

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

*لیلا مختاری^۱ مهین برادران رضایی^۲ اصغر محمد پور اصل^۳ سید محسن موسوی^۴

چکیده

زمینه و هدف: معاینات کلینیکی پستان و ماموگرافی برای تشخیص زودرس سرطان پستان در زنان فاقد علامت توصیه شده است. در این میان باورهای بهداشتی نقش مهمی را در تمایل افراد نسبت به مشارکت در رفتارهای مرتبط با ارتقاء 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 بررسی: در این مطالعه توصیفی، ۱۹۶ نفر از ۵۲ مرکز با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی سهمی انتخاب و باورهای بهداشتی آنان نسبت به انجام ماموگرافی و معاینات کلینیکی پستان بر اساس مدل باورهای بهداشتی چمپیون از طریق پرسشنامه بررسی شد و داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۲۶/۶ درصد از زنان انجام ماموگرافی و ۱۰/۷ درصد انجام معاینات کلینیکی پستان را گزارش نمودند. شایع‌ترین مانع برای انجام ماموگرافی و معاینات کلینیکی پستان به ترتیب دردناک بودن ماموگرافی (۲/۴۵±۱/۰۲) و ترس از احتمال تشخیص توده‌های بدخیم بود (۲/۳۰±۱/۰۵). انجام ماموگرافی با وضعیت تأهل و سن ($p < ۰/۰۰۱$) ارتباط معنی دار داشت. همچنین انجام معاینات کلینیکی پستان با سن ارتباط معنی دار داشت ($p = ۰/۰۲$).

نتیجه‌گیری کلی: با اینکه شرکت کنندگان در مراکز بهداشتی شاغل می‌باشند اما باورهای نادرستی نیز نسبت به انجام ماموگرافی و معاینات کلینیکی پستان دارند و این باورها می‌تواند با مشارکت اندک آنان در برنامه‌های غربالگری 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: ۹۰/۳/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۰/۶/۱۵

^۱ کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، آذربایجان غربی، ایران (*مؤلف مسئول) شماره تماس: ۰۹۱۴۴۶۱۱۵۶۸

Email: l.mokhtary@gmail.com

^۲ کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی تبریز، آذربایجان شرقی، ایران

^۳ کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت و تغذیه تبریز، آذربایجان شرقی، ایران

^۴ استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، آذربایجان شرقی، ایران

مقدمه

سرطان پستان دومین شایع در دنیا و شایع‌ترین سرطان در زنان است^(۱). که بعد از سرطان ریه، شایع‌ترین علت مرگ ناشی از سرطان در زنان می‌باشد^(۲) و در صورت عدم تشخیص و درمان به موقع منجر به مرگ خواهد شد^(۳). انجمن سرطان آمریکا (۲۰۰۸) اعلام کرده است: انتظار می‌رود سرطان پستان به تنهایی یک چهارم (۲۶ درصد) از کل سرطان‌ها را در بین زنان تشکیل دهد^(۴).

سن ابتلا به سرطان پستان در زنان ایرانی در مقایسه با زنان کشورهای پیشرفته حدود ۱۰ سال کمتر است^(۵). تراکم بافت پستان در زنان ایرانی از زنان نژادهای دیگر بیشتر است و این مسئله با بروز سرطان پستان ارتباط دارد^(۶). طبق آمار وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۴، میزان بروز سرطان پستان در ایران ۲۴ در صد هزار زن است که حدود شش هزار مورد برآورد می‌شود و سالانه حدود هزار مورد مرگ ناشی از این بیماری در ایران گزارش می‌شود^(۷).

غریبالگری اولین قدم اساسی در مراحل تشخیص زودرس و درمان سرطان پستان است^(۸). انجمن سرطان آمریکا دستورالعمل‌های خودآزمایی پستان، معاینات کلینیکی پستان و ماموگرافی را برای تشخیص زودرس سرطان پستان در زنان فاقد علامت توصیه کرده است^(۹، ۴).

ماموگرافی تنها روش قابل ارزیابی شناسایی سرطان غیر قابل لمس پستان است^(۱۰). حجم کوچک‌تر پستان و پارانشیم متراکم آن در زنان آسیایی، غریبالگری ماموگرافیک سرطان پستان را در آنها نامناسب کرده است^(۱۱). تشخیص تومور توسط معاینات کلینیکی پستان، به مقدار زیادی بستگی به مهارت معاینه کننده دارد^(۱۲). در ایران بعثت فقدان برنامه‌های غریبالگری سیستماتیک برای تشخیص زودرس، موارد پیشرفته سرطان پستان بارز است^(۱۳).

باورهای بهداشتی (Health Believes) نقش مهمی در تمایل افراد به شرکت در رفتارهای مرتبط با ارتقاء سلامتی دارند^(۱۴، ۱۵). الگوی باورهای بهداشتی برای اولین بار در دهه ۱۹۵۰ توسط Hochbaum و Kegeles و Rosenstock مطرح شد^(۱۶). الگوی باورهای بهداشتی چمپیون بر اساس الگوی باورهای بهداشتی پایه گذاری شده و برای استفاده بین‌المللی جهت تشخیص زودرس سرطان پستان مورد استفاده قرار می‌گیرد^(۱۵). طبق الگوی باورهای بهداشتی زنانی که معتقدند مستعد سرطان پستان هستند و سرطان پستان یک بیماری جدی است و نیز زنانی که منافع بیشتر و موانع کمتری از ماموگرافی دریافت کرده‌اند احتمالاً بیشتر ماموگرافی انجام می‌دهند^(۱۷).

با توجه به نقش عمده باورهای بهداشتی، پژوهشگر بر آن شد تا تحقیقی در این مورد انجام داده و این مشکل را از دیدگاه مدل باورهای بهداشتی مورد بررسی قرار دهد تا نقشی هر چند کوچک در راستای برنامه‌ریزی برای کنترل سرطان پستان و ارتقاء برنامه‌های آموزشی داشته باشد.

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. همچنین ارتباط بین مشخصات دموگرافیک نمونه با میزان انجام ماموگرافی و معاینات کلینیکی پستان مورد بررسی قرار گرفته است.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی و از نوع مقطعی می باشد که جامعه پژوهش آن را کلیه کارکنان زن شاغل در مراکز بهداشتی درمانی و پایگاه‌های بهداشتی شهر تبریز تشکیل دادند. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای تصادفی سهمی انجام گرفت.

مطالعه مقدماتی در بین ۵۰ نفر از کارکنان بهداشتی درمانی شاغل در مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌های آموزشی

پرسشنامه جهت بررسی روایی محتوی، به ده نفر از اعضای هیئت علمی، متخصص ارائه شد. جهت بررسی پایایی پرسشنامه از روش بازآزمایی استفاده شد. در طی یک مطالعه مقدماتی، پرسشنامه با ارائه معرفی‌نامه از دانشکده پرستاری-مامایی به ۱۲ نفر از کارکنان زن بهداشتی که جزء واحدهای مورد پژوهش نبودند، ارائه و مجدداً بعد از ۲ هفته به همان افراد داده شد. ضریب همبستگی بین امتیاز، بار اول و دوم، $0/78$ برآورد شد. آلفای کرونباخ برای ۵۳ سؤال در ۱۲ نفر، $0/80$ محاسبه شد.

پرسشنامه شامل چهل و چهار سؤال و هشت بخش بود. بخش اول پرسشنامه شامل هشت سؤال و مربوط به مشخصات فردی کارکنان و انجام ماموگرافی و معاینات کلینیکی پستان بود. بخش‌های دوم تا هشتم مربوط به باورهای بهداشتی کارکنان بود و پاسخ آنها در هر بخش، بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت به صورت "کاملاً مخالفم"=۱، "مخالفم"=۲، "نظری ندارم"=۳، "موافقم"=۴ و "کاملاً موافقم"=۵ امتیازبندی شد. این بخش‌ها در زمینه باورهای بهداشتی مربوط به "استعداد ابتلا به سرطان پستان"، "اهمیت/جدیت سرطان پستان"، "انگیزه‌های بهداشتی"، "فواید ماموگرافی"، "موانع ماموگرافی"، "فواید معاینات کلینیکی پستان" و "موانع معاینات کلینیکی پستان" بودند.

روش کار به این صورت بود که پژوهشگر بعد از کسب معرفی‌نامه از دانشکده پرستاری مامایی تبریز، به مراکز مربوط مراجعه نموده و پس از توضیح اهداف مطالعه به کارکنان بهداشتی و کسب اطمینان از تمایل آنان به شرکت در پژوهش، پرسشنامه را در اختیار نمونه‌های منتخب قرار داد و پرسشنامه‌ها با تعیین قرار قبلی، جمع‌آوری گردید. ملاحظات اخلاقی این مطالعه شامل: اخذ معرفی‌نامه رسمی از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی تبریز و کمیته اخلاقی دانشگاه، توجیه نمودن واحدهای مورد پژوهش در مورد تحقیق حاضر و شرکت آگاهانه آنها، دادن اطمینان به آنها مبنی بر محرمانه ماندن اطلاعات، ارائه نتایج به مراکز

شهرستان خوی و با استفاده از پرسشنامه استاندارد الگوی باورهای بهداشتی چمپیون انجام گرفت. در این مطالعه مشخص گردید که ۱۲ درصد از شرکت‌کنندگان ماموگرافی انجام داده بودند. حجم نمونه با در نظر گرفتن نتایج حاصل از مطالعه مقدماتی ذکر شده و با احتساب از دست دادن نمونه‌ها برابر ۱۷۴ نفر محاسبه شد. با توجه به حجم نمونه و نحوه نمونه‌گیری و تعداد مراکز بهداشتی درمانی (۲۷ مرکز) و پایگاه‌های بهداشتی (۵۳ پایگاه) شهر تبریز و نیز با در نظر گرفتن متوسط کارکنان زن شاغل در این مراکز و پایگاه‌ها (بطور متوسط ۴ نفر در مراکز و ۳ نفر در پایگاه‌ها)، از ۲۷ مرکز بهداشتی درمانی، ۲۰ مرکز و از ۵۳ پایگاه بهداشتی، ۳۲ پایگاه به صورت تصادفی با استفاده از اعداد تصادفی کامپیوتری از لیست مراکز بهداشتی درمانی و پایگاه‌های بهداشتی انتخاب شده و تمام کارکنان زن شاغل در این مراکز و پایگاه‌ها وارد مطالعه شدند. لازم به توضیح است با توجه به اینکه در بعضی از مراکز بهداشتی درمانی تعداد کارکنان زن شاغل، بیشتر از متوسط تعداد در نظر گرفته شده بود و از آنجائی که تمام کارکنان باید در مطالعه وارد می‌شدند، لذا حجم نهایی نمونه به ۱۹۶ نفر رسید.

معیارهای ورود به این مطالعه، زن و شاغل بودن در رده‌های مختلف شغلی در مراکز بهداشتی درمانی و پایگاه‌های بهداشتی شهر تبریز و رضایت جهت شرکت در مطالعه بود.

در این مطالعه اطلاعات با استفاده از Champion's Health Belief Model Scales (CHBMS) سال ۲۰۰۴ که جهت استفاده بین‌المللی برای تعیین باورهای بهداشتی مربوط به رفتارهای غربالگری سرطان پستان در جوامع مختلف طراحی شده است، و تصمیمات فردی مربوط به سلامت پستان و سلامت عمومی را می‌سنجد استفاده شد^(۱۴). روش گردآوری داده‌ها خودگزارش‌دهی بود. برای کسب اعتبار علمی پرسشنامه از اعتبار محتوی استفاده شده است. برای این کار، بعد از تهیه و ترجمه پرسشنامه، تعدیل آن با شرایط فرهنگی-اجتماعی ایران،

کمیته اخلاقی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، طرح را تصویب کرده و رضایت نامه کتبی از شرکت کنندگان کسب شد.

یافته‌ها

۴۵/۶ درصد از کارکنان زن ماما و ۳/۱ درصد، پرستار بودند، متوسط سن واحدهای مورد پژوهش $37/01 \pm 7/54$ بوده و حداقل سن شرکت کنندگان ۲۱ سال و حداکثر ۵۴ سال بود. تحصیلات ۵۴/۹ درصد از آنها کارشناسی بود و ۷۳/۵ درصد متأهل بودند. ۱/۶ درصد از کارکنان سابقه ابتلا به سرطان پستان را داشتند و ۴/۱ درصد از آنها سابقه ابتلا اقوام درجه ۱ را گزارش نمودند. (جدول شماره ۱)

مورد پژوهش در صورت درخواست و رعایت اصول اخلاقی در استفاده از سایر منابع و پژوهش‌ها بود. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جهت بررسی ویژگی‌های واحدهای مورد پژوهش، از آمار توصیفی استفاده شد و در مورد متغیرهای کمی محاسبه میانگین و انحراف معیار بعمل آمد. جهت تعیین ارتباط بین مشخصات دموگرافیک کارکنان (شغل و سطح تحصیلات) با انجام ماموگرافی و معاینات کلینیکی پستان از آزمون مجذور کای، جهت تعیین ارتباط بین وضعیت تأهل با انجام ماموگرافی و معاینات کلینیکی پستان از آزمون دقیق فیشر و جهت تعیین ارتباط بین سن با انجام ماموگرافی و معاینات کلینیکی پستان از آزمون T با نمونه‌های مستقل استفاده شد.

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

مشخصه	فراوانی		مشخصه	فراوانی	
	تعداد	درصد		تعداد	درصد
سن	۲۰-۲۹	۳۸	شغل	۱۹/۷۰	۳۸
	۳۰-۳۹	۷۵	پزشک	۸/۲۰	۱۶
	۴۰-۴۹	۶۹	ماما	۴۵/۶۰	۸۹
	≥ 50	۱۱	پرستار	۳/۱۰	۶
	میانگین و انحراف معیار	$37/01 \pm 7/54$	بهداشت خانواده	۲۶/۷۰	۵۲
وضعیت	مجرد	۵۲	سایر	۱۶/۴۰	۳۲
تأهل	متأهل	۱۴۴	جمع*	۱۰۰	۱۹۵
	جمع	۱۹۶	سابقه ابتلا	۱/۶۰	۳
تحصیلات	دیپلم	۲۲	به سرطان	۹۸/۴۰	۱۸۶
	کاردانی	۵۰	پستان	۱۰۰	۱۸۹
	کارشناسی	۱۰۷	سابقه ابتلا	۴/۱۰	۸
	دکترای عمومی	۱۶	اقوام	۹۵/۹۰	۱۸۸
	جمع*	۱۹۵	درجه یک	۱۰۰	۱۹۶

* تعدادی از کارکنان زن به این سؤالات پاسخ نداده بودند

پرستاران و ماماها، کارکنان با تحصیلات کارشناسی و کارکنان متأهل بود. نتایج آزمون آماری نشان داد که ارتباط معنی‌دار آماری بین وضعیت تأهل و میزان انجام ماموگرافی ($p=0/001$ و $X^2=9/61$)، بین سن و میزان انجام ماموگرافی ($p<0/001$ و $t=5/44$)، بین سن و

در بین کارکنان، ۲۶/۶ درصد انجام ماموگرافی و ۱۰/۷ درصد انجام معاینات کلینیکی پستان را گزارش کردند. بیشترین میزان انجام ماموگرافی در کارکنان بهداشت خانواده، کارکنان با تحصیلات دیپلم و متأهل بود. بیشترین میزان انجام معاینات کلینیکی پستان در

جدول شماره ۱ توزیع فراوانی کارکنان زن بر حسب مشخصات فردی اجتماعی، جدول شماره ۲ توزیع فراوانی باورهای بهداشتی کارکنان زن در ارتباط با فواید ماموگرافی، جدول شماره ۳ فراوانی باورهای بهداشتی کارکنان زن در ارتباط با فواید معاینات کلینیکی پستان و جدول شماره ۴ ارتباط بین مشخصات دموگرافیک و انجام ماموگرافی و معاینات کلینیکی پستان در کارکنان زن را نشان می‌دهد.

میزان انجام معاینات کلینیکی پستان ($p=0/02$) و وجود داشت ولی بین شغل، سطح تحصیلات و انجام ماموگرافی، بین وضعیت تأهل، شغل، سطح تحصیلات و انجام معاینات کلینیکی پستان ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت ($p>0/05$).
در این مطالعه شایع‌ترین مانع برای انجام ماموگرافی این باور بود که انجام ماموگرافی بسیار دردناک است ($1/02 \pm 2/45$) و شایع‌ترین دلیل عدم انجام معاینات کلینیکی پستان، ترس از احتمال تشخیص توده‌های بدخیم بود ($2/30 \pm 1/05$).

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی باورهای بهداشتی زنان مورد پژوهش در ارتباط با فواید ماموگرافی

بیانیه‌ها	فراوانی		کاملاً مخالفم		مخالفم		نظری ندارم		موافقم		کاملاً موافقم		میانگین و انحراف معیار
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۱) اگر انجام ماموگرافی مشکل جدی را نشان ندهد دیگر نیازی به فکر کردن در مورد سرطان پستان ندارم	۱۲	۶/۱۰	۶۸	۳۴/۷۰	۳۵	۱۷/۹۰	۵۴	۲۷/۶۰	۲۷	۱۳/۸۰	۳/۰۸ ± ۱/۹۱		
۲) انجام ماموگرافی در تشخیص زودرس توده‌ها به من کمک می‌کند	۰	۰	۱۴	۷/۱۰	۱۶	۸/۲۰	۱۱۵	۵۸/۷۰	۵۱	۲۶/۰۰	۴/۰۴ ± ۰/۷۹		
۳) اگر در ماموگرافی توده‌ای تشخیص داده شود درمان سرطان پستان خیلی مشکل نخواهد بود	۴	۲/۰۰	۳۱	۱۵/۸۰	۳۵	۱۷/۹۰	۹۴	۴۸/۰۰	۳۲	۱۶/۳۰	۳/۶۱ ± ۱/۰۰		
۴) انجام ماموگرافی برای تشخیص توده‌های بسیار کوچک پستانی، بهترین روش است	۱	۰/۵۰	۱۵	۷/۷۰	۴۵	۲۳/۰۰	۹۱	۴۶/۴۰	۴۴	۲۲/۴۰	۳/۸۳ ± ۰/۸۸		
۵) انجام ماموگرافی احتمال مرگ ناشی از سرطان پستان را کاهش می‌دهد	۴	۲/۰۰	۱۸	۹/۲۰	۳۴	۱۷/۳۰	۹۷	۴۹/۵۰	۴۳	۲۱/۹۰	۳/۸۰ ± ۰/۹۵		

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی باورهای بهداشتی زنان مورد پژوهش در ارتباط با فواید معاینات کلینیکی پستان

بیانیه‌ها	فراوانی		کاملاً مخالفم		مخالفم		نظری ندارم		موافقم		کاملاً موافقم		میانگین و انحراف معیار
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۱) انجام معاینات کلینیکی پستان به تشخیص زودرس توده‌های پستانی کمک می‌کند	۴	۲/۰۰	۷	۳/۶۰	۷	۳/۶۰	۱۲۴	۶۳/۳۰	۵۴	۲۷/۶۰	۴/۱۱ ± ۰/۷۹		
۲) اگر معاینات کلینیکی پستان مشکل جدی نشان ندهد دیگر نیازی به فکر کردن در مورد سرطان پستان نیست	۱۳	۶/۶۰	۶۷	۳۴/۲۰	۳۱	۱۵/۸۰	۵۹	۳۰/۱۰	۲۶	۱۳/۳۰	۳/۰۹ ± ۱/۱۹		
۳) انجام معاینات کلینیکی پستان احتمال مرگ ناشی از سرطان پستان را کاهش می‌دهد	۶	۳/۱۰	۱۷	۸/۷۰	۱۲	۶/۱۰	۱۲۲	۶۲/۲۰	۳۹	۱۹/۹۰	۳/۸۷ ± ۰/۹۳		

جدول شماره ۴: ارتباط بین مشخصات دموگرافیک و میزان انجام ماموگرافی و معاینات کلینیکی پستان در کارکنان زن

مشخصات دموگرافیک	میزان انجام	ماموگرافی	معاینات کلینیکی پستان
وضعیت تاهل		$X^2 = 9/61$ $p = 0/001$	$p > 0/05$
سطح تحصیلات		$p > 0/05$	$p > 0/05$
شغل		$p > 0/05$	$p > 0/05$
سن		$t = 5/44$ $p < 0/001$	$t = 2/36$ $p = 0/02$

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این تحقیق که به منظور مشخص نمودن باورهای بهداشتی کارکنان زن نسبت به انجام ماموگرافی و معاینات کلینیکی پستان بر اساس الگوی باورهای بهداشتی چمپیون انجام شده بود حاکی از آن بود که ۲۶/۶ درصد از کارکنان، ماموگرافی و ۱۰/۷ درصد از آنها معاینات کلینیکی پستان را انجام می‌دادند. نتایج تحقیق Dundar و همکاران (۲۰۰۶) در بین گروهی از زنان روستایی در غرب ترکیه، نشان داد که ۱۰/۶ درصد از شرکت‌کنندگان، انجام ماموگرافی و ۲۵ درصد انجام معاینات کلینیکی پستان را گزارش نمودند^(۱۸). که با نتایج تحقیق حاضر همخوانی ندارد. شاید عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی، همچنین تفاوت در میزان دانش و آگاهی بین این دو گروه، می‌تواند توجیه‌کننده این تفاوت باشد. نتایج مطالعه Janbulat و Uzun (۲۰۰۷) نشان داد که ۱۲/۵ درصد از شرکت‌کنندگان انجام ماموگرافی را گزارش نمودند که در زنان ۴۰ ساله و بالاتر این میزان به ۳۱/۳ درصد افزایش یافته بود^(۱۴). که با یافته تحقیق حاضر در مورد ارتباط سن با میزان انجام ماموگرافی همخوانی دارد. در تحقیقات دیگر نتایج متفاوتی بدست آمده است؛ در تحقیق Cohen و Azaiza (۲۰۰۵) مشخص شد که زنان یهودی ۴۰ ساله و بالاتر بطور قابل توجهی بیشتر از زنان عرب، ماموگرافی انجام داده بودند و در بین زنان بالاتر از ۴۰ سال نیز زنان یهودی بیشتر از زنان عرب، توسط پزشک معالج خودشان به انجام غربالگری ماموگرافیک توصیه شده بودند. بطور قابل

توجهی زنان یهودی بیشتر از زنان عرب تحت معاینات کلینیکی پستان قرار گرفته بودند^(۱۹). نتایج مطالعه Nahcivan و Secginli (۲۰۰۶) نشان داد که در بین زنان ۴۰ ساله و بالاتر، ۵۶ درصد از آنها گزارش کردند که هیچ مطلبی در مورد ماموگرافی نخوانده و یا نشنیده اند و فقط ۲۵ درصد از آنان حداقل یکبار در طول زندگی خود، ماموگرافی انجام داده بودند^(۱۷).

نتایج مطالعه گدازنده (۱۳۸۳) در زنان بالای ۱۵ سال شهرستان ساری نشان داد که ۶۵/۸۶ درصد زنان بالاتر از ۴۰ سال در طی ۲ سال گذشته یک نوبت معاینات کلینیکی پستان و ۴۷/۳ درصد از آنها یک بار ماموگرافی انجام داده بودند. ۶۱/۰۷ درصد از نمونه‌ها نیز حداقل یک مورد ماموگرافی را در طول عمر خود انجام داده بودند^(۲۰). در مطالعه Juon و همکاران (۲۰۰۴) در بین زنان آمریکائی کره‌ای تبار مشخص شد که سن و توصیه پزشک با انجام مرتب ماموگرافی همراه بود^(۲۱).

نتایج این بررسی نشان داد که در رابطه با باورهای بهداشتی مربوط به استعداد ابتلاء به سرطان پستان، ۲۸/۶ درصد از کارکنان با بیانیه "احتمال اینکه به سرطان پستان مبتلا شوم، خیلی زیاد است" مخالف بودند. در مورد باورهای بهداشتی مربوط به اهمیت/جدیت سرطان پستان، ۴۸ درصد از آنها با بیانیه "در صورت ابتلاء به سرطان پستان، مشکلات و تجربیات تلخ همراه با آن به مدت خیلی طولانی ادامه خواهد داشت" موافق بودند. در ارتباط با باورهای بهداشتی مربوط به انگیزه‌های بهداشتی نیز ۵۲ درصد زنان با بیانیه "حفظ سلامتی خودم، برایم خیلی مهم است" کاملاً موافق بودند.

چگونه و به کجا مراجعه کنم"، "زمان مراجعه جهت انجام ماموگرافی را نمی‌توانم به خاطر بسپارم" و "بخاطر هزینه بالا، ماموگرافی انجام نمی‌دهم" مخالف بودند. در مطالعه عابدیان کاسگری و همکاران (۱۳۸۵) مشخص گردید که ۵۵/۸ درصد از زنان کاملاً موافق بودند که انجام ماموگرافی فرد را از سلامت پستانهای خود مطمئن می‌کند. ۴۱/۳ درصد کاملاً موافق بودند که ماموگرافی وسیله تشخیص زودهنگام سرطان پستان است. در مطالعه ایشان، شایع‌ترین مانع برای انجام ماموگرافی این بود که انجام خودآزمایی پستان برای یافتن توده در پستان کمک می‌کند و نیازی به انجام ماموگرافی نیست. ۳۷/۶ درصد از زنان مخالف بودند که سرطان پستان بیماری خطرناک و کشنده است و ۳۵/۵ درصد کاملاً موافق بودند که عدم تشخیص زودرس منجر به مرگ می‌شود^(۲۲). که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد که علت آن قبلاً ذکر گردید. نتایج مطالعه عباس‌زاده و همکاران (۲۰۰۷) نیز نشان داد که باورهای بهداشتی زنان در بعضی از ابعاد مدل باورهای بهداشتی از جمله فواید ماموگرافی، با انجام ماموگرافی همراه است. دانستن فواید و امتیازات ماموگرافی، روی آوردن زنان به انجام ماموگرافی را افزایش خواهد داد^(۲۴). که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعه Juon و همکاران (۲۰۰۴) در بین زنان آمریکائی - کره‌ای تبار مشخص شد که شایع‌ترین مانع برای انجام ماموگرافی، این باور زنان بود که آنها در معرض خطر کمتری برای ابتلاء به سرطان پستان هستند^(۲۱). در مطالعه Janbulat و Uzun (۲۰۰۷) مشخص گردید که فواید درک شده ماموگرافی در ماماها به طور قابل توجهی بالاتر از پرستاران و پزشکان بود. افرادی که قبلاً ماموگرافی انجام داده بودند نسبت به آنهایی که ماموگرافی انجام نداده بودند، به طور قابل توجهی درک بالاتری در مورد استعداد ابتلاء به سرطان پستان داشتند. موانع درک‌شده ماموگرافی به طور قابل توجهی در پزشکان پایین‌تر از پرستاران و ماماها بود^(۱۴). در مطالعه Pivot و همکاران (۲۰۰۸) در زنان ۷۴-۵۰ ساله در

در مطالعه‌ای که توسط عابدیان کاسگری و همکاران (۱۳۸۵) در بین زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر ساری انجام گرفته بود، مشخص گردید که ۳۷/۶ درصد از زنان مخالف بودند که سرطان پستان بیماری خطرناک و کشنده است و ۳۵/۵ درصد کاملاً موافق بودند که عدم تشخیص زودرس منجر به مرگ می‌شود^(۲۲). که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. این تفاوت می‌تواند ناشی از این باشد که شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر از کارکنان بهداشتی درمانی بوده و آگاهی زیادی در این زمینه دارند و همین عامل باعث شده که باورهای بهداشتی بهتری داشته باشند.

در این راستا نتایج مطالعه Avcı (۲۰۰۷) نشان داد که باورهای بهداشتی مربوط به استعداد ابتلاء در حد متوسط بوده و باورهای بهداشتی مربوط به جدیت سرطان پستان و انگیزه‌های بهداشتی بالا بود^(۲۳). که با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

با توجه به جدول شماره دو مشخص گردید که اکثریت کارکنان زن، درک بهتری از فواید ماموگرافی داشتند بطوریکه ۵۸/۷ درصد از آنها با بیانیه "انجام ماموگرافی در تشخیص زودرس توده‌ها به من کمک می‌کند" و ۴۹/۵ درصد با بیانیه "انجام ماموگرافی احتمال مرگ ناشی از سرطان پستان را کاهش می‌دهد" موافق بودند. همچنین در مطالعه حاضر، شایع‌ترین مانع برای انجام ماموگرافی این باور بود که انجام ماموگرافی بسیار دردناک است. نتایج مطالعه Avcı (۲۰۰۷) نشان داد که ۹۵/۲ درصد از پرستاران و ماماها معتقد بودند که انجام ماموگرافی برای تشخیص زودرس و پیشگیری از سرطان پستان ضروری است. همچنین باورهای بهداشتی مربوط به استعداد ابتلاء در حد متوسط بوده و باورهای بهداشتی مربوط به جدیت سرطان پستان و انگیزه‌های بهداشتی بالا بود^(۲۳). در این مطالعه در زمینه باورهای بهداشتی مربوط به موانع ماموگرافی، ۱۶/۸ درصد از زنان با بیانیه "انجام ماموگرافی بسیار دردناک است" موافق بودند. همچنین ۵۲ درصد از کارکنان با بیانیه‌های "نمی‌دانم جهت انجام ماموگرافی

در این مطالعه میزان انجام ماموگرافی و معاینات کلینیکی پستان، پایین ارزیابی شد و از آنجائی که ماموگرافی و معاینات کلینیکی پستان از جمله روش‌های غربالگری برای تشخیص زودرس سرطان پستان است، لذا تدوین برنامه‌های آموزشی در رابطه با ماموگرافی و معاینات کلینیکی پستان و گذراندن دوره‌های آموزشی جهت ارتقای سطح آگاهی کارکنان و زنان در مورد تشخیص زودرس سرطان پستان و انجام رفتارهای تشخیص زودرس سرطان پستان ضروری است. به این منظور پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی 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 و درمان به موقع سرطان پستان از طریق سیستم شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی ایجاد و در دسترس زنان قرار گیرد. برنامه ملی جامع کنترل سرطان در ایران با چهار جزء: آموزش و افزایش آگاهی افراد، غربالگری و تشخیص زودرس، درمان مناسب و مراقبت‌های تسکینی به تصمیم‌گیرندگان بهداشتی جهت کاهش بار سرطان پستان توصیه می‌شود و باید برنامه‌های خاصی برای زنان در نظر گرفته شود. همچنین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی لازم است ضرورت چنین برنامه‌هایی را بررسی نموده و تسهیلاتی جهت تشخیص زودرس و درمان سرطان پستان در ایران فراهم نماید (۲۷).

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از ریاست محترم شبکه بهداشت استان آذربایجان شرقی که ما را در تصویب این مطالعه مساعدت نمودند تشکر نموده و همچنین از مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به لحاظ حمایت‌های مالی سپاسگزاری می‌شود. همچنین از مسئولین و کارکنان مراکز بهداشتی و پایگاه‌های بهداشتی که همکاری لازم را در این تحقیق

فرانسه، دلایل عمده عدم انجام تست‌های غربالگری شامل عدم احساس نگرانی و اضطراب برای ابتلاء به سرطان پستان، عدم وجود انگیزه برای انجام تست‌ها و عدم توصیه پزشک بود. همچنین درک پزشکان از علت اجتناب زنان برای انجام تست‌های غربالگری، عدم رغبت و تمایل آنها جهت آگاه شدن از نتایج ماموگرافی و نیز باور زنان مبنی بر دردناک بودن ماموگرافی ذکر شده بود (۲۵).

در این بررسی، ۶۳/۳ درصد از شرکت‌کنندگان موافق بودند که انجام معاینات کلینیکی پستان، به تشخیص زودرس توده‌های پستانی کمک می‌کند و ۶۱/۲ درصد از کارکنان با بیانیه "بخاطر هزینه، معاینات کلینیکی پستان انجام نمی‌دهم" مخالف بودند. که در این زمینه مطالعه مشابهی یافت نشد.

جدول شماره ۴ نشان داد که بین وضعیت تأهل، سن و میزان انجام ماموگرافی، همچنین بین سن و میزان انجام معاینات کلینیکی پستان ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد ولی بین شغل، سطح تحصیلات و میزان انجام ماموگرافی، بین وضعیت تأهل، شغل، سطح تحصیلات و میزان انجام معاینات کلینیکی پستان ارتباط معنی‌دار آماری وجود ندارد. نتایج مطالعه عباس زاده و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که باورهای بهداشتی زنان در بعضی از ابعاد مدل باورهای بهداشتی از جمله فواید ماموگرافی و وجود اشاراتی برای انجام ماموگرافی با انجام ماموگرافی همراه است. دانستن فواید و امتیازات ماموگرافی و اشارات عمل، پیوستن به انجام ماموگرافی را افزایش خواهد داد (۲۴). که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. در تحقیق Lairson و همکاران (۲۰۰۵) نیز مشخص شد که استفاده از غربالگری ماموگرافیک مستقیماً به تحصیلات، درآمد، بیمه و خطر درک شده سرطان پستان بستگی دارد (۸). نتایج تحقیق Finney Rutten (۲۰۰۳) مشخص کرد که زنانی که سابقه فامیلی مثبت سرطان پستان داشتند فواید زیاد و موانع کمتری از ماموگرافی را گزارش نمودند (۲۶).

داشتند و نیز از کادر محترم کتابخانه دانشکده پرستاری و مامایی تبریز به خاطر زحمات بی شائبه تشکر و قدردانی می‌شود.

فهرست منابع

- 1-Carelli I, Pompei LM, Mattos CS, Ferreira HG, Pescuma R, Fernandes CE, et al. Knowledge, attitude and practice of breast self-examination in a female population of metropolitan Sa˜ o Paulo. *Breast J.* 2007. 10: 1-5.
- 2-Akbarzadeh Pasha H, Akbarzadeh Pasha A. [Order in obstetrics] Tehran: Golban; 2007. Persian
- 3-Yavari P, Mehrabi Y, Poor Hoseingoli M. [Knowledge and practice of women about breast self examination: a case-control study]. *Ardabil Univ Med Sci.* 2005. 4: 371-7. Persian
- 4-American Cancer Society (www.cancer.org) [homepage on the internet]. Available from: http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_6x_Breast_Cancer_Early_Detection.asp. Accessed Feb 24 2011
- 5- Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Jarrahi AM, Harirchi I, Najafi M, et al. Breast cancer in Iran: an epidemiological review. *Breast J.* 2007 Jul-Aug;13(4):383-91.
- 6-Center for Cancer Registration, Ministry of Health and Medical Education [database on the Internet]. Available from: <http://behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=1&pageid=157&newsview=3154&pro=nobak> Accessed Augst 24 2010
- 7-Mousavi SM, et al. [Nation report of cancer cases registration in 2005]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, center for diseases management, 2007. Persian
- 8-Lairson DR, Chan W, Newmark GR. Determinants of the demand for breast cancer screening among women veterans in the United States. *Soc Sci Med.* 2005. 61: 1608-1617.
- 9- Hacıhasanoglu R, Gozum S. The effect of training on the knowledge levels and beliefs regarding breast self-examination on women attending a public education centre. *Eur J Oncol Nurs.* 2008 Feb;12(1):58-64.
- 10-Berek J. Berek & Novak's gynecology. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- 11-Tan SM, Evans AJ, Lam TP, Cheung KL. How relevant is breast cancer screening in the Asia/Pacific region? *Breast J.* 2007. 16(1): 113-119.
- 12-Kearney N, Richardson A. Nursing patients with cancer principles and practices. 1st ed. Edinburgh: Elsevier, 2006.
- 13- Mousavi SM, Harirchi I, Ebrahimi M, Mohagheghi MA, Montazeri A, Jarrahi AM, et al. Screening for breast cancer in Iran: a challenge for health policy makers. *Breast J.* 2008 Nov-Dec;14(6):605-6.
- 14-Janbulat N, Uzun O. Health beliefs and breast cancer screening behaviors among female health workers in Turkey. *Eur J of Oncol Nurs.* 2007. 1-9.
- 15- Champion VL, Skinner CS. Differences in perceptions of risk, benefits, and barriers by stage of mammography adoption. *J Womens Health (Larchmt).* 2003 Apr;12(3):277-86.
- 16-Clark MJ. Community health nursing. 5th ed. Red wood city: Pearson Education; 2008.
- 17- Secginli S, Nahcivan NO. Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2006 Feb;43(2):161-71.
- 18- Dundar PE, Ozmen D, Ozturk B, Haspolat G, Akyildiz F, Coban 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;6:43.
- 19- Cohen M, Azaiza F. Early breast cancer detection practices, health beliefs, and cancer worries in Jewish and Arab women. *Prev Med.* 2005 Nov-Dec;41(5-6):852-8.
- 20-Godazandeh G, Khani H, Khalilian A, Atarod Z, Firozjarei M, Partovi A, et al. [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
- 21- Juon HS, Kim M, Shankar S, Han W. Predictors of adherence to screening mammography among Korean American women. *Prev Med.* 2004 Sep;39(3):474-81.

- 22-Aabedian Kasgari K, Shah Hoseini Z, Aadel H. [Health beliefs of mammography in women referring to health centers in Sari, 2006]. *Mazandaran Uni Med Sci J*. 2006. 54: 90-8. Persian
- 23- Avcı IA. The health beliefs relating to mammography of the midwives and nurses. *J Breast Health*. 2007. 3 (1): 4-9.
- 24-Abaszadeh A, Haghdoost AA, Taebi M, Kohan S. The relationship between women's health beliefs and their participation in screening mammography. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2007. 8 (4): 471-5.
- 25- Pivot X, Rixe O, Morere J, Coscas Y, Cals L, Namer M, et al. Breast cancer screening in France: results of the EDIFICE survey. *Int J Med Sci*. 2008;5(3):106-12.
- 26- Finney Rutten LJ, Iannotti RJ. Health beliefs, salience of breast cancer family history, and involvement with breast cancer issues: adherence to annual mammography screening recommendations. *Cancer Detect Prev*. 2003;27(5):353-9.
- 27- Mousavi SM, Mohagheghi MA, Mousavi-Jerrahi A, Nahvijou A, Seddighi Z. Burden of breast cancer in Iran: a study of the Tehran population based cancer registry. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2006 Oct-Dec;7(4):571-4.

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: l.mokhtary@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.