

مقایسه میزان عزت نفس بیماران زن و مرد مبتلا به سرطان

فاطمه نوغانی* زهرا منجمد** ناصر بحرانی*** ویدا قدرتی جابلو****

چکیده

زمینه و هدف: سرطان‌ها می‌توانند سبب تغییر در عزت نفس شوند این مطالعه با بررسی مقایسه‌ای میزان عزت نفس در بیماران زن و مرد مبتلا به سرطان انجام گرفته است.

روش بررسی: مطالعه حاضر مقطعی است که بر روی ۱۰۱ بیمار (۵۱ زن و ۵۰ مرد) مبتلا به انواع سرطان (تومورهای توپر و لوسمی) و بستری در بخش‌های انکولوژی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه سه قسمتی: مشخصات فردی، مشخصات بیماری و سنجش عزت نفس Cooper Smitt بود. با روش پرسش و پاسخ و استفاده از پرونده و خود بیماران پرسشنامه‌ها تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی و آزمون‌های *Chi-square* و *Fisher* در محیط *SPSS* استفاده شد.

یافته‌ها: در مقایسه میزان عزت نفس زنان و مردان مبتلا به سرطان تفاوت باارزی وجود نداشته و اکثریت واحدهای مورد مطالعه از هر دو جنس از عزت نفس متوسط برخوردار بوده‌اند. تفاوت قابل توجه در زنان و مردان در زمینه متغیرهای مرتبط با عزت نفس است به طوری که عزت نفس مردان با هیچ یک از متغیرهای فردی بررسی شده رابطه معناداری نداشته اما در مورد زنان رابطه تحت تکفل بودن ($p=0/005$) و داشتن فرد مراقبت‌کننده در منزل ($p=0/039$) با عزت نفس معنادار بوده است، همچنین رابطه عزت نفس مردان فقط با کاهش یا تغییر عملکرد اعضای بدن ($p=0/014$) و بیوست ($p=0/037$) و در زنان علاوه بر کاهش یا تغییر عملکرد اعضای بدن ($p=0/005$)، با عارضه بی‌اشتهایی ($p=0/005$)، ریزش موی سر ($p=0/027$)، خستگی ($p=0/021$) و مدت زمان قطع عضو ($p=0/018$) نیز معنادار بوده است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد اکثریت بیماران مبتلا به سرطان از هر دو جنس دارای عزت نفس در سطح متوسط بودند.

نویسنده مسؤول: فاطمه نوغانی؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

e-mail: Fnoughani@yahoo.com

واژه‌های کلیدی: عزت نفس، عزت نفس زنان و مردان، بیماران سرطانی، روان‌پرستاران

- دریافت مقاله: آبان ماه ۱۳۸۴ - پذیرش مقاله: بهمن ماه ۱۳۸۴

مقدمه

عزت نفس اعتماد بر توانایی خود در اندیشیدن است، اعتماد به حق خود برای موفق بودن، شاد بودن، ارزشمند بودن و ابراز نیازها و خواسته‌ها است. با عزت نفس زیاد با احتمال بیشتری در برابر مشکلات خواهیم ایستاد اما

در شرایط کاهش عزت نفس احتمال این که تسلیم شویم یا لاقل از همه توان خود استفاده نکنیم بیشتر می‌شود (۱).

عزت نفس رابطه بسیار نزدیکی با تصویر ذهنی فرد از خود و همچنین شیوه سازگاری دارد. بدین معنی که تصویر مثبت از جسم خویش سبب ایجاد حس ارزشمندی در فرد می‌گردد و متقابلاً، تصویر ذهنی که به هر

* مربی گروه آموزش روان‌پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
** مربی گروه آموزش پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
*** مربی گروه آموزشی آمار دانشگاه نیرو هوایی شهید ستاری
**** کارشناس ارشد پرستاری

صورتی دستخوش تغییر شده باشد منجر به تغییراتی در میزان حس ارزشمندی می‌شود (۲) بیماری، درمان‌ها و یا عوارض مربوط به آن منجر به تغییر تصویر ذهنی و عزت نفس می‌شود و این امر در بیماری‌های مزمن به دلیل ماهیت طولانی و غیر قابل پیش‌بینی بودن آن‌ها بسیار آشکارتر است (۳).

سرطان نیز یک بیماری مزمن است که علی‌رغم وجود همه پیشرفت‌ها در زمینه تشخیص و درمان همچنان یادآور درد، محدودیت، بدشکلی و مرگ می‌باشد و طبق آمارهای سازمان بهداشت جهانی همچنان سرطان به عنوان یک بیماری جهانی معرفی می‌شود (۴ و ۵). با توجه به شیوع انواع سرطان در کشورهای مختلف، مبتلایان هم تحت تأثیر متغیرهای فرهنگی و رفتاری متفاوت قرار دارند. این بیماری دومین علت مرگ در ایالات متحده و سومین علت مرگ در ایران است (۶ و ۵).

علاوه بر سایر عوارض بیماری‌های مزمن، پیش‌آگهی غیر قابل پیش‌بینی و تهدید به مرگ زودرس جزء مشخصه بیماری سرطان می‌باشد که سبب ایجاد یک زنجیره پیوسته از عوامل تنش‌زا برای مبتلایان می‌شود و این تهدیدهای طولانی مدت یکی از جنبه‌های بسیار تخریب‌کننده در سرطان است که آن را تبدیل به یک بیماری ناتوان‌کننده در ابعاد جسمی و روانی می‌کند. Suddarth و Brunner می‌نویسند تغییرات ناشی از سرطان یا درمان‌های آن، تغییرات ایجاد شده در نقش‌ها یا الگوهای ارتباطی و اختلال عملکرد جنسی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در صدمه به عزت نفس بیماران مبتلا به سرطان هستند. در عین حال

سرطان استقلال و توانایی فرد را برای ایفای نقش مؤثر در خانواده و اجتماع تهدید کرده و فرد را به سوی احساس فقدان شایستگی و اطمینان از خود سوق می‌دهد بنابراین کاهش میزان عزت نفس در بیماران مبتلا به سرطان امری قابل پیش‌بینی و با اهمیت است که می‌تواند منجر به بروز واکنش‌هایی از قبیل افسردگی، اضطراب، ترس، خشونت، اشکال در برقراری ارتباط و عدم تمایل فرد برای شرکت در برنامه‌های مراقبت از خود شود (۷).

تمام این عوارض به عنوان تشخیص‌های پرستاری، در پرستاری سرطان مطرح است و نیاز به مداخلات پرستاری دارد. یکی از مسائلی که در رابطه با عزت نفس باید مورد توجه قرار گیرد، مسأله ارتباط جنسیت با عزت نفس است. بر اساس آنچه در متون علمی مطرح می‌شود میزان عزت نفس در زنان و مردان هر جامعه‌ای بر اساس متغیرهای فرهنگی و نقش‌هایی که جامعه برای آنان در نظر می‌گیرد متفاوت می‌باشد (۸). به همین ترتیب تأثیر بیماری و عوارض آن نیز در میزان عزت نفس زنان و مردان متفاوت است به طوری که زنان بیشتر به دلیل تغییرات تصویر ذهنی از جسم خویش و مردان بیشتر به دلیل تغییر توانایی، عملکرد و ایفای نقش، دچار تغییر میزان عزت نفس می‌شوند (۹). به علاوه، مکانیسم‌های سازگاری که نقش مهمی در توانا ساختن بیمار برای یادگیری روش‌های «زندگی با بیماری» ایفا می‌کنند نیز، تحت تأثیر میزان عزت نفس، جنس و سن قرار دارند (۱۰). از طرف دیگر آمارها نشان می‌دهند به طور کلی میزان ابتلای به سرطان در مردان بیشتر از

زنان است (۱۱). در حالی که تظاهرات روانی از قبیل ترس، اضطراب و افسردگی که در بیماری سرطان نیز شایع است، در زنان بیشتر از مردان دیده می‌شود (۱۲).

بنابراین به نظر می‌رسد با وجود آن که تأثیر بیماری، درمان و عوارض ناشی از آن‌ها بر میزان عزت نفس غیر قابل انکار است اما این عوامل در زنان و مردان یکسان عمل نمی‌کنند. در عین حال مشخصات فردی از قبیل شغل، سطح سواد، میزان درآمد و ... نیز بر میزان عزت نفس در زنان و مردان تأثیر یکسانی ندارند (۱۲). بنابراین پژوهشگران تصمیم گرفتند که مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی چگونگی ارتباط هر یک از عوامل فردی و بیماری سرطان با میزان عزت نفس زنان و مردان مبتلا انجام دهند تا با شناخت این عوامل بهتر بتوان طرح‌های مراقبت پرستاری مربوط به بیماری سرطان در افراد برنامه‌ریزی کرد.

روش بررسی

مطالعه حاضر توصیفی - مقطعی در سال ۱۳۸۳ در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفته است. جامعه مورد مطالعه را کلیه بیماران زن و مرد مبتلا به سرطان (تومورهای توپُر یا خون) بستری در بخش‌های انکولوژی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران تشکیل داده و دارای مشخصات لازم از قبیل سن بالای ۱۸ سال، اطلاع از بیماری خود، گذشت حداقل ۶ ماه از ابتلا به سرطان، حداقل تحت درمان با یکی از روش‌های درمانی سرطان، عدم ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن جسمی یا روانی و عدم اعتیاد به مواد مخدر

قبل از تشخیص سرطان بودند. حجم نمونه بعد از انجام مطالعه مقدماتی تعداد ۱۰۱ نفر (۵۰ مرد و ۵۱ زن) تعیین شد. برای انتخاب نمونه‌ها یکی از پژوهشگران شخصاً در بخش‌های انکولوژی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران شامل ولیعصر، معراج، سانترال، شریعی و میرزا کوچک‌خان حضور یافته و از میان بیمارانی که بر حسب تصادف در روزهای نمونه‌گیری در این بخش‌ها بستری بودند با توجه به تمایل آن‌ها و نیز دارا بودن مشخصات واحدهای مورد بررسی تعداد نمونه مورد نظر را انتخاب کرد.

ابزار گردآوری اطلاعات این مطالعه یک پرسشنامه سه قسمتی بود:

قسمت اول خصوصیات فردی، قسمت دوم ۱۲ سؤال مربوط به مشخصات بیماری از قبیل طول مدت بیماری، دفعات بستری، مرحله بیماری، کاهش یا از دست دادن عملکرد اعضای بدن و قسمت سوم پرسشنامه سنجش عزت نفس Cooper Smitt شامل ۳۵ سؤال (۱۰). روش جمع‌آوری اطلاعات، تکمیل پرسشنامه توسط واحدها بوده و در مواردی که واحدهای مورد بررسی به علت نداشتن سواد یا بعضی ناتوانی‌های دیگر قادر به تکمیل پرسشنامه نبودند یکی از پژوهشگران شخصاً با طرح سؤال اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها نموده است، ضمناً مواردی از قبیل مرحله بیماری یا نوع درمان با مراجعه به پرونده بیماران تکمیل شده است. پرسشنامه Cooper Smitt یک مقیاس استاندارد می‌باشد که برای پاسخگویی به هر یک از سؤالات آن چهار گزینه کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم و کاملاً مخالفم و جهت نمره‌گذاری به ترتیب امتیاز یک تا چهار

در نظر گرفته شده است. در مورد سؤالات منفی نمره‌گذاری آن‌ها بر عکس انجام شده است. مجموع امتیاز نمونه‌ها از این پرسشنامه معرفت عزت نفس عمومی آنان بوده و دامنه آن بین ۳۵ (کم‌ترین میزان عزت نفس) و ۱۴۰ (بیشترین میزان عزت نفس) متغیر بود. در این بررسی عزت نفس در جداول توزیع فراوانی به سه طبقه بالا (۱۰۶-۱۴۰)، متوسط (۷۱-۱۰۵)، و پایین (۳۵-۷۰) تقسیم گردید. در جداول دو بُعدی مربوط به بررسی رابطه متغیرها، به دلیل کم بودن تعداد نمونه در عزت نفس پایین این طبقه با طبقه متوسط ادغام شده و در کل دو طبقه تحت عنوان طبقه متوسط و پایین (۳۵-۱۰۵) و طبقه بالا (۱۰۵-۱۴۰) برای عزت نفس در نظر گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های آماری از آمار توصیفی و استنباطی و آزمون‌های Chi-square و Fisher در محیط SPSS استفاده شد و $p < 0/05$ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مورد مشخصات فردی نتایج در بیشترین درصد زنان و مردان مورد بررسی مشابه بوده و نشان داد اکثریت زنان (۶۲/۷٪) و مردان (۷۸٪) بیش از چهل سال سن داشته، ساکن شهرستان در زنان ۴۱/۷٪ و مردان ۵۲٪، متأهل در زنان ۷۰/۶٪ و مردان ۸۰٪، دارای فرزند در زنان ۸۹/۴٪ و مردان ۸۲٪، بی‌سواد یا در سطح ابتدایی در زنان ۳۳/۳٪ و مردان ۲۲٪، تحت حمایت بیمه در زنان ۹۰٪ و مردان ۸۸٪، فاقد درآمد کافی در زنان ۴۷/۱٪ و مردان ۶۶٪، ساکن در منازل شخصی در زنان ۵۲/۹٪ و مردان ۶۸٪، بی‌بهره از حمایت سازمان‌های

خاص در زنان ۷۸/۴٪ و مردان ۷۴٪ و دارای فرد مراقبت‌کننده در منزل در زنان ۷۴/۵٪ و مردان ۹۴٪ بود. در سه مورد از مشخصات فردی تفاوت در بین زنان و مردان وجود داشت به این ترتیب که بیشترین درصد (۷۲/۵٪) در زنان شاغل نبوده و تحت تکفل بودند در حالی که بیشترین درصد (۶۶٪) مردان شاغل بوده، (۸۶٪) تحت تکفل فردی قرار نداشتند ولی اکثریت (۸۸٪) مردان تکفل فردی یا افراد دیگری را عهده‌دار بوده‌اند.

در مورد مشخصات بیماری نیز نتایج نشان داد بیشترین درصد در زنان (۴۵/۱٪) و مردان (۶۲٪) مورد مطالعه کمتر از یک سال به این بیماری مبتلا بودند، قطع عضو نداشتند (زنان ۵۱٪ و مردان ۵۵/۱٪)، تغییر شکل در زنان ۷۲/۵٪ و مردان ۸۰٪ و همچنین تغییر یا کاهش عملکرد در اعضای بدن در زنان ۷۲/۵٪ و مردان ۹۴٪، تحت درمان جراحی قرار گرفته در زنان ۹۰/۲٪ و مردان ۸۶٪ و با عوارض سایر روش‌های درمانی سرطان (مثل شیمی درمانی، رادیو تراپی و ...) نیز مواجه شده بودند، شایع‌ترین عارضه گوارشی بی‌اشتهایی در زنان ۷۲/۵٪ و مردان ۵۸٪، شایع‌ترین عارضه پوستی ریزش موی سر در زنان ۵۲/۹٪ و مردان ۴۴٪ و شایع‌ترین عارضه خونی خستگی در زنان ۶۶/۷٪ و مردان ۶۸٪ بوده است. در بین مشخصات بیماری تفاوت زنان و مردان در مدت زمان سپری شده از قطع عضو بود. در بیشترین درصد زنان (۳۲٪) مدت زمان قطع عضو بین شش ماه تا یک سال یا بیش از سه سال و در بیشترین درصد مردان (۶۸/۱۸٪) این زمان کمتر از شش ماه بود.

با $(\chi^2=7/879, df=1, p=0/005$ و $p=0/013)$ عزت نفس معنادار بود.

در زمینه بررسی رابطه مشخصات بیماری و میزان عزت نفس بیماران زن و مرد مبتلا به سرطان مورد مطالعه، نتایج آزمون‌های آماری مجذور کای و فیشر به ترتیب حاکی از آن است که عزت نفس بیماران مرد مورد مطالعه فقط با کاهش یا تغییر عملکرد اعضای بدن $(\chi^2=6/096, df=1, p=0/014$ و $p=0/043)$ و عارضه گوارشی بیوسست $(p=0/071)$ و $(\chi^2=4/368, df=1, p=0/037)$ رابطه معنادار داشته، در حالی که عزت نفس زنان با تعداد بیشتری از متغیرهای مربوط به بیماری در ارتباط بوده است به این ترتیب که رابطه مدت زمان قلع عضو $(p=0/007$ و $p=0/018, df=1)$ ، تغییر یا کاهش عملکرد اعضای بدن $(\chi^2=5/059, p=0/013$ و $p=0/005, df=1)$ ، ابتلای به عارضه بی‌اشتهایی $(p=0/013$ و $p=0/005)$ ، ریزش موی سر $(p=0/032)$ و $(\chi^2=4/866, df=1, p=0/027)$ و خستگی $(p=0/034$ و $p=0/022, df=1)$ ، با عزت نفس زنان معنادار بوده است.

در مورد میزان عزت نفس، نتایج نشان داد که اکثریت بیماران زن $(84/3\%)$ و مرد (76%) مبتلا به سرطان بستری در بخش‌های انکولوژی دارای عزت نفس متوسط بوده و تنها یک نفر از زنان (2%) و چهار نفر از مردان (8%) عزت نفس پایین داشتند، اما قابل توجه است که در میان مبتلایان به سرطان مورد مطالعه از هر دو جنس فقط $13/7\%$ از زنان و 16% از مردان از مزیت داشتن عزت نفس بالا بهره‌مند بودند.

نتایج آزمون‌های آماری مجذور کای و فیشر که به منظور بررسی رابطه جنسیت و عزت نفس استفاده شد، رابطه معنادار آماری بین این دو متغیر نشان نداد (جدول شماره ۱). به منظور بررسی رابطه مشخصات فردی و میزان عزت نفس بیماران زن و مرد مورد مطالعه، آزمون‌های آماری مجذور کای و فیشر مورد استفاده قرار گرفت و نتایج نشان داد عزت نفس مردان با هیچ یک از متغیرهای فردی بررسی شده در این مطالعه رابطه معناداری ندارد؛ اما در مورد زنان رابطه وجود فرد مراقبت‌کننده در منزل $(p=0/040)$ و $(p=0/039)$ و تحت تکفل بودن $(\chi^2=4/280, df=1)$

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد میزان عزت نفس در بیماران مبتلا به سرطان بستری در بخش‌های انکولوژی بر حسب جنسیت در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۱۳۸۳

نوع آزمون و نتیجه	جمع		مرد		زن		عزت نفس
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$\chi^2=0/103$ $df=1$ $p=0/748$ آزمون Fisher $p=0/483$	۱۴/۹	۱۵	۱۶	۸	۱۳/۷	۷	بالا
	۸۵/۱	۸۶	۸۴	۴۲	۸۶/۳	۴۴	متوسط
	۱۰۰	۱۰۱	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۵۱	جمع

بحث

افراد مبتلا به ناتوانی یا محدودیت در ایجاد سازگاری و تطابق با موقعیت‌های مختلف بیشتر از افراد سالم دچار مشکل می‌شوند و یکی از روش‌های مؤثر ایجاد سازگاری بهتر با محدودیت‌های جسمی و روانی کمک به این افراد جهت کسب عزت نفس بالا می‌باشد (۱۳). در حالی که نتایج مطالعه حاضر نشان داد تنها ۱۳/۷٪ از زنان و ۱۶٪ از مردان عزت نفس بالا داشته‌اند و اکثریت بیماران مبتلا به سرطان از هر دو جنس دارای عزت نفس در سطح متوسط بودند.

قابل ذکر است که پژوهشگران طی مطالعه خود متوجه شدند ارتباطات عمیق و صمیمی خانوادگی در کنار اعتقادات شدید مذهبی در اکثریت افراد مورد مطالعه وجود داشته و شاید بتوان آن را به عنوان یکی از عوامل مؤثر در جلوگیری از افت شدید عزت نفس در بیماران در نظر گرفت و در مداخلات پرستاری از آن استفاده کرد. Antele نیز در تحقیق خود تحت عنوان بررسی عوامل مرتبط با احساس خود ارزشمندی در جوانان مبتلا به اسپینابیلیدا و صدمات نخاعی و دارای ناتوانی جسمی که در سال ۲۰۰۴ در کشور کانادا و با استفاده از یک نمونه ۸۵ نفری (۲۴ مرد و ۲۱ زن) با روش نمونه‌گیری تصادفی انجام داد، به نتیجه‌ای مشابه با مطالعه حاضر رسید به طوری که تنها در ۳۰٪ واحدها عزت نفس بالا وجود داشت و اکثریت دارای عزت نفس در سطح متوسط بودند.

همچنین نتایج تحقیق Antele نشان داد تفاوت معنادار آماری بین عزت نفس این دو گروه وجود ندارد، به علاوه رابطه عزت نفس با شدت ناتوانی و جنس نیز معنادار نبود، اما

تجزیه و تحلیل اطلاعات تفاوت بارزی را در درک حمایت‌های اجتماعی در هر دو جنس نشان داد به طوری که مردان مبتلا به اسپینابیلیدا و صدمات نخاعی در مقایسه با زنان مشابه درک بیشتری از حمایت‌های اجتماعی داشتند ($p < 0.05$) ضمناً درک حمایت اجتماعی حاصل از رابطه با والدین در مقایسه با درک حمایت اجتماعی حاصل از رابطه با دوستان، ارتباط قوی‌تری با عزت نفس هر دو جنس داشت ($p < 0.01$ و $r = 0.306$).

در این مطالعه نیز رابطه جنس و عزت نفس از نظر آماری معنادار نبود اما مسأله قابل توجه تأثیر جنسیت بر رابطه بین متغیرهای مختلف و عزت نفس بوده به گونه‌ای که عزت نفس مردان با هیچ کدام از متغیرهای فردی رابطه‌ای نداشت، اما رابطه عزت نفس زنان با تحت تکفل بودن و وجود فرد مراقبت‌کننده در منزل معنادار بود. Stuart (۱۴) نقش‌ها و الگوهای پذیرفته شده اجتماعی را به عنوان یکی از اجزای عزت نفس معرفی کرده و می‌نویسد محدودیت یا ناتوانی در ایفای این نقش‌ها و الگوها می‌تواند سبب تغییر در میزان عزت نفس شود، لذا با توجه به نقش‌های زنانه پذیرفته شده در فرهنگ ایرانی که نقش زنان را بیشتر به عنوان مسئولین امور داخل منزل، مدیریت خانه و مراقبت از اعضای خانواده و تحت عناوینی مانند مادر یا همسر تعریف می‌کند می‌توان این گونه نتیجه‌گیری کرد که تأثیر بیماری در ایجاد ناتوانی یا محدودیت زنان در مراقبت از خود و اعضای خانواده سبب تغییر نقش زنانه آن‌ها شده و این تصور را ایجاد نموده که دیگر قادر به انجام کار و مسئولیت

خود نیستند و از طرف دیگر با توجه به تحت تکفل بودن بیشترین درصد زنان، آن‌ها در عین حال خود را مسبب تحمیل مخارج بیشتر بر خانواده تصور می‌کنند که مجموع این عوامل سبب تشدید احساس بی‌کفایتی و بی‌ارزشی، افزایش فاصله بین خود واقعی و خود ایده‌آل و در نهایت اُفت میزان عزت نفس زنان شده است. روان‌پرستاران می‌توانند با بررسی و شناسایی عوامل مؤثر بر عزت نفس زنان، بررسی مکانیسم‌های سازگاری آن‌ها، آموزش مکانیسم‌های سازگاری مؤثر در مقابله با بحران و همچنین معرفی منابع حمایت اجتماعی، نقش مؤثر خود را در پیشرفت سلامت روانی این بیماران ایفا کنند.

همچنین در مورد رابطه مشخصات بیماری و عزت نفس، نتایج نشان داد تغییر یا کاهش عملکرد اعضای بدن با عزت نفس هر دو جنس رابطه معنادار آماری دارد. Tindall تغییر شکل یا عملکرد اعضای بدن را جزیی از فرآیند بیماری سرطان معرفی می‌کند و می‌نویسد چنانچه تغییر شکل یا تغییر عملکرد اعضای بدن، فرد را مجبور به تغییر دادن روش زندگی کند، در این صورت تغییرات مهمی در میزان عزت نفس و کیفیت زندگی ایجاد خواهد شد (۱۵). Pruzinsky و Cash نیز در این زمینه یادآوری می‌کنند، پاسخ روانی یک فرد به تغییرات جسمی، تغییرات شکل ظاهری و عملکرد اندام‌ها وابسته به تحلیل و ادراک فرد از این تغییرات است. اگر افراد علل این تغییرات را عوامل داخلی بدانند که دایمی است، سایر ابعاد زندگی آن‌ها را نیز تحت تأثیر قرار خواهد داد و به این ترتیب تغییرات تصویر ذهنی، کاهش

میزان عزت نفس و احتمال بروز افسردگی در آنان بیشتر می‌شود (۱۶).

از میان سایر مشخصات بیماری عزت نفس مردان تنها با عارضه گوارشی یبوست در ارتباط بوده اما عزت نفس زنان با تعداد بیشتری از متغیرها شامل مدت زمان قطع عضو، بی‌اشتهایی، ریزش موی سر و خستگی ارتباط داشته است. Kaplan (۱۷) می‌نویسد از دست دادن و فقدان به عنوان بحران مطرح هستند و مدت زمان لازم برای سازگاری حداقل شش ماه در نظر گرفته می‌شود که البته این زمان تحت تأثیر عواملی از قبیل ادراک فرد از فقدان، مکانیسم‌های سازگاری فرد، منابع حمایت‌کننده و تجربیات قبلی فرد در مقابله با بحران، قرار می‌گیرد. در این مطالعه عزت نفس زنان کاهش بیشتری داشته و به نظر می‌رسد با توجه به سرطان‌های شایع در زنان که به ترتیب پستان، ریه و روده بزرگ هستند (۵) اندام‌های قطع شده در زنان بیشتر اندام‌های جنسی (پستان، رحم و تخمدان) بوده‌اند که فقدان این اندام‌ها هویت جنسی زنان و احساس باروری آنان را تهدید کرده و به این صورت سبب تخریب نقش زنانه آنان شده و از طرف دیگر به دلیل کافی نبودن سیستم‌های حمایت اجتماعی و آموزش برای این بیماران اختلال در تصویر ذهنی و نقش زنانه این بیماران بیشتر شده و همین مسأله سبب کاهش بیشتر عزت نفس آنان شده است. رابطه بی‌اشتهایی با میزان عزت نفس زنان مورد بررسی نیز قابل توجیه به نظر می‌رسد. در این مورد Tindall می‌نویسد بی‌اشتهایی می‌تواند عامل کاهش وزن باشد و همچنین توانایی بیمار را برای صرف

غذا در کنار سایر اعضای خانواده محدود کند. با توجه به این مسأله که عزت نفس زنان بیش از مردان تحت تأثیر تغییرات وزن و میزان ارتباط آنان با دیگران قرار دارد، لذا بی‌اشتهایی می‌تواند عزت نفس آن‌ها را به شدت تحت تأثیر قرار دهد. Tindall می‌نویسد از دست دادن موهای سر می‌تواند هویت جنسی فرد را تهدید کند و یا فرد را درگیر برخی مسایل فرهنگی نماید و به این صورت منجر به ایجاد تنش و فشار روانی برای بیمار گردد.

نتایج تحقیق نعمت‌الهی (۱۸) نشان داد ریزش موی سر مشکلات زیادی برای زنان ایجاد کرده و تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی ایشان داشته است. نتایج تحقیق Joseph و همکاران (۱۹) نیز نشان داد میزان عزت نفس در بیماران تحت شیمی درمانی و مبتلا به ریزش موی سر به میزان قابل توجهی پایین‌تر از میزان عزت نفس بیماران تحت شیمی درمانی و بدون عارضه ریزش موی سر بوده است. Jill (۲۰) مو را به عنوان یک سمبل اجتماعی - فرهنگی معرفی کرده و یادآوری می‌کند از دست دادن موها علاوه بر ایجاد مسایل فرهنگی و اجتماعی، سبب آشکار شدن بیماری برای دیگران شده و به این صورت احساس عدم کنترل در فرد ایجاد می‌شود که این امر به نوبه خود عزت نفس وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. Willmote (۲۱) می‌نویسد: ریزش موی سر، ابروها و مژه‌ها که ناشی از شیمی درمانی در بیماران سرطانی است باعث تغییرات نگران‌کننده‌ای از نظر زیبایی، به خصوص در زنان می‌شود. همچنین خستگی ناشی از درمان‌های سرطان سبب ایجاد محدودیت و عدم توانایی بیمار برای انجام

فعالیت‌های روزمره زندگیش شده و بدین ترتیب منجر به ایجاد تغییر نقش و لاجرم کاهش عزت نفس بیمار می‌گردد (۲۲). همچنین خستگی به دلیل ایجاد احساس ناتوانی و بی‌کفایتی در فرد سبب ایجاد حس فقدان کنترل بر زندگی می‌شود که می‌تواند فرد را به سوی کناره‌گیری و انزوا تشویق کند همه این مسایل روند طبیعی زندگی بیمار را دستخوش تغییر کرده و منجر به تغییر میزان عزت نفس وی می‌شوند. به طور کلی می‌توان اشاره کرد تغییرات عزت نفس مردان بیشتر در قلمرو نقش و توانایی عملکرد آنان جلب توجه می‌کند در حالی که در مورد زنان علاوه بر عملکردها و نقش زنانه، توانایی برقراری ارتباط، شکل ظاهری و حالات عاطفی نیز با تغییر میزان عزت نفس مرتبط بوده و باید مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این مطالعه که اکثریت بیماران زن و مرد مبتلا به سرطان مورد مطالعه از عزت نفس متوسطی برخوردار بوده‌اند و با در نظر گرفتن این امر که مهم‌ترین نیاز بیماران سرطانی توانایی معنا بخشیدن به زندگی و زندگی آن‌ها با سرطان مستلزم توانمند بودن آنان در تصمیم‌گیری و کنترل روی بیماری و درمان است (۲۳) این مسؤلیت گروه پرستاری است که با شناخت عوامل مرتبط و تقویت حس ارزشمند بودن، بیماران را در نیل به این هدف کمک نماید. در پایان پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی رابطه عزت نفس و نوع سرطان نیز بررسی و همچنین حجم نمونه بیشتری در نظر گرفته شود. با توجه به

تشکر و قدردانی

از همکاری معاون محترم پژوهشی
دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم
پزشکی تهران در انجام این مطالعه قدردانی
می‌گردد.

نتایج بررسی حاضر که نشان داد بیشترین
درصد بیماران مبتلا به سرطان عزت نفس
متوسط یا پایین دارند، توصیه می‌شود
مطالعه‌ای از نوع مورد-شاهدی به منظور
بررسی رابطه مداخلات پرستاری با میزان
عزت نفس بیماران مبتلا به سرطان انجام شود.

References

- ۱ - براندن ن. قدرت عزت نفس، ترجمه اعطامی مینا. تهران: انتشارات پیوند، ۱۳۸۲.
- 2 - Price R. A model for body image care. *Journal of Advanced Nursing*. 1990; 15: 585-593.
- ۳ - اسملتزر س، بیر ب. درسنامه پرستاری برونر و سوارث، ترجمه امینی حلیمه، محمدعلیها ژاله، عاصمی صدیقه. تهران: نشر سالمی، ۱۳۸۲.
- 4 - Murrin S, Beck with MC. Prevention and Management of chemotherapy induced nausea and vomiting. *Education Series Oncology*. 2001; 36: 281-283.
- 5 - Jones and Bartlett. A cancer source book for nurses. 8th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2004.
- ۶ - اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها. وضعیت بروز سرطان در ایران سال ۱۳۷۵، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دی ماه ۱۳۷۸.
- 7 - Brunner LS, Suddarth DS. Textbook for Medical Surgical Nursing. Philadelphia: J.B: Lippincott Co; 1998. P. 685-687.
- 8 - Cheng LC, Chiu SW, Tam SF, et al. Gender difference in self-esteem of Hong Kong Chinese with cardiac disease. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2003; 26(1): 67-70.
- 9 - Rhodes VA, Watson PM. Symptom distress. *Oncology Nursing*. 1987; 3(4): 242-247.
- 10 - Cooper Smith S. The antecedent of self-esteem. *Journal of Clinical Periodontology*. 2001; 29: 175-180.
- 11 - Clark David, Flanagan Jean, Kevin Kendrick. Advancing nursing practice in cancer and palliative care. New York: Palgrave Macmillan published; 2002. P. 68.
- ۱۲ - نوربالا احمدعلی، باقری یزدی محمد، یاسمی محسن. نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران، تهران: نشر مؤلف، ۱۳۸۰.
- 13 - Antle, Beverley J. Factors associated with self-worth in young people with physical disabilities. *Health and Social Work*. 2004; 29(3): 167-175.
- 14 - Stuart, Gailiw pocket guid to psychiatric nursing. 5th ed. New York: Mosby Co; 2002. P. 214-226.
- 15 - Tindall AH. Mental health disaster response: Nursing intervention across the life span. *Journal of Psychosocial Nurse*. 1999; 37(11): 50-7.
- 16 - Cash Thomas F. Pruzinsky, Body image. London: Guilford Co; 2002.
- 17 - Kaplan H. Historic milestones in radiobiology and radiation therapy. *Oncology Nursing*. 2000; 134: 479-494.
- ۱۸ - نعمت‌الهی آذر. بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، تهران: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۲.
- 19 - Josephs RA, Markus HR, Tafarodi RW. Gender and self-esteem. *Journal personality and social psychology*. 1992; 63: 391-402.
- 20 - Jill David. Cancer care: prevention, treatment and palliation. London: Chapman and Hall Co; 2000. P. 315.
- 21 - Willmute MA. New development in pairwise multiple comparisons: Some powerful and practicable procedures. *Psychology Bulletin*. 2001; 110: 577-586.
- 22 - Otto Shirley E. *Oncology Nursing*. 4th ed. Philadelphia: Mosby Co; 2004. P. 56.
- 23 - Ferber H. Barriers to clinical trails. *Cancer*. 1997; 74: 174-190.

