

بررسی باورهای بهداشتی و رفتارهای تشخیص زودرس سرطان پستان در کارکنان زن مراکز بهداشتی درمانی تبریز

لیلا مختاری^{۱*}, عبدالله خرمی مارکانی^۲, زینب حبیب‌پور^۳

تاریخ دریافت 1391/12/12 تاریخ پذیرش 1392/02/14

پیش زمینه و هدف: سرطان پستان شایع ترین سرطان در زنان است که ۱۰٪ درصد از کل مبتلایان به سرطان را در ایران تشکیل می‌دهد. تشخیص زودرس توسط برنامه‌های غربالگری می‌تواند یک روش بالقوه مفید برای کنترل بیماری باشد. این مطالعه با هدف بررسی باورهای بهداشتی کارکنان زن مراکز بهداشتی درمانی شهر تبریز نسبت به انجام خودآزمایی پستان (BSE)، ماموگرافی و معاینات کلینیکی پستان (CBE) انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی همبستگی ۱۷۴ نفر از کارکنان زن بهداشتی شاغل در ۵۲ مرکز بهداشتی درمانی شهر تبریز با روش نمونه‌گیری خوشهای تصادفی انتخاب شدند و باورهای بهداشتی آنان بر اساس الگوی باورهای بهداشتی چمپیون از طریق پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت و داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: متوسط سن شرکت کنندگان 45.1 ± 7.0 بود، اکثر آن‌ها متاهل و شغل (%) آن‌ها مامایی بود. ۶۲٪ درصد از شرکت کنندگان BSE ۶٪ درصد ماموگرافی و ۱۰٪ درصد معاینات کلینیکی پستان انجام می‌دادند. اکثر شرکت کنندگان در پژوهش، به ترتیب در باره فواید خودآزمایی پستان (%)، فواید ماموگرافی (%) و معاینات کلینیکی پستان (۶۲٪) باورهای بهداشتی خوبی داشتند. بین شغل و وضعیت تأهل با انجام BSE، وضعیت تأهل و سن با انجام ماموگرافی و سن و انجام معاینات کلینیکی پستان ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت. انجام BSE در بین پرستاران و ماماهای انجام BSE و ماموگرافی در کارکنان متاهل بیشتر بود. سن کارکنانی که ماموگرافی و CBE انجام می‌دادند بیشتر بود.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج یافته‌ها نشان داد که میزان انجام BSE، ماموگرافی و CBE در این افراد پایین است؛ بنابراین تهیه و تدوین برنامه‌های آموزشی و تداوم برنامه‌های بازآموزی با تمرکز بر انجام رفتارهای تشخیص زودرس توسط مسئولین پیشنهاد می‌شود.

کلید واژه‌ها: سرطان پستان، خودآزمایی پستان، ماموگرافی، کارکنان بهداشتی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره یازدهم، شماره چهارم، پی در پی ۴۵، تیر ۱۳۹۲، ص ۳۰۸-۲۹۹

آدرس مکاتبه: آذربایجان غربی، خوی، بلوار ولی‌عصر، دانشکده پرستاری و بهداشت خوی، کدپستی ۵۸۱۶۷۵۳۴۶۴، تلفن: ۰۴۶۱-۲۲۵۵۷۷۷، ۰۹۱۴۴۶۱۱۵۶۸

Email: l.mokhtary@gmail.com

مقدمه

سن ابتلا به سرطان پستان در زنان ایرانی در مقایسه با زنان کشورهای پیشرفته حدود ۱۰ سال کمتر است (۱). از هر ۸ زن ایرانی در سینین ۴۰-۵۵ سالگی، یک نفر شانس ابتلا به سرطان پستان را دارد. همچنین تراکم بافت پستان در زنان ایرانی از زنان نژادهای دیگر بیشتر است و این مسئله با بروز سرطان پستان ارتباط دارد (۲). طبق آمار وزارت بهداشت (۱۳۸۴) میزان بروز سرطان پستان در ایران ۲۴ در ۱۰۰۰۰ زن است که حدود ۶۰۰۰ مورد برآورد می‌شود و سالانه حدود

سرطان پستان به عنوان شایع ترین سرطان در زنان (۱) بعد از سرطان ریه، علت اصلی مرگ ناشی از سرطان در زنان می‌باشد (۲) که در صورت عدم تشخیص به موقع و درمان، منجر به مرگ خواهد شد (۳). تخمین زده می‌شود که در دنیا بیشتر از ۲۱۲۰۰۰ زن در سال دچار سرطان پستان شده که ۴۱۰۰۰ نفر آن‌ها فوت می‌کنند (۴). طبق پیش‌بینی انجمن سرطان آمریکا^۱، در آینده سرطان پستان به تنها یک چهارم (۲۶٪) از کل سرطان‌های زنان را تشکیل خواهد داد (۵).

^۱ کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

^۲ دکترای تخصصی پرستاری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۳ کارشناس ارشد روانپرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۴ American cancer society (ACS)

روزنستوک^۳ مطرح شد و امروزه الگوی باورهای بهداشتی چمپیون^۴ برای استفاده بین‌المللی جهت تشخیص زودرس سرطان پستان مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۹). طبق الگوی باورهای بهداشتی، زنانی که معتقدند مستعد سرطان پستان هستند و سرطان پستان یک بیماری جدی است و نیز زنانی که منافع بیشتر و موانع کمتری دریافت کرده‌اند، احتمالاً در مقایسه با سایر زنان، بیشتر ماموگرافی و خودآزمایی پستان انجام می‌دهند (۲۰).

با توجه به نقش مهم باورهای بهداشتی در تشخیص زودرس سرطان پستان در زنان، هدف این مطالعه بررسی باورهای بهداشتی کارکنان زن مراکز بهداشتی درمانی شهر تبریز نسبت به رفتارهای تشخیص زودرس سرطان پستان و تعیین ارتباط بین مشخصات فردی اجتماعی آن‌ها با رفتارهای تشخیص زودرس می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی همبستگی می‌باشد که جامعه پژوهش آن شامل کلیه کارکنان زن ۲۰ مرکز بهداشتی درمانی و ۳۲ پایگاه بهداشتی شهر تبریز بودند. اندازه نمونه ۱۷۴ نفر بود که به صورت نمونه گیری تصادفی خوش‌های انتخاب شدند. بدین صورت که از ۲۷ مرکز بهداشتی درمانی، ۲۰ مرکز و از ۵۳ پایگاه بهداشتی، ۳۲ پایگاه به عنوان نمونه‌های پژوهش (خوش‌ها) انتخاب شده و کلیه شاغلین زن آن مراکز مورد بررسی قرار گرفتند.

در این مطالعه از پرسشنامه روا و پایای الگوی باورهای بهداشتی چمپیون استفاده شد که برای تعیین باورهای بهداشتی مربوط به رفتارهای غربالگری سرطان پستان در جوامع مختلف به صورت خودگزارش دهی طراحی شده است (۱۸). برای تعیین روایی پرسشنامه از روایی محتوى استفاده شده است. برای این کار، پرسشنامه جهت بررسی روایی محتوى، به ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ارائه شد که نظرات اصلاحی آن‌ها مورد توجه قرار گرفت. جهت بررسی پایایی از روش پایایی همسانی درونی (الفـا کرونباخ) و روش پایایی ثبات (بازآزمایی) استفاده شد. α کرونباخ برای ۵۳ گویه با نمونه ۱۲ نفری از کارکنان زن شاغل ۰/۸۰ محاسبه شد و ضریب همبستگی بین دو بار اجرای پرسشنامه، ۰/۷۸ برابر داشد. پرسشنامه شامل ۶۴ گویه در ۱۱ بخش بود. بخش اول پرسشنامه شامل مشخصات فردی اجتماعی کارکنان، انجام خودآزمایی پستان و ماموگرافی و معاینات کلینیکی پستان (۱۱ گویه) بود. بخش‌های دوم تا یازدهم پرسشنامه مربوط به باورهای بهداشتی کارکنان بود و پاسخ آن‌ها

۱۰۰۰ مورد مرگ ناشی از سرطان پستان در ایران گزارش می‌شود (۸). غربالگری اولین قدم اساسی در مراحل تشخیص زودرس و درمان سرطان پستان در زنان فاقد علامت، ماموگرافی، معاینات کلینیکی پستان^۱ و خودآزمایی پستان^۲ را توصیه کرده است (۹، ۱۰). خودآزمایی پستان مهم‌ترین عامل در افزایش میزان درمان و بقای زنان مبتلا است که کشف زود هنگام سرطان را افزایش می‌دهد (۱۱). بسیاری از سرطان‌های بدخیم توسط خود زنان در طی خودآزمایی پستان کشف می‌شود (۱۲). اکثر زنان به دلیل فقدان دانش و آگاهی لازم در باره سرطان، شناس تشخیص زودرس و فرصت‌های درمانی را از دست می‌دهند (۱۳).

سرطان‌های 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 ماموگرافیک در آسیا به کندی انجام می‌شود و بیشتر زنان هنوز با سرطان پستان پیشرفت‌هه موضعی و یا سرطان پستان متاستاتیک مراجعه می‌کنند که باعث بقای ضعیف آن‌ها می‌شود (۱۴). یک خصوصیت کلیدی در برنامه غربالگری ماموگرافیک موفق، کاهش در وقوع تومورهای پیشرفت‌ه است (۱۵). در طی معاینات کلینیکی پستان، کارکنان بهداشتی- درمانی به ویژه پرستاران می‌توانند علایم و نشانه‌های غیر طبیعی پستان را مورد بررسی قرار داده و تغییرات پستانی زنان را تشخیص دهند. برای نیل به هدف فوق، برقراری یک ارتباط اطمینان بخش بین کارکنان بهداشتی و زنان، می‌تواند منجر به افزایش مشارکت آن‌ها در فعالیت‌های غربالگری سرطان پستان شود (۴).

در ایران به علت فقدان برنامه‌های غربالگری منظم برای تشخیص زودرس، موارد پیشرفت‌ه سرطان پستان زیاد است (۱۶). دو خصوصیت سرطان پستان، برنامه‌های کنترل سرطان پستان را در ایران به چالش کشیده است که شامل شیوع سرطان پستان در زنان جوان و تعییر 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 پیش‌بینی خواهد بود (۱۷).

باورهای بهداشتی نقش مهمی در تمایل افراد به شرکت در رفتارهای مرتبط با ارتقاء سلامتی دارند (۱۸). الگوی باورهای بهداشتی برای اولین بار در دهه ۱۹۵۰ توسط هوچجام، کیگلز و

¹Clinical Breast Examination (CBE)

²Breast Self Examination (BSE)

نتایج مطالعه نشان داد که ۷۳/۲ درصد از شرکت کنندگان، خودآزمایی پستان، ۲۶/۲ درصد ماموگرافی و ۱۰/۷ درصد معاینات کلینیکی پستان انجام می‌دادند، اما فقط ۲۶/۹ درصد از آن‌ها خودآزمایی پستان را به طور منظم و ماهانه انجام می‌دادند. اکثر کارکنان در زمینه باورهای بهداشتی مربوط به اهمیت سرطان پستان، باورهای بهداشتی خوبی داشتند، طوری که ۴۸ درصد آن‌ها با بیانیه "در صورت ابتلا به سرطان پستان، مشکلات و تجربه‌های تلخ همراه با آن به مدت خیلی طولانی ادامه خواهد داشت" موافق بودند. در زمینه انگیزه‌های بهداشتی نیز اکثر کارکنان، باورهای بهداشتی خوبی داشتند، طوری که ۵۲ درصد از آن‌ها با بیانیه "حفظ سلامتی خودم برایم مهم است" کاملاً موافق بودند. همچنین در مورد باورهای بهداشتی مربوط به خودکارآمدی خودآزمایی پستان نیز باورهای خوبی داشتند، به گونه‌ای که ۶۴/۳ درصد از کارکنان با بیانیه "در زمان نگاه کردن به آینه اگر مشکلی در پستان‌هایم وجود داشته باشد، می‌توانم بیان کنم" موافق بودند.

طبق نتایج، شایع‌ترین مانع برای انجام خودآزمایی پستان این باور در کارکنان شاغل بهداشتی بود که اگر به صورت روتین ماموگرافی انجام دهم، نیازی به انجام خودآزمایی پستان ندارم، همچنین شایع‌ترین مانع برای انجام ماموگرافی نیز این بود که انجام ماموگرافی بسیار دردناک است و ترس از احتمال تشخیص توده‌های بدخیم، شایع‌ترین دلیل آن‌ها برای عدم انجام معاینات کلینیکی پستان بود.

بر اساس نتایج پژوهش، بیشترین میزان انجام خودآزمایی پستان در پرستاران و ماماهای، کارکنان با تحصیلات کارشناسی و کارکنان متاهل بود. بیشترین میزان انجام ماموگرافی در کارکنان بهداشت خانواده، کارکنان با تحصیلات دیپلم و کارکنان متأهل و بیشترین میزان انجام معاینات کلینیکی پستان در پرستاران و ماماهای، کارکنان با تحصیلات کارشناسی و کارکنان متأهل بود.

جدول (۲) توزیع فراوانی باورهای بهداشتی کارکنان زن مراکز بهداشتی را در ارتباط با فواید خود آزمایی پستان نشان می‌دهد. طبق نتایج مندرج در جدول مذکور، اکثر کارکنان زن شاغل در زمینه فواید خود آزمایی پستان، باورهای بهداشتی خوبی داشتند. طوری که اکثر (۴۶/۹ %) آن‌ها اعتقاد داشتند که اگر با انجام منظم خودآزمایی پستان یک توده را سریع تشخیص دهم، درمان سرطان پستان خیلی مؤثر خواهد بود.

در هر بخش، بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت به صورت کامل‌آلفام (نمره ۱)، مخالفم (نمره ۲)، نظری ندارم (نمره ۳)، موافق (نمره ۴) و کامل‌آلفاقم (نمره ۵) نمره گذاری شد. این بخش‌ها در زمینه باورهای بهداشتی مربوط به "استعداد ابتلا به سرطان پستان"، "همیت/ جدی شمردن سرطان پستان"، "انگیزه‌های بهداشتی"، "فواید خودآزمایی پستان"، "خودکارآمدی خودآزمایی پستان"، "فواید ماموگرافی" و "فواید معاینات کلینیکی پستان" بودند. در زمینه باورهای بهداشتی مربوط به "موانع خودآزمایی پستان"، "موانع ماموگرافی" و "موانع معاینات کلینیکی پستان"، پاسخ آن‌ها در هر بخش به صورت کامل‌آلفام (نمره ۵)، مخالفم (نمره ۴)، نظری ندارم (نمره ۳)، موافق (نمره ۲) و کامل‌آلفاقم (نمره ۱) نمره گذاری 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 ۴-۸ نشانگر باور بهداشتی ضعیف، ۹-۱۴ باور بهداشتی متوسط و ۱۵-۲۵ باور بهداشتی خوب بود. همچنین مجموع امتیاز باورهای بهداشتی مربوط به فواید ماموگرافی از حداقل ۵ تا حداکثر ۲۵ متغیر بود که امتیاز ۱۱-۱۶ نشانگر باور بهداشتی ضعیف، ۱۷-۲۱ باور بهداشتی خوب تقسیم‌بندی گردید. مجموع امتیاز باورهای بهداشتی مربوط به فواید معاینات کلینیکی پستان از حداقل ۳ تا حداکثر ۱۵ بود که امتیاز ۲۰-۲۶ بیانگر باور بهداشتی ضعیف، ۷-۱۰ باور بهداشتی متوسط و ۱۱-۱۵ باور بهداشتی خوب تقسیم‌بندی شد.

برای انجام پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز مجوز اخذ شده و مفاد کمیته مذکور مبنی بر رعایت حقوق شرکت کنندگان و جلب رضایت آن‌ها توسط پژوهشگران مورد توجه قرار گرفت. داده‌های جمع آوری شده توسط رایانه و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 14 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت بررسی ویژگی‌های واحدهای مورد پژوهش، از آمار توصیفی و جهت تعیین ارتباط بین مشخصات فردی اجتماعی کارکنان زن با میزان انجام رفتارهای تشخیص زودرس سرطان پستان از آزمون‌های مجذور کای، تی مستقل و آزمون دقیق فیشر استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج مربوط به توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب مشخصات فردی اجتماعی آن‌ها در جدول (۱) ترسیم شده است.

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب مشخصات فردی اجتماعی

درصد	تعداد	فراوانی		مشخصه
		متغیر		
۱۹/۷۰	۳۸	۲۰-۲۹		
۳۸/۹۰	۷۵	۳۰-۳۹		
۳۵/۸۰	۶۹	۴۰-۴۹	سن	
۵/۷۰	۱۱	≥ ۵۰		
$۳۷/۰.۱ \pm ۷/۵۴$		میانگین و انحراف معیار		
۲۶/۵۰	۵۲	مجرد		
۷۳/۵۰	۱۴۴	متاهل	وضعیت تأهل	
۱۰۰	۱۹۶	جمع		
۱۱/۲۰	۲۲	دیپلم		
۲۵/۶۰	۵۰	کاردارانی		
۵۴/۹۰	۱۰۷	کارشناسی	تحصیلات	
۸/۲۰	۱۶	دکترای عمومی		
۱۰۰	۱۹۵	جمع*		
۸/۲۰	۱۶	پزشک		
۴۵/۶۰	۸۹	ماما		
۳/۱۰	۶	پرستار		
۲۶/۷۰	۵۲	بهداشت خانواده	شغل	
۱۶/۴۰	۳۲	سایر		
۱۰۰	۱۹۵	جمع*		
۱/۶۰	۳	بله		
۹۸/۴۰	۱۸۶	خیر	سابقه ابتلا به سرطان پستان	
۱۰۰	۱۸۹	جمع*		
۴/۱۰	۸	بله		
۹۵/۹۰	۱۸۸	خیر	سابقه ابتلا اقوام درجه ۱ یک	
۱۰۰	۱۹۶	جمع		

* تعدادی از کارکنان زن به این سوالات پاسخ نداده بودند

جدول شماره (۲): توزیع فراوانی باورهای بهداشتی کارکنان زن مراکز بهداشتی در ارتباط با فواید خود آزمایی پستان

بیانیه‌ها	فراوانی									
	کاملاً موافق		موافق		نظری ندارم		مخالف		کاملاً مخالف	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱۵/۸	۳۱	۵۵/۶	۱۰۹	۲۵/۵	۵۰	۲/۱	۶	.	.	موقع انجام خودآزمایی پستان احساس می‌کنم که از خودم خوب مراقبت می‌کنم
۴۲/۹	۸۴	۵۴/۶	۱۰۷	۱/۵	۳	۱	۲	.	.	اجام خودآزمایی پستان به طور منظم به تشخیص زودرس توده‌های پستانی کمک می‌کند
۴۰/۳	۷۹	۵۰/۵	۹۹	۵/۱	۱۰	۳/۶	۷	۰/۵	۱	اجام خودآزمایی پستان به طور منظم مرگ ناشی از سرطان پستان را می‌تواند کاهش دهد
۴۶/۹	۹۲	۴۷/۴	۹۳	۴/۶	۹	۰/۵	۱	۰/۵	۱	اگر با انجام منظم خودآزمایی پستان یک توده را سریع تشخیص دهم، درمان سرطان پستان خیلی مؤثر خواهد بود

شاغل اعتقاد داشتند که انجام ماموگرافی برای تشخیص توده‌های بسیار کوچک پستانی، بهترین روش است (جدول ۳).

در رابطه با فواید ماموگرافی، نتایج پژوهش نشانگر این بود که اکثر کارکنان زن شاغل در زمینه فواید ماموگرافی باور بهداشتی خوبی داشتند طوری که طبق نتایج ۲۲/۴ درصد از کارکنان زن

جدول شماره (۳): توزیع فراوانی باورهای بهداشتی کارکنان زن مراکز بهداشتی در ارتباط با فواید ماموگرافی

	کاملًا موافق	موافق	نظری ندارم	مخالفم	کاملًا مخالفم	فراآنی	بیانیه‌ها	
							درصد	تعداد
۱۳/۸	۲۷	۲۷/۶	۵۴	۱۷/۹	۳۵	۳۴/۷	۶۸	۶/۱
							۱۲	
								اگر انجام ماموگرافی مشکل جدی را نشان ندهد دیگر نیازی به فکر کردن در مورد سرطان پستان ندارم
۲۶	۵۱	۵۸/۷	۱۱۵	۸/۲	۱۶	۷/۱	۱۴	.
							.	انجام ماموگرافی در تشخیص زودرس توده‌ها به من کمک می‌کند
۱۶/۳	۳۲	۴۸	۹۴	۱۷/۹	۳۵	۱۵/۸	۲۱	۲
							۴	۳) اگر در ماموگرافی توده‌ای تشخیص داده شود درمان سرطان پستان خیلی مشکل نخواهد بود
۲۲/۴	۴۴	۴۶/۴	۹۱	۲۳	۴۵	۷/۷	۱۵	۰/۵
							۱	۴) انجام ماموگرافی برای تشخیص توده‌های بسیار کوچک پستانی، بهترین روش است
۲۱/۹	۴۳	۴۹/۵	۹۷	۱۷/۳	۳۴	۹/۲۰	۱۸	۲
							۴	۵) انجام ماموگرافی احتمال مرگ ناشی از سرطان پستان را کاهش می‌دهد

۲۷/۶ درصد آن‌ها اعتقاد داشتند که انجام معاینات کلینیکی پستان به تشخیص زودرس توده‌های پستانی کمک می‌کند (جدول ۴).

در ارتباط با فواید معاینات کلینیکی پستان، نتایج پژوهش نشانگر این بود که اکثر کارکنان زن شاغل در زمینه فواید معاینات کلینیکی پستان باورهای بهداشتی خوبی داشتند. به طوری که

جدول شماره (۴): توزیع فراوانی باورهای بهداشتی کارکنان زن مراکز بهداشتی در ارتباط با فواید معاینات کلینیکی پستان

	کاملًا موافق	موافق	نظری ندارم	مخالفم	کاملًا مخالفم	فراآنی	بیانیه‌ها	
							درصد	تعداد
۲۷/۶	۵۴	۶۳/۳	۱۲۴	۳/۶	۷	۳/۶	۷	۲
							۴	۱) انجام معاینات کلینیکی پستان به تشخیص زودرس توده‌های پستانی کمک می‌کند
۱۳/۳	۲۶	۳۰/۱	۵۹	۱۵/۸	۳۱	۳۴/۲	۶۷	۶/۶
							۱۳	۲) اگر معاینات کلینیکی پستان مشکل جدی نشان ندهد دیگر نیازی به فکر کردن در مورد سرطان پستان نیست
۱۹/۹	۳۹	۶۲/۲	۱۲۲	۶/۱	۱۲	۸/۷	۱۷	۳/۱
							۶	۳) انجام معاینات کلینیکی پستان احتمال مرگ ناشی از سرطان پستان را کاهش می‌دهد

و انجام معاینات کلینیکی پستان ارتباط معنی دار آماری وجود داشت ولی مابین سایر متغیرها ارتباط معنی دار آماری مشاهده نشد (جدول ۵).

نتایج آزمون آماری نشان داد که بین شغل و انجام خودآزمایی پستان، وضعیت تأهل و انجام خودآزمایی پستان، وضعیت تأهل و انجام ماموگرافی، سن و انجام ماموگرافی و نیز سن

جدول شماره (۵): ارتباط بین مشخصات فردی اجتماعی و رفتارهای تشخیص زودرس سرطان پستان

مشخصات	رفتارها	خودآزمایی پستان	ماموگرافی	معاینات کلینیکی پستان	P=۰/۸۱	$\chi^2=۰/۴۰$
شغل		$*P<۰/۰۰۱$		$\chi^2=۲۱/۱۴$		
تحصیلات		$P=۰/۲۱$		$\chi^2=۴/۴۸$		$\chi^2=۱/۳۸$
وضعیت تأهل		$*P=۰/۰۰۲$		$\chi^2=۱۰/۹۹$		$\chi^2=۰/۰۸$
سن		$P=۰/۰۶$		$t=۱/۸۸$		$t=۲/۳۶$
$* P=۰/۰۲$		$t=۵/۴۴$		$* P<۰/۰۰۱$		
$t=۱/۰۰$		$\chi^2=۹/۶۱$		$* P=۰/۰۰۱$		
$\chi^2=۰/۰۸$		$P=۰/۵۹$		$\chi^2=۱/۸۸$		
$P=۰/۵۰$		$\chi^2=۱/۳۸$		$P=۰/۸۱$		

ندارد که احتمالاً به دلیل تفاوت‌های فرهنگی و اقتصادی اجتماعی بین این دو گروه نمونه می‌باشد.

در این پژوهش اکثر کارکنان زن، درک بهتری از فواید خودآزمایی پستان داشتند، به طوری که ۵۵درصد از کارکنان با بیانیه "موقع انجام خودآزمایی پستان احساس می‌کنم که از خودم خوب مراقبت می‌کنم" موافق بودند ولی درک اکثر کارکنان زن از استعداد ابتلا به سرطان پستان در حد متوسط بود، به طوری که ۲۸درصد از آن‌ها با بیانیه "احتمال اینکه به سرطان پستان مبتلا شوم، خیلی زیاد است" و ۳۱درصد با بیانیه "احساس می‌کنم که در مقطعی از زندگیم به سرطان پستان مبتلا خواهم شد" مخالف بودند. در همین رابطه، نتایج مطالعه آوجی^۳ نشان داد که شرکت‌کنندگان باورهای متوسطی در مورد استعداد ابتلا به سرطان پستان، موانع انجام خودآزمایی پستان و خودکارآمدی خودآزمایی پستان را در نظر گرفته‌اند. خودآزمایی پستان اهمیت سرطان پستان را بهداشتی بالای داشتند (۱۳). همچنین طبق نتایج مطالعه سچگینلی زنانی که درک بهتری از استعداد ابتلا به سرطان پستان داشتند، بیشتر خودآزمایی پستان انجام می‌دادند و زنانی که موانع درک شده بیشتری داشتند، کمتر خودآزمایی پستان انجام می‌دادند (۲۰). در

بحث و نتیجه گیری

طبق نتایج پژوهش ۲۶/۹درصد از شرکت‌کنندگان، ماهیانه خودآزمایی پستان انجام می‌دادند و ۱۵/۶درصد از آن‌ها از نحوه انجام خودآزمایی پستان آگاهی زیادی داشتند و ۲۶/۶درصد از آن‌ها، ماموگرافی و ۷/۱درصد معاینات کلینیکی پستان انجام می‌دادند. نتایج پژوهش کارلی^۱ و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که ۴۰/۳درصد از آن‌ها خودآزمایی پستان را به طور ماهانه انجام می‌دادند (۱) که با نتایج این مطالعه تقریباً هم‌خوانی دارد. همچنین این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش جان بولت^۲ و همکاران (۲۰۰۷) هم‌خوانی دارد که ۱۹/۲درصد از شرکت‌کنندگان در پژوهش آن‌ها خودآزمایی پستان را ماهانه انجام می‌دادند و ۳۱/۷درصد آن‌ها از انجام خودآزمایی پستان آگاهی کافی داشتند و ۱۲/۵درصد انجام ماموگرافی را گزارش نمودند (۱۸). در پژوهش‌های دیگر نتایج متفاوتی بدست آمده است؛ نتایج پژوهش دوندر و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که ۷۲/۱درصد از شرکت‌کنندگان از انجام خودآزمایی پستان آگاهی داشتند و فقط ۱۰/۲درصد نمونه‌ها ماهانه خودآزمایی پستان انجام می‌دادند و ۱۰/۶درصد از آن‌ها، ماموگرافی و ۲۵درصد معاینات کلینیکی پستان انجام می‌دادند (۲۱) که با نتایج پژوهش حاضر هم‌خوانی

¹ Carelli

² Janbulat

³ Avci

خودآزمایی پستان ارتباط وجود دارد ولی بین سطح تحصیل و انجام خودآزمایی پستان ارتباطی وجود نداشت. همچنین در این مطالعه مشخص شد که احتمال انجام خودآزمایی پستان در کارکنان متأهل ۵ بار بیشتر از کارکنان مجرد بود (۱۳) که به نوعی با نتایج مطالعه حاضر هم خوانی دارد.

طبق نتایج مطالعه، بین وضعیت تأهل، سن و میزان انجام ماموگرافی، ارتباط معنی دار آماری وجود داشت. نتایج مطالعه عباس زاده و همکاران نشان داد که باورهای بهداشتی زنان در بعضی از بعد ازگویی باورهای بهداشتی از جمله فواید ماموگرافی و وجود اشاراتی برای انجام ماموگرافی با انجام ماموگرافی همراه بود. دانستن فواید و امتیازات ماموگرافی و اشارات عمل، پیوستن زنان به انجام ماموگرافی را افزایش خواهد داد (۲۹) که با مطالعه حاضر هم خوانی دارد. نتایج پژوهش فینی راتن^۴ مشخص کرد زنانی که سابقه فامیلی مثبت سرطان پستان داشتند، فواید زیاد و موانع کمتری از ماموگرافی را گزارش نمودند (۳۰).

در نهایت در این مطالعه میزان انجام رفتارهای تشخیص زودرس سرطان پستان، پایین ارزیابی شد، لذا تدوین برنامه های آموزشی در رابطه با خودآزمایی پستان، معایینات کلینیکی پستان و ماموگرافی، گذراندن دوره های آموزشی جهت ارتقای سطح آگاهی کارکنان و زنان در مورد تشخیص زودرس سرطان پستان و ارتقاء باورهای بهداشتی آنها ضروری به نظر می رسد. برنامه ملی جامع کنترل سرطان در ایران با ۴ جزء؛ آموزش و افزایش آگاهی افراد، غربالگری و تشخیص زودرس، درمان مناسب و مراقبت های تسکینی به تصمیم گیرندگان بهداشتی جهت کاهش بار^۵ سرطان پستان توصیه می شود و باید برنامه های خاصی برای زنان در نظر گرفته شود. همچنین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی لازم است ضرورت چنین برنامه هایی را بررسی نموده و تسهیلاتی جهت تشخیص زودرس و درمان سرطان پستان در ایران فراهم نماید.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از ریاست محترم شبکه بهداشت استان آذربایجان شرقی که ما را در تصویب این مطالعه مساعدت نمودند تشکر نموده و نیز از مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به لحاظ حمایت های مالی سپاسگزاری می شود. همچنین از مسئولین و کارکنان مراکز و پایگاه های بهداشتی که همکاری لازم را در این تحقیق داشتند قدردانی می شود.

مطالعه جیروجونگ و مکلنان^۶ (۲۰۰۲) نیز مشخص گردید که داشتن باورهای بهداشتی بالا در باره استعداد ابتلا به سرطان پستان، قویاً با افزایش احتمال انجام خودآزمایی پستان همبستگی دارد (۲۴).

در زمینه باورهای بهداشتی مربوط به موانع ماموگرافی، ۱۷/۳ درصد از کارکنان با بیانیه "نجام ماموگرافی باعث رسیدن اشue بی مورد به بدن من خواهد شد" موافق بودند و ۵۲/۵ درصد از آنها با بیانیه های "نمی دانم جهت انجام ماموگرافی چگونه و به کجا مراجعه کنم" و "به خاطر هزینه بالا، ماموگرافی انجام نمی دهم" مخالف بودند. در مطالعه عابدیان کاسگری و همکاران (۲۰۰۶) مشخص گردید که ۵۵/۸ درصد از زنان کاملاً موافق بودند که انجام ماموگرافی فرد را از سلامت پستان های خود مطمئن می کند و شایع ترین مانع برای انجام ماموگرافی این بود که انجام خودآزمایی پستان برای یافتن توده در پستان کمک می کند و نیازی به انجام ماموگرافی نیست (۲۶). این یافته ها با نتایج مطالعه حاضر هم خوانی ندارد. این تفاوت می تواند ناشی از این باشد که نمونه های پژوهش حاضر از کارکنان بهداشتی درمانی بوده و آگاهی زیادی در این زمینه دارند و همین عامل باعث شده که باورهای بهداشتی بهتری داشته باشند. در همین رابطه، نتایج پژوهش جوون^۷ و همکاران (۲۰۰۴) در بین زنان آمریکائی - کره ای تبار نشان داد که شایع ترین مانع برای انجام ماموگرافی، این باور زنان بود که آنها در معرض خطر کمتری برای ابتلا به سرطان پستان هستند (۲۸). در مطالعه بیووت^۸ و همکاران نیز در زنان ۵۰-۷۴ ساله در فرانسه، دلایل عمدی عدم انجام تست های غربالگری شامل عدم احساس نگرانی و اضطراب برای ابتلا به سرطان پستان، عدم وجود انگیزه برای انجام تست ها و عدم توصیه پزشک بود (۲۸).

در این مطالعه بین شغل، وضعیت تأهل و میزان انجام خودآزمایی پستان ارتباط معنی دار آماری وجود داشت. در این راستا، نتایج مطالعه حاجی محمودی و همکاران در بین کارکنان زن بهداشتی در تهران، نشان داد که انجام خودآزمایی پستان به طور قابل توجهی با سن، سطح تحصیلات، نوع شغل، سابقه شخصی مشکلات پستان و میزان آگاهی از نحوه انجام خودآزمایی پستان ارتباط دارد ولی با وضعیت تأهل و سابقه خانوادگی سرطان پستان ارتباط ندارد (۲۲) که با نتایج مطالعه حاضر هم خوانی ندارد. دلیل اختلاف نتایج دو مطالعه، تفاوت در نگرش و باورهای بهداشتی کارکنان بهداشتی می تواند باشد. در مطالعه آوجی مشخص شد بین سن، وضعیت تأهل و سابقه فامیلی با انجام

⁴Finney Rutten
⁵Burden

¹Jirojwong & MacLennan

¹Joon

³Pivot

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. *The Breast J* 2007; 10: 1-5.
2. Akbarzadeh Pasha H, Akbarzadeh Pasha A. Order in obstetrics. First Ed. Tehran: Golban Publication; 2007. (Persian)
3. Yavari P, Mehrabi Y, Poor Hoseingoli M. Knowledge and practice of women about breast self examination: a case-control study. Ardabil Uni Med Sc J 2005; 4: 371-7. (Persian)
4. Brunner L, Suddarth D. Nursing care of productive system and breast diseases. Translated by: Abbed Saeidi ZH, Salemi S, Ebrahim N. First Ed. Tehran: Salemi; 2008. (Persian)
5. American Cancer Society (www.cancer.org) [homepage on the internet]. 2008. Available from: http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_6x_Breast_Cancer_Early_Detection.asp
6. 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): 383-391.
7. Center for Cancer Registration, Ministry of Health and Medical Education [database on the Internet]. 2008. Available from: <http://behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=1&pageid=157&newsview=3154&pro=nobak>
8. Mousavi SM, Donolou M, Haj Sadeghi N, N, Sedighi Z, Rahmani Basir SH, Jalal R, et al. National report of cancer cases registration in 2005, Ministry of Health and Medical Education. Tehran: center for diseases management; 2007: 77-109. (Persian)
9. 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: 1608-1617.
10. Hacihasanoglu R, Gozum S. The effect of training on the knowledge levels and beliefs regarding breast self-examination on women attending a public education centre. *European J of Oncology Nursing* 2008; 12: 58-64.
11. Berek J. Berek & Novak's gynecology. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007: 637-662.
12. Foxall MJ, Barron CR, Houfek J. Ethnic differences in breast self-examination practice and health belief. *J of Advanced Nursing* 1998; 27: 419-428.
13. 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.
14. Tan SM, Evans AJ, Lam TP, Cheung KL. How relevant is breast cancer screening in the Asia/Pacific region?. *Breast J* 2007; 16: 113-119.
15. 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.
16. Harirchi I, Ebrahimi M, Zamani N, Jarvandi S, Montazeri A. Breast cancer in Iran: a review of 903 case records. *Public Health J* 2000; 14: 143-5.
17. 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.
18. 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.
19. 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): 277–286.
20. 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: 161–171.
21. Dündar PE, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G, Akyıldız 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.
22. Haji-Mahmoodi M, Montazeri A, Jarvandi S, Ebrahimi M, Haghigat SH, Harirchi I. Breast self-examination: knowledge, attitude, and practices among female health care workers in Tehran, Iran. *The Breast J* 2002; 8 (3): 222-225.
23. Godazandeh G, Khani H, Khalilian A, Atarod Z, Firozjaei M, Partovi A, et al. Knowledge and practice of women older than 15 years about breast cancer in Sari, Iran. *Mazandaran Uni Med Sc J* 2006; 16 (52): 64-74. (Persian)
24. Jirojwong S, MacLennan R. Health beliefs, perceived self-efficacy, and breast self-examination among Thai migrants in Brisbane. *J of Advanced Nursing* 2002; 41 (3): 241-249.
25. Avcı IA. The health beliefs relating to mammography of the midwives and nurses. *The J of Breast Health* 2007; 3 (1): 4-9.
26. Aabedian Kasgari K, Shah Hoseini Z, Aadeli H. Health beliefs of mammography in women referring to health centers in Sari, 2006. *Mazandaran Uni Med Sc J* 2006; 54: 90-8. (Persian)
27. Juon HS, Kim M, Shankar S, Han W. Predictors of adherence to screening mammography among Korean American women. *Preventive Medicine* 2004; 39: 474– 481.
28. 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.
29. Abaszadeh A, Haghdoost 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.
30. 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: 353–359.

ASSESSING HEALTH BELIEFS AND BREAST CANCER EARLY DETECTION BEHAVIORS AMONG FEMALE HEALTHCARE PROVIDERS IN TABRIZ HEALTH CENTERS

Mokhtary L¹, Khorami Marekani A², Habibpour Z³*

Received: 2 Mar, 2013; Accepted: 4 May, 2013

Abstract:

Background & Aims: Breast cancer is the most common cancer among females. In Iran 10.7% of cancers are related to breast cancer. Early detection by screening programs is a useful approach in controlling the disease. The purpose of this study was to assess the health beliefs about breast self examination, mammography and clinical breast examination among female healthcare providers in Tabriz health centers.

Materials & Methods: In this descriptive analytic study, 196 female healthcare providers were selected from Tabriz 52 health centers by cluster random sampling and their health beliefs are assessed by using Champion's Health Belief Model questionnaire. Data analyzed by SPSS software.

Results: The mean age of participants was 37.01 ± 7.54 and 73.5% of them were married and the job of 45.6% was midwife. 73.2% of participants performed BSE, 26.6% of them performed mammography and 10.7% of them performed CBE. There was a significant relation between job and marital status with BSE performing, marital status and age with mammography performing and age with CBE performing. The BSE performance was higher among nurses and midwives. BSE and mammography performance were higher in married health workers. Health workers who performed mammography and CBE were older.

Conclusion: The results of this study showed that the rate of BSE, CBE and mammography performance is low in Tabriz healthcare providers. So providing educational programs with focus on performance of early detection behaviors is strongly recommended by people in charge.

Key words: Breast Neoplasm, Breast Self-Examination, Mammography, Healthcare Workers

Address: Khoy, Vali Asr Ave, School of Nursing and Health, Khoy, Postal code 5816753464

Tel: (+98) 461 2255777, 9144611568

Email: l.mokhtary@gmail.com

¹*MSc in Nursing, Academic member of Urmia university of medical sciences (Corresponding Author)*

²*PhD in Nursing, Assistant professor of Urmia university of medical sciences*

³*MSc in Nursing, Academic member of Urmia university of medical sciences*