

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

راحله صادقی صومعه علیایی^۱: کارشناس ارشد مشاوره خانواده

آناهیتا خدابخشی کولایی: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

محمداسماعیل اکبری: استاد جراحی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مهدی کوهساریان: کارشناس ارشد مشاوره خانواده

مهدی کلهرنیا گلکار: کارشناس ارشد روان شناسی بالینی

چکیده

مقدمه: هدف از این پژوهش بررسی نوع جراحی‌های اعمال شده بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان بر تصویر بدنی و عزت نفس بود. همچنین از اهداف دیگر بررسی رابطه بین تصویر بدنی 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- تصویر بدنی 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 برازندگی، سوگیری برازندگی 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.

واژگان کلیدی: نوع جراحی، سرطان پستان، تصویر بدنی، عزت نفس.

¹ Sadeghi.rahele@yahoo.com

مقدمه

در بین انواع مختلف سرطان، سرطان پستان شایع‌ترین 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 شانس ابتلا به سرطان پستان را دارد، سرطان پستان از بیماری‌هایی است که تأثیرات 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 تأثیر 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 یا بعضی بافت‌های احاطه‌کننده 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 تأثیر 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 ناراحت‌کننده هستند و مشکل‌تر 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 شده‌اند 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 بدن‌شان دارند باورهای قوی‌تری 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 تأثیر گذارد ناکافی است (۸). وضع ظاهری در مطالعات کمتر بررسی شده است (کش، ۲۰۰۲؛ وایت، 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 ظاهری‌شان قائل می‌شوند نسبت به سازگاری آسیب‌پذیرتر هستند وقتی که نمای ظاهری در نتیجه درمان سرطان تغییر می‌کند. مثلاً کارور و دیگران (۱۹۹۸) نشان داده‌اند که سرمایه‌گذاری اولیه در وضع ظاهری، آشفتگی 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 تعریف خودشان از خودارزشمندی (عزت نفس) و خودپنداره (۲) برجستگی انگیزشی: تلاش‌های افراد در مدیریت وضع ظاهری رفتارها برای باقی ماندن یا بهبود جذابیت‌شان به کار گرفته می‌شود. بعضی مطالعات خارج از حیطه سرطان تفاوت‌های بنیادی بین این دو حقیقت را نشان داده‌اند (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 داده‌اند (۸).

عامل دیگری که در این پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد عزت نفس است. 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 داوری‌هایی 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؛ دویتس، 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 (کوریو و سامرفیلد، 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 درباره 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 تاثیر 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 بیماران 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 می پردازیم.

در این پژوهش زنان مبتلا به سرطان پستان در بیمارستان شهدای تجریش تهران که جراحی پستان و شیمی درمانی را پشت سر گذاشته بودند و حداقل یک سال از جراحی آن ها گذشته بود که برای پیگیری و معاینه به بیمارستان مراجعه می کردند 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 می باشد چرا که نمونه گیری تصادفی امکان پذیر نیست و نمی توانیم 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 می گیرد. 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 می گردد. 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 می شود. نمرات این مقیاس در دامنه ۲۳۰-۴۶ قرار می گیرد.

بررسی اعتبار و روایی آزمون در نمونه های ایرانی (راحتی ۱۳۸۳) نشان داده است که اعتبار همگرایی 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 خرده

مقیاسها به ترتیب در دختران برابر ۰/۸۵، ۰/۶۰، ۰/۷۶، ۰/۴۶، ۰/۷۹، ۰/۸۰، ۰/۸۱ و در کل آزمودنی‌ها برابر ۰/۸۸، ۰/۶۷، ۰/۷۹، ۰/۷۵، ۰/۸۳، ۰/۸۳، ۰/۸۴ می باشد.

پرسشنامه عزت نفس روزینبرگ:

این مقیاس در سال ۱۹۶۵ توسط موریس روزینبرگ ساخته شد. به طور کلی مقیاس پایایی (همسانی درونی و بازآزمایی) بالا و روایی (همگرا و افتراقی) گسترده و قابل قبولی دارد. ضریب همبستگی‌های بازآزمایی در دامنه ۰/۸۲ تا ۰/۸۸ و آلفای کرونباخ برای نمونه‌های مختلف در دامنه ۰/۷۷ تا ۰/۸۸ بدست آمده است.

این مقیاس شامل ۱۰ ماده است و در حال حاضر به عنوان یک مقیاس لیکرت نمره گذاری می شود. نمرات این مقیاس در دامنه صفر تا ۳۰ قرار می گیرد و بنابراین بالاترین نمره ممکن برابر ۳۰ خواهد بود. برای این مقیاس نمره برش منظور نشده اما نمرات بین ۱۵ تا ۲۵ بیانگر میزان عزت نفس بالا و بهنجار و نمرات پایین از ۱۵ بیانگر عزت نفس کم است.

موسوی و همکاران ضریب پایایی و روایی بالایی گزارش کرده، ضریب همبستگی تنصیف (بین آزمون روزینبرگ و آیزنک) برابر با ۰/۸۱، ضریب همبستگی بازآزمایی آن با فاصله دو هفته برابر با ۰/۹۲ و ضریب همبستگی همسانی درونی آن با محاسبه از طریق آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸ می باشد.

نتایج:

ویژگی‌های (دموگرافیک) جمعیت شناختی بیماران و مقایسه گروه‌ها در جدول ۱ نشان داده شده است. همان طور که مشاهده می شود، بیشتر زنان در این پژوهش متاهل بوده و بیشترین فراوانی گروه سنی مربوط به ۴۶-۵۵ سال با در صد فراوانی ۳۷/۶۶ برای گروه BCS و با درصد فراوانی ۳۵ برای گروه MRM است. از نظر تاهل بیشترین فراوانی ۵۴ نفر در گروه برداشت پستان و ۶۵ 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 ۴۱ نفر و کمترین فوق لیسانس ۲ نفر بود و برای گروه حفظ پستان بیشترین فراوانی مربوط به زیر دیپلم و دیپلم ۵۱ نفر و کمترین فوق لیسانس ۳ نفر بود.

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

گروه‌ها	MR M N: 60	BC S N: 77	درصد د فراوانی MRM	درصد د فراوانی BCS
سن	4	7	6/6	9/0

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	۶۵	۵۴	متاهل	تأهل
41					
15/	10	۱۲	۶	مجرد	
58					
66/	68/3	۵۱	۴۱	زیر دیپلم و دیپلم	تحصیلات
23					
29/	28/3	۲۳	۱۷	لیسانس	
87					ت
3/8	3/3	۳	۲	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)	آزمون لوین		انحراف استاندارد	میانگین	تعداد (N)	گروه
		t	F				
۰/۷۳۱	۱۳۵	۳۴۵	۰/۴۹۶	۰/۴۶۶	۷/۱۶	۴۴/۵۳	MRM

سوگیری وضع

					۸/۴۰	۴۴/۰۶	۷۷	BCS	جسمانی
		۰			۵/۴۶	۲۵/۰۵	۶۰	MRM	ارزیابی وضع
۰/۰۸۴	۱۳۵	۱/۳۹	۰/۱۵۳	۲/۰۶	۴/۵۴	۲۶/۵۳	۷۷	BCS	ظاهری
		-۱			۲/۷۵	۱۰/۳۶	۶۰	MRM	ارزیابی برازندگی
۰/۹۶۴	۱۳۵	۱/۰۴۵	۰/۱۰۲	۲/۷۰۵	۳/۱۰	۱۰/۳۸	۷۷	BCS	
		-			۸/۷۴	۴۵/۲۵	۶۰	MRM	سوگیری
۰/۸۴۲	۱۳۴/۳۲	۱/۲۰۰	۰/۰۴۲	۴/۱۹۹	۱۰/۴۷	۴۴/۹۲	۷۷	BCS	برازندگی
		۰			۱/۷۳	۷/۳۰	۶۰	MRM	وزن ذهنی
۰/۹۲۷	۱۳۵	۱/۰۹۲	۰/۹۹۲	۰/۰۰۰	۱/۷۱	۷/۲۷	۷۷	BCS	
		۰			۷/۲۲	۳۲/۴۶	۶۰	MRM	رضایت از نواحی
۰/۲۰۵	۱۳۵	۱/۲۷۳	۰/۰۶۷	۳/۴۰۰	۶/۱۴	۳۳/۹۲	۷۷	BCS	بدنی
		-۱			۴/۸۵	۳۰/۷۸۳۳	۶۰	MRM	عزت نفس
۰/۰۹۱	۱۳۵	۱/۷۰۴	۰/۵۱۹	۰/۴۱۸	۵/۳۱	۳۲/۲۸۵۷	۷۷	BCS	
		-۱							

P < ۰/۰۵

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 ($t = -1/704$, $p = 0/091$). بنابراین می‌توان گفت عزت نفس زنانی که پستان شان در طی جراحی حفظ شده بازنانی 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 برازندگی، سوگیری برازندگی، وزن ذهنی، رضایت از نواحی بدنی) در سطح مقیاس فاصله ای 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	ضریب همبستگی پیرسون	تعداد (N)	سطح معناداری (P)
عزت نفس	سوگیری وضع ظاهری	-۰/۰۱۳	۱۳۷	۰/۸۷۶

جدول ۴: تحلیل واریانس متغیر تصویر بدنی بر عزت نفس

گام	متغیر وارد شده به معادله	منابع تغییرات	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
۱	ارزیابی وضع ظاهری	رگرسیون	۵۸۲/۰۳۹	۱	۵۸۲/۰۳۹	۹۱۶/۲۵	۰/۰۰۱
		باقیمانده	۳۰۳۱/۹۷۶	۱۳۵	۲۲/۴۵۹		
		کل	۳۶۱۴/۰۱۵	۱۳۶			

ارزیابی وضع ظاهری	۰/۴۰۱	۱۳۷	۰/۰۰۱
ارزیابی برازندگی	۰/۲۷۸	۱۳۷	۰/۰۰۱
سوگیری برازندگی	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 برازندگی، سوگیری برازندگی 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.

۰/۰۰۱	۲۳۸ ۱۹	۴۰۳/۱۰۱	۲	۸۰۶/۲۰۲	رگرسیون	ارزیابی وضع	
		۲۰/۹۵۴	۱۳۴	۲۸۰۷/۸۱۳	باقیمانده	ظاهری/رضایت از	۲
			۱۳۶	۳۶۱۴/۰۱۵	کل	نواحی بدنی	

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 پیش‌بینی‌کننده 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 مولفه های تصویر بدنی

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

ضرایب حاصل از نتایج تحلیل رگرسیون (R^2) نشان می دهد که در گام نخست، ورود متغیر ارزیابی وضعیت ظاهری از مولفه های تصویر بدنی به تنهایی می تواند 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 می دهد. همچنین با توجه به ضریب بتا برای مدل اول می توان گفت تغییری به اندازه یک انحراف معیار در ارزیابی وضعیت ظاهری موجب ۰/۴۰ انحراف معیار تغییر در نمره عزت نفس می شود. همچنین در مدل دوم یک انحراف معیار تغییر در ارزیابی وضعیت ظاهری و رضایت از نواحی بدن به ترتیب با ۰/۳۲ و ۰/۲۶ 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 می باشد. همانطور که ملاحظه می شود با افزایش نمرات ارزیابی وضعیت ظاهری و رضایت از نواحی بدن نمرات عزت نفس نیز افزایش می یابد.

$$\text{مدل اول: عزت نفس} = ۲۰/۸۹۰ + (۰/۴۱۵ \times \text{ارزیابی وضعیت ظاهری})$$

$$\text{مدل دوم: عزت نفس} = ۱۶/۱۶۶ + (۰/۳۳۹ \times \text{ارزیابی وضعیت ظاهری}) + (۰/۲۰۱ \times \text{رضایت از نواحی بدنی})$$

بحث و نتیجه گیری

هدف مطالعه حاضر ارزیابی نقش نوع جراحی (MRM و BCS) 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 هنجار نشده است. با توجه به فرهنگ اسلامی مردم این مرز و بوم، برخی بیماران به این نتیجه رسیده‌اند که معنویت می‌تواند در مقاومت در برابر بحران‌های جسمانی و روانی که به دنبال تشخیص و درمان این بیماری به وجود می‌آید یاری‌کننده 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-عبادی را یکی از مهم ترین عوامل کنار آمدن با بیماری دانستند (۱۷). بنابراین به نظر می رسد نتایج متفاوت این پژوهش با مطالعات دیگر ناشی از فرهنگ مردم باشد که باعث می شود 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 می دهد که تصویر بدنی می تواند 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 مقیاس های تصویر بدنی می توانند ۰/۲۵ واریانس عزت نفس را تبیین کنند. در همین راستا پیلکر و وینترود (۲۰۰۳) 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 محدودیت های این تحقیق این بود که بیماران بعد از جراحی در مورد متغیرهای مورد مطالعه سنجیده نشده بودند، به نظر می رسد 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 نامه ای متناسب با فرهنگ این کشور خالی از لطف نیست که بتواند تمام جنبه های متغیر تصویر بدنی را اندازه گیری کند که منحصر به بیماران سرطانی باشد. از این رو پیشنهاد می شود که در راستای برنامه ریزی های جامع نگر در مراقبت های 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 مقوله هایی مهم، مورد عنایت بیشتر متخصصان و مسولان ذی ربط و واحدهای روان شناسی 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 لایلا و برادران، رضایی مهین و حبیب زاده حسین، باورهای بهداشتی و رفتارهای تشخیصی زودرس سرطان پستان در بین کارکنان بهداشتی زن خوی، فصلنامه علمی- پژوهشی بیماری‌های پستان. ویژه چهارمین کنگره بین‌المللی 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 (ره‌آورد دانش)، ۱۳۸۸؛ ۱۲ (۱ (پیاپی ۴۶)): ۲۹ - ۳۹.
۱۰. مومنی مریم. مقایسه تصویر بدنی معلولین جسمی ورزشکار با معلولین و غیر معلولین غیر ورزشکار مرد شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده تربیت بدنی. 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. تقوی مهسا، کلافی یونس، طالعی عبدالرسول، ده بزرگی غلامرضا و تقوی 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.