مقاله پژوهشی

فصلنامهٔ بیماری‌های پستان ایران، سال ششم، شماره اول، بهار ۱۳۹۲

عوامل پیشگویی کننده محور کنترل سلامت خودآزمایی پستان بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در زنان ساکن شهر بوشهر سال ۹-۱۳۹۱

افسانه صحرایی: دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

آزیتا نوروزی*: استادیار گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

رحیم طهماسبی: استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

چکیده

مقدمه: سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در میان زنان سراسر جهان است. هدف مطالعه حاضر تعیین عوامل پیشگویی کننده محور کنترل سلامت خودآزمایی پستان بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی است.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی تعداد ۳۹۱ زن به روش نمونه گیری در دسترس از مراکز بهداشتی- درمانی منتخب شهر بوشهر در سال ۱۳۹۱ انتخاب شدند. برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه استاندارد چمپیون جهت سنجش سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی، پرسشنامه استاندارد محورکنترل سلامت و پرسشنامه دموگرافیک استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج مطالعه حاکی از آن بود که سازه حساسیت درک شده (P=۰/۰۱۵) و انگیزش بهداشتی (P=۰/۰۰۰) پیشگویی کننده محور کنترل درونی بوده و سازه فواید درک شده (P=۰/۰۳۴)، انگیزش بهداشتی (P=۰/۰۲۶) و متغیر آگاهی (P=۰/۰۰۰) به عنوان پیشگویی کننده محور کنترل بیرونی هستند. در مورد محور کنترل شانس سازه شدت (P=۰/۰۲۳)، موانع درک شده (P=۰/۰۰۴)، انگیزش بهداشتی (P=۰/۰۰۷) و متغیر آگاهی (P=۰/۰۳۴) به عنوان پیشگویی کننده شناسایی شدند.

نتیجه‌گیری: از آنجایی که انجام رفتارهای بهداشتی و از جمله خودآزمایی پستان در افراد با محور کنترل درونی بیشتر است، لذا افزایش انگیزش بهداشتی و خودداری از ایجاد درک آسیب پذیری (مستعد بودن) بیش از حد، جهت ایجاد محور کنترل درونی ضروری است.

واژه‌های کلیدی: سرطان پستان، الگوی اعتقاد بهداشتی، محور کنترل سلامت، خودآزمایی.

* نشانی نویسنده پاسخگو: بوشهر، بهمنی، ابتدای ریشهر، سایت پردیس دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، دانشکده بهداشت، آزیتا نوروزی.
نشانی الکترونیک: a.noroozi@bpums.ac.ir

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.1.5.6]

مقدمه

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در میان زنان سراسر جهان بوده (۱و ۲) و در ایران نیز به عنوان اولین سرطان شایع زنان شناسایی شده به طوری که ۲۱/۴٪ بدخیمی-های زنان را شامل می‌شود (۳). این مشکل به دلیل ایجاد ناتوانی و مرگ زودرس، بار بیماری زیادی را به جامعه تحمیل می‌کند (۴). سرطان پستان تجربه‌ای استرس زاست که موجب اضطراب عاطفی و از بین رفتن عملکرد روزانه فرد می‌شود (۵).

تشخیص زود هنگام سرطان پستان با استفاده از رفتارهای غربالگری شامل خودآزمایی پستان، معاینه بالینی و ماموگرافی، نقش اساسی در کاهش مرگ و میر ناشی از سرطان پستان دارد (۶). بر اساس توصیه انجمن سرطان آمریکا، زنان باید با نحوه خودآزمایی پستان آشنا باشند تا بتوانند هر گونه تغییرات جزیی در پستان را در مراحل اولیه به مراقبین بهداشتی گزارش نمایند (۷) زیرا ۹۵٪ از سرطان‌های پستان در مراحل پیشرفته و ۶۵٪ سرطان‌ها در مراحل اولیه به وسیله خود فرد تشخیص داده می‌شود (۸). اما متأسفانه، با وجود فواید خودآزمایی منظم پستان تنها تعداد کمی از زنان به این امر مبادرت می‌ورزند (۹). لذا شناسایی عوامل تاثیر گذار بر رفتار خودآزمایی، مهم است.

رفتارهای غربالگری از جمله خودآزمایی پستان تحت کنترل فرد بوده و انجام یا عدم انجام آن وابسته به محور کنترل سلامت فرد است (۱۰). مفهوم محور کنترل سلامت عامل مهمی در درک افراد از میزان کنترلشان بر روی رفتارهای بهداشتی است (۱۱). نظریه محور کنترل سلامت توسط راتر از نظریه یادگیری اجتماعی مشتق شده است (۱۰). بر اساس این نظریه، افراد تغییرات ایجاد شده در زندگی را به عوامل درونی، بیرونی یا شانس نسبت می-دهند. افراد با محور کنترل درونی معتقدند که اعمالشان تعیین کننده اثرات و پیامدهای سلامتیشان است، در حالی که افراد با محور کنترل بیرونی قدرت‌های دیگری از قبیل پزشک، پرستار یا اعضای خانواده را تعیین کننده سلامت می‌دانند و افراد با محور کنترل شانس معتقدند که سلامتشان به وسیله تقدیر و شانس تعیین می‌شود (۱۲). در زمینه ارتباط بین محور کنترل سلامت و انجام رفتارهای بهداشتی (از جمله خودآزمایی پستان) مطالعاتی انجام گرفته است که گویای وجود ارتباط در این زمینه است (۱۲و ۱۳). به طوری که افراد با محور کنترل درونی، رفتارهای بهداشتی را بیشتر انجام می‌دهند، بنابراین تعیین عوامل پیشگویی کننده محور کنترل سلامت افراد، در مورد هر نوع رفتار بهداشتی از جمله خودآزمایی پستان ضروری است. در این زمینه، یکی از الگوهایی که جهت شناسایی عوامل موثر بر رفتارهای غربالگری کاربرد وسیع دارد الگوی اعتقاد بهداشتی است (۳ و۱۴).

الگوی اعتقاد بهداشتی، الگویی شناختی است که شامل سازه‌هایی از جمله حساسیت و شدت درک شده، فواید و موانع درک شده، انگیزش بهداشتی و خودکارآمدی است (۱۵). با توجه به اینکه محور کنترل سلامت با انجام رفتار خودآزمایی پستان در ارتباط بوده (۱۲ و ۱۳) و از طرفی الگوی اعتقاد بهداشتی به عنوان یکی از پر کاربردترین الگوها، جهت شناسایی عوامل موثر بر رفتارهای غربالگری از جمله خودآزمایی پستان است (۳ و ۱۴)، لذا مهم است تا عوامل پیشگویی کننده محور کنترل سلامت بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی شناسایی گردد تا با شناخت سازه‌های موثر بر محور کنترل سلامت، افراد را به سوی محور کنترل درونی سوق داده و با استفاده از مداخلات آموزشی بتوان محور کنترل سلامت افراد را اصلاح و آنها را به انجام رفتار خودآزمایی تشویق نمود. در تعدادی از مطالعات بین حساسیت و فواید درک شده با محور کنترل درونی ارتباط مشاهده شده است (۱۶و ۱۷). همچنین در مطالعه‌ای دیگر بین محور کنترل درونی با خطر درک شده برای سرطان پستان رابطه گزارش شده است (۱۲). لذا محققین با توجه به تناقضات موجود در این زمینه و عدم انجام مطالعه‌ای جهت شناسایی عوامل پیشگویی کننده هر یک از محورهای کنترل سلامت بر آن شدند تا مطالعه‌ای با هدف تعیین سازه های پیشگویی کننده سه محور کنترل سلامت بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی انجام دهند تا از نتایج آن در برنامه‌های آموزشی جهت تغییر محور کنترل سلامت، به صورت درونی نمودن محور کنترل استفاده گردد.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.1.5.6]

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی- تحلیلی به روش مقطعی بر روی ۳۹۱ زن ۲۰ تا ۵۰ ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی منتخب شهر بوشهر انجام شد. حجم نمونه بر اساس فرمول حداقل حجم نمونه کوهن با ضریب تبیین ۰/۴ و خطای ۰/۰۴ (۱۰٪ ضریب تبیین) با تعداد ۱۲ متغیر در مدل رگرسیونی، ۳۹۱ نفر برآورد گردید. انتخاب نمونه‌ها در این پژوهش به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای بود به این صورت که در ابتدا از بین ۱۰ مرکز بهداشتی موجود در شهر بوشهر به روش تصادفی ساده (از طریق قرعه‌کشی) ۵ مرکز انتخاب و حجم نمونه هر مرکز بر اساس نسبت زنان ۲۰ تا ۵۰ ساله آن مرکز تعیین شد، سپس نمونه‌ها در هر مرکز به روش نمونه گیری در دسترس (آسان) انتخاب شدند. معیارهای خروج در این مطالعه ابتلا به سرطان تشخیص داده شده پستان در زمان مطالعه، وجود مشکلات روانی، معلولیت‌های جسمی و بی‌سوادی بود.

روش جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه، ارائه پرسشنامه به آزمودنی‌ها به صورت حضوری و تکمیل ابزارهای تحقیق به صورت خودگزارشی بود. در این مطالعه از ۳ پرسشنامه جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد (۱). پرسشنامه دموگرافیک که حاوی سوالاتی مربوط به مشخصات فردی شامل سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و سابقه خانوادگی سرطان بود (۲). پرسشنامه استاندارد چمپیون (Champion scale) جهت سنجش سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی (با ۴۲ سوال) و آگاهی در مورد سرطان(با ۱۵ سوال) که سوالات مربوط به سازه‌ها به تفکیک شامل ۵ سوال در مورد حساسیت درک شده(درک فرد از آسیب پذیری و استعداد ابتلا به سرطان)، ۷ سوال مربوط به شدت درک شده (ادراک فرد از عمق خطر و جدی بودن عوارض بیماری)، ۶ سوال جهت سنجش منافع درک شده (نتایج مثبت حاصل از پیشگیری از بیماری)، ۶ سوال در مورد موانع درک شده (عوامل بازدارنده انجام رفتار خودآزمایی)، ۱۱سوال مربوط به خودکارآمدی درک شده(اطمینان فرد به توانایی انجام موفقیت آمیز رفتار) و ۷ سوال در مورد انگیزش بهداشتی (باورهای مرتبط با سلامت) بود که همگی سوالات با مقیاس لیکرت ۵ سطحی از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم سنجیده شدند. سوالات آگاهی نمره. یا ۱ داشته و دامنه‌ای بین ۰ تا ۱۵ می‌گرفت (۳). پرسشنامه استاندارد محور کنترل سلامت چند وجهی با ۱۸سوال که سه محور کنترل درونی، بیرونی و شانس را با تعداد سوالات یکسان (هر محور ۶ سوال) و مقیاس لیکرت ۶ سطحی از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم اندازه گیری می‌نمود.

روایی و پایایی پرسشنامه چمپیون توسط دکتر تیموری برای رفتار غربالگری سرطان پستان در میان زنان ایرانی سنجیده شده است (۱۸). در مطالعه اخیر نیز پایایی ابزار توسط آلفای کرونباخ بررسی شد.

ضریب آلفای کرونباخ برای شدت درک شده ۰/۸۹، حساسیت درک شده ۰/۹۰، منافع درک شده ۰/۹۱، موانع درک شده ۰/۸۸، خودکارآمدی ۰/۹۴و انگیزش بهداشتی ۰/۷۵ و در مورد مقیاس آگاهی ۰/۸۱ به دست آمد. روایی و پایایی پرسشنامه محور کنترل سلامت توسط مشکی و همکاران سنجیده و مورد تائید قرار گرفته است (۱۹). پایایی ابزار در این مطالعه توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ برآورد گردید.

لازم به ذکر است که قبل از جمع آوری داده‌ها برای هر یک از نمونه ها اهداف پژوهش توضیح داده شد و به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات بدست آمده کاملاً محرمانه بوده و جمع آوری اطلاعات تنها از افرادی صورت گرفت که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند. اطلاعات مستخرج از تمامی پرسشنامه‌ها پس از کد گذاری و ورود به کامپیوتر توسط نرم افزار SPSS ویرایش ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

در تحلیل داده‌ها علاوه بر ارائه شاخص‌های توصیفی از آزمون‌های مناسب آماری نظیر آزمون تی مستقل، تحلیل همبستگی و رگرسیون خطی استفاده گردید. جهت تعیین اثرات مستقیم عوامل پیشگویی کننده محور کنترل سلامت، سازه‌های الگو و متغیرهای دموگرافیک به عنوان متغیر مستقل و هر یک از ابعاد محور کنترل سلامت به عنوان متغیر پاسخ و جهت تعیین اثرات غیر مستقیم، متغیرهای دموگرافیک به عنوان متغیر مستقل و سازه یا سازه‌های موثر (شناسایی شده در مدل رگرسیونی) به عنوان متغیر وابسته وارد تحلیل رگرسیون خطی شدند.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]

DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.1.5.6]

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۹۱ زن با دامنهٔ سنی ۲۰ تا ۵۰ سال و میانگین سن ۸/۰۱ ± ۳۰/۲۵ شرکت نمودند. از نظر تحصیلات، ۱۳۹ نفر (۳۵/۵ درصد) دارای تحصیلات دانشگاهی و ۲۵۲ نفر (۶۴/۵ درصد) بدون تحصیلات دانشگاهی بودند. اکثر افراد، (۳۵۲ نفر معادل ۹۱/۹ درصد) متاهل بودند. از نظر وضعیت سابقهٔ خانوادگی سرطان، تنها ۴۸ نفر (۱۲/۵ درصد) سابقهٔ خانوادگی سرطان داشتند. در مورد علائم و نشانه‌های مربوط به سرطان پستان ۵۷ نفر (۱۴/۶ درصد) بعضی از علائم مربوط به سرطان را گزارش کردند. در این مطالعه حداقل و حداکثر نمره آگاهی به ترتیب ۰ و ۱۳، میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی ۳/۴۵± ۴/۹۶ بود. میانگین و انحراف معیار نمرات محور کنترل سلامت درونی ۵/۰۲ ± ۲۸/۱۲، محور کنترل بیرونی ۵/۶۸ ± ۲۶/۰۲ و محور شانس ۵/۹۶ ± ۱۹/۲۵ بود. میانگین و انحراف معیار سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی به ترتیب شامل حساسیت درک شده ۰/۹± ۲/۱۶، شدت درک شده ۱/۰۱± ۳/۴۵، فواید درک شده ۰/۸۱±۴/۰۹، موانع درک شده ۰/۷۳±۱/۹۸، خودکارآمدی درک شده ۰/۹۱ ± ۳/۲۳ و انگیزش بهداشتی ۰/۵۲±۴/۲۷ بود. در جدول شماره ۱ ضرایب همبستگی بین آگاهی و سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی با ابعاد محور کنترل سلامت نشان داده شده است.

جدول شماره ۱: ضرایب همبستگی بین آگاهی و سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی با ابعاد محور کنترل سلامت

سازه یا متغیر	محور کنترل درونی	محور کنترل بیرونی	محور کنترل شانس
حساسیت درک شده	−۰/۱۱۵*	−۰/۰۰۴	۰/۰۸۹
شدت درک شده	۰/۰۴۶	۰/۱۰۹*	۰/۱۷۵**
فواید درک شده	۰/۱۶۹**	۰/۱۴۶**	−۰/۰۱۰
موانع درک شده	−۰/۲۱۵**	−۰/۱۲۴*	۰/۱۴۱**
خودکارآمدی درک شده	۰/۱۲۹*	۰/۰۷۳	−۰/۰۳۸
انگیزش سلامت	۰/۲۷۱**	۰/۲۰۰**	−۰/۱۲۹*
آگاهی	−۰/۰۱۴	−۰/۱۶۷**	−۰/۱۶۹**

**P < 0/01 *P < 0/05

جهت تعیین عوامل پیشگویی کننده محور کنترل سلامت درونی، بیرونی و شانس، سازه‌ها و متغیرهای دموگرافیک وارد مدل رگرسیون خطی شدند (جدول شماره ۲). از بین سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و متغیرهای دموگرافیک تنها سازه حساسیت درک شده (P=۰/۰۱۵) و سازه انگیزش بهداشتی (P=۰/۰۰۰) پیشگویی‌کننده محور کنترل درونی با ضریب تعیین (R^2= ٪۱۱/۱) بودند. به این ترتیب که با افزایش ۱ واحد در حساسیت درک شده، محور کنترل درونی به میزان ۰/۷۰۷ کاهش یافته و با افزایش یک واحد انگیزش بهداشتی، محور کنترل درونی به میزان ۱/۹۲ افزایش می‌یافت.

در مورد محور کنترل بیرونی تحلیل رگرسیونی نشان داد که از بین سازه‌ها و عوامل واسطه، سازه فواید درک شده (P=۰/۰۳۴)، سازه انگیزش بهداشتی (P=۰/۰۲۶) و متغیر آگاهی (P=۰/۰۰۰) پیشگویی کننده با ضریب تعیین (R^2=٪۱۰) بودند، به طوری که با افزایش یک واحد در فواید درک شده و انگیزش بهداشتی، محور کنترل بیرونی به ترتیب به میزان ۰/۸۷۰ و ۱/۳۹ افزایش و با افزایش یک واحد در آگاهی، محور کنترل بیرونی به میزان ۰/۳۵۹ کاهش می‌یافت (جدول شماره ۳).

در مورد محور کنترل شانس، سازه شدت درک شده (P=۰/۰۲۳)، انگیزش بهداشتی (P=۰/۰۰۷)، موانع درک شده (P=۰/۰۰۴) و متغیر آگاهی (P=۰/۰۳۴) پیشگویی

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.1.5.6]

کننده با ضریب تعیین (R^2= ٪۱۱/۱) بودند، به طوری که محور کنترل شانس با افزایش یک واحد در شدت و موانع درک شده به ترتیب به میزان ۰/۷۳۲ و ۱/۳۳ افزایش و با افزایش یک واحد در آگاهی و انگیزش بهداشتی محور کنترل شانس به ترتیب به میزان ۰/۲۱۴ و ۱/۷۳ کاهش می‌یافت (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۲: برآورد ضرایب رگرسیون خطی مربوط به سازه ها و عوامل واسطه ای بر محور کنترل سلامت درونی

متغیر یا سازه		B	Beta	P
سازه	حساسیت درک شده	−۰/۷۰۷	−۰/۱۳۱	۰/۰۱۵*
	شدت درک شده	−۰/۰۰۴	۰/۰۰۰	۰/۹۸۷
	فواید درک شده	۰/۶۷۰	۰/۱۱۳	۰/۰۵۷
	موانع درک شده	−۰/۶۵۰	−۰/۰۹۷	۰/۰۸۹
	خودکارآمدی درک شده	۰/۱۲۷	۰/۰۲۴	۰/۶۷۵
	انگیزش سلامت	۱/۹۲۲	۰/۲۰۱	۰/۰۰۰**
متغیرهای دموگرافیک	سن	−۰/۰۰۶	−۰/۰۱۰	۰/۸۵۷
	آگاهی	−۰/۰۸۶	−۰/۰۸۴	۰/۴۰۸
	سابقهٔ ابتلا	−۰/۷۵۸	−۰/۰۵۱	۰/۳۲۷
	تحصیلات	−۰/۵۳۰	−۰/۰۵۲	۰/۳۷۳

**P < 0/01 *P < 0/05

جدول شماره ۳: برآورد ضرایب رگرسیون خطی مربوط به سازه‌ها و عوامل واسطه ای بر محور کنترل سلامت بیرونی

متغیر یا سازه		B	Beta	P
سازه	حساسیت درک شده	−۰/۰۹۰	−۰/۰۱۴	۰/۷۹۱
	شدت درک شده	۰/۰۷۱	۰/۰۱۳	۰/۸۱۸
	فواید درک شده	۰/۸۷۰	۰/۱۲۶	۰/۰۳۴*
	موانع درک شده	−۰/۳۸۵	−۰/۰۴۹	۰/۳۸۶
	خودکارآمدی درک شده	۰/۳۴۸	۰/۰۵۷	۰/۳۲۵
	انگیزش سلامت	۱/۳۹۲	۰/۱۲۶	۰/۰۲۶*
متغیرهای دموگرافیک	سن	۰/۰۱۶	۰/۰۲۲	۰/۷۰۳
	آگاهی	−۰/۳۵۹	−۰/۲۱۹	۰/۰۰۰**
	سابقه ابتلا	−۰/۱۶۳	−۰/۰۰۹	۰/۸۵۹
	تحصیلات	−۰/۶۲۱	−۰/۰۵۳	۰/۳۷۰

**P < 0/01 *P < 0/05

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]

DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.1.5.6]

جدول شماره ۴: برآورد ضرایب رگرسیون خطی مربوط به سازه ها و عوامل واسطه ای بر محور کنترل سلامت شانس

متغیر یا سازه		B	Beta	P
سازه	حساسیت درک شده	۰/۲۹۳	۰/۰۴۴	۰/۴۱۱
	شدت درک شده	۰/۷۳۲	۰/۱۲۵	۰/۰۲۳*
	فواید درک شده	−۰/۱۱۷	−۰/۰۱۶	۰/۷۸۴
	موانع درک شده	۱/۳۳۴	۰/۱۶۲	۰/۰۰۴**
	خودکارآمدی درک شده	۰/۰۷۶	۰/۰۱۲	۰/۸۳۸
	انگیزش سلامت	-۱/۷۳۳	-۰/۱۵۲	۰/۰۰۷**
متغیرهای دموگرافیک	سن	۰/۰۲۸	۰/۰۳۶	۰/۵۲۳
	آگاهی	−۰/۲۱۴	−۰/۱۲۴	۰/۰۳۴*
	سابقه ابتلا	۰/۲۰۶	۰/۰۱۱	۰/۸۳۱
	تحصیلات	−۱/۳۲۷	−۰/۱۰۷	۰/۰۶۸

$P < 0/01$ $*P < 0/05$

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش، یافته‌های مطالعه حاکی از آن بود که سازه حساسیت درک شده و انگیزش بهداشتی پیشگویی کننده محور کنترل درونی هستند و سازه فواید درک شده، انگیزش بهداشتی و متغیر آگاهی به عنوان پیشگویی کننده محور کنترل بیرونی و سازه شدت درک شده، موانع درک شده، انگیزش بهداشتی و متغیر آگاهی به عنوان پیشگویی کننده محور کنترل شانس شناسایی شدند.

در مطالعه کنونی، کلیه سازه‌های الگو بجز شدت درک شده با محور کنترل درونی، در ارتباط بودند ولی تنها حساسیت درک شده و انگیزش بهداشتی پیشگویی کننده این محور بودند. هم راستا با این مطالعه، در مطالعه‌ای که توسط تیتله (Tittie) و همکاران جهت بررسی اعتقاد بهداشتی زنان در مورد سرطان پستان و محور کنترل سلامت انجام شد حساسیت درک شده با محور کنترل درونی در ارتباط بود (۱۷). همچنین در مطالعه‌ای در مورد اضطراب زنان چینی مشخص گردید که خودکارآمدی با محور کنترل درونی در ارتباط است (۲۰). این موضوع در مطالعه مربوط به رفتار سیگار نیز تائید شده است (۲۱). در مطالعه‌ای که با هدف پیشگویی رفتارهای بهداشتی مربوط به سبک زندگی با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی انجام گرفت، مشخص گردید که حساسیت درک شده با محور کنترل درونی ارتباط معکوس داشته و سازه فواید درک شده با محور کنترل درونی ارتباط مستقیم داشت.

در همین مطالعه شدت درک شده با محور کنترل درونی ارتباط نداشت که موئد مطالعه کنونی است (۱۶). از آنجایی که افرادی که حساسیت درک شده پایین‌تر و انگیزش بهداشتی بالاتری دارند، محور کنترل درونی بالاتری دارند می‌توان انتظار داشت که رفتار خودآزمایی پستان را بیشتر انجام دهند. در این راستا برخی مطالعات حساسیت درک شده را قویترین پیشگویی کننده برای انجام رفتار خودآزمایی پستان معرفی کرده‌اند (۲۲و۲۳). در مطالعه پیر آنجل (Pier Angeli) نیز انگیزش بهداشتی پیشگویی‌کننده رفتار خودآزمایی پستان بود (۱۱). با این وجود در مطالعه‌ای که با هدف بررسی محور کنترل وزن و رفتار و نگرش در مورد وزن در یک جمعیت با اضافه وزن انجام گرفت نشان داد که خودکارآمدی پیشگویی کننده محور کنترل درونی بود (۲۴) که تناقض با مطالعه فعلی را می توان به تفاوت در رفتارهای مورد بررسی نسبت داد.

در مورد محور کنترل بیرونی همه سازه‌ها به جز حساسیت و خودکارآمدی درک شده با محور کنترل بیرونی در ارتباط بودند، ولی تنها سازه فواید درک شده، انگیزش بهداشتی و متغیر آگاهی به عنوان پیشگویی کننده محور کنترل بیرونی شناسایی شدند. در همین راستا در مطالعه-ای که با هدف ارتباط بین شخصیت، غلبه، استرس و سلامت با محورهای کنترل انجام گرفت مشخص شد که خودکارآمدی با محور کنترل بیرونی در ارتباط بود (۲۵).

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.1.5.6]

در مطالعه ترانکله و هاو بین حساسیت، شدت و فواید درک شده با محور کنترل بیرونی ارتباط وجود نداشت، درحالی که بین انگیزش بهداشتی و محور کنترل بیرونی ارتباط وجود داشت (۱۶). این تناقضات در مورد رابطه بین سازه‌ها با محور کنترل بیرونی می‌تواند به دلیل تفاوت در رفتارهای مورد بررسی باشد. در این مطالعه سازه‌های فواید درک شده، انگیزش بهداشتی و متغیر آگاهی پیشگویی کننده محور کنترل بیرونی بودند. بنابراین افرادی که فواید درک شده و انگیزش بهداشتی بالاتری دارند محور کنترلشان بیرونی‌تر است و بیشتر به پزشک مراجعه می‌کنند. نوروزی و همکاران گزارش نمودند که افزایش انگیزش بهداشتی باعث مراجعه بیشتر به پزشک جهت انجام معاینه پستان می‌شود (۱). همچنین در مطالعه‌ای که توسط مودی (Moodi) و همکاران انجام گرفت زنانی که فواید درک شده بالاتر و انگیزش بهداشتی بیشتری داشتند بیشتر برای ماموگرافی به پزشک مراجعه می‌کردند (۲۶). همچنین مشابه مطالعه اخیر، در مطالعه‌ای که با هدف بررسی ارتباط بین محور کنترل سلامت با آگاهی در مورد سرطان در روستاییان انجام شده بود مشخص شد که آگاهی در مورد سرطان پیشگویی کننده محور کنترل بیرونی است (۲۷).

در این مطالعه، محور کنترل شانس تنها با شدت درک شده، موانع درک شده، انگیزش بهداشتی و آگاهی در ارتباط بود و کلیه سازه‌های ذکر شده (انگیزش بهداشتی، شدت و موانع درک شده) به عنوان پیشگویی کننده محور کنترل شانس شناسایی شدند. در مطالعه تیتله (Tittle) و همکاران شدت درک شده با محور کنترل شانس در ارتباط بود (۱۷). در مطالعه ترانکله و هاو که بر روی سبک زندگی دانشجویان لیسانس روانشناسی انجام شد مشخص گردید که حساسیت و موانع درک شده با محور کنترل شانس در ارتباط است (۱۶) که تا حدودی موئد یافته‌های مطالعه اخیر است. همچنین در مطالعه ترانکله بین سازه فواید درک شده با محور شانس ارتباط معکوس گزارش شد و انگیزش بهداشتی با محور شانس در ارتباط نبود. یک توضیح برای این تناقض می‌تواند این باشد که مطالعه ترانکله و هاو در زمینه سبک زندگی دانشجویان بوده در حالی که مطالعه حاضر در مورد رفتار غربالگری در زنان است لذا این تفاوت را می‌توان به این موضوع نسبت داد.

در زمینه عوامل پیشگویی کننده محور کنترل شانس با سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی مطالعه ای صورت نگرفته است ولی از آنجایی که افراد با محور کنترل شانس وقایع مربوط به سلامت و بیماری خود را به تقدیر و شانس نسبت می‌دهند لذا کمتر رفتارهای بهداشتی را انجام می‌دهند. در این مطالعه افرادی که شدت درک شده، موانع درک شده و انگیزش بهداشتی بالاتری داشتند بیشتر به شانس اعتقاد داشتند. در پاره‌ای از مطالعات، افرادی که شدت و موانع درک شده بیشتری داشتند کمتر به انجام خود آزمایی مبادرت می‌نمودند (۱و۲۸). در مطالعه طوافیان و همکاران نیز افرادی که موانع درک شده بیشتری داشتند رفتار خودآزمایی پستان را کمتر انجام می‌دادند (۲۹) که می‌تواند تائید کننده یافته‌های مطالعه کنونی باشد.

از محدودیت‌های این مطالعه انتخاب نمونه‌ها در هر مرکز به صورت در دسترس است که به دلیل عدم وجود لیست کلیه زنان تحت پوشش مراکز امکان نمونه‌گیری به روش دیگر وجود نداشت. ثانیاً اطلاعات از کلیه نمونه‌ها به صورت خودگزارشی جمع آوری گردید که از محدودیت-های کلیه مطالعات پرسشنامه‌ای محسوب می‌شود.

با توجه به اهمیت خودآزمایی در تشخیص زود هنگام سرطان پستان و با در نظر گرفتن این نکته که افراد با محور کنترل درونی بیشتر مبادرت به انجام رفتارهای بهداشتی می‌کنند، لذا باید با اقدامات و مداخلات مناسب محور کنترل را به سمت درونی شدن سوق داد. بنابراین، با طراحی برنامه‌های آموزشی جهت کاهش حساسیت درک شده و افزایش انگیزش بهداشتی می‌توان انتظار داشت که با درونی شدن محور کنترل، فراوانی انجام رفتار افزایش یابد. همچنین از آنجایی که با افزایش آگاهی، محور کنترل شانس و کنترل بیرونی کاهش می‌یابد در برنامه‌های آموزشی باید اطلاعاتی در زمینه سرطان، عوامل پیشگیری کننده و عوامل خطر سرطان نیز ارائه گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل یافته‌های کار تحقیقاتی مربوط به پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی بوشهر است. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر و همچنین کلیه شرکت

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]

DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.1.5.6]

کنندگان که با صبر و حوصله در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

1. Noroozi A, Tahmasebi R. Factors influencing breast cancer screening behavior among Iranian women. Asian pac J cancer Prev 2011; 12: 1239-44.
2. Yousefi Z, Homayie F, Rafei S. The evaluation of the endometrial thickness of amenorrhea breast cancer patients treated with tamoxifen. AMUJ 2011; 14(58): 101-7.
3. Noroozi A, Jomand T, Tahmasebi R. Determinants of breast cancer self examination performance among Iranian women: An application of the Health Belief Model. J cancer Educ 2011; 26: 365- 74.
4. Vakili M, Jafarizadeh M, Sadeghian M, Mirrezaie M, Norishadkam M, Lotfi M, et al. Burden of breast cancer in females of Yazd province, 2006. FEYZ 2009; 13 (1): 31-6.
5. Elswick PD, Sharp J, Sale S, Roberts J. The performance of breast self examination in women. MSc Dissertations in Nursing 2006; Mountain state University.
6. Karimy M, Niknami SH, Amin shokravi F, SHamsi M, Hatami A. The Relationship of Breast self-examination with Self-esteem and Perceived Benefits/Barriers of Self-efficacy in Health Volunteers of Zarandieh city. Iran J Breast Dis 2009; 2 (2):41-8.
7. American Cancer Society (2000). How many women get breast cancer? Available at: http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_2_1X_How_many_people_get_breast_cancer_5asp? siteareaS. Accessed 24 Nov 06.
8. Champion V. The role of breast self–examination in breast cancer screening. Cancer 1992; 1(7): 1985-91.
9. Petro-Nustus W, Mikhail BI. Factors associated with breast self-examination among Jordanian women. Public Health Nurs 2002; 19(4): 263-71.
10. Pier Angeli B, Anne Noble M. Health beliefs, health locus of control, self efficacy and breast self examination behaviors among adult, African American women. Ph.D Disssertions in Nursing 1994; George Mason University.
11. Bastani F. Effect of Education about Preconception Care on Awareness and Health Locus of Control about Healthy Nutrition in Women Attending Premarital Counseling Centers. Iran J Nurs 2010; 23(64): 59-71.
12. Rowe JL, Montgomery GH, Duberstein PR, Bovbjerg DH. Health locus of control and perceived risk for breast cancer in healthy women. Behav med 2005; 31(1): 33-40.
13. 13. Hallal JC. The relationship of health beliefs, health locus of control, and self concept to the practice of breast self-examination in adult women. Nurs Res 1982; 31(3): 137-42.
14. Tastan S, Iyigun E, Kilic A, Unver V. Health beliefs concerning breast self examination of nurses in Turkey. Asian Nurs Res 2011; 5: 151-6.
15. Canbulat N, Uzun O. Health beliefs and breast cancer screening behaviors among female health workers in Turkey. Eur J Oncol Nurs 2008; 12: 148-56.
16. Trankle SA, Haw J. Predicting Australian health behavior from health beliefs. E-J Appl Psychol 2009; 5(2): 9-17.
17. Tittle M, Chiarelli M, McGough K, Sandie JM, McMillan S. Women's health beliefs about breast cancer and health locus of control. J Gerontol Nurs 2002; 28(5): 37-45.
18. Taymoori P, Berry TR. The validity and reliability of Champion's Health Belief Model scale for breast cancer screening behaviors among Iranian women. Cancer Nurs 2009; 32: 465-72.
19. Moshki M, Ghofranipour F, Azadfallah P, Hajizadeh E. Validity and reliability of the multidimensional health locus of control (Form B) scale in Iranian medical students. Ofogh-e-Danesh J 2006; 12(1): 33-42.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.1.5.6]

20.Wu AMS, Tang CSK, Kwok TCY. Self-efficacy, health locus of control and psychological distress in elderly Chinese women with chronic illnesses. Aging Ment Health 2004; 8(1): 21-8.

21.Kim YH. Psychological constructs to predicting smoking behavior among Korean secondary school students. Prev Med 2004; 38: 620-7.

22.Umhe K, Dimitrakaki V. Breast cancer detection in asymptomatic women: Health beliefs implicated in secondary prevention. J Appl Biobehav 2003; 8(2): 96-115.

23.Jirojwong S, McLennan R. Health beliefs, perceived self efficacy, and breast self-examination among Thai migrants in Brisbane. J Adv Nurs 2003; 41(3): 241-9.

24.Holt CL, Clark EM, Kreuter MW. Weight locus of control and weight-related attitudes and behaviors in an overweight population. Addict Behav 2001; 26: 329-40.

25.Brosschot JF, Gebhardt WA, Godaert GL. Internal, powerful other and chance locus of control: relationships with personality, coping, stress and health. Pers Indiv Differ 1994; 16(6): 839-52.

26.Moodi M, Rezaeian M, Mostafavi F, Sharifirad G-R. Determinants of mammography screening behavior in Iranian women: A population-based study. J Res Med Sci 2012; 17: 750-9.

27.Winstead-Fry P, Hernandez CG, Colgan GM, Cook CM, De Salva KL, La Belle E, Perry E. The relationship of rural persons' multidimensional health locus of control to knowledge of cancer, cancer myths, and cancer danger signs. Cancer Nurs 1999; 22(6): 456-62.

28.Umeh K, Rogan-Gibson J. Perception of threat, benefits, and barriers in breast self examination among young asymptomatic women. Brit J Health Psychol 2001; 6: 361-72.

29.Tavafians SS, Hasani L, Aghamolaei T, Zare SH, Gregory D. Prediction of breast self examination in a sample of Iranian women: an application of the health belief model. BMC women health 2009; 9(37): 1-7.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]

DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.1.5.6]