

ارتباط منبع کنترل سلامت با نگرش نسبت به سرطان پستان در زنان با سابقه مثبت خانوادگی سرطان پستان در شهرستان سبزوار در سال ۱۳۹۳

دکتر معصومه هاشمیان^۱، دکتر آرزو فلاحی^{۲*}، آرش اکابری^۳،
زهرا السادات اسدی^۴، دکتر راضیه خسروراد^۵، دکتر آتوسا سلیمانیان^۶

۱. استادیار گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.
۲. استادیار گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۳. دانشجوی دانشکده آموزش مداوم، دانشگاه مگیل، مونترال، کانادا.
۴. دانشجوی دکترای آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران.
۵. دکترای روانشناسی تربیتی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.
۶. دکترای آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دفتر آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۴/۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۷/۲۵

خلاصه

مقدمه: باور زنان به این نکته که تا چه حد کنترل سلامت بر عهده خودشان می باشد، می تواند به عنوان انگیزه درونی باعث بروز رفتار پیشگیری کننده از بیماری شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی اعتقاد به نوع منبع کنترل سلامت و ارتباط آن با نگرش زنان در خصوص سرطان پستان انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۳ بر روی ۲۰۰ زن با سابقه مثبت خانوادگی سرطان پستان در شهر سبزوار انجام شد. گردآوری داده ها با استفاده از مقیاس بومی شده جایگاه کنترل سلامت والستون و پرسشنامه نگرش محقق ساخته به روش مصاحبه انجام شد و سه مورد باور به منبع درونی، باور به شانس و باور به افراد دیگر مورد بررسی قرار گرفت. جهت روایی سازه از نرم افزار لیزرل (نسخه ۸/۸) و جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS (نسخه ۲۰) و آزمون های ضریب همبستگی و رگرسیون چندگانه گام به گام استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: در این مطالعه بیشترین میانگین نمره مربوط به باور به منبع درونی کنترل سلامت ($۵/۱۵ \pm ۰/۵۲$) و کمترین میانگین مربوط به باور به جایگاه شانس بود ($۳/۳۴ \pm ۱/۱۸$). بین باور به منبع درونی ($p=۰/۴۹$)، باور به شانس ($p=-۰/۸۸$) و باور به افراد دیگر ($p=۰/۱۲$) با نگرش زنان نسبت به سرطان پستان ارتباط معنی داری وجود نداشت. اما متغیر تحصیلات ($p=۰/۰۰۵$) و سن ($p=۰/۰۲۸$) تأثیر معنی داری بر نگرش فرد داشتند.

نتیجه گیری: باور به منبع کنترل سلامت تأثیری بر نگرش زنان با سابقه مثبت خانوادگی سرطان پستان ندارد.

کلمات کلیدی: مقیاس چند وجهی کنترل سلامت، نگرش، سرطان پستان

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر آرزو فلاحی؛ دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. تلفن: ۰۸۷-۶۱۳۱۵۰۶؛ پست الکترونیک:

arezofalahi91@gmail.com

مقدمه

سرطان پستان مهم‌ترین بیماری بدخیم در زنان ایرانی و بالاترین میزان بروز و مرگ و میر ناشی از سرطان‌ها در ایران می‌باشد. همچنین میانگین سن ابتلاء زنان ایرانی به این بیماری نسبت به کشورهای آمریکایی و اروپایی ۱۰ سال پایین‌تر می‌باشد (۱). در آمریکا نیز این بیماری به عنوان دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان‌ها در زنان بعد از سرطان ریه شناخته شده است و از هر ۸ زن، یک نفر در طول زندگی خود در معرض خطر ابتلاء به این بیماری قرار دارد (۲).

سابقه فامیلی سرطان پستان، یکی از ریسک فاکتورهای غیر قابل تغییر این بیماری محسوب می‌شود. خطر ابتلاء به سرطان پستان در این زنان در مقایسه با زنان بدون سابقه فامیلی ۱/۸ برابر افزایش می‌یابد و در صورت ابتلاء ۳ نفر و بیشتر از اعضای خویشاوند، این میزان به ۴ برابر می‌رسد (۳).

عوامل متعددی می‌تواند بر اتخاذ رفتار پیشگیری‌کننده سرطان پستان در زنان تأثیرگذار باشد، در این خصوص محققان اهمیت متغیر احساس مسئولیت فردی در رفتارهای غربالگری سرطان پستان را مورد تأکید قرار داده‌اند (۴، ۵). بنابراین باور زنان به این نکته که تا چه حد کنترل سلامت بر عهده خودشان می‌باشد، می‌تواند به عنوان انگیزه درونی باعث بروز رفتار مناسب بهداشتی شود.

مفهوم منبع کنترل یکی از مباحث مهم روانشناسی است که برای نخستین بار توسط روتر مطرح شد و از تئوری یادگیری اجتماعی مشتق شده است و اشاره به افرای دارد که معتقد به نتایج خوب یا بد عوامل در زندگی‌شان هستند. این عوامل می‌تواند درونی باشد، یعنی فرد مستقیماً مسئول اعمال و رفتار خود می‌باشد و یا بیرونی باشد؛ یعنی فرد معتقد به عوامل محیطی، نیروهای برتر یا افراد دیگر می‌باشد که اعمال و رفتار وی را کنترل می‌کنند (۶).

تئوری منبع کنترل سلامت^۱ به دنبال منبع کنترل^۲ مطرح، توسعه و اصلاح شد و بیش از ۳۰ سال مورد توجه

بسیاری از محققان قرار گرفت (۹-۷). بر اساس این تئوری، افرادی که معتقد به منبع درونی کنترل سلامت می‌باشند، بر این باورند که وضعیت سلامتیشان مستقیماً ناشی از رفتار و عملکرد خودشان می‌باشد، در حالی که افرادی که به منبع کنترل بیرونی سلامت معتقد می‌باشند، عواملی نظیر پزشکان، شانس یا بخت و اقبال و سرنوشت را مسئول سلامتی خود می‌دانند (۷).

باور به منبع چند وجهی کنترل سلامت توسط والستون (۷) به طور گسترده کاربرد داشته و در مطالعات متعددی به کار رفته است (۸، ۱۰-۱۳). و شامل باور به منابع زیر می‌باشد:

۱- منبع کنترل سلامت درونی (IHLC)^۳ که نشان دهنده درجه اعتقاد فرد به این موضوع است که عوامل درونی و رفتارهایش مسئول بیماری و سلامت وی می‌باشد.

۲- منبع کنترل سلامت بیرونی (افراد دیگر) (PHLC)^۴، نشان دهنده درجه اعتقاد فرد به این موضوع است که سلامت او به وسیله افراد دیگر نظیر خانواده و پزشک تعیین می‌شود.

۳- منبع کنترل سلامت بیرونی (شانس) (CHLC)^۵ که نشان دهنده درجه اعتقاد فرد به این موضوع است که سلامت او ناشی از شانس یا بخت و اقبال می‌باشد (۱۴).

از سوی دیگر، برخی محققین معتقدند بین منبع کنترل درونی و بیرونی با نگرش افراد در خصوص ابتلاء به بیماری ایدز ارتباط وجود دارد (۱۵، ۱۶). اعتقاد به قابل کنترل و قابل پیشگیری بودن یک بیماری باعث ایجاد نگرش مثبت در خصوص انجام رفتار پیشگیرانه توسط فرد شده و برعکس افرادی که معتقد به منبع کنترل بیرونی می‌باشند، شانس، تقدیر و دیگران را به عنوان عوامل تأثیرگذار بر بیماری دانسته و متعاقب آن نگرش منفی نسبت به قابل کنترل بودن بیماری توسط فرد می‌تواند عدم رفتار پیشگیری‌کننده از بیماری را به دنبال داشته باشد (۱۷).

مطالعه حاضر در شهر سبزوار که دارای ویژگی‌های خاص قومی و فرهنگی می‌باشد، انجام شده است. با توجه به ویژگی‌های اعتقادی این منطقه و پایین بودن

³ Internal Health locus of control

⁴ Powerful others Health locus of control

⁵ Chance Health locus of control

¹ Health Locus of Control

² Locus of Control

میانگین نمره باور درک شده زنان با سابقه خانوادگی سرطان پستان علی رغم ابتلاء یکی از نزدیکان آنان به این بیماری (۱۸)، مطالعه حاضر با هدف بررسی اعتقاد به نوع منبع کنترل سلامت و ارتباط آن با نگرش زنان در خصوص سرطان پستان در جامعه پژوهش فوق انجام شد تا با توجه به نتایج مطالعه بتوان گامی در جهت حفظ و ارتقاء سلامت زنان در معرض خطر این بیماری برداشت.

روش کار

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۳ در شهر سبزوار انجام شد. ابتدا با توجه به وجود ۱۴۶ زن مبتلا به سرطان پستان که در ۵ سال اخیر (۹۳-۱۳۸۸) به این بیماری مبتلا شده بودند و توسط مرکز بهداشت شهر سبزوار شناسایی و در قید حیات بودند، از طریق تماس تلفنی درخواست شد تا عضو مؤنث و درجه اول در خانواده (شامل خواهر، مادر و دختر) که شرایط شرکت در مطالعه را داشته باشد را معرفی نمایند. حجم نمونه لازم بر اساس برآورد میانگین نمره باور به منبع درونی کنترل سلامت با استفاده از نتایج مطالعه مقدماتی، با دقت ۲ نمره، اطمینان ۹۵ درصدی، انحراف معیار ۱۳ نمره و با در نظر گرفتن جمعیت کلی زنان خانواده فرد مبتلا به سرطان پستان (۳۲۳ نفر)، ۱۴۰ نفر برآورد شد. پس از حضور شرکت کنندگان در مرکز بهداشتی-درمانی الداغی سبزوار و دادن توضیحات لازم به شرکت کنندگان، ۱۴ نفر تمایل به شرکت در مطالعه را نداشتند. خوشبختانه هیچ یک از افراد از مطالعه خارج نشدند و با توجه به این که اعضاء خانواده فرد مبتلای انتخاب شده در پاره ای از موارد بیش از یک نفر بودند (با توجه به معیارهای ورود و خروج از مطالعه)، در نهایت ۲۰۰ نفر به صورت تصادفی ساده، وارد مطالعه شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: شرکت داوطلبانه و رضایت آگاهانه شخص در مطالعه، سن ۱۸ سال و بالاتر و ابتلاء به سرطان پستان حداقل در یک نفر از اعضای درجه یک و مؤنث خانواده (مادر، دختر و خواهر) بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل ابتلاء به بیماری های مزمن و سابقه وجود توده مشکوک در پستان ها بود. جهت گردآوری داده ها از فرم A مقیاس چندوجهی

منبع کنترل سلامت والستون استفاده شد که در ایران نخستین بار توسط مشکی و همکاران ترجمه و بومی شده است (۱۹). این فرم شامل ۱۸ گویه با ۳ زیر مقیاس (باور درونی، باور بیرونی افراد دیگر و باور بیرونی شانس) می باشد و هریک از زیر مقیاس ها شامل ۶ گویه است که با معیار ۶گانه لیکرت از بسیار مخالفم (امتیاز ۱) تا بسیار موافقم (امتیاز ۶) اندازه گیری می شود. در نتیجه امتیاز هر فرد از ۶ تا ۳۶ برای هر زیر مقیاس متفاوت می باشد و به طور جداگانه برآورد می شود (۲۰). همچنین جهت بررسی نگرش افراد مورد مطالعه در خصوص سرطان پستان از ابزار محقق ساخته استفاده شد که شامل ۱۵ گویه بود و با معیار لیکرت ۵ قسمتی از بسیار موافق (امتیاز ۱) تا بسیار مخالف (امتیاز ۵) اندازه گیری شد.

پس از کسب اجازه از معاونت بهداشتی و همچنین با کسب رضایت آگاهانه و داوطلبانه شرکت کنندگان در مطالعه، داده ها از آبان تا دی ماه سال ۱۳۹۳ در مرکز بهداشتی-درمانی الداغی از طریق مصاحبه با نمونه های پژوهش تکمیل شد. جهت وضوح و اعتبار گویه های مقیاس منبع کنترل سلامت و نگرش در خصوص سرطان پستان، مطالعه مقدماتی با کمک ۳۰ نفر از زیر نمونه های پژوهش (با همان شرایط شرکت کنندگان در پژوهش) که در مطالعه شرکت نداشتند، انجام شد.

جهت روایی محتوی ابزار محقق ساخته از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. در بررسی کمی محتوا از شاخص روایی محتوی CVI استفاده شد. نمره CVI بالاتر از ۰/۷۹ به عنوان روایی محتوای مناسب مقیاس مورد تأیید قرار گرفت. جهت روایی صوری نیز از روش کیفی بررسی گویه ها و از تحلیل تحلیل عاملی تأییدی جهت روایی سازه پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. تحلیل عاملی تأییدی (CFA)^۱ یک روش آماری مورد استفاده برای بررسی ساختار عاملی مجموعه از متغیرهای مشاهده شده است. تحلیل عاملی تأییدی به محقق اجازه می دهد که فرضیه تطابق نتایج مشاهده شده با سازه مورد نظر محقق را آزمون کند (۲۱). به عبارت دیگر با تحلیل عاملی تأییدی مناسب بودن

¹ Confirmatory Factor Analysis

برازش مدل مورد ارزیابی قرار می گیرد. مناسب بودن برازش مدل با شاخص های نیکویی برازش مانند CFI، NNFI و همچنین RMSEA، X^2 و نسبت X^2 به DF مورد ارزیابی قرار می گیرد. در بررسی روایی سازه پیشنهاد می شود برازش مناسب مدل در صورتی قابل قبول است که نسبت X^2 به DF کمتر از ۲ و NNFI و CFI بزرگ تر از ۰/۹۰ و RMSEA هر دو کمتر از ۰/۰۸ باشد (۲۲).

در بررسی روایی محتوی، نمره CVI پرسشنامه نگرش ۹۶/۷ به دست آمد که نشان دهنده روایی محتوی بسیار خوب این پرسشنامه از نظر کمی بود.

در خصوص روایی سازه، نتایج تحلیل عاملی تأییدی مدل کلی با ۱۵ آیتم نشان داد که نسبت کای دو به درجه آزادی برابر ۱/۴۹۴ بود. همچنین مقدار $RMSEA=0/039$ با فاصله اطمینان (۰/۰۱۸) و $CFI=1$ ، $IFI=1$ ، $RFI=0/993$ و $NFI=0/999$ بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان از کفایت کامل مدل و تأیید برازش مدل ساختاری داشت.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) و تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از نرم افزار لیزرل (نسخه ۸/۸) انجام شد. جهت اندازه گیری همبستگی درونی گویه ها از آلفای کرونباخ و جهت اندازه گیری ثبات ابزار از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. به منظور این کار، آزمون تست مجدد بعد از ۴ هفته مورد ارزیابی و گزارش قرار گرفت. جهت ارزیابی ارتباط بین زیر مقیاس های جایگاه کنترل سلامت با مقیاس نگرش از آزمون های ضریب همبستگی و رگرسیون چندگانه گام به گام^۱ استفاده شد.

جهت پیش بینی نگرش افراد از رگرسیون خطی چندگانه به روش گام به گام استفاده شد. در گام های رگرسیون خطی چندگانه معیار ورود متغیرها به مدل مقدار p کمتر از ۰/۰۵ و معیار خروج متغیرها از مدل رگرسیونی ۰/۱۰ بود. میزان کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه میانگین سنی زنان $40/14 \pm 11/81$ سال بود. ۵۵ نفر (۲۷/۵٪) از افراد سطح تحصیلات دانشگاهی، ۴۵ نفر (۲۲/۵٪) دیپلم و دبیرستان، ۸۳ نفر (۴۱/۵٪) ابتدایی و راهنمایی و ۱۷ نفر (۸/۵٪) بی سواد بودند. همچنین ۱۵۸ نفر (۷۹٪) از زنان خانه دار و ۱۶۹ نفر (۸۴/۵٪) متأهل بودند.

همچنین در بین زیر مقیاس های منبع کنترل سلامت، باور به منبع درونی بالاترین میانگین نمره را به خود اختصاص داد ($52 \pm 15/5$)، سپس میانگین نمره باور بیرونی (افراد دیگر) $47 \pm 8/5$ به دست آمد و کمترین میانگین نمره مربوط به منبع کنترل بیرونی (شانس) بود ($34 \pm 11/8$).

بر اساس آزمون ضریب همبستگی پیرسون، بین باور به منبع درونی و باور به منبع بیرونی شانس ($r=0/01$)، $r=0/22$ و بین باور به منبع درونی کنترل سلامت و باور به افراد دیگر ارتباط معنی داری وجود داشت ($r=0/51$)، $p=0/01$). همچنین ضریب همبستگی بین سن و نگرش درخصوص سرطان پستان منفی و بین تحصیلات و نگرش در این خصوص مثبت بود، در حالی که ضریب همبستگی بین تحصیلات و زیر مقیاس باور به شانس منفی بود (جدول ۱).

جدول ۱- همبستگی بین متغیرهای اصلی و متغیرهای فردی

متغیرها	باور درونی	باور به شانس	باور به افراد دیگر	نگرش	سن	تحصیلات
باور درونی	---					
باور به شانس	$-0/22^{**}$	---				
باور به افراد دیگر	$0/51^{**}$	$0/29^{**}$	---			
نگرش	$0/49$	$-0/88$	$0/12$	---		
سن	$-0/08$	$-0/11$	$-0/84$	$-0/26^*$	---	
تحصیلات	$0/06$	$-0/16^{**}$	$-0/11$	$-0/18^{**}$	$-0/29^{**}$	---

** : معناداری در سطح ۰/۰۱؛ * : معناداری در سطح ۰/۰۵

¹ Stepwise

کمتر بود. متغیرهای شغل (شاغل، خانه دار)، تأهل (متأهل، مجرد) و درآمد از نظر آماری معنی دار نبودند و از مدل رگرسیون خطی گام به گام خارج شدند (جدول ۲).

بر اساس آزمون رگرسیون چندگانه به روش گام به گام، متغیر تحصیلات و سن به صورت معنی داری قادر به پیش بینی نگرش بودند؛ به این صورت که هرچه سال های تحصیلی فرد بیشتر بود، میزان نگرش وی نیز بیشتر و هر چه سن فرد بیشتر بود، میزان نگرش وی

جدول ۲- نتیجه گام آخر رگرسیون خطی چندگانه به روش گام به گام در پیش بینی نگرش با متغیر فردی

متغیر	ضرایب غیر استاندارد		ضریب استاندارد B	مقدار آماره تی	سطح معناداری
	B	انحراف استاندارد			
مقدار ثابت	۳/۵۹۶	۰/۲۴۴		۱۴/۷۶۷	۰/۰۰۰
سن (سال)	-۰/۰۱۱	۰/۰۰۵	-۰/۱۶۸	-۲/۲۱۰	۰/۰۲۸
تحصیلات (سال های تحصیل)	۰/۰۲۸	۰/۰۱۰	۰/۲۱۵	۲/۸۳۱	۰/۰۰۵
متغیر وابسته: نگرش					

بحث

در مطالعه حاضر که با هدف بررسی ارتباط بین باور به منبع درونی یا بیرونی سلامت با نگرش انجام شد، بین نگرش زنان نسبت به سرطان پستان و منبع چند وجهی کنترل سلامت ارتباط معنی داری وجود نداشت. در مطالعه گروت مارنت و همکار (۱۹۹۸) نیز این ارتباط گزارش نشد (۲۳)، در حالی که در مطالعه وایت (۲۰۱۱) بین باور درونی و نگرش مثبت افراد در خصوص بیماری ایدز ارتباط معنی داری گزارش شد (۱۵). هیون و همکاران (۱۹۹۲) نیز در مطالعه خود نشان دادند افرادی که اعتقاد به منبع بیرونی سلامت دارند، نگرش منفی نسبت به پیشگیری از بیماری ایدز دارند (۱۶).

یکی از دلایل ضد و نقیض بودن نتایج این مطالعات، وجود جامعه پژوهش متفاوت با ویژگی های فرهنگی و قومی متفاوت است که قطعاً می تواند بر نتایج مطالعه تأثیرگذار باشد.

در مطالعه حاضر میانگین نمرات مربوط به باور به منبع درونی کنترل سلامت و باور به منبع بیرونی افراد دیگر تقریباً با هم برابر بود و کمترین امتیاز مربوط به زیر مقیاس باور بیرونی شانس بود. در واقع مطالعه حاضر نشان داد زنان با سابقه خانوادگی سرطان پستان به منبع درونی کنترل سلامت و سپس به منبع بیرونی افراد دیگر اعتقاد داشته و نقش شانس را کمتر در این خصوص دخیل می دانند که با نتایج مطالعه مشکی و

همکاران (۲۰۰۷)، شاهد و همکاران (۲۰۱۱) و کواهارا و همکاران (۲۰۰۴) (۱۰، ۱۹، ۲۴) همخوانی داشت. از آن جایی که در مطالعات مختلف با جامعه پژوهش متفاوت، بیشترین امتیاز مربوط به باور به منبع کنترل سلامت درونی است، به نظر می رسد تفاوت بین نمرات زیر مقیاس ها جهت قضاوت و نتیجه گیری از اهمیت بیشتری برخوردار می باشد، زیرا در این مطالعه تفاوت امتیاز بسیار کمی بین باور به منبع درونی سلامت و باور به منبع بیرونی افراد دیگر وجود داشت، آن چنان که می توان گفت شرکت کنندگان در این مطالعه اعتقاد یکسانی به این دو منبع داشته اند، در حالی که در مطالعه شاهد و همکاران میانگین امتیاز باور به منبع بیرونی شانس و منبع بیرونی افراد دیگر به یکدیگر بسیار نزدیک تر بود (۲۴)، تا حدی که می توان قضاوت کرد شرکت کنندگان در مطالعه آنان اعتقاد یکسانی به باور به جایگاه های کنترل سلامت بیرونی داشته اند.

در مطالعه مشکی و همکاران (۲۰۰۷) نیز تفاوت امتیاز بین میانگین امتیاز باور درونی و باور به افراد دیگر بسیار بیشتر از مطالعه حاضر بود (۱۹). از آنجایی که جامعه پژوهش مطالعه مشکی را دانشجویان تشکیل می دادند، می توان انتظار داشت که تفاوت بین میانگین امتیاز باور درونی و بیرونی در آنان بیشتر باشد.

همچنین در مطالعه حاضر بین باور به شانس با متغیرهای سن و تحصیلات ارتباط معنی داری وجود داشت. در واقع زنان با سنین بالاتر، اعتقاد بیشتری به

منبع کنترل سلامت شانس نسبت به زنان جوان تر داشتند. همچنین بین متغیر تحصیلات و باور به شانس ضریب همبستگی منفی مشاهده شد؛ به گونه ای که افراد با میزان تحصیلات بالاتر اعتقاد کمتری به منبع بیرونی شانس داشتند که با نتایج مطالعه والسون (۲۰۰۵) و کواهارا و همکاران (۲۰۰۴) همخوانی داشت (۲۰، ۱۰).

از آنجایی که در مطالعه حاضر زنان جوان تر تحصیلات بالاتری داشتند، به نظر می رسد زنان مسن و با تحصیلات کمتر در مقایسه با زنان جوان تر و با تحصیلات بالاتر، بیشتر به نقش شانس به عنوان منبع کنترل سلامت اعتقاد داشته باشند.

در هر صورت میزان تحصیلات و به دنبال آن افزایش آگاهی می تواند یکی از عوامل مهم باور به منبع کنترل درونی سلامت باشد، زیرا غالباً در جوامعی که میزان تحصیلات بالاتر است، آگاهی نسبت به موضوع نیز بیشتر به چشم می خورد و همین مسئله می تواند بر روی باور به نوع منبع سلامت افراد نیز تأثیرگذار باشد.

همچنین در مطالعه حاضر بین متغیرهای فردی با نگرش زنان نسبت به سرطان پستان ارتباط معنی داری وجود داشت؛ چنانچه بین میزان تحصیلات با نگرش افراد همبستگی مثبت وجود داشت و ضریب بین سن و نگرش افراد منفی بود؛ به گونه ای که افراد با سطح سواد بالاتر در مقایسه با افراد با تحصیلات پایین تر، نگرش مثبت تری نسبت به سرطان پستان داشته و افراد با سن بیشتر نگرش منفی تری نسبت به زنان جوان تر به این بیماری داشتند که با نتایج مطالعه اوکوبیا و همکاران (۲۰۰۶) همخوانی داشت (۲۵). در مطالعه آنان نیز تنها ارتباط نگرش در خصوص سرطان پستان با تحصیلات نشان داده شد و گزارش کردند که نگرش با سن ارتباط معنی داری ندارد (۲۵).

آن چه مسلم است این است که در اغلب موارد افرادی که تحصیلات بالاتری دارند، آگاهی بیشتری نیز از مسائل پیرامون خود داشته و همین موضوع می تواند نگرش مثبت آنان را در اتخاذ رفتار صحیح بهداشتی در

برداشته باشد. از طرف دیگر افرادی که سن پایین تر داشته نسبت به افراد مسن تر تحصیلات بیشتری داشته و این مسئله نیز می تواند بر نگرش افراد تأثیرگذار باشد.

از محدودیت مطالعه حاضر این بود که در مطالعه حاضر از خانواده زنان مبتلا به سرطان پستان که زنده بودند به عنوان شرکت کنندگان در مطالعه استفاده شد، زیرا دسترسی به افراد خانواده مبتلایان به این بیماری که فوت کرده بودند، مشکل بود. همچنین تنها از زنان خانواده مبتلایان به سرطان پستان به عنوان شرکت کنندگان در مطالعه استفاده شد، زیرا زنان بیش از مردان در منطقه مورد مطالعه در دسترس بوده و تمایل به همکاری آنان نیز بیشتر بود.

نتیجه گیری

از آنجایی که عوامل متعددی در شکل گیری نگرش افراد تأثیرگذار می باشند و باورها، جزئی از نگرش افراد را تشکیل می دهند، لازم است با توجه به موقعیت فرهنگی جامعه پژوهش، آموزش دهندگان سلامت به دیگر عوامل تأثیرگذار بر نگرش افراد توجه نمایند. همچنین از آنجایی که جامعه پژوهش به باور درونی و باور به افراد دیگر تقریباً به یک اندازه اعتقاد داشتند، ضروری است آموزش های لازم در این خصوص برنامه ریزی شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار می باشد و با کسب مجوز اخلاقی با کد ۹۳۰۳۴ از این دانشگاه انجام شده است. بدین وسیله از تمام کسانی که ما را در اجرای این مطالعه یاری کردند، به خصوص از معاونت محترم تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی سبزوار و نیز از بانوان شرکت کننده در این مطالعه تشکر و قدردانی می شود.

1. Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Jarrahi AM, Harirchi I, Najafi M, et al. Breast cancer in Iran: an epidemiological review. *Breast J* 2007; 13(4):383-91.
2. Breast Cancer. American cancer society. Available at: URL: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detail/edgeuide/breast-cancer>; 2014
3. American cancer society. Cancer facts and figures. Atlanta: The Society; 2013. P. 13.
4. Champion V, Monahan PO, Springston JK, Russel K, Zollinger TW, Saywell RM, et al. Measuring mammography and breast cancer beliefs in African American Women. *J Health Psychol* 2008; 13(6):827-37.
5. Williams-Piehot P, Schneider TR, Pizarro J, Mowad L, Salovey P. Matching health messages to locus of control beliefs for promoting mammography Utilization. *psychol Health* 2004; 4(19):407-23.
6. Rotter JB. Social learning and clinical psychology. New York: Prentice-Hall Publishers; 1954.
7. Wallston BS, Wallston KA, Kaplan GD, Maides SA. Development and validation of the health related locus of control (HLC) scale. *J Consul Clin Psychol* 1976; 44(4):580-5.
8. Luszczynska A, Schwarzer R. Multidimensional health locus of control: comments on the construct and its measurement. *J Health Psychol* 2005; 10(5):633-42.
9. Kelly PA, Kallen MA, Suarez-Almazor ME. A combined-method psychometric analysis recommended modification of the multidimensional health locus of control scales. *J Clin Epidemiol* 2007; 60(5):440-8.
10. Kuwahara A, Nishino Y, Ohkubo T, Tsuji I, Hisamichi S, Hosokawa T. Reliability and validity of the Multidimensional Health Locus of Control Scale in Japan: relationship with demographic factors and health-related behavior. *Tohoku J Exp Med* 2004; 203(1):37-45.
11. Winefield HR. Reliability and validity of health locus of control scale. *J Pers Assess* 1982; 46(6):614-9.
12. Rodriguez-Rosero JE, Ferriani Md, Dela Coleta MF. Multidimensional health locus of control scale -- MHLC: validation study. *Rev Lat Am Enfermagem* 2002; 10(2):179-84.
13. Malcarne VL, Fernandes S, Flores L. Factorial validity of multidimensional health locus of control scales for three American ethnic groups. *J Health Psychol* 2005; 10(5):657-67.
14. Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R. Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. *Health Educ Monogr* 1978; 6(2):160-70.
15. White J. The relationship of Multidimensional Health Locus of control and attitude toward HIV/AIDS. *J Rehabilitation* 2011; 77(2):8-12
16. Heaven P, Connors J, Kellehear A. Health locus of control beliefs and attitudes toward people with AIDS. *J Austral Psychol* 1992; 27(3):172-5.
17. Smith B, Sullivan E, Bauman A, Powell-Davies G, Mitchell J. Lay beliefs about the preventability of major health conditions. *Health Educ Res* 1992; 14(3):315-25.
18. Hashemian M, Hydarnia AR, Aminshokravi F, Lamieian M, Hassanpour K, Akaberi A. Survey of believe perceived in women with positive family history of breast cancer and its prevention methods. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 15(35):17-24. (Persian).
19. Moshki M, Ghofranipour F, Hajizadeh E, Azadfallah P. Validity and reliability of the multidimensional health locus of control scale for college students. *BMC Public Health* 2007; 7:295.
20. Wallston KA. The validity of multidimensional health locus of control scales. *J Health Psychol* 2005; 10(5):623-31.
21. Suhr DD. Exploratory or confirmatory factor analysis? Cary, USA: SAS Institute Inc; 2006.
22. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 5th ed. Boston: Pearson; 2007.
23. Groth-Marnat G, Schumaker JF. Locus of control and attitude toward eating in a female college population. *Soc Behav Personal Int J* 1988; 16(1):19-23.
24. Shahed S. Health locus of control, health beliefs, and health related behaviors. a study of urban females, Phd master These. Lahore: University of the Punjab; 2011.
25. Okobia MN, Bunker CH, Okonofua FE, Osime U. Knowledge, attitude and practice of Nigerian women towards breast cancer: a cross-sectional study. *World J Surg Oncol* 2006; 4:11.