

بررسی مشخصات فردی و باورهای بهداشتی مرتبط با انجام ماموگرافی غربالگری در زنان ۳۵ سال و بالاتر شاغل در دانشکده‌های علوم پزشکی آبادان

فرخنده حیاتی^{۱*}، روح الله روهنده^۲

۱. مربی گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران.
۲. مربی گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۰/۰۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۱/۰۵

خلاصه

مقدمه: سرطان پستان، بیشترین موارد تشخیصی سرطان در زنان سراسر جهان می‌باشد. درمان موفقیت‌آمیز سرطان پستان وابسته به تشخیص زودرس آن می‌باشد. ماموگرافی، یک روش استاندارد طلایی برای غربالگری سرطان پستان می‌باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین مشخصات فردی و باورهای بهداشتی مرتبط با انجام ماموگرافی غربالگری در زنان ۳۵ سال و بالاتر شاغل در دانشکده‌های علوم پزشکی دولتی و آزاد شهرستان آبادان انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۶ بر روی ۹۰ نفر از زنان شاغل دانشکده علوم پزشکی آبادان و دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی آبادان به روش نمونه‌گیری تمام شماری انجام شد. داده‌های مربوط به مطالعه با استفاده از پرسشنامه مشخصات فردی و جمعیت‌شناختی و اعتقادات بهداشتی گردآوری گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بین تعداد ماموگرافی انجام شده و حساسیت درک شده و بین میزان تحصیلات همسر و حساسیت درک شده ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ($p=۰/۰۰۳$). میانگین موانع درک شده در کسانی که سابقه سرطان پستان در بستگان درجه یک داشتند، بیشتر از میانگین موانع درک شده در کسانی بود که سابقه سرطان پستان در بستگان درجه یک نداشتند. میانگین حساسیت درک شده در کارکنان با رشته تحصیلی علوم پزشکی بیشتر از میانگین حساسیت درک شده در کارکنان با رشته تحصیلی علوم انسانی بود.

نتیجه‌گیری: سطح دانش کم در مورد ماموگرافی، علت اصلی عدم انجام ماموگرافی به میزان کم در بین زنان شاغل در دانشکده‌های علوم پزشکی است. بنابراین، می‌توان با اجرای برنامه‌های آموزشی مدون در سطح گسترده، به افزایش میزان آگاهی در مورد روش‌های غربالگری سرطان پستان پرداخت.

کلمات کلیدی: باورهای بهداشتی، زنان شاغل، سرطان پستان، ماموگرافی غربالگری

* نویسنده مسئول مکاتبات: فرخنده حیاتی؛ دانشکده علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران. تلفن: ۰۶۱-۵۳۲۶۵۳۵۷؛ پست الکترونیک: farkhonde_hayati@yahoo.com

مقدمه

سرطان پستان، بیشترین موارد تشخیصی سرطان در زنان سراسر جهان می‌باشد. درمان موفقیت‌آمیز سرطان پستان وابسته به تشخیص زودرس آن می‌باشد (۱). ماموگرافی، یک روش استاندارد طلایی برای غربالگری سرطان پستان می‌باشد (۱). ماموگرافی به عنوان اولین اقدام تشخیصی می‌تواند میزان مرگ‌ومیر ناشی از سرطان پستان را ۵۰-۳۰٪ کاهش دهد (۲). سن ابتلاء به سرطان پستان در ایران، ۱۰ سال جوان‌تر از کشورهای توسعه یافته است (۳)؛ به طوری که در ایران سن شیوع این بیماری اکثراً در سنین ۴۴-۳۵ سالگی گزارش شده است (۴). بر اساس آمار وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۴، میزان بروز سرطان پستان در ایران ۲۴ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ زن است که حدود ۶۰۰۰ مورد مرگ ناشی از سرطان پستان در ایران گزارش می‌شود (۵).

آگاهی خوب درباره سرطان پستان و اعتقادات مثبت با انجام ماموگرافی غربالگری مرتبط است (۱). عوامل فردی که به زنان کمک می‌کند بر موانع انجام ماموگرافی غلبه کنند شامل آگاهی و دانش در مورد ریسک فاکتورهای سرطان پستان، دانش و اعتماد به روش‌های تشخیصی زودرس و مسئولیت شخصی برای سلامتی و بهزیستی خود می‌باشند (۶). در مطالعه کیم و همکار (۲۰۰۸) که بر روی زنان کره‌ای انجام شد، زنان ۴۰-۳۰ ساله در مقایسه با زنان مسن‌تر، موانع بیشتری را نسبت به انجام ماموگرافی درک می‌کردند، همچنین انگیزه سلامتی یک فاکتور مهم برای انجام ماموگرافی و ترس از سرطان پستان یک مانع مهم بود (۶). برخی مطالعات درصد نسبتاً بالایی از ترس، اضطراب و افسردگی را در زنان هنگام ماموگرافی نشان داده‌اند (۷). ترس از هزینه زیاد، درد در هنگام ماموگرافی و دریافت جواب ناخوشایند، از موانع انجام ماموگرافی بوده است (۸). ترس از خطرات اشعه، عدم آگاهی دقیق در مورد ماموگرافی و عدم توصیه پزشک، از موانع کاهش انجام ماموگرافی بوده است (۹). لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین مشخصات فردی و باورها و اعتقادات زنان نسبت به سرطان پستان بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی، در زنان ۳۵ سال و بالاتر شاغل دانشکده علوم پزشکی آبادان و دانشکده

پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آبادان سال ۱۳۹۶ انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی-مقطعی در سال ۱۳۹۶ بر روی ۹۰ نفر از زنان ۳۵ سال و بالاتر شاغل اعم از اعضای هیأت علمی و کارکنان اداری و آموزشی دانشکده علوم پزشکی آبادان و دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آبادان انجام شد. ابتدا لیستی از افرادی که در این محدوده سنی قرار داشتند جمع‌آوری گردید؛ سپس به روش نمونه‌گیری تمام شماری، ۹۰ نفر انتخاب شدند (۸) نفر به علت عدم تمایل، در مطالعه شرکت نکردند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن سن ۳۵ سال و بالاتر، نداشتن سابقه سرطان پستان و عضو هیأت علمی و کارکنان اداری و آموزشی دانشکده علوم پزشکی آبادان و دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آبادان بود.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه دوبخشی بود. بخش اول مشخصات فردی و جمعیت‌شناختی شامل: سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، رشته تحصیلی، سطح تحصیلات همسر، پست سازمانی، وضعیت اقتصادی، تعداد زایمان، وضعیت یائسگی، دفعات انجام ماموگرافی، علت انجام ماموگرافی، سابقه سرطان در قسمت‌های دیگر بدن، سابقه سرطان پستان در بستگان درجه یک، سابقه سرطان‌های دیگر در بستگان درجه یک و دانشگاه محل اشتغال بود. بخش دوم شامل سؤالات باور بهداشتی برگرفته از مقیاس مدل اعتقاد بهداشتی چمپیون بود که در سال ۱۹۸۴ جهت استفاده بین‌المللی طراحی و در سال ۱۹۹۷ و ۱۹۹۹ مورد بازنگری قرار گرفت (۱۰، ۱۱). این پرسشنامه شامل ۲۰ سؤال و در سه زمینه موانع درک شده انجام ماموگرافی (۹ سؤال)، فواید درک شده نسبت به انجام ماموگرافی (۵ سؤال) و حساسیت درک شده در زمینه استعداد ابتلاء به سرطان پستان (۶ سؤال) بود، که بر اساس مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت تنظیم شد. امتیاز مقیاس درجه‌بندی سؤالات باورهای بهداشتی در مورد موانع انجام ماموگرافی شامل: "کاملاً موافقم با امتیاز ۱"، "موافقم با امتیاز ۲"، "نظری ندارم با امتیاز

۲۰۰۶) انجام شد و ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۵ را محاسبه کردند (۱۲).

پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی و اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات و توضیح در مورد روند مطالعه، پرسشنامه‌ها در اختیار واحدهای پژوهش قرار داده شد. روش گردآوری داده‌ها به روش پرسشنامه بود. افراد با خواندن پرسشنامه و در صورت لزوم توضیح سؤالات پرسشنامه توسط پژوهشگر، آنها را پاسخ دادند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و آزمون‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی مطلق و نسبی) و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و ضریب همبستگی اسپیرمن) انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر شرکت‌کنندگان در محدوده سنی ۵۵-۳۵ سال و میانگین سنی $۴۲/۹ \pm ۵/۸$ سال بودند. از ۹۰ نفر، تنها ۲۲ نفر ماموگرافی انجام داده بودند (جدول ۱).

۳، "مخالفم با امتیاز ۴" و "کاملاً مخالفم با امتیاز ۵" بود. امتیاز مقیاس درجه‌بندی سؤالات باورهای بهداشتی در مورد فواید انجام ماموگرافی شامل: "کاملاً موافقم با امتیاز ۵"، "موافقم با امتیاز ۴"، "نظری ندارم با امتیاز ۳"، "مخالفم با امتیاز ۲" و "کاملاً مخالفم با امتیاز ۱" بود. امتیاز مقیاس درجه‌بندی سؤالات باورهای بهداشتی در موارد حساسیت درک شده در زمینه استعداد ابتلاء به سرطان پستان شامل: "کاملاً موافقم با امتیاز ۵"، "موافقم با امتیاز ۴"، "نظری ندارم با امتیاز ۳"، "مخالفم با امتیاز ۲" و "کاملاً مخالفم با امتیاز ۱" بود. در مورد سؤال "ابتلاء به سرطان پستان یک تقدیر الهی است" امتیاز بدین‌صورت بود که به "کاملاً موافقم امتیاز ۱"، "موافقم امتیاز ۲"، "نظری ندارم امتیاز ۳"، "مخالفم امتیاز ۴" و "کاملاً مخالفم امتیاز ۵" تعلق گرفت. بدین‌ترتیب نمره دامنه این آزمون ۱۵ و ۷۷ و امتیازات سؤالات باورهای بهداشتی در سه دسته ضعیف (۳۵-۱۵)، متوسط (۵۶-۳۶) و قوی (۷۷-۵۷) بود. روایی و پایایی این آزمون در مطالعه عابدیان کاسگری و همکاران

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات فردی و جمعیت‌شناختی زنان شاغل در دانشکده‌های علوم پزشکی آبادان

ردیف	مشخصات فردی و جمعیت‌شناختی	تعداد (درصد)
سن (سال)	۳۵-۴۰	۳۹ (۳۲/۵)
	۴۱-۴۵	۲۱ (۱۷/۵)
	۴۶-۵۰	۲۴ (۲۰)
	۵۱-۵۵	۱۰ (۷/۵)
وضعیت تأهل	همسر دار	۵۹ (۶۵/۶)
	بدون همسر	۳۱ (۳۴/۴)
تحصیلات	زیر دیپلم	۱ (۱/۱)
	دیپلم	۷ (۷/۸)
	فوق دیپلم	۷ (۷/۸)
	لیسانس	۲۷ (۳۰)
	فوق لیسانس دکتر	۳ (۳)
رشته تحصیلی	علوم پزشکی	۳۲ (۵/۶)
	علوم انسانی	۵۸ (۶۴/۴)
تحصیلات همسر	زیر دیپلم	۳ (۳/۳)
	دیپلم	۱۸ (۲۰)
	فوق دیپلم	۵ (۵/۶)
	لیسانس	۱۹ (۲۱/۱)
	فوق لیسانس دکتر	۸ (۸/۹) ۶ (۶/۷)

۸۵ (۹۴/۴)	کارمند	پست سازمانی
۵ (۵/۶)	هیأت علمی	
۲ (۳/۲)	ضعیف	ارزیابی وضعیت اقتصادی
۵۳ (۵۸/۹)	متوسط	
۳۵ (۳۸/۹)	خوب	
۶۶ (۷۳/۳)	شخصی	وضعیت مسکن
۱۲ (۱۳/۳)	استیجاری	
۱۲ (۱۳/۳)	سایر	
۴۵ (۳۷/۵)	۱-۲	تعداد زایمان
۱۰ (۸/۴)	بیشتر یا مساوی ۲	
۱۳ (۱۴/۴)	بلی	وضعیت یائسگی
۷۷ (۸۵/۶)	خیر	
۱۶ (۱۷/۷)	۱	دفعات انجام ماموگرافی
۶ (۶/۷)	بیشتر یا مساوی ۲	
۶ (۶/۷)	لمس توده	علت انجام ماموگرافی
۴ (۴/۴)	درد	
۱۲ (۱۳/۳)	چک آپ	
۱۲ (۱۳/۳)	بلی	سابقه سرطان پستان در بستگان درجه ۱
۷۸ (۸۶/۷)	خیر	
۱۴ (۱۵/۶)	بلی	سابقه سرطان‌های دیگر بدن در بستگان درجه ۱
۷۶ (۸۴/۴)	خیر	
۶۱ (۶۷/۸)	دولتی	دانشگاه محل کار
۲۹ (۳۲/۲)	آزاد	

در مورد موانع انجام ماموگرافی، بیشترین آمار مربوط به انجام آن می‌شود"، بود که ۴۳ نفر (۴۷/۸٪) جواب سؤال "عدم آگاهی دقیق در مورد ماموگرافی مانع از موافقم را داده بودند (جدول ۲).

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی امتیازات کسب شده از پاسخگویی به سؤالات باورهای بهداشتی نسبت به موانع انجام ماموگرافی غربالگری در زنان ۳۵ سال و بالاتر شاغل در دانشکده‌های علوم پزشکی آبادان

مورد نسبت به موانع انجام ماموگرافی	کاملاً موافقم تعداد (درصد)	موافقم تعداد (درصد)	مخالفم تعداد (درصد)	کاملاً مخالفم تعداد (درصد)	نظری ندارم تعداد (درصد)
۱- ماموگرافی باعث نگرانی فرد در مورد سرطان پستان می‌شود.	۸ (۸/۹)	۲۰ (۲۲/۲)	۳۷ (۴۱/۱)	۲۰ (۲۲/۲)	۵ (۵/۶)
۲- انجام خودآزمایی پستان برای یافتن تغییرات کفایت می‌کند و ماموگرافی لازم نیست.	۶ (۶/۷)	۹ (۱۰)	۴۸ (۵۳/۳)	۲۳ (۲۵/۶)	۴ (۴/۴)
۳- عدم توصیه پزشک در مورد ماموگرافی مانع از انجام آن می‌شود.	۱۳ (۱۴/۴)	۲۸ (۳۱/۱)	۳۴ (۳۷/۸)	۸ (۸/۹)	۷ (۷/۸)
۴- عدم آگاهی دقیق در مورد ماموگرافی مانع از انجام آن می‌شود.	۱۸ (۲۰)	۴۳ (۴۷/۸)	۲۲ (۲۴/۴)	۴ (۴/۴)	۳ (۳/۳)
۵- ترس از خطرات اشعه در ماموگرافی مانع از انجام آن می‌شود.	۹ (۱۰)	۲۴ (۲۶/۷)	۳۳ (۳۶/۷)	۱۷ (۱۸/۹)	۷ (۷/۸)
۶- انجام خودآزمایی پستان برای یافتن هر توده‌ای در پستان کفایت می‌کند و نیاز به انجام ماموگرافی نیست.	۲ (۲/۲)	۲۵ (۲۷/۸)	۳۶ (۴۰)	۱۴ (۱۵/۶)	۹ (۱۰)
۷- انجام ماموگرافی وقت‌گیر است.	۶ (۶/۷)	۲۵ (۲۷/۸)	۳۶ (۴۰)	۱۴ (۱۵/۶)	۹ (۱۰)
۸- انجام ماموگرافی دردناک است.	۱۶ (۱۷/۸)	۲۸ (۳۱/۱)	۱۶ (۱۷/۸)	۷ (۷/۸)	۲۳ (۲۵/۶)
۹- انجام ماموگرافی هزینه زیادی دارد.	۹ (۱۰)	۳۵ (۳۸/۹)	۱۴ (۱۵/۶)	۲ (۲/۲)	۳۰ (۳۳/۳)

در مورد سؤالات مربوط به فواید انجام ماموگرافی،
بیشترین فایده درک شده "انجام ماموگرافی در تشخیص
زودرس توده‌ها به من کمک می‌کند"، بود که ۴۹ نفر
(۵۴/۴٪) جواب موافقم را داده بودند (جدول ۳).

جدول ۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی امتیازات کسب شده از پاسخگویی به سؤالات باورهای بهداشتی نسبت به فواید انجام ماموگرافی غربالگری در زنان ۳۵ سال و بالاتر شاغل در دانشکده‌های علوم پزشکی آبادان

نظری ندارم تعداد (درصد)	کاملاً مخالفم تعداد (درصد)	مخالفم تعداد (درصد)	موافقم تعداد (درصد)	کاملاً موافقم تعداد (درصد)	فواید درک شده نسبت به انجام ماموگرافی
۱۰ (۱۱/۱)	۷ (۷/۸)	۲۰ (۲۲/۲)	۳۳ (۳۶/۷)	۲۰ (۲۲/۲)	۱۰- اگر انجام ماموگرافی مشکل جدی را نشان ندهد، دیگر نیازی به فکر کردن در مورد سرطان پستان را ندارم.
۵ (۵/۶)	۱ (۱/۱)	۴ (۴/۴)	۴۹ (۵۴/۴)	۳۱ (۳۴/۴)	۱۱- انجام ماموگرافی در تشخیص زودرس توده‌ها به من کمک می‌کند.
۱۳ (۱۴/۴)	۳ (۳/۳)	۲۴ (۲۶/۷)	۳۶ (۴۰)	۱۴ (۱۵/۶)	۱۲- اگر در ماموگرافی توده‌ای تشخیص داده شود، درمان سرطان پستان مشکل نخواهد بود.
۱۸ (۲۰)	۱ (۱/۱)	۶ (۶/۷)	۴۴ (۴۸/۹)	۲۱ (۲۳/۳)	۱۳- انجام ماموگرافی برای تشخیص توده‌های بسیار کوچک پستانی، بهترین روش است.
۱۰ (۱۱/۱)	۳ (۳/۳)	۱۰ (۱۱/۱)	۳۷ (۴۱/۱)	۳۰ (۳۳/۳)	۱۴- انجام ماموگرافی احتمال مرگ ناشی از سرطان پستان را کاهش می‌دهد.

بیشترین حساسیت درک شده نسبت به استعداد ابتلاء
به سرطان پستان در مورد سؤال "چنانچه مادر یا خواهر
زنی به سرطان پستان مبتلا شده باشند، ابتلای وی به
سرطان پستان بیشتر است"، بود که ۴۶ نفر (۵۱/۱٪)
جواب موافقم را داده بودند (جدول ۴).

جدول ۴- توزیع فراوانی مطلق و نسبی امتیازات کسب شده از پاسخگویی به سؤالات باورهای بهداشتی نسبت به موارد حساسیت درک شده نسبت به استعداد ابتلاء به سرطان پستان در زنان ۳۵ سال و بالاتر شاغل در دانشکده‌های علوم پزشکی آبادان

نظری ندارم تعداد (درصد)	کاملاً مخالفم تعداد (درصد)	مخالفم تعداد (درصد)	موافقم تعداد (درصد)	کاملاً موافقم تعداد (درصد)	موارد حساسیت درک شده نسبت به استعداد ابتلاء به سرطان پستان
۱۹ (۲۱/۱)	۱ (۱/۱)	۱۵ (۱۶/۷)	۳۹ (۴۳/۳)	۱۶ (۱۷/۸)	۱۵- با افزایش سن، استعداد ابتلاء به سرطان پستان در فرد بیشتر می‌شود.
۱۴ (۱۵/۶)	۰	۲ (۲/۲)	۴۶ (۵۱/۱)	۲۸ (۳۱/۱)	۱۶- چنانچه مادر یا خواهر زنی به سرطان پستان مبتلا شده باشند ابتلاء وی به سرطان پستان بیشتر است.
۱۶ (۱۷/۸)	۲۰ (۲۲/۲)	۳۳ (۳۶/۷)	۱۷ (۱۸/۹)	۴ (۴/۴)	۱۷- ابتلاء به سرطان پستان یک تقدیر الهی است.
۱۸ (۲۰)	۴ (۴/۴)	۳۵ (۳۸/۹)	۲۶ (۲۸/۹)	۷ (۷/۸)	۱۸- وجود هر توده‌ای در پستان، استعداد ابتلاء به سرطان پستان را افزایش می‌دهد.
۲۷ (۳۰)	۴ (۴/۴)	۱۹ (۲۱/۱)	۳۵ (۳۸/۹)	۵ (۵/۶)	۱۹- چاقی در هر فردی استعداد ابتلاء به سرطان پستان را افزایش می‌دهد.
۳۴ (۳۷/۸)	۱ (۱/۱)	۲۴ (۲۶/۷)	۲۶ (۲۸/۹)	۵ (۵/۶)	۲۰- زنان مجرد نسبت به زنان متأهل بیشتر در معرض ابتلاء به سرطان پستان هستند.

(۲۸/۱±۴/۷). میانگین حساسیت درک شده در کارکنان
با رشته تحصیلی علوم پزشکی (۲۱/۵±۳/۴) بیشتر از
میانگین حساسیت درک شده در کارکنان با رشته
تحصیلی علوم انسانی (۱۹/۹±۲/۵) بود. میانگین فواید
درک شده در اعضای هیأت علمی (۴±۲۰/۳) بیشتر از
میانگین فواید درک شده در کارمندان بود
(۱۸/۶۷±۳/۰۷). همچنین میانگین حساسیت درک شده
در اعضای هیأت علمی (۲۲/۶±۴/۲۱) بیشتر از میانگین
حساسیت درک شده در کارمندان بود (۲۰/۴±۲/۸۳).

بین تعداد ماموگرافی انجام شده و حساسیت درک شده
ارتباط مثبت و معناداری و همچنین بین میزان
تحصیلات همسر و حساسیت درک شده ارتباط مثبت و
معناداری مشاهده شد (p=۰/۰۵). میانگین موانع درک
شده در زنانی که از منزل استیجاری برخوردار بودند
(۳۰/۳۳±۵/۷) بیشتر از سایرین بود (۲۸/۰۹±۵/۰۹).
میانگین موانع درک شده در کسانی که سابقه سرطان
پستان در بستگان درجه یک داشتند (۳۱/۱±۶/۲)
بیشتر از میانگین موانع درک شده در کسانی بود که
سابقه سرطان پستان در بستگان درجه یک نداشتند

بحث

در مطالعه حاضر که با هدف تعیین مشخصات فردی و باورهای بهداشتی مرتبط با انجام ماموگرافی غربالگری در زنان ۳۵ سال و بالاتر شاغل دانشکده علوم پزشکی آبادان و دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آبادان انجام شد، تنها ۲۴/۴٪ از شرکت کنندگان سابقه انجام ماموگرافی را گزارش کردند که با نتایج مطالعه هاتفنیا و همکار (۲۰۱۳) بر روی زنان شاغل کارخانه‌های دارویی شهر تهران (۱۳) و مختاری و همکاران (۲۰۱۳) بر روی کارکنان زن مراکز بهداشتی درمانی تبریز (۵) همخوانی داشت. در این مطالعه اکثر زنان مورد بررسی، بیشترین مانع درک شده در انجام ماموگرافی را "عدم آگاهی دقیق در مورد ماموگرافی" گزارش کردند. بی‌شک، مهم‌ترین گام در جهت پیشبرد سلامت زنان جامعه، افزایش دانش و ایجاد نگرش مثبت در زمینه بیماری سرطان پستان و روش‌های پیشگیری و غربالگری آن می‌باشد. دانش کم، یک مانع پیشگویی کننده قوی در کاهش انجام ماموگرافی در نمونه‌های مورد پژوهش بوده است. الکساندراکی و همکار (۲۰۱۰) در مطالعه مروری خود دریافتند که موانع متعددی ماموگرافی غربالگری را در زنان محدود می‌کند که شامل: درد، احساس شرم و خجالت، درآمد پایین، فقدان بیمه درمانی، دانش کم درباره غربالگری سرطان پستان و کمبود وسیله حمل و نقل بود (۱۴).

در این مطالعه، بیشترین حساسیت درک شده توسط شرکت کنندگان "استعداد خانوادگی برای ابتلاء به سرطان پستان" گزارش شد که با مطالعه حیاتی و همکاران (۲۰۱۷) و عابدیان کاسگری و همکاران (۲۰۰۶) همخوانی داشت (۹، ۱۲). از آنجا که در مطالعه حاضر تنها ۱۲ نفر سابقه سرطان پستان در بستگان درجه یک خویش را اعلام کردند، می‌تواند دلیلی برای کاهش انجام ماموگرافی در نمونه‌های مورد بررسی باشد. در مطالعه حاضر بین تعداد ماموگرافی انجام شده و حساسیت درک شده ارتباط معناداری مشاهده شد ($p=0/05$) که با نتایج سایر مطالعات (۳، ۱۳، ۱۵) همخوانی داشت. بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی، افزایش حساسیت درک شده در زمینه احتمال ابتلاء به

سرطان پستان، موجب افزایش رفتارهای غربالگری می‌شود (۱۷).

در مطالعه حاضر میزان همبستگی بین میزان تحصیلات همسر و حساسیت درک شده با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن، متوسط و معنادار بود ($p=0/05$). به نظر می‌رسد داشتن همسر با تحصیلات بالا، یکی از عوامل انگیزشی در انجام ماموگرافی زنان مورد مطالعه بوده است.

در مطالعه حاضر میانگین موانع درک شده در زنانی که از منزل استیجاری برخوردار بودند، بیشتر از سایرین بود که به نظر می‌رسد عدم برخورداری از مسکن شخصی و دادن اجاره بهاء، یکی از موانع انجام ماموگرافی بوده است. در مطالعات متعددی درآمد پایین و ترس از هزینه زیاد، یکی از موانع کاهش انجام ماموگرافی گزارش شده است (۸، ۱۲، ۱۴).

در مطالعه حاضر میانگین موانع درک شده در کسانی که سابقه سرطان پستان در بستگان درجه یک داشتند، بیشتر از میانگین موانع درک شده در کسانی بود که سابقه سرطان پستان در بستگان درجه یک نداشتند. در مطالعه الواسیا و همکاران (۲۰۱۷) که بر روی زنان عربستانی انجام شد، زنانی که سابقه خانوادگی سرطان پستان داشتند، نسبت به افرادی که سابقه خانوادگی این بیماری را نداشتند، از ماموگرافی کمتر استفاده کردند که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۸). برخی مطالعات ترس از دریافت جواب ناخوشایند را از موانع انجام ماموگرافی در زنان گزارش کردند (۵، ۶، ۸).

در مطالعه حاضر واحدهای پژوهش بیشترین اعتقادات مثبت نسبت به انجام ماموگرافی را تشخیص زودرس توده‌ها به خصوص توده‌های کوچک پستانی و کاهش مرگ و میر ناشی از سرطان پستان بیان کردند که با نتایج مطالعه هوک ونزی (۱۹۹۸) همخوانی داشت (۱۹). با توجه به این یافته انتظار می‌رود که افراد برای پیشگیری از این بدخیمی اقدام به انجام ماموگرافی نمایند؛ به نظر می‌رسد عدم آگاهی دقیق در رابطه با ماموگرافی در اکثر زنان، یک مانع بسیار قوی برای انجام این عمل بوده است.

در انجام رفتار بهداشتی غربالگری در اساتید علوم پزشکی بوده است.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر، جمع‌آوری داده‌ها محدود به مکان‌های نمونه‌گیری به دانشکده علوم پزشکی آبادان و دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آبادان بود، از این‌رو، لزوم انجام مطالعه مشابه با حجم نمونه بیشتر و محیط پژوهش گسترده‌تر که اعضای هیأت علمی و کارکنان زن شاغل در دانشکده‌های مختلف دانشگاه آزاد و دانشگاه پیام نور شهرستان آبادان را هم شامل می‌شود، را نشان می‌دهد.

نتیجه‌گیری

سطح دانش کم در مورد ماموگرافی، علت اصلی انجام ماموگرافی به میزان کم در بین زنان شاغل در دانشکده‌های علوم پزشکی است. بنابراین، می‌توان با اجرای برنامه‌های آموزشی مدون در سطح گسترده، به افزایش میزان آگاهی در مورد روش‌های غربالگری سرطان پستان پرداخت.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از طرح پژوهشی مصوب دانشکده علوم پزشکی آبادان در تاریخ ۹۶/۲/۱۶ با شماره ۵۰-۱۱ - ۹۶ می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشکده علوم پزشکی که حمایت مالی این طرح را بر عهده داشته و همچنین از تمام اعضای هیأت علمی و کارکنان زن شاغل که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

در مطالعه حاضر سابقه خانوادگی مثبت از موارد حساسیت درک شده نسبت به استعداد ابتلاء به سرطان پستان در بین زنان مورد مطالعه بود که با مطالعه عابدیان کاسگری و همکاران (۲۰۰۶) (۱۲) همخوانی داشت. اگرچه، مجموعه‌ای از عوامل ژنتیکی، هورمونی و احتمالاً وقایع محیطی در ایجاد سرطان پستان نقش دارند، اما در صورت ابتلای یکی از بستگان درجه یک زن (خواهر، مادر، یا دختر)، خطر بروز سرطان پستان ۳ برابر می‌باشد. اگر سرطان در ۲ نفر از بستگان درجه یک اتفاق افتاده باشد، خطر ابتلاء ۵ برابر می‌شود (۹). خوشبختانه، در این مطالعه فقط ۱۳/۳٪ سابقه فامیلی مثبت سرطان پستان را گزارش کردند.

در این مطالعه میانگین حساسیت درک شده در کارکنان با رشته‌های تحصیلی علوم پزشکی بیشتر از میانگین حساسیت درک شده در کارکنان با رشته‌های تحصیلی علوم انسانی بود. این اختلاف می‌تواند ناشی از آن باشد که فارغ‌التحصیلان در رشته‌های بهداشتی درمانی از آگاهی بیشتر و باورهای بهداشتی بهتری نسبت به فارغ‌التحصیلان علوم انسانی برخوردارند.

همچنین در مطالعه حاضر فواید و حساسیت درک شده در اعضای هیأت علمی علوم پزشکی بالاتر از کارمندان بود. تمام اعضای هیأت علمی شرکت کننده، حداقل یک‌بار ماموگرافی را انجام داده بودند. در مطالعه عابدیان کاسگری و همکاران (۲۰۰۶) بین شغل زنان و متغیرهای فواید و حساسیت درک شده، ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (۱۲) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت. به‌طور یقین، دانش و اعتقادات مثبت، از عوامل کلیدی

منابع

1. Yusof A, Chia YC, Hasni YM. Awareness and prevalence of mammography screening and its predictors--a cross sectional study in a primary care clinic in Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014; 15(19):8095-9.
2. Ranjesh M, Fathi Azar F, Ghatreh Samani F, Tarzmani MK, Valikhani E. Evaluation of adjunctive sonography results in screening of women with mammographically dense breasts for early diagnosis of breast cancer. *Iran J Breast Dis* 2016; 10(1):7-19. (Persian).
3. Berdi GA, Charkazi A, Razzaq NA. Practice and perceived threat toward breast cancer in the women living in Gorgan, Iran. *J Res Dev Nurs Midwifery* 2013; 10(1):25-32. (Persian).
4. Hayati F. What women need to know about breast cancer. Tehran: Artinteb; 2010. (Persian).
5. Mokhtary L, Markani AK. Health beliefs and breast cancer early detection behaviors among health care providers in Tabriz healthcare centers, Iran. *Basic Clin Cancer Res* 2014; 6(2):16-22. (Persian).
6. Kim JH, Kim O. Predictors of perceived barriers to mammography in Korean women. *Asian Nurs Res* 2008; 2(2):74-81.
7. Montazeri A, Jafari M, Ebrahimi M. Anxiety and depression in women attending a breast cancer mammography center. *Payesh* 2005; 3(4):181-8. (Persian).

8. Fayanju OM, Kraenzle S, Drake BF, Oka M, Goodman MS. Perceived barriers to mammography among underserved women in a breast health center outreach program. *Am J Surg* 2014; 208(3):425-34.
9. Hayati F, Jahani S, Mousavi P, Haghhighizade MH. Association between personal characteristics and health beliefs with pre-mammography anxiety in women referred to mammography centers. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017; 20(2):31-40. (Persian).
10. Bakhtari Aghdam F, Noorzade R, Sahebi L. Belief Model-based role of education in promoting the belief and behavior of breast cancer screening in women referred to health centers of Tabriz. *Tabriz Univ Med Sci* 2011; 23(6):25-31. (Persian).
11. Champion VL. Revised susceptibility, benefits, and barriers scale for mammography screening. *Res Nurs Health* 1999; 22(4):341-8.
12. Kasgry Abedian K, Shah Hosseini Z, Adeli H. Health beliefs about mammography in women referred to health centers of Sari in 2005. *J Mazandaran University Med Sci* 2006; 54:90-8. (Persian).
13. Hatefnia E, Niknami S. Predictors of mammography among employed women by HBM model. *J Zabol Univ Med Sci Health Serv* 2013; 5(1):46-56. (Persian).
14. Alexandraki I, Mooradian AD. Barriers related to mammography use for breast cancer screening among minority women. *J Natl Med Assoc* 2010; 102(3):206-18.
15. Canbulat N, Uzun O. Health beliefs and breast cancer screening behaviors among female health workers in Turkey. *Eur J Oncol Nurs* 2008; 12:148-56.
16. Hatefnia E, Niknami SH, Mahmoodi M. The effects of theory of planned behavior based education on the promotion of mammography performance in employed women. *J Birjand Univ Med Sci* 2010; 17(1):50-8. (Persian).
17. Taymoori P, Habibi S. Application of a health belief model for explaining mammography behavior by using structural equation model in women in Sanandaj. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci* 2014; 19(3):103-15. (Persian).
18. Al-Wassia RK, Farsi NJ, Merdad LA, Hagi SK. Patterns, knowledge and barriers of mammography use among women in Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2017; 38(9):913-21.
19. VanZee AH. Perceived benefits and barriers and mammography screening compliance in women age 40 and older. [Masters Theses]. Michigan: Grand Valley State University; 1998.
20. Anvari K, Sadat Mousavi H, Kavoussi F, Sylanyan Tosy M. Knowledge, beliefs, and health behaviors in those volunteering health in Mashhad, 2012. *Iran J Breast Dis* 2013; 5(4):44-52. (Persian).