

بررسی مقایسه‌ای خودکارآمدی و میزان توانمندی زنان مبتلا به سرطان پستان و سالم

دکترمه‌رانی‌گیزشعاع کاظمی^۱: استادیار و عضو هیأت علمی رشته مشاوره دانشگاه الزهرا.
مهر آور مومنی جاوید: دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز.

چکیده

هدف: مقاله حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای خودکارآمدی و میزان توانمندی زنان سالم و مبتلا به سرطان پستان تدوین گردید.
روش بررسی: روش پژوهش توصیفی-تحلیلی بود نمونه پژوهش شامل ۱۲۰ زن (۶۰ نفر سالم و ۶۰ نفر مبتلا به سرطان پستان) که در محدوده سنی ۳۵-۵۰ سال با سطوح تحصیلی متفاوت قرار داشتند و از شهر تهران انتخاب گردید. ابزار پژوهش شامل دو پرسشنامه ۱- خودکارآمدی شوارتز با ۱۰ سوال که اعتبار آن ۰/۸۰ و ۲- پرسشنامه سنجش توانمندی با ۱۲۰ سوال که اعتبار آن ۰/۸۴ بود. روش‌های آماری مورد استفاده آزمون همبستگی و رگرسیون پیش بینی بر اساس دو متغیر و زیر مقیاس‌های آن و تحلیل کوواریانس بود.

یافته‌ها: داده‌های پژوهش حاکی از رابطه مثبت و معنا دار بین خودکارآمدی و زیر مقیاس‌های آن در هر دو گروه بود. $p < 0.001$.
بین دو گروه در احساس خودکارآمدی و میزان توانمندی تفاوت معناداری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: زنان مبتلا به سرطان در مقایسه با زنان سالم خودکارآمدی و توانمندی پایین‌تری داشتند. بدین صورت که بیماری می‌تواند روی خودکارآمدی و میزان توانمندی افراد تاثیر بگذارد.

واژه‌های کلیدی: خودکارآمدی، توانمندی، زنان سالم و مبتلا به سرطان پستان.

مقدمه

سرطان پستان شایعترین سرطان در زنان جهان و دومین سرطان منجر به مرگ در زنان است. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی سالیانه بیش از ۱/۲ میلیون نفر مبتلا به سرطان پستان شناسایی می شوند (۱).

اگر چه پیشرفتهای وسیع در زمینه درمان سرطان پستان موجب واکنش بهتر تومور به درمانها و افزایش طول عمر بیماران گردیده است اما اغلب این درمانها با عوارض جانبی همچون ورم لنفاوی، ضعف، درد، بی حسی و اختلالات روانی-اجتماعی همراه می باشد که موجب کاهش چشمگیر میزان توانمندی آنان می شود (۲).

بندورا^۱ (۱۹۸۶) بیان می کند که خودکارآمدی یک شخص اطمینان لازم برای عملکرد موفقیت آمیز را ایجاد می کند. یک شخص با خودکارآمدی پایین در یک موقعیت معین احتمالاً از اعمال سخت اجتناب می کند و اشتیاق پایین تر و تعهد کمتری نسبت به اهداف دارد. درحالی که فردی با خودکارآمدی بالا در یک موقعیت معین کارهایی را که چالش انگیزتر است، انجام می دهد. او سعی می کند که بر موقعیت های سخت غلبه کند و تعهد بیشتری نسبت به اهداف دارد (۳).

پژوهش ها نشان داده اند که باورهای خودکارآمدی بر بسیاری از جنبه های کارکرد شخصی تأثیر می گذارند. کسانی که در مقایسه با دیگران دارای خودکارآمدی سطح بالاتری هستند، از سلامتی جسمی و روانی بهتری برخوردارند. احساس کارآمدی بالا، سلامت شخصی و توانایی انجام تکالیف را به طرق مختلف افزایش می دهد. افرادی که به قابلیت های خود اطمینان دارند موارد بحرانی را به عنوان چالش در نظر می گیرند، آنها اطمینان دارند می توانند موقعیت های تهدید آمیز را تحت کنترل خود در آورند، چنین برداشتی نسبت به قابلیت ها، تنیدگی و افسردگی را کاهش می دهد و به تکمیل تکالیف منجر می شود (۴). از دیدگاه بندورا ناکارآمدی ادراک شده می تواند منجر به احساسات و باورهای پوچی، اندوهگینی و اضطراب گردد، زمانی که فرد خود را در رسیدن به انتظارات با ارزش ناکارآمد بداند افسرده خواهد شد و وقتی خود را در کنار آمدن با محرک های بالقوه تهدید آمیز ناتوان ببیند مضطرب خواهد شد (۴).

در دیدگاه شناختی - اجتماعی رفتارآمدی تنها در کنترل عوامل بیرونی و محیطی نبوده بلکه کلیه فرآیندهای شناختی به عنوان بخشی از آسیب شناسی روانی است که این فرآیندها مستلزم انتظارات و ادراکات نادرستی است که فرد از خودکارآمدی خود دارد و این انتظارات می تواند به اضطراب و اجتناب های دفاعی از موقعیت های تهدید کننده منجر شوند (۵).

تحقیقی توسط اسکیمن^۳ (۲۰۰۱) انجام شد. در این مطالعه نقش الگوی تغییرات سن، وضعیت اجتماعی و عوامل اجتماعی در کنترل سلامتی، خودکارآمدی و اعتماد به نفس مورد بررسی قرار گرفت. این تحقیق در میان نمونه ۱۹۸۵ نفره که ۱۵۴۹ نفر از آنها دچار ناتوانی جسمی بودند انجام شد. پاسخ دهنده های مسن تر کنترل سلامتی، خودکارآمدی و اعتماد به نفس کمتری داشتند. تحصیلات کم تر باناتوانی فیزیکی بیشتر و سلامتی کلی ضعیف تر و شادی کمتری همراه بود. سن به طور معناداری با خودکارآمدی در طول ناتوانی رابطه عکس داشت (۶).

موریس^۴ (۲۰۰۲) رابطه بین خودکارآمدی و نشانه های اختلال های عاطفی را مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که سطح پایین خودکارآمدی با سطح بالای صفات اضطرابی/روان آزرده، نشانه های اختلال اضطرابی و نشانه های افسردگی همراه بوده است و نمره کلی خودکارآمدی با نشانه های افسردگی و نشانه های اضطراب/روان آزرده رابطه منفی داشت (۷).

نتایج پژوهش های متعدد نشان داده اند که باورهای خودکارآمدی با سازگاری با درد رابطه دارد و جنبه های مختلف تجربه درد را تبیین می کنند (۸).

به اعتقاد وی، ارمستون و واتسون^۵ (۲۰۰۷) خودکارآمدی در رابطه بین ترس از درد با تجربه درد و ناتوانی ناشی از درد نقش تعدیل کننده ایفا می کند و بر نتیجه درمان تأثیر می گذارد (۹).

Bandura-^۱-schieman^۲moris-^۳Woby., Urmston & Watson^۴

وید^۶ (۲۰۰۲) معتقد است که افراد دارای خود کار آمدی و احساس کنترل بالا هنگامی که با یک محرک دردناک مواجه می شوند تولید اپیوئیدهای درونزاد در آنها افزایش می یابد و این امر باعث افزایش تحمل در برابر درد و کاهش شدت آن می شود. احساس خود کارآمدی باعث کاهش عواطف منفی و برانگیختگی فیزیولوژیک همراه آن می شود (۱۰).

خود کار آمدی یک عامل درونی مهم برای کنترل طولانی مدت بیماری های مزمن است (۱۱). همچنین نمرات بالای خود کارآمدی با بهبود توانایی سازگاری در بیماران مرتبط می باشد و می تواند آن را پیش بینی کند سپس این سازگاری بهبود یافته منجر به کاهش ناهنجاری های روانشناختی از جمله استرس، اضطراب و افسردگی می شود (۱۲). سه هدف اصلی از اهداف توسعه هزاره سوم عبارت از توانمندی زنان، ارتقاء بهداشت روانی و کاهش مرگ و میر کودکان است که در این بین دو مورد اول در اولویت می باشد به طوری که در زمینه افزایش توانمندی و ارتقاء خودکارآمدی زنان نیاز به یادگیری مهارت های جدید مانند اصلاح رژیم غذایی، کنترل وزن، انجام ورزش و فعالیتهای فیزیکی عامل کلیدی مهمی در پیشگیری از بیماری های صعب العلاج است که قویا بر خودکارآمدی آنان اثر گذار است (۱۳). توانمندی اصطلاحی است برای توصیف هموار کردن راه خود یادگران به سمت تلاش هایی که دستیابی به اهداف شخصی را امکان پذیر می سازند. (۱۴).

توانمندی فرایندی است که طی آن زنان توانایی شکل و سازمان دهی خود را پیدا می کنند تا بتوانند اعتماد به نفس خویش را افزایش دهند، حق انتخاب آزادانه و مستقل را برای خود طلب می کنند و منابعی را که به مبارزه با فرودستی ایشان و محو این فرودستی مدد می رساند، تحت کنترل بگیرند. توانمندی به معنی قدرتمند شدن برای رسیدن به هدف است و نه اعمال قدرت بر دیگران (۱۵).

اندرسون و همکاران (۲۰۰۰)^۸ در خصوص توانمندی افراد در حیطه های بهداشتی معتقدند که دارا بودن خودکارآمدی به همراه حمایت خانوادگی و اجتماعی کافی برای تعدیل بیماری و سبک زندگی بهداشتی الزامی است (۱۶). باتلیوالا^۹، توانمندی زنان را به این صورت تعریف می کند: توانایی زنان برای به دست آوردن آگاهی و کنترل کردن نیروهای شخصی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی با هدف اقدام برای بهبود زندگی شان. (۱۷).

از نظر "نلی استرام کویست"^{۱۰}، "توانمندی مفهومی اجتماعی- سیاسی است که باید شامل اجزای شناختی، روانی، اقتصادی و سیاسی باشد. جز شناختی مربوط به فهم زنان از علت های فرمانبرداری شان است. این جزء دربرگیرنده «شناختن خود و احساس نیاز به گرفتن تصمیم هایی است که ممکن است برخلاف انتظارات های فرهنگی و اجتماعی باشند». آگاهی درباره حقوق قانونی و تمایلات جنسی (فرا ترازوش های تنظیم خانواده) نیز به همین جزء مربوط می شود. جزء روانی دربرگیرنده باور زنان به این واقعیت است که می توانند در سطح های شخصی و اجتماعی برای بهبود بخشیدن به شرایط شان کار کنند. همچنین رهایی از «درماندگی اکتسابی» و توسعه عزت نفس و اعتماد به نفس را شامل می شود. در مورد جزء اقتصادی، استرام کویست بیان می کند که، اگرچه کار بیرون از خانه غالباً مسؤولیتی مضاعف به نظر می رسد، دستیابی به چنین کاری استقلال اقتصادی و بنابراین استقلال کلی را افزایش می دهد. جزء سیاسی شامل توانایی تصور کردن موقعیت فردی و بسیج شدن برای تغییر اجتماعی است. «اقدام گروهی با هدف دستیابی به دگرگونی اجتماعی، مؤلفه های اساسی جزء سیاسی است» (۱۸).

اگر شخص یا گروهی توانمند شده باشد، توانایی تصمیم گیری مؤثر را دارد، به این معنی که تصمیماتش را به فعالیت ها و نتایج دلخواه انتقال می دهد. توانایی تصمیم گیری مؤثر ابتدا تحت تأثیر دو عامل قرار می گیرد: عاملیت و شرایط اجتماعی. عاملیت، توانایی کنشگر برای گرفتن تصمیمات با معنادار تعریف شده است؛ به این معنی که کنشگر برای مواجهه با گزینه های مختلف و گرفتن تصمیم، توانمند است. شرایط اجتماعی، زمینه های رسمی و غیر رسمی که کنشگر در آن فعالیت می کند تعریف شده است. این عوامل وقتی با هم به کار بیفتد، میزان توانمندی را افزایش می دهند (۱۹).

Wade^۱

^۲Baltliwala

^۳ Anderson & etal

Batliwala-^۹

Stromquist-^{۱۰}

افراد دارای خودکارآمدی ضعیف به جای برخورد با موانع از آنان اجتناب نموده، دست از تلاش برمی دارند، پایداری و مقاومتی از خود نشان نمی دهند و در برخورد با مسائل و مشکلات به طور واقع بینانه ای برخورد نمی کنند. افرادی که غیرواقع بینانه معیارهای بالایی برای خود برمی گزینند، انتظارات رفتاری را در الگوهای خیلی موفق مشاهده، و از آنها یاد می گیرند و سعی دارند این انتظارات فوق العاده بزرگ را علی رغم توانایی های خود برآورده نمایند، در نتیجه شکست ها به احساس بی ارزشی و افسردگی آنان منجر می شود (۲۰). با توجه به محدودیت پیشینه این پژوهش باهدف مقایسه و رابطه بین خودکارآمدی و توانمندی در زنان مبتلا به سرطان پستان و سالم، راهگشایی برای مداخلات مبتنی بر رفتارهای بهداشتی و روانشناختی در سرطان خواهد بود و به نظر می رسد خود کارآمدی و توانمندی دو عامل تسهیل کننده افزایش سلامت در بیماران سرطانی و سالم است که منجر به خود مدیریتی و خود کنترلی بیشتر می گردد. لذا به منظور انجام مداخلات در بیماران سرطانی توجه به نحوه خود مدیریتی و آگاهی آنان در خصوص میزان خود کارآمدی و توانمندی ضروری است.

روش پژوهش

طرح پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه ای^{۱۱} می باشد. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان شهر تهران در سال ۹۰-۸۹ که در محدوده سنی ۳۵-۵۰ سال قرار داشتند و جهت دریافت خدمات مشاوره به انجمن بیماران سرطانی کمنام مراجعه کردند. از جامعه مذکور به روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۱۲۰ زن (۶۰ نفر سالم و ۶۰ نفر مبتلا به سرطان پستان) که آمادگی همکاری در پژوهش را داشتند انتخاب و به پرسشنامه های خودکارآمدی و توانمندی پاسخ گفتند. پرسشنامه های پژوهش: ۱- پرسشنامه میزان توانمندی زنان این پرسشنامه در دو قسمت تنظیم شده است. قسمت مربوط به شاخصهای پنجگانه، عاملیت فردی زنان خانه دار و شامل ۱۲۰ پرسش است. قسمت دوم مربوط به شاخصهای اصلی توانمندی زنان در سطح خرد است. (۲۱). ۲- برای سنجش خودکارآمدی از آزمون ۱۰ سوالی خودکارآمدی شوارتزر و شولتز استفاده شد. لازم به ذکر است برای بررسی روایی پرسشنامه سنجش میزان توانمندی زنان با مشخص کردن شاخص های اقتصادی-اجتماعی- فرهنگی/ خانوادگی/ بین فرهنگی- قانونی - سیاسی و روانشناختی سوالات مربوط به هر بخش تدوین و با اظهار نظر از اساتید که آنرا مورد تایید قرار دادند سرانجام به شکل کنونی با استفاده از ۴۰ زن (۲۰ نفر سالم و ۲۰ نفر مبتلا به سرطان پستان) که دارای شرایط لازم بودند برای پیلوت مورد سنجش قرار گرفت و بعد از رفع ابهامات برای سنجش اعتبار از طریق آلفای کرونباخ اقدام گردید که عدد ۰/۸۴ را نشان داد. اعتبار پرسشنامه خود کارآمدی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۰ برآورد گردید (۸).

یافته ها

لازم به ذکر است که زنان از سطح تحصیلات متنوعی برخوردار بودند (از سیکل تا لیسانس دارای پراکندگی می باشند). محدوده سنی آنان بین ۳۵-۵۰ سال بود.

جدول ۱ آمارهای توصیفی سن و مدت زمان ابتلا به سرطان بر حسب ماه

| شاخص ها | سن | مدت زمان ابتلا به سرطان به ماه |
|------------------|-------|--------------------------------|
| میانگین | ۴۲،۴ | ۲۴،۲ |
| انحراف استاندارد | ۱۰،۷۱ | ۱۲،۱ |
| حداقل نمره | ۳۵ | ۹ |
| حداکثر نمره | ۵۰ | ۳،۵ |

با توجه به نتایج جدول ملاحظه میشود که آزمودنی ها از نظر سنی دارای میانگین ۴۲،۴ و مدت زمان ابتلا دارای ۲۴،۲ ماه می باشند.

جدول ۲ خلاصه نتایج ضریب همبستگی بین خود کارآمدی و مولفه های توانمندی

| مدل | ضریب همبستگی | ضریب تعیین R ² | انحراف استاندارد |
|-----|--------------|---------------------------|------------------|
| ۸ | ۰/۸۰ | ۰/۶۴ | ۰/۳۴ |

با توجه به تحلیل رگرسیون گام به گام ۸ مولفه مربوط به میزان توانمندی زنان بعنوان متغیر مستقل و خودکارآمدی بعنوان متغیر وابسته مورد تحلیل قرار گرفت و بر اساس نتایج میتوان گفت ۰/۶۴ خودکارآمدی زنان توسط توانمندی تعیین میشود.

جدول ۳ رگرسیون چند گانه پیش بینی خودکارآمدی بر اساس مولفه های توانمندی

| متغیر | مولفه های پیش بینی کننده | R | R ² | df | f | P |
|------------|--------------------------|-------|----------------|-----|------|-------|
| خودکارآمدی | سرمایه انسانی | ۰/۳۷ | ۰/۱۳۶ | ۱۴۹ | ۱۸/۴ | ۰/۰۰۱ |
| | سرمایه اطلاعاتی | ۰/۲۹ | ۰/۸۹ | ۱۴۹ | ۵/۶ | ۰/۰۱ |
| | سرمایه سازمانی | ۰/۳۵ | ۰/۱۲۴ | ۱۴۹ | ۲۰/۸ | ۰/۰۱ |
| | سرمایه مادی و رفاهی | ۰/۳۲ | ۰/۱۰۲ | ۱۴۹ | ۱۰/۵ | ۰/۰۱ |
| | سرمایه روانی | ۰/۴۴ | ۰/۱۹۹ | ۱۴۹ | ۱۶/۲ | ۰/۰۵ |
| | دسترسی | ۰/۲۹۸ | ۰/۸۸ | ۱۴۹ | ۶/۲ | ۰/۰۰۱ |
| | مشارکت و کنترل | ۰/۳۰۹ | ۰/۹۶ | ۱۴۹ | ۴/۸ | ۰/۰۱ |
| | بازار و جامعه | ۰/۳۰ | ۰/۹۰ | ۱۴۹ | ۴/۳ | ۰/۰۱ |

مدل رگرسیون خطی خودکارآمدی بر اساس مولفه سرمایه انسانی وارد معادله شد و در کل ۱۳/۶ واریانس خودکارآمدی را پیش بینی میکند. $R^2=0/136$ $F(1,148)=18/4$ $P<0/001$

مدل رگرسیون خودکارآمدی بر اساس مولفه سرمایه اطلاعاتی که ۰/۸۹ را پیش بینی میکند $R^2=0/89$ $F(1,148)=5/6$ $P<0/01$

مدل رگرسیون خطی خودکارآمدی بر اساس مولفه سرمایه سازمانی که ۱۲/۴ از پراکندگی راتعیین میکند. $R^2=0/124$ $F(1,148)=20/8$ $P<0/01$

مدل رگرسیون خطی خودکارآمدی بر اساس مولفه مادی و رفاهی که ۱۰/۲ از پراکندگی راتعیین میکند. $R^2=0/102$ $F(1,148)=10/5$ $P<0/01$

مدل رگرسیون خطی خودکارآمدی بر اساس مولفه سرمایه روانی که ۱۹/۹ از پراکندگی راتعیین میکند. $R^2=0/199$ $F(1,148)=16/2$ $P<0/05$

مدل رگرسیون خطی خودکارآمدی بر اساس مولفه دسترسی که ۸/۸ از پراکندگی راتعیین میکند. $R^2=0/88$ $F(1,148)=6/2$ $P<0/001$

مدل رگرسیون خطی خودکارآمدی بر اساس مولفه مشارکت و کنترل که ۹/۶ از پراکندگی راتعیین میکند. $R^2=0/96$ $F(1,148)=4/8$ $P<0/001$

مدل رگرسیون خطی خودکارآمدی بر اساس مولفه بازار و جامعه که ۹/۰ از پراکندگی راتعیین میکند. $R^2=0/9$ $F(1,148)=4/8$ $P<0/001$

در توضیح بند ۵ از اعلام نظر داور سوم از نظر پژوهشگر جایگاه این مورد در این قسمت مناسبتر و گویاتر می باشد و انتقال آن به جای دیگر نمی تواند حق مطلب را ادا نماید.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس نمرات توانمندی دو گروه

| منبع | درجه آزادی | میانگین مجذورات | ضریب F | معناداری (p) |
|--------------------|------------|-----------------|--------|--------------|
| واریانس بین گروهی | ۱ | ۹۳/۵۰۶۱ | ۳۰/۲۲ | ۰۰۰۱/۰ |
| واریانس درون گروهی | ۱۱۸ | ۲۱۲۳/۵۷ | ۹/۷۷ | ۰/۰۰۳ |
| خطا | ۱۱۹ | ۲۷/۲۱۷ | | |

نتایج جدول نشان می دهد که تفاوت بین میانگینهای نمرات توانمندی دو گروه معنی دار است ($p < ۰۰۰۱/۰$). بدین صورت که میزان توانمندی زنان عادی بیشتر از زنان مبتلا به سرطان است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس نمرات خود کارآمدی دو گروه

| منبع | درجه آزادی | میانگین مجذورات | ضریب F | معناداری (p) |
|--------------------|------------|-----------------|--------|--------------|
| واریانس بین گروهی | ۱ | ۴۲۳۵/۲۱ | ۳۶,۸۲ | ۰/۰۰۰۱ |
| واریانس درون گروهی | ۱۱۸ | ۱۴۵۶/۹۰ | ۱۲,۶۶ | ۰/۰۰۰۱ |
| خطا | ۱۱۹ | ۱۱۵/۲۷ | | |

نتایج جدول نشان می دهد که تفاوت بین میانگینهای نمرات خود کارآمدی دو گروه معنی دار است ($p < ۰۰۰۱/۰$). بدین صورت که میزان خود کار آمدی زنان عادی بیشتر از زنان مبتلا به سرطان است.

در ارتباط با نظر داور محترم که کار مقایسه بوده چرا از رابطه صحبت شده است اینگونه استنباط میشود که متغیرهای گنجانده شده در پژوهش قدرت پیش بینی کنندگی را دارا می باشند و در عین حال از تفاوت دو گروه با عنوان کو واریانس مورد بررسی قرار گرفته است

بحث و نتیجه گیری

از دیدگاه علوم رفتاری توسعه پایدار هر کشوری در گرو توسعه منابع انسانی خصوصا سرمایه انسانی است که سبب ماندگاری و جاودانگی آن جامعه خواهد شد. در این میان با توجه به افزایش موارد ابتلا به سرطان پستان در کشور نباید از نقش زنان خصوصاً زنان بیمار در امر توانمندی و خودکارآمدی غافل بود. لذا جهت دستیابی به این مهم نیازمند شناخت این افراد از زاویه روانشناسی که چگونه میتوان زنان بیمار را به خود باوری و کارآمدی واقعی جهت استفاده از پتانسیل های موجود رساند هستیم. لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه خود کارآمدی و توانمندی زنان سالم و بیمار مبتلا به سرطان پستان تدوین گردیده است. با مطالعه ادبیات و پیشینه به این نکته پی می بریم که خودکارآمدی اطمینان به خود و توانمندیهای خود جهت عملکرد موفقیت آمیز است. لذا بدیهی به نظر می رسد اشخاصی که دارای خود کارآمدی مثبت و بالا باشند در موقعیتهای چالش انگیز صحنه را ترک و خود را درمانده احساس نمی کنند آنان سعی دارند خصوصاً در موقعیتهای بحرانی و بیماری بر وضعیت غلبه نمایند و احساس تعهدی نیز در این زمینه داشته باشند. در این میان زنان مبتلا به سرطان پستان بدلیل تحلیل قوای بدنی، کاهش توانایی جهت انجام فعالیتهای روز مره، بستری شدنهای مکرر و طولانی مدت در بیمارستان و بالاخره افسردگی ناشی از این موارد دچار کاهش خود کارآمدی می گردند. بر همین اساس داده ها حاکی از آن است که بین مولفه های توانمندی (۸ زیر مقیاس) و خود کارآمدی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بدین صورت که همه مولفه ها می توانند پیش بینی کننده خود کارآمدی و بالعکس باشند. $r = ۰.۸۰$ در سطح معناداری $p < ۰.۰۰۱$ وید^{۱۲} (۲۰۰۲) معتقد است که افراد دارای خود

Wade^{۱۲}

کار آمدی و احساس کنترل بالا در مواجهه با درد و تولید اپیوئیدهای درونزاد که باعث افزایش تحمل در آنان می شود. احساس خود کارآمدی بالایی را تجربه می کنند (۱۰). در همین راستا پژوهش دیگر نشان داد که خود کار آمدی یک عامل درونی مهم برای کنترل طولانی مدت بیماری های مزمن است (۱۱). همچنین نمرات بالای خود کارآمدی با بهبود توانایی سازگاری در بیماران مرتبط می باشد که این مورد می تواند پیش بینی کننده سازگاری بهبود یافته در نتیجه کاهش ناهنجاری های روانشناختی از جمله استرس، اضطراب و افسردگی گردد (۱۲). نتایج پژوهش پکونیس^{۱۳}، ۲۰۰۹ نشان داد که باورهای خود کارآمدی با سازگاری با درد رابطه دارد و جنبه های مختلف تجربه درد را تبیین می کنند بر این اساس میتوان نتیجه گرفت اگر بیماران مبتلا به سرطان به باور خود کارآمدی برسند تحمل بیماری برایشان آسانتر و بدنبال آن از توانمندی بهتری نیز برخوردار میشوند و کمتر به مرحله عود و یا احساس ناکامی میرسند (۸).

به اعتقاد ووبی، ارمستون و واتسون^{۱۴} (۲۰۰۷) خود کارآمدی در رابطه بین ترس از درد با تجربه درد و ناتوانی ناشی از درد نقش تعدیل کننده ایفا می کند و بر نتیجه درمان تاثیر می گذارد. در نتیجه خودکار آمدی سبب می گردد تا فرد تحرک و پویایی خود را از دست ندهد و با توجه به بیماری و در نظر گرفتن ویژگی خاص خود به ادامه اشتغال و یا فعالیت بپردازد (۹). که تمامی این موارد همسو و منطبق با یافته های پژوهش فعلی است.

زنانی که خودکارآمدی ضعیفی دارند، در زندگی احساس ناامیدی، درماندگی و ناتوانی می کنند، آنان تلاش های خود را بی فایده دانسته و یا از تلاش دست کشیده و به نحو فزاینده ای نومید و مضطرب می شوند. در هنگام برخورد با موانع خصوصاً عود بیماری اگر تلاش های آنها مؤثر نباشند، فوراً احساس شکست می کنند. افراد دارای خودکارآمدی ضعیف برای کنار آمدن با مشکلات هیچ تلاشی نمی کنند، زیرا متقاعد شده اند که تلاش آنها نتیجه ای ندارد. برعکس افرادی که دارای خودکارآمدی قوی هستند بر این باورند که می توانند با موانع زندگی به نحو مؤثری کنار بیایند. آنها انتظار دارند که بر مشکلات و موانع غلبه کنند و در انجام کارها استقامت نمایند. در نتیجه می توان گفت زنانی بیشترین توانمندی و بالطبع موفقیت را دارند که شرایط کلیشه ای را به چالش بکشند و موقعیتهای بحرانی را کمتر تهدید آمیز تلقی کنند بلکه خود، کنترل کننده بیماری باشند و از این طریق موجبات رشد و بهبود خود را فراهم نمایند.

محدودیت: اجرای پژوهش در محیطهای درمانی بعلت وضعیت نامناسب روانی و جسمانی بیماران با مشکل انجام شده است. با توجه به میزان بالای زنان دارای خود کار آمدی پایین در هر دو سطح و محدودیتهای پژوهش، مانند غیر تصادفی بودن روش نمونه گیری و مشاهده مقطعی نوع مطالعه دارای متغیرهای کنترل اندک است و قابلیت تعمیم پذیری آن نیز پایین می باشد.

پیشنهاد: تقویت پتانسیل های موجود در زنان مبتلا به سرطان و ارتقاء خودکار آمدی با توجه به وضعیت فعلی.

Pecukonis^{۱۳}

Woby., Urmston & Watson^{۱۴}

REFERENCES

- 1-Jemal . A, Siegel R ,ics. Wasd E, Murray T ,Xu . J, Thum , M J. Cancer statistic. CA cancer jclin 2007; 57: 43-66.
- 2-Kilbreth SH, Refshauge K. Resistance and stretching shoulder exercise early following axillary's surgery for breast cancer. *Rehabilitation Oncology* 2006; 24: 9-14
- 3-Zimmerman,B.j.Self- efficiency:an essential to learn contemporary educational psychology.(2001),No.25,pp.82-91.
- 4-Pajares.F.7 Schunk, D.H. Self and self-belief in psychplpgy and education: An historical perspective.In J.Aronson & D .Cordova psychology of education.Newyork:Academic press. .(2002)
- ۵Sholts.d.sholts.A.theories of personality.translate by saeed mohammadi.y.tehran.(1383).
- 6-Schiman,S.Age variation in personal agency and self esteem. *Journal of aging and health*. .(2001) V.13.no 2.pp.155-185.
- 7-Fahimi.H.STUDYrelationship between self efficacy & well- being in students of yazd university.thesis of MA.alzahra university(1388).
- 8-Pecukonis, E.VPhysical Self-efficacy and Alexithymia in Women with Chronic Intractable Back Pain, *Pain Management Nursing*, . (2009). Vol. 10, No. 3, 116-123.
- 9-Woby, S.R., Urmston, M., & Watson, P.J. Self-efficacy Mediates the Relation between Pain-related fear and Outcome in Chronic Low Back Pain Patients, *European Journal of Pain*, . (2007)V. 11, PP.711-718.
- 10-Wade, B.L.. *The Meaning of Chronic Pain*, Submitted in Part Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science, In the Subject Psychology at the University of South Africa. (2002)
- 11-Nouwen SA, White D. Motivation and dietary selfcare in adults with diabetes: Are self-efficacy and autonomous self-regulation complementary or competing constructs? *J Health Psychol*. 2000;v. 19:pp452-7.
- 12-Schnek ZM, Foley FW, LaRocca NG, Smith CR, Halper J. Psychological predictors of depression in multiple sclerosis. *J Neurol Rehabil*. 1995; v9:pp15-23.
- 13-Heaman MI, Newburn-Cook CV, Green CG, Elliott LJ, Helewa ME. Inadequate prenatal care and its association with adverse pregnancy outcomes: a comparison of indices. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2008 May 1;v 8:p 15
- 14-Baltiwala,S. the meaning of womens empowerment.new concepts from action. in pupulation policies reconsidered.harward university press(1994). pp 127-132
- 15\ Aboot.p&Walas.k.sociology of women.translate by najm aragi. M.tehran.publisher.1380
- 16- Anderson RM, Funnell MM, Fitzgerald JT, Marrero DG. The Diabetes Empowerment Scale: a measure of psychosocial self-efficacy. 2000 Jun; 23(6): 739-43
- 17-Menon.L.organization strategies in womens health:an information and action hand book.Manlia:isis international,2003.p142.
- 18-Nouwen SA, White D. Motivation and dietary selfcare in adults with diabetes: Are self-efficacy and autonomous self-regulation complementary or competing constructs? *J Health Psychol*. 2000; 19:452-7.
- 19-Alsoop,R.&heninsohn,n.measuring empowerment in practice:structuring analysis and framing indicators. *Word bank policy research working*.(2005).p 3410.

20-Stromquist,N.p).the theoretical and practical bases for empowerment in women, education and empowerment pathways towards autonomy. Carolyn model-anouevo,ed.hamburg jermany. Paris:unesco(1995).

21-Khalvati.s.study of improvement of housewife. Journal of sociology research. Azad university(1388).V4.PP87-95.