

ارتباط باور بهداشتی زنان شهر کرمان با شرکت آنان در ماموگرافی

عباس عباس زاده^۱، مژگان تائبی^{۲*}، سیمین کهن^۳، علی اکبر حقدوست^۴

خلاصه

مقدمه: تشخیص زودرس سرطان پستان تأثیر بسزایی در کاهش میزان مرگ و میر و افزایش کیفیت زندگی زنان خواهد داشت. جهت تشویق زنان به انجام ماموگرافی، تغییر در باورها و نگرش آنان الزامی است. برای ایجاد این تغییر، ابتدا شناخت باورهای بهداشتی آنان ضروری می باشد.

هدف: این مطالعه به منظور تعیین ارتباط باورهای بهداشتی زنان شهر کرمان و شرکت آنان در ماموگرافی بر اساس مدل باور بهداشتی در سال ۱۳۸۵ انجام شده است.

روش: این پژوهش از نوع مورد-شاهدی است که در آن متغیر مستقل اصلی باور بهداشتی در ابعاد حساسیت درک شده، شدت درک شده، موانع درک شده، فواید درک شده، راهنمایان عمل و خودکارآمدی می باشد. متغیر وابسته شرکت در ماموگرافی است. ۳۶۸ زن در دو گروه ۱۸۴ نفری مورد (گروهی که ماموگرافی انجام داده بودند) و شاهد (گروهی که ماموگرافی انجام نداده بودند) مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه گیری در گروه مورد به صورت آسان و در گروه شاهد به صورت تصادفی انجام گرفت. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه مدل باور بهداشتی بود. پرسشنامه توسط خود فرد تکمیل شد و در مورد افراد بی سواد و کم سواد مفاد پرسشنامه خوانده و پاسخ فرد درج گردید. اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج حاصله نشان داد که باور بهداشتی زنان در مورد فواید درک شده از انجام ماموگرافی و در مورد نقش راهنمایان عمل در زمینه انجام ماموگرافی با شرکت آنان در ماموگرافی ارتباط دارد. همچنین نمره کل باور بهداشتی در گروهی که ماموگرافی انجام داده بودند بیشتر از گروهی بود که ماموگرافی انجام نداده بودند. در مقایسه مشخصات دموگرافیک گروه مورد-شاهد از نظر میانگین سن، داشتن توده پستانی خوش خیم و سابقه خانوادگی سرطان پستان اختلاف معنی دار آماری مشاهده گردید ($P < 0001$). بطوریکه درصد افرادی که مبتلا به توده پستانی خوش خیم بوده و سابقه خانوادگی سرطان پستان داشتند در گروه مورد نسبت به گروه شاهد بیشتر بود و همچنین میانگین سنی گروه مورد بیش از گروه شاهد بود.

بحث و نتیجه گیری: شناخت فواید و مزایای انجام ماموگرافی و توصیه های راهنمایان عمل در زمینه انجام ماموگرافی سبب افزایش تمایل زنان به انجام ماموگرافی می شود. شناخت بهتر رفتارهای غربالگری سرطان پستان و عوامل تأثیرگذار بر آن برای کارکنان بخش سلامت، خصوصاً پرستاران که ارتباط بیشتری با زنان دارند ضروری است.

Email: m_taeby@yahoo.com

*نویسنده مسئول: کرمان، دانشکده پرستاری و مامایی رازی

- ۱- دکترای پرستاری، دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان
- ۲- کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان (مؤلف مسئول)
- ۳- کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان
- ۴- دکترای اپیدمیولوژی، دانشیار دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

مقدمه

سلامت عنصر اصلی و مهم‌ترین موضوع در کیفیت زندگی انسانهاست [۱۲]. در میان عوامل موثر بر سلامت که عبارت از جنبه‌های زیستی، رفتاری و محیط فیزیکی و اجتماعی می‌باشند، عامل رفتاری عمدتاً تحت تاثیر باورهای فرد و جامعه قرار می‌گیرد و شاید بتوان تاثیر آن را از جنبه‌هایی مهم‌تر دانست [۵]. باورهای مردم نسبت به علت بیماری، پیشگیری و درمان آنها در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است و در واقع این باورها رفتار و عاداتی که بر حفظ سلامتی موثر هستند، را تعیین می‌کنند [۸].

در حال حاضر سرطان یکی از موضوعات مهم و اصلی سلامت در تمام دنیا می‌باشند. همه ساله بیش از ۱۱ میلیون سرطان تشخیص داده می‌شود، این میزان تا سال ۲۰۲۰، به ۱۶ میلیون نفر خواهد رسید. هم اکنون ۱۲/۵٪ از مرگ‌های سراسر دنیا (۷ میلیون مورد در سال) به علت سرطان می‌باشد. در کشور ایران نیز این بیماری در حال افزایش است و به عنوان سومین علت مرگ و دومین عامل ابتلا به بیماریهای مزمن به عنوان چالشی بزرگ فراروی نظام سلامت قد علم کرده است [۲۵]. سرطان پستان شایع‌ترین سرطان خانم‌هاست و پس از سرطان ریه دومین علت مرگ آنها در اثر سرطان را به خود اختصاص داده است. بر طبق آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۶ بیش از ۱/۲ میلیون مورد سرطان پستان در زنان تشخیص داده شده است [۲۴]. سرطان پستان اولین سرطان گزارش شده شایع در زنان ایران است. نظر به گسترش این بیماری تلاش‌های زیادی باید با هدف کاهش مرگ و میر آن صورت بگیرد.

استفاده از روش‌های مختلف تشخیص به موقع بیماری مهم‌ترین راه در کاهش مرگ و میر و عوارض این بیماری است. در این میان ۱۹ تا ۲۵٪ مرگ‌های ناشی از سرطان پستان به حساب عدم استفاده جامعه از ماموگرافی گذاشته می‌شود. بررسی‌های انجام شده در شهر تهران و بررسی‌های مشابه در انستیتو سرطان نشان داده است که متأسفانه اکثر بیماران در مراحل پیشرفته مراجعه می‌نمایند

و علیرغم تلاش‌های درمانی و بازتوانی نتایج در این موارد ضعیف است. آموزش ابعاد پیشگیری ثانویه در برنامه‌های آموزش مداوم جامعه پزشکی و پرستاری لازم و ضروری است [۲]. در همه سیاست‌های ارتقاء سلامت موثر، پیشگیری عنصری اساسی است. غربالگری برای سرطان پستان زندگی زنان را نجات داده و از بیماری‌های مزمن پیشگیری می‌کند، اما اکثر کشورها هنوز بطور واقعی ظرفیت انجام آن را ندارند [۲۲]. هدف از غربالگری سرطان پستان افزایش موارد تشخیص زودرس و کاهش میزان مرگ و میر است [۱۸]. ماموگرافی، سرطان‌های با رشد آرام را حداقل ۲ سال قبل از رسیدن آنها به مرحله تشخیص با لمس، مشخص می‌نماید [۱۳].

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۶ در دانشگاه استانبول ترکیه صورت گرفت متغیرهای مربوط به رفتارهای غربالگری سرطان پستان در یک نمونه ۶۵۶ نفری زنان ترکیه با استفاده از مقیاس مدل اعتقاد بهداشتی بررسی شد. این مطالعه نشان داد که شدت درک شده از سرطان پستان، فواید درک شده از ماموگرافی، توصیه در مورد ماموگرافی و ویزیت منظم و دوره‌ای توسط ژنیکولوژیست بطور معنی‌داری با انجام ماموگرافی ارتباط داشته اند [۱۷].

عنصر رفتاری در پیشگیری از مرگ و میر و عوارض سرطان پستان اصلی‌ترین نقش را ایفاء می‌کند و برای تغییر رفتار در این زمینه ابتدا بایستی به تغییر اعتقادات به سمت مثبت پرداخت [۹]. اعتقادات یا باورهای بهداشتی مفاهیم و ایده‌هایی هستند که شخص آنها را به عنوان یک حقیقت پذیرفته، و اعمال بهداشتی نتیجه‌ای از این باورها هستند [۱۵]. باورهای شخص در برگزیده عقاید و نگرش-هایی در مورد سلامت و بیماری است. این باورها ممکن است بر اطلاعات واقعی یا غلط یا انتظارات حقیقی یا کاذب استوار باشد. از آنجایی که باورها و اعتقادات مربوط به سلامتی معمولاً بر رفتار بهداشتی انسان تاثیر دارد، می‌تواند بطور مثبت یا منفی بر سلامتی شخص تاثیر گذار باشند و به انجام یا عدم انجام اقدامات پیشگیری کننده از بیماری‌ها حکم کنند [۵]. باورهای بهداشتی

مشتمل بر عقاید او در مورد علل بیماری، نقش فرد بیمار، چگونگی بدست آوردن سلامت و چگونگی حفظ سلامت است که تحت تاثیر مولفه‌های فرهنگی نیز می باشد [۱۹].

مدل اعتقاد سلامت یکی از مهم‌ترین دیدگاه‌های روانی اجتماعی برای توضیح رفتارهای مرتبط با سلامت است. در این مدل فرض بر این است که تمایل فرد به رفتارهای سلامت تحت تاثیر عوامل زیر است: الف- درک ذهنی از موانع دریافتی مثل نگرش منفی بالقوه به یک رفتار بهداشتی، که ممکن است به عنوان مانعی برای قبول کردن رفتارهای توصیه شده عمل کند. ب- درک فواید پذیرش توصیه‌های سلامتی. ج- شدت درک شده یعنی درک ذهنی از جدیت مواجهه با بیماری. د- استعداد درک شده یعنی درک ذهنی از خطر مواجهه با اختلال سلامتی. ه: راهنمایان عمل (توصیه‌های بهداشتی که ممکن است بعضی اوقات محرک رفتارهای سلامت باشد و آخرین عامل تاثیرگذار بر رفتار بهداشتی فرد، خودکارآمدی یعنی اعتقاد شخص به توانایی خود برای انجام اعمال توصیه شده می باشد [۱۰]. دیدگاه اجتماعی برای درک رفتارهای سلامت، مفهوم کنترل را در بر می گیرد. بدین معنی که افراد با اعتماد به نفس بالا که بر زندگی خود کنترل دارند دارای خودکارآمدی بالا می باشند و افرادی که زندگی خود را تحت تاثیر شانس و عوامل خارجی می دانند دارای خودکارآمدی پایینی می باشند [۱۶]. بر اساس مدل اعتقاد سلامت تغییر رفتار حاصل پردازش اطلاعاتی است که با دقت بررسی شده و قبل از تصمیم گیری سنجش شده- اند [۶]. آموزش مسائل مرتبط با سلامت معمولاً به سوی تقویت و تغییر نگرش و عقاید فرد در مورد بیماری، درمان و اثر آن در فعالیت‌های روزانه گام بر می دارد.

با توجه به نقش مهم باورها در عملکرد زنان و اهمیت انجام ماموگرافی در زنان بالای ۳۵ سال به عنوان موثرترین روش در دسترس برای تشخیص زودرس سرطان پستان و نیز ارتباط مستقیم آن با سلامت زنان و با توجه به مطالعات محدود انجام گرفته در زمینه ارتباط بررسی باورهای بهداشتی زنان با انجام ماموگرافی، این

مطالعه با هدف تعیین ارتباط باور بهداشتی زنان شهر کرمان با شرکت آنان در ماموگرافی بر اساس مدل اعتقاد سلامت در سال ۸۵-۱۳۸۴ انجام شد. در این مطالعه سعی شده است به این سوال پاسخ داده شود که اعتقادات مرتبط با سلامت در زنان با انجام ماموگرافی چه ارتباطی دارد؟ و هر کدام از اجزاء اعتقادات سلامت چه تاثیری بر شرکت زنان در انجام ماموگرافی دارد؟ امید است با کاربرد نتایج این پژوهش در زمینه‌های آموزش در مورد سرطان پستان و انجام ماموگرافی بتوان در راستای عملی کردن برنامه‌های سراسری غربالگری ماموگرافی و در نتیجه تشخیص زودرس سرطان پستان و درمان به موقع و کاهش میزان مرگ و میر و در نهایت ارتقاء سلامت جامعه گام برداشت.

روش

این پژوهش از نوع مورد-شاهدی می باشد که در آن ارتباط اعتقاد سلامت زنان شهر کرمان در مورد ماموگرافی با شرکت آنان در ماموگرافی بر اساس مدل اعتقاد سلامت در سال ۸۵-۱۳۸۴ مورد بررسی قرار گرفته است. محیط پژوهش شامل سه کلینیک رادیولوژی خصوصی و یک کلینیک رادیولوژی دولتی و سه مطب زنان و زایمان خصوصی و یک کلینیک زنان و زایمان دولتی و منازل موجود در ۱۰ نقطه انتخابی شهر بوده است. جامعه این پژوهش کلیه زنان بالای ۳۵ سال بود. معیار ورود زنان ۳۵ و ۳۵ سال به بالا و ساکن کرمان و معیار خروج ابتلا به سرطان پستان و توده بدخیم بود که در ۲ گروه مورد و شاهد به ترتیب زیر قرار گرفتند: ۱- گروه مورد شامل خانم‌هایی که جهت انجام ماموگرافی مراجعه نموده بودند یا ماموگرافی انجام داده بودند و بدین منظور به کلینیک‌های دولتی و خصوصی رادیولوژی و یا مطب‌های خصوصی زنان زایمان و کلینیک دولتی زنان و زایمان مراجعه کرده بودند. ۲- گروه شاهد شامل خانم‌هایی که تاکنون ماموگرافی انجام نداده بودند که به درب منازل ایشان مراجعه شد. نمونه‌گیری برای آن دسته از زنانی که در گروه مورد قرار داشتند و جهت ماموگرافی مراجعه

نامناسب (۴حالت) مورد ارزیابی قرار دهند سپس به گزینه‌های کاملاً مناسب نمره ۱، مناسب ۰/۶۶، نامناسب ۰/۳۳ و کاملاً نامناسب صفر تعلق گرفت و بر این اساس ضریب اعتبار محتوایی پرسشنامه برابر با ۰/۹۴ برآورد شد. جهت تعیین پایایی از آزمون مجدد استفاده شد، بدین ترتیب که جهت سنجش پایایی، پرسشنامه به ۱۰ نفر در فاصله زمانی ۱۰ روز ارائه شد و با استفاده از روش پایایی زمانی و روش آزمون مجدد میزان پایایی تعیین شد. بدین شکل که امتیاز کل هر پاسخ دهنده در مرحله اول و دوم محاسبه شد و سپس با استفاده از روش همبستگی پیرسون، همبستگی بین امتیازات دو مرحله محاسبه گردید. ضریب همبستگی محاسبه شده ۰/۸۶ بدست آمد که نشان می‌دهد پایایی پرسشنامه در حد مطلوبی بوده است.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده در رسیدن به اهداف پژوهش ابتدا نمرات هر یک از ابعاد مدل با جمع زدن نمرات سؤالات هر بعد محاسبه گردید و از مجموع نمرات ابعاد، نمره کل بدست آمد، به منظور بررسی جور بودن دو گروه، ویژگی‌های فردی آنها با استفاده از آزمون «مجدور کای» و «تی» مورد مقایسه قرار گرفت. در تحلیل داده‌های این مطالعه از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و توزیع فراوانی و آزمون «تی» و «آنالیز واریانس» و رگرسیون چندگانه خطی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تحلیل آماری قرار گرفتند.

نتایج

نتایج نشان داد که در مقایسه میانگین نمره اجزای مدل و نمره کل مورد و شاهد به جز در ابعاد موانع درک شده و خودکارآمدی در سایر ابعاد تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود دارد، بطوریکه در ابعاد حساسیت درک شده نسبت به سرطان پستان و فواید درک شده از انجام ماموگرافی و شدت درک شده نسبت به سرطان پستان و راهنمای عمل (توصیه‌های بهداشتی در مورد انجام

نموده بودند به روش آسان در کلینیک‌های رادیولوژی دولتی و خصوصی و مطب‌های خصوصی زنان و زایمان و یک کلینیک زنان و زایمان دولتی انجام شد. نمونه‌گیری برای آن دسته از زنانی که در گروه شاهد قرار داشتند و تا کنون ماموگرافی انجام نداده بودند به روش نمونه‌گیری تصادفی صورت گرفت. بدین صورت که محقق بصورت تصادفی ده نقطه در سطح شهر را انتخاب کرده و منطبق با چرخش عقربه‌ای ساعت به آن نقاط مراجعه کرد اولین خیابان اصلی و سپس اولین کوچه فرعی انتخاب و با مراجعه به منازل در هر نقطه حدود ۲۰ خانم واجد شرایط انتخاب شد. نسبت شاهد به مورد در این مطالعه یک بود. محاسبه حجم نمونه و تعداد آن بر اساس فرمول مقایسه میانگین‌ها در دو گروه و با در نظر گرفتن $\alpha=5\%$ و $\beta=20\%$ و $d=25SD$ صورت پذیرفت. به لحاظ اخلاقی به واحدهای مورد پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات کسب شده محرمانه خواهد بود و جهت جمع‌آوری اطلاعات از مراجع ذیربط کسب اجازه شد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسشنامه تجدید نظر شده کمیون از مقیاس مدل اعتقاد سلامت که در سال ۲۰۰۶ توسط «سکگینلی» به منظور تعیین میزان انجام ماموگرافی و معاینه خودآزمایی پستان و بررسی متغیرهای مربوط به رفتارهای غربالگری سرطان پستان در یک نمونه از زنان ترکیه تهیه شده بود [۱۷]. همچنین پرسشنامه مدل اعتقاد سلامت که توسط لاگرانلاند و همکارانش در سال ۲۰۰۰ جهت بررسی نگرش و دانش و حضور زنان سوئدی در ماموگرافی بکار گرفته شده و از منابع اینترنتی تهیه شده بود استفاده شد [۱۱]. این پرسشنامه پس از ترجمه توسط فرد مسلط به زبان انگلیسی مورد بازبینی قرار گرفت و جهت تعیین روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوی استفاده شد، بدین ترتیب که پرسشنامه نهایی پس از تهیه در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی رازی کرمان گذاشته شد. از داوران و کارشناسان خواسته شده با توجه به موضوع تحقیق و محتوای سوال کیفیت سؤالات را بر اساس مقیاس کاملاً مناسب تا کاملاً

ماموگرافی) و نمره کل میانگین نمرات گروه مورد بیشتر از گروه شاهد بود (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۲ تأثیر عوامل معنی‌دار را بر اجزای مدل اعتقاد سلامت نشان می‌دهد. همانطوری که در زیرنویس جدول آمده است. منظور از گروه ۱- گروهی که ماموگرافی انجام داده‌اند و ۲- گروهی که ماموگرافی انجام ندادند می‌باشد. بر اساس این جدول حساسیت درک شده به گروه وابسته نیست، اما به سابقه داشتن توده پستانی خوش‌خیم و سابقه خانوادگی سرطان پستان وابسته است. بطوری که در کسانی که سابقه توده پستانی خوش‌خیم ندارند، نسبت به کسانی که سابقه توده پستانی خوش‌خیم دارند نمره حساسیت درک شده $1/63$ نمره کمتر است و در گروهی که سابقه خانوادگی سرطان پستان ندارند، نسبت به گروهی که سابقه خانوادگی سرطان پستان دارند، نمره حساسیت درک شده $1/84$ نمره کمتر است. فواید درک شده به گروه وابسته است، بطوریکه در کسانی که ماموگرافی انجام داده‌اند، نمره فواید درک شده $1/64$ بیشتر از کسانی است که ماموگرافی انجام ندادند، در مورد موانع درک شده باید گفت: به ازای هر واحد افزایش درآمد بر اساس طبقه‌بندی انجام شده بر طبق زیرنویس جدول، $0/52$ به نمره موانع درک شده اضافه می‌شود. همچنین به ازای هر واحد افزایش درآمد بر اساس طبقه‌بندی انجام شده بر طبق زیرنویس جدول $0/67$ به نمره فواید درک شده اضافه می‌شود. ارتباط راهنمای عمل با متغیرها طبق رگرسیون خطی چندمتغیره به قرار زیر است: جزء راهنمای عمل در مدل اعتقاد سلامت، به داشتن توده پستانی خوش‌خیم، داشتن سابقه خانوادگی سرطان پستان و سن، میزان درآمد ماهیانه خانواده وابسته است. بدین صورت که نمره راهنمای عمل در گروهی که ماموگرافی انجام داده‌اند، نسبت به گروهی که ماموگرافی انجام ندادند، $4/03$ نمره بیشتر بود و گروهی که سابقه توده پستانی خوش‌خیم نداشتند، نسبت به گروهی که توده پستانی خوش‌خیم داشتند، نمره راهنمای عمل $2/17$ نمره کمتری داشتند. گروهی که سابقه خانوادگی سرطان پستان

نداشتند، نسبت به گروهی که سابقه خانوادگی سرطان پستان داشتند، نمره راهنمای عمل $3/47$ نمره کمتر بود. در مورد سن باید گفت: هرچه به سن اضافه می‌شود، نمره راهنمای عمل $0/094$ بالا می‌رود و هرچه میزان درآمد ماهیانه خانواده بر حسب طبقه‌بندی انجام شده بالا می‌رود $1/497$ به نمره راهنمای عمل افزوده می‌شود. در مورد خودکارآمدی باید گفت که این جزء مدل هیچ وابستگی به متغیرهای ذکر شده ندارد. در مورد نمره کل یافته‌ها نشان می‌دهد که نمره کل با گروه، داشتن توده پستانی خوش‌خیم و داشتن سابقه خانوادگی و میزان درآمد ماهیانه خانواده وابسته است. بدین صورت که نمره کل اجزاء مدل در گروهی که سابقه انجام ماموگرافی داشته‌اند، نسبت به گروه دیگر $1/01$ بیشتر است و همچنین نمره کل در کسانی که سابقه توده پستانی خوش‌خیم نداشتند، نسبت به گروه دیگر $0/59$ نمره کمتر است. نمره کل کسانی که سابقه خانوادگی سرطان پستان داشته‌اند، نسبت به گروه دیگر $1/64$ نمره کمتر است. به ازای هر واحد افزایش حقوق بر اساس طبقه‌بندی انجام شده $0/28$ به نمره کل باورهای سلامتی اضافه می‌شود (جدول شماره ۲).

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه شواهد دیگری را بر ارزش کاربرد مدل اعتقاد سلامت در ترغیب زنان به انجام ماموگرافی ارائه می‌کند. پرستاران می‌توانند در فرآیند طراحی برنامه‌های آموزشی خود بر اساس این مدل، چگونگی ایجاد رفتار و کیفیت تغییر و عدم تغییر رفتار سلامت را مورد بررسی قرار داده و در جهت تعدیل، تغییر و ارتقاء رفتارهای سلامت گام مؤثری بردارند. همانگونه که یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد اعتقادات زنان در گروهی که ماموگرافی را انجام داده‌اند در مقایسه با گروه دیگر به نحوی است که آنها را به انجام این اقدام ارزشمند در پیشگیری از سرطان ترغیب کرده است. لذا با برنامه‌ریزی اقداماتی که این اعتقادات را ترویج دهد، می‌توان به هدف انجام ماموگرافی دست یافت. یافته‌های این مطالعه نشان

می‌دهد که در گروهی که ماموگرافی انجام داده‌اند حساسیت درک شده نسبت به سرطان پستان بیشتر بود و بنظر می‌رسد زنان در گروه ماموگرافی شده خود را بیشتر مستعد ابتلا به سرطان پستان دیده و حساسیت موضوع را بهتر درک می‌کنند. آیکن (۱۹۹۴) می‌نویسد: اعتقاد سلامت زنان در مورد حساسیت یا استعداد ابتلا به سرطان پستان با پذیرش انجام ماموگرافی ارتباط مستقیم دارد [۱]. بنابراین زنانی که حساسیت بیشتری نسبت به ابتلا به سرطان پستان دارند و در این زمینه بیشتر احساس خطر می‌کنند تمایل بیشتری به انجام ماموگرافی دارند. ردمن (۱۹۹۰) می‌نویسد: نگرش زنان در مورد غربالگری نقش مهمی ایفاء می‌کند. اگر زنان باور داشته باشند که در معرض خطر سرطان پستان هستند و تشخیص زودرس نتایج بهتری را در پی دارد، تمایل بیشتری به شرکت در غربالگری نشان خواهند داد. بنابراین باید با آموزش‌های فراگیر در جامعه زنان بر شیوع و خطر ایجاد سرطان پستان تاکید کرد. البته یادآوری استعداد درک شده باید با احتیاط صورت گیرد چون نگرانی بیش از حد در این مورد خود ممکن است باعث عدم شرکت زنان در ماموگرافی شود [۱۴]. در مورد فواید درک شده یافته‌های حاصل از این مطالعه حاکی از آن است که میانگین نمرات دو گروه از نظر فواید درک شده دارای اختلاف معنی‌دار بوده است ($P=0.04$). بطوری‌که میانگین نمرات فواید درک شده در گروه مورد بیشتر از شاهد بوده است بنظر می‌رسد زنان در گروه ماموگرافی شده مزایای بیشتری را در انجام ماموگرافی می‌دیدند. لاگرلاندو همکاران (۲۰۰۰) نیز در پژوهش خود به همین نتیجه رسیده و درک مزایای ماموگرافی از سوی زنان را یکی از مهمترین عوامل تأثیرگذار در انجام آن ذکر نمودند همچنین بالا بردن سطح آگاهی زنان را در مورد ماموگرافی عامل مهم و مؤثری در شکل‌گیری باور زنان می‌دانستند [۱۱]. والش (۱۹۹۷) در این رابطه می‌نویسد: شناخت فواید و مزایای یک رفتار بهداشتی، سبب ترغیب افراد به انجام آن رفتار می‌گردد [۲۱]. در پژوهش حاضر میانگین نمرات

شدت درک شده در گروهی که ماموگرافی انجام داده بودند نسبت به گروه دیگر بیشتر بود. کمپبون (۱۹۹۳) بیان می‌کند: زنانی که بر این باورند که سرطان پستان بیماری وخیم و جدی می‌باشد تمایل بیشتری به شرکت در ماموگرافی دارند [۳]. در پژوهش حاضر میانگین نمرات در بعد راهنمای عمل در گروه مورد بیشتر از شاهد بود. سکگینلی (۲۰۰۶) معتقد است ویزیت منظم توسط پزشک متخصص زنان و زایمان، ارجاع از طرف پزشک جهت ماموگرافی، شنیدن یا خواندن درباره ماموگرافی در زنانی که ماموگرافی انجام داده بودند بطور معنی‌داری بیشتر بود بطوریکه زنانی که در مورد ماموگرافی خوانده یا شنیده بودند نسبت به گروه دیگر ۸ بار بیشتر تمایل به انجام ماموگرافی داشتند زنانی که ویزیت منظم توسط متخصص زنان و زایمان داشتند ۳ بار بیشتر تمایل به انجام ماموگرافی داشتند [۱۷].

در بررسی ارتباط اجزای مدل اعتقاد سلامت با انجام ماموگرافی، فواید درک شده با انجام ماموگرافی ارتباط داشت بطوریکه نمره فواید درک شده در گروهی که ماموگرافی انجام داده‌اند ۰/۶۴ بیشتر از کسانی بود که ماموگرافی را انجام نداده‌اند. در پژوهش سکگینلی (۲۰۰۶) فواید درک شده با انجام ماموگرافی ارتباط معنی‌داری داشت وی می‌نویسد: اطلاع‌رسانی بر پایه ارتباط بین باورهای بهداشتی و انجام رفتارهای غربالگری باید با تمرکز آموزش بر فواید غربالگری باشد [۱۷].

در پژوهش حاضر بعد راهنمای عمل با انجام ماموگرافی ارتباط دارد بطوریکه نمره راهنمای عمل در گروهی که ماموگرافی انجام داده‌اند نسبت به گروهی که ماموگرافی انجام نداده‌اند ۴/۰۳ نمره بیشتر است. وین سنت (۱۹۹۵) می‌نویسد: بعضی از زنان با اینکه از خطر سرطان پستان با افزایش سن آگاهی دارند در برابر غربالگری ماموگرافی مقاومت می‌کنند چرا که بر این باورند که اگر علامتی ندارند یا پزشکان توصیه‌ای نکرده‌اند ماموگرافی ضرورتی ندارد [۲۰]. در مجموع نمره کل باور بهداشتی در گروهی که سابقه انجام ماموگرافی داشته‌اند نسبت به گروه دیگر

۱/۰۱ بیشتر است. این موضوع تاکید دیگری بر اهمیت باورهای مناسب در انجام رفتارهای مرتبط با سلامت است. در بررسی اجزاء مدل اعتقاد سلامت، حساسیت درک شده با داشتن توده پستانی خوشخیم ارتباط دارد. بطوریکه نمره حساسیت درک شده در گروهی که سابقه توده پستانی خوشخیم داشته‌اند نسبت به گروهی که سابقه توده پستانی خوشخیم نداشته‌اند ۱/۶۳ نمره بیشتر است. آیکن (۱۹۹۴) معتقد است باور سلامتی زنان در مورد حساسیت درک شده از ابتلا به سرطان پستان با پذیرش انجام ماموگرافی رابطه‌ای مستقیم دارد [۱]. نمره میانگین راهنمای عمل در گروهی که دارای توده پستانی خوشخیم هستند ۲/۱۷ نسبت به گروهی که فاقد توده پستانی خوشخیم می‌باشند بیشتر است. پر واضح است که این گروه به علت استعداد ابتلا به سرطان پستان و حساسیت درک شده بالا، بیشتر در جستجوی مراقبت‌های پزشکی و رفتارهای خودمراقبتی و پیشگیری می‌باشند و در نتیجه بیش از گروه دیگر بدنبال راهنمایان عمل از جمله توصیه‌های پزشکی می‌باشند.

حساسیت درک شده با سابقه خانوادگی سرطان پستان در ارتباط است. بطوری که نمره حساسیت درک شده در زنانی که سابقه خانوادگی سرطان پستان دارند ۳/۴۷ بیشتر است. نتایج مطالعات فینی‌روتن (۲۰۰۳) نشان می‌دهد: زنانی که سابقه خانوادگی سرطان پستان دارند نسبت به زنانی که سابقه خانوادگی سرطان پستان ندارند نمره حساسیت درک شده بالاتری داشته و زنانی که سابقه فامیلی مثبت دارند خودشان را بیشتر در معرض خطر سرطان پستان ارزیابی کردند [۷]. راهنمای عمل با سابقه خانوادگی سرطان پستان در ارتباط است. بطوریکه نمره راهنمای عمل در گروهی که سابقه خانوادگی سرطان پستان ندارند ۲/۱۷ نمره کمتر است. فینی‌روتن (۲۰۰۳) می‌نویسد: در زنان با سابقه فامیلی مثبت که در ماموگرافی شرکت کرده بودند نمره میانگین راهنمای عمل نسبت به زنان با سابقه فامیلی منفی که شرکت کرده بودند بیشتر بود [۷].

راهنمای عمل با سن ارتباط دارد: بطوریکه هر چه به سن اضافه می‌شود نمره راهنمای عمل ۰/۰۹۴ بالا می‌رود. چن (۲۰۰۵) معتقد است زنان با افزایش سن تمایل بیشتری به انجام رفتارهای ارتقاء سلامت و رفتارهای مثبت بهداشتی داشته و بیشتر به پزشکان مراجعه می‌کنند و علایم و نشانه‌های بیماری خود را نیز بیشتر گزارش کرده و همچنین دانش و علاقه و توجه بیشتری نسبت به موضوعات سلامتی دارند [۴]. فواید درک شده با میزان درآمد ماهیانه خانواده در ارتباط است. بنظر می‌رسد زنان با درآمد پایین، موانع بیشتری در سر راه انجام ماموگرافی مواجه‌اند و فواید ماموگرافی را کمتر درک می‌کنند. راهنمای عمل با میزان درآمد ماهیانه خانواده ارتباط دارد. در این زمینه وو (۲۰۰۶) می‌نویسد: زنان با درآمد پایین کمتر تحت ویزیت‌های منظم پزشکی و در نتیجه کمتر تحت توصیه‌های پزشک در جهت انجام اقدامات غربالگری را دریافت می‌دارند همچنین تهیه مقالات، مجلات و کتابها در مورد سرطان پستان و شرکت در فعالیتهای ارتقاء سلامت در افراد با درآمد بالاتر بیشتر صورت می‌گیرد [۲۳]. نتایج این پژوهش جهت دستیابی به هدف کلی پژوهش یعنی تعیین ارتباط اعتقاد سلامت زنان شهر کرمان با شرکت آنان در ماموگرافی بیانگر این امر است که اعتقاد سلامتی زنان در مورد انجام ماموگرافی در گروهی که ماموگرافی انجام داده بودند و گروهی که انجام نداده بودند با هم متفاوت است. این تفاوت در باورها احتمالاً منجر به انجام ماموگرافی که یک رفتار بهداشتی است در یک گروه و عدم انجام آن در گروه دیگر شده است. چنانچه نقش پرستاران را در زمینه پیشگیری از سرطان پستان مد نظر داشته باشیم، بر اساس نتایج این بررسی و بررسی‌های مشابه به نظر می‌رسد، بررسی و اصلاح باورهای زنان در مورد خطرات سرطان پستان شرکت آنان در مداخلات کاهنده خطر بویژه ماموگرافی یکی از مهمترین و موثرترین مداخلات منجر به نتایج موثر در افزایش سطح سلامت زنان باشد. یافته‌های این پژوهش می‌تواند این اقدامات ارزشمند را تأیید کرده و

طرح و انجام پژوهش‌های وسیع‌تری در سایر گروه‌های جامعه و در زمینه سایر رفتارهای ارتقاء سلامت اقدام نمود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همه عزیزانی که ما را در جمع‌آوری اطلاعات و انجام این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

برای انجام مداخلات بعدی مورد استفاده قرار گیرد. به نظر می‌رسد مدل اعتقاد سلامتی چهارچوب مناسبی برای برنامه‌ریزی و اصلاح رفتارهای سلامتی زنان در زمینه پیشگیری از سرطان پستان است، که در حال حاضر یکی از مشکلات مهم سلامتی زنان می‌باشد. علاوه بر این با استفاده از نتایج بدست آمده در این مطالعه می‌توان به

منابع

1. Aiken LS, West SG, Woodward CK, Reno RR. Health beliefs and compliance with mammography-screening recommendations in asymptomatic women. *Health Psychology* 1994; 13(2): 122.
2. Azizi F, Hatami H, Janghorbani M. *Epidemiology & control of common diseases in Iran*. Tehran: Khosravi Publications; 2003. pp 203.
3. Champion V, Skinner CS, Menon U. Development of a self-efficacy scale for mammography. *Res Nurs Health* 2005 Aug; 28(4):329-36.
4. Chen MY, James K, Wang EK. Comparison of health-promoting behavior between Taiwanese and American adolescents: a cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2007 Jan; 44(1): 59-69.
5. Crips J, Taylor C. *Fundamentals of Nursing*. 2nd Sydney: Elsevier; 2005. pp: 95.
6. Earle S, Lloyd C, Sidell M, Spurr S. *Theory and research in promotion public health*. 1st ed. London: SAGE publications; 2007. pp 133.
7. Finney Rutten LJ, Iannotti RJ. Health beliefs, salience of breast cancer family history, and involvement with breast cancer issues: adherence to annual mammography screening recommendations. *Cancer detection and prevention* 2003; 27(5): 353-9.
8. Gloolz J, Morx J. *Operational research directory in community health*; 2002. (Babaie Gh, Heidarnia A. Trans.) Tehran: Tarbiat Modares University Publications: pp 96
9. Heydarnia A. *Discussion about health education process*. Tehran: Zamani Naser Publications; 2002. pp 65.
10. Kiger Alice M. *Teaching for health* 3rd ed. Edingburgh: Chuchill Livingston; 2004. pp105.
11. Lagerlund M, Hedin A, Sparén P, Thurffjell E, Lambe M. Attitudes, beliefs, and knowledge as predictors of nonattendance in a Swedish population-based mammography screening program. *Preventive medicine* 2000; 31(4): 417.
12. Park K. *Park's textbook of preventive & social medicine*; 2002. (Refaie Shirpak KH, Trans.) Tehran: Illia Publications. pp 39.
13. Parker SL, Tong T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics, 1996. *CA Cancer J Clin* 1996 Jan-Feb; 46(1): 5-27.
14. Redman S, Reid AL, Campbell E, Sanson-Fisher RW. Breast self-examination and breast examination by a health care provider: prevalence and predictors of screening in a randomly selected sample of Australian women. *Med J Aust* 1990 Jun 18; 152(12): 640-5.
15. Rita F, Lawrence K. *Tabbner's nursing care: Theory and practice*. 4th ed Sydney: Churchill Livingston; 2005. pp 81-4
16. Schneider, MJ. *Introduction to public health*. 2nd ed. Massachusetts: Jones&Bartiett; 2006. pp238.
17. Secginli S, Nahcivan NO. Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2006 Feb; 43(2): 161-71.

18. Sutherland, C. Women's health. A hand book for nurses. 1st ed Churchill Livingstone; 2001.
19. Timby Bok. Introductory Medical –Surgical nursing. 9th ed. philadelphia Lippincott Williams&Wilkins; 2006. pp81.
20. Vincent AL, Bradham D, Hoercherl S, McTague D. Survey of clinical breast examinations and use of screening mammography in Florida. South Med J. 1995 Jul;88(7):731-6.
21. Walsh, M. , Watson's. clinical nursing and related sciences, 5th ed , Philadelphia. Bailler, Tialand company; 1997. pp 9.
22. WHO European Office. Health promotion research; 2001.(Parsinia SH, Trans) Tehran: Ministry of Health and Medical Education; pp 163.
23. Wu AH, Yu MC, Tseng CC, Hankin J, Pike MC. Green tea and risk of breast cancer in Asian Americans. International journal of cancer. 2003;106(4):574-9.
24. www.Imagines.com
25. www.WHO.Int/cancer/whi cancer control programme. 1- 2, 2004