



انجمن علمی پرستاری ایران

دوره سوم شماره ۴ (پیاپی ۱۲) پاییز ۱۳۹۳ - شماره استاندارد بین المللی: ۸۶۱۴-۲۲۵۱

- ۱..... طراحی و ارزشیابی "فرم ثبت آموزش بیمار" برای ثبت ساختارمند فرآیند آموزش بیمار
پروانه خراسانی، مریم رسولی، منصوره زاغری تفرشی، سرور پرویزی، محمود نصرافهانی
- ۱۷..... همبستگی بین تعهد سازمانی با رفتار شهروندی سازمانی در کارکنان ستاد سازمان بهزیستی شهر تهران
عبدالحمید جوربنیان، اصغر مکارم، محمدعلی حسینی، عنایت اله بخشی
- ۲۷..... ارزشیابی عملکرد شبکه بهداشت شهرستان بردسکن با استفاده از الگوی بنیاد اروپایی مدیریت کیفیت
حسین ابراهیمی پور، علی وفايي نجار، هادی زمردی نیت، حسین امامیان
- ۳۷..... همبستگی آمادگی ترخیص با بستری مجدد نوزادان نارس در بخش های مراقبت ویژه نوزادان
الهه دشتی، مریم رسولی، لیلا خانعلی مجن، اسماء پورحسین قلی، اعظم شیرین آبادی فراهانی
- ۴۶..... شناسایی برخی عوامل موثر بر بقاء سالمندان مقیم سرای سالمند با استفاده از الگوی مفصل مخاطرات رقابتی: رویکرد بییزی
محمدجواد آزادچهر، مهدی رهگذر، مسعود کریملو، محسن ادیب حاج باقری
- ۵۶..... همبستگی باورهای بهداشتی و رفتارهای تشخیصی زودرس سرطان پستان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر خوی
لیلا مختاری، عبدالله خرمی مارکانی، زینب حبیب پور
- ۶۵..... میزان مشارکت اجتماعی، موانع و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر تهران
علی درویش پور کاخکی، ژیلا عابدسعیدی، عباس عباس زاده
- ۷۴..... توسعه الگوی مفهومی عوامل اجتماعی تعیین کننده نابرابری در سلامت: یک مطالعه کیفی
روح اله زابلی، زینب مالمون، مریم سید جوادی، سید حسام سیدین

به نام خداوند جان و خرد
مجله مدیریت ارتقای سلامت
فصلنامه علمی-پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران
دوره سوم-شماره ۴ (پیاپی ۱۲) - پاییز ۱۳۹۳

• صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران

• مدیر مسؤول: دکتر محمدعلی حسینی

• سردبیر: دکتر فریده یغمایی

• معاون سردبیر: فرشته نجفی

• شماره مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی: ۸۰۶۷/۹۰ مورخ ۱۳۹۰/۴/۴

• شماره بین المللی نشریه چاپی: ۸۶۱۴-۲۲۵۱ ISSN: مورخ ۱۳۹۰/۱۲/۱۰

• شماره بین المللی نشریه الکترونیکی: ۹۹۴۷-۲۲۵۱ e-ISSN: مورخ ۱۳۹۱/۳/۸

رتبه علمی-پژوهشی مورخ ۱۳۹۱/۲/۱۶ شماره رتبه علمی-پژوهشی کمیسیون نشریات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۰۰/۳۱۸

اعضای هیأت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| - دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی | - دکتر طاهره اشک تراب، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی |
| - دکتر نعیمه سید فاطمی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران | - دکتر اردشیر افراسیابی فر، استادیار دانشگاه علوم پزشکی یاسوج |
| - دکتر مسعود فلاحی خشکناز، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی | - دکتر فاطمه الحانی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس |
| - دکتر لیلا قلی زاده، استادیار دانشگاه فناوری سیدنی، استرالیا | - دکتر عنایت اله بخشی، استادیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی |
| - دکتر مسعود کریملو، دانشیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی | - دکتر مهرنوش بازارگادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی |
| - دکتر سید حبیب اله کواری، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی | - دکتر حمید پیروی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران |
| - دکتر سعاد محفوظ پور، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی | - دکتر محمدعلی چراغی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران |
| - دکتر علی محمد پور، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گناباد | - دکتر محمدعلی حسینی، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی |
| - دکتر عیسی محمدی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس | - دکتر سیده فاطمه حقدوست اسکویی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران |
| - دکتر ندا مهرداد، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران | - دکتر حمیدرضا خانکه، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی |
| - دکتر رضا نگارنده، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران | - دکتر ناهید رژه، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد |
| - دکتر کیان نوروزی تبریزی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی | - دکتر فرخنده شریف، استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز |
| - دکتر علیرضانیکیخت نصرآبادی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران | - دکتر حیدرعلی عابدی، دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان-خوراسگان |
| - دکتر مجیده هروی کریموی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد | - دکتر عباس عبادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله |
| - دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی | - دکتر عباس عباس زاده، استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی |

• **ویراستار انگلیسی:** دکتر فریده یغمایی، مهندس پگاه یغمایی

• **ویراستار فارسی:** دکتر فریده یغمایی

• **حروفچینی و صفحه آرایی:** مهندس صادق توکلی

• **طراح جلد:** مهندس صادق توکلی

• **ناشر:** انجمن علمی پرستاری ایران

• **نشانی:** تهران میدان توحید-دانشکده پرستاری و مامایی تهران

• **کدپستی:** ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱ صندوق پستی: ۱۴۱۹۵/۳۹۸ تلفن و نمابر: ۶۶۵۹۲۵۳۵

E-mail: info@jhpm.ir , Website: http://jhpm.ir

این مجله در SID, Magiran, Iran Medex, ISC, Google Scholar نمایه می شود.

همبستگی باورهای بهداشتی و رفتارهای تشخیصی زودرس سرطان پستان در زنان مراجعه

کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر خوی

لیلا مختاری^۱، *عبدالله خرمی مارکانی^۲، زینب حبیب پور^۳

چکیده

مقدمه: سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در زنان است که در صورت عدم تشخیص به موقع و عدم درمان منجر به مرگ خواهد شد. باورهای بهداشتی نقش مهمی در بروز رفتارهای بهداشتی افراد دارد. این مطالعه با هدف تعیین همبستگی باورهای بهداشتی و رفتارهای تشخیصی زودرس سرطان پستان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر خوی در سال ۱۳۹۱ انجام شد.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی- همبستگی، از بین مراکز بهداشتی شبکه بهداشت و درمان شهر خوی ۸ مرکز به صورت نمونه گیری تصادفی خوشه ای انتخاب و ۱۶۲ نفر از زنان مراجعه کننده به آن مراکز به عنوان نمونه وارد مطالعه شدند. داده ها توسط "مقیاس الگوی باورهای بهداشتی چمپیون" "CHBMS" (Champion's Health Belief Model Scale) جمع آوری شد. روایی محتوا با نظر خواهی از ۱۰ متخصص و پایایی به روش های آلفا کرونباخ و آزمون مجدد اندازه گیری شد. داده ها با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: اکثر شرکت کنندگان در پژوهش، باورهای بهداشتی قوی در مورد فواید خودآزمایی پستان (۸۲/۷ درصد) و فواید ماموگرافی (۶۵/۴ درصد) داشتند. بین شغل ($p < 0/001$)، سطح تحصیلات ($P = 0/04$) و وضعیت تاهل ($P = 0/01$) با انجام خودآزمایی پستان و بین سن ($P = 0/02$) و انجام ماموگرافی همبستگی معنی دار آماری وجود داشت. همبستگی معنی دار آماری بین باورهای بهداشتی و رفتارهای تشخیصی زودرس سرطان پستان وجود نداشت.

نتیجه گیری: با وجود باورهای بهداشتی قوی در نیمی از زنان، انجام رفتارهای تشخیصی زودرس سرطان پستان انجام نشد. لذا آموزش همگانی و تشویق زنان بویژه زنان غیر شاغل، متاهل، کم سواد و جوان و نیز تدارک مکان مناسب برای انجام خودآزمایی پستان در مراکز بهداشتی درمانی ضروری به نظر می رسد.

کلید واژه ها: سرطان پستان، باورهای بهداشتی، خودآزمایی پستان، ماموگرافی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۷/۲۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۴/۲۱

۱- کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و بهداشت خوی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.

۲- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و بهداشت خوی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: Khorami.abdolah@gmail.com

۳- کارشناس ارشد روانپرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و بهداشت خوی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.

مقدمه

باورهای بهداشتی نقش مهمی در تمایل افراد به شرکت در رفتارهای مرتبط با ارتقاء سلامتی دارند (۱۴،۹). طبق الگوی باورهای بهداشتی زنانه که معتقدند مستعد سرطان پستان هستند و سرطان پستان یک بیماری جدی است احتمالاً بیشتر خودآزمایی پستان و ماموگرافی انجام می‌دهند (۹). الگوی باورهای بهداشتی چمپیون، بر اساس الگوی باورهای بهداشتی پایه‌گذاری شده و برای استفاده بین‌المللی سازگار شده است و به صورت گسترده برای تعیین باورهای بهداشتی مرتبط با رفتارهای غربالگری سرطان پستان در جمعیت‌های مختلف استفاده شده است (۱۴).

باورهای بهداشتی قوی احتمال شرکت در برنامه‌های غربالگری و انجام رفتارهای تشخیصی زودرس سرطان پستان را افزایش می‌دهد. در این زمینه مطالعات مختلفی در ایران و سراسر جهان انجام شده است. در مطالعه عباس‌زاده و همکاران مشخص شد که باورهای بهداشتی زنان در بعضی از ابعاد الگو از جمله درک فواید استفاده از ماموگرافی و وجود راهنمایی برای استفاده از ماموگرافی، با انجام ماموگرافی همراه بود. علاوه بر آن، نمره کل گروهی که ماموگرافی انجام داده بودند، بیشتر از گروهی بود که ماموگرافی انجام نداده بودند. بنابراین، درک فواید و مضرات ماموگرافی و راهنماهای عمل، تمایل زنان نسبت به انجام ماموگرافی را افزایش خواهد داد (۱۵). در مطالعه Janbulat & Uzun در ترکیه مشخص گردید انگیزه‌های بهداشتی و درک خودکارآمدی خودآزمایی پستان در بین پزشکان نسبت به پرستاران و ماماها بیشتر بود و باورهای بهداشتی کارکنانی که خودآزمایی پستان انجام می‌دادند در مقایسه با کارکنانی که انجام نمی‌دادند به طور قابل توجهی بالاتر بود (۹).

با توجه به موارد فوق در مورد وضعیت بیماری سرطان پستان در ایران و تاثیر باورهای بهداشتی در افزایش میزان شرکت زنان در برنامه‌های تشخیصی زودرس سرطان پستان، این مطالعه با هدف تعیین همبستگی باورهای بهداشتی و رفتارهای تشخیصی زودرس سرطان پستان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر خوی انجام شده است.

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در زنان است (۱). طبق اعلام انجمن سرطان آمریکا (American Cancer Society) انتظار می‌رود سرطان پستان به تنهایی یک چهارم (۲۶ درصد) از کل سرطان‌ها را در بین زنان تشکیل دهد (۲). تخمین زده می‌شود که در دنیا بیشتر از ۲۱۲۰۰۰ زن در سال دچار سرطان پستان شده و ۴۱۰۰۰ نفر نیز در اثر سرطان پستان فوت می‌کنند (۳). طبق آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ایران در سال ۱۳۸۸ تعداد ۷۵۸۲ مورد سرطان پستان در زنان گزارش شده که ۲۳ درصد کل سرطان‌ها را شامل می‌شود و در استان آذربایجان غربی نیز ۱۷۸ مورد ابتلا زنان به سرطان پستان گزارش شد که ۱۷/۳ درصد از کل سرطان‌ها را شامل می‌شود (۴).

مهمترین مسئله در سرطان سینه، تشخیص به‌موقع بیماری و جلوگیری از پیشرفت آن است (۵). سن ابتلاء به سرطان پستان در زنان ایرانی در مقایسه با زنان کشورهای پیشرفته حدود ۱۰ سال کمتر است (۶). لذا تشخیص زودرس و درمان مؤثر مهم‌ترین عواملی هستند که می‌توانند مرگ و عوارض سرطان پستان را کاهش دهند (۷). انجمن سرطان آمریکا دستورالعمل‌های ماموگرافی، معاینات کلینیکی پستان و خودآزمایی پستان را برای تشخیص زودرس سرطان پستان در زنان فاقد علامت توصیه کرده است (۸، ۲). معاینه ماهانه پستان یک روش غربالگری ساده، مقرون به صرفه و غیرتهاجمی برای تشخیص زودرس سرطان پستان است (۹) و ماموگرافی حساس‌ترین و اختصاصی‌ترین آزمون غربالگری برای تشخیص در زنان ۴۰ ساله و بالاتر است که معمولاً در دسترس می‌باشد (۱۰).

سرطان پستان از چند سال قبل از اینکه قابل لمس باشد در پستان بوجود می‌آید (۳). بنابراین، برای زنان مهم است که مفهوم جدیت خطر و عوامل خطر رایج را به منظور توسعه طرح‌های مراقبتی فردی در زمینه سرطان پستان بدانند (۱۱). در ایران به علت فقدان برنامه‌های غربالگری منظم برای تشخیص زودرس، موارد پیشرفته سرطان پستان بارز است (۱۲، ۱۳).

مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- همبستگی است که در آن از بین مراکز بهداشتی شبکه بهداشت و درمان شهر خوی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ۸ مرکز از مناطق مختلف شهر به صورت نمونه گیری تصادفی خوشه ای انتخاب و ۱۶۲ نفر از زنان مراجعه کننده به این مراکز به صورت در دسترس مورد مطالعه قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی با حداقل سواد خواندن و نوشتن و تمایل به شرکت در مطالعه بود و زنان زیر ۲۰ سال از مطالعه حذف شدند (چون شیوع بیماری در این سن کم بوده و انجام خودآزمایی پستان از ۲۰ سالگی توصیه می شود).

جهت جمع آوری داده ها از "مقیاس الگوی باورهای بهداشتی چمپیون" "CHBMS" (Champion's Health Belief Model Scale) که مشتمل بر هشت بخش بود، استفاده گردید. بخش اول شامل ۱۰ سوال در مورد مشخصات فردی اجتماعی زنان، انجام خودآزمایی پستان و ماموگرافی و سابقه ابتلا به سرطان پستان بود. بخش های دوم تا هشتم پرسشنامه شامل ۳۴ سوال جهت بررسی باورهای بهداشتی زنان در زمینه استعداد ابتلا به سرطان پستان، اهمیت و جدیت بیماری، انگیزه های بهداشتی، فواید خودآزمایی پستان، موانع خودآزمایی پستان، فواید ماموگرافی و موانع ماموگرافی بود. در هر سوال پاسخ شرکت کنندگان بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت به صورت "کاملاً مخالفم" = ۱، "مخالفم" = ۲، "نظری ندارم" = ۳، "موافقم" = ۴ و "کاملاً موافقم" = ۵ امتیازبندی شده است. مجموع نمره های مربوط به سوالات هر یک از ابعاد باورهای بهداشتی جداگانه محاسبه و به صورت باورهای بهداشتی ضعیف، متوسط و قوی تقسیم بندی شد. مجموع کل امتیاز باورهای بهداشتی هر یک از شرکت کنندگان نیز از ۱۷۰-۳۴ متغیر بود که امتیاز ۷۹-۳۴ به عنوان باور بهداشتی ضعیف، امتیاز ۱۲۴-۸۰ به عنوان باور بهداشتی متوسط و امتیاز ۱۷۰-۱۲۵ به عنوان باور بهداشتی قوی تقسیم بندی گردید (۹).

برای کسب روایی ابزار از روش روایی محتوی استفاده شد. برای این منظور، نسخه ترکیه ای "مقیاس الگوی باورهای بهداشتی چمپیون" "CHBMS" (Champion's Health Belief Model Scale) (۹) بعد از تهیه، ترجمه و تطبیق با شرایط فرهنگی اجتماعی ایران، به همراه فرم شاخص روایی محتوی (CVI)، به شش نفر از اعضای هیات علمی گروه پرستاری، دو نفر متخصص زنان و دو نفر کارشناس بهداشتی ارائه شد و نظرات اصلاحی آن ها اعمال گردید. جهت بررسی پایایی از روش پایایی همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و روش پایایی ثبات (بازآزمایی) استفاده شد. در طی یک مطالعه مقدماتی، پرسشنامه به ۱۲ نفر از کارکنان زن در مرکز بهداشتی درمانی که جزء واحدهای مورد پژوهش نبودند، ارائه شد و بعد از ۲ هفته مجدداً به همان افراد داده شد. آلفای کرونباخ برای ۵۳ گویه با شرکت ۱۲ نفر ۰/۸۰ محاسبه شد و ضریب همبستگی بین سؤالات، بار اول و دوم، $r=0/78$ برآورد شد.

برای انجام پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با کد ۱۲۲۵ مجوز اخذ شده و مفاد کمیته مذکور مبنی بر رعایت حقوق شرکت کنندگان و جلب رضایت آنان توسط پژوهشگران مورد توجه قرار گرفت.

پس از جمع آوری پرسشنامه ها، داده ها با استفاده از شاخص های آمار توصیفی (شاخص های مرکزی و پراکندگی) و آزمون های تحلیلی شامل آزمون رگرسیون لجستیک، آزمون مجذور کای و آزمون دقیق فیشر در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

میزان برگشت پرسشنامه ها ۹۱ درصد بود. متوسط سن شرکت کنندگان $29/20 \pm 7/50$ بود. طبق نتایج ۶۶ درصد زنان خانه دار، ۲۸/۴ درصد دارای تحصیلات دیپلم و ۷۵/۹ درصد آن ها متاهل بودند (جدول ۱). ۳۸/۴ درصد از شرکت کنندگان اظهار نمودند که از انجام خودآزمایی پستان اطلاع کمی دارند. ۴۲/۶ درصد از شرکت کنندگان خودآزمایی پستان انجام می دادند که از این تعداد فقط ۸/۶ درصد (۱۴ نفر) بطور مرتب و

ماهان خودآزمایی پستان انجام می دادند، ۱۰/۵ درصد (۱۷ نفر) نیز انجام ماموگرافی را گزارش کردند. ۱/۲ درصد (۲ نفر) از شرکت کنندگان سابقه ابتلا به سرطان پستان را داشتند که ۵۰ درصد (۱ نفر) از آنها سابقه انجام ماموگرافی داشتند.

میانگین نمرات باورهای بهداشتی زنان در تمامی ابعاد، $17 \pm 127/3$ بود که ۵۴/۳ درصد از آن ها باورهای بهداشتی متوسط و ۴۵/۷ درصد باورهای بهداشتی قوی داشتند. در زمینه باورهای بهداشتی مربوط به استعداد ابتلا به سرطان پستان ۴۵/۷ درصد از زنان باورهای بهداشتی متوسط داشتند، ۴۶/۹ درصد در مورد اهمیت و جدیت سرطان پستان، ۸۲/۱ درصد در زمینه انگیزه های بهداشتی، ۸۲/۷ درصد در زمینه فواید خودآزمایی پستان، ۵۶/۲ درصد در زمینه موانع خودآزمایی پستان و ۶۵/۴ درصد در زمینه فواید ماموگرافی باورهای بهداشتی قوی داشتند و ۶۰/۵ درصد از زنان باورهای بهداشتی متوسط در زمینه موانع ماموگرافی داشتند. شایع ترین مانع برای انجام خودآزمایی پستان، نداشتن مکان مناسب و خلوت بوده و شایع ترین مانع برای انجام ماموگرافی این بود که زمان مراجعه جهت انجام ماموگرافی را نمی توانند به خاطر بسپارند.

نتایج آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد که بین ابعاد مختلف باورهای بهداشتی از جمله استعداد ابتلا، اهمیت و

جدیت بیماری، انگیزه های بهداشتی، فواید و موانع خودآزمایی پستان، فواید و موانع ماموگرافی به عنوان متغیرهای مستقل و انجام خودآزمایی پستان ($P=0/34$) و ماموگرافی ($P=0/73$) به عنوان متغیر های وابسته ارتباط معنی دار آماری وجود نداشت.

بین شغل ($p < 0/001$)، سطح تحصیلات ($P = 0/04$) و وضعیت تاهل ($P = 0/01$) با انجام خودآزمایی پستان همبستگی معنی دار آماری وجود داشت. زنان شاغل بیشتر از زنان خانه دار خودآزمایی پستان انجام می دادند (جدول ۲)، زنانی که سطح تحصیلات بالاتری داشتند بیشتر خودآزمایی پستان انجام می دادند. در همین رابطه، آزمون کای دو همبستگی معنی داری را بین سطح تحصیلات و انجام خودآزمایی پستان نشان داد (جدول ۳) و میزان انجام خودآزمایی پستان در زنان مجرد بیشتر بود (جدول ۴) ($P = 0/01$). همچنین همبستگی معنی دار آماری بین سن و انجام ماموگرافی وجود داشت و زنان مسن بیشتر ماموگرافی انجام می دادند ($P = 0/02$). ولی بین سن و انجام

خودآزمایی پستان، همچنین بین شغل، سطح تحصیلات و وضعیت تاهل با انجام ماموگرافی همبستگی معنی دار آماری وجود نداشت.

جدول ۱: توزیع زنان بر اساس برخی از مشخصات فردی اجتماعی

مشخصات	تعداد	درصد
شغل	شاغل	۵۵
	خانه دار	۱۰۷
	زیر دیپلم	۴۳
	دیپلم	۴۶
تحصیلات*	کاردانی	۲۷
	کارشناسی	۳۸
	بالتر	۷
	مجرد	۳۶
وضعیت تاهل	متاهل	۱۲۳
	همسر فوت شده	۱
	همسر جدا شده	۲
		۰/۶
		۱/۲

جدول ۲: همبستگی شغل زنان با انجام رفتارهای تشخیصی زودرس

انجام ماموگرافی		انجام خودآزمایی پستان		رفتارها	شغل
خیر	بله	خیر	بله		
۴۹ (۸۹/۱ درصد)	۶ (۱۰/۹ درصد)	۱۹ (۳۴/۵ درصد)	۳۶ (۶۵/۵ درصد)		شاغل
۹۶ (۸۹/۷ درصد)	۱۱ (۱۰/۳ درصد)	۷۴ (۶۹/۲ درصد)	۳۳ (۳۰/۸ درصد)		خانه دار
۱۴۵ (۸۹/۵ درصد)	۱۷ (۱۰/۵ درصد)	۹۳ (۵۷/۴ درصد)	۶۹ (۴۲/۶ درصد)		جمع (درصد)
$X^2 = ۰/۰۱$ df=۱ p=۰/۵۴		$X^2 = ۱۷/۸۰$ df=۱ p<۰/۰۰۱			نتایج آزمون آماری

جدول ۳: همبستگی سطح تحصیلات زنان با انجام رفتارهای تشخیصی زودرس

انجام ماموگرافی		انجام خودآزمایی پستان		رفتارها	تحصیلات
خیر	بله	خیر	بله		
۳۹ (۸۸/۶ درصد)	۵ (۱۱/۴ درصد)	۳۱ (۷۰/۵ درصد)	۱۳ (۲۹/۵ درصد)		زیر دیپلم
۴۱ (۸۹/۱ درصد)	۵ (۱۰/۹ درصد)	۳۰ (۶۵/۲ درصد)	۱۶ (۳۴/۸ درصد)		دیپلم
۲۲ (۸۱/۵ درصد)	۵ (۱۸/۵ درصد)	۱۱ (۴۰/۷ درصد)	۱۶ (۵۹/۳ درصد)		کاردانی
۳۷ (۹۷/۴ درصد)	۱ (۲/۶ درصد)	۱۸ (۴۷/۴ درصد)	۲۰ (۵۲/۶ درصد)		کارشناسی
۶ (۸۵/۷ درصد)	۱ (۱۴/۳ درصد)	۳ (۴۲/۹ درصد)	۴ (۵۷/۱ درصد)		بالا تر
۱۴۵ (۸۹/۵ درصد)	۱۷ (۱۰/۵ درصد)	۹۳ (۵۷/۴ درصد)	۶۹ (۴۲/۶ درصد)		جمع (درصد)
$X^2 = ۴/۹۹$ df=۴ p=۰/۵۴		$X^2 = ۱۳/۰۸$ df=۴ p=۰/۰۴			نتایج آزمون آماری

جدول ۴: همبستگی وضعیت تاهل زنان با انجام رفتارهای تشخیصی زودرس

انجام ماموگرافی		انجام خودآزمایی پستان		رفتارها	وضعیت تاهل
خیر	بله	خیر	بله		
۳۴ (۹۴/۴ درصد)	۲ (۵/۶ درصد)	۱۳ (۳۶/۱ درصد)	۲۳ (۶۳/۹ درصد)		مجرد
۱۰۸ (۸۷/۸ درصد)	۱۵ (۱۲/۲ درصد)	۷۸ (۶۳/۴ درصد)	۴۵ (۳۶/۶ درصد)		متاهل
۱ (۱۰۰ درصد)	-	-	۱ (۱۰۰ درصد)		بیوه
۲ (۱۰۰ درصد)	-	۲ (۱۰۰ درصد)	-		مطلقه
۱۴۵ (۸۹/۵ درصد)	۱۷ (۱۰/۵ درصد)	۹۳ (۵۷/۴ درصد)	۶۹ (۴۲/۶ درصد)		جمع (درصد)
$X^2 = ۱/۶۶$ df=۳ p=۰/۶۴		$X^2 = ۱۱/۳۲$ df=۳ p=۰/۰۱			نتایج آزمون آماری

بحث

در مطالعه حاضر در بعضی از ابعاد الگوی باورهای بهداشتی از جمله بعد استعداد ابتلا به سرطان پستان، بیشترین میانگین امتیاز مربوط به گزینه "احساس می‌کنم که در مقطعی از زندگی به سرطان پستان مبتلا خواهم شد" و در بعد اهمیت و جدیت بیماری، مربوط به گزینه "در صورت ابتلا به سرطان پستان، مشکلات و تجربیات تلخ همراه با آن به مدت خیلی طولانی ادامه خواهد داشت" بود و در بعد انگیزه‌های بهداشتی نیز گزینه "حفظ سلامتی خودم، برایم خیلی مهم است" بیشترین میانگین امتیاز را داشت. در مطالعه‌ای که توسط عابدیان و همکاران در بین زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ساری انجام گرفته بود، مشخص گردید که ۳۷/۶ درصد از زنان مخالف بودند که سرطان پستان بیماری خطرناک

نتایج مطالعه نشان داد که اکثر زنان اطلاع کمی از انجام خودآزمایی پستان داشتند و ۴۲/۶ درصد از آن‌ها خودآزمایی پستان انجام داده بودند که از این تعداد فقط ۸/۶ درصد بطور مرتب و ماهانه آن را انجام می‌دادند. نتایج پژوهش Dündar و همکاران در بین گروهی از زنان روستایی در غرب ترکیه و با استفاده از "مقیاس الگوی باورهای بهداشتی چمپیون" نشان دادند که ۷۲/۱ درصد از شرکت‌کنندگان نسبت به انجام خودآزمایی پستان دانش بالایی داشتند. ۲۹/۵ درصد به طور نامرتب خودآزمایی پستان انجام می‌دادند (۱۶) که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی ندارد. این ناهمخوانی می‌تواند ناشی از محدودیت پرسشنامه خوداظهاری در نمونه‌های پژوهش مطالعه حاضر باشد.

و کشنده است و ۳۵/۵ درصد کاملاً موافق بودند که عدم تشخیص زودرس منجر به مرگ می‌شود (۱۷). در مطالعه ای که توسط مختاری و همکاران در میان کارکنان زن مراکز بهداشتی درمانی تبریز انجام گرفته بود، مشخص گردید که در مورد باورهای بهداشتی مربوط به اهمیت سرطان پستان، بیشترین میانگین امتیاز متعلق به گزینه "در صورت ابتلاء به سرطان پستان، مشکلات و تجربیات تلخ همراه با آن به مدت خیلی طولانی ادامه خواهد داشت" بود و در ارتباط با باورهای بهداشتی مربوط به انگیزه‌های بهداشتی نیز بیشترین میانگین امتیاز متعلق به گزینه "حفظ سلامتی خودم، برایم خیلی مهم است" بود (۱۸) که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در بعد باورهای بهداشتی مربوط به فواید خودآزمایی پستان بیشترین میانگین امتیاز مربوط به گزینه "اگر با انجام منظم خودآزمایی پستان یک توده را سریع تشخیص دهم، درمان خیلی مؤثر خواهد بود" و در مورد موانع خودآزمایی پستان مربوط به گزینه "برای انجام خودآزمایی پستان مکان مناسب و خلوتی ندارم" بود. در مطالعه Jirojwong & MacLennan در استرالیا (۱۹) و Avci در ترکیه (۷) مشخص گردید که باورهای بهداشتی قوی، با افزایش احتمال انجام خودآزمایی پستان همراه می‌باشد که این یافته با مطالعه حاضر همخوانی ندارد و علت آن می‌تواند ناشی از تفاوت سطح دانش مربوط به بیماری در زنان باشد.

در مطالعه حاضر بیشترین میانگین امتیاز در بعد باورهای بهداشتی در زمینه فواید ماموگرافی مربوط به گزینه "انجام ماموگرافی برای تشخیص توده های بسیار کوچک پستانی، بهترین روش است" و در زمینه موانع ماموگرافی مربوط به گزینه "زمان مراجعه جهت انجام ماموگرافی را نمی‌توانم به خاطر بسپارم" بود. نتایج مطالعه Avci در ترکیه نشان داد که ۹۵/۲ درصد از پرستاران و ماماها معتقد بودند که انجام ماموگرافی برای تشخیص زودرس و پیشگیری از سرطان پستان ضروری است (۲۰) که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعه مختاری و همکاران مشخص گردید که اکثر شرکت کنندگان در زمینه باورهای بهداشتی مربوط به فواید ماموگرافی، باورهای

بهداشتی متوسط و در مورد موانع ماموگرافی، باورهای بهداشتی قوی داشتند (۲۱) که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد. از آنجایی که سرطان پستان جزء مشکلات اولویت دار بهداشتی می‌باشد و در نظام بهداشت و درمان ایران به آموزش رابطین و زنان، برگزاری دوره‌های آموزش مداوم، ارایه پمفلت‌ها و پیام‌های بهداشتی پرداخته می‌شود و همچنین افزایش دسترسی به منابع علمی و اینترنت در طی سال‌های اخیر، باعث افزایش سطح دانش زنان شده که روی باورهای آن‌ها نیز تأثیر مثبت گذاشته است.

در مطالعه حاضر فرضیه همبستگی بین باورهای بهداشتی و رفتارهای تشخیص زودرس سرطان پستان رد شد. در مطالعه عباس زاده و همکاران در کرمان، باور بهداشتی زنان در مورد فواید درک شده از انجام ماموگرافی با شرکت آنان در ماموگرافی ارتباط داشت (۱۵). در مطالعه Janbulat & Uzun مشخص گردید افرادی که قبلاً خودآزمایی پستان انجام داده بودند، نسبت به افرادی که خودآزمایی پستان انجام ندادند، به طور قابل توجهی درک بالاتری در مورد استعداد ابتلاء به سرطان پستان، انگیزه‌های بهداشتی و فواید خودآزمایی پستان داشتند (۹) که نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر همخوانی ندارد و این تفاوت می‌تواند مربوط به اختلاف فرهنگی و متفاوت بودن باورهای بهداشتی زنان و انجام رفتارهای تشخیص زودرس سرطان پستان باشد.

در این مطالعه وجود ارتباط بین برخی از مشخصات فردی اجتماعی با انجام خودآزمایی پستان و ماموگرافی مورد تأیید قرار گرفت، به طوری که ارتباط معنی دار آماری بین شغل، سطح تحصیلات و وضعیت تاهل با انجام خودآزمایی پستان وجود داشت. همچنین بین سن و انجام ماموگرافی همبستگی معنی دار آماری وجود داشت. موافق با نتایج مطالعه حاضر، در مطالعه نوری زاده و همکاران در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی تبریز، بین سطح تحصیلات و انجام خودآزمایی پستان همبستگی معنی دار آماری وجود داشت (۲۳). در پژوهش Lairson و همکاران نیز مشخص شد که استفاده از

غربالگری به روش ماموگرافی مستقیماً به تحصیلات، درآمد، بیمه و خطر درک شده سرطان پستان بستگی دارد (۲۴).

نتیجه گیری نهایی

در این مطالعه میزان انجام خودآزمایی پستان به طور ماهیانه در حد پایین و انجام ماموگرافی نسبتاً پایین ارزیابی شد و علیرغم بالا بودن باورهای بهداشتی زنان شرکت کننده در مطالعه، آن ها به طور منظم برای معاینات دوره ای تشخیصی زودرس سرطان پستان مراجعه نمی کردند. این می تواند ناشی از نداشتن برنامه منظم غربالگری از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کمبود دانش زنان از جدیت و اهمیت سرطان پستان و تاثیر آن بر ابعاد مختلف زندگی باشد که می توان از این موارد به عنوان محدودیت مطالعه حاضر نام برد. به این منظور پیشنهاد می شود برنامه های جامع غربالگری از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و بسترسازی

آموزشی مناسب در مورد افزایش دانش و باورهای بهداشتی مربوط به سرطان پستان و تشخیص زودرس آن با در نظر گرفتن برخی از خصوصیات فردی اجتماعی زنان طراحی گردد. بعلاوه، کلاس های آموزشی برگزار و خدمات مربوط به تشخیص زودرس و درمان بموقع سرطان پستان از طریق شبکه مراقبت های اولیه بهداشتی ایجاد و در دسترس زنان قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از طرح تحقیقاتی شماره ۱۲۲۵ مورخه ۱۳۹۱/۱۰/۳ دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به خاطر تصویب طرح و حمایت مالی و از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی خوی که در این مطالعه شرکت نمودند تشکر نموده و از مسئولین و کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی شهر خوی به خاطر زحمات بی شائبه قدردانی می شود.

منابع

- 1- Center for Cancer Registration. Ministry of Health and Medical Education [on-line]. Available: <http://behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=1&pageid=157&newsview=3154&pro=nobak>. 2010.
- 2- American Cancer Society (www.cancer.org). (2008). [on-line]. Available: http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_6x_Breast_Cancer_Early_Detection.asp
- 3- Brunner L, Suddarth D. [Nursing Care of Productive System and Breast Diseases]. Translated by: Abed Saedi, ZH, Salemi S, Ebrahimh N. 1st Edition, Tehran: Salemi; 2008. (Persian).
- 4- Etemad K, Gouya MM, Ramazani Daryasari R, Moderian M, Partovipour E, Arjmand M, et al. [Nation report of cancer cases registration in 2009]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, Center for Diseases Management; 2012 (Persian).
- 5- Tan SM, Evans AJ, Lam TP, Cheung KL. How relevant is breast cancer screening in the Asia/ Pacific region?. The Breast Journal. 2007; 16(2): 113-119.
- 6- Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Mousavi Jarrahi A, Harirchi I, Najafi M, et al. Breast cancer in Iran: an epidemiological review. The Breast Journal. 2007; 13(4): 383-391.
- 7- Avci AI. Factors associated with breast self-examination practices and beliefs in female workers at Muslim community. European Journal of Oncology Nursing. 2007; 12(2): 127-133.

- 8- Hacıhasanoglu R, Gozum S. The effect of training on the knowledge levels and beliefs regarding breast self-examination on women attending a public education centre. *European Journal of Oncology Nursing*. 2008; 12(1): 58-64.
- 9- Janbulat N, Uzun O. Health beliefs and breast cancer screening behaviors among female health workers in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*. 2007; 12(2): 148-156.
- 10- Lancaster J, Stanhope M. *Public Health Nursing Population- Centered Health Care in the Community*. 7th Edition, St. Louis: Mosby; 2008.
- 11- Langhorne ME, Fulton SJ, Otto SE. *Oncology Nursing*. 5th Edition, St. Louis: Mosby; 2007.
- 12- Mousavi SM, Harirchi I, Ebrahimi M, Mohagheghi MA, Montazeri A, Mousavi Jarrahi A, et al. Screening for breast cancer in Iran: A challenge for health policy makers. *The Breast Journal*. 2008; 14(6): 605-606.
- 13- Sarff MC, Schmidt K, Vetto JK. Targeted breast cancer screening in women younger than 40: result from a statewide program. *The American Journal of Surgery*. 2008; 195(5): 626-630.
- 14- 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): 277-286.
- 15- Abbaszadeh A, Haghdoost AA, Taebi M, Kohan S. The relationship between women's health beliefs and their participation in screening mammography. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2007; 8(4): 471-5.
- 16- 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 (43): 1-9.
- 17- Aabedian Kasgari K, Shah Hoseini Z, Aadeli H. [Health beliefs of mammography in women referring to health centers in Sari, 2006. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*]. 2006; 16(54): 90-8 (Persian).
- 18- Moktari L, Khorami Marekani A, Habibpour Z. [Assessing health beliefs and breast cancer early detection behaviors among healthcare providers in Tabriz health centers]. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2013; 11(4): 299-308 (Persian).
- 19- Jirojwong S, MacLennan R. Health beliefs, perceived self-efficacy, and breast self-examination among Thai migrants in Brisbane. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 41(3): 241-249.
- 20- Avci IA. The health beliefs relating to mammography of the midwives and nurses. *The Journal of Breast Health*. 2007; 3(1): 4-9.
- 21- Mokhtari L, Baradaran Rezaee M, Mohammad pour Asl A, Mousavi SM. [Health beliefs about mammography and clinical breast examination among female healthcare providers in Tabriz health centers]. *Iran Journal of Nursing*. 2001; 24 (71): 63-73 (Persian).
- 22- Abbaszadeh A, Taebi M, Kohan S, Haghdoost A. [The relationship of health beliefs of Kermanian women and participation in mammography]. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2011; 10 (2): 9-17 (Persian).

23-Nourizadeh R, Bakhtari Aghdam F, Sahebi L. [Knowledge, health beliefs and breast cancer screening behaviors of women referring to health centers of Tabriz, 2010]. Iranian Journal of Breast Disease. 2011; 3 (3-4): 43-51 (Persian).

24-Lairson DR, Chan W, Newmark GR. Determinants of the demand for breast cancer screening among women veterans in the United States. Social Science & Medicine. 2005; 61(7): 1608-1617.

Correlation between health beliefs and breast cancer early detection behaviors among females referring to health centers in Khoy city, Iran

Mokhtari L¹, *Khorami Markani A², Habibpoor Z³

Abstract

Introduction: Breast cancer is the most common cancer in women in the absence of timely diagnosis and treatment which will lead to death. Health beliefs play an important role in the health behaviors of people. This study was carried out to determine correlation between health beliefs and breast cancer early detection behaviors among females referring to health centers in Khoy city.

Materials & Methods: In this descriptive-correlational study, 8 health centers from different parts of Khoy were selected by cluster sampling and 162 females were included in the study. Data was collected using Champion's Health Belief Model Scale. Content Validity was measured through 10 experts' opinion and reliability by measuring Cronbach alpha and test-retest. Data were analyzed by SPSS/16.

Findings: The majority of participants had strong health beliefs about the benefits of breast self-examination (82.7%) and mammography (10.5%). There was significant statistical correlation between job, educational level, marital status and BSE performance and between age and mammography ($P < 0.05$). There was no significant correlation between health beliefs and breast cancer early detection behaviors.

Conclusion: Although there was a strong health belief in women, early cancer detection behaviors was not performed. Therefore, educating and encouraging housewives, married, uneducated and adolescent women as well as providing a suitable place for breast examination in health centers are necessary.

Keywords: Breast Cancer, Health Beliefs, Breast Self examination, Mammography

Received: 12 July 2014

Accepted: 18 October 2014

1- MSc in Nursing, Department of Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding author).

E-mail: Khorami.abdolah@gmail.com

3- MSc in Nursing, Department of Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.

- Development and evaluation of "Patient Education Record" for structured documentation of patient education process.....92**
Khorasani P , Rassouli M, Zagheri-Tafreshi M, Parvizy S, Nasr Esfahani M
- Correlation between organizational commitment and organizational citizenship behavior in Tehran welfare staff93**
Jorbonian A, Makarem A, Hosseini MA, Bakhshi E
- Performance evaluation of Bardaskan city health network: Using the model of the European Foundation for Quality Management (EFQM).....94**
Ebrahimipour H, Vafae-Najar A, Zomorodi niyat H, Emamian H
- Correlation between discharge preparation and rehospitalization of premature newborns.....95**
Dashti E, Rassouli M, Khanali Mojen L, Puorhoseingholi A, Shirinabady Farahani A
- To identify some factors effective on survival of the elderly living in nursing home using Copula Competing Risk Model: Bayesian approach.....96**
Azadchehr MJ, Rahgozar M, Karimloo M, Adib Haj Bageri M
- Correlation between health beliefs and breast cancer early detection behaviors among females referring to health centers in Khoy city, Iran.....97**
Mokhtari L, Khorami Markani A, Habibpoor Z
- Social participation, barriers, and related factors in older people in Tehran.....98**
Darvishpoor Kakhki A, Abed Saedi ZH, Abbaszadeh A
- Developing a conceptual model of social determinants of health inequalities: A qualitative study..99**
Zaboli R, Malmoon Z, Seyedjavadi M, Seyedin H