

بررسی باور درک شده زنان با سابقه فامیلی مثبت

از سرطان پستان و روش های پیشگیری از آن

معصومه هاشمیان^۱، دکتر علیرضا حیدرنیا^{۲*}، دکتر فرخنده امین شکروی^۳،

دکتر مینور لمیعیان^۳، دکتر کاظم حسن پور^۴، آرش اکابری^۵

۱. دانشجوی دکتری آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
۲. دانشیار گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
۳. استادیار گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
۴. استادیار گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.
۵. مربی گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۸/۲۹

خلاصه

مقدمه: احتمال ابتلاء به سرطان پستان در زنانی که سابقه خانوادگی این بیماری را دارند بیشتر از زنان بدون سابقه این بیماری در خانواده می باشد، لذا باور به احتمال بیشتر ابتلاء به این بیماری نسبت به زنان دیگر می تواند انگیزه این گروه از زنان را جهت اتخاذ رفتار پیشگیری کننده از سرطان پستان افزایش دهد. مطالعه حاضر با هدف تعیین باور درک شده این گروه از زنان و تأثیر آن بر رفتار پیشگیری کننده از سرطان پستان، انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۱ بر روی ۱۴۳ زن با سابقه فامیلی بیماری سرطان پستان در شهر سبزوار انجام شد. روش نمونه گیری مبتنی بر هدف و ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه محقق ساخته بود که روایی آن از طریق روایی محتوی و صوری و پایایی آن با آزمون آلفا کرونباخ (۰/۸۱، ۰/۷۱) سنجیده شد و با روش مصاحبه تکمیل شد. حداقل و حداکثر نمره ابزار مورد استفاده در خصوص متغیر آگاهی به ترتیب ۰ و ۱۹ و در خصوص باور درک شده، ۱۷ و ۵۱ بود. امتیازات به بازه صفر تا صد تبدیل شد. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۵) و آزمون های ضریب همبستگی اسپیرمن و رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی داری در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین سنی زنان مورد مطالعه $32/8 \pm 9/5$ سال، میانگین نمره آگاهی آنان $41/77 \pm 15/30$ و در خصوص باور درک شده $57/80 \pm 11/30$ بود. بین میانگین نمره آگاهی با باور درک شده زنان، ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت ($T=0/038$, $P=0/650$). بر اساس آزمون رگرسیون لجستیک، با افزایش یک نمره آگاهی، نسبت شانس انجام ماموگرافی $1/035$ و با افزایش یک سال سن، این نسبت $1/037$ برابر افزایش می یافت.

نتیجه گیری: بر خلاف انتظار مراقبین سیستم بهداشتی، باور درک شده زنان با سابقه فامیلی سرطان پستان، نسبت به در معرض خطر بودن این بیماری پایین بود.

کلمات کلیدی: باور درک شده، سرطان پستان، سابقه فامیلی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر علیرضا حیدرنیا؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. تلفن: ۸۲۸۸۳۸۱۷ - ۰۲۱؛ پست الکترونیک:

Hidarnia@modares.ac.ir

مقدمه

سرطان پستان یکی از مشکلات عمده سلامت عمومی در دنیا محسوب می شود و شایع ترین نوع سرطان پس از سرطان پوست و دومین علت مرگ و میر زنان بعد از سرطان ریه در ایالات متحده آمریکا می باشد. همچنین در ایالات متحده آمریکا از هر ۸ زن، ۱ زن در معرض ابتلاء به این بیماری قرار دارد (۱). در اروپا نیز به طور معمول از هر ۱۱ زن، ۱ زن امکان ابتلاء به این بیماری را دارد (۲). در ایران، سرطان پستان شایعترین نوع سرطان و بیشترین عامل مرگ و میر ناشی از سرطان ها می باشد (۳). بر اساس گزارش مرکز مدیریت بیماری های وزارت بهداشت، میزان بروز این بیماری رو به افزایش است، هر چند با توجه به وضعیت فعلی هرم سنی در مقایسه با کشورهای توسعه یافته، این شاخص پایین است و به ازای هر ۳۵ زن، ۱ نفر امکان ابتلاء به این بیماری را دارد، اما شاخص بروز سنی این بیماری از ۲۷ مورد در هر ۱۰۰ هزار جمعیت زنان در سال ۱۳۸۶ به ۳۳ مورد در ۱۰۰ هزار جمعیت در سال ۱۳۸۹ افزایش یافته است (۴). این در حالی است که مرکز کنترل بیماری ها در آمریکا، کاهش سالیانه ۲ درصد مرگ و میر و ۱/۳ درصد بروز ناشی از این بیماری را گزارش کرده است (۵). عوامل متعددی در ابتلاء به این بیماری دخیل هستند. یکی از این عوامل که جزء عوامل غیر رفتاری قرار می گیرد، سابقه فامیلی به این بیماری به خصوص فامیل درجه یک خانواده (مادر، دختر و خواهر) می باشد (۶). با داشتن سابقه فامیلی، احتمال ابتلاء به سرطان سینه ۵ تا ۱۰ درصد افزایش می یابد (۷). از آنجایی که هر چیزی که احتمال ابتلاء به بیماری را افزایش دهد، عامل خطر نامیده می شود (۸)، آگاهی زنان در معرض خطر از این بیماری و باور آنان به این مسئله که احتمال دچار شدن آنان به این بیماری نسبت به زنان دیگر بیشتر می باشد، می تواند به عنوان عامل محرک در اقدام پیشگیری کننده توسط زنان تأثیر بسزایی داشته باشد. از طرف دیگر، زنان با سابقه فامیلی مثبت، ممکن است از فکر کردن راجع به این بیماری اجتناب کرده و همین مسئله باعث شود که رفتار پیشگیری کننده از این بیماری در آنان مشاهده نشود (۹).

باورها در واقع اعتقاد به درستی یا حقیقت یک پدیده است، به عبارت دیگر باورها، اظهاراتی مبنی بر اندیشه ها یا حقیقت درک شده در مورد جهان می باشند (۱۰). افراد مختلف باورهای متفاوتی از هرگونه ناخوشی دارند و درک آنان از اختلال آسیب زای مشخص متفاوت است. در یک سو افرادی قرار دارند که کاملاً هرگونه احتمال ابتلاء به بیماری را انکار می کنند، در میانه افرادی هستند که ممکن است احتمال ابتلاء به بیماری را بپذیرند ولی معتقدند که احتمال نمی رود آن بیماری برای آنان رخ دهد. در طرف دیگر افرادی قرار دارند که معتقدند به احتمال زیاد به آن بیماری مبتلا خواهند شد. هر چقدر شخص، خود بیشتر را مستعد بیماری بداند، احتمال بیشتری وجود دارد که دست به اقدام پیشگیرانه بزند (۱۱).

کونسدین و همکاران (۲۰۰۵)، درک زنان از در معرض خطر بودن را به عنوان یکی از عوامل اصلی رفتار پیشگیری کننده از سرطان پستان مطرح کرد، مطالعه آنان نشان داد که هر چه فرد خود را در معرض خطر بیشتری احساس کند، احتمال انجام دادن ماموگرافی در او بیشتر می شود (۱۲). از طرف دیگر باور فرد نسبت به بیماری خاص دارای یک جزء شناختی قوی بوده و تا حدودی وابسته به دانش فرد است (۱۳). در واقع انتظار می رود که با افزایش دانش، باور فرد نسبت به بیماری نیز دستخوش تغییر شود.

جاروندی و همکاران (۲۰۰۲) نیز در مطالعه خود، نداشتن آگاهی و عدم اعتقاد به ضرورت انجام خودآزمایی سینه را عامل اصلی عدم انجام آن ذکر کردند (۱۴). بنابراین در افراد با سابقه فامیلی مثبت، آگاهی از این بیماری و روش های پیشگیری از آن و به دنبال آن، ایجاد باور منطقی در خصوص بروز رفتار پیشگیری کننده از سرطان پستان پیش بینی می شود، زیرا وجود فرد مبتلا به این بیماری در خانواده، باید انگیزه پیشگیری از بیماری را در آنان افزایش دهد. مطالعه حاضر با هدف بررسی چگونگی باور درک شده زنان ساکن شهر سبزوار با سابقه مثبت این بیماری نسبت به سرطان پستان و اینکه تا چه اندازه می تواند بر رفتار

پیشگیری کننده از این بیماری در زنان مذکور، مؤثر باشد، انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی از ابتدای تیر ماه تا پایان مهر ماه سال ۱۳۹۱ بر روی ۱۴۳ زن با سابقه فامیلی بیماری سرطان پستان در شهر سبزوار انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن سابقه سرطان در فامیل درجه یک شامل: مادر، خواهر و دختر فرد مبتلا که در ۵ سال اخیر به سرطان پستان مبتلا شده باشد و سن آنان ۱۸ سال و بالاتر باشد. معیارهای خروج از مطالعه شامل: ابتلاء افراد به این بیماری و یا دارا بودن توده مشکوک در ماموگرافی یا سونوگرافی و یا در معاینه سینه ها بود.

ابتدا با کسب مجوز از معاونت بهداشتی شهرستان سبزوار، از طریق تماس تلفنی با فرد مبتلا به این بیماری و در صورت داشتن شرایط ورود به مطالعه، از آنان جهت شرکت در مطالعه دعوت شد. سپس با اخذ رضایت آگاهانه از آنان و تأکید بر محرمانه ماندن اطلاعات، پرسشنامه از طریق مصاحبه، توسط پژوهشگر نخست تکمیل شد.

حجم نمونه لازم بر اساس برآورد میانگین نمره آگاهی و باور درک شده با استفاده از نتایج مطالعه مقدماتی و با در نظر گرفتن جمعیت کلی ۲۳۱ نفر زنان با سابقه خانوادگی سرطان پستان، ۱۲۱ نفر برآورد شد که در این مطالعه ۱۴۳ نفر مورد بررسی قرار گرفتند.

روش نمونه گیری، مبتنی بر هدف و در دسترس بود. بدین ترتیب که ابتدا از ۱۱۶ زن مبتلا به سرطان پستان که در ۵ سال اخیر در شهر سبزوار به این بیماری مبتلا بوده و در قید حیات بودند، جهت شرکت در مطالعه دعوت شد. ۱۴ نفر از زنان به دلیل عدم رضایت از مطالعه خارج شدند. سپس از ۱۰۲ زن همکار خواسته شد تا در صورت داشتن فرد واجد شرایط در خانواده خود که معیار ورود به مطالعه را دارد، جهت همکاری دعوت کنند. ۲ نفر از شرکت کنندگان به دلیل داشتن معیار خروج، از مطالعه خارج شدند و در نهایت ۱۴۳ نفر با اخذ رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند.

ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه محقق ساخته بود که روایی آن با توجه به روایی صوری^۱ و روایی محتوا^۲ که یکی از مهم ترین بخش های ارزیابی روایی یک ابزار است، تعیین شد. جهت تعیین روایی محتوا از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. جهت بررسی روایی محتوا به شکل کمی از دو ضریب نسبت روایی محتوا (CVR)^۳ و شاخص روایی محتوا (CVI)^۴ استفاده شد (۱۵). نسبت روایی محتوا با کمک ۹ نفر از افراد متخصص (۵ نفر متخصص آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، ۲ نفر متخصص زنان، ۱ نفر اپیدمیولوژیست و ۱ نفر کارشناس ارشد مامایی) صورت گرفت. در بررسی شاخص روایی محتوا نیز متخصصین، هر آیتم را به لحاظ مربوط بودن، واضح بودن و ساده بودن مورد ارزیابی قرار داده و مقادیر نسبت روایی محتوا، بالای ۰/۷۹ قابل قبول تلقی شد. در مورد روایی صوری کیفی، جدا از پانل خبرگان، ابزار بین ۱۰ نفر از نمونه های پژوهش قرار گرفت و موارد سطح دشواری، میزان عدم تناسب و ابهام، بررسی و اصلاح شد و در خصوص روایی صوری کمی با توجه به امتیازهای محاسبه شده در یک پرسشنامه و امتیاز تأثیر هر یک از آیتم ها (بیشتر از ۱/۵) تصمیم گیری شد. در مرحله بعد جهت تعیین پایایی ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه اصلاح شده بین ۳۰ نفر از افراد مورد مطالعه توزیع شد و پس از گردآوری و استخراج داده ها، مقدار آلفای کرونباخ محاسبه و مقادیر بالای ۰/۷ قابل قبول تلقی شد. در خصوص سؤالات مربوط به آگاهی، میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۱۶ و در خصوص سؤالات باور درک شده این میزان ۰/۷۱۹ محاسبه شد. سؤالات مربوط به باور (۱۷ سؤال) با مقیاس لیکرت ۳ قسمتی و با پاسخ های موافقم (۳ امتیاز)، نظری ندارم (۲ امتیاز) و مخالفم (۱ امتیاز) سنجیده شد.

سؤالات مربوط به آگاهی افراد از این بیماری و روش های پیشگیری (۱۹ سؤال) از آن با پاسخ های بلی (۱ امتیاز)، خیر و نمی دانم (صفر امتیاز) اندازه گیری شد.

¹ -Face Validity

² -Content Validity

³ -Content Validity Ratio

⁴ -Content Validity Index

با توجه به نحوه امتیاز دهی سؤالات، امتیاز پرسشنامه باور درک شده در محدوده ۱۷ تا ۵۱ و امتیاز پرسشنامه آگاهی در محدوده صفر تا ۱۹ بود. جهت درک بهتر نمرات کسب شده با تبدیل مناسب، محدوده امتیازات در هر دو ابزار آگاهی و باور درک شده به صفر تا ۱۰۰ تبدیل شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۵) و با کمک آمار توصیفی و آزمون های آماری ضریب همبستگی اسپیرمن و رگرسیون لجستیک پیشرونده شرطی انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی داری در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سنی افراد مورد مطالعه $32/8 \pm 9/5$ سال بود. ۶۴ نفر (۴۴/۸٪) از افراد سطح تحصیلات دانشگاهی، ۴۳ نفر (۳۰/۱٪) دیپلم و دبیرستان، ۱۷ نفر (۱۱/۹٪)

راهنمایی، ۱۶ نفر (۱۱/۲٪) ابتدایی و ۳ نفر (۲/۱٪) بی سواد بودند. همچنین ۱۰۰ نفر (۶۹/۹٪) از زنان خانه دار و ۱۱۷ نفر (۸۱/۸٪) متأهل بودند. بر اساس نتایج مطالعه، ۹۷ نفر (۶۸/۳٪) از زنان سابقه انجام معاینه پستان توسط پزشک را نداشته، ۱۲۲ نفر (۸۵/۳٪) از آنان تا به حال ماموگرافی انجام نداده بودند، ۱۱۳ نفر (۷۹٪) سابقه انجام سونوگرافی نداشته و ۸۴ نفر (۵۸/۷٪) از آنان تا به حال خودآزمایی سینه انجام نداده بودند.

میانگین نمره آگاهی و باور درک شده زنان در جدول ۱ ارائه شده است. همانطور که مشخص است میانگین نمره آگاهی زنان $41/77 \pm 15/30$ و در خصوص باور درک شده $57/80 \pm 11/30$ بود.

جدول ۱- توزیع میانگین نمرات متغیرهای آگاهی و باور افراد مورد مطالعه

متغیر	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین نمرات	انحراف معیار
آگاهی	۵/۲۶	۸۹/۴۷	۴۱/۷۷	۱۵/۳۰
باور	۲۰/۵۹	۸۸/۲۴	۵۷/۸۰	۱۱/۳۰

بر اساس آزمون همبستگی پیرسون، بین میانگین نمره آگاهی و باور درک شده زنان ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت ($r=0/038$ ، $p=0/650$) اما بین میانگین

نمره آگاهی و سطح تحصیلات ارتباط معنی داری وجود داشت ($p=0/018$) (جدول ۲).

جدول ۲- بررسی ارتباط بین متغیرهای آگاهی و باور با متغیرهای مستقل سن، سواد، درآمد، معاینه فیزیکی، ماموگرافی و خودآزمایی پستان

متغیر	سن	تحصیلات	درآمد	معاینه فیزیکی	ماموگرافی	خودآزمایی پستان
ضریب همبستگی اسپیرمن	۰/۱۶۴	۰/۱۹۸	۰/۱۲۸	۰/۲۵۳	۰/۱۵۱	-۰/۲۱۷
سطح معنی داری	۰/۰۵۱	۰/۰۱۸	۰/۱۲۹	۰/۰۰۲	۰/۰۷۲	۰/۰۰۹
ضریب همبستگی اسپیرمن	۰/۰۲۲	۰/۱۰۶	۰/۱۹۲	-۰/۰۳۸	-۰/۰۵۶	-۰/۰۳۶
سطح معنی داری*	۰/۷۹۲	۰/۲۰۷	۰/۰۲۱	۰/۶۵۳	۰/۵۱۰	۰/۶۶۵

*آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن

طرفی، از بین افرادی که ماموگرافی انجام داده بودند، افراد با سطح درآمد بالا بیشتر از افراد با سطح درآمد پایین بودند ولی این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود ($p=0/369$).

همچنین ۲۱ نفر (۱۸/۳٪) از زنانی که بیمه بودند، ماموگرافی انجام داده بودند در حالی که هیچ یک از زنان بدون بیمه، ماموگرافی انجام نداده بودند. افراد دو گروه دارای بیمه و بدون بیمه از نظر انجام ماموگرافی تفاوت آماری معنی داری داشتند ($p=0/014$). از

مدل خارج شدند. بدین معنا که بین متغیرهای یاد شده، دو متغیر آگاهی و سن در پیش بینی انجام ماموگرافی معنی دار بودند (جدول ۳).

با استفاده از آزمون رگرسیون لجستیک به روش پیش رونده شرطی، از بین متغیرهای آگاهی، باور درک شده، سن، سطح تحصیلات، درآمد و شغل، حضور متغیرهای سن و آگاهی معنی دار بود و سایر متغیرهای ذکر شده از

جدول ۳- ارزیابی ارتباط بین متغیرهای آگاهی و سن با انجام ماموگرافی با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک

متغیر	مؤلفه های مدل	بتا	خطای استاندارد	آماره والد	درجه آزادی	سطح معنی داری	نسبت شانس	فاصله اطمینان ۹۵٪
آگاهی		۰/۰۳۴	۰/۰۱۷	۴/۰۴۱	۱	۰/۰۴۴	۱/۰۳۵	۱/۰۰۱ - ۱/۰۶۹
سن		۰/۱۲۸	۰/۰۲۹	۱۸/۹۴۷	۱	<۰/۰۰۱	۱/۰۳۷	۱/۰۷۳ - ۱/۲۰۴
عرض از مبدأ مدل		-۷/۹۵۰	۱/۵۴۷	۲۶/۴۰۷	۱	<۰/۰۰۱		

مهمترین عامل انجام ندادن رفتار پیشگیری از سرطان پستان عنوان کرد (۱۴). در واقع می توان گفت میزان آگاهی زنان با و بدون سابقه فامیلی در این دو مطالعه تقریباً نزدیک به هم گزارش شده است که با نتایج مطالعه وست و همکاران (۲۰۰۳) همخوانی داشت (۹). در مطالعه وست، نیمی از زنان با سابقه فامیلی از عوامل خطر این بیماری اطلاعی نداشتند. محققان به این نکته اشاره کردند که نگرانی زنان در خصوص ابتلاء به این بیماری نسبت به همسالان خود که سابقه این بیماری را در خانواده خود نداشتند، بیشتر نبود و انجام ماموگرافی نیز در آنان بیش از زنان بدون سابقه نبود و درک از خطر نسبی این بیماری در زنان با و بدون سابقه فامیلی یکسان بود (۹).

همچنین در مطالعه برد و همکاران (۲۰۱۱) که بر روی ۱۲۸ زن مکزیک ۴۰ سال به بالا انجام شد، بین زنان با سابقه فامیلی و بدون سابقه فامیلی مثبت در خصوص انجام ماموگرافی تفاوتی مشاهده نشد و ۶۰ درصد آنان سابقه انجام ماموگرافی و ۵۰ درصد سابقه معاینه فیزیکی را گزارش نکردند (۱۶). به نظر می رسد تفکر در خصوص این بیماری در زنان با سابقه فامیلی نسبت به زنان بدون سابقه فامیلی تفاوت چندانی نداشته است و این مسئله می تواند ناشی از آن باشد که زنان با داشتن سابقه این بیماری در خانواده تمایلی به تفکر و تأمل در خصوص این بیماری ندارند. هر چند که در مطالعه برد، انجام ماموگرافی و معاینه فیزیکی نسبت به مطالعه حاضر بیشتر گزارش شد که این تفاوت می تواند ناشی از

به وسیله مدل رگرسیون لجستیک جهت پیش بینی انجام معاینه فیزیکی با استفاده از متغیرهای مستقل؛ آگاهی، باور درک شده، سن، تحصیلات، درآمد، شغل نتیجه شد که فقط متغیرهای سن و آگاهی به صورت معنی داری انجام معاینه فیزیکی را پیش بینی می کنند. همچنین جهت پیش بینی خودآزمایی پستان به وسیله رگرسیون لجستیک با استفاده از متغیرهای مستقل؛ آگاهی، باور درک شده، سن، تحصیلات، درآمد، شغل نتیجه شد که فقط متغیرهای سن و آگاهی به صورت معنی داری انجام خودآزمایی پستان را پیش بینی می کنند. همچنین بر اساس این جدول، با افزایش یک نمره به آگاهی (با بازه تغییرات ممکن صفر تا ۱۰۰) نسبت شانس انجام ماموگرافی ۱/۰۳۵ برابر بود و با افزایش یک سال به سن فرد، نسبت شانس انجام ماموگرافی ۱/۰۳۷ برابر شد.

بحث

بر اساس نتایج این مطالعه، میانگین نمرات آگاهی کمتر از نصف نمره کل پرسشنامه و میانگین نمرات باور، کمی بیشتر از نصف نمره کل پرسشنامه بود، این در حالی است که با توجه به ابتلاء یکی از نزدیکان این افراد به سرطان پستان و سطح تحصیلی نسبتاً مناسب افراد مورد مطالعه، مراقبین سیستم های بهداشتی انتظار نمرات به نسبت بیشتری را داشتند.

جاروندی (۲۰۰۲) در مطالعه خود، میزان آگاهی از این بیماری را در زنان بدون سابقه فامیلی، ۳۶ درصد گزارش کرد و نداشتن آگاهی و عدم اعتقاد به ضرورت آن را

میانگین سن شرکت کنندگان در مطالعه حاضر و مطالعه مذکور باشد.

سو ایکس و همکاران (۲۰۰۶) نیز در مطالعه خود، داشتن اعتقاد به این که سابقه فامیلی به عنوان یک عامل خطر محسوب می شود، این عامل را به عنوان پیش بینی کننده مهم رفتارهای پیشگیری از سرطان پستان در زنان مطرح کردند (۱۷). بنابراین باور زنان به معرض خطر بودن بیماری می تواند در رفتار پیشگیری از سرطان پستان مؤثر باشد. در مطالعه عابدی و همکاران (۲۰۰۶) که به بررسی باورهای بهداشتی زنان نسبت به انجام ماموگرافی پرداخت، بین سطح تحصیلات زنان و درک آنان از انجام ماموگرافی ارتباط معنی داری مشاهده شد (۱۸).

در مطالعه حاضر بین سطح تحصیلات با میانگین نمره آگاهی زنان از سرطان پستان ارتباط معنی داری وجود داشت ولی این ارتباط در خصوص میانگین نمره آگاهی آنان از بیماری با میانگین نمره باور درک شده معنی دار نبود. از طرف دیگر میسرا و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که دادن آگاهی به افراد می تواند باعث افزایش حساسیت درک شده در آنان و در نهایت افزایش رفتار غربالگری شود (۱۹). همچنین در مطالعه هان و همکاران (۲۰۰۰)، زنانی که تاکنون معاینه کلینیکی توسط پزشک نداشتند، از نمرات دانش کمتری نسبت به افرادی که این معاینه را انجام داده بودند، برخوردار بودند (۲۰). در مطالعه سادلر و همکاران (۲۰۰۱)، ۳۱ درصد مشارکت کنندگان خودآزمایی پستان را به طور منظم انجام داده، ۵۷ درصد معاینه کلینیکی و ۴۳ درصد آنان سابقه انجام ماموگرافی داشتند (۲۱). این در حالی است که شرکت کنندگان در مطالعه مذکور، زنان مناطق محروم و آفریقایی آمریکایی تبار بوده و تمام آنان سابقه فامیلی این بیماری را نداشتند.

هرچند در مقایسه با مطالعه ذکر شده، خودآزمایی پستان توسط زنان در این مطالعه نسبتاً بالا گزارش شد، اما این روش به تنهایی برای پیشگیری از بروز سرطان پستان کافی نمی باشد زیرا اولاً این روش باید به طور منظم انجام شود و ثانیاً با بزرگ شدن توده و قابلیت لمس برای کسانی که تجربه کافی در این امر ندارند،

تشخیص در مراحل پیشرفته صورت گرفته و می تواند درمان را با مشکل مواجه سازد. بنابراین انجام ماموگرافی در مرحله اول اهمیت دارد، سپس مراجعه به پزشک و در نهایت خودآزمایی پستان ها مطرح می باشد که این امر در مورد زنان در معرض خطر سرطان پستان باید با فاصله زمان کوتاه تری انجام شود.

از طرف دیگر در مطالعه عباس زاده و همکاران (۲۰۰۷) که به مقایسه دو گروه با سابقه انجام ماموگرافی و عدم انجام آن پرداختند، افرادی که ماموگرافی انجام داده بودند، از سابقه فامیلی بیشتری برخوردار بودند که این ارتباط از نظر آماری معنی دار بود (۲۳). در واقع آنها درک زنان از بیماری را به عنوان عامل مهمی مطرح کردند. بنابراین به نظر می رسد در این مطالعه آن گونه که انتظار می رود سابقه فامیلی مثبت، باعث ایجاد حساسیت درک شده و متعاقب آن باور درک شده در زنان مورد مطالعه جهت پیشگیری از این بیماری نشد که دلایل آن می تواند ناشی از عدم آگاهی و طفره رفتن از جستجو و تفکر در خصوص این بیماری از سوی زنان باشد. در هر صورت مطالعات متعددی ایجاد حساسیت و باور درک شده در پیشگیری از این بیماری را مطرح کردند از جمله در مطالعه کانالت و همکاران (۲۰۰۸) که با هدف ارزیابی عقاید بهداشتی زنان ترکی در جهت تشخیص زودرس سرطان پستان انجام شد، تنها سازه معنی دار در ارتباط با انجام ماموگرافی سازه حساسیت درک شده تشکیل می داد (۲۲). همچنین مطالعه لارگرلاند و همکاران (۲۰۰۰) در سوئد نشان داد باور درک شده از مستعد بودن نسبت به سرطان پستان، پیش بینی کننده های انجام ماموگرافی می باشد (۲۴). در مطالعه مسیحیان و همکاران (۲۰۰۸) نیز بین نمره باور بهداشتی افرادی که ماموگرافی انجام داده بودند با کسانی که این رفتار را از خود بروز نداده بودند ارتباط آماری معنی داری وجود داشت (۲۵).

در مطالعه حاضر هر چند تمام زنان در معرض خطر ابتلاء به سرطان پستان قرار داشتند، اما از نقاط قوت این مطالعه می توان به پی بردن به زمینه های عدم رفتار پیشگیری از سرطان پستان در این گروه از زنان که در معرض خطر ابتلاء به این بیماری می باشند، اشاره کرد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر قسمتی از پایان نامه دکترای آموزش بهداشت می باشد. بدینوسیله از همکاری معاونت محترم بهداشتی شهر سبزوار، همچنین کارکنان پرتلاش مرکز بهداشتی- درمانی شماره ۲ (مرکز شهیدالداعی) بخصوص سرکار خانم نوروزی نژاد تشکر و قدردانی می شود.

عدم وجود گروه کنترل و زانی که سابقه فامیلی این بیماری را نداشتند و پی بردن به تفاوت و تشابه زمینه های اعتقادی انجام رفتار پیشگیری کننده از سرطان پستان و مقایسه آن در دو گروه با و بدون سابقه فامیلی، از نقاط ضعف این مطالعه بود که پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی این نکته مد نظر قرار گیرد.

نتیجه گیری

بر خلاف انتظار مراقبین سیستم بهداشتی، باور درک شده زنان با سابقه فامیلی سرطان پستان، نسبت به در معرض خطر بودن این بیماری پایین بود.

منابع

1. Breast cancer statistics. Available at: <http://www.cdc.gov/cancer/breast/statistis>. Accessed Nov 23, 2010.
2. Keogh, L., women with breast cancer with no genetic link, are not fully utilizing breast cancer services. Document view-proQuest . in obesity, fitness ad wellness week. Atlanta: oct 15, 2011, p. 284.
3. Homaei F. Center for cancer research. Available at: <http://www.mums.ac.ir/cancer/fa>. Accessed Jan 12, 2012. [in Persian].
4. Partovi E, Ramezani R, Nadali F. [Breast cancer treatment guidelines for stakeholders. Tehran: Ekbatan Publication; 2011. [in Persian].
5. Women with disabilities and breast cancer. Available at: <http://cdc.gov/feature/breast cancer disabilities>. Accessed Oct 7, 2011.
6. Breast cancer risk factors. Institute of Academic Jahad of Tehran University of Medical Science. available at: <http://www.icbc.ir>.
7. Breast cancer risk factors. Available at: http://www.breastcancer.org/symptoms/understand_bc/risk/factors. Page last modified on. Accessed Mar 14, 2012.
8. National Cancer Institute. Breast cancer prevention. Available at: <http://www.cancer.gov>. Accessed 2012.
9. West DS, Greene PG, Kratt PP, Pulley L, Weiss HL, Siegfried N, Gore SA .The impact of a family history of breast cancer on screening practices and attitudes in low-income, rural, African American women. J Womens Health (Larchmt) 2003 Oct; 12(8):779-87.
10. Saffari M, Shojaeizadeh D, Ghofranipour F, Heydarnia A, Pakpour A. Health Education and Promotion. Theories, Models and Methods. Tehran: sobhan Publication. publish ; 2008. [In Persian].
11. Sharma M, Romas JA. Theoretical foundations of health education and health promotion. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers; 2008.
12. Consedine NS, Magai C, Horton D, Neugut AI, Gillespie M. Health belief model factors in mammography screening: testing for interactions among subpopulations of Caribbean women. Ethn Dis 2005 Summer; 15(3):444-52.
13. Lostao L, Joiner TE, Pettit JW, Chorot P, Sandin B. Health beliefs and illness attitudes as predictors of breast cancer screening attendance. Euro J Public Health 2001 Sep; 11(3):274-9.
14. Jarvandi S, Montazeri A, Harirchi I, Kazemnejad A. Beliefs and behaviours of Iranian teachers toward early detection and breast cancer and breast self-examination. Public Health 2002 Jul; 116(4):245-9.
15. Hajizadeh A, Asghari M. [Statistical methods and biosciences: a reaserch methodological approach]. Tehran: Jahad Daneshgahi Publishers; 2011. [in Persian].
16. Bird Y, Banegas MP, Moraros J, King S, Prapasiri S, Thompson B. The impact of family history of breast cancer on knowledge, attitudes, and early detection practices of Mexican women along the Mexico-US border. J Immigr Minor Health 2011 Oct; 13(5):867-75.
17. Su X, Ma GX, Seals B, Hausman A. Breast cancer early detection among Chinese women in the Philadeiphia area. J Womens Health (Larchmt) 2006 Jun; 15(5):507-19.
18. Abedi AK, Shahhassani Z, Adeli M. [Women's health beliefs about mammography referred to health centers in Sari] [Article in Persian]. J Mazandaran Univ Med Sci 2006; 16(54):90-8.
19. Mishra St, Bastani R, Crespi CM, Chang LC, Luce PH, Baquet CR. Results of arandomized trial to increase mammogram usage among Samoan women. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2007 Dec; 16(12):2594-604.
20. Han Y, Williams RD, Harrison RA. Breast cancer screening knowledge, attitudes, and practices among Korean American women. Oncol Nurs Forum 2000 Nov-Dec; 27(10):1585-91.
21. Sadler GR, Dhanjal SK, Shah NB, Shah RB, Ko C, Anghel M, et al. Asian Indian women: knowledge, attitudes and behaviors toward breast cancer early detection. Public Health Nurs 2001 Sep-Oct; 18(5):357-63.

22. Canblat N, Uzun O. Health beliefs and breast cancer screening behaviors among female health workers in Turkey. *Eur J Oncol Nurs* 2008 Apr;12(2):148-56.
23. Abbaszadeh A, Haghdoost AA, Taebi M, Kohan S. [The relationship between women's health beliefs and their participation in screening mammography] [Article in Persian]. *Asian Pac J Cancer Prev* 2007;8(4):471-5.
24. Lagerlund M, Hedin A, Sparen P, Thurfjell E, Lambe M. Attitudes, beliefs, and knowledge as predictors of nonattendance in a Swedish population-based mammography screening program. *Prev Med* 2000 Oct;31(4):417-28.
25. Masihian M, Nori Tajer M, Kermani A. [Related to women's health beliefs It's about doing mammograms] [Article in Persian]. *J Iran Univ Med Sci Nurs Midwifery* 2008;15(31):87.