مقاله پژوهشی

فصلنامهٔ بیماری‌های پستان ایران، سال پنجم، شماره چهارم، زمستان ۱۳۹۱

بررسی آگاهی، عقاید و رفتارهای بهداشتی داوطلبان سلامت شهر مشهد در رابطه با سرطان پستان در سال۱۳۹۱

فاطمه پورحاجی[1]: 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
حبیب الله 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 ۱۳۹۱انجام 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 پرسشنامه۲ 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 جمع آوری 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 ۹/۴±۳۴/۷ و میانگین نمره آگاهی زنان مورد پژوهش۳/۷±۹/۶ 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($p\leq0.05$).

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 تاثیرگذار باشد.

واژه‌های کلیدی: سرطان پستان، غربالگری، داوطلب سلامت.

[1]نشانی نویسنده پاسخگو: خراسان رضوی، مشهد، خیابان دانشگاه ۱۶، دانشکده بهداشت مشهد ، فاطمه پورحاجی. نشانی الکترونیک: pourhajif1@mums.ac.ir

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1391.5.4.5.5]

مقدمه

سرطان بیماری سلول‌ها است که علامت مشخصه آن تکثیر نامحدود و غیر قابل کنترل سلول‌هایی است که نئوپلاسم بدخیم را تشکیل می‌دهند(۱). در بین انواع سرطان‌ها، سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در زنان ایران و جهان است(۲). 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(۳). براساس Globocan، وقوع سرطان پستان در ۴۰ سال اخیر رشد فزاینده‌ای داشته است(٤).

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. متاسفانه آمار دقیقی از مبتلایان به این بیماری وجود ندارد، اما براساس اطلاعات غیر رسمی میزان بروز بیماری ۲۰ در هر ۱۰۰هزار زن است(۵). در سال ۲۰۰۷ با توجه به پژوهش‌ها در ایران، میزان ابتلا به سرطان ۲۲ در هر ۱۰۰هزار نفر زن است و شیوع آن ۱۲۰در هر ۱۰۰هزار زن بود(۶).

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(۲).

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(۷). میزان بقای ۵ ساله در این بیماران در مراکز مختلف بین ۴۸٪ تا ۸۴٪ و میزان بقای کلی ۷۱٪ است (۲).

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(۸). 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(۵). 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(۹).

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(۱۰). 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 (۱۱). نتایج مطالعه‌ای در ایران نشان داد که فقط ۶٪ زنان معلم مبادرت به انجام خودآزمایی منظم پستان می‌نمایند (۵). 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(۱۲). 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 بیهوده 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

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1.1.17359406.1391.5.4.5.5]

اثربخشی برنامه‌های آموزش بهداشت بیشتر خواهد بود (۱۳و۱۴). 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).

ابزارگردآوری اطلاعات از طریق پرسشنامه۲ 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 سئوال) و رفتارهای مربوط به غربالگری(۵ سؤال) بود. سؤالات عقاید بهداشتی برگرفته از مقیاس مدل اعتقاد بهداشتی Champion (Champion's Health Belief Model Scales) است که در سال ۱۹۸۴جهت استفادهٔ بین المللی طراحی شد و در سال 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 ۰/۸۵ محاسبه گردیده است. جهت روایی پرسشنامه در مطالعهٔ حاضر از روش اعتبار محتوا استفاده گردید و نظرها و 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 لوجستیک، t مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون مجذور کای دو جهت تجزیه وتحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج

میانگین سنی افراد مورد پژوهش ۹/۴±۳۴/۷ بود. در کل، ۳۶/۸ درصد سابقه سرطان پستان را در فامیل و اطرافیان ذکر نمودند. در این مطالعه اکثریت واحدهای پژوهشی ۹۳/۹ درصد وجود یا سابقه بیماری را در پستان ذکر نکرده بودند و در میان افراد شاکی از وجود یا سابقهٔ اختلال، شایع‌ترین مورد(۱/۴درصد) مربوط به درد پستان بود. میانگین نمره آگاهی زنان مورد پژوهش ۳/۷±۹/۶ بود. سقف نمره آگاهی بین ۲۵-۱ بود. با توجه به خط برش ۳۳ درصد نمرات کمتر از ۶ آگاهی ضعیف، ۱۲-۶ آگاهی متوسط و ۱۹-۱۳ 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) در رابطه با سرطان پستان و خودآزمایی پستان آگاهی مطلوب داشتند. سایر متغیرها در جدول شماره(۱) آمده است. حدود ۸۷/۶ درصد ابراز کردند که از خودآزمایی پستان اطلاع داشته و ۱۲/۴ درصد از خودآزمایی پستان هیچ اطلاعی نداشتند. مهم‌ترین منابع اطلاعاتی در رابطه با بیماری و غربالگری آن به ترتیب پزشک، کارکنان مراکز بهداشتی- درمانی ۳۴۶نفر(۸۴/۴)، پمفلت ۸۳ نفر(۲۰/۲درصد) کتاب۶۴ نفر (۱۵/۶ درصد)، تلویزیون ۴۰ نفر(۹/۸درصد)، مباحثه با دوستان و خویشان ۲۹ نفر(۷/۱درصد) روزنامه و مجلات۱۷ نفر(۴/۱ درصد) و اینترنت و سایر منابع اطلاعاتی ۷ نفر(۱/۷درصد) ذکر گردید.

حدود ۵۰ نفر(۱۲/۲درصد) 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 ۴/۰۳±۲۰/۲ و میانگین حساسیت درک شده افراد

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1391.5.4.5.5]

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

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

۳/۴±۱۱/۰۵ بدست آمد. سؤال رفتارخودآزمایی 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 سئوالات رفتار ۷-۰ بود.

از کل نمرهٔ ۷ مربوط به سؤالات عملکرد، نمره ۲-۰ عملکرد ضعیف، ۵-۳ عملکرد متوسط، ۷-۵ عملکرد مطلوب در نظر گرفته شد. در مطالعه انجام شده عملکرد ۱۶۸نفر(۴۱ درصد) ضعیف، عملکرد ۱۲۴(۳۰/۲ درصد) متوسط و ۱۱۸(۲۸/۸ درصد) عملکرد مطلوب داشتند. میانگین نمره عملکرد ۲/۵±۳/۵ 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 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. ($P = ۰/۱$ ،$F =۰/۰۸$، $r = ۰/۰۸$). بررسی یافته‌ها نشان 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 ($P = ۰/۴$، $F = ۰/۸$). 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($r = ۰/۱$ ،$P = ۰/۰۳$). ولی به نظر می‌رسد میزان این همبستگی قابل توجه نیست. همچنین آزمون آنالیز واریانس یک طرفه بین

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1.1.17359406.1391.5.4.5.5]

گروه‌های سنی و نمره آگاهی تفاوت معناداری را نشان نداد(F = ۰/۹، P = ۰/۴). همچنین بین سن و شدت درک شده نیز همین نتیجه بدست آمد(F = ۰/۰۱، P = ۰/۹). سایر نتایج در جدول شماره ۲و۳ آمده است.

میانگین و انحراف معیار نمرات منافع و موانع درک شده به ترتیب ۲/۹±۲۱/۶ و ۸/۱±۲۵/۴ بود. شایع‌ترین مانع درک شده خودآزمایی پستان فراموشی بود. سایر علل عدم انجام خودآزمایی پستان در جدول ۴ 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	۰/۰۲۷	r = ۰/۰۸	P = ۰/۸۹
میانگین نمره آگاهی- میانگین نمره حساسیت درک شده	۳/۲	r = ۰/۰۸	P = ۰/۰۷
میانگین نمره حساسیت درک شده- میانگین نمره شدت درک شده	۷/۳۶	r = ۰/۲۸	**p<۰/۰۰۱**

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 ۵۷/۳-۴/۲ 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 احتمالا 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 نوری‌زاده و همکاران(۲۱) نیز ۲۰/۱ درصد از زمان انجام خود آزمایی 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 نوری‌زاده و همکاران پزشک، کارکنان بهداشتی-درمانی و پوسترهای بهداشتی ۳۵/۶درصد بیشترین منبع اطلاعاتی شرکت کنندگان بودند(۲۱).

در مطالعه یاوری 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 نوری‌زاده(۲۱) با افزایش سن، میزان آگاهی از بیماری و روش‌های غربالگری افزایش نشان می‌داد.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1391.5.4.5.5]

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

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

*سطح معناداری در سطح ۰/۰۵ ** سابقه برخورد با افراد مبتلا به سرطان پستان در دوستان و آشنایان

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

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

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1.1.17359406.1391.5.4.5.5]

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 شدهٔ 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 هزینه های 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 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 خود آزمایی 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 تاثیر گذار باشد.

از محدودیت‌های این مطالعه، جمع آوری 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.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1391.5.4.5.5]

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 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.

References

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

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.

6. 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.

7. Akbari M. Cancer and Emotion; the Scope of Psycho-Socio-Oncology. Iranian Journal of cancer Prevention, Editorial Note2010 2010; 3(2).

8. 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.

9. 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.

10. 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.

11. 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.

12. Gözüm S, Aydin I. Validation evidence for Turkish adaptation of Champion's Health Belief Model scales. Cancer nursing 2004; 27(6): 491.

13. 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.

14. 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 Shahidbeheshti

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1.1.17359406.1391.5.4.5.5]

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

15. Ramezankhanee 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, Firozjayi 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, 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.

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 andbreast 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, 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.

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 Kentuchy University; 2009.

33. Graham ME LY, Hypolite M. Health beliefs and self breast examination inblack 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.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1391.5.4.5.5]