ORIGINAL ARTICLE

Iranian Quarterly Journal of Breast Disease 2018; 11(2):56.

Breast Cancer Screening Behavior Among Nurses in Kerman Teaching Hospitals and Its Relationship with the Health Beliefs Model Scales

Mahmoudabadi M: Physiology Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
Saeidifar A: Medical Student Research Committee, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
Safizadeh H: Social Determinants of Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Corresponding Author: Hossein Safizadeh, hsafizade@kmu.ac.ir

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-14]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.2.1.9]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijbd..11.2.56]

Abstract

Introduction: Breast cancer is among common cancers in women. Early diagnosis affects the prognosis of this disease. This study was performed to investigate methods of breast cancer screening among nurses and to find its relationship with the components of the Champion Health Belief Model.

Methods: In this analytical cross-sectional study, 209 nurses from Kerman educational hospitals were evaluated in 2015. The instrument used was the Persian version of the standardized Champion Health Belief Model Scale (CHBMS). Data were analyzed using the independent t-test on SPSS17 software package.

Results: The Mean age of participants was 35.6±8.01 years. The rates of regular breast self-examination, history of breast clinical examination, and history of mammography were 9.3%, 24.6% and 12.8%, respectively. Perceived seriousness was higher in married than in single subjects. Self- efficacy, perceived benefit, and perceived barriers significantly affected doing breast self-examination. Perceived susceptibility and self-efficacy affected visiting a physician for breast physical examination, and perceived barriers had a significant effect on doing mammography.

Conclusion: The present study showed a low rate of breast cancer screening in nurses and considering the relationship of these beliefs with self-efficacy and perceived barriers, it is recommended that training programs focus more on these two aspects.

Keywords: Screening, Breast Cancer, Health Belief Model, Nurse

مقاله پژوهشی

فصلنامهٔ بیماری‌های پستان ایران، سال یازدهم، شماره دوم، تابستان ۱۳۹۷؛ (۶۵-۵۷)

تاریخ ارسال: ۹۷/۰۲/۰۴ | تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۴/۲۴

بررسی رفتارهای غربالگری سرطان پستان در پرستاران بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان و تعیین ارتباط آن با اجزای مدل اعتقاد بهداشتی

مرجان محمودآبادی: مرکز تحقیقات فیزیولوژی، پژوهشکده نوروفارماکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
آرزو سعیدی‌فر: کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
حسین صافی‌زاده*: مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-14]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.2.1.9]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijbd..11.2.56]

چکیده

مقدمه: سرطان پستان از جمله سرطان‌های شایع زنان می‌باشد که تشخیص به موقع در پیش‌آگهی آن موثر است. این مطالعه با هدف بررسی رفتارهای غربالگری سرطان پستان در پرستاران و تعیین ارتباط آن با اجزای مدل اعتقاد بهداشتی Champion انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی- تحلیلی، ۲۰۹ نفر از پرستاران در دسترس در بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان در سال ۱۳۹۴ مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده نسخه فارسی و استاندارد شده پرسشنامه الگوی اعتقاد بهداشتی Champion(CHBMS) بوده و آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷ و انجام آزمون آماری تی مستقل صورت گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد شرکت‌کننده ۸/۰۱±۳۵/۵۳ سال بود. میزان انجام منظم خودآزمایی پستان و سابقه معاینه بالینی پستان و ماموگرافی توسط پرستاران مورد بررسی به ترتیب ۹/۱، ۲۶/۳ و ۱۵/۸درصد بود. در افراد متاهل شدت درک شده بیشتر از افراد مجرد بود. خودکارآمدی، سودمندی و موانع درک شده در انجام خودآزمایی پستان، حساسیت درک شده و خودکارآمدی در مراجعه به پزشک جهت معاینه پستان و موانع درک شده در انجام ماموگرافی نقش موثر داشتند.

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان داد که انجام روش‌های غربالگری سرطان پستان در پرستاران پایین است و با توجه به ارتباط این رفتارها با خودکارآمدی و موانع درک شده، توصیه می‌شود که برنامه‌های آموزشی بر این دو حیطه تمرکز بیش‌تری داشته باشند.

واژه‌های کلیدی: غربالگری، سرطان پستان، الگوی اعتقاد بهداشتی، پرستار

* نشانی نویسنده مسئول: کرمان، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، حسین صافی‌زاده.
نشانی الکترونیک: hsafizade@kmu.ac.ir

مقدمه

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در بین زنان می‌باشد. میزان بروز آن در نقاط مختلف دنیا متفاوت می‌باشد و از ۲۷ در ۱۰۰۰۰۰ در آفریقا تا ۹۶ در ۱۰۰۰۰۰ در اروپای غربی گزارش شده است (۱). در آسیا به طور متوسط میزان بروز ۲۹/۱ در ۱۰۰۰۰۰ می‌باشد و طی دهه‌های اخیر به سرعت در حال افزایش می‌باشد به گونه‌ای که امروزه بالغ بر ۴۰٪ سرطان‌های پستان تشخیص داده شده در دنیا مربوط به کشورهای آسیایی می‌باشند (۲). در ایران سرطان پستان ۲۱/۴٪ کل سرطان‌های زنان را به خود اختصاص داده و شایع‌ترین بدخیمی در بین زنان محسوب می‌شود (۳). در ایران میزان بروز خام و میزان بروز اختصاصی سنی (ASR: Age Specific Rate) سرطان پستان به ترتیب ۲۶/۳ و ۲۸/۱ در ۱۰۰۰۰۰ می‌باشد (۴) و تخمین زده می‌شود در سال بیش از ۲۶۰۰ نفر به دلیل این سرطان فوت کنند (۵). بیشترین موارد سرطان پستان در ایران در زنان ۵۴-۴۵ سال رخ می‌دهد (۶). زنان ایرانی مبتلا به سرطان پستان نسبت به همتایان خود در کشورهای غربی ۱۰ سال جوان‌تر می‌باشند و اغلب با مراحل پیشرفته سرطان مراجعه می‌نمایند (۳). روند مرگ و میر سرطان پستان در ایران در حال افزایش می‌باشد (۷) و متاسفانه حدود ۷۰٪ مبتلایان تنها چند ماه پس از شروع درمان به دلیل تاخیر در تشخیص فوت می‌کنند (۶)، این در حالی است که تشخیص زودرس سرطان، شانس بهبود را افزایش داده و موجب کاهش مرگ و میر بیماران می‌شود (۸). از این رو غربالگری و تشخیص زودرس سرطان پستان از اهمیت زیادی برخوردار است و روش‌های غربالگری نظیر خودآزمایی پستان (BSE: Breast self-examination)، معاینه بالینی پستان (CBE: Clinical breast examination) و ماموگرافی به عنوان روش‌های تشخیص زودرس این بیماری معرفی شده‌اند (۳). مطالعات انجام شده نشان‌دهنده استقبال اندک زنان ایرانی از غربالگری سرطان پستان می‌باشند (۹)، میزان انجام BSE در بین زنان ایرانی از ۳ تا ۱۷ درصد گزارش شده است که نسبت به زنان غربی خیلی کمتر می‌باشد و از انجام CBE نیز اطلاع دقیقی در دست نیست (۳) میزان ماموگرافی نیز بین ۳۰/۵-۱/۶ درصد گزارش شده است (۶). طبق نتایج مطالعه حریرچی و همکاران اگرچه دانش و نگرش ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی در ایران نسبت به توصیه‌های WHO در زمینه کشف زودرس سرطان پستان نسبتاً مناسب می‌باشد منتهی عملکرد آنها مطلوب نیست (۱۰).

در ایران پرستاران از جمله مهم‌ترین اعضای نظام سلامت می‌باشند که برای خدمت رسانی به بیماران و حفظ و توسعه سلامت عمومی آموزش داده می‌شوند. آموزش بهداشت در جهت توسعه رفتارهای بهداشتی حفاظتی و ارتقا دهنده سلامت یکی از وظایف اصلی آنها به‌شمار می‌آید (۱۱). از این‌رو پرستاران از بهترین افرادی هستند که می‌توانند زنان را در جهت کسب آگاهی بیشتر در مورد سرطان پستان و روش‌های غربالگری و تشخیص زودرس آن آموزش دهند، با این وصف هر چند در زمینه آگاهی، نگرش و عملکرد گروه‌های خاص خانم‌ها (نظیر معلمین، کارکنان حوزه بهداشت،.....) در کشور بررسی‌هایی انجام شده است (۳)، منتهی تاکنون در این رابطه در پرستاران به عنوان یک گروه تاثیرگذار در حوزه سلامت مطالعه‌ای به عمل نیامده است و اطلاعات چندانی در این زمینه در دسترس نمی‌باشد. لذا با توجه به اهمیت موضوع، مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان بکارگیری روش‌های غربالگری سرطان پستان در پرستاران زن شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان با استفاده از رویکرد الگوی اعتقاد بهداشتی طراحی و انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این بررسی به صورت مقطعی در بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان در سال ۱۳۹۴ انجام شده است. جامعه پژوهش کلیه پرستاران زن شاغل در چهار بیمارستان آموزشی شهر کرمان (شهید باهنر، شهید بهشتی، شفا و افضلی‌پور) بود و تعداد ۲۰۹ نفر از آنها با روش نمونه‌گیری غیراحتمالی آسان (Convenience) از افراد در دسترس انتخاب شدند، بدین ترتیب که از بین افراد در دسترس با شرط اشتغال در امور پرستاری و مراقبت از بیماران در زمان مطالعه و رضایت به مشارکت در این پژوهش وارد مطالعه گردیدند و معیار خروج از مطالعه نیز ابتلا به سرطان پستان در فرد بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۲ بخش بود، بخش اول در برگیرنده سوالات دموگرافیک شامل: سن، سابقه کار، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل و نیز اطلاعاتی از جمله ارزیابی

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.2.1.9]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijbd..11.2.56]

سطح اطلاعات فرد از سرطان پستان، منبع کسب اطلاعات، سابقه سرطان پستان در فامیل و اطرافیان و انجام بررسی‌های پستان (خودآزمایی پستان، معاینه بالینی پستان و ماموگرافی) بود، و بخش دوم پرسشنامه در برگیرنده سوالاتی جهت ارزیابی اعتقادات افراد از روش‌های غربالگری سرطان پستان بود که از الگوی اعتقاد بهداشتی Champion(CHBMS) استفاده شد. این مقیاس باورهای خانم‌ها را در ارتباط با روش‌های غربالگری سرطان پستان بر اساس سازه‌ها و متغیرهای الگوی اعتقاد بهداشتی سنجش می‌کند (۱۱) و با ۵۷ سوال، اعتقادات بهداشتی افراد را در هشت حیطه، حساسیت درک شده (۳ سوال)، شدت درک شده (۷سوال)، منافع درک شده برای خودآزمایی پستان و ماموگرافی (به‌ترتیب ۶ و ۸ سوال)، موانع درک شده برای ماموگرافی و خودآزمایی پستان (هر کدام ۹ سوال)، خودکارآمدی در زمینه آزمایش پستان (۱۰ سوال) و انگیزه درک شده سلامتی (۹ سوال) را اندازه‌گیری می‌کند. به هر سوال با استفاده از مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) امتیاز داده می‌شود. به جز موانع درک شده که نمره بالاتر بیان‌کننده نگرش منفی است در سایر حیطه‌ها نمره بالاتر نگرش مثبت را نشان می‌دهد.

روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه قبلا بررسی شده و از اعتبار کافی برخوردار بوده است (۱۲). این پژوهش پس از کسب مجوزهای لازم از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه انجام شده است. تکمیل پرسشنامه به صورت خود ایفا بود و به منظور رعایت اصول اخلاقی پس از ارایه توضیح مختصر توسط محقق به شرکت‌کنندگان پیرامون اهداف و کاربردهای مطالعه و تاکید بر محرمانه نگه داشتن اطلاعات افراد و کسب رضایت شفاهی پرسشنامه بی‌نام را در اختیار فرد قرار می‌گرفت و پس از تکمیل پرسشنامه از ایشان دریافت می‌شد.

از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷ برای آنالیز داده‌ها استفاده شد. برای توصیف داده‌ها از میانگین (انحراف معیار) و فراوانی و درصد استفاده شد، همچنین با استفاده از آزمون تی مستقل روابط بین متغیرها بررسی شد، سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۰۹ پرستار مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین (انحراف معیار) سنی افراد شرکت کننده ۸/۰۱±۳۵/۵۳ سال بود، جوان‌ترین آنها ۲۳ سال و مسن‌ترین ۵۳ سال سن داشتند. ۱۵۰ نفر از شرکت‌کنندگان (۷۱/۸٪) متاهل بوده و اکثر آنها تحصیلات کارشناسی (۹۷/۱٪) داشتند و میانگین سابقه کار پرستاران (۸) ۱۱/۶۶ سال بود. حدود ۷۷/۵٪ افراد آگاهی خود در زمینه سرطان پستان را متوسط و بالاتر گزارش نمودند و اطلاعات زمان تحصیل و مطالعات شخصی به‌عنوان مهم‌ترین منابع کسب اطلاعات توسط افراد معرفی شد. ۳۸ نفر (۱۸/۲٪) آنها سابقه ابتلا به سرطان پستان را در نزدیکان درجه یک و اطرافیان ذکر کردند.

تنها ۱۹ نفر (۹/۱٪) از پرستاران خودآزمایی پستان را به طور منظم انجام می‌دادند و ۱۸/۷٪ از شرکت‌کنندگان تاکنون اقدام به خودآزمایی پستان نکرده بودند. در مورد معاینه بالینی پستان نیز ۷۳/۷٪ از پرستاران تا قبل از انجام تحقیق هرگز برای معاینه پستان به پزشک مراجعه نکرده بودند و از میان آنهایی که به پزشک مراجعه کرده بودند نیز اکثرشان (۷۰/۶٪) تنها یک بار توسط پزشک معاینه شده بودند، همچنین در زمینه ماموگرافی نیز تنها ۳۳ پرستار (۱۵/۸٪) اقدام به انجام ماموگرافی کرده بودند و بیش‌تر آنها (۸۵/۲٪) نیز تنها یک بار این عمل را انجام داده بودند (جدول۱).

نمرات کسب شده الگوی اعتقاد بهداشتی Champion در جدول ۲ و نتایج تحلیل آماری این نمرات براساس ویژگی‌های شرکت‌کنندگان در جدول ۳ آمده است.

در مقایسه نمرات کسب شده توسط افراد از زیرمعیارهای مختلف بر حسب وضعیت تاهل، تنها در زیر معیار شدت درک شده اختلاف معنی‌دار بین دو گروه مشاهده شد و میانگین نمره کسب شده در افراد متاهل بالاتر بود (P=۰/۰۰۴). مقایسه میانگین زیر معیارهای الگوی اعتقاد بهداشتی بر اساس انجام رفتارهای غربالگری سرطان پستان حاکی از آن است نمره افرادی که سابقه خودآزمایی پستان را گزارش کرده بودند در زیرمعیارهای موانع درک شده و خودکارآمدی با افراد بدون سابقه خودآزمایی پستان اختلاف دارد و میانگین نمره‌شان در زیر معیار موانع درک شده کمتر از افراد بدون سابقه خودآزمایی پستان بود (P=۰/۰۰۱)، همچنین در زیر معیارهای

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.2.1.9]
DOI: 10.30699/acadpub.ijbd..11.2.56]

سودمندی (P=۰/۰۲۵) و خودکارآمدی (P=۰/۰۰۱) نیز میانگین نمره در افراد با سابقه خودآزمایی بالاتر بود. در زمینه معاینه بالینی پستان نیز حساسیت درک شده (P=۰/۰۰۴) و خودکارآمدی معنی‌دار شده (P=۰/۰۰۸) و میانگین نمره کسب شده در هر دو زیر معیار در افراد با سابقه انجام معاینه بالینی پستان بیش‌تر بود. همچنین مشاهده شد که میانگین نمره موانع درک‌شده ماموگرافی در افراد با سابقه انجام ماموگرافی به طور معناداری پایین‌تر بود (P=۰/۰۳۸).

جدول۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک و رفتارهای غربالگری شرکت‌کنندگان

متغیر		تعداد	درصد
وضعیت تاهل	مجرد	۵۷	۲۷/۲
	متاهل	۱۵۰	۷۱/۸
	مطلقه	۲	۱/۰
تحصیلات	کارشناسی	۲۰۳	۹۷/۱
	کارشناسی ارشد	۶	۲/۹
منبع کسب اطلاعات	دوران تحصیل	۱۲۷	۶۰/۸
	مطالعه شخصی	۹۶	۴۵/۹
	رسانه‌ها	۷۶	۳۶/۴
	کارمندان بهداشتی	۲۱	۱۰/۰
	پزشکان	۳۵	۱۶/۷
	همکاران	۸۷	۴۱/۶
	شرکت در کنفرانس علمی	۹۳	۴۴/۵
سابقه خانوادگی سرطان پستان	بلی	۳۸	۱۸/۲
	خیر	۱۷۱	۸۱/۸
انجام منظم خودآزمایی پستان	بلی	۱۹	۹/۱
	خیر	۱۹۰	۹۰/۹
مراجعه به پزشک برای معاینه بالینی	بلی	۵۵	۲۶/۳
	خیر	۱۵۴	۷۳/۷
انجام ماموگرافی	بلی	۳۳	۱۵/۸
	خیر	۱۷۶	۸۴/۲

جدول ۲: امتیاز زیرمعیارهای CHBMS

	میانگین	انحراف معیار	حداقل امتیاز	حداکثر امتیاز
حساسیت درک شده	۷/۳۲	۲/۵۴	۳	۱۴
شدت درک شده	۲۳/۷۴	۵/۰۵	۷	۳۵
انگیزه سلامتی	۲۴/۹۰	۵/۳۰	۹	۳۵
خودکارآمدی	۲۹/۱۹	۸/۷۴	۱۰	۵۰
سودمندی خودآزمایی پستان	۲۱/۸۲	۳/۵۲	۶	۳۰
موانع خودآزمایی پستان	۲۱/۳۷	۵/۱۷	۹	۴۰
سودمندی ماموگرافی	۲۱/۱۹	۳/۴۵	۸	۳۰
موانع ماموگرافی	۲۳/۳۵	۵/۶۳	۹	۳۹

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.2.1.9]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijbd..11.2.56]

جدول۳: مقایسه سازه‌های اعتقاد بهداشتی برحسب خصوصیات شرکت‌کنندگان

زیرمعیارهای الگوی اعتقاد بهداشتی / متغیر		حساسیت درک شده	شدت درک شده	انگیزه برای سلامتی	خودکارآمدی	سودمندی BSE	موانع BSE	سودمندی ماموگرافی	موانع ماموگرافی
		X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD
وضعیت تاهل	متاهل	۷/۳۶ ±۲/۴۸	۲۴/۳۷ ±۴/۹۱	۲۴/۰۵±۵/۰۵	۲۸/۷۱±۸/۷۵	۲۱/۹۸±۳/۳۴	۲۱/۴۸±۵/۰۵	۲۱/۳۶±۳/۲۳	۲۳/۰۸±۵/۵۷
	مجرد	۷/۲۴ ±۲/۷۱	۲۲/۱۵±۵/۰۶	۲۴/۵۱±۵/۸۷	۳۰/۴۱±۸/۶۶	۲۱/۴۱±۳/۹۳	۲۱/۱۰±۵/۵۰	۲۰/۷۶±۳/۹۵	۲۴/۰۲±۵/۷۶
نتیجه آزمون		۰/۷۷	۰/۰۰۴*	۰/۵	۰/۲۱	۰/۲۹	۰/۶۳	۰/۲۶	۰/۲۸
سابقه خانوادگی	بلی	۷/۴۴ ±۲/۷	۲۳/۷۱±۵/۸۲	۲۶/۰۳±۴/۶۶	۲۸/۶۶±۹/۳۶	۲۱/۲۴±۴/۱۲	۲۲/۱۳±۴/۴۰	۲۱/۴۷±۳/۶	۲۳/۳۹±۶/۴۶
	خیر	۷/۲۹ ±۲/۵۱	۲۳/۷۵±۴/۸۷	۲۴/۶۵±۵/۴۰	۲۹/۳۰±۸/۶۲	۲۱/۹۵±۳/۳۸	۲۱/۲۰±۵/۳۲	۲۱/۱۲±۳/۴۳	۲۳/۳۴±۵/۴۵
نتیجه آزمون		۰/۷۵	۰/۹۶	۰/۱۴	۰/۶۸	۰/۲۶	۰/۳۲	۰/۵۸	۰/۹۵
انجام BSE	بلی	۷/۴۰ ±۲/۵۵	۲۳/۷۲±۵/۰۹	۲۵/۲۱±۵/۲۳	۳۰/۵۱±۸/۶۹	۲۲/۰۷±۳/۳۸	۲۰/۶۹±۵/۱۰	۲۱/۳۷±۳/۶۵	۲۳/۰۸±۵/۷۰
	خیر	۷/۰۳±۲/۵۵	۲۳/۷۲±۴/۹۱	۲۳/۵۹±۵/۴۹	۲۳/۵۴±۶/۶۱	۲۰/۶۷±۳/۹۴	۲۴/۳۳±۴/۴۷	۲۰/۳۶±۲/۳۳	۲۴/۴۹±۵/۳۲
نتیجه آزمون		۰/۴۱	۰/۹۹	۰/۰۹	۰/۰۰۱*	۰/۰۲۵*	۰/۰۰۱*	۰/۱	۰/۱۶
انجام CBE	بلی	۸/۱۷±۲/۲۶	۲۳/۹۳±۴/۶۶	۲۴/۰۴±۵/۵۵	۳۱/۸۷±۷/۵۵	۲۱/۷۶±۲/۷۵	۲۱/۳۸±۴/۳۷	۲۱/۴۴±۳/۵۸	۲۲/۶۳±۵/۶۷
	خیر	۷/۰۳±۲/۵۸	۲۳/۶۸±۵/۱۹	۲۵/۲۱±۵/۱۸	۲۸/۲۳±۸/۹۵	۲۱/۸۴±۳/۷۷	۲۱/۳۷±۵/۴۴	۲۱/۱۰±۳/۴۲	۲۳/۵۹±۵/۶۱
نتیجه آزمون		۰/۰۰۴*	۰/۷۶	۰/۱۶	۰/۰۰۸*	۰/۸۹	۰/۹۸	۰/۵۳	۰/۲۸
انجام ماموگرافی	بلی	۷/۷۵±۲/۴۴	۲۳/۴۲±۴/۴۶	۲۴/۲۴±۵/۴۱	۲۹/۶۷±۹/۱۵	۲۱/۶۹±۳/۵۲	۲۲/۳۳±۵/۱۲	۲۲/۱۲±۳/۶۱	۲۱/۴۸±۴/۶۹
	خیر	۷/۲۵±۲/۵۶	۲۳/۸۱±۵/۱۶	۲۵/۰۲±۵/۲۷	۲۹/۰۹±۸/۶۸	۲۱/۸۴±۳/۵۳	۲۱/۱۹±۵/۱۷	۲۱/۰۲±۳/۴۰	۲۳/۶۹±۵/۷۴
نتیجه آزمون		۰/۳۰	۰/۶۹	۰/۴۴	۰/۷۳	۰/۸۳	۰/۲۵	۰/۰۹	۰/۰۳۸*

*Significant

بحث

نتایج بدست آمده حاکی از وضعیت نامطلوب انجام رفتارهای غربالگری سرطان پستان در پرستاران مورد بررسی می‌باشند. تنها ۹/۱٪ پرستاران به طور منظم خودآزمایی پستان را انجام می دادند و ۱۸/۷٪ هرگز اقدام به خودآزمایی پستان نکرده بودند و مابقی نیز به‌صورت نامنظم این عمل را انجام می‌دادند. در مطالعه انجام شده در هند مشخص گردید ۵۴٪ پرستاران هندی حداقل یک بار در ماه BSE را انجام داده بودند (۱۳)، در مطالعه مشابهی در ترکیه نیز ۴۷/۲٪ پرستاران، انجام BSE منظم را ذکر کرده‌اند (۱۱) و میزان انجام منظم BSE در پرستاران نیجریه‌ای ۸۳٪ گزارش شده است (۱۴). در مطالعه انجام شده بر روی معلمان در مالزی انجام منظم BSE را ۱۹٪ گزارش شده است (۱۵). انجام خودآزمایی پستان به منظور شناسایی زودرس سرطان پستان در مطالعه حاضر به وضوح نسبت به پرستاران در سایر کشورها کمتر می‌باشد و در مقایسه با جمعیت عمومی در ایران نیز برتری ویژه‌ای ندارد، به‌طور مثال انجام منظم BSE در زنان بوشهری ۷/۶٪ (۱۶)، در زنان بندرعباس ۷/۱٪ (۱۷) و در زنان ترکمن ۱۳/۳٪ (۱۸) و در زنان در شمال ایران ۱۰/۲٪ (۱۹) گزارش شده است. در مجموع براساس مطالعات به عمل آمده خودآزمایی منظم پستان‌ها در زنان ایرانی از شیوع بالایی برخوردار نیست و از ۳ تا ۱۷ درصد گزارش شده است (۳). این موضوع در مطالعه حاضر نیز مشهود است و اینکه انجام BSE به عنوان یک شیوه غربالگری در پرستاران از وضعیت قابل قبولی برخوردار نیست جای تامل دارد. چرا که انتظار می‌رود پرستاران با توجه به رشته تحصیلی خود و جایگاه شغلی که دارند بیش از سایر زنان در جامعه به رعایت رفتارهای بهداشتی و توصیه شده عمل نمایند. البته در مطالعات دیگر نیز نشان داده شده است که کارمندان بهداشتی زن در ایران علی‌رغم آگاهی از نحوه انجام معاینه پستان‌های خود و اینکه انجام BSE نه دشوار است و نه به زمان زیادی نیاز دارد، تنها در ۶٪ موارد به‌طور منظم BSE را انجام

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.2.1.9]
DOI: 10.30699/acadpub.ijbd..11.2.56]

می‌داده‌اند و محققین این یافته‌ها را به کم بودن اعتقاد در سودمند و موثر بودن BSE نسبت داده‌اند (۳).

در مطالعه حاضر و براساس زیر معیارهای CHBMS پرستارانی که BSE را انجام داده‌اند در زیر معیار موانع درک شده از نمره کمتری برخوردار بودند به این معنا که مشکل کمتری در انجام خودآزمایی پستان احساس کرده‌اند و در عین حال در زیر معیار خودکارآمدی نیز نمره بالاتری داشته‌اند و بدیهی است بیشتر به این عمل مبادرت نموده‌اند. نتیجه سایر مطالعات انجام شده در ایران نیز بر نقش پیشگویی‌کننده موانع درک شده و خودکارآمدی در انجام BSE در زنان ایرانی تاکید داشته‌اند (۹، ۱۷ و ۲۰).

از یافته‌های دیگر این پژوهش، مراجعه حدود یک چهارم پرستاران (۲۶/۳٪) حداقل یک مرتبه به پزشک برای انجام CBE می‌باشد. در مطالعه انجام شده در هند، انجام CBE در یک سال قبل توسط ۳۲٪ پرستاران هندی گزارش شده است (۱۳)، در نیجریه فراوانی CBE در کمتر از یک سوم شرکت‌کنندگان گزارش شده است (۱۴) و در معلمان مالزیایی نیز تنها ۲۵٪ آنها حداقل یک مرتبه CBE را انجام داده بودند (۱۵). در ایران، حاجیان و اولادی نیز مراجعه به پزشک را برای معاینه پستان در ۲۵/۲٪ شرکت‌کنندگان گزارش کرده‌اند (۱۷) این در حالی است که چرکزی و همکاران انجام CBE در یک سال قبل را در ۴/۳٪ شرکت‌کنندگان ترکمن گزارش نموده‌اند (۱۸). در زمینه مراجعه به پزشک جهت انجام معاینه پستان نیز وضعیت مطلوبی در مطالعه حاضر مشاهده نگردید، هر چند که در سایر مطالعات نیز وضعیت‌های مشابهی دیده می‌شود. مقایسه معیارهای CHBMS بین پرستارانی که CBE را انجام داده‌اند و آنهایی که انجام نداده‌اند حاکی از آن است پرستارانی که به پزشک مراجعه نموده‌اند در زیر معیارهای حساسیت درک شده و خودکارآمدی نمره بالاتری داشته‌اند. در مطالعه چرکزی و همکاران تنها معیار حساسیت درک شده (۱۸) و در مطالعه حاجیان معیارهای سودمندی، خودکارآمدی و انگیزه درک شده سلامتی در انجام CBE تاثیرگذار بوده‌اند (۱۹).

در مطالعه حاضر مشخص گردید که تنها ۳۳ پرستار (۱۵/۸٪) حداقل یک بار تا قبل از شرکت در مطالعه اقدام به انجام ماموگرافی کرده بودند. فراوانی انجام ماموگرافی در پرستاران هندی ۷٪ (۱۳)، در کارمندان بهداشتی نیجریه‌ای ۸٪ (۱۴) و در معلمان مالزیایی ۱۳/۶٪ (۱۵) گزارش شده است. در ایران نتایج متفاوتی گزارش شده است به طوری که در زنان ترکمن ۰/۸٪ (۱۸)، در زنان یزدی ۱۰/۶٪ (۶) و در زنان بابل ۱۲٪ (۱۹) گزارش شده است. به‌نظر می‌رسد فراوانی انجام ماموگرافی در مطالعه ما با نتایج بدست آمده در سایر کشورها و همچنین در ایران مشابهت دارد. از بین معیارهای CHBMS تنها در موانع درک شده بین پرستارانی که ماموگرافی را انجام داده بودند با آنهایی که انجام نداده بودند تفاوت داشته و افرادی که ماموگرافی انجام داده بودند موانع درک شده کمتری داشته‌اند. مشابه چنین نتیجه‌ای نیز در مطالعه فولادی و همکاران گزارش شده است (۲۰). در مطالعه حاجیان هیچ یک از معیارهای CHBMS پیشگویی‌کننده انجام ماموگرافی نبودند (۱۹) و در مطالعه شیریزدی و همکاران حساسیت درک شده و فواید درک شده در افرادی که ماموگرافی انجام داده بودند برجسته‌تر بوده است (۶). در حالی که وزارت بهداشت ایران به خانم‌های بالای ۴۰ سال توصیه می‌نماید هر ۱ تا ۲ سال ماموگرافی انجام دهند، منتهی غربالگری سرطان پستان در برنامه‌های بهداشتی روتین نمی‌باشد و خانم‌هایی که قصد انجام ماموگرافی را دارند با موانعی نظیر هزینه‌های بالا، پوشش ناکافی بیمه‌ها، دسترسی محدود روبرو می‌شوند و بنابراین موانع درک شده در انجام ماموگرافی در زنان ایرانی قابل توجیه می‌باشد (۱۸).

از جمله یافته‌های دیگر این مطالعه تفاوت در نمره شدت درک شده افراد متاهل نسبت به افراد مجرد می‌باشد به گونه‌ای که شدت درک شده در پرستاران متاهل بیشتر بود که با نتایج مطالعه Gumus و همکارانش در ترکیه مطابقت دارد (۲۱). علت این تفاوت را می‌توان به توجه بیشتر متاهلین به سلامت خود و همچنین آموزش‌ها و مشاوره‌هایی که در طی مراجعات مختلف به مراکز بهداشتی به‌منظور دریافت خدمات تنظیم خانواده، مراقبت‌های دوران بارداری و پس از زایمان و مراجعه جهت مراقبت کودک دریافت نموده‌اند نسبت داد (۲۲).

در مجموع وجود تفاوت‌ها در انجام روش‌های غربالگری سرطان پستان در مطالعه حاضر با سایر مطالعات در کشورهای مشابه ایران می‌تواند به دلایل متعددی از جمله متفاوت بودن خصوصیات دموگرافیک افراد شرکت کننده نظیر سن و میزان تحصیلات، تفاوت‌های فرهنگی، باورها و اعتقادات، متفاوت بودن شرایط اقتصادی بین کشورها و

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.2.1.9]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijbd..11.2.56]

همچنین تفاوت در سیستم‌های ارایه خدمات سلامت و دسترسی به خدمات باشد (۱۱، ۱۶ و ۲۳).

اگرچه سرطان پستان، شایع‌ترین سرطان در بین زنان می‌باشد اما با تشخیص زودرس و درمان به‌موقع می‌توان از پیشرفت این بیماری جلوگیری کرد و منجر به افزایش بقا در افراد مبتلا شد و این امر تنها درصورت انجام منظم رفتارهای غربالگری سرطان پستان محقق خواهد شد (۳، ۸). کارکنان بهداشتی از جمله پرستاران به عنوان مروجین و الگوی سایر افراد در زمینه رفتارهای بهداشتی می‌توانند در آموزش افراد و انتقال اطلاعات به جامعه نقش مهمی ایفا کنند. استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی در شناسایی و تحلیل فاکتورهای تاثیرگذار در انجام رفتارهای غربالگری سرطان‌ها و از جمله سرطان پستان مفید می‌باشد و در مطالعات بسیاری در رابطه با روش‌های غربالگری سرطان پستان از این الگو استفاده شده است. الگوی HBM بر این تئوری که تمایل افراد برای تغییر به سمت رفتارهای سلامت نگر به عواملی نظیر حساسیت درک شده، شدت درک شده، فواید درک شده و موانع درک شده استوار است (۱۲)، لذا براساس نتایج آن می‌توان تا حدود زیادی به انگیزه‌ها و نگرانی‌های خانم‌ها در بکارگیری روش‌های غربالگری سرطان پستان پی برد و در طراحی مداخلات جهت ارتقای سلامت ایشان بکار گرفت. این مطالعه نشان داد که رفتارهای خودآزمایی پستان (خودآزمایی، معاینه بالینی و ماموگرافی) در پرستاران پایین و نامطلوب است و خودکارآمدی و موانع دو جزء اصلی الگوی اعتقاد بهداشتی در انجام رفتارهای غربالگری سرطان پستان هستند. خودکارآمدی که در واقع تصور فرد در قادر بودن به انجام رفتار مناسب در رسیدن به وضعیت مطلوب را نشان می‌دهد در بسیاری از مطالعات به عنوان یک عامل پیش‌بینی کننده رفتارهای بهداشتی از جمله خودآزمایی و معاینه بالینی پستان معرفی شده است (۱۱، ۱۷، ۱۸ و۲۴) و لذا می‌توان با تقویت خودکارآمدی از طریق برنامه‌های آموزشی، زنان را به سمت اتخاذ رفتار مناسب هدایت کرد. از طرف دیگر همان‌گونه که ذکر شد موانع درک شده با انجام خودآزمایی پستان و ماموگرافی ارتباط معکوس دارد (۲۰) و لذا باید با شناسایی این موانع و سعی در برطرف نمودن آنها زمینه انجام هرچه بیشتر BSE و ماموگرافی را فراهم نمود.

این مطالعه چندین محدودیت داشت اول اینکه مطالعه فقط در پرستاران انجام شد که نمی‌توانند معرف خوبی از زنان کرمانی باشند همچنین با توجه به عدم دسترسی به کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی به دلیل تنوع حضور در شیفت‌ها و فقدان چارچوب نمونه‌گیری (Sampling frame) مشخص، نمونه‌گیری به روش غیراحتمالی آسان انجام شد بنابراین نتایج این مطالعه را نمی‌توان به جمعیت عمومی و سایر کارکنان بهداشتی تعمیم داد.

نتیجه‌گیری

متاسفانه در ایران انجام رفتارهای غربالگری سرطان پستان نامطلوب می‌باشد و در مطالعات متعدد به این موضوع اشاره شده است، اغلب این مطالعات با استفاده از پرسشنامه‌های مختلف انجام شده‌اند و هر یک یافته‌های ارزشمندی را ارایه نموده‌اند منتهی با این وصف کماکان شاهد ادامه این وضعیت نامطلوب می‌باشیم. پیشنهاد می‌گردد با انجام مطالعات کیفی و از طریق انجام مصاحبه و بحث در گروه‌های کوچک و سایر روش‌های کیفی به ابعاد پنهان این موضوع پرداخته شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه، پایان‌نامه مقطع پزشکی عمومی نویسنده اول می‌باشد که به صورت طرح پژوهشی (کد اخلاق ۹۲//۵۰۵/کا) و با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان به انجام رسیده است و بدین وسیله نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را اعلام می‌دارند. همچنین از کلیه پرستارانی که در انجام این پژوهش ما را یاری رساندند قدردانی می‌گردد.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-14]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.2.1.9]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijbd..11.2.56]

References

1. WHO, Breast cancer: prevention and control, 2015, Available: http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html# 4/1/2015.
2. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. Int J Cancer 2013; 132:1133-45.
3. Babu GR, Samari G, Cohen SP, Mahapatra T, Wahbe RM, Mermash S, et al. Breast Cancer Screening Among Females in Iran and Recommendations for Improved Practice: A Review. Asian Pac J Cancer Prev 2011; 2:1647-55.
4. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer 2015; 136: 359-86.
5. Kalili S, ShojaeZadeh D, Azam K, Kheirkhah Rahimabad K, Kharghani Moghadam M, Khazir Z. Effectiveness of training of health beliefs and attitude of women referred to Shahid Bahtash Clinic in Lavizan region, Tehran, regarding breast cancer screening methods using the model of health belief. Journal of Health 2014; 5:45-8.
6. Shiryazdi SM, Kholasehzadeh G, Neamatzadeh H, Kargar S. Health Beliefs and Breast Cancer Screening Behaviors among Iranian Female Health Workers. Asian Pac J Cancer Prev 2014; 15: 9817-22.
7. Taghavi A, Fazeli Z, Vahedi M, Baghestani AR, Pourhoseingholi A, Barzegar F, et al. Increased Trend of Breast Cancer Mortality in Iran. Asian Pac J Cancer Prev 2012; 13:367-370.
8. Elmore JG, Armstrong K, Lehman CD, Fletcher SW. Screening for breast cancer. JAMA 2005; 293:1245-56.
9. Noroozi A, Jomand T, Tahmasebi R. Determinants of breast self-examination performance among Iranian women: an application of the health belief model. J Cancer Educ 2011; 26:365-74.
10. Harirchi I, Mousavi SM, Mohagheghi MA, Mousavi-Jarrahi A, Ebrahimi M, Montazeri A, et al. Do Knowledge, Attitudes and Practice of Iranian Health Care Providers Meet WHO Recommendations on Early detection for breast cancer in iran. Asian Pac J Cancer Prev 2009; 10:849-51.
11. Tastan S, Iyigün E, Kılıc A, Unver V. Health beliefs concerning breast self-examination of nurses in Turkey. Asian nursing research 2011; 5:151-56.
12. Taymoori P, Berry T. The validity and reliability of Champion's Health Belief Model Scale for breast cancer screening behaviors among Iranian women. Cancer Nursing 2009; 32:465-72.
13. Fotedar V, Seam RK, Gupta MK, Gupta M, Vats S, Verma S. Knowledge of Risk Factors & Early Detection Methods and Practices towards Breast Cancer among Nurses in Indira Gandhi Medical College, Shimla, Himachal Pradesh, India. Asian Pac J Cancer Prev 2013; 14:117-20.
14. Ibrahim NA, Odusanya OO. Knowledge of risk factors, beliefs and practices of female healthcare professionals towards breast cancer in a tertiary institution in Lagos, Nigeria. BMC Cancer 2009; 9:76.
15. Parsa P, Kandiah M, Mohd Zulkefli NA, Abdul Rahman H. Knowledge and Behavior Regarding Breast Cancer Screening among Female Teachers in Selangor, Malaysia. Asian Pac J Cancer Prev 2008; 9:221-27.
16. Noroozi A, Tahmasebi R. Factors Influencing Breast Cancer Screening Behavior among Iranian Women. Asian Pac J Cancer Prev 2011; 12:1239-44.
17. Tavafian SS, Hasani L, Aghamolaei T, Zare S, Gregory D. Prediction of breast self-examination in a sample of Iranian women: an application of the Health Belief Model. BMC women's health 2009; 9.
18. Charkazi A, Samimi A, Razzaghi K, Kouchaki GM, Moodi M, Meirkarimi K, et al. Adherence to Recommended Breast Cancer Screening in Iranian Turkmen women: The Role of Knowledge and Beliefs. ISRN Prev Med 2013:2013.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.2.1.9]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijbd..11.2.56]

19. Hajian-Tilaki K, Auladi S. Health belief model and practice of breast self-examination and breast cancer screening in Iranian women. Breast Cancer 2014; 21:429-34.

20. Fouladi N, Pourfarzi F, Mazaheri E, Alimohammadi Asl H, Rezaie M, Amani F, et al. Beliefs and Behaviors of Breast Cancer Screening in Women Referring to Health Care Centers in Northwest Iran According to the Champion Health Belief Model Scale. Asian Pac J Cancer Prev 2013; 14:6857-62.

21. Gumus AB, Cam O, Malak AT. Socio-demographic factors and the practice of breast self-examination and mammography by Turkish women. Asian Pac J Cancer Prev 2010; 11:57-60.

22. Akhtari-Zavare M, Ghanbari-Baghestan A, A Latiff L, Matinnia N, Hoseini M. Knowledge of breast cancer and breast self-examination practice among Iranian women in Hamedan, Iran. Asian Pac J Cancer Prev 2014; 15:6531-4.

23. Ahmadian M, Abu Samah A, Redzuan M, Emby Z. Predictors of mammography screening among Iranian women attending outoatient clinic in Tehran, Iran. Asian Pac J Cancer Prev 2012; 13:969-74.

24. Canbulat N, Uzun Ö. Health beliefs and breast cancer screening behaviors among female health workers in Turkey. Eur J of Oncol Nurs 2008; 12:148-56.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-14]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.2.1.9]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijbd..11.2.56]