مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۴، مهر ۱۳۹۴، ۵۸۶-۵۷۵

بررسی باورهای بهداشتی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی -درمانی شهرستان بناب نسبت به روش‌های غربالگری سرطان پستان در سال ۱۳۹۳

رباب حسن‌زاده[۱]، رابعه رحیمی[۲] مینو رنجبر[۳] مهدی حیدرزاده[۴]

دریافت مقاله: ۹۳/۱۱/۷ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۴/۲/۲۱ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۴/۴/۱۰ پذیرش مقاله: ۹۴/۴/۱۳

چکیده

زمینه و هدف: تشخیص زودرس سرطان پستان تأثیر به سزایی در کاهش مرگ و میر و افزایش کیفیت زندگی زنان خواهد داشت. با توجه به نقش مهم باورها در عملکرد زنان برای آموزش و تشویق آنان به انجام غربالگری ابتدا باید باورهای بهداشتی آنان را شناخت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی ۲۵۰ زن در سنین باروری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی بناب با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و باورهای بهداشتی آنان در مورد روشهای غربالگری سرطان پستان بر اساس مدل بهداشتی Champion مورد بررسی قرار گرفت و اطلاعات حاصله با آمار توصیفی، آزمون t مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: بر اساس نتایج پژوهش، ۷۶/۸٪ شرکت کنندگان در زمینه فواید ماموگرافی و ۶۶/۴٪ شرکت کنندگان در زمینه فواید معاینات بالینی باور بهداشتی خوب داشتند. در زمینه باورهای بهداشتی در مورد خود کارآمدی خود آزمایی پستان ۶۵/۲٪ از شرکت کنندگان باور بهداشتی ضعیفی داشتند. ۹۴٪ شرکت کنندگان معتقد بودند انجام ماموگرافی احتمال مرگ ناشی از سرطان پستان را کاهش می‌دهد.

نتیجه‌گیری: با وجود باورهای بهداشتی خوب در برخی زمینه‌ها میزان انجام غربالگری‌های سرطان پستان کم است، بنابراین توصیه می‌شود عواملی را که در افزایش پذیرش روش‌های غربالگری سرطان پستان نقش دارند، شناسایی و از این عوامل برای تشویق زنان در جهت انجام غربالگری استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: غربالگری ، باورهای بهداشتی، سرطان پستان

۱- گروه مامایی، واحد بناب، دانشگاه آزاد اسلامی، بناب، ایران
تلفن: ۳۷۷۳۸۸۹-۰۴۱، دورنگار: ۳۷۷۳۰۳۹۳-۰۴۱، پست الکترونیکی: hassanzadehr8@gmail.com
۲- گروه پرستاری، واحد بناب، دانشگاه آزاد اسلامی، بناب، ایران
۳- گروه مامایی، واحد بناب، دانشگاه آزاد اسلامی، بناب، ایران
۴- استادیار، دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

مقدمه

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در زنان و در بین سرطان‌های منجر به مرگ بعد از سرطان ریه دومین علت می‌باشد [۱] و میزان بروز آن به میزان ۵٪ در هر سال افزایش پیدا کرده است [۲]. سرطان پستان با ۲۱/۴٪ شایع‌ترین سرطان در زنان ایرانی است. شایع‌ترین سن ابتلا در ایران ۵۴-۴۵ سال می‌باشد که ۱۰ سال جوان تر از کشورهای توسعه یافته است [۵-۳]. دو خصوصیت سرطان پستان که برنامه‌های کنترل سرطان پستان را در ایران به چالش کشیده است شامل شیوع سرطان پستان در زنان جوان و تغییر وضعیت اقتصادی – اجتماعی جامعه است که باعث کاهش ابعاد خانواده‌ها و افزایش سن اولین زایمان در اکثر موارد شده است، بنابراین افزایش در بروز سرطان پستان قابل پیش بینی خواهد بود [۶].

در کشورهای غربی حدود ۸۰٪ موارد بیماری در مرحله یک، شناسایی و درمان می‌شوند ولی در ایران ۷۰٪ بیماران در مراحل ۲ یا ۳ شناسایی می‌شوند، که همین امر درمان قطعی این بیماران را با مشکل مواجه می‌کند [۷]. براساس مطالعات انجام شده، پیشگیری از سرطان و تشخیص زودرس آن از جمله عوامل حیاتی در کنترل بیماری و افزایش بقای عمر است. بنابراین با پیشگیری و استفاده از غربالگری میزان ابتلا و مرگ و میر کاهش خواهد یافت [۸]. در ارتباط با سرطان پستان پیشگیری ثانویه از اهمیت بسیاری برخوردار بوده و منجر به تشخیص بیماری در مراحل اولیه شده و باعث جلوگیری از پیشرفت بیماری می‌شود. شرکت در آزمایش‌های غربالگری جزء این طبقه از پیشگیری قرار دارد [۹]. طبق توصیه انجمن سرطان آمریکا خود آزمایی پستان، معاینات بالینی پستان و ماموگرافی سه روش مؤثر در پیشگیری ثانویه برای سرطان پستان است [۱۰].

سرطان پستان با رشد آرام را می‌توان حداقل ۲ سال قبل از رسیدن به حد قابل لمس با ماموگرافی تشخیص داد و در حقیقت ماموگرافی تنها روش شناسایی سرطان غیر قابل لمس پستان است [۱۱]. غربالگری موفق با ماموگرافی باعث کاهش وقوع تومورهای پیشرفته می‌شود [۱۲]. خود آزمایی پستان نیز یک روش غربالگری ساده، مقرون به صرفه و غیر تهاجمی است، ولی تخمین زده می‌شود در دنیا فقط ۳۰-۲۵٪ از زنان هر ماه به طور مرتب خود آزمایی پستان انجام می‌دهند [۱۳].

باورهای بهداشتی نقش مهمی در تمایل افراد به شرکت در رفتارهای مرتبط با ارتقا سلامتی دارند [۱۴]. مدل باورهای بهداشتی جهت طرح ریزی و ارزیابی مداخلاتی که در تغییر رفتار موثرند مورد استفاده قرار می‌گیرد، بر اساس این مدل برای انجام رفتار بهداشتی فرد باید نخست در برابر مساله احساس خطر نماید، جدی بودن عوارض آن را درک کند و با علائمی که از محیط اطراف یا محیط داخلی خود دریافت می‌کند. مفید و قابل اجرا بودن عمل را باور نموده و اقدام کند [۱۵]. طبق این الگو زنانی که معتقدند مستعد سرطان پستان هستند ، سرطان پستان یک بیماری جدی است و زنانی که منافع بیشتر و موانع کمتری دریافت کرده ا ند، احتمالا در مقایسه با سایر زنان، بیشتر غربالگری انجام می‌دهند [۱۶].

در مطالعه Nourizadeh در بین۲۱۹ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی تبریز فقط ۵٪ افراد درباره سرطان پستان و خود آزمایی آگاهی مطلوب داشتند ۴۱/۶٪ افراد خود آزمایی پستان را انجام داده بودند که فقط در ۸/۲٪ موارد منظم بوده است، ۱۶٪ جهت انجام معاینات بالینی مراجعه کرده بودند و فقط ۸/۵٪ آنها سابقه انجام ماموگرافی را ذکر نمودند[۷]. از آنجایی که مطالعه‌ای در این زمینه در شهرستان بناب انجام نگرفته این مطالعه با هدف بررسی باورهای بهداشتی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان بناب نسبت به روشهای غربالگری سرطان پستان در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مقطعی می‌باشد که جامعه پژوهش در این مطالعه زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی بناب و روش نمونه‌گیری پژوهش از نوع در دسترس بود و نمونه‌ها به تعداد مساوی از پنج مرکز بهداشتی درمانی موجود در شهرستان بناب انتخاب شدند. معیارهای ورود در این مطالعه مراجعه زنان به مراکز بهداشتی و درمانی و تمایل به شرکت در پژوهش و معیار خروج عدم تمایل به شرکت در مطالعه بود. برای تعیین تعداد نمونه بعد از یک مطالعه به صورت پایلوت با حجم نمونه ۲۸ نفر، از فرمول زیر استفاده شد:

$$n = \frac{Z^2\ p\ q}{D^2}$$

میزان p نسبت باور خوب (۰/۸۲) و میزان q نسبت باور ضعیف (۰/۱۸) در مطالعه مقدماتی را نشان می‌دهد، ضمن اینکه مقدار دقت در برآورد (d) ۰/۰۵ و خطای نوع اول نیز ۰/۰۵ (Z۰/۹۵=۱/۹۶) در نظر گرفته شد. مطابق با فرمول تعداد نمونه مناسب برای این مطالعه ۲۲۶ نفر بدست آمد؛ با توجه به احتمال ریزش نمونه،حدود ۲۵۰ شرکت کننده وارد مطالعه گردیدند در این پژوهش داده‌ها با استفاده از پرسشنامه ترجمه شده مدل باورهای بهداشتی Champion جمع‌آوری شد. الگوی باورهای بهداشتی برای اولین بار در ۱۹۵۰ توسط Hochbaum & Kegeles & Rosenstock مطرح شد و امروزه این الگوی بهداشتی برای استفاده بین‌المللی جهت تشخیص زودرس سرطان پستان مورد استفاده قرار می‌گیرد [۱۷]. اعتبار علمی پرسشنامه با استفاده از اعتبار محتوا تعیین گردید، بدین ترتیب که پرسشنامه به ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بناب و تبریز داده شد و پس از دریافت نظرات، اصلاحات لازم اعمال گردید، جهت تعیین اعتماد علمی نیز از روش آزمون مجدد استفاده شد و ضریب آلفا ۰/۹۲ حاصل گردید. بخش اول پرسشنامه شامل یازده سوال مربوط به مشخصات فردی، سابقه انجام خود آزمایی پستان، ماموگرافی و معاینات بالینی پستان و سابقه ابتلا به سرطان پستان بود. بخش مربوط به باورهای بهداشتی زنان شامل چهار سوال مربوط به فواید خودآزمایی، ۷ سوال مربوط به موانع خود آزمایی، ۶ سوال مربوط به خودکارامدی خود آزمایی،۳ سوال مربوط به فواید معاینات بالینی ، شش سوال مربوط به موانع معاینات بالینی، پنج سوال مربوط به فواید ماموگرافی و یازده سوال مربوط به موانع ماموگرافی بود و پاسخ آنان در هر بخش بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت به صورت کاملا مخالفم (نمره

۱)، مخالفم (نمره ۲)، نظری ندارم (نمره ۳)، موافقم (نمره ۴) و کاملا موافقم (نمره ۵) نمره‌گذاری شد ولی در بخش‌های مربوط به موانع ماموگرافی، موانع معاینات بالینی و موانع خود آزمایی پستان به صورت کاملاً مخالفم (نمره ۵)، مخالفم (نمره ۴)، نظری ندارم (نمره ۳)، موافقم (نمره ۲) و کاملا موافقم (نمره ۱) نمره‌گذاری شد. مجموع امتیاز باورهای بهداشتی مربوط به فواید خودآزمایی پستان با توجه به تعداد گویه‌ها از حداقل نمره ۴ تا حداکثر نمره ۲۰ متغیر بود بدین ترتیب که امتیاز ۸-۴ نشانگر باور بهداشتی ضعیف، ۱۴-۹ باور بهداشتی متوسط و بالای ۱۵ باور بهداشتی خوب بود. مجموع امتیاز باورهای بهداشتی مربوط به ماموگرافی از حداقل نمره ۵ تا حداکثر نمره ۲۵ متغیر بود، بدین ترتیب که امتیاز ۱۱-۵ نشانگر باور بهداشتی ضعیف، ۱۸-۱۲ باور بهداشتی متوسط و ۲۵-۱۹ باور بهداشتی خوب بود. مجموع امتیاز باورهای بهداشتی مربوط به فواید معاینات بالینی پستان از حداقل نمره ۳ تا حداکثر نمره ۱۵ متغیر بود بدین ترتیب که امتیاز ۶-۳ نشانگر باور بهداشتی ضعیف، ۱۰-۷ باور بهداشتی متوسط و ۱۵-۱۱ باور بهداشتی خوب بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت بررسی ویژگیهای واحدهای مورد پژوهش از آمار توصیفی استفاده شد و در مورد متغیرهای کمی میانگین و انحراف معیار محاسبه شد. همچنین، برای تعیین ارتباط بین برخی مشخصات فردی مانند تحصیلات و وضعیت تاهل با میانگین نمره باور بهداشتی نسبت به هر یک از روشهای غربالگری از آزمون t مستقل و برای تعیین ارتباط بین سن و باورهای بهداشتی از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد. $p<0/05$ به عنوان اختلاف معنی‌دار در نظر گرفته شد.

نتایج

نتایج مربوط به توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب مشخصات فردی اجتماعی آن‌ها در جدول (۱) آورده شده است. میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در مطالعه ۹/۸۲۷± ۳۰/۱۹ بود.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی زنان مورد پژوهش

متغیر	طبقات	تعداد	درصد
سن	کمتر از ۲۰	۴۶	۱۸/۴۰
	۲۹-۲۰	۹۲	۳۶/۸۰
	۳۹-۳۰	۶۷	۲۶/۸۰
	۴۰ و بیشتر	۴۵	۱۸/۰۰
وضعیت تأهل	بدون همسر	۲۷	۱۰/۸۰
	متأهل	۲۲۳	۸۹/۲۰
تحصیلات	دیپلم و پایین‌تر	۱۰۴	۴۱/۶۰
	دانشگاهی	۱۴۶	۵۸/۴۰
سابقه ابتلا اقوام درجه یک	بلی	۷	۲/۸۰
	خیر	۲۴۳	۹۷/۲۰

نمره باورهای بهداشتی زنان نسبت به روش‌های تشخیص زودرس سرطان پستان در جدول ۲ آورده شده است. میانگین و انحراف معیار نمره باور بهداشتی زنان در زمینه فواید ماموگرافی ۴/۰۴±۲۱/۱۴ و در زمینه فواید انجام خود آزمایی پستان ۴/۲۵ ±۱۶/۱۳ و در زمینه فواید معاینات بالینی۳/۲۲±۱۱/۸۰ بود، در زمینه باورهای بهداشتی در مورد فواید انجام خود آزمایی پستان ۱۷۶ نفر

(۷۰/۴٪) از شرکت کنندگان و در زمینه باورهای بهداشتی در مورد موانع انجام خود آزمایی پستان ۱۱۸ نفر (۴۷/۲٪) از شرکت کنندگان باور بهداشتی خوبی داشتند.

جدول ۲- توزیع باورهای بهداشتی زنان نسبت به روشهای تشخیص زودرس سرطان پستان

باورهای بهداشتی	باور ضعیف		باور متوسط		باور خوب		میانگین ± انحراف معیار
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	نمره باور بهداشتی
باورهای بهداشتی در مورد فواید انجام خود آزمایی پستان	۱۹	۷/۶	۵۵	۲۲	۱۷۶	۷۰/۴	۱۶/۱۳±۴/۲۵
باورهای بهداشتی در مورد موانع انجام خود آزمایی پستان	۲۲	۸/۸	۱۱۰	۴۴	۱۱۸	۴۷/۲	۲۵/۶۱±۶/۶۳
باورهای بهداشتی در مورد خود کارامدی خود آزمایی پستان	۱۶۳	۶۵/۲	۳۶	۱۴/۴	۵۱	۲۰/۴	۱۳/۰۸±۷/۸۰
باورهای بهداشتی در مورد فواید ماموگرافی	۴	۱/۶	۵۴	۲۱/۶	۱۹۲	۷۶/۸	۲۱/۱۴±۴/۰۴
باورهای بهداشتی در مورد موانع انجام ماموگرافی	۲۸	۱۱/۲	۹۶	۳۸/۴	۱۲۶	۵۰/۴	۳۹/۳۹±۱۰/۳۰
باورهای بهداشتی در مورد فواید معاینات بالینی	۱۹	۷/۶	۶۵	۲۶/۰	۱۶۶	۶۶/۴	۱۱/۸۰±۳/۲۲
باورهای مربوط به موانع معاینات بالینی	۲۸	۱۱/۲	۶۹	۲۷/۶	۱۵۳	۶۱/۲	۲۲/۳۰±۶/۳۰

طبق نتایج ۲۳۵ نفر (۹۴٪) از شرکت کنندگان معتقد بودند انجام ماموگرافی احتمال مرگ ناشی از سرطان پستان را کاهش می‌دهد. همچنین، ۲۳۱ نفر (۹۲/۴٪) از شرکت کنندگان اعتقاد داشتند انجام ماموگرافی در تشخیص زودرس توده‌ها کمک می‌کند.

در زمینه باورهای بهداشتی موانع معاینات بالینی (۶۱/۲٪) شرکت کنندگان باور بهداشتی خوبی داشتند. به طوری که فقط (۱۶٪) از شرکت کنندگان با این بیانیه که " انجام معاینات بالینی پستان زمان بسیار زیادی نیاز دارد." کاملا موافق بودند. (۶۲٪) از شرکت کنندگان با این بیانیه که " مشکلات عمده دیگری، غیر از انجام معاینات بالینی پستان دارم." کاملا مخالف بودند

طبق نتایج فقط ۴۹ نفر (۱۹٪) از شرکت کنندگان خودآزمایی پستان انجام می‌دادند، همچنین، ۲۶ نفر(۱۰/۴٪) از شرکت کنندگان سابقه انجام ماموگرافی را ذکر کردند در حالیکه فقط ۲۲ نفر(۸/۸٪) از شرکت کنندگان اظهار داشتند که معاینه بالینی پستان انجام داده اند. با در نظر گرفتن زنان شرکت کننده ۴۰ ساله و بالاتر ۱۴۴نفر (۵۷/۷ ٪) از شرکت کنندگان سابقه انجام ماموگرافی را ذکر کردند.

طبق جدول۳ آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد بین میانگین نمرات باور نسبت به هر کدام از روشهای غربالگری (خود آزمایی پستان، معاینه بالینی و ماموگرافی) و سن ارتباط آماری معنی‌دار وجود دارد (p<۰/۰۰۱). به طوری که گروه سنی ۴۰ و بالاتر بالاترین نمره باور بهداشتی را به خود اختصاص دادند. همچنین، آزمون *t* مستقل نشان داد بین میانگین نمرات باور نسبت هر کدام از روشهای غربالگری بطور جاگانه (خود آزمایی پستان، معاینه بالینی و ماموگرافی) و وضعیت تحصیلی ارتباط آماری معنی‌دار وجود دارد (p<۰/۰۰۱). به طوری که شرکت کنندگان با تحصیلات دانشگاهی نمره باور بهداشتی بالایی داشتند. همچنین، آزمون *t* مستقل نشان داد نمرات باور نسبت به خود آزمایی پستان، معاینه بالینی و ماموگرافی در دو گروه متأهل و بدون همسر تفاوت معنی‌داری ندارد (p=۰/۵).

جدول ۳- ارتباط بین مشخصات فردی و رفتارهای تشخیص زودرس سرطان پستان

مشخصات فردی		نمره باورهای بهداشتی نسبت به مامو گرافی* انحراف معیار ± میانگین	نمره باورهای بهداشتی نسبت به معاینات بالینی انحراف معیار ± میانگین	نمره باورهای بهداشتی نسبت به خودآزمایی انحراف معیار ± میانگین
سن	کمتر از ۲۰	۹/۶۱ ±۴۸/۷۰	۷/۵۰±۲۵/۷۱	۱۱/۲۰±۴۰/۸۱
	۲۰-۲۹	۹/۸۰ ±۶۱/۷۰	۶/۴۱±۳۵/۰۱	۱۶/۳۳±۶۰/۲۲
	۳۰_۳۹	۹/۷۰±۶۳/۰۲	۶/۶۰±۳۵/۸۰	۱۵/۱۱±۵۸/۵۰
	۴۰ و بیشتر	۱۰/۷۲±۶۶/۳۱	۶/۸۱±۳۸/۰۱	۱۰/۸۱±۵۲/۰۱
		p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱
وضعیت تأهل	بدون همسر	۱۰/۷۰±۵۹/۰۴	۸/۳۰±۳۱/۸۲	۱۷/۵۱±۵۶/۳۱
	متأهل	۱۱/۶۰±۶۰/۷۰	۷/۸۱±۳۴/۳۰	۱۵/۷۲±۵۴/۵۰
		p = ۰/۵	p = ۰/۵	p = ۰/۵۸
سطح تحصیلی	دیپلم و پایین	۱۲/۴۱±۵۷/۴۶	۸/۷۱±۳۱/۶۵	۱۰/۳۱±۴۵/۹۰
	دانشگاهی	۱۰/۳۰±۶۲/۶۶	۶/۸۱±۳۵/۸۳	۱۶/۲۰±۶۱/۱۱
		p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱

**** برای تعیین ارتباط بین سن و باورهای بهداشتی از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه و برای تعیین ارتباط بین سطح تحصیلات و وضعیت تأهل با میانگین نمره باور بهداشتی نسبت به هر یک از روشهای غربالگری از آزمون t مستقل استفاده شد.***

بحث

در مطالعه حاضر ۴۹ نفر (۱۹٪) از شرکت کنندگان انجام خود آزمایی پستان و ۲۶ نفر (۱۰/۴ ٪) از شرکت کنندگان سابقه انجام ماموگرافی را ذکر کرده بودند. فقط ۲۲ نفر (۸/۸٪) از شرکت کنندگان اظهار داشتند که معاینه بالینی پستان انجام داده‌اند.

نتایج پژوهش Carelli و همکاران نشان داد که (۳۰/۴٪) از شرکت کنندگان خود آزمایی پستان را به طور ماهیانه انجام می‌دهند [۱]. در مطالعه Janbulat و همکارش نیز (۲۱/۹٪) از شرکت کنندگان خود آزمایی پستان را ماهانه انجام می‌دادند. ۱۲/۵٪ درصد آن‌ها انجام ماموگرافی را گزارش نمودند [۱۴]. در مطالعه Dundar و همکاران، (۱۰/۶٪) ماموگرافی انجام می‌دادند [۱۸]، که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. در مطالعه حاضر با در نظر گرفتن زنان شرکت کننده ۴۰ ساله و بالاتر (۵۷/۷٪) از شرکت کنندگان سابقه انجام ماموگرافی را ذکر کردند ، که با مطالعه Nourizadeh و همکاران که فقط (۸/۵٪) از زنان بالای ۳۹ سال سابقه انجام ماموگرافی داشتند، همخوانی ندارد [۷]. در حالی که در مطالعه Godazandeh و همکاران نیز، انجام ماموگرافی در زنان ۴۰ ساله و بالاتر (۴۷/۳٪) بود [۱۹]. که علت آن به احتمال زیاد سطح تحصیلات و آگاهی بالای شرکت کنندگان در پژوهش بوده است. در مقایسه نتایج مطالعات مختلف، تفاوت در فرهنگ‌ها و حتی تفاوت‌های درون فرهنگی در رابطه با رفتارهای غربالگری سرطان پستان و مفاهیم بهداشتی مشهود است. در مطالعه Pivot و همکاران در بین زنان ۵۰-۷۴ ساله دلایل عمده عدم انجام روش‌های غربالگری شامل عدم احساس نگرانی و اضطراب برای ابتلا به سرطان پستان، عدم وجود انگیزه برای انجام تست‌ها و عدم توصیه پزشک بود [۲۰]. در این مطالعه زنان در زمینه باورهای بهداشتی در مورد خود کارآمدی خود آزمایی پستان باور بهداشتی ضعیفی داشتند.

در مطالعه Mokhtari و همکاران اکثر شرکت کنندگان درک بهتری از فواید خود آزمایی پستان داشتند [۲۱].

در مطالعه Avci زنان در مورد فواید خود آزمایی پستان باور خوبی داشتند ولی در مطالعه او نیز در مورد موانع انجام خود آزمایی و خود کارآمدی خود آزمایی پستان باور متوسطی داشتند [۲۲]. در زمینه باورهای بهداشتی در مورد موانع انجام ماموگرافی ۱۵۵ نفر (۶۲٪) از شرکت کنندگان با بیانیه " مشکلات عمده دیگری غیر از انجام ماموگرافی دارم." کاملا مخالف بودند و فقط۹۵ نفر (۳۸٪) از شرکت کنندگان با بیانیه " از انجام ماموگرافی به خاطر احتمال تشخیص توده بدخیم می‌ترسم." موافق و یا کاملا موافق بودند. در حالی که در مطالعه Abedian و همکاران نیز (۵۵/۸٪) از زنان کاملا موافق بودند که انجام ماموگرافی فرد را از سلامت پستان‌های خود مطمئن می‌کند و شایع‌ترین مانع برای انجام ماموگرافی این بود که انجام خود آزمایی پستان برای یافتن توده در پستان کمک می‌کند و نیازی به انجام ماموگرافی نیست [۹] و در مطالعه Juon و همکاران در بین زنان آمریکایی- کره‌ای تبار نشان داد که شایع‌ترین مانع برای انجام ماموگرافی،

این بود که زنان باور داشتند در معرض خطر کمتری برای ابتلا به سرطان پستان هستند [۲۳].

مطالعه Abbaszadeh و همکاران نشان داد که باورهای بهداشتی زنان در بعضی از ابعاد الگوی باورهای بهداشتی ازجمله فواید ماموگرافی و وجود اشاراتی برای انجام ماموگرافی با انجام ماموگرافی ارتباط معنی‌دار داشت. دانستن فواید و امتیازات ماموگرافی و اشارات عمل، انجام ماموگرافی در زنان را افزایش خواهد داد [۲۴].

در زمینه باورهای بهداشتی فواید معاینات بالینی ۱۶۶ نفر (۶۶/۴٪) از شرکت کنندگان و در زمینه باورهای بهداشتی موانع معاینات بالینی ۱۵۳ نفر (۶۱/۲٪) از شرکت کنندگان باور بهداشتی خوبی داشتند. در مطالعه Mokhtari و همکاران اکثر شرکت کنندگان باور بهداشتی خوبی در زمینه فواید و موانع معاینات بالینی داشتند [۲۱] که با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

در این مطالعه بین باور نسبت به روشهای غربالگری سرطان پستان، سن و وضعیت تحصیلی ارتباط آماری معنی‌دار وجود دارد. به طوری که گروه سنی ۴۰ و بالاتر همچنین، شرکت کنندگان با تحصیلات دانشگاهی نمره باور بهداشتی بالایی داشتند.

ولی میانگین نمره باور نسبت به روشهای غربالگری سرطان پستان در دو گروه متأهل و بدون همسر تفاوت معنی‌داری ندارد. در مطالعه Lairson و همکاران نیز مشخص شد استفاده از روش‌های غربالگری به تحصیلات و خطر درک شده سرطان پستان بستگی دارد [۲۵]. در مطالعه Mokhtari و همکاران نیز بین سن و انجام ماموگرافی ارتباط معنی‌دار وجود داشت. ولی رابطه معنی‌داری بین وضعیت تأهل و انجام ماموگرافی پیدا نشد [۲۱].

نتیجه‌گیری

اگر چه باور بهداشتی در اکثریت زمینه‌های مورد مطالعه در سطح خوبی بود ولی پایین بودن میزان انجام رفتارهای تشخیص زودرس نشان می‌دهد که باید عواملی را که در افزایش پذیرش روش‌های غربالگری سرطان پستان نقش دارند شناسایی و از این عوامل برای تشویق زنان در جهت انجام غربالگری استفاده شود. در پایان پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای برای تعیین تأثیر آموزش بر باورهای بهداشتی و انجام رفتارهای تشخیص زودرس انجام شود، در عین حال باید به این نکته توجه داشت که برای بهبود رفتار، جهت افزایش استفاده از یک اقدام بهداشتی نباید فقط به آموزش تکیه کرد بلکه باید به موانع موجود و برطرف نمودن آن نیز توجه داشت.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود وظیفه می‌دانند از حمایت‌های مالی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بناب، همچنین، از همکاری مسئولین محترم شبکه بهداشت و درمان بناب و افراد شرکت کننده در پژوهش ، تشکر و قدردانی نمایند.

References

[1] Carelli I, Pompei LM, Mattos CS, Ferreira HG, Pescuma R, Fernandes CE, et al. Knowledge, attitude and practice of breast self-examination in a female population of metropolitan São Paulo. *Breast* J 2008; 17(3): 270-4.

[2] Moradi Marjaneh M, Homae Shandiz F, Shamsian AA, Eftekhar zadeh Mashhadi E, Hedayati Mogaddam MR, BidKhori HR, et al. Genes related to neu Her2/P53 estrogen and progesterone receptor in women with breast cancersurvival. *Breast diseases* 2008; 1 (2): 18-23. [Farsi]

[3] Harirchi I, Karbakhsh M, Kashefi A, Momtahen AJ. Breast cancer in Iran: results of amulti-center study. *Asian Pac J Cancer Prev* 2004; 5(1): 24-7.

[4] Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Mousavi Jarrahi A, Harirchi I, Najafi M, et al. Breast cancer in Iran: an epidemiological review. *The Breast J* 2007; 13(3): 383-91.

[5] Sadjadi A, Nouraie M, Ghorbani A, Alimohammadian M, Malekzadeh R. Epidemiology of breast cancer in the Islamic Republic of Iran: first results from a population-based cancer registry. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2009; 15(6): 1426-31.

[6] Mousavi SM, Harirchi I, Ebrahimi M, Mohagheghi MA, Montazeri A, Mousavi Jarrahi A, et al. Screening for breast cancer in Iran: A challenge for health policy makers. *The Breast J* 2008; 14(6): 605-606.

[7] Nourizadeh R,Bakhtari Agdam F,Hossein Valivand A, Sahebi L. Knowledge, health beliefs and breast cancer screening behaviors of women referring to health centers of Tabriz. *Iranian Journal of Breast Disease* 2010; 3 (3 and 4): 43-51.

[8] Me Dohold, Sharon, “performance and reporting of clinical breast examination: Areview of literature cancer Journal for clinicians ”, New York, *Woll/Pec* 2004; 54: 345.

[9] Abedian K, Shah Hosseini Z, Adeli M. Survey of health beliefs of women about performing mammography in the health servic centers of Sari. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2006; 16 (54) :90-8.

[10] American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer, available from: ww.cancer.org/ accessed 2012.

[11] Berek J. Berek & Novak's gynecology. 14th ed Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins 2007; 637-62.

[12] Kwong A, Cheung PSY, Wong AYW, Hung GTY, Lo G, Tsao M, et al. The acceptance and feasibility of breast cancer screening in East. *Breast J* 2008; 17: 44-52.

[13] Haji hasanoglur ,Gozum s . The effect of training on the knowledge levels and beliefs regarding breast self – examinion on woman attending at public education center. *Europen J of Ancology Nursing* 2008; 12: 58-64

[14] Janbulat N, Uzun O. Health beliefs and breast cancer screening behaviors among female health workers in Turkey. *European J of Oncology Nursing* 2007; 1-9.

[15] Tahvildari S, Mohaggegi MA, Mohammad K. The application of HBM on education of BSE. Toloue *Behdasht* 2003; 12(3): 35. [Farsi]

[16] Secginli S, Nahcivan NO. Factors associated with breast cancer screening behaviors in A sample of Turkish women: a questionnaire study. *International J of Nursing Studies* 2006; 43: 161-71.

[17] Champion VL, Skinner CS. Differences in perceptions of risk, benefits, and barriers by stage of mammography adoption. *Journal of Women's Health* 2003; 12(3): 277-86.

[18] Dündar PE, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G, AkyÕldÕz F, Çoban S, et al. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. *BMC Cancer* 2006; 6 (43): 1-9.

[19] Godazandeh Gh, Khani H, Khalilian AR, Atarod Z, Firozjayi MA, Partovi A.Knowledge and practice of Sari women over15 years women regarding breast cancer, 2004. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2006; 16(52): 64-74. [Farsi]

[20] Pivot X, Rixe O, Morere J, Coscas Y, Cals L, Namer M, et al. Breast cancer screening in France: results of the EDIFICE survey. *Int J Med Sci* 2008; 5 (3): 106-12.

[21] Mokhtari L, Baradaran Rezaee M, Mohammadpour A, Mousavi SM. Health Beliefs about Mammography and Clinical Breast Examination among Female Healthcare Providers in Tabriz Health Centers. *IJN* 2011; 24 (71) :63-73.

[22] Avci AI. Factors associated with breast self-examination practices and beliefs in female workers at Muslim community. *European J of Oncology Nursing* 2007; 1-7.

[23] Juon HS, Kim M, Shankar S, Han W. Predictors of adherence to screening mammography among Korean American women. *Preventive Medicine* 2004; 39: 474-6.

[24] Abbaszadeh A, Haghdost AA, Taebi M, Kohan S. The relationship between women's health beliefs and their participation in screening mammography. *Asian Pac J Cancer Prev* 2007; 8 (4): 471-5.

[25] Lairson DR, Chan W, Newmark GR. Determinants of the demand for breast cancer screening among women veterans in the United States. *Social Science & Medicine* 2005; 61: 1608-17.

Health Beliefs in Screening for Breast Cancer among Women Referring to Bonab Health Centers in 2014

R. Hassanzadeh[1], R. Rahimi[2], M. Ranjbar[3], M. Heidarzadeh[4]

Received: 27/01/2015 Sent for Revision: 11/05/2015 Received Revised Manuscript: 01/07/2015 Accepted: 04/07/2015

Background and Objective: Breast cancer is the most common cancer among females. Early detection by screening programs is a useful approach to controlling the disease. The purpose of this study was to assess the health beliefs in breast self-examination, mammography and clinical breast examination among females referring to Bonab health centers.

Materials and Methods: It was a cross- sectional study. The participants were recruited from 5 health centers of Bonan by Convenience sampling (n=250). Data was collected by Champion's Health Belief Model Scale and analyzed using SPSS-PC (v.13).

Results: The results showed that 76.8% of the participants believed in the benefits of mammography and 66.4% of them the clinical examination. About 65.2% of participants had poor health beliefs about efficacy of Breast Self-Examination. 94% of participants believed that mammography reduce the risk of death due to breast cancer.

Conclusion : Despite good health beliefs in some fields, rates of breast cancer screening are low, therefore it is recommended to know the factors that play a role in increasing the acceptance of breast cancer screening methods and used them to encourage women to have screening.

Key words: Screening, Health Believes, Cancer

Funding: This research was funded by Rafsanjan University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Rafsanjan University of Medical Sciences approved the study**.**

How to cite this article: Hassanzadeh R, Rahimi R, Ranjbar M, Heidarzadeh M. Health Beliefs in Screening for Breast Cancer among Women Referring to Bonab Health Centers in 2014. *J RafsanjanUniv Med Sci* 2015; 14(7): 575-86. [Farsi]

1- MSc in Midwifery, Dept. of Midwifery, College of Medical Sciences, Bonab Branch, IslamicAzad University, Bonab, Iran (Corresponding Author) Tel: (041) 3773889, Fax: (041) 37730393, E-mail: hassanzadehr8@gmail.com
2- MSc in Nursing, Dept. of Midwifery, College of Medical Sciences, Bonab Branch, Islamic Azad University, Bonab, Iran
3- MSc in Midwifery, Dept. of Midwifery, College of Medical Sciences, Bonab Branch, Islamic Azad University, Bonab, Iran
4- PhD, Assistant Prof., Dept. of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran