

بررسی رابطه‌ی افسردگی با سازگاری مذهبی و حمایت اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان پستان

دکتر مهسا تقوی^۱، دکتر یونس کلافی^۲، دکتر عبدالرسول طالعی^۳، دکتر غلامرضا ده‌بزرگی^۴،
سید محمد آرش تقوی^۵

چکیده

مقدمه: گرچه بیماری‌های مزمن، مانند سرطان و پیامدهای آن، مانند افسردگی، به عنوان شرایط فشارزا تلقی می‌شوند ولی این واکنش‌ها پیامد گریز ناپذیر ضایعه نیستند و بروز آن‌ها بستگی به عوامل خنثی کننده‌ی فشار روانی مانند حمایت اجتماعی و کارآمدی روش‌های مقابله با استرس، مانند سازگاری مذهبی، دارد. هدف از این پژوهش، بررسی رابطه‌ی افسردگی با سازگاری مذهبی و حمایت اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

روش‌ها: تعداد ۲۴۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان به صورت تصادفی ساده (بدون در نظر گرفتن مرحله‌ی بیماری) انتخاب شده، توسط آزمون‌های خود گزارشگر افسردگی Beck، سازگاری مذهبی و حمایت اجتماعی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته‌ها: بین افسردگی با سازگاری مذهبی همبستگی منفی و معنی‌دار ($-0/61$) مشاهده شد ($P < 0/01$). بین افسردگی و حمایت اجتماعی نیز همبستگی منفی و معنی‌دار ($-0/84$) وجود داشت ($P < 0/01$). همبستگی بین سازگاری مذهبی و حمایت اجتماعی مثبت و معنی‌دار ($+0/62$) بود ($P < 0/001$). نتایج نشان می‌دهد که با کم شدن نمره‌ی سازگاری مذهبی و حمایت اجتماعی، افزایش در نمره‌ی افسردگی مشاهده می‌شود. بر اساس تست افسردگی Beck، $34/2$ درصد از بیماران افسردگی در حد متوسط و شدید داشتند.

نتیجه‌گیری: این پژوهش نشان دهنده‌ی نقش مؤثر حمایت اجتماعی و سازگاری مذهبی در کاهش نشانه‌های افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان بود که در مشاوره‌ی روان‌شناختی و درمان افسردگی در این بیماران بایستی مد نظر قرار گیرد. ضمن این که شیوع بالای افسردگی در این بیماران لزوم توجه بیشتر مسؤولین بهداشتی-درمانی را طلب می‌کند.

واژگان کلیدی: افسردگی، سازگاری مذهبی، حمایت اجتماعی، سرطان پستان.

مقدمه

درصد برای ۵ سال و تا ۶۳ درصد برای ۱۵ سال بوده است (۳).

بسیاری از زنان مبتلا به سرطان‌های پستان درجات خفیف تا شدیدی از علایم روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، احساس خصومت، غمگینی، احساس محرومیت و خشم را تجربه می‌کنند (۴). همچنین، ابتلا به سرطان پستان سبب افزایش بروز

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان زنان و دومین علت مرگ ناشی از سرطان (پس از سرطان ریه) در میان آنان است (۱). سرطان پستان در حدود یک سوم تمام سرطان‌های زنان را تشکیل می‌دهد (۲). در مطالعات اخیر مرکز سرطان شناسی آمریکا، امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان تا ۸۷

^۱ روان‌پزشک، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
^۲ استاد، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
^۳ استاد، گروه جراحی عمومی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
^۴ استادیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
^۵ دانشجوی پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

افسردگی و اضطراب نسبت به جمعیت عمومی شده است (۴).

در برخی تحقیقات، احتمال بروز افسردگی اساسی در مبتلایان به سرطان پستان تا دو برابر جمعیت عمومی بوده است (۵). برخی نیز معتقدند که اغلب مردم افسردگی را یک واکنش طبیعی در مبتلایان به سرطان می‌دانند (۶).

در مطالعات پیشین، رابطه‌ی بین اعتقادات معنوی و سلامت جسمانی، کاهش ابتلا به سرطان و افزایش طول عمر نشان داده شده است (۷).

برخی محققین معتقدند که معنویت سبب معنی‌دار شدن زندگی برای فرد می‌شود و از این طریق به فرد در کنار آمدن با سرطان کمک می‌کند (۸).

به عقیده‌ی Laubmeier و همکاران، ایمان نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی در مراحل اولیه و پیشرفته‌ی بیماری در مبتلایان به سرطان داشته است (۳).

تحقیقات نشان داده است که حمایت اجتماعی نیز نقش عمده‌ای در تطابق و کنار آمدن با بیماری‌های مزمن و جدی، چون سرطان، دارد. منظور از حمایت، برقراری یک تعامل اجتماعی است که با برقراری ارتباط شروع می‌شود و با تداوم آن، به ایجاد ارتباطی هم‌دلانه و در نهایت به یک شبکه‌ی ایمنی برای بیمار می‌انجامد (۹). افراد خانواده، بستگان، دوستان، پزشکان و سایر پرسنل بهداشتی-درمانی و نیز انجمن‌های حمایت از بیماران سرطانی می‌توانند منبع چنین حمایتی برای بیمار باشند.

در بررسی زنان سیاه‌پوست آمریکایی مبتلا به سرطان، زنانی که حمایت اجتماعی کافی دریافت نکرده بودند، تطابق خوبی با بیماری نداشتند (۱۰). با توجه به تنوع فرهنگ‌ها و زبان‌ها، در هر

کشوری وابسته به ساختار سنتی و مذهبی آن، پرسش‌نامه‌ی مورد نظر برای بررسی شرایط افراد، باید با توجه به فاکتورهای همان کشور تنظیم گردد. با توجه به کمبود یک پرسش‌نامه‌ی جامع و کارا، به ویژه در زمینه‌ی سازگاری مذهبی و حمایت اجتماعی در کشور ایران، تدوین آن ضروری به نظر می‌رسید. با توجه به این نیاز، در این تحقیق ابتدا پرسش‌نامه‌های سازگاری مذهبی و حمایت اجتماعی ترجمه و بومی سازی شد و سپس رابطه‌ی سازگاری مذهبی و حمایت اجتماعی با افسردگی در مبتلایان به سرطان پستان مورد بررسی قرار گرفت.

روش‌ها

گروه مورد مطالعه را ۲۴۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان تشکیل می‌دادند که حداقل سه ماه از زمان جراحی آن‌ها می‌گذشت. این افراد به صورت تصادفی ساده (بدون در نظر گرفتن مرحله‌ی بیماری) انتخاب و با پرسش‌نامه‌های افسردگی Beck (۱۱)، سازگاری مذهبی و حمایت اجتماعی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

جهت بررسی سازگاری مذهبی از پرسش‌نامه‌ی سازگاری مذهبی (Ways of Religious Coping Scale) یا WORCS) استفاده شد. این پرسش‌نامه‌ی خود گزارشگر در سال ۱۹۹۵ تدوین شده و پایایی آن ۰/۹۵ گزارش شده است (۱۲).

جهت بررسی حمایت اجتماعی نیز از پرسش‌نامه‌ی حمایت اجتماعی (Berlin Social Support Scale) یا BSSS) تدوین شده توسط Schulz و Schwarzer استفاده شد (۱۳).

هر دو پرسش‌نامه ابتدا به فارسی ترجمه و توسط سه تن از استادان زبان انگلیسی تصحیح و بررسی شد؛

۸۰/۶ درصد افراد مورد بررسی خانه‌دار و ۱۹/۶ درصد شاغل بودند. ۷۲/۵ درصد آنان متأهل، ۹/۲ درصد مجرد، ۳/۳ درصد مطلقه و ۱۵ درصد بیوه بودند. تحصیلات ۴۰ درصد افراد در حد ابتدایی، ۱۴/۲ درصد راهنمایی، ۲۹/۲ درصد دیپلم و ۱۶/۷ درصد فوق دیپلم و بالاتر بود. میانگین تعداد فرزند ۲/۴ (با حداقل تعداد فرزند ۰ و حداکثر ۵ نفر) بود. بین زنان شهری و روستایی از لحاظ سن و وضعیت تأهل اختلاف معنی‌داری وجود نداشت؛ ولی زنان شهری به طور معنی‌داری بیش از زنان روستایی شاغل بوده، تحصیلات بالاتری داشتند ($F > 1$ و $P < 0/05$).

به میزان ۲۲ درصد از زنان مبتلا به سرطان پستان سابقه‌ی مشکلات روان‌پزشکی ۱۴/۳ درصد آنان سابقه‌ی خانوادگی مشکلات روان‌پزشکی داشتند. بین زنان شهری و روستایی از این لحاظ تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

همبستگی بین افسردگی و سازگاری مذهبی ($-0/61$) و نیز همبستگی بین افسردگی و حمایت اجتماعی ($-0/84$) منفی و معنی‌دار محاسبه شد ($F > 1$ و $P < 0/01$ برای هر دو مورد).

بین سازگاری مذهبی و حمایت اجتماعی، همبستگی مثبت ($+0/62$) و معنی‌دار ($F > 1$) و $P < 0/001$ وجود داشت.

در بررسی عامل سن، بین سن با مقیاس افسردگی و حمایت اجتماعی همبستگی معنی‌داری وجود نداشت. در بررسی افراد در سه گروه سنی نیز تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. ولی بین عامل سن و سازگاری مذهبی همبستگی مثبت ($+0/2$) و معنی‌دار به دست آمد ($F > 1$ و $P < 0/05$)؛ در بررسی افراد در سه گروه سنی، گروه سنی بالای ۵۵ سال نسبت به گروه زیر ۳۵ سال به طور

سپس، توسط شش تن از استادان جراحی و روان‌پزشکی نیز مورد بررسی و تصحیح قرار گرفت. پرسش‌نامه‌ی سازگاری مذهبی از نظر تطابق با فرهنگ اسلامی توسط استادان معارف اسلامی نیز تأیید شد.

جهت بررسی پایایی پرسش‌نامه‌ها Test-retest reliability انجام شد. به این ترتیب که ۴۰ نفر از دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی پرسش‌نامه‌ها را در دو نوبت با فاصله‌ی سه هفته تکمیل کردند. پس از تعیین نمرات افراد، جهت اعتبار سنجی نتایج تست، آنالیز واریانس (ANOVA) انجام گردید. همچنین آزمون Paired t-test نیز انجام شد و معنی‌دار بودن نتایج برای گروه‌های دسته بندی شده، دو به دو محاسبه گردید. نتایج، حاکی از پایایی پرسش‌نامه‌ی سازگاری مذهبی در حد ۹۵ درصد و پرسش‌نامه‌ی حمایت اجتماعی در حد ۹۰ درصد بود. همچنین F-test نیز، که نشانگر نسبت پخشش بین گروهی به پخشش درون گروهی است، برای گروه‌ها به صورت دو به دو محاسبه شد. مقدار بزرگ این نشانه، حاکی از جدا بودن معنی‌دار میانگین گروه‌ها از هم و همچنین پراکندگی کم داده‌های هر گروه حول میانگین خود می‌باشد. کلیه‌ی آزمون‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL) انجام گرفت. مقدار $P < 0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

گروه مورد مطالعه همگی مسلمان بوده، حداقل ۲۹ و حداکثر ۷۰ سال سن داشتند. ۲۶/۷ درصد آنان ساکن روستا و ۷۳/۳ درصد ساکن شهر بودند. میانگین سن زنان روستایی ۴۶/۱۵ و میانگین سن زنان شهری ۴۶/۷۲ سال بود.

نسبت به زنان خانه‌دار داشتند، ولی این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. در مقیاس سازگاری مذهبی و حمایت اجتماعی نیز تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. بین تعداد فرزند و افسردگی همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود داشت ($F > 1$ و $P < 0/05$) ولی تعداد فرزند با مقیاس‌های سازگاری مذهبی و حمایت اجتماعی ارتباط معنی‌داری نداشت.

بین زنان شهری و روستایی از لحاظ افسردگی، سازگاری مذهبی و حمایت اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

بر اساس نمرات آزمون Beck ۳۵ درصد از افراد فاقد افسردگی، ۳۰/۸ درصد دارای افسردگی خفیف، ۲۵ درصد دارای افسردگی متوسط و ۹/۲ درصد مبتلا به افسردگی در حد شدید بودند.

معنی‌داری سازگاری مذهبی بالاتری داشتند (جدول ۱). در بررسی عامل تأهل، افراد متأهل و مجرد به طور معنی‌داری نمره‌ی افسردگی کمتر و نمره‌ی سازگاری مذهبی و حمایت اجتماعی بالاتری نسبت به افراد مطلقه و بیوه داشتند ($F > 1$ و $P < 0/0001$) (جدول ۲).

در بررسی میزان تحصیلات مشاهده شد که با افزایش تحصیلات، کاهش در نمره‌ی افسردگی و افزایش در نمره‌ی حمایت اجتماعی مشاهده می‌شود و بین گروه با تحصیلات ابتدایی و گروه به تحصیلات دانشگاهی (فوق دیپلم و بالاتر) تفاوت معنی‌داری محاسبه شد ($F > 1$ و $P < 0/05$). بین مقیاس سازگاری مذهبی و میزان تحصیلات ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۳). در بررسی عامل شغل، نتایج نشان داد که هر چند زنان شاغل به طور مشهودی نمره‌ی افسردگی کمتری

جدول ۱. مقایسه‌ی افسردگی، سازگاری مذهبی و حمایت اجتماعی در گروه‌های سنی مختلف مورد بررسی

گروه‌های سنی	تعداد	افسردگی		سازگاری مذهبی		حمایت اجتماعی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پایین‌تر از ۳۵ سال	۳۸	۱۸/۱۰	۹/۰۷	۱۱۲/۲۳	۲۸/۶۱	۱۵۸/۵۱	۲۷/۰۶
۳۵ تا ۵۵ سال	۱۶۴	۱۴/۷۵	۱۰/۵۸	۱۱۹/۵۲	۱۵/۹۳	۱۶۲/۰۱	۳۱/۸۱
بالاتر از ۵۵ سال	۳۸	۱۵/۴۲	۹/۴۰	۱۲۱/۴۳	۱۸/۷۳	۱۵۱/۸۱	۲۳/۷۲
کل	۲۴۰	۱۵/۳۷	۱۰/۲۱	۹۱۱/۷۱	۲۰/۳۹	۱۵۹/۸۵	۳۰/۲۷

جدول ۲. مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار نمره‌ی افسردگی، سازگاری مذهبی و حمایت اجتماعی در افراد مورد بررسی با توجه به وضعیت تأهل

وضعیت تأهل	تعداد	افسردگی		سازگاری مذهبی		حمایت اجتماعی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
متأهل	۱۷۴	۱۴/۲۶	۱۰/۳۶	۱۲۳/۴۴	۱۶/۹۰	۱۶۷/۱۸	۲۸/۴۷
مجرد	۲۲	۱۲/۹۱	۱۱/۳۵	۱۱۸/۹۴	۱۶/۴۹	۱۶۲/۳۶	۲۵/۴۷
مطلقه- بیوه	۲۴	۲۱/۰۹	۶/۴۷	۱۰۵/۱۳	۱۷/۵۰	۱۲۹/۵۶	۱۶/۹۹
کل	۲۴۰	۱۵/۳۷	۱۰/۲۱	۱۱۹/۷۱	۲۰/۳۹	۱۵۹/۸۵	۳۰/۷

جدول ۳. مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار نمره‌ی افسردگی، سازگاری مذهبی و حمایت اجتماعی در افراد مورد بررسی با توجه به تحصیلات

تحصیلات	تعداد	افسردگی		سازگاری مذهبی		حمایت اجتماعی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ابتدایی	۹۶	۱۷/۸۷	۹/۶۴	۱۱۷/۲۷	۲۳/۹۵	۱۵۳/۲۹	۲۹/۱۹
راهنمایی	۳۴	۱۶/۰۱	۱۲/۷۹	۱۱۸/۵۵	۲۰/۲۰	۱۵۹/۳۵	۲۳/۱۰
دیپلم	۷۰	۱۴/۱۴	۹/۴۹	۱۲۳/۱۱	۱۷/۵۷	۱۶۴/۵۷	۳۰/۲۱
فوق دیپلم و بالاتر	۴۰	۱۱/۳۰	۸/۹۷	۱۲۰/۳۰	۱۴/۹۶	۱۶۷/۷۵	۲۷/۷۳
کل	۲۴۰	۱۵۶/۳۷	۱۰/۲۱	۱۱۹/۷۱	۲۰/۳۹	۱۵۹/۸۵	۳۰/۰۷

افزایش در نمره‌ی حمایت اجتماعی کاهش در نمره‌ی افسردگی مشاهده می‌شد. این یافته با مطالعات انجام شده توسط Pistrang و Barker (۱۶)، Lee و همکاران (۱۷) و Neuling و Winefield (۱۸) در زنان مبتلا به سرطان پستان مطابقت دارد.

در بررسی عامل سن، رابطه‌ی معنی‌داری با افسردگی مشاهده نشد. در مطالعه‌ی Mirowsky و Ross، کمترین میزان افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان، مربوط به سنین میانه (حدود ۴۵ سالگی) و بیشترین میزان مربوط به زنان مسن بالاتر از ۸۰ سال بود (۱۹). در حالی که Wong-Kim و Bloom ضمن بیان شیوع افسردگی در سن پایین، سن را عامل مهمی در بروز افسردگی در مبتلایان به سرطان پستان شناختند (۲۰).

بین حمایت اجتماعی و سن نیز رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت که با مطالعه‌ی Weihs و همکاران (۲۱) مطابقت دارد.

بین سازگاری مذهبی و سن همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود داشت و با افزایش سن، افزایش در نمره‌ی سازگاری مذهبی مشاهده شد. به نظر می‌رسد، زنان جوان کشمکش مذهبی بیشتری نسبت به زنان

در بررسی درجات افسردگی، بین زنان شهری و روستایی تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($F > 1$) و ($P < 0/05$) و افسردگی شدید در زنان شهری بیش از زنان روستایی و افسردگی خفیف در زنان روستایی بیش از زنان شهری بود.

بحث

نتایج این پژوهش وجود رابطه‌ی معنی‌دار آماری بین افسردگی و سازگاری مذهبی را با مقدار همبستگی منفی نشان داد. همچنین نتایج نشانگر این حقیقت بود که افزایش سازگاری مذهبی در بیماران باعث کاهش نمره‌ی افسردگی آنان می‌شود و بالعکس. نتایج حاصل از این تحقیق با مطالعه‌ی Aukst-Margetić و همکاران در زنان مبتلا به سرطان پستان هم‌خوانی دارد (۱۴).

VandeCreek و همکاران در مطالعه‌ی خود بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان، اعتقادات معنوی و اعمال مذهبی - عبادی را یکی از مهم‌ترین عوامل در کنار آمدن با بیماری دانستند (۱۵).

در این پژوهش، بین افسردگی با حمایت اجتماعی نیز همبستگی منفی و معنی‌دار وجود داشت؛ یعنی با

مسن داشته باشند (۲۲) که با افزایش سن، افراد از لحاظ اعتقادات معنی و مذهبی به پایداری و ثبات بیشتری رسیده، بیشتر می‌توانند از آرامش معنوی در جهت تطابق با بحران‌های زندگی کمک بگیرند.

در این مطالعه، زنان مجرد و متأهل نمره‌ی افسردگی کمتر و سازگاری مذهبی و حمایت اجتماعی بالاتری نسبت به زنان بیوه و مطلقه داشتند. در مطالعات انجام شده، دریافت حمایت از جانب همسر در زنان متأهل نقش بسزایی در سازگاری با بیماری در مبتلایان به سرطان پستان داشته است (۱۵).

متأسفانه در کشور ما، به دلیل دیدگاه‌های خاص اجتماعی، زنان بیوه و مطلقه نه تنها از حمایت همسر محروم هستند که در محیط اجتماعی و روابط با دوستان و همکاران نیز گه‌گاه با مشکلاتی مواجه می‌شوند. بین زنان متأهل و مجرد در نمره‌ی افسردگی، سازگاری مذهبی و حمایت اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت که احتمال می‌رود مربوط به رابطه‌ی عاطفی قوی زنان مجرد با افراد خانواده (به ویژه پدر و مادر) قبل از ازدواج (به عنوان منبع حمایتی) باشد.

در تحقیق حاضر با افزایش میزان تحصیلات، افزایش در نمره‌ی حمایت اجتماعی و کاهش در نمره‌ی افسردگی مشاهده شد؛ زنان تحصیل‌کرده اغلب روابط اجتماعی بیشتری داشته، بیشتر شاغل بوده، مطالعات بیشتری دارند و در نتیجه قدرت سازگاری بیشتری با بحران‌ها داشته، کمتر به افسردگی مبتلا می‌شوند. بین تحصیلات و سازگاری مذهبی ارتباط

معنی‌داری وجود نداشت.

در این تحقیق، بر اساس نمرات آزمون Beck، ۳۴/۲ درصد افراد افسردگی در حد متوسط و شدید داشتند. در مطالعه‌ی رضانی (۲۳) نیز ۴۰/۸ از زنان، افسردگی در حد متوسط و شدید داشتند که با مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد. در مطالعه‌ی Payne و همکاران شیوع افسردگی در مبتلایان به سرطان پستان ۳۳ درصد گزارش شد (۲۴).

بیشتر گفتیم که در این مطالعه، با توجه به فرهنگ مردم کشورمان، تغییراتی در پرسش‌نامه‌ها ایجاد شد. مقایسه‌ی نسخه‌ی ترجمه و تدوین شده‌ی پرسش‌نامه حمایت اجتماعی (پیوست الف) با نسخه‌ی اصلی انگلیسی آن (۲۵)، نشانگر پربار شدن سؤالات با رنگ و بوی فرهنگ ایرانی است. لازم به ذکر است که هیچ موردی به پرسش‌نامه‌ی حمایت اجتماعی اضافه نشد. در پرسش‌نامه مذهبی، برخی پرسش‌ها (سؤال‌های ۱، ۴، ۷، ۸، ۱۵، ۱۷، ۲۲ و ۲۹) مطابق عقاید اسلامی افراد در جامعه‌ی ایران تغییر یافت. مقایسه‌ی سؤالات بومی سازی شده (پیوست ب) با مرجع اصلی (۲۶) نشانگر تغییرات ایجاد شده در جهت بهبود نتایج است.

شیوع بالای افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان لزوم توجه بیشتر مسئولین بهداشتی-درمانی را طلب می‌کند. با توجه به وجود همبستگی بین سازگاری مذهبی و حمایت اجتماعی با افسردگی در مبتلایان به سرطان پستان، این مسأله در مداخلات درمانی و مشاوره‌های روان‌شناختی این بیماران بایستی مد نظر باشد.

References

1. Andreoli TE, Carpenter CCJ, Griggs RC, Loscalzo J. Cecil Essentials of Medicine. 5th ed.

Trans. Ahmadi Araghi I. Tehran: Tabib and Teymourzadegan; 2001. p. 712-4.

2. Berker JS. Novak's gynecology. 13th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p. 1375-7.
3. Laubmeier KK, Zakowski SG, Bair JP. The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: a test of the transactional model of stress and coping. *Int J Behav Med* 2004; 11(1): 48-55.
4. Rennie H. Breast cancer and depression: Risk factors and treatment options. [online]. *Abreast in the West* 2000; 1(3): 4. Available from: URL: <http://www.abreastandtherest.ca/pdf/12.pdf>
5. Harris A. Depression and breast cancer. [cited 2003 June 3]. Canadian Breast Cancer Foundation. Available from: URL: <http://abcnca.bcans.ca/depression-and-breast-cancer/>
6. Mayr M, Schmid RM. Pancreatic cancer and depression: myth and truth. *BMC Cancer* 2010; 10: 569.
7. Levine EG, Targ E. Spiritual Correlates of Functional Well-Being in Women With Breast Cancer. *Integr Cancer Ther* June 2002; 1(2): 166-74.
8. Bauer-Wu S, Farran CJ. Meaning in life and psycho-spiritual functioning: A comparison of breast cancer Survivors and healthy Women. *J Holist Nurs* 2005; 23(2): 172-90.
9. Vanaki Z, Parsa Yekta Z, Kazemnejad A, Heydarnia AR. Interpretation of Support for Cancer Patients under Chemotherapy: A Qualitative Research. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 2003; 9 (1): 53-61
10. Henderson PD, Fogel J, Edwards QT. Coping Strategies among African American Women with Breast Cancer. [online]. *Southern Online Journal of Nursing Research* 2003; 3(4). Available from: URL: http://www.snrs.org/publications/SOJNR_article/siss03vol04.htm.
11. Groth-Marnat G. Handbook of Psychological Assessment. 4th ed. Trans. Nikjoo MR, Pasha Sharifi H. Tehran: Roshd; 2003. p. 225.
12. Boudreaux E, Catz S, Ryan L, Amaral-Melendez M, Brantley PJ. The Ways of Religious Coping Scale: Reliability, Validity, and Scale Development. *Assessment* 1995; 2(3): 233-44. Available from: URL: <http://asm.sagepub.com/content/2/3/233>
13. Schwarzer R, Schulz U. Social support in coping with illness: The Berlin Social Support Scales (BSSS). *Diagnostica* 2003; 49: 73-82. <http://userpage.fu-berlin.de/~health/bssdocument.pdf>.
14. Aukst-Margetić B, Jakovljević M, Margetić B, Bišćan M, Samija M. Religiosity, depression and pain in patients with breast cancer. *Gen Hosp Psychiatry* 2005; 27(4): 250-5.
15. VandeCreek L, Rogers E, Lester J. Use of alternative therapies among breast cancer outpatients compared with the general population. *Altern Ther Health Med* 1999; 5(1): 71-6.
16. Pistrang N, Barker C. The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Social Science & Medicine* 1995; 40(6): 789-97.
17. Lee EH, Chung BY, Park HB, Chun KH. Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer *Journal of Pain and Symptom Management* 2004; 27(5): 425-33.
18. Neuling SJ, Winefield HR. Social support and recovery after surgery for breast cancer: frequency and correlates of supportive behaviours by family, friends and surgeon. *Soc Sci Med* 1988; 27(4): 385-92.
19. Mirowsky J, Ross CE. Age and depression. *J Health Soc Behav* 1992; 33(3): 187-205.
20. Wong-Kim EC, Bloom JR. Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer. *Psychooncology* 2005; 14(7): 564-73.
21. Weihs KL, Simmens SJ, Mizrahi J, Enright TM, Hunt ME, Siegel RS. Dependable social relationships predict overall survival in Stages II and III breast carcinoma patients. *J Psychosom Res* 2005; 59(5): 299-306.
22. Manning-Walsh J. Spiritual struggle: effect on quality of life and life satisfaction in women with breast cancer. *J Holist Nurs* 2005; 23(2): 120-40.
23. Ramezani T. Amount of depression and the need for counseling in women with breast cancer in chemotherapy centers in Kerman. *Andishe va Raftar* 2001; 6(4): 70-0. [In Persian].
24. Payne DK, Hoffman RG, Theodoulou M, Dosik M, Massie MJ. Screening for anxiety and depression in women with breast cancer. *Psychiatry and medical oncology gear up for managed care. Psychosomatics* 1999; 40(1): 64-9.
25. Schwarzer R, Schulz U. Berlin Social-Support Scales (BSSS) (originally designed for coping with cancer surgery setting). [cited 2005 Nov 20]. Available from: URL: http://userpage.fu-berlin.de/~health/soc_e.htm#top.
26. Boudreaux E, Catz S, Ryan L, Amaral-Melendez M, Brantley PJ. Ways of religious coping scale (WORCS). [cited 2003 July 21]. Available from: URL: http://chipts.cch.ucla.edu/assessment/Assessment_Instruments/Assessment_pdf_new/assess_worcs_pdf.pdf.

Investigating the Relation of Depression and Religious Coping and Social Support in Women with Breast Cancer

Mahsa Taghavi MD¹, Euones Kalafi MD², Abdorrasoul Talei MD³,
Gholamreza Dehbozorgi MD⁴, Seyed Mohammad Arash Taghavi⁵

Abstract

Background: Some chronic diseases like cancer, and its side effects such as depression, are considered as stressful life events. But, these reactions are not the real results of the mentioned disease and depend on the pressure compensatory factors, like social support, and the performance of confront methods with stress, such as religious coping. The purpose of this research was to investigate the relation of depression, religious coping, and social support in the women with breast cancer.

Methods: In our research, 240 patients with breast cancer were selected randomly (without considering of the disease stage) and were assisted with self report questionnaires (Beck depression test, religious coping, and social support).

Finding: The correlation between religious coping and depression was significant and negative (-0.61; $P < 0.01$). Also, the correlation between depression and social support was significant and negative (-0.84; $P < 0.01$). But the correlation between social support and religious coping was significant and positive (0.62; $P < 0.001$). The results showed that as the score of religious coping and social support decrease, an increase in the depression score is observed and vice versa. Corresponding to the Beck depression test, 34.2% of the patients had moderate and severe depression.

Conclusion: This research showed the effective role of social support and religious coping in decreasing depression score in the women with breast cancer which should be considered in therapeutic counseling services. Incidentally, the high rate of depression prevalence in these patients should be highlighted for the people in charged.

Key words: Depression, Religious coping, Social support, Breast cancer.

¹ Psychiatrist, Department of Psychiatry, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

² Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

³ Professor, Department of General Surgery, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

⁴ Assistant Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

⁵ Student of Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Seyed Mohammad Arash Taghavi, Email: m_taghavi@edc.mui.ac.ir