

آگاهی و باورهای زنان در خصوص ماموگرافی بر اساس سازه های مدل اعتقاد بهداشتی

مریم سکاکی^۱، زهرا گوزلیان^۲، خدیجه حاجی میری^۳، هما بدیعی^۴، منصور مهاجری^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سرطان پستان شایع ترین سرطان مهاجم و دومین علت مرگ ناشی از سرطان در اکثر کشورهای دنیا محسوب می شود. انجام روش های غربالگری در تشخیص اولیه سرطان پستان بسیار مهم می باشد. این مطالعه به بررسی آگاهی و باورهای بهداشتی زنان بالای ۴۰ سال در خصوص انجام ماموگرافی پرداخته است.

روش ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی می باشد که بر روی ۳۸۴ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی در سال ۹۰-۱۳۸۹ انجام گرفت. نمونه ها از طریق نمونه گیری غیر تصادفی در دسترس انتخاب شدند و اطلاعات به وسیله پرسش نامه، به صورت خود گزارش دهی جمع آوری گردید. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و استفاده از آمار توصیفی و آزمون کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد که اکثریت زنان مورد مطالعه (۸۶/۹٪) آزمون غربالگری ماموگرافی را انجام نداده بودند. آگاهی ۴۸/۷٪ افراد در زمینه سرطان پستان در حد متوسط بود و ۳۷/۲٪ آن ها معتقد بودند دلیل انجام ندادن ماموگرافی، عدم توصیه پزشک به آنان می باشد. هم چنین بین میزان تحصیلات و آگاهی واحدهای پژوهش ارتباط معنی داری دیده شد ($P=0/001$). بین میزان تحصیلات و شدت درک شده ($P<0/004$)، منافع درک شده ($P<0/001$) و موانع درک شده ($P<0/001$) ارتباط معنی دار وجود داشت. در صورتی که بین میزان تحصیلات و حساسیت درک شده ارتباط معنی داری ($P=0/03$) دیده نشد.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه لزوم توجه بیشتر برنامه ریزان بهداشت و درمان کشور را به آموزش و ترویج روش های غربالگری و برطرف نمودن موانع آشکار می سازد. هم چنین پیشنهاد می شود که ماموگرافی به طور روتین و رایگان به عنوان یک آزمون غربالگری در زنان بالای ۴۰ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی به اجرا گذاشته شود.

واژه های کلیدی: ماموگرافی، مدل اعتقادی بهداشتی، سرطان پستان

ارجاع: سکاکی مریم، گوزلیان زهرا، حاجی میری خدیجه، بدیعی هما، مهاجری منصور. آگاهی و باورهای زنان در خصوص ماموگرافی

بر اساس سازه های مدل اعتقاد بهداشتی. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۳؛ ۱۰(۴): ۷۲۹-۷۳۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۲/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۹/۱۶

۱. کارشناس ارشد مامایی، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
۲. کارشناس ارشد مامایی، معاونت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
۳. دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران (نویسنده مسؤول)
Email: hajimiri_kh@yahoo.com
۴. کارشناس بهداشت عمومی، معاونت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
۵. کارشناس ارشد پژوهشگری، معاونت تحقیقات و فناوری، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

مقدمه

می رود (۱). این سرطان به عنوان یکی از مشکلات عمده بهداشت عمومی در دنیا مطرح است (۲) و از بیشترین میزان بروز در آمریکا تا کمترین میزان بروز در کشورهای آسیایی

سرطان پستان شایع ترین بیماری بدخیم زنان و نیز عمده ترین علت مرگ ناشی از سرطان برای زنان در سراسر دنیا به شمار

متغیر است با این وجود، در حال حاضر در کشورهای آسیایی نیز به دلیل تغییر سبک زندگی، میزان بروز نسبت به گذشته بیشتر شده است (۳). 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 هر ۱۰۰۰۰۰ نفر می‌باشد (۴). سن بروز سرطان پستان در ایران هم‌چون دیگر کشورهای در حال توسعه، پایین‌تر از کشورهای پیشرفته است و شایع‌ترین سن مرگ و میر ناشی از این بیماری در ایران بین ۴۴-۳۵ سالگی است (۵). با توجه به این که این بیماری از نظر بالینی از یک مرحله مخفی طولانی (حدود ۸ تا ۱۰ سال) عبور می‌کند، بنابراین با شناسایی و تشخیص توده در مراحل اولیه می‌توان جان بیمار را از مرگ زودرس نجات داد (۶). تشخیص زودرس سرطان پستان یک عامل کلیدی برای زنده ماندن از بیماری است؛ در صورتی که بیماری در مراحل اول یعنی زمانی که سرطان محدود به پستان است، تشخیص داده شود، ۷۵ تا ۹۰ درصد از زنان شانس یک زندگی پنج ساله سالم خواهند داشت (۸-۷). جهت تشخیص زودرس سرطان پستان روش‌های ماموگرافی، معاینه کلینیکی پستان (Clinical breast examination) و خودآزمایی پستان (Breast self-examination) پیشنهاد شده‌اند (۹). در حال حاضر ماموگرافی بهترین روش تشخیصی قابل استفاده و در دسترس برای تشخیص توده‌های پستان می‌باشد و می‌تواند توده‌ها را قبل از این که قابل لمس باشند تشخیص بدهد (۱۰). تحقیقات نشانگر آن است که استفاده از ماموگرافی، میزان مرگ و میر ناشی از سرطان پستان را کاهش می‌دهد بدین ترتیب مرگ یک درصد از زنان گروه ۵۰ تا ۷۰ ساله را می‌توان با انجام این آزمایش غربالگری به تعویق انداخت (۱۱). در کشورهایی که اکثریت زنان ۷۰-۴۰ ساله، مرتب ماموگرافی انجام می‌دهند، مرگ ناشی از سرطان پستان به میزان ۲۶ تا ۲۸ درصد کاهش می‌یابد (۱۲) اما مطالعات مختلف در ایران حاکی از دیر مراجعه کردن زنان هنگام

تشخیص سرطان و در نتیجه کاهش شانس بقای آنان است (۱۳). از آنجا که اعتقادات مثبت در زمینه برنامه‌های غربالگری سرطان پستان موجب افزایش رفتار و شرکت در رفتارهای غربالگری سرطان پستان می‌شود بسیاری از پژوهشگران عقاید مرتبط با تجارب غربالگری، هم‌چون غربالگری سرطان پستان را با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی (Health Belief Model) به عنوان یک چهارچوب تئوریک به کار برده‌اند (۱۴). از طرفی رفتار کنترل سرطان یک رفتار پیچیده و مختلط است، مدل اعتقاد بهداشتی می‌تواند به سبب داشتن سازه‌هایی که ابعاد مهم تغییر رفتار را مورد توجه قرار می‌دهد، در ارتقاء رفتار کنترل سرطان مورد استفاده قرار گیرد (۱۵). الگوی اعتقاد بهداشتی که در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفته است، در بردارنده سازه‌های حساسیت درک شده، شدت یا جدیت درک شده، منافع درک شده و موانع درک شده است. الگوی ذکر شده یکی از اولین الگوهایی است که از تئوری علوم رفتاری برای بررسی مشکلات مربوط به سلامت استفاده کرده و به طور وسیعی برای توضیح رفتار کنترل سرطان پستان به کار برده شده است (۱۶-۱۷). مدل اعتقاد بهداشتی یک مدل فردی مطالعه رفتار بهداشتی می‌باشد که در دهه ۱۹۵۰ میلادی توسط (Hochbaum & Rosenstock) در آمریکا پایه‌ریزی و سپس توسط (Maiman & Becker) اصلاح گردید (۱۸). این مدل توسط متخصصین (دروازه های مختلف رفتاری) جهت طرح‌ریزی و ارزیابی مداخلاتی که در تغییر رفتار مؤثر هستند مورد استفاده قرار گرفته است (۱۹). با توجه به این که در کشور ما نیز سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در زنان است، غربالگری اهمیت خاصی پیدا می‌کند. بدیهی است آگاهی و نگرش بالاتر در انجام بهتر و اهتمام بیشتر به این کار مؤثر است. لذا بر آن شدیم تا طی این پژوهش میزان آگاهی و باورهای زنان در خصوص ماموگرافی بر اساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی را بررسی کنیم.

درک شده ۷۷٪ و موانع درک شده ۷۸٪ محاسبه شد. روش کار بدین صورت بود که پس از کسب معرفی‌نامه به مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان زنجان مراجعه و پس از توضیح اهداف مطالعه و اخذ رضایت شفاهی از شرکت‌کنندگان در پژوهش، پرسش‌نامه جهت تکمیل در اختیار افراد واجد شرایط قرار گرفت. به افراد شرکت‌کننده در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان داده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت بررسی مشخصات دموگرافیک افراد مورد مطالعه از آمار توصیفی و برای متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های پژوهش از مجموع ۳۸۴ پرسش‌نامه‌ای که توزیع و جمع‌آوری شد ۳۸۲ پرسش‌نامه تجزیه و تحلیل گردید و دو پرسش‌نامه به علت کامل نبودن اطلاعات از مطالعه خارج گردید. دامنه سنی زنان شرکت‌کننده در مطالعه بین ۴۰ تا ۶۸ سال با میانگین سنی ۴۶/۲۵ سال بود. ۹۵/۵ درصد زنان متأهل بودند. از نظر سن اولین قاعدگی دامنه سنی زنان شرکت‌کننده در مطالعه بین ۹ تا ۱۷ سال با میانگین سنی ۱۳/۴۲ سال بود. ۱۶/۸ درصد زنان سابقه خانوادگی سرطان پستان را در خانواده ذکر کرده بودند. ۷۸/۵ درصد زنان یائسه نبودند. ۱۳/۱ درصد زنان آزمون غربالگری ماموگرافی را انجام داده بودند. (جدول ۱)

۲۸/۳ درصد زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی آگاهی خوب نسبت به سرطان پستان داشتند و آگاهی ۴۸/۷ درصد آنان در حد متوسط بود. ۶۹/۹ درصد افراد تورم غیرطبیعی بازو را از علائم سرطان پستان نمی‌دانستند. باورهای بهداشتی زنان در مورد فواید انجام ماموگرافی بدین صورت بود که: ۴۱/۱ درصد افراد کاملاً موافق بودند که انجام دادن ماموگرافی یا عکس‌برداری از پستان در پیدا کردن زودتر توده پستان کمک می‌کند. ۳۲/۷ درصد افراد کاملاً موافق بودند که ماموگرافی و تشخیص زودرس سرطان احتمال جراحی و برداشتن سینه را کمتر می‌کند. ۳۳/۵ درصد

روش‌ها

این پژوهش از نوع توصیفی - مقطعی بوده و جامعه پژوهش آن متشکل از کلیه زنان بالای ۴۰ سال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر زنجان در سال ۹۰-۱۳۸۹ بود. برای گردآوری داده‌ها از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس استفاده شد و با در نظر گرفتن $P = 50\%$ احتمال داشتن آگاهی (۱۰) و $\alpha = 0.05$ و $d = 0.50$ ، حجم نمونه ۳۸۴ برآورد شد.

سپس نمونه‌ها بر اساس معیارهای ورود به مطالعه (سن بالای ۴۰ سال، عدم ابتلاء به سرطان پستان، نداشتن سابقه سرطان پستان در فامیل درجه یک (مادر، خواهر، دختر) و با کسب رضایت شفاهی وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ای محقق ساخته مشتمل بر ۳ قسمت بود. سؤالات قسمت اول پرسش‌نامه مربوط به مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش و سؤالات قسمت دوم پرسش‌نامه مشتمل بر ۲۲ سؤال آگاهی که به پاسخ‌های درست امتیاز یک و به پاسخ‌های غلط امتیاز صفر تعلق گرفت و بخش ۳ مشتمل بر ۲۵ سؤال باورهای بهداشتی زنان بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت، شدت، موانع و منافع درک شده ماموگرافی) بود و بر اساس مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت "کاملاً مخالفم = ۱"، "مخالفم = ۲"، "نظری ندارم = ۳"، "موافقم = ۴"، "کاملاً موافقم = ۵" امتیازبندی شد. روش گردآوری داده‌ها به صورت خود گزارش‌دهی بود که برای کسب اعتبار علمی پرسش‌نامه از اعتبار محتوی استفاده شده است. بدین منظور پس از بررسی کتب و مقالات مختلف پرسش‌نامه تهیه و سپس به ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی متخصص ارسال و نظرات آن‌ها اعمال گردید. جهت پایایی پرسش‌نامه از روش بازآزمایی استفاده شد. بدین صورت که پرسش‌نامه به ۱۵ نفر از افراد واجد شرایط مطالعه که جزء پژوهش نبودند ارایه گردید و مجدداً بعد از دو هفته پرسش‌نامه توسط همان افراد تکمیل شد. ضریب همبستگی بین امتیاز بار اول و دوم ۷۹٪ برآورد شد. آلفای کرونباخ برای بخش آگاهی ۸۵٪ و برای سؤالات بخش‌های مدل به ترتیب حساسیت درک شده ۷۸٪، شدت درک شده ۸۰٪، منافع

افراد کاملاً موافق بودند که با ماموگرافی و تشخیص زودرس احتمال مرگ بر اثر سرطان سینه را کمتر می‌کند. شایع‌ترین دلیل برای انجام ندادن ماموگرافی عدم توصیه پزشک بود. (جدول ۲)

بررسی باورهای زنان در خصوص حساسیت ابتلا به سرطان نشان داد که ۳۸/۵ درصد زنان مخالف تأثیر سابقه خانوادگی سرطان پستان بر احتمال ابتلا به سرطان پستان هستند. ۵۱/۳ درصد موافق بودند که با افزایش سن احتمال ابتلا به سرطان سینه بیشتر می‌شود. ۵۷/۶ درصد موافق بودند که چاقی احتمال ابتلا به سرطان سینه را افزایش می‌دهد. در خصوص جدیت و شدت درک شده نسبت به ابتلای سرطان پستان ۳۸/۵ درصد شرکت‌کنندگان از فکر کردن به سرطان پستان وحشت داشتند. (جدول ۳)

آزمون آماری کای اسکوئر نشان داد که بین میزان تحصیلات و آگاهی واحدهای پژوهش در خصوص ابتلا به سرطان پستان ارتباط معنی‌دار وجود داشت ($P=0/0001$). (جدول ۴)

هم‌چنین بر اساس آزمون آماری آنالیز واریانس یک طرفه بین میزان تحصیلات و شدت درک شده ($P<0/004$)، منافع درک شده ($P<0/001$) و موانع درک شده ($P<0/001$) ارتباط معنی‌دار وجود داشت. در صورتی که بین میزان تحصیلات و حساسیت درک شده ارتباط معنی‌داری ($P=0/03$) دیده نشد. (جدول ۵)

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات فردی و اجتماعی افراد مورد پژوهش

متغیر	معیار	تعداد	درصد	متغیر	معیار	تعداد	درصد
اندازه گیری				اندازه گیری			
تحصیلات	ابتدایی	۷۹	۲۰/۷	وضعیت یائسگی	بله	۸۲	۲۱/۵
	راهنمایی	۱۴۷	۳۸/۵		خیر	۳۰۰	۷۸/۵
	دیرستان	۷۵	۱۹/۶		بله	۶۴	۱۶/۸
شغل	دانشگاهی	۸۱	۲۱/۲	سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان پستان	بله	۶۴	۱۶/۸
	خانه دار	۲۶۲	۶۸/۶		خیر	۳۱۸	۸۳/۲
	کارگر	۱۶	۴/۲		بله	۵۰	۱۳/۱
نوع بیمه درمانی	کارمند	۹۷	۲۵/۴	سابقه انجام ماموگرافی	بله	۵۰	۱۳/۱
	سایر	۷	۱/۸		خیر	۳۱۸	۸۳/۲
	خدمات درمانی	۱۵۲	۳۹/۸	وضعیت تأهل	متأهل	۳۶۴	۹۵/۳
	تأمین اجتماعی	۱۳۷	۳۵/۹		مجرد	۵	۱/۳
	بیمه روستایی	۴	۱		سایر	۱۳	۳/۴
	سایر	۱۸	۴/۷		ندارد	۷۱	۱۸/۶
	ندارد	۷۱	۱۸/۶		متأهل	۳۶۴	۹۵/۳
	متأهل	۳۶۴	۹۵/۳		مجرد	۵	۱/۳
	مجرد	۵	۱/۳		سایر	۱۳	۳/۴
	سایر	۱۳	۳/۴				

جدول شماره ۲. توزیع فراوانی باورهای بهداشتی زنان نسبت به موانع انجام ماموگرافی درمراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی شهر زنجان

عبارات به کار گرفته شده برای سنجش موانع درک شده		کاملاً موافقم		موافقم		نظری ندارم		مخالفم		کاملاً مخالفم	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۳۷	۹/۷	۸۳	۲۱/۷	۱۰۷	۲۸	۱۲۳	۳۲/۲	۳۲	۸/۴		
انجام دادن روتین و منظم ماموگرافی یا عکس برداری از پستان مرا در مورد سرطان پستان نگران می کند.											
۱۸	۴/۷	۸۱	۲۱/۲	۸۰	۲۰/۹	۱۳۶	۳۵/۵	۶۷	۱۷/۵		
انجام دادن ماموگرافی یا عکس برداری از پستان برایم خجالت آور است.											
۱۶	۴/۲	۸۱	۲۱/۲	۱۰۷	۲۸	۱۳۴	۳۵/۱	۴۴	۱۱/۵		
انجام دادن ماموگرافی یا عکس برداری از پستان وقت گیر است.											
۱۱	۲/۹	۸۲	۲۱/۵	۱۵۰	۳۹/۳	۹۴	۲۴/۶	۴۵	۱۱/۸		
انجام دادن ماموگرافی یا عکس برداری از پستان برایم دردناک است.											
۳۵	۹/۲	۱۰۹	۲۸/۵	۱۱۷	۳۰/۶	۹۵	۲۴/۹	۲۶	۶/۸		
انجام دادن ماموگرافی یا عکس برداری از پستان هزینه زیادی دارد.											
۱۷	۴/۵	۹۴	۲۴/۶	۱۲۹	۳۳/۸	۱۰۵	۲۷/۵	۳۷	۹/۷		
ترس از خطرات اشعه ایکس در ماموگرافی مانع از انجام آن می شود.											
۵۵	۱۴/۴	۱۴۸	۳۸/۷	۸۴	۲۲	۷۴	۱۹/۴	۲۱	۵/۵		
عدم آگاهی دقیق در مورد ماموگرافی مانع از انجام آن می شود.											
۵۹	۱۵/۴	۱۴۲	۳۷/۲	۹۴	۲۴/۶	۶۷	۱۷/۵	۲۰	۵/۲		
عدم توصیه پزشک در مورد ماموگرافی مانع از انجام آن می شود.											

جدول ۳. توزیع فراوانی باورهای بهداشتی زنان مورد پژوهش درمورد شدت درک شده انجام ماموگرافی

عبارات به کار گرفته شده جهت سنجش شدت درک شده		کاملاً موافقم		موافقم		نظری ندارم		مخالفم		کاملاً مخالفم	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱۲۸	۳۳/۵	۱۴۷	۳۸/۵	۵۸	۱۵/۲	۳۷	۹/۷	۱۲	۳/۱		
فکر کردن به سرطان پستان برایم وحشتناک است											
۹۰	۲۳/۶	۱۳۳	۳۴/۸	۶۵	۱۷	۷۹	۲۰/۷	۱۵	۳/۹		
وقتی من به سرطان پستان فکر می کنم ضربان قلبم تندتر می زند و دچار اضطراب می شوم											
۱۰۵	۲۷/۵	۱۵۶	۴۰/۸	۴۱	۱۰/۷	۶۱	۱۶	۱۹	۵		
فردی که به سرطان پستان مبتلا می شود جذابیت خود را از دست می دهد											
۹۶	۲۵/۱	۱۵۷	۴۰/۸	۷۷	۲۰/۲	۳۶	۹/۴	۱۶	۴/۲		
در صورت ابتلا به سرطان پستان با مشکلات زیادی روبرو خواهم شد											
۷۳	۱۹/۱	۱۳۰	۳۴	۹۱	۲۳/۸	۶۵	۱۷	۲۳	۶		
سرطان پستان روابط بین من و همسرم را به خطر خواهد انداخت											
۹۴	۲۴/۶	۱۶۱	۴۲/۱	۵۵	۱۴/۴	۵۸	۱۵/۲	۱۴	۳/۷		
اگر من به سرطان پستان مبتلا شوم تمام روند زندگی من تغییر خواهد کرد											
۴۱	۱۰/۷	۸۱	۲۱/۲	۵۲	۱۳/۶	۱۵۲	۳۹/۸	۵۶	۱۴/۷		
ابتلا به سرطان پستان تأثیری بر روی طول عمر ندارد.											

جدول ۴. ارتباط بین میزان آگاهی و سطح تحصیلات زنان مورد پژوهش در خصوص سرطان پستان و ماموگرافی

آگاهی تحصیلات	ضعیف		متوسط		خوب		جمع		P value
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	P=۰/۰۰۰۱
ابتدایی	۵۶	۳۸/۱	۶۳	۴۲/۹	۲۸	۱۹	۱۴۷	۱۰۰	
راهنمایی	۱۹	۲۴/۱	۴۹	۶۲	۱۱	۱۳/۹	۷۹	۱۰۰	
دیپستان	۱۱	۱۴/۷	۴۳	۵۷/۳	۲۱	۲۸	۷۵	۱۰۰	
دانشگاهی	۲	۲/۵	۳۱	۳۸/۳	۴۸	۵۹/۳	۸۱	۱۰۰	

جدول ۵. ارتباط بین میزان تحصیلات و باورهای زنان مورد پژوهش در خصوص سرطان پستان و ماموگرافی بر اساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی

سازه‌های مدل تحصیلات	ابتدایی		راهنمایی		دیپستان		دانشگاهی		P Value
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
حساسیت درک شده	۳/۴۵	۰/۶۳	۳/۶۱	۰/۷	۳/۶۴	۰/۵	۳/۶۹	۰/۶۶	۰/۰۳
شدت درک شده	۲/۳۰	۰/۷۳	۲/۴۸	۰/۸۵	۲/۵۹	۰/۷۱	۲/۶۶	۰/۸۱	۰/۰۰۴
منافع درک شده	۲/۲۴	۰/۷۳	۱/۹۳	۰/۶۵	۲/۱	۰/۹۸	۱/۸۶	۰/۵۹	۰/۰۰۱
موانع درک شده	۲/۸۶	۰/۵۸	۳/۰۹	۰/۷۸	۳/۱۸	۰/۷۵	۳/۱۷	۰/۶۲	۰/۰۰۱
کل	۲/۶۵	۰/۳۹	۲/۷۲	۰/۴۲	۲/۸۴	۰/۴۲	۲/۸۰	۰/۳۹	۰/۰۰۴

بحث

مطالعه حاضر به صورت مقطعی در بین زنان بالای ۴۰ سال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر زنجان انجام گردید. هدف مطالعه بررسی میزان آگاهی و باورهای زنان در خصوص انجام آزمون غربالگری ماموگرافی جهت تشخیص زودرس سرطان پستان بود. در این پژوهش مشخص گردید که ۴۸/۷ درصد افراد دارای آگاهی متوسط درباره سرطان پستان و ماموگرافی هستند که نتایج با مطالعه میری و همکاران هم‌سویی دارد. آنان در مطالعه خود نشان دادند که آگاهی ۵۷ درصد معلمان در خصوص سرطان پستان و خودآزمایی در حد متوسط می‌باشد (۲۰). نوبی نیز در مطالعه خود که میزان آگاهی و نگرش دانشجویان دختر دانشکده

ادبیات و فنی مهندسی دانشگاه سیستان و بلوچستان را در این مورد بررسی کرده است میزان آگاهی افراد را متوسط (۵۰ درصد) گزارش کرده و جهت این قشر جوان برنامه‌ریزی‌های هدفمند در سطح کلاسی یا کارگاهی را توصیه کرده است (۲۱). این نتایج نشان می‌دهد که آگاهی زنان جامعه در خصوص سرطان پستان و ماموگرافی متوسط بوده و نیاز به توجه بیشتر در امر آموزش این قشر از جامعه وجود دارد. همچنین بین میزان تحصیلات و آگاهی واحدهای پژوهش در خصوص ابتلا به سرطان پستان ارتباط معنی‌دار وجود داشت (p=۰/۰۰۰۱). محمدی و دادخواه نیز در مطالعه خود نشان دادند که با افزایش سواد زنان، احتمال شناخت از سرطان پستان افزایش می‌یابد ولی روند این افزایش در سطوح مختلف

درک شده ($P < 0.001$) و موانع درک شده ($P < 0.001$) ارتباط معنی‌دار وجود دارد. در صورتی که بین میزان تحصیلات و حساسیت درک شده ارتباط معنی‌داری ($P = 0.03$) وجود نداشت که با نتایج مطالعه کاسگری و همکاران همسویی دارد (۲۴) لذا افرادی که از تحصیلات بالاتری برخوردار هستند به منافع انجام ماموگرافی و تشخیص زودرس سرطان پستان اعتقاد داشته و به موانعی که بر سر انجام ماموگرافی وجود دارد غلبه می‌کنند و می‌دانند که در صورت ابتلاء به سرطان پستان خطر جدی آن‌ها را تهدید می‌کند. از طرفی انتظار می‌رود که با افزایش سطح تحصیلات، حساسیت افراد نسبت به ابتلاء به بیماری نیز بیشتر باشد ولی در مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری بین حساسیت درک شده و تحصیلات مشاهده نشد. شاید به دلیل این که اکثر زنانی که در این مطالعه شرکت داشتند تحصیلاتی درحد دبیرستان و کمتر از آن داشتند و در خصوص آسیب‌پذیری خود در این سنین به سرطان پستان درک پایین‌تری داشتند. از طرفی انتظار می‌رود افرادی که شدت درک شده و حساسیت درک شده بالایی داشته باشند در غربالگری شرکت کنند در حالی که نتایج مطالعه نشان داد که فقط ۱۳/۱ درصد زنان ماموگرافی انجام داده بودند و این امر نشان‌دهنده این موضوع است که این گروه زنان نیازمند آموزش‌هایی هستند که حساسیت آن‌ها را نسبت به ابتلا به سرطان پستان افزایش دهد. این موضوع انگیزه‌ای برای طراحی مداخله آموزشی در این گروه است.

نتیجه‌گیری

با بررسی اجزاء مدل مشخص گردید که ۱۴۲ نفر (۳۷/۲ درصد) از واحدهای پژوهش موافق این قضیه بودند که عدم توصیه پزشک مانع از انجام ماموگرافی بوده است در حالی که مطالعات نشان می‌دهد که توصیه پزشکان مؤثرترین و معتبرترین عامل برای انجام ماموگرافی و خودآزمایی پستان می‌باشد (۲۵) مودی نیز در مطالعه خود پزشکان و پرسنل بهداشتی را مهم‌ترین منبع معرفی نمود (۲۶). بنابراین جهت پزشکان مراکز بهداشتی و درمانی باید زنگ خطر به صدا درآمده و دراین زمینه توجه لازم را به عمل آورند و به

سواد یکسان نمی‌باشد با تغییر سطح سواد از بی‌سوادی تا مقطع دبیرستان این افزایش نسبتاً شدید است ولی از سطح دبیرستان به دیپلم و بالاتر روند افزایش قابل ملاحظه‌ای نشان نمی‌دهد (۲۲) در مطالعه میری (۲۰) و بنائیان (۱۰) نیز ارتباط معنی‌داری بین میزان تحصیلات و آگاهی افراد گزارش شده است و با توجه به این که در مطالعات مختلف ارتباط بین آگاهی و تحصیلات مشاهده شده است و در این مطالعه نیز تحصیلات اکثریت زنان در حد راهنمایی (۳۸/۵ درصد) است و از طرفی سرطان پستان بعد از ۴۰ سالگی بیشتر دیده می‌شود، لذا متصدیان بهداشت و درمان کشور باید در امر معرفی بهترین روش غربالگری سرطان پستان (ماموگرافی) به زنان جامعه برنامه‌ریزی‌های لازم را انجام دهند. همچنین باید در مدارس نیز آموزش دختران در خصوص سرطان پستان و روش‌های غربالگری مورد توجه قرار گیرد. در مطالعه حاضر تنها ۱۳/۱ درصد افراد ماموگرافی انجام داده بودند. در مطالعه بنائیان و همکاران نیز ۱۲/۵ درصد افراد بالای ۴۰ سال ماموگرافی انجام داده بودند. این در حالی است که در برخی مطالعات انجام گرفته در دیگر کشورها میزان انجام ماموگرافی مساوی یا بالای ۵۰ درصد گزارش شده است (۱۰). لذا با توجه به این که درصد پایینی از زنان مورد مطالعه ماموگرافی انجام داده‌اند، بایستی مسؤولین بهداشت به این امر توجه نموده و نسبت به اطلاع‌رسانی در خصوص سرطان پستان و روش‌های غربالگری آن اقدام کنند چرا که یافته‌ها نشان می‌دهد آگاهی متوسط و عملکرد ضعیف افراد نسبت به انجام ماموگرافی نشان‌دهنده عدم آرایه اطلاعات و آموزش کافی به افراد می‌باشد. بدیهی است که رسانه‌های گروهی و متصدیان امر آموزش همگانی به خصوص سیستم‌های بهداشتی در این راستا مسؤولیت بسیار مهمی دارند که قطعاً "بدون تدوین برنامه‌های صحیح درازمدت و مستمر تحقق آن میسر نخواهد بود. (Sakurai) نیز اطلاع‌رسانی عموم جامعه را در افزایش میزان غربالگری مؤثر می‌داند (۲۳). در بررسی میزان تحصیلات و باور زنان نسبت به ماموگرافی نتایج نشان داد که بین میزان تحصیلات و شدت درک شده ($P < 0.004$)، منافع

برنامه‌ریزان بهداشت و درمان کشور را به آموزش و ترویج روش‌های غربالگری آشکار می‌سازد و این که جهت افزایش استفاده از یک اقدام بهداشتی نباید فقط به آموزش تکیه کرد توجه به سایر موانع موجود و بر طرف نمودن آن را تأکید می‌دارد که قطعاً "بدون تدوین برنامه‌های صحیح، درازمدت و مستمر تحقق آن میسر نخواهد بود.

تشکر و قدردانی

نتایج ارایه شده در این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی زنجان در سال ۹۰-۱۳۸۹ می‌باشد. بدین وسیله مراتب قدردانی نویسندگان جهت فراهم آوردن شرایط لازم برای این پژوهش را اعلام می‌داریم. همچنین از ریاست محترم مرکز بهداشت استان و شهرستان زنجان و پرسنل مراکز بهداشتی و درمانی شهر زنجان و کلیه افراد شرکت‌کننده در این مطالعه تقدیر می‌گردد.

مراجعین خود که واجد شرایط انجام ماموگرافی هستند توصیه لازم را ارایه دهند. لذا ارتباط بین پزشک و بیمار از اهمیت زیادی برخوردار بوده و افراد با توصیه پزشک حتی با وجود موانع دیگر اقدام به ماموگرافی می‌کنند. این امر نشان‌دهنده توجه بیشتر جامعه پزشکی به این مسأله مهم است. از موانع دیگر انجام ماموگرافی که افراد موافق آن‌ها بودند عبارت هستند از: خجالت‌آور بودن (۲۱/۲ درصد)، وقت‌گیر بودن (۲۱/۲ درصد)، دردناک بودن (۲۱/۵ درصد)، هزینه زیاد (۲۸/۵ درصد) و عدم آگاهی (۳۸/۷ درصد). در مطالعه کاسگری نیز عدم آگاهی (۴۲/۱ درصد)، وقت‌گیر بودن (۴۳/۴ درصد)، دردناک بودن (۴۳/۷ درصد) و هزینه زیاد (۳۸/۴ درصد) جزء موانع انجام ماموگرافی بیان شده است (۲۴). با توجه به نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر به نظر می‌رسد جهت افزایش میزان انجام آزمون‌های غربالگری سرطان پستان، تقویت فرهنگ مراقبت‌های بهداشتی جهت رواج بیشتر این روش‌ها بسیار مفید باشد. نتایج این مطالعه لزوم توجه بیشتر

References

1. Seedhom AE, Kamal NN. Factors affecting survival of women diagnosed with breast cancer in El-Minia Governorate, Egypt. *International journal of preventive medicine* 2011;2(3):131-8.
2. Aghamolaei T, Hasani L, Tavafian SS, Zare S. Improving Breast Self-Examination: an Educational Intervention Based on Health Belief Model. *Iranian Journal of Cancer Prevention* 2011;4(2):82-7.
3. Rastad H, Shokohi L, Dehghani SL, Motamed Jahromi M. Assessment of the Awareness and Practice of Women vis-à-vis Breast Self-Examination in Fasa in 2011. *Journal of Fasa University of Medical Sciences* 2013;3(1):75-80.
4. Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Jarrahi AM, Harirchi I, Najafi M, et al. Breast cancer in Iran: an epidemiological review. *Breast J* 2007; 13(4):383-91.
5. Sharif F, Abshorshori N, Tahmasebi S, Hazrati M, Zare N, Masoumi S. The effect of peer-led education on the life quality of mastectomy patients referred to breast cancer-clinics in Shiraz, Iran 2009. *Health Qual Life Outcomes* 2010; 8: 74.
6. Fentiman I. Fixed and modifiable risk factors for breast cancer. *International journal of clinical practice*. 2001;55(8):527-30.
7. Elmore JG, Armstrong K, Lehman CD, Fletcher SW. Screening for breast cancer. *Jama*. 2005;293(10):1245-56.
8. ACoP B. ACOG Practice Bulletin: Clinical management guidelines for obstetrician gynecologists. Number 122, August 2011: Breast Cancer screening (replaces practice bulletin, number 152, April 2003). *Obstet Gynecol* 2011;122:1-11.
9. Alters S, Schiff W. Essential concepts for healthy living. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers; 2009.
10. Banaeiyan S, Kazemiyan A, Kheiry S. Knowledge ,attitude and practice of women referred to health centers Borujen of the breast cancer screening methods and factors its influencing. *Journal of shahrekord University of medical sciences* 2005;7(4):28-34.

11. McAlister AL, Fernandez-Esquer M-E, Ramirez AG, Trevino F, Gallion KJ, Villarreal R, et al. Community level cancer control in a Texas barrio: Part II--Base-line and preliminary outcome findings. *Journal of the National Cancer Institute Monographs* 1995 (18):123-6.
12. Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, Woolf SH. Breast cancer screening: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*. 2002; 137(5_Part_1):347-60.
13. Rezaeiyan M, Mostafavi F, Sharifirad G. Comparing the effectiveness of three educational interventions based on health belief model on mammography screening behaviors in women above 40 years in Isfahan, Iran. *Health System Research* 2013;9(4):385-94.
14. Moodi M, Hassanzadeh A, Charkazi A, Shahnazi H, Sharifirad G. A Survey of the Psycho-Cognitive Factors Affecting Breast Cancer Screening Behaviors at Different Stages of Change among Female Teachers in Isfahan, Iran. *J Health Syst Res* 2012;7(6):770 - 81.
15. Hatefnia E, Niknami S, Mahmoodi M, Ghofrani Poor F, Lamieiyani M. Effect of education based on health belief model on knowledge, attitude and practice of women working in the factories of Pharmaceutical Sciences Tehran on breast cancer and mammography. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences* 2010;14(1):42-53.
16. Harrison JA, Mullen PD, Green LW. A meta-analysis of studies of the health belief model with adults. *Health Education Research* 1992;7(1):107-16.
17. Wu T-Y, Yu M-Y. Reliability and validity of the mammography screening beliefs questionnaire among Chinese American women. *Cancer nursing* 2003;26(2):131-42.
18. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. San Francisco: John Wiley & Sons; 2008.
19. Naser M, Rafiei S. *Health education curriculum (Introduction to Basic Concepts) Managers and employees of the health system*. Ministry of Health and Medical Education press; 2004.
20. Miri M, Moodi M, Moasheri B, Sourgi Z, Hami J. A Applied Health Belief Model (HBM) in Adopting Preventive Behaviors in Breast Cancer by Female Teachers of Birjand. *Journal of Health Administration* 2004;7(17):51-7.
21. Navabi Rigi SD, Farnoosh K, Bandani F. Breast cancer and Breast self-examination: acknowledgement and attitude based on health belief model in literature and engineering colleges of Sistan Balochestan University female students. *Quarterly Journal of Breast Disease* 2012;5(1):65-73.
22. Dadkhah B, Mohammady M. Knowledge, attitude and practice towards breast self examination among Ardebile city women. *Persian Journal of Ardebile University of medical sciences and health services* 2002;2(5):15-22.
23. Sakurai H. The cancer screening program in Japan: its present state and future prospects. *Asian Medical Journal* 1999;42(8):343-8.
24. Abedian K, Hosseini ZS, Adeli M. Health beliefs about mammography in women referred to health centers of Sari. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2004;16(54):90-8.
25. Bazargan M, Bazargan S, Calderon J, Husaini B, Baker R. Mammography screening and breast self-examination among minority women in public housing projects: the impact of physician recommendation. *Cellular and molecular biology (Noisy-le-Grand, France)*. 2003;49(8):1213-8.
26. Moodi M, Mood MB, Sharifirad GR, Shahnazi H, Sharifzadeh G. Evaluation of breast self-examination program using Health Belief Model in female students. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 2011;16(3):316-22.

Women's knowledge and beliefs about mammography based on HBM constructs

Maryam Sakkaki ¹, Zahra Gozaliyan ², Khadije Hajimiri ³, Homa Badiei ⁴,
Mansoor Mohajeri ⁵

Original Article

Abstract

Background: Breast cancer is the most common invasive cancer and is considered as the second cause of cancer death in most countries all over the world. Screening methods are very important in the early diagnosis of breast cancer. The knowledge and health beliefs about mammography in women older than 40 years have investigated in this study.

Methods: This is a cross-sectional study, which has been performed on 384 women who have referred to the health centers in 1389-90. Samples selected by available through non-random sampling. Data were collected by self-report questionnaire. The outcomes were analyzed by SPSS software, X^2 , one way tests, and descriptive statistics were applied.

Findings: The results indicated that most women (86.9%) had not undergone mammography screening test. About 48.7% of patients had moderate awareness; and approximately 37.2% of patients reported the absence of recommendation from physicians as their main reason is not taking any mammograms. There is a significant correlation between education level and knowledge ($P = 0.001$). Also, there is a significant correlation between education level and perceived severity ($P < 0.004$), perceived benefits ($P < 0.001$), and perceived barriers ($P < 0.001$). But, there was no significant correlation between education level and perceived susceptibility ($0.03/0 = P$) was observed.

Conclusion: The results of this study calls for health planners more attention in education and promotion of screening methods in order to overcome obstacles. Also, it is recommended to implement a routine and free mammography as a screening test in women over 40 years old referrals to health centers.

Key Words: Mammography, Health Belief Model (HBM), Breast Cancer

Citation: Sakkaki M, Gozaliyan Z, Hajimiri Kh, Badiei H, Mohajeri M. **Women's knowledge and beliefs about mammography based on HBM constructs.** J Health Syst Res 2014; 10(4): 729-738

Received date: 07.12.2013

Accept date: 08.05.2014

1. MSc in Midwifery, Vice-Chancellery for Treatment, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

2. MSc in Midwifery, Vice-Chancellery for Health, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

3. PhD student in Health Education & Promotion, Department of Health Education & Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author) Email: hajimiri_kh@yahoo.com

4. BS in Public Health, Vice-Chancellery for Health, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

5. MSc in Research, Vice-Chancellery for Research, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran