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 شایع‌ترین سرطان مهاجم و دومین علت مرگ ناشی از سرطان در اکثر کشورهای دنیا محسوب می‌شود. انجام روش‌های غربالگری در تشخیص اولیه سرطان پستان بسیار مهم می‌باشد. این مطالعه به بررسی آگاهی و باورهای بهداشتی زنان بالای ۴۰ سال در خصوص انجام ماموگرافی پرداخته است.

روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی می‌باشد که بر روی ۳۸۴ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی در سال ۹۰-۱۳۸۹ انجام گرفت. نمونه‌ها از طریق نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس انتخاب شدند و اطلاعات به وسیله پرسش‌نامه، به صورت خودگزارش‌دهی جمع‌آوری گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و استفاده از آمار توصیفی و آزمون کای دو مورد تجزیه وتحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: 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٪ آن‌ها معتقد بودند دلیل انجام ندادن ماموگرافی، عدم توصیه پزشک به آنان می‌باشد. هم‌چنین بین میزان تحصیلات و آگاهی واحدهای پژوهش ارتباط معنی‌داری دیده شد (P=۰/۰۰۱). بین میزان تحصیلات و شدت درک شده (P<۰/۰۰۴) ، منافع درک شده (P<۰/۰۰۱) و موانع درک شده (P<۰/۰۰۱) ارتباط معنی‌دار وجود داشت. در صورتی که بین میزان تحصیلات وحساسیت درک شده ارتباط معنی‌داری (P=۰/۰۳) دیده نشد.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه لزوم توجه بیشتر برنامه‌ریزان بهداشت و درمان کشور را به آموزش و ترویج روش‌های غربالگری و برطرف نمودن موانع آشکار می‌سازد. هم‌چنین پیشنهاد می‌شودکه ماموگرافی به طور روتین و رایگان به عنوان یک آزمون غربالگری در زنان بالای ۴۰ سال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی به اجرا گذاشته شود.

واژه‌های 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): ۷۳۸-۷۲۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۹/۱۶ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۲/۱۸**

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 دکترای آموزش بهداشت وارتقای 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

سرطان پستان شایع‌ترین بیماری بدخیم زنان و نیز عمده‌ترین علت مرگ ناشی از سرطان برای زنان در سراسر دنیا به شمار می‌رود (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

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2025-06-06]

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 به‌طوری که میزان بروز سرطان پستان در زنان ایرانی۲۲ در هر۱۰۰۰۰۰ نفر و میزان شیوع۱۲۰ در هر۱۰۰۰۰۰ نفر می‌باشد (۴). سن بروز سرطان پستان در ایران هم‌چون دیگرکشورهای درحال 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 این‌که 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 گروه۵۰ تا۷۰ 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 میزان۲۶ 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 (۱۷-۱۶). مدل اعتقاد بهداشتی یک مدل فردی مطالعه رفتار بهداشتی می‌باشدکه در دهه۱۹۵۰ میلادی توسط (Hochbaum & Rosenstock) در آمریکا پایه‌ریزی و سپس توسط (Maiman & Becker) اصلاح گردید (۱۸). این مدل توسط متخصصین (درحوزه های مختلف رفتاری)جهت طرح‌ریزی و ارزیابی مداخلاتی که در تغییر رفتار مؤثر هستند مورد استفاده قرارگرفته است (۱۹). با توجه به این‌که 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.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2025-06-06]

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 ۹۰-۱۳۸۹بود. برای گردآوری داده‌ها از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس استفاده شد و با در نظر گرفتن ۵۰٪= P احتمال داشتن آگاهی (۱۰) و α=۰/۰۵ و d=۰/۵۰ ، 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 مجددا 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 اگاهی ۸۵٪ و برای سؤالات بخش‌های مدل به ترتیب حساسیت درک شده ۷۸٪ ، شدت درک شده ۸۰٪ ،منافع 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 شد۳۸۲ پرسش‌نامه تجزیه و تحلیل گردید و دو پرسش‌نامه به علت کامل نبودن اطلاعات از مطالعه خارج گردید. دامنه سنی زنان شرکت‌کننده در مطالعه بین ۴۰تا ۶۸ سال با میانگین سنی ۴۶/۲۵ سال بود. ۹۵/۵درصد زنان متأهل بودند. از نظر سن اولین قاعدگی دامنه سنی زنان شرکت‌کننده در مطالعه بین ۹تا۱۷ 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 وآگاهی ۴۸/۷درصد آنان در حد متوسط بود. ۶۹/۹ درصد افراد تورم غیرطبیعی بازو را از علایم 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 کاملا موافق بودند که ماموگرافی و تشخیص زودرس سرطان احتمال جراحی و برداشتن سینه را کمتر می‌کند. ۳۳/۵ درصد

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2025-06-06]

افراد کاملا موافق بودند که با ماموگرافی و تشخیص زودرس احتمال مرگ بر اثرسرطان 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=۰/۰۰۰۱)**. (جدول ۴)

هم‌چنین بر اساس آزمون آماری آنالیز واریانس یک طرفه بین میزان تحصیلات و شدت درک شده (P<۰/۰۰۴) ، منافع درک شده (P<۰/۰۰۱) و موانع درک شده (P<۰/۰۰۱) ارتباط معنی‌دار وجود داشت. در صورتی‌که بین میزان تحصیلات وحساسیت درک شده ارتباط معنی‌داری (P=۰/۰۳) دیده نشد. (جدول ۵)

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

متغیر	معیار اندازه‌گیری	تعداد	درصد	متغیر	معیار اندازه‌گیری	تعداد	درصد
تحصیلات	ابتدایی	۷۹	۲۰/۷	وضعیت یائسگی	بله	۸۲	۲۱/۵
	راهنمایی	۱۴۷	۳۸/۵				
	دبیرستان	۷۵	۱۹/۶				
	دانشگاهی	۸۱	۲۱/۲		خیر	۳۰۰	۷۸/۵
شغل	خانه دار	۲۶۲	۶۸/۶	سابقه خانوادگی ابتلا	بله	۶۴	۱۶/۸
	کارگر	۱۶	۴/۲	به سرطان پستان			
	کارمند	۹۷	۲۵/۴				
	سایر	۷	۱/۸		خیر	۳۱۸	۸۳/۲
نوع بیمه‌درمانی	خدمات درمانی	۱۵۲	۳۹/۸	سابقه انجام ماموگرافی	بله	۵۰	۱۳/۱
	تأمین اجتماعی	۱۳۷	۳۵/۹				
	بیمه روستایی	۴	۱				
	سایر	۱۸	۴/۷				
	ندارد	۷۱	۱۸/۶		خیر	۳۳۲	۸۶/۹
وضعیت تأهل	متأهل	۳۶۴	۹۵/۳				
	مجرد	۵	۱/۳				
	سایر	۱۳	۳/۴				

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2025-06-06]

جدول شماره۲. توزیع فراوانی باورهای بهداشتی زنان نسبت به موانع انجام ماموگرافی درمراجعه‌کنندگان به مراکزبهداشتی شهر زنجان

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

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

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2025-06-06]

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	
دبیرستان	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

تحصیلات / سازه‌های مدل	ابتدایی		راهنمایی		دبیرستان		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 معلمین در خصوص سرطان پستان و خودآزمایی در حد متوسط می‌باشد (۲۰). نوابی 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 وجهت این قشرجوان برنامه‌ریزی‌های هدفمند درسطح کلاسی یا کارگاهی را توصیه کرده است (۲۱). این نتایج نشان می‌دهد که اگاهی زنان جامعه در خصوص سرطان پستان و ماموگرافی متوسط بوده و نیاز به توجه بیشتردر 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=۰/۰۰۱). 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

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2025-06-06]

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 وآگاهی 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 ۱۲/۵درصد 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 ارایه 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 قطعا" 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<۰/۰۰۴)، منافع درک شده (P<۰/۰۰۱) و موانع درک شده (P<۰/۰۰۱) ارتباط معنی‌دار وجود دارد. در صورتی‌که بین میزان تحصیلات و حساسیت درک شده ارتباط معنی‌داری (P=۰/۰۳) 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 وکمتر 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 وحساسیت درک شده بالایی داشته باشند در غربالگری شرکت کنند در حالی که نتایج مطالعه نشان داد که فقط ۱۳/۱درصد 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 (۳۷/۲درصد) 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

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2025-06-06]

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 عدم‌آگاهی (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 برنامه‌ریزان بهداشت و درمان کشور را به آموزش و ترویج روش‌های غربالگری آشکار می‌سازد و این‌که 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 قطعا" 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.

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.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2025-06-06]

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. Comparingthe effectiveness of three educational interventions based on health belife model on mammoghraphy 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 FemaleTeachers in Isfahan, Iran. J Health Syst Res 2012;7(6):770 - 81.
15. Hatefnia E, Niknami s, Mahmoodi M, Ghofrani Poor F, Lamieiyan M. Effectof education based onhealth belief modelon knowledge, attitude and practice of women working in the factories of Pharmaceutical SciencesTehran 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 Balochestsn 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 womens. 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.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2025-06-06]

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 analized 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 (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

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2025-06-06]