

# طراحی و اعتبار سنجی پرسشنامه بررسی نگرش

## بیماران ماستکتومی شده به بازسازی پستان

دکتر مریم صالحی<sup>۱</sup>، دکتر فاطمه همایی شانديز<sup>۲</sup>، دکتر مونا نجف نجفی<sup>۳\*</sup>،

مهتا صالحی<sup>۴</sup>

۱. استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشیار گروه رادیوتراپی، مرکز تحقیقات سرطان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دستیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۲/۲۲

### خلاصه

**مقدمه:** سرطان پستان شایع ترین سرطان در زنان در سراسر جهان می باشد. ماستکتومی یکی از درمان های اولیه کانسر پستان محسوب شده که سبب نقص فیزیکی می شود. جهت کاهش عوارض روحی - روانی ناشی از ماستکتومی، بازسازی پستان افزایش چشمگیری یافته است. هدف از انجام این مطالعه تدوین پرسشنامه ای روا و پایا در زمینه نگرش بیماران ماستکتومی شده به بازسازی پستان می باشد.

**روش کار:** این مطالعه بصورت مقطعی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۱۰ بیمار ماستکتومی شده مراجعه کننده به مراکز دولتی و خصوصی شهر مشهد که بیشتر این بیماران، جهت پیگیری بیماریشان مراجعه می کردند انجام گرفت تا با توجه به نظرات ایشان این پرسشنامه تهیه گردد. پرسشنامه در سه مرحله ایجاد گویه ها، تقلیل گویه ها، روایی و پایایی تهیه و تدوین شد. روایی ظاهری، محتوا و روایی ساختار از نوع تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی قرار گرفت و جهت بررسی پایایی پرسشنامه از آزمون آلفای کرونباخ و روش دو نیمه کردن استفاده شد. تحلیل عاملی و بررسی پایایی با نرم افزار SPSS (نسخه ۱۱/۵) انجام گرفت.

**یافته ها:** روایی ظاهری مورد تایید قرار گرفت و روایی محتوا به روش لاشه بیشتر از ۰/۹۹ بدست آمد. با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی ۴ عامل پنهان در پرسشنامه پیدا شد. پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸ و به روش دو نیمه کردن ۰/۷۹ بدست آمد.

**نتیجه گیری:** پرسشنامه تدوین شده، پرسشنامه ای روا و پایا می باشد که می توان از آن با هدف مشخص شدن عوامل مرتبط با بازسازی و عدم بازسازی در بیماران ماستکتومی شده استفاده نمود تا بتوان با ارائه راه حل مناسب، امکان بازسازی را در این بیماران فراهم نمود.

**کلمات کلیدی:** پرسشنامه، نگرش، ماستکتومی، بازسازی پستان، مطالعات اعتبارسنجی

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر مونا نجف نجفی؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱۱-۸۸۲۹۲۶۲-۰۵۱۱؛ پست الکترونیک:

Najafm901@mums.ac.ir

## مقدمه

در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، سرطان پستان، شایع ترین سرطان در زنان محسوب می شود (۱). بر اساس گزارش CDC<sup>۱</sup> در سال ۲۰۱۰ بر روی ۲۰۶۹۶۶ نفر از زنان آمریکایی تشخیص سرطان پستان گذاشته شد (۲). طبق برآورد WHO، ۵۰۸۰۰۰ زن در سراسر دنیا در سال ۲۰۱۱ بعلت این سرطان فوت کردند. اگرچه به نظر می آید این بیماری متعلق به کشورهای پیشرفته است ولی ۵۰٪ موارد کانسر پستان و ۵۸٪ موارد مرگ و میر به دنبال این بیماری در کشورهای کمتر توسعه یافته رخ می دهد. میزان بروز این سرطان از ۱۹/۳ نفر به ازای هر ۱۰۰ هزار زن در شرق آفریقا تا ۸۹/۷ نفر به ازای هر ۱۰۰ هزار زن در اروپای غربی متغیر می باشد (۱).

ماستکتومی یکی از درمان های اولیه کانسر پستان محسوب شده که سبب نقص فیزیکی می شود (۳). بیمار مبتلا به کانسر پستان پس از عمل جراحی ماستکتومی، دچار نگرانی هایی می شود. ممکن است از عود مجدد بیماری بترسد و دچار تغییرات خلق و خو شود (افسردگی، خشم، سرخوردگی)، حس آسیب پذیری و عدم اطمینان در وی ایجاد گردد؛ در مورد ظاهر خود نگران بوده و احساس از دست دادن چیزی (از دست دادن باروری) را داشته باشد؛ بر روابط جنسی وی با همسرش اثر گذاشته و باعث اختلالاتی در روابط خانوادگی وی شود؛ حتی ممکن است بر روی اشتغال فرد نیز اثر بگذارد (۴-۱۶).

از آن جا که امروزه زنان با سابقه کانسر پستان بزرگترین گروه بیماران نجات یافته از سرطان را تشکیل می دهند (۱۷) و ۸۵٪ افراد مبتلا به این بیماری پیش آگهی بیشتر از ۵ سال دارند (۱۸)، جهت کاهش عوارض روحی روانی ناشی از ماستکتومی، بازسازی پستان در دهه گذشته افزایش چشمگیری داشته است (۱۹،۲۰). هدف از انجام بازسازی پستان، برطرف کردن نقص حاصل از ماستکتومی بوده، بدون اینکه بر روی روند بیماری تاثیر بگذارد (۲۱). پزشک با انجام بازسازی پستان به کمک جراحی ترمیمی، سبب بهبود روانی بیمار شده و فرد

مبتلا تصویر بهتری از ظاهر خود پیدا می کند (۲۲-۲۴). متأسفانه در ایران و بسیاری از کشورهای دیگر عمل جراحی بازسازی پستان به ندرت انجام می گیرد بطور مثال حتی در کشورهای پیشرفته نیز آمار بازسازی پستان بسیار کم و در حد ۹/۱٪ در استرالیا (۲۵) و ۲۹/۲٪ در آمریکا (سال ۲۰۰۷) (۲۶) عنوان شده است. طراحی و اعتبار سنجی پرسشنامه بررسی

نگرش بیماران ماستکتومی شده به بازسازی پستان در مطالعات انجام گرفته در کشورهای دیگر به برخی از علل عدم تمایل به جراحی بازسازی پستان اشاره شده است. در بررسی که در آمریکا در این زمینه صورت گرفت، عواملی همچون سن، درآمد، منطقه جغرافیایی و نوع بیمارستانی که فرد برای معالجه مراجعه کرده است به عنوان عوامل تاثیر گذار بر بازسازی پستان بیان شد (۲۷). در مطالعه ای در انگلستان، نتیجه گیری شد آنچه که بر روی انتخاب بیماران برای بازسازی پستان تاثیر گذار است دو جنبه دارد، زیبایی فرد و مقدار اعتمادی که فرد به پزشک خود دارد؛ جراحان و پرستاران باید از عوامل اثر گذار بر این اقدام آگاهی داشته باشند تا بتوانند بیماران را به بهترین نحو راهنمایی نمایند (۲۸).

با توجه به اینکه بازسازی پستان بعد از ماستکتومی از دیدگاه انکولوژی ایمن است، باعث بهبود وضعیت روحی روانی بیماران ماستکتومی می شود (۲۹) و تاکنون مطالعه ای در زمینه علل عدم بازسازی پستان در ایران انجام نگرفته است، هدف از انجام این مطالعه تدوین پرسشنامه ای روا و پایا در زمینه نگرش بیماران ماستکتومی شده به بازسازی پستان می باشد تا در مطالعات آینده بتوان از این ابزار برای بررسی علل و موانع عدم بازسازی پستان در زنان ایرانی استفاده کرد.

## روش کار

این مطالعه بصورت مقطعی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۱۰ بیمار ماستکتومی شده مراجعه کننده به مراکز دولتی و خصوصی شهر مشهد که بیشتر این بیماران، جهت پیگیری بیماری خود مراجعه می کردند، انجام گرفت تا پرسشنامه ای روا و پایا جهت بررسی نگرش این

<sup>۱</sup>. Centers for Disease Control and Prevention

بیماران به بازسازی پستان تهیه گردد. تدوین پرسشنامه در سه مرحله، به شرح زیر انجام گرفت: ۱- ایجاد گویه ها<sup>۱</sup>: در ابتدا به منظور طراحی پرسشنامه پس از تایید انجام مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد، متون و مقالاتی بررسی شدند که به نگرش بیماران ماستکتومی شده در زمینه بازسازی پستان و عوامل مرتبط با عدم بازسازی در این بیماران پرداخته بودند. با توجه به اینکه مطالعه مشابهی در این رابطه در ایران پیدا نشد، با بیماران ماستکتومی شده مصاحبه گردید، بدین صورت که پژوهشگر در مراکز دولتی و خصوصی که بیشتر بیماران ماستکتومی جهت پیگیری بیماریشان مراجعه می کردند، حضور یافته، اهداف مطالعه را برای بیماران توضیح داده و بیمارانی که تمایل داشتند وارد مطالعه شده و با آن ها مصاحبه انجام می گرفت. برای بررسی دقیق تر نظرات بیماران و استفاده از آن ها در طراحی پرسشنامه، پس از کسب اجازه از ایشان، بدون ذکر نام آن ها، صدای بیماران ضبط می شد. بیماران به گونه ای انتخاب شدند که افراد دارای تحصیلات دانشگاهی و غیر دانشگاهی، شاغل و غیر شاغل، وضعیت اقتصادی پایین، متوسط و بالا، سنین زیر ۴۰ سال و بالای ۴۰ سال مورد مصاحبه قرار بگیرند. بعد از مصاحبه با ۲۰ بیمار، محقق به اشباع اطلاعاتی دست یافت. پس از اینکه نقطه نظرات بیماران جمع آوری شد، در اختیار دو متخصص انکولوژی که با تعداد قابل توجهی از بیماران ماستکتومی شده سروکار دارند، قرار گرفت و تکمیل شد. در نهایت بانک گویه ها براساس اطلاعات جمع آوری شده، تهیه شد. ۲- تقلیل گویه ها<sup>۲</sup>: بانک گویه های تهیه شده در اختیار متدولوژیست صاحب نظر در زمینه طراحی پرسشنامه قرار داده شد تا گویه هایی که مفاهیم را بهتر انتقال می دهند، مشخص گردد. در انتها ۲۱ گویه در پرسشنامه باقی ماند. هرکدام از گویه ها پاسخ دوتایی موافقم و مخالفم داشته و در انتهای پرسشنامه سوالی دیگر منظور شد تا اگر بیمار نظر دیگری غیر از گویه های موجود دارد، نیز بیان نماید. تعدادی سوال در

زمینه خصوصیات دموگرافیک بیماران نیز بصورت چک لیستی جداگانه در ابتدای پرسشنامه قرار داده شد. ۳- روایی و پایایی: پرسشنامه تهیه شده به منظور بررسی روایی ظاهری، در اختیار متخصص انکولوژی، یک متدولوژیست دیگر، متخصص جراحی متبخر در زمینه ماستکتومی و تعداد ۱۰ بیمار قرار گرفت تا مشخص شود که آیا گویه های موجود در پرسشنامه از نظر ظاهری مفاهیم را بخوبی منتقل می نمایند یا نه. پس از این مرحله به منظور بررسی روایی، محتوای پرسشنامه در اختیار سه تن از افراد کارشناس در این زمینه قرار گرفت و مرتبط بودن گویه ها نسبت به موضوع مد نظر به روش لاشه<sup>۳</sup> بررسی شد. با توجه به اینکه استاندارد طلایی و پرسشنامه مشابهی جهت سنجش علل عدم ماستکتومی وجود نداشت، روایی ضابطه و روایی ساختار از نوع همگرا مورد بررسی قرار نگرفتند. به منظور بررسی روایی ساختار از نوع عامل، با توجه به اینکه ۵ نفر پاسخ دهنده به ازای هر گویه باید وجود داشته باشد (۳۰) و تعداد کل گویه ها ۲۱ عدد بود، پس از اینکه پرسشنامه توسط ۱۱۰ نفر از بیماران تکمیل گردید، داده ها وارد نرم افزار SPSS (نسخه ۱۱/۵) شده و توسط آنالیز اکتشافی حیطه های آن مشخص شد. به منظور بررسی کافی بودن حجم نمونه و همبستگی خوب بین گویه ها جهت انجام تحلیل عاملی، از آزمون های بارلت<sup>۴</sup> و KMO استفاده شد. روش دو نیمه سازی و آلفای کرونباخ جهت سنجش روایی مورد استفاده قرار گرفت.

### یافته ها

پس از تهیه بانک گویه ها، در نهایت ۲۱ گویه از بین آن ها انتخاب شد که در جدول (۱) نشان داده شده است. نسبت روایی محتوای پرسشنامه به روش لاشه بیشتر از ۰/۹۹ می باشد. آزمون بارلت با مجذور خی ۱۲۹۶، درجه آزادی ۰/۲۳۱،۰۰۱  $p <$  و مقدار  $KMO = ۰/۸۵$  بدست آمد.

1. Item generation

2. Item reduction

3. Lawshe

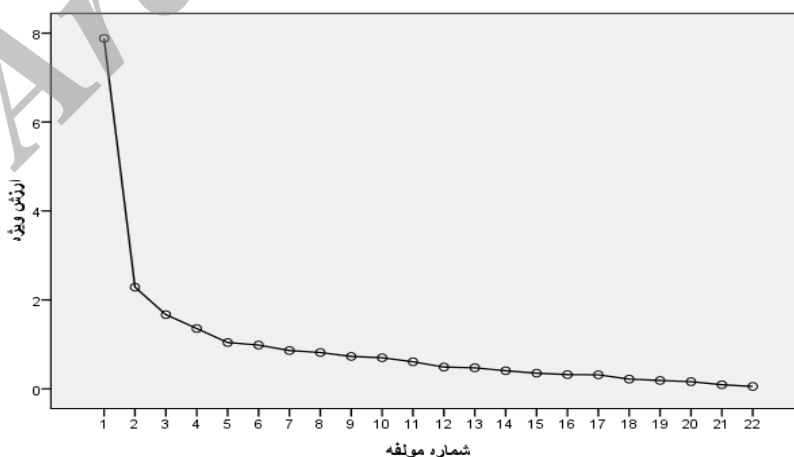
4. Barlett

جدول ۱: مضمون ۲۱ گویه موجود در پرسشنامه

مضمون گویه های پرسشنامه	
۱	اثرگذاری بازسازی پستان بر روی ظاهر و زیبایی بیمار
۲	امکان پوشیدن هرگونه لباس برای بیمار به دنبال بازسازی پستان
۳	اثرگذاری بازسازی پستان بر روی روحیه بیمار
۴	فکر نکردن راجع به عدم وجود پستان
۵	اثر سن بیمار در بازسازی پستان
۶	احساس کمبود و نقص در حضور دیگران
۷	استفاده از پروتز خارجی
۸	مشکلات فکری ایجاد شده در اثر سرطان پستان
۹	تقدم درمان سرطان بر بازسازی پستان
۱۰	ترس از عود سرطان
۱۱	شرایط زندگی خانوادگی
۱۲	نگاه همسر بیمار به بازسازی پستان
۱۳	نگاه خانواده بیمار (اقوام درجه یک غیر از همسر فرد) به بازسازی پستان
۱۴	عدم وجود اطلاعات کافی راجع به بازسازی پستان
۱۵	نگاه پزشک بیمار به بازسازی پستان
۱۶	مشکلات در دسترسی به به بیمارستان خدمات دهنده بازسازی پستان
۱۷	ترس از عوارض جراحی بازسازی پستان
۱۸	ترس از عمل جراحی مجدد
۱۹	بالا بودن هزینه بازسازی پستان
۲۰	پرداخت بخشی از هزینه های بازسازی پستان توسط بیمه
۲۱	نگاه دوستان و آشنایان بیمار به بازسازی پستان

پس از انجام تحلیل عاملی از نوع اکتشافی، فاکتورهایی که مقدار بار عاملی بیشتر از یک را دارا بودند، بعنوان عامل در نظر گرفته شدند که در مجموع ۴ عامل پنهان در پرسشنامه وجود داشت (نمودار ۱).

Scree Plot



نمودار ۱: نمودار سنگ ریزه (Scree Plot) در تعیین تعداد عوامل پنهان در پرسشنامه

چون فرم چرخش نیافته ماتریس عاملی، ساختار معنی داری را نشان نمی داد، از روش چرخش واریماکس استفاده شد و گویه های با بار عاملی بیشتر از ۰/۳ انتخاب گردیدند (جدول ۳).

جدول ۳- نتایج حاصل از ماتریس عاملی چرخش یافته واریماکس به منظور تعیین گویه های مرتبط با چهار عامل پنهان در پرسشنامه

گوپه	عامل اول	عامل دوم	عامل سوم	عامل چهارم
۱	۰/۸۳			
۲	۰/۸۵			
۳	۰/۸۲			
۴		-۰/۷۱		
۵	-۰/۵۴			
۶	۰/۶۲	۰/۴۸		
۷	۰/۳۴		۰/۶۴	
۸			۰/۷۴	
۹	۰/۵۱		۰/۵۲	
۱۰				۰/۶۲
۱۱	۰/۸۷			
۱۲	۰/۴۷			
۱۳	۰/۸۳			
۱۴	۰/۶۳	-۰/۳۳		
۱۵	۰/۸۶			
۱۶			۰/۴۸	۰/۴۶
۱۷				۰/۶۶
۱۸				۰/۶۲
۱۹	۰/۶۵			
۲۰	۰/۸۴			
۲۱		۰/۷۴		

نیمه سازی ۰/۷۹ و به روش آلفای کرونباخ ۰/۸ بدست آمد.

### بحث

در این مطالعه با توجه به نظرات بیماران ماستکتومی شده در مورد عوامل مرتبط با بازسازی یا عدم بازسازی پستان و متون و مقالات سایر کشورها که در این زمینه موجود بود، پرسشنامه ای روا و پایا در زمینه نگرش این بیماران به بازسازی پستان تهیه شد تا در مطالعات آینده با استفاده از این پرسشنامه علل و موانع عدم بازسازی پستان در ایران مشخص گردد. پرسشنامه طراحی شده دارای ۲۱ گویه در زمینه نگرش بیماران به بازسازی پستان می باشد. طبق آزمون

نتایج تحلیل عاملی به این روش نشان داد که گویه های شماره ۱، ۲، ۳، ۵، ۶، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۹ و ۲۰ بیشترین همبستگی را با عامل یک دارند که عوامل تاثیرگذار اصلی بر روی بازسازی یا عدم بازسازی پستان می باشند. گویه هایی که با عامل دوم یعنی وجود اطرافیان بیمار و نقش آن ها بیشترین همبستگی را دارا بودند، عبارتند از ۴، ۶ و ۲۱. بالاترین همبستگی را با عامل سوم یعنی موانع فرعی بازسازی پستان در حال حاضر (که در کوتاه مدت برطرف می شوند) گویه های ۷، ۸، ۹ و ۱۶ داشته و گویه های ۱۰، ۱۷ و ۱۸ بیشترین همبستگی را با عامل چهارم یعنی عوامل مسبب ترس در فرد داشتند. در نهایت پایایی پرسشنامه به روش دو

تحلیل عاملی، در مجموع ۲۱ گویه در ۴ حیطه قرار گرفتند: ۱. عوامل تاثیرگذار اصلی بر روی بازسازی یا عدم بازسازی پستان ۲. وجود اطرافیان بیمار و نقش آن ها ۳. موانع فرعی بازسازی پستان در حال حاضر ( که در کوتاه مدت برطرف می شوند) ۴. عوامل مسبب ترس از بازسازی در فرد.

در ابتدای پرسشنامه سوالاتی در زمینه فاکتورهای دموگرافیک مانند سن، تحصیلات، اشتغال به کار در خارج از منزل، وضعیت تاهل و وضعیت اقتصادی بیماران گنجانده شد. در مطالعاتی که در رابطه با این موضوع در سایر کشورها انجام گرفت نیز به عواملی مانند سن بیماران، میزان تحصیلات، شاغل بودن، وضعیت اقتصادی بیمار بعنوان عوامل مرتبط با بازسازی پستان اشاره شده است (۲۵، ۳۱-۳۳). از جمله عوامل مرتبط دیگر می توان نوع بیمه ای که بیمار از آن استفاده می کند را نام برد (۲۶)، ولی متأسفانه بیمه های موجود در ایران اعمال جراحی زیبایی را پوشش نمی دهند که این عامل می تواند نقش بسیار بزرگی در عدم بازسازی پستان داشته باشد.

از آنجا که در مصاحبه با بیماران، آن ها به مشکلات روحی - روانی و جسمی بوجود آمده به دنبال ماستکتومی خصوصاً در زمینه لباس پوشیدن اشاره کردند، تعدادی از سوالات پرسشنامه به این زمینه اختصاص یافت. مطالعات متعددی نیز وجود دارند که به ترومای روحی وارد شده به بیماران و مشکلات جسمی آن ها بعد از ماستکتومی پرداخته اند (۳۴-۳۶) و اینکه اهمیت ظاهر فرد برای بیمار می تواند در بازسازی پستان تاثیرگذار باشد (۳۷).

همچنین مطالعات نشان داده اند زنانی که از سوی خانواده، دوستان و مراکز خاص بیماران سرطانی مورد حمایت بیشتری قرار می گیرند، سازگاری روانی بیشتری با بیماری خود پیدا کرده و بهتر با آن مقابله می نمایند (۳۶، ۳۸، ۳۹). اعضای خانواده منبع اصلی حمایت از بیمار محسوب می شوند. در زمان تشخیص کانسر، اعضای خانواده نیز دیسترسی مشابه بیمار داشته و معمولاً بیان می کنند که مهارت و اعتماد به نفس کافی جهت حمایت از بیمار را ندارند (۴۰). معمولاً

همسر بیمار یکی از افرادی محسوب می گردد که می تواند در تصمیم گیری برای بازسازی پستان در بیمار تاثیر زیادی داشته باشد. مطالعاتی که بر روی زنان مبتلا به کانسر پستان و درمان این بیماران صورت گرفته، نشان می دهد که همسران این بیماران نقش مهمی در روند درمان و حمایت از آن ها برعهده داشته و مشکلات روانی مشابهی را تجربه می نمایند. تعداد قابل توجهی از افرادی که همسرانشان تحت عمل جراحی ماستکتومی قرار گرفته اند بیان می کنند که حتی نگاه کردن به محل ماستکتومی شده هم سخت می باشد (۴۱). با توجه به اینکه در کشورهای مذهبی مانند ایران وابستگی زوجین به یکدیگر بیشتر است، نقش همسر بیمار در تصمیم گیری برای بازسازی پستان پر رنگ تر می شود و همچنان که در مصاحبه با بیماران نیز این موضوع مشاهده گردید، تعدادی از سوالات پرسشنامه به نقش همسر، خانواده و شرایط زندگی بیمار اختصاص یافت.

تصمیم گیری برای بازسازی پستان به دنبال ماستکتومی برای بیمار و همسر وی استرس زیادی را به دنبال دارد. ممکن است که آن ها به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشند، در حالیکه نمی توانند در مورد مشکل خود با کسی صحبت نمایند (۴۱) در مطالعات متعددی بیماران ماستکتومی شده بیان کرده اند که جهت تصمیم گیری برای بازسازی پستان نیاز دارند اطلاعات بیشتری در این زمینه در اختیار آن ها قرار داده شود (۴۲-۴۴). عدم در اختیار گذاشتن اطلاعات کافی به بیمار از سوی پزشکان یک عامل بسیار مهم نارضایتی بیماران محسوب می گردد (۴۵). اگرچه بعضی بیماران ترجیح می دهند که پزشک از طرف آن ها هم تصمیم گیری نموده و مشورت با جراح جهت بازسازی پستان بر روی نظر آن ها بسیار تاثیرگذار است (۳۷)، ولی امروزه تعداد افرادی که دوست دارند در روند تصمیم گیری برای درمان شرکت نمایند رو به افزایش است. بدین جهت پزشکان باید به گونه ای عمل نمایند که بیمار هم نقش برابر با پزشک در زمینه تصمیم گیری داشته باشد. پزشک باید با بیمار خود در مورد تشخیص، پیش آگهی و روش های درمانی مختلف بیماری صحبت نموده و

اطلاعات لازم در مورد پیامدهای احتمالی را در اختیار وی قرار دهد، تا بیمار بتواند سطح مشارکت خود در تصمیم‌گیری را مشخص نموده و ترجیحات خود را بیان نماید(۴۵). عدم داشتن اطلاعات کافی در زمینه نحوه بازسازی، عوارض احتمالی، هزینه‌های آن و نظر پزشک بیمار از جمله عواملی بود که بیماران در مصاحبه با محقق نیز عنوان کردند، با توجه به دلایل فوق چند سوال پرسشنامه به این حیطه اختصاص یافت.

البته با توجه به محدودیت مالی و زمانی موجود در سیستم‌های بهداشتی، این امکان وجود ندارد که اطلاعات لازم جهت بازسازی پستان با جزئیات در یک جلسه مشاوره در اختیار بیمار قرار بگیرد(۱۷). موسسه پزشکی (Institute of Medicine) بیان می‌کند که مراکز بهداشتی درمانی باید به گونه‌ای مشارکت و همکاری بین پرسنل بهداشتی، بیمار و خانواده وی ایجاد نمایند که مطمئن باشند خواسته، نیاز و ترجیحات بیمار منعکس می‌شود و بیمار آموزش کافی دیده و به اندازه لازم مورد حمایت قرار گرفته که بتواند در مورد نحوه مراقبت از خود تصمیم‌گیری نماید(۴۶). البته به منظور ایجاد اعتماد به نفس در بیمار که بتواند نظر خود را بیان نموده و برای بازسازی پستان تصمیم‌گیری نماید، باید مداخلاتی در زمینه حمایت از تصمیم‌گیری وی صورت بگیرد(۱۷).

البته این نکته را نباید فراموش کرد که در دسترس بودن تسهیلات پزشکی برای انجام بازسازی پستان نیز یک عامل مهم تلقی می‌گردد بعنوان مثال در کانادا افراد ساکن در مناطق شهری بیشتر بازسازی پستان انجام می‌دهند(۴۷). در مطالعه دیگری در دانمارک دسترسی به بخش جراحی پلاستیک نیز به عنوان عامل تاثیرگذار بر بازسازی پستان بیان گردید(۳۲). به همین دلیل یک سوال نیز در این زمینه در پرسشنامه مطرح گردید. از جمله موانع دیگر در بازسازی پستان، ترس از جراحی می‌تواند باشد، همانگونه که در مطالعه آنانین<sup>۱</sup> و همکاران نیز این موضوع مطرح شده است (۳۷).

در مجموع با توجه به دلایل بالا، پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۲۱ گویه اصلی علاوه بر سوالات دموگرافیک اولیه

تهیه گردید. جهت مشخص شدن حیطه‌های پرسشنامه از تحلیل عامل اکتشافی استفاده شد که با توجه به معنی دار بودن آزمون بارتلت، انجام سایر آزمون‌های تحلیل عاملی برای پرسشنامه مناسب بود(۳۰). مقدار KMO برای گویه‌ها، بیشتر از ۰/۶ بدست آمد که نشانه زیاد بودن همبستگی بین متغیرها می‌باشد (۳۰).

### نتیجه‌گیری:

پرسشنامه بررسی نگرش بیماران ماستکتومی شده به بازسازی پستان، پرسشنامه‌ای روا و پایا می‌باشد که می‌توان از آن با هدف مشخص شدن عوامل مرتبط با بازسازی و عدم بازسازی در بیماران ماستکتومی شده استفاده نمود و با ارائه راه حل مناسب، امکان بازسازی را در این بیماران فراهم نمود تا از آسیب‌های روحی، روانی، خانوادگی و اجتماعی به دنبال ماستکتومی تا حد امکان کاسته شود.

### تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به جهت تایید و حمایت مالی این طرح سپاسگزاری می‌گردد، همچنین از اساتید محترم گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، آقای دکتر سید نوزادی، آقای دکتر خواجه دلویی و آقای دکتر موسوی، استاد گرامی گروه انکولوژی-رادیوتراپی آقای دکتر صالحی و استاد محترم گروه جراحی، آقای دکتر شباهنگ که در مراحل تدوین پرسشنامه به محققین کمک شایانی نمودند، کمال تشکر را داریم. این مقاله حاصل پایان نامه دانشجویی مقطع دکتری عمومی می‌باشد.

<sup>1</sup> . Ananian

1. Breast cancer burden: World Health Organization;2013. Available from: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html>.
2. Breast Cancer Statistics: U.S. Cancer Statistics Working Group. United States Cancer Statistics;1999–2010. Incidence and Mortality Web-based Report. Atlanta (GA): Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, and National Cancer Institute;2013. Available at: <http://www.cdc.gov/uscs>.
3. Knobf MT. Clinical update: psychosocial responses in breast cancer survivors. *Semin Oncol Nurs* 2011 Aug;27(3):e1-e14.
4. Thewes B, Butow P, Girgis A, Pendlebury S. Assessment of unmet needs among survivors of breast cancer. *J Psychosoc Oncol* 2004;22:51-73.
5. Shapiro SL, Lopez AM, Schwartz GE, Bootzin R, Figueredo AJ, Braden CJ, et al. Quality of life and breast cancer: relationship to psychosocial variables. *J Clin Psychol* 2001 Apr;57(4):501-19.
6. Schnipper HH. Life after breast cancer. *J Clin Oncol* 2001 Aug 1;19(15):3581-4.
7. Knobf MT. Carrying on: the experience of premature menopause in women with early stage breast cancer. *Nurs Res* 2002 Jan-Feb;51(1):9-17.
8. Boyle DA. Survivorship. *Clin J Oncol Nurs* 2006;10:407-16.
9. Sammarco A. Psychosocial stages and quality of life of women with breast cancer. *Cancer Nurs* 2001 Aug;24(4):272-7.
10. Surbone A, Peccatori FA. Unmet needs of cancer survivors: supportive care's new challenge. *Support Care Cancer* 2006 May;14(5):397-9.
11. Pelusi J. Sexuality and body image. Research on breast cancer survivors documents altered body image and sexuality. *Am J Nurs* 2006 Mar;106(3 Suppl):32-8.
12. Knobf MT. Reproductive and hormonal sequelae of chemotherapy in women. Premature menopause and impaired fertility can result, effects that are especially disturbing to young women. *Am J Nurs* 2006 Mar;106(3 Duppl):60-5.
13. Knobf MT. The influence of endocrine effects of adjuvant therapy on quality of life outcomes in younger breast cancer survivors. *Oncologist* 2006 Feb;11(2):96-110.
14. Wilmoth Mc. The aftermath of breast cancer: an altered sexual self. *Cancer Nurs* 2001 Aug;24(4):278-86.
15. Wilmoth MC, Coleman EA, Smith SC, Davis C. Fatigue, weight gain and altered sexuality in patients with breast cancer: exploration of a symptom cluster. *Oncol Nurs Forum* 2004 Nov 16;31(6):1069-75.
16. Manning-Walsh J. Social support as a mediator between symptom distress and quality of life in women with breast cancer. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004 Jul-Aug;34(4):482-93.
17. Platt J, Baxter N, Jones J, Metcalfe K, Causarano N, Hofer SO, et al. Pre-consultation educational group intervention to improve shared decision-making in postmastectomy breast reconstruction: study protocol for a pilot randomized controlled trial. *Trials* 2013 Jul 6;14(1):199.
18. Canadian Cancer Society's Steering Committee on Cancer Statistics. Canadian Cancer Statistics: Canadian Cancer Society .2011. Available from: <http://www.cancer.ca/Canada-wide/About-cancer/~media/CCS/Canadawide/Files-List/English-files-heading/PDF - Policy - Canadian Cancer Statistics - English/Canadian Cancer Statistics 2011 - English.ashx>. Accessed Oct. 29, 2011.
19. Doncatto LF, da Silva JB, da Silva VD, Martins PD. Cutaneous viability in a rat pedicled TRAM flap model. *Plast Reconstr Surg* 2007 Apr 15;119(5):1425-30.
20. Parker PA, . Breast reconstruction and psychosocial adjustment: what have we learned and where do we go from here? *Semin Plast Surg* 2004 May;18(2):131-8.
21. Cordeiro PG. Breast reconstruction after surgery for breast cancer. *N Engl J Med* 2008 Oct 9;359(15):1590-601.
22. Zhong T, McCarthy C, Min S, Zhang J, Beber B, Pusic AL, et al. Patient satisfaction and health-related quality of life after autologous tissue breast reconstruction: a prospective analysis of early postoperative outcomes. *Cancer* 2012 Mar 15;118(6):1701-9.
23. Potter S, Winters Z. Does breast reconstruction improve quality of life for women facing mastectomy? A systematic review. *Eur J Surg Oncol* 2008;34(10):1181.
24. Elder EE, Brandberg Y, Björklund T, Rylander R, Lagergren J, Jurell G, et al. Quality of life and patient satisfaction in breast cancer patients after immediate breast reconstruction: a prospective study. *Breast* 2005 Jun;14(3):201-8.
25. Hall SE, Holman CD. Inequalities in breast cancer reconstructive surgery according to social and locational status in Western Australia. *Eur J Surg Oncol* 2003 Aug;29(6):519-25.
26. Kruper L, Holt A, Xu XX, Duan L, Henderson K, Bernstein L, et al. Disparities in reconstruction rates after mastectomy: patterns of care and factors associated with the use of breast reconstruction in Southern California. *Ann Surg Oncol* 2011 Aug;18(8):2158-65.
27. Morrow M, Scott SK, Menck HR, Mustoe TA, Winchester DP. Factors influencing the use of breast reconstruction postmastectomy: a National Cancer Database study. *J Am Coll Surg* 2001 Jan;192(1):1-8.



28. Beesley H, Ullmer H, Holcombe C, Salmon P. How patients evaluate breast reconstruction after mastectomy, and why their evaluation often differs from that of their clinicians. *J Plastic, Reconstr Aesthet Surg* 2012 Aug;65(8):1064-71.
29. Platt J, Baxter N, Zhong T. Breast reconstruction after mastectomy for breast cancer. *CMAJ* 2011 Dec 13;183(18):2109-16.
30. Chehrei A, Haghdoost AA, Fereshtehnejad SM, Bayat A. Statistical methods in medical science researches using SPSS software. *Esfahan:Pejvake-Elme-Aria*;2011. [in Persian].
31. Christian CK, Niland J, Edge SB, Ottesen RA, Hughes ME, Theriault R, et al. A multi-institutional analysis of the socioeconomic determinants of breast reconstruction: a study of the National Comprehensive Cancer Network. *Ann Surg* 2006 Feb;243(2):241-9.
32. Hvilsoom GB, Hölmich LR, Frederiksen K, Steding-Jessen M, Friis S, Dalton SO. Socioeconomic position and breast reconstruction in Danish women. *Acta Oncol* 2011 Feb;50(2):265-73.
33. Fallbjörk U, Karlsson S, Salander P, Rasmussen BH. Differences between women who have and have not undergone breast reconstruction after mastectomy due to breast cancer. *Acta Oncol* 2010;49(2):174-9.
34. Rowland JH, Holland JC, Chaglassian T, Kinne D. Psychological response to breast reconstruction: Expectations for and impact on postmastectomy functioning. *Psychosomatics* 1993 May-Jun;34(3):241-50.
35. Knobf MT. Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Semin Oncol Nurs* 2007 Feb;23(1):71-83. Review.
36. Helgeson VS, Snyder P, Seltman H. Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: identifying distinct trajectories of change. *Health Psychol* 2004 Jan;23(1):3-15.
37. Ananian P, Houvenaeghel G, Protiere C, Rouanet P, Arnaud S, Moatti J, et al. Determinants of patients' choice of reconstruction with mastectomy for primary breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2004 Aug;11(8):762-71.
38. Friedman LC, Kalidas M, Elledge R, Chang J, Romero C, Husain I, et al. Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psychooncology* 2006 Jul;15(7):595-603.
39. Boyle DA. Survivorship. *Clinical J Oncol Nurs* 2006;10(3):407-22.
40. Lewis FM. The effects of cancer survivorship on families and caregivers. More research is needed on long-term survivors. *Am J Nurs* 2006 Mar;106(3 Suppl):20-5.
41. Sandham C, Harcourt D. Partner experiences of breast reconstruction post mastectomy. *Eur J Oncol Nurs* 2007 Feb;11(1):66-73.
42. Lee CN, Hultman CS, Sepucha K. Do patients and providers agree about the most important facts and goals for breast reconstruction decisions? *Ann Plast Surg* 2010 May;64(5):563-6.
43. Spector D, Mayer DK, Knafel K, Pusic A. Not what I expected: informational needs of women undergoing breast surgery. *Plast Surg Nurs* 2010 Apr-Jun;30(2):70-4.
44. Nissen MJ, Swenson KK, Kind EA. Quality of life after postmastectomy breast reconstruction. *Oncol Nurs Forum* 2002 Apr;29(3):547-53.
45. Coulter A. Patient information and shared decision-making in cancer care. *Br J Cancer* 2003 Aug;89 Suppl 1:S15-6
46. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC:National Academy Press;2001.
47. Baxter N, Goel V, Semple JL. Utilization and regional variation of breast reconstruction in Canada. *Plast Reconstr Surg* 2005 Jan;115(1):338-9.