دوره ۱۴، شماره ۲، زمستان ۱۳۹۴، صفحات ۶۲ تا ۷۰ مجله علمی پژوهان

مقاله پژوهشی

مقایسه حمایت اجتماعی و استرس درک شده در زنان مبتلا و غیر مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مرکز MRI مهدیه همدان در سال ۱۳۹۲

مریم عطا اللهی[۱]، سیده زهرا معصومی[۲]، آرزو شایان[۳*]، قدرت الله روشنایی[۴]، صدیقه صدیقی[۵]

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز پژوهش دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲. مرکز تحقیقات مراقبت های مادر و کودک و گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴. دانشیار آمار زیستی، گروه آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۵. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۰۸/۰۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۰/۱۵

چکیده

مقدمه: سرطان پستان، شایعترین بیماری بدخیمی می باشد که زنان را تحت تاثیر قرار می دهد، با توجه به شیوع و اهمیت سرطان سینه مطالعه حاضر با هدف مقایسه حمایت اجتماعی و استرس درک شده در زنان مبتلا و غیر مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مرکز MRI مهدیه همدان صورت گرفت.

روش کار: این مطالعه توصیفی_تحلیلی از نوع مقطعی با نمونه گیری در دسترس، بر روی ۱۱۶زن مبتلا به سرطان پستان با تشخیص قطعی و ۱۱۶ زن غیر مبتلا که در سال ۱۳۹۲ به مرکز MRI مهدیه همدان مراجعه کرده بودند، صورت گرفت. داده ها با استفاده از پرسشنامه های حمایت اجتماعی و استرس درک شده جمع آوری شد. تجزیه و تحلیل با استفاده آزمون های تی مستقل و کای دو با نرم افزار SPSS-۱۶ انجام شد.

یافته ها: میانگین استرس درک شده در زنان دارای سرطان پستان ۴۴/۶۲ و در زنان عادی ۳۴/۱۵ بود، که به لحاظ آماری اختلاف معناداری میان دو گروه وجود داشت (P=۰/۰۴). میانگین حمایت اجتماعی درک شده در زنان دارای سرطان پستان ۳۸/۶۶ و در زنان عادی ۳۶/۱۴ بود. گرچه میزان حمایت اجتماعی درک شده مطلوب در افراد بدون سرطان پستان بیشتر بود، اما این اختلاف میان دو گروه معنادار نبود (P>۰/۰۵).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج استرس درک شده و حمایت اجتماعی از عوامل بسیار مهم تاثیر گذار بر سرطان پستان می باشند. بنابراین می توان با افزایش حمایت اجتماعی افراد و کاهش استرس آنها می توان تا حدود بسیار زیادی مشکلات ناشی از سرطان پستان را کاهش داد.

واژگان کلیدی: سرطان پستان، حمایت اجتماعی، استرس درک شده، همدان

مقدمه

سرطان پستان شایع ترین بیماری بدخیمی در میان زنان است، در ایالات متحده از ۳ زن دارای سرطان، ۱ زن دارای سرطان پستان می باشد و دومین علت مرگ ناشی از سرطان در زنان است [۱، ۲]. اگر چه سرطان پستان یکی از شایعترین سرطان ها در میان زنان است اما شیوع آن در نقاط مختلف دنیا بسیار متفاوت است که ممکن است بدلیل اختلاف در سبک زندگی، تاریخچه باروری و یا سابقه ژنتیکی باشد [۳]. بر اساس برآورد صورت گرفته سالانه ۱۸۰ هزار مورد جدید سرطان پستان در زنان در ایالات متحده وجود دارد [۴]. مراقبت های درمانی جهت سرطان پستان شامل جراحی،

* نویسنده مسئول: آرزو شایان، مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
تلفن: ۰۸۱-۳۸۳۸۰۵۷۴ ایمیل: Arezoo.shayan2012@yahoo.com

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-10-15]

پرتو درمانی، شیمی درمانی و هورمون درمانی می باشد [۵]. همچنین استفاده از میوه، سبزیجات، غلات کامل، ماهی، کاهش مصرف گوشت قرمز و چربی حیوانی و عدم استفاده از تنباکو سبب افزایش بقا افراد دارای سرطان پستان می گردد [۶، ۸]. نتایج حاصل از مطالعات متعدد بیانگر این است که ژنتیک عامل مهمی جهت بیماری های مزمن نیست، به عنوان مثال مطالعه صورت گرفته بر روی دو قلوهای همسان نشان داده است تاثیر ژنتیک بر سرطان پستان تنها ۲۰ درصد می باشد [۹]، در حالی که تاثیر سبک زندگی و عوامل محیطی در ایجاد بیماری های مزمن ۹۵-۹۰ درصد می باشد [۱۰]. مطالعات سازمان جهانی بهداشت در زمینه رفتارهای سلامتی ۳۵ کشور جهان نشان داده که ۶۰ درصد کیفیت زندگی و سلامت افراد به سبک زندگی و رفتارهای فردی آنها بستگی دارد. یکی از اهداف سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۲۰ ارتقا سبک زندگی سالم و کاهش عوامل آسیب رسان به سلامتی افراد، از جمله فعالیت فیزیکی نامناسب، تغذیه غلط، روابط فردی نامناسب و استفاده از الکل می باشد [۱۱]. سبک زندگی به طور تنگاتنگ با سلامت جسم و روان افراد در ارتباط است و در آغاز یا پیشرفت بسیاری از بیماری ها تاثیر دارد. شواهد بسیاری نشان می دهد که سبک زندگی، عادات غذایی و چاقی در کودکی و بزرگسالی عامل خطر بسیار موثری در ایجاد بیماری های مزمن می باشد [۱۲]. فاکتورهای سبک زندگی شامل استرس، فعالیت فیزیکی، اشعه و آلودگی های محیطی می باشد. بنابراین، سرطان قابل پیشگیری است و نیاز به ترک استعمال دخانیات، افزایش مصرف میوه و سبزیجات، محدودیت استفاده از الکل، محدود کردن کالری، ورزش، اجتناب از قرار گرفتن در معرض نور مستقیم خورشید، به حداقل رساندن مصرف گوشت قرمز، استفاده از غلات کامل، واکسیناسیون و پیگیری های متعدد دارد. علاوه بر این، شواهدی مبنی بر اینکه سرطان یک بیماری قابل پیشگیری است وجود دارد و نیاز به تغییر عمده در شیوه زندگی دارد [۱۳] اصطلاح شیوه یا سبک زندگی که اولین بار آلفرد ادلر، روانکاو اتریشی به آن اشاره کرد، مفهوم بسیار مهمی است که اغلب برای بیان روش زندگی مردم بکار رفته است و بیانگر طیف وسیعی از ارزشها، عقاید و فعالیت های اجتماعی بوده و یکی از عوامل موثر بر سلامت می باشد. سبک زندگی ابعاد مختلفی را در بر می گیرد که برخی از آنها شامل تغذیه، ورزش، مراقبت از خود، استفاده از سیگار، الکل و داروهای غیر مجاز، حمایت اجتماعی و کنترل استرس می باشد [۱۴]. آقا براری و همکاران ۱۳۸۶ در مطالعه خود تاثیرکیفیت زندگی و بعد اجتماعی بر سرطان پستان را بررسی نمودند و نشان دادند افزایش کیفیت اجتماعی و حمایت اجتماعی بر بهبودی افراد مبتلا به سرطان پستان تأثیر دارد [۱۵]. Peters نیز در مطالعه خود حمایت اجتماعی را به عنوان یک عامل مهم در بهبود سرطان شناخته است [۱۶]. در مطالعه Kreutz و همکاران ۲۰۰۵ نیز ارتباط بین استرس اولیه و بعد کیفیت زندگی و هم چنین نیاز برای مداخله روانی به موقع در افراد دارای سرطان پستان عنوان شده است [۱۷]. با توجه به شیوع بسیار بالای سرطان ها بخصوص سرطان پستان و تاثیر نامطلوب آن بر کیفیت زندگی افراد، با شناسایی عوامل موثر در ایجاد سرطان پستان و اجتناب از آنها می توان از سرطان پستان جلوگیری نمود و بدلیل عدم وجود مطالعه ای جامع در این زمینه، مطالعه حاضر با هدف مقایسه حمایت اجتماعی و استرس درک شده در زنان مبتلا و غیرمبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مرکز MRI مهدیه همدان در سال ۱۳۹۲ طراحی گردید.

روش کار

این مطالعه توصیفی_تحلیلی از نوع مقطعی بود، که در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت. حدأقل تعداد نمونه لازم ۱۱۶ نفر در هر گروه با استفاده از فرمول زیر بدست آمد که در آن ۰/۰۵= α و ۰/۲= β و و و d=۱/۶ بدست آمد [۱۸].

σ_1=٤/١ σ_2=٤/٢

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2(\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_2 - \mu_1)^2}$$

سپس نمونه گیری به صورت در دسترس از میان زنان مبتلا با معیارهای ورود: سن ۲۰-۶۰ سال، داشتن قاعدگی منظم، نداشتن پیشینه ابتلا به بیماری های وابسته به هورمون از جمله: دیابت، هیپرتیروئیدیسم، سندرم تخمدان پلی کیستیک که جهت شیمی درمانی مراجعه کرده بودند. در افراد مبتلا به سرطان پستان (درجا یا مهاجم)، این سرطان از نظر پاتولوژی در یک نقطه از پستان تایید شده بود. نمونه های غیر مبتلا شامل مراجعه کنندگان به مرکز MRI مهدیه بودند که به دلایل دیگر مراجعه کرده بودند. رضایت نامه کتبی آگاهانه از این زنان دریافت شد، همچنین سایر نکات اخلاقی نیز رعایت شد. ابزارگردآوری داده ها چک لیست مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه حمایت اجتماعی

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-10-15]

و پرسشنامه استرس درک شده بود. پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده: در برگیرنده ۱۲ سوال بود که سه حیطه خانواده۴ سوال، دوستان ۴ سوال و آشنایان ۴ سوال را در بر می گرفت. این آزمون بر اساس یک مقیاس هفت درجه ای: کاملاً موافق (نمره ۷)، موافق (نمره ۶)، تا حدودی موافق (نمره ۵)، نظری ندارم (نمره ۴)، تا حدودی مخالف (نمره ۳)، مخالف (نمره ۲) و کاملاً مخالف (نمره۱) ساخته شده بود. در این ابزار چهار نوع نمره قابل محاسبه بود. نمره اول، نمره حمایت اجتماعی مرتبط با خانواده (سوالات ۳، ۴، ۸، ۱۱)، نمره دوم، نمره حمایت اجتماعی مرتبط با دوستان (سوالات ۶، ۷، ۹، ۱۲) و نمره سوم، نمره حمایت اجتماعی مربوط به آشنایان (سوالات ۱، ۲، ۵، ۱۰) بود. نمره چهارم، نمره کل حمایت اجتماعی بود که حاصل جمع سه نمره قبلی ذکر شده بود. حداقل و حداکثر امتیاز کسب شده در این مقیاس ۱۲ تا ۸۴ بود که امتیاز بالاتر نشان دهنده حمایت اجتماعی درک شده بیشتر بود. نمره کلی حمایت اجتماعی درک شده بر مبنای ۰ تا ۱۰۰ محاسبه شد و به سه سطح نمره، ۰ تا ۳۳ حمایت اجتماعی درک شده نامطلوب، نمره ۳۴ تا ۶۶ حمایت اجتماعی درک شده متوسط و نمره ۶۷ تا ۱۰۰ حمایت اجتماعی درک شده مطلوب تقسیم گردید [۱۹]. پرسشنامه استرس درک شده: جهت افکار و احساسات درباره حوادث استرس زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرسهای تجربه شده را مورد سنجش قرار می دهد. همچنین این مقیاس، عوامل خطر زا در اختلالات رفتاری را بررسی و فرایند روابط تنش زا را نشان می دهد. ۷ آیتم منفی نشانگر عدم توانایی مقابله با استرس و ۷ آیتم مثبت نشانگر تطابق خوب فرد با عوامل استرس زاست. پاسخ های آزمودنی ها را در مقیاس پنج درجه ای لیکرت که از «هرگز» (با نمره صفر) شروع شده و به «بسیاری اوقات» (با نمره چهار) ختم می شود، درجه بندی می کند. در مورد سوالات مثبت (سوالات ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۳) امتیاز به صورت معکوس محاسبه می شود. کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین نمره ۵۶ بود که در محاسبات آماری به ۰ تا ۱۰۰ تبدیل گردید. نمره بالاتر نشان دهنده استرس درک شده بیشتر بود. استرس درک شده به سه سطح نمره، ۰ تا ۳۳ استرس درک شده کم، نمره ۳۴ تا ۶۶ استرس درک شده متوسط و نمره ۶۷ تا ۱۰۰ استرس درک شده بالا تقسیم می گردد. پرسشنامه استرس درک شده جزء پرسشنامه های استاندارد است .اعتبار آن در این مطالعه از روش اعتبار محتوا تایید و پایایی آن با استفاده از روش همبستگی درونی مورد بررسی قرار گرفت و آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بدست آمد[۲۰، ۲۱]. پرسشنامه ها از طریق مصاحبه توسط پژوهشگر آموزش دیده تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده آزمون T مستقل و آزمون کای دو با نرم افزار SPSS-۱۶ انجام شد.

یافته ها

۱۱۶ زن مبتلا به سرطان پستان و ۱۱۶ زن سالم در مطالعه شرکت کردند. دو گروه از نظر خصوصیات دموگرافیک از جمله: سن، وزن، وضعیت تاهل، تحصیلات، شاخص توده بدنی و سن شروع قاعدگی همگن بودند و اختلاف معناداری بین دو گروه وجود نداشت. دو گروه از نظر تعداد بارداری، زایمان و تعداد سقط همگن نبودند که این عدم همگن بودن با استفاده از آنالیز کواریانس در آنالیز داده ها اعمال شد. میانگین سن در زنان دارای سرطان پستان ۵۰/۰۷ و زنان سالم ۵۰/۱۲ و میانگین وزن در زنان سالم ۶۳/۶۰ و در زنان دارای سرطان پستان ۶۹/۶۵ و میانگین شاخص توده بدنی در زنان سالم ۲۴/۵۲ و در زنان دارای سرطان پستان ۲۶/۰۸ بود. ۵۸/۰۶ درصد زنان سالم متاهل و ۴۱/۹۴ درصد مجرد و ۵۳/۴ درصد افراد دارای سرطان پستان متاهل و ۴۶/۶ درصد مجرد بودند. میانگین سن شروع قاعدگی به ترتیب در زنان سالم ۱۳/۸ و زنان مبتلا ۱۳/۷۷ بود. سایر ویژگی های جمعیت شناختی در جدول ۱ آمده است.

فراوانی و درصد حمایت اجتماعی درک شده در دو گروه در جدول شماره ۲ نشان داده شده است که بیانگر عدم وجود رابطه معنادار میان دو گروه است (P=۰/۴). میانگین حمایت اجتماعی درک شده در زنان مبتلا به سرطان پستان ۳۸/۶۶ و میانگین حمایت اجتماعی درک شده در زنان سالم ۳۶/۱۴ بود، بدین معنا که در زنان مبتلا، میزان حمایت اجتماعی درک شده بیشتر بود. ۵۴ درصد زنان مبتلا دارای حمایت اجتماعی درک شده مطلوب بودند و ۴۰ درصد دارای حمایت اجتماعی درک شده متوسط و ۶ درصد زنان مبتلا دارای حمایت اجتماعی درک شده نامطلوب بودند. ۶۴ درصد زنان سالم دارای حمایت اجتماعی درک شده مطلوب و ۳۶ درصد حمایت اجتماعی متوسط بودند.

فراوانی و درصد استرس درک شده در دو گروه در جدول شماره ۳ نشان داده شده است که بیانگر وجود رابطه معنادار میان دو گروه است (P=۰/۴). میانگین استرس درک شده در زنان مبتلا به سرطان پستان ۴۴/۶۲ و میانگین استرس

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-10-15]

درک شده در زنان سالم ۳۴/۱۵ بود. ۲۰ درصد زنان مبتلا دارای استرس درک شده کم و ۴۴ درصد دارای استرس درک شده متوسط و ۳۶ درصد دارای استرس درک شده زیاد بودند. ۳۵ درصد زنان سالم دارای استرس درک شده کم و ۴۰ درصد دارای استرس درک شده متوسط و ۲۵ درصد دارای استرس درک شده زیاد بودند، بدین معنا که در افراد مبتلا، میزان استرس درک شده بیشتر بود.

جدول ۱. ویژگی های جمعیت شناختی زنان مورد مطالعه

متغیرها	سالم تعداد(درصد)	سرطان پستان تعداد(درصد)	سطح معناداری
تحصیلات			P=۰/۳۵
بالاتر از متوسطه	(۶۲)۷۲	(۳۹/۵)۴۶	
کمتر از متوسطه	(۳۸)۴۴	(۶۰/۵)۷۰	
تحصیلات همسر			P=۰/۰۹
بالاتر از متوسطه	(۱۸/۱)۲۱	(۳۴/۵)۴۰	
کمتر از متوسطه	(۸۱/۵)۹۵	(۶۵/۵)۷۶	
شغل			P=۰/۱۵
خانه دار	(۶۷/۲۵)۵۸	(۷۷/۵)۶۷	
کارمند	(۳۲/۷۵)۵۸	(۲۲/۵)۴۹	
شغل همسر			P=۰/۶۲
آزاد	(۳۲/۸)۲۸	(۳۴/۵)۳۰	
کارمند	(۷۵/۸۶)۸۸	(۷۴/۱۳)۸۶	
درآمد ماهانه			P=۰/۲۱
۶۰۰ هزار تومان<	(۶۰/۵)۷۰	(۶۵/۵)۷۶	
۶۰۰ هزار تومان>	(۳۹/۶۵)۴۶	(۳۴/۴۸)۴۰	
وضعیت تاهل			P=۰/ ۶۵
متاهل	(۵۸/۶)۶۸	(۵۳/۴)۶۲	
مجرد	(۴۱/۴)۴۸	(۴۶/۶)۵۴	

جدول ۲. توزیع فراوانی و مقایسه میانگین نمره حمایت اجتماعی درک شده در دو گروه زنان مبتلا به سرطان پستان و سالم

حمایت اجتماعی درک شده	سالم تعداد(درصد)*	سرطان پستان تعداد(درصد)*	سطح معناداری
نامطلوب (۳۳-۰)	(۶)۸	(۰)۰	
متوسط (۶۶-۳۴)	(۴۰)۴۶	(۳۴)۴۲	
مطلوب (۱۰۰-۶۷)	(۵۴)۶۲	(۶۴)۷۴	P=۰/۴۱
میانگین و انحراف معیار	۳۸/۶۶±۱۰/۸۲	۳۶/۱۴±۸/۵۰	

n=۱۱۶*

جدول ۳. توزیع فراوانی و مقایسه میانگین نمره استرس درک شده در دو گروه زنان مبتلا به سرطان پستان و سالم

استرس درک شده	سالم تعداد(درصد)*	سرطان پستان تعداد(درصد)*	سطح معناداری
کم(۳۳-۰)	(۲۰)۳۰	(۳۵)۴۱	
متوسط(۶۶-۳۴)	(۴۴)۴۸	(۴۰)۴۷	
زیاد(۱۰۰-۶۷)	(۳۶)۳۸	(۲۵)۲۸	P=۰/۰۴
میانگین و انحراف معیار	۴۴/۶۲±۱۸/۵۰	۳۴/۱۵±۱۰/۸۲	

n=۱۱۶*

بحث

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد میزان استرس درک شده در گروه مبتلا به سرطان پستان به طور معناداری از گروه زنان سالم بیشتر است. درجات بالای استرس عواقب متعددی را در پی دارد که از آن جمله می توان اختلالات جسمی و روانی مانند اضطراب، افسردگی، اختلالات خواب را نام برد [۲۲، ۲۳]. قرار گرفتن در معرض استرس بر ترشحات هورمونی منظم هیپوتالاموس و هیپوفیز تأثیر می گذارند [۲۴]. تشخیص و درمان سرطان پستان با استرس و اضطراب زیادی همراه است و همچنین در معرض استرس قرار گرفتن افراد سرطانی سبب افزایش شدت بیماری و بدتر شدن بیماری آنان می گردد [۲۵، ۲۶] همچنین میزان بالای استرس اثر نامطلوبی بر عملکرد خانواده و روابط زناشویی و پایین آمدن سطح کیفیت زندگی افراد دارد [۲۷]. در مطالعه ای عنوان شده هر چقدر میزان استرس درک شده افراد بیشتر باشد کمتر رفتارهای بهداشتی را جهت درمان و یا پیشگیری از بیماری انجام می دهند [۲۶]. در برخی مطالعات عنوان

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-10-15]

کرده اند در بیماران مبتلا به سرطان پستان همبستگی منفی معنی داری میان استرس درک شده با رفتارهای بهداشتی وجود دارد[۲۸، ۲۹] در مطالعه حاضر نمره حمایت اجتماعی در هر دو گروه بالاتر از حد متوسط و در حد مطلوب بود که همسو با مطالعه طایی و همکاران ۱۳۹۴ بود [۳۰]. از طرفی نتایج این مطالعه عدم وجود اختلاف معنادار از نظر حمایت اجتماعی درک شده میان دو گروه را نشان داد. در مطالعات عنوان شده حمایت اجتماعی سبب احساس بهتر بودن می شود و همچنین سبب کاهش افسردگی می گردد [۳۱]. حمایت اجتماعی درک شده به طور قوی در سازگاری با بیماری و سلامت ذهنی موثر است [۳۲، ۳۳]. حمایت اجتماعی با تنظیم ریتم بیولوژیک در حفظ حالت خواب و بیداری فرد اثر داشته، از طریق تاثیر بر تنش های روانی روی خواب اثر گذاشته و با حفظ فرد در مقابل تنهایی اجتماعی، حمایت عاطفی و احساس تعلق، منجر به تنظیم ریتم خواب و بیداری و بهبود رفتار خواب سالم می شود [۳۱]. حمایت اجتماعی یکی از جنبه های بسیار مهم مراقبت از سرطان ها می باشد [۳۴]. حمایت اجتماعی سبب ایجاد ارتباط همدلانه و ایجاد شبکه ایمنی برای بیمار می گردد و همچنین حمایت اجتماعی سبب افزایش تطابق فرد و سازگاری او با بیماریهای مزمن مانند سرطان می گردد [۳۵] و به افراد کمک می کند تا احساس بهتری نسبت به خود داشته باشند و بهتر بتوانند با شرایط مقابله کنند. همچنین اعتماد به نفس و افکار امیدوارانه و سلامت روحی و کیفیت زندگی و در نتیجه زنده ماندن این افراد افزایش می یابد [۳۶]. اقدامات حمایتی در زنان جهت مقابله با استرس، تشخیص و درمان سرطانها لازم است و نتایج حاصل از مطالعات قبلی بیانگر این می باشد که حمایت اجتماعی سبب کاهش تاثیر حوادث استرس زا از جمله سرطانها می گردد [۳۷]. افکار امیدوارانه سبب می گردد افراد اهمیت بیشتری به بیماری خود بدهند و اقدامات لازم در راستای تشخیص بیماری از جمله غربالگری ها انجام دهند و برطرف کردن بیماری را بطور جدی تر پیگیری کنند. همچنین این افراد اضطراب کمتری در زمان تشخیص و درمان بیماری از خود نشان می دهند و صبر و تحمل بیشتری در برابر عوارض بیماری و درمان طولانی مدت آن، دارند [۳۸]. بر اساس مطالعات صورت گرفته عنوان شده تعداد دوستان نزدیک، حمایت اجتماعی و شرکت در فعالیت-های اجتماعی تأثیر مستقیم و مثبت بر سلامت دارد و احتمال مرگ و میر را نیز کاهش می دهد [۳۹]. Lee و همکاران ۲۰۱۱ تأثیر مثبت حمایت اجتماعی بر حالت های روحی_روانی بیماران در برابر حوادث استرس زا از جمله سرطان پستان را عنوان کردند [۴۰]. از محدودیت های این پژوهش می توان محدود بودن آن در یک مرکز نمونه گیری و عدم بررسی سایر مشکلات روحی و روانی افراد مبتلا به سرطان پستان اشاره کرد. از طرفی با توجه به اینکه مطالعه بروی افراد مبتلا به سرطان دشوار است، و اکثر مطالعات انجام شده بروی تعداد کمی از افراد مبتلا به سرطان انجام گرفته بود، مناسب بودن حجم نمونه پژوهش حاضر از نقاط قوت آن است.

نتیجه گیری

زنان حدود نیمی از جمعیت دنیا را تشکیل می دهند و سلامت آنان از اهمیت خاصی برخوردار است. با توجه به شیوع سرطان پستان و تاثیر نامطلوب سرطان پستان بر کیفیت زندگی افراد، ضرورت تأمل و پرداختن به این موضوع از طریق شناخت عوامل موثر بر سرطان پستان در جهت کاهش شیوع و مرگ و میر ناشی از آن ضروری می باشد. با توجه به نتایج استرس درک شده و حمایت اجتماعی از عوامل بسیار مهم تاثیر گذار بر سرطان پستان می باشند. بنابراین می توان با افزایش حمایت اجتماعی افراد و کاهش استرس آنها می توان تا حدود بسیار زیادی مشکلات ناشی از سرطان پستان را کاهش داد. بنابراین تاکید بر ضرورت توجه بیشتر به افزایش حمایت اجتماعی و کاهش استرس در دختران و زنان روشن می گردد، در نهایت می توان با آموزش روش های حمایت اجتماعی به خانواده ها و تشکیل جلسات مشاوره گروهی برای بیمارن مبتلا به سرطان پستان می توان میزان آسیب در این بیماران را کاهش داد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل طرح تحقیقاتی مصوب مرکز پژوهش بیماریهای مزمن دانشگاه علوم پزشکی همدان بوده است که از حمایت های مادی و معنوی این مرکز و همچنین معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان و افرادی که در این پژوهش با ما همکاری داشتند قدردانی می گردد.

تضاد منافع

این مطالعه برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافعی نداشته است.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-10-15]

References

1. DeSantis C, Siegel R, Bandi P, Jemal A. Breast cancer statistics, 2011. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2011;61(6):409-418.

2. Salehzadeh M, Norouzian P, Abbasalipourkabir R. The use of nanoparticles in diagnosis and treatment of breast cancer: A review. Pajouhan Scientific Journal. 2015;13(2):1-12. (Persian)

3. Chia KS, Reilly M, Tan CS, Lee J, Pawitan Y, Adami HO, et al. Profound changes in breast cancer incidence may reflect changes into a westernized lifestyle: A comparative population-based study in Singapore and Sweden. International Journal of Cancer. 2005;113(2):302-306.

4. Stark A, Kleer CG, Martin I, Awuah B, Nsiah Asare A, Takyi V, et al. African ancestry and higher prevalence of triple negative breast cancer. Cancer. 2010;116(21):4926-4932.

5. Schmitz KH, Speck RM, Rye SA, DiSipio T, Hayes SC. Prevalence of breast cancer treatment sequelae over 6 years of follow up. Cancer. 2012;118(8 Suppl):2217-2225.

6. Rock CL, Demark-Wahnefried W. Nutrition and survival after the diagnosis of breast cancer: a review of the evidence. Journal of Clinical Oncology. 2002;20(15):3302-3316.

7. Kroenke CH, Fung TT, Hu FB, Holmes MD. Dietary patterns and survival after breast cancer diagnosis. Journal of Clinical Oncology. 2005;23(36):9295-9303.

8. Stull VB, Snyder DC, Demark-Wahnefried W. Lifestyle interventions in cancer survivors: designing programs that meet the needs of this vulnerable and growing population. The Journal of Nutrition. 2007;137(1):243-248.

9. Hamilton AS, Mack TM. Puberty and genetic susceptibility to breast cancer in a case–control study in twins. New England Journal of Medicine. 2003;348(23):2313-2322.

10. Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics, 2007. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2007;57(1):43-66.

11. Organization WH. The WHO cross-national study of health behavior in school-aged children from 35 countries: findings from 2001-2002. Journal of School Health. 2004;74(6):204-206.

12. Shahedur R, Anowar KP, Abdus S, Shahjahan A. Study of the Effect of Food Habit, Lifestyle and Daily Trip on Physical and Mental Status of Subjects at Islamic University in Kushtia, Bangladesh. Open Journal of Statistics. 2012;2(2):219-223.

13. Anand P, Kunnumakara AB, Sundaram C, Harikumar KB, Tharakan ST, Lai OS, et al. Cancer is a preventable disease that requires major lifestyle changes. Pharmaceutical Research. 2008;25(9):2097-2116.

14. Kamali Fard M, Alizadeh R, Sehati Shafaei F, Gojazadeh M. The effect of lifestyle on premature labor. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2010;10(11):55-63. (Persian)

15. Agha barari M, Ahmadi F, Mohammadi E, Hagizadeh E, Varvarani A. Physical, emotional and social dimension of quality of life among breast cancer women under chemotherapy. Iranian Journal of Nursing Research. 2007;1(3):55-65. (Persian)

16. Peters-Golden H. Breast cancer: varied perceptions of social support in the illness experience. Social Science & Medicine. 1982;16(4):483–491.

17. Golden-Kreutz DM, Thornton LM, Wells-Di Gregorio S, Frierson GM, Jim HS, Carpenter KM, et al. Traumatic stress, perceived global stress, and life events: prospectively predicting quality of life in breast cancer patients. Health Psychology. 2005;24(3):288-296.

18. Bastani F, Hashemi S. Effects of a web based

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-10-15]

lifestyle education on general health and severity of the symptoms of Premenstrual Syndrome (PMS) among female students: a randomized controlled trial. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2012;46(2012):3356-3362.

19. Sedighi S, Amir Ali Akbari S, Afrakhteh M, Esteki T, Alavi Majd H , Mahmoodi Z. Comparison of Lifestyle in Women With Polycystic Ovary Syndrome and Healthy Women. Global Journal of Health Science. 2014;7(1):228-234.

20. Hazavehei MM, hosseini Z, moeini B, Moghimbeigi A, Hamidi Y. Assessing stress level and stress management among Hamadan hospital nurses based on precede model. The Horizon of Medical Sciences. 2012;18(2):78-85. (Persian)

21. Başol G. Validity and reliability of the multidimensional scale of perceived social support-revised, with a Turkish sample. Social Behavior and Personality. 2008;36(10):1303-1314.

22. Shayan A, Jamshidi F, Masoumi SZ, Ataollahi M, Gholamzadeh S , Zarenezhad M .Effectiveness of stress management consultation for quality of life and stress of women suffering from breast cancer. Global Journal of Health Science. 2016;8(11):311-319.

23. Al-Saleh SA, Al-Madi EM, Al-Angari NS, Al-Shehri HA, Shukri MM. Survey of perceived stress-inducing problems among dental students, Saudi Arabia. The Saudi Dental Journal. 2010;22(2):83-88.

24. Benedict C, Kern W, Schmid SM, Schultes B, Born J, Hallschmid M. Early morning rise in hypothalamic–pituitary–adrenal activity: a role for maintaining the brain's energy balance. Psychoneuroendocrinology. 2009;34(3):455-462.

25. Gouin JP, Glaser R, Malarkey WB, Beversdorf D, Kiecolt GJ. Chronic stress, daily stressors, and circulating inflammatory markers. Health psychology. 2012;31(2):264-268.

26. Lazarus RS, Folkman S, Dunkel SC, Delongis A, gruen RG. Dynamics of stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology. 1980;50(5):992-1003.

27. Luecken LJ, Compass BE. Stress, coping, and immune function in breast cancer. Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine. 2002;24(4):336-344.

28. Williams L, O'Connor RC, Howard S, Hughes BM, Johnston DW, Hay JL, et al. Type-D personality mechanisms of effect: the role of health-related behavior and social support. Journal of Psychosomatic Research. 2008;64(1):63–69.

29. Rosenstock IM. The health belief model: Explaining health behaviour through expectancies. San Francisco:Health Education & Behavior;1990.

30. Taei Z, Radfar M, Moghadam Tabrizi F, Sheikhi N. The effect of dimension of social support on hope and loneliness in patients with breast cancer. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2015;13(6):473-480. (Persian)

31. Kim J, Han JY, Shaw B, McTavish F, Gustafson D. The roles of social support and coping strategies in predicting breast cancer patients' emotional well-being testing mediation and moderation models. Journal of Health Psychology. 2010;15(4):543-552.

32. Gülaçtı F. The effect of perceived social support on subjective well-being. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2010;2(2):3844-3849.

33. Rambod M, Ghodsbin F, Beheshtipour N, Raieyatpishe A, Mohammadi-Nezhad A. The relationship between perceived social support and quality of sleep in nursing students. Iran Journal of Nursing. 2012;25(79):12-23. (Persian)

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-10-15]

34. Ozkan S, Ogce F. Importance of social support for functional status in breast cancer patients. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2008;9(4):601-604.

35. Taghavi M, Kalafi E, Talei A, Dehbozorgi Gh,Taghavi S. Investigating the relation of depression and religious coping and social support in women with breast cancer. Journal of Isfahan Medical School. 2011;28(115):901-918. (Persian)

36. Mattson M, GibbHall D. Health as Communication Nexus: A service learning approach. 1st ed. Kendall Hunt Publishing Company;2011.

37. Rosedale M. Survivor loneliness of women following breast cancer. Oncology Nursing Forum. 2009;36(2):175-183.

38. Pehlivan S, Ovayolu O, Ovayolu N, Sevinc A, Camci C. Relationship between hopelessness, Loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with cancer. Supportive Care in Cancer. 2012; 20(4):733-739.

39. Kodzi IA, Gyimah SO, Emina J, Ezeh AC. Religious involvement, social engagement, and subjective health status of older residents of informal neighborhoods of Nairobi. Journal of Urban Health .2010;88(Suppl 2):370-380.

40. Yazdi-Ravandi S, Taslimi Z, Ahmadpanah M, Ghaleiha A, Adjustment to diabetes among diabetic patients: the roles of social support and self-efficacy. Avicenna Journal of Neuro Psych Physiology. 2016;3(1):1-5.

41. Lee MK, Park S, Lee ES, Ro J, Kang HS, Shin KH, et al. Social support and depressive mood 1 year after diagnosis of breast cancer compared with the general female population: A prospective cohort study. Supportive Care in Cancer. 2011;19(9):1379-1392.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-10-15]

Research Article

Comparison of perceived social support and perceived stress in women with and without breast cancer referred to Mahdieh MRI Center of Hamedan in 2013

Maryam Ataollahi[1], Seyyedeh Zahra Masoumi[2], Arezoo Shayan[3]*, Ghodratollah Roshanaei[4], Sedigheh Sedighi[5]

1. MSc Student of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Student Research Committee, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
2. Research Center for Child & Maternity Care, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
3. Instructor, Faculty of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
4. Associate Professor of Biostatistics Department of Biostatistics, School of Public Health, Hamadan University of Medical, Hamadan, Iran
5. Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Recieved: 23 Oct. 2015 Accepted: 5 Jan. 2016

Abstract

Introduction: Breast cancer is the most common malignancy that affects women, and given the prevalence and importance of breast cancer, a study was designed to Comparison of Social Support and Perceived Stress in women with and without breast cancer referred to Mahdieh MRI & CT Scan center in Hamedan in 2013.

Methods: This cross-sectional study is conducted on 116 women with breast cancer and 116 women without breast cancer referred to Mahdieh MRI & CT Scan center of Hamadan(Iran) in 2013 using Random sampling method. Data have been collected with percived social support and percived stress Questionnaire and processed with SPSS-16 software using descriptive statistics, independent t, and chi-square tests.

Results: The mean perceived stress in patients with and without breast cancer was 44.62 and 34.15 respectively. Results obtained from data analysis showed that there was statistically significant difference between the two groups in terms of percived stress (P=0.04), this means that in patients with breast cancer perceived stress was higher than others. The average score of perceived social support in both group was 38.66 and 36.14 respectively. The favorable perceived social support were higher in those without breast cancer, But not exist a significant difference between the two groups in terms of social protection.

Conclusion: According to the results of this study are likely social support and perceived stress are very important factor affecting breast cancer. People with social support and perceived stress reduction can prevent breast cancer or decreased deaths from breast cancer.

Keywords: Breast cancer, Social support, Perceived stress, Life style.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-10-15]

* **Coresponding Author**: **Arezo Shayan**, Instructor, Faculty of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
Email: arezoo.shayan2012@yahoo.com Tel: +988138380574

Please cite this article as: Ataollahi M, Masoumi SZ, Shayan A, Roshanaei G, Sedighi S. [Comparison of Perceived Social Support and Perceived Stress in Women with and without Breast Cancer Referred to Mahdieh MRI Center of Hamedan in 2013]. *Pajouhan Scientific Journal*. 2016;14(2):62-70