مقاله پژوهشی

فصلنامهٔ بیماری‌های پستان ایران، سال سوم، شماره سوم و چهارم، پاییز و زمستان ۱۳۸۹

بررسی آگاهی، عقاید و رفتارهای بهداشتی زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی– درمانی تبریز در رابطه با سرطان پستان و روش‌های غربالگری آن، ۱۳۸۹

***رقیهٔ نوری زاده:** دانشجوی دکترای بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، NPMC تبریز
فاطمهٔ باختری اقدم: مربی بهداشت، دانشکدهٔ بهداشت و تغذیهٔ تبریز، NPMC تبریز
لیلا صاحبی: مربی اپیدمیولوژی، دانشکدهٔ بهداشت و تغذیهٔ تبریز، NPMC تبریز

چکیده

مقدمه: سرطان پستان شایع‌ترین سرطان زنان در ایران و جهان و دومین علت مرگ ناشی از سرطان زنان بعد از سرطان ریه می‌باشد. تشخیص زودهنگام برای بهبود نتایج حاصله و میزان بقاء بسیار مهم می‌باشد. هدف این مطالعه شناسایی عقاید بهداشتی و نیازهای جمعیتی جهت اتخاذ برنامه‌های آموزشی مناسب در ترویج استفاده از روش‌های غربالگری سرطان پستان می‌باشد.

روش بررسی: مطالعه از نوع توصیفی- مقطعی می‌باشد که ۲۱۹ زن مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی تبریز به‌صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب شده‌اند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای خودساخته مشتمل بر ۴ بخش مشخصات دموگرافیک، سؤالات آگاهی از سرطان پستان و خود آزمایی پستان، سنجش عقاید بهداشتی و رفتارهای مربوط به غربالگری و سؤالات عقاید بهداشتی برگرفته از مقیاس مدل اعتقاد بهداشتی Champion است. از آزمون‌های رگرسیون لوجستیک، t مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون مجذور کای برای تجزیه و تحلیل آن‌ها استفاده شده است و داده‌ها توسط SPSS نسخهٔ ۱۷ آنالیز شده‌اند.

یافته‌ها: در این مطالعه ۵ درصد افراد در رابطه با سرطان پستان و خودآزمایی پستان آگاهی مطلوب داشتند. ۴۱/۶ درصد خودآزمایی پستان را در طول سال انجام می‌دادند که در ۸/۲ درصد موارد به‌صورت منظم بوده است. ۱۶ درصد افراد واجد شرایط جهت غربالگری برای معاینهٔ کلینیکی پستان مراجعه و ۸/۵ درصد از آنان سابقهٔ انجام ماموگرافی غیرتشخیصی را ذکر نمودند. شدت درک‌شده با انجام ماموگرافی غیر تشخیصی ارتباط معنی‌داری را نشان داد($P=۰/۰۰۸$).

نتیجه‌گیری: میزان آگاهی و رفتارهای غربالگری پایین زنان مورد پژوهش بیانگر نیاز به آموزش تکنیک‌های غربالگری و تأکید دوره‌ای بر اهمیت آن‌ها در تشخیص زودرس سرطان پستان است. برنامه‌های آموزشی نیز باید به شیوه‌ای طراحی شوند که بر عوامل مرتبط با عملکرد تشخیص زودرس تأثیر بگذارند.

واژه های کلیدی: سرطان پستان، غربالگری، مدل اعتقاد بهداشتی

*نشانی نویسندهٔ پاسخگو: تهران، تقاطع خیابان ولیعصر (عج) و نیایش، دانشکدهٔ پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه بهداشت باروری، رقیهٔ نوری‌زاده
تلفن: ۰۹۱۴۴۱۳۱۷۲۹ نشانی الکترونیک: rnourizadeh@gmail.com

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1389.3.3.5.9]

مقدمه

سرطان پستان ۱۶درصد کل سرطان زنان را تشکیل می‌دهد و شایع‌ترین سرطان زنان در جهان می‌باشد[۱]. به‌طور کلی در رتبهٔ اول شیوع در زنان در سنین ۴۰ تا ۶۰ سالگی و رتبهٔ دوم در سنین بین ۳۰ تا ۴۰ سالگی می‌باشد. طبق آمار جهانی از هر ۱۰۰هزار نفر، ۸۰ نفر به این بیماری مبتلا هستند. این بیماری دومین علت مرگ ناشی از سرطان زنان بعد از سرطان ریه به‌شمار می‌رود[۲] و سالیانه موجب مرگ ۵۱۹ هزار نفر در جهان می‌شود که بیش از ۷۰ درصد موارد در کشورهای دارای وضعیت اقتصادی پایین و متوسط رخ می‌دهد[۳]. میزان بقاء سرطان پستان در بین کشورهای جهان بسیار متفاوت است به‌طوری‌که از ۸۰ درصد در آمریکای شمالی، سوئد و ژاپن تا ۶۰ درصد در کشورهای دارای درآمد متوسط و کمتر از ۴۰ درصد در کشورهای دارای درآمد پایین متغیر است[۴] که ناشی از عدم وجود برنامه‌های تشخیص زودرس و کمبود تسهیلات تشخیصی و درمانی کافی در کشورهای دارای درآمد پایین می‌باشد.

سرطان پستان با ۲۱/۴ درصد شایع‌ترین سرطان در زنان ایرانی است[۵]. سن ابتلا به سرطان پستان در ایران ۱۰ سال زودتر از کشورهای پیشرفته است. شایع‌ترین سن ابتلا در ایران ۵۴-۴۵ سال است[۶]. بار سرطان پستان در هر هزار نفر زن در ایران ۰/۶۲ می‌باشد که در مقایسه با منطقهٔ مدیترانهٔ شرقی ۱/۱ و کل جهان ۱/۹۹، پایین‌تر است[۷]. به‌رغم آن‌که حدود ۸۰ درصد موارد این بیماری در کشورهای غربی در مرحلهٔ یک شناسایی و درمان می‌شوند، در ایران ۷۰درصد این بیماران در مرحله ۲ یا ۳ شناسایی می‌شوند و همین امر درمان قطعی این بیماران را با مشکل مواجه می‌کند[۸]. تشخیص زودهنگام برای بهبود نتایج حاصله، میزان بقاء و نجات جان بیمار بسیار مهم می‌باشد.

استراتژی‌های تشخیص به‌موقع شامل آگاهی از علایم و نشانه‌های زودرس، انجام خودآزمایی پستان، غربالگری با معاینهٔ بالینی توسط پزشک و ماموگرافی می‌باشد. خودآزمایی ماهیانهٔ پستان از میزان مرگ‌ومیر ناشی از سرطان پستان را ۵۰ درصد کاهش می‌دهد اما، اکثریت زنان این عمل را به‌عنوان یک روش معمول و براساس نظم خاص انجام نمی‌دهند[۹]. ماموگرافی در سنین بالای ۳۵ سال قادر به مشاهدهٔ ضایعات کوچک پستان که با لمس قابل تشخیص نیستند، می‌شود. ماموگرافی قادر به تشخیص سرطان پستان ۳-۱ سال قبل از احساس آن توسط فرد می‌باشد. انجام ماموگرافی غربالگری به‌موقع در زنان ۴۰ ساله یا مسن‌تر می‌تواند از ۱۵ تا ۳۰ درصد مرگ-های ناشی از سرطان پستان جلوگیری کند.

مهم‌ترین پدیده‌ای که در حال حاضر سلامت جامعه را تهدید می‌کند، پدیدهٔ مسن شدن جمعیت کشور است و بر این اساس در حال حاضر به‌سرعت به محدودهٔ سنی رایج بروز بیماری سرطان پستان در زنان یعنی ۴۰ سالگی به بعد نزدیک شده است و اگرچه جمعیت ایران هنوز نسبت به بسیاری از کشورها کمترین میزان ابتلا به سرطان را به خود اختصاص داده است اما، سرطان پستان به دلایلی از جمله عوامل طبیعی در آیندهٔ نزدیک یکی از زمینه‌های اصلی اختلال سلامت در جامعه خواهد بود. موارد فوق نشاندهندهٔ نیازمندی به استراتژی‌های تشخیص زودرس در زمینهٔ سرطان پستان در کشور است. در بین مطالعات ایرانی انجام شده بیشترین سطح آگاهی و عملکرد در رابطه با غربالگری سرطان پستان مربوط به مطالعهٔ گدازنده و همکاران(۱۳۸۵) بوده است[۱۸]. در مطالعهٔ Alam در عربستان (۲۰۰۶) با اینکه آگاهی ۸۲ درصد از زنان در رابطه با مزایای خودآزمایی پستان و ۶۱ درصد نسبت به ماموگرافی بالا بود، اما حدود نیمی از آنان(۴۱/۲ درصد) خودآزمایی پستان و فقط ۱۸/۲درصد ماموگرافی غیرتشخیصی را انجام داده بودند[۱۰]. پشتوانهٔ تئوریک مناسب برای نیازهای بهداشتی، اثربخشی برنامه‌های آموزش بهداشت را افزایش می‌دهد[۱۱]. مدل اعتقاد بهداشتی جهت طرح‌ریزی و ارزیابی مداخلاتی که در تغییر رفتار مؤثرند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. بر اساس این مدل برای انجام رفتار بهداشتی، افراد باید نخست در برابر مسئله احساس خطر نمایند(حساسیت درک شده) سپس عمق این خطر و جدی بودن عوارض مختلف آن را درک کنند(شدت درک شده) و با علایم مثبتی که از محیط اطراف یا محیط داخلی خود دریافت می‌کنند(راهنمای عمل)، مفید و قابل اجرا بودن عمل را باور نمایند و اقدام کنند. هدف این مطالعه شناسایی عقاید بهداشتی براساس مدل اعتقاد بهداشتی و نیازهای جمعیتی جهت اتخاذ برنامه‌های آموزشی مناسب در ترویج به‌کارگیری روش‌های غربالگری سرطان پستان می‌باشد.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1389.3.3.5.9]

روش بررسی

این پژوهش، مطالعه‌ای توصیفی- مقطعی می‌باشد. جامعهٔ مورد پژوهش را زنان جوان و میانسال شهر تبریز تشکیل می‌دادند که در آن افراد مورد مطالعه به‌طور تصادفی خوشه‌ای از بین ۹۶ مرکز بهداشتی- درمانی و پایگاه بهداشتی وابسته به تبریز انتخاب شدند، بدین‌ترتیب که ۱۵ خوشه انتخاب و از هرکدام ۱۵ نفر به‌روش تصادفی از روی پرونده‌های بهداشتی انتخاب گردیدند تا درصورت تغییر مکان و یا عدم تمایل به شرکت در پژوهش، امکان دسترسی نهایی به حداقل ۲۰۰ نفر موجود باشد. در نهایت۲۱۹ زن غیر مبتلا به سرطان پستان با درخواست مراجعه به مراکز مذکور موافقت کردند و مورد پژوهش قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه‌ای خودساخته مشتمل بر ۴ بخش مشخصات دموگرافیک، سؤالات آگاهی از سرطان پستان(۱۳ سؤال) و خود آزمایی پستان(۵ سؤال)، سنجش عقاید بهداشتی(۱۷ سؤال) براساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت و رفتارهای غربالگری(۱۰ سؤال) بود. سؤال‌های عقاید بهداشتی برگرفته از مقیاس مدل اعتقاد بهداشتی (CHBMS)[1] بود که در سال ۱۹۸۴ جهت استفادهٔ بین‌المللی طراحی شد و در سال ۱۹۹۷ و ۱۹۹۹ مورد بازنگری قرار گرفت[۱۴]. پایایی این ابزار بارها در جمعیت‌های مختلف سنجیده شده و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۹-۰/۶ محاسبه گردیده است [۱۷-۱۵]. جهت روایی پرسشنامه در مطالعهٔ حاضر از روش اعتبار محتوا استفاده گردید و نظرها و اصلاحات ۱۱ تن از اساتید محترم دانشگاه علوم پزشکی تبریز در مورد سؤالات اعمال شد. پایایی مقیاس با استفاده از آزمون ثبات درونی(آلفای کرونباخ) در مورد سؤالات دانش ۰/۷۷و برای اعتقادهای بهداشتی ۰/۸۱ حاصل شد. جهت پایایی رفتارهای‌های غربالگری نیز از ضریب کاپا بعد از انجام آزمون مجدد استفاده شد که ضریب آن ۱-۰/۸ به‌دست آمد. سؤالات در مورد افراد بی‌سواد و کم‌سواد 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 جمع‌آوری اطلاعات و وارد کردن داده‌ها در نرم‌افزار spss نسخهٔ ۱۷ از آزمون‌های رگرسیون لوجستیک، t مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون مجذور کای برای تجزیه و تحلیل آن‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه بیشترین درصد واحدهای پژوهشی (۴۹/۸ درصد) در گروه سنی زیر ۳۰ سال بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۰/۷ سال با انحراف معیار ۷/۸۹ بود. اکثریت (۹۸/۶ درصد) متأهل و ۷۳/۵ درصد خانه‌دار بودند، ۴۱/۱ درصد سطح تحصیلات متوسطه/دیپلم و ۸۵/۴ درصد بین ۲-۰ فرزند داشتند. در کل، ۱۰/۵ درصد سابقهٔ سرطان پستان را در فامیل و اطرافیان ذکر نمودند. در این مطالعه اکثریت واحدهای پژوهشی (۸۹/۵ درصد) وجود یا سابقهٔ بیماری را در پستان ذکر نکرده بودند و در میان افراد شاکی از وجود یا سابقهٔ اختلال، شایع‌ترین مورد(۵/۵ درصد) مربوط به ترشح نوک پستان بود(جدول ۱).

برای تعیین سطح آگاهی از کل نمرهٔ ۱۸ مربوط به سؤالات آگاهی با خط برش ۳۳ درصد، نمرات کمتر از ۶ آگاهی ضعیف، ۱۲-۶ آگاهی متوسط و ۱۸-۱۳ آگاهی مطلوب درنظر گرفته شد. در کل، ۹۷ نفر(۴۴/۳ درصد) آگاهی ضعیف، ۱۱۱ نفر(۵۰/۷ درصد) آگاهی متوسط و ۱۱ نفر(۵ درصد) در رابطه با سرطان پستان و خودآزمایی پستان آگاهی مطلوب داشتند. میانگین نمرهٔ آگاهی۳/۷۲ با انحراف معیار ۱/۹۶ بود. یافته‌های مطالعه نشان داد که اکثریت ۱۰۸ نفر(۴۹/۳ درصد) از نشانه‌های بیماری اطلاع درستی نداشتند و فقط ۲۶نفر(۱۱/۹ درصد) قادر به افتراق صحیح و کامل نشانه‌های آن از سایر علایم بودند. همچنین بیشتر افراد مورد پژوهش ۱۰۷ نفر(۴۸/۹ درصد) آگاهی ضعیفی نسبت به عوامل خطر سرطان پستان داشتند و تنها ۲۹ نفر(۱۳/۲ درصد) به‌خوبی به عوامل خطر شناخته شدهٔ بیماری واقف بودند. در مطالعهٔ حاضر ۱۶۰ نفر(۷۳ درصد) وضعیت‌های مناسب انجام خودآزمایی پستان را نمی‌دانستند. ۴۴ نفر(۲۰/۱ درصد) فواصل صحیح انجام آن را می‌دانستند. ۸۳ نفر(۳۷/۹ درصد) از زمان صحیح انجام آن و ۶۸ نفر(۳۱/۱ درصد) از سن مناسب شروع آن اطلاع داشتند. مهم‌ترین منابع اطلاعاتی در رابطه با بیماری و غربالگری آن به‌ترتیب پزشک، کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی و پوسترهای بهداشتی ۷۸ نفر(۳۵/۶ درصد)، روزنامه، مجله و کتاب ۴۲ نفر (۱۹/۱

[1] Champion's Health Belief Model Scales

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1389.3.3.5.9]

درصد)، صدا و سیما ۴۰ نفر(۱۸/۲ درصد) و مصاحبه و مباحثه با دوستان و خویشان ۳۳ نفر(۱۵درصد) ذکر گردید. ۱۱ نفر(۵ درصد) قبلاً در برنامهٔ آموزشی شرکت داشتند و ۱۵ نفر(۶/۸ درصد) اظهار نمودند که تابه‌حال از هیچ منبعی در رابطه با موضوع اطلاع کسب نکرده‌اند.

در رابطه با عقاید بهداشتی بیشترین درصد واحدهای پژوهش ۴۸/۱ درصد و ۴۵/۱ درصد به‌ترتیب حساسیت و شدت درک شدهٔ متوسط و کمترین درصد ۱۱/۲ درصد و ۲۳/۵ درصد نسبت به سرطان پستان حساسیت و شدت درک شدهٔ بسیار بالا داشتند. میانگین نمرات حساسیت و شدت درک شده به ترتیب (۰/۹۶) ۱/۹۶ و (۱/۴۱) ۲/۵۴ به‌دست آمد. بیشتر افراد مورد مطالعه به‌ترتیب ۴۶/۱ درصد و ۴۹/۸ درصد منافع و موانع درک شدهٔ بالا و کمترین ۱۴/۶ درصد و ۱۶ درصد نسبت به روش‌های غربالگری سرطان پستان منافع و موانع درک شدهٔ ضعیف داشتند. میانگین و انحراف معیار نمرات منافع و موانع درک شده به‌ترتیب(۲/۶۱)۴/۴۱ و (۴/۷۲)۷/۰۴ بود. شایع‌ترین مانع درک شدهٔ خودآزمایی پستان ندانستن روش صحیح انجام آن، عدم وجود مشکل در پستان در مورد معاینهٔ کلینیکی توسط پزشک و ترس از اشعه در مورد ماموگرافی بود.

از کل نمرهٔ ۱۰ مربوط به سؤالات عملکرد با خط برش ۳۳ درصد، نمرات ۳-۰عملکرد ضعیف، ۶-۴ متوسط و ۱۰-۷ عملکرد خوب درنظر گرفته شد. در مطالعهٔ حاضر رفتارهای‌های غربالگری ۱۱۵ نفر(۵۲/۵ درصد) ضعیف، ۸۳ نفر(۳۷/۹ درصد) متوسط و ۲۱ نفر(۹/۶ درصد) مطلوب بود. میانگین نمرهٔ عملکرد۲/۳۶ با انحراف معیار ۱/۷ به‌دست آمد. ۹۱ نفر(۴۱/۶ درصد) خودآزمایی پستان را در طول سال انجام می‌دادند، در این میان ۵۸ نفر(۲۶/۵ درصد) آن را به‌روش صحیح و ۱۸ نفر(۸/۲ درصد) آن را به‌صورت منظم و ماهیانه انجام می‌دادند. از ۱۱۲ زن ۳۰ سال و بالاتر شرکت کننده در پژوهش، ۱۸ نفر(۱۶ درصد) برای معاینهٔ پستان نزد پزشک یا کارکنان حرفه‌ای سلامت، صرفاً جهت غربالگری، مراجعه نمودند و از ۳۵ زن ۴۰ سال و بالاتر تنها ۳ نفر(۸/۵ درصد) سابقهٔ انجام ماموگرافی غیرتشخیصی را ذکر کردند.

برای بررسی رابطهٔ عوامل دموگرافیک(سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل، وجود ناراحتی در پستان و سابقهٔ فامیلی سرطان پستان) با میزان آگاهی و عملکرد از آنالیز رگرسیون لوجستیک استفاده شد که فقط ارتباط سن با آگاهی معنی‌دار بود. با استفاده از آزمون رگرسیون لوجستیک بین انجام خودآزمایی پستان و معاینهٔ کلینیکی پستان توسط پزشک با میزان آگاهی ارتباط آماری مستقیم و معنی‌دار مشاهده گردید. انجام ماموگرافی غیر تشخیصی نیز با وجود یا سابقهٔ ناراحتی در پستان ارتباط معنی‌داری را نشان داد(جدول ۲).

در این مطالعه بین آگاهی و عملکرد کلی($r=۰/۲۴$ و $P<۰/۰۰۱$) و آگاهی و حساسیت درک شده($r=۰/۲۲$ و $P=۰/۰۰۱$) همبستگی معنی‌داری مشاهده گردید. آزمون کای‌دو بین انجام خودآزمایی پستان با سطح تحصیلات و سابقهٔ شیردهی ارتباط آماری معنی‌داری را نشان داد(به ترتیب $P=۰/۰۰۲$ و $P<۰/۰۰۱$)، به‌طوری‌که ۸۶/۷ درصد زنانی که سابقهٔ شیردهی نداشتند، خودآزمایی پستان را انجام نداده بودند. آزمون t مستقل نیز بین شدت درک‌شده و انجام ماموگرافی غیر تشخیصی، ارتباط آماری معنی‌داری را نشان داد($P=۰/۰۰۸$).

بحث

نتایج نشان داد که در رابطه با سرطان پستان و خودآزمایی پستان ۴۴/۳ درصد آگاهی ضعیف و ۵درصد در رابطه با سرطان پستان و خودآزمایی پستان آگاهی خوب داشتند. در مطالعات مختلف انجام شده در ایران، سطح آگاهی ضعیف از سرطان پستان و روش‌های غربالگری آن بین ۴/۲-۵۷/۳درصد گزارش شده است[۹ و۲۰-۱۸]. کمترین میزان گزارش شده(۴/۲ درصد) در مطالعهٔ گدازنده و همکاران(۱۳۸۵) بود در این پژوهش سطح آگاهی خوب ۲۸/۵درصد گزارش گردید که در بین مطالعات انجام شده بالاترین میزان بود[۱۸] و احتمالاً به‌دلیل سطح تحصیلات متوسط تا دانشگاهی بالا(۸۶/۷درصد) در نمونه‌های این پژوهش بوده است.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1389.3.3.5.9]

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

ویژگی‌های فردی		تعداد (درصد)
سن	< ۳۰	۱۰۹ (۴۹/۸)
	۳۰-۳۹	۶۷ (۳۰/۶)
	≥۴۰	۳۵ (۱۶)
تحصیلات	بی‌سواد	۹ (۴/۲)
	ابتدایی	۵۵ (۲۵/۷)
	راهنمایی	۵۱ (۲۳/۸)
	متوسطه/دیپلم	۸۸ (۴۱/۱)
	دانشگاهی	۱۱ (۵/۱)
تعداد فرزند	۰-۲	۱۸۷ (۸۵/۴)
	۳-۵	۲۵ (۱۱/۴)
	≥ ۶	۲ (۰/۹)
وضعیت تأهل	متأهل	۲۱۶ (۹۸/۶)
	مطلقه	۲ (۰/۹)
	بیوه	۱(۰/۴)
شغل	شاغل	۵۸ (۲۶/۴)
	خانه‌دار	۱۶۱ (۷۳/۵)
سابقهٔ شیردهی	بلی	۱۷۲ (۷۹/۱)
	خیر	۴۷ (۲۰/۹)
سابقهٔ فامیلی سرطان پستان	مثبت	۲۳ (۱۰/۵)
	منفی	۱۹۶ (۸۹/۵)
وجود یا سابقهٔ بیماری پستان	دارد	۲۳ (۱۰/۵)
	ندارد	۱۹۶ (۸۹/۵)
نوع اختلال یا بیماری پستان	تغییر شکل پوست	۱ (۰/۵)
	تودهٔ خوش‌خیم	۱۰ (۴/۶)
	ترشح نوک پستان	۱۲ (۵/۵)

جدول ۲: ارتباط آگاهی، عوامل مدل اعتقاد بهداشتی و عملکرد با برخی از مشخصات افراد مورد پژوهش

متغیرها	آگاهی			وجود ناراحتی در پستان			
	B	BSE	P.value	OR	CI(٪۹۵)		P.value
					بالا	پایین	
سن	۰/۵۲۹	۲/۳۴	۰/۰۳				
انجام خودآزمایی پستان	۰/۲۷	۰/۰۶	<۰/۰۰۱				
معاینهٔ کلینیکی توسط پزشک	۰/۲۵	۰/۰۷	<۰/۰۰۱				
ماموگرافی				۶/۷۵	۱۳/۴۱	۱/۲۱	۰/۰۳
عوامل مدل اعتقاد بهداشتی	سن اولین شیردهی						
	ß	BSE	P.value				
موانع درک شده	-۰/۳۳	۰/۰۹	۰/۰۲				
حساسیت درک شده	-۰/۰۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱				

در مطالعهٔ حاضر ۲۰/۱ درصد فواصل صحیح انجام خودآزمایی پستان و ۳۷/۹درصد زمان صحیح انجام آن را می‌دانستند. همسو با مطالعهٔ ما در مطالعهٔ بنائیان و همکاران(۱۳۸۴) نیز ۱۶/۵ درصد از تواتر صحیح خودآزمایی و ۲۵/۳درصد از زمان انجام آن خبر داشتند[۱۹]. در مطالعه‌ای دیگر در اردبیل(۱۳۸۴)

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1389.3.3.5.9]

۷۵درصد زنان غیر مبتلا به سرطان پستان زمان مناسب خودآزمایی پستان را نمی‌دانستند که مشابه یافتهٔ ما بود[۳۰].

در این مطالعه پزشک، کارکنان بهداشتی-درمانی و پوسترهای بهداشتی با ۳۵/۶درصد بیشترین منبع اطلاعاتی شرکت‌کنندگان در ارتباط با بیماری و روش‌های غربالگری بودند. در مطالعهٔ بنائیان و همکاران در بین منابع آموزش، مراکز بهداشتی با ۶۳/۵درصد بیشترین سهم را به خود اختصاص داده بودند[۱۹]. در مطالعهٔ یاوری و همکاران، سهم پزشک و پرسنل بهداشتی-درمانی به‌عنوان منبع اطلاعاتی زنان غیر مبتلا ۲۷درصد گزارش گردید[۳۰].

در مطالعهٔ حاضر با افزایش سن، میزان آگاهی از بیماری و روش‌های غربالگری افزایش نشان می‌داد. برخلاف یافتهٔ ما، در مطالعهٔ گدازنده و همکاران(۱۳۸۵) احتمال اینکه زنان بالای ۲۰ سال و با سطح تحصیلات بالاتر آگاهی کمتری نسبت به برنامه‌های پیشگیری از سرطان پستان داشته باشند، بیشتربود[۱۸].

نتایج مطالعه نشان داد که بیشتر واحدهای پژوهشی نسبت به روش‌های غربالگری سرطان پستان به ترتیب ۴۶/۱ درصد و ۴۹/۸ درصد منافع و موانع درک شدهٔ بالایی داشتند. از لحاظ تئوری، منافع درک شدهٔ بالا توأم با موانع درک شدهٔ پایین با عملکرد غربالگری بیماری در ارتباط است[۱۴]، لذا، به‌نظر می‌رسد جهت افزایش عملکرد غربالگری در بین افراد مورد پژوهش باید بتوان بر موانع درک شدهٔ آنان غلبه کرد که در مورد خودآزمایی پستان شایع‌ترین مانع درک شده در مطالعهٔ حاضر ندانستن روش صحیح انجام آن، عدم وجود مشکل در پستان در مورد معاینهٔ کلینیکی توسط پزشک و ترس از اشعه در مورد ماموگرافی بود. در مطالعهٔ کریمی و همکاران مهم‌ترین مانع انجام خودآزمایی قبل از آموزش، ترس از یافتن غده و ترس از داشتن سرطان پستان بود[۱۱]. در مطالعهٔ حاضر همسو با مطالعهٔ Canbulat و Uzun در ترکیه ۲۰۰۸ [۱۶]، انجام ماموگرافی با منافع و موانع درک شده ارتباط آماری معنی‌داری را نشان نداد که با نتایج سایر مطالعات در تناقض بود [۱۴و۲۳-۲۱] اما، بین انجام معاینهٔ کلینیکی توسط پزشک و منافع درک شده ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد(P=۰/۰۲). منافع درک‌شدهٔ زنانی که خودآزمایی و ماموگرافی انجام داده بودند نیز بیشتر بود اما، این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود.

طبق نتایج، بیشترین درصد واحدهای پژوهش (۴۸/۱درصد و ۴۵/۱ درصد)، حساسیت و شدت درک شدهٔ متوسط داشتند. براساس مدل اعتقاد بهداشتی، حساسیت و شدت درک شدهٔ بالا نسبت به سرطان پستان با افزایش عملکرد غربالگری در ارتباط است[۱۴]. در مطالعهٔ ما شدت و حساسیت درک‌شده با عملکرد کلی ارتباط آماری نداشت اما، بین شدت درک‌شده و انجام ماموگرافی غیرتشخیصی ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد (P=۰/۰۰۸) که همسو با یافته‌های سایر مطالعات می‌باشد[۲۴و۲۵] در برخی مطالعات قبلی نیز انجام ماموگرافی با میزان حساسیت درک‌شده ارتباطی نداشته[۲۴،۲۱و۲۵]، حال آنکه در بعضی دیگر این ارتباط معنی‌دار بوده است[۱۶و ۲۲].

در مطالعهٔ حاضر رفتارهای غربالگری اکثریت افراد مورد پژوهش(۵۲/۵درصد) ضعیف بود. علت عملکرد پایین را می‌توان به درصد بالای سطح آگاهی ضعیف در بین شرکت‌کنندگان(۴۴/۳درصد) و نیز سن کمتر از ۳۰ سال اکثر آنان(۵۳/۴درصد) مرتبط دانست که احتمالاً به‌دلیل عدم احساس ضرورت نسبت به آن می‌باشد.

نتایج نشان داد ۴۱/۶درصد افراد خودآزمایی پستان را در طول سال انجام می‌دادند، در این میان ۲۶/۵درصد آن را به‌روش صحیح و ۸/۲درصد به‌صورت منظم و ماهیانه انجام می‌دادند. میزان معاینهٔ کلینیکی پستان در زنان ۳۰سال و بالاتر شرکت‌کننده در پژوهش صرفاً جهت انجام غربالگری ۱۶درصد بوده است و ۸/۵درصد زنان۴۰ سال و بالاتر سابقهٔ انجام ماموگرافی غیرتشخیصی را ذکر نمودند.

در مطالعهٔ غضنفری و همکاران(۱۳۸۵) میزان انجام خودآزمایی ۵۹/۵درصد گزارش شد که ۲۲/۳ درصد آن را به‌روش صحیح انجام می‌دادند. آنان میزان معاینهٔ کلینیکی پستان را ۲۲/۴درصد و انجام ماموگرافی را ۶/۵ درصد گزارش نمودند[۲۶]. بنائیان و همکاران(۱۳۸۴) میزان معاینهٔ کلینیکی پستان جهت غربالگری را ۶/۲درصد و انجام ماموگرافی را ۱۲/۵درصد گزارش نمودند[۱۹]. در بین مطالعات انجام شده در ایران، بالاترین عملکرد در مطالعهٔ گدازنده و همکاران(۱۳۸۵) گزارش گردیده است که میزان معاینهٔ کلینیکی پستان و ماموگرافی در زنان ۴۰ سال و بالاتر به‌ترتیب ۶۵/۸درصد و ۴۷/۳درصد بوده است

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1389.3.3.5.9]

و دلیل آن احتمالاً سطح تحصیلات و آگاهی بالای شرکت‌کنندگان در پژوهش بوده است[۱۸]. در مطالعهٔ SU و همکاران(۲۰۰۶) ۷۱/۱ درصد زنان چینی ساکن آمریکا در سنین بالای ۳۹ سال ماموگرافی انجام داده بودند[۲۷]. در مطالعهٔ حاضر به علت سن پایین افراد مورد پژوهش، میزان پایین ماموگرافی تا حدودی قابل توجیه بوده است اما، این میزان در زنان بالای ۳۹ سال نیز پایین بود(۸/۵ درصد) که نشانگر پایین بودن خطر درک‌شده می‌باشد. نتیجهٔ بررسی متاآنالیز نشان داد که خطر درک‌شدهٔ قوی‌تر با سطوح بالایی از انجام غربالگری با ماموگرافی در ارتباط می‌باشد[۲۸]. درک خطر با رفتار پیشگیرانهٔ افراد مرتبط است[۲۹].

در این مطالعه آنالیز رگرسیون لوجستیک بین خودآزمایی و معاینهٔ کلینیکی پستان با آگاهی ارتیاط معنی‌داری را نشان داد که مشابه مطالعات قبلی است [۱۲، ۱۸و۲۶]. همچنین یافته‌ها بین انجام خودآزمایی پستان با سطح تحصیلات ارتباط آماری معنی‌داری را نشان داد($P=۰/۰۰۲$) که مشابه یافته‌های سایر مطالعات است[۱۹، ۲۰ و ۲۶].

همسو با مطالعهٔ بنائیان و همکاران[۱۹]، در مطالعهٔ ما نیز وجود یا سابقهٔ ناراحتی در پستان با انجام ماموگرافی ارتباط معنی‌داری را نشان داد($P=۰/۰۳$) به‌طوری‌که این افراد ۶/۷ برابر($CI_{95\%}=۱/۲-۱۳/۴$) احتمال بیشتری برای انجام ماموگرافی داشتند.

علیرغم یافته‌های قبلی مبنی بر ارتباط بین رفتارهای غربالگری و سابقهٔ سرطان پستان در فامیل و اطرافیان [۱۹و ۲۶]، در مطالعهٔ ما چنین رابطه‌ای مشاهده نشد، البته گدازنده و همکاران(۱۳۸۵) نیز چنین ارتباطی را مشاهده نکردند[۱۸]. این یافته با توجه به اینکه در مطالعهٔ حاضر بین حساسیت درک‌شده و عملکرد ارتباطی یافت نشد، تا حدودی قابل توجیه است.

در برخی مطالعات به معنی‌دار بودن رابطهٔ بین شدت و موانع درک شده با ماموگرافی تأکید شده است[۱۴و ۲۱]. در مطالعهٔ Graham و همکاران(۲۰۰۲) تأثیر اعتقادهای بهداشتی بر عملکرد، بسیار قوی و مؤثرتر از مشخصات دموگرافیک گزارش گردید[۱۳]. در مطالعه‌ای در ایران، مهم‌ترین عوامل مؤثر بر آگاهی و عملکرد غربالگری سرطان پستان، سابقهٔ شخصی و سابقهٔ فامیلی سرطان گزارش شد[۱۹]. در مقایسهٔ نتایج مطالعات مختلف، تفاوت در فرهنگ‌ها و حتی تفاوت‌های درون فرهنگی در رابطه با رفتارهای غربالگری سرطان پستان و مفاهیم بهداشتی مشهود است.

نتیجه‌گیری

میزان آگاهی و رفتارهای غربالگری پایین زنان مورد پژوهش بیانگر نیاز به آموزش عوامل خطر، نشانه‌ها و تکنیک‌های غربالگری و تأکید مکرر و دوره‌ای بر اهمیت آن‌ها در تشخیص زودرس سرطان پستان است. برنامه‌های آموزشی نیز باید به‌شیوه‌ای طراحی شوند که بر عوامل مرتبط با عملکرد تشخیص زودرس سرطان پستان تأثیر بگذارند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب مرکز کشوری مدیریت سلامت(NPMC) تبریز می‌باشد. از همکاری‌ها و حمایت مالی آن مرکز و مسئولین و کادر محترم مراکز بهداشتی-درمانی تبریز و نیز افراد مورد پژوهش نهایت تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. World Health Organization. Breast cancer: prevention and control, 2010. Available from: www.who.int (Accessed Oct. 2010).
2. Ries LAG, Harkins D, Krapcho M, Mariotto A, Miller BA, Feuer EJ. SEER Cancer Statistics Review 1975-2003. National Cancer Institute, 2005, Available from: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2003(Accessed November 2005).
3. World Health Organization. Raising awareness about breast cancer, 2009. Available from: podcast@who.int (Accessed Oct. 2010).
4. Coleman MP, Quaresma M, Berrino F, Lutz JM, DeAngelis R, Capocaccia R. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). Lancet Oncol 2008; 9: 730–56.
5. Harirchi I, Karbakhsh M, Kashefi A, Momtahen AJ. Breast cancer in Iran: results of

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1389.3.3.5.9]

a multi-center study. Asian Pacific journal of cancer prevention 2004; 5(1): 24–7.
6. Sadjadi A, Nouraie M, Ghorbani A, Alimohammadian M, Malekzadeh R. Epidemiology of breast cancer in the Islamic Republic of Iran: first results from a population-based cancer registry. Eastern Mediterranean Health Journal 2009; 15(6): 1426-31.
7. WHO. The global burden of disease: 2008 update. Geneva: World Health Organization, 2008.
8. Country report of cancer registery(2005). Health Ministry of Iran, Cancer office, 2006.
9. Abedzadeh M, Sadat Z, Saberi F. Knowledge, attitude and practice regarding breast cancer and screening methods in Kashan women, 2001. Feyz 2003; 26: 85-92.(Persian).
10. Alam AA. Knowledge of breast cancer and its risk and protective factors among women in Riyadh. Ann Saudi med 2006; 26(4): 272-7.
11. Karimi M, Hasani M, Khorrami 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.(Persian).
12. Schwegmann JA. Identifying women's perceived barriers to mammography screening. An investigative project submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of MSc in Nursing at Northern Kentuchy University, 2009; 18-28.
13. Graham ME, Liggons Y, Hypolite M. Health beliefs and self breast examination in black women. Journal of Cultural Diversity 2002; 9(3): 49-54.
14. Champion, VL. Revised susceptibility, benefits and barriers scale for mammography screening. Research in Nursing and Health 1999; 22 (4): 341–8.
15. Gray G. Factors related to practice of breast self examination in rural women. Cancer Nursing 1990; 13(2): 100-7.
16. Canbulat N, Uzun O. Health beliefs and breast cancer screening behaviors among female health workers in Turkey. European Journal of Oncology Nursing 2008; 12: 148–56.
17. Ho V, Yamal JM, Atkinson EN, Basen-Engquist K, Tortolero-Luna G, Follen M. Predictors of breast and cervical screening in Vietnamese Women in Harris County, Houston, Texas. Cancer Nursing 2005; 28(2): 119-31.
18. Godazandeh Gh, Khani H, Khalilian AR, Atarod Z, Firozjayi MA, Partovi A. Knowledge and practice of Sari women over 15 years women regarding breast cancer, 2004. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2006; 16(52): 64-74. (Persian).
19. Banaeian SH, Kazemian A, Kheiri S. Knowledge, attitude and practice of women referring to health centers of Brojen regarding breast cancer screening and its effect factors, 2005. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences 2005; 7(4): 28-34.
20. Jokar F, Ghiasi N. Knowledge, attitude and practice of Ilamian women regarding breast cancer. Journal of Ilam University of Medical Sciences 2000; 9(26 & 27): 29-35.(Persian).
21. Holm, CJ, Frank DI, Curtin J. Health beliefs, health locus of control and women's mammography behavior. Cancer Nursing 1999; 22 (2): 149–56.
22. FinneyRutten LJ, Iannotti RJ. Health beliefs, salience of breast cancer family history and involvement with breast cancer issues: adherence to annual mammography screening recommendations. Cancer Detection and Prevention 2003; 27: 353-9.
23.Champion VL, Skinner CS. Differences in perceptions of risk, benefits and barriers by stage of mammography adoption. Journal of Women's Health 2003; 12(3): 277–86.
24. Secginli S, Nahcivan N. Factors associated with breast cancer screening behaviors in a sample of Turkish women: a questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies 2006; 43(2): 161–71.
25. Rene Long C. Factors of perceived susceptibility and severity on breast cancer mammography age among American women in Generation Y; Dissertation of PhD degree, Faculty of The Graduate School, Howard University, 2010; 56-65.
26. Ghazanfari Z, MohammadAlizadeh S, EzzatTalab 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(Persian).
27. Su X, Ma GX, Seals B, Tan Y, Hausman A. Breast cancer early detection among Chinese women in the Philadelphia area. Journal of Women's Health 2006; 15(5): 507-19.
28. Katapodi MC, Lee KA, Facione NC, Dodd MJ. Predictors of perceived breast cancer risk and the relation between perceived risk and

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1389.3.3.5.9]

breast cancer screening: a meta analytic review. Prev Med 2004; 38: 388-402.
29. Park K, Chang SJ, 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.
30. Yavari P, Mehrabi Y, 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 (Persian).

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1389.3.3.5.9]