بررسی باورهای بهداشتی زنان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شهر تبریز نسبت به انجام ماموگرافی و معاینات کلینیکی پستان

چکیده

زمینه و هدف: معاینات کلینیکی پستان و ماموگرافی برای تشخیص زودرس سرطان پستان در زنان فاقد علائم توصیه شده است. در این میان باورهای بهداشتی نقش مهمی در تایید افراد نسبت به مشارکت در رفتارهای مرتبط با ارتباط سلامت ایفا می‌کند. این مطالعه با هدف بررسی باورهای بهداشتی کارکنان زن مراکز بهداشتی درمانی شهر تبریز نسبت به انجام ماموگرافی و معاینات کلینیکی پستان انجام شده است.

روش‌ پژوهشی: در این مطالعه توصیفی، 196 نفر از 52 کارکن در دو دانک بویدن ماموگرافی (4/20/2004) و ترس از اختلال تشخیص توده‌های یافته، به داشتن ارتباط معنی‌داری با ارتباط معنی‌دار داشت (p<0.001).

نتایج: گزارش کلی: با ایبا شرکت کنندگان در مراکز بهداشتی شاغل می‌باشد اما باورهای نادرست نیز نسبت به انجام ماموگرافی و معاینات کلینیکی پستان دارد و این باورها می‌تواند با مشارکت اندک آنان در برنامه‌های غیرتکلیفی مرتبط باشد. تدوین و اجرای برنامه‌های آموزشی و تصحیح باورهای غلط این زنان ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: سرطان پستان، ماموگرافی، معاینات کلینیکی پستان، باورهای بهداشتی

تاریخ دریافت: 90/12/2
تاریخ پذیرش: 90/7/15

1) کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، اورمیه غربی، ایران (موفق مسئول) شماره تابعه:8/8

Email: l.mokhtary@gmail.com

2) کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علیه دانشگاه پرستاری مامای آذربایجان شرقی، ایران

3) کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، عضو هیئت علیه دانشگاه بهداشت و تغذیه تبریز، آذربایجان غربی، ایران

4) استادسرد کروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، آذربایجان شرقی، ایران
سیاست پزشکی دو اهمیت سرطان شایع در دنیا و شایع ترین سرطان در زنان است (1). که بعد از سرطان ریه، شایع ترین سرطان مرگ ناشی از سرطان در زنان می‌باشد (2). و در صورت عدم تشخیص و درمان به موقع منجر به مرگ خواهد شد (3). انجمن سرطان آمریکا (2008) اعلام کرده است: انتظار می‌رود سرطان پستان به تنهایی یک چهارم (۲/۶ درصد) از کل سرطان‌ها را در بین زنان تشکیل دهد (4).

سن ابتلا به سرطان پستان در زنان ایرانی در مقایسه با زنان کشورهای پیشرفته حدود ۱۰ سال کمتر است (5). تراکم بافت پستان در زنان ایرانی از زنان نژادهای دیگر بینشتر است و این مسئله با بروز سرطان پستان ارتباطی دارد (6). تحقیق امور وراثت پیش‌بینی در سال ۱۳۸۴، میزان پروژه سرطان پستان در ایران ۲۴ درصد هزار زن است که حدود شش هزار مرد به‌آورد می‌شود و سالانه حدود هزار مرد می‌گردد ناشی از کم‌بیماری در ایران گزارش می‌شود (7).

غریبانگری اولین قدم اساسی در مراحل تشخیص زودرس و درمان سرطان پستان است (8). انجمن سرطان آمریکا دستورالعمل خودآزمایی پستان، معنا‌نتیجه‌گیری پستان و ماموریت پستان را برای تشخیص زودرس سرطان پستان در زنان فاقد توصیه کرده است (9).

ماده‌های تنشینی از نوع مکاتبه می‌باشد که جامعه پزشکان آن را کلیه خانواده‌نامه‌های پستان انجامشده است. نعمت‌نامه‌کارانش به صورت خوش‌بینی سهساله انجام می‌گیرند. نعمت‌نامه‌کارانش به صورت خوش‌بینی سهساله انجام می‌گیرند.

روش پزشکی

این مطالعه توصیفی و از نوع مقطعی می‌باشد که جامعه پژوهش آن را کلیه خانواده‌نامه‌های پستان انجامشده است. نعمت‌نامه‌کارانش به صورت خوش‌بینی سهساله انجام می‌گیرند.

مقدمة

سیاست پزشکی دو اهمیت سرطان شایع در دنیا و شایع ترین سرطان در زنان است (1). که بعد از سرطان ریه، شایع ترین سرطان مرگ ناشی از سرطان در زنان می‌باشد (2). و در صورت عدم تشخیص و درمان به موقع منجر به مرگ خواهد شد (3). انجمن سرطان آمریکا (2008) اعلام کرده است: انتظار می‌رود سرطان پستان به تنهایی یک چهارم (۲/۶ درصد) از کل سرطان‌ها را در بین زنان تشکیل دهد (4).

سن ابتلا به سرطان پستان در زنان ایرانی در مقایسه با زنان کشورهای پیشرفته حدود ۱۰ سال کمتر است (5). تراکم بافت پستان در زنان ایرانی از زنان نژادهای دیگر بینشتر است و این مسئله با بروز سرطان پستان ارتباطی دارد (6). تحقیق امور وراثت پیش‌بینی در سال ۱۳۸۴، میزان پروژه سرطان پستان در ایران ۲۴ درصد هزار زن است که حدود شش هزار مرد به‌آورد می‌شود و سالانه حدود هزار مرد می‌گردد ناشی از کم‌بیماری در ایران گزارش می‌شود (7).

غریبانگری اولین قدم اساسی در مراحل تشخیص زودرس و درمان سرطان پستان است (8). انجمن سرطان آمریکا دستورالعمل خودآزمایی پستان، معنا‌نتیجه‌گیری پستان و ماموریت پستان را برای تشخیص زودرس سرطان پستان در زنان فاقد توصیه کرده است (9).

ماده‌های تنشینی از نوع مکاتبه می‌باشد که جامعه پژوهش آن را کلیه خانواده‌نامه‌های پستان انجامشده است. نعمت‌نامه‌کارانش به صورت خوش‌بینی سهساله انجام می‌گیرند.
پرسشنامه جهت بررسی روابط محیطی، به دو نفر از اعضای هیئت علمی، متخصص ارائه شد. جهت بررسی پرسشنامه برای بسته‌های مقدماتی در روش‌های آزمایشی استفاده شد. در طی یک مطالعه مقدماتی، پرسشنامه با ارائه معرفی نامه از دانشگاه تبریز-پاستور-مماهی به مقدار ۱۲ نفر از کارگران در بهداشتی که جزو واحدهای مورد پژوهش بوند، ارائه و مجدداً بعد از ۲ هفته به هم افراد داده شد. ضریب همبستگی بین امتیاز، با اول و دوم، ۰/۷۸ پروآورد شد. آمادگی کرونای ۵۳ سوال در ۱۶ نفر، ۰/۸۰ محاسبه شد.

پرسشنامه شامل جهت و چهره سوال و هشتم بخش بود. بخش اول پرسشنامه شامل سوالات و مربوط به مشخصات فردی کارگر، انجام ماموگرافی و معیارهای کلیپیکی بود. بخش‌های دوم تا هشتم مربوط به بررسی افراد بهداشتی و پاسخ آنها در هر یک باعث بر اساس مقیاس بندی در جریان لیکت به صورت "کاملاً متفاوت"، "متفاوت"، "متفاوت به کمی"، "متفاوت به حد مضمون"، "متفاوت به حد مضمون"، "متفاوت به حد مضمون" و "متفاوت معیارهای کلیپیکی پاستور" و "مواقع معیارهای کلیپیکی پاستور" بوست در روش کار این اجرا بود ضروری و یکی از اکثریت مطالعه و نهج نهایی نمونه به ۱۹۶ نفر رسانید.

معیارهای ورد به این مطالعه، رز و شغال بودن در رده-های مختلف شغلی در مرکز بهداشتی درمانی و پایگاه‌های بهداشتی شهر تبریز و رضایت جهت شرکت در مطالعه بود.

Champion's Health Belief Model Scales (CHBMS) ۲۰۰۴ که جهت استفاده بین‌المللی برای تعیین بارهای بهداشتی مربوط به رفتارهای غربالگری سرطان پستان در جوامع مختلف طراحی شده است. تغییرات فردی مربوط به سلامت پستان و سلامت عمومی را می‌سنجد استفاده شد (۱۱). روش گردآوری داده‌ها کودک‌گزارش دهی بود. برای کسب اعتبار علمی پرسشنامه از اعتبار محتمل استفاده شده است. برای این کار بعدها ارائه نتایج به مراکز برسخانه و با استفاده از پرسشنامه استاندارد کوی بارهای بهداشتی چنین انجام گرفت. در این مطالعه مشخص گردید که ۱۲ درصد از شرکت‌کنندگان ماموگرافی انجام داده بودند. حجم نمونه در این نظر گرفتار حاصل از مطالعه مقدماتی ذكر است. با استفاده از دادن نمونه و ۱۷۴ نفر محاسبات شد. با توجه به حجم نمونه و توجه به نمونه‌گیری و تعداد مراکز بهداشتی درمانی (۷۲ مرکز) و پایگاه‌های بهداشتی (۵۳ پایگاه) شهر تبریز و نیز برای نظر گرفتن متوسط کارگران زن شغال در این مراکز و پایگاه‌ها (بطور متوسط ۴ نفر در مرکز و ۳ نفر در پایگاهها) استفاده از اعداد تصاویری کامپیوتری از بنیاد مشترک بهداشتی درمانی و پایگاه‌های بهداشتی انتخاب شد. شمار تعداد دو میثاقی که تمام کارگران با ۲۷ دو میثاقی در مطالعه وارد می‌شدند. لازم به ذکر است بسته به نظر جهت در بعضی از مراکز بهداشتی درمانی متوسط دنیه شد که جهت استفاده از مراکز بهداشتی درمانی زن شغال، بیشتر از متوسط دنیه شده شد و از آنجام این که تمام کارگران با ۲۷ دو میثاقی در مطالعه وارد می‌شدند. لذا حجم نهایی نمونه به ۱۹۶ نفر رسید.

شارایط فرهنگی - اجتماعی ایران.
کمبود اخلاقی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، طرح را توصیف کرده و رضایت نامه کمی از شرکت‌کننده کسب شد.

یافته‌ها

۴۵/۲ درصد از کارکنان زن ماما و ۳/۱ درصد پرستار بودند. متوسط سن واحدی مورد پزوهش ۴۵/۵۵/۵۴/۷۱۳۷/۰/۸۱/۲ درصد متاهل بودند. بوده و حداقل سن شرکت‌کننگان ۲۱ سال و حداکثر ۵۴ سال بود. تحقیقات/۹/۸۱/۲ درصد از آنها کارشناسی بود و ارتباط کمی بین مشخصات دموگرافیک کارگران (شغل و سطح تحصیلات) با انجام ماموگرافی و معاینات کلینیکی پستان از آزمون مجدد کانی، جهت تعیین ارتباط بین وضعیت تاها با انجام ماموگرافی و معاینات کلینیکی پستان از آزمون دقت و جمع و جهت تعیین ارتباط سن با انجام ماموگرافی و معاینات کلینیکی پستان از آزمون با T نمونه‌های مستقل استفاده شد.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی کارکنان زن مورد پزوهش بر حسب مشخصات فردی اجتماعی

<table>
<thead>
<tr>
<th>مشخصه</th>
<th>متغیر</th>
<th>تعداد</th>
<th>فراوانی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>شغل</td>
<td>پزشک</td>
<td>۱۶</td>
<td>۵۹/۵۰</td>
</tr>
<tr>
<td>ماما</td>
<td></td>
<td>۹۸</td>
<td>۳۱/۰۰</td>
</tr>
<tr>
<td>پرستار</td>
<td></td>
<td>۶</td>
<td>۲/۱۷</td>
</tr>
<tr>
<td>سایر</td>
<td></td>
<td>۵۲</td>
<td>۱۸/۷۰</td>
</tr>
<tr>
<td>بدرمانی خانواده</td>
<td></td>
<td>۳۲</td>
<td>۱۱/۳۰</td>
</tr>
<tr>
<td>سابیه</td>
<td></td>
<td>۱۰۵</td>
<td>۳۶/۵۰</td>
</tr>
<tr>
<td>مجموع</td>
<td></td>
<td></td>
<td>۱۹۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>مشخصه</th>
<th>متغیر</th>
<th>تعداد</th>
<th>فراوانی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن</td>
<td></td>
<td>۲۰-۲۹</td>
<td>۳۸/۵۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۳۰-۳۹</td>
<td></td>
<td>۵</td>
<td>۱/۸۵</td>
</tr>
<tr>
<td>۴۰-۴۹</td>
<td></td>
<td>۷۹</td>
<td>۲۷/۶۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۵۰-۵۹</td>
<td></td>
<td>۱۱</td>
<td>۳/۷۰</td>
</tr>
<tr>
<td>میانگین و انحراف معیار</td>
<td></td>
<td>۷/۸۱۰/۲</td>
<td>۲۳/۸۷۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>وضعیت</th>
<th>متغیر</th>
<th>تعداد</th>
<th>فراوانی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سابقه ابتلا بله</td>
<td></td>
<td>۱/۹۰</td>
<td>۶/۳۰</td>
</tr>
<tr>
<td>نه</td>
<td></td>
<td>۱۸/۶</td>
<td>۶۱/۳۰</td>
</tr>
<tr>
<td>جمع</td>
<td></td>
<td>۱۸۹</td>
<td>۶۶/۵۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>تحصیلات دیپلم</th>
<th>متغیر</th>
<th>تعداد</th>
<th>فراوانی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>کارشناسی</td>
<td></td>
<td>۱۰۷</td>
<td>۳۷/۶۰</td>
</tr>
<tr>
<td>کارشناسی عمومی</td>
<td></td>
<td>۱۰۷</td>
<td>۳۷/۶۰</td>
</tr>
<tr>
<td>جمع</td>
<td></td>
<td>۱۹۴</td>
<td>۶۶/۵۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>

در بین کارکنان، ۲۶/۲ درصد انجام ماموگرافی و ۷/۸ درصد انجام معاینات کلینیکی پستان را گزارش کردند. بیشترین میزان انجام ماموگرافی در کارگران بهداشت خانواده، کارکنان با تحصیلات دیپلم و متاهل بود. بیشترین میزان انجام معاینات کلینیکی پستان در

<table>
<thead>
<tr>
<th>مشخصه</th>
<th>متغیر</th>
<th>تعداد</th>
<th>فراوانی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سابقه ابتلا بله</td>
<td></td>
<td>۱۰۰</td>
<td>۳۳/۰۰</td>
</tr>
<tr>
<td>نه</td>
<td></td>
<td>۱۸۹</td>
<td>۶۶/۵۰</td>
</tr>
<tr>
<td>جمع</td>
<td></td>
<td>۱۸۹</td>
<td>۶۶/۵۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>

در بین کارکنان و ماماها، کارکنان با تحصیلات کارشناسی و کارگران متاهل بود. نتایج آزمون آماری نشان داد که ارتباط معنی‌دار آماری بین وضعیت تاها و میزان انجام ماموگرافی (X² = 9/61 و p = ۰/۰۱) بین سن و میزان انجام ماموگرافی، (X² = 9/61 و p = ۰/۰۱) بین سن و

در بین کارکنان، ۲۶/۲ درصد انجام ماموگرافی و ۷/۸ درصد انجام معاینات کلینیکی پستان را گزارش کردند. بیشترین میزان انجام ماموگرافی در کارگران بهداشت خانواده، کارکنان با تحصیلات دیپلم و متاهل بود. بیشترین میزان انجام معاینات کلینیکی پستان در
جدول شماره ۲۴: توزیع فراوانی بوداییان بهداشتی زنان مورد پژوهش در ارتباط با فاوتام مامورگرافی

<table>
<thead>
<tr>
<th>بیانیه ها</th>
<th>فراوانی</th>
<th>برآورد نظر</th>
<th>زیر نظر</th>
<th>تعداد</th>
<th>درصد</th>
<th>تعداد</th>
<th>درصد</th>
<th>تعداد</th>
<th>درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۱</td>
<td>۴/۰۲/۷</td>
<td>۹۴</td>
<td>۹۰/۷۴</td>
<td>۳۰۰۸/۷</td>
<td>۳۰/۰۸</td>
<td>۲۹/۰۲</td>
<td>۷۹/۰۸</td>
<td>۳۵/۰۸</td>
<td>۷۶/۰۸</td>
</tr>
<tr>
<td>۲</td>
<td>۴/۳۳/۷</td>
<td>۹۴</td>
<td>۹۰/۴۰</td>
<td>۲۷۰۰/۷</td>
<td>۲۷/۰۰</td>
<td>۲۶/۰۰</td>
<td>۷۴/۰۰</td>
<td>۳۵/۰۰</td>
<td>۷۰/۰۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۳</td>
<td>۴/۷۷/۷</td>
<td>۹۴</td>
<td>۹۰/۰۲</td>
<td>۳۸/۰۰/۷</td>
<td>۳۸/۰۰</td>
<td>۳۸/۰۰</td>
<td>۷۶/۰۰</td>
<td>۳۵/۰۰</td>
<td>۷۰/۰۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۴</td>
<td>۴/۱۱/۷</td>
<td>۹۴</td>
<td>۹۰/۵۰</td>
<td>۱۶۸/۰۰/۷</td>
<td>۱۶۸/۰۰</td>
<td>۱۶۸/۰۰</td>
<td>۷۲/۰۰</td>
<td>۳۵/۰۰</td>
<td>۷۰/۰۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۵</td>
<td>۴/۳۰/۷</td>
<td>۹۴</td>
<td>۹۰/۸۹</td>
<td>۲۸/۰۰/۷</td>
<td>۲۸/۰۰</td>
<td>۲۸/۰۰</td>
<td>۷۰/۰۰</td>
<td>۳۵/۰۰</td>
<td>۷۰/۰۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول شماره ۲۵: توزیع فراوانی بوداییان بهداشتی زنان مورد پژوهش در ارتباط با فاوتام مامورگرافی

<table>
<thead>
<tr>
<th>بیانیه ها</th>
<th>فراوانی</th>
<th>برآورد نظر</th>
<th>زیر نظر</th>
<th>تعداد</th>
<th>درصد</th>
<th>تعداد</th>
<th>درصد</th>
<th>تعداد</th>
<th>درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۱</td>
<td>۴/۰۲/۷</td>
<td>۹۴</td>
<td>۹۰/۷۴</td>
<td>۳۰۰۸/۷</td>
<td>۳۰/۰۸</td>
<td>۲۹/۰۲</td>
<td>۷۹/۰۸</td>
<td>۳۵/۰۰</td>
<td>۷۰/۰۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۲</td>
<td>۴/۳۳/۷</td>
<td>۹۴</td>
<td>۹۰/۴۰</td>
<td>۲۷۰۰/۷</td>
<td>۲۷/۰۰</td>
<td>۲۶/۰۰</td>
<td>۷۴/۰۰</td>
<td>۳۵/۰۰</td>
<td>۷۰/۰۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۳</td>
<td>۴/۷۷/۷</td>
<td>۹۴</td>
<td>۹۰/۰۲</td>
<td>۳۸/۰۰/۷</td>
<td>۳۸/۰۰</td>
<td>۳۸/۰۰</td>
<td>۷۶/۰۰</td>
<td>۳۵/۰۰</td>
<td>۷۰/۰۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۴</td>
<td>۴/۱۱/۷</td>
<td>۹۴</td>
<td>۹۰/۵۰</td>
<td>۱۶۸/۰۰/۷</td>
<td>۱۶۸/۰۰</td>
<td>۱۶۸/۰۰</td>
<td>۷۲/۰۰</td>
<td>۳۵/۰۰</td>
<td>۷۰/۰۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۵</td>
<td>۴/۳۰/۷</td>
<td>۹۴</td>
<td>۹۰/۸۹</td>
<td>۲۸/۰۰/۷</td>
<td>۲۸/۰۰</td>
<td>۲۸/۰۰</td>
<td>۷۰/۰۰</td>
<td>۳۵/۰۰</td>
<td>۷۰/۰۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>
بحث و نتایج کلی

بررسی باروری بهداشتی کارکنان زن مراکز بهداشتی درمانی شهر تبریز نسبت به...

چگونه و به چکا مراجعه کنیم "رمان مراجعه جهت انجام ماموگرافی"؟ نیمی نونام به خاطر بیمار. "بیمار هری با. ماموگرافی انجام نمی دهم" مختلف بودند. در مطالعه اینگونه کسانی و همکاران (1385) مشخص گردید که 5/5 درصد از زنان کلیا موافق بودند که انجم ماموگرافی فرد تأیید می کنند. در 41/3 درصد کلیا موافق بودند که انجم ماموگرافی هیچ است. حتی این چیزی که شاید ترین معان بار انجام ماموگرافی این بود که انجام خودآزمایی پستان برای یافتن توده در پستان کمک می کند و نیازی به انجام ماموگرافی نیست. در 7/5 درصد از زنان مختلف بودند که سرطان پستان بیماری خطور کنند. در کل 1/5 درصد کلیا موافق بودند که عدم تشخیص زودرس منجر به مرگ می شود. (2) که با نتیجه مطالعه خورشید ندارد که عمل قبل ذکر گردید. تناوب مطالعه عباس زاده و همکاران (2007) نیز نشان داد که باورهای بهداشتی زنان در مطالعه در مطالعه بازرسی هماهنگی با انجام ماموگرافی بودند. درست می کنند. در مطالعه از ابعاد مدل باروری بهداشتی از جمله فاوا ماموگرافی با انجام ماموگرافی همراه است. دانستن فاوا و امتیازات ماموگرافی روز اورودن زنان به انجام ماموگرافی را افزایش خواهد داد. (3) که با مطالعه خورشید ندارد. در مطالعه آمیکانی- کرایه‌یار مشخص شد که شاید ترین معان برای انجام ماموگرافی این ابزار بود و زنان که آنها در معرض خطر کمتری برای ابتلا به سرطان پستان هستند مانند اینکه با بانیه "انجام ماموگرافی اختلال مرکز ناشی از سرطان پستان را کاهش می دهد" می‌تواند. همچنین در مطالعه خورشید ندارد که شاید ترین معان انجام ماموگرافی این ابزار بود که انجام ماموگرافی بسیار دشوار است. در مطالعه 9/5 درصد از پرستان و ماماها معنی‌طلب بودند که انجام ماموگرافی بارای تشخیص زودرس و پیشگیری از سرطان پستان ضروری است. همچنین باروری بهداشتی مربوط به استفاده ابتلا در حد متوسط بوده و باورهای بهداشتی مربوط به جدافت سرطان پستان و انگیزهای بهداشتی و از این نتایج مطالعه. 2007 Avcı
در این مطالعه میزان انجام ماموگرافی و معماینات کلینیکی پستان، پایین ارزیابی شد و از آنجایی که ماموگرافی و معماینات کلینیکی پستان از جمله روش‌های غیربالگری برای تشخیص زودرس سرطان پستان است، این نتایج بر پرسه‌ها و معماینات کلینیکی پستان و گذردهای ماموگرافی جهت ارتقای سطح آگاهی کارکنان و زنان در مورد تشخیص زودرس سرطان پستان و اجرای برنامه‌های روان‌شناختی در مورد زودرس سرطان پستان ضروری است. به این منظور پیشنهاد می‌شود برنامه‌های ماموگرافی مناسب در مورد افزایش آگاهی‌های مربوط به سرطان پستان و روش‌های تشخیص زودرس آن طراحی گردد و کلاس‌های آموزشی برگزار و خدمات مربوط به تشخیص زودرس درمان به پختن سیستمی شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی ایجاد و در مدت زمان گیرش. برنامه نمای جامع کنترل سرطان در ایران با چهار جزء: آموزش و افزایش آگاهی افراد، غیربالگری، تشخیص زودرس، درمان مناسب و مراقبتهای زودرسی به تصمیم گیرندگان بهداشتی جهت کاهش بار سرطان پستان توصیه می‌شود و بهای پرداختن بیشتر بهداشتی، درمان و آموزش پرکمکی لازم است ضرورت چنین پرداختهای را بررسی نموده و تشکیل جهت تشخیص زودرس و درمان سرطان پستان در ایران فراهم نماید. (vii)

تقدیر و تشكر

بدین وسیله از ریاست محترم شrike بهداشت استان آذربایجان شرقی که ما را در تصویب این مطالعه مساعدت نمودند تشکر نموده و همچنین از مرکز تحقیقات همانولوژی و اکنولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به لحاظ حمایت هماسلامی سیاسی‌گزارانمی‌شود. همچنین از مستندی و کارکنان مراکز بهداشتی و پایگاه‌های بهداشتی که همکاری لازم را در این تحقیق فراهم نمودند، لازم است در اینجا تقدیر و تشکر کنم.

فرانسه، دلایل عدم انجام تست‌های غیربالگری شامل عدم احساس نگرانی و اضطراب برای ابتدای به سرطان پستان، عدم وجود انگیزه برای انجام تست‌ها و عدم توصیه پزشک بود. همچنین درک پشنگان از لغت اجتهاد زنان برای انجام تست‌های غیربالگری، عدم رغبت و تامین آنها جهت آگاه کردن از نتایج ماموگرافی و نیز باور زنان مبنی بر دردناک بودن ماموگرافی ذکر شده بود. (iv)

در این بررسی 13/2003 دسترسی از شرکت‌کنندگان واموفق بودند که انجام معماینات کلینیکی پستان، به تشخیص زودرس توده‌های پستانی که می‌تواند 1/12 دسترسی از کارکران با نیاز به اختصاص هزینه معماینات کلینیکی پستان انجام نمی‌دهند. مخالب بودند. که در این مطالعه مشاهده یافته شد.

جدول شماره 4 نشان داد که بین وضعیت تاهل سن و میزان انجام ماموگرافی، همچنین بین سن و میزان انجام معماینات کلینیکی پستان ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد ولی بین شغل، سطح تحصیلات و میزان انجام ماموگرافی، بین وضعیت تاهل، شغل، سطح تحصیلات و میزان انجام معماینات کلینیکی پستان ارتباط معنی‌دار آماری وجود ندارد. نتایج مطالعه عباس زاده و همکاران (2007) نشان داد که باورهای بهداشتی زنان در بعضی از ابعاد مدل باورهای بهداشتی از جمله فواید ماموگرافی و وجود اشارات برای انجام ماموگرافی با انجام ماموگرافی همراه است. دانستند فواید و امتیازات ماموگرافی و اشکال عمل پیوستن به انجام ماموگرافی را افزایش می‌خواهد داد. (24) که با مطالعات حاضر هم‌خوانی دارد. در تحقیق Lairson و همکاران (2005) نیز مشخص شد که استفاده از غیربالتگی ماموگرافی مستقیماً به تحصیلات درآمده، بیمار و حفظ کردن شده سرطان پستان بسگی در Finney Rutten (2003) مشخص نتایج تحقیق کرد که زنانی که سابقه فامیلی مبتلا سرطان پستان داشتند فواید زاید و موانع کمتری از ماموگرافی را گزارش نمودند. (vii)
Knowledge, attitude and practice of breast self-examination in a female population of metropolitan São Paulo. 


The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. BMC Cancer. 2006;6:43.


Knowledge and practice of women older than 15 years about breast cancer in Sari, Iran]. Mazandaran Uni Med Sci J. 2006. 16 (52): 64-74.Persian


Health Beliefs about Mammography and Clinical Breast Examination among Female Healthcare Providers in Tabriz Health Centers

*Mokhtari L. MSc1 Baradaran Rezaee M. MSc2 Mohammadpour Asl A. MSc3 Mousavi SM PhD4

Abstract

Background & Aim: Mammography and clinical breast examination have been recommended for early detection of breast cancer in asymptomatic women. Health beliefs play an important role in people’s tendency toward participation in health promotion behaviors. The aim of this study was to determine the health beliefs of female health care providers of Tabriz Health Centers about mammography and clinical breast examination.

Material & Methods: It was a descriptive, cross-sectional study. The participants were recruited from 52 health center of Tabriz city by proportional cluster random sampling (n=196). Data was collected by Champion’s Health Belief Model Scale and analyzed using SPSS-PC (v.14).

Results: The findings revealed that 26.6% and 10.7% of the sample had a history of mammography and clinical breast examination respectively. The most prevalent barriers to mammography and breast examination were beliefs about painful nature of mammography (2.45± 1.02) and fear of the possible diagnosis of cancer (2.30± 1.05). There were significant associations between mammography and marital status (p=0.001) and age (p<0.001) and also between clinical breast examination and age (p=0.02)

Conclusion: Misconceptions and incorrect beliefs about mammography and clinical breast examination could result in low rate of participation in mammography and clinical breast examination. Providing educational programs to correct wrong health beliefs about these examinations is recommended.

Keywords: Breast Cancer, Mammography, Clinical Breast Examination (CBE), Health Beliefs

Received: 2 Jun 2011
Accepted: 6 Sep 2011

---

1 Senior Lecturer, Public Health Dept., Urmia University of Medical Sciences, West Azerbaijan, Iran
(*Corresponding Author). Tel: 09144611568, Email: Lmokhtary@gmail.com
2 Senior Lecturer, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, East Azerbaijan, Iran.
3 Senior Lecturer of Epidemiology, Faculty of Health and Nutrition, Tabriz University of Medical Sciences, East Azerbaijan, Iran.
4 Assistant Professor, Social Medicine Dept., Tabriz University of Medical Sciences, East Azerbaijan, Iran.