

## مدل‌یابی روابط بین خودکارآمدی مقابله با سرطان با تبعیت از درمان در زنان مبتلا به سرطان پستان: نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی

رحمان رضوی<sup>۱</sup>، حمید یعقوبی\*<sup>۲</sup>، کامران گنجی<sup>۳</sup>، افسانه خواجهوند خوشلی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۰۷/۲۳ تاریخ پذیرش ۱۴۰۰/۰۱/۱۰

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** مدیریت شرایط، بهبود پیامدهای اقدامات بهداشتی، جلوگیری از ناتوانی بیشتر و کاهش هزینه مراقبت‌های بهداشتی برای مبتلایان به بیماری‌های مزمن امری اساسی است. تبعیت از درمان، یکی از مؤلفه‌های کلیدی در مدیریت بیماری‌های مزمن است. هدف پژوهش حاضر بررسی الگوی ساختاری خودکارآمدی مقابله با سرطان با واسطه حمایت اجتماعی بر تبعیت از درمان در زنان مبتلا به سرطان پستان در استان لرستان بود.

**مواد و روش کار:** روش پژوهش حاضر توصیفی و طرح پژوهش، همبستگی از نوع الگویابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران زن مبتلا به سرطان پستان در استان لرستان بود که برای پیگیری درمان به بیمارستان شهید رحیمی شهر خرم‌آباد مراجعه کرده بودند و ۳۰۰ نفر از آن‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس، پرسشنامه‌های خودکارآمدی استفاده مناسب از دارو، مقیاس رفتار سرطان و پرسشنامه پیامدهای درمانی حمایت اجتماعی را تکمیل کردند. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آمار AMOS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** بین خودکارآمدی مقابله با سرطان و حمایت اجتماعی با تبعیت از درمان رابطه معنی‌داری مشاهده شد. نتایج الگویابی معادلات ساختاری نشان دهنده برازش مطلوب مدل با داده‌های تجربی بود و فرضیه کلی تحقیق تأیید گردید. خودکارآمدی مقابله با سرطان اثر مستقیم معناداری بر تبعیت از درمان دارد. همچنین خودکارآمدی مقابله با سرطان به واسطه‌ی حمایت اجتماعی اثر غیرمستقیم و معناداری بر تبعیت از درمان نشان داد.

**نتیجه‌گیری:** این پژوهش بیانگر نقش مؤثر حمایت اجتماعی در برآیند تدابیر اجتماعی و فردی برای افزایش تبعیت از درمان در مبتلایان به سرطان پستان بود.

**کلیدواژه‌ها:** تبعیت از درمان، خودکارآمدی مقابله با سرطان، حمایت اجتماعی، سرطان

مجله پرستاری و مامایی، دوره نوزدهم، شماره دوم، پی‌درپی ۱۳۹، اردیبهشت ۱۴۰۰، ص ۱۶۸-۱۵۸

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه شاهد، گروه روانشناسی، تلفن: ۰۹۱۲۳۱۰۵۰۸۸

Email: Hyaghubi@yahoo.com

### مقدمه

سرطان‌های زنان را شامل می‌شود. بیش از دو میلیون زن سالانه به سرطان پستان مبتلا می‌شوند که این نوع سرطان بعد از سرطان ریه دومین عامل مرگ و میر ناشی از سرطان در میان زنان می‌باشد. طبق رصدخانه جهانی سرطان، شیوع سرطان پستان از دو میلیون نفر در سال ۲۰۱۸ به بیش از سه میلیون نفر در سال ۲۰۴۶ خواهد رسید، که مهم‌ترین عامل افزایش سرطان پستان، تغییر سبک زندگی است (۱).

درمان اختلالات مزمن معمولاً شامل استفاده طولانی‌مدت از دارو درمانی و درمان‌های غیردارویی است. با این حال فواید کامل

سرطان عامل اصلی مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته و پس از بیماری‌های قلبی دومی علت مرگ در کشورهای در حال توسعه است. با وجود پیشرفت در درمان بیماران مبتلا به سرطان این بیماری از عوامل اصلی مرگ و میر، رنج و درد است و حتی برای افرادی که به سرعت از این بیماری بهبود می‌یابند باعث پریشانی روانی قابل توجهی می‌شود. یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در میان زنان، سرطان پستان می‌باشد به نحوی که طبق آمارهای سازمان جهانی بهداشت، سرطان پستان حدود ۳۰ درصد

<sup>۱</sup> گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران

<sup>۲</sup> گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران، دانشگاه شاهد، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> گروه روانشناسی، واحد ملایر، دانشگاه آزاد اسلامی، ملایر، ایران

<sup>۴</sup> گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران

این درمان‌ها تحقق نمی‌یابد، زیرا ۵۰ درصد بیماران یا داروها را مطابق دستورات تجویزی مصرف نمی‌کنند یا توصیه‌های ارائه شده را انجام نمی‌دهند (۲). تبعیت از درمان به عنوان میزان تطابق رفتارهای بهداشتی فرد شامل مصرف دارو، رژیم غذایی و یا انجام تغییر در شیوه زندگی مطابق با توصیه‌های ارائه دهنندگان مراقبت‌های بهداشتی است (۳). ضعف تبعیت از درمان یک مانع مداوم برای نتیجه‌بخشی بهینه مراقبت‌های بهداشتی است (۴). سازمان بهداشت جهانی واژه تبعیت را به عنوان میزان پیروی بیمار از رهنمودهای طبی در نظر می‌گیرد. در زمینه بیماری‌های مزمن مداخلات غیردارویی متعددی وجود دارد که انجام آن برای کنترل بهتر این بیماری‌ها ضروری است، رفتارهایی از قبیل رژیم غذایی سالم، برنامه‌های ورزشی و محدود کردن مصرف سیگار و الکل نمونه‌هایی از این نوع رفتارها است. این امر سبب شد که سازمان بهداشت جهانی با دید کلی نگرانه‌تری تبعیت را به گونه‌ای توصیف کند که تمامی رفتارهای بیمار در شرایط مزمن را پوشش دهد و تبعیت را شامل تمامی مداخلات دارویی و غیردارویی در نظر بگیرند. بنابراین آخرین توصیف ارائه شده از سازمان بهداشت جهانی تبعیت از درمان را به عنوان میزان مصرف دارو، پیروی از رژیم غذایی و ایجاد تغییر در سبک زندگی مطابق با توصیه‌های متخصصان حوزه سلامت در نظر گرفته است (۵،۶).

تبعیت از درمان یک رفتار سلامت‌مدار پیچیده است که حجم انبوهی از پژوهش‌ها به پیش‌بینی و بررسی عوامل تأثیرگذار بر آن اختصاص یافته است. عوامل جمعیت‌شناختی همچون سن و جنس عوامل نسبتاً ضعیفی برای پیش‌بینی تبعیت از درمان محسوب می‌شوند زیرا عواملی نظیر ادراکات بیمار از وضعیت سلامت و باورهای سلامت وی پیش‌بینی‌کننده‌های قدرتمندتری برای این مقوله محسوب می‌شوند. عدم تبعیت از درمان کیفیت درمان و به تبع آن سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۷) و می‌تواند باعث کاهش اثربخشی درمان و تحمیل هزینه‌های سنگین بر دولت و نظام سلامت شود (۸). از آنجا که بسیاری از عواملی که در زمینه افزایش تبعیت از درمان مهم هستند قابلیت اصلاح ندارند (نظیر سن) یا حداقل توسط سیستم مراقبت‌های بهداشتی قابل تغییر نیستند (مانند درآمد)، شناسایی عواملی که قادر درمان بتوانند در آن مداخله کنند بسیار مهم است (۹).

دخالت فعال بیمار در خودمدیریتی، خودکارآمدی و مشارکت در مشاوره پزشکی منعکس شود (۱۰). خودکارآمدی با خود مراقبتی و مدیریت بهتر در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن همراه است (۱۱). نظریه خودکارآمدی دارای سابقه‌ی طولانی در ارزیابی و مداخله بسیاری از حوزه‌های بهداشتی از جمله سرطان است. به طور کلی خودکارآمدی بالاتر رابطه مثبتی با کیفیت زندگی

سازگاری با سرطان، خلق و خوی مثبت و جستجوی درمان دارد (۱۲). خودکارآمدی اطمینان فرد به توانایی مدیریت مقتضیات و پیامدهای بهداشتی مرتبط با بیماری‌های مزمن است (۱۳). پژوهش‌های زیادی رابطه تبعیت از درمان در افراد مبتلا به سرطان و دیگر بیماری‌های مزمن را با خودکارآمدی بررسی کرده‌اند. خودکارآمدی با سطوح بالاتر تبعیت از درمان و رضایت از روند غربالگری سرطان همراه است (۱۴). خودکارآمدی بر نحوه احساس، تفکر، خودانگیختگی و رفتار فرد تأثیر می‌گذارد (۱۲). بندورا (۱۹۹۲) این ایده را پیش می‌کشد که خودکارآمدی به عنوان واسطه بین تجربیات استرس‌زا و پیامدهایی مانند بهزیستی عمل می‌کند (۱۵).

حمایت اجتماعی یک عامل مهم برای پیامدهای بهداشتی است و با تبعیت از درمان رابطه دارد. حمایت اجتماعی شبکه‌ی متشکل از خانواده، دوستان، همسایگان و جامعه که در مواقع نیاز برای کمک روانی، جسمی و مالی در دسترس فرد مبتلا به سرطان است (۱۶). حمایت اجتماعی به عنوان مفروضات و ادراکات خاص فرد در زمینه میزان احساس علاقه، احترام و تحسین دیگران نسبت به خودش و احساس تعلق وی به یک حلقه ارتباطی و پاسخگوی جمعی تعریف شده است (۱۷). حمایت اجتماعی به تحقق نیازهای اجتماعی افراد کمک می‌کند، عزت نفس را پرورش می‌دهد و حمایت معنوی را برای فرد فراهم می‌کند (۱۸). حمایت اجتماعی با تسهیل در رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، کاهش استرس و کمک به افراد برای سازگاری روانشناختی موجب کاهش عوارض بیماری و پائین آمدن خطر مرگ و میر می‌شود. فقر حمایت اجتماعی با افزایش بیماری، مرگ و میر و پریشانی روانشناختی رابطه دارد و سلامت عمومی و بهزیستی را نیز کاهش می‌دهد (۱۹).

خودکارآمدی به طور مستقیم بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تأثیر دارد. افزایش بهزیستی ذهنی، حمایت اجتماعی، رشد روانشناختی و کاهش اضطراب و افسردگی تأثیر مستقیمی بر خودکارآمدی گذاشته و در نتیجه کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشند (۲۰). سطوح بالای خودکارآمدی مقابله با سرطان با کیفیت زندگی بالاتر، خصوصاً حوزه‌های بهزیستی اجتماعی، هیجانی و عملکردی مرتبط است. همچنین بالا رفتن میزان خودکارآمدی با کاهش پریشانی ناشی از نشانگان سرطان ارتباط معناداری را نشان داد (۲۱). بین خودکارآمدی و تبعیت از درمان رابطه وجود دارد (۲۲). بین خودکارآمدی و فعالیت بدنی رابطه معناداری وجود دارد. خودکارآمدی با خستگی، درد، بی‌خوابی و استرس رابطه منفی و با تبعیت از درمان رابطه مثبت دارد (۲۳). با افزایش میزان خودکارآمدی تبعیت از درمان هم بالا می‌رود. بین خودکارآمدی و تبعیت با واسطه حمایت اجتماعی و رضایت از

تبعیت از درمان یک رفتار سلامت‌مدار پیچیده است که حجم انبوهی از پژوهش‌ها به پیش‌بینی و بررسی عوامل تأثیرگذار بر آن اختصاص یافته است. عوامل جمعیت‌شناختی همچون سن و جنس عوامل نسبتاً ضعیفی برای پیش‌بینی تبعیت از درمان محسوب می‌شوند زیرا عواملی نظیر ادراکات بیمار از وضعیت سلامت و باورهای سلامت وی پیش‌بینی‌کننده‌های قدرتمندتری برای این مقوله محسوب می‌شوند. عدم تبعیت از درمان کیفیت درمان و به تبع آن سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۷) و می‌تواند باعث کاهش اثربخشی درمان و تحمیل هزینه‌های سنگین بر دولت و نظام سلامت شود (۸). از آنجا که بسیاری از عواملی که در زمینه افزایش تبعیت از درمان مهم هستند قابلیت اصلاح ندارند (نظیر سن) یا حداقل توسط سیستم مراقبت‌های بهداشتی قابل تغییر نیستند (مانند درآمد)، شناسایی عواملی که قادر درمان بتوانند در آن مداخله کنند بسیار مهم است (۹).

دخالت فعال بیمار در خودمدیریتی، خودکارآمدی و مشارکت در مشاوره پزشکی منعکس شود (۱۰). خودکارآمدی با خود مراقبتی و مدیریت بهتر در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن همراه است (۱۱). نظریه خودکارآمدی دارای سابقه‌ی طولانی در ارزیابی و مداخله بسیاری از حوزه‌های بهداشتی از جمله سرطان است. به طور کلی خودکارآمدی بالاتر رابطه مثبتی با کیفیت زندگی

دخالت فعال بیمار در خودمدیریتی، خودکارآمدی و مشارکت در مشاوره پزشکی منعکس شود (۱۰). خودکارآمدی با خود مراقبتی و مدیریت بهتر در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن همراه است (۱۱). نظریه خودکارآمدی دارای سابقه‌ی طولانی در ارزیابی و مداخله بسیاری از حوزه‌های بهداشتی از جمله سرطان است. به طور کلی خودکارآمدی بالاتر رابطه مثبتی با کیفیت زندگی

حمایت اجتماعی، به ویژه پابندی به ورزش و رژیم غذایی وجود دارد (۲۴). حمایت خانه، حمایت خارج از خانه و خودکارآمدی تأثیر مستقیم و حمایت خانه از طریق خودکارآمدی بر تبعیت از تمرینات ورزشی تأثیر غیرمستقیم دارد (۲۵).

مدیریت شرایط بیماری برای به حداقل رساندن تأثیر آن‌ها، بهبود پیامدهای اقدامات بهداشتی، جلوگیری از ناتوانی بیشتر و کاهش هزینه مراقبت‌های بهداشتی برای مبتلایان به بیماری‌های مزمن امری اساسی است. تبعیت از درمان، یکی از مؤلفه‌های کلیدی در مدیریت بیماری‌های مزمن است (۲۶). از آنجا که عدم تبعیت از درمان با پیامدهای منفی همراه است، مقابله با این پدیده و به حداکثر رساندن پیامدهای مثبت درمانی به وسیله‌ی درک کامل عوامل خطرزای مرتبط با عدم تبعیت از درمان بسیار مهم است (۲۷). مرور پژوهش‌های صورت گرفته حاکی از ارتباط بین خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و تبعیت از درمان است. با توجه به اهمیت فزاینده مسأله تبعیت از درمان و پیامدهای بالینی، روانی، اجتماعی و اقتصادی آن تلاش برای شناخت و درک علل مؤثر بر این پدیده به جهت بهبود و ارتقاء سلامت افراد جامعه بسیار ضروری است، از طرفی جهت کاهش میزان مرگ و میر در زنان دارای سرطان سینه شناسایی عواملی که سبب افزایش تبعیت از درمان می‌شود ضروری به نظر می‌رسد بنابراین مزیت اصلی این پژوهش نسبت به سایر پژوهش‌های مشابه این است که این پژوهش برای اولین بار در کشور قصد دارد به شناسایی عوامل مرتبط با تبعیت از درمان مانند خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در زنان دارای سرطان سینه بپردازد. بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی روابط بین خودکارآمدی مقابله با سرطان با تبعیت از درمان در زنان مبتلا به سرطان پستان استان لرستان با نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی است. لذا پرسش اصلی این پژوهش بدین قرار است: آیا مدل ساختاری خودکارآمدی مقابله با سرطان با واسطه حمایت اجتماعی بر تبعیت از درمان در بیماران سرطانی با داده‌های تجربی برازش دارد؟

## مواد و روش کار

روش پژوهش حاضر توصیفی و طرح پژوهش، همبستگی از نوع الگویابی معادلات ساختاری بود. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه‌ی زنان مبتلا به سرطان پستان استان لرستان بود که در بازه‌ی زمانی ابتدای تابستان سال ۱۳۹۸ تا انتهای بهار سال ۱۳۹۹ برای پیگیری درمان به بخش آنکولوژی بیمارستان شهید رحیمی خرم‌آباد مراجعه کردند که ۳۰۰ نفر از آنها با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و تحت بررسی قرار گرفتند. حجم نمونه مورد مطالعه با توجه به پیشنهاد میشل (۱۹۹۳) نقل از سلاجقه، امامی پور و نعمت اله زاده

ماهانی، (۱۳۹۸) در الگویابی معادلات ساختاری نسبت ۱۰ تا ۲۰ آزمودنی به ازای هر متغیر مشاهده شده لازم است و با توجه به احتمال ریزش آزمودنی‌ها ۳۰۷ نفر از زنان دچار سرطان پستان با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در نهایت ۳۰۰ پرسشنامه که به طور صحیح تکمیل شده بودند وارد تحلیل شدند (۲۸).

برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه‌های خودکارآمدی استفاده مناسب از دارو، مقیاس رفتار سرطان و پیامدهای درمانی حمایت اجتماعی استفاده شد که روایی آنها بدین شرح است:

۱. پرسشنامه خودکارآمدی استفاده مناسب از دارو (SEAMS): این پرسشنامه برای سنجش میزان تبعیت بیمار از درمان استفاده شده است. این پرسشنامه دارای ۱۳ آیتم است که هر آیتم با مقیاس لیکرت (عدم اطمینان ۱، تا حدودی ۲، اطمینان کامل ۳) نمره گذاری می‌شود. روایی این آزمون توسط ریسر (۲۰۰۷) به روش معیار مربوط بودن و تحلیل عاملی ۰/۴ گزارش شده است. پایایی بیرونی این ابزار با استفاده از آزمون مجدد و محاسبه ضریب همبستگی ۰/۵۷ به دست آمده است. پایایی درونی ابزار با آلفای کراباخ ضریب قابل قبول ۰/۸۹ گزارش شده است (۲۹). بررسی روایی و پایایی ابزار حاضر در ایران توسط سنچولی باقری و ابراهیمی (۱۳۹۶) روی سالمندان با بیماری‌های مزمن انجام و پایایی درونی آن با استفاده از آلفای کراباخ ۰/۸۱ و با استفاده از روش دونیمه آزمون ۰/۷۷ گزارش شده است. پایایی بیرونی آزمون نیز با استفاده از آزمون مجدد ارزیابی و ضریب همبستگی حاصل شد ۰/۹۷ بوده است. همچنین روایی آزمون با روش کیفی و روایی محتوا (پنل متخصصان) بررسی و تأیید شده است (۳۰).

۲. مقیاس رفتار سرطان (CBI): برای سنجش خودکارآمدی مقابله با سرطان از فرم ۱۲ سوالی مقیاس رفتار سرطان استفاده شده است. این فرم از پرسشنامه دارای ۴ خرده مقیاس استقلال، مشارکت، مدیریت استرس و مدیریت هیجان است. شیوه نمره گذاری این آزمون در طیف ۹ درجه‌ای لیکرت است. روایی این پرسشنامه با استفاده از روش همبستگی، نشان دهنده رابطه مثبت آن با کیفیت زندگی و خوش بینی و رابطه منفی آن با افسردگی و فشارهای ناشی از بیماری است ( $P < 0/01$ ). پایایی این پرسشنامه با روش همسانی درونی (آلفای کراباخ) ضریب قابل قبول ۰/۸۸ گزارش شده است (۳۱).

۳. پیامدهای درمانی حمایت اجتماعی: حمایت اجتماعی با فرم کوتاه پرسشنامه پیامدهای درمانی حمایت اجتماعی اندازه‌گیری شده است. این پرسشنامه دارای ۸ گویه در مقیاس ۵ سطحی لیکرت است که نتایج تحلیل عاملی گزارش شده توسط موسر و همکاران

(۲۰۱۲)، نشان دهنده مجزا بودن دو خرده مقیاس ازم است. نتایج اعتبار سازه نشان دهنده رابطه حمایت اجتماعی با وضعیت ازدواج، داشتن فرزند، انزوای اجتماعی و شاخص توده بدن بود. همچنین ارتباط همبستگی نسخه ۸ سوالی با نسخه ۱۹ سوالی پرسشنامه مثبت و معنادار گزارش شده است ( $P < 0/01$ ). نتایج این پرسشنامه با سایر اقدامات بهداشتی انجام شده توسط بیماران مبتلا به سرطان پستان همبستگی نشان داده است. پایداری گزارش شده این پرسشنامه توسط موسر و همکاران (۲۰۱۲) ضریب آلفای کرونباخ قابل قبول ۰/۹۲ می‌باشد (۳۲).

روند اجرای پژوهش: بعد از انتخاب نمونه و هماهنگی با مسئولین دانشگاه علوم پزشکی استان لرستان و پس از انجام تشریفات لازم با معاونت و حراست بخش انکولوژی بیمارستان شهید رحیمی خرم آباد اقدام به گردآوری داده‌ها شد. بیماران دچار سرطان پستان به روش در دسترس انتخاب و در محل مناسبی در محیط درمانگاه اهداف پژوهش، نحوه رعایت موازین اخلاقی (راز نگهداری، عدم دسترسی کادر درمان به پرسشنامه‌ها، امکان انصراف از پژوهش در هر مرحله و همچنین عدم انتشار اسامی آزمودنی‌ها) و تکمیل پرسشنامه‌ها برای آنها بیان شد و بیماران با رضایت و آگاهی از اهداف پژوهش وارد پژوهش شدند و سپس به صورت فردی در همان مکان و به تنهایی به دور از خانواده و سایرین پرسشنامه‌ها را در محیطی امن و آرام تکمیل کردند. از جمله ملاک‌های ورود به مطالعه شامل زن بودن، دارای سرطان سینه بودن، رضایت آزمودنی‌ها برای شرکت در مطالعه و سکونت در استان لرستان می‌باشد. همچنین ملاک خروج از مطالعه شامل نداشتن سرطان سینه، عدم سکونت در استان لرستان، انصراف از

ادامه همکاری در این مطالعه و همچنین بی‌دقتی یا عدم پاسخدهی کامل به سؤالات پرسشنامه بود. داده‌ها در بازه زمانی یک ساله از ابتدای تابستان ۹۸ تا پایان بهار ۹۹ جمع‌آوری شد. آزمودنی در کنار سؤالات جمعیت شناختی پرسشنامه‌های رفتار سرطان، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی مصرف دارو را تکمیل کردند. پس از گردآوری داده‌ها، با توجه به نظارت دقیق بر تکمیل پرسشنامه‌ها، موارد مخدوش و نقاط پرت آماری پس از ارزیابی اولیه از داده‌ها کنار گذاشته شدند، و برای جبران ریزش آزمودنی‌ها ۷ نفر دیگر در پژوهش شرکت داده شدند و در نهایت ۳۰۰ پرسشنامه به لحاظ صحت و کامل بودن وارد تحلیل شدند. برای تحلیل داده‌ها و بررسی روابط علی بین متغیرها از روش مدلیابی معادلات ساختاری به وسیله نرم افزار AMOS استفاده شد.

### یافته‌ها

داده‌های جمعیت شناختی گزارش شده نشان داد که از افراد نمونه مورد مطالعه ۴ نفر در گروه سنی کمتر از ۳۵ سال، ۶۹ نفر در گروه سنی ۳۵ تا ۴۴، ۵۲ نفر در گروه سنی ۴۵ تا ۵۰ سال، ۷۴ نفر در گروه سنی ۵۱ تا ۵۵ سال، ۵۳ نفر در گروه ۵۶ تا ۶۵ سال و ۴۸ نفر نیز در گروه سنی بیشتر از ۶۵ سال گزارش شده است. از افراد نمونه مورد مطالعه ۸ نفر تحصیلات در سطح ابتدایی، ۵۱ نفر راهنمایی، ۷۴ نفر دبیرستان، ۱۲۶ نفر کارشناسی و ۴۱ نفر با تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر گزارش شده است. از افراد نمونه مورد مطالعه ۱۲ نفر درآمد زیر دو میلیون تومان، ۴۵ نفر دو تا سه میلیون، ۱۱۷ نفر سه تا پنج میلیون، ۹۵ نفر پنج تا شش میلیون و ۳۱ نفر درآمد بیشتر از شش میلیون و بالاتر گزارش شده است.

جدول (۱): میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کجی
استقلال	۱۶/۳۴	۴/۴۷	۰/۵۰	۰/۴۶
مشارکت	۱۱/۱۶	۳/۸۸	۰/۵۹	۰/۷۰
مدیریت استرس	۲۵/۳۸	۵/۶۹	۰/۲۹	-۰/۴۱
مدیریت هیجان	۱۵/۳۳	۴/۶۳	۰/۷۵	۰/۷۶
خودکارآمدی	۶۸/۲۳	۱۷/۴۰	۰/۶۱	۰/۴۹
حمایت اجتماعی	۲۴/۱۲	۵/۹۹	۰/۳۴	-۰/۲۶
تبعیت از درمان	۲۱/۰۴	۴/۷۸	۰/۳۲	۰/۱۹

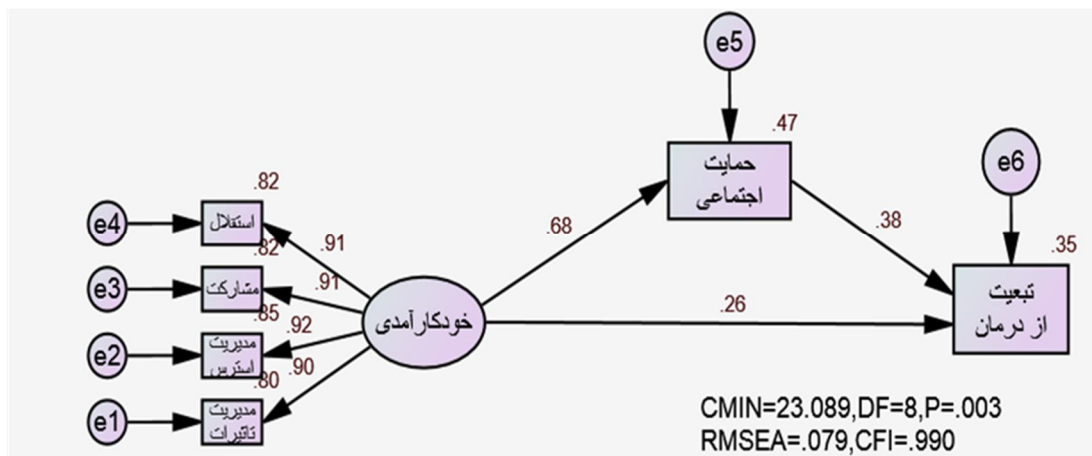
محدوده نرمال بوده و تخطی جدی از فرض بهنجاری داده‌ها صورت نگرفته است. همبستگی گزارش شده برای رابطه بین متغیرها نیز حکایت از ارتباط مستقیم و معنادار خودکارآمدی با حمایت

در جدول شماره ۱ توصیف آماری متغیرهای مورد مطالعه ارائه شده است. میزان گزارش شده برای شاخص‌های کجی و چولگی نمرات توزیع نمرات متغیرها حاکی از این امر است که داده‌ها در

اجتماعی و تبعیت از درمان و همچنین رابطه مستقیم و معنادار حمایت اجتماعی با تبعیت از درمان دارد ( $p < 0.01$ ).

جدول (۲): ماتریکس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
						۱	۱. استقلال
					۱	۰/۸۲۶**	۲. مشارکت
				۱	۰/۸۳۲**	۰/۸۲۳**	۳. مدیریت استرس
			۱	۰/۸۴۵**	۰/۸۰۷**	۰/۸۰۵**	۴. مدیریت هیجان
		۱	۰/۹۱۹**	۰/۹۳۸**	۰/۹۲۹**	۰/۹۳۸**	۵. خودکارآمدی (کل)
	۱	۰/۶۷۶**	۰/۴۹۸**	۰/۶۷۶**	۰/۴۹۸**	۰/۶۷۶**	۶. حمایت اجتماعی
۱	۰/۵۵۶**	۰/۵۰۹**	۰/۴۴۴**	۰/۴۸۰**	۰/۴۶۴**	۰/۴۹۸**	۷. تبعیت از درمان



نمودار (۱): الگوی ساختاری خودکارآمدی مقابله با سرطان با واسطه حمایت اجتماعی بر تبعیت از درمان

به طور کلی و با توجه به شاخص‌های ارائه شده در جدول ۲ می‌توان نتیجه گرفت که مدل ساختاری خودکارآمدی مقابله با سرطان با واسطه حمایت اجتماعی بر تبعیت از درمان در بیماران سرطانی از برازش خوبی برخوردار است و فرضیه تحقیق تأیید می‌گردد.

جدول (۳): شاخص‌های برازش مدل

برازش مطلق		برازش تطبیقی		برازش تعدیل یافته		
AGFI	GFI	CFI	NFI	RMSEA	CMIN/df	شاخص
> .۸۰	> .۹۰	> .۹۰	> .۹۰	> .۱۰	> ۵	مقدار قابل قبول
۰/۹۳	۰/۹۷	۰/۹۹	۰/۹۸	۰/۷۹	۲/۸۸	مقدار به دست آمده

۰/۹۸ شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) با مقدار ۰/۹۹ نشان دهنده برازش خیلی خوب مدل هستند. نهایتاً از شاخص‌های برازش مطلق نیز شاخص نیکویی برازش (GFI) ۰/۹۷ و شاخص نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI) ۰/۹۳ حاکی از برازش خیلی خوب مدل با داده‌های تجربی بود.

از شاخص‌های برازش تعدیل یافته کای اسکور (CMIN) ۲/۸۸؛ ریشه میانگین مجذورات خطای برآورد (RMSEA) ۰/۷۹ گزارش شده که با توجه به مقدار قابل قبول هر کدام از شاخص‌ها که در جدول شماره ۳ ارائه شده برازش خوب مدل را تأیید می‌کنند. از شاخص‌های برازش تطبیقی شاخص برازش اصلاح شده (NFI)

جدول (۴): روابط مستقیم و غیرمستقیم

اندازه اثر	حدود بوت استرپ		سطح معناداری
	حد پایین	حد بالا	
اثر کل	۰/۵۲۰	۰/۴۳۰	۰/۰۱۲
اثر مستقیم	۰/۲۶۳	۰/۱۴۸	۰/۱۳
اثر غیرمستقیم	۰/۲۵۸	۰/۱۸۲	۰/۱۰

قابل تغییر است که می‌تواند با مداخلات خاص روانی-اجتماعی تسهیل شود، می‌تواند به یک کانون مداخله تبدیل شود (۱۲). از طرفی جهت ارتقای خودکارآمدی، مهارت‌هایی مانند خودتنظیمی که به آنها امکان خودکنترلی و جلوگیری از تأثیرات منفی دیگران در پایبندی به رفتارهای سالم را می‌دهد، ضروری می‌باشد (۲۷).

مطابق با نظریه بندورا، حمایت اجتماعی یک تسهیل کننده مستقیم خودکارآمدی است. حمایت اجتماعی احساس بهزیستی روانشناختی، درک مثبت و رشد را در بیماران سرطانی فراهم می‌کند. حمایت اجتماعی و امید به عنوان مکانیسم واسطه‌ای بین خودکارآمدی مقابله با سرطان و تبعیت از درمان بیماران مبتلا به سرطان پستان عمل می‌کنند. خودکارآمدی با تبعیت از رژیم درمانی تجویز شده یا برنامه‌های ورزشی ارائه شده به وسیله کادر درمان ارتباط مستقیم دارد. بیمارانی که سطوح بالاتری از خودکارآمدی را گزارش می‌کنند حمایت اجتماعی بیشتری را در دسترس داشته و نسبت به این حمایت رضایت دارند. در راستای نظریه خودکارآمدی و حمایت از ارزیابی مبتنی بر خودکارآمدی مدل‌های مراقبت بهداشتی مختلفی پدید آمده است. در این مدل‌ها مردم به عنوان دریافت کنندگان منفعل مراقبت در نظر گرفته نمی‌شوند بلکه از منظر چالش‌های پیش روی درمان به عنوان عاملی فعال در فرایند تصمیم‌گیری‌های مربوط به درمان در نظر گرفته می‌شوند. چالش‌هایی که بیماران مبتلا به سرطان با آنها مواجه هستند شامل مقابله با علائم شدید درد، خستگی و داشتن توانایی عملکرد برای اداره زندگی به طور مستقل است (۱۲). مطالعات پیشین نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی عامل مهمی در بهبود بیماران است و نقش یک مکانیسم واسطه در تبعیت بیمار از برنامه درمانی را بازی می‌کند. همچنین مرور مطالعات نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی با ارتقاء دادن خودکارآمدی بیماران باعث گرایش آن‌ها به رفتارهای تبعیت جویانه می‌شود (۳۴). برای بهبودی تبعیت از درمان بهتر است بیماران در مجاورت همسالان و دوستانی قرار بگیرند که به درمان پایبند هستند و از ره آورد مشاهده آن‌هاست که تبعیت به میزان قابل ملاحظه‌ای در بیمار

بر اساس داده‌های تجربی به دست آمده اندازه اثر مستقیم خودکارآمدی مقابله با سرطان بر تبعیت از درمان ۰/۲۶۳ است ( $p > 0.05$ ). این ضریب مستقیم به این معناست که یک نمره افزایش در خودکارآمدی سرطان با ۰/۲۶۳ افزایش در هر نمره تبعیت از درمان همراه است. همچنین اثر غیرمستقیم خودکارآمدی مقابله با سرطان بر تبعیت از درمان ۰/۲۵۸ و از لحاظ آماری معنادار است ( $p > 0.01$ ).

### بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی الگوی ساختاری خودکارآمدی مقابله با سرطان با واسطه حمایت اجتماعی بر تبعیت از درمان در بیماران سرطانی بود. درمان بیماری‌های مزمن معمولاً شامل استفاده طولانی مدت از دارو درمانی است. با وجود این که داروها در درمان بیماری‌های مزمن مؤثر هستند اما فواید کامل آن‌ها به دلیل عدم تبعیت عملی نمی‌شود (۳۳).

یافته‌های پژوهش نشان داد که خودکارآمدی اثر مستقیم بر تبعیت از درمان دارد. این نتایج همسو با نتایج کیم و همکاران (۲۰۱۹)، نگوین و هرناندز (۲۰۱۹)، بیک (۲۰۲۰) و اکوبیوجو (۲۰۱۸) گذشته است (۱۹-۲۲). همچنین خودکارآمدی از طریق حمایت اجتماعی اثر غیر مستقیم بر تبعیت از درمان دارد. این نتایج با تحقیقات دانیالی (۲۰۱۷) و مارتوس مندز (۲۰۱۵) همسویی نشان می‌دهد (۲۳، ۲۴). در مدل‌های نوظهور مراقبت تسکینی و حمایتی، بیماران تشویق می‌شوند که در مراقبت‌های پزشکی خود فعال باشند. از این منظر، خودکارآمدی برای مقابله با بیماری یک مفهوم کلیدی در مدیریت کیفیت زندگی بیماران است. به منظور بهبود عملکرد بالینی در مراقبت‌های حمایتی و تسکینی، شناسایی سطح خاص خودکارآمدی مقابله با سرطان در بیمارانی که تحت مراقبت تسکینی هستند و از نظر بالینی در وضعیت بحرانی هستند، مفید خواهد بود. خودکارآمدی می‌تواند هم در روند سازگاری بیماران و هم در مداخلات روانشناختی خاص شخصی و متناسب بیمار، نقش مهمی داشته باشد. از آنجا که خودکارآمدی یک عامل

در جهت مدیریت و برنامه ریزی برای افزایش تبعیت از درمان در مبتلایان به سرطان پستان به طور اخص و سایر بیماریهای مزمن به طور اعم، را برجسته کرد. ایجاد بستر برای شکل گیری و رشد شبکه حمایت اجتماعی در بطن تدابیر درمانی و تهیه و اجرای مداخلات تخصصی در زمینه افزایش حمایت اجتماعی سهم بسزایی در افزایش تبعیت از درمان در بیماران خواهد داشت. با توجه به نتایج پژوهش می توان نتیجه گرفت که با تقویت حمایت اجتماعی و همچنین افزایش خودکارآمدی می توان به سطح بالاتری از تبعیت از درمان در بیماران دارای سرطان رسید، که این به نوبه خود باعث افزایش بازدهی درمان، افزایش طول عمر بیماران سرطانی و همچنین بهبود کیفیت زندگی این بیماران می شود. بنابراین در حین درمان جهت نیل به اهداف گفته شده توجه به خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ضروری به نظر می رسد.

محدودیت اول پژوهش حاضر بعد مربوط به بعد مکان و زمان مطالعه است که تعمیم نتایج پژوهش به سایر گروهها یا جوامع دیگر را با محدودیت مواجه می کند. طرح مطالعه حاضر نیز همبستگی از نوع پیش بین بود که علیت را به اثبات نمی رساند. اطلاعات این پژوهش از نوع خودگزارشی است که امکان دارد باعث افزایش واریانس عمومی شود و روابط صحیح بین متغیرها را بزرگتر جلوه دهد. همچنین ممکن است درک نادرست سؤالات و عدم توجه کافی نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. جهت رفع محدودیتها پیشنهاد می شود در پژوهشهای آینده برای اثبات روابط علیت و افزایش تعمیم پذیری، پژوهشهایی به صورت صورت طولی و یا آزمایشی در سایر استانهای کشور انجام شود. همچنین این پژوهش بروی گروههایی با سایر بیماریها و ویژگیهای متفاوت انجام شود. و در نهایت نقش واسطه خودکارآمدی مقابله با سرطان در قالب مدل یابی معادلات ساختاری تبعیت از درمان مورد بررسی بیشتری قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان با کد ۱۷۳۴۸۰۷۳۱۵۵۳۳۴۹ و کد اخلاق IR.LUMS.REC.1398.053 می باشد. پژوهشگران بر خود لازم می دانند از کلیه شرکت کنندگان و همه کسانی که در پژوهش حاضر همکاری لازم را داشتند کمال تشکر و قدردانی را نمایند. هیچ کدام از نویسندگان این مطالعه، افراد یا مراکز حامی تعارض منافی برای انتشار مقاله ندارند.

افزایش می یابد. هر چه روابط بین افراد بیمار نزدیک تر و بیماران بیشتر در معرض عقاید هنجاری یکدیگر پیرامون تبعیت از درمان و مداخلات پزشکی قرار بگیرند میزان آموزش رفتار صحیح بیشتر و با گذشت زمان پایداری بهتری را نشان خواهد داد (۳۵).

تبعیت از درمان بیماران مزمن وابسته به اعتقادات بیمار و همچنین اعتقادات اطرافیان بیمار، شبکه اجتماعی که بیمار در آن عضو است و همچنین نوع حمایتی که خانواده بیمار برای وی فراهم می کند است (۳۶). حمایت اجتماعی میزان برآوردی را که بیمار احساس می کند قادر به انجام رفتارهای بهداشتی است را بهبود می دهد. بیماران مزمنی که از حمایت خانواده و دوستانشان برخوردار می شوند دیدگاه بهتری برای بهبود سلامتی نسبت به خودشان دارند. روابط بین فردی به بیمار کمک می کند تا در معرض تجربیات گوناگون قرار گرفته و حمایت دیگران ارتقاء خودکارآمدی را در پی دارد، عاملی که برای دست یابی به موفقیت های درمانی و بهبود سلامت بیماران بسیار حیاتی است. حمایت اجتماعی یک عامل محافظ در برابر وضعیت های روانی منفی (مثل افسردگی و اضطراب) است. ایجاد یک شبکه حمایتی، بستری برای ارتباط با یکدیگر، امکان به اشراک گذاشتن تجارب، کاهش افسردگی و اضطراب، ارتقاء عزت نفس و امیدواری و در نهایت احساس قدرت و رشد شخصی را فراهم می کند (۳۷). علاوه بر این پرسنل درمان نیز می توانند با حمایت از بیماران، آن ها را در جهت انطباق با بیماری و روش های درمان و همچنین سازگاری با وظایف بیماری یاری دهند، به ویژه مداخلات پیشرفته ارائه شده توسط پرستاران مجرب که بیماری آنها را بهتر شناخته و به آنها اعتماد دارند مفیدتر خواهد بود (۳۳).

با توجه به اطلاعات گزارش شده از تحلیل داده ها می توان نتیجه گرفت که متغیر برون زا و واسطه ای مدل ارائه شده سهم قابل توجهی در پیش بینی مقوله ی تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به سرطان پستان دارند. با وجود اینکه بیماران در ابتدای ابتلا به سرطان پستان عموماً تبعیت قابل قبولی از درمان دارند اما با گذشت زمان این روند کاهش یافته و این عدم تبعیت موجب عود مجدد بیماری می شود. خودکارآمدی از متغیرهای شناخته شده در عرصه ی مداخلات بالینی است، اما انتخاب متغیر راهبردی و اثرگذار حمایت اجتماعی به عنوان واسطه ی بین خودکارآمدی مقابله با سرطان و تبعیت از درمان موجب صحت گذاشتن بر ارزش نظری و کاربردی این متغیر شد. این پژوهش نقش حمایت اجتماعی به عنوان عاملی قدرتمند و اثرگذار در برآیند تدابیر فردی و اجتماعی

## References:

1. Isfahani P, Arefy M, Shamsaii M. Prevalence of Severe Depression in Iranian Women with Breast Cancer: A Meta-Analysis. *Depress Res Treat* 2020; 2020.
2. Prell t. Adherence to medication in neurogeriatric patients: an observational cross-sectional study. *BMC public health* 2019;19(1):1012.
3. Carvalho As, Santos P. Medication adherence in patients with arterial hypertension: the relationship with healthcare systems' organizational factors. *Patient Prefer Adherence* 2019;13:1761.
4. Walburn J, Anderson R, Morgan M. Forms, interactions, and responses to social support: a qualitative study of support and adherence to photoprotection amongst patients with xeroderma pigmentosum. *Br J Health Psychol* 2020;25(1):89–106.
5. Nonogaki A, Heang H, Yi S, Van pelt M, Yamashina H, Taniguchi C, Nishida T, Sakakibara h. Factors associated with medication adherence among people with diabetes mellitus in poor urban areas of Cambodia: a cross-sectional study. *Plos one* 2019;14(11):e0225000. Doi: 10.1371/journal.pone.0225000. Pmid: 31743349; pmcid: pmc 6863566.
6. KO KM, Moon SJ, Koh JH, Pae CU, Min JK. Contribution of personality traits, psychological factors, and health-related quality of life to medication adherence in patients with rheumatoid arthritis. *Yonsei Med J* 2020;61(5):406-15. Doi: 10.3349/ymj.2020.61.5.406. Pmid: 32390364; pmcid: pmc7214105.
7. Thorne R, Griffiths Cem, Emsley R, Ashcroft Dm, Cordingley L. british association of dermatologists biologic interventions register; psoriasis stratification to optimise relevant therapy study groups. Intentional and unintentional medication non-adherence in psoriasis: the role of patients' medication beliefs and habit strength. *J Invest Dermatol* 2018;138(4):785-94. Doi: 10.1016/j.jid.2017.11.015. Epub 2017 Nov 26. Pmid: 29183731; pmcid: pmc 5869950.
8. Aziz H, Hatah E, Makmor-Bakry M, Islahudin F, Ahmad Hamdi N, Mok Pok Wan I. Qualitative exploration of the modifiable factors for medication adherence among subsidised and self-paying patients in malaysia. *Bmc Health Serv Res* 2018;18(1):605. Doi: 10.1186/s12913-018-3417-y. Pmid: 30081892; pmcid: pmc6080501.
9. Brier MJ, Chambless DL, Gross R, Chen J, Mao JJ. Perceived barriers to treatment predict adherence to aromatase inhibitors among breast cancer survivors. *Cancer* 2017;123(1):169-76. Doi: 10.1002/cncr.30318. Epub 2016 Aug 29. Pmid: 27570979; pmcid: pmc 5161545.
10. Du Pon E, Van Dooren A, Kleefstra N, Van Dulmen S. Effects of a proactive interdisciplinary self-management program on patient self-efficacy and participation during practice nurse consultations: a randomized controlled trial in type 2 diabetes. *J Clin Med Res* 2020;12(2):79.
11. Okuhara T, Ishikawa H, Ueno H, Okada H, Kato M, Kiuchi T. Influence of high versus low readability level of written health information on self-efficacy: a randomized controlled study of the processing fluency effect. *Health Psychol Open* 2020;7(1):2055102920905627.
12. Serpentine S, Del Bianco P, Chirico A, Merluzzi T V, Martino R, Lucidi F, et al. Self-efficacy for coping: utility of the cancer behavior inventory (Italian) for use in palliative care. *BMC Palliat Care* 2019;18(1):34.
13. Chen X, Zhang Y, Xu X, Wang W, Yan H, Li S, et al. Mediating roles of anxiety, self-efficacy, and sleep quality on the relationship between patient-reported physician empathy and inflammatory



- markers in ulcerative colitis patients. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res* 2019;25:7889.
14. McGarragle Km, Aronson M, Semotiuk K, Holter S, Hare CJ, Ferguson SE, et al. Patient-physician relationships, health self-efficacy, and gynecologic cancer screening among women with lynch syndrome. *Hered Cancer Clin Pract* 2019;17(1):24.
  15. Grasaas E, Helseth S, Fegran L, Stinson J, Småstuen M, Haraldstad K. Health-related quality of life in adolescents with persistent pain and the mediating role of self-efficacy: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2020;18(1):19.
  16. Kadambi S, Soto-Perez-De-Celis E, Garg T, Loh Kp, Krok-Schoen JI, Battisti Nml, et al. Social support for older adults with cancer: young international society of geriatric oncology review paper. *J Geriatr Oncol* 2020;11(2):217–24.
  17. Berglund E, Lytsy P, Westerling R. Living environment, social support, and informal caregiving are associated with healthcare seeking behaviour and adherence to medication treatment: a cross-sectional population study. *Health Soc Care Community* 2019;27(5):1260–70.
  18. Jameel HT, Panatik SA, Nabeel T, Sarwar F, Yaseen M, Jokerst T, et al. Observed social support and willingness for the treatment of patients with schizophrenia. *Psychol Res Behav Manag* 2020;13:193.
  19. Kim B, Kim J. Influence of uncertainty, depression, and social support on self-care compliance in hemodialysis patients. *Ther Clin Risk Manag* 2019;15:1243.
  20. Nguyen Phuc Thu T, Hernández Ai, Costet N, Patural H, Pichot V, Carrault G, et al. Improving methodology in heart rate variability analysis for the premature infants: impact of the time length. *Plos one* 2019;14(8):e0220692.
  21. Baik Sh, Oswald Lb, Buitrago D, Buscemi J, Iacobelli F, Perez-Tamayo A, et al. Cancer-relevant self-efficacy is related to better health-related quality of life and lower cancer-specific distress and symptom burden among latina breast cancer survivors. *Int J Behav Med* 2020; 27:357-65.
  22. Okuboyejo S, Mbarika V, Omeregbe N. The effect of self-efficacy and outcome expectation on medication adherence behavior. *J Public Health Afr* 2018;9(3):826.
  23. Daniali SS, Darani Fm, Eslami AA, Mazaheri M. Relationship between self-efficacy and physical activity, medication adherence in chronic disease patients. *Adv Biomed Res.* 2017;6:63.
  24. Martos-méndez Mj. Self-efficacy and adherence to treatment: the mediating effects of social support. *J Behav Heal Soc Issues* 2015;7(2):19–29.
  25. Tao L, Wang M, Zhang X, Du X, Fu L. Exercise adherence in breast cancer patients: a cross-sectional questionnaire survey. *Medicine (baltimore)* 2020;99(22):e20427.
  26. Leutgeb R, Engeser P, Berger S, Szecsenyi J, Laux G. Out of hours care in Germany-High utilization by adult patients with minor ailments?. *BMC Fam Pract* 2017;18(1):1-8.
  27. Alsubeeh NA, Alsharafi AA, Ahamed SS, Alajlan A. Treatment adherence among patients with five dermatological diseases and four treatment types-a cross-sectional study. *Patient Prefer Adherence* 2019;13:2029.
  28. Salajegheh S, Emamipour S, Nematolah ZM. Explaining structural modeling of the relationship between self-coherence and mental well-being based on the mediating role of cognitive emotion regulation strategies in women with breast cancer. *J Thou Behav Cli Psychol* 2017 ; 12(46): 67-76.
  29. Risser J, Jacobson TA, Kripalani S. Development and psychometric evaluation of the Self-efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMS) in low-literacy patients with chronic disease. *J Nurs Meas* 2007;15(3):203-19.
  30. Sanchooli A, Bagheri H, Ebrahimi H. Validation of the Persian version of self-efficacy for appropriate

- medication use scale (seams). Knowledge and Health 2018;12(4): 69-75.
31. Merluzzi T V, Nairn RC, Hegde K, Martinez Sanchez Ma, Dunn L. Self - efficacy for coping with cancer: revision of the cancer behavior inventory (version 2.0). Psycho - oncology j psychol soc behav dimens cancer 2001;10(3):206-17.
32. Moser A, Stuck AE, Silliman RA, Ganz PA, Cloughgorr Km. The eight-item modified medical outcomes study social support survey: psychometric evaluation showed excellent performance. J Clin Epidemiol 2012;65(10):1107-16.
33. Kouyoumdjian Fg, Cheng Sy, Fung K, Orkin Am, Mcisaac Ke, Kendall C, et al. The health care utilization of people in prison and after prison release: a population-based cohort study in ontario, canada. Plos One 2018;13(8):e0201592
34. Guo S, Armstrong R, Waters E, Sathish T, Alif Sm, Browne Gr, et al. Quality of health literacy instruments used in children and adolescents: a systematic review. BMJ Open 2018;8(6) :e020080.
35. Shahin W, Kennedy GA, Stupans I. The impact of personal and cultural beliefs on medication adherence of patients with chronic illnesses: a systematic review. Patient Prefer Adherence 2019;13:1019.
36. Seixas AA, Trinh-Shevrin C, Ravenell J, Ogedegbe G, Zizi F, Jean-Louis G. Culturally tailored, peer-based sleep health education and social support to increase obstructive sleep apnea assessment and treatment adherence among a community sample of blacks: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2018;19(1):1-16.
37. Huang HM, Lai JH, Huang TW. Mediating effects of depression on anxiety and leisure constraints in patients with breast cancer. BMC womens health 2019;19(1):1-8.

# MODELING THE RELATIONSHIPS BETWEEN CANCER SELF-EFFICACY AND TREATMENT ADHERENCE IN WOMEN WITH BREAST CANCER: THE MEDIATING ROLE OF SOCIAL SUPPORT

Rahman Razavi<sup>1</sup>, Hamid Yaghubi<sup>2</sup>, Kamran Ganji<sup>3</sup>, Afsaneh Khajevand Khoshli<sup>4</sup>

Received: 14 November, 2020; Accepted: 27 March, 2021

## Abstract

**Background & Aims:** Condition management, improving the outcomes of health care, preventing further disability, and reducing the cost of health care are essential for people with chronic illnesses. Adherence to treatment is one of the key components in the management of chronic diseases. The aim of this study was to investigate the structural pattern of self-efficacy in coping with cancer through social support for adherence to treatment in women with breast cancer in Lorestan.

**Material & Methods:** The method of this study was descriptive and the research design was structural equation modeling based on correlation. The statistical population included all female patients with breast cancer who were referred to Shahid Rahimi Hospital for follow-up treatment and 300 of them were selected using the available sampling method. Then, they completed the self-efficacy of appropriate drug use, the Cancer Behavior Scale, and the Social Support Therapeutic Outcome Questionnaire. The research data were analyzed by AMOS.

**Results:** There was a significant relationship between self-efficacy in coping with cancer and social support with adherence to treatment. The results of the structural equation modeling revealed a good fit of the model with the experimental data and the basic hypothesis of the research was approved. Self-efficacy in coping with cancer has a significant direct effect on adherence to treatment. Also, self-efficacy in coping with cancer through social support showed an indirect and significant effect on adherence to treatment.

**Conclusion:** This study showed the effective role of social support in the outcome of social and individual measures to increase treatment adherence in breast cancer patients.

**Keywords:** Adherence to treatment, Self-efficacy in coping with cancer, Social support, Cancer

**Address:** Tehran, Shahed University, Department of Psychology

**Tel:** +989123105088

**Email:** Hyaghubi@yahoo.com

<sup>1</sup> Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

<sup>2</sup> Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran, Department of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran (correspond author)

<sup>3</sup> Department of Psychology, Malayer Branch, Islamic Azad University, Hamadan, Iran

<sup>4</sup> Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran