

تصویر بدنی و عزت نفس: مقایسه دو گروه از زنان مبتلا به سرطان پستان

راحله صادقی صومعه علیابی^۱: کارشناس ارشد مشاوره خانواده

آناهیتا خدابخشی کولابی: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

محمد اسماعیل اکبری: استاد جراحی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مهدي کوهساريان: کارشناس ارشد مشاوره خانواده

مهدي کلهرينيا گلكار: کارشناس ارشد روان شناسی باليني

چکیده

مقدمه: هدف از این پژوهش بررسی نوع جراحی‌های اعمال شده بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان بر تصویربندی و عزت نفس بود. همچنین از اهداف دیگر بررسی رابطه بین تصویربندی و عزت نفس در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. روش: نمونه پژوهش ۱۳۷ نفر زنان مبتلا به سرطان پستان بودند که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند از بیمارستان شهدای تجریش انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه روابط چندبعدی خود-بدن (MSRQ) کش و همکاران و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ بود. برای تحلیل فرضیات از روش آماری t مستقل و همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که: ۱- تصویربندی در زنان مبتلا به سرطان پستان که در طی جراحی پستان‌شان حفظ شده و زنانی که پستان‌شان برداشته شده تفاوتی ندارد ($p > 0/05$). ۲- عزت نفس در زنان مبتلا به سرطان پستان که در طی جراحی پستان‌شان حفظ شده و زنانی که پستان‌شان برداشته شده تفاوتی ندارد ($p > 0/05$). ۳- بین ارزیابی وضع ظاهری، ارزیابی برازنده‌گی، سوگیری برازنده‌گی و رضایت از نواحی بدنی با عزت نفس رابطه وجود دارد ($p < 0/01$). ۴- نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد که به ترتیب ارزیابی وضع ظاهری و رضایت از نواحی بدنی ۲۲٪ از واریانس عزت نفس را پیش‌بینی می‌کنند.

نتایج: نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که در دو گروه از زنان مبتلا به سرطان پستان تفاوتی وجود ندارد و با افزایش نمرات ارزیابی وضعیت ظاهری و رضایت از نواحی بدنی نمرات عزت نفس نیز افزایش می‌یابد.

وازگان کلیدی: نوع جراحی، سرطان پستان، تصویربندی، عزت نفس.

¹ Sadeghi.rahele@yahoo.com

مقدمه

در بین انواع مختلف سرطان، سرطان پستان شایع ترین سرطان در بین خانم‌ها و دومین علت مرگ در زنان ۳۵-۵۵ ساله است. سرطان پستان، ۱۰/۷٪ از کل مبتلایان به سرطان را در ایران تشکیل می‌دهد. از هر ۸ زن ایرانی در فاصله سنی ۴۵-۵۵، یک نفر شناسن ابتلا به سرطان پستان را دارد، سرطان پستان از بیماری‌هایی است که تاثیرات شدید روانی ایجاد می‌کند (۱).

تعدادی تحقیقات قابل ملاحظه در میان بیماران سرطانی، به ویژه، زنان مبتلا به سرطان پستان توجه کرده است (۲). برای مثال تعدادی مطالعات تاثیر نوع جراحی را بر روی سازگاری زنان و کیفیت زندگی کشف کرده‌اند، این تحقیقات تفاوت بسیار ناچیزی را بین دو نوع جراحی گزارش می‌دهند: (BCS) که در آن جراحی تنها تومور با بعضی بافت‌های احاطه کننده بیرون آورده می‌شود، از این رو شکل و اندازه پستان به عنوان یک امکان حفظ شده و در ماستکتومی (MRM) جراحی که در آن کل پستان برداشته می‌شود (۳).

سرطان و درمان سرطان می‌تواند تاثیر عمیقی بر وضع ظاهری بیماران داشته باشد (۴). برای اکثریت بیماران، وضع ظاهری تغییر می‌کند (مثل ریزش مو، از دست دادن یک عضو مانند قطع یکی از عضوهای فرد و ...) که بسیار ناراحت کننده هستند و مشکل تر آن است که با این ناراحتی مقابله کنند تا با نشانه‌های ثانویه دیگر مثل حالت تهوع یا استفراغ (۵).

تصویر بدنی و عزت نفس عنصرهای مهمی در کیفیت زندگی بیماران سرطانی هستند. هنوز معنای دقیقی از تصویر بدنی وجود ندارد، بیشتر دیدگاه‌های اخیر که پدیدار شده اند در مسیر اصلی ادبیات تصویر بدنی شامل این سازه چند بعدی می‌شود که عناصر شناختی، عاطفی و رفتاری را در بر می‌گیرد (۶). شواهدی در دست است که نشان می‌دهد تصویر بدنی نقش مهمی در عملکرد روانی بیماران مبتلا به سرطان پستان بازی می‌کند، به عنوان مثال (پیل کرد و وینترود، ۲۰۰۲) نشان دادند بیمارانی که احساسات بهتری درباره بدن شان دارند باورهای قوی تری در توانایی مقابله با بیماری و درمان آن را دارند (۷). به علاوه تحقیقاتی که بر عامل‌هایی که می‌تواند بر تصویر بدنی بیماران مبتلا به سرطان پستان تاثیر گذارد ناکافی است (۸). وضع ظاهری در مطالعات کمتر بررسی شده است (کش، ۲۰۰۲؛ وايت، ۲۰۰۰) اگرچه بعضی مطالعات شواهد تجربی از نقش آن را در سازگاری بیماران مبتلا به سرطان پستان ارائه کرده، به طور عمومی نشان داده شده کسانی که جایگاه بزرگتری را بر وضع ظاهری شان قائل می‌شوند نسبت به سازگاری آسیب‌پذیر تر هستند وقتی که نمای ظاهری در نتیجه درمان سرطان تغییر می‌کند. مثلاً کارور و دیگران (۱۹۹۸) نشان داده اند که سرمایه گذاری اولیه در وضع ظاهری، آشنتگی هیجانی را در طی سال بعد از جراحی پیش‌بینی می‌کند. به عقیده کش (۲۰۰۲) این مفهوم دو عامل را در بر می‌گیرد: ۱) برجستگی خودارزیابی: اهمیت جایگاه فردی بر وضع ظاهری جسمی برای تعاریف خودشان از خودارزشمندی (عزت نفس) و خودپنداره ۲) برجستگی انگیزشی: تلاش‌های افراد در مدیریت وضع ظاهری رفتارها برای باقی ماندن یا بهبود جذابیت شان به کار گرفته می‌شود. بعضی مطالعات خارج از حیطه سرطان تفاوت‌های بنیادی بین این دو حقیقت را نشان داده اند (کش و دیگران، ۲۰۰۴؛ جری، ۲۰۰۸؛ مل نیک و دیگران، ۲۰۰۴؛ موریرا و دیگران، ۲۰۰۹؛ رودیگر و دیگران، ۲۰۰۷)، به طور قابل ملاحظه‌ای همبستگی بین برجستگی انگیزشی و نتایج سازگاری بهتر و برجستگی خودارزیابی و نتایج بدکاری بیشتر را نشان داده اند (۸).

عامل دیگری که در این پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد عزت نفس نوعی نگرش است که به فرد این فرصت را می‌دهد تا دیدگاه واقعی و مثبتی نسبت به خود داشته باشد و سبب می‌شود فرد به تواناییهای خود اعتماد پیدا کرده، احساس کنترل بر زندگی خود داشته و به عبارت دیگر داشتن نگرشی مثبت و منفی راجع به خود و اساس آن ارزیابی شخص شامل احساس خوشایندی با خودش است^(۹). عزت نفس با جنبه جسمانی، قامت، زیبایی و نقص بدنی رابطه دارد و باعث داوری هایی درباره خود شخص است و هدفهای مورد نظر شخص و سطح یا تراز آرزوی او را شامل می‌شود. این هدفها شامل احساس شخص و ارزش خود است^(۱۰).

عزت نفس یک منبع شخصی مهم است و همبستگی قوی با عملکردهای روانی دارد (کاتز، رودین و دوینس، ۱۹۹۵؛ دوینس، ۱۹۹۵). در بیماران سرطانی، عزت نفس ممکن است ضربه گیر استرسی شود که آن‌ها تجربه می‌کنند. با این حال، چون بیشتر مطالعات در میان بیماران سرطانی عزت نفس را به عنوان متغیری نتیجه‌ای بررسی می‌کند، درباره نقش عزت نفس در سازگاری روانی بیماران شناسایی کمتری شده است (کوربو و سامرفلید، ۱۹۹۱؛ کاتز و دیگران، ۱۹۹۵). مطالعات کمی که عزت نفس را به عنوان پیش‌بینی کننده بررسی کرده‌اند دریافته‌اند که عزت نفس بالا با سطوح پایین نشانگان افسرده کننده و سطوح بالای بهزیستی رابطه دارد^(۱۲).

در سال‌های اخیر توجه فزاینده‌ای به موضوع تصویر بدنی در بیماران مبتلا به سرطان پستان شده است. با توجه به اهداف این تحقیق، زمینه مطالعات وسیعی را درباره‌ی کیفیت زندگی نشان می‌دهد، به ویژه در مطالعات تفاوت‌های بین شیوه‌های جراحی (گنز و دیگران، ۱۹۹۲؛ پارکر و دیگران، ۲۰۰۷ و یورک و دیگران، ۲۰۰۰) مطالعات کمی نقش تصویر بدنی را به عنوان پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی یا آشفتگی‌های هیجانی نشان می‌دهد^(۸). در همین راستا بخت و نجفی (۲۰۱۰) در تحقیقی که تحت عنوان تصویر بدنی و مشکلات جنسی در افراد مبتلا به سرطان پستان و افراد سالم انجام داده بودند، گزارش کردند که انواع درمان برای سرطان پستان تاثیر ویژه‌ای بر تصویر بدنی، یائسگی و سرانجام مشکلات جنسی می‌شود و بیماران سرطانی نمره‌های پایین تری در همه مقیاس‌های تصویر بدنی به جزء وزن در مقایسه با افراد سالم بدست آوردند^(۲۲).

در این مطالعه ما به نقش جراحی پستان (ماستکتومی و حفظ پستان) بعد از جراحی و تصویر بدنی و عزت نفس تمرکز می‌کنیم. نوع جراحی قطعاً عامل مهمی است و پژوهشگران متعددی تأثیر آن را بر سازگاری زنان بررسی کرده‌اند، در حالیکه این تحقیقات تفاوت بسیار ناچیزی را بین جراحی حفظ پستان و ماستکتومی گزارش می‌دهد، اما به طور سازگاری کاهش تصویر بدنی را در میان بیمارانی که با ماستکتومی درمان شده‌اند نشان می‌دهد (مثل کوران و دیگران، ۱۹۹۸، گنز و دیگران، ۱۹۹۲؛ هارتل و دیگران، ۲۰۰۳؛ مورریا و دیگران، ۲۰۰۹ و شاین و دیگران، ۱۹۹۴)^(۸).

عامل دیگر مربوط به مدت زمان تشخیص یا جراحی است. با وجود این، تحقیقات به این موضوع توجه نکرده‌اند و کمبود مطالعات طولی برای فهم عمیق این پرسش اجازه نداده است. بعضی مطالعات به تصویر بدنی بهتر در تشخیص زود هنگام و بدتر شدن در طی زمان دلالت دارند^(۱۱)، دیگران بهبود موثری را در تصویر بدنی در گذر زمان گزارش کرده‌اند. این نتایج متفاوت ممکن است ناشی از ابزارهای استفاده شده متفاوتی بوده باشد مانند تفاوت تعاریف تصویر بدنی و اهداف ارزیابی که انتخاب شده

بودند (۸). با توجه به تمام این موارد در این تحقیق، افرادی در این پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند که یک سال و بیشتر از عمل جراحی آنان گذشته باشد تا نتایج باثبات تری داشته باشیم.

لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تفاوت بین زنان مبتلا به سرطان پستان که در طی جراحی پستان شان حفظ شده و زنانی که پستان شان برداشته شده است از لحاظ تصویر بدنی و عزت نفس و تعیین رابطه بین تصویر بدنی و عزت نفس در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام گردید.

روش:

روش تحقیق در این پژوهش، مقطعی است که اشاره به مواردی دارد که در آن ها علت از پیش رخ داده است و مطالعه آن در حال حاضر از طریق اثری که بر متغیر دیگر گذارده و بر جای مانده است امکان دارد، همچنین در آن با مطالعه یک ویژگی در یک گروه و مقایسه آن با گروهی دیگر به کشف علت پدیده مورد پژوهش می‌پردازیم.

در این پژوهش زنان مبتلا به سرطان پستان در بیمارستان شهدای تجریش تهران که جراحی پستان و شیمی درمانی را پشت سر گذشته بودند و حداقل یک سال از جراحی آن ها گذشته بود که برای پیگیری و معاینه به بیمارستان مراجعه می‌کردند شرکت کرده، در مجموع ۱۳۷ نفر بودند که بر روی ۶۰ نفر از آن ها جراحی ماستکتومی انجام شده بود (برداشت پستان) و بر روی ۷۷ نفر از آن ها جراحی حفظ پستان صورت گرفته بود. برای نمونه گیری پس از صحبت با بیماران و در صورت تمایل آن ها دو پرسشنامه تصویر بدنی و عزت نفس به آن ها داده شد تا آن را تکمیل نمایند. روش نمونه گیری این پژوهش به صورت هدفمند می‌باشد چرا که نمونه گیری تصادفی امکان پذیر نیست و نمی‌توانیم متغیر مستقل را بر افراد اعمال کنیم.

به منظور بررسی اهداف تحقیق از آمار توصیفی مانند فراوانی و درصد فراوانی و از آمار استنباطی مانند ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون چندمتغیره و t مستقل استفاده گردید.

ابزارهای اندازه گیری:

پرسشنامه روابط چندبعدی خود-بدن (MBSRQ)

این پرسشنامه به منظور ارزیابی تصویر بدنی فرد مورد استفاده قرار می‌گیرد. یک مقیاس خود سنجی ۴۶ سوالی است ۵ گزینه ای است که توسط کش و همکاران در سالهای ۱۹۸۶ و ۱۹۸۷ ساخته شده است. در این پژوهش از فرم تجدیدنظر شده کش (۱۹۹۷) استفاده می‌گردد. خرده مقیاسهای این پرسشنامه عبارتند از: (۱) ارزیابی وضع ظاهری، (۲) گرایش به ظاهر، (۳) ارزیابی تناسب، (۴) گرایش به تناسب، (۵) دل مشغولی با اضافه وزن، (۶) رضایت از نواحی بدنی. شیوه نمره گذاری به صورت ۵ گزینه ای لیکرت (از عدد ۱ برای گزینه کاملاً مخالفم تا ۵ برای گزینه کاملاً موافقم) انجام می‌شود. نمرات این مقیاس در دامنه ۴۶ - ۲۳۰ قرار می‌گیرد.

بررسی اعتبار و روایی آزمون در نمونه های ایرانی (راحتی ۱۳۸۳) نشان داده است که اعتبار همگرای آن با آزمون عزت نفس همبستگی های ۰/۵۲، ۰/۵۸، ۰/۵۵ را به ترتیب در دختران، پسران و کل نمونه بدست داده است. آلفای کرونباخ کل و خرد

مقیاسها به ترتیب در دختران برابر $85/80$ ، $76/79$ ، $46/40$ ، $80/81$ و در کل آزمودنی‌ها برابر $88/80$ ، $67/79$ ، $83/84$ و $75/83$ می‌باشد.

پرسشنامه عزت نفس روزینبرگ:

این مقیاس در سال ۱۹۶۵ توسط موریس روزینبرگ ساخته شد. به طور کلی مقیاس پایابی (همسانی درونی و بازآزمایی) بالا و روایی (همگرا و افترافقی) گستردۀ و قابل قبولی دارد. ضریب همبستگی‌های بازآزمایی در دامنه $82/0$ تا $88/0$ و آلفای کرونباخ برای نمونه‌های مختلف در دامنه $77/0$ تا $88/0$ بدست آمده است.

این مقیاس شامل ۱۰ ماده است و در حال حاضر به عنوان یک مقیاس لیکرت نمره گذاری می‌شود. نمرات این مقیاس در دامنه صفر تا 30 قرار می‌گیرد و بنا بر این بالاترین نمره ممکن برابر 30 خواهد بود. برای این مقیاس نمره برش منظور نشده اما نمرات بین 15 تا 25 بیانگر میزان عزت نفس بالا و بهنجار و نمرات پایین از 15 بیانگر عزت نفس کم است.

موسوی و همکاران ضریب پایابی و روایی بالایی گزارش کرده، ضریب همبستگی تنصیف (بین آزمون روزینبرگ و آیزنک) برابر با $81/0$ ، ضریب همبستگی بازآزمایی آن با فاصله دو هفته برابر با $92/0$ و ضریب همبستگی همسانی درونی آن با محاسبه از طریق آلفای کرونباخ برابر با $88/0$ می‌باشد.

نتایج:

ویژگی‌های (دموگرافیک) جمعیت شناختی بیماران و مقایسه گروه‌ها در جدول ۱ نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، بیشتر زنان در این پژوهش متاهل بوده و بیشترین فراوانی گروه سنی مربوط به $46-55$ سال با درصد فراوانی $66/37$ است. برای گروه BCS و با درصد فراوانی 35 برای گروه MRM است. از نظر تا هل بیشترین فراوانی 54 نفر در گروه برداشت پستان و 65 نفر در گروه حفظ پستان مربوط به زنان متاهل بود. از نظر تحصیلات برای گروه برداشت پستان بیشترین فراوانی مربوط به زیر دیپلم و دیپلم 41 نفر و کمترین فوق لیسانس 2 نفر بود و برای گروه حفظ پستان بیشترین فراوانی مربوط به زیر دیپلم و دیپلم 51 نفر و کمترین فوق لیسانس 3 نفر بود.

جدول ۱ - ویژگی‌های جمعیت شناسی زنان در دو گروه MRM و BCS

درصد فرافری	درصد فرافری	BC فرافری	MR فرافری	گروه‌ها
BCS	MRM	N: 77	N: 60	
9/0	6/6	7	4	26-35
				سن

9	23/3	20	14	36-45		
25/	35	29	21	46-55		
97	20	16	12	56-65		
37/	15	5	9	66-75		
66						
20/						
77						
6/4						
9						
84/	90	65	54	متاهل		
41						
15/	10	12	6	مجرد	تأهل	
58						
66/	68/3	51	41	زیر دیپلم و دیپلم		
23						
29/	28/3	23	17	لیسانس	تحصیلات	
87						
3/8	3/3	3	2	فوق لیسانس به بالا		
9						

برای آزمون اهداف در این پژوهش از آزمون تی برای مقایسه گروه‌ها و همبستگی پیرسون برای رابطه بین دو متغیر و رگرسیون استفاده شده است. به منظور مقایسه دو گروه از افراد یعنی زنانی که در طی جراحی پستان شان حفظ شده و زنانی که پستان شان برداشته شده از لحاظ مولفه‌های تصویر بدنی و عزت نفس از آزمون t برای گروه‌های مستقل استفاده گردید. این تحلیل در جدول ۲ ارائه شده است. بر اساس آزمون t در این جدول سطح معناداری به دست آمده حاکی از آن است که بین دو گروه از لحاظ هیچ یک از مولفه‌های تصویر بدنی تفاوت معنادار وجود ندارد.

جدول ۲: نتایج آزمون تی جهت مقایسه مولفه‌های تصویر بدنی و عزت نفس در دو گروه از زنان مبتلا به سرطان پستان آن‌هایی که در طی جراحی پستان شان حفظ شده و آن‌هایی که پستان شان برداشته شده است)

سطح معناداری (P)	درجه آزادی (df)	t	آزمون لوین			انحراف استاندارد میانگین	تعداد گروه (N)
			سطح معناداری	F			
۰/۷۳۱	۱۳۵	۱/۳۴۵	۰/۴۹۶	۰/۴۶۶	۷/۱۶	۴۴/۵۳	۶۰
						MRM	سوگیری وضع

										جسمانی
										از زیبایی وضع ظاهری
۰/۰۸۴	۱۳۵	/۷۳۹ -۱	۰/۱۵۳	۲/۰۶	۵/۴۶ ۴/۵۴	۲۵/۰۵ ۲۶/۵۳	۶۰	MRM	BCS	از زیبایی وضع ظاهری
۰/۹۶۴	۱۳۵	/۰۴۵ -۰	۰/۱۰۲	۲/۷۰۵	۲/۷۵ ۳/۱۰	۱۰/۳۶ ۱۰/۳۸	۶۰	MRM	BCS	از زیبایی برازنده‌گی
۰/۸۴۲	۱۳۴/۳۲	/۲۰۰ -	۰/۰۴۲	۴/۱۹۹	۸/۷۴ ۱۰/۴۷	۴۵/۲۵ ۴۴/۹۲	۶۰	MRM	BCS	سوگیری برازنده‌گی
۰/۹۲۷	۱۳۵	/۰۹۲ -	۰/۹۹۲	۰/۰۰۰	۱/۷۳ ۱/۷۱	۷/۳۰ ۷/۲۷	۶۰	MRM	BCS	وزن ذهنی
۰/۲۰۵	۱۳۵	/۲۷۳ -۱	۰/۰۶۷	۳/۴۰۰	۷/۲۲ ۶/۱۴	۳۲/۴۶ ۳۳/۹۲	۶۰	MRM	BCS	رضایت از نواحی بدنی
۰/۰۹۱	۱۳۵	/۷۰۴ -۱	۰/۵۱۹	۰/۴۱۸	۴/۸۵ ۵/۳۱	۳۰/۷۸۳۳ ۳۲/۲۸۵۷	۶۰	MRM	BCS	عزت نفس

 $P < 0.05$

نتایج ارائه شده در جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین عزت نفس در زنانی که پستان شان در طی جراحی حفظ شده ($\bar{X}=32/28$) بیشتر از زنانی است که پستان شان در طی جراحی برداشته شده است ($\bar{X}=30/78$) است. با این حال آزمون t مستقل نشان داد که بین میانگین عزت نفس دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد ($t=1/70.4$, $p=0.91$). بنابراین می‌توان گفت عزت نفس زنانی که پستان شان در طی جراحی حفظ شده بازنایی که پستان شان در طی جراحی برداشته شده متفاوت نمی‌باشد.

جهت بررسی رابطه بین عزت نفس و تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان پستان، با توجه به اینکه متغیر عزت نفس و تصویر بدنی (سوگیری وضع ظاهری، ارزیابی وضع ظاهری، ارزیابی برازنده‌گی، سوگیری برازنده‌گی، وزن ذهنی، رضایت از نواحی بدنی) در سطح مقیاس فاصله‌ای هستند، از ضریب همبستگی پیرسون معناداری رابطه این دو متغیر بررسی گردید. نتایج آزمون همبستگی پیرسون در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل همبستگی پیرسون بین عزت نفس و تصویر بدنی

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	پیرسون	ضریب همبستگی	تعداد	سطح معناداری	(P)
عزت نفس	سوگیری وضع ظاهری	-۰/۰۱۳	۱۳۷	۰/۸۷۶		

جدول ۴: تحلیل واریانس متغیر تصویر بدنی بر عزت نفس

متغیر وارد شده به معادله	گام	منابع تغییرات مجذورات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
ارزیابی وضع	۱	رگرسیون	۵۸۲/۰۳۹	۱	۵۸۲/۰۳۹	۲۵	۰/۰۰۱
ظاهری		باقیمانده	۳۰۳۱/۹۷۶	۱۳۵	۲۲/۴۵۹		
کل			۳۶۱۴/۰۱۵	۱۳۶			

ارزیابی وضع ظاهری	۰/۴۰۱	۱۳۷	۰/۰۰۱
ارزیابی برازنده‌گی	۰/۲۷۸	۱۳۷	۰/۰۰۱
سوگیری برازنده‌گی	۰/۳۳۱	۱۳۷	۰/۰۰۱
وزن ذهنی	-۰/۰۷۰	۱۳۷	۰/۴۱۶
رضایت از نواحی بدنی	۰/۳۵۳	۱۳۷	۰/۰۰۱

همان طور که جدول فوق نشان می‌دهد با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون بین عزت نفس و ارزیابی وضع ظاهری، ارزیابی برازنده‌گی، سوگیری برازنده‌گی و رضایت از نواحی بدنی رابطه معنادار وجود دارد. علاوه بر تحلیل همبستگی، به منظور تعیین دقیق تر رابطه و همچنین تشخیص سهم هریک از متغیرهای پیش‌بین در تبیین متغیر ملاک از تحلیل رگرسیون چند متغیره استفاده شد. در این تحلیل مولفه‌های تصویر بدنی به عنوان متغیر پیش‌بین و عزت نفس به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. نتایج این تحلیل در جدول ۴ آمده است.

نواحی بدنی	باقیمانده	اظاهری / رضایت از	ارزیابی وضع	رگرسیون	۲۰۰۱/۰۰۰۱	۱۹/۲۳۸
۲	۲۸۰۷/۸۱۳	۱۳۴	۲۰/۹۵۴	۴۰۳/۱۰۱	۱۹	۰/۰۰۱
کل	۳۶۱۴/۰۱۵	۱۳۶				

نتایج جدول بیانگر آن است که به طور کلی ارزیابی وضع ظاهری و رضایت از نواحی بدنی توان لازم جهت ورود به معادله رگرسیون را دارند. با توجه به اینکه مقدار f بدست آمده در هر دو مدل (به ترتیب، ۲۵/۹۱۶، ۱۹/۲۳۸) معنی دار است، بنابراین این دو مدل می‌توانند پیش‌بینی کننده خوبی برای عزت نفس باشند. اطلاعات مربوط به ضرایب تعیین، خطای معیار برآورد و ضرایب تحلیل رگرسیون فوق در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵: خلاصه تحلیل رگرسیون چند متغیره گام به گام نمرات عزت نفس از طریق مولفه‌های تصویر بدنی

گام	متغیر وارد شده به معادله	B	β	t نسبت	سطح معناداری	R ²	خطای معیار برآورد
۱	constant	۲۰/۸۹۰		۹/۷۲۷	۰/۰۰۱	/۱۶۱	۴/۷۳۹
	ارزیابی وضع ظاهری	۰/۴۱۵	۰/۴۰۱	۵/۰۹۱	۰/۰۰۱	.	.
۲	constant	۱۶/۱۶۶		۶/۳۹۵	۰/۰۰۱	/۲۲۳	۴/۵۷۷
	ارزیابی وضع ظاهری	۰/۳۳۹	۰/۳۲۸	۴/۱۲۶	۰/۰۰۱	.	.
	رضایت از نواحی بدنی	۰/۲۰۱	۰/۲۶۰	۳/۲۷۱	۰/۰۰۱		

ضرایب حاصل از نتایج تحلیل رگرسیون (R^2) نشان می‌دهد که در گام نخست، ورود متغیر ارزیابی وضعیت ظاهری از مولفه‌های تصویر بدنی به تنهایی می‌تواند ۱۶ درصد تغییرات عزت نفس را تبیین کند. این در حالی است که در گام دوم ورود مولفه رضایت از نواحی بدن این مقدار را به ۲۲ درصد افزایش می‌دهد. همچنین با توجه به ضریب بتا برای مدل اول می‌توان گفت تغییری به اندازه یک انحراف معیار در ارزیابی وضعیت ظاهری موجب $40/0$ انحراف معیار تغییر در نمره عزت نفس می‌شود. همچنین در مدل دوم یک انحراف معیار تغییر در ارزیابی وضعیت ظاهری و رضایت از نواحی بدن به ترتیب با $32/0$ و $26/0$ انحراف معیار تغییر در عزت نفس همراه است. حال با توجه به جدول بالا و بر اساس متغیرهای پیش بین معنادار معادله رگرسیون برای دو مدل به دست آمده به صورت زیر می‌باشد. همانطور که ملاحظه می‌شود با افزایش نمرات ارزیابی وضعیت ظاهری و رضایت از نواحی بدن نمرات عزت نفس نیز افزایش می‌یابد.

$$(415 \times \text{ارزیابی وضعیت ظاهری}) + 890 = \text{عزت نفس: مدل اول}$$

$$(201 \times \text{رضایت از نواحی بدنی}) + 166 = \text{عزت نفس: مدل دوم}$$

بحث و نتیجه گیری

هدف مطالعه حاضر ارزیابی نقش نوع جراحی (BCS و MRM) بر تصویر بدنی و عزت نفس زنان مبتلا به سرطان پستان بود. در این مطالعه نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین زنانی که در طی جراحی پستان شان برداشته شده و زنانی که پستان شان حفظ شده در متغیرهای تصویر بدنی و حرمت خود وجود ندارد.

سطوح عزت نفس در بیماران سرطانی تفاوت معناداری با جمعیت عمومی ندارد (کارپنتر، ۱۹۹۷) و ممکن است حتی بالاتر هم باشد با توجه به اینکه افراد یاد می‌گیرند با سرطان سازگار شوند و زندگی کنند (۱۵). در این پژوهش هم عزت نفس در میان دو گروه تفاوتی با هم نداشتند یعنی نوع جراحی بر عزت نفس تاثیری ندارد و این نتایج با تحقیقات پولنز و دیگران (۲۰۱۰) همسو بود که در تحقیق آن‌ها نیز بین دو گروه جراحی شده از لحاظ عزت نفس تفاوتی وجود نداشت (۱۸).

نتایج تحقیقات دیگر از جمله مورریا و کاناوارو هم با نتایج این تحقیق همخوانی نداشت چرا که دو گروه (گروه حفظ پستان و گروه برداشت پستان) بیماران با هم تفاوت داشتند و کسانی که با جراحی حفظ پستان درمان شده بودند تصویر بدنی بهتری را گزارش کردند (۸). اگرچه بعضی مطالعات (کارور و دیگران، ۱۹۹۸؛ کش و دیگران، ۲۰۰۴) شواهد تجربی از نقش تصویر بدنی در سازگاری بیماران مبتلا به سرطان پستان ارائه کرده، به طور عمومی نشان داده شده کسانی که جایگاه بزرگتری را بر وضع ظاهری شان قائل می‌شوند نسبت به سازگاری آسیب پذیر تر هستند، وقتی که نمای ظاهری در نتیجه درمان سرطان تغییر می‌کند (۸). اما به نظر می‌رسد در این پژوهش عاملی که باعث می‌شود در دو گروه تفاوتی وجود نداشته باشد عامل زمان است. تحقیقات (بلوم و دیگران، ۱۹۹۸ و هارتل، ۲۰۰۳) نشان دادند که تصویر بدنی در گذر زمان بهتر می‌شود. در این مطالعه شرکت کنندگان حداقل ۱ سال از جراحی شان گذشته بود و به نظر می‌رسد گذر زمان باعث شده که در متغیر تصویر بدنی تفاوت‌های دو گروه کاهش یابد. با وجود این بیشتر بیماران در مورد خود بیماری و یافتن بهبودی نگران می‌شوند و تمرکز می‌کنند. معمولاً اضطراب در مورد بیماری و تاثیری که بر ظاهر فرد می‌گذارد در دوره شروع درمان بالاست، اما با گذر زمان بسیاری از بیماران سازگارتر شده و گرایش دارند این سطوح اضطراب و نگرانی را در طی دوره‌های زمانی کم کنند (۱۳ و ۱۴).

این یافته‌ها با نتایج پژوهش بلوم و دیگران (۱۹)، فالوفیلد و دیگران (۲۰) که بر تفاوت‌های بین جراحی‌ها بر تصویر بدنی و عملکرد جنسی انجام شده بود، تفاوت بین این دو گروه از بیماران آشکار شده بود و زنانی که در طی جراحی پستان شان برداشته شده بود نگرانی‌های بیشتری بر وضع ظاهری و مشکلات جنسی از کسانی که پستان شان حفظ شده بود گزارش کردند، همخوانی نداشت. شاید بتوان به وجود تفاوت در زمینه‌های فرهنگی و ابزارهای مورد استفاده مربوط دانست. یکی از عوامل مهم تفاوت در نتایج مربوط به پرسشنامه مورد استفاده می‌باشد. در این تحقیق از پرسشنامه کش (۱۹۹۷) استفاده شده که معمولاً برای گروه‌های افراد سالم و غیر سرطانی استفاده می‌شود، اما در پژوهش‌های خارج از کشور که در زمینه تصویر بدنی بود، از مقیاس تصویر بدنی منحصر به افراد سرطانی استفاده شده است. این پرسشنامه‌ها متناسب با فرهنگ ما برای جامعه سرطانی ایرانی هنجر نشده است. با توجه به فرهنگ اسلامی مردم این مزد و بوم، برخی بیماران به این نتیجه رسیده اند که معنویت می‌تواند در مقاومت در برابر بحران‌های جسمانی و روانی که به دنبال تشخیص و درمان این بیماری به وجود می‌آید یاری کننده باشد، چنان که در زنان مبتلا به سرطان پستان نیز مشاهده شده است که معنویت می‌تواند به عنوان منبعی موثر برای مقابله با پاسخ‌های جسمانی و

روانی به سرطان عمل کند (۱۶). وندرس و همکاران در مطالعه خود بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان، اعتقادات معنوی و اعمال مذهبی-عبدی را یکی از مهم ترین عوامل کنار آمدن با بیماری دانستند (۱۷). بنابراین به نظر می‌رسد نتایج متفاوت این پژوهش با مطالعات دیگر ناشی از فرهنگ مردم باشد که باعث می‌شود بهتر بتوانند در طی زمان با بیماری کنار بیایند.

مروری بر تحقیقات گذشته (مورریا و کاناوارو، ۲۰۱۰؛ بخت و نجفی، ۲۰۱۰؛ هاپوود و دیگران، ۲۰۰۶) نشان می‌دهد که تصویر بدنی می‌تواند نقش معناداری در عملکردهای روانی زنان مبتلا به سرطان پستان بازی کند. یکی از موضوعات مهم در عملکردهای روانی عزت نفس افراد است. همان طور که نتایج نشان داد مقیاس‌های تصویر بدنی می‌توانند ۰/۲۵ واریانس عزت نفس را تبیین کنند. در همین راستا پیلکر و وینترود (۳) نشان دادند بیشتر بیمارانی که احساس بهتری درباره خودشان دارند اعتقاد و باور قوی تری در توانایی خود برای مقابله با بیماری شان و درمان آن دارند (۵).

از محدودیت‌های این تحقیق این بود که بیماران بعد از جراحی در مورد متغیرهای مورد مطالعه سنجیده نشده بودند، به نظر می‌رسد سنجش بیماران از ابتدای درمان تا ۱ سال بعد از درمان بتواند به طور شفاف تری ما را به هدف نزدیک تر کند. امید است در این راستا تحقیقات دیگری در زمینه تصویر بدنی با ابزارهای اندازه گیری دیگر و عزت نفس صورت گیرد. هم چنین هنجاریابی پرسش نامه‌ای متناسب با فرهنگ این کشور خالی از لطف نیست که بتواند تمام جنبه‌های متغیر تصویر بدنی را اندازه گیری کند که منحصر به بیماران سرطانی باشد. از این رو پیشنهاد می‌شود که در راستای برنامه ریزی‌های جامع نگر در مراقبت‌های درمانی-حمایتی و تسکینی در بیماران مبتلا به سرطان پستان که در سازگاری با بیماری مشکل دارند، مقوله تصویر بدنی و عزت نفس و انسجام آن در روان درمانی به عنوان مقوله‌هایی مهم، مورد عنایت بیشتر متخصصان و مسولان ذی‌ربط و واحدهای روان‌شناسی و مشاوره مراکز درمانی سرطان قرار گیرد.

با سپاس از

مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، کارکنان محترم مرکز جراحی آذر وابسته به مرکز تحقیقات سرطان، سرکار خانم خرسند و همکاران، بیماران عزیز و همه کسانی که در این مطالعه ما را یاری نمودند.

منابع

۱. مختاری لیلا و برادران، رضایی مهین و حبیب زاده حسین، باورهای بهداشتی و رفتارهای تشخیص زودرس سرطان پستان در بین کارکنان بهداشتی زن خوی، *فصلنامه علمی- پژوهشی بیماری‌های پستان*. ویژه چهارمین کنگره بین المللی سرطان پستان، ۱۳۸۷؛ زمستان.
2. Carver C., Pozo-Kaderman C., price A., Noriega V., Harris s., Derhagopian R., Robinson D.S., Moffat F.L., Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer, *Psychosomatic medicine*, 1998; 60: 168-174.
3. Janz n., Mujahid M., Lantz P., Fargelin A., Salem B., Morrow M., Deapen D., Katz S.J., Population-based study of the relationship of treatment and sociodemographics on quality of life of early stage breast cancer, *Quality of life Research*, 2005; 14: 1467-1479
4. Frith, Harcourt D., Fussell A., Anticipating an altered appearance: women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer, *European journal of oncology nursing*, 2007; 11: 385-391.
5. Moreira H., Silva S., Margues a., Canavarro M.C., The Portuguese version of the body image scale (BIS)- psychometric properties in sample of breast cancer patients, *European journal of oncology nursing*, 2010; 14: 111-118.
6. Jakatdar T., Cash T., Engle E., Body image thought processes?: the development and initial validation of the assessment of body image cognitive distortions, *Body image*, 2006; 3: 325-333.
7. Pikler V., Winterowd C., Racial and body image differences in coping for women diagnosed with breast cancer, *Health psychology*, 2003; 22 (^): 632-637.
8. Moreira H., Canavarro M.C., A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease, *European journal of oncology nursing*, 2010; 14:263-270.
۹. خادمی مژگان و سجادی هزاوه محبوبه. سرطان پستان : یک مطالعه پدیدار شناسی، *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک رهآورده دانش*، ۱۳۸۸، ۱۲ (۴۶ پیاپی): ۳۹ - ۲۹.
۱۰. مومنی مریم. مقایسه تصویر بدنه معلولین جسمی ورزشکار با معلولین و غیر معلولین غیر ورزشکار مرد شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده تربیت بدنه. دانشگاه تربیت معلم، ۱۳۸۴.
11. Hartl K., Janni W., Kastner R., Sommer H., strobl B., Rack B., et al., Impact of medical and demographic factor on long-term quality of life and body image of breast cancer patients, *Annals of oncology*, 2003; 14: 1064-1071.
12. Schroevers M.J., Ranchor A.V., Sanderman R., The role of social support and self esteem in the presence and course of depressive symptoms: a comparsion of cancer patient and individuals from the general population, *Social science and medicine*, 2003; 57: 375-385.

13. Schwarz R., Krauss O., Hockel M., Meyer A., Zenger M., The course of anxiety and depression in patients with breast cancer and gynecological cancer, *Breast Care*, 2008; 3: 417-422.
14. bertero C. M. Affected self-respect and self-value: The impact of breast cancer treatment on self-esteem and quality of life, *Pscho- Oncology*, 2002; 11: 356-364.
15. Carpenter J. S. Self-esteem and well-being among women with breast cancer and women in an age-matched comparison group, *Journal of psychosocial oncology*, 1997; 15(3/4): 59-80.
16. meroviglia M. Effects of spirituality in breast cancer survivors, *Journal of oncology nursing forum*, 2006; 33(1): 89-94.
۱۷. تقی مهسا، کلافی یونس، طالعی عبدالرسول، ده بزرگی غلامرضا و تقی محمدآرش، بررسی رابطه افسردگی با سازگاری مذهبی و حمایت اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان پستان، مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۱۳۸۹، سال ۲۸، ش ۱۱۵، هفته سوم دی ماه ۱۳۸۹.
18. Pullens MJJ, Den Oudsten BL, Van der Steeg AFW, Roukema JA, De Vries J. No effect of treatment on self-esteem in breast cancer patients, abstract presented at the 7th European breast cancer conference, Barcelona, spain 2010.
19. Bloom J., Kang S., Petersen D., Stewart S., Quality of life in long-term cancer survivors In: Feuerstein, M. (Ed.), *Handbook of Cancer Survivorship*, 2007; Springer, New York, pp. 43–63.
20. Fallowfield L., Baum M., Maguire G., Effects of breast conservation on psychological morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer, *British Medical Journal*, 1986; 293: 1331–1334. 20.
21. Vahdaninia M., Omidvari S., Montazeri A., What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2010; 45 (3): 355-361.
22. Bakht S., Najafi S., Body image and sexual dysfunctions : comparison between breast cancer patients and healthy woman, *Procedia social and behavior of sciences* , 2010; 5 : 1493 – 1497.