

بررسی سازه های انگیزش، خودکارآمدی و هزینه پاسخ درک شده مبتنی بر انگیزش محافظت در رفتار خودآزمایی پستان

محمد واحدیان شاهرودی^۱، فاطمه پورحاجی^۲، دکتر حبیب الله اسماعیلی^۳، فهیمه پورحاجی^۴

۱. مربی گروه بهداشت و مدیریت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دانشیار گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. کارشناس ارشد مدیریت و برنامه ریزی آموزشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۲/۳

خلاصه

مقدمه: سرطان پستان یکی از عوامل مرگ و میر در زنان به شمار می رود. در کشورهای توسعه یافته از هر ۹ زن، یک نفر به این نوع سرطان مبتلا می شود. در ایران نیز شیوع این بیماری رو به افزایش است و مبتلایان به سرطان پستان در مقایسه با بیماران مشابه در کشورهای غربی، حدود ۱۰ سال جوان تر هستند. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین انگیزش محافظت، خودکارآمدی درک شده و هزینه پاسخ درک شده با رفتار خودآزمایی پستان در داوطلبین سلامت شهر مشهد در سال ۱۳۹۱ انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی بر روی ۴۱۰ نفر از داوطلبان سلامت ۲۰ ساله و بالاتر که از جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری مشهد انتخاب شده بودند، انجام شد. روش نمونه گیری به صورت طبقه ای بود؛ به این صورت که هر یک از مراکز بهداشتی درمانی شماره ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ مشهد به عنوان طبقه در نظر گرفته شدند. سپس لیستی از افراد داوطلب سلامت مراکز بهداشتی درمانی تهیه شد و بر اساس آن تعداد نمونه ها، به نسبت این افراد در مراکز بهداشتی درمانی تخصیص داده شد (داوطلبان سلامت کسانی هستند که به منظور ترویج رفتارهای سالم در جامعه، مهارت های بهداشتی را فرا گرفته و دوره های آموزشی لازم را می گذرانند و آموخته های خود را حداقل به ۵۰ خانوار منتقل می کنند). داده ها به وسیله پرسشنامه خودگزارشی گردآوری شد و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و آزمون های تی، ضریب همبستگی اسپیرمن و پیرسون و رگرسیون خطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین سنی افراد مورد مطالعه $34/8 \pm 9/3$ سال بود. بین هزینه پاسخ درک شده و رفتار خودآزمایی پستان ارتباط معناداری وجود داشت ($r = -0/093$ ، $p < 0/001$). همچنین بر اساس ضریب همبستگی پیرسون، بین انگیزش و رفتار خودآزمایی پستان ($r = 0/497$ ، $p < 0/001$) و همچنین بین خودکارآمدی و رفتار خودآزمایی پستان ($r = 0/233$ ، $p < 0/001$) ارتباط معناداری وجود داشت.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نقش انگیزش و هزینه پاسخ درک شده و خودکارآمدی درک شده را در اتخاذ رفتار خودآزمایی پستان تأیید می کند، لذا کاستن از هزینه های درک شده انجام خودآزمایی پستان در زنان با هدف تسهیل پذیرش رفتار می تواند به عنوان یک امر آموزش مورد توجه قرار گیرد.

کلمات کلیدی: انگیزش محافظت، خودآزمایی پستان، خودکارآمدی درک شده، هزینه پاسخ درک شده

مقدمه

سرطان، بیماری سلول‌ها است و مشخصه آن، تکثیر نامحدود و غیر قابل کنترل سلول‌هایی است که نئوپلاسم بدخیم را تشکیل می‌دهند (۱). در بین انواع سرطان‌ها، سرطان پستان، شایع‌ترین سرطان در بین زنان ایران و جهان می‌باشد. سرطان پستان یکی از دلایل مرگ و میر زنان به شمار می‌رود و در کشورهای توسعه یافته از هر ۹ زن، یک نفر به این سرطان مبتلا می‌شود (۲). در ایران نیز شیوع این بیماری رو به افزایش است و مبتلایان به سرطان پستان در مقایسه با بیماران مشابه در کشورهای غربی، حدوداً ۱۰ سال جوان‌تر هستند. بر اساس اطلاعات غیر رسمی، میزان بروز این بیماری، ۲۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار زن می‌باشد (۳). با توجه به مطالعات انجام شده در سال ۲۰۰۷ در ایران، میزان ابتلاء به سرطان پستان ۲۲ نفر در هر ۱۰۰ هزار زن و شیوع آن، ۱۲۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار زن بود (۴). بر اساس آخرین آمار اعلام شده از سوی مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، میزان ابتلاء به سرطان پستان در زنان ایرانی ۵/۲۷ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر است، یعنی سالانه بیش از ۸ هزار مورد جدید سرطان پستان در ایران تشخیص داده می‌شود که حدود ۷۷۷۸ مورد آن در بین زنان می‌باشد. این سرطان در بین زنان سنین ۱۵ تا ۸۵ سال بروز می‌کند، اما شایع‌ترین سن بروز آن، ۴۵ تا ۵۵ سال است (۵). سرطان پستان با آمار مرگ ۴ نفر از هر ۱۰۰ هزار نفر، پنجمین علت مرگ و میر در بین سرطان‌ها در زنان ایرانی به شمار می‌رود و از نظر اهمیت، سومین رتبه را بین سرطان‌های زنان دارد (۶). میزان بقای ۵ ساله در این بیماران در مراکز مختلف بین ۴۸٪ تا ۸۴٪ و میزان بقای کلی آن ۷۱٪ است (۵). این مسئله گویای آن است که این افراد، نسبت به مبتلایان به برخی دیگر از انواع سرطان‌ها، مدت طولانی‌تری با بیماری و یا با عوارض کوتاه مدت و بلند مدت و استرس‌های ناشی از آن به زندگی خود ادامه می‌دهند که بالطبع، این امر می‌تواند سلامت روان این گروه را تحت تأثیر قرار دهد. از جمله راهکارهای اولیه پیشگیری از سرطان پستان و کاهش مرگ و میر ناشی از آن، خودآزمایی پستان است

که به عنوان روشی مناسب، مؤثر و بدون هزینه در تشخیص زودرس سرطان پستان به شمار می‌رود (۷). خودآزمایی ماهانه پستان، یک فعالیت غربالگری مهم جهت تشخیص زودرس سرطان پستان می‌باشد و زنانی که این رفتار را انجام می‌دهند، به احتمال زیاد می‌توانند در مراحل اولیه، توده‌های موجود در پستان خود را تشخیص دهند (۳). مطالعات نشان داده‌اند که خودآزمایی توسط فرد، مهم‌ترین اقدام در مشخص کردن تومور در مراحل اولیه است، به گونه‌ای که بیش از ۶۵٪ از موارد وجود توده در پستان توسط خود بیمار کشف می‌شود (۸).

علی‌رغم کارآیی خودآزمایی پستان در کاهش مرگ و میر، نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد که میزان اتخاذ این رفتار توسط زنان در جمعیت‌های مختلف پایین است. اگرچه خودآزمایی پستان، تنها روش پیشگیری ممکن برای زنانی است که دسترسی کافی به مراقبت‌های بهداشتی درمانی ندارند، ولی تنها تعداد محدودی از زنان این کار را انجام می‌دهند و تعدادی هم نمی‌دانند که چگونه باید خودآزمایی پستان را انجام دهند. عوامل مختلفی ممکن است در انجام یا عدم انجام خودآزمایی پستان مؤثر باشد (۹). از آنجایی که داوطلبان سلامت، در ارتقاء آگاهی و نگرش خانواده‌ها نقش مؤثری دارند، بنابراین خودشان باید از جزئیات این رفتار بهداشتی آگاهی داشته باشند تا بتوانند لزوم انجام آن را مورد تأکید قرار داده و حتی قادر به آموزش آن نیز باشند.

از جمله تئوری‌های مطرح در آموزش بهداشت، تئوری انگیزش محافظت^۱ می‌باشد که برای درک و پیش‌بینی بینی قصد و رفتارهای بهداشتی است که فرد را در برابر وقایع آسیب‌زا محافظت می‌کند (۱۰).

یکی از سازه‌های مطرح در این تئوری، هزینه پاسخ درک شده^۲ می‌باشد. هزینه پاسخ درک شده عبارت است از برآوردی که شخص از هر هزینه‌ای (مانند پول، شخص، زمان، تلاش) که در ارتباط با انجام رفتار محافظت‌کننده است، دارد (۱۱). از دیگر مفاهیم مهم این تئوری، انگیزش یا قصد رفتاری^۳ است. در این مدل

¹ Protection Motivation theory(PMT)

² Perceived response- costs

³ intention

فرض بر این است که پذیرش رفتار بهداشتی توصیه شده، یک عمل مستقیم از انگیزش فرد برای حفاظت از خودش می‌باشد.

خودکارآمدی درک شده^۱: میزان اعتماد یا اطمینان شخص نسبت به خودش در انجام موفقیت آمیز یک عمل مانند خودآزمایی پستان به روش صحیح است (۱۲). در واقع خودکارآمدی به معنای قضاوت فرد در مورد توانایی هایش برای انجام یک عمل است که می‌تواند فرد را به اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و ترک رفتارهای مضر برای سلامت قادر سازد (۱۳). مطالعه حاضر با هدف تعیین نقش انگیزش محافظت، خودکارآمدی درک شده و هزینه پاسخ درک شده با رفتار خودآزمایی پستان در داوطلبین سلامت شهر مشهد انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی-مقطعی از نوع همبستگی در سال ۱۳۹۱ بر روی ۴۱۰ نفر از داوطلبان سلامت ۲۰ ساله و بالاتر که از جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری مشهد انتخاب شده بودند، انجام شد (این افراد کسانی هستند که به منظور ترویج رفتارهای سالم در جامعه، مهارت‌های بهداشتی را فرا گرفته و دوره‌های آموزشی لازم را می‌گذرانند و آموخته‌های خود را حداقل به ۵۰ خانوار منتقل می‌کنند). تلاش این گروه در جهت تغییر نگرش و عملکرد مردم نسبت به توانایی بالقوه خود در جهت بهبود شرایط زندگی است و زمینه‌های لازم را برای مشارکت فعالانه تر افراد در توسعه اقتصادی اجتماعی کشور فراهم می‌کنند (۱۴). به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، هدف و ماهیت مطالعه برای افراد توضیح داده شد و قبل از تکمیل پرسشنامه، فرم رضایت نامه شرکت در مطالعه توسط آنان تکمیل شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمایل افراد جهت شرکت در مطالعه، داشتن حداقل ۲۰ سال و ایرانی بودن بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: داشتن سن زیر ۲۰ سال، ابتلاء به بیماری‌های جسمی و روانی، داشتن

سابقه ابتلاء به مشکلات و بیماری‌های پستانی و عدم رضایت جهت تکمیل کردن پرسشنامه بود.

روش نمونه‌گیری به صورت طبقه‌ای بود، به این ترتیب که هر یک از مراکز بهداشتی درمانی شماره ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ مشهد به عنوان طبقه در نظر گرفته شدند. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که ابتدا لیستی از افراد داوطلب سلامت مراکز بهداشتی درمانی تهیه شد و سپس تعداد نمونه‌ها، به نسبت این افراد در مراکز بهداشتی درمانی تخصیص داده شد (این افراد کسانی هستند که به منظور ترویج رفتارهای سالم در جامعه، مهارت‌های بهداشتی را فرا گرفته و دوره‌های آموزشی لازم را می‌گذرانند و آموخته‌های خود را حداقل به ۵۰ خانوار منتقل می‌کنند). تلاش این گروه در جهت تغییر نگرش و عملکرد مردم نسبت به توانایی بالقوه خود در جهت بهبود شرایط زندگی است و زمینه‌های لازم را برای مشارکت فعالانه تر افراد در توسعه اقتصادی اجتماعی کشور فراهم می‌کنند (۱۴).

حجم نمونه با توجه به مطالعه بلنکر پیسر (۱۵) که در آن همبستگی بین خودکارآمدی با نمره رفتار برابر ۰/۱۴ بود، با سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان ۸۰ درصد، حداقل ۳۹۷ نفر محاسبه شد. حجم نمونه در این مطالعه به ۴۱۰ نفر افزایش یافت که باعث دقت بیشتر شد.

ابزار پژوهش، پرسشنامه‌ای شامل سؤالاتی برگرفته از مفاهیم انگیزش محافظت، خودکارآمدی درک شده و هزینه پاسخ درک شده تئوری انگیزش محافظت (PMT)^۲ و همچنین سؤالاتی که رفتار خودآزمایی پستان را ارزیابی می‌کرد به انضمام متغیرهای فردی سن، جنس، وضعیت تأهل و سال‌های تحصیلات رسمی بود که به صورت خودگزارشی توسط افراد مذکور تکمیل شد. روایی محتوا و صوری پرسشنامه با استفاده از پانل خبرگان تأیید شد. بدین ترتیب که با مطالعه کتب و مقالات مشابه و جمع‌بندی تم‌های حاصل از مصاحبه با متخصصین زنان، پرسشنامه تنظیم شد و جهت بررسی و اصلاح در اختیار ۷۵ نفر از اساتید، کارشناسان و صاحب‌نظران آموزش بهداشت و متخصصین زنان و بهداشت باروری قرار گرفت که ۱۳ نفر از آنها نظرات خود

² Protection Motivation theory

¹ Perceived self efficacy

را ارسال کردند. شاخص روایی محتوا^۱ (CVI) سه معیار سادگی و روان بودن^۲، مربوط یا اختصاصی بودن^۳ و وضوح یا شفاف بودن^۴ را در مقیاس لیکرت (کاملاً مربوط است رتبه ۴، مربوط است رتبه ۳، نسبتاً مربوط است رتبه ۲ و مربوط نیست رتبه ۱) محاسبه می کند. شاخص روایی محتوا به صورت تعداد متخصصان موافق برای عبارت با رتبه ۳ و ۴ تقسیم بر تعداد کل متخصصان محاسبه شد. در صورتی که نمره CVI بالاتر از ۰/۷۹ بود، مناسب تشخیص داده شد که در این مطالعه، نمره سازه های انگیزش محافظت ۰/۸۴، خودکارآمدی درک شده ۰/۸۱ و هزینه پاسخ درک شده ۰/۸۴ بود. همچنین جهت محاسبه نسبت روایی محتوا CVR^۵ (از معیار ضروری بودن با عبارات "ضروری است، مفید است ولی ضروری نیست، و عبارت ضرورتی ندارد") استفاده شد (۱۶).

CVR به صورت تعداد متخصصینی که گزینه ضروری را انتخاب کرده بودند، منهای نصف کل ارزیابی ها تقسیم بر نصف کل ارزیابی ها محاسبه شد. در این مطالعه، CVR سازه های انگیزش محافظت ۰/۸۴، خودکارآمدی درک شده ۰/۷۲ و هزینه پاسخ درک شده ۰/۸۴ بود که بر اساس استاندارد در جدول لاوشه (۱۶) حداقل امتیاز لازم ۰/۶۲ می باشد. جهت تعیین ثبات درونی پرسشنامه نیز مطالعه ای مقدماتی بر روی ۶۰ نفر انجام شد. دامنه آلفا برای سازه های مورد مطالعه، خودکارآمدی درک شده ۰/۸۴ و هزینه پاسخ درک شده ۰/۷۶ بود که نشان دهنده ثبات درونی قابل قبول ابزارها می باشد. جهت تعیین ثبات انگیزش محافظت از ضریب توافق استفاده شد که میزان آن ۰/۹ بود.

هزینه پاسخ درک شده با ۱۱ سؤال مورد سنجش قرار گرفت. از جمله این سؤالات نظرسنجی درباره این جمله بود: "انجام خودآزمایی پستان، با فعالیت های روزانه من تداخل دارد". جواب ها بر روی مقیاس ۵ درجه ای لیکرت تدوین شد. نمره هر عبارت از (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) از ۱ تا ۵ در نظر گرفته شد و برای محاسبه نمره هر زیر مقیاس، این نمرات جمع زده شد. به این

ترتیب، محدوده نمره قابل کسب برای هزینه درک شده بین ۵۵-۱ محاسبه شد. انگیزش محافظت با ۱ سؤال مورد سنجش قرار گرفت. این سؤال نظرسنجی در مورد این جمله بود: "در حال حاضر، شما کدام گزینه را برای انجام خود آزمایی پستان انتخاب می کنید؟" که برای پاسخگویی ۵ گزینه مشخص شده بود: "۱) اصلاً خودآزمایی پستان را انجام نداده ام و قصد هم ندارم که آن را انجام دهم. ۲) قصد دارم طی شش ماه آینده به طور منظم اقدام به انجام خودآزمایی پستان نمایم. ۳) قصد دارم طی یک ماه آینده به طور منظم اقدام به انجام خودآزمایی پستان نمایم. ۴) یک ماه است که خودآزمایی پستان را به طور منظم انجام می دهم. ۵) شش ماه است که خودآزمایی پستان را به طور منظم انجام می دهم." پاسخگویی به این سازه نیز بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت بود که از اصلاً تا خیلی زیاد نمره گذاری شده بود. بنابراین محدوده امتیازات قابل کسب برای این قسمت بین ۵-۱ بود. همچنین خودکارآمدی درک شده بین ۵۰-۱ در نظر گرفته شد. سازه رفتار با بهره گیری از ۴ سؤال انجام رفتار خودآزمایی پستان برگرفته از پرسشنامه رفتار خودآزمایی پستان مدل چمپیون (CHBMS)^۶ که در سال ۱۹۸۴ جهت استفاده بین المللی طراحی شد و در سال ۱۹۹۷ و ۱۹۹۹ مورد بازنگری قرار گرفت، می باشد (۱۷). پایایی این ابزار، در مطالعات و جمعیت های مختلف سنجیده شده است (۱۸). این سؤالات در مورد داشتن تجربه خودآزمایی پستان و انجام خودآزمایی به صورت ماهیانه و منظم بود. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و آزمون های آماری همبستگی پیرسون یا اسپیرمن و رگرسیون خطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در مطالعه حاضر میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۳۴/۷±۹/۴ سال بود. اکثر افراد (۲۰/۷٪) محدوده سنی ۳۹-۳۵ سال داشتند. میانگین نمره آگاهی افراد مورد مطالعه ۹/۶±۳/۷ محاسبه شد. در کل، ۱۵۱ نفر

^۶ Champion's Health Belief Model Scale

^۱ Content Validity Index (CVI)

^۲ Simplicity

^۳ Relevancy, Specificity

^۴ Clarity

^۵ Content Validity Ratio (CVR)

(۳۶/۸٪) از افراد سابقه سرطان پستان را در فامیل و اطرافیان خود ذکر کردند. در مطالعه حاضر اکثر واحدهای پژوهش (۹۳/۹٪) وجود یا سابقه بیماری را در پستان ذکر نکردند و در میان افراد شاکی از وجود یا

سابقه اختلال، شایع ترین مورد (۱/۴٪) مربوط به درد پستان بود. سایر اطلاعات مربوط به اطلاعات فردی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و درصد ویژگی های فردی زنان مورد پژوهش

ویژگی های جمعیت شناختی رابطان سلامتی		تعداد	درصد
سن (سال)	۲۰ سال	۱۶	۳/۹
	۲۱-۲۴ سال	۴۴	۱۰/۷
	۲۵-۲۹ سال	۶۵	۱۵/۹
	۳۰-۳۴ سال	۸۵	۲۰/۷
	۳۵-۳۹ سال	۸۰	۱۹/۵
	۴۰-۴۴ سال	۶۴	۱۵/۶
	۴۵ سال و بالاتر	۶۳	۱۵/۴
میزان تحصیلات	پنجم ابتدایی و کمتر	۷۷	۱۸/۸
	اول تا سوم راهنمایی	۹۹	۲۴/۱
	اول تا سوم دبیرستان	۱۹۹	۴۸/۵
	دیپلم و بالاتر	۳۵	۸/۵
وضعیت تأهل	هرگز ازدواج نکرده	۵۰	۱۲/۲
	متأهل	۳۴۷	۸۴/۶
	همسر فوت شده	۷	۱/۷
	مطلقه	۶	۱/۵
شغل	شاغل	۲۴	۵/۹
	خانه دار	۳۸۶	۹۴/۱
میزان ابراز افراد درباره برخورد با فرد مبتلا به سرطان پستان در دوستان و آشنایان	مثبت	۱۵۱	۳۶/۸
	منفی	۲۵۹	۶۳/۲

میانگین و انحراف معیار نمره سازه های مورد مطالعه و محدود نمره قابل اکتساب سازه های مورد مطالعه در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲- میانگین، انحراف معیار، محدوده نمره قابل اکتساب و درصد میانگین نمره کسب شده هزینه پاسخ درک شده، قصد انجام خودآزمایی پستان، رفتار خودآزمایی پستان

شاخص مقیاس	میانگین	انحراف معیار	محدوده نمره قابل اکتساب
هزینه پاسخ درک شده	۲۵/۴	۸/۱۰	۱-۵۵
انگیزش انجام خودآزمایی پستان	۳/۱۸	۱/۳۳	۰-۵
خودکارآمدی درک شده	۳۴/۳۴	۷/۳	۱-۵۰
رفتار خودآزمایی پستان	۳/۵	۲/۵	۰-۷

جهت بررسی همبستگی بین هزینه پاسخ درک شده و خودکارآمدی و انگیزش انجام خودآزمایی پستان از آزمون آماری همبستگی پیرسون استفاده شد که ضرایب همبستگی بین سازه ها در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳- ضریب همبستگی پیرسون بین سازه های هزینه پاسخ درک شده، خودکارآمدی درک شده و انگیزش محافظت در خصوص رفتار خودآزمایی پستان در افراد مورد مطالعه

متغیر	r	سطح معنی داری
هزینه پاسخ درک شده - خودکارآمدی درک شده	r=0/077	p<0/01
هزینه پاسخ درک شده - انگیزش محافظت	r=0/052	p<0/01
خودکارآمدی درک شده - انگیزش محافظت	r=0/155	p<0/01

بر اساس آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن، بین سطح تحصیلات افراد مورد مطالعه و میانگین نمره سازه انگیزش محافظت ($r=0/029$, $p>0/01$) ارتباط معناداری وجود نداشت. قبل از تعیین ضرایب رگرسیون به طور خودکار جدول ANOVA محاسبه شد و خطی بودن رگرسیون کنترل شد. نتایج آنالیز رگرسیون نشان داد که مدل خطی مناسب می باشد ($F=58/56$, $p<0/001$). لذا ضرایب مدل آنالیز رگرسیون محاسبه و نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

بر اساس ضریب همبستگی پیرسون، در بررسی همبستگی بین انگیزش محافظت و هزینه پاسخ درک شده ($r=0/157$) - همچنین ضریب همبستگی پیرسون بین انگیزش محافظت و میانگین نمره آگاهی ($r=-0/178$, $p<0/001$) ارتباط معناداری را نشان داد. بر اساس آزمون آماری همبستگی پیرسون، بین سن افراد و میانگین نمره سازه هزینه پاسخ درک شده، انگیزش محافظت و خودکارآمدی ارتباط معنی داری وجود نداشت ($p>0/05$).

جدول ۴- آنالیز رگرسیون در متغیرهای مرتبط با رفتار خودآزمایی پستان

متغیرهای مستقل	استاندارد Beta	سطح معنی داری	رگرسیون خطی	متغیر وابسته
سن	-0/06	0/147		رفتار خودآزمایی پستان
تحصیلات	0/42	0/03		
هزینه پاسخ درک شده	-0/093	0/02	0/42	
خودکارآمدی درک شده	0/231	0/00		
انگیزش محافظت	0/497	0/00		

با مطالعه نوری زاده و همکاران همخوانی داشت (۱۹). در مطالعه ایشان نیز ۲۰/۱ درصد افراد از زمان انجام خودآزمایی پستان و ۳۷/۹ درصد از فواصل انجام آن اطلاع داشتند (۲۰) در مطالعه بنائیان و همکار (۲۰۰۵) نیز ۱۶/۵ افراد از تواتر انجام خودآزمایی و ۲۵/۳ از درد زمان انجام آن آگاهی داشتند (۲۱). در مطالعه داندار (۲۰۰۶) در استرالیا، ۳۱ درصد از زنان به طور منظم و ماهیانه خودآزمایی پستان را انجام می دادند (۲۲).

در مطالعه حاضر، پزشک و کارکنان بهداشتی- درمانی، بیشترین منبع اطلاعاتی شرکت کنندگان (۸۴/۴٪) در ارتباط با بیماری و روش های غربالگری بودند. در مطالعه نوری زاده و همکاران، پزشک و کارکنان بهداشتی- درمانی و پوسترهای بهداشتی، بیشترین منبع اطلاعاتی شرکت کنندگان (۳۵/۶٪) بودند (۱۹). در مطالعه یآوری و همکار (۲۰۰۵)، سهم پزشک و پرسنل بهداشتی-

بر اساس جدول ۴، شاخص آنالیز رگرسیون خطی نشان داد که در مجموع، ۴۲ درصد از پراکندگی مشاهده شده در رفتار خودآزمایی توسط متغیرهای فوق قابل توجیه می باشد و هزینه پاسخ درک شده و انگیزش محافظت و خودکارآمدی درک شده پیشگویی کننده های قوی برای رفتار خودآزمایی بودند و در این میان، نقش انگیزش محافظت بیشتر بود.

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین انگیزش محافظت، خودکارآمدی درک شده و هزینه پاسخ درک شده با رفتار خودآزمایی پستان در داوطلبین سلامت شهر مشهد در سال ۱۳۹۱ انجام شد. در مطالعه حاضر، ۴۶/۱ درصد از افراد، زمان انجام خودآزمایی پستان و ۶۸/۸ درصد، فواصل صحیح انجام آن را می دانستند که

(۲۰، ۲۶)، در مطالعه حاضر چنین ارتباطی مشاهده نشد. که در مطالعات مک کلندون و همکاران (۲۰۰۲) و مطالعه یآوری و همکاران (۱۳، ۲۳) نیز همین نتیجه به دست آمد.

مطالعه پارک و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که درک خطر با رفتار پیشگیرانه افراد ارتباط دارد (۲۷). در مطالعه متاآنالیز کاتاپودی و همکاران (۲۰۰۴)، خطر درک شده قوی تر با سطوح بالایی از انجام غربالگری با ماموگرافی در ارتباط بود (۲۸). در مطالعه حاضر آنالیز رگرسیون خطی بین رفتار خودآزمایی پستان با آگاهی ارتباط معنی داری نشان داد که با مطالعات قبلی در این زمینه همخوانی داشت (۱۹، ۲۰، ۲۶). همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین سطح تحصیلات افراد و رفتار خودآزمایی پستان ارتباط آماری معنی داری وجود ندارد که با نتایج سایر مطالعات در این زمینه همخوانی نداشت (۲۰، ۲۱، ۲۹). در مطالعه گراهام و همکاران (۲۰۰۲) تأثیر اعتقادهای بهداشتی بر عملکرد، بسیار قوی تر و مؤثرتر از مشخصات فردی گزارش شد (۳۰).

نوری زاده (۱۹) به نقل از بنائیان گزارش کرد که از مهمترین عوامل مؤثر بر آگاهی و عملکرد در رفتارهای مربوط به غربالگری سرطان پستان، سابقه شخصی و سابقه فامیلی سرطان می باشد. در مطالعه حاضر بین انجام رفتار خودآزمایی پستان با خودکارآمدی داوطلبین ارتباط مثبت و معناداری مشاهده شد. بدین معنا که با افزایش خودکارآمدی، انجام رفتار خودآزمایی پستان افزایش یافت که با مطالعه کریمی و همکاران (۲۰۰۸) همخوانی داشت (۱۸).

در پایان باید ذکر کرد یکی از مسائل مهم در رابطه با رفتارهای غربالگری سرطان پستان و مفاهیم بهداشتی، تفاوت های فرهنگی و همچنین تفاوت های درون فرهنگی است. به نظر می رسد عدم رعایت رفتارهای بهداشتی در هر جامعه ای وجود دارد، زیرا رفتارهای درست و نادرست بهداشتی، بخشی از فرهنگ آن جامعه را تشکیل می دهند. بنابراین برای اینکه افراد برای عمل کردن به شیوه های درست زندگی جهت حفظ سلامت خود و اجتناب از بیماری ها آماده شوند، نیازمند شکل

درمانی به عنوان منبع اطلاعاتی زنان غیر مبتلا، ۲۷ درصد گزارش شد (۲۳). در مطالعه بنائیان و همکاران در بین منابع آموزش، مراکز بهداشتی بیشترین سهم (۶۳/۵٪) را به خود اختصاص دادند (۲۱).

در مطالعه حاضر بین سن و نمره آگاهی ارتباط معناداری وجود نداشت که همسو با مطالعه حاضر، در مطالعه گدازنده و همکاران (۲۰۰۶)، احتمال اینکه زنان بالای ۲۰ سال و با سطح تحصیلات بالاتر، آگاهی کمتری نسبت به برنامه های پیشگیری از سرطان پستان داشته باشند، بیشتر بود (۲۰). بر خلاف مطالعه حاضر، در مطالعه نوری زاده (۱۹)، با افزایش سن، میزان آگاهی از بیماری و روش های غربالگری افزایش می یافت.

از لحاظ تئوری، موانع درک شده پایین توأم با منافع درک شده بالا با عملکرد غربالگری بیماری در ارتباط است (۱۷). لذا به نظر می رسد جهت افزایش عملکرد غربالگری در بین افراد مورد مطالعه باید بتوان بر موانع درک شده آنان غلبه کرد که در مورد خودآزمایی پستان، شایع ترین مانع درک شده در مطالعه حاضر فراموشی بود. در مطالعه کریمی و همکاران (۲۰۰۸)، مهم ترین مانع انجام خودآزمایی قبل از آموزش، ترس از یافتن غده و ترس از داشتن سرطان پستان بود (۱۸).

در مطالعه هلمز (۲۰۰۲) تحت عنوان "کاربرد تئوری انگیزش محافظت برای انجام تست ژنتیک برای تشخیص سرطان پستان" که بر روی ۳۳۰ زن انجام شد، هزینه های درک شده توانستند انگیزش انجام تست ژنتیک را پیش بینی کنند که با مطالعه حاضر همخوانی داشت. همچنین در این مطالعه نشان داده شد شدت درک شده از خطر سرطان پستان و هزینه های پاسخ درک شده توانستند انگیزش انجام تست ژنتیک را پیش بینی کنند (۲۴). در مطالعه حاضر بین انگیزش محافظت و رفتار خودآزمایی پستان ارتباط معناداری وجود داشت؛ به طوری که ضریب همبستگی پیرسون ارتباط معناداری بین انگیزش محافظت نشان داد ($r=0/49$, $p<0/001$). در مطالعه مادوکس (۱۹۸۳)، انگیزش و قصد افراد، تأثیر مثبتی روی رفتارهای مربوط به سلامتی داشت (۲۵).

علی رغم یافته های قبلی مبنی بر ارتباط بین رفتارهای غربالگری و سابقه سرطان پستان در فامیل و اطرافیان

دادن رفتارهای بهداشتی و اجرای برنامه های آموزشی مناسب برای تأمین این گونه رفتارها می باشند (۳۱). از محدودیت های این مطالعه، جمع آوری اطلاعات مربوط به رفتار خودآزمایی پستان از طریق خود گزارشی بود که از دقت لازم برخوردار نمی باشد، ولی به نظر نمی رسد که راهی برای رفع این محدودیت وجود داشته باشد. همچنین مقطعی بودن این مطالعه، از دیگر محدودیت های آن بود که پیشنهاد می شود برای تعیین دقیق اثر انگیزش و هزینه پاسخ درک شده و خودکارآمدی درک شده بر خودآزمایی پستان، مطالعاتی به صورت مداخله ای در این زمینه طراحی و اجرا شود.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نقش انگیزش و هزینه پاسخ درک شده و خودکارآمدی درک شده را در اتخاذ رفتار خودآزمایی پستان تأیید می کند، لذا کاستن از هزینه های درک شده انجام خودآزمایی پستان در زنان با هدف تسهیل پذیرش رفتار می تواند به عنوان یک اصل در امر آموزش مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده مسئول می باشد. بدینوسیله از همکاری شرکت کنندگان در مطالعه و تمامی عزیزانی که ما را در اجرای این طرح یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

منابع

- Hajian S, Vakilian K, Najabadi KM, Hosseini J, Mirzaei HR. Effects of education based on the health belief model on screening behavior in high risk women for breast cancer, tehran, iran. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*. 2011;12(1):49.
- Pisani P, Bray F, Parkin DM. Estimates of the world-wide prevalence of cancer for 25 sites in the adult population. *International journal of cancer*. 2002;97(1):72-81.
- Jarvandi S, Montazeri A, Harirchi I, Kazemnejad A. Beliefs and behaviours of Iranian teachers toward early detection of breast cancer and breast self-examination. *Public Health*. 2002;116(4):245-9.
- Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Jarrahi AM, Harirchi I, Najafi M, et al. Breast cancer in Iran: an epidemiological review. *The breast journal*. 2007;13(4):383-91.
- Akbari ME, Khayam Zade, M., Khoshnevis, S. J., Nafisi, N., & Akbari, A. Five and ten years' survival in breast cancer patients' mastectomies V.S. breast conserving surgeries personal experience. *Iranian Journal of Cancer Prevention*. 2008;1(2):53-6.
- Akbari M. Cancer and Emotion; the Scope of Psycho-Socio-Oncology. *Iranian Journal of cancer Prevention, Editorial Note*2010. 2010;3(2).
- Yarbrough SS, Braden CJ. Utility of health belief model as a guide for explaining or predicting breast cancer screening behaviours. *Journal of advanced nursing*. 2001;33(5):677-88.
- Marinho LA C-GM, Cecatti JG, Osis MJ. Knowledge, attitude and practice of breast self-examination in health centers. *Rev Saude Publica*. 2003 Oct; 37(5):576-82.
- Gözüm S, Aydın I. Validation evidence for Turkish adaptation of Champion's Health Belief Model scales. *Cancer nursing*. 2004;27(6):491.
- Rogers RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. *Social psychophysiology*. 1983:153-76.
- Conner M, Norman P. Predicting health behaviour: a social cognition approach. *Predicting health behaviour*. 2005:1-27.
- L. B. Young Women's Breast Self-Examination Knowledge and Practice. *Journal of Community Health Nursing*1995;12(1):23-32
- McClendon BT P-DS, Blake R, McMath B. The role of appearance concern in responses to intervention to reduce skin cancer risk. *Health Education* 2002;102:76-83.
- Ramezankhaneh A. Volunteer health and social and economic development goals. *Shahid Beheshti University of Medical Sciences Summer and Autumn* 2010.
- Blanks-Peyser JE. Effects of components of the protection-motivation theory and vivid experiences on competence in breast self-examination: *George Mason University*; 1991.
- Whitehead D WY, Wang J, Zhang J, Sun Z, Xie C. . Health promotion and health education practice: nurses' perceptions. *J Adv Nurs*. 2008.;61:181-7.
- Champion VL. Revised susceptibility, benefits, and barriers scale for mammography screening. *Research in nursing & health*. 1999;22(4):341-8.
- Karimi M HM, Khorrami R, Ghaffari M, Niknami Sh. The effect of educational program based on HBM on BSE among health mediators of Zarandieh, 2007. *Tabibe Shargh* 2008;10(4):281-9.



19. Roghaiyeh Nourizadeh FB LS. Knowledge, health beliefs and breast cancer screening behaviors of women referring to health centers of Tabriz. . Iranian Journal of Breast Disease. 2010;3(3):43-51.
20. Godazandeh Gh KH, Khalilian AR, Atarod Z, Firozjaji MA, Partovi A. Knowledge and practice of Sari women over 15 years women regarding breast cancer, 2004. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2006;16(52):64-74.
21. Banaeian SH KA, Kheiri S. Knowledge, attitude and practice of women referring to health centers of Brojen regarding breast cancer screening and its effect factors. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences. 2005;7(4):28-34.
22. 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(1):43.
23. Yavari P MY, Aminpour Hoseingholi M. Knowledge and practice of women regarding BSE: a case-control study. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2009;5(4):
24. Helmes AW. Application of the Protection Motivation Theory to Genetic Testing for Breast Cancer Risk. Preventive Medicine 35 ,2002; 35(5):453-62.
25. Maddux J E RRW. Protection motivation and self-efficacy: a revised theory of fear appeals and attitude change. J Exp Soc Psychol 1983;19(15):469-79.
26. Schwegmann JA. Identifying women's perceived barriers to mammography screening: Thesis(M.A): Northern Kentucky University; 2010.
27. Park K CS, Kim HC, Park EC, Lee ES, Nam CM. Big gap between risk perception for breast cancer and risk factors: Nationwide survey in Korea. Patient Education and Counseling 2009;76:113-9.
28. Katapodi MC LK, Facione NC, Dodd MJ. Predictors of perceived breast cancer risk and the relation between perceived risk and breast cancer screening: a meta analytic review. Prev Med. 2004;38: 388-402.
29. Ghazanfari Z MS, Ezzat Talab F. Knowledge, attitude and practice of employed women of Chaloos regarding prevention of breast cancer. Journal of Yazd University of Medical Sciences 2006;14(2):44-50.
30. Graham ME LY, Hypolite M. Health beliefs and self breast examination in black women. Journal of Cultural Diversity. 2002;9(3):49-54.
31. Asade.F. survey of women health behaviors related to prevention of toxoplasmosis in lahijan. Guilan nursing and midwifery J. 1999;8(4):4-12.