مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۵، آبان ۱۳۹۵، ۷۳۸-۷۲۷

بررسی ارتباط بین نیازهای عاطفی با سطح خودکارآمدی بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان امید شهر مشهد در سال ۱۳۹۳

زهره پارسا یکتا[۱]، هومن شهسواری[۲]، الهه رمضان‌زاده تبریز[۳]، میرسعید یکانی‌نژاد[۴]

دریافت مقاله: ۹۵/۳/۱۱ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۵/٤/٦ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۵/٦/۲۹ پذیرش مقاله:۹۵/۷/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: تأمین نیازهای عاطفی، مؤلفه‌ای تأثیرگذار در میزان توانایی فرد برای مقابله مؤثر با بیماری و مدیریت آن است. لذا این پژوهش با هدف تعیین ارتباط بین نیازهای عاطفی با سطح خودکارآمدی بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان امید شهر مشهد در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر مطالعه‌ای توصیفی است که بر روی ۳۶۰ بیمار مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان امید شهر مشهد با روش نمونه‌گیری آسان از اسفند ۱۳۹۲ تا تیر ۱۳۹۳ انجام شد و بیماران با استفاده از فرم اطلاعات فردی، پرسشنامه خودکارآمدی بیماری‌های مزمن (CDSES) و پرسشنامه نیازهای عاطفی مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها برحسب نوع متغیر، با آزمون‌های آنالیز واریانس، t مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه حاکی از کسب نمره کلی خودکارآمدی ۱/۹۱±۵/۵۶ از ۱۰ می‌باشد که نشان‌دهنده خودکارآمدی متوسط بیماران است. بیشترین میزان میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی بیماران به ترتیب در حیطه ارتباط با پزشک ۲/۷۱±۶/۸۴، مدیریت بیماری ۲/۳۶±۶/۳۲، کمک گرفتن از خانواده، دوستان و جامعه ۲/۱۸±۵/۷۹ بود. نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کلی خودکارآمدی و نیازهای عاطفی، همبستگی منفی و معناداری وجود دارد (r=-۰/۲۶۱، p<۰/۰۰۱)؛ یعنی هرچه بیشتر نیازهای عاطفی بیماران برآورده شود، سطح خودکارآمدی بیماران در جهت مدیریت بیماری نیز افزایش خواهد یافت.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که افزایش نیازهای عاطفی بیماران باعث کاهش سطح خودکارآمدی آنان می‌گردد و بالتبع آن، افزایش دفعات بستری و عود علائم بیماری را به همراه دارد. بنابراین، جهت کاهش نیازهای عاطفی و بهبود سطح خودکارآمدی، به برنامه‌ریزی‌های دقیق‌تر مداخلات آموزشی و حمایتی نیاز است.

واژه‌های کلیدی: خودکارآمدی، نیازهای عاطفی، سرطان، مشهد

۱- استاد، گروه داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲- استادیار، گروه داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳- (نویسنده مسئول) مربی، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی نیشابور، خراسان رضوی، ایران
تلفن: ۰۵۱-۴۳۳۴۴۷۱۱، دورنگار: ۰۵۱-۴۳۳۴۴۷۱۱، پست الکترونیکی: e.ramezanzade@gmail.com
۴- استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

یکی از مفاهیمی که به عنوان مرکز فهم تعاملات افراد با محیط معرفی شده است، مفهوم خودکارآمدی است [۱]. باندورا (Bandura) خودکارآمدی را باور فرد به توانایی خویش در رسیدن به هدفی خاص تعریف نموده است. در واقع، فرضیه زیربنای خودکارآمدی بر این اساس است که هرچه فرد احساس اعتماد به نفس بیشتری در خود نسبت به رسیدن به یک هدف داشته باشد، احتمال دستیابی وی به آن هدف بیشتر می‌گردد [۲]. خودکارآمدی به مفهوم عمومی به معنای شناخت فرد از انجام وظایف و مدیریت حوادث استرس‌زا و بعلاوه عقیده فرد به توانایی‌اش در انجام موفقیت‌آمیز رفتارهای خاص است [۳]. نتایج مطالعات زیادی نشان می‌دهند که خودکارآمدی منبع روانی کلیدی در سازگاری با بیماری‌های مزمن محسوب می‌شود [۶-۴] و همچنین میزان خودکارآمدی فرد نقشی اساسی در چگونگی سازگاری وی با چالش‌های ناشی از سرطان به عنوان یک بیماری مزمن دارد [۷]. خودکارآمدی در بیماران مبتلا به سرطان منجر به سازگاری بهتر با تشخیص سرطان و بهبود کیفیت زندگی می‌شود [۹-۸] و علائم ناشی از سرطان را در بیماران کاهش می‌دهد [۱۰]. همچنین، سطح بالای خودکارآمدی سبب بهبود تصویر ذهنی در بیماران مبتلا به سرطان می‌شود و ارتباطات آنها با پرسنل درمانی را ارتقاء می‌دهد [۱۱]. استرس‌های عاطفی می‌توانند با تأثیر بر حیطه رفتاری- شناختی، موجب کاهش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به سرطان شود [۱۲]. اختلالات عاطفی مانند استرس، اضطراب، افسردگی، خستگی و ... عوامل مهم در کاهش میزان بقای بیماران مبتلا به سرطان و همچنین مؤلفه‌هایی تأثیرگذار در عدم قبول درمان از سوی این بیماران می‌باشند [۱۳].

نتایج مطالعه Hyphantis و همکاران نشان می‌دهد که شیوع افسردگی، پریشانی، و به‌طورکلی مشکلات عاطفی در بیماران سرطانی، بین ۲۵ تا ۳۰ درصد است [۱۴] و همچنین Fischbeck و همکاران بیان می‌کنند که بیش از ۵۸٪ از بیماران مبتلا به سرطان در طول درمان، سطوح قابل‌ملاحظه‌ای از پریشانی را تجربه می‌کنند و عدم شناسایی و درمان به موقع این واکنش‌ها، باعث طولانی‌تر شدن مدت بستری بیمار، اختلال در درمان‌های پزشکی و کاهش شانس و مدت زنده ماندن می‌شود [۱۵] و هر چه فرد بیشتر در معرض تنیدگی‌های ناشی از بیماری باشد، عوارض منفی روان‌شناختی و فیزیولوژیکی در آن‌ها بیشتر خواهد بودکه این امر سبب می‌شود کارکرد سیستم ایمنی فرد کاهش یابد و او را در مقابله مؤثر با بیماری دچار مشکل خواهد کرد [۱۶] .

نتایج مطالعه Morse و همکاران که به بررسی رابطه بین خودکارآمدی و نشانه‌های اختلال‌های عاطفی در بیماران مبتلا به سرطان ریه پرداخته است، نشان می‌دهد که سطح پایین خودکارآمدی با سطح بالای صفات اضطرابی، نشانه‌های اختلال اضطرابی و نشانه‌های افسردگی همراه بوده است و نمره کلی خودکارآمدی با نشانه‌های افسردگی و نشانه‌های اضطراب رابطه‌ای منفی داشته است [۱۷]. مطالعه حاضر نیز مشابه این مطالعه می‌باشد با این تفاوت که بیماران مبتلا به سرطان در این مطالعه محدود به بیماران مبتلا به سرطان ریه و تنها بیماران دارای جنسیت مرد مورد بررسی قرار گرفته‌اند. لذا سعی شد در

این مطالعه نوع سرطان و جنسیت خاصی مدنظر قرار نگیرد. در این راستا نتیجه پژوهش Bamshad و همکاران نیز نشان می‌دهد که زنان مبتلا به سرطان پستان، نسبت به جمعیت عادی از نظر سلامت روانی در سطح پایین‌تری قرار داشته‌اند و در شاخص‌های سلامت روانی از جمله افسردگی، اضطراب، حساسیت بین فردی و پرخاشگری دارای مشکل جدی بوده و نیازمند حمایت جدی از سوی خانواده و اجتماع می‌باشند [۱۸].

با توجه به اینکه شناخت مسائل عاطفی مربوط به بیماری سرطان و برنامه‌ریزی برای درمان این مسائل جهت بازسازی اعتماد به نفس، برون‌ریزی صحیح احساسی و بهبود روابط بین فردی و اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان ضروری است [۲۰] و همچنین، بیشترین مشکلات این افراد ناشی از احساسات منفی آنان و ناامیدی به زندگی است که منجر به تأثیرگذاری بر سطح توانایی فرد و مدیریت بیماری -که همان خودکارآمدی فرد است- می‌گردد، لذا پژوهش با هدف تعیین بررسی ارتباط بین نیازهای عاطفی با سطح خودکارآمدی بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان امید شهر مشهد در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای به روش توصیفی است که جامعه پژوهش آن، کلیه بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان امید شهر مشهد بودند که با توجه به شرایط زمانی و در دسترس بودن نمونه‌های واجد شرایط ورود به مطالعه، تعداد ۳۶۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. جمع‌آوری داده‌ها از اسفندماه سال ۱۳۹۲ تا تیر ۱۳۹۳ به طول انجامید و برای نمونه‌گیری از بیماران واجد شرایط ورود به مطالعه، شیوه روش نمونه‌گیری به‌صورت آسان و از بیماران سرپایی و بستری مراجعه‌کننده به بیمارستان امید شهر مشهد به کار گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: تمایل به شرکت در پژوهش، داشتن حداقل ۱۸ و حداکثر ۷۰ سال سن، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، داشتن حداقل شش ماه سابقه تشخیص سرطان، هوشیاری کافی جهت پاسخ به سؤالات، داشتن تشخیص قطعی سرطان بر مبنای نتایج پاتولوژی و تأیید پزشک متخصص انکولوژی، عدم ابتلا به بیماری روانی مشخص و یا مصرف دارو و مواد روان‌گردان.

پس از اخذ مجوز رسمی از کمیته اخلاق دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران و هماهنگی‌های لازم با مسئولان بیمارستان امید شهر مشهد، اقدام به نمونه‌گیری شد. پژوهشگر با حضور در کلینیک و بخش‌های بستری بیمارستان، بیماران واجد شرایط را با توجه به پرونده انتخاب کرد و قبل از انجام پژوهش، توضیحات کافی در مورد اهداف پژوهش و ملاحظات اخلاقی به افراد مورد مطالعه داده شد و علاقه‌مندی آن‌ها جهت شرکت در پژوهش جلب گردید و به بیماران این اطمینان داده شد که شرکت در پژوهش داوطلبانه است و اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند. بعد از امضای فرم رضایت‌نامه کتبی شرکت در پژوهش، پرسشنامه‌ها در یک مرحله به‌صورت خودگزارش‌دهی توسط بیماران و یا در صورت عدم توانایی آنان در تکمیل پرسشنامه، توسط پژوهشگر تکمیل گردید.

داده‌های مورد نیاز برای پاسخگویی به سؤالات پژوهش با استفاده از پرسشنامه‌های اطلاعات فردی،

خودکارآمدی بیماران مزمن و نیازهای عاطفی جمع‌آوری شده است. اطلاعات جمعیت‌شناختی دربردارنده اطلاعات مربوط به مشخصات فردی بیماران و بر اساس متغیرهای پژوهش تدوین شده بودند که شامل سن، جنس، محل سکونت، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، نوع بیماری، مرحله بیماری، نوع درمان، وضعیت بیمه، شرایط اقتصادی و بیماری‌های زمینه‌ای بود.

پرسشنامه خودکارآمدی بیماری‌های مزمن (Chronic Disease Self-Efficacy Scales=CDSES) در سال ۱۹۹۶ توسط Lorig طراحی شده و پایایی داخلی آن ۰/۹۲ و نتیجه آزمون Test-Retest آن ۰/۸۲ اعلام گردیده [۱۹] و بر اساس پژوهش مروری Du و همکاران در سال ۲۰۱۰ این ابزار دارای بالاترین میزان روایی و پایایی در میان ابزارهای خودکارآمدی بوده است [۲۰]. پرسشنامه مذکور دارای ۳۳ سؤال و ۱۰ حیطه است که با توجه به تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی مردم ایران با گویه‌های مربوطه در ابزار (مانند تعدد شرکای جنسی، انجام خدمات مربوط به باغداری در منزل، ...)، در طی فرآیند تأمین روایی و پایایی که برای اولین بار در ایران توسط اعضای محترم هیئت علمی بررسی‌کننده ابزار به ۳۰ سؤال تقلیل یافت و پس از حذف ۳ گویه مذکور، استفاده از ضریب پایایی همسانی درونی آلفا کرونباخ برابر ۰/۹۵ بود. حیطه‌های این پرسشنامه عبارت‌اند از: ورزش منظم (۳ گویه)، دریافت اطلاعات در مورد بیماری (۱ گویه)، کمک گرفتن از خانواده، دوستان و جامعه (۴ گویه)، ارتباط با پزشک (۳ گویه)، مدیریت بیماری (۵ گویه)، انجام کارهای روزمره (۳ گویه)، فعالیت‌های اجتماعی یا تفریحی (۲ گویه)، مدیریت علائم بیماری (۵ گویه)، مدیریت تنگی نفس ناشی از بیماری (۱ گویه)، کنترل یا مدیریت افسردگی (۳ گویه). پاسخ‌ها به‌صورت مقیاس لیکرت ۱۰ سطحی از عدم اطمینان به خود (نمره ۱) تا اطمینان کامل به خود (نمره ۱۰) طبقه‌بندی شده است. نمره‌ها و میانگین بالاتر نشان‌دهنده خودکارآمدی بیشتر است.

پرسشنامه نیازهای عاطفی دارای ۳۳ سؤال و برگرفته از پرسشنامه نیازهای برآورده‌نشده بیماران مبتلا به سرطان (Survivor Unmet Needs Survey=SUNS) است که توسط Campbell در سال ۲۰۰۹ طراحی شده و در اصل دارای ۸۹ گویه و ۵ حیطه است [۲۱] و فقط بخش مرتبط با نیازهای عاطفی آن دارای ۳۳ گویه است و پنج حیطه پرسشنامه SUNS شامل نیاز به اطلاعات (۸ گویه)، مسائل شغلی و نگرانی‌های مالی (۱۱ گویه)، دسترسی و تداوم به مراقبت (۲۲ گویه)، روابط و سازگاری افراد (۱۵ گویه) و نیازهای عاطفی (۳۳ گویه) است، در این پرسشنامه نمره‌دهی به سؤالات از ۴-۰ می‌باشد که پاسخ‌ها به‌صورت مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای که از نداشتن نیاز (نمره ۰) تا داشتن نیاز خیلی زیاد (نمره ۴) مشخص می‌شود. نمره‌ها و میانگین بالاتر نشان‌دهنده نیاز بیشتر فرد برای دریافت مراقبت‌های حمایتی و خدمات درمانی است. برای تعیین روایی علمی ابزارها، به دلیل انجام اولین بار آن در ایران، از روش روایی صوری و روایی محتوی استفاده گردید و ۱۲ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی در مورد پوشش محتوایی به داوری پرداختند و برای تعیین پایایی ابزارهای مورداستفاده، از تعیین ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که برای پرسشنامه (CDSES) ۰/۹۵ و نیازهای عاطفی ۰/۹۴ محاسبه شد.

اطلاعات پس از گردآوری توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. داده‌ها، برحسب نوع متغیر، با استفاده از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار، آزمون‌های t مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه و ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون تجزیه و تحلیل شد. سطح معناداری در تمامی آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

بر اساس یافته‌های پژوهش اکثر بیماران در گروه سنی ۵۰ سال به بالا بودند و میانگین سنی آنان (۴۸/۳۳±۱۴/۱۹) سال بود و حداقل ۱۸ و حداکثر ۷۰ سال سن داشتند. ۸۰/۶٪ متأهل، ۶۶/۷٪ غیرشاغل و ۷۲/۸٪ شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات زیر دیپلم بودند. ۶۷/۲٪ بیماران محل زندگی خود را شهری و ۳۲/۸٪ روستایی مشخص کرده بودند. برای ۶۸/۶٪ بیماران نیز از درمان ترکیبی، که شامل جراحی و شیمی‌درمانی و رادیوتراپی است، استفاده شده بود. بیشترین میزان ابتلا به سرطان در هر دو جنس به ترتیب: روده ۱۷/۸٪، معده ۱۳/۶٪ و ریه ۹/۴٪ بود و اکثر بیماران ۵۳/۱٪ در مرحله I بیماری قرار داشتند (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی ویژگی‌های فردی و بیماری بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان امید شهر مشهد در سال ۱۳۹۳

ویژگی‌های فردی و بیماری نمونه‌ها مورد پژوهش		تعداد	درصد
سن (سال)	<۳۰	۵۸	۱۶/۱
	۳۰-۳۹	۵۴	۱۵
	۴۰-۴۹	۷۵	۲۰/۸
	۵۰-۵۹	۹۲	۲۵/۵
	۶۰>=	۸۱	۲۲/۵
جنس	مرد	۱۸۴	۵۱/۱
	زن	۱۷۶	۴۸/۹
وضعیت تأهل	مجرد	۷۰	۱۹/۴۵
	متأهل	۲۹۰	۸۰/۵۵
میزان تحصیلات	بی‌سواد	۱۲۱	۳۳/۶
	زیر دیپلم	۱۴۱	۳۹/۲
	دیپلم	۶۸	۱۸/۹
	تحصیلات دانشگاهی	۳۰	۸/۳
وضعیت اشتغال	غیرشاغل	۲۴۰	۶۶/۷
	شاغل	۶۹	۱۹/۲
	بازنشسته	۵۱	۱۴/۲
محل زندگی	شهری	۲۴۲	۶۷/۲
	روستایی	۱۱۸	۳۲/۸
وضعیت درآمد اقتصادی	خوب	۴۱	۱۱/۴
	متوسط	۱۲۱	۳۳/۶
	ضعیف	۱۹۸	۵۵
مرحله بیماری	I	۱۹۱	۵۳/۱
	II	۱۲۷	۳۵/۳
	III	۳۰	۸/۳
	IV	۱۲	۳/۳
نحوه درمان	جراحی	۱۸	۵
	شیمی‌درمانی	۹۲	۲۵/۶
	رادیوتراپی	۳	۰/۸
	ترکیبی از موارد فوق	۲۴۷	۶۸/۶

در این مطالعه سطح خودکارآمدی بیماران مبتلا به سرطان با میانگین نمره کلی خودکارآمدی ۱/۹۱±۵/۵۶ از ۱۰ بود و در بین حیطه‌های خودکارآمدی، بیشترین میزان خودکارآمدی بیماران در حیطه ارتباط با پزشک بود و پس از آن، به ترتیب حیطه‌های مدیریت بیماری، کمک گرفتن از خانواده، دوستان و جامعه، کنترل یا مدیریت افسردگی، فعالیت‌های اجتماعی یا تفریحی، مدیریت تنگی نفس ناشی از بیماری، انجام کارهای روزمره، مدیریت علائم بیماری، دریافت اطلاعات در مورد بیماری و ورزش منظم قرار داشتند (جدول ۲).

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه‌های مختلف خودکارآمدی در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان امید شهر مشهد در سال ۱۳۹۳

حیطه‌های خودکارآمدی	میانگین و انحراف معیار
ورزش منظم	۲/۶۹±۳/۸۸
دریافت اطلاعات در مورد بیماری	۳/۱۴±۴/۳۷
کمک گرفتن از خانواده، دوستان و جامعه	۲/۱۸±۵/۷۹
ارتباط با پزشک	۲/۷۱±۶/۸۴
مدیریت بیماری	۲/۳۶±۶/۳۲
انجام کارهای روزمره	۳/۰۱±۵/۲۳
فعالیت‌های اجتماعی یا تفریحی	۲/۹۹±۵/۷۲
مدیریت علائم بیماری	۲/۵۳±۵/۱۵
مدیریت تنگی نفس ناشی از بیماری	۳/۲۵±۵/۴۶
کنترل یا مدیریت افسردگی	۲/۹۲±۵/۷۴

بیشترین میزان خودکارآمدی افراد در گویه‌های بررسی شده نیز در مورد اطمینان کافی به خود در دریافت حمایت عاطفی لازم از سوی خانواده و دوستان با میانگین (۷/۵۲±۲/۸۱)، اطمینان کافی به خود در تشخیص زمان مناسب برای مراجعه به پزشک با میانگین (۷/۴۰±۲/۹۹) و اطمینان کافی به خود در مورد پرسیدن سؤالات نگران‌کننده در مورد بیماری از پزشک خود با میانگین (۷/۰۵±۳/۰۴) از میانگین کلی ۱۰ بوده است.

در پژوهش حاضر، بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون، ارتباط معنی‌داری بین نمره کلی خودکارآمدی و نوع سرطان وجود داشت (p=۰/۰۰۲)؛ به‌طوری‌که در بیماران مبتلا به سرطان‌های کولورکتال و معده سطح خودکارآمدی بیماران بالاتر بود. اما بین نوع درمان و نمره کلی خودکارآمدی، ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد (p=۰/۳۵). در ارتباط با نوع درمان و حیطه‌های خودکارآمدی، بیماران تحت درمان متنوع و متعدد دارای بالاترین سطح خودکارآمدی در حیطه مدیریت و کنترل افسردگی بودند.

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کلی خودکارآمدی و نیازهای عاطفی همبستگی

منفی و معناداری (r=-۰/۲۶۱) وجود دارد (p<۰/۰۰۱) و همچنین بین تمام حیطه‌های خودکارآمدی و نیازهای عاطفی بیماران همبستگی منفی و معناداری وجود داشت؛ یعنی اینکه هرچه بیشتر نیازهای عاطفی بیماران برآورده شود، سطح خودکارآمدی آنان در جهت مدیریت بیماری نیز افزایش خواهد یافت (جدول ۳).

جدول ۳- ارتباط نمره کلی خودکارآمدی و حیطه‌های خودکاری با نیازهای عاطفی در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان امید شهر مشهد در سال ۱۳۹۳

حیطه / متغیر		نمره کلی خودکارآمدی	ورزش منظم	دریافت اطلاعات در مورد بیماری	کمک گرفتن از خانواده، دوستان و جامعه	ارتباط با پزشک	مدیریت بیماری	انجام کارهای روزمره	فعالیت‌های اجتماعی یا تفریحی	مدیریت علائم بیماری	مدیریت تنگی نفس ناشی از بیماری	کنترل یا مدیریت افسردگی
نیازهای عاطفی	r	-/۲۶۱	-۰/۱۰۹	-۰/۱۲۳	-۰/۲۱۶	-۰/۱۷۰	-۰/۲۱۸	-۰/۲۴۳	-۰/۲۰۵	-۰/۱۳۱	-۰/۱۷۷	-۰/۲۶۶
	مقدار p	p<۰/۰۰۱	۰/۰۳	۰/۰۱	p<۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	۰/۰۱	۰/۰۰۲	p<۰/۰۰۱

**** آزمون همبستگی پیرسون و سطح معناداری p>۰/۰۵***

بیشترین نیازهای عاطفی افراد نیز در مورد روبرو شدن با احساس فشار روانی، نگرانی و اضطراب با میانگین (۲/۲۷±۱/۴۰)، روبرو شدن با احساس غم و اندوه ناشی از دست دادن سلامتی (۲/۱۹±۱/۴۰)، تلاش برای خوش‌بینی نسبت به آینده (۲/۱۶±۱/۴۴) و کمترین نیاز عاطفی بیماران در مورد توانمندی برای مواجهه با احساس بار اضافی بودن برای خانواده و دوستان با میانگین (۱/۶۰±۱/۴۴) از میانگین کلی ۴ بوده است.

بحث

نتایج نشان داد که خودکارآمدی بیماران مبتلا به سرطان برای مدیریت بیماری خود در حد متوسط است و هرچه نیازهای عاطفی بیماران افزایش یابد، سطح خودکارآمدی آنان در جهت مدیریت بیماری کاهش خواهد داشت. نتایج پژوهش Heckman و همکاران که به بررسی نقش خودکارآمدی در کیفیت زندگی مردان مبتلا به سرطان پروستات پرداخته است، از آن حکایت دارد که بیماران مبتلا به سرطان پروستات با گذشت زمان و پیشرفت بیماری دچار کاهش توانایی خودکارآمدی می‌شوند و بیماران با خودکارآمدی ضعیف دارای کمترین میزان رضایت از درمان هستند و میزان بروز علائم اضطراب و افسردگی و کاهش اعتماد به نفس در این افراد بیشتر است [۲۲]. در مطالعه Akin و همکاران که با هدف تعیین کیفیت زندگی و خودکارآمدی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی در ترکیه انجام شده است، نمره خودکارآمدی بیماران به‌طورکلی در مقایسه با قبل از شیمی‌درمانی در حد متوسط کاهش یافته است [۸]. در مطالعه Shoae Kazemi و همکاران با عنوان

بررسی مقایسه‌ای خودکارآمدی و میزان توانمندی زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان سالم انجام شد، نیز مشخص گردید ۶۴٪ توانمندی زنان توسط خودکارآمدی آنها تعیین می‌شود و بین میانگین‌های نمره‌های خودکارآمدی دو گروه نیز تفاوت معنی‌داری وجود دارد که نشان‌دهنده بیشتر بودن میزان خودکارآمدی زنان عادی نسبت به زنان مبتلا به سرطان است [۲۳].

با توجه به نتایج مطالعات متعدد می‌توان بیان کرد که ابتلا به بیماریی همچون سرطان به دلیل تحلیل قوای بدنی، کاهش توانایی جهت انجام فعالیت‌های روزمره، بستری شدن‌های مکرر و طولانی‌مدت در بیمارستان، کاهش امید به زندگی و بالاخره افسردگی ناشی از این موارد، فرد مبتلا را دچار کاهش خودکارآمدی می‌کند و در همین راستا است که Baldwin و همکاران بیان می‌کنند که خودکارآمدی یک عامل درونی مهم برای کنترل طولانی‌مدت بیماری‌های مزمن است [۴] و Rogers و همکاران تأکید می‌کنند که اگر بیماران مبتلا به سرطان به باور خودکارآمدی برسند، تحمل بیماری برایشان آسان‌تر شده و به دنبال آن، از توانمندی بهتری نیز برخوردار می‌شوند و کمتر به مرحله عود و یا احساس ناکامی می‌رسند [۲۴] .

در رابطه با تأثیر نیازهای عاطفی بر سطح خودکارآمدی، نتایج این پژوهش با مطالعات مشابه مطابقت دارد. در مطالعه Wu و همکاران که به بررسی ارتباط سطح خودکارآمدی با وضعیت تغذیه‌ای و توانایی عملکردی و کیفیت زندگی بیماران مسن پرداخته است، از عوامل مؤثر بر سطح خودکارآمدی، بالا بودن حمایت خانوادگی و اجتماعی و کاهش علائم افسردگی، به عنوان دو عامل تأثیرگذار مثبت، معرفی می‌شود [۲۵]. همچنین، در مطالعه Rafii و همکاران نیز بیان می‌شود تجربه تنش، استرس و احساسات و عواطف منفی (نظیر خستگی، درد، استرس و اضطراب) در هنگام ابتلا به بیماری سرطان باعث کاهش احساس خودکارآمدی بیماران می‌شود، زیرا حالات فیزیولوژیک افراد یا خودارزیابی آنها از حالات فیزیکی و عاطفی‌شان، خود یکی از منابع خودکارآمدی است [۲۶]. نتایج مطالعه Kreitler و همکاران نشان می‌دهد که میزان استرس درک‌شده، به عنوان یک عامل میانجی، علاوه بر اینکه بر سطح خودکارآمدی تأثیر منفی می‌گذارد، کیفیت زندگی را هم به‌طور مستقیم تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲۷]. در مطالعه Ranjbar و همکاران مشخص شد که نگرانی و مشکلات عاطفی در بیماران مبتلا به سرطان شیوع بیشتری نسبت به دیگر بیماران دارد و افرادی که از سلامت جسمانی و روانی کمتری برخوردارند، حس خودکارآمدی ضعیف‌تری دارند [۲۸].

در این راستا، فرصت‌های بسیاری برای پرستاران وجود دارد تا در جهت بهبود تجربه سرطان و مقابله با تنش‌های ایجادشده ناشی از آن، به بیمار و خانواده وی کمک کنند؛ بدین ترتیب که در هر مرحله از روند سرطان، پرستاران می‌توانند مراقبت و حمایت لازم را ارائه کنند [۲۰]. لذا با بیان نتایج این مطالعه، پرستاران به عنوان ارائه‌کنندگان اصلی مراقبت، با اهمیت وجود نیازهای عاطفی بیماران آشنا می‌شوند و مراقبت‌های خود را مبتنی بر این نیازها قرار می‌دهند و با ارائه خدمات مشاوره‌ای و راهنمایی‌های لازم، در جهت کاهش این نیازها کمک نمایند.

بیماران مبتلا به سرطان برای انطباق مؤثر و زندگی‌بخش با بیماری مزمن خود، نیازمند کمک هستند و این کمک و همراهی زمانی می‌تواند تحقق یابد که نیازهای عاطفی و روانی آنها کاملاً شناخته شده باشد؛ که

اصلی‌ترین هدف انجام این مطالعه نیز بود. لذا این رویکرد می‌تواند به بیماران کمک کند تا تأثیرات روانی منفی بیماری‌شان را به کمترین مقدار برسانند [۲۳].

مهمترین محدودیت پژوهش حاضر محدودیت دسترسی پژوهشگران به نمونه‌های پژوهش به تفکیک نوع سرطان بود؛ به‌گونه‌ای که در پژوهش حاضر پژوهشگران مجبور بودند همه انواع سرطان را هم‌زمان به عنوان نمونه پژوهش انتخاب کنند. اگرچه ممکن است بیماران مبتلا به سرطان بر پایه نوع سرطان، نیازهای عاطفی و سطوح خودکارآمدی منحصربه‌فردی داشته باشند، اما نبودن تعداد نمونه کافی در هر نوع سرطان، پژوهشگران را بر آن واداشت تا نیازهای عاطفی مشترک بین انواع سرطان را از طریق پرسشنامه نیازهای برآورده‌نشده کلی، که به نوع خاصی از سرطان حساسیت ندارد، و همچنین پرسشنامه خودکارآمدی بیماران مزمن تعیین کنند.

از محدودیت‌های دیگر پژوهش می‌توان به جمعیت قابل‌توجه بیماران بی‌سواد در پژوهش اشاره کرد؛ که البته این مشکل در مطالعات مشابه دیگر نیز وجود داشته است. بی‌شک پر کردن پرسشنامه به صورت مصاحبه و مشکلات موجود در تفهیم سؤالات و دریافت دقیق منظور پاسخ گوینده از دقت پژوهش حاضر و مطالعات مشابه کاسته است.

با توجه به اهمیت این پژوهش، پیشنهادهای زیر جهت انجام پژوهش‌های تکمیلی ارائه می‌گردد:

- بررسی نیازهای عاطفی و ارتباط آن با سطح خودکارآمدی برای بیماران یک نوع سرطان خاص و یک نوع درمان خاص و همچنین مقایسه بین دو نوع سرطان خاص

- بررسی ارتباط نیازهای عاطفی و سطح خودکارآمدی در فاصله زمانی مشخص مانند ابتدای بیماری و یک سال بعد و مقایسه نتایج

- بررسی ارتباط نیازهای عاطفی با دیگر متغیرهای مؤثر بر درمان و بهبود بیماری سرطان مانند کیفیت زندگی، میزان رضایت از درمان، خودمراقبتی و خودمدیریتی

- بررسی تأثیر آموزش‌های مبتنی بر نیازهای عاطفی بر سطح خودکارآمدی بیماران مبتلا به سرطان

- بررسی تأثیر آموزش راهکارهای ارتقای سطح خودکارآمدی بر نیازهای عاطفی بیماران مبتلا به سرطان

نتیجه‌گیری

طبق نتایج این مطالعه و مطالعات ذکرشده مشابه، نیازهای بیماران مبتلا به سرطان، به‌خصوص نیازهای عاطفی آنها، به عنوان عاملی مهم و تأثیرگذار بر سطح خودکارآمدی افراد مطرح است و شناسایی نیازهای آنها راهگشایی برای طراحی و اجرای مداخلات مبتنی بر رفتارهای بهداشتی و روان‌شناختی در این بیماران خواهد بود و انجام صحیح این مداخلات برنامه‌ریزی‌شده، منجر به ارتقای توانایی خودمدیریتی و بهبود کیفیت زندگی فرد می‌گردد. لذا توصیه می‌گردد در تمامی مؤسسات مراقبت بیماران مبتلا به سرطان، شناسایی نیازهای بیماران در اولویت قرار گیرد و برنامه‌های مراقبتی، حمایتی و مشاوره‌ای در مراکز، مبتنی بر این نیازها باشد تا بتوان بهتر بیماران و خانواده آنان را در برنامه‌های مراقبتی همراه کرده و توانایی خودمراقبتی و خودکارآمدی آنان را افزایش داد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد بوده که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از تمام بیمارانی که بدون همکاری آنان انجام این پژوهش میسر نبود، و نیز از حمایت معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشکده پرستاری و مامایی تهران و همچنین پرسنل محترم درمانی بیمارستان امید در شهر مشهد، تشکر و قدردانی نمایند.

References

[1] Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1997; 84(2): 191-215.

[2] Bandura, A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist* 1982; 37(2): 122.

[3] Bandura A. Social foundations of thought and action, Englewood Cliffs. NJ Prentice Hall. 4th. Mosby; 1986.

[4] Baldwin TT, Falciglia GA. Application of cognitive behavioral theories to dietary change in clients. *J Am Diet Assoc* 1995; 95(11): 1315-7.

[5] So WK, Chow KM, Chan HY, Choi KC, Wan RW, Mak SS, et al. Quality of life and most prevalent unmet needs of Chinese breast cancer survivors at one year after cancer treatment. *European Journal of Oncology Nursing* 2014; 18(3), 323-8.

[6] Jones F, Riazi A. Self-efficacy and self-management after stroke: a systematic review.*Disability and Rehabilitation* 2011; 33(10): 797-810.

[7] Qian H, Yuan C. Factors associated with self-care self-efficacy among gastric and colorectal cancer patients. *Cancer Nurs* 2012; 35(3): 22-31.

[8] Akin S, Can G, Durna Z, Aydiner A. The quality of life and self-efficacy of Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy. *E J of Onco Nurs* 2008; 12(5): 449-56.

[9] McCarroll M, Armbruster S, Frasure HE, Gothard, MD, Gil KM, Kavanagh MB, et al. Self-efficacy, quality of life, and weight loss in overweight/obese endometrial cancer survivors (SUCCEED): A randomized controlled trial. *Gynecologic oncology* 2014; 132(2): 397-402.

[10] Rottmann N, Dalton SO, Christensen J, Frederiksen K, Johansen C. Self-efficacy, adjustment style and well-being in breast cancer patients: a longitudinal study. *Quality of Life Research* 2010; 19(6): 827-36.

[11] Tsang SK, Hui EK, Law B. Self-Efficacy as a positive youth development construct: A conceptual review. *The Scientific World Journal* 2012; 6(2):165-79.

[12] Martin MA, Catrambone CD, Kee RA, Evans AT, Sharp LK, Lyttle C, et al. Improving asthma self-efficacy: developing and testing a pilot community-based asthma intervention for African American adults. *J Allergy Clin Immunol* 2009; 123(1):153-9.

[13] Morrison V, HendersonB, Zinovieff, F, Davies G, Cartmell R, Hall A, et al. Common, important, and unmet needs of cancer outpatients. *European Journal of Oncology Nursing* 2012; 16(2), 115-23.

[14] Hyphantis T, Papadimitriou I, Petrakis D, Fountzilas G, Repana D, Assimakopoulos K, Carvalho A, Pavlidis N. Psychiatric manifestations, personality traits and health-related quality of life in cancer of unknown primary site. *Journal of Psycho-oncology* 2013; 22 (9): 2009- 15.

[15] Fischbeck S, Maier BO, Reinholds U, Nehring C, Schwab R, Beutel ME, Weber M. Assessing somatic, psychosocial, and spiritual distress of patients with advanced cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 2013; 30(4): 339-46.

[16] Spichiger E, Rieder E, Müller-Fröhlich C, Kesselring A. Fatigue in patients undergoing chemotherapy, their self-care and the role of health professionals: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing* 2012; 16(2), 165-71.

[17] Morse DS, Edwardsen EA, Gordon HS. Missed opportunities for interval empathy in lung cancer communication. *Arch Intern Med* 2008; 168(17): 1853-8.

[18] Bamshad Z, Safikhani F. assessment of mental health of women with breast cancer. National congress of care in special diseases. MSc. Thesis. Ahvaz University of Medical Science 2006. [Farsi]

[19] Lorig K, Stewart A, Ritter P, González V, Laurent D, Lynch J. Outcome measures for health education and other health care interventions. Thousand Oaks CA: Sage Publications, 1996.

[20] Du S, Yuan C, Evaluation of patient self-management outcomes in health care: A systematic review. *International Nursing Review* 2010; 57:159–67

[21] Campbell HS, Sanson-Fisher R, Turner D, Hayward L, Wang XS, Taylor-Brown J. Psychometric properties of cancer survivors' unmet needs survey. *Supportive Care in Cancer* 2011; 19(2): 221-30.

[22] Heckman JE, Chamie K, Maliski SL, Fink A, Kwan L, Connor SE, et al. The role of self-efficacy in quality of life for disadvantaged men with prostate cancer. *The Journal of urology* 2011; 186(5): 1855-61.

[23] Shoae Kazemi M, Momeni Javid M. Study of Comparative self-efficacy and capabilities of women with breast cancer and normal. *Iranian Journal of breast disease* 2012 ;5(1):45-53. [Farsi]

[24] Rogers LQ, McAuley E, Courneya KS, Verhulst, SJ. Correlates of physical activity self-efficacy among breast cancer survivors. *American journal of health behavior* 2008; 32(6): 594-603.

[25] Wu, ML. The relationship between chronic disease self-efficacy and nutritional status, functional ability and quality of life in older adults at risk of hospital readmission.Ph.D. Thesis. Queensland University of technology. 2012.

[26] Rafii F, Naseh L, Parvizy S. Self-efficacy and its dimensions in patients with intestinal stoma. *Iran Journal of Nursing* 2013; 26(83): 10-18. [Farsi]

[27] Kreitler S, Peleg D, Ehrenfeld M. Stress, self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Psycho-Oncology* 2007; 16(4): 329-41.

[28] Ranjbar Noushari F, Mohadesi H, Asadi Majareh S, Hashemi SS. Psychological correlates of cancer worry, life style, self-efficacy. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty* 2013; 11(9): 698-705. [Farsi]

Relationship between Emotional Needs and the Level of Self-Efficacy of Cancer Patients Admitted to Omid Hospital in Mashhad in 2014

Z. Parsa-Yekta[1], H. Shahsavari[2], E. Ramezanzade-Tabriz[3], M.S. Yekaninejad[4]

Received:31/05/2016 Sent for Revision:26/06/2016 Received Revised Manuscript:19/09/2016 Accepted:16/10/2016

Background and Objectives: Emotional needs are the individual components effective in the patient's ability to deal effectively with disease and manage it. Therefore, this study aimed to determine the relationship between emotional needs and the level of self-efficacy of cancer patients admitted to omid hospital in Mashhad in 2014.

Materials and Methods: This is a descriptive study included 360 cancer patients admitted to Omid hospital in Mashhad. Data were collected from February 2014 until June 2014 by Census sampling. The data was gathered using three questionnaires including the demographic information, the Chronic Disease Self-Efficacy Scale (CDSES),and emotional needs. Data were analyzed using SPSS software version 21 and Data analysis was performed by ANOVA, *t-test*, Pearson correlation and regression analysis statistical tests, based on the varible type.

Results: The results indicated that the overall score of self -efficacy was 5.56±1.91 out of 10 in patients with cancer which represents the medium level self-efficacy. The highest self-efficacy score belonged to communication with physician domain (6.84± 2.71) and disease management domain (6.32 ±2.36), help from family, friends, and community (5.79± 2.18), respectively. There was a significant and reverse correlation between the total score of self-efficacy and the score of emotional needs (r=-0.261; $P<0.001$). It means that the more increase in emotional needs fulfilment equals the more increase in the patients' self-efficacy for the disease management.

Conclusion: According to the results, the increase in emotional needs of patients reduces the self-efficacy and consequently reduces their quality of life and increases the frequency of hospitalization. Therefore, more exact planning of educational and supportive interventions seems necessary for reducing emotional needs and improving self-efficacy.

Key words: Self- Efficacy, Emotional Needs, Cancer, Mashhad

Funding: This research was funded by Tehran University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Tehran University of Medical Sciences approved the study.

How to cite this article: Parsa-Yekta Z, Shahsavari H, Ramezanzade-Tabriz E, Yekaninejad MS. Relationship between Emotional Needs and the Level of Self-Efficacy of Cancer Patients Admitted to Omid Hospital in Mashhad in 2014. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2016; 15(8): 727-38. [Farsi]

1- Prof., Medical-Surgical Dept., Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2- Assistant Prof., Medical-Surgical Dept., Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3- Instructor, Nursing Dept., Faculty of Neyshabur University of Medical Sciences, Neyshabur University of Medical Sciences, Khorasan Razavi, Iran
(Corresponding author) Tel: (051) 43344711, Fax: (051) 43344711, Email: e.ramezanzade@gmail.com
4- Assistant Prof., Dept. of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran