

ENFERMERIA

Apoyo Social en Adultos Puertorriqueños con Diagnóstico de Cáncer

MARÍA VIGO RN, MSN; MARÍA ROSA CARN, DRPH, PhD

Esta investigación presenta un estudio descriptivo que pretendió explorar el apoyo social percibido entre adultos puertorriqueños entre las edades de 50-64 años de edad con diagnóstico de cáncer. Una muestra (n=50) con diferentes tipos de cáncer recibiendo tratamiento de radioterapia fueron entrevistados en el Hospital Oncológico del Recinto de Ciencias Médicas de Río Piedras. El Cuestionario para Apoyo Social de Norbeck (NSSQ) fue utilizado para este propósito. El rango fue distribuido equitativamente por género (50% hombres, 50% mujeres) del cual 62% (n=31) estaba casado y 72% (n=36) vivía en el área metropolitana. La media de escolaridad fue de 12 años en un rango que fluctuó entre 0-19 años. En el área de empleo, 44.9% (n=22) estaba desempleado. En la escala de apoyo social, el hallazgo más significativo fue provisto por la familia y parientes con un 88% de la muestra quien también reportó una percepción moderada de apoyo. El apoyo social ofrecido por los esposos(as) (62%) y amigos (34%) fueron reportados en segundo y tercer lugar respectivamente entre las redes más relevantes. Los sujetos percibieron un sentimiento moderado de amor, respeto y admiración por parte de las redes de apoyo social. La confianza experimentada hacia las redes de apoyo social también obtuvo una percepción moderada. En relación a "¿cuán de acuerdo está la persona con sus acciones o modo de pensar?" se obtuvo un promedio de 22.72 puntos (sd=13.68). Esto sugiere que los sujetos están moderadamente de acuerdo con las acciones y modos de pensar de la red. Los sujetos reportaron que el nivel de

ayuda percibida por parte de sus redes de apoyo obtuvo un promedio de 21.92 puntos (sd=12.75) lo que significa una percepción de apoyo moderada. El tiempo promedio de conocer la red fue más de cinco años, mientras que la frecuencia de contacto fluctuó entre semanal y diario. De los sujetos entrevistados, 68% (n=34) no había perdido una red de apoyo importante para ellos. Cuando se describe la cantidad de apoyo percibido de la red, el indicador "un poco" obtiene el promedio más elevado de 72%.

En conclusión, la familia y parientes fueron la principal fuente de apoyo. Sin embargo, de acuerdo a los porcentajes obtenidos, los sujetos percibieron un apoyo moderado. Esta investigación también demostró que los profesionales de la salud no son considerados como una fuente de apoyo significativa. Se sugiere que se examine el rol de los profesionales de la salud como una fuente de apoyo sustituta y motivar la creación de estrategias de cuidado basadas en diferentes dimensiones de apoyo (i.e. funcional, tangible, propiedades de las redes, cantidad de redes, duración, y frecuencia). También se recomienda desarrollar instrumentos que puedan estimar la cantidad y calidad de apoyo experimentado por los pacientes en todos los escenarios de salud. Finalmente, se deben realizar esfuerzos en término de política pública para mejorar la extensión y calidad de las redes de apoyo para los pacientes.

Palabras clave: Apoyo social, Redes de apoyo, Percepción de apoyo, Pacientes con cáncer.

El concepto de apoyo social ha recibido gran atención en las ciencias sociales y de conducta, al igual que su relación en la promoción y mantenimiento de la salud (1). Uno de los temas más discutidos es el rol que desempeña el ambiente que rodea al ser humano y su efecto en la salud y sus diversas respuestas a los estresores de la vida. Se ha evidenciado

que aquellas personas que pertenecen a una red de apoyo son capaces de ofrecer servicios a otros que se encuentran en situaciones similares (2). De igual manera, se sabe que existen una serie de condiciones que se asocian a las etapas de crecimiento y desarrollo de los individuos. También se ha observado que esta población en particular ha aumentado considerablemente desde comienzos de siglo y es la tendencia que se espera par el 2050.

De acuerdo a Angier (3), el crecimiento poblacional en Estados Unidos obtuvo un aumento de 30% en los últimos 35 años y este segmento en particular aumentó un 232% en ese mismo período. De acuerdo a los datos censales de Puerto Rico, en 1990 este grupo constituía el 13.2% de la

De la Escuela de Enfermería, Departamento de Estudios Graduados y Subgraduados, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas, Río Piedras, Puerto Rico.

Dirigir correspondencia a: María Vigo, RN, MSN, Calle Hortensia 2M-40, Lomas Verdes, Bayamón, Puerto Rico 00956

población comparado con un 6.1% en el 1959. Estas tendencias se relacionan claramente con el descenso en la tasa de natalidad y mejores condiciones de salud, lo que ha llevado a la política pública mundial a prestarle atención especial a este segmento poblacional. De igual manera se ha experimentado el compromiso de las agencias públicas y privadas en la satisfacción de las necesidades del adulto a través de las distintas redes de apoyo (4).

En este estudio en particular, el apoyo fue examinado en adultos con diagnóstico de cáncer. El cáncer es la segunda causa de mortalidad en los Estados Unidos luego de las condiciones cardíacas. Para 1995 existían más de siete millones de personas con historial de cáncer de las cuales 5 millones sobrevivieron por más de cinco años (5). Para ese mismo año, en Puerto Rico el cáncer era la segunda causa de muerte y en la actualidad continúa siéndolo.

Uno de cada tres individuos será diagnosticado con cáncer en algún momento de su vida. Esto ocurrirá en proporciones similares tanto en raza blanca como en la raza negra y con estándares sociales y económicos similares. Estos datos surgen luego de que por más de cinco décadas investigadores estudiaron la relación entre el cáncer y el desarrollo de los factores sicosociales como el afecto y el estilo de adaptación. De acuerdo a Ell et al (6), se ha encontrado una relación significativa entre las características sociales y una supervivencia más extensa. Esto trae la necesidad de entender los mecanismos de adaptación por los cuales atraviesan los pacientes de cáncer, en particular las redes de apoyo.

Se ha evidenciado los efectos del aspecto sicosocial positivo hacia la salud y el bienestar que experimentan las personas (7-9). De igual manera autores como Hinds y Moyer (10), y Samarell y Fawcett (11), han investigado las estructuras sociales y de funcionamiento existentes entre las diferentes relaciones de redes de apoyo. Los resultados obtenidos respaldan la asistencia a clientes mediante redes de apoyo a través de su enfermedad y tratamiento. Esto implica que dentro de ese cuidado, el apoyo social es una intervención específica, ya que irá dirigido a una necesidad en particular (12-14).

El énfasis en la investigación no sólo busca la metodología, sino también su descripción y aplicación individualizada de acuerdo a la situación o condición. Dentro del área de la salud existe una dinámica continua y cambiante, por tal razón es imposible mantener aisladas las implicaciones que posee el aspecto del apoyo social sobre el proceso de recuperación (15). La integración en una red social y la habilidad para obtener recursos de la misma, ha mostrado tener una acción protectora hacia la salud y en la promoción del proceso de recuperación (16). Esta acción puede estar relacionada a la fase en que se encuentra la enfermedad. Durante la etapa de diagnóstico,

sera necesaria una forma de apoyo informado para aclarar dudas, el apoyo tangible, durante la hospitalización y el apoyo emocional en la etapa terminal. La literatura sostiene que el apoyo social puede ser percibido como una transacción interpersonal que puede incluir expresiones de afecto positivo, afirmaciones de una conducta, o el ofrecer ayuda material o simbólica entre dos partes (6,8). Estará compuesto tanto por las personas que provean el apoyo como de aquellos que lo esperan.

Otros como Cobb (20) ven el apoyo como aquella información que lleva a la persona a creer que es amado, estimado y que forma parte de una red de obligaciones mutuas. Norbeck et al.(8), también establece que un simple contacto o presencia de otra persona durante experiencias estresantes pueden describir el apoyo. Lo común en estas descripciones, es el hecho de que el apoyo social crea un impacto en los sentimientos y autoestima creando un ambiente positivo hacia la recuperación de la salud (21).

Según Bloom (16), la integración en una red social y la habilidad para obtener recursos de la misma, ha mostrado tener una acción protectora hacia la salud y la promoción del proceso de recuperación. Por otro lado, estudios como el de Samarell y Fawcett (11), y Mor et al (22) sugieren que ciertos tipos de apoyo no sean tan efectivos en ciertas situaciones específicas. Por tal razón es importante utilizar un buen estimado que permita identificar el estímulo afectado. El conocer el impacto, las limitaciones y el mecanismo del apoyo social ayudará a realizar un mejor estimado sicosocial que a su vez llevará a realizar acercamientos más acertados (15).

En el caso de pacientes con diagnóstico de cáncer, el apoyo social se ha relacionado positivamente en el proceso de adaptación al diagnóstico, tratamiento y supervivencia. Mediante diversas investigaciones en pacientes con diagnóstico de cáncer y su relación con el apoyo (6,12,13,17), se ha demostrado que las dimensiones psicológicas se relacionan con el apoyo social percibido. La adecuación del apoyo emocional, la prontitud y la interacción experimentada predijeron significativamente la supervivencia entre los pacientes con cáncer localizado. Mientras que la fase de la enfermedad predijo la supervivencia entre pacientes con la enfermedad más avanzada. Samarell y Fawcett (11) también han establecido que los pacientes con cáncer se benefician del contacto con otros pacientes a través del apoyo social, disminuyendo síntomas y emociones estresantes mediante técnicas de comunicación y relajación.

Toda esta dinámica conlleva un proceso de adaptación, donde la persona desarrolle respuestas adaptativas de acuerdo a sus mecanismos de afrontamiento. De acuerdo al modelo de Roy (18), una interrelación de conceptos puede ayudar a clarificar distintas situaciones de salud,

ya que este no se limita a condiciones, edades, grupos o escenarios en particular. Según Molassiotis (19), todo conocimiento desarrolla opciones clínicas que ayudan a mejorar los servicios de salud. Es un reto para las agencias de salud mantener un equilibrio ante la dinámica constante de la sociedad y sus implicaciones. En pacientes con cáncer, la meta es la de poner en práctica unos acercamientos que ayuden a mantener una calidad de vida óptima a través del desarrollo de su condición. Este estudio ampliará conocimientos sobre la dinámica social del paciente con cáncer y la práctica clínica. También servirá como marco de referencia en la identificación de redes de apoyo en esta población en particular, proveyendo base para la toma de decisiones.

Metodología

La investigación consistió de un estudio descriptivo cuantitativo cuyo objetivo fue medir el apoyo percibido en pacientes adultos puertorriqueños de 50-64 años con diagnóstico de cáncer. La muestra no probabilística por disponibilidad consistió de 50 pacientes con distintos tipos de cáncer recibiendo radioterapia en el Hospital Oncológico del Centro Médico de Río Piedras, Dr. Isaac González Martínez. La totalidad de la muestra (100%) fue contactada de acuerdo al censo diario y a las características requeridas. Se incluyeron participantes de ambos géneros, 50% femeninas y 50% masculinos, recibiendo tratamiento de radioterapia entre el mes de abril de 2000.

Se utilizó el Cuestionario para Medir Apoyo Social de Norbeck (NSSQ) creado en el 1981. Dicho cuestionario mide el apoyo percibido a través de múltiples componentes de acuerdo a propiedades funcionales (emocional, tangible), propiedades de redes de apoyo (estabilidad, frecuencia de contactos) y pérdidas recientes. Ha sido probado para validez de contenido y constructo* por Norbeck et al (8) y revisado en el 1995. Cada cuestionario puede ser cuantificado matemáticamente directamente del cuestionario o transfiriéndose a una página para los resultados o a través del programa Windows SPSS. El mismo fue traducido al español por el Departamento de Traducción de la Universidad de Puerto Rico. Fue sometido para validez de constructo a un panel de profesionales en el área sicosocial y se realizó un estudio piloto con diez personas que no tomaron parte en la investigación. Este estudio piloto mostró que los participantes no presentaron dificultad para contestar las preguntas del cuestionario y cada contestación estaba directamente relacionada a lo que se solicitaba en la misma. El tiempo aproximado para contestar el mismo fue de quince minutos.

* Término utilizado por la Dra. Norbeck

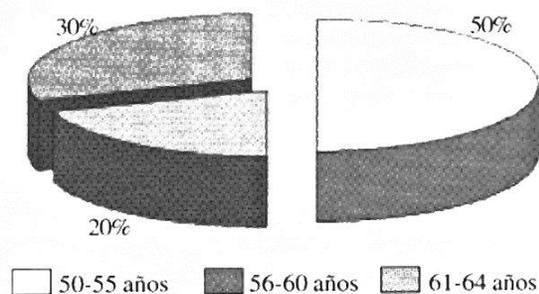
El consentimiento informado utilizado en el estudio fue aprobado por el Comité de Derechos Humanos del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico. Una vez discutido y firmado el consentimiento, la investigadora administró individualmente el cuestionario. El mismo consistió de nueve preguntas cuyas contestaciones están visualmente alineadas con la lista de redes personales (8); la duración aproximada fue de unos 20 minutos.

Resultados

El análisis de los datos fue realizado mediante el programa Windows SPSS. Las medidas de tendencia central utilizadas fueron la media y la desviación estándar. Los datos demográficos fueron analizados por distribución de frecuencias (df) y por ciento (p).

El 100% de la muestra (n=50) seleccionada completó el cuestionario para Apoyo Social de Norbeck. De acuerdo a los datos recopilados, se encontró que el 50% (n=25) de los participantes eran del sexo femenino, mientras que el restante 50% (n=25) fue del sexo masculino. Según la edad requerida para este estudio, la mayoría de la muestra se encontraba entre los 50 a 55 años de edad (Figura 1).

Figura 1. Distribución Porcentual de la Edad de los Participantes



En cuanto al estado civil se encontró que al momento del estudio, la mayoría de los participantes se encontraba casado (Figura 2).

El 72% (n=36) de los participantes residía en el área metropolitana mientras que el restante 28% (n=14) residía fuera del área metropolitana. La mediana de escolaridad fue de 12 años con un rango que fluctuó desde ningún grado hasta 19 años de estudio y el 44.9% (n=22) se encontraba desempleado. Para la variable de estudio el total de personas en su red fluctuó desde uno hasta quince personas, donde la mayoría de redes identificadas estuvieron compuestas por familiares o parientes (Figura 3).

Figura 2. Distribución de Frecuencia y por ciento del Estado Civil del Participante

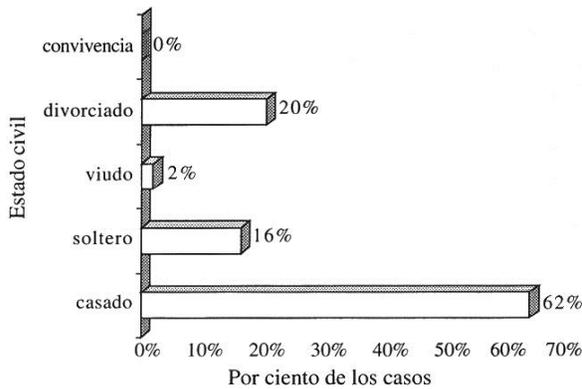
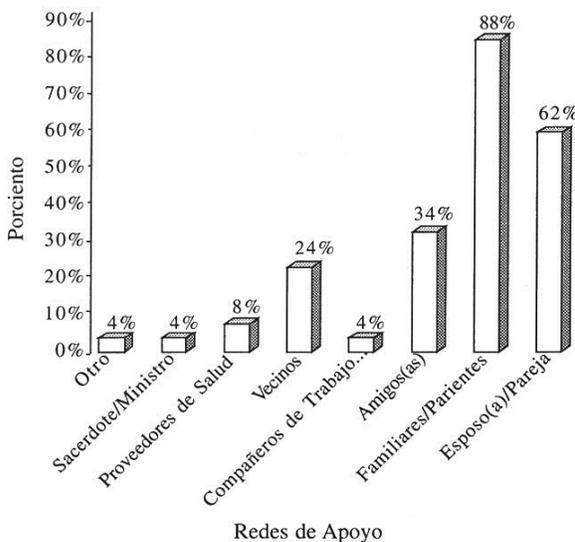


Figura 3. Distribución Porcentual de Tipo de Redes de Apoyo



Al examinar las puntuaciones obtenidas en los renglones de sentimientos de aprecio, cantidad de confianza en la red, acciones o modos de pensar de la red y el nivel de ayuda percibida se obtuvieron puntuaciones promedio lo cual evidenciaba una percepción moderada. Por otro lado, se encontró que sólo el 32% (n=16) había perdido una red de apoyo. El tiempo promedio de conocer las redes de apoyo incluidas obtuvo un promedio de cinco años y la frecuencia de contacto fluctuó entre semanal y diaria, con una cantidad limitada que contestó mensual o anual.

Por último, de acuerdo a la variable bajo estudio, el apoyo percibido de las redes de apoyo también obtuvo un promedio general moderado donde el indicador “poca

cantidad” obtuvo un 72% (n=36), seguido por “mucha cantidad” con un 22% (n=11), “cantidad moderada” con un 4% (n=2) y “bastante cantidad” con un 2% (n=1).

Discusión

El marco teórico utilizado fue el de adaptación de Callista Roy (18). A través del mismo y con ayuda del instrumento utilizado, se observó cómo el proceso de interdependencia forma parte importante durante momentos de necesidad. Los participantes mostraron haber experimentado necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales.

Entre los hallazgos se encontró que las redes de apoyo de los participantes provenían en su mayoría por familiares o parientes. Estos hallazgos coinciden con estudios similares realizados, donde el cónyuge o pareja obtuvo un segundo lugar, mostrando que la cultura puertorriqueña aún se apoya en la seguridad de la familia inmediata (17).

En términos generales, se obtuvo una percepción moderada del apoyo entre los participantes. Existe la posibilidad de que la relación prolongada y comunicación con sus redes influyera en el significado de estas. De igual manera, que percibieran como pérdidas sólo a aquellos considerados como muy cercanos, lo que coincide con las redes identificadas como más significativas (Figura 1). Otra posibilidad pudo ser el hecho de que no todas las acciones provenientes de las redes son consideradas como altamente significativas y más aún si provienen de redes internas. Estas acciones en particular pueden haberse considerado de esta manera por ser algo que se espera de familiares o parientes cercanos. Sin embargo, Dakof y Taylor (23) indican que las acciones específicas que pueden ser vistas como de ayuda son experimentadas más entre amigos y conocidos, lo que sí coincide con las redes escogidas por los participantes. Se observó que los participantes no estuvieron conscientes de su fuente de apoyo hasta el momento de la entrevista, lo que podría haber limitado la percepción real de su sistema de apoyo social. A los participantes les tomó más tiempo nombrar a las personas que representaban una fuente de apoyo significativa.

Estos hallazgos llevan a pensar que el proceso de adaptación de los participantes se encuentra limitado debido a esta percepción, la cual a su vez se encuentra limitada de sistemas de apoyo. Dentro de esta situación se desprende el hecho de que el equipo de salud no es visto como un recurso de apoyo. Norbeck (24) señala que el equipo de salud debe ser visto como un recurso de apoyo sustituto en los momentos en que el sistema de apoyo necesita ser mejorado.

Al examinar variables como el nivel de ayuda, el sentimiento de respeto percibido y cuánta ayuda recibiría

si estuviera en cama por varias semanas, también nos trae otra situación. El hecho de que los participantes perciban moderadamente estas variables disminuye la posibilidad de adaptación. De acuerdo a White et al (15), mientras más apoyo social percibido, mayor será la adaptación sicosocial a la enfermedad. De igual manera, Dakof y Taylor (23) indican que el apoyo y el uso de estrategias de adaptación predicen el proceso de adaptación a las enfermedades crónicas.

De acuerdo a los resultados y hallazgos de esta investigación se llegó a la conclusión de que la familia y parientes son la principal fuente de apoyo percibida. Sin embargo, los participantes no experimentaban una fuerte percepción de las mismas, más bien las perciben de manera moderada. Los amigos figuran como la tercera fuente a llenar la necesidad de apoyo, mientras que los agentes de salud no son considerados como fuentes de apoyo significativo.

Dentro de las posibles limitaciones de esta investigación la más significativa fue el hecho de que muchos de los participantes provenían de lugares distantes o dependían de otras personas que los transportara, debido a esto se requirió establecer estrategias de tiempo. También se les proveyó tiempo para que manifestaran su sentir en relación a la experiencia por la cual atravesaban, situación que permitió experimentar una parte cualitativa de la investigación. Por tal motivo se cree que el proceso del estudio fue uno de provecho, ya que activó la concientización de las redes de apoyo con que contaban al igual que la de la investigadora.

Aunque los hallazgos no pueden ser generalizados a la población, se recomienda realizar un análisis estadístico para establecer si existen diferencias significativas por género. El utilizar el instrumento en distintas poblaciones, comunidades y áreas de salud en Puerto Rico aumentaría su validez y confiabilidad, proveyendo una herramienta más para los agentes de salud. Tanto dentro de las investigaciones como en los estimados sicosociales se debe incluir un área donde se pueda recopilar datos cualitativos. De igual forma se recomienda examinar el rol del agente de salud como fuente de apoyo sustituto y desarrollar instrumentos que examinen las redes de apoyo con que cuentan los pacientes de manera más simplificada.

Al identificar las fuentes de apoyo percibidas entre los participantes investigados se obtuvo una información que proveerá base para proseguir nuevas investigaciones sobre el apoyo social y su relación en el proceso de enfermería en Puerto Rico. Este conocimiento ayudará a los profesionales de la salud a desarrollar estrategias de intervención al planificar el cuidado de salud. Estas intervenciones podrán ser dirigidas directamente hacia aquellas redes de apoyo que son mejor percibidas por los

consumidores de salud. Los profesionales de la salud también podrán desarrollar unas acciones que le ayuden a formar parte activa del sistema de apoyo de manera integradora, maximizando su eficacia en la toma de decisiones.

El utilizar la teoría de adaptación de Callista Roy (18) proveerá la oportunidad de actuar como fuerza externa reguladora al tomar en consideración e investigar el modo de interdependencia del cliente lo que a su vez aumentará las posibilidades de adaptación de este.

Agradecimiento

Las autoras desean expresar su agradecimiento al Hospital Oncológico de la Administración de Servicios Médicos (ASEM) del Departamento de Salud de Puerto Rico, al Departamento de Radioterapia del hospital, a los participantes de esta investigación, y al Dr. José R. Rodríguez por su valiosa cooperación.

Abstract

This research presents a descriptive study that attended to explore perceived social support among Puerto Rican adults through the ages of 50-64 with cancer diagnosis. A sample (n= 50) with different types of cancer receiving radiotherapy treatment were surveyed at the Oncology Hospital of the University of Puerto Rico Medical Center at Río Piedras. The Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) was used for this purpose. The range was distributed equitatively by gender (50% male, 50% females) of which 62% (n=31) were married and 72% (n=36) lived in the metropolitan area. The mean scholary was 12 years with a range between 0-19 years.

Concerning employment, 44.9% (n=22) was unemployed. In the social support scale, the most relevant finding was provided by their family and relatives in 88% of the sample who also reported a moderate support perception. Social support offered by husbands and wives (62%) was reported as the second and third most relevant support network (34%).

The subjects perceived a moderate feeling of love, respect and admiration from their social support network. The confidence experienced toward their social support network also obtained a moderate perception. As related to "how much did the network agree with the subjects actions or thoughts?", an average of 22.72 points (sd=13.68) was obtained. This suggests that the subjects agree moderately with their network actions or thoughts. Subjects report that the average levels of help perceived from the network was of 21.92 points (sd=12.75) meaning a perceived moderate support. The average time knowing

the network was more than five years, while the frequency of contact ranged between weekly and daily. Of the subjects surveyed, 68% (n=34) had not lost an important network during the last year. When the amount of perceived support of the network is described, the indicator "a little" had the most significant result reporting an average of 72%.

In conclusion, family and relatives were the main source of support. Nevertheless, the subjects perception of support is moderate as demonstrated by the percentages obtained. This research demonstrated that health professionals do not appear as a significant support source.

It is suggested to examine the role of health professionals as a substitute support source and encourage care strategies based in all different dimensions of support (i.e. functional, tangible, network properties, amount of networks, durability and frequency of contacts). It's also recommended the development of instruments that may estimate the quantity and quality of support experienced by patients in all health settings. Finally, efforts must be addressed in terms of public policy to improve the extension and quality of support networks for patients.

Referencias

1. Blanchard CG, Albrecht T L, Fuckdeschel J C, Grant CH, Hemmick RM. The role of social support in adaptation to cancer and to survival. *Psychosoc Resource Variables in Cancer Stud* 1995;75-91.
2. Saranson I G, Saranson BR, Pierce GR. Anxiety, cognitive interference and performance. *J Soc Behav Personality* 1990;5:1-18.
3. Angier N. If you're really ancient, you may be better off. *The New York Times* 1995;Sección:4:1-5.
4. Craig G J. *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice Hall Hispanoamericana, 1997:p.655.
5. Monahan FD, Drake T, Neighbors M. *Nursing Care of Adults*. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1994:
6. Ell K, Nishimoto R, Mediansky L, Mantell J, Hamovitch M. Social relations, social support and survival among patients with cancer. *J Psychosom Res* 1992; 36: 531-541.
7. Vaux A. *Social support theory, research and intervention*. New York: Praeger; 1998.
8. Norbeck JS, Lindsey AM, Carrieri VL. The development of an instrument to measure social support. *Nurs Res* 1981;30:264-269.
9. Schmale AH. Response to Camille Wortman. *Cancer* 1984;53: 2360-2362.
10. Hinds C, Moyer A. Support as experienced by patients with cancer during radiotherapy treatments. *J AdvNurs* 1997;36:371-379.
11. Samarel N, Fawcett J. Enjancing adaptation to breast cancer: the addition of coaching to support groups. *Oncol Nur Res* 1992;19:591-596.
12. Broadhead WE, Kaplan BH. Social support and the cancer patient. *Cancer* 1991;67:794-799.
13. Baker CA. Factors associated with rehabilitation in head and neck cancer. *Cancer Nurs* 1992;15:395-400.
14. Roberts CS, Cox CE, Shannon VJ, Wells NL. A closer look at social support as a moderator of stress in breast cancer. *Health Soc Work* 1994;19:157-164.
15. White NE, Richter JM, Fry C. Coping, social support, and adaptation to chronic illness. *West J Nurs Res* 1992;14:211-224.
16. Bloom JR. The relationship of social support and health. *Soc Sci Med* 1990;29:635-637.
17. Feather BL, Wainstock JM. Perceptions of postmastectomy patients: The relationships between social support and network providers. *Cancer Nurs* 1989;12:293-300.
18. Roy C. *The Roy adaptation model: The definite statement*. Connecticut: Appleton & Lange 1991.
19. Molassiotis A. A conceptual model of adaptation to illness and quality of life for cancer patients treated with bone marrow transplants. *J Adv Nurs* 1997;26:572-579.
20. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 1976;38:300-314.
21. Muhlenkamp AF, Sayles JA. Self esteem, social support, and positive health practices. *Nurs Res* 1986;35:334-338.
22. Mor V, Guadagnoli E, Wool M. An Examination of the concrete services needs of advanced cancer patients. *J Psychosoc Oncol* 1987;5:1-7.
23. Dakof GA, Taylor SE. Victims perceptions of social support: what is helpful from whom? *J Personality Soc Psychol* 1990;58:80-89.
24. Norbeck JS. Social support. *Annual review of nursing research. Annual Rev Res* 1998;6:85-109.