداشتی، نتایج بیماری و درمان‌ها اثر می‌گذارد^(۱۸). بیماران استومی معمولاً حمایت‌های اجتماعی کمی دریافت می‌کنند، که این امر خود زمینه ساز مشکلات روانشناختی از جمله افسردگی و اضطراب خواهد بود^(۱۹). حمایت اجتماعی درک شده می‌تواند از بروز عوارض نامطلوب بیماری جلوگیری نموده و تأثیر سودمندی بر علائم جسمی - روانی، کارآمدی، خلاقیت و کفایت داشته باشد و افراد را در برابر اثر ناگوار بحران‌های زندگی محافظت کند^(۱۹،۲۰).

از طرف دیگر واکنش‌های دریافت شده از محیط و اجتماع بر عزت نفس بیماران مؤثر بوده و می‌تواند زمینه ساز اختلال در وضعیت عاطفی فرد گردد چرا که نگرش‌های اجتماعی در ارتباط با ناتوانی‌های جسمی به صورت وسیع، ناخوشایند است^(۹). واکنش‌های مثبت و منفی اطرافیان و حمایت‌های آن‌ها از فرد ممکن است باعث کاهش عزت نفس بیماران شود^(۲۱). بنابراین جامعه و حمایت‌های اطرافیان، می‌تواند نقطه نظرات ما در مورد این که به چه میزان برای خود ارزش قائل می‌شویم را تحت تأثیر خود قرار دهد^(۲۲،۲۳).

علی‌رغم اینکه سرطان کولورکتال یکی از شایع‌ترین انواع سرطان‌ها می‌باشد که هر دو جنس را درگیر می‌کند، مطالعات بسیار محدودی به بررسی نقش حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال و دارای استومی انجام شده است. یافته‌های چندین مطالعه توصیفی مقطعی با حجم نمونه کوچک در بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال نشان داد، ارتباط آماری معنی‌داری بین حمایت اجتماعی پایین و سلامت روان شناختی پایین و کیفیت زندگی نامطلوب وجود دارد^(۲۴-۲۶). بعلاوه، شواهد منتشر نشده بسیار کمی در ارتباط با روند تغییرات حمایت اجتماعی متعاقب تشخیص سرطان انجام شده است. یافته‌های یک مطالعه در انگلستان نشان داد، حمایت اجتماعی درک شده بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال در ۲۹ درصد از بیماران پایین بود^(۲۷). یافته‌های مطالعه‌ای دیگر در کره بروی بیماران مبتلا به انواع مختلفی از سرطان‌ها

درونی این ابزار در نمونه اول ۰/۸۲ و در نمونه دوم ۰/۸۳ بود. پایایی بازآمون این ابزار در دوره سه هفته‌ای ۰/۸۴ بدست آمد^(۳۳). لازم به ذکر است ثبات درونی این ابزار در مطالعه حاضر از طریق محاسبه همسانی درونی مورد بررسی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد.

پرسشنامه perceived Social Support

Questionnaire توسط Northouse تهیه شد. این پرسشنامه از ۴۰ سؤال در پنج قسمت (همسر، اعضای خانواده، دوستان، پزشک و پرستار) تشکیل شده است. پنج قسمت آن هر کدام هشت گویه دارد که میزان حمایت اجتماعی درک شده بیماران از سوی همسر، اعضای خانواده، دوستان، پزشک و پرستار را می‌سنجد. گویه‌ها به صورت مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت می‌باشند و محدوده امتیازبندی از یک تا پنج نمره شامل کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، نظری ندارم (۳)، موافقم (۴) و کاملاً موافقم (۵) می‌باشد. نمره حمایت اجتماعی درک شده از سوی هر یک از منابع حمایتی به صورت جداگانه از مجموع نمرات کسب شده مربوط به هر منبع و نمره کلی حمایت اجتماعی درک شده از مجموع نمرات کسب شده در تمامی منابع محاسبه می‌گردد. دامنه تغییرات نمره کلی حمایت اجتماعی درک شده پنج منبع، از ۴۰ تا ۲۰۰ و محدوده تغییرات نمره حمایت اجتماعی درک شده هر یک از منابع به صورت جداگانه از ۸ تا ۴۰ است. نمره کلی حمایت اجتماعی درک شده به سه سطح پایین (۴۰-۹۲)، متوسط (۹۳-۱۴۶) و بالا (۱۴۷-۲۰۰) و نمره حمایت اجتماعی درک شده هر یک از منابع حمایتی نیز به سه سطح پایین (۸-۱۸)، متوسط (۱۹-۲۹) و بالا (۳۰-۴۰) طبقه‌بندی می‌شوند^(۳۲). این پرسشنامه در ایران اولین بار توسط حیدری و همکاران (۱۳۸۴) به کار گرفته شد. در پژوهش آن‌ها جهت تعیین پایایی ابزار حمایت اجتماعی نورتوس، روش سنجش پایایی درونی استفاده گردید و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ضریب اعتبار ۰/۹۲ به دست آمد^(۳۳). لازم به ذکر است ثبات درونی این ابزار در

و پرونده پزشکی وی مشخص شد)، قرار نداشتن در مرحله پیشرونده بیماری (از طریق سؤال از بیمار یا خانواده وی و پرونده پزشکی وی مشخص شد)، قادر بودن بیماران به پاسخگویی به سوالات پرسشنامه و گذشتن حداقل شش ماه از تشخیص بیماری بود. پژوهشگر در طول روزهای هفته به انجمن مراجعه نمود و پس از معرفی خود، بیان اهداف پژوهش، ارائه توضیحات لازم در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها و اخذ رضایت نامه کتبی از بیماران، پرسشنامه‌ها را در اختیار آنان قرار داد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل سه پرسشنامه مشخصات فردی، عزت نفس و حمایت اجتماعی درک شده بود. پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی سؤالاتی از قبیل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، میزان تحصیلات و مدت بیماری را شامل می‌شود.

پرسشنامه Rosenberg Self-Esteem scale شامل ۱۰ عبارت کلی می‌باشد. پاسخ دهی به سؤالات به صورت مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت می‌باشد و محدوده امتیازبندی از صفر تا سه نمره شامل کاملاً مخالف (۰)، مخالفم (۱)، موافقم (۲) و کاملاً موافقم (۳) می‌باشد که نمره ۳۰ بالاترین نمره است. نمرات بالاتر از ۲۵ نشان دهنده عزت نفس بالا، نمرات ۱۵-۲۵ نشان‌دهنده عزت نفس متوسط و کمتر از ۱۵ نشان‌دهنده عزت نفس پایین می‌باشند^(۲۹).

اعتبار محتوای پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ بر اساس نظر سازندگان و مطالعات مقدماتی مختلف تعیین شده است^(۳۰). نتایج تحقیق Greenberger و همکاران همسانی درونی این مقیاس را ۰/۸۴ گزارش نمودند^(۳۱). Pullman & Allik ضریب همسانی درونی مقیاس عزت نفس روزنبرگ را ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند^(۳۲). همچنین، شاپوریان نیز به بررسی ویژگی‌های آماری نسخه فارسی پرسشنامه عزت نفس در دو نمونه دانشجویی ایرانی (نمونه اول: ۲۳۲ دانشجوی ایرانی در دانشگاه‌های آمریکا و نمونه دوم: ۳۰۵ دانشجوی دانشگاه‌های ایران) پرداختند. نتایج این تحقیق حاکی از آن بود که همسانی

میانگین سن بیماران دارای استومی $37/05 \pm 7/87$ بود. ۵۲/۳ درصد از بیماران متأهل، ۶۵/۴ درصد زن، ۳۸/۶ درصد دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۴۰ درصد با طول مدت تشخیص بیماری بیش از هفت سال بودند (جدول شماره ۴). میانگین و انحراف معیار عزت نفس و حمایت اجتماعی درک شده بیماران به ترتیب $20/56 \pm 5/17$ (از نمره کل ۳۰) و $15/47 \pm 131/17$ (از نمره کل ۲۰۰) بود (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی عزت نفس بیماران دارای استومی و حمایت اجتماعی درک شده

متغیر	سطح بندی	تعداد	
		درصد	تعداد
عزت نفس	ضعیف (<۱۵)	۵۳	۱۵/۱
	متوسط (۱۵-۲۵)	۲۳۸	۶۸/۰
	بالا (>۲۵)	۵۹	۱۶/۹
درک از حمایت اجتماعی	پایین (۴۰-۹۲)	۸	۲/۳
	متوسط (۹۳-۱۴۶)	۲۹۵	۸۴/۳
	بالا (۱۴۷-۲۰۰)	۴۷	۱۳/۴

اغلب بیماران دارای استومی (۶۸٪) از نظر عزت نفس در سطح متوسط قرار گرفته بودند. همچنین، اغلب بیماران دارای استومی (۸۴٪/۳) از نظر حمایت اجتماعی درک شده در سطح متوسط قرار گرفته بودند (جدول شماره ۲).

مطالعه حاضر از طریق محاسبه همسانی درونی مورد بررسی و ضریب آلفای کرونباخ $0/80$ محاسبه شد. پژوهشگر ابتدا بعد از گرفتن مجوز رسمی از کمیته اخلاق دانشگاه (IR.KAUMS.REC.9411)، معرفی نامه لازم برای ورود به محیط پژوهش را از مقامات و مسئولین ذریب دانشگاه علوم پزشکی کاشان اخذ نموده، سپس با در دست داشتن معرفی نامه به مرکز پژوهش تعیین شده مراجعه کرد و با کسب اجازه از ریاست و مدیریت این مرکز، موافقت آن‌ها را جهت ورود به محیط پژوهشی اخذ نمود. بعد از انتخاب واحدهای مورد پژوهش واجد شرایط و کسب رضایت کتبی و دادن اطمینان به آن‌ها در مورد حفظ اطلاعات مندرج در پرسشنامه، پژوهشگر شخصا سوالات را برای نمونه‌ها قرائت کرده و پاسخ هایشان را بدون هیچ گونه دخل و تصرفی در پرسشنامه‌ها ثبت نمود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با به کارگیری نسخه ۱۶ نرم افزار SPSS صورت گرفت. جهت تنظیم جداول از روش های آمار توصیفی استفاده شد. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون های آماری t مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه در مجموع، برای ۳۵۰ نفر پرسشنامه‌ها به طور کامل تکمیل شد و داده‌های جمع‌آوری شده وارد مرحله تجزیه و تحلیل داده‌ها شدند.

جدول شماره ۲: شاخص عددی عزت نفس و حمایت اجتماعی درک شده بیماران دارای استومی

متغیر	ابعاد	انحراف معیار \pm میانگین	بیشینه - کمینه
عزت نفس	نمره کل	$20/56 \pm 5/17$	۳۰-۴۰
حمایت اجتماعی درک شده	همسر	$24/58 \pm 4/65$	۳۵-۸
	اعضای خانواده	$27/43 \pm 5/89$	۴۰-۸
	دوستان	$27/32 \pm 5/45$	۴۰-۸
	پزشک	$27/22 \pm 4/77$	۳۶-۸
	پرستار	$24/60 \pm 4/70$	۳۵-۸
	نمره کل	$131/17 \pm 15/47$	۱۸۶-۴۰

جهت بررسی ارتباط بین این دو متغیر از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد (جدول شماره ۳) و نتایج نشان داد که بین نمره حمایت اجتماعی درک شده و ابعاد آن با عزت نفس رابطه مستقیم و معنی داری وجود دارد ($p=0/001$ و $r=0/20$).

جدول شماره ۳: ضریب همبستگی حمایت اجتماعی درک شده با عزت نفس در بیماران دارای استومی سال ۱۳۹۸

متغیر	حمایت اجتماعی		همسر		اعضای خانواده		دوستان		پزشک		پرستار	
	r	سطح معنی	r	سطح معنی	r	سطح معنی	r	سطح معنی	r	سطح معنی	r	سطح معنی
عزت نفس	0/20	معنی داری	0/18	معنی داری	0/19	معنی داری	0/20	معنی داری	0/17	معنی داری	0/19	معنی داری

* سطح معنی داری پذیرفته شده $p < 0/05$ است. r: ضریب همبستگی پیرسون

نتایج نشان داد که بین میانگین نمره عزت نفس با متغیر وضعیت تأهل ($p=0/001$) ارتباط معنی داری وجود داشت؛ به طوری که آزمون آماری تعقیبی توکی نشان داد، میانگین نمره حمایت اجتماعی درک شده دارای سطح تحصیلات کارشناس ارشد و کارشناس بالاتر از سایر مقاطع تحصیلی ($P=0/005$) بود. بین میانگین نمره حمایت اجتماعی درک شده با متغیر مدت تشخیص بیماری ($p=0/005$) ارتباط معنی داری وجود داشت؛ به طوری که افرادی که ۴-۲ سال از مدت تشخیص بیماری آن ها می گذشت نسبت به بقیه افراد حمایت اجتماعی درک شده بالاتری ($P=0/005$) را درک کردند (جدول شماره ۴).

نتایج نشان داد که بین میانگین نمره عزت نفس با متغیر وضعیت تأهل ($p=0/001$) ارتباط معنی داری وجود داشت؛ به طوری که آزمون آماری تعقیبی توکی نشان داد، میانگین نمره عزت نفس در افراد متأهل به طور معنی داری بالاتر از افراد مجرد و مطلقه ($P=0/001$) بود. همچنین، بین میانگین نمره عزت نفس با متغیر سطح تحصیلات ($p=0/008$) ارتباط معنی داری وجود دارد؛ طوری که آزمون آماری تعقیبی توکی نشان داد، میانگین نمره عزت نفس در افراد کارشناس ارشد بالاتر از سایر رده های تحصیلی ($P=0/008$) بود. بین میانگین نمره حمایت اجتماعی درک

جدول شماره ۴: مقایسه میانگین عزت نفس و حمایت اجتماعی درک شده بر حسب مشخصات فردی در بیماران دارای استومی

متغیر	فراوانی (درصد)	عزت نفس	حمایت اجتماعی درک شده
		میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار
جنسیت	زن (۳۴/۶)	۲۰/۵۶ \pm ۵/۳۲	۱۳۱/۶۷ \pm (۱۵/۵۳)
	مرد (۶۵/۴)	۲۰/۵۵ \pm ۴/۸۸	۱۳۰/۲۳ \pm ۱۵/۳۷
نتیجه آزمون*		$df=348, t=0/16, P=0/98$	$df=348, t=0/826, P=0/41$
مجرد	۱۲۳ (۳۵/۱)	۲۱/۵۷ \pm (۵/۲۶)	۱۳۳ \pm (۱۴/۶۰)
متاهل	۱۸۳ (۵۲/۳)	۲۲/۱۰ \pm (۵/۲۷)	۱۲۹/۳۸ \pm (۱۵/۲۱)
مطلقه	۴۴ (۱۲/۵)	۱۹/۵۰ \pm (۴/۹۳)	۱۳۴/۶۱ \pm (۱۷/۵۱)
نتیجه آزمون		$F=5/681, P=0/001$	$F=2/354, P=0/072$
سطح تحصیلات**	زیردیپلم	۱۱۱ (۳۱/۷)	۱۲۸/۱۹ \pm (۱۵/۳۸)
	دیپلم	۱۳۵ (۳۸/۶)	۱۳۲/۳۷ \pm (۱۵/۲۸)
	کارشناس	۹۱ (۲۶)	۱۳۲/۹۲ \pm (۱۶/۲۶)
	کارشناس ارشد	۱۳ (۳/۷)	۱۳۵ \pm (۱۰/۲۳)

نتیجه آزمون		F=۳/۵۲۷, P=۰/۰۰۸	F=۳/۷۷۵, P=۰/۰۰۵
<۱	۳۷ (۱۰/۶)	۲۰/۱۶ ± (۵/۲۰)	۱۲۹/۶۸ ± (۱۶/۵۸)
۱-۲	۵۶ (۱۶)	۲۰/۱۷ ± (۴/۸۲)	۱۳۲/۹۲ ± (۱۵/۷۵)
۲-۴	۶۴ (۱۸/۳)	۲۱/۵۴ ± (۵/۸۴)	۱۳۴/۳۶ ± (۱۴/۲۶)
۵-۷	۵۳ (۱۵/۱)	۱۹/۶۲ ± (۴/۴۶)	۱۳۲/۳۰ ± (۱۲/۳۱)
≥۷	۱۴۰ (۴۰)	۱۹/۹۲ ± (۴/۹۹)	۱۲۹/۰۶ ± (۱۶/۴۰)
نتیجه آزمون		F=۱/۸۸۶, P=۰/۷۸۸	F=۴/۱۴۴, P=۰/۰۰۵
میانگین سن (سال)	۳۷/۰۵ ± ۷/۸۷		

*ضریب همبستگی پیرسون؛ ** آنالیز واریانس یک طرفه

بحث و نتیجه گیری

مطابق نتایج مطالعه حاضر، بین نمره حمایت اجتماعی درک شده با عزت نفس رابطه مستقیم و معنی دار اما ضعیفی وجود دارد. همسو با این یافته، Ikiz و همکاران در مطالعه ای بر روی بزرگسالان دریافتند عزت نفس با حمایت اجتماعی درک شده ارتباط مستقیم و معنی داری دارد^(۳۴). Tahir و همکاران نیز در مطالعه ای در پاکستان بر روی دختران بزرگسال دریافتند، عزت نفس با حمایت اجتماعی ارتباط معنی دار دارد^(۳۵). واکنش های مثبت و منفی اطرافیان و حمایت های آنها از فرد بیمار باعث ایجاد تغییر در قضاوت فرد در مورد عزت نفس می شود^(۳۸). همچنین، یافته های این مطالعه با مطالعه پورعزیزی و همکاران بر روی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز بعنوان بیماری ای مزمن نیز همسو بود^(۳۶).

در این رابطه می توان چنین استنباط نمود که با بروز بیماری های مزمن تنوع، مقدار و کیفیت تماس های اجتماعی و به دنبال آن حمایت اجتماعی کاهش می یابد. پس نقص عملکردی می تواند به کمبود درک از حمایت اجتماعی از سوی منابع مختلف منجر گردد^(۳۷). مطالعات نشان داده اند که افراد ناتوان با شرایط عملکردی ضعیف در فعالیت های اجتماعی دچار محدودیت می شوند، از دوستان و اعضاء خانواده فاصله می گیرند، از تماس های اجتماعی کناره گیری می کنند و این گونه کیفیت حمایت اجتماعی درک شده آنها کاهش می یابد^(۳۸). از طرفی، در بیماری های مزمن اغلب بیماران به بدن خود ارزش گذاری منفی دارند؛

چرا که با پیشرفت تدریجی بیماری، ظاهر بدنی و عملکرد فرد دچار تغییر می شود، تا جایی که او دیگر بدن خود را باور ندارد. افراد با ناتوانی جسمی ممکن است نفرت از بدن و شرمندگی را تجربه کنند که این امر متعاقب عدم مطابقت آنها با ایده آل های فرهنگی مورد پذیرش است که می تواند عزت نفس این بیماران را تحت تأثیر قرار دهد و موجب افت عزت نفس بیماران شود، آنها ممکن است در آرزوی بدن هایی باشند که در حال حاضر نمی توانند داشته باشند^(۳۹). در مجموع، اگر چه بین حمایت اجتماعی درک شده با عزت نفس ارتباط معنی داری به لحاظ آماری وجود دارد اما به لحاظ بالینی این رابطه بسیار ضعیف است و عوامل دیگری مثل تاب آوری، سلامت معنوی و ... نیز می تواند در ایجاد چنین رابطه ای تأثیر گذار باشد که در این مطالعه مورد بررسی قرار نگرفته اند و بهتر است در سایر مطالعات مورد توجه قرار گیرند.

بر اساس نتایج به دست آمده، میانگین نمره عزت نفس بیماران دارای استومی در سطح متوسط قرار دارد. همسو با این یافته، Gozuyesil در مطالعه ای توصیفی تحلیلی بروی افراد دارای استومی روده ای نشان دادند، میزان عزت نفس این بیماران در سطح متوسطی ارزیابی شد^(۴۰). در این رابطه Salomé و همکاران نیز در مطالعه ای بروی بیماران دارای استوما در برزیل نشان داد، عزت نفس بیماران در سطح پایینی قرار دارد^(۴۱). همسو با این یافته، شریفی نیستانک و همکاران دریافتند، میانگین عزت نفس در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز مراجعه کننده به

دریافت که حمایت اجتماعی درک شده واحدهای مورد پژوهش نسبتاً بالا است^(۴۹). رامبد و همکاران نیز در مطالعه‌ای که روی بیماران همودیالیزی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که سطح حمایت اجتماعی درک شده این بیماران بالا می‌باشد^(۵۰) که یافته‌های آن‌ها با مطالعه العربی^(۵۱) و Suwalieh^(۵۲) در رابطه با بیماران تحت همودیالیز همسو بود. از جمله دلایل این اختلاف می‌تواند ناشی از گروه هدف متفاوت با مطالعه حاضر باشد. همسو با این یافته، Haviland و همکاران در مطالعه‌ای بروی ۸۷۱ نفر از بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال در انگلستان نشان داد، ۲۹ درصد از بیماران حمایت اجتماعی درک شده پایینی داشتند که از این میزان ۸ درصد کاهش قابل ملاحظه ای از نظر حمایت اجتماعی درک شده در طی دو سال از زمان تشخیص بیماری نشان دادند^(۲۷). یافته‌های مطالعه‌ای دیگر در کره بروی بیماران مبتلا به انواع مختلفی از سرطان‌ها نیز نشان داد، سطح حمایت اجتماعی درک شده در بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال پایین‌تر از سایر انواع سرطان‌ها بود^(۲۴). یافته‌های مطالعه‌ای دیگر در چین بروی ۲۷۷ نفر از بازماندگان از سرطان کولورکتال نشان داد، تا شش ماه پس از تعبیه استومی حمایت اجتماعی این بیماران کاهش قابل ملاحظه‌ای داشت^(۵۳).

در تبیین این یافته می‌توان چنین استنباط نمود که، بار مراقبتی طولانی مدت و انتظار بهبودی سریع بیماران متعاقب درمان این بیماران و تعبیه استوما ممکن است است موجب کاهش حمایت‌های فراهم شده از جانب خانواده و شخص مورد علاقه این بیماران (همسر یا فرزندان) و در نهایت کاهش حمایت اجتماعی درک شده شود.

در مقایسه میانگین نمره عزت نفس بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی، نتایج نشان داد عزت نفس در افراد متأهل به طور معنی داری بالاتر از افراد مجرد و مطلقه بود. این یافته بر خلاف یافته قدوسی و همکاران در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز^(۴۷) و نتایج Gortmaker و همکاران در بالغین دچار افزایش وزن

انجمن مولتیپل اسکلروز شهر تهران در سطح متوسط قرار دارد^(۴۲). در همین راستا نوغانی و همکاران نیز در مطالعه‌ای بر روی بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بخش‌های انکولوژی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر تهران نشان دادند که عزت نفس بیماران در سطح متوسطی قرار دارد^(۴۳). در تبیین این یافته می‌توان چنین استنباط نمود که تعبیه استومی برای بیماران مبتلا به سرطان‌های کولورکتال با مجموعه‌ای از عوامل بیولوژیک، ظاهری و روانی همراه است که می‌تواند بر عزت نفس تأثیرگذار باشد. از طرفی، تعبیه استومی در بیماران مبتلا به سرطان‌های کولورکتال، بر جذابیت جسمی و ظاهری بیماران تأثیر بسزایی می‌گذارد و موجب ایجاد احساس بی ارزشی، ناامیدی، پایین بودن اعتماد به نفس و به دنبال آن کاهش عزت نفس در این بیماران می‌شود. همچنین، بر طبق تئوری انگ، افراد جامعه در اولین مواجهه با افراد دارای ناتوانی‌های جسمی از جمله وجود استومی بلافاصله از صفات منفی این بیماران آگاه شده و بدین طریق صفات دیگری را بر اساس صفات اولیه منفی به فرد ناتوان نسبت می‌دهند. از جمله این صفات می‌توان به نداشتن جذابیت بدنی اشاره نمود. در این صورت عزت نفس فرد ناتوان تغییر کرده و به صورت منفی برداشت می‌شود که می‌تواند موجب کاهش عزت نفس در این بیماران شود^(۴۴) طبق نظر Pearlman نیز، واکنش در برابر تغییرات جسمی که جذابیت جسمی و جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهد بر عزت نفس و ارزش گذاری به بدن تأثیر گذار است^(۴۵).

در ارتباط با متغیر حمایت اجتماعی درک شده، یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره حمایت اجتماعی درک شده بیماران نیز در سطح متوسط قرار دارد. همسو با این یافته، DiMatteo و همکاران^(۴۶)، قدوسی و همکاران^(۴۷)، Sellick و Yan^(۴۸) نشان دادند، اغلب بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از سطح اجتماعی متوسط برخوردار هستند. با این حال، Sammarco نیز در مطالعه‌ای که روی بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام داد

حیدری و همکاران^(۶۲) و همچنین Chan و همکاران در بیماران مبتلا به سرطان با این یافته پژوهشگر متفاوت می باشد^(۶۳). از جمله دلایل این ناهم سویی می تواند به گروه هدف متفاوت و ابزار متفاوت بررسی حمایت اجتماعی درک شده باشد. در مطالعه حاضر حمایت اجتماعی درک شده در افرادی که ۴-۲ سال از مدت تشخیص بیماری آن ها می گذشت نسبت به بقیه افراد حمایت اجتماعی بالاتری را درک کرد. یافته های مطالعه حیدری و همکاران در بیماران مبتلا به سرطان^(۶۲) و یافته های مطالعه رامبد و همکاران^(۶۰) در بیماران تحت همودیا لیز نیز تأیید کننده نتایج مطالعه حاضر می باشند.

از آن جایی که حمایت اجتماعی درک شده بر میزان عزت نفس بیماران نقش به سزایی دارد، توصیه می شود که پرستاران با شناسایی گروه های پر خطر از نظر دریافت و درک حمایت اجتماعی، پیوسته نیازهای حمایتی بیماران را بررسی کرده و با ارتقاء سطح بهداشت روانی و پیوند دادن بیماران با اجتماع، خانواده ها و گروه های دوستان سعی در افزایش عزت نفس بیماران داشته باشند. با توجه به مشاهده ارتباط ضعیف اما معنی دار بین متغیرهای مورد مطالعه پیشنهاد می شود در مطالعات آتی سایر عوامل تأثیر گذار احتمالی بر میزان عزت نفس بیماران دارای استومی نیز مورد مطالعه قرار گرفته و جهت بررسی وجود ارتباط از مدل های پیش گویی کننده استفاده شود تا بتوان با اطمینان بیشتری نتایج را گزارش نمود. پیشنهاد می شود پژوهش های مشابه در بیماران مبتلا به سایر بیماری های مزمن و یا در زمینه عوامل تأثیر گذار بر این دو متغیر انجام گیرد. همچنین برای درک و شناخت دقیق تر این دو متغیر در جامعه بیماران دارای استومی ایران، پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی، مطالعات با رویکرد کیفی در این زمینه صورت گیرد.

از محدودیت های پژوهش می توان به دشواری پرسش از بیماران دارای استومی جهت تکمیل ابزارهای پژوهش اشاره نمود که برای کسب اطلاعات در برخی موارد زمان زیادی صرف تکمیل ابزارها می گردید.

بود^(۶۴). از جمله دلایل این اختلاف می تواند ناشی از جامعه پژوهش متفاوت باشد. با این حال، McNulty و Meltzer در مطالعه ای که پیرامون بررسی تصویر ذهنی از بدن و رضایت از تأهل انجام دادند، دریافتند که ارزش گذاری به بدن در افراد متأهل بالاتر از افراد مجرد بود^(۳۹). در تبیین این یافته، روانشناسان معتقدند، نقش های پذیرفته شده اجتماعی به عنوان یکی از اجزای عزت نفس می باشد؛ به طوری که تغییر در ایفای نقش افراد به دنبال فوت همسر یا ازدواج نکردن می تواند سبب تغییر در میزان عزت نفس بیماران شود^(۶۵). Staurt نیز اظهار می دارد، یکی از اجزای عزت نفس، پذیرش نقش های اجتماعی است و محدودیت در پذیرش نقش های اجتماعی می تواند موجب کاهش عزت نفس شود و بالعکس پیوند افراد در خانواده و رابطه عاطفی با همسر می تواند موجبات امنیت خاطر و عزت نفس مطلوب در فرد شود^(۶۶).

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد عزت نفس در افراد با تحصیلات کارشناس ارشد، بیشتر از سایر مقاطع تحصیلی بود. این یافته همسو با نتایج مطالعه شریفی نیستانک و همکاران در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز بود^(۶۷). در این راستا پژوهش ها نشان داده اند، از آنجایی که تحصیلات می تواند موجب آگاهی بیشتر، تغییر در افکار، عقاید، ارزش ها و شیوه تفکر در مورد بیماری گردد بر میزان عزت نفس مؤثر خواهد بود^(۵۸،۵۹).

از نظر میانگین نمره حمایت اجتماعی درک شده بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی، نتایج نشان داد، حمایت اجتماعی درک شده در افراد دارای سطح تحصیلات کارشناس ارشد و کارشناس بالاتر از سایر مقاطع تحصیلی بود. Lopez و همکاران در مکزیک نیز در مطالعه ای که در مورد بررسی تأثیر نقش فرهنگ و حمایت اجتماعی درک شده بر میزان تحصیلات دانشگاهی انجام دادند، نتیجه مطالعه حاضر را تأیید کردند^(۶۰). یافته های حاصل از مطالعه حاضر منطبق بر نتایج به دست آمده از مطالعه Ghaiث در لبنان است^(۶۱). در حالی که نتایج مطالعات

معاونت پژوهشی صورت گرفته است. بدین وسیله محققان مراتب قدردانی و سپاس خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان و بیمارانی که در اجرای این پژوهش ما را یاری رساندند، اعلام می نمایند.

تضاد منافع: نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی را گزارش نکرده‌اند.

تقدیر و تشکر

این مقاله، برگرفته از طرح تحقیقاتی به شماره ۹۴۱۱۴ دانشگاه علوم پزشکی کاشان می‌باشد که با حمایت مالی

References

1. Burch J. Caring for peristomal skin: what every nurse should know. *Br J Nurs*. 2010;19(3):166-72.
2. Rafii F, Naseh L, Yadegary MA. Relationship between Self-efficacy and Quality of Life in Ostomates. *Iran Journal of Nursing*. 2012;25(76):64-76. [Persian]
3. Ramirez M, McMullen C, Grant M, Altschuler A, Hornbrook MC, Krouse RS. Figuring out sex in a reconfigured body: experiences of female colorectal cancer survivors with ostomies. *Women & health*. 2010;49(8):608-24.
4. Afshar M, Jenabi-Aghdas MJ, Elahian E, Masoudi-Alavi N. Assessment relationship between Body-esteem and perceived social support in patients with ostomy in the Iranian Ostomy Association. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*. 2019;5(4):9-16. [Persian]
5. Ang SG, Chen HC, Siah RJ, He HG, Klainin-Yobas P. Stressors relating to patient psychological health following stoma surgery: an integrated literature review. *InOncol nurs forum* 2013;40(6):587-94.
6. Pinquart M. Self-esteem of children and adolescents with chronic illness: a meta-analysis. *Child: care, health and development*. 2013;39(2):153-61.
7. Poorgholami F, Javadpour S, Saadatmand V, Jahromi MK. Effectiveness of self-care education on the enhancement of the self-esteem of patients undergoing hemodialysis. *Global Journal of Health Science*. 2016;8(2):132. [Persian]
8. Kimura CA, Kamada I, Guilhem D, Monteiro PS. Quality of life analysis in ostomized colorectal cancer patients. *Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro)*. 2013;33(4):216-21.
9. da Silva GM, Hull T, Roberts PL, Ruiz DE, Wexner SD, Weiss EG, Nogueras JJ, Daniel N, Bast J, Hammel J, Sands D. The effect of colorectal surgery in female sexual function, body image, self-esteem and general health: a prospective study. *Annals of surgery*. 2008;248(2):266-72.
10. Wu HK, Chau JP, Twinn S. Self-efficacy and quality of life among stoma patients in Hong Kong. *Cancer nursing*. 2007;30(3):186-93.
11. Gillibrand R, Stevenson J. The extended health belief model applied to the experience of diabetes in young people. *Br J Health Psychol*. 2006;11(1):155-69.
12. Yang Y. How does functional disability affect depressive symptoms in late life? The role of perceived social support and psychological resources. *J Health Social Behav*. 2006;47(4):355-72.
13. Liang TP, Ho YT, Li YW, Turban E. What drives social commerce: The role of social support and relationship quality. *Int J Electr Comm*. 2011;16(2):69-90.
14. Patel SS, Peterson RA, Kimmel PL, editors. Psychosocial factors in patients with chronic kidney disease: The impact of social support on end-stage renal disease. *Seminars in dialysis*; 2005: Wiley Online Library.
15. Honda K, Kagawa-Singer M. Cognitive mediators linking social support networks to colorectal cancer screening adherence. *J Behav Medic*. 2006;29(5):449-60.
16. Leyk M, Ksiazek J, Habel A, Dobosz M, Kruk A, Terech S. The influence of social support from the family on health related-quality of life in persons with a colostomy. *J Wound Ostomy Contin Nurs*. 2014;41(6):581-8.
17. Shieh SC, Tung HS, Liang SY. Social support as influencing primary family caregiver burden in Taiwanese patients with colorectal cancer. *J Nurs Scholarship*. 2012;44(3):223-31.
18. Sun V, Grant M, McMullen CK, Altschuler A, Mohler MJ, Hornbrook MC, Herrinton LJ, Baldwin CM, Krouse RS. Surviving colorectal cancer: long-term, persistent ostomy-specific concerns and

- adaptations. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society/WOCN*. 2013;40(1):61.
19. HU AL, Zhang MF, Zhang JE, Chen MX, Chen HL, Zhang X. The status and related factors of adjustment in colostomy patients [J]. *Chinese Journal of Nursing*. 2010;2.
 20. Simoni JM, Frick PA, Huang B. A longitudinal evaluation of a social support model of medication adherence among HIV-positive men and women on antiretroviral therapy. *Health psychology*. 2006;25(1):74.
 21. Zhao J, Wang Y, Kong F. Exploring the mediation effect of social support and self-esteem on the relationship between humor style and life satisfaction in Chinese college students. *Person Individ Differ*. 2014;64:126-30.
 22. Ghodusi M, Heidari M. The relationship between body image and self-esteem among multiple sclerosis patients. *Journal of the Research & Health*. 2014;4 (3): 811-7. [Persian]
 23. Kong F, Ding K, Zhao J. The relationships among gratitude, self-esteem, social support and life satisfaction among undergraduate students. *J Happ Stud*. 2015;16(2):477-89.
 24. Eom CS, Shin DW, Kim SY, Yang HK, Jo HS, Kweon SS, Kang YS, Kim JH, Cho BL, Park JH. Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: results from a nationwide, multicenter survey in South Korea. *Psycho-Oncology*. 2013;22(6):1283-90.
 25. Costa AL, Heitkemper MM, Alencar GP, Damiani LP, da Silva RM, Jarrett ME. Social support is a predictor of lower stress and higher quality of life and resilience in Brazilian patients with colorectal cancer. *Cancer nursing*. 2017;40(5):352-60.
 26. Shaheen Al Ahwal M, Al Zaben F, Khalifa DA, Sehlo MG, Ahmad RG, Koenig HG. Depression in patients with colorectal cancer in Saudi Arabia. *Psycho-oncology*. 2015;24(9):1043-50.
 27. Haviland J, Sodergren S, Calman L, Corner J, Din A, Fenlon D, Grimmett C, Richardson A, Smith PW, Winter J, members of Study Advisory Committee. Social support following diagnosis and treatment for colorectal cancer and associations with health-related quality of life: Results from the UK ColoRECTal Wellbeing (CREW) cohort study. *Psycho-oncology*. 2017;26(12):2276-84.
 28. Ghodusi M, Heidari M. Evaluation body esteems and related factors in patients with Multiple Sclerosis. *J Res Behave Sci*. 2013;11:1-13. [Persian]
 29. Martín-Albo J. The Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and validation in university students. *Span J Psychol*. 2007;10(2):458-67.
 30. Rosenberg M. Rosenberg self-esteem scale (RSE). Acceptance and commitment therapy. *Measures package*. 1965;61(52):18.
 31. Greenberger E, Chen C, Dmitrieva J, Farruggia SP. Item-wording and the dimensionality of the Rosenberg Self-Esteem Scale: Do they matter?. *Person Individ Differ*. 2003;35(6):1241-54.
 32. Heidari M, Ghodusi M, Shahbazi S. Correlation between body esteem and hope in patients with breast cancer after mastectomy. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2015;4. [Persian]
 33. Shapurian R, Hojat M, Nayerahmadi H. Psychometric characteristics and dimensionality of a Persian version of Rosenberg Self-esteem Scale. *Percept Motor Skills*. 1987;65(1):27-34.
 34. Ikiz FE, Cakar FS. Perceived social support and self-esteem in adolescence. *Proced-Soc Behav Sci*. 2010;5:2338-42.
 35. Tahir WB, Inam A, Raana T. Relationship between social support and self-esteem of adolescent girls. *IOSR Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS)*. 2015;20(2):42-6.
 36. Purazizi S, Shirvani M, Shahbazi S, Heidari M, Ghodusi Borujeni M. Evaluation of relationship self esteem with perceived social support in patients with Multiple Sclerosis. *Arch Des Sci*. 2013;66(2). [Persian]
 37. Cash TF. Cognitive-behavioral perspectives on body image. *Encyclopedia of body image and human appearance: Elsevier*. 2012:334-42.
 38. Russell D, Taylor J. Living alone and depressive symptoms: the influence of gender, physical disability, and social support among Hispanic and non-Hispanic older adults. *J Gerontol Ser B: Psycholog Sci Social Sci*. 2009;64(1):95-104.
 39. Meltzer AL, McNulty JK. Body image and marital satisfaction: Evidence for the mediating role of sexual frequency and sexual satisfaction. *J Fam Psychol*. 2010;24(2):156.
 40. Gozuyesil E, Taylan S, Manav AI, Akil Y. The evaluation of self-esteem and sexual satisfaction of patients with bowel stoma in Turkey. *Sexual Disabil*. 2017;35(2):157-69.

41. Salomé GM, Almeida SA, Silveira MM. Quality of life and self-esteem of patients with intestinal stoma. *J Coloproctol (Rio de Janeiro)*. 2014;34(4):231-9.
42. Ghodusi Burojeni M, Heidari M, Neyestanak S, Shahbazi S. Correlation of perceived social support and some of the demographic factors in patients with Multiple Sclerosis. *Journal of Health Promotion Management*. 2013;2(1):24-31. [Persian]
43. Noughani F, Monjamed Z, Bohrani N, GHODRATI JV. The comparison of self-esteem between male and female cancer patients. *Hayat*. 2006;12(2):33-41. [Persian]
44. Antle BJ. Factors associated with self-worth in young people with physical disabilities. *Health & Social Work*. 2004;29(3):167-75.
45. Pearlman SF. Late mid-life astonishment: Disruptions to identity and self-esteem. *Women & Therapy*. 1993;14(1-2):1-12.
46. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health psychology*. 2004;23(2):207.
47. Ghodusi Burojeni M, Heidari M, Neyestanak S, Shahbazi S. Correlation of perceived social support and some of the demographic factors in patients with Multiple Sclerosis. *Journal of Health Promotion Management*. 2013;2(1):24-31. [Persian]
48. Yan H, Sellick K. Symptoms, psychological distress, social support, and quality of life of Chinese patients newly diagnosed with gastrointestinal cancer. *Cancer nursing*. 2004;27(5):389-99.
49. Sammarco A. Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors. *Cancer Nursing*. 2001;24(3):212-9.
50. Rambod M, Rafii F. Perceived social support in hemodialysis patients. *Iran Journal of Nursing*. 2009;22(58):99-110. [Persian].
51. Al-Arabi SA. Social support, coping methods and quality of life in hemodialysis patients. 2004.
52. Suwaileh MA. The relationships among social support, coping methods, and quality of life in adult Bahraini clients on maintenance hemodialysis. 1997.
53. Chen HO, Tian JL, Cai LI, Zeng BQ, Shaojun Z, Tian XB, Zeng EQ. The Temporal Decline of Social Support among Colorectal Can-cer Survivors: First Year Prospective Study. *Iranian journal of public health*. 2016;45(10):1367-8. [Persian].
54. Gortmaker SL, Must A, Perrin JM, Sobol AM, Dietz WH. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *New England journal of medicine*. 1993;329(14):1008-12.
55. Mendes MF, Tilbery CP, Balsimelli S, Moreira MA, Barão-Cruz AM. Depression in relapsing-remitting multiple sclerosis. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*. 2003;61(3A):591-5.
56. Stuart GW, Sundeen SJ. Pocket guide to psychiatric nursing: Mosby; 1998.
57. Neyestanak S, Heydari M, Hoseini AF, Ghodusi Borujeni M, Seyedfatemi N. Self esteem and its associated factors in patients with multiple sclerosis. *Iran Journal of Nursing*. 2012;25(78)14-22. [Persian]
58. Fraser C, MSCN MK, editors. The relationship between self-efficacy, self-esteem, hope, and disability in individuals with multiple sclerosis. 16th International Nursing Research Congress Hawaii, USA; 2005.
59. McCabe MP. Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *J Psychosom Res*. 2005;59(3):161-6.
60. López EJ, Ehly S, García-Vásquez E. Acculturation, social support and academic achievement of Mexican and Mexican American high school students: An exploratory study. *Psychology in the Schools*. 2002;39(3):245-57.
61. Ghaith GM. The relationship between cooperative learning, perception of social support, and academic achievement. *System*. 2002;30(3):263-73.
62. Heydari S, Salahshourian-fard A, Rafii F, Hoseini F. Correlation of perceived social support from different supportive sources and the size of social network with quality of life in cancer patients. *Iran Journal of Nursing*. 2009;22(61):8-18. [Persian]
63. Chan CW, Molassiotis A, Yam BM, Chan SJ, Lam CS. Traveling through the Cancer Trajectory: Social Support perceived by Women with Gynecological Cancer in Hong Kong. *Cancer Nursing*. 2001;24(5):387-94.