

## بررسی آگاهی، عقاید و رفتارهای بهداشتی داوطلبان سلامت شهر مشهد در رابطه با سرطان پستان در سال ۱۳۹۱

فاطمه پورحاجی<sup>۱</sup>: دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت مشهد  
محمد واحدیان شاهرودی: عضو مرکز تحقیقات علوم بهداشتی و هیأت علمی گروه بهداشت و مدیریت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد  
حبیب‌الله اسماعیلی: دانشیار آمار حیاتی، گروه آمار زیستی و عضو مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد  
فهیمه پورحاجی: کارشناسی ارشد مدیریت و برنامه ریزی آموزشی و کارشناس گروه توسعه و آموزش پزشکی دانشکده پزشکی مشهد

### چکیده

**مقدمه:** سرطان پستان یکی از عوامل منجر به مرگ در زنان محسوب می‌شود. از جمله راهکارهای اولیه پیشگیری از سرطان پستان و کاهش مرگ و میر ناشی از آن خودآزمایی پستان است. لذا این مطالعه با هدف تعیین میزان آگاهی، عقاید و رفتارهای بهداشتی داوطلبان سلامت شهر مشهد در سال ۱۳۹۱ انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه تحلیلی مقطعی از نوع همبستگی در سال ۱۳۹۱ بر روی ۴۱۰ نفر از داوطلبان سلامت ۲۰ ساله و بالاتر که از جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری مشهد انتخاب شده بودند، انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت طبقه‌ای بود؛ به این صورت که هر یک از مراکز بهداشتی درمانی شماره ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ مشهد به عنوان طبقه در نظر گرفته شدند. سپس لیستی از افراد داوطلب سلامت مراکز بهداشتی درمانی تهیه شد و بر اساس آن تعداد نمونه‌ها، به نسبت این افراد در مراکز بهداشتی درمانی تخصیص داده شد (داوطلبان سلامت کسانی هستند که به منظور ترویج رفتارهای سالم در جامعه، مهارت‌های بهداشتی را فرا گرفته و دوره‌های آموزشی لازم را می‌گذرانند و آموخته‌های خود را حداقل به ۵۰ خانوار منتقل می‌کنند). ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه ۲ قسمتی بوده که بخش اول شامل اطلاعات فردی، سن، شغل، تحصیلات است. و قسمت بعدی شامل سؤالات آگاهی از سرطان پستان و خودآزمایی پستان، سنجش عقاید بهداشتی و رفتارهای مربوط به غربالگری و سؤالات عقاید بهداشتی برگرفته از مقیاس مدل اعتقاد بهداشتی Champion که پایایی و روایی آن در مطالعات قبلی به اثبات رسیده است. داده‌ها به صورت خودگزارش‌دهی در مراکز بهداشتی جمع‌آوری شده و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و آزمون‌های آماری آنالیز واریانس یک طرفه همبستگی پیرسون و اسپیرمن، تجزیه و تحلیل شد.

**نتایج:** میانگین سنی افراد مورد پژوهش  $34.7 \pm 9.4$  و میانگین نمره آگاهی زنان مورد پژوهش  $9/6 \pm 3/7$  بود. ضریب همبستگی پیرسون بین سن و نمره آگاهی تفاوت معناداری را نشان نداد ( $P=0.033$ ,  $F=4.5$ ,  $r=0.01$ ). همچنین بین سن و نمره حساسیت درک شده و شدت درک شده ارتباط معناداری وجود داشت ( $p \leq 0.05$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش نشان داد که میزان آگاهی و رفتارهای غربالگری زنان مورد پژوهش پایین بوده و این امر بیانگر نیاز به آموزش تکنیک‌های غربالگری و تأکید دوره‌ای بر اهمیت آنها در تشخیص زودرس سرطان پستان است. همچنین برنامه‌های آموزشی نیز باید به گونه‌ای طراحی گردد که بتواند بر عوامل مرتبط با عملکرد تشخیص زودرس سرطان پستان تأثیرگذار باشد.  
**واژه‌های کلیدی:** سرطان پستان، غربالگری، داوطلب سلامت.

## مقدمه

سرطان بیماری سلول‌ها است که علامت مشخصه آن تکثیر نامحدود و غیر قابل کنترل سلول‌هایی است که نتوپلاسم بدخیم را تشکیل می‌دهند<sup>(۱)</sup>. در بین انواع سرطان‌ها، سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در زنان ایران و جهان است<sup>(۲)</sup>. سرطان پستان یکی از عوامل منجر به مرگ در زنان به شمار می‌رود. در کشورهای توسعه یافته از هر نه زن یک نفر به این نوع سرطان مبتلا می‌شود<sup>(۳)</sup>. براساس Globocan، وقوع سرطان پستان در ۴۰ سال اخیر رشد فزاینده‌ای داشته است<sup>(۴)</sup>.

در ایران شیوع این بیماری در حال افزایش است و مبتلایان به سرطان پستان در مقایسه با بیماران مشابه در کشورهای غربی حدود ۱۰ سال جوان تر هستند. متأسفانه آمار دقیقی از مبتلایان به این بیماری وجود ندارد، اما براساس اطلاعات غیر رسمی میزان بروز بیماری ۲۰ در هر ۱۰۰ هزار زن است<sup>(۵)</sup>. در سال ۲۰۰۷ با توجه به پژوهش‌ها در ایران، میزان ابتلا به سرطان ۲۲ در هر ۱۰۰ هزار نفر زن است و شیوع آن ۱۲۰ در هر ۱۰۰ هزار زن بود<sup>(۶)</sup>.

براساس آخرین آمار اعلام شده از سوی مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، میزان ابتلا به سرطان پستان در زنان ایرانی ۵/۲۷ در ۱۰۰ هزار نفر است، یعنی سالانه بیش از ۸ هزار مورد جدید سرطان پستان در ایران تشخیص داده می‌شود که حدود ۷۷۷۸ مورد آن در بین زنان است. این سرطان همه سنین ۱۵ تا ۸۵ سال را درگیر می‌کند اما شایع‌ترین سن بروز آن ۴۵ تا ۵۵ سال است<sup>(۲)</sup>.

سرطان پستان با آمار مرگ ۴ در صد هزار نفر، پنجمین علت مرگ را در بین سرطان‌ها برای خانم‌های ایرانی است و از لحاظ بار بیماری‌های سرطانی بین زنان، سومین رتبه را دارد<sup>(۷)</sup>. میزان بقای ۵ ساله در این بیماران در مراکز مختلف بین ۴۸٪ تا ۸۴٪ و میزان بقای کلی ۷۱٪ است<sup>(۲)</sup>.

این مسئله گویای آن است که این افراد نسبت به مبتلایان به برخی دیگر از انواع سرطان‌ها، مدت طولانی‌تری، با بیماری و یا با عوارض کوتاه مدت و بلند مدت و استرس‌های ناشی از آن به زندگی خود ادامه می‌دهند که بالطبع این امر خود می‌تواند سلامت روان این گروه را تحت تاثیر قرار دهد. از جمله راهکارهای اولیه

پیشگیری از سرطان پستان و کاهش مرگ و میر ناشی از آن خودآزمایی پستان است که به عنوان روش مناسب، موثر و بدون هزینه در تشخیص زودرس سرطان پستان به شمار می‌رود<sup>(۸)</sup>. خودآزمایی ماهانه پستان یک فعالیت غربالگری مهم جهت تشخیص زودرس سرطان پستان است و زنانی که این رفتار را انجام می‌دهند، به احتمال زیاد می‌توانند در مراحل اولیه توده‌های موجود در پستان خود را تشخیص دهند<sup>(۵)</sup>. تحقیقات نشان داده خودآزمایی توسط فرد، مهم‌ترین اقدام در مشخص کردن تومور در مراحل اولیه است، به طوری که بیش از ۶۵٪ از موارد وجود توده در پستان توسط خود بیمار می‌شود<sup>(۹)</sup>.

ولی با وجود کارآیی خودآزمایی پستان در کاهش مرگ و میر یافته‌های تحقیقاتی نشان می‌دهد که میزان اتخاذ این رفتار توسط زنان در جمعیت‌های مختلف پایین است. در مطالعات جمعیتی در مورد زنان مختلف که در ایالات متحده آمریکا انجام یافت، نشان داده شد میزان خودآزمایی پستان در زنان بین ۲۹٪ تا ۶۳٪ متغیر بوده است. در مطالعات مشابهی در کانادا، اردن و تایلند نیز نتایج مشابهی گزارش شده است<sup>(۱۰)</sup>. بررسی پاتیستا در بین زنان یونانی نشان داد که تنها ۱۲/۴ از واحدهای مورد پژوهش در طی سال خود آزمایی پستان را انجام داده‌اند<sup>(۱۱)</sup>. نتایج مطالعه‌ای در ایران نشان داد که فقط ۶٪ زنان معلم مبادرت به انجام خودآزمایی منظم پستان می‌نمایند<sup>(۵)</sup>. اگرچه خودآزمایی پستان تنها روش پیشگیری ممکن برای زنانی است که دسترسی کافی به مراقبت‌های بهداشتی درمانی ندارند، ولی تنها اقلیتی از زنان مبادرت به انجام این کار می‌کنند و تعدادی هم نمی‌دانند که چگونه باید خودآزمایی پستان را انجام دهند. عوامل مختلفی ممکن است در انجام یا عدم انجام خودآزمایی پستان موثر باشد<sup>(۱۲)</sup>. به دلیل اینکه داوطلبان سلامت در ارتقای آگاهی و نگرش خانواده‌ها نقش موثری دارند. بنابراین خود باید از جزئیات این رفتار بهداشتی آگاهی داشته باشند تا بتوانند لزوم انجام آن را مورد تاکید قرار داده و حتی قادر به آموزش آن نیز باشند. آموزش بهداشت بدون برنامه کوششی بهبود یافته یا کم اثر خواهد بود و انتخاب یک مدل آموزشی منجر به شروع برنامه و ادامه آن در مسیری صحیح می‌شود. هر چقدر پشتوانه تئوریک مناسبی برای نیازهای بهداشتی وجود داشته باشد

اصلاحات ۲۵ تن از اساتید محترم در حوزه آموزش بهداشت و متخصصین زنان و انکولوژی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در مورد سؤالات اعمال شد. سؤالات در مورد افراد کم سواد از طریق مصاحبه تکمیل گردید و افرادی که سطح تحصیلات آنها مقطع راهنمایی و بالاتر بود، خود با خواندن پرسشنامه به آن پاسخ دادند. پس از جمع آوری اطلاعات و وارد کردن داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ از آزمون‌های رگرسیون لجستیک،  $t$  مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون مجذور کای دو جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

### نتایج

میانگین سنی افراد مورد پژوهش  $34/7 \pm 9/4$  بود. در کل،  $36/8$  درصد سابقه سرطان پستان را در فامیل و اطرافیان ذکر نمودند. در این مطالعه اکثریت واحدهای پژوهشی  $93/9$  درصد وجود یا سابقه بیماری را در پستان ذکر نکرده بودند و در میان افراد شاکلی از وجود یا سابقه اختلال، شایع‌ترین مورد ( $1/4$  درصد) مربوط به درد پستان بود. میانگین نمره آگاهی زنان مورد پژوهش  $9/6 \pm 3/7$  بود. سقف نمره آگاهی بین ۱-۲۵ بود. با توجه به خط برش ۳۳ درصد نمرات کمتر از ۶ آگاهی ضعیف، ۱۲-۶ آگاهی متوسط و ۱۳-۱۹ آگاهی مطلوب در نظر گرفته شد. در کل ۸۶ نفر (۲۱ درصد) آگاهی ضعیف، ۲۲۲ نفر (۵۵/۹ درصد) آگاهی متوسط، ۹۵ نفر (۲۳/۲ درصد) در رابطه با سرطان پستان و خودآزمایی پستان آگاهی مطلوب داشتند. سایر متغیرها در جدول شماره (۱) آمده است. حدود  $87/6$  درصد ابراز کردند که از خودآزمایی پستان اطلاع داشته و  $12/4$  درصد از خودآزمایی پستان هیچ اطلاعی نداشتند. مهم‌ترین منابع اطلاعاتی در رابطه با بیماری و غربالگری آن به ترتیب پزشک، کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی  $346$  نفر (۸۴/۴)، پمفلت ۸۳ نفر (۲۰/۲ درصد) کتاب ۶۴ نفر (۱۵/۶ درصد)، تلویزیون ۴۰ نفر (۹/۸ درصد)، مباحثه با دوستان و خویشان ۲۹ نفر (۷/۱ درصد) روزنامه و مجلات ۱۷ نفر (۴/۱ درصد) و اینترنت و سایر منابع اطلاعاتی ۷ نفر (۱/۷ درصد) ذکر گردید. حدود ۵۰ نفر (۱۲/۲ درصد) اظهار نمودند که تا به حال از هیچ منبعی در رابطه با موضوع اطلاع کسب نکرده‌اند. در رابطه با عقاید بهداشتی، میانگین نمره شدت درک شده  $20/2 \pm 4/03$  و میانگین حساسیت درک شده افراد

اثربخشی برنامه‌های آموزش بهداشت بیشتر خواهد بود (۱۴ و ۱۳). لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان آگاهی، عقاید و رفتارهای بهداشتی داوطلبان سلامت شهر مشهد در رابطه با سرطان پستان و روش‌های غربالگری آن، در سال ۱۳۹۱ طراحی شده است، تا از نتایج مطالعه جهت تدوین برنامه‌های آموزشی با استراتژی مناسب در راستای ارتقای سطح آگاهی و نگرش و عملکرد زنان در زمینه خودآزمایی پستان و پیشگیری از سرطان پستان استفاده شود.

### مواد و روش‌ها

این مطالعه تحلیلی مقطعی از نوع همبستگی در سال ۱۳۹۱ بر روی ۴۱۰ نفر از داوطلبان سلامت ۲۰ ساله و بالاتر که از جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری مشهد انتخاب شده بودند، انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت طبقه‌ای بود؛ به این صورت که هر یک از مراکز بهداشتی درمانی شماره ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ مشهد به عنوان طبقه در نظر گرفته شدند. سپس لیستی از افراد داوطلب سلامت مراکز بهداشتی درمانی تهیه شد و بر اساس آن تعداد نمونه‌ها، به نسبت این افراد در مراکز بهداشتی درمانی تخصیص داده شد. داوطلبان سلامت کسانی هستند که به منظور ترویج رفتارهای سالم در جامعه، مهارت‌های بهداشتی را فرا گرفته و دوره‌های آموزشی لازم را می‌گذرانند و آموخته‌های خود را حداقل به ۵۰ خانوار منتقل می‌کنند (۱۵).

ابزار گردآوری اطلاعات از طریق پرسشنامه ۲ قسمتی بوده که بخش اول شامل اطلاعات فردی، سن، شغل، تحصیلات و قسمت بعدی شامل سؤالات آگاهی از سرطان پستان و خودآزمایی پستان (۲۵ سؤال)، سنجش عقاید بهداشتی (۱۰ سؤال) و رفتارهای مربوط به غربالگری (۵ سؤال) بود. سؤالات عقاید بهداشتی برگرفته از مقیاس مدل اعتقاد بهداشتی (Champion's Health Belief Model Scales) است که در سال ۱۹۸۴ جهت استفاده بین المللی طراحی شد و در سال ۱۹۹۷ و ۱۹۹۹ مورد بازنگری قرار گرفت (۱۶). پایایی این ابزار بارها در جمعیت‌های مختلف سنجیده شده است (۱۷). در مطالعه حاضر پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ  $0/85$  محاسبه گردیده است. جهت روایی پرسشنامه در مطالعه حاضر از روش اعتبار محتوا استفاده گردید و نظرها و

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و درصد ویژگی‌های فردی زنان مورد پژوهش

فراوانی		ویژگی‌های جمعیت‌شناختی رابطان سلامتی	
درصد	تعداد	تعداد کل = ۴۱۰	
۳/۹	۱۶	سن ۲۰ سال	گروه سنی (سال)
۱۰/۷	۴۴	۲۱-۲۴	
۱۵/۹	۶۵	۲۵-۲۹	
۲۰/۷	۸۵	۳۰-۳۴	
۱۹/۵	۸۰	۳۵-۳۹	
۱۵/۶	۶۴	۴۰-۴۴	
۱۵/۴	۶۳	۴۵ و بالاتر	
۱۸/۸	۷۷	پنجم ابتدایی و کم‌تر	میزان تحصیلات
۲۴/۱	۹۹	اول تا سوم راهنمایی	
۴۸/۵	۱۹۹	اول تا سوم دبیرستان	
۸/۵	۳۵	دیپلم و بالاتر	
۱۲/۲	۵۰	هرگز ازدواج نکرده	وضعیت تأهل
۸۴/۶	۳۴۷	متأهل	
۱/۷	۷	همسر فوت شده	
۱/۵	۶	مطلقه	
۵/۹	۲۴	شاغل	وضعیت اشتغال
۹۴/۱	۳۸۶	خانه دار	
۳۶/۸	۱۵۱	مثبت	میزان ابراز افراد در باره برخورد با فرد مبتلا به سرطان پستان در دوستان و آشنایان
۶۳/۲	۲۵۹	منفی	

را انجام می‌دادند. حدود ۲۷۹ (۶۸ درصد) نحوه انجام خودآزمایی پستان را به طور صحیح می‌دانستند. در بررسی همبستگی بین سن و نمره آگاهی افراد مورد مطالعه ضریب همبستگی تفاوت معناداری را نشان نداد. ( $P = 0/1$ ,  $F = 0/08$ ,  $r = 0/08$ ) داد بین وضعیت تاهل و نمره آگاهی تفاوت معناداری وجود ندارد و آزمون آماری آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد وضعیت تاهل تاثیری بر نمره آگاهی زنان نداشت ( $P = 0/4$ ,  $F = 0/8$ ). در بررسی همبستگی بین سن و نمره حساسیت درک شده ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که تفاوت معناداری بین نمره حساسیت درک شده افراد و سن آنها وجود داشت ( $P = 0/03$ ,  $r = 0/1$ ). ولی به نظر می‌رسد میزان این همبستگی قابل توجه نیست. همچنین آزمون آنالیز واریانس یک طرفه بین

۱۱/۰۵±۳/۴ بدست آمد. سؤال رفتار خودآزمایی پستان با بهره‌گیری از ۴ سؤال مورد ارزیابی قرار گرفت بطوری که این سؤالات در مورد داشتن تجربه خودآزمایی پستان و انجام ماهیانه و منظم خودآزمایی بود. نمره سؤالات رفتار ۰-۷ بود.

از کل نمره ۷ مربوط به سؤالات عملکرد، نمره ۰-۲ عملکرد ضعیف، ۳-۵ عملکرد متوسط، ۵-۷ عملکرد مطلوب در نظر گرفته شد. در مطالعه انجام شده عملکرد ۱۶۸ نفر (۴۱ درصد) ضعیف، عملکرد ۱۲۴ (۳۰/۲ درصد) متوسط و ۱۱۸ (۲۸/۸ درصد) عملکرد مطلوب داشتند. میانگین نمره عملکرد ۳/۵±۲/۵ بود.

۱۹۲ نفر (۴۶/۸ درصد) به صورت منظم و ماهیانه انجام می‌دادند. ۱۸۹ نفر (۴۶/۱ درصد) زمان انجام خودآزمایی پستان را می‌دانستند و در موقع صحیح خودآزمایی پستان

میانگین و انحراف معیار نمرات منافع و موانع درک شده به ترتیب  $21/6 \pm 2/9$  و  $25/4 \pm 8/1$  بود. شایع‌ترین مانع درک شده خودآزمایی پستان فراموشی بود. سایر علل عدم انجام خودآزمایی پستان در جدول ۴ آمده است.

گروه‌های سنی و نمره آگاهی تفاوت معناداری را نشان نداد ( $P = 0/4$ ,  $F = 0/9$ ). همچنین بین سن و شدت درک شده نیز همین نتیجه بدست آمد ( $P = 0/1$ ,  $F = 0/9$ ). سایر نتایج در جدول شماره ۲ و ۳ آمده است.

جدول ۲: ماتریس ضریب همبستگی بین آگاهی و حساسیت و شدت درک شده زنان مورد پژوهش در مورد رفتار خودآزمایی پستان

متغیر	F	r	(p-value)
میانگین نمره آگاهی- میانگین نمره شدت درک شده	0/027	r = 0/08	P = 0/89
میانگین نمره آگاهی- میانگین نمره حساسیت درک شده	3/2	r = 0/08	P = 0/07
میانگین نمره حساسیت درک شده- میانگین نمره شدت درک شده	7/36	r = 0/28	p < 0/001

### بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تعیین میزان آگاهی، عقاید و رفتارهای بهداشتی داوطلبان سلامت شهر مشهد در رابطه با سرطان پستان و روش‌های غربالگری آن در سال ۱۳۹۱ انجام شد. نتایج نشان داد که در رابطه با سرطان پستان و خودآزمایی پستان ۲۱ درصد آگاهی ضعیف و ۲۳/۳ درصد آگاهی مطلوب داشتند. در مطالعات مختلف انجام شده در ایران، سطح آگاهی ضعیف از سرطان پستان و روش‌های غربالگری آن بین ۴/۲-۵۷/۳ گزارش شده است (۱۸-۲۰). در مطالعه نوری زاده و همکاران (۲۱) این میزان برای آگاهی ضعیف ۴۴/۳ و آگاهی مطلوب ۵ درصد بود. میزان آگاهی گزارش شده در مطالعه گدازنده و همکاران (۲۲)، (۴/۲ درصد) بود. در این مطالعه سطح آگاهی مطلوب ۲۸/۵ درصد گزارش شده بود که احتمالاً بالا بودن این میزان به دلیل سطح تحصیلات نمونه‌های مورد پژوهش (۸۶/۷ درصد تحصیلات متوسط تا دانشگاهی) بوده است. در مطالعه حاضر ۴۶/۱ درصد افراد زمان انجام خودآزمایی پستان و ۶۸/۸ درصد فواصل صحیح انجام آن را می‌دانستند که همسو با مطالعه ما در مطالعه نوری زاده و همکاران (۲۱) نیز ۲۰/۱ درصد از زمان انجام خودآزمایی پستان و ۳۷/۹ درصد از فواصل انجام آن اطلاع داشتند. در مطالعه بنائیان و همکاران (۱۹) نیز ۱۶/۵ از تواتر انجام خودآزمایی و ۲۵/۳ درد از زمان انجام آن آگاهی داشتند.

در مطالعه داندیر (Dündar) و همکاران در استرالیا ۳۱ درصد از زنان به طور منظم و ماهیانه BSE را انجام می‌دادند (۲۲).

در این مطالعه پزشک، کارکنان بهداشتی-درمانی با ۸۴/۴ درصد بیشترین منبع اطلاعاتی شرکت کنندگان در ارتباط با بیماری و روش‌های غربالگری بودند. در مطالعه نوری زاده و همکاران پزشک، کارکنان بهداشتی-درمانی و پوسترهای بهداشتی ۳۵/۶ درصد بیشترین منبع اطلاعاتی شرکت کنندگان بودند (۲۱).

در مطالعه یآوری و همکاران (۲۳)، سهم پزشک و پرسنل بهداشتی-درمانی به عنوان منبع اطلاعاتی زنان غیر مبتلا ۲۷ درصد گزارش گردید. در مطالعه بنائیان و همکاران در بین منابع آموزش، مراکز بهداشتی با ۶۳/۵ درصد بیشترین، سهم را به خود اختصاص داده بودند (۱۹).

در مطالعه حاضر بین سن و نمره آگاهی ارتباطی وجود نداشت که همسو با مطالعه ما، در پژوهش گدازنده و همکاران احتمال اینکه زنان بالای ۲۰ سال و با سطح تحصیلات بالاتر آگاهی کمتری نسبت به برنامه‌های پیشگیری از سرطان پستان داشته باشند، بیشتر بود (۱۸). بر خلاف مطالعه ما، مطالعه نوری زاده (۲۱) با افزایش سن، میزان آگاهی از بیماری و روش‌های غربالگری افزایش نشان می‌داد.

جدول ۳: مقایسه نمره آگاهی، حساسیت درک شده و شدت درک شده براساس ویژگیهای فردی داوطلبان سلامت

نمره شدت درک شده				نمره حساسیت درک شده				نمره آگاهی				ویژگی‌های داوطلبان سلامت	
سطح معناداری		انحراف	میانگین	سطح معناداری		انحراف	میانگین	سطح معناداری		انحراف	میانگین	آزمون آنالیز واریانس	گروه‌های سنی
F	P.value	معیار	F	P.value	معیار	F	P.value	F	P.value	معیار			
۰/۷	۰/۵	۳/۱	۱۹/۳۷	۰/۹	۰/۴	۳/۵	۱۱/۱۲	۰/۸	۰/۵	۴/۱	۹/۹	سن ۲۰ سال و پایین‌تر	
		۴/۵	۲۰/۴۷			۳/۳	۱۱/۷۹			۳/۰۵	۹/۸	۲۰ - ۲۴	
		۳/۵	۲۰/۵۲			۳/۱	۱۱/۲۱			۳/۷	۱۰	۲۵-۲۹	
		۴/۵	۱۹/۷۸			۳/۴	۱۱/۱۵			۳/۸	۹/۶	۳۰-۳۴	
		۳/۳۲	۲۰/۶۶			۳/۲۷	۱۱/۲۱			۳/۷	۹/۸	۳۵-۳۹	
		۴	۱۹/۶۴			۳/۳۱	۱۰/۴۷			۳/۳	۹/۷	۴۰-۴۴	
		۴/۵	۲۰/۳۹			۳/۹۳	۱۰/۵۳			۳/۹	۸/۷	۴۴ و بالاتر	
۰/۴	۰/۶	۴/۴	۱۹/۸۷	۱/۵	۰/۲	۳/۷	۱۰/۴۴	۱۱/۷	*۰/۰۰	۳/۵	۱۰/۱۷	ابتدایی و کم‌تر	میزان تحصیلات
		۳/۹۷	۲۰/۵۱			۳/۵	۱۱/۰۹			۳/۸	۹/۵	اول تا سوم راهنمایی	
		۳/۷	۲۰/۴۹			۳/۲۴	۱۱/۳۲			۳/۶	۹/۶	اول تا سوم دبیرستان	
		۴/۲	۱۸/۴۵			۳/۲۳	۱۰/۷۷			۴/۵	۰/۸	دیپلم و بالاتر	
۰/۴	۰/۷	۲/۹	۲۰/۲	۲/۰۱	۰/۱	۳/۳۰	۱۱/۱۸	۰/۸	۰/۴	۳/۵	۱۰/۱۷	هرگز ازدواج نکرده	وضعیت تأهل
		۴/۱	۲۰/۱			۳/۴۰	۱۱/۱۲			۳/۸	۹/۵	متأهل	
		۳/۳۰	۲۱/۱۱			۳/۹۳	۸/۸			۳/۶	۹/۶	همسرفوت شده	
		۲/۸	۲۰/۸۳			۳/۶۶	۸/۶			۴/۵	۰/۸	مطلقه	
t	P.value	انحراف	میانگین	t	P.value	انحراف	میانگین	t	P.value	انحراف	میانگین	آزمون تی مستقل	شغل
۱/۴	۰/۱۴	۴/۰۱	۲۰/۲۷	۰/۸	۰/۴	۳/۴	۱۰/۵	۰/۴۳	۰/۹	۳/۸	۱۰/۱	شاغل	
		۴/۲	۱۸/۹۵			۳/۴	۱۱/۰۸			۳/۸	۱۰/۶	خانه دار	
۰/۵	۰/۵	۴/۳	۲۰/۳۴	۲/۸	*۰/۰۰۴	۳/۰۲	۱۱/۶	۱/۸	۰/۷	۳/۸	۱۰/۳	مثبت	سابقه**
		۳/۸	۲۰/۱۱			۳/۵	۱۰/۶			۳/۸	۹/۹	منفی	

\*\* سابقه برخورد با افراد مبتلا به سرطان پستان در دوستان و آشنایان

\* سطح معناداری در سطح ۰/۰۵

جدول ۴: دلایل عدم انجام خودآزمایی پستان در زنان مورد پژوهش

درصد	تعداد	دلایل عدم انجام خودآزمایی پستان
۱۵/۴	۶۳	عدم آشنایی با تکنیک خودآزمایی پستان
۲۷/۸	۱۱۴	فراموشی
۱۶/۳	۶۷	اهمیت ندادن
۱۷/۶	۷۲	وقت گیر بودن
۱۳/۷	۵۶	اعتقاد به عدم ابتلا به سرطان پستان
۱۵/۹	۶۵	فکر نکردن به علت سرطان پستان
۱۲/۷	۵۲	عدم توانایی انجام خودآزمایی پستان

خودآزمایی پستان با آگاهی ارتباط معنی‌داری نشان داد که مشابه مطالعات قبلی است (۲۰، ۲۲، ۲۹ و ۳۰). همچنین یافته‌ها نشان داد بین سطح تحصیلات افراد و رفتار خودآزمایی پستان ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد که این یافته با نتایج سایر مطالعات در تناقض است (۱۹ و ۲۰).

Graham و همکاران (۲۰۰۲) تأثیر اعتقادهای بهداشتی بر عملکرد در مطالعه، بسیار قوی و مؤثرتر از مشخصات دموگرافیک گزارش گردید (۳۳).

نوری‌زاده (۲۱) به نقل از بنائیان (۱۹) گزارش کرد که از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر آگاهی و عملکرد در رفتارهای مربوط به غربالگری سرطان پستان، سابقه شخصی و سابقه فامیلی سرطان است.

در پایان باید گفت یکی از مسایل مهم در رابطه با رفتارهای غربالگری سرطان پستان و مفاهیم بهداشتی تفاوت‌های فرهنگی و همچنین تفاوت‌های درون فرهنگی است. به نظر می‌رسد عدم رعایت رفتارهای بهداشتی در هر جامعه‌ای وجود داشته باشند، زیرا رفتارهای درست و نادرست بهداشتی، بخشی از فرهنگ آن جامعه را تشکیل می‌دهد. بنابراین برای اینکه افراد آماده عمل کردن به شیوه‌های درست زندگی جهت حفظ سلامت خود و اجتناب از بیماری‌ها گردند، نیازمند شکل دادن رفتارهای بهداشتی و اجرای برنامه‌های آموزشی مناسب برای تأمین این گونه رفتارها هستند (۳۴).

یافته‌های این پژوهش نشان داد که میزان آگاهی و رفتارهای غربالگری زنان مورد پژوهش پایین بوده و این امر بیانگر نیاز به آموزش تکنیک‌های غربالگری و تأکید دوره‌ای بر اهمیت آنها در تشخیص زودرس سرطان پستان است. همچنین برنامه‌های آموزشی نیز باید به گونه‌ای طراحی گردد که بتواند بر عوامل مرتبط با عملکرد تشخیص زودرس سرطان پستان تأثیر گذار باشد. از محدودیت‌های این مطالعه، جمع‌آوری اطلاعات مربوط به آگاهی، عقاید و رفتارهای بهداشتی در رابطه با خودآزمایی پستان از طریق خودگزارشی است که از دقت لازم برخوردار نیست ولی به نظر نمی‌آید که راهی برای رفع این محدودیت وجود داشته باشد. به علاوه مقطعی بودن این مطالعه نیز از محدودیت‌های دیگر آن است.

از لحاظ تئوری، منافع درک شده بالا توأم با موانع درک شده پایین با عملکرد غربالگری بیماری در ارتباط است (۱۶). لذا، به نظر می‌رسد جهت افزایش عملکرد غربالگری در بین افراد مورد پژوهش باید بتوان بر موانع درک شده آنان غلبه کرد که در مورد خودآزمایی پستان شایع‌ترین مانع درک شده در مطالعه حاضر فراموشی بود. در مطالعه کریمی و همکاران (۲۴) مهم‌ترین مانع انجام خودآزمایی قبل از آموزش، ترس از یافتن غده و ترس از داشتن سرطان پستان بود.

در مطالعه ما بین شدت درک شده با عملکرد ارتباط آماری معنادار وجود داشت اما بین حساسیت درک شده و عملکرد ارتباط معناداری دیده نشد. در مطالعه نوری‌زاده بین شدت و حساسیت درک شده با عملکرد کلی ارتباط آماری نداشت اما، بین شدت درک شده و انجام ماموگرافی غیرتشخیصی ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد. در برخی مطالعات قبلی نیز انجام ماموگرافی با میزان حساسیت درک شده ارتباطی نداشت (۱۰، ۲۵ و ۲۶). حال آنکه در بعضی دیگر این ارتباط معنی‌دار بوده است (۲۷).

همسو با پژوهش حاضر، در مطالعه‌ای تحت عنوان کاربرد تئوری انگیزش محافظت برای انجام تست ژنتیک برای تشخیص سرطان پستان که به وسیله هلمز و همکاران (۲۰۰۲) بر روی ۳۳۰ زن انجام شد، نتایج نشان دادند که شدت درک شده از خطر سرطان سینه و هزینه‌های درک شده توانستند قصد انجام تست ژنتیک را پیش بینی کنند (۲۸).

در مطالعه ما شدت درک شده با عملکرد کلی ارتباط آماری داشت اما بین شدت درک شده و رفتار ارتباطی دیده نشد. همسو با مطالعه ما در بررسی Secginli و همکاران انجام ماموگرافی با میزان حساسیت درک شده ارتباطی وجود نداشت (۱۰). همین نتیجه در مطالعات مشابه (۱۰، ۲۵ و ۲۸) دیده شد. علیرغم یافته‌های قبلی مبنی بر ارتباط بین رفتارهای غربالگری و سابقه سرطان پستان در فامیل و اطرافیان (۱۹ و ۲۹) در پژوهش حاضر چنین ارتباطی دیده نشد که در مطالعات (۱۸ و ۳۰) همین نتیجه بدست آمد. مطالعات نشان داده است که درک خطر با رفتار پیشگیرانه افراد ارتباط دارد (۳۱). نتیجه بررسی متاآنالیز نشان داد که خطر درک شده قوی‌تر با سطوح بالایی از انجام غربالگری با ماموگرافی در ارتباط است (۳۲). در این مطالعه آنالیز رگرسیون خطی بین رفتار

در حوزه آموزش سلامت هستند که پیشنهاد می‌شود مورد توجه بیشتر مسئولین قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

از همکاری معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و مسئولین و کادر محترم مراکز بهداشتی-درمانی مشهد و نیز افراد مورد پژوهش نهایت تشکر و قدردانی می‌گردد.

پیشنهاد می‌شود برای تعیین میزان دقیق آگاهی، عقاید و رفتارهای بهداشتی درباره خودآزمایی پستان مطالعاتی به صورت مداخله‌ای طراحی و اجرا گردد.

از آن جایی که یکی از منابع ارتقای سطح آگاهی و نگرش و رفتارهای بهداشتی رسانه‌های جمعی است، پیشنهاد می‌شود ترتیبی اتخاذ گردد تا زمینه برای تولید رسانه‌ها در حوزه سرطان پستان فراهم گردد. بی‌شک یکی از گروه‌های بسیار مهم و کارآمد در این زمینه افراد متخصص

### References

- Hajian S, Vakilian K, Najabadi KM, Hosseini J, Mirzaei HR. Effects of education based on the health belief model on screening behavior in high risk women for breast cancer, tehran, iran. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP* 2011; 12(1): 49.
- Akbari A, Akbari M, Khaymzadeh M, Khoshnevis S, Nafisi N. Five and ten years survival in breast cancer patients mastectomies vs. breast conserving surgeries personal experience. *Iranian Journal of Cancer Prevention* 2008; 1: 1-2.
- Pisani P, Bray F, Parkin DM. Estimates of the worldwide prevalence of cancer for 25 sites in the adult population. *International journal of cancer* 2002; 97(1): 72-81.
- Harirchi I, Ebrahimi M, Zamani N, Jarvandi S, Montazeri A. Breast cancer in Iran: a review of 903 case records. *Public Health* 2000; 114(2): 143-5.
- Jarvandi S, Montazeri A, Harirchi I, Kazemnejad A. Beliefs and behaviours of Iranian teachers toward early detection of breast cancer and breast self-examination. *Public Health* 2002; 16(4): 245-19.
- Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Jarrahi AM, Harirchi I, Najafi M, et al. Breast cancer in Iran: an epidemiological review. *The breast journal* 2007; 13(4): 383-91.
- Akbari M. Cancer and Emotion; the Scope of Psycho-Socio-Oncology. *Iranian Journal of cancer Prevention, Editorial Note* 2010; 3(2).
- Yarbrough SS, Braden CJ. Utility of health belief model as a guide for explaining or predicting breast cancer screening behaviours. *Journal of advanced nursing* 2001; 33(5): 677-88.
- Marinho LA C-GM, Cecatti JG, Osis MJ. Knowledge, attitude and practice of breast self-examination in health centers. *Rev Saude Publica* 2003; 37(5): 576-82.
- Secginli S, Nahcivan NO. Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women :a questionnaire survey. *International journal of nursing studies* 2006; 43(2): 161-71.
- E P. Breast Self examination knowledge behaviour of Greek femal health care professionals working in primary health care centers. *Cancer Nursing* 1992; 15(6): 415.
- Gözüm S, Aydın I. Validation evidence for Turkish adaptation of Champion's Health Belief Model scales. *Cancer nursing* 2004; 27(6): 491.
- H A. [Passing from traditional health education to achieving theory-based health education programs] Persian. *Journal of Professional Health Education& Health promotion* 2004; 1(3): 75-80.
- Sharifiehrad GH, Mohebbi S. The effect of health education based on Health Belife Model on self care of leg in type 2 diabetic patients. *Iranian journal of endocrinology and Metabolism Journal of Shahidbehshiti*



university of medical sciences and health services 2005; 14(1): 18-27.

15. Ramezankhane A. Volunteer health and social and economic development goals. Summer and Autumn Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Ministry of Health and Medical Education 2010.

16. Champion V. Revised susceptibility, benefits and barriers scale for mammography screening. *Research in Nursing and Health* 1999; 22 (4): 341-8.

17. G G. Factors related to practice of breast self examination in rural women. *Cancer Nursing* 1990; 13(2): 100-7.

18. Godazandeh Gh KH, Khalilian AR, Atarod Z, Firozjaji MA, Partovi A. Knowledge and practice of Sari women over 15 years women regarding breast cancer. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2004; 16(52): 64-74.

19. Banaeian SH KA, Kheiri S. Knowledge, attitude and practice of women referring to health centers of Brojen regarding breast cancer screening and its effect factors. *Journal of hahrekord University of Medical Sciences* 2005; 7(4): 28-34.

20. Jokar F GN. Knowledge, attitude and practice of Ilamian women regarding breast cancer. *Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2000; 9(26- 27): 29-35.

21. Nourizadeh R, Sahebi L. Knowledge, health beliefs and breast cancer screening behaviors of women referring to health centers of Tabriz. *Iranian Journal of Breast Disease* 2010; 3(3): 43-51.

22. Dündar PE, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G, Akyıldız F, Çoban S, et al. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. *BMC cancer* 2006; 6(1): 43.

23. Yavari P MY, Aminpour Hoseingholi M. Knowledge and practice of women regarding BSE: a case-control study. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2005; 5(4): 371-9.

24. Karimi M HM, Khorrani R, Ghaffari M, Niknami Sh. The effect of educational program

based on HBM on BSE among health mediators of Zarandieh, 2007. *Tabibe Shargh* 2008; 10(4): 281-9.

25. Holm C, Frank DI, Curtin J. Health beliefs, health locus of control and women's mammography behavior. *Cancer Nursing* 1999; 22(2): 149-56.

26. C RL. Factors of perceived susceptibility and severity on breast cancer mammography age among American women in Generation Y: Faculty of The Graduate School, Howard University 2010.

27. Canbulat N UO. Health beliefs and breast cancer screening behaviors among female health workers in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing* 2008; 12: 148-56.

28. AW H. Application of the protection motivation theory to genetic testing for breast cancer risk. *Prev Med* 2002; 35: 453-62.

29. Ghazanfari Z MS, Ezzat Talab F. Knowledge, attitude and practice of employed women of Chaloos regarding prevention of breast cancer. *Journal of Yazd University of Medical Sciences* 2006; 14(2): 44-50.

30. Park KCS, Kim HC, Park EC, Lee ES, Nam CM. Big gap between risk perception for breast cancer and risk factors: Nationwide survey in Korea. *Patient Education and Counseling* 2009; 76: 113-9.

31. Katapodi MC LK, Facione NC, Dodd MJ. Predictors of perceived breast cancer risk and the relation between perceived risk and breast cancer screening: a meta analytic review. *Prev Med* 2004; 38: 388-402.

32. JA S. Identifying women's perceived barriers to mammography screening: Nursing at Northern Kentucky University; 2009.

33. Graham ME LY, Hypolite M. Health beliefs and self breast examination in black women. *Journal of Cultural Diversity* 2002; 9(3): 49-54.

34. Asade F. Survey of women health behaviors related to prevention of toxoplasmosis in lahijan. *Guilan nursing and midwifery J* 1999; 8(4): 4-12.