

مقایسه انتظار از نتیجه‌ی درمان جراحی ماستکتومی و پیامد درمانی ادراک

شده بر اساس میزان خودکارآمدی در زنان مبتلا به سرطان سینه

سیده سامرا حسینی*، جابر داوودی**، مجتبی حبیبی***، ریچارد فیلدینگ****

دریافت مقاله:

91/7/12

پذیرش:

93/4/20

چکیده

هدف: ابتلا به سرطان سینه نگرانی‌هایی را در افراد مبتلا در مورد درمان، عوارض جانبی، بستری‌های بیمارستانی و هزینه‌های درمان به وجود می‌آورد که این نگرانی‌ها شایع است. از آنجا که خودکارآمدی یکی از فاکتورهای شخصی منحصر به فرد است، می‌تواند بر توانایی فردی افراد و درک بهتر از این‌که چه انتظاری باید قبل، در طول، و بعد از عمل جراحی سرطان سینه داشته باشند تاثیر گذارد. تحقیق حاضر به مقایسه انتظار از نتیجه درمان جراحی ماستکتومی و پیامد درمانی ادراک شده بر اساس میزان خودکارآمدی در زنان مبتلا به سرطان سینه می‌پردازد.

روش: در این پژوهش 300 زن مبتلا به سرطان سینه، قبل و بعد از عمل ماستکتومی با استفاده از پرسشنامه‌های خودکارآمدی عمومی و ناهم‌خوانی بین انتظار و پیامد جراحی مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس نشان داد بین بیماران با خودکارآمدی بالا و پایین، بین سطح پیشرفت بیماری و نیز بین اندازه‌ی تومور سینه، بر اساس انتظار از نتیجه جراحی و پیامد درمانی ادراک شده تفاوت معنی‌دار وجود داشت. بین میزان خودکارآمدی زنان در دو گروه مسن و غیرمسن، تفاوت معنادار بود.

نتیجه‌گیری: خودکارآمدی بالا می‌تواند بعد از عمل جراحی در ایجاد سازگاری اجتماعی اولیه مفید واقع شود، اما از طرفی منجر به ناچیز پنداشتن اثرات منفی جراحی می‌شود و ممکن است سازگاری روانی را مختل کند. بنابراین خودکارآمدی بالا به طور غیر مستقیم نقش قابل توجهی در افزایش مشکلات بعد از عمل جراحی ماستکتومی دارد.

کلید واژه‌ها: خودکارآمدی، انتظار از نتیجه‌ی درمان، پیامد درمانی ادراک شده، سرطان سینه.

* کارشناس ارشد روان‌شناسی خانواده درمانی، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسئول) samera.hoseini@mail.sbu.ac.ir

** دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی خانواده درمانی، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

*** دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، استادیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

**** دکتری روان‌شناسی بالینی، مرکز آموزش و پژوهش روان-غددشناسی دانشگاه هنگ کنگ، چین

مقدمه

و برداشتن تخمدانها¹¹ است (فیشر¹² و کوستانتینو¹³، 2005؛ استوپک¹⁴ و لیپتون¹⁵، 2012). درمان جراحی ممکن است به صورت جراحی محافظتی سینه، برداشتن غدد لنفاوی و برداشتن سینه (ماستکتومی) باشد (فصلنامه بیماری‌های پستان، 1389). ماستکتومی به خارج کردن کامل بافت سینه که در برگیرنده پوست روی سینه همراه با نوک سینه و آرئول (هاله اطراف سینه) نیز می‌باشد، اطلاق می‌گردد (انجمن سرطان آمریکا، 2011).

اطلاع از ابتلا به سرطان سینه، زندگی فرد و اطرافیان فرد را تغییر می‌دهد. سازگاری با این تغییرات مشکل به نظر می‌رسد زیرا بر ابعاد مختلف زندگی فرد تأثیر می‌گذارد و نگرانی‌ها و ترس‌هایی را ایجاد می‌کند. در خصوص بسیاری از افراد مبتلا، فکر کردن در مورد جراحی ماستکتومی¹⁶ می‌تواند باعث به وحشت انداختن آن‌ها شود. اما درک بهتر از این‌که چه انتظاری باید قبل، در طول، و بعد از عمل جراحی داشته باشند، می‌تواند تا حد زیادی از ترس آن‌ها بکاهد (انجمن سرطان آمریکا، 2011؛ ویلهلم¹⁷، راموسن¹⁸ و سیندراپ¹⁹، 2008).

10. Chemotherapy
11. Ovariectomy
12. Fisher
13. Costantino
14. Stopeck
15. Lipton
16. Mastectomy
17. Vilholm
18. Rasmussen
19. Sindrup

در بسیاری از کشورها افزایش شیوع سرطان سینه و در نهایت مرگ، نگرانی جدی را ایجاد کرده است. سرطان سینه شایع‌ترین سرطان غیر-پوستی و دومین عامل مرگ سرطانی در بین زنان است (انجمن سرطان آمریکا¹، 2008؛ اندرسون² و کلباسکی³، 2012؛ موسسه ملی سرطان⁴، 2008). میزان بروز سرطان سینه در ایالات متحده در طی 60 سال اخیر 2 برابر شده است (سازمان ملی سرطان پستان⁵، 2009؛ کری⁶ و بارت⁷، 2003). در ایران سرطان سینه شایع‌ترین سرطان در میان زنان است. تخمین زده شده است که یک زن از هر هفت زن، در طول دوران زندگی اش مبتلا به سرطان سینه می‌شود که این میزان با افزایش سن نیز بیشتر خواهد شد (انجمن سرطان آمریکا، 2008؛ 2012). سرطان سینه یکی از علل گسترده‌ی مرگ و میر زنانهم در کشورهای پیشرفته و هم در کشورهای درحال توسعه است. سن ابتلا به سرطان سینه در ایران 10 سال پایین‌تر است درحالی‌که در دنیا حداکثر سن شیوع این سرطان 50 سال به بالا است (کری و بارت، 2003).

درمان‌های متفاوتی برای سرطان سینه وجود دارد که شامل: جراحی، پرتو درمانی⁸، درمان‌های کمکی (هورمون درمانی⁹ - شیمی درمانی¹⁰)

1. American Cancer Society (ACS)
2. Anderson
3. Clebowski
4. National Cancer Institute
5. National Breast Cancer Organization
6. Chery
7. Burt
8. Radiotherapy
9. Hormone therapy

های عمل بالاتر باشد استرس‌های روانی بیشتری را تجربه خواهد کرد. در واقع این انتظار میزان نگرانی را نشان می‌دهد که می‌تواند مستقیماً پیامدهای روانی را افزایش دهد (لم و همکاران، 2007).

به‌علاوه در طبقه‌بندی بین‌المللی از عملکرد (2010)¹²، فاکتورهای شخصی منحصر به فردی وجود دارد که در بیماران مبتلا به سرطان سینه بر روی توانایی فردی آنان تأثیر می‌گذارد. یکی از این عوامل شخصی، خودکارآمدی است؛ توانایی مدیریت موقعیت‌های فردی (بندورا¹³، 1997). برطبق نظریه شناختی-اجتماعی، افراد با میزان بالای خودکارآمدی، اعتقاد به توانایی برای انجام و مدیریت کارها دارند. در واقع افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند، بیشتر اهداف چالش برانگیز را انتخاب می‌کنند. آنها به‌جای تمرکز روی موانع، بر روی فرصت‌ها تمرکز می‌کنند. خودکارآمدی صراحتاً با صلاحیت و رفتار آینده‌ی افراد، در ارتباط است. خودکارآمدی بالا با سازگاری بهتر و افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان مرتبط است. سازگاری بهتر، انعکاس دهنده‌ی سطوح استرس روانی کمتر در بین زنان مبتلا به سرطان سینه می‌باشد. نارضایتی زنان همراه با انتظاری که از پیامد درمان دارند، می‌تواند نگرانی‌های روانی زیادی را در پی داشته باشد (لوزشزینسکا¹⁴ و گاتریدونا¹⁵، 2005).

12. International Classification of Functioning (ICF)
13. Bandura
14. Luszczynska
15. Gutiérrez-Doña

رضایت بیماران از پیامد جراحی با در نظر گرفتن هم‌خوانی بین انتظار فرد و پیامد درمانی ادراک شده وی از عمل جراحی، عملیاتی می‌شود (لم، چان²، هانگ³ و فیلدینگ⁴، 2007). پیامد پیامد درمانی ادراک شده⁵ در واقع پیامدی است که فرد بعد از عمل جراحی از نتیجه‌ی عمل ادراک می‌کند. جراحی ماستکتومی مانند جراحی هر عضو دیگری از بدن پیامدهایی را به دنبال دارد. این پیامدها می‌تواند در ابعاد مختلف پزشکی، روانی و اجتماعی بروز کند (ایتامر⁶ و شیفتنر⁷، 2007؛ هاینز⁸، ویور⁹ و مورو¹⁰، 2004). در بعد روانشناختی، پیامدهای درمانی ادراک شده در زنان مبتلا به سرطان سینه شامل؛ تأثیر منفی بر احساس زنانگی، تصویر ذهنی فرد از ظاهر فیزیکی خود، احساس و میل جنسی، ارتباطات روزمره و زندگی خانوادگی فرد و ... می‌باشد (هارکورت¹¹، 2007؛ لم و همکاران، 2009). برای آن‌که بتوان این پیامدهای روانشناختی را پیش‌بینی کرد نیاز است تا به انتظار فرد قبل از عمل جراحی توجه شود. انتظاری که افراد قبل از عمل جراحی از پیامد درمان دارند، پیش‌بینی‌کننده‌ی استرس‌های روانی متعاقب خواهد بود. به‌طوری که هر چه انتظار فرد قبل از عمل جراحی نسبت به پیامد-

1. Lam
2. Chan
3. Hung
4. Fielding
5. Perceived Outcome of Surgery
6. El-Tamer
7. Schiffner
8. Hynes
9. Weaver
10. Morrow
11. Harcourt

در مطالعه‌ای که توسط لم، چان، هانگ و فیلدینگ (2007)، بر روی زنان مبتلا به سرطان سینه انجام شد، شواهد نظری و تجربی پژوهش نشان داد بیماران مبتلا به سرطان که خودکارآمدی بالایی دارند، سازگاری بهتری بعد از عمل جراحی پیدا می‌کنند و به دنبال آن پیامدهای روانی منفی کمتری تجربه خواهند کرد. با توجه به یافته‌های به دست آمده از این پژوهش زنان با خودکارآمدی بالا، بعد از عمل جراحی ماستکتومی تمایل به ناچیز شمردن پیامدهای منفی جراحی بر ظاهرشان داشتند. بنابراین این افزایش خودکارآمدی، افزایش انتظار فرد از نتیجه‌ی جراحی و به دنبال آن ممکن است مشکلات روانشناختی را افزایش دهد. در مطالعه‌ی انجام شده توسط اینسانافیشر (2010)، نشان داده شد که پذیرش بیمار از نتایج عمل جراحی ماستکتومی در زنان مبتلا به سرطان سینه می‌تواند از طریق پرورش خودکارآمدی بهتر شود.

محقق در مطالعه‌ای طولی که در سال 2007 بر روی زنان چینی مبتلا به سرطان سینه انجام دادند دریافتند بیماران سرطانی با خودکارآمدی بالا، تمایل به سازگاری بهتری دارند. در واقع مشخص شد خودکارآمدی بالا، افراد را در کنترل بر روی زندگی شان توانا می‌سازد (لم و همکاران، 2007).

البته خودکارآمدی و انتظار از نتیجه‌ی عمل جراحی، هیچ‌کدام پیش‌بینی‌کننده‌ی بهبود روابط خانوادگی و لذت بردن از فعالیت‌های اجتماعی نیستند. گرچه خودکارآمدی، روابط خارج از

خانواده را بهبود می‌بخشد اما بر خودپنداره‌ی افراد، هم اثر مثبت و هم اثر منفی دارد. خودکارآمدی بالا، افراد را قادر به افزایش و حفظ کنترل بر زندگیشان، در زمان مواجهه با مسائل دشوار می‌کند (لم و همکاران، 2009). در شرایط خاصی مانند بیماری، ممکن است افراد میزان توانایی خود برای فائق آمدن بر مشکلات را بیشتر یا کمتر از حد تخمین بزنند که این مسئله می‌تواند اثرات زیان بخشی در پی داشته باشد. خودکارآمدی تصویر فرد از خود و روابط با دوستان را بهبود می‌بخشد اما همزمان می‌تواند از طریق بالا بردن انتظار فرد از نتیجه‌ی عمل جراحی باعث اختلال در تصویر از خود¹ و ظاهر فرد و همچنین کاهش تمایل جنسی شود (لم، 2002).

اگرچه خودکارآمدی به‌عنوان کلیدی از منبع روانی در سازگاری با بیماری‌های مزمن جسمی مطرح شده است اما این سازه در بین افراد درگیر با سرطان سینه کمتر مورد توجه قرار گرفته‌است. از طرفی انتظار فرد از نتیجه‌ی عمل جراحی پیش‌بینی‌وی از نتیجه‌ی جراحی است که می‌تواند به صورت کمتر از حد انتظار یا بیشتر از حد انتظار تخمین زده شود و تجربه‌ای مثبت یا منفی را در سازگاری یا عدم سازگاری با پیامدهای عمل جراحی رقم زند.

بنابراین لازم دیدیم تا با انجام این مطالعه به مقایسه‌ی انتظار از نتیجه‌ی درمان جراحی ماستکتومی و پیامد درمانی ادراک شده بر اساس میزان خودکارآمدی در زنان مبتلا به سرطان سینه

1. Body image

(GSeS)¹ و پرسشنامه ناهم‌خوانی بین انتظار و پیامد جراحی (E-OI)² بود.

پرسشنامه‌ی خودکارآمدی عمومی: این پرسشنامه در آلمان توسط " جروسالم"³ و " شوارتزر" (1979) تهیه شد و به 33 زبان در دسترس است. این مقیاس برای ارزیابی یک احساس درک شده‌ی عمومی از خودکارآمدی ساخته شده است و با هدف پیش بینی میزان توانایی فرد در مواجهه با مشکلات روزمره و همچنین توانایی سازگاری وی بعد از تجربه‌ی انواع حوادث استرس‌زای زندگی است. همچنین این مقیاس برای عموم جمعیت بزرگسال نیز طراحی شده است. افراد پایین‌تر از دوازده سال نباید به تست پاسخ دهند. زمان مورد نیاز برای پاسخ دادن به آن به‌طور میانگین چهار دقیقه است. در مجموع این پرسشنامه دارای 10 آیتم است و هر آیتم اشاره به میزان توانایی فرد در فائق آمدن بر مسائل و مشکلات به‌گونه‌ای موفقیت آمیز دارد و بر ثبات درونی اسناد موفقیت دلالت می‌کند که آزمودنی باید در یک طیف لیکرت 4 درجه‌ای از اصلا صحیح نیست (1 امتیاز) تا کاملا صحیح است (4 امتیاز) میزان صحیح بودن یا عدم صحیح بودن گزینه‌ها با حالت و احساس کنونی خویش را مشخص سازد. این پرسشنامه را می‌توان برای بیماران قبل و بعد از عمل جراحی جهت ارزیابی تغییرات در کیفیت زندگی آن‌ها به‌کار بست. همچنین از این پرسشنامه می‌توان در

پبردازیم و به این سوالات پاسخ دهیم که آیا تفاوت معناداری بین افرادی که دارای خودکارآمدی بالا و پایین هستند؛ بر اساس انتظار از نتیجه جراحی و پیامد درمانی ادراک شده وجود دارد؟ آیا تفاوت معناداری بین سطح پیشرفت بیماری افراد؛ بر اساس انتظار از نتیجه جراحی و پیامد درمانی ادراک شده وجود دارد؟ آیا تفاوت معناداری بین اندازه‌ی تومور سینه، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال و میزان تحصیلات؛ بر اساس انتظار از نتیجه جراحی و پیامد درمانی ادراک شده وجود دارد؟ آیا بین میزان خودکارآمدی زنان مسن و غیرمسن تفاوت معنادار وجود دارد؟

روش

نوع پژوهش یا مطالعه از نوع علی مقایسه‌ای است که در آن رابطه بین متغیرها مورد بررسی قرار می‌گیرد و از نوع مقطعی می‌باشد. جامعه‌ی مورد پژوهش ما در این مطالعه، زنان بستری مبتلا به سرطان سینه در انستیتو کانسر دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند که قرار بود تحت عمل جراحی ماستکتومی قرار گیرند. حجم نمونه بر اساس فرمول تعیین حجم نمونه در مطالعات همبستگی محاسبه شده که تعداد 300 نفر به‌عنوان گروه نمونه از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار مورد نیاز جهت جمع‌آوری اطلاعات و اندازه‌گیری متغیرها شامل 2 پرسشنامه خودکارآمدی عمومی

1. Generalized Self-efficacy Scale
2. Expectancy-Outcome Incongruence
3. Jerusalem

پرسشنامه ناهمخوانی بین انتظار و پیامد جراحی: این پرسشنامه در دو مرحله اجرا می-شود: مرحله ی اول "انتظار" (E) که قبل از جراحی ماستکتومی تکمیل و اجرا می‌شود و مرحله ی دوم "پیامد" (O) است که بعد از عمل جراحی اجرا می‌شود. پاسخ‌های آزمون نیز در روی یک مقیاس 5 درجه‌ای در ردیف لیکرت (هیچ، خیلی کم، تا حدودی، تقریباً زیاد، خیلی زیاد) تنظیم شده است. این پرسشنامه دارای 12 سوال است. پایایی کلی این آزمون در پژوهش لم و همکاران (2007)، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ 0/78 گزارش شده است. نتایج پژوهش‌ها حاکی از پایایی و روایی مطلوب این آزمون هستند. نمره‌ی کلی مربوط به تفسیر پیامد (O) از نمره‌ی کلی تفسیر مربوط به انتظار (E) کم می‌شود. اگر نتیجه، عددی منفی باشد نشان دهنده‌ی این است که پیامد کمتر از حد انتظار ادراک شده است. بنابراین احتمالاً منجر به یأس و ناامیدی می‌شود. در مقابل اگر نمره‌ی به‌دست آمده مثبت باشد، پیامد بهتر از حد انتظار ادراک شده است و باعث یک تجربه-ی مثبتی از راحتی، منفعت، شگفتی و رضایت می‌شود. انتظارات واقع بینانه، با مقدار صفر نشان داده می‌شوند که البته می‌تواند بازتابی از دید بد بینانه با پیامد ضعیف یا دیدی خوش بینانه با پیامدی خوب باشد.

روش اجرا: ابتدا دو پرسشنامه‌ی "خودکارآمدی عمومی" و "انتظار از نتیجه‌ی جراحی قبل از ماستکتومی" در اختیار زنان مبتلا به سرطان سینه، بستری در انستیتو کانسر

مطالعات مربوط به بیماران مبتلا به درد مزمن یا آن‌هایی که در برنامه‌های بازتوانی قرار دارند استفاده کرد. ضرایب به‌دست آمده‌ی آلفای کرونباخ در کشورهای گوناگون چنین گزارش شده است: در کانادا 0/88؛ در کاستاریکا 0/81؛ در آلمان 0/81؛ در بریتانیا 0/88؛ در فرانسه 0/82؛ در ایران 0/84؛ در اسپانیا 0/84؛ در کره 0/85؛ در اندونزی 0/79؛ و در هند 0/75. ضرایب به‌دست آمده نشان دهنده‌ی پایایی درونی گزینه‌های این مقیاس در میان مردم گوناگون جهان است. شوآرتزر و همکاران (1997) ضرایب همسانی درونی مقیاس خودکارآمدی عمومی را در آلمان 0/84؛ در کاستاریکا و اسپانیا 0/81؛ و در چین 0/91 به-دست آوردند.

در ایران نیز در پژوهش رجیبی (1385)، ضرایب همسانی درونی این مقیاس 0/82 بود. ملاک مرتبط با اعتبار پرسشنامه، در بسیاری از مطالعات همبستگی به ثبت رسیده است که ضریب همبستگی مثبتی با هیجانات مطلوب، گرایش به خوش بینی و رضایت شغلی دارد و ضریب همبستگی منفی با افسردگی، اضطراب، استرس، خستگی و مشکلات سلامتی دارد. از لحاظ توان آزمون؛ این پرسشنامه در دو دهه از لحاظ بین‌المللی با موفقیت مورد استفاده قرار گرفته است و در موارد گسترده‌ای کاربرد دارد. این پرسشنامه می‌تواند پیش‌بینی‌کننده‌ی سازگاری بعد از ایجاد تغییرات در زندگی باشد، همچنین شاخص مطلوبی جهت کیفیت زندگی در هر مرحله از آن است.

بودند. برای ورود به پژوهش معیارهایی برای نمونه‌ها در نظر گرفته شد که شامل موارد زیر بود: 1- سواد خواندن و نوشتن داشته باشند. 2- کاندید برای عمل جراحی ماستکتومی باشند. 3- رضایت به شرکت در این پژوهش را داشته باشند. و اما معیارهای خروج از پژوهش شامل؛ 1- سابقه‌ی عمل جراحی بر روی بافت سینه، 2- به گزارش خودشان سابقه‌ی بیماری روانی داشته باشند، 3- هم‌زمان مبتلا به بیماری متاستاتیک دیگری باشند، 4- مشکلات زبانی و ذهنی داشته باشند.

از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) جهت بررسی اثر متغیر خودکارآمدی بر انتظار از نتیجه‌ی جراحی و پیامد درمانی ادراک شده‌ی بیماران استفاده شد. نتایج بررسی اثر متغیر خودکارآمدی با استفاده از آزمون لامبدای ویلکز بر انتظار از عمل جراحی و پیامد درمانی ادراک شده‌ی بیماران حاکی از وجود اثر معنی‌دار خودکارآمدی ($\eta^2 = 0/58$) جهت $F(2-297) = 206/83, P < 0/001$ است. جهت بررسی اثر متغیر خودکارآمدی در هر یک از وضعیت‌های انتظار از نتیجه‌ی عمل جراحی و پیامد درمانی ادراک شده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد.

بر اساس نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای بررسی اثر خودکارآمدی بالا و پایین در جدول شماره 1 می‌توان گفت که بین افراد دارای خودکارآمدی بالا و پایین بر اساس انتظار از نتیجه‌ی عمل جراحی ($0/001$) $F(2-298) = 404/56, P <$

دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار داده شد و توسط آنان تکمیل گردید. دو هفته بعد از عمل جراحی هر بیمار، پرسشنامه‌ی "پیامد ادراک شده‌ی جراحی" در اختیار آنان قرار گرفت و پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از نرم افزار علمی SPSS کد گذاری شده و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. همچنین در این مطالعه متغیرهای پیامد درمانی ادراک شده‌ی بیماران و انتظار از نتیجه‌ی جراحی سرطان سینه قبل از عمل ماستکتومی به‌عنوان متغیر وابسته و متغیر خودکارآمدی به‌عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها:

300 زن مبتلا به سرطان سینه که قرار بود در انستیتو کانسر تهران تحت عمل ماستکتومی قرار گیرند، دعوت به شرکت در این پژوهش شدند. اطلاعات دموگرافیک مانند سن، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، میزان تحصیلات، همچنین داده‌های پزشکی مانند سطح پیشرفت بیماری، اندازه‌ی تومور از طریق چارت‌های بیمارستانی جمع‌آوری شد. با توجه به اطلاعات به‌دست آمده دامنه‌ی سنی شرکت‌کنندگان در این پژوهش 28_88 سال بود و میانگین سنی آن‌ها 60 سال بود. به‌علاوه 251 نفر (83.7%) متأهل، 18 نفر مطلقه (6%) و 31 نفر (10.3%) بیوه بودند. به لحاظ میزان تحصیلات 107 نفر (35.7%) در مقطع سیکل، 111 نفر (37%) در مقطع دیپلم و 82 نفر (27.3%) نفر بالای دیپلم بودند. همچنین 180 نفر (60%) خانه‌دار، 49 نفر (16.3%) شاغل و 71 نفر (23.7%) بازنشسته

خودکارآمدی بالا و پایین بر اساس پیامد درمانی
ادراک شده ($F(2-298)=126/51, P<0/001$).

تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده
گردید.

جدول 1. آزمون تحلیل واریانس چند متغیره برای بررسی اثر خودکارآمدی بر انتظار از نتیجه عمل جراحی و پیامد درمانی
ادراک شده‌ی بیماران

متغیر وابسته	منبع تغییرات	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
پیامد درمانی ادراک شده	خودکارآمدی پایین	42/64	9/82	1-298	126/51	0/001	0/30
	خودکارآمدی بالا	27/80	12/80				
انتظار از نتیجه جراحی	خودکارآمدی پایین	25/33	8/67	1-298	404/56	0/001	0/58
	خودکارآمدی بالا	45/82	8/96				

نتایج بررسی اثر متغیر سطح پیشرفت بیماری با استفاده از آزمون لامبدای ویلکز بر انتظار از عمل جراحی و پیامد درمانی ادراک شده‌ی بیماران حاکی از وجود اثر معنی‌دار خودکارآمدی ($\eta^2=0/36, P<0/001, F(4-592)$) است، جهت بررسی اثر متغیر سطح پیشرفت بیماری در هر یک از وضعیت‌های انتظار از نتیجه‌ی عمل جراحی و پیامد درمانی ادراک شده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. همچنین بر اساس نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای بررسی اثر پیشرفت بیماری در جدول شماره 2 می‌توان گفت که بین سطوح پیشرفت بیماری¹ افراد بر اساس انتظار از نتیجه عمل جراحی ($P<0/001$)

$P<0/001, F(2-297)=69/35$)، و بین سطوح پیشرفت بیماری بر اساس پیامد درمانی ادراک شده ($P<0/001, F(2-297)=177/52$) تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده گردید. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی حاکی از آن است که بین میانگین سطوح پیشرفت بیماری تفاوت معنی‌داری از لحاظ انتظار از نتیجه عمل جراحی و پیامد درمانی ادراک شده وجود دارد ($P<0/001$). به عبارتی قبل از عمل سطوح پیشرفت بیماری یک، دو و سه به ترتیب بیشترین مقدار انتظار از نتیجه عمل جراحی را داشتند و بعد از عمل، سطوح پیشرفت بیماری سه، دو و یک به ترتیب بیشترین مقدار پیامد درمانی ادراک شده را نشان دادند.

نتایج بررسی اثر متغیر سطح پیشرفت بیماری با استفاده از آزمون لامبدای ویلکز بر انتظار از عمل جراحی و پیامد درمانی ادراک شده‌ی بیماران حاکی از وجود اثر معنی‌دار خودکارآمدی ($\eta^2=0/36, P<0/001, F(4-592)$) است، جهت بررسی اثر متغیر سطح پیشرفت بیماری در هر یک از وضعیت‌های انتظار از نتیجه‌ی عمل جراحی و پیامد درمانی ادراک شده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. همچنین بر اساس نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای بررسی اثر پیشرفت بیماری در جدول شماره 2 می‌توان گفت که بین سطوح پیشرفت بیماری¹ افراد بر اساس انتظار از نتیجه عمل جراحی ($P<0/001$)

1. Histologic Grade

جدول 2. آزمون تحلیل واریانس چند متغیره برای بررسی اثر سطح پیشرفت بیماری بر انتظار از نتیجه عمل جراحی و پیامد درمانی ادراک شده‌ی بیماران

اندازه اثر	سطح معنی داری	F	درجه آزادی	متغیر وابسته	انحراف معیار	میانگین	سطح پیشرفت بیماری
0/31	0/001	177/52	2-297	پیامد	8/20	21/29	درجه یک
				درمانی	13/00	36/86	درجه دو
				ادراک شده	9/97	42/56	درجه سه
0/55	0/001	69/35	2-297	انتظار از نتیجه‌ی عمل جراحی	6/54	49/49	درجه یک

اندازه‌ی تومور سینه¹ افراد بر اساس انتظار از نتیجه عمل جراحی (0/001) $P < (F(1 - 298) = 235/394)$ ، و بین اندازه‌ی تومور سینه بر اساس پیامد درمانی ادراک شده تفاوت معنی داری به لحاظ آماری مشاهده گردید اما بین وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال و میزان تحصیلات بر اساس انتظار از نتیجه جراحی و پیامد درمانی ادراک شده تفاوت معنادار وجود نداشت. به منظور بررسی تفاوت معنادار بین میزان خودکارآمدی زنان مسن و غیرمسن از آزمون تی مستقل (T-Test) استفاده شد.

نتایج بررسی اثر متغیر اندازه‌ی تومور سینه با استفاده از آزمون لامبدای ویلکز بر انتظار از عمل جراحی و پیامد درمانی ادراک شده‌ی بیماران حاکی از وجود اثر معنی دار خودکارآمدی ($\eta^2 = 0/46$ ، $P < 0/001$)، $F(2-297) = 129/464$ است، جهت بررسی اثر متغیر اندازه‌ی تومور در هر یک از وضعیت-های انتظار از نتیجه‌ی عمل جراحی و پیامد درمانی ادراک شده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. بر اساس نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای بررسی اثر اندازه‌ی تومور در جدول شماره 3 می‌توان گفت که بین

1. Pathologic Size

جدول 3. آزمون تحلیل واریانس چند متغیره برای بررسی اثر اندازه‌ی تومور بر انتظار از نتیجه عمل جراحی و پیامد درمانی ادراک شده‌ی بیماران

اندازه‌ی تومور	میانگین	انحراف معیار	متغیر وابسته	درجه آزادی	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
بزرگ	41/60	10/84	پیامد درمانی ادراک شده	1-298	125/880	0/001	0/30
کوچک	26/65	12/17					
بزرگ	27/87	10/63	انتظار از نتیجه جراحی	1-298	235/394	0/001	0/44

چنانچه در جدول 4 نشان داده شده است، میانگین نمرات خودکارآمدی زنان مسن بیش از زنان غیرمسن بوده و نتایج آزمون t در سطح معناداری 0/01 به تفاوت معنادار دو گروه اشاره دارد.

نتیجه‌گیری و بحث

هدف از پژوهش حاضر مقایسه‌ی انتظار از نتیجه‌ی درمان جراحی ماستکتومی و پیامد درمانی ادراک شده بر اساس میزان خودکارآمدی در زنان مبتلا به سرطان سینه بود. یافته‌های پژوهش نشان داد تفاوت معناداری بین افرادی که دارای خودکارآمدی بالا و پایین هستند؛ بر اساس انتظار از نتیجه جراحی و پیامد درمانی ادراک شده وجود دارد. یعنی زنان با خودکارآمدی بالا که نمره‌ی بالایی را نیز در انتظار از نتیجه‌ی جراحی ماستکتومی به دست آورده بودند، اهمیت بیشتری به تمایلات جنسی می‌دادند و ارتباط بهتری با دوستانشان داشتند. اما داشتن انتظار بالا از نتیجه عمل جراحی سبب شد تا پیامدهای منفی جراحی بر ظاهرشان را دست کم بگیرند و به دنبال آن

مشکلات بسیاری را تجربه کنند زیرا این امر می‌توانست سازگاری روانی آن‌ها را بعد از عمل جراحی ماستکتومی مختل کند. از طرفی زنان با خودکارآمدی پایین که نمره‌ی پایینی را در انتظار از نتیجه‌ی جراحی به دست آوردند پیامد ادراک شده‌ی بهتر و بالاتری از نتیجه‌ی جراحی داشتند.

در تبیین این یافته می‌توان به عوامل زیر اشاره کرد:

- آگاهی افراد از ابتلا به سرطان سینه می‌تواند بر سازگاری آنان با مشکلات متعاقب این بیماری، کیفیت زندگی‌شان و نیز بر توانایی فردی آنان تأثیرات سوء بگذارد. به طوری که گاهی افراد، دیگر به سطوح عملکرد قبل از تشخیص باز نمی‌گردند (اینسانافیشر¹ و هاول²، 2010).

- یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند تغییرپذیری میزان خودکارآمدی در انجام کارهای گوناگون متفاوت است (بندورا، 1985). خودکارآمدی به عنوان جزی از نظریه

1. Insana Fisher
2. Howell

رابطه معنادار وجود دارد. در تبیین این یافته می‌توان به عوامل زیر اشاره کرد:

- از آنجا که انتظاری که افراد قبل از عمل جراحی از پیامد درمان دارند، پیش‌بینی‌کننده‌ی استرس‌های روانی متعاقب است (لم و همکاران، 2007) بنابراین ممکن است زنان در سطح اول پیشرفت بیماری به دلیل بالا بودن انتظار از نتیجه‌ی عمل جراحی، پیامدهای منفی جراحی را ناچیز و دست کم بشمرند و با پیشرفت بیماری و پایین آمدن انتظار از نتیجه‌ی جراحی، در نهایت ادراک بهتری از پیامدهای درمان داشته باشند.

به علاوه یافته‌های پژوهشی نشان داد تفاوت معناداری بین اندازه‌ی تومور سینه؛ بر اساس انتظار از نتیجه جراحی و پیامد درمانی ادراک شده وجود دارد. در تبیین این یافته نیز می‌توان گفت:

- وقتی اندازه‌ی تومور کوچک باشد، در بیمار این انتظار به وجود می‌آید که پیامد منفی عمل جراحی ماستکتومی ناچیز خواهد بود. بنابراین انتظارش از نتیجه‌ی عمل جراحی بالا می‌رود. حال آن‌که ممکن است بعد از عمل با پیامد-های منفی بسیار زیادی مواجهه شود. این عدم هم‌خوانی بین انتظار و پیامد درمانی ادراک شده می‌تواند اثرات زیان‌باری در سازگاری روانی بیمار داشته باشد.

یافته دیگر پژوهش حاضر این بود که تفاوت معناداری بین میزان خودکارآمدی زنان مسن و غیرمسن وجود دارد.

یادگیری-اجتماعی که شامل سه حوزه (1)- داشتن دانش لازم درخصوص یک کار و مهارت لازم جهت انجام آن. 2- اطمینان داشتن به توانایی فردی که باعث برانگیختگی فرد برای انجام آن کار می‌شود. 3- اطمینان داشتن به توانایی فردی جهت انجام موفقیت آمیز یک رفتار یا یک کار) می‌باشد و توانایی افراد را در موقعیت‌های فردی نشان می‌دهد، می‌تواند در شرایط مختلف تحت تاثیر قرار گیرد (بندورا، 1977). خودکارآمدی به‌عنوان یک عامل شخصی منحصر به فرد می‌تواند بر عملکرد فردی بیماران مبتلا به سرطان سینه تأثیر گذارد. از طرفی نااهم‌خوانی بین انتظار از نتیجه‌ی عمل جراحی و پیامد درمانی ادراک شده می‌تواند مشکلات روانشناختی متعددی به دنبال داشته باشد (بندورا، 1985).

- سپس به بررسی اثر سطوح پیشرفت بیماری بر انتظار از نتیجه عمل جراحی و پیامد درمانی ادراک شده پرداختیم. مشخص شد زنانی که به لحاظ سطح پیشرفت بیماری در مرحله اول هستند، انتظارشان از نتیجه‌ی جراحی بالا بود و برعکس زنانی که در مرحله سوم به لحاظ سطح پیشرفت بیماری قرار داشتند، انتظارشان از نتیجه عمل جراحی پایین بود.

- یافته‌های این پژوهش همسو با مطالعه‌ی لم و فیلدینگ (2007) بود. آن‌ها نیز دریافتند بین سطوح پیشرفت بیماری بر انتظار از نتیجه عمل جراحی و پیامد درمانی ادراک شده

خودگزارش‌دهی استفاده شد لذا ممکن است پاسخدهی افراد تحت تأثیر علائق آن‌ها قرار گیرد. همچنین تمرکز این مطالعه تنها بر تأثیر خودکارآمدی بود درحالی‌که مطالعات دیگر به فاکتورهای مهم دیگری مانند سابقه‌ی خانوادگی ابتلا به سرطان، سابقه‌ی شیمی درمانی، حمایت اجتماعی اشاره کرده‌اند که بر انتظار از نتیجه عمل جراحی و پیامد درمانی ادراک شده تأثیر می‌گذارند.

محدودیت‌ها

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر ریزش تعدادی از نمونه‌ها به دلیل فوت حین عمل جراحی ماستکتومی بود. همچنین از آنجا که یکی از پرسشنامه‌ها 2 هفته بعد از عمل ماستکتومی در اختیار بیماران قرار گرفت، این محدودیت وجود داشت که در طی این زمان پیامدهای عمل جراحی به طور واضح برای فرد آشکار نشده باشد.

پیشنهادها

بنابراین برای آنکه بتوان از پیامدهای منفی عمل جراحی ماستکتومی کاست، پیشنهاد می‌شود در حیطه‌ی خودکارآمدی مربوط به سرطان که در سازگاری افراد موثر است، مطالعات بیشتری انجام شود. همچنین برنامه‌های حمایتی برای این گروه از زنان اجرا گردد تا به این بیماران کمک شود که انتظاراتواقعی‌بینانه از نتایج عمل جراحی ماستکتومی داشته باشند.

در راستای این نتایج، مطالعه‌ی لم و فیلدینگ (2007) نیز نشان داد زنانی که نمرات خودکارآمدی بالاتر از میانگین داشتند، مسن‌تر بودند. همچنین در مطالعه‌ی راجرز¹، کورنیا² و ورهالست³ (2006) که در آن خودکارآمدی را در زنان مبتلا به سرطان سینه بررسی کرده‌اند، مشخص شد میزان خودکارآمدی در زنان مسن بالاتر است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان به عوامل زیر اشاره کرد:

- با بالا رفتن سن، فرد تجربه‌ای برای مقابله با انواع استرس‌ها به دست می‌آورد. این تجربه در آینده می‌تواند به تقویت اعتماد به نفس در مقابله با شرایط استرس‌زا مانند تشخیص و درمان سرطان کمک کند (مرلوزی⁴، نی‌ارن⁵ و هگد⁶، 2001).

- ابتلا به سرطان در سن بالا در مقایسه با سن پایین هنجارتر به نظر می‌رسد. بنابراین اگر در سن بالا ابتلا به سرطان تشخیص داده شود، فرد ممکن است بهتر آماده مقابله با آن باشد (مرلوزی و همکاران، 2001).

در نهایت با توجه به مجموع مباحث فوق و اهدافی که پژوهش به دنبال آن بود می‌توان گفت خودکارآمدی می‌تواند بر انتظار بیماران مبتلا به سرطان سینه و پیامد درمانی ادراک شده تأثیر بگذارد. از آنجا که در این پژوهش از ابزارهای

1. Rogers, L. Q
2. Courneya, K. S
3. Verhulst, S
4. Merluzzi, T. V
5. Nairn, R. C
6. Hegde, K

منابع:

- تهران، شماره 1، تابستان 1389.
- American Cancer Society, (2008), "Breast Cancer Screening Guidelines".
 - American Cancer Society, (2011), Last Medical Review.
 - American Cancer Society, (2012).
 - Anderson, G. L. & Clebowski, R. T. & Aragaki, A. K. et al. (2013), "Conjugated equine oestrogen and breast cancer incidence and mortality in postmenopausal women with hysterectomy: extended follow-up of the Women's Health Initiative randomized placebo-controlled trial".
 - Bandura, A. (1997), "Self-efficacy towards a unifying theory of behavioral change", *Psychol Rev*, 84, 191- 215.
 - Bandura, A. (1985), "Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory", Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
 - Bandura, A. (1997), "Self-efficacy. *Harv Ment Health Lett*". New York, NY: Academic Press, 13(9), 40- 49.
 - Bandura, A. (1997), "Self-Efficacy: The Exercise of Control", New York: Freeman.
 - Bandura, A. (1977), "Social Learning Theory", Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
 - فصلنامه بیماری‌های پستان، مرکز تحقیقات سرطان پستان جهاد دانشگاهی علوم پزشکی
 - Chery, D. K., Burt, C. W. & Woodwell, D. A. (2003), "National ambulatory medical care survey: Advance data from vital health statistics", *National center for Health statistics*.
 - El-Tamer, M. B., Ward, B. M., & Schiffner, T. (2007), "Morbidity and mortality following breast cancer surgery in women: national benchmarks for standard of care", *Ann Surg*, 245, 665- 671.
 - Fisher, B., Costantino, J. P. & Wickerham, D. L. et al. (2005), "Tamoxifen for the prevention of breast cancer: current status of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 study", *J Natl Cancer Inst*, 97:1652-1662.
 - Harcourt, D. (2007), "Quality of Life in Post-Mastectomy Radiotherapy", *Advances in Breast Cancer*, 4, 1- 8.
 - Health Organization's International Classification of Functioning, Disability, and Health, *Rehabilitation Oncology*, (2010), Vol. 28, No. 3.
 - Hynes, D. M., Weaver, F., & Morrow, M. (2004), "Breast cancer surgery trends and outcomes: results from a National Department of Veterans Affairs study", *J Am Coll Surg*; 198: 707- 716.

- InsanaFisher, P. T., & Howell, D. (2010), "The Power of Empowerment: An ICF-Based Model to Improve Self-Efficacy and Upper Extremity Function of Survivors of Breast Cancer", *Rehabilitation Oncology*, 28, 17-19.
- Lam, W. T. (2002), "Is self-efficacy a predictor of short-term post-surgical adjustment among Chinese women with breast cancer?", 16, 651- 659.
- Lam, W. T., Chan, M., Hung W. K., & Fielding, R. (2007), *Psycho-Oncology* , 16: 904- 912.
- Lam, W. T., Chan, M., Hung W. K., & Fielding, R. (2009), *Psycho-Oncology*, 18: 1189–1198 .
- Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B., & Schwarzer, R. (2005), "General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries", *International Journal of Psychology*, 40, 80-89.
- Merluzzi, T. V., Nairn, R. C., Hegde, K., Martinez Sanchez, M. A., & Dunn, L. (2001). Self-efficacy for coping with cancer: revision of the Cancer Behavior Inventory (version 2.0). *Psycho-Oncology*, 10(3), 206-217.
- National Breast Cancer Organization (formerly Breast Cancer Network of Strength), (2009).
- National Cancer Institute, (2008).
- Rogers, L. Q., Courneya, K. S., Verhulst, S., Markwell, S., Lanzotti, V., & Shah, P. (2006). Exercise barrier and task self-efficacy in breast cancer patients during treatment. *Supportive care in cancer*, 14(1), 84-90.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). "Generalized self-efficacy scale". *Measures in Health Psychology: A User's Portfolio. Causal and Control Beliefs*, 35- 37.
- Stopeck, A. T., Lipton, A. et al. (2012), "Denosumab Compared With Zoledronic Acid for the Treatment of Bone Metastases in Patients With Advanced Breast Cancer: A Randomized, Double-Blind Study" , *J ClinOncol*, 18, 112- 146
- Vilholm, O. J., Rasmussen, L. & Sindrup, S. H. (2008), "The postmastectomy pain syndrome: An epidemiological study on the prevalence of chronic pain after surgery for breast cancer", 99, 604-610