بررسی عوامل مؤثر بر پیش‌بینی انجام ماموگرافی بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی در زنان شاغل ۳۵ سال به بالا

عفت هاتف‌نیا[۱]، شمس‌الدین نیکنامی[۲]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سرطان پستان یکی ازشایع‌ترین بدخیمی‌های زنان و از علل اصلی مرگ و میر ناشی از سرطان در زنان در سراسر دنیا به حساب می‌آید. ماموگرافی به عنوان دقیق‌ترین روش تشخیص زودرس سرطان پستان می‌باشد و علیرغم اینکه ماموگرافی با تشخیص زودرس و تسریع در درمان، میزان مرگ و میر ناشی از سرطان پستان را کاهش داده است بسیاری از زنان ماموگرافی را انجام نمی‌دهند. مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل مؤثر بر انجام ماموگرافی بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در زنان شاغل از ۳۵ سال به بالا می‌باشد

روش‌ها: سرطان پستان یکی ازشایع‌ترین بدخیمی‌های زنان و از علل اصلی مرگ و میر ناشی از سرطان در زنان در سراسر دنیا به حساب می‌آید. ماموگرافی به عنوان دقیق‌ترین روش تشخیص زودرس سرطان پستان می‌باشد و علیرغم اینکه ماموگرافی با تشخیص زودرس و تسریع در درمان، میزان مرگ و میر ناشی از سرطان پستان را کاهش داده است بسیاری از زنان ماموگرافی را انجام نمی‌دهند. مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل مؤثر بر انجام ماموگرافی بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در زنان شاغل از ۳۵ سال به بالا می‌باشد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از مطالعه نشان دادکه بین گروهی که ماموگرافی انجام دادند (۲۷٪ از کل افراد مورد بررسی) و گروهی که انجام ندادند در میانگین نمرات هنجارهای انتزاعی($P<۰/۰۰۱$) ، قصد رفتار و درک کنترل رفتار ($P<۰/۰۰۱$) اختلاف معناداری وجود دارد. همچنین آنالیز رگرسیون لجستیک نشان داد که درک کنترل رفتار ($P<۰/۰۰۱$)، قصد رفتار ($P<۰/۰۰۱$) و هنجارهای انتزاعی ($P<۰/۰۱$) پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار رفتار ماموگرافی می‌باشند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده از این مطالعه عوامل پیش‌بینی‌کننده انجام ماموگرافی بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، هنجارهای انتزاعی، قصد و ادراک کنترل رفتار می‌باشند و هر زمان که زنان ماموگرافی را به عنوان یک هنجار تأیید شده تلقی کنند و قصد انجام آن را داشته و انجام آن را تحت کنترل خود بدانند، ماموگرافی را انجام خواهند داد .

واژه‌های کلیدی: تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، ماموگرافی، سرطان پستان، زنان شاغل

ارجاع: هاتف‌نیا عفت، نیکنامی شمس‌الدین. **بررسی عوامل مؤثر بر پیش‌بینی انجام ماموگرافی بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی در زنان شاغل ۳۵ سال به بالا.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۲؛ ۹(۱۰): ۱۰۷۰-۱۰۶۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۲۴ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۶/۲۵**

۱. استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران (نویسنده مسؤول)

Email:e_hatefnia@yahoo.com

۲. دانشیار ،گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی ،دانشگاه علوم پزشکی تربیت مدرس، تهران، ایران

مقدمه

سرطان پستان شایع‌ترین بدخیمی شناخته شده و یکی از شایع‌ترین علل مرگ و میر زنان در سنین ۵۰-۳۵ سالگی به حساب می‌آید. این بیماری یک مشکل بهداشتی رو به رشد در سرتاسر جهان مخصوصا در کشورهای در حال توسعه می‌باشد (۱-۴).

سالانه بیش از۱/۲ میلیون مورد جدید سرطان پستان در دنیا تشخیص داده می‌شود و بالغ بر ۵۰۰۰۰۰ مرگ در اثر این بیماری اتفاق می‌افتد (۵).سرطان پستان در آسیا و از جمله ایران یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها و اولین علت مرگ از سرطان در بین زنان است به طوری که میزان بروز سرطان پستان در زنان ایرانی ۲۲ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر و میزان شیوع ۱۲۰ در هر۱۰۰۰۰۰ نفر می‌باشد (۶).

شایع‌ترین سن ابتلا و مرگ و میر ناشی از سرطان پستان در کشورهای در حال توسعه ازجمله ایران ،پایین‌تر از کشورهای پیشرفته (سن ۴۹-۴۰ سالگی) است (۷، ۸).

تحقیقات نشان می‌دهد که درمان سرطان پستان در مراحل اولیه از نظر هزینه –کارایی بهتر از درمان در مراحل پیشرفته آن است به طوری که در افریقا و آسیا درمان سرطان پستان در مراحل اول تا سوم پیشرفت آن کمتر از ۳۹۰ دلار است در حالی که درمان در مرحله چهارم یعنی مرحله کاملا پیشرفته آن با هزینه بالغ بر ۳۵۰۰ دلار تخمین زده می‌شود (۹). با توجه به اینکه نمی‌توان از ایجاد سرطان پستان جلوگیری کرد، اما می‌توان با تشخیص زودرس یعنی تشخیص در مراحل اولیه و انجام درمان مناسب، طول عمر بیش از۹۰٪ افراد مبتلا به این سرطان را بالا برد (۱۰-۱۲).

ماموگرافی به عنوان دقیق‌ترین روش تشخیص زودرس سرطان پستان به حساب می‌آید (۱۳). گزارشات منتشره از سوی بانک‌های اطلاعاتی گواه استقبال کم زنان از انجام ماموگرافی می‌باشد، از جمله در ایران که به دلیل عدم استقبال زنان از انجام ماموگرافی، تشخیص این بیماری در مراحل بالاتر اتفاق می‌ا فتد.

با توجه به اینکه نوع درمان اولیه، متأثر از زمان تشخیص بیماری است بر اهمیت تشخیص زودرس و متعاقب آن انجام درمان به موقع و مناسب تأکید می‌کند که می‌تواند میزان بقا ناشی از ابتلا سرطان پستان را افزایش دهد (۶،۱۴).

مدل‌های تئوریکی در چارچوب آموزش بهداشت، اساسا یک راهنما برای درک و فهم رفتارهای بهداشتی هستند، به طوری که یک مسیر مشخص برای مداخله و توسعه فراهم می‌آورند. تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده استفاده شده در این مطالعه به عنوان یکی از مؤثرترین چارچوب‌های مفهومی جمعیتی برای مطالعه رفتار انسان است. در این تئوری مهمترین تعیین‌کننده رفتار فرد، قصد رفتاری است سازه قصد دلالت بر میزان اشتیاق و راغب بودن افراد برای سعی و تلاش و برنامه ریزی برای انجام رفتار می باشد. قصد، تحت تأثیر نگرش افراد نسبت به رفتار، هنجارهای انتزاعی و یا فشار اجتماعی درک شده و درک کنترل رفتاری است. اعتقاد فرد به نتایج رفتار و ارزیابی او از این نتایج به شکل‌گیری نگرش منجر می‌شود،، بدین معنا که برای به وجود آمدن نگرش نسبت به یک رفتار نخست باید اعتقاد نسبت به انجام آن رفتار پیدا شود. هنجارهای ذهنی حاصل عملکرد عقایدی است که، تأیید و یا عدم تأیید اشخاص خاص در مورد انجام یک رفتار را در بر می‌گیرد. سازه درک کنترل رفتاری هم از طریق مستقیم و هم از طریق غیر مستقیم (قصد) بر رفتار اثر می‌گذارد. اشخاص زمانی ممکن است بر روی رفتار کنترل کاملی داشته باشند که برای پذیرفتن آن رفتار خاص هیچ‌گونه مانعی نداشته باشند، سازه ادراک کنترل رفتاری به درجه‌ایی از خودکفایی افراد در مورد این‌که تا چه حد انجام و عدم انجام یک رفتار تحت کنترل ارادی او می‌باشد اشاره می‌کند (۱۵).

تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده به هنجارهای اجتماعی و ادراک از این هنجارها نیز اعتبار می‌دهد که به خوبی با برنامه‌های بهداشت عمومی جامعه محور و مولفه‌های اجتماعی مورد علاقه در ارتقا سلامت متناسب می‌باشد (۱۶).

مطالعات زیادی با استفاده از این تئوری در زمینه‌های مختلف ازجمله آموزش رفتارهای سالم، سل، تنظیم خانواده، ترک سیگار، سرطان و پیشگیری از حوادث صورت گرفته است (۱۷). تئوری مذکور به سبب داشتن سازه‌ای به نام نرم‌های انتزاعی (نرم‌های گروه‌های همسالان و. . .) عقاید اصلی گروه‌های تحت بررسی را هدف قرار می‌دهد. به عبارت دیگر رفتار برنامه‌ریزی شده یک مدل مفید برای مطالعه جمعیت‌ها با فرهنگ‌های مختلف می‌باشد (۱۸) و با توجه به اینکه رفتار مورد بررسی این مطالعه (کنترل سرطان پستان) به صورتی که پژو هش‌ها بیان می‌کنند تحت تأثیر ارزش‌ها و عقاید فرهنگی می‌باشد سازه هنجارهای انتزاعی می‌تواند رفتار را ازنظر فرهنگی بررسی کند و انتقاد وارده به مدل اعتقاد بهداشتی در ارتباط با بی توجهی به فاکتورهای فرهنگی را، پوشش دهد.

با توجه به روند رو به رشد سرطان پستان در ایران و این‌که بسیاری از مبتلایان به سرطان پستان در مراحل پیشرفته سرطان مراجعه می‌کنند، ضرورت تأمل و پرداختن به این مشکل در جهت ارتقا رفتار کنترل سرطان پستان و مداخله از طریق به اجرا گذاشتن مدل‌های تغییر رفتار، مهم به نظر می‌رسد. جامعه مورد بررسی ما زنان شاغل در کارخانه‌های دارویی در سطح شهر تهران می‌باشد و با توجه به عدم انجام پژوهشی تاکنون در خصوص ارتقا رفتار ماموگرافی در جامعه زنان شاغل که در رنج سنی ابتلا به سرطان پستان بسر می‌برند تصمیم گرفته شد که این جامعه برای پژوهش انتخاب شوند. هدف از این مطالعه بررسی عوامل مؤثر در پیش‌بینی انجام ماموگرافی بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در زنان شاغل از ۳۵ سال به بالا بود.

روش‌ها

این مطالعه که از نوع مطالعات توصیفی تحلیلی می‌باشد. نمونه‌ایی به حجم ۳۲۰ نفر با اطمینان ۹۵٪ و توان ۹۰٪ با استفاده از مطالعات گذشته تعیین شد (۱۹-۲۱). روش نمونه‌گیری بدین قرار بود که ابتدا از میان کارخانه‌های دارویی شهر تهران لیستی از کارخانه‌هایی که شاغلین زن دارند، تهیه شد و سپس از بین آنها ۷ کارخانه به صورت تصادفی جهت انجام پژوهش انتخاب شد. در مرحله دوم : نمونه‌ها، به صورت تصادفی ساده از طریق لیست کارگزینی افراد شاغل واجد شرایط، متناسب با تعداد کل نمونه محاسبه شده از فرمول (۳۲۰نفر)، انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن ۳۵ سال به بالا، عدم ابتلا به سرطان پستان، عدم انجام بیوپسی از پستان، عدم ابتلا بستگان درجه یک (مادر، خواهر، دختر) به سرطان پستان. نمونه‌گیری مطالعه(مقطعی)به صورت دو مرحله‌ایی به قرار ذیل انجام شد:

جمع‌آوری اطلاعات به وسیله پرسشنامه‌ایی محقق ساخته صورت گرفت که در طراحی آن از پرسشنامه MBAQ)Mammography Beliefs and Attitudes Questionnaire) استفاده شد (۲۲). در مرحله تعیین اعتبار محتوا توسط ۱۵ نفر از اساتید صاحب نظرمورد باز بینی قرار گرفت بعضی از سؤالات این پرسشنامه به سبب تکراری بودن حذف گردید و به دنبال آن بنا بر پیشنهادهای اساتید اصلاحات لازم در ابزار به عمل آمد. همچنین اعتماد (Reliability) ابزار جمع آوری اطلاعات بر اساس روش (Test-Retest) بر روی ۳۰ نفر افراد شبیه به مشارکت‌کنندگان مطالعه به فاصله دو هفته انجام شد که همبستگی ۹۵٪ بود.اجزا و سازه‌های تئوری رفتار برنامه ریزی شده: ارزیابی سازه‌ها با مقیاس پنج گزینه‌ایی لیکرت (کاملا مخالفم ۱ تا کاملا موافقم ۵) صورت گرفت. این بخش مشتمل است بر ۳ سؤال در ارتباط با نگرش، ۵ سؤال در ارتباط با هنجارهای انتزاعی، ۳ سؤال در ارتباط با درک کنترل رفتار،۲ سؤال در ارتباط با قصد، ۱سؤال در ارتباط عملکرد، مقادیر آلفا به دست آمده برای بخش‌های مختلف پرسشنامه تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده عبارتند از: بخش نگرش ۰/۷، بخش هنجارهای انتزاعی۰/۸۶ بخش درک کنترل رفتار ۰/۷۸، همچنین پایایی به دست آمده با آزمون مجدد توسط ۳۰ زن شاغل در یک دوره دو هفته برای سازه‌های مختلف تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده عبارتند از: بخش نگرش ۰/۹۴،

بخش هنجارهای انتزاعی ۹۴/، بخش درک کنترل رفتار ۰/۹۶، بخش قصد ۰/۹۹.

روش انجام مطالعه بدین صورت بود که ابتدا به افراد علاقمند به شرکت در مطالعه، و در صورت دارابودن معیارهای ورودی مطالعه، پرسشنامه‌ایی که مراحل روایی و پایایی خود را طی کرده بود جهت پاسخ‌دهی داده شد. مدت پاسخ‌دهی به این پرسشنامه ۲۰-۱۵ دقیقه بود. داده‌ها جمع آوری شده از مراحل مختلف پس از کدگذاری با استفاده از نرم افزار آماریSPSS نسخه ۱۱/۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. آزمون‌های مورد استفاده در این مطالعه تی مستقل ،کای دو وبرای تعیین پیش‌بینی کنندگی ماموگرافی از آزمون رگرسیون لوجستیک استفاده گردید. همچنین سطح معناداری در این مطالعه ۰/۰۵در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

همانگونه که اطلاعات جدول نشان می‌دهد، اختلاف آماری معناداری بین دو گروه ۱و۲ در ارتباط با هیچیک از متغیرها مشاهده نگردید و دو گروه به لحاظ متغیرهای دموگرافیک با هم همسان بودند.

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات دموگرافیک زنان شاغل در دو گروه مورد بررسی انجام و عدم انجام ماموگرافی

گروهها(۱، ۲) / متغیر	گروه۱*گروه۲*		آزمون کای دو
	فراوانی مطلق (فراوانی نسبی)	فراوانی مطلق (فراوانی نسبی)	
سن			۰/۰۸
۳۹-۳۵	۲۵(۲۸/ ۴)	۹۱(۳۹/۲)	
۴۴-۴۰	۳۱(۳۵/۲)	۷۴(۳۱ /۹	
۴۹-۴۵	۲۳(۲۶/۱)	۴۹(۲۱/۱)	
≥۵۰	۹(۱۰/۲)	۱۸ (۷/۸)	
میزان درآمد			۰/۴
۳۰۰۰۰۰تومان>	۳۷(۴۲)	۱۱۷(۵۰/۴)	
۴۰۰۰۰۰-۳۰۰۰۰۰	۲۵(۲۸/۴)	۵۶(۲۴/۱)	
۴۰۰۰۰<تومان	۲۶(۲۹/۵)	۵۹(۲۵/۴)	
وضعیت تأهل			۰/۴
مجرد	۵۸(۶۶)	۱۳۶(۵۹)	
متأهل	۱۷(۱۹/۳)	۶۳(۲۷/۲)	
بیوه	۵(۵/۷)	۱۷(۷/۳)	
جداشده از همسر	۸(۹/۱)	۱۶(۷)	
سطح سواد			۰/۸۳
ابتدایی	۲(۲/۳)	۵(۲/۲)	
راهنمایی	۱۶(۱۸/۲)	۵۳(۲۲/۸)	
دبیرستان	۴۰(۴۵/۵)	۹۷ (۴۱/۸)	
عالی	۳۰(۳۴/۱)	۷۷(۳۳/۲)	
شیر دادن			۰/۲۳
خیر	۴۲ (۴۷/۷)	۱۲۸(۵۵/۲)	
بلی	۴۶(۵۲/۳)	۱۰۴(۴۴/۸)	

*گروه۱ ماموگرافی را انجام دادند/ *گروه۲ ماموگرافی را انجام ندادند

جدول۲. میانگین و انحراف معیار و سطوح معناداری حاصل از آزمون تی مستقل متغیرهای تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در دو گروه انجام و عدم انجام ماموگرافی

متغیر	گروه‌ها		P
	گروه۱ میانگین (انحراف معیار)	گروه۲ میانگین (انحراف معیار)	
نگرش	۱۳/۰۷(۱/۹۳)	۱۳/۰۱(۲/۰۴۸)	۰/۸
هنجارهای انتزاعی	۵۳/۸ ۵(۲۱/۹)	۴۰/۴۲(۱۸/۱۷)	* ۰/۰۰۰۱
درک کنترل رفتار	۱۲/۴۸(۲/۰۵)	۱۱/۱۸(۲/۶۱)	* ۰/۰۰۱
قصد	۴/۲۷(۰/۶۲)	۳/۸۲(۰/۹۱)	* ۰/۰۰۱

*معناداردر سطح ۰/۰۰۱

نتایج حاصل از مقایسه متغیرهای تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در جدول ۲ بین دو گروه نشان می‌دهد که میانگین نمرات هنجارهای انتزاعی در گروه **۱** بالا تر از گروه ۲ است و آزمون t مستقل بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری (P<۰/۰۰۱) نشان می‌دهد.

همچنین میانگین نمرات درک کنترل رفتار در گروه **۱** بالا تر از گروه **۲** است و میانگین نمرات قصد رفتاری در گروه **۱** بالا تر از گروه **۲** است. آزمون تی مسقل نشان داد که بین دو گروه در سازه‌های درک کنترل رفتار و قصد رفتاری اختلاف آماری معنی‌داری (P<۰/۰۰۱) وجود دارد. همچنین میانگین سازه نگرش بین دو گروه مورد مطالعه، اختلاف آماری معنی‌داری نشان نمی‌دهد (P= ۰/۸).

جدول ۳.:پیش‌بینی کننده‌های رفتار ماموگرافی بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده

شاخص متغیر	ضریب B	آزمون Wald	P	نسبت برتری	حدود اطمینان ۹۵٪	
					کرانه بالایی	کرانه پایینی
نگرش	۰/۰۳۳	۱/۵۸۷	۰/۲۰	۰/۹۶	۰/۹۱۴	۱/۰۲۳
هنجارهای انتزاعی	۰/۰۶۶	۶/۴۶	* ۰/۰۱	۱/۰۷	۱/۰۱	۱/۱۲
درک کنترل رفتار	۰/۲۳	۱۱/۹۷۱	* ۰/۰۰۱	۱/۲۶	۱/۱۰	۱/۴۳۵
قصد	۰/۷۴۶	۱۶/۵۲	* ۰/۰۰۰	۲/۱۰	۱/۴۷	۳/۰۲

*: معناداری در سطح ۰/۰۰۱ و ۰/۰۱

همانگونه که اطلاعات جدول ۳نشان می‌دهد از بین سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، هنجارهای انتزاعی (بـه ازای یک واحد افزایش در نمره هنجارهای انتزاعی احتمـال انجـام ماموگرافی نسبت به عدم انجام مـاموگرافی ۱/۰۷ بـار بیشـتر است) و درک کنترل رفتار (به ازای یک واحد افزایش در نمره درک کنترل رفتار احتمال انجام مـاموگرافی نسـبت بـه عـدم انجام مـاموگرافی ۱/۲۶ بـار بیشـتر اسـت) همچنـین قصـد رفتاری (به ازای یک واحد افزایش در نمره قصداحتمال انجام ماموگرافی نسبت به عدم انجام مـاموگرافی ۲/۱۰ بـار بیشـتر است) با استفاده از آنالیز رگرسیون لوجستیک پیش‌بینی کننده رفتار ماموگرافی می‌باشند.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی عوامل مؤثر بر پیش‌بینی انجام ماموگرافی بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده صورت گرفت که نتایج به دست آمده نشان داد که سازه‌های هنجار های انتزاعی، درک کنترل رفتار و قصد رفتار پیش‌بینی کننده معنی‌دار رفتار ماموگرافی هستند که این یافته، مشابه نتیجه به دست آمده در مطا لعه Armitage می‌باشد که در یک مطالعه فراتحلیلی با مطالعه بر ۱۸۵ تحقیق نتیجه گرفت که تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده پیش‌بینی کننده ۲۷٪ از رفتار ماموگرافی است و سازه‌های درک کنترل رفتار و هنجارهای انتزاعی و قصد رفتار از تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده پیش‌بینی‌کننده معنی دار رفتار ماموگرافی هستند و قصد رفتاری قوی‌ترین پیش‌بینی کننده رفتار است (۲۳).

مقایسه‌های میانگین سازه‌های مدل تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در دو گروه (۲و۱) نشان داد که سازه هنجارهای انتزاعی، درک کنترل رفتار و قصد با هم اختلاف معنی‌داری دارند. به طوری که زنانی که ماموگرافی را انجام داده بودند نسبت به زنانی که ماموگرافی را انجام نداد ه بودند از قصد بالاتری برای انجام ماموگرافی در عرض سه ماه آینده برخوردار بودند و این یافته در تطابق با نتیجه مطالعه Ham می‌باشد (۲۴). وجود اختلاف معنی‌دار در سازه هنجارهای انتزاعی بین دو گروه (۲و۱) نشان داد زنانی که ماموگرافی را انجام داده بودند، انجام ماموگرافی را به صورت یک هنجار قابل قبول همنوعان خود، در جامعه می‌دانستند و دارای اعتقادات نرمی (نسبت به اینکه پزشک و همکار می‌خواهند که آنان ماموگرافی را انجام دهند و انگیزه تبعیت در خصوص انجام خواسته پزشک و همکار را داشتند) بیشتری بودند که این نتیجه موافق با نتایج به دست آمده از مطالعاتMaria و همکاران، Allen و همکاران، Ham، Deborah و همکاران ،SuX، Hur و همکاران (۲۴،۲۵،۲۶،۲۷،۲۸) می‌باشدکه در این مطالعات نرم‌های انتزاعی و شبکه ارتباطی فرد مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده ماموگرافی بودند و ارتباطات بین فردی بر تصمیم انجام آزمایشات ویژه غربالگری (ماموگرافی) افراد اثرگذار بود. همچنین در مطالعه حاضر سازه درک کنترل رفتار بین زنانی که ماموگرافی را انجام داده بودند نسبت به زنانی که ماموگرافی را انجام نداده بودند از میانگین بالاتری برخوردار بود که این یافته بیانگر اهمیت این سازه در انجام رفتار ماموگرافی می‌باشد و در راستای نتایج به دست آمده از قبیل مطالعه Steele و همکاران می‌باشد (۲۹).

. علت عدم پیش‌بینی‌کنندگی نگرش را در مطالعه حاضر شاید بتوان به خاطر مثبت بودن نگرش افراد مورد بررسی (گروه ۱ و۲) نسبت به کارایی ماموگرافی و نقش آن در زمینه تشخیص زودرس و عدم تنوع نگرش در بین افراد مورد بررسی با توجه به عدم اختلاف میانگین نگرش در دو گروه دانست. خود گزارش‌دهی محدودیت عمده این پژوهش بود.

نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده از این مطالعه که به دنبال به دست آوردن عوامل پیش‌بینی‌کننده انجام ماموگرافی بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، بود نشان داد که هنجارهای انتزاعی، قصد و ادراک کنترل رفتار پیش بینی‌کننده انجام ماموگرافی هستند و هر زمان که زنان ماموگرافی را به عنوان یک هنجار تأیید شده در جامعه تلقی کنند و قصد انجام آن را داشته و انجام آن را تحت کنترل خود بدانند به انجام این رفتار مبادرت خواهند کرد.

References

1. Althuis MD, dozier JM, Anderson WD, Devesa SS, Briton LA. Global trends in breast cancer incidence and mortality 1973-99. Int J Epidemiol 2005; 34(2): 405-12.
2. American Cancer Society, What are the key statistical for Breast Cancer? Available. http://www.cancer.org/docroot/CR/content/CR1_2_4_1X_what_arethe_key_statistics_for_breast_cancer_
5. asp? Sitearea=Accessed March 04, 2008.
3. Stewart B, Kleihues PE. Would Cancer Report? Lyon, France: IARC Press; 2003.
4. Mainho LA, Costa-Gurgel JG, Osis MI. Knowledge, attitude and practice of breast self-examination in health centers. Rev Sauidepublica 2003; 37(5): 579-82.
5. Porter P. "Westernizing" women's risks? Breast Cancer in lower-income countries. Eng J Med 2008; 358(3): 213-16.
6. Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Jarrahi AM, Harirchi I, Najafi M, Ebrahimi M. Breast cancer in Iran: an epidemiological review. Breast J 2007; 13(4):383-91.
7. Anderson WF, Jatoi I, Ddevesa SS. Distinct breast cancer incidence and prognostic patterns in the NCI's SEER program: suggesting a possible link between etiology and outcome .Breast Cancer Treat 2005; 90(2): 127-37.
8. Porter P. Westernizing women's risks? Breast Cancer in lower-income countries. Eng J Med 2008; 358(3): 213-16.
9. Groot MT, Baltussen R, Uyl-de Groot CA, Anderson BO, Hortobagyi GN. Costs and health effects of breast cancer interventions in epidemiologically different regions of Africa, North America, and Asia. Breast J 2006; 12 Suppl 1:S81-90.
10. Avis NE, Smith KW, Link CL, Goldman MB. Increasing mammography screening among women over age 50 with a videotape intervention. Prev Med 2004; 39(3): 498-506.
11. Davidson T. Abortion and Breast cancer: A hard decision made harder. J Lancet Oncol 2001; 2(12): 756-8.
12. Harris R, Leininger L. Clinical strategies for breast cancer screening :weighing and using the evidence. Ann Intem Med 1995: 122(7): 539-47.
13. Nokiani FA, Akbari H, Madani H, Izadi B. Prevalence of breast cancer in breast sample reports in Iran, 2001-2004. Breast J 2007; 13(5): 536.
14. World Health Organization. Fifty-eighth World Health Assembly, :Cancer Prevention resolutionand Control. Geneva, Switzerland: WH 2005; 25: 22-58.
15. Cooke R, French D. How well do the theory of reasoned action and the theory of planned behavior predict intentions and attendance at screening programmes? A meta-analysis. Psychology and Health 2008; 23(7):745-65.
16. Godin G, Kok G. The theory of planned behavior: A review of its application to health-related behaviors. Am J Health Promot 1996; 11(2): 87-98.
17. Evans D, Norman P. Predicting adolescent pedestrian’s road crossingintention .An application and extent ion of the theory of planned behavior. Health Edu Res 2003; 18(3): 267-77.
18.Tolma EL, Reininger BM, Evans A. Examining the Theory of Planning Behavior and construct of Self-Efficacy to predict Mammography Intention. Health Ed& Behv 2006; 33(2): 233-51.
19.Yrbrough SS, Braden CJ. Utility of health belief model as a guide for explaining or predicting breast cancer screening behaviors. J Adv Nurs. 2001;33(5):677-88.
20. Hunter MS, Grunfeld EA, Ramirez AJ.: Help-seeking intentions for breast-cancer symptoms: a comparison of the self-regulation model and the theory of planned behaviour. BrJ Health Psychol 2003; 8: 319-33.
21. Ahmad F, Cameron JI, Stewart DE. A tailored intervention to promote breast cancer screening among South Asian immigrant women. SocSci Med 2005; 60(3): 575-86.

22. Lopez-McKee G. Development of the mammography beliefs and attitudes questionnaire for low-health-literacy Mexican-American women. OJIN 2010; 16(1):7.
23. Armitage CJ, Conner M. Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: a meta-analytic review. Br J Soc Psycho 2001; 40(Pt 4): 471-99.
24. Ham OK. Factors affecting mammography behavior and intention among Korean women. Oncol Nurs Forum 2006 1;33(1):113-9.
25. Hur HK, Kim GY, Park SM, Menon U, Belue R, Sugg Skinner C, Chamot E, CharvetA I, PernegerTV. Predictors of mammography participation among rural Korean women age 40 and over. Akhoe Chi 2005; 35(8): 1443-50.
26.Su X, MaGX, Seals B, Hausman A. Breast cancer early detection among Chinese women in the Philadelphia area. J Women's Health (Larchmt) 2006; 15(5): 507-19.
27. Allen JD, Stoddard AM, Sorensen G.Do social network characteristics predict mammography screening practices? Health EduceBehav 2008; 35(6): 763-76.
28. Maria E, Fernandez, Gonzales A, Tortolero-Luna G, Williams J, Saavedra-Embesi M, etal. Effectivness of Cultivando La Salud: A breast and cervical cancer screening promotion program for low-income Hispanic women. American Journal of public Health 2009; 99(5): 936-43.
29. Steele K, Demetrius J. Testing the Theory of Planned Behavior to Predict mammography intention. Nursing Research 2005; 54(5): 332-38.

Survey of Factors affecting to predict mammography in employed women aged 35 years and older based on the Theory of planned behavior

Effat Hatefnia[1], ShamsaddinNiknami[2]

Original Article

Abstract

Background: Breast cancer remains the most common malignancy in women worldwide and is the leading cause of cancer-related mortality. Mammography is as the most accurate method for early detection of breast cancer. Despite evidence that regular mammography screening can reduce breast cancer mortality; many women fail to receive mammography. This study aimed to determine the factors affecting mammography in employed women 35 years and older based on Theory of planned behavior.

Methods: This cross-sectional study is a descriptive analysis that was conducted (1388) on 320employed women. The information gathered by the questionnaire MBAQ questionnaire and data were code, analyzed using statistical tests-test and Logistic regression.

Findings The results of the study show that there are significant differences in average scores Subjective norm،intention and perceived behavioral control between the groups that did mammography (27%) and the group that did not mammography. Logistic regression analysis showed that significant predictors of to mammography behavior are Subjective norm, intention and perceived behavioral control.

Conclusion: The results show that Subjective norm, intention and perceived behavioral control are predicted Mammographic screening of women. When mammography for women to understand and accept it as a norm going to do it and do it under their own control, mammograms will be doing.

Keywords: Theory of planned behavior ،breast cancer, employed women

Citation: Hatefnia E, Niknami Sh. **Survey of Factors affecting to predict mammography in employed women aged 35 years and older based on the Theory of planned behavior.** J Health Syst Res 2013; 9(10):1062-1070

Received date: 13/03/2013 **Accept date: 25/08/2013**

1. Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran (Corresponding Author) Email: e_hatefnia@yahoo.com

2. Associate Professor, Department of health Education, School of Medical Sciences, Tarbit Modares University, Tehran, Iran